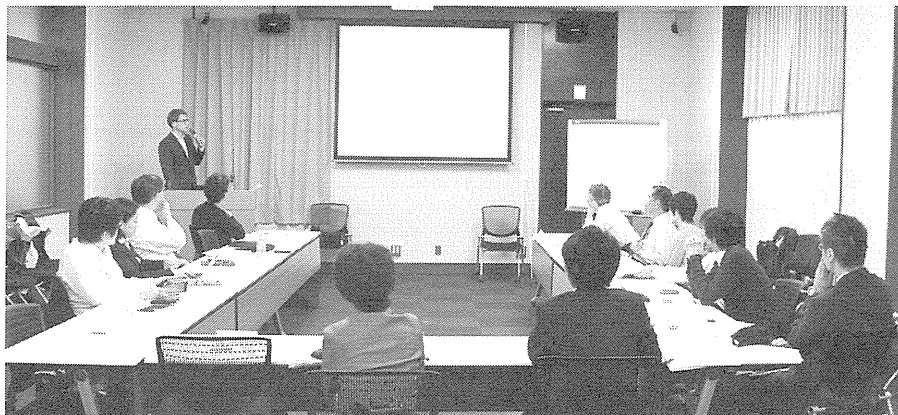


より大幅に費用抑制型の医師1人の施設で長期入所できる介護施設類型を新たに作り、療養病床をそれに転換させるべきである。

家事援助を市町村事業である地域支援事業に委ねるのは、わが国においても介護保険導入以前の形に近くなることを意味するが、オランダのように社会保険によるサービス提供を断念してはいない。地域支援事業のうち保険料の入る事業はあくまでも介護保険事業のひとつであり、ただし保険給付本体と異なり事業に使ってよい費用には上限(現在は総介護事業費の3%)が設けられているので、これを適切に引き上げることによって、国民の支持を得つつ費用抑制を図っていくことが適切であろう。

日本とオランダにおける医療サービス及び 介護サービスの連携



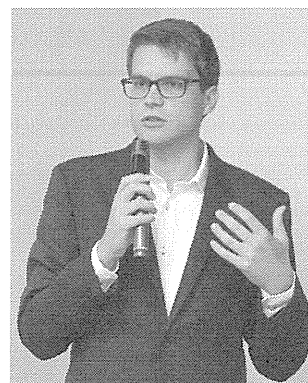
Session 1

日本とオランダにおける医療・介護サービスの特徴

オランダの医療・介護保険制度

Herbert Rolden

オランダの医療・介護保険制度は健康保険法(ZVW)、特別医療費保険法(AWBZ)、社会支援法(WMO)の3つの法律に基づいている。まずZVWについてだが、歯科治療から入院まで、基本的に短期間の医療行為全てを網羅する。それに対してAWBZはLTC (long-term care) 長期療養・介護サービスといわれるように、例えば365日以上入院する場合にはAWBZを通じて補償される。WMOは地方自治体が供給する介護サービスである。



ZVWの趣旨は、18歳に達したオランダ市民は、法律に基づいて誰でも保険サービスを受ける権利を有するということ、但し所得の5.65%の税金を支払って、規制された保険市場から保険者を選ぶ義務があるということである。医療保険がカバーする基本パッケージの内容は政府によって決められており、残りの任意パッケージの内容、価格をめぐって保険者が競争する。

AWBZの趣旨も、18歳から所得の12.65%の保険料を支払い、長期療養・介護サービスを受ける権利があるというものである。CIZから認定を受ければ、サービスを受ける資格を生じるが、収入によって自己負担額が決められている。

WMOはZVWやAWBZとは異なり、市民の権利ではなく、地方自治体がそれぞれの能力に応じて介護サービスを支給する福祉制度の枠組みを定めた法律である。これもCIZまたは地方自治体からの認定を取る必要がある。原資は地方税と政府からの補助金である。

日本とオランダの医療サービス及び介護サービスの基本的特徴

庄司啓史

日本はオランダよりも地方自治体の数が多く、人口密度はオランダの方が高い。日本の方がやや寿命が長く、高齢化も進んでいる。オランダは日本よりも遥かに早い段階でLTCサービスを導入している。在宅サービスの利用率は大きく変わらないが、施設利用率はオランダの方が高い。現状の人口増加率はオランダの方が高いが、2030年代後半には、オランダも人口減少する見通し。両国とも出生率は低下傾向であったが、オランダは1990年代頃から反転している。また両国とも出生時平均余命は伸びている。財政状況は、日本のそれがオランダより遥かに悪い状況であるなか、1000人当たりの医者、看護師の数はオランダの方が多く、病院、一般病院の数は日本の方が遥かに多い。さらに1000人当たりの病院のベッド数は日本の方が遥かに多く、LTCベッドの数はオランダの方が遥かに多い。平均入院日数及び入院日数の中で実際に医療行為が行われた日数の平均はどちらも日本の方が長い。またオランダでは入院日数と医療行為が行われた日数に殆ど差がない点が特徴的だ。介護サービス支出の対GDP比率をみると、オランダの方が日本より高く、それは施設介護において特に顕著である。また日本では僅かではあるが、民間サービスの利用がみられる。一方、保健サービス支出の対GDP比率をみると、オランダの方がやや高いが、それは介護サービス支出に起因する。また両国の健康状態の認識を調査したアンケート結果をみると、全年齢区分でオランダの方が日本人より遥かに健康だと感じている。これは日本人の国民性に起因するものかもしれないが、実際に健康状態に差があるかどうかの検証が必要である。日本の介護保険制度ではサービス費用の90%を保険者が支払い、10%を被保険者が自己負担する。保険者の財源は保険料と税金が半々である。オランダでは保健サービスの範囲に医療サービス、長期療養介護サービス、社会支援を含むが、日本は医療サービスのみが含まれる。LTCサービスの対象については、オランダではAWBZは高齢者だけでなく高齢者以外も対象だが、日本の介護保険は殆ど高齢者のみが対象である。



Session 2 医療・介護サービス提供におけるオランダ方式の日本への含意

医療制度の日蘭比較：日本における「規制された競争」の実現可能性

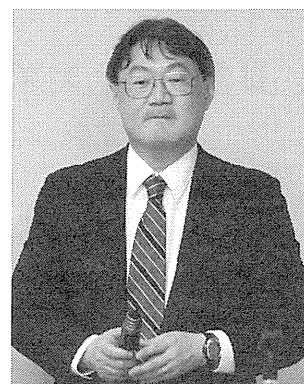
大森正博

世界の公的医療保険制度の殆どは、効率的に、かつ公平にという同じ目的を持っているが、各国のやり方は様々である。

日本とオランダは共に医療保険を社会保険制度として構築したが、その制度のあり方と運営方法は大きく異なっている。なかでもオランダにおける「規制された競争」の導入は、効率性と

公平性を達成する上で、大きな役割を果たしていると考えられる。

まず医療保険における日本とオランダの費用対効果の比較を行ってみよう。より良い医療保険制度とは高い費用をかけずにより良い実績を残すことである。仮に費用の指標を医療支出、実績の指標を寿命とすると、少ない医療支出でより長い寿命を得られた場合、それは良い医療保険制度ということができる。2011年の日本の平均寿命は、男性79.4歳、女性85.1歳であり、オランダのそれは男性79.4歳、女性83.1歳である。一方、医療支出の対GDP比率について述べると、2000年から2010年まで一貫してオランダが日本を上回っている。こうしてみると、日本はより少ない費用でオランダとほぼ同等の実績を上げることになる。しかしこれはあまりにも単純化されたモデルである。



このモデルの精度を上げるためには、高齢化率や医療の質など多くの要素を検証する必要がある。

ここではオランダと日本の医療制度メカニズムの効率性、公平性を検証するために、医療制度、保険者の役割と機能、資金調達方法と財政制度、そして医療制度における役割分担を検証する。

まず医療制度をみてみよう。日本では抗がん剤の一部などを含む先端医療を除く医療サービスが、強制加入の公的医療保険でカバーされる。主だった特徴を挙げると、1)日本には協会けんぽ等、9つの保険者が存在する、2)被保険者は年齢や職業など社会的属性によって、加入する保険が決められている、3)被保険者の加入保険があらかじめ決められていることにより、リスクが公平に分散されない。例えば75歳以上の後期高齢者をカバーする保険者は後期高齢者医療広域連合であり、かつて被用者が加入する被用者保険に加入していた被保険者は、退職と共に市町村が保険者である国民健康保険に加入する。4)一部の保険制度は規模が小さい為、「規模の経済性」が働かない。5)被保険者が保険者を選択することができない。被保険者が加入する保険は年齢や職業などの社会的属性によりあらかじめ定められている。6)保険者に廉価で良いサービスを提供しようという効率を追求するインセンティブがない。7)民間の医療保険会社の役割が、癌治療の一部や入院費用等に限られている。

それに対してオランダでは、1)2006年に医療保険サービスの殆どがCompartment 2に統合され、また、2)民間の保険会社がより重要な役割を担うことになった。歯科治療や追加のリハビリテーションは強制加入の保険制度からはずされ、Care Insure等民間の保険会社が提供することになった。3)被保険者はCompartment 2に所属する保険者を自分で選ぶことができたようになった。4)被保険者が保険者を選択するため、保険者間の競争が可能となった。

次に保険者の機能と役割について述べる。日本では保険者が利益を追求することなしに、公的医療サービスを提供する。保険者は医療サービスが保険制度の範囲でカバーされている限り、サービス提供者全てと契約を結ぶ義務を負っている。医療サービスの価格は中央政府の管理下に置かれており、患者は保険者を選ぶことはできず、また保険者は医療サービス提供者を選ぶことができない。他方、オランダでは、保険者は営利目的であってもなくても差し支えない。保険者同士の統合が比較的容易な為、2006年から2012年までの間に保険者総数が減り、規模が拡大している。保険者はCompartment 2とCompartment 3の両方のサービスを提供することが可能である。保険者は全ての医療サービス提供者と契約を結ぶ義務に縛られな

い(selective contract)。被保険者は原則として年一回保険者を見直して選択し直すことが可能である。医療サービス価格の殆どは保険者と医療サービス提供者との協議に委ねられる。ここで保険者は効率性を追求し、質の良いサービスを廉価で提供しようというインセンティブが生じる。

3つ目は医療保険制度の財政だが、医療保険制度の財政については世界各国で大きな問題となっている。医療技術の進歩が治療の費用を大きく押し上げていることが一つの原因である。人々は収入に関係なく、ときには高額な治療を必要とする。医療保険制度における公平性、正当性を重視する限り収入が低いからといって高額治療を受けることができないのは、受け入れがたいことである。そこで何らかの形の所得分配が行われなければならないが、通常は所得分配を通じて効率性が損なわれる。

さて日本の医療保険制度の財政についてだが、2011年の医療支出合計のうち、保険料負担が支出に占める割合は約半分の48.5%、自己負担が12.7%、政府の補助金からは38.1%が投入され、医療支出の3分の1以上を占めている。何故政府補助金の支出割合が大きいのか例を挙げると、1)後期高齢者医療の支出のうち、約50%を政府補助金が、約40%を被用者保険と国民健康保険が支出している。2)国民健康保険はおよそ43%をその殆どが租税である政府の補助金から受け取っている。保険者間のリスク分散が公平でないため、つまりリスク均等化は税金を通じて行われている。3)生活保護受給者等、特別な目的の医療支出は税金で賄われる。保険者の一部、特に国保の財政は独立しておらず、効率的であろうとするインセンティブはみられない。

オランダの医療保険制度の財政についてみると、医療保険制度(ZVW)の支出は所得比例保険料が51%、定額保険料が38%を占め、自己負担は殆ど存在しない。Compartment 2に対する補助金の「マクロ医療予算」は、日本と比較して補助金の使い方が単純で、所得配分は「マクロ医療予算」と「定額保険料」を通じて行われていると考えられる。そして効率化は「規制された競争」を通じて担保される。「規制された競争」の最も重要な点の一つは、Compartment 2における供給者と受給者がそれぞれ独立していることである。

ここで日本とオランダの違いの要点をまとめてみる。日本の後期高齢者医療保険及び国民健康保険は租税を原資とした補助金に多くをたよっている。両者ともその殆どが、勤労者を被保険者とする他の保険者から支援助成金を受け取っている。高齢化が進むにつれ、上記の補助金、支援助成金を支払う若年人口の割合は減ってくる。また両者とも「甘い予算制約」問題を抱えている。オランダの場合は、「規制された競争」が導入されるに従い、定額保険料の上昇がみられる。医療サービス市場と医療保険市場の効率化は達成されたといえるのだろうか？ 定額保険料は逆進性であるため、一部では定額保険料の負担が問題となるはずである。18歳以下には政府から補助金が支給される。では低所得層についてはどうなのだろうか？

さて4つ目の課題は、医療保険制度における役割分担である。「市場の失敗」を回避する必要があるため、医療制度において完全にルールに則った役割分担を徹底するのは不可能である。オランダでは政府が医療制度において市場メカニズムを働かせるよう努力している。保険者と医療サービス提供者に医療サービスの価格を交渉させている。ただし、情報の非対称性のために、需要サイドの要求を徹底させるのは難しい。医療の需要は医療サービス提供者、特に医者と患者の間で決定される。医療の知識のある医療サービス提供者は、患者のサービス需要に影響を与えることができる。

医療市場において効率性を追求するためには一次医療、二次医療、三次医療を明確に分化する必要がある。日本では一次医療と二次医療の役割分担を明確にするため、紹介状なしで病院で診療を受けるためには追加の初診料が必要である。一方オランダでは、役割分担のためにGPシステムを採用している。日本では追加初診料を導入してからは病院の数は減ったものの、高い初診料を利用した役割の分化は不完全のように見受けられる。一次医療と二次医療の役割分担を推し測る上で、病院数は指標の一つである。日本の病院数合計はおよそ9,000であり、70%は病床数が200未満である。また70%が私立病院である。一方、オランダの病院数合計は100であり、一人当たりの病院数は日本の11分の1に相当する。

最後に日本の医療制度改革について、また仮に「規制された競争」を日本に導入した場合について述べたいと思う。医療制度には効率性が不可欠である。社会保障制度において、保険者が被保険者を代弁するという考え方は、効率性を上げる唯一の方法であると考えられる。1) 効率を上げる一つの方法は、保険者が利益を追求できるようにすることであるが、日本では利益追求の企業は保険者になることができない。2) 医療サービス市場と医療保険市場での効率化は、価格と医療サービスの質のせめぎあいを通じて達成される。オランダの場合は、医療サービス価格の一部は医療サービス提供者と保険者の間で決定される。保険料については、保険者が定額保険料を設定する。また規模の経済性も重要な役割を担う。日本においては保険者の規模が小さい場合があるため、統合が必要である。4) 保険者の自立と独立が重要である。既にみてきたように、一部保険者は政府の補助金にたよっている。医療制度で平等を達成するためにはリスクの分散化、平等化が不可欠である。GPシステムも極めて有効であるといえる。日本にGPシステムを導入するのは難しいことだが、導入する価値があると考えられる。

【ディスカッション】

< Marieke > 2006年から多少単純化されたとはいえ、複雑なオランダの医療制度をよく調査されたと思う。日本もオランダも医療保険制度の中に社会システムを構築しているが、それを日本は「公的医療保険制度」と呼ぶのに対し、オランダでは「民間医療保険制度」と呼んでいる。オランダの医療保険法には強制加入であることが明記されており、未加入のオランダ人は一人もいない。オランダにはCompartment 2とCompartment 3の2つのタイプの保険がある。GPから病院診療に至る基本的な診療と、歯科治療や理学療法などのために任意で加入する保険で、保険料金は様々だ。「規制された競争」はインセンティブを喚起するモデルという日本の考え方は面白いと思う。2006年にこの「規制された競争」の改革が行われたが、そこで我々が学んだことは、このプロセスは非常にゆっくり進行するということだった。保険者は医療サービス提供者と協議して、医療の質を上げ価格を下げようと努力する訳だが、彼らは自分の役割が大変難しいことを認識した。協議の場で自分たちの立場が極めて不安定であることを実感した。そして去年と今年、健康厚生スポーツ省のプレッシャーにより、薬価についての議論が活発化した。我々はそこで初めて、医療サービス価格は現在高くなっているのではなく、むしろ安定していることを学んだ。オランダでは既にジェネリック薬品しか処方せず、オリジナルのブランド薬品が入手できるのは特別の場合に限られる。この事実を踏まえて健康厚生スポーツ省は、保険者に薬価に関しさらなるプレッシャーをかけた。この効果は絶大なものだった。プロセスそのものは大変遅いものだったが、医療価格を下げるのに大きな功を奏した。

保険者の規模の経済性については興味深い考え方だ。オランダには30超の保険者がいる。

ただそれらは5社の持ち株会社に保有されており、ある意味オランダ住民は騙されているともいえる。自分はこれはやや危険であると考えている。5社だけで市場を支配することが可能だからだ。だから外側からみるとよく見えるかもしれないが、十分注意する必要がある。

また低所得者についてだが、彼らも定額保険料を支払わなければならない。ただ所得が極めて低い場合には割引がある。割引は課税所得に対して計算され、半額が返還される。われわれは全ての人々が医療サービスにアクセスすべきだと考えるため、このような補助を設けている。といってGPのもとに毎日人が押し寄せる、という状態も望んではいないので、最初の350ユーロは病院費用、薬費用として自費で支払うことになっている。GPは無料だが、病院で治療を受ける場合は最初の350ユーロを支払う。オランダでは病院の利用料はGPの利用料よりも遥かに高く、また医者所得もGPの所得より遥かに高い。

<Rolden>医療制度を効率的に運用するためには利益の追求が重要だということだが、オランダで保険者がやろうとしていることは、保険料をなるべく安く抑えること、それから提供する医療技術の幅を広げるのではなく、多様化することだ。(車の保険と同様、人々は保険料を下げようとして、特約を減らす。)

オランダでは、協議の結果初めて価格が決められることに触れているが、それはわずか30%に当てはまることで、未だに価格の70%は政府が決めている。つまり病院ではある特定の医療サービスに関し、あらかじめ決められた保険料が適用される。結果として病院は診断過剰かつ処置不十分になりがちだ。あらかじめ設定された価格を適用しながら、診断過剰で処置が不十分であれば利益が上がる。健康保険法が施行されてから、オランダの医療支出の対GDP比率は極めて急激に上昇した。

また我々は将来的には医療サービスの価格について協議するだけでなく、能力のない病院には保険金を給付しないことも必要だと考えている。年に10回しか手術が行われないような規模の小さな病院の場合、保険者がその病院を医療専門家とはみなさず、契約を打ち切る判断をすることが重要だ。将来的には価格だけでなく、このような協議も必要になってくると思う。

日本の中老年の受診行動と日常生活

井深陽子・庄司啓史

医療資源の有効活用に関する近年の研究の多くは、実際に医療サービスを受けている個人における医療機関利用と介護サービス利用との関係に着目しているが、実際に介護サービスを利用していないものの介護サービス・ニーズを有する者における受診行動については未だ取り上げられていない。今回のリサーチの目的は、中老年の受診行動と身体機能の関係に着目し、通院と潜在的介護ニーズの関係を明らかにすることである。その為、このリサーチでは研究の多くが注目している「入院患者」ではなく、「在宅個人」を取り上げる。

同時にこれまでの研究においては、社会的入院を介護の代替とした医療資源投入の評価が中心であったため「費用」にのみ着目していた。よって、医者や病院を訪れていない在宅個人に目が向けられていなかったが、今回はそうしたサービスを利用していない個人も考慮に入れる。



回帰分析においては、受診行動を表す変数として、一月あたりの受診回数と、一回及び一月あたりの医療費用の支払額を取り上げる。データはパネルデータを用い、50歳以上の中高年をターゲットとして、Pooled OLS、固定効果モデル及びTobitモデルを使用する。

〈データ〉

データは独立行政法人経済産業研究所、国立大学法人一橋大学、国立大学法人東京大学が実施する「くらしと健康の調査(JSTAR: Japanese Study of Aging and Retirement)」(以下JSTAR)の第一回調査(2007年)と第二回調査(2009年)の個票データを用いる。データは都市部及び非都市部の市区町村から収集され、2007年調査では足立区、金沢市、白川町、仙台市、滝川町の五市区町、2009年調査はそれらに鳥栖市、那覇市が加わった。調査対象年齢は、50歳以上の在宅の男女個人である。

〈変数〉

受診行動を表す被説明変数として、①月あたりの受診回数、②(一回以上受診した回答者における)一回あたりの医療費の個人支払額(対数値)、③一月の医療費の個人支払額合計(対数値)を採用した。本研究で主に着目する身体機能を表す説明変数としては、主な日常動作に関する指標として高齢者の日常動作の機能測定で最もよく用いられる指標の一つであるADL(Katz Index of Independence in Activities of Daily living)を第一の指標として選択した。ADL指標は、食事や排泄、移動、入浴等の基本的な行動についての質問項目1から6のうちどれか一つでも「さしつかえある」と回答した場合に1、それ以外で0をとる二値変数を用いた。第二の指標は、その他の日常動作としてMSFMs(可動性、細かい運動機能等)に着目した。その他の日常動作指標は、ADL指標と比べると生活面において軽度の身体機能を表す指標である。ここではADL指標と同様、質問項目7から15のうちどれか一つでも「さしつかえがある」と回答した場合に1、それ以外では0をとる二値変数である。この2つの変数を用い、潜在的介護ニーズを評価した。個人属性のコントロール変数としては、調査時点年齢、性別、配偶者の有無、主観的健康感、過去一年間の受診の有無、かかりつけ医の有無、また家族属性のコントロール変数として、一番近くに住む子どもの所在地、配偶者の身体機能の2指標を使用した。

〈結果〉

1. 一月あたりの受診回数とMSFMs指標の間には正の相関関係が存在したが、ADL指標には受診回数との相関関係は見られなかった。固定効果推定により、観察されない個人の異質性をコントロールすると、受診回数との関係は弱くなる。従って、観察されない人々の持つ特性は、MSFMs指標と受診回数の両者と正の相関関係を持っているといえる。この結果を係数の推定値の大きさとともに解釈すると、他の日常動作(MSFMs)に困難を感じる個人は、そうでない個人に比べて、(他の説明変数を一定とした上で)一月あたり平均0.4回多く受診していることを表している。
2. 一回あたりの医療費の個人支払額と、ADL、MSFMsの間には相関関係はみられなかった。つまり治療の費用(本研究では、疾病の種類の変数)は、身体機能に不具合があるなしに関わらず(ADL、MSFMs指標に関わらず)、同額であることを表している。
3. 一月あたりの個人支払額合計と、MSFMsの間には統計的に有意に正の相関関係がみられた。MSFMs指標に何らかの問題を抱えている場合、個人の月間支払額合計はおよそ70%多くなる。一月あたりの受診回数とMSFMsの間には正の相関関係があり、一回あたりの支払

い額とは統計的に有意な相関関係が見られなかったことから、このことは一回の支払額が増えたというより、受診回数が増えたと解釈するのが妥当である。

4. 現在の制度では、70歳を超えると医療費自己負担額は30%から10%に政策的に減額されている。では、この自己負担の減額は医療機関利用に影響するのだろうか？個人が医療サービスを介護サービスの代替としているならば、自己負担の減額は医療サービス使用の増加につながるはずである。つまり70歳以上は受診回数が増え、一回ごとの支払額は減ることが予測される。ところが我々の予測とは逆に、70歳以上でMSFMsに何らかの問題がある場合、受診回数が減るといった結果が得られた。

【ディスカッション】

<Rolden>オランダでは長期療養サービスは障害者がより多く利用している、というデータがある。説明変数に身体障害者を加えると、他の全ての説明変数が有意でなくなる可能性がある。長期療養サービスもそうだが、これは医療サービスにもいえるのではないか。また、人は高齢になるにつれ、体調が悪いという状態を受け入れ易くなり、医者を訪れなくなる可能性がある。

<井深>それらも一つの可能性であり、コントロール変数に入れる必要があるかもしれない。

<Rolden>ADLではなく、MSFMsの方に相関関係があり、受診回数が増えるのは何故と考えるか？

<井深>一つの可能性はADLと受診行動には実際に相関関係が存在しない場合。もう一つの可能性としてはサンプル・サイズが小さいために本来なら相関関係があるにもかかわらず、捉えられていない場合。サンプル・サイズが大きければもう少し精緻な議論ができるはず。

<菊池潤>入院に関する仮説はあるか？

<井深>入院はモデルに入れていない(データがない)ので仮説はない。

<菊池>もともと社会的入院を介護のかわりにするという代替の話だったのに、なぜ外来のみを取り上げ、入院を除外したのか。もう一つは一月当たりの支払額合計に関しADLでは逆の結果が出たということだが、年齢が上がると外来に行く回数は減る。

<井深>医者へのアクセスそのものが難しくなるので外来に行かなくなる、ということはあると思う。ただ基本的に年齢ではコントロールされているモデルなので、ある程度はコントロールできているはず。ただADLがマイナスになっているのは事実なので、データを細かく見てチェックしたい。最初の質問は本質的なことに言及しているが、もともと社会的入院という問題があって、その部分はリサーチが進んでいる。単に代替という意味からいうと、入院と施設介護の問題を調査するのは必然だが、それに加えて在宅個人の受診行動そのものに関するリサーチが少ないという問題意識から入った。在宅の人が病院への通院を介護サービスの代わりに使用することはそこまでありうる可能性ではないと思うが、通院と介護の状況に関して基礎的なデータを提示するという意味も含めて、今回こういう研究をするに至った。



日本とオランダの高齢者介護支出の比較

府川哲夫

このセッションではマイクロ・シミュレーションモデルを使用して、日本とオランダの将来を比較し、課題を検証する。オランダの公的介護保険 AWBZ は高齢者に限定されていないが、ここでは高齢者の介護サービスのみを取り上げる。我々は仮定を多く用い、日本とオランダに同じシミュレーションを実施し比較した。



モデルを作成するにあたって、65歳以上の高齢者を依存レベル 0 - 完全自立、レベル 1 - 一部障害があるが基本的に自立、レベル 2 - 一部依存、レベル 3 - 大きく依存、レベル 4 - 死亡に分類した。

レベル 3 が日本の介護サービスのレベル 4 と 5 に相当する。シミュレーションを通じて日本の合計特殊出生率は 1.4 人、オランダは 1.7 人、死亡率は徐々に低下し、2060 年の日本の平均寿命は男性 84.1 歳、女性 90.2 歳、オランダはそれぞれ 80.9 歳と 85.7 歳と仮定した。

日本の人口は既に減少し始めており、2060 年には 9,000 万人にまで落ち込むと推定されている。オランダについては、シミュレーションには含まないが、移民の影響を考慮すると人口は安定すると考えられる。65 歳以上の高齢者が人口に占める割合は、日本は 2060 年には 40% 近くに達するが、オランダは 30% に至らない。日本の方が高齢化の影響は遥かに深刻であるといえることができる。

さらに 65 歳以上、及び 70 歳以上の人口をそれぞれ 25 歳から 59 歳までの人口で割った 2 種類の高齢者扶養負担 (elderly dependency) に関しても、又、80 歳以上、及び 85 歳以上の人口をそれぞれ 50 歳から 69 歳で割った 2 種類の高齢者介護サービス負担 (elderly care burden) に関しても、日本はオランダと比較して、現在及び将来的にも負担が大きいことがシミュレーションで確認された。

65 歳以上の高齢者を依存レベル 0-3 に分類した分布のシミュレーション結果では、日本、オランダ共に依存レベルの高い「レベル 3」に増加傾向がみられた。将来の医療支出と介護支出を予測するにあたってのベースラインとして、日本は 2010 年における対 GDP 比率での医療支出が 7.8%、介護支出が 1.6%、一方オランダは 2011 年における対 GDP 比率での医療支出が 8.7%、介護支出が 2.7% を使用した。これらに日本の厚生労働省が作成した年齢別支出プロファイル (age-related expenditure profile) を日本とオランダの両方に適用し、両国の医療および介護にかかる将来支出を予測した。EU の報告書によると先進国の年齢分布は類似しているため、日本のプロファイリングがオランダにも適用可能と判断した。この試みは、マイクロ・シミュレーションモデルで算出した将来の年齢グループ別の人口 (future age-group population) を医療支出に関する年齢別支出プロファイル (age-related expenditure profile) に当てはめ、両国の将来の医療支出を予測することである。将来の高齢者 LTC 支出に関しては、2 つのケースを用意した。ケース 1 は医療と同様、将来の年齢グループ別の人口 (future age-group population) を介護支出に関する年齢別支出プロファイル (age-related expenditure profile) に当てはめることにより、将来の介護支出を予測する。ケース 2 では、高齢者 LTC 支

出が依存レベル2と3のみで発生するとし、レベル2の費用をレベル3の費用の3分の1と仮定した。

シミュレーションの結果、人口統計学上の要因のみを考慮し、物価と医療技術の進歩をモデルに入れない場合、日本の医療支出は2040年にピークを迎えてから下降することが示された。オランダも同様だが、ピークは2040年に訪れる。それに対して介護支出の方は、両国とも推計期間を通じ継続して上昇した。ここで得られる暫定的な結論は、介護支出をコントロールすることが両国にとって最重要ということである。

まとめとして以下3点を挙げる。

オランダのAWBZは長期的医療制度と介護保険制度を統一した典型例である。つい最近、日本でも介護保険制度のうち要支援レベルのサポートを自治体に移管しようという議論があった。従ってオランダでのAWBZ（資格）からWMO（福祉）への社会支援の移管は日本の改革に先行した例であるともいえる。

日本のデータによると、90歳以上の高齢者についての介護保険支出は医療支出よりも大きいことが既に知られており、我々のシミュレーション結果をみても、将来的には介護保険支出をコントロールすべきであることは明らかである。今回のように人口統計学的要因のみ考慮したモデルでは、日本、オランダともに医療支出はピークに達し、その後減少することがわかっている。高い高齢化率にもかかわらず、日本の医療支出の対GDP比率は今のところ低く留まっているが、医療技術の発達と人々の医療サービスへの期待が増すにつれ、医療支出は益々増加すると思われる。

オランダは日本と比較した場合、医療支出及び高齢者LTC支出共に、現在及び将来において、対GDP比率で日本より大きい。これらを鑑みてLTCの利用状況と成果を比較することは有意義なはずである。AWBZの範囲を縮小するために、ZVWに短期リハビリテーション等を、WMOに社会支援部分の支給を移管したことは注目する必要がある。またオランダでも日本で既に行われているケア・サービスそのものと住居費の区分けが行われようとしている。介護保険制度への持続可能な資金供給に加え、より消費者主導型のサービス内容は、両国の改革の目的である。オランダのアプローチである効率化へのインセンティブ推進、医療・介護保険制度における消費者主導は、日本での改革の議論に資するところがある。

【ディスカッション】

<菊池>介護支出を対GDP比で見ると、日本1.0%、オランダ3.8%であり、65歳以上の介護保険受給者の割合や、65歳以上の介護サービスにおける1000人当たりの介護ベッド数もオランダが多い。しかし年齢分布はほぼ同等で高齢化は日本の方が進んでいる。このペーパーのメッセージは医療・介護保険を持続してゆくためには介護支出をコントロールすることということだが、何故オランダの介護支出は日本より大きいのか？

またモデルについてだが、ケース1のAge-related expenditure profileは殆どナイーブ・モデルとはいえないか。ケース2で推移確率を使用するのはユニークといえる。ただしCase1とCase2が何故違うかを突っ込んでいない。ケース1とケース2の違いは何か？ ケース2の支出が両国とも大きくなるのは何故か？ ナイーブ・モデルを使用したため、何か見落とししていることはないか？

府川：今回は介護保険支出をコントロールすることが重要である、という結論のみに限定し

たい。推移確率を使用したのは、介護レベルは回復することがないからだ。ケース1とケース2の違いについては、このペーパーをさらに改善するために検討する。ただ、システムから軽い要支援の部分をなくし、これを除外することによる支出合計に与える影響をみたかった。

< Marieke > 第二次大戦の後、オランダでは多くの家屋が建設され、ベビーブームが到来した。そしてベビーブーマーが成人し20歳、25歳になった時、住む家と仕事が必要だった。我々はリタイアしたばかりの65歳の人たちに、Elderly homeに行くようお願いした。Elderly homeは小さなアパートにもかかわらず、庭付きの家に住んでいた人々にそう頼んだのだ。若い世代が家族を持ち、子供を育てられるようにするためだ。そこで、実際にはその殆どが健康であった65歳の退職者達がElderly homeに移ることになった。ただその時点ではElderly homeに行かなかった人々も70代になり高齢化し虚弱になると、Elderly homeに住む権利を獲得した。つまりオランダは若年層の住まいを確保するため、多くのElderly homeを建設した。そして高齢者が虚弱になると今度はナーシング・ホームも必要になった。結果として多くのElderly homeとナーシング・ホームが建設された。経済は成長を続けており、一軒家からわずかワンベッドルームのElderly homeに移るのだから、より住みやすくしようということになった。そして家賃も食料も支払う必要がないことにした。あの時無料で提供できたのはオランダに余裕があったからだ。そして今現在、その余裕がなくなってしまった。多くの人々がElderly homeやナーシング・ホームを利用した結果、費用は膨大なものになった。そして今現在、部屋代やクリーニング代、食事代などを含むホテル・コストは自費だ。ホテル・コストとサービス・コストは支払ってもらうというのが政府の方針だ。その為に大きな議論があり、結論が出るまでには10年を要した。このような歴史のためにOECDの平均と比較しても、オランダのLTC支出は莫大なものになった。

政府はWMOを作り、介護サービスの一部は医療・介護保険制度から福祉制度に移行した。つまりそれほど介護が必要でない人々は、福祉制度に移動した。これは家族介護者やボランティアなどのInformal care giverがもっと必要になることを意味する。高齢者が自宅になるべく長く留まるためには、ボランティアがもっと必要だ。問題なのはオランダにはボランティアは沢山いるが、殆どが女性であり、現在益々フルタイムの仕事を求めていることだ。

Rolden：ナイーブ・モデルで欠落しているのは死に至るまでの時間だと思う。数学的な問題ではあるが、モデルを精緻にするためには”Age to death model”は重要だ。医療費の高騰は高齢化そのものではなく、死に至るまでの費用が主な原因といえる。残酷な言い方だが、「死」は非常に高くつく。死亡年の個人は、死亡年に至らない個人と比較して、医療費が15倍かかるというデータもある。モデルの中で寿命が伸長するのは支出が先送りされ、大きな支出が人生の後に発生するということだ。人の一生の一番最後に一番大きな支出がある、という事実は考慮すべきだと考える。オランダでは死に至る直前の費用をどのように抑えるかが大きな議論になっている。医者と患者が話し合い、死を受け入れ易くするのも一つの方法だ。もちろん死を扱うのは大変難しい議論だが、一言付け加えたかった。



患者の転院・施設間移転に関するコーディネーション問題

Herbert Rolden

ここではオランダにおいて、患者が病院から LTC 施設に転院する場合、帰宅して居宅サービスを受けるまでの手順と、そこで起こるコーディネーションの問題を述べたいと思う。

オランダでは一旦病院に入院したら、LTC 施設に転院するコーディネーションは病院が責任を持って行う。病院がただ単に患者を退院させるだけ、ということはない。オランダの全ての病院には必ずトランスファー・ナースがおり、病院から LTC 施設への転院を手配する。

トランスファー・ナースは介護サービスのコーディネーターをする役割を担っている。彼らは患者とその家族、医者、LTC 施設と話し合っ、どのような介護サービスや施設が相応しいか、また介護認定の取り方が適切かを判断する。但し最終的判断は医師が責任を負う。手配するのはトランスファー・ナースだが、最終的な判断は医師が下すことになっており、患者が帰宅を望んでも医師はナーシング・ホームに送ることができる。高齢者の入院で大きな問題は ADL インデックスのスコアが入院中に落ちることだ。70 歳で入院する高齢者のうち、35% が退院するまでに ADL インデックスのスコアを落としてしまう。高齢になればなるほど、ADL インデックスは大きく落ちてしまうのが現状だ。

ここで実際に発生しているコーディネーション問題の例を挙げると、例えば退院する段階になっても、医師が高齢の患者と意思疎通が図れず、認定に必要な診断を下すのが遅くなる場合がある。その場合には患者の GP に連絡して最新の診断についての情報を得るのだが、GP も最近の診断がないことがあり、その場合には患者は何週間も病院に留め置かれてしまう。オランダでは医師が診断を下さなければならないのに、情報もバックグラウンドもなく、診断を下せないことがあるのが大きな問題になっている。医師の診断なしでは患者は認定を受けることができず、受け入れ先がない。

様々な理由からトランスファー・ナースが来るのが遅い場合もある。そもそも認定の申し込みそのものが大変手間のかかる仕事で、経験のあるトランスファー・ナースが丸一日費やして申し込み用紙に記入し、必要なエビデンスの書類を集めることもある。トランスファー・ナースが来るまで、何日もかかるのも問題だが、彼らの仕事のやり方も様々であり、患者に面会しないトランスファー・ナースもいる。

転院、退院の際にはトランスファー・ナースが CIZ に認定を申請する。先に述べたように、この申請プロセスに非常に長い時間を要する。又、医者、家族、トランスファー・ナースが診断に同意して認定を申請しても、患者の老化が極めて早く進行し、高齢者ホームからナーシング・ホームに転院しなければならないことがある。そのような場合でも、一旦認定が下りた後では、最初から面倒な手順を全て繰り返さなければならない。

コーディネーションの問題は、1. コミュニケーションの不備、2. 役割の曖昧さ、3. 方針とリーダーシップの欠如、4. 需要と供給の不一致に起因すると考えている。コミュニケーションに関しては病院から LTC 施設に必要な情報を全て送ること、トランスファー・ナースも含めた医

療関係者が患者の希望を尊重し、転院プロセスでは患者の判断を優先することが重要と考える。役割については、患者にとって医療・介護関係者の役割を明確にすることが重要である。複数の関係者から矛盾する情報が患者に伝わり、混乱を招くことがあるためである。方針とリーダーシップに関していうと、病院や施設は規制された競争のもとで経営しているため、患者を転院させる手続きの優先順位は低い。そこで病院はあらかじめ施設と転院の取り決めをしている場合がある。これは法律違反ではないが、競争原理には反している。需要と供給の不一致については、ナーシング・ホームのウェイティング・リストが長いことが物語っている。

【ディスカッション】

＜堀田＞70年代からのプライマリケアとセカンダリケアの統合の歴史をみると、オランダは統合に十分時間をかけている為、治療と介護の水平統合、垂直統合は日本より良いと思う。日本ではどのように医療と介護の水平統合、垂直統合を行えば良いと考えるか？

＜Rolden＞治療と介護のコーディネーションは大変難しい。「水平」についていうと、オランダでは病院が規制された市場のプレーヤーであり、互いに競争しなければならない。これは病院同士のコミュニケーション、コーディネーションの改善には寄与しない。一方「垂直」の方の治療と介護の間では競争は問題にならないが、自己利益の追求が問題だ。病院側にとっては詳細な患者情報を効率的にLTC施設に送るという行為は、特に自分の利益にはならない。病院が最低限の患者情報を介護施設に送ることを定めた法律を制定するのが大事だと思う。病院に法的義務を課すことだ。もう一つは優れたITインフラを構築し、病院と介護施設が同じシステムを使用してコミュニケーションの円滑化を図ることが重要だと考える。

病院から施設・在宅への患者の流れ

高原弘海

私は現在、日本の西部に位置する人口約70万人の岡山県の医療・福祉の事業体で働いている。このセッションでは、地方の現場からみた日本の現状と課題について簡潔に報告したいと思う。

日本では医療の進歩や平均寿命の伸びに伴い、感染症などの急性疾患が減る一方で、生活習慣病など慢性疾患が増加している。また認知症高齢者が増加する中、認知症対策が大きな課題となっている。急性疾患を治せばそれで解決という時代から、高齢者を中心に多くの人が複数の疾患を抱えながら、次第に症状が悪化し、自立度が低くなっていく中で、それを医療と介護・福祉がいかに支えていけるかが、ますます重要な時代を迎えることになる。その意味では「病院から施設・在宅への患者の流れ」という一方向の流れではなく、病院や施設、在宅といった社会資源の間の循環サイクルの中で考えるという視点が重要になってくる。死亡場所を見ると、1950年には約80%の人が自宅で死亡していたのが、2010年には約12%にまで低下し、逆に病院・診療所で死亡する人が約80%を占めている。国民の60%以上が自宅での療養を望んでいるという希望と現実の間には大きなギャップがある。オランダでは、自宅死亡率が約31%、病院死亡率が約35%という状況と聞いており、日



本とオランダではかなり大きな違いがある。

今回のプレゼンテーションの準備として、岡山市において、医療、介護・福祉の第一線で活躍中の医師、ケアマネージャー、介護施設管理者、大学医学部教授など8名の専門家の方々に「医療と介護・福祉の連携に関する現状と課題」というテーマで訪問インタビューを実施した。以下、その概要を紹介したい。

岡山市では、自宅で亡くなる人は約10%となっており、3人に一人が自宅で療養したいという市民の意識調査とかい離がある状況となっているが、かかりつけ医が、知識と経験に裏打ちされたコミュニケーションスキルで、それぞれの病状に応じた余命の見通しを含む説明をきちんと行えば、在宅療養に関する患者や家族の不安感は一気に変わるケースが多い。現に、医師や看護師、住民への啓発・研修により、サービス提供側の専門職と、サービス利用側の患者・家族の双方の意識は変わるものと云う手応えを感じている。介護保険により制度面での対応はかなり進んできたので、意識が変われば、在宅療養が進む素地は十分にある。

疾病により介護モデルは様ではない。また、施設や在宅で暮らしていた人が入院し、その後の受け入れ先がないため、急性期の患者への対応を行うべき病院が無用な入院を強いられ、或いは、入院の引き受け自体を躊躇すると云った現状もある。急性期病院の退院後の受け皿として、高齢者に相応しいリハビリや在宅復帰を支援する病床が圧倒的に少ないという現実を改善していくことが重要である。

2000年に介護保険制度がスタートしてから12年半が経過し、制度はかなり定着し、サービス提供事業所も増えてきており、在宅療養を支える基盤はかなり出来てきた。介護サービスを担う人材についても、今後のニーズの増大に伴い、養成体系の見直しや人材確保のための緊急支援事業などの取組みが行われてはいる。

ここでインタビューで確認できた現状と課題への対応案につき、私なりの考察をまとめたいと思う。

看取りも含めた在宅医療など、医療と介護・福祉の連携による地域における包括的なサービス提供の取組みは既に各地でかなり始まっている。ただし、現状は、このような取組みは、先進的な地域におけるいわば点としての取組みの段階に止まっており、今後は、どうすれば、それを点から面に、取組みを拡げていけるかが課題となっている。

これまでの先進的な取組みでは、医師をはじめとするサービス提供者が主導して仕組みを創り上げてきたケース、市町村の行政とサービス提供者が連携して仕組みを創り上げてきたケースなど、地域ごとに様々なパターンで展開されている。

多くの患者、家族が自宅での療養を希望しているにもかかわらず、実際に在宅療養が困難な大きな理由としては、「家族の負担が大変」、「緊急時に不安」などの点が挙げられる。それらの阻害要因を取り除く在宅療養の基盤整備が基本であり、具体的には、必要なサービスが適切に組み合わされて提供されることに加え、ベースとなる住まいの場の確保、特に低所得者向けの共同での住まいの場の確保などの取組みが公的な施策として必要になるものと考えられる。また、インタビューでも指摘されていたように、地域での包括的なサービス提供の取組みを拡げていく上で、サービス提供側の専門職と、サービス利用者側の本人・家族の双方の意識をいかにして変えていけるかも、重要なカギと考えられる。

またわが国の場合、西欧等と異なり、医師が医療法人を設立し、診療所や病院を経営するという形で医療機関が整備されてきた歴史的経緯が背景にあり、診療所と病院、病院間の機能分

担がはっきりしていない。インタビューで指摘されたリハビリや在宅復帰を支援する病床の不足もこのことが一因と考えられる。できるだけ長く在宅で療養できるよう、医療・介護・福祉サービスが包括的に提供される体制を整えていくことの重要性は言うまでもないが、大都市部を中心とする後期高齢者の急増期の到来を踏まえると、急性期病院と施設・在宅をつなぐ受け皿の量的拡大も現実的対応として必要なものと考えられる。そのためには、病院機能の再編という課題への取組みは避けて通れないし、その他、老人保健施設の増床といった対策も検討する必要があるものと考えられる。

介護保険制度については、持続可能性を高める視点からの給付の効率化・重点化を図る一方、地域包括ケアシステムの構築を支える視点からの給付や事業の再構築が図られる可能性が高いものと考えられる。その際、人口推移のパターンも異なる各地域において、それぞれの特性に応じ、住まいの場を含む地域づくりとして地域包括ケアシステムをとらえ、介護保険の主体でもある市町村が総合調整役として、民間事業者やボランティアなどの各種社会資源の力を活かしながら、いわば地域の総力戦として、地域包括ケアシステムの構築に取り組むことが期待される。

2000年の介護保険制度のスタートは、様々な困難を乗り越えて市町村が保険者となる大きな節目であったが、今後は、医療・介護・福祉を核とし、住まいの場も含む地域づくりという大きな課題にチャレンジしていくという意味において、いわば介護保険の第二幕という節目の時期を迎えるものと考えられる。ただし、医療・介護・福祉に対する市町村の首長や職員の姿勢や力量には大きな差があるのが現実であり、市町村に役割を期待する以上、地域ごとの格差が生じることは認識しておく必要がある。

【ディスカッション】

＜府川＞これは質問だが、リハビリ病院のベッドを増やすべきという提言があったが、既に日本の病院には多くのベッドがあるのではないかと。また、養成体系の見直しや人材確保のための緊急支援事業などの取組みについてだが、具体的にはどういうことか？ 日本の医療、介護のコーディネーションは病院から自宅への問題か、病院から施設への問題か？ そして問題の解決方法は？

＜高原＞単純な病床の増は避けるべきだと思う。最初に庄司さんからお話があったように、日本の病床数はそれでも多く、65歳以上の高齢者が増えるのは5年後であり、75歳以上の後期高齢者が本当に増加するのは、10年、15年後だ。今ある病床の中で、リハビリテーションや退院支援を行える病床を増やすことが必要と考えている。つまり急性期の病床を切り替えてゆくという対応が必要。リハビリテーションを支援したり、在宅医療を支援する医療資源が少ない地域においては、老人保健施設のベッドの増が検討課題となることもある。2つ目の質問についてだが、医療、介護、福祉の連携が進んでいる地域は散見されるが、まだまだ数が少なく、今後増やしてゆく必要がある。うまくいっているケースでは、医療、介護、福祉の専門職の「顔の見える関係」がうまく機能しているという共通点がある。ただ残念なことにそういった例はまだ少なく、例えば退院時のカンファレンスなど一部の地域でしか機能していない。

＜堀田＞日本とオランダの大きな違いは日本にはGPシステムがないということだ。これでは入院先から施設へ転院する場合でも、地元の医者との継続的関係を持つことができない。GPシステムがあれば様々な関係を継続することができる。

<高原>日本でも40代、50代の若手の開業医の場合、医療と介護の連携に熱心に取り組んでいるグループがある。そういう地域においてはうまく機能している。ただ日本では制度化されていないところが問題だ。Rolden先生からオランダにおけるトランスファー・ナースの役割の重要性という指摘があったように、日本でも各病院に地域医療の連携室を作り、地域連携を進める専門の看護師を配置するケースが増えており、機能してきているが、残念ながらGPと同様、制度化されていない。

<Rolden>日本では80%が病院で死亡するということが、これは他の国々に比べ大変な医療支出へのプレッシャーになる。終末期の最後の週のコストが膨大だからだ。終末期について自宅での死も含め、医師と患者が話し合うことによって、人生の質を高め、医療支出も減らせるという発想もある。またオランダにはトランスファー・ナースの他にネイバーフッド・ナースという制度もある。GPと居宅介護団体を援助するのが目的で、常に患者に目を光らせている。

<府川>80%という数字には、2、3日しか入院していないケースも含まれているので、単純に医療費増大のプレッシャーに置き換えることはできない。

Session 3.2 オランダにおけるZVW・AWBZ・WMOの連携；日本の医療と介護の連携

日本の地域包括ケア及びその担い手をめぐって

堀田聡子

ここで改めて我が国における地域包括ケアシステム構築に向けた議論の背景と経緯、担い手のあり方について、オランダとの比較にも留意しながら概観しておきたい。

これまでのプレゼンで既に述べられたことだが、日本の平均寿命は男性79歳、女性86歳とともに世界一、高齢化のスピードが欧州諸国と比べて極めて早いことも特徴だ。人口ピラミッドの変化をみると、75歳以上が人口に占める割合は2011年に11.6%、2025年にはだいたい5人に1人が75歳以上になると予測されている。多くの国で虚弱高齢者に対するケアの担い手の中心は家族であるが、西欧においては別居の家族が高齢者宅にきてケアを提供することがふつうだ。他方、日本での65歳以上高齢者の世帯構成をみると、かつては子世代との同居が大半を占め、同居の嫁が介護を担っていた。このことも女性たちの介護負担を増す要因となっていた。

高齢者保健福祉政策を振り返ると、1970年代前半に老人医療費が無料化され、社会的入院が急増した。政府は1989年にゴールドプランを策定し、税を財源とし、地方自治体が給付を行うスカンジナビア型のサービスが拡大した。1990年代にドイツを参考に社会保険方式に向かう議論が高まり、2000年に介護保険制度がスタートした。

介護保険制度導入に至る背景は、要介護高齢者数の増加や介護期間の長期化に加え、核家族化や家族介護者の高齢化等、家族をめぐる状況も変化したことにある。介護保険制度導入は「家族によるケア」の「社会によるケア」へのシフト、すなわちケアの社会化を意味する。また、



租税負担の保険料への移行、社会的入院による医療費増の抑止、管理責任およびサービス受給資格の明確化、利用者の選択に基づくある種の市場の誕生にもつながった。

各国の長期ケアを支える仕組みを整理してみると、日本のモデルの特徴は、1) 虚弱高齢者への包括的なサービス給付、2) ドイツ型の社会保険と現金給付なしのスカンジナビア型のハイブリッド、3) 環境変化にあわせた計画的改正を織り込んだ制度、4) 支出の伸びに合わせた費用のコントロール(可能性)、などといえる。

日蘭の制度枠組み、利用者、長期ケアにかかる費用の推移もみておく。日本では介護保険制度が導入されてから総費用額は増加し続けており、保険料も上昇してきた。75歳以上高齢者比率は2055年には25%を超えると見込まれ、認知症の人の数も増加の一途を辿っている。とりわけ都市部でこれから一気に高齢化が進む。65歳以上の単身世帯と高齢夫婦世帯の割合も増加が予想される。

介護保険制度導入後の改正の動向をみておく。まず2006年の改正にふれておきたい。この改革は、「社会によるケア」から「地域によるケア」へのシフトを意味する。予防重視型システムへの転換と給付の重点化・効率化を図るもので、市町村が実施する地域支援事業、地域包括支援センター、地域密着型サービス等が創設された。

2025年に向け、住み慣れた地域での尊厳ある暮らしを限られた資源を最大限に活用しながら支えることを目的として、地域包括ケアシステムの構築に向けた議論が重ねられている。医療と介護の統合、介護保険サービスの改善と充実、予防促進、多様な生活支援サービスの充実、様々な住まいの提供等が重要となるだろう。

我が国で誰が高齢者介護を担ってきたのか。フェーズ1は介護保険創設前まで、家族による介護、フェーズ2は2000年から2005年までで社会による介護、2006年の介護保険改正以降がフェーズ3で地域による介護と整理することができるだろう。地域包括ケアシステムの実現に向けて、補完性原理を確認しつつ、自助・互助・共助・公助の役割分担をどうするのか、引き続き模索が続いている。

地域によるケアに向けてはいくつかの課題がある。まず「地域を基盤とした」統合をはかること、地域における最適を地域が選ぶことである、保険者機能の強化、住民参加、ボトムアップがカギとなる。民主的イノベーションには、プロフェッショナリズムの推進、セルフマネジメント、地域を基盤とする学び、地域レベルでのベストプラクティスの交流も欠かせない。世界的に高く評価されるオランダの医療制度とは異なり、日本ではプライマリ・ケアは発展途上にある。家庭医療や地域看護を核とした多職種協働プライマリ・ケアの確立は不可欠であろう。ケア領域を通じたステークホルダーの対話に基づく継続的な職業資格の発展も欠かせない。

オランダにおける長期ケアの将来ビジョンをみると、やはり Aging in place すなわち地域居住をめざし、とりわけ Wmo の導入以降改めて補完性原理に基づき本人のエンパワーメントや本人のもつネットワークを強化し、生活圏域のなかでの自立と支えあいを謳い、施設ケアは重度者に限定しようとしている。つまり高齢者は介護依存からセルフマネジメントへ、地域におけるネットワークは追加的なものから基礎的なケアの担い手へ、看護はより地域へ、医療もより家庭医療へ、福祉国家によるサービスは地域によるサービスとインフォーマルケアへと役割や位置づけの変化が迫られている。1980年代以降さまざまな側面で「代替」が進んでいるといえる。

両国のトレンドは、国から地域へ、医師から看護、介護、インフォーマルへ、セルフケアの

強調という共通したものである。日蘭ともに、地域マネジメントの向上、担い手の質・量の確保、支え育みあうまちづくりといった点が課題といえよう。

【ディスカッション】

<Rolden>日本とオランダが同じような問題を抱えているのはよくわかった。オランダ政府もまず自助努力、そして自身のインフォーマル・ネットワーク、最後に公的補助を活用するように提言している。例えばGPよりも費用が少なくてすむNurse practitionerを活用する。Nurse practitionerは患者に血糖値の測り方を教え、高すぎたり低すぎたりした場合の対処法を教える。ここには自立を推進し、役割をはっきりさせるようという意図がある。現在の高齢者と比較して、10年後、20年後に高齢者となる人々がより自立していることが重要だ。つまり高齢者自身が徐々に変わってゆくわけで、それはいいことだと思う。オランダも2025年に高齢化のピークを迎える。

オランダの一番の問題は地域でのネットワークの構築だ。インフォーマル・ケアと介護労働者に対するリサーチが行われたが、例えば両親の介護に携わると自分の就労時間が少なくなる。また年老いた両親と子供の両方を抱えている場合は負担が大きい。働き盛りの就労時間が少なくなれば、経済に悪影響を与え、政府の意図と逆になる。女性の就労、自立を促し、なおかつ両親の面倒もみるのは負担が大きすぎる。それにオランダは個人主義が確立しているので、両親の面倒をみる事にそれほど熱心ではない。自分は日本が地域をどのように活性化させ、地域に自主性を持たせるのか興味がある。私の質問は、今現在地域にはその体勢が整っているかどうかだ。日本では、政府は例えば広告などでコミュニケーションをとり、自立を促しているのか？

<堀田>複数の病気や障害とつきあいながら地域で暮らすひとたちの生活の質を高めるためにも、改めて本人をケアの主体と位置づけ、自立と尊厳を問い直し、セルフケアやそのマネジメントを推進しようというのは同じトレンドである。看護師による慢性疾患の疾患管理についても議論が進んでいる。地域におけるネットワークについては、オランダと比べて日本では労働時間がとても長く、とりわけ都市部においては課題が大きいと考えられている。他方、労働時間が長いぶん、職場における人間関係が強固である場合もあり、居住地のみならず、各人の暮らしの場におけるネットワークを連携させ活性化するという発想もあるだろう。また地域のなかではケア領域のみならず、さまざまな分野で課題意識を持った活動があり、職場のみならず学校、趣味などいろいろな縁がある。エリアのネットワークとテーマのネットワークを顔が見える関係によりつないでいき自立の地域づくりを目指しているまちもでてきている。

日本の医療と介護の連携について

磯部文雄

このセッションでは医療保険と介護保険における情報交換のコーディネーションについて述べる。情報共有は日本の保険制度が直面する大きな課題となっている。まず医療保険と介護保険の給付区分に関わる問題がある。例えば老人保健施設は介護保険から介護報酬を得ている。老人保健施設が構築された段階では、入所は3か月までと決められており、所長は医師である

医療機関である。短期の医療は医療保険で支払うという考え方からすると、このような施設は健康保険から報酬が支払われるが、日本の場合は介護保険である。

医療サービス側と介護サービス側の情報共有の重要性は多く指摘されるどころだが、情報共有のための十分な研究がなされているとはいえない。では医療スタッフと介護スタッフは、生活の質を向上させるために、どのような情報を共有すべきか。そして日本の医療・介護システムをどのようにコーディネートしたら情報共有の効率化を図れるか、提言したいと思う。



ここで気をつけなければならないのは、医療保険と介護保険の保険者が多少異なっていることである。75歳以上をカバーする後期高齢者医療保険の保険者は都道府県を単位とし全市町村が参加する広域連合である。一方、65歳以上の高齢者をカバーする介護保険の保険者は、各市町村である。ここで広域連合と市町村との間の情報交換を法令化する必要が生じてくる。すなわち、日本では市町村が高齢者の医療保険と介護保険の情報共有のキー・プレーヤーといえるが、個人情報の取り扱いについて近年、とみに神経質になっているのが実情である。

効率的な情報のコーディネートとは、不必要な医療・介護支出を抑えるための、患者データの総合的集約、及び医療サービスと介護サービス間の患者の個人情報の共有及び連携である。

例えば政府は地域ごと、疾病ごとの医療支出データを収集し、問題となる疾病については市町村が健康診断において注意を促している。一方、国保中央会が最近始めた試みとしては、個別の介護データと同じClientの医療データを収集し、それらを分析することによって、なんらかの関連性を見つけ出そうというものである。介護サービスは、部分的には疾病の治療によって低減する可能性があると考えられており、この結果から住民全てに目的に応じた保健サービスを適用しようとするものである。介護、医療にかかる支出を低減する一つの試みである。

もう一つの試みとしては、市町村が主催する地域ケア会議、ケアマネージャーが主催するサービス担当者会議に居宅サービス事業者が参加して情報交換を行うというのが挙げられる。

さて、在宅医療で重要な在宅療養支援診療所についてだが、2010年の届け出数は10,661で、うち5,833が、終末期医療に携わっている。一方、在宅療養支援病院は266、うち130が終末期医療を行っている。これから在宅療養の必要が益々高まるが、このような診療所の需要も増加すると思われる。

日本の大都市圏は施設も訪問介護職員も不足しがちで、単身世帯も増えている。そこで前のセッションでも触れられたように、包括的な地域支援システムが求められている。ロボットなど新技術を導入した腰を痛めないための「抱えない介助の指針」も重要といえる。

次に医療サービス側から、また介護サービス側からみて、どのようなデータの共有が必要だろうか？ 退院・退所情報記録書には疾病状態やADL関連の情報が記載されている。日本の医療・介護制度の情報共有を改善するための提案としてはRolden、高原両氏が既に触れたように、情報共有の制度化が大切である。その為には後期高齢者の医療保険及び介護保険が持っている情報を、率先してコーディネートする責任者を設置するためのルール作りが必要である。また情報を提供された側に情報保護のための適切な責任を設定する法律の整備も必要である。