

## 「医療における地域差を考える」

—地域差の現状と地域医療の確保—

### コメント

国立社会保障・人口問題研究所

泉田信行

## 1. インセンティブの「かけ方」が重要

ex.)健康水準と医療費

…相関はほぼ無い。

→どう読むべきか？

- 医療費をたくさん使っても意味がない？
- (罹病率が高いので)医療費をたくさん使うことによつて他の地域と同じ健康水準になっている？

→より良い状態に改善していくためには、インセンティブのかけ方が全く異なる

…少ない地域の医療費を増やすのか、多い地域の医療費を減らすのか

## 2.何を目的としたインセンティブ？

- 医療(や関連する介護・福祉)は地域性が大きいとされるが、到達しようとする目標にも(大きな)地域性を認めてよい？

…国全体としての制度体系重視？

…地方分権的な目標管理・達成重視？

→上の2点はトレードオフがある

## 3.インセンティブのかけ方

- 「ゲーム理論」という分野で議論されている内容

…合理的に行動する主体に「社会的な目的」を達成するスキームに参加してもらう状況を考える

- Incentive Compatibility

…誘因整合性(目的を達成するよう行動することが好ましい)

- Individual Rationality

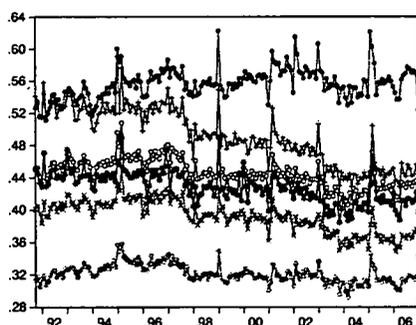
…参加制約(枠組みに参加する方が好ましい)

## 4.誰のインセンティブを考える？

- 医療保険の参加者(国民・保険者・医療提供者)の全てがインセンティブを持つ必要がある。
- 特に重要なのは医療提供者
- ただし、医療提供者のうち、医療機関とそこで働く医療従事者は行動目的もインセンティブのかかり方も違うことを認識する必要がある。
- 地域医療の構築・運営という面から見ると、医療機関・医療従事者は現状で、「参加制約」を満たしている？

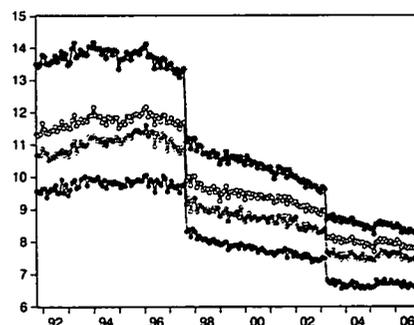
### 事例) 政府管掌健康保険被保険者 都道府県別医療費指標

左図: 一人当たり入院外レセプト件数(件)



CONTACT0\_SA CONTACT12\_SA  
CONTACT13\_SA CONTACT20\_SA  
CONTACT27\_SA CONTACT39\_SA

右図: 入院外一件あたり給付費(千円)



PER\_COST0\_SA PER\_COST5\_SA  
PER\_COST20\_SA PER\_COST27\_SA

※97年9月及び03年4月の本人自己負担率引き上げは、都道府県の区別無く影響を与えているが、その効果は異なる。(都道府県別の差は現存)

## 事例の続き

- 政府管掌健康保険の被保険者の場合  
→指標の絶対的な水準の違いのみならず、政策に対する反応の違いも。
- 制度としては全国一律に自己負担率の引き上げ
- 地域ごとに政策に対する反応の差が出るひとつの理由は、インセンティブ構造の違いを反映(インセンティブの地域差?)
- インセンティブに地域差がある場合は、全国一律の施策では地域差は解消できない(却って困難をもたらす可能性)

※この2ページの内容は厚生労働科学研究費補助金「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」による進行中の研究成果の一部による。

## 5.地域差を解消すると考えるならば

- 現状の医療費水準をどのように評価するか  
→地域のニーズがどの程度満たされているか
- 地域のニーズを満たす効率性の高い施策は何か(そのニーズを満たすことは制度の枠組みで可能?)
- 一国全体の制度体系で対応?地域ごとの施策で対応?それとも制度の枠内で地域ごとの独自報酬?
- ひとつを選択(重視)するならば、他をあきらめる(相対的に優先度が低下)せざるを得ないことを、(特に)国民が認識し、納得することが重要

自立支援センターふるさとの会 シンポジウム 2007

～ホームレス自立支援の新たな課題～

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える

日時 2007年10月8日(月・体育の日)13時半

会場 すみだ生涯学習センター ユートピア

主催 特定非営利活動法人 自立支援センターふるさとの会

協賛 ホームレス支援全国ネットワーク

後援 東京都社会福祉協議会医療部会／特定非営利活動法人 友愛会

# 目 次

- ・ 式 次 第

- ・ 講演者およびパネリスト プロフィール

- ・ 基調講演資料

『療養病床の再編成と地域ケア体制の整備』

厚生労働省地域ケア・療養病床転換推進室室長 矢田 真司 氏

- ・ 報告資料

実践報告『ふるさとの会の取り組み

～自立援助ホームふるさとホテル三晃および東駒形荘における実践』

特定非営利活動法人 自立支援センターふるさとの会

調査報告『自立援助ホームにおけるコストスタディ』

国立社会保障・人口問題研究所 客員研究員 稲田 七海 氏

- ・ 参考資料

その1『ふるさとの会利用者の特徴～訪問診療からみえるもの』

竜泉協立診療所 所長 相原 力 氏

その2『台東区、墨田区で精神科医療を担当する立場から』

川崎メンタルクリニック 飯田 茂 氏

その3『NPOによる自立支援居住福祉のあり方について』

季刊シェルタレス No.32 より抜粋

特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会 滝脇 憲

その4『東駒形荘～鬼怒川温泉旅行同行取材～』

ふるさとの会メールマガジン 07年5月号より抜粋

## 自立援助ホームホテル三晃におけるコストスタディ

国立社会保障・人口問題研究所  
客員研究員  
稲田 七海

## 本報告の構成

- ①調査概要
- ②ホテル三晃利用者の属性
- ③ホテル三晃利用者の健康状態
- ④ケア業務のコストスタディ

## 調査目的

- ・ 調査目的  
自立援助ホームの利用者の実態把握および、ケアコストの測定
- ・ 調査主体  
平成19年度厚生労働科学研究費補助金政策推進研究「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」班  
主任研究者 泉田信行(国立社会保障・人口問題研究所)  
研究協力者 稲田七海 鈴木亘

## 調査の内容と方法

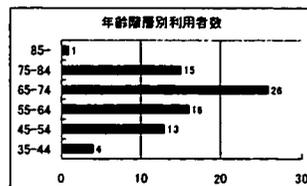
- ・ コストスタディ調査  
ホテル三晃における利用者実態調査と職員のタイムスタディ調査から把握
  - ・ 利用者実態調査  
→三晃より利用者データの提供を受ける
  - ・ ケア労働の把握  
→タイムスタディ調査を実施し、職員のケア業務量を測定

## 調査期間と調査対象者

- ・ 調査期間  
2007年9月5日～2007年9月27日
- ・ 調査対象者  
ホテル三晃利用者 75名  
ホテル三晃職員 18名  
→正職員、ケア付就労、日勤ヘルパー(介護保険サービス外)

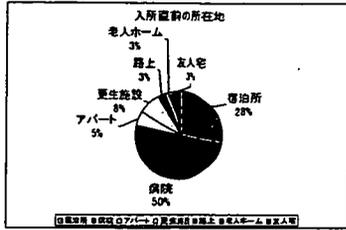
## 年齢構成(図1)

- ・ 入所者数75名  
(9月現在)
- ・ 男性のみ
- ・ 平均年齢 64.4才

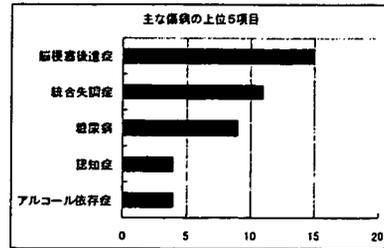


利用者の入所直前の所在地(図2)

- 直前の所在地は、病院が50%、宿泊所が28%
- 更生施設や老人ホームからの入所も見られる
- 路上からの入所は3%にとどまる
- 東京都下幅広い市区から利用



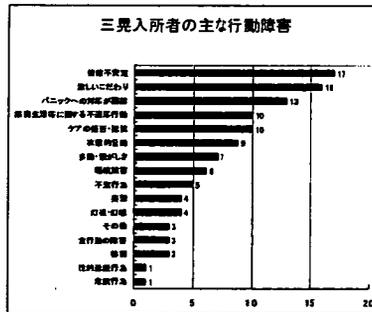
主な傷病(上位5項目)(図3)



- 病名は42種類
- 循環器系および精神神経系の病気と糖尿病が多い

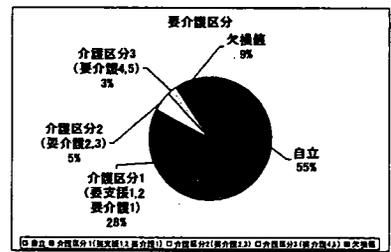
行動障害(図4)

- 精神疾患に起因する行動障害が多い



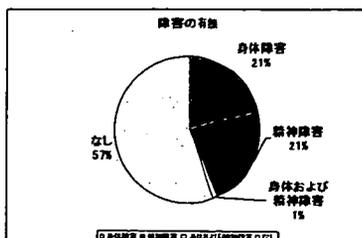
要介護度(図5)

- 要介護認定者が50%
- 軽度の介護を要する層が30%近くを占める
- 要介護の高い層は3%程度



障害の有無(図6)

- 障害を持つ層は40%程度
- 身体障害と精神障害は各20%程度



主傷病と要介護度・障害とのクロス分析(表1-1,2,3)

	精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他	合計
身体障害	2	1	0	2	2	7
精神障害	2	2	0	7	7	18
筋骨系	1	2	0	1	1	5
糖尿病	0	2	0	0	3	5
その他	2	2	1	2	8	15

- 複数の傷病を抱えている

- 自立であっても何らかの疾病を抱えている

	精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他	合計
自立	14	9	6	6	6	41
介護区分1	6	10	4	3	1	24
介護区分2	2	2	1	0	0	5
介護区分3	0	2	0	0	0	2

- 障害と傷病を複合的に抱えている

	精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他	合計
身体障害	2	8	7	0	2	19
精神障害	13	3	1	2	3	22

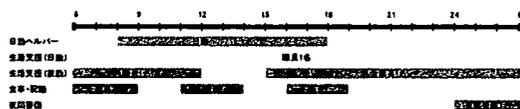
### 利用者の実態

- 平均年齢は64才、男性のみ
- 利用者の50%が病院を經由して入所
- 幅広い市区から入所
- 主傷病は、循環器系、精神神経系、糖尿病などの病気に集中
- 軽度の介護を必要とする層が多い
- 介護を必要としない層も、精神・身体の疾病を複合的に抱えている

### ホテル三晃の概要

- ホテル三晃の利用料  
1人1カ月の家賃 69800円(住宅扶助)  
家政共益費 70000円(食費等)
- 三晃の1カ月の収入  
139800円×75名  
(2007年9月現在)

### 三晃職員の勤務体制



正職員(日勤)	8時間15分	1名
正職員(夜勤)	16時間30分	1名
日勤ヘルパー	7時間15分	1名
ケア付き就労(日勤)	3時間	3名
ケア付き就労(夜勤)	2時間20分	1名

- 職員2名~7名が常駐してケア業務を行う

### タイムスタディ調査とは？

職員が、誰(入所者)に何(ケア内容)を、どれだけ(時間)提供したかを測る調査

→診療報酬・介護報酬等の設定の際に行われる。

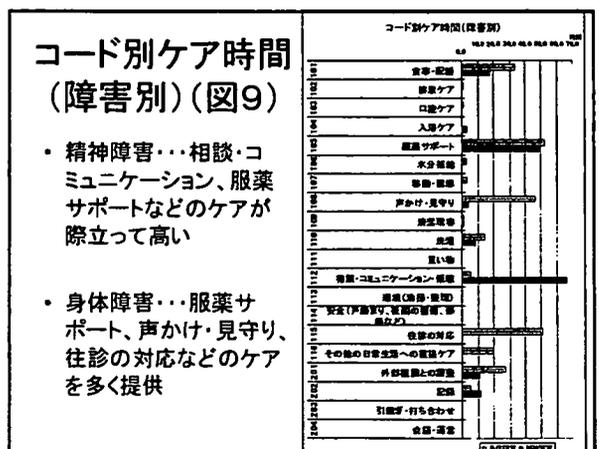
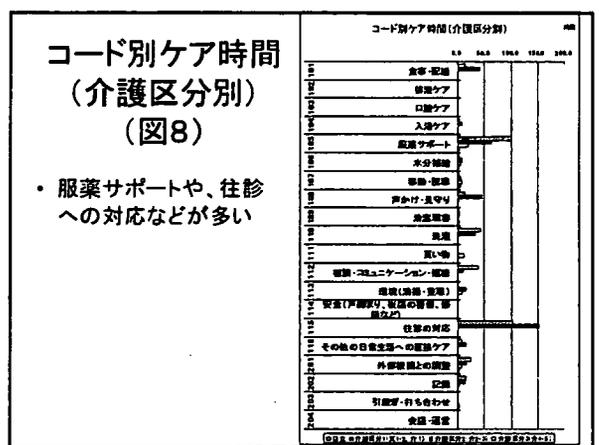
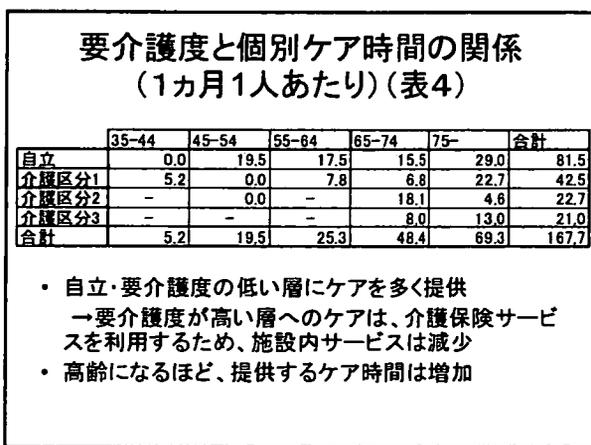
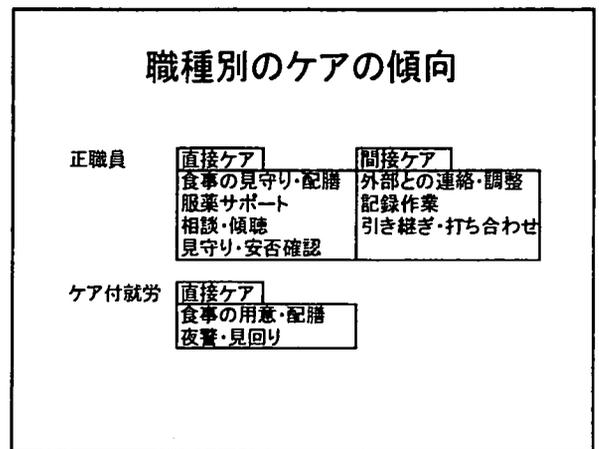
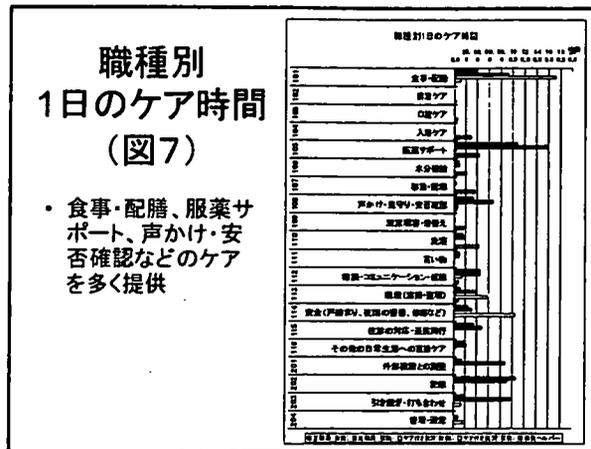
### 三晃におけるケア業務(表2)

職種	ケア時間		
	直接ケア	間接ケア	
正職員(日勤)	8.2	5.8	2.4
正職員(夜勤)	14.3	9.2	5.2
ケア付き就労(日勤)	3.4	3.3	0.1
ケア付き就労(夜勤)	3.4	3.3	0.1
日勤ヘルパー	3.6	3.6	0.0

「直接ケア」・・・利用者に行うケア  
「間接ケア」・・・利用者の主治医や介護事業所との連絡、ケース記録の記入、施設の管理運営などに関わる業務

### ケアコード一覧(表3) (三晃でのタイムスタディ調査から作成)

ケア内容	ケアコード
直接ケア	
食事・配膳	101
排泄ケア	102
口腔ケア	103
入浴ケア	104
服装サポート	105
水分補給	106
移動・誘導	107
声かけ・見守り・安全確認	108
清潔環境・着替え	109
洗濯	110
買い物	111
相談・コミュニケーション・傾聴	112
運搬(清掃・整理)	113
安全(戸締まり、夜間の警備、修繕など)	114
住居の対応・通院同行	115
その他の日常生活への直接ケア	116
間接ケア	
外部機関との連携	201
記録	202
引き継ぎ・打ち合わせ	203
管理・運営	204



### 1か月1人あたりのケアコスト

$$\begin{aligned} & \frac{\text{1か月の人件費 } 1,918,910\text{円}}{\text{職員の総勤務時間 } 1994 \text{ 時間}} = \text{時給 } 962 \text{ 円} \\ & \frac{\text{時給 } 962 \text{ 円} \times \text{総ケア時間 } 1646.8 \text{ 時間}}{\text{ケア提供人数 } 75\text{名}} \\ = & 21,130\text{円} \quad \text{1人1か月あたりのケアコスト} \\ & (\text{最小 } 15,488 \text{ 円} \sim \text{最大 } 95,975 \text{ 円}) \end{aligned}$$

### 利用者属性とケアコスト

- 1か月1人あたりの平均ケアコスト  
→ 21,130円(最小値は15,488円、最大値は95,975円)
- 軽度(予防給付サービス程度)のケアを必要とする層が大部分を占める  
→ 病院にも施設にも入院・入所困難な層
- 精神・身体の複合的な疾患をもつ層への多様なケアを実施  
→ 生活支援の重要性を示唆

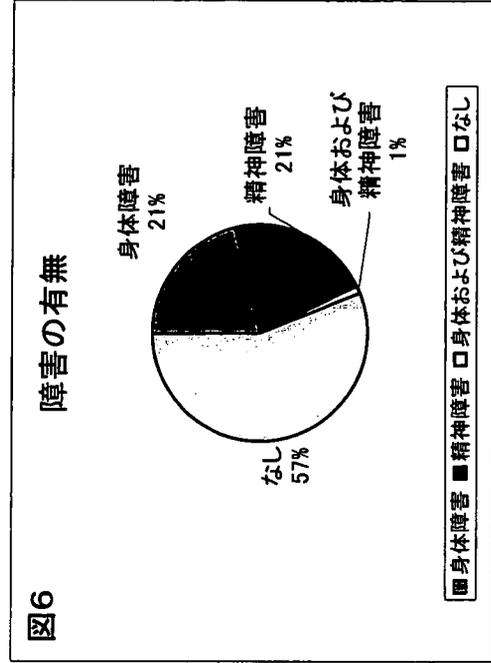
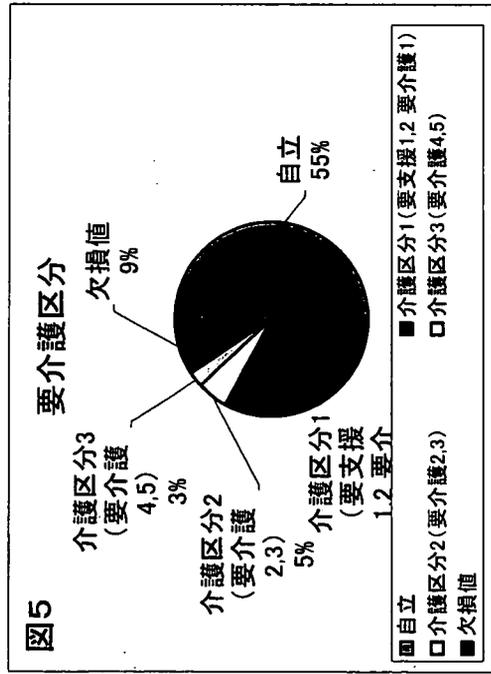
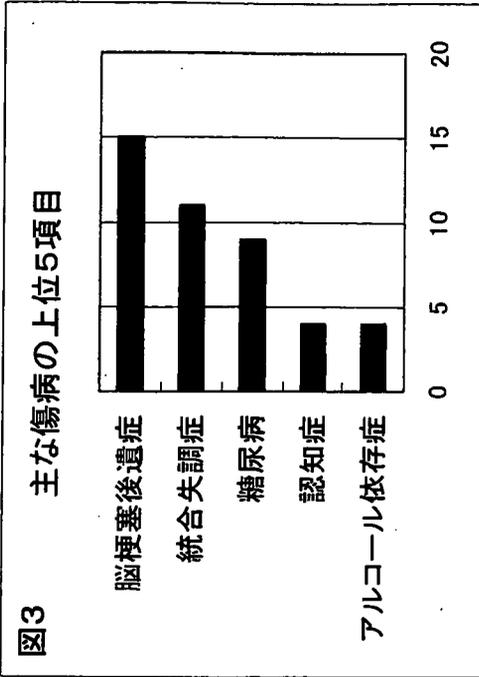
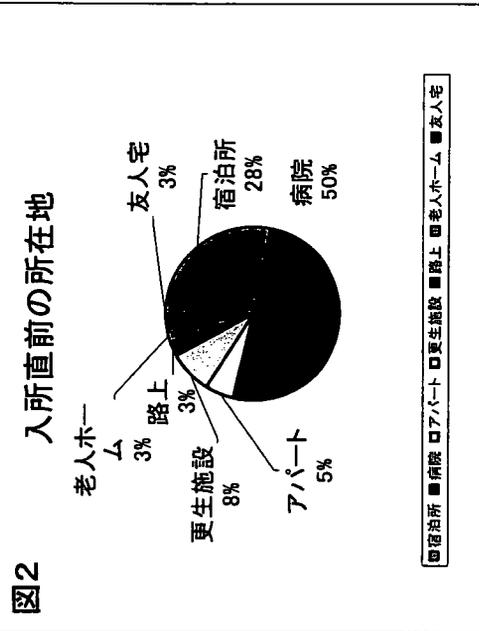
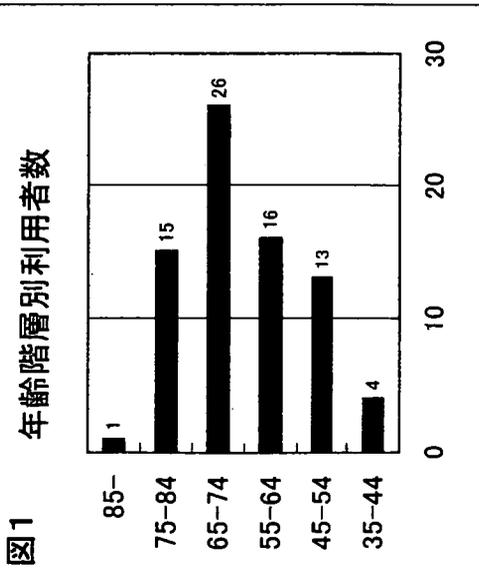


図4

三晃入所者の主な行動障害

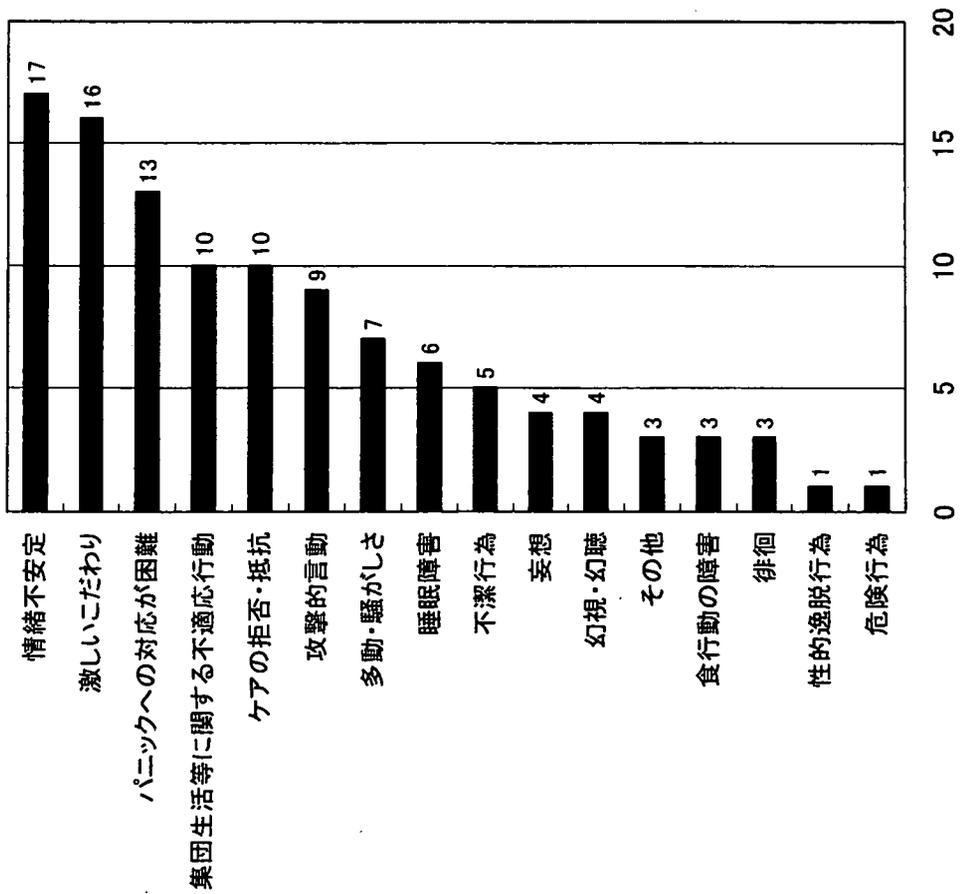
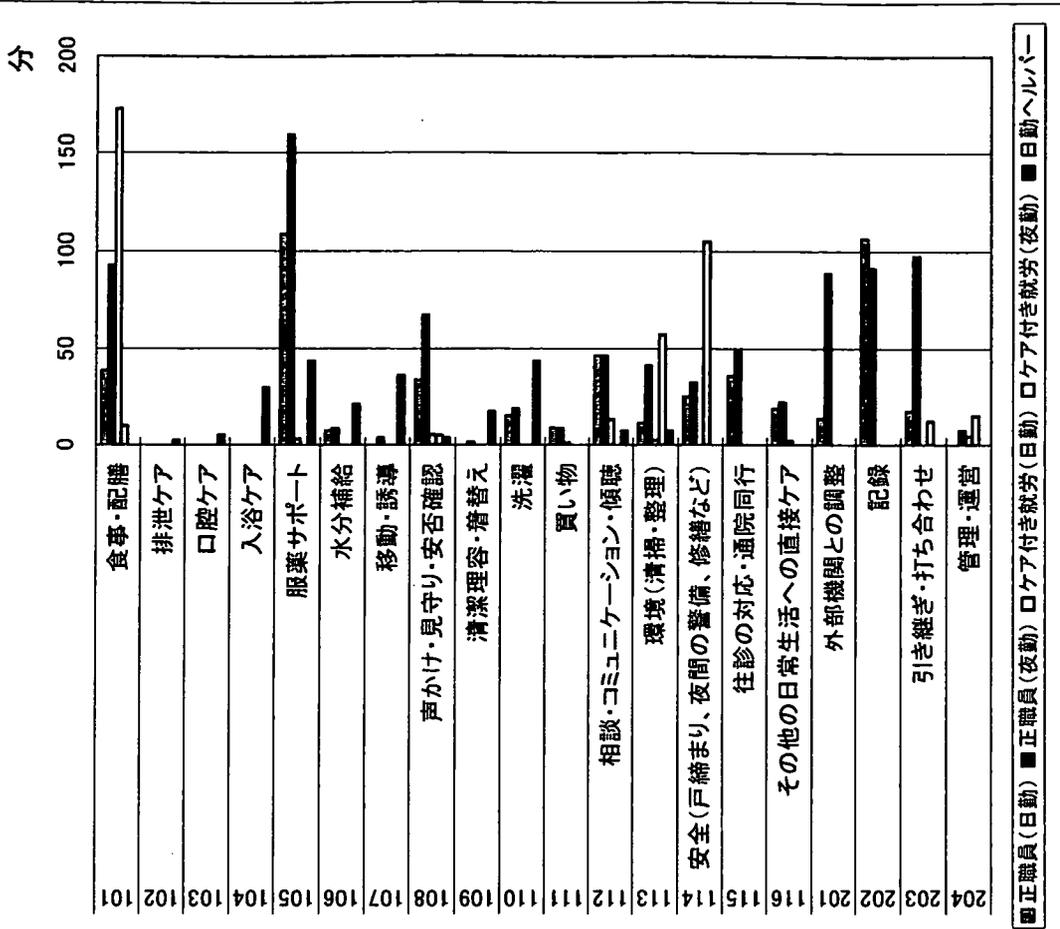


図7

職種別1日のケア時間



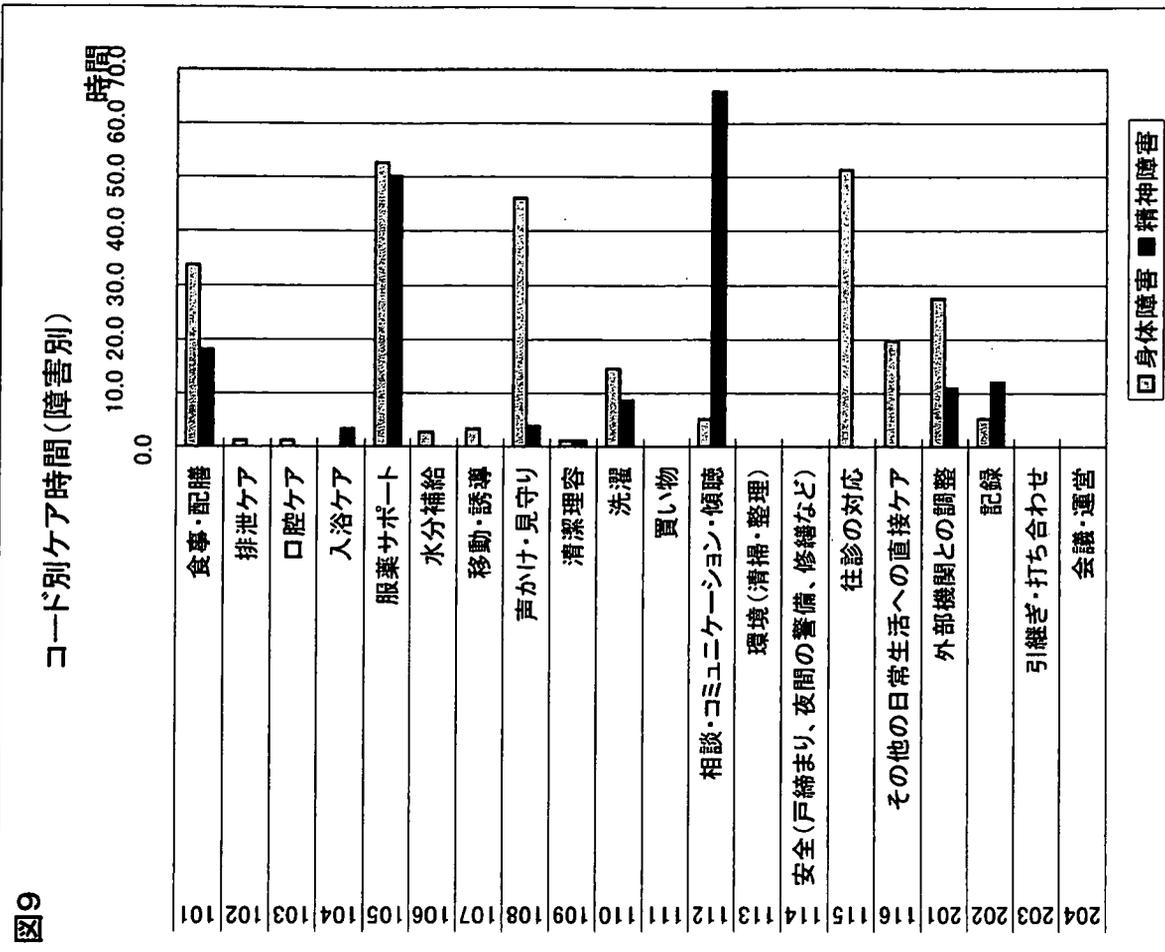
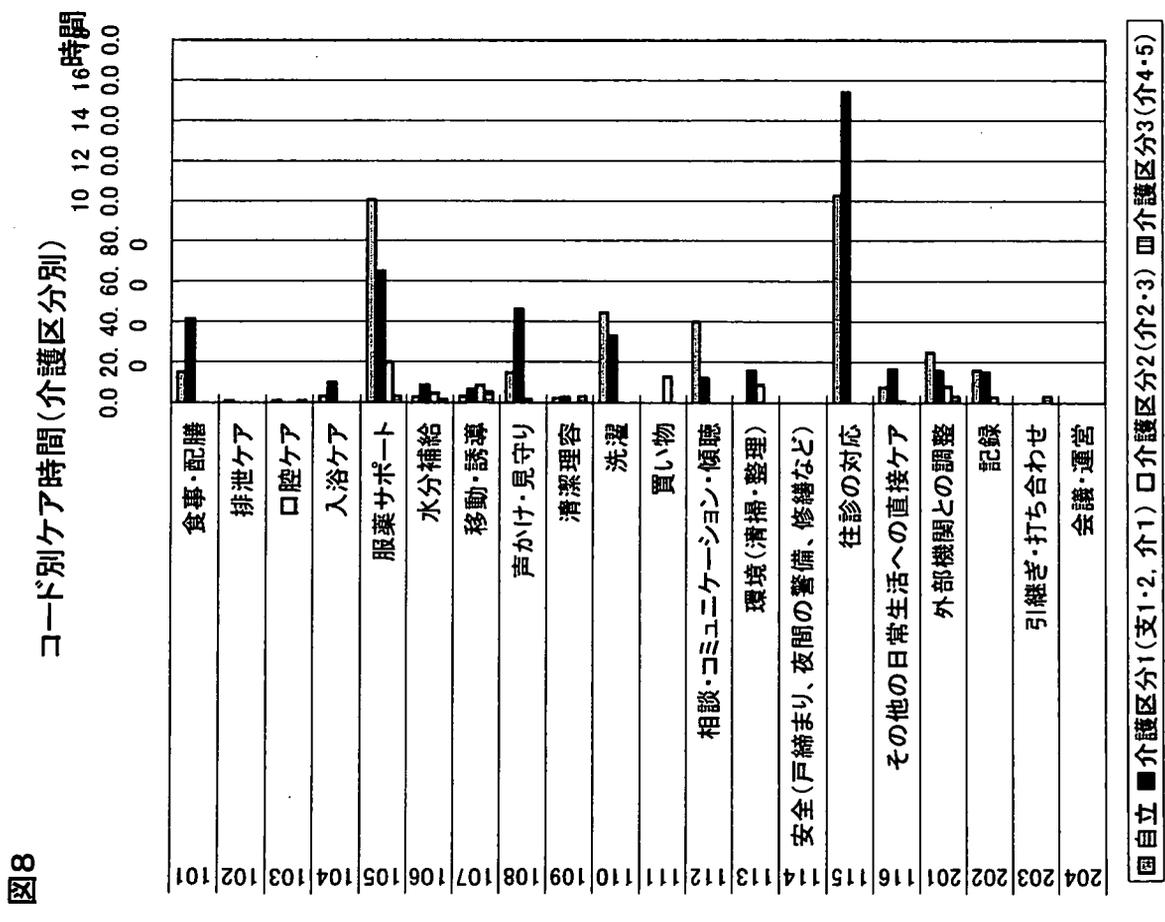


表1-1

精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他	合計
精神疾患	2	1	0	2	24
循環器系	2	2	2	2	25
筋骨系	1	2	0	1	13
糖尿病	0	2	0	3	9
その他	2	2	1	3	16

表1-2

精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他
自立	14	9	6	14
介護区分1	6	10	4	3
介護区分2	2	2	1	0
介護区分3	0	2	0	0

表4

	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	合計
自立	0.0	19.5	17.5	15.5	29.0	81.5
介護区分1	5.2	0.0	7.8	6.8	22.7	42.5
介護区分2	-	0.0	-	18.1	4.6	22.7
介護区分3	-	-	-	8.0	13.0	21.0
合計	5.2	19.5	25.3	48.4	69.3	167.7

表5-1

	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	合計
自立	-	12.4	5.8	-	4.1	22.2
介護区分1	-	-	0.0	43.6	75.1	118.7
介護区分2	-	-	-	-	-	-
介護区分3	-	-	-	-	-	-
合計	0	12.4	5.8	43.6	79.1	140.9

表5-2

	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	合計
自立	0.0	9.6	14.2	4.2	-	28.0
介護区分1	5.2	-	-	-	-	5.2
介護区分2	-	-	-	-	-	0.0
介護区分3	-	-	-	-	-	0.0
合計	5.2	9.6	14.2	4.2	0.0	33.2

表2

職種	ケア時間	
	直接ケア	間接ケア
正職員(日勤)	8.2	5.8
正職員(夜勤)	14.3	9.2
ケア付き就労(日勤)	3.4	3.3
ケア付き就労(夜勤)	3.4	3.3
日勤ヘルパー	3.6	3.6

表1-3  
身体障害  
精神障害

精神疾患	循環器系	筋骨系	糖尿病	その他
2	8	7	0	2
13	3	1	2	3

表3

直接ケア	ケア内容	ケアコード
	食事・配膳	101
	排泄ケア	102
	口腔ケア	103
	入浴ケア	104
	服薬サポート	105
	水分補給	106
	移動・誘導	107
	声かけ・見守り・安否確認	108
	清潔整容・着替え	109
	洗濯	110
	買い物	111
	相談・コミュニケーション・傾聴	112
	環境(清掃・整理)	113
	安全(戸締まり、夜間の警備、修繕など)	114
	往診の対応・通院同行	115
	その他の日常生活への直接ケア	116
間接ケア	外部機関との調整	201
	記録	202
	引き継ぎ・打ち合わせ	203
	管理・運営	204

# 「医療における地域差を考える」

— 地域差の現状と地域医療の確保 —

## コメント

国立社会保障・人口問題研究所

泉田信行

# 1. インセンティブの「かけ方」が重要

ex.)健康水準と医療費

…相関はほぼ無い。

→どう読むべきか？

- 医療費をたくさん使っても意味がない？
- (罹病率が高いので)医療費をたくさん使うことによつて他の地域と同じ健康水準になっている？

→より良い状態に改善していくためには、インセンティブのかけ方が全く異なる

…少ない地域の医療費を増やすのか、多い地域の医療費を減らすのか

## 2.何を目的としたインセンティブ？

- 医療（や関連する介護・福祉）は地域性が大きいとされるが、到達しようとする目標にも（大きな）地域性を認めてよい？

…国全体としての制度体系重視？

…地方分権的な目標管理・達成重視？

→上の2点はトレードオフがある

### 3. インセンティブのかけ方

- 「ゲーム理論」という分野で議論されている内容
  - …合理的に行動する主体に「社会的な目的」を達成するスキームに参加してもらおう状況を考える
- Incentive Compatibility
  - …誘因整合性(目的を達成するよう行動することが好ましい)
- Individual Rationality
  - …参加制約(枠組みに参加する方が好ましい)

## 4. 誰のインセンティブを考える？

- 医療保険の参加者（国民・保険者・医療提供者・医療提供者）の全てがインセンティブを持つ必要がある。
- 特に重要なのは医療提供者
- ただし、医療提供者のうち、医療機関とそこで働く医療従事者は行動目的もインセンティブのかけり方も違うことを認識する必要がある。
- 地域医療の構築・運営という面から見ると、医療機関・医療従事者は現状で、「参加制約」を満たしている？