



地方独立行政法人設立記念
公開講座

静岡市民「からだ」の学校(第5回)

少子高齢化、激動の時代を 生きる智恵をもとめて

■平成28年4月24日(日)

14時～16時15分

■グランシップ11階会議ホール「風」

地方独立行政法人 **静岡市立静岡病院**
医療がつなぐ「ひと」と「地域」の交流センター

市長あいさつ

静岡市長 田辺 信宏

地方独立行政法人静岡市立静岡病院設立にあたって ……P1

地方独立行政法人静岡市立静岡病院 理事長・病院長
宮下 正

静岡市の医療行政について ……P4

静岡市保健福祉長寿局 保健衛生医療部長
塩澤 方敏

特別講演

人口構造の変容と医療政策の課題 ……P10

政策研究大学院大学教授(医療政策コース)
島崎 謙治 氏

地方独立行政法人設立記念

公開講座 静岡市民「からだ」の学校（第5回）

『少子高齢化、激動の時代を生きる智恵をもとめて』

開催にあたって

地方独立行政法人静岡市立静岡病院理事長・病院長
医療がつなぐ「ひと」と「地域」の交流センター長
宮下 正



静岡市立静岡病院は、本年4月1日をもって、地方独立行政法人 静岡市立静岡病院としてあらたに出発しました。独法化にあたってのわたしたちの信念は、病院を進化させるのは“ひと”だ、ということであります。独法化に際して、建物が変わる、外観が変わるといった新奇さはありませんが、変わるべきは“ひと”だ、そして“ひと”こそ、組織に、社会に変革をもたらすものだと思っております。これは、わたしたち医療に携わる者の決意を表明したものではありませんが、今後の激動の時代にあっては、変革を迫られているのは、社会を生きるすべての人々ということができるかと思えます。

大きな政治体制の変化や戦乱といった過去の事象とはまったく異なって、一見ひそやかにみえながら、じつは、これまでだれも経験したことのない、少子高齢化、人口減少といった国家レベルの大きな社会変化が、わたしたちをすぐそこに待ち受けています。この変化と無縁であることは何人たりともおそらく不可能でしょう。とくに、医療をはじめとする社会基盤のあり方は、望むと望まざるとにかかわらず、大きな改変を余儀なくされます。

静岡市民「からだ」の学校は、病気や、医療、健康に関する話題を、静岡市民のみなさまとともに考え、学ぶ目的で、平成26年7月に開校しました。静岡市立静岡病院の地方独立行政法人移行にあたり、今後の激動する社会と医療の仕組みのあり方を、大きな視点から、みなさまとともに考えたいという思いから、今回のテーマを選びました。この目的のために、特別講演にお招きしたのは、政策研究大学院大学教授（医療政策コース）島崎謙治先生です。島崎先生は、人口動態・人口統計学にもとづく社会学的分析、国民保険制度、医療政策、地域政策など、多くの分野に精通され、かつそれらを融合して幅広く研究・提言をされている、この分野の第一人者です。本日の公開講座のねらいは、島崎先生のお話を聞くことにより、わたしたち自身が、まずは、この国の人口構造からみた予想図をしっかりと認識することです。それができれば、今日の静岡市民「からだ」の学校の目的は、なかば達せられるといっても過言ではありません。さらに、ここを出発点として、わたしたちが、自らの考えを深化させ、議論を進め、そして実現可能な調和点を見出す、という次の段階に歩を進めることができれば幸いであると考えております。

（平成28年4月24日）



地方独立行政法人

静岡市立静岡病院

2016年4月1日
あらたな出発へ

ひと、まち、未来をつなぎたい…わたしたちは、医療で静岡市の明日を支えます。

変わるもの、変わらないもの

147年前、長崎、オランダに留学したひとりの青年医師、林研海を迎えて創立した病院は、たえず歩み続けて、今日、最新医療を実践する静岡市の基幹病院となりました。藩立、県立、郡立、市立、そして地方独立行政法人へとさまざまな変化をとげながらも、変わらないのは「医療でこの地域を支える」使命です。

独立法人になっても、病院の利用のしかた、患者さんの負担は変わりません。しかし、医療の質の向上と安全性・信頼性の確保のためには、つねに最新の医療技術・設備を導入し、努力をおこたりません。わたしたちは変化し続けます。病院を進化させるのは「ひと」だと思っています。



初代駿府(静岡)病院長 林 研海



研海の長崎・オランダでの指導者
オランダ人海軍軍医 ヨハネス・
ボンペ・ファン・メーデルフォールト



わが国ではじめての西洋式病院・
医学校の長崎養生所・医学所



公立静岡病院(明治9年)



現在の静岡市立静岡病院—駿府城公園から坤壇(ひつじさるやくら)越しに望む

静岡市立静岡病院は、 新たな第一歩をふみだしました

～静岡市立静岡病院は、医療で静岡市の明日を支えていきます～



高度医療

- 「ハートセンター」における専門性の高い先進的な心疾患医療の提供
- ロボット支援手術
- PET-CT(※)導入等によるがん診療体制の強化



救急医療

- 高度な救急医療提供のための「救急科」の設置
- 他の医療機関と連携し、24時間365日「ことわらない救急」を継続



政策医療

- 県内で唯一の第一種感染症指定医療機関として、専門的な感染症医療の提供
- 周産期、小児および生活習慣病に対応する医療の提供



情報発信

- 都市部や中山間地域における公開講座「静岡市民「からだ」の学校」の開催
- 次世代を担う中高生に対する医療体験セミナーの実施

※PET(陽電子放射断層撮影装置)とCT(コンピューター断層撮影装置)の画像を同時に撮影できる装置 平成29年度稼働予定

平成28年4月1日、地方独立行政法人に移行しました。

静岡市立静岡病院は、厳しい医療環境の中でも、市民が必要とする高度で良質な医療を安定的かつ継続的に行っていくため、病院の公共性を確保しつつ、迅速な対応、柔軟な経営ができる地方独立行政法人に移行しました。

患者さん一人ひとりに寄り添った
最善の医療をさらに充実していきます。

Q&A

●市民に必要な医療は確実に行われるの？

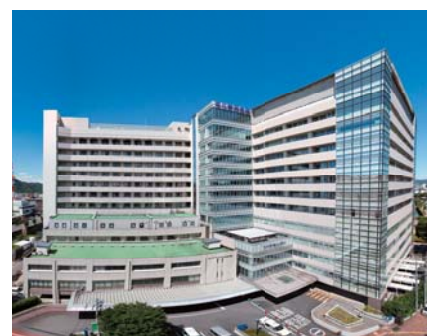
法人に移行しても、救急医療や高度医療、感染症対応や災害時医療を行うなど、引き続き公立病院としての役割を果たしていきます。

●患者負担は変わるの？

医療費のほとんどは、国が定める診療報酬により決められています。法人化を理由として患者さんの負担が変わることはありません。

●診察券の差し替えなど何か手続きが必要？

4月1日以降も、現在の診察券はそのまま使えます。特別な手続きは必要ありません。



地方独立行政法人

静岡市立静岡病院

静岡市の医療行政について

静岡市保健福祉長寿局 保健衛生医療部長
塩澤 方敏



1. 本市の現状

- (1) 医療提供体制について
- (2) 高齢化の進展

2. 医療計画

- ・ 地域医療構想
- ・ 必要病床数
- ・ 在宅医療等の必要数

3. 本市の取組

- ・ 課題と対策

4. 地域包括ケアシステム

静岡市の医療行政について

～健康長寿のまちを目指して～

静岡市保健福祉長寿局
保健衛生医療部長 塩澤 方敏

本日の内容

- 1 本市の現状
 - (1) 医療提供体制について
 - (2) 高齢化の進展
- 2 医療計画
 - ・地域医療構想
 - ・必要病床数
 - ・在宅医療等の必要数
- 3 本市の取組
 - ・課題と対策
- 4 地域包括ケアシステム

(1) 医療提供体制について

静岡市内施設・医師数

- 病院(病床数20床以上) 29施設 ○ 一般診療所 547施設
- 歯科診療所 354施設 ○ 助産所 19施設

人口10万人当たりの施設数(平成25年10月1日現在)

	病院	一般診療所	歯科診療所
静岡市	3.9	76.5	48.9
静岡県	4.8	72.7	47.7
全国	6.7	79.0	54.0

(静岡市の保健衛生 平成27年度版)

- 医療施設従事医師数 1,532人

人口10万人当たりの医療施設従事者医師数(平成26年12月31日現在)

	医師	歯科医師
静岡市	216.7	67.3
静岡県	193.9	61.2
全国	233.6	79.4

(厚生労働省 平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査の結果)

(1) 医療提供体制について

地域医療対策

- ◎《公設民営》山間地診療所 5か所
 - ・梅ヶ島診療所(内科・リウマチ科・アレルギー科)
 - ・大河内診療所(内科・リウマチ科・アレルギー科)
 - ・玉川診療所(内科)
 - ・大川診療所(内科・小児科)
 - ・清水両河内診療所(内科・脳神経外科・外科)
- ◎静岡市国民健康保険 井川診療所
(内科・小児科・外科・歯科)

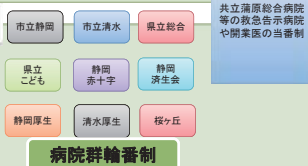
救急医療

初期救急医療(1次救急)

- ・主に外来診療
- ・在宅当番制(開業医)
- ・静岡市急病センター・救急歯科センター

入院救急医療(2次救急)

- ・必要に応じた入院治療
- ・病院群輪番制(当番制)



救命医療(3次救急)

- ・救命救急センター(市内3病院)

災害医療対策

- 災害拠点病院・救護病院等 11病院
- 災害時に医療救護本部(静岡庁舎)及び静岡地区支部(保健所)・清水地区支部(清水保健福祉センター)を設置

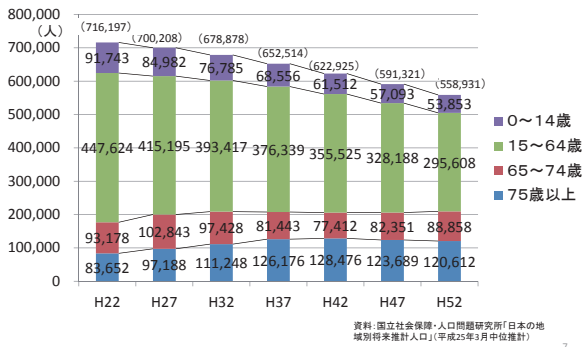
- 救護所・仮救護所の設置

区	救護所	仮救護所	救護病院
葵区	30	15	5
駿河区	15	5	2
清水区	16	11	4
計	52	31	11

- 医療資材の備蓄
各救護所及び救護病院に災害用医療機器や医薬品等を備蓄・調達を行う。

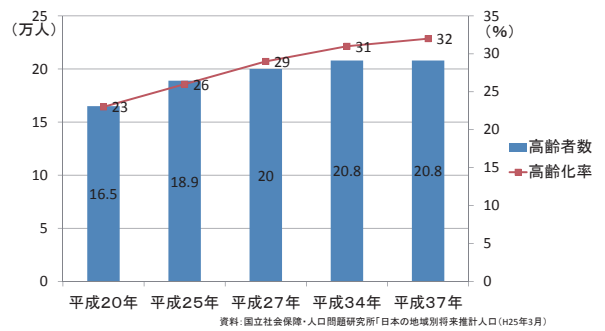
(2) 高齢化の進展

静岡市の人口構造の変化



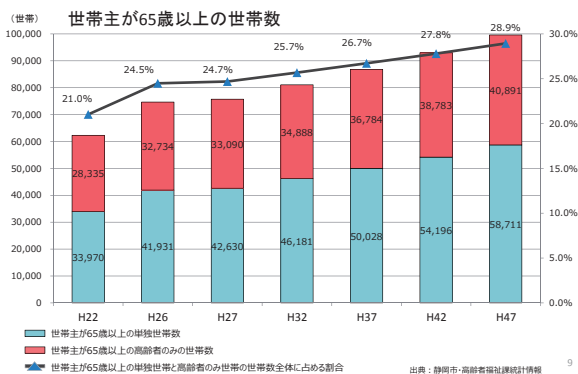
7

高齢者数及び高齢化率(静岡市)



8

一人暮らし高齢者の増加(静岡市)



9

2 医療計画

[目的]

医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、かつ適切な医療良質を効率的に提供する体制の確保を図る。

[内容]

- ・7疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・喘息・肝炎・精神疾患)及び5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)及び在宅医療の医療連携体制の構築を推進
- ・医療従事者の確保
- ・医療の安全の確保
- ・医療提供施設の整備の目標
- ・基準病床数の設定

10

2 医療計画

医療計画は、都道府県が策定する計画で、5年ごとに見直しを行っており、静岡県が策定する「静岡県保健医療計画」に静岡市も包括されています。

保健医療計画においては、特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携により、住民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域(エリア)として「2次保健医療圏」を定めています。

静岡市は1市1圏となっており、「静岡保健医療圏」といいます。

11

地域医療構想

○医療計画の一部として、地域の将来の医療の需要を推計して、あるべき将来の医療提供体制の姿を示すものが地域医療構想です。

・地域医療構想の内容は、「保健医療圏」ごとで

1 平成37年(2025年)の医療需要と病床の必要量を推計

- ・病床(入院ベッド)を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの機能ごとで必要量を推計する。
- ・2次医療圏単位で推計する。

→ 「静岡保健医療圏」 = 静岡市

2 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- (例) 医療機能の分化・連携の推進
- 医療従事者の確保・養成 等

12

病床機能報告における医療機能

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能（救命救急病棟、集中治療室などの機能）

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能

回復期機能

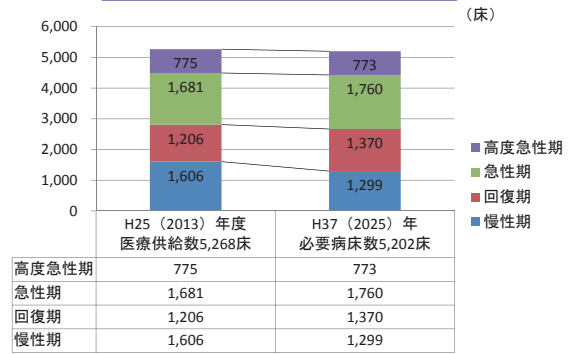
- 急性期を経過した患者への在宅医療に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障がい者（重度の意識障がい者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者を入院させる機能

13

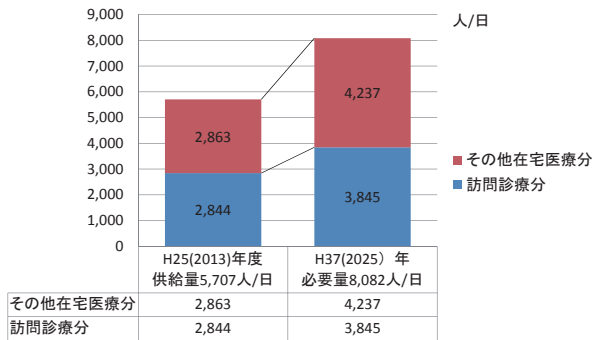
平成37年(2025年)の必要病床数



資料：静岡県医療審議会資料より

14

平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量



資料：静岡県地域医療審議会資料より

15

在宅医療施設

- 在宅療養支援病院 1病院
- 在宅療養支援診療所 101診療所(平成27年4月現在)
- 訪問看護ステーション 38か所(平成27年10月現在)
- 在宅療養支援歯科診療所 29診療所(平成28年2月現在)

16

3 本市の取組

在宅医療と介護への対応取組

- ①静岡市在宅医療・介護連携協議会
- ②静岡市独自の取組(S型デイサービス事業)
- ③地域主体の取組(清水在宅医療・介護・福祉連絡会)
- ④認知症に関する4者協定
- ⑤地域支え合いの取組
- ⑥イーツー(医2)ネット病院連携
- ⑦訪問看護推進事業

17

①静岡市在宅医療・介護連携協議会

目的

在宅医療・介護の連携の推進に関する事業計画の策定にあたり、必要な情報交換を行うとともに、計画に基づく取組を継続的に推進するための協議を行う。

構成メンバー

番号	所属
1	一般社団法人 静岡県医師会
2	一般社団法人 静岡市静岡医師会
3	一般社団法人 静岡市清水医師会
4	一般社団法人 静岡市静岡歯科医師会・介護
5	一般社団法人 静岡市清水歯科医師会
6	一般社団法人 静岡市薬剤師会
7	一般社団法人 清水薬剤師会
8	静岡市訪問看護ステーション連絡会
9	静岡ケアマネ協会
10	地域包括支援センター(静岡)
11	地域包括支援センター(駿河区)
12	地域包括支援センター(清水区)
13	静岡市公的病院協議会
14	静岡県立大学
15	静岡県医療ソーシャルワーカー協会
16	静岡県介護福祉士会
17	静岡市介護保険事業者連絡協議会
18	清水介護保険事業者連絡会
19	清水ケアマネジャー連絡会

18

①静岡市在宅医療・介護連携協議会

平成26年度実績

①在宅医療に関する実態調査

区分	病院	内科診療所	歯科診療所	薬局	訪問看護 ST	合計
発注件数	27	333	352	394	32	1,138
回収率	77.8%	78.7%	73.9%	83.5%	84.4%	79.7%

平成27年9月末日現在

②静岡市の医療・介護情報マップの作成

「日常生活圏別」医療機関・介護事業所等の情報掲載
例)〇圏域 医療・介護情報マップ



③静岡市医療・介護連携様式集の作成

- 主治医意見書
- 診療情報提供票
- FAX連絡票
- 医師との連絡ガイドライン等



④医療・介護関係者の研修

在宅医療に関する研修を行うことにより、相互の役割や連携について理解し、人材育成や資質の向上を図る。

研修名	内容	参加人数
1 病院職員研修会	退院支援と多職種連携 一 病院から在宅へ切れ目ない医療を目指して	154人
2 介護職員研修会	介護職対象に訪問看護ステーションとの連携や情報の伝達、記録の方法を学ぶ。	85人

⑤市民への普及啓発

在宅医療に関する知識を習得し、在宅医療の理解と介護予防等につなげる。

講座名	内容	参加人数
1 市民出前講座	「S型デザイナーズ事業」のメニューの中に、在宅医療出前講座を加えて実施している。	S4会場 60講座 1,302人
2 市民公開講座	演題:「自宅で大往生～ええ人生やっつたといわれるために」 講師:梅井農おおい町名田庄診療所長 中村 伸一 先生	150人

19

課題とその解決

- (1) 訪問診療等を行う**医師の負担を軽減**し、それに対応できる医師を増やすこと、また市民の皆さんが安心して自宅で療養できることのためには、**医療と介護の連携拠点の整備**や24時間対応する体制の構築が必要
- (2) 適切なサービスを提供するため、医療職と介護職が**お互いの仕事を理解**し合うことや、**自宅でも安心して医療が受けられる**という市民の皆さんの意識を高めることが必要
- (3) 在宅での療養生活を支えるためには、医師やケアマネジャー等の専門職に加え、民生委員や、自治会役員、新聞配達員など、日常生活に関わる**身近な人々と顔の見える関係づくり**が必要
- (4) **医療と介護の情報**を、迅速かつ効率的に共有するためには、パソコン等のIT機器を活用したシステムの構築が必要

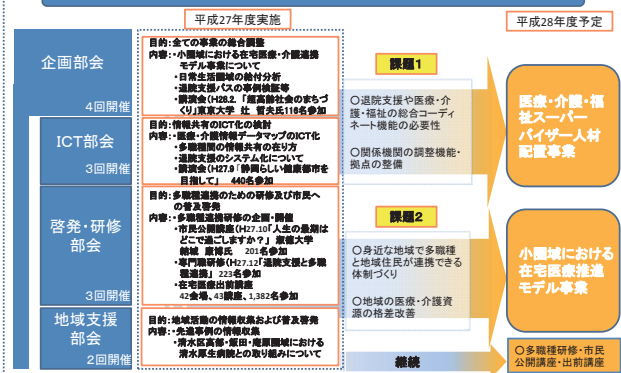
- 4つの部会
- (1)「**企画部会**」・・・病院と診療所の連携を始め、様々な専門職で構成する在宅医療チームなどによる「医療と介護のサービス提供体制」の検討
 - (2)「**啓発・研修部会**」・・・事例検討を中心とした研修や、在宅医療への理解を深めるための講座などの企画・実施
 - (3)「**地域支援部会**」・・・日常生活圏域内における高齢者を支える取り組み状況を把握・検証し、好事例を地域で紹介することなどにより、「地域ごとにつながる力を活かして支え合うしくみ」の検討
 - (4)「**ICT部会**」・・・マイナンバー制度を視野に入れながら、ネットワーク化についての検討

20

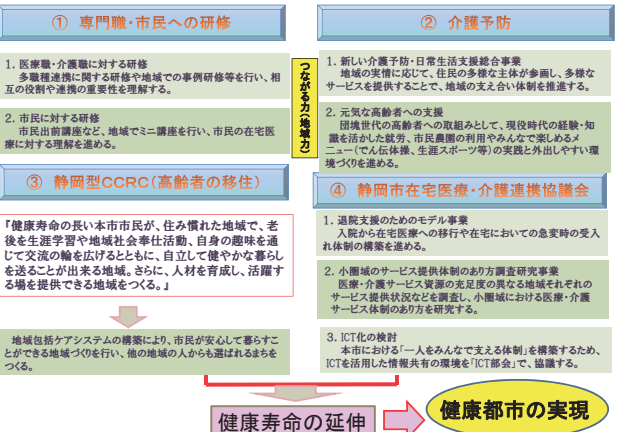
平成28年度在宅医療・介護連携推進事業

平成27年度第3回在宅医療・介護連携協議会

静岡市在宅医療・介護連携協議会



静岡らしい地域包括ケアシステムに向けて



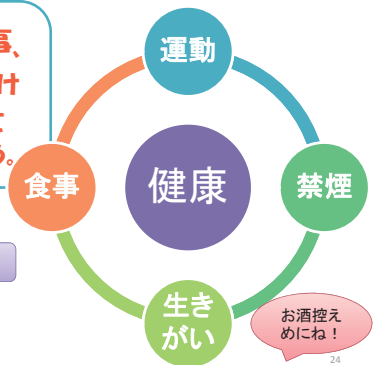
御清聴に感謝いたします。誠にありがとうございました。



23

目指せ健康長寿世界一

1に運動、2に食事、
しっかり禁煙に心がけ
「生きがい」を持って
毎日を過ごしましょう。



睡眠(休養)も忘れないでね。

75歳はまだ若者だ!

24

人口構造の変容と医療政策の課題

政策研究大学院大学教授 島崎 謙治 氏

1978年東京大学教養学部卒業、厚生省(当時)入省。千葉大学法経学部助教授、厚生労働省保険局保険課長、国立社会保障・人口問題研究所副所長、東京大学大学院法学政治学研究科客員教授等を経て、2007年から現職。博士(商学)。社会保障審議会専門委員。長野県立病院機構理事。主な著作として、『日本の医療一制度と政策』(東京大学出版会、2011年)、『医療政策を問いなおす—国民皆保険の将来』(筑摩書房〔ちくま新書〕、2015年)などがある。



政策は未来に向けた選択であるが、未来の条件は現在と同じではない。日本は未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える。日本の人口減少は加速し、2040年以降は毎年100万人以上減少する。総人口の減少以上に深刻なのは人口構成の変化である。高齢者数は2040年頃まで増加する一方、生産年齢人口や年少人口が激減する。超高齢化や人口減少は経済成長にマイナスの影響を及ぼす。生産年齢人口の減少に伴い、財政制約と並んで医療・介護の人的資源制約も大きな問題となる。そうしたなかで、医療・介護の「生産性」をいかに高めるかが重要な課題となる。

「2025年問題」といわれることがあるが、医療提供体制の改革は着手から完成するまで10年程度かかる。したがって、残された時間はほとんどない。また、2018年度は、次期医療計画の策定、医療費適正化計画、国民健康保険の改正(ポイントは都道府県が財政責任を担う)の施行、診療報酬と介護報酬の同時改定等の「結節点」となっており、この数年が正念場である。

医療の高度化の要請に対応するためには「医療密度」を高める必要があり、医療機能の分化・集約化は必須である。また、超高齢社会では「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」も必要になる。そのためには、狭義の医療だけでなく、保健・介護・福祉・就労、さらには「まちづくり」まで視野に入れた総合的な取り組みが必要となる。

「医療は医学の社会的適用である」という言葉があるが、適用すべき社会経済が一変すれば、医学や医療のあり方そのものの見直しが迫られる。医療関係者や行政関係者には是非そういう認識をもっていただきたい。また、制度は「お上」から与えられるものではなく、日々「創る」ものである。住民も他人任せではなく自らの問題として医療の問題に向き合うことが求められる。

人口構造の変容と医療政策の課題

政策研究大学院大学 島崎謙治

講演の目的と内容

【目的】

今日、医療(介護を含む)政策は大きく変貌している。その背景・動向の“絵解き”を行うとともに、今後の課題について演者の考えを述べること。

【内容】

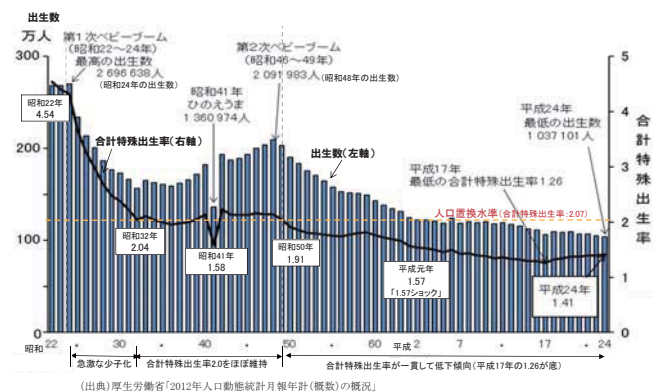
- I 人口構造変容の諸相とインパクト
- II 医療・介護給付費の増大と制約条件
- III 医療・介護政策の動向と課題

I.人口構造の変容の諸相とインパクト

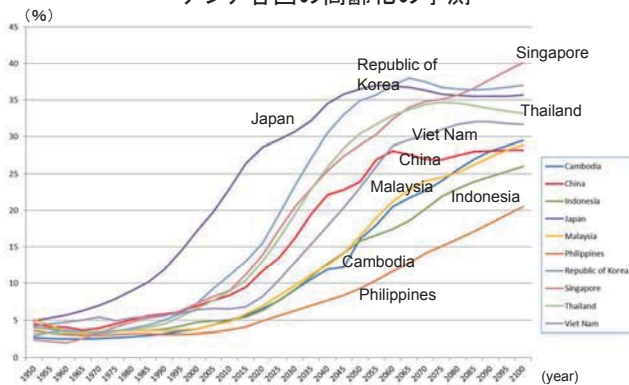
(要旨)

1. 1970年代半ば以降の少子化の影響により、人口ピラミッドの形は大きく変化。これは相当程度「所与」のものを受け止め、必要な「備え」をすることが必要。
2. 日本は既に人口減少社会に突入しているが、今後、減少のスピードは加速。2040年以降は毎年100万人減少すると見込まれる。
3. 総人口の減少以上に大きな問題は、人口の年齢構成の変化。生産年齢人口が急減する一方、高齢者は2040年頃まで増加する。特に、「団塊の世代」が2024年には75歳に達し、2034年には85歳に達する。このため、社会保障とリわけ医療・介護にとって、この頃まで「胸突き八丁」が続く。
4. 今後、東京など大都市およびその周辺の都市の高齢者が激増する。サービス付きの高齢者向け住宅の確保など、その対応は喫緊の課題。一方、農村部・過疎地では「限界集落」が町村単位で出現するなどの問題が発生。
5. 世帯構造も大きく変わる。身寄りのない単身世帯の増加は、家族の代替機能を地域の中で誰がどのように果たすのかという深刻な問題を引き起こす。

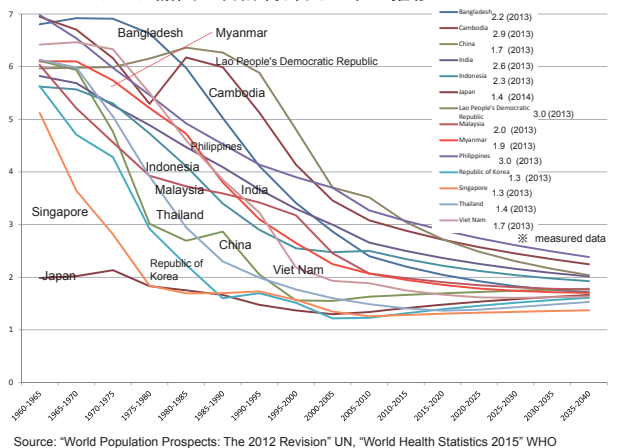
日本の出生数及び合計特殊出生率の推移



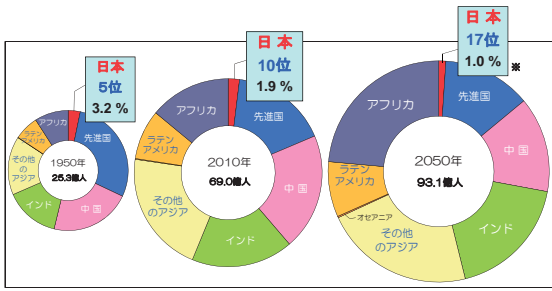
アジア各国の高齢化の予測



アジア諸国の合計特殊出生率の推移



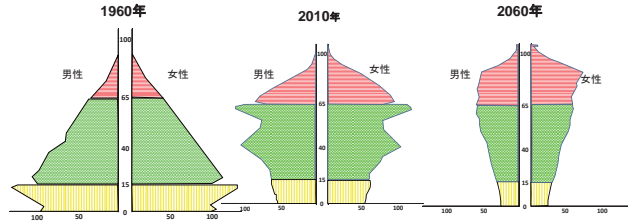
世界の中の日本人口(1950年・2010年・2050年)



※日本は社人推計、他国は国連推計による順位
(国連推計による日本の順位は付)

(出典) United Nations (2011), World Population Prospects: The 2010 Revision. 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計出生中位・死亡中位推計)」。なお、金子隆一尚研究所所長が作成したスライドを借用。

人口ピラミッドの変化 (1960, 2010, 2060年)



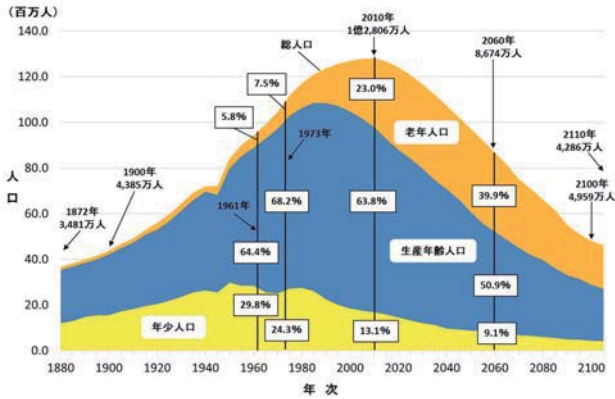
(留意すべき点)

- ① 「第一次ベビーブーム」(および「第二次ベビーブーム」)の影響が、「波のように」長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出生年齢人口が減少するからである。(参考)出生率中位の場合の仮定値は、2010年が1.39、2035年が1.34、2060年は1.35。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人、2010年は約4.4万人、2060年は約63.7万人と見込まれる。

(注)縦軸は年齢、横軸は人口(単位:万人)。

(出典)「国勢調査、推計人口」(1920~2010年)、および「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」の出生中位(死亡中位)推計(2011年以降)。

日本の人口の推移(年齢3区分) 1880-2110年



(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2012年1月推計)」

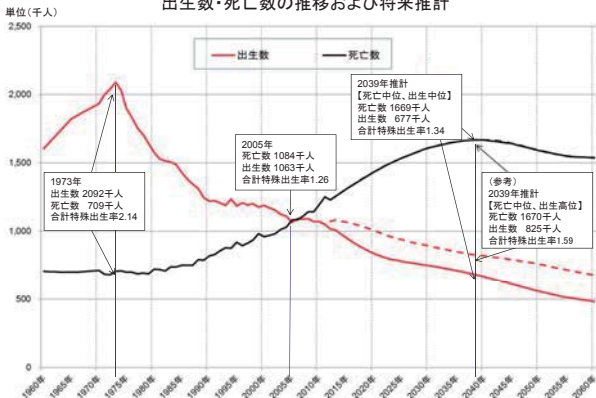
将来人口の基本指標

年	人口3区分					高齢化率(D/A)(%)	老年人口の生産年齢人口に対する割合(D/C)	(参考) 生産年齢人口を20~69歳、老年人口を70歳以上とした場合の、老年人口の生産年齢人口の割合
	総人口(A)(万人)	年少人口(B)(15歳未満)(万人)	生産年齢人口(C)(15~64歳)(万人)	老年人口(D)(65歳以上)(万人)	(参考)再掲(75歳以上)(万人)			
2010	12,806 (100)	1,684 (100)	8,173 (100)	2,948 (100)	1,419 (100)	23.0	2.8人で1人を支える	4.0人で1人を支える
2035	11,212 (88)	1,129 (67)	6,343 (78)	3,741 (127)	2,245 (158)	33.4	1.7人で1人を支える	2.3人で1人を支える
2060	8,674 (68)	791 (47)	4,418 (54)	3,464 (117)	2,336 (165)	39.9	1.3人で1人を支える	1.6人で1人を支える

(注)括弧内は2010年を100とした場合の割合。

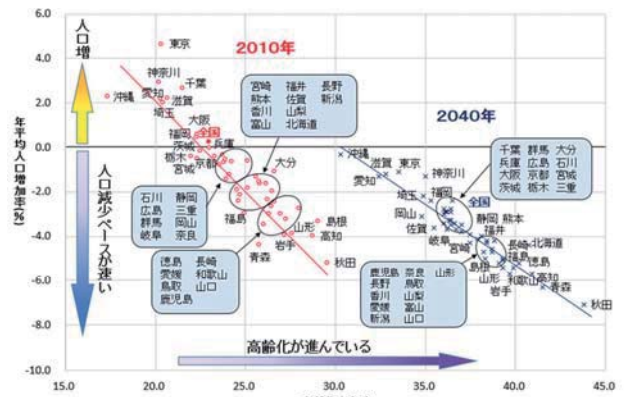
(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。

出生数・死亡数の推移および将来推計



(出典)2011年までは、厚生労働省統計情報部「人口動態統計」、2012年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)

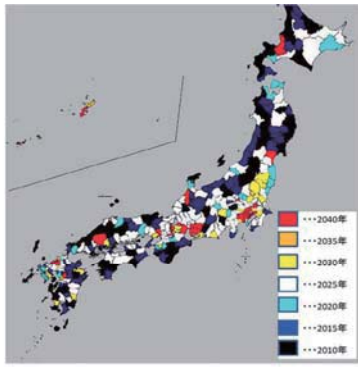
都道府県別高齢化率(2010年)×人口減少率(2010~40年)



(原典)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(出典)国立社会保障・人口問題研究所金子副所長のスライドを本人の承諾を得て借用。一部筆者加工。

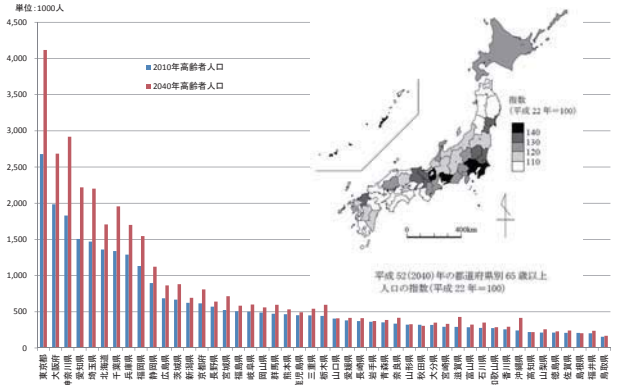
(参考)図: 高齢化のピーク・医療需要のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



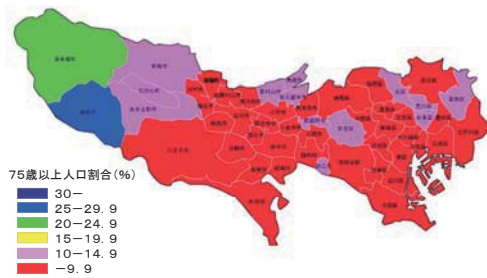
出典: 社会保障制度調査委員会資料 (平成25年4月29日 第9回 資料 3-3 国研調査福祉大学 高橋教授 提出資料)

都道府県別高齢者数(65歳以上人口)の増加状況



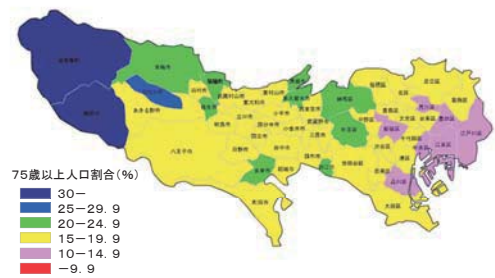
出典: 「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」 国立社会保障・人口問題研究所

図: 市区町村別75歳以上人口比率(東京都:2010年)



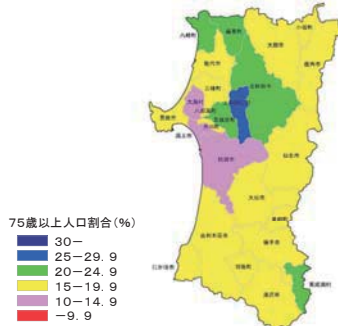
出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)」

図: 市区町村別75歳以上人口比率(東京都:2040年)



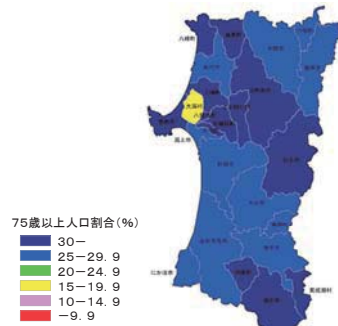
出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)」

図: 市区町村別75歳以上人口比率(秋田県:2010年)



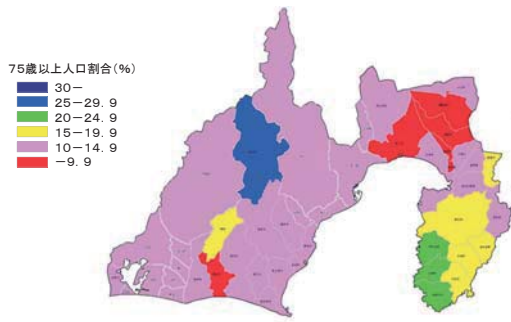
出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)」

図: 市区町村別75歳以上人口比率(秋田県:2040年)



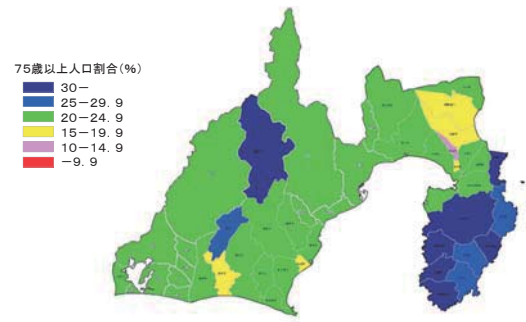
出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)」

図：市区町村別75歳以上人口比率（静岡県：2010年）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（静岡県：2040年）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

世帯構造も変わる：例：「1人暮らし世帯」

○ 「1人暮らし高齢世帯」数

2005年： 女281万人、男105万人 計：386万人
 2010年： 女352万人、男146万人 計：498万人
 2035年： 女501万人、男261万人 計：762万人

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2013年1月推計）」

○ 一口で「1人暮らし世帯」と言っても……

- ①子どもが近距離にいる、②子どもが離れて住んでいる、③子どもも親戚もない、のでは意味はまったく異なる。

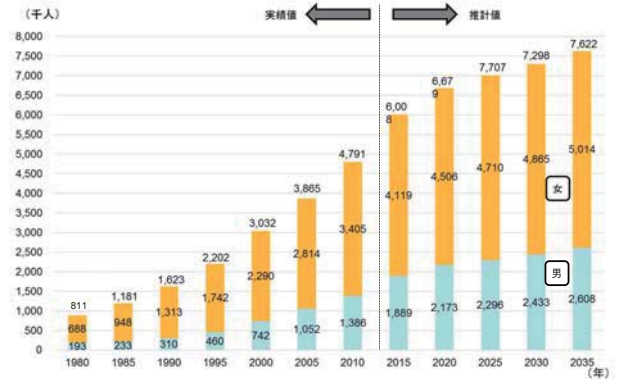
⇒ 少子化が進むことは、③が増えること。

○ 「団塊の世代」の後の男性の未婚率は非常に高い。

たとえば、生涯未婚率（50歳時の未婚率）は、
 1980年 男：2.60%、女：4.45%
 2010年 男：20.14%、女：10.61%

○ 家族の代替機能を誰がどう果たすのかという問題が深刻化。単に成年後見人をつければよいという問題ではない。

一人暮らし高齢者（単独世帯）の推移



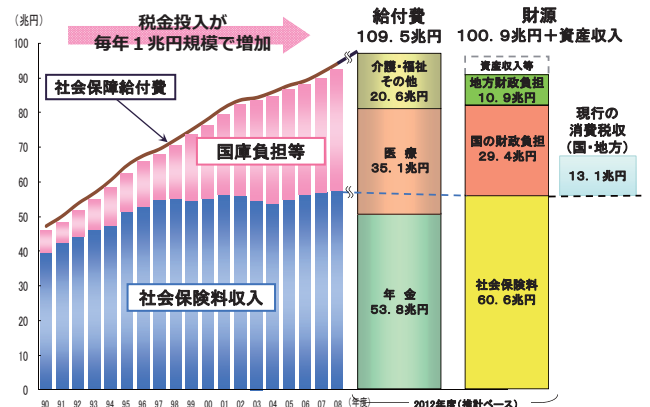
（出典）2010年までは、総務省統計局「国勢調査」
 2015年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2013年1月推計）」

Ⅱ. 医療・介護給付費の増大と制約要因

（要旨）

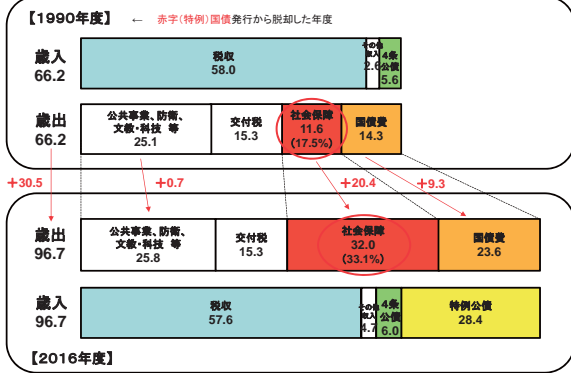
1. 高齢化の進展に加え医療技術（新薬開発等を含む）の進歩等により、医療・介護の給付費は増大。2012年度から2025年度の社会保障給付費の増加額の4分の3は医療・介護であり、社会保障の持続可能性の議論の焦点となる。
2. 医療・介護給付費の増大は、その額の大きさもさることながら、世代間の給付と負担のアンバランスを増大させ「世代間対立」を招きかねない。負担を先送りすることは、次世代の政策選択の幅を狭めるという意味でも不適当。
3. 医療・介護給付費の伸び率を経済成長に連動させる議論は適当ではないが、経済と無関係に医療・介護が存立するわけではないことも間違いない。
4. 超少子高齢化（特に生産年齢人口の激減）は経済の潜在成長率の減速要因。労働生産性の向上および労働参加率の上げは重要な課題。これは医療・介護も決して無縁ではない。
5. 医療・介護は成長産業であるが、成長「牽引」産業であるかどうかは別問題。また、医療・介護の雇用吸収力が強調されるが、中長期的には労働需給は逼迫する。財政制約と並んで人的資源制約も大きな問題となる。

社会保障給付費と財政の関係



社会保障関係費の増加と税収の減少

(単位:兆円)



(注)当初予算ベース。

(出典)財務省「平成28年度予算政府案(閣議決定(平成27年12月24日))」

我が国の財政健全化目標

- 2014~2015年度: 国の一般会計の基礎的財政収支について、少なくとも各年度4兆円程度改善(「中期財政計画」H25.8.8閣議了解)
- 2015年度(平成27年度): 国・地方を合わせた基礎的財政収支の赤字対GDP比を2010年度(▲6.6%)に比べて半減(▲3.3%)
- 2020年度(平成32年度): 国・地方を合わせた基礎的財政収支を黒字化
- 以降~: 債務残高対GDPの安定的な引下げ

26

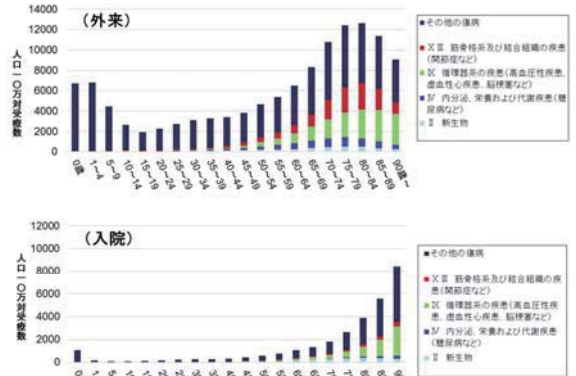
社会保障給付費及び負担額の将来推計

	2012年度		2025年度		2012年度から2025年度の伸び	
	金額	GDP比	金額	GDP比	金額	伸率
給付費	109.5兆円	22.8%	148.9兆円	24.4%	39.4兆円	1.36
年金	53.8	11.2	60.4	9.9	6.6	1.12
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22
負担額	101.2兆円	21.1%	146.2兆円	23.9%	45.0兆円	1.44
年金	45.5	9.5	57.7	9.5	12.2	1.27
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22

(注)四捨五入の関係で合計は必ずしも一致しない。

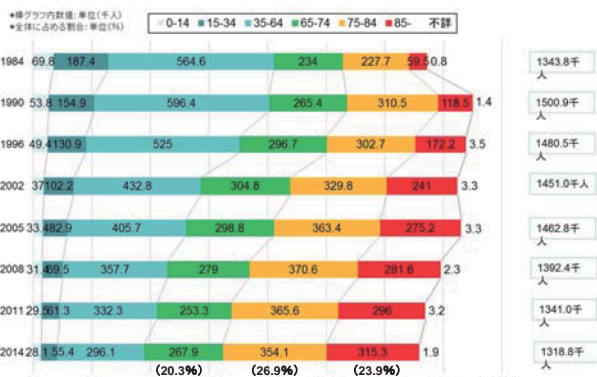
(出典)厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(2012年3月30日)。

年齢階級別受療数



(出典)厚生労働省統計情報部「患者調査(2014年)」

高齢化の影響(入院患者の高齢化)



注:2011年の数値は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

(出典)厚生労働省統計情報部「患者調査(2014年)」

国民医療費の将来推計(粗い試算)

年齢階級別の1人当たり医療費が変わらないと仮定しても、後期高齢者の増加等により国民医療費は9.5%増加する。

	2012年度		2025年度	
	人口	国民医療費	人口	国民医療費
0~64歳	9,672万人 (76%)	17.1兆円 (44%)	8,409万人 (70%)	15.1兆円 (35%)
65~74歳	1,560万人 (12%)	8.5兆円 (22%)	1,479万人 (12%)	8.2兆円 (19%)
75歳以上	1,519万人 (12%)	13.6兆円 (35%)	2,179万人 (18%)	19.7兆円 (46%)
計	12,752万人	39.2兆円	12,066万人	43.0兆円

(注)国民医療費とは、医療給付費のほか患者の自己負担を含む。概念的には総医療費に近い。
 (推計方法)2012年度の国民医療費の年齢階級別1人当たり医療費(基本的に5歳刻み)に、2025年の年齢別人口を乗じて算出した極めて粗い試算(機械的試算)である。
 (出典)厚生労働省統計情報部「2012年度国民医療費」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。

人口構造の変容と経済成長

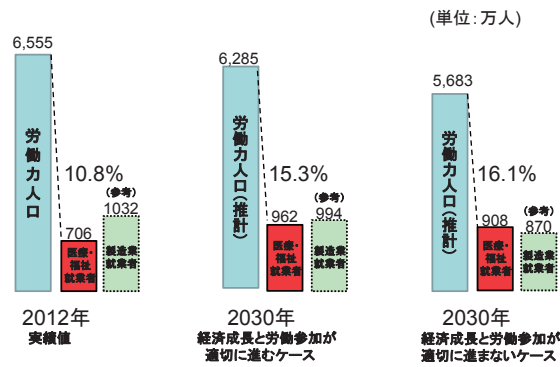
1. 経済成長の源泉は、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つ。高齢化は貯蓄率を低下させ①にマイナスの影響、生産年齢人口の減少は②にマイナスの影響、を及ぼす。
⇒ このため、2020年頃の日本の潜在成長率は1%程度と考えるのが一般的な見方。
2. 「就業者1人当たり生産性」、「就業率」の向上が重要。
※ $GDP / 総人口 = (GDP / 就業人口) \times (就業人口 / 総人口)$
なお、総人口の減少も、安定した国内市場の縮小等を通じ日本経済に影響を与える。何で食っていくかが問題。
3. 医療・介護は成長産業であるが、成長「牽引」産業であるかどうかは別問題。また、医療・介護の雇用吸収効果が強調されるが、中長期的には労働力の需給は逼迫する。
⇒ 「財政制約」に加え、「人的資源制約」が強まる。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額)
(平成24年度実績に基づく推計値)



(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担額は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担額をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
2. 自己負担額は、医療保険制度における自己負担である。
3. 年齢階級による100歳未満の世帯世帯別自己負担額は、自己負担額に示されている。
4. 1人当たり保険料は、健康保険(非営利法人(学費主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)、その年齢階級の加入者数で割ったものである。また、年齢階級別の保険料に健康増進税(健康増進税)、国民健康保険料(健康増進税)、国民健康保険料(健康増進税)を併せて示している。
5. 補数階級の欄では、数字が示されていないことがある。

図: 労働力人口に占める医療・福祉就業者の割合



(出典)「雇用政策研究会報告書」。2012年実績値は総務省「労働力調査」、2030年は(独)労働政策研究・研修機構推計。

Ⅲ. 医療・介護政策の動向と課題

(要旨)

1. 医療・介護政策の目標(評価基準)は、①質、②アクセス、③コスト(効率性)。
2. 医療・介護需要が増大する一方、財政制約・人的資源制約が強まる。このため、必要な機能強化と効率化の「両面作戦」が求められる。
3. 日本の医療スタッフ数は他の先進諸国に比べ少ない。医療の高度化に対応するためには「医療密度」を高める必要があるが、単に医師や看護師等を増員するだけでなく、医療機関の機能分化・集約化を図ることが必要。
4. 地域包括ケア・在宅医療の理念は、「住み慣れた居宅や地域で生活する」ことの保障。そのためには、保健・医療・介護・福祉・就労、さらには「まちづくり」まで視野に入れた総合的な取組みが必要。
5. 今回の医療法改正のベースとなった社会保障制度改革国民会議報告は、方向性は従来の路線を踏襲しているが、手法の面でこれまでとは異なる内容が数多く見られる。これに魂を入れるには、医療関係者はもとより、行政や国民を含め意識改革が必要。

医療・介護政策の目標と基本課題

1. 医療・介護政策の目標と政策選択

- 政策とは、不具合を起して現状を、一定の方向を目指し改めるための方法・手段の総体である。⇒ 政策は、現状の問題点の分析、目標(理念)の設定、方法論の吟味、の3つからなる。
- 医療・介護政策の目標(評価基準)は次の3つ。
①質(quality)の向上、②アクセス(access)の確保、③できるだけ低廉なコスト(cost)。
- この3つの同時達成は至難であり、選択が求められる。
“Cost, access, quality. Pick any two. (3つのうち2つを選択せよ)”
- これは、人気投票のような「自由な選択」ではない。制約条件や日本の医療・介護制度の特性等を踏まえたうえでのギリギリの選択である。
- なお、デリバリーで難しいのは、方法論の吟味である。ある地域の最適解が他の地域でも通用するとは限らない。また、政策手法を間違えると、政策意図とは異なる結果が生じることがある。

今後の社会保障の給付と負担の水準についての考え方の組み合わせ

総数	負担の水準 (単位: %)							
	大幅な負担増もやむを得ない	ある程度の負担増はやむを得ない	現状程度の負担とすべき	ある程度の負担は減らすべき	大幅に負担を減らすべき	その他		
総数	100.0	0.8	20.7	43.8	21.8	8.4	3.5	3.3
給付の水準								
社会保険の給付水準は大幅に引き上げるべき	6.0	0.5	1.0	0.9	1.4	2.2	0.1	0.0
社会保険の給付水準はある程度引き上げるべき	29.4	0.2	9.9	10.4	7.4	0.9	0.3	0.2
社会保険の給付水準は維持すべき	48.2	0.0	8.3	30.0	8.0	1.1	0.5	0.4
社会保険の給付水準はある程度引き下げるべき	7.7	0.0	1.1	1.7	4.1	0.6	0.1	0.0
社会保険の給付水準は大幅に引き下げるべき	1.9	0.1	0.0	0.1	0.4	1.3	0.0	0.0
その他	3.7	0.0	0.2	0.4	0.3	0.2	2.5	0.1
不詳	3.0	-	0.1	0.1	0.2	0.1	-	2.5

出典)厚生労働省政策統括官付政策評価官室「平成25年社会保障制度改革に関する意識等調査報告書」

医療・介護政策の目標と基本課題(続き)

2. 基本的な政策課題

(1) 質の向上

- 医療の高度化に対応できる急性期医療の機能強化が求められる。
⇒ 医療機関の機能分化・集約化が必要。
- 「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」の重要性が増す。
⇒ 保健・介護・福祉・就労・住宅・まちづくりとの連携の視点が必要。
※ 地域包括ケアも在宅医療もその本質は同じ。

(2) アクセスの確保

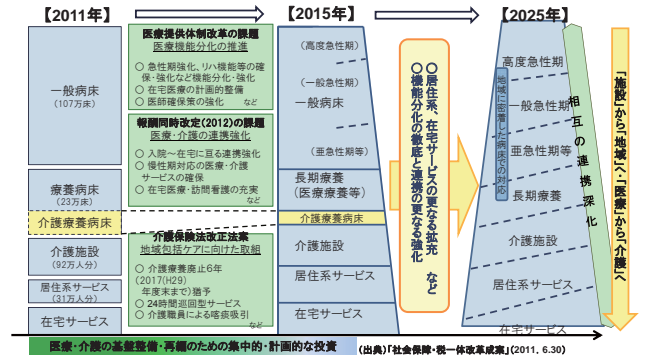
- フリーアクセスの考え方を、大病院でも自由に受診できるということではなく、「連携した医療(介護を含む)のシステムにアクセスできる」(田中滋教授)と捉え直す視点が必要。
- 医療・介護資源の分布・人口・地勢など地域特性を踏まえた政策展開が重要。

(3) コスト

- 負担の先送りは、傷を深めるだけでなく深刻な世代間対立を招く。安定財源の確保として、今回の消費税率の引上げはその「一里塚」。
- 機能分化と連携の強化を通じた医療システムの統合性向上、「生産性」の向上等により効率化を進めることも必要である。

医療・介護機能の再編の方向性(イメージ)

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
○ 医療ニーズの状態機により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを拡充。

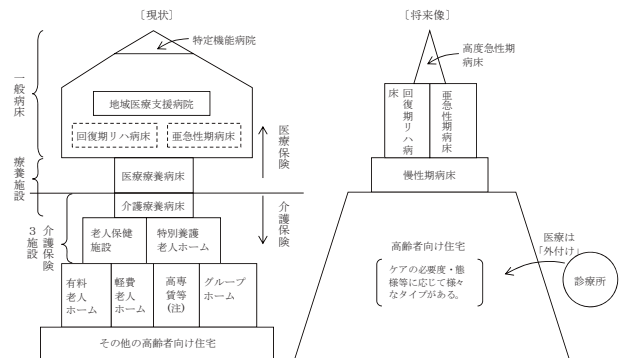


医療供給体制の国際比較(2010年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	人口千人当たり医師数	100床当たり医師数	人口千人当たり看護職数	100床当たり看護職数
日本	32.5	13.6	2.2	16.4	10.1	74.3
ドイツ	9.6	8.3	3.7	45.2	11.3	136.7
フランス	12.7	6.4	3.3#	50.9#	8.5#	131.5#
英国	7.7	3.0	2.7	91.8	9.6b	324.7
米国	6.2	3.1b	2.4	79.7	11.0#	358.5#

出典: OECD Health Data 2012
注1 「#」は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。「b」は推計値である。
注2 病床百床当たり医師数(医師数)は、病床数に医師数を乗じて百分を乗じた数値である。
注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。
日本: 全病院の病床、ドイツ: 急性期病床、精神科病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースングホームの病床を除く)。
フランス: 急性期病床、長期病床、精神科病床、その他の病床。イギリス: NHSの全病床(長期病床を除く)。アメリカ: AHA (American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

病院・施設等の将来像のイメージ



「地域包括ケア」の概念

1. 私なりの定義

1人ひとりの人間が「地域」においてける尊厳をもって暮らせるように、その状態に応じ必要となるサービスを「継続的」かつ「包括的」に行うケア(医療等を含む)の総体あるいはそれを提供する仕組み。

※ キーワードは、「地域」、「継続性」、「包括性」。

2. Bent Rold Andersen(元デンマーク福祉大臣)の指摘

「各種のサービスにこまやかな配慮を加え、個人のニーズに合わせてサービス総体で包み込んでゆく『包括性』。病院入院から家庭への復帰まで、またその後に緊急事態が発生した場合も想定して、各種サービスが必要時にタイミングよく集中して提供され、一貫したスムーズな流れとなるように関連職種を連携させる『継続性』。この両者を重視することがきわめて大切だ。」

(出典) 岡本祐三(1993)『医療と福祉の新時代』、253頁

3. 地域包括ケアと在宅医療の関係

「生活を支える」という意味では、地域包括ケアも在宅医療も同じ。いわば、同じ山をどちらの側から見るかの違いでしかない。

「地域包括ケアシステム」の概念図—植木鉢の図—



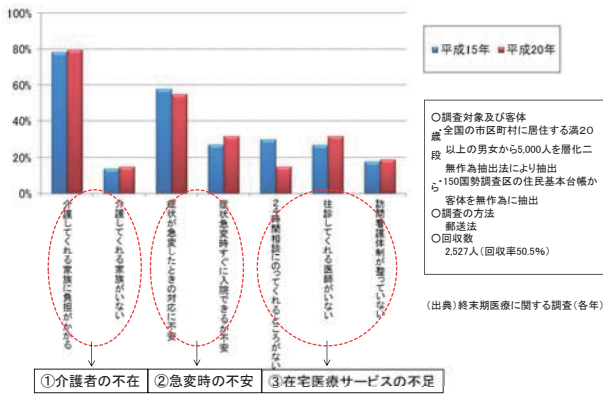
(説明)

「すまいとすまい方」は生活の基盤を成す「植木鉢」であり、「本人・家族の選択と心構え」によって支えられている。

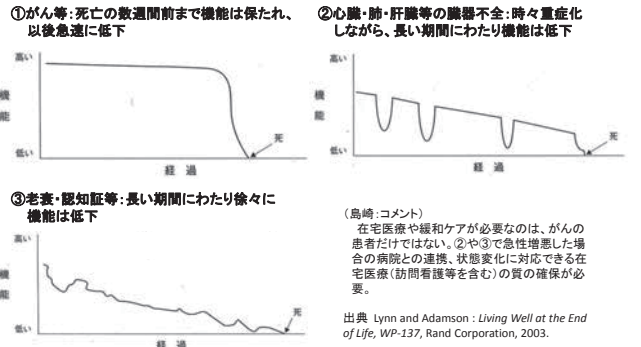
「生活支援・福祉サービス」は養分を含んだ「土」であり、専門的なサービスである、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」は、その土壌から芽生える「葉」に譬えられる。

在宅療養推進に当たっての課題

■在宅療養移行や継続の阻害要因

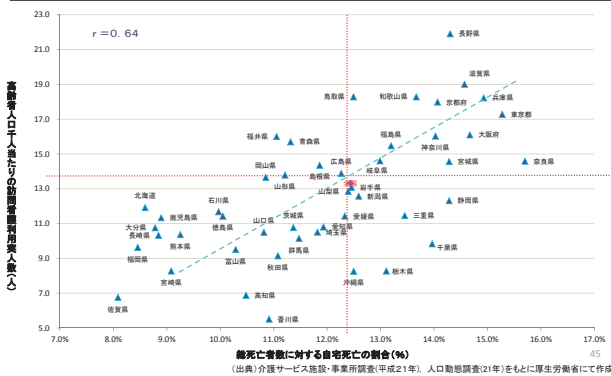


疾患別の死に至るパターンの相違



訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者は約4倍の差がある。(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



医療・介護の再編を進めるためには何が必要か？

- 「医療機関の機能分化など医療・介護の再編」は約30年前から言われてきた課題。この約10年をみれば、急性期病院らしい病院、密度の高いリハビリを実施している病院、質の高い慢性期病院なども登場してきている。また、介護保険法の制定もあって、居宅サービスや住居施設設備の整備が進んできた。しかし、①医療の質の高度化や高齢化のスピードに追いつけていない、②地域ごとの課題の相違や対応のバラツキが大きい、のは事実。
- 医療・介護の再編を進めるには次のような取り組みが必要。
 - 地域の医療・介護の現状および将来像に関する認識の共有化
例:病院の機能分化の現状、地域の医療需要予測と「共倒れ」のリスクの把握。
 - 診療報酬・介護報酬「一本槍」の政策手法からの脱却
例:日本は民間セクター中心の供給体制であるため診療報酬等による経済的誘導手法に依拠。しかし、今後は計画手法等とのポリシー・ミックスが必要。
 - 総合企画・調整能力を有する自治体職員の育成
医療・介護は地域特性を踏まえることが重要。高度な総合企画能力及び関係部局・医療関係者との調整能力を有する職員の養成は重要。

「切れ目のない連携」はなぜ十分進まないのか？

- 「インターフェース・ロス」の発生による、情報やサービスの脱漏
 - 職能・教育・思考方法等の違いが存在。例えば、得そうのある患者を、医師、看護師、保健師、ケアマネジャー、介護福祉士、生活保護のケースワーカーが別々に訪問した場合、「観察」するポイントは異なる。また、「継続性」とは単なる現状の維持ではなく、状態変化のリスク管理が求められるが、福祉職では教育の中で徹底されていない。
 - 「包括性」とは、部分の寄せ集めではなく、全人的統合性が要求されるが、学問の世界では、総合性は評価されない。
- 連携は調整コストがかかる。機能が重複すると連携は成り立たない。連携はWin-Winの関係でなければ成り立たない。地域の実情に応じ、「連携」(cooperation)ではなく、「統合」(integration)が試みられている理由でもある。
- 行政の「縦割り」からの脱却ができていない。
「生活を支える」という視点に立てば、医療・介護政策の「視界(守備範囲)」は一挙に広がる。医療は都道府県といっても、在宅医療では介護・福祉を担う市町村との連携は不可欠。一方、医療なくして地域包括ケアは成り立たない。しかし、都道府県と市町村の連携は概して悪い。地域の特性を踏まえ「まづぐり」まで視野に入れた政策展開は不十分。

医療・介護サービス提供体制の一体的な確保について

- 医療・介護サービスについては、2025年(平成37年)に向け、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保**を行い、医療・介護の総合的な確保を図るため、以下の見直しを行う。

① 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、**一体的・強い整合性を持った形で策定**

- ①-1 医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定
- ①-2 医療計画の策定サイクル(現在5年)の見直し
→平成30年度以降、介護と揃うよう6年に、在宅医療など介護と関係する部分は、中間年(3年)で必要な見直し。
- ①-3 医療計画での在宅医療、介護との連携に関する記載の充実
→医療計画に在宅医療の目標等を記載。市町村の介護保険事業計画に記載された在宅医療・介護の連携の推進に係る目標を達成できるよう、医療計画・地域医療ビジョンにおいても、在宅医療の必要量の推計や、目標達成のための施策等の推進体制について記載。

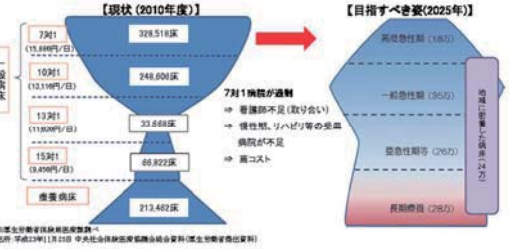
② 病床の機能分化・連携、医療従事者の確保・養成、在宅医療・介護の推進のため、**消費増徴分を活用した新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を法定化する**。

*地域介護・福祉空間整備交付金の根拠法である「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(「地域介護施設整備促進法」)を発展的に改組

医療提供体制改革(現状の病床における課題点)

資料Ⅲ-3-6

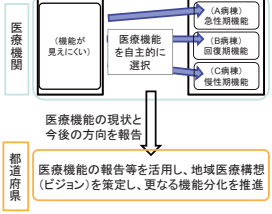
- 現状では、急性期を全盛に高い報酬(15,000円/日)となっている「対1入院基本料」(患者7人に対して看護士1人を配置)を算定する病室が最も多い。
- これは、2025年に目指すべき姿とは著しく異なっており、看護士不足や受入病棟の不足、高コストの要因ともなっており、是正が必要。
- ⇒医療提供体制改革するには、①地域ごとに、②どのような病棟を提供するかの数のコントロールが不可欠。



地域医療構想(ビジョン)の策定

○病床機能報告制度(平成26年度～)
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。
→10月1日～11月14日までに今年度分の報告を受け付け。現在、集計作業中。

○地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)
都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、更なる機能分化を推進。国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度中)。

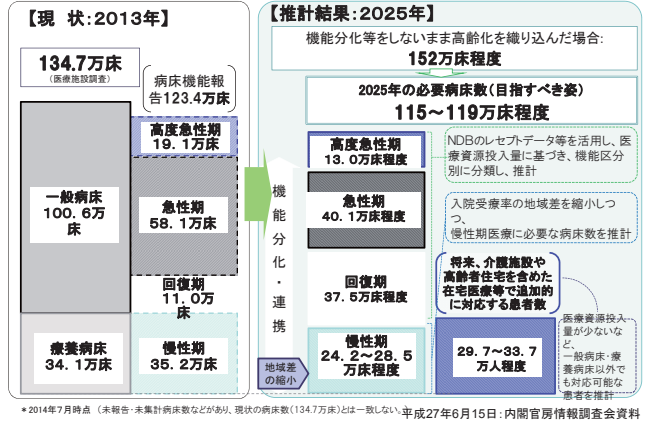


- 地域医療構想(ビジョン)の内容
- (1) あるべき将来の医療提供体制の姿
 - (2) 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量・構想区域ごとに推計
 - (3) あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等

地域医療構想に関する演者の評価・課題

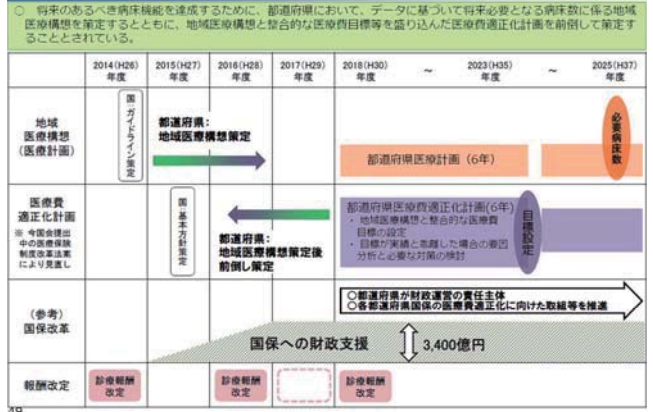
1. 地域医療構想の策定やデータに基づく解析は重要
(理由)医療を取り巻く環境は激変。地域医療の将来像について、客観的なデータに基づき関係者が共通認識を持つことは大切。
2. ただし、地域医療構想の実効性など課題は山積
 - ① 医療機能の相対性
4つの病床機能は相対的。病床と病棟は1対1で対応しない。
 - ② 構想区域(原則二次医療圏)の現実妥当性
生活圏や患者の流れと一致しない二次医療圏は少なくない。
 - ③ 地域医療構想の射程
本来は「地域総合生活構想」。地域包括ケアとの接合は必須。
 - ④ 自治体の体制整備と人材育成
地域医療構想は総合計画に匹敵。医療人材の養成は急務。
3. 地域医療構想と連動する「経営戦略の見直し圧力」は増大
地域医療構想の動きを軽視すべきではない。①これと連動した診療報酬改定、②金融機関の審査、③公立病院改革、が効く。

2025年のあるべき病床数の推計結果について



*2014年7月時点(未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。平成27年6月15日:内閣官房情報調査会資料

医療提供体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール



(出典)財政制度等審議会財政制度分科会(2015年4月27日開催)

国民健康保険の改革による制度の安定化(運営の在り方の見直し)

- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心役割を担い、制度を安定化
 - ・給付に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
 - ・保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示(標準的な住民負担の見える化)
 - ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進
- 市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う



結論

1. 日本の人口構造は大きく変容する。これは、医療(介護を含む)に直接あるいは(経済等のバイパスを通じ)間接的に甚大な影響を及ぼす。財政制約・人的資源制約は非常に厳しい。
2. 医療・介護の提供体制の改革は完成するまで10年程度の時間がかかる。「団塊の世代」が後期高齢者の仲間入りするのは2025年。逆算すると時間的余裕はまったくない。
3. 2020年の基礎的財政収支の黒字化に向け、国は医療・介護費の伸びの抑制や負担の「公平」に躍起。医療・介護制度改革は一過性の問題ではなく半永久的に続く。
4. わが国は、診療報酬や介護報酬によって医療・介護の提供体制の改革を行ってきた。これらは今後とも最も重要な政策手法であるが、計画的手法や医学教育の見直しを含めた政策の組合せが必要。ただし、人材育成や意識改革など克服すべき課題は山積している。

お断りなど

1. お断り

本日の講演の資料(スライド)には、国の公表資料のほか、演者のオリジナルなスライド、他の研究者から了解を得て借りたスライド等が含まれていますので、無断使用はお控えください。

2. 参考文献

本日のプレゼンテーションでは、時間の制約上、十分お伝えできなかったことが少なくありません。補完する意味で、②のちくま新書を読むことをお勧めします。なお、①はより体系的に勉強したい人向けの著作です。

- ①島崎謙治(2011)『日本の医療－制度と政策』(東京大学出版会)
- ②島崎謙治(2015)『医療政策を問いなおす』(ちくま新書・筑摩書房)

3. 政策研究大学院大学の医療政策コース等のPR

政策研究大学院大学では、自治体職員等を対象とする「医療政策コース」(1年間の修士課程コース)等を設けています。一度政策研究大学院大学のHPをご覧ください。

INFORMATION

今後の
開催予定

第6回 静岡市民「からだ」の学校

2016年10月22日(土) 14:00～16:30
グランシップ11階会議ホール「風」



地方独立行政法人

静岡市立静岡病院

SHIZUOKA CITY SHIZUOKA HOSPITAL

〒420-8630 静岡市葵区追手町 10 番 93 号
TEL 054-253-3125 / FAX 054-252-0010
URL <http://www.shizuokahospital.jp/>

