

## 2. マニュアル

1) 医療計画策定マニュアル

2) 社会保険病院連携ワークショップ

糖尿病

脳卒中

がん

# 医療計画策定マニュアル

## 目次

### A. 理論編

- I. 背景と目的
- II. 評価と課題
- III. 環境変化と展望
- IV. 医療計画のあるべき姿

### B. 資料編

- I. 生涯コース、疾病コントロールアプローチ
- II. 指標の実際
- III. 住民（患者）参加の考え方
- IV. 参加の技法
- V. 病院経営戦略とクラスター（未完）
- VI. 地域資源類型と疾病管理（未完）
- VII. 地域連携実例集（地域パスの活用例）（未完）
- VIII. 目標設定のベンチマーク法
- IX. 情報収集と分析法
- X. 地域資源の分析

## A. はじめに

1985年の医療法改正以来、医療計画は病床規制などで一定の効果を挙げてきた。しかし、昨今の医療問題、そして地方自治の制度改革、財政問題、住民参加の拡大など様々な要因が医療計画を取り巻く環境に影響を与えている。大きく変わりつつある状況に対応するために医療計画を策定する必要が生じている。

本マニュアルは、厚生労働省での医療計画の見直し検討委員会の結論に基づき、それを具体的に医療計画の策定方法に応用したものである。医療計画は1985年の開始当初より20年の歳月を経て初めての大幅の見直しである。いいかえると、これから見直し、40年後に迫りくる人類未踏の超高齢社会に適した新たな医療システムの基礎を再構築する為の計画といえよう。

まず今回、医療計画がどのように変わったのかという理念や哲学を知りたいという方はCから、具体的な策定方法について知りたいという方はBから読んでいただくことをお奨めする。

編集者一同

## C. 理論編

### I. 背景と目的

#### 1. はじめに

わが国の医療体系の根本規範である医療法は、戦後間もない昭和 23 年に制定された。この法律は、病院や診療所の定義、病院の種別、医療現場の管理体制、構造設備基準、診療標榜科目等の医療基準を示すなどの医療の提供体制の確保及び医療水準の向上を図り、以って国民の健康の保持に寄与することを目的としている。昭和 60 年の第一次医療法改正以降は、地域医療計画の策定を都道府県に課し、必要病床数（基準病床数）の算定に見られるように、医療の総量規制的な特色が今日的意義として見られる。また、医療監視や保健の内容も取り入れた地域保健医療計画が策定されるなど地域保健業務とも関連する法律である。

#### 2. 医療法の成立及び改正とその要点

1948 年に医療法が成立したが、その当時の社会状況は戦後の混乱期で、感染症などの急性疾患対策のための医療水準の確保及び近代医療を遂行するための施設基準などの整備が同法の目的であった。戦前の海軍病院、陸軍病院が厚生省の国立病院・療養所に移管されるなど、かなりの混乱を呈していたが、医療施設数の量的な復興状況は、1947 年にすでに戦前の水準を越えており、医療施設の偏在の是正、科学的医療の推進、公的病院を中心にした医療施設の整備など、医療計画の思想を垣間見ることが出来る法の主旨であったが、財政難などのために計画的整備は遅々として進まなかった。地域保健との関連は、結核などの感染症対策を保健所が担い、患者の治療を国立療養所が主体となって行うという点に見られる。

その後、抜本改革が検討され、医療における生命尊重の原則、医学立脚の原則、医療従事者と患者との相互信頼の原則などの医療憲章的な前文と医療施設の体系的整備を図るための医療計画の策定などの内容を有した医療基本法が提案され、1972 年の第 68 回国会に上程されたが、審議されないまま廃案となった。

医療憲章的な内容をもったこの法案が成立していれば、昨今の話題である医療事故、インフォームド・コンセント、EBM などの課題も違った方向をたどっていたかもしれない。

結局、廃案となった後も厚生省はいくつかの県で医療計画のモデル事業を行うとともに医療計画の必要性を主張していった。

こうした経緯を経て医療計画の策定等の改正点を持つ医療法改正法案が 1983、1984 年に続けて国会に提出され、第 1 次改正医療法は審議の結果、1985 年 12 月に成立した。

病床数の規制を盛り込んだ医療計画の策定などを内容に持つ同法は、医療基本法案の提出以来、実に 15 年ぶりに実現した。しかし、1972 年当時は、増大する医療費を抑制する

ために、いかにして医療を規制するかが世界的な潮流であった。15年の歳月を経て、世界の流れは変化し、政府が規制することから自由競争へと移行していた。こうした世界的な潮流から遅れながらも、医療法による医療圏の設定と必要病床数の算定が都道府県の業務として法定化された。

必要病床数を算定し、規制を実施する前に駆け込み申請のために病床数の増加をみることになるが、戦後の病床数の増加期である1965、1979、1987年前後の3つのうちの1つが医療計画によるものであることは皮肉なものである。

また、医療法では、医療計画による必要病床数を超過している、いわゆる過剰病床地域で都道府県知事の勧告を無視して病院を開設した場合、保険医療機関の指定を与えないことができる」と解釈されているが、保険医療機関の資格を付与しない場合として、医療計画を守らなかったためとは規定されていない。さらに保険医療機関の指定が契約上の行為であることを前提に、勧告に応じなければ指定をしないということで、契約拒否手法をリンクさせて、勧告制度を事実上不許可制度として機能させるなど、解釈上の疑義を生じていた。

1)

しかしこの問題は、その後の法改正で医療計画の遵守が保険医療機関の指定要件となり事実上解消した。

1992年には医療法は第2次改正が行われ、医療機関の機能分化が初めて記載された。それは、特定機能病院と療養型病床群という、高度先進医療と慢性疾患を受け持つ医療機関の機能を峻別するものであった。

地域保健との係わりは言うまでもなく要介護の老人等が増加し、保健医療福祉の連携システムをどのように構築するか模索していた時期でもある。

第3次医療法改正は、1997年に地域医療支援病院や療養型病床群の整備目標や救急医療の確保などの具体的な方策を医療計画上の必要的記載事項とした内容を持ったものとして成立した。また、従来は都道府県の裁量に委ねられていた「任意的記載事項」がすべて「必要的記載事項」とされ、単なる病床規制を目的にしたものから一歩抜け出すこととなった。

第4次医療法改正案は昨年11月末の国会で成立し、その内容は、従来の必要病床数が基準病床数になり、病床区分が大別して一般病床と療養病床の2区分となり、急性期医療と慢性期医療を区分する流れとなり、現在に至っている。

### 3. 課題

現在、医療計画の改定年を迎え、改定作業を行っているところが多いが、医療の質の確保、医療事故防止、根拠に基づく医療の推進などの問題がどのように扱われるか、医療法および医療計画制度の今後の課題である。

すでに量的規制を達成した医療法及び医療計画は今後、医療の質的な達成及び医療機器、設備、人材などの医療資源の適正配置、利用者（患者）側からの記述の充実が望まれるところである。

しかし、問題は行政側に現行法のもとでは実効性をもって行なわれる事柄が病床規制のみであるという点で、他については行政側に理念実現のための手立てがないということを確認しなければならない。医療機器の適正配置や規制、医療の標準化、質の向上、医療従事者の資質の向上については理念の表明に留まり、病床規制のような実効性は持っていないのである。

これらのソフト面の整備をいかに進めていくかが、今後の医療法の方向性を決める上で極めて重要である。

## 4. 医療計画の目的

### 1) 医療計画の法律的意義

医療計画は1985年の第1次医療法改定で、医療法の中に法的には位置づけられたが、目的としては「当該都道府県における医療を提供する体制の確保（医療法第30条の3）」とそこに漠然と書かれているに過ぎない。また、医療計画執行のための厚生省の通達にも「医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与すること（「医療法の一部改正について」昭和60.12.27、発健政112）」と書かれているのみで、明示的ではない。

さらに、各県では医療計画は保健計画とあわせて策定されており、目的が異なる計画と一体化されていることが、目的が不明確となる一因ともなっている。

ここでは医療計画だけに限って、その目的を考察する。医療計画の構想は、参考となる前例として、1959年と1972年に厚生省によって提案され廃案となった医療計画の原案や法案があり、厚生省によるこれまでの行政指導の中では、「社会の高齢化に向けての医療サービスや医療の提供体制の構築と医療資源、とりわけ病床の適性化」がうたわれて来た。事実医療計画の具体的な形態として、「医療圏を設定し必要病床数を算定して患者病床を規制すること（必要的記載事項）、そして地域の医療需要を把握して、それに対して医療機能を確保すること（任意的記載事項）」が主な内容となっている。1997年の第3次医療法改正では必要的記載事項と任意的記載事項の区別はなくなり、近年の厚生労働省の規制緩和委員会での論点では「医療資源の地域格差の是正、公平性の確保」が主要な目的であるとされている。

近年では医療資源が充実し、病床規制が功を奏している「医療の質・安全性の確保」「医療機能分化・強化・分担・連携」や「情報と選択の支援」「患者住民の視点からの計画」が目的として提案されている。

### 2) 計画の目的とロジカルフレーム・ワーク

元来計画の目的は階層性をもち、計画以外の要因も執行の結果に影響することから、Reinkeらはロジカルフレーム・ワークとして、これを構造化して、計画の責任者・立案者・執行者と共有する手法を提案している。この手法は国際協力での計画立案や住民参加を目指す自治体の計画作りなど、意見や価値観の異なる人々との計画作りに応用されてきてい

る。ロジカルフレームによる目的の整理と計画作りでは、まず大きな理念 (mission)、大目的 (goal)、目的 (objective)、目標 (target) となり、理念を達成するための大目的、そのための目的、目標、さらには産出と投入を、因果関係を基に構築するとしている (図1)。さらに因果関係のうちそれぞれのレベルの結果に影響する他の条件を仮定することとなっている (図2)。

図1

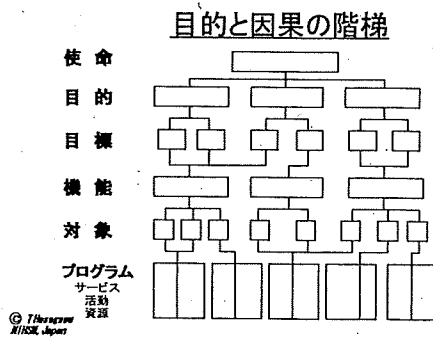


図2

**ロジカルフレームワーク、フォーマット**

描写 総括	目標確認 指標	確認 方法	重要 仮定
プログラム目的; プロジェクト貢献方向			プロジェクト外の プログラムへの連 絡性について
プロジェクト意図; 活動による結果			成果の影響 について
産出; 資源による活動			資源の確保への 仮定について
投入; 資源			資源の利用可能性 について

© T. Higashimura #132K Japan

### 3) ロジカルフレーム・ワークによる医療計画の目的の整理

この枠組みによって医療計画の目的を整理するとまず、大きな理念としては、「人口及び疾病構造の転換、国民の医療への期待の増大、医療サービスの複雑化など」の需要に対応し「サービスや医療供給体制を再構築する」こと、そして「医療システムの活動が高い質で効率よく被対象者の収入や地域に関係なく、公平なサービスを可能とする」ことである。この二種類の理念のうち、どちらを計画の主眼におくかで、計画のフレーム自体が変わってくるだろう。元来、ロジカルフレーム・ワークは関係者の参加によって目的を明確化・共有化するための手段ではあるが、この結論を用いて以下に整理する。

「サービスや医療供給体制を再構築する」ことを最終的理念として掲げた場合、その実現のためには、「医療機関の連携に基づいた効率的な医療圏の策定」が大目的として考えられ、そのための目標としては「医療資源の過不足の調整」が、さらに使うべき資源、目標として「医師、病床、機器の配置」の問題が考えられるだろう (表1)。これとは別に、地域医療計画の理念をもっと大きく捉えて、「医療システムの活動が高い質で効率よく被対象者の収入や地域に関係なく、公平なサービスを可能とする」ということを掲げるのであれば、大目的としては「地域における疾病ごとの医療供給体制の確立」もしくは「社会保険制度の維持」などが考えられ、それを支える目的としては、「疾病モデルに基づいた供給基盤の整備」、「公正な医療財源制度の構築」などが挙げられる。さらに、そのための資源としては、「医師、機器の供給」に始まり「情報」の供給などが挙げられるだろう (表2)。さらに情報と選択 (表6)、公平性 (表3)、質・安全性 (表4)、機能分化 (表5) を整理



することができる。しかし今後、住民の視点からの計画を考えていく必要がある。

表 1

総括	目標確認・指標	確認方法
サービスや医療供給体制を再構築する。	各地域の健康結果の測定。	健康結果の指標、HALE 等。
医療機関の連携に基づいた効率的な医療圏の策定。	疾病別供給体制の評価。	
医療資源の過不足の調整。	医療資源の需要と現実に配備されている資源との格差の測定。	官庁統計を使った推計。
医師、病床、機器の配置。	単純な分布の測定。	官庁統計の利用。

表 2

総括	目標確認・指標	確認方法
医療システムの活動が高い質で効率よく被対象者の収入や地域に関係なく、公平なサービスを可能とする。	システム評価として、健康結果、財源等の地域格差とレベルの向上、投入資源に対する効率性の向上。	WHO システム評価手法等
地域における疾病ごとの医療供給体制の確立、社会保険制度の維持。	供給体制の地域間比較、財源の地域格差。	
疾病モデルに基づいた供給基盤の整備、公正な医療財源制度の構築。		
医師、病床、機器、情報の配置。財源確保。		

表 3

総括	目標確認・指標	確認方法
医療資源の地域格差の是正、公平性の確保。	医療資源の公平性による健康結果のパフォーマンス測定。	健康結果の指標、効率性の指標。
医療機関の連携に基づいた	各医療圏における資源配分	官庁統計を用いた医療圏ご

効率的な医療圏の策定。	の測定。	との評価。
地域による医療資源の過不足の解消。	地域ごとに医療サービス需要に対して資源の配置がなされているかを測定。	官庁統計を用いた推計。
医師、病床、機器の供給。	単純な分布の測定。	官庁統計の利用。

表 4

総括	目標確認・指標	確認方法
医療の質・安全性の確保。	医療事故の発生数の減少。	医療事件事例の調査。
医療機関における危機管理システムの確立。		
医療の標準化の推進。		
誤薬等の予防のための方法確立。マニュアルの徹底。		

表 5

総括	目標確認・指標	確認方法
医療機能分化・強化・分担・連携。	疾病別の医療システムの確率状況の評価。	WHO システム評価手法。
医療機関の連携に基づいた効率的な医療圏の策定。	各医療圏における疾病別の医療供給体制の確立。	疾病ごとのシナリオに基づいた官庁統計での評価。
各機能別の最適配置。	単純なばらつき測定。	地域ごとの機能別医療機関の分布状況。
各医療機関の機能の特定。	各医療機関の特定機能への特化。	医療機関ごとの測定。

表 6

総括	目標確認・指標	確認方法
情報と選択の支援。	選択による患者満足度の上昇。	アンケートなどによる患者満足度等の測定。
住民の選択に寄与できる情報のシステムの確立	患者の自己決定力の向上。エンパワーメント。	情報公開方法の検討。
医療圏ごとの統計情報の整備。	情報を統括する部署の設置。	地域（県、医療圏）における統計の集計。
各医療機関における情報の公開。	情報公開状況の評価と指導。	地域（県、医療圏）における統計の集計。

表 7

総括	目標確認・指標	確認方法
患者住民の視点からの計画。	患者満足度の上昇。	アンケートなど。
医療計画への患者住民の参加。	公聴会等の実施状況。	
患者住民の視点からの評価方法の確立	地域、医療圏ごとの評価。	官庁統計。
各疾病の自然史による必要資源の特定。	疾病自然史のシナリオによる指標の選定。	官庁統計。

手段	利点	欠点	用いられるべき事項
政府による直接の提供	市場メカニズムにまったく乗らないものを扱うことができる。	効率性の問題が生じる。	政策決定。モニタリング。
法律による禁止・推進	最も強権的、確実に抑制・推進することができる。	法制定までに時間がかかる。また、重大な事項にしか用いられない。	重篤な伝染病の予防。
許認可	効果は法律に準じる。新法制定よりも小回りが利く。	許認可に恣意性が残る。レント発生のおそれ。	医療資源の地域間格差の是正。病床規制など。
課税/補助金	市場メカニズムを前提としている。	促進・抑制が不十分な形でしか行われない。	研究開発。有害奢侈品の規制。
情報の提供、広報	市場の効率を損ねることなく、情報の不完全性を解決する。	効果は最も薄い。	健康推進、その他評価。

## II. 評価と課題

### 1. 効果の評価

#### 1) 資源の充実

医療技術が普及し、医療システムの機能的能力が強化されることを目的とすれば、結果的にはこの間、様々な医療機器が多くの病院に普及した(図1)。しかしこの時期は高度医療機器の開発普及の時期と一致しており、医療計画が与えた影響のみを抽出するのは難しい。

#### 2) 高齢化への対応

80年代、高齢化の開始とともに、高齢者医療特有の医療資源の充実が求められていた。例えば訪問看護指導の実施病院をみると、1987年には、1,423であった施設が、2002年に

図1

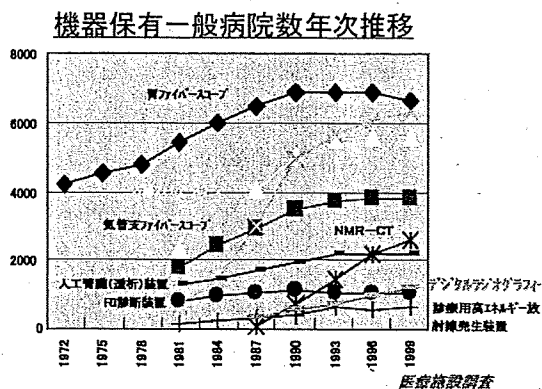
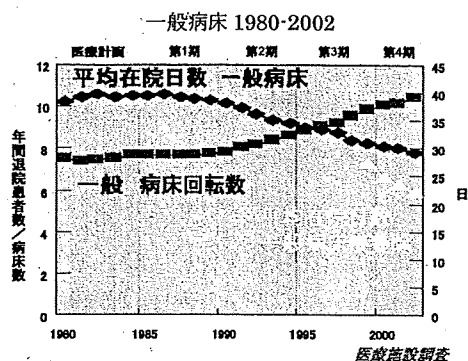


図2 .病床回転数、平均在院日数の年次推移



は 4,415 に達しており、高齢者向けの医療が整備されてきたとは言えよう。しかしこれも同時に老人医療対策が別途に進んでおり、医療計画独自の影響であるかどうかを判定するのは難しい。

#### 3) 安全・質・満足の上

平均在院日数を医療の質の指標とすると一般病床では、医療計画の進行にしたがって低下しており、質の向上がみられる。また特に1999年以降は、療養病床を除く一般病床で、平均在院日数の増加に比して、入院回数が増加し、その対応と平均在院日数が短くなった可能性があり病床規制の影響は否定できないが、前2者と同様に、医療計画のみの影響と断言することはできない。更に人口あたりの手術件数をみると次第に増加しており、特に高齢者で増加が多く、一方手術後の死亡退院率はこの10年間に大きく低下しており、その低下も高齢者に著しい(図3、4)。従って、結果的には、高齢者医療への対応が進行し、高齢者医療の質が向上したということが言えよう。これについても、医療計画では、特にこれらの手術に関する介入は、直接は行っていないので、医療計画独自の影響と断ずることは難しい。

図3 手術退院数人口当たり  
人口10万対

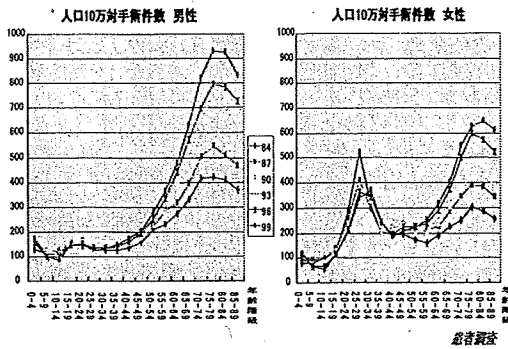
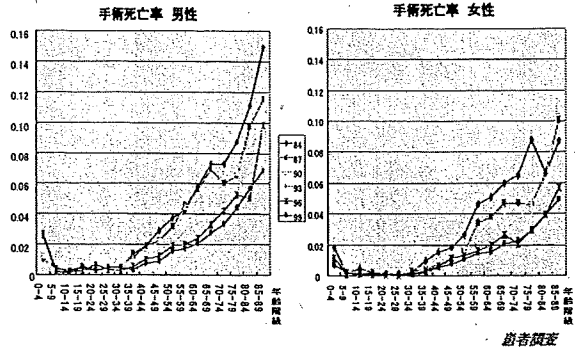


図4 手術死亡率  
死亡退院数/手術有退院数



## 2. 効率

### 1) 過剰な資源の抑制

日本は国際的にみても、病床数が過剰で、それが医療費を押し上げていると思われる。従って、病床数を規制することにより、医療費を適正化することが医療計画の一つの目標であった。計画導入後、残念ながら一時、駆け込み増床がみられたが、1992年以降、日本の一般病床は横ばいとなっている(図5)。従って、92年以降は増床の抑制には成功してきたといえよう。

### 2) 資源の有効活用

前述したように、病床単位の入院患者の処理数は、医療計画開始後、約年間7回転だったものが、11回転まで増加しており、しかも入院は次第に高齢化していることを考えると、より重症患者に対応しており、相対的にシステムの効率化が図られているということが言えよう(図2)。

### 3) 医療の適正化

医療費の適正化に寄与したかどうかは不明で、医療計画開始後の国民総生産に占める医療費の割合は急速に増加している。しかしこれも、医療計画の失敗というよりも、1991年以降の戦後最長の不況によると考えられる。

国民健康保健医療費を用いた県別医療費の変化をみると、駆け込み増床が行われた以前と以後では、病床の医療費に与える影響度は減少している。しかし、医療費を大きく抑制するほどの影響力は考えられない(図6)。

図5 年毎増床数(病院一般病床1960-2000)

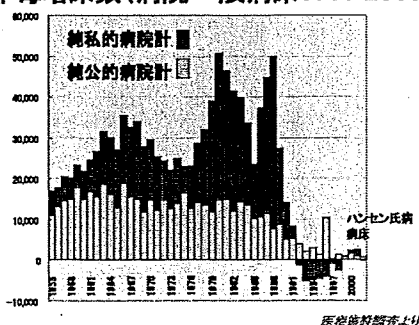
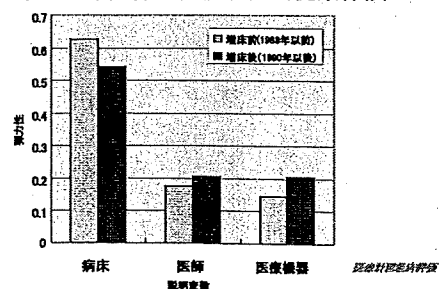


図6

医療計画による影響  
県別医療費弾力性値、国民健康保険

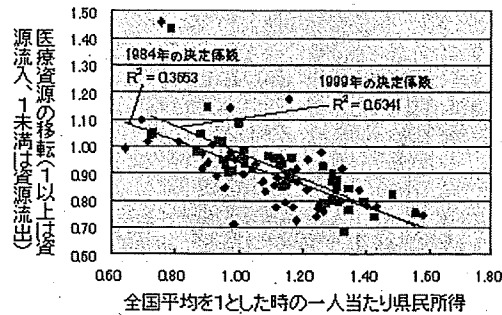


### 1) 負担の公平

一人当たり医療サービスへの負担（税、医療保険、自己負担）と一人当たりの医療の需要（一人当たり医療費）の差額を県別に計算し、各県あたりの医療資源の移転を示す指標を作ると、一人当たり県民所得との間で負の相関が観察された。これは、貧困県ほど医療資源の流入があり、富裕県ほど流出があることを意味する。この相関関係は 1984 年 ( $R^2=0.635$ ) に比べて 1999 年では一層強まった ( $R^2=0.634$ )。

図 7

医療資源の移転と県民所得



注：各県の一人当たり医療費を医療への公的な支出と考え、一人当たりの医療サービスへの総支出（一人当たり負担）を医療への国民の負担と捉えて、そのギャップを医療資源の移転とした。一人当たり医療費が一人当たり負担を上回れば、他県からの医療資源の流入があり、逆であれば流出があると考えられる。この医療資源の移転と県民所得との間で負の相関が見られるということは、一人当たり所得が低い県に資源が他の一人当たり所得の高い県から流入していることを示し、一人当たり所得が低くても全国で均等に医療資源が配分されていることを示している。

### 2) 資源の公平

病床の過不足を見ると、計画の公示当初から 2001 年の間に、不足している二次医療圏が減少し、過剰であった地域はあまり変わっていない。過不足上下 10%以内の医療圏は増えている（図 8）。必要とされる基準病床を既存病床の比を 1989 年、1995 年、2001 年の 12 年間の変化を見ると過剰地域はあまり減少していないが、不足地域は大きく減少し、分布のばらつきが減って地域間の公平さが増大している（図 9）。

図 8

図 9

#### 2次医療圏病床過不足推移

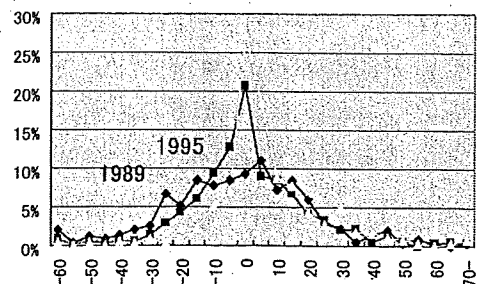
(2003年は診療所の療養型病床は除く)

公示日

	不足	適正	過剰	総計
過剰	25	85	19	129
不足なし	7	76	15	98
不足	4	33	35	72
合計	36	194	69	299

第一回公示日の二次医療圏 345 のうち、44 は医療圏の変更などがあったため追跡不可。適正は必要病床と既存病床の差が上下 5%以内のもの。

#### 病床過不足分布



原簿を指導課調べ

### 3) 結果の公平

県別の可処分所得と入院回数を見る、1985年にくらべて1996年では、所得の低い県ほど入院回数が多くなる傾向があり、特に老人の手術ありの症例について、その相関が正に変化している(図10、図11)。これらの結果から、地域的には、結果の公平さが増加したと捉えられる、これらの結果からは、医療計画が関与をしたか否かは明確でないにせよ、医療計画開始後、医療の質と効率は向上していることがわかる。しかし当初考えられていた医療費への影響は少なかった。一番明確な影響は公平性であり、全国的な医療の公平性に貢献したと言えよう。

図10

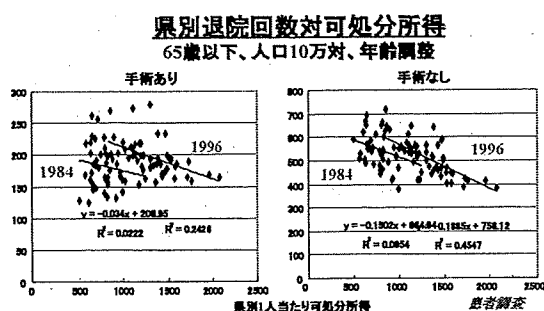
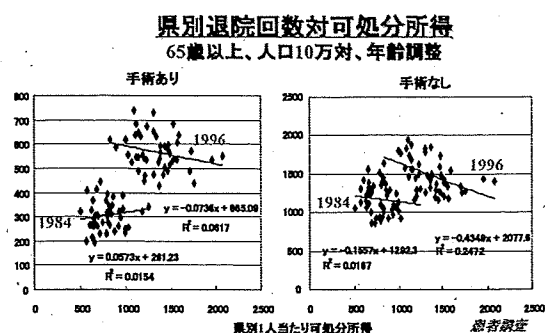


図11



### <参考文献>

1. Kawabata, Kei, Felicia Knaul, Ke Xu, and Patrick Lydon(2001): "WHO Fair Financing Methodology 5/3/2001," WHO Working Paper
2. 石原明子、松本邦愛、長谷川敏彦 (2001)「日本における医療の公平性について——経済的観点から」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.173-175
- 3.長谷川敏彦 (1998)「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』33(4)、pp.382-391
4. 長谷川敏彦 (2001)「病院システムと医療機器」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.357-360
5. 長谷川敏彦、福島敦、堀口裕正、近藤正英 (1997)「日本の病院の病床規模別機能別類型化の試み—規模列分析,集中度分析ならびに数量地図分析の応用」『病院』、56(11):1058-1062
6. 長谷川敏彦、澤野孝一郎 (2001)「医療計画の経済的分析」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.205-220
7. 長谷川敏彦、澤野孝一郎 (2001)「病床数規制が医療費に与えた影響 都道府県パネルデータを利用した分析」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.279-294

8. 星旦二他 (1994) 「県内二次医療圏での高齢者入院医療費格差の規定要因」『日本公衛誌』41(8)、pp.724-740
9. 堀口裕正・長谷川敏彦 (2001) 「日本における高額医療機器普及の歴史と現状」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.351-356
10. 松本邦愛、大平純彦 (2001) 「日本の所得格差と地域間格差の長期的動向」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.151-155
11. 松本邦愛、長谷川敏彦 (2001) 「所得階級で見た健康の公平性の分析——医療計画の影響分析 1986~1995」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.167-169
- ・松本邦愛、長谷川敏彦 (2001) 「医療機器に関する公平性と効率性の分析」『厚生科学研究費補助金平成 11-12 年度医療技術評価総合研究事業 医療計画の評価に関する研究報告書 (主任研究者:長谷川敏彦)』 pp.345-349
13. 三村邦弘 (1986) 「都道府県別医療費格差の要因分析」『社会保険旬報』1553:6-10



### III. 環境変化と展望

#### 1. 政府の役割の国際的、国内的動向

##### 1) 政府重視政策「市場の失敗の補完」(1950-1970年代)

1950年代、戦前の至上主義への失敗の反省から、さまざまな分野で行政の役割が注目された。当時、経済学ではケインズの影響が増大し、政府は市場の失敗を解決するものとして期待がされた。経済は景気の循環により有効需要不足に陥り停滞する。ケインズ経済学では、経済の安定のために政府の役割を強調したのである。

さらに、その影響を受けたマスグレイヴなどの財政学者は、財政の役割として、①「市場の失敗」分野における最適な資源の配分、②所得の再分配、③経済の安定、の三つを挙げ、行政の役割を明確に定義した。

保健医療分野においても、医療提供体制における政府の役割を Arrow (1963) が論じている。Arrow は伝統的な「市場の失敗」論を用いて、保健医療サービスが、①需要の予測がしづらい財であること、②情報の非対称性が極めて高い財であること、③外部性が存在すること、などをあげて政府の役割の重要性を主張した。Arrow の議論は、保健医療分野では、パレート最適を達成され最も効率のよい資源配分が行われる完全競争市場が実現されないので、政府の介入が必要であるとするものである。

##### 2) 市場重視政策「政府の失敗の克服」(1980-1990年代前半)

行政の介入への過度への期待は、福祉国家として行政部門の過度の肥大と制度疲労を生み出す結果となった。1980年代に入ると、経済学では新古典派経済学による「政府の失敗」の批判が盛んとなり、行政の役割の見直しが起こってきた。新古典派経済学とそれを踏襲した他分野の学者からは、市場を重視する政策が尊重され、実際にアメリカでは、レーガノミクス、イギリスではサッチャリズムというように新保守主義の行政改革が大きな流れとなったのである。

保健医療供給体制においてもそれは例外ではなく、レーガノミクス、サッチャリズムの中で、マーケットを重視した医療供給体制システムへの改編が盛んに行われるようになった。時代は、「政府の失敗」よりも「市場の失敗」を選択したのである。

また、新古典派以外の学者からも、行政の役割に対しては、これまでの単なる「市場の失敗論」を越えた議論が展開されるようになった。「取引費用」を経済学に持ち込んだことで有名な Coase は、例え「市場の失敗」があったとしても、それを政府が行うのが効率的であるとする理由は何もない、との主張を展開した。Coase (1974)では、公共財の例としてどんな経済学にでも載せられている灯台が、実は政府によって運営されているのではないことを詳細に記している。Coase の論に拠れば、誰がその財やサービスを供給するのかは、いかにそれを効率的に供給できるかにかかっており、実際そのような運営がなされている場合が多いということになる。

### 3) 政府、市場「政府、市場、両機能の発揮」(1990年代後半以降)

「市場の失敗」論、「政府の失敗」論という政府と市場の二項的対立を超えた議論が展開してきたのは1990年代になってからであった。経済学の理論においては、新制度派経済学などが、取引費用という概念を用いて、市場という装置の前提条件を整えるためには政府は何をしたらよいかという新しい議論を展開してきた。

#### i. 世界銀行(WB)の変節

これらの流れを受け、経済開発の場においては、まず世界銀行が『東アジアの奇跡』において、経済開発における政府の役割を積極的な意味で認め、さらに1997年の『世界開発報告』において、「ガバナンス」を重視する論点を張ったのである(図1)。

それでは、医療提供体制における政府(行政)の役割とはいったい何があるだろうか。この問いに対して、Preker et al. (2000) は、競争圧力がどれだけあるか、情報の完全性(計測可能性)がどれだけ高いかの二軸で保健医療分野におけるさまざまな財やサービスの供給を位置づけ、市場に任せる分野、政府がしなくてはならない分野、政府が規制を行うあるいは契約をすることで民間部門に行わせる分野等に分割している。この議論の特徴は、「市場の失敗」があるかないかという議論で政府の役割のあるなしを述べるのではなく、「市場の失敗」の程度によって、どのような形態での運用が効率的であるかにまで言及した点である。この論文では、競争圧力が非常に低く、情報が不完全である事業のみが政府が担当すべき分野であるとし、その例として、政策策定、モニタリング、評価を挙げている(表2)。

#### ii. 世界保健機構(WHO)の提唱

このような政府の役割を、WHOではstewardshipという概念で説明を試みている(図2)。Stewardshipとは、システムの「育成」を意味するキーワードであり、保健医療政策策定として、「保健医療システムの展望と方向性の明確化」、「優先順位」、規制として、「公正なルールの設定と実効性の確保」、「利用者の保護」、情報として、「パフォーマンスの評価と情報の提供」などを包括する概念である。Preker et al. (2000)によって展開された議論は、このstewardship概念の中で具体化されているといえるだろう。

しかし、Preker et al. (2000)の議論も含めて、近年、行政の役割を語る場合には、どうしても効率性の問題に限定されすぎているという感を否めないことも確かである。本来、評価軸は何も効率性だけではなく、例えば平等性といった評価軸も存在するはずであり、この議論は「市場の失敗」論やパレート最適の議論とは独立して存在する。また、さらに行政の大きな役割として、保健医療分野における安全保障の問題がある。政府、特に中央政府は、強制的な執行権を持って全国に渡って政策を実施することができる唯一の存在である。重篤で感染力の強い感染症の対策などは、事実上中央政府以外にはできる機関がない。

これらを総合すれば、行政の役割の役割として以下の三つが新たに付け加えることができるだろう。①公的扶助としての保健医療行政、②地域間格差等の是正、③安全保障としての保健医療行政、の三つである。WHO の掲げる stewardship もこれらの議論を含めた上での概念である必要があるだろう。

表 1：理論の流れと保健医療における行政

時期	保健医療分野における政府の役割論	経済理論	国際機関	運動
1960～70年代	Arrow 等の議論	ケインズ経済学、マスグレレイヴ		プログラム予算方式 (PB)、計画と規制
1980～90年代	Coase 等の議論	新古典派経済学、マネタリスト (フリードマン)	世界銀行 1987「変革へのアジェンダ」	健康変革 (HSR)、新公共経営 (NPM)
2000年代以降	Preker 等の議論	新制度派経済学、アマルティア・セン	『世界開発報告』1997「開発における国家の役割」 『世界保健報告』2000	人間の安全保障、公平の追及

図 1：ガバナンス

## 国家の機能

市場の失敗への対処		公平性の改善	
純公共財の供給 防衛 法と秩序 財産保護 マクロ経済管理 公衆保健		貧困層保護 対貧困プログラム 災害援助	
外部性への対処 基礎教育 環境保全	独占規制 公共事業規制 独占禁止政策	不完全情報克服 保険 (健康保険、 生命保険、年金) 金融規制 消費者保護	社会保障供給 再分配年金 家族手当 失業保険
民間活動の調整 市場の強化 集団形成のイニシアティブ		再分配 資源再分配	

1997「世界開発報告」世界銀行

図2：ステュワードシップ

## ステュワードシップのフレームワーク

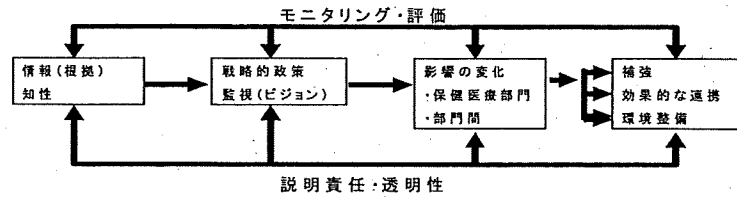


表2：保健医療サービスの分類

		競争圧力		
		高	中	低
情報の非対称性	低	第1型 消費財の生産、小売(薬・機器・その他の消費財)、未熟練労働	第2型 機器の生産、卸売り(薬・機器・その他の消費財)、小型の資本ストック	第3型 生産(製薬、ハイテク機器)、大型の資本ストック
	中	第4型 非臨床行為(マネジメント・サポート、洗濯、配食サービス)、日常の診察	第5型 基礎的なトレーニング(熟練労働)、診療行為、高度な技術を要する診察	第6型 調査・知識、より高度な教育(より高度な熟練労働)
	高	第7型 外来サービス(医科、歯科、看護)	第8型 公衆衛生、他分野にわたる介入、入院サービス	第9型 政策策定、モニタリング、評価

### 参考文献

- ・ Arrow, K. J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of Medical Care,' American Economic Review 53, pp. 941-973
- ・ Coase R. H. (1974) 'The Lighthouse in Economics,' Journal of Law and Economics, 17(2), October, pp.357-376
- ・ Preker, A.S. et al. (2000), "Make or buy decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory," *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 779-7