

医療提供体制の課題と連合の考え方

こばやし つかさ
小林 司

●日本労働組合総連合会 総合政策推進局 生活福祉局長

1. はじめに

第217通常国会に「医療法等の一部を改正する法律案」（以下、改正法案）が上程され、4月3日の衆議院本会議で趣旨説明が行われた（5月現在、審議中）。改正法案には、①2040年頃を見据えた医療提供体制の確保に向けた地域医療構想の見直し、②医師偏在の是正に向けた総合的な対策の実施、といった医療提供体制の見直しが盛り込まれている。連合としては、地域医療構想などの見直しを通じて、良質で切れ目のない効率的な医療提供体制とそれを担う医療人材の確保に向けて、実効性ある対策が必要と考える一方、改正法案には修正されるべき内容があると考えている。今回は、改正法案の内容にも触れながら、医療提供体制の課題と連合の考え方について述べてい

2. 今後の人口構造と医療ニーズの変化

近年、65歳以上の高齢者数は年間約80万人のペースで増加し、いわゆる「団塊の世代」は2025年

に75歳以上の後期高齢者に到達する。今後は増加のペースが低下に転じるものの、2040年頃までは高齢者数の増加が続くと見込まれている。これを都道府県や医療圏単位でみると、すでに高齢者数のピークを過ぎた地域もあれば、大都市部を中心に今後急増する地域もあり、人口構造の変化は、地域によって様相が異なって進んでいく。他方、15歳から64歳までの生産年齢人口は減少しており、2024年の出生数も約72万人と過去最少（9年連続減少）となる中、今後も多くの地域で減少スピードが加速していくと見込まれている。

高齢化は医療ニーズの高まりにもつながる。また、85歳を超えると介護ニーズを併せ持つ患者が増加するため、介護施設等における医療提供や、医療と介護の密な連携が必要となる場面も増加することが想定される。

こうした中、入院医療の状況をみると、入院受診延日数は近年減少傾向にあり、病床利用率も多くの急性期病院で低下傾向にある。そしてこの傾向は、今後も続くと思われている。

一方、高齢者の救急搬送や在宅医療のニーズは増大していき、2040年における85歳以上高齢者の救急搬送件数は、2020年との比較で約75%の増加、85歳以上の在宅医療は62%の増加が見込まれてい

る（図1）。

外来医療については、すでに多くの医療圏で外来患者数のピークを迎えており、これからピークを迎える医療圏は、大都市部など一部に限られると見込まれている。

以上のように、今後は人口構造の変化によって

地域ごとに求められる医療提供体制が異なることを踏まえる必要がある。とりわけ都市部では、増加する高齢者救急に対応できる体制確保が課題となり、過疎地域では、患者および医療人材が減少する中にあっても医療の提供をいかに維持するかが課題となる。

図1 救急搬送や在宅医療のニーズ



（出典 厚生労働省「社会保障審議会医療部会（第115回）」配布資料）

3. 医療提供体制の現状と課題

(1) 機能分化と連携強化に向けた取り組みの現状と課題

2014年の医療法改正で、都道府県は、将来の医療提供体制に関するビジョンとして地域医療構想を策定し、医療計画の一部に組み込むこととなった。その主な目的は、各地域で医療ニーズの変化を考慮した医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）が確保されるよう、関係者の協議を通じて機能分化と連携を進めることであった。

その結果、2023年度の各医療機関による病床機能報告によると、全国の病床数は、125.1万床

（2015年）から119.2万床（2023年）となり、策定当初の目標とされた2025年の必要病床数119.1万床と同程度の水準となっている（図2）。

機能別にみても、急性期と慢性期の病床が減少し、回復期が増加するなど、全体としてめざした方向性に沿った状況に進んでいるとみられている。

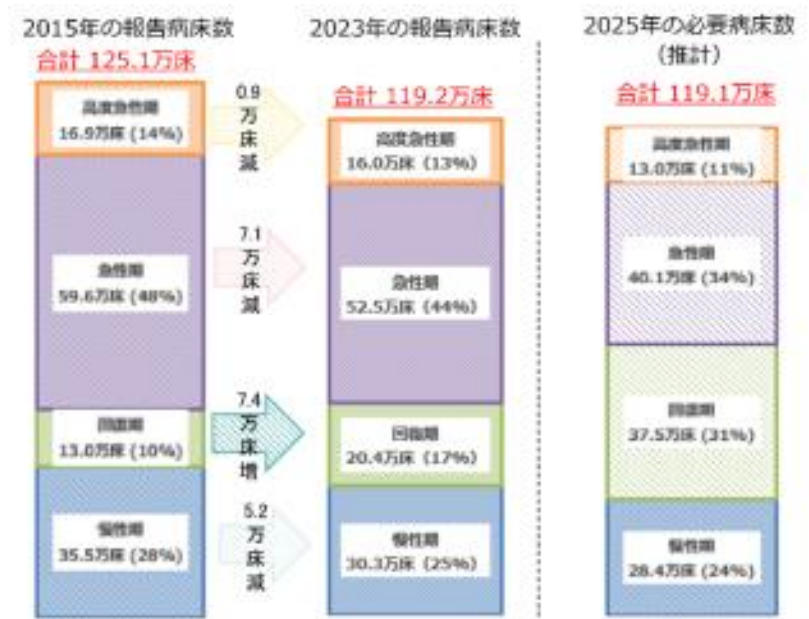
ただし、諸外国との比較では、日本は依然として人口千人当たりの総病床数が多く、平均在院日数も長い状況にある（図3）。

こうした中、改正法案では、入院医療だけを対象にしてきた地域医療構想を見直し、外来や在宅医療、介護との連携を含めた将来ビジョンとして位置づけることが考えられている。また、地域の必要量に沿った病床数になるよう、都道府県知事の権限を一定程度強化することも盛り込まれてい

る。そして、人材をはじめとする限りある医療資源を最適化・効率化しつつ、「治す医療」を担う医療機関と、高齢者の救急搬送など「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担をより明確化し

ていくことや、これまでの「回復期」機能に高齢の急性期患者へ医療を提供する機能を追加し、新たに「包括期」機能として位置づけることも想定されている。

図2 全国の報告病床数と必要病床数



(出典 厚生労働省「社会保障審議会医療部会 (第115回)」配布資料)

図3 医療提供体制の各国比較 (2021)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	2.8	2.4	7.8	5.6	2.0	12.6
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.5	-	5.8	-	-	-
人口千人当たり臨床医師数	2.7	3.2	4.5	3.2	4.4	2.6 (1998)
病床百床当たり臨床医師数	96.3	131.2	58.4	56.6	220.2	20.5 (1998)
人口千人当たり 臨床看護職員数	12.0	8.7	12.0	9.7	10.9	12.1 (2007)
病床百床当たり 臨床看護職員数	432.2	358.6	155.0	171.7	544.2	95.8 (2008)
平均在院日数	6.5	6.9	8.8	9.1	5.5	27.5
平均在院日数(急性期)	5.9	7.1	7.4	5.6	5.4	16.0
人口一人当たり 外来診察回数	3.6	5.0 (2007)	9.4	5.5	2.3	11.7

(出典 厚生労働省Webサイト掲載資料)

連合は、地域医療構想の実現に向けた取り組みによって、各地域で将来の医療ニーズに沿った機能分化と連携が進み、医療資源が適正に配分され、良質で切れ目のない効率的な医療提供体制が構築されることを求めてきた。しかし現状は、地域での協議が収斂せずに公立・公的医療機関に偏った改革が論じられることもあったりするなど、進捗は道半ばと言える。今回の改正法案によって、都道府県知事の権限行使も念頭に、公立・公的・民間を問わず、あらゆる設置主体の医療機関が新たな地域医療構想の実現に向けて協力し合い、合意形成がはかれることを期待する。

(2) 医師の確保をめぐる現状と課題

医療現場では、かねてから医師や看護師などの人材不足が問題となってきた。高齢化に伴う医療ニーズの増加と生産年齢人口の減少が同時進行することで、必要となる医療人材の確保はその困難さを増していく。加えて、医療人材の高齢化も進んでいる中、急ぎの対策が求められる。

医師については、2008年度より医学部定員が臨時的に増員され、全国の医師数は緩やかに増加してきた。しかし人口千人当たりの臨床医師数は諸外国に比べて少なく、何より地域偏在および診療

科偏在がみられる。

そのため改正法案には、外来医師過多区域で無床診療所を新規開業しようとする場合に、夜間・休日の初期救急や在宅医療を提供することや、医師不足地域で土日の代替医師として従事することなどを都道府県知事が要請でき、場合によっては勧告できるようにすることなど、規制強化策が盛り込まれている。連合としては、これらの規制強化によって地域偏在が少しでも是正されていくことを期待する。

しかし、改正法案には問題点もある（図4）。都道府県知事が「重点的に医師を確保すべき区域」を定め、当該区域へ派遣される医師あるいは従事する医師への手当に財政支援を行う事業の創設が盛り込まれている。問題はその財源確保策である。財源は、保険者からの新たな拠出により確保する案となっている。連合として、医師不足の地域で優先的・重点的に医師確保対策を推進できるようにすること自体は理解できる。しかし、保険者からの拠出で財源を確保するとはいかがなものか。公的医療保険において、保険料は保険給付に用いられるべきであるのにもかかわらず、今回の新たな事業へ拠出するとなれば、それは保険給付とは関係性が乏しいものである。改正法案に賛同する

図4 医療法等の一部を改正する法律案に関する連合の考え方

改正案の概要	連合の考え方
新たな地域医療構想の策定・推進 (医療機関機能の明確化、都道府県知事の権限強化など)	● 外来・在宅も含めた医療機関の機能分化・連携強化、地域における医療・介護の連携強化を推進するものとして一定評価するが、実効性の確保が必要。
医師偏在対策の実施 (外来医師多数区域での新規開業に対する規制強化などの規制的手法、医師不足地域における医師への手当増額など経済的手法)	● 規制的手法の導入は一步前進と評価するが、実効性の確保とともに、地域間だけでなく、診療科目間の偏在を含め、さらなる規制的手法を検討すべき。 ● 経済的手法における「医師への手当増額」の財源は、保険者からの拠出となっている。保険給付との関連性が乏しい施策の財源に保険料を充てることは問題であり、修正すべき。

【医師への手当増額】

○財源構成：保険者 10/10

○保険者間の按分等：本事業が、本来診療報酬により賄われている人件費に充てられるものであることを踏まえ、拠出金の各保険者の負担は、把握できる直近の年度の診療報酬支払実績に応じて按分し、一般保険料として徴収

立場の人からは「人件費は診療報酬により賄われるもので、保険者は現に診療報酬を通じて必要な負担をしている」という指摘が聞かれる。しかし、これまで公費による地域医療介護総合確保基金を通じて、産科医への分娩手当や小児救急医療支援として職員の給与への補助が行われてきている。有識者からも、地域医療の確保に向けて公費で診療報酬を補完してきた歴史的積み重ねがある中で、保険者に拠出を求めることに疑問を呈する声がある。連合は、保険者からの拠出とされている改正法案が修正されるよう、今後の国会審議を注視している。

(3) 看護職員の確保をめぐる現状と課題

看護職員数は増加傾向にある。2020年の就業者数は約173.4万人となり、訪問看護ステーションや介護保険施設等で働く看護職員も増加している。しかし、やはり地域偏在が指摘され、都道府県別にみた人口10万人あたりの看護職員就業者数は、首都圏をはじめとする都市部で全国平均を下回っており、病床数と同様、いわゆる西高東低の傾向が見られる。また2040年には約210万人の看護職員が必要と推計されている中、2020年との比較で約40万人も不足している状況にある。有効求人倍率も職業計を上回る中、看護職員の賃金・労働条件の改善と離職防止に加え、新規養成と復職支援の拡充が求められる。

賃金水準については、介護職員より高いものの横ばいの状態で続いていたが、近年の処遇改善策などにより、上昇傾向にある。例えば2022年度診療報酬改定では、救急搬送件数が年間200件以上などの要件を満たす医療機関で働く看護職員を対象に、賃金を3%程度（月額12,000円相当）引き上げる処遇改善の仕組みとして、「看護職員処遇改善評価料」が新設された。2024年度診療報酬改定では、政府としても2024年度に+2.5%のベア、

2025年度に+2.0%のベアを後押ししようと、「ベースアップ評価料」を新設して処遇改善の仕組みがさらに拡充された。

2024年の賃金引き上げ状況を調べた厚生労働省「2024年賃金引き上げ等の実態に関する調査」によると、医療・福祉分野における2024年の賃金改定率は2.5%となり、政府がめざした数字に達している。しかし同調査で全産業平均の賃金改定率は4.1%であり、全体に比べて伸びが小さい。連合としては、将来にわたり看護職員を確保できるようにするためにも、国民の命とくらしを守る仕事に見合う賃金水準となるよう、さらなる引き上げを可能とする施策が不可欠と考えている。

また、勤務環境の改善も不可欠と考えている。離職率は徐々に改善傾向にあるものの、かねてより夜勤負担の軽減や休暇取得の促進が課題であった。この状況に対し連合は、職場における労働組合の取り組みに活用できるよう、2013年に「看護職員の夜勤・交代制勤務のガイドライン」を取りまとめた。さらに毎年5月には、ナイチンゲールの誕生日（5月12日）にちなんで、「安心と信頼の医療と介護」をテーマとする集会を開催し、職場の諸課題について語り合うとともに、現場の声を政府へ届ける取り組みを1997年より続けている。本年も5月17日に同集会を開催した後、処遇改善はもちろんのこと、ワーク・ライフ・バランスや休暇の確保、夜勤・業務負担の軽減、患者や家族からのハラスメント対策の強化など、医療現場で安心して働き続けられる環境の整備などを求め、政府へ要請した。

4. 連合がめざす医療制度

(1) 社会保障構想（第3次）

連合は、すべての働く人が能力を最大限発揮し

ながら、働きがいのある人間らしい仕事（ディーセント・ワーク）に就き、希望を持って安心してくらししていくことのできる社会をつくりあげていこうと、2035年の社会を展望して運動と政策の方向性を示す中長期の「羅針盤」として、連合結成30周年の2019年に、連合ビジョン「働くことを軸とする安心社会 ーまもる・つなぐ・創り出すー」を策定した。「連合ビジョン」では、必要な負担を分かち合い、社会の分断を生まない再配分を進めるとともに、希望あふれる未来が次の世代に続いていく「持続可能性」と、互いに認め支え合い、誰一人取り残されることのない「包摂」の理念を重視している。そのうえで、年齢や性別、国籍の違い、障がいの有無などにかかわらず、多様性を受け入れ、互いに認め支え合い、誰一人取り残されることのない社会の実現をめざしている。

「連合ビジョン」の実現に向けた政策として、働くことを軸に据えた「5つの安心の橋と基盤」の政策パッケージとともに、社会保障の分野を補強するものとして、「社会保障構想（第3次）」を策定し、その実現に向けて取り組んでいる。

「社会保障構想（第3次）」の策定後、新型コロナウイルスの感染拡大などにより、様々な課題が顕在化した。こうした状況を受けて連合は、2024年1月より「社会保障構想（第3次）」を点検する議論を積み重ね、見直しを行った。今後の社会に起こり得る様々な変化を想定し、連合として何を求め、何を守り抜くのかを再確認し合い、コロナ禍の教訓も踏まえた社会保障政策のさらなる補強を行うことで、安心と活力の源として社会保障を位置づけ、人口減少・超少子高齢社会を乗り越えながら、希望ある未来づくりにつなげていきたい。

(2) 医療保障

社会保障構想（第3次）では、連合としてめざす将来の医療保障として、①地域偏在と診療科偏在の解消によるすべての人への医療アクセスの保障、②患者の状態像に応じた必要な医療の効率的な提供、③患者の意思決定や知る権利が保障された患者本位の医療の実践、④すべての人にとって負担可能な負担で医療を利用し続けることのできる持続可能な医療保険制度の構築、⑤予防・健康づくりに向けた取り組みが広く浸透して国民全体が健康を通じた幸福を追求できること、というすがたを描いている。

医療提供体制に関する特徴点として、医師の偏在対策については、「都道府県毎に医師数の目安を国が定め、それを超える地域での新たな保険医登録は行わない（病院勤務医は制限に含めない）」、「都道府県毎の診療科別医師数をもとに、国は各圏域の人口等を勘案しつつ診療科別医師数の目安を定め、目安を超える診療科の新規指定は行わない」ことなどを掲げている。また、初期医療や病診連携の調整といった役割を担う家庭医（仮称）の制度化も必要と考えている。具体的には、複数の医師や他の医療機関との連携などにより24時間の緊急応需体制を確保するとともに、訪問診療を行う総合診療専門医であることを要件に、「初期医療から高次医療に至る医療機関の機能分担を明確化し、その相互連携をはかる」という役割を「家庭医（仮称）」が担うことを考えている。

また、社会保障サービスの提供を担う人材の処遇改善を通じた人材確保は、社会保障機能の強化をはかるために欠かすことのできない基盤と位置づけている。提供体制の持続可能性が人材確保の面で揺らいでいる中、さらなる処遇改善を継続的かつ集中的に行うとともに、専門人材の育成を推進することを求めている。