

計というミクロ的な視点——の二つがあげられる。1)と深い関係を持つ医療技術評価(Health Technology Assessment)に関しては、実際にいくつかの国で政策として実施されている。著名な例としては、National Health Service (NHS)のもと公的資金による公的医療サービスが提供されている英国では、The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)により、医療技術の有効性、安全性に加え、積極的な医療技術評価が行われ、実質的に NICE のガイダンスが医療技術の選択に影響を与えている(白岩他 2009)。オーストラリアでも同様に、新薬を対象に医療技術評価が行われ、公的保険における収載への推奨が行われている(福田 2013)。さらに、フランス及びドイツでも、評価の技術的な詳細は異なるものの、同様の医療技術評価が行われ、当該評価が価格の交渉や設定に影響を与えている(福田 2013)。このような背景から、医療技術評価に関する研究論文も新しい医療技術や医薬品に関して数多く行われている。日本においては、未だ実際の政策への応用を目的とした医療技術評価の導入に関する議論が始まった段階であるといえよう。

2)の個別主体の行動に対する誘因設計という観点では、主体の行動の把握が重要となるが、医療費との関係ではとりわけ二つ主体の行動が重要となる。まず、第一の主体は実際に治療を決定する主体、つまり医師である。個別の医療行為の選択は医師によって行われ、原則として患者である個人が治療行為を決定するわけではない²。したがって経済学では、医師と患者の間における情報の非対称性が存在するという問題に対し、医療行為の選択は、医師が患者(プリンシパル)の「代理人」として行動するという観点から分析が行われてきた。この文脈の中で、「医師誘発需要」と呼ばれる理論では、医師が患者の代理人として行動するという原則から、医師が情報の非対称性を利用して利潤をあげるという目的のために需要を誘発するという理論モデルが構築された。実証的には Feldstein が、供給(医師密度)が増加したにもかかわらず、医師報酬が上昇していることにより発見された (Feldstein 1970)³。医師誘発需要仮説については、日本でも数多くの実証研究が行われている。西村(1987)、岸田(2001)では医師誘発需要の存在に否定的な、泉田他(1998)、山田(2002)、Shigeoka and Fushimi (2014)では肯定的な結果が得られている。

次に、第二の主体である患者は治療行為に対する選択について、自身で治療選択において技術の細部にわたるまで決定するという状況はきわめて限定的であると考えられる。しかしながら、例外的に外来受診では自身で通院に関する決定を行うという意味で、自主性を持って意思決定を行う。この個人の意思決定は、医療「サービス」に対する需要の分析という文脈から分析されてきた。これまでの研究では、古典的な価格弾力性というフレームワークの中で、個人の医療行為に対する需要が支払い額に対してどのように変化するかという問いに関する実証分析が行われてきた。この場合、価格を測る指標としてはその絶対的な金額というより、むしろ自己負担率が政策的には重要であると考えられる。自己負担率と受療行動との関係の先駆的な大規模研究としては、アメリカの RAND 研究所によって行われた RAND Health Insurance Experiment が挙げられる。この大規模な社会実験から得られたデータを用いて、自己負担率の変化がどのように個人の受診行動を変化させるのか、ということが集中的に分析され、自己

² このことは、治療の選択において患者の意思が全く反映されないということの意味するわけではない。

³ 本稿では紙面の都合上海外の研究に対する言及を避けるが、McGuire (2000) が当時までの医師誘発需要に関する研究のサーベイを行っている (McGuire 2000)。

負担率の増加は一定程度受診行動を減少させるという総括が得られている(Gruber 2006)。日本においても、Li and Ohkusaによる二論文を初めとして、医療費の自己負担率の相違を用いて受診行動と自己負担率の関係を分析した研究が多い(Li and Ohkusa 2002a; Li and Ohkusa 2002b)⁴。通院に関しては、概ね米国の結果と整合的で、自己負担率の増加が受診行動を減少させるという結論が得られている(井伊・別所 2006)。この自己負担率と医療機関利用との関係は、最近の研究によっても確認されていることに加えて、その研究では同時に自己負担率が健康に与える影響は限定的であるということが示されている(Shigeoka 2013)⁵。

これらの個人レベルデータに基づいた実証研究は、供給側において情報の非対称性による過剰供給が存在する可能性を示唆し、「適切な」代理人機能を強化する必要があることを、需要側において自己負担率の設定により個人の行動変容を促す誘因を作り出す可能性があることを示唆している。同時に、米国の先行研究で示されたマクロレベル技術進歩による医療費の増加幅が大きさを考えると、国家レベルでの医療技術の選択が医療費に与える影響に関する研究と政策効果に関するさらなる議論が重要となっていくと考えられる。

介護費及び医療と介護の代替

介護支出の増加は、高齢化の進む国家において重要な課題である。近年の研究における一つの重要な問いは、「介護サービスはどのようなサービスにより代替されるか」である。初期の介護に関する研究課題が、「フォーマルな介護サービスはインフォーマルケアを代替するか」であったことを考えると(Bonsang 2009)、研究課題がいわゆる「介護の社会化」から、財政面での介護支出の増加をどのように抑制するかという方向性へとシフトしてきていることが分かる。

公的保険財政への負担を軽減するという目的に対しては、インフォーマルケアが一つの方策として考えられている。最近のフィンランドのケースでは、インフォーマルケアが提供されている高齢者は、そうではない高齢者に比べて、ケアに対する支出が少ないことが示されている(Kehusmaa et al. 2013)。また、Bonsangは、子どもが両親に対して提供するインフォーマルケアサービスがフォーマルケアの代替となっているかという問いに対して、ヨーロッパのデータを用いて内生性をコントロールした上で実証分析を行っている。その結果、インフォーマルケアはホームヘルプサービスに対して代替的な役割を果たすが、身体障がい程度が上昇するにつれこの代替性は消滅していき、またインフォーマルケアはnursing careに対して、弱い補完的役割が認められることが示されている(Bonsang 2009)。このうち、インフォーマルケアがホームヘルプサービスを代替するという関係は、Bolinらの研究においても示されている(Bolin, Lindgren, and Lundborg 2008)。日本では、菅が介護保険導入後、同居家族の存在が居宅サービスの利用を抑制するという結果を示している(菅 2010)。

日本において、介護保険は2000年に導入されてから14年が経過し、利用状況の把握とその影響の分析が行われてきた。日本の介護保険制度は、その導入の経緯に「介護の社会化」があげられており(Campbell and Ikegami 2000)、インフォーマルなケアへの過度な依存からの移行

⁴ 自己負担率と受診行動の関係に関する日本の研究のサーベイは井伊・別所(2006)を参照のこと。

⁵ また、自己負担率以外に需要関数自体に影響を与える重要な要因として所得、財・サービスの価格、健康状態、時間が挙げられている(Folland et al., 2008)。

を目指している⁶。また同時に、「社会的入院」の是正による医療費の効率化が介護保険制度創立のねらいのひとつとして挙げられており(鈴木他 2008)、これら二つの異なるねらいに対する政策の評価に関する研究が行われている。

まず、介護の社会化の観点から、個人の介護保険制度の利用状況に関する論文として、菅と Hanaoka and Norton があげられる。菅は公的介護保険導入前後での個人の介護サービス利用の変化を、特に家族類型との関係において精査し、介護保険導入前後で家族類型による利用状況の差が一部なくなっていること、高齢者単身世帯では低所得者層はそれ以外の所得層に比べて、居宅介護サービスの利用が多いことを示している(菅 2010)。また、Hanaoka and Norton は、子どもの属性が介護サービス利用とどのように関係しているのかについて分析し、高齢者の個人属性や子の機会費用により利用サービス状況が異なることを示している(Hanaoka and Norton 2008)。このように、介護保険の利用状況は、高齢者本人と家族の属性により異なることが分かっている。

次に、介護の担い手への負担の変化に関する論文として、Tamiya があげられる。Tamiya は介護保険の導入により、家族介護者の労働時間が高所得者層で増加していることを明らかにしている(Tamiya et al. 2011)。

保険財政の観点からは、社会的入院と介護サービス利用の関係の論文として、花岡・鈴木(2007)、菊池(2010)があげられる。花岡・鈴木は介護保険導入に伴う介護療養型医療施設の病床増加が、一部の患者の退院確率を高めていることを示している。菊池は要介護認定を受けた高齢者をそうでない高齢者と比較して、入院期間が長いこと、また要介護認定者の中でも特別養護老人ホームから医療機関への入院はその他の認定者に比べて在院期間が短いことを示している。前者は介護保険制度の導入により医療資源の投入が減少したこと、後者は、施設介護以外の介護サービスにおいては、介護ニーズに対する医療資源の投入が実態としていまだに行われていることを示したものである。

医療資源と介護資源の両方の利用実態に関連する研究として、より広範に医療機関利用と介護サービス利用を明らかにした、阿波谷(2004)、菅原他(2005)、鈴木他(2012)があげられる。これら先行研究の結果を整理すると、入院と通院では受療と介護サービス利用との関係性が異なり、入院では代替的な関係が存在するが、通院ではほぼ無関係であることを示唆している。

欧米の先行研究では、ケアの内容と身体障がいの程度によっては、インフォーマルケアがフォーマルなサービスを代替する可能性を示唆している。日本では、介護保険制度が導入されて日が浅く、「介護の社会化」と財政面での負担増への取り組みをほぼ同時並行で行わなければならないという状況が、介護制度のあり方に関する議論をより一層困難なものにしている。将来的には、介護の社会化という目的を發揮しながら、必要なケアが必要な個人に与えられるように財政面での維持可能性を保つべく、ケアの内容と障がいの程度に応じて適切かつ適度な介護サービスが利用できるような制度設計が重要となるだろう。そのためには、社会的入院に代表される介護に対する医療資源の投入を減らすことと同時に、家族やその他のインフォーマルな介護者は、在宅でフォーマルケアと医療サービスとの連携を図りながら介護を進めることが

⁶「介護の社会化」に関して定義を含む詳細な議論については中野(2011)を参照のこと。また、鈴木他(2008)で述べられている介護保険制度創立のねらいとの関連としては、1) 介護に関して高まる「国民的不安感」の解消、2) 介護に関する過度な家族負担の解消、3) 介護の担い手であった女性の就労率増加、の3項目が関係する。

必要である。報告書第6章で述べられている医療・介護の情報のデータベース化による情報の共有は、介護・医療サービスの効率化と連携に対する解決の一つの方策として考えられる。データベースの活用により効率性をあげるという目的に対する効果の程度は、現時点で介護・医療サービスがどのように利用されているかという両者の関係に依存する。次節では、これまでの研究では網羅されていない介護サービスを利用していない「潜在的な」介護ニーズと医療資源投入との関係に関する我々の研究の一部を紹介する。

潜在的介護ニーズと受診行動⁷

前節で述べた先行研究をふまえて、本節では潜在的な介護ニーズと受診行動の関係についての研究を紹介する。2011年度の国民医療費合計は約38兆5,850億円(対GDP比:8.15%)である。このうち通院にかかる医療費は、医科診療医療費のうち「入院外」及び薬局調剤医療費の二項目が当てはまる。2011年度におけるこの二項目の合計は国民医療費合計の約52.0%となっており、医療費全体の約半分が通院にかかる医療費となっていることが分かる。井深・庄司(2013)では入院に比べて、これまで介護との関係で注目の少なかった通院に関して、「くらしと健康の調査」の第一回・第二回調査の個票データを用いて分析を行った。

JSTARの調査対象地域の50歳から75歳未満の回答者において、約5%の回答者がADLの定義である日常生活の行動のうち少なくとも一つに困難を感じ、18%の回答者が「100メートル以上歩く」、「手すりに頼らず階段を上る」、を含む「他の日常動作」のうち少なくとも一つの項目に困難を感じていることが明らかとなった。また、回帰分析の結果から、この「他の日常動作」の少なくとも一つの項目に困難を感じる個人は、そうでない個人に比べて1月当たり0.55回多く受診していることが示された。一方で、ADLで定義される日常生活の行動に少なくとも一つ困難を感じる個人とそうでないものとの間には、受診回数に統計的に有意な差は認められなかった。

入院と異なり、通院という医療機関の利用そのものが介護を代替しているという可能性は極めて低い。したがって、観察された相関関係の背後には、介護ニーズを代替する目的で受診行動が行われているよりはむしろ身体機能の低下が傷病などの健康上の問題と直接的に関わっており、その傷病の治療のために通院をしているという可能性があるとの解釈が自然であろう。もしこの仮説が正しいとするならば、身体機能のレベルは介護サービスニーズと関係があるだけでなく、同時に受診行動の相違を生み出す可能性を示唆している。介護サービスを利用することで、受診行動にどのような変化を与えるかということは、分析に使用したデータが中年者と比較的若い高齢者が中心で、介護サービスの利用が限定的であったため明らかにできないが、将来的に当該データを蓄積することによって、介護サービス利用とそれに伴う受診行動の変化を捉えることができるであろう。長期的な課題として、身体機能の低下が観察される者における受診行動と介護サービス利用の関係について、さらに詳細な分析が必要である。そのような分析によって、医療・介護サービスの効率的な利用を促す政策を導くための科学的な根拠が得られることになるだろう。

あくまでも、現段階での考察にすぎないが、この研究で示された身体機能の低下という

⁷ 本節は基本的に井深・庄司(2013)に依拠している。

「潜在的な」介護ニーズと受診回数との間の正の相関は、先行研究で報告された「実際の」介護ニーズと先行研究における通院との間の無相関とやや異なる結果である(菅原他 2005、鈴木他 2013)。分析の対象となるデータの種類や分析期間が異なるため、異なる研究間で結果の直接的な比較には困難が伴うが、仮にこれらの研究の定性的な結果を受け入れるとすれば、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。

おわりに

日本においては、2000年4月の介護保険法施行により、介護への医療資源投入が一定程度介護サービス利用へとシフトし、医療費の抑制には一定の効果が見られたものの、医療費と介護費の合計では上昇しているとの指摘もある(阿波谷 2004)。医療費と介護費をあわせた合計の支出のうち、高齢化との関係では特に介護費の伸びに与える影響が指摘されている。確実に到来する高齢化社会のもとでは、介護費の伸びを抑制する施策の検討が急務である。米国では高齢化の進展に伴い、acute と long-term の両方を合わせた care にかかる総費用は寿命の伸びとともに増加し、その理由として nursing home に対する支出が影響していることが挙げられている。また同時に、acute care に対する支出の上昇は寿命の伸びとともに減少する一方で、long-term care に対する支出の伸びは増加する傾向にあることが指摘されている(Spillman and Lubitz 2000)。また、医療費の増大は主に入院に起因し、その額は個人が死亡するまでの時間と関係があるのに対し、高齢化そのものは long-term care への支出を増加させているという指摘がなされている(Yang, Norton, and Stearns 2003)。日本においても、高齢化、医療費及び介護費の間に米国と同様の関係があるかどうかを明確にするためには、介護費の動向、介護サービス利用の決定要因、そして介護サービス利用と医療機関利用との関係に関する更なる研究が不可欠である。

医療・介護それぞれの役割に基づいてより効率的にサービスを利用するということと、可能な限り健康や厚生に影響を与えることなく、医療費・介護費の増加の幅を限定することを政策の課題とするために議論すべきこととして、次の三段階が考えられる。1) 医療機関・介護サービスの利用の現状が需要・供給サイドの両方で、どのような要因により決定されているかを明らかにすること、2) 第一をふまえた上で、「必要な利用とは何か」を定義し、医療機関・介護サービス利用に無駄があるかどうかを評価すること、3) 仮に無駄な利用がある場合にはどのような誘因によりそれを減少させることができるかについて、また仮に無駄な利用がなく効率的に利用が行われている場合には、現状の制度で維持可能かどうか——を検証する必要がある。その上で、仮に維持可能でない場合は何を優先させるのか、ということに関して更なる議論を重ねるということになろう。データに基づいた実証分析は、1)の医療機関・介護サービス利用の現状を把握するために必要不可欠なものであり、1)の問いへの回答が無くしてそこから先の議論に進むことには不可能であるといつてよいだろう。さらに、分析対象や分析の方法によっては、第二の問いへの解決に役立つこともある。

これまでの日本の経済学に基づく研究は、医療サービス利用の分析に大きな焦点が当たって

いた。その一つの理由として、介護サービスの利用が本格化したのは介護保険が導入された2000年以降のことであり、比較的新しい制度であることがあげられる。ただしこの先、介護保険と医療保険の財政的な負担を減らす方策を議論するためには、これまでの研究に加えて介護保険利用者に関する更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における個人の時系列変化である。例えば、介護保険制度導入の医療・介護費合計に与えた影響については、財政的な面から政策的に意図されていた医療保険から介護保険へのシフトではなく、新たに(医療保険の利用とは独立に)介護保険を利用し始めた個人が相当規模存在したことにより、結果として医療・介護費合計が上昇した可能性がある。介護保険導入後の一時点(より正確には一定期間)の利用状況のデータ観測に基づいた分析では、新たに介護保険を利用し始めた個人の規模及びその属性を明らかにすることは出来ない。したがって、医療及び介護サービスがどのような形で必要とされているのかを明らかにするためには、個人の医療保険と介護保険の利用状況の変化を長期間にわたり継続的に追跡し、制度変更のタイミングを捉えたインパクトの分析を行うことが必要となる。今後の医療保険と介護保険の負担軽減のための方策は、特に介護サービスの利用の決定と、医療機関と介護サービス利用との間の関係に決定的に依存している。入院と介護の代替性はこれまでの研究で明らかにされてきた部分も多いが、在宅での介護と外来への通院の研究は始まったばかりである。これから、身体や認知の機能の程度や、個人をとりまく状況により、介護で代替できる医療サービスに関しては代替的な役割を、また状況に応じて完全な代替ではなく両者が補完的な役割を、うまく発揮できるような制度設計のためにはどうしたらよいかを考える上で、さらなる実証研究が必要である。

参考文献

- 阿波谷敏英 (2004) 「死亡前一年間の医療および介護費用の検討」『季刊・社会保障研究』40巻3号, pp236-243.
- 井伊雅子・別所俊一郎 (2006) 「医療の基礎的実証分析と政策:サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』80巻, pp117-156.
- 泉田信行・中西悟志・漆博雄 (1998) 「意思誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」『季刊・社会保障研究』, 33巻4号, pp 374-381.
- 菊池潤 (2010) 「高齢者の介護ニーズが在院日数に与える影響」, 『季刊・社会保障研究』46巻3号, pp 235-248.
- 菅万理 (2010) 「公的介護保険導入前後の介護サービス利用—家族類型に注目した予備的分析—」
http://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/rs/bitstream/10086/18373/1/pie_dp471.pdf.
- 岸田研作 (2001) 「医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説—2次医療圏、市単位のパネルデータによる分析」『季刊・社会保障研究』37巻3号, pp 246-258.
- 白岩健・福田敬・渡辺茂・津谷喜一郎, 2009 「イギリス NICE における医療技術評価現状と医療技術ガイドランスのレビュー」『医療経済研究』, 21巻2号 pp 155-170.
- 菅原琢磨・南部鶴彦・開原成允・河口洋行・細小路岳史 (2005) 「介護保険と老人保健の利用給付関係の検討—個票データを用いた栃木県大田原市における例」, (編) 田近栄治・佐藤主光『医療と介護の世代間格差』第8章, 東洋経済新報社.
- 鈴木亘・岩本康志・湯田道生・両角良子 (2012) 「レセプトデータを用いた医療費・介護費の分布特性に関する分析」『医療経済研究』第24巻第2号, pp86-107.
- 中野いずみ (2011) 「「介護の社会化」と介護保険制度～家族介護に焦点をあてて～」『静岡福祉大学紀要』, 第7号, pp 53-60.
- 西村周三 (1987) 「医師需要誘発理論をめぐって」『医療の経済学』 pp.25-45, 東洋経済新報社.

- 花岡智恵・鈴木亘 (2007) 「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』19巻2号, pp111-126.
- 福田敬, 2013 「医療技術の費用対効果の評価と活用 (諸外国の状況)」中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部提出資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002f163-att/2r9852000002f1am.pdf>.
- 山田武 (2002) 「国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討」『季刊・社会保障研究』38巻1号, pp39-50.
- Bolin, K, B Lindgren, and P Lundborg. 2008. “Informal and Formal Care among Single-Living Elderly in Europe.” *Health Economics*, 17: 393-409. doi: 10.1002/hec. 1275.
- Bonsang, Eric. 2009. “Does Informal Care from Children to Their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe?” *Journal of Health Economics*, 28: 143-54. doi: 10. 016/j.jhealeco.2008.09.002.
- Campbell, J. C., and N. Ikegami. 2000. “Long-Term Care Insurance Comes to Japan.” *Health Affairs*, 19(3) : 26-39. doi: 10.1377/hlthaff.19.3.26. <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.19.3.26>.
- Feldstein, Martin S. 1970. “THE RISING PRICE OF PHYSICIANS’ SERVICES.” *The Review of Economics and Statistics*, 52(2): 121-33.
- Folland S, Goodman AC, Stano M.2013. *The Economics of Health and Health care*, 7th edition, Person.
- Getzen, T E. 2000. “Health Care Is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures.” *Journal of Health Economics*, 19(2): 259-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10947579>.
- Gruber, Jonathan. 2006. “The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and beyond.” http://www.allhealth.org/chcrep/1010docs_ds/KFFGruberLessonsfromRAND.pdf.
- Hanaoka, Chie, and Edward C Norton. 2008. “Informal and Formal Care for Elderly Persons: How Adult Children’s Characteristics Affect the Use of Formal Care in Japan.” *Social Science & Medicine*, (1982) 67(6): 1002-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.05.006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18579273>.
- Ii, Masako, and Yasushi Ohkusa. 2002a. “PRICE SENSITIVITY OF THE DEMAND FOR MEDICAL SERVICES FOR MINOR AILMENTS : ECONOMETRIC ESTIMATES USING INFORMATION ON ILLNESSES AND SYMPTOMS.” *Japanese Economic Review*, 53(2): 154-66.
- . 2002b. “Should the Coinsurance Rate Be Increased in the Case of the Common Cold? An Analysis Based on an Original Survey.” *Journal of the Japanese and International Economies*, 16(3): 353-71. doi:10.1006/jjie.2002.0510. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889158302905101>.
- Kehusmaa, Sari, Ilona Autti-Rämö, Hans Helenius, and Pekka Rissanen. 2013. “Does Informal Care Reduce Public Care Expenditure on Elderly Care? Estimates Based on Finland’s Age Study.” *BMC Health Services Research*, 13: 317. doi:10.1186/1472-6963-13-317. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3765233&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Mcguire, Thomas G. 2000. “PHYSICIAN AGENCY *.” In *Handbook of Health Economics Volume 1*, Part A, edited by Anthony J. Culyer and Joseph P Newhouse, 1:461-536. North-Holland.
- Shigeoka, Hitoshi. 2013. “The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection.” *American Economics Review*, Forthcomin.
- Shigeoka, Hitoshi, and Kiyohide Fushimi. 2014. “Supplier-Induced Demand for Newborn Treatment : Evidence from Japan.” *Journal of Health Economics*, Forthcomin.
- Smith, Sheila, Joseph P Newhouse, and Mark S Freeland. 2009. “Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?” *Health Affairs (Project Hope)*, 28(5): 1276-84. doi:10.1377/hlthaff.28.5.1276. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19738242>.
- Spillman, B C, and J Lubitz. 2000. “The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care.” *The New England Journal of Medicine*, 342(19): 1409-15. doi:10.1056/NEJM200005113421906. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10805827>.
- Tamiya, Nanako, Haruko Noguchi, Akihiro Nishi, Michael R Reich, Naoki Ikegami, Hideki Hashimoto, Kenji Shibuya, Ichiro Kawachi, and John Creighton Campbell. 2011. “Population Ageing and Wellbeing: Lessons from Japan’s Long-Term Care Insurance Policy.” *Lancet*, 378(9797). Elsevier Ltd: 1183–92. doi:10.1016/S0140-6736(11)

61176-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885099>.

Yang, Zhou, Edward C Norton, and Sally C Stearns. 2003. "Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More." *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1): S2-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12496303>.

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（労働政策研究・研修機構）

はじめに

我が国では、高齢化のさらなる進展と高齢者像の変化が予想されるなか、団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域での尊厳ある生活の継続(Aging in Place)を支える地域包括ケアシステムを構築することが喫緊の課題となっている。

とりわけ今後、認知症の人の増加が見込まれ、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」という不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築することを基本目標として、次の7つの視点から認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)が始められている。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

オランダは、地域包括ケアをなす 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んだシステム構築を試みた数少ない国といわれる。また、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組みが本格化している。

そこで本稿では、オランダにおけるケア提供体制の変遷を概観したあと、認知症ケアをめぐる国家戦略の動向、そのポイントのひとつである認知症ケースマネジメントの先進事例を紹介する。

なお、ケア関連制度の概観、詳細や参考文献は堀田(2012)を参照されたい。

ケア提供体制の変遷—認知症国家戦略の背景

ここでは、1960年代以降のオランダのケア提供体制の変化について、脱病院化、脱施設化

とプライマリ・ケアの充実に着目して整理し、特に1990年代以降の切れ目ないケア提供の推進にかかる動向をまとめておく。

< 1960年代以降のケア提供体制の変化 >

オランダでは、1960年代に専門医療にかかる医療費増大を背景として慢性疾患患者の脱病院化がはかられ、その受け皿としてナーシングホームの数が増した。そのため1970年代～1980年代にかけ、欧州で高齢者の施設入居率が最も高い国となる。

1970年代に入り経済成長が鈍化すると、地域医療・予防を強調し、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの役割を分化、セカンダリ・ケアへの直接アクセスをなくす方針が示され、多職種協働の健康センター整備等を通じて家庭医を中心とするプライマリ・ケアの一体性が高められるようになる。オランダでは、プライマリ・ケアの専門医である家庭医が生まれてから死ぬまで患者、家族に寄り添う医師、ヘルスケアシステムへのアクセスポイントとなり、地域全体をサポートする。

長期ケアについては、社会政策上コスト削減の必要性を背景に、自己責任と互助促進が強調されたことに加え、障害者団体、のちに高齢者団体が「自立」「エンパワーメント」「選択の自由」を要求するようになり、以上の2つの文脈から、集中的で高いケアをより安いケアにシフトしつつ（「代替(substitutie)」）、利用者・患者の自律と選択を保障し、それぞれのニーズにあわせた「個別仕立てのケア(zorg op maat)」を目指すこととなった。ここでいう「代替」とは、脱施設化のみならず、治療から予防へ、専門医から家庭医、医師から看護師やパラメディカル、看護師から介護士へ、さらに専門職からインフォーマルケアへ、といった多様な意味を含むものである。

脱施設化と高齢化に伴う慢性疾患患者の増加は、統合ケアを要請する。こうして80年代以降、ヘルスケア・ソーシャルケアセクター内/間の水平的・垂直的統合が進み、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの継続性改善に向けた中間ケアの発展、ケースマネジメントの発達

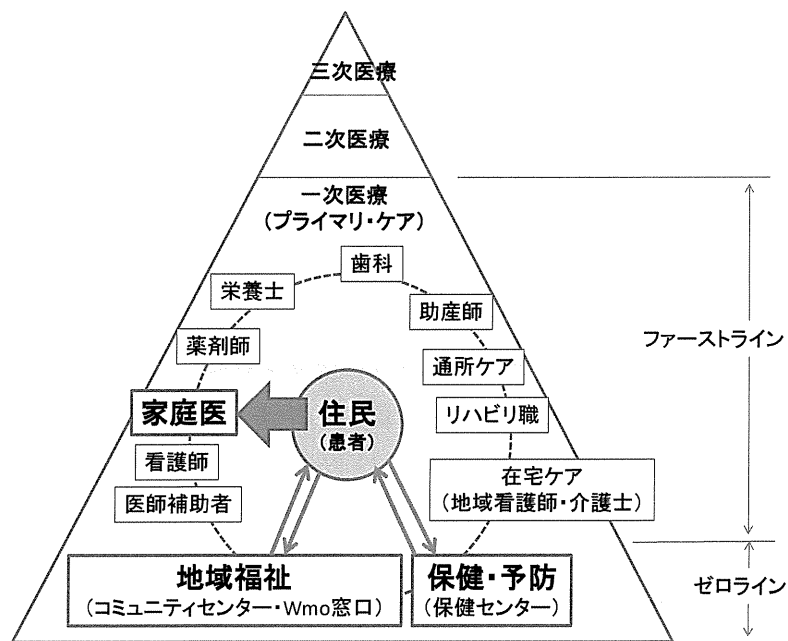


図1 オランダのケア提供体制(出所)堀田(2012)

みられた。さらに、地域における組織的連携(ネットワーク)に基づく多職種チームによる切れ目ないケア提供(慢性疾患、緩和ケア、認知症)が推進されることとなった。

近年、ケアを必要とする高齢者の急増や費用の拡大、労働市場縮小が見込まれるなか、改めて家庭医と地域看護師を中心として、地区レベルでの福祉や公衆衛生を含めた多職種によるプライマリ・ケアを充実させ、セルフマネジメントの推進と身近な関係のなかでの問題解決をはかることが重要といわれている(図2)。

< Chain of Care : 切れ目ないケア提供に向けた連携 >

「Chain of care」とは、ふつう臨床ガイドラインやプロトコル等に導かれる連続的な臨床段階に応じて、必要なヘルスケア及び社会的支援が切れ目なく提供されるための連携・協調を意味する。疾病管理は、特定疾患のライフサイクルあるいはトータルなヘルスケアを通じた地域住民に対する臨床的介入や資源の連携により、ケアとその成果を改善する体系的アプローチのことである。両者の中核は、多職種・学際的チームとケースマネジメントの活用であり、全ての患者グループに応用できるが、とりわけ虚弱高齢者を含む深刻な慢性疾患を抱える者に対して適用される。

オランダでは、80年代後半に中間ケア(transmurale zorg)の概念が導入され、1994年に「シェアードケア、よりよいケア(Gedeelde Zorg、Betere Zorg)」報告により、とりわけ慢性疾患患者に対するプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの継続性の改善、共同責任に基づく利用者中心の個別仕立てのケアに向けた改革の必要性が謳われた。中間ケアは、オランダ版 Chain of care の萌芽と位置づけられる。

1990年代以降、病院、介護施設、家庭医、在宅ケア、ソーシャルケアといった従来病院・施設ベースと在宅ベースで別々に機能していたケア提供(事業)者が地域レベルで連携し(あるいは既に形成されていたケアネットワークにおいて)、共同マネジメントによる効率的でシームレスなケア提供に向け、さまざまな中間ケアプログラムに取り組むようになった。中間ケアプログラムには、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアにかかるケア提供者が一緒にケアを提供する、セカンダリ・ケアのサポートを得ながら在宅ケアを提供する、入院・入所、退院・退所といった移行段階での両者が連携するといったものが含まれる。

例えば脳卒中についてみると、90年代後半から、ケア提供(事業)者の地域ネットワークに

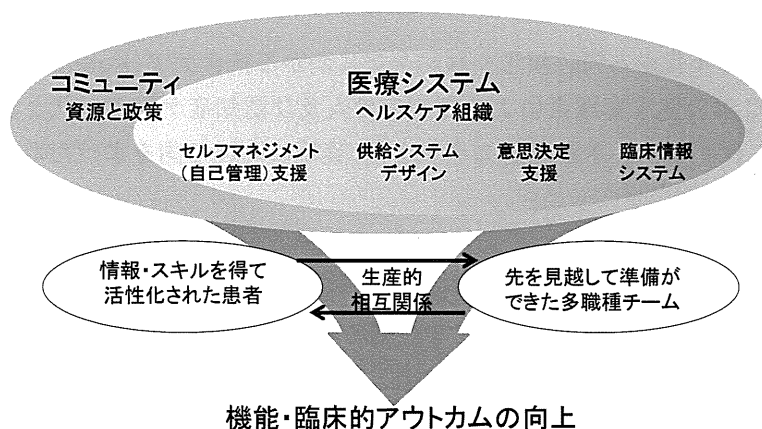


図2 Wagnerらによる慢性疾患ケアモデル(出所：Wagner et al. 1999)

における疾病管理プログラムが多く見られるようになり、成果指標の開発とベンチマーク、ガイドライン更新等が行われた。2006年には全国の脳卒中ケア連携グループのネットワーク組織が創設され、情報共有のみならず、ベンチマーク、ケア連携グループのコントロール、教育研修、慢性期ケア等のワーキンググループにおいて、よりよいケア連携に向けた検討が重ねられている。

また、糖尿病についてもセカンダリ・ケアのなかでのシェアードケア、プライマリ・ケアを含む疾病管理プログラムがいくつかの地域で計画的に実行・評価され、1995年に糖尿病ケア提供(事業)者、研究者等のアンブレラ組織としてオランダ糖尿病連盟(NDF)が発足し、ケアプロセスの内容・組織間連携のデザイン・品質管理と結果のモニタリング(質の指標)等を含むケア基準の本格的な整備が始まった。2006年からはNDF等により45歳以上や移民等を主なターゲットとして全国糖尿病予防キャンペーン(Kijk op Diabetes)が展開され、地域レベルでの家庭医や地方自治体の保健センター(GGD)等による早期発見・予防、生活指導等が活発に行われた。

こうした地域での実践・評価やケア基準の整備等を経て、政府は①慢性疾患患者の増加スピードを遅らせる、②発症を遅らせる、③合併症を予防・遅らせる、④慢性疾患患者のQOLを向上させること、すなわち慢性疾患にかかるコスト削減とケアの質改善を目指し、①ケア基準の整備発展、②予防・治療・介護の連携強化、③セルフマネジメント支援、④多職種による統合ケア(Ketenzorg)の推進を柱とする慢性疾患の疾病管理プログラム構築を提唱した。

さらに2010年以降、4つの慢性疾患(糖尿病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、心不全、脳心血管疾患リスク)について、ケア基準に基づいて統合ケアを提供するケア連携グループに対する成果に基づく包括払い(Keten-DBC)への移行が順次進められることになった。

保健福祉スポーツ省は、ヘルスケア研究開発機構(ZonMw)を事務局としてさまざまな慢性疾患のガイドライン・ケア基準開発に携わるプロジェクト間の調整、共通テーマに関する議論の場となるプラットフォーム(Coördinatieplatform Zorgstandaarden)を設置し、ケア基準のモデル策定等をつうじて、基準間の調和をはかっている。なお、これらのケア基準策定の概念的背景は、Wagnerらによる慢性疾患ケアモデル(CCM)にあるといわれている(Wagner et al.1999)。

認知症国家戦略の段階的発展—「コーディネートされた認知症ケア」に向けて

前述のように、1990年代から慢性疾患や緩和ケアにかかる統合ケア(Ketenzorg)が推進されてきていたが、2002年の健康審議会による認知症の人及び認知症ケアの現状と課題に関する答申を契機に、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化した。

認知症国家戦略は、認知症の人のニーズと希望に基づくコーディネートされたケア、認知症の人と介護者に対する十分なガイダンスと支援の提供を通じた認知症の人とその介護者の生活の質の改善を目的として、現在までに大きく3段階の発展がみられる。第1段階は地域レベルでの認知症の人と介護者の視点からみた課題抽出と改善に向けたプロジェクトの展開を通じた「良い認知症ケア」像の明確化、第2段階は統合ケアのガイドライン作成、またそれに基づくケアオフィスによるケアの購入に関する地域での実験・普及、第3段階はガイドラインの見直し

とケア基準の策定である。

<全国認知症プログラム>

第1段階は全国認知症プログラム(Landelijk Dementie Programma : LDP、2004～08年)と称される。全国57地域において認知症の人、介護者とケア提供(事業)者から成るワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先づけ、緊急度の高い問題改善に向けた3～4つのプロジェクトを実施した。

特徴は、ワーキンググループに認知症の人と介護者を必ず含めたことにあり、認知症の人と介護者の言葉を用いて整理された「各地域で」「認知症の人と介護者が日常直面している問題」が出発点となった。同プログラムはアルツハイマー協会の地位向上も意図しており、これには各地の協会支部が重要な役割を果たした。

緊急度が高いとされた問題領域の上位は、①気分や行動上の問題に対する本人の恐怖・怒り・混乱、②介護者のストレス・不安・孤独感、③施設入所への抵抗感、④何かがおかしいが原因も対処法もわからない、⑤専門職とうまくコミュニケーションできない(コミュニケーション・連携不足、専門職の知識不足等)であった。

地域レベルでのプロジェクトの指針として14の問題領域に対応して推奨される活動がワークブックにまとめられ、実際に地域において取り組まれたプロジェクトの上位は、①ケースマネジメント、②認知症および認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育、となった。

LDPは「当事者視点に基づく良い認知症ケア」の明確化のみならず、各地域における多様な連携、現場の熱気の高まり、ケースマネジメントの開始・拡大等大きな成果を挙げた。LDPに参加した関係者はプログラム終了後も全国認知症ネットワークを形成し、知見共有を重ねている。また、各地域における取組みはウェブサイトでも広く共有されている。

しかし統合ケアに対する財政的インセンティブがなかったことからマネジャークラスの理解が十分得られず、提供(事業)者間の組織的連携が未成熟であることが課題とされた。

<認知症統合ケアプログラム>

そこで、第2段階の認知症統合ケアプログラム(Programma Ketenzorg Dementie : PKD、2008～11年)では、認知症の人・介護者の状態とニーズに応じてコーディネートされた認知症ケア(いわゆる認知症ケアパス)の開発、組織的連携(ネットワーク)に基づく統合ケアのガイドラインの作成、ガイドラインに沿ったケア購入に向けた地域での実験・質の評価、認知症の人と介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展をめざした。

標準的なガイドラインは、保健福祉スポーツ省・アルツハイマー協会・ケア事業者団体・保険会社連合が主導して作成した。診断前、診断とケアへのアクセス、ケアやサービス提供という3つのフェーズにおいて、質の高い認知症ケアに向けた17の構成要素、関与すべき関係者(機関)を整理し、連携の要であるケースマネジャーの役割・要件、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等を盛り込んだものである。

16地域で各地域版ガイドラインに基づく連携構築とケア購入に関する実験を経て、全国約95%の地域でケースマネジメントを含む認知症統合ケアが提供されるようになった。しかし、地域によるばらつき、質の評価指標の有用性が課題とされた。

<認知症ケア基準の策定>

これを受け、第3段階として、PKDで作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等を取りまとめ、認知症ケア基準の策定が進んだ。同基準は初めての医療・介護・福祉をつうじたケア基準であり、今後全国に普及予定である。

<認知症国家戦略の評価と今後の展望>

統合ケアの進捗状況は定期的に研究機関によりモニタリングされており(2010年以降年1回これまでに3回)、認知症の人と介護者によるケアの改善の体験、地域における認知症ケアにかかわるステークホルダー間の協働の深化、ケースマネジメントの利用可能性向上等の観点から、コーディネートされた認知症ケアの浸透がはかられてきているとされる。

ただし、全ての地域での組織的連携(ネットワーク)の形成、地方自治体の積極的な関与による社会サービスの充実、統合ケアの支払等の課題が残されている。

これを受け、パブリック・プライベート・パートナーシップ(PPP、官民連携)に基づく認知症デルタプランと呼ばれる新たな計画が議論されている。この計画にはケア基準に基づく統合ケア推進、それに向けた教育の充実に加え、産学官連携の認知症にかかわる長期的な研究開発計画、全国認知症登録システム、認知症ケアポータルサイトの構築等が含まれている。

認知症ケースマネジメントの先進事例

オランダでは、1980年代以降の脱施設化の流れのなかで、ケース(ケア)マネジメントが発展をみた。ただし基本的に制度上の位置付けはなく、ケースマネジメントの在り方は極めて多様である。

こうしたなか、認知症ケアについては各地域のケア提供組織間連携の中で、独立してケースマネジメントの役割を担う専門職を割り当てる動きが多くみられるようになった。

彼らは認知症ケースマネジャーと呼ばれ、認知症の疑いが出てから死亡(もしくは入所)に至るまで、認知症の人と介護者に対するコーディネートされたケア・サポートの体系的な提供の窓口となる。

本節では組織間連携を基盤とする認知症ケースマネジメントの先進事例として Geriant 財団をとりあげる。

<診断・治療・ケースマネジメントと介護者支援を担う独立組織>

Geriant 財団はオランダの認知症ケースマネジメントの先駆けのひとつであり、国家戦略における認知症ケースマネジメントや認知症ケースマネジャーの発展にも大きく貢献している。

地域のナーシングホームとメンタルケア組織のネットワークが母体となり、2000年に認知症診断・ケースマネジメントチームが発足。その後、外来治療および急性増悪期の短期集中治療(16床)等のための DOC-centrum を創設した。これらが2003年に独立した組織体、Geriant 財団となる。

Geriant における認知症ケースマネジメントの目的は、認知症の人と介護者の QOL を

維持しながらできる限り認知症の人の住み慣れた家での暮らしをサポートすることである。Geriant モデルの特徴は、「多職種チームによる cure と care の包括的な提供」にある。ここには診断、治療、ケースマネジメント、介護者支援、限定的な在宅ケア等が含まれる。

<多職種チームマネジメントの実際>

DOC-team は、10 人程度の認知症ケースマネジャー、在宅で老年精神看護を提供する看護師(TOP-zorg)、老年医、精神科医、心理士、認知症コンサルタント等各1～2人から成る。

Geriant のケースマネジャーは、全員が認知症ケアの経験を持つ学士レベル以上の看護師であり、独自に開発した研修を修了している(現在アルツハイマー協会の支持を得て高等職業教育訓練機関で実施)。この研修は、単にケアをコーディネートするだけでなく、多職種チームと協働で治療と介護(臨床ケースマネジメント)、福祉を横断して認知症の人と介護者に効果的な援助を展開する力を身につけることを目的としている。

認知症の兆候が見られる人と介護者は、主に家庭医や在宅ケア組織、病院等の紹介によって Geriant にやって来る。ケースマネジャーと DOC-team の医師や心理士が自宅を訪問、本人や家族等と面談し、介護拒否等がある場合は必要に応じて TOP-zorg が期間限定で在宅老年精神看護を提供しつつ、できる限り生活の場である自宅において診断を行う。各職種のアセスメント結果をもとに多職種チームミーティングにおいて治療・ケア・サポート計画(投薬、行動療法、看護・介護、家事援助、認知症の人と介護者へのガイダンス・カウンセリング、介護者支援)を立案、ケースマネジャーが本人と介護者に説明・合意の上、必要な援助を調整する。

その後、ケアはすべて地域の在宅ケア組織等に、治療も随時家庭医等に引き継がれるが、ケースマネジャーは、認知症の人が亡くなる(あるいは入所する)まで一貫して援助する。また他のケア提供(事業)者や介護者を交えた利用者ごとのカンファレンスをもとに、DOC-team が継続的に専門的見地からモニタリングを行う。

すなわち Geriant に紹介された認知症の人(とその介護者)には、医療のパートナーである家庭医に加え、DOC-team を基盤とするケースマネジャーが、ケア・サポートのトータルなパートナーとして寄り添い続けることとなる。

<介護者と専門職への支援と助言>

Geriant の援助対象は、認知症の人だけでなく、介護者や地域の専門職にも及ぶ。介護者にはケースマネジャーを中心とする DOC-team の専門職が日常的にサポートを提供、Geriant は介護者支援コースを設けるほか、アルツハイマー協会等が開発したアルツハイマーカフェも主催する。また、認知症の人と介護者を統合的にサポートするミーティングセンターと呼ばれる地域のデイケアを紹介することもある。

さらに、地域の認知症ケア提供(事業)者の専門職や家庭医には、研修の開催に加え、認知症コンサルタントが助言・アドバイスを行う。

考察と我が国への示唆

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・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きたオランダ。

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、これをもと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。

オランダの国家戦略の主たる特徴は、全国共通の課題と解決に向けた方策を示して一律に取り組みを促すのではなく、地域ごとに当事者主体で目標を設定し、多様な関係者の連携を促し、常に認知症の人と介護者の意見を聴きながらボトムアップで段階的に改善に取り組んできたこと、各地域のベストプラクティスを共有して学び合っていることにある。

認知症の人も介護者も、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十分に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。

さらに、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ケースマネジメントとさまざまなケア・サポートを含む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(堀田2012a)。

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。

※本稿は月刊誌「統計」2013年12月号所収の同タイトルの原稿を再掲したものである。

参考文献

- 堀田聡子(2012)「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制に充実に向けて」JILPT Discussion Paper Series 12-07.
- 堀田聡子(2012a)「在宅ケアのルネサンス—Buurtzorg」週間医学界新聞第2986号.
- Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., and Austin, B. (1999) 'A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?', *Managed Care Quarterly* 7(3).

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（福祉未来研究所）

第1節 後期高齢者医療保険と介護保険の情報の連携で現在実施されていること

1. はじめにこの二つの保険の高齢者に関する部分の概略を述べる。

医療保険は医療の給付を目的としており、そのうち後期高齢者保険は主として75歳以上の後期高齢者すべてを被保険者として都道府県ごとの広域連合が保険者となっている。

他方、介護保険は介護給付を目的としており、40歳以上中でも主として65歳以上に対するもので、市町村を保険者としている。

オランダの税金による市町村事業であるWMOに当たるものは、日本では大部分社会保険である介護保険で給付されているが、今後の方向としては、オランダと同じように、一部を市町村事業に任せる、という方向も示されている。ただし、介護保険の地域支援事業として市町村が行う場合は、なお、社会保険の枠内といえる可能性があることに注意を要する。

2. このように、後期高齢者については医療の保険者は市町村の集合体、介護の保険者は個々の市町村、という関係になっているので、いずれにせよ、医療・介護の連携や利用者情報の共有については市町村がキープレイヤーである。

なお、高齢者の医療という場合、65歳から74歳までの前期高齢者の多くが市町村を保険者とする国民健康保険から給付を受ける仕組みになっているが、他の医療保険者が保険者である場合もあるので、議論の単純化のため、ここでは後期高齢者に絞って議論を進めていく。

3. また、表題の「連携」とは、

- ① 2制度全体を通じての効率的な費用の使い方のためのシステム全体としての連携、及び
- ② 個々の利用者にとって有益な医療と介護をもたらす運用面での連携

の2側面があるものと考えられる。

なお、秘密保持という観点からは、被保険者の情報を市町村の保険担当と介護担当の間で遣り取りしても、基本的に同一主体間の情報の遣り取りとなり法的問題はないと考えられるが、なお念のため、それが可能であることを明確にした市町村内部規定の整備も検討に値しよう。

4. 3の①については、国において、国民健康保険のデータベースや多くの病院のデータで

ある DPC プロジェクトが動き出しているが、これは医療機関からの電子レセプト情報に基づき、それぞれの保険が持つデータをマクロで分析して、費用縮減に役立てようとするものである。

内閣府の資料によれば、現在既に医療保険のレセプトデータを基にして個人の名前を匿名化し、DPC の手法により医療費データと特定健診データを国レベルで集め、地域ごとの医療費データや傷病ごとの費用データが整備されている。今後これと同じデータを基に都道府県単位のデータベースも作成し、また個人単位のデータもわかるようにし、患者ごとの通院状況を把握し、在宅医療・介護連携等に活用するとしている。この都道府県単位のデータベースの先進事例として「福岡県保健医療介護総合データベース」が挙げられている¹。

国民健康保険中央会では、個人ごとの介護保険給付データを集め、同一人の国保データを集め、その二つのデータを検討し、それらの集積により、介護ニーズが減るような治療法や、健康予防活動に役立てようとしている。

5. 3の②の個々の運用面での連携については、これまでのところ医療保険と介護保険の双方で、有する情報を相手側に提供した場合の報酬が定められており、次のような連携が図られている。

(1) 医師に対する診療報酬では、既に認められている診療報酬として、診療情報提供料があり、次のような連携が図られている。

これは、医師同士の情報提供を定めているから、診療所から入院患者に関する情報を病院へ提供する場合も認められるが、より重要なのは退院患者に関する病院からの情報提供である。医療法に規定する退院時の情報提供は、医療機関の努力義務だが、国は診療報酬でこれを誘導しようとしてきている。その提供先は複数にわたり、入院元の保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、①従前の家庭医に対して、②当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合には、患者1人につき月1回に限り250点(2,500円)を算定するとされている。

その際提供する情報の内容は、以下のとおりである。

- ・傷病名
- ・寝たきり度(4段階)
- ・日常生活活動の状況(移動、排出、着替え、食事、入浴、整容)
- ・認知症である老人の日常生活自立度(5段階)

(2) 一方介護報酬では、

- ① 通院が困難な利用者を担当する医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的継

¹ 2013.5.16 内閣府「社会保障の現状と課題」

2013.8.25 [accesswww5.cao.go.jp/keizai-shimonn/kaigi/.../sankou_01.pdf](http://www.access.gpo.gov/keizai-shimonn/kaigi/.../sankou_01.pdf)

続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業所等に対する居宅サービス計画の策定に必要な情報提供及び利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点(例えばハンデイトイレの置き場所)について指導助言を行った場合に、月2回を限度に、診療報酬の在宅時医学総合管理料を算定していなければ500点、していれば290点を介護保険の居宅療養管理指導費として算定できるものとされる。この際医師が算定するためには、ケアマネジャー(介護支援専門員)にサービス担当者会議又は文書で次の情報を提供することが要件となっている。

- ・利用者の病状、経過等
- ・介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- ・利用者の日常生活上の留意事項

このように、ケアマネジャーへの情報提供に加え、利用者や家族にも、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等の情報を提供することとなっている。

② 居宅介護支援事業者が請求できる介護報酬として、次の二つがある。

ア 病院等からの退院又は介護保険施設等からの退所に当たって、居宅介護支援員が病院等の職員と面談を行い、利用者が居宅サービスを利用するために必要な情報の提供を求めなどの連携を行って「退院・退所情報提供書」を作成した場合に、居宅介護支援費に月300単位の退院退所加算が付く。(2009年改定で新設)

その情報の内容を見ると、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。その様式例を見ると、次の項目が挙げられている。

- 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、食事の形態一刻みなど)
- 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、不穏)
- 療養上の留意する事項

イ 病院又は診療所に入院しようとする要介護者について、当該病院又は診療所の職員に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合、居宅介護支援費に入院時情報連携加算が付く介護報酬がある。

6. これらの連携の中には、情報提供が義務化されているものといないものがある。例えば5(1)②の入院元の保険医療機関が介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供することや、5(2)②アの居宅介護支援所が作成する「退院・退所情報提供書」への協力は、医療機関に義務付けられていない。

また、その情報提供の様式が決められているものといないものがあり、前述の「退院・退所情報提供書」は標準様式が決められているが、5(2)①の居宅療養管理指導費の様式は

定められていない。

第2節 医療介護連携が必要な理由

- 1 医療・介護の両方にとって
 - (1) 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
 - (2) 体調の異変が病気によるものか否かの判断材料となる
 - (3) 適切な服薬管理ができる
- 2 介護にとって
 - (1) 体調異変が疾病によるものか否かわかる
 - (2) その結果、救急時の対応方法が適切にできる

以上のように、医療・介護の連携は医療側(病院、診療所、訪問看護師等)にとっても、介護側(介護保険施設、在宅介護事業者等)にとっても必要であるが、具体的なすべてのケースで連携を実現するためには、いくつかの点で具体的なルールを必要とすると考えられる。それについては、第4章で具体的な提案をしたい。

第3節 医療職と介護職が必要とするデータ

1. 利用者に質の高い生活を送ってもらうために重要なのは、医療、介護に携わる者がどのような情報を必要としているか、どのような情報が利用者にとって有益か、である。
2. 第1節4で見たように、内閣府はマクロのシステムとして医師からの電子レセプトからいくつかの項目を抜き出して、必要情報シート作成をすれば、必要なデータのための新たな事務は不要としている。しかし、そういう観点から現行の電子レセプトを見てみると、傷病名、投薬等の医療行為の種類、医療費だけである。一方、介護給付費の明細書も、要介護度、サービス内容だけである。これらで、医療、介護に携わる者の情報として必要十分かの検討が必要である。

介護認定申請書は、基本情報と要介護度及び主治医が記されているだけであるが、利用者の申請に基づき市町村が行った実地調査の結果をまとめた認定調査票には、麻痺等の部位などADLの状況について詳しく記されている。また、ケアマネジャーから毎月提出される給付実態報告書には変動情報が記されている。
3. 介護側が提供する情報は、介護認定申請時又は変更時に得られた基本情報とその都度更新の必要な変動情報に分けられる。基本情報は、利用者名、住所、生年月日等である。変動情報は、主病名、主症状、服薬状況、食事状況、水分摂取状況、睡眠、排泄、移動、入浴、口腔及び要介護度である。
4. これらについては、第1節5(2)②アに挙げた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。