

厚生労働大臣  
( 国立医薬品食品衛生研究所長 ) 殿  
( 国立保健医療科学院長 )

所在地 〒150 - 0046 渋谷区松濤1-26-16-302

フリガナ フクシ ミライ ケキョウジョ  
法人名 福祉未来研究所 印

フリガナ イハミオ  
代表者名(職名) 磯部文雄 職印

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)に係る研究事業を完了したので、次の通り報告する。

研究課題名(課題番号) : 医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究(H23-政策-一般-009)

国庫補助金精算所要額 : 金 4,960,000 円也(うち間接経費 660,000 円)

1. 厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙 (別添1のとおり)
2. 厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次 (別添2のとおり)
3. 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書 (別添3のとおり)
4. 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書 (別添4のとおり)
5. 研究成果の刊行に関する一覧表 (別添5のとおり)
6. 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況  
(総括研究報告書、分担研究報告書の中に、書式に従って記入すること。)

7. 健康危険情報

- ・研究の結果、得られた成果の中で健康危険情報(国民の生命、健康に重大な影響を及ぼす情報として厚生労働省に報告すべきものがある場合や、研究過程において健康危険情報を把握した場合には、国民の生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる内容と理由を簡潔に記入するとともに、その情報源(研究成果、研究者名、学会発表名、雑誌等の詳細)について記述すること。
- ・既に厚生労働省に通報した健康危険情報であっても、本研究報告書の提出の時点において健康危険情報に該当すると判断されるものについては記述すること。
- ・研究分担者、研究協力者の把握した情報・意見等についても研究代表者がとりまとめ、一括して総括研究報告書に記入すること。
- ・なお、交付基準額等決定通知の添付文書において、健康危険情報を把握した際には、一定の書式で速やかに厚生労働省危機管理官まで通報していただくよう協力をお願いしているため、本件とともに留意すること。

(作成上の留意事項)

1. 宛先の欄には、規程第3条第1項の表第12号(難治性疾患克服研究事業に限る。)の右欄に掲げる一般公募型並びに同表第26号の右欄に掲げる一般公募型及び若手育成型については国立保健医療科学院長、同表第25号の右欄に掲げる一般公募型及び若手育成型については国立医薬品食品衛生研究所長を記載する。
2. 「5. 研究成果の刊行に関する一覧表」に記入した書籍又は雑誌は、その刊行物又は別刷り一部を添付すること。
3. 「1. 厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙」から「5. 研究成果の刊行に関する一覧表」までの報告書等、及び「5. 研究成果の刊行に関する一覧表」に記入した書籍又は雑誌の刊行物又は別刷りは、一括して製本すること。ただし、一冊に製本することが困難な場合は複数の分冊ごとに製本することとし、各々の分冊に表紙を付けるとともに分冊の番号(1/n冊、2/n冊、一等)を表示すること。
4. 研究報告書(当該報告書に含まれる文献等を含む。以下本留意事項において同じ。)は、国立国会図書館及び厚生労働省図書館並びに国立保健医療科学院ホームページにおいて公表されるものであること。
5. 研究者等は当該報告書を提出した時点で、公表について承諾したものとすること。
6. その他
  - (1)手書きの場合は、楷書体で記入すること。
  - (2)日本工業規格A列4番の用紙を用いること。各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えない。

別添 1

厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙

平成25年度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・介護連携において共有すべき情報に関する研究

2013年度報告書

福祉未来研究所

作成上の留意事項

分担研究報告書がある場合は、「総括・分担研究報告書」と表記すること。

別添 2

厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次

医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究

2013年度報告書

目 次

第1章 医療制度の日蘭比較（大森正博）	3
第2章 オランダの医療・介護費（府川哲夫）	14
第3章 医療・介護連携の議論に必要な実証研究に関する一考察（井深陽子・庄司啓史）	22
第4章 オランダの認知症国家戦略——我が国におけるオレンジプランの推進に向けて (堀田聡子)	31
第5章 医療保険と介護保険の一体化又は連携の場合の共有すべき情報の内容 (磯部文雄)	39
第6章 医療・介護の情報共有のための一考察 ——フランス“Carte Vital カード”を参考に（庄司啓史）	46
第7章 日本とオランダの医療費・高齢者介護費の将来推計（府川哲夫）	57
第8章 病院から施設・在宅への患者の流れに関する考察（高原弘海）	66
第9章 オランダの短期医療と長期ケアの対象区分の基準とわが国における 長期ケアの総合化のための提言（磯部文雄・府川哲夫）	73
(第2部) Workshop「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	82
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	83
Session 3.1 入院から施設介護や在宅介護へと移行する場合の連携の問題	93
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	97

(第3部) 医療・介護の連携におけるサービス利用者の情報の活用に関するフランスと 韓国の状況	
Carte Vital 2 in French health insurance system (Marie-Anne Brieu)	-----105
韓国における医療と療養との連携の現状 (鄭在哲)	-----123
(第4部) The Dutch health care system: Basic features, coordination and transferal issues, and future policy reforms (Herbert Rolden)	-----129
(付録) 研究会名簿、研究会開催状況等	-----148

## 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））

## 総括研究報告書

## 医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究

## 福祉未来研究所

## （研究要旨）

オランダでは1年以上の長期入院と介護サービスを1つの制度（特別医療費保険、AWBZ）で提供している。医療サービスの分野では管理された競争を基本原理として民营化を進め、サービス利用者の選択を通じて効率化を図ることを目指している。一方、長期療養・介護の分野では競争原理ではなく必要なサービスが適切に提供されるシステムに重点をおいている。

一方、現在の日本の医療保険には療養病床や訪問看護のように長期にわたるサービスが含まれ、介護保険には老健施設のように短期のものが含まれている。日本の医療保険（とりわけ長寿医療制度）及び介護保険は、今後の後期高齢者数の増加によってその財源確保が難しくなっていく可能性がある。高齢化に伴って一定程度の医療と介護を同時に必要とする者が増えていくのは必然であることから、医療と介護の連携（又は切り分け）に焦点を当て、サービスの質を向上させるとともにシステムの効率化を図る方策を検討することは重要である。

磯部文雄 福祉未来研究所  
府川哲夫 福祉未来研究所  
大森正博 お茶の水女子大学

## A. 研究目的

本研究は医療・介護の連携を制度面及び情報面から研究する。制度面では1年以上の長期入院と介護サービスを1つの制度で提供しているオランダに注目し、同国の研究機関との共同研究を実施して、医療・介護サービスの効果的な提供体系について検討する。現在のわが国の医療保険には療養病床や訪問看護のように長期にわたる医療費が含まれており、一方介護保険には老健施設のように短期のものが含まれている。その切り分けをもう少し明確にできれば、総体としての費用を軽減できる可能性がある。

医療と介護の連携にあたっての情報面からの研究では、日本における2012年度の診療報酬・介護報酬の同時改訂を踏まえ、それぞれが共有すべき情報についてオランダをはじめ諸外国の状況を検討して、医療・介護の連携に有効なデータセット体系について研究を深化させる。

わが国の医療保険（とりわけ長寿医療制度）及び介護保険は、今後の後期高齢者数の増加によってその財源確保が難しくなっていく可能性がある。後期高齢者については、高齢化に伴って一定程度の医療と介護を同時に必要とする者が増えていくのは必然であることから、そのサービス提供体系について研究する意義は大きい

ものがある。その制度のひとつの例は既にオランダにおいて実践されている。オランダの制度では長期医療・介護と通常の医療が分離され、前者の制度である特別医療費保険（AWBZ）においては、入院医療から介護への移行がスムーズに行われているとされている。本研究では、日本とオランダの制度の詳細な比較を行い、オランダ方式の導入の是非について研究する。オランダのように、短期は医療保険により、長期は介護保険によって費用を賄うことができれば、総体としての医療・介護費用を軽減させられる可能性があり、この可能性を研究する必要性は大きい。

医療・介護の連携に関する情報面からの研究では、医療保険部門と介護保険部門の双方において、どのような情報を共有すべきであるか調査するとともに、その情報共有のためのツールの現状及びその開発を研究する。この際も、オランダにおける特別医療費保険（AWBZ）のデータセットを先行事例として取り上げる。医療・介護両制度の一体化又は連携の場合の最低限共有すべき情報の内容を明らかにしたうえで、その情報共有のためのツール開発をし、診療報酬や介護報酬の改定に資する提言を行う。研究の最終段階では、日本とオランダの比較研究を踏まえて、わが国の高齢者医療制度及び介護保険制度改革への提言を行う。

## B. 研究方法

申請者である福祉未来研究所が主体となって

研究を推進する。オランダの専門家（大森正博氏、等）を加えて研究班を組織して研究を進める。

日本の実態については、国民生活基礎調査やレセプトデータ等、利用可能な範囲で活用する。

オランダとの比較研究では、オランダで老年学等の研究実績のあるライデン大学内のライデンアカデミーと協力して、まず、特別医療費保険（AWBZ）の諸データ・運用状況を把握し、両国の高齢者医療・介護問題の共同研究を実施する。最終年には東京で Workshop を開催し、双方向でそれぞれのレポートに対して建設的なコメントを出し合って共同研究の仕上げをした。その結果を踏まえて、日本における医療・介護サービスの効果的な提供体系についての提言を行う。

成果は各年次の報告書に掲載するほか、福祉未来研究所のホームページで公表する。また、最終年度にはセミナーを開催することによって、これから非常な費用増が見込まれる後期高齢者医療と介護について、一般国民への理解を求めるとともに、その在り方を考えてもらう広報効果を生み出す。

### C. 研究結果

#### （医療制度の日蘭比較）

経済成長が低位安定して、大きな税収増が期待できない状況の下で、公的医療保険制度は、公費による補助に大幅には頼れない状況にある。オランダの公費による補助は、補助を与える部分が限られていること、補助の出し方に一定のルールがあることから、公費の投入に一定の規律が働きやすいように思われる。日本の公的医療保険の公費の出し方、および、所得分配のあり方は検討するべき時に来ているように思われる。

人口が日本の約 8 分の 1 程度のオランダで、100 あまりしか病院が存在しないのに対して、日本では 9,000 近い病院が存在していることは、日本では病院と診療所が効率的分業を行えていない可能性が高いことを物語っている。日本の医療制度では、選定療養費による初診料加算の制度がある。これは、200 床以上の病院で、紹介状を持たないで受診すると初診料が加算されるという制度であるが、逆に初診料さえ支払えば、（200 床以上の）病院サービスを受診できるわけであり、医療サービス供給の効率性の観点から問題があり、さらに初診料加算を払えるだけの所得の高い者が病院サービスを受診するという公平性に関わる問題も惹起することになる。

#### （オランダの医療・介護費）

短期医療（ZVW）は完全に民営化され、高齢者介護を含む AWBZ は公的制度で運営されている。ZVW には管理競争という効率化への incentive が働いているが、それでもオランダの医療費は低くはない。一方、AWBZ には効率化への incentive が組み込まれていない。給付カタログの拡大などにより AWBZ の費用が大幅に増加したため、2007 年以降は一転して AWBZ の給付カタログが縮小されてきている。サービス受給者の情報を活用して医療・介護・福祉に亘る横断的なシステムの効率化を図る試みは、まだこれからである。サービス利用者の賢明な選択によるシステムの効率化では不十分なため、さらに踏み込んで 1) サービス利用者の責任をより強調して（例えば、ホテル・コストの徴収、利用できるインフォーマル・ケアの活用、など）フォーマル・ケアへの依存度を減らす、2) 権利として受け取れる給付の範囲をより厳格にする（例えば、健康を維持するためのサービスは権利だが、ホテル・コストは自己責任）という方向性が示されている。その行き着く先は AWBZ の極小化である（AWBZ の給付のうち nursing care や treatment は ZVW に、social support は WMO に振り分ける）。

オランダ人の平均寿命は日本人より 1 年半短い。65 歳の平均余命も日本人より同程度短い。65 歳以上で LTC サービスを受けている人の割合は日本が 12.6%（2011 年）、オランダが 27.7%（2007 年）と大きな差がある。2011 年におけるオランダの医療費、高齢者介護費はそれぞれ GDP の 8.7%、3% 台で日本より大きい。オランダは高齢者介護のために日本の 2 倍の費用を使っていることになる。日本では介護施設整備が不十分な中で、在宅介護の拡充によって施設介護を代替するアプローチがとられている。その際、要介護者やその家族が介護施設入所に傾かないよう、夜間のサービス提供などを含む充実した在宅介護サービスの展開が求められている。在宅要介護者が安心して地域に住み続けるためにも、介護施設入所者にとっても、医療サービスと介護サービスが適切に連携された形で提供されるシステムの構築が重要である。しかし、それは介護サービスの中に医療サービスを混入させることではない。

#### （医療・介護の連携の議論に必要な実証研究に関する一考察）

これまでの日本に関する実証分析では、介護保険の導入の効果について、社会的入院の減少という医療保険財政面、および介護の社会化の実現という側面、の両面から実証的に確認した研究がある。介護保険と医療保険の財政的な利

用を減らす方を議論するためには、介護保険利用者に関してさらなる個票データの分析が必要となる。とりわけ、重要になるのは、医療保険と介護保険の利用状況の個人内での時系列変化である。例えば、介護保険の導入によって新たに（医療保険の利用とは独立に）介護保険を使い始めた個人が相当な規模でいたことにより、結果として介護費と医療費の合計が上昇した可能性がある。介護保険導入後の一時点の利用状況のデータ観測にもとづく分析では、このような個人の規模を明らかにすることは出来ない。個人の医療保険と介護保険の利用状況の変化を長期間追うことで、医療と介護サービスがそれぞれどのような形で必要とされているかが明らかになる。医療保険と介護保険の負担軽減のための方策は、医療と介護サービスがどのように利用されているのかに関する定量的結果に決定的に依存しており、本稿では、潜在的な介護ニーズと医療機関利用という一側面からこの問題に接近した。その結果、介護サービス利用が身体機能と受診行動との関係に何らかの変化を与えた可能性が示唆された。これからの研究で在宅での介護サービス利用と医療機関利用の関係性、また個人や家族の属性ごとの関係性の相違を明らかにすることで、介護と医療のそれぞれの役割と実際の利用形態、効率性を高める連携の方法を議論する根拠となるであろう。

（オランダの認知症国家戦略 - 我が国におけるオレンジプランの推進に向けて）

我が国でも「地域包括ケアシステム」の構築に向けた模索が続き、community-based care（地域を基盤とするケア）とintegrated care（統合ケア）という2つの独立したコンセプトを統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化するなか、オランダは実際に両者のコンセプトを含んだシステム構築を試みた数少ない国ともいわれている。そのオランダで、2000年代に入り、統合ケアにかかわる新たなチャレンジとして、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けた国を挙げた取り組みが本格化している。オランダは、コスト削減の必要性だけでなく、ケアを必要とする当事者の市民・消費者としての参加・発言を推進力として（脱病院化に次ぐ）脱施設化を進め、地域における家庭医と地域看護師を中心とした多職種によるプライマリーケアの充実と並行して、切れ目ないケアの提供を模索している。認知症については、各地域での認知症の人と介護者視点による問題抽出を出発点として課題解決とよい認知症ケア実現に向けた多様なネットワーク形成を促進し、これをともに認知症ケアパスを開発し、地域を基盤とし

てコーディネートされた認知症ケアを実現しつつある。本稿では、政策動向とあわせ、多職種チームを基盤とした認知症の人と介護者への包括的で一貫した援助を展開する認知症ケースマネジメントの独立組織を紹介した。

認知症の人と介護者も、そして専門職や行政も、ともに同じまちで暮らす住民として地域をよりよくしていく対話をどのように行うか。家庭医療の役割・機能が明確に合意されておらず、患者と地域に寄り添う家庭医が普及していないなか、いかにして認知症の人の伴走者をデザインするか。オランダの挑戦は、オレンジプランの推進に向けてもさまざまな論点を投げかける。

（医療保険と介護保険の一体化又は連携の場合の共有すべき情報の内容）

医療職と介護職が必要とするデータについては、居宅介護支援事業者が作成する「退院・退所情報提供書」にはほとんど含まれている。一方、内閣府は、共有情報として標準指定しており、「退院・退所情報提供書」にない項目は、水分であり、これは現場で必要とする声も高いことから、追加すべきであろう。「退院・退所情報提供書」の内容を見ると、以下のようなものが記されており、現在のところ、これが介護事業者が必要としている医療情報の公定版ということになる。

疾病の状態（主病名、主症状、既往歴、服薬状況、自立状況）、食事（自立状況、食事の形態—刻みなど）、口腔ケア（自立状況）、移動（自立状況）、入浴（自立状況）、排泄（自立状況）、夜間の状況（良眠、不眠）、療養上の留意する事項

医療介護連携が必要な理由は、医療・介護の両方にとっては 医療の効果を維持するなど、適切な医療・介護の実施のため、 体調の異変が病気によるものか否かの判断材料となる、適切な服薬管理ができる、ことである。また、介護にとっては 体調異変が病気によるものか否かわかる、 その結果、救急時の対応方法が適切にできる、ことである。

（医療・介護の情報共有のための一考察 - フランス“Vitale カード”を参考に）

医療情報と介護情報を連携させるために必要な情報を制度的にデータベース化し、医療・介護サービス供給をその情報を使用して、ステークホルダーではない組織外の有識者が客観的に外部からチェックするためのスキームを確立することで、医療・介護サービスを供給側から効率化することを目指す。医療サービスと介護サービスの間には何らかの相関関係が存在するとい

う前提に立てば、以下のような2方向からの外部チェックにより、医療・介護サービスの効率化を図ることが可能となる。第一に、医療サービス及び介護サービスの過剰供給（またはサービス利用者の情報の非対称性による過剰需要）を定量的な面から判断する。第二に、医学的側面からみて、個々の医療サービス供給あるいは介護サービス供給の内容が適切であるかどうかを定量的・定性的にチェックし、サービスの過剰供給（または同需要）を判断する。

本稿の発想の根本は、医療サービスと介護サービスとの間には、一体どのような関係があるのか、また、どのように整理するのがより効率的なのかということを経験的に検証し、その検証結果を保険者の代理人機能に付与しようということである。しかし実際は、両者の関係は複雑で単純化するには、困難が伴うものの、それは現状のように定性論による政策判断に終わらせてよいという理由にはならない。確かに、オランダのAWBZが岐路に立たされているが、仮に本稿のスキームが上手く機能しないとしても、情報の非対称性解消による市場機能の強化という大枠によるものではなく、その理由はもっと詳細部分の不具合であろう。現状において医療サービス供給者と介護サービス供給者の間では、情報の欠落による非効率が発生していることは紛れもない事実であり、少なくともその部分の効率化は、本稿の提案するスキームで解消することが期待できよう。

（日本とオランダの医療費・高齢者介護費の将来推計）

今後の人口高齢化によって医療費よりむしろ高齢者介護費の伸びを心配しなければならないことは、日本もオランダも共通であることが明らかになった。オランダは人口の高齢化の程度が日本より低い、今日でも医療費・高齢者介護費ともに日本より規模が大きい。日本の医療費+高齢者介護費は人口要因だけを考慮すると今後50年間に1.2倍の規模になると見込まれる。一方、AWBZの給付構造が2011年のままと仮定すると、オランダの医療費+高齢者介護費は人口要因だけを考慮すると今後50年間に1.7倍の規模に拡大すると見込まれる。従って、オランダはAWBZの改革を真剣に行わざるを得ない状況であることが理解できる。

高齢化が最も進んでいる割には日本の医療費（対GDP比）はこれまでのところ他の先進諸国より低い水準に留まっているが、医療の技術進歩やより良い医療を求める国民の期待によって常に増加圧力にさらされている。一方、高齢者介護費は年齢の上昇とともに増加する割合が

医療よりも著しく、高齢者の医療費+介護費のコントロールがますます大きな課題になっている。

（病院から施設・在宅への患者の流れに関する考察）

高齢者を中心に多くの方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、どうすれば人としての尊厳や満足度を維持しながら、死を迎えることができるか、それを医療と介護・福祉がいかに支えていけるかは、今後ますます重要な課題である。死亡者の死亡場所別割合は日本とオランダで著しく相違し、自宅で死亡する割合は日本の12.5%に対して、オランダは31.0%にのぼっている。また、ケア付き住宅等での死亡割合も日本の2.4%に対しオランダは32.5%と自宅以上に大きな相違がある。今後、日本においても、サービス付き高齢者住宅などの量的な拡大が求められる。

在宅療養を進める場合、在宅での看取りを行えなくとも、患者の生活の質や満足度を高める上で、自宅で過ごせる期間を出来るだけ長くすることが大切であり、そのためには通所サービス、ホームヘルパーなどの介護サービスにより、家族の負担を減らす支援が適切に行われることが必要となる。

脳卒中に対しては治療とリハビリで状態が良くなるが、認知症高齢者の場合は生活環境と介護を見直し、「状態悪化のスピードを遅らせ、なだらかにする」という考え方が基本になる。

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。できるだけ長く在宅で療養できるように、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に加え、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と考えられる。

看取りも含めた在宅療養を進める上で「地域包括ケアシステム」が重要であるが、そのためには多職種連携が欠かせず、専門職の間の日頃からの顔の見える関係の中で連携は進む。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、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、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。

オランダでの退院後の患者の流れについては、医療機関に所属する移行支援看護師（transfer

nurse) がコーディネーターとして重要な役割を担っていること、早期の施設入所を防止する上では、地方自治体に所属する地域看護師 (neighborhood nurse) が重要な役割を担っていることが指摘されている。さらに、認知症が疑われる患者については、ケースマネージャー (case manager) が、診断前後のカウンセリングから、情報提供、患者及び家族への心身両面の支援に至るまで広範な役割を担っている現状が紹介されている。日本においても、病院における地域医療連携室の退院支援看護師がコーディネーターとしての重要な役割を担っているなど、相通じる実態はあるが、キーパーソンとなる専門職の立場や役割をもっと明確に位置づけることを考慮すべき時期に来ているものと考えられる。

(オランダの短期医療と長期ケアの対象区分の基準とわが国における長期ケアの総合化のための提言)

オランダの AWBZ と日本の介護保険には大きな違いがある。負担については、保険料率が大きく違う。オランダは 12.65%だが、これは若年者への障害給付も含むので、それを引くと約 8.4%分が高齢者給付と考えられる。しかもこれは、すべて個人負担で使用者負担はない。オランダの場合、給付費の 4 分の 3 が保険料で、残りがサービス利用者の一部負担と国の負担である。全体として見ると、日本国民の介護保険料負担はオランダの AWBZ と比べると、若年層では 10 分の 1 程度と考えられ、負担の格段に大きいオランダが AWBZ のサービスを WMO に移したからといって、それがそのまま日本に妥当するとは言えない。

給付については、オランダの AWBZ が 1 年以上の医療、施設給付及び在宅の看護・介護サービスを提供しているが、施設給付には医師 1 人を擁するナースングホームを含んでおり、在宅の医療そのものは家庭医に対し ZVW から給付される。このようなシステムを参考にして日本においても、医師 1 人が必置の老人保健施設に長期入所させ (医療保険で回復期病院やリハビリ病院を置くなれば老人保健施設の短期性は失われるため長期化が妥当) また特養に医師を置いた場合は報酬を増やして介護保険から給付することとし、その代り、介護保険の医師に支払われている居宅療養管理指導を廃止し、さらに医療療養病床を含め最低医師 3 人を必要とする療養病床を新しい医師 1 人の介護施設に転換していくのが適当と考えられる。

#### D. 考察

日本の医療制度から見て、オランダの医療制度の優れている点は、サービスの需給を考える上で不可欠な効率性・公平性の視点を明確に持っているところにある。効率性の実現にあたって重要なのが、「規制された競争」の導入と GP システムの導入である。単純に「規制された競争」を日本の医療制度に持ち込むことは容易ではないが、保険者が財政的に自立して、保険者としての経営を行う仕組みとして、参考にする点は多いように思われる。公平性については、医療保険財政におけるリスク構造調整方式の活用が参考になる。公的医療保険の費用を予算化し、リスク構造調整方式の保険者への予算配分を通じて、主たる所得分配を行い、逆進性を持つ定額保険料については、低所得者には減免措置を設け、18 歳未満の被保険者には保険料に対する補助金を与えるという配慮を行っている。所得分配の経路を限定し、単純化していることが制度の透明性を高め、補助金の投入に自律性を与えることを可能にしているように思われる。経済成長の低位安定の下で、公費による医療費補助の拡大が困難になっている状況下で、オランダの公的医療保険財政のあり方は、日本の今後の医療制度改革に対して示唆することは多いように思われる。

施設 LTC は AWBZ (entitlement 給付) で、social support は専ら WMO (任意給付) でという整理が進む中で、AWBZ の極小化という方向は、日本の公的介護保険の持続可能性に対する大きな挑戦状でもある。医療サービス利用の効率化 (例えば deductible 利用者が決める自己負担額の導入) や医療と介護の連携 (例えば nursing home における医療サービス提供) において、オランダは様々な工夫をしている。これらはオランダ人の合理的な国民性に基づいた制度設計となっている。サービス利用者情報の活用がサービス提供の効率化に必要であることは日本でもオランダでも変わらない。オランダで強調されている「サービス利用者の選択によるシステムの効率化」は明らかに日本にとっても重要である。

潜在的な介護ニーズと医療機関利用という側面から接近すると、介護サービス利用が身体機能と受診行動との関係に何らかの変化を与えた可能性が示唆できる。これからの研究で在宅での介護サービス利用と医療機関利用の関係性、また個人や家族の属性ごとの関係性の相違を明らかにすることで、介護と医療のそれぞれの役割と実際の利用形態、効率性を高める連携の方法を議論する根拠となるであろう。

オランダでは、さまざまな専門性を持つ最大 12 人の地域看護師による地域密着の自律型チー



ムが全プロセスに責任を持ち、あらゆるタイプの利用者にトータルケアを提供する在宅ケア組織（Buurtzorg Nederland 財団）が急成長し、世界的に注目を集めている。地域のなかで、ある疾患（さらにそのある段階）だけに焦点をあてるのではなく、患者中心の全人的ケアを長期的にどのように実現していくかという観点を忘れてはならない。

今後の在宅ケアにおける医療介護連携に関して4点を提案する。日本中で医療と介護の連携を進めようとするなら、後期高齢者保険と介護保険において誰が連携を開始しなければならないか、を決めておくことが重要である。連携を始める義務を負わせる者は居宅介護支援者（ケアマネジャー）とし、在宅時医学総合管理料を取っている医師、在宅療養支援診療所の医師、要介護者を入院で受け入れる病院、訪問介護事業所、訪問看護ステーション等はサービス担当者会議に参加する（文書又はICTによる参加も可とする）義務を負わせて、情報の連携を図るべきである。現行制度では、居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画を新規に作成した場合等に、居宅サービスの担当者から成るサービス担当者会議を開催しなければならないとされているが、一般の医師は居宅サービスの担当者からはずされてサービス担当者会議に参加義務のない点が改善を要する点である。後期高齢者医療保険や介護保険では、レセプトが保険者である広域連合や市町村に支払いのために行くことになっているので、それぞれの保険者に相手側（医療であれば介護へ、介護であれば医療へ）への情報提供義務を課し、保険者の構成者である市町村から情報技術によってケアマネジャーに情報を出すようにすべきである。現在のレセプトの内容で医療と介護の連携の観点から必要十分か否かを・検証し、場合によってはそれに適切なようにレセプト様式を変更する必要がある。医師の中には、営利企業を含む介護事業者に対して、患者の個人情報を開示するのに心配を感じている者もいる。そこで、こうした個人情報を渡されたケアマネジャーの守秘義務と違反の場合の罰則を法律上明確にすることが必要であろう。

医療・介護カードの利用においては、情報の共有に加えて、医療サービスが介護サービスに進出し、報酬を得ようとするのを防止する枠組みが必要となる。もちろん地域包括ケアシステムは推進すべきであるが、そのなかにおいても、科学的な根拠に基づき医療サービスと介護サービス供給の役割分担を明確に定義し、それと同時に国の供給規制によるコントロールが必

要となるだろう。

オランダは1968年に世界で最初に社会保険でLong-term care (LTC) 制度を導入した。また、1994年には個人勘定（現金給付）を導入した数少ない国の1つである。先進国の中で最も高い介護費を使っているオランダは、制度の持続可能性を高めるためにAWBZの極小化に向かって改革を進めている。負担増をコントロールするには給付に対する需要をコントロールする必要がある。需要のコントロールには、給付カタログのスリム化（特に、軽い要介護を給付からはずす）の他に、サービス提供の効率化が重要である。特に日本の場合には、介護サービスを提供するうえで施設サービスと在宅サービスの調和・連携の枠組みを向上させることが、負担増の抑制と介護サービスの質の調和を図るうえで重要である。

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ている。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せら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。介護離職が問題となる中、介護人材の定着を図る上でも、介護人材のキャリアパスの構築、専門性の向上という方向性の早期具体化は喫緊の課題である。

医療・介護サービス提供におけるオランダ方式のメリットは、医療保険が短期対応に限られること（ただし、医療費の対GDP比は介護施設の費用を除いても9.2%と高い）デメリットは費用がかかり過ぎるとしてインフォーマル・ケアに回帰し、長期保険の機能を縮小しようとしていることである。これを日本に反映させるとすれば、わが国の介護保険制度における規定路線の介護療養病床の廃止だけでなく、医療療養病床も廃止し、保険者の個々の患者管理を厳格化して1年間以上入院を続ける結果となる患者への医療保険給付は多くの場合廃止すべきである。その結果、多くの医療療養病床の存続が難しくなるとすれば、その代り、現在の療養病床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う費用には上限（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。

#### E. 結論

1 オランダは強制的家庭医（GP）システムに基づくゲートキーパー機能の重視、保険者間の管理された競争の導入等によって効率的な医療保険制度運営を行っている。一方、オランダは世界に先駆けて長期ケア（Long-term Care、LTC）保障に関する社会保険制度（AWBZ）を導入しているが、AWBZにはこのような効率化のために仕組みがなく、その費用増加がさし迫った大きな課題となっている。

2 オランダは人口の高齢化の程度が日本より低い、今日でも医療費・高齢者介護費ともに日本より対GDP比が大きく、将来もその状態は変わらない。先進国の中で最も高い介護費を使っているオランダでは、効率化のincentiveが組み込まれていないAWBZを縮小する制度改正が進行中である。オランダではコスト削減の方法として、順次、脱病院化、脱施設化、プライマリーケアの充実という方向へのケア提供体制の見直しが行われてきた歴史があり、切れ目のないケアの提供を模索する中で、地域における家庭医と地域看護師が中心となって多職種による連携を実現している。これらの点は日本にとっても大変参考になる。

3 医療と介護の連携を図る上で患者・利用者の情報を活用することが重要であることは日本・オランダとも共通であるが、オランダにおいてもZVW、AWBZ、WMOの制度毎に異なるITシステムが用いられており、制度横断的な情報システムの構築・活用は両国の今後の課題である。

4 日本で医療と介護の連携を進めるためには、後期高齢者保険と介護保険において「誰が連携を開始しなければならないか」を決めておくことが重要である。連携を始める義務を負わせる者は居宅介護支援者（ケアマネジャー）とし、在宅時医学総合管理料を取っている医師、在宅療養支援診療所の医師、要介護者を入院で受け入れる病院、訪問介護事業所、訪問看護ステーション等はサービス担当者会議に参加する（文書又はICTによる参加も可とする）義務を負わせて、情報の連携を図ることを提案する。また、後期高齢者医療保険や介護保険の保険者に相手側への情報提供義務を課し、市町村から情報技術によってケアマネジャーに情報を提供すべきことを提案する。

5 給付については、オランダのAWBZが1年以上の医療、施設給付及び在宅の看護・介護サービスを提供しているが、施設給付には医師1人を擁するナースホームを含んでおり、在宅の医療そのものは家庭医に対しZVWから給付される。このようなシステムを参考にして日本においても、医師1人が必置の老人保健施設（老健）に長期入所させ、また特養に医師を置いた場合は報酬を増やして介護保険から給付することとし、医療療養病床を含め療養病床全体を老健に転換することを提案する。

#### F. 健康危機情報：該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

大森正博 「オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲を巡る政策動向」、『健保連海外医療保障』 No.95 pp.17-28 2012年9月

堀田聡子（2013）「オランダの認知症ケア - 各地域の利用者視点による問題抽出を起点に」 『日本認知症ケア学会誌』 11（4） pp.781-787

T. Fukawa (2003). Financing long-term care for the elderly in the Netherlands and Japan, IFW Discussion Paper Series 2013-1.

大森正博（2013）「医療制度の日蘭比較」、月刊統計 2013年12月号

府川哲夫（2013）「日本とオランダの医療費・高齢者介護費の将来推計」、月刊統計 2013年12月号

井深陽子・庄司啓史（2013）「中高年者の受診行動：身体機能との関係から」、月刊統計 2013年12月号

高原弘海（2013）「病院から施設・在宅への患者の流れに関する考察」、月刊統計 2013年12月号

堀田聡子（2013）「オランダの認知症国家戦略 我が国におけるオレンジプランの推進に向けて」、月刊統計 2013年12月号

Herbert Rolden. The Dutch health care system: Basic features, coordination and transferal issues, and future policy reforms. IFW Discussion Paper Series 2014-1.

Masahiro Omori. Health System in Japan and the Netherlands: A comparative analysis. IFW Discussion Paper Series 2014-2.

Yoko Ibuka & Keishi Shoji. Physician visits and activities of daily living among middle-aged and elderly Japanese adults. IFW Discussion Paper Series 2014-3.

Tetsuo Fukawa. Comparison of the LTC expenditures for the elderly in Japan and the

Netherlands. IFW Discussion Paper Series 2014-4.

Fumio Isobe. How can effective coordination between Health Insurance and LTC Insurance (including sharing of user information) be achieved in Japan? IFW Discussion Paper Series 2014-5.

2. 学会発表

井深陽子・庄司啓史, 2013年9月, 「中高年の医療サービス利用の決定要因分析」, 医療経済学会第8回研究大会, 一般演題.

H. 知的財産権の出願・登録状況: 該当なし

## 分担研究報告書

## オランダにおける公的医療保険制度改革と日本の医療制度改革

分担研究者 大森正博 御茶の水女子大学

## 研究要旨

オランダの公的医療保険制度の被保険者の適用状況を中心に近年のオランダの公的医療保険制度の状況について、日本との比較も念頭に検討を行った。オランダの公的医療保険制度は、長期療養・介護サービスをカバーする特別医療費保険、短期医療をカバーする健康保険の両者において、居住者およびオランダで雇用され給与税を納めている者が強制加入するという形で国民皆保険が実現し、保険の一元化も実現している。この点は日本と対照的である。長期療養・介護サービスは特別医療費保険の制度設立時から国民皆保険・保険の一元化が実現しているのに対し、短期医療は2006年に国民皆保険・保険の一元化が実現した。その背景には短期医療において推し進められている「規制された競争」の導入がある。一方、日本では保険の一元化はまだ遙か改革の途上にある。

## A. 研究目的

日本と同様に高齢化が進み、パートタイム労働など非正規雇用の割合は日本よりも高いオランダを取り上げて、公的医療保険制度の被保険者の適用状況について検討を行い、日本の医療制度改革への示唆を考えることを目的とする。

## B. 研究方法

オランダの公的医療保険制度の被保険者の条件について検討し、公的医療保険制度の被保険者になることを実質化するための保険料水準等の条件について、必要に応じて公的医療保険制度の仕組みをみながら考察を行う。

## C. 研究結果

## （医療制度の日蘭比較）

経済成長が低位安定して、大きな税収増が期待できない状況の下で、公的医療保険制度は、公費による補助に大幅には頼れない状況にある。オランダの公費による補助は、補助を与える部分が限られていること、補助の出し方に一定のルールがあることから、公費の投入に一定の規律が働きやすいと思われる。日本の公的医療保険の公費の出し方、および、所得分配のあり方は検討するべき時に来ているように思われる。

人口が日本の約8分の1程度のオランダで、100あまりしか病院が存在しないのに対して、日本では9,000近い病院が存在していることは、日本では病院と診療所が効率的分業を行えていない可能性が高いことを物語っている。日本の医療制度では、選定療養費による初診料加算の制度がある。これは、200床以上の病院で、紹介状を持たないで受診すると初診料が加算されるという制度であるが、逆に初診料さえ支払えば、（200床以上の）病院サービスを受診できるわけであり、医療サービス供給の効率性の観点から問題があり、さらに初診料加算を払えるだけの所得の高い者が病院サービスを受診するという公平性に関わる問題も惹起することになる。

## D. 考察

日本の医療制度から見て、オランダの医療制度の優れている点は、サービスの需給を考える上で不可欠な効率性・公平性の視点を明確に持っていること

にある。効率性の実現にあたって重要なのが、「規制された競争」の導入とGPシステムの導入である。単純に「規制された競争」を日本の医療制度に持ち込むことは容易ではないが、保険者が財政的に自立して、保険者としての経営を行う仕組みとして、参考にする点は多いように思われる。公平性については、医療保険財政におけるリスク構造調整方式の活用が参考になる。公的医療保険の費用を予算化し、リスク構造調整方式の保険者への予算配分を通じて、主たる所得分配を行い、逆進性を持つ定額保険料については、低所得者には減免措置を設け、18歳未満の被保険者には保険料に対する補助金を与えるという配慮を行っている。所得分配の経路を限定し、単純化していることが制度の透明性を高め、補助金の投入に自律性を与えることを可能にしているように思われる。経済成長の低位安定の下で、公費による医療費補助の拡大が困難になっている状況下で、オランダの公的医療保険財政のあり方は、日本の今後の医療制度改革に対して示唆することは多いように思われる。

## E. 結論

オランダの公的医療保険制度では、保険の一元化、国民皆保険が実現しているが、短期医療において推し進められている「規制された競争」によって、被保険者が適切な保険診療を受けるためには、よりよい保険商品を提供する保険者を選択するための情報、知識を得る必要が出てきており、国民皆保険の実質化のために、被保険者への保険に関する情報提供が求められ、かつ被保険者も保険者選択のため医学的知識・情報の収集に努力しなければならないという新しい局面を迎えていると思われ、日本の制度改革を考える上で参考になると考えられる。

## F. 健康危機情報：該当なし

## G. 研究発表

## 1. 論文発表

「オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲を巡る政策動向」、『健保連海外医療保障』 No. 95 pp.17-28 2012年9月

## 2. 学会発表：なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況：該当なし

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
堀田聡子	オランダの認知症ケア - 各地域の利用者視点による問題抽出を起点に	日本認知症ケア学会誌	11(4)	pp.781-787	2013年
大森正博、府川哲夫、井深陽子・庄司啓史、高原弘海、堀田聡子	これからの医療・介護の連携 オランダに学ぶ	統計2013年12月号	64(12)	pp.2-35	2013年