

200400150A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業（H16－政策－019）

医療等の供給体制の
総合化・効率化等に関する研究

平成16年度 研究報告書

主任研究者 島崎謙治

平成17（2005）年3月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業（H16－政策－019）

医療等の供給体制の
総合化・効率化等に関する研究

平成16年度 研究報告書

主任研究者 島崎謙治

平成17（2005）年3月

目 次

I. 総括研究報告

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」 平成16年度 総括研究報告	1
--	---

第1章 医療提供体制の課題に関する覚書 －医療機関等の機能分化と連携を中心に－ 島崎謙治	10
--	----

II. 分担研究報告

第2章 医療サービスの改善と医療費抑制効果の両立における 「医療生活計画」並びに「医療情報伝達」の重要性 大和田潔	25
---	----

第3章 イギリスにおける医療・福祉の統合とPrimary Care 組織の役割 郡司篤晃	53
---	----

第4章 プライマリーケアの概念とその提供に関する若干の考察 泉田信行	73
---	----

第5章 医療・福祉複合体の研究 山本克也	91
-------------------------------	----

第6章 医療機関等の連携に関する法的検討 －裁判例からみた転医・転院義務等に関する考察－ 尾澤恵	107
--	-----

第7章 船橋市における脳卒中発症全数の救急搬送、収容、長期予後に関する 調査 箕輪良行・大内崇裕・金弘	147
---	-----

第8章 離島・へき地への医療資源の配分について 米山正敏	161
---------------------------------------	-----

第9章 特例退職被保険者の医療費等に関する定量的分析 佐藤雅代	179
--	-----

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究者一覧

主任研究者：

島崎 謙治 (国立社会保障・人口問題研究所)

分担研究者：

郡司 篤晃 (聖学院大学)

大和田 潔 (東京都共済青山病院、東京医科歯科大学)

泉田 信行 (国立社会保障・人口問題研究所)

山本 克也 (国立社会保障・人口問題研究所)

米山 正敏 (国立社会保障・人口問題研究所)

尾澤 恵 (国立社会保障・人口問題研究所)

佐藤 雅代 (国立社会保障・人口問題研究所)

研究協力者：

箕輪 良行 (聖マリアンナ医科大学)

井部 俊子 (聖路加看護大学)

Ⅰ. 総括研究報告

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

総括研究報告書

主任研究者 島崎謙治 国立社会保障・人口問題研究所副所長

研究要旨

1. 本研究は、高齢社会における医療等の提供体制のあるべき姿（グランドデザイン）を明示した上で、諸外国における医療改革の成果との比較検証やわが国のフィールドワークを通じ客観性・現実妥当性の評価を行いつつ、その実現に向けた具体的な政策手段と各政策選択肢の優劣・実現可能性等について、医学、看護学、経済学、社会学、法学等の学際的な観点から検討し、政策提言を行うものである。本研究は以下の「柱」に沿って進める。

- (1) 医療等の供給体制の構造分析とグランドデザインに関する理念的検討
- (2) グランドデザインと現実の乖離とその原因等に関する実証的検討
- (3) グランドデザインを実現するための政策手段の検討と政策提言

2. 平成 16 年度の主な研究結果は次のとおりである。

- ① 地域の医療資源の集積度合、人口や地理的条件、医師会や基幹的病院の取組等の相違により、「グランドデザイン」は幾つかのパターンに類型化できる。例えば、「寡占・ハード型」は優れたモデルとして著名であるが、尾道モデルや船橋モデルのような「連携・ソフトネットワーク型」は、多くの医療機関が競合状態にある都市部において普遍性・汎用性を有する。
- ② 「連携・ソフトネットワーク型」の場合には、医師会あるいは医師有志の問題意識の共有が非常に重要である。こうした蓄積なしに医療等の有機的連携は図ることができない。また、プライマリーケアを担う医師の有無や介護のケアマネジャーが「介入」する時期等によってその後の対応は全く異なる。
- ③ わが国の医療提供体制の最大問題の一つはプライマリーケアが定着していないことにある。ただし、コモンディーズの的確な診療に加え、医療の機能分化と連携が進めば、患者の「代理人」として様々な相談・助言を行う機能もより重視される。また、医療機関の機能分化と連携が進む中で、過不足なく情報伝達を行うためのガイドライン、個人情報保護との関係の整理、医師と患者の関係の再考等が必要となる。

【研究体制】

分担研究者：

※国立社会保障・人口問題研究所は社人研と略称する。

郡司篤晃（聖学院大学総合研究所教授）

大和田潔（東京都共済青山病院神経内科担当医長）

泉田信行（社人研社会保障応用分析研究部第1室長）

山本克也（社人研社会保障基礎理論研究部第4室長）

米山正敏（社人研企画部第1室長）

尾澤 恵（社人研社会保障応用分析研究部研究員）

佐藤雅代（社人研企画部研究員）

研究協力者：

井部俊子（聖路加看護大学学長）

箕輪良行（聖マリアンナ医科大学教授）

A. 研究目的

高齢化に伴い急増する高齢者医療を中心に医療の適正化・効率化を図ることは医療政策上の喫緊の課題であるが、そのためには、診療報酬を含む医療保険サイドの改革だけでなく、医療（隣接する介護・保健を含む）の提供体制の在り方を見直すことが必要不可欠である。また、国民の医療等に対する満足度を高め将来不安を払拭するためには、高齢社会における医療等の提供体制のあるべき姿を明示した上で、その実現に向けて具体的な政策

を早急に打ち立てる必要がある。医療機関の役割分担と連携をはじめ医療等の提供体制をめぐる問題は、地域の関係者の信頼形成や教育研修システム等とも関連するため、地域に根付いたシステムとして完成するまで10年単位の時間を要する。医療等の提供体制の課題に今本格的に着手しなければ、「高齢化の最後の急坂」を登り切れない。なお、医療等の供給体制の総合化・効率化等を通じ、サービスの生産性・効率性を高めコストベネフィットを最大化することは、医療のファイナンスの面でも重要であり、本研究は結果的に医療費の効率化にも資することとなる。

医療制度改革は特に平成17年度から平成18年度にかけて最大の政策課題の一つであり、本研究は、以上の問題意識の下に、わが国の医療等の供給体制の構造分析を行った上で、在るべき姿（グランドデザイン）を明らかにするとともに、グランドデザインと現実との乖離とその原因等の分析を通じ、そのギャップを埋めるための政策手段の検討と政策提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、医学、看護学、経済学、社会学、法学等の学際的な観点から、高齢社会における医療等の提供体制のあるべき姿（グランドデザイン）を明示した上で、諸外国における医療改革の成果との比較検証やわが国のフィールドワークを通じ客観性・現実妥当性

の評価を行いつつ、その実現に向けた具体的な政策手段と各政策選択肢の優劣・実現可能性等について検討し、政策提言を行うものである。研究の枠組を分解すれば、次の3つから成る。

- (1) 医療等の供給体制の構造分析とグランドデザインに関する理念的検討
- (2) グランドデザインと現実の乖離とその原因等に関する実証的検討
- (3) グランドデザインを実現するための政策手段の検討と政策提言

研究手法としては文献研究が中心となるが、研究の性格上、先駆的取組を行っている地域の実地調査や外国の実地調査が必要である。平成16年度には、国内は広島県御調町、尾道市、茅野市、熊本市、船橋市、京都府乙訓郡の医療関係者からヒアリングを行った。外国については、イギリス、スウェーデン、アメリカで関係者からヒアリング等を行った。また、疾病管理等の実態把握や被保険者の意識等を分析するため、特例退職被保険者を対象とするアンケート調査も実施した。

本研究は3年計画であり、1年目に当たる平成16年度は、以上のとおり、主として、医療等の提供体制に係る現状把握とグランドデザインについての全般的検討を行うとともに、プライマリーケアなど主要な各論的テーマについて基礎的考察を行った。

なお、2年目（平成17年度）は、主として対象フィールド地域の実態について数量的な

分析を行い、最終年（平成18年度）には現実と理想（グランドデザイン）のギャップを埋める具体的な方策と政策提言について検討する予定である。

（倫理面への配慮）

論文の中で、医療機関の連携が適切に行われなかったため問題が生じた事例等を紹介したものがあがるが、事例の本質が損なわれないことに留意しつつ年齢・設定等を変更し、個人の特定ができないよう配慮した。

また、平成16年度においては、特例退職被保険者を対象にアンケート調査を実施したが、アンケート調査の中に、個人の意識や健康状態等を尋ねる設問が含まれている。このため、匿名性の確保などプライバシーの保護に十分配慮し調査を実施した。

C. 研究結果

[平成16年度研究結果の総括]

平成16年度に行った研究を整理すると、概ね次の4つにまとめることができる。

第1は、医療等の連携に関して先駆的取組を行っている地域の現地調査を踏まえ、包括的医療等提供システムないしは医療機関等の連携システムの類型化（例えば、「寡占・ハード型」、「連携・ソフトネットワーク型」）を行ったことである。地域の医療資源の状況・人口等により、医療等の連携の在り方や進め方は異なる。したがって、グランドデザインの構築に当たっては、医療等の連携システムの

普遍性と固有性を明らかにしていくことが重要である。

第2に、地域医療の連携の評価方法として「テスター」（その意義は、島崎論文、内容は作成者である大和田論文を参照）を作成した。

「テスター」は、医療機関の連携が不十分なために患者が“たらい回し”にされた実例等に基づく、一種の「評価表」（点検表）であり、地域医療システムの相違・特徴や問題点などを定性的に浮き彫りにするのに有用である。

第3に、「グランドデザイン」構築のために、既存研究の成果を活かしつつわが国の医療提供に関する実態や課題の分析等を行った。主な検討テーマは、①プライマリーケア・システムの評価・現状の問題点と課題、②病院等のコングロマリット化の実態、③疾病予防・疾病管理の効果、④医療機関連携のインターフェイス・ロスと情報伝達義務、⑤救命救急医療体系の在り方、⑥へき地医療と医療資源配分の在り方、である。

第4に、我が国の医療提供の特徴・課題等を相対化する観点から、イギリス（NHS改革の評価、特に Primary Care Trust の意義と評価）及びスウェーデン（エーデル改革後の保健・医療・福祉の連携の実態と評価、国・県・市の医療政策権限の分配）等について調査検討を行った。

[個別研究テーマの解題と研究全体との関係等について]

1. 「医療提供体制の課題に関する覚書－医療機関等の機能分化と連携を中心に－」（島崎謙治）は、医療提供体制の課題、とりわけ医療機関等の機能分化と連携を中心に、研究の問題意識や問題の所在をクリアにするとともに、研究テーマの全体像を示すことを目的とする小論である。換言すれば、これは特定のテーマについて分析した論文ではなく、また、問題の指摘、政策的示唆、試論や「作業仮説」とどまっている部分が少なくない。しかし、本研究テーマは幅広く茫漠とした研究になりがちなため、主任研究者の責務として、次年度以降の研究課題を明確にし、個別研究をマネージする意味もあって書き記したものである。

島崎がこの小論の中で強調していることは、①医療機関等の機能分化と連携は、それ自体が自己目的化しているきらいがあるが、本来は医療の質や効率性を高めることが目的であること、②機能分化はそれに伴うインターフェイス・ロスもあり、機能分化と連携が所期の目的を達するための「必要十分条件」を明らかにすることが重要であること、③地域における医療機関連携のシステムは一様ではないが、それにもかかわらずいくつかの“共通項”があること、④プライマリーケアの重視は今後の医療政策の重要な柱であるが、論者によりプライマリーケアないしはプライマリーケア・ドクターのイメージが異なっている。島崎は、専門領域を持った開業医が横に繋が

り（グループ診療）、かつ、後方支援機能を有する中小病院との連携によりプライマリーケア・システムを構築することが適切であること、⑤その他の重要な検討課題として、1) 医師と患者の関係、2) 主要疾患等別の機能分化と連携、3) 疾病予防と疾病管理における医師等の役割分担、4) 政策誘導手段の課題等があること、などである。

2. 「医療サービスの改善と医療費抑制効果の両立における『医療生活計画』並びに『医療情報伝達』の重要性」（大和田潔）は、臨床医としての実体験に基づき7つの「事例」を紹介し、日本の医療機関の連携の現状と課題を摘出している。大和田はこの論文の中で、よりよい医療を提供していくためには、患者の生活状況等を把握している者が、患者が医療機関を移ることに関する相談や医療機関を移動した後も的確にフォローし必要な情報伝達を行うこと（大和田はこれを「医療生活計画」と「医療情報伝達」というキーワードで表現している）の重要性を強調している。プライマリーケア・ドクターの役割・在り方やインターフェース・ロスの最小化等にも繋がる考え方を述べた論文であるが、大和田はこのような機能を担う者は必ずしも医師に限定する必要がないことを事例とともに紹介している。いずれにせよ、

これらのアイデアを医療現場でどのようにシステム化していくか、また、政策としてのフィージビリティを高めるためにどうすべ

きかは、次年度に検討を要するものと考えられる。

3. 「イギリスにおける医療・福祉の統合と Primary Care Trust」（郡司篤晃）は、イギリスのブレア政権の下で改革が進んでいる Primary Care Trust に着目し、その理論的評価（プリンシパル・エージェント理論を用いた分析など）に加え、実際に医療と福祉の統合等にどのような効果があったのか（あるいは問題が生じていないのか）、分析評価した論文である。イギリスと日本では医療提供やファイナンスの仕組が異なっており、全く同一には論じられないが、公的統制という基本的枠組の中で医療のアクセスや医療の質・効率性を向上させようとするチャレンジングな試みは、日本の医療政策を考える上で有益な示唆を与えられと考えられる。郡司は、日本の医療政策への示唆として、医療と福祉のシームレスなシステムを構築するには、住民（患者）の完全な代理人となるプライマリーケアの提供者が必要不可欠であり、そのための適切な診療報酬上の評価が重要であること等を強調している。

4. 「プライマリーケアの概念とその提供に関する若干の考察」（泉田信行）は、プライマリーケアの概念を再検討し、医療等の情報非対称性を縮小させ、医療のみならず健康増進、予防、リハビリ等のサービスを適切に組み合わせその供給を確保する機能を有する「プライマリー・ヘルス・サービス」を提案する論

文である。泉田の提唱する「プライマリー・ヘルス・サービス」の概念は、患者の代理人としての役割を重視するものであり、このサービスの提供者が一次医療そのものの提供者であることは必ずしも要求されない（むしろ、医療供給者間のフェアな競争を阻害しかねないため適切ではないとする）。言い換えれば、泉田の議論は、従来のプライマリーケアの概念のうち相談・紹介機能（いわば医療等の「コンサルジェ」的機能）を特掲・純化すべきというものである。

プライマリーケアの概念・機能・役割については、論者によりイメージが異なり、本研究のメンバーの間でも、（少なくとも現時点では）意見の一致をみているわけではない。今後の課題としては、プライマリーケアの概念等を比較検証や理論的検討に加え、わが国の実状等も踏まえた検討が必要になるものと思われる。

5. 「医療・福祉複合体の研究」（山本克也）は、医療機関の複合化（病院に老人保健施設や在宅介護支援センター等を併設すること）の現状と特にこれが経営に及ぼす影響をプロビットモデルを用い分析したものである。山本はこの論文で、病院の経営に有意にプラスの影響を与えるのは訪問看護ステーションの併設であること等を明らかにしている。

山本や郡司のほかわが国でコングロマリット化の実態分析の先鞭を付けた二木立も指摘していることであるが、医療等のコングロマ

リット化は、患者や利用者にとってワンストップでサービスを受けられるというメリットがある反面、患者の「囲い込み」により医療機関等の選択の機会を逸するデメリットが生じる可能性がある。わが国のプライマリーケアが脆弱なことや医療等のコングロマリット化は経営の安定化に繋がると考えられることから、この傾向は強まると予想されるが、こうした医療等のコングロマリット化に関し医療政策上どのように評価すべきかについては十分な検討が行われていない。

なお、山本が用いたデータは介護保険導入前、医療法の病床区分の見直し前のものに限られており、現在はよりコングロマリット化が拡大している可能性がある。このため、次年度はデータ更新を行い変化をみる予定であるが、医療等のコングロマリット化の最新の実態把握とその分析を行うことは非常に重要なテーマのひとつであると考えられる。

6. 「医療機関等の連携に関する法的検討－裁判例からみた転医・転院義務等に関する考察－」（尾澤恵）は、医療機関等の連携に関し転医・転院義務等が争われた72の裁判例を分析し、転医・転院等に際する義務（情報伝達義務等を含む）に関する法理を抽出し、医療機関等の連携の在り方に関する政策的示唆を述べた論文である。医療機関の役割分担と連携は、患者の側からみれば医療機関間の移動や担当医の変更を意味する。この場合、情報伝達はどのタイミングでどの程度まで必要

とされるのか、また、これらの法的根拠は何か（公法上の義務なのか診療契約に基づく義務なのか）、また、訴訟になった場合それぞれの法律構成によってどのような相違が生じるのかは、実は明確ではない。平成 17 年度の尾澤論文は裁判例の分析が中心であり、平成 18 年度にはこうした考察をさらに深め具体的な政策提言を行うことが期待される。

7. 「船橋市における脳卒中発症全数の救急搬送、収容、長期予後に関する調査」（箕輪良行・大内崇裕・金弘）は、船橋市の脳卒中救急搬送患者の実態と予後を分析することにより、地域救急医療等の課題を明確化した論文である。この論文の中で強調されていることは、①脳卒中の急性期治療における手術の役割は限定的（87%の症例は内科的治療とリハビリテーションを施されていた）であり、圧倒的多数を占める脳梗塞の早期診断と治療のために早期線溶療法を導入が必要であること、②脳梗塞の予後を改善する上で、急性期リハビリテーションを地域の中で供給することが重要であること、である。

わが国の救命救急医療体系は交通事故を念頭に構築されたものである。しかし、高齢化の進展や在宅医療の進展等に伴い、救命救急の対象者として在宅高齢者が増えてくれば救命救急医療体系の在り方等も所要の見直しが必要になると思われる。この論文はここまで明確に主張しているわけではないが、このような政策的示唆も含意する貴重な論文である。

8. 「離島・へき地への医療資源の配分について」（米山正敏）は、長崎県の実地調査及び文献調査により、離島・へき地の医療資源の配分の在り方について論じたものである。離島・へき地（なお、本来、離島とへき地医療の在り方は別個に論じる必要がある：島崎注）は都市部等に比べ医療密度が低く、アクセスの公平性と医療の効率性という二律背反的な要請をどこで“折り合い”をつけるかという問題がある。これは「古くて新しい」問題であるが、特に今日的意味を有するのは、①地方分権・市町村合併が進んでいる中で、へき地等の医療の集約化を図る議論があること、②へき地等における医師の確保がこれまで以上に困難となっていること、がある。米山の論旨は必ずしも明快ではないが、同論文の中でも紹介しているように、密度の薄い診療所を分散させるよりも、交通のアクセスにも配慮しながらある程度の集約化を図っていくほうが、医療の質の向上等が図られる。市町村合併の中で、こうした動向がみられる一方で、合併合意に当たって既存の診療所の拡充を条件とする市町村もあり、こうした実態分析や地方交付税の配分の在り方等も含め、考察をさらに深めることが期待される。

9. 「特例退職被保険者の医療費等に関する定量的分析」（佐藤雅代）は、特例退職被保険者の医療費を一般の退職者医療対象者（国保の退職医療被保険者）と比較するとともに、特例退職被保険者の健康管理に関する意識等

について分析評価した論文である。疾病予防や疾病管理の重要性が近年強調されているが、わが国では退職とともに保険者が変わることもあって在職時の健康管理が老齢期にどのような影響を及ぼすのか定量的に分析することが難しい。特例退職被保険者に着目するのは、退職後も在職時の健保組合の被保険者であるためデータがとりやすく、また、特例退職被保険者の医療費は当該健保組合の負担に直結するので疾病管理が継続的に行われているからである。分析結果によれば、特例退職被保険者は国保の退職医療被保険者に比べ、1人当たり医療費は3/5程度にとどまっていること、特例退職被保険者を選択する理由として在職時からの健康管理が継続できることが主な理由であることが明らかになった。もとより特例退職被保険者と国保退職医療被保険者の属性（例：健康状態）の相違等があり速断は禁物（精査が必要）であるが、この分析結果は疾病管理の一定の有効性を示唆するものである。

D. 考察 及び E. 結論

1. 地域の医療資源の集積度合、人口や地理的条件、医師会や基幹的病院の取組意識等の相違により、「ランドデザイン」は幾つかのパターンに類型化できる。例えば、「寡占・ハード型」は優れたモデルとして著名であるが、尾道モデルや船橋モデルのような「連携・ソフトネットワーク型」は、特に、多くの医療

機関が競合状態にある都市部においては普遍性・汎用性等を有する。

2. 「連携・ソフトネットワーク型」の場合には、医師会あるいは医師有志の問題意識の共有が非常に重要である。こうした蓄積なしに医療等の有機的連携は図ることができない。また、介護のケアマネジャーが「介入」する時期、プライマリーケアを担う医師の有無によってその後の対応が全く異なる。「テスター」を用いることで、こうした地域医療システムの相違・特徴や問題点などを定性的に浮き彫りにすることができる。

3. わが国の医療提供体制の最大問題の一つはプライマリーケアが定着していないことである。医療の機能分化と連携が進めば、患者の様々な相談・助言を行う機能が重視される。ただし、プライマリーケアの概念・機能・役割については、論者によって重点の置き方が異なり、基本に立ち返った議論が必要である。また、プライマリーケアの未整備を実態上いわず「補完」するため医療・福祉の複合化が生じているが、これをどう評価するかも課題である。

4. 医療機関の機能分化と連携が進む一方で、どのような形でどこまで情報伝達を行うべきか、また、個人情報保護との関係、医師と患者の関係といった論点について、法的整理が十分になされていない。また、適切な情報伝達や患者の相談体制等に関する経済的評価についても検討を行う必要がある。

5. 平成 16 年度は基礎的課題について研究を進めてきたが、地域医療計画、診療報酬、実地調査を行った地域の医療の質・効率性等の定量的分析等が不十分である。要するに、1 年目で行った分析の精緻化を図ることに加え、重要テーマのうち 1 年目で取り組めなかった「欠落の補充」を行うことが課題である。また、最終年には現実と理想（グランドデザイン）のギャップを埋める具体的な方策の検討及びそれらの方策が実際に医療費等に与える影響の推計等を行う必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 郡司篤晃(2004)「ケアの質向上への取り組みとその課題」『海外社会保障研究』No.149 pp.3-16.
- (2) 阿萬哲也(2004)「経済協力開発機構(OECD)における医療(介護)政策分析：これまでの成果と展望」『海外社会保障研究』No.149 pp.50-58.
- (3) 島崎謙治(2005)「医療等の総合化・効率化の現状と課題」、『社会保険旬報』(平成 17 年 6 月頃投稿予定)

2. 学会発表

- (1) 大内崇裕・計良和範・金弘他：日本救急医学会（平成 16 年 10 月）で発表。

演題「船橋市の救急医療実態調査(3) 予後調査からみた地域の脳卒中対策」

- (2) 島崎謙治：医療マネジメント学会長野地方会・長野県地域医療連携協議会（平成 17 年 5 月）にて発表予定。演題「地域医療連携の在り方」
- (3) 郡司篤晃：社会政策学会保健医療部会（平成 17 年 6 月）にて発表予定。演題未定。

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況
なし

第1章 医療提供体制の課題に関する覚書

－医療機関等の機能分化と連携を中心に－

島崎謙治（国立社会保障・人口問題研究所）

1. 本稿の目的

本稿は、医療提供体制の課題に関し医療機関等の機能分化と連携をはじめ重要な論点等を整理するとともに筆者の考え方を述べる小論である。これは論文というよりも、この課題を取り上げた問題意識をクリアにするとともに主要課題を備忘録風に綴ったものである。したがって、医療提供体制の課題を網羅的に述べるものではないし、個々の論点について理論的分析を行ったものでもない。また、アイデアや「作業仮説」にとどまっている部分も多い。しかし、医療提供体制の研究はカバーすべき範囲が広く茫漠としてとりとめのないものとなりかねない。したがって、個々の研究テーマの関連性やプライオリティを付け、主任研究者として研究全体のマネジメントを行うことを目的としてまとめたものである。なお、これをベースに次年度以降の研究を深めるとともに、論文形式に整え公表し医療関係者らの批判を仰ぐことも必要であると考えている。

2. 問題の所在

(i) 医療提供体制問題の重要性

日本は世界に例をみないピッチで高齢化が進展し、年金・医療・介護をはじめ社会保障負担は増大する。特に「団塊の世代」が後期高齢者の仲間入りをする 2025 年から 2030 年頃まで負担は急カーブで伸びていくことを押さえておく必要がある。医療費に限定しても、厚生労働省の「社会保障の給付と負担の見通し－平成 16 年 5 月推計－」によれば、医療費の NI 比は現行の 7%程度から 2025 年度には 11%程度に上昇すると見込まれている。

ただし、この推計の前提となっている医療費の伸び率は、高齢者 1 人当たり伸び率が 3.2%、若人が 2.1%であり、こうした仮定の下で 2025 年度の医療費は現在の約 2 倍に増大し、総人口の約 3 割の 65 歳以上人口で医療費の約 7 割を消費するとの推計となっている。つまり、現在の高齢者医療の高コスト構造（現在高齢者の 1 人当たり医療費は若人の約 5 倍であるが、諸外国では 3 倍ないし 4 倍程度）が続くことを前提とした推計である。裏返していえば、高齢化の進展や医療技術の進歩等に

より医療費の増加は避けられないにしても、医療費の伸びは政策によりある程度可変的であり、高齢者医療を中心に医療の効率化等を進めていくことが喫緊の課題だということである。そして、そのためには、医療保険サイドの改革だけでなく、医療（隣接する介護・保健を含む）の提供体制の在り方を見直すことが必要不可欠である¹。

このことを強調するのは次の4つの理由がある。

第1に、医療政策は医療提供（delivery / supply）と医療財政（finance）の2つからなるが、日本の場合、医療改革の議論はファイナンスとしての医療保険制度の問題に偏って議論が進められてきた感が否めない。医療保険制度の問題は、割り切っていえば医療費負担の「公平」な配分が主たるテーマである。しかし、医療政策の目標（評価基準）は、①医療の質、②アクセスの公平性、③効率性である。ファイナンスの部分（いわば「出口」の部分）をいくら「公平」にしても、それ自体が医療の質や効率性を向上させるわけではない。むしろ、医療提供問題を放置したままファイナンスの問題やその対策に終始すれば、医療の質の低下を招くだけでなく、非効率性は改善されず、さらには“隠れた（implicit）形での”アクセスの阻害等を招きかねない。

第2に、ファイナンスの問題はある時点で全国一斉に制度を改変することが可能である。所詮は「お金」の問題だからである。これに対し、医療等の提供体制問題はそうはいかない。地域の人口や医療資源の集積・分布等は一様ではなく地域特性が色濃く反映される。また、医療提供は、医師と患者の信頼、地域の関係者のネットワーク形成や教育研修システム等とも関連するため、ある望ましい姿を描いたとしても、それが地域に根付いたシステムとして完成するまで10年単位の時間を要する。したがって、「高齢化の最後の急坂」を登り切るには、医療等の提供体制の課題の解決に、今、本格的に着手しておかなければならない。

第3に、国民の間には、今後さらに医療費の負担が増えるのではないかとということに加え、費用負担に見合った医療の質や内容が提供されないという不満が強い。これが高齢者を中心に将来不安に繋がり、さらには「財布の紐」を締める原因にもなっている。とりわけ、病院の機能分化に伴い急性期病院の入院期間の短縮化等が進んでいる（こうした傾向は後述するように在るべき方向ではある）が、医療機関（介護施設等を含む）の連携の欠如、在宅医療等のサポート体制の不備、医療機関の情報開示や第三者評価の立ち遅れ等により、患者やその家族が「右往左往」している状況が現実に生じている。

第4に、医療の専門分化は疾病の治療・克服に大きく貢献した。しかし、高齢化の進展に伴い疾病構造は生活習慣病が圧倒的に大きなウェイトを占める状況の下で、今後は、疾病予防や管理指導等の重要性が増す。また、第3の理由とも関係するが、

¹ ただし、このことは医療保険サイドの医療供給への関与を否定するものではない。むしろ、医療保険サイドも費用負担に見合った医療の質の向上や医療供給の効率性への関与はより重要となると考えられる。島崎（2005）、pp.34-35を参照。

高齢者の場合には複数の疾患を有しており複数の医療機関や医師の受診を受けている例が多い。さらに、身体的衰えから介護や福祉等の隣接領域との協働が必要になる場合も少なくない。言い換えれば、地域の中で、狭義の医療だけでなく予防やリハビリ、介護・福祉など関係領域を含めた包括的な医療等の提供体制を構築することが重要となっている。

(2) 医療提供体制問題の中核としての医療機関等の機能分化と連携

医療提供体制の課題は数多くあるが、これらの課題の中で最も重要な課題を敢えてひとつ挙げるとすれば、医療機関等の機能分化と連携を所期の目的を達成できるようにしていくかということである。その意味は次のとおりである。

まず医療機関等の機能分化の必要性である。日本の医療供給体制は、病院と診療所の機能が明確にセパレートされていない。これは、特に中小病院の多くは診療所がいわば“出世”したものであるという歴史的理由もあるが、いずれにせよ、病院と診療所の機能分化が不十分である。例えば、病院も外来機能を有しており診療所と競合状態にある。また、病院についても急性期と慢性期等の区分や特徴づけが（これまでは）明確になされず、さらに、本来介護や福祉でカバーすべき者を病院が抱え込んできた（いわゆる「社会的入院」）という沿革がある。このため、欧米諸国と比較し、全体としてみれば、病院は、「薄く広く」医療（やそれ以外の介護等の領域）を提供し、また、外来についてもフリーアクセスの下で病院外来を含め受診回数が極めて多く（特に高齢者は1人年40回以上）、1回当たりの診療密度は「薄い」といった特徴がある。こうした状況は医療の質や医療資源の効率的な配分上は適当とはいえない。例えば、急性期病院には高度な医療技術の集積が必要であるし、症状が固定した患者にも急性期病院で治療を行うことはオーバートリートメントである。また、リハビリを例にとれば、急性期治療ないしは急性期リハビリと回復期リハビリでは必要な医療や訓練等は異なり、回復期リハビリ期にある者が急性期病院に居続けることは、患者にとっても最善の医療を享受することにはならない。医療の質の向上や効率性の向上を図るためには、医療機関の機能分化と連携はやはり避けられないというべきである。

また、医療機能の情報開示とそれに基づく患者の選択が近年強調されているが、必ずしも「選択と競争」により最適な資源配分や淘汰が行われているわけではない。実態をみると、患者がその状態に適合した最良の医療機関を見つけ出すことは容易ではなく、むしろ、必ずしも“確かではない評判”や医療設備の概観（立派さ）等による選択が主となっており、医療機関の剰投資とその費用回収（患者からみれば過剰受診）を誘発している。また、医療機関はどうすれば高い診療報酬が取れ経営の存続を図れるかに腐心している場合が多く、地域の中でネットワークを組み住民のニーズに合った医療供給を過不足なく効率的に行っているわけではない。なお、医療機能の情報開示とそれに基づく患者の選択は医療政策のメインストリームであるが、情報開示をひたすら進めれば以上の問題が自動的に解決するわけではない。医

療はスーパーで大根を買うのとは異なり、情報の非対称性は完全に解消することは困難であるからである。

問題状況を概観すれば以上のとおりであるが、特にここで強調したいことは、医療機関の機能分化と連携が進められる中で、そのマイナス面の事象が生じていることである。具体的なイメージが湧きにくいと思われるので、臨床医（東京都共済青山病院神経内科担当医長）である大和田潔がその経験を踏まえ作成した次の事例を基に考えることにする。

【機能分化と連携が適切に行われていない事例】

事例は東京都内に在住の79歳男性。もともと前立腺肥大にて都内の大学病院通院中であつた。ある日、歩行障害が出現したため救急車を要請した。都内の大学病院にかかりつけであつたため、そちらにかかりたいとの希望を出したが、大学病院では泌尿器科にしかかかっていないことと救急対応ができないことを理由に搬送を断られた。初めての遠方の救急病院に搬送され、脳梗塞の診断で入院となった。自宅から遠い病院で、高齢の妻には大変な負担になっていた。入院加療を行い次第に改善してきたが、突然主治医から「ここは救急病院なので、2週間で出て行ってもらいたい」と言われた。夫は意識はきちんとしているが、下肢の軽い麻痺が改善していなかった。病氣は完全に治ってはいないしこのまま加療してもらいたいと思つたが、ケースワーカーのところへ行くようにいわれただけだつた。病氣に関しては詳しい説明をしてもらえたが、入院継続に関する説明は医師からはなされなかつた。

仕方がないため、ケースワーカーの提示する病院を数箇所見学に行った。その中ではましな、しかしあまり希望していない療養型病院へ転院することとなった。病院側からは次の病院へ医師の紹介状、看護師のサマリー、事務書類などの数通の手紙を受け取つたが医師同士で情報交換はなかつたようである。次の病院では身の回りの世話をしてくれていたが、2ヶ月ぐらいたつたころ「そろそろ転院してほしい」と医師から突然言われた。どのような病院が次に適切か右往左往したが、「自分ひとりで夫はみられない」と自分で考え、ケースワーカーの勧める病院へ再度転院となった。その病院はリハビリテーション施設を整えていたが、それまで前医にてリハビリを行わなかつたため関節が拘縮しており訓練が行えなかつた。

また、脳梗塞を起こしてから3月以上たつており、そのリハビリ病院では慢性期リハビリテーションが行えないため再度慢性期リハビリテーションの行える病院へ転院することになった。3ヶ月間訓練をこなし、歩行障害が改善し、何とか自宅に帰れそうになっていたが、介護通院のため妻が腰を痛めたためその状態では引き取ることができなかつた。妻は有料老人ホームへ行き入所を打診したが、悪化する可能性のある持病を持っているとのことで断られてしまった。最終的には、まったく希望しなかつたリハビリテーションのない療養型病床群へやむなく転院となった。長

く入院できる病院にたどりついたとほっとしたが、リハビリテーション機能がないため、日増しに衰弱していった。そのため、自分で食事ができなくなり胃チューブ、ついで中心静脈栄養管理となった。その後“入院ボケ”がすすみ寝たきりとなり、肺炎を併発した。医者は人口呼吸器装着の可否の選択を妻に迫ったが、“この状態で長生きされても”と思い、夫の元気だった姿を思い浮かべて断腸の思いのまま、装着をあきらめることを表明し、夫は永眠した。

(出典) 大和田潔作成。なお、一部大和田の了解を得て筆者が修正した部分がある。

この事例はわが国の医療制度に関する様々な問題（例：医師と患者の関係、末期医療の在り方、リハビリ体系の立ち遅れ）を提起している²が、本稿との関係で強調すべき点は、医療機関等の連携の悪さである。医療機関は入院期間を短縮することが経営上要請される（例えば急性期入院加算は14日が限度）中で、患者に対して次の病院等の紹介を適切に行わず、患者やその家族の側からみれば、入院をした途端に次の“病院探し”が求められ右往左往したあげく、納得せぬまま、しかも当該患者にとって最適ではない病院等に転院を余儀なくされることがある。もちろん、上記のような事例は極端であるにしても、（程度の差はあれ）似たような例は決して少なくないと考えられる。なお、病院が外来部門を“手放さない”動機のひとつとして「潜在的入院患者の囲い込み」もあるが、患者からみれば「その病院の外来で受診していれば、いざという時にその病院で入院できる」という期待感が大病院指向の背景にあるとみられる。

ちなみに、この事例は東京都で生じた事例に基づいている。そこで、東京都の「保健医療計画」上で、医療機関の機能分化と連携についてどのように記載されているかを見ると、次のように記述されている。

「都民のだれもが身近な地域で症状に合った適切な医療を受けることができるようにするためには、医療施設の機能分化と医療機関相互の連携による地域医療のシステム化が重要である。地域医療システムとは、健康管理や急性期の初期医療、慢性期の療養管理等のプライマリーケアを担う診療所等のかかりつけ医（一次医療機関）と、高度な検査機器や入院治療機能を持つ病院（二次医療機関）とが、それぞれ必要に応じて患者を紹介したり、共同で診療に当たるなど、医療機関の役割分担と連携を行う仕組みである。これにより、通常の外来診療から専門的な入院医療、退院後のフォローまで、責任と連続性のある医療

² この事例を含め大和田は7つの事例を作成した（詳しくは大和田論文を参照）。こうした事例は、各地域の医療等の提供体制の優位点や弱点を定性的に把握し課題を浮き彫りにするのに役立つ。その意味で、これを研究会では「テスター」と呼んでいる。例えば、プライマリー・ドクターや地域連携室が機能している地域では、どこの時点でこのような事例における事態の「悪化」をチェックできるか、ケアマネジャーがどの時点でどのように「介入」するかは地域によって異なる。

の提供が可能となり、患者にとって信頼度や利便性が高く、しかも限られた医療資源の有効活用を可能とする効率的な医療提供体制が実現する。」（東京都（2002）『東京都保健医療計画－平成14年度改定』105頁。下線は引用者）。

この下線部分は、医療機関の機能分化と連携の意義に関する認識としては間違っていない。しかし、問題は、下線部の「通常の外来診療から専門的な入院医療、退院後のフォローまで、責任と連続性のある医療の提供が可能となり、患者にとって信頼度や利便性が高く」なっていないことである。

近年医療機関の機能分化と連携が強調され診療報酬上も機能分化のインセンティブを図る改定がなされている³。これに伴い、医療機関の機能分化ということ自体が自己目的化し“独り歩き”しているきらいがあるように見受けられる。しかし、本来、医療政策の目標（評価基準）は、冒頭述べたように、①医療の質、②アクセスの公平性、③効率性、の3つであり、医療機関の機能分化と連携は、そのこと自体が目的ではない。医療の質や効率性を向上させる（さらには医療資源の分配の無駄を省きアクセスを向上させる）ための手段であるというべきである。また、転医・転院が行われれば情報伝達ロスが発生する可能性も高い。一種の「インターフェース・ロス」である。したがって、医療機関等の機能分化と連携を進めるに当たって重要なことは、その本来の目的である、医療の質の向上、効率性の向上、アクセスの公平性を確保するための「必要十分条件」を吟味・考察し、現行のシステムに不備があればその是正を図るために必要な方策を講じることである。

3. 対応策

(1) 総論

前述した事例で、一読して明らかな問題は、医療機関側が転院先を探すこと等の「責任」を患者やその家族に「押し付け」てしまっていることである。患者やその家族からすれば、現実にどのような選択肢がありどのような要素を考慮すべきなのか全く分からない状態に陥ることとなる。仮定の話であるが、この事例の患者が仮に「かかりつけ医」（この概念と「ホームドクター」、「プライマリ・ドクター」等

³ ちなみに、厚生労働省の施策をみると、診療報酬改定（例：急性期加算、亜急性加算、ハイケア・ユニット加算、回復期リハ評価、地域支援病院加算、病診連携促進評価など）や医療法改正（一般病床と慢性期病床区分）により、医療機関の機能分化と連携を指向していることは明確である（もっとも、慢性期部分については介護保険との関係等も含め不明確な要素が多い）。しかし、医療の外来（通院）機能はどのような形で提供されていくべきか、また、入院への繋ぎ・退院後の医療やケアをどのようなシステムでカバーするのかといった国の医療提供ビジョンや方針が必ずしも確固たるものとはなっておらず、医療機関が経営戦略を立てづらだけでなく国民の将来に対する不安を招く結果となっていると考えられる。