

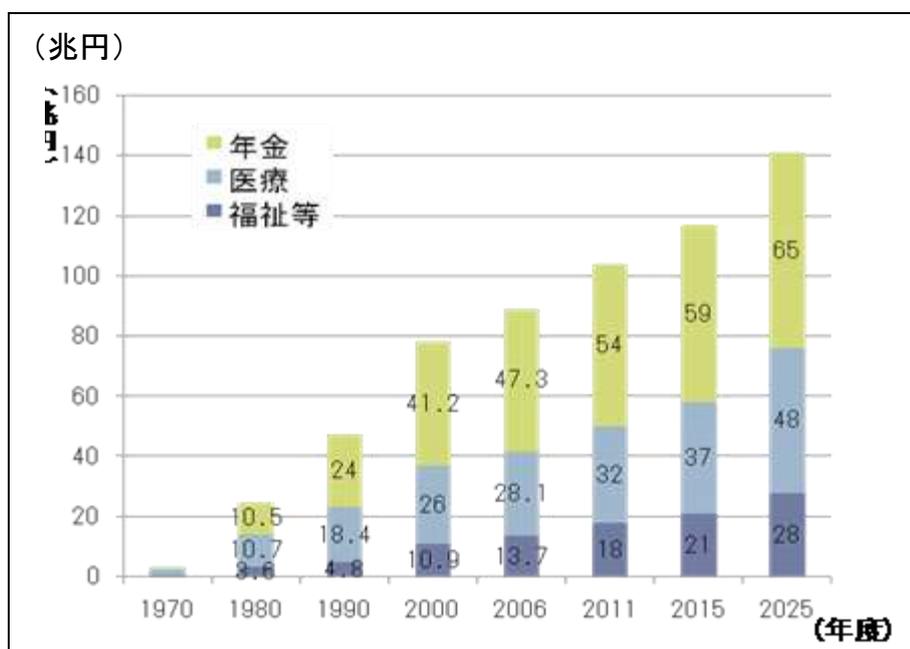
② 医療、介護、生活支援関連分野における現在の供給体制の論点

次に、こうした量的・質的に拡大する消費者ニーズに対応するための医療、介護、生活支援関連分野での供給体制に係る論点に目を向ける。

i) 公的負担の増大

まず、下のグラフを見て明らかな通り、我が国の医療・介護の供給体制を支える社会保障給付費は増加の一途をたどり、団塊世代全てが65歳以上となる2015年には年金・医療・福祉等を合わせて117兆円、75歳以上となる2025年には141兆円に達すると推定されている。

図Ⅲ-4-9 社会保障給付費の推移と予測



出所:2006年度までは国立社会保障・人口問題研究所「平成18年度社会保障給付費」

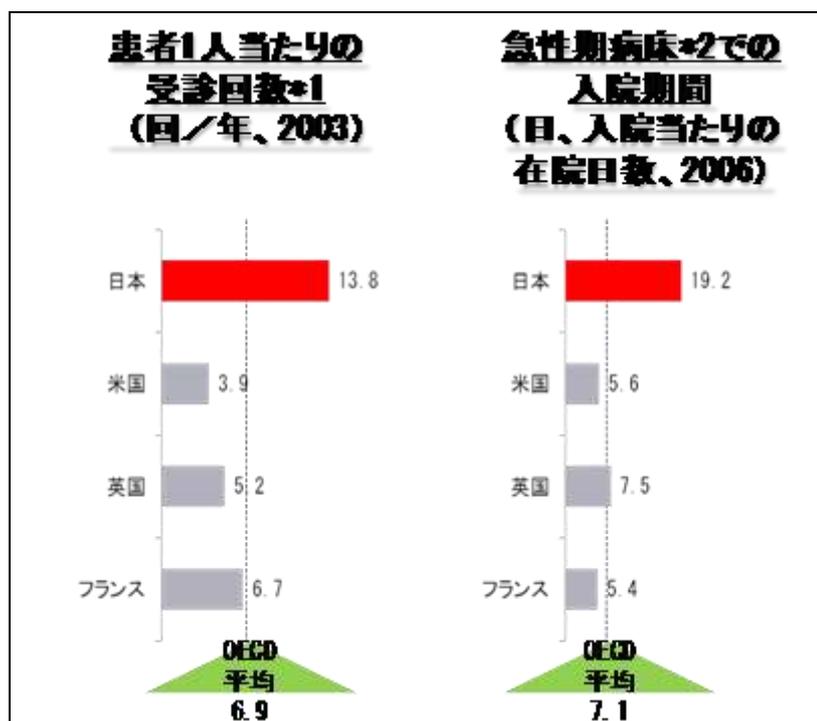
2011年度以降は「社会保障の給付と負担の見通し(厚生労働省平成18年5月推計)」

ii) 医療機関に集中するニーズ

次に、供給体制の中核をなす医療機関を見てみると、諸外国に比べて異なる我が国の医療供給体制が見えてくる。

まず、患者一人あたりの受診回数については、日本は諸外国に比べて突出して回数が多い。急性期病床での入院期間についても諸外国に比べて突出して在院日数が長い。すなわち、日本人は、比較的頻繁に病院に行き、長く入院しているのである。諸外国に比べて、こうした実態が医療機関に大きな負荷をかけることにはなっていないか。今一度考えてみる必要があるだろう。

図III-4-10 患者一人当たりの受診回数および急性期病床での入院期間



※1 病院、診療所を含む。

※2 OECD Health Dataでは、日本の場合は「一般病床」及び「感染症病床」が「急性期病床」に該当すると定義されている。

出所:マッキンゼー&カンパニー「医療制度改革の視点 第一版」

我が国の医療機関の特性は、その供給体制にもある。例えば、次のグラフによれば、日本の場合、人口 1,000 人当たりの医師数や看護職員数は諸外国に比べて極端に少ないとは言えない。他方、同じ医師数や看護職員数を病床 100 床あたりに換算し直して見てみると、諸外国との差が歴然とする。この点は、その次のグラフでよりはっきりとする。日本の場合、人口 10 万人当たりで病院数が諸外国に比べて非常に多い一方で、1 病院当たりや 1 病床当たりで職員数を見てみると、圧倒的に少ないのである。

すなわち、我が国は、病院や担当する病床の数が多いため、職員密度が低くなってしまいう「低密度・分散型」の医療体制とすることができる。

図Ⅲ-4-11 医療提供体制の各国比較

医療提供体制の各国比較①				
	人口1,000人当たり		病床100床当たり	
	医師数	看護職員数	医師数	看護職員数
日本	2.1人	9.3人	14.9人	66.8人
米国	2.4人	10.5人	76.3人	331.2人
英国	2.5人	11.9人	69.0人	335.9人
フランス	3.4人	7.6人	46.7人	105.8人
ドイツ	3.5人	9.8人	41.6人	117.8人

医療提供体制の各国比較②			
	人口10万人 当たり病院数	1病院当たり 職員数(活動換算)	1病床当たり 職員数(活動換算)
	日本	7.0	183.0人
米国	2.0	799.6人	4.9人
フランス	4.8	—	—
ドイツ	2.6	429.1人	1.3人

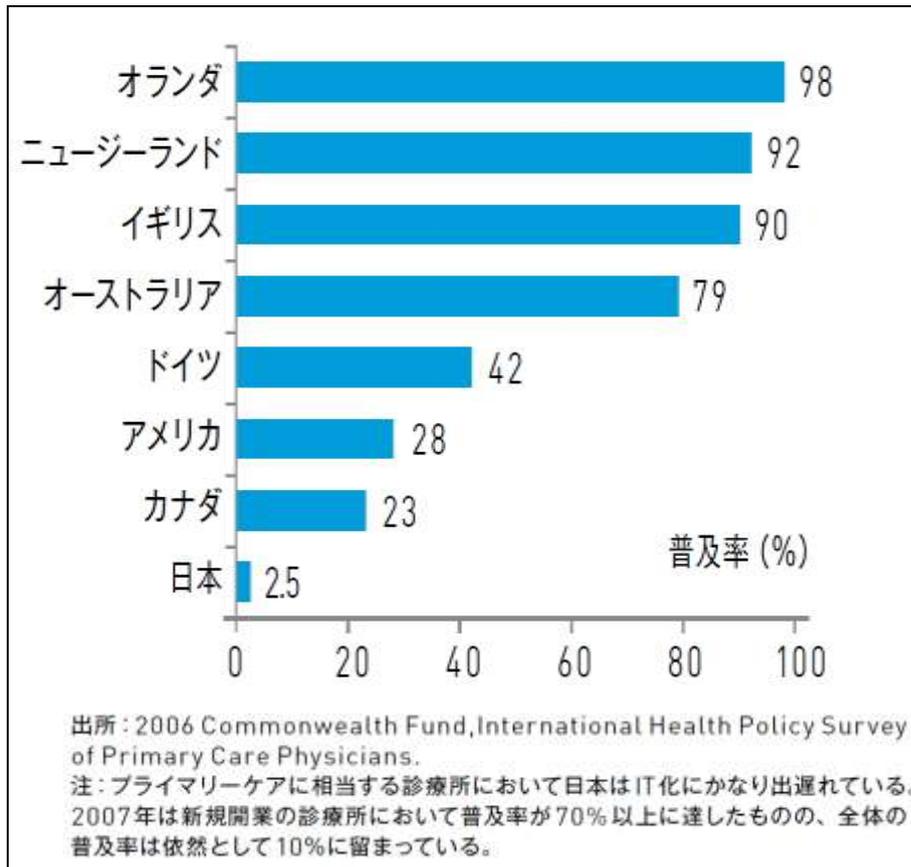
出所：上表：OECD Health Data 2008、下表：OECD Health Data 2007、医療提供体制研究「我が国医療
 提供データ集(2006年版)」、医療提供体制研究「フランス医療提供データ集(2007年版)」、医療提供体制
 研究「ドイツ医療提供データ集(2007年版)」、厚生労働省大臣官庁統計情報部「平成19年度医療提供体制
 調査報告書」

iii) 効率化の余地が大きい供給現場

また、我が国の医療機関は、諸外国に比べて IT 化の点で依然として課題を抱えている。例えば、医療機関のオーダリング・電子カルテの導入率は諸外国に比べて非常に低い水準に留まっていることが分かる。

また、IT 化の遅れについては、介護機関でも課題とされることが多く、大いに改善の余地がある。他方で、介護分野においては、IT を活用することによって効率化が可能となる間接部門や手続き面についてまで、管理担当者の人員配置基準やサービス記録の紙媒体保存などの規制がかけられているなど、IT 等を活用した業務効率化と親和性の薄い制度が存在するため、今後、業務効率化のモチベーションを与えることができるように制度の在り方をどう調整していくかが課題である。

図Ⅲ-4-12 オーダリング・電子カルテの導入率の比較



iv) 潜在有資格者の存在

他方で、いかに効率化を進めたとしても、労働集約型である医療・介護分野の供給体制を考えた際には、人的資源の充実を避けて通れない。さらに、今後多様なニーズがより一層顕在化するとすれば、人材の充実はなおさら必要である。

しかしながら、特に介護分野においては高い離職率や人材不足が指摘されており、今後、年平均約4~6万人程度の介護職員の増加が必要とされる中で、喫緊に解決すべき課題となっている。その点で注目されるのが、資格を持ちながらその業務に従事していない潜在的資格保有者である。訪問介護員の資格保有者を例にとれば、約80%・約64万人が介護分野には就労していないと言われ、更なる活用が期待されている。また、高齢者のニーズに応じて、今後、看取りを含めて終末期に至るまでの生活のQOLを維持できる環境を整備していくとすれば、上記の訪問介護員はもちろん、医療の面でも、一説に55万人とも言われるいわゆる潜在看護師の活用も期待される。

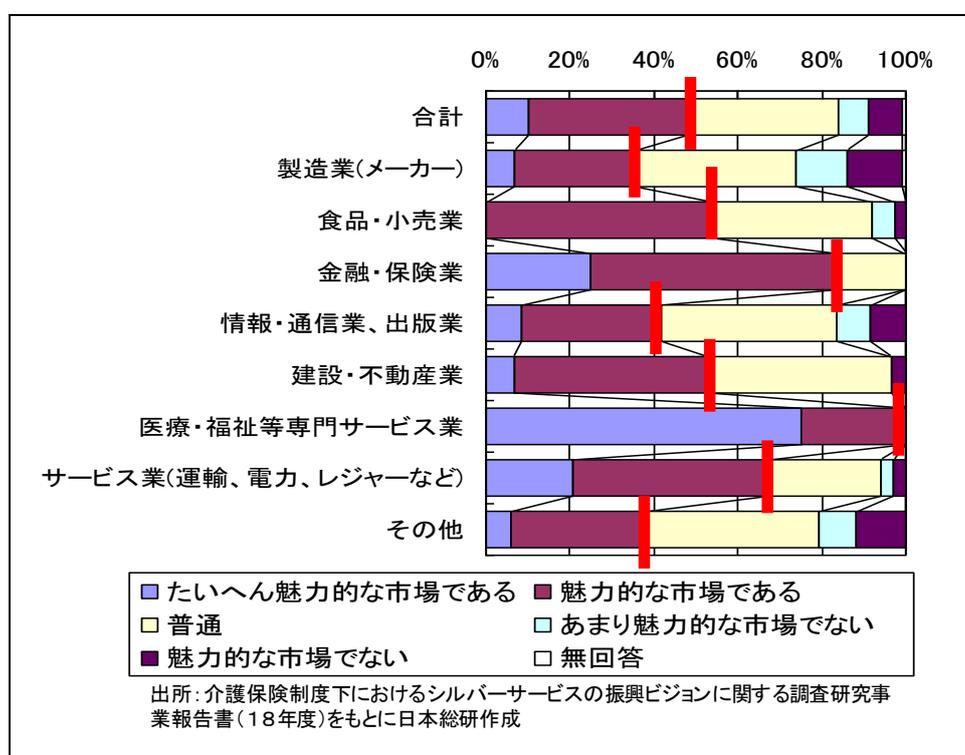
v) 医療・介護機関と民間サービス事業者の脆弱な連携

さらに、今後、地域において充実した医療・介護・高齢者生活支援サービスが提供される環境を作るためには、こうした医療・介護機関やその専門人材の供給体制を強化するこ

とのみならず、地域の様々な既存のサービス産業が QOL の維持という目標に向かって、高齢者支援サービスの分野に数多く参入し、新規サービスの創出を促進していく必要がある。事実、以下のグラフを見ても分かる通り、異業種の民間事業者にとって高齢者市場は非常に魅力的に映っている。

他方、参入するにあたっては医療・介護機関との連携が欠かせないが、サービス事業者との責任分界や提供可能なサービス範囲が明確にならないために、参入を躊躇する例も聞かれている。結果的に参入機会のロスが起こっていると考えられ、連携体制を強化する取組が求められている。

図Ⅲ-4-13 上場企業の高齢者市場に対する評価



vi) 生活支援サービスの創出促進

なお、民間サービス事業者の参入を巡っては、過疎地など新規進出が困難な地域においてサービスが供給されないといった懸念も聞かれる。しかしながら、過疎地であっても、流通業者が地方自治体や異業種の民間事業者と連携し、例えば公民館・集会所等の既にある公共施設を、近隣スーパーのサテライト店舗や宅配拠点として有効に活用するなど、低コストでの流通機能の提供を可能にすることも考えられる。行政機関が保有する施設や公有財産については用途に制限がかけられていることも多いが、地域の実情に応じた運用改善を図り、官民横断的な協力体制を構築することで、需要に応じた新たなサービスの提供を行っていくことが求められている。

vii) 政府に求められる役割

こうした中で、政府が行うべきことは、各種ノウハウを持つ事業者が医療・介護との連携を円滑に行うことができる環境整備である。具体的には、医療・介護とその周辺で、民間事業者が独自の責任として何に取り組むことができ、何ができないのかというビジネスの予見可能性を可能な限り明確にし、不必要な制度リスクを取り除くことにある。これに加え、基本的なビジネスモデルに基づく医療・介護機関との連携のあり方やそれに必要な標準化が求められる。

また、高齢者支援サービスに貢献できる事業者は、未だ市場に点在している状態であることから、横の繋がりを形成し、スケールメリット、合理化、標準化、制度改正への要望等、産業として活動するための体制が早急に整備されることへの支援も必要である。

なお、利用者側から見た場合には、適切なサービス選択に必要なサービス品質の可視化、評価、認証制度等、産業としての枠組み構築も急務である。

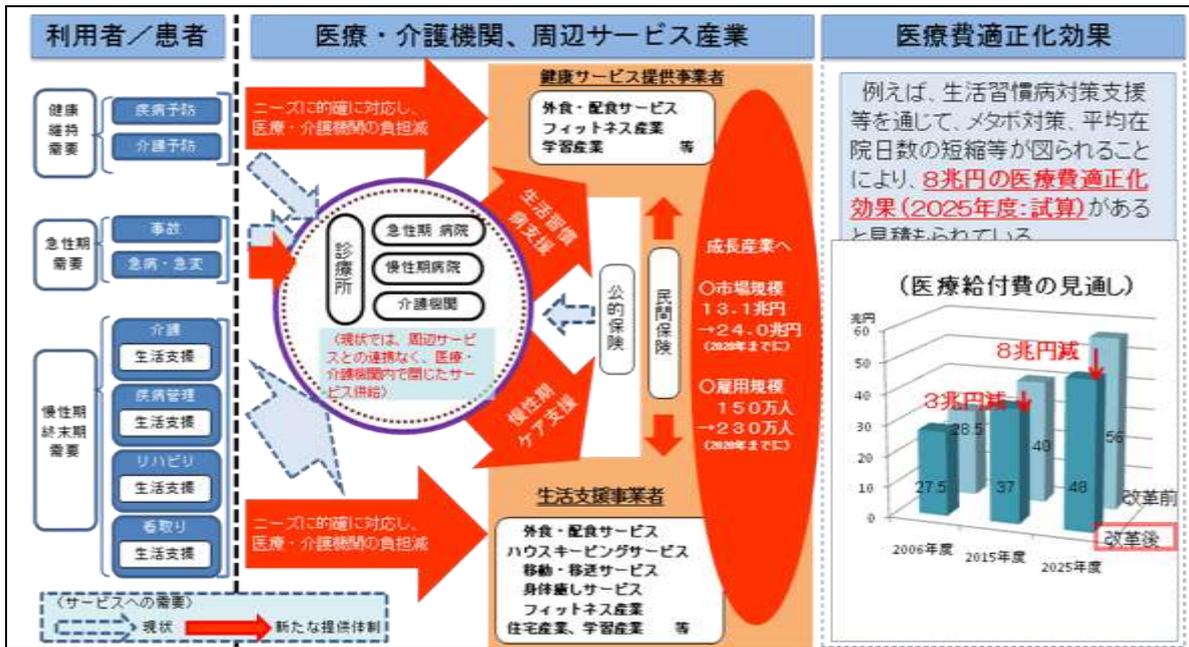
③ 多様で質の高いサービスの効率的な供給を目指す「医療・介護・高齢者生活支援関連産業創出促進戦略

i) 戦略のコンセプト

医療・介護・高齢者生活支援については、前述した通り、今後、健康維持期における疾病予防や介護予防、慢性期・終末期における介護・疾病管理・リハビリ・看取りなど、急性期前後でのサービス需要が多様化してくる。こうした中で、全てのサービス供給を医療・介護機関が行い、その財源も公的保険に依存することは、医療・介護機関及び我が国財政の負担が加速的に大きくなることを意味するが、現実としてその持続性を確保していくことは大きな課題である。

そのため、今後は、医療・介護機関と健康関連サービス事業者との連携推進等により保険外のサービスを拡大することで、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者から相応の対価を得て自律的に成長し、社会保険とうまく連動してシームレスな医療・介護・高齢者生活支援サービスを提供する産業（「生活医療産業」）の創出を促す。こうした産業の創出によって、患者・消費者本位の多様で質の高いサービスが供給されるとともに、医療・介護機関の負担減や医療費の適正化も期待される。

図Ⅲ-4-14 新たなサービスの形態



出所：経済産業省作成

ii) 新たなサービスの創出事例

まず、健康・医療分野では、疾病予防等を包括的に支援するサービスの創出の芽が育てられている。例えば、熊本県旧植木町では、地元の医療機関に蓄積された住民の健康データを地域のサービス事業者が活用できるようにしたことで、様々な健康サービスが生まれた。例えば、運動サービス事業者が疾病予防・介護予防等に効果のある運動サービスを、配食・給食事業者が健康状態に対応した弁当・健康メニューを、温泉旅館が温泉を使った健康療法をそれぞれ提供している。また、運動サービスの利用に応じて商店街で利用できる健康マイレージを発行することで、住民が自ら取り組みやすい環境整備も行っている。

現在、これらの事業を通じて、以下のような課題が浮き彫りになっているところであり、同様のサービスを全国に広げるためには、早急な課題解決が望まれる。

- ・ 医療機関のインセンティブを盛り込んだ業務連携・契約の在り方の検討
- ・ 優良なサービス事業者を紹介するコンシェルジュ・スキームの整備
- ・ 個人情報取扱ルールの整備
- ・ 高齢者向けのリハビリなど、医行為と抵触しない範囲の明確化
- ・ 運動・配食サービス等の品質を保証する基準の策定・認証、事業のノウハウの共有