

氏 名 宮崎 貴朗
所属専攻 社会と経済専攻

「リハビリテーション医療の経済的側面」

【概要】

高齢社会を迎えたわが国の医療においては、高齢者に対してのみならず、慢性疾患への治療をはじめ、予防を目的とした健康管理まで広いニーズが要請されるようになってきている。その経済的基盤をなす医療費においては、高い比率を占める老人医療費の増加により、国民医療費の増大が懸念され、わが国の将来における経済情勢に大きな負担となるものと予想されている。このような背景において、リハビリテーション医療への社会の要請の高まりとともに、その経済的側面の評価が重要となっている。そこで、今回は、近年の医療における動向をふまえつつリハビリテーション医療における対象患者・スタッフの状況等の基礎的情報に加え、診療報酬等の経済的側面について検討した。

診療報酬請求においては、「リハビリテーション医療」の1件あたり、総計の点数は、絶対額では経年的に増加していたが、全体の総点数(総額)に占める割合では、大きな変化は見られていなかった。疾患別では成人病である循環器系疾患と、年齢別では高齢者層の占める割合が大きかった。

これらの結果より、リハビリテーション医療の経済的側面としては、絶対額の増大は認められるが、その増大は、医療全体の中での相対的なものである。これは、近年のリハビリテーション医療が医療の周辺領域である保健・福祉への拡大とともに、これらの分野へ進出してきたためであろう。

【目次】	ページ
1．はじめに	4
2．拡大するリハビリテーション医療	4
3．近年の(わが国における)医療の動向	5
4．リハビリテーション医療の定義・範囲	6
4．1．リハビリテーション医療の位置付け	6
4．2．リハビリテーション医療の範囲	7
5．リハビリテーション医療の経済的側面	9
5．1．リハビリテーション医療の「サービス」、「医療サービス」としての性質	9
5．1．1．「サービス」の性質を有する医療サービス	9
5．1．2．リハビリテーション医療におけるサービスとしての特徴	12
5．2．リハビリテーション医療の経済的側面を表すデータ	16
5．2．1．データの解説、解析方法	16
5．2．2．データ	16
6．考察	17
7．まとめ	19
引用文献・参考文献	20

図表

1 . はじめに

高齢化の進展、成人病の増加、予防・健康医学への期待の高まりにより、リハビリテーション医療の需要は増大しており、事実、新ゴールドプランや介護保険構想による新介護システムにおいては、多数の保健医療福祉関連の施設、マンパワー確保について莫大な投資が必要とされている。これらに対し、介護面等のケア的要素を重視しており、予防医学、健康管理等の領域を含むリハビリテーション医療の分野は、医療の中で最近重要視されているが、リハビリテーション医療の領域についての経済的側面の分析は十分になされていない。今後の医療が、ますますその内容における充実が期待される中で、日本の医療における、現在のリハビリテーション医療について、経済的側面にはどのような特徴が見られるのか、またその特徴を形づくるメカニズムはどうなっているのかといったことを検討することは、十分な意義があるものと考えられる。今回は、わが国のリハビリテーション医療の現状について、まず経済的側面よりその特徴をとらえる目的で実証分析を行った。

2 . 拡大するリハビリテーション医療

本稿においては、前述の高齢化等の背景において、わが国の医療が全体として、規模、内容とも拡大しており、リハビリテーション医療は需要、また、供給面においても増大傾向にあるのではないかとすることを仮説とする。すなわち、近年の情勢において、現在のリハビリテーション医療については以下の仮説があてはまるものとして分析を行うこととする。

『高齢化の進展、成人病の増加、予防・健康医学への期待の高まりにより、リハビリテーション医療の需要は増大している。これにあわせて供給量を左右する施設数、マンパワー等も増加しており、医療においては、リハビリ

テーション医療をはじめとして予防医学やケア的要素の強い分野や保健・福祉分野等への突出などの構造的変化が起きている。』すなわち、具体的には、以下の事項である。

リハビリテーション医療の医療費は実質額、構成比率(対国民医療費)とも上昇している。

リハビリテーション医療における受療者数は増加している。

リハビリテーション医療の供給面における、専門従事者数も増大している。

これらについて、当研究においては官公庁等発表のデータを分析し、考察を加える。具体的には、わが国のリハビリテーション医療において患者数やその年齢構成、診療報酬等の現物給付されるサービスの価格、受診者数、施設数、従事者数等の現物給付されるサービスの数量等を調査して、現状を分析することである。

3 . 近年のわが国における医療の動向

わが国における医療は、近年の日本経済の低成長の中で、経済的負担が相対的に大きくなっており、さらに、今後の高齢化の急進行において、マクロには拡大が懸念されている状況である。しかし、近年の医療費は、毎年1兆円の規模で増大しており、特に老人医療に対する医療費が増大していることが特徴的である(図1)。国民医療費の推移を見ても医療費の増大傾向は明らかであり、その年次推移は大まかに以下のように分けられる¹⁾(表1)。国民経済の安定成長とともに、また、国民皆保険制度において、わが国の医療の質・量の向上をもたらしたが、医療費も増加していった。医療費適正期(昭和58~平成3年度)、老人医療費急増期(平成4年度以降)では、特に老人医療費の増加が懸念されるようになり、やはり、現在では医療費の急増

とともに抑制が唱えられるようになってきている。この国民医療費が増大してきた要因は、公的医療保険制度の拡大・伸長、医学技術の急速な進歩、人口の高齢化、生活の現代化の中でライフスタイルが変化したこと、国民の健康意識が高まり危険回避による受診行動が強くなってきたこと等々による。わが国の現在の医療においては、経済成長とのアンバランスが生じ、しかも、高齢化の進行により高コスト構造にある医療故に、医療費の高騰の問題が出現している。医療費の中で高齢者(図2)や、成人病(図3)に対する額も増加している。こういう背景の中で、成人病等の慢性疾患や高齢者へのケアを多く対象とするリハビリテーション医療が、近年、重要なものと認識されるようになってきている。このようにリハビリテーション医療の必要性が認識されてきたのは、医療自体が発展していることによるものであることに加え、現代の状況においてより必要とされるからである。

4 . リハビリテーション医療の定義、範囲

分析にあたっては、“リハビリテーション医療”のモデルの定義をはっきりさせておくことが必要である。比較的新しい領域であるリハビリテーション医療は、経済学者による定義付けや研究は、ほとんど行なわれていない。保健・福祉分野や健康関連分野とも接しているリハビリテーション医療の領域においては、その範囲が不明瞭であるので、対象疾患・患者、サービス提供形態等の特徴を正確に捉えるために「リハビリテーション医療」のサービス受容者(患者)をもはっきりとさせた明確なモデルが必要で、枠組みをしっかりととらえるべきであると考えられる。そこで、以下にリハビリテーション医療のわが国の医療制度における位置付けを踏まえて、その範囲について定義付けを行うこととする。

4 . 1 . リハビリテーション医療の位置付け

わが国の制度上は、リハビリテーション医療はどのような位置付けがなされているのであろうか。かつて、健康保険制度上、『リハビリテーション』という項目はなく、特掲診療料のなかの理学療法として位置付けられていた。医療制度の中で、平成4年の診療報酬改定と、平成5年の医療法改正において、『リハビリテーション』と明記された。診療報酬の制度上では、『リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復を目的とする理学療法や応用的動作能力、社会的適応能力の回復を目的とした作業療法、言語能力の回復を目的とした言語療法、などの治療法により構成される。』とされている。医療法では、第1条の2『医療は、生命の尊重と尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師その他の医療の担い手と医療を受けるものとの信頼関係に基づき、及び医療を受けるものの心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。』とされている。すなわち、診療報酬上では『理学療法、作業療法、言語療法』のことであり、医療法上では医療の中のものとしつつも具体的に特定しておらずより広義な意味で使われており、双方とも医療機関においてのリハビリテーションを指している。

4.2. リハビリテーション医療の範囲

リハビリテーション医療の行為対象が「障害」であることにその特徴が見出せる。医療行為の対象は「疾患」であるが、リハビリテーション医療の対象となるものは、「疾患」としてのみとらえられるものではなく、「障害」としてとらえられるものである。すなわち、生活全般にわたる、また、人間として疾患により長期間にわたって残る「障害」をも対象とするので、リハビリテーション医療は、医療に比べより範囲が広く、医療と福祉の狭間に位置するものである。この「障害」の定義には様々なものがあるが、

Duncan は Conceptual Models of Disability(図 4)として、障害の理解、評価、測定、治療に役立つモデルとして、WHO(ICIDH)、Nagi “ functional limitation ” model を代表としてあげている²⁾。「障害」は pathology から disability までに分類され、周囲の環境にもより影響される多様なものであるとしている。これらの「障害」を対象とした、リハビリテーション医療は、pathology の治療のみならず、治療により impairment を最少とすること、機能 function を最大限に伸ばすこと、disability に対する身体的要因の除去等をも目的とする。disability は impairment に起因しているので、impairments、functional limitations、disability の関係や impairment の変化を捉えることが重要となる。よって、疾患の「治療」に要する時間はより長期間にわたるものとなり、医療領域の「リハビリテーション医療」のみでは、その治療も完結せず、保健・医療・福祉全体にわたるリハビリテーションとの併用も行われ、その治療の選択肢も多いことになる。大まかには、impairment、disability、handicap に対して、前二者が主に医療領域、後ろ二者が福祉領域のリハビリテーションに属するものであり、「リハビリテーション医療」のみの枠組みを明確に捉えることは困難である。

しかし、あくまでも医療機関における医療行為の一つとしての「リハビリテーション医療」としてとらえるならば把握は可能である。広井は、今後、高コスト体質を持つ医療の改革として、医療を耐費用構造の強いものへと変革させていくため、医療の本体部分の他に高度医療、予防・健康増進、「アメニティ」関連領域、介護・福祉の四つの周辺部分を定義し、今後これら四つの周辺部分へと拡充していくことを提案している³⁾(図 5)。周辺部分は、福祉・保健、生涯スポーツ等の健康領域と峻別できず、実態を把握するのが大変困難である。本稿では、リハビリテーション医療を広井の言う本体医

療の一部を構成するものとし、医療としてのリハビリテーション領域に限定して取り扱うこととすると明確な把握が可能となる。具体的には理学療法、作業療法、言語療法等の診療報酬制度上、診療報酬の対象となるこれらの医療行為を言うこととする。

5 . リハビリテーション医療の経済的側面

近年の医療費の増大傾向に添うように、リハビリテーション医療においても供給施設数やマンパワー等のマクロ面には拡大が望まれている。疾病構造、高齢化、多様なニーズ等の患者の構造変化につれて、国民医療費の推移も増大の一途をたどっている。同様に、新ゴールドプランや医療保険改革等の保健・医療・福祉領域の様々な政策においても理学療法や作業療法等のリハビリテーションの拡大が唱えられており、マンパワー獲得のため、事実、専門職の養成校が多く新設されており、専門職の人数も増加している。これら供給サイドであるリハビリテーション医療の専門職種人数の年次推移における増加とともに、診療報酬請求額も増加している。ここでは、経済理論的な側面からその理由について考えてみることに、公的統計資料よりその実態を調査することとする。

5 . 1 . リハビリテーション医療の「サービス」、「医療サービス」としての性質

「リハビリテーション医療」は、まず、「サービス」であり、かつ「医療サービス」の中の一つであるのでこれらの性質があてはまるものとして、経済理論において考察する。以下にこの二点との共通点、相違点についてまとめてみる。

5 . 1 . 1 . 「サービス」の性質を有する医療サービス

医療サービスは現物としての「財」としてではなく、「サービス」として

の性質を有するため、その取り引きされる市場において需要、供給において特徴が見られる。すなわち、「サービス」における以下のような性質である⁴⁾(表2)。

表2. 「サービス」の性質

<p>「サービス」はたいへん労働集約的である。</p> <p>「サービス」は、輸送できないし買いためもできず、在庫が不可能である。</p> <p>「サービス」の需要者行動においては、制度、季節、習慣、昼、夜等の非経済的要素が大事である。</p> <p>「サービス」の供給面では、情報の重要性が高い。</p>

から順に見ていくと、¹⁾においては、「リハビリテーション医療」も労働集約的であり、生産の効率化等の進歩が少ないので価格上昇率が高いということは同様である。また、²⁾の点においては「リハビリテーション医療」でも同じくその「サービス」は、輸送や在庫が不可能であるので「需要と供給の同時性」という条件が満たされなければならない。³⁾の点については「リハビリテーション医療」の需要者行動においても、非経済的要素は大事である。しかし、現状では夜間や休日の診療はなされていないので完全なものではない。また、⁴⁾の点についても同様であり、「リハビリテーション医療」の供給面では、情報の重要性が高く、需要者は限定されており、サービス供給の効率化は、輸送がきかない、タイミング、患者の「障害」の多様性等の理由によりあまり進まないと思われる。

さらに、「リハビリテーション医療」には、このような「サービス」の性質以外にも「医療サービス」の一つとして「医療サービス」について言われている性質もあてはまる。「医療サービス」においては、サービス市場の範囲は狭く、労働集約的であり、需要と供給サイドにおいて情報が非対称

である。医療サービスへの需要の特性については、需要の発生をもたらす傷病の発生が、不確実かつ不規則で、予測不可能であり、しかも、その需要が発生した場合には、生命の危険をともなうため購入が不可避であることによる。そこで、実際に医療機関に出向いて行っても、購入する財(必要な診療行為)への知識が需要者には欠如しており、それは供給者である医師の専門的知識にによって判断されるほかはない。また、需要の削減(回復または死による)の時期も不確実である。また、需要時には、本人の傷病の場合、所得の減少または喪失が同時にともなっている。通常の場合には、一定の所得が確保されている条件のもとで、財への支出を決定するのと対照的である。一方、供給サイドにおいては、「専門財」であるので、医療行為の内容・価格の決定は供給者側が集団独占的に決定するので、供給者である医師と医療機関には次の様な特性が要求される(表3)。

表3 . 「医療サービス」の供給サイドに要求される特性

医療サービスの供給は、専門的知識に基づき、患者の治療への必要に即して適切になされなければならない。

利潤追求目的から決定されてはならない。

医療行為に関する価格競争は排除される。

医療サービスの価格は、集団独占者としての利潤追求目的から決定されてはならない。

診療者の質的水準が確保されなければならない。

医療行為の質的水準を保証するため、診療者の質的水準が確保することが必要で専門的知識に基づき、患者の治療への必要に即して適切になされなければならない。よって、利潤追求目的から決定されてはならない上に、価格競争は排除される。また、医療サービスの価格は、集団独占者としての

利潤追求目的から決定されてはならない。これらは、「リハビリテーション医療」においても共通にいえることである。

以上の様な「リハビリテーション医療」の持つ「サービス」、「医療サービス」の性質故に供給者優位等の市場の失敗をもたらす可能性がある。よって、いわゆる「市場の失敗」に対し何らかの公的介入が必要であるかもしれないし、しかも、医療サービスは利用コストが高くなっても需要がなくなることはなく、消費者の質の判断が貧弱であるので、サービス供給者に一定水準以上の能力の習得を義務づける資格制度が必要となるかもしれない。

5.1.2. リハビリテーション医療のサービスとしての特徴

以上の様に「サービス」と「医療サービス」の双方の性質を有する「リハビリテーション医療」は、これまで述べてきたような疾患ではなく「障害」を対象とする等、「医療」に対して若干異なる特徴を持つものである。しかし、制度上、医療行為の一つとして、医療機関で取り引きされる「サービス」であるので、従来、医療経済学において言われているような医療サービスとしての性質も大体はあてはまるものである。従来型の医療システムの原則について、Enthoven1988 は以下のように述べている(表4)。これらは、リハビリテーション医療においては若干異なる点がある。

表4 . 医療システムの原則

患者が医師を自由に選べる。保険者は被保険者の受診先を指定できない。

医師の裁量権。医療にかかわる情報は医師側にある。

受診料の決定が患者と医師の交渉に委ねられること。保険者は関与できない。

出来高払制度。

の点においては、「リハビリテーション医療」の供給施設数は現段階ではまだ不足しているとされており、事実上、患者が医療機関を自由に選択することは無理である。しかし、保健・福祉分野等において、代替も可能であり、近年は在宅ケアやデイサービス等の拡充により広がっていることは周知のことである。この点は、インフォームドコンセントや情報の開示が求められている昨今において、特に、患者自身の将来の生活設計を援助するリハビリテーション医療においては、患者自身の自律性が尊重されるのであるが、専門財である以上、同様な性質を持つものである。これは、同様であるが、先に述べた、隣接領域との代替が進んでおり、ある程度は、数量的な調整も可能である。これは、「リハビリテーション医療」が、救命医療が主ではなく、保健・福祉分野の例えば予防面でのアプローチの選択は任意であってもかまわないことを考えれば明らかである。この「出来高払制度」については、同様であるが、専門職種は現在では開業権もなく、供給をコントロールするインセンティブとなり得るか疑問である。しかし、医療機関において医師による指導のもと施行されるとする診療報酬制度においては同様であろう。

ここにおいては治療の期間がより「長い」ということと、他の分野との代替が可能な分野も多いという特徴が見られる。いずれにしても、これらは、医療サービスは、「サービス」の取引引きにおいて供給サイドが優越されていることを示すものであり、需要を決定する健康については、医療経済学において以下のような特性に基づくものである。

需要においては、『医療に対する需要は健康というストックを生産させるための派生需要である。』と、医療需要の投資理論(Grossman1972)で言われているように、医療の需要は健康状態に依存するものであるので、大きな不確実性があるものである。また、専門的な知識にもとづいたサービス

であり、情報の非対称性がある専門財(professional goods)であるので、供給においては、供給量や価格が供給サイドの主導により変更できるという性質があり、医師数が増加すると1件当たりの医療費も上昇するとされている。この医師数の増加が医療の価格を増大させることは以下の様に説明されている。第一に、医師誘発需要の理論(Dranove1988)であり、『医師は所得の減少を食い止めるため、より密度の濃い診療を行うことで、需要曲線を右方にシフトさせることが可能である。その結果、医師数の増加が医療の価格を増大させる。』というものである。これについて Evans(1971)は、『医師・人口比率が高まると医師の労働時間が上昇する。競争の激化による所得減少に直面した医師が、医療サービス需要を作り出している。』としている。一方、Pauly and Satterthwaite(1981)は違った観点から、患者がいろんな病院をよりよいサービスを求めて渡り歩いているから、コストが掛かってくると『医療サービスの探索理論』では説明されている。よって、増加するのが自然である。しかし、「リハビリテーション医療」においては、これら供給サイドの主導や患者自身の自主的な「探索」により、他の分野への代替が進んでいることも事実である。

この現物給付されるリハビリテーション医療のサービスは、経済学的な見地においては、どのような性質をもつものとされるのか。前述した様に、本稿においては、医療の本体部分の一部としてリハビリテーション医療をとらえているので、医療経済領域で一般的に言われている医療サービスと同様の性質を持つ。しかし、医療サービスとその対象者(患者)の年齢層や疾患の違いにより若干異なった特徴を持つものである(表5)。

表5 . 財、サービス、医療サービス、リハビリテーション医療サービスの特性 『スティグリッツ公共経済学』(表 10.1)より改変

リハビリテーション医療の市場と医療市場、標準的競争市場との違い

標準的競争市場	医療市場	リハ医療
	労働集約的、価格上昇率高い	同様
多数の売手	(大都市以外では)ほんの限られた数の病院	もっと限られた数 <u>他と代替可能</u> <u>供給元が医療から保健・福祉へ</u>
利潤極大化企業	ほとんどの病院は非営利	ほとんどの病院は非営利
どちらでもない	必要不可欠	どちらでもない
同質の商品	異質な商品 専門財	異質 専門財
十分情報をもった買手	情報が不十分な買手 売り手の資格制度必要	情報が不十分な買手 売り手の資格制度必要
消費者による直接支払い	患者は費用の一部しか支払わない	費用の一部(公的補助大) 時間的インタレス(慢性疾患)
市場の広さ大	小	小

「財」に対する「サービス」であり、「医療」の一部であり、周辺領域へ拡大している「リハビリテーション医療」についての経済面での性質は表に示すとおりである。例えば、時間との関係については、リハビリテーション医療サービスは慢性の障害を長期間治療することが多いので、治療が長期になるほど治療効果である便益は下がってくるが、供給サイドは収益を考えると長期間にわたり供給しようとするものであり、このため行政による数量制限が必要となり、事実、診療報酬の改正では診療回数が限定されている。しかし、保健・医療・福祉の広い範囲にまたがるものなので、広井の言う医療の本体部分の周辺領域への拡大にそうように、リハビリテーション医療は関連領域へ拡大している。よって、リハビリテーション医療領

域において、その医療としての行為が完結しなくとも、また、医療機関での供給への数量規制があっても、その行為の目的は達成されるものである。例えば、脳血管障害患者が医療、リハビリテーション医療において治療が完結する場合もあれば、途中で福祉領域においてリハビリテーションを行うことも可能なのである。

5.2. リハビリテーション医療の経済的側面を現すデータ

5.2.1. データの解説と、解析方法

リハビリテーション医療の経済的側面を現すデータとして、以下のものを用いた。まず、国民のリハビリテーション医療への需要には、患者数(年齢層別、傷病分類別)を、現物給付されるサービスの数量については診療報酬の額を、その供給数量については従事者数を用いた。診療報酬については、平成7年社会医療診療行為別調査(厚生省大臣官房統計情報部調べ)を用いた。この調査は、毎年度行われるもので、実際医療機関で現物給付された医療サービスの数量を現す診療報酬請求書について全国の医療機関から無作為抽出法により調査を行ったものである。調査対象では、第一次抽出単位は保険医療機関又は療養取扱機関、第二次抽出単位は、明細書とする層化無作為二段抽出法により抽出した明細書であり、調査は、平成6年6月に審査されたものである。以上について、「リハビリテーション医療」関係のデータを抽出した。

5.2.2. データ

平成7年社会医療診療行為別調査における診療報酬の総点数において、疾患別では、医療全体は循環器系の疾患が最多で、リハビリテーション医療についても同様であった(図6)。年齢層別では、医療全体は65~69歳が最多で高齢者層が多く、リハビリテーション医療においても同様の傾向が見られた(図7)。このうち、年齢層別を主な疾患別に細かく見ると(図8a,

図 8 b)、循環器系の疾患と筋骨格系・結合組織の疾患において同様の傾向が見られた。

リハビリテーション医療の専門職種人数のうち、理学療法士と作業療法士において、年次推移で急増していた(図 9)。

平成 7 年社会医療診療行為別調査における診療報酬の総点数において、絶対額は増大しているが、全体に占める割合は少なく、年次推移でも割合は横ばいであった(表 6、図 10)。

6 . 考察

「リハビリテーション医療」は、保健・医療・福祉の統合が叫ばれている近年の社会保障制度において、高齢者の医療やその施設や在宅ケアにおいて重要な役割を果たすものと期待されている。高齢者や慢性疾患に対して従来の病院・診療所における医療サービスにかかる費用より、低額であるので効率的であるということがよく言われているが、ここにおいては、コストの大小のみしか考えられておらず、どのようにあるべきかという議論はなされていない。今回は、リハビリテーション医療の経済的側面について検討を行った。

診療報酬の推移を調べたところ、リハビリテーション医療領域において医療費全体の年次推移とともに増大していたが、その割合の増加は見られなかった。1992 年の診療報酬改定をはじめリハビリテーション各診療行為の点数自体は大幅に引き上げられているが、リハビリテーション計の構成する点数割合はほとんど上昇していなかった。これらは、診療報酬改定において回数制限が併せて導入されたから⁵⁾である。患者数等の需要は高まっていたが、供給量の増加には結び付き、何らかの供給量の管理が行われていたものと思われた。リハビリテーション医療のサービスは、医療

サービスと同様に必要不可欠な価値財としての性質を持つものであるの
で、ある程度、政府による管理がなされたためと思われる。

経済理論により「サービス」、「医療サービス」との比較も行った。供給
量を供給者自らコントロールしやすいということをはじめとした「市場の
失敗」が同様に見られた。Rösch1980により医療サービスの供給上の特性
(要求される特性ではなく、事実として持っている特性)は次の点が指摘さ
れている(表7)。

表7. 「医療サービス」の供給上の特性

医学における技術進歩が著しい。この技術進歩を実現するには、医療従
事者、設備の質と量を要するため、費用もまた増加する。

医療サービスは、一般にサービスとしての財がそうであるように、生産
と消費は同時に行われるから、生産者と消費者は同一時間に同一場所にい
ることが必要である。

したがって医療サービスの生産と分配のネットワークは、消費者の手の
届くところに分散されていなければならない。このために、大量生産では
なく、小規模経営の残る余地がある。

規模の経済性は成り立たないか、あっても限られている。

医療サービスの生産では生産性の上昇は困難であり、あってもわずかで
ある。

リハビリテーション医療においては、 は自然に増大する傾向を指し、
 は効率化のための地域ケアを指すものである。また、 により、生産性
上昇も限られるものであることを指している。実際のデータにおいては、
専門職種の数等の供給における増加にもかかわらず、診療報酬に現され
る量には大きな増加傾向は見られなかった。医療サービスにおける、医師

誘発需要の理論のような、供給サイドにおける増加に伴う供給量の増加は見られなかった。リハビリテーション医療は、関連する保健・医療・福祉領域との関連において、全体と連携して供給されているものなので、近年の医療費の抑制等の政策により、医療領域としてのリハビリテーション医療は、横ばいに推移しており、その他の保健・福祉領域への拡大においてその役割を伸ばしているものと思われる。もともとリハビリテーションとは障害によって人間的な生活条件から疎外されている人々の全人間的な復権を目指す技術を含めた総合的なシステムを指している。この意味から、それぞれにおける円滑な連携の他、双方の連携がとれてはじめてリハビリテーション医療といえるのである。つまり、リハビリテーション医療の周辺部分への拡大はきわめて自然なことである。よって、「全人間的」復権を目指す以上、周辺領域である関連分野との協調があることが自然であり、また、そうあるべきものなのである。

7. まとめ

リハビリテーション医療の現状では、患者において高齢者層と循環器系疾患が多かった。

公的データにおいても、診療報酬の全体にたいする割合において増加していなかった。これは、リハビリテーション医療の特徴としては、その治療行為が長期間にわたり、保健・福祉等の他分野との代替が可能であるためと考えられた。

【引用文献】

- 1) 厚生統計協会：厚生 の 指標 臨時増刊 国民医療費の年次推移、p15 第43巻 特別編集号 1996
- 2) Duncan P W：Stroke Disability. Physical Therapy 74:399～407、1994
- 3) 広井 良典：医療保健改革の構想、p23～26 日本経済新聞社、1997
- 4) 井原 哲夫：サービス・エコノミー、東洋経済新報社、1997
- 5) 二木 立：リハビリテーション医療のマクロ経済分析 -「社会医療診療行為別調査」でみるリハビリテーション医療費-、総合リハ 22:593～601、1994

【参考文献】

1. 財団法人医療経済研究機構編：医療白書<1996年版>、株式会社日本医療企画、1996
2. 日本医師会編：国民医療年鑑 -平成七年度版-、株式会社春秋社、1996
3. 埼玉県医師会編：医療制度はこれでいいのか -暖かい血の通った国民医療をめざして-、日本醫事新報社、1995
4. Aki Yoshikawa et al.:Health Economics of Japan -Patients,Doctors,and Hospitals Under a Universal Health Insurance System-,University of Tokyo Press,1996
5. Dobkin B:The economic impact of stroke,NEUROLOGY 45 (suppl1):S6～S9,1995
6. 二木 立：リハビリテーション医療の効率 -地域リハビリテーションを中心として-、PT ジャーナル 30:491～496、1996
7. 沖 広剛：日米医療政策の転換と理学療法士への影響、PT ジャーナル 29:35～40、1995
8. 府川 哲夫：高齢者の保健・医療の日米比較 -1993年度研究報告書から-、厚生 の

- 指標 42:3 ~ 8、1995
9. 勝又 幸子:日米医療支出の比較研究 -OECD Health Data と厚生省「国民医療費」の比較を通して-、厚生指標 40:19 ~ 29、1993
 10. 藤田 由紀子:昭和 50 年代以降の医療政策における行政の管理手法、季刊・社会保障研究 30:261 ~ 273、1994
 11. 大道 久:医療における病床数と医療施設体系、季刊・社会保障研究 28:360 ~ 369、1993
 12. 岡本 祐三:高齢者医療と福祉、岩波新書 1996
 13. 池上 直己・ジョン・C・キャンハール:日本の医療、岩波書店、1997
 14. 有岡 二郎:西欧の医療制度改革 -日本との類似点、相違点-、厚生指標 41:3 ~ 18、1994
 15. 社会保障研究所編:医療保障と医療費、東京大学出版会 1996
 16. 平成 8 年版東京都リハビリテーション病院事業年報
 17. 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課:平成 5 年社会医療診療行為別調査の概況、42:26 ~ 35、1995
 18. 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課:平成 5 年社会医療診療行為別調査の概況、厚生指標 42:26 ~ 35、1995
 19. 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課保健統計室:平成 5 年患者調査の概況、厚生指標 42:32 ~ 45、1995
 20. 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課国民生活基礎調査室:平成 7 年国民生活基礎調査の概況、厚生指標 43:24 ~ 57、1996
 21. 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課保健統計室:平成 7 年医療施設調査・病院報告の概況、厚生指標 44:53 ~ 68、1997
 22. 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課保健統計室:平成 7 年社会医療診療行為別調査の概況、厚生指標 44:40 ~ 51、1997

23. 広井 良典:医療の経済学、日本経済新聞社、1994
24. 池上 直己:社会変動と医療費政策、PTジャーナル 30:331～337、1996
25. 田近 栄治:高齢化社会における社会保障、-高齢者の所得保障を中心として-、季刊・社会保障研究 29:14～23、1993
26. ショーン・C・キャンハル、増山 幹高、高木 安雄訳:日本における診療報酬政策の展開、季刊・社会保障研究 29:359～368、1994
27. 丸尾 直美:社会保障と政府支出拡大 -そのメカニズムと影響-、季刊・社会保障研究 29:75～86、1993
28. 勝又 幸子:社会保障費の国際比較 -ILO 公表統計を使った国際比較の留意点と課題、季刊・社会保障研究 28:322～331、1992
29. 金森 久雄・島田 晴雄・伊部 英男:高齢化社会の経済政策、東京大学出版、1995
30. 宮島 洋:高齢社会へのメッセージ、丸善ライブラリー、1997
31. 宮島 洋:高齢化時代の社会経済学、岩波書店、1996
32. JEスティックリッツ、藪下 史郎訳:公共経済学 (上) 公共部門・公共支出、東洋経済新報社、1997
33. 川淵 孝一:医療法人立の療養型(老人)病院の経営実態、Gpnet No7:32～35、1996
34. 二木 立:リハビリテーション部門の原価計算調査、総合リハ 22:688～696、1994
35. 二木 立:理学療法士と作業療法士の給与分析・フラスワソ、総合リハ 22:777～783、1994
36. 滝上 宗次郎:厚生行政の経済学 病院経営・医薬品、有料老人ホーム、頸草書房、1993
37. 渡辺 淳:「リハビリテーション総合承認施設」の経営実態、リハビリテーション医学 32:562～564、1995

38. 三島 博信:非「総合施設」の経営実態-公的介護保険とリハビリテーションとの関りも含めて-,リハビリテーション医学 32:564、1995
39. 石川 誠:訪問リハビリテーションの経済的基盤-訪問診療・訪問看護との連携において-,リハビリテーション医学 32:565~567、1995
40. 山口 昌夫:脳卒中に対する地域医療とリハビリテーションの役割、リハビリテーション医学 32:12~15、1995
41. 診療報酬対策委員会:診療報酬対策委員会アンケート調査結果報告、理学療法学 21:48~58、1994
42. 二木 立:地域リハビリテーションの経済的基盤、総合リハ 22:867~872、1994
43. 二木 立:診療報酬改定とリハビリテーション医療費-各種全国調査による検討、リハビリテーション医学 32:559~561、1995
44. 長尾 竜郎:医療の質を反映したリハビリ診療報酬のあり方、リハビリテーション医学 32:568~570、1995
45. 二木 立:地域リハビリテーションの経済的基盤と医療効率、リハビリテーション医学 32:9~12、1995
46. 西山 正徳:リハビリテーション医療と平成8年度診療報酬改定、PT ジャーナル 30:509~512、1996
47. 二木 立:リハビリテーション医療の効率と費用効果分析 -地域リハビリテーションを中心として-,総合リハ 22:1061~1068、1994
48. 厚生統計協会:厚生指標 臨時増刊 社会医療診療行為別調査の年次推移、40 特別編集号 1993

注)本論文は、1997年度放送大学「社会と経済」専攻コースの卒業研究論文である。
テキスト形式のみのものであるため図表は一部省略してある。