

研究種目： 基盤研究（C）
 研究期間： 2007 ～ 2009
 課題番号： 19530268
 研究課題名（和文）
 医療・介護連携の経済分析
 研究課題名（英文） Economic Analysis of Collaboration of Health System and Nursing System
 研究代表者
 大森 正博 （ OHMORI MASAHIRO ）
 お茶の水女子大学・大学院人間文化創成科学研究科・准教授
 研究者番号： 40286000

研究成果の概要（和文）：医療・介護の連携について、理論的・実証的分析を行った。日本の医療制度の問題点について理論的整理を行い、医療・介護の連携の持つ理論的な含意について考察を行った。結論は以下の通りである。医療システムにおける効率性を実現するためには、以下の5点に留意する必要がある。①医療・介護費用負担に関する整合性を確保することが重要である。機会費用の高い病院における費用負担の方が介護よりも大きくなるように設定すべきである。②医療を受けるか介護を受けるかは、患者の身体状況に応じて決まるべきである。③医療から介護へ、介護から医療へ移行するに当たっての紹介者、仲介者が必要である。

第二に、オランダにおける医療・介護の連携についてケーススタディを行った。資料、データの制約の中で医療制度内での連携の在り方が考察の中心になったが、プライマリーケア医である General Practitioner (GP) が重要な役割を果たすことが示された。

研究成果の概要（英文）：

I make theoretical and empirical studies of collaboration of health system and nursing system.

After making clear the problem which health system in Japan has, I show theoretical point of view of collaboration of health system and nursing system. Conclusion is as follows: To improve efficiency of health system, ①we have to balance between copayment of health care and that of nursing care, i. e. copayment of health care must be larger than that of nursing care. ②Patients' health condition must be evaluated and took into consideration to determine whether patients use health care or nursing care. ③Mediator is needed to realize efficient collaboration of health system and nursing system.

My case study of Dutch health system shows General Practitioner (GP), primary care doctor plays indispensable role to realize efficient collaboration in health system.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	1100,000	330,000	1430,000
2008年度	1000,000	300,000	1300,000
2009年度	1100,000	330,000	1430,000
総計	3200,000	960,000	4160,000

研究分野：財政学・金融論

科研費の分科・細目：3606

キーワード：医療サービス、介護サービス、連携、プライマリーケア

1. 研究開始当初の背景

我が国の医療制度改革は、平成18年6月の高齢者の一部負担増加の施策を内容として含んだ医療制度改革関連法案の成立によって、新たな局面に入った。様々な政策の実施が今後計画されているが、その中で一つの焦点になるのが、公的医療保険の対象になっている「療養病床」の将来における廃止の施策である。「療養病床」と同様の長期療養患者の施設サービスは、公的介護保険によってカバーされている「介護療養型医療施設」においても提供されているのが現状であるが、政府は、「療養病床」の患者を「介護療養型医療施設」にシフトさせる方針を打ち出している。そのために、政府は、療養病床と介護療養型医療施設における患者負担を同等にする政策を平成18年10月1日より実施した。療養病床における食費を1食260円から介護療養型医療施設と同じ460円に上げ、居住費については平成18年9月までは負担を要求していなかったが、10月1日より、1ヶ月約1万円の負担を患者に求めることにした。もちろん、これだけの施策で「療養病床」から「介護療養型医療施設」への患者シフトが実現されるとは考えにくいだが、この政策が採られる背後には、医療と介護の分業がうまくいっていないことがあると考えられる。

2. 研究の目的

本研究では、医療と介護の分業が適切に行

われるために必要なメカニズムを分析し、最適な分業を達成するための制度設計について考えることを目的とする。

3. 研究の方法

理論的研究およびケーススタディを用いた実証研究

4. 研究成果

医療・介護の連携は、医療制度のあり方を考える上で不可欠の論点である。本研究では、日本の医療制度の問題点について理論的整理を行い、医療・介護の連携の持つ理論的な含意について考察を行った。さらに若干のケーススタディを行った。

日本の医療制度は、高い平均寿命・低い乳幼児死亡率など優れた成果をもたらす一方、社会経済の変化に十分に対応できておらず構造的な課題を内包しているため、医師不足、医療保険財政の逼迫および医療過誤等、様々な問題が指摘されている。

限定された資源の中で増加する医療費へどう対処するか、費用負担はどうあるべきかを考慮する必要がある。また、患者・医療サービス提供者双方のモラルハザードや医療における分業の在り方など効率性に関する問題についても課題があり、情報の非対称性を軽減するための施策や、プライマリーケア医制度および専門医制度の導入・医療と介護の連携強化などの対応が考えられる。公的医療保険制度については、保険者機能の強化のほか、「規制された競争」及び「管理された競争」の原理を取り入れること、更には積立方式への移行も検討すべき

である。
医師数の不足また診療科および地域についての偏在、医療機関の経営改善など、医療サービスの供給体制についても課題は多い。医療サービスについての価格規制・数量規制についても再考が必要であり、前提として、不採算医療への対応や、医療サービス提供における公私の役割分担および医療機関のガバナンスの在り方についても改めて検討されなければならない。

持続可能な医療制度を構築するためには、患者、医療サービス提供者および政府の相互作用についても着目することが重要であり、根本的な問題解決を期すためには、効率性および公平性を確保し整合的に制度を改革する必要がある。

そして、最適な医療・介護の連携の実現のためには、医療・介護費用負担に関する整合性を確保することが重要であり、医療を受けるか介護を受けるかは、患者の身体状況に応じて決まるべきであり、機会費用の高い病院における費用負担の方が介護よりも大きくなるように設定するべきである。それに加えて、医療から介護へ、介護から医療へ移行するに当たっての紹介者、仲介者が必要である。医療から介護への移行については、入院していた病院に、介護から医療への移行は、介護施設、介護サービス供給者に仲介を義務づけ、それに対する報酬も設定することが一つの方法であるが、プライマリーケア医制度の導入を前提にすると、プライマリーケア医にその役割を担ってもらい、報酬を供与することも考えられる。一方、介護を受けている人々およびその家族にとっての不安は、身体状況が変化して、医療が必要になった時の対策についてである。施設介護を受けている人々も在宅介護を受けている人々も、必要に応じて

医療サービスを受けられるように、出張による在宅医療を受けられる体制を整備する必要がある。プライマリーケア医制度を前提にすると、在宅医療の供給者は、その患者を担当するプライマリーケア医が望ましい。

第二に、オランダにおける医療・介護の連携に

ついてケーススタディを行った。資料、データの

制約の中で医療制度内での連携の在り方が考察の

中心になった。オランダの医療の連携において、GPが果たす役割は大きい。患者に制度的にかかりつけのGPを決めさせ、医療機関へのコンタクトは必ずGPを経由させることを通じて、二次医療のモラルハザードを伴う過剰利用を抑制する。そして、GPは、主としてリスク調整型人頭払い方式で支払いを受けるために、患者により効率的な医療サービスを提供すると同時に質の良い医療サービスを提供するインセンティブを持っている。

しかし、二次医療の利用が抑制されることが、医療計画の存在、病院の予算システムと相まって、二次医療の担い手である病院、専門医等の数を抑制することになり、それが、結果的に病院におけるウェイティングリスト問題を発生させてきた側面があることは否めない。オランダの事例は、この様にネガティブな側面もあるが、GPがかかりつけ医の役割を担うことにより、医療サービスの効率的な利用を促進するアイディアは参考になると考える。GPは、連携を促進する紹介制度(Referral system)の要であるが、紹介のインセンティブに、支払い方式が影響を与える可能性がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者
には下線)

[雑誌論文] (計4件)

- ① 大森正博 「日本の医療制度改革について」『租税研究』査読無し 第702号 2008年4月 pp. 5-19
- ② 大森正博 「医療と介護の連携」『経済集志』 査読無し 第78巻第3号 2008年10月 pp. 281-291
- ③ 大森正博 「オランダにおける医療提供体制の機能分化と連携方策」 『健保連海外医療保障』 査読無し No. 82. 2009年6月 pp. 16-21
- ④ 大森正博 「日本の医療制度改革の方向性について」 『租税研究』 査読無し 第718号 2009年8月 pp. 39-55

[図書] (計1件)

- ① 大森正博 『文部科学研究費基盤研究 (C) 医療・介護連携の経済分析 報告書』 2010年3月

6. 研究組織

(1) 研究代表者

大森 正博 (OHMORI MASAHIRO)

お茶の水女子大学・大学院人間文化創成
科学研究科・准教授

研究者番号：40286000

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし