

らかにされた。さらに、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。しかも、引き上げの時期の効果ではなく、他の時期のショックの方が大きく検出されるのであれば、そもそも他の外生的なショックよりも政策的な影響が小さいこととなる。それゆえ、そもそも医療費の水準については地域差があるが、政策の反応に対する地域差も存在するかもしれない。

D. 考察

そもそもの地域差と政策に対する反応の地域差の関係については今後明らかにされるべき課題であると思われる。中央政府のマクロ的な政策に対する反応が小さい都道府県があるのであれば、なぜそのような状況が発生するのかを明らかにした上で、より個別的な施策を採用する必要があるためである。

E. 結論

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。

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

II 関連論文

地域連携・地域包括ケアの意義と課題

政策研究大学院大学教授 島崎謙治

はじめに

本研究における分担研究者としての筆者の役割は、医療政策上の観点から、本研究の位置づけを明確にするとともに、重要なテーマを取り上げ分析・考察を行うことである。本年度は地域連携・地域包括ケアを取り上げる¹。本稿では、まず医療政策の政策選択という観点から地域連携・地域包括ケアを取り上げることの必要性等について述べた上で(1節)、その概念と分析方法(2節)、地域による多様性(3節)、エッセンスと共通項(4節)、これを進める上での障壁と課題について述べ(5節)、最後に、地域連携・地域包括ケアに関する2008年の診療報酬上の評価と将来展望について述べる(6節)。

1. 医療政策と課題と本稿の目的

(1) 医療政策の目標(評価基準)と政策選択

政策とは何か。筆者なりに定義すれば、「特定の価値観に基づき、あるべき方向(目標)を目指し、現状の問題点を改善するための手段・方法の総体」とでもいうべきである。何があるべき方向(目標)なのかは価値観に基づき設定される(「価値中立的な政策」は語義矛盾である)が、医療政策については世界共通の目標がある。それは、「質の高い医療を国民誰にでも効率的(できるだけ低いコスト)で提供すること」である。要素を分解すれば、①医療の質(quality)、②アクセスの公平性(equity)、③コスト(cost)の3つである。そして、医療政策の成否はこの目標に照らし評価されるから、これは医療政策の評価基準ということにもなる。この3つの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つを同時に制御することは至難である。したがって、優先順位を決める必要がある。

このうち医療の質(その中核は診療のアウトカムである)を犠牲にするという選択肢は存在しない。国民も医療関係者も望んでいないからである。むしろ日進月歩の医療技術の進歩等を踏まえ質の向上を図ることは至上命題である。となると、採りうる選択肢は、②のアクセスの見直しを行うか、③のコストを上げる(負担増)かのいずれかということになる。多少雑駁ないい方になるが、筆者は、②のアクセスについては、「いつでも、どこでも、誰でも」というスローガンのうち「誰でも」はゆるがせにできないが、「いつでも、どこでも」は見直しが必要であり、③のコストについては、もう少し財源投入し医療の質の向上に振り向けるべきだと考えている。ただし、そのことについて論じることは本稿の直接的なテーマではない。強調したいことは次のことである。

医療に限ったことではないが、政策選択は最終的には国民の判断に委ねられる。これは民主主義国家では当然のことである。しかし、各種の国民の意識調査の結果をみると「矛盾」した回答がしばしば見られる。一例として、毎日新聞社が行った「医療に関する意識

¹ なお、本稿は島崎(2007)の一部を基にし、再考・発展させたものである。

調査」の結果（2007年10月19日朝刊参照）を取り上げる。同調査の「日本の医師数は十分か」という設問に対し、（診療科の偏在や地域偏在に限らず）「全国的に足りない」とする回答が61%を占めるが、一方、「国民医療費は高い」とする回答が63%ある。また、「国民医療費のGDP比は先進国中最低レベルだが、どうすべきかと思うか」との問いに対し、「先進国並みに増やすべきで負担増もやむをえない」（28%）、「現状程度でよい」（32%）、「さらに医療費削減に努めるべきだ」（29%）と、回答はほぼ3つに分かれる²。

このように国民の価値観が分裂している状況の下では、政策の大きな舵を切ることはできず、無駄を省くべきだといった誰もが反対しない方針だけが採られがちである。もっとも、これは「民主主義のジレンマ」や「民度の低さ」といった問題に帰着させることは適当ではない。医療は複雑系であり医療の政策選択は人気投票のようなわけにはいかず、お金をかけると今の医療がどのように変わるか国民はイメージできないことに本質的な理由があるからである。だとすれば、いま求められていることは、地域の中で医療関係者が住民の参加を得て、自分たちが望ましいと考える医療を実践し、それを3つの医療政策の評価基準に照らし検証することであるように思われる。

（2）日本の医療提供体制の特徴と医療政策

制度は歴史・経済・政治・文化等の所産である。とりわけ医療・介護の提供体制については各国の制度の沿革が色濃く反映される。そして、政策を考えるに当たっては、日本の制度の特徴を十分踏まえる必要がある。重要な点は次の3つである。

第1は、日本の医療・介護制度は、財政（finance：ファイナンス）は公的保険により統制されているが、提供（delivery：デリバリー）は民間セクター中心であることである。例えば、医療のデリバリーについては国公立病院のほか日赤・済生会等の準公的医療機関の病床数を含めても全体の3割程度に過ぎず、約7割は医療法人等の民間セクターが行っている。このことは、ある望ましい姿が描けたとしても、その政策誘導をいかなる手法（経済的誘導、医療計画など計画的手法、情報開示と選択）により実現するのかという問題と関わる。また、デリバリーの改革に時間を要する理由でもある。

第2は、欧米諸国に比べ、日本の医療機関の平均在院日数は非常に長く、人口千人当たりの医療スタッフ数はそれほど遜色ないものの、病床百床当たりの医療スタッフ数は非常に少ないことである。イメージとしては、「平べったい医療を長く行っている」ということである。沿革的には、他の主要先進国では、1960年代以降、医療の高度化に対応し、在院日数の短縮化や病床の集約化を通じ病床あたりの医療スタッフの配置を手厚くする傾向が進んだのに対し、日本では医療機関の集約化に向かうのではなく量的拡大が進んだことが背景にある³。また、1960年代から人口高齢化が急ピッチで進展したが、福祉・介護制度の

² なお、「先進国並みに増やすべきで負担増もやむをえない」との回答は、筆者が次の2つの回答を合計したものであることをお断りしておきます。1. 「先進国並みに増やすべきで、そのためには税金の負担が重くなっても仕方ない（19%）」、2. 「先進国並みに増やすべきで、そのためには個人の医療費の自己負担が増えても仕方ない（9%）」。

³ 国民皆保険達成以降、高度経済成長を背景に自治体や住民の要求に応える形で病院数や

立ち遅れのほか、1972年（施行は翌年）の老人医療費無料化の影響等もあって、本来は福祉・介護が受け持つべき領域を老人病院が「受け皿」となり医療制度がカバーした面がある⁴。この結果、医療と福祉・介護が混合し大量の「社会的入院」を生み出したほか、急性期病院と慢性期病院の機能分化も十分進まなかった。

第3は、日本の医療は病院と診療所の役割が明確に分かれておらず、プライマリケアが医療政策上必ずしも明確に位置づけられていないことである。欧米諸国では病院は入院機能、診療所は外来機能と分けられているが、日本では入院外医療費の4割は病院が占めている⁵。諸外国では患者が病院でいきなり受診するのではなく、まず診療所で受診し医師が必要と認めた場合にその紹介状をもって病院で受診するのが普通である。いわゆる「ゲートキーパー機能」であるが、国により強弱があるものの（最も徹底しているのはイギリス）、この機能が弱い国でも、総合医（あるいは「家庭医」など呼称は様々である）と病院の専門医は区分されており、医学教育上のカリキュラムも別立てとなっているのが通例である⁶。また、日本の場合、実態上プライマリケアの相当部分を中小病院が担っている。いずれにせよ、病院と診療所、専門医と総合医の区分が明確ではない。

（3）機能分化・集約化と連携の関係

以上述べてきたことを裏返していえば、医療の質の向上や医療資源の効率的な配分が重要となる中で、医療機能の分化や医療機関の集約化は避けられないということである。これは、わが国が取り組むべき医療政策の中で最もプライオリティの高い課題である。

実際、その推進に向けて医療政策の面舵は切られている。多少図式化したいい方になるが、これまでの日本の医療（特に入院医療）はひとつの医療機関で完結するのが原則であり、転院はその例外であった。しかし、医療機関の機能分化が進めば原則と例外の関係は逆転する。「自己完結型医療から地域完結型医療に」という言葉に象徴されるように、ひとつの医療機関で医療が完結することは今日では例外となる。脳卒中を例にとれば、急性期治療および急性期リハビリ、回復期リハビリ、慢性期リハビリ、在宅あるいは介護系施設というように、患者の病態等に応じ転院・転所するのが普通であり、ひとつの病院で急性期治療から慢性期リハビリまで行うことは稀となる⁷。

病床数が増加し、皆保険後わずか10年間で病床数は1.5倍に増加した。

⁴ これには福祉施設の量的不足の問題のほか、救貧施策としての色彩が強く福祉ニーズがあっても低所得の人しかサービスを受給できないという問題等を含む。

⁵ 病院と診療所では施設設備の減価償却費等が異なるので、診療報酬も外国では別立てとなっているのが普通である。なお、日本で病院と診療所が連続的である理由としては、病院（特に民間病院）の多くは診療所が発展したものであるという沿革も挙げられる。

⁶ なお、「総合医」と「かかりつけ医」を同義のように捉えるむきもあるが、「かかりつけ医」という概念は現実には患者が「かかっている」という事実に着目した概念である（したがって、例えば「東大病院かかりつけ医」ということもおかしくはない）。筆者は、病院と診療所の機能分担やプライマリケアのあり方を議論する際に「かかりつけ医」という言葉を用いることは、議論を曖昧にするため適当でないと考える。

⁷ ただし、受け皿となる他の医療機関が十分でない場合など、地域によってはひとつの病院

ただし、留意すべきことは、医療機関の機能分化は医療政策の3つの目標を達成するための手段であり、それ自体が目的ではないことである。言い換えれば、機能分化が医療政策の目標どおりワークするための必要条件の吟味が併せて必要になる。この条件の多くは連携という言葉で括られるように思われる。病・病連携（病院間の連携）、病・診連携（病院と診療所の連携）、医療と介護の連携、医師と他職種との連携が強調されるゆえんである。しかし、連携が重要だということと実際に連携がうまく行われているかは別の問題である。連携の目標・理想的な姿として、しばしば「切れ目のない連携」が掲げられることがあるが、連携がこのレベルまで実現できている地域は決して多いとはいえない。そして、そのことが国民（住民）の不満の大きな要因になっていると考えられる。

一体それはなぜなのか、連携が進んでいる地域はどのような特徴があるのか、「切れ目のない連携」を進めるための政策課題は何か、を明らかにする必要がある。本稿で地域連携・地域包括ケアを取り上げる理由である。

2. 地域連携・地域包括ケアの概念と分析方法

(1) 地域連携・地域包括ケアの概念

最初に、地域連携・地域包括ケアの概念について述べておこう。

地域連携・地域包括ケアは、「一人ひとりの人間が、地域（community）において、最期まで尊厳をもって暮らせるように、その状況等に応じて必要となる医療や介護・福祉サービスを継続的（coherent）かつ包括的（comprehensive）に行うケア」とでもいうべきものである⁸。キーワードは、「地域」、「継続性」、「包括性」の3つである。「継続性」、「包括性」については、デンマークのベント・ロール・アンデルセン教授が、デンマークの在宅ケアの本質に関連し、簡にして要を得た表現で述べている。

「各種のサービスにこまやかな配慮を加え、個人のニーズに合わせてサービス総体で包み込んでゆく『包括性』。病院入院から家庭への復帰まで、またその後に緊急事態が発生した場合も想定して、各種サービスが必要時にタイミングよく集中して提供され、一貫したスムーズな流れになるように関連職種を連携させる『継続性』。この両者を重視することがきわめて大切だ」（岡本 1993, p. 253）

そして、ケアの包括性や継続性を確保するには、地域において、医師や看護師など医療関係者だけではなくケアマネジャーや訪問看護師など介護・福祉関係者など多職種がシステマティックに緊密に連携することが必要不可欠である。これが地域連携ということの意味である。地域包括ケアはどちらかというと理念に重きがあり、地域連携というのは方法に着目した言葉であるが、両者の用語の相違に拘る必要はなく、表裏一体の概念として捉

が完結的に行う場合もありうる。

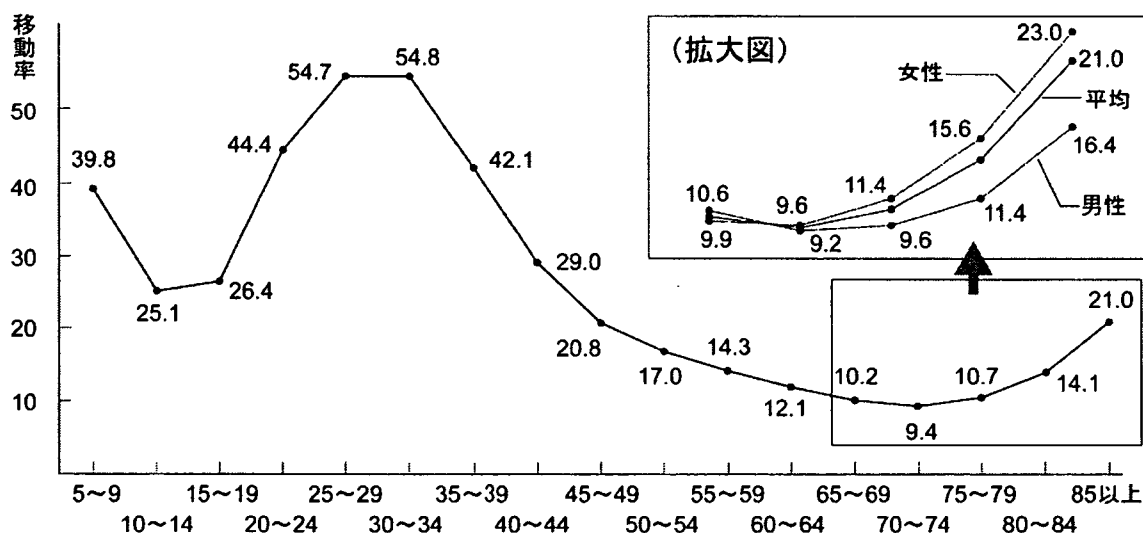
⁸ これは、高齢者介護研究会報告（2003）「2015年の高齢者会議—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—」や全国国民健康保険診療施設協議会（2006）「地域包括医療（ケア）を推進する国保直進」（パンフレット）等を参考にしている。

えればよい。むしろ重要なのは、地域包括ケアや多職種連携がなぜ必要になるのかということである。それは在宅医療をイメージすればわかりやすい。

例えば、がんの患者が在宅療養を選択したとする。いうまでもなく在宅医による医療は必要であるが、急性増悪すれば急性期病院との連携も重要である。しかし、医療は患者の生活の一部として存在するのであって、その逆ではない。したがって、患者やその家族の態様に応じ、看護・介護・福祉など関係分野・関連多職種との連携が必要になる。医療は患者の生活にとって重要な固有の領域を占めながらも、他の領域との関わりを無視しては存立し得ないのである。そして、もうひとつ押さえておくべきことは、それが地域において行われることの重要性である。医療は生活の一部であり、生活は住み慣れた場所で継続的に行われるものである以上、これもまた当然のことである。

ただし、理念と現実とは異なる。下図は、年齢階級別に5年前の住所が現住所と異なる割合を示したものである⁹。大学入学や就職により20歳から30歳台の移動率は高いが、その後低下する。しかし、70歳から74歳で下限を迎えた後、上昇カーブを描く。特に女性の場合には男性より高くなるのがみてとれる。残念ながら「国勢調査報告」では移動理由を尋ねていないが、これは推測できる。後期高齢者になると加齢に伴う病気や要介護によって住み慣れた自宅から施設や病院へ移動する割合が高くなり、また、女性が男性より移動率が高いのは、女性は平均寿命が長い上に結婚年齢の差異もあることから独り暮らし率が高く、いわゆる「子どもに引き取られる」ことも含め移動を余儀なくされる確率が高いためであると考えられる。

図 5年間の年齢別移動率（2000年）



(注) 各年齢階級別に5年前の住所が現住所と異なる者の割合を示したものである。
 (出所) 総理府統計局「国勢調査報告」をもとに筆者作成。

⁹ なお、このデータは「国勢調査」では1990年、2000年と10年おきにとっている。したがって、現時点では2000年のデータが直近のものである。

(2) 地域連携・地域包括ケアの分析方法

医療・介護提供体制の研究を進めるに当たっては、理論的な分析枠組を設定し考察することも重要である。しかし、提供体制の問題は地域特性（例：医療資源の分布、人口密度）による影響が大きい。このため、具体的な政策提言や地域の実践活動に役立たせるためにはそれだけでは十分ではない。そこで次に考えられる検討方法は、①地域包括ケアを指向するなど特徴のあるシステムを有する先駆的取組を行っている地域を選び、その特殊要因（事情）と成功要因、全国モデル足り得るかという意味での汎用性、政策的インプリケーション等を明らかにし、②地域の医療資源の集積度合い・人口や地理的条件等に応じて複数のパターンに分け、③現行の医療提供の問題点を洗い出すとともに、あるべき方向を更に押し進めるための方策を個別具体的に検討するという方法である。

個々のテーマの理論的分析を「演繹法的方法」とすれば、これはいわば「帰納法的手法」に当たる。両者を適切に組み合わせ（フィードバックしながら）、バランスのとれた考察を行うことが、机上の空論とならないようにするとともに、実態に過度に引きずられないようにするためには有用である。

3. 地域連携・地域包括ケアの多様性

ファイナンスは基本的には全国共通である。しかし、デリバリーについては地域によって多様な形態をとる。医療資源の分布、人口密度、地勢等が異なるためである。地域連携・地域包括ケアのあり方も変わってくる。地域連携・地域包括ケアの先駆的地域を、類型化し簡単に特徴をまとめると、次の「囲み」のとおりとなる¹⁰。なお、この選定は網羅的ではない。これ以外にも先駆的な取組を行っている地域は数多い。「囲み」であえて例示と断っている理由である。

【地域包括ケアの取組が指向されている地域の分類と特徴】

I. 基幹病院中心型

地域における「突出的」地位を占める基幹的病院が、高次の医療から介護・福祉系統の施設を保有し、医療・介護・福祉の包括ケアシステムを指向・実践している地域・・・旧広島県御調町（公立みつぎ総合病院）、茅野市（諏訪中央病院）、旭市（国保旭中央病院）、宮城県涌谷町（涌谷国民健康保険病院）

II. ネットワーク型

(1) 地域医師会が「退院時ケア・カンファレンス」を主導し、更には、これらをベースに福祉団体（民生委員・社会福祉協議会）を巻き込み、医療・介護・福祉の連携ネット

¹⁰ なお、これは島崎（2007）の研究成果も含めている。

ワークを形成している地域・・・尾道市

- (2) 地域医師会・行政・市民団体が連携し、地域の医療体制の整備、医療機関連携あるいは在宅医療等に関わっている地域・・・船橋市、市川市、台東区

※ 行政が地区医師会とタイアップし介護等関係者を組む込み、医療・介護の連携を行っている地域の例・・・松江市

- (3) 地域医師会等が中心となって医療・介護・福祉の連携を進めるとともに、地域医療の後方支援として必要な機能強化を基幹的な病院に働きかけている地域・・・静岡市、京都乙訓郡

- (4) 急性期病院が競争の中で機能を分け合い、4病院が主導し「連携クリティカルパス」を作成し、患者のスムーズな流れを行っている地域・・・熊本市

(注) これは例示である。なお、この分類は、武藤正樹(2001)「21世紀の地域医療連携」健康保険2001年2月・3月号の分類も参考にしている。

3つばかりコメントしておこう。

第1に、地域の人口、地勢的特性、医療資源(リソース)の分布等は同一ではなく、こうした地域特性を無視することはできない。象徴的なのは尾道市である。筆者が知る限り、全国的にみて、尾道モデルはネットワーク型、御調モデルは基幹病院中心型モデルの最高峰に位置する。尾道市と御調町は2005年3月に市町村合併したが¹¹、その後も2つのモデルは併存している¹²。そのほうが地域の実状に合っているからである。

第2に、「基幹病院中心型」の本質をハード施設の保有とみる見解は適当ではない。先に施設ありきではなく、地域包括ケアの理念が先にあり、それを具体化するに当たって、「基幹病院中心型」の地域では、中核的施設(御調ではみつぎ公立総合病院)に関連施設を付帯させ統合的にサービスを提供するほうが地域の実状に適合したと考えるべきものである。

第3に、特に「ネットワーク型」の場合、いずれがイニシアティブをとる主体かは相違がある。例えば、熊本市のように急性期4病院(かつての急性期特定加算対象病院)が主導しいわば急性期病院から「患者のフロー」を形成している地域がある。他方、尾道市にほか、市川市、船橋市のように医師会等が中心となって開業医の横の連携を強め、介護のケアマネジャーや民生委員・社会福祉協議会あるいは市民らがこれに参加するボトムアップ型の地域連携システムを採っている地域もある。また、行政が中心となり地

¹¹ 正確には、尾道市は、2005年3月に御調町・向島町と、2006年1月に因島市・瀬戸田町と合併した。

¹² 両モデルを紹介した文献は数多い。その推進者自らが執筆したものとして、尾道モデルについては片山(2003)、御調モデルについては山口(2006)を参照。また、2つのモデルを含め「ネットワーク」という観点から分析した文献として、小笠原・島津(2007)がある。

区医師会とタイアップして医療・介護の連携を進めている松江市のようなケースもある。

要するに、①地域の医療資源の分布など地域特性によって地域連携システムや地域包括ケアの組み方は一様ではないこと、②これは地域関係者が創意工夫が凝らし地域の最適モデルを求めた結果であること、が重要な点である。

4. 地域連携・地域包括ケアの共通点

3で地域特性に応じて多様な取組形態がみられることを述べた。都市型の場合にはネットワーク型のほうが汎用性は高いということはいえるが、ある地域で成功したモデルを単純に全国画一的に展開させるという方法は必ずしも適当ではない。しかし、それで考察を終わるのでは医療政策にはならない。先駆的モデルのエッセンスや共通項を抽出する作業が必要になる。

実際、3で述べたことと一見矛盾するようであるが、先駆的モデルには次のような共通点を見出すことができる。これは、地域特性等が異なっても、連携の必要性やその構成要素は本質的には同じであり、普遍化できる要素があることを示唆している。

第1に、いずれの地域においても、現行の先駆的システムが軌道に乗るまで約10年程度の年月を要している。比喩的にいえば、「促成栽培」は難しいということである。また、明確なビジョンを持ちリーダーシップを発揮する者が存在する。逆に言えば、システムが軌道に乗り連携のレベルが向上しシステムとして「好循環」となるまでの調整・苦労が大変である。

第2に、医療・介護・福祉の連携の本質・難しさを理解した上で、各職能のレベルアップを図ることの重要性を意識している。例えば、尾道モデルの場合は、介護保険や福祉関係者を巻き込み、「ケア・カンファレンス」を基軸に連携ネットワークを構築している。このカンファレンス自体は関係者の情報の共有の場であるとともに、OJT（オンザ・ジョブ・トレーニング）の場でもある。また、情報の共有に関して、船橋市や乙訓郡では患者の同意を得て受診等の記録手帳を通じ関係者の情報の共有を図っている。さらに、熊本市では医療連携パスを更に介護まで発展させることが試みられている。

第3に、病・診連携が重視されている。特に「連携型」の場合には、プライマリ・ケアをバックアップする病院（病院勤務医）と組織的に意思疎通する努力が重ねられている。尾道モデルのほか、静岡市のイーツーネット（2人主治医制）はその典型的な事例である（大石他 2004 参照）。ちなみに、上記「囲み」には掲載していないが、横浜市の若手医師らが中心となって組成している「Wの会」（その内容は中村 2004 参照）でも、会員医師と済生会病院との定期的会合が行われており、京都乙訓郡と同様の取組みが行われている。

第4に、患者や住民の参加を明確に意識している。船橋市・市川市の取組みはその典型である。なお、連携クリティカルパスも、「患者用パスによる説明は診療の全プロセスの“informed consent”であり、そのことにより患者の医療への参加が促進される」

(郡司 2004,p.9) 面があることに留意すべきである。

第5に、在宅医療が意識されている。というより、尾道市、市川市、静岡市の医師会の取り組みは在宅医療をきちんと展開させるには何が必要なのかという問題意識からスタートしたという面がある。また、退院後に在宅ケアが必要な患者には、在宅支援センター、訪問看護ステーション、リハビリ科が連携をとり在宅ケアに当たっている。これは「基幹病院中心型」で掲げた各地域・施設において共通にみられる特徴である。

第6に、第2および第3で述べたこととも関係するが、多職種の間「緊張感」がある。連携とは持たれ合うことではなく、各専門職能者が自らの職能と責任を自覚し役割をきちんと果たすことに本質がある。そして、例えば「退院時ケア・カンファレンス」ではそれが衆人環視に晒されることになるから、医療・介護・福祉のサービスが最適化され過剰給付も過少給付も抑制されることになる。

5. 地域連携・地域包括ケアの障壁と課題

(1) 地域における多職種連携が進まない理由

2および3で先駆的モデルの多様性と共通点について述べた。しかし、1で述べたようにこうした「切れ目のない連携」が実現できている地域は必ずしも多くはない。その理由はいくつか挙げられるが、本質的な問題は「インターフェース・ロス」の発生である。これは、元来、機種等が異なるために情報ロスが生じることを意味する用語であるが、医療分野でも似た現象が起きる。医療機関の機能分化は、別の見方をすれば異なる組織・職種体の接合が増えるということである。伝言ゲームを考えればわかるように、接合の回数が増えれば情報伝達ロスは大きくなるが、それに加え、異なる組織・職種体間で情報伝達が行われる場合には、一種の「インターフェース・ロス」が発生する。

例えば、異なる職種の者が褥瘡のある患者をみたとしよう。医師は褥瘡の深さや治療に難易さに目が向くはずである。保健師はそのこともさることながら、患者と家族の人間関係（清拭が適切に行われているか）が気になり、ケアマネジャーは介護サービス給付の必要性に関心が向くと思われる。職能・職責の相違のほか、受けてきた教育等のバックグラウンドが異なるために、同じ患者をみても必要な情報の「切り取り方」は違ってしまふのである。また、属する組織や仕事の内容が異なれば考え方や論理は異なる。同じ職種であっても、病院勤務医と開業医、病棟看護師と訪問看護師が互いに相手方の無理解を難じることもあるのはその例である。

連携に当たってしばしば「情報の共有」が強調される。しかし、同一組織の同一職種では暗黙知が存在するのに対し、異なる組織・職種間では、比喩的にいえば異なる言語で話をしているようなところがある。そして、このことは他者に対する警戒心や不信感にさえ繋がりがかねない。語弊をおそれずにいえば、医師を“煙たい存在だ”と思っているケアマネジャーや、ケアマネジャーを“生意気な存在だ”と思っている医師が少なくない背景である。逆説的ないい方になるが、連携を進めるためには、連携が難しい本質的な理由を関

係者が突き詰めて考える必要がある。それがあってはじめて他の職能・職種に対する信頼や敬意が生まれるのではないと思われる。

(2) 患者の側からみた機能分化と連携

連携というのは多分に提供側からみた概念である。患者中心の医療 (patient-centered medicine) が重要だというのであれば、機能分化や連携を患者の側から捉えるとどうなるかということも考察しておく必要がある。

医療は機械を直すのとは異なり、本質的に個々の患者に即した (カスタマイズされた) サービスであるという特徴を有する。このため、元来、医療情報の伝達は定型化が困難な面があるが、それに加え、文書では伝わりにくい内容が含まれることが少なくない。例えば、がんの患者が転院する場合、主治医は当該患者の病状等のほか告知の有無を伝達することは不可欠である。その際、患者本人や家族に告知しているかだけでは足りない。告知の内容 (例：病名告知のほか余命告知まで行っているのか) のほかに、患者や家族がそれをどう受けとめているのかといった情報まで伝える必要があるが、これは言語化しにくい微妙なニュアンスを含むことが多い。そしてさらに重要なことは、適切な医療を行うためには、患者の性格・病歴・生活歴・家族との関係性を含めた全人的な理解を必要とするが、これは医師らと患者のパーソナルな信頼関係に基づくものであり、転院・転所はこれを「切断」してしまうことである。患者からみれば、転院先で再び最初から主治医らとの関係を築き直さなければならなくなることの精神的負担は非常に大きい。他方、転院先の主治医らも、患者の病歴、価値観・性格、生活歴、家族との人間関係をはじめ家庭環境等の全体像を把握するには相応の時間がかかる。医療の問題は多分に医師と患者の関係に帰着するところがあるが、患者の側からみると機能分化と連携は以上のような問題として捉えられ不満や不安が大きいことに留意する必要がある。

(3) 連携を進めるための課題と方策

それでは連携を進めるにはどうすればよいのか。政策的には退院時ケアカンファレンスや連携クリティカルパスが推奨されている。方向性として間違っていないが、連携の基盤があるからこれらは機能するのであって、その逆ではない。筆者は、連携を地域に根づかせるためには、多職種の専門家を繋ぎ合わせる者 (いわば総合性を専門とする者) の存在が不可欠であり、それを医療政策上明確にすることが必要だと考えている。

メイヨークリニックの創設者のひとりであるチャールズ・メイヨーは、「“専門家とは、より少ないものについてさらに知識を増していく人のことである” という定義は適切であり真実です。このことから、専門家は仕事を効率よくこなすために、その専門分野の属する全体を象徴する人たちと何らかの関連をもっていなければなりません」(フレデリック・ウィリウス編・日野原重明訳 (2004) 『メイヨー兄弟の格言集』近代出版) と述べている。つまり、専門家とは狭い領域を極めるのが職分であるからこそ全体を掌握する人との関わりが必要だということであるが、これを逆からいえば、患者の全体像を掌握した上で個々の専門家に役割を割り振るコンダクター (指揮者) が必要だということになる。

地域連携や包括的なケアが進んでいる地域をみると、多職種がそれぞれの責任を自覚し職分を遂行している。そして、それらの多職種を束ねる役割を果たしている者がいる。そして連携がいったん軌道に乗ると、患者の満足度が高まるだけでなく、ケア提供者の役割分担がより明確化され、それぞれの負担も軽減されるという好循環に入ることがみてとれる。この多職種を束ねる役割を果たす者（メイヨーのいう“全体を象徴する人”）は必ずしも医師に限る必要はない。しかし、わが国における医師のステータスや医療法制の建て方（医師の指示が重視される）等を考慮すれば医療がこの役割を果たすほうがうまくいく場合が多いように思われる。筆者の主張は別稿（島崎 2006）で述べているので繰り返さないが、結論だけ述べれば、患者を全人的・総合的にみるマインドとスキルをもった医師を医療政策上明確に位置づけることが必要であると筆者は考えている。こうした医師は医療に加え介護・福祉など複合的なニーズを有することが多い高齢者にとっては、エージェント（代理人）として必要不可欠な存在である。また、こうした医師の存在なくして在宅医療は成り立つはずもない。片山が「主治医とは患者から『先生に命を預けます』と存在。信頼というよりは、信託ですね。」（日本医事新報 4369 号, p. 33）と述べているとおりであるが、いずれにせよ、こうした者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」の確保が図られることになる。

6. 地域連携・地域包括ケアに関する 2008 年診療報酬改定と評価・展望

（1）地域連携・地域包括ケアに関する 2008 年の診療報酬改定内容

2008 年の診療報酬改定では、地域連携・地域包括ケアの推進に関しいくつか興味深い点数設定が行われている。主なものを拾うと次のとおりである。

第 1 に、後期高齢者の外来包括点数（定期的な診療計画の作成等を含む継続的な管理の評価）として、後期高齢者診療料が 600 点（月 1 回算定）とされた。これは他の医療機関の受診を制限するものではないが、後期高齢者診療料自体は患者の主病と認められる 1 保険医療機関のみで算定される。

第 2 に、退院時における円滑な情報共有や支援の評価を行っている。特に注目すべきことは、入院医療機関の保険医が、退院後の在宅療養を担う保険医もしくは看護師等、歯科医師もしくは歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等またはケアマネジャーのうち、いずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合には 2,000 点という高い点数を設定したことである。

第 3 に、後期高齢者の在宅と外来と継続した入院医療等の評価として、在宅患者応急入院加算（入院初日）として、現行は 650 点一律であったのを、「事前に緊急時の入院先として患者及び家族に連携医療機関の名称等を文書にて提供した医療機関に入院した場合」には 1,300 点という高い点数を設定している。

第 4 に、訪問看護におけるターミナルケアに係る評価として、死亡日前 14 日以内に 2 回以上訪問看護を実施している上に、「訪問看護におけるターミナルケアに係る支援

体制について利用者及びその家族等に対して説明していること」を条件に、点数を20,000円に引き上げている。

第5に、地域連携パスについて2006年改定で大腿骨頸部骨折に関し評価が認められたが、今回の改定では脳卒中に拡大された。ただし、急性期を担う側の地域連携診療計画管理料は600点引き下げて900点、主にリハビリ側の地域連携診療計画退院時指導料は900点引き下げて600点とした。なお、脳卒中を対象とする連携パスは、「医療計画にと記載されている病院又は有床診療所」に限定されている。

第6に、診療所のない地域においては在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行うこととされた。もっとも、「診療所のない地域」とは、「当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない」とされており、これに該当する病院数は限られると思われる。

(2) 評価

以上の改定内容をみると、3ないし4で述べた地域連携・地域包括ケアの先駆的モデルの基本コンセプトを前提に点数設定していることが伺える。詳述は避けるが、第2の退院時における円滑な情報共有や支援の評価は尾道の退院時カンファレンスが、第3の在宅患者応急入院加算の事前登録は静岡の病院と在宅の2人主治医制が照応しよう。要するに、これまで十分な取組みが行われていない地域において連携が進むよう、診療報酬による経済的誘導手法を採ったものであると考えられる。

しかし、これにより地域連携・地域包括ケアがどの程度進むかどうかは予断を許さない。というのは、退院時ケア・カンファレンスにせよ地域連携パスにせよ、これらがあつたから連携が進んだのではない。例えば、退院時ケア・カンファレンスにしても、その前には主たるメンバー（主治医・ケアマネジャー）の間で十分な意見交換が行われている。また、地域連携パスは、連携の一定の基盤があつたからこそ地域連携パスの策定が進み、その解析を行うことにより改善すべき課題が客観的に浮き彫りにされ、その解決に向け関係者の意識の共有が促されるという過程を経ていることに留意すべきである¹³。さらに、地域の中でプライマリケアの役割分担が明確なところでは、患者と後期高齢者診療料の算定を行う診療所の関係は一義的に明確であるが、1人の患者が複数の「かかりつけ医」をもっている場合には、誰が後期高齢者診療料の算定対象となるのかをめぐって相当の混乱が現場で生じることも予想される。

(3) 展望

筆者は2008年の診療報酬改定をネガティブに評価しているわけではない。ある程度連携の素地がある地域では「もう一歩」を踏み出す作用はあろうし、少なくとも地域における連携を進める機運の醸成には有用であろう。ただ、強調したいことは、ケア・カンファレ

¹³ 例えば、保険診療2006年1月号の特集（「機能分化と連携」の新しい形）の野村一俊発言（p.13）、副島秀久発言（pp.15-17）を参照。

ンスや地域連携パスという外観を整えて本質を備えていなければ、「仏作って魂入らず」という状態が生まれかねないことである。したがって、診療報酬による誘導と併せて、プライマリケアないしは総合医を医療政策の中に明確に位置づけるなどの基本論を煮詰めるとともに、医師と患者の信頼関係を堅固なものにしていくという地道な作業が必要になると考えられる。

改めていうまでもなく地域連携・地域包括ケアも全体の医療政策の一部である。したがって、地域連携・地域包括ケアを求める国民の期待は高いが、一気に進むのではなく、以上述べたプライマリケアや総合医の議論のほか療養病床再編の動向や在宅医療の展開と絡みながら跛行的に進むのではないかと予想される。

結び

最後に、本稿の要約と今後の検討課題をまとめておく。

(1) 要約

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、ある程度時間をかけ多職種の職種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、組織や職種の相違等により「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。

(2) 今後の検討課題

本稿は地域連携・地域包括ケアの医療政策上の位置づけと意義を考察したものであるが、より客観的な議論を進めていくとともに地域連携・地域包括ケアを全国的に普及させていくには、実証的な分析が行うことが望ましい。具体的には、(A) 地域連携・地域包括ケアの進捗度合いを測る指標を設定した上で、(B) 地域連携・地域包括ケアが進んでいる地域

とそうでない地域の、①医療・介護の質、②アクセス、③コストを比較することが必要になる。(B)の③以外はいずれも数量化することが非常に難しいが、今後のチャレンジングな検討課題である。

(参考文献)

小笠原浩一・島津望(2007)『地域連携・介護のネットワーク構想』千倉書房

岡本祐三(1993)『医療と福祉の新時代』日本評論社

片山壽(2003)「ケアマネジメントの導入」、「医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義」、「地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦」、「介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化」『内科』Vol.92.No.1.2.3.4

北村明・大石達雄・岡慎一郎・杉山博通・渡辺恵・石井令三(2004)「医師会の病診連携(インターネット)への取り組み」医療マネジメント学会監修・武藤正樹企画編集『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう

郡司篤晃(1998)『医療システム研究ノート』丸善プラネット

厚生省健康政策局総務課『家庭医に関する懇談会報告書』(1987)第一法規出版

島崎謙治(2006)「医師と患者の関係」社会保険旬報2296号-2298号

島崎謙治(2007)「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」(『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年度から18年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書:主任研究者島崎謙治)

副島秀久(2006)「地方医療 専門医より一般医の充実を」朝日新聞2006.3.1朝刊

田城孝雄・片山壽・丸井英二・田中滋(2004)「地域医療連携『尾道モデル』を『理想のモデル』から『標準モデル』へ」医療科学研究所『医療と社会』Vol.14.No.1

田城孝雄(2006)『地域包括ケアシステムの構築に関する研究』(平成17年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業報告書:主任研究者田城孝雄)

中村真己(2004)『病診連携』悠飛社

樋口範雄(1999)「医師患者関係と契約-契約とContractの相違」柳瀬孝雄編著『契約法理と契約慣行』弘文社

武藤正樹(2001)「21世紀の地域医療連携(上)・(下)」『健康保険』2001年2月号・3月号

山口昇(2006)『尾道市御調町における地域包括ケアシステム-寝たきりゼロ作戦(介護予防)と保健・医療・福祉の連携-』公立みつぎ病院発行

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」

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・人口問題研究所企画部長

1. はじめに

わが国における急速な少子・高齢化の進展や後期高齢者の増加等を背景に、医療や介護に要する費用の一層の増大が見込まれる中、近年、医療・介護制度においてその持続性を確保するための改革が実施されてきたところである。先般の医療制度改革においては、保険給付の内容・範囲の見直しを行うとともに、医療費適正化の総合的な推進という観点から、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮に取り組むこととされている。特に、医療提供体制については、医療計画の導入等を除けば実質的に大きな影響を及ぼす改革は限られており、このことはわが国の医療が「publicly funded and privately delivered」という基本的な特徴を有していることに関連しているとの指摘もある（尾形 2007 p. 177）。このような観点から、先般の医療制度改革は、医療保険制度の見直しによるいわゆる「ファイナンス面」での対応だけでなく、サービス提供体制としての「デリバリー面」での改革にも大きく踏み込んだ、重要な意義を有するものであったと評価することができる。

現在、各都道府県においては 20 年 4 月に向けて、医療費適正化計画や地域ケア体制整備構想が策定されるとともに、医療計画や健康増進計画の見直し等が進められている。また、21 年度には第 4 期介護保険事業支援計画が策定されるとともに、23 年度末に向けて療養病床の再編成が進められる運びとなる。特に医療費適正化計画については、中間年である 22 年度における実施状況の評価を経て、25 年度にはその実績評価が行われるとともに、医療保険者が策定する特定健康診査等実施計画に掲げられた数値目標について、その達成状況等を踏まえた後期高齢者支援金の加算・減算を行うことなども予定されている。

このように 20 年 4 月からは、医療・介護の分野で新たなサービス提供の枠組みが一斉にスタートし、都道府県や医療保険者における具体的な取組に対する評価とそれを踏まえた制度的対応など、一連の大きな動きが立て続けに予定されるところである。そして、まずは第 1 期医療費適正化計画における 5 年間の対応が、如何にその成果を上げられるのかによって、わが国における持続可能な医療・介護制度の構築の可否が問われることとなる¹。

¹ 19 年 1 月に閣議決定された「日本経済の進路と戦略」等を踏まえ、同年 5 月に 20 年度から 24 年度までの 5 年間に実施する「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」が策定されており、生活習慣病対策の推進、平均在院日数の短縮をはじめとする具体的な取組が掲げられている。本プログラムについては、社会保障審議会等の場において実施状況の検証や政策手段の見直しが行われる予定である。

本稿においては、こうした医療制度改革の趣旨を確実に実現していく上で、都道府県や市町村、医療保険者等の現場において、国の政策意図が的確に反映されていくことが重要であるという認識から、国と地方の関係や医療保険者との役割分担に着目した分析を重視するとともに、いわゆる PDCA サイクルの考え方に立ち、医療費適正化計画の策定をはじめとする各種施策に係る実績評価の在り方にも焦点を当てて考察を深めることとしている。

本稿の構成としては、まず第 2 節では、先般の医療制度改革の背景や目的をあらためて確認した上で、都道府県が策定する各種計画の相互間の関係やその連携を通じて得られる政策効果を明らかにするとともに、計画推進に当たっての組織的な連携体制の重要性について検証する。次に第 3 節では、各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等における位置付けや、総合調整機能が期待される都道府県の役割等を分析する。さらに、第 4 節では、この特定健康診査・特定保健指導の実施と保険者機能論との関係や特定健康診査等実施計画における数値目標のあり方、各医療保険者に求められる取組の方向性等を、都道府県単位を軸とした医療保険者の再編・統合との関連性も含めて考察する。最後に第 5 節では、これらの分析を通じて得られる政策的なインプリケーションについて、医療費適正化計画の実績評価等に向けた議論も視野におきつつ一定の整理を行うとともに、実際に保健・医療・福祉の現場で各種の取組が実施に移される 20 年度以降において、本分野でさらに必要となる分析の視点を提示する。

2. 医療費適正化の総合的な推進と都道府県計画の策定等について

(1) 医療費適正化に向けた取組の推進

先般の医療制度改革では、国民皆保険を堅持しつつ、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくため、17 年 12 月に政府・与党医療改革協議会が策定した「医療制度改革大綱」の趣旨等に沿って、健康保険法や医療法などの関係法律が大きく改正されたところである。特に、健康保険法等の改正については、図 1 にある通り、医療費適正化の総合的な推進をはじめ、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合などが主なポイントとされている²。

医療費適正化の総合的な推進については、17 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」（骨太の方針 2005）において「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講じる」という内容が盛り込まれたのを受けて、経済財政諮問会議の民間委員から医療費をマクロ経済指標³に連動させる形でコントロールする手法が主張された経過がある。当時のこうした主張に対しては、医療

² 先般の医療制度改革では、図 1 で示した健康保険法等改正のほか、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正が実施されており、患者等への医療に関する情報提供や、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等の措置が講じられている。

³ 当時の経済財政諮問会議の民間委員は、医療費と連動させるマクロ経済指標として、名目 GDP の伸び率を基本としつつ、高齢化が急速に進む段階では高齢化による給付費の増要因をある程度勘案するという「高齢化修正 GDP」を採用することを主張していた。

制度を経済や財政と調和のとれた持続可能なものとしていくという観点から医療費適正化は不可欠であるものの、高齢化や医療技術の高度化等による増大が見込まれる中、これと直接には関係の無い指標を基にその伸びを管理することは適切ではないという反論が展開された。最終

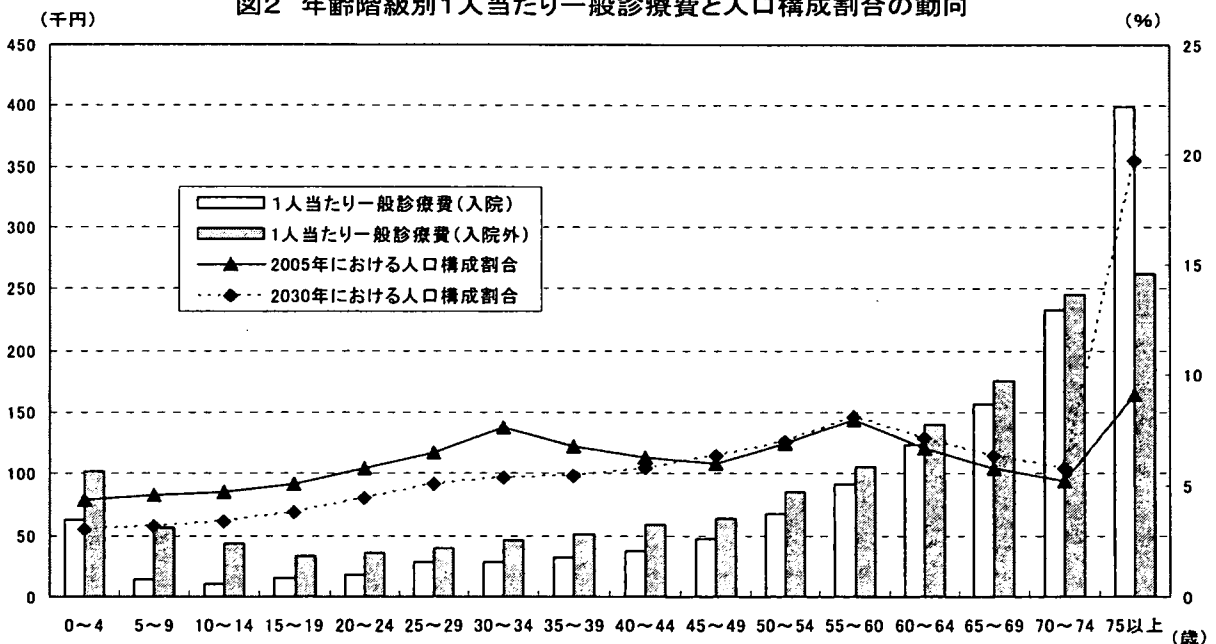
的には、国民医療費の中でも大きなウエイトを占め⁴、図2のように一人当たり医療費（一般診療費）で見ても高い水準にある高齢者医療費の伸びに着目し、今後の人口構成の高齢化も展望しつつ、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮といった中長期的な医療費適正化対策を計画的に進めることとされたところである。なお、その際、医療費には地域差があ

図1 先般の健康保険法等改正の主なポイント

- | |
|---|
| <p>1 医療費適正化の総合的な推進</p> <p>(1) 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化計画の策定
 (2) 保険給付の内容・範囲の見直し等
 (3) 介護療養型医療施設の廃止</p> |
| <p>2 新たな高齢者医療制度の創設</p> <p>(1) 後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設
 (2) 前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設</p> |
| <p>3 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合</p> <p>(1) 国保財政基盤強化策の継続、保険財政共同安定化事業の創設
 (2) 政管健保の公法人化
 (3) 地域型健保組合の創設</p> |
| <p>4 その他</p> <p>中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止等所要の見直し</p> |

(注) 厚生労働省「医療制度改革関連資料」等に基づき作成

図2 年齢階級別1人当たり一般診療費と人口構成割合の動向

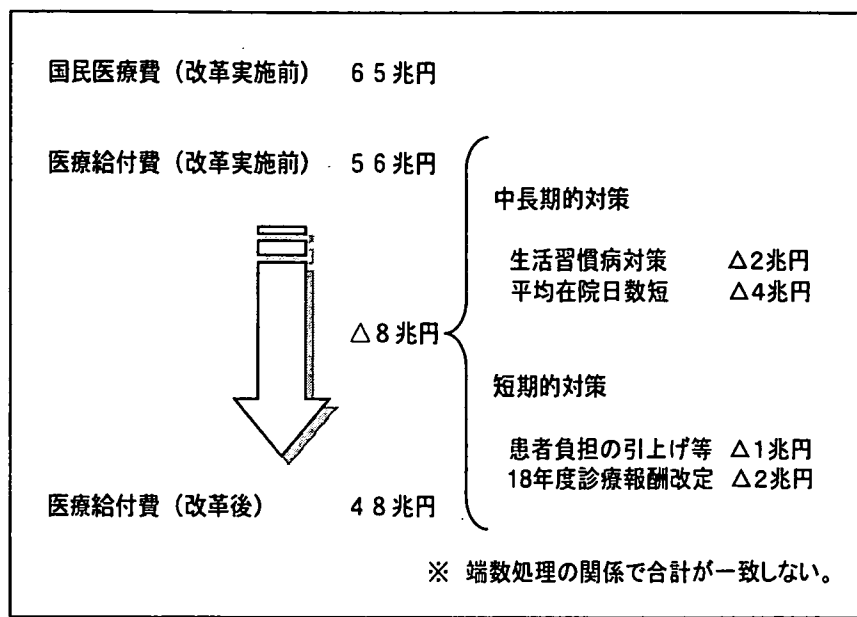


(注) 1. 1人当たり一般診療費は、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成17年度国民医療費」に基づき作成
2. 人口構成割合は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(18年12月推計)」等に基づき作成

⁴ 国民医療費に占める高齢者医療費の割合は、厚生労働省保険局「老人医療事業報告」によれば16年度で36.1%となっている。老人保健制度の改正により高齢者医療費の対象年齢が段階的に引き上げられているところであるが、その効果を除くため70歳以上の者に係る医療費に着目して国民医療費に占める割合を見れば、同じく16年度で39.6%の規模にまで達している(柴畑(2007 p.48))。

り、地域の医療提供体制に責任を有する都道府県の関与が重要であるとの考え方から、国が医療費適正化対策基本方針と全国医療費適正化計画を策定するとともに、全ての都道府県が都道府県医療費適正化計画を策定し、関係者の連携を図るための総合調整機能を発揮するという体制が構築されている。

図3 2025年度における医療給付費等の将来見通し



(注) 「医療保険の構造改革」(栄畑 2007 p. 54)に基づき作成。医療制度改革に際して見込まれた医療給付費等の将来見通しを示したもの。

まず、国が策定する全国医療費適正化計画においては、生活習慣病対策の数値目標として、2025年のメタボリックシンドローム該当者及びその予備群を25%減少させることが、また平均在院日数の短縮の数値目標として、全国平均である36日と最短の長野県の27日との差を半分に縮小させることが掲げられている。厚生労働省の「社会保障の給付と負担の見通し(18年5月推計)」によれば、これらの数値目標を達成することを通じて、2025年における医療給付費は、改革実施前で56兆円程度と見込まれていたところが、改革実施後には48兆円程度の規模に留まるものと推計されている。栄畑(2007 p. 54)によれば、このように8兆円程度の医療費が減少する内訳として、図3の通り、中長期的対策としての生活習慣病対策により2兆円程度、また平均在院日数の短縮により4兆円程度の効率化がそれぞれ見込まれており、さらに短期的対策としての患者負担引上げや18年度診療報酬の改定による効果も見込まれている。3(1)で後述するように、これらの医療費適正化効果をめぐっては各方面で様々な議論が見られるところであるが、ここでは医療制度改革に際して、当時見込まれていた医療給付費の全体的な見通しとして確認しておきたい。

他方、各都道府県が策定する医療費適正化計画には「住民の健康の保持の推進に関する目標」として、特定健康診査や特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率に関する数値目標が掲げられる。また「医療の効率的な提供の推進に関する目標」として、療養病床の病床数、平均在院日数に関する数値目標が掲げられるとともに、「医療費適正化の取組の実施の有無を比較した医療費の見通し」を盛り込むことが求められている⁵。そして前述の通り、22年度には実施状況評価が行われ、第1期都道府

⁵ 各都道府県においては、医療費の現状及び5年後の推計値を算出するとともに、医療費適正化計画に掲げられた目標を達成した場合に予想される5年後の医療費の見通しを算出することが求められる。