

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

I 平成 19 年度～平成 21 年度  
総合研究報告書



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 19 年度～平成 21 年度 総合研究報告書

『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 総合研究報告』

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・研究協力者ごとに第一年次は文献検討、ヒアリング調査、既存統計の分析、を行った。第二年次以降、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：これまでの医療費適正化策、平均在院日数短縮化策、介護保険導入によってどの程度平均在院日数が短縮化する効果があったか、医療費の節約はどの程度であったかについて定量的に測定できた。また、医療連携の成果についてアンケート調査データから明らかにすることができた。サービス需給をバランスさせるための国と地方の役割分担についての知見を得ることができた。また、中央政府が責を負うべきと考えられる医療従事者の養成についての国内、国際的な現状に関する知見を得ることができた。

結論：医療・介護サービスの供給体制整備においては、明確なビジョンの下での施策実施であり、日本の場合は「信頼」をキーワードとした施策が重要であると考えられた。その有効な手段は GP への登録制度であると考えられた。医療・介護の需給管理は地域単位で行われる方が効率的であると考えられ、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、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ため、継続的な整備が必要と考えられた。

## 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

医療費適正化の手段として採用されてきた、平均在院日数の短縮化および機能分化・連携に関する研究成果についてまず述べる。

1) 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」を用いて分析を行った。1984年から2005年までのデータを用いて、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こと、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。介護保険導入の平均在院日数短縮化に与えたは、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。また、平均在院日数の短縮化は医療費の節約に必ずしも結びついていなかったが、それは技術普及の偏差によるものと推定された。

## 2)医療連携の効果

医療連携を単に報酬で評価することだけでは（連携を開始する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た。地域で利用可能な医療・介護資源は異なるため、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。

### 3)患者受診行動の分析

レセプトデータを用いることにより、受診行動の分析を実施した。北海道および静岡県の市町村から貸与を受けた国民健康保険および介護保険のレセプトデータ等により分析を行った。まず当該市町村が属する医療圏とその外部への流出という形で患者の移動を明らかにした。その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。これらの分析においては北海道と静岡県という市町村の立地位置の差異による効果についても比較検討が行われた。

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することも可能であったため、高齢者の入院・入所行動についても分析を行った。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が明らかになった。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た。

また、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。

データを貸与いただいた両市町村は市町村立病院を保有している。このため、国保データから住民の当該公立病院の受診行動について分析を行った。医師数の変動により患者受診行動が変容することなどが明らかになった。このような分析をリアルタイムで自治体を実施することにより、公立病院の開設者として公立病院の現状を把握し、役割を検討することができると考えられた。なお、市町村国保データ等の利用による分析と市町村による活用についてはセミナーを開催し、外部研究者との議論を行い、理解を深めた。その際に、市町村としては国保データでは不十分であり、都市部では特に社保加入者の受診行動の情報が重要であるとの意見も出た。

#### 4) 公立病院のあり方

公立病院が担うべき医療について理論的分析を行った。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。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。すると、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。

#### 5) プライマリー・ケア（PC）の制度化可能性について

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が特徴である。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。

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。郡司研究分担者の研究成果は、「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るべき」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。これはイギリスで採用された政策である。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。



#### 6) 高齢者居住施設の需要と供給について

地理学的な分析がおこなわれた。高齢者の生活の場として、西日本では介護療養型医療施設への入所、大都市圏では有料老人ホームへの入居が顕著であることが GIS を用いた分析で明らかにされた。

首都圏における有料老人ホームの供給が地域の所得水準などに応じて行われていることが明らかにされた。その際に、供給される物件は経済変動の影響を受けて有休不動産の活用という要因の影響が強いことなどが明らかにされた。

高齢者の居住選択肢のひとつとして、小規模多機能型居宅介護があるが、その普及は停滞している。その要因について長崎市をフィールドとして分析を行った。その結果、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において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。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考えられた。

#### 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」を用いて分析が実施された。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) 医療従事者確保に関する分析

与えられたニーズ想定の下に医療従事者がどの程度必要になるかを、介護施設サービス従事者数についてまず推計を行った。2005年

に生産年齢人口の0.55%に対して2025年度には1.18%、2055年度には1.97%とそれぞれ2.12倍、3.55倍の水準に到達すると予測された。これらは高齢者数の増加によるニーズの増大があるとともに、少子化による生産年齢人口の減少にも影響を受けることによる。このため、健康寿命の延伸などが非常に重要となる一方、与えられたニーズを限定されたサービス提供者によってどのようにカバーするかが重要になると考えられた。

介護士の就業行動については、総務省統計局「就業行動基本調査」の目的外使用申請による個票データ使用による分析も行われた。2002年のデータを利用して分析を行った結果、介護職の離職率が高いという言説は非正規と正規の訪問系の介護労働者には当てはまるが、正規の施設系には当てはまらないこと、産業全体と比較しても、施設系の介護労働者の離職率は低くなっていることが明らかにされた。

さらに、介護労働者の特性として、施設系・訪問系いずれにおいても、前職と現職が同じである割合が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いことなども明らかにされた。

就業構造基本調査によって、看護師の就業行動も分析された。まず潜在看護師数が推計された。これは厚生労働省が発表している水準の62.5%水準の数値となった。このように乖離が大きくなった理由には、就業構造基本調査が追跡できる職業履歴が潜在看護師を推

計するには短いことによる。すなわち、前職が看護師で現職が看護師以外の者の人数を推計しているが、看護職から離職して2回以上転職する場合はあればサンプルから漏れることになる。このため、大きな乖離が生まれたものと推察された。

潜在看護師と思われるサンプルについてさらに詳細に検討を行ったところ、潜在看護師でなおかつ無職である者の比率は潜在看護師総数に対して75%程度と推計された。離職理由が結婚/出産であるため、すぐに復職できるとは考えにくいだが、他職に就いているわけではないため、復職のための訓練などがあれば時期をおいて復職する可能性もあると考えられた。ただし、看護職を離職して以降、時間が経過すると多食に就業する割合が増大することもわかったため、継続的な復職勧奨を行う必要があるかも知れない。

医師の就業行動については、就業行動基本調査でも医師職サンプルが少なかったこと、医師・歯科医師・薬剤師調査の個票分析は本研究班の開始時点で別のグループが研究に着手していた情報を得ていたこともあり、当研究班では分析を実施しなかった。ただし、日本の医師不足について国際的なパースペクティブから相対化して捉える必要はあると考えられたため、海外文献等のサーベイについては実施した。

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「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、*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が指摘されている。

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など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

少子高齢化の直接の帰結として、生産年齢人口が減少していくが、社会保障制度の主な利用者層である高齢者の数は増加していく（図 1 参照）。サービス利用者数の増加は年齢構成の高齢化によって自然に発生する。良く知られているように、年齢が高くなるほど入院・外来医療サービスは利用される。介護サービスについても同様である。75 歳以上になると外来医療サービスの利用は減少するが、入院医療サービスや介護サービスの利用者は急速に増加する（図 2 参照）。このため、特に後期高齢者の増加は医療サービス・介護サービス需要の急速な増大を伴うことになる。

医療・介護サービス部門において将来必要な人的資源量については社会保障国民会議（2008）が将来推計を行っている。現状をそのまま将来に投影したシナリオ（A シナリオ）では、2007 年に 385 万人であった医療・介護部門の従事者が 2025 年には 551.1 万人から 563.8 万人程度必要になるとされている。改革を踏まえた B シナリオ群は、急性期医療と慢性期医療の機能分化、平均在院日数の短縮化、施設から在宅への移行の程度、予防医療の外来受診への効果、の効果の組み合わせによって、B1 から B3 の 3 種類がある。これらのシナリオでは医療・介護部門の従事者は最小で 627.8 万人、最大で 684.4 万人が必要になると推計されている。A シナリオでは現状



の 1.4 倍から 1.5 倍、B シナリオ群では 1.6 倍から 1.8 倍の人的資源が必要となる。

総務省統計局「平成 19 年労働力調査年報」によると、2007 年の年平均就業者数は 6412 万人であるので、就業者数で見ると医療・介護部門は約 6%のシェアを持っている。

需要の急増を賄うためには、医療・介護部門における人的資源確保を進めるほかに、効率的な人的資源投入を図る必要がある。効率性の追求は一般に金銭コストの低減だけが目的と考えられがちであるが、それは正しくない。生産年齢人口の減少は医療・介護部門における人的資源確保を難しくすることになる。

本研究班での「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。

高齢化のもうひとつの帰結として、死亡者数が増加していく。2005 年には約 108 万人であった死亡者数が、2025 年には約 153 万人、2035 年には約 165 万人になると予測されて

いる。ピークは 2039 年、2040 年頃の約 166 万人と予想されている（以上、図 3 参照）。

2005 年時点での死亡場所は病院及び診療所が 82.4%、自宅が 12.2%、介護老人保健施設及び老人ホームが 3.3%となっている（図 4 参照）。死亡場所は個人が自己の終末期をどのように過ごしたいかという点に依存する。現状の医療・介護施設の整備状況および現状においてそれらの施設が提供するサービス体系で将来の終末期の医療・介護を担っていけるか、という点は検証すべき課題である。

本研究班での分析では供給体制についても分析を行っている。現状の日本の供給体制の問題は「不安」（もしくは「不信」という単語で表されると考えられる。このような状況において最も重要であることは利用者・住民に対して「信頼」を与えることである。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、PC 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ことを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。

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」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の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居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、医療・介護従事者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) 従事者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。従事者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従事者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従事者の就業行動を明らかにできる(パネル化された)データセットは存在しない。

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

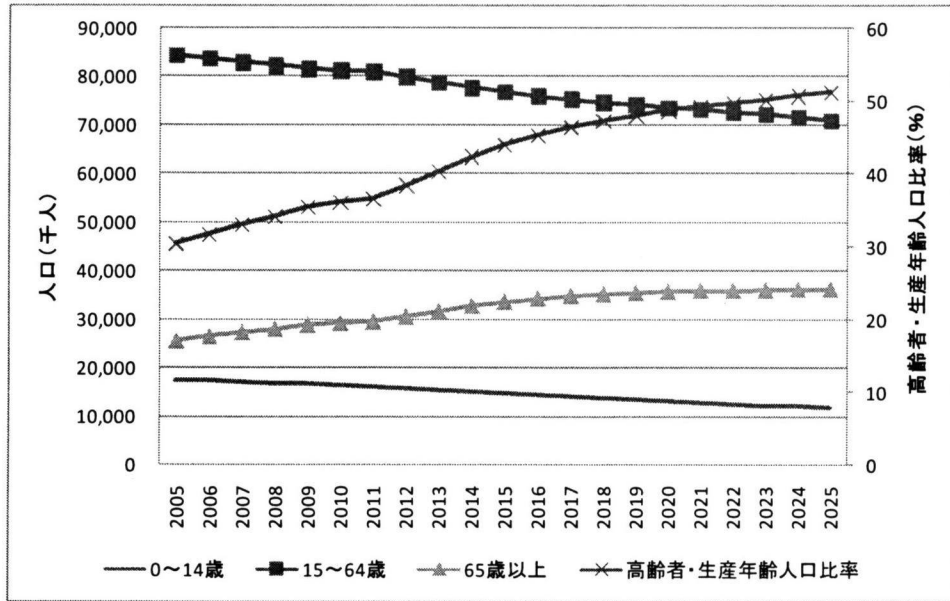
##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

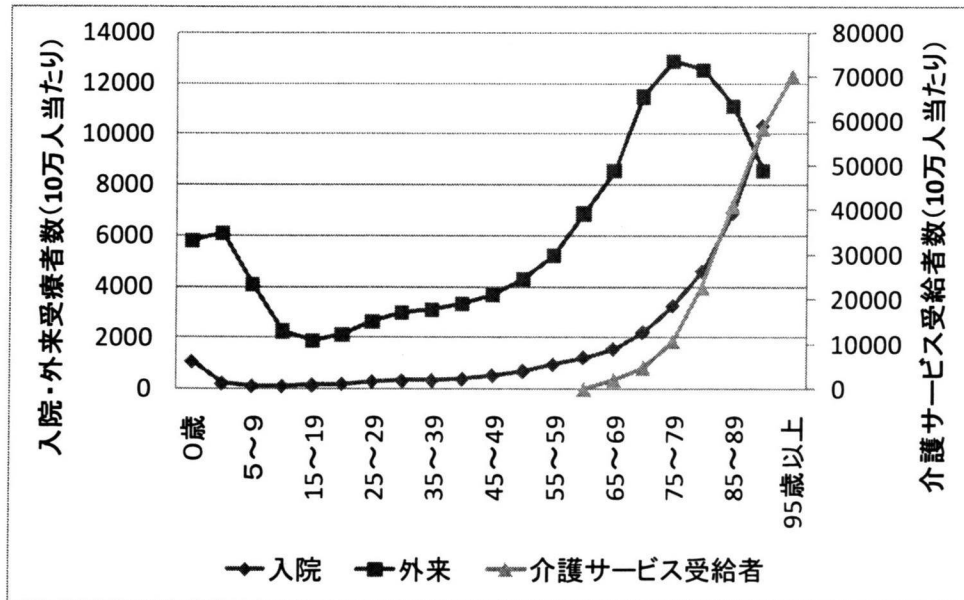
図1：将来の人口構成



出所：国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（平成18年12月推計）」より筆者作成

注：出生中位、死亡中位の前提による推定結果を利用している

図2：年齢階級別医療・介護受療（利用）率



出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成20年度患者調査」、「介護給付費実態調査」より国立社会保障・

人口問題研究所「将来推計人口（平成18年12月推計）」および平成17年国勢調査より筆者作成

注：最高年齢は患者調査では90歳以上、介護給付費実態調査では95歳以上で表示している。