

ISFJ2021

政策フォーラム発表論文

予防の視点から見た医療費の削減¹

地域包括ケアシステムの再構築

日本大学
豊福建太研究会
社会保障②
角岡琴音
岩佐悠河
遠藤悠菜
島田知熙
山田進哉

2021 年 11 月

¹ 本稿は、2021 年 12 月 11 日、12 日に開催される ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2021」のために作成したものである。本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

国民皆保険とも称される日本の医療保険制度は、人口に対する保険加入者の割合が世界の中でもトップクラスであり、これにより世界でも類を見ない平均寿命と保健医療水準を実現している。しかし、少子高齢化によって日本の人口は減少しており、高齢化率が上昇する傾向は今後も続くと予想されている。ただ高齢化自体は悪いと言い切れず、平均寿命が伸びているということは予防医学の効果が発揮していると言えるが、高齢化に伴って自然に起こりうる生活機能の低下や病気にかかりやすくなってしまうことなどといった自立した生活を送ることができない高齢者の存在が医療費の増大や健康寿命と平均寿命の差に影響を与えている。2016年時点で平均寿命と健康寿命の差は男性8.84歳、女性が12.35歳とかなり乖離があり、健康寿命を過ぎて生きるということは身体が健康ではないという事なので乖離している分だけ医療費が必然的にかかる。また後期高齢者医療費は一般的な医療費に比べて高額になることが多く、以上のことを踏まえて国民医療費増額の一因を担っていると言える。こうした課題を解決するため、近年では予防医療や予防効果の重要性が見直され、地域包括ケアシステムが現在導入されている。地域包括ケアシステムは予防医療などを個人の努力だけでなく、社会との関わり合いの中で社会的な後押しをしようとしている一方、地域単位での取り組みであるが故に自治体が権限を持つようになり、自治体の裁量で大きくシステムが決まるため、地域間の取り組み度合いやその内容に格差が生じている問題が見られている。

先行研究として、トヨタ自動車健康保険組合被保険者を対象として、5年間の健康診断と医療費のデータから推計した伊藤・川淵(2009)、健康管理を熱心実施している企業とそうでない企業を比較し、医療費の差を健康管理の結果として捉えた市川(1980)、本人と家族の選択と心構えについて述べた葛西(2014)、地域包括ケアシステムを深化させた地域共生社会について述べた横地・下松(2019)の4研究を取り上げる。その上で、予防に関する8年度分の特定健康診査の受診率を用いて医療費に与える影響と健康寿命との関連性と、地域包括ケアシステム本格導入が医療費に与える影響を分析し明らかにすることで、医療費を削減することが可能かの考察を行うことを本稿の独自性とする。

実証分析では、特定健康診査の受診率を用いて医療費と健康寿命に与える影響を検証するパネル分析を行なった。また、「地域包括ケアシステムの本格導入前と後」のダミー変数を用いてパネル分析と二元配置分散分析を行なった。分析および考察の結果、特定健康診査の受診率が上がると1日当たりの医療費・1人当たりの医療費が増えるものの、健康寿命の延伸には効果があるということと、地域包括ケアシステム本格導入によって地域格差が広がり医療費が増えることが明らかとなった。以上を踏まえて、4つの政策提言を行う。

【政策提言Ⅰ 地域包括支援センターの機能強化】

【政策提言Ⅱ 特定健康診査を取り入れた包括ケアシステムの構築】

【政策提言Ⅲ 地域包括支援センター間の連携】

【政策提言Ⅳ 包括単位の再編】

政策提言Ⅰでは地域包括センターのケアを若者に対しても充実させ、全住人の医療データを集積することによって、地域包括ケアシステムをより万人に対するシステムにする事を提言する。政策提言Ⅱでは特定健康診査を受けた回数に応じて医療介護費の割引を行うことで、予防医療の意識を高め、長期的に医療費削減を目指すことを提言する。政策提言

Ⅲでは地域包括支援センター間で定期的に報告会をするなど連携を密にすることで、マニュアル化による地域格差の是正及び地域包括ケアシステムのクオリティ上昇と持続意欲の向上を提言する。政策提言Ⅳでは地域包括ケアシステムの単位を市町村よりも大きい単位で再編することによって、地域包括ケアシステムにおける人員の不足の解決を提言する。

目次

第1章 現状分析・問題意識

- 第1節 高齢化と医療費
 - 第1項 日本の高齢化の現状と将来推計
 - 第2項 健康寿命と平均寿命
 - 第3項 日本の医療費の現状
 - 第4項 医療制度について
- 第2節 予防医療の重要性
 - 第1項 予防が注目されるようになった背景
 - 第2項 予防医療の効果
 - 第3項 「健康日本 21」
 - 第4項 健康診断未受診者の存在
- 第3節 地域包括ケアシステム
 - 第1項 定義と背景
 - 第2項 現状
 - 第3項 変遷
 - 第4項 本稿における地域包括ケアシステムの位置付け
- 第4節 問題意識

第2章 先行研究および本稿の位置付け

- 第1節 先行研究
- 第2節 本稿の位置付け

第3章 理論と分析

- 第1節 特定健康診査による予防が医療費増大と健康寿命の延伸に与える影響
 - 第1項 問題意識
 - 第2項 パネル分析
- 第2節 地域包括ケアシステムによる医療費増加と地域格差への影響
 - 第1項 問題意識と仮説
 - 第2項 パネル分析
 - 第3項 二元配置分散分析

第4章 政策提言

- 第1節 政策提言の方向性
- 第2節 政策提言
 - 第1項 地域包括支援センターの機能強化
 - 第2項 特定健康診査を取り入れた地域包括ケアシステムの構築
 - 第3項 地域包括支援センター間の連携
 - 第4項 包括単位の再編

第3節 政策提言のまとめ

参考文献・データ出典

第1章 現状分析・問題意識

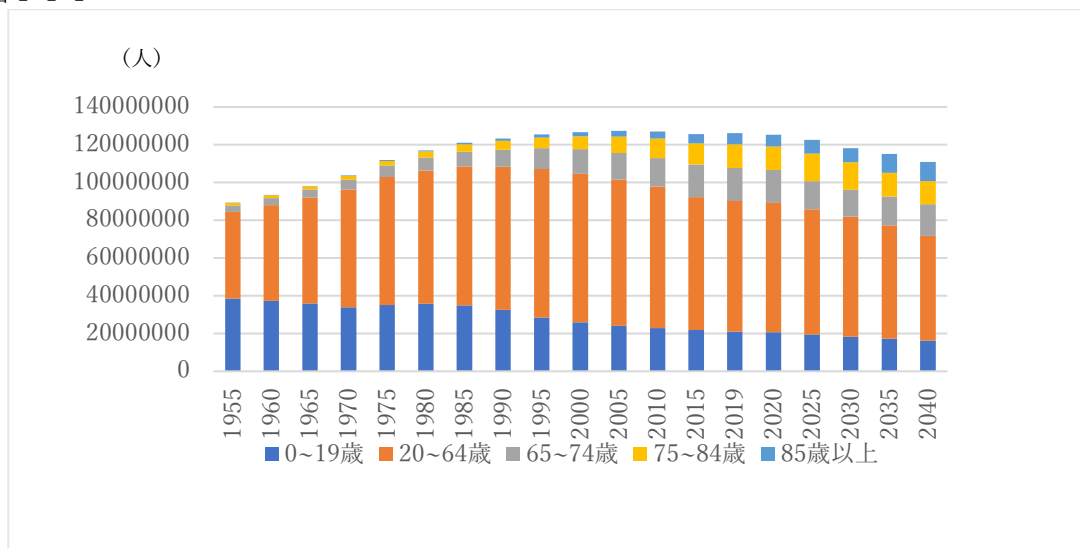
第1節 高齢化と医療費

本節では、日本の高齢化と医療費の状況を、様々なグラフを用いて概観する。

第1項 日本の高齢化の現状と将来推計

図1-1-1は、日本の人口の長期推移を表したものである。グラフより、日本の人口は2008年をピークに徐々に減少していることが分かる。その背景には少子高齢化が深く関係している。65歳以上の人を高齢者と定義した時、1955年では高齢者率は5.3%であるが2019年は28.4%となり、高齢化率はこの70年弱で23.1ポイントも増加している。さらに、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（以下「将来推計人口」という。）によるとこの高齢化率が増えていく傾向は続くと予測されており、2040年には高齢者率が35.3%までに達するとされている。

図1-1-1



出典：令和2年版厚生労働白書 図表1-1-1 人口の長期推移より

第2項 健康寿命と平均寿命

第1項で日本の高齢化が進展していることを述べたが、平均寿命や健康寿命も延伸して

いる。次に、図 1-1-2 と図 1-1-3 より、平均寿命と健康寿命の推移を見てみると、どちらも男女問わず年を経るごとに伸びている。それぞれの項目の 2001 年と 2016 年の差に注目すると、平均寿命、健康寿命の順に、男性は 2.91 ポイントと 2.74 ポイント、女性は 2.24 ポイントと 2.14 ポイントとなっている。男女ともに平均寿命と健康寿命の伸び率に差がないため、生活レベルや医療技術の発展によって健康寿命が引き上げられた分だけ平均寿命も上がったと推測することができる。

ただし、2016 年時点で平均寿命と健康寿命の差が男性は 8.84 歳、女性が 12.35 歳とかなりの乖離がある。健康寿命とは元気に活動できる年齢上限であるため、この年齢を過ぎると必然的に医療費がよりかかる状態になる。この乖離の大きさが後期高齢者医療費の増大の要因の一つになっている。

図 1-1-2 男性の平均寿命と健康寿命の推移

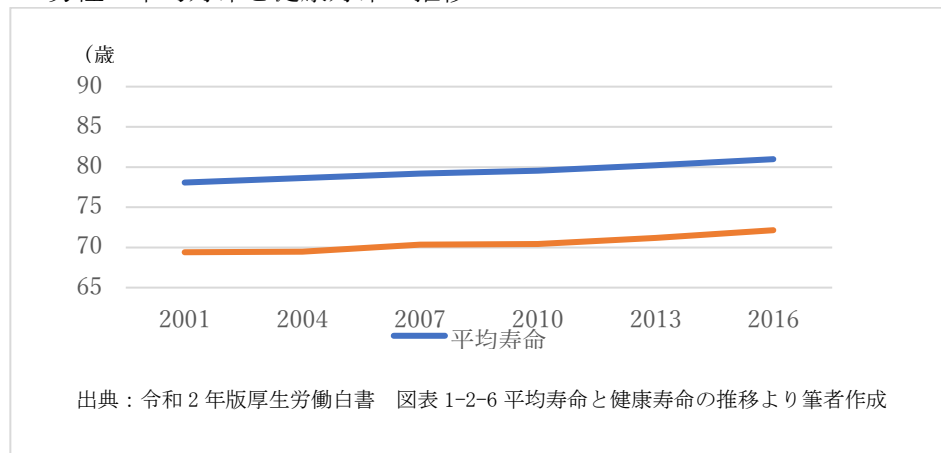
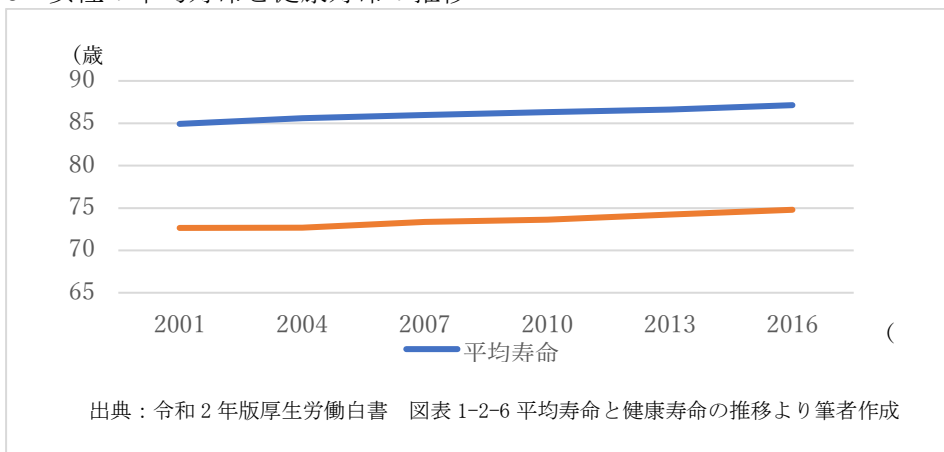


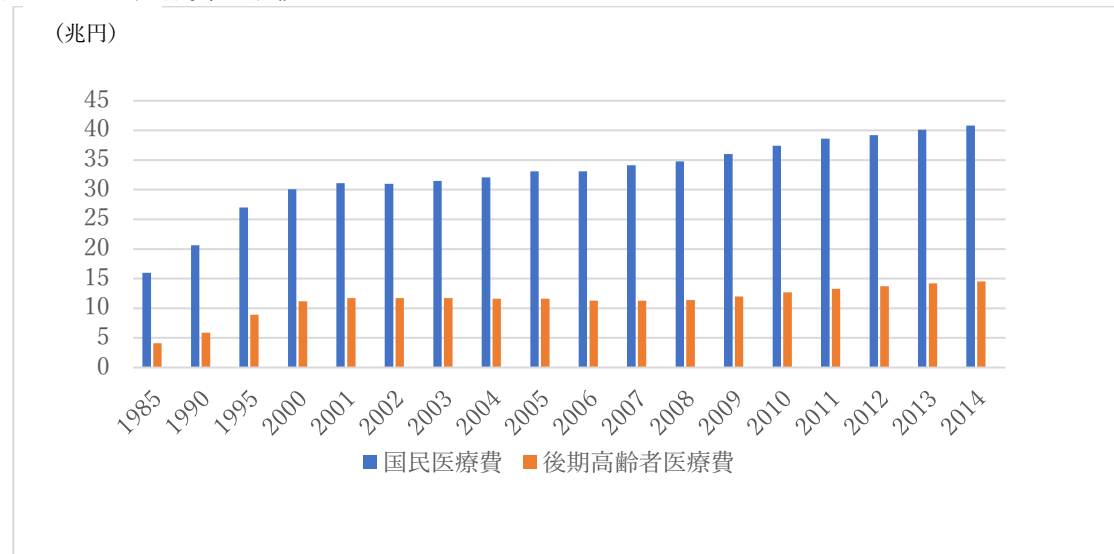
図 1-1-3 女性の平均寿命と健康寿命の推移



第3項 日本の医療費の現状

次に日本の医療費の現状をみえる。図 1-1-4 は医療費の推移を表したものである。このグラフより、国民医療費は年々増え続けており、2014 年には 40.8 兆円になっている。後期高齢者医療費も 1985 年には 4.1 兆円だったが、2014 年までに 14.5 兆円までに増えている。また、後期高齢者医療費については対象年齢を 2002 年から 2007 年にかけて 70 歳から 75 歳へと段階的に引き上げており、この間は後期高齢者医療費の値が伸び悩んでいる。しかし、その後 2014 年にかけて再び伸び続けているため、高齢者にかかる医療費は確実に増えている。

図 1-1-4 医療費の推移



出典：平成 28 年版厚生労働白書 図表 3-1-5 医療費の動向より筆者作成

第4項 医療制度について

日本の医療制度において最も特徴的でなおかつ重要なものが医療保険制度である。国民皆保険とも称される日本の医療保健制度は、人口に対する保険加入者の割合が世界の中でもトップクラスであり、これにより世界でも類を見ない平均寿命と保健医療水準を実現している。あらかじめ保険料を徴収しておくことにより、病気を患った時や大きな怪我をした際、被保険者の医療費の負担を軽くすることが医療保険制度の大まかな概要である。この負担額は義務教育就学後から 69 歳までは 3 割負担であり、70 歳から 74 歳までは 2 割負担、75 歳以上は 1 割負担と高齢者は特に負担額が少なくなるようになっている。

被保険者が負担しなかった分の医療費は、保険料を徴収している医療保険制度が各医療関係施設に支払っている。この際、被保険者が支払う保険料だけではすべての費用を賄うことが出来ないため国や都道府県、地方自治体が公費で負担している。被保険者が病気を患えば患うほど医療保険制度が支払う金額が増え、その補填のために公共機関が支払う金

額も増えていく。

前述したとおり、高齢者の医療費は医療保険制度がより多く負担することになるため、高齢者が病気を患うと医療保険制度を公費で支援している公共機関にさらに大きな負担がかかると言える。高齢者はそうではない若者に比べ体が丈夫ではないのは周知の事実だがそのため、より医療機関にかかる頻度が高くなる傾向にあり、また近年、日本は少子高齢化がかなり進んできていることも相まって高齢者にかかる医療費が増えている。以上のことから、高齢者の医療費増加が日本の社会保障費が増え続けている問題の大きな一因になっていると思われる。

第2節 予防医療の重要性

本節では、予防医療が注目されるようになった背景やその効果、そして実際に実行されている施策について紹介する。

第1項 予防が注目されるようになった背景

第1節でも触れている通り、現在の日本では少子高齢化が急速に進行しており、社会保障費の増大は避けられない問題となっている。高齢者人口の急速な増加は社会基盤を崩壊させる恐れがあり、対策の重要性は増す一方である。ただ高齢化自体は決して悪いこととは言いきれず、予防医学が効果を発揮して国民の平均寿命が延伸した結果であるともいえる。問題は、高齢化に伴って自然に起こりうる生活活動機能の低下や病気にかかりやすくなってしまうといった点にある。「予防医学研究連絡委員会報告（2000）」は指摘している。すなわち、自立した生活を送ることができない高齢者の存在が、医療費の増大や健康寿命と平均寿命の差に悪影響を与えてしまっている。

こうした課題を解決するため、近年では予防医療や予防医学の重要性が見直されてきている。予防医療は高齢者の二大課題である痴呆と寝たきり状態を回避して自立性を高め、生理的衰老まで活発な生活を営むことで、QOLの向上や健康寿命の延伸が期待できるのではと考えられている。さらに健康な高齢者の社会進出も期待でき、社会保障の担い手を増やすことで持続可能性にも繋がりうる。

第2項 予防医療の効果

厚生労働省（2008）によると予防医療は、大きく3つに分類することができる。それは一次予防、二次予防、そして三次予防の3つである。一次予防とは、バランスの良い食事や適度な運動、感染症の予防接種などの普段の生活から実践しやすい予防のことである。我々が想像する健康的な生活を営むことは予防につながるという考え方である。次に二次予防とは、定期健診や人間ドッグなどで主に生活習慣病などの病気やそのリスクを早期発見し治療に取り組むという予防である。最後に三次予防とは、専門的な治療で病気の進行

や症状を抑えリハビリで回復を促し QOL を向上させる予防である。この中で特に重要なのが一次予防と二次予防である。「予防医学研究連絡委員会報告（2000）」によると一次予防と二次予防を常に徹底することで健康寿命の延伸や大きな病気のリスクを減らすことによる医療費の削減を期待できる。

第3項 「健康日本 21」

予防医療が注目されていく中で政府も政策を提言している。その中でも主なものが「健康日本 21」である。これは 2000 年に決定した「21 世紀における国民健康づくり運動」がもとになった政策で、2021 年現在も継続している。高宮（2002）は「健康日本 21」を、①多様な経路による普及啓発 ②推進体制整備、地方計画支援 ③各種保健事業の効率的・一体的事業実施の推進 ④科学的根拠に基づいた事業の推進の 4 つの柱を中心としているとした。普及啓発はポスターやパンフレット、リーフレットの作成やインターネットによる情報提供、さらには企業活動の推進や健康文化都市の活用などが主である。地方体制の整備は会議や協議会の設置、推進本部の設立などが中心である。保健事業は個別健康教育を各自自治体で行い、学校との保健事業との連携も行っている。そうした活動を通して国民の意識を変容させることで目標の値を達成しようとしてきた。

当初のプランでは「栄養・食生活」「身体活動・運動」「高齢者」などの 9 項目について 2010 年までの目標が定められていたが、その後 2012 年に改定された第二次「健康日本 21」では 10 年間の目標として「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」が新たに掲げられた。政策の成果としては、健康寿命や糖尿病自殺者の減少などの項目では十分に改善が認められたものの、メタボリックシンドローム該当者の数や肥満傾向の子供の増加、介護サービス利用者の増加、健康づくり活動への参加などでの項目では改善が不十分であり完璧な成果とは言い難い。

第4項 健康診断未受診者の存在

長い入院生活を避けるために重要なことは健康診断の受診である。厚生労働省「健診の未受診者と受診者の医療費の推移（2005）」によると健康診断の受診者と未受診者の 1 人当たり医療費には明らかに差があり未受診者の医療費が高くなっている。特に 70 歳以降でその差が顕著になっており、70 歳以降の健診受診者と未受診者の 1 人当たり医療費の差は約 40 万円にも及ぶ。このことから高齢者に健康診断受診を促すことは国の急務と言える。2020 年の全日本病院協会の発表によると特定健診の受診率は近年増加傾向にあるが未だに 50%台で推移しており十分な値であるとはいえない。今すぐ医療費の増加を食い止めるために少子高齢化を解決することは現実的ではなく、かなり長期的な視点で考えていく必要がある。それならば残りの半数の人々に健康診断を受診させるシステムを考えていくほうがよほど実現可能性は高く、医療費増加の解決にもつながる可能性もある。

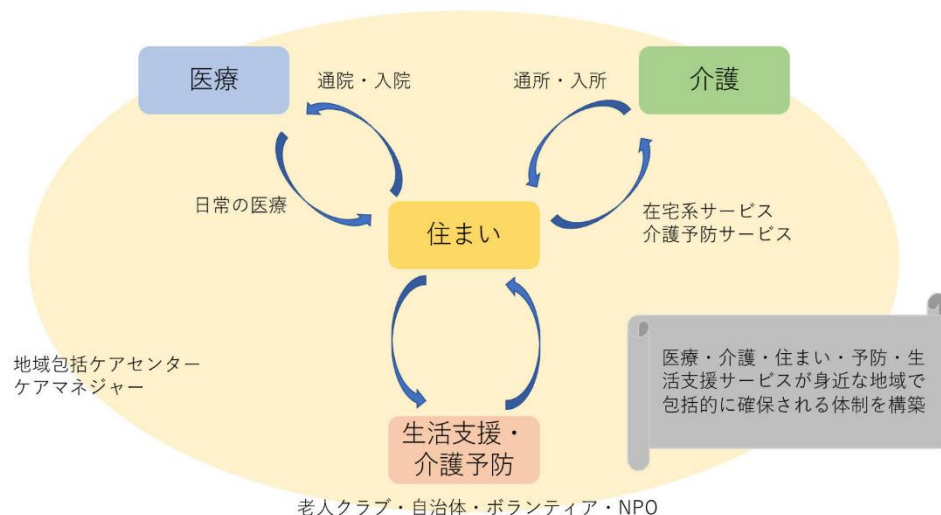
第3節 地域包括ケアシステム

前節では、「予防」の必要性を述べたが、この予防に対して地域が一体となって取り組むという地域包括ケアシステムが現在導入されている。そこでこの節では、政府の取り組む、地域包括ケアシステムの現状について説明する。

第1項 背景と定義

地域包括ケアシステムの背景には、高齢化が深く関わっている。前述の通り、現在我が国では高齢化が進行しており、約 800 万人いる団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年には、国民の医療や介護の需要が急増する可能性がある。それに伴い、複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人が増加し、地域一体となって高齢者の暮らしを支援していくことが今後より重要となっていくだろう。（図 1-3-1）

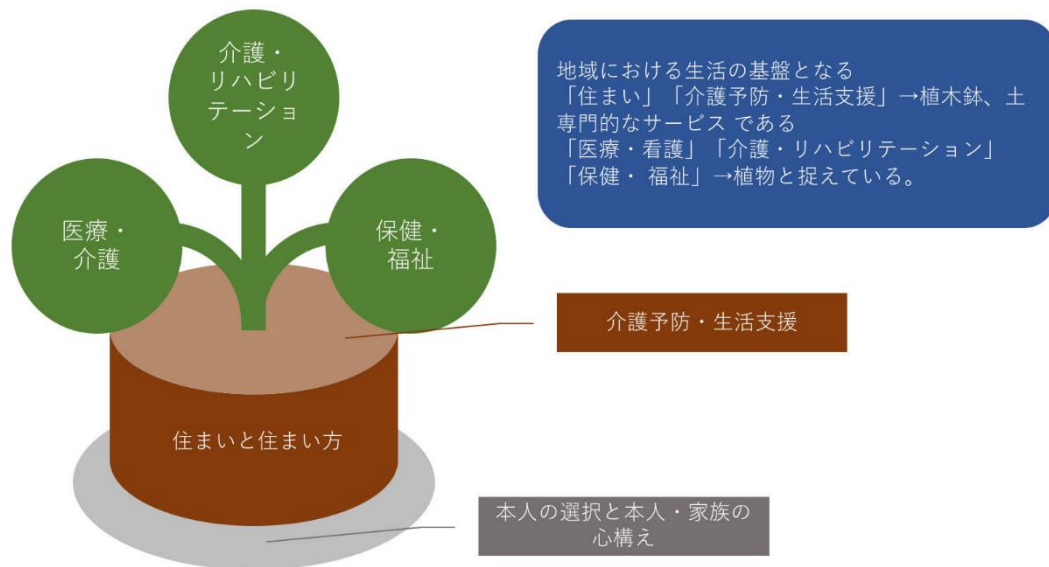
図 1-3-1 地域包括ケアシステムの姿



出典：平成 28 年版 厚生労働白書 p149

地域包括ケアシステムの定義は、2013(平成 25)年 12 月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」第 4 条第 4 項に、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と規定されている。定義によれば、地域包括ケアシステムは、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の 5 要素によって構成され、高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯が増加する中で、在宅生活を選択することの意味を本人や家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要となる。（図 1-3-2）

図 1-3-2 地域包括ケアシステムの捉え方



出典：平成 28 年版 厚生労働白書 p151

この植木鉢の図では、まず「本人の選択と本人・家族の心構え」が前提である。次に「住まい」という土台の上で生活を構築するために必要なのが「介護予防・生活支援」であり、この 2 つが生活の基礎を構成する土や植木鉢、その上に、専門職によってニーズに応じた「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」といったサービスの植物が提供されることで、5 つの要素が相互に関係し連携し合っている在宅生活を支える仕組みを例えることが出来る。

以上のように、地域包括ケアシステムは、予防医療などを個人の努力だけでなく、社会との関わり合いの中で社会的な後押しをしようとしている。ただし地域単位での取り組みであるが故に、自治体が権限を持つようになり、自治体の裁量で大きくシステムが決まるため、地域間の取り組み度合いやその内容に格差が生じている問題が見られている。

第 2 項 現状

この項では、介護の要素から地域包括ケアシステムの具体的な姿について言及していく。介護保険制度では、生活全体を支える地域の仕組み、一体的なケアを実現するための中核的・基盤的服务として「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「小規模多機能型居宅介護」「看護小規模多機能型居宅介護」を開発してきた。以下これらを、「包括報酬型」と呼ぶ。「包括報酬型」サービスは、2006 年に小規模多機能型居宅介護が、2012 年に定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設された。包括報酬の採用により、既存の定

期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は、「柔軟な対応ができ、多様な心身状態に対応できるサービス群」という共通点を持った。例えば、小規模多機能型居宅介護では、利用者の状態にあわせて、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のような形態で訪問サービスを提供することも可能となったのである。この状態では、サービスを3つに分けている意味は無く、むしろ利用者にあった柔軟なサービスを提供していくことが求められる。

また、2011年度の制度改正では、複数のサービスの組み合わせ提供を想定して、「複合型サービス」が創設された。「複合型サービス」は、訪問介護や通所介護など既存のサービスを複合的に提供する場合のサービスの総称として規定されている。現状、「看護小規模多機能型居宅介護」は「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせた複合型サービスである。2012年以降、新たな複合型サービスは報酬設定上規定されていないが、今後、こうした組み合わせ提供が在宅生活を支える主力サービスとして、地域包括ケアシステムの一端を担うということを考慮すると、さらなる複合型サービスを開発していく必要があるだろう。

第3項 変遷

本項では、地域包括ケアシステム制度の変遷を説明する。

A. 2005年

地域包括ケアシステムは2005年公布 2006年施行の1回目介護保険法改正の際に提唱された。これに伴い、介護保険制度が見直され、地域包括支援センターが創設された。

B. 2012年

2011年公布 2012年施行の第3回介護保険法改正では、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への地域包括ケアの推進や、日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画の策定、単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設といった医療や介護の連携の強化が定められた。これらのことから、この改正法の施行すなわち2012年は「地域包括ケアの元年」（宮島厚生労働省老健局長、2012）ということも出来るだろう。

C. 2021年

2020年公布 2021年施行の第6回介護保険法の改正では、地域包括ケアシステムの更なる強化がなされた。具体的には、市町村が地域の複雑化・複合化したニーズに応えるための相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援の3つを実施する事業の創設、社会福祉法人間の連携を強めるための、非営利連携法人である「社会福祉連携推進法人」の創設等である。

D. 2025年

第1項でも述べたとおり、2025年（令和7年）には、団塊の世代が後期高齢者になり、国民の医療や介護の需要が急増する可能性がある。高齢者の尊厳保持と自立生活の支援を目的として、地域包括ケアシステムの構築を推進している。

第4項 本稿における地域包括ケアシステムの位置付け

本稿では、地域包括ケアシステム自体を予防の取り組みの一つと捉える。既存の「予防」である地域包括ケアシステムの改善点を見つけ改善することが、医療費削減策の一つであると考えることが出来るだろう。

第4節 問題意識

以上のように、地域包括ケアシステムは、予防医療などを個人の努力だけでなく、社会との関わり合いの中で社会的な後押しをしようとしている。こうした取り組みは、地域において医療と介護を一体的に取り組むことにつながるだけでなく、地域社会との関わり合いの中で予防に取り組むことに繋がることが予想され、方向性としては望ましいものであると考えられる。しかし現状の予防策としての地域包括ケアシステムは提供する主体である地域の自治体からすれば困難も多い。筑後（2016）によるとそれは大きく分けて3つ存在する。第1に高齢者の生活実態を把握することが困難であること、第2に担い手の確保を通じたサービス提供が困難であること、第3に地域の中で様々な担い手が集まり方向性を決定する場を作ることが困難であることの3つである。この3つの困難に対する具体的な解決は未だに定まっていない。特に第3の困難は重大で、それぞれの担い手が専門用語を使って話し合っても、それを理解できない関係者がいては方向性を決定できないという問題がある。本来はそれぞれの専門家を仲介するコーディネーターが必要であるが、そうした人材を育成する施策がとられている地域は極めて少ない。続けて筑後（2016）はシステムのある程度の効率化や適正化は必要だがそれが行き過ぎるあまり国民が不安になるようではシステムの継続は難しく、システム継続のための担い手仲介の人材育成の必要性を指摘した。

第2章 先行研究および本稿の位置付け

第1節 先行研究

前章までで述べた医療費と地域包括ケアシステムの現状を踏まえた上で、①医療費と「予防」の関係性を証明し、②地域包括ケアシステムの改善点を分析することが必要になる。本稿では、まず（Ⅰ）医療費と予防の関係性を証明し、次に（Ⅱ）地域包括ケアシステム導入による変化を明確にし、その改善点を探る。この節では、（Ⅰ）（Ⅱ）の分析の先行研究を紹介する。

（Ⅰ）医療費と予防の関係性に注目した先行研究

予防に注目した研究は多岐にわたるが、本稿の予防が特に健康診断率に焦点を当てていることから、ここでは、医療費と健康診断の先行研究を紹介する。

伊藤・川渕（2010）は、トヨタ自動車健康保険組合被保険者を対象として、5年間の健康診断と医療費のデータから推計している。この研究によれば、短期的には特定健康診査は医療費を増大させるが、中長期的には医療費の低減効果があることを示している。これは、短期的には、高血圧症・糖尿病・脂質異常症における潜在患者規模が大きいいため、受診喚起が進むにつれ多くの人が生活習慣病と認定されるため、医療費が増えるが、中長期的には、特定保健指導が疾病の重篤化を未然に防ぎ、重篤疾患に要する医療費の削減が医療費の増加を上回るため、医療費が減るということである。生活習慣病のリスクの低減を図ることの費用対効果は十分に大きいといえる。

また、市川（1980）は、健康管理を熱心に行っている企業とそうでない企業を比較し、医療費の差を健康管理の結果として捉えている。健康管理の効果を医療費の増減で検討しており、健康診断による早期発見、早期治療を行う健康管理の実施によって、約1兆4,039億円（1977年）の医療費を節約できることを示している。

（Ⅱ）地域包括ケアシステムの要素分析の先行研究

次に、地域包括ケアシステムの要素分析を行い取り組むべき課題を提言している先行研究をまとめていく。

第1章で挙げたように地域包括ケアシステムを構成する要素は「介護」、「医療」、「予防」、「生活支援サービス」、「住まい」の5つが掲げられてきた。厚生労働省によればこれらをより詳しく表現すると「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・予防」、「福祉・生活支援」、「住まいと住まい方」の5つになる。そしてこれらの構成要素の前提となるのが「本人と家族の選択と心構え」である。

葛西（2014）は、この「本人と家族の選択と心構え」の要素の追加により、日本での地域包括ケアシステムについての議論が専ら高齢者の在宅でのケアの話に移行していると考えている。そして現状の地域包括ケアシステムに新たに「プライマリ・ケア」という視点を加えてシステムを再構築することで、より良い成果が出ると述べている。大抵の場合は

病院に行くまでもなくプライマリ・ケアで処置が可能であり迅速な処置を受けることができる。またプライマリ・ケアは高齢者だけでなく地域住民すべてのニーズを満たすことができると考えられておりシステムの整備さえ済んでしまえば、日本の実情に合ったより良い地域包括ケアシステムの構築につながるだろうと述べている。一方葛西（2014）は、プライマリ・ケアの1番の課題を優秀な人材の不足だと指摘している。そして、システムの導入において先行して進めるべきは、地域の住民がどのような健康ニーズを抱え、何を優先すべきかを判断できる人材育成の場であると強調している。

また、横地・下松（2019）は地域包括ケアシステムを深化させた「地域共生社会」という概念に着目している。ここでいう地域共生社会とは、地域住民が世代や背景を超えて繋がり支えあう社会のことである。日本で行われてきた公的支援制度の整備は、行政的な縦割りによって分野ごとに所管されてきたため、制度の狭間の複雑な課題を抱えたままの弱者を生み出すことに繋がってしまった。そこで地域共生社会には、公的支援では対応困難なケースに対して地域住民や民間企業などが参画し、地域社会の発展を図ろうという考え方が盛り込まれている。そして、地域の健康増進、医療、介護といったヘルスケア領域への民間企業の参入余地は十分にあると述べている。そうした地域資源と地域課題を結びつけた地域づくりを進めていくという姿勢は、今後の日本の地域社会との効果的な関わり方であるとし、行政と地域住民、さらには民間企業を巻き込んだ地域社会のあり方は、地域包括ケアのあり方にも影響を与えると考えられる。

第2節 本稿の位置付け

第1節（I）医療費と予防の関係性に注目した先行研究では、企業が特定健康診査を設けることで短期的には医療費は増えるが、中長期的には、特定保健指導が疾病の重篤化を未然に防ぎ、重篤疾患に要する医療費の削減が医療費の増加を上回るため、医療費が減ることが分かった。本稿の第3章第1節では、都道府県別の特定健康診査の受診率に焦点を当てることで医療費にどのような影響があるのか、また特定健康診査の受診率と健康寿命についてもどういった関連性があるのかをパネル分析によってみていく。

また、地域包括ケアシステムのプライマリ・ケアにおける先行研究では地位地域包括ケアシステム導入により医療費が削減できる効果や人材不足の問題点について述べられているが、第3章では実際には医療費は増え続けていることを検証するための分析を行う。また、地域格差の点については触れていないため、本稿では自治体によって地域包括ケアシステムで提供されるサービスの質や量が変わることによって、一部の地域では充実したサービスが受けられず、都道府県で医療費の地域格差が生まれているという分析を行う。

第3章 理論と分析

第1節 特定健康診査による予防が医療費増大と健康寿命の延伸に与える影響

第1項 問題意識

本稿では、まず健康診査の受診を通じた予防が、医療費に与える影響をパネル分析によって明らかにする。次に健康診査の受診を通じた予防が、健康寿命の延伸に与える影響をパネル分析によって明らかにする。ここで取り上げる健康審査は特定健康診査で、40歳から74歳の国民保険者を対象としたものである²。

第2項 パネル分析

(1) 特定健康診査受診率と医療費の関係

まず、特定健康診査受診率と医療費の関係についての分析を行う。推定式は以下の通りである。

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1(\text{病院数}_{it}) + \beta_2(1 \text{人当たり県民所得}_{it}) + \beta_3(\text{高齢化率}_{it}) + \beta_4(\text{特定健康診査の受診率}_{it}) + f_i + e_{it}$$

ただし、 i は各都道府県を表す添字、 t は時点を表す添字である。本分析では非説明変数として、1人当たりの医療費、1日当たりの医療費を用いる。説明変数として、予防の効果を考慮するために特定健康診査の受診率を、そして1人当たり医療費や1日当たり医療費に影響を与えと考えられる変数として、病院数、1人当たり県民所得、高齢化率を用いた。

・使用したデータの説明

分析に用いたデータは、全て47都道府県別の2010年から2018年度までのデータである。1日当たりの医療費、1人当たりの医療費は、総務統計局のe-statからを取得した。また、同様に47都道府県別の2010年から2018年度までの病院数・所得・高齢化率(都道府県別人口と都道府県別ごとの65歳以上の人口データから算出)、特定健康診査の受診率も同様総務統計局のe-statから取得した。

² 特定健診項目としては脂質検査・血糖審査・肝臓機能検査・検尿などがある。

・各変数の基本統計量

図表 3-1-1 各変数の基本統計量

	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
病院数	376	181.0378	138.8304	44	651
1人当たりの県民所得	376	2797.284	497.6327	1972	5530
都道府県別 65 歳以上の高齢化率	376	27.34	3.3387	17.27	36.39
特定健康診査の受診率	376	47.3	6.3469	32.6	67.1

・推定結果

上記の推定結果を行った結果を示したのが図表 3-1-2 である。

図表 3-1-2 1人当たりの医療費、1日当たりの医療費と特定健康診査受診率の関係

	1人当たり医療費 係数 (標準偏差)	1日当たりの医療費 係数 (標準偏差)
定数項	-0.0013*** (0.0002)	7579.62*** (535.406)
病院数	8.82450E-06*** (1.93499E-07)	2.4068*** (0.4444)
1人当たりの県民所得	6.89728E-07*** (6.38483E-08)	-0.7102*** (0.1466)
都道府県別 65 歳以上の高齢化率	-5.38297E-05*** (6.85093E-06)	179.157*** (15.7345)
特定健康診査の受診率	1.98284E-05*** (4.37209E-06)	99.4602*** (10.0414)
観測数	47	47
決定係数	0.938	0.4757

***, **, *はそれぞれ有意水準 1%, 5%, 10%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。また変数の下段は標準誤差を表している。

図表 3-1-2 の 1 人当たりの医療費に関する分析結果によると、病院・所得・高齢化率・特定健康診査の受診率の割合の係数は統計的に有意な値となっている。そこで、特定健康診査の受診率をもとに見ていくと係数は正であるため、特定健康診査の受診率が上がると 1 人当たりの医療費は増大するということが分かる。これは早期に病気が判明するため、病院にかかる機会が増加するため、医療費が増加するためだと考えられる。

次に 1 日当たりの医療費に関する分析結果によると、病院・所得・高齢化率・特定健康診査の受診率の割合の項目は統計的に有意に 1% の水準でゼロと異なる。ここで特定健康

診断の受診率の係数は正であるため、特定健康診査の受診率が上がると 1 日当たりの医療費も増大するということが分かる。

このように、特定健康診断の受診率が高まると、1 人当たりの医療費、1 日当たりの医療費ともに増加し、予防による医療費削減効果は見られないという結果を得た。

(2) 特定健康診査受診率と健康寿命の関係

次に、特定健康診査受診率と健康寿命の関係についての分析を行う。推定式は以下の通りである。

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \cdot (\text{病院数}_{it}) + \beta_2 \cdot (\text{1人当たり県民所得}_{it}) + \beta_3 \cdot (\text{高齢化率}_{it}) + \beta_4 \cdot (\text{特定健康診査の受診率}_{it}) + f_i + e_{it}$$

ただし、i は各都道府県を表す添字、t は時点を表す添字である。本分析では非説明変数として、都道府県の健康寿命を用いる。健康寿命のデータは、2010 年度、2013 年度、2016 年度文しか取得できないため、t はこの 3 時点を表す。説明変数は (1) の分析と同様である。

・分析結果

分析結果をまとめたのが図表 3-1-3 である。

図表 3-1-3 健康寿命と特定健康診査の受診率の関係

	健康寿命 係数 (標準偏差)
定数項	73.3433*** (0.781)
1 人当たりの県民所得	-0.0001 (0.0002)
都道府県別 65 歳以上の高齢化率	-0.00818*** (0.00239)
病院数	-0.0014** (0.0006)
特定健康診査の受診率	0.03484*** (0.0144)
観測数	47
決定係数	(0.3288)

***, **, * はそれぞれ有意水準 1%, 5%, 10% で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。また変数の下段は標準誤差を表している。

最後に健康寿命に関する分析結果によると、所得・高齢化率・病院では負の係数が見ら

れ、特定健康診査の受診率は正の係数であった。特定健康診査の受診率をもとに見ていくと係数が正であるため、特定健康診査の受診率が上がると健康寿命が延びるという結果が分かった。

以上をまとめると、特定健康診査の受診率が上がると1日当たりの医療費・1人当たり医療費が増えるものの、健康寿命の延伸には効果があるということが分かった。

第2節 地域包括ケアシステムによる医療費増加と地域格差の分析

第1項 問題意識と仮説

問題意識および先行研究を受け、予防への取り組みの中で、地域包括ケアシステムが重要な役割を果たすことが期待されている。そこで第2節では、前述のように地域包括ケアシステムが本格的に導入された2012年とそれ以後で医療費と医療に関する地域格差にどのような影響があったのかを2通りの分析により検証する。

第一の分析では、地域包括ケアシステムが本格導入された2012年以降に、各都道府県の一人当たり医療費や1日あたりの医療費がどのように変化したかをパネル分析によって明らかにする。

第二の分析では、自治体によって地域包括ケアシステムで提供されるサービスの質や量が変わることによって、医療に関する地域格差が生じている可能性を、分散分析によって明らかにする。

第2項 地域包括ケアシステムの導入が医療費にもたらした影響

本項では、まず地域包括ケアシステムが本格的に導入された2012年以前と以後で医療費に与える影響が違うのかを実証的に明らかにする。具体的には、2012年以前を0、以後を1とするダミー変数を作成し、2010年から2015年の地域包括ケアシステムによる医療費増加への影響を推定するためのパネル分析を行う。

・使用データおよび分析の枠組み

分析に用いたデータは、全て47都道府県別の2010年から2015年度までのデータである。本稿の分析では、第1節の分析と同様に、総務省統計局のe-statから各都道府県の病院数、一人当たりの県民所得、入院一人当たりの医療費と、入院外一人当たりの医療費を取得し、高齢化率は各都道府県の人口を各都道府県の65歳以上の人口で割って求めた数を使用した。

・推定式

$$Y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 \left(\text{財政力指数}_{i,t} \right) + \beta_2 \left(\text{病院数}_{i,t} \right) + \beta_3 \left(\text{高齢化率}_{i,t} \right) + \beta_4 \left(\text{一人当たり県民所得}_{i,t} \right) + \beta_5 \left(\text{地域包括ケアシステム} dummy_{i,t} \right) + f_i + \varepsilon_{i,t}$$

本稿の分析の $Y_{i,t}$ は、入院一人当たりの医療費と、入院外一人当たりの医療費を用いる。 i は都道府県、 t は2010年から2015年の6年間を表す添え字である。説明変数としては、都道府県の属性を表す変数として、財政力指数、病院数、高齢化率、一人当たり県民所得を用いる。さらに、地域包括ケアシステムが本格的に導入された2012年以前を0、以後を1とするダミー変数を用いる。 $\varepsilon_{i,t}$ は誤差項である。

・データで用いた変数の基本統計量

各変数の基本統計量は図表 3-2-1 の通りである。

図表 3-2-1 各変数の基本統計量

変数	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
入院一人当たりの医療費 (円)	282	73653.8752	88637.5251	343,229	711,921
入院外一人当たりの医療 費 (円)	282	25044.8789	31735.0826	347,687	516,673
財政力指数 (%)	282	0.1482	0.1854	0.22	1.16
病院数	282	102.1906	139.2031	45	648
高齢化率 (%)	282	2.3492	2.9756	17.3	33.9
一人当たり県民所得 (円)	282	305.6409	493.05812	1,972	5,530

・推定結果

上記の分析の結果を示したものが図表 3-2-2 である。

図表 3-2-2 入院、入院外一人当たりの医療費

変数	入院一人当たりの医療費 係数 (標準偏差)	入院外一人当たりの医療費 係数 (標準偏差)
定数項	739828*** (-67588.2)	337744*** (-24615.2)
財政力指数	-374220*** (-47373.6)	45715.4*** (-17253.2)
病院数	448.025*** (-40.8056)	-13.1078*** (-4.9429)
高齢化率	-4910.19** (-2282.21)	2182.33*** (-831.169)
一人当たり県民所得	-21.7697 (-13.5722)	130.436*** (-14.8612)
地域包括ケアシステムダミー	20916.1** (-10033.8)	15071.9*** (-3654.23)
観測数	282	282
決定係数	0.493596	0.476015

+++, ++, +はそれぞれ有意水準 1%, 5%, 10%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。カッコ内は標準誤差を表している。

図表 3-2-2 の分析結果から、説明変数とおいた地域包括ケアシステムのダミーは、被説明変数である入院一人当たりの医療費、入院外一人当たり医療費のどちらも正の係数であり有意であることが言える。このことより、地域包括ケアシステムが本格導入された 2012 年以降、入院に関する医療費と入院外に関する医療費共に増加するという結果となった。そのため、本項の分析より、現状の地域包括ケアシステムは、医療費の増加につながっているということが言える。

第 3 項 地域包括ケアシステムの導入が地域格差に与える影響

次に、2012 年の地域包括ケアシステムの本格導入後、自治体によって地域包括ケアシステムで提供されるサービスの質や量が変わることによって、医療に関する地域格差が生じている可能性を、二元配置分散分析によって明らかにする。ここで二元配置分散分析とは、二つの因子からなるデータを分析する方法で、因子に含まれる水準間の平均値の差を見る方法である。そこで本分析では、二つの因子として都道府県と地域包括ケアシステム導入前後を取り上げる。これらの因子が、一人当たりの入院費用と一人当たりの入院外費用との関係を導く。さらに、一人当たりの入院費用と一人当たりの入院外費用の年代別のデータを用いて、都道府県と地域包括ケアシステム導入前後に各年代で格差がどのように変化したのかを検証する。

・使用データおよび分析の枠組み

本稿の分析では厚生労働省の「医療費の地域差分析」の基礎データを使用し、入院一人当たりの医療費と入院外一人当たりの医療費と年代別のデータを入手した。

・推定式

$$Y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 \left(\text{一人当たりの医療費の平均}_{i,t} \right) + \beta_2 \left(\text{一人当たりの医療費の標準偏差}_{i,t} \right) + \beta_3 \left(\text{地域包括ケアシステム dummy}_{i,t} \right) + f_i + \varepsilon_{i,t}$$

本稿の分析の $Y_{i,t}$ は医療費の分布を示す。説明変数として一人当たりの医療費の平均、一人当たりの医療費の標準偏差を用いて、入院、入院外それぞれの値で年齢別に検証する。

第一の分析と同様に、 i は都道府県、 t は 2010 年から 2015 年の 6 年間を表す添え字であり、地域包括ケアシステムが本格的に導入された 2012 年以前を 0、以後を 1 とするダミー変数を用いる。 $\varepsilon_{i,t}$ は誤差項である。

・データで用いた変数の基本統計量

各変数の基本統計量は図表 3-2-3 の通りである。

図表 3-2-3 各変数の基本統計量

変数	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
入院一人当たりの医療費（全体）	282	73653.8752	88637.5251	343,229	711,921
（65～69 歳）	282	118696.6264	152131.8458	706,666	1,530,109
（70～74 歳）	282	119222.964	147917.9086	708,223	1,351,865
（75～79 歳）	282	45225.3374	53009.782	247,855	450,639
（80～84 歳）	282	67568.2088	79830.4948	319,197	636,763
（85～89 歳）	282	96331.2579	115458.1997	395,157	859,109
（90～94 歳）	282	128594.5434	156157.7719	376,443	1,116,719
（95～99 歳）	282	160681.9608	198816.3433	326,474	1,374,727
（100 歳～）	282	189155.3081	238038.6449	308,323	1,552,725
入院外一人当たりの医療費（全体）	282	25044.8789	31735.0826	347,687	516,673
（65～69 歳）	282	107407.6708	144157.6059	34,934	1,371,852
（70～74 歳）	282	95535.6306	124000.4031	36,659	1,224,265
（75～79 歳）	282	21113.2399	32843.8915	35,766	472,818
（80～84 歳）	282	27264.3788	40266.7025	32,999	529,623
（85～89 歳）	282	31421.3752	44587.5021	28,227	524,244

(90～94 歳)	282	32899.3151	45417.2309	23,324	471,289
(95～99 歳)	282	34930.0187	47454.2821	20,561	449,496
(100 歳～)	282	40326.7384	54064.622	18,611	453,184

・推定結果

上記の分析の結果を示したものが図表 3-2-4 である。

図表 3-2-4 入院一人当たりの医療費（全体）

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	2.19866E+12	46	4.77969E+10	1306.37
地域包括ケア システム導入 前後	4.88747E+08	1	4.88747E+08	13.3582
誤差	8.56152E+09	234	3.65877E+07	
計	2.20771E+12	281	7.85661E+09	

(65～69 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	5.62296E+12	46	1.22238E+11	42.7196
地域包括ケア システム導入 前後	2.10956E+11	1	2.10956E+11	73.7245
誤差	6.69571E+11	234	2.86141E+09	
計	6.50349E+12	281	2.31441E+10	

(70～74 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	5.75204E+12	46	1.25044E+11	78.1699
地域包括ケア システム導入 前後	2.18352E+10	1	2.18352E+10	13.65
誤差	3.74318E+11	234	1.59965E+09	
計	6.14820E+12	281	2.18797E+10	

(75～79 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	7.77365.E+11	46	1.68992E+10	330.654
地域包括ケア システム導入 前後	2.96256.E+08	1	2.96256E+08	5.79661
誤差	1.19594.E+10	234	5.11085E+07	
計	7.89620.E+11	281	2.81004E+09	

(80～84 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	1. 77894. E+12	46	3. 86725E+10	769. 223
地域包括ケア システム導入 前後	8. 72264. E+07	1	8. 72264E+07	1. 73499
誤差	1. 17643. E+10	234	5. 02748E+07	
計	1. 79079. E+12	281	6. 37291E+09	

(85～89 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	3. 71240. E+12	46	8. 07044E+10	565. 124
地域包括ケア システム導入 前後	7. 93411. E+07	1	7. 93411E+07	0. 555578
誤差	3. 34171. E+10	234	1. 42808E+08	
計	3. 74590. E+12	281	1. 33306E+10	

※0. 555578>0. 4568 (p 値) より有意である。

(90～94 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	6. 73964. E+12	46	1. 46514E+11	337. 673
地域包括ケア システム導入 前後	1. 10816. E+10	1	1. 10816E+10	25. 5401
誤差	1. 01531. E+11	234	4. 33893E+08	
計	6. 85226. E+12	281	2. 43852E+10	

(95～99 歳 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	1. 07918. E+13	46	2. 34605E+11	196. 687
地域包括ケア システム導入 前後	3. 64308. E+10	1	3. 64308E+10	30. 5428
誤差	2. 79110. E+11	234	1. 19278E+09	
計	1. 11074. E+13	281	3. 95279E+10	

(100 歳以上 入院一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	1. 50858. E+13	46	3. 27953E+11	102. 14
地域包括ケア システム導入 前後	8. 49562. E+10	1	8. 49562E+10	26. 4593
誤差	7. 51334. E+11	234	3. 21083E+09	
計	1. 59221. E+13	281	5. 66624E+10	

入院一人当たりの医療費に関して、全体で見てもまた年代別で見ても地域包括ケアシステムが本格導入された 2012 年前後で有意に平均に差があるという結果になった。また同様に都道府県に関して、全体で見てもまた年代別で見ても有意に平均に差があるという結果になった。このことから、都道府県によって入院一人当たりの医療費に差があること、さらに地域包括ケアシステムの導入前後で入院一人当たりの医療費に差が生じたことがわかる。よって、地域包括ケアシステム導入前に存在していた地域間の医療費に関する医療格差が、同システムの導入後にさらに拡大したということがわかる。

次に、入院外の一人当たり医療費に関する二元配置分散分析の結果を示したのが、以下の図表 3-2-5 である。

図表 3-2-5 入院外一人当たりの医療費（全体）

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	2.47108.E+11	46	5.37191.E+09	112.279
地域包括ケアシステム導入前後	2.46961.E+10	1	2.46961.E+10	516.178
誤差	1.11955.E+10	234	4.78441.E+07	
計	2.82999.E+11	281	1.00712.E+09	

（65～69 歳 入院外一人当たりの医療費）

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	3.69388.E+12	46	8.03018.E+10	13.803
地域包括ケアシステム導入前後	7.84354.E+11	1	7.84354.E+11	134.822
誤差	1.36134.E+12	234	5.81770.E+09	
計	5.83958.E+12	281	2.07814.E+10	

（70～74 歳 入院外一人当たりの医療費）

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	2.88965.E+12	46	6.28185.E+10	13.1473
地域包括ケアシステム導入前後	3.12963.E+11	1	3.12963.E+11	65.4999
誤差	1.11807.E+12	234	4.77807.E+09	
計	4.32068.E+12	281	1.53761.E+10	

（75～79 歳 入院外一人当たりの医療費）

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	1.64057.E+11	46	3.56645.E+09	6.54163
地域包括ケアシステム導入前後	1.14885.E+10	1	1.14885.E+10	21.0724

誤差	1. 27575. E+11	234	5. 45193. E+08	
計	3. 03121. E+11	281	1. 07872. E+09	

(80～84 歳 入院外一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	2. 80734. E+11	46	6. 10291. E+09	9. 25685
地域包括ケア システム導入 前後	2. 06091. E+10	1	2. 06091. E+10	31. 2598
誤差	1. 54273. E+11	234	6. 59285. E+08	
計	4. 55615. E+11	281	1. 62141. E+09	

(85～89 歳 入院外一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	3. 72892. E+11	46	8. 10634. E+09	12. 8454
地域包括ケア システム導入 前後	3. 80780. E+10	1	3. 80780. E+10	60. 3387
誤差	1. 47671. E+11	234	6. 31072. E+08	
計	5. 58641. E+11	281	1. 98805. E+09	

(90～94 歳 入院外一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	4. 25945. E+11	46	9. 25968. E+09	18. 11
地域包括ケア システム導入 前後	3. 40361. E+10	1	3. 40361. E+10	66. 5678
誤差	1. 19644. E+11	234	5. 11301. E+08	
計	5. 79626. E+11	281	2. 06272. E+09	

(95～99 歳 入院外一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	5. 06274. E+11	46	1. 10060. E+10	26. 5231
地域包括ケア システム導入 前後	2. 94119. E+10	1	2. 94119. E+10	70. 8792
誤差	9. 71001. E+10	234	4. 14958. E+08	
計	6. 32786. E+11	281	2. 25191. E+09	

(100 歳以上 入院外一人当たりの医療費)

要因	平方和	自由度	平均平方	F 値
都道府県	6. 97772. E+11	46	1. 51690. E+10	34. 5002
地域包括ケア システム導入 前後	2. 07022. E+10	1	2. 07022. E+10	47. 0851
誤差	1. 02884. E+11	234	4. 39677. E+08	
計	8. 21358. E+11	281	2. 92298. E+09	

入院外一人当たりの医療費に関しても、全体で見てもまた年代別で見ても地域包括ケアシステムが本格導入された 2012 年前後で有意に平均に差があるという結果になった。また同様に都道府県に関しても、全体で見てもまた年代別で見ても有意に平均に差があるという結果になった。このことから、都道府県によって入院外一人当たりの医療費に差があること、さらに地域包括ケアシステムの導入前後で入院外一人当たりの医療費に差が生じたことがわかる。よって、地域包括ケアシステム導入前に存在していた地域間の医療費に関する医療格差が、同システムの導入後、全ての年代においてさらに拡大したということがわかる。

これらの分析によって、地域包括ケアシステムの導入は、我々の分析によって一人当たりの医療費を増加させるだけでなく、同システム導入前から存在していた地域間の医療格差をさらに拡大させたことがわかった。以上の結果は、地域包括ケアシステムが本来期待されたような結果をもたらしていないことが示唆されるため、その問題点を考察することで次の政策提言に繋げる。

第4章 政策提言

第1節 政策提言の方向性

まず、第3章第1節の分析結果から、特定健康診査の受診率が上がると1日当たりの医療費・1人当たり医療費が増え、その結果として健康寿命が延びるということが明らかになった。1日当たりの医療費・1人当たりの医療費が増えるのは、特定健康診査の受診が増えることで、特定健康診査を受けるための医療費や、病気の発見による医療費が発生したことが原因であり、また、健康寿命が延びるのは、特定健康診査を受けることで、疾病の重篤化を防ぎ、早期発見・早期治療を可能にすることが原因であると考えられる。しかし、医療費の増加については、その原因の性質上、短期的なものであり、長期的には医療費は減少すると考える。

また第3章第2節の分析によって、地域包括ケアシステムによって医療費が増加し、さらに都道府県別医療費の地域格差が大きくなったことが明らかになった。地域包括ケアシステムの責任が自治体にあることで地域間で取り組み度合いやその内容に差があり、その結果、医療費の増加が進行している地域と、医療費の増加を抑制できている地域の差が大きくなったと考えられる。

この結果を受けて、第1に地域間で効果に差が出ている地域包括支援センターの機能強化、第2に医療費の削減に効果的である特定健康診査を取り入れた地域包括ケアシステムの構築、第3に地域間で取り組み度合いやその内容の差を縮め、地域包括ケアシステムをさらに活発化させる目的で地域包括支援センター間の連携を提言する。

しかし本提言にあたり、既存の分析で明らかになっている地域包括ケアシステムを担う人員の不足が問題となる。そこで、本提言に付随する提言として、包括単位の再編を提言する。

以上より、本稿では現地域包括ケアシステムの改善案として、1. 地域包括支援センターの機能強化、2. 特定健康診査を取り入れた地域包括ケアシステムの構築、3. 地域包括ケアセンター間の連携、4. 包括単位の再編の4つを提言する。

第2節 政策提言

第1項 地域包括支援センターの機能強化

A. 政策提言の内容

現在、地域包括ケアシステムは主に介護を中心として主に高齢者を対象とするシステムを構築している。しかし、地域包括ケアシステムの理念に基づくのならば、高齢者だけではなく対象地域に住む全年齢層の住人の医療ケアもしてしかるべきである。そこでまず、地域包括支援センターにおいて高齢者以外のケアを充実させるシステムの構築を目指す。この上で、担当地域の住民の医療データを効率的に集積して管理するシステムの導入を提言する。

B. 政策提言により期待できる効果

期待できる効果は大きく分けて2つある。1つ目が地域単位での健康水準の増加である。若いころに病院に受診した際のデータを保存しておくことによって、年を経て同じ人が再受診した際にそのデータを参考にして高レベルの医療行為を提供することができる。また、若いころから健康診断などの病気の予防に繋がる行為をバックアップすることで高齢者になった際に健康である可能性を高めることが出来る。

2つ目が集積したデータを企業に対して有効活用できることである。特にヘルスケア関連企業にとって患者のデータは顧客のニーズを推し量る有益なデータとなりえる。データの提供と引き換えに地域包括ケアシステムに資金を提供してもらう関係を形成することにより、予算面での問題を解決する一助になる可能性が高い。

C. 考えられる課題と実現可能性

考えられる課題としては、転入や転出を含めて担当地域の全住人の把握に手間がかかること及び、集積したデータを有効活用できるかどうかが不透明であることである。実現可能性は、前者は現存する役所と連携することで手間を軽減可能だと考える。後者については新規の取り組みのため最初は敬遠される可能性が高いが、クオリティの高いサービスを提供することが出来れば、間違いなく需要があるデータだと考えられる。

第2項 特定健康診査を取り入れた地域包括ケアシステムの構築

A. 政策提言の内容

本項では地域包括ケアシステムに特定健康診査の受診を盛り込んだ新しいシステムの構築を提言する。現在の地域包括ケアシステムは、地域の自治体や病院、介護施設などが連携し、主に地域の高齢者の健康増進や介護サービスの提供などに比重を置いて取り組まれている。一方で若い世代の予防という点においては、システムが整備されていないのが現状である。本稿ではここまで若い世代からの予防の重要性を述べてきており、自主的に地域住民が予防に関心を持つような施策を目指した。そこで40歳から74歳までの間に特定健康診査を受けた回数に応じて、その地域の医療介護費の割引を行うという特定健康診査を提言する。具体的な割引額は、先述した第1項の成果として得た予算を一度集約したのちに、第4項で後述する再編成された地域ごとに再分配し、その額によって決めることが望ましい。また割引の開始は多くの人が仕事を辞めて、病院や介護施設を頻繁に利用するようになる60歳ごろから割引を適用するのが好ましいだろう。40歳から60歳までの20年間で特定健康診査を受診した回数に応じて61歳以降の医療介護費を割引き、61歳から74歳の間に特定健康診査を受診した場合、その翌年から受診するごとにさらに割引額を増加させていくのが適切だと考える。

B. 政策提言により期待できる効果

主に期待できる効果は、①受診の意欲向上、②潜在的患者の発見、③長期的な医療費の削減の3つである。まず①は、医療費や介護費が将来的に安くなるという利点より、現在よりも受診に対するモチベーションが向上することが見込まれる。次に②は、特定健康診

査を受けることで、それまでに見つかっていなかった潜在的な病気やそのリスクを発見することができるということである。特定健康診査はそれまで健康だと思い込んでいた人々に病気の危険性を知らせる場になるため、それ以降の長期の入院や通院を避けることができる可能性が高まるという利点がある。最後に③は、②で説明したように長期の入院や通院とあるケースを少なくすることで、長期的に考えれば医療費を削減できる可能性があるということである。

C. 考えられる課題と実現可能性

第 1 項で先述した通り予算をいくら捻出できるか不透明であり、毎年の予算が変動する可能性もあるため、割引額の設定が困難になる可能性がある。

政策実施時点で 40 歳以上の地域住民の割引をどうするかも検討する必要がある。毎年特定健康診査を受けてきたのにもかかわらず、すでに 40 歳以上になっていて割引のチャンスが失われてしまうのは公平性に欠ける。

実現可能性については、一次的な予算さえ捻出できればシステムを持続させることは難しくないと考える。

第 3 項 地域包括支援センター間の連携

A. 政策提言の内容

厚生労働省に対して、地域包括支援センター間の連携を求める。ここでの地域包括支援システムは、第 4 項で後述する地域包括ケアシステム単位の地域包括支援センターを指す。定期的に報告会を開き、お互いの取り組みや成果を共有し合うことで、良いところを取り入れ合い、切磋琢磨していく。当報告会をオンラインで行うことができれば、それぞれ担当地域を離れる必要がないという点で、負担が少ない。また当報告会内で、質疑応答、質問会等を行えば、情報共有や多角度からの客観的な意見を取り入れることが可能である。

B. 政策提言により期待できる効果

まずは、地域包括ケアの取り組みを相互評価することが出来、良い点・悪い点が明確になる。その結果、反省点の抽出や疑問点の解消に繋がることで、地域包括ケアシステムの持続意欲を高めることも期待できるだろう。さらに、報告するからには取り組みを行わなければならないため、取り組まないという選択の防止になる可能性もある。優れた成果を挙げた地域の取り組みを他の地域が参考にすることで、日本全体の地域包括ケアシステムの効率が良くなり、ある程度マニュアル化されることが予想される。それにより、現在自治体ごとに差がある取り組みが均一化されることが期待され、地域格差の解決に繋がる可能性が高い。

C. 考えられる課題と実現可能性

虚偽の報告がされることである。虚偽の報告がされれば、報告会の意義が薄れ、効果は徐々に期待できなくなると考えられる。実現には、報告会を行うために、地域包括ケアシステム単位あるいはそれに類似するような単位によって、現在の全体数を減少する必要がある。また、オンライン報告会を行うにあたり、インターネットの整備環境が不可欠であり、環境に左右されやすいというところに注意しなければならない。

第4項 包括単位の再編

A. 政策提言の内容

厚生労働省に対し、人員不足という問題を解決するために、地域包括ケアシステムの単位を市町村よりも大きい単位で再編することを求める。以下これを新たな単位として「地域包括ケアシステム単位」と呼ぶ。現在、地域包括支援センターは、市町村内に複数設立されているため、1つ1つの地域包括支援センターの責任がそこまで重いとは考えることが出来ない。しかし、人員不足が問題である以上、新たな取り組みを行うことが困難になり、本当の意味での地域全体の包括は非現実的である。具体的な再編方法としては、1地域包括ケアシステム単位につき1つの地域包括支援センターとなるよう、1地域包括ケアシステム単位内にある地域包括支援センターを合併する。

また、データの集積を現場で行いたい人や、集積でしか得られない経験を求める人を勧誘し第3項に前述したマニュアルの実践を行う。熟達度があまり高くない人でも受け入れられる体制を作ること、第1の政策提言の2つ目の効果で取り上げた関連企業などの人員の参加が見込まれる。

B. 政策提言により期待できる効果

今まで市町村単位で行われてきたことで、人員不足が目立っていたが、市町村の地域包括支援センター同士が協力し、地域包括ケアシステム単位を包括ケアすることで、人員不足に対応することが出来る。また、地域包括ケアシステム単位によって、全体数が減少し、一括管理が可能になれば、人員の移動や情報共有が安易になる。

さらに、マニュアルの実践が成功すれば、熟達度があまり高くない人でも受け入れられる体制を作ることができるので、第1の政策提言の2つ目の効果で取り上げた関連企業などの人員の参加が見込まれる。

C. 考えられる課題

どのような基準で地域包括ケアシステム単位を構築するのが課題である。細かく分けすぎて人員不足の改善に繋がらないが、逆に、都道府県程度の大きさでは、地理的な違いや経済指数の違い等によって、地域包括ケア自体が困難になる可能性が考えられる。

第3節 政策提言のまとめ

前節の4つの政策提言では地域包括ケアシステムの有効活用の方法や特定健康診査の取り入れ方を模索し、さらに人材の確保や地域格差などの地域包括ケアシステムの問題にもアプローチした。地域包括ケアによって集まった地域住民の健康に関するデータを有効活用することで資金調達し、その資金を使って地域住民が特定健康診査を受診するモチベーションを維持し、健康寿命を延伸するといったストーリーを描き、医療費が削減する可能性を探った。以上の政策提言により、本稿の目的であった医療費の削減と地域包括ケアシステムの現状の問題点の解消が達成できる可能性が高い。しかし政策提言によって新たに生まれた、有効活用の成果がどれだけ生まれるのか、それに伴った医療介護費の割引額や

地域包括ケア単位の設定の基準の決定などの課題は本稿では解決しきれなかった。こうした点は今後の課題としたい。

先行研究・参考文献

<<先行研究>>

- ・伊藤由希子・川渕孝一(2010) 「生活習慣病予防事業が医療費に及ぼす効果 - トヨタ自動車健康保険組合データを用いた検証」『東京学芸大学紀要』61, 155-171
- ・市川洋(1980) 「健康管理の費用と効果」『季刊社会保障研究』第16号1巻 PP81 - 96
- ・葛西龍樹(2014) 「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」『医療経済研究』Vol. 26 No. 1

<<参考文献>>

- 予防医学研究連絡委員会(2000) 「次世代の健康問題と予防医学の将来展望」『予防医学研究連絡委員会報告』
- 高宮朋子(2002) 「健康日本21 地方計画の現状」『健康づくり』1月号
- 厚生労働省(2005) 「健診の未受診者と受診者の医療費推移」
- 公益社団法人 全日本病院協会(2019) 「特定健診の実施率は53.1%、保健指導は19.5%」第939回5月1日号
- 筑後一郎(2016) 「地域包括ケアシステムの課題と展望」『川崎医療福祉学会誌』Vol. 26 No. 1 79-83
- 宮島俊彦(2012) 「包括ケアシステムの推進について」『J.Nati. Inst. Public Health』61(2)
- 厚生労働省(2018) 「2040年:多元的社会における地域包括ケアシステム -参加と協働でつくる包摂的な社会-
- 厚生労働省(2020) 「令和時代の社会保障と働き方を考える」『厚生労働白書』
- 厚生労働省(2016) 「人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える」『厚生労働白書』

<<データ出典>>

- 厚生労働省「医療施設調査/令和元年医療施設動態調査 都道府県編」
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450021&tstat=000001030908&cycle=7&class1=000001144570&tclass2=000001144572&stat_infid=000031982258&tclass3val=0
- 厚生労働省「県民1人当たりの所得」
https://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data_list/kenmin/files/contents/main_2018.html
- 厚生労働省「人口推計」
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=7&month=0&tclass1=000001011679&cycle_facet=tclass1%3Acycle&tclass2val=0
- 厚生労働省「特定健康診査の受診率」
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02a-2.html>
- 厚生労働省「医療費の地域差分析」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/databas/iryomap/index.html

(URL はすべて 2021/11/10 アクセス)