

201001043A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾形 裕也

平成 23 年 (2011 年) 3 月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾形 裕也

平成 23 年 (2011 年) 3 月

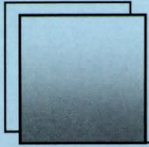
目 次

I. 総括研究報告

- 居住系サービス提供体制のあり方に関する研究…………… 3
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也

II. 分担研究報告

1. 「居住系サービス」研究の意義と課題…………… 11
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也
2. 「居住系サービス」に関する政策の動向…………… 35
みずほ情報総研シニアコンサルタント 山本眞理
3. 長期入院患者の「受け皿」としての居住系サービスの可能性に関する研究… 101
早稲田大学人間科学学術院 教授 植村尚史
早稲田大学教育コーチ 経営品質研究所代表取締役 中原登世子
4. 高齢者の居住環境に関する考察…………… 157
早稲田大学人間科学学術院 助教 大島千帆
5. 「居住系サービス」における質の評価
～アメリカの nursing home における質の評価を中心に～…………… 179
九州大学大学院医学研究院 准教授 鮎澤純子
6. ピュアサポートグループの持続可能な社会保障構築への取り組み…………… 215
ピュアサポートグループ代表
医療法人社団 大浦会 理事長 社会福祉法人 照敬会 理事長
小山敬子
7. 内外データ・文献サーヴェイ…………… 251
みずほ情報総研シニアコンサルタント 山本眞理
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也
8. 「けいじゅヘルスケアシステム」の調査報告書…………… 277
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也



I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
総括研究報告書

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

研究代表者 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授

研究要旨

本研究においては、国内外の「居住系サービス」について、その実情を調査するとともに、医療と福祉の「複合体」の経営状況の把握、病院退院者の実態把握、「居住系サービス」利用者の実態調査等を行い、「居住系サービス」の需給両面の実態把握に努めるとともに、それらの分析を踏まえ、適切な「居住系サービス」促進のための方策、医療と介護の総合的なサービスコーディネートのためのマネジメントのあり方等について検討を行うこととしている。これらの研究を通じて、医療・介護サービス供給の効率化と、退院後の「在宅」サービスニーズに適切に応えられる医療・介護の一体的サービス提供の両面から、最適な政策の方向性を示すことができると考えている。なお、3年間の研究において、居住系サービスに関する総合的な調査の実施及び分析並びに政策提言を行うが、1年目はそのための基礎的な調査研究及びデータ収集等を実施した。

研究分担者指名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

植村尚史

早稲田大学人間科学学術院・教授

鮎澤純子

九州大学大学院医学研究院・准教授

大島千帆

早稲田大学人間科学学術院・助教

A. 研究目的

平成18年度医療制度改革における柱の1つに、療養病床の再編成及び「居住系サービス」への転換の促進があり、各都道府県は「地域ケア整備構想」を策定し、これを進めようとしてきた。しかしながら、実際には、療養病床の転換は必ずしも円滑に進んでいない。その一方で、民主党を中心とする現政権は、介護療養病床の廃止期限を延期する方針を打

ち出している。

今後の急性期医療のあり方については、すでに「社会保障国民会議最終報告・医療・介護費用シミュレーション」等において、「選択と集中」及び「機能分化と連携」の推進による在院日数の短縮化等の効率化を進めた後の姿が明示されている。これに対して、退院後の「受け皿」としての、医療・介護サービスと連携した「居住系サービス」のあり方については、必ずしも明らかではない。また、老人保健施設を含めた施設体系のあり方にも混乱が見られる。各種の調査においては、「在宅」での療養を望む国民が多数を占めているが、これをすべて「自宅」で対応することは困難であり、今後、相当量の「居住系サービス」を整備することが必要である。

本研究においては、今後の超高齢社会の中で求められる「居住系サービス」のあり方に

ついて、国民のニーズへの対応、サービスの質の確保、医療サービスの関わり方、施設体系、医療・介護報酬のあり方、いわゆる「複合体」経営等を含め、最近の国際的な（調査研究の）動向等を踏まえつつ、理論、実証両面から幅広く検討し、望ましい居住系サービスの姿について展望し、これを促進するための政策提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

1年目においては、居住系サービスに関する内外の文献や資料等について基礎的な調査研究を行うとともに、2年目以降、欧米諸国の海外調査（フランス、ドイツ、スウェーデン、アメリカ、カナダ、OECD等を想定）を実施し、各国の状況を把握するための準備を行う。また、国内のフィールドとして設定した複数の複合体等においてヒアリングを実施し、居住系サービスに関する基本的な課題を抽出するとともに、2年目に実施するアンケート調査の項目を具体的に検討する。

さらに、2年目において、居住系サービスの現状及び課題を把握するため、複合体等について、患者（入所者）の状態像（ADL区分、医療区分、要介護度）、入退院（所）の状況、提供サービスの状況、継続的なモニタリングの体制、シームレスなサービス提供体制、サービスの調整のあり方、医療・介護報酬のあり方、料金設定、複合体としての収益構造（の変化）等について総合的な調査を実施する。

また、3年目において、社会保障国民会議

「医療・介護費用シミュレーション」等を踏まえて、今後の居住系サービス必要量を推計する。さらに、上記調査結果等に基づき、（療養病床の転換を含めた）その供給体制のあり方及び質の高いサービス提供の推進に向けた具体的な政策を構想し、提言としてとりまとめる。

（倫理面への配慮）

倫理面の配慮については、一般的政策研究という本研究の性質上、特段の問題はない。

C. 研究結果

平成22年度においては、おおむね研究計画に従って、3年計画の1年目として、基礎的な調査研究、ヒアリング等を実施した。本研究は、現在進められている平均在院日数の短縮、療養病床の抑制という政策の中で、「医療」「介護」「居住」というニーズを併せ持つ高齢者が、そのいずれかのニーズを充足できないまま、望まない「在宅」や入院、入所を選択するということにならないようにするために、「医療」「介護」「居住」のサービスを一体的、あるいは、総合的に提供する「居住系サービス」のあり方を探るものである。特に、退院等を契機として、「居住系サービス」に「住み替える」ことで、最適な「在宅」生活を送れるようにするという視点から、退院後の「受け皿」としての「居住系サービス」に着目して、そのサービス内容、経営面からの課題、サービスマネジメントのあり方等について多

面的に研究し、あるべき「居住系サービス」の実現に向けて、高齢者医療制度、介護保険制度等に関する政策的提言を行うことを予定している。

このため、平成22年度においては、近年のわが国における療養病床に関する政策を中心とした政策動向等を整理するとともに、米国における Assisted Living Facilities 及び Nursing Home に関する政策を中心に調査研究を実施した。あわせて、長期入院患者の実態等に関する既存の諸調査を検討し、その成果を踏まえつつ、長期入院患者の在宅移行の可能性に関し、プレ調査を実施した。さらに、すでに療養病床を全廃し、老人保健施設を中核とする新たな取組みを実施している複合体の事例について取りまとめた。

D. 考察

民主党を中心とする現政権は、介護療養病床の廃止期限を延期する方針を打ち出しているが、こうした現状追認的な政策によって、今後急増する高齢者の複合的なニーズに適切に対応していくことはできない。すでに先進各国においては、急性期医療の確立とあわせて、そのいわば「受け皿」として、居住系サービスの拡充による「在宅」対応の充実が図られてきている。わが国においても、急性期医療の確立とあわせて、早急にその「受け皿」の整備を図る必要がある。両者はいわば「楯の両面」であり、その「同時解決」こそが、今後のわが国の医療・介護政策における中心

的な課題であると考えられる。

E. 結論

国際的に見て例外的に多い人口当たり病院数及び病床数を有するわが国において、その有効な活用を図ることが喫緊の課題である。このいわば「含み資産」を、今後、急性期医療・回復期医療・慢性期医療・在宅等に適切に配分し、全体としての効率化を図るとともに、機能分化と連携の体制を確立していく必要がある。

F.健康危険情報

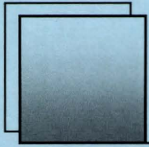
特に該当なし

G.研究発表

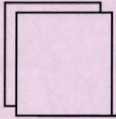
○平成23年3月5日（土）日本医療・病院管理学会第293回例会（九州大学馬出キャンパス）において、居住系サービス研究会の平成22年度研究成果について、総括・分担研究者及び研究協力者（計4名）より発表を行い、質疑応答を行った。

H.知的財産権の出願・登録状況

特に該当なし



II. 分担研究報告



1. 「居住系サービス」研究の意義と課題

1. 「居住系サービス」研究の意義と課題

1. はじめに（本研究の目的、本章の構成）

本研究においては、今後の超高齢社会の中で求められる「居住系サービス」のあり方について、国民のニーズへの対応、サービスの質の確保、医療サービスの関わり方、施設体系、医療・介護報酬のあり方、いわゆる「複合体」経営等を含め、最近の国際的な（調査研究の）動向等を踏まえつつ、理論、実証両面から幅広く検討し、望ましい「居住系サービス」の姿について展望し、これを促進するための政策提言を行うことを基本的な目的とする。

本研究は、現在進められている平均在院日数の短縮、療養病床の抑制・転換という政策の中で、「医療」「介護」「居住」という複合的なニーズを併せ持つ高齢者が、そのいずれかのニーズを充足できないまま、望まない「在宅」や入院、入所を選択するということにならないようにするために、「医療」「介護」「居住」のサービスを一体的、あるいは、総合的に提供する「居住系サービス」のあり方を探るものである。特に、退院等を契機として、「居住系サービス」に「住み替える」ことで、最適な「在宅」生活を送れるようにするという視点から、退院後の「受け皿」としての「居住系サービス」に着目して、そのサービス内容、経営面からの課題、サービスマネジメントのあり方等について多面的に研究し、あるべき「居住系サービス」の実現に向けて、高齢者医療制度、介護保険制度等に関する政策的提言を行うことを予定している。

このため、本研究においては、国内外の「居住系サービス」について、その実情を調査するとともに、医療と福祉の「複合体」の経営状況の把握、病院退院者の実態把握、「居住系サービス」利用者の実態調査等を行い、「居住系サービス」の需給両面の実態把握に努めるとともに、それらの分析を踏まえ、適切な「居住系サービス」促進のための方策、医療と介護の総合的なサービスコーディネートのためのマネジメントのあり方、平成24年に予定されている医療・介護報酬同時改定のあり方等について検討を行うこととしている。これらの研究を通じて、医療・介護サービス供給の効率化と、退院後の「在宅」ニーズに適切に応えられる医療・介護の一体的サービスの提供の両面から、最適な政策の方向性を示すことができると考えている。

本研究においては、3年間の研究を通じて、「居住系サービス」に関する総合的な調査の実施及び分析並びにそれらに基づいた政策提言を行うこととしているが、1年目の平成22年度においては、「居住系サービス」に関する内外の文献、資料等について基礎的な調査研究を行うとともに、実際の複合体等をフィールドとして選定し、基礎データを収集し、基本的なアンケート調査項目の構成等について検討を行った。

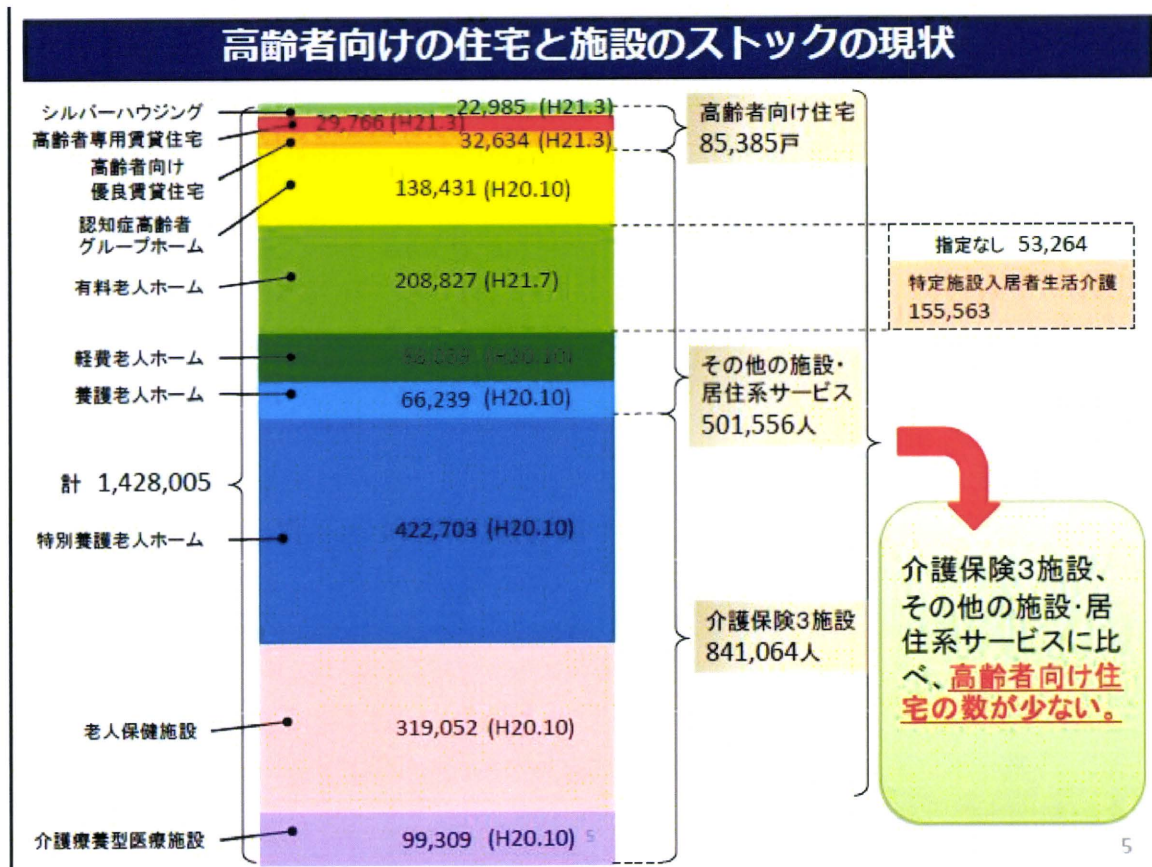
本章は、平成22年度報告書全体の序論として、はじめに「居住系サービス」の概念整理を行い、その政策的意義を検討する。次に、日本の医療提供体制の特色及びその改革の方向性を

整理する。今世紀に入ってから、いわゆる「小泉構造改革」を皮切りに、これまで少なくとも3つの基本的な政策選択肢が示されてきたと考えられるが、それらの比較検討を行うとともに、その中での「居住系サービス」の位置づけについて検討する。そして、最後に、結論として、今後の本研究の方向性及び課題について一定の考察を行う。

2. 「居住系サービス」の概念整理

「居住系サービス」という用語については、一般に介護保険3施設（介護療養型医療施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム）以外のケア付き高齢者居住施設として位置付けられるものを中心とした概念として定義されてきた。図1-1は、社会保障審議会・介護保険部会に提

<図1-1> 高齢者向けの住宅と施設のストックの現状



(出典) 第28回社会保障審議会・介護保険部会資料(2010年7月30日)

出された資料の引用であるが、ここでは、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホームの4種類の類型が「その他の施設・居住系サービス」として示されている。なお、介護保険法上のいわゆる「特定施設」としては、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム及び一定の要件を満たす高齢者専用賃貸住宅とされており、これらについては、名称は「施設」と呼びながら、給付としては「在宅」として、居宅介護サービス費が支給されている（介護保険法第41条第4項第2号）。

以上のような制度的な分類を踏まえつつ、医療サービス、介護サービス及び居住サービスという3種類の軸で、現行の各種の施設・在宅サービスを整理してみた概念図が図1-2である。

<図1-2> 現行の施設・在宅サービスの概念図

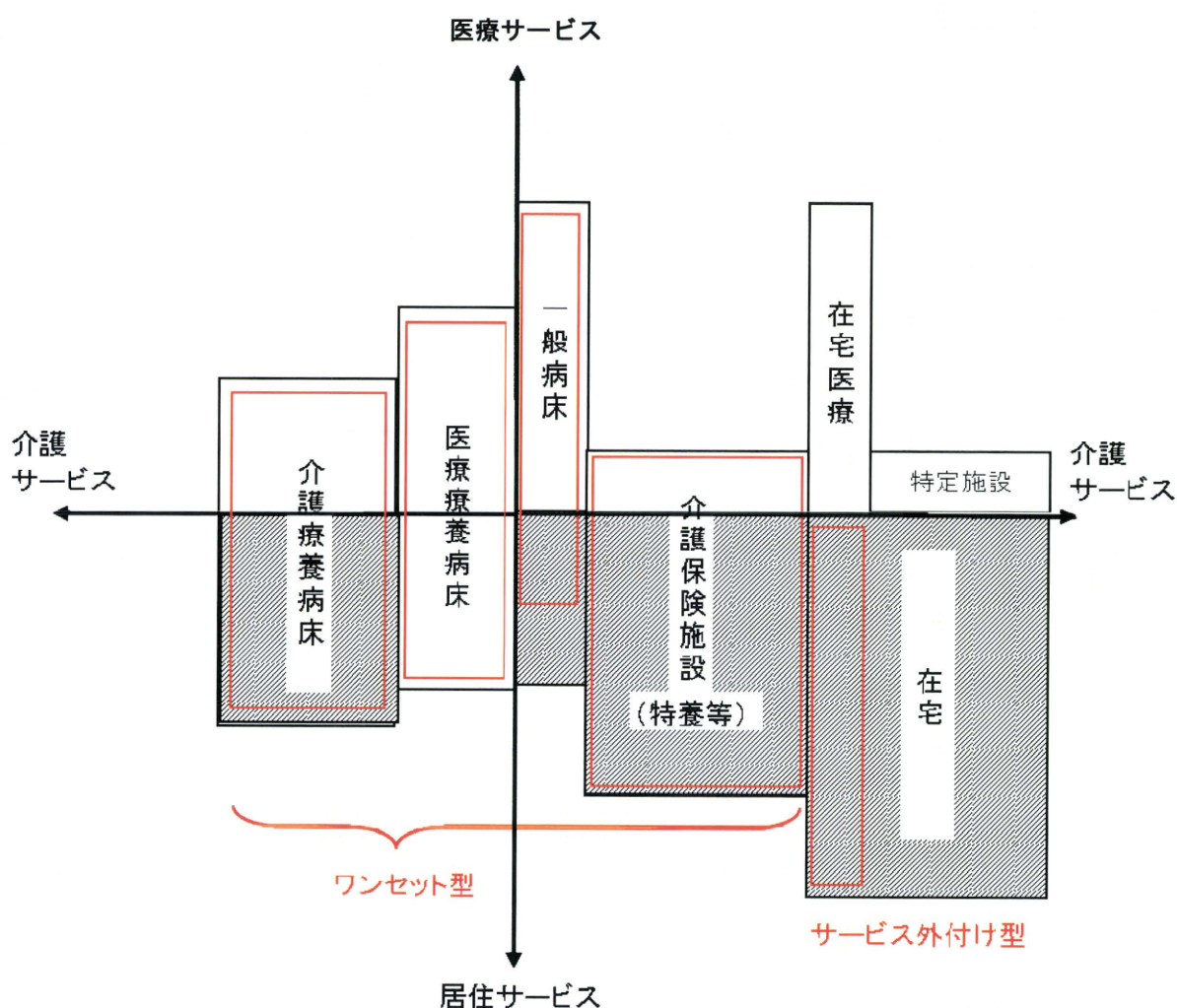


図1-2において、医療サービスは縦軸（原点から上）に、介護サービスは横軸に、そして居住サービスは縦軸（原点から下）にとられている。そして、それぞれの方向への目盛の幅が、それぞれの施設等における各サービスの濃度（充実度合い）を示している。たとえば、一般病床については、医療サービスが最も大きく、介護や居住サービスは小さくとられている。一般病床は、本来、「医療の場」であって、「生活の場」ではない。一般病床への長期入院は、患者のQOLという観点からは、いわゆる廃用症候群等、多くの深刻な問題を引き起こす可能性がある。これに対して、療養病床は（実態はともかく本来の姿としては）、医療療養病床から介護療養病床へと医療サービスの度合いが減り、介護サービス、居住サービスの度合いが増える形で示されている。その他の介護保険施設は、さらに居住サービス及び介護サービスが充実するとともに、医療サービスの密度は薄くなっている。そして、サービスがワンセット型で組み込まれている入院・入所の「施設」系サービスと、居住サービスを主体としつつ、これに医療、介護サービスを付加した形の「在宅」サービスとが区分されている。

Aging in placeという言葉に示されているように、高齢者は、まず何よりもその適切な「生活の場」で暮らし続けていく、ということが基本であり、入院・入所については、それが困難な状況に陥った場合の代替的選択肢として限定的に考えるべきである。その場合、「生活の場」というのは、必ずしも狭い意味での「自宅」とは限らない。単身高齢者世帯が増大し、**frail elderly**（介護を必要とする虚弱高齢者）が増大してくる中で、「自宅にいるような雰囲気を持った」居住系サービス（米国オレゴン州の行政規則における **Assisted Living** に関する規定）の役割はますます重要になってくる。

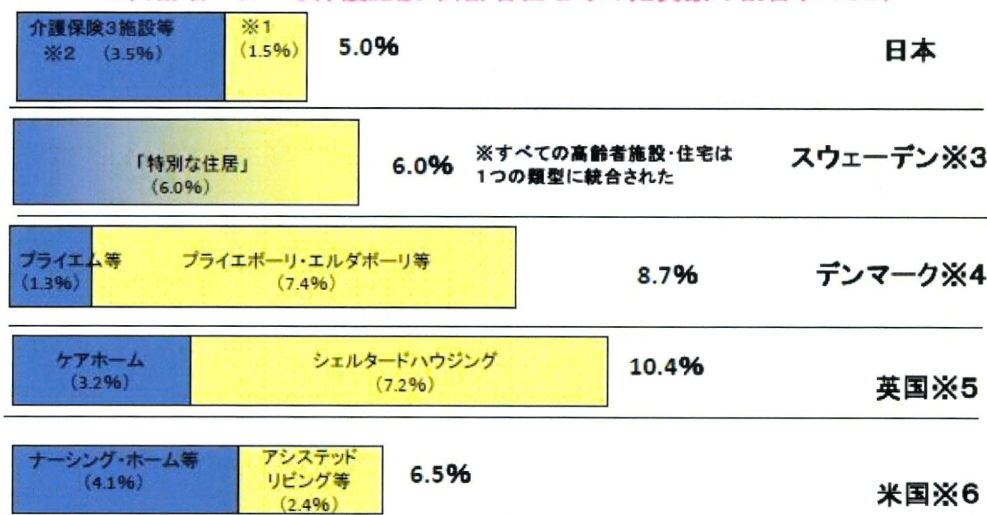
図1-3には、各国の介護施設・高齢者住宅の状況とわが国の状況を比較して示している。これを見ると、わが国の高齢者に対する施設・住宅の全般的な少なさと、特に居住系サービス部分の少なさが明らかである。他方、後述するように、わが国は病床数が先進諸国と比べて際立って多く、そのことが医療による介護・福祉の代替、ないしは「低密度医療」と「社会的入院」の並存をもたらしてきたとされている（注1）。こうした医療提供体制のあり方は、いわゆる「医療崩壊」から「社会的入院」に至る種々の深刻な問題を引き起こしており、その見直しが大きな課題となっている。その場合、医療提供体制のあり方を検討することは、必然的に居住系サービスを含む在宅医療・在宅介護のあり方を検討することに直結するという点について十分留意する必要がある。第3節及び第4節において、わが国の医療提供体制のあり方とその改革の方向性について概観するが、そこで示された「選択と集中」、「効率化・重点化」の方向は、同時に、居住系サービスを含む在宅医療・在宅介護の充実を要請しているのである。

<図1-3>各国の介護施設・高齢者住宅の状況

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)
 ※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)
 ※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"
 ※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"
 ※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009"及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計
 ※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

(出典) 第28回社会保障審議会・介護保険部会資料(2010年7月30日)

3. 日本の医療提供体制の特徴及び課題

(1) 日本の医療提供体制の特徴

日本の医療提供体制の現状については、さまざまな見方や評価がありうる。本節においては、そのうち、①資本集約的(=労働節約的)な医療サービスの提供、②医療施設体系の連続性、③民間主導の医療サービスの提供という3つの特徴について検討する(注2)。これらはいずれも、これまでの日本の医療提供体制における基本的な諸特徴であり、それなりに機能してきた面もあるが、今日ではそれが限界にきており、多くの問題を生み出していると考えられる。以下、順次これらについて検討する。

(2) 資本集約的 (=労働節約的) な医療サービスの提供

医療は一般的には労働集約的なサービスであると考えられている(注3)。たとえば、表1-1に示したように、マクロ的な国民医療費の分配(医療機関の費用)構造を見てみると、総医療費の50%近くを人件費(医療従事者の費用及び委託費の一部)が占めるものと推計されている。また、ミクロの病院経営においても、いわゆる「人件費比率」については、わが国においては伝統的に40%~50%が1つの目安として考えられることが多い。さらに、最近では、新たな有望な雇用創出分野として医療(介護)は重要な一翼を担うものとして期待されている。これらを勘案すれば、他の産業と比べた場合、医療が労働力をたくさん使う、「労働集約的な」サービスであるという認識はあながち間違いとは言えない。

<表1-1>国民医療費の分配(医療機関の費用)構造(平成20年度国民医療費)

費用項目	割合
医療サービス従事者	48.1%
医薬品	21.9
医療材料	6.2
委託費	5.1
経費、その他	18.7

(出典)厚生労働省ホームページ「我が国の医療保険制度について」

しかしながら、日本の医療提供体制について国際比較を行ってみると、全く違った姿が見えてくる。国際的に見ると、実は、日本の医療提供体制については、相対的に病床施設や医療機器等の「資本」が潤沢に存在するのに対し、医師や看護師等の「労働」の投入が手薄であることが、大きな特徴である。つまり、国際比較においては、日本の医療サービスの提供は、「労働集約的」ではなく、むしろ「資本集約的」に行われているのである。このことを、OECDの国際比較データ等を基に見てみよう。

表1-2には、主要な(人口当たり)医療資本投入状況の国際比較データをG7諸国について示している。この表において、(急性期)病床の定義や(たとえば、日本については一般病床がとられている)、医療機器についてはその性能の相違等の調整を図る必要があり、厳密な比較は困難である。しかしながら、いずれも概数として見れば、日本における医療資本が諸外国に比べてきわめて潤沢な状況にあることがわかる。日本は、病床数やCT、MRIといった高度・

高額医療機器の普及度合いについては、ほとんど世界一と言ってもいい状況にあるといえる。

＜表 1－2＞主要な医療資本投入状況の国際比較（2008年）

国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT 台数	人口百万人当り MRI 台数
日本	8.1	97.3	43.1
カナダ	2.7*	12.7*	6.7*
フランス	3.5	9.8**	4.7**
ドイツ	5.7	15.4**	7.1**
イタリア	3.0	31.0*	20.0*
イギリス	2.7	7.4	5.6
アメリカ	2.7*	34.3*	25.9*

*2007年、**2005年データ

(出典) OECD, OECD Health Data 2010

一方、病床及び人口当りの主要な医療労働投入の状況を表1-3に示した。これを見ると、病床当りの医療スタッフの配置に関しては、日本は諸外国に比べ、かなり手薄な状況にあることがわかる。たとえば、看護職員は人口当りで見るとそれほど少ないわけではないが、病床当りで見ると、きわめて手薄な配置となっている。これは明らかに病床数が多いことの結果である。表1-2とあわせると、日本の医療サービスの提供は、明らかに諸外国に比べ、相対的に「資本集約的」ないしは「労働節約的」に行われているといえる。

こうした「労働節約的」な医療サービスの提供は、医療サービスの質や患者満足度、さらには医療における安全性といった、多すぎる病床に対する手薄な人員配置に伴う深刻な問題を惹起してきている（注4）。そうした中で、いわゆる「社会的入院」の問題が、介護保険制度導入後もなかなか解消に向かわないことに関する供給サイドにおける基本的な要因として、印南（2009）は、「低密度医療による供給誘導需要」を挙げている。まさに多くの病床における手薄な人員配置による「低密度医療」が「社会的入院」という「高齢者医療最大の病理」をもたらしているという問題意識である。

<表1-3> 主要な医療労働投入状況の国際比較（2008年）

国名	病床100床 当り医師数*	病床100床 当り看護職員数*	人口1000人 当り医師数	人口1000人 当り看護職員数
日本	16.1	71.1	2.22	9.81
カナダ	64.9	294.9	2.27	10.32
フランス	48.4	114.9	3.34	7.93
ドイツ	47.4	141.6	3.89	11.61
イタリア	110.3	186.8	4.19	7.10**
イギリス	76.8	280.0	2.61	9.52
アメリカ	83.2	346.8	2.58	10.75

*イギリスを除き、現役の医師数、看護職員数（professionally active physicians and nurses）
 なお、病床については、総病床数をとっている

**2006年データ

（出典）OECD, OECD Health Data 2010 より、著者作成

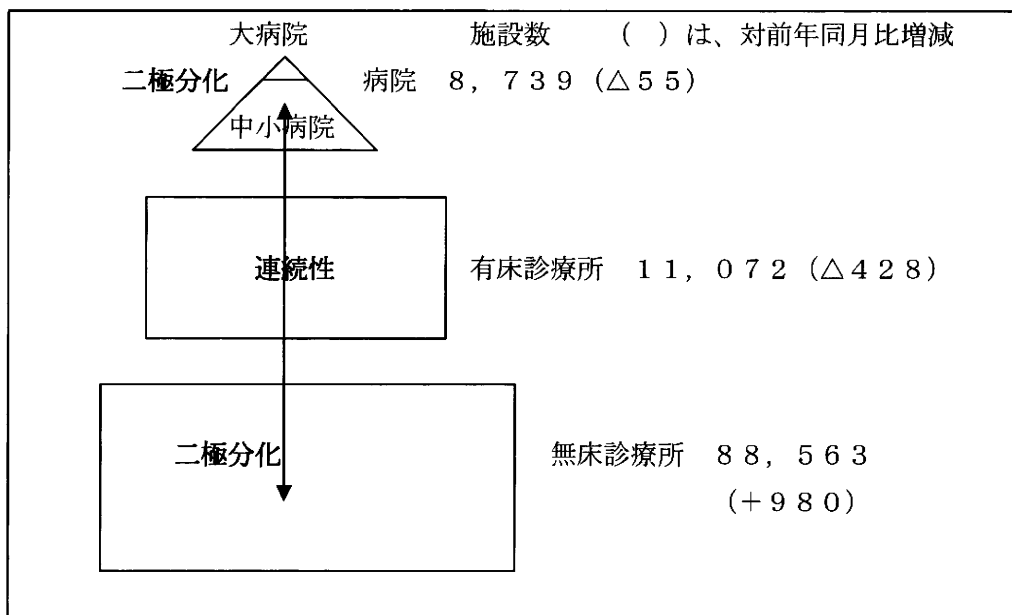
（3）医療施設体系の特徴：連続性と緩やかな二極分化

わが国における医療施設の体系については、図1-4のような概念図で考えることができる。現行医療法上は、病床数20床を基準として、機械的に病院と診療所が区分されている。その結果、図1-4に示したように、医療施設の体系は、無床診療所（病床数ゼロ）、有床診療所（病床数1～19床）、病院（病床数20床以上）と、きわめて連続的な構造となっている。しかも、病院については、表1-4に示したように、100床未満の病院の比率が37.7%、200床未満の病院の比率が69.2%と、中小病院の割合がきわめて高くなっている（このことは、図1-4で「病院」が「底の厚い」ピラミッド形状として示されている）。

こうした「連続性」は、単に医療法上の施設区分にとどまらない。たとえば、日本においては診療報酬の体系は、一部を除いて、基本的に病院、診療所共通のものとなっており、長らく出来高払いを基本とする診療報酬体系がとられてきた。これは、病院と診療所では診療報酬の体系そのものが全く異なっていることが多い諸外国の事例と比較すると、きわめて特徴的であり、日本の医療施設体系の「連続性」がもたらした1つの帰結であると考えられる。さらに、医療機関経営者の意識の問題としても、「診療所の大きくなったものが病院」であるとするのが一般的であった。事実、外来患者をめぐって、病院と診療所は激しく競争しており、病院医療に占める外来診療のウェイトは、諸外国に比べてかなり高いものとなっている。その結果、わが国においては、医療機関相互の機能分担と連携は遅れており、大病院でも診療所のように

多数の外来患者で込み合うということになりがちである。これを患者の側から見ると、ほぼ完全な「フリー・アクセス」体制ということになる。「3時間待って3分診療」ということがよく言われるが、これもこうしたフリー・アクセスの1つの帰結である。病院と診療所が、歴史的、沿革的にも、また、その機能の上でもかなり截然と分かれているのが一般的である諸外国と比べると、こうした（当事者の意識も含めた）連続的な構造というのは、かなり日本の医療に特有の現象であるといえる。

<図1-4>日本の医療施設体系に関する概念図（2009年10月現在）



(出典) 厚生労働省「平成21年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」より作成

<表1-4>日本の病院の病床規模別分布（2009年10月現在）

99床以下	37.7%
100～199床	31.5
200～299床	12.9
300～499床	12.6
500床以上	5.3
総計	100.0%

(出典) 同上

こうした医療施設の体系について、中長期的なトレンドとしては、図1-4の上下への一種の「二極分化」が、緩やかなペースで進行中であるといえる。図1-4における分厚い中央部分、すなわち有床診療所及び（特に100床未満の）中小病院は一貫して減少傾向にあるのに対し、無床の診療所は毎年着実に増加している。また、大病院も横ばいないしは若干の増加傾向にある。全体として、緩やかではあるが、無床の診療所と、ある程度の病床規模を有する病院という「二極」への分化が進んでいるといえる。

OECD（2001）は、こうした日本の医療提供体制の問題を **Lack of differentiation and standardization**（機能分化と標準化の欠落）と評しており、機能分化と標準化をいかに進めていくかが、近年の医療政策上の大きな課題の1つとなっている。

（4）民間主導型の医療サービスの提供：有効な医療供給政策の不在

第3の特徴としては、わが国の医療提供体制が基本的に「民間主導」であるという点が挙げられる。たとえば病院の開設主体別施設数を見ると、公的医療機関は15%弱、国立病院・療養所は3%程度を占めるに過ぎず、8割以上は医療法人立、個人立を中心とした民間病院となっている。また、一般診療所及び歯科診療所についても、そのほとんどが個人立または医療法人立である。病床規模を勘案すると、国公立の方が大規模な病院が多いため、民間病院のシェアは若干落ちるが、それでも、わが国の医療サービスの太宗は、民間医療施設によって担われているとって過言ではない。一方で、医療財政は、国民皆保険体制の下で公的な医療保険制度によって担われていることと併せて考えると、わが国の医療については、「財政は公的に」、しかし「医療サービスの提供は民間を主体に」実施されているといえる（**publicly funded and privately delivered**）。戦後の急速な医療提供体制の整備は、主として民間医療機関の積極的な展開及び新規投資によるものであり、こうした「ポリシー・ミックス」はそれなりに機能してきたものと評価できる。

しかしながら、こうした「民間主導」の医療提供体制に対して有効な政策を展開することには基本的な困難が付きまとう。これを「権限」で押し付けることはできず、ソフトな誘導策が求められるが、その辺は行政が最も苦手としてきたところである。この面でのこれまでの有効な政策としてはせいぜい医療計画における病床規制程度であり、むしろ診療報酬による経済的誘導策が事実上大きな役割を果たしてきた。しかし、こうした政策も近年の厳しい医療費抑制基調の下で限界に来ている。2006年のいわゆる第5次医療法改正においては、積極的な情報開示による患者・住民の医療機関選択を推進することを通じて、「民間主導」の医療提供体制に影響を及ぼしていこうとしている。医療機関の広告規制の緩和という従来の伝統的な方策に加えて、医療における情報開示が初めて本格的に展開されようとしている。医療計画等を通じ、

この面で今後都道府県や保険者が大きな役割を果たすことが期待されている。

4. 医療提供体制改革の方向と居住系サービス

(1) 医療生産関数及び等量線による分析

医療提供体制の問題を考察するに当たって、医療生産関数ないしは等量線による分析が有効である(注5)。今、 $Q = F(K, L)$ とする。ここで、 Q は生産(提供)された医療サービス(の量)、 K はそのために投入された資本、 L は投入された労働とする。このとき、 Q (アウトプット) と、 K 、 L (インプット) の関係を表す関数を F (生産関数) と呼ぶ。

今、仮に $Q = Q_0$ (一定) としたとき、この一定量の医療サービス Q_0 を生産するために投入されたインプット K 、 L の(無数の)組合せを結んだ曲線を等量線 (Isoquants) と呼んでいる。図1-5は、こうした等量線を示した概念図である。縦軸に資本(たとえば病床、医療機器等)を、横軸に労働(たとえば医師、看護職員等)をとると、現在の日本は、図1-5に示したようなポジション、すなわち等量線上の「西北」の位置にあることになる(非常に潤沢な資本 K_j に対して手薄な労働投入 L_j という組合せ)。しかしながら、これが唯一のポジションというわけではなく、図1-5に示したような、もう一つ別のポジション(少ない資本投入 K_o と潤沢な労働投入 L_o の組合せ)も十分ありうるということになる。同じ等量線(すなわち同じ量の医療サービスの提供)の上でどの位置をとるかというのは、医療政策上の重要な選択問題であり、究極的には国民の選択の問題であるということになる。