

総合医制度の定着に向けて

一圓 光彌

関西大学政策創造学部教授

はじめに

高齢者医療制度が導入されるに当たって、後期高齢者にふさわしい診療報酬のあり方が社会保障審議会の特別部会で検討され、2007年10月に『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』をまとめている。後期高齢者の医療には、①生活を重視した医療、②尊厳に配慮した医療、③本人と家族が安心・納得できる医療の視点が必要であると指摘している。そして、診療報酬のあり方に関して考慮すべき点として、(1)外来医療については、後期高齢者の病歴、受診歴、服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握することが主治医の役割として重要であること、(2)入院医療については、後期高齢者の生活を重視するという点から、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うと

もに、地域の主治医との連携の下、退院後の生活を念頭に置いた医療を行う必要があること、などを指摘している（社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』、2007年、p.1-4）。

ここで示された主治医の役割は、決して後期高齢者の主治医だけに求められることではないであろう。もっと若い年齢の者でも、自分のことをよく知ってくれている医師に相談してその判断を仰ぐのが一番安心であるし、複数の疾患を抱え異なる医療機関で治療を受ける場合には、その治療内容や服薬状況の全体を把握してくれる医師がほしい。重篤な病気でどのような治療方針がいいかを選ばなければならない場合には、自分の生き方や暮らし方を少しでも理解してくれる医師に相談したいと思うであろう。

必要とあれば最先端の高度な医療も受けられればと願うが、そのような医療が通院できる距離で常に利用可能だとは思わないので、近くで開業する主治医がそうした高度の専門医療につないでくれて、入院治療後はまたその主治医のもとで通院治療を続けられるようにすることができれば、身近に高度の医療を継続して受けられるし、病院の医療もそれぞれの専門に特化できて技術水準が高まることが期待できるであろう。またこうした連携は、特定の専門医不足を緩和する上でも効果が期待される。

いちえん みつや

1943年生。関西学院大学経済学研究科博士課程修了。経済学博士（関西学院大学）。専攻は社会保障論。関西学院大学助手、健保連研究員、国立公衆衛生院主任研究官を経て現職。

著書に『自ら築く福祉』（1996、大蔵省印刷局）、『医療保障論』（2003、光生館、編著）、『社会保障論』（2005、誠信書房）など。

1. 長期疾患の医療管理プログラム

外国でも、福祉サービスも含めて多様な職種による連携が必要な長期疾患の医療をどう確保するかが大きな課題となっており、長期疾患の医療管理プログラムを導入し、プライマリケア医と専門医との連携を図るとともに、初期段階での介入や予防事業に取り組む国も増えるようになってきている (David Scheller-Kreinsen, Miriam Blümel and Reinhard Busse, “Chronic disease management in Europe,” *Eurohealth*, Vol. 15 No. 1, 2009, p.2-3)。

一般医による紹介制度の歴史が長いイギリスでは、住民はあらかじめ自分の一般医を決めていて、その一般医と相談して必要に応じ病院の専門医を受診することになっており、一般医がゲートキーパーの役割を果たしている。自分の一般医の下には出生時以来の病歴を記録するファイルがあり、新しい土地に移って新しい一般医に変更する時も自分のファイルは新しい一般医の下に移され、一般医はその病歴を把握した上で診察に当たることになる。一般医の受診件数の9割以上は、一般医の診察で終わっており、重複受診や検査が重複することはない。

2004年に一般医の契約が大きく変更されたが、その際「成果報酬」が導入され15程度の疾患(冠動脈心疾患、脳卒中、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺炎、てんかん、ガン、精神保健、甲状腺機能低下症、喘息など)に関してサービスの基準が設定され、受け持ち患者について疾患管理の基準が達成できれば成果報酬が支払われることになった。現在この報酬部分が一般医の報酬の大きな部分を占めるようになってきている(一圓光彌「イギリスの医療制度における診療所の役割」『政策創造研究(関西大学政策創造学部)』創刊号、2008年、p.24-25; 筆者2008年聞き取り調査)。

ドイツでも、開業医に対する報酬は患者一人3ヶ月当たり25ユーロの件数払いを中心とするものに変わっているが、それに加えて、糖尿病、冠動脈心疾患、ガン、喘息、慢性閉塞性肺炎などで慢性疾患管理プ

ログラムが設けられ、これに参加した一般医に報酬が加算されている。また被保険者がゲートキーパー的な役割をはたす家庭医制度を用いる場合、3ヶ月ごとに負担する定額の診察料は40ユーロではなく20ユーロとか10ユーロに引下げられる (David Scheller-Kreinsen, Blümel and Reinhard Busse, op.cit., p.2-3; 筆者2009年聞き取り調査)。

フランスでは、2005年よりゲートキーパー的役割を果たす登録医に長期疾患患者当たり年40ユーロの報酬が支払われ、登録医を介して診療した専門医にもプロトコール作成費が支払われるようになった。患者のフリーアクセスは制限されていないが、登録医を通さなかった場合には患者負担が少し高くなるので、多くの国民がこの制度を利用するようになっていく。定められた長期疾患の患者数は全体の12%程度にすぎないが、その医療費は全体の60%をしめるまでにいたっており、新しい登録医制度が普及したことで、これらの医療の標準化が進められ、専門医による医療の状況が一人の登録医に集められるようになった意義は大きいと評価されている (筆者2008年聞き取り調査)。

2. 包括的な診療報酬とゲートキーパー機能

プライマリケア医の役割を診療所の医師が無理なく達成するためには、細かい診療行為ごとの料金体系による出来高払いよりも患者を担当することに対するより包括的な報酬の方が望ましいし、病院や専門医との連携を推進するにはゲートキーパーの機能を一人の医師に担ってもらうことが望ましいと考えられる。こうした考えにたつて、国民健康保険中央会に設置された水野肇氏を委員長とする「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」(筆者も研究会の委員の1人として参加している)は、その研究結果を2006年12月に報告書として発表し、後期高齢者は、原則として診療所の中からかかりつけ医を選び、病気になった場合は最初にかかりつけ医を受診することを原則とすること、かかりつけ医は、登録され

た後期高齢者の健康状態を把握し、相談に応じ、診察、治療、リハビリテーション指導、ターミナルケアの対応と看取りを行い、登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬とこれに追加する出来高払い報酬を受けること、などを提案した（高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会『高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書』2006年、p.1-2）。

この提言は、かかりつけ医にゲートキーパー的機能を持たせて患者のフリーアクセスを制限することや、医師報酬に人頭報酬的要素を導入することなどを含んでいたが、この点に関して医師会等から厳しい批判を浴び、後期高齢者医療制度の実施に合わせての実現は不可能となってしまった。その背景として、提言にある患者のフリーアクセスの制限や人頭報酬が、それまで抑制されてきた診療報酬を一層引き下げる結果になり、病院や診療所の経営が一層悪化することに対する懸念が広く持たれたからではないかと考えられる。診療報酬が厳しく引き下げられてきた時期での提案であるので、医師会等の心配は当然であるかもしれないが、人頭報酬が出来高払いよりも常に総報酬を低くするというものでは決してないし、日本のように出来高払いを前提に施設整備をして来た診療所に人頭報酬を導入する場合には、かなりの程度出来高払い部分を残さなければならないことも当然である。ゲートキーパー機能についても、フリーアクセスの全面的な禁止など考えにくく、要は病院と診療所の連携が促進されるための支援策、誘導策なのであるが、人頭報酬と同様ゲートキーパーについても、その用語が硬直的にとらえられ、必要以上の拒否反応を招いたように思われる。

聞き取り調査に基づく大雑把な比較であるが、人頭報酬中心の報酬を得ているイギリスの一般医のネットの所得は年1600万円程度であるが、出来高払いの報酬を受けているフランスの一般医の所得はその半分程度である。イギリスの人頭報酬も一人当たり単価で計算される単純なものではないし、そもそも人頭報酬部分は所得の半分程度にすぎない。ま

た住民による一般医の登録はいつでも変更可能であるし（診療所は複数の一般医が共同で経営することが多く、現在は住民の登録も診療所ごとによって変わっている）、一般医により紹介される病院も患者が一般医と相談しながらではあるが全国の病院をインターネットで調べて自由に予約できる。フランスに導入された登録医制度（16歳未満は適用外）では、診療報酬はこれまで通り出来高払いであり（日本ほど細かくないが）、住民は専門医も含めてどの医師にでも登録でき（実際にはほとんどの国民が開業している一般医を登録医に選んでいる）、また患者負担は少し高くなるが登録医を介することなく専門医を受診することも自由でフリーアクセスは制限されていない（筆者2008年聞き取り調査）。

これに対し、日本の開業医は、細かく定められた診療行為ごとの出来高払いの下で、その単価をコントロールする形で総費用が抑制されてきたので、サービス投入量を増やして収益を維持する必要があった。日本の出来高払いの報酬体系は、予防的な生活指導などを必要とする生活習慣病などの医療のためにはいかにも細かすぎる。また病院も診療所と同じような診療報酬で稼ぐ外来を維持することが経営上必要で、これが専門医療機関としての機能強化が妨げられる要因になっている。産婦人科や小児科などの特定の専門医が不足するといった問題も、病院と診療所の連携のあり方を工夫することとあわせて、必要な専門科の確保を考える必要があるであろう。

3. 総合医の教育制度

日本は死亡率などで見て高い健康水準を達成しているが、そのために使われている医療支出は決して高くない。しかし、貧困問題が深刻化し経済格差が広がりつつある状況で、高い健康水準が今後も維持できるかどうかは大いに疑問である。1980年代を通じて医療費が厳しく抑制され、その歪みが入院のための長い待機リスト等にあらわれていたイギリスでは、労働党への政権交代で1990年代末より積極的な医療政策が採用され、対国内総生産比でみた総医

表1 人口1000人あたり医師・看護師数
(2007年または2006年)

	医師数	うち一般医	看護師数
ドイツ	3.50	1.48	9.94
フランス	3.37	1.64	7.73
イギリス	2.48	0.72	10.02
アメリカ	2.43	0.96	10.57
日本	2.09	…	9.35

資料:OECD,Health Data 2009

療費は日本を上回るようになり、入院待機期間や診療所の待ち時間なども大幅に改善されている。日本でも事態が深刻にならないうちに積極的な医療政策に方針転換することが必要となっている。

日本の総医療費の低さは医師数や看護師数の低さに端的に表れている。正確な比較は難しいが、表1の通り人口に占める医師数も看護師数も比較した5ヶ国中日本が最低である。医師数では社会保険のドイツ、フランスが比較的多い。外国にあつて日本にないのは一般医（総合医）である。日本ではいわば「臓器別」の専門教育がなされ総合医の教育制度は確立されていない。

ヨーロッパでもかつては臓器別の専門の医師の教育しかなされていなかった。ヨーロッパの医師の教育は、イギリス、フランスのように主に病院でなされる国とドイツのように大学でなされる国とに分かれるが、いずれの場合も第二次世界大戦までは、病院や医学の観点から教育内容が決められ、患者やプライマリケアの観点は考慮されていなかった。第二次世界大戦後に医療を様々な専門科に分割する動きが始まるが、その際には一般医療は非専門にとどまっていた。その後プライマリケアの担当者は超専門という形での専門性を主張するようになり、1960年代に入ると一般医療を教える医科大学の教授が各国で誕生するようになり、今ではほとんどの国で一般医は専門医の資格を得ようになっている (Saltman, Richard B., A. Rico and W. Boerma (eds.), *Primary*

Care in the Driver's Seat? Open University Press, 2006 p.170-171)。

イギリスでは、医学部の教育が5年で、それを終わるとファウンデーション・プログラムと呼ばれる2年の研修がある。1年目は基礎的な臨床研修でその段階で医師免許を得、2年目は一般医療や小児科などといったより専門的な研修となる。ファウンデーション・プログラムの後の専門研修段階で、58の専門科か一般医療かの選択がなされる。一般医療へ進む者と病院の専門科へ進む者とは半々で、各専門科の定員は、保健省により将来の専門科ごとの需要から決められる。なお医学教育の費用は、最初の3年間だけ文部省が負担するが、研修期間の給与も含めてあとはすべて保健省の負担となる。専門研修の期間は専門科によって異なり、一般医療は3年（病院での研修と診療所での研修が1年半ずつ）であるが、一部の外科などは7年である。医学部の定員は1997年の4000人から現在は7000人に引き上げられている（筆者2008年聞き取り調査）。

フランスでは、医師の教育期間は3つの段階に分かれている。第1段階は2年で、1年目は基礎医学を教え最後に国家試験を課している。ここで入学生4.5万人がふるいにかけてられ、7300人だけが2年に進級する。2年目では普通科目、症候学などが教えらる。第2段階は4年で病理学などが教えられるが、4年目から6年目にかけては病院での研修が入る。6年目で第3段階へ進学するための国家試験を

受け、この成績の順位により第3段階で選べる専門がきまる。第3段階は3～5年で専門科により期間が異なるが、一般医療は3年である。専門ごとの定員は、病院が決めていたが2009年からは保健省がきめることになった。フランスの人口当たり一般医はむしろ多い方であるが、一般医の比率を引き上げて、近い将来の医師不足に対応しようとしている（筆者2008年聞き取り調査）。

4. 病院と診療所

日本の医療供給体制を外国と比較して、医師や看護師の数と対照的なのは病床数で、日本の病床数の多さは表1の5ヶ国の中では突出している。ヨーロッパの病院は、もともと貧困者のための宗教団体の施設として設立され、次第に自治体等の運営に変わるようになったものである（エイベルスミス著・一圓他訳『医療保障の経済学』保健同人社、1986年、p.20-23）。したがって今でも多くの病院は国立ないし自治体立で、民間の病院であつても非営利団体のものが多い。社会保険の国でも、民間病院も含めて公的な医療供給計画の中で位置づけられ、病床や高度の医療施設の設置は地域ごとに規制されるとともに投資的なコストは診療報酬とは別に公費で賄われることが多い。ド

イツ、フランスでは、開業する専門医も増えているが、多くの専門医が仕事をする場としての病院の供給体制は公的にコントロールされており、専門科ごとの人員確保と適正配置も比較的達成しやすくなっている。高度の医療機器も地域で規制されているので、その利用は地域住民や開業医に開かれている。

日本では、明治後期以降、自由開業医制度のもとで民間病院が普及するようになり、開業医が診療報酬で稼いだ金を蓄積して無償診療所から有償診療所、さらには病院へと規模を拡大する形で病院の供給体制が整備されてきた（菅谷 章『日本の病院』中央公論社、1981年、p.9）。こうした供給体制整備の歴史から、診療所も病院も基本的に同じ診療報酬が支払われたり、病院と診療所の機能が特化することなく同じような医療を提供することになったり、適切な病院供給体制の整備が妨げられるなど、日本に固有の問題が発生することになった。

現状では、診療所もさることながら地域の病院の崩壊が深刻な問題となっている。診療報酬単価の操作による梃子入れだけではなく、専門医療を担う病院の機能を強化し、病診連携や診療所間の連携が推進されるよう、都道府県の地域医療計画にもとづく病院やネットワーク作りのための直接的な支援が必要であると考えられる。■

