

# 政府の2025年構想が 地域医療に及ぼす影響

全国保険医団体連合会 政策部事務局

寺尾 正之



日本医療総合研究所評議員。後期高齢者医療のエキスパートとして、新聞、雑誌、TVなどで幅広く活躍している。

医療三単産緊急学習会（2014年7月5日）講演より  
（レジュメは31ページ以降に掲載しています）

## はじめに

**み**なさんこんにちは。保団連で仕事をしています寺尾と申します。よろしく申し上げます。約1時間半、与えられたテーマに沿って話をさせていただきます。レジュメは学習会が終わったあとでも利用して下さるよう細かく書きました。

安倍政権が医療介護を含めて社会保障改革、いわゆる一体改革に基づく第一弾、「医療・介護総合法」（以下、総合法と記す）が成立しましたが、すでに第二弾として来年の通常国会へ提出予定の医療制度改革関連法案について、厚労省の社会保障審議会で議論が開始されています。

なぜこんなスピードで医療・介護、社会保障改革を進めようとしているのか。これはひとえに消費税増税との関係です。消費税を8%に引き上げた。

今度また10%に引き上げる。消費税の増税だけはどんどん進めていく、では社会保障に税収入を充てると言ったけれど、肝心の医療・介護、社会保障の充実はどうなっているのか。これを国民の目に見える形で返していかないと、政権の支持も大きく下落するのではないかという不安がやはり彼らなりにある。そういう意味で非常にスピードを上げてこの改革を進めようとしているということです。

ですから全体としては改悪なのですが、部分的にみると今後私たちが改善に結び付けるような項目もあります。例えば、今日のレジュメに入っていないので少しだけ紹介しますと、例えば医療従事者の勤務環境の改善が総合法に含まれる改定医療法の中に盛り込まれました。具体的には、医療機関の管理者に医療従事者の勤務環境の改善措置を講ずる努力義務。努力義務ですが、勤務者の勤務環境の改善を講ずる措置を取りなさいと。厚労大臣については、そのための指針の策定を義務付ける。都道府県に関しては勤務環境改善に関する相談、情報提供、助言、必要な調査啓発活動を行うということで、今後都道府県に医療勤務環境改善支援センターを設置するよう、国としては都道府県に求めるということになっています。

早速、6月27日付で通知が出されまして厚労省から各都道府県に文書が出されました。来年度の従事者の勤務環境改善のための年次計画を策定し、来年度の年次計画の内容を8月8日までに厚労省にメールで送って下さいという通知です。

勤務環境改善のための計画を含めて、県内でどのぐらいの医療機関が取り組もうとしているのか、取り組みをする医療機関の数とか目標、それから県としてどのような医療勤務環境に取り組む医療機関への支援を行うかといったことをいろいろと項目として挙げています。

内容を細かく把握する必要がありますが、全体として医療従事者の勤務環境を改善するという曲がりなりにも国として指針を出し、それを都道府県の責任においてやらせるということで計画書も出させるので、各都道府県に戻って、うちの県ではどのような年次計画書を8月8日の締め切りまでに

出そうとしているのか、そういった内容について情報を開示させて、医療従事者の声が反映するような内容に変えていくことが大事です。

また所属している医療機関、病院から勤務環境改善のための手引書に基づいてどのような改善を進めようとしているのか、そのための院内の従事者を交えた議論はどういう形で進めるのかといったことも話し合っていく必要があるのではないかと思います。こういった今後の私たちの運動に活用できる部分については、きっちりと中身を精査したうえで活用していくことも大事ではないかと思います。

## 1. 効率化の名による“安上がり”の医療・介護提供体制

### (1) 「QODを高める」の名による「病院・施設から地域・在宅へ」

今回の総合法は社会保障プログラム法に基づく第一弾という位置づけで6月18日に成立し、25日には公布されております。一言で言いますと、国が本来やるべき公的な責任を地方に丸投げする。地方も都道府県、市町村がなかなかできないということで、最終的に特に介護については住民の自助と互助に責任を転嫁していくということです。基本的に誰が責任を取るのかという点が非常にあいまいになったまま、だれも責任を取らないような医療・介護を作っていこうということでもあります。

医療については病床の削減です。病床の削減ということはつまり病院の削減につながるのではないかと思います。そして、減った病床、減った病院から地域に押し出された患者に対しては公的な医療・介護サービスはなるべく少なくする。あとは地域のボランティア、住民の自助と互助を使って基本的には地域で暮らしてください。入院するのはわずかな期間という方向を目指しているということで、医療から追い出し、介護も取り上げるというねらいです。

第二弾についてはあとで述べます。

次に第三弾として、政府はまだ位置づけていませんが、2025年を見据えた地域医療ということで、その方向性は案としては出されています。これを具体的に進めるために地域医療構想（ビジョン）を策定します。これは今回の総合法で規定されました。

さらには地域包括ケアシステムの構築。これも今回の総合法で規定されました。これを各地域で肉付けしていくということで、2025年の医療・介護を政府としても構想を立てているということです。ですから当面の運動もありますが、中長期的な取り組みも非常に重要になってくると思います。

全体的に申しますと医療と介護の提供体制については②にあります。いわゆる川の流りにたとえて、川上においては病床や病院を再編する、効率的な提供体制づくりということです。効率的なということは集約化していくということです。川上において病床や病院を再編、削減していきます。そして川下については、地域に押し出された患者を地域でカバーするという関係になるわけです。

社会保障制度改革国民会議の報告書あるいは議論では、2025年に向けて高齢者が増加するので、医療ニーズ、とりわけ入院の医療ニーズは増大するけれども病床は増やさないとということになり、それが今回の総合法にも反映されているということです。

特に75歳を過ぎると入院する割合は、他の世代と比べてぐんと高くなるのです。ですから75歳以上の人が増えるのであれば、それに見合った入院のニーズが高まるので病床もきっちりと手当てする必要があるのですが、それは増やさないとことです。

そして③にありますように高齢者については人生の最終段階なのだから、そこで受ける医療というのは、病院の中で受けるのではなくて病院外で診療や介護を受けてくれ、そして住まいで亡くなってくれということです。国民会議はQOD（クオリティ・オブ・デス＝死の質）と言う造語を作って、病院で治療を受けて亡くなるのはQODが低いのだということを言っているよう

なものです。

これを別な言い方ですと、財務省が5月末に出しましたが、地域完結型の地域医療サービスの提供体制を構築することを通じて終末期の医療の在り方を見直す。要するに人生最終段階における医療、終末期については、地域の中で医療・介護を受けてください。そういうふうに医療・介護の提供体制を変えていくということで、国民会議と財務省は結局言っていることは同じということです。

厚労省が示した2025年モデルがあります。病床については、全体で202万床が必要になると推計しながら43万床削減する。入院患者数も1日当たり162万人に増えるけれども33万人、約2割を減らそうと。外来患者数についても5%削減ということです。

ここに太字で書いてありますが、この一般病床、療養病床というのは医療法上の規定です。7対1看護病床というのは診療報酬上の規定ですから実は別物なのですが、あえて厚労省は別なものを一つの表にして比較しています。

ですから、単純に言いますと2012年現在で一般病床109万ですが、7対1看護病床は36万と厚労省は示しています。それが2025年モデルでは、一般病床は103万床です。内、7対1看護病床は高度急性期という病床に再編したうえで18万床に削減するという方向を出しています。

介護についても、年間の死亡者が150万人に増大する。1年間に150万人亡くなるということは1日4000人余りの方が亡くなるわけですが、看取りについては在宅での割合は4割に増やすと言っています。一人暮らしの高齢者が増加する中で本当に在宅での看取りを4割に増やすことができるのかどうか大変疑問です。

介護保険施設については、これも160万人分必要と厚労省自身が推計しながら30万人分をカットということです。併せて、要介護の認定者数そのものを、高齢化が進行するにも関わらず3%削るといふ、高齢化に逆行するような目標を打ち出して、そういった医療・介護の提供体制を作ろうとい

うのがこの厚労省の2025年モデルです。

この2025年モデルを厚労省は撤回していません。先日も厚労省の担当者と話した時には、外来患者数や要介護認定者数の削減の数値目標はその通り進めますと述べていますので、改めて2025年モデルという、通称ですけれどもこの内容についてはきちんと見ておく必要があるかと思います。

## (2) 病床再編をどう進めるのか

そういう関係で病床の再編をどう進めるかを整理しています。病床再編、削減の方法は、1ベッド当たりの稼働率を高めるといことで平均在院日数、入院期間を短縮するということです。入院の医療ニーズは高まる。入院が必要な患者さんは増大する。だけどベッドは増やさない、減らす。といった場合どうしたらいいかという、1ベッド当たりの稼働率を高速で回転させれば入院の医療ニーズに対応できるというのが厚労省の考え方です。ですから稼働率がどのくらい高速で回転するのが、今後大きな問題になりますが、そういうことを出しています。

7対1看護病床については、朝日新聞などが報道していますが、今年と来年の2年間で7対1看護病床については25%、約9万床減らそうとしています。これによって600億円の医療費が削減できると言っています。田村憲久厚労大臣は事実上この報道を追認して、7対1看護病床を減らすというのはスクラップの部分だと述べています。

この4月からの診療報酬改定で算定要件のハードルが上がりました。日本慢性期医療協会の幹部の方が専門誌で、7対1看護病床のハードルを上げたので維持できない病院が増加し、今後病床を返還しなければいけない病院が出てくるのではないかという見通しを語っていますが、これはかなり現実的な問題となっていくだろうと思います。

先ほどの川上、川下との関係で言うと、在宅復帰率を本格的に導入したというのが大きいです。例えば7対1看護病床は自宅等の退院患者割合が75%

以上必要になりましたし、療養病棟なども5～7割以上の在宅復帰率を設定するということで、結局、今入院しているベッドよりも、いわば川下のベッド、あるいは川下の施設、そういうところに退院させていかないと7対1看護病床、療養病棟も維持できないというような診療報酬に改定されたので、これが本格的に動き出すと大きな影響が出るのではないかと思います。

サービス付き高齢者向け住宅の運営会社の話を聞くと、最近、退院時に経鼻経管栄養や吸引などが必要な、いわば本来入院していて当然のような患者さんがサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）に移ってくる。特に4月以降、病院からのそういった患者さんを受け入れてくれないかという問い合わせが増えてきているということで、まさに重度の患者さんが介護保険施設を飛び越えて、介護施設ではないサ高住にどんどん移ってきていることが増えています。こういう傾向はますます広がるのではないかと思います。

ただ、ご承知のようにサ高住は一般的に15～25万円必要です。これを払える人というのはある程度の所得がないとできないので、まさに低所得の方を中心に急性期のベッドの削減、入院期間の短縮による行き場のない難民が増大する危険性が非常に高いのではないかと思います。

厚労省は基本的に病床再編・削減を進めながら病院自体も淘汰していく、削減していくということで、厚労省は高度急性期病院については都道府県に一つ。多くても344ある二次医療圏に一つという方向です。

ということは、別の言い方をすれば中小病院の切り捨てだということです。中小病院は二次救急などの大半をカバーしているのです。そういった中小病院の削減を進めていくということと、公的な医療機関についても、高度急性期を取れないところは病床の削減という形で入院機能を縮小していく方向です。

2012年に当時の老健局長は、急性期以外の病院がなくなるのは理想と思っていると語っていました。最近では「高度急性期は公的な大病院でほぼ決まりです」と述べ、高度急性期病院は絞り込み、都道府県に1病院程度。それも公的な大病院で決まりと。それ以外の病院は、やがてはなくなっていく

方向に進めていく考えです。したがってフリーアクセスにおける、いつでも、だれでも、どこでも、というところの「どこでも」がない。高度急性期病院が一つの県に一つしかなかった場合、自分の住んでいる地域に高度急性期病院がない場合がありますから、そういうときに「どこでも」というのは見直さざるを得ないということです。

外来患者数に関しては、緩やかなゲートキーパーに主治医、かかりつけ医機能を持つ診療所、中小病院を仕立てていくということです。今後この主治医、かかりつけ医機能は24時間対応が必要なものになってきますので、となると個人ではやっていけなくなる、グループ化がどうしても必要になってくるということで、診療所もグループ化していく方向になりますから、いまの個人開業医を中心とした日本の医療提供体制も、診療所のグループ化、24時間在宅対応という政府の施策との関係で、大きくここも再編されていく可能性があるということです。

### **(3) 「データの可視化を通じた客観データに基づく政策」 （「国民会議」報告書）**

今回厚労省が新たに打ち出し、大本である国民会議が打ち出したのは、データに基づいて病床再編、病院再編を進めるということです。データの可視化を通じた、客観データに基づく政策というのが国民会議の報告書に盛り込まれましたが、それにのっとって進めようというのが厚労省の新たな方針だということです。

全体としてこの病床再編、病院再編については都道府県に権限を与えて進めるというのが今回の総合法で示された大きな特徴です。第一に、都道府県が地域医療構想（ビジョン）を策定するということです。先ほど厚労省の2025年モデルについて述べました。例えば病床全体を43万ベッド削減する、入院患者数を減らしていくということなどがあります。これは全国レベルの目標ですね。全国レベルですからこれを具体化するには47都道府県がそれぞれ、うちの県内では病床をどうするのか、入院患者数をどうするのか、外

来患者数をどうするのかという具体的な施策、計画を決めなければいけないということで、地域医療構想（ビジョン）というのは、一言で言えば厚労省の2025年モデルの地域版ということです。

この内容が太字で書いてありますが、大きく三つの柱です。医療需要では、入院・外来・疾患別の患者数。それから二つ目が医療提供体制、二次医療圏ごとの病床の必要量、在宅医療、地域包括ケアの必要量。三つ目はそういった提供体制を作るための施策で、医療施設の整備や医療従事者の確保・養成ということがあります。

次のページですが、この地域医療構想（ビジョン）を作るためのガイドラインを今年中に作る。来年度から地域医療構想（ビジョン）を策定することになります。国が作るガイドラインに基づいて各都道府県が地域医療構想（ビジョン）を作る。ただ、2025年の入院患者数が何人ぐらいになるのか、例えば2025年の高脂血症の患者がうちの県内では何人ぐらいになるのかという、そんな先の推計を都道府県ができるのでしょうか。そのような態勢もないと思います。

どういう方法でやるかということ②にあります。結局医療情報データを利用します。医療で言えばレセプト情報、特定健診情報、DPCデータです。ですからレセプトと特定健診とDPCの各データを使って、うちの県内で2025年の入院患者数が何人ぐらいになるのか、疾患別の患者数が何人なのか推計を行うのですが、本当に推計ができるのでしょうか。

おそらく都道府県の担当部署は民間の事業者などに委託すると思います。国が作成する計算式を用いて、民間の事業者などが医療需要とそれに応じた医療の必要量を推計し、地域医療構想（ビジョン）を作ることになるのではないのでしょうか。

どんな地域医療構想（ビジョン）になるのかわかりませんが、厚労省の人は「男女別、年齢階級別の疾病の量が出ているから、それと人口の推移を掛け合わせれば患者増は推計できる」と述べていますが、表面的な医療需要になりかねないと思います。

今回、医療需要に応じた医療の必要量だということが強調されています。医療需要に応じた医療の必要量、一見そうかなと頷くところもありますが、いま言ったように医療需要を集計する情報データが表面的なデータだし、これで本当に地域の医療ニーズが分かるのか疑問な中で、それに応じた医療の必要量が出されてくるということです。ここはチェックポイントです。

都道府県に権限を与える、その3。ここが病床再編のポイントです。これまで病床は総量規制でしたが、今度はここにあるような四つの区分ごとに病床の数を規制するということです。

一般病床と療養病床の二つの区分を四つに分ける。ここに書いてありますが、高度急性期と急性期と回復期と慢性期の四つです。この四つごとにそれぞれ、うちの県内では高度急性期の病床数は何ベッド、慢性期のベッドは何ベッドという総枠を決めるということです。今年の10月から各病院は病棟ごとに、この四つの区分のうちのどれかを選んで県に報告します。「現状」と「今後の方向」について報告します。

「現状」は現在ある病床を四つの区分に当てはめることになります。現状ですから。「今後の方向」というのは将来の見通しですね。この今後の方向はいつなのか、6年後の時点と2025年時点という2案が示されています。うちの病院で2025年時点に四つの区分のうちどのベッドにするのか、この10月に報告しろというのでは病院は報告できないのではないかと思うのですけれども。6年後だって随分先ですからね。この四つの区分しかないのですから。

きちんと報告されているかどうかはレセプト情報データでチェックします。レセプト情報でチェックした結果、急性期に対応していない、おたくは急性期ベッド100と報告したけれどレセプト情報でチェックしたら急性期じゃない、ほとんど回復期か慢性期の患者しか入院していないのではないかという病院は、急性期の100床という報告を変更し、他の病床に変更することになります。今後データが蓄積すれば、報告、自己申告は認めないという意見も出ています。レセプト情報データだけで、患者ごとの病棟の医療内容が把握できるのか、県外の患者のレセプト情報データをどう扱うのか疑問な点が多

いです。

これも国が計算式を作ります。それに基づいて、都道府県は四つの区分の病床の必要量を決めるということになります。この国の計算式を用いれども四つに分けられるのかという問題もありますが、さらに問題なのはその後です。「協議の場」というものを都道府県が設置します。各病院から報告された四つの区分の病床数が、国が示した計算式を使って導き出したその県内の四つの区分の病床の必要量と比べて多い場合には、削るように「協議の場」で協議することになるわけです。

これは公的医療機関も該当しますから、ある自治体病院が急性期は100ベッドと報告します。ところが、その地域の急性期のベッドの必要量は200ベッドだった。別な病院がやはり急性期は100ベッドと報告した。さらに別な病院も急性期が100ベッドと報告した。合計すると急性期のベッドが病院からの報告だと300ベッドになってしまった。ところがその地域の急性期のベッドの総数、つまり必要量は200ベッド。オーバーしている100ベッドはどうするのかということを、「協議の場」で話し合っ決めてくれということが、総合法で決まったのです。

うまく話がまとまって、ではうちの病院は急性期で報告したけれど、必要量に対して不足している慢性期のベッドに変更しますというように協議がうまくまとまればいいのですが、そう簡単にはまとまらないと思います。どうするのか。これも総合法に書いてあるのですが、「協議の場」が合意しないときは、都道府県知事が、病院に対して、おたくは急性期のベッドを100で報告しているけれども、多すぎるので減らしてくれということを、公的病院に関しては命令、指示ができます。民間病院には命令、指示はできないので、要請を行います。

ただし、要請を行ってもうちの病院は絶対に急性期のベッドが100必要だと言い張って従わない場合は、都道府県知事がその病院に対して勧告をする。勧告をしてもそれでも従わない場合はペナルティーを課すのです。その病院名をインターネットで公表することや、各種補助金の対象から外すことなど

です。ですから実際は、「協議の場」で協議していくと言っても、最終的にはペナルティーを課していくということで圧力をかけていくのではないかと思います。

その地域の四つの区分のベッドの必要量が正確なものが出てくればいいですけれども、医療需要から導き出すということですから、レセプト情報データやDPCデータなどという限られたデータだけだということです。国が計算式をつくり、それに数字を当てこんで、そしてその地域に必要なベッド総数、必要量を出す。現時点では国がどんな計算式を作るのかわかりませんが、本当に地域の医療需要の実態を反映した必要量が導き出されるのか、極めて疑問です。

各病院のベッドは四つの区分の中で決められたベッドに調整せざるを得ない。結局削減せざるを得ない。あるいは不足している病床があれば、その病床に変更しなければいけないことになるわけです。

しかも、この「協議の場」というのが、ゼネコンの談合の場のようにになってしまう可能性もないわけではない。この「協議の場」の運営についても今後具体化されますから、ここはやはり地域医療を支え、充実していくという立場から要求を出し、きちんとした運営をさせなければいけないと思います。

ペナルティーと同時に給も用意します。④です。今度、都道府県に医療介護基金ができます。名称は仮称ですけど。病床の種類の変更には補助金を出すと言われていました。だから、急性期で報告をしたけれど、「協議の場」で「急性期はいっぱいだから、おたく急性期を慢性期に変えてよ」「わかりました。涙をのんで変えます」「では補助金を付けます」などということになるのではないのでしょうか。

この医療介護基金の財源の大半は消費税の増税分ですね。だから消費税を増税した分を使って、こうした病床の再編に使われるということになりかねません。9月には各都道府県が計画を策定して、国は10月に内示して、11月にはもう今年度分は交付してしまう。今年度は医療分野だけで904億円ですから47都道府県で単純に割っても結構な金額になります。これまでの既

存事業の看板の書き換えが280億円あります。実際に新規に使えるのは600億円強です。どんな形で使われるのか、基金がとんでもないことに使われる、そういったことはさせてはならないと考えます。

結論的に言うと、⑤と⑥にあります。経済的理由で治療中断、受診抑制が増えている下で、レセプト情報データ等に反映しない医療需要があるわけです。地域で潜在化している医療需要をどう掘り起こすのか。地域の医療需要が過小に評価されれば、地域の医療の必要量、先ほど言った地域に本当に必要な病床も大幅に縮小になってしまうということです。2014年6月24日に閣議決定された骨太方針は、「地域医療構想と統合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定」するとして、ビジョンに対応した医療提供体制や医療費の目標を決めることを打ち出しており、警戒が必要です。

病床再編との関係で言うと、いま、治癒しないまま重度の状態地域に押し出され、そうした患者さんの容体が悪化して救急入院するというのが入院全体の中で大きな割合を占めているそうです。特に中小病院ではそういう患者を受け入れているところが多いのですが、今後中小病院での二次救急機能が病床再編によって成り立たなくなる可能性もあります。二次救急が成り立たなくなれば、当然三次救急にも影響するので、地域の医療体制の崩壊が起きることが懸念されるという問題もあります。

4ページです。特に四つの区分ごとの病床の総数、必要量を決めるのは二次医療圏ごとです。だけど、例えば東京都の場合などを見ても、高度急性期に該当するような病院の多くは都心部にあります。本当に患者の流れの実態とか、地域の医療の実態、そういった医療需要とそれに対応した必要量が正しく反映されればいいのですが、このままいけばいい加減な形になってしまうのではないかと思います。

毎日新聞の5月9日付の記事でありましたが、機械的に四つの区分に分けて強引に再編しようとしても、そういった「入院ベッドの再編には厚労省内にも実効性への疑問が出ているほどだ」という話も出ているぐらいです。このままいくかどうか非常に不透明なところがありますが、厚労省としては都

道府県に権限を与えながら、鉛と鞭という権限を都道府県に与えながら強引に進めようとしているのです。

どうするかという点はここに書いてありますが、やはり四つの区分に分けること自体が実態に合わない。なにも分ける必要はない。現在と同じように一般病床と療養病床として患者の状態に応じて対応した方がいいのではないかと、慶應大学医学部教授の池上直己氏も強調しています。あるいは厚労省が示した地域に密着した一般病床。これも立ち消えになってしまいましたが、撤回はしていませんので、地方ではこういった地域密着一般病床という形で存続させることで対応することも必要かと思えます。

「協議の場」の民主的な運営や医療介護基金の運用など、これは我々も大いに監視をして行かなければいけない点だと思います。特に財務省は、今後診療報酬と基金の両方を使ってやっていくのだから、基金をこれだけ増やしたらその分診療報酬は減らしてもいいのではないかという意見を述べていますので、医療介護基金を理由にした診療報酬の引き下げ、抑制にも目を光らせていく必要があると思います。

#### (4) 介護サービス提供体制はどう変わるのか

介護のサービス体制については、少し時間の関係で圧縮してお話します。川下で、在宅で医療・介護を受けるという点で、とりわけ介護についてです。大事なのが重度化させないということですが、厚労省はそれに逆行するかのよう、要支援1・2の人は160万人いますが、この方々が利用できるホームヘルプやデイサービスについては保険給付の対象から外して市町村の事業に移して、事業費に上限を設けるといことが総合法に盛り込まれました。

これは今すぐ実施するのではなく、来年度から移行を始めて2017年4月から全ての市町村で実施するという事です。あと3年ぐらいの期間がありますので、この部分については市町村での運動が大事になるということです。これの問題点は、市町村の事業は、サービスの提供者は指定事業者限定し

ない、誰でもいい。報酬も市町村が自由に設定できるということです。ボランティアを使えばサービス料金が抑えられるとも言っています。

一方、厚労省は国会の答弁では、多様な主体による多様なサービスと書いていて、専門的なサービスも否定はしていないのですが、その後資料を出しましたが、ホームヘルパーのサービスは2025年には5割程度に減るといことで、結局専門的なサービスは半数の人は受けられないということになってしまいます。

介護保険からの卒業指導と、同時に要介護認定から締め出す水際作戦、両方に要支援1・2の人を保険給付の対象から外し、市町村の事業に移すということが使われる危険性があるかと思えます。サービス内容は市町村任せで事業費の伸びは3、4%に抑えられる。現行よりも下げられる、サービス単価や人件費は引き下げ、サービス利用も減らす。サービスの提供はボランティアやNPOなどの専門職でない人に任せるとい柱になっているわけです。これでは本当に介護度の重度化を防ぐような介護サービスができるのかということについては大変疑問です。

5ページになりますが、特別養護老人ホームについては、入所は要介護3以上に限定ということ。現在特養の待機者は52万人います。52万人のうち約18万人が要介護1・2の人です。ある日特養の待機者が18万人激減しましたというニュースが流れるかもしれませんが、何のことはない、対象者から外されてしまったから自動的に待機者が減っただけです。

政府が受皿として想定しているのはサービス付き高齢者向け住宅です。これを拡大する計画ですが、毎月15～25万円を払える人はかなり少ないのではないのでしょうか、結局お泊まりデイなどを漂流する事態に拍車をかけることになりかねません。

介護保険料は取られっぱなしで、ホームヘルプやデイサービスを受けることができない、特養ホームにも入れない。介護あって保険なしどころか、保険料あって介護給付なしですよ。しかも65歳以上になると介護保険料がぐんと上がる。それで特養ホーム入りたいたいと思っても、要介護1・2だったら、

対象外ということになってしまいます。

総合法では、川下の受け皿ということで、地域包括ケアシステムが改めて出されました。大本は社会保障プログラム法です。レジュメにありますように、地域の実情に応じて高齢者が自立した生活ということなのですが、地域の実情というのはつまり地域丸投げということで、自立した生活というのはつまり公的な医療・介護サービスを使わない、自腹でやってもらうということです。

厚労省はこういうイメージ図を描いています。全国で1742の市区町村がありますが、30分以内で医療、介護、予防、生活支援、住まいが提供されるネットワーク。人口1万人単位ですから、単純に言うと、全国1万余のネットワークを地域で作ることになります。本当に1万の地域でネットワークを作れるのであれば、川下における在宅での医療や介護も改善されるのではと期待するのですが、期待外れに終わりそうです。

例えば、市町村に地域ケア会議が、いまでもありますけれども今度は介護保険法に基づいて設置されます。これは公的サービスのみならず他の社会資源、というのは保険外ですね。公的保険外の社会資源も活用しながら、在宅生活の限界点を上げるための支援を検討する。ギリギリまで在宅にいてもらう。できればそのまま最後まで在宅だという支援をするためのケア会議を作る。看護師さんもメンバーですから、この中にもこういった地域ケア会議に参加する方も今後出てくる可能性はあります。

このイメージ図、医療の中に看護も入っていますが、訪問看護師の方は看護職員全体の2%、わずか2.8万人しかいません。介護職員も厚労省の試算では毎年7万人を確保していく、2025年には100万人を確保する必要があると推計しているのですが、実態は非常にお寒いということです。

担い手である訪問看護師もわずかしかない。介護職員もまったく不足している中で、このイメージ図が本当に全国1万の地域で成り立つのかどうか。レジュメにありますように、認知症、特に軽度認知症への対応も非常にお寒い体制しかないということです。地域包括ケアの担い手自体が手薄い中で、

川上での病床再編、病院再編はどんどん進めて行って、そこから地域に押し出されてくる患者を地域包括ケアで支えるというわけですが、支えるための担い手、支え手が本当にわずかしかないということです。

6ページです。今後ですけれども、その担い手を作るということで3つ出しています。一つは、在宅医療については総合診療専門医で対応します。これは今いません。2017年度から新しい専門医制度がスタートしますので3年ぐらいたったら世の中に出てきますから、2020年ぐらいから総合診療専門医という方が出てきます。

今後医師になるには、何らかの専門医を選ばなければいけないのです。その一つが総合医療専門医です。この目的に沿って4月の診療報酬改定では主治医・かかりつけ医機能を持つ診療所と中小病院を対象に、地域包括診療料が新設されました。このa～eの5項目ありますが、基本的には24時間対応、健康管理、予防もカバーするという事です。

健保連の幹部の方は、これは総合診療専門医への第一歩で、育成までに時間がかかるのでそれまでのつなぎとしてやる。高齢者が実際メインなので、今後終末期医療もこれに加えたいと述べています。地域包括診療料は医療機関からの手挙げですが、厚労省は全国の集約状況を発表していません。たぶん非常にお寒い状態だと思います。

それから在宅医療を支える看護師の養成を目的に、医師の判断をその都度仰がずに、手順書によって特定(医療)行為ができる研修制度を設けます。医師の判断をその都度仰がずに手順書で、これはメールも可なのです。だから一回主治医が診て、二回目以降はその患者さんを、この研修を受けた看護師さんが診る。手順書は主治医がその看護師さんにメールで送って、看護師さんは主治医にその結果を報告する。メールでのやり取りで、医師の判断をその都度仰がなくてもいいということですが、患者の安全性が担保できるか大いに疑問です。

結局サービス付き高齢者向け住宅に重度の入居者が増えてきている。介護保険施設にも増える。もちろん自宅にも増える。その人たちを診るための看

看護師さんの養成です。だから7対1看護病床が減る、病棟勤務の看護師さんに病棟勤務から外れてもらって、訪問看護師の勉強をしてもらおう。あるいは先ほどの研修制度を受講してもらおう。そして、在宅で医療をやってもらおう。今度は一人で行って医療行為を行う。そのぐらいやってもらうのだということ、厚労省は打ち出しているわけです。でもこれは患者さん、看護師さん双方にとって、危険性の高い医療行為も含まれています。しかもこれを拡大していく方向です。

看護師が行っていた医療行為については介護職に移すということも拡大していくということです。例えば経管栄養の注入を看護師が担当するのと介護職が担当するのでは、介護職は報酬が半分以下なのです。要するに安上りで医療処置ができる。だから看護師から介護職に移すのです。さらに「外国人技能実習制度」の対象職種に介護分野を追加し、外国人介護職を導入する動きも出ています。

介護保険でここが危ないという点を整理しました。介護保険を利用できる人が減る。利用できても使えるサービスは減る。家族や市町村や介護事業者にも厳しい内容。救うべき人が救えなくなる。予防が重要だけでも、介護予防に逆行しかねない。特に地方ではマンパワーの確保を含めて本当に不安だということです。再入院が増加して、かつ、いわゆるおひとりさまの死亡が増えてしまうのではないかとということです。

ではどうすればいいのかということについて書いてありますが、やはり市町村の特性を生かした地域包括ケアとするためにも、国がきっちり公的責任を発揮して人材の配置と財政に責任を負わないといけないということと、介護保険制度そのものに対しては国の負担割合を引き上げるべきです。210を超える地方議会が意見書を国に提出しました。その内容は、市町村に受け皿はない、地域格差が生じますと。これは総合法が通ったあと、朝日新聞、毎日新聞、東京新聞でも取り上げました。各紙は法律が成立したあと、こうなると介護が大変だとか、「縮む介護」とか地域格差が心配とか解説しています。だったら法案審議のときに報道してほしかったですね。

実際いま、財政健全化法の影響によって、市町村の事業と人員を中心に歳出抑制が強まっています。直近の一番新しい総務省発表のデータで行くと、全国平均の市町村の経常収支比率は90%を超えているのです。これは100%に近いほど危ないということですから、ほとんど使えるお金がない中で、結局何に頼るかといったら国からの交付金。そして先ほどの都道府県が設けた医療介護基金です。問題は、医療介護基金からどのくらい介護に回ることかということも含めてどう使われるのかという点が非常にあいまいなまま、しかも担い手、支え手はこれから養成していくという中で本当にお寒い状態です。

日本福祉大学教授の近藤勝則氏も言っている通り、様々な選択肢を用意することが必要なのだということです。ここに書いてあるような施設も必要です。特にサービス付き高齢者向け住宅は玉石混交で、とんでもない高齢者住宅もたくさんあるのですけれども、特養に入所したいけれど待ちきれないという人も含めて、サービス付き高齢者向け住宅のニーズ高まっています。これはやはり低所得者向けや、非営利で運営できるような住宅も必要ですし、市町村によっては家賃減免制度も導入しています。そうったことも大事になってくるのではないかと思います。

## 2. 2025年を見据えた地域医療を考える

### (1) 自助の名による医療・介護改革 — 社会保障プログラム法 —

さて、これが第一弾である総合法の問題点なわけです。その大本を話しますと、この社会保障プログラム法です。この法律は条文の具体化を政府に課しています。「国民会議における審議の結果を踏まえ、社会保障制度改革の全体像および進め方を明らかにする」ということで、進め方も含めて明らかにするのでプログラム法と通称で言っています。

条文では、個人の自助努力を喚起させる仕組みを作る。医療では個人の健

健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みを作る。介護についても介護予防の自助努力が喚起される仕組みを作る。もうやたら自助努力なのです。政府は何をやるのか。政府は自助・自立の環境整備を推進するだけです。プログラム法には国の公的責任というのは一言もありません。医療や介護は基本的に自助努力なのだ。その自助努力を具体化するための施策をプログラム法で規定して進めていく。その第一弾が総合法です。

経済的な理由で、いわゆる患者になれない病人ですね。病人なのだけれど、経済的な理由で保険証をもって医者にかかれぬ。そういう人が増えている中で、これを全く無視して自助努力に押し付けているのです。「国民会議における審議の結果を踏まえ」ということなので、国民会議で一番問題のところだけ、ここに書きました。

憲法 25 条に基づく我が国の社会保障制度を、国民会議の報告書ではこういうふうに変えようとしているのです。「社会保障制度は自助を共同化した社会保険制度を基本とします」。同じ報告書の中で、社会保険方式というのは、保険料を支払った人に見返りとして受給権を保証する仕組みだと述べています。保険料を支払った人だけに給付する、これが社会保険で、それを日本の社会保障制度の基本にするとすることを国民会議の報告書は言っています。

保険料を支払った見返りに給付するしくみは、これは民間保険の原理ですね。民間保険は、保険料を納めなかったら 1 円も保険金は返ってきません。これは民間保険の原理なのです。一方で公費負担については、保険料の負担の適正化にあてる、これを基本とする。給付の充実にはあてないと言っているのと同じですね。しかもこの保険料の負担の適正化というのは、低所得者の方の保険料の負担の適正化です。もっと言えば住民税非課税世帯が主な対象です。

社会保険自体いろいろ問題もありますが、社会保険の社会という公的な性格は事実上否定していく。そして社会保険の保険という部分については、民間保険の原理を強化していく。

まさに社会保険をいびつな形に変えて、公的性格を否定したうえで民間保険と同じような制度に変えていく。そういったいびつな社会保険を、25 条に基づく社会保障制度の基本に据えたと宣言したのが国民会議の報告書です。まさに社会保障増進の責務は国にあるという解釈を変更する、空文化するものです。

## (2) 医療・介護「産業化」の進行

併せて打ち出されているのが、医療・介護の「産業化」の進行です。政府の健康・医療戦略では、自助努力と対をなすように公的保険外で健康づくり、公的保険に依存しない健康寿命延伸産業、公的保険外の疾病予防・健康管理サービス。これは介護もあるのですけれども省きました。もう、やたら公的保険外なのです。プログラム法で自助努力。もう一方の閣議決定した健康・医療戦略では公的保険外で健康づくり、疾病予防、介護予防をやれと言う。要するに金目の話なのです。厚労省は 2025 年までに医療と介護の給付費を 5 兆円削り込んでいく。この話です。金目の話というのは結局そういうことなのです。

でもいきなり金目の話をしてしまうと国民は納得しないわけです。総合法もそこから入ってしまったらたぶん世論の反発で成立しない可能性があるもので、いろいろなことを言って、だけど結局ここなのです。

特にプログラム法が問題なのは、自助努力を法律で規定したということです。こんな法律はいままでなかったです。しかも医療や介護について、法律で自助努力を規定したのです。ということは医療で言えば健康管理や疾病予防を怠って病気になった人は、ペナルティーが課されて当然ということになりかねない。

例えば産業競争力会議。安倍首相が議長ですが、疾病の種類によって自己負担を変える。軽度な疾病については 7 割負担。風邪等を軽い病気だとして 3 割負担でなく 7 割負担にしようということを、民間議員が提言しています。

それから6月に閣議決定された新成長戦略。健康づくり、疾病予防に積極的に取り組んだ被保険者は保険料を下げます。ポイントも付けます。キャッシュバックもします。一方、健康管理に無関心な被保険者は保険料を上げます。これは来年の通常国会に法案を出そうとしています。タバコを吸っている人とか深酒する人は、無関心な被保険者ですかね。外から帰ったら手洗いうがい。早寝早起きして、毎日乾布摩擦をして、一駅前で降りて歩く。エレベーターは使わないというような人が対象になるのでしょうか。

大体、被用者保険の保険料というのは所得に応じて決まります。皆さんの賃金によって決まる。それをこんな基準も追加して決めようとしています。麻生副総理は、これは高齢者に向けて言っています。「1年間病院に行かなかったら、キャッシュバック10万円出しましょう」。

医療・介護の「産業化」の進行ですが、結局医療・介護の給付抑制を強めて、そこから押し出された分を含めて新たな産業、市場を作り出す。総合法は提供体制の再編だけではないです。医療・介護の「産業化」と一体的に進める。これが一番のねらいです。

### (3) プログラム法第2弾

#### － 2015年通常国会に関連法案の提出ねらう －

第二弾についてはここにあります。来年の通常国会へ関連法案の提出がねらわれています。一つは都道府県別に医療費の支出目標を設定します。医療費が低い都道府県を標準にして医療支出目標を設定するという事です。現在ある医療費適正化計画は、後期高齢者医療制度の根拠法である「高齢者の医療の確保に関する法律」（高確法）に規定されています。高齢者だけでなく全国民を対象に医療費の適正化、すなわち医療費の数値目標を立てて、その抑制策に取り組むというものです。

47都道府県は医療費適正化計画を立て、二期目が昨年度からスタートしています。多くの都道府県で医療費適正化計画はあまり成果が上がっていません。

ん。国が計算式をはじめ全国計画を示し、それに基づいて都道府県が計画を立てるのですが、国が示した計算式通りに医療費を推計しても、あまり意味のないことなので、第二期の計画では医療費の推計は行いませんという都道府県もあります。5年後に県民の医療費がどれぐらいに増えるのか。医療費適正化計画に書き込めということですけども、意味がないという理由でやめるところが出ています。

だけど財務省はとんでもない、医療費抑制の実効性が高まっていないので、もっと強化するという事で、都道府県別に医療費の支出目標を設定して、そこに向かって都道府県が様々な施策を進めるということを打ち出したのです。

どういう形で法案化されるかまだ不透明ですけど、少なくとも医療費適正化計画をより強化した内容になると思います。麻生財務大臣が示したのは、フランスの事例です。フランスでは国レベルで医療費支出の総額管理をやっているということです。日本でも都道府県ごとにまず医療費抑制の実効性を高める施策を進め、その次の段階では国レベルで1年間の医療費支出目標を立てる。医療費の総額管理方式を導入しようということです。

これは小泉元首相が、日本経団連の提案を受けて医療費の総額管理をやるという提案をしたのですけれども、医療界挙げての反対運動もあって撤回しました。それで先ほど言った医療費適正化計画の導入で対応したという経過があるのですが、改めて医療費の総額管理方式のようなものを導入しようということがねらわれています。

この関連では全国一律の診療報酬を、都道府県別に設定するという事も今後出てくる可能性があります。これも「高齢者の医療の確保に関する法律」に条項があります。

それから2番目は国民健康保険法の改定法案です。国保の財政運営の責任を市町村から都道府県に移し、市町村と分担します。つまり都道府県国保ができるわけです。県知事名の国保証ができる一方で、従来通り市町村が窓口になって、資格確認、国保証の交付とか、もちろん国保料の徴収は市町村が

やるという方向です。全体の責任は都道府県だけれどいろいろな仕事は市町村。両方で国保を運営しろということです。いまでも高い国保料がさらに上がるということははっきりしています。これは厚労省も認めているところです。いまよりも大体4倍ぐらいに上がるという試算で出ています。

それから三つ目は、先ほど言った疾病予防への自助努力を基準として健康保険料を増減する。どんな基準が示されるのか不明ですが、健康保険法の改定案が出てくると思われます。

それから④にある入院時の給食の引き上げ。最悪の場合、全額自己負担です。これはプログラム法に明確に書いてあります。在宅療養との公平を確保です。政府はこれから在宅での医療・介護を増やそうとしています。在宅で療養を受けている患者は食事は自己負担で、入院していると保険が適用される。これは不公平だということです。在宅の患者に給食を保険給付するのではなく、入院している人の給食を全額自己負担に変えてしまおう、あるいは今よりも負担を引き上げようということです。全額自己負担の場合は年間で5000億円というとんでもない負担増になります。

あと大病院に紹介状なしで外来受診した場合は、3割負担にプラス定額負担を徴収します。1万円という案も出されていましたが、初診料相当分を全額自己負担にするという案も出されています。

それから、外来受診時に100円程度の定額負担の導入です。これも医療界挙げての反対運動で撤回させたのですが、導入について再検討すると厚労副大臣が述べていますので、これも再燃してくる可能性が高いです。

混合診療についても拡大します。「患者申し出療養・仮称」という枠組みを新たに作ります。これは患者ごとに混合診療を認める。患者ごとに自己責任で混合診療を認めるということです。現在は厚労省が医療機関単位で認定した医療技術や医薬品について混合診療を認めています。今後患者が「私はこれを混合診療で受けたいです」と手を挙げれば、短期間で審査してOKとなれば混合診療ができてしまう。でも責任あなたですよということです。

財務省が提起して厚労省も検討すると言っているのは、現在保険適用され

ている医療技術や医薬品を保険から外す。その基準は費用対効果評価です。これはいい治療方法なのだけれど高すぎる、保険財政の観点から保険から外す。逆に、費用対効果評価の結果この医療技術は保険適用はやめておこうということです。混合診療の拡大という危険性だけではなく、現在保険適用されている医療技術、医薬品等を保険から外すことが今後狙われる、強まる危険性が高いということです。

特に医療機関に関係するのが、「持ち株型」法人の創設です。医療法は改定されたばかりですけれども、もう1回来年の通常国会に医療法の改定案を出す予定です。「持ち株型」法人を作って、地域の医療法人と社会福祉法人つまり医療機関と介護施設を統合してグループ化する。これは公的医療機関も対象です。

「持ち株型」法人が、先ほど地域包括ケアシステムのイメージ図にあった、医療、介護、住まいを統合して効率的な提供体制を作ろうということです。介護は介護施設、医療は当然医療機関です。住まいはサービス付き高齢者向け住宅。これを二次医療圏単位かそのもう少し下の単位で一つの法人が統括するのです。そこに公的医療機関も組み込んでいくということを厚労省としては想定しています。「新成長戦略」にも盛り込まれています。

経済同友会が「医療・介護サービスの提供体制の生産性改革を」という提言を出しました。そこでもこの「持ち株型」法人のことが出ています。医療提供体制は効率が悪すぎるので、もっと高めなくてはいけない。そのためにはこういった「持ち株型」法人を作って効率的な体制を作っていくのだと言っています。

公的医療機関、民間医療機関、公私の垣根を取り払って「持ち株型」法人が全てをコントロールしていく。そういう提供体制を地域ごとに作っていく。ということは国としては「持ち株型」法人を押しさえすれば、医療提供体制については、介護も住まいも含めてコントロールすることが容易になる。つまり再編淘汰も容易になる。人材の移動も容易になる。もちろん人材の確保・切り捨ても容易になる。

それが効率的な提供体制ということで狙われています。さらに「持ち株型」法人に営利企業が参入する、外資が参入するというのも、産業競争力会議や経済同友会は想定していますので、「持ち株型」法人が医療・介護の「産業化」を加速させる。そのための司令塔的な機能を持たせる危険性があるということです。

これについては、日本医師会は反対しています。非営利をきちんと貫けと提案しています。日本医師会の代議員会が6月29日にありましたが、非営利を貫く法人ということで、統括医療法人制度の創設を提案しています。

いずれも法律改正を要します。厚労省の社会保障審議会の部会で今後議論していくことになりますので、その内容について注視しながら早め早めの反対運動を作っていく必要があると思います。総合法だけでは、いまの安倍政権が狙う医療・介護提供体制の再編は成り立たないわけです。この第二弾とセットで政府の目標は達成できるということです。それを許さないための運動をどう作っていくかというのは今後の大きな課題です。

#### (4) 地域包括ケアシステムが描く 2025 年の地域医療

第三弾とも言えるものが「地域包括ケアシステムの描く 2025 年の地域」です。地域包括ケアシステムの提案は三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングという民間のシンクタンクです。ここが地域包括ケア研究会を作って報告書を出しました。今年の3月に改訂版を出しました。

今後、地域包括ケアシステムが構築されたという前提で「支援・サービス」、つまり今後医療や介護を受ける場所について三つに分類して提言しています。住まいと医療機関、その中間施設の三つになる。医療機関はどこかという④です。この報告書の中には急性期には医療機関にて医療を受ける。もちろん地域包括ケアシステムということなので、あえて慢性期とか回復期に触れていないのかもしれませんが、この報告書の中では医療機関の機能は、急性期だけが想定されているのです。

つまりこれはどういうことかということ、元老健局長の急性期以外の病院がなくなるのが理想だという発言と、この報告書を重ね合わせると、2025年には医療機関は急性期機能に特化していく。急性期機能を担う以外のところはもう医療機関ではない、施設、あるいは住まいに切り替えていく方向です。

整理しますと、まず②にあります。住まいでの生活が基本です。一般住宅で生活が難しいときはサービス付き高齢者向け住宅に住み替える。サービス付き高齢者向け住宅での利用が難しい、低所得の重度の高齢者は「重度者向けの住まい」に住み替える。いずれも外付けで医療・介護サービスを提供するということです。

③です。住まいでの生活で起きた軽度の症状の変化や、急性期病院からの退院時では中間施設に短期間入所する。数か月間のみ入所できる。つまり、住まいで容体が急変し、「軽度」と判断された場合は中間施設に入る。急性期病院から退院したら一旦中間施設に入る。いずれも数か月。そういうものを今後新たに作っていくということなのです。

ということは、医療機関については回復期も慢性期の機能もないのです。あるのは急性期機能だけです。報告書が想定している医療機関というのは。だから急性期以外の病院がなくなるのが理想という元老健局長の話が、報告書の中の2025年の地域医療構想では、もう具体化されているわけです。

④ですが、在宅の方が一時的な疾患のために急性期の医療機関に入院することもある。だけど、急性期を超えたらもう病院の入院は継続しないで中間施設にすぐ移る。そしてそこを経て高齢者向け住宅で生活するということです。だからどう考えても回復期、慢性期の機能を担う病院は出てこないです。

つまり、地域包括ケアシステムのイメージ図で住まいが大きく強調されているというのはどういう理由かと思っていたのですが、政府は住まいを全ての基本にする。だから5ページのイメージ図で言う医療や介護、生活支援は全部外付けなのです。だからこの地域包括ケアはまさに、厚労省が言うように「在宅で最後まで」ということです。

「在宅で最後まで」で行くわけですから、病院についても回復期、慢性期

の機能は必要ない。急性期機能だけがあればいいということになるわけです。ですからこの方向になってくると、すべて住まいをベースにする。一時的に中間施設に入ったり、一時的に急性期の病院に入院するということは認めるけれども、それはあくまでも一時的であるということです。

ですから今後、病床、病院の再編淘汰の過程で、住まいという形で、そういう施設に転換していく可能性は非常にあるのではないかと思います。

⑤になりますが、厚労省は精神障害者の地域移行ということで、確かに地域移行という方針は分かりますが、そういう名目の下に精神科病床の7万床を削減するという目標を掲げ、病院の敷地内で病棟をそのままグループホームなどの住まいに転換するという施策を進めようとしているのです。しかも、そういう転換をしたときには医療介護基金から補助金を出そうとしています。これについては障害者団体はじめ多くの関係者、日弁連も会長声明で反対の声をあげています。

## (5) 〘健康なまちづくり、の実現に向けて

病床、病院を減らすという中で、そこを住まいという場に転換していく流れが今後進んでいくのではないかと思います。だから高度急性期病院は各県に一つぐらい、多くでも全国344の二次医療圏の一つぐらいという厚労省幹部の発言が非常に現実味を帯びてきます。多くても500病院ぐらいが急性期を担って、そこが病院という機能を果たす。それ以外はすべて病院ではない。施設だったり住まいだったりという位置づけにして、医療は外付けにするという方向だと思います。

そのために特定行為ができる看護師さんも養成しなくてはいけないし、介護職にも医療処置をやらせなくてはいけないし、医師も在宅医療とゲートキーパー機能を担う総合診療専門医を育てなければいけないというのが厚労省の計画です。

ですから第一弾の総合法、第二弾の来年通常国会に提出をねらう医療制度

改革関連法案、そしてその先にある2025年の地域医療の姿。あくまでもこれは政府、厚労省が描いている姿ですが、これを国民に知らせていく中で、どういう形で国民的な反撃を進めていくのか。地域に必要な病院、地域の住民に必要な病床はきっちりと確保させるということで運動を進めていくことが、医療・介護の改悪を押し返すことにつながるのではないかと思います。

8ページから9ページにかけては皆さんがよくご存じの内容を改めて整理しただけです。なかなか医療提供体制のことは難しいのですが、やはり住民の方が自分たちの住んでいる地域の医療の方向性についてどう考えているのか、提供体制についてどう考えているのか、やはりそういう点を住民の方とも話し合いをし、そして実情をよく把握していく必要があるのではないかと思います。

そういう意味では、住民と医療従事者の目線で地域の実態を把握して、それを改善に結びつけていくことが大事かと思います。健康な街づくりのイメージを共有し合って、それを実現するような取り組みも今後ますます必要ではないかと思います。

最後の⑤にあるように総合法は、市区町村や都道府県での実施、具体化はこれからです。厚労省もガイドラインの作成を急いでいますが、それを元に実際に市町村や都道府県がやるのはそのあとになりますから、やはり市町村、都道府県段階で押し返していく運動が大事です。

それから参議院の厚生労働委員会で、全会一致で附帯決議が上がっています。例えば介護の項目など、これからの運動に活かせる附帯決議ですので、附帯決議の内容もしっかり押さえておく。総合法によるいろいろな懸念事項が附帯決議に書いてあって、そういうことにならないように努力しなさいということが書いてある。国会審議の場でも問題点や不安な点、懸念されることが明らかになって、それが反映した附帯決議になっている。これは全会一致だということで、今後の運動に使えるのではないかと思います。

住民と従事者の目線で声をあげて、地方自治体への要請を行う。地方自治体と連携した運動も広げて、政府に対して働きかける。特に市区町村は人手

も少ない中で在宅医療や地域包括ケア、それから介護の地域支援事業だということで大変だと思います。

地方自治体に声をあげ、要請も行いながら、併せて全体の矛盾、問題点を国に対して働きかけていくことで、第二弾を押し返す。第一弾の改悪も許さない、改善を勝ち取るという取り組みが大事ではないかと思います。

最後ですが、社会保障は有効需要や雇用機会の創出によって経済社会の発展を支える重要なものだという事を、厚生労働白書 2008 年版で明確に述べています。この年一回きりでしたが、撤回もしていません。公式に認めたものです。

社会保障は国民に健康と安心を提供するだけではなく、個人消費を押し上げ、経済波及や雇用創出の効果も高いです。特に医療や介護は地域の経済、地域の雇用創出と直結するわけです。そこに財政を投入していくということが大事だし、それとセットで雇用の安定化と賃金の上げをやることが実体経済を押し上げていくことになるのではないかと思います。

## おわりに

アベノミクスでこのままいって日本は破綻する、その対抗軸を示すうえでも、医療・介護、社会保障を充実させて、地域住民の命と健康を守って、本当に健康で安心して長生きできる社会を作ろうではないかというのを 2025 年に向けて、私たちが地元で、地域で声をあげていく。そこにいかに住民の人を巻き込んでいくかというのが大きな課題だと思います。

そのために私も全国保険団体連合会も頑張っていきたいと思いますので、一緒になって今後も協働の運動を進めていきましょう。

以上で私の話を終わります。どうもありがとうございました。(拍手)

(自治労連、全大教、日本医労連 緊急学習会 2014 年 7 月 5 日)

### 2025 年を見据えた地域医療を考える

全国保険団体連合会 寺尾 正之

#### 1、効率化の名による“安上がり”の医療・介護提供体制

##### (1) 「QOD を高める」の名による「病院・施設から地域・在宅へ」

① 社会保障プログラム法に基づく第 1 弾が医療・介護総合法 (6 月 18 日成立、6 月 25 日公布)

- ・国の公的責任を地方に転嫁し、地方は住民の「自助と互助」に責任を転嫁する
- ・医療費抑制のために、病床・病院を削減する
- ・病院から地域に押し出された患者に対しては、少ない医療・介護サービスと「自助・互助」を組み合わせて対応する地域体制づくり  
⇒医療から追い出し、介護を取り上げる！！

第 2 弾——2015 年通常国会へ関連法案の提出ねらう

2025 年の地域医療——地域医療構想 (ビジョン) の実現と地域包括ケアシステムの構築

② 75 歳以上の人口は 2025 年に向けて急増し、2025 年には高齢化率は 30% を超え、全国の多くの地域で入院医療の需要が高まる

- ・川上——病床・病院の再編 (効率的な提供体制——集約化を推進)
- ・川下——病院から地域に押し出された患者の医療・介護  
⇒「高齢者の増加に伴う医療ニーズの拡大に対しては、病床を増やすことなく対応する必要がある」(「国民会議」での議論)

③ 「人生の最終段階における医療」は、「病院外で診療や介護を受ける」「住みでの看取り」「QOD (クオリティ・オブ・デス=死の質) を高める医療」を求める (「国民会議」報告書)  
⇒『「地域完結型」の医療・介護サービスの提供体制を構築することを通じて、終末期医療のあり方を見直していく」(財務省、2014 年 5 月 30 日)

④ 厚労省の “2025 年モデル”

##### 【医療】

- ・病床は全体で 202 万床が必要になるが、43 万床削減し、159 万床に抑制
- ・入院患者数は 162 万人/日に増えるが、33 万人/日、約 2 割減らす
- ・外来患者数を 5% 削減

	2012 年		2025 年推計		2025 年モデル
一般病床	109 万床	→	129 万床	→	103 万床
	[うち 7 対 1 看護病床 36 万床]			→	[うち高度急性期 18 万床]
療養病床	24 万床	→	34 万床	→	28 万床

##### 【介護】

- ・年間の死亡者は 150 万人、在宅での看取りを 4 割へ増やす (独り暮らしの高齢者は増加)
- ・介護保険施設は 161 万人分が必要になるが 30 万人分削減し、131 万人に抑え、自宅・高齢者向け住宅へ (有料老人ホームやグループホーム等の居住系の施設は 61 万人分に増やす)
- ・要介護認定者数を 3% 削減

##### (2) 病床再編をどう進めるのか

① 病床再編の方法は、1 ベッド当たりの稼働率を高め、入院期間 (平均在院日数) を短縮する

⇒川上にある7対1看護病床から、川下の他の病床へ移行させるとともに、全体の病床を削減  
2014～15年の2年間で25%、約9万床減らす方針、600億円の医療費削減を見込む  
田村厚労大臣：「7対1が減っていくというのはスクラップの部分」（2013年12月17日の  
記者会見）

⇒2014年診療報酬改定では、7対1看護病床を算定するハードルを上げたので、今後、維持で  
きない病院が増加し、病床を返還しなければならない病院も出てくる（武久洋三・日本慢性  
期医療協会会長）

- ②「在宅復帰率」を本格的に導入して川下へ押し出していく
- ・2014年診療報酬改定では、7対1看護病床は、「自宅等」退院患者割合75%以上が必要に
  - ・療養病床なども50～70%以上の「在宅復帰率」を設定
  - ・重度の認知症患者の入院は、1カ月以内に限り評価する
- ③治癒しない患者の状態の悪化による救急入院が、入院全体の大きな割合を占めている
- ・7対1看護病床の保険診療収入を財源にしていた中小病院での2次救急が成り立たなくなり、  
3次救急体制にも影響し、全体の地域医療体制に波及する
  - ・地域で守備範囲の広い医療を提供し、2次救急（全国で398地区3259医療機関、3次救急は  
249医療機関）の大半をカバーしているのが中小病院——その削減をすすめるもの
- ④急速に進む医療の高度化、患者の高齢化・重症化のもとで、急性期の入院ベッドの削減、入院期間  
の短縮化により、その他のベッドや在宅、外来に重度の患者が増加する
- 行き場のない〴〵入院難民、〴〵介護難民、〴〵看取り難民、が増大する
- ⇒「最近、退院時に経鼻経管栄養や末梢点滴、吸引などが必要な患者が増えている」  
「4月以降、病院からの問い合わせ増えている」（サービス付き高齢者住宅の運営会社）
- ⑤厚労省は、「高度急性期」病院を、都道府県に1病院、多くても全国344の二次医療圏に1病院と  
する方向
- ・「急性期以外の病院はなくなるのが理想と思っている」（2012年、宮島俊彦・老健局長当時）
  - ・「高度急性期は公的な大病院ではほぼ決まりです」（2014年、宮島俊彦・前老健局長）
  - ・（フリーアクセスにおいて）『どこでも』というのは見直し、ある程度諦める時代を迎えている  
（国民会議の議論）
- ⑥外来患者数の削減方法は、フリーアクセスを制限する「緩やかなゲートキーパー（門番）」に「主  
治医＝かかりつけ医の機能」を持つ診療所・中小病院を仕立てていく
- ⇒患者像に応じた診療形態を取ることで、外来診療を効率化する方針、診療所はグループ化する  
方向に向かう

### (3) 「データの可視化を通じた客観データに基づく政策」（「国民会議」報告書）

- ①都道府県に権限を与える——その1
- ・都道府県の医療計画の一部として、都道府県が地域医療構想（ビジョン）を策定  
⇒「2025年モデル」の「地域版」  
「地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定」（骨太方針）
  - ・国が2014年度中にビジョンのガイドラインを作成し、都道府県は2015年度からビジョンを策  
定する——2018年度からの医療計画に反映させる
  - ・ビジョンの策定に当たって、また実現するために、地域の医療機関や国保、協会けんぽ等の保  
険者など参加する「協議の場」を設置する
- ②都道府県に権限を与える——その2
- ・地域の「医療需要」について、レセプト情報・特定健診等情報データベース、DPCデータ、  
介護保険データ等を利用して入院・外来、疾患別の患者数を推計、それに応じた「医療の必要  
量」に抑える
  - ・性別、年齢階級別の疾病の量を推計し、人口の推移と掛け合わせて患者数を推計する

### 地域医療構想（ビジョン）の内容

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別の患者数 等
2. 2025年に目指す医療提供体制  
2次医療圏等（全国344）ごとの病床の必要量  
在宅医療・地域包括ケアは市町村ごとの必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策  
医療施設の整備（医師、診療科、高度医療機器の配置）、医療従事者の確保・養成 等

- ③都道府県に権限を与える——その3
- ・これまでの病床規制という総量規制から、地域における病床種類ごとの必要量へ——4つの区  
分ごとに地域で病床枠を規制  
⇒急性期の病床を削減し、急性期から回復期（在宅）へ、回復期から慢性期（在宅）へ、とい  
う「効率的」な患者の流れを作る
  - ・一般病床と療養病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの区分に分類  
各病院は病床ごとにいずれかの区分を選択し、都道府県に「現状」と「今後の方向」（6年後、  
2025年時点という案がある）を報告する  
⇒レセプトによって検証し、対応していないと判断された場合には、報告した病床の区分を  
変更することが求められる  
⇒レセプト情報データだけで、患者ごとの病棟の医療内容が把握できるのか？  
県外からの患者が多い医療機関のデータはどうするのか？  
「マイナンバー」とリンクさせてデータ突合していくのか？
  - ・国が作成する「2025年の医療需要を見据えた標準的な計算式」を使い、都道府県はビジョンを  
策定し、その中で4つの区分の病床の「必要量」を規定する
  - ・各医療機関から報告された4つの区分の病床数が、それぞれの「必要量」より多い場合には、  
「協議の場」において協議する  
⇒「協議の場」は、国保、協会けんぽ等の保険者、医療関係者、学識経験者などで構成（窓  
口が医師会に一本化される話も出ている）
  - ・医療機関から報告された「今後の方向」が、「現状」と異なる場合やビジョンの「必要量」よ  
りも多い場合は、都道府県知事が当該病院に「説明書」の提出、「協議の場」での協議、都道  
府県医療審議会での説明を求める
  - ・「協議の場」で合意しないときは、都道府県知事は、病床数枠を超えている区分の病床は削減  
し、他の病床へ移るよう当該病院に要請する。公的病院に対しては、命令・指示を行う
  - ・要請（命令・指示）に従わない場合、当該病院に対して勧告が行われ、それでも従わない場合  
はペナルティを科す（病院名の公表、各種補助対象などからの除外、地域医療支援病院などの  
指定の取消）
- ④都道府県に権限を与える——その4
- ・都道府県に「医療介護基金」を新設する
  - ・今年度予算で904億円を計上（国：2/3、都道府県：1/3負担、消費税増税分544億円、既存事  
業の看板の掛け替えが3分の1、約280億円）
  - ・まず病床種類の変更に補助金。次年度以降、介護を含め対象を拡大（民間医療機関に高い事業  
主負担割合が求められるのか？）
  - ・各都道府県への配分は、高齢化の伸び率などによる基礎部分と、事業内容を評価した部分を組  
み合わせる ⇒9月に都道府県計画を策定し、10月に国が配分額を内示、11月に交付決定

⑤都道府県に権限を与える——その5

- ・医療従事者の勤務環境改善では、都道府県に、勤務環境改善の相談や情報提供等を行う努力義務が課せられた（医療勤務環境改善支援センターの設置など）
- ・厚労省は「指針」策定義務が課せられ、医療機関の管理者には勤務環境改善等を行う努力義務が課せられた
- ・都道府県は「指針」のベースとなる「手引書」を参考として、2014年度中に「年次計画」を策定し、厚労相に提出する

⑥経済的理由による治療中断・受診抑制が増えているも、表面的なデータだけで需要をはかることはできない

厚労省は「有病率」調査も実施しておらず、地域で潜在化している需要はほとんど掘めない  
地域の「医療需要」が過小評価されれば、地域の「医療の必要量」も大幅縮小となる

⑦医療資源の分布、人口密度、地勢など、地域の医療の諸条件は千差万別、4つの病床区分は截然と分かれるものではなく機能は重なり合う、在宅医療の普及度合いによって慢性期の病床数も変化していく

- ・4つの区分ごとの病床の「必要量」を算定するのは「2次医療圏等」が基準とされるが、患者の流れを必ずしも反映していない（東京都の場合、「高度急性期」病院の大部分は都心に開設）
- ・既存の病床再編には入院している患者の処遇が大きな問題となる  
⇒「入院ベッドの再編には厚労省内にも実効性への疑問が出ているほどだ」（『毎日新聞』2014年5月9日）

【どうするか】

■地域の医療の実態に応じて、国の公的責任で、様々な医療機能に対応できる入院ベッドや介護施設、住まいなどを確保する

⇒4つの区分の病床は設けず、現行の一般病床と療養病床として患者の状態に応じて対応する  
地方では、厚労省が示した「地域に密着した一般病床」（24 万床：人口5～7万人の自治体で100人当たり1ベッド程度を整備——地域の特長が難しいということでも立ち消えになったが、厚労省は撤回していない）を活用する

■地域医療構想（ビジョン）は、医療需要と必要量の抑制を目的とせず、2025年の高齢社会を見据えた医療提供体制の必要量を確保する

「協議の場」には、都道府県内の各種医療関係団体、市町村の参加・参画を保障する

「協議の場」は医療機関の意向を尊重した上で、国や都道府県の命令・指示によらない合意形成を追求し、医療機関等へのペナルティは法制化すべきではない、医療機関が自主的に病床機能を変えていくことを促す

■「医療介護基金」は、医療と介護の連携強化と、地域の基盤の底上げを実現するためにも、利用しやすく自由度の高い基金となるよう特定の団体や事業者には偏らない、「医療介護基金」を理由にして診療報酬を抑制させない

(4) 介護サービス提供体制はどう変わるのか

①「全国一律の保険給付から、地域ごとの事業へ」

- ・要支援1・2の160万人（要介護認定者580万人の28%）が利用できる訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護（デイサービス）を介護保険給付の対象から外し、市町村の事業へ移し、事業費に上限を設ける  
⇒2015年度から移行を開始し、2017年4月から全ての市町村で実施する
- ・サービスの提供を指定事業者に限定せず、報酬も各市町村自由に設定できる（ボランティアなどを使ってサービス料金を抑えることができる）  
⇒地域によって異なるサービス料金を「給付限度額」に反映すれば、市町村により「給付限度額」が異なることになる

②厚労省は「多様な主体による、多様なサービス」というが…

- ・専門職のホームヘルパーによる生活支援は、単品サービスの組み合わせではない
- ・厚労省資料によれば、ホームヘルパーの専門的サービスを受ける割合は2025年度に5割程度に激減する  
⇒老健局課長補佐：ホームヘルパーによる週2回の身体介護を週1回にして、あとはボランティアによる清掃・洗濯にすれば人件費は安くなるので単価は低くなる
- ・産業界は配食・移動・家事など高齢者市場100兆円の皮算用  
地域によっては委託先が確保できない？
- ・介護保険からの「卒業指導」プラス要介護認定から締め出す「水際作戦」となる懸念  
サービス内容は市町村任せで、事業費は3～4%の伸びに抑える（現在は5～6%の伸び率）  
サービス単価や人件費を切り下げ、サービス利用も減らすことに  
サービスの提供はボランティアやNPOなど専門職でない人に任せるというが、最低賃金の適用はなく、労災も対象外、健康管理や労働安全衛生にも懸念が

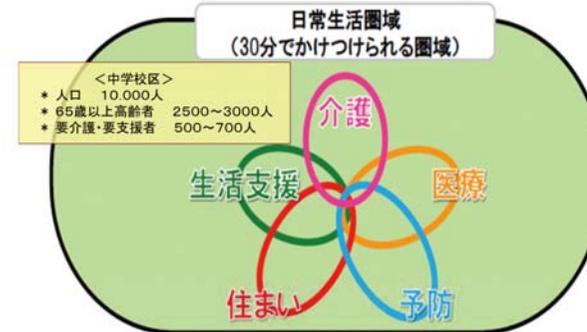
③特別介護老人ホームへの入所は、要介護3以上に限定（2015年度から実施）

- ・特養の待機者52万人のうち、17.8万人・34%を占める要介護1・2の人を対象外に必要なケアを受けられずに重症化する高齢者を増やし、重度の待機者を増やす悪循環
- ・政府は「受け皿」として、サービス付き高齢者向け住宅など拡大する計画で、産業界は2016年の市場規模は60万戸と推計しているが、月15～25万円の負担となり、「お泊まりデイ」などを漂流する事態に拍車をかけるおそれ

④2025年に向けて「地域包括ケアシステム」をつくる（社会保障プログラム法）

「地域の実情に応じて（つまり、丸投げ）、高齢者が自立した生活（つまり、公的サービスを使わずに）、営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活支援が包括的に確保される体制をいう」

## 24時間365日、在宅で最後まで 「地域包括ケア」



⑤全国1742の市区町村が、「30分以内で医療・介護・保健・福祉・住まいが提供されるネットワーク」をつくる構想

⇒人口1万人（中学校区単位）という想定なので、全国で1万のネットワーク

- ・市町村の「地域ケア会議」で、「多職種が共同」し、「個別ケースの支援内容」について、「公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、在宅生活の限界点を上げるための支援を検討」
- ・主な構成員：自治体職員、地域包括センター職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、医師、歯科医師、看護師、管理栄養士その他必要に応じた参加

#### ⑥地域包括ケアの担い手

- ・訪問看護師は看護職員全体の約2%、わずか2.8万人しかない（訪問看護職員の業務量が増大し、求められる技能、知識レベルが高くなる一方で、それに見合うような形で賃金は上がっていない）、保健師、ソーシャルワーカーの役割も大きい、担い手には入っていない？
- ・厚労省の試算では介護職員を毎年約7万人確保し、2025年には100万人を確保する必要がある
- ・軽度認知障害の400万人へ対応する「初期集中支援チーム」は、2017年度の目標でも、早期診断を担う医療機関500カ所、地域支援推進員700人しかない
- ・厚労省は、「要介護高齢者の約9割が歯科治療や専門的口腔ケアが必要」としているが、地域包括ケアの中で、歯科がどのように関わっていくのかは明記されていない

#### ⑦地域包括ケアの担い手——その2

- ・在宅医療の受け皿は、総合診療専門医が対応する（2017年度から新専門医制度）
  - ⇒こうした目的に沿って、2014年診療報酬改定で、「主治医＝かかりつけ医機能」を持つ診療所と中小病院（200床未満）を対象に「地域包括診療料」が新設された
    - a 患者が通院している医療機関や処方されている医薬品をすべて把握し、管理
    - b 健診の受診を勧め、結果をカルテに記載、「気軽に」健康相談できる体制
    - c 居宅療養管理指導などの介護サービスを提供
    - d 在宅医療の提供、24時間対応の体制
  - ⇒白川修二・健保連副会長は「（地域における）主治医機能は、総合診療専門医の第一歩」総合診療専門医の育成はかなりの時間がかかる、それまでのつなぎとして、国民も慣れてほしい、高齢者がメインであり終末期医療の項目も追加したい——フランスのような登録型かかりつけ医の導入に向かう？
- ・「在宅医療等を支えていく」看護師の養成を目的に、医師の判断をその都度仰がず、「手順書」により特定（医療）行為を行う場合の研修制度を創設する
  - ⇒重度な患者の在宅医療を、医師から看護師に移す（患者の安全性が担保できるか？）
- ・看護師が行う医療行為（経管栄養、喀痰吸引など）を介護職に移す
  - 「経管栄養の注入を介護職が担当すれば、看護職の約半分の費用で済む」
- ・外国人介護職を導入する（外国人技能実習制度の対象職種に介護分野を追加）

#### ⑧ここが危ない

- ・介護保険を利用できる人が減る
- ・利用できても使えるサービスは減る
- ・家族や市町村、介護事業者にも厳しい内容で、救うべき人が救えなくなる
- ・症状の悪化を早めに予防することが重要だが、逆行しかねない——「介護予防の自助努力」
- ・地方ではマンパワーの確保を含めて、効率的なネットワークが成り立つような実情にはない
- ・地域に押し出される高齢患者の受け入れ体制は脆弱で、川下に流される患者の不安は増すばかり、川上でも、川下でも、公的な医療・介護サービスが受けられないことが懸念される
  - ⇒再入院が急増するとともに、「おひとり様」の死亡が増えるのでは

#### 【どうするか】

- 市町村の特性を生かす地域包括ケアとするには、国の責任で公的な施策として財政と人材配置に責任を負う事業として実施する、介護保険制度財政に対する国の負担割合を引き上げる
- ・2012年から24時間定期・巡回サービスが始まったが、厚労省の調査では2013年9月末時点で実施しているのは市町村の1割、9県はゼロ
- ・210の地方議会が意見書を国に提出——「市町村に受け皿はなく、地域格差が生じる」

- ・国の「財政健全化法」によって、市町村の事業と人員を中心に歳出抑制が強まる（全国平均の経常収支比率は90%を超過）

■医療・介護を担うマンパワーの質と量を抜本的に引き上げるために、従事者の専門性を重視し、その確保と処遇改善、就業環境の整備について国が責任を持ち、その実施は自治体が担う

■「在宅死は選択肢のひとつ。福祉施設など含めいろんな選択肢を用意することが必要」（近藤克則・日本福祉大学教授）である

- a 特養ホームの抜本的な増設を行う
- b 特養以外の多様な介護システムの整備や在宅介護の充実を本格的に展開する
- c 介護療養病床の2018年度廃止を撤回し、長期に療養できる病床を確保する
- d 低所得者向けや非営利で運営するサービス付き高齢者向け住宅も必要（家賃減免制度の導入）、老人福祉法上の入居者の処遇の観点から、利用者・家族にとって苦情の窓口を明確にし、生活相談サービスの充実、住宅と高齢者福祉の部門の連携を

## 2、2025年を見据えた地域医療を考える

### (1) 自助の名による医療・介護改革——社会保障プログラム法

#### ①「条文」の具体化を政府に課している

- ・「社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革について、その全体像及び進め方を明らかにする」
- ・「個人の自助努力を喚起させる仕組み」
- ・「個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組み」
- ・「介護予防等の自助努力が喚起される仕組み」
- ・「政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立の環境整備を推進」
  - ⇒個人の健康や疾病には社会的・経済的な要因も大きく影響する、経済的な理由で「患者にならない病人」が増加することを全く無視している

#### ②社会保障制度改革国民会議の報告書

- ・「社会保障制度は『自助を共同化』した『社会保険制度を基本』とする」
- ・「社会保険方式」は、「保険料を支払った人に見返りとして受給権を保障する仕組み」
  - ⇒保険料を支払った見返りとして給付する仕組みは、民間保険の原理そのもの
- ・公費負担は、保険料の「負担の適正化に充てる」だけに限定し、給付の充実には充てない
  - ⇒『社会保険』の公的性格を否定した上で、わが国の社会保障制度の基本とする

※憲法25条は生存権を保障し、社会保障増進の責務は国にあるという解釈を変更し、空文化する危険性

### (2) 医療・介護「産業化」の進行

#### ①政府の「健康・医療戦略」

- ・公的保険外で健康づくり
- ・公的保険に依存しない健康寿命延伸産業を育成する
- ・公的保険外の疾病予防、健康管理サービスの創出
- ・疾病予防、疾病と関わる生活支援（家事代行サービス、高齢者向け住宅等）を担う産業を創出

#### ②厚労省は「国民の健康寿命が延伸する社会」と題した施策を進め、「2025年度までに医療給付費・介護給付費を5兆円規模で抑制」を目指す

⇒健康増進や公衆衛生を充実させ、国民の健康づくりを推進することは必要  
医療・介護の給付減・負担増を進めながら、一方で予防や健康づくりを進めていくことは両立しない、患者・利用者の重症化が進むなど給付費は逆に増大する

#### ③個人の健康管理と疾病予防をセットにすることは、健康管理をしないで、病気になった人には、ペナルティが課されるのは当然ということになりかねない

- ・産業競争力会議の民間議員：疾病の種類で自己負担割合を変え、カゼ等を「軽い」病気だとし  
て7割負担
  - ・「新成長戦略」は、健康づくり、疾病予防に積極的に取り組んだ加入者の保険料を軽減し、無関  
心な加入者の保険料は引き上げ ⇒ポイント付与、キャッシュバックも推進
  - ・「1年間、病院に行かずに医療費がかからなかった高齢者には、10万円あげるといえば全体の  
医療費は下がる」（麻生副総理）
- ④医療・介護の給付抑制を強化し、そこから押し出された部分を含めて新たな「産業」と市場を作  
り出す「改革」を目指す  
⇒医療・介護総合法による提供体制再編と医療・介護「産業化」の一体的な進行

### (3) プログラム法第2弾——2015年通常国会に関連法案の提出ねらう

- ①都道府県別に医療費の支出目標を設定  
医療費が低い都道府県を「標準」にして、支出目標を設定
- ②国保の財政運営の責任を、2017年度末までに市町村から都道府県へ移行し、市町村と役割分担
- ③疾病予防への自助努力を基準とし、健康保険料を増減する
- ④「在宅療養との公平を確保」——入院給食の負担引き上げ or 全額自己負担（患者負担増5千億円）
- ⑤大病院に紹介状なしで外来受診したときは、窓口負担に上乘せして定額自己負担  
外来受診時に100円程度の定額負担の導入も再検討
- ⑥国が限定的に認めている混合診療に新たな枠組みを作る  
⇒「患者申出療養・仮称」を作り、患者ごとに自己責任で、混合診療を認める
- ⑦地域で「持ち株型」法人を創設し、医療法人（医療機関）と社会福祉法人（介護施設）を統合し、  
グループ化——公的医療機関も対象
- ・産業競争力会議は、医療・介護施設を対象とする不動産投資信託「医療・介護REIT」、医療  
法人の付帯業務の拡大などとセットで提案
  - ・日医は、すべて非営利法人とする「統括医療法人制度」を提案  
⇒「持ち株型」法人が「医療・介護・住まい」を統合し、効率的な供給体制をつくる
- ※都道府県を医療費抑制に駆り立てる
- ・医療・介護提供体制をコントロールしていく
  - ・国保の財政運営の責任主体となる
  - ・医療費の支出目標を設定し、医療費抑制策を推進

### (4) 地域包括ケアシステムが描く2025年の地域医療

- （厚労省2013年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業——地域包括ケア研究  
会「報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）
- ①2025年の地域包括ケアシステムが構築された「支援・サービス」を受ける場所は  
「住まい」「住まいと医療機関の中間施設」「医療機関」の3つに分類
- ②「住まい」での生活が基本
- ・「一般住宅」での生活の継続が難しい場合には、「高齢者向け住宅」に住み替える
  - ・「高齢者向け住宅」の利用が難しい低所得の重度の高齢者は、「重度者向けの住まい」に住み  
替える  
⇒いずれも外付けで医療・介護サービスを提供する
- ③「住まい」での生活で起きた軽度の症状の変化や急性期病院からの退院時では、「住まいと医療  
機関の中間施設」に短期間入所する  
⇒医療・看護・介護・リハビリテーションを一体的・集中的に提供し、数ヶ月までの短期間の  
利用に限定する
- ④急性期には「医療機関」にて医療的ケアを受ける
- ・在宅要介護者が一時的な疾患のために急性期の医療機関に入院する

- ・急性期を超えた段階で、「住まいと医療機関の中間施設」を経て、「一般住宅」や「高齢者向  
け住宅」で生活
- ⑤「急性期以外の病院はなくなるのが理想と思っている」（2012年、宮島俊彦・老健局長当時）
- ・厚労省は「精神障害者の地域移行」の名で、精神科病院の病床の一部を、そのまま病院の敷地  
内でグループホームなどに「居住の場」に転換する計画（7万床の削減めざす、「医療介護基金」  
の対象事業）

### (5) “健康なまちづくり、の実現に向けて

- ①地方自治法第1条  
「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する  
役割を広く担う」  
国民健康保険法第1条  
「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に  
寄与することを目的とする」
- ②「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」の重要性が増す  
一人ひとりの心身・生活の状態に即した多様な受け皿づくりは、日常生活圏内で「途切れない」、  
医療・介護サービスの厚い体制があって、初めて成り立つ。住まいの状況を改善することも重要
- ③住民が地域の医療の方向性についてどのように考えているのか、提供体制についてどのように認  
識しているのか？
- ・地域医療の問題——現実・実態、まず変えること、改善すること
  - ・理念として大事にしなければならないことは何か
  - ・在宅、入院、介護施設、住まい等——「住民と従事者の目線」で地域の問題を提起し、発信する
  - ・都道府県の広域、二次医療圏、日常生活圏と各段階でとらえる  
⇒例えば、要支援の人の状況や、サービス付き高齢者住宅の実態調査を行う、二次医療圏内の  
入院病床の実態を知る、地域で“健康まつり”に取り組む 等
- ④地域の問題を提起して、地域の中で取り組むにはどうするか
- ・従事側が具体的なイメージを共有する（提供者間のネットワーク、多職種のチーム医療、情報  
共有が不可欠）
  - ・従事側から提起する機会を設ける
  - ・患者と利用者である住民の理解と共感と参加を得る
  - ・従事者と地域住民のネットワーク（人間関係）づくりを目指す
- ※“健康なまちづくり”のイメージを共有しあう、それを発信する力・拡散する力
- ⑤第1弾の医療・介護総合法の実施・具体化はこれから、第2弾の法案化もこれから
- ・政省令・ガイドライン制定や運用に当たったの改善要求
  - ・市区町村、都道府県で改悪の具体化を許さず、押し返していく運動が大事になる
  - ・運動も活かせる付帯決議（参議院厚生労働委員会）  
「介護の現場においては、要介護者個々の心身状態に応じた密度の濃い支援を適切に実施する  
ことができる有資格者による介護を行うこと」  
⇒「住民と従事者の目線」で声を上げ、地方自治体への要請を行う  
地方自治体と連携した“健康なまちづくり”の運動を広げ、政府に対して働きかけていく
- ⑥厚生労働白書2008年版は、社会保障が「有効需要や雇用機会の創出」により、「経済社会の発展  
を支える重要なもの」と高く評価  
⇒医療、介護など社会保障は国民に健康と安心を提供するだけでなく、個人消費を押し上げ経  
済波及・雇用創出の効果も高い、雇用の安定化と賃金増を進めることで実体経済が回復し、  
税金・保険料収入の増収へ