

## 第2章 地域医療を取り巻く状況

### 1 国の医療施策の動向

わが国の保健医療を取り巻く環境は大きく変化しており、世界に例を見ない速さで少子高齢化が進展し、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、高齢者人口<sup>10)</sup>は増加を続け、平成54年に3,878万人でピークを迎え、その後は減少に転じるとされています。平成22年には23.0%であった高齢化率は、平成72年には39.9%に達し、2.5人に1人が65歳以上の高齢者になると推計されています。また、後期高齢者<sup>11)</sup>の割合も上昇を続け、平成72年には26.9%となり、4人に1人以上が75歳以上の高齢者になると推計されています。

疾病構造も、がんや循環器系疾患、糖尿病をはじめとする生活習慣病へと大きく変化しており、これらに対応するため、疾病の発症予防から早期発見・治療をはじめ、リハビリテーションや介護に至るまで、一体化したサービスが求められています。

こうした人口の動向や疾病構造の変化などを背景に、日本の国民医療費は平成11年度に30兆円台を突破し、このまま推移すれば平成37年には約52兆円（「医療費等の将来見通しおよび財政影響試算」厚生労働省 平成22年10月25日）に達すると推計されており、医療費の伸び抑制のために、医療法改正、介護保険制度の導入および後期高齢者医療制度などの諸施策が打ち出されました。

特に、平成17年6月に「経済財政運営と構造改革に関する基本方針（「骨太の方針」）2005」が示され、超高齢社会<sup>12)</sup>における社会保障制度を持続可能なものとしていくために、社会保障給付費のうち増加の著しい医療費の適正化について目標を設定し、その達成に向けて必要な措置を講ずることとしています。

この方針を踏まえ、平成17年12月には「医療制度改革大綱」が取りまとめられ、安心・信頼の医療の確保と疾病の予防をはじめとし、増大する医療費の適正化への取組や新たな高齢者医療制度（後期高齢者医療制度）の創設を中心とする医療制度の構造改革が進められました。

こうした結果、介護療養病床<sup>13)</sup>（12万床）の将来的な廃止（平成23年度末）、医療療養病床<sup>14)</sup>（23万床）の削減（平成24年度までに15万床）など、病床数の削減を図り、老人保健施設などの介護施設および在宅での療養への移行を図ることとされました。

しかし、政府において後期高齢者医療制度は平成26年以降の見直しをめざして検討されており、また、介護療養病床廃止については、平成29年度末に期限が延長されています。

平成24年2月には、「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、国民の自立を支え安心して生活ができる社会基盤を整備する、という社会保障の原点に立ち返り、社会保障の機能強化を確実に実施するとともに社会保障全体の持続可能性の確保を図ることにより、全世代を通じた国民生活の安心を確保する「全世代対応型」社会保障制度の構築を目指すとされています。医療サービス提供体制の制度改革に関する今後の見直しの方向性では、次のような施策を示しています。

#### ○ 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟におけ

る長期入院の適正化を推進する。

○ 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨および役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

また、地域包括ケアシステム<sup>15</sup>の構築に係る今後のサービス提供の方向性では、「在宅サービス・居住系サービスの強化」、「介護予防・重度化防止」、「医療と介護の連携の強化」、「認知症<sup>16</sup>対応の推進」などをあげています。

また、この大綱では、平成24年度における都道府県による新たな医療計画（平成25年度より実施）の策定に向け、

- ① 医療機能の分化・連携を推進するため、医療計画の実効性を高めるよう、二次保健医療圏の設定の考え方を明示するとともに、疾病・事業ごとのPDCAサイクルを効果的に機能させる。
- ② 在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制、人材確保等を記載する。
- ③ 精神疾患を既存の4疾病に追加し、医療連携体制を構築する。

などの観点から、医療計画作成指針を見直すこととしています。

これらを受け、平成25年度より始まる新たな都道府県の医療計画の改定に際しては、精神疾患を医療計画に定める疾病として追加し、病期や個別状態像に対応した適切な医療体制の構築が必要であるとしています。また、医療連携体制の中での役割を充実・強化するため、在宅医療の体制構築に関する指針を示し、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に、都道府県が達成すべき数値目標や施策・事業等を記載することにより実効性を高めるよう求めています。

また、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における今後の方向性（平成24年6月28日）では、精神病床の機能分化を進めるにあたって、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ<sup>17</sup>や外来医療などの入院外医療の充実も推進するとしています。病床の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では、一般病床と同等の人員配置として、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とするととしています。

## 2 都の医療施策の動向

都は、第五次医療法改正（平成18年）を受け、近年の保健医療をめぐる社会情勢の変化などを踏まえ、「東京都保健医療計画」、「東京都医療費適正化計画」、「東京都健康推進プラン21」、「東京都地域ケア体制整備構想」、「東京都高齢者保健福祉計画」を策定しています。

### (1) 東京都保健医療計画

「東京都保健医療計画（平成20年3月改定）」は、医療法第30条の4に基づく「医療計画」を含み、都の保健医療の「基本的かつ総合的な計画」とされています。「患者中心の医療体制」、「保健・医療・福祉の提供体制」、「健康危機管理体制」、「計画の推進体制」の構築にむけて、平成20～24年度までの5年間は計画期間として定められています。また、現在、平成25年度から平成29年度を計画期間とする第5次改定に

に向けた検討作業が進められており、平成25年3月に策定される予定となっています。

## (2) 東京都医療費適正化計画

東京都医療費適正化計画は、すべての都民が必要な医療を安心して適切に受けられるよう、予防から医療、介護に至る各施策の取組を総合的・一体的に推進し、都民医療費の適正水準を確保するため、5年を1期として策定されています（第1期計画期間は、平成20年度から平成24年度までの5年間）。

## (3) 東京都健康推進プラン21

都は、予防をより一層重視した都民の生活習慣病対策を総合的に推進していく必要があるとして、平成24年度までを計画期間とする都道府県健康増進計画「東京都健康推進プラン21 新後期5か年戦略」を平成20年3月に策定しました。

計画最終年度を迎え、「健康日本21（第二次）」（平成24年7月）や、「東京都保健医療計画」、「東京都がん対策推進計画」といった関連計画との調和を図りながら、平成34年までを計画期間とする「東京都健康推進プラン21（第二次）」を平成25年3月に策定することとしています。

## (4) 東京都地域ケア体制整備構想

「東京都地域ケア体制整備構想」は、平成19年6月に厚生労働省が策定した「地域ケア体制の整備に関する基本指針」に基づき、高齢者の地域での生活を支えるケア体制の在り方について、都における基本的な考え方を示すものとされています。

都の地域ケア体制として、療養病床数が高齢者人口当たり全国で41番目（平成18年3月末現在）であることや急激な高齢者数の増加を踏まえ、療養病床の必要量を確保することとしています。

## (5) 東京都高齢者保健福祉計画

平成24年3月に平成24年度～26年度の3か年を対象期間とする「東京都高齢者保健福祉計画」が策定されました。この計画には「在宅療養の推進」や「認知症対策の総合的な推進」などの6つの重点項目が挙げられており、それぞれに重点的取組が示されています。

そのうち、「在宅療養の推進」の重点的取組については、次のとおり示されています。

- 在宅の高齢者の療養生活を地域で支えるため、関係者間の連携を強化し、在宅療養の支援体制を構築します。
- 在宅療養生活の支援を行う訪問看護のサービス拠点の整備を図ります。
- 在宅療養におけるコーディネーター機能を担うことのできる人材を養成します。

また、「認知症対策の総合的な推進」の重点的取組については、次のとおり示されています。

- 認知症の人と家族を地域で支えるため、区市町村におけるネットワークづくりなどの取組を支援します。
- 認知症の専門医療を提供するとともに、地域の医療機関同士や医療と介護の連携

の推進役となる認知症疾患医療センターの整備を進め、地域の支援体制を構築していきます。

- 若年性認知症に関する総合的な相談のワンストップ窓口を設置し、早期に支援に結び付け、若年性認知症特有の問題解決を図ります。

### 3 医師・看護師不足の状況

#### (1) 医師

平成16年度より開始された新たな臨床研修制度<sup>18</sup>により、臨床研修医は研修病院を選択することが可能となり、大都市圏の病院に研修医が集中することとなりました。このことにより大学病院での医師不足を招き、結果としてドミノ倒し的に地方の自治体立病院等から医師が引き上げ、全国的な医師不足が発生しました。

このため、国が定めた「経済財政改革の基本方針2008」において、医学部定員の増員を図ることが示され、平成24年度は平成19年度の7,625人と比較し1,366人増の8,991人と計画されています。

なお、平成22年6月に実施された「必要医師数実態調査（厚生労働省）」では、現員医師数167,063人に加え、必要医師数（調査時点において求人ではないが、医療機関が必要と考えている必要非求人医師数を含めた必要医師数）は24,033人と報告されています。

#### (2) 看護師

平成18年度の診療報酬改定に際して7:1看護体制<sup>19</sup>の診療報酬体系が創設され、大規模急性期病院を中心に看護師の争奪現象がみられ、看護師が非常に不足する事態を招き、現在も続いています。

看護師不足の状況については5年ごとに国および都が需給見通しを報告しており、最近では平成22年度に見通しを示しています。平成22年12月に報告された「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書（厚生労働省）」では、平成24年には全国で約51,500人（常勤換算）、平成23年1月に都が報告した「東京都看護職員需給見通し」では、7:1看護体制の導入による看護師不足のほかにも、訪問看護ステーション、社会福祉施設、在宅サービスなどに係る職員数の需要の伸びが不足の要因と考えられており、平成24年には都で約2,300人（常勤換算）の不足が見込まれると報告されています。

### 4 公的病院の置かれている状況

現在、わが国には約9千の病院があり、その中でも、約9百の自治体立病院の経営はかなり厳しい状況にあり、約5割が赤字となっています。

自治体立病院は、離島などのへき地医療や高度医療、特殊医療といった採算性の低い政策医療を担っており、赤字経営がやむを得ない事情もあると考えられますが、自治体財政が厳しさを増す中、病院経営のあり方が大きな課題になっています。

そのようななかで、自治体病院のあり方に係る施策として、

- ・「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」（財政健全化法）
- ・「公立病院改革ガイドライン」

が施行、策定されました。

### (1) 財政健全化法

平成19年6月に成立した、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律（財政健全化法）」では、地方公共団体による各種指標の公表義務等が規定され、指標が一定基準を上回ると、総務大臣や都道府県知事による関与や地方債発行が制限されることになりました。指標には公営企業も含めた連結実質赤字比率や将来負担比率もあり、自治体は自治体立病院の経営に対する強い意識を持つことが求められています。

### (2) 公立病院改革ガイドライン

平成19年12月に公表された「公立病院改革ガイドライン」では、平成20年度内に公立病院改革プランとして、

- ① 経営の効率化
- ② 再編・ネットワーク化
- ③ 経営形態の見直し

について策定すべきとし、プランの実施状況を年1回以上、点検・評価・公表するよう求めています。

また、「病床利用率<sup>20</sup>(一般病床・療養病床)がおおむね過去3年間連続して70%未満の病院」においては、病床数の削減や診療所化等の抜本的な見直し、「病床数が過剰な二次保健医療圏内に複数の公立病院が所在する場合」には、再編・ネットワーク化により過剰病床の解消をめざすべきとされています。

経営形態の見直しについては、平成23年9月までに、10病院が指定管理者に、40病院が地方独立行政法人に移行しています。