

# 医療経済研究

Vol.28 No.1  
2016

医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関紙

## 巻頭言

人的資本の蓄積過程を模索するために  
—「個」・「世代」を超えて—

野口 晴子 1

## 研究論文

全国レベルの社会的入院の時系列推移

岸田 研作 3

## 第 10 回研究大会報告（シンポジウム 1）

..... 今中 雄一 24

第 11 回研究大会のご案内（第二報） ..... 63

投稿規定・執筆要領 ..... 66



# 医療経済研究

Vol.28 No.1 2016



## 卷頭言

# 人的資本の蓄積過程を模索するために —「個」・「世代」を超えて—

早稲田大学 政治経済学術院

野口 晴子

2016年8月6日、リオデジャネイロにおけるオリンピックの開会式において、オリンピック栄誉賞を史上初めて受賞したケニアの Kipchoge Keino 氏が行ったスピーチに感銘を受けた人は、少なくないだろう。「世界中の全ての若者が、基本的人権、食糧、安全な住まい、そして、教育を受ける機会が享受できるよう、私と一緒に取り組んでください。教育は、若者が、良き市民、そして、将来のリーダーとなるように、活力を与えるのみならず、彼らを変革へと導くでしょう。人類は、私たちが今日よりもより良き世界に若者を導くことが出来るかどうかにかかっています。私たちは、何も持たずにこの世に生を受け、何も持たずにこの世を去ります。しかし、私たちは、教育を通して、人類の未来を切り開いていくことが出来るのです。」オリンピック・パラリンピックというスポーツの祭典を通して、「個」が蓄積する教育や健康に代表される人的資本を「世代を超えて」生かすことの重要性に、あらためて思いを致す瞬間であった。また、こうした問題に取り組む一分野としての医療経済学、そして、当該分野に身を置く研究者の役割は何かについて考えさせられた。

教育と健康、そして、私たちを取り巻くさまざまな社会的・経済的状況との間に有意な相関が存在することについては、概ね、研究者間でコンセンサスが得られている。たとえば、教育がなく、社会的・経済的に不利な状況にある場合は、慢性疾患になる確率や死亡率が高い傾向にあることが知られている。他方で、健康状態が悪いために、教育を受けることが出来なかったり、社会的・経済的に不利な立場に置かれてしまったりする場合もあるだろう。しかし、こうした事実認知を超えて、多岐にわたるさまざまな要因がそれぞれ、どのようなメカニズムを通じて、私たちの人的資本と相互に関連し合うのか、また、その影響の有意性や大きさはどの程度のものなのか、そして、人的資本は、「個」や「世代」を超えて、コミュニティーや人類社会にどのように受け継がれていくものなのか、確たる結論は、理論的にも実証的にも、いまだ得られていない。

かつて、著名な経済学者であるポール・サミュエルソンらは、次のように指摘した。社会科学は、自然科学とは異なり、実験的手法を用いることが困難な経済社会を分析対象としているため、「経済学者は、ほとんどの場合において、観察することで満足するしかなかった」。つまり、経済学では、社会における様々な現象に関連性があるかどうか（相関）については把握出来るが、原因と結果（因果性）の特定は難しい、という見解である。しかしながら、近年、同一個人を時系列で追跡するパネルデータの構築や、実験系・行動系の経済学者によるフィールド実験の実施、そして、計量経済学の理論とコンピュータによる計算能力の著しい発達を背景に、経済学を中心とした実証研究によって取り組まれてきたのが、こうした

複雑な因果性を識別し、紐解こうとする試みである。こうした研究の実施に当たっては、個人に関わるさまざまな情報の収集や侵襲が不可欠であるため、倫理的・財政的・政治的な課題が山積していることも確かだ。しかしながら、研究者によるこうした不斷の試みが、いつの日か、Kipchoge Keino 氏によって示された命題－人的資本が「個」として蓄積され、さらには、「個」や「世代」を超えて継承される－に対し、普遍的な回答を与えると信じてやまない。

## 論 文

# 全国レベルの社会的入院の時系列推移

岸田 研作\*

## 抄 錄

社会的入院とは、医療の必要性が低いにも関わらず、介護施設や家族の介護力の不足、医療機関側の都合などにより、退院せず入院を継続することである。これまで社会的入院をしている者の数や費用を推計する研究が行われてきた。しかし、先行研究の大半は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することができていない。無駄な医療費を削減し、医療費の伸びを抑制することは、社会保障の持続可能性を確保する上で非常に重要な政策課題である。そのため、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することの意義は大きい。本稿の目的は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を推計することである。

対象は一般病床と療養病床に入院する65歳以上の者である。推計期間は1996～2008年である。年間の社会的入院の費用は、社会的入院患者数に1日当たり費用と365を乗じることで求めた。一般病床における社会的入院の基準は、地域医療構想策定ガイドラインを参考に設定した1日当たり医療費を用いた。『社会医療診療行為別調査』において1日当たり医療費が基準額以下の者の割合を求め、社会的入院患者数は『患者調査』の患者数にその割合を乗じることで求めた。一般病床における社会的入院患者の1日当たり費用は、『社会医療診療行為別調査』において、1日当たり医療費が基準額以下の患者の1日当たり平均医療費とした。療養病床の社会的入院患者は、『患者調査』において「受け入れ条件が整えば退院可能」な者とした。医療療養病床における社会的入院患者の1日当たり医療費は、社会的入院患者の割合を $\alpha$ とし、『社会医療診療行為別調査』において1日当たり医療費が下位 $\alpha\%$ の者の1日当たり平均医療費とした。介護療養病床の1日当たり費用については、『介護給付費実態調査』を用いて類似の方法で求めた。

社会的入院の費用は、1996年の4,228億円から2002年の6,684億円まで上昇した後減少に転じ、2005年から2008年にかけては5,999億円から3,911億円へと大きく減少した。2005年から2008年にかけての社会的入院の費用減少の大半は療養病床で生じ、それは厚生労働省による療養病床の再編によるものである。

キーワード：社会的入院、介護保険

## 1. はじめに

社会的入院とは、医療の必要性が低いにも関わらず、介護施設や家族の介護力の不足、医療機関側の都合などにより、退院せず入院を継続することである。社会的入院は、医療の必要性が低い者による医療資源の無駄遣いを引き起こす。社会的入院の解消は、介護保険創設の主要な目的の1

つにあげられていた。これまで社会的入院をしている者の数や費用を推計する研究が行われてきた（鈴木・他（2012）<sup>1)</sup>、印南（2009）<sup>2)</sup>、花岡・鈴木（2007）<sup>3)</sup>、畑農（2004）<sup>4)</sup>、府川（1997）<sup>5)</sup>、二木（1995）<sup>6)</sup>）。これらのうち、鈴木・他（2012）<sup>1)</sup>、花岡・鈴木（2007）<sup>3)</sup>、府川（1997）<sup>5)</sup>は、特定の自治体を対象としている。しかし、社会的入院の発生に関係すると考えられる医療・介護施設の整備状況や世帯の介護力などは地域によって異なる。そのため、特定地域を対象とした推計結果からは、全国レベルの社会的入院を把握することはできない。また、鈴木・他（2012）<sup>1)</sup>、印南（2009）<sup>2)</sup>、

\* 岡山大学大学院社会文化科学研究科・教授：  
kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

府川（1997）<sup>5)</sup>は、データの制約上、単年度の分析である。以上のように、畠農（2004）<sup>4)</sup>、二木（1995）<sup>6)</sup>以外の先行研究は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することができていない。

無駄な医療費を削減し、医療費の伸びを抑制することは、社会保障の持続可能性を確保する上で非常に重要な政策課題である。そのため、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することの意義は大きい。要介護者や高齢者のみの世帯の増加により、社会的入院は一貫して増え続けているかもしれない。逆に、介護保険の創設を機に、社会的入院は減少傾向にあるかもしれない。もし社会的入院が増加傾向がないならば、社会的入院は非効率を生じさせているものの医療費の増加要因ではないということになる。本稿の目的は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を推計することである。

本稿の構成は、以下の通りである。第2章では、社会的入院患者数と費用の推計方法を述べる。第3章は結果と解釈である。まず、社会的入院患者数と費用の時系列推移を示す。次に、2005年から2008年にかけて生じた社会的入院の減少と厚生労働省による療養病床の再編の関係について考察する。さらに、先行研究との比較を行うとともに、社会的入院患者を介護保険施設に移した場合の費用削減効果を試算する。第4章は結語である。

## 2. 方法

### （1）方法の概要

年間の社会的入院の費用は、社会的入院患者数に1日当たり費用と365を乗じることで求める。対象者は65歳以上であり、精神病床、結核病床、感染病床に入院する者は対象外とする。精神病床を除外する理由は、本稿の方法では、1日当たり費

用を求めることが難しいと考えたからである。本稿の方法は、社会的入院患者の1日当たり医療費は、その他の者より低いとの想定に基づいている。しかし、精神病床の患者は、1日当たり医療費が低くても社会的入院といえない者も多いように思われる<sup>注1)</sup>。結核病床、感染病床を除外対象とした理由は患者数が非常に少ないからである<sup>注2)</sup>。

本稿が対象とする病床は、一般病床とそれ以外の包括払いの病床からなる。後者は、療養型病床群、老人病床、療養病床である。前者と後者では、社会的入院患者数及びその1日当たり医療費を求める方法が異なる。しかし、いずれの方法も『患者調査』（厚生労働省）を用いる。『患者調査』は全国を対象とし、3年ごとに継続的に調査が行われている。『患者調査』の入院患者に関する情報は、異なる2種類のデータから得られる。1つは、10月中の特定の1日に入院していた患者を調べたデータ（以下、ストック・データ）であり、1年のある1日における入院患者に関するものと解釈できる。もう1つは、調査年の9月中に退院した患者を調べたデータ（以下、フロー・データ）であり、一定期間内の退院患者に関するものである。本稿ではストック・データを用いる。

一般病床における社会的入院の基準としては1日当たり医療費を用いる。これは、鈴木・他（2012）<sup>1)</sup>、府川（1997）<sup>5)</sup>同様、社会的入院患者は医療の必要性が低いことに着目したアプローチである。本稿では、地域医療構想策定ガイドライン（以下、ガイドライン）を参考に、一般病床における社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額を設定する（第2節・第3項）。そして、『社会医療診療行為別調査』（厚生労働省）において、一般病床の入院患者のうち1日当たり医療費が基準額以下の者の割合を求める。その割合を社会的入院患者割合（ $\alpha\%$ ）とする。一般病床における社会的入院患者数は、『患者調査』から得ら

れる一般病床の入院患者数に $\alpha\%$ を乗じることで求める。一般病床における社会的入院患者の1日当たり費用は、『社会医療診療行為別調査』において、基準額以下の一般病床の入院患者の1日当たり平均医療費とする。以上の手法を用いる場合、『患者調査』のストック・データと『社会医療診療行為別調査』の調査方法の整合性を考慮する必要性がある。この点については、第2節・第2項で述べる。

一般病床以外については、ガイドラインを参考とした社会的入院の1日当たり費用の基準額を求めることができない。そこで、包括払い病床については、次善の策として、社会的入院の基準として退院可能性を用いる。『患者調査』のストック・データには、入院の状況を尋ねた調査項目がある。包括払い病床の社会的入院患者は、入院の状況が「受け入れ条件が整えば退院可能」な者とする<sup>注3)</sup>。包括払いの病床の社会的入院患者割合( $\alpha\%$ )は、包括払いの病床の入院患者のうち退院可能な者の割合である。包括払いの病床は、医療保険が適用される病床と介護保険が適用される病床からなる。医療保険適用病床における社会的入院患者の1日当たり費用は、『社会医療診療行為別調査』において、1日当たり医療費が下位 $\alpha\%$ の者の1日当たり平均医療費とする。以上の手法を用いる場合も『患者調査』のストック・データと『社会医療診療行為別調査』の調査方法の整合性を考慮する必要性がある(第2節・第2項参照)<sup>注4)</sup>。介護保険適用病床における社会的入院患者の1日当たり費用は、厚生労働省の『介護給付費実態調査』(厚生労働省)と『介護サービス施設・事業所調査』を用いて、医療保険適用病床の場合と類似の方法で求める。方法の詳細は、第2節・第4項で述べる。

『患者調査』において、入院の状況が調査項目となったのは1996年からである。また、2011

年以降、『社会医療診療行為別調査』は、レセプト情報・特定健診等データ・ベースから作成されるようになった。利用申請にかかる時間の都合上、本研究ではレセプト情報・特定健診等データ・ベースの利用を断念した。そのため、本稿の対象年は、1996年、1999年、2002年、2005年、2008年の5年である。

## (2) 調査方法が異なる2種類のデータの整合性を考慮する必要性について

第2節・第1項で述べたように、本稿では、『社会医療診療行為別調査』を用いて、社会的入院患者の割合やその1日当たり医療費を推計する。その場合、『患者調査』のストック・データと『社会医療診療行為別調査』の調査方法の整合性を考慮する必要性がある。

『患者調査』のストック・データの情報は、1年のある1日に入院していた患者のものと解釈できる。それに対して、『社会医療診療行為別調査』は6月審査分のレセプトをもとに作成されており、対象となる入院患者は5月中に入院していた者である<sup>注5)</sup>。『患者調査』のストック・データとの整合性を保つため、『社会医療診療行為別調査』において5月の任意の1日に入院していた患者を選択する状況を考える。その場合、診療実日数が31日の者はすべて選択される。しかし、診療実日数が1日の患者が選択される確率は1/31である。一般に診療実日数tの患者が選択される確率はt/31である。そのため、『患者調査』のストック・データの調査方法との整合性を保って社会的入院患者の割合やその1日当たり平均医療費を求めるには、『社会医療診療行為別調査』の標本をt/31で重みづけしてやる必要がある。実際の計算では、t/31に『社会医療診療行為別調査』の抽出率の逆数を乗じたもので重みづけをする。

### (3) 一般病床の社会的入院の基準の設定方法

本稿では、ガイドラインを参考に、一般病床における社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額を設定する。ガイドラインでは、DPCデータを用いて、医療資源投入量を基準に病床の機能別分類の境界を示している。医療資源投入量は、入院患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く）を出来高払点数に換算したものである<sup>注6)</sup>。一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満は、在宅医療等で対応する医療需要に分類される。ただし、175点未満の医療を受ける者でも医療資源投入量にリハビリテーションを加えた点数が175点を超える者は回復期病床の患者に分類される。

本稿では『社会医療診療行為別調査』を用いて社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額を設定する。しかし、DPCデータと異なり、『社会医療診療行為別調査』では入院期間中に提供された医療内容を1日ごとに把握することができない。そのため、ガイドラインと完全に同じ方法で医療資源投入量を求めることがやリハビリテーションの点数を考慮することができない<sup>注7)</sup>。そこで、社会的入院を把握する1日当たり医療費は、入院基本料のみを除いたものを用いる<sup>注8)注9)</sup>。そして、その医療費が1,750円未満の者を社会的入院とする。

本稿では、ガイドラインと完全に同じ方法で、在宅等で対応する患者を分類できない。また、在宅等で対応する医療需要の境界点は社会的入院を把握することを目的に定められたものではない。そのため、社会的入院を把握する1日当たり医療費の基準額としては1,750円を基本とするものの1,500円とした場合についても計算する。

### (4) 介護保険適用病床における社会的入院の1日当たり費用の推計方法

介護保険適用病床は、介護療養型医療施設の病床である。『介護給付費実態調査』からは、毎年の介護療養型医療施設の利用者総数の費用額と利用実日数が得られる。そこから65歳以上の者の要介護度別の1日当たり費用額が得られる。また、『介護サービス施設・事業所調査』（厚生労働省）からは、毎年の10月1日時点における介護療養型医療施設の入所者の要介護度別の人�数が得られる。要介護認定では医療に関する情報も考慮されるため、一般に要介護度が低い者ほど社会的入院である可能性が考えられる。そのため、要介護度が低い者から数えて $\alpha\%$ の入所者を社会的入院とみなして社会的入院患者の1日当たり費用額を計算する。

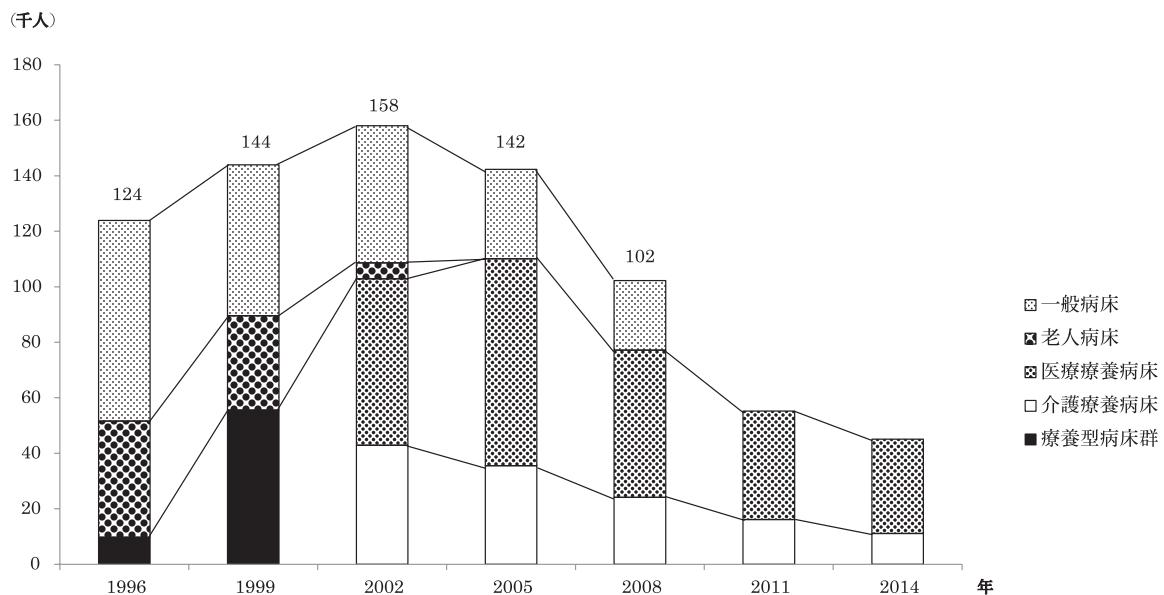
介護療養型医療施設は、病院の介護療養病床、診療所の介護療養病床、介護保険適用の老人性認知症疾患療養病棟と老人病床の4種類である。しかし、『介護給付費実態調査』の公表データからは、介護療養型医療施設の種類別のデータは得られない。そのため、社会的入院患者の1日当たり費用は介護療養型医療施設全体の値としてしか推計できない。老人性認知症疾患療養病棟は精神病床の一種であり、本稿の対象外である。しかし、介護療養型医療施設に占める割合は極めて僅かであるため、1日当たり費用の計算に及ぼす影響はほとんど無視できると考えられる<sup>注10)</sup>。論文末の補論2に、介護療養型医療施設の社会的入院患者の1日当たり費用の推計方法の具体例を示している。

## 3. 結果と解釈

### (1) 社会的入院の患者数と費用の推計結果

図1は、病床種類別の社会的入院患者数の推

図1 病床の種類別・社会的入院患者数の推移



注1) 老人病床は医療保険適用分である。

注2) 2002年の介護療養病床には、介護保険適用の老人病床も含む。

注3) 1996年と1999年の一般病床は、その他の病床から療養型病床群、老人病床を除いたものである。2002年の一般病床は、老人病床を除いたものである。

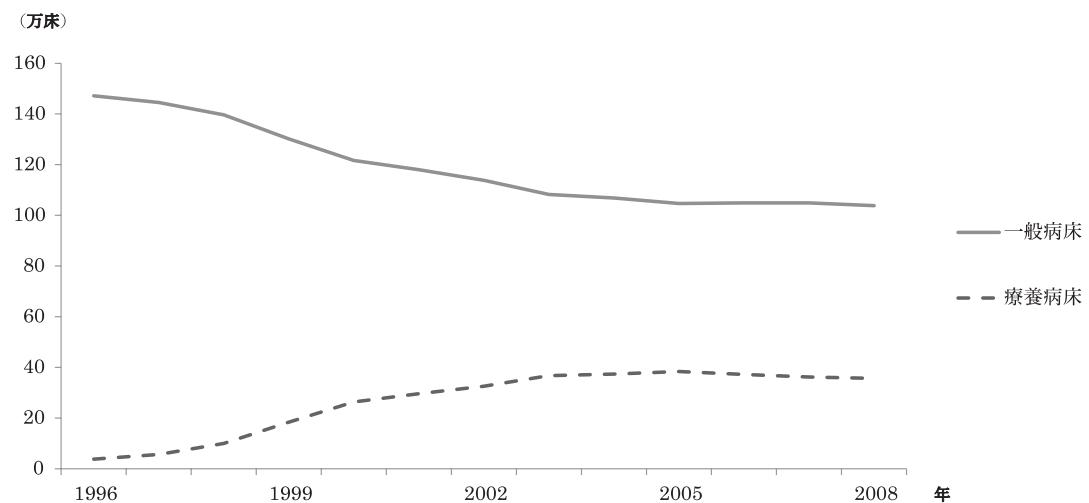
移である<sup>注11)注12)</sup>。療養病床については、2011年と2014年の値も得ることができるので示している。患者数を千人単位で表記しているのは、『患者調査』の公表データにおける患者数の表記が千人単位だからである。社会的入院患者数は、1996年の124千人から2002年の158千人まで上昇した後減少に転じ、2008年には102千人まで下がった。一般病床と老人病床の社会的入院患者数の合計は一貫して減少している。ただし、2005年から2008年にかけての減少幅はそれまでよりも小さい。それに対して、療養病床（療養型病床群）の社会的入院患者数は2005年まで上昇し続け、その後一転して減少に転じている。

図2は、一般病床と療養病床の病床数の推移を示している。図2では、老人病床は一般病床に含まれる。一般病床は2005年まで減少し、その後ほぼ横ばいである。療養病床は、2005年まで増加し、その後緩やかに減少している。図1

と図2を比較すると、2005年までは、一般病床と療養病床の社会的入院患者数と病床数の増減傾向は同じであることがわかる。そのため、2005年までの病床の種類別の社会的入院患者数の増減は、病床の種類の変更を反映している部分が大きいと推察される。しかし、療養病床では2005年から2008年にかけて社会的入院患者数が大幅に減少しているのに対し、病床数では顕著な減少は観察されない。

療養型病床群は、1992年の医療法改正により創設された。2000年の介護保険法施行に伴ってできた療養病床は、医療保険が適用される医療療養病床と介護保険が適用される介護療養病床からなる。老人病床は1983年に制度化され、2001年1月に特例許可老人院が廃止された後、2003年3月に介護力強化病棟が廃止されたことで完全に廃止された。これらの病床の設立、変遷は、長期入院が必要な患者に適した療養環境を提供す

図2 病床数の推移



出所 「医療施設調査・病院報告」(厚生労働省)より、著作作成

注1) 病院と診療所の病床の合計である。

注2) 「一般病床」は、1996年～2002年は「その他の病床」であり、1993年～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2003・2004年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

注3) 「療養病床」は、2000年までは「療養型病床群」であり、2001・2002年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

注4) 老人病床は、「一般病床」に含まれる。

るとともに、一般病床との機能分化の促進を目的としていた（小沼（2007）<sup>8)</sup>、竹下（2006）<sup>9)</sup>）。

表1は、病床の種類別の社会的入院患者の1日当たり費用を示している。病院・一般病床の1日当たり医療費は、1996年の10,187円から2008年の13,181円に増加している。表には示していないが、この間、入院基本料を除外した社会的入

院患者の1日当たり医療費は増加していない。病院・一般病床の1日当たり医療費の増加は入院基本料の増加によるものである。

図3は、病床の種類別・社会的入院費用の推移を示している。全病床の社会的入院の費用は、1996年の4,228億円から2002年の6,684億円まで上昇した。その後減少に転じ、2005年から

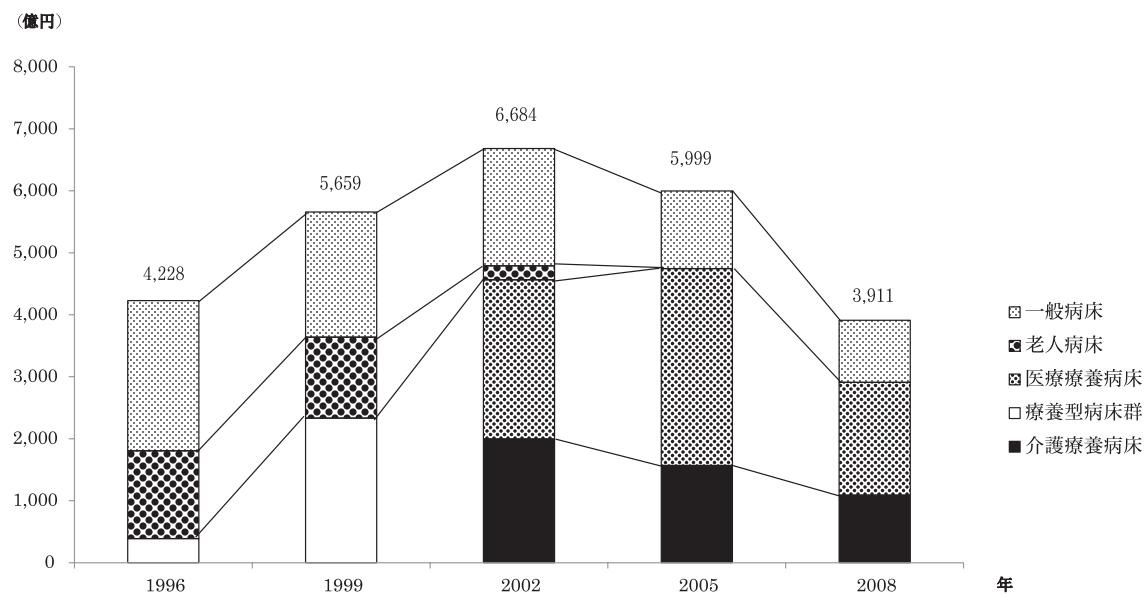
表1 病床の種類別・65歳以上の入院患者の1日当たり医療費（円）

年	医療保険			介護保険	
	病院		老人病床 <sup>注1)</sup>	診療所	
	一般病床	療養病床		一般病床	療養病床 <sup>注2)</sup>
2008	13,181	9,637	—	6,005	5,614
2005	12,499	11,962	—	5,949	7,334
2002	11,935	11,881	10,832	5,915	8,011
1999	11,404	11,667	10,522	5,904	7,711
1996	10,187	10,883	9,279	5,431	—

注1) 老人病床は、2003年度末をもって廃止された。

注2) 診療所に療養病床の設置が認められたのは1998年度からである。

図3 病床の種類別・社会的入院の費用の推移



注1) 老人病床は医療保険適用分である。

注2) 2002年の介護療養病床には、介護保険適用の老人病床も含む。

注3) 1996年と1999年の一般病床は、その他の病床から療養型病床群、老人病床を除いたものである。2002年の一般病床は、老人病床を除いたものである。

2008年にかけては5,999億円から3,911億円へと大きく減少した。一般病床の費用は一貫して減少しており、2002年までの社会的入院の費用増加は療養病床（療養型病床群）によるものである。2005年から2008年にかけて、一般病床の費用はほぼ横ばいである。同期間の社会的入院の費用減少は、療養病床の減少分が大きい。

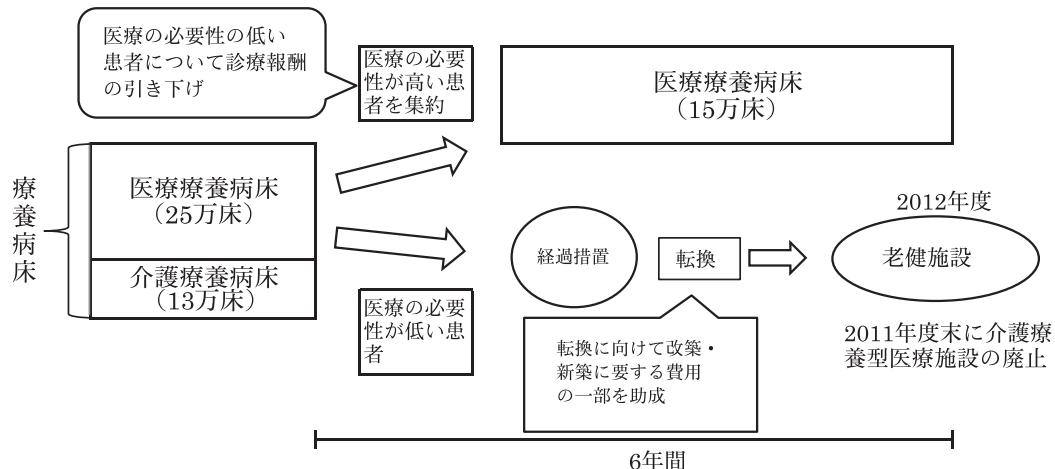
論文末の補論3では、社会的入院の費用計算に関する感度分析の結果を示している。行った感度分析は、以下の3種類である。①一般病床における社会的入院の基準を1日当たり医療費が1,500円以下とする。②包括払い病床における真的社会的入院患者数が回答者の回答よりも20%多い場合と少ない場合。③介護療養型医療施設における社会的入院患者の1日当たり費用として全入所者の平均を用いる。いずれのケースでも社会的入院の時系列推移の傾向はほとんど同じであった。

## (2) 療養病床の再編と社会的入院の費用減少の関係についての考察

社会的入院は、介護施設や家族の介護力の不足、医療機関側の都合など多様な要因によって生じる。そのため、本稿が対象とする全期間について、社会的入院の費用の全ての変動要因を分析することは本稿の射程外である。そこで本節では、療養病床の再編と2005年から2008年にかけて生じた社会的入院の費用減少の関係について考察する。図1より、療養病床の社会的入院患者数は、2008年以降も減少している。そのため、2008年から2014年にかけても療養病床における社会的入院の費用は減少している可能性が高い。介護保険導入後も増え続けた療養病床の社会的入院が減少傾向に転じた原因を明らかにすることは意義深いと考える。

厚生労働省が2006年の医療制度改革において打ち出した療養病床の再編計画は、療養病床の社

図4 療養病床の再編



出所：第1回・介護施設等の在り方に関する委員会・資料2をもとに著者作成

会的入院の解消を目的としていた<sup>注13)</sup>。図4に示したように、療養病床の再編計画は、2006年に25万床あった医療療養病床と13万床あった介護療養病床を、2011年度末までに医療療養病床のみの15万床に削減するというものであった。以下では、医療療養病床と介護療養病床のそれについて、療養病床の再編と2005年から2008年にかけて生じた社会的入院の費用減少の関係について考察する。

### ① 医療療養病床

医療の必要性が高い患者を集約するため、2006年7月から医療療養病床に医療区分とADL区分に基づく診療報酬が適用された。図5に示したように、医療区分は、医療の必要性が高

い順に3、2、1と3つの区分があり、ADL区分とあわせて入院基本料が設定される。診療報酬の額は医療区分によって決まる部分が大きく、医療区分1に対する入院基本料は医療区分2、3と比べると大幅に低い。厳密な比較は各種加算を考慮する必要があるため難しいが、医療区分導入前と比べると、医療区分1に対する入院基本料の水準は7割5分程度である。医療療養病床は病院のものと診療所のものがあるが、医療療養病床の社会的入院患者の約94%が病院に入院している。そこで、以下では煩雑さを避けるため病院の医療療養病床のみを取り上げる。

#### (a) 社会的入院の1日当たり費用の変化

表1より、病院の医療療養病床の社会的入院

図5 医療療養病棟の入院基本料（病院）

2006年6月まで

療養病棟入院基本料1	1,187点
療養病棟入院基本料2	1,060点

注) 老人の点数

2006年7月から

ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点		
ADL区分1		1,220点	
医療区分1		医療区分2	医療区分3

患者の1日当たり医療費は、2005年の11,962円から2008年の9,637円へと減少した。社会的入院患者の大半は医療区分1であると考えられる。病院の医療療養病床の社会的入院患者の1日当たり医療費は2005年まで微増傾向であった。それが2005年から2008年にかけて減少したのは、社会的入院患者に対して医療区分1の低い入院基本料が適用され、入院基本料が下がったことを反映していると考えられる。なお、表には示していないが、医療療養病床の65歳以上の全入院患者の1日当たり医療費は、対象期間を通じて微増傾向にあり、2005年から2008年にかけては14,548円から15,244円へと増加している。

#### (b) 社会的入院の患者数の変化

『患者調査』によると、2005年から2008年にかけて、病院の医療療養病床の社会的入院患者数は69.9千人から50.0千人へと減少した。それに対し、同期間、同病床の全入院患者数は、188.7千人から193.8千人へと増加した。全入院患者数が増加したにも関わらず社会的入院患者数が減少したのは、入院患者数に占める社会的入院患者の割合( $\alpha\%$ )が、2005年から2008年にかけて低下したからである。

図6は、病院の医療療養病床と介護療養病床について、入院患者に占める医療区分1および社会的入院患者の割合( $\alpha\%$ )を2005年と2008年について示している<sup>注14)</sup>。2005年から2008年にかけて医療療養病床に入院する者うち医療区分1の割合は53.0%から31.9%へ、社会的入院患者の割合( $\alpha\%$ )は37.0%から25.8%へと大幅に低下した。それに対し、医療区分の影響を受けない介護療養病床ではそのような低下は生じていない。これは、医療区分1に対する低い診療報酬の設定により、医療機関が、医療療養病床において医療区分1の患者を減少させた

ことを示していると考えられる<sup>注15)</sup>。日本医師会(2006)<sup>12)</sup>の調査によると、医療療養病床に入院する医療区分1の者のうち63.4%は「病状が安定しており退院可」である。そのため、医療区分1には少なからぬ社会的入院患者が含まれていると考えられる。したがって、病院の医療療養病床における $\alpha\%$ の低下とそれに伴う社会的入院患者数の減少は、医療区分に基づく診療報酬の改定によってもたらされたと考えられる。

以上のように、2006年に実施された診療報酬の改定は、医療療養病床における社会的入院の1日当たり医療費と患者数の双方を減少させることで、2005年から2008年にかけて同病床の社会的入院の費用を減少させたと考えられる。

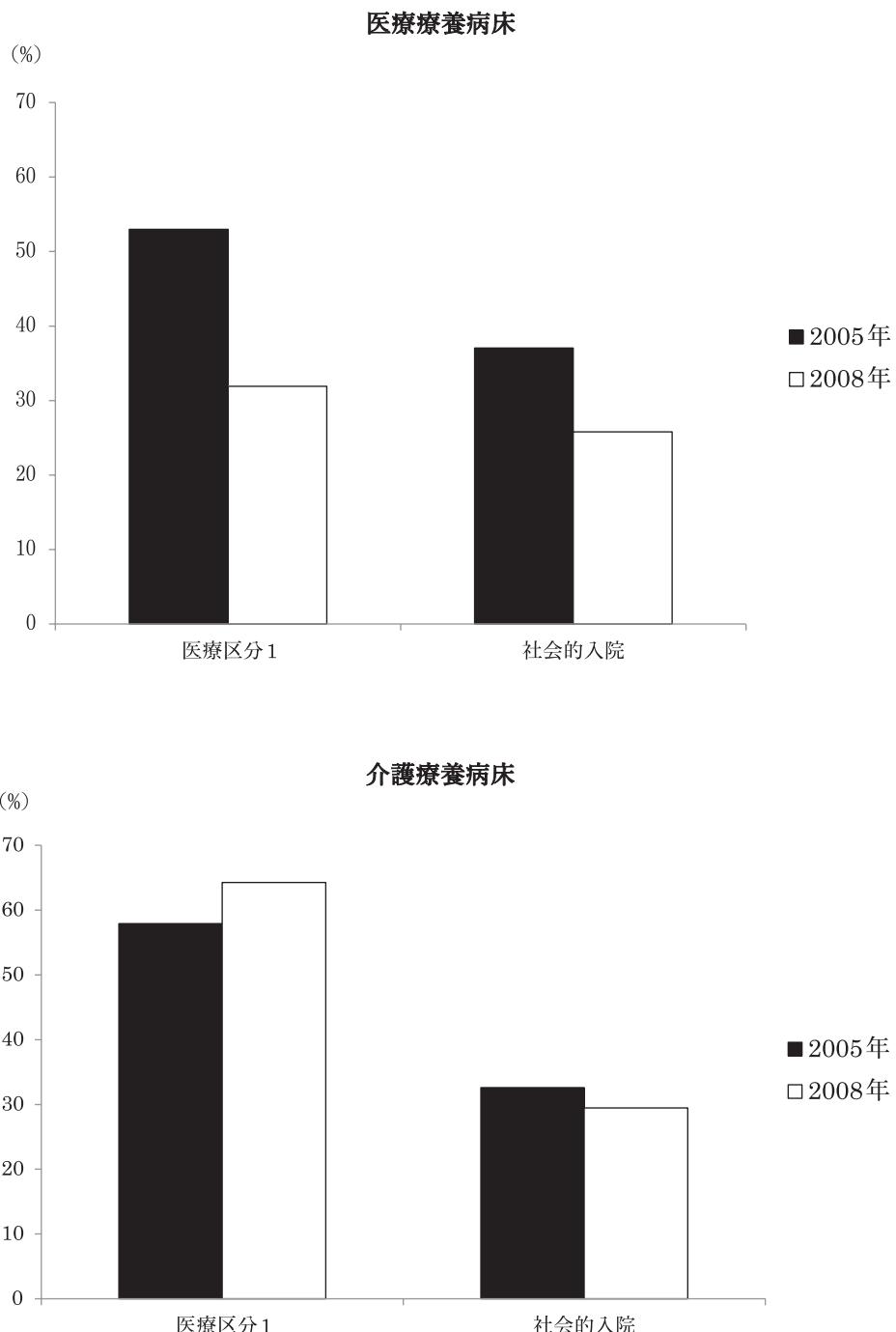
#### ② 介護療養病床

介護療養病床の廃止の方針は、2005年12月に突如発表された。介護療養病床は、老人保健施設等へ転換することになっていた。しかし、療養病床の年次推移を示した図7をみると、廃止の方針が発表される前の2003年から介護療養病床数は減少傾向にあり、廃止の方針発表が減少を加速させたようには見えない<sup>注16)</sup>。また、図1より、介護療養病床の社会的入院患者数も方針発表前の2002年から減少傾向にある<sup>注17)</sup>。そのため、介護療養病床廃止の方針発表が社会的入院の減少に影響したとしても、それはかなり限定的であったと考えられる。なお、介護療養病床は、政府の思惑通りに転換・削減が進まず、廃止期限は2011年度末から2017年度末に延長された。

#### (3) 畑農(2004)との比較

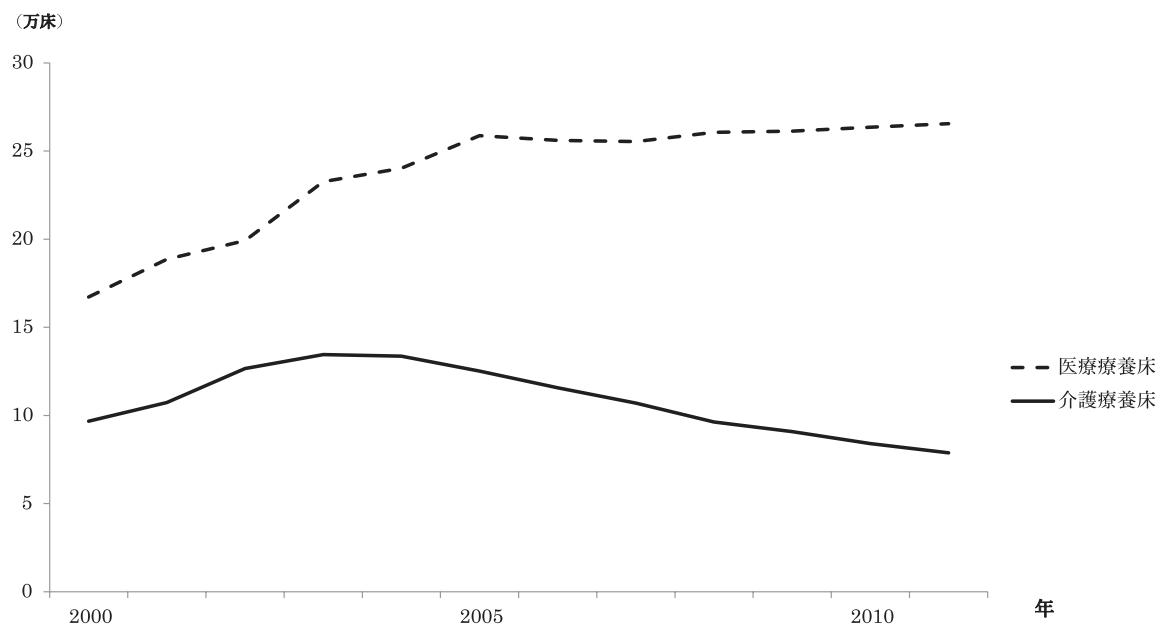
全国レベルの社会的入院の推移を推計した先行研究として、畑農(2004)<sup>4)</sup>、二木(1995)<sup>6)</sup>がある。本稿と同様、彼らも『患者調査』と『社会医療診療行為別調査』を用いている。彼らは、社会

図6 医療区分1および社会的入院の患者割合



注) 社会的入院は、『患者調査』の「受け入れ条件が整えば退院可能」な者  
 出所:「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(厚生労働省)と「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(医療経済研究機構)より著者作成。

図7 療養病床数の推移



出所：「医療施設調査・病院報告」(厚生労働省) 及び「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省) より著者作成

的入院を6ヶ月以上の長期入院と定義している。これは、6ヶ月以上の長期入院をしている高齢者はほとんど医療行為が行われていないであろうとの想定に基づいている。しかし、たとえ社会的入院の基準として長期入院が適切だとしても、『患者調査』を用いる場合、この基準を用いる方法は大きな問題を抱える。論文末の補論4ではその理由について詳述している。

畠農（2004）<sup>4)</sup>は、本稿と最も関連が深い先行研究である。そこで、ここでは、本稿と畠農（2004）の結果を比較する。表2は、畠農（2004）<sup>4)</sup>と本稿の社会的入院の費用と、その推計に用いた1日当たり費用及び在院延べ日数又は患者数を示している。

畠農（2004）<sup>4)</sup>では、1999年と2002年の社会的入院の費用はそれぞれ1兆2,466億円、1兆914億円である。それに対して、本稿の費用は5,659億円（1999年）、6,684億円（2002年）

である。畠農（2004）の推計値は、本稿に比べて、1999年で2.2倍、2002年で1.6倍多い。本稿も畠農（2004）も年間の社会的入院の延べ日数に1日当たり費用を乗じることで、社会的入院の費用を推計している。本稿の社会的入院の延べ日数は、ストック・データから推計した社会的入院患者数に365を乗じた値である。畠農（2004）の社会的入院の延べ日数は、論文末の補論4に記した方法でフロー・データから推計している。両者の社会的入院の延べ日数を比較すると、畠農（2004）<sup>4)</sup>は本稿よりも、1999年で1.9倍、2002年で1.6倍多い。両者の社会的入院の費用の差の大半は、社会的入院の延べ日数の違いによって生じていることがわかる。

両者の社会的入院の延べ日数の違いは、論文末の補論4で述べたフロー・データを用いた場合に生じる偏りや社会的入院の基準の違いによるものと考えられる。本稿の社会的入院の基準のうち、

表2 畑農（2004）との比較<sup>注1)</sup>

	1999年		2002年	
	畠農（2004）	本稿	畠農（2004）	本稿
1日当り費用（円） <sup>注2)</sup>	12,749	10,769	11,837	11,583
延べ日数（千日） <sup>注3)</sup>	97,780	52,560	92,206	57,670
社会的入院の費用（億円）	12,466	5,659	10,914	6,684

注1) 精神病床を除く全病床

注2) 本稿は表1の1日当り医療費を患者数で加重平均した値。畠農（2004）は、『社会医療診療行為別調査』の65歳以上入院患者の在院期間6ヶ月超分の値。

注3) 本稿は図3の社会的入院患者数に365を乗じた値。

特に退院可能性については調査回答者の主観が入る余地があるため偏りがある可能性がある。そのため、第3章2節では感度分析を行った。感度分析の範囲として±20%という設定が妥当であるかについては議論の余地があるだろう。しかし、回答者の主観による偏りが、真の社会的入院の延べ日数との間に2倍近い差を生じさせるとは考えにくい。そのため、本稿と畠農（2004）<sup>4)</sup>の社会的入院の延べ日数の違いの多くは、フロー・データを用いた場合に生じる偏りや医学上の必要性から長期入院している者の存在によるものと推察される。

#### （4）介護施設への移行による費用削減効果

印南（2009）<sup>3)</sup>、畠農（2004）<sup>4)</sup>は、社会的入院患者を、介護保険施設に移すことで削減できる金額を推定している。移行対象の介護保険施設は、介護療養型医療施設よりも医療依存度が低い者を対象とする老人保健施設と特別養護老人ホームである。削減できる金額は、社会的入院患者の単価と介護保険施設の単価の差額に患者数を乗じることで求めている。本稿でも同様の計算を行う。ただし、本稿では、社会的入院患者の1日当り費用を病床の種類別に求めているため、削減額も病床の種類ごとに求め、病床計の値を示す。対象者は、病院の社会的入院患者である。対象期間は、『介護給付費実態調査』から介護施設の費用に関

する情報が得られる2000年以降である。診療所を除外したのは以下の理由による。診療所の医療療養病床の社会的入院患者の1日当り医療費は、認知症対応型共同生活介護の要支援の1日当り費用よりも低い。そのため、診療所の医療療養病床の社会的入院患者の受け皿としては、サービス付き高齢者住宅や在宅が適切であるように思われる。診療所の介護療養病床については、1日当り費用として介護療養型医療施設全体のものを用いざるをえないという問題に加え、いずれの年も約2千人と対象者が少ない。

表3に推計結果を示している。特別養護老人ホームを社会的入院患者の受け皿と想定した場合、削減額と削減率は、2002年・1,498億円（23.6%）、2005年・1,477億円（26.0%）、2008年・712億円（19.3%）であった。老人保健施設を受け皿と想定した場合、削減額と削減率は、2002年・1,052億円（16.5%）、2005年・1,094億円（19.3%）、2008年・598億円（16.3%）であった。削減率は、削減額を社会的入院の費用で割った値である。2005年から2008年にかけて削減額が減少しているのは、図3で示した同期間ににおける社会的入院の費用減少によるものである。

社会的入院患者の受け皿としては、認知症対応型共同生活介護やサービス付き高齢者住宅なども考えられる。また、社会的入院患者を介護保険施設に移すには、介護施設の新築や病院を介護施設

表3 介護施設への移行による費用削減効果

		2002年	2005年	2008年
削減効果（億円） 削減率（%） <sup>注1)</sup>	病院－特養（億円） (%)	1,498 (23.6)	1,477 (26.0)	712 (19.3)
	病院－老健（億円） <sup>注2)</sup> (%)	1,052 (16.5)	1,094 (19.3)	598 (16.3)
1日当たり費用（円）	病院 <sup>注3)</sup>	12,112	12,098	11,028
	特養 <sup>注4)</sup>	9,257	8,948	8,894
社会的入院の費用（億円）	老健 <sup>注4)</sup>	10,107	9,764	9,648
		6,356	5,674	3,678

注1) 削減率=削減額／社会的入院の費用

注2) 2008年の医療療養病床分は老人福祉施設を用いている

注3) 表1の1日当たり医療費を患者数で加重平均した値

注4) 全入所者の平均値

に転換するための費用も必要となる可能性が高い。そのため、表3の削減額は、時系列推移の傾向を把握する情報としてはある程度信頼できるものの、金額そのものはあくまで参考値として捉えるべきであろう。ただし、社会的入院を解消することで削減できる費用は、政策当局が当初想定していたよりも遙かに小さい可能性が高い。厚生省(1995)<sup>13)</sup>は、6カ月以上の入院を社会的入院とし、その費用を約1兆8,700億円と試算していた。

#### 4. 結語

本稿は、全国レベルの社会的入院の時系列推移を推計した。無駄な医療費を削減し、医療費の伸びを抑制することは、社会保障の持続可能性を確保する上で非常に重要な政策課題である。そのため、全国レベルの社会的入院の時系列推移を把握することの意義は大きい。高齢化に伴い要介護者や高齢者のみの世帯は増加し続けている。しかし、本稿の推計結果は、社会的入院が2002年以降減少していることを示している。そのため、社会的入院は非効率を生じさせているものの、2002年以降は医療費の増加要因ではない。療養病床の再編は、医療機関が新たな社会的入院患者の受け入

れを止めるとともに退院を促進するインセンティブを与えたことで社会的入院を減少させたと考えられる<sup>注18)</sup>。

#### 補論1 2002年の保険適用別の社会的入院患者数の推計方法

2002年の『患者調査』では、患者の保険適用区分が調査されていない。同年において、療養病床と老人病床は、医療保険適用病床と介護保険適用病床がある。『介護サービス施設・事業所調査』からは、介護療養型医療施設の病院・診療所別、病床の種類別の入所者数が得られる<sup>注19)</sup>。いうまでもなく介護療養型医療施設の入所者は、介護保険が適用される。そこで、2002年の医療保険適用の療養病床と老人病床の入院患者数は、『患者調査』の入院患者数から『介護サービス施設・事業所調査』の入所者数を引くことで求める<sup>注20)</sup>。なお、『患者調査』と『介護サービス施設・事業所調査』の調査月はともに10月であり、調査時点の差がもたらす偏りは極めて小さいと考えられる。

社会的入院患者数は、上記の方法で求めた保険適用区分別の入院患者数に、『患者調査』から得られる「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者

の割合 ( $\alpha\%$ ) を乗じることで求める。ただし、2002 年の『患者調査』からは保険適用区分別の  $\alpha\%$  が得られない。そのため、同年の  $\alpha\%$  は保険適用区分に関わらず同じ値を用いる。

## 補論 2 介護療養型医療施設の社会的入院患者の 1 日当り費用の推計方法

補論・表 1 は、介護療養型医療施設の社会的入院患者の 1 日当り費用の推計方法を示している。表の値は 2008 年のものであるが、他の年でも推計方法は同じである。

補論・表 1 の第 2 行には、要介護度別の入所者の 1 日当り費用が示している。要介護度別の療養型医療施設入所者の 1 日当り費用は、『介護給付費実態調査』の 2008 年度の費用額を利用実日数で割ったものである。費用額も利用実日数とともに 65 歳以上の入所者の値である。同表の第 3 行には、要介護度別の療養型医療施設入所者数を示している。入所者数は、『介護サービス施設・事業所調査』から得られ、10 月 1 日時点の値である。同表の第 4 行には、要介護度別の入所者割合を示している<sup>注21)</sup>。『患者調査』より、2008 年の介護療養型医療施設の全入所者に占める社会的入院患者の割合が得られ、その値は 29.3% である。本稿では、要介護度が低い者ほど社会的入院である可能性が高いと仮定する。すると、要介護度 3 以下の入所者割合の合計は 16.9% であり 29.3% を下回る。そのため、要介護度 3 以下の入所者は全て社会的入院ということになる。残りの 12.4% (=29.3 - 16.9) は、要介護度 4 の者ということになる。同表の第 5 行には、以上の手順によって求めた全入所者に占める社会的入院患者の比率を示している。同表の第 6 行には、第 5 行の値を用いて計算した社会的入院患者の要介護度別比率を示している。同表の第 2 行の 1 日当り費用に第 6 行の比率を乗じたものが第 7 行で

あり、要介護度別の値の合計 12,371 円が、社会的入院患者 1 人当たりの 1 日当り医療費である。上記の方法では、要介護度が低くても医療依存度が高く社会的入院ではない者の存在を考慮できていない。そのため、本稿における介護療養型医療施設の社会的入院患者の 1 日当り費用は過少推定となっていることに留意する必要がある。なお、費用は食事提供費を除いた値である。

## 補論 3 感度分析

補論・表 2 は、一般病床の社会的入院の基準を 1 日当り医療費が 1,500 円以下とした場合の結果を示している。基準額を 1,500 円とした場合、一般病床の社会的入院の費用の割合が低くなる近年ほど、基本ケースの 1,750 円との差額は小さくなつた。基準額を 1,500 円とした場合、1,750 円の場合と比べると、1996 年で 673 億円低かったが、2008 年では 232 億円である。適切な基準額の設定は難しい問題であるが、社会的入院の費用の年次推移の傾向については、基準額を 1,750 円とした場合も 1,500 円とした場合も同じである。

本稿では、包括払い病床の社会的入院の基準として退院可能性を用いている。『患者調査』の調査票では、退院可能性を判断する明確な基準が示されていない。そのため、退院可能性の判断は、回答者よつて異なる可能性がある。回答者が退院可能性を過大または過少評価する傾向がある場合、社会的入院の費用の推計値には過大または過小評価が生じる。そこで、推計値の頑健性を調べるために、真の社会的入院患者数が回答者の回答よりも 20% 多い場合と少ない場合について社会的入院の費用を計算した。図表には示していないが、図 2 と比べ、社会的入院の費用は、真の社会的入院患者数が回答者の回答よりも 20% 多い場合は 1.1~1.2 倍となる。20% 少ない場合は 0.8~0.9

補論・表1 介護療養型医療施設の社会的入院患者の1日当たり費用の推計方法

2008年	計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日当たり費用（円）	13,571	8,948	10,091	12,433	13,382	14,207
入所者数（人）	92,410	1158	3623	10829	24402	52398
入所者数割合（%）	100.0	1.3	3.9	11.7	26.4	56.7
全入所者に占める社会的入院患者の比率	29.3	1.3	3.9	11.7	12.4	
ウェイト（社会的入院患者の要介護度別比率）	1.0	0.04	0.13	0.40	0.42	
1日当たり費用（円）×ウェイト	12,371	383	1,353	4,981	5,654	

出所：『介護給付費実態調査』及び『介護サービス施設・事業所調査』より著作作成

補論・表2 一般病床の社会的入院の基準を1,500円とした場合の社会的入院の費用（億円）

基準	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年
(1)1,750円	4,228	5,659	6,684	5,999	3,911
(2)1,500円	3,555	5,067	6,334	5,731	3,679
差	673	593	350	268	232
(2)/(1) (%)	84.1	89.5	94.8	95.5	94.1

場合である。いずれの場合も社会的入院の時系列推移の傾向にはほとんど同じである。また、費用の変動のほとんどは患者数の変化によるものであり、1日当たり費用の変化による影響は僅かである。

補論2で述べたように、本稿における介護療養型医療施設の社会的入院患者の1日当たり費用は過少推定となっている。そこで、介護療養型医療施設における社会的入院患者の1日当たり費用として全入所者の平均を用いて社会的入院の費用を計算した。図3で示した基本ケースと比べると、2002年で78億円、2005年で164億円、2008年で106億円多くなった。費用の増加額は基本ケースの1~3%程度で、1日当たり費用の変更による影響は小さい。

#### 補論4 先行研究の方法の問題点

##### (1) 二木(1995)<sup>6)</sup>の問題点

二木(1995)<sup>6)</sup>は、社会的入院を6ヶ月以上の長期入院と定義し、『患者調査』のストック・デー

タを用いている。しかし、畠農(2004)<sup>4)</sup>が指摘するように、ストック・データでは、在院期間を基準とした社会的入院述べ日数を正確に推定できない。これは、ストック・データから得られる在院日数は調査時点において入院中の患者のものであり、退院時点に観察できる最終的な在院日数ではないからである。そのため、ストック・データから得られる在院日数は、分析に必要な最終的な在院日数よりも短くなる。

##### (2) 畠農(2004)<sup>4)</sup>の問題点

畠農(2004)<sup>4)</sup>は、社会的入院を6ヶ月以上の長期入院と定義し、『患者調査』のフロー・データを用いている。フロー・データは、調査年の9月中に退院した患者に関する情報である。

畠農(2004)<sup>4)</sup>は、第27項でフロー・データを用いる場合の問題点について触れているものの、記述があまりに簡便で分かりにくい。そこで、ここでは、畠農(2004)<sup>4)</sup>が述べたフロー・データ

を用いる方法の問題点についてより詳細かつ具体的に述べる。

フロー・データから得られる退院者数は 9 月分のみである。そのため、畠農（2004）は、6 ヶ月以上入院していた 9 月の退院者数に 12 を乗じることで年間の社会的入院患者数としている。

#### 社会的入院患者数

$$= 6 \text{ ヶ月以上入院していた} \quad (1) \\ 9 \text{ 月の退院者数} \times 12$$

社会的入院患者の在院延べ日数は、在院日数階級別の在院延べ日数を推定し、それらを合計することで求めている。

#### 社会的入院患者の在院延べ日数

$$= \sum_{i=l}^L \bar{t}_i n_i \quad (2)$$

$i$  は在院日数の階級、 $\bar{t}_i$  は 第  $i$  在院日数階級の代表値（中間値）。 $n_i$  は在院日数階級ごとに(1)式で求めた社会的入院患者数である。 $l$  は 6 カ月以上 1 年未満の在院日数階級、 $L$  は 5 年以上の在院日数階級を指す。 $L$  は上限が存在しないため、退院患者全体の平均在院日数と整合的な値を求め、それを第  $L$  在院日数階級の代表値としている。

社会的入院の延べ日数としては、6 カ月以上在院していた者の在院日数のうち、当初の 6 カ月分を除いたものを用いている。これは入院当初の 6 カ月分については医療を必要としているとの仮定による。そのため、社会的入院の延べ日数を以下の(3)式で求めている。

$$6 \text{ カ月超分の在院延べ日数} \quad (3) \\ = \sum_{i=l}^L (\bar{t}_i - 182.5) n_i$$

社会的入院の費用は、6 カ月超分の在院延べ日数に、『社会医療診療行為別調査』から求めた 1

日当たり費用を乗じて求めている。これは、ある X 年に生じた社会的入院の費用の推計を、以下の(4)式に基づいて行っていることを意味する。

$$\begin{aligned} & X \text{ 年の社会的入院の費用} \\ & = X \text{ 年に退院した患者の} \quad (4) \\ & \quad 6 \text{ カ月超分の在院延べ日数} \times \\ & \quad 1 \text{ 日当たり医療費} \end{aligned}$$

補論・表 3 は、筆者が畠農（2004）<sup>4)</sup>の方法を用いて求めた社会的入院の延べ日数を示している。表には、畠農（2004）では掲載されていない在院日数階級別の内訳も示している。畠農（2004）<sup>4)</sup>で示された社会的入院の延べ日数は、142,661 千日（1999 年）、132,542 千日（2002 年）である。それに対し、筆者が求めた値は、141,916 千日（1999 年）、134,941 千日（2002 年）である。両者に差が生じた理由は、1 カ月の日数の設定や在院日数階級の中間値の取り方等の違いによるものと推察される。しかし、本稿と畠農（2004）<sup>4)</sup>の差は僅かであり、本稿は畠農（2004）の社会的入院の延べ日数の再現に成功しているといえるだろう。

補論・表 3 より、畠農（2004）<sup>4)</sup>が求めた社会的入院の延べ日数の実に半分以上が 5 年以上の入院患者のものであることがわかる。表には示していないが、5 年以上の在院日数階級の代表値は、1999 年で 11.1 年、2002 年で 11.8 年である。このことは、社会的入院の費用計算に用いた在院日数の大半が、推計対象年よりも前の年のものであることを意味する。1999 年の場合、同年の社会的入院の費用計算で用いられた入院日数の大半が、1999 年以前のものである。

補論・図は、畠農（2004）<sup>4)</sup>の社会的入院の推計方法を図示したものである。単純化のため、以下の 3 つの仮定を置いている。第 1 に、全ての患者は社会的入院患者であり年末に退院する。第

補論・表3 在院日数階級別・社会的入院(6ヶ月超分の入院)の延べ日数内訳

在院日数 階級		6ヶ月～ 1年	1年～ 1年6ヶ月	1年6ヶ月～ 2年	2年～ 3年	3年～ 4年	4年～ 5年	5年～	計(注)
1999年の退院者	述べ日数(千日)	10,563	8,198	7,110	14,882	11,821	10,512	78,831	141,916 [142,661]
	割合(%)	(7.4)	(5.8)	(5.0)	(10.5)	(8.3)	(7.4)	(55.5)	(100)
2002年の退院者	述べ日数(千日)	9,801	10,165	7,657	14,006	10,507	8,757	74,048	134,941 [132,542]
	割合(%)	(7.3)	(7.5)	(5.7)	(10.4)	(7.8)	(6.5)	(54.9)	(100)

注) (3) 式で求めた値。[ ] 内は畠農(2004)の推計値。

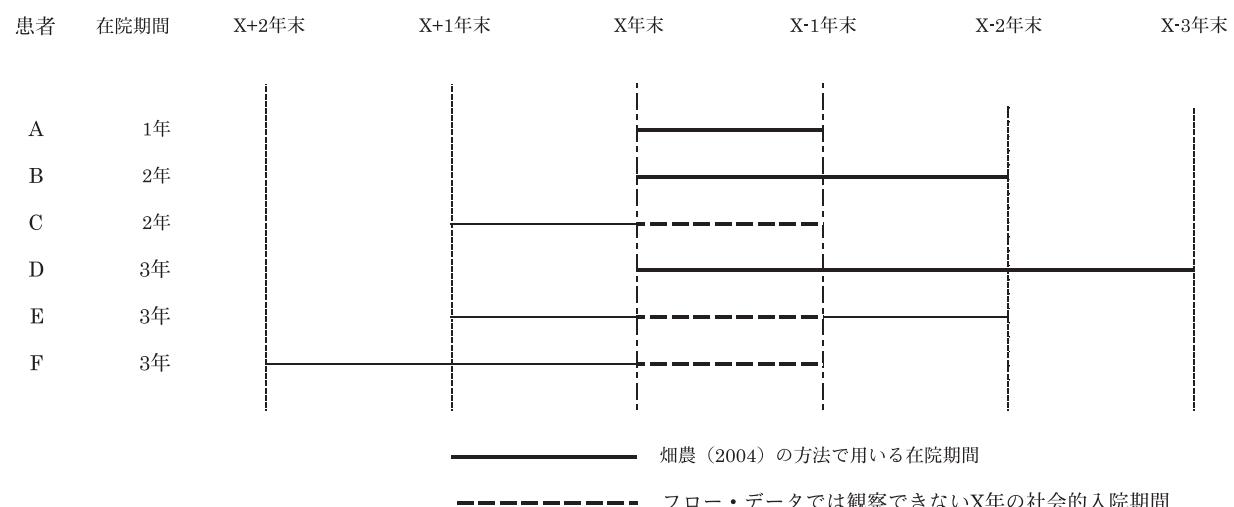
出所:『患者調査』より著者作成

2に、入院当初6ヶ月分も社会的入院とする。第3に、在院期間は年単位で最長3年とする。これらの仮定を外しても図が複雑になるものの議論の結論は同じである。さらに、毎年の退院患者数及びその在院期間の分布が一定であるという仮定も置く。そのため、それぞれの患者の入退院の前後には、同じ在院期間の者が入院しているものとする。補論・図では、在院期間が1年の者が1名、2年が2名、3年が3名としている。これは、1年間に社会的入院をする者の入退院のパターンが、在院期間が1年の場合1種類、2年の場合2種類、3年の場合3種類であるからである。実際の在院期間別の人数の分布は在院期間が短い者の方

が多いが、そのことは本稿の議論には影響しない。例えば、入退院日が患者Aと同じ者が30名、患者B、Cと同じ者がそれぞれ5名(計10名)、患者D、E、Fと同じ者がそれぞれ2名(計6名)といった場合でも結論は同じである。

畠農(2004)<sup>4)</sup>の方法では、X年の社会的入院患者として把握できるのは、X年末に退院する患者A、B、Dの3名だけである。畠農(2004)<sup>4)</sup>は、太い実線部分の6年をX年の社会的入院の述べ日数とみなし、それを用いてX年の社会的入院の費用を推計している。X年に実際に生じた社会的入院の延べ日数は、患者A～Fの計6年である。毎年の退院患者数及びその在院期間の分

補論・図 フロー・データを用いた畠農(2004)の社会的入院延べ日数の推計方法の図解



布が一定であるという仮定が満たされている場合、実際の社会的入院の延べ日数は、畠農（2004）<sup>4)</sup>の方法で求めた日数と一致する。しかし、社会的入院患者数が増加傾向にあり、患者Fと同様の入退院日の患者Gが生じたとすると、X年の実際の社会的入院の延べ日数は7年となり、畠農（2004）<sup>4)</sup>の方法では過小評価が生じる。また、在院日数の分布が変化し、X年末に退院する患者A、B、Dの後に入院する患者の在院日数が全て1年であったとする。その場合、X+1年の実際の社会的入院の延べ日数は6年であるが、畠農（2004）の方法による推計値は8年となり過大評価が生じる。以上が、畠農（2004）<sup>4)</sup>・第27項で述べられたフロー・データを用いる方法の問題点である。

上述のように、社会的入院患者数及びその在院期間の分布の推移が一定である場合、畠農（2004）<sup>4)</sup>の方法は社会的入院の延べ日数を正しく把握できる。ただし、畠農（2004）<sup>4)</sup>の社会的入院の延べ日数の半分以上が5年以上の入院患者のものであることや、5年以上の在院日数階級値が約11年であることを考慮すると、患者数及び在院日数の分布の推移が一定であるという仮定の妥当性は高くないようと思われる。また、仮にそのような仮定が厳密に成立する場合、社会的入院の費用の時系列変動は1日当たり費用の変動によってのみ説明されることになる。

## 謝辞

本研究は、科学研究費補助金・課題番号24530253を受けて行われた。本稿の作成にあたって、本誌の査読者及び編集委員、谷垣靜子（岡山大学）より、有益なコメントを頂いた。以上の方々に、ここで改めて感謝申し上げる。

## 注

- 1 本稿の方法において精神病床を扱うことができない理由の詳細な説明は、注6で述べている。
- 2 後述する退院可能性を基準に結核・感染病床の社会的入院患者数を求めたところ、1996年の800人から一貫して減少し、1996年に200人、1998年に0人となった。
- 3 その他の入院の状況は、「生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する」、「生命の危険がある」、「検査入院」、「その他」である。
- 4 2002年の『患者調査』では、患者の保険適用区分が調査されていない。そのため『患者調査』に加え、『介護サービス施設・事業所調査』（厚生労働省）を用いて同年の保険適用区分別の社会的入院患者数を推計する。推計方法の詳細は、論文末の補論1に記している。
- 5 審査機関へのレセプト提出遅延により、6月審査分には5月以前の診療分も含まれる。また、5月診療分でも7月以降の審査となることもある。しかし、月によって遅延数に大きな変動がない限り、6月審査分のレセプトを5月診療分とみなすことは、本稿では問題とならない。
- 6 入院基本料を除くのは、看護体制の影響を除くためである。リハビリテーションを除くのは、リハビリテーションを医療資源投入量に含めると、リハビリ中心の医療を受けている患者でも急性期機能の病床と回復期機能の病床の境界である600点を超えてしまい、急性期に分類されてしまうからである。
- 7 『社会医療診療行為別調査』によると、精神病床では、入院医療費に占める入院基本料の割合が約9割と非常に高く、看護体制の影響を大きく受ける。しかし、ガイドラインでは、精神病床の医療資源投入量を扱っていない。そのため、本稿の方法では、精神病床における社会的入院の1日当たり費用を求めることができない。
- 8 医療資源投入量は、入院期間中の1日ごとに計算する（松田（2015）<sup>7)</sup>）。それに対し、本稿の1日当たり医療費は、6月審査分の入院レセプトの点数を診療実日数で割ったものである。
- 9 ガイドラインでは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は回復期の病床の対象となっている。また、一般病床で障害者施設等入院基本料などを算定している障害者・難病患者は慢性

期の病床の対象となっている。これらの入院基本料を算定している者については、1日当たり医療費から入院基本料を除かることで、社会的入院に分類されることを防ぐ。

9 入院料は1999年度まで入院時医学管理料、看護料、室料から構成されていた。それらは2000年度から入院基本料となった。本稿では易読性を考慮して、1999年度までの入院時医学管理料、看護料、室料の合計を入院基本料と呼ぶ。

10 老人性認知症疾患療養病棟の社会的入院患者が介護療養型医療施設全体に占める割合は、1.7%（2002年）、2.7%（2005年）、2.0%（2008年）である。

11 『患者調査』からはより詳細な分類が得られるが、視認性を考慮して病床の種類別の区分を以下のようにまとめている。一般病床（病院・診療所）、老人病床（介護力強化病棟・その他の老人病床）、医療療養病床（病院・診療所）、介護療養病床（病院・診療所）。

12 『患者調査』で、「推計入院患者数、入院の状況、性・年齢階級×病院—一般診療所・病床の種類別」が公表されるようになったのは2002年からである。そのため、1999年と1996年の値は、個票の目的外申請を行うことによって得た。

13 療養病床の再編計画が出された背景については、吉岡・村上（2008）<sup>10)</sup>が詳しい。

14 医療区分1の者のデータは、2005年と2008年の医療療養病床及び2005年の介護療養病床の値は、「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（厚生労働省）のものである。しかし、2008年の介護療養病床は同調査の対象となっていない。そのため、介護療養病床の2008年の値は、「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（厚生労働省）の2006年調査の値（55.8%）と「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」（医療経済研究機構）の2010年調査の値（72.7%）を足して2で割った値である。

15 西本・吉田（2009）<sup>11)</sup>は、療養病床を持つ医療機関が、金銭的動機に基づき入院患者を受け入れる病床区分を選択していることを示している。

16 『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省）で、保険適用別の療養病床数が得られるのは2006年からである。そのため、2000年から2005年の介護療養病床数は、『介護サービス・施設事業所調査』の値である。医療療養病床数は、『医療施設調査・病院

報告』の療養病床数から介護療養病床数を引いて求めた。調査時点はいずれも10月1日である。2009年以降、『介護サービス・施設事業所調査』は調査法の変更により悉皆調査ではなくなり、正確な病床数が得られなくなった。そのため、2009年以降の病床数は『医療施設調査・病院報告』の10月末時点ものである。

17 図1において、介護療養病床には介護保険適用の老人病床も含まれる。しかし、同病床の社会的入院患者数は3千人と少ない。

18 ただし、本稿で示した社会的入院の減少が必ずしも望ましいものとは限らない可能性があることには留意が必要である。社会的入院が（居宅介護サービス等を含む）在宅介護力や介護施設の不足によって生じている場合、無届老人ホームなど不適切な施設が社会的入院患者の受け皿となっていたケースがあるかもしれない。そのようなケースについては、社会的入院の減少は必ずしも望ましいとはいえないだろう。

19 ただし、詳細な区分が公表されるようになったのは2003年からである。そのため、2002年の値は、個票の目的外申請を行うことによって得た。

20 『介護サービス施設・事業所調査』からは、年齢階級別の入所者数に関する情報は得られない。そのため、差し引く入所者数は、『介護サービス施設・事業所調査』から得られる値に、2002年の『患者調査』から得られる65歳以上の入所者割合（病院・診療所別、病床の種類別）を乗じたものを用いた。

21 『介護サービス施設・事業所調査』からは、年齢階級別の入所者数に関する情報は得られない。『患者調査』によると、療養型医療施設の入所者のうち65歳以上の者が占める割合は2005年・96.3%、2008年・96.2%で、大半が65歳以上である。そのため、65歳以上と65歳未満の入所者で要介護度の分布に差があったとしても、入所者の1日当たり費用に及ぼす影響は小さいと考えられる。

## 参考文献

- 鈴木亘, 他. 高齢者医療における社会的入院の規模—福井県国保レセプトデータによる医療費からの推計. 医療経済研究 2012; 24: 108-127
- 花岡智恵, 鈴木亘. 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 2007; 19: 111-127
- 3) 印南一路. 「社会的入院」の研究—高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか. 東洋経済新報社. 2009
- 4) 番農銳矢. 社会的入院の定量的把握と費用推計. 医療経済研究 2004; 15: 23-55
- 5) 府川哲夫. 老人医療における社会的入院の大きさについての統計的アプローチ. 医療経済研究. 1995; 2: 47-54
- 6) 二木 立. 日本の医療費 国際比較の視点から. 医学書院 1994
- 7) 松田晋也. 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料2 2015  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai4/siryou2.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai4/siryou2.pdf)
- 8) 小沼敦. 療養病床の再編. 調査と情報. 2007; 第590号
- 9) 竹下昌三. わが国の医療保険制度 [第3版]. 大学教育出版 2006
- 10) 吉岡充・村上正泰. 高齢者医療難民 介護療養病床をなぜ潰すのか. PHP 新書 2008
- 11) 西本真弓・吉田あつし. 医療療養病床と介護療養病床の選択要因—ある療養病床を有する病院の事例から-. 医療と社会 2009; 19: 221-232
- 12) 日本医師会. 療養病床に関する緊急調査報告. 2006  
[http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025\\_1.pdf](http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025_1.pdf)
- 13) 厚生省. 公的介護保険の構築に向けて. 週刊社会保障 1995; 49: 68-81

著者連絡先  
岡山大学大学院社会文化科学研究科・教授  
岸田 研作  
〒700-8530 岡山県岡山市北区津島中3-1-1  
岡山大学経済学部  
TEL: 086-251-7546  
FAX: 086-251-7546  
E-mail: kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

# Time-series Transition in Nationwide Social Hospitalization

Kensaku Kishida\*

## Abstract

Social hospitalization is defined as an unnecessary inpatient service that has been regarded as responsible for increased healthcare expenditure in Japan in the context of an ageing population, though the impact and the trend over time of social hospitalization has not been empirically assessed on a nationwide basis to date. It is the aim of this study to fill this knowledge gap.

The subjects are inpatients aged 65 or older who were in general or long-term care beds in the period from 1996 to 2008. "Social hospitalization in general beds" was operationalized as an inpatient care service provided at charge per day lower than the criteria price based on the Guideline for Planning Community-based Health Care. The proportion of social hospitalization was estimated using the Survey of Medical Care Activities in Public Health Insurance, and was multiplied by the daily number of inpatients derived from the Patient Survey and the average charge of socially hospitalized patients to obtain the sum of charge. The socially hospitalized patients in long-term care beds were defined as "those who could be discharged if an appropriate situation were met" as described in the Patient Survey. The daily charge of socially hospitalized patients in long-term care beds was separately obtained for those covered by health insurance and those by long-term care insurance.

Estimated results indicated that the total annual charge of social hospitalization increased from 422.8 billion yen in 1996 to 668.4 billion yen in 2002, and then declined. There was a particularly large decrease from 599.9 billion yen in 2005 to 391.1 billion yen in 2008 that corresponded to the reorganization of long-term care beds after the Ministry of Health Labour and Welfare made a policy change.

**[Keywords]** Social hospitalization, Long-term care insurance

---

\* Graduate School of Humanities and Social Sciences, Okayama University

# 第 10 回研究大会報告（シンポジウム 1）

## 地域主導の医療制度改革実現への期待と課題

—地域医療構想は実現できるのか—  
—医療経済研究への期待は—

今中 雄一

司 会：医療経済学会 会長  
第 10 回研究大会長 会長

遠藤 久夫  
今中 雄一

シンポジスト：奈良県知事 荒井 正吾 氏  
慶應義塾大学 経済学部 教授  
土居 丈朗 氏  
全国自治体病院協議会 会長  
邊見 公雄 氏

進行／それでは定刻となりましたのでシンポジウム 1 を始めさせていただきます。

今中／医療経済学会の第 10 回研究大会のメインシンポジウムということになります。今、地域医療構想ということが非常に大きな話題となっております。今後、財政的にも難しくなり、高齢者も増えていく中、どのように医療を進めていくかということでございますが、そういう中でこのシンポジウムをやっていこうということになりました。理事長の遠藤先生と私とで進行させていただきます。今回のシンポジウムの方向性につきまして、遠藤先生のほうからお話をよろしくお願いいたします。

遠藤／今回はシンポジウム 1 として「地域主導の医療制度改革実現への期待と課題」というタイトルのシンポジウムを作らせていただきました。ご案内のとおり地域医療構想という改革がホットイシューになっています。これは地域の将来の患者動向に合わせて機能別の病床を再編するというもので、これまで、地域の事情を考慮した政策としては都道府県が定める医療計画というものがあり、地域医療構想は医療計画の一環ではあります、より詳細なものとなっています。また、医療費適正化政策としても、これまでと違い医療

費の地域差を重視する方向で議論されています。このような流れは、医療制度改革の主役が霞が関から地域へシフトし始めたことを意味します。そこで、このようなテーマにさせていただきました。

本日は慶應大学の土居先生、奈良県知事の荒井知事、それから全国自治体病院協議会の邊見先生にご登壇いただきます。お三方にご登壇いただくにはそれなりの理由がございまして、まず土居先生は、実は地域医療構想の背景には医療費問題があります。土居先生は医療提供体制にお詳しいと同時に財政の専門家として財政規律という問題も重視されていらっしゃいますので、ぜひお話を承りたいと思います。都道府県が今後医療制度改革において大きな役割を果たすことになってまいりますけれども、荒井知事は、その中で積極的にこの課題に立ち向かっていこうという、フロントランナーのおひとりだと思いますので、ぜひお話を承りたいと考えました。それから公立病院というのは地域医療構想の中で、大変大きな位置づけになっております。そこで、自治体病院協議会の会長をなさっておられ、またご自身は医療資源が必ずしも潤沢でない地域で長く公立病院の経営に携わってこられてきたご経験もお持ちでいらっしゃる邊見先生からもいろいろお話を承れればということで、お三方にお願いしたわけでございます。

遠藤／それではまず一番目のご登壇で、土居先生、よろしくお願ひいたします。

慶應義塾大学の土居でございます。  
(地域医療構想の道程)

私は日頃は財政の研究をしておりまして、医療経済学そのものにどっぷり浸かっているというわけでは必ずしもないのですが、我が国の財政の問題を語る上で、社会保障、なかんずく医療や介護の問題にふれずに財政を語ることはできないという状況にありますので、私も地域医療構想の議論に財政の側から関わらせていただきました。その中の議論の経緯、今後に向けた課題についてお話をさせていただきたいと思います。

地域医療構想の議論をこれまでしてきた議論の舞台としては、社会保障制度改革推進本部の調査会、その下のワーキンググループ、それから厚労省の医政局の検討会、その前に社会保障審議会医療部会でも議論をしていて、今日の地域医療構想の策定に関わっています（スライド3）。私は、この上から3つにはメンバーとして加わっておりまして、それで財政の立場からいろいろ議論に加わらせていただいています。内閣官房の社会保障制度改革推進本部では特に産業医科大学の松田先生を中心に、DPC レセプトデータを分析しながら、どうやってこのデータに基づいて地域医療構想を策定していくべきかという議論を、テクニカルなところを、特にワーキンググループで議論を重ねていったという経緯があります。その中の話を今日は少しご紹介させていただきたくと思います。

さかのぼると、医療提供体制の再編に関するシミュレーションは、民主党政権下の時に、いわゆる社会保障と税の一体改革の議論の中で始まっていました。消費税を増税してその財源を社会保障に充てるだけでなく、医療提供体制も改める必要

があるのではないかということになり、長期推計、将来の医療や介護の需要についてデータを出してそれで議論をしようということになりました。そこではデータを基に、将来の医療や介護の需要に関する長期推計が行われました。もっとさかのぼると、民主党政権のさらに政権交代になる前の自公政権で設けられた社会保障国民会議でもっと粗い将来推計がおこなわれましたが、それをさらに精緻化したものが、この長期推計です。ただこの推計の対象は、地域単位ではなく日本全体を対象に、2025年には医療と介護の需要がどうなるのかを分析したにとどまりました。この推計では、平均在院日数を減らしながら、在宅医療、在宅介護を促して、入院患者をそちらで引き受けることも検討・分析されました。この考えは、地域医療構想につながっていると言えます。ここで地域医療構想の話の布石といいますか、補助線として一言だけふれておきますと、財政側からいうと、改革すれば医療費や介護給付費は減るのではなく、長期推計の結果はむしろ増えるという話になります。医療資源をさらに投入することで平均在院日数を2割短縮するということを、計算上はかなり機械的に改革シナリオとして示したのです。地域医療構想の議論でも初めの頃、今申し上げた、医療資源をさらに投入することで平均在院日数を2割短縮するということについて、少し意見が交わされたと記憶しております。病院団体側は、医療資源を投入すれば平均在院日数を短縮できるかもしれないから、そこをちゃんと担保してほしい、というご意見をおっしゃった。日本医師会は、平均在院日数短縮という頭ごなしでの数値目標的なもの自体が受け入れられない。というようなご意見だったかと、私は記憶しております。ということで、実は地域医療構想は、平均在院日数という数字が表立っては出て来ません。

では在院日数をどうするかということですが、

これは後ほどお話しする病床機能の分化の話につながっていきます。財政の側からすると地域医療構想に対する期待は非常に大きいです。特に7対1病床が多いことから惹起させる医療費の増大に、財政当局は非常に懸念を抱いています。7対1病床自体の必要性がどれだけあるのかもきちんと検証する必要があるというところも、病床再編という話のひとつの引き金になったと思います。

#### (地域医療構想の背景)

付言しますと、2020年に我が国の基礎的財政収支の黒字化という目標を政府は立てていますが、その上で、社会保障費の増え方をどのように抑制するか、今のところこの3つの政策ツールを活用しようという議論の流れになっています（スライド5）。地域医療構想に加えて、医療費適正化計画、特に後発薬品の使用促進に関する目標設定なども含んで、今回法令が改正されたことと、介護は、重度者に対する給付を抑制するわけにはいかないので、軽度者に対する給付を地域支援事業にしてコントロールできないかという議論の流れが、財政関係での議論では存在します。

さて、地域医療構想に話を移したいと思います。年齢構成を補正したひとり当たり医療費は、都道府県単位で見ると、西高東低という傾向がありますが（スライド6）、その最も大きな要因が入院医療費であることも知られています。そこに焦点を当てたのが地域医療構想だといえます。さらに今回、焦点になったのは療養病床、別の言い方をすると慢性期の病床をどうするかということです。慢性期（療養病床）の入院受療率も西高東低ですが（スライド8）、この地域差を縮めようということになりました。

この地域差を縮めようという議論ですが、頭ごなしの短縮ではなくベストプラクティスにならう

ということによって、不合理な地域差を縮めるとのことだと、私は思います。

今回は、地域医療構想で、医療が先行する形で進みましたけれども、のちほど申し上げますが、介護もやはり地域差がある。介護の地域差は、単純に差があるから縮めろとはなかなか言えないものがある、医療よりももっとあると思いますが、そうは言っても、ベストプラクティスにならうことで縮められる地域差のもあるのではないかと思っています（スライド9）。

#### (入院需要の推計について)

病床機能報告制度は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と定義して、この4つのうちのどの機能を果たすかを病棟単位で報告する制度です。もちろん、病床機能報告制度の情報だけで決めるわけではなく、DPC、レセプトの情報を用いながら、医療需要を推計することになってくるので、これからますます県の果たす役割は重要だと思っています。

財政側から、どういうふうに地域医療構想が見えるかを、ひとつの図で集約するとこのようなことになります（スライド12）。7対1病床が必要に比べて多いのではないかという認識、さらにそれが看護師不足を助長しているのではないかという認識のもとに、データに基づく医療需要の推計をしていただく。今の入院受療率を前提として、入院需要がどのくらいあるかを、人口変動は加味するけれども、年齢構成別、性別の入院受療率は現行の値を基本的に受け入れた形で推定患者数を推計するとどうなるか、というのがコンセプトです。さらに、病院から在宅への移行を考えると、病院の需要がそれだけ少なくなるのではないか、という見立てです。

地域医療構想では将来の機能ごとの入院需要を推計していますから、地域医療構想は入院したい

患者を追い出す仕組みではないかとおっしゃる人もおられます。一応、データに基づいて医療需要を推計していくだけですから、退院せよとか、入院させてはダメだということを医療機関に強制する仕組みではありません。データに基づいてこういう分析ができるようになったことは、非常に大きな政策形成上の革新だったのではないかと思います。

高度急性期、急性期、回復期の区分の医療資源投入量による閾値ですが、高度急性期と急性期の境目 C1 が医療資源投入量で 3000 点、それから急性期と回復期の境目 C2 が 600 点、そして回復期の境目 C3 が 225 点としました（スライド 18）。C1 を 3000 点としたことについては、議論の対立はなかったが、C2 についてはかなり議論がありました。内閣府官房のワーキンググループでは、最初、1000 点にしてはどうかという案がありました。ところが 1000 点では、高すぎて、急性期の患者が非常に少なくなってしまい、多くの病院で急性期患者が少なくなってしまう。そこで 1000 点プラス 2 日という案が出てきました。これは急性期の患者として 1000 点で区切りますが、退院するまでにはさらに日数を要するということで、入院期間をもう 2 日分とするという案です。これは、推定患者数ベースでみると、実は 500 点にすると言っているのと同じでした。せっかくデータを使っているのに何か鉛筆をなめて閾値をつくっているようで説得力に欠ける、ということで、議論を重ね最終的には 600 点ということになった。したがって 600 点という数字は、今後精査することが考えられると思います。

実は C3 の 225 点も同様です。225 点はこれ以下に医療資源投入量が減れば基本的には退院していただくということを想定しているわけですから、平均在院日数という話をしなくとも、225 点という数字が平均在院日数を規定する数字になり

うる、そういう点数です。

さらに、慢性期の患者をどうするかというのは、議論が分かれました。特に医療区分 1 の患者の 70% が将来的には在宅医療の医療需要とすることにしたのですが、70% という数字は病院団体側から示されたものではあれ、もう少し裏付けが必要になってくる数字だと思います。慢性期の入院受療率は地域差はある一定のスピードでならずということで、最終的には地域差を縮めるスピードを遅くする特例が設けられました。

#### （必要病床数の算出方法）

2025 年の必要病床数を割り出すのが地域医療構想のひとつの目的です。DPC、レセプトデータをフルに使った結果として出てきた 2025 年の必要病床数ですが、これが報じられたように、全国で見ると 115 万から約 119 万床と推計され、現在より 20 万床くらい減らされるという話で報道されたわけです。（スライド 23）119 万床ありきみたいな話で報道されました。この数値は、入院受療率を現状のままとして人口変動のみ考慮すると、152 万床に増えるけれど、病床機能を分化するとか、慢性期の病床の受療率を下げて介護とか在宅で受け皿作りをするということを通じて、結果として 119 万床になるという議論です。

地域医療構想を都道府県単位で策定する意義は、（スライド 22）のグラフが示しています。今後の人口変動は地域によってずいぶん異なります。首都圏、大阪、兵庫などでは、高齢者が増えることに伴って入院需要が増えますが、高齢者の人口自体もこれから減る地域では、入院需要が大きく減少します。そういう地域ではベッド数を減らさないと、医療機関の経営を圧迫します。そのためには、客観的な指標をもって病床数を調整していくというツールがあるほうが、医療機関にとっても意味があります。地域医療構想の意義の 1 つは

そこにはあります。今後は、医療需要の推計の精度を上げる必要があると思います。

#### (地域医療構想における残された課題)

さらにもうひとつは介護の問題。データはあります、政策現場への反映はまだまだ不十分、医療よりももっと不十分という状態です。何が重度化を予防するのに貢献しているかをレセプトなり介護の周辺情報から分析できると非常に大きな意義があると思います（スライド25-26）。

もう1つは外来です。外来は私の印象からいうと、今回のガイドライン策定までの議論では時間切れということで、外来需要をどういうふうにはかるか。外来需要は、ほかの多くの研究でも同様の分析が出ていますが、2020年代にピークアウトするので、外来需要に対して、どういうふうに予見可能な形で議論するかは非常に重要です。さらには、かかりつけ医とか外来のあり方など、

分析に基づいて外来の医療を改めていくことが多いと思いますので、次期医療計画では外来の改革を促せるようなものがあるとよいと考えています（スライド28）。

最後に介護について、介護は2018年度から第7期の介護保険事業計画に入ることになっておりますので、医療と介護の連携、介護で受け皿になったところでどういう形で介護の事業を営むかということにおいても、2018年度は非常に重要な年になると思います（スライド33）。2025年を見据えた時に、医療計画は今後6年の計画期間がありますから、それとあわせた同時改訂も、2018年にやるべきことをやらないと、日本の医療と介護はそのまま変わらないまま2025年を迎してしまうという懸念を持っております。今年から2017年までにどういう議論ができるかが問われているのではないかと思います。

ありがとうございました。

#### 地域医療構想における将来推計

- ・「医療・介護に係る長期推計」を精緻化
- ・特に、病床機能（医療機能）の分類を実態に即して精緻化
  - ← 病床機能報告制度と整合的に
- ・人口変動を踏まえ、年齢階級別病床機能別受療率の推計（効率化効果を含む）＝患者数の推計、必要病床数の推計
  - 各都道府県で将来推計を実施

© Takero Doi.

3

スライド3

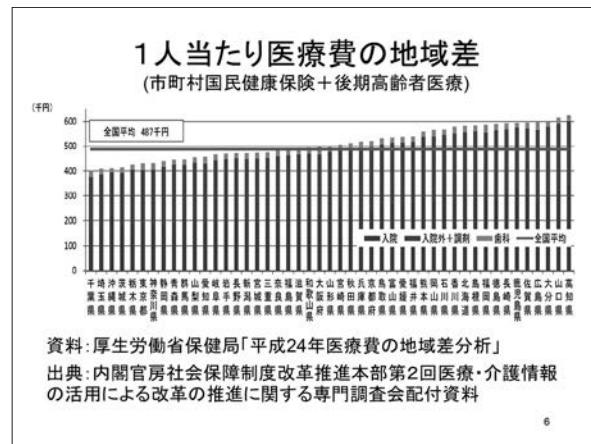
#### 財政健全化と関連する社会保障改革

- 医療・介護分野
  - ・ 地域医療構想の策定
    - 病床再編を徹底、前倒し実施
  - ・ 医療費適正化計画の改訂
    - 後発医薬品の使用促進を徹底、前倒し実施
  - ・ 介護の地域支援事業
    - 軽度者に対する介護サービスを精査・給付抑制

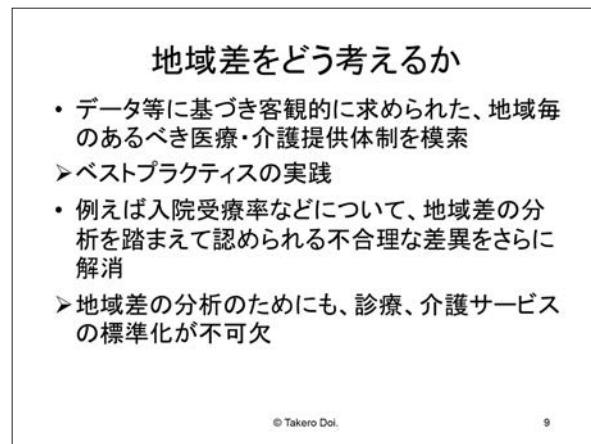
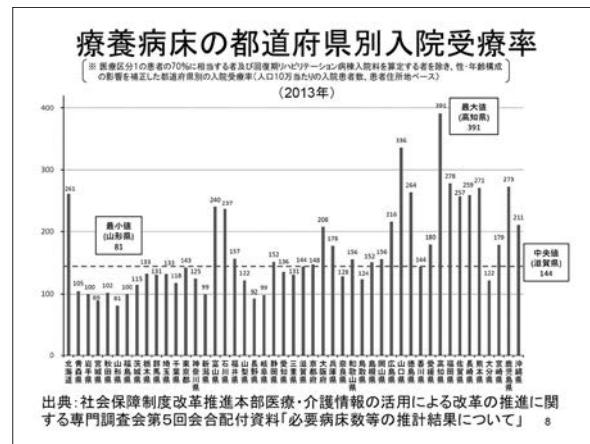
© Takero Doi.

5

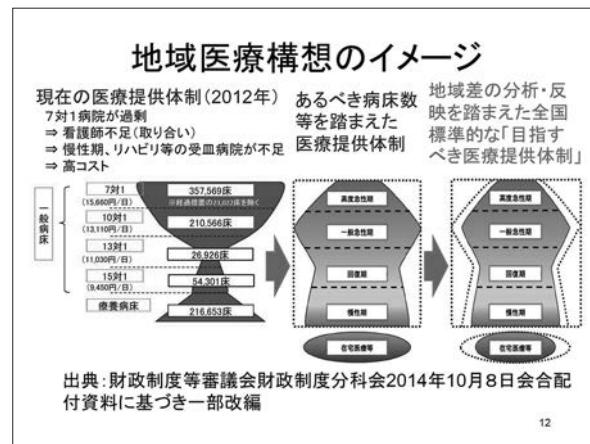
スライド5



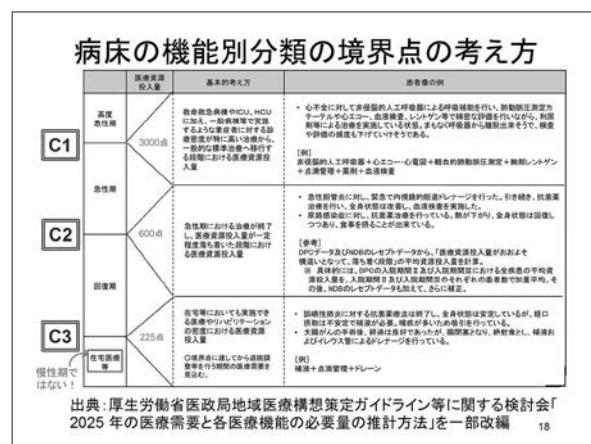
スライド 6



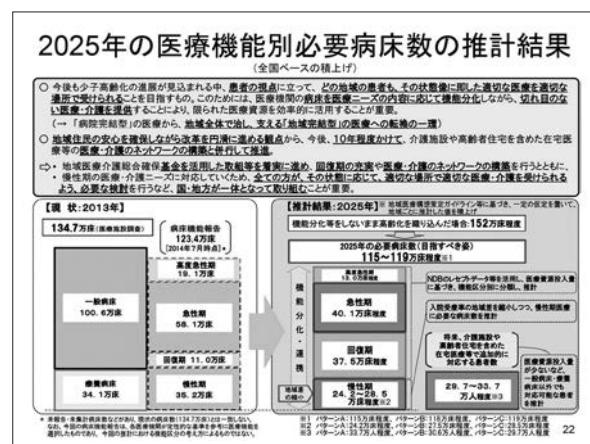
スライド 9



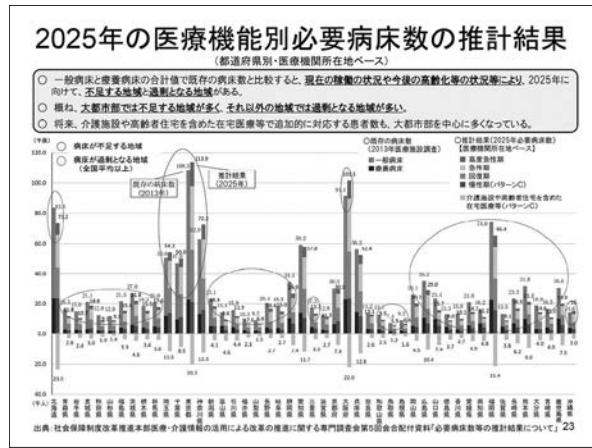
スライド 12



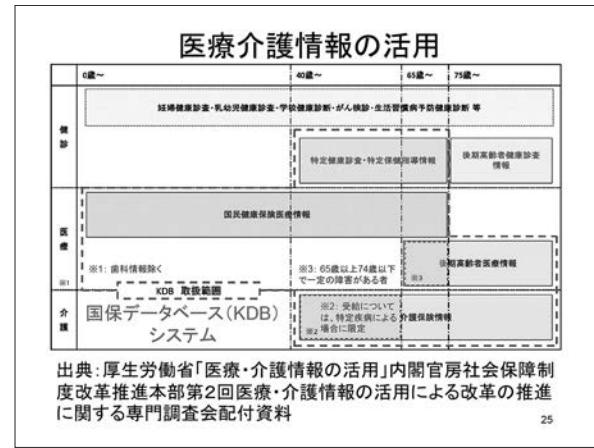
スライド 18



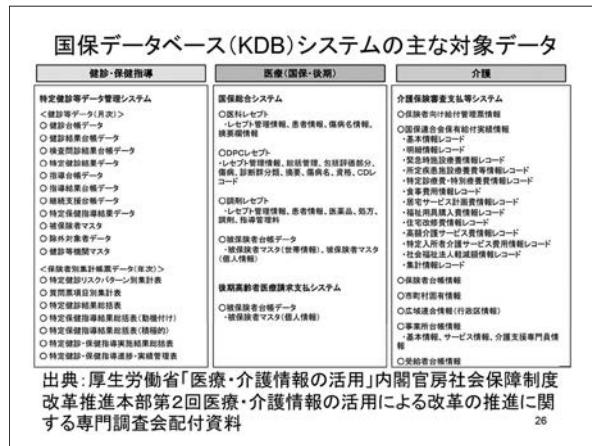
スライド 22



スライド 23



スライド 25



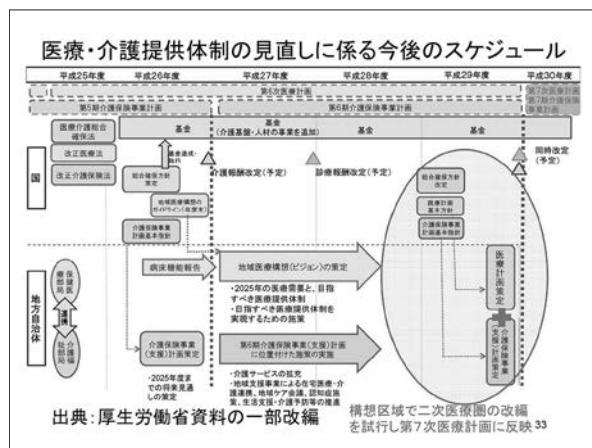
スライド 26

**残された課題: 医療と介護の連携と外来改革**

- 慢性期患者の受け皿整備(医療・介護間)
- 数量調整(地域医療構想・地域医療介護総合確保基金)と価格調整(診療報酬改定)の組合せ
- 今回の地域医療構想策定時のレセプト分析・医療需要推計は入院医療中心。外来は従来の簡素な推計方法による
- 各地域の外来の需要予測が重要(「かかりつけ医」制度の構築に向けた議論も含む)

© Takeru Doi.

28



スライド 33

今中／ご著名な邊見先生、ご紹介するまでもございませんけれども、全国自治体病院協議会会长でいらっしゃいます。若くして院長になり、赤穂市民病院をひっぱってこられ、今は自治体病院協議会をひっぱられています。さらに皆さんご存じのとおり、中医協医院を長らく勤められ、また病院団体のまとめ役であられる協議会の会長もされ、本当に日本の医療界をひっぱっておられる邊見先生でいらっしゃいます。京都大学にも非常に大きな影響力を持っていらっしゃいまして、外科系の医局をまとめる会の会長もされておられます。

邊見先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

邊見／皆さん、改めましてこんにちは。

私は外科医で小医です。病しか治せません。中医は人を治す、大医は国を治すと、大医の皆さん方の前でこのようなお話をすると機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます

(日本の医療の今)

日本の医療費は増加しています。その要因としては、老齢化が考えられますね。1歳平均年齢が上がると何百万人が増えるわけですから、当然増加します。また医学の進歩も要因の1つとして、例えば人工腎臓は30万人くらい患者さんがいらっしゃいます。その方々の平均余命も高くなっています。そしてコンビニ受診とか救急車などの利用者の期待膨張も要因となります(スライド1)。

医療財政を取り巻く環境は、財政の巨額赤字に加えて、健保組合の解散や高い失業率などの複合的な要素が影響しており、大変難しくなっていると思います。従って、健保組合などの支払い側のご意見も医学教育の中に入れ、高額な医療器具や薬剤の使用についてもきちんと考えていかなければなりません。

医療崩壊が言われた時には、ドミノ倒し的に病

院がつぶれていきました。その原因是マンパワー不足ですが、一番の問題は地域偏在と診療科偏在だと思います。現在の医療は診療報酬の影響もあり、ハイリスク・ローリターンという歪んだものになっていると思います。頑張っても、頑張ってもプラスにならない診療科があります。政策ミスや訴訟の増加などを受けて、ハイリスクな医療は倦怠されている部分もあります(スライド2-3)。

日本の医療にはフリーアクセス、ローコスト、ハイクオリティの3つの要素があります(スライド4)。これ3つを全てやらなければなりませんが、なかなか難しいですね。クオリティは落とせないので、コストやアクセスの部分については、ある程度考えなくてはいけないと思います。次のスライドは自治体病院についてですね(スライド5)。自治体病院は首長が社会保障医療わかっている人ならいいのですけど、そうではない人は急性期医療をやれとか、高度先進医療をやれとかお産は絶対やれとかめちゃくちゃいいますね。民間でできることは、民間でということもありますのでね。あとはこのようなポストホスピタルケアも、民間がやっていなければ必要だと思います(スライド6)。

(社会保障と税の一体改革)

わが国の人口推移や人口ピラミッドでは、高齢者の増加・生産人口の減少が見られます。ワイングラス型から昔はとっくり型って言っておりました乳酸医療型になりましたね(スライド7)。このように老人が増えて、生産人口が減って子供がどんどん減る。高齢化率もこんなに高いです(スライド8-9)。日本の高齢化率は、諸外国と比較しても著しく高いことが知られています(スライド10)。

日本の財政状況を見ますと歳出が歳入を上回っています(スライド11-12)。これは家計状況

にたとえると、支出と収入がとてもアンバランスであるのと同じですね（スライド13）。太平洋戦争の敗戦の頃と、同じ額の借金があるわけです（スライド14）。

社会保障費に占める税金投入は年々増加しておりますが（スライド15）、どんどん増やすというわけにはいきません。社会保障をイラスト化しますと、1965年頃の胴上げ型から2012年の騎馬戦形になり、2050年には肩車型になるといわれています（スライド16）。

これを受けて、平成26年度の診療報酬改定では特徴がいくつかあります（スライド17）。第6次医療法改正を見越したものや、7対1加算算定病院の削減目的に、急性期病院から回復期・慢性期病院へのシフトを図るようなものもあります。また評価の軸をストラクチャー指標から、在宅復帰率などのアウトカム指標に移行していくという点も特徴です。データの提出も非常に重要ですね。

#### （地域医療構想に関する私見）

2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、それを受け医療法や介護保険法などの19本の法案が変わる大変革となりました（スライド18-19）。医療事故調査制度、看護師の特定行為、生活保護法など多岐にわたるものです。実際の現場は色々大変です。特に地域医療ビジョンは、各都道府県庁を中心にビジョンを策定し、344の二次医療圏が1つひとつ異なったビジョンでも構わないということです（スライド20）。私は兵庫県の仕事をしておりますので、病院の再編機能分化も今後やらなければいけません。もっとも地域医療構想の前に、地域構想があるのが本筋です。また今までのWantsの医療からNeedsに基づく医療に必然的に移行していく必要があります（スライド21）。内閣官房が示した2025年の機能別病床数ですが、私は楽観的です（スライド

22-23）。今の病床稼働率をそのままにしたら、2025年にはこの推計値と同じくらいのところにいくのではないかなあと思っています。その意味で、あまり警戒はしておりません。

#### （地域包括ケア病棟・総合診療医・特定看護師制度）

医提供体制についてですが、今まで病院を中心でいましたが、厚生労働省は今後の日本社会を踏まえて家庭・住まいを中心に、地域の中での医療あるいは介護が提唱されています。また地域包括ケア病棟は、今後の日本の病棟の中で最大最強の病棟になるだろうと思っています。特に地方では、これしか生き残る道はありません。

また総合診療医と特定看護師制度は特に重要です。在宅医療を一生懸命やろうとしたら、総合診療医がそれらを担当する必要があります。お年よりは5つも6つも病気を抱えている方もいますので、5人も6人の専門医が訪問診療をする訳にはいきません。さらに医師が常に診に行けば医療資源の浪費になりますので、包括して特定医療行為のできる看護師を国の施策として育てていかないといけないのではないかと思っています。これ、特定行為。私は気管内挿管・抜管はナースにもやらせたい（スライド24-26）。救急救命士の気管内挿管を認めたことによって蘇生率が上がっていますから。

#### （医療中心の街づくり）

地域医療介護総合確保基金を見ますと、人口や消費税で分けていますので、人口比に大体比例していることがわかります（スライド27）。

広島県では地域包括ケアシステムの構築を先進的に行っておりまして、多職種連携、在宅フェア、地域リハビリテーションの3つを核に取り組まれています（スライド28-29）。市町村の主体的な取り組み、これからロードマップを作る市町

村への支援、それからケアマネジャーの指導者であるケアマネマイスターをというのを作っております（スライド30）。

在宅医療は5疾病5事業から、在宅医療が加わって5疾病6事業に、さらに認知症などがはいって5疾病7事業になると思います（スライド31）。精神科医療も今後入院から在宅にシフトしていくと思います。ただこれは総合診療医と特定医療行為を行える看護師が育たないと難しいと思います。

私は医療中心のまちづくり、ということに非常に興味を持っています（スライド32）。東洋においても西洋においても、昔は寺社・仏閣・教会がコミュニティセンターでした。近世になってシティホール、近代になって病院とかメセナ・カルチャーホールに代わっています。これからは病院やヘルスケアセンターがそのような役割を担っていく。こんな夢を持っています（スライド33）。

奈良県ではメディシンベースドタウンというのがあります（スライド34）。橿原市では空き家となった町屋を修復し、脳卒中患者の回復期で活用しています。奈良県立医大の先生たちがチームになって、取り組まれています。また兵庫県も在宅ホスピスに補助金が出ましたね。これから増えてくる空き家の活用には興味深いものがあります。

#### （今後の課題・医療経済研究への期待）

今後の課題としては、7つめの大事業となる疾患予防（プレホスピタルケア）が挙げられます。また2点目として、義務教育や市民啓発事業に

も医療をもっと取り入れることも必要だと思います。例えば子供のときから生活習慣病を予防するような実学的なことを義務教育にも入れるべきだと思います。3点目としては医療保険制度の周知ですね。医療者にも受診者にももっと教えて、周知してほしいと思います。医師会の方が行って教えたり、医療経済学の講座が大学にできて教えたりしていますが、出席状況は悪いので、国家試験に入れるくらいにすべきだと思っております。4点目として、医療事故調査制度の順調な進捗を望んでいます。医療界は、群馬大学や東京医科歯科大学、千葉県立がんセンター等の医療事故により、国民から不安の目を受けられています。また外国人医療も今後きちんとやらないといけませんし、男女共同参画のダイバーシティに関しては、医療が一番いいモデルだと思っております。ワークライフバランスはまだ厳しいですが、大きな課題だと思います（スライド35）。

医療経済研究への期待としては、医療のわかる経済学者、経済のわかる医療者を養成していただきたいと思っています。それから、医療経済学会の方々もフィールドワーク重視で現場に出て、政策に反映していただきたいと思います。理論だけでなく、こういうのをしてほしいという提言をいただきたいと思っています。さらには国民へも啓発していただきたいと思っています（スライド36）。以上、雑多なお話になりましたけど、ふたりの大先生のあいだの箸休めと思って聞いていただいたかと思います。どうもありがとうございました。

## 医療費増加の三要因

- ① 老齢化
- ② 医学の進歩(高度、先進科学)
- ③ 利用者の期待膨張

↑  
過度の抑制は  
医療の質の低下を招く恐れ

1  
スライド 1

## なぜ、崩壊しているか

1. マンパワー不足(絶対数、地域偏在、診療科偏在 等)
2. ハイリスク、ローリターン(不適正な診療報酬)
3. 政策ミス(制度改悪、激変)
4. 増える訴訟
5. マスコミのミスリード
6. 医療提供側のQOL(QOML)
7. 士気低下(立ち去り型・立ち入り拒否型サポータージュ)

2  
スライド 2

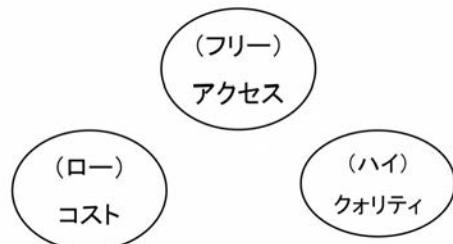
## 当然の結果としての医療崩壊

- ・ 救急医療
- ・ 大学及び附属病院の危機的状況
- ・ 公立病院の廃院、合併、

3  
スライド 3

## 医療の三要素

最低、どれかひとつを捨てなければ



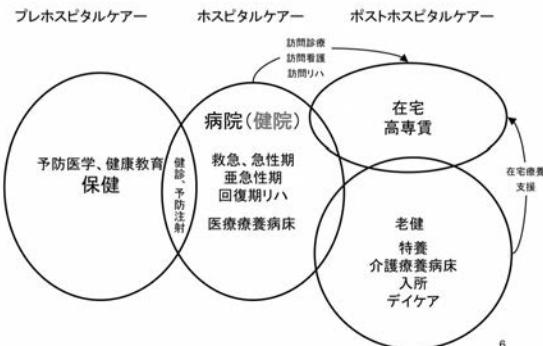
4  
スライド 4

## 自治体病院の守備範囲

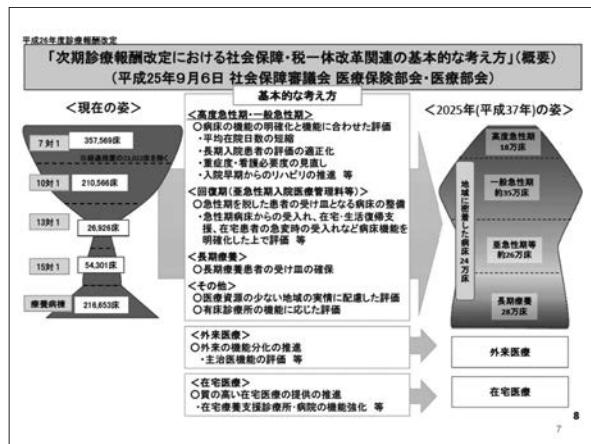
急性期(中規模以上) 収益 以前良 今後悪化  
慢性期(特に小規模) 収益 悪 やや持ち直し ケアミックス  
在宅、療養重視  
老健、特養も持つべき  
Medical Conglomerate  
民間はComplex

5  
スライド 5

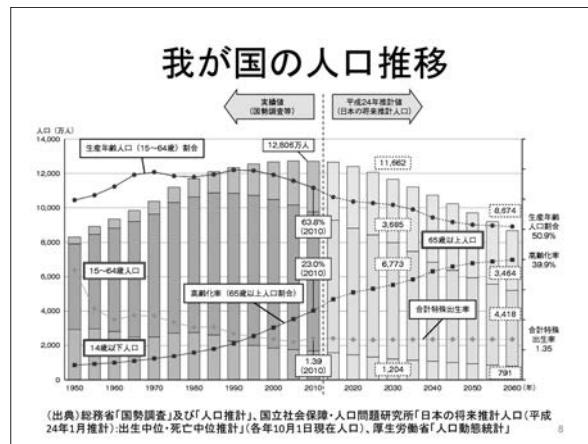
## 病院がどこまでカバーするか



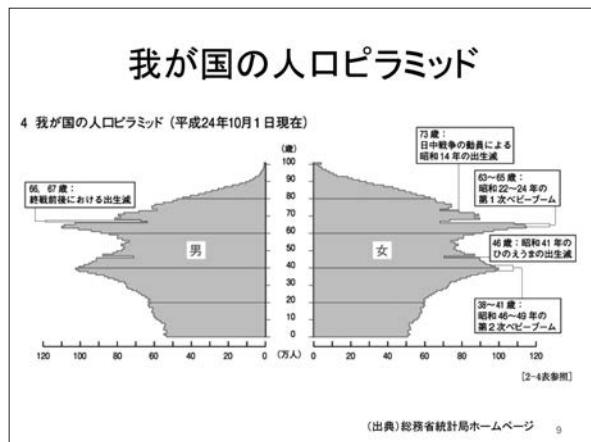
6  
スライド 6



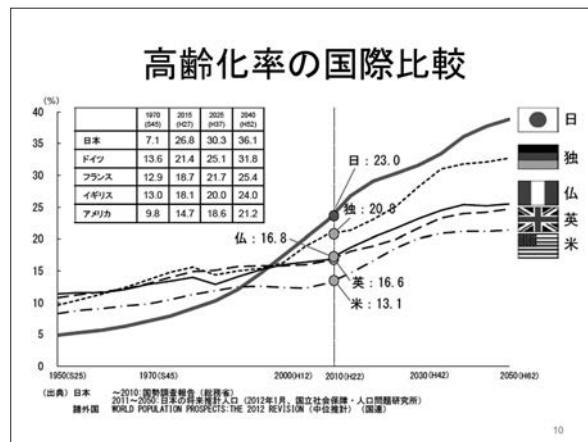
スライド 7



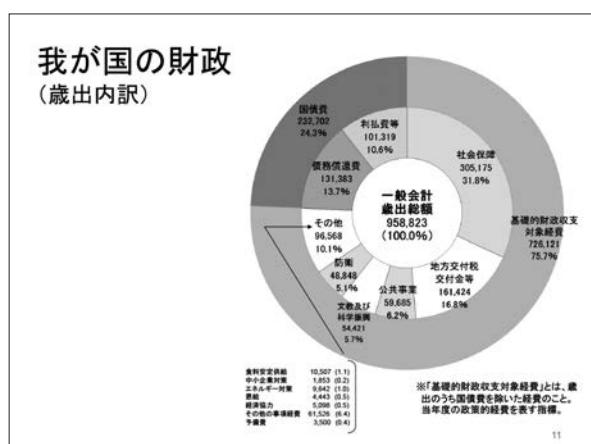
スライド 8



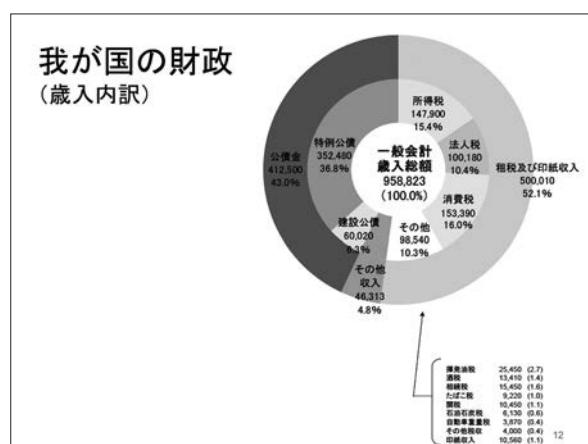
スライド 9



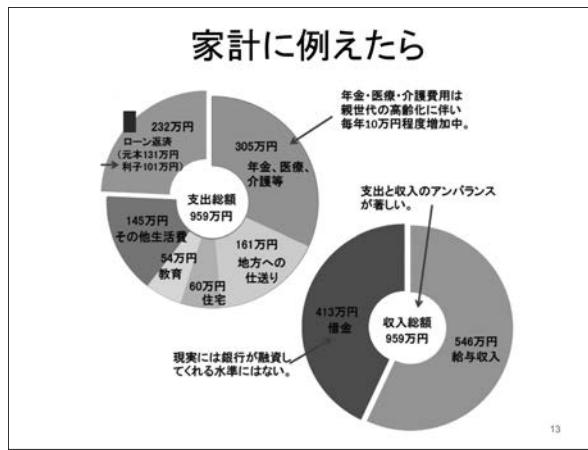
スライド 10



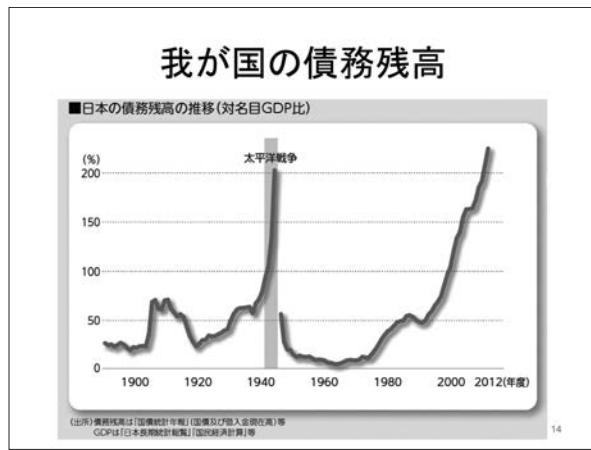
スライド 11



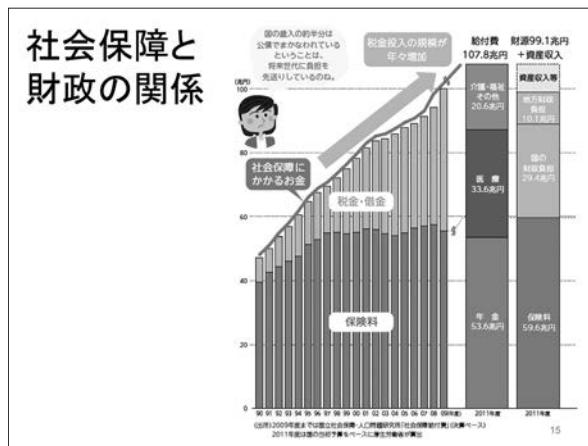
スライド 12



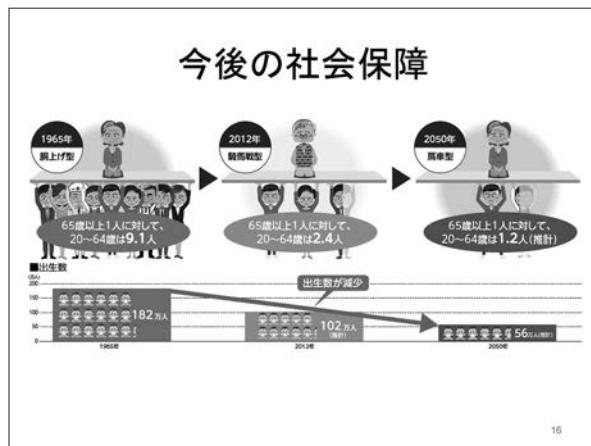
スライド 13



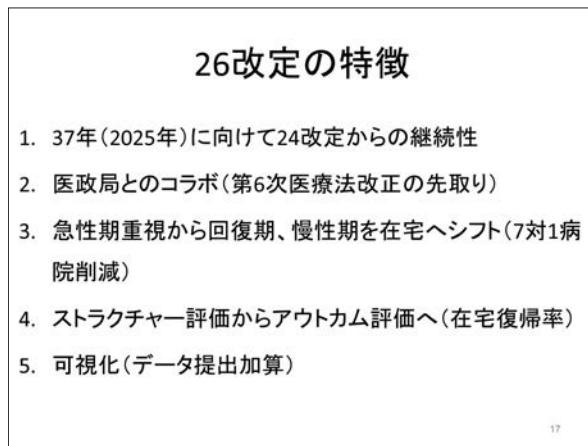
スライド 14



スライド 15

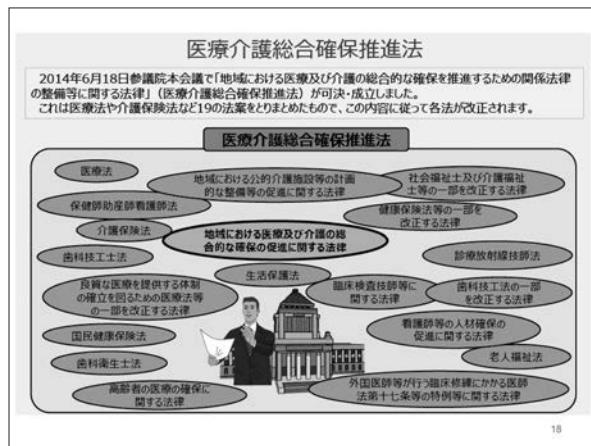


スライド 16



17

スライド 17



18

スライド 18

第6次医療法改正

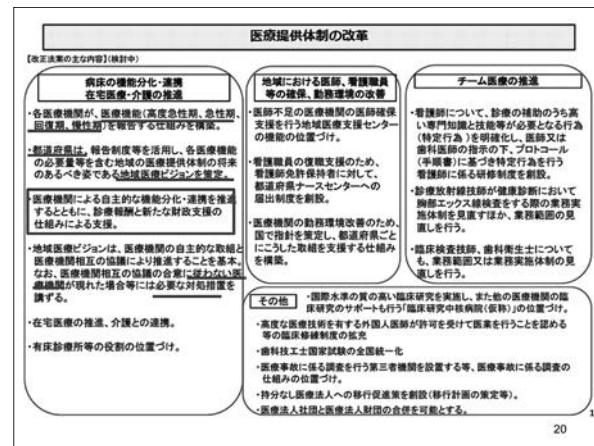
## 医療・介護総合推進法案(一括法案)

### 19個のうち主なもの6個

改正事項	施行期日
地域介護施設整備促進法 新たな基金を都道府県に設置	平成26年4月
医療法 病床機能の報告制度の導入 都道府県による地域医療構想(ビジョン)の策定 地域医療支援センターの機能の位置づけ 医療事故に係る調査の仕組み	平成26年10月 平成27年4月 平成26年10月 平成27年10月
保健師助産師看護師法 看護師の特定行為の研修制度	平成27年10月
診療放射線技師法 業務実施体制の見直し	平成27年10月

スライド 19

19



スライド 20

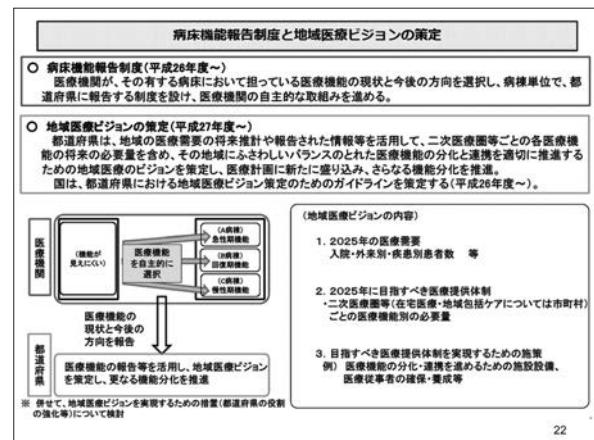
20

## 地域医療構想に対する私見

- 地域医療構想の前に地域構想があるのが本筋
- しかし2025年を考えれば、今のようなWantsの医療からNeedsに基づく医療に、必然
- 自治体病院を2次医療圏の医療の中核に  
- 岩手県をモデルに
- 次回構想区域は、現在の二次医療圏の再編が必要(行政圏域から生活圏域に)
- 在宅医療の実情精查

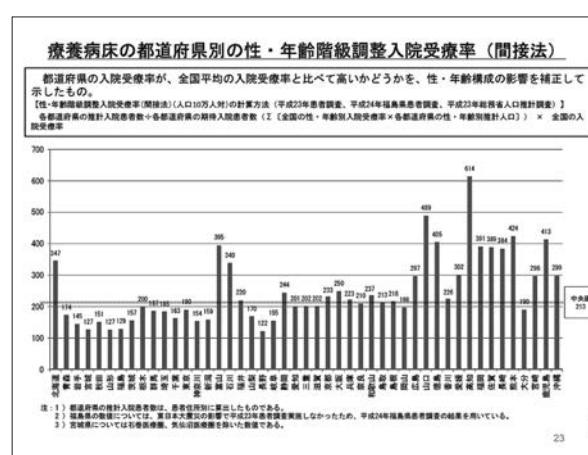
スライド 21

21



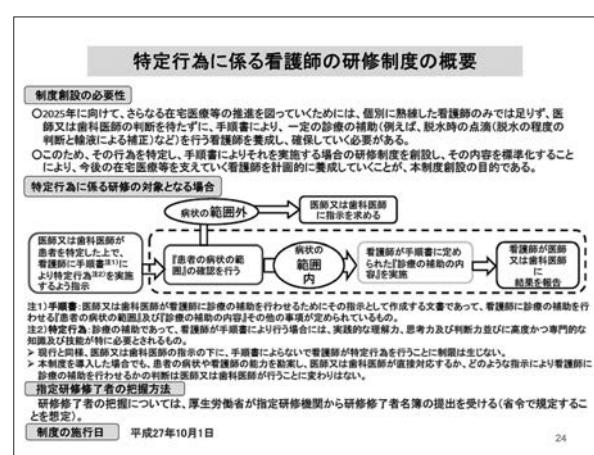
スライド 22

22



スライド 23

23



スライド 24

24

特定行為区分	
呼吸器装置(気道確保に係る行為)	特定期行行為区分に含まれる行為 経口・経鼻気管挿管チューブの位置確認行為
呼吸器装置(人工呼吸機による行為)	特定期行行為区分に含まれる行為 人工呼吸機モードの設定条件の変更 人工呼吸機下の蘇生的管理
人工呼吸器装置中の患者のウイニングの実施	特定期行行為区分に含まれる行為 NPPV(非侵襲的通気換気療法)モード設定操作の実施
呼吸器装置(長期呼吸療法に係る行為)	特定期行行為区分に含まれる行為 気管カニューレの交換
動脈血ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血 袖帶血圧計の確認
音響器関連	「一時のペースメーカー」の操作・管理 「一時的ペースメーカー」の抜去 心電図モニタリング装置等補助装置の操作・管理
大動脈内バルーンリビング離脱のための補助程度の調整	大動脈内バルーンリビング離脱のための補助程度の調整
透析管理関連	急性透析治療に係る透析・透析透析装置の操作・管理
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーン(腹腔穿刺)の抜糸(含む) 腹腔ドレーン穿刺
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーン(低圧持続吸引)中の吸引圧の設定・変更
心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーン抜去
術後疼痛管理関連	術後疼痛マネジメントからの鎮痛薬の投与・投与量の調整
創部ドレーン管理関連	創部ドレーン抜去
創傷管理関連	創傷・侵襲性傷害における出血のない塗装施設の除去 創傷の絆合閉鎖法の実施

スライド 25

## 制度の施行に向けたスケジュール

平成26年12月24日

- 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会  
「特定行為及び特定行為研修の基準などに関する意見」取りまとめ

平成27年1月

- 行政手続法に基づくパブリックコメントの実施(1月17日(土)～2月15日(日))

平成27年2月

- 第7回 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会  
(省令(案)に関する質問)
- 省令の公布

平成27年4月～

- 指定研修機関の申請受付開始
- 指定研修機関の指定に係る審議

平成27年10月1日

- 特定行為に係る看護師の研修制度の施行

26

スライド 26

平成26年度 地域医療介護総合確保基金 内示額									
上位	都道府県	基金規模	単位(億円)		下位	都道府県	基金規模	単位(億円)	
			内示額	(国費)				内示額	(国費)
1 東京	77.3	51.5	38		山口	9.1	6.0		
2 大阪	49.5	33.0	39		大分	9.1	6.1		
3 兵庫	39.4	26.3	40		宮崎	8.9	5.9		
4 神奈川	38.5	25.7	41		長崎	8.7	5.8		
5 北海道	37.3	24.9	42		青森	8.6	5.8		
6 埼玉	36.5	24.3	43		福井	8.4	5.6		
7 千葉	34.6	23.1	44		愛媛	8.4	5.6		
8 愛知	32.0	21.3	45		石川	8.1	5.4		
9 静岡	31.7	21.1	46		高知	8.0	5.3		
10 福岡	31.3	20.9	47		佐賀	8.0	5.3		
						合計	903.7	602.4	

27

スライド 27

## 地域包括ケア体制の構築への取組①

## 広島県地域包括ケア推進センターの設置

地域包括ケアシステムの構築を推進するため、県が実施主体となり、市町を広域的に支援するセンターを設置。

- センター長：山口 幸
- 設置年月日：平成24年6月1日
- 職員体制：医師、理学療法士、作業療法士、保健師、看護師、社会福祉士等を配置

## 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる体制づくりを専門的に支援

多職種連携の推進  
「医療と介護の連携を推進」在宅ケアの推進  
「包括ケアの要となる地域包括支援センターの機能強化」地域リソースの推進  
「在宅でのリハビリ」の方法や情報提供を提供地域包括ケアシステムの見える化  
日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築手法の類型化、課題に応じた具体的な支援地域住民に向けた情報発信  
県民参加型研修会の開催等

28

スライド 28

地域包括ケア体制の構築への取組②	
在宅医療連携体制の整備	
①各地域で地域包括ケア体制を医療面から支えることができる在宅医療推進の連携拠点の整備	
→県内すべての市町で取組を開始	
②125の日常生活圏域で医療・介護の連携の中心的な役割を担う在宅医療推進医等を育成（H26.3月現在271人）	
→平成26年度は、在宅医療推進医が各地域において中核的な役割を担い、各地域の研修会等の企画・運営等に参画	
③事業報告会（3月中旬を予定）を開催し、他地域の取組を相互に情報共有するとともに、各拠点の取組の活性化を図る。	

29

スライド 29

## 地域包括ケア体制の構築への取組③



## 市町の主体的な取組の促進

## ○市町において地域包括ケアを先導して実施する取組への支援

各市町が日常生活圏域を1圏域選定し実施するなど、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けた先導的な取組に対する財政支援

## ○地域包括ケア実現のためのロードマップを作成する市町への支援

地域における課題や必要な施策を整理し、地域包括ケア実現のためのロードマップを策定する市町への支援

## ○「ケアマネマイスター広島」の認定、活動支援

ケアマネマイスターの認定、研修会等への講師派遣、相談事業、活動支援

認定実績：H24 4人、H25 3人

30

スライド 30

## 在宅医療の重要性

1. 5疾病5事業から5疾病6事業に(+1は在宅医療)
2. 精神科医療も入院から在宅へ
3. この事業の成否は、総合診療医と特定行為を行う看護師、上手くゆかねば成功ならず。この人たちの養成が大事。

31

スライド 31

## 医療を中心の街づくり

- ① 医療(癒し、宗教も含む?)は人間個人、家族、集落、街、社会にとって必要十分条件
- ・地域包括ケアシステム
  - ・地方創生
  - ・高齢少子化
  - ・医農連携
  - ・ヘルスケア産業
  - ・老幼共生

32

スライド 32

## ② 医療施設は“コミュニティセンター”

21世紀は特に

	日本	西洋
中世	寺社、仏閣	教会
近世	小石川療養所	シティーホール
近代	病院 ↓	メセナ カルチャーホール
21世紀	健院	= ヘルスケアセンター

33

スライド 33

## ③ Medicine-Based Town(MBT)

奈良県で始まった医学を基礎とするまちづくり  
医療・福祉のさまざまなサービス機能が「まちなか」にはめ込まれる。

脳卒中患者の回復期リハ  
↓

空家となった町屋を修復し、地域の医療や福祉  
に生かす

34

スライド 34

## 今後の課題

- ・7つ目の大事業として、疾病予防(プレホスピタルケア)
- ・義務教育、市民啓発に医療をもっと
- ・医療保険制度の周知(医療者にも受診者にも)
- ・医療事故調査制度の順調な進捗
- ・外国人医療
- ・男女共同参画とダイバーシティ(多様性)
- ・ワークライフバランス

35

スライド 35

## 医療経済研究への期待

1. 医療のわかる経済学者 経済のわかる医療者の養成
2. フィールドワーク重視(三現主義)
3. 政策への反映 診療報酬を含む
4. 国民への啓発
5. 義務教育への導入

36

スライド 36

**今中**／次は荒井知事がご登壇くださいますが、荒井知事は国の医療福祉関係の重要な審議会等で重要な委員等をされておられ、知事にご就任以来、医療福祉に関する政策を次々と打たれておられまして、非常に医療福祉に造詣が深い、おそらく日本で最も造詣の深い知事でいらっしゃいます。救急医療に新しいシステムを導入されて、再構築を行えるよう手を貸されたり、さらにそれはまだ続いているのですが、先ほど邊見先生のお話の中に、**メディシンベースドタウン**というお話が出てまいりましたように、医科大学を中心に大構想を計画されたりしておられます。奈良県は北と南で、かなり環境が違う県でございまして、地域医療構想に関係しましても、今後の医療制度のシステム作りに関しましても、非常に重要な位置づけなのではないか、日本全体にとっても非常に重要な位置づけなのではないかと思われます。また荒井知事は、私の個人的な感想で申し訳ないですが、知事らしくないような、非常に気さくな面もお持ちでいらっしゃいまして、病院関係のシンポジウムとかがありましたら挨拶されるだけではなくて、後ろで全部聞いておられたり、そのあと懇親会がありましたら、普通の知事でしたらご挨拶だけされて公務にお戻りになると思うんですけど、荒井知事の場合は最後まで懇親会にいらして医療関係者の意見を聞いたり、意見交換をされたりということを熱心にされておられて、先ほど、三現主義のお話がありましたけれども、非常に現場を大事にされる知事として、尊敬申し上げております。では、荒井知事、よろしくお願ひいたします。

**荒井**／ご紹介いただきました、奈良県の知事をしております荒井と申します。よろしくお願ひ申し上げます。

早速始めさせていただきますが、本日のプレゼンは先ほどからいろいろ出ております、法律が変

わりました。それを受けまして奈良県ではどのように課題を認識しているか、その課題において奈良県はどのように取り組もうとしているのか、という紹介をいたしますが、今後の皆さまのご参考になれば、というだけでございます。また、このプレゼンをご覧になられた方、奈良県の取り組みに対しましてアドバイスがいただけたらというつもりで紹介させていただきます。(スライド2)

#### (奈良県における地域医療構想)

地域医療構想では、知事の役割が大変大きくなつてしまいりました。医療法の改正は戦後、5回か6回ぐらい行われたと聞いておりますが、あまり抜本的な改正が行われなかった分野と聞いております。今回の改正はだいぶ大きな改正になっているのではないかというふうに感じるものでございます。(スライド3)

そこで、奈良県の地域医療構想の命題が発生するわけでございますので、それぞれ考えればいいということになりました。(スライド4) 国家命題ではなくて地域命題として取り上げる、まだ出だしですけれども、このように4つ、考えております。地域医療の質と量の両面において需要と供給をマッチングする仕組みを、地域の偏在などでございますけれども、構築できるかどうか、というのがひとつの課題でございます。で、その時に、目標は、マッチングするのは最適医療、量的にも質的にも最適医療を提供するという役目があるわけですけれども、エビデンスベースドすべきではないか。ポリティカルにいろいろ言われる意見を配慮する、業界の利益をそのまま鵜呑みにしない、エビデンスで行政をするということを堅持したいと思っております。3つめは医療と介護の連携という課題が新しく発生しております。地域包括ケアシステムをどのように構築するかとい

う命題にもなります。4つめは健康長寿。要は健康長寿、予防に勝る治療なしというので、健康長寿を目標とするということでございます。この基本命題のための主要な検討課題、ずっといろいろ出してますが、それぞれのあと各論になりますので、それぞれの分野でご紹介をしたいと思います。

大きな課題のとらえ方としては、病床機能を地域の需要に即して、どのように合理的に配分するのかというような課題として受け止めております。(スライド5) その際、医療の将来需要、「需要」をどのようにとらえるのかとは、望ましい医療提供体制をどのように構築するのかというように思います。もうひとつの分野は、医療と介護、相互性を確保しろと言われたわけでございますので、その象徴的なシステムとして、地域包括ケアシステムをどのように構築するのか。(スライド6) システム構築はまだこれからというように感じておりますが、それと共に、在宅医療介護をその中でどのように展開するのか、終末期医療のあり方も課題かなととらえております。3つめの大きな分野として、医療従事者の確保、養成をどのようにしてするのか。これは国家の課題でもありますが、地域の課題でもあるように感じております。4つめは健康づくりとまちづくりをどう進めるのかという課題があると感じております。(スライド7) 5つめは医療分野におけるICTの活用をどのように行けばいいのかという課題。6つめは医療の安全性確保をどのようにすればいいのかという課題があるというふうに認識しております。

今日はそのうちいくつか取り組み始めたことをご紹介したいと思っております。なお、この地域医療構想のお話でございますが、県知事は医療費適正化計画と、間もなく国保の県営化の主体になるわけでございますが、この3つは関係している分野だと思っております。(スライド8) この

分野をバランスよく進めるという課題があるかと思います。これはシステムとしても密接に結びついておりますので、今、両先生がおっしゃいましたが、システムの持続力があるのかどうかという正念場にかかっていると思います。下のふたつは保険者機能と呼ばれる機能、役割でございますが、医療費適正化の中では高度医療の分野、あるいは看取り、終末期医療の分野、あるいは頻回受診、頻回薬剤投与など、まだあまり議論が進んでいない分野があるように思います。地域でそのようなことも探求していくことも可能かなと思っております。で、先ほどから二次医療圏の話が出ておりますが、都市と田舎がある県はどこも同じでございますが、奈良県は5つの医療圏がございます。(スライド9) のちほど、医療圏ごとの資料も出てまいりますが、二次医療圏の意味というのはちょっと変わってきてもいいのではないかでしょうか。二次医療圏を基本としたいと思いますが、ほかの医療圏、コンセプトが出てもいいのかなといったようにも思っております。

#### (病床機能と地域の需要)

まず、各論になりますが、病床機能を地域の需要に即して、どのように合理的に配分するのかという課題でございますが、(スライド10) ひとつめのテーマは医療の将来需要をどのようにとらえるのかということでございます。将来の需要、奈良県では寡面的でございますが、やはり実績がベースになると思います。実績の単位、範囲は疾病についての区域、疾病区域、年齢、性別、その4つの要素で実績をとらえ、その基本の基礎資料として、年齢、性別、人口が変わると上に乗っている情報コードが変わる予測手法を用いた概略的な予測をして、その後、健康づくりによる発症の抑制とポピュレーションアプローチによる需要の適正化という入力を加えて将来の需要を計測する

という作業を始めたいと思っております。この需要の適正化は、先ほど邊見先生のパワーポイントにありましたが、ニーズとウォンツを近づけるような考えでございます。需要のとらえ方はまだ十分ではないと思いますが、レセプトが必要のすべてなのかどうかわかりませんが、それを客観的指標で定量的に見える化をはかるということを基本にしたいと思います。（スライド11）その医療の需要の範囲、単位を疾患別、それを地域別に実績をとるということをひとつの作業分野とします。ふたつめは、域別の差異分析を行い、原因分析では、差異は何か理由があっての差異というふうに考え、その差異はどういう意味があるのか、ということを前提に考えて作業をしたいと思っております。分析に利用するツールでございますが、ツールは今4つ用意されています。病床機能報告制度、策定支援ツール、市町村の県民保険のレセプト、また奈良県救急医療管制支援システム（e-MATCH）を情報ツールとして活用して情報の収集、または分析をしたいと思っております。

その医療需要の区分でございますが、できれば病態というふうに考えております。（スライド12）病態は、高度急性期、急性期、回復期、というふうに分けられ始めておりますが、がんとか疾病別に分けても分析できます。急性期と慢性期、それとなかなか難しいのが在宅の医療需要であると思っております。先ほど申しました4つのツールを使って実績と将来予測をしていきます。たとえば、これは、今始めました医療圏ごとの移動分析でございます。（スライド13）乳がんについて5つの医療圏から医療圏外にどれほど患者さんが移動しているかということを分析しますと、だいたい北のほうの医療圏は3割が圏外流出しています。とくに南和医療圏は圏外流出が多いのです。脳梗塞の急性期でや救急医療についても同様のことといえます。これからどのようにこの流入出を

判断するかという課題があると思います。（スライド14-15）

#### （産業組織としての医療）

需要のとらえ方について考えてきましたが、医療提供体制をどのように構築するのかを考えるにあたって、医療という産業組織という見方でとらえていこうかと思っております。（スライド16）産業組織論は、規制のあり方を研究する経済の学問でございまして、医療のマーケットにあてはまるなと思うところがございます。この産業組織論は、構造規制といわれる産業脱退規制と、価格規制また行動規制といわれます医師免許、患者の利便規制、あるいは安全規制があるわけですが、規制がどのようにあるのがいいのか、という学問でございました。（スライド17）日本は規制緩和一辺倒の時期をずっときておりますが、医療の産業組織はあまり規制緩和という声はございません。医療は違うものだというようなことずっときております。また、日本の医療の産業組織はどのようなものか、日本の規制のあり方を考える必要があるのかといった観点で奈良県ではとらえようと思っております。この医療産業組織の規制は国の役割でありますが、その体系的整備というのはまだ不十分かなと私は思います。医療法の改正が戦後、抜本的な改正がなかったように思いますが、今度の医療法改正は相当抜本的であり、地域に丸投げしたのではないかと言われるような面もあります。どのような産業組織の体系を国が描いていくのかは見えません。これをどのようにいい産業組織にするのかという強い意思が必要であり、地域では手段としての規制と、支援を利用した最適の医療を提供できる産業組織を形成したいというふうに思っております。

私は運輸省でバス・タクシーの行政を経験しておりましたので、産業組織論から分析して、医療

はタクシー、バスと似ていると言いました。そこで両者を比較してみようと思います。（スライド18）第一に、両産業とも民的供給が主流であり、必要に応じて公的供給も行われております。欧州、アメリカは日本とまったく違います。欧州は全面的に公的供給、公的規制であり、米国は全面的に民的供給、民的の自主規制、自己責任の分野であります。日本は民が主体、公が補完するという得意のハイブリッドな公民両方の供給です。両産業ともなぜ規制をするのかという、その原点は命にかかわるということです。これが第二の点です。旅客運送では他人の需要に応じるなということでありまして、他人を乗せる場合ナンバープレートが青になっております。医療では医師の医療行為の存在が絶対的、圧倒的であり、医師に命を委ねることで、医療行為の内容があまり見えないというのが特徴であるように思います。第三に、構造規制の中心であります産業脱退規制の原単位は、医療では「病床」であり、タクシー、バスでは「車両」です。個人のクリニックや個人のタクシーも存在する点も似ております。第四に、価格形成ですが、医療はご存じのように、診療報酬制度と自由診療価格が基本です。タクシー、バスにおける認可制、申請によって認可を受けるという制度があまりないように思います。（スライド19）第五に、労働条件ですが、両産業とも、労働集約的な面がありますので、一般的に日本の労働条件は大変特徴的です。法規制は欧米並み、現場は江戸並みということでございます。まったく法と現場がかい離しているのが日本の労働慣行です。それを判例が順次埋めているということで、個別判例の積み重ねで埋めているわけですが、この労働環境のあり方というのが大事です。労働基準法の適用は、個別通達は出さないというのが労働省の見解です。しかし、医療にも通達があります。この通達は、現場と大変乖離している。時間外勤務

の手当をどうするのかということに対して、病院などの現場では時間外手当を出しておられます。たとえば、一律2万円とか宿直手当を出しておられますが、それではおかしいということになっております。法と現場のかい離がこのようになっているのは大問題であろうかと思います。第六に、医療行為の資格は、医師免許が絶対性をもちますが、運転免許と異なり年齢制限はなく、お医者さんは80になんでも90になんでも何でもできる。更新性とか、免許の種類、たとえばダンプを運転できる免許だとか、普通車しか運転できないよといった、免許の種類がないのが特徴であるように思います。第七に、医療の安全の体制の整備があり進んでいないように思います。（スライド20）第八に、医療サービスのインターフェイスはどのようにすればいいのか、プロトコルが十分に確立していません。インフォームドコンセントや応需義務は一応法律に定められていますが、断られることもあります。タクシーは乗車拒否すると免許はく奪になりますが、医療の乗車拒否というのはどのようになるのかといった課題は、私はあると思いますが、なかなか議論はされておりません。第九に、保険ですが、患者さんの保険はありますが、お医者さんの保険というの公的保険であります。自動車は自賠責保険に皆入りますが、これは運転しない人は入らなくていいわけですが、ドライバーになるためには全員入らなくてはいけない。つまり、加害者になる可能性があるからという加害者保険です。医師はそれぞれの病院、あるいは個人的に加害者保険に入っておられます。公的にバックアップをするという保険制度はないように思っております。どちらがいいかわかりませんが、旅客運送事業と医療産業というのは規制の対応がこのように違うと見ております。

## (産業組織の需給マッチング)

次は、産業組織の需給のマッチングをみていきます。(スライド 21) 價格が変動して見えざる手でマッチングするよということですが、医療の価格は固定されていますので、価格を下げると供給が下がって、上げると供給が上がるということで、マッチングする、かのように見えますが、そのようにはまったく、もちろん動かないわけです。診療報酬の話は長くなるかもしれません、診療報酬のこのような需給マッチングを求めて、診療報酬が決められているわけではないというふうに見えます。診療報酬の思想体系が目に見えないと思います。ポリティカルに決まるのか、実績から延長して損か得かの議論がずっとあるように、現場はよくわかりませんが、そのように見えるということでございます。そこから最適な需要と、概念的なことですが、医療需給の適正化ということを標榜いたしますと、適正な医療需給は適正な医療需要分の適正な医療供給ができるだけ 1 にしていこうということです。(スライド 22) 適正な医療需給は、現実の医療供給から過大な供給を引いて、過小な供給を足す、また現実の医療需要から過大な需要を引いて過小な需要を足すといったふうに見えるわけです。過大な供給というのは医師の裁量による不必要的検査、治療の提供と思われます。過小な供給は医師の不足により、あるいは医師の都合により必要な医療の提供を行わないということだと思います。医療需要の過大は患者が希望する不要な検査や治療、および医師が創出する不必要的医療行為をするという需要があるように思います。過小な需要は患者が希望しない必要な治療、あるいは医師が望まない必要な治療を過小な需要、というように概念的ですが、判断できると思います。その際にメディカルドクターは、先ほど邊見先生がおっしゃいました、ウォンツとニーズがある。(スライド 23) ウォンツはクライ

アント、ウォンツを言ってくるのはクライアントという説があります、それを引用しただけでございます。ニーズはカスタマー、ニーズを持ってくるのはカスタマーと。地域全体をカスタマー化する、カスタマーがいる地域にするという課題があると思っております。このメディカルドクターを行政にしますと、この医療の提供の目標を「患者よし、職員よし、地域よし」というように県立病院の標語を作りました。この患者だけでなく、職員もいい最適医療ということをどのように作るかというように思っております。

## (供給医療の調整)

そのように概念的なことを言ってもなかなかできませんが、供給医療の調整をどうするか、抑制と増加ということですが、抑制につきましては、医療圏ごとの一般病床キャップ制があります。(スライド 24) 医療圏は一般病床キャップ制のためだけに存在していると見えるわけですが、この一般病床キャップ制には弊害もあります。このキャップ制は基本的な役目があるように思いますが、無用な病床確保とか空き病床の発生があつたりします。また診療所はそれ以外の供給としてあります。また診療科間の偏在が、さらに上乗せがありますので、この一般病床キャップ制というのは抑制の面でも、もちろん供給の面でもちょっと不十分な面があるのをどうするかというのがひとつの課題でございます。

供給量の増加のほうですが、医療の供給の原単位は病床、病床というふうにとらえられますが、病床ではなく、医師としてとらえたいと思っております。(スライド 25) 医師のない病床は単なるリヤカーですので、ひっぱる医師がないと車は動かない、治療行為はできないというふうに思います。大事なのは医師の存在。医師需給の見える化をはかってしております。

その次に、県立医大。医師供給のひとつの拠点でするので、県立医大をハローワークにしようと、医師派遣センターを設けました。また県が直接関与できますのは県費奨学生でございますので、配置センターを設けて奨学生が6年間学費を支払いますので9年間働けます。幸い138名の医師が県内で勤務できる時期もありました。

その次の、救急医療周産期は公立病院中心でないとだめだと思っております。(スライド26) また僻地、過疎地の供給は、南奈良総合医療センター等公的供給を中心に行うというふうに考えております。先ほど申しました医師供給の医師配置システムですが、これは県立医大の大きな役割でございます。医師配置は診療科の教授があそこに行け、医局でございますが、あそこに行け、ここに行けというシステムがあります。今はそのシステムが存在いたしません。したがって、流動化、医師の働き場所の探索は流動化しております。そこでキャリアパスを作つて、見える化をはかって、組織として配置の医師派遣機能を持つべきというふうに思っております。県の寄付講座で、医師医療学講座というのを作りましたが、県外の現存の医師、年齢から診療科、すべて、松村先生に調べていただきました。それが今後、どのように十分か不十分か、ということで、配置の必要性を、医師を中心と考え始めました。

#### (病床機能の捉え方)

その次は病床機能のとらえ方です。(スライド28) 簡便に分けますと病床機能の医療圏、行動医療はたとえば県にひとつ、県の医療圏にはひとつでもいい、あるいはふたつでもいい、といったような行動医療、あるいは救命救急は搬送時間が短ければふたついるのか、3ついるのかといったことが問題となります。その他、急性期医療は医療圏でも、先ほど見たように、7割はその医療圏

だけで医療を提供できているけれども、3割はどこかに行ってしまう。お互いに相互乗り入れでありますので、病態ごとのネットワークを作る、そのネットワークを医療圏にしたほうがいいんじゃないかといったような考え方をすると、過疎地域の医療は広域でございます。また救急あるいは高度医療は過疎地域医療で、地域完結にはならないわけです。

それから認知症、精神疾患の医療圏というのは、どのような医療圏なのかということはまだ私はよくわかりません。(スライド29) 一方、在宅医療圏というのは大変小さな医療圏になるのではないか。ケアマネ医療圏というのも小さいことになるのではないかというふうに思っております。

それぞれの医療圏の考え方を簡単にご紹介いたしますと、心疾患、脳疾患などの高度医療ですが(スライド29)、拠点として県立と県立医大のふたつを整備中です。ふたつめは救命救急の医療ですが、ER型、24時間365日対応のER型救命救急医療の拠点をふたつ設けようと。(スライド30)ひとつではだめで、ふたついるというのは、競争してもらおうということでございます。これは奈良県総合医療センター、旧県立病院のER型、この7月、このようなシステムに変えていただきましたが、二次、三次の入口が分かれていたのを一本化しようと、救命救急センターで二次も三次も受けますよというふうにしてもらいました。(スライド31) 県立医大の取り組みですが、土日に限られておりますが、24時間の救急患者はすべて受け入れますよということをしていただきました。そういたしますと、ほかの病院が大変助かる、救急搬送が、搬送ルールをこのように、1回、2回、かかりつけ医がいなければ、こちらに直ちに運びこむように、あるいは救急患者を拾えば車をこちらに向けて動かすように、といったようなプロトコルが可能になるわけです。

急性期医療については小児科、周産期、心筋梗塞、脳卒中などありますが、需要と供給をはかるようによしよしいうことを考えております。(スライド 32)

がん、脳卒中、心筋梗塞、周産期、小児では、それぞれの疾病について地域医療連携パスを作っていくたいと思っております。(スライド 33) また分野別で心臓カテーテルの医療連携パスはできあがっております。周産期、産婦人科一次救急についても、それぞれネットワーク、まだまだ不十分でございますが、それぞれのネットワークの構築をして対応していくふうに考えております。

次は過疎地ですが、とくに域外への流出が激しい地域では、3つの公立病院、県立、町立、国保がありましたが、皆二次医療でしたが、ひとつの病院機構に統合して新しい病院を作り、救急中心の医療センターを作つて、僻地の小さい診療所も連携するというふうにいたしました。(スライド 34) この新しい病院は過疎地ですので、過疎債を利用いたしましたが、南部の全市町村が広域医療組合、広域連合を作つて整備する。で、県は財政支援を上乗せ、過疎債でしたので大変な交付税の算入がございますが、構成市町村がそれでも負担しなければいけない、その市町村負担の6割強を県が負担しますよとお約束でいたしました。小さな村でありますと、200億を超えるイニシャルコストを年間1000万くらい払わなければいけない。その600万は県が払いますよということを約束して、このシステムが動き出したわけでございます。この医療の赤字が出ても過疎債が使えますので、その時も過疎債の、今度は2分の1は県が負担しますよと、赤字の真水の地元負担は2分の1は県が負担しますよということで、県がイニシアティブをとって動きだしました。その時に医師が来ない、患者がいるけど医師

が来ない地域でありますので、南奈良医療センターを県立医大が面倒を見る対象にすることを要請して、「それはします」と言つていただいている状況でございます。ただ、病態ごとの認知症、精神疾患、在宅医療につきましては、まだこれからということとして、私もまだよくわからないところでございます。(スライド 35)

在宅医療につきましては、どのような医療の体系なことになりますが、やはり大事なのは看取りと緩和ケアかなと思います。緩和ケアのできる在宅看護師、在宅医師がおられますと、やはり楽じゃないかと。物心両面の緩和ケアができる医師、看護師が必要な分野ではないかなと思います。

#### (地域包括ケアシステムのあり方)

次は、地域包括ケアシステムをどのように提供するか、構築するかということでございます。(スライド 36) 5つのパターンで考えております。(スライド 37) 一つ目は、県立奈良病院が移ったあと、このまち全体を地域包括ケアのまちにしようと、拠点型、病院跡地全体を活用することに致しました。(スライド 38) 二つ目は、在来医住宅地型ということですが、西和に県立の病院がございますが、その院長先生が地域のメディケア資質フォーラムを実施しておられますので、それを軸に包括ケアシステムを考えております。(スライド 39) 三つ目は、医大の周辺です。(スライド 40) 医大が一部、教育研究部門を近所に移しますが、その跡地をどのような包括ケアのできるまちにしようかという構想を練っております。今、高齢者に人気のあるのは病院とデパートと交通の便利なところでございますが、そのような便利なまちになる可能性がございます。病院隣接型の地域包括ケアのまちづくりを目指します。四つ目は、これは保健師活用型と呼んでおりますが、宇陀市

で保健師さんがずいぶん活躍してくれまして、このようなシステムの構築を進めております。(スライド41-42) 保健師さんはオールマイティだと思います。訪問力というのはかけがえのない価値でございますが、それを活用させていただくものであります。五つ目は過疎地型で、先ほどの南奈良医療センターを中心に、僻地診療所と結びたい。(スライド43) その際に電子カルテを共通化する、あるいはスマホで見守りをするといったICT活用をこの広い地域で考え始めております。それと、市町村と連携しないと介護・医療ができませんので、奈良モデルと呼んでいただいておりますが、市町村事業に対して、ソフト2分の1、ハード4分の1の補助を行う。(スライド44) 県の施設が必要なら半額にして譲渡貸与するというシステムを作りました。まちづくりの協定が今、8市1町と締結済みでございますが、そのメインテーマが地域包括ケアシステムになりつつあります。

その次、在宅医療、介護、終末期医療はまだ十分よくわかっておりませんので、もう少し詰めていく。

さらに医学教育、医療従事者の医学教育ですが、医大と、県立医大と将来像策定会議ということをしております中で、「建学の精神というは何なの」と聞いたら、「ない」とのことでしたので、建学の精神をにわか作りで策定いたしました。(スライド45-46) 医療経済、医療経営についての講座もシラバスがないのです。そこで、このシラバスを私の前で精査しております。なお、総合教育会議は知事が主催できるようになりましたので、地域の教育振興大綱の中にも、医学人養成の分野を入れたいと思っております。よき医療人は現場が育てるということで、研修施設も重要なと思っております。

### (健康づくりとまちづくり)

健康づくりとまちづくりというテーマがございますが、地域ごとでずいぶん差があります。生活習慣の差で健康寿命が違います。(スライド48-52) 健康づくりはいろんな要素と一緒にしなければ、総合的にしなければいけない。県の役割は焼き鳥屋さんだと言っておりますが、国の計画はすべて材料です。(スライド53) ネギだの唐辛子だのがおりてきますが、それを焼き鳥の串に刺して健康に役立てるという知恵、テクニックがいる。焼き鳥屋でよいたれをつけて焼きたいということです。ICTの活用に、医療の安全の確保があります。(スライド54-55) 奈良県では事件が起こりましたら、交通の安全と同様に、スイスチーズの法則があてはまると考えます。(スライド56-57) スイスチーズというのは穴があいており、穴が一直線になると弾丸が通ってしまうため、穴をずらす、あるいは穴が埋められることが重要になります。穴を埋めることは難しく、必ずミスのかごのリスクはありますが、それぞれのシステムの中のかべで穴の位置をずらすというテクニック、一緒になった時はどういう状況になったのか、ということを調べるという事故調査が極めて大事です。事故調査はハインリッヒの法則と言われておりますが、ヒヤリハットはひとつの大事故があると1000のヒヤリハットがあるという法則でございまして、ヒヤリハットを大事に思って、どうしてこんなことが起ころんだとすることをしおっちゅう調べるということが重要になります。ですから調査は、捜査と調査はまったく違うわけです。日本の医療法の医療調査はまだ不十分かなと思っておりますが、医療調査は後世のため、再発防止のためですので、積極的な医療調査体制、体系的な原因究明を期待しているところでございます。ご清聴ありがとうございました。

### 本日のプレゼンは

- ・ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する法律に基づき、
- ・ 奈良県は、地域における医療をめぐる課題をどのように認識しているのかを述べ、
- ・ その課題において、奈良県はどのように取組もうとしているかをご紹介し、
- ・ 関係者の皆様の今後のご検討の参考になればと思い提供するものです。また、このプレゼンを見られた方々から奈良の取組に対し、参考となるご意見を頂戴することができれば幸いです。

2

スライド 2

### 地域医療構想とは、

「構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等に基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制に関する構想」

(医療法第三十条の四 第二項第七号)

### 都道府県知事の役割は、

「医療提供体制の確保を図るために基本的な方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域医療構想を定める」  
(医療法第三十条の四 第一項)

「構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う」

(医療法第三十条の十四 第一項) 3

スライド 3

### 奈良県地域医療構想の「基本命題」

1. 地域医療の質と量の両面において、需要と供給をマッチングする仕組みを構築する
2. "最適医療"を提供するため、"エビデンス"を活用する
3. 医療と介護の連携を図り、地域に適した「地域包括ケアシステム」を構築する
4. 健康長寿を日本一のレベルにする

4

スライド 4

### 奈良県地域医療構想「基本命題」実現のための主要な検討課題

- |                                                                                                                                                                                                                  |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| I 病床機能を地域の「需要」に即してどのように合理的に配分するのか<br>1 医療の将来「需要」をどのように捉えるのか                                                                                                                                                      | [ | ] |
| 2 望ましい医療提供体制をどのように構築するのか<br>(1) 公・私の医療機関が存在する「地域医療産業組織」をどのように最適化するのか<br>(2) 地域医療産業組織の需給のマッチングと供給調整をどのように行うのか<br>(3) 病床機能をどのように捉え、どのように地域に合理的に配分するのか<br>病床機能の捉え方は?<br>〔高度医療・救命救急医療・その他急性期医療・過疎地域医療・認知症・精神疾患医療 等々〕 |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                  |   |   |

5

スライド 5

### II 地域包括ケアシステムをどのように構築するのか

- 1 システム構築のプロセスを考える  
・パターン別に試行を繰り返し学習する  
・県と市町村が連携して健康のまちづくりを行う  
・保健師などのプレーヤーのネットワークを形成する
- 2 在宅医療・介護をどのように展開するのか
- 3 終末期医療のあり方

### III 望ましい医療従事者の確保・養成をどのようにするのか

- 1 医学教育の見直し
- 2 医療従事者のキャリアパスの形成、待遇のあり方
- 3 医療従事者間の連携のあり方
- 4 新しく必要とされる医療従事者の育成  
(総合診療医、特定看護師、終末期対応医師・看護師 等)
- 5 医療従事者の勤務環境の改善

6

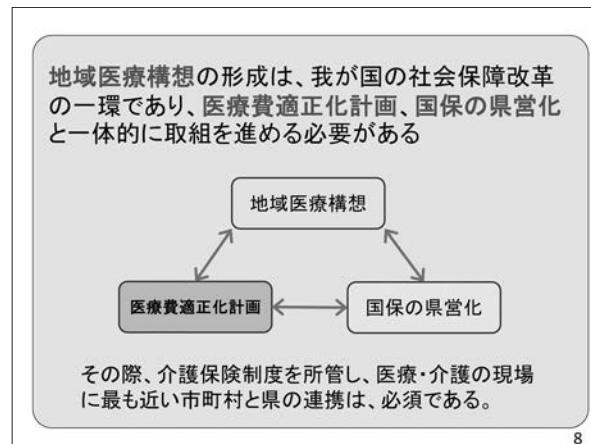
スライド 6

### IV 健康づくりとまちづくりをどう進めるのか

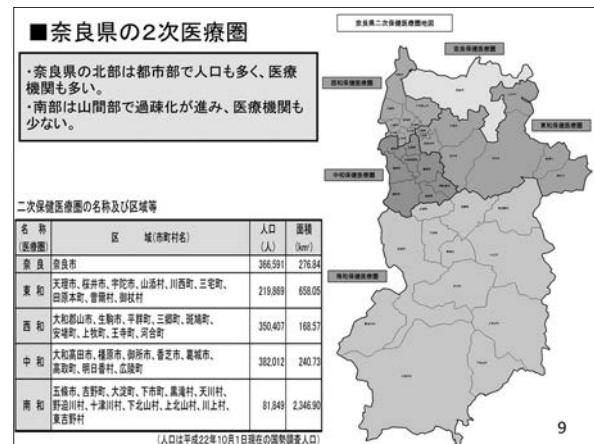
- V 医療分野におけるICTの活用をどのように行えばよいのか
- VI 医療の安全性確保はどのようにすればよいのか

7

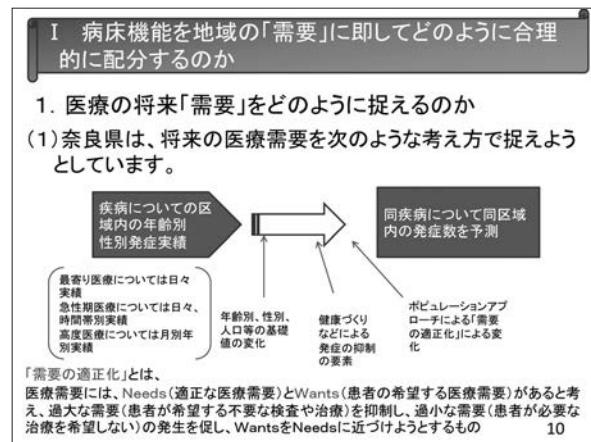
スライド 7



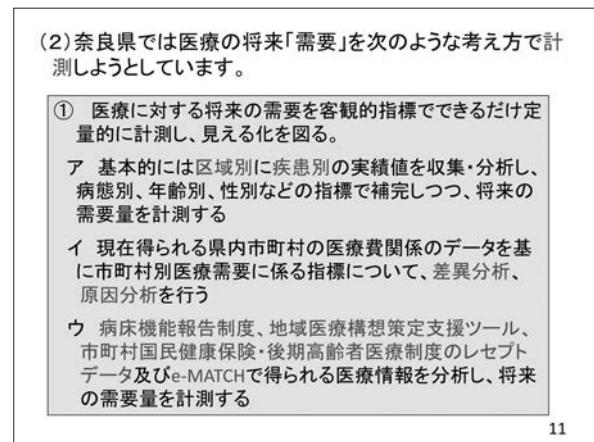
スライド 8



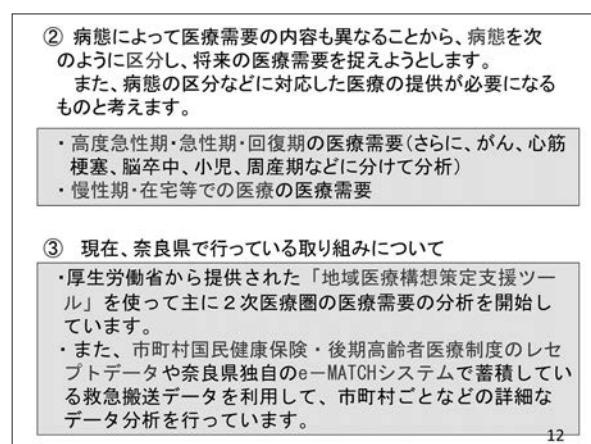
スライド 9



スライド 10



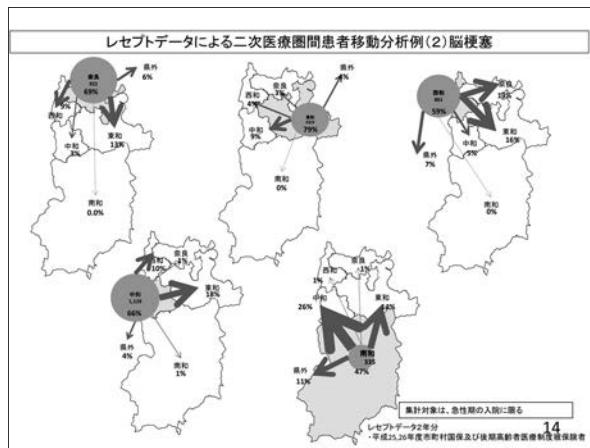
スライド 11



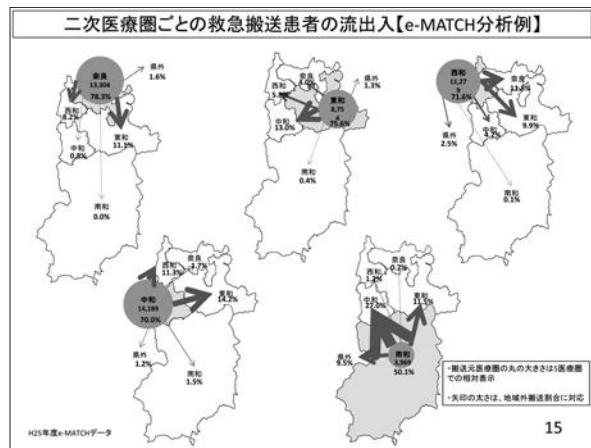
スライド 12



スライド 13



スライド 14



スライド 15

## 2. 望ましい医療提供体制をどのように構築するのか

- (1)我が国では、医療という産業組織について、次のような規制と支援が行われている。(P17)
- (2)医療という産業組織をどう見るのか。(P18～P20)
- (3)地域医療産業組織の需給のマッチングはどういうふうに実行されるか。(P21～P23)
- (4)地域医療構想の中で供給量の調整をどのように行うのか。(P24～P27)
- (5)病床機能をどのように捉え、どのように地域に合理的に配分するのか。(P28～P34)

16

スライド 16

(1)わが国では医療という産業組織について、次のような規制と支援が行われている。

参入脱退規制	価格規制
適正労働条件の維持	医師等の資格
患者の利便確保	医療行為の安全確保
医師の応需義務	医療保険
公的主体による供給	国、県による補助

医療産業組織の規制は、主として国が行っており、その体系的な整備は、不十分な面も見受けられるが、地域医療構想では、既存の規制と支援の手段を活用して、地域において最適の医療を提供する産業組織を形成する必要がある。

17

スライド 17

(2)医療という産業組織をどう見るのか  
(旅客運送業(バス・タクシー)との比較)

- ①両産業とも民的供給が主流であるが、必要に応じ公的供給も行われる。  
（両産業とも、欧州は全面的に公的供給・公的規制、米国は全面的に民的供給・民的規制。日本は民が主体、公が補完する形でのハイブリッドな公民両方の供給。）
- ②両産業とも規制の原点は「命に係わること」。  
旅客運送では、「他人の需要に応じる」かどうかで、営業の区分が厳密。（ナンバープレートの色が違う。自家用は基本的に自己責任）  
医療では「医師の医療行為」の存在が圧倒的。（医師に命をゆだねる）
- ③参入脱退規制の原単位は、「病床」と「車両」。  
(法人への規制が基本だが、個人のクリニックや個人タクシーが存在する。)

18

スライド 18

- ④医療の価格形成は、診療報酬制度と自由診療価格が基本。(混合診療に対する認可制度がない。)  
医療の料金は、全国一律に国が決定。(旅客運送は、地域ごとに供給主体の申請に対する認可)
- ⑤わが国では、適正労働条件に対する法規制の内容が曖昧。現実の労働条件は医局など、現場に委ねられることが多いが、現場と法解釈のかい離が、両分野とも大問題。  
労働基準法の適用は個別判例に委ねられるケースが多いが、両分野においてだけ通達が出されている。(しかも、医療の通達については、現実と乖離しており、大きな問題が発生。)
- ⑥医療行為をする資格は、医師の資格の付与(免許)による。(旅客運送事業と違って、更新制、年齢制限、免許の種類等はない。)

19

スライド 19

⑦医療の安全確保の体制整備が進んでいない。  
(旅客輸送では、事故調査(捜査と異なる)の徹底と、公的組織が介入する改善指針の徹底で死亡事故が激減。)  
(リコール制度、交通安全事故調査委員会など)

⑧医療サービスのインターフェイスでのプロトコルが充分確立していない。  
(医療行為の資格はあらゆる治療行為に及ぶが、診療科標準制のもと、応需義務の内容が曖昧など。)  
(タクシーの乗車拒否は免許剥奪の理由になる。)

⑨不適切な医療に対する全面的公的な、損害賠償保険が存在しない。  
(自賠責保険は加害者(ドライバー)のための強制保険で、保険に入加入していないと車を運転できない。医師のための公的な損害賠償保険は存在しない。)

20

スライド 20

### (3) 地域医療産業組織の需給のマッチングはどのように行うのか。

①医療の需給バランスの達成については、市場価格が固定されているため、通常の市場の仕組みと異なり、価格形成プロセスによる需給バランス達成は困難。



通常の市場  
医療の市場  
過大供給  
医療の市場  
過小供給

- ・P(診療報酬)を下げると、S(医療供給)が下がり、D(医療需要)が上がる。
- ・Pを上げるとSが上がり、Dが下がると言われる。
- ・從来から診療報酬(Pのレベル)を調整することで、供給量に影響を与えてきたが、地域医療需給マッチングのためにはこの手法の限界もある。
- ・実際には、地域の医療供給量の制約など他の要因の介在があるので、地域ごとに医療市場が異なる前提での検証が必要。
- ・さらに、医療の需給バランスの達成のためには、需要の適正化を行ったうえで、供給の調整を行う必要がある。

21

スライド 21

②「最適な医療」について検証を行いつつ、医療の供給と需要の過大と過小をどのように適正化するのか。医療需給の適正化の方法の検討が必要。

$$\text{適正な医療需給} = \frac{\text{適正な医療供給(現実の医療供給 - 過大な供給 + 過小な供給)}}{\text{適正な医療需要(現実の医療需要 - 過大な需要 + 過小な需要)}} > 1$$

・医療行為の過大・過小とは
 

- ・過大な供給=医師の裁量による不必要的検査、治療の提供
- ・過小な供給=医師不足により、あるいは、医師の都合により必要な医療の提供を行わない。

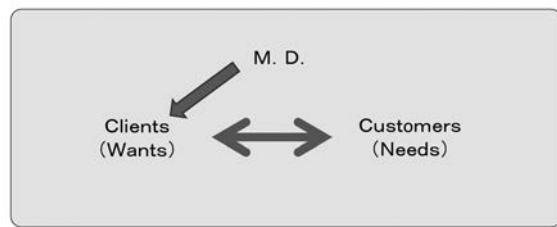
・医療需要の過大過小とは
 

- ・過大な需要=患者が希望する不要な検査や治療及び医師が創出する不必要的医療行為
- ・過小な需要=患者が希望しない必要な治療及び医師が望まない必要な治療

22

スライド 22

・医師には、患者とのインターフェイスにおいて、Needs(適正な医療需要)とWants(患者の希望する、しない医療需要)をよく見極め、WantsをNeedsに近づける義務がある。



23

スライド 23

④地域医療構想の中で供給量の調整をどのように行うのか

①供給量の抑制と医療資源の偏在抑制のため、從来から「医療圏ごとの一般病床キャップ制」に頼ってきました。  
しかし、この制度には課題、弊害も発生しています。

・新規参入排除のための「無用な病床確保」による「空き病床の発生」(タクシーのほっとき台数の発生に類似)  
・診療所の病床規制がないため、現実の医療サービス供給には、更なる偏在が存在する。  
・疾病別、病態別の供給抑制措置ではないので、診療科間の偏在が更に発生する余地がある。

24

スライド 24

②供給量の増加と偏在は正に地域にとって困難な課題ですが、奈良県は次のような考え方で努力しようとしています。

- ア 医療サービス提供は「病床」ではなく「医師」と考え、地域の医療需要に対して必要な医師数を診療科別に計測する一方、県下の診療科別、地域別の医師の配置状況、医師の属性(年齢等)を把握し、「医師需給」の見える化を図る。
- イ 奈良県立医大に、「医師派遣センター」(医師のハローワーク)を設け、県内の病院への派遣をシステム的に行う。
- ウ 県と県立医大が共同して運営する「県費奨学生配置センター」を設置し県費奨学生(平成37年には最大138名の医師が県内で勤務見込)を県内の不足する場所に配置する。

25

スライド 25

エ 県内で供給が不足する救急医療、周産期医療等については、県立系病院（県立医大附属病院、奈良県総合医療センター）の活用を中心に行う。

オ 県南部のへき地、過疎地への供給は、地域の市町村が共同で運営する南奈良総合医療センターを中心に行う。

26

スライド 26

(5) 病床機能をどのように捉え、どのように地域に合理的に配分するのか  
① 奈良県は、病床機能を次のように捉え、それぞれの「病床機能に即した医療圏」があると考えます。

病床機能	発生の頻度・病態・課題	医療圏
高度医療	一生に一度 命にかかる	広域
救命救急医療	思わず時に思わず場所で発生 迅速な医療アクセスが必要	患者搬送時間が最短
その他急性期医療	いつ発生するか分からない。適切なトリアージと迅速な医療アクセスが必要	病態ごとのネットワーク

28

スライド 28

過疎地域医療	日常生活上、常に発生 発生する病態が多種 医療へのアクセスの容易性	広域
認知症 精神疾患	専門性が必要 地域の適切な対応が必要	広域
在宅医療	日常生活上、常に発生 ケアマネのネットワークが必要	日常生活圏

②がん、心疾患、脳疾患等の「高度医療」への対応

需要の発生量は少なく、病床機能がカバーする需要の発生地域は広域であり、医療資源の集中が必要。

高度医療拠点病院として、新奈良総合医療センター（北和地域 平成29年12月竣工）と県立医大附属病院の新病棟（中南和地域 平成28年度供用開始）を整備中。

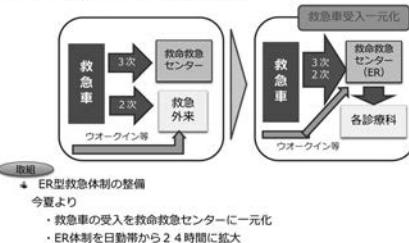
29

スライド 29

### ③救命救急医療への対応

絶対断らない24時間365日対応の「ER型救急医療」の拠点を2箇所に設け、そこで「ER型総合医」を配置し、救急搬送時間を極力短くします。

#### ■奈良県総合医療センターにおける取組

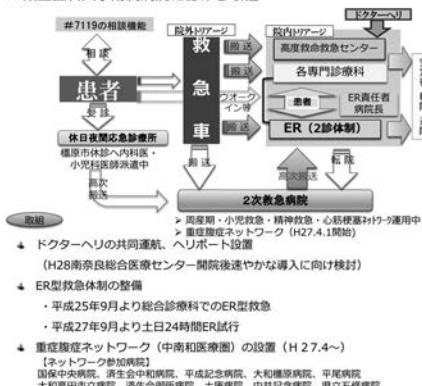


- ▲ ER型救急体制の整備
- 今夏より
  - ・救急車の受入を救命救急センターに一元化
  - ・ER体制を日勤帯から2~4時間に拡大
- ↓ 小児2次輪番当番日の増

30

スライド 30

#### ■県立医科大学附属病院における取組



31

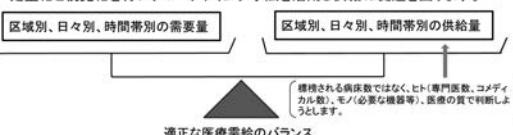
スライド 31

### ④急性期医療への対応

ア 急性期医療の需要の測り方については、小児救急、周産期、心筋梗塞、脳卒中等の病態ごとに地区別発症の実績を収集し、発症率に関連する地区因子の分析を行い、地区ごとの将来の発症量を予測する。  
その予測を公表し、民間の投資の誘導を図ります。供給不足が予想されれば、公的供給を考慮します。

糖尿病など慢性疾患に対する需要予測も同様の手法で行います。

このように急性期医療分野において、医療の将来需要の定量化と視覚化を行い、マーケティング手法を活用し供給の促進を図ります。



この分野の医療需要については、「発症から受診まで」をクリティカルな部分として捉えて、その需給のバランスを図るものとします。

32

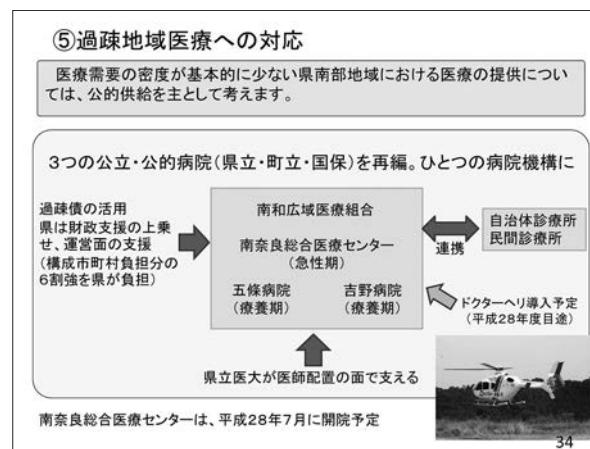
スライド 32

**イ がん、脳卒中、心筋梗塞、周産期、小児については、県立医科大学附属病院、奈良県総合医療センターを中心病院とし、県内医療機関の連携体制を構築していきます。**

- ・がん、脳卒中、心筋梗塞について、地域医療連携バスを構築
- ・関係医療機関と24時間心臓カテーテル治療体制を構築
- ・県立医科大学附属病院と奈良県総合医療センターの整備とともに、周産期医療ネットワーク体制、産婦人科一次救急体制を整備
- ・小児二次輪番制度を整備

33

スライド 33



スライド 34

**⑥認知症、精神疾患、在宅医療への対応**

**ア 認知症及び精神疾患に対する医療の提供については、"将来の必要量"を測定し、供給量をマッチングするよう努めます。**  
自殺を誘発する因子についても研究を行い、その防止対策の確立、普及を図ります。

**イ 在宅医療の必要量の測定と供給体制の整備については、まだ供給の仕組みについて議論が充分進んでいないため、医療環境の異なる地区ごとに、モデル的事業を実施しようとしています。**

35

スライド 35

**II 地域包括ケアシステムをどのように構築するのか**

**本県の特徴**

- 奈良県では、現状でも人口に占める65歳以上の方の割合(高齢化率)が全国よりも高く、ベッドタウン中心の地域であるため、高齢化の進展が早い。  
(全国:26.0% 奈良県:27.2% 平成26年10月時点)
- たとえ介護が必要なあっても、自宅で暮らしながら介護を受け、「自宅で最期を迎える」と考える高齢者が多い。(一般高齢者、要介護認定者の割合:約6割)

**1. 地域包括ケアシステム構築のプロセス**

- 地域の実情に応じてケアシステムの5つのパターンを想定し、それぞれのプロジェクトを行なえながら異なるタイプの地域包括ケアシステムの形成プロセスを学ぶ。
- 県と市町村が連携して行うまちづくり(奈良モデル)において、地域包括ケアシステムの導入を図る。
- 地域包括ケアシステムのプレーヤー(地区の看護師、保健師、介護士等)の多職種間連携ネットワークを構築する。

36

スライド 36

**2. 5つのパターンの地域包括ケアシステム**

- ① 県立奈良病院跡地活用プロジェクト(拠点型、病院跡地全体活用)  
・新しい県立病院を移転建設した跡地(約3ha)をまるごと地域包括ケアシステムが行き届く地区とする。
- ② 西和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(在来住宅地展開型)  
・県立西和医療センターと地区的保健所が核となり、近隣の7町の医療介護連携を推進。
- ③ 県立医大周辺まちづくりプロジェクト(病院隣接型)  
・県立医大の教育・研究部門を近隣に移転する跡地に医大附属病院と連携した地域包括ケアが展開できるまちづくりを構想。
- ④ 宇陀市在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(保健師活用型)  
・宇陀市立病院を在宅医療連携拠点とする多職種連携の取り組みを県中和保健所の保健師が中心になって推進。
- ⑤ 南和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(過疎地型)  
・まもなく開院する南奈良総合医療センターが核となり、へき地診療所との連携・電子カルテシステムを活用した広大な南和地域全体の地域包括ケアの構築を推進。

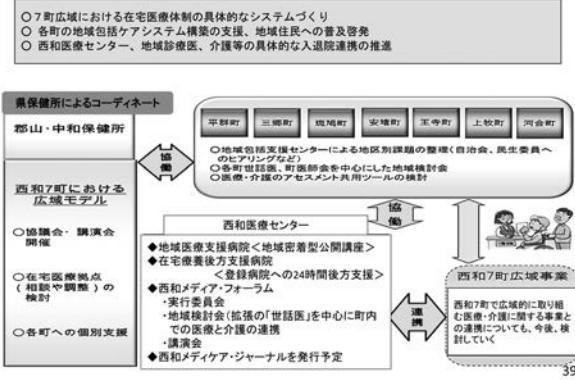
37

スライド 37



スライド 38

## ②西和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(在来住宅地展開型)



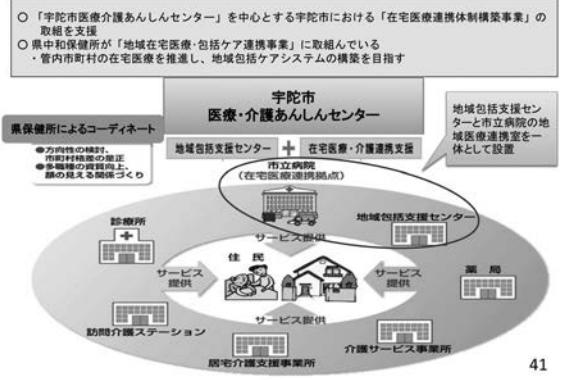
スライド 39

## ③医大・周辺まちづくりプロジェクトについて（病院隣接型）



スライド 40

## ④宇陀市在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(保健師活用型)



スライド 41

## ■保健師の役割

### 保健師は「オールマイティ」、地域の健康づくりの「かなめ」

県と市町村保健師のネットワークを強化し、横断的に重層的に、保健・医療・福祉の一体的な地域ケアシステムを構築するとともに、ライフサイクルを通じて予防から治療、地域ケアまで切れ目ない支援をする。

- ・これまでの対応策等の経験を活かし、次の機能を発揮
- 訪問診療する意欲のある医師の拡大を図る・小児在宅医の養成研修の実施
  - 在宅医療の連携を支えるチーム作りのコーディネーター役を引き受けける
  - 住民の意識の啓発を行う



・宇陀市等では、県、市町村保健師のネットワークを活用して多職種連携会議等を開催することで、頭の見える連携が構築できた。今後は、県内市町村でネットワークを活用した多職種連携会議等の開催、医療との競合役として地域ケア会議への参画等を進め地域包括ケアシステムの構築につなげる。

・平成27年度は、県と市町村で全体20名程度の保健師新規採用。県は新任期・中堅期・リーダー期ごとに県市町村合同研修を主催し、資質の向上を図りコーディネーター等保健師の専門性を磨いている。

42

スライド 42

## ⑤南和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(過疎地型)



スライド 43

## 2 市町村と連携して地域包括ケアのまちづくりに取り組む

- 本県では県と市町村が連携協定を締結し、まちづくりを推進する取り組みを進めている（現在8市1町と締結）
- まちづくり連携協定の対象となった市町村事業に対して、県はソフト事業2分の1、ハード事業4分の1の補助を行うこととしている。
- 締結した市町では、地域包括ケアシステムをテーマにすることが出てきている。

## 3 在宅医療・介護、終末期医療のあり方

これらについては地域包括ケアシステムにおける重要なテーマであるので、地域医療構想検討の過程でその内容を充分詰めることとする。

44

スライド 44

### III 望ましい医療従事者の確保・養成

#### 1. 医学教育の見直し

- ・県立医大将来像策定会議(メンバー:知事、県立医大学長、病院長、医学部長、研究部長、看護部長等。月1回ペースで開催中)において、県立医大はどのような医療人をどのように育てるのかについて議論中。
- ・建学の精神(今までなかった)の創立のため、県立医大建学の言葉を次のように策定

豊かな人間性に基づいた高い倫理観と旺盛な科学的探究心を備え、患者、医療関係者、地域や海外の人々と優しい心で積極的に交流し、最善の医療提供を実践し続けようとする強い意志を持った医療人の育成を目指します。

45

スライド 45

- ・現在、将来像策定会議において、シラバスを精査見直し中
- ・文科省の法律改正で知事が総合教育会議を主宰し、地域教育振興大綱を策定できることになった。奈良県では医学教育を同教育振興大綱に盛り込む予定。
- ・「良き医療人は現場が育てる」との考え方立ち、奈良県総合医療センター内に「教育研修センター」を設置。
- ・センターの施設、設備は、県内の医療機関に開放。県内の医療機関関係者が自由に参加できる研修を実施。

46

スライド 46

### IV 健康づくりとまちづくり

- 1 医療提供体制がいくら充実しても、健康であることのほうがより重要。  
(健康づくりに勝る治療なし) また、健康づくりは、発症の抑制に繋がります。  
奈良県では、健康長寿日本一を目指して、地域の健康づくりに取組んでいます。

#### 1. 健康寿命とは

$$\text{健康寿命} = \text{平均余命} - \text{平均要介護期間}$$

【健康寿命を伸ばすために必要なことは】

1. 要介護にならないため、病気予防と病後の機能回復(リハビリ)
2. 若くして亡くならないため、適切な医療の提供
3. 自殺の予防も含めた精神衛生の維持

48

スライド 48

2. 一方、「発症の抑制」についても、長期間にわたり、地域の生活習慣を変えることで効果が出るものについて、その効果の検証、地区の差異分析を行いつつ、地域としての対応策を検討し、県が主体的に健康づくり対策として取り組みます。

#### 発症の抑制の P D C A



健康づくり → 発症リスクの軽減

49

スライド 49

3. 健康づくりは地域ぐるみで行う必要があります。いつでも、どこでも、誰でもが運動できる環境づくり、高齢者が外出したくなる文化イベント、スポーツイベントの開催、食事や運動を適正に行う生活習慣の改善等、健康づくりに必要な対策は地方公共団体の努力で行えます。

50

スライド 50

(4) 奈良県では、最近健康長寿に寄与する要因の研究を行いました。

- ① 健康長寿の延長により大きく寄与する要因(喫煙率、運動割合、飲酒量・頻度などの健康指標)の分析を行い、
- ② 統計指標に基づき、どの健康行動がより大きく寄与するか、を推計し、
- ③ より大きく寄与する要因から、改善を実施し、健康長寿延伸の設計をしていくとしているのです。
- ④ その結果、奈良県では、男性では喫煙率の改善、女性では、塩分摂取量の改善が、死亡率減少に最も寄与する。
- ⑤ 奈良県の健康寿命延伸計画がその目標を達成した際には、男性の健康寿命の延伸が女性のそれより大きいこと、などが推計されました。

51

スライド 51

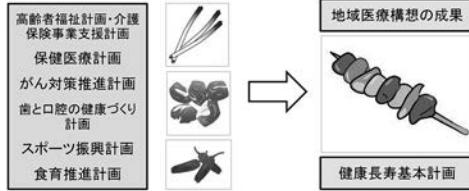
5. 健康の歯車づくり  
健康づくりは、色々な分野別の計画を組み合わせて総合的に行う必要があります。奈良県では、総合的な健康寿命延伸計画に取り組んでいます。



52

スライド 52

6. 健康づくりにおける県の役割は、焼鳥屋のイメージです。



国の計画は、すべからく縦割ですが、地域では、それを横串に刺して、料理する必要があります。医療、介護総合計画の成果は、焼鳥屋の“腕”にかかっているとも言えます。

53

スライド 53

## V 医療提供体制の中で、ICTの活用をどのように行えばよいのか

- (1) 救急搬送において、「e-Match」を採用していますが、救急搬送時間において、著しい改善が見られません。そのため、県内2拠点でER型救命救急センターを整備し、それとマッチする救急搬送ルールの改善を行っています。
- (2) 「e-Match」のデータを利用して、病態ごとに発症地域、搬送先の分析を行い、地域医療構想の需給マッチングに役立てようとしています。
- (3) 県立系病院受診者に「マイ健康カード」の作成をお勧めし、ご本人の将来の医療サービス受容を効率的・効果的にしようとしています。
- (4) 過疎地において、高齢者の看守りに役立つスマホのアプリを開発しようとしています。
- (5) 複数のベンダーとICTコンソーシアムを組み、地域医療・介護連携のためのICTシステム導入の検討事業を行っています。
- (6) DPC、e-Match情報、レセプトデータを収集分析し、将来の医療需要発生の傾向と対策を探ろうとしています。

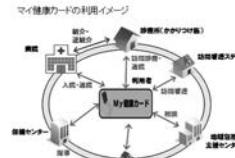
54

スライド 54

## マイ健康カードシステムとは、

個人の病歴や薬歴などの医療情報をマイ健康カードに記録し、情報開示は生体認証を行い、病院や診療所、薬局などで情報を作共化することで、重複検査や薬の重複投与を防止するとともに、これまでの診療経過を踏まえた医療を受けることができる仕組み。

また、マイ健康カードには、血圧や体重、歩数などの健康情報もあわせて記録することで、個人の健康づくりにも活用する。終末期治療の諾否、臓器提供の意思の有無など、本人意思の確認にも利用することができます。



55

スライド 55

## VI 医療の安全性確保はどのようにすればよいのか

「厚生労働大臣が指定する…医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院管理者又は遺族から、調査の依頼があったときは、必要な調査を行うことができる」  
(医療法第六条の十七)

「運輸安全委員会は、航空事故等、鉄道事故等及び船舶事故等の原因並びに航空事故、鉄道事故及び船舶事故に伴い発生した被害の原因を究明するための調査を適確に行うとともに、これらの調査の結果に基づき国土交通大臣又は原因関係者に対し必要な施策又は措置の実施を求めるこを任務とする。  
(運輸安全委員会設置法第四条)

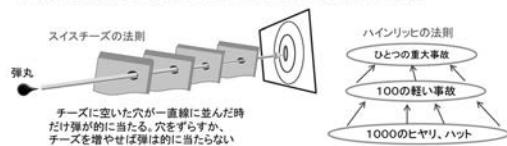
「都道府県は、「医療安全支援センター」を設け①病院等への苦情対応、相談対応、病院管理者への助言、②医療安全確保に関する情報の提供、③病院管理者及び従業員への医療安全に関する研修、を行う」  
(医療法第六条の十三)

56

スライド 56

奈良県では、かつて「大淀病院事件」(搬送された妊婦が途中で死亡)、「山本病院事件」(生活困窮者に対する医療過誤)がありました。医療の現場から事故を無くすことは極めて重大なる課題ですが、まだまだ道半ばのように思えます。

医療事故防止のためには、「スイスチーズの法則」に則り、事故発生リスクの軽減を図るとともに、「ハイアーリヒの法則」を信じ、「ヒヤリ、ハット事業」の収集、調査、原因究明を実行することが肝要です。



国は医療事故調査・支援センターにおいても、できるだけ多くの事例を「調査」し、体系的に整理、分析し、原因究明を図り、事故再発防止に繋げていただきたいと考えています。(医療のNTSBを目指して下さい)  
57

スライド 57

**今中**／先生方、貴重なご講演をありがとうございました。それぞれのお立場からお話をいただきましたけれども、追加でのご発言やご質問はございませんでしょうか。

**邊見**／兵庫にも県立医大があったらよかったなと思います。神戸大学に医師の派遣をお願いしても、国立だから市町村のために働いているわけではないと門前払いですね。だからもう少し地域枠の方が出てくれば違うのかもわかりませんけれども。

**今中**／荒井知事、何かコメントありますでしょうか。

**荒井**／いかに県立でも人事権はないので、財政権と申しまして予算案をつけて調整しています。お金を使わずに改良してくれというのは共通のねがいですが、僕はお金を使ってもいいから、パフォーマンスを良くしてほしいといっています。先ほど申しましたように、医大を新しく作るというようなビッグプロジェクトを提案して、貢献してほしいということを伝えるようにしています。また将来像検討会議では、教育・研究・診察の内容と新たに付け加えた地域貢献を入れた中期目標・中期計画を念入りに作成しました。地域のパンフレットを作成しまして、全職員に配布いたしました。このように財政権を利用して、やっております。国立は財政権の主体が国なのでなかなかうまくいかないと、ほかの知事が嘆いておられるのをよく聞きます。ですので、国立医大を全部県立化すれば地域医療構想にぴったりではないかと内心は思っております。

**今中**／ありがとうございました。土居先生、どうぞ。

**土居**／実は私は奈良県立医大病院でこの世に生まれまして、3歳の頃まで奈良にいたので、はからずも県立医大の話になったのでちょっとひとこと申し上げたいと思います。まさに、おっしゃるように、県の権限の範囲内でどうやって地域医療構想や医療計画、さらに医療・介護の連携をやっていくかが重要になってくると思います。国から県に丸投げされているという面がなきにしもあらずだと先ほどおっしゃったのは確かにそのとおりだと思いますが、やはり厚生労働省もなすすべがないのではないかと思う。彼らは、制度設計はできますが、県庁に出向されている方は別として、少なくとも自分たちが現場に直接手を下す手段には限りがあるのではないかと思う。それゆえ間接統治的なやり方になってしまっているような印象があります。右肩上がりの経済で、人口増の時期には、全国画一的にやっても、それほど深刻な問題はなかったのかもしれません。しかし、先ほど議論がありましたように、都市部と過疎部では医療需要の動向も違いますし、人口動態も違いますので、それぞれの地域の実情にあった形でやっていくには、やはりその県でやっていただくのが、私は非常にふさわしいと思っています。全国知事会の中でも、荒井知事の積極的なイニシアティブで、他の県にもこの奈良県の好事例を積極活用していただくと、他の県でも同様のことが取り組まれるのではないかと思っています。その意味で、これからますます期待しているというところです。

**今中**／土居先生、どうもありがとうございました。フロアから何かご質問やご意見がございましたら挙手をお願いいたします。

**質問者1**／主に土居先生になると思いますが、データ解析をしていますと、WPO や OECD に比べて日本の在院日数というのは非常に長いといわれ

ています。かつ、個々の病気に関して分析してみると、その差がさらに広がっています。つまり、日本医療資源を有効に使ってないのではないかと思うのです。今、白内障の在院日数について調べているのですが、OECD 主要国では 95%以上が日帰り入院となっています。ある論文によると、在院時間が 3 時間 37 分で平均することができたというような報告もあります。一方日本では、100 病院弱で患者数 6 万人程度のデータを検討しますと、平均在院日数が 3.8 日、約 4 日になっています。こういうことを考える上で、医療の効率性を真剣に考えないと、日本の医療が成り立たなくなるのではないかと、いうふうに考えました。先生のご意見を伺いたいと思います。

**土居**／ご質問ありがとうございます。私もまったく同感であります。医療界の方とお話をしていると、非常に志の高い方は、今のやり方で、極端に言えば、過剰に医療資源を投じているところをなくして、必要なところにきちんと手当てすればもっとよくなるのにという話は、もう、山ほどアイディアはあることを、私も実感しております。ただ、これは遠藤先生におうかがいしたほうがいいのかかもしれませんけど、政策形成過程に入るとなかなか動かないというギャップが非常に大きいと思います。私は財政当局の方と話す機会が多いわけですがれども、財務省はゾウの背中をなでているだけで、医療の中身をあまり詳しくは知らないわけですね。だから診療報酬関係の話になる時には、診療報酬の報酬総額がどうなるかというところに直接議論のできる場合にのみ、個別各論的に、尖鋭的にそこだけ議論を持ち出す。例えば受診時定額負担とかですね、そういうような話ばかり尖鋭的に議論をするのですけれども、医療の現場については、実際平均在院日数が長いから減らしたほうがよいのではないかということくらいしか話が

でないですね。これが財政面からはどのように手当したら実現できるのかというところになると、財務省にはそういう手段はないので、結局は総額で診療報酬改定率はいくらかということだけしか議論できなくなってしまいます。そして改訂率が決まったあとは、中医協で個々の議論になって、そこはもう財務省はまったく手が出せません。そういうマクロとミクロのミスマッチみたいなものが、特にこの医療政策の現場と政策形成とのあいだのギャップの大きな原因になっているのではないかと思います。そういう意味でも医療の現場ないし医療経済学会から、そういうマクロとミクロのミスマッチをうまく、ミッシングリンクをつなぐような研究がもっと広く浸透して、世の中で政策形成に影響がおよぶような形で反応が出されるといいのかなと、私自身思っております。

**今中**／遠藤先生、いかがですか。

**遠藤**／平均在院日数の短縮の話ですが、諸外国と比べると日本は長いというのはその通りです。しかし趨勢としては短縮傾向にあります。そのための手段としてやってきたのは、診療報酬です。入院基本料を在院日数に応じて遞減させる仕組みを導入しました。在院日数が一番短縮したのは精神病床です。一般病床は短縮していますが、療養病床の平均在院日数は少し伸びてきています。療養病床には入院基本料の低減制を導入していませんし、また医療ニーズの低い患者さんは療養病床ではなく、介護施設や在宅医療にシフトするような政策誘導を展開しているので、療養病床の入院患者の医療必要度は高くなっています。そのような理由で、療養病床の在院日数は多少伸びています。在院日数短縮の課題は、結局は受け皿がどの程度整っているかに依存しますので、ドラスティックに短縮させることは難しいと思います。

今中／では、荒井知事、どうぞ。

荒井／ちょっと追加の質問をさせていただきたいのですが、診療報酬のあり方というのがよく見えないので。先生は診療報酬決定に参加されている面もあるので、お伺いしたいのですが、診療報酬の際の医療行為の点数をつける時の、範囲や基準はどのように決めているのか。鍼などの医療行為で診療報酬が出ると聞いていますが、予防医療についてはあまり高い診療報酬が出ない。診療報酬の思想というのはどこにあるのか。それは価格体系を作る時の、普通よくあるのは平均コストがこのくらいかかるからこれだけ費用を回収しないよというのと、これだけ成果があるからといっていいよという成果主義と2つありますが、どちらに向かっているのか。まったくわからないのですが、それをお聞きしたい。

遠藤／いくつかのことをおっしゃいました。まず、診療報酬の範囲をどういうふうに考えているのかという話ですが、やや複雑です。まず、手術料のように個別の技術を評価する特掲診療料と、入院基本料や初診料のような一連の医療行為をまとめて評価する基本診療料とに分かれます。さらに、これらを積算して支払う出来高払いと、一定の基準で包括して支払う包括支払いとにわかれます。何を出来高とするか、包括とするかという問題は、かなり慎重に議論されます。

それから医療保険は予防になぜ使わないかという議論ですが、医療保険は保険なので、偶発的に発生する事故に対してのみ用いるべきという考え方があります。予防のように本人の意思で発生する需要については、保険にはなじまないということです。もっとも、最近は重症化予防という言い方で、事実上の予防行為が治療とみなされて医療保険適用になっているケースも増えています。

す。もっとも、そのためには、それが高い確率で重症化を防ぐというエビデンスが求められます。したがって、どこまでが予防で予防でないかというのは微妙なところではあります。

つぎにコスト償還主義と成果主義の話です。医療団体はコストを正しく償還できる価格体系にすべきだと常に言っておられます。特に入院基本料などは、コストをきちんと反映してないのではないかと主張されます。医療行為のコストを正しく公定価格で償還するのはつぎの二つの理由で難しいのが現状です。コストを全額補填するということは、電力会社の総括原価方式と同じで、コスト抑制の圧力が働かないので適切ではないという考えです。もう一つは、個別の医療行為ごとのコストを正確に計測することはほぼ不可能だという技術上の課題があります。現実には、コストと価格に多少のかい離があることを前提に、病院内で、採算部門から不採算部門への内部補助で対応しているのが実態だと思います。

それから成果主義についてですが、最近はいろいろと導入されています。特に注目されているのが退院時の在宅復帰率です。在宅復帰できるだけ回復させることができたのだから報酬を出すというものです。ただ、在宅復帰は地域の受け皿体制といった社会環境に依存するものですから、医療の成果として適切かどうかやや疑問が残ります。では、社会的な要因が入らない何らかの臨床指標を使って科学的な改善度を測れば成果主義はベストかというと、それも問題があります。医療の効果には不確実性があって、一生懸命治療したから必ずよくなるかというとそうではありません。成果主義はこのリスクをすべて医療者側に負担させることになりますから、ハイリスクの患者さんの受け入れ抑制にもつながりかねません。このように成果主義は概念としては優れていますが、様々な課題があるのも事実です。

**荒井**／何か古い運賃制度みたいですね。バス会社を維持しようというので、内部補助を前提として営業区域を決めて、あまり参入しない。競争があつて、コスト主義ならコスト主義で徹底すると、その料金に即していい参入があるというようにだんだん変わってきているのに、相当古い価格体系を持っておられるように思います。

**遠藤**／ただ、医療行為は極めて多様なので個別のコスト把握は非常に難しいのが実態です。中医協でもいくつかの病院を対象に詳細な分析を行ってきたのですが、なかなか代表性をもつ説得力のあるコスト把握はできませんでした。したがって、診療科ごとの収支に差があるのもしかたなく、その結果、内部相互補助で運営されている側面もあるのが実態です。

**荒井**／先ほど、ベストプラクティスのコストと、だらだら診療のコストと、明らかに、コスト、行為の差があると思いますね。そのベストにするとかわいそだから、まぁちょっといいほうで標準コストを決めるというのは、普通の民間の考え方だけれども、あえて悪いほうに決めて補償しているのではないかという疑いが消えない。

**土居**／荒井知事が先ほどおっしゃった産業組織論、決して古くなくてむしろ最先端、こちらで、そういう観点で研究されている方もいらっしゃると思いますが、日本の診療報酬で足らないのは、需給調整という発想であるという印象を私は持っています。もう少しそういう発想があつてもいいかなと。医療経済学の研究の中でも、医療需要の価格弾力性とか、そういうことも研究されているわけですけれども、今までそれが直接診療報酬に反映されるというわけでは必ずしもありませんでした。それから、標準的なコストという意味で言う

と、やはり包括払いの仕組みをもう少し洗練して、きちんと広げていくという必要があります。だんだん広まって、DPC病院などが広まっているのは事実なので、決して後ろ向きになっているわけではないのですけれども、やはり包括払いをさらに広めていくことで、出来高払いの問題をより小さくしていくということは、これからますます必要になってくると思います。

**邊見**／中医協に初めて行った時、私は、「医師ではありますけれども、医師の代表ではありません。30以上の職種が働く病院の代表です。2年間の議事録でひとつも出てないMSWの代表でもありますし、臨床工学士の代表でもあります」と申し上げました。さらに、外科医でありますので、「ものすごいハイリスクローリターンの外科の手術料をどうにかしてくれないともう外科医は滅びます」ということを申し上げました。それからまた地方の代表ですので、「このようなことでは地方から医療はなくなります」と、その点を、初めにご挨拶で申し上げました。診療所の先生ばかりですから、臨床工学士というのがどういう職業か、とか、MSWが何をしているか、委員の先生は誰も知りませんでした。ですから、なかなか難しいなと思いましたね。

**遠藤**／診療報酬による需給調整はあると思います。主に医師、すなわち供給のコントロールに使われます。7対1基準看護の導入により7対1病棟は想定以上に増加しました。一方、患者の受療行動、つまり需要のコントロールは診療報酬ではなく主に自己負担で行われます。

**邊見**／国保が都道府県に委譲されて、今度の地域医療構想がまた都道府県がやるとかいうことになると、47都道府県一律でなくて、予防医療や医

療費が少ない分野をある程度変えられるような権限というか、フレキシビリティを与えるというのもいいのではないかと私は思っているのですが。

**遠藤**／診療報酬の点数を全国一律にしないということですね。その議論は昔からあるし、私もそれには賛成ですが、実際には、看護師など医療資源が不足している地域では、算定要件を一部緩和するといったことしかやっていません。実はあまり知られていませんが、後期高齢者医療制度を作った時に、医療費適正化目的であれば都道府県単位で独自の点数をつけられるという法律改正が行われています。今後、これをどう扱っていくのかも興味あるところです。もっとも、中医協の議論などから、保険者の方たちは、全国一律価格を維持すべきという意見をお持ちのような印象ですが。

**今中**／それでは、時間がだんだんなくなってまいりましたが、あともう1問ほどは質問が受けられると思いますが、いかがでしょうか。はい、では岩本先生。

**質問者2**／これから病床数を減らしていくということも入っているみたいですが、地域まで落としてくると難しい状況があるかと思います。たとえば5つ6つの市立病院があって、4つにすることを県ができるのでしょうか。地域に落とした時に疑問に思うのですが、それに関してあまり明確な議論というのはされてないと思います。どなたか、そういうことに関して議論というかご意見があったらうかがいたいと思います。

**今中**／土居先生のほうからお願ひします。

**土居**／遠藤先生が座長をされている懇談会で、知事の権限は民間病院ないしは有床診療所まで強制

力がないということですよね、とさんざん確認を求めることがありました。医政局は「そうです」と答えています。私が思うのは、確かに病床を減らさなければいけないということですが、高齢者が減る地域ならいざしらず、人口は減るけれども高齢者はそれほど減らなくて、微増か、ほぼ一定といっている地域は慢性期の病床はある程度確保しなければいけない。だけども高度急性期は確実に減らさなければいけない。そういうところがあって、私の印象で言うと、大学病院や県立、自治体病院で高度急性期をやっているところの高度急性期機能を減らすということのほうがむしろ変動としては大きいのではないかと思っていて、その部分を確実に減らすことで、経営の効率性は必ずしもよくないかもしれないけど、有床診療所とかは慢性期のベッドで、対応していただくことでいいと思う。本当は統合できるなら統合したほうがいいと思いますけど。今は地域医療構想ないしは病床再編と診療報酬はつなげないという建て前ではいますが、明らかに近い将来、この両者はそれなりのリンクをつけないといけなくて、そうなれば、当然診療報酬で誘導する形で経営効率が悪い診療所なり病院の再編を促すとか、そういうようなことができるかもしれない。知事の権限で統合するのは、かなり、私も難しいところがあるかなと思います。

**邊見**／自治体病院のお話が出ましたので補足させていただきますけど、自治体病院は、人口10万以下の中小都市、あるいは診療圏が20万人以下のところは、おそらく急性期だけではもう生きていけないだろうという風に考えております。自治体病院協議会でも砂川市民病院などはもう500床の病床を少し減らして地域包括ケア病棟をひとつとっています。周りにそういうふうな、バックアップの後方支援病院がないわけですから。こ

れは仕方ないと思います。それから、有床診療所の方々は非常に皆さん優秀ですが、皆高齢化しています。ご子息が戻ってこないので、自然淘汰されていきます。だから2025年の有床診療所数を計算しないといけないのですが、2025年にはもううちはないですから報告しませんという人たちもおります。私は有床診療所に残ってほしいと思っています。日本の医療がうまくいっていたのは有床診療所があるからだと私は思っています。あれは小型の病院だと思っていますが、それがどんどん減っていっているのが、ちょっとさびしいですね。

**今中**／最後に荒井知事、よろしくお願いします。

**荒井**／有床診療所の位置づけは地域医療構想の中でも枠外みたいになっていますね。実情は小規模な有床病院は地域包括ケアの主役になりつつある

面もあります。地域包括ケアの提供拠点は医療だけではなく、意欲のある病院は、老健施設や住宅・リハビリなどの併合施設に経営の形態を変えつつあります。地域包括ケアシステムの大変なのは元気な地区医師会、特に熱心なところは地域包括ケアが非常に円滑にいくような印象があります。連携して一緒にやりましょうということなので、支配の関係ではありません。病床機能のテーマというより地域包括ケアのテーマのほうで取り扱われています。

**今中**／荒井知事、ありがとうございます。今日は土居先生、邊見先生、荒井知事から非常に貴重なお話をいただきましてこのシンポジウムも大きな成果が上がったと思います。熱心にご参加いただきました聴衆の皆さん、どうもありがとうございます。時間となりましたので、これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

## 医療経済学会 第11回研究大会のご案内（第二報）

日時：2016年9月3日(土) 9:20～19:10 (8:30より受付開始)

会場：早稲田大学 早稲田キャンパス 商学部 11号館 5階

メイン会場：501、A会場：502、B会場：503、C会場：506、D会場：507

◇ 一般演題（29演題）

時間：9:20～19:10

会場：A会場・B会場・C会場・D会場

◇ 総会

時間：13:00～13:20

会場：メイン会場

◇ 基調講演

時間：13:30～15:30

会場：メイン会場

テーマ：「フィールド実験の展望と課題 ～日本の医療政策における社会実験の可能性を模索する～」

基調講演演者：近藤克則 氏（千葉大学 予防医学センター）

：澤田康幸 氏（東京大学 経済学研究科）

パネルディスカッション

モデレーター：橋本英樹 氏（東京大学 医学系研究科）

ディスカッサント：近藤克則 氏（千葉大学 予防医学センター）

：澤田康幸 氏（東京大学 経済学研究科）

：野口晴子 氏（早稲田大学 政治経済学術院）

：眞鍋 馨 氏（厚生労働省 大臣官房企画官）

◇ チュートリアル

- ・第6回若手研究者育成のためのセミナー（発表者2名）

時間：15:50～17:50

会場：C会場

- ・「医療経済研究機構」研究助成対象者の発表（発表者1名）

時間：17:50～18:30

会場：C会場

1. 受付

2016年9月3日(土) 8:30より開始 商学部11号館 5階

2. 参加申し込み

当日受付(8月27日(土)以降のお申込み)

学生会員:無料

一般会員: 6,000円

非会員:11,000円

事前受付(8月26日(金)締切)

学生会員:無料

一般会員: 5,000円

非会員:10,000円

3. 会場内での留意点

- ① 場内でのお尋ね・お呼び出し等は、「受付」でお申し付けください。
- ② 会場内は全面禁煙となっております。指定された場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
- ③ 会場内では携帯電話の電源をオフまたはマナーモードにしてください。
- ④ 当日は研究大会の会場以外への立ち入りはご遠慮下さい。

4. 記念品について

申込みをされた方のみ、別途案内しております。

5. 駐車場について

申込みをされた方のみ、別途案内しております。

上記以外の方は公共交通機関のご利用をお願いします。

6. 昼食他

学内の食堂・生協は土日休業のため、キャンパス周辺のコンビニ・レストランなどをご利用ください。

7. お問い合わせ先

医療経済学会事務局 〒105-0003 東京都港区西新橋1-5-11 11 東洋海事ビル2F

FAX 03-3506-8528 URL: <https://www.ihep.jp/jhea/inquiry.html> E-mail: gakkai@ihep.jp

<研究大会前後の連絡先:事務局>

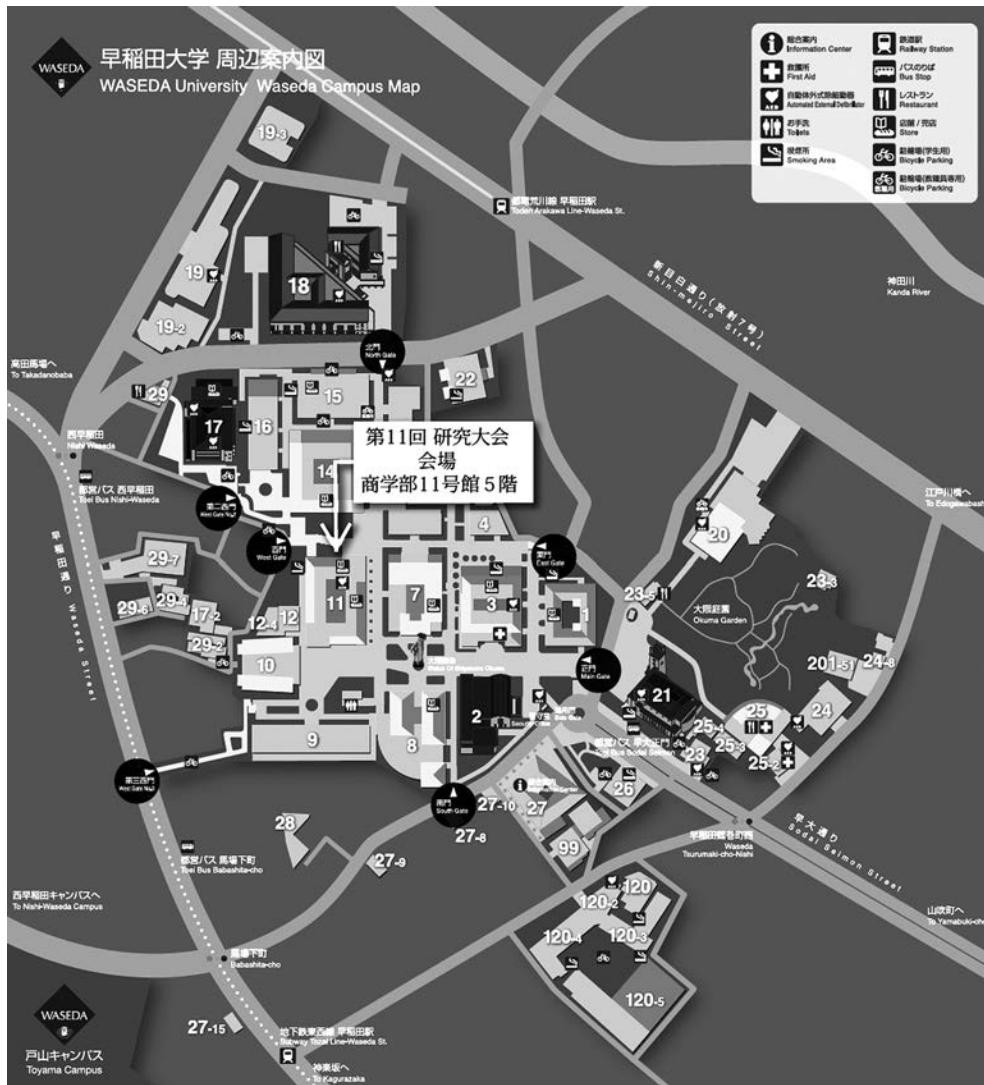
TEL: 03-3506-8529 担当: 小平、近藤、原田

<当日の緊急連絡先>

研究大会事務局(研究大会当日の急用のみです) TEL 080-2875-9399

## 8. 会場へのアクセス

早稲田大学 早稲田キャンパス（〒169-8050 新宿区西早稲田 1-6-1）



主な交通機関（早稲田大学ホームページより）

JR	山手線 高田馬場駅から徒歩 20 分
西武鉄道	新宿線 高田馬場駅から徒歩 20 分
地下鉄東京メトロ	東西線 早稲田駅から徒歩 5 分 副都心線 西早稲田駅から徒歩 17 分
バス	都バス 学 02 (学バス) 高田馬場駅－早大正門 都バス 早稲田停留所
都電	荒川線 早稲田駅から徒歩 5 分

※開始時刻前後は混み合うことが予想されますので当日会場へは多少余裕を持ってお越し下さい

## 『医療経済研究』投稿規定

本誌は以下の目的にかなう研究の成果物を広く募集します。原稿の種別は下記の通り医療経済・医療政策に関する「研究論文」、「研究ノート」、「研究資料」とします。但し、本誌に投稿する論文等は、いずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。

なお、投稿にあたっては共著者がある場合は全員の同意を得るものとし、投稿後の採否の通知を受けるまでは他誌への投稿を認めません。

1. 目的
  - (1) 医療経済・医療政策の分野において研究および調査の発表の場を提供する。
  - (2) 医療経済・医療政策研究の発展を図り、医療政策立案及び評価に学術的基盤を与える。
  - (3) 医療経済・医療政策の分野において産、官、学を問わず意見交換、学術討論の場を提供する。
2. 原稿種別
  - (1) 「研究論文」：理論的または実証的な研究成果を内容とし、独創的な内容をもつもの。実証的な研究の場合には目的、方法、結論、考察について明確なもの。
  - (2) 「研究ノート」：独創的な研究の短報または小規模な研究など、研究論文としての基準に達していないが、新しい知見を含み、学術的に価値の高いもの。
  - (3) 「研究資料」：特色ある資料、調査、実験などの報告や手法の改良などに関する報告等で、将来的な研究に役立つような情報を提供するもの。
  - (4) 本誌は上記のほかに編集委員会が認めたものを掲載する。
3. 投稿者の学問領域、専門分野を問いません。また医療経済研究機構または医療経済学会の会員であるか否かを問いません。
4. 投稿者は、投稿に際し、本文・図表・抄録を電子メールで送付するとともに、投稿論文の原稿1部を郵送してください。なお、原稿は返却いたしません。  
また、投稿者は、「研究論文」、「研究ノート」、「研究資料」の原稿種別の希望を提示することはできますが、その決定は編集委員会が行うことと致します。
5. 原稿執筆の様式は所定の執筆要領に従ってください。編集委員会から修正を求められた際には、各指摘事項に個別的に応え、再投稿して下さい。  
編集委員会が修正を求めた投稿原稿について、通知日から90日以上を経過しても再投稿されない場合には、投稿の取り下げとみなします。ただし、事前に通知し、編集委員会が正当な理由として判断した場合はこの限りではありません。
6. 研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（公的機関や私的企業の名称、研究課題名、補助時期など）を謝辞の中に明記してください。
7. ヒトを対象とした研究である場合には、以下に例示する倫理基準などを参考に適切に行われていることを明示してください。
  - 疫学研究に関する倫理指針
  - 臨床研究に関する倫理指針
8. 医療技術評価に関する研究については、編集委員会が必要と判断した場合は、審査に先立って利益相反（Conflict of Interest）の有無についての情報を開示していただくことがあります。
9. 投稿論文の掲載の採否および種別については、査読審査に基づいて、編集委員会にて決定します。その際、「研究論文」の基準には満たない場合であっても「研究ノート」または「研究資料」としての掲載が可能という決定になる場合もあります。
10. 採用が決定した論文について、研究の構成そのものにかかる指摘や評価が分かれる場合については、編集委員がコメントをすることがあります。その際には、投稿者へ事前にご連絡いたします。
11. 採用が決定した論文等の版権は、医療経済研究機構に属するものとします。採用された場合には、あらためて版権移管の用紙に執筆者全員の署名をいただきます。
12. 採用された論文の掲載料金は無料です。別刷が必要な場合にはその旨ご連絡ください。実費にて申し受けます。
13. 採用された論文については、「学会論文賞」の選定対象となり、正賞を医療経済学会から、副賞を医療経済研究機構から贈呈します。
14. 英文の校正等は、第一義的には投稿者の責任であり、水準に満たない場合は合理的な範囲での費用負担を求める場合もあります。
15. 原稿の送り先は以下のとおりです。  
E-mail kikanshi@ihep.jp

(問い合わせ先)

〒105-0003 東京都港区西新橋1-5-11 11東洋海事ビル2F  
 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構  
 医療経済学会雑誌・医療経済研究機構機関誌『医療経済研究』担当  
 TEL 03-3506-8529 / FAX 03-3506-8528

(2014年3月5日 改定)

## 『医療経済研究』執筆要領

1. 原稿の書式

(1) A4版 Word 入力

(2) 1行 40字×36行、横書き入力

匿名で査読を行いますので、著者の属性に係る事項は表紙（1ページ目）に以下①～④の項目を記入し、本体ページ（2ページ目）以降に本文を掲載し、謝辞を入れずに原稿作成をお願い致します。

① 題名著者の氏名および所属・肩書、謝辞、提出年月日

② 連絡先著者1名の所属・肩書、メールアドレス、住所、電話番号、FAX番号

③ 共著者全員のメールアドレス

④ 研究費補助の有無。研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（何年のどの機関・企業からの研究補助等）を謝辞の中に明記してください。

2. 原稿の長さは「40字×36行」12枚、英文の場合は6000語以内とします。

（表紙、図表、抄録は除く）

3. 抄録は和文（1,000字程度）および英文（400語程度、ダブルスペース）で作成の上、添付してください。また論文検索のため、和文・英文各10語以内でキーワードを設定し、末尾に記載してください。（英文キーワードは原則として小文字にて記載）

4. 注）は本文原稿の最後に一括して掲載してください。掲載は、注1)などのナンバーをふり、注）の番号順に並べてください。

5. 文献記載の様式は以下のとおりとします。

(1) 文献は本文の引用箇所の肩に 1)などの番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載してください。文献の著者が3名までは全員、4名以上の場合は筆頭者名のみあげ、(筆頭者), 他. としてください。

(2) 記載方法は下記の例示に従ってください。

①雑誌の場合

1) Wazana,A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? Journal of American Medical Association 2000;283:373-380

2) 南部鶴彦, 島田直樹. 医療機関の薬剤購入における価格弾力性の推定. 医療経済研究 2000;7:77-100

②単行本の場合

1) 井伊雅子, 大日康史. 第9章 予防行動の分析. 医療サービス需要の経済分析. 日本経済新聞社. 2002:173-194

2) Organisation for Economics Co-operation and Development. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publications, 2000.

③訳本の場合

1) Fuchs,V., 1991. National health insurance revisited. Health Affairs [Winter], 7-17. (江見康一・二木立・権丈善一訳『保健医療政策の将来』勁草書房, 1995, 245-261)

6. 図表はそれぞれ通し番号を付し、表題を付け、出所を必ず明記してください。また、本文には入れ込みます、1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を本文の右欄外に指定してください。

7. 見出しに振る修飾数字・英字等は原則として以下の順序に従ってください。

1. (1) ① (a) (ア) …

(2008年3月31日改定)

## Japanese Journal of Health Economics and Policy: Instructions to Authors

The Japanese Journal of Health Economics and Policy accepts articles from the subject areas of health economics and health care policy. Articles that are submitted to the Editorial Committee of the journal have to be original and, as such, should not have been published elsewhere, either in whole or in part, and should not be submitted to other journals while a decision on publication by the Editorial Committee is pending. Contributing authors should be mindful of, and strictly follow, the Guidelines set below.

1. The purposes of the journal are as follows:
  - 1) The development of research in the area of health economics and health care policy, with a view to this forming an academic basis for policy design and its evaluation.
  - 2) The provision of opportunities for scholars and other interested parties to present research results in the area of health economics and policy.
  - 3) The promotion of free exchange and the discussion of views, ideas, and opinions among all persons concerned with the various dimensions of health economics and health care policy.
2. Primarily, the following types of articles are accepted for publication:
  - 1) Research Papers: These are articles presenting detailed, original, empirical and/or theoretical research, and providing a clear statement and explanation of the objectives, method, and result of the research in question.
  - 2) Research Notes: These comprise small and concise notes on the original research, or articles containing new views and opinions of academic value that do not meet the standards of a research paper.
  - 3) Research Reports: These include reports on particular data, surveys, experiments, and other such matters, along with reports on improvements in research methodologies that can provide useful information for future research activities.
  - 4) Other articles that are approved by the Editorial Committee may be published.
3. Authors are subject to no restrictions with regard to their areas of research interest and expertise. The authors are not required to be members of the Institute for Health Economics and Policy and/or the Japan Health Economics Association.
4. Authors should email the main text of their articles along with the figures/tables and the abstract, and should, in addition, send a hard copy of the articles through regular mail. Articles once submitted will not be returned. Authors may express a preference as to whether their articles are to be published as a research paper, as research notes, or a research report, although author preferences regarding article type will not be binding upon the Editorial Committee.
5. Authors should follow the Writing Guidelines attached with the Authors' Guidelines. When asked by the Editorial Committee to make revisions, authors are expected to revise their articles in full accordance with the requirements of the Committee and to resubmit their completed and revised articles. If a resubmission is not made within 90 days from the date of notification, the submission will be considered as withdrawn. However, the 90-day limit will not apply in cases where the Editorial Committee decides that there is a valid reason for the delay.
6. In the case of articles based on research that has been supported by grants, fellowships, or other such funding, authors are required to provide the names of the awarding institutions or organizations concerned, the research title, the year the grant/fellowship was received, and all other relevant information in their acknowledgements.
7. The authors must clearly indicate that all research involving human subjects was conducted in accordance with the standards set out in the Ethical Guidelines for Epidemiological Studies and Ethical Guidelines for Clinical Research.
8. In the case of research concerning the assessment of health care technology, authors are advised that the Editorial Committee may, if necessary, request information regarding possible conflicts of interest prior to the evaluation of the articles concerned.
9. Decisions regarding the acceptance of articles for publication and the designation of the type of article will be made by the Editorial Committee on the basis of the referees' reports. Submissions that do not meet the standards for research papers may be published as research notes or research reports.
10. The Editorial Committee can comment on the papers accepted for publication if points related to research designs of the papers are made and/or opinions on paper reviews are divided. In that case, the authors will be notified of such comments.
11. Authors are advised that the Institute for Health Economics and Policy will retain the copyrights for all the works accepted for publication. The authors of the papers accepted for publication will be requested to sign a consent form for copyrights transfer.
12. There is no publication fee for the published papers. Extra copies of published papers will be provided at actual cost price upon the authors' request.
13. Articles accepted and published as research papers will be eligible for being considered for "Association's Paper Award" for the most valuable article of the year and the award-winning author(s) will be honored with an award certificate by Japan Health Economics Association and with an extra award by Institute for Health Economics and Policy.
14. Authors should assume principal responsibility for proofreading of the paper for language (English) related issues. Therefore, when the level of English does not meet the standard, authors may be requested to bear reasonable expenses for additional proofreading done by the Editorial Committee.
15. Articles should be sent to the following E-mail address:  
E-mail: [kikanshi@ihep.jp](mailto:kikanshi@ihep.jp)

### [Contact Information]

Editorial Office of the Japanese Journal of Health Economics and Policy  
 Institute for Health Economics and Policy  
 No. 11 Toyo Kaiji Building 2F, 1-5-11 Nishi-shinbashi, Minato-ku  
 Tokyo 105-0003 Japan  
 Telephone: (+81) 3-3506-8529; Fax: (+81) 3-3506-8528

## **"Japanese Journal of Health Economics and Policy"**

### **Manuscript Submission and Specifications**

**1. Format of articles**

Articles are to be submitted in the format of an A4-size Microsoft Word document file with 36 lines per page. As referee reading will be conducted anonymously, the following four items should be included on the cover page (first page), while the main text should appear from the body page (second page) onward and acknowledgements should not be included from that page onward. (1) The title of articles, the name, title and institutional affiliation of authors, acknowledgements, and the date of submission must be entered clearly on the cover page. (2) The name, title, institutional affiliation, address, telephone number, fax number and email address of authors should also be provided separately for contact purposes. (3) In the case of co-authored articles, the email address of all the authors concerned must be supplied in full. (4) Where articles are based on research that has been supported by grants, fellowships or other such funding, authors are to give the name of the awarding institutions or organizations concerned, the year of the award and all other relevant information in their acknowledgements.

2. Articles in Japanese should be no longer than 12 pages, with 40 characters per line. Articles in English should be no longer than 6,000 words, excluding the cover-page, figures/tables and abstract.

3. An abstract of about 1,000 characters in Japanese or about 400 words (double-spaced) in English should be prepared and attached to the article.

Up to 10 Japanese and 10 English keywords are to be selected for article searches and listed at the end of the abstract. Keywords in English should as a rule be in lower case letters.

4. Endnotes (e.g., 'Note 1') should be placed together at the end of the main text of the article in numerical order.

5. Bibliographical references should be numbered by superscript next to the citations in the main text of articles, and the full references should be listed at the end of the main text in numerical order with all numbers clearly indicated. Up to three authors for individual works may be listed in bibliographical references, but for works with four or more authors the name of the first author only should be given and followed by 'et al.'

The following specimen examples are to be taken as standard for contributing authors:

**Journal articles:**

- 1) Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of American Medical Association* 2000; 283: 373-380.

**Books:**

- 1) Organization for Economic Co-operation and Development. *A System of Health Accounts*. Paris: OECD Publications, 2000.

**Translations:**

- 1) Fuchs, V., 1991. National health insurance revisited. *Health Affairs* [Winter], 7-17. (Translated by Emi, Niki, Kenjo. *Future of Healthcare Policy*. Keiso Shobo, 1995. 245-261).

6. Figures and tables are to be numbered sequentially, with captions added and sources clearly indicated. Figures should not be entered into the main text of articles, but should rather be placed individually in separate attachments with the places for insertion indicated in the right margin of the main text.

7. Roman and Arabic numerals and letters used for outlines should as a rule be set out in the order as follows: 1. (1) a) ...



# 医療経済学会 入会申込書

## 【学会設立の趣旨】

医療経済学の研究者を広く糾合し、医療経済研究の活性化を図るべく、「医療経済学会」を設立する。この学会が医療経済学の研究成果発表の場として、広く研究者が交流する場となることで、その学問的成果に基づく政策や医療現場での実践が行われ、ひいては質の高い効率的な医療が提供されることを期待する。

年 月 日申込

入会希望の方は下記様式に記入の上、事務局までメール、FAX または郵送して下さい。

フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	西暦 年 月 日		
氏名						
会員の別		普通会員 学生会員		最終学歴 専攻科目		
所属先	名称			職名		
	住所	〒				
電話				FAX		
自宅住所		〒				
電話				FAX		
郵便物希望送付先（該当に○）			所属先・自宅			
E-mail						

\* 入会申込書に記載いただいた個人情報は、当学会のご案内・ご連絡にのみ使用致します。

\* 学生会員を希望される方は、学生証コピーの添付をお願い致します。

## 【主な活動】

研究大会の開催

学会誌「医療経済研究」の発行など

## 【学会年会費】

普通会員：年 10,000 円、学生会員：年 5,000 円

## 【入会の申し込みおよびお問合せは下記へ】

医療経済研究機構内 医療経済学会事務局

TEL 03-3506-8529 FAX 03-3506-8528

<http://www.ihep.jp> E-mail : gakkai@ihep.jp

---

<b>編集委員長</b>	橋本英樹	(東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻教授)
<b>編集顧問</b>	池上直己	(慶應義塾大学名誉教授)
	西村周三	(医療経済研究機構所長)
<b>編集委員</b>	井伊雅子	(一橋大学国際・公共政策大学院教授)
	駒村康平	(慶應義塾大学経済学部教授)
	菅原琢磨	(法政大学経済学部教授)
	鈴木亘	(学習院大学経済学部教授)
	野口晴子	(早稲田大学政治経済学術院教授)
	濱島ちさと	(国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部検診評価研究室長)
	福田敬	(国立保健医療科学院医療・福祉サービス部部長)
	安川文朗	(横浜市立大学国際総合科学部教授)

---

医療経済研究 Vol.28 No.1 2016

平成28年9月1日発行

編集・発行 **医療経済学会  
医療経済研究機構**  
〒105-0003 東京都港区西新橋1-5-11  
11 東洋海事ビル 2階  
一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会内  
TEL 03(3506)8529  
FAX 03(3506)8528  
医療経済研究機構ホームページ：<http://www.ihep.jp/>  
医療経済学会ホームページ：<http://www.ihep.jp/jhea/>

制作 株式会社 祥文社  
〒135-0034 東京都江東区永代2丁目35番1号  
TEL 03(3642)1281(代)

本号ならびにバックナンバーについては医療経済学会ホームページより PDF が閲覧可能です。  
また、会員の皆様には最新号を郵送いたします。

# Japanese Journal of Health Economics and Policy

Vol.28 No.1 2016

## Contents

### Prefatory Note

A Thought of Accumulation of Human Capital -Beyond Individual and Across Generations-	.....	<i>Haruko Noguchi</i>	1
------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-----------------------	---

### Research Article

Time-series Transition in Nationwide Social Hospitalization	.....	<i>Kensaku Kishida</i>	3
-------------------------------------------------------------	-------	------------------------	---

### JHEA 10<sup>th</sup> Annual Meeting Report (Symposium1)

.....	<i>Yuichi Imanaka</i>	24
-------	-----------------------	----

<b>2<sup>nd</sup> Announcement of The 11<sup>th</sup> Annual Conference of Japan Health Economics Association (JHEA)</b>	.....	63
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	----

<b>Instructions to Authors/Manuscript Submission and Specifications</b>	.....	66
-------------------------------------------------------------------------	-------	----

