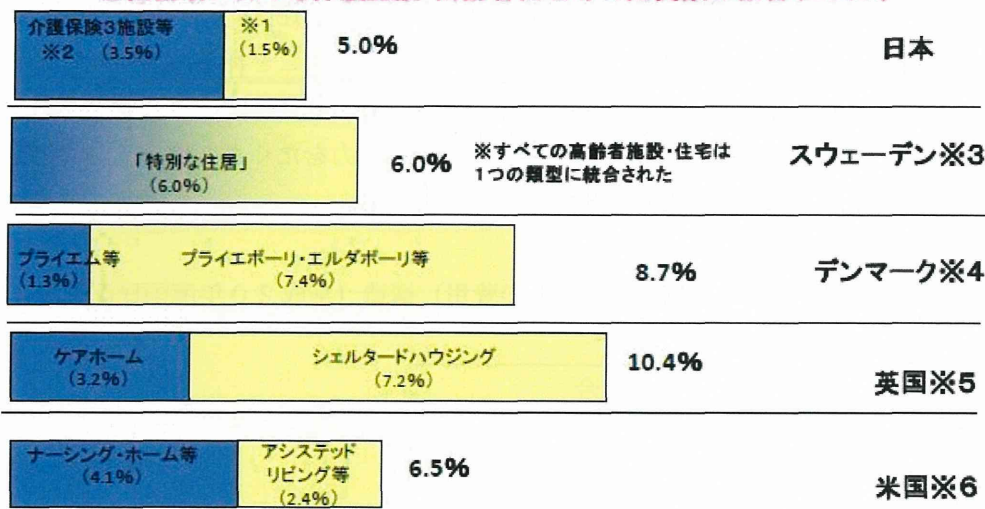


<図1-3>各国の介護施設・高齢者住宅の状況

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"

61

(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る、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

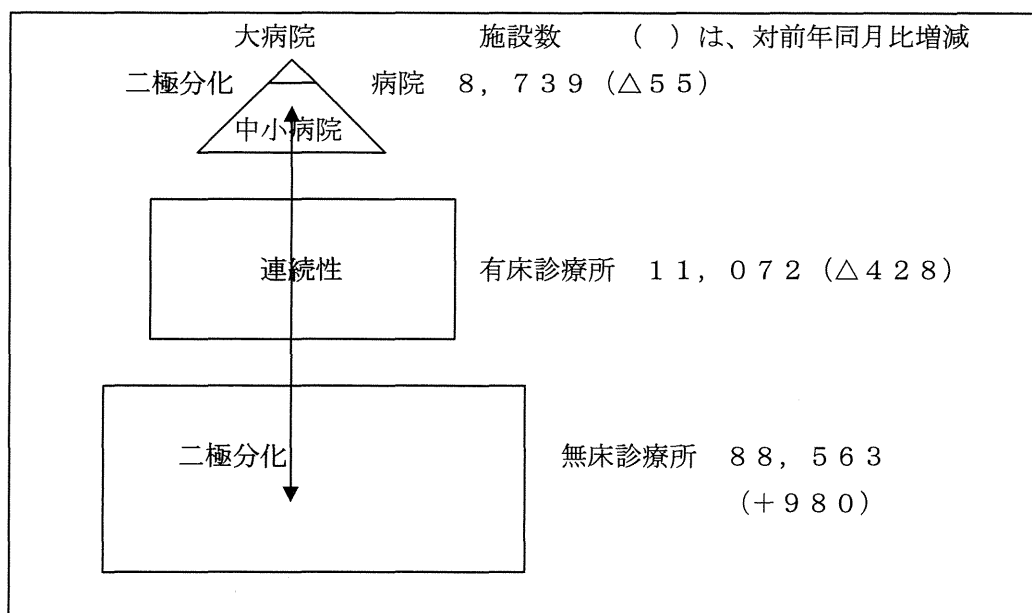
（3）医療施設体系の特徴：連続性と緩やかな二極分化

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」であると考えられ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時間待つて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。

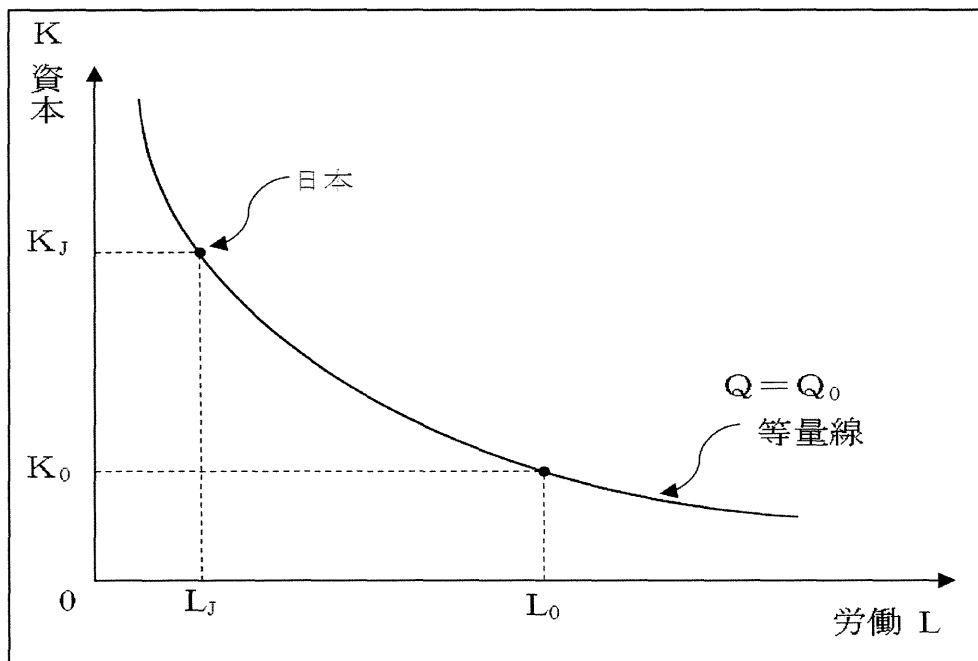
4. 医療提供体制改革の方向と居住系サービス

(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。

<図1-5>等量線と日本の位置に関する概念図



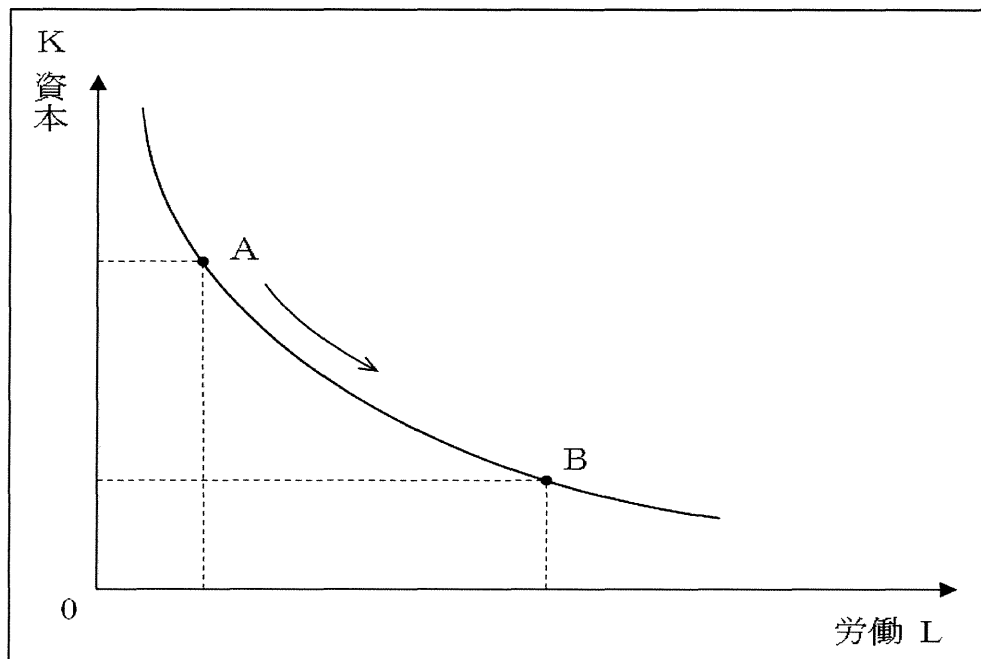
(2) 医療提供政策における3つの基本的な政策選択肢

以上のような等量線概念を用いて、近年におけるわが国の医療提供政策に関する3つの基本的な政策選択肢について検討してみよう。

①小泉構造改革

まず、第1は、いわゆる「小泉構造改革」である。今世紀初頭、小泉純一郎元首相の下で、「聖域なき構造改革」が重要な政策スローガンとして掲げられ、医療制度についても、2006年の健康保険法や医療法の改正を通じて、さまざまな「構造改革」が実施に移された。これを特に医療提供体制の改革の側面から捉えてみると、図1-6のように表すことができる。図1-6においては、同じ等量線の上で、日本の位置をAからBへ、すなわち、資本集約的な医療サービスの提供から、より労働集約的な医療サービスの提供へと移行させようとしたものと考えることができる。

<図1-6> 「小泉構造改革」の概念図



まず、医療費については、厳しい抑制策がとられ、2006年の診療報酬改定は、「史上最大のマイナス改定」と呼ばれるように、診療報酬本体 $\Delta 1.36\%$ 、薬価等まで含めたトータルでは $\Delta 3.16\%$ という大幅なマイナス改定が実施された。その結果、2006年度の国民医療費は対前年度伸び率 $\Delta 0.0\%$ と、ほとんど前年と同じ水準にコントロールされている。このことは、図1-6において同じ等量線上の移動(A \rightarrow B)として表されている。

次に、「医療資本」については、積極的な病床削減政策がとられた。急性期病床については、在院日数の短縮を通じた病床削減が、また慢性期病床については、介護保険適用療養病床の(2012年における)廃止を含む療養病床の削減及び居住系サービス等への転換が打ち出されている。また、「医療労働」については、病床当りの人員配置をより手厚いものにしていこうという基本的な方向がとられている。代表的な政策として、2006年の診療報酬改定におけるいわゆる「7対1看護」の導入を挙げることができる。こうした資本の削減及び労働の拡充は、図1-6において、日本の位置をAからBの方向へ移動させるものである。

こうした「小泉構造改革」は、理論的には十分ありうる政策選択肢であると考えられる。医療費を厳しくコントロールしつつ、医療サービスの提供のあり方を変えていこうというのが、その基本的なメッセージであり、特に近年のような低成長経済の下では、1つの有力な政策選択であることは間違いない。しかしながら、こうした政策の実施については、大きな摩擦を伴

うことが容易に想像される。そして実際に2006年の医療制度構造改革は、医療現場に大きな摩擦と混乱をもたらした。こうした改革に伴う「痛み」をどのように考えるか、また、それにどのように対処するか、ということが、この政策選択肢についての最大の課題であろう。

②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）

次に、「社会保障国民会議の最終報告」（2008年11月）においては、医療・介護政策の基本的な考え方として、「「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築等を図る」といったことが述べられている。これ自体は、従来の医療・介護政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。「社会保障国民会議の最終報告」における新機軸は、むしろその医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にあるものと思われる。

このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集中」を進め、機能分化を推進する（たとえば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」ないしは医療費のコントロールを図るという政策目標と密接にリンクしていた（注6）。ところが、このシミュレーションにおいては、むしろそれとは逆の方向が示されていることに留意する必要がある。つまり、「選択と集中」や機能分化を進めるシナリオの方が、そうでない場合に比べ、医療・介護費用はより多くかかる可能性が高い、ということが示されているのである。

このことを表1-5で見てみよう。たとえば、表1-5の改革シナリオB3においては、2025年における「一般急性」病床については、平均在院日数9日、病床数49万床が想定されている。平均在院日数9日というのは、現在の一般病床の平均在院日数（18日台）の1/2の水準であり、表1-6に示したように、現在の欧米諸国並み（5.5日～7.6日）とまでは行かないが、かなりそれに近づいた状態であるといえる。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。従来であれば、こうした在院日数の短縮、病床数の削減を通じて医療費適正化を図る、というラインであったのが、ここではむしろこのB3シナリオが最も医療・介護費用がかかるシナリオであるということになっている。

なぜ、こうした「効率化・重点化」シナリオの方が費用がかかるのか、と言え、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。1つは、在院日数が半減した急性期病床というのは、現在のような手薄な人員配置ではありえない、ということである。確かに病床数は削減されるが、病床当りの人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。表1-3に示した諸外国の事例のように、病床当りでは現在の数倍の医療スタッフを集中的に投入した形での医

療サービスの提供が行われることが想定される。また、そうでなければ、9日というような平均在院日数は達成しがたいであろう。第2に、これだけ在院日数が短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に出て行くことになる。これらの患者は（高齢患者の場合は特に）、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、その「受け皿」が問題となる。表1-5においては、そのことは「在宅医療・在宅介護の推進等（施設から在宅・地域へ）」として、居住系・在宅介護利用者の増加、さらには医療・介護従事者数の増加という形で示されている。つまり、在院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医

<表1-5> 社会保障国民会議最終報告・各改革シナリオの概要

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 （医療資源の集中投入等）	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 （増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合）	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ）	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 （増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数）	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	（同左）
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能施設の充実 約95万人/日 （Aシナリオでは25+数万人/日）	（同左）	（同左）
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6~1.7 倍程度 （Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度）	・1.7~1.8倍程度	（同左）
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効 率 化 ・ 重 点 化	急性期医療の改革 （平均在院日数の短縮等） ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・急性期：平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等：75日 52万床 （Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日（高度急性20.1日、一般急性13.4日）、亜急性期等75日]、病床数133万床）	・急性期：平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等：60日 44万床	・高度急性：16日/26万床 ・一般急性：9日/49万床 ・亜急性期・回復期等： 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ）	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 （減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数）	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防（生活習慣病・介護）	・生活習慣病予防により外来患者数約32万人/日減少 （対Aシナリオ）	（同左）	（同左）
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで △0.3%、その後△0.1%程度 （伸び率ケース①の場合）	（同左）	（同左）
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	（同左）

（出典） 社会保障国民会議ホームページ

<表1-6> G-7諸国の急性期病床の平均在院日数（2008年）

国名	平均在院日数
日本	18.8日
カナダ	7.5*
フランス	5.2
ドイツ	7.6
イタリア	6.7*
イギリス	7.1
アメリカ	5.5

*は2007年データ。日本は一般病床がとられている

(出典) OECD, OECD Health Data 2010

療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高い、ということの意味しているのである。

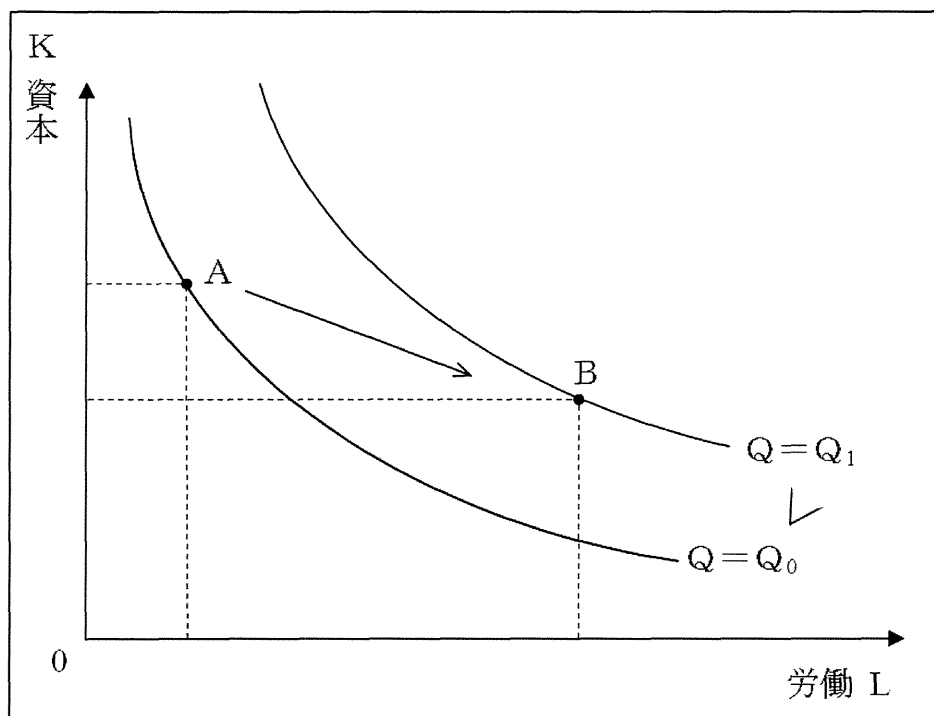
こうしたシナリオは、先進諸国における急性期医療の現状及び医療・介護費用の状況を勘案すれば、妥当性が高いものであると考えられる。特に、急性期医療の確立が、それとまさに裏腹の関係で、居住系サービスを中心とした在宅医療、在宅介護の大幅な拡充と「対」になっているということに留意する必要がある。

こうした社会保障国民会議・最終報告の「改革シナリオ」を、等量線を使った概念図で示すと、図1-7のようになる。図1-7においては、小泉構造改革と同様に、現在の資本集約的な医療提供体制のポジション（A点）から、より労働集約的なポジション（B点）への移行が図られている。ただし、小泉構造改革とは異なり、その移行が同時に等量線のシフト（ Q_0 から Q_1 へ）を伴っているという点に留意する必要がある。すなわち、この移行は、同時に医療（介護）費用の増大を伴っている（ $Q_0 < Q_1$ ）のである。

こうした社会保障国民会議・最終報告において示された「改革シナリオ」は、「小泉構造改革」に比べると、より摩擦の少ない、現実的な政策選択肢であるといえる。全体の医療・介護費用の増大を容認する中で、医療提供体制の効率化・重点化を図っていくというシナリオは、十分実現可能な改革の方向であろう。問題は、こうした医療・介護費用増大の財源をどのようにしてまかなっていくのか、という点にある。社会保障国民会議は、この点については、明らかに消費税増税によって対応することを提言しており、議論としては一貫性があるといえる。ただし、財源としての消費税増税の妥当性及び実現可能性、さらには、保険料等も含めた財源のあ

り方については、さまざまな議論がありうるであろう（注7）。

<図1-7> 社会保障国民会議最終報告・改革シナリオの概念図



③ 民主党を中心とした現政権における医療政策

2009年9月に歴史的な政権交代が実現し、民主党を中心とする新政権が発足した。新政権は、戦後ほぼ一貫して政権の座にあった自民党を中心とする前政権の政策をさまざまな局面において変更しようとしているが、医療政策については、表1-7に示したような事項が重点施策として、マニフェストその他に掲げられている。

これらを見ると、全体として、医療費を増大させる方向が打ち出されており、新政権下初の改定となった2010年4月の診療報酬改定においては、10年ぶりにトータルの改定率がプラス(+0.19%)に転じた(注8)。また、表1-7に掲げられた項目のいくつか(③、④、⑤等)については、当該診療報酬改定の中でも取り上げられており、全体として労働投入をこれまでに比べ手厚くしていく方向が打ち出されている。一方、病床数については、⑩に見られるように、「小泉構造改革」にブレーキをかける内容となっており、あまり積極的に病床数削減や病床転換を図ろうとする姿勢は見られない(注9)。

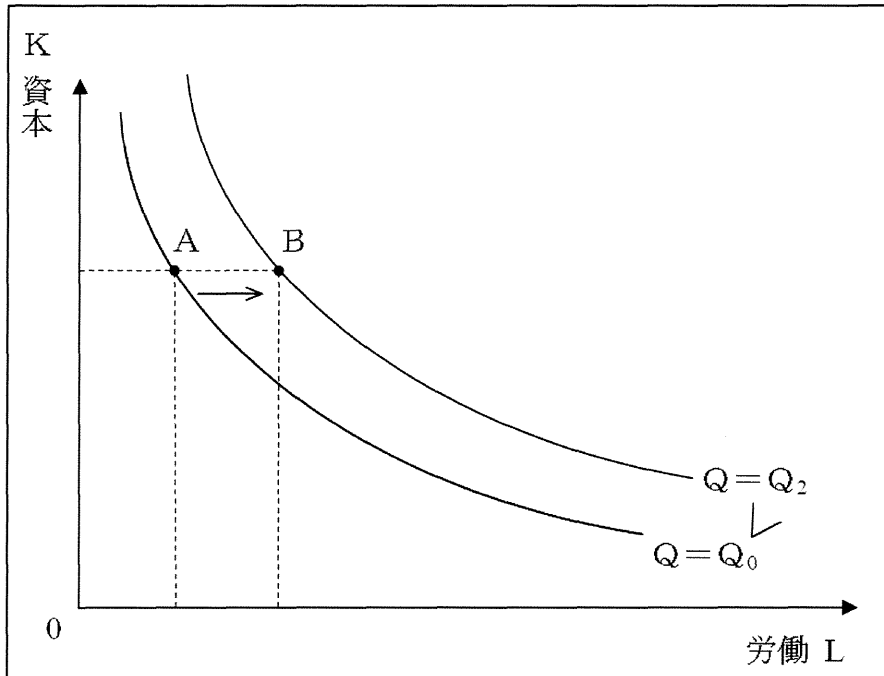
<表 1 - 7>新政権の医療政策における主要事項

政①医療費の先進国並みの確保（対 GDP 比）
②後期高齢者医療制度の廃止
民③医療従事者等の増員（医師養成数 1.5 倍等）
民④医療従事者増員に対する診療報酬増額（入院）
民⑤救急、産科、小児、外科等の医療提供体制の再建（医療計画の見直し）
民⑥無過失補償制度の拡大、公的制度化
民⑦国立大学付属病院等の再建（病院運営交付金の回復）
⑧速やかなインフルエンザ対策
民⑨がん、肝炎等についての患者負担の軽減
民⑩当面、療養病床削減計画を凍結
<注>政：連立政権政策合意のみ 民：民主党マニフェストのみ 無印：双方共通

こうした新政権における医療政策の基本的方向性について、等量線を使って概念図で示すと、図 1 - 8 のようになる。すなわち、医療費の増大をある程度容認する（ただし、前述の社会保障国民会議・最終報告ほどではない）ことから、図 1 - 8 において、等量線は Q_0 から Q_2 へと上方シフトしている ($Q_0 < Q_2$)。また、労働投入を手厚くするということから、B 点は A 点よりも右側に移動している（労働投入 L の拡大）。その一方で、病床等医療資本については現状を積極的に変えるという意識が乏しいように見えることから、結果的に A 点から B 点への移動は、図 1 - 8 に示したように、「平行移動」となっている。

こうした現政権における医療政策の問題点は、何よりも、こうした政策によって、現在のわが国の医療・介護が当面する諸課題のうち、何をどのように変えようとしているのか、そのゴールが明確に見えてこないという点にある。たとえば、仮に図 1 - 8 において A 点から B 点へ移行したとして、そのことが医療・介護サービスを受ける国民の側から見て、どういったプラスがもたらされるのか、何が効率化され、何がよくなるのか、といった点が全く明らかではない。居住系サービスとの関係も、基本的に既存の病床を温存する中では、必ずしもその拡充を目指しているとも思えない。今後一段と進む少子・高齢化の中で、中長期的な医療・介護提供体制のあり方について、明確なビジョンを示す必要があるものと思われる。

<図1-8> 民主党を中心とする新政権の医療政策の概念図



5. 結論

本研究においては、「居住系サービス」をめぐる諸問題について、さまざまな観点から検討を加え、一定の政策提言を行うことを目的としている。3年間を予定している研究期間の1年目である本年においては、第2章以下に示されているような基礎的な調査研究及びデータ収集等を行った。

近年のわが国の医療・介護政策は、長期的な方向としては、社会保障国民会議の最終報告が示しているように、「選択と集中」や「重点化」、「効率化」、さらには「機能分化と連携」を進める方向にあるものと思われる。このことは、一方で本格的な急性期・高密度医療の確立を意味するとともに、他方では「居住系サービス」を含む在宅医療・在宅介護の大幅な拡充を意味しており、両者は密接不可分の関係にある。全体として、すでに欧米先進諸国がたどってきた道を、わが国も遅まきながら追求しようとしているといえる。

しかしながら、短期的には、当面、特に療養病床の取り扱いをめぐる、政策的な動揺及び混乱が見られる。このことは、上述したような長期的な改革の基本的方向には逆行する一種の「揺り戻し」と考えられる。医療・介護サービス提供体制の改革は、財源政策の問題以

上に直接的な利害関係者が多く、コンセンサスの形成が困難な問題であるといえる。実際のサービス提供者に対して、その事業転換や事業廃止を求めることには大きな抵抗や摩擦が伴うのは当然である。しかしながら、この問題に関する究極的なステーク・ホルダーは、あくまでもサービスを受ける国民であることを忘れてはならない。どのようなサービス提供を国民は望んでいるのか、そのためにはどのような提供体制を構築する必要があるのかが、第1の関心事項でなければならない。本研究においては、こうしたサービスを受ける国民の立場に立って、内外の調査研究成果等を踏まえつつ、世界一の少子・高齢社会であるわが国にふさわしい医療・介護サービス提供体制のあり方に関して、特にその一翼を担う重要な存在であると考えられる「居住系サービス」のあり方を展望することを目指している。

その際、基本的な発想としては、Aging in Place（その人にふさわしい適切な場所での老後の暮らし）ということが重要であろう。病院への「入院」や施設への「入所」といった institutionalization が必要な場合があったとしても、それはあくまでも「例外」と考えるべきであって、「原則」は、やはり広い意味での「居宅」、「在宅」での暮らしであり、「終の棲家」であるべきだろう。「居住系サービス」は、北欧諸国や米国における Assisted Living Services 等がそうであるように、居宅、在宅の一環として、service house（虚弱な高齢者（the frail elderly）に対してハウジングと必要な種々のサービスを同時に提供する住宅）であることが求められる（注10）。次年度以降の調査研究を通じて、日本型の service house のあり方について、さらに具体的なイメージと政策の方向性を探っていくこととしたい。

<注>

（注1）「社会的入院」をめぐる諸問題については、印南（2009）を参照。

（注2）以下の記述は、基本的に尾形（2009）に基づき、データ及び記述の更新を行ったものである。

（注3）たとえば、Folland, Goodman, Stano（2010）P317を参照。

（注4）近年、マスコミ等で大きく取り上げられてきた、いわゆる「医療崩壊」現象の主要な背景として、こうした極端に労働節約的な医療サービスの提供が限界に来ていることがあるものと思われる。「医療崩壊」については、小松（2007）を参照。

（注5）医療生産関数及び等量線分析については、Folland, Goodman, Stano（2010）等を参照。

（注6）たとえば、2006年の医療制度構造改革によって導入された「医療費適正化計画」においては、在院日数の短縮が、「医療費適正化」に当たっての重要な目標とされている。

（注7）筆者自身は、医療費増大の財源としては、むしろ保険料の引上げを考えるべきである

という意見である。その理由としては、第1に、消費税は（その引き上げ幅にもよるが）、優先順位としては、年金（基礎年金）や福祉、子ども手当等の財源に充当される可能性が高いという現実的な判断があること、そして第2に、わが国の国民医療費総額に占める保険料のシェアは、ここ数年50%を割り込んでおり（平成20年度で48.8%）、国際的に見てまだそれほど高い水準ではなく、引上げの余地が十分あると考えられること、が挙げられる。ただし、保険料を引き上げるに当たっては、その前提として、低所得者の急激な負担増を抑えるため、国民医療費の37%以上を占めている公費の傾斜配分を強めることが必要であると考えている。

（注8）ただし、表1-7中、①については、今日のような「デフレ経済」の下ではあまり意味のある目標とは思われない。医療費総額は、近年、自然体では（すなわち診療報酬改定や制度改正がなければ）、年率で3%程度伸びる傾向がある。GDPがマイナスないしはゼロ成長の場合、何をしなくても数年後にはOECD平均並みの対GDP比医療費（9%前後）が容易に実現されることになる。

（注9）その後、介護保険法改正（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称））が検討される中で、「介護療養病床の廃止期限の猶予」（民主党介護保険制度改革WT提言では「廃止を3年間延長」とされている）が取り上げられている（全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（2011年2月22日））。

（注10）service house という概念については、Zimmerman, Sloane, Eckert（2001）P57を参照。

<参考文献>

印南一路（2009）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社

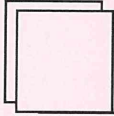
尾形裕也（2009）「医療サービス提供のあり方の改革」 田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房 P51～P78所収

小松秀樹（2007）『医療の限界』新潮新書

Folland, Goodman, Stano（2010）, *The Economics of Health and Health Care*, sixth edition, Prentice-Hall

OECD（2001）*OECD Economic Surveys : Japan 2001*, OECD, Paris

Sheryl Zimmerman, Philip D. Sloane, J. Kevin Eckert ed.（2001）, *Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, The Johns Hopkins University Press



2. 「居住系サービス」に関する政策の動向

2. 「居住系サービス」に関する政策の動向

1. 目的

「居住系サービス」については、すでに政府の各種審議会等の場において、近年一定の議論の蓄積がある。本研究を進めていく上で、それらは研究の前提となるべきものである。本章においては、国の審議会、研究会等で扱われた、高齢者を対象とした、施設、居住系サービスに関する議論の内容を収集・整理し、居住系サービスに関する政策動向について検討するための基礎資料を作成した。

2. 方法

- ◆ 高齢者向け施設、居住系サービスに関してどのような議論が展開されてきたかについて、文献（会議）ごとのアブストラクトを作成した。
- ◆ 検索対象は、厚生労働省、国土交通省、内閣府のホームページ上の審議会データベースに掲載されている情報をもとに整理を行った。
- ◆ 収集した情報の中には、障害者を対象とした居住系サービスの記述も含まれていたが、今後の検討材料として、高齢者以外を対象とした検討についても整理の対象とした。

調査対象審議会	所 管
社会保障国民会議	内閣府
社会保障審議会 医療部会	厚生労働省
社会保障審議会 介護保険部会	
社会保障審議会障害者部会	
安心と希望の介護ビジョン	
安心生活創造事業推進検討会	
全国厚生関係部局長会議	
高齢者居住安定化モデル事業	
高齢者等居住安定化緊急促進事業	
あんしん貸貸支援事業	
平成 22 年度高齢者等居住安定化推進事業	
住生活基本計画（全国計画）（平成 18 年 9 月閣議決定）	
高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）	
高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律（平成 23 年 2 月閣議決定）	
社会資本整備審議会 高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策の在り方	

3. 結果

(1) 要 旨

開催 年月日	会議名・論点
平成 10 年 1 月 21 日	<p>「全国厚生関係部局長会議」</p> <p>◆ 高齢者向け民間サービスの健全育成等について</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の生活福祉に係る多様かつ高度な要望に応えるためには民間サービスの発展が不可欠。 ・ 民間事業者の委託の推進、過疎地域等在宅保健福祉サービス推進試行的事業の実施、都市部等住民参加型在宅保健福祉サービス推進試行的事業の実施。 ・ 有料老人ホームに対しては届出制、指導指針、政策融資等により健全育成を図る。 ・ 居住機能と生活サービス提供機能の組合せによる、高齢者向けケア付き居住施設が供給されるようになっている。そのため、情報開示を進めることを目指す。
平成 10 年 6 月 19 日	<p>「有料老人ホーム等のあり方に関する検討会」</p> <p>◆ 類似施設を含めた有料老人ホームに対する今後の施策のあり方について</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 10 年度から高齢者向け優良賃貸住宅制度を創設。供給主体の判断により、食事提供や介護サービス等を組み合わせることができる。 ・ 住宅（公共住宅で生活援助員による援助が提供されるシルバーハウジング）と有料老人ホームとの差が小さくなってきており、機能や役割の違い、体系が分かりにくくなっている。 ・ 有料老人ホームと高齢者住宅施策の連携、役割分担を明確にしておくことが求められている（法整備も含め体系化が必要）。
平成 10 年 7 月 13 日	<p>「医療保険福祉審議会 第 12 回老人保健福祉部会」</p> <p>◆ 居宅サービス費等の支給限度額管理等について</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 有料老人ホームの許可届出をしていない高齢者の集合住宅がある。介簡易宿泊所の許可だけで営業している施設が多数みうけられる。
平成 11 年 1 月 14 日	<p>「医療保険福祉審議会 老人保健福祉部会・介護給付費部会」</p> <p>◆ 介護保険施設等の運営に関する基準等について</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1984 年にイギリスで居住施設の設置・運営基準が公布されたとき、個人の選択、自由について記述されていた。苦情処理、地域との連携で住民参画が活かされればよい。サービスの質に関しては、利用者の意思の尊重を明記して欲しい。 ・ 療養型医療施設は、生活の場への復帰という方針がなく、介護保険が社会的入院の増大の反省のもとに創設されたことが活かされていない。
平成 14 年 10 月 28 日	<p>「第 15 会 社会保障審議会 介護給付費分科会」</p> <p>◆ 介護報酬について（訪問介護、居宅介護支援等）</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険は、在宅と施設の二分にこだわる必要はない。将来的には、在宅と施設の間で現在の特設施設が入るような第三のカテゴリを作るべきではないか。 ・ グループホームは、在宅か施設か位置づけが不明確である。