

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

---

政府の役割と質・安全・公平から見た  
地域医療システム運営の  
評価手法と改善誘因の研究

平成 18 年度 総括研究報告書

主任研究者 長谷川 敏彦

日本医科大学

医療管理学教室

平成 19 (2007) 年 3 月 31 日

## 目次

### I. 政府の役割研究

1. リスクマネジャー&スチュワードとしての政府
2. 中央-地方政府関係の再考

### II. 質・安全・公平の評価研究

1. 公平性と質・効率のトレード・オフ
2. 医療システムの評価の手法-生産性評価

### III. 医療システムの経営

1. 疾病管理とシステム経営
2. 新たな連携概念
3. クラスタ概念と医療システム
4. 質・安全性の向上
5. 医療における IT 化の意義

### IV. インセンティブ研究

1. 改革のためのインセンティブ研究

### V. 医療費適正化計画への応用研究

政府の役割と質・安全・公平から見た地域医療システム運営の評価手法と改善誘因の研究

主任研究者 長谷川 敏彦 日本医科大学 医療管理学教室 主任教授

研究要旨

地域医療計画について、規制緩和の観点からは存続廃止の議論が、住民参加の観点から作成見直しの議論が、そして保健医療福祉行政改革の観点から国と地方自治体の役割や内容の見直しが課題に上っており、今、医療計画全体を根本的に見直す必要性に迫られている。しかし一方で、国民や患者の医療への期待と不信感が高まっており、供給側ではなく患者中心の医療の必要性が提唱されている。この発想の転換には、まず地域医療の体制をシステムとして捉えること、そして、システムの目的を明らかにし、投入（資源）ではなくの産出（結果）を重視して経営や統制（management & control）が重要な課題となっている。

本研究はこのような国内外の潮流に対応して、地域医療システムをそれぞれの要素（system component）・算出や投入、その統制の構造をモデル化し、システムの活動を評価し、その評価を保険制度や情報など誘引（incentive）に結びつけることによってより改善することを目指すための基礎研究を目的としている。このことにより、今後予想される医療法改正に向けて、特に供給側の利害調節で政策決定するのではなく、真に患者や住民に有用で科学的根拠の基づいた政策形成に資する基礎的な資料となると考える。とりわけ、近年に予想される保険の再統合により地域化が想定され、よりよい運営に向けた誘因構造を想定した制度設計にも有用であると考えられる。そしてシステム活動に基づいた国と地方自治体の役割分担が明確化される。

分担研究者氏名・所属施設名及び所属施設における職名

長谷川友紀（東邦大学医学部教授）  
平尾智広（香川大学医学部助教授）  
河原和夫（東京医科歯科大学大学院教授）  
松田晋哉（産業医科大学医学部教授）  
木嶋恭一（東京工業大学大学院教授）  
工藤裕子（中央大学法学部教授）  
吉田忠彦（近畿大学経営学部教授）

A. 研究目的

地域医療計画は今、様々な批判に曝されている。制度疲労といった計画制度固有の問題への批判、医療の質・安全への国民的関心の高まりに伴う、医療計画の役割の転換への期待からの批判等である。

いずれにしても、今までの医療計画では医療を1つのシステムとして捉える観点が不足していたと反省せざるを得ない感がある。医療システムのモデルを想定すると、以下の研究課題領域

が設定される。まず①「何を生み出すシステムか」－システムの使命や目的を検討し、システム全体の特徴、高質や効率などシステム全体の目的。②「何から構成されているか」－目的別下位システムであり、癌、循環器、精神疾患等の疾病管理のシステム。③「誰から構成されているシステムか」－所有主体別の下位システムを検討、公的・私的設立システム主体のあり方。④「どんな機能を果たしているか」－システムの要素、特に資源やシステムそのもの、そしてそれらの働きかける対象。資源はそれぞれ、財源や人材などに分かれ、それを支えるさらに下位のシステムから成立しており、システム全体は機能として予防や治療などの介入機能の下位システムからなっている。⑤「どう統制されているか」－このシステム全体のマネジメント経営・もしくは統制のシステムで、施設単位・地域単位の下位システムさらには都道府縣市町村、国というレベルが、さらに、市場と政府という異なった評価尺度を持つシステム。⑥「誘因の構造」－このシステムを統制するに当たっての、

各構成員に対する行動変容の動機付けの手法で、古典的には法律や金銭、さらには情報が考えられ、行動科学的なモデルの形成。これらの点を明らかにしていきたい。

## B. 研究方法

### I. 政府の役割研究

#### 1. リスクマネジャー&ステュワードとしての政府

医療政策における政府の役割、介入の意義とは、他の行政領域とは異なり未然の、あるいは既に起こった危機を管理することである。これを理論的に、企業等リスク管理の視点等から検討し、リスク管理者としての政府の役割について検討した。

#### 2. 中央—地方政府関係の再考

現在、進行中である地方分権改革は、行政のあり方を大きく変える動向である。ここでは、医療分野だけに焦点を絞らずに地方分権一括法以降の改革の流れと、昨今の「三位一体の改革」、道州制に至る潮流等幅広く触れながら中央政府と地方政府の役割の変遷と、今後の展望、そして保健医療分野における役割の変化について整理を試みた。

### II. 質・安全・公平の評価研究

#### 1. 公平性と質・効率のトレード・オフ

医療資源へのアクセスの公平性と医療の質・効率との間には本来トレード・オフ関係が見られる。しかし、近年、主要な医療資源である医師の不足の問題が、アクセスも質・効率も両方を損なう減少を引き起こしている。ここでは、医師へのアクセスと医療供給体制の質や効率を取り上げ、「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「医療施設調査」、「患者調査」などの官庁統計を用いて、現在特に問題が起きている産科・産婦人科医師及び小児科医師の集約化の問題とアクセスの問題について概観した。集約化は、医師の供給の集約化と需要の集約化をハーシュマン＝ハーフィンダール指数で測定し、そのギャップを明らかにした。また、二次医療圏における医師数の変化を調べ、近年医療資源へのアクセスがどのように変化してきたのかを観察した。

#### 2. 医療システムの評価の手法—生産性評価

これまでの医療システムの評価では、質・安全性の議論が中心であった。しかし、近年「立ち

去り型サボタージュ」に代表されるような医師の労働条件の悪化が指摘されており、その原因として日本の病院の生産性の低さがあげられている。質の確保にとっても生産性の向上は重要であるが、医療分野における生産性の測定手法はこれまであまり注目されてこなかった。ここでは、World Health Report 2000 以来開発が進められている、生産フロンティアを用いた分析を行い、地域医療システムの生産性評価を試みた。

### III. 医療システムの経営

#### 1. 疾病管理とシステム経営

2006年6月に可決された医療制度改革法案に基づき、現在、医療費適正化計画が進められている。医療費適正化に関しては、これまで、需給側のコントロール、供給側のコントロールさまざまな方法がとられてきたが、近年、その両方に働きかけるものとして、海外において医療の効率化と質の向上について成果を挙げている疾病管理という取り組みがある。本研究では、疾病管理が始まった米国での現状、疾病管理が法律により定められているドイツでの現状、疾病管理ではないが類似した方法で効率的な地域医療システムの運営に成果をあげているフィンランドの事例について、研究を行った。方法は、米国に関しては、2006年5月初旬に米国に訪問調査を行い、Healthways社、Health Dialogue社、元CMSのFoote氏へのインタビュー調査を行った。ドイツについては、文献にて調査を行った。フィンランドについては、2006年4月にフィンランドのMawell社へ、また、数回にわたり仙台フィンランド健康福祉センターにインタビューを行った。

#### 2. 新たな連携概念

本研究では、全国各地で展開している医療連携の実態を調査し、連携促進のための要件を抽出することを目的とした。平成17年度においては、理想的な地域連携クリティカルパスのモデル開発のために必要な情報収集を行い、全国20地域において医療連携の現状をモニターし、地域ごとの医療連携の特徴を検討した。しかし、連携パスが地域中核病院を中心に作成されている現状を踏まえて、前年度の調査は急性期病院を中心に置いた病診連携や病病連携が主要なモデルになっていた。その点、「急性期病院中心の医療」の視点であった。しかし当然ながら、医

療システムレベルにおける「患者中心の医療」を構築するためには、地域連携の実態は、急性期医療に至る以前の予防活動から、急性期を経た後の回復期医療から介護福祉まで、包括的な連携ネットワークを構築する必要がある。そこで本年度は、前年度に実態調査を行った複数地域において追跡調査を行い、さらに新たな調査地において保健医療福祉および生活に関わる包括的な連携の実態を調査した。

前年度実態調査を行った 20 地域において、1 年後の連携の進捗状況とその後の展開の追跡調査を行った。特に、疾病別連携、在宅ケアと福祉連携の好例として、東京都大田区の事例を詳細に検討した。また、本年度の新たな調査地として千葉県船橋市を選定し、急性期・回復期・維持期におけるリハビリ機能を中心にした連携の実態を検討した。

### 3. クラスタ概念と医療システム

クラスタ概念とは主に産業界で用いられる概念であり、特定分野における関連企業、専門性の高い供給業者、サービス提供者、関連業界に属する企業、関連機関(大学、規格団体、業界団体など)が地理的に集中し、競争しつつ同時に協力している状態を指す。クラスタを形成する利点の一つは、関連企業、機関、人的ネットワーク等の核が一つのまとまった地域に整備される事で相互に自由な交流が生まれ、新しいサービスや技術を生むイノベーションを創出する事が可能となる等があげられる。事実、自由発生的に生まれた米国シリコンバレーでは大学、企業、ベンチャーなどが頻繁に交流を重ねる事で、従来では企業内部からしか生まれ得なかった新技術などが大学やベンチャー企業などで多く生まれ、価値ある新規事業がいくつも生まれた。一方で従来の日本では企業体のトップを大都市に置き、地域に関連工場などを整備するピラミッド型の垂直産業組織が一般的な経済モデルとなりこれまで大きな経済的成功を収めてきた。しかし現在では新興国の台頭による地域産業の空洞化などの問題から、従来方式の限界が指摘され政策的取り組みも含めクラスタ型の産業モデルに移行しつつあるといえる。このように関連分野がひとつに集積、連携してクラスタを形成することは効率面のみならずイノベーション創出の点からも非常に有用なモデルであると考えられており、今後は産業界のみならず医療分野、特に医療システム分野でも活用さ

れうると考えられる。

### 4. 質・安全性の向上

従来、医療サービスの質は臨床医療の質と考えられてきたが、顧客(患者)からの視点では、医療にかかるすべてがサービスであり、その質も病院や保健医療提供者から発せられるすべての事象(外来受付、受診相談から、待ち時間、会計、食事、退院手続き、退院後ケアなどすべてを含む医療活動)を包含する必要があると言う考えとなり、医療サービスの質とは、経営としての質向上も包含される定義となった。日本では行政施策として包括的な取り組みはないが、様々な角度から医療の質、安全の向上に関する取り組みが施策されている。その取り組みについて調査を試みた。

### 5. 医療におけるIT化の意義

医療のIT化は先進国である英国、カナダ、オーストラリアなどでは国家的課題として既に取り組まれており、米国においても2004年に大統領IT諮問委員会が医療におけるIT化を促進するための課題等について報告している。わが国における今後の医療のIT化を考慮するにあたって、病院におけるIT化の意義について検討した。

## IV. インセンティブ研究

### 1. 変革のためのインセンティブ研究

わが国では80年代半ばから、地域での医療の提供を適正化することを目的として、治療サービス生産の基本的な要素である病床の地域医療計画によるコントロールを通じて、医療提供体制を整える施策がとられてきた。この病床のコントロールでは、基準病床数(必要病床数)を設定しての参入を抑制する規制と、一部特殊な機能を持つ病床の整備を図る補助金などのインセンティブが、医療提供者たる病院へ与えられていた。ただし、こうした医療提供体制政策では、規制が主でありインセンティブが従であったといえるだろう。一方で、医療財源政策つまり医療費の適正化を図る施策では、主に、全国一律の診療報酬のコントロールを通じて、医療提供者たる病院や診療所にインセンティブが与えられてきた。06年の医療改革では、医療法、健康保険法、関連諸法が一体として改正・制定され、新たに医療費適正化計画が策定されることになり、地域のレベルで提供体制政策と財源

政策が結びつけられた点が、画期的なポイントのひとつといえるだろう。このような地域で医療と医療費を総合的に適正化しようとする政策では、病院や診療所に対して適切なインセンティブが与えられるように、医療計画及び医療費適正化計画が策定されることが期待されている。このように今回の医療改革では、インセンティブという政策手段が重視された。この観点から医療改革を改めて見ると、保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施と後期高齢者支援金の加算・減算を結びつける政策は、保険者に生活習慣病の患者及び患者予備軍減少対策を行わせるインセンティブを与えているという意味で、もうひとつの画期的なポイントといえるだろう。このポイントは、インセンティブによる保険者機能の強化と評することができるだろう。しかし、これは画期的であるが故に、実際にうまく機能するか否かは明らかではないと考えられる。本稿では、保険者に与えられるインセンティブの理論的な検討を通じて、保険者による生活習慣病患者・患者予備軍減少対策の陥穽の有無を論じた。

## V. 医療費適正化計画への応用研究

本研究は政策的観点からあるべき提供体制、医療システムの構築を目指すことを目的としてきたが、この間医療計画と近接、あるいは重複する新たな政策手段として医療費適正化計画が提案され、近々に実施される予定となっている。この計画では初期段階ではメタボリックシンドローム患者数の減少、平均在院日数の短縮による医療費適正化を狙うものであるが、将来的には包括的、総合的医療システム構築のための重要な骨組みとなることが考えられる。特に本研究が3カ年を要して研究してきた戦略的観点からのシステム構築が求められよう。医療計画でも今後導入されるが、疾病の段階ごとに自然史に沿った形で資源を考慮し、切れ目の無い治療のための医療提供体制を作る必要があるだろう。本年度は国立保健医療科学院で今までの研究成果に基づきながら各都道府県の担当者に2度の計画策定の研修を行った。特に適正化計画で中心的課題となっている、メタボリックシンドロームを採り上げて予防から介護に至るまでの流れに沿った計画策定を試みた。

## C. 結果と考察

### I. 政府の役割研究

#### 1. リスクマネジャー&ステュワードとしての政府

政府の役割は時代と共に移り変わり、大きな政府から、「櫓こぎ国家」と言われるような小さな政府へと転換している。このような中で消極的役割が政府に期待されており、市場においては調整者として、医療分野でもリスク管理者として危機を未然に防ぐために迅速な対応が求められている。課題によっても介入の方法が異なる。感染症等の場合に代表されるように初期対応の迅速な問題には、積極的な介入が求められる。また、健康問題については日常的な地域主体とのネットワークが必要であろう。

#### 2. 中央-地方政府関係の再考

昨今の改革によって以前言われていたような「3割自治」から脱皮しつつあるが、地方分権一括法により事務権限の見直しがされたものの、未だに財源の点では分権は進められていない。この点に焦点をあてたのがいわゆる「三位一体の改革」であったが、中央省庁の数字合わせの感は否めず、今後の進展が期待されている。財源の分権化とも関連するが、自立的な地方政府の統治のため、道州制の導入が現在本格的に検討されている。程度、範囲等どこまで分権されるかは未定ではあるが政府よりも一段降りた道州の役割を考える必要があるだろう。同時に市町村の権限も、合併と同時進行で強まると考えられる。保健医療分野では医療に関しては、道州、保健・福祉に関しては身近な市町村でのサービスが現時点では提案されている。また、医療保険が県単位、あるいは道州単位になる可能性もある。各地で人口構成、経済力に格差がある中でこのような分権は、公平性が求められる医療分野という特質をよく考えて進められなければならない。

### II. 質・安全・公平の評価研究

#### 1. 公平性と質・効率のトレード・オフ

小児科と産科・産婦人科に関しては、学会において供給体制を確保するためには集約化が求められている。質の問題以上に、過重労働によって医学生に敬遠されて益々医師不足が進み、質も効率も確保できなくなるためである。しかし、既にこの二つの診療科に関しては二次医療圏単位での集約化は不可能となっており、全国

的な集約化もそれほど進展しているわけではない。ハーシュマン＝ハーフィンダール指数で計った結果、96年の値は小児科、産科・産婦人科、麻酔科でそれぞれ $2.59 \times 10^{-4}$ 、 $2.76 \times 10^{-4}$ 、 $4.77 \times 10^{-4}$ だったのに対して、2004年の値は $2.62 \times 10^{-4}$ 、 $2.79 \times 10^{-4}$ 、 $4.47 \times 10^{-4}$ となっており、小児科医、産科・産婦人科医はほとんど変化が見られない。一方、こうした医師の集約化の動きと比べて、医療サービスの集中状況の方は、96年で、小児外来患者数、小児在院患者数、分娩件数、帝王切開件数のHHIはそれぞれ、 $2.19 \times 10^{-4}$ 、 $17.24 \times 10^{-4}$ 、 $4.93 \times 10^{-4}$ 、 $6.71 \times 10^{-4}$ であったものが、2002年には $2.15 \times 10^{-4}$ 、 $18.71 \times 10^{-4}$ 、 $5.39 \times 10^{-4}$ 、 $8.98 \times 10^{-4}$ となっており、集中が強まっていることがわかる。医師の集約化が進まない中で、医療サービス提供の集中化が進んでいるということは、医療サービス提供体制が取れなくなった診療科が廃止され、その結果特定医療施設に患者が集中し、医師の労働環境が極めて悪化していることが推測される。小児科医師、産科・産婦人科医師は極めて深刻な状況にある。

このような中でアクセスに関しても大きな問題が起きている。二診療科は既に二次医療圏の範囲内では集約化をして5人以上の医師が確保できないほど深刻になっている地域が出てきている。小児科、産科・産婦人科専門医師が3人以下の二次医療圏の数を1994年と2004年で比較してみると、1994年には小児科、産科・産婦人科、麻酔科それぞれで、342医療圏中7、12医療圏だったものが04年には370医療圏中6、17となっている。小児科医3人以下に二次医療圏数はほとんど改善を見せず、産科・産婦人科にいたっては、3人以下の二次医療圏が増加している。産科・産婦人科でははっきりと医療体制が維持できない二次医療圏が増加しつつあることが示されている。

医療資源へのアクセスの公平性と質・効率の問題はトレード・オフであるといわれる。しかし、あまりに医療資源が細分化してしまったり、地域間の偏在が大きかったりする場合には、集約化しなければ地域医療供給体制そのものの存続が脅かされることもあることが明らかとなった。重要なのは、医療供給体制の最適規模の問題とそれを可能にするための人為的な資源配分政策であり、質・公平双方に対して政府の役割は極めて大きいこと言うことができるだろう。

## 2. 医療システムの評価の手法—生産性評価

全国の国立・私立病院のアウトプットデータを用いて、Stochastic Frontier Analysisを行い、各病院の生産性を推定した。その指標を、県・医療圏単位で集計し、県・医療圏レベルの生産性指標とした。これまでの県単位での単純な集計指標とは、結果が異なっていることが確認された。その指標をもとに生産性のランク付けを行い、生産性評価を行った。各県での医療制度や病院の形態、経済・社会的条件と生産性指標との関係を検討し、生産性向上のための政策的提言を行うことを今後の課題とする。

## Ⅲ. 医療システムの経営

### 1. 疾病管理とシステム経営

米国では、疾病管理を専門とする疾病管理会社が民間保険会社の加入者で主に慢性疾患を発症した人を対象にして、検査データや請求書データ、ADL、生活習慣など多様なデータを用いて重症化のリスクを推計し、リスク別に頻度を決めてコールセンターを通じて介入をし、重症化予防を図っている。また、コールセンターでは24時間健康相談を受け付けており、これが無駄な緊急受診を減らすのに効果をあげているといわれる。従来は発症後の患者への重症化予防介入が主であったが、Healthways社などでは、予防から疾病管理、ケースマネジメントまでのより広いサービスへと展開を始めていた。ドイツでは、法律(社会法典)によって、疾病管理は規定されている。疾病管理のプログラムは、疾病金庫によって提供され、各医療機関がガイドラインに沿って連携しあい切れ目のない医療を提供することが目指されている。そのプログラム提供の中心は家庭医が担っている。フィンランドでは、従来は各医療機関で受けていた受診前電話相談を代行し、ガイドラインにそって適切な対処行動と受診アドバイスをするコールセンターが、近年医療費の抑制に成果を上げ、全国的に広がってきている。

### 2. 新たな連携概念

調査分析を踏まえて、連携のプロセスごとに、地域連携成功のための要件を機能的に抽出した。連携はまず、特定のリーダーや事件の機会、地域の事情等の契機によって始まり、長い構築期もしくはタイミングよく急激な構築期を経て、維持期に入る。各段階においては、それぞれ異なった背景や要件が必要で、これらの諸条件が

互いに影響を与えながら、連携システムとして運営されている。そして、未だ完成形を見てはいないものの、近未来の理想的な形態を「発展期」として想定することができる。発展期の連携構想を練るためには、従来の急性期中心の連携モデルではなく、回復期あるいは維持期機能を中核にした連続的なケア提供の視点が有効である。予防活動から始まって、発病から在宅ケアに至るまでの質の断裂を埋めるためには、情報共有の連携ツールが求められるが、それは急性期病院から発信提供される従来型の連携クリティカルパス様式のものからさらに発展して、患者の生活により身近なところでのサービス提供を踏まえたものになるだろう。

### 3. クラスタ概念と医療システム

クラスタ概念を医療分野へ応用するにあたっては、全般的な医療システムのみならず、病院単位などミクロなレベルから見ても様々な利点があると思われる。例えば現状の病院内の診療体制を見てみると、その多くは大学講座制度の歴史的経緯から従来どおりの内科、外科を中心とする独立した専門科別診療体制になっている。また同一の臓器や関連疾患を扱うにも関わらず関連診療科同士の連携が不十分なことも多く、その結果診療が非効率的になってしまうことも多々ある。また複数の科で重複した疾患を診療していることもあり、患者にとっても院内の診療システムがわかりにくくなっている。一方で関連診療科は、扱う臓器や疾患が共通しているだけでなく、診断、検査、治療やリハなどにおいても共通のリソースを使用することが多く、関連各分野が外来や入院においてひとつの診療クラスタを形成することは効率的かつ高度な診療を行う上で重要だと考えられる。また患者の立場からみても、関連する各分野がひとつになっている事で診療体制が分かりやすくなり、外来受診に始まる一連の診療プロセスにおいて効率の良い診療やフローが可能となる。そのため関連診療科のクラスタリング（院内クラスタ）は患者満足の観点からも有用であると考えられる。一方、地域医療という観点から見た場合でも、診療の地域クラスタという概念は有用であると考えられる。一人の患者にとって最も大事なことは生活医療圏内において切れ目のない医療が提供されることであり、急性期、回復期リハビリ、療養在宅、などのサイクルが地域単位で切れ目なく構築される必要がある。

その際は例えば施設単位の急性期病院、回復期リハビリ病院、介護老人保健施設、在宅等のクラスタ、または患者単位の主治医、かかりつけ医、ケアマネージャー、家族などの多職種クラスタで診療クラスタを形成することは、強固な医療連携体制を確立する上でも多くのメリットがあると思われる。

### 4. 質・安全性の向上

「医療の質、安全のシステム経営」のためには政府の規制、第三者による評価認定、医療職の自己規制、患者及び患者団体の役割、診療ガイドライン、臨床指標の6つの要素が重要となっていることが明らかになった。臨床指標による質の改善は、近年国内外ともにあらためて注目を浴びている。その背景には、「全世界的な医療の質・安全への関心」以外に「質の測定が医療の成熟化や標準化によって可能となったこと」が考えられる。病院経営もこれまで財務面を中心に分析評価されてきたが、これからは診療の結果の向上を目指した新たな経営の手法が必要となってきている。

### 5. 医療におけるIT化の意義

IT化によって得られる利点として、主として三つの項目が挙げられていた。第一に医療過誤を回避したり、医療事故が起きた際にはより早く対応したり、事故の分析とフィードバックをしたりするのに役立つことである。今日、医療事故は日本を含む世界中で対策が急がれている課題である。例えば、その中でも頻度の多い事故として誤薬があるが、IT化により、薬の名前・用量の確認や相互作用の有無をコンピューターで即座に行えるため、誤薬の防止等が期待できる。次にコストが削減できると言われている。IT導入の初期にはそれなりの投資が必要であるが、紙媒体の削減、それに伴う人件費の削減、在庫の減少など、長期的にはコストが削減できると考えられる。最後に、IT化によって医療の質を改善することができることが挙げられている。例えば、診療に関するエビデンスを比較的容易に入手し、診療を支援することができる。また、電子カルテなどの患者情報を病院とかかりつけ医、そして患者自身も共有することで、患者中心の継続的な医療を患者に施すことができると思われる。さらに、情報を二次的に解析することによって、医療の質を容易にモニターし、質改善のための対策をたてたり、患者

や地域住民に病院の情報を開示することで患者自身が医療機関を選択することにも役立てたりすることなどが考えられる。セキュリティ、用語の標準化、医療 IT への投資に対する経済的インセンティブなどの課題もあるが、このような IT 化の意義を理解し、IT 化促進を図ることは医療の質・安全・効率を担保していく上で重要と思われる。

#### IV. インセンティブ研究

##### 1. 変革のためのインセンティブ研究

保険者による生活習慣病患者・患者予備軍減少対策で保険者に与えられるインセンティブは以下のようなものである。特定健康診査・特定保健指導を実施すれば、後期高齢者支援金が減算される可能性があり、実施しなければ、加算される可能性がある。国民健康保険組合や被用者健康保険組合にとっては、新たに設けられた後期高齢者医療制度への支援金の支払いが減額したい財務負担であると想定され、この減額を図るために特定健康診査・特定保健指導を積極的に行うと仮定されていると考えられる。減額によって組合員から徴収し診療報酬請求に応じるためにプールしている資金量が大きくなるという報酬に期待を抱いて、保険者は行動を変えるだろうということである。特定健康診査・特定保健指導を行った結果、長期には、生活習慣病患者が減少するという社会的な便益が得られ、ひいては、国民医療費の節減につながるという命題を是とすれば、社会的な厚生観点から、ここで与えられているインセンティブのメカニズムは正しく設計されていると考えられ、誘因両立性が成り立っていることが示唆される。ただし、インセンティブが実際にうまく機能するか否かを議論するためには、そのメカニズムのみを検討するだけでは不十分であり、行動主体である保険者の行動目標を吟味してみることが必要不可欠である。例えば、本稿の背景でふれた政策で、病院や診療所に与えられていたインセンティブがうまく機能するという判断を下そうとする際に根拠として挙げ得るものとして、病院や診療所が利潤極大化といった営利動機に基づく行動をとる場合があるとするモデルが、諸外国でもわが国でも実証されてきている。わが国の医療システムを公的財源・私的提供と評されることがあるように、病院や診療所といった提供者、ひいては医師という個人のレベルでも、利潤や余剰に依存した効用関数に依存した

行動をとる場合があるということは、よく知られた事実と見なすことができる。

しかし、保険者の行動についても同様に議論することは可能であろうか。医療保険も主に私的に提供されているアメリカのマネジドケアに関するモデルを念頭に置けば、なるほど、この議論も成り立つように考えられる。多くのマネジドケアの保険者が営利で、互いに競争し、時に倒産するような医療システムのもとでは、保険者の行動モデルと一般的な営利企業の行動モデルと類似していると思なすことができるだろうし、確かにこうしたモデルが実証されてもきている。しかし、医療保険が社会的に提供されているわが国では、これらのモデルが直ちに正しいと思なすことはできない。さらに、保険者という組織の特性や風土、そして、それを構成する経営者や職員がどのような行動をとるのかといった点に関しても、病院や診療所の組織の特性や風土、病院経営者や医師・看護師の行動と比較すれば、ほとんど研究されてきていないといえると考えられ、そういった知見から保険者の行動を議論することも不可能であろう。例えば、国民健康保険の運営責任者や職員は、管理する資金の使途の効率性に関心が低い行動様式をとると説明されることが多い公務員であり、プールしている資金量が大きくなるということに、どの程度まで報酬としての価値を見いだしているのかについては疑問であると考えられるだろう。もちろん、財務バランスの維持を通しての保険者の組織としての存続、個人的な報酬や昇進を通じた運営責任者や職員のモチベーションなど、本稿で検討してきたインセンティブがうまく働くと論じられる要素もある。しかし、少なくとも、保険者による生活習慣病患者・患者予備軍減少対策で保険者に与えられるインセンティブには、うまく働くと考えられる根拠が薄いという意味で、陥穽の有るといえるだろう。

本研究では、医療改革での保険者機能強化におけるインセンティブを理論的に検討し、保険者の行動モデルが広く理解されていないという現状から、必ずしも保険者機能強化が政策目的を達成するとは限らないと論じた。今後は今回の医療改革という社会実験の行く末を検証しつつ、保険者の行動に関する知見を増やしていく必要があるだろう。

## V. 医療費適正化計画への応用研究

計画の策定手法として前年度までの成果をもとにしつつマニュアルを策定し研修において策定演習を行った。まず、計画策定の端緒として現状把握が大事である。ここでは3M(罹患率、死亡率、金)の観点から現状評価を行い全体的な現状を把握してもらうのと同時に、医療の現状についても医療費適正化計画の眼目されているメタボリックシンドローム、付随して糖尿病を取り上げ、資源、結果等を疾病のライフコースに沿った形で現状を統計資料等により評価した。さらに、その結果を踏まえて必要となる医療資源、社会資源を同定し、利害関係者を明確にした上で、その協力のためのインセンティブについても参加者に考えてもらった。これにより、計画策定の際の基本的な流れである、問題把握、資源同定、利害関係者の調整というプロセスを理解してもらった。

## D. 結論

本年度には新しく、医療費適正化計画が提案され、また、がん基本法も19年度より施行される等、当初本研究が意図していたような医療計画を中核とした医療政策は転換の過渡期に突入した。このような中で、ますます総合的、戦略的視点からの医療システム構築への要請は強まっていくだろう。医療費適正化計画の短期的な課題はともかくとして、長期的には県での医療システム全体を描く設計図として現行の医療資源の配置計画である、医療計画を包摂していく可能性すらあるだろう。

本年度の研究成果では、政府の役割研究でシステムの調整者としての政府が求められていることをまず明らかにした。Vの医療費適正化計画への応用の部分でも、計画策定者として提供主体の調整を行うことが重要であることが改めて理解された。しかし、それだけでは不十分であり実際に各医療関係主体を動かすことが計画の実現のカギとなる。特に、特定健診が導入され保険者の役割が見直される中、生活習慣病対策では保険者へのインセンティブをどう設定するかは慎重に検討される必要があるだろう。この点では、IVのインセンティブ研究での成果が生かされる。さらに具体的な計画、システムの構成要素については、米国の事例に見られるような保険者、疾病管理会社による保健指導、新しい連携概念に基づく地域医療提供体制の構築、ITの利用等の諸知見が有効であると考えられる。

期せずして、医療費適正化計画のような総合的視点からの政策づくりに有用な成果が並んでいると考えている。本研究での諸成果が医療費適正化計画、医療計画において活用されれば幸甚である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 石原明子、長谷川敏彦：疾病管理とその周辺—医療費適正化のために。保健医療科学55(4)、2007。

### 2. 学会発表

1) 長谷川敏彦：超高齢社会の大きな課題・地域で支える糖尿病患者、第9回糖尿地域医療研究部会、2006.7.29、鳥取。

2) 長谷川敏彦：喘息治療ガイドラインの医療経済への影響、第26回六甲カンファレンス、2006.8.5、京都。

3) 長谷川敏彦：基調講演・医療安全の最新トレンド、2006.11.03-04、東京。

4) Toshihiko Hasegawa : Priority Setting for Health Policy based on Scientific Evidence Is it Possible?, Global Forum for Health Leaders 2006, 2006.12.05, Taiwan.

5) Toshihiko Hasegawa : Designing Health Care System for Super-aged Society: A Case of Japan, 2006.12.06, Taiwan.

6) Toshihiko Hasegawa : Preventive Health Policy in 21 Century: Healthy Japan 21 & New Development, 2006.12.06, Taiwan.

7) 長谷川敏彦：地域保健に関する講演・パネルディスカッション「医療制度改革への対応」徹底討論、平成18年度地域保健総合推進事業発表会、財団法人に本公衆衛生協会、2006.03.1-2、東京。

8) 浅野昌彦、石原明子、長谷川敏彦：医療計画策定支援のための都道府県ベンチマーク分析、第77回日本衛生学会、2007.3.26、大阪。

9) 平尾智広、佐藤敏彦、長谷川敏彦：わが国におけるDALY推定法の比較：肺がん、第77回日本衛生学会、2007.3.27、大阪。

10) 石原明子、長谷川敏彦：職業別健康状態の分析、第77回日本衛生学会、2007.3.27、大阪。

## G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし