

200801024A

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20年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 泉田信行

平成21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20年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 泉田信行

平成21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

総括研究報告書 「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）

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）

分担研究報告 「医療・介護の制約条件と効率化をめぐる3つの課題」

島崎 謙治（政策研究大学院大学）

分担研究報告 「一般病床退院患者に対するリハビリスタッフの継続関与・連帯の実態
～病院構造による違いを中心に～」

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告 「民間事業者が供給する居住系サービス施設の立地と施設特性の関係
—全国ならびに東京大都市圏における有料老人ホームの分析から—」

宮澤 仁（お茶の水女子大学）

分担研究報告 「介護保険法改正のサービス分担者会議への影響—神奈川県と尾道市の比較
調査—」

田城 孝雄（順天堂大学医学部公衆衛生学講座准教授）

高橋 隆（茨城県立医療大学保健医療学部；研究協力者）

瀬戸 恒彦（かながわ福祉サービス振興会；研究協力者）

大槻 紘美（かながわ福祉サービス振興会；研究協力者）

田中 滋 (慶應義塾大学大学院経営管理研究科; 研究協力者)

分担研究報告 「第1期医療費適正化計画」と特定健康診査等の実施目標のあり方等について」
東 修司 (国立社会保障・人口問題研究所企画部長)

分担研究報告 「入院医療費に見る医療施設間機能分化の現状～北海道北部地域における知見から～」
橋本英樹 (東京大学大学院医学系研究科)

分担研究報告 「医療資源の偏在が北海道中頓別町における患者の受診行動と医療費に与える影響について～過去5年間における国民健康保険レセプトデータに基づく実証分析～」
野口晴子 (国立社会保障・人口問題研究所・社会保障基礎理論研究部)

分担研究報告 「高齢期の医療・介護サービス利用行動に関する考察
—北海道中頓別町国民健康保険・介護保険個票を用いた分析—」
菊池 潤 (国立社会保障・人口問題研究所企画部)

分担研究報告 「長崎市の斜面市街地における高齢者の生活選択と医療・福祉資源との関係」
宮澤 仁 (お茶の水女子大学)
新沼星織 (お茶の水女子大学; 研究協力者)

分担研究報告 「就業構造基本を用いた医師・看護師の就業行動に関する分析」
泉田 信行 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部室長)

II 関連論文

1. 医療・介護の制約条件と効率化をめぐる3つの課題
島崎謙治 (政策研究大学院大学)
2. 一般病床退院患者に対するリハビリスタッフの継続関与・連携の実態
～病院構成による違いを中心に～
川越雅弘 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障
応用分析研究部室長)

3. 第1期医療費適正化計画」と特定健康診査等の実施目標のあり方等について
東 修司（国立社会保障・人口問題研究所企画部長）
4. 医療資源の偏在が北海道中頓別町における患者の受診行動と医療費に与える影響について
～過去5年間における国民健康保険レセプトデータに基づく実証分析～
野口 晴子（国立社会保障・人口問題研究所・社会保障基礎理論研究部室長）
5. 高齢期の医療・介護サービス利用行動に関する考察
一北海道中頓別町国民健康保険・介護保険個票を用いた分析一
菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所企画部
研究員）
6. 高齢者専用賃貸住宅の問題性 - 神奈川県を事例として
西 律子（お茶の水女子大学大学院・研究員）
7. 介護労働者の就業行動『平成14年就業構造基本調査』に基づく実証分析
山田篤裕（慶応義塾大学経済学部）
石井加代子（(財)医療経済研究機構）
泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所社会
保障応用分析研究部室長）
8. 就業構造基本を用いた医師・看護師の就業行動に関する分析
山田篤裕（慶応義塾大学経済学部）
石井加代子（(財)医療経済研究機構）
泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所社会
保障応用分析研究部室長）

Ⅲ 報告資料等

1. 日本財政学会 第65回大会報告要旨
2. 公立病院改革ガイドラインに関する一検討
住友 和弘・石井 吉春・泉田 信行・長谷部 直幸
3. 中頓別町国民健康保険・介護保険データ等分析結果

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

研究代表者 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。

研究成果としては、制度の持続可能性を供給側から支える人的資源の確保については、従事者パネルデータの構築が長期的には必要であると考えられた。また、医療機関・介護事業者などの連携においては、情報の流れ方が重要であると考えられた。また、連携については、地域ごとに異なる形態で行われているが、それがどのような強みや弱みを持つのかを明らかにする必要があると考えられた。

効率的な制度運営のためには、中央であれ、地方であれ、情報を如何に効率的に把握して計画立案・運営に活かすことが可能となるかが PDCA サイクルに立脚した施策を行う際の重要な点である。個別の制度に関する情報のみならず、関連する制度全ての情報が適切に把握される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

1. 医療福祉従事者の就業構造分析について

全国を代表する大規模データ、総務省『就業構造基本調査（平成14年）』の個票データを用いて、医療福祉セクターにおける従事者について、

1) 介護職について、離転職や賃金決定要因などについて、他職種との比較なども行い、介護労働者の実態把握を試みた。より具体的には、①高い離転職は介護労働者に特有の問題か（ほかの産業・職種と比較して異なるのか）、②離転職は介護職内で行われているのか（介護職から他の職種に転職する割合はどれほど高いのか）、③離転職はどのような要因によるものか（賃金と他の要因とどちらが強いのか）、の3つの課題について

2) 看護師について、潜在看護師の推計を行い、潜在化した後の就業構造や潜在化する要因について

3) 女性医師について、他の女性就業者や男性医師との比較によって就業構造の特徴について

それぞれ分析を行った。以下に分析結果を述べるが、もちろん、2002年度のデータによるものであり、介護職については介護保険施行直後の特異な状況について、看護師・医師については7対1看護や何度かの診療報酬改定の以前の状況について分析していることに

なる。それゆえ、より最近のデータによりさらに確認すべきことは多く、本研究の結果解釈には一定の留保が必要である。

1)介護職については

第一の課題については、介護職の離職率が高いというのは、非正規（施設系+訪問系）と正規の訪問系の介護労働者にあてはまるが、正規の施設系については（少なくとも2002年時点では）あてはまらないこと、また産業計との比較においても施設系では正規・非正規ともいずれの期間の入職者でも離職率は同程度あるいは低くなっていること、訪問系でも正規・非正規とも2000年および2001年入職者の離職率は産業計より低くなっていること、などが明らかにされた。

第二の課題については、介護労働者では、施設系・訪問系のいずれにおいても、前職が現職と同じ職業である割合が1割前後と、他の医療・福祉労働者と比較すれば低いこと、および他業種からの転職が多く、特に、卸売・小売業や製造業などからの転職割合も高いこと、女性の施設系介護労働者で介護職以外の他職種に転職するのは経験年数の浅い若年の非正規雇用者であること、などが明らかにされた。

第三の課題については、離職理由として男性では収入や労働条件の悪さを、女性では結婚や育児を挙げている割合が高いこと、男女とも、施設系では介護労働者の経済的自立度は入職時期が現在に近くなるほど平均的には

落ちていること、女性・施設系ではどの年齢階級で他の世帯員を扶養するまでには至らない収入にとどまっていること、男性・施設系では30代でも他の世帯員を十分に扶養可能な収入水準でないこと（男性40代のみ可能）、さらに男性・施設介護労働者の場合、転職により他職種に移っても賃金面でさほど不利を蒙らないこと、などが明らかにされた。

2)看護職について

看護職を離職して他職に変わるか、無職化するという意味での「潜在化」は30-34歳がピークであること。潜在看護師のうちの無職者は75%であるが、25-34歳が若年層でのピークであること。学歴と潜在看護師化の間には一般的には関係は見られないが、大卒看護師は転職が潜在化の理由の可能性があること。結婚は潜在化・無職化のきっかけだが、無職化は子ども数の増加や看護師自身の年齢の高まりとともに部分的に解消されること。などが看護師の潜在化について観察された。

さらに、看護師と潜在看護師の所得水準について、看護師の個人所得は300-399万円が最も多いこと。配偶者の所得が400万円から高くなると潜在化が進む傾向が見られること。潜在看護師の個人所得は50~99万円が最も多いこと。が観察された。

労働状態については、就業している潜在看護師の労働時間は看護師よりやや短めであること。配偶者の有無に関わらず、潜在看護師の常用雇用率は低いこと。看護師・潜在看護

師ともに、配偶者がいる場合は常用雇用率が低いこと。という結果が得られている。

3)女性医師について

働き方について次の結果を得た。既婚女性医師は短時間勤務の比率が相対的に高いこと。既婚医師は診療所勤務、未婚医師は官公庁(大学病院等含む)勤務が多いこと。既婚女性を除けば、労働時間は週60時間以上が医師の多数派であること。女性医師は既婚化で労働時間が変容するが、男性医師はそのような傾向が見られないこと。

配偶者について次の結果を得た。女性医師の配偶者は有業比率が相対的に低い。男性医師の配偶者は家族従業者、パートの比率が高い。女性医師の配偶者の労働時間は週60時間以上が多数派であること。さらに、女性医師の配偶者の年収は800万円以上が多数派であり、他の女性就業者の配偶者は300~399万円にピークがあることなどが明らかにされた。

2.サービス提供者の立地選択とサービス確保・利用について

2-1)有料老人ホームについて

有料老人ホーム事業者の施設立地選択について、地理学の観点から分析を行った。介護保険の開始に伴い、有料老人ホームは大都市圏を中心に大量供給され、なかでも東京大都市圏には全国定員の約4割が集中している。また、その内部では、既成市街地に有料老人ホームが立地する傾向に加えて、立地密度な

らびに入居費用には大きな地域差がみられる。特別養護老人ホーム等の公的な介護施設とはやや異なるため、利潤動機による立地が背景にあることが推測される。しかしながら、定員供給は生活困窮高齢者の福祉ニーズとは無関係であり、富裕高齢者の高齢者向け住宅需要との関係も必ずしも強いものではないことが明らかになった。他方、従前の土地・建物用途に注目したところ、遊休施設等からコンバージョンされた施設が多数確認された。特に有料老人ホームが高密度で立地する地域に多く、その大半はリストラの一環として企業が閉鎖した社員寮を用途転換したものであった。こうしたコンバージョン物件の地域的多寡が、東京大都市圏における有料老人ホームの供給動向を左右したと考えられた。

2-2)医療施設利用について

北海道中頓別町における国民健康保険レセプトデータを用いて、中頓別を中心とした広域地域における医療資源の偏在が患者の受診行動と医療費に与える効果を定量的に検証した。それにより次の結果を得た。(1)中頓別町の国保患者の受診行動は、入院・入院外ともに、病床数や検査・治療・手術等の医療資源に有意に依存していること、(2)患者属性では、入院・入院外ともに、診療日からの日数が90日を越えている慢性的な病態の場合に、医療距離が短い傾向にある、(3)第2次医療圏の実効性を視覚的に検証した結果、中頓別町を含

む宗谷医療圏が中頓別町以北に設置されているのに対して、患者の受診行動は同一医療圏内よりもむしろ、中頓別町から南側に隣接する上川支庁、とりわけ、名寄市や士別市を含む上川北部へ広がっていること、(4)操作変数法による二段階 GMM 推定の結果、入院では患者の移動距離が 1km 広がると 132 点、入院外では 7 点医療費が増加すること、したがって、(5)推定結果に基づく単純なシミュレーションは、仮に中頓別町内に医療施設が無かった場合、患者の移動距離は、入院で 56km から 109km、入院外で 21km から 61km まで広がり、それぞれ患者 1 人当たり 1 ヶ月間の医療費が約 33 万円から 40 万円と 2.1 万円から 2.4 万円上がり、結果、中頓別町全体では年間で入院医療費が約 1.3 億円から 1.6 億円、入院外医療費が約 1.3 億円から 1.5 億円まで増加するという結果を得た。

2-3)医療・介護サービスの利用について

北海道中頓別町の医療・介護個票データを用いて、医療・介護サービスの代替性、特に介護ニーズに対する医療資源投入の実態について検討を行った。第 1 に、要介護認定者と非認定者の入院サービスの受療行動を比較した結果、認定者の入院確率、利用者 1 人当たり入院日数は非認定者のそれを上回り、逆に、認定者の 1 日当たり医療費は非認定者を下回ることが示された。1 日当たり医療費に関しては、診療日数を制御した上でも同様の傾向

が観察されることから、認定者に対して診療密度の低い医療サービス提供が行われている可能性を示唆する結果が得られた。第 2 に、2005 年 10 月の介護保険制度改革が認定者の入院確率に与える影響について検討した結果、本研究の推計結果からは、同効果を支持する結果は得られなかった。その背景には、既に施設に入所している高齢者がその権利を放棄して医療施設へ移動することは現実的には考えにくいこと、あるいは、入院サービスに対する評価が施設待機者では低いことから、同改正が待機者の行動を変化させるにはいたらなかったこと、などの可能性が考えられる。第 3 に、施設入所の実績の有無が、在院日数に関して有意な影響を与えており、入所実績のある個人は在院日数が短く、入所実績が無い個人は在院日数が長くなる傾向が観察された。入所実績が無い個人の場合、退院後の介護施設が確保されていないために、在院日数が長期化している可能性があり、介護ニーズに対する医療資源の投入を示唆する結果が得られた。

2-4)市街地における医療・福祉資源の利用

地域の医療・介護資源と高齢期の生活選択との関係について明らかにするとともに、施設ケアの選択要因ならびに在宅ケアに対するニーズを把握することを目的とする。長崎市の斜面市街地の一面に位置する T 地区を調査地区に選定し、地区の中でも条件の不利な箇

所に居住する高齢者 17 世帯 24 名の自宅を訪問して、その基本属性と受療行動、在宅ケアのニーズ、今後の定住意向に関する内容のインタビュー調査を実施した。その結果、以下のことが明らかになった。

T 地区では親世代と子世代の別居傾向がみられ、別居子に関する在宅生活に対するサポート資源としての役割は低いことが明らかになった。また、独力で在宅生活が困難になった場合には、在宅ケアを受けながら現住家屋に住み続けるよりも、病院への入院を希望する高齢者が多かった。つまり、西日本において想定される、親族サポートの脆弱性が施設への入所を助長するという現象がこの地区においても確認された。

3 リハビリの連携について

兵庫県理学療法士会を通じて、退院後のリハスタッフの継続関与の実態把握を目的に、兵庫県下の病院（一般、回復期リハ、療養のいずれかを有する病院）を対象とした、『退院後のリハビリ専門職の継続関与に関する実態調査』を実施した（アンケート送付数：247、有効回答数：47（回収率 17.4%））。

主な結果は、①一般病床のみの病院に比べ、回復期リハ病床や療養病床を併せ持つ病院の方が、介護施設や在宅リハサービスを多く有していること ②平均在院日数は、「一般のみ」が最も短く（20.9 日）、「一般+回復期リハ」が最も長いこと（39.0 日）③逆に、病床

稼働率は、「一般+回復期リハ+療養」が最も高く（95.1%）、「一般のみ」が最も低いこと（74.8%） ④スタッフの配置をみると、回復期リハを有する病院では、全ての一般病床に 3 職種が配置されているが、「一般のみ」は PT のみ配置が約 4 割を占め、かつ半数には ST が配置されていないこと ⑤退院先をみると、「一般のみ」では、在宅退院が約 6 割に対し、「一般+回復期リハ」では、在宅退院は約 5 割で、約 3 割は「回復期リハ病床への転棟」であること ⑥退院先への情報提供は約 8 割は書面のみであること ⑦ケアマネは約半数の患者に対し、病院を訪問して情報を得ていることなどが明らかにされた。

4 プライマリ・ケアの果たすべき役割とその制度化の可能性の検討

プライマリ・ケアに期待される機能について理論的に検討を行った。プライマリ・ケアに期待される機能は、包括的なケア・マネジメントであり、医療費などの資源節約である。近年、医療資源節約のためには医師に対するインセンティブの導入する政策は避けられない方向ではあるが、その政策は医師・患者の信頼関係に直接介入となるので慎重を要する。

USA においては managed care が医師患者関係に不信を持ち込み、特に Gag 条項が患者の権利を侵害するとして政治問題化している。UK では準市場による改革が進められて

いるが、医師患者関係には影響を及ぼすには至っていない。しかし、改革の効果は必ずしも顕著ではなく、その原因は、政策が医療提供者に与えるインセンティブは必ずしも十分ではないことに加えて、関係者間の信頼が問題となっている可能性がある。

D. 考察

1. 医療福祉従事者の確保について

上述の分析結果が 2002 年度データによるものであるため、2007 年度データなどの追加的な検証が必要なことをふまえて、述べる。

そもそも介護職の離職率が一般に高いとされていることに対して否定的な結果が得られた。介護保険制度導入後に入職した正規・非正規職ともに 2000 年および 2001 年入職者の離職率は産業計より低くなっていた。例えば、一般に利用されている離職率の数値が年齢調整されていないものである場合、たまたま高齢の者の離職が多いと離職率が高く観察されることもあるかも知れない。また、介護保険制度導入により、高齢者介護の現場において、「措置から契約へ」という流れが強まることにより離職が促された可能性もあるかも知れない。いずれにせよ、この点は 2007 年データを分析することにより補強されねばならない。

離職理由を検討することは介護従事者確保策を考えるために重要なことである。男女とも、施設系介護労働者の経済的自立度が低いことが明らかにされたため、介護従事者の所

得水準を向上させることは従事者の定着について一定の効果を持ち得ると考えられる。ただし、介護職同士で婚姻している場合には、世帯員を扶養できる水準まで所得が増加した場合にはそれにより一方が離職する可能性もある。これは本人所得と配偶者所得が本人の就労選択に与える影響の帰結であり、極めて実証的な課題である。介護職同士で婚姻しているケースの多寡も含めて今後検討すべき課題である。

潜在看護師の推計を行っているが、データの制約により厚生労働省推計よりも小さい数値が算出されている（それゆえ結果の部分で述べていない）。他方、潜在化は結婚・出産を契機としていることがうかがわれた。このため、看護師の定着を考える場合には、一般的な女性の離職対策を実施することが必要であると考えられる。例えば、潜在看護師の多くが短時間、低所得（低賃金とまでは言えない）の職種で働いていることは、看護師の職場（長時間、高所得）よりも望ましい働き方となっていることを意味する。現状採用されている再就職支援事業などが質・量ともに十分であるかを検討する必要がある。さらには、そもそもの病院での看護職の働き方が労働環境として望ましいものか否かまで考える必要があるかも知れない。

他方、大卒以上の学歴の看護師については潜在化した後の無職率が低かった。これは他業種への転職を意味する。これは大卒以上の

資格を持つ者が比較的他業種に転職しやすいという面と、大卒以上の資格を持つ看護師が働き続けたいという魅力を医療福祉産業が持っていない可能性がある。前者については政策の対象外と考えるべきだが、後者については医療福祉部門での施策として考える余地がある点だと思われる。

女性医師については、結婚後に働き方を変える一方、男性医師は結婚後も働き方を変えないことが観察された。これが女性医師のライフコース構築にどのような影響をもたらすかを検討する必要があると考えられる。これは他の職業でも見られる点であり、医師特有の問題ではない。

他方、女性医師の配偶者の年収は 800 万円以上が多数派であり、他の女性就業者の配偶者は 300～399 万円にピークがある。ダグラス・有沢の第 1 法則からすれば、女性医師の就業率が低下することは自然なこととされるかも知れない。ただし、この点については離職者サンプルが十分でないため、実証的な検討余地が大きい。

2. サービス提供者の立地選択とサービス確保について

2-1) 有料老人ホームについて

有料老人ホーム事業には、①その供給量は、不動産取引の活性化という経済の動向の影響を受けやすいため非計画的にならざるを得ないこと、②公的な介護施設の開設が伸び悩む

なかで急拡大した有料老人ホームは、行き場のない高齢者の受け皿としてセーフティーネットの役割を因らざるも果たしているが、入居費用に大きな地域差が存在すること、という点が指摘される。

宮澤研究分担者はこの結果について問題点として捉えている。すなわち、後者の問題は社会階層により入居者が選別されるため、高齢者の生活選択を社会-地理的に制約する格差の要因となる、として危惧している。

他方、経済学的な観点からすれば、地理的に入居金が大きく異なることは、居住地を変更すれば有料老人ホームという居住地が得られるという点では高齢者に恩恵があるケースが存在することも意味する。入居金について規制をかけると採算の取れない地域では有料老人ホームの供給が停止することも考えられる。

この点について回答を考えるためには、1) 全国の残りの 6 割の有料老人ホームの特性の地理的分布について調査分析して実態を明らかにし、2) 民間サービスの供給が地理的に偏在する可能性を考慮した上で地域のサービス確保策をどのように考えるのか、3) 地域によらない公平な供給を確保するために規制を強化するのか否か、を理論・理念の面から検討する必要がある。

2-2)～2-4)について

サービス利用に対して供給が影響を与えて

いるという点については多くの先行研究が指摘しているところである。それゆえ、一事例にとどまることなく、複数の事例を比較検討することによって普遍化を怠ってはならないことは言うまでもない。医療機関利用と介護サービス利用については、1)両サービスとも僅少な地域、2)医療機関は潤沢であるが、介護サービスの僅少な地域、3)介護サービスは潤沢であるが医療機関が僅少な地域、などに分類して調査対象地域を設定する必要があるかも知れない。いずれにせよ、現在調査対象としている地域の全国平均での位置づけをふまえた考察をする必要がある。

患者受診行動について言えば、調査対象地域は公立病院と一般診療所が立地するのみの小人口地域である。公立病院については、2007年12月公表された改革ガイドラインにより見直しが進んでいる。改革ガイドラインが実効性を発揮するか否かは今年度末に明らかになるが、もしこれにより多くの公立病院が廃院という選択肢を取る場合、患者は平均的により長い時間を通院時間、待ち時間に費やすことになる。このような患者の受診にかかる機会費用の上昇が、受診行動や健康状態にどのような影響をもたらすかは明らかにされる必要がある。2-2)におけるシミュレーション結果は一旦受診することになれば平均的に医療費をより多く使う可能性があることを示唆していることになる。他方、受診率に対してどのような影響を与えるかは現時点では定か

ではない。それゆえ、保険財政という観点からは両者を併せたシミュレーションが今後必要になると考えられる。

医療サービスと介護サービスの関係を考える場合、両者の境界域についてはどちらの施設がサービスを提供するのか曖昧な点がある。曖昧であることは非効率性が存在することを意味すると思われるが、需要が逼迫した際などは弾力的にサービスが供給されることを意味する。それゆえ、1)サービス供給が潤沢に確保できる地域においては、両者の役割分担が明確化されることと考えられること、2)一方の制度において制度改革が行われた際には他方の制度に対して影響が出ると考えられること、について今後検証を行うことによって医療サービスと介護サービスの利用や事業者間の連携の現状が明らかにできる可能性がある。

これは2-4)の長崎市街地における研究においても観察される事象である。宮澤研究分担者は、現在の長崎市では、とりわけ医療分野の施設ケアが重視されていることにより、在宅ケアを提供する事業者の成長が妨げられているとしている。実際に成長が妨げられてきたかも含めてさらなる検証が必要である。

3)リハビリの連携について

患者の流れからすると、「一般病床→在宅」、「一般病床→回復期リハ病床→在宅」が多い。一般病床の平均在院日数がさらに短縮される

と、在宅でも回復期状態の患者への適切なサービス提供が求められるが、現在の介護給付をみると、リハサービスが適切に導入されているとは言い難い。今後、退院元と在宅関係者の一層の連携強化が必要である。

4 プライマリ・ケアの果たすべき役割

White(1961)による研究のみならず、近年のわが国における研究 Fukui.et.al (2005) においても、プライマリ・ケアの重要性が示唆される結果となっている。また、個別医療機関が分散して保有している患者データの連結点にもなり得る存在である。さらに言えば、医療のケア・マネジメント機能を保有している。このケア・マネジメント機能が現代の医療・介護制度において必要であり、また医療資源の節約のためにも、PCの制度化が急がなければならない。

E. 結論

医療介護従事者の供給確保策を実効的にするためには、その情動的背景を充実すること、例えば、医療福祉従事者パネルデータの構築などが必要であると考えられる。パネルデータの構築には時間がかかるが、今後も少子化の帰結である医療・福祉従事者の確保の難しい状況は続くため、早急に構築される必要があると考えられた。他方、パネルデータが構築されるまで就業構造基本調査の最新時点のデータを用いた分析が行われる必要がある。

サービス供給の確保については、公立病院をはじめとする医療機関、介護サービス事業所の役割分担や機能連携が重要であるが、その背景にある情報の流れが重要であると考えられた。

個別事業体の機能分化については、特に公立病院がどのような役割を果たすべきか、全国的に一律の役割は考えにくいことから地域の供給体制との関連をふまえた上で検討を行うべきと考えられた。

連携については、地域ごとに異なる形態で行われているが、それがどのような強みや弱みを持つのかを明らかにする必要があると考えられた。

効率的な制度運営のためには、中央であれ、地方であれ、情報を如何に効率的に把握して計画立案・運営に活かすことが可能となるかがPDCAサイクルに立脚した施策を行う際の重要な点である。個別の制度に関する情報のみならず、関連する制度全ての情報が適切に把握される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」
分担研究報告書

『プライマリ・ケアの果たすべき役割とその制度化の可能性の検討』

研究分担者 聖学院大学 郡司 篤晃

プライマリ・ケアに期待される機能は、包括的なケア・マネジメントであり、医療費などの資源節約である。近年、医療資源節約のためには医師に対するインセンティブの導入する政策は避けられない方向ではあるが、その政策は医師・患者の信頼関係に直接介入となるので慎重を要する。

USA においては managed care が医師患者関係に不信を持ち込み、特に Gag 条項が患者の権利を侵害するとして政治問題化している。UK では準市場による改革が進められているが、医師患者関係には影響を及ぼすには至っていない。しかし、改革の効果は必ずしも顕著ではなく、その原因は、政策が医療提供者に与えるインセンティブは必ずしも十分ではないことに加えて、関係者間の信頼が問題となっている可能性がある。

わが国においても、医療のケア・マネジメント機能が必要であり、また医療資源の節約のためにも、PC の制度化が急がなければならない。

A. 研究目的

プライマリ・ケアの果たすべき役割とその制度化の可能性について、主としてイギリスの事例を通して検討することを目的とした。

B. 研究方法

主として文献調査によった。
(倫理面への配慮)

直接、人体に触れることはないので、問題となるような事柄はない。

C. 研究結果及び考察

1. はじめに

病で不安の中にある市民にとって、医

療システムが複雑すぎて全体を理解できないことは、その不安をさらに増幅せざるを得ない。不安に対する対策は、信頼できる責任体制の構築であり、中でもプライマリ・ケア (PC) 組織が重要である。

また、近年は医療資源の限界がいよいよ明確になりつつあり、医療費の適正化には医師に対しても資源節約的なインセンティブを課す政策が世界的な方向である。しかし、これは医師患者関係への介入であるので慎重を要する。その際、重要なのはケアの受け手のエージェントとしての PC のどのように位置づけるかである。

また、疾病や身体状況に応じた諸施設の機能の分担と連携によって、効率的なシステムの構築が可能であるとの考えがある。このシステムが機能するためには、ケアの受け手が次々に施設間を移動していくことが前提であるが、それは必ずしも容易には実現しない。特に、自宅とケア施設とのつなぎをスムーズに行うためには、PCの役割が極めて大きい。

複雑なシステムがスムーズに動くためには、個人や組織間の信頼とインセンティブが適正に構築されていることが必要である。近年、わが国で問題となっている「医療崩壊」で懸念されていることは、医療費や医師不足の問題だけではなく、より本質的には医療における「信頼の崩壊」である。グローバル化した経済においても信頼がいかに重要であるかは、現在世界的に経験されている。

信頼は、医療においては、より本質的に重要であり、もしも信頼が崩壊した場合、著しい無駄や非効率が発生する。そして、その再構築が可能であるか不明である。

アメリカにおいて、医療の質と効率を確保する目的で導入された managed competition（管理競争）は平等との trade-off を解決できず、競争の激化は managed care を生み、最終的には医師の診療行動に保険者が介入せざるを得なくなった。中でも、いわゆる Gag 条項は患者・医師間の信頼関係を大きく変質させようとしている。

イギリスにおいては、いわゆる準市場

の考え方にに基づき、改革が進められているが、PCの担い手にケア予算の配分効率まで考えるインセンティブを与え、利用者の choice によって提供者の行動変容を期待するという点では、市場競争的な力に期待している。また、従来は患者のエージェントであった GPs にたいして、予算節約のインセンティブも課すのであるから、GPは政府のエージェントと（いわゆる double agent）となり、医療における信頼関係を変質させる可能性がある。

準市場の考え方は、インセンティブの設計であり、その設計の目標に平等や利他などの規範的な価値をも考慮する余地を残している点で、managed competition よりも柔軟である。しかし、設計意図どおりの結果がもたらされる保証はない。

そこで、本年度はPCの制度化に際して重要な留意点として、「信頼 (trust)」について、準備的な検討を加えることとした。事例としては、アメリカを対極に見つつも、イギリスを中心とした。

2. わが国の医療ビジョンにおけるPCの欠落

H19年版の厚生労働白書は、「医療構造改革が目指すもの」と題する医療特集であり、体系的に医療システムの現状と課題を整理している。そして、「国民・患者の立場から見た現状と課題²⁾」として、小見出しで「地域の医療提供体制のわかりにくさや、在宅での療養生活を選択することの難しさ」とあり、「医療機関が連携

¹⁾ 小松秀樹 (2007) 「医療崩壊：立ち去り型サポーターとは何か」朝日新聞社

²⁾ 厚生労働省、「平成19年版 厚生労働白書」p.51

して一貫した切れ目のない医療を提供することが求められている」が、「住民にとって、地域のどこでどのような医療が受けられるか詳しくわかるようになっていないのが実情である」としている。また、「このため、患者にとっては、退院によりいったん病院から切り離されてしまうと、在宅でどのようなケアを受けることができるのか、いざというときに病院に戻れないのではないかと不安を抱えることとなる」と述べている³。

さらに、「高齢者が急増する一方で往診を行う診療所の割合はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域医療の基盤は整っていない。自宅で最後を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念のほか、現状では実際には在宅での見取りを支える診療所等が少ないことから、在宅療養を選択できずにいる。」「在宅医療の中心となっているかかりつけ医師が、... 中心的な役割を担う仕組みが構築されている地域では、患者は安心して療養生活を送りやすい。」しかし、「現状では、医療面だけではなく介護の相談や家族指導など生活面全般までも熟知した上で、在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない」としている。しかし、それを容易にする対策は書かれていない。

介護にはケアマネージャがいるのに、情報非対称が極めて大きい医療にケアマネージャがいない。PCの重要な機能の一つは、ケアマネージャであり、いわゆるゲート・キーパであるが、医療の入り口

の案内だけではなく、出た後の責任を担う中心的な役割もPCの重要な機能である。

在宅医療のシステムが整備されないまま、医療費削減を目的として在院期間の短縮を促進すれば、在宅の患者は不安を抱えることになり、何かが起これば救急医療へ殺到することになる⁴。突然、多様な障害を持っている可能性がある患者が救急に来れば、一連の検査などをせざるを得ない。それに対し、PCにおいては診療の継続の中で多くの既に情報蓄積があり、大きく資源節約に寄与する。また、インセンティブの設計によって、病院への紹介圧力も軽減できる⁵。複雑なシステムにおいては、部分的な改善は必ずしも全体の改善につながる保証はない⁶。

総理府に設置された「社会保障国民会議」は平成20年11月に最終報告書⁷をまとめた。国民の安心と信頼にたる社会保障制度の構築がめざされている。人口構

⁴ 必ずしも救急の対象ではない患者が病院の救急外来に殺到する現象は、わが国だけではなく世界的な現象である。Federico Lega and Alessandro Mengonii (2008), Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications, *Health Policy*.

⁵ デンマークではGPに対する支払方法を人頭払いから出来高払いに変えたら、病院への紹介率が著しく減少した。Gavin Moony, Can we go where we want to go, 第33回日本病院管理学会招待講演(1995年、東京)

⁶ 郡司篤晃(2001)「医療システム研究ノート」11章プライマリケア、pp.157-171.あるいは、大森正博氏が指摘する「合成の誤り」の医療における好例であろう。大森正博(2008)「医療経済論」岩波書店、p.311.

⁷ 厚生労働省(平成20年11月4日)、「社会保障国民会議」最終報告書

³ 筆者傍点