

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-一般-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～18 年度 総合研究報告書

(平成 18 年度 総括・分担研究報告を含む)

主任研究者 島崎謙治

平成 19 (2007) 年 3 月

目次

I. 総合研究報告（平成 18 年度総括研究報告を含む）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

総合研究報告	1
--------	---

総括論文 医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題と政策的対応

島崎 謙治	9
-------	---

II. 分担研究報告

1. 総論および基盤的研究

第 1 章 ケア・システムの質と効率と統合性の確保：イギリスのプライマリー・ケアに導かれた制度改革に学ぶ

郡司 篤晃	45
-------	----

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	81
-------	----

第 3 章 医師と患者の関係

島崎 謙治	103
-------	-----

第 4 章 医師・診療所開設者の動向に関する実証的検討

泉田 信行	139
-------	-----

第 5 章 平均在院日数抑制の医療費適正化効果に関する一試論

泉田 信行	165
-------	-----

第 6 章 医療法改正とわが国の民間病院における資金調達

松原 由美	179
-------	-----

2. 医療機関等の機能分化と連携の実態および課題

第 7 章 「医療情報伝達（MIT）」および「医療生活計画（MLP）」の重要性

大和田 潔	201
-------	-----

第 8 章 「医療情報伝達（MIT）」と「医療生活計画（MLP）」のあり方

大和田 潔	225
-------	-----

第 9 章 医療の未来形：診療所における電子カルテ（電子的診療所支援システム）のあり方～医療情報伝達（MIT）と医療生活計画（MLP）の実現に向けて～

大和田 潔	241
-------	-----

第 10 章 地域医療連携室からみた医療連携の課題

塩塚 康子	255
-------	-----

第 11 章 住民の医療ニーズと医師の意識調査からみた最適な医療提供体制の在り方に関する研究

川越 雅弘	275
-------	-----

第 12 章 医療・福祉複合体の全国動向

山本 克也	303
-------	-----

第 13 章 療養病床の動向に関する実証分析

菊池 潤	363
------	-----

第 14 章 患者の転医・転院に際する医療機関等の連携・引継ぎに関する考察

尾澤 恵	389
------	-----

第 15 章 医療計画を基礎とする勧告の問題点に関する考察 尾澤 恵	413
3. 家庭医および地域包括ケアの実践と評価	
第 16 章 大学医学教育における「家庭医」養成の実践と課題 ～世界標準の質およびより広域での公益性を求めて～ 葛西 龍樹	433
第 17 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	445
第 18 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	465
第 19 章 公的有床診療所を運営維持していく必要性和その問題点 ～寿都町立寿都診療所の事例～ 中川 貴史	519
4. 救急医療システム、離島・へき地医療	
第 20 章 北米型 ER(Emergency Room)を導入した急性期医療供給体制の可能性 箕輪 良行・榊井 良裕・田中 拓・金 弘	545
第 21 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	563
第 22 章 離島・へき地医療の確保について 米山 正敏	577
5. 疾病管理および保健事業	
第 23 章 疾病管理の意義とわが国への適用可能性－諸外国との比較を含め－ 坂巻 弘之	597
第 24 章 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 佐藤 雅代	619
6. 諸外国との比較および政策的インプリケーション	
第 25 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	667
第 26 章 医療供給の質と経済性の向上－ドイツにおける取り組み 松本 勝明	687
第 27 章 スウェーデンの医療制度改革の現状と課題 島崎 謙治	715
第 28 章 フランス医療制度改革の現状と課題 本田 達郎	727
第 29 章 「かかりつけ医」機能の制度設計における論点と検討課題 －フランス及びドイツにおける制度設計とわが国への示唆－ 田中 伸至	751
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	

研究者一覧¹

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）

葛西 龍樹（福島県立医科大学地域・家庭医療部教授）

（*平成17年度研究協力者）

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）

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）

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）

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）

（*平成17年度研究協力者）

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：

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）

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）

中川 貴史（寿都町立寿都診療所所長）

坂巻 弘之（名城大学薬学部教授）

塩塚 康子（九州中央病院地域医療連携室副室長兼医事係長）

松原 由美（明治安田生活福祉研究所主任研究員）

本田 達郎（医療経済研究機構研究主幹）

田中 伸至（新潟大学法学部助教授）

菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所客員研究員）

¹ 所属等は、平成19年3月現在のもの。

Ⅰ. 総合研究報告

(平成 18 年度総括研究報告を含む)

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」

総合報告書（平成 18 年度総括研究報告書を含む）

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. 医療政策の重点は医療保険制度から医療供給制度の改革にシフトし、医療等の供給体制の総合化・効率化が重要な政策課題となる（実際、平成 2006 年度の医療制度改革はその傾向が顕著である）。本研究は、①医療等の供給体制の全体ビジョンと政策課題を明らかにし、②地域包括ケアの推進など医療等の総合化・効率化の実現を図るための政策手段につき検討を行い、③理論と実証に裏づけられた具体的な政策提言を行うことを目的とする政策研究である。

2. 主な研究成果（要旨）は次のとおりである。

①. わが国は人口構造の高齢化が急速に進む一方、経済はかつてのような高度成長は期待できず、医療費適正化のプレッシャーは今後とも続く。これに対し、医療関係者は医療の質やアクセスの低下を招くとして強く反発しており、両者の溝は深い。こうした中で、value for money（拠出したお金に見合う価値）を最大化すべきとの要請は一層高まる。

②. 日本に限らず先進諸国の医療政策の重点は、医療保険制度改革などフィナンスサイドの改革からデリバリーサイドの改革にシフトしている。特に医療の質と効率性を向上させるためには、医療供給システムそのものの改革が必要である。

③. 日本は在院日数が長く医療等の機能分化は最重要の政策課題である。急性期病院も集約化等や病院と診療所に機能の整理が必要である。「社会的入院」を解消するためには、「受け皿」の整備が必要であるが、狭義の在宅だけでカバーすることは非現実的である。居住系の施設の拡充が必要であるが、その場合、居住系施設における医療の提供のあり方の検討なども必要になる。また、機能分化に当たっては、医療の質および効率性の評価や適切なインセンティブによる制御が必要である。

④. 医療機関の機能分化は医療政策の手段であって目的ではない。機能分化は医師と患者の関係を「切断」させ「情報伝達ロス」等を発生させる。医療機関の機能分化が医療政策の目標（評価基準：1）医療の質、2）アクセス、3）効率性）に照らし所期の目的を達成するためには、連携の強化が不可欠である。

⑤. 日本の医療供給体制の最大のアキレス腱は、家庭医ないしプライマリ・ケアが医療政策上明確に位置づけられておらず、病院と診療所、医療と介護等の「繋ぎ」の部分が脆弱なことである。質の高い家庭医の教育・研修・養成を図り、これを中核に地域という「面」単位で包括ケア体制を構築することが、わが国の医療政策の重要な課題である。

⑥. 家庭医の教育・養成については、大学の医学教育において適切に位置づけられる必要がある。北海道家庭医療学センター等でも家庭医の養成・研修が行われているが、その実践フィールドのひとつである北海道更別村に関する分析では、①医療密度（1日当たり医療費）は高まっているが在院日数等は短縮されている、②救急外来のトリアージ機能を家庭医が果たすことにより病院への救急搬送件数は大幅に減少した、③医師と患者の関係を表す各種指標は極めて良好である、等の結果が得られた。また、地域包括ケアについては、尾道市の地域包括ケアや熊本市の連携クリティカルバスなど著名なモデル以外にも地域の実状等を踏まえた先駆的な取組みが各地で見られる。そのエッセンスを抽出し政策的に後押しすることが有用である。

⑦. 交通事故を前提に構築された救急医療システムの見直し、へき地・離島における医療の確保、わが国の実状等を踏まえた疾病管理や保健事業の構築等も重要な課題である。へき地の医療については、集約化は避けられないが、そのためには都道府県・大学医局・基幹的病院が連携し調整機能を発揮することが不可欠である。

⑧. 医療政策の誘導手法は、①医療計画等の計画的手法、②診療報酬による経済的誘導、③情報開示と患者による選択、の3つがある。それぞれ一長一短があり、誘導手法の組合せ（ポリシー・ミックス）とならざるを得ない。①はわが国では必要な手法であるが、競争制約的な面があることなどの問題点や限界があり、②は即効性が高い反面「副作用」も強い。③は有力な手法であるが、情報の非対称性があること等から十分うまく機能するわけではない。患者の「代理人」的な役割の存在が必要であり、その意味でも家庭医の制度化が求められる。

⑨. 個別の政策課題や政策誘導手法の検討に当たっては、実態および課題の本質を正確に把握することが重要である。このため、数量的な実証分析、法律的な観点からの分析、医療経営等の観点からの分析といった多面的な分析および考察を行う必要がある。本研究においては、診療所医師の開業年齢等の分析や平均在院日数の短縮化による医療費削減効果の分析、医師と患者の関係に関する法的分析、民間病院の資金調達方法に関する分析など数多くの分析・考察を行った。

⑩. 先進諸国では、医療の質・アクセスの公平性・効率性の向上をいかに図るかという模索が続いている。その中にはチャレンジングな試みもみられ、わが国としてもその成否等に関心を払う必要がある。ただし、改革のターゲットは各国の医療制度の沿革等を反映し区々であり単純な比

較や一般化はできない。英国やスウェーデンでは疑似市場モデルの導入や医療と福祉・介護の「統合」等が試みられたが必ずしも成功したとはいえない。

分担研究者：

郡司 篤晃（聖学院大学大学院教授）
葛西 龍樹（福島県立医科大学地域・家庭医療部教授）
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）
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）
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）
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）
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：

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）
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）
中川 貴史（寿都町立寿都診療所所長）
坂巻 弘之（名城大学薬学部教授）
塩塚 康子（九州中央病院地域医療連携室副室長兼医事係長）
松原 由美（明治安田生活福祉研究所主任研究員）
本田 達郎（医療経済研究機構研究主幹）
田中 伸至（新潟大学法学部助教授）
菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所客員研究員）

A. 研究目的

医療政策の重点は医療保険制度から医療供給制度の改革にシフトし、医療等の供給体制の総合化・効率化が重要な政策課題となる（実

際、平成 2006 年度の医療制度改革はその傾向が顕著である）。本研究は、①医療等の供給体制の全体ビジョンと政策課題を明らかにし、②地域包括ケアの推進など医療等の総合化・効率化の実現を図るための政策手段につき検討を行い、③理論と実証に裏づけられた具体的な政策提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、各テーマの特性に応じ、国内外の文献調査のほか、社会医療診療行為別調査等のデータ解析、実地ヒアリングおよび住民・被保険者意識調査などの手法を採用した。本研究の手法・特徴と具体的内容（例示）等は以下の 3 つである。

このような研究方法を採ることにより、わが国が取組むべき医療政策の課題の全体像と具体的な問題点を明らかにすることが可能となる。

1. 学際的研究

[手法・特徴]

医療等の供給体制の構造や個別課題を分析するため、医学・法学・経済学等のバックグラウンドを有する研究者の共同による学際的な研究アプローチを採用。

[具体的内容（例示）と実施年度]

家庭医モデル、マネジド・コンペティショ

ンモデル、医師と患者の関係の規律など、医療供給体制の規律の実態・手法・効果等について、医学・法学・経済学等の研究手法を活かし、住民意識調査を含め多面的に検討・分析を実施（平成 16 年度から逐次実施）

2. 理論と実証の両面にわたる研究

[手法・特徴]

具体的な政策に研究成果を応用するのは、理論と実証の双方の裏付けが不可欠。このため、医療経済学、公衆衛生学、法学等の理論的研究と並行して、地域包括ケアの先駆的取組みや実験的取組み等を行っている地域や保険者を対象に現地調査・データ分析等を実施。

[具体的内容（例示）と実施年度]

- ・先駆的な地域包括モデル（尾道モデル・熊本地域連携パス・静岡市イーソーネット等）、医療資源の集約化モデル（北海道中空知地域の産科の集約等）の実態分析（平成 16 年度から逐次実施）
- ・「家庭医」の実践地区である北海道更別村の住民満足度調査等により医療密度や意識の変化を分析（平成 17 年度）
- ・社会医療診療行為別調査結果を用い、入院初期と後期の 1 日当たり医療費の分布を分析（平成 18 年度）
- ・WAM NET のデータを用い「医療・福祉複合体」の実態・地域特性を分析（平成 16 年度から段階的に実施）
- ・特定健保組合の退職被保険者の意識調査等を行い、保健事業の効果を検証（平成 16

年度から段階的に実施）

3. 国際比較研究

[手法・特徴]

日本の医療等の提供体制の構造の特徴を浮き彫りにするとともに改革手法の検討の参考とするため、先進諸国（ドイツ、イギリス、スウェーデン等）の国際的な改革動向との比較検証等を実施。

[具体的内容（例示）と実施年度]

- ・ドイツ：1990 年代から今日に至る保険者間競争による医療政策の評価（平成 17 年度・平成 18 年度）
- ・イギリス：1990 年代後半以降のプライマリ・ケアを基軸にした医療・福祉の統合の分析・評価（平成 16 年度）
- ・スウェーデン：エーデル改革など 1990 年代の医療政策の影響と課題の分析（平成 16 年度・17 年度）

（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、個人の特定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、兵庫県但馬地域の住民および医師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

主な研究の結果、考察、結論は次のとおりである。(なお、9の分析・考察の具体的内容については、総括論文および分担研究報告を参照されたい)。

1. わが国は人口構造の高齢化が急速に進む一方、経済はかつてのような高度成長は期待できず、医療費適正化のプレッシャーは今後も続く。これに対し、医療関係者は医療の質やアクセスの低下を招くとして強く反発しており、両者の溝は深い。こうした中で、value for money (拠出したお金に見合う価値)を最大化すべきとの要請は一層高まる。
2. 日本に限らず先進諸国の医療政策の重点は、医療保険制度改革などフィナンスサイドの改革からデリバリーサイドの改革にシフトしている。特に医療の質と効率性を向上させるためには、医療供給システムそのものの改革が必要である。
3. 日本は在院日数が長く医療等の機能分化は最重要の政策課題である。急性期病院も集約化等や病院と診療所に機能の整理が必要である。「社会的入院」を解消するためには、「受け皿」の整備が必要であるが、狭義の在宅だけでカバーすることは非現実的である。居住系の施設の拡充が必要であるが、その場合、居住系施設における医療の提供のあり方の検

討なども必要になる。また、機能分化に当たっては、医療の質および効率性の評価や適切なインセンティブによる制御が必要である。

4. 医療機関の機能分化は医療政策の手段であって目的ではない。機能分化は医師と患者の関係を「切断」させ「情報伝達ロス」等を発生させる。医療機関の機能分化が医療政策の目標(評価基準：①医療の質、②アクセス、③効率性)に照らし所期の目的を達成するためには、連携の強化が不可欠である。
5. 日本の医療供給体制の最大のアキレス腱は、家庭医ないしプライマリ・ケアが医療政策上明確に位置づけられておらず、病院と診療所、医療と介護等の「繋ぎ」の部分が脆弱なことである。質の高い家庭医の教育・研修・養成を図り、これを中核に地域という「面」単位で包括ケア体制を構築することが、わが国の医療政策の重要な課題である。
6. 家庭医の教育・養成については、大学の医学教育において適切に位置づけられる必要がある。北海道家庭医療学センター等でも家庭医の養成・研修が行われているが、その実践フィールドのひとつである北海道更別村に関する分析では、①医療密度(1日当たり医療費)は高まっているが在院日数等は短縮されている、②救急外来のトリアージ機能を家庭医が果たすことにより病院への救急搬送件数は大幅に減少した、③医師と患者の関係を表す各種指標は極めて良好である、等の結果が得られた。また、地域包括ケアについては、

尾道市の地域包括ケアや熊本市の連携クリティカルパスなど著名なモデル以外にも地域の実状等を踏まえた先駆的な取組みが各地で見られる。そのエッセンスを抽出し政策的に後押しすることが有用である。

7. 交通事故を前提に構築された救急医療システムの見直し、へき地・離島における医療の確保、わが国の実状等を踏まえた疾病管理や保健事業の構築等も重要な課題である。へき地の医療については、集約化は避けられないが、そのためには都道府県・大学医局・基幹的病院が連携し調整機能を発揮することが不可欠である。

8. 医療政策の誘導手法は、①医療計画等の計画的手法、②診療報酬による経済的誘導、③情報開示と患者による選択、の3つがある。それぞれ一長一短があり、誘導手法の組合せ（ポリシー・ミックス）とならざるを得ない。

①はわが国では必要な手法であるが、競争制約的な面があることなどの問題点や限界があり、②は即効性が高い反面「副作用」も強い。

③は有力な手法であるが、情報の非対称性があること等から十分うまく機能するわけではない。患者の「代理人」的な役割の存在が必要であり、その意味でも家庭医の制度化が求められる。

9. 個別の政策課題や政策誘導手法の検討に当たっては、実態および課題の本質を正確に把握することが重要である。このため、数量的な実証分析、法律的な観点からの分析、医療

経営等の観点からの分析といった多面的な分析および考察を行う必要がある。本研究においては、診療所医師の開業年齢等の分析や平均在院日数の短縮化による医療費削減効果の分析、医師と患者の関係に関する法的分析、民間病院の資金調達方法に関する分析など数多くの分析・考察を行った。

10. 先進諸国では、医療の質・アクセスの公平性・効率性の向上をいかに図るかという模索が続いている。その中にはチャレンジングな試みもみられ、わが国としてもその成否等に関心を払う必要がある。ただし、改革のターゲットは各国の医療制度の沿革等を反映し区々であり単純な比較や一般化はできない。英国やスウェーデンでは疑似市場モデルの導入や医療と福祉・介護の「統合」等が試みられたが必ずしも成功したとはいえない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ①. 島崎謙治「医師と患者の関係（上・中・下）」（『社会保険旬報』2296号,2006年,pp.12-18., 2297号,2006年,pp.18-29., 2298号,2006年,pp.14-20.所収。）
- ②. 郡司 篤晃「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』149号, 2004年, pp.3-16. 所収。）

- ③. 郡司 篤晃「イギリスのプライマリーケアに導かれた「第三の道」制度改革」(『聖学院大学総合研究所紀要』34号,2005年,pp.429-457.所収。)
- ④. 郡司 篤晃「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」(『海外社会保障研究』156号,2006年,pp.19-31.所収。)
- ⑤. 大和田 潔「在宅医療の体験例と現状～医療情報伝達 (medical information transporter: MIT)と医療生活計画(medical life planner: MLP)を切り口に～」(『難病と在宅ケア』12巻9号,2006年,pp.7-11.所収。)
- ⑥. 松本 勝明「ドイツ社会保障の動向ー連邦議会選挙後の展望(上・下)」(『健康保険』59巻12号,2005年,pp.52-57.,60巻1号,2006年,pp.44-51.所収。)
- ⑦. 松本 勝明「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」(『海外社会保障研究』155号,2006年,pp.4-13.所収。)
- ⑧. 塩塚 康子「医療連携の取り組みからみた病院経営管理」(『日本医療マネジメント学会雑誌』7巻2号,2006年,pp.340-343.所収。)
- ⑨. 川越 雅弘「我が国における医療と介護の機能分担と連携」(『海外社会保障研究』156号,2006年,pp.4-18.所収。)
- ⑩. 川越 雅弘「医療保険改革と介護保険改革(上・下)」(『月刊介護保険』122号,2006年,pp.56-57.,123号,2006年,pp.64-65.所収。)
- ⑪. 尾澤 恵「(社会保障法判例)医療法(平成9年法律第125号による改正前のもの)30条の7の規定に基づく病院開設中止勧告に行政事件訴訟法3条2項の処分性を認めた事例(富山県病院開設中止勧告取消訴訟事件上告審判決)」(『季刊社会保障研究』42巻2号,2006年,pp.185-194.所収。)

2.学会発表

- ①. 島崎謙治「医療制度改革と地域連携」,医療マネジメント学会長野地方会(第5回長野県地域医療連携協議会),信州大学医学部(2005年6月)
- ②. 島崎謙治「日本における在宅医療の未来」,第8回日本在宅医療学会大会,順天堂大学医療看護学部(2006年2月)
- ③. 島崎謙治「医療政策の課題と展望」,第1回DPCマネジメント研究会学術大会,JAビル(2006年2月)
- ④. 島崎謙治「医療と介護の連携の条件と課題」,第13回日本グループ診療研究会総会・学術大会,東京国際フォーラム(2006年11月)
- ⑤. 箕輪良行(共同発表)「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」,第33回救急医学会学術大会,防衛医科大学(2004年10月)

- ⑥. 佐藤雅代「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－」,第 62 回
日本財政学会,一橋大学(2005 年 10 月)

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

【付記】

分担研究報告書においては、研究の実施年
度を明記し、年度がまたがるものについては、
平成 18 年度に実施した研究を明示した。

[総括論文] 医療等の供給体制の総合化・効率化 等の課題と政策的対応

島崎謙治（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

平成16年度から平成18年度まで3年度にわたり「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」（以下「本研究」という）を行った。本稿は本研究の成果を総括する論文である。言い換えれば、本稿は筆者の固有の論文であるが、本研究の主任研究者の立場から、全体像との関係で分担研究者および研究協力者の研究の位置づけを明らかにする意義を併せもつ¹。

2. 本研究の目的・枠組および問題意識

(1) 本研究の目的と医療政策の捉え方

本研究の目的を分節すれば、①医療等の供給体制の全体ビジョンと政策課題を明らかにし、②医療等の総合化・効率化の実現を図るための政策手段につき検討を行い、③理論と実証に裏づけられた具体的な政策提言を行うことにある。つまり、本研究の究極の目的は政策に結びつく提言を行うことにあり、その意味で本研究は典型的な政策研究に属する。

政策とは、一定の価値観に基づき現状の問題点を修正し望ましい姿に変えるための手段の総体である。「価値中立的な政策」という言葉はそもそも概念矛盾である。医療政策もその例外ではない。結果として所得移転を伴う医療保険（ファイナンス：finance）はもとより医療供給（デリバリー：delivery）に関する政策も何らかの価値観（例えば、医療へのアクセスや負担の平等、住み慣れた地域での生活の保障）を前提とする²。また、政策は、それによって実現しようとする価値観が広範な国民の支持を得られるものでなければ意味をなさない。もっとも、“こうあるべきだ”という価値観をいわば“裸のまま表明する”だけでは床屋談義の域を出ない。実態の正確な把握および理論と実証の両面にわたる分析を内容する政策研究の基礎があってはじめて政策論は議論の俎上にのぼることになる。

¹ ただし、これは分担研究者および研究協力者の見解が筆者の見解と一致するというのではなく、各研究者の独自性および文責は当然のことながら各研究者に帰属することはいうまでもない。

² 筆者は、公的医療保険制度はリスク分散を本旨とする制度であり所得再配分そのものを目的とする制度であるという捉え方をしていない。しかし、所得比例保険料であること等から、結果として公的医療保険制度は所得再配分効果を有することも間違いない。

しかし、具体的な政策に結実する政策研究ないしは政策論を展開することは決して容易なことではない。特に医療政策に関してはそのことが強く当てはまる。そして、医療政策が難しい理由を考察することは、医療政策ないしはその研究のあり方の本質に関わる事柄であり本研究の範囲・意義・限界等を考える上でも重要である。したがって、まずその点について多少の紙幅を割いて述べる。

第1に、医療に限ったことではないが、政策は「白紙に絵を描く」わけにはいかないからである。政策は現状の制度を前提としその全体あるいは部分を改変するものであるが、医療制度は歴史・経済・政治・文化の所産であり各国の固有の特徴が色濃く表れる。政策を論じるに当たっては、現行制度の本質の理解と制約条件等を十分吟味した上で、「制度のどの部分を維持し、何を改めるのか」という見極めを必要とする。外国の制度や改革との比較研究は自国の制度を相対化するとともに改革のヒントを得るうえで有用ではあるが、制度の相違や適合可能性 (adaptability) に関する考察を欠けば、文字どおり「木に竹を接ぐ」結果となりかねない。

第2に、制度は構造であり、構造 (structure) とは構成要素 (component) の集合体だからである。構成要素は互いに絡み合い全体の構造を形作っており、特に医療制度は微妙なバランスの上に成り立つ「寄せ木細工」に似たようなところがある。ある構成要素を改変すれば「連鎖反応」を起し、他の要素や全体の構造に影響を与えるということが起こり得る。部分的な解は全体の最適解を保証するわけでもない。このため、個別の課題の検討に当たっては全体構造との関連や他への波及等を絶えず考慮する必要がある。

第3に、年金制度が煎じ詰めれば世代内・世代間の所得の移転というファイナンスだけの制度であるのと異なり、医療制度はファイナンスの前に医療サービスの提供というデリバリーが存在するからである。このため、比喩的にいえば、医療制度という「舞台」には数多くの「俳優」(医師や看護師をはじめとする医療提供者、保険者、患者など)が登場する。これは、医療制度に年金制度以上に各国の固有性が強く現れる理由でもある。また、それぞれの「俳優」は個性豊かであるとともに利害関係は輻輳する。例えば、国民健康保険の保険者である市町村は医療提供者側に対しては健康保険組合など被用者保険者と共同歩調をとり得るが、保険者の負担の総枠が決まりその配分の段階になれば地域保険者と被用者保険者の利害は先鋭的に対立する³。

第4に、デリバリーは地勢・人口・医療資源の分布等の相違により千差万別の形態をとるためである。例えば、医療等の連携ひとつとってみても、その進み具合のばらつきは非常に大きいだけでなく、連携システムそのものの態様も一様ではない。このため、デリバリーに関する政策は、ある地域では妥当であっても他の地域では適合しないということがしばしば起こり得る。同一市町村内でさえ異なる連携システムが併存するほうが妥当な場合もある。極論すれば、デリバリーの最適解は地域の数だけあるといっても過言ではない。また、国民皆保険の下で基本的に全国一本の制度として統制されている

³ より正確に言えば、市町村が病院や診療所を保有している場合には市町村は医療機関の開設者としての立場を併せもつため利害はさらに複雑である。

ファイナンスと異なり、デリバリーについては「平均と分散」をみるのが重要になるが、これは数量化し分析することになじみにくい場合が少なくない。

第 5 に、日本の医療制度が、「ファイナンスは基本的に公的保険の枠組みにより統制され、デリバリーは民間セクター中心に行われている」(publicly funded and privately delivered) という特徴を有するからである(尾形 2007)。つまり、医療サービスが市場の自由な取引に委ねられているわけではないが、さりとて完全に統制されているわけでもないという混合形態となっている。このことは医療政策の誘導手段を考える上で極めて重要である。医療政策は単一の政策手法で完結するわけではなく、複数の政策手法の混合(ポリシー・ミックス)とならざるを得ない。複数の政策手法とは、具体的には、a: 地域医療計画等による計画的手法、b: 診療報酬による経済的誘導手法、c: 情報開示と患者の選択、といった手法が挙げられるが、それぞれ一長一短がある。ある課題を解決する場合に各々に適合した誘導手法の比較検討と選択が求められる所以である。

以上を要約すれば、制度や仕組みの基本構造等が異なれば、問題の発現形態は異なるし政策の重点や誘導手法等も相違するということになる。特にファイナンスの前にデリバリーが存在する医療政策ないしは医療研究については、そのことが強調される。本研究の究極の目的は政策提言を行うことにあるが、そのためには、まず、医療等の供給体制のあるべき方向(全体ビジョン)と政策課題を明らかにし、そのうえで、現状の問題点を分析するとともに政策誘導手段につき検討を行うという順を追うことが必要になる。本研究は、このような目的に即して構成されている。なお、政策提言については、個別の問題点や政策手段と関わるため、本稿の最後でまとめて述べることはせず各関連箇所のところ述べる。

(2) 本研究の範囲

(1) で述べたように医療制度はファイナンスとデリバリーの双方から成り立っており、本来、医療政策を論じるためには、その双方を睨んで議論する必要がある。しかし、本研究では、基本的にデリバリーである医療等の供給体制の問題に焦点を絞り、それとの関連で必要な場合のみファイナンスの問題も扱うという立場を採っている。その理由としては、それだけでなくも本研究のカバーする領域が広すぎるきらいがあるにもかかわらず更にそれが拡大すれば研究の「密度」が薄まるということも挙げられるが、より重要かつ本質的な理由は、医療政策の重点は医療保険制度から医療供給制度の改革にシフトし医療等の供給体制の総合化・効率化が重要な政策課題となっていることにある⁴。実際、2006 年度の医療制度改革ではその方向に政策の面舵が切られていることがはっきり見て取れる。それは一体なぜなのか。

第 1 に、1990 年代半ば以降 2006 年までの医療保険制度改革によって患者の自己負担の拡大措置が採られてきたが、こうした患者自己負担の拡大という手法により医療費の適正化を図る方策はほぼ限界に近づいていると考えられるからである。もとよりこれは

⁴ これは医療供給制度の改革がこれまで疎かにされてきたということではないが、従来の医療制度改革は医療保険制度改革と同一視されてきたことも間違いない。

医療保険制度をめぐる個別検討課題が存在しないという意味では決してないが、医療供給制度について取り組むべき課題は医療保険制度に比べはるかに山積している。例えば、わが国の医療機関は欧米諸国に比べ全体として医療密度が低く在院期間が長い「薄く平べったい」状態にあるが、超高齢化社会を迎える中で、医療施設体系（介護を含む）の再編・機能分化をどのように進めるのか、療養病床の「受け皿」としての居住系の施設の医療提供のあり方（いわゆる医療の「外付け」・「内付け」問題）をどう進めるのか、といった問題がある。また、急性期病院の入院期間の短縮化等が進んでいる（こうした傾向はあ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、在宅医療を含む退院後の「受け皿」体制の不備、患者の代理人的役割を果たすべき「かかりつけ医」機能の不全⁵、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2に、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3に、疾病構造が変化している。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、疾病予防・管理指導等の重要性が増す。さらに、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ケースが多い。さらに、身体的衰え等から介護や福祉等の隣接領域の支援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ケア体制を構築することが重要となっている。

第4に、デリバリーの改革は非可逆的要素が強だけでなく「明日から90度旋回」というような急ハンドルは切れない。ファイナンスの問題は、例えば2003年4月1日から被用者の自己負担率が2割から3割に変更されたように、（その当否は別にして）ある時点で全国一斉に制度を切り替えることが可能である。煎じ詰めればお金の問題だからである。これに対し、デリバリーの問題はそうはいかない。生身の人間の処遇そのものに関わるからである。また、地域の人口構造や医療資源の集積・分布等は一様ではなく地域特性が色濃く反映される。さらに、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、高齢社会を乗り切るためには、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。

⁵ なお、このワーディングには筆者は異論がある（分担研究報告第3章拙稿参照）。

(3) 本研究の基本的な問題意識

(2) でも多少言及したが、今後の医療政策を考える上で押さえておくべきことは人口構造の変化である。これは医療政策にダイレクトに甚大なインパクトを与えるだけでなく、経済成長率（潜在成長率）への悪影響というバイパスを通じても影響を及ぼす。このことは医療政策の軸足をどこに置くのかという本研究の基本的な問題意識と密接に関わる。

表1は、国立社会保障・人口問題研究所が平成18年12月に公表した「新人口推計」の出生中位・死亡中位の推計による基本指標をまとめたものである。これをみると、日本の近未来の人口構造の特徴が「超少子高齢・人口減少」というキーワードで表現できることがはっきりみてとれる。

表1： 将来人口の基本指標

(単位：万人)

年次	総人口(A)	人口3区分			(参考) (D)のうち 後期高齢者人 口の再掲 (75歳以上)	高齢 化率 (D/A)	老年従属 人口指数 (D/C)
		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)			
2005	12,777 (100)	1,759 (100)	8,442 (100)	2,576 (100)	1,164 (100)	20.2%	30.5% (3.3人で1人 を支える)
2030	11,522 (90.2)	1,115 (63.4)	6,740 (79.8)	3,667 (142.3)	2,266 (194.7)	31.8%	54.4% (1.8人で1人 を支える)
2055	8,993 (70.4)	752 (42.7)	4,595 (54.4)	3,646 (141.5)	2,387 (205.0)	40.5%	79.4% (1.3人で1人 を支える)

(注) 総人口、人口3区分のかっこ書きは、2005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『将来人口推計(2006年12月)』の出生中位・死亡中位推計による。

いうまでもないことであるが、日本が長期にわたり人口減少社会に突入するのは1970年代半ば以降30年以上にわたる少子化の進展の結果であり、人口減少と少子高齢化現象は根底では結びついている。ただし、社会保障に及ぼすインパクトを考える際には、人口が減少することと人口構成（人口ピラミッド）が変化することは一旦は区分して考える必要がある。社会保障は煎じ詰めれば生産年齢人口世代が産み出した経済成長の「果実」を前世代（高齢世代）と後世代（年少世代）に配分するものである。人口減少は経済への影響という経路を通じて社会保障にも影響を与えるが、人口問題の社会保障へのインパクトという意味では、人口減少の影響よりも人口構成の急激な変化

(生産年齢人口の減少および老年人口の増加)の影響のほうがはるかに大きい⁶。

また、表 1 では後期高齢者を再掲しているが、注目すべきことは 2005 年から 2030 年にかけて後期高齢者が約 2 倍に増加することである。その主な要因は、1947 年から 1949 年生まれの「団塊の世代」が 2024 年には後期高齢者の仲間入りすることにあるが、前期高齢者に比べ後期高齢者では 1 人当たり医療費や介護費は増大する⁷。現在でも介護給付費の約 8 割は後期高齢者が消費しており、医療費も人口の約 9%である後期高齢者が総医療費の約 3 割を使っている。山登りに譬えれば社会保障制度とりわけ医療・介護制度は 2030 年頃まで「胸突き八丁」の急坂を登る状況が続くことになる。

それでは、医療費は高齢化によって将来どのように変化するのか、ごく粗い試算を行ってみよう。表 2 は、2004 年度の「国民医療費」の 5 歳刻みの年齢階級別 1 人当たり医療費および「新人口推計」を基に、仮に医療費の伸び率をすべての年齢階級で、0%、1%、2%、3%伸びると仮定した場合の 2030 年(度)の国民医療費を筆者が推計した結果を表にまとめたものである。将来は過去の単純な「投影」(projection)ではない。将来の医療費の推計は医療技術の進歩等のほか政策によっても可変的である。このため、医療費の将来推計の数字を「独り歩き」させることは適切ではない。ただし、この程度の粗い試算でも(というよりむしろこのような粗い試算のほうが)、大きな傾向を粗掴みすることができ、医療政策を議論する際の素材になる。

ちなみに、医療技術の進歩等を考えると各年齢階級別 1 人当たり医療費の伸び率が 0%というのは非現実的な仮定であるが、これは人口構成が変わることによる医療費の影響をみるために試算したものである。すなわち、仮に 1 人当たり医療費の伸び率が 0%でも、日本の総人口は減るものの高齢者人口が急増することにより、国民医療費は 2004 年度の 32.1 兆円から 2030 年度の 38.9 兆円に増加する。医療費の配分をみても総人口の 2 割に満たない後期高齢者が国民医療費の半分近くを費消すると見込まれる。

もう少し現実的な仮定として、例えば、毎年の医療費の伸び率が 2%、GDP (2005 年度で約 500 兆円)の伸び率も 2%とした場合はどうか。2030 年度の国民医療費は現行(2004 年度)の 2 倍以上となる。ちなみに、国民医療費の対 GDP 比を試算すると、2004 年度は 6.4%であるが 2030 年度には 7.8%程度まで上昇する。

⁶ また、本稿では詳しく述べる紙幅がないが、高齢者単独世帯が急増するなど世帯構造の変化も社会保障とりわけ医療・介護の問題に大きな影響を及ぼす。また、後期高齢者の急増に伴う認知症高齢者の増大、終末期医療等の問題も喫緊の課題である。

⁷ なお、1 人当たり医療費は加齢に伴い単調増加するわけではない。90 歳以上ではむしろ減少する。ただし、「団塊の世代」が後期高齢者の仲間入りをするのが 2024 年であることを考えれば、2030 年頃のおおよその目安として本文で述べたような試算を行うことは誤りではない。

表 2：2030 年の国民医療費の粗い試算（機械的試算）

	人口		国民医療費				
	2005年	2030年	2004年度	2030年度			
				伸率 0%	伸率 1%	伸率 2%	伸率 3%
0～64歳	10,201万人 (79.8%)	7,855万人 (68.2%)	15.7兆円 (48.9%)	12.9兆円 (33.2%)	16.7兆円 (33.2%)	21.6兆円 (33.2%)	27.9兆円 (33.2%)
65～74歳	1,412万人 (11.1%)	1,401万人 (12.2%)	7.4兆円 (23.0%)	7.5兆円 (19.3%)	9.7兆円 (19.3%)	12.6兆円 (19.3%)	16.2兆円 (19.3%)
75歳以上	1,164万人 (9.1%)	2,266万人 (19.7%)	9.0兆円 (28.0%)	18.5兆円 (47.6%)	23.9兆円 (47.4%)	30.9兆円 (47.4%)	39.8兆円 (47.4%)
計	12,777万人	11,522万人	32.1兆円	38.9兆円	50.4兆円	65.1兆円	83.9兆円

(注)2004年度の年齢階級別医療費目を基に、全年齢平均の医療費伸率を1%、2%、3%と仮定し、2030年の年齢階級別人口を乗じて算出した極めて粗い試算である。

改めていうまでもないが、最適な医療費の規模が国民経済との関係で一義的に決まるわけではない。医療のためにどの程度の資源を投入するか（経済成長の配分を行うか）は価値判断の問題であり、最終的には国民の選択に帰する。ただし、医療が経済と無関係に存立し得るわけではないことも間違いない。図1は国民医療費と名目GDPを対比させたものである。①国民医療費と名目GDPの相関は高いが、とりわけバブル崩壊前の1990年頃まではほぼ正比例すること、②1990年代以降名目GDPは微増ないしは横ばいであるが国民医療費は伸びていることがみてとれる。1990年代半ば以降の医療制度改革を促した直接の契機は経済成長と医療費の伸びのギャップであるが、図1はそれを裏付けている。

それでは近未来の経済はどうなるのか。今日足元の経済は堅調であるとはいえ人口減少や人口構造の変化は潜在成長率を引き下げる要素であり、技術進歩等による生産性向上を織り込んでも潜在成長率は2%ないし3%程度と考えられる。また、経済のグローバル化による国際競争の激化や国の厳しい財政状況（プライマリ・バランスが回復できず、GDPの1.5倍という規模の長期債務残高も存在する）も社会保障の制約条件である。こうした中で、経済の「身の丈」に合った医療費規模となるよう医療費の適正化を図るべきだとする経済界や財政当局の「圧力」は今後さらに強まると予想される。実際、平成18年11月の経済財政諮問会議では、民間議員から、「新人口推計」を踏まえ引き続き医療費適正化の数量目標を定めるべき旨の提言も行われている。他方、圧力が高ければ反作用も大きくなる。実際、医療関係者の間では、これ以上の医療費抑制政策を続ければ医療の崩壊を招くとする反発も強い。両者の溝は深く医療費と経済の関係をめぐる対立は今後さらに緊迫の度を増すと予想される。そして、そうした中で医療政策の「舵取り」を行っていくことになる。しかし、だからこそ医療政策の軸足をどこに置くのかが一層問われることになる。