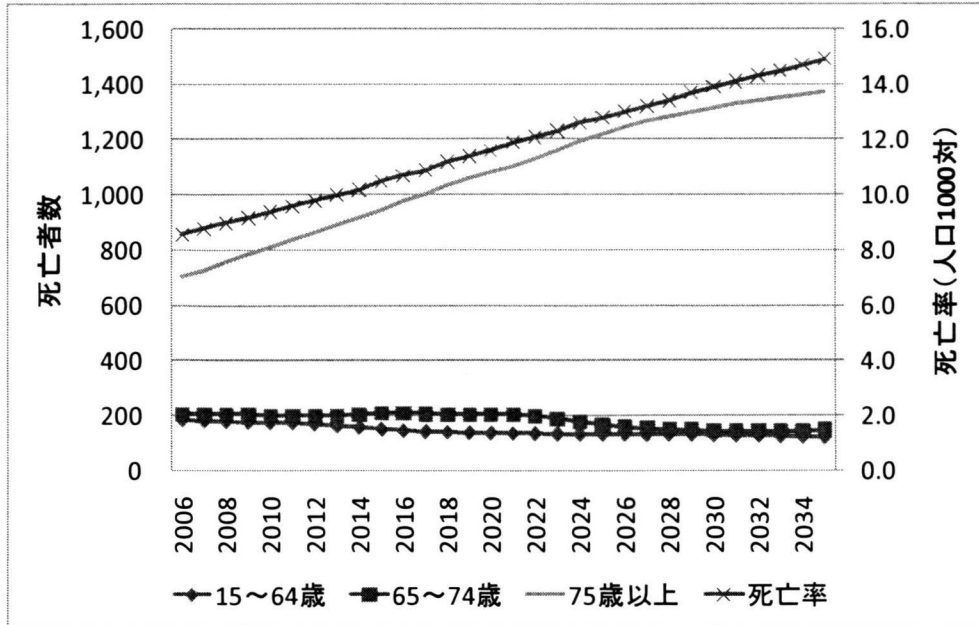


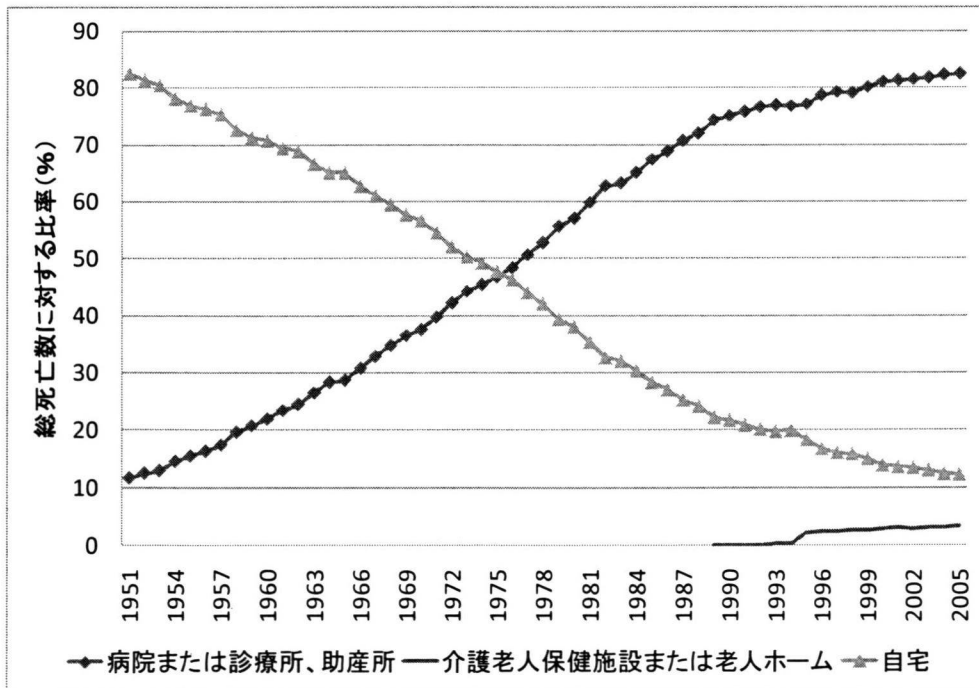
図 3：将来の死亡者数の動向



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 4：死亡場所の推移



出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 17 年人口動態統計」より筆者作成

注：平成 6 年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

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』

分担研究者 郡司 篤晃 聖学院大学

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。例えば、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。

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、米国、イギリス、北欧諸国に関する医療制度の改革のこれまでの取り組みをレビューし、さらに現地調査を行うことにより次の結論を得た。

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、文献検討と海外現地調査を行うことにより、今後の日本における医療制度改革におけるプライマリー・ケアの位置づけを明らかにすることである。

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。

C. 研究結果

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、中でもプライマリー・ケア（PC）組織が重要である。また、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。

一年目、二年目は文献検討を行った。それにより、managed competition の基本的な考え方や「信頼」の関係について明らかにした。アメリカにおける managed care による医療提供とイギリスにおける準市場改革と信頼について比較検討した。

アメリカの managed competition の基本的な考え方は、HMO をモデルとして、FFS のインセンティブを逆転し、同種の大きなケア提供組織間の市場競争を促進することによって、ケアの質と効率の向上を達成しようとするものである。提唱者の Enthoven は「managed competitionこそがアメリカの医療改革の手段としてアメリカの複数主義、個人の選択と責任、そして皆保険にふさわしい」とした。しかし、クリントン政権はこの考え方によっ

て医療の国民皆保険を公約に掲げたが、失敗に終わった。

イギリスにおいては、同じく managed competition の考え方に影響され、Thatcher 政権によって GP fund-holder（GPFH）とトラスト化した病院群の間に内部市場を創設する等の改革が行われた。

内部市場は確かに機能し、病院の態度や行動を大きく変えた。しかし、病院側は個々の患者の医療費を算出しなければならないという、経験したことがない巨大な事務作業が必要となり、医療関係予算の 8% がそのために使われたという。労働党は、GPFH と内部市場を廃止する公約を掲げて勝利し、実際にそれらを廃止した。GPFH に代わって Primary Care Group を発足させ、さらに法人格の明確な Primary Care Trust（以下 PCT）とし、予防から医療福祉まで、seamless care の実現を目論んだ。PCG から PCT への移行は順調に推移し、PC 領域では多様な工夫や変化がもたらされた。しかし、福祉・長期ケアの統合はもろもろの理由から必ずしも順調に進んではいない。

Blair 首相は、さらに NHS 改革を推進するための方策を検討するために、LSE の J Le Grand を personal advisor として迎え、Practice Based Commissioning（PBC）が打ち出された。Le Grand はかねてから社会保障領域における政策の基本概念として、quasi-market（準市場）なる概念を主張してきた。市場が機能す

ることが期待できない領域での政策立案には、インセンティブを設計しようというものである。そのインセンティブには、経済的なものだけでなく、利他や公共心なども含めて考えようという点で、かなり柔軟な考え方である。しかし、概念としては理論的分析のモデル化もなく、経験の積み重ねは可能だとしても、具体的な設計は極めてヒューリスティックであるので、実証的な評価が必要である。

これらの検討結果を踏まえつつ、三年目にはイギリス、スウェーデン、デンマークにおけるプライマリー・ケアに関する訪問調査を実施した。

イングランドにおいて行ったヒアリングのテーマのひとつがプライマリー・ケアに関わる改革のひとつである Practice Based Commissioning (PBC) の現状についてである。保健省の Primary care の Director である David Colin-Thomé (National Director of Primary Care) はこの改革は Aspiration であり、PBC を再活性化 (reinvigorate) する方策を検討中であり、さらに活性化することは可能であると主張する。他方、Judith Smith と Nick Goodwin は彼らの報告書にもあるように、その活性化は無理であり、可能にするためには間接的な予算 (indicative budget) ではなく実質的な予算を配分しなければ不可能だろう述べていた。そして、その実現は政権交代の時期になる可能性があるという。しかし、政権交代などによって、大きな改善が行

われれば、これまで積み重ねられてきた努力の成果が、結実する可能性があることは否定できない。

スウェーデンでは、エーデル改革によって、長期療養、高齢者・障害者の福祉はコミュニケーションの責任となった。この結果、当然の結果として生ずるのが医療と福祉の連携の問題であった。また、スウェーデンは医療費対策として極めて多かった病床を急速に減らしたこともあり、医療サービスの過剰提供と診療の待ち時間の延長が起こった。

スウェーデンにおいても、イギリスと同様に、準市場改革が保守系の政権によって推進された。その第一波が 1991 年に成立した Bildt 政権であり、第二波が 2006 年に成立した Reinfeldt 政権である。Reinfeldt 現政権の効率向上の政策の基本は、民営化と選択 (Choice) による競争の促進である。ストックホルムのプロジェクトの長である Anders Olsson 氏および Monica Albertsson 氏 (Director of The National Board of Health and Welfare) にヒアリングしたところによれば、2008 年には 20 の新たな診療所が開設され、対前年度比で患者の受診回数で 12% 増加、内 9% は GP の受診であったが、医療費は 3% しか増加しなかったもので、これは民営化と選択の自由による効率の向上であるという。

デンマークの医療供給は病院サービスとプライマリー・ケアに二分されるが、医療の責

任は基本的に県にあり、いずれも無料である。プライマリー・ケアの医療はGPによって提供される。市民はグループ1と2に分かれ、グループ1の人はGPに登録する必要がある、グループ2の人は、権利はあるが義務はない。市民の98.5%はグループ1である。

GPの報酬は出来高払いと人頭払いの混合であったが、コペンハーゲン市のGPは100%人頭払いであった。しかし、1987年から同市でも他の市と同様の支払い方式が採用されたことによって、GPから病院への紹介件数が22%減少し、専門医への紹介が15%減少した。

診療待ち時間は下げ止まっており、極めて長く、そのために諸々の摩擦が起こっている。しかし、市民の医療サービスへの満足度は極めて高い。また、診療待ち時間の短縮は模索されているが、医療システムの構造には確固たる自信があり、改革を迫られているという意識はない。これらのことがヒアリングによって明らかになった。

D. 考察及びE. 結論

平成19年度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」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。

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

ネーチャであり、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。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。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。

本研究における先進諸国に関する分析結果を踏まえて、1. プライマリー・ケアとその組織、2. 地域基盤と連携、3. 診療待ちの問題、4. 選択と競争、5. 効率化と double agent の問題、という観点から日本への示唆を検討した。その結果、

- ・日本の医療の接近性は良い。
- ・しかし、医療の過剰投資、過剰消費があり、効率向上には限界があり、そのしわ寄せで人手不足になっている。
- ・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。
と考えられた。

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

『 医療・介護の制約条件と効率化をめぐる主要課題 』

研究分担者 政策研究大学院大学 島崎謙治

本研究は、医療・介護の制約条件と効率化をめぐる主要課題を法政策的な観点から分析することを目的とする。医療・介護需要が増加する一方、生産年齢人口が急減するため、医療・介護の人的資源の確保は大きな問題となる。日本は先進諸国に比べ保健衛生・社会事業従事者や看護師等の労働力人口に占める比率はやや低いが、この四半世紀の間に、看護職員は1.5倍から2倍程度、介護職員は2倍ないし2.5倍程度増やす必要がある。そのためには、潜在看護師等の活用といった方策以外に養成数自体を増やす必要があり、一定の仮定を置いて試算すれば2030年には新卒者の約8人に1人を看護・介護職員とすることが必要になる。

若年労働力の争奪が激しくなることは必至であり、その前提として医療・介護の一層の効率化が求められることになる。とりわけ重要な課題と採るべき政策は次の3つである。

第1に、生産性向上という観点から職能の見直しを行うことは不可避である。ナース・プラクティショナー、専門看護師、認定看護師に一定の条件の下で、現状では医師しかできない医療行為の一部（「診療の補助」の臨界的行為）の実施権限を付与することを検討すべきであるが、医師らの理解を得るためには、具体的に対象とすべき医療行為の範囲や条件等を十分詰める必要がある。また、「医療的ケア」の介護職等への解禁論については、当面は違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、「医療的ケア」という類型を設け、一定の資格を創設し解禁することを検討すべきである。

第2に、医療経済上や患者のQOL向上の観点から透析医療のあり方の検討を行うべきである。日本では施設透析が圧倒的であるが、患者の態様等によっては在宅透析が望ましく、患者や家族の負担軽減や診療報酬上の問題など在宅透析の阻害要因を政策的に除去すべきである。また、透析原因の大きな割合を占める糖尿病の発症予防や患者の疾病管理、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討も行う必要がある。

第3に、公立病院改革を進める必要がある。公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りと権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。公立病院改革は一過性の問題ではない。ガバナンス構造に遡ってメスを入れる必要がある。山形県の県立日本海病院と酒田市民病院の統合はその成功事例である。

A. 研究目的

医療・介護の制約条件である人的資源確保問題を分析するとともに、医療・介護の効率化をめぐる重要な課題である、①職能の見直し、②透析医療、③公立病院改革について、法的課題や論点の整理など医療・介護政策に繋がる考察を行うこと。

B. 研究方法

現地調査および文献研究による。

(倫理面への配慮)

個人データを扱っていないため不要。

C. 研究結果、D. 考察および E. 結論

[詳細は別添論文を参照]

1. 日本は先進諸国に比べ保健衛生・社会事業従事者や看護師等の労働力人口に占める比率はやや低いですが、この四半世紀の間に、看護職員は 1.5 倍から 2 倍程度、介護職員は 2 倍ないし 2.5 倍程度増やす必要がある。そのためには、養成数自体を増やす必要があり、一定の仮定を置いて試算すれば 2030 年には新卒者の約 8 人に 1 人を看護・介護職員とすることが必要になる。

2. 若年労働力の争奪が激しくなることは必至であり、その前提として医療・介護の一層の効率化が求められることになる。

3. 生産性向上という観点から職能の見直しを行うことは不可避である。ナース・プラクティショナー、専門看護師、認定看護師に一

定の条件の下で、現状では医師しかできない医療行為の一部(「診療の補助」の臨界的行為)の実施権限を付与することを検討すべきであるが、医師らの理解を得るためには、具体的に対象とすべき医療行為の範囲や条件等を十分詰める必要がある。また、「医療的ケア」の介護職等への解禁論については、当面は違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、「医療的ケア」という類型を設け、一定の資格を創設し解禁すべきである。

4. 医療経済上や患者の QOL 向上の観点から透析医療のあり方の検討を行うべきである。日本では施設透析が圧倒的であるが、患者の態様等によっては在宅透析が望ましく、患者や家族の負担軽減や診療報酬上の問題など在宅透析の阻害要因を政策的に除去すべきである。また、透析原因の大きな割合を占める糖尿病の発症予防や患者の疾病管理、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討も行う必要がある。

5. 公立病院改革を進める必要がある。公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りや権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。公立病院改革は一過性の問題ではない。改革プランをペーパープランに終わらせないためには、こうしたガバナンス構造に踏み込む必要がある。

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

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 19-21 年度 分担研究者総合報告書

『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』

分担研究者 東京大学大学院公共健康医学専攻 教授 橋本英樹
研究協力者 東京大学大学院公共健康医学専攻 修士課程 徳永 睦

抄録

本分担研究では、「急性期病院」の平均在院日数の地域差の有無、規模、発生要因を明らかにすること、また在院日数短縮を意図したこれまでの各種施策の効果について検証することを目的とした。初年度は急性期病院における在院日数短縮動向の地域差の検討を実証的に行う前段階として、主に DPC による影響に着目し、DPC による在院日数短縮傾向をどう読み解くかについて、理論的な整理を行った。また地域における「ニーズ」の違いや、在院日数短縮前後の影響を検討する上で、患者調査・医療施設調査など、既存の指定統計を地域レベルで集約・突合した複合的データベースが必要になることを確認した。2 年度以降は、上記指定統計の利用申請を行い、分析の素地を整えた。最終年度では実証分析を通じて在院日数短縮の動向について、地域・施設・患者の 3 要素の影響を考慮しつつ、区分ごとの動きに着目して、在院日数短縮に向けた支払・施設機能分化・介護枠への移行などの諸施策が与えた影響とその問題点を抽出した。その結果、虚血性心疾患など技術革新が見られた領域では、地域・施設格差が解消し在院日数の低下が見られたのに対して、脳梗塞など急性期・慢性期が混在する疾病では、地域・施設での差が固定したまま短縮傾向が見られた。また大規模・都市部では 30 日未満症例が増加することで短縮がなされているのに対して、小規模・小都市では 31 日以上長期入院患者のうち 180 日以上超長期症例の在院日数の短縮による効果と考えられた。介護への移行による在院日数短縮効果については、2 次医療圏内の老人福祉施設・老人保健施設の定員数の増加は有意に 65 歳以上・30 日以上の上の在院日数短縮に寄与し、一方療養病床の増加は有意に在院日数増加に寄与していたが、その規模は極めて限定的なものに過ぎないことが確認された。

A. 研究目的

わが国の医療施設の在院日数が、OECD諸国などと比較して突出して長いことが指摘されるようになってから久しい。80年代以降、在院日数は低下の一途をたどっているものの、依然として諸外国に比べれば長いままとなっている。これまで支払や医療法の改正による施設認可などを通じた機能分化、さらには介護保険導入による介護への移行など、わが国の医療政策において、在院日数を短縮させることを意図した施策は大きなウエイトを占めてきた。しかし、いずれも中央政府による制度改正・改訂などを通じた全国一律のアプローチに留まってきた。急性期病院における在院日数短縮の動きに地域差がある場合、全国的に適用される制度変更の影響がなぜ地域によって異なるのかを整合性をもって説明できる枠組みが必要になる。またどのような施策がどの程度有効なのか、限界はどこにあるのかを明らかにすることは、今後の医療政策的取り組みの重点をどう絞りこむか、中央と地方の政策的役割分担をどうすべきかをめぐる議論にも寄与することになると考えられる。そこで本分担研究では、在院日数の動向の地域差・施設差に着目し、その実情を明らかにするとともに、各種施策の効果と限界、課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

初年度は急性期病院における在院日数短縮動向の地域差の検討を実証的に行う前段階として、主にDPCによる影響に着目し、DPCによる在院日数短縮傾向をどう読み解くかについて、理論的な整理を行った。中央社会保険医療協議会（中医協）資料などの公開資料ならびに厚生科研DPC研究班の発表資料、DPCに関連する研究論文などの文献検索と文献的考察を行った。2年次以降は、より実証的な検証を行うため、患者調査・医療施設調査などの既存統計の経年データを利用して、在院日数の地域・施設・疾病間比較を行った。

（倫理面への配慮）

今年度研究においては該当しない。基幹統

計の利用にあたっては統計法に基づき適切な申請・承認を得てこれを行った。

C. 研究結果

1) 初年度；DPC制度下での在院日数短縮の動向

現行のDPC下支払制度では在院日数を削減するという政治的メッセージは一貫しているが、制度設計自体が「日数削減」行動を誘発できるようになっていない。にもかかわらず在院日数の短縮が観察されたのは、制度の影響よりも、外部環境を読み取る経営判断能力・情報が存在したかどうかで、違いが出ている可能性がある。病院施設の規模と経営主体・経営状況など施設の「経営の質」に関する情報、施設のケースミックスや加算状況などの「臨床的機能」に関する情報、さらにはその当該施設がおかれている地域の競合施設の有無や後方病院の有無などの経営的「外部環境」についても考慮した上で、地域格差の問題を取り扱う必要があると考えられた。

2) 2年度以降；在院日数動向の実証的分析
虚血性心疾患など技術革新が見られた領域では、地域・施設格差が解消し在院日数の低下が見られているのに対して、脳梗塞など急性期・慢性期が混在する疾病では、施設での差が固定したまま短縮傾向が見られた。また大規模・都市部では30日未満症例が増加することで短縮がなされているのに対して、小規模・小都市では31日以上長期入院患者の在院日数の短縮による効果と考えられた。介護への移行による在院日数短縮効果については、2次医療圏内の老人福祉施設・老人保健施設の定員数の増加は有意に65歳以上・30日以上の在院日数短縮に寄与し、一方療養病床の増加は有意に在院日数増加に寄与していたが、その規模は極めて限定的なものに過ぎないことが確認された。

D. 考察

在院日数の推移には、明確な地域差・施設間格差が認められた。在院日数の短縮を図る施策のうち、急性期・慢性期の機能分化と、

急性期診療における効率化については、一定度以上の成果が見られたが、慢性期診療については、介護への移行も量的にも質的にも限定的な効果しか確認できなかった。さらに地方の民間・小規模施設に、高齢者長期入院患者が集積していることから、これらの施設が今後医療と介護のはざままでどのような役割を果たすのか、を明確にしていくことが必要であると考えられた。

E. 結論

在院日数短縮に向けたこれまでの施策では、急性期・慢性期の機能分化と急性期診療における在院日数の短縮には一定度の効果が確認されたが、小規模・民間施設に長期入院症例の集積が見られ、介護への移行による短縮効果は限定的であることが示唆された。今後医療と介護の狭間において、小規模・民間施設が果たすべき役割と転換の方向性を明確にすることが重要である。また介護への移行の効果については、さらなる検証が必要である。

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

『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－』

研究分担者 お茶の水女子大学 宮澤 仁

本研究は、社会保障改革における施設ケアの見直しを受けて重視されるようになった地域ケアについて、それを支える介護基盤の整備状況を地理学の立場から分析したものである。地域ケアの実践には、居宅の保障とサービスの継続的・包括的提供が必要である。そこで、居住機能を介護とともに提供する介護保険の居住系サービスから有料老人ホームを、住み慣れた地域での生活継続を支援する地域密着型サービスから小規模多機能型居宅介護を事例分野にとり上げ、サービス供給の地域格差とその要因について分析した。なお、前者のサービスに関しては全国の他に東京大都市圏を、後者では長崎県長崎市を事例地域に選定した。

分析の結果、有料老人ホームは、生活困窮高齢者の福祉ニーズが大きい反面、福祉施設・福祉住宅が圧倒的に不足している大都市圏において、彼らの経済力では入居が困難な高価格の施設が大量に供給されており、高齢者の居住問題を解決するための手段に成り得ていないことが明らかになった。これは、地域的・社会的な不公正の問題であり、大都市圏の生活困窮高齢者を社会的・地理的に周縁化することが危惧される。小規模多機能型居宅介護は、制度設計の問題から事業者の参入が消極的であり、さらに地域密着型サービスの計画的供給システムが十分に機能していない。そのために地域的偏在が依然として解消されず、市町村と日常生活圏域の両スケールにおいて未供給地域が発生していた。これも地域的公正の観点から大きな問題とされ、市町村による基盤整備の難しさがうかがい知れる。

これらの問題は、介護保険の準市場により形成された民間主導のサービス供給構造に起因すると考えられ、地域密着型サービスにおいて基盤整備に対する権限が強化された市町村も、実際にはサービスの民営化や財政問題の深刻化によりサービス供給における自律性が低下している。本研究の結果に基づくと、現在、地域において卓越している市場型の供給システムは、地域ケアを支える介護基盤の整備推進に必ずしも適していない。ゆえに、ケアシステムのローカル・オプティマムには、代替的・補完的な供給システムや地域の諸条件に応じたアレンジが必要と考えられる。

A. 研究目的

医療・介護分野における入院・施設入所によるケアは近年の社会保障改革において見直しの対象とされ、居宅における療養・介護を推進するための施策が試みられてきた。医療分野では、入院日数の短縮や療養病床の再編が進められる一方、在宅療養支援診療所の設置や地域における病診連携・多職種連携の推進が図られてきた。介護分野においても介護3施設の役割が見直される一方、2006年に改正された介護保険では、住み慣れた地域での生活継続を支援するための介護予防給付と地域密着型サービスが導入された。

本研究は、以上のような政策的文脈の中で登場した地域ケアを支えるための介護分野における基盤整備の現状について地理学的に分析したものである。地域での生活継続を理念とする地域ケアの推進には、生活の場となる居宅の保障と生活を支援する継続的・包括的なサービスの提供が必要とされる。そこで本研究では、介護保険のサービスのうち、介護とともに居住機能を提供する居住系サービスから有料老人ホームを、地域での生活継続を支援する地域密着型サービスから小規模多機能型居宅介護を事例分野としてとり上げた。

介護保険の開始後、居住系サービスは供給量が大幅に増加した。なかでも有料老人ホームの定員は、2007年までの8年間に18万人まで増加（約4倍）し、高齢者の介護や居住問題を論じる上で無視のできない存在となっ

ている（宮澤 2009a）。一方の小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスの一つとして制度化され、居宅の高齢者に通所を中心に訪問と宿泊を組み合わせてサービスを提供することに特徴がある。継続的な対人関係を通じた包括的ケアの提供が期待され、地域ケアの中核に位置づけられている。しかし、介護保険事業状況報告（2009年7月分）によると、このサービスは現在でも半数の市町村（保険者）において供給されておらず、計画通りに整備が進んでいない市町村が多い。その理由として認知度の低さや介護報酬の構造など制度設計上の問題点が指摘されている（高橋 2008；東京都福祉保健局高齢社会対策部 2008 など）。

本研究では、これら二つのサービスの供給パターンについて、地理情報システム（GIS）を用いて地域分析を行った。これにより、供給水準の地域格差とその要因について考察するとともに、基盤整備の現状ならびに政策上の問題点・課題について指摘した。

B. 研究方法

①医療・介護 GIS の構築と予備的分析

初年度の 2007 年度は、医療・介護に関する地域統計ならびに施設・事業所データを集成し、他の地域統計やデジタル地図とあわせて、GIS を基盤とするデータベースを構築した（図 1）。このシステムにより医療・介護事業の地域的展開を示す各種主題図の作成や

地域分析を可能とした。そこで、次年度以降の研究につなげるための予備的分析として、この医療・介護 GIS を用いて医療・介護利用の地域差を検証し、問題地域の抽出作業を行った。

その結果、高齢者による要介護時の生活選択には、大都市圏とそれ以外の地域、また東日本と西日本のあいだに地域差がみられ、特に有料老人ホーム（図2）と療養型医療施設（図3）の入所には明瞭な地域差が確認された（宮澤・西 2008）。前者は大都市圏に特化した現象であること、また後者に関しては療養病床の縮小・廃止が進められた場合、居宅生活を選択するには脆弱な高齢者が西日本を中心に多数発生することが予想された。

そこで、次年度からの研究では全国スケールの分析とともに、有料老人ホームに関しては大都市圏の事例として東京大都市圏を、小規模多機能型居宅介護に関しては西日本の事例として長崎県長崎市を事例地域に選ぶことで地域スケールの詳細な調査・分析に取り組んだ。

②有料老人ホームの立地と施設特性に関する研究

2008年度は、医療・介護 GIS の有料老人ホームに関するデータベースを使用し、全国と東京大都市圏の両スケールにおいて有料老人ホームの立地を分析した。これにより、有料老人ホームの供給動向を全国スケールで把握するとともに、大都市圏に特有の有料老人

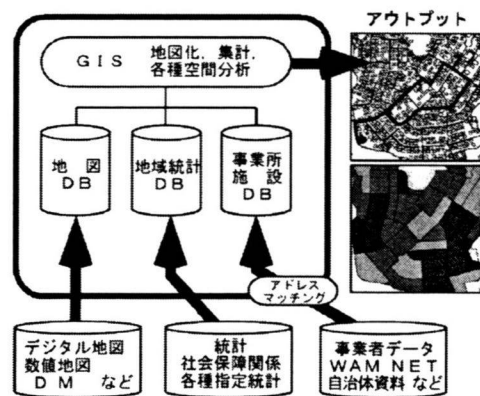


図1 医療・介護 GIS の構成

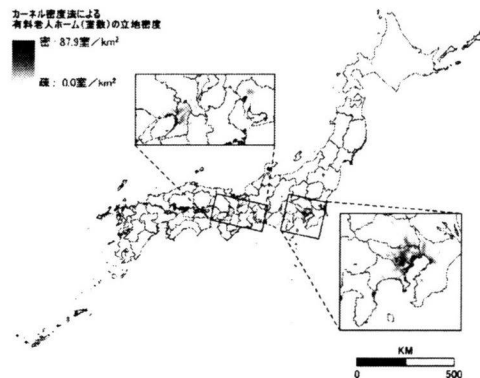


図2 有料老人ホームの立地密度（カーネル密度法による推計）
出典：宮澤・西（2008）

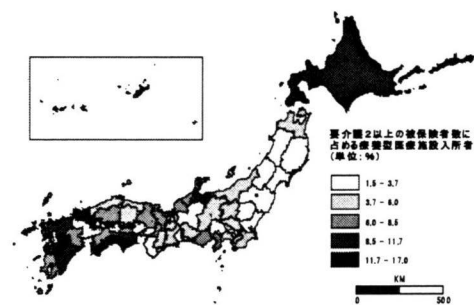


図3 療養型医療施設入所者数の地域差
出典：宮澤・西（2008）

ホームの施設特性を明らかにした。また、有料老人ホームの立地要因をサービス・ニーズならびに土地・建物確保の制約から実証的に分析し、近年、大都市圏で有料老人ホームの

供給が拡大した要因について地理学的観点から考察した。

③小規模多機能型居宅介護の普及状況と地域的偏在に関する研究

2009年度は、小規模多機能型居宅介護の普及が停滞している長崎市を事例地域に、この分野に参入する事業者の特性と参入行動を医療・介護GISを用いて分析するとともに、事例事業所に対するヒアリングの結果から、小規模多機能型居宅介護の経営実態ならびに課題を明らかにした。また、これらの結果を受けて、長崎市における小規模多機能型居宅介護の普及停滞と地域的偏在の要因について考察した。なお、事例事業所の選定に際しては、2008年度に実施した予備的調査の結果（宮澤・新沼2009）を参考にした。

C. 研究結果

研究① 「民間事業者が提供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2009a,b）

まず、全国レベルの分析では、介護保険の開始に伴い大都市圏において有料老人ホーム（介護居室）の供給が大幅に増えたことが明らかとなった。特に東京大都市圏には全国定員の約4割が集中し、大手事業者の参入が旺盛であった。その背景には、団塊の世代の高齢化、特に定年を迎える都市中間層の存在が指摘される。彼らを高齢者住宅に対して高い

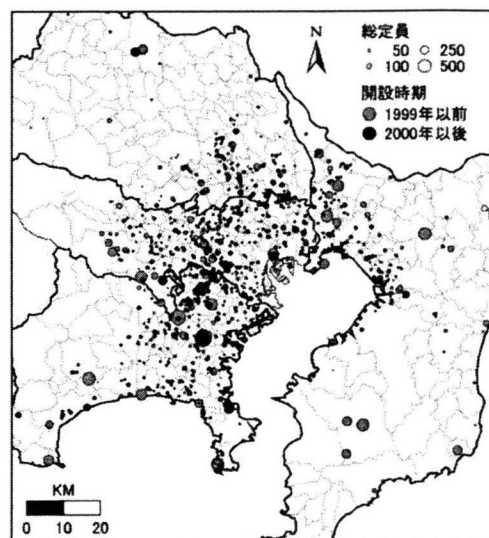


図4 東京大都市圏における有料老人ホームの分布
資料：『高齢者住宅データ・サービス』
出典：宮澤（2009a）

需要をもつ層と期待し、多数の民間事業者が東京大都市圏に参入したと考えられた。

その東京大都市圏を対象とした分析からは、有料老人ホームは既成市街地を志向した立地パターンを呈しており、特に東京23区の西部から南西のセクターに高密度で集中していることが明らかになった（図4）。さらに、入居費用には都心からの距離帯別・セクター別の違いがみられた。こうした有料老人ホームの立地特性は、敷地確保の制約から既成市街地外や遠隔地に開設される傾向にある公的な介護施設と異なっている。

そこで、その立地要因について、ニーズとの関係ならびに開設時の土地・建物確保の観点から分析した。その結果、有料老人ホームの定員供給量と富裕高齢者の高齢者向け住宅需要との関係が見出された（図5）。ただし、

関係の程度は必ずしも強いものではなく、むしろ入居費用との関係が強いこと、生活困窮高齢者の福祉ニーズも入居費用に関係していることが明らかになった。また、開設時の土地・建物の確保に関して従前の用途を確認した結果、遊休施設等からコンバージョンをした施設が多いことが明らかになった。当該事例は、特に有料老人ホームが高密度で立地する川崎市・横浜市の北部に多く、その大半は主要企業が単身社員に提供する寮を用途転換したものであった。その背景には、事業リスクの一環として給与住宅の提供を縮小したい企業と、初期投資を低く抑えることで事業の拡大を図りたい有料老人ホーム大手事業者の利害の一致があると考えられた。こうしたコンバージョン物件の地域的な多寡が、東京大都市圏における有料老人ホームの供給量を左右した一因である。

以上の結果に基づいて、近年、日本の大都市圏において有料老人ホームが急増した要因を整理し、図式化したものが図6である。

研究② 「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 2010a)

長崎市では介護事業者の小規模多機能型居宅介護に対する参入が低調であり、休業する事業者も多くみられた(図7)。そして、20ある日常生活圏域のうち事業所が立地する圏域は現在のところ7箇所に過ぎず、地域的に

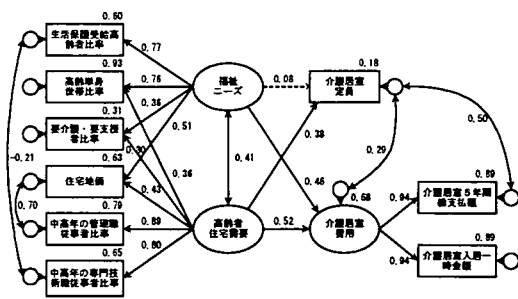


図5 介護居室の地域的供給水準と福祉ニーズ・高齢者住宅需要との関係

出典：宮澤 (2009a)

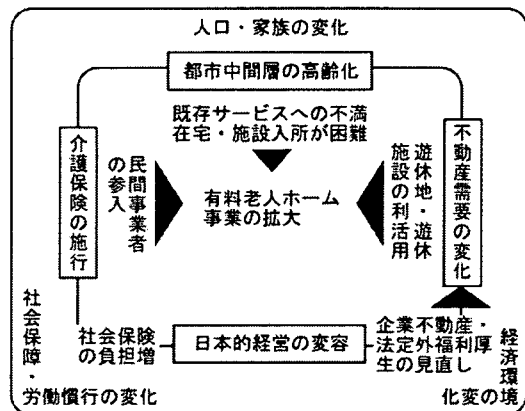


図6 大都市圏における近年の有料老人ホーム事業拡大の要因

出典：宮澤 (2009a)

偏在していた。事例事業所の調査からは、採算ラインを上回る登録者を集めるまで1年半程度の時間を要すること、その間の事業継続には人件費の効率化や他サービス部門からの赤字補填が必要とされるなど、事業経営の安定化は決して容易ではないという実情が明らかとなった。その点、小規模多機能型居宅介護の事業を継続可能としている事業者は、複数事業所・サービス部門を有する中規模以上の事業者に限られ、特に病院・有床診療所を経営する事業規模の大きな医療機関の存在が

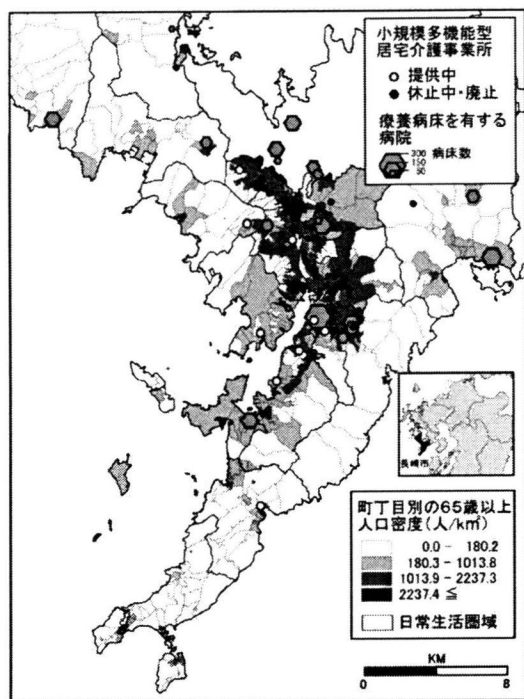


図7 長崎市における小規模多機能型居宅介護事業所の立地
注：この図では、療養病床を有する病院をあわせて表示している。

目立っていた。

以上のことから、小規模多機能型居宅介護への事業者参入ならびに事業の持続・安定化には、利益を期待できない事業開始の時期を支えることができる事業規模、ならびに人件費の効率化と登録者の確保に寄与する事業の多角化が要件になると考えられた。特に登録者の確保に関しては、居宅生活に移行する退院患者の紹介を受けるという点から医療機関との関係が重要とみられる。ただし、医療機関による介護サービス事業への参入が旺盛にみられる長崎市では、有力な医療機関と競合する地域において事業者の参入がとりわけ低調であり、参入後も休廃止する事業所が多かった。こうした有力医療機関との競合関係が

障害となり、中小規模事業者の参入に制約を受けている可能性が示唆された。

これらのことが、長崎市における小規模多機能型居宅介護の普及停滞と日常生活圏スケールでのサービス偏在の要因と考えられた。

D. 考察

本研究が扱った有料老人ホームは、介護保険の開始に伴い、民間事業者の主導により定員が急速に増加した。ただし、民間事業者は、高齢者住宅に対して大きな需要が期待される大都市圏を中心に有料老人ホームを開設したため、供給の拡大も大都市圏に限定された。むしろ、大都市では公的な介護施設が慢性的に不足しており、有料老人ホームの供給拡大はその対処策として期待できなくもない。しかし、本研究の結果からは、有料老人ホームの供給は、不動産取引に影響する時々の経済状況に規定されるために計画的な整備が困難であること、また保険対象外である入居費用には大きな地域差が生じるという問題が指摘される。

後者の問題に関しては、有料老人ホームの入居費用は地域の高齢者所得に応じて設定されるだけでなく、大都市では福祉ニーズの大きい地域でも高い費用水準になることが明らかになった。近年急増した有料老人ホームは、図らずも生活困窮高齢者の受け皿となるセーフティネットの役割を果たしており、大都市における公的介護施設の圧倒的不足から自治

体の窓口で有料老人ホームへの入居を紹介されるケースも多い。ただし、その入居先は、経済的理由から、遠隔地に立地する安価な施設に限定される傾向にある。無届け施設も少なからずあるといわれており、「貧困ビジネス」の温床になっているとの見方もある。地域的・社会的な不公正の問題として、大都市の生活困窮高齢者の周縁化を社会的・地理的に強化してしまうことが危惧される。

本研究が扱ったもう一つのサービスである小規模多機能型居宅介護は、地域ケアの理念に基づくと市場における短期的な取引関係や事業者の安易な退出は望ましくないため、介護保険の準市場メカニズムとは異なるシステムで整備される地域密着型サービスに位置づけられた。この地域密着型サービスでは、都道府県ではなく市町村が事業者の指定・監督を行い、地域の実情に応じた指定基準・報酬を設定できる。また、市町村は、その領域を細分した日常生活圏域を基本単位に地域のニーズに応じてサービス基盤を整備するとされ、市町村の権限が強化された。

しかし、本研究が対象とした長崎市の事例では、小規模多機能型居宅介護の事業者の多くが準市場における事業に経営の基盤を置いており、また事業の多角化・大規模化を進める医療系事業者との競合関係が参入上の障害や事業持続の阻害要因になっていると考えられた。地域では市場型のサービス供給システムが一般化しており、地域密着型サービスの

計画的な供給システムは限定的である（高橋 2009）。

このような状況において長崎市では、小規模多機能型居宅介護における未供給地域の発生や事業者の退出が起きている。今後、新規に4つの事業所が開設される予定だが、そのうち3件は既設の事業所が比較的多くみられる市の西部に開設される。この地区を除くと事業者の参入は依然低調であり、地域的偏在はさらに強まる傾向にある。このように未供給地域が発生し、地域的偏在が改善される見込みのない状況は、地域的公正の観点から問題といえる。市町村による計画的な基盤整備・調整が難しいことをうかがい知ることができる。

E. 結論

介護保険の開始により介護サービスの供給は、行政上の措置による受給から、要介護者が利用者として事業者を選択し、契約を交わすことでサービスを利用する形態に変わった。その選択肢を十分に確保するため、民間事業者の介護事業への参入が促進されてきた。しかし、経営として事業に採算性の重視を求められるようになった介護事業者は、その確保において有利となる条件の地域に専ら参入することとなり、サービスの地域格差が拡大した（宮澤 2003）。介護保険の制度上、地域格差の存在は必ずしも否定されはしないが、福祉サービスという性格上、大きな格差は望ま

しいものではない。このような観点から地理学分野では、介護保険の準市場メカニズムにより形成されるサービス供給の空間的パターンを研究する中で、サービスの地域格差とその問題性について指摘してきた（宮澤 2010b）。

本研究が対象とした有料老人ホームと小規模多機能型居宅介護は、各々、介護とともに居住機能を提供する居住系サービス、住み慣れた地域での生活継続を支援する地域密着型サービスに位置づけられ、居宅の保障と継続的・包括的サービスの提供により、地域ケアを支える基盤として期待されるサービスである。ただし、前者の有料老人ホームは、介護保険によって介護サービスの供給に準市場メカニズムが導入されたことを受けて最も拡大した分野であり、現在、その9割が民間事業者の運営となっている。また、後者の小規模多機能型居宅介護も、地域密着型サービスの制度上、市町村の介護保険事業計画に基づいて計画的に整備されることになったが、実際のサービス提供者をみると全国の事業所のうち44%は営利法人が運営しており、やはり民間事業者の参入が整備の進捗を左右している。

こうした民間が主導するかたちのサービス供給構造において、生活困窮高齢者の福祉ニーズが大きい反面、福祉施設・福祉住宅が圧倒的に不足している大都市圏で、彼らの経済力では入居が困難とみられる高価格の有料老人ホームが大量に供給され、大都市圏におけ

る高齢者の居住問題を解決するための手段に成り得ていない。また、小規模多機能型居宅介護も、介護報酬等の問題から事業者の参入が消極的であり、さらに計画的な供給システムが十分に機能していないことにより、市町村と日常生活圏域の両スケールにおいて未供給地域が発生し、地域的偏在が解消されずにいる。

地域ケアの展開には、日常生活圏域を単位とした小地域における基盤整備が必要とされるため、その責任を有する主体として介護分野では市町村の権限が強化された。しかし、介護保険による民営化の促進や財政問題の深刻化に伴い、市町村はサービス供給にかかわる自律性を弱めているのが実情である。さらに、地域密着型以外のサービスの指定・監督は都道府県の管轄であり、医療分野の地域医療保健計画も都道府県が策定する。こうした異なる地域スケール、異なるメカニズムに依拠して供給されるサービスとの調整は困難である（畠山 2009）。

地域密着型サービスは、市場型の介護システムの失敗に対して創出されたともいわれられており（高橋 2009）、介護保険の開始により実態として大きく後退してしまった地域計画の役割を重視している。また、地域ケアの推進においては地域における多職種の連携とそれを促進させるためのインセンティブが必要とされている。本研究の結果に基づくと、地域ケアのための基盤整備において市場型の供給