

## リビング・インダストリー① 医療・介護分野の再編と経営環境

### 1. はじめに

2012年度は、2年ごとの診療報酬改定の年度であり、医療制度の流れが示される年である。

また、介護保険制度についても、原則として5年ごとに制度の見直しが行われることになっており、2005年に抜本的な制度改革が実施された後、2008年、2011年に介護保険法が改正され、2012年4月1日より改正介護保険法が施行された。

「社会保障と税の一体改革」が盛んに議論されるなか、医療・介護制度の同時改定となった今回は、「団塊の世代（1947年～1949年生まれ）」が65歳以上となり、高齢化率が一気に高まる2015年以降を見据え、新しい基軸が打ち出された。

その中、政府は、医療・介護分野について、ライフ・イノベーションを掲げ、医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ導こうとする方針であり、また、これは日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進、アジア等海外市場への展開促進、不安の無い豊かな生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化、さらには、バリアフリー住宅の供給促進、地域における高齢者の安心な暮らしの実現など、幅の広い分野に及ぶ。

しかし、そのような成長産業として位置付けされ期待が高まるとともに、競争原理と効率性が重視され、福祉的な意味合いが後回しにされることで、「国民皆保険」「国民皆サービス」の優れた医療制度が破壊されるのではないかという危惧も高まっている。

すなわち、医療関連分野、あるいは介護分野は、これからの日本を支える中心的な産業としての期待が高いものの、そのため、国民の負担率が高まり、一方、医療・介護の現場では、効率と福祉の両立に向けた日々の努力が常に迫られている。

### 2. 医療の再編

#### (1) 第五次医療法改正

##### ～医療機能の分化・連携の推進～

現在の医療法は平成19年4月に第五次の改正が行われたものであるが、従来の医療計画制度、すなわち、急性期病院、亜急性期病院、慢性期病

院、診療所、在宅といった医療の流れを見直し、専門性を生かしながら効率的な医療体系を地域内で完結させるシステムの構築を方針として打ち出している。

地域連携等を通じ医療機能の分化・連携を推進することで、患者に転院・退院後も考慮した切れ目のない医療を提供し、早期に在宅生活へ復帰できるようにすることである。

そのため、クリティカルパス（診療計画表）や急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療に関わる地域の医療機関で共有する地域連携クリティカルパスにより、医療計画と連動する医療連携体制の構築が中長期的な目標となっている。

#### (2) 急性期から慢性期に至る医療の再編

##### ①連携が重視される平成24年度診療報酬改定

平成24年度の診療報酬改定においては、全体改定率は+0.004%にとどまり、内訳は、診療報酬（本体）で改定率+1.379%（約5,500億円）、そのうち医科が+1.55%（約4,700億円）、歯科+1.70%（約500億円）、調剤+0.46%（約300億円）となった。また、薬価改定等は、改定率▲1.375%（約5,500億円）であった。

今回の改定における医科のプラス改定については、負担の大きな医療従事者の負担軽減に向けて、急性期医療（重篤な患者の医療）の適切な提供に力が入られた他、特筆すべきは、今回改定は医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供するため、医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実が図られた点である。

また、歯科における重点配分項目の一つとして、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進が対象となっている。

その他、調剤における重点配分でも、医療費削減の目玉となっている後発医薬品の使用促進に加え、在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実が対象となっている。

##### ②診療報酬改定に係る基本的考え方

社会保障審議会において打ち出された平成24年度診療報酬改定の基本方針では、「社会保障・税一体改革成案」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととしている。

さらに、介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることを必要とするなど、医療分野で急性期医療における連携に重点配分する他、主として慢性期医療に係る療養病床の分化や、在宅医療の強化、介護サービスとの連携による、効率的で切れ目のない地域連携が目指されている。そして、それらの認識の下で2つの重点課題と4つの視点が掲げられている。

#### 【重点課題】

#### ①病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

■平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。

■このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

#### ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

■増大する医療ニーズを見据え、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。

■このため、在宅医療を担う医療機関の役割分

担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への訪問看護の充実、維持期（生活期）のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

#### 【4つの視点】

#### ①充実が求められる分野を適切に評価していく視点

■我が国医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことで、国民の安心・安全を確保する必要がある。

■このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。

■さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討するべきである。

#### ②患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

■患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。

■このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

#### ③医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

■限られた医療資源の中で、質の高い医療の提供、効率的な医療の実現のため、医療機能の分

化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。

■このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討すべきである。

#### ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

■後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討すべきである。

■また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

#### 【将来を見据えた課題】

また同時に、社会保障審議会の基本方針では、将来的な課題も指摘されており、引き続き医療機能の分化・強化と連携の他、在宅医療の充実、地域との連携、また、情報提供の強化や医療費増大に対処した効率化をさらに進める方向性である。

■今回の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

■すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。

■その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定、補助金等の予算措置、保険者の取組等の様々な手段との役割分担を明確にす

るとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について引き続き検討を行うべきである。

■また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。

■さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

### 3. 医療介護のシームレスな連携

#### (1) DPC（急性期入院の診断群分類別包括評価制度）

医療における診療報酬の支払いは、様々な医療行為についての点数制に基づき、医療を行った出来高により支払いが行われている。

その中導入されたDPCとは、特に医療行為が高度で、費用もかさむ急性期入院医療において、1人の患者の傷病に対する医療行為全体を包括して評価し、病院側の多様なコスト削減についての自助努力にインセンティブを与えるものである。

また、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいこと等が示されたことから、在院日数に応じた1日あたり定額報酬を算定するという方式が導入された。

1,860診断群分類（平成16年の見直しで1,727分類）をもとに診断群分類ごとに1日当たり包括定額払いが行われるが、これは、基本料や検査料等の一般的な医療費について適用され、病院の持つ高度な知識・技術を要する手術、指導管理などは従来通り出来高払いとなっており、包括と出来高が組み合わされた制度となっている。



**【包括評価部分】**

診断群分類毎に設定  
 入院基本料／検査／画像診断／投薬  
 ／注射／1000点未満の処置 等

**プラス****【出来高評価部分】**

医学管理／手術／麻酔／放射線治療  
 ／1000点以上の処置 等

に、在院日数と医療機関別の係数を掛けて算出される。

また、掛けあわされる医療機関別の係数（機能評価係数）は、DPC導入病院の「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療係数」「地域医療指数」などから算出され、係数が大きい病院のほうが高度な医療機能を有するとみなされ、1日あたりの診療報酬単価を高く請求することができる。やはり、ここでも高度医療と地域連携へのインセンティブ、一方で一般的な医療におけるコスト削減へのインセンティブが働くようになっている。

平成15（2003）年4月から本格的な包括医療がDPC対象病院（特定機能病院等）82機関に導入されて以降、平成24年4月には1,505機関に達したとみられ、これは全一般病院数7,587の約2割であり、病床数では約5割に上る。

**（2）DPCによるクリティカルパスの進展**

現在、地域の中核的病院においては、DPCの導入による定額払い方式の採用が進んでおり、医療処置の必要性が高い急性期・亜急性期入院患者の在院日数の短縮、高い医療の質の維持、患者の満足度向上、経済効率の適正化などを分析、解決する必要に迫られている。

そして、その問題解決のために、疾患マネジメントのツールとして「クリティカルパス」（クリニカルパスとも呼ばれる）が、今後の医療において注目されるようになっている。

クリティカルパスはもともと大規模工場などで、一つの製品を作り出すために多くの作業工程をチャート化することで、最も効率的な方策を分析し、皆で情報共有しようとするものである。

同様に、病気ごとに、治療や検査、看護ケアなどの内容およびタイムスケジュールを一覧表に表したものであり、わが国でも1995年頃に導入され始め、徐々に普及してきた。

導入するねらいは、「医療の質と安全性の向上」にあり、主には以下の点が期待される。

**■医療の標準化**

医師の知識や経験に基づく判断ではなく、科学的な根拠に基づき、一定の質を保った医療を行う。

**■チーム医療の推進**

医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、臨床検査技師ほか、各医療専門分野のスタッフの意見を元に作成され、医療スタッフ間での情報の共有化に役立つ。

**■インフォームド・コンセントの充実**

医療スタッフにとっては患者や家族に入院中の検査や治療内容、そのスケジュールなどを説明しやすくなる。

**■医療の効率化**

不必要な検査や投薬などを減らせる他、入院日数の短縮も可能で、コスト削減につながる。

**■医療安全（リスクマネジメント）の推進**

検査・処置・治療のオーダー内容や、看護ケアの内容を複数の医療スタッフが確認するため、指示もれやチェックもれの防止に役立つ。

また最近では、電子カルテに続き、クリティカルパスの電子化を導入する医療機関も出てきており、今後は、統計・分析機能を強化するためのシステムを開発により、医療の質と安全性の向上、さらには経営の合理化にも活用が期待される。

**（3）地域クリティカルパス**

地域における中核的病院を中心として、地域の診療所、病院が役割分担する、地域連携のシステムが地域クリティカルパスである。

病院内の各科・各部署の連携のみならず、地域のかかりつけ医との連携、そして、回復期医療、リハビリ、慢性期医療を担当する医療機関等との連携の基本となるものである。

**【地域連携クリティカルパスに期待される機能】**

■急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅

に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

■診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。

■内容としては、施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴール等を診療計画として明示。

■回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、改めて状態を観察することなく早々からリハビリを開始できる。

■これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

#### 【地域連携による役割分化と効率化の動き】

医療制度が、急性期医療と慢性期医療のようにそれぞれ属性が異なる医療機関の連携を促進する方向にある中、地域クリティカルパス、特に電子化されたクリティカルパスは、電子カルテと合わせて連携を一層容易にするものと期待される。

ただ、重複する医療行為について多くは省略されることとなるが、その分、どちらかの医療機関の収入は減ることとなり、短期的には躊躇する医療機関もみられると思われる。

さらに、本来の目的は、地域における分業化で、効率化を目指すものといえるが、現実的には医療費増大の危険性も持つ。つまり、医療機関が変わるたびに、責任の所在を明らかにする必要性からレントゲン撮影や血液検査などについて「重複」した診察が行われ、医療費増大の要素となる。

そして、診療報酬の算定において、この重複にメスが入られるとすれば、経営に破綻をきたす医院・病院が続出する可能性も考えられる。

#### (4) 高齢者慢性疾患患者のケア問題

##### 療養型病床群の展望（「老人病院」からの転換）

かつては、病状が安定した高齢者を対象とし、治療よりも介護やリハビリに重点を置いた入院医療施設として、いわゆる「老人病院」とされる病院が存在した。

現在では、病院の名称としては廃止され、介護

保険制度導入を契機に平成15年8月までに、すべての病院が「一般病院」または「療養型病床群」としてスタートしている。

このうち、従来の老人病院の特徴を引き継いだ形の「療養型病床群」は、医療保険が適用される「医療療養型」と介護保険の適用を受ける「介護療養型」の病床群に分けることができる。

そして現在、介護保険法では、この「介護療養型」の病床の廃止が決定され順次廃止とされたが、「介護難民」の発生が危惧される社会的情勢の中で廃止期限は延長され、平成24年度の改正介護保険法においても、介護療養病床の廃止は再び延期された。ただ、医療必要度の低い「社会的入院」患者の退院促進の方針は変えられていない。

しかし、一方の「療養型病床群」は、医療法上の病室面積が、現在の1床当たり4.3㎡以上（内法）から6.4㎡以上となり、加えて機能訓練室、食堂、談話室、浴室の設置が求められることから、大改造や新築が必要となってくる。

そのため、医療法改正により、医療法人自体の高専賃（医療サービス付き高齢者専用賃貸住宅）の運営が可能になり、地域における「介護難民」の発生を防止するだけでなく、急性増悪期の連携先として訪問診療を行うことで、今後の新たな病院収益として重要なポイントとなっている。

## 4. 介護保険法改正の概要

介護保険制度は、原則として5年ごとに制度の見直しが行われおり、2005年に大きな制度改革が実施されて以後、2008年、続いて2011年に介護保険法が改正され、2012年4月1日より改正介護保険法は施行された。

これまでの改正では、より親密・ち密なサービスを目指す「地域密着」、要介護状況の回避と要介護度の進行を抑える「介護予防」が新機軸として相次いで打ち出され、様々なサービスが創出されてきた。

今回の改正の特徴は、団塊の世代の高齢化が本格化する2015年度以降を視野に入れていることであり、高齢者が住みなれた地域で医療、介護、

2005年改正以後の介護保険における主要なサービス

	予防給付におけるサービス	介護給付におけるサービス
都道府県が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】 ○介護予防訪問介護 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導</p> <p>【通所サービス】 ○介護予防通所介護 ○介護予防通所リハビリテーション</p> <p>【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護 ○介護予防短期入所療養介護</p> <p>○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売</p>	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】 ○訪問介護 ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導</p> <p>【通所サービス】 ○通所介護 ○通所リハビリテーション</p> <p>【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護</p> <p>○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設</p>
市町村が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防支援</p> <p>◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</p>	<p>◎地域密着型サービス ○小規模多機能型居宅介護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p>
その他	○住宅改修	○住宅改修
市町村が実施する事業	<p>◎地域支援事業</p> <p>○介護予防事業</p> <p>○包括的支援事業 ・総合相談支援事業 ・権利擁護事業 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ・介護予防ケアマネジメント事業</p> <p>○任意事業</p>	

厚生労働省「介護保険制度改革の概要」（平成18年3月発行）

予防、住まい、生活支援サービスが切れ目無く提供できる「地域包括ケアシステム」の実現に向けた対策が盛り込まれたことである。

そのため、「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」等の創設が明記され、そのポイントは概ね6つに分類される。

【1】医療と介護の連携の強化等

①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包括的な支援（地域

包括ケア）を推進。

②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を策定。

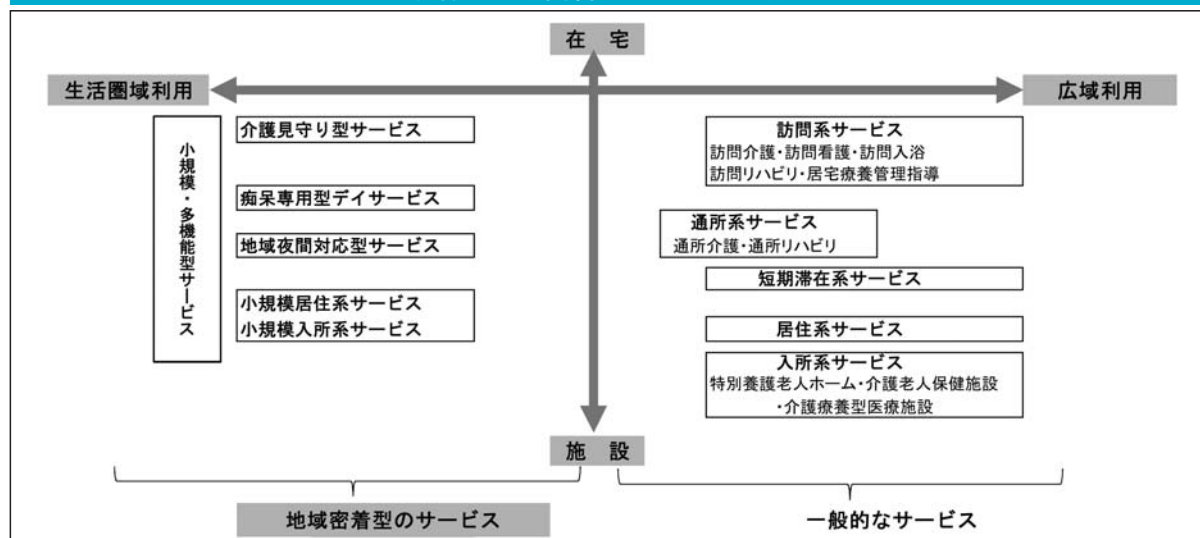
③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。

④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。

⑤介護療養病床の廃止期限（2012年3月末）を



現行の地域密着型サービスの類型



猶予（新たな指定は行わない）。

【2】介護人材の確保とサービスの質の向上

- ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ②介護福祉士の資格取得方法の見直し（2012年4月実施予定）を延期。
- ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

【3】高齢者の住まいの整備等

- ①有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。

※高齢者の住まいの整備等における施策で、社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする改正案は撤回された。

厚生労働省は、特別養護老人ホームの設置を医療法人に解禁する案を、慢性期の高齢患者が長期入院する療養病床の転換支援策として打ち出していたが、関係団体の反対が強く与党の理解が得られないと判断し、結局撤回した。

同省は医療費削減のため療養病床の大幅な削減を進めており、医療法人への特養ホーム解禁

は療養病床の転換促進策の1つであった。

主に介護度の高い高齢者が入所する特養ホームの設置・運営は現在、自治体や社会福祉法人などに限られており、撤回により転換の選択肢が減ることで、療養病床の削減目標達成への影響は必至とみられる。

医療法人が別の社会福祉法人を設立して運営することは可能で、医療法人と社会福祉法人を系列内に併設しているケースは多いが、いずれにしても、法人設立の認可手続きなどが必要。

【4】認知症対策の推進

- ①市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ②市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

【5】保険者による主体的な取組の推進

- ①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

【6】保険料の上昇の緩和

- ①各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

## 5. 2015年を見据えた主要施策

### (1) 地域包括ケアシステムの推進

団塊の世代が高年齢者層に達する現在、改正介護保険法では、地域という枠組みの中で、医療機関相互間や医療・介護間の機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進、また、施設間および職種間の連携強化による切れ目のない医療・介護サービス提供とそれによる利用者の生活の質（QOL）の向上が、一層の加速をみることとなった。

多職種の役割の明確化を図るとともに、主治医機能の充実と、地域包括支援センターなどによる地域のソフト・ハード両面のサービス資源の再編や新サービスの創出により、高齢者の「愛着のある地域における」「持続可能な」「柔軟な」生活の継続支援システムの構築が目指されている。

### (2) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス

日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を可能にすることを目的に創設された。

訪問看護事業者と介護事業者による医療と介護の両面から、「定期巡回サービス」「随時対応サービス」「随時訪問サービス」「訪問看護サービス」を提供することで、高齢者の居宅における生活を安心・安全なものとするのが目指されている。

### (3) 小規模多機能型居宅介護の制度化(レスパイトケアへの注力)

小規模多機能型居宅介護は、通所介護（デイサービス）を中心に利用しながら、必要に応じてショートステイや訪問介護を受けることができる、まさに多機能を備えたサービスで、3種類の介護サービスを顔なじみのスタッフから受けることができるため、親密・ち密なサービスが期待される。

また、この制度が期待されていた要因として、「レスパイトケア」のニーズがある。これは、在宅でケアしている家族の介護疲れを防止するため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスである。

サービス提供の場の多くが施設であり利用者の日常生活が崩れることが課題となっていたが、3

種類のサービスで柔軟な対応が可能となった。

ただ、あくまで地域における居宅介護を中心とすることから、利用定員が1つの事業所あたり25人以下の登録制となっており、1日に利用できる通所サービスの定員は15人以下、泊まりは9人以下と小規模である。

当然、定員を超えるサービスは行えず、十分な量的確保と経営の健全性については注意を払う必要があるが、いずれにせよ、2015年までには着実な実施が望まれるところである。

## 6. 医療・介護制度改革のキーワード

現在進んでいる医療・介護制度改革のキーワードは、「地域完結」「機能分化・連携」「機能の明確化と情報開示」「利用者本位のサービス提供」「療養の継続性確保」「費用適正化」である。それに加えて、産業という角度からみれば、処遇の向上を図り「人材の育成・確保」も喫緊の課題といえる。

高齢化が、世界でも例の無いスピードで進む日本において、「生命の尊厳」と「ウェルフェアを追求する経済の使命」を真剣に考えることが維持可能な社会保障には不可欠である。そして、医療・介護は、サービス産業や先端医療機器産業、医薬品産業などのみならず、住宅産業、情報通信産業、輸送機械産業に裾野の広い市場を持ち、また、サービス産業と一口にいても、医療・介護分野の他にも様々な可能性を含んでいる。

次回「リビング・インダストリー②」では、産業としての方向性と可能性、また、経営問題を検証したい。(山城 満)

### 【参考文献】

「医療経営白書」編集委員代表 吉原健二 日本医療企画  
「介護経営白書」監修 川淵孝一 青木正人 日本医療企画  
「2012年度図解介護保険の改正早わかりガイド」

井戸美枝著 日本実業出版社  
「Business & Economic Review 2012.4」日本総合研究所  
「介護ビジネスの動向とカラクリがよくわかる本」

㈱川原経営総合センター著 秀和システム  
「介護ビジネス進出の実務と手続きのすべて」

大内俊一著 日本実業出版社  
「病院再生—戦略と法務—」阿部賢則・あさひ法律事務所

日経メディカル開発  
「プロが教える病院再生プロジェクト」新日本監査法人著  
はる出版

「サービス付き高齢者向け住宅経営」高木礼治著 幻冬舎