

指標群1	正準変量				
	1**	2**	3*	4	5
介護老人福祉施設入所者数	-0.64				0.73
介護老人保健施設入所者数	-0.62	0.40	-0.60		
介護療養型医療施設入所者数	-0.50	-0.77			
有料老人ホーム入所者数	0.81				
在宅死亡率		0.71		0.57	
説明率	36.8	26.5	12.5	10.5	13.8

指標群2	正準変量				
	1**	2**	3*	4	5
人口密度	0.68				
プライマシィ指数		-0.42			-0.45
高齢者のみの世帯比率		-0.89			
可住地面積比率	0.53		-0.51	-0.51	
デイセンターへの近接性	0.66	-0.43			
降雪日数				-0.40	
1人あたり老人医療費	-0.70	-0.67			
1人あたり介護給付費		-0.75			
説明率	29.1	25.0	7.7	8.9	4.8

** : 1%水準で有意 * : 5%水準で有意

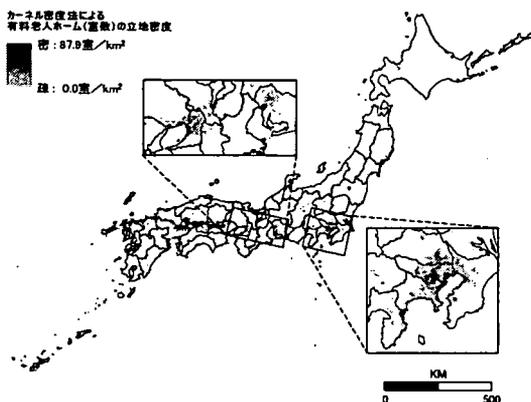


図4 カーネル密度法による有料老人ホームの立地密度

的に施設定員（サービス提供量）の地域格差によるものである。ただし、他の地域的指標との関係を正準相関分析の結果（正準相関 $R=0.9$ 、1%水準で有意）から検討したところ、統計的に有意であり、かつ高い説明率を有する正準変量の因子構造に基づき、以下の関係が明らかになった。

まず、介護3施設と有料老人ホームの入所者数には極めて明瞭な対照関係があり、後者の入所者数は人口密度や可住地面積、デイセンターへの近接性と正の関係をもっており、その入所は大都市圏に特化した現象であるこ

とが示されている。実際、有料老人ホームの立地をGISで分析すると、大都市圏に集中して立地していることが明らかである。逆に介護保険3施設の入所者数は、都市的性格の弱い地域で多く、それに加えて1人あたり老人医療費と介護給付費と正の関係にある。特に、介護療養型医療施設の入所者数は、1人あたり老人医療費と強い正の関係をもつ。

また、医療系の入所施設である介護老人保健施設と介護療養型医療施設の入所者数、ならびに在宅死亡率に関しては、以下の関係が確認された。まず、介護療養型医療施設の入所者数は、高齢者のみの世帯比率と極めて強い関係があり、さらに都市のプライマシィ指数（都市の順位-規模法則を測る指標であり、値が大きいほど首位都市の人口規模が他の都市のそれを引き離して卓越する）とデイセンターへの近接性とも正の関係をもち、サービス提供の都市部への偏在が示唆される。それと、同時に、在宅死亡率とのあいだには強い負の関係がみられる。また、介護老人保健施設は在宅死亡率と正の、高齢者のみの世帯比率と負の関係をもっており、在宅復帰を支援する中間施設としての役割と、その条件としての子世帯との同居が示唆される。

D. 考察とE. 結論

介護保険の改正により、今後、介護3施設の役割が変更される。介護老人福祉施設は重度要介護者を中心とした施設に転換し、介護

老人保健施設は在宅復帰支援を目的とした中間施設としての役割がより明確になり、介護療養型医療施設は 2011 年度までに廃止される。これらは、施設整備の抑制と在宅介護の推進、医療・福祉の区分を明確化することにより、保険給付の適正化を図ることが目的である。

その点、本研究では、介護療養型医療施設の入居者数と高齢者のみの世帯比率、介護給付費、老人医療費とのあいだに強い正の関係のあることが示された。とりわけ、西日本には、そうした関係が強くみられる県が多い。西日本の家族形態は、親世帯と子世帯の別居志向が強いことを特徴とする。ゆえに、在宅生活における親族サポートの弱力が指摘され、施設志向が強くなるものと考えられる。反対に、在宅復帰を支援する介護老人保健施設の入所者数は、高齢者のみの世帯比率と負の関係を示しており、親族によるサポートが在宅生活に重要であることを示している。今後、西日本では、保険給付の適正化を目的に介護療養型医療施設の廃止が進むと、在宅生活を選択するには脆弱な高齢者が多数発生することが予想され、在宅看護・介護サービスの提供のあり方がとりわけ重要となろう。

ただし、親世帯と子世帯の同居志向が強く、また療養型病床の少ない地域においても、在宅死亡率に関しては、近年低下傾向にある。例えば、これまで在宅死亡率が国内最高であった長野県でも、2003 年までの 6 年間に 8.5

ポイントの低下がみられた。ゆえに、終末期の在宅生活の選択にも限界のあることが窺われ、在宅医療・介護サービスの提供実態と入院への移行プロセスにおける関係者間の作用について詳細な調査・分析が必要とされる。

以上の分析・考察から、我が国における高齢期の生活選択、特に要介護状態になった時に在宅か施設入所かの選択、さらには入所する施設の種類には、大都市圏とそれ以外の地域、また東日本と西日本において地域差がみられる。特に介護療養型医療施設と有料老人ホームの入所には顕著な地域差がある。それは、サービス提供量の地域格差に起因するものだが、それ以外には家族形態の地域差による影響が指摘される。

以上の分析は、主に都道府県単位のデータを用いた、ややマクロなレベルの地理的分析によるものであった。今後は、より空間的分解能を高めた、市区町村単位の精緻な分析が必要とされる。また、さらに詳細な分析に関しては、地域の医療・介護財政と医療・介護サービスの水準、それが制度改正によりどのような変化をみせるのか。また、その変化とともに、家族を中心とした高齢者のサポート関係が、高齢期の生活選択に与える影響を、医療・介護の現場におけるインテンシブな実態調査を通じて明らかにすることが課題とされる。

研究 2. 地域の医療・介護サービス水準と高

年齢の生活選択に関する実態調査

C. 研究結果

研究1の結果を受けて、本年度、地域の医療・介護サービス水準と高齢期の生活選択に関する実態調査に関して、研究協力者の西律子とともに、長野県松本市において予備調査を開始した。以下、予備調査から得られた情報を記述する。

松本市は、2005年に自治体合併により隣接する4村（四賀村、安曇村、奈川村、梓村）を併合しており、そのうち四賀村、安曇村、奈川村は、高齢化の進行した周地的性格の強い地域である。

松本市民の通院・通所行動は、市中心部（旧松本市）では、国立病院機構や信州大学附属の病院も立地する市内の通院・通所がほとんどと考えられている。対して、周辺地区では、他市町村への通院・通所も多いとみられ、塩尻市・波田町との境領域や梓川地区の場合は、松本市内搬送より塩尻市・波田町搬送のほうが時間短縮できる。疾病の種類や急性期か否かによって病院や診療所選択が異なっており、診療科、スタッフ、評判といった要素が判断材料となり、市域を越えての通院が選択される。

在宅医療・介護については、地域密着型のサービス整備計画において、介護事業者が少ない安曇地区（旧安曇村）・奈川地区（旧奈川村）への事業所整備計画が策定されたが、

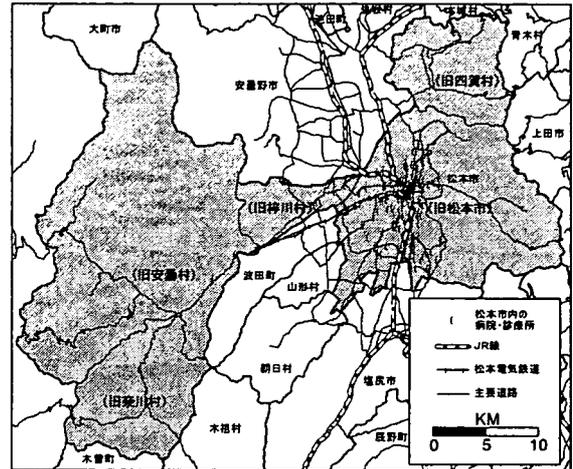


図5 松本市の概要

表2 松本市周辺部（旧村域）の医療施設

地区	医療施設
四賀地区	公設病院1箇所（介護療養20床、手術施設なし）、公設診療所（歯科）1箇所
安曇地区	公設診療所3箇所（内科3箇所、歯科1箇所；出張診療）、民間診療所1箇所
奈川地区	公設診療所1箇所（内科、外科、歯科：医師常駐）
梓川地区	なし

現在、採算面から参入事業者がなく、未整備のままである。両地区とも、合併に際して、介護老人福祉施設の設置を要望したが、現在も実現しておらず（検討中）、一時、有望視された有料老人ホームの建設も頓挫した状況である。両地区は医療・福祉両分野の過疎地といえる。他方、四賀地区（旧四賀村）には、療養型病床（介護療養20床）を有する公設病院が立地するものの、病床の廃止（期限：2012年3月まで）について現在検討中である。市中心部に国立病院や大学病院が存在したため、これまで松本市は病院運営には積極的ではなく、行政主導による医療運営の体制づくりは

進んでいない。合併調整のなかで、周辺地区の診療所存続は前提とされ、合併に伴って経営主体が松本市に変更されたことにより、診療所施設と医療機器の整備が促進されたが、公設の診療所はすべて赤字経営であり、現在、検討会で審議中ではあるが、存続が危ぶまれている。さらに、合併後、各村で行っていた機能が本庁に集約され、旧村の状況を熟知しないという事態も生じている。

対して、高齢者の在宅生活支援は、松本市中心部の民間病院において取り組まれ始めている。ただし、当該病院に救急搬送される患者の居住地から推測するに、在宅生活支援のサービス提供は、松本市中心部と四賀地区に限定される可能性が予想される。

以上のように、旧松本市域と旧村域とのあいだには医療・介護サービスの提供に地域格差がみられ、新市域で均質な事業展開は難しい状況にある。

D. 考察と E. 結論

松本市を対象地域とすることで、以上のような地域における医療・介護サービス提供の再編もあわせて検討できることから、本研究の課題に対して適切な地域のひとつであると考えられる。

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

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～

分担研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

今般の医療制度改革の中で、医療の機能分化・連携を推進するため、都道府県単位での、主な疾病（がん、脳卒中等）に対する具体的な医療計画策定が進められている。ただし、これら一連の医療計画策定過程（①計画の策定→②計画の実行→③評価→④改善策の検討）が実効性を伴うためには、まず、対象となる疾患（本稿では脳卒中）に対する医療提供の現状と課題を整理する必要がある。

そこで、今回、急性期脳卒中医療に焦点をあて、同領域に関する全国規模のデータベースを有する社団法人日本脳卒中協会に、「脳卒中急性期患者データベース（JSSRS）」のデータ提供を依頼した。そして、2005年までに登録された対象者のうち、年間登録者数が約4,000人で安定していた2001～2003年間について、急性期医療へのアクセス（来院手段、来院までの時間）、入院時特性（病型）、入退院の状況（入院期間、入退院時の重症度）の経年変化を検証した。

その結果、①2001～2003年間において、性別構成割合に差はみられないが、年齢階級では、80歳以上の構成割合が増加傾向にあること ②発症から2hr未満（t-PAの目安）の来院者割合は減少傾向（急性期医療へのアクセスの悪化）がみられたこと ③発症から1hr未満の来院者割合をみると、「くも膜下出血」「AVMによる脳出血」「高血圧性脳出血」が多いのに対し、「ラクナ梗塞」「アテローム血栓性梗塞」「アテローム血栓性塞栓」などは非常に少ないこと（病型による差異が大きいこと） ④病型をみると、「ラクナ梗塞」が23.8%と最も多く、次いで「心原性脳梗塞」19.7%、「アテローム血栓性梗塞」19.0%、「高血圧性脳出血」11.9%、「TIA」6.1%の順で、このうち「アテローム血栓性梗塞」の割合が年々増加傾向にあること ⑤1ヶ月未満の退院者割合は、2003年度では増加傾向（早期退院者の増加傾向）がみられること ⑥入院時の重症度スケールをみると、JSS、NIHSSとも、2003年度から有意な改善が認められた一方、退院時は年度間に有意な差は認められないことなどがわかった。

急性期医療へのアクセスに関しては、救急車の搬送、急性期医療の受け皿整備、本人・家族の症状に対する早期発見など、課題が多岐にわたるが、それぞれの個別課題に対する解決策の提示と実践が必要である。また、来院が遅れやすい疾患（アテローム系）に対する早期発見システムの構築（市民への啓蒙等）が今後より重要と思われた。

A. 研究目的

「脳卒中急性期患者データベース」のデータ（年間登録例が約 4,000 件で推移している 2001～2003 年間のデータ）をもとに、急性期医療へのアクセス、入院者特性（病型）、入退院の状況の経年変化を検証し、脳卒中データバンク登録者医療機関（定点医療機関）における急性期脳卒中医療の実態把握、ならびに適切な医療提供体制の在り方に関する示唆をえること。

B. 研究方法

「脳卒中急性期患者データベース (JSSRS)」に、2005 年までに登録された対象者のうち、年間登録者数が約 4,000 人で安定していた 2001～2003 年間について、急性期医療へのアクセス（来院手段、来院までの時間）、入院時特性（病型）、入退院の状況（入院期間、入退院時の重症度）の経年変化を検証した（分析対象者数：13,308 人）。

（倫理面への配慮）

本研究実施にあたり、まず、社団法人日本脳卒中協会の脳卒中データバンク部門に対し、研究概要と調査研究への協力要請を記載した書面を送付、協会内部で実施の可否、実施上の留意事項、提供可能なデータ項目などの内部検討を経た上で、同意の文書を書面により得た。なお、データ抽出は、日本脳卒中協会が実施した上で提供して頂

く形とした。ちなみに、個人が特定可能な情報は、登録時点で削除されている。

C. 研究結果

1) 性別・年齢階級別対象者数

2001～2003 年間の経年変化をみると、性別構成割合に差はみられないが、年齢階級では、80 歳以上の構成割合が年々増加傾向にあった

2) 急性期医療へのアクセス

発症から来院までの時間、例えば t-PA 導入の目安となる、発症から 2hr 未満の来院者割合は、2001 年度 30.2%、2002 年度 26.2%、2003 年度 24.6%と、減少傾向（急性期医療へのアクセスの悪化）がみられた。また、発症から 1hr 未満の来院者割合をみると、「くも膜下出血」「AVM による脳出血」「高血圧性脳出血」が多いのに対し、「ラクナ梗塞」「アテローム血栓性梗塞」「アテローム血栓性塞栓」などは非常に少ないこと（病型による差異が大きいこと）

3) 入院者特性（病型）

病型をみると、「ラクナ梗塞」が 23.8%と最も多く、次いで「心原性脳梗塞」19.7%、「アテローム血栓性梗塞」19.0%、「高血圧性脳出血」11.9%、「TIA」6.1%の順で、このうち「アテローム血栓性梗塞」の割合が年々増加傾向にあること

4) 脳卒中の重症度と予後の指標

1 ヶ月未満の退院者割合は、2003 年度で

は増加傾向（早期退院者の増加傾向）がみられること。また、入院時の重症度スケールをみると、JSS、NIHSS とも、2003 年度から有意な改善が認められた一方、退院時は年度間に有意な差は認められないこと

D. 考察および E. 結論

急性期医療へのアクセスに関しては、救急車の搬送、急性期医療の受け皿整備、本人・家族の症状に対する早期発見など、課題が多岐にわたるが、それぞれの個別課題に対する解決策の提示と実践が必要である。また、来院が遅れやすい疾患（アテローム系）に対する早期発見システムの構築（市民への啓蒙等）が今後より重要と思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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

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～

分担研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

現在、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供しながら費用適正化を図る仕組みを、地域をベースとして再構築するという制度見直しが進められている。

今回、その一環として、医療計画制度に関しても、医療提供サイドの視点が強かったこれまでの医療計画を、患者を中心とし、かつ、医療機能を重視した形での柔軟なネットワーク型連携へと転換することを基本的考えとした形に見直された。求めたのは、患者の病期に着目し、地域にある医療機関、介護サービス提供者、行政などのそれぞれの有する機能を最大限発揮しながら、一人の患者に関与していくという地域完結のネットワーク型連携である。こうした流れを受け、各都道府県は、4疾患（がん、脳卒中など）、5事業（救急医療など）について、地域の医療連携体制を構築するとともに、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担と連携の状況を医療計画に明記することとなった。ただし、これら一連の医療計画策定過程（①計画の策定→②計画の実行→③評価→④改善策の検討）が実効性を伴うためには、まず、対象となる疾患（本稿では脳卒中）に対する医療・介護サービス提供の現状と課題を整理する必要がある。

そこで、今回、維持期脳卒中に焦点をあて、これら対象者に対し医療・介護サービスを提供している事業所（合計 857 事業所）へのアンケート調査を実施した。

ここで、医療・介護サービス提供時のマネジメントの中心となる居宅介護支援事業所に対するアンケート調査結果をみると、①居宅介護支援事業所のうち独立系事業所は 6.2%に過ぎないこと ②要介護利用者に占める脳卒中患者の割合が約 25%であること ③ワーファリン服用に関する質問から、全事業所の 71%に、現在服用患者がいること ④ケアマネジャーと訪問看護師、リハビリ関係者間の連携状況は良好である一方、急性期病院などとの連携が他に比べ不十分なこと ⑤療養病床や歯科関係者、薬剤師などとほとんど関与できていない（関与していない）割合が、他に比べ多いこと などがわかった。

維持期脳卒中患者に対しては、関係する機関（医療・介護）、職種が多岐にわたる。また、状態変化に応じた適切な対処も求められる。今回のアンケート調査結果を踏まえ、機関間や職種間の連携やサービス提供上の課題を整理し、地域レベルで各課題を一つ一つ解決する仕組みの構築と実践が求められる。

A. 研究目的

維持期脳卒中に着目し、これら対象者に対し医療・介護サービスを提供している事業所へのアンケート調査をもとに、医療機関間や医療・介護間の連携、関係職種間の連携の現状と課題、リハビリテーションや機能訓練を中心としたサービス提供上の課題を明らかにすること。

B. 研究方法

大阪豊能地区（池田市、箕面市、豊能町、能勢町、豊中市、吹田市）の医療・介護サービスを提供している事業所（合計 857 事業所）に、自己記入式質問紙による郵送調査法を用いたアンケート調査を実施した。

（本分析は、そのうち、医療・介護サービス提供時のマネジメントの中心となる居宅介護支援事業所（合計 241 事業所）に対するものである）。

（倫理面への配慮）

実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨、データ公表に関する留意点等を記載した文書（共同研究者である国立循環器病センター長東医師との連名）を添付し、調査への協力を依頼した。その中で、公表に際し、個別事業所が特定できないよう配慮することを謳った。

C. 研究結果

1) 開設主体

開設主体をみると、「営利法人（会社）」

51.3%、「社会福祉法人」17.7%、「医療法人」15.9%、「財団法人」「NPO 法人」5.3%、「社協」「社団法人」1.8%などであった。

2) 併設事業の状況

併設事業の有無をみると、「併設あり」93.8%、「併設なし」6.2%と、ほとんどの法人が何らかの医療・介護サービス事業所を併設している状況であった。

3) 利用者の状況

要介護利用者に占める脳卒中患者の割合は約 25%であった。また、これを開設主体別にみた場合、「医療法人」32.3%に対し、「NPO 法人」14.5%、「社団法人」20.0%、「財団法人」22.7%など、法人によって少し差はあるものの、ほとんどの法人で 2 割以上の脳卒中患者がいることがわかった。

4) ワーファリンの服用

全事業所の 71%に、現在服用患者がいることがわかった。

D. 考察および E. 結論

ケアマネジメントに関しては、サービス事業所からの独立性・中立性が求められているが、今回調査でもわかったように、現実的にはサービス提供を実施している法人が設立主体の中心となっており、その法人に雇用されているケアマネジャーに、完全なる中立性を求めるのは困難である。これを解決する最善の方法は、法人外の関係者を交えたケアカンファレンス（以下、CC）

の実践であろう。いくら外部評価・外部監査を強化しても、効果には限界がある。広島県尾道市の医師会主体の CC 実践のように、適切なサービスが、各関係者が納得する形で選択されていく形を標準とすることこそが、不適切なサービスをなくしながら、利用者の QOL を高める最善・最短の道と考える。

また、今回の調査で、ワーファリン服用者が、事業所の約7割に、現在いることがわかった。同薬剤に関しては、再発を防ぐ観点からも、その管理は非常に重要である。しかしながら、適宜、血液凝固速度をチェックしながら処方コントロールすることが求められるため、開業医によっては管理が難しい、煩わしいと感じる人も多いとの声も聞く。病診連携を進める観点からも、また、脳卒中患者に関係するケアマネジャーが多いという実態からも、ワーファリンの標準的な管理のあり方を現場レベルに浸透させることが必要である。

また、今回の調査で、①ケアマネジャーと訪問看護師、リハビリ関係者間の連携状況は良好であること ②急性期病院などとの連携が他に比べ不十分なこと ③療養病床や歯科関係者、薬剤師などとほとんど関与できていない(関与していない)割合が、他に比べ多いこと などの実態が明らかになった。現在進められている医療・介護制度改革では、ケアマネジャーに対し、包括

的・継続的関与が求められている。特に、退院支援への関与は重要視されていることから、急性期病院との連携強化は必須である。

急性期病院との連携が困難な原因を整理した上で、具体的解決策を、各事業所単位での対応だけでなく、関係団体や多職種が関与した検討部会などで検討し、解決に向けた努力を図ることが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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」

分担研究報告書

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 －

分担研究者 東 修司 国立社会保障・人口問題研究所企画部長

研究要旨

本研究は、先般の医療制度改革の趣旨や医療費適正化計画など各種計画に定められた取組を確実に実現していくために、都道府県や市町村、医療保険者等に求められる対応や相互の連携方策等について、特に特定健康診査・特定保健指導の実施に着目した考察を行い、今後の実績評価等に向けた様々な議論に対する政策的インプリケーションを提示することを目的としている。都道府県が策定する医療費適正化計画については、健康増進計画など他の計画との相互連携の確保が重要となるが、単に矛盾の無い数値目標が裏打ちされているということだけではなく、中核としての都道府県が如何にその総合調整機能を発揮できるかが強く問われることとなる。特定健康診査・特定保健指導は「保険者機能」という観点からも重要な取組であり、両事業の実施効果については今後さらにエビデンスを蓄積していくことが求められる。他方、医療保険者が自らの数値目標を達成できるかどうかには、加入者の多くが居住する地域における潜在的特性やポピュレーションアプローチの効果、アウトソーシングの受け皿整備など、様々な要因が影響すると考えられることから、その実績評価をどのように行うのか、また評価結果をどのように後期高齢者支援金の加算・減算に反映させるのかについては、幅広い視点で十分に議論が深められる必要がある。アウトソーシング先となる事業者については、地域におけるサービスニーズを踏まえた育成方策や情報共有が重要であるとともに、実施機関の在り方について政策的な議論を深めることも必要である。特定健康診査・特定保健指導の効果的・効率的な実施やデータ活用を図る上でIT化の推進が必要であり、個々の医療保険者や保険者団体における取組と併せて、全国的な基盤整備が重要である。今回の医療制度改革を踏まえた具体的取組やその実績評価を着実に積み重ねていくことこそが、わが国における持続可能な制度構築に向けた最も現実的な対応であり、20年4月以降の保健・医療・福祉の現場における実際の取組の状況や実証データ、その後の制度動向等を踏まえつつ、本分野における分析を今後さらに深めていくことが求められる。

A. 研究目的

本研究は、先般の医療制度改革の趣旨や医療費適正化計画など各種計画に定められた取組を確実に実現していくために、都道府県や市町村、医療保険者等に求められる対応や相互の連携方策等について考察を深めることにより、今後の実績評価等に向けた様々な議論に対する政策的インプリケーションを提示することを目的としている。このため、特に20年4月から全ての医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導に着目して、都道府県健康増進計画における位置付けや都道府県の総合調整機能のあり方、市町村が展開するポピュレーションアプローチとの関係、地域・職域連携推進会議や保険者協議会に期待される役割等を整理した。また、医療保険者が自らの特定健康診査等実施計画に掲げた数値目標を達成する上で、想定される主な論点として、加入者の多くが居住する地域における潜在的特性等から受ける影響や、アウトソーシング先となる事業者の現状とその育成に向けた課題、IT化の推進により期待される効果、さらには都道府県を軸とした医療保険者の再編・統合との関連性等を分析した。

B. 研究方法

文献調査等による。

(倫理面への配慮)

該当しない。

C. 研究結果

都道府県が策定する医療費適正化計画については、健康増進計画など他の計画との相互連携の確保が重要となるが、単に矛盾の無い数値目標が裏打ちされているということだけではなく、保健・医療・福祉の現場における具体的な取組に際して、中核としての都道府県が如何にその総合調整機能を発揮できるかが強く問われることとなる。特定健康診査・特定保健指導は「保険者機能」という観点からも重要な取組であり、その効果については今後さらにエビデンスを蓄積していくことが求められるが、本事業に対して如何に真摯に取り組めるかは、いわば医療保険者の存在感、被保険者・被扶養者との関わり方を再生する試金石と捉えられるべきである。他方、医療保険者が健康診査等実施計画に掲げる数値目標を達成できるかどうかには、加入者の多くが居住する地域の潜在的特性やアウトソーシングの受け皿の整備状況など、様々な要因が影響すると考えられることから、実績評価をどのようにして行うのか、さらにその評価結果をどのように後期高齢者支援金の加算・減算に反映させるのかについては、幅広い視野から十分に議論が深められる必要がある。アウトソーシングの可否は、身近に適切な事業者が存在するか否かにも左右されるため、単に事業者の参入行動に委ねるだけではなく、地域・職域連携推進会議や保険者協議会の場において潜在的なサービスニーズを踏まえた

育成方策の検討や情報共有を図ることが重要である。他方、制度の実施状況等を踏まえつつ、実施機関の在り方について政策的な議論を深めることも必要である。特定健康診査・特定保健指導の効果的・効率的な実施やデータ活用を図る上でIT化の推進が必要であり、個々の医療保険者や保険者団体における取組と併せて、全国的な基盤整備を進めることが重要である。都道府県単位を軸とした医療保険者の再編・統合は今回の一連の改革とも整合的であり、関係者が共通の目的に向けて結集できる体制が構築されたことを評価すべきであるが、現実の問題として都道府県という単位で「保険者機能」がどの程度効果的に発揮されるかは、今後あらためて様々な角度から検証されるべき課題である。

D. 考察及びE. 結論

都道府県を中核として医療費適正化計画等に基づく総合的な取組を進めていくことは、各方面からの様々な議論を経た上でスタートする重要な基本方針である。今後の社会保障給付費の見通しにおける「医療」部門のインパクトは大きい。先般の医療制度改革を踏まえた具体的な取組やその実績評価等を着実に積み重ねていくことこそが、持続可能な制度構築に向けた最も現実的な対応である。本稿においては、都道府県と医療保険者等との連携の在り方をはじめ、「保険者機能」としての特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施や

数値目標達成に向けた諸課題、両事業の実績評価のあり方や後期高齢者支援金の加算・減算を検討する上で留意されるべき点、アウトソーシング先となる事業者の育成方策やIT化の展望など、幾つかの政策的インプリケーションを提示した。ただし、今回は改革が本格施行される前年度であったことから、国が提示した基本方針やガイドライン、既存データ等に基づく制度的分析にとどまっているため、今後、20年4月以降の保健・医療・福祉の現場における取組状況や実証データ、その後の制度的な動向等を踏まえて、本分野での分析をさらに深めていくことが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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」

分担研究報告書

「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—

分担研究者 野口晴子(国立社会保障・人口問題研究所・第二室長)

研究要旨

本論の目的は、現在の母子保健政策の主軸である「健やか親子 21」を一事例研究として、医療経済学における「健康資本」という視点から医療保険サービスの質を理論的に検証することにある。医療経済学のフレームワークは、家計の行動や意思決定に影響を与える「インセンティブ」の役割を通じて、医療・保健分野における住民主体の行動理念としてのヘルスプロモーションに対して明確な理論的根拠を与えること、そして、家計の Quality of Life 又は効用水準の向上、及び、その資源としての子どもや他の家計構成員の「健康」に影響を与えるさまざまな因子間の関係が医療経済理論の下に方向付けられることは、さまざまな健康促進プログラムの計画策定や事前の評価プロセスの段階においても、有益である。

A. 研究目的

本論の目的は、現在の母子保健政策の主軸である「健やか親子 21」を一事例研究として、医療経済学における「健康資本」という視点から、家計に対する医療保健サービスの質を検証することにある。第1に、子どもの「健康」について理論的検証を行う。第2に、「健やか親子 21」の基本理念であるヘルスプロモーションに対する医療経済学の理論的・実証的貢献について考察を行い、第3に、「健やか親子 21」で掲げられた3つの政策目標指標((1)保健水準の指標;(2)住民自らの行動の指標;(3)行政・関係団体等の取組)の妥当性を検証する。最後に、事後的な政策評価プロセスについて、今後の課題を提起する

B. 研究方法

研究方法は、先行研究のレビューと先行研究によって構築された理論的枠組みを用いて、当該政策事例の検証を行う。

C. 研究結果と考察

第1に、医療や保健分野における行動「理念」であるヘルスプロモーションに対して、医療経済学では、家計を基盤とした人々の行動に、「効用最大化」や「費用最小化」という明確な行動「原理」を仮定することで、効用や QOL の重要な資源としての「健康」と、さまざまな因子との因果関係について、健康生産関数、時間配分モデル、及び、需要関数という明示的なストーリー、つまり、理論的根拠を提供する。

第2に、「理念」としてのヘルスプロモーションは人々による主体的なプロセスである、と定義されており、したがって、実践モデルにおいても、健康教育プログラムなどの計画策定から実施、そして、事後評価や改定にいたる全過程において住民参加型であることが強調されている。住民とは、家計、あるいは、個々の家計構成員と同義であるから、ヘルスプロモーションが住民による主体的なプロセスであるというからには、経済理論が強調する、家計の行動や意思決定に影響を与える「インセンティブ」の役割は、ヘルスプロモーションの実践においても重要であると考えられる。

第3に、医療経済学が基盤とする家計の行動モデルをヘルスプロモーションに応用させることによって、家計のQOL又は効用水準の向上、そして、その資源としての子どもや他の家計構成員の「健康」に影響を与えるさまざまな因子間の関係が、理論的根拠の下に方向付けられることになる。どの因子が原因となる「効果」指標でどの因子が影響を受ける「目的」指標であるのかが、理論的に明らかにされることは、さまざまな健康促進プログラムの計画策定や事前の評価プロセスの段階においても、有益であると考えられる。

「健やか親子21」の政策目標指標の妥当性については、最終的に達成すべき保健水準の指標や、住民行動と行政・関係団体の取り組み指標のうち医療や保健分野から見た政策目標指標については、十分検討されている。しかし、その一方で、医療経済モデルの観点から見ると、健康

の目標指標を生産するための主要な投入要素である、家計構成員の時間や家計による投入財に対する検討が十分になされているとはいえない。さらに、このような家計行動を決定する主因子、つまり、家計の意思決定におけるインセンティブとして、住民の主体的な行動の原動力の一つともなりうる指標群(家族の賃金率や医療・保健サービスの価格)の検証については皆無である。ヘルスプロモーションの基本概念が、人々による主体的なプロセスであることからすると、このような経済変数は「インセンティブ」としては極めて重要であり、これらを見捨てることは適当ではないと思われる。

D. 結論

医療経済学のヘルスプロモーションに対する理論的貢献が、健康促進プログラム実施以前における計画策定やアセスメントに対する論拠を与えるものであったのに対して、実証的貢献は、論拠に基づいて導き出された、子どもと母親の「健康」を決定するさまざまな因子間の関係性を、実際のデータを用いて測定し、統計学的に意味のある関係性かどうかを事後的に検証することによって、政策目標指標の妥当性と効果、すなわち、アウトカム、を評価することにある。実施されたプログラムが、母子の健康水準にどういった効果を与え、どの程度それが改善されたかを、測定し評価するという実証分析の役割は、「健やか親子21」の基本的視点の1つとして強調されている、「根拠に基づく治療 (evidence-based medicine: EBM)」の推進へ向けて、極めて重

要である。そして、そのためには、事後評価にあつたての検証方法を、単に政策目標指標を個別に計測する「現状把握型」から、政策目標指標間の関係性や方向性を検証する「仮説検証型」へ移行させる必要があるだろう。

「健やか親子 21」に代表される、医療、保健、福祉などの分野における施策の事後評価を、政策目標指標の単なる把握から、指標間の関係性や方向性を検証する「仮説検証型」へ移行させるに当たり今後検討すべきは、

(1)政策評価過程で用いる指標の選定と妥当性に対する継続的な検証、(2)医療、保健、福祉分野におけるデータの収集・管理・運営、そして、(3)政策のアウトカムを公正に計測するための統計手法の確立、であろう。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

G. 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

『施設系サービスと介護保険の持続可能性』

分担研究者 国立社会保障・人口問題研究所 菊池潤

2000年4月の制度発足以降、介護保険の利用は居宅サービスを中心に一貫して拡大を続けてきた。特に居住系サービスの拡大が顕著となっており、その背景には総量規制の下にある介護3施設に対する超過需要が存在すると考えられる。高齢者人口の拡大が今後も予想される中で、一定水準の施設系サービスの整備は不可避と考えられるが、同時に長期的に持続可能な制度構築が求められおり、特に保険財政の維持と介護従事者の確保が大きな課題となる。本研究では、介護保険の長期推計モデルに基づいて、以上2つの視点から介護保険制度の持続可能性について検討することを目的としている。

本研究の推計結果（基準ケース）によると、①要介護認定者は2025年度に1.73倍、2055年度に1.85倍に拡大、②サービス受給者は、施設系サービスを中心に、認定者を上回るペースで拡大、③介護給付費は実質単位で2025年度に2.22倍、2055年度には3.33倍に拡大、することになる。このとき、第1号被保険者が負担する保険料（1号保険料）は、2025年度に月額6,330円（2005年度価格、以下同じ）、2055年度には月額11,500円にまで達し、1号保険料の約55%が施設系サービスの財源に充てられることになる。2005年10月の制度改正により、1号保険料は改正前の9割程度に抑制されたと考えられるが、依然として高い水準となることが予想される。一方で施設系サービスに必要とされる看護・介護職員は2025年度に1.78倍、2055年度に1.93倍に達することになる。15歳以上65歳未満の生産年齢人口に対する比率でみると、2005年度の0.55%に対して、2025年度には1.18%、2055年度には1.97%にまで達し、それぞれ2005年度水準の2.12倍、3.55倍となる。

以上の推計結果と現在の状況を考慮すると、現行水準の制度を長期的に維持していくことは困難と思われる。制度の持続可能性を高めるためには、給付水準を含めた給付範囲の見直し、あるいは、公的保険を補完する民間保険の活用なども含めて、公的保険が果たすべき役割について再検討が必要と考える。

A. 研究目的

2000年4月に介護保険制度が発足以降、

介護保険の利用は居宅サービスを中心に一貫して拡大を続けてきた。特に居住系サービスの拡大が顕著となっており、その背景には総

量規制の下にある介護 3 施設に対する超過需要が存在すると考えられる。高齢者人口が今後も増加していくことが予想される下では、施設サービスや居住系サービスの一定水準の整備は不可避と考えられるが、そのためには 2 つの大きな課題がある。

第 1 の課題は保険財政に与える影響である。介護給付費に占める施設系サービスのウェイトは制度発足時に比べて低下しているものの、依然として介護給付費の 5 割程度が施設系サービスの給付財源となっており、保険財政に与える影響も大きなものとなっている。第 2 に、少子化が進行する中での介護労働者の確保が大きな課題となる。

以上の問題認識の下、本研究では、①保険財政、および、②介護従事者の確保、の 2 つの視点から介護保険制度の持続可能性について検討することを目的としている。

B. 研究方法

介護保険推計モデルを構築し、2005 年度から 2055 年度までの長期推計を行った。推計の基礎となるパラメーターは、厚生労働省「介護保険事業状況報告」、同「介護給付費実態調査」、同「介護サービス施設・事業所調査」、および、国民健康保険中央会公表データなどの全国集計データをもとに作成した。以上の推計モデルを用いて、第 1 号被保険者が負担する介護保険料（1 号保険料）水準、および、施設系サービスの整備に必要となる従事者数

の 2 点について定量的把握を試みた。あわせて、2005 年 10 月の制度改正の影響、および、療養病床再編の影響について検討を行った。

（倫理面への配慮）

本研究で利用するデータは全て公表データであり、倫理面への配慮は特に必要とされないと考えられる。

C. 研究結果

本研究の推計結果（基準ケース）によると、①要介護認定者は 2025 年度に 1.73 倍、2055 年度に 1.85 倍に拡大、②サービス受給者は、施設系サービスを中心に、認定者を上回るペースで拡大、③介護給付費は実質単位で 2025 年度に 2.22 倍、2055 年度には 3.33 倍に拡大、することになる。このとき、65 歳以上の第 1 号被保険者が負担する保険料（1 号保険料）は、2025 年度に月額 6,330 円（2005 年度価格、以下同じ）、2055 年度には月額 11,500 円にまで達することになり、いずれの年でも 1 号保険料の約 55%が施設系サービスの財源に充てられることになる。2005 年 10 月制度改正により、1 号保険料は改正前の 9 割程度に抑制されたと考えられるが、依然として高い水準となることが予想される。

一方で施設系サービスに必要とされる看護・介護職員は 2025 年度に 1.78 倍、2055 年度に 1.93 倍に達することになる。15 歳以上 65 歳未満の生産年齢人口に対する比率で見ると、2005 年度の 0.55%に対して、2025 年度に

は 1.18%、2055 年度には 1.97%にまで達し、それぞれ 2005 年度水準の 2.12 倍、3.55 倍となる。

D. 考察

2006 年度から始まった第 3 期事業運営期間の 1 号保険料は全国平均で月額 4,090 円であり、第 1 期、第 2 期ともに 4 分の 1 程度の保険者が財政安定化基金からの貸付・交付を受けている。以上の点と本研究の結果を踏まえると、現在の水準で制度を長期的に維持していくことは財政的に困難と考えられる。

また、一部の地域では現在の報酬水準で良質な労働力を確保することが困難となっているとの声が聞かれるが、本研究の推計結果はこの傾向が今後ますます強くなることを示している。このことは、介護労働者の賃金上昇圧力の増大、介護給付費、保険料水準の更なる上昇へとつながり、制度維持が一層困難になると考えられる。

E. 結論

高齢者人口の拡大が今後も予想される中で施設系サービスの一定水準の整備は不可欠と思われるが、現行水準の制度を長期にわたって維持していくことは保険財政、介護従事者いずれの側面からみても困難と言わざるを得ない。したがって、制度の持続可能性を高めるためには、給付水準を含めた給付範囲の見直しが必要と考える。端的な例としては介護

老人福祉施設の個室化の推進が挙げられる。厚生労働省は、個室割合が 15%である介護老人福祉施設について、ユニット型個室の割合を 2012 年度までに 70%に引き上げる目標を掲げている。介護老人福祉施設の利用が低所得者中心であり、保険財源によって食費・居住費の補助が行われていることを考慮すると、公的保険で保障するサービス水準として妥当かどうか、再度検討する必要があると思われる。公的保険を補完する民間保険の活用なども含めて、公的保険が果たすべき役割について再検討が必要と考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

「施設系サービスと介護保険制度の持続可能性」『季刊社会保障研究』第 43 巻第 4 号
(近刊)

2.学会発表

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

『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』

主任研究者 泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所

本稿の目的は時系列分析の手法を医療費の自己負担率の改定の評価に適用し、その政策評価への利用可能性について検討すること。そして、それを通じて、政策を実施するにあたっては重要とされる PDCA サイクルの成立を阻害する要件であるデータ利用制約の問題の解決を図るための方法論の開発を行うことである。

そこで、時系列分析の対象として、都道府県単位の医療費データを用いることにより、これまで検討されてこなかった医療費の自己負担引き上の政策効果が地域によって異なるか否かを明らかにする。その準備として、単位根分析により各都道府県別の医療費データの時系列的な性質を明らかにする。

単位根検定をパスし、break があることが示された都道府県についても、その時期が異なり得ることが明らかになった。これは医療費の自己負担額の引き上げ策の効果が、都道府県ごとに異なることを意味していると考えられた。

都道府県単位の医療費の長期的な決まり方を明らかにすることは、特に個別的な施策が必要な都道府県の場合には、非常に重要である

A. 研究目的

時系列分析の手法を医療費の自己負担率の改定の評価に適用し、その政策評価への利用可能性について検討すること。そして、それを通じて、政策を実施するにあたっては重要とされる PDCA サイクルの成立を阻害する要件であるデータ利用制約の問題の解決を図るための方法論の開発を行うこと。

B. 研究方法

時系列分析の対象として、都道府県単位の医療費データを用いることにより、これまで

検討されてこなかった医療費の自己負担引き上の政策効果が地域によって異なるか否かを明らかにする。その準備として、単位根分析により各都道府県別の医療費データの時系列的な性質を明らかにする。

(倫理面への配慮)

公表データを利用するものであり、不要。

C. 研究結果

都道府県ごとに受診率、一件当たり給付費の時系列的な性質が異なることが明