

200701048A

厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
（H19-政策-一般-024）

# 医療・介護制度における適切な提供体制の 構築と費用適正化に関する実証的研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 泉田信行

平成 20 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
（H19-政策-一般-024）

# 医療・介護制度における適切な提供体制の 構築と費用適正化に関する実証的研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 泉田信行

平成 20 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」  
報告書

目次

I 総括研究報告・分担研究報告

総括研究報告	「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」	泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）	p.1
分担研究報告	「プライマリー・ケアの果たすべき役割とその制度化の可能性の検討」	郡司 篤晃（聖学院大学）	p.7
分担研究報告	「地域連携・地域包括ケアの意義と課題」	島崎 謙治（政策研究大学院大学）	p.13
分担研究報告	「地域連携・地域包括ケアの意義と課題」	橋本 英樹（東京大学）	p.15
分担研究報告	「サービス担当者会議の開催実態と内容の経時変化—平成17年度から平成18年度への制度改正を跨いでの変化動向—」	田城 孝雄（順天堂大学） 村田 久（東京大学；研究協力者）	p.17
分担研究報告	「医療・介護サービス提供の地理的範囲に関する実態調査・分析」	宮澤 仁（お茶の水女子大学） 西 律子（お茶の水女子大学；研究協力者）	p.33
分担研究報告	「急性期脳卒中医療の提供状況の経年変化分析～急性期へのアクセス・入院時特性・入退院の状況を中心に～」	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）	p.41
分担研究報告	「維持期脳卒中患者に対する医療・介護連携の現状と課題～居宅介護支援事業所調査より～」	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）	p.45
分担研究報告	「医療制度改革を踏まえた都道府県等と医療保険者の連携方策等に関する考察— 特定健康診査・特定保健指導の実施を中心として —」	東 修司（国立社会保障・人口問題研究所）	p.49

分担研究報告 「家計における医療保健サービスの質に対する医療経済学の視点からの検証  
－日本の母子健康政策の主軸である「健やか親子21」を一事例として－」  
野口 晴子（国立社会保障・人口問題研究所）  
p.53

分担研究報告 「施設系サービスと介護保険の持続可能性」  
菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所）  
p.57

分担研究報告 「都道府県別医療費の時系列分析とその政策評価への利用に関する一試論  
－自己負担の引き上げを事例にして－」  
泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）  
p.61

## II 関連論文

### 1. 地域連携・地域包括ケアの意義と課題

島崎 謙治（政策研究大学院大学）

p.63

### 2. 医療制度改革を踏まえた都道府県等と医療保険者の連携方策等に関する考察

－ 特定健康診査・特定保健指導の実施を中心として －

東 修司（国立社会保障・人口問題研究所）

p.77

### 3. 急性期脳卒中医療の提供状況の経年変化分析

～急性期へのアクセス・入院時特性・入退院の状況を中心に～

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

p.103

### 4. 維持期脳卒中患者に対する医療・介護連携の現状と課題

～居宅介護支援事業所調査より～

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

p.113

### 5. 施設系サービスと介護保険の持続可能性

菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所）

p.123

### 6. 大都市インナーエリアにおける病院退院者および施設退所者の地域移行支援の展開

－NPO 法人による宿泊所事業を事例に－

稲田七海（国立社会保障・人口問題研究所；研究協力者）

p.147

7. 家計における医療保健サービスの質に対する医療経済学の視点からの検証

－日本の母子健康政策の軸である「健やか親子 21」を一事例として－

野口 晴子（国立社会保障・人口問題研究所）

p.173

8. 都道府県別医療費の時系列分析とその政策評価への利用に関する一試論

－自己負担の引き上げを事例にして－

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）

p.189

Ⅲ 報告資料等

# I 総括研究報告・分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」  
総括研究者報告書

主任研究者 泉田信行 国立社会保障人口問題研究所

本研究は医療保障・介護保障の分野におけるサービス提供体制の改革を実効的なものにしていくことに貢献するために、改革の成果について研究の側面から継続的な検証を行い、その結果をその後の改革に活かすという PDCA サイクルの一環として分析を行っていくことをひとつの重要な目的として持つ。

より具体的には、平成 18 年度医療・介護制度改革のうち、(1)平均在院日数の短縮化の推進、(2)医療機能の分化・連携の促進、等に関する実証的検討及び(3)医療制度や介護制度改革の有効な実施方法評価に関する理論的・規範的検討を行うことが目的となる。マクロ的な改革の効果測定と地域の医療・介護提供体制の取り組みの相違による改革の効果の違いを同時に測定することにより、医療費適正化策において国の施策による効果の部分、地方の適正化策による効果の部分や地方の医療・介護提供体制の違いが影響を及ぼす部分、について分類して情報を作成することも目的となる。

今年度の研究成果は大別すると、3 とおりに分類できる。ひとつはサービス提供者の間の連携の実態把握と評価、である。いまひとつは、制度の持続可能性を供給側から支える人的資源の確保、サービス供給の地理的確保、観点からの分析結果。そして平均在院日数等の適正化施策の効果に関する評価である。

次年度以降、今年度得られた研究成果が、地域的特性や時間的特性に研究成果が依存しないという頑健性を担保するために、今年度の研究成果を踏まえた上で、より広範な地域間での比較研究等やヒアリング調査等の実態把握を進める必要がある。また、今年度得られた成果を参照するのみでなく、最終的にどのような方向に制度を形作っていくべきか、というビジョンを明示しつつ分析を進める必要がある。それゆえ、今年度の分析結果を研究班内外の研究者と丁寧に実証研究として評価していくプロセスだけでなく、実証結果を踏まえた制度形成のあり方について研究班内外の研究者とより積極的に議論を行う必要があると考えられた。

A. 研究目的

本研究はこれまで行われ現在も継続して

いる医療保障・介護保障の分野におけるサービス提供体制の改革を実効的なものにしていくことに貢献するために、改革の成果につい

て研究の側面から継続的な検証を行い、その結果をその後の改革に活かすというPDCAサイクルの一環として分析を行っていくことがひとつの重要な柱である。

より具体的には、平成18年度医療・介護制度改革のうち、(1)平均在院日数の短縮化の推進、(2)医療機能の分化・連携の促進、等に関する実証的検討及び(3)医療制度や介護制度改革の有効な実施方法評価に関する理論的・規範的検討を行うことが目的となる。マクロ的な改革の効果測定と地域の医療・介護提供体制の取り組みの相違による改革の効果の違いを同時に測定することにより、医療費適正化策において国の施策による効果の部分、地方の適正化策による効果の部分や地方の医療・介護提供体制の違いが影響を及ぼす部分、について分類して情報を作成することも目的となる。

## B. 研究方法

(1) 政策の効果等を検証するために数量的なデータを用いた実証的な検討、(2) 統計データには反映されない医療・介護提供現場の実態（これは統計的な分析に用いるデータ生成過程を確認する作業でもある）に関するヒアリング調査、(3) 実証的な検討を政策提言に活かすための基盤となる理念的な研究を組み合わせて実施した。

(倫理面への配慮)

統計的な分析を行うためのデータについては、同意を前提とするアンケート調査によって得るか、匿名連結不可能なデータの利用によることにより得た。

## C. 研究結果

研究成果は大別すると、3とおりに分類できる。ひとつはサービス提供者の間の連携の実態把握と評価、である。いまひとつは、制度の持続可能性を供給側から支える人的資源の確保、サービス供給の地理的確保、観点からの分析結果。そして平均在院日数等の適正化施策の効果に関する評価である。

### 1. 連携の実態把握と評価について

医療・介護制度を通じたシームレスで効率的なケアの供給体制を構築し、費用の適正化をはかるための方策について理論的に検討した。その結果、地域の要望に応じたサービスが可能でなければならず、そのときには負担との関係を明確にする必要があること、またそのようなシステムの構築は自治体が単位とならなければ難しいことが明らかにされた。また、わが国においてはプライマリー・ケア組織の明確化が必要であること、その際には、医療・福祉のシームレスなケアのためのエージェントが必要であることなどが明らかにされた。

地域包括ケアはシームレスなケア提供方法と考えられるが、その地域包括ケアをどの



ように提供するか、という方法について、ヒアリング調査等により実態を把握した。その結果、地域包括ケアは「基幹病院中心型」と「ネットワーク型」に大別できる一方、患者や住民の参加を意識しているという点では両者は共通点を持つことが明らかにされた。

脳卒中急性期医療の利用状況について脳卒中急性期患者データベースを利用して実態把握を行った。また、脳卒中維持期の患者に対する医療・介護ケア提供の連携状況を把握するために居宅介護支援事業所に対するアンケート調査を行った。急性期医療の利用については、2001年から2003年時点でのデータから、病型により受診傾向に差があることや、発症から2時間以内の受診割合が低下する傾向などが見られた。他方、脳卒中維持期の患者に対する医療・介護ケア提供については、居宅介護支援事業所と急性期病院・療養病床を持つ病院との関係性構築に課題がある可能性が示唆された。

より一般的に、介護を地域で支えあうという観点から介護事業者間の連携は重要であるが、サービス担当者会議は連携を行うためのひとつのチャンネルである。その開催が、平成18年度の制度改正以後どのように変化したかを参加者という観点から検討したところ、医療者の連携の不足が見られた。

また、今後ウェイトが増していくと考えられる保健の分野においては、実際のサービス提供者以外に、事業者（雇用者）、医療保険

者、都道府県・市町村など多くの関係者が存在する。それゆえ、それぞれの役割が何であるかを明確にするだけでなく、相互の連携が重要であり、その連携を確保するためにはまずは着実に現状の取り組みを進めていくべきことが明らかにされた。

## 2. サービス供給の確保について

地理的な範囲での供給の確保について、医療・介護GISデータベースの作成と現地ヒアリング調査を行うことにより検討を行った。高齢者の生活の基盤として、「どこで生活するか」という点について地域差を検討したところ、北海道・北陸・四国・九州で施設入所者の比率が高いことが明らかにされた。このことを反映して、在宅死亡率も北海道・九州と10%以下であるのに対して、南東北と中部・近畿圏では15%を超えていた。老人保健施設一般に特別養護老人ホームと（名目はともかく）現実的に同じ機能を果たしている。しかしながら、子世帯との同居傾向が強い地域では、在宅死亡率と正の相関にあり中間施設的な役割を果たしていることが推測された。このような統計上の実態についての背景について検証するために長野県松本市においてヒアリング調査を行った。

長期的な観点から日本全体のマクロ的な施設介護サービス需給について現状の施策の下での長期推計を行った。本年度は個票データによる推計を効率的に行うための準備として

集計データによって推計を行った。施設介護サービス利用については、2005年に制度改正が行われホテルコストが基本的に保険給付の対象外となった。しかしながら、介護給付は2025年度に現在の2.22倍になり、1号被保険者の保険料の約55%が施設介護サービスに使用されると推計された。

より重要であるのは、施設介護サービスを支える看護・介護職員数の問題である。2025年には現状の1.78倍の人数が必要となり、生産年齢人口に対する比率が1.18%、現状の2.12倍となることが明らかになったことである。介護労働需要の増大は介護職の賃金上昇圧力となり、施設の経営を圧迫すると考えられる。このため、介護保険制度の持続可能性を担保するためには、労働力の確保が大きな問題となり得る可能性があることが明らかにされた。

### 3.適正化施策の効果に関する評価

都道府県単位の時系列データを利用することが施策の評価に有効であるか否かを検討するために、医療費の自己負担の引き上げの効果を事例として分析を行った。初年度であるため、特に技術的な観点である単位根検定の手法に関する検討を行った。その結果、都道府県単位でも容易かつ迅速にデータ収集が可能であることがわかった。また、収集したデータを用いた分析により都道府県ごとに自己負担率の引き上げの効果、効果があるか否か、効果がある場合のその大きさが異なる可能性

が示唆された。

平均在院日数の短縮化政策により、相対的に重症度の高い入院患者も早期に退院する傾向が発生すると考えられる。退院した患者が適切なケアを受けているか否か、について検討すべく実態調査を行った。その結果、いわゆる「ホームレス」の自立支援施設において、ホームレス経験の無い、精神疾患をはじめとする複合的な障害を抱えている者や、家族介護が期待できない単身の高齢者などの、利用者が存在することがわかった。ケアが必要な患者が退院する場合には、中間施設を経由するか在宅でのケアを受けることが必要である。ケアが必要な患者が、ケアが期待できない家庭に戻ることは広い意味での"homeless"と捉えることができ、どのような対策を採るべきであるかについて検討を行った。

### D. 考察

連携の実証分析等については、特定の地域の特定の時期のデータによる分析結果であるため、その結果がどの程度頑健であるかをより広範な地域において継続的に分析を行うことにより明らかにしなければならない。継続的な分析を行う場合には、今年度の研究成果を現場の職員にフィードバックすることなどの研究上の交流により、本研究班の目的のひとつである医療・介護施策の実施におけるPDCAサイクル上に研究成果を提供して貢献することが自然と可能になると思われる。

サービス提供者の確保、特にマンパワーの確保については、介護セクターのみならず医療セクターをも含んだ形で分析を実施する必要がある。また、マクロ的な観点の分析だけでなく、マイクロデータを適宜用いることによって医療・介護部門における人的資源の有効な配置について検討する必要がある。サービス提供の効率性を高めるにはサービス提供者がサービスを提供するために準備する時間（移動時間等）を効率化する必要がある。よって、これはサービス提供者の地理的配置や利用者の居住地の選択の問題にも密接に関わってくると考えられる。それゆえ、日本全土における普遍的なサービス提供が将来的に現実として可能であるか否かまで含めた検討を行う必要があるかもしれない。

平均在院日数の短縮化施策および適切に進めていくためには、中間施設の確保および在宅でのケア確保が重要であることは言うまでも無い。医療提供者が専門分化している場合には、個別病院の平均在院日数短縮化行動の結果として患者の状態に合わせたケアが適宜に提供されないことなどから、トータルの在院日数がより一層長くなる可能性や QOL がより低下する可能性が存在しないか、を確認する必要がある。適切な医療連携によりこのような問題の発生は抑制されることが考えられるが、一連のケアの流れの結果としてどのような帰結になるのか、をアウトカム指標とした分析が必要であるかも知れない。この点を

解明するためには、サービス提供者の連携ネットワークの川上の事業者から川下の事業者までを通じた実態把握を行う必要がある。

必要なケアを受けられずに在宅や地域に帰ってくる可能性がある患者の存在については、それがどの程度普遍的な現象であるのかをまず検証する必要がある。そのためにはより広範な地域における実態把握が必要であると考えられる。

#### E. 結論

地域的特性や時間的特性に研究成果が依存しないという頑健性を担保するために、今年度の研究成果を踏まえた上で、より広範な地域間での比較研究等やヒアリング調査等の実態把握を進める必要がある。

また、今年度得られた成果を参照するのみでなく、最終的にどのような方向に制度を形作っていくべきか、というビジョンを明示しつつ分析を進める必要がある。それゆえ、今年度の分析結果を研究班内外の研究者と丁寧に実証研究として評価していくプロセスだけでなく、実証結果を踏まえた制度形成について研究班内外の研究者と議論を行う必要があると考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

**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

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」

分担研究者報告書

『プライマリー・ケアの果たすべき役割とその制度化の可能性の検討』

分担研究者 聖学院大学 郡司 篤晃

医療・介護制度を改革してシームレスで効率的なケアの供給体制を構築し、費用の適正化をはかることは重要な政策課題である。政策の重要な本質は計画（planning）であり、民主主義の法治国家において、その計画を実現するためには政治過程を経なければならない。複雑なシステムにおいては、一部の改善は、必ずしも全体の改善にはつながらず、かえってシステム全体の機能は悪化する可能性もある。公共政策の目標は、個別具体的な政府の行政サービスの質や効率の改善だけではなく、社会全体の平等や社会正義といった多面的な価値の実現が目標となる。このような未来の実現を目指したい社会の姿はビジョンと呼ぶべきであろう。従って、望ましい政策は、実証的な諸科学の成果から帰納的に導き出されるのではなく、それらの成果や理念をも統合する公共哲学の次元が重要である。

一方、計画（施策）はそのビジョンにいたる具体的な道筋を示さなければならない。しかし、複雑系においては初期条件敏感性という特性から、あらかじめ分析したとおりの結果になるかどうかは不確実である。従って、評価・分析を計画サイクルの中に確実に組み込むことが重要であり、そこに実証的な政策研究の一つの大きな役割がある。

一国内での政策評価研究は、交絡因子やバイアスの影響を大きく受けやすく、実証の意義は極めて縁取られている。ビジョンなしの実証研究は迷路に入り込む危険をとまなう。以上のことから、政策研究においては他国の政策との比較研究はきわめて重要である。本研究では、わが国における医療供給体制の問題点であるプライマリー・ケアを責任持って提供する組織の欠如について、国際比較の観点から検討した。わが国におけるケアの供給体制は、予防・医療・介護が分断されており、多くのインターフェース・ロスが存在する。これらの割拠制度のロスがもたらす経済的な損失は評価されたことがなく、今後の研究課題である。

英国及び米国の経験からの示唆を踏まえて、日本におけるケア提供体制のビジョンについて検討した。その結果、地域の要望に応じたサービスが可能でなければならないが、そのときには負担との関係を明確にする必要があること、またそのようなシステムの構築は自治体が単位とならなければ難しいことが明らかにされた。また、わが国においてはプライマリー・ケア組織の明確化が必要であること、その際には、医療・福祉のシームレスなケアのためのエージェントが必要であることなどが明らかにされた。

#### A. 研究目的

主としてイギリスのケア制度改革から学びつつ、わが国のプライマリー・ケアの果たすべき役割とその制度化、同時に費用の適正化の可能性について検討すること。

#### B. 研究方法

多方面の資料・文献とこれまでの実証研究を参照した。

（倫理面への配慮）

特に必要なし

## C. 研究結果・考察・結論

### 1. ヴィジョンと実証研究

医療・介護制度を改革してシームレスで効率的なケアの供給体制を構築し、費用の適正化をはかることは重要な政策課題である。

政策の重要な本質は計画（planning）であり、民主主義の法治国家において、その計画を実現するためには政治過程を経なければならない。計画とは、「未来の実現したい事がある場合に、それを実現するための、一連の行動を分析・評価するプロセスである」。即ち、未来の目標達成のための、分析・評価に基づく行動提案である。

しかし、計画論における目標をめぐっては、合理主義と漸増主義の間で古くから議論があったにもかかわらず、未だに結論には至っていない。合理主義は、目標の設定が重要であり、目標が定まらなければその実現のためのプロセスについて分析することはできないと主張する。一方、漸増主義は、目標はむしろ分析の結果として定めることができるのであると主張する。思いつきの大きな目標を議論するよりも、現在問題となっている問題に関心を絞り、その解決に努めることによって、むしろ早く大きな進歩を達成できると言うのである。

実証を重視すれば、漸増主義に傾くであろうが、漸増主義の問題点はむしろ後半の前提にある。すなわち、着実に小さな改善を積み重ねていけば、確実に大きな改善を実現できるということは実証されていないのである。

複雑なシステムにおいては、一部の改善は、必ずしも全体の改善にはつながらず、かえってシステム全体の機能は悪化する可能性もある。特に、政治過程を経る中では、比喩的に言えば、足元に見える太い道へ進むことによ

って、ますます目指す目標から遠のいてしまうこともあり得るのである。だから、遠いけれどもいくべき目標は明確にしておかなければならない。

公共政策の目標は、個別具体的な政府の行政サービスの質や効率の改善だけではなく、社会全体の平等や社会正義といった多面的な価値の実現が目標となる。このような未来の実現を目指したい社会の姿はヴィジョンと呼ぶべきであろう。

従って、望ましい政策は、実証的な諸科学の成果から帰納的に導き出されるのではなく、それらの成果や理念をも統合する公共哲学の次元が重要である。

一方、計画（施策）はそのヴィジョンにいたる具体的な道筋を示さなければならない。しかし、複雑系においては初期条件敏感性という特性から、その道筋を歩んだとしても、あらかじめ分析したとおりの結果になるかどうかは不確実である。従って、絶えず目標とする方向へ進んでいるかどうかをチェックしなければならない。即ち、評価・分析を計画サイクルの中に確実に組み込むことが重要であり、そこに実証的な政策研究の一つの大きな役割がある。

さらにまた、時間的な視野においても、近視眼的な評価のみでは不十分であり、教育政策のように、長期的な結果こそが重要であろう。従って、公共政策の目標は単純に指標化できるものではなく、妥当な指標があったとしても、それは常に Proxy である。しかし、それは重要ではないということではなく、その設定の仕方には発見的な知恵を必要とすることになる。

また、政策研究においては、実証研究といえども通常は観察研究であり、実験的な実証

研究が行われることはきわめてまれである。一国内での政策評価研究は、たとえ地域間の比較研究といえども、交絡因子やバイアスの影響を大きく受けやすく、実証の意義は極めて縁取られている。ビジョンなしの実証研究は迷路に入り込む危険をとまなう。

以上のことから、政策研究においては他国の政策との比較研究はきわめて重要である。他国の制度研究の意義は二つあると思われる。すなわち、①政策の可能性を知ることと、②政策の実証的な評価結果から学ぶことである。

政策の可能性を知るということは、とりもなおさず目標の設定の可能性を知ることであり、その結果を検討することは貴重な実証研究でもあろう。言葉を変えればビジョンの形成とその結果から多くを学ぶことができる。

もちろん、政策の可能性もその結果も、広く自然環境から政治経済、社会文化的環境も異なり、そして何よりも異なる歴史的背景の制約条件下でのことであり、単純に普遍化したり、他国に移植すべきだと判断したりできないことは当然である。

## 2. わが国における医療供給体制の問題点

わが国の医療制度は、昭和 39 年の医療法改正以来、公的な医療施設のネットワークを断念し、患者と医療施設間に市場を設け、患者が医療施設を選択する自由を保障し、医療提供者が競争的に医療を提供することによって、医療の質と効率の向上が目指されてきた。つまり、患者と医療提供者間に市場が機能するという前提であった。

しかし、この市場は、確かに競争的ではあるが、価格を国が決定しており、本来の市場とはかけ離れたものであるから、別様に機能してきた可能性がある。

戦後の 1 次、2 次、3 次医療のヒエラルキー構造の医療提供組織建設を断念して以来、医療提供組織は無秩序な競争状態におかれることになった。競争は分断をもたらすため、医療連携、即ち医療の統合性は失われた。特に、2 次、3 次医療施設も外来診療を積極的に行ってきたため、わが国のプライマリー・ケアはそのための固有の組織が成立しなかった。プライマリー・ケア、つまり住民に対する「最初の、基本的で重要なケア」を責任持って提供する組織が不明確のまま今日にいたってしまったのである。

プライマリー・ケアのもう一つの重要な機能はゲート・キーパーだと言われるが、それは単なる振り分け機能ではない。住民の健康状態をよく観察し、その状態の変化に応じて (response して) 責任を持って (responsible) 最も良いケアを受けられるように支援することである。言葉を変えれば、準市場で医療サービスを提供する場合には、患者の代理人 (agent) が必要である。しかし、介護においては不完全ながらケアマネージャという代理人がいるが、情報の非対称がより大きな医療において、患者の代理人がいない。

わが国におけるケアの供給体制は、予防・医療・介護が分断されている。そのため、多くのインターフェース・ロスが存在する。これらの割拠制度のロスがもたらす経済的な損失は評価されたことがなく、今後の研究課題である。

## 3. UK 及び USA の経験からの示唆

近年の世界的な医療制度改革の焦点は、放置すると失敗する市場機構を、政府はどのように管理したらよいか絞られているといっても過言ではない。いわゆる広い意味での

‘managed competition’ という考え方である。特に、医師に対する経済的なインセンティブの設計が中心的に重要である。

具体的な制度設計には、それぞれの国の歴史的背景もあり、かなりの幅がある。その一つの典型はアメリカ型のきわめて競争的な制度であり、その反対の極に、イギリスにおけるプライマリー・ケアに導かれた近年の一連の医療・福祉改革がある。

以下、本研究のテーマに沿って、イギリスのビジョンとその実績から、わが国に対する示唆を求めた。

UK の NHS は多くの問題があったが、イギリス人が最も誇りとしている制度である。その制度が人気を集めている主要な要因は、無料であることも無視できないとしても、プライマリー・ケア組織にあると思われる。病院内の仕組みはどの国でも殆ど同じであるが、制度間の違いはプライマリー・ケアと病院のつながり方にある。

人々は病むことに万全の準備をすることはできない。だから、病むときに人は諸々の不安に襲われる。不安に対処する方法は信頼する人が責任を持つということである。そのプライマリー・ケア部分の特徴は、GP に対する登録制により、責任体制（かかりつけ医の制度化）となっている点である。

従来の NHS の問題点を大きく要約すると以下の様である。

予算は GP と病院と別々に配分され、それぞれキャッシュ・リミットがあった。GP は患者を病院に紹介してしまえば自分の予算からの支出ではなくなり、仕事も楽になるので、病院に安易に紹介することになった。また、病院は予算制約があり、国家公務員の職員には効率向上の直接的なインセンティブはなか

った。そのため、病院には長い待ち行列ができ、非効率の象徴とされた。また、医療の質にも問題が山積した。

Thatcher 改革の要点は、病院をトラスト化し、GP fund-holder (GPFH) に予算の管理責任を与えることにより、GPFH と病院の間に内部市場を設け、プライマリー・ケア組織と病院の経済をブリッジして、配分効率の向上のインセンティブを導入したことである。

Blair 改革では、手上げ制であった GPFH を「廃止」して、Primary Care Group (PCG) を組織し、GP は強制加入とした。従って、GPFH を廃止というのは政治的なレトリックで、実際には前政権の改革をさらに推進した。さらに、PCG の法人格を明確にするために Primary Care Trust (PCT) とし、さらに、予防と福祉も含めて配分効率の向上と、予防・医療・介護の連携によるシームレスなケアの提供を目指して Care Trust (CT) への移行を推進している。

PCT も CT も民間組織であるので、大きな権限の民間への委譲 (devolution) となっていることも見過ごしてはならない。

この組織で問題となりうるのは以下のような点である。即ち、GP が住民のエージェントとして評価されていることは間違いないが、新たな PCT や、さらに CT となり、キャッシュリミットが課せられた場合には、これらの組織やメンバーは、政府の費用抑制のエージェントにもなるので、この組織とメンバーがどのような振る舞いをするかは今後の研究課題である。

#### 4. ケア提供体制のビジョンを求めて

##### 1) 供給からニードによる配分

- ・ わが国においては医療費の抑制策に項目



別出来高払いの単価の抑制に頼ってきたが、その結果はサービス量の増大をもたらした。設備投資を抑制できなかった。

- ・ わが国の医療費の地域差の研究によれば、医療費の地域差は国際的に見てもきわめて大きく、その主な要因は病床密度で代表される医療のサービス体制の大きさである。それは過去の医療への設備投資の総量である。項目別単価は一律であるとすれば、医療費の地域差はサービス消費量である。独立の経営主体が採算を目標として医療サービス内容を変えていることを意味する。
- ・ また、病床密度の高い地域ほど病床が増加してきた。今後の医療の経済資源の分配は、消費に比例するのではなく、ニーズに基づいてて分配される方向へ行かなければならないであろう。
- ・ また、地域の要望に応じたサービスが可能でなければならないが、そのときには負担との関係を明確にする必要がある。
- ・ そのようなシステムの構築は自治体が単位とならなければ難しいであろう。

## 2) 職域から地域へ

- ・ 民主化と新たな「連帯」の構築は、福祉国家建設の基礎であるので、わが国のビジョンを描くときには、欠かすことができない大きな政策課題である。
- ・ 高齢化の進行するわが国において、近年の労働力の流動化、家族機能やコミュニティ機能の崩壊に対応するためには、職域における連帯から地域における連帯を強化する方向へ転換すべきであろう。

## 3) 予防・医療・福祉の連携

- ・ わが国においてはプライマリー・ケア組織の明確化が必要である。
  - ・ その際には、医療・福祉のシームレスなケアのためのエージェントが必要である。エージェントは住民・患者に対して何らかの形で責任を明確にする体制が必要である。
  - ・ 経済リスクをプールするためには人口集団の大きさを考慮して、集団間で公平な分担をするシステムが必要である。
  - ・ 基礎的なケア以上のケアを需要する地域にあっては、受益に対する応分の負担を明確にして、住民の選択が可能にする必要がある。
  - ・ 地域のケア組織は予防・医療・福祉の分配効率を向上をブリッジさせる明確なインセンティブを持つように構築するべきであろう。
  - ・ モラルハザードの防止に十分な配慮と評価のシステムを作りこむ必要がある。
- より具体的な分析結果と政策提言が次年度の課題である。

## G. 研究発表

なし

## 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

特になし

## 『 地域連携・地域包括ケアの意義と課題 』

分担研究者 政策研究大学院大学 島崎謙治

### （要旨）

医療の質の向上と医療資源の効率的な配分が重視される中で、医療機能の分化や集約化は最も優先順位が高い医療政策の課題のひとつである。医療機能の分化等を進める際の条件は連携の強化であり、地域連携・地域包括ケアの確立が重要となる。この概念のキーワードは、地域・包括性・継続性であるが、「切れ目のない連携」が実現できている地域は多くはない。地域連携・地域包括ケアの先駆的モデルをみると、医療資源の分布、人口密度、地勢の相違等を反映し多様な形態をとる。しかし、ある程度の時間をかけ多職種の職能のレベルアップを図ること、病診連携が重視されていること、患者や住民の参加を意識していることなどの共通点がみられる。連携が進まない要因のひとつは、組織や職能の相違等により「インターフェース・ロス」が発生することである。また、患者からみると、機能分化が進むことにより、医師と患者の関係がその都度「切断」されることの不安が大きい。したがって、患者が「信託」できる者（多くの場合は主治医）が多職種の役割を割り振り、それぞれが責任を自覚し職分を遂行することにより、「包括性」と「継続性」の確保が図られる。2008年の診療報酬改定では、後期高齢者診療料の新設や退院時の情報共有支援など地域連携・地域包括ケアに関する点数設定が行われている。しかし、連携の基盤が乏しい地域では経済的誘導だけではうまくいかない。プライマリケアや総合医を医療政策上明確に位置づけるなどの基本論を煮詰めていくことが重要である。地域連携・地域包括ケアは医療政策の一部であり、療養病床再編や在宅医療の動向等とも絡みながら跛行的に進むものと予想される。

- A. 研究目的  
地域連携・地域包括ケアの意義と課題について、医療政策上の位置づけ、実態の諸相、2008年診療報酬改定の評価等を含め考察すること。
- B. 研究方法  
現地調査および文献研究による。  
（倫理面への配慮）  
個人データを扱っていないため不要。
- C. 研究結果  
医療資源の分布等の相違により、「基幹病院中心型」、「ネットワーク型」に大別できるが、病診連携が重視されていること、患者や住民
- の参加を意識していることなどの共通点がみられる。また、患者が「信託」できる者が多職種を割り振り、それぞれが責任を自覚し職分を遂行することにより、「包括性」と「継続性」の確保が図られている。
- D. 考察および E. 結論  
2008年の診療報酬改定では、後期高齢者診療料の新設や退院時の情報共有支援など地域連携・地域包括ケアに関する点数設定が行われている。しかし、連携の基盤が乏しい地域では経済的誘導だけでうまくいかない。プライマリケアや総合医を医療政策上明確に位置づけるなどの基本論を煮詰めていくことが重要

である。地域連携・地域包括ケアは医療政策の一部であり、療養病床再編や在宅医療の動向等とも絡みながら跛行的に進むものと予想される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」  
分担研究者報告書

『急性期病院における平均在院日数の地域差の要因；分析の枠組み』

分担研究者 東京大学大学院医学系研究科 橋本英樹

抄録

急性期病院における在院日数短縮動向の地域差の検討を実証的に行う前段階として、主に DPC による影響に着目し、これをどう読み解くかについて、理論的な整理を行った。現行の DPC 下支払制度では、在院日数を削減するという政治的テーゼは一貫しているが、理論的に「日数削減」行動を誘発できる制度になっていないために、制度の影響ではなくて、対象施設において理性的・良心的経営判断ができる能力・情報などが存在したかどうかで、違いが出ている可能性がある。地域差があるとすれば、これまで検討されてきた地域の事情（離島・病院分布・後方病院の有無など）に加えて、上述のような「経営情報リテラシー」や「経営的外部環境」の差が問題となってくる。すなわち単純に時系列による行動変化を地域間で比較することでは、地域差要因を明らかにできない可能性がある。また当該地域における「ニーズ」の違いや、在院日数短縮前後の影響を検討する上でも、患者調査・医療施設調査・人口動態統計・国民生活基礎調査・DPC 調査統計など、既存の指定統計・承認統計を地域レベルで集約・突合した複合的データベースが必要になると考えられた。

A. 研究目的

急性期病院における在院日数短縮の動きに地域差がある場合、全国的に適用される制度変更の影響がなぜ地域によって異なるのかを整合性をもって説明できる枠組みが必要になる。これまで地域による事情、たとえば離島状況や後方病院の有無などが主に考慮されていた。しかし、制度が意図するところがゆらぎ、その実際に与える経済的インセンティブが在院日数短縮から乖離している場合、地域差の要因はこうした「外部環境」だけによるものだけではなくてくる。その良い例が DPC である。そこで本年度研究では、急性期病院における在院日数短縮動向の地域差の検討を実証的に行う前段階として、主に DPC による影響に着目し、これをどう読み解くかについて、理論的な整理を行う。以って次年度以降に行う、実証的検討の枠組みを準備することを目的とした。

B. 研究方法

中央社会保険医療協議会（中医協）資料など

の公開資料ならびに厚生科研 DPC 研究班の発表資料、DPC に関連する研究論文などの文献検索と文献的考察による。

（倫理面への配慮）

今年度研究においては該当しない。

C. 研究結果

すでにいくつかの論文が指摘するように、現行の DPC による評価支払制度においては、米国の診断群分類・先払い制度（DRG-PPS）とは異なり、本来在院日数を短縮する経済的動機づけは欠如している（e.g. 康永ら、病院管理 2004）。それは、現行の DPC 下支払制度では

- ・ 一件包括定額ではなく日額定額である
- ・ 在院日数による支払額の逓減制はあるが、いわゆる期間 II) までで、全国平均的な包括対象範囲総額が担保されるようになっている。またこれを越えても最終的には出来高に戻されるので取り損ねがない

むしろ高額薬剤を含む分類においては、在院日数短縮は赤字を生む要因となっている。にも関わらず在院日数の短縮が著しく見られたのは、全国平均より異常に長い在院日数を持