

厚生労働科学研究 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 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 島崎謙治

平成 18 (2006) 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 17 年度 総括研究報告…………… 1

第 1 章 医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題

島崎謙治…………… 11

II. 分担研究報告

第 2 章 ケアの質と効率の確保をめぐる政策課題に関する研究

郡司篤晃…………… 35

第 3 章 開業医の分布と平均在院日数の関係に関する一考察

泉田信行…………… 61

第 4 章 在宅医療の総合化と効率化～医療情報伝達（medical information transporter: MIT）と医療生活計画（medical life planner: MLP）の重要性～

大和田潔…………… 93

第 5 章 WAM NET データを用いた医療・福祉複合体の研究

山本克也…………… 111

第 6 章 北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践とその効果評価

島崎謙治・葛西龍樹・山田康介・川越雅弘…………… 133

第 7 章 地域医療・介護の連携と地域包括ケア体制の構築に関する研究

川越雅弘…………… 189

第 8 章 患者の転医・転院に際する医療機関等の連携・引継ぎに関する一考察

尾澤恵…………… 209

第 9 章 特例退職被保険者の医療に係る実態調査

佐藤雅代…………… 225

第 10 章 米国における疾病管理の事例とわが国への適用可能性

坂巻弘之…………… 243

第 11 章 市町村合併と地域医療

米山正敏…………… 263

第 12 章 ドイツ医療保険改革の動向

松本勝明…………… 279

第 13 章 スウェーデンの医療制度改革の現状と課題

島崎謙治…………… 293

第 14 章 フランスにおける主治医制度の導入について

本田達郎…………… 307

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・人口問題研究所政策研究調整官）

分担研究者：

郡司 篤晃（聖学院大学大学院教授）

大和田 潔（東京医科歯科大学臨床助教授）

松本 勝明（国立保健医療科学院福祉サービス部長）

佐藤 雅代（北海道大学公共政策大学院特任助教授）

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部室長）

山本 克也（国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部室長）

米山 正敏（国立社会保障・人口問題研究所企画部室長）

尾澤 恵（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部研究員）

研究協力者：

葛西 龍樹（福島県立医科大学医学部教授）

山田 康介（北海道家庭医療学センター十勝更別サイト所長）

坂巻 弘之（医療経済研究機構研究部長）

箕輪 良行（聖マリアンナ医科大学救急医学教授）

井部 俊子（聖路加看護大学学長）

本田 達郎（国立社会保障・人口問題研究所企画部長）

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部室長）

I . 總括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（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 政策研究調整官

研究要旨

1. 本研究は、高齢社会における医療等の供給体制のあるべき姿（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、政策提言を行うことを目的とする政策研究である。

2. 平成 17 年度の主な研究成果は次のとおりである。

①. 高齢化の急速な進展、経済の低成長基調等の中で、わが国の医療政策上、医療の効率化が強く要請されているが、医療の質の向上等からも医療機関等の機能分化は必要である。しかし、機能分化を進めるための必要条件のひとつは連携の強化である。現状では、多くの地域では連携体制がきちんと組まれていない上、患者が最適な医療機関の選択等につき相談できる“コンサルジェ機能”が不十分である等の問題が生じている。この解決を図るためには、プライマリ・ケアあるいは家庭医を医療政策上正面から位置づけることを検討する必要がある。このため、プライマリ・ケアについて理論的検討を行うとともに、家庭医の実践が行われている北海道更別村の住民意識調査等を行った（家庭医の実践に対する住民の満足度等は非常に高いこと、救急医療のトリアージ機能も発揮されていることが確認できた）。

②. 平成 16 年度に引き続き先駆的事例の収集と分析を行った。地域包括ケア体制が重要だと言っても、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、地域包括ケアの組み方は一様ではなく、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。「連携・ソフトネットワーク型」の場合には、医師をはじめとする関係多職種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ことを確認した。

③. 医師と患者の関係について法的考察を行った。両者の関係は、一般に準委任契約（民法 656 条で準用

する 643 条以下) だと考えられている。しかし、それで律し切れない。例えば、「患者の立場に立った」相談・紹介機能を強調すると、医師にはパーフェクト・エージェンシーとして“患者の利益を専一に考える”という忠実義務が求められることになるが、準委任契約上の善管注意義務(644 条)から厳格な忠実義務が派生すると考えるのは無理がある(そもそも、病院等に入院する場合の契約の相手方は法人であり医師は契約の相手方ではない)。また、連携の重要性が増すことは、1つの医療機関・医師で完結せず複数の医療機関・医師、関係多職種との関係が生じることを意味している。このような場合、情報伝達義務をはじめ誰がどのような責任をどの時点まで負うのか等につき法律上の再構成が必要であることについて考察を行った(なお、これは次年度の継続課題である)。

④. 以上のほか、在宅医療の条件、疾病管理、政策誘導手段、ケアの質と効率性の両立の条件、開業医の分布と平均在院日数の関係、医療・福祉複合体の研究を行うとともに、スウェーデン、ドイツ、フランスの医療制度改革の動向等についてサーベイと分析を行った。

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)の供給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。医療機関の機能分化と連携、地域包括ケアの構築をはじめ医療等の供給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。

本研究は、以上の問題意識の下に、わが国の医療等の供給構造の特徴と問題点を分析した上で、在るべき方向性(グランドデザイン)を明らかにするとともに、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

における医療等の供給体制のあるべき姿を明示した上で、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あるべき姿に関する理念的検討
- (2) あるべき姿と現実の離とその原因等に関する実証的検討
- (3) あるべき姿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現地調査や外国の現地調査が必要である。平成17年度には、昨年度に引き続き、尾道市や熊本市等の調査分析を行うとともに、松江市や北海道更別村の医療関係者からヒアリングを行った。外国については、スウェーデン、ドイツ、フランス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、2年目に当たる平成17年度は、以上のとおり、主として昨年度の成果を発展させる研究を行った。

なお、最終年度（平成18年度）は、これ

まで各論的に行ってきた研究を再構成するとともに、具体的な方策と政策提言についてとりまとめを行う予定である。

（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い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設定等を変更し、個人の特ができないよう配慮した。

また、特例退職被保険者を対象とするアンケート調査、北海道更別村の住民を対象とするアンケート調査等を実施したが、匿名性の確保などプライバシーの保護や個人情報管理の徹底に十分配慮し調査を行った。

C. 研究結果、D. 考察、E. 結論

主たる研究の結果、考察、結論は次のとおりである。

1) 医療供給体制の課題として、医療機関等の機能分化は避けて通れないが、それだけに連携の重要性が増す。しかし、多くの地域では連携体制がきちんと組み立てられていない上、患者が最適な医療機関の選択等につき相談できる“コンサルジェ機能”が不十分である。この解決を図るためには、プライマリ・ケアあるいは家庭医を医療政策上正面から位置づけることを検討する必要がある。このため、プライマリ・ケアについて理論的検討を行うとともに、家庭医の実践が行われている北海道

更別村の住民意識調査等を行い、住民の満足度等は非常に高いとともに、救急医療のトリアージ機能も発揮されていることを確認した。

2) 地域包括ケア体制が重要だと言っても、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、地域包括ケアの組み方は一様ではなく、幾つかのパターンに類型化できる。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。「連携・ソフトネットワーク型」の場合には、医師をはじめとする関係多職種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ことを確認した。

3) 医師と患者の関係について法的考察を行った。両者の関係は、一般に準委任契約（民法 656 条で準用する 643 条以下）だと考えられている。しかし、それで律し切れない。準委任契約上の善管注意義務（644 条）から厳格な忠実義務が派生すると考えるのは無理がある。また、連携の重要性が増すことは、1 つの医療機関・医師で完結せず複数の医療機関・医師、関係多職種との関係が生じることを意味している。このような場合、情報伝達義務をはじめ誰がどのような責任をどの時点まで負うのか等につき法律上の再構成が必要であることについて考察を行った。

【個別研究テーマの関係ならびに各論文の解題】

本研究報告書では、総括報告のほか分担研究報告についても、研究報告の後に論文を添付している。主任研究者の総括論文である、

1. 「医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題」（島崎謙治）については、上記の研究目的、研究要旨および論文そのものを参照されたいが、以下、各個別研究論文の解題を行っておく。

2. 「ケアの質と効率の確保をめぐる政策課題に関する研究」（郡司篤晃）は、医療政策上の重要なテーマであるケアの質と効率の問題について、福祉（介護）と対比させながら論じ課題を浮き彫りにした論文である。その要旨は次のとおりである。

医療と福祉（介護）の連携とケアの質と効率の要求が高まっている。両者を比較すると医療の目的は疾病の治療であり、情報の非対称が大きいが、介護の目標は利用者の生活の支援であり、情報の非対称は医療との比較においては小さい。しかし、介護には代理人がいるが、医療にはいない。

質と効率を確保する政策は、第三者評価によるか、インセンティブによる制御しかない。第三者評価は次第に構造から、結果及びプロセスの評価に移行しつつある。特に医療においてはパス法が現場の主體的な質と効率向上の運動として受け入れられつつある。パス法は医療の norm としてのガイドライン作成を

促している。今後の医療の質の管理はガイドラインをもとに行われることが世界的な趨勢である。

ケアの質と効率を向上させる政策は、インセンティブ制御が主流であり、特にケア提供者に対する報酬の支払い制度は、出来高払い制度からの方向転換は必須であろう。今後はプライマリ・ケアの設計が政策研究の課題である。

3. 「開業医の分布と平均在院日数の関係に関する一考察」(泉田信行)は、プライマリ・ケアの概念を確立し、その概念を援用した政策を実行することによって実際にどのように問題が解決されるのかを明らかにするために、一例として、プライマリ・ケアを充実した場合に平均在院日数が短縮可能か否かを検討した論文である。その要旨は次のとおりである。

厚生労働省による「医療施設調査」、「患者調査」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」のデータを二次医療圏別に集計して分析に利用し、以下の結果を得た。①開業医の立地までコントロールすれば、開業医比率が高い地域ほど平均在院日数が短くなっている。②病床数が多いと平均在院日数が長くなるが、逆に平均在院日数の短縮化の幅も大きい。介護保険により在宅医療を提供している診療所の割合が高いほど平均在院日数は短い。③他方、医療保険による在宅医療を提供する診療所の割合が高いほど平均在院日数は長い。

これらの結果より、開業医が相対的に大き

な役割を果たしている地域においては平均在院日数が短縮化できると見なしてよいように思われる。ただし、傷病別の分析は患者調査のサンプル数が少ないことに起因すると考えられる平均在院日数の変動が大きく、推定結果が安定しない。この点はデータを蓄積した上でさらに検証すべき課題であると考えられる。

4. 「在宅医療の総合化と効率化～医療情報伝達 (medical information transporter: MIT) と医療生活計画 (medical life planner: MLP) の重要性～」(大和田潔)は、在宅医療の実態を踏まえ課題について論じている。その要旨は次のとおりである。

わが国では在宅医療が拡大している一方で、利用患者の増加、在宅医療の高度化、システムの複雑化などにより、新たな問題が起きつつある。平成 16 年度には、さまざまな形態の入院患者の姿を通し、日本の医療システムに決定的に欠如しているものを考察し、それを補う概念として、医療情報を運搬するシステムを「医療情報伝達 (者もしくは方法)」

(medical information transporter: MIT)、また、総合的にさまざまな医療機関を超えて適切な医療を判断していく概念として「医療生活計画」(medical life planning: MLP)、その水先案内人的な役割を果たす人を「医療生活計画者」(medical life planner)としてその概念を提案した。

平成 17 年度は、在宅医療における幾つかの

ケースを紹介し、その問題点を提起し、日本の在宅医療に欠如しているものを考察した。その結果、基本的には在宅医療においても入院患者と同様の問題を抱えていると言うことが明らかになった。また、在宅医療の高度化と高コスト化についても考察した。日本の医療システム全体に横たわるこれらの問題を解決していくことが「医療の総合化と効率化」に必要であると考えられる。

5. 「WAM NET データを用いた医療・福祉複合体の研究」(山本克也)は、昨年度の「医療・福祉複合体の研究」を発展させた論文である。その要旨は次のとおりである。

医療・福祉の領域は2000年の介護保険の導入で様変わりし、中小病院、診療所・クリニックが訪問看護の領域に参入している。この動向を見るのが本稿の狙いである。特に訪問看護を実施する歯科医院は、ほとんどが東京の都心部(652、東京都の歯科診療所数は10,441)であることは本稿のfact findingのひとつである。また、東京都のおよそ一割(1,218、東京都の医科診療所数は12,197)の医科診療所が訪問看護を実施し、埼玉県と東京都、千葉県と東京都の境に立地することが分かった。

一方、地域特性を見ると東京の城北地域に大規模施設が見られる。高島平団地という市場と比較的安価の地価が医療福祉複合体の立地条件にかなっていた。もちろん、東京の西部においても同様な条件が整っていたが、地

価の点では及ばなかったため身軽な診療所+訪問看護ステーションという形態を核としたチェーン展開がなされた。今後の課題としては、1) 4都県以外の様子も見ていくことや2) レセプトベースで患者の動きを捉らえたいことが挙げられる。

6. 「北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践とその効果評価」(島崎謙治・葛西龍樹・山田康介・川越雅弘)は、家庭医療学の専門教育を実施している北海道家庭医療学センターの取り組みの理念や内容、研修プログラム等を紹介するとともに、同センターの一活動拠点である更別村におけるプライマリ・ケアの実践の効果を多面的に評価する(住民からの評価、救急医療や医療費への影響など)ことにより、今後の医療提供体制のあり方を提言する上での貴重な示唆を得ることを目的とする論文である。今回の調査から、更別村では、①住民アクセスの拡大 ②救急体制(トリアージ機能)の充実が図られるとともに、良好な医師・患者関係が構築されていることが分かった。これら結果は、わが国における医療政策においてプライマリ・ケアを正面から取り上げそれを適切に位置づけるべきであるという課題の重要性と意義を浮かび上がらせるものと考えられる。

7. 「地域医療・介護の連携と地域包括ケア体制の構築に関する研究」(川越雅弘)は、医師会主導で、ケアカンファレンスを通じた多職種協働による地域包括ケアを実現している尾

道市、行政と関係職種の合議の形で地域包括ケア構築を進めている松江市の事例検証を通して、各地で地域包括ケアを進める上での示唆を得るとともに、課題を整理することを目的とした論文である。その要旨は次のとおりである。

今回の事例検証から、①理念の徹底 ②長期目標に沿った具体的課題への対応 ③関係者との合意形成 ④現場担当者の効果の実感が重要であることがわかった。地域包括ケアでは、利用者本位に基づく多職種協働が要求される。医療従事者にとって、大きなパラダイムシフトであるが、地域包括ケアが求められる背景の理解と意識改革が望まれる。また、多職種協働による地域包括ケアの実施を当たり前とするプライマリ・ケア医／家庭医を、専門医とバランスよく整備していくことも、今後地域包括ケアを進める上で重要なことであると考えられる。

8.「患者の転医・転院に際する医療機関等の連携・引継ぎに関する一考察」(尾澤恵)は、患者の転医・転院に際する連携・引継ぎの法的根拠、医療契約の法的性質と内容について先行研究及び関連裁判例をもとに整理し、それを踏まえて継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合について考察した論文である。その要旨は次のとおりである。

継続的な治療等を必要とする患者が転医・転院する場合の連携・引継ぎの重要性は、劇的な症状がおさまらないまま自分の所でみき

れずに転医・転院させる場合のそれと比べて勝るとも劣らないが、現状では、そうした連携・引継ぎは、専ら医療機関の良心に委ねられている。それぞれの病院がその機能に応じ、十分な治療を施しても、患者の予後や患者とその家族の生活状態を視野に入れた連携・引継ぎが行われなければ、患者にとって不幸であり、医療供給体制にとっても大いなる無駄である。患者の予後や患者とその家族の生活状態を視野に入れた連携・引継ぎが行われるような医療供給体制を目指すべきである。

9.「特例退職被保険者の医療に係る実態調査」(佐藤雅代)は、昨年度の研究をベースに今年度行った実態調査の結果をまとめたものである。その要旨は次のとおりである。

大多数の被用者は、定年等で退職してから、地域保険(国民健康保険)に退職被保険者として加入する。しかし、被保険者資格の喪失後(退職後)も、被用者保険から支給が行なわれる場合がある。加入期間が他の被用者保険に比較して長い特定健康保険組合を、本稿の対象とする。

本稿では、退職者医療制度に着目し、退職後も疾病管理が継続的に行われていると考えられる特例退職被保険者の医療費等に関する実態調査を行った。具体的には、前回のアンケート調査回答者(横浜市および藤沢市在住の4つの特定健康保険組合の被保険者および1つの健康づくりNPOの在籍者)に対して追加的に医療等に係る実態・認識を調査する

と同時に、特定健保組合の保健事業実施状況を調査し、疾病管理の影響分析データベース構築の準備を進めた。

“特定健保のひとりあたり医療費が低い”理由について尋ねたが、必ずしも特例退職被保険者であることに関連する回答を得られなかった。その意味で、在職時からの健康管理が継続され、広い意味での健康管理が達成されている点を、対象者が評価し、望み、そして満足しているとした、昨年度の結論を強く補完してはいない。

10.「米国における疾病管理の事例とわが国への適用可能性」(坂巻弘之)は、米国の疾病管理の経験がわが国へ適用できるか論じた論文である。その要旨は次のとおりである。

疾病管理は米国を中心に概念整理がなされ発展してきたものであるが、米国では三次予防を中心に取り組まれている。米国の疾病管理が目的とするものは、基本的には医療の質の向上とともに医療費のコントロールであるが、実践手段としては、主に慢性疾患を対象として、□自助努力を必要とする集団に対して自己管理のサポートをするもの、□正しい医療 (EBM) の普及を目指すもの、□医療関係者の連携を促すものそれぞれがある。疾病管理プログラムの臨床的、人的、経済的評価についての報告がなされているが、費用コントロールについての評価は必ずしも十分ではない。一方、わが国では一次・二次予防への関心が高く、疾病管理の提供主体と目的に

よって具体的なプログラムの提供方法、評価方法が異なるが、医療の標準化と効率的な保健医療サービスを提供するうえで今後有用な方法となるものと期待される。

11.「市町村合併と地域医療」(米山正敏)は、平成の市町村大合併の中で、市町村合併がへき地診療所等地域医療にいかなる影響を与えるかを論じた論文である。市長村合併で広域的な自治体ができ、これに併せてへき地診療所等の統合を行うと、医療機関の集約化で医療の質の向上が図られたり、医療機関の再編成による複数医師の配置を通じた機能の高度化等のメリットがあると考えられる。しかし、都市部ならともかく日本の国土の多くを占める中山間地域では、自家用車を運転できない高齢者が多く、また交通の便が悪いため、へき地診療所等の統合は住民サービス・利便性の低下に繋がる可能性が大きい。また医療は、事が命に関わることから、医療機関が自宅から近いところにあることの危険性は高い。したがって、特に中山間地域の自治体では、医療機能集中による医療の質の向上と医療機関への住民のアクセスの確保をいかに両立させるかが大きな課題となっている。

12.「ドイツにおける医療保険改革の動向」(松本勝明)は、近年におけるドイツの医療保険改革の動向を把握するとともに、昨年秋の政権交代を踏まえた今後の改革の方向性を展望する論文である。その要旨は次のとおりである。

ドイツにおいては、医療供給の質と経済性を高めるための手段として、疾病金庫間の競争を促進することが重視されているが、そのほかにも、医療供給の各分野間の適切な連携による医療の確保や患者の権利の強化を図るための多角的な取組みが可能となる多様な手段の整備が進められている。昨年秋に成立した大連立政権においては、国民保険と人頭保険料を巡る大きな意見の対立が見られるが、少なくとも従来改革を更に発展させることを目的とした政策は今後とも着実に実施されていくものと考えられる。

来年度は、具体的な対策の実施状況やその効果についての分析が深められ、我が国についての検討・取りまとめに大いに役立つことが期待される。

13.「スウェーデンの医療制度改革の現状と課題」(島崎謙治)は、スウェーデンの改革動向をまとめた論文である。その要旨は次のとおりである。

1990年代前半に行われた改革のうちエーデル改革は、ベッド・ブロッカー(一種の「社会的入院」)の縮減等には大きな効果を挙げ“成功”と評価されているが、訪問看護の権限については県と市との間で中途半端な状態にあり、医療と介護の連携がうまくいっていない。また、家庭医制度導入は社会民主党の政権復帰とともに廃止の憂き目にあったが、プライマリ・ケアが弱いことはスウェーデンの医療制度の弱点の一つであり、これを医療

制度上適切に位置づけるべきであるという議論は伏在している。また、医療の高度化等への対応として県の再編・広域化の議論があるなど、スウェーデンでは現実的・実証的な取組が行われている。日本とスウェーデンの医療制度の枠組みは大きな相違があるが、医療と介護の連携やプライマリ・ケアの議論などスウェーデンにおける様々な改革の取組とそのプロセスは、わが国の医療政策を論議する上で、重要な示唆を与える。

14.「フランスにおける主治医制度の導入について」(本田達郎)は、2005年から実施されているフランスにおける主治医制度について、主治医制度の目的、内容及び実施状況をフランス保健連帯省の資料に基づいて紹介した上で、わが国への政策的含意をまとめた論文である。その要旨は次のとおりである。

医療の自由及び医師選択の自由を原則としているフランスにおいて主治医制度が導入されたこと及び社会保険方式のフランスの医療保険制度において、税方式で医療制度を行っているイギリスのゲートキーピング機能にも通じる方式が採用されたことを考えれば、フランスの医療制度改革の大きな挑戦の一つと考えられる。このような患者の医師へのアクセスに関する改革は、財源面だけでなく医療サービスの質にも関わる課題であり、このような主治医制度の導入がフランス国民にどのように受け止められているかについてさらに分析が進められることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

(4)佐藤雅代：日本財政学会第 62 回大会
(2005.10.23)一橋大学。

演題「退職者医療制度－特例退職被保険者の医療費に関する分析－」。

G. 研究発表

1.論文発表

(1)郡司篤晃(2006)「イギリスのプライマリーケアに導かれた第3の道制度改革」

『聖学院大学総合研究所紀要』(印刷中)

(2)松本勝明(2005・2006)「ドイツ社会保障の動向－連邦議会選挙後の展望<上>・<下>」『健康保険』59(12), pp.52-57., 60(1),pp.8-15.

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

2.学会発表

(1)島崎謙治：第8回日本在宅医学会

(2006.2.12)順天堂大学医療看護学部。

演題「在宅医療推進の視点と条件」。

(*『在宅医学会誌』8巻1号(2006年6月刊行予定)に収録される予定。)

(2)郡司篤晃：社会政策学会第110回大会

(2005.5.28)専修大学。

演題「医療改革について：プライマリーケアに導かれた制度改革」(「イギリスにおける医療・福祉の現状とその評価」)。

(3)佐藤雅代：第2回社会保障・労働ワーク

シヨップ(2005.9.30)北海道大学。

演題「制度間の財政調整と退職者医療制度」。

第1章 医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題

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「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」の平成17年度の総括報告を論文形式にまとめた小論である。最初に本稿の目的等を明確にしておきたい。

本研究は平成16年度から3か年間の研究事業であるが、その2年目に当たる平成17年度には医療政策上非常に重要な動向が3つあった。1つは、医療制度構造改革の議論が社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）を中心に精力的に行われ、政府・与党との調整を経て健康保険法等の一部改正法案として国会に提出され審議に付されていることである。内容は、①医療費適正化の総合的な推進、②新たな高齢者医療制度の創設、③保険者の再編・統合等の措置など、広範多岐にわたるが、特に注目すべきことは、法案の提案理由説明で、①の医療費適正化が前面に出ているとともに、医療供給制度の改革が強調されていることである（その理由等は後述する）。2つ目は、介護保険給付の重点化、地域包括支援センター創設等による連携強化等を内容とする介護保険法の改正が行われたことである。介護保険法案の審議に当たっては予防給付をめぐる議論に集中したきらいがあるが、医療と介護の連携を更に強化し各地域において包括的ケア体制を効果的・効率的に組むことが改正の大きな柱であることに留意すべきである。3つ目は、平成18年度の診療報酬改定および介護報酬改定の改定率および改正内容が決まったことである。このうち診療報酬改定については、マイナス3.16%という医療関係者にとっては厳しい改定率となった。こうした中で、慢性期入院医療の診療報酬の大幅な引下げや各種検査（例：コンタクトレンズや血液検査）等の適正化が図られる一方、小児・産科・救急医療のほか在宅医療（特に24時間対応し看取りまで行う在宅医療）等について手厚い評価がなされるなど、メリハリを効かせた政策誘導の色濃い改定となっている。

以上の平成17年度の医療政策動向のうち制度論としてみた場合最も重要なのは、言うまでもなく医療制度改革法案であるが、同法案は広範な内容をカバーしているだけでなく、施行に当たり細部の詰めが必要なことが山積している。また、今回の改革の重要な柱をなす医療供給体制の問題は、医療費のファイナンスの問題と異なり、ある方向に政策の面舵を切っても全国一斉に動き出すことにはならず、漸進的・継続的・跛行的にならざるを得ない面がある。さらに、例えば、プライマリ・ケアの位置づけなど医療政策上重要な問題でありながら今回の医療制

度構造改革でも正面から取り上げられていない課題が少なくない¹。

要するに、医療制度改革のベクトルの方向は相当程度明確にされたが、特に医療供給の問題については今後「肉付け」すべき部分が数多くある。したがって、医療供給体制の課題の俯瞰を行った上で、この2年間で本研究が重点的に行ってきたことを位置づけ、主要な政策提言のアウトラインと3年目（最終年度）に取り組むべき課題を明らかにし、関係者の議論に供することが有用であると考え。これが本稿執筆の目的である。

2. 医療等の供給体制をめぐる問題の所在

(1) 医療を取り巻く環境の変化 - 人口構造の変化と経済の低成長基調 -

先進諸国は、医療の質やアクセスを向上させつつ（あるいは低下させないようにしながら）、医療費の増加をいかにコントロールするかという“悩み”を共有している（OECD2005）。日本もその例外ではない。というより、表1が示すとおり日本の高齢化のピッチが急速であること等を踏まえれば、他国以上に問題状況は深刻だと言うべきである。

表1:「将来人口」の基本指標

	総人口(A)	人口3区分				高齢化率 (D/A)	老年従 属 人 口 指 数 (D/C)	(参考) 生産年齢人口 を20～69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の老年従 属人口指数
		年少人口 (B)(15 歳未満)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳)	老年人口 (D)(65 歳以上)	(参考) 再掲(75歳以上)			
2000年	12,693万人	1,851万人	8,638万人	2,204万人	901万人	17.4%	25.5%	17.4%
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)		(4人で1人 を支える)	(6人で1人 を支える)
2025年	12,114万人	1,409万人	7,233万人	3,473万人	2,026万人	28.7%	48.0%	37.6%
	(95.4)	(76.1)	(83.7)	(157.6)	(224.8)		(2人で1人 を支える)	(2.7人で1人 を支える)
2050年	10,059万人	1,084万人	5,389万人	3,586万人	2,162万人	35.7%	66.5%	50.9%
	(79.2)	(58.6)	(62.4)	(162.7)	(239.9)		(3人で2人 を支える)	(2人で1人 を支える)

(注)総人口、人口3区分のかつ書きは、2000年を100とした場合の指数である。

(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2002年1月)」の中位推計による。

¹ 本研究は政策応用を目的とした研究事業であり、初年度の研究成果は報告書や学会や研究会における報告等を通じ行政関係者や医学関係者等に提供・伝達している。その結果、政策に反映された（と筆者が考えている）ものも存在するが、プライマリ・ケアの位置づけなど本研究で重点を置いた課題で正面から取り上げられなかったものも数多くある。

この表 1 に関し 2 つコメントを加えておく。

第 1 は、社会保障とりわけ医療を論じる上では、人口減少より人口構成の変化の影響のほうがはるかに甚大だということである。日本の総人口は昨年度減少に転じたことがマスコミで大きく取り上げられ、社会保障の問題も人口減少社会との関係で論じるむきも少なくない。しかし、人口が減っても現在の人口ピラミッドが“相似形で”小さくなるのであれば社会保障に与える影響はさほど大きくはない。社会保障は煎じ詰めれば生産年齢世代が生み出した富の世代内および前後の世代（特に老年人口）への再配分の仕組みであり、社会保障の「担い手」と「受け手」のバランスのほうがはるかに重要である。その意味で、老年人口が 2000 年から 2025 年にかけて 1.6 倍近く増加し、後期高齢者についてみれば 2.2 倍以上に急増することのインパクトは大きい²。また、1 人当たりの医療費や介護給付費は後期高齢者になると増大するため、この実数の増加以上に社会保障給付費の負担は重くなることに留意すべきである。一方、生産年齢人口は 2000 年から 2025 年にかけて 1,400 万人減少するため、社会保障負担の「担い手」にかかる負担が増すことになる。なお、生産年齢人口を 5 歳ずらした（つまり、20 歳から 69 歳とする）場合の老年人口従属指数も表の中で「参考」として掲げているが、若干影響が緩和とはいえ、やはり老年人口従属指数の増大が非常に急ピッチである傾向は変わらない。

第 2 は、社会保障は経済成長がなければ成り立たず、人口問題は経済というパイパスを通じても社会保障に影響を及ぼすことである。すなわち、経済成長の源泉は、帰るところ、資本蓄積、労働力、生産性向上の 3 つであるが、労働力の激減や資本蓄積の減少（人間は現役時代に貯蓄し高齢期に取り崩すというライフサイクル仮説に従えば人口構造の高齢化は貯蓄率の減少に作用する）等を考えると、「超少子高齢化・人口減少社会」は潜在成長力にマイナスに作用する（島崎 2005b）。今後の経済成長率は、技術革新等による生産性向上をどの程度見込むかによって異なるが、せいぜい年平均 2% 程度と考えれば医療費の増加は経済成長率を相当程度上回ることになる。ちなみに、厚生労働省が 2006 年 1 月に公表した「医療給付費の将来見通し」によれば、医療給付費の GDP 比は、改革を行わなかった場合、足下の 2006 年度が 5.4% に対し 2025 年度は 7.5% から 8.2% 程度、今般の改革案の実施ベースの推計では 2025 年度は 6.4% から 7.0% 程度に抑えられるものの、やはり増加すると推計されている。経済界等から総額抑制の議論が生じる所以である。

もとより国内総生産（GDP）のどの程度を医療に投入するかは最終的には国民の選択の問題であり、経済との関係で医療費の適正水準が一義的に決まるわけではない。また、医療費を過度に抑制すれば医療の質やアクセスの低下を招きか

² なぜこのようなことになるのかと言えば、1947 年から 49 年生まれの「団塊の世代」が 2025 年には後期高齢者の「仲間入り」することになることが最大の要因である。

ねず、現実問題として、高齢化の進展や医療技術の進歩等に伴い医療費が経済成長率を上回って伸びることは避けられない。ただし、医療も社会経済と無関係に存立するものではないことも間違いない。したがって、経済成長や人口構造の変化といかに「折り合い」をつけながら、医療制度の持続可能性を確保していくかが絶えず問われ続けることになる。端的に言えば、医療費適正化のプレッシャーは一過性のものではなく、むしろ中長期的にみた場合、強まりこそすれ弱まることはないと考えべきである。

(2) 医療政策における医療供給問題の重要性

医療政策の目標（評価基準）は、①医療の質（quality）、②医療のアクセスの公平性（equity）、③医療の効率性（efficiency）、である。この3要素は完全なトレードオフの関係にあるわけではないが、3つの目標を同時にコントロールすることは非常に難しい。また、医療システムは一度壊れてしまうと再生が困難であるという非可逆的な面があり「実験が許されない」ことにも留意を要する。ただし、医療の質やアクセスの低下を来たすのを避けるため医療費を増加させるという社会的合意を得ることは容易ではない。患者や保険者など医療費を負担する側からは医療の効率化の余地があるはずだ、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の要因を分析し政策によりコントロールすべきである、といった不満や批判が燦々からである。例えば、「医療給付費の将来見通し」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%であるが、この伸び率を単純に延伸させてよいかは大いに議論の余地がある。すなわち、社会的入院や諸外国に比べ際立って高い外来受診率の是正、生活習慣病予防等を通じた健康寿命の延伸などを通じ、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4倍を超えるが、諸外国では3倍ないし4倍程度）を変え、医療の中身を見直すべきではないかという議論があるからである。

こうした議論を建設的な政策論議に結びつけるには具体策と実証が必要になるが、ここで強調したいことはそのことではない。医療の効率化の観点だけでなく医療の質やアクセスの観点からも、value for money（出したお金に見合う価値）を高める要請は今後更に強まると考えるべきだということである。そして、この場合、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）の供給体制の在り方を見直すことが必要不可欠となる。それは、次の理由による。

第1に、医療政策は医療供給（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（診療報酬を含む）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、既述したとおり、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、医療供給をめぐる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、非効率性が改善されず、さらには“隠れた (implicit)”形で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、医療等の供給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、医療供給は、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、人材確保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一定の時間を要する。著名な尾道モデルにせよ熊本モデルにせよ約 10 年の年月を要している。したがって、「高齢化の最後の急坂」を登り切るためには、医療等の供給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いうことに加え、負担に見合った医療の質や内容が現状では提供されていないという不満が強い。これが高齢者を中心として将来不安に繋がり、「財布の紐」を締める原因にもなっていると考えられる。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「受け皿」や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が、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、健康寿命の延伸や疾病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、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。

(3) 医療供給の中核的課題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ものを取っ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等が明確に分離されていない。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り、診療報酬体系も病院と診療所は基本的に同一である。

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、さらには、いわゆる「社会的入院」も数多くみられる。その理由としては、民間中小病院の多くは診療所が大きくなった（いわば「出世」した）ものであるという沿革がある。また、福祉や介護が生活保護の延長としての救貧的性格に引きずられ、本来福祉や介護でカバーすべき者を病院が抱え込んできたという事情等も挙げられるが、いずれにせよ、病院と診療所の機能分化、医療と介護・福祉等の周辺領域との役割分担が不十分であることは、わが国の医療供給制度の最も際立った特徴となっている。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回以上と推計される）、1回当たりの診療密度は「薄い」といった特徴がみられる。こうした状況は医療の質や医療資源の効率的な配分という観点からみて決して適当とはいえない。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、（他の患者の受療機会を奪っていることを措いても）当該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言うべきである。

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なことではなく、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、医療機関の過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。スーパーマーケットで大根を消費者が手に取って買うのとは異なり、医療の場合、情報の非対称性を完全に解消することは困難だからである。

現状の問題を概観すれば以上のとおりであるが、特に強調したいことは、医療機関の機能分化が進められる中で、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、本研究の分担研究者である大和田潔（臨床医）がその経験を踏まえ昨年度作成した次の事例を基に考えることにする。