

これからの医療を考える —「社会保障と税の一体改革」をどう見るか—

目 次

- | | |
|-------------------|-------------------|
| I. はじめに 状況認識 | III. 「一体改革の」実現可能性 |
| II. 直面する課題と解決の方向性 | |

上席研究員 水田 邦雄

要 約

世界に例を見ない高齢化が進む中、「わが国の医療・介護システムは持続可能か」という切実な問いかけが、折からの内外の財政危機もあって、各方面から投げかけられている。この問題を考える上で、人口構造から見るとわが国は重要な局面に指し差し掛かっていると言えよう。医療とこれに隣接する介護サービスの需要が高い 75 歳以上高齢者の動向が大きな意味を持つが、その増加が当面の最終段階を迎えようとしている。75 歳以上高齢者の人口は、今後 15 年間でおよそ 700 万人規模の増加を見、その後は、21 世紀半ばまで 2100 万人～2200 万人で平準化すると予測されている。これは、2025 年を目標年次として、その時点で必要とされる医療・介護サービス提供体制を構築できれば、長期にわたる将来展望を拓くことができることを意味している。

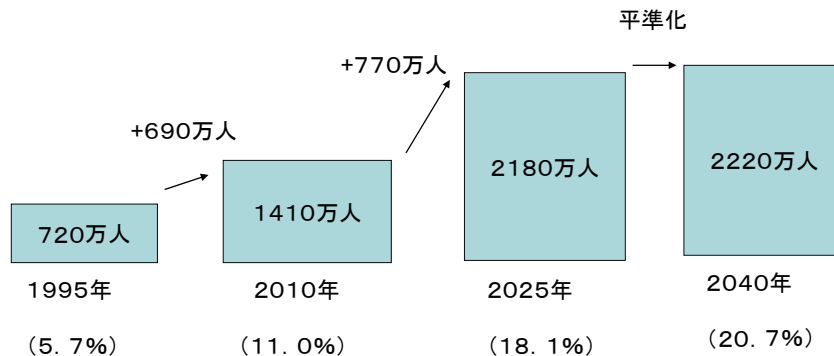
医療・介護システムに関して「社会保障と税の一体改革」は、まさに 2025 年時点で必要とされるサービス量を積算し、その上に今後展開されるべき政策パッケージとそれに要する費用の額を示したものとなっている。この動きは、高齢化の最終段階を前に停滞を余儀なくされてきた社会保障に活路を開くものであり、その成否に国民生活の将来がかかっているといっても過言ではない。本稿では、「一体改革」で進められようとしている医療・介護に関する構造改革に絞って、その内容について、医療を中心に概観するとともに、その実現可能性について検証していく。

※ 本稿は、2012 年 8 月 28 日に発行した総研トピックス第 12 号「これからの医療を考える—「社会保障と税の一体改革」をどう見るか—」を転載したものである。

I. はじめに 状況認識

世界に例を見ない高齢化が進む中、「わが国の医療・介護システムは持続可能か」という切実な問いかけが、折からの内外の財政危機もあって、各方面から投げかけられている。この問題を考える上で、人口構造から見るとわが国は重要な局面に指し差し掛かっていると言える。医療とこれに隣接する介護サービスについて考える場合、その需要が高い75歳以上高齢者（いわゆる「後期高齢者」）¹の動向が大きな意味を持つが、その増加が当面の最終段階²を迎えようとしているのである。すなわち、後期高齢者は、2010年を境に前後15年間で各々およそ700万人規模の増加を見、その後21世紀半ばまでは2100万人～2200万人で平準化すると予測されている（図表1参照）。この予測にしたがえば、2025年を目標

《図表1》75歳以上高齢者数の推移



(注) () 内は総人口に占める割合

(出典) 総務省「国勢調査」、2025年以降は「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」 国立社会保障・人口問題研究所

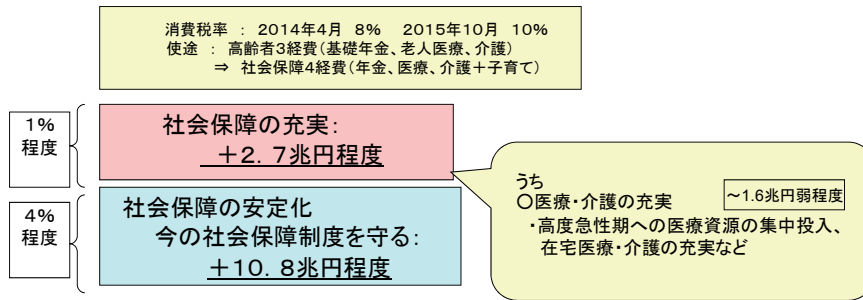
年次として、その時点で必要とされる医療・介護サービス提供体制を構築できれば、長期にわたる将来展望を拓くことができることを意味する³。一方、本年2月に閣議決定され、さらに8月に消費税法改正法案など関連法案が成立した「社会保障と税の一体改革」（以下「一体改革」という。）は財政健全化と社会保障の拡充を同時達成することを目的としているが、その中で、医療・介護システムについては、まさに2025年時点で必要とされるサービス量を積算し、その上に今後展開されるべき政策パッケージとそれに要する費用の額が示されている（図表2参照）。この動きは、前述した高齢化の最終段階を前に停滞を余儀なくされてきた社会保障に活路を開くものであり、その成否に国民生活の将来がかかっているととっても過言ではない。本稿では、「一体改革」で進められようとしている医療・介護に関する構造改革に絞って、その内容を医療を中心に概観するとともに、その実現可能性について検証することとしたい。

¹ 高齢者は通常65歳以上とされ、年金や雇用も65歳を軸に制度設計がなされるが、必要とされる医療・介護ニーズの観点からは75歳が転換点とされる。75歳以上のいわゆる「後期高齢者」の特徴については鈴木孝雄著「超高齢社会の基礎知識」（講談社現代新書）参照。

² 1947年～1949年生まれの第一次ベビーブーム世代が75歳になるためこうした人口構造となる。なお、少子化の進行により高齢化率は高まる。また、2050年以降は1970年代前半生まれの第2次ベビーブーム世代が加わることにより、後期高齢者数は2400万人規模にもう一段の増加が予測されている。

³ 過去15年間の道程も平坦なものではなかった。すなわち、医療分野では、老人医療費無料化の段階的見直しや、健保本人三割負担の導入、高齢者医療費の持ち合い方の変更、医療費適正化の推進など、さまざまな効率化方策が実施された。また、介護分野では、消費税導入の趣旨を踏まえ1989年に策定された「高齢者保健福祉十ヵ年戦略（ゴールドプラン）」とこれに続く「新ゴールドプラン」、「ゴールドプラン21」による基盤整備の上に2000年に介護保険制度が創設されている。

《図表2》消費税引上げによる社会保障制度の安定財源確保



2015年度の所要額(公費)～医療介護関係

〈充実〉(～1.4兆円程度)	〈重点化・効率化〉(～0.7兆円程度)
○医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)	・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行)(▲1,800億円程度)

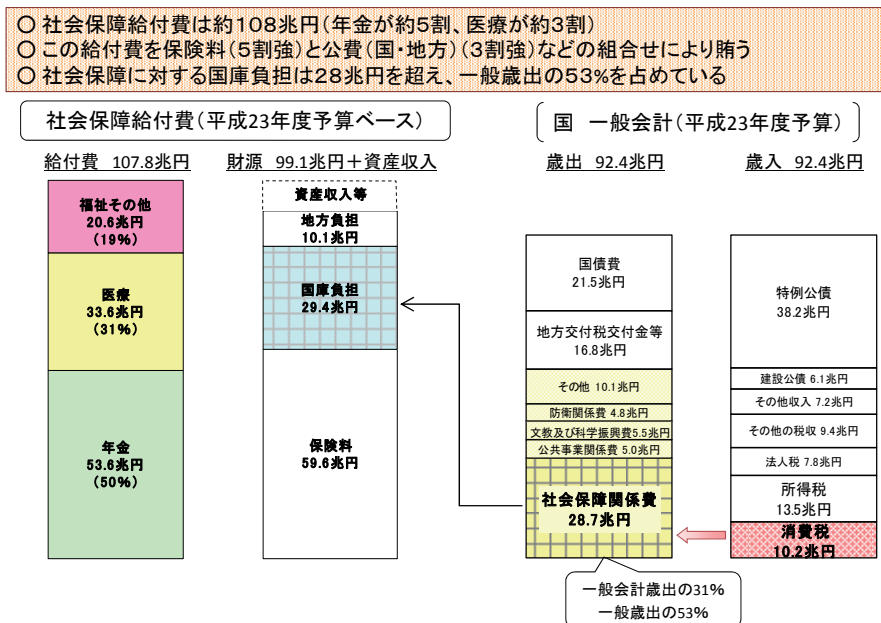
(注) 上記のほか「セーフティ機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」として〈充実〉～1兆円程度〈重点化・効率化〉▲～0.5兆円程度

(出典) 厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(平成24年7月2日)をもとに作成

II. 直面する課題と解決の方向性

わが国の社会保障は年金、医療、介護を中心に整備が進められ、給付総額も100兆円を超える規模となっているが、財政(公費)依存度もかなり高いことから(図表3参照)、財政窮迫の影響は避け難く、

《図表3》社会保障と国の財政



(出典)「社会保障給付費」は厚生労働省資料、「国 一般会計」は財務省当初予算案資料に基づき作成

医療・介護の構造改革に要する費用の捻出は難しい状況にあった⁴。こうした閉塞状況を打開すべくはじめて政策転換の道筋を示したのが社会保障国民会議⁵である。2008年12月にまとめられた最終報告において、医療・介護の改革の方向性として①急性期医療の充実強化、重点化、在院日数の短縮化②機能分化・機能連携による早期社会復帰等の実現③在宅医療・介護の場の整備とサービスの充実の三点が示されている。この考え方は「一体改革」にも継承され、いわば与野党を通じてのコンセンサスになったといってもよいだろう。それでは順次、構造改革のポイントを見ていこう。

わが国の医療そして介護の何が問題なのか、その手掛かりとして、医療提供体制の国際比較を見てみよう（図表4参照）。特徴として言えることは、他国と比べて平均在院日数が長いこと、そして人口当たり病床数が多く、裏腹として、病床当たりの医師、看護師数が少ないことがあげられる。その結果として、勤務医等の疲弊が、特に時間外勤務が多い救急部門や産科・小児科で夙に指摘される状況となったといえよう⁶。他方、在院日数の短縮は患者のQOLの向上の観点とともに医療資源の有効利用の観点からも望まれるが、在院日数と病床当たりの医師等の職員数には強い相関があることが知られている⁷。したがって医師の勤務条件を改善しつつ在院日数の短縮を図るため、例えば、医師の配置を米英並みは無

《図表4》医療提供体制の各国比較（2010年）

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

(注1) 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

(注2) 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

(注3) 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

(注4) 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。

(出典) 「OECD Health Data 2012」

⁴ 小泉政権下においては経済財政諮問会議の場を中心に財政健全化を優先課題として、「聖域なき歳出削減」が謳われ、社会保障予算も伸びの抑制（毎年度2200億円）が図られた。医療については、例えば2006年の診療報酬改定率は未曾有のマイナス3.16パーセントとされた。これは人口高齢化と医療の高度化等による医療費の自然増の概ね1年分に相当する。

⁵ 麻生政権のもとで「社会保障のあるべき姿を議論する」ため閣議決定により設置（与謝野馨経済財政担当大臣が所管）。将来の社会保障所要額を消費税との関連で示した。なお、同大臣は菅政権の下でも「一体改革」を所管。

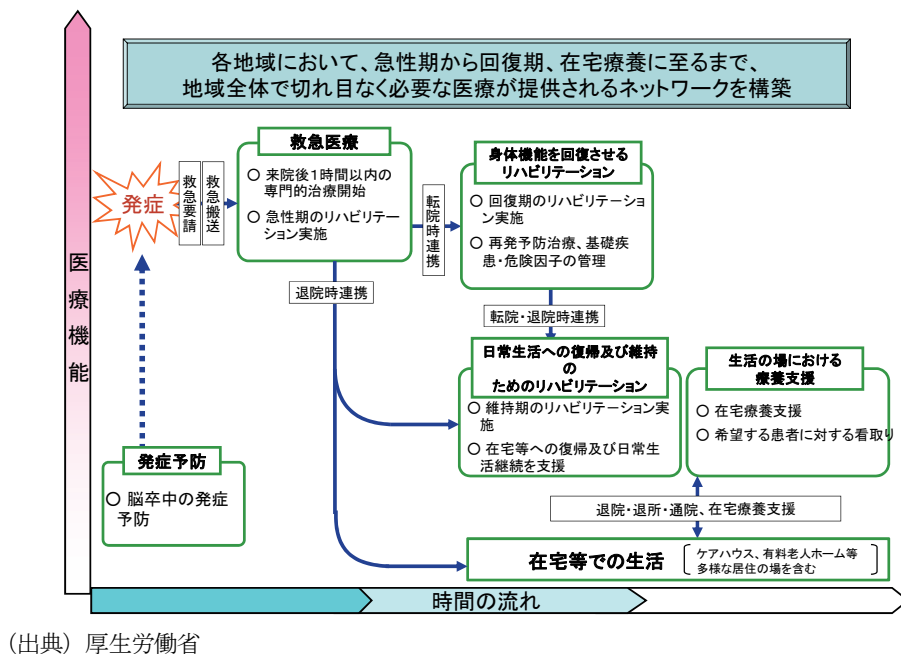
⁶ 病院勤務医等の負担軽減および産科・小児科の評価引上げは過去3回の診療報酬改定で、最重要項目になっている。

⁷ 厚生労働省「病院報告」のデータによれば、一般病院の100床当たりの医師・看護師数(常勤換算)と平均在院日数の推移を見ると、1990年にはそれぞれ49.1人と41.8日だったものが、2008年にはそれぞれ68.6人と28.2日になっている。

理として、独仏並みに引き上げるとしても、一般病床を現在の 100 万床規模のままとすれば、その実現性は乏しい。現実的な方策としては一般病床から「急性期病床」を切り出して、ここに資源を重点的に投入することが考えられる。「一体改革」では、高度急性期病床は 18 万床ないし 22 万床に絞り込む一方、人員配置は 1.6 倍から 2 倍に引き上げるとしている。いわゆる「選択と集中」の考え方である。

さて、急性期ないし高度急性期病院が整備されたとしても、その機能を維持するためには、これを後方で支える病院／施設等が必要となる。脳梗塞の患者を例に取れば、発症後 3 時間以内に血栓溶解剤を使えるか否かの診断が常時可能な病院機能がいわば「川上」に位置付けられる。そして、これをバックアップする亜急性期ないし回復期リハビリテーション病院機能が続き、最終的にはいわば「川下」として地域における在宅生活を支える医療・介護サービス群が想定される（図表 5 参照）。かつてわが国においては病院は患者が完治する（あるいは亡くなる）まで見る「病院完結型」モデルでとらえられてきたが、疾病構造の変化や医療の高度化により、病院・診療所等による地域連携型の医療への転換が必要とされるようになってきている。脳梗塞の例でみたように、治療のポイントは、救命そしてその後の機能回復などステージごとに異なるところから、それぞれの特性を最大限活かしつつ病院等が連携して順次治療にあたるのが最適であるとの認識が広く受け入れられてきている⁸。

《図表 5》地域連携型医療の姿（脳卒中の例）

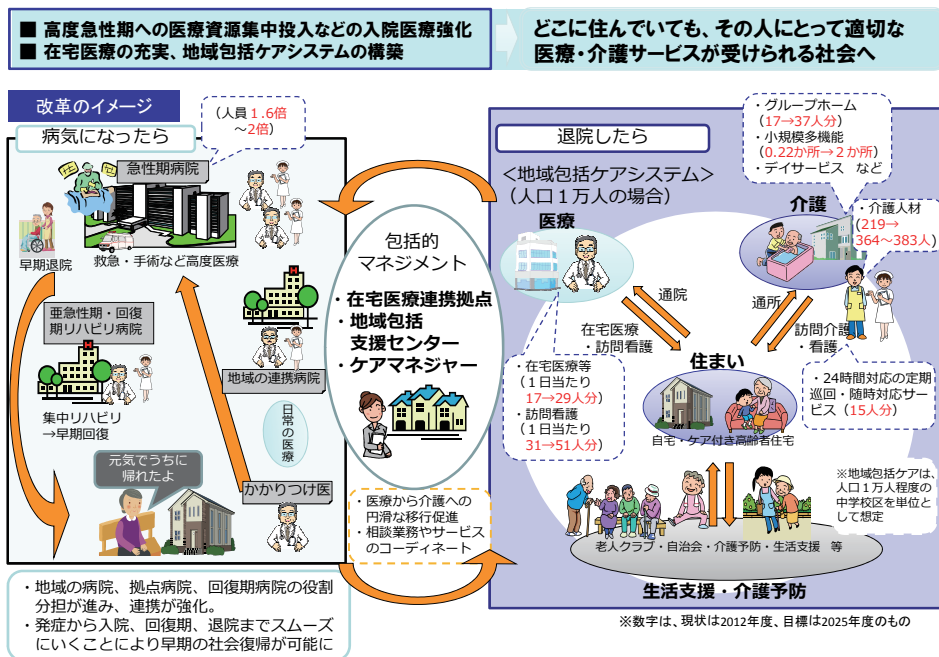


医療の必要性が少なくなったにもかかわらず病院等に患者がとどまる、いわゆる「社会的入院」を典型例とする患者の滞留は、コストのみならず QOL の観点からも望ましいものではない。その解消のた

⁸ 2006 年の診療報酬改定で、熊本市域での顕著な実績に基づき、大腿骨頸部骨折について地域連携パスが初めて評価され、続いて 08 年には脳卒中について評価がなされた。10 年には、急性期病院から後方病院への連携にとどまらず在宅ケアへの連携も評価された。なお、医療現場では患者、医療者それぞれに従前の完結型のモデルを良しとする声が根強くあるといわれており、現場での連携型モデルの理解を得るためにも、地域連携パスは有用と思われる。

めにも誰しもが望む在宅での最期の暮らしを可能とする在宅ケアの充実が必要とされる。これは急性期医療を維持するために患者の循環を良くするということもあるが、より深刻な事態を回避するためにも必要とされる。すなわち、今後増加する「看取り」をどうするかという問題と直結するのである。具体的には、2010年の死亡総数は120万人で、死亡の場所別にみると病院・診療所が96万人（80%）、介護施設が6万人（5%）、自宅が15万人（13%）となっている。この死亡総数は2025年にはおよそ154万人と推計されるが、今後、病院等の病床の増加が見込まれない中、自宅その他が下げ止まり、介護施設死が現在の2倍になったとしてもおよそ30万人の看取りの場所を新たに確保する必要が出てくる。高齢化に対応していない従来型の「自宅」そのものに多くを期待することは、今後、高齢者単身世帯が増加すること、また、重度の要介護者が増加することから難しい。このため、良好な居住環境と在宅ケアを組み合わせ高年齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっている（図表6参照）。そのツールとして新たなサービス・事業も打ち出されてきているところであり⁹、今後の推移を注視する必要がある。

《図表6》在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

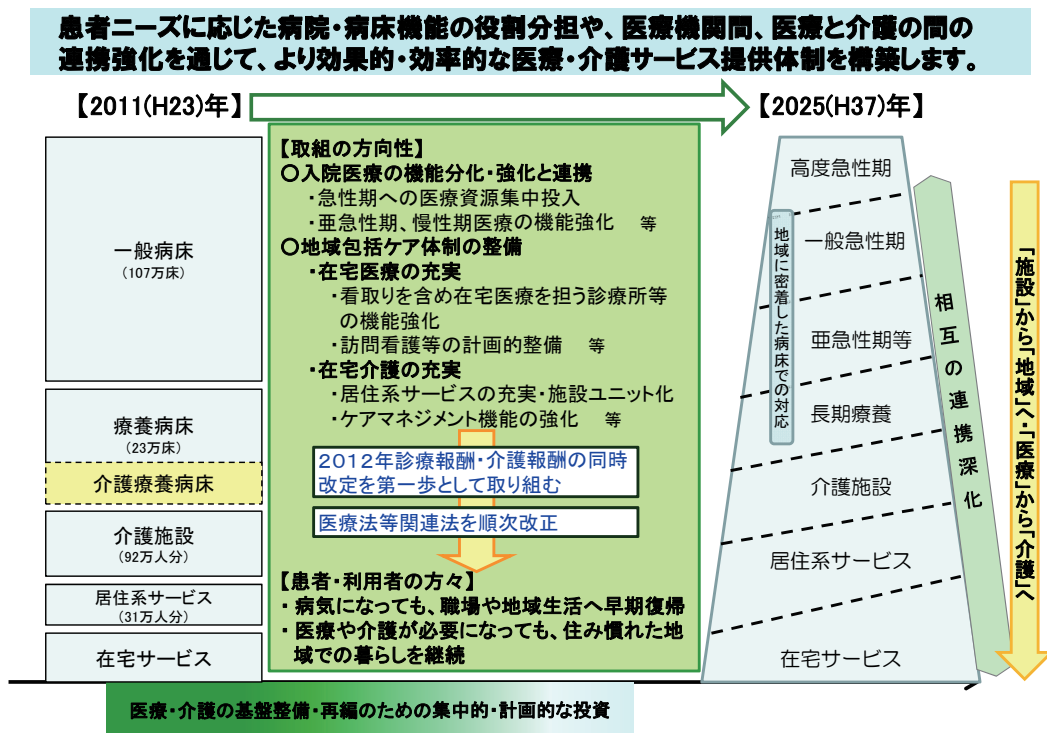


(出典) 厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(平成24年7月2日)

以上のような「一体改革」に描かれた医療・介護の構造改革(図表7参照)は消費税増税だけで実現するものではない。ヒト、モノ、カネ等々に関する制約条件を踏まえつつ、次にその実現可能性の検証を試みたい。

⁹ 新たな居住環境としては、国土交通省・厚生労働省が所管する通称「高齢者住まい法」の改正で昨年11月から登録が開始された「サービス付き高齢者向け住宅」がある。これは、見守り機能付きのバリアフリー住宅で、介護・医療と連携しながら高齢者の生活を支援することを目的としている。また、新たなサービスとしては本年4月から、介護保険で「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が導入された。これは、要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたは連携して定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスを行うものである。なお、「在宅」が「施設」と異なる点は、そこでの生活の仕方(いつ起き/寝るか、いつ食べるかなど)を自分で決められることであり、上記の住宅での暮らしは紛れもなく「在宅」といえる。

《図表 7》医療・介護機能の再編（将来像）



(出典) 内閣官房社会保障改革担当室資料

Ⅲ. 「一体改革」実現可能性

まず、社会保障全体としての費用の将来推計を見ると（図表 8 参照）2012 年度の約 110 兆円から、2025 年度の約 150 兆円に増加すると見込まれている。年金は、現行制度のもとにおいては、いわゆるマクロ経済スライドによりほぼ横ばいとなるため、この増加は医療と介護の費用増を示すことになる。この給付費の財源は公費と保険料に求められる。そのうち公費は消費税増税によって賄われることになっているので一応見通しが立っていることになる¹⁰。一方、保険料については、図表 9 に示すとおり推計されている。サラリーマンが 12 年度の 28 パーセント強から 32.5 パーセント程度に上昇することが見込まれているが、現在のドイツとフランスの年金・医療の保険料率は労使計で各々 34.8、30.5 パーセントであることに照らしてみれば¹¹、この上昇は穏やかであるといえよう。勿論、その前提は医療・介護分野における重点化・効率化が所期の成果をあげることであり、その着実な実施を担保する方策の検討、導入も必要とされよう。他方、高齢者は医療・介護の月額計で 1 万 400 円から 1 万 4,700 円へと 4 割強の上昇となっており、年金水準の逡減と合わせ考えると、厳しい水準といわざるを得ない。ただ、今回推計においては、図表 8 の注書きにあるとおり、医療・介護のセーフティネット機能の強化等は反映されておらず、今後それらも織り込んだきめ細かな検討が必要とされよう。

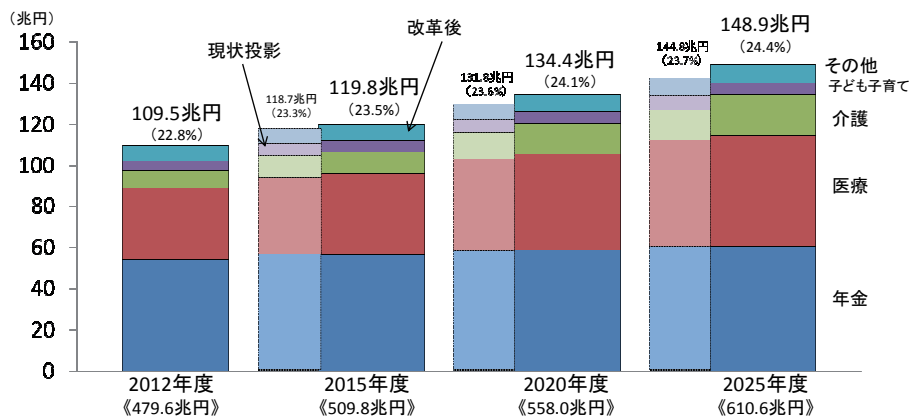
¹⁰ 今回推計の経済前提は内閣府「経済財政の中長期試算（平成 24 年 1 月）」慎重シナリオによるが、同試算において、現在の消費税増税案では「2020 年度の国・地方、ならびに国の基礎的財政収支は、（中略）いずれも黒字化目標達成のためにはさらなる収支改善が必要。」とされており、財政健全化も目標未達の状況にある。

¹¹ 2010 年 8 月調査の保険料水準。「保険と年金の動向 2010/2011」（厚生統計協会刊）参照

《図表 8》 社会保障に係る費用の将来推計について

○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。



- (注1) 「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。(ただし、「II 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「III 年金」の効果は、反映していない。)
- (注2) 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。
- (注3) () 内は対 GDP 比である。《 》内は GDP 額である。
- (出典) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成 24 年 3 月)

《図表 9》 サラリーマンと高齢者の保険料水準の見通し

(サラリーマン)

(保険料率 %)

制度	平成24年度 (2012)	平成27年度 (2015)	平成32年度 (2020)	平成37年度 (2025)
厚生年金	16.766%(9月以降)	17.828%(9月以降)	18.3%	18.3%
医療保険(※1)	10.0%	10.8%程度	10.9%程度	11.1%程度
介護(※1)	1.55%	1.8%程度	2.3%程度	3.1%程度

(高齢者)(※2)

後期高齢者医療	月額 5400円	月額5800円程度	月額6200円程度	月額6500円程度
介護第一号被保険者	月額 5000円	月額5700円程度	月額6900円程度	月額8200円程度

前提: 人口「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」出生中位・死亡中位 経済「経済財政の中長期試算(平成24年1月)」慎重シナリオ

(※1) 協会けんぽの料率 (※2) 全国平均月額(2012年度賃金換算)

- (注1) この数値は 2011 年 6 月「社会保障に係る費用の将来推計」を元として、人口及び経済の前提の変化等による修正を加えた上で、所要保険料財源の総額などから算出したものであり、特に医療・介護については、①これが実際の将来の個人の保険料(率)水準を表したものではないこと(各保険者によっても将来の保険料(率)は異なる) ②前提等により値が変わることなどに留意し、一定程度の幅をもって見る必要がある。
- (注2) 「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を概ね反映している。
- (注3) 厚生年金、協会けんぽの保険料率は、本人分と事業主負担分との合計である。
- (出典) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成 24 年 3 月)

次に、医療・介護の従事者数を見てみよう（図表 10 参照）。これを見ると、2025 年度までの間に、看護職員と介護職員で大幅な人員増が必要とされていることがわかる。まず、看護職員では 13 年間で概ね 60 万人（年平均 4.6 万人）の増加が見込まれている。2010 年の対前年増加数は 3.7 万人（過去 5 年の年平均では 3.2 万人）となっており、これまでの就業状況に照らしてみるとかなり厳しい水準となっている。これに加え、新卒の看護職員は現在は概ね 5 万人だが、出生児数が現在の 100 万人強から 80 万人弱に減少することもあり、離職者数の減・再就職者の増¹²などにおいて思い切った対策が必要とされよう。次に、介護職員ではさらに大幅で、同じ期間で概ね 100 万人（年平均 7.7 万人）の増加が見込まれている。過去の状況を見ると介護保険が導入された 2000 年から 05 年までの 5 年間は年平均 10 万人を超える大きな増加があったが、その後は年間概ね 5 万人の増加にとどまっている¹³。従って介護職員の確保も厳しい課題となる。介護職員の場合は他の産業からの転職者が多い¹⁴という特徴があり、これに着目した職業訓練をこれまで以上に強化する必要があるだろう。また、看護・介護ともに、業務の内容・範囲の見直しや IT、介護機器を活用した効率化が強く求められる。

《図表 10》数値で見た主なサービスの拡充（医療・介護）

	平成24(2012)年度		平成37(2025)年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	109万床、19～20日程度	【高度急性期】	22万床 15～16日程度
			【一般急性期】	46万床 9日程度
			【亜急性期等】	35万床 60日程度
	医師数	29万人	32～33万人	
看護職員数	145万	196～206万人		
在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分		
【介護】	利用者数	452万人	657万人(1.5倍) ・介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・入院の減少(介護への移行):14万人増	
	在宅介護	320万人分	463万人分(1.5倍)	
	居住系サービス	33万人分	62万人分(1.9倍)	
	介護施設	98万人分	133万人分(1.4倍)	
	介護職員	149万人	237万人から249万人	
	訪問看護(1日あたり)	31万人分	51万人分	

(出典) 厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(平成 24 年 7 月 2 日) から抜粋

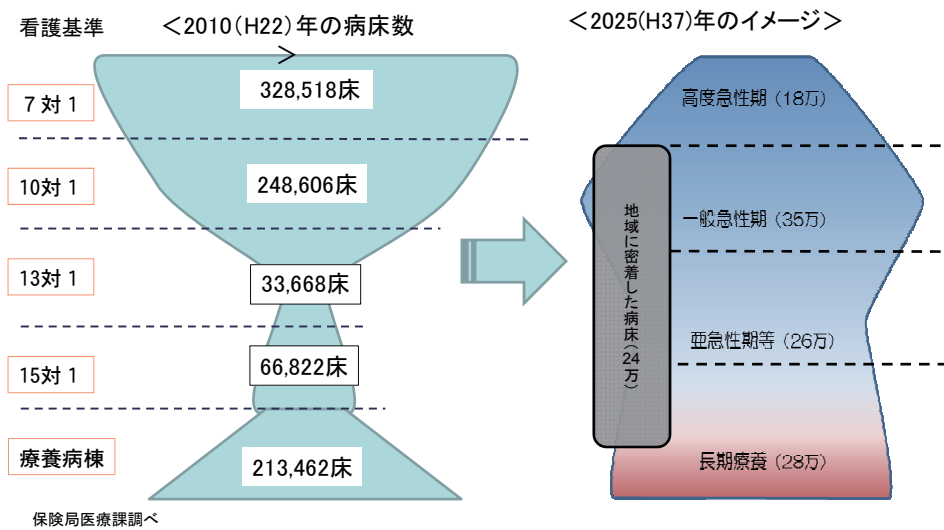
最も難しい課題が、機能分化と連携を具現化する地域医療の再編成である。「一体改革」が想定する姿と現状の間には、急性期、亜急性期/回復期それぞれに大きな乖離がある（図表 11 参照）。病院病床の分布をいわゆる「高坏型」から「砲弾型」にどのように移行させるか、総論としては理解されていても各地域で具体的に誰がどの機能役割を担うのかの各論においては、決定プロセスのあり方を含めて、コンセンサスの形成は容易ではない。ツールとして考えられるのは、まず、医療法に基づく新たな病床区分の設定で、現在は「一般病床」と「療養病床」の二つしかないところに、たとえば「急性期病床」を

¹² 看護職員の離・再就職の頻度は高く 2009 年で離職者数は 12.5 万人、再就職者数は 11.5 万人と推計されている（厚生労働省「看護職員の雇用の質 P T 報告書、2011 年」）。

¹³ 介護職員数は各年の厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」による。この数値は 09 年度以降は調査方法の変更等により「単純に年次比較はできない」とされているが、「一体改革」のデータを合わせ考えると、記述のような水準と考えられる。

¹⁴ 平成 22 年度介護労働実態調査結果によれば、前職のある介護労働者の 61.1%は、非介護職と回答している。

《図表 11》 病院病床の分布状況



○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

(出典) 中央社会保険医療協議会総会資料 (平成 23 年 11 月 25 日)

追加することが考えられる。こうした区分が設定できれば、地域医療で当該病院が果たすべき役割が明らかとなり、連携関係の構築や整備計画の策定も円滑に行われることが考えられる。実際このような方途が昨年末以降社会保障審議会医療部会等で模索されてきたが、各地域での熟度が様々であることを反映してか、議論の整理¹⁵はなされたものの、その内容は各医療機関がそれぞれの担う医療機能を都道府県に報告する仕組みを設けるなどにとどまっており、検討は道半ばと評せざるを得ない。いささか引いた立場で見れば、今はなお「機能分化と連携」を促す条件整備の段階なのであろう。その意味でも、主たる疾病と事業について医療機関相互の連携を示すことを旨とする都道府県医療計画¹⁶は再編成実現のツールとしても重要である。ただし、それどころまで地域の医療機関の機能・役割や相互連携が明らかになっているにかかかっており、本年度中に策定される計画にどれ程具体的に記述できるかは定かではない。他方で、既に「一体改革」を踏まえて動き出しているのが診療報酬・介護報酬改定である。たとえば「川上」では高い看護基準を取るための要件の厳格化が、また「川下」では前述した「定期巡回・随時対応」の24時間ケアが導入されている。2025年までにこれから6回の診療報酬改定（うち3回は介護報酬との同時改定）が行われることになるが、それらの基軸は再編成の誘導に据えられることになる¹⁷。いずれも時間をかけて取り組まれることとなるが、基本は各地域における医療資源の現状を、住民も含めて関係者が共有し、その上に当該地域における最も効率的な連携のあり方を見極める作業となり、各地域の実情や特性に応じ柔軟な対応で臨むことが求められる。

¹⁵ 「一般病床の機能分化の推進についての整理」社会保障審議会医療部会急性期医療に関する作業グループ (平成 24 年 6 月 15 日)

¹⁶ 2013 年度から実施される新たな医療計画においては、五疾病 (従来からの四疾病 : がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に精神疾患を追加) 五事業 (救急、災害、へき地、周産期、小児の各医療) 及び在宅医療 (今回新設) について、達成目標、連携体制等を示すこととされている。

¹⁷ 消費税収の用途は、医療・介護に関しては給付費に限定されているが、再編成に当たっては、例えば「地域医療再生基金」(2009 年度から 11 年度まで、補正予算で措置) のような直接的な資金投入が必要とされる場面も考えられる。今後の予算編成作業の中で検討すべき課題であろう。

参考として、こうした再編成が一気に進んだ事例を紹介しよう。それは石巻医療圏で、筆者が偶々ボランティアとして何回か訪れるうちに見聞したものである。この医療圏は、人口 20 万人規模で、かねて急性期病院（「赤十字病院」と「市立病院」が並存）の再編成が課題とされてきたが、津波により全壊した市立病院をどのように再建するかという問題としてクローズアップされた。結局、一年間の議論の末、「地域の中核的病院である赤十字病院との機能連携を前提として、（中略）救急医療、亜急性期医療、回復期リハビリ医療、在宅療養支援などの機能を整備する」（宮城県「地域医療復興計画」2012年2月）こととされ、これを受けたかたちで石巻市から具体案が示されている。さらに隣接する女川町では震災前に町立病院を廃止し公設民営の有床診療所と老人保健施設の複合施設に転換する計画を策定していたが、これを半年早め、本年4月に「女川町地域医療センター」が開所している。医師不足が続く中、現実的な対応策として在宅医療・介護を中心とする再編成が進められたことになる。これに加え、情報面での連携をサポートすべく宮城県において圏域内の病院、診療所、薬局、介護施設をつなぐ情報ネットワークの構築が今年度から始められている。また、在宅医療については東京から参入した事業者が、支援が届きにくい在宅被災者の健康・生活状況調査も行うなど意欲的な取組みが見られる。これらは「東日本大震災復興構想会議」が昨年6月にまとめた提言¹⁸に即したものといえる。地域医療の将来について関係者が共通認識を持っていれば、災害に限らず何らかの変化を契機として事態が進展することもありうるどころであり、その時機を逃すことのないよう関係者の日頃からの取組みが求められる。

以上見てきたように、「一体改革」に示された医療・介護改革の今後の道行きは容易なものではない。ベストシナリオでようやく手が届くかというところだろう。ヒト、モノ、カネ各々の面で手綱を締めるとともに、これまで見てきた様々なリスクへの備えも必要となつてこよう。

¹⁸ 2011年4月の閣議決定により設置。関係部分を抜書きすると次のとおり。「被災市町村の復興にあたっては（中略）地域包括ケアを中心に据えた体制整備を行う。（中略）医療サービスについては、特に被災市町村が医師等の不足している地域である点を考慮し、医療機能の集約や連携が行われるべきである。（後略）」