

2025年モデルを考える

－医療・介護崩壊の危機－

山口大学経済学部 教授
全大教病院協議会幹事

馬田 哲次



□ 専門は理論経済学。組合で病院担当（病院協議会幹事）になっ
たのをきっかけに、医療・介護問題を研究の一部にしています。□

2014年7月5日に三単産（日本医労連・自治労連・全大教）の緊急学習会で、政府の2025年構想を知り、¹医療崩壊、介護崩壊の危険性を感じた。対案を考えなければならないと思いついてまとめたものである。

医療・介護問題は複雑で、その解決のためには、医療・介護の内容、社会保障制度や税制、マクロ経済学等の様々な分野に精通していなければならない。また、利害関係もからみ政治的な解決も必要とされ、白紙に新しい制度を作るのではなく、今までの制度を与えられたものとして制度設計をしなければならない。従って、その案を作ることも実行することも困難である。困難ではあるが、現状の制度が制度疲労を起こし、抜本的な改革を迫られているのも事実である。

本稿では、まず、2025年モデルとその背景を簡単に説明し、きちんとした対案を作ることは筆者一人の手に余るので、対案の原則的な考え方について論じることにした。対案作りの一助になれば幸いである。

¹ 詳細は、寺尾正之（2014）参照。

2025年モデルとは、団塊の世代が75歳以上になる2025年の医療と介護の提供体制で、2011（平成23）年10月5日の中医協（厚生労働省／中央社会保険医療協議会）総会で提出された「入院・外来・在宅医療について（総論）」に示されたものである。

その三つの柱は、次の通りである。

第一の柱は、入院医療の機能分化・強化と連携である。図1はそのイメージである。現在の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期に区分けしている。そして、表1のように、目標病床数、平均病床稼働率、平均在院日数、退院患者数等の目標数値を明確化している。これは、図2のイメージ図の方が分かりやすいかもしれない。7対1、10対1、13対1と15対1を合計したものが一般病棟に対応する。なお、2014年10月から「病床機能報告制度」を導入し、病床機能の情報収集を行い、データベースを作るようである。この制度は医療機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能に区分し、各医療機関の自主的な判断で報告する仕組みである。病床機能別に構造設備・人員配置などについても報告を求めている。これは、各都道府県による地域医療構想（ビジョン）の策定でも活用される。これら4つの機能のうち、「7対1看護」病棟は、「高度急性期」にほぼ対応し、「7対1看護」以外の病棟は、「急性期」と「回復期」にほぼ対応し、「療養病床」の病棟は「慢性期」にほぼ対応している。「7対1看護」病床は36万床であるが、「高度急性期」の病床は18万床となる。

第二の柱は、在宅医療の充実である。主なものは、看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化と訪問看護等の計画的整備等である。また、地域の拠点となるような病院では一般外来を縮小し、診療所等に外来患者をシフトするという方向性である。このイメージは図3で表される。

第三の柱は、在宅介護の充実である。主なものは、地域包括ケア体制の整備とケアマネジメント機能の強化等である。

この一番の問題点は、必要とされる病床数が確保されていないことである。一般病床に関しては、2011年度の一般病床数107万で、2025年度に必要と

される病床数は129万床（現状投影シナリオ）であるにも関わらず、病床数を103万（22万+46万+35万、または、18万+35万+26万+24万）床としている所である。予想される必要な病床数より26万床も少ない。長期療養に関しては、34万床必要と見込まれるのに、28万床と6万床も少なく、精神病床に関しては、37万床必要だと見込まれるのに、27万床と10万床も少ない。介護施設に関しては、161万人分必要だと見込まれるのに、131万人分と30万人分少なく、居住系は52万人分必要だと見込まれるのに、61万人分とこれは9万人分多い。急性期の病床数が確保されていないということは、必要な医療が必要なときに得られない可能性が大きく、大きな問題である。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期への割り当ては、地域医療構想（ビ

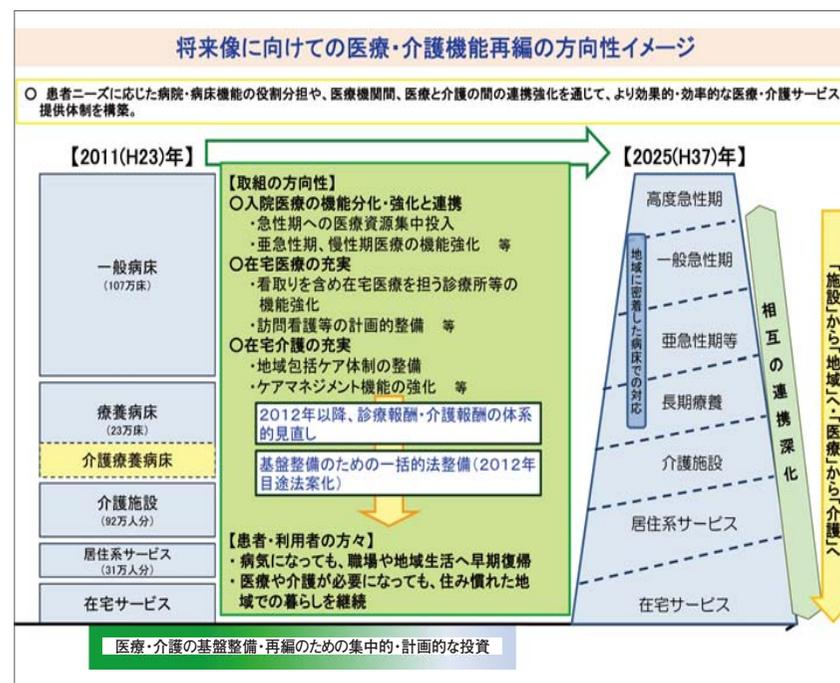


図1 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ
出所：「入院・外来・在宅医療について（総論）」p.7

表1 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み				
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各コースの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15~16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15~16日程度 25万人/月
一般急性期	過剰患者数 125万人/月	(参考) 急性性 15日程度 高度急性性 19~20日程度 一般急性性 13~14日程度 亜急性性等 75日程度 重急性性等 57~58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 132万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	24万床、77%程度 19~20日程度 39万人/月
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数、介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期及び一般急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院院数が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000~3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の数値を仮定。

出所：「入院・外来・在宅医療について（総論）」p 9

外来医療の役割分担のイメージ

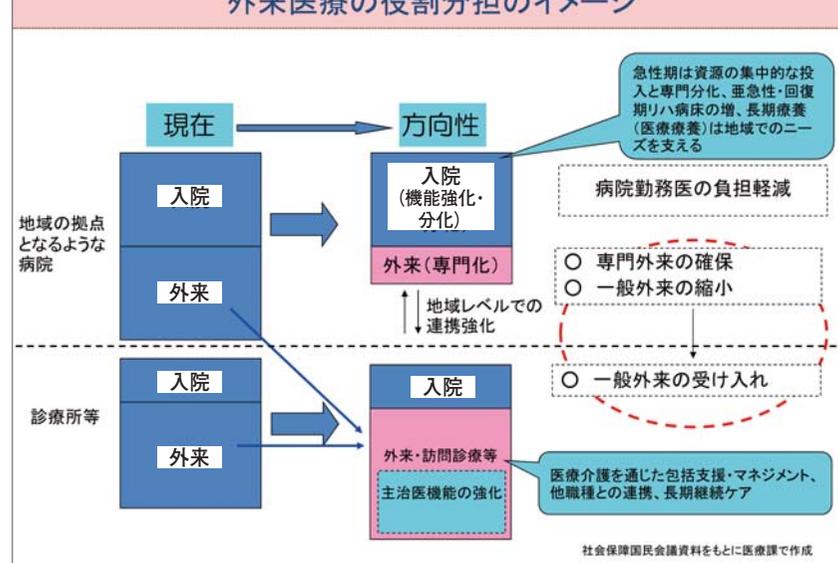


図3 外来医療の役割分担のイメージ

出所：「入院・外来・在宅医療について（総論）」p 58

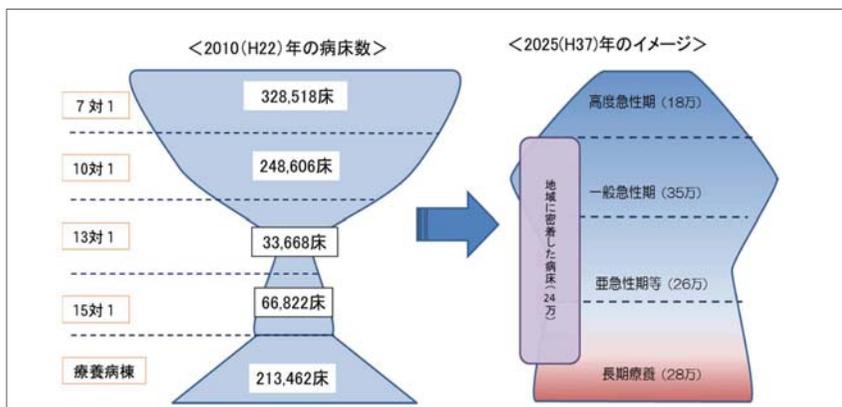
ジョン)を策定し、「病床機能報告制度」等を用いて、各病院や病棟の機能を「協議の場」で話し合っ決めてようだが、話がうまくまとまらない可能性も高い。ある病院が急性期の病院を希望しても、競合する病院との関係で回復期に回されたりするのをすんなりと認めるだろうか。合意しない場合は、都道府県知事が、要請や命令、指示をするようだが、何よりも問題なのは、本当に必要な病床数ではなくて、予算上の理由から、機能ごとの病床数が決められ、必要な病床数が確保されないことである。

第二の問題点は、この不足する病床数等を在宅医療や在宅介護で対応するようであるが、それが上手くいく可能性が低いことである。診療報酬による対応等で、在宅医療の提供体制を作るようであるが、24時間対応できる体制を作るのが難しく、連携体制の構築が重要な課題となっている。

医療の供給体制ばかりではなく、自宅で看護や介護をすることが、核家族

図2 病床数変化のイメージ

出所：「社会保障制度改革の全体像」p 24



や狭い自宅を考えると、対応可能かどうか疑問である。健康で自分一人でも生活できるようであれば、自宅や居住系の施設でも構わないが、介護が必要であると自宅や居住系の施設では無理がある。自宅に病人がいる場合はその日常的な世話をする人が必要になるが、誰がやるのだろうか。現状でも介護の為に働き盛りの人が仕事を辞めているケースが多くみられるが、それに拍車をかけ、介護疲れによる悲劇が後をたたなくなるのではないだろうか。

第三の問題点は、7対1看護を減らす方向で、現場の看護労働がより一層厳しくなる可能性があるということである。7対1病床の数が当初の国の想定を超えてはるかに多くなっているようであるが、ギリギリの人数で7対1を確保しているため、現場の労働条件は必ずしも満足できる状態にはない。実際の労働時間、夜勤回数、年休の取得日数等でみても十分とは言えない。7対1看護が10対1看護等に変わることで、労働条件が現状よりも厳しいものになることが予想される。

第四の問題点は、患者が必要な医療を受けられない可能性があるということである。例えば、7対1看護を取得するためには、自宅等の退院患者割合が75%以上必要になるので、退院しても在宅復帰できないようであれば、入院患者として受け入れられない可能性がある。

問 題の背景としていくつかあるが、第一は少子高齢化である。日本の人口動向をみると図4のようになっている。2030年には、65歳以上の人口が31.9%を占めることになる。

第二の背景は、図5のように、国の歳出・歳入構造の変化である。歳入に占める公債金の割合が、1990年度の決算では10.2%だったのが、2014年度当初予算では、43%になっている。また、社会保障費は、1990年度の決算では11.5兆円で歳出全体の16.6%だったのが、2014年度の当初予算では30.5兆円と歳出全体の31.8%を占めるようになった。

第三の背景は、健康保険財政の悪化である。日本の健康保険の種類には、大企業の従業員や家族を組合員とする、組合管掌健康保険（組合健保）、中

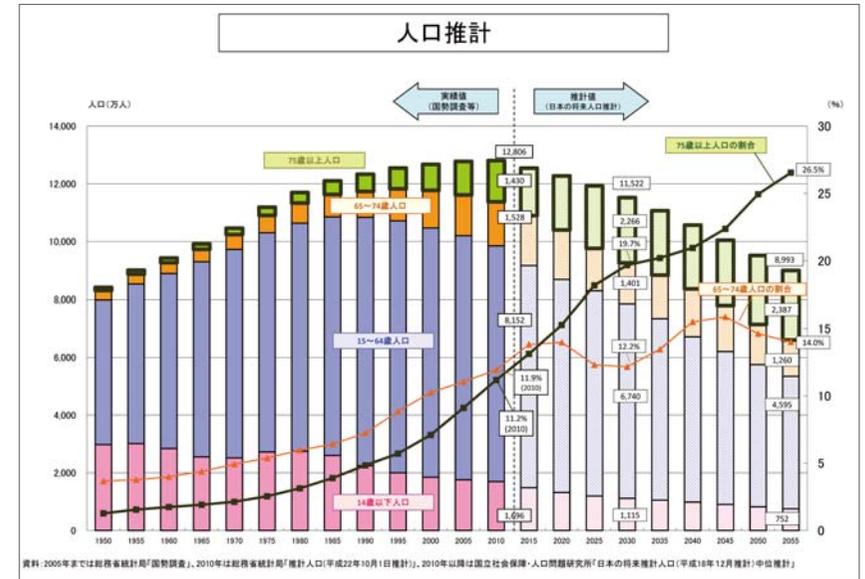


図4 日本の人口の動向
出所：「入院・外来・在宅医療について（総論）」p 3

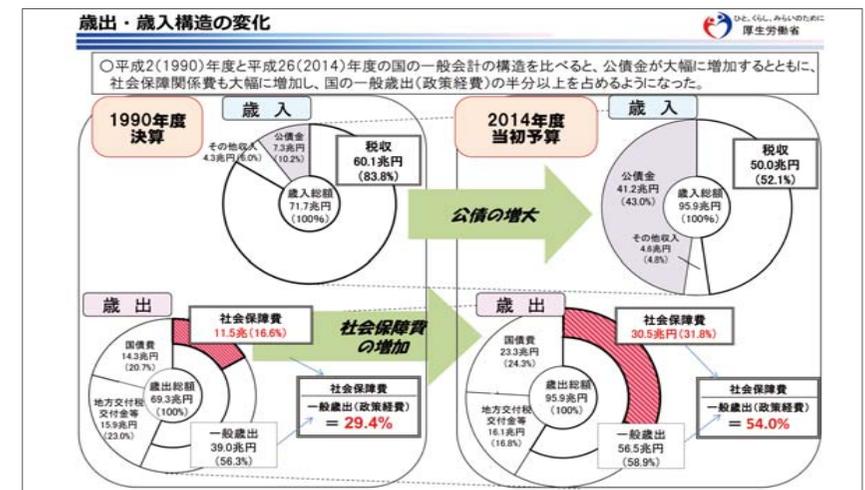


図5 歳出・歳入構造の変化
出所：「社会保障制度改革の全体像」p 9

小企業の従業員や家族を組合員とする、全国健康保険協会（協会けんぽ）、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済組合、自営業者や無職の人を組合員とする国民健康保険、医師や税理士などを組合員とする国民健康保険組合がある。これらの保険と介護保険のキャッシュ・フローは次の表2のようになっている。

組合健保と共済組合は税の投入はないが、協会けんぽと国民健康保険は保険料を給付が下回り、税が投入されている。また、各組合は後期高齢者支援金に支出があり、負担と受益の関係があいまいになっている。

また、組合健保の中には、企業が存続したままで健康保険組合を解散する例も出てきているようだが、この理由の一つは、高齢者医療保険制度に対する支援金等の負担が大きいことにあるようだ。保険制度は、本来、負担と受益を一致させるものであり、訳が分からない負担が増えるようであれば、今後健康保険組合の解散が増えることも考えられる。

2025年モデルの背景を整理すると次のようになろう。健康保険、特に、国民健康保険の財政が悪化し、税金を投入してきたが、国の財政赤字により税の投入が難しくなった。それでも社会保障の充実を名目に消費税の増税を行い、今後行う予定であるが、目に見える形で改革をしようということだろう。方向性として、これ以上の税金の投入は、財政赤字を考えると難しいので、医療費や介護費用を抑制し、限られた資源を何とか効率的に利用しようという方向性のようだ。

しかしながら、少子高齢化のため、高齢者の数はますます増加していくので、この方向性は医療や介護の悪化を招く可能性が大きく、不安な老後が予想されると少子高齢化に拍車をかけ、事態はますます悪化する可能性が高い。健康保険制度が制度疲労を起こしているようなので、抜本的な改革が必要である。

表2 健康保険と介護保険のキャッシュ・フロー（2008年度）

(兆円)

制度	収入	保険料	税		交付金		療養給付費等	その他	支出							
			国	地方	前期高齢者	後期高齢者			給付	支援金等	支援金	納付金	前期高齢者	後期高齢者	退職者給付	介護納付金
組合健保	6.9	6.7	-	-	-	-	-	0.2	7.2	3.4	2.7	1.1	1.0	0.5	0.5	0.6
協会けんぽ	8.0	6.7	1.0	1.0	-	-	-	0.3	7.7	4.3	2.9	1.3	0.9	0.4	0.6	0.3
共済組合	2.4	2.1	-	-	-	-	-	0.3	2.5	1.1	0.9	0.3	0.4	0.2	0.2	0.3
国民健康保険	11.9	3.5	5.0	3.4	1.6	2.4	0.9	0.0	11.9	8.8	2.6	1.6	0.0	-	0.7	0.4
計	29.2	19.0	6.0	4.4	1.6	2.4	0.9	0.8	29.2	17.6	9.2	4.3	-2.3	-1.1	1.9	1.5

制度	収入	保険料	税	国	地方	交付金	後期高齢者	支出	給付
後期高齢者医療制度	9.9	0.8	4.9	3.1	1.7	4.1	9.6	9.5	

制度	収入	保険料	税	国	地方	交付金	介護給付	支出	給付
介護保険制度	7.2	1.4	3.7	1.6	2.1	2.0	7.0	6.4	

(資料) 以下により筆者作成。健康保険組合連合会「平成20年度健保組合決算見込みの概要」、財務省「平成20年度決算概要」、全国健康保険協会「平成20年度決算報告書」、厚生労働省「国民健康保険事業年報平成20年度」、厚生労働省「後期高齢者医療事業年報平成20年度」、厚生労働省「介護保険事業状況報告書平成20年度」、総務省「地方公務員共済組合等事業年報平成20年度」、財務省「国家公務員共済組合事業統計年報平成20年度」、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報平成21年版」。

(注1) 健康保険と介護保険の患者負担、公費負担医療給付分は含まない。

(注2) 支援金等計には、老人保健拠出金も含むが、内訳は掲載していない。

(注3) 支援金等、介護納付金は、当年度拠出すべき額のほか、前年分の精算のやりとりがある。加えて、社会保険診療報酬支払基金にいったん納められ、そこから、各交付先に交付される。この間、資金繰りがあることなどもあり、納付額と交付額が必ずしも一致しない。

(注4) 数値は、小数第2位を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。

出所：西沢和彦（2011）p 198

次に、2025年モデルの対案について考えるが、制度の詳細について論じるのは筆者の手に余るので、基本的な考え方について論じることにする。

医療・介護制度の理念

第一に、医療・介護制度の理念について考えてみる。自助・(互助)・共助・公助という考え方があるが、医療・介護に関しては、原則として自助であろう。自助というのは、自分の健康は自分で管理するのが基本だということである。というのは、今日の日本の病気の主なものは生活習慣病で、食事を正しくし、適度な運動を行えば防げるものが殆どだからである。高カロリーで脂肪分が多い食事をし、殆ど運動をしなければ、間違いなく病気になるだろう。身体に必要な野菜や青魚を摂り、定期的に有酸素運動やインターマッスルを鍛えること等をすれば、多くの病気は防ぐことができるようだ。

しかしながら、全てを自助に任せることは出来ない。アメリカでは原則として自助という考え方で医療制度が作られている。「シッコ」という映画では、医療費を払えない人が病院から路上に放り出されるシーンが印象的に残っているが、病気には、遺伝子や体質の関係、職場の労働条件や人間関係によるストレスや感染症等必ずしも自己責任だとは言えない原因で病気になることもあるので、病気の原因を全て自己責任にすることは出来ない。従って、共助は絶対に必要になる。ここでいう共助は社会保険という意味である。日本では国民皆保険制度もあり、全ての人が必要な医療を受けられる医療・介護保障制度を作り、維持することには殆どの人が賛成すると思われる。

家庭と職場が、退職したら地域が、生活の大部分を占める。労働者が病気になる場合、感染症を除けば、生活習慣等の個人の生活に原因がある場合か、職場の労働条件に問題がある場合が殆どだろう。労働者が健康であるということは会社にとっても重要なことなので、企業も労働者の健康管理に責任を持つべきである。しかしながら、どんなに注意をしても病気や事故は防げないことがあるので、保険制度を作り、それに備えることが必要になる。

ところで、医療と一口にいても様々なものがある。病気の程度から言えば、治療を受けなければ命にかかわるものから、寝ていれば治るものまであり、別の視点から見れば、急性のものから慢性のものまでである。治療方法にも外科的手術から薬の服用と様々であり、治療法が確立してほぼ治るような病気もあれば、現代医学では治療法が確立していないものまでである。また、効果や安全性がよく分からない最新の治療法もある。どのような病気とどのような治療法を社会保険の適用にするかは難しい問題で、理念からきちんと議論することが重要である。

公助というのは色々な意味があるが、税金という意味であるならば、医療と介護に関する財源は、後で少し詳しく論じるが、社会保険方式で賄い、税で賄うことはやめた方がいいと思われる。

国民の健康を守るために、医療保険や介護保険の収入不足に税金を投入する以外にも、国がやるべきことは色々ある。それらのことを公助、つまり税を財源とし政府が責任を持ってやるべきであろう。

第一は、労働条件をよくするための法整備をきちんとし、その法律をきちんと守るようにすることである。ブラック企業が問題になっている。また、看護師の数が少なくて、法律を守っていても現場が回っていかないので、法律を緩くし、過酷な労働条件を強いるような動きもあるが、本末転倒である。

第二は、食品の安全性をきちんと確保することである。食品の原材料等の表示を分かりやすくしたり、食品添加物や残留農薬等の基準をきちんと定め、守らせるようにしたり、海外から汚染された食品が輸入されることが無いように、検査のための人員をきちんと確保すること等が重要である。

第三は、防災対策・災害対策をきちんとすることである。近年は、ゲリラ豪雨により毎年どこかで土石流による被害が起きている。森林の保水能力が落ちているのではないだろうか。森林や棚田等をきちんと整備し、災害が起これにくいようにすることは重要である。棚田や森林の維持を民間に任せようとするのは難しい場合は、補助金を出すなどして、それらを維持することが重要である。

第四は、エネルギー問題である。原子力エネルギーが安いとよく言われる

が、費用をどこまで考えているのか疑問である。使用済みの核燃料の保存や処理、一旦事故が起こった場合の費用等を考慮に入れると、原子力発電が一番高くつくのではないだろうか。放射能に人が直接汚染され、また、海・土壌・大気等が汚染されると、国民に重大な健康被害を及ぼす。国民の健康を第一に考えてエネルギー問題も考えるべきである。

医療・介護制度と財源

第二に、医療・介護保険制度と財源について考える。医療保障・介護保障を考える場合、一番問題になるのは財源である。財源として大きく税方式と保険方式があり、これは似ているようで基本的な考え方は全く異なる。この点を曖昧にして健康保険の不足する財源を補うために、きちんとした議論をしないまま、税金を投入している所に問題がある。

税方式と保険方式の違いはいくつかある。第一に、税方式の場合は、徴収した税金を何に使うかは国会の承認を得る必要があるが、保険方式の場合はその必要はない。第二に、税方式は扶助原理に基づくものであるのに対して、保険方式の場合は、病気や事故に対して確率的に備えるものである。第三に、税方式の場合は税金が未払いであっても給付が受けられるが、保険方式の場合は、保険料を払っていない人は給付を受けられない。

保険料を支払うことが出来ず、無保険者がいる現状を考えると、税方式の方がいいような気がする。しかしながら、医療機関のほとんどが公的機関であり、そこで働く医療労働者が公務員である場合は、税方式の導入も容易だと思われるが、日本の場合は民間の医療機関が多く、現状、国民皆保険制度をとっているのが、保険方式のほうがいいと思われる。むしろ、国の財政状態を考えれば、保険方式に純化した方がいいのではないだろうか。消費税を社会保障の充実と言われているが、所得税と法人税を引き下げた穴埋めとして消費税を引き上げているのであり、社会保障の充実に使われることは基本的にありえない。医療や介護の充実は、保険料を財源とし、現状の問題点を解決するような社会保険制度を作ることが重要である。

どのような保険制度がいいかという、都道府県を保険者にする制度に統

一したら様々な問題が解決すると思われる。保険料率は所得を基準にし、累進的な構造としつつも、罹病率等の違いにより、都道府県毎に必要な医療費を賄えるように保険料率を決めていく。従って、罹病率が低い都道府県は、保険料率が低いことになる。

財政的に一番問題があるのは、国民健康保険であり、これは退職した人が加入するからこうならざるを得ない側面がある。所得が高い現役の労働者や企業が保険料を払うようにすれば、このような問題も解決するだろう。

国民健康保険の保険料の仕組みは複雑で、支出項目は、医療給付費分、後期高齢者支援金分、及び、介護納付金分にわかれている。課税ベースは、一般的な場合は、所得、固定資産、世帯人員一人当たりの定額部分、及び、一世帯当たりの定額部分からなっているが、都道府県を保険者とするにより、所得のみで保険料を決めた方がいいのではないだろうか。もちろんクロヨンの問題があるので、所得をきちんと補足することは重要である。そして、社会保険料は逆進性があるようなので、累進的な社会保険料にすることが重要である。

また、組合健保から高齢者医療保険制度に対する支援金が支出されているが、罹病率が高い人だけで保険を組むと、保険料が高くなるのはあたりまえである。統一した保険にした方がいいのではないだろうか。誰でも年を取るし、地域ごとに少子化対策をとった方がいいのではないだろうか。

大企業は内部留保を溜め続けている。それにもかかわらず、法人税が引き下げられようとしている。企業は労働者の健康管理に責任を持つべきであり、労働者が健康的に働けた方が生産性も向上する。従って、組合健保も作っているわけであるが、退職者は国民健康保険に加入していることを考えると、企業が負担する保険料を引き上げ、都道府県を保険者として保険料を納入すれば、自企業の退職者の多くはその地域に住むので、納得が得られるのではないだろうか。大企業の内部留保が増加することが経済回復を妨げている一因なので、大企業の社会保険料を引き上げ、医療や介護を充実させることは、民間消費を増やし、働き盛りの労働者が介護の為に仕事を辞めることもなくなることにつながる。大企業にとってもメリットがあると思われる。

医療費は、病人が少なくなり、罹病率が下がれば少なくて済む。そのために、高齢者を対象とした様々な取り組みが自治体で行われている。気候や伝統は地域によって異なるため、全国一律で病気にならないような取り組みを行うのは無理があり、地域ごとに特色を持った取り組みがなされてしかるべきである。そういう意味でも、保険者は都道府県で統一した方がいいのではないだろうか。

また、企業にとっては労働者を雇ってれば、その労働者のために保険料を支払わなければならないが、たとえ労働者を使い捨てにしても、雇う労働者の給料が変わらなければ、保険料の負担も変わらない。しかしながら、それは地域での病人が増えることを意味し、地域での医療費がかさむことになる。都道府県が過酷な労働に対する監視を強化することに繋がるのではないだろうか。

消費税が引き上げられるとき、それが社会保障の充実に使われるのであれば仕方がないと考える国民も多いようだが、社会保障を充実させるためには、社会保険料を上げましようと言った方がいいのではないか。消費税引き上げは財政赤字の解消が目的であり、財政赤字を解消するために消費税を上げましようと言っても国民の理解は得られないので、社会保障の充実を理由にしているが、消費税の引き上げで社会保障が充実することは国の財政状況を考えるとありえない。また、税金は無駄も多く、何に使われるか分からない面もある。そういう意味でも、医療や介護の充実のための財源は社会保険料で賄った方がいい。

健康で長生きをし、無駄に病院に行かないことは保険料の引き下げにつながる。かつて老人医療費が無料の時、病院が老人の憩いの場になっていたとして問題になった。地域の様々な取り組みにより、健康な高齢者を増やし、彼らの生きがいを持てるようになれば保険料も引き下げられる。保険料が引き下げられると社会保険料の負担が少ないとして、そこに企業も集まってくるかもしれない。法人税を引き下げより、地域で健康に暮らすことによって企業が負担する社会保険料を引き下げた方が、地域の活性化にもつながるのではないだろうか。

また、負担という側面からは、税も社会保険料も同じであろう。低所得者に対しては、社会保険料を税控除の対象とすることは考えられる。

かかりつけ医

第三に、大きな総合病院をいきなり受診できない仕組みを強化することは重要であろう。大きな総合病院の方が最新の医療機器を備え、何となく安心できる側面もあるが、そのような病院を軽い病気で受診すると救急で重篤な患者の治療が十分に行えない可能性がでてくる。

国によっては、登録制にして、かかりつけ医を厳密に決めているところもあるが、「総合診療医」の養成が十分進んでいない現状では、無理であろう。ただ、症状によっては何科を受診したらいいか分からない場合もあるので、そのような場合に相談できる窓口を作るといいかもしれない。

必要な看護師数の配置

第四に、必要な看護師数が配置される仕組みが必要である。入院医療の機能分化の真の目的は、増えすぎた「7対1看護」を減らすことにあるようだ。看護労働は慢性的に厳しい労働条件下にあるので、「7対1看護」で診療報酬が高くなるなら、それに合わせて看護師を増やそうとするのは当然である。病状毎に最低限必要とされる看護師の数は客観的に決まってくると思われる。また、日本看護協会が『看護職の夜勤・交替制勤務に関するガイドライン』で勤務編成の基準を出している。これらのことと年休がきちんと取れること等を考慮に入れば、必要な看護師の数は計算できると思われる。必要な看護師数が配置される仕組みが必要である。

現状では、入院基本料は看護師の配置数のみにより決まり、ギリギリで「7対1看護」を行う場合が利潤は最大で看護師数を増やすと利潤は減らようになっていく。これを病状や年休の取得日数等を基に必要な看護師数を計算し、必要な利潤を確保するような仕組みにできないだろうか。

例えば、収入は入院基本料のみ、一日8時間労働の3交代勤務だと仮定すれば、次のような式を書くことが出来よう。

収入＝入院基本料 × 患者数 (1)

看護師費用＝看護師一人当たり賃金 × 看護師数 (2)

必要看護師数＝調整係数 × 3 × 患者数 ÷ n (3)

ここで、nは「n対1看護」を表す。これを図で表すと次の図6のように

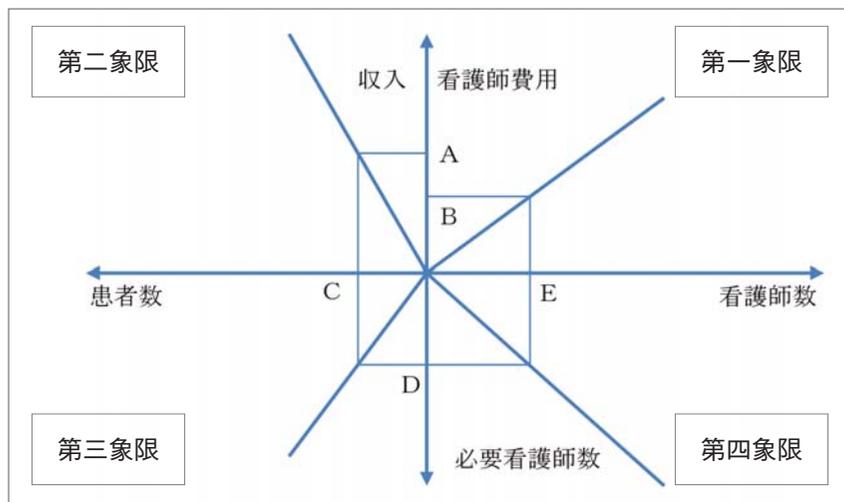


図6 看護師数、患者数、看護料等の関係

出所：筆者作成

なる。調整係数は、年休等がきちんととれるようにかける係数である。

第一象限は(2)を表し、右方向に伸びている横軸が看護師数を表し、上方方向に伸びている縦軸が看護師費用を表す。従って、収入と看護師費用の差であるABが利潤の大きさとなる。

第二象限は、(1)を表し、左方向に伸びている横軸は患者数を表し、上方に伸びている縦軸は収入を表す。患者数がC点にあると、収入はA点になる。

第三象限は、(3)を表し、下方方向に伸びている縦軸は、必要看護師数を表す。患者数がC点にあると必要看護師数は、D点になる。

第四象限は45度線であり、下方方向に伸びている縦軸の値をそのまま右方

向に伸びている横軸に移す働きをしている。従って、看護師数はE点となる。

現行の仕組みでは、(1)と(3)に類似のものが看護師数と関係しているが、ここで提示している新しい仕組みでは、(1)と(3)は看護師数と独立して決まる。(3)は患者の病状で決まるので、無理矢理看護師数を増やすということはない。なお、(1)と(3)は関連付ける必要があるだろう。つまり、より多い看護師を必要とする病状には、入院基本料も高くするということである。看護師数を増やせば利潤は少なくなるのは現行の仕組みと同じだが、患者数に関わりなく、看護師数が増えるほど収入も増えるという仕組みは、理解が得られないのではないだろうか。

2025年モデルは、高度急性期のみを「7対1看護」にし、その要件として在宅復帰率も考えているようだが、それはおかしい。あくまでも患者の病状により患者一人当たり必要とされる看護師数は決めるべきであろう。

病床区分

第五に、病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期等に細かく分ける必要があるのか疑問である。診療報酬を決めれば、それに合わせて必要な医師や看護師等を確保するなど、医療機関は自主的に行動するだろう。そもそも患者の数を正確に予想することは出来ないもので、上から計画的に決めようとしても、情報収集に時間がかかり、それを基に医療機関の数を決定し、「協議の場」で調整するのは、無駄な時間と調整するためのコストがかかりすぎるような気がする。制度は大まかに作り、各医療機関が基本的に自主的に決められるようにすべきであろう。もっとも、必要な医師・看護師等の医療労働者の数は推計し、必要な医療労働者は養成しなければならない。

医療・介護・看取りの連携

第六に、医療・介護・看取りがスムーズに連携する仕組みを考えなければならない。2025年モデルでは、病床数を減らし、在宅医療を充実させる方向性のようなのであるが、それはうまくいくのだろうか。医療供給体制、患者の状態、在宅・居宅・施設の状況を考える必要があるだろう。

医療供給体制を考えると、24時間往診に来てくれる診療所と病状によっては、救急車で病院に搬送できる体制が必要である。しかしながら、一人の医師が24時間往診に行くことは不可能なので、一つの診療所に複数の医師が勤務し、交代で往診に行くような体制か、複数の診療所がグループを作って対応する体制等が必要になると思うが、このような体制は簡単には出来ないであろう。また「総合診療医」を養成する必要があるが、この養成にも時間がかかるだろう。「専門医」を目指す人が多く、「総合診療医」を目指す人が少ないようであれば、診療科の開業にあたって何らかの規制が必要になるかもしれない。

患者の状態としては、若くて回復力が高い人が事故等で手術をして入院したような場合では、退院後自宅で療養しても問題は少ないと思われるが、病気がちの高齢者の場合は、自宅で療養していても、頻繁に入院を繰り返す可能性がある。このような場合は、長期療養施設で療養する方がいいのではないだろうか。また、認知症を発症すれば、家族が24時間自宅で看ることはかなり困難な場合も多い。

自宅・居宅・施設の状況では、住み慣れた自宅にいる方が患者としては落ち着く面もあると思うが、彼／彼女を誰が看るか、そのための空間が自宅にあるかどうか問題になる。昔の日本のように農業が主な産業であれば、家も広く家族も多いので、自宅で看ることも十分可能だと思われるが、核家族や老親の一人暮らし、老親の二人暮らし、親一人子一人と自宅で看るのは困難な状況がある。

女性の社会進出が進み、生産年齢人口が減少しているので、今後女性が働きやすい環境を整えていくことが重要になる。介護や看護のために仕事を辞めざるを得ないのは、様々な面から問題がある。預貯金の理由として、将来の病気や介護等の不安があげられる。また、80歳の老人が老後の不安を抱えているという話を聞いたことがある。社会保険料を上げても、それで病気や介護の不安が無くなれば、国民は納得するのではないだろうか。

いずれにしても、医療・介護・看取りの連携をスムーズにするためには、「病床機能報告制度」やレセプトの分析等から必要な医療機関、介護施設等の

数を推計し、それらを確保し、各医療機関や施設間での連携の仕組みを作ることが重要になる。

医療費の二側面

第七に、医療費は費用という側面もあるが、見方を変えれば、病院の収入である。従って、医療費を削減することはばかり考えると、必要な収入がなくなり、医療労働者の労働条件が悪くなる。また、ビッグデータを活用して医療費を削減するような動きもあるようだが、医療費の格差を生み出している原因をしっかりと分析して医療費を削減するようにしないと、必要な医療が受けられなくなる。医療費の削減のみを強調すると医療の崩壊につながる。

医療費と経済成長

最後に、医療費が増えると経済成長を妨げるという考えについて検討する。お金という側面から考えるのではなく、実物面から考えた方が分かりやすいと思う。非常に単純な経済モデルで考えてみる。

人口は生産年齢人口と非生産年齢人口に分けられるので、

$$\text{人口} = \text{生産年齢人口} + \text{非生産年齢人口} \quad (4)$$

とかける。

生産は、米・パン・自動車等の通常財と医療・介護サービス（以下医療サ）に大きく分け、完全雇用を仮定し、

$$\text{生産年齢人口} = \text{通常財生産人口} + \text{医療サ生産人口} \quad (5)$$

と書く。

通常財の労働生産性を m 、医療サの労働生産性を 1 とすると、

$$\text{通常財生産量} = m \times \text{通常財生産人口} \quad (6)$$

$$\text{医療サ生産量} = 1 \times \text{医療サ生産人口} \quad (7)$$

生産年齢人口の罹病率を α 、非生産年齢人口の罹病率を β とすると、

$$\text{医療サ生産量} = \alpha \times \text{生産年齢人口} + \beta \times \text{非生産年齢人口} \quad (8)$$

となる。なお、非生産年齢は15歳未満と65歳以上なので、通常、

$$\alpha < \beta \quad (9)$$

であろう。

(8)は(4)を用い、人口に占める非生産年齢人口の割合を非生産年齢人口比率として、変形すると、

医療サ生産量 = $[\alpha + (\beta - \alpha) \times \text{非生産年齢人口比率}] \times \text{人口}$ (10)
 となる。罹病率や、非生産年齢人口比率が高くなると医療・介護サービスの生産量も増えなければならないことが分かる。

これらの関係を図示すると、次の図7のようになる。

第一象限の右に伸びた横軸は通常財の生産人口を、上に伸びた縦軸は通常財の生産量を表す。斜めの線は、(6)を表し、AA線は、国民が生活していくために必要な通常財の生産量を表す。

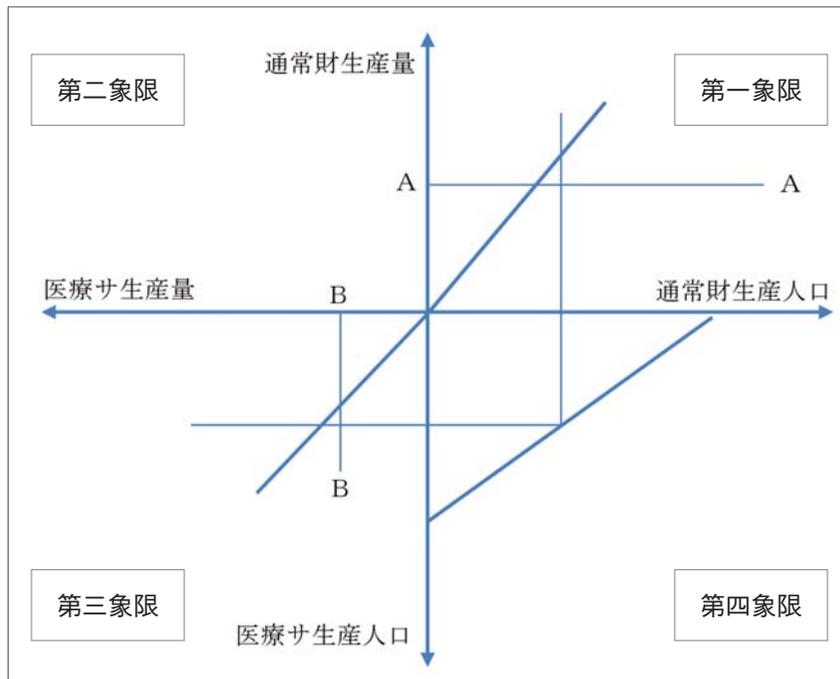


図7 通常財生産と医療・介護サービス生産の関係(その1)
 出所：筆者作成

第三象限の左に伸びた横軸は、医療・介護サービスの生産量を表し、下に伸びた縦軸は、医療・介護サービスの生産人口を表す。斜めの線は(7)を表し、BB線は最低限必要な医療・介護サービスの生産量を表す。

第四象限は、(5)を表し、通常財の生産と医療・介護サービスの生産はトレード・オフの関係にあることを表す。

図7のような状態は、まだ生産年齢人口に余裕がある場合である。

生産年齢人口が減少してくると、図8のようになる。第四象限の斜めの線が原点方向にシフトする。そして、第三象限の水平な線が、上方にシフトする。つまり、最低限必要な通常財を生産しようと思えば、医療・介護サービスの生産量は必要な量の生産をすることが出来なくなる。第三象限の水平線と斜めの線である(7)との交点がBB線よりも右にあるので、必要なだけ

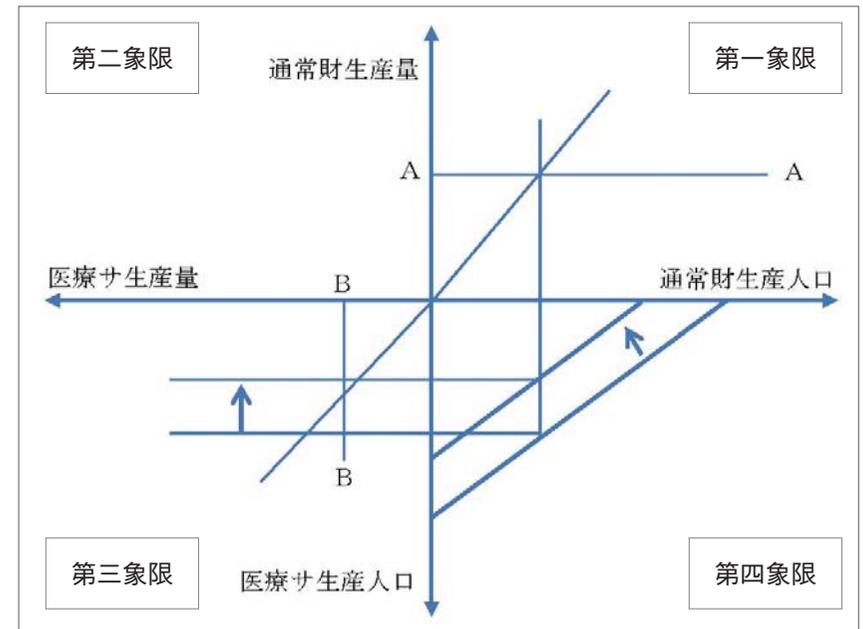


図8 通常財生産と医療・介護サービス生産の関係(その2)
 出所：筆者作成

の医療・介護サービスが生産されていないことを意味する。逆に医療・介護サービスの生産量を十分にしようと思えば、通常財の生産量が不足する。2025年モデルは、このまさにこの図8のような状態になることを意味している。

このようにならないためには、次のことが必要になる。第一に、生産年齢人口を増やすこと、つまり、女性が働きやすく、子供を生みやすいように環境整備をすること。第二に、通常財の労働生産性を高めること。労働生産性を高めれば、図8の第一象限の斜めの線の傾きが大きくなり、AA線との交点が左に移動し、より少ない通常財生産人口で通常財を生産することができる。なお、理論的には、医療・介護サービスの労働生産性を高めることも考えられるが、人手をもともと必要とするので難しいのではないだろうか。介護アシストロボットの開発により少ない人手で介護できるようにすることは考えられる。第三に雇病率を引き下げること。これは、図8の第三象限のBB線が右に移動することを意味する。

本稿では、2025年モデルの対案の原則的な考え方について論じてきた。アベノミクスも学校教育法の「改正」もそうであるが、大企業のことだけを考えてそれ以外のものを切り捨てようとする政策がここにもみられる。政府が細かいことまで決定し、それをトップダウンで決めるような仕組みは、人々のやる気を失わせ、活力を奪っていく。政府が行うべきことは、国民が健康や生活の心配をしなくてすむようにしっかりとセーフティーネットをはることに、生き活きと生きられるような環境を整備することであろう。

2025年モデルは簡単に言えば、生産年齢人口の減少に合わせて、医療・介護を切り捨てようという政策である。必要なことは、生産年齢人口を増やし、労働生産性を高めていくこと、雇病率を下げていくことである。

生産年齢人口を増やすためには、女性が働きやすいように、保育所、幼稚園、学童保育等を充実させ、残業のない職場を作ることである。残業をしないためには、労働生産性を高めること、賃金を高くして、生活費のために残

業することを無くすこと、無駄に残業をしない職場の環境づくりが重要になるだろう。結婚をしない人も増えてきているようだ。非正規労働が増え、低賃金が増えてきているのも一因だと思われる。正規労働者を増やしていくことも重要である。

また、医療・介護のための財源は社会保険料で、生産年齢人口を増やすための環境整備は税金でというように、財源により、資金の使い道を明確に分けたほうが、分かりやすいし、国民の理解も得られやすいと思われる。

雇病率を下げるには、健康であることである。自分の健康は自分で守るのが基本である。生活習慣に気を付けるのが重要であるが、ストレスが多く、長時間労働の職場では、個人的な努力では限界がある。労働組合を強化して労働環境をよくしていくことが重要である。

労働組合も共助の一つだと思うが、共助を重視するなら、地域との繋がりを回復する必要がある。デンマークやスウェーデン等の社会福祉が充実した国は、人口が少ないからでき、日本は人口が多いから難しいという意見がある。それならば、国に依存するのではなく、地方分権を進め、地域の政策への住民のかかわりを強め、信頼できる地方自治体を作っていくというのが今後の方向性ではないだろうか。

【参考文献】

- 池上直己(2014)『医療・介護問題を読み解く』日経文庫
- 桐野高明(2017)『医療の選択』岩波新書
- 公益社団法人日本看護協会(2013)『看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン』公益社団法人日本看護協会
- 水谷吉彦(2012)『図解入門ビジネス 最新医療制度の基本と仕組みがよ〜くわかる本』秀和システム
- 寺尾正之(2014)「政府の2025年構想が地域医療に及ぼす影響」全大教時報、Vol.38 No.3
- 二木立(2009)『医療改革と財源選択』勁草書房

西沢和彦（2011）『税と社会保障の抜本改革』日本経済新聞出版社
読売新聞「医療費 地域差にメス」2014年8月19日朝刊

【参考 HP・ダウンロード資料】

2025年モデルを示す3枚の図

[http://www.healthcare.siemens.co.jp/laboratory-diagnostics/
/lab-management/hospital-management-information/detail/](http://www.healthcare.siemens.co.jp/laboratory-diagnostics/lab-management/hospital-management-information/detail/)
2014年8月26日取得

2025年に向け機能分化推進 病床機能選択のポイントと在宅医療対応

<http://www.ns-1.biz/report/i-201305.pdf>
2014年8月26日取得

ヘルスケアマーケットの動向とビジネス機会 第1回 ヘルスケア産業と
2025年モデル

[http://www.tohmatsu.com/view/ja_JP/jp/services/fa/
/d968bd008a41d310VgnVCM2000003356f70aRCRD.htm](http://www.tohmatsu.com/view/ja_JP/jp/services/fa/d968bd008a41d310VgnVCM2000003356f70aRCRD.htm)
2014年8月26日取得

10月開始へ、病床機能情報報告の方針決定

<https://www.m3.com/open/iryolshin/article/236608/>
2014年8月28日取得

入院・外来・在宅医療について（総論）

[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/
/2r9852000001qd1o-att/2r9852000001qd6n.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qd1o-att/2r9852000001qd6n.pdf)
2014年8月26日取得

社会保障制度改革の全体像

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/
/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf)
2014年8月26日取得