

## 【論 文】

## 医療提供体制改革～ポスト一体改革の課題～

香取 照幸（社会福祉学科教授）

## ＜社会保障・税一体改革＞

社会保障・税一体改革の端緒は2008年、福田政権下の社会保障国民会議に遡る。同会議は、社会保障の機能強化とそのための方定財源の確保を提起し、財源を含めた社会保障改革の道筋について包括的な報告を取りまとめた。報告を取りまとめたときの総理は政権交代直前の自民党政権麻生太郎、その後、民主党政権で鳩山、菅、野田と3人の総理の下で議論が進められ、野田総理の時に、当時の与野党、民自公の合意で社会保障・税一体改革関連法案が成立する。その後、再び政権交代があり現在の自公政権、安倍政権の下で具体的改革が進められた。

一体改革は2回の政権交代を挟んでほぼ10年がかりで達成した改革である。社会保障の方定財源確保と財政再建を一体的に行うための税制改革を超党派の政治合意によって実現したという点でも、社会保障に関して包括的・一体的な改革プログラムを提示して改革を進めていくこととしたという点でも、社会保障政策に関する合意形成・政策遂行の一つのモデルを提示した歴史的な改革である。

さらに、具体的な改革の内容という意味でも、財政健全化と社会保障改革の一体的実施、全世代型社会保障への転換、消費税の使途に「制度として確立した少子化対策」を加え社会保障4経費とした上で社会保障目的税としたことなど、多くの新しい政策の枠組を作り、それを実際に実現したという意味でもその歴史的意義は大きい。

他方、二度にわたる消費税引き上げの延期や一部財源の使途変更（幼児教育の無償化などへの充当）によって、特に財政健全化は未達成のまま終わっている。

10%の引き上げが遅れたことで改革全体の進捗が遅れたこともあり、この後の改革について十分な絵柄が描けないまま今日に至っている。

## ＜ポスト一体改革＞

今日、取束の兆しの見えないコロナ禍、ロシアのウクライナ侵攻によるエネルギー価格の急騰、世界経済の変調、台湾海峡における緊張の激化、防衛政策の大転換（防衛3文書の見直し・防衛費の大幅増額）など、日本を取り巻く社会経済情勢が大きく動いており、社会保障についてなかなか落ち着いて議論できるような環境にはないが、大きな中長期、超長期の改革の視点からすれば、前回の一体改革は一里塚に過ぎない。財政再建はまだ途半ばであり、社会保障改革も2040年に向けて様々な課題が残っている。

一体改革を通じて改めて明らかになったことだが、社会保障はミクロの視点とマクロの視点双方を見ながら改革しなければならない。

社会保障改革それ自体についても、医療・年金・介護、それぞれ個別の改革課題は多くあるが、そういった個別の改革に視点を奪われて全体としてどう見ていくか、あるいは中長期で問題をどう考えるかという視点を見失ってはいけない。

さらに、経済と財政と社会保障は相互につながっていることを深く認識する必要がある。これらを一体のものとして考え、整合的・一体的な改革を行うという視点を常に持たなければならない。財政健全化が達成されなければ社会保障の安定財源は確保できないし、安定的な経済成長がなければ財政も社会保障も機能しない。社会保障の基盤が揺らいで社会が不安定化すれば経済成長の足元が揺らぐ。様々な意味でこの3つはつながっている。

加えて、社会保障は給付・負担両面で国民生活に大きな影響を与え、時の政権の支持率にも無視できない影響を与える。ゆえに、ミクロ・マクロ両面で国民経済に直結する社会保障改革は、様々な利害が対立するなかで最適のポイントを見つけながら合意形成をしていくという非常に困難なプロセスを常に踏むことになる。ゆえに社会保障は政争の具にはしてはいけない。逆に言えば社会保障改革というのはまさに政治そのものなのであり、そうであるが故に常により多くの合意、超党派の合意形成を目指して進めないといけない。

他方、政治には時々の政治情勢、世論の動向というのがある。一体改革の時、7割の国民が消費税引き上げに賛成したが、今この状況下で負担増の議論がストレートにできるかということ、たぶんなかなか難しいだろう。その意味では政治の地合や世論動向を見極めて、時の流れを味方につけるということをしないと改革の流れは作っていけない。

今は仕込みの時期、ということだろう。

## ＜日本が抱える政策課題と社会保障＞

日本が抱えている様々な課題を社会保障を通じて解決をしていく。社会保障によって何が実現できるか。社会保障自身の問題を解決するだけではなく、日本が抱えている様々な課題の解決にその改革がどうつながるか、常にそういう視点を持つことが大事だ。

日本が直面している課題は数多くあるが、大きく括れば以下の3点に収斂されるのではないか。

1つ目は日本経済の安定的・持続的な成長の確保。言うところの成長戦略である。

次は政府の持続可能性。政府が安定的に機能できるような財源が確保されていなければならないということである。財政制約は政府の問題解決能力、政策遂行能力を著しく弱める。本来取り組むべき課題に取り組むことができず、目前の課題の解決に追われて中長期的課題に視野が及ばない。問題が先送りされ解決コストが高くなってますます解決できなくなる。つまりこの国がジリ貧になっていくということを意味する。財政再建は財政当局のみの問題ではない。我が国政府の持続可能性に関わる問題なのである。

3つ目は社会の統合と安定。言い換えれば統治に対する国民の信任があるということである。社会の活力は一人一人の人間が自分の可能性を信じ、自己実現を図ることから生まれる。社会を進歩させるのは機械や技術ではなく、それを生み出している人間である。社会が分断され不安定化したら人々の活力は失われる。社会の統合と安定は社会保障の重要な機能である。

そして、この3つは相互に関連して支え合う関係になっている。経済社会全体の課題の解決という視点がないと社会保障自体の解決をすることもできないし、同時に社会保障を通じて社会経済の問題を解決していく、という視点も必要だ。両方の意味で、この3つが関連しているということを常に意識する必要がある。

### <分配のシステムとしての社会保障>

生産・分配・消費という経済活動のメカニズムで言えば、社会保障は分配（再分配）の局面に関わるシステムである。市場機能を通じて企業・家計・公共部門に分配されている付加価値を一定の考え方に沿って再分配するものである。

従って、当然ながら社会保障が経済社会の実力を上回って大きくなることはない、あるいは、できないと言ってもいい。

他方、市場における付加価値分配がどのくらい公正か、換言すればその社会がどの程度フェアな社会かによって、社会保障にかかる負荷の大きさ、規模・役割は変わってくる。格差が拡大し分断が広がっている社会では社会保障にかかる負荷は大きくなるし、社会そのものが公平で格差の小さい社会であれば、社会保障の出番はそれほど多くない。社会保障の規模の大小だけでその国の社会保障の機能の大きさを語ることはできない。

この観点からも、社会経済の問題を解決することが社会保障の問題の解決につながるということがわかる。経済社会と社会保障が因果律で繋がっているということは常に意識しないといけない。

### <全世代型社会保障とは>

「全世代型社会保障」という言葉自体の初出は、民主党政権時代に作った社会保障・税一体改革大綱であるが、今、自民党政権下で人口に膾炙している「全世代型社会保障」は、2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書のなかでその基本的考え方が示されているものである。

社会保障制度改革国民会議は、超党派で作った会議である。当時の与野党（民自公）合意で制定された「社会保障制度改革推進法」に基づいて設置された会議であり、人選も与野党合同で行った、文字通り超党派の会議である。第1回は野田政権下で開催され、その後行われた衆議院選挙期間中に2回目があり、第3回以降は政権交代後に成立した安倍政権の下で行われている。

社会保障制度改革国民会議の報告に、こういう記述がある。

「全世代型社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれに必

要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある」。

だれでも子どもの時代もあるし、青年の時代もあるし、年寄りの時代もある。いつの時代も生産活動をして付加価値を生んでいるのは現役世代であり、現役世代が子どもと老人という従属世代を支えているという構造は変わらない。あるのは青年期、高齢期、子ども期という人生のステージであり、それぞれのステージに必要な支援があって、それが実現できるようにしていくということだ、要はそういうことを述べている。

これまで、地域が安定し、家族に力があり、安定的な雇用があったことで、青年期に社会保障制度がやらなければいけない仕事は多くなかった。今我々が問題にしている子育てや介護といった課題は、今から40年前・50年前はある程度家族や地域でカバーできた問題だった。しかし今、それが難しくなっている。

社会経済の変化によって、これまではあまり大きな問題ではなかった新しい政策課題が生まれている。特にそれは現役の人たちや子育て期にある人たち、青年期の人に多く生じている。だから、青年期の課題に対応する施策を充実させていく。

至極当たり前のことを言っているのが「全世代型社会保障」なのである。この問題は世代間の利害対立の問題ではないし、そのような議論の仕方をしてはいけない。

## <社会保障と国民経済の関係>

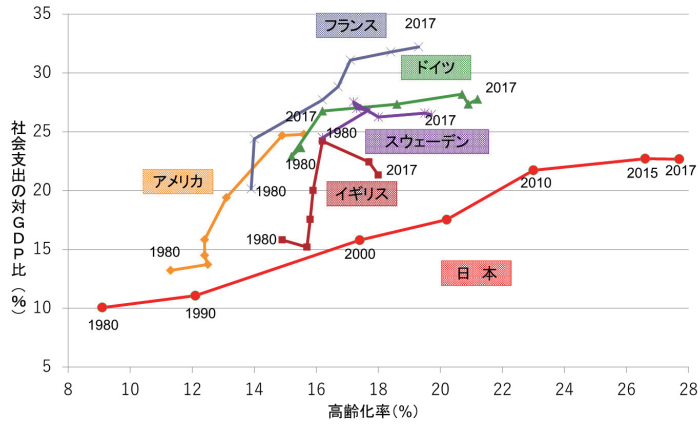
社会保障と国民経済の関係を考える時に、社会保障給付の絶対額・名目額で議論するのは意味がない。規模、すなわち対GDP比で議論しなければならない。

これは少し考えると分かる。社会保障の給付と負担は基本的に賃金・物価に連動して動く。経済成長すれば名目額は増えるし成長しなければそれなりにしか増大しない。経済成長との関係を見ないで名目額の増大を問題にしても意味がない。

対GDP比で社会保障給付費を見ると、いくつか分かることがある。

- ① 周知のことではあるが、高齢化の進展の度合いに比して、日本の社会保障給付の規模は決して大きくない。今や高齢化率30%に到達しようとしている日本の社会保障給付の対GDP比は、22～3%。これはヨーロッパ諸国で言えば高齢化率20%弱ぐらいの時の水準である。

### 高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較



(資料) OECD (2020) : OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2020 より作成 10

② 今後 2040 年までの社会保障給付費の伸びはマイルドになっていく。

2000 年から 2015 年までの社会保障給付費の伸びと今後 2040 年までの伸びを対 GDP 比の推移で比較すると、2000 年から 2015 年までの間で 14.8% から 21.6%、6.8% ポイントの増で、社会保障給付の対 GDP 比は 1.46 倍になった。これに対してこれから 2040 年までの社会保障給付の対 GDP 比は 21.6% から 23.8%、2.4% ポイント位の増で倍率は 1.1 倍。つまりこれからの 20 年は～もちろん増えるが～今までの 15 年から比べたら伸び率はかなりマイルドになる。逆にいうとこの 15 年 20 年は相当大変だったということになる。

### ■ 今後の負担増は、実は2000年代よりマイルド

— 社会保障給付費の対GDP比 —



(出典) 野村明弘「『社会保障費が2040年に1.6倍』は本当なのか？」(東洋経済オンライン、2018年6月1日)をもとに筆者作成



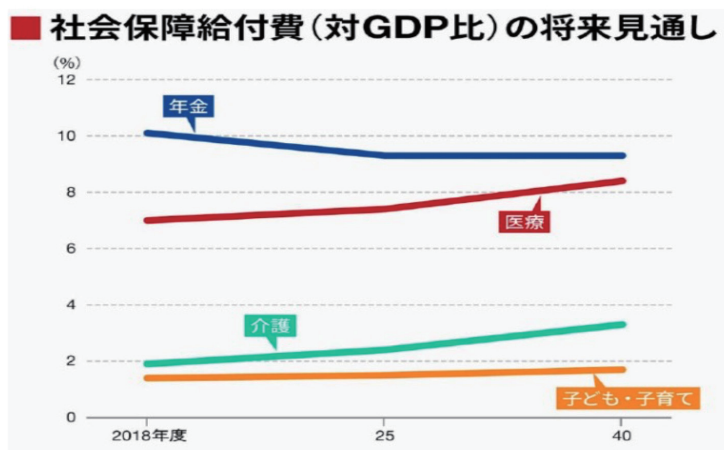
## ＜部門別の社会保障給付費の推移＞

今後 20 年の社会保障給付費の伸びがマイルドになる最大の理由は年金給付費の伸びにある。部門別の社会保障給付費の対 GDP 費の推移を見ると、これからも高齢者が増えるにもかかわらず年金給付の対 GDP 比はほぼフラットないしはマイナスになる。理由はマクロ経済スライドによって現役の負担に上限が設定されているからである。

マクロ経済スライドとは、簡単に言えば現役の負担の範囲内で給付水準を調整していく仕組みである。これによって公的年金制度は安定的・持続的に向こう 100 年財政の安定を図ることができている。

子ども関係給付は、もともと規模が小さく、残念ながら子どもの絶対数が減っていくので、充実して行っても対 GDP 比はそれほど伸びない。

増えていくのは医療と介護である。年金は高齢者の人数に応じて増えていくだけだが、年齢が進めば同じ年齢のなかで病気になる人、要介護になる人が増えるので医療・介護は高齢者の高齢化が進むと人数増以上に給付費が増えていく。



(厚生労働省資料より筆者作成)

## ＜超高齢社会では介護がより大きな問題になる＞

興味深いデータを紹介する。

2000 年ごろのメディケアのデータ分析研究なのだが、ご案内のようにメディケアは原則 65 歳以上の高齢者は全て加入する。つまり 65 歳以降の医療費は全てメディケアのデータベースに集積される。

65 歳以上でメディケアに入った人が、死亡するまでに使った医療費・介護費の累積額を死亡時年齢別に比較したデータである。

これを見ると、長生きすればするほど生涯医療費は増えていくが 90 歳～95 歳ぐらいでピー

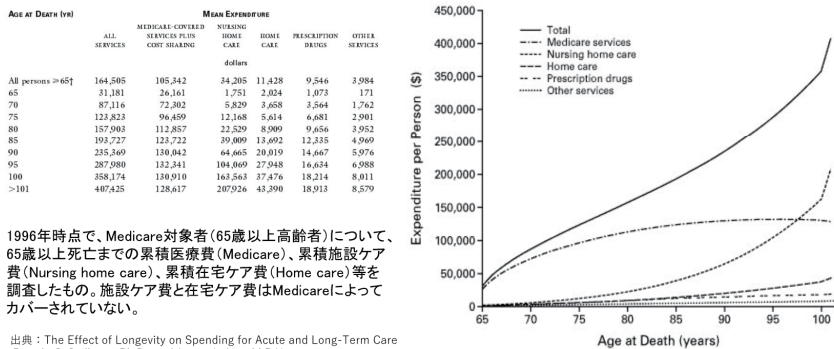
アウトする。つまり100歳110歳まで生きようような人の生涯医療費はフラットになっていく。つまり、仮に平均寿命が90歳100歳と伸びていったとすると、医療費の増え方は少しずつ下がっていく。健康な人が長生きする、そういう力が少しずつ働き始める。

しかし介護（長期ケア）費用は全く異なる。介護は死亡時年齢が上がるほど生涯介護費は増えていき、95歳を超えると生涯医療費を上回る。つまり超高齢社会で、より多くの人が高齢化するようになると、死亡時までにかかる累積医療費と累積介護費は関係が逆転していく、ということである。

すなわち、高齢化（寿命の伸び）は90歳代ぐらいまでは生涯医療費の増大要因になるが、介護（長期ケア）はピークアウトすることなくどんどん伸びていく。

超高齢社会になればなるほど、インパクトは介護のほうが大きいということだ。

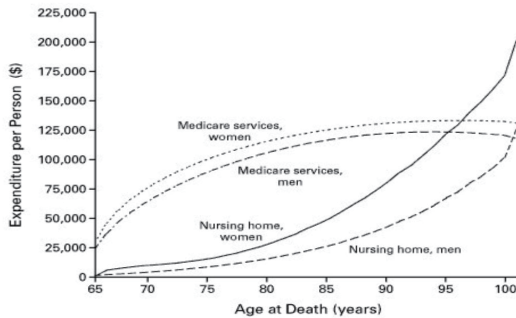
Cumulative Health Care Expenditures from the Age of 65 Years until Death, According to the Type of Health Service and the Age at Death. (死亡時年齢階級別・サービス別 65歳以降死亡時までの累積医療・介護費)



1996年時点で、Medicare対象者(65歳以上高齢者)について、65歳以上死亡までの累積医療費(Medicare)、累積施設ケア費(Nursing home care)、累積在宅ケア費(Home care)等を調査したもの。施設ケア費と在宅ケア費はMedicareによってカバーされていない。

出典：The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care  
Brenda C. Spillman, Ph.D., and James Lubitz, M.P.H.  
New England Journal of Medicine 2000; 342:1409-1415

累積医療費(Medicare医療費)と累積施設ケア費(Nursing home費)だけ抜き出してみる



累積生涯医療費は死亡時年齢90歳くらいまでは伸び続ける。寿命が伸びれば生涯医療費は増大する。

→ 高齢化＝長寿化は少なくとも90歳代までは生涯医療費の増大要因になる。

寿命の伸長は「老化の先送り」と考えてよい。感覚的に言えば今の60歳は昔の50歳、今の80歳は昔の65歳。他方、長期ケア費はピークアウトすることなく伸び続ける

→ 高齢化・長寿化のインパクトは長期ケア(介護)においてより大きい。

## ＜日本の医療提供体制の歴史的発展過程とその特徴＞

病院の起源は中世における巡礼者の宿泊施設とされている。貧困者、病人、行き倒れ者などを収容する看護主体の施設である。フランス・ボヌにある Hospice de Beaune は 15 世紀の半ばにできた世界最古の施療院である。

その後、16 世紀イギリスのエリザベス救貧法により隔離病院としての伝染病院が生まれる。救貧法に基づく貧民救済施設も作られるが、病気を治してもう一度労働現場に送り返す労働者調達施設の色彩の強いものだった。19 世紀に入って近代医学が発達するが、特に軍事分野で発展し軍事医学・軍事病院が別体系で発展していく。

いずれにしても、ヨーロッパにおいて、一般市民対象の近代病院は宗教的性格の病院が貧者対象の公的病院、どちらかの形で発展してきた。

これに対して、診療所は全く別の起源を持った存在として別に発展していく。ヨーロッパでは病院と診療所、ホスピタルとクリニックは、全く別の起源を持った存在として発展してきた。

しかしながら日本の病院はこれとは全く違う発展経過をたどってきた。先に紹介した「社会保障改革国民会議」報告の中に、このような記述がある。

「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。

公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。

医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか 14%、病床で 22% しかない。

ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。」

一橋大学の猪飼周平教授は、その著書『病院の世紀の理論』のなかで、日本の医療提供体制システムの特徴は、「所有原理型診療構造」にあるとし、以下のように述べている。

① きわめて自由度が高いフリーアクセス。これにより外来診療が肥大化している。

「3 時間待つて 3 分診療」と言われるが「3 時間待つていればその日のうちに医者にかかれる」ということでもある。このような外来受診が可能な国は極めて少ない。

② 自由開業医制・自由標榜制の下での医師による病床所有。

大病院と診療所の機能が未分化で大病院も外来部門を持ち、両者は一種の競合関係にある。開業医も一定の専門性を持ち、病院も診療所もプライマリーケアもセカンダリーケアも、オーバーラップする形で担っている。

③ 病院による医師の直接雇用

病院の医療資源を使って医療を行うのは病院に付属している（＝雇用されている）医師で



あり、いわゆるオープン型の病院は日本では機能しない。

#### ④ 私立病院・病床ストックの比率の高さ

個人立の診療所が病床を持って病院となり、法人化して医療法人立になっていくという、日本の病院独特の歴史的発展経緯がある。

#### ⑤ 分散的病床分布・高額医療機器の分散配置

③及び④の帰結として、個々の医療機関は競合関係の中で自らのリスクと判断で病院を営んでおり、結果として施設間の病床の分布は分散的で、それぞれが個々の判断で資本投下をおこなっていることから、病床含め機器設備の計画的配置は困難となる。

#### ⑥ 開業医の高い専門性

日本の開業医の多くは医局から勤務医を経て開業するというキャリアパスを経ており、多くは一定の専門性を持っている。これは諸外国の開業医（いわゆるクリニック）とはかなり状況を異にしており、実態としても日本の開業医は相対的に重装備で、プライマリケアのみならず一定のセカンダリーケアも担っている。

#### ⑦ かかりつけ医の未確立

上記の結果として、いわゆるかかりつけ医は制度的にも未確立である。

#### ⑧ 医局制度・平等主義的人事

勤務医も開業医も同質の専門性を持つ医師であることから、身分原理型の専門医制度は日本では機能しない。

これは明治以来の日本の近代医療の歴史の中で形作られてきたシステムであり、極めて安定的・固定的なシステムであることから、医療政策を規定する決定的な前提条件になっており、結果、医療政策というのは漸進的にしか進んでこなかった、としている。

### <日本の医療提供体制 これまでの評価>

日本の医療制度に対する国際的評価は極めて高い。1960年代に国民皆保険を達成、公的保険でカバーする医療サービスの範囲は極めて広く保険が効かない医療はほとんどない。きわめて公平で平等、かつ低廉なコストで医療サービスが受けられる。徹底したフリーアクセスが保障されていて、世界に先駆けて長期ケアを制度的に保障する制度（介護保険制度）も作った。

2000年のWHO報告、2010年のNEWSWEEKの特集、2011年のTHE LANCET、いずれも日本の医療提供体制を高く評価している。しかしながら他方で、例えばランセットは、日本はこれから少子高齢化が進む、その中で現在のような制度が維持できるかどうかは保証の限りではない、とも指摘している。非常に素晴らしい制度だがこれを維持しようと思うのであれば、それなりの改革努力が必要、ということだ。

### <我が国の医療介護を取り巻く課題 (1) >

既に日本は世界最高水準の高齢社会であり、他方で毎年50万人～60万人の規模で人口が

減少していく。人口減少が転換する兆しも高齢化が止まる兆しもない。

2040年までに人口は15%程度減少すると見込まれている。他方で高齢者、特に後期高齢者が増大するので、要介護者数・患者数は高齢化のスピードを上回って増えていく。高齢者のピークが2040年、後期高齢者のピークは2060年代後半なので、要介護者数・患者数もその辺りまではピークアウトしない。加えて疾病構造が変わり慢性疾患が増え受療率も上がる、受療期間も長期化する、要介護期間も長くなる。とすれば一人あたりの医療介護ニーズも増えていく。

さらに医療技術は日進月歩で進むので医療の高度化が進み、今まで治せなかった病気も治せるようになる。病気が治せるようになれば延命するのでさらに平均寿命が伸びていく。

様々な要因で、医療介護ニーズが増大していくということは避けがたい。最近財政当局は、理屈抜きで医療費の伸びをGDPの伸びの範囲内に収めると言い出しているが、現実問題それは無理筋というもので、諸外国の状況を見ても、「全ての先進国で今後20年間医療介護費の対GDP比は増大していく」とOECDの報告でも述べている。もちろん無理だから適正化努力をしないでいいという意味ではないが、実体的にニーズの増大がある以上、医療介護費の増大は不可避と考えるべきである。

他方で、社会経済構造の変化や高齢者像の変化はますます進む。

家族や地域の機能はどんどん低下し、1人暮らしの高齢者、2人暮らしの高齢者が増える。現在でもすでに高齢者の過半数は単身世帯か高齢夫婦のみ世帯にいる。つまり、支援が必要になるポイントがどんどん手前になっていく。例えば、一人暮らしの高齢者だと電球が切れただけでもヘルパーを派遣しないといけない。公的サービスに依存する高齢者の割合は確実に増えていく。

戦後世代が高齢者・後期高齢者の中心になっていくので、都市生活者OB、被用者年金受給者が多数派になる。他方で高齢者内部の所得格差は拡大していく。

さらに、「失われた30年」を現役で過ごしたポストバブル世代、就職氷河期で40歳過ぎて非正規労働者といった人たちが高齢化する。単身・貧困・身寄りなし高齢者が増える。その意味でも社会保障にかかる負荷はどんどん大きくなっていく。

## <我が国の医療介護を取り巻く課題(2)>

我が国の医療介護を支える人的・物的な資源水準は決して高くない。

改めて日本の医療提供体制の特徴を整理すると、

### ①先進国の中で最も民間資本中心の医療提供体制

民間立病院の損益は最終的に個人(法人)に帰属することになるので、基本的には個人(法人)が自身のリスクで経営している。さらに法人であっても投資(資本投下)に病院の理事長が個人で債務保証を付けているのが通例である。これは普通の中小企業の場合と同じで、個人が債務保証して経営しているので簡単に再編統合することができない。企業の経営を知る人

であれば容易に理解できることだが、そういう状態になっている企業を統合したり再編することは極めて難しい。

## ② 地域医療提供体制のガバナンスが未確立

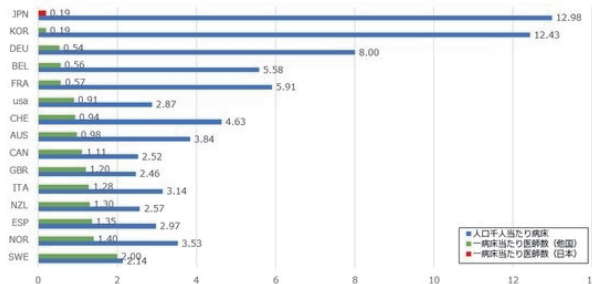
個々の医療機関が経営リスクを背負って競合関係の中で医療を行なっている状況下で、医療機関の配置や設備投資、病床機能について計画的に調整を行うことは極めて難しい。1985年の医療法改正までは病床数の規制さえできなかった。人的・物的資源の配分にしても設備投資にしても個々の医療機関が自分の判断でやっている、つまり施設完結型になっていて、地域全体で調整を図って整備する「地域完結型」になっていない。

民間病院だけでなく、本来ガバナンスが効いているはずの公立病院、公的医療機関でも機能重複・重複投資があり、資源の浪費が行われている。加えて医療機関は機能が未分化で、横の連携も十分取れていない。結果、国際標準から見て病床数は多いが、高次機能が弱い、療養機能が十分でない、介護との連携が取れていない、といった課題がずっと指摘され続けている。

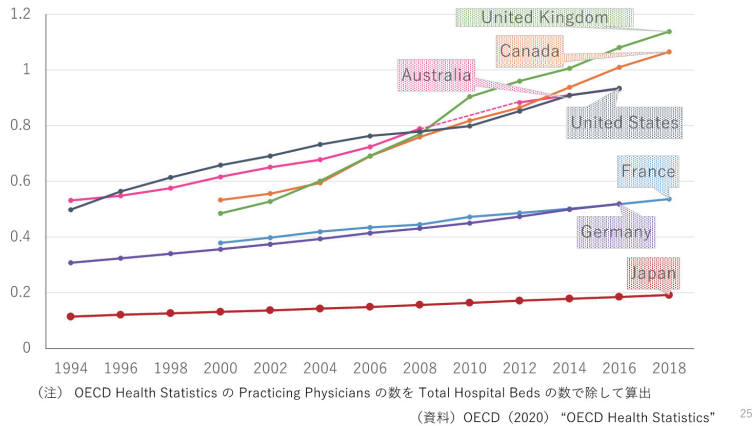
ここから少し数字を示して説明する。

日本の病床当たりの医師の数はきわめて少ない。人口あたりの医師数はそれほど遜色ないが、病床あたりの医師数で見るとアメリカ・イギリスの5分の1、独仏の半分以下でしかない。加えて、諸外国は医療の高度化に伴って病床当たり医師数は大きく増えていっている。集中的に治療し早く退院させる、という診療スタイルになっているが、日本の病床あたり医師数はほとんど増えないので、彼我の差はどんどん拡大している。これは看護職員についても同様である。

### 日本の病床当たり医師数は極めて少ない



病床当たり医師数の推移(国際比較)



このことは平均在院日数の差になって現れる。日本の平均在院日数は随分短くなったが欧米に比較すればまだまだ長い。入院期間の長さとは病院の医師数は相関、というか反比例の関係にあることはよく知られている。日本は病床数が多くて病床当たりの医師数・看護職員数もきわめて少ない。要するに、病院医療は「医療濃度の薄い医療」になっているということだ。

G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較(2018年)

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い。

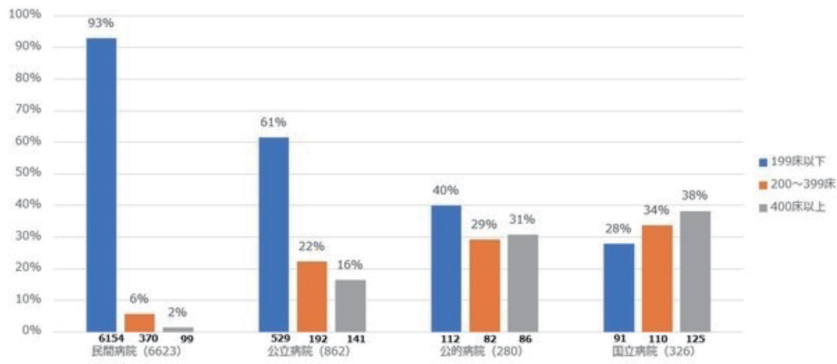
	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	27.8 (16.1)	13.0	19.2	2.5	90.6	11.8
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	164.0	13.2
フランス	8.8 (5.4)	5.9	53.7	3.2	182.6*	10.8*
イギリス	6.8 (5.9)	2.5	113.8	2.8	311.7	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.9	91.2	2.6	410.8*	11.9*

(資料) OECD Health Statistics 2020より作成  
 (注) 1. \*は、実際に病床に当たる職員に知見、研究機関等で勤務する職員を含む。  
 2. ドイツ、アメリカの平均在院日数、人口千人当たり病床数、病床百床当たり臨床医師数、臨床看護職員数は2017年のデータ。  
 3. 病床百床当たり臨床医師数、臨床看護職員数は、総臨床医師数、総臨床看護職員数を病床数で除して100倍して求めたもの。  
 4. 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数。

設置主体別の病院の割合を見れば、民間病院の93%は199床以下。ここが全体の7割を占めている。多くの医療機関があって患者自分が選んだところに行ける、身近に医療機関があるというのは、医療にかかりやすいということだが、有限の医療資源の配分という観点で考えるとどうか、という問題が残る。

## 設置主体別・病床規模別病院数割合（2020年）

～日本の病院は規模が小さい。特に民間病院は90%以上が200床以下～



単純に計算してみると、病院医師1人当たりの入院担当患者数は日本は5.5人。医者1人で5.5病床を担当している。アメリカは1.1人。日本の病院医師はアメリカの5倍患者を担当している計算だ。

外来で見ると、アメリカの医師の年間の延べ外来担当者数は1538人、日本は5333人。フリーアクセスが保障されている日本の医療制度の下では、医者への労働環境はきわめて過酷だ。医者への働き方改革は当然ながら問題にならなければおかしい。

何故こうなっているのか。皆保険達成以来、爆発的に伸びる医療ニーズに見合う人的物的資源整備ができないまま、最小限の設備とマンパワーで民間医療機関中心に医療需要をこなして来た歴史、ということであり、出来高払、というのは見方を変えればとにかく数をこなすために医療機関を誘導するための仕組みだったといってもいいかもしれない。

医師や医療スタッフが慢性的に過重労働、一方で医療濃度が薄い入院サービスがあって、病診の役割分担も未分化、疾病構造の変化に対応できない病院体系になっていて、他方で高度機能に対応できない施設的にも人員配置的にも貧弱な医療機関が多くある。1つ1つの病院を見れば規模が小さく、体系的に欠ける機能未分化の医療機関がたくさんある。

とはいえ、医療機関は独立採算で経営しており、そのことを前提に医療提供体制ができていたので、基本的にはそれぞれの医療機関の経営が成り立つような診療報酬を組まないと医療全体が倒れる。その論理的帰結として、さまざま政策的な誘導も行われるが、全体として見れば非常に現状維持的な報酬体系（財源配分）が行われてきた。

この構造が内包する課題が、今回のCOVIDで一気に露呈した。非常に厳しく言えば、そう言えるのではないかな。



## <今回のパンデミックから見えてきたこと>

今回のパンデミックの教訓をどう考えるか。様々な視点があると思うが、我々が今回経験していることは、20年後の日本の医療介護の姿を現前で見ている、ということなのではないか。

現在でもすでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上の後期高齢者である。高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯で自宅には高齢者しかいない。20年後の患者像を考えれば、ほとんどが要介護・基礎疾患持ち、かなりの割合で認知症がある。そういう人が感染症や急性増悪、肺炎、骨折で入って来るとするのが常態化する。かつ家には介護する人などだれもいない。家族介護など当てにならない。

そういう患者像を前提に、医療・介護の体制を考えなければならない。2040年までにはなんとか体制を整備しなければ、と議論しているうちに、その事態が目の前に現出した。認知症の高齢者がコロナで入院した時感染症病棟で何が起こったか。ああいった事態が日常的に大規模に発生する、2040年とはそういう世界だ。

となれば、お題目ではなく医療と介護の機能は一体的に考えなければだめだし、地域の提供体制も病院起点で考える、病院が川上で在宅が川下、といった考え方で組み立てるのはもう無理になる。急性期病院もある程度療養機能や介護機能を考えないといけないし、慢性期病院も地域を支えるという意味で二次救急ぐらいは対応できないといけない。

介護施設も、施設に入ると医療が受けられない、医療ケアが薄いということではだめだし、在宅は文字通り包括ケアのネットワークが実装されていないと提供体制全体が機能不全になる。

これらのことは、これまでもずっと議論されていたことだが、真剣に実装をしていかないとこれからの社会は乗り切っていけない、そういうことを実感したのが今回のパンデミックだったのではないだろうか。

その意味で言うと、今回のコロナ禍は、日本の医療提供体制の構造問題を露呈させたと考えられるべきであろう。もちろんパンデミックは一種の大規模災害であり、その意味で「有事対応」の在り方を考える、というのは一面正しいが、同時に、今回起こった事態～いわゆる「医療崩壊」～を、平時の体制が内包していた構造問題の顕在化と捉え、今の医療提供体制そのものが持っている構造問題を解決する契機と考えて改革に取り組む、という姿勢が求められる。

機能未分化・非効率で「薄まき」で余力がない医療提供体制の背景には、自由開業医・自由標榜性、独立採算の民間病院中心で医療提供を支えてきた歴史がある。このやり方だと医療機関相互の連携や協働の契機が提供体制のなかに内在しておらず、病病連携・病診連携・医療介護連携は基本的には現場の個々の医者や医療機関の人たち機転と応用動作に任されている。

他方、患者側の選択の自由が高いフリーアクセスの医療保険制度の下では、患者の流れを制度的にコントロールすることができない。日本のフリーアクセスは、医者に行くか行かないか、どこの医者に行くか、どの診療科に行くかは、専門家である医療関係者のアドバイスや支援なしに全て患者が自己責任で決めている。つまり神様の目から見て適時適切な医療を

提供する、必要なときに必要な医療を提供する仕組みになっていない。となれば、予防・健康管理、初期診断・治療（プライマリーケア）、専門治療、在宅復帰、介護・生活支援、という流れ、包括的・継続的な健康管理の仕組みを作ることは難しい。

つまり提供側（供給側）もコントロールできないし、需要側も制御できない。そういう中で、なんとかこれまで回ってきた日本の医療体制だが、医療を支える現場の医療従事者には大きな負荷がかかっている。前述のように日本の医師一人当たり入院担当患者数はアメリカの5倍、年間外来延べ患者数はアメリカの3.5倍であり、今回のパンデミックで明らかになったように、局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる脆さを孕んでいる

果たしてこれで、この先15年20年、医療現場は持つのだろうか。

今でも救急患者のたらい回しや医療難民・介護難民の問題がある。提供体制側の連携・ネットワークがうまく機能しないことであちこちで目詰まりを起し、入所施設を探して家族が走り回るような事態はいくらでも起こっている。

パンデミックで問題が大きく顕在化した今こそ、改革のチャンスなのではないだろうか。

## ＜超高齢社会における医療に求められるもの 「治し、支える医療」＞

介護の世界では既に当たり前のようになっていることだが、その人の生活を壊すことなくその人が住んできた地域や自宅で最後まで尊厳を持って生きられるようにする。それを支えるのが介護であり生活支援の役割である。

超高齢社会にあっては、医療にもそのようなあり方が求められるのではないだろうか。

「治療＝治すこと」は医療の基本的な機能であり変わることはないが、同時に「治し、支える医療」、その人の尊厳ある生活を支え、治療のために生活を犠牲にするということがないような医療、つまり医療が生活の中にある＝上位概念として生活がある医療の在り方が求められる。

「支える」は、医療だけでは実現できない。医療と介護の一体的提供、様々な職種が連携して患者を支える、まさに地域包括ケアネットワークを地域で作っていかなければ、「治し、支える医療」も実現できない。

そう考えていけば、必然的に地域における医療の姿は地域完結型・在宅支援型になる。福祉の世界が既にそうであるように、医療もまた患者＝利用者の近くに医療の側がアプローチするアウトリーチ型の医療が求められる。とすれば、往診やオンライン診療の重要性は高まることになる。特に今後限られた人的・物的資源で地域の医療を支えていくことを考えれば、オンライン診療のような「時間と空間を超える診療」は大きな武器となる。医療Dxを始め在宅医療支援技術の進歩は目覚ましいものがあり、既にかんがりの診断行為は遠隔で行うことが技術的に可能になっている。これらの技術革新は患者にとっても医療関係者にとっても負担の軽減に寄与するものであり、積極的に医療現場への実装を進めていくべきであろう。

他職種が連携してネットワークを組んで患者＝利用者を支える、という仕組みを機能させ

るためには、それを支える情報基盤—患者の健康情報の一元化と情報の共有—の整備は不可欠の前提となる。その意味では、医療 IT、IoT、Dx といった「道具立て」は地域において標準装備されていることが必要になる。

在宅医療・地域包括ケアネットワークを支える不可欠のツールとして優先的に整備していくべきである。

### ＜超高齢社会における医療・地域医療構想の課題＞

超高齢社会における病院・病床の機能は大きく2つの方向に分かれるのではないか。

一つは「治す」に特化した高度専門急性期病院、今一つは「治し、支える」を担う地域密着病院である。

地域医療構想について様々見直しの議論が出ているが、病床の機能分化、選択と集中、急性期の機能強化・資源の集中投入（による病床の効率利用→病床削減）を一層進めていくことと同時に、地域医療・在宅医療の強化についても明確な方向性を示して取り組んでいくべきであろう。本稿で強調してきたように、在宅医療を強化しておかないと病院や救急への負荷が大きくなり、医療提供体制全体が機能不全を起こすことになるからである。

その意味で、かかりつけ医機能の実装とそれを支える地域密着型中小病院の機能・役割を明確化し、さらには医療を超えた多職種連携の地域包括ケアネットワークを構築していくことを地域医療構想の中でも打ち出していくべきである。

地域医療構想は、医療提供体制にかかる構想である。とすれば病床削減に視点が向きがちであるが、本来の目的は「将来に向けて、地域における医療（・介護）ニーズを、今ある人的物的資源でいかに効率的に受け止めていくか」という、人的物的資源の再配置・再編成の構想のはずである。とすれば、地域医療構想の実現は「資源の効率的利用」の実現に繋がり、自ずと医療費（医療介護費）は最適化されることになる。

提供体制改革こそが最も現実的かつ効果的な医療費最適化（適正化）対策であることを正しく認識して取り組むことが重要であろう。

※本稿は「社会保障改革～ポスト一体改革の課題～」(初出:「Monthly IHEP」2022年1月号 医療経済研究機構刊)を大幅に加筆・修正したものである。