

社会保障に係る租税法・財政法（三）

手塚 貴大

- 一 本稿の検討の視角
 - (一) 社会保障をめぐる諸問題
 - (二) 社会保障制度の持続可能性―鍵概念の提示―
 - (一) 社会保障政策の意義―その属性から得られる政策的含意―
 - (二) 社会保障政策の公的性格
 - (三) 社会保障政策の属性と政策的含意
 - (四) 社会保障の制度設計―指針の獲得―（以上、四一巻三号）
- 二 社会保障政策の公的性格
- 三 医療・介護政策と法―財政制度との関係―
 - (一) 医療財政の基本構造
 - 1 医療と財政―診療報酬制度の意味するもの―
 - 2 混合診療―医療財政の関連問題①―
 - (1) 混合診療の意義
 - (2) 混合診療の解釈論的問題（以上、四二巻一号）
 - (3) 混合診療の政策論的問題
 - 3 診療報酬改革―医療財政の関連問題②―（以上、本号）
 - (二) 医療提供と効率化の可能性―医療財政との関係―
- 四 社会保障と租税法―租税制度は社会保障政策に貢献できるか？―
 - (一) 社会保障政策における租税法と総合政策の視点
 - (二) 所得税
 - (三) 消費税
 - (四) 相続税

五 社会保障と財政法

- (一) 社会保険方式の法構造
- (二) 社会保障政策の体系
- 六 貧困対策と法—セーフティーネットの構築と格差是正—
 - (一) セーフティーネットのあり方
 - (二) 格差是正のあり方

三 医療・介護政策と法—財政制度との関係—(承前)

- (一) 医療財政の基本構造(承前)
 - 1 医療と財政—診療報酬制度の意味するもの—(承前)
 - 2 混合診療—医療財政の関連問題①—(承前)
 - (1) 混合診療の意義(承前)
 - (2) 混合診療の解釈論的問題(承前)
 - (3) 混合診療の政策論的問題

この問題は混合診療に係る医療提供体制のもとにおける位置づけに関係する。すなわち、混合診療を原則的に禁止とする正当化根拠は何か、という問題である。この点、安全性を持った医療を平等に国民に提供するという価値判断がそれであると言えよう。より踏み込んでいえば、「国民生活の安心の拠り所としての公的医療保険制度の存在意義に鑑みれば、財政制約が厳しさを増す中でも、「最適水準」の医療の「平等消費」を保障するという理念¹²⁾である。

また、健康保険法二条に言うところの基本理念（健康保険制度については、これが医療保険制度の基本をなすものであることにかんがみ、・・・医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施されなければならない）を踏まえて、安全性や有効性のほか普及性等の観点も考慮し、保険給付の範囲を画するとともに不当な患者負担が生じることを防止することが必要なのである。⁽¹²⁶⁾これを否定することはできないが、保険診療の範囲が医学の進歩・技術発展に応じて更新されるべきものであるという一般論⁽¹²⁷⁾に与することはできても、目下の財政状況に照らしてある程度の方向転換が許されるか否かが問われる。⁽¹²⁸⁾いわゆるレーシヨニングの可否およびその範囲の問題である。この点、医療提供のあり方に係る基本的視点として自由および平等に触れられることがあるが、これは平等と自由という両極を軸に、公的な医療体制のあり方が決定されるものである。すなわち、平等を重視すれば現行の体制が採用されるであろうし（いわゆる格差原理⁽¹²⁹⁾）、自由を重視すれば公的な医療提供の範囲は縮小していくことになる。また同じ文脈で医療経済の視点にも言及され、これは医療費抑制論の系譜に属するものであり、医療財政の持続可能性が制度設計にも求められることになる。⁽¹³⁰⁾そこで、混合診療も（おそらくはそれなりに広い範囲で）承認することに繋がるものである。⁽¹³¹⁾

(127) 島崎・前掲注(82)二四五頁。

(128) 島崎・前掲注(82)二三九頁。

(129) 稲森公嘉「公的医療保険の給付」日本社会保障学会編『これからの年金・医療』（法律文化社、二〇二二年）一〇一頁。

(130) 島崎・前掲注(82)一一六頁。

(131) 池上／キャンベル・前掲注(81)八七―八八頁。

(132) 島崎・前掲注(82)七頁。

(133) 池上／キャンベル・前掲注(81)三七―三八頁。

このように、(特に保険給付の対象となる医療サービスの範囲という意味での) 医療提供体制のあり方は一義的に決定されるものではなく、いくつかの選択肢が考えられる。これを前提とすれば、保険診療の範囲も一定の幅で拡大・縮小するものであると考えられる。これは高齢化という与件のもとでの医療提供体制再構築に伴う医療財政の持続可能性確保のためのシナリオの一つと見ることができよう。さらに、技術進歩も医療費増加の要因であるとされる。⁽¹³⁵⁾ そうであるならば、高費用の技術を保険収載すると、その分患者への利用が促進され、その結果医療費増加に行き着く傾向は生じる。これは、一般論ではあるが、そうした医療サービスの保険収載をできるだけ消極化していくという判断、つまりは混合診療の拡大をもたらす。

以上を一般化させれば次のように言うこともできよう。前叙の高齢化および技術革新に応じた医療費増加に対応するための診療報酬引下げ論が出てくるわけであるけれども、ここで単なる引下げ論ではなく一定の合理性ある基準を伴う効率化の要請が重要となる。そこで、効率化の余地は何処にあるのか、手段はどのようなものが問題となるが、医療保険財政の改革をする工程として、医療保険でカバーする領域を削減することにより、診療報酬の原資である保険料および租税という公的負担の投入額を減少させることができるのである。特に、保険料額に上限がある場合には、残余は租税を中心にカバーを行うことになるが、それにも限界があるため、診療報酬引下げは公的負担の限界を画す

(134) 森田・前掲注(89)一九二頁以下。また、前掲・最判平成二三年一月二五日の事案についても、裁判所にとって、自身の判断が制度に与える影響を考慮することが必要とされようか。この点、阿部未央「社会保障判例」法学七二巻三号一四六頁。

(135) この点、池上／キャンベル・前掲注(81)三四頁、一〇三頁。

(136) 府川・前掲注(24)三〇頁、三八頁。

(137) 西村健一郎「混合診療の可否について」週刊社会保障二四八二号四一頁は、これが、混合診療拡大の帰結であるとする。

(138) 島崎・前掲注(82)七頁。

る機能を持つ。その具体的手段として混合診療の解禁が一つの帰結であることになる。

勿論、混合診療解禁を行うと医療サービスの享受可能性が個人ごとに異なる可能性が出てくる。社会保障の機能として所得再分配がある以上、主として高所得者が高額医療サービスを享受することができるという医療提供体制を是とすることは容易にはできかねることもまた言えそうである。平等を強調すればかような結論に行き着く⁽¹⁴⁰⁾。したがって、この問題はいずれの立場を重視するかに応じて解答が異なるものである。とするならば、公的負担の局面でなお引上げ余地がある場合には、医療提供の効率化のみ追求するのではなく、負担面での増加策が採られることにより、混合診療の問題は差し当たり回避するという途も採られうる。

とはいえ、例えば、わが国においては、医療政策の場面において平等が強く指向され、公的保険でカバーされていない医療の割合は極めて小さく、医薬品も、薬事法の承認を得た薬（有効性と安全性が確認できた薬）は、ほぼすべて速やかに公的保険の適用となるという現状がある⁽¹⁴¹⁾。この背景には抽象的レベルでの所得の多寡により医療に係るアクセス上の格差が生じるのは好ましくないという社会規範⁽¹⁴²⁾の存在を観念することは許されよう。この点、こうした公的保険の守備範囲の広さを指示する法令上の根拠がないにも拘わらず、前叙の現状があるのは、後にも触れるが、混合診療保険給付外の原則が中医協においても保険収載圧力となつてその議論に影響を与えているためであるという指摘がある⁽¹⁴³⁾。これは前叙の社会規範の具体化とその機能として解することができる。とするならば、公的保険医療の範囲を決定する視点として、前叙の平等および自由が理論上措定可能であるとしても、特に自由という視点はわが国

(139) 島崎・前掲注(82) 一七―一八頁。

(140) 香取昭幸『教養としての社会保障』（東洋経済新報社、二〇一七年）八六頁。

(141) 遠藤・前掲注(71) 一一二頁。

では現実の政策形成の場面においては機能し難い。さらに、内閣による改定率の決定という与件のもとでの診療報酬改定作業であって、いわば翌年度の医療費は政府により事実上決定されているという言い方も不可能ではない中、この与件は医療費の決定に抑制的に機能すると言いうるが、その反対に混合診療保険給付外の原則が中医協の議論を規定するとすれば、制度上の医療費決定プロセスに医療費抑制・膨張という相反するベクトルが内在することになる。ここで両者の強弱を正確に描写することはできないが、ともかく両者は意思決定にそれぞれ作用しうる。この解消を試みるには如何なる手段があるか。そもそも混合診療の解禁に如何なる帰結が予想されるか。この点、例えば、製薬会社の保険収載へのインセンティブがなくなり、医薬品の価格が高止まりし、また、医療サービスの安全性に対する公的チェック機能が十分に発揮され難くなる、患者負担が増大するという指摘がある⁽¹⁴⁾。他方で、予算の上限も意識されざるを得ない。そこで、保険収載作業を出来るだけ行いつつ、別途医療費の効率化を追求するという途しかない（これは直後のレーショニングを回避しつつ、医療費効率化を追求することと同じである）。これに関連して、わが国での前叙のレーショニングの作業に触れる。そもそも医療は価値財であるという立場から種々の規制がなされることは既に触れたが、この価値財とは、その性質上、社会的に見てそのサービスは人びとが平等に消費できることが好ましいなど、社会的に何らかの理由によって公的に供給されている財とされる⁽¹⁵⁾。こうした属性を医療という財が一般的に

(142) 例えば、笠木映里「混合診療問題―平成23年最高裁判決を契機として」法学セミナー六八七号四七―四八頁。所論は、保険収載を通じて、混合診療の範囲が狭くなれば、診療可能性が広がるということを根拠とするのであろうか。

(143) 田近栄治／菊池潤「日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性」フィナンシャル・レビュー一一一号三六頁。

(144) 鳥崎謙治「混合診療禁止の法理と政策論 下」社会保険旬報二三四号一八一―一九頁。

(145) 横山／馬場／堀場・前掲注(76)二四頁。

備えている以上、(安全性、有効性が確認されるが、効率性が不十分であるという理由で特定の医療・薬剤の保険取
載を止めるという形態での) レーショニングの作業は困難ではないか。この点、前掲・最判平成二十三年一〇月二五日
の寺田補足意見も混合診療保険給付外の原則につき、「公的医療平等論は、・・・国の制度論を支えていた哲学とでも
いふべき基本的な考え方とみられ、この考え方の下では、自由診療を保険制度と関連付けて公認することを極力避け
ようとする傾向がみてとれる・・・」とするのもこの趣旨であろう。とするならば、目下のところ医療の効率化の主
戰場は別途存在すると考えるのが実際上も有意義であろう。例えば、目下医師の処方により保険適用の結果廉価で入
手できるものがあるが、情報の非対称性がその性質上生じにくいと考えられる財の購入について、保険適用から外
していくということが考えられる。¹⁴⁶⁾

ただ、混合診療保険給付外の原則も以下のような問題を伴う。確かに、前掲・最判平成二十三年一〇月二五日も、混
合診療保険給付外の原則につき、「・・・健康保険により提供する医療の内容については、提供する医療の質(安全
性及び有効性等)の確保や財源面からの制約等の観点から、その範囲を合理的に制限することはやむを得ないものと
解され、・・・混合診療については、法の定める特別の要件を満たす場合に限り療養の給付に代えて保険外併用療養
費の支給による保険給付を行い、その要件を満たさない場合には保険給付を一切行わないものとしたことには一定の
合理性が認められるものというべきであつて、混合診療保険給付外の原則を内容とする法の解釈は、不合理な差別を
来すものとも、患者の治療選択の自由を不当に侵害するものともいえず、また、社会保障制度の一環として立法され
た健康保険制度の保険給付の在り方として著しく合理性を欠くものということもできない。」として、混合診療保険

(146) 翁・前掲注(71)一六五頁以下が好例を挙げる。所論によると、湿布がそれに当たると考えられる。

給付外の原則につき、憲法二三条、一四条、二五条に違反するものではないとする。ところが、寺田補足意見は次のように言う。曰く、「・・・この原則（＝混合診療保険給付外の原則・筆者注）がどのような目的を達成するための手段としてどのように合理的であるのかについての立ち入った議論が深められるには至らなかったように見受けられる。」とした上で、凡そこの原則の下で定められている仕組みの手段として目的との間の合理的関連性が問題であるとする。差し当たって、混合診療保険給付外の原則は、療担規則により禁止されると考えられる混合診療が実施された場合に、保険診療相当部分も含めて保険給付外の療養とするものであり、「・・・かつて一部の療養に差額徴収を認める自由診療方式を認めたところ、患者側が高額な差額支払を求められて社会問題化された経緯を踏まえ、「国民の生活水準の向上や価値観の多様化に伴う医療に対する国民のニーズの多様化、医学・医療の進歩に伴う医療サービスの高度化に対応して、必要な医療の確保を図るための保険の給付と患者の選択によることが適当な医療サービスとの間の適切な調整を図る」という観点から、先進医療の有効性、安全性を検証、評価する段階の評価療養・保険外併用療養費の制度（旧法下での高度先進医療に係る療養・特定療養費制度）が設けられ、差額徴収を認める自由診療の範囲をこれに限って明確に画し、その場合の徴収方法や補填支給方法も療養の給付に要する費用とは別に定め、一方、これにも当たらない診療については、保険においてより必要な医療の確保を図る（保険原資の平等な分配ないし受益ともいえる）との観点から、むしろ保険の適用外に置いて診療を抑制（規制）することは、立法政策、立法裁量として（保険者、保険医療機関、被保険者それぞれにとつて）相応の合理性を有すると考えられる」（大谷補足意見）ともされるように、いわば療担規則上の禁止事項を財政面で実効化するものとも考えられる。こうした政策判断もありうるのかもしれないが、混合診療とされる場面が必ずしも明確ではない場合もある。例えば、「・・・〔一〕甲の疾病でA医療機関から保険給付に係る診療を受ける傍ら、同一期間内に同疾病についてB医療機関で保険給付外の診療を

受ける場合、同原則は適用されるのか否か。・・・」等（田原補足意見）という場合がそれに当たる。とすると、被保険者にとって、自身に提供される医療が必ずしも保険給付の対象とならない可能性も生じてくるため、そもそも被保険者であることに伴い、保険給付を受けうる「地位」にあるとされるところ、必ずしも予測可能ではない中で事後的に保険給付を受けられないことが判明しうる。この場合、「法の規定の不明確性」（田原補足意見）がある中で、行政処分を介在させないとはいえず、自身のかような地位が侵害されることにもなりかねない。但し、前叙の地位は保険診療がなされる場合に認められる地位であり、混合診療が実施される場合には、そうした地位がそもそも認められないと解することもできる。⁽¹⁴⁾ 尤も、明文の規定がないため確たる手がかりを得ることができないという指摘がある点には留意すべきであろう。この点、端的には、混合診療保険給付外の原則を法律上明文で規定すべきという立場に与しやす。ところが、もし、そうした原則を法律上配備する場合には、法律または下位の法令においてかような原則の

(147) 菊池馨実『社会保障法 第2版』（有斐閣、二〇一八年）七八頁、加藤／菊池／倉田／前田・前掲注（5）五一頁。

(148) 同旨、島崎・前掲注（123）一五〇頁。

(149) 岩村・前掲注（1）六二頁。これは、所論によると、傷病の場合、その保険事故としての性質上、直ちに現物給付たる医療を提供する必要があることを根拠とする。

(150) 阿部泰隆『行政法解釈学Ⅰ』（有斐閣、二〇〇八年）一三二頁、大沢光「混合診療」における保険診療相当部分を対象とする保険給付の可否」ジュリスト一四四〇号三七頁。さらに、岡部補足意見は、混合診療保険給付外の原則により、保険給付の範囲内にあるものについても、結果として「・・・受給できなくなる範囲は相当程度広いものといわざるを得ない。その意味で、混合診療保険給付外の原則は受給者に対して重大な影響を及ぼす」とする。これは、混合診療保険給付外の原則によりもたらされる既存の地位、権利の侵害を示すものと言えよう。

(151) 新田秀樹「最新判例批評」判例評論六五六号一五一―一五二頁。同旨、前掲・東京高平成二年九月二九日。

対象となるべき具体例を規定する必要がある。そうすると、その原則の適用対象となる範囲を明確に画しつつ、具体例を脱漏なく列挙規定することが求められよう。この場合、混合診療を網羅的に法律上規定するのが困難であるという前叙の田原補足意見が提起する問題に逆戻りする⁽¹⁵²⁾。これは現状維持につながる。換言すれば、混合診療保険給付外の原則に係るあらゆるケースについて法令上明確化する作業が行われるわけではないので、(保険収載の促進が維持されるとしても)弊害の改善は不十分に止まりうる。また、保険医療機関にとつても、自身の提供した医療が保険診療扱いとされないと事後的に判明した場合、患者から費用回収ができない場合も生じうる⁽¹⁵³⁾。以上のことは、患者にとつても、保険医療機関にとつても不利益的なことであり、このリスクを避けるべく、混合診療の可能性をできるだけ排除しようというインセンティブが働くであろうし、それが中医協における保険収載圧力に繋がることは推測可能である。また、この結果、「・・・本来は同原則が適用されない場合であるに拘わらず、その適用があることを慮る医療機関が、患者の求める保険給付外の診療を差し控えるという萎縮診療に繋がる可能性がある。」という弊害も生じうる。いわば禁止事項が不明確であることに伴い、保険医療機関に萎縮効果をもたらすことにより、禁止を実効化する⁽¹⁵⁴⁾とい

(152) 例えば、岩村正彦「社会保障法入門 第三八講」自治実務セミナー四一巻四号一二頁によると、医師と患者との間の診療契約の実態について、診療が継続されるうちに、その内容が変化していくという属性が認められる。これを前提とすれば、やや強引ではあるが、保険診療が開始されても、事後的に混合診療に変化すれば、当初の保険診療についても保険給付の対象外となることも説明不可能ではない。

(153) 太田匡彦「混合診療」『社会保障判例百選「第5版」』別冊ジュリスト二二七号六一頁。

(154) 稲森公嘉「混合診療禁止原則の適法性・合憲性」週刊社会保障二五七号四五頁、島崎・前掲注(123)一五〇頁。

(155) 同旨か、島崎・前掲注(123)一五三頁の注6。

(156) 笠木映里「日本の医療保険制度における「混合診療禁止原則」の機能」新世代法政策学研究一九号二二六頁。

うや変則的な行為禁止制度であるとも言える。この点、おそらくは、禁止されるべき混合診療を脱漏なく網羅的に法令上規定することが困難であるというに基づき、かような状況が生じていると考えられる。実のところ、混合診療を行うと保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消も制度上ありうるのだが、かような制裁が実施された例は極めて稀であることの推測がなされる¹⁵⁶⁾。この要因として、論者の言うように、現行制度による萎縮効果が効いていくということであったり、あるいは禁止される混合診療が法令上網羅されていないため、行政にとつてもかような措置をとるべきケースが識別手出来ないという現状があると推察することは不可能ではない。これを敷衍すれば、基本原則としての混合診療禁止、財政面での制裁的措置をもたらす混合診療保険給付外の原則、まさに制裁的な保険医療機関の指定取消および保険医登録取消といった大まかに三段階にわたる禁止・制裁制度を以て警告的に混合診療の禁止を実効化する制度が構築されているのである。

なお、以上に関連するが、仮に、混合診療が実施されるにしても、自由診療に相当する部分が全体のうち極めて比重が小さい場合にも、混合診療保険給付外の原則を当てはめるべきか否かという問題提起がありうる（例えば、大谷補足意見）。こうした場合に当該原則の適用を排除すると考える立場もありうるが、この原則の適用範囲を画する作業が必要な場合を新たに付け加えることにもなりうる。

(157) 笠木・前掲注(156) 二二七―二二八頁。

(158) 笠木・前掲注(156) 二二六頁およびその注9。なお、そもそも、混合診療保険給付外の原則を用いて、混合診療の禁止を実効化するということに論理的必然性はないとする立場がある（阿部・前掲注(134) 一四九頁）。しかし、これが十分実効性を有すると考えることもできる（菊池章「時の判例」ジュリスト一四七二号九三頁より示唆を得た）。

(159) この点、岩村正彦「社会保障法入門 第四〇講」自治実務セミナー一四一六頁以下。

(160) 倉田聡「保険診療と自由診療（自費診療）の使い分けに必要な知識」治療八三巻七号〇八九頁。

以上を通覧すると、次のことが言えよう。医療財政の効率化が言われるが、医療・薬剤等の保険収載を大幅に止めるという選択肢は、従前のわが国の政策選択、理論的観点、さらには現実的な与件を参照しても困難である。そこで、混合診療保険給付外の原則については、法学的観点からは、制度運用の明確化（これも運用上の明確化をもたらす制度設計論である）が必要となっている。そこで、それを以下に示すが、その際参照すべきは、前掲の寺田補足意見である。所論は、混合診療保険給付外の原則自体は実現されるべき目的との関係で「一般的には相当性を欠く判断である」とは言い難い」とし、実際それが適用されることによる「(保険診療による療養の・筆者注) 給付を受ける権利の阻害要件として機能するもの(の在り方)」が問題であるとする。その上で、次のように言う。「現行法の下では、保険給付が認められるかどうかの観点からみると、療法一般は、(ア)全面的に保険給付が認められる対象となる療法、(イ)全面的に保険給付が認められる対象ではないが、全面的に保険給付が認められる対象となる療法と併用する場合に併用する療法についての保険給付に相当する給付が否定されることがない療法、(ウ)全面的に保険給付が認められる対象でなく、全面的に保険給付が認められる対象となる療法と併用すると併用する療法についての保険給付に相当する給付も否定される療法、の3つに分かたれることになる。これらを仮に、推奨療法(ア)、随意療法(イ)及び忌避療法(ウ)と称することとしよう。」とする。引用した所論のうち、(ア)は保険給付の含まれる療養の給付、(イ)は保険外併用療養費制度のもとでの金銭給付、(ウ)は混合診療に相当しよう。その上で、所論は三者の識別につき、以下のように言う。曰く、「それぞれの対象範囲を決める場合に、推奨療法を随意療法等から分かち基準については、財政上の都合、医療サービス供給体制の実情への配慮などもあり、決定権者に相当の裁量が認められるものであっても全く不合理ではない。これに対し、忌避療法は、権利を否定するものとして機能する範疇なので、より厳格な指針をもって範囲を決める仕組みとすべきものである。そうすると、本来であれば、まず忌避療法をその他からどう分かちかを基

準を定めて決め、残る療法の中から諸事情を勘案して推奨療法を決めるとする決め方が適切であるということになるが、法律のたどってきた経緯や技術的困難から、推奨療法と随意療法とを基準を定めて決め、残されたものが忌避療法であることも不相当とはいえない。しかし、そうであるとしても、推奨療法から分かれた残りの療法の⁽¹⁶²⁾中で、それを随意療法とし、それを忌避療法とするかについては、できる限り決定権者の裁量を排し、この仕組みが目的とするところに沿った明確な基準、方法により決定ができる仕組みが求められるはずではないであろう。」と。所論の特徴につき、ここで若干指摘したい。一に、推奨療法と随意療法との関係については、随意療法のうちにはいずれ保険収載を予定するものではあるが、医療財政の視点から敢えて推奨療法に含めないという判断がありうる、ということが示唆されている。安全性と効率性とを比較する余地があるということである。この場合、そもそも、評価療養は保険収載を予定したものであり、医療財政の効率化にそれがどの程度資するか否かは不明確である。二に、保険給付について、推奨療法の範囲はともかくとして、随意療法と忌避療法との間の範囲を明確に画する基準の必要性が述べられているが、忌避療法に該当する医療は保険給付を受けることができないため、それは保険給付を受けることに係る国民の権利に関連するので、忌避療法とされる医療を識別する際には、明確な基準で以て決定権者の裁量を出来るだけ排除する形でなされるべき旨述べられる。これは、所論が保険収載の促進という現行制度を前提とするところから導かれよう。さて、所論の述べる基準であるが、例えば、後述する保険外併用療養費制度の枠内における先進医療会議において用いられる、安全性、有効性、普及性、効率性、技術的成熟度等といった基準であるが、これらの基準は相当程度に明確性があると思われる、さらに、専門家が関与して決定されるので、手続としても問題があるとは

(161) 田中伸至「診療報酬制度の構造と診療報酬決定過程―日本とドイツ例に―(増補)」法政理論四八巻二三号四五頁および同注43。

(162) 田中・前掲注(161)四四頁では、先進医療会議の構成員は、臨床医学等の先進医療に係る専門家であるとされる。

思われない⁽¹⁶⁵⁾。尤も、例えば、保険給付の範囲のあり方一般につき、ある程度法律上規律されるべきであるという立場もあり得よう⁽¹⁶⁶⁾。

なお、安全性・有効性の確認できない医療が国民に提供されることを回避するという、特に安全性等の確保を根拠に混合診療を禁止することを正当化する立場もありうる⁽¹⁶⁷⁾。ここで前叙の患者申出療養制度を素材に検討する。これは混合診療の全面解禁ではないが、医療財政との関係で言えば、次のような議論が可能である。例えば、一に、患者申出療養の成果が基点となつて、それが将来的に保険収載され、低所得者にも恩恵が集まる、という⁽¹⁶⁸⁾。しかし、保険収載により、これでは医療財政への負担が増加する可能性もある。二に、この制度を通じて先進的医療が実施され、健康寿命が延伸すれば、公的財政負担も軽減される余地がある、という⁽¹⁶⁹⁾。確かに、その可能性はあるが、不確実な議論ではある。三に、情報の非対称性から生じる疑わしい医療の実施および患者の負担増大の可能性は、前叙の臨床研究中核病院による安全性・有効性の審査を通じて生じない、という⁽¹⁷⁰⁾。これに関して、(混合診療解禁と保険外併用療養

(163) 新たに評価療養とされる医療は、先進医療会議、中医協を経たうえで厚生労働大臣が決定するが、法律上の規律密度は非常に低く、広範な裁量が厚生労働大臣に付与されている(詳細は、田中・前掲注(161)四七頁、八〇頁)。この点、民主的契機が薄いとも見られようが(例えば、菊池・前掲注(147)三九五頁)、中医協の外部組織である先進医療会議に蓄積された超高度専門知による判断を以て、前叙の決定過程の合理性は十分に論証可能ではないかと思われる。

(164) 田中・前掲注(161)八九―九二頁。

(165) 翁・前掲注(71)四三頁。

(166) 翁・前掲注(71)五四頁。

(167) 翁・前掲注(71)五四頁。

(168) 翁・前掲注(71)五五頁。

費制度の活用との比較という視点の枠内であるが）類似の指摘もある¹⁶⁹。それを踏まえると、保険外併用療養費制度においては、まず、拡大治験から先進医療（AおよびB）へ、その後患者申出療養の実施の可否を検討するという段取りが踏まれる¹⁷⁰。特に、先進医療および患者申出療養に着目すると、以下のようになる。先進医療とは、未だ保険診療として認められていない医療技術について、一定の安全性、有効性等を個別に確認したものは、保険診療と保険外診療との併用を認め将来的な保険導入に向けた評価のための臨床試験を行うものであり、先進医療Aとは、未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術および未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいものを対象とし、先進医療Bは、未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴う医療技術および未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術であって、当該医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるものを対象としている。保険医療機関からの申請を受け、先進医療会議が審査を行うが（先進医療Bについては、先進医療技術審査部会による技術的妥当性、試験実施計画書等の審査が介在する）、その際、技術的妥当性（有効性、安全性、技術的成熟度）の審査および社会的妥当性（倫理性、普及性、費用対効果）の審査等がなされた上で、実施の可否が判断される。この点社会的妥当性の審査に着目すると、そこに費用対効果の審査が含まれるので、（費用対効果の点で問題があるとされた場合には、先進医療が不実施となるのか、または一定程度費

（169） 河口洋行「混合診療及び保険外併用療養費制度が医療制度に与える影響に関する研究」フィナンシャル・レビュー一一一号六六頁以下。先進医療A、Bに係る費用の歯止めについては、この論稿に示唆を受けた。

（170） <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/20170925.pdf>。において、詳細の確認は可能である。また、『健康保険法の解釈と運用 平成29年度版』（法研、二〇一七年）四八六―四八七頁。

用を下げた上で実施されるのかについては資料上明確ではないが)その点で医療費の非効率な消費は回避されることが制度的に担保されていると考えられる。次に、患者申出療養制度は、国において安全性・有効性等を確認すること、保険収載に向けた実施計画の作成を臨床研究中核病院に求め、国において確認すること、及び実施状況等の報告を臨床研究中核病院に求めることとした上で、保険外併用療養費制度の中に位置付けるものとされ、次の三つの類型が識別されている。それは、①既に実施されている先進医療の実施計画対象外の患者に対する医療、②先進医療としても患者申出療養としても実施されていない医療、③現在行われている治験の対象とならない患者に対する治験薬等の使用である。特に、患者申出療養として、初めて医療を実施する場合の手続としては、患者が臨床研究中核病院または一定の特定機能病院に実施の相談をした上で、国に対して申出を行い、患者申出療養評価会議において、安全性、有効性、実施計画の内容に関する審査が行われる。それを経て、実施がなされる。ここで、資料上明示されていないが、前叙の先進医療と同様に費用対効果の基準も当てはめた上で審査がなされれば、医療財政上の考慮も作用することになる。そして、確かに、情報の非対称性から生じる不必要な医療が防止され、ひいては患者が部分的に私費を充てるために、当該分には公的財政負担は生じない。また患者に不合理な負担を強いることにもならない。特に有効性という基準も含めて専門的審査がなされることは、効果のない医療を投入するという不合理を避けることではある。ところが、患者申出療養による医療が高額のものである場合、医療という財を平等に享受するという公的保険医療の根幹の維持という文脈では検討の余地が残る。

加えて、こうした保険外併用療養費制度については、次のような活用方法への言及がある。経済財政諮問会議においては、「・・・新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。」¹⁰⁾とされた。また、これに関連して、財政制度等審議会は、わが国では、目下、高齢

者の増加による医療費・介護費の増加、社会保険に係る支え手の大幅な減少、医療の高度化・高額化といった三つの課題が突き付けられているとした上で、「・・・現在は、新たな医療技術や医薬品は有効性・安全性が認められれば基本的に全て公的保険の給付対象となっているが、高度・高額な医療技術や医薬品が次々と登場してくる状況に対応していくためには、新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険で対応する仕組みとしていくべきである。」⁽¹⁷²⁾「・・・現在、新たな医療技術は、診療報酬改定の際に収載されているが、収載に当たって経済性は考慮されていない。また、医薬品については、薬事承認が行われたものは事実上全て収載される仕組みとなっており、どの程度財政影響が生じるかを考慮して収載を判断することにはなっていない。これらの保険収載の影響が、医療費の「高度化による増加」の要因の一つとなっている。このため、新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて、公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべきである。」⁽¹⁷³⁾とするのである。すなわち、保険収載を積極的に行えば、医療財政に負担がかかるため、費用対効果が見込めない保険既収の医療については、保険から外すということであって、レーシヨニングの推奨は前

(171) 経済財政諮問会議「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～」(平成30年6月15日)五九頁。

(172) 財政制度等審議会『新たな財政健全化計画等に関する建議』(平成30年5月23日)二〇頁。

(173) 財政制度等審議会・前掲注(172)二〇頁。

(174) なお、和田勝／田中聡一郎「1984年健康保険法改正③」菅沼隆／土田武史／岩永理恵／田中聡一郎編『戦後社会保障の証言―厚生官僚120時間オーラルヒストリー―』(有斐閣、二〇一八年)二二六頁によると、特定療養費制度については、「・・・基本はできるだけ保険導入を遅らせる方法として着想した面がありました。今の議論でいえば、費用対効果の視点も入っていたといいたいですね。」と述べられた。

叙の引用に限らず、近時では随所で散見される⁽¹⁷⁵⁾。費用対効果の視点は公共政策の形成には不可欠であると言える。但し、ある医療を保険から外した場合に、保険外併用療養費制度のもとでは、保険収載の場合と比し、保険診療部分のみの保険給付がなされるため、患者の負担は大きくなる。この負担は患者に係る資産の多寡に関係なく課されるため、必ずしも資産の多寡で享受可能な医療に違いが生じるわけではない。その点では公平な医療というわが国の医療政策の根幹との整合性は確保可能であると言いうる。とはいえ、自己負担額は増加するわけで、その点に資産格差に起因する医療の享受可能性に差が生じることはありうる。このことが前叙の医療の公平という視点と整合性確保可能と言えるか否かは一概には判断できないと考えられる。このように考えると、既に触れたように、自由と公平との間で医療の範囲の広狭が生じるという定式的な視点が示されたが、わが国における公平にウェイトを置いた保険医療のありようを、自由を基軸とする方向へシフトしていくこと、さらには(やや極端な言い方であるが)自由を基軸に再構成することは現実には容易ではない。すなわち、目下、保険収載圧力は失われまいということである。

このように考えると、保険外併用療養費制度をはじめとして何らかの手段を以てレーシヨニングを行うことは必ずしも現実的ではない。ましてや、既に保険適用がなされる医療を保険適用外とする⁽¹⁷⁶⁾ことは容易ではない。それに拘わらず、医療費の今後の推移を直視して、保険医療の範囲を縮小する途も追及すべきではある。では、既に見たような、

(175) 例えば、経済財政諮問会議『経済財政運営と改革の基本方針2015』(経済再生なくして財政健全化なし)三三頁(平成二十七年六月三〇日)、「・・・公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。」、財政制度等審

議会『財政健全化に向けた基本的考え方』(平成二十六年五月三〇日)一六頁、「・・・評価療養について費用対効果を厳しく検証する

とともに、一旦保険適用とされた医療技術等についても費用対効果が低いものは保険適用から外し保険外併用療養の対象とすること

〔逆評価療養〕を検討する必要がある。」等。さらには、小塩/田近/府川・前掲注(18)二二七頁。

(176) 例として、注(175)の逆評価療養。

わが国の保険収載のありようを規定していた医療の平等を克服する論理は何処にあるのか。一つの可能性としては、近時随所で言及されるところの社会保障（ここでの文脈では保険医療）の持続可能性であるか。すなわち、それをここの議論の文脈に当てはめれば、財政問題の骨格が持続不可能となり、つまり崩壊すれば、公的医療保険自体の利用がありえなくなる、ということである。すなわち、制度そのものの持続可能性を確保するために、保険収載のありようを見直すということであろう。

3 診療報酬改革—医療財政の関連問題②—

(1) 診療報酬の基本構造と特色

診療報酬はわが国では出来高払いで支払われる。端的には、実施した療養の給付に応じて診療報酬の支払い額は増額していく。ここで、前叙の情報の特称性に基づき、施された治療が真に必要であったか否かが患者側からは不明であるため、患者の判断で治療の実施を止めることができない。さらには、医師にとって、特定の患者に必要な治療が一概には明確ではない場合もありうる。例えば、部分最適に触れられるが、患者の疾病を解明すべき種々の検査を行えば、医療費が増加していくが、これは前叙の目的を果たすためには必要なことである。この結果、逆に、全体

(177) この概念の内実については、例えば、菊池・前掲注(147) 一一八頁。さらに、同『社会保障法制の将来構想』(有斐閣、二〇一〇年) 四七—四八頁、さらに同四八頁の注166を参照すると、この概念に法的に拘束力ある政策指針として措定する試みを読み取ることができ。また、堤修三『社会保障の構造転換 国家社会保障から自律社会保障へ』(社会保険研究所、二〇〇四年) 二八頁に、社会保険の原則の一つとして恒久安定の原則が挙げられている。これは文脈上必ずしも持続可能性との異動は必ずしも明確ではないが、一応触れておく。現実には措くとして、遅かれ早かれレーショニング作業は必要になるかもしれない。その次には、保険収載を継続するか否かを判別する作業の基準が問題となろう。

(178) 池上・前掲注(74) 六五頁。

最適からは離れていくことになる。⁽¹⁷⁶⁾このように出来高払い診療報酬の支払いを増額させ、ひいては医療費の増加に繋がっていくことになろう。これは診療報酬について、前叙の資源配分機能(例、医師が行う治療に係る費用の補償)の側面を重視した見方である。ところが診療報酬は誘導機能という、単に医師に対する費用補償とは異なる機能をも併せ持ち、端的には一定程度の加算がなされることがあり、この点で医療費を適正水準に抑えることが難しい要素が見出されるのである。例えば、医療法の目的を支援するもの(病床区分にもとづく入院基本料など)、特定の医療サービスの抑制を目的とするもの(外来診療料など)、特定のサービスの拡大を目的とするもの(回復期リハビリテーション病棟入院料、短期滞在手術基本料など)、不採算医療を支援するもの(小児入院医療管理料)といった分類がなされることがある。⁽¹⁷⁷⁾

以上のように、診療報酬は多様な機能を有するのであるが、関連して、次のような議論ができる。一に、誘導機能の実効性である。近時では、「・・・診療報酬改定においては、一定の政策目的で単価や要件の設定等を行っているものもあり、想定された政策目的が達成されているかについて、その後の検証を行いつつ、病院・診療所など医療機関の間での診療報酬の適切な配分に向けた議論を深めていくことが重要である。」⁽¹⁷⁸⁾とされるように、誘導機能を効かせるべく付された(高めの)点数に合理性がない場合には、非効率なそれとなる。特定の医療を実施するように誘導しようとする場合に、いわゆる加算が付されることがあるが、その加算に相当する効果があったか否かも問題となる。一般論としては、診療報酬の持つ誘導機能は非常によく発揮されてきたと言われる。とするならば、加算によって、

(179) 池上・前掲注(74) 六五頁。

(180) 石田道彦「診療報酬制度の機能と課題」社会保障法一七号一一二頁。

(181) 財政制度等審議会・前掲注(172) 二四頁。

いわば原価と乖離した診療報酬の設定も正当化されることになる。ところが、必ずしも、診療報酬が所期の効果を持たない場合もいくつか指摘されている。⑮⑯ いわゆる入院管理料の七対一要件については、看護師の偏在という副作用をもたらしたと言われる。⑰ これは、加算を付すのみで所期の効果が必ずしも得られないことが示唆するものである。その点こうした診療報酬点数の設定のあり方については、所期の効果がない加算、さらには所期の効果を発揮した場合に、その役割を終えた加算については確実に改廃をしていくことが必要となる。⑱ ここで診療報酬の請求要件も無関係ではなく、適宜その緩和・厳格化を実施する必要がある。

これに関連して、診療報酬の改定時期について、現行の二年に一度ではなく、三年に一度と変更をなすべき旨の指(182) 例えば、「保健医療2035」策定懇談会『保健医療2035提言書』（平成二十七年六月）八頁では、「・・・報酬改定による価格面からのコントロールに偏っており、診療報酬のマイナス改定により一時的には給付費の削減を図ったとしても、一定期間経過後には需要が喚起され、量的な拡大を引き起こすといったような現象も見られた。」とされた。この指摘は、診療報酬改定による意図した政策効果が一時的でありうることを示唆しよう。この関連で、池上直己／西村周三／高木安雄「座談会 日本の医療制度の変遷と展望…医療提供体制と診療報酬の役割を考える 上」『社会保障旬報二六六・二七〇号』二頁（池上直己発言）では、「・・・診療報酬制度の悪い面は、説明責任がないことです。・・・例えば、高齢者ケアに医師はどのように対応しているかが気になります。例えばどういことを勉強し、どういう質の保証があつて、在宅の看取りに対応しているのか。加算としては、基本的には終末期の患者の家に行きささえすれば、診療報酬で600点もらえるわけです。600点の価値があることをできるかという観点ではなく、政策的に在宅の看取りが重要だから、加算が付いている。」とされる。この指摘によれば、600点という点数の妥当性、600点の加算で行うべきことの内実のさらなる検討といった診療報酬設定の議論ができそうである。

(183) 池上・前掲注(66) 六〇頁。

(184) 中村洋「診療報酬制度改革への一考察 診療報酬点数設定の透明化・適正化と医療機関の経営・オペレーション効率化に向けて」『社会保障旬報二二八三号一四頁以下。

摘がある⁽¹⁸⁵⁾。診療報酬改定の効果を測るにはある程度の期間が必要であることに基づこう。加えて、改定が(二年に一度というように)頻繁であると、医療機関の対応が困難となるという事情もある。もし、医療機関の対応能力に着目すると、そもそも改定が(例えば、後述のEBMに基づく等して)合理的であれば、改定の間隔は開いても問題はないが、(特に誘導機能について)診療報酬改定の効果について不確実性が認められるために、その事後的な検証が必要となるため、仮に不合理さが顕著に表れている場合には、現行制度のもとでは早めの再改定が可能となる点で必ずしも現行制度に問題があるわけではない。そして、診療報酬に係る誘導機能の統制のために、法律上診療報酬の決定原則、目的規定を規定するべきとの見解もある⁽¹⁸⁶⁾。これにより、診療報酬の点数を統制することが企図されているわけである。所論を前提とすれば、法律上に客観的に措置された基準で以て個々の点数の合理性がある程度は論証されうるかもしれない。ただ、所論の構想する具体的規定は、関連するものを挙げると、「適切な費用の補填」、「適正な原価の反映」であり、今後の診療報酬改革に期される部分が多いこと、さらには完全には失われない誘導機能とは二律背反的なものである点には注意が必要であろう。さらには、前叙のごとく、いわば診療報酬改定の効果検証がどの範囲で、どの程度の頻度でなされるかが最大の問題であると考えられる。

二に、しばしば診療報酬につき、原価をベースとすべきことが指摘される⁽¹⁸⁷⁾。診療報酬改定は「医療経済実態調査」

(185) 小田清一「診療報酬改定を考える」社会保険旬報二五四七号一七頁。

(186) 詳細は、石田道彦「診療報酬の法的コントロール」週刊社会保障二二二二号三三三頁。

(187) 石田・前掲注(186)は、それらを健康保険法二条に規定するべき旨述べる。この点、「健康保険法の解釈と運用」・前掲注(170)

一〇頁では、健康保険法二条は、医療保険制度の在り方の検討に関する事項について規定した旨述べられている。そうであるならば、所論が言うように、二条に本文中で述べた事項を規定することもありえよう。

に基づき医業収支差を基本に改定幅が決定され、これによる所与の医療費総額の下で中医協が個々の診療行為項目に当てはめて点数設定し配分する仕組みが現行の基本となっているとされるのである。⁽¹⁸⁸⁾ 確かに、一見、これは診療報酬の適正化を指向するものである。診療報酬の資源配分機能に着目すれば、診療報酬は自然と原価に着目して設定されそうではあるが、実のところ、診療報酬と原価との乖離は既に指摘があり、⁽¹⁸⁹⁾ さらに、診療報酬については、個々の点数ではなく、全体としてのそれが医師に自身の医療機関の経営に十分な報酬をもたらすように設計されているとされるのである。⁽¹⁹⁰⁾ しかし、実のところ、これは公定価格制の帰結であり、さらには利点とも考えられる。すなわち、公定価格とすることにより価格を低めに設定することもできるのであり、さもなくば医療の価格が高止まりする可能性もありうる。⁽¹⁹¹⁾ したがって原価指向の診療報酬が論じられる際には、あくまでも医療機関の経営効率化への着目が必要である。⁽¹⁹²⁾ すなわち、診療報酬の点数を引下げることが可能とする経営効率化に目が向かうべきであることになろう。

(188) 学説上の指摘として、例えば、小田清一「診療報酬の算定根拠を明確化し原価を反映した点数設定を」『社会保険旬報二三五四号一八頁、不採算医療について、同・前掲注(185)一六頁。さらに、石田・前掲注(186)一〇六頁。また、診療報酬体系のあり方として、社会保障審議会「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針(骨子)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingai/2003/04/s04217e.htm>)は、診療報酬の基準・尺度の明確化を図り、国民に分かりやすい体系とすることを基本的な考え方として、医療技術の適正な評価(ドクターフィーの要素)および医療機関のコスト等の適切な反映(ホスピタルフィーの要素)等を重要な要素とすべき旨述べる。

(189) 吉原健二／和田勝「日本医療保険制度史」増補改訂版(東洋経済新報社、二〇〇八年)六三三頁。

(190) 島崎・前掲注(64)一四五頁。

(191) 島崎・前掲注(64)一四五頁。また、遠藤久夫「診療報酬制度の理論と実際」池上直己／遠藤久夫編『医療保険・診療報酬制度』(勁草書房、二〇〇五年)七八―八一頁では、医療機関内部で相互補助により調整されているという。

(192) この点、遠藤・前掲注(191)五六頁。

加えて、種々の調査を以ても原価を十分に解明することは困難であるとされ、さらには強度に原価をベースとした診療報酬は前叙の誘導機能を失わしめることになる。誘導機能にも問題点が指摘されており、さらにその誘導機能も万能ではないが、その誘導機能を放棄するという立場には多くの者は与しないのではないか。⁽¹⁹⁵⁾

因みに、「・・・平成三〇年度から医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の特例が設定できるよう、「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和五七年法律第八〇号) 第一四条に定める「地域別診療報酬の特例」の活用方策を検討すべきである。」⁽¹⁹⁶⁾との指摘もある。わが国では一点単価一〇円とされているところ、特定地域の医療費の増加を抑制するべく、その乖離が認められるわけである。個々の点数を地域別に変更を加えることは困難であるが、一点単価はなお操作が容易でありうる。しかし、診療報酬に係る費用補填という役割に着目すると、単純に見れば、引下げ幅によっては原価をカバーすることが困難になりうることに留意すべきかもしれない。

以上のような構造および特色を持つ診療報酬であるが、それらに対処すべく、いくつかの可能性が指摘されているので、以下で若干検討を加えてみよう。

(2) EBMの実施

(193) この点、中村・前掲注(184)では、効率的に投入されたコストに基づき診療報酬の設定を行うべきことを述べる。また、森田・前掲注(89)一二六―一二八頁は、原価に基づく診療報酬設定は、医療機関の経営を安定化するための費用保障に繋がり、それを非効率にさせる契機ともなりうる旨示唆しようか。

(194) 森田・前掲注(89)一二七頁。

(195) 島崎謙治「高齢化社会と医療政策」岩村正彦「高齢化社会と法」(有斐閣、二〇〇八年)一五五―一五六頁。

(196) 例えば、島崎謙治「医療提供体制の改革をどう進めるか」社会保険旬報二五五四号二二頁。

(197) 財政制度等審議会「『経済・財政再生計画』の着実な実施に向けた建議」(平成二九年五月二五日)一三三頁。

EBMとは evidence based medicine の略語であり、エビデンスに基づく医療が指向されるのであって、より客観的で正確なデータを収集活用し、それに基づいて決定を行う⁽¹⁹⁸⁾という、いわば客観的な根拠に基づく医療ということになる。これにより無駄な医療が避けられ、医療費の適正化に資するということになる。これを可能とする契機は新技術(ICT)の利用である⁽¹⁹⁹⁾。これについては、例えば『保健医療2035』において、次のような展望が目下示されているわけである。曰く「・・・ウェアラブル端末などの測定ツールが普及し、個人ごとの健康情報を活用できる仕組みが構築され、健康データによる疾病管理・健康管理などの個別化医療が進む」、「・・・専門医制度と連携した症例データベースである National Clinical Database (NCD) をさらに普及させる。NCDは、詳細な臨床データに基づくりスク分析、プロセス指標の提示による最善の診療の事前検討や、自施設診療科のパフォーマンスの検討と全国平均との対比(ベンチマーキング)による治療成績の改善を可能とするものである。このような「医療現場主導」の取組を積極的に支援する。」「・・・また、世界各国で急速に広がっている「賢い選択(Choosing Wisely)」の取組、すなわち、検査や治療の選択において必要性を的確に吟味し、無駄を控えるように推奨するなどの専門医学会等による自律的な取組を進める。」「・・・上記のエビデンスに基づいて医療機関や専門団体は、領域全体としての医療機関や医師ごとに異なる医療技術や診療プロセスの現状を把握し、医療サービスの過少・過剰部分を同定する。その上で、改善に向けた検討課題を把握し、最善の診療の普及を支援し、改善を達成できた領域にはインセンティブを設定する。」というのである。さらに、既に引用した『保健医療2035』を踏まえた「ICTを利用した「次世代型保健医療シ

(198) 例えば、森田朗「診療報酬改定の合意形成プロセスと今後の展望―中医師の実像を踏まえて」社会保険旬報二六六号二二頁。

(199) 例えば、鈴木康裕／鳥羽研二／根本章「データヘルス改革で医療と介護はこう変わる 科学的根拠に基づくサービス提供を目指して(上)」社会保険旬報二六九八号六七頁に簡単な素描がある。

システム」の構築に向けて「データを「つくる」「つなげる」「ひらく」」では、次のように言われる。まず、ICTの意義について、「・・・ICTの進展により、現実の事象のデジタルデータ化や、関連システムの相互接続がなされ、データの双方向・多方向のやりとりや、膨大なデータの収集・分析が可能になった。」その結果、ICTの活用により、マイクロレベルでは、時間・空間的な制約を超えて、社会資源の活用効率化・合理化を図ることができ、生産性の向上につながるができる。例えば、場所的な制約にとらわれないテレワークなどを想像すればよいだろう。さらに、マクロレベルでは、現実世界の大量・複雑な事象について、デジタルデータを適切かつ大量に収集・分析することで、これまで複雑すぎて解明できなかった現象の発生メカニズムや個々の要素の関連を明らかにできる。これにより、現実の事象のプロセスの分析・改善を講じることが可能になると期待される。」(五頁)とする。続けて保健医療について、次のように言う。曰く「・・・一方で、保健医療分野の特質についても考えてみたい。保健医療は「複雑系」の営みといえる。保健医療サービスの提供というミクロの場面についてみると、サービスの提供に必要な専門知識・領域も多岐で、疾病も複雑で複合的であり、患者一人ひとりに体質・年齢・生活習慣など個別性がある。また、健康管理、病気やケガの治療には大小の「不確実性」が伴ってくる。」(五―六頁)と。その上で、ICT活用 の態様として、「・・・、地域や領域ごとの治療効果の把握・評価を通じた保健医療サービスの改善、効率的かつ科学的根拠に基づく個人々人への最適な保健医療サービスを提供する」(六頁)とされている。その上で、新たなシステム像が示されている。曰く、「・・・急速な少子高齢化の中、保健医療システムを次世代に引き継いでいくためには、我が国において、ICTの技術革新を徹底的に取り入れ、限られた社会資源を効果的・効率的に活用し、保健医療サービスの質と、システム全体の持続可能性を高めることができる体制として「次世代型保健医療システム」が必要である。」と。こうした資源の効率的・効率的使用に基づく医療を可能にするICTを使用する医療には、現状次の

問題が指摘されている。曰く、「・・・保健医療分野におけるいわゆるビッグデータの利活用も、データのつくり込みから収集・分析に至るまで、各研究機関等でバラバラに行われており、それぞれが保有するデータを相互に融合させ、新たな知見を生み出す取組には至っていない。」「・・・例えば、医療機関等の間での患者の保健医療情報の連携という目的が共有されていなかった中、個々の医療機関で、システムが使いやすいよう独自のカスタマイズが進んだ。その結果、個々の医療機関等では、それぞれが必要な方法・範囲でデータを管理した結果、その形式が各々で異なることで、医療機関同士の情報のやりとりには支障が生じている。」と。そこで、かような状況を克服するべく、データを整備し、アウトカムを指向する医療を構築するべく提言がされている。まず、曰く、「この「保健医療の質」そのものの捉え方については、考え方の転換が図られてきている。これまで、患者・国民に対する保健医療サービスの質は、医療機関等の施設の構造設備や人員配置など、保健医療への社会資源の投入量により管理・評価されてきた。

しかしながら、保健医療の質は、疾病から着実に回復し、社会への復帰という道筋が立てられたかという患者・国民にとつての「アウトカム」の視点から管理・評価されるべきである。」（二五頁）と。そのために、データの収集・整理等が必要となるが、「・・・公的分野の保健医療データでは、急性期医療機関での診療報酬の包括払い制度（診断群分類別包括評価）の設計や見直しを行うためのDPC（Diagnosis Procedure Combination）データがある。」「・・・治療の質の向上を目的として、臨床の実態をデータで把握するとともに、その分析により現場をサポートする取組として、専門医制度と連携する臨床データベースであるNCD（National Clinical Database）が挙げられる」（一六頁）とされており、データ源は存在する。例えば、DPCについては、「・・・入院治療での主傷病・副傷病、重症度、入院期間中に行われた手術等の治療行為などが詳細に記録されており、これらのデータの分析により、各医療機関（DPC方式を採用している医療機関等）で行われている医療の実態を把握することができ・・・、各医療機関でどのよ

うな疾病に対してどのような治療を実施しているか、どのような患者がどの医療機関でどれくらいの期間入院しているかなど、我が国の医療の実態を「見える化」し、医療の質を一定の水準に確保し、均てん化するための制度設計に役立っている。」(一六頁)とされ、NCDについては、「・・・NCDでは、個々の症例に対して、年齢・性別などの基本的な患者情報のほか、手術の術式や対象臓器、対象臓器に応じた必須測定項目、他臓器での病変の有無など、数十から数百項目のデータを求めている。また、術後の合併症の発症の有無などアウトカムデータの入力を求め・・・、こうしたデータを集積することにより、個別の治療時の情報を入力すると、ビッグデータに基づいた分析により、アウトカム(死亡や合併症の予測発生率)とともに、推奨される治療法や注意喚起、有効な術後治療の提案などが、リアルタイムで現場にフィードバックされる仕組みとなっている。」(一六頁)とされ、この点に着目すれば、医療の標準化、さらには個別のケースにおける判断のいわば自動化が進み、非効率な医療が回避される余地はある⁽²⁰⁾。

なお、このようにアウトカムを指向する医療に対する評価が重視されているが、これについて関連する点につき、やや強引かもしれないが、若干付言しておく。しばしば医療の評価の態様として、いわゆるストラクチャー、プロセス、アウトカムに対する評価が言われるが、特に、ここでの文脈では、アウトカムが関係する。すなわち、これは医療に基づく成果であるが、性質上患者の属性に応じて異なるものであるとされ、必ずしもアウトカムという指標に比較可能性があるとは言えない。さらに、目下顕著であるのが蓄積されたアウトカムに係るデータについては、生存率(死亡率)であるので、それとは異なる指標の使用が適合する疾病には利用できないため、アウトカムに基づく評価を全体的に速効性を以て導入することができない⁽²¹⁾。

(20) DPCの活用例として、康永秀生『すべての医療は「不確実」である』(NHK出版、二〇一八年)八六一―一〇一頁。

(21) 池上・前掲注(74)三六頁。

次に、プロセスに対する評価であるが、この評価は、看護師等が医師の診療記録をスクリーニングし、標準的な診断・治療の方法を提示した学会などが作成した診療指針（ガイドライン）を順守しているか否かに対するチェックを行うというものである。プロセスとは、要するに、医師の診療実態を指そう。この評価もエビデンスに基づく医療を指そう。⁽²⁰⁾ というのも、ある疾病の治療のために適合する医療が種々のデータに基づき析出され、その上で標準化されることが必要であると考えられるからである。その点、例えば、後輩による先輩の評価の可否について、人間関係を直視すれば、ピアレビューの実施は現実には難しい。⁽²⁰⁾ 但し、例えば、ICTを通じて収集・整理・分析されつつ標準化された治療の基準と各医師の実施した治療等との差異が認識されることはありうるのであって、その際が他の医師に認識され、晒されることは、（無言のものかもしれないが）実質的に第三者の目線での評価がなされることにはなるかもしれない。換言すれば、人に代わってエビデンスが評価を行うことになる。また、エビデンスに基づき一定の治療基準が提示され、プロセスの評価が確立することは、当該基準に基づいた医療を行うことにより、相当程度の成果が獲得できることになる。これに着目すれば、プロセスの評価が可能である段階では、アウトカムの評価を実施する可能性も生じることになる。とするならば、アウトカムの評価に先行して、プロセスの評価を確立する必要がある。そして、プロセスの評価を実施し、高い評価が得られる場合には、十分なアウトカムも獲得可能であって、（やや無理のある立論ではあるが）プロセスの評価とアウトカムの評価との間にはある程度の代替性があると解することもできるかもしれない。

(202) 西村周三「データヘルス改革の現状と課題 上」社会保険旬報二六九八号一六頁。

(203) 西村周三「データヘルス改革の現状と課題 下」社会保険旬報二六九九号三六頁。

(204) 池上・前掲注(74)三六頁。

そして、ストラクチャーについては、医学部の入学・進級・卒業、医師国家資格、専門医になるための研修といった医師の視角に関わる諸要素による評価を指す。⁽²⁰⁶⁾ 確かに充実した外形的要素により医療の実質は高度化すると言いうる。その点でストラクチャーに着目した評価もまったく無意味・不合理ではない。加えて、徐々に進むストラクチャーの充実アウトカムにも好影響を与えるので、ストラクチャーに着目した評価は、いわば間接的なアウトカムに基づく評価とすら言えるのかもしれない。とはいえ、医師としての資格取得、経験の蓄積自体は、当該医師の価値を高めるもので、実際の治療にもそれが反映されやすいであろうけれども、やはりその評価は間接的に過ぎないと見るべきであって、両者を同性質視したりすることはできず、完全に代替関係にあるとは見るべきでない。

この点、診療報酬につき、医師の技術水準を反映すべきではないか、という論点がある。確かに、診療報酬が文字通り報酬としての性質を持つ以上、かような診療報酬設定も不合理ではない。しかし、医師の技術水準を如何なる基準によって測り、個々の医師の間に技術水準の違いを認めるか、は難問であろう。⁽²⁰⁶⁾ 診療報酬につき目下技術水準に差が設けられていないことは、診療報酬制度を簡素にするし、そもそも医師の技術が医師のライフサイクルの中でどのような時間的な推移を辿るかは一概には言えないのではないか。したがって、強いて可能であるのは、難易度の高い技術に高い点数を付与することであろう。⁽²⁰⁷⁾

さらに、既に引用した報告書(『次世代型保健医療システム』報告書)に戻るが、患者・国民の医療データにつ

(205) 池上・前掲注(74)三五頁。

(206) 遠藤・前掲注(191)六二頁。所論によれば、学会等の専門機関でも容易になしえず、医師が一定の資格を付与されても、それが高度な技術を保障するものでは必ずしもないという。

(207) 詳細は、遠藤・前掲注(191)五九一六一頁、八一頁以下。

いて、「・・・医療機関（カルテ等）、薬局（調剤録）、自治体（予防接種記録・健診等）や保険者（医療・介護レセプト、特定健診等）でそれぞれ保有されている。また、患者・国民も、母子健康手帳やお薬手帳、健診結果票などで自身の保健医療情報を保有しているが、必要ときに取り出せる状況になっていなかったり、時には紛失してしまっているケースも考えられる。」（二二頁）ので、「・・・患者・国民に最適な保健医療サービスを提供し、患者・国民の側も主体的に健康づくりに取り組むためには、保健医療専門職が、患者・国民の既往歴・服薬歴、健診結果、介護情報、生活記録（ライフログ）など、保健医療サービスを行うための情報が必要である。特に若年期の健康などときからの健診情報、また若年期に行われた予防接種や治療、服用した薬が、高年齢の保健医療サービスに係るケースもあるなど、保健医療専門職が、患者・国民一人ひとりの生涯を「タテ串」で通じた保健医療情報を的確に把握できるようにしておくことは、最適で効率的な保健医療サービスを提供する観点から重要である。」（二二頁）とされるのである。「・・・ネットワークを通じて、必要に応じて保健医療専門職が共有できるなど、患者・国民を中心に情報をどこでも活用できるオープンな情報基盤を整備していくことを目指すべきである。」（二四頁）とされる。これを通じて、当該患者の属性に的確に心えつつ医療を実施することができ、その結果効率化が見込まれることになる。

また、EBMに関連して言及されるのは診療報酬改定のプロセスである。既に触れたが、診療報酬改定のプロセスは公益委員を交えつつ、保険者（支払い側）および診療側との交渉という形態を採る。その結果当事者間の利害調整がなされる⁽²⁰⁸⁾。この構図は医療という財の性質に馴染むと考えられる。医療は価値財であるがゆえに私的財としての性

(208) こうした利害調整が必要であることの一つの根拠として、わが国では医療提供が民間に、医療財政が公的に運営されていることがあろうか。とするならば、前叙の医療提供・医療財政の構図が変わらない限りは、この利害調整作業の場としての中医協（のような組織）は今後も必要であろう。

質をまなお失わず、そのため公定価格を設定する必要がある、それを以て、医療への公平なアクセスが可能となる。加えて、中医協という場を設定し、その場において各当事者の利害を「公式」に調整するので、実際上の診療報酬決定過程における政治力に基づくInputには差があるが、診療報酬決定権者である厚生労働大臣への非公式なチャネルを通じた診療報酬額の設定という不透明性は形式上ではあるが排除されることになる。したがって、差し当たり、中医協という場での作業としての診療報酬改定という位置づけは変わらないと思われる。⁽²⁰⁾とはいえ、当事者間の交渉によるので、何らかの公式に基づいて論理的に診療報酬額が決定されるわけでは必ずしもない。この点で一定の合理化の余地が見出されているのである。この点で言及されることは、医療経済実態調査等がありつつも、中医協が駆け引きの場であり、診療報酬決定過程におけるいわゆる「大きな声」に基づいて改定がなされると、社会的要請と乖離した診療報酬点数数となるという可能性の指摘もあって、病床削減、急性期病床から療養病床への転換の要請、保険外併用医療の拡大、費用対効果検証、薬価決定方式の再検討といった中医協での交渉では適切な意思決定ができない問題

(20) 島崎謙治「医療制度改革と保険者機能」社会保険旬報二五六三号一八頁は、保険者が診療側との中医協における交渉を重要な保険者機能とみる。但し、医療財政の基盤は保険料および公費(租税および国債)であるため、実態としての診療側と事務局との間でのやりとりにより重心が置かれることも自然であろう。

(21) 池上直己／西村周三／高木安雄「日本の医療構造の変遷と展望 医療供給体制と診療報酬の役割を考える(上)」社会保険旬報二六六二号一六頁(池上直己発言)。
二六六二号一六頁(池上直己発言)。

(22) 遠藤・前掲注(19)五七頁。

(23) また、高木安雄「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題—技術評価と医療費配分のジレンマ」池上／遠藤編・前掲注(19)九六頁以下では、従来の中医協における日本医師会の代表による政治力に基づく外来診療に対する傾斜的な点数付与が指摘されている。この点、広井良典「持続可能な医療—超高齢化時代の科学・公共性・死生観」(筑摩書房、二〇一八年)六三頁以下。

の出現⁽²¹³⁾という背景事情がある。所論の意義は、交渉の枠内では交渉当事者の利に反することができないので、それを克服し、従前の利害に囚われない改革を行うための新たな視点の必要性を示していることであろう。そのため、「…限られた財源の中、選択と集中を図りつつ、戦略的かつ科学的エビデンスに基づき診療報酬等を設定する中央社会保険医療協議会の分析機能の強化のために、各委員を支援する仕組みを確立することが必要である。さらに、政策についてはその目的を達成するに至るまでの因果関係を明示すること、また、目的については政策により実現する成果を志向した客観的な指標で測定されることが望ましい。」⁽²¹⁴⁾という提言もなされているのである。このように、中医協の判断がエビデンスに拘束されつつなされることが求められるわけである。これも診療報酬点数設定にある程度の影響を与える可能性はある。

(3) 包括払い制度

前叙のように、診療報酬は原則的には出来高払い制のもとで支払いがなされる。すなわち、医師が患者に対して行った治療に係る診療報酬が支払われるので、治療の施術量に応じて診療報酬額は高くなっていく。これは個別の患者に応じて必要とされる治療の内容および量は異なる（医師の裁量と言えよう）という立場から正当化できるものではないが、場合によっては不必要な治療までがなされ、その結果医師が不相当な診療報酬を得るといふ温床にもなりうる。これは医療という財の特殊性から説明可能であるが、いわゆる情報の非対称性がそれである。⁽²¹⁵⁾すなわち、これは、患者は医学専門知識を有さないため、医師の提供する医療サービスの取捨選択が不可能であることに基づく。その結果、

(213) 森田・前掲注(198) 二二頁。

(214) 「保健医療2035」策定懇談会・前掲注(182) 一五頁。

(215) 小塩・前掲注(28) 一四二頁。

出来高払い制度のもとでは医療費は増加する傾向がある。

そこでいわゆるDPC (Diagnosis Procedure Combination) の導入がなされた。これは、一定の医療につき出来高払い制度を転換し、一日当たりの包括払い制度を適用するというものである(『DPC制度(DPC/PDPS)の概要と基本的な考え方』(中医協 総-3-1 23. 1. 21)²¹⁶)。すなわち、急性期入院医療につき、入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と、入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより分類された患者群への適用があるのであって、一日当たりの包括点数が設定されている(二頁)。なお、入院基本料、検査、画像診断等については包括点数が設定され、医学管理、手術、麻酔等については、出来高評価が適用される(二頁)。包括評価部分については、DPC毎の点数に在院日数および医療機関別係数が乗じられて計算がなされる(二頁)。但し、入院期間が長引くほど、(入院所期を重点的に評価するべく)一日あたりの点数は(三段階で)漸減していく(二頁)²¹⁷。具体的には、一定の場合に包括支払がなされるため、施術される治療の量に関係なく診療報酬が支払われるので、過剰診療がなくなる可能性もあり、請求・審査支払事務の簡素化も期される(五頁)。そして、入院期間の短縮、医療情報の透明化・標準化も期待された。また、調整係数が配備され、これは、各医療機関に対して前年度の包括評価水準を維持する(八頁)、つまりは、診療報酬の水準補償という機能を持った(八頁)。その他にも、目下、基礎係数、機能評価係数Ⅰ・Ⅱが配備されている。基礎係数は、各病院の機能・役割を評価するために、病院をⅠ群(現在は、「大学病院本院群」)、Ⅱ群(現在は、「DPC特定病院群」)、Ⅲ群(現在は、「DPC標準病院群」)に分ける²¹⁸。機能評価

(216) 以下のDPCの概要は本文中の資料に拠る。なお、本文中の頁数は該当の資料のものである。

(217) この点、仕組みについては、細谷圭／増原宏明／林行成『医療経済学15講』(新世社、二〇一八年)一四三―一四五頁。

(218) 加藤・前掲注(67)一二五頁。

係数Ⅰは、新設される急性期一般入院基本料、入院基本料加算等への対応のためのものである⁽²⁰⁾。機能評価係数Ⅱについては、保険診療、効率性、カバー率、複雑性、救急医療の各係数があり、例えば、効率性係数は、各医療機関における在院日数短縮の努力を評価するものであり、カバー率係数は、様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価するもの、さらに、複雑性係数は、各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価するというように、各病院の実態を評価するものである⁽²¹⁾。

概略は以上のようなものであるが、DPCの制度は、前叙の出来高払い制度との対比で言えば、確かに、情報の非対称性の解消を指向するものと理解できる。すなわち、出来高払い制のもとでの不必要な過剰診療の実施という事態は回避されうる。情報の非対称性の解消につき端的に言えば、それは患者が医師と同程度の知識を有することを意味し、結局市場当事者の（情報面での）完全対等という市場が機能する条件である。とはいえ、患者が医師と同程度の医学知識を有するということは現実には不可能であるため、かような非対称性を解消するべく政策による操作の対象は医師の側になる。しかし、同時に包括払い額を超える費用を伴う治療を行ってもそれに相当する診療報酬は支払われないので、必要な診療がなされなくなる可能性も指摘される⁽²²⁾。また、既に見たような医療の場面における医師の裁量があるため、診療報酬の支払いをすべて包括払いにすることはできない。これに関連して、そもそも医師は養成さ

(219) 厚生労働省保険局医療課『平成30年度診療報酬改定の概要DPC/PDPS』（平成三〇年三月五日版）一三三頁、二八頁。

(220) 厚生労働省保険局医療課・前掲注（219）二九頁。

(221) 厚生労働省保険局医療課・前掲注（219）二五頁。

(222) 加藤・前掲注（67）一一九頁。

(223) 池上／キャンベル・前掲注（81）四〇頁。

れる段階で各大学医の学部講座ごとの伝統に規定されるところがあり、決して標準化された養成は行われず、ひいては標準化された治療も医師は指向しないという⁽²²⁴⁾。要するに、DPC制度の骨格とは必ずしも整合しない要素を医療は有しているのであって、各個の医師の技術に依存して医療は提供される傾向が、医療提供の実態であり(医師の裁量の重視)、その確固とした特徴である。但し、DPCの適用される病院は当初いわゆる特定機能病院に限定されていたが(二〇〇三年)、順次拡大し、一四四九病院、四六万超の病床に適用されるまでに至っている(二〇一一年度)⁽²²⁵⁾。そもそも、DPCの導入時点では、いくつかの妥協がなされという。端的には、一定範囲で出来高払い制を残し、包括払いにつき一日当たりを単位とし、さらには、調整係数(二〇一八年度廃止予定)を設定し、出来高払い制を適用した場合の(減収分に当たる)差額をいわば保障する等といったものがそれである⁽²²⁶⁾。

以上の前提に基づけば、医療財政の持続可能性の創出という本稿の検討事項に係る示唆として、次のことが言えよう。一に、DPCの導入は情報の非対称性の解消を指向するとも言えるかもしれないが、治療を行うという場面における医師の動態あるいは医療という財の性質とはそもそも相容れない診療報酬の支払い方法である。二に、情報の非対称性の解消がDPCのみで完全に実現できない以上は、別の方法を併せ適用する途も同時に追求されうる。例えば、医療情報の開示がそれである⁽²²⁷⁾。これはDPCだけでは医療費の問題を解消できないことを直視すると、別の手段を通じてそれを実現することが指向されると解することもできよう。尤も、そもそも診療報酬の決定要因として、医

(224) 池上／キャンベル・前掲注(81)一九四頁。

(225) 加藤・前掲注(67)一二六―一二七頁。

(226) 池上・前掲注(74)一二二―一二三頁、同・前掲注(66)六八―六九頁。

(227) 例えば、真野・前掲注(96)一九二頁。

療へのアクセスの容易さを意識しつつ医師の経営を脅かさない程度に診療報酬の設定がなされているということを直視すれば、⁽²⁰⁾（ある程度の）患者による医師の取捨選択という市場的な作用を期するとしても、その結果患者の取捨選択による医師の淘汰は期待することはできないと見るべきである。とはいえ、これは医療へのアクセスの容易さを確保することと整合する。この点は医療制度の評価論では極めて重要であり、とすれば、そもそも医療供給は性質上常に膨張傾向を示すこととなる。それを踏まえた上で、三に、DPCには直後に見るようないくつかの「抜け道」の可能性も指摘されていることは認識すべきであるが、このような医療という財の特殊性に基づく規制をかけ、医療財政の持続可能性を確保する必要がある点が重要であろう。そもそもDPCの導入は、混合診療と並び、診療報酬の支払い額を減額する直接的な効果を有する点で医療費抑制効果が期されて導入されたが、実際には、DPCの導入を通じて医療費の抑制効果は実際には生じず、むしろ増加したという見方もある。すなわち、例えば、MRI等を入院前、外来を退院後と分ければ、外来の分だけ病院の収入は増加し、さらに、平均在院日数の減少は見られたが、1日当たりの入院単価が増加したという現象の存在が指摘されている。⁽²¹⁾

以上を要するに、本質的な問題としては、DPCの導入では医療提供を十分に規制することはできないし、前叙の医療という財の性質を直視すれば、それは性質上望ましいとも言えないということである。とはいえ、直前の(2)

(228) 島崎・前掲注(64) 一四五頁。また、森田・前掲注(89) 一三三頁では、「・・・実質的に、患者を取り合う競争が展開されており、それならば競争で敗者も生まれ、市場から撤退するところもあるはずであるが、実際には、そのような医療機関は極めて少ない。では、現実に、医療の提供を維持するために診療報酬が一定水準に保たれ、ほとんどの医療機関の経営が成り立っているということは、どのように理解すればよいのか。また、このような制度の下で、どのようなメカニズムで経営の効率化・合理化が可能なのか」とする。

(229) 翁・前掲注(71) 三六頁。

(230) 池上・前掲注(66) 医療と介護六九頁、松田晋哉「DPCを用いた支払い方式」社会保険旬報三三五七号二〇頁。

で見たような DPC のデータを用いて ICT と併せて、医療の標準化⁽²¹⁾、クリニカルパスの確立⁽²²⁾もありうる。さらには、情報の非対称性が問題視されることも直視すれば、DPC に所期の解消効果が見込まれないとしても、DPC の廃止はありえない。そこで、一般論に回帰するが、一層の医療費抑制効果を期するためには、別の方法も併せ追及されるべきである。すなわち、情報の非対称性のみが医療の特殊性ではなく、医師誘発需要も医療費を増加させる要因であるという指摘も想起すべきであって、それを次に検討することにしよう。

(23) 細谷／増原／林・前掲注(21) 一四五―一四六頁。

(22) 池上・前掲注(66) 七二頁。