

200901011A (CD有り)
200901011B

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～平成 21 年度総合研究報告書
平成 21 年度 総括研究報告書・分担研究報告書

研究代表者 泉田信行

平成 22 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～平成 21 年度総合研究報告書
平成 21 年度 総括研究報告書・分担研究報告書

主任研究者 泉田信行

平成 22 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」
平成19年度～平成21年度総合研究報告書
平成21年度 総括研究報告書・分担研究報告書

目次

I 平成19年度～平成21年度 総合研究報告書

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総合研究報告書」

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主要課題」

島崎 謙治（政策研究大学院大学）

分担研究報告 「急性期病院における平均在院日数の地域差等に関する分析」

橋本英樹（東京大学）

分担研究報告 「地域ケアを支える介護基盤の整備状況に関する地理学的研究
－居住系サービス・地域密着型サービスに着目して－」

宮澤 仁（お茶の水女子大学）

分担研究報告 「医療・介護従事者の連携の場としてのサービス担当者会議とそれに対する
介護保険法改正の影響」

田城 孝雄（順天堂大学）

分担研究報告 「医療制度改革を踏まえた都道府県等及び医療保険者の取組と評価に関する
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）

分担研究報告 「退院要介護高齢者に対するリハビリテーション継続上の諸課題」

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告 「地域間・医療施設間における患者の受診行動とアウトカム（転帰、入院日数、医療費）の分散についての研究～国民健康保険レセプトデータと官庁統計の個別データを活用した実証的検証～」

野口晴子（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告 「医療・介護保険制度の持続可能性—保険財政、従事者確保、および、サービス利用行動の視点から—」

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 「医療機関経営の持続性確保を通じた地域医療供給の確保に資する地域データ基盤のあり方の検討」

西田 在賢（静岡県立大学）

総合研究報告にかかると関連論文 「医療・介護の制約条件と効率化をめぐる主要課題」

島崎 謙治（政策研究大学院大学）

総合研究報告にかかると関連論文 「退院要介護高齢者に対するリハビリテーション継続上の諸課題」

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

Ⅱ 平成 21 年度 総括研究報告書・分担研究報告書

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平成 21 年度総括研究報告書」

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：イギリス、スウェーデン、デンマークのプライマリー・ケア制度の準市場改革から学ぶ」

郡司 篤晃（聖学院大学）

分担研究報告 「公立病院改革の本質と課題」

島崎 謙治（政策研究大学院大学）

分担研究報告 「平均在院日数の推移；施設・地域・疾病別の動向」

橋本英樹（東京大学）

- 分担研究報告 「小規模多機能型居宅介護の普及停滞と地域的偏在に関する実証的研究
—長崎市を事例地域に—
宮澤 仁（お茶の水女子大学）
- 分担研究報告 「過疎地域を含む地域医療連携に貢献する地域連携クリティカルパス」
田城 孝雄（順天堂大学）
- 分担研究報告 「居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターの
現状と問題点の分析」
田城 孝雄（順天堂大学）
- 分担研究報告 「医療保険者における特定健康診査等の実施状況と検討課題に関する制度的考察」
東 修司（国立社会保障・人口問題研究所）
- 分担研究報告 「回復期リハビリテーション病棟からの自宅退院者に対する退院前のリハ実施
状況と退院支援プロセスの実態」
川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）
- 分担研究報告 「退院直後からの訪問リハビリテーション介入が要介護高齢者の生活機能に
及ぼす効果」
川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）
- 分担研究報告 「医療施設間における転帰・入院日数・医療費の分散についての研究～官庁統計
の個票データを活用した実証的検証～」
野口晴子（国立社会保障・人口問題研究所）
- 分担研究報告 「静岡県 X 市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 4 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）
- 分担研究報告 「高齢期の介護ニーズが在院日数に与える影響に関する分析
—静岡県 A 自治体国民健康保険・介護保険レセプト個票による考察—
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 「医療機関経営の持続性確保を通じた地域医療供給の確保に資する

地域データ基盤のあり方の検討」

西田 在賢（静岡県立大学）

分担研究報告書 「自宅死亡割合に関する分析」

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）

Ⅲ 関連論文

- 1.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イギリス、スウェーデン、デンマークのプライマリー・ケア制度の準市場改革から学ぶ

郡司 篤晃（聖学院大学）

- 2.公立病院改革の本質と課題

島崎謙治（政策研究大学院大学）

- 3.退院直後からの訪問リハビリテーション介入が要介護高齢者の生活機能に及ぼす効果

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

- 4.回復期リハビリテーション病棟からの自宅退院者に対する退院前のリハ実施状況と退院支援プロセスの実態

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

- 5.医療施設間における転帰・入院日数・医療費の分散についての研究～官庁統計の個票データを活用した実証的検証～」

野口晴子（国立社会保障・人口問題研究所）

- 6.静岡県 X 市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 4 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）

- 7.高齢期の介護ニーズが在院日数に与える影響に関する分析—静岡県 A 自治体国民健康保険・介護保険レセプト個票による考察—

菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所）

- 8.医療保険者における特定健康診査等の実施状況と検討課題に関する制度的考察

東修司(国立社会保障・人口問題研究所)

9.医師の海外移住就業における動向と課題

岸 由依子（東京大学大学院医学系研究科博士課程）

10.医師不足について国際的視野からの現状概観

岸 由依子（東京大学大学院医学系研究科博士課程）

11.デンマークのプライマリー・ケアについて

山田ゆかり（コペンハーゲン大学）

12.Horizontal Inequity in Regional Health Insurance and Inequality in Medical

Levies: Uneven Distribution across the Central Regions

熊谷成将（近畿大学）

13.自宅死亡割合に関する分析

泉田信行・川越雅弘（(国立社会保障・人口問題研究所)）

※付属 CD にも関連論文は収載されている。

IV 研究成果の刊行に関する一覧

1.宮澤仁（2009）「東京大都市圏における有料老人ホームの立地と施設特性」"E-Journal GEO"

2.川越雅弘・小森昌彦・備酒伸彦（2009）「病床区分別にみた病床運営および退院先のリハビリテーション連携状況の差異」『理学療法兵庫』

3.住友和弘・泉田信行・野口晴子・菊池潤・長谷部直幸（2009）「地域住民の受診動向、医療連携の現状分析—中頓別町国民健康保険病院と旭川医科大学病院を事例として—」『旭川医科大学フォーラム』

4.泉田信行（2010）「第4章 医療サービス供給体制」『社会保障と経済：第3巻』東京大学出版会

Ⅱ 平成 21 年度総括研究報告書・ 分担研究報告書

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」
平成 21 年度 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
平成 21 年度 総括研究報告』

研究代表者 国立社会保障・人口問題研究所 泉田信行

研究目的：本研究は、1)各種費用適正化施策、2)医療連携の推進、3)医療・介護供給体制整備施策について実証分析を行った上で、それに基づいて制度改革のあり方や制度の中での国と地方の役割分担に関して、複数の政策目標を踏まえた統合的な政策提言を行うことが目的であり特色である。

研究方法：各分担研究者・研究協力者ごとに官庁統計の使用、国保・介護レセプトデータの使用、現地ヒアリング調査、文献検討などの方法によって分析を行った。

研究結果：以下の個別の課題について研究成果を得た

- 1)プライマリー・ケア（PC）の果たすべき役割と制度化の可能性について
- 2)公立病院のあり方について、3)医療連携の効果
- 4)サービス確保の手段について（小規模多機能型居宅介護の事例より）
- 5)平均在院日数、転帰、医療費の地域差の動向
- 6)持続的な医療・介護サービス利用の分析
- 7)自宅死亡割合の経年変化、 8)医師の就業の国際的潮流

結論：これまでの施策のうち、平均在院日数短縮化策などは実効的であったと考えられるが、今後サービス需給の管理は地域単位で行われることがより重要になると考えられた。その単位は医療・介護で異なると考えられた。その際にサービスを確保するための手段も地域ごとに異なる手段を準備できるようにすることも必要かと思われた。医療従事者の確保は中央政府の役割が大きいと考えられるが、日本の状況と各国の状況の違いを踏まえた施策を行う必要がある。なお、政策を実施する際には、明確なビジョンによる施策実施とそれを評価するための統計データが必要である。より精密な施策が必要とされる場合にはそれに合わせて情報量の多い統計データが必要となる。

A. 研究目的

医療・介護制度を持続可能なものとするためには、適正な資源配分を確保する必要がある。医療・介護保険（提供）体制改革が持続的に行われてきているが、改革を実効的にするには、その成果について継続的に実証的検証を行い、その結果をその後の改革に活かすPDCA サイクルを確立する必要がある。今後必要となる適正化策等の最適な組み合わせや国と地域の役割分担のあり方については全く検討されていない。

本研究は、1)各種費用適正化施策、2)医療連携の推進、3)医療・介護供給体制整備施策について実証分析を行った上で、それに基づいて制度改革のあり方や制度の中での国と地方の役割分担に関して、複数の政策目標を踏まえた統合的な政策提言を行うことが目的であり特色である。

B. 研究方法

各分担研究者・研究協力者ごとに官庁統計の使用、国保・介護レセプトデータの使用、現地ヒアリング調査、文献検討などの方法によって分析を行った。

C. 研究結果

以下、個別の課題について成果をまとめて記述していく。

1) プライマリー・ケア（PC）の果たすべき役割と制度化の可能性について

世界の国々の医療制度には大きな差があるが、その差はプライマリー・ケア及びそれと高次医療とのつなぎ方にある。例えば、イギリスをはじめ、北欧の国々の医療制度の特徴は、GP への登録制度、税財源による無料の医療を提供している点の特徴である。特に日本の制度との違いは GP への登録制度にある。GP への登録制度は診療待ちという課題を惹起する可能性があるが、これらの国の国民の医療に対する満足度は極めて高い。注意すべき点は、GP の役割は gate keeping を行うことだけではない。PC を提供することもその役割に含まれる。PC の定義は多様であり、イギリスにおいては GP が提供する医療が PC とされていたこともあるとされている。

PC とはなにか、と考える以前に医療とは何か、もしくはどのような性質を持つか、という点を考える必要がある。様々な議論があり得るが、医療を単純なプロセスと捉える者はいない、という点は合意が得やすいのではなかろうか。複雑な医療を理解することができない場合、健康を崩した状態である利用者は不安になることは自然である。郡司論文は、「PC とは人々の不安に対処することが本質的に重要であり、不安に対処する方法は信頼できる人が責任を持つことである」と指摘する。また、「GP と登録制度を持つ国は極めて長い待ち時間にも関わらず、国民の医療に対する満足度が高いのはそのためであると考えべき」と主張している。もちろん、医療制

度に対する満足度が何によって決定されるかは実証的な課題でもあるが、「信頼」がある場合に満足度が高いという関係があるという主張は論理の展開が自然である。

GP と登録制度においては競争が存在しないと考えられがちであるが、地域的な範囲をより広域とし、地域で複数の GP や病院を選択可能とすることにより GP 間や病院間に競争が起こり得る。他方で、選択を許容することは医療の継続性が阻害される可能性もあることに留意すべきである。

2) 公立病院改革をめぐる

公立病院（自治体病院）の存在意義とは何か。このことを 2007 年 12 月に総務省から通知された『公立病院改革ガイドライン』は問うている。島崎論文によれば、日本の医療供給体制整備において供給主体が「公」であることが重視された公中心主義であったのは特定の 3 期間であり、基本的には「民」中心主義であった。とすると、公立病院は公立であること自体には意義はない。「民間医療機関に委ねることが可能な分野については、民間医療機関に委ねるという考え方」が基本となり得る。

公立病院が担うべき医療は、「政策医療」であるとする主張もあるが、政策医療とは定義が不明確ないしは医療の技術進歩によって変容するものである。このため、過去に政策医療として供給されていたものを現在では民間

が提供することもあり得る。結局、民間と比較して、公立病院の方が効率的に提供できる医療が政策医療であるとも言える。では、公立病院が効率的であるためには何が必要で、何が現状では欠けているのか、という点が重要になる。

公立病院内部のみならず設置主体の自治体も含めてガバナンス構造に問題があることも指摘されている。このため、公立病院改革に当たっては「権限と責任を一致させること」が重要であると説く。また、地域の中で果たす役割は何かを突き詰めて考える必要があることも指摘する。具体的には、地域包括ケアの核となる場合、地域における医師の集積地として不足している地域に派遣する場合、などをあげている。

島崎論文では、県立日本海病院と酒田市立酒田病院の事例を取り上げて、（地域ごとに公立病院の生成過程が違うがゆえに期待されている機能が地域により違うことを踏まえた上で）他地域の公立病院改革にも通用する示唆を検討している。

3) 医療連携の効果

医療連携については個別事例から、その効果や連携のあり方を考察する必要がある。レセプトデータを用いて分析することも全く不可能というわけではないが、分析に必要な情報量を得ることが難しい場合が多いためである。以下、まずは、個別の分析結果をまとめ

る。

川越雅弘研究分担者の2本の論文はリハビリテーションの効果を検討したものである。川越論文1(回復期リハビリテーション病棟からの自宅退院者に対する退院前のリハ実施状況と退院支援プロセスの実態)は医療と介護の機能分担と連携に関するものである。ケアマネジャーと病院の連携などについて、調査対象病院を退院した患者に対してアンケート調査を実施している。川越論文2(退院直後からの訪問リハビリテーション介入が要介護高齢者の生活機能に及ぼす効果)は急性期病床を退院した要介護高齢者に対する退院直後からの訪問リハの提供の効果を測定したものである。

川越論文1における退院支援プロセスについての検討は、退院前訪問退院支援の実施率44.7%、うちケアマネジャー同行率55.3%、退院前合同カンファへのケアマネジャー参加率54.5%であったとしている。これらの結果から、退院支援に関わる病院とケアマネジャーの連携は十分といえないとしている。この状況を改善するためにはケアマネジャーの業務に連携強化策を組み込む必要があるとしている。

川越論文2では、退院直後と3ヵ月後を比較することにより、訪問リハがADLの自立度だけでなく、活動性や活動量、認知機能、うつ傾向の改善に効果があることが示されている。より詳細にはWHOが提唱する国際生活機能分類(ICF)に沿った評価を行うことで、

ADLを中心とした活動の改善が、心身機能や参加に及ぼす相互作用や限界点も明らかにできている。ICFの視点をリハの現場に導入・活用する方法論の構築が次の課題とされている。

田城論文1(居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターの現状と問題点の分析)は地域包括支援センターの役割とサービス担当者会議の運営方法についての問題点と解決策を、介護支援専門員へのアンケート調査を利用して検討したものである。サービス担当者会議は多職種が集まり、包括的・継続的ケアマネジメントにおいて重要な役割を果たし得る機会である。しかしながら、地域包括支援センターのサービス担当者会議へのかかわりに課題があることが示す結果が得られた。この結果から、地域包括支援センターの組織の改変や職員のキャリアアップ体制の整備が必要であると結論付けている。

田城論文2(過疎地域を含む地域医療連携に貢献する地域連携クリティカルパス)は、単一病院の地域連携クリティカルパスデータを分析し、病院近隣の市内医師会と連携ができているだけでなく、遠位にある過疎地域の医師会とも連携が行われていることを明らかにした。この地域連携パスの構築の直接のきっかけは当該病院の勤務医不足であったが、近隣地区医師会よりも遠位にある医師会との連携がとれる結果となった。

連携は双方のニーズが二重に合致して行われると考えられる。このため、田城論文2の事例のようにうまくいったケースも重要な情報源となるが、上手くいかなかった事例も重要な情報源となると考えられる。

川越論文1、2、田城論文1の結果も踏まえて検討する。単に報酬で評価することだけでは(きっかけにはなったとしても)適切な連携システムの構築のためには十分ではないと考えられる。適切な連携システム構築のために必要な資源投入の評価と、適切な連携システム運用によるサービス提供の評価を区別する必要があるかも知れない。すなわち、連携体制の構築は地域の医療・介護資源の整備状況などが影響するため、全国で均一のシステムが構築できるとは考えにくい。また、地域ごとに異なる(特色のある)体制整備の方が却って好ましいかも知れない。他方、連携の帰結として達成されるより良い成果については現行の診療報酬・介護報酬などを用いて全国で統一された評価を行うことは可能であろう。

サービス提供における適切な連携が必要なのは医療・介護サービスだけではない。医療保険者が提供するサービスである特定健康診査についても、患者の視点に立てば、がん検診や介護保険法による生活機能評価などとの連携も重要である。この点は東分担研究者による論文(医療保険者による特定健康診査等の実施状況と検討課題に関する制度的考察)

によって指摘されている。

4) 小規模多機能型居宅介護の立地について

宮澤論文は長崎市をフィールドに小規模多機能型居宅介護の普及停滞の要因についての分析を行っている。この論文では、同一市内という相対的に狭い地域においても、有力医療機関と競合する日常生活圏域では事業者の参入が低調となる「地域差」が存在し得ることを示している。また、事業単体での収支確保が難しいため、個人の持ち出しを前提としない場合には、必然的に他業態との連携(ないしは複合体による利用者の囲い込み)が必要となることを示している。特に前者の結果は重要であり、同一市町村内であっても日常生活圏域の要因次第でサービス提供構造が異なり得るのは介護保険事業実施に困難をもたらす可能性もある。この点を踏まえて、宮沢論文では市町村が供給システムのアレンジを可能にする自律性を発揮できるかが重要であると結論付けられている。

5) 平均在院日数、転帰、医療費の地域差等に関する分析

厚生労働省大臣官房統計情報部による「医療施設調査」、「患者調査」、「社会医療診療行為別調査」を用いて橋本英樹研究分担者、野口晴子研究分担者が分析を行った。

橋本論文は、医療施設調査と患者調査を用いて分析を行っている。1984年から2005年

までの同調査を用いることにより、都市規模、施設特性、疾病、性・年齢を補正した上で在院日数を算出している。その結果、1) 治療において技術革新が発生した疾病については、地域・施設格差が解消した。2) 脳梗塞などの急性期・慢性期が混在する疾病では施設間格差が固定したまま在院日数が低下していることが観察された。さらに、介護保険導入の効果については、3) 65歳以上31日以上症例において、在院日数は延長しており、同症例の全体としての在院日数の短縮化は、30日未満症例の短縮化によることが明らかにされた。これらの結果から、急性期・慢性期の機能分化による在院日数の短縮には一定程度の効果が確認されたが、介護保険導入の効果は極めて限定的であると考えられた。

野口論文では、1) 1984年から2005年において平均在院日数は減少する傾向にあり、分散も縮小していること、2) ただし、医療施設間で患者のアウトカム（転帰、入院日数、医療費）の分散が異なること、3) 治療実施確率の内生性をコントロールすると、技術普及の偏差が上記のばらつきの原因となっていることが明らかになった。

6) 持続的な医療・介護サービス利用の分析

レセプトデータを用いた分析を、野口晴子研究分担者、菊池潤研究分担者、川村顕研究協力者が実施した。利用しているデータは静岡県内の同一市町村の国民健康保険、介護保険

のデータである。野口論文は患者の受診行動を国保レセプトデータから明らかにしている。まず医療圏間での患者の移動を明らかにした上で、患者属性をコントロールした上で診療科の充実度が高い医療機関に受診するために患者がより長い距離を移動していることを明らかにしている。当然の帰結ではあるが、より診療機能が充実している医療機関に受診するために、自宅から遠距離の医療機関に受診している患者ほど医療費が高くなる構造があることを明らかにしている。

菊池論文と川村論文は国保レセプトデータと介護保険データを個人単位で接合したデータを用いて分析を実施している。菊池論文は患者の疾病をコントロールした上でも、介護ニーズの高い患者ほど入院期間が長くなることを明らかにしている。使用しているデータは2004年から2008年にかけてのものであるため、当該時期においても介護ニーズに対して医療資源が投入されていることの現れであると考えられる。この結果は上記の橋本論文の結果と極めて整合的である。

川村論文はさらに、介護保険制度改革の一環として行われた、2005年10月の施設入所者の食費及び居住費の自己負担化の効果について分析を行った。当該施策に対しては介護保険施設入所者が医療機関に移動する可能性もあった。しかしながら当該論文の分析からはそのような事実は統計的に確認されないことが明らかにされた。高齢者の選択が当該施

策による負担額の変化によって変化しなかったことを示している。

これらの分析は、一方で、レセプトデータを用いて実行し得る多様な分析の例示となっている。他方で、これらの分析はいわゆる官庁統計によっては追跡できない、同一患者・利用者のサービス利用行動の時系列の変化を分析していることになる。なお、小地域における医療費使用状況と保険料負担について熊谷論文が分析している。

7) 自宅死亡割合の分析

厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態調査」を用いて泉田信行と川越雅弘研究分担者が分析を実施した。2005年時点の二次医療圏の地域区分を過去に遡って適用し、1995年、2000年、2005年と比較したところ、死亡者のうち自宅死亡の割合が高かった地域ほど自宅死亡割合が大きく低下していることがわかった。

65歳以上に年齢を限定して年齢階級別に分析したところ、年齢階級が高いほど自宅死亡割合が高いことがわかった。悪性新生物、脳血管疾患、心疾患に死因を限定して分析しても自宅死亡割合の経年的低下が、程度の差はあるが、観察された。

自宅死亡割合に影響を与える要因についての分析を行ったところ、高齢者のいる世帯に占める高齢単身世帯・高齢夫婦のみ世帯の比率が高い地域ほど自宅死亡割合が上昇するこ

と、介護保険施設の利用可能性は有意ではないこと、ショートステイは自宅死亡割合を引き上げるが、デイサービスの利用可能性の増加は自宅死亡割合を引き下げる可能性があること、等が明らかとなった。

8) 医師の就業の国際的潮流

岸由依子研究協力者の2編の論文が現状をまとめている。一遍は医師不足に関するサーベイ（岸論文1；医師不足について国際的視野からの現状概観）であり、もう一遍は海外移住就業についてのサーベイ（岸論文2；医師の海外移住就業における動向と課題）である。

日本国内でも議論されているが、医師不足は世界中で議論されている論点である。この議論の最も重要かつ不足している論点は、「適切な医師数は何人なのか」という点である。「不足」とは「必要」に対して相対的に定義される概念である。それゆえ、不足を議論する場合には必要について議論されるべきであろう。現時点ではこの点には明確な解答がない。岸論文1においては、医師の「絶対的不足」と「相対的不足」に分けて議論が展開されているが、両者を明確に区別することには難しさが残ると考えられる。なお、医師の相対的不足には、地域的な偏在（例；先進国と途上国、都市と地方）、と機能的な偏在（例；専門医と総合医、診療科別、病院と診療所）がある。

問題をより厳密に議論するためには、医師の不足と捉えるか、医師労働の不足と捉えるか、という区別が必要である。後者として捉える場合には、医師の高齢化や（日本における）女性医師の増加、ひとりひとりの医師の疲弊による労働時間や生産性の低下、の観点も捉える必要がある。最後の点は病院勤務医の過重労働の観点から日本においても議論されている。

医師不足の議論において最も関心がもたれるのは、当然のことながら、その解決策は何かという点である。ひとつの方法は、当然のことであるが、医師養成数を増加させることにより医師数を増加させることである。この方法は最も効果的であると考えられるが、長期的な観点からの精密な議論が必要である。良く指摘されることは、医師を増加させたとしても実際に増加するには 10 年程度の時間が必要であるという点である。他方、全く議論されていない点は、一旦医師を養成すれば、約 10 年後から 30 年弱の期間は医師として生活していくことになるという点である。医師数を増加させた後にもし「必要」が減少する場合、需給が逆向きに長期間バランスしないことになる。この場合、人為的に失業医を救済するのであれば、それは「過剰」による費用となる。「必要」を長期間にわたって精密に推計し、それに合わせた養成を行えば不足による費用も過剰による費用も最小化されることになるが、どの程度の精度で予測可能とな

るかは未知の課題である。

別の方法は、岸論文 1 でも触れられているとおり、generalist が gate keeping 機能を果たすという前提において、generalist を増加させる施策である。generalist の重要性は、岸論文 1 でも指摘されているとおり、多くの国で認識されており、generalist 増加策がとられている。gate keeping 機能は専門医への受診を抑制すると捉えられるかもしれない。しかしながら、患者の立場からすれば、身近な存在である generalist を受診して、高度な医療の必要性の有無に関する情報が早期に確実に得られるのであれば、望ましいと言えよう。病院勤務医の過剰労働の一翼を膨大な数の受診者を診療する外来診療が担っていることを踏まえれば、全く無視し得る選択肢ではないと言えよう。

さらに別の方法は、看護師や介護士のように海外からの医師人材の流入を図ることである。これは岸論文 2 のテーマである。日本の医療関係の資格は厳格であり、海外で取得した資格を保有する医療従事者が日本国内に数多く流入する状況ではない。しかしながら、EU では資格の相互認証制度なども行われているなど、既に活発に医師の国境を越えた移動が発生している。基本的には医師所得が低い国から高い国へ移動することになる。それゆえ、南北問題が発生する。特に「サハラ南部」地域では 47 カ国中、24 カ国において 1 国 1 medical school であり、11 カ国において

medical school が存在しない状態である。にも関わらず、医師の流出が急激に発生したことを岸論文 2 は指摘している。

医師移動については上記のような課題もあるため、ethical recruitment が重要になり、London 宣言も策定されている。南北の問題を除けば、言語の類似した国で移動が起こること一般の移民と同じ傾向がみられることも指摘されている。この場合、医師は流入しやすく、流出しやすいこととなる。さらに、世界的に医療ないしは医師に対する需要が増大するプロセスにおいては医師の送り出し国においても医師需要が増大することとなり、受入国において常に医師の流入が期待できることとはならない。それゆえ、国外からの人材受入が長期的な施策になるか否かは慎重な検討が必要となる。

D. 考察および E. 結論

供給体制に関する考察から、PC サービスの供給による人々の不安に対処すること、は現在の日本の医療供給体制を考える上でも極めて重要であると思われる。日本において PC は制度化されていない。しかしながら、イギリスや北欧諸国のように、P と登録制度を持つ国は極めて長い待ち時間にも関わらず、国民の医療に対する満足度が高いのは PC の与える信頼の効果が強いためと考えられた。それゆえ、日本においても「信頼」をどのように医療・介護制度内で構築していくかを検討

する必要があると考えられた。

サービス供給を考える場合において、地理的な範囲をどのように考えるかは重要な要因である。地理的な範囲は 1)患者の受診行動が完結する範囲や 2)医療計画を設定する範囲、3)単一の(地域)保険者がカバーする範囲、など様々なレベルがあり得る。これらの地理的な範囲は必ずしも行政的な範囲とは一致しないが、過去の研究において(関東圏を除けば)都道府県で受診行動は完結することが知られている。また、最近の医療保険制度改革においては保険者の単位は都道府県単位化する方向性となっている。また、医療計画などは既に都道府県が作成しているところである。

誰が主体になるか、という点の問題はあるものの、医療サービスの需要・供給を管轄する単位は都道府県単位などの広域の単位として揃えていくことが望ましいと思われる。現在公立病院は市町村も設立できる。設立主体について制限を与える必要は無いと思われるが、都道府県立病院・市町村立病院の配置について同一都道府県下で調整するスキームを設置することは検討されても良いかも知れない。医療計画との整合性がより担保できると通じて効率性の改善に資する可能性もある。さらに一歩進めて、この「公立病院群」において単一の病院を超えた、病院職員の人事ローテーションが可能となれば人事の硬直化を避けつつ、専門性の高い職員の継続的な確保も可能になるかも知れない。

「患者調査」、「医療施設調査」などの分析から、治療において技術革新が発生した疾病について、平均在院日数の地域・施設格差が解消したことが明らかになった。また、急性期・慢性期が混在する疾病では施設間格差が固定したまま在院日数が低下していることが観察された。この差は一部技術普及の偏差によることも指摘された。ただし、少なくともどちらの場合においても平均在院日数が低下しており、短縮化策は実効的であったと考えられる。ただし、今後も短縮化が可能か否か、短縮化により医療費が節減できるか否かは明らかではない。

なお、連携に関する分析から明らかにされたように、制度や報酬の新設をすればそれによりサービス提供が自動的に確保されるわけではない。連携の場合は「顔の見える関係の構築」などが必要になるとも考えられ、サービスを提供する枠組みのセットアップコストをどのように担保するかという点と構築された枠組みでのサービス提供の対価支払いを分ける方が効果的かも知れない。

介護サービスについては日常生活圏域などより小さい空間でサービスが確保出来ることが望ましい。しかしながら、同一市町村内でも地域差が存在し得ることも示された。このため、市町村が供給システムのアレンジを可能にする自律性を発揮できるかが重要である。

例えば、地域密着型の小規模多機能型住宅

介護に対しては市町村長の申請により市町村独自報酬の設定が可能である。供給を誘導しようとする場合には高い報酬を設定して事業者を参入しようと試みることは現行制度の中で可能である。ただし、重要であることは、ここで示されているように、そもそも採算性が悪いと考えられている場合には、事業収支が黒字に転換するほど報酬を加算すると利用者の自己負担額への跳ね返りが相当大きくなることである。これは地域ごとに利用者の支払可能額や事業の採算性によって決まってくると考えられる。

他方、介護サービス確保から離れてより抽象的に制度設計の観点から検討しよう。すると、初期投資額をサービス対価から回収することが望ましい報酬体系なのか、という点につながる話である。例えば、参入を促すために事業者に対して追加的な支払を行う際には、報酬だけではなく、事業開始に対する補助負担金、交付金、の事業者への交付という手段も考えられる。供給が過少である、という意味での地域差を解消する場合に制度としてどのような手段を準備すべきか、という点を検討すべきであると考えられる。

医療・介護供給体制の整備の根幹をなす、医師養成については中央政府の責任の下でシステムを運用していく必要がある。その際に、（他の施策も統計データによる評価が必要なことは同様であるが）医師の就業行動などを詳細に分析し、養成計画や離職防止施策を実

施することを可能にするパネルデータセットの整備は極めて重要であると考えられる。医師がどのようにして就業行動を決定しているかによって効果的な医師確保策は実施できると考えられるが、現在の日本では政策に資する形で医師行動を明らかにできるデータセットは存在しない。

ここ数年「信頼の喪失」や「医療費の適正化」は供給が確保出来ない地域を生み出す可能性があることを経験した。不足は必要と供給の差として定義される。このため、必要が変化したのか、供給が変化したのかは明確化される必要がある。特に「必要」は理念的にも、現実の数値を用いて操作的にするにしても、定義することは難しい。

ただし、そのような施策を実施する場合においても、明確な医療提供体制のデザインを構築した上で、その目標を達成するために施策を実施していく必要があると考えられる。施策が上手くいくことに越したことはないが、失敗した施策からも学習して次の施策に活かすことが重要である。その際に強力な武器になるのは統計データであるが、より誤りの少ない有効な施策を国民が望む場合には、より精密な統計データによる根拠付けによって施策を実施することが重要になるのは言うまでもない。

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

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

イギリス、スウェーデン、デンマークのプライマリー・ケア制度の準市場改革から学ぶ

分担研究者 郡司 篤晃 聖学院大学

研究協力者 山田ゆかり (Copenhagen Univ.)

研究要旨

世界の国々の医療制度には大きな差があるが、その差はプライマリー・ケア及びそれと高次医療とのつなぎ方にある。

イギリスをはじめ、北欧の国々の医療制度の特徴は、GP への登録制度、税財源による無料の医療を提供している点であり、これらの国々では診療待ちに象徴される効率と質の低下に悩まされてきたにも関わらず、国民の医療に対する満足度は極めて高い。

本研究では、わが国の制度改革への示唆を得ることをめざし、それらの国々の改革のこれまでの取り組みをレビューし、次の結論を得た。

わが国の医療の接近性は良い。しかし、医療への過剰投資とサービスの過剰消費があるそのため、効率向上には限界があり、現在の制度かでは、医療費抑制のしわ寄せは人手不足をもたらしている。

わが国の医療には真に患者の立場に立つエージェントがいない。また、明示的なプライマリー・ケア組織がない。

国民の不安を解消するための、国民から信頼されるプライマリー・ケアの仕組みのビジョンを構築する必要がある。

A. 研究目的

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について、主としてイギリスの事例及びスウェーデンとデンマーク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、各国の研究者との面談によった。
(倫理面への配慮)
該当しない。