

4 高齢者専用賃貸住宅の普及

① ケア付き住宅を10年で倍増

自宅や居住環境の整った施設での療養を望む高齢者は多い。内閣府の調査では「体が弱っても、住み慣れたところで生活したい」という人が6割に上る。

しかし、一人暮らし、「老老介護」などの事情で自宅で介護ができません、長期入院を余儀なくされる場合も多い。医療的処置の必要性がほとんどないのに、病院に入院したままになる「社会的入院」は全国で30万人を超すとの推計もある。政府は、社会的入院を減らすため、2012年度までに、高齢者が長期療養する療養病床を大幅に削減する方針だ。だが、実際には、療養病床に代わる受け皿が不足しており、必要な介護が受けられない「介護難民」が大量に出る恐れがある。

社会的入院を解消するには、安心して療養できる居住環境が必要になる。特別養護老人ホームなどの介護施設や、食事サービスや必要な場合に介護を受けることの出るケア付きの高齢者住宅を整備することが望ましい。

介護施設は、寝たきりなど要介護度が高い高齢者のため、看護・介護職員を重点配備した施設で、住み続けることができる特養や、在宅への復帰施設の老人保健施設がある。これに対し、**ケア付き住宅**は、要介護度が高い人だけでなく、足腰が少し弱った人も手助けがあれば自立した生活ができる住宅を指す。民間の介護付き有料老人ホームや、認知症高齢者のためのグループホームなどのほか、介護の

付いた高齢者専用賃貸住宅などだ。現在、これらの住宅は全国で約50万人分ある。

これらケア付き住宅と、介護施設(85万人分)を合わせた定員数は、65歳以上の人口に対し、デンマークでは10・7%、スウェーデンでも6・5%を占めるのに対し、日本は約5%と少ない。特に少ないのはケア付き住宅で、本来は在宅で暮らすことのできる高齢者も、介護施設に入らざるを得ない。特養などへの入所待機者は30万人を超す。こうした状況を解消し、介護難民を出さないためには、ケア付き住宅を2020年までに、少なくとも倍増させて100万人分以上、確保する必要がある。

ただ、これだけの住宅を新築するのは難しい。都市再生機構の集合住宅(77万戸)や、都道府県や市町村の公営住宅(219万戸)など既存の建物をバリアフリー化することが有効だ。



福祉施設 隣接で安心

オランダ

オランダ・アムステルダムにある集合住宅。部屋数は250戸余り。一見するとどこにでもあるマンションだが、暮らしているのは、高齢者がかりだ。

健康に不安がある高齢者でも安心して生活できるよう、福祉施設が隣接している。施設には、医師や看護師、介護スタッフがいて、マンションの住民に何かあった場合は、すぐに駆けつけてくれる。

このマンションは、福祉施設の医療・介護サービスに支えられていることから、「寄りかかり住宅」と呼ばれ、オランダの高齢者向け住宅政策の柱の一つになっている。街のあちこちに、こうした住宅が見られる。

「65歳以上」が入居の条件。住民は基本的に自立した生活を送っているが、必要な時には福祉施設の食堂を利用でき、余暇活動に参加することもできる。

間取りは、台所、居間、寝室などがあって十分な広さがある。高齢者が暮らしやすいよう、部屋に段差はない。また、車いすなどが通りやすいよう、ドアは広く設計されている。

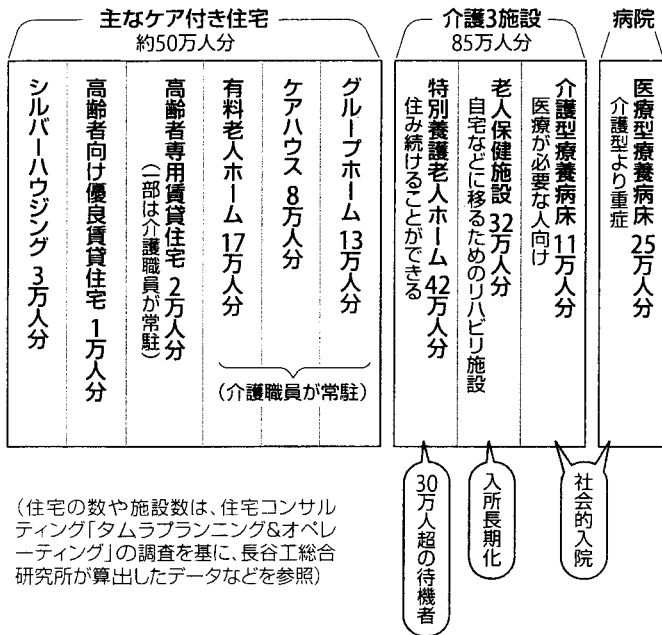
約2年前からこのマンションに住んでいるというアナ・マリア・ビルムスさん(78)は、80歳を前に「何かあったら」と、入居を決めた。「医師がすぐに駆けつけてくれるし、食事などのサービスや介護・医療スタッフが充実しているので安心」と話している。

この福祉施設の場合、認知症の人が暮らしやすいよう、食事やリハビリなどのサービスを受けられる。施設に隣接するこのマンションは、65



高齢者が暮らしやすいよう、段差をなくするなど工夫された「寄りかかり住宅」(アムステルダム市)

現状



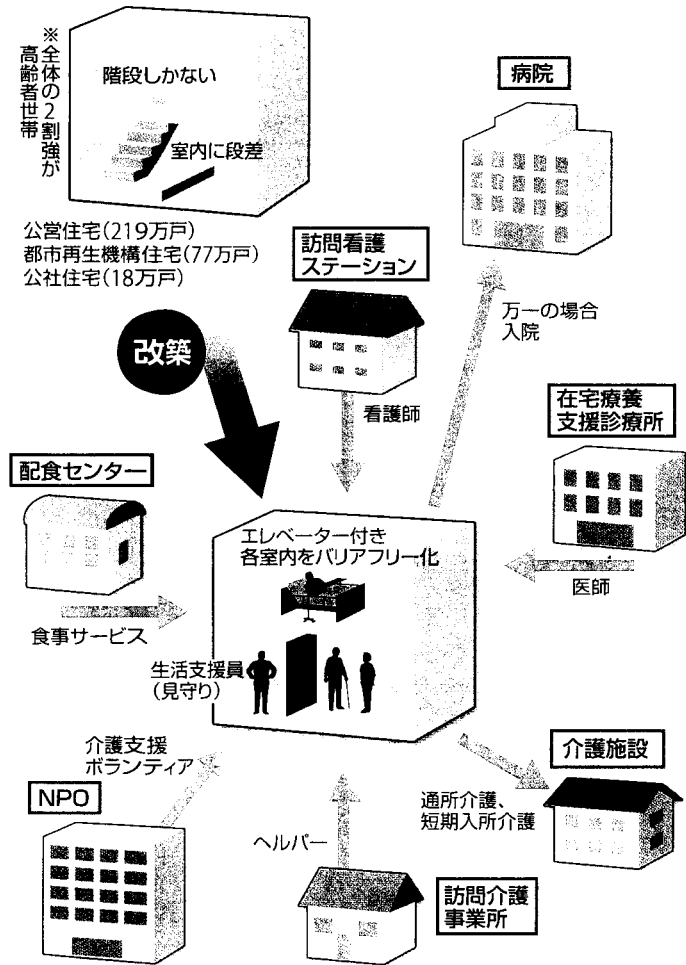
まず、エレベーターを付けるなど建物の改築、建て替えをする。さらに、訪問介護を行う介護事業所、訪問看護ステーションなどを誘致するとともに、安否の確認、介護・医療の相談などに応じる生活支援員を配置し、実質的にケア付きの集合住宅とする。こうした費用は国が支援する。事業所にとっても、効率よくサービスを提供でき、メリットが大きい。

有料老人ホームを新設する際、介護保険財政の悪化を恐れ、建設を抑制する自治体も多い。自治体は、地域ごとの必要性に応じて建設を認めるべきだ。

特養ホームの個室化で居住環境を良くすることも求められる。都市部では大規模な特養の建設は難しく、郊外に建てられることが多い。高齢者が住み慣れた町の近くで生活できるよう、地域に密着した「小規模特養」の増設も重要だ。

ケア付き住宅などの整備には、都道府県が必要な住宅数などの計画を立て、司令塔となるべきだ。

公営住宅などを活用したケア付き住宅



ケア付き住宅

明確な定義はないが、介護の担当職員が常駐していたり、食事や見守りのサービスを受けたりすることができる高齢者専用住宅を指す。北欧では1980年代以降、介護施設も、居住性を重視したケア付き住宅として整備している。

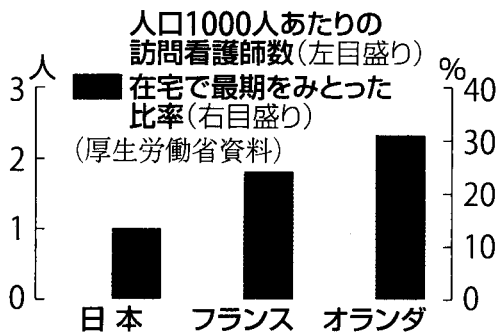
② 往診、訪問看護で在宅療養を支援

在宅ケアや介護施設などでの療養生活を支える訪問診療や訪問看護などの医療サービスも不足している。

寝たきりなど的高齢者の介護には、24時間、365日の支援が必要だが、体制が整っていない地域が目立つ。このため、病院での治療を終えた後も、治療面での不安から、退院して在宅に戻るのをためらう患者・家族が多い。

政府は、2006年度に、24時間体制で往診などを行う診療所を「在宅療養支援診療所」とする制度を始めた。だが、届け出は全国で約1万件あるものの、夜間も往

訪問看護師と在宅でのみとり



診している診療所は3割程度とされる。夜間や休日の往診に消極的な開業医が多いためだ。

開業医一人では、24時間体制の往診は難しい。開業医が、互いに協力したり、患者宅を看護師が訪れる訪問看護ステーションと連携したりして、在宅医療の体制を強化する必要がある。

人口当たりの訪問看護の利用者が多い都道府県ほど、自宅で最期をみとられる高齢者の割合が高い、というデータがあり、訪問看護の役割は大きい。ところが、訪問看護を受けている高齢者は、在宅介護サービスを受けている70万人のうち、1割程度しかない



自宅療養する女性を訪問看護する看護師(右)(東京・墨田区で)

のが現状だ。

全国に約5500か所あるステーションの平均職員数は4人で、規模が小さい。小規模ステーションほど経営効率は悪く、全体の3割は赤字だ。病院の看護師に比べ、責任が重い割には給与が低いため、訪問看護師の確保も難しい。

人材確保のため、看護師資格を持ちながら業務に就いていない55万人の潜在看護師を活用するべきだ。そのためには、訪問看護の報酬をアップする

など、待遇を改善する必要がある。

欧米では、医療・介護に精通した訪問看護師が、在宅療養で中心的な役割を果たしている。日本でも、訪問看護師に、患者が普段使っている薬の処方など幅広い権限を与えるべきだ。

自宅に限らず、特別養護老人ホームやグループホーム、ケア付き住宅などと、訪問看護ステーションの連携を強化すれば、高齢者は住み慣れた場所で最期まで暮らすことができる。病院や診療所、介護事業所などがチームを組み、在宅患者を支える取り組みが欠かせない。



訪問介護・看護
24時間体制で

デンマーク

デンマークでは、高齢者らに訪問介護・看護が24時間体制で行われている。各市がホームヘルパーと看護師の混成チームを複数作り、要介護者宅を、定期的に巡回訪問する。利用者からの連絡を受けるコールセンターも24時間稼働し、緊急の訪問にも応じる。

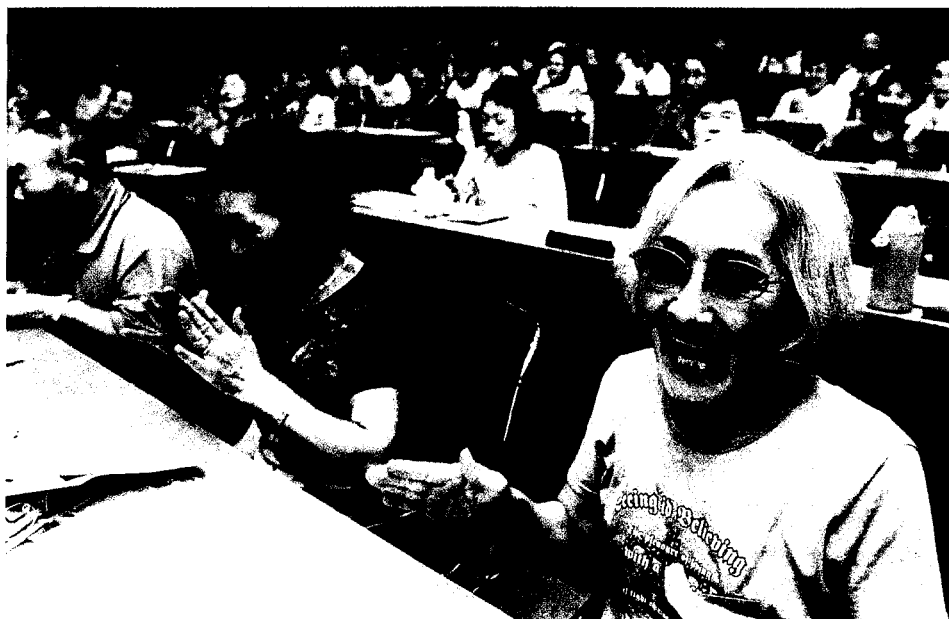
コペンハーゲン市で一人暮らしをしているグレーテ・ニールセンさん(85)宅には、ヘルパーが1日に3回、看護師が週3回訪問。ヘルパーは起床や入浴などの介護を行い、看護師は、転倒した際にできた足のすねの傷を手当てしたりする。

ニールセンさんは足が不自由で、緊急コールボタンを首からペンダントのように下げる。「転倒して起きあがれない時や、トイレに行きたい時に押しませう。すぐにスタッフが来てくれるので、とても安心」と話す。

在宅ケアに携わる看護師のレイン・ホレンナーさん(60)は「介護と看護が緊密に連携して高齢者を見ることで、24時間安心して暮らせる体制が整う」と指摘している。



訪問看護師から足の手当てを受けるニールセンさん(コペンハーゲン市内の自宅で)



各地で盛んに開かれている認知症予防の「脳トレーニング」(9月19日、東京・江戸川区で)

③急増する認知症に 国を挙げて取り組み

現在、約170万人いる認知症高齢者は、2015年には250万人、25年には320万人に増える。と予測される。認知症の患者、家族の生活をいかに支えるかは、超高齢社会の最重要課題とも言える。

認知症が深刻なのは、記憶や認知能力に関する障害から、徘徊や暴言などの症状が起きやすいためだ。本人はもちろん、家族も振り回される。介護に疲れ切った家族が、虐待や心中に走る例も珍しくない。

認知症といっても、アルツハイマー型、脳血管性などのタイプや、進行の度合いによって症状が異なり、介護の仕方も違ってくる。認知症を的確に診断し、診断に基づいた適切な介護を行うことが重要だ。そうした専門知識を持った医師や看護師、介護職を育成する必要がある。

国は、認知症の予防、診断、治療についての目標を盛り込んだ認知症対策基本法を制定し、現在30億円程度の対策費を、がん対策並みの200億円程度に増額すべきだ。新薬の開発、専門の医師や看護師、介護職の養成に充てる。

介護保険サービスの充実も欠かせない。少人数で共同生活を営むグループホームや、通いや泊まりができる小規模多機能型サービスを拡充するべきだ。

在宅介護で家族が疲弊するのは、認知症高齢者が徘徊などをし

ないよう常時見守らなくてはならないからだ。だが、介護保険では見守りサービスは受けられない。民間サービスを利用すれば、費用が高額になる。金銭的、精神的に家族の負担は重い。

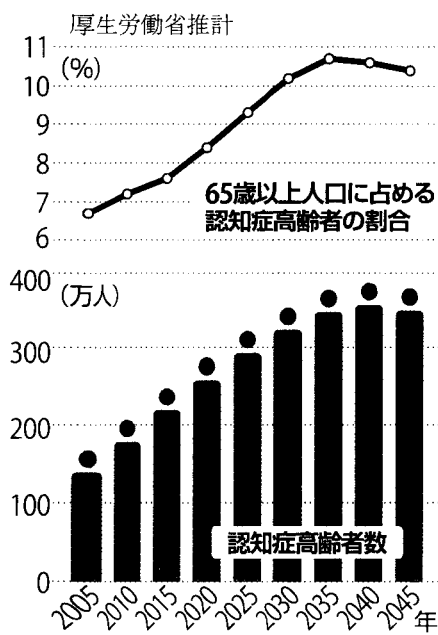
そこで、今後期待されるのが地域の力の活用だ。自治体を中心とって、見守りを行うNPOや住民ボランティアを育成すれば、患者は住み慣れた地域で暮らし続けることが可能となる。既に、警察や商店街などが協力し、町ぐるみで認知症高齢者を見守っている地域もある。

認知症高齢者の財産や生活を悪質業者から守る手立てとして、

「成年後見制度」の普及も欠かせない。公的機関が中核となった後見業務の拡大や、市民後見人の育成など、国は支援体制を強化すべきだ。

福岡県大牟田市が力を入れるのが「認知症コーディネーター」の養成だ。5年以上の認知症介護の経験を持つ介護職員らが対象で、年間約30日の研修を2年間受ける。修了者は認知症ケアの専門家として、市民を対象に年2回開かれる「物忘れ健診」で相談に応じるほか、実際に認知症高齢者を介護する現場で、職員に助言する。すでに計37人のコーディネーターが誕生している。

増える認知症高齢者



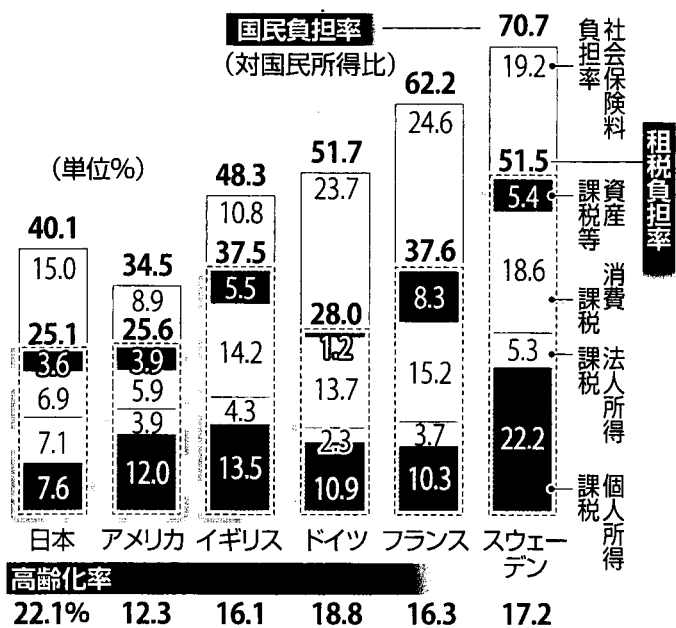
5 合計への負担の新レールを年々

① 必要な施策に力ネを惜しむな

日本の人口に占める65歳以上の割合(高齢化率)は2008年、22・1%に達し、すでに世界有数の高齢国家だ。今後も高齢化が一層加速していく中、年金・医療・介護を中心とする社会保障の充実は、

国民の安心のために欠かせない。社会保障を充実させるには、財源が必要だ。税金、保険料、自己負担の三つがあるが、いずれにしても国民が負担するしかない。国民の税負担と社会保障料負担の合計が国民所得に占める割合である国民負担率をみると、日本は40・1%(08年)にとどまる。高齢化率17・2%のスウェーデンが70・7%を負担しているのをはじめ、日本より高齢化率の低い欧州各国が高負担であるのに比べ、日本は高齢化率は高いのに、国民負担率は極めて低い水準にある。

国民負担率の国際比較



「負担はあまりせず、医療・介護の社会保障サービスは十分受

けたい」というのは無理がある。だが、政府は負担増に理解を求め、努力をせずに、ひたすら医療・介護への支出を抑制し続けてきた。こうした方針が医療・介護の現場に大きなゆがみを生じさせ、国民の不安を強めている。政府が高齢社会の実態から目を背けた結

果である。「小さな政府」路線は、社会保障を壊してしまう。高齢化が進めば、社会保障費が膨らむのは避けられない。厚生労働省の試算では、高齢化率が26・9%まで上昇する15年度の医療・介護給付費は、医療が06年度の27・5兆円から37兆円(1・3倍)



心臓外科手術を行う医師たち。最先端の医療を支える財源確保が必要だ (9月26日、東京・東京医科歯科大病院で)

24時間、救急患者を受け入れる救急治療室（ER）を運営するには、十分な医療スタッフを確保することが必要だ（11月19日、沖縄県立中部病院で）



に、介護が6・6兆円から10兆円（1・5倍）に増える見通しだ。
日本の高齢化率は2050年に39・6％に達し、国民の5人に2人が65歳以上の時代を迎える。歳出の無駄を省くことは必要だが、超高齢社会を支えるために、真に必要な施策には財源投入を惜しんではならない。国民の理解を得ながら、高齢者の増加に合わせ、負担増も視野に入れて財源を確保し、社会保障では「大きな政府」を目指すべきである。

読売新聞社は2008年4月の「年金改革提言」で、現行5％の消費税を年金・医療・介護など社会保障の目的税化し、名称も変えて「社会保障税」を新設した上で、11年度までに税率を10％（生活必需品は5％に軽減）に引き上げるよう提案した。

目的税化するのは、消費税の役割を「年金・医療・介護など社会保障を支えるための財源」と明確にし、「負担した消費税は、社会保障給付の形で国民にすべて還元される、官の肥大化をもたらすような人件費や事務費などには使われない」ことを国民に理解してもらうためである。

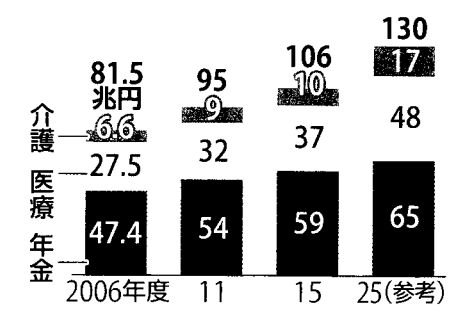
あわせて、低所得者ほど税負担の割合が高まる逆進性を緩和するため、食料品などの生活必需品には、欧州各国で適用されている「軽減税率」を導入して、税率は現行の5％のまま据え置く。これらの措置によって、負担増にはなるものの、最終的に受けることのできる社会保障給付と負担のバランスは、弱者に手厚いものになるとみられる。

②健康保険の財政を破綻させるな

2008年春に導入された新たな高齢者医療制度の影響で、民間企業の従業員が加入する健康保険組合の財政状況が悪化し、解散に追い込まれる健保組合も出始めた。新制度により、高齢者世代の医療保険を支えるための拠出金が増えたためだ。

この高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者の医療保険を独立させ、高齢者医療費の負担の仕組みを明確にした。この点では理にかなっているが、社会保障費抑制のもとで、公費負担を増やさず、ツケの多くを企業の健保に回す

年金・医療・介護給付費の見通し



市町村ごとに自営業者らが加入する国民健康保険（国保）の財政も苦しい。国民皆保険制度を守るため、健保組合や国保の財政破綻を避ける必要がある。

国保の加入者には高齢者や低所得者が多く、財源の半分は公費で賄われている。高齢者や医療費の増加に伴い、今後迫られる保険料の引き上げを最低限に抑えるためにも、いっそうの公費投入は避けられない。あわせて、低下している国保保険料の納付率を向上させることも必要だ。

③ 社会保障番号と 情報共有で無駄を削減

医療費の無駄をなくすることも重要だ。読売新聞社は「年金改革提言」で、社会保障番号を導入し、納税情報とも一体化した上で、年金・医療・介護など社会保障の給付と負担を一体で把握することを求めた。

情報を一元化するメリットは大きい。具体的には、ICチップを埋め込んだ社会保障カードを導入する。このカードに患者の受診歴などを入力し、医療機関が患者情報を共有できるようにすれば、患者が複数の医療機関を受診し、検

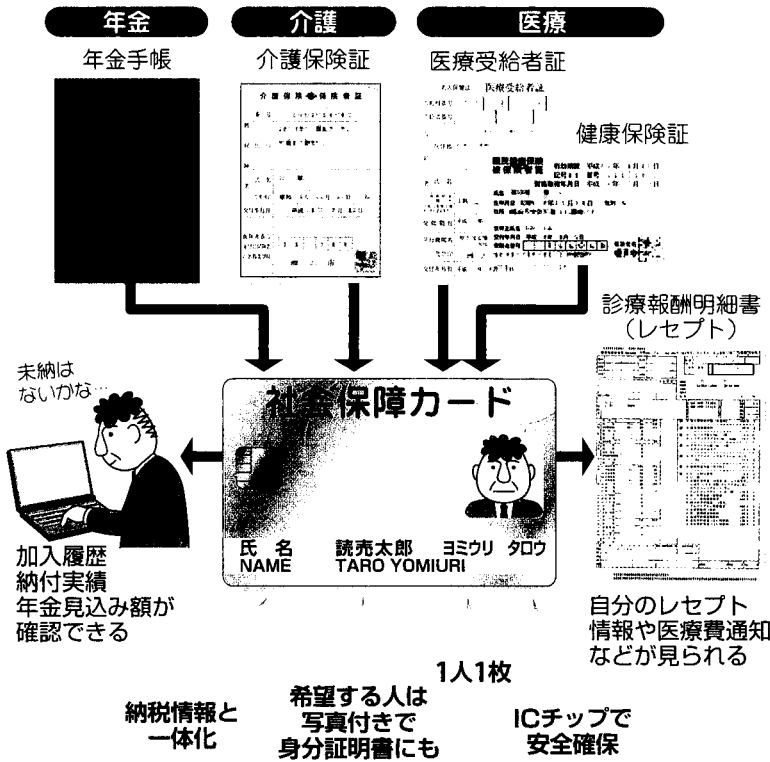
査や投薬を重複して受けるのも防ぐことができる。

医療機関から保険者に請求されるレセプト（診療報酬明細書）の電子化も求められる。現状では5割が紙処理されているが、電子化

で大規模な医療事務費の削減効果が期待でき、審査も効率化、厳正化できる。オンライン化による審査の厳正化で、韓国では医療費が20%削減される効果があったとの推計もある。

さらに、医療費の2割を占める薬剤費も適正化する必要がある。欧米では、新薬の特許切れ後に発売される安価な後発医薬品（ジェネリック）の占有率が5割を超えるが、日本では17%にとどまる。後発品の品質を確保しながら、普及を進めるべきだ。

社会保障カードのイメージ



④ 国民も医療に コスト意識を持つ

日本の医療制度は、すべての国民が医療保険に加入し、保険証1枚で、いつでも、どの医療機関にも受診することができる「国民皆保険」制度である。この仕組みもあって、国民が年間に外来を受診する回数は、2007年で13・8回と、米3・8回、英5・3回、仏6・6回など諸外国に比べて際だって多い。

しかし、軽い風邪で大学病院にかかったり、医療機関をほしごししたりすることは、医療費の膨張だけでなく、医師の疲弊など医療体制の危機を招く。重複、大量の投薬は無駄だけでなく、副作用の危険も大きく、余った薬を患者が捨てていることも少なくない。

医療は、有限の資源で運営されている「公共財」であり、無駄遣いは結局、負担増を招くことを国民も理解する必要がある。

⑤ 診療報酬の仕組みを見直せ

検査、手術、投薬など医療行為の価格を定めた診療報酬は、厚生労働省の中央社会保険医療協議会が決定しているが、開業医の代表の色彩が濃い日本医師会の発言力が強く、診療所（開業医）に手厚く、病院には薄い、いびつな形を長年続けてきた。

国民皆保険制度が始まった1960年代、診療所と病院の医療の水準には大きな違いはなかった。

診療報酬も、診療所の医療水準を軸に定められた。

その後、がん、心臓、脳外科手術などが発達し、病院で行われる医療は著しく高度化した。それにもかかわらず、多くの人手や費用がかかる手術の技術料などの診療報酬は、低く抑えられた。このため、病院経営は圧迫され、開業医に比べ、勤務医の待遇も低く抑えられてきた。高度で良質な医療を

提供している病院が健全な経営ができるよう、診療所に手厚く、病院に薄く、偏った診療報酬の体系を改めるべきだ。

また、検査や投薬などの量に応じて報酬が支払われる現行の「出来高払い」は、治療に手間取り、入院や処置が長引くほど、医療機関の収入が多くなるという矛盾を生んでいる。これに代わるのが、疾患ごとに最適な治療法を示す治療の標準化を行った上で、処置や投薬の量にかかわらず疾患ごとに

報酬額を定額とする「包括払い」だ。包括払いを導入する病院は増えてきているが、今後さらに普及させる必要がある。

中央社会保険医療協議会
診療報酬を決める厚労相の諮問機関。原則として2年に1度、初診料、入院基本料などを改定する。委員は日本医師会など「診療側」と、健康保険組合連合会など医療費の「支払側」、学識経験者など「公益側」からなる。

⑥ 医療臨調を創設して 集中的に改革

未曾有の超少子高齢社会において、持続的に国民医療を保障するためには、適正な財源の確保と効率化を両立させることが不可欠である。

日本の医療政策は主に厚生労働省が担当している。だが、医学教育・研究を担う大学医学部の管轄は文部科学省、自治体病院は総務省、医薬品・医療機器産業は経済産業省と分かれ、縦割りの弊害を生んできた。

省庁の壁を越えて、広い視野で

一元的に医療政策を策定することが重要だ。医療に関する首相直属の「臨時調査会」を早急に設け、診療報酬制度の抜本的な見直しや、医師の養成・研修の在り方などについて、集中的に審議する必要がある。教育問題や脳死問題など、国民的課題に関して臨調が設けられた例は、過去にもある。

医療臨調で1年程度議論して結論を出し、直ちに改革に着手すべきだ。

一元的に医療政策を策定することが重要だ。医療に関する首相直属の「臨時調査会」を早急に設け、診療報酬制度の抜本的な見直しや、医師の養成・研修の在り方などについて、集中的に審議する必要がある。教育問題や脳死問題など、国民的課題に関して臨調が設けられた例は、過去にもある。



時間外 9割が軽症者

「救急患者数の適正化を図るため、緊急性、重篤性がない患者様からは、時間外・休日加算を、自費診療として負担していただくことになりました」

焼津市立総合病院（静岡県）に2008年4月、こんなお知らせが張り出された。不急の受診を控えるよう呼びかけるポスターもある。

前年度まで、夜間救急患者は1日平均80人。10年前に比べ倍増した。内科系、外科系各1人ずつなどの医師で診察にあたるが、ほとんど仮眠も取れないまま、翌日の勤務に就いていた。

本来は入院が必要な重い患者を診るための救急外来なのに、患者の9割は、歩いて帰宅できる軽症者。実は、近隣5市4町による救急医療センターが別にあり、開業医が午後11時半まで輪番で詰めているが、そこを受診する焼津市の患者は1日3、4人に過ぎない。設備の整った市立病院に集まってしまつたのだ。

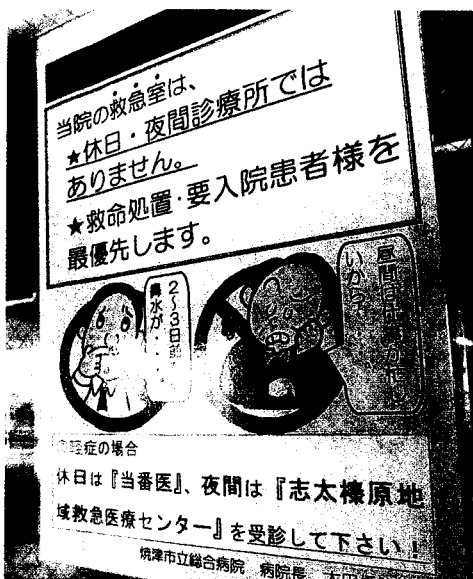
そんな忙しさに嫌気がさしてか、前年度中に循環器内科の医師5人全

員が病院を辞め、大学に戻った。「軽症者の受診を減らすしか、救急医療を続ける道はなかった」と、同病院の吉田敬・医事課長は説明する。

自費診療代は、通常の治療代に加えて850円から4800円。ちょっとした風邪で深夜にかかれば、少なくとも7000〜8000円かかる。

この結果、時間外の患者は1日約50人へと4割減った。一方、重症の入院患者は7〜8人で、以前とほぼ同数。軽症者だけが減った格好だ。患者から自費分を徴収しても、トラブルはほとんどないという。「自費分がかかるなら」と受診せずに帰る患者も月に40人程度いる。

これにならない、近隣の3公立病院も相次いで同様の上乘せ徴収を始めた。



「医療は公共財」の視点を

医療情報部長 前野一雄

医療は、技術の上では目覚ましい進歩を遂げている。本紙の長期連載「医療ルネサンス」が始まった1992年当時、胆石の手術では、おなかを20センチ近く切り開くのが普通だった。だが現在では、腹部に小さな穴を数か所開けて行う腹腔鏡手術が普及した。以前の手術法なら1か月も入院しなくてはならなかったが、今では日帰りもできる。痛みが少なく、大きな傷も残らず、高齢者でも安心して受けられる。

ところが、身近な医療に対する国民の不安は増している。本紙の世論調査では、87%の人が「都市部と町村部の医療の格差が広がっていると思う」と答えた。自分の住む地域で医師不足を実感した人の割合は、都市部より町村部の方が高い(グラフ)。

ここ数年、各地の病院で医師不足が深刻になり、小児科や産科を廃止する例が続出している。救急医療でも、妊婦などのたらい回しが問題になった。2004年度に始まった医師の新しい臨床研修制度により、都市部の有力病院などに医師が集中し、地方の医大が人手不足に陥るなど、医師の偏在が広がったことが、きっかけとされている。

だが、医師不足の原因はそれだけではない。日本の医療の根幹にかかわる問題も含んでいる。保険証1枚で医療が受けられる公平・平等な国民皆保険は、日本が世界に誇る制度だ。

皆保険制度の発足(1961年)から47年たち、65歳以上の高齢者人口の割合は、5.7%(1960年)から、22.1%(2008年)へと急上昇した。高齢者が増えれば、医療の需要も増加する。医療の高度化で、診療に人手がかかるようになった。患者の権利意識の高まりで、医師は治療についての説明に時間をかけるよう求められてもいる。だが、それに見合うほどには、医師、スタッフや、報酬も増えていない。

わが国は病院・病床の数が欧米より際立って多い分、身近で医療が受けられる。反面、手厚い人員で診療にあたる「医療の質」は、二の次にされてきた。皆保険制度ができた当初の医療体制が、社会の構造や患者の意識の変化に対応できなくなっている。

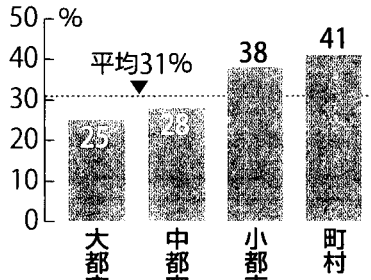
医師免許さえあれば、経験の乏しい診療分野でも、どの地域でも、自由に開業できる。これが医師の偏在の一因でもある。

医師の養成には多額の公費が使

われている。医療は国民の命と健康を守るために欠かせない公共財であり、医師の勤務先の選択にも一定のルールが必要ではないか。社会的責務を担う医師のみが、国民の信頼を得ることができる。医療を利用する側にも問題はあ

医師不足に関する住民意識

「自分の住む地域で医師不足を感じたことがある」と答えた割合



(2007年6月、読売新聞世論調査)

抗生物質を多用するのは日本からいのもだ。そもそもウイルス性の風邪に抗生物質は効かない。医療への過度な要求は、医療従

事者を疲弊させ、いくら医師を増員しても間に合わない。本当に医療を必要としている人が、医療を受けられなくなる恐れもある。

国民医療費の増加が国を衰退させるとする「医療費亡国論」が1980年代に唱えられ、医療費を抑えることが、医療改革の主題であるかのような施策が取られてきた。しかし、適切な医療と介護の整備は国民に安心感を与え、生活を豊かにする。医療制度は、国家のインフラ（基盤施設）と位置づけ、国民の多様な要望に対応する政策への転換が必要だろう。

読売新聞社は、医療が直面している危機を乗り越え、国民皆保険制度を堅持するため、直ちに実施すべき「緊急対策」と、中長期の時間を要する「構造改革」に分けた、多角的な医療改革の処方箋を提案した。

望ましい医療・介護のあり方を国民に示すことは、政治の責任である。次の衆院選に向け、各党には医療改革を大きな争点に据えた議論を期待する。

医療改革に関する読売新聞社の提言を実現するために必要な費用は、改革の進め方などによって大きく変わるが、概算すると、当面は少なくとも1兆6000億円程度が新たにいかるとみられる。

内訳は、「緊急対策」が病院勤務医の給与引き上げに1000億円程度、介護職員の給与引き上げや介護施設の経営改善に4000億円程度で、計5000億円程度となる見込みだ。

また、「構造改革」は24時間型救急病院「ER」の全国400か所整備に2000億円程度、ケア付き住宅の増設に約2000億円など、計1兆1000億円程度かかりそうだ。

ただ、例えば病院勤務医や介護職員などの給与引き上げ幅をどの程度にするかなどにより、必要額は大きく変わってくる。

一方、改革によって、これまでかかった費用が浮く効果も期待できる。例えば社会保障カードの導入で医療・介護サービスの重複が減れば、その分、費用は少なくて済む。国民がコスト意識を持って

提言の実現に 当面1.6兆円

医療・介護サービスを利用することによる削減も見込める。

提言の実現のため国が負担すべき財源は、消費税率を10%（生活必需品は5%に軽減）に引き上げて確保することを想定している。税率10%で増える税収は、実質4%分（10・4兆円、2008年度ベース）となる見込みだ。

このうち、月5万円の最低保障年金の創設などを求めた「年金改革提言」の実現に必要な費用は、消費税率で2%強（5・7兆円、社会保障国民会議試算）に抑えられる見通しだ。

このため、残りの2%弱（4・7兆円）を医療・介護サービスに充てることができる。今回の医療改革で必要な費用は、その範囲内だ。改革による費用削減も考え合わせれば、自然増を見込んで、年金・医療・介護給付費は2010年代半ばまでは賄えるとみられる。

ただ、高齢化率が30%を超える25年度までには、税率15%程度（生活必需品は5%に軽減）へ、さらに引き上げすることも視野に入れる必要があるとみられる。

医師不足招いた「自由選択」

「外科、産科」「地方」がピンチ

米独では計画配置

各地で医師不足が深刻になり、病院の縮小、閉鎖が相次いでいる。解決のため、読売新聞社は、若手医師を計画配置することを提言した。こうした方法は、欧米先進国でも取られている。

わが国の医師数は、1996年の約24万1000人から、2006年には約27万8000人へと、10年間で約15%増えている。それにもかかわらず、医師不足が問題になるのは、複合的な要因があるからだ。

まず、医師数が増えたといっ

ても、他の先進諸国に比べれば少ない。人口1000人当たりの医師数は、日本はフランスやドイツの6割程度だ(グラフ右下)。

逆に、病院や病床の数は際立って多い(同左下)。このため、病院ごとの医師数が少なく、一つの診療科に医師が一人しかおらず、

満身に休みもとれない場合も珍しくない。過労で病院を辞める医師もいる。

地域や診療科による医師の偏在も大きい。

地方の国立大学医学部では、東京など大都市の高校から進学した学生が、卒業後は都会に舞い戻る例も多く、大学が地域医療の担い手を育てる役割を十分に果たせていない。診療科別では、眼科や皮膚科を志望する医師が多い反面、

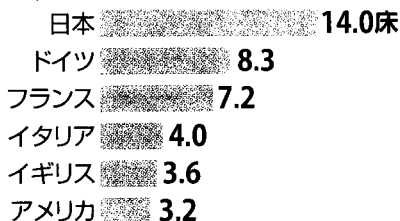
激務の外科、産科を目指す医師は減っている。医師が、勤務する地域や診療科を自由に選べるためだ。

医師の偏在を是正し、必要な分野や地域に適正配置する仕組みが必要だ。

欧米では、医師の偏在を防ぐため、様々な規制が行われている。フランスでは、国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、各病院の研修医の数を決めていく。

主要先進国の病床数

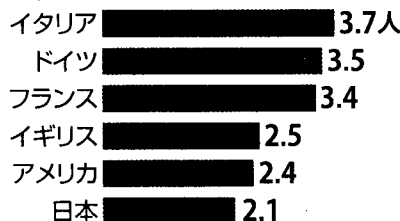
(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

主要先進国の医師数

(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

医学生は、卒業時に国の試験を受け、成績上位の学生から順に、希望する地域や診療科に進む。心臓外科などの専門診療科で研修できるのは、毎年5500〜6000人いる卒業生の約半分だ。希望通りの分野や地域に進める学生は1000人程度。中でも放射線科などは狭き門だ。

ただ、研修が終われば働く病院を自由に選ぶことができる。パリや南仏などの病院は就職先として人気が高く、地域的な偏りは避けられない。パリ第五大学のパトリック・ベルシュ医学部長は「地域ごとにも、医師を強制的に配置する必要がある」と強調する。

110%を超える地域では、保険診療を行う保険医として開業することはできない。東京医科歯科大の岡嶋道夫名誉教授は「開業医の定員制は、医師の偏在を防ぐ一定の効果をもたらしている」と言う。

ドイツ保険医協会のローラン・ド・シュタール広報担当部長(40)は「93年以降、定数を変えておらず、旧東独地域では医師が足りな

い。『村』単位まで適正な医師数を出すよう、改定作業を進めている」と話す。



脳外科医を目指して手術の技術を磨く研修医(右)(ドイツのハノーバー国際神経科学研究所で)

米国では、医療団体が市民らでつくる協議会が、心臓外科、脳外科など24の分野について、専門医になるための研修を行う病院を選定する。研修医1人当たりの症例実績が十分ある病院が対象で、募集枠の人数も実績に応じて決まる。この結果、特定の診療科や地域に医師が偏ることを防止できる。

例えば脳外科専門医は、米国は約3000人と、人口当たりの医師数で日本の約5分の1に制限されている。このため、一人の医師がこなす手術件数は、日本の医師の5倍に上り、医師の技量も向上する。

熊本大病院の山下康行教授(放射線科)は「熊本大では、かつて年20人ほどいた外科志望者が、最近では1〜2人だけになった。政府は全国の医学部定員を増やす方針を打ち出したが、それだけでは各診療科に必要な医師数が確保される保証はない。それどころか、産婦人科や外科などは敬遠される状態が続き、ひずみはますます大きくなるのではない。診療科ごとの医師数に定員を設ける必要がある」と話す。

外科医ゼロ

秋田の総合病院

日本病院団体協議会が2007年8〜9月に実施した全国医療機関調査では、「04年度以降に休止した診療科がある」と回答した病院は、全体の16%(439施設)に上った。診療科別では、産婦人科(71施設)、小児科(67施設)が多かった。救急指定を取り下げるなど、救急医療から撤退した病院も109施設あった。

同協議会は「このまま医師不足の状態を放置したら、病院医療が崩壊し、地域医療の維持が困難になる」と危機感を募らせる。

秋田県北秋田市の公立米内沢総合病院では、かつて17人いた常勤医が、今では6人に減った。中でも外科医はゼロとなり、「総合病院」とは名ばかりの状態だ。04年度に医師の研修が義務化された後、弘前大や秋田大から派遣されていた医師が、次々に大学に引き揚げられたためだ。

同病院を含む市内3病院の医師は、合わせて25人。「共倒れ」を防ごうと、市は2009年10月、3病院を統合・再編し、新病院を開設する計画だが、必要とされる約40人の常勤医を確保できるメドは立っていない。