

医療の質向上と経営の効率化が必須

# 日本の医療制度の 課題と将来像

- 1 諸外国とのデータ比較に見る日本医療の現状
- 2 OECD が公表した医療制度の課題と提言
- 3 高齢者医療制度の再構築と運用
- 4 機能分化と連動する介護職員の医療行為拡大



# 1 | 諸外国とのデータ比較に見る日本医療の現状

## 厳しい財源確保と病床機能の現状

民主党政権はマニフェストで、自民政権が進めてきた医療費抑制方針を転換し、「社会保障費をOECD諸国平均並みにすることを目指す」と掲げ、予算編成を進めた結果、2010年度予算では27.3兆円であった社会保障費は、1.3兆円増加して28.6兆円となる見通しです。

政策の転換に伴ってたびたび指摘されてきた財源確保の問題は、次年度予算編成過程においても不安を抱えたままです。それは廃止の方針が既に示されている後期高齢者医療制度の制度移行の問題を含め、全患者に占める高齢者の割合が増加し続ける将来の不安を解消する根本的な政策立案が現段階では限りなく困難であるからです。医療費の増加を抑制し、現制度を継続するためには、日本の医療制度そのものに対する効率化への取り組みが不可欠であるといえます。

### (1)2011年度予算編成の概要

2011年度の国債費を除いた歳出シーリングは71兆円（財務省見通し）となっていますが、前述のように社会保障費の増加に対して、政策的経費は1割削減となる見込みです。

	社会保障費	政策的経費	地方交付税交付金
2010年度	27.3兆円	26.2兆円	17.5兆円
2011年度	28.6兆円	25.2兆円	17.2兆円
差異	1.3兆円 増	1兆円（1割） 減	0.3兆円 減

### (2)日本の病院病床機能の現状

日本における病院病床は、歴史的に高齢者の居住施設の役割を一部で果たしてきました。自民政権下で進められた介護療養病床削減等の病床再編に向けた施策は、政権が変わった現在、今後の方針が依然不透明な状況となっています。

このような課題を抱えているために、日本の病院病床が抱える効率性の低さは、現在の政府が目指すOECD諸国平均並みの社会保障費確保という目標策定において、諸外国と同じ基準で語ることはできません。医療パフォーマンスにおける国際比較（WHO, 2000）では、「システム達成度」の項目で日本が主要国20カ国中第1位となっていますが、これは、国民全体が支払い能力ではなく必要に応じて等しく医療を受けられることを高く評価された結果にすぎないのです。

## 諸外国とのデータ比較にみる医療提供体制の現状

### (1)低い急性期病床割合 ～「病院 = 急性期病床」は世界標準

諸外国の医療提供状況を見ると、病院病床数の大部分を急性期病床が占める国が多くなっています。日本は、病床数が多い一方で急性期病床が占める割合が低く、80%を超える主要国に対して60%に満たないのが現状です。

#### ■病院病床数と急性期病床の占める割合(2004年) ～出典:OECD Health Data 2007

(人口1,000人当たり)

	日 本	アメリカ	イギリス	イタリア	カナダ
病床数 (*)	14.2	3.3	4.0	4.0	3.4
(再掲) 急性期病床数	8.4	2.8	3.2	3.4	2.9
急性期病床が占める割合 (%)	59.2	84.8	80.0	85.0	85.3

### (2)多い病床数と少ない医師従事者数 ～医療サービス提供状況の比較

日本が提供する医療制度については、その効率性の問題が指摘されています。実際に提供している医療サービスの状況を、人的および物理的な指標によって、次のとおり比較しました (WHOおよびOECD、各国資料より:2002～2006年)。

#### ■諸外国との比較 ～医師数・病院数・病院病床数

(人口10万人当たり)

	医師数 (人)	病院数 (施設)	病床数 (床)
日 本	210	7.1	1,277
アメリカ	256	2.0	323
フランス	337	4.8	748
ドイツ	337	4.1	845
スウェーデン	328	0.9	281

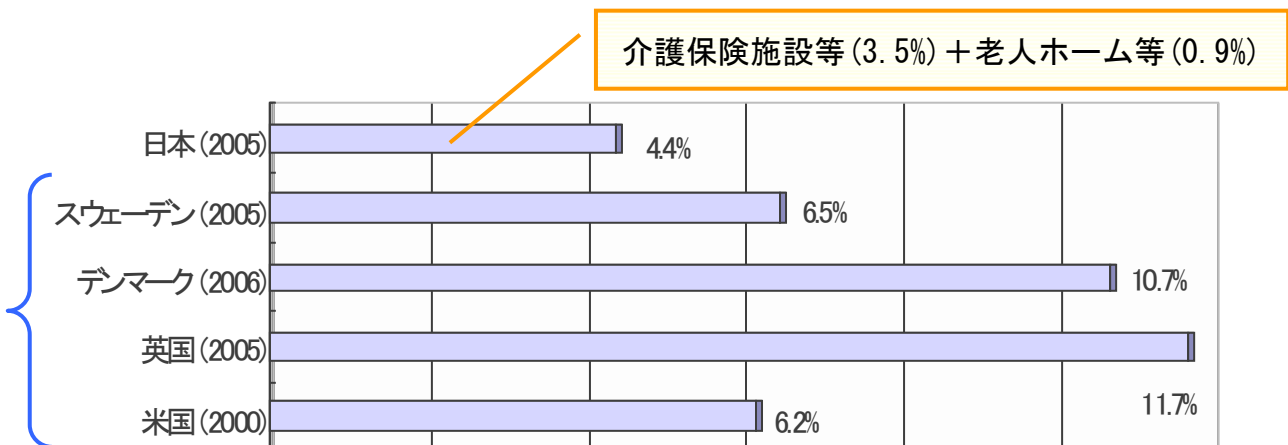
諸外国の各指標と比べると、日本は、人口10万人当たりで数倍多くの病院と病床を提供している一方で、実際にサービス提供を担う医師数は諸外国中で最も少ない人数となっています。これは、日本の医療制度における「適正数」を考える必要があるという問題を示したものだといえるでしょう。

## 在宅医療推進の根拠となっている高齢者の居住状況

高齢者が日常生活を送っている場所として、在宅のほかには病院などの医療機関、介護関連施設、高齢者住宅等がありますが、これらの定員比率を諸外国と比較したのが下記の調査結果です（参考：社会保障国民会議 資料）。

### ■各国の高齢者の居住状況(定員比率)

～ 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



上記資料では、日本を除く4カ国については、その内訳がNursing home（ナーシングホーム：心身に障害のある高齢者に対し必要な介護や医療を提供する施設で、日本の特別養護老人ホームの機能に該当）のみとなっています。アメリカやヨーロッパにおいても、高齢者は在宅傾向を示していますが、そんな中でも、医療施設に入院するよりも、ナーシングホームの利用者は増加しています。

それは、何らかの疾患を抱えることが多い高齢者であっても、医療サービスを提供する施設が多く、ナーシングホームのほうが日常の居住機能としてはるかに快適であるため、高齢者が病院など医療施設を選択しないことによります。

この結果、病院は医療サービスの提供に専念でき、より効率的に質の高さを追求できるというわけです。日本では介護保険施設と老人ホームを合わせても5%に満たない状況であり、裏を返せば高齢者の居住機能を担っている医療機関が多いことを示唆しています。

## 2 | OECDが公表した医療制度の課題と提言

### 日本の医療制度が直面する課題

日本の医療制度は、高い質と技術の提供、そしてフリーアクセスの確保を併存するシステムといわれてきました。OECDが公表した「対日経済審査報告 2009 年度版（2009, OECD Economic Survey of Japan）」でも、「日本の医療制度は幾つもの点で優れており、様々な指標においてOECD加盟国の最上位近くに位置する日本人の優れた健康状態に寄与していると同時に、医療支出のGDP比率を加盟国の平均以下に抑えている。加えて、国内全ての医療機関へ普遍的なアクセスを提供することを原則としている。」と評価されています。しかし、一方で、「医療制度は幾つかの重要な課題に直面している」と分析して、下記の課題が指摘されています。

#### ■日本の医療制度が直面する課題 ～OECD「対日経済審査報告 2009 年版」

- 所得アップ、技術の進歩、高齢化の急速な進展等の要因が医療支出の増加圧力に
- 医療サービスの「質」に対する不満の高まり
- 分野により供給不足等の不均衡が存在する（例：救急医療、小児医療）
- 医療保険料の未払あるいは滞納者の割合増加による国民皆保険制度維持への影響

### OECDによる日本の医療制度に関する提言

OECDが日本の医療が抱える課題として指摘したいくつかの課題は、日本の医療制度がシステムとしては一定の完成度をみていながら、本来の機能を十分に果たせていないという潜在的な問題と、制度改革によってもなお解消できない不均衡の存在を明確化したものといえます。課題を示した「対日経済審査報告 2009 年度版」では、日本の医療制度の課題解決に向けていくつかの提言を行なっています。その視点は、「医療経営の効率性はどのようにして高められるか」、「医療の質はどのようにして改善できるか」という大きく2つのテーマに分かれています。

これら提言の骨子は、以下のとおりです。

## ■OECDによる医療制度に関する主な提言 ～「対日経済審査報告 2009 年版」より

### (1)「医療経営の効率性はどのようにして高められるか」

#### ● 経営の効率性を追求せよ

- 高齢者向けの長期介護の担い手は病院から適切な介護施設や在宅介護への変更を促進
- 診療回数の減少や入院日数の短縮のため、医師や病院への報酬制度を改善する
- 後発医薬品を保険給付の標準規格にすることにより利用を拡大

### (2)「医療の質はどのようにして改善できるか」

#### ● 医療サービスの質的向上

- 日本における臨床試験費用低減による「ドラッグ・ラグ」「医療機器ラグ」の短縮
- 公的医療保険にカバーされない治療を受けやすくすることの混合診療の範囲拡大

#### ● 救急医療や小児医療等の不足解消

- 診療報酬設定において、より綿密な方法が取られるべき医師が個別の治療行為に要する時間等を示す費用分析に基づいて設定する等

#### ● 相対的貧困上昇の中での国民皆保険の確保

- 非正規労働者の企業組合健康保険制度への加入拡大
- 低所得世帯に対する医療保険の実質的恩恵の確保

## (1)経営の効率性を追求せよ

診療報酬や薬価、医療機器の価格を削減していくという過去の方針は、将来にわたって持続不可能であるため、効率性を高めることが重要となります。2000年以降、診療報酬を7.5%も削減しているにも関わらず、近年、医療支出は顕著に増加しており、医療費の86%以上が公費（含む保険料）によって支払われる状況が、財政状態を悪化させています。現行の枠組みと医療需要パターンを前提とした場合、医療支出は、高齢化要因等によって2025年までにGDPの2%程度増加すると予測されることから、病院を対象に下記の提言を行なっています。

① 平均入院日数の短縮：日本はOECD諸国平均の4倍以上

② 「診断分類群包括支払（DRG）」方式への移行縮：OECD諸国の約3倍

③ 病院や診療所の管理者を医師に限定している規制を廃止

④ 後発医薬品を報酬支払の基準とする

## (2)医療サービスの質的向上

診療報酬や薬価、医療機器の価格が引下げられる度に、医療サービスの質に対する懸念は高まりました。一つの大きな課題は、「ドラッグ・ラグ（新薬承認の遅延）」であり、2006年時点で、世界で最も売れている薬の4分の1は日本で導入されておらず、また約半分は世界に遅れること平均6ヶ月で導入されています。この改善のために、OECDは下記の提言を行なっています。

① 審査プロセスの迅速化

② 臨床実験費用を低下させることによる製造者の努力の支援

③ 適切な償還水準の確保

また、混合診療の禁止については、これによって患者を保険対象外の新薬や新たな治療を選択することから遠ざけていますから、範囲拡大を認めることで、新たな医療サービスへのアクセスが促され患者の満足度が高まります。同時に、潜在的には、公費負担の軽減につながるかもしれません。しかしながら、保険適用外の医薬品や治療の拡大によって、必要な治療は全て含むべき医療保険の質が損なわれるべきではないと提言しています。

## (3)救急医療や小児医療等の不足解消

救急医療や小児医療といったいくつかの分野での供給不足に見舞われています。これは診療報酬設定上の問題を反映しています。保険に含まれる何千もの治療の報酬と1万を超える医薬品の価格改定に際しては、例えば、「医師が個別の治療行為に要する時間等を示す費用分析に基づいて設定する」といった、より綿密な方法が取られるべきであると提言しています。

## (4)相対的貧困上昇の中での国民皆保険の確保

日本の医療制度を支える柱のひとつが国民皆保険制度であるといわれ、非正規労働者の多くを対象とする国民健康保険は、人口の40%をカバーしている一方で、うち約20%の世帯は国民健康保険料を滞納している現状があります。

したがって、これらの世帯の一部（全世帯に占める割合：約1.5%）は医療費を自己負担しなければならない状況にあって、国民皆保険制度の意義を失わせる結果にもなっています。こうした人々の割合をコンプライアンスの向上によって低下させることや、非正規雇用者を被用者医療保険に加入させる取り組みの推進がポイントとなります。また、低所得者層が、実際に医療保険の適用を受けられる機会を確保することによって、医療サービスを受けられる人数が増えることを期待するとしています。

### 3 | 高齢者医療制度の再構築と運用

#### 新たな高齢者医療制度の設計開始

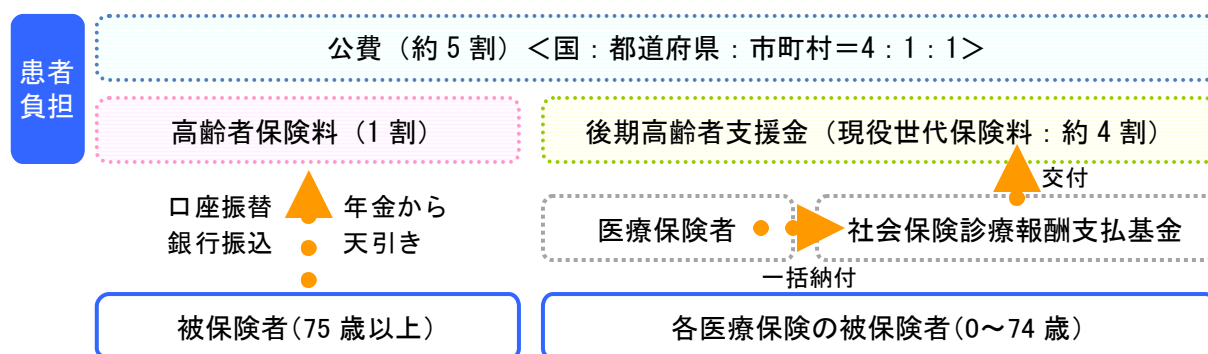
2008年度から施行された「後期高齢者医療制度（以下、「現制度」）」は、廃止方針を掲げた民主党を中心とする政権樹立によって、新たな高齢者医療制度の設計と抱き合わせて「制度廃止」が既定路線となっています。2010年度診療報酬改定においても、関連する診療料が削除されるなど、現制度は少なくとも3年以内に新制度に代わられる見込みです。

民主党連立政権が、批判を多く集めた現制度を廃止し、新たに構築しようとしている高齢者制度の枠組みは、未だ構想の域を出るものでなく、具体的な組み立て工程にたどり着くには時間を要すると推測されます。

しかし、高齢者医療制度の見直し議論は、高齢者の居住機能も一部果たしてきた医療機関に対して、提供する医療の質の向上とともに、医療費の効率化を図るため、支払われる医療費の内訳を検証する議論も含んでいることに留意しなければなりません。

#### ■後期高齢者医療制度の医療費負担の仕組み(2008年度推計)

- 対象者数：75歳以上の後期高齢者 約1,300万人
- 後期高齢者医療費：11.4兆円（給付費 10.3兆円＋患者負担 1.1兆円）



#### 後期高齢者医療制度が反発を受けた背景と本質的課題

##### (1)「75歳」という線引きの影響

少子高齢化社会の急速な進展により増加し続ける医療費に関し、約10年に亘る議論から生まれた現制度は、基本的には現役世代の支援という考え方にたったものでした。しかし、このような経緯に対する理解よりも、被保険者を75歳以上の高齢者と限定した「線引き」に対する反発は激しく、しばしば政争の中で焦点となり、また「長寿医療制度」と名称を



改めても批判をかわすまでには至りませんでした。

制度導入時には、高齢者の不安・不満を過激に報道するメディアに押されて、政府が導入の目的や公費負担の状況などを正確に伝えられていたかという観点では、広報不足は否めません。新たな高齢者医療制度の構築には、75歳以上という線引きのみを問題とせず、現制度が提起した問題を検証したうえで議論を重ねる必要があります。

## (2) 広報と運用の失敗

現制度に対する反発と批判が大きくなったのは、後期高齢者の年金から保険料が天引きされるようになってからです。制度施行まで2年間の準備期間、事務を担う広域連合の組織化と、システム整備に対する投資が行われており、当事者の75歳以上の高齢者に対して十分な理解を得る取り組みが不足していたと言わざるをえません。保険料天引きで初めて保険制度が変わることを知ることになったり、またかかりつけ医以外の受診ができないという誤解や、「終末期相談支援料」の曲解などが生じたりしたのは、政府による明らかな広報不足によることを示しています。

さらに、診療報酬体系では他にも「後期高齢者診療料」等の新たな評価を導入しながら、2010年度改定で廃止となった理由としては、国民からの批判および算定を拒否する医師からの反発など、社会から理解も納得も得られなかったという点から、現制度の運用にも失敗があったといえるでしょう。

## (3) 制度設計上で論点とすべきもの ~高齢者医療の本質的課題

高齢者医療制度は、社会の高齢化に伴う医療費増加をどのように扱っていくのかを認識した制度構築が必要です。こうした本質的議論をすることもなく、既に後期高齢者医療制度は廃止方針が決定しており、今後の高齢者医療政策が政局動向の影響を受けたとしても、この路線が転換することはないものとみられます。

また、廃止方針を受けて、厚労省では既に新たな高齢者医療制度の枠組み案の検討が始められていますが、その制度のみを取り上げて議論するものではありません。

国民皆保険制度を維持するための負担増は、もはや回避できない状況です。後期高齢者医療制度の問題点のみを指摘し、これを改善することを議論の中心に据えたのでは、「高齢者の心身の特性に応じた医療サービス」を提供しようとする高齢者医療制度の趣旨を失わせる可能性もあります。

新制度設計および構築に際しては、高齢者の生活の質を重視する視点は不可欠であり、国民皆保険の維持と医療の質向上に向けて、適切な負担と医療費の効率化の議論が期待されるところです。

■新制度の方向性 ～厚生労働省・高齢者医療制度改革会議「中間とりまとめ案」

●加入する保険制度は年齢で区分しない

保険証も現役世代と同じとし、被用者の高齢者・被扶養者は被用者保険、それ以外は国保に加入。75歳以上の約1,400万人のうち、約1,200万人が国保に、約200万人が被用者保険に移動。

●高齢者保険料の伸びを抑制する仕組みの構築

現行制度の課題である高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することのないよう、財政安定化基金を活用。

●世帯主以外の高齢者は国保保険料の納付義務がない

国保加入の75歳以上高齢者の保険料は、医療給付費の1割相当とし、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算して世帯主が納付 ⇒ 年金天引きが不要になる

●特定健診・保健指導は各保険者に義務付け

広域連合による実施への努力義務としたために受診率が低下した現状を受けて、高齢者が加入する国保・被用者保険の保険者による実施を義務化

新たな高齢者医療制度構築の論点

(1)かかりつけ医機能の整備

かかりつけ医は、その機能整備によって医療インフラの充実と効率化を図ることができるため、病院の外来診療の負担軽減効果も期待されます。ただし、ターミナルケアの問題は、在宅医療への移行推進とともに介護からのアプローチも重要となり、その担い手と範囲に関する議論は今後も続けられることが必要です。

したがって、病院・診療所の機能分担と在宅医療への移行推進は、やはり高齢者医療制度の柱となるべき問題です。

(2)社会保障全体の制度維持と利害調整

高齢者医療制度は、国保運営のあり方や費用負担、さらに財源という大きな課題を抱えています。今後の進展する少子高齢化社会では、高齢者医療費の増大は避けられず、これを国民全体で公平に分担する仕組みが不可欠だといえます。

高齢者が各保険者に偏在して加入することになるため、保険者間の調整の仕組みとしては、現役世代の保険料による支援は国保と被用者保険間は加入者数の按分、一方被用者保険間は財務的に弱い保険者が負担加重とならないよう、負担能力に応じて支えあうことが求められます。

<p>検討 されている 方法案</p>	<p>① 高齢者保険料は高齢者の医療給付費に直接充当し、これ以外を各保険者が現役世代加入者数に応じて支援</p> <p>② 充当された公費以外分を各保険者が加入者数に応じて費用負担</p> <p>③ 両者を組み合わせて負担を配分</p>
-----------------------------	--

## 4 | 機能分化と連動する介護職員の医療行為拡大

### 医療・介護の機能分化推進策の現状と今後

日本の医療と介護分野におけるサービス提供には保険給付が用意され、全国健康保険協会が運営する「協会けんぽ」や国民健康保険などの医療保険制度と、市町村により運営される介護保険制度により、保険者による事業の運営と給付の分離が図られています。

実際の現場では、一般病床に入院する高齢患者について、医療必要度が低く介護度が高い例は珍しくありません。医療と介護の機能分化は、診療報酬改定・介護報酬改定等の中長期的政策で誘導されつつありますが、未だ医療と介護が重なり合う部分のサービス提供については、患者側からの医療に対する要望が強く残っているのが現状です。それは、人的および施設・設備的な面で、高齢者居住施設における医療サービス提供が制限されていることも要因の一つになっています。

#### (1) 介護職員による医療行為は許容拡大の方向

日本において、介護関連施設の介護職員による医療行為については、厳格に制限されてきました。介護職員不足が各施設で深刻になったのを受けて、本年4月1日、厚生労働省は一定の研修を受講した特別養護老人ホームの介護職員に限り、口腔内のたん吸引や胃ろうによる経管栄養の実施を許容する通知を発出しました。このことを契機として、他施設の介護職員にも一定の医療ケアを実施可能とする法案を提出（来年通常国会を予定）し、成立後は段階的に施行する方針を示しました。

#### (2) 行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」報告書

本分科会で6月にまとめられた、医療・介護など成長分野の規制を見直すための第一次報告書において、介護施設の総量規制撤廃等と併せて、介護職員による医療行為を特別養護老人ホーム以外に解禁するとともに、手がけられる医療行為の範囲の拡大についても検討し、本年度内に結論を出す旨を明らかにしています。

## 介護職員の医療行為拡大 ～成功のための実践ポイント

### (1)モデル事業の成果 ～参加施設が公開する実践のポイント

本年4月より厚生労働省通知によって認められるようになった特別養護老人ホームの介護職員による医療行為の実施に先立ち、昨年度に厚生労働省が委託事業として行ったモデル事業として、試験的に一部の特別養護老人ホームで、介護職員による口腔内吸引と経管栄養が実施されました。

このモデル事業を踏まえて、本年度からは「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修事業」が実施されています。

また、モデル事業に参加した特別養護老人ホーム「新鶴見ホーム（横浜市）」が、介護職員による医療行為実施に向けて成功するための工夫やその成果などを示しています。

#### ■看護職員と介護職員の円滑な連携のためのポイントと実践の成果

- 同フロアの看護・介護職員間で研修を実施 ⇒ 親近感
- 年齢・経験年数の近い職員の選出 ⇒ 相互に相談しやすい関係づくり
- 熱意ある職員の選出 ⇒ 意欲的な研修取り組みへの期待
- 介護職員・生活相談員・看護職員が同一ステーションで業務 ⇒ 良好な連携
- 実技ガイドライン手順書に各利用者に合わせた留意事項を追加 ⇒ 実用性確保

医療行為の実施

#### 実施の成果

- モデル事業参加職員だけでなく、周囲の職員の姿勢が積極的に
- 批判的意見を持っていた職員が受け入れの意向を示すようになる
- 実施している場面の見学にくる職員が増えた 等の変化

特別養護老人ホームのみならず、介護職員の医療行為が拡大される方向にある以上、介護職員に対する医療行為の研修は不可欠かつ重要なものだといえます。看護職員との連携と協力・協働を推進するため、相互に高齢者ケアに必要な知識と技術を習得して、現実と向き合う取り組みが求められます。

### (2)厚生労働省検討会における議論と試案

#### ①厚労省「制度あり方検討会」における主要な議論

厚労省が設置した「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度のあり方に関する検討会（以下「検討会」）」では、具体的議論に先立ち、冒頭で実際に介護職員が医療行

為を手掛ける場合の課題について主要な議題を整理しました。

その結果、重要なのは、利用者にとってのリスク回避のための取り組みであり、またこれに必要とされる研修や法制度のあり方について、どのような位置付けとなるかを議論することとなったものです。

## ②医療行為実施に向けた試案提示

上記の検討会で厚労省が示した試案は、1)介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度のあり方についての今後の議論の進め方及び具体的方向、2)介護職員等によるたんの吸引等の試行事業、の2点に関する内容です。このうち1)では、介護職員が関与できる医療行為として、「たんの吸引（口腔内と鼻腔内、気管カニューレ内部）」「胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養」を提案しています。ただし、高い技術を要する医療行為については範囲から除外するものとして、前者では口腔内は咽頭手前まで、後者では胃ろう・腸ろうの状態確認と経鼻経管栄養のチューブ挿入状態の確認は看護職員が行うとする条件も設定し、利用者の安全確保に配慮されています。

また、2)では、実施の要件となる基本研修の概要とカリキュラム案が次のように示されています。

### ●実地研修

基本研修（講義 50 時間＋演習 5 回以上）を実施し、医師の指示を受けた看護師の指導のもとで行う

### ●研修カリキュラム案

- 患者（利用者）ごとの個別計画の作成
- 介護職員受入れの場合、介護職員数人につき指導看護師（\*）を 1 人以上配置
- （\*）指導看護師の要件：臨床等 3 年以上の実務経験、指導者講習受講済み

試案に対しては、実施できる職員の範囲（介護福祉士その他の介護職員）や、実施できる施設の範囲（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、障がい者支援施設、訪問介護事業所等）について、その拡大や限定に関する意見があったほか、50 時間の履修すべき講義時間数に対しても、見解が分かれている状況です。今後も慎重な議論を交わすことによって、法制化への準備を進めていくこととなりますが、少なくとも患者（利用者）には安全で有益なものとなることが念頭に置かれるはずです。

一定の医療行為を介護職員にも許容することは、患者（利用者）にとって、安心と不安を同時に与える可能性があります。不安を排除し、居住施設としての安心を提供するための効果が期待されています。

■参考および引用

2010年7月23日開催 病院機能評価実務解説セミナー

東北大学大学院 医療研究科医療管理学分野 教授 濃沼信夫 氏

「医療制度の将来像と病院機能評価の活用」 講演・レジュメ要旨より

OECD (2009)

「OECD Economic Survey of Japan (対日経済審査報告 2009年度版)」