

地域共生社会における 生活保障基盤の要因研究 ー2040年人口400万人時代を 見据えた救急医療体制・生活支援 施設等に関する施策についてー



加藤 智章 (かとう ともゆき)

北海道大学名誉教授

1985年北海道大学大学院法学研究科博士課程単位取得退学。山形大学、新潟大学を経て2009年より北海道大学大学院法学研究科。21年3月北大定年退職。

主な編著書に「世界の病院・介護施設」(法律文化社 2020年)、「社会保障法 第7版」(有斐閣アルマ 2019年)、「社会保険核論」(旬報社 2016年)、「医療保険と年金保険ーフランス社会保障制度における自律と平等」(北海道大学図書刊行会 1995年)。

本研究は、第二次ベビーブーマーが高齢者となる2040年の北海道を前提に、救急医療体制の確保と生活支援施設の整備に着目して、地域の課題を明らかにし、課題解決のための政策提言を行うことを目的としています。最終的な提言を行うにはもう少し時間が必要ですが、現時点での考え方をまとめておきたいと思います。

I 問題関心

厚生労働省によれば、地域共生社会とは「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会」をいいます。

このように住民個人の暮らしと生きがいにあわせて、そこに暮らす地域住民が手を携えて地域とともに創る以上、その地域社会は継続して存続することを前提としています。そうであるならば、万が一、傷病の急性期には住み慣れた地域を離れたとしても、回復期・安定期に移行したときには、住み慣れた地域に戻ることができなければ、その地域の継続性は確保できないことになります。こうして、本研究が救急医療体制と生活支援施設に注目したのは、傷病が安定期に移行したとき、住み慣れたマチに戻ることは可能か、という視点から、地域共生社会の基本的要因の一端を明らかにしようとするものです。

この点について結論を先取りしていえば、急性期診療に関するアクセスは確保されているものの、慢性期以降、介護領域におけるサービスが手薄なため、過疎地域においては、住み慣れたマチに“戻りたくても戻れない”状況が生まれています。

II 北海道の特性

北海道は日本の縮図といわれます。北海道における総人口減少・少子高齢化の進行は、規模は小さいとはいえ全国の状況に先行しているからです。進学や就職

のために札幌市に人口が集中し、それに対応して地方の人口が減少するという構図も、日本の縮図といわれる理由のひとつでしょう。

人口問題における北海道の特性は、多老化と孤老化です。北海道の人口は1997年に569.9万人に達して以降、減少に転じています。将来推計人口では、北海道の総人口は2015年538.2万人ですが、2040年には428万人、2060年には319.8万人になると推計されています。このように2015年から2040年にかけて110万人、2015年から2060年の間には218万人の減少が見込まれます。しかも、人口流出以上に就業者数の減少が大きいと推計されています。

i) 多老化

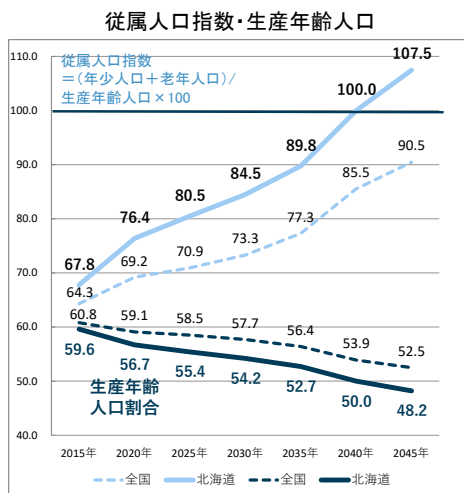
総人口が減少するとともに、年少人口も減少するのに対して、高齢者人口は今後しばらく増加します。結

論を急げば、北海道は年少人口だけでなく生産年齢人口も減少することによって、相対的に高齢者人口が増加する多老化が進行します。しかし注目されるのは、2030年をピークに75歳以上人口は減少に転じることです。

ii) 孤老化

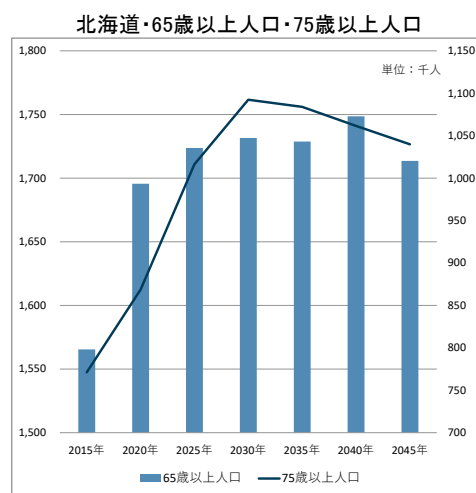
高齢者の生活状況を検討する手がかりとして世帯に関する統計を見ると、総人口減少に対応して、世帯数も全国的に減少します。具体的には2015年から2040年にかけて、全国では5,333.2万世帯から5,075.7万世帯、4.8%の減少ですが、北海道の場合は243.8万世帯から208.6万世帯に減少し、減少率は14.4%と推計されています。

平均世帯人員については、下図に示すように2015年時点では、東京都だけが1.99と2を割り込んでいます。

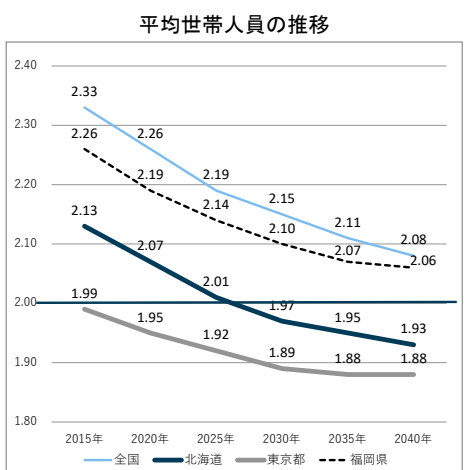


北海道は、全国よりも急速に高齢化が進行する

社人研：日本の地域別将来推計人口(2018年推計)

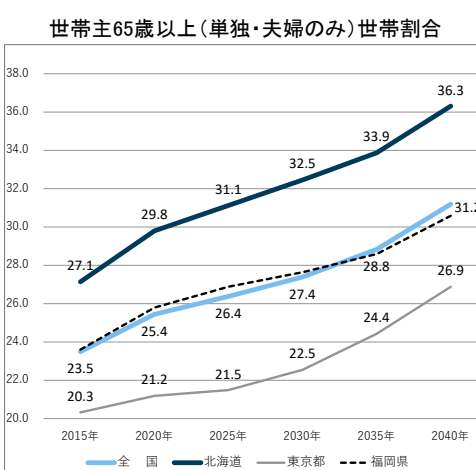


75歳以上人口は2030年をピークに減少に転じる



2025年過ぎに、平均世帯人員は2を割り込む

社人研『日本の世帯数の将来推計』2019年推計



高齢者世帯割合は、全国よりも5ポイントほど高い

しかし、北海道はその後急速に減少傾向に拍車がかかり、2030年にいちやく2を割り込み、2040年には1.93となります。2040年の時点で平均世帯人員が2を割り込むのは、北海道以外には、東京1.88と高知県1.94だけです。

iii) 医療・介護資源に関する広域特性

面積の小さな22の都府県を集めた広さ、人口の少ない7つの県をあわせた規模に相当する北海道には、179の市町村があり、これがそのまま179の1次医療圏になります。これに21の2次医療圏と、北海道以外では都府県を単位として設定される3次医療圏が6つ設定されています。なお、2次医療圏は、高齢者保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域、地域福祉支援計画における2次地域福祉圏と同じ区域に設定されています。

医療と介護に関するインフラとも密接に関連する北海道の特徴は、以下の4点に集約できます。

第1に、北海道は一人あたりの国民医療費は高いが介護給付費は低い状況です。第2に、医療資源と介護資源という側面から急性期医療密度と介護充足度を見ると、過疎地域型二次医療圏は医療密度・介護充足度ともに低い圏域（日高、根室）と、医療密度は低いけれど介護充足度は高い圏域（南空知、富良野、後志、南檜山）に大別されます。第3に介護サービスについ

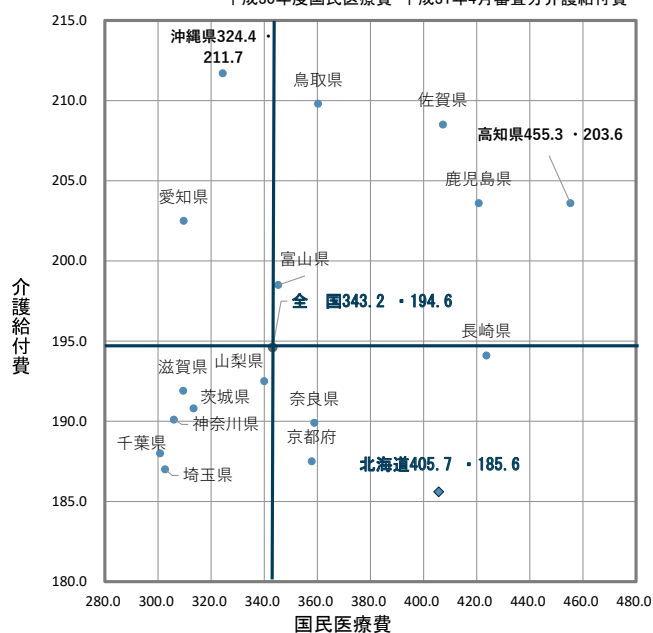
ては、全国よりも居宅サービス受給者が少ない分、地域密着型サービス受給者が多くなっています。第4は、介護給付費で見ると、北海道は居宅サービス費・施設サービス費ともに低く、特に居宅サービス費は全国最低ランクということです。一人あたり介護給付費で見ても第3の特徴とも関連して、地域密着型サービスだけが全国の数字を上回っています（17万0,900円対16万5,300円：2018年12月審査分）。

III 課題と課題解決のための政策提言

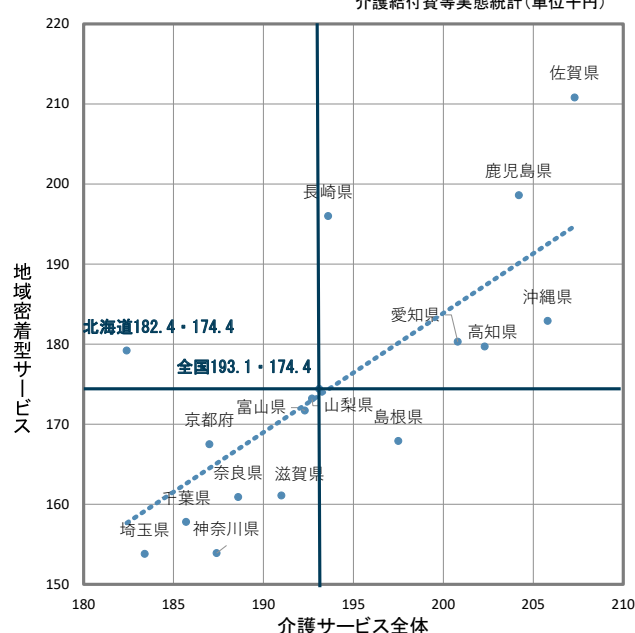
ここでは本研究の分析から、救急医療体制・生活の場の確保に関わる課題を4点取り上げます。①冬期間のドクターヘリの有効活用、②高速道路・高規格道路網の整備、③在宅療養支援診療所以外の診療所に対する支援、④地域密着型サービスの広域行政化です。

①と②は救急医療体制に関わる課題です。③は救急医療体制と生活の場の確保を結びつける論点です。ドクターヘリや救急車による搬送が医療機関に向かう際の医療アクセスの問題とすれば、在宅医療の提供は自宅に戻った際の医療アクセスと位置づけられます。この意味で、医療アクセスと生活の場の確保双方に関連する課題です。④は生活の場を確保するための課題です。

一人あたり国民医療費vs介護給付費（単位：千円）
平成30年度国民医療費・平成31年4月審査分介護給付費



介護サービス一人あたり費用額（2020年5月審査分）
介護給付費等実態統計（単位：千円）



① 冬期間のドクターヘリの有効活用

ドクターヘリは、救命効果を上げるためにできるだけ救急現場から近い場所で救急車と合流し、一刻も早く医師の治療を開始する必要があることから、各地に設けられているランデブーポイント（場外離着陸場）に着陸します。しかし、冬期の積雪により、離着陸が可能なポイントが大幅に減少します。全道レベルでは夏期2,387カ所に対し冬期654カ所で、冬期に使用可能なポイントは夏期の27.4%に過ぎません。道央ドクターヘリでも夏期1,158カ所に対し冬期は262カ所で、夏期の22.5%しか使用できません。

この点については、道路空間の利用が提案されています。特に高速道路あるいは高規格道路におけるインターチェンジやサービスエリアを利用したランデブーポイントの確保が求められます。事業区間や計画区間として、今後の整備が予定されている区間については、ランデブーポイントの設置もあらかじめ組み込んだ延長工事が望まれます。

また、除雪ステーションの場合、その施設の性格から冬期間も常時除雪されていることから、ランデブーポイントとして使用するために、特別に排雪する必要がありません。したがって、ヘリコプターの離着陸に可能な広さが確保できれば、ランデブーポイントとしても活用できます。事実、先述した冬期利用可能なポイント654カ所のうち、北海道開発局の道路施設が58カ所含まれています。

②で述べる道路整備とともにランデブーポイントの通年確保が緊要な施策と考えます。

② 高速道路・高規格道路網の整備

救急救命医療における鍵は「時間」とあるといわれます。救急搬送のデータからすれば、特に日高東部消防組合管内については、搬送時間を短縮するためにも、日高自動車道の延伸と帯広に通じる道路網（帯広広尾自動車道、国道236号、国道336号）の整備が必要です。このことは、日高圏域に限定されるものではなく、北

海道縦貫自動車道や北海道横断自動車道などの完全開通が急がれます。

これもデータが示すように、日高圏域に存在する病院は、公立・私立を問わず、救急医療体制の確保にとって非常に重要な役割を果たしています。

③ 在宅療養支援診療所以外の診療所に対する支援

訪問診療に関する二次医療圏別データが示しているように、訪問診療は在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所（以下、在支診と略します）だけが担当しているわけではありません。むしろ人口の少ない医療圏では、札幌などと比較すると訪問診療の件数こそ少ないものの、在支診以外の診療所が大きな役割を担っています。また、北海道医療計画によれば、在支診は2016年までは増加傾向であったけれど2017年には大幅に減少しているとされています。

在支診の行う訪問診療は、通院の難しい者に対し、定期的かつ計画的に行う診療ですが、これに付随して、突発的不定期に24時間体制で往診が可能であることなどが求められます。医療資源に恵まれている地域とは異なり、少人数の医師が通常の診療に加え、24時間365日体制で在支診を維持することは基本的に無理があります。また、在宅医療に関わる医師からは、複雑かつ難解な診療報酬の加算システムを疑問視する声があるほか、カルテに記載することが多くなる、書類が多い、患者以外に医療職・介護職との様々な連携が求められる、などが訪問診療の阻害要因として指摘されています。

訪問診療は在支診でなくても訪問診療や往診に対応できます。他方、在支診でなければ報酬の加算を受けることができないため、在支診であるか否かによって患者の負担額も異なります。こうして患者の負担増を避けるため、あえて在支診の届出をしないまま訪問診療を行うケースも存在します。事実、留萌の訪問診療438件はすべて在支診以外の診療所が担当しています。このほかにも、件数は少ないものの、南檜山、北渡島

檜山、北空知、富良野、遠紋、根室の訪問診療もすべて在支診以外の診療所が実施しています（2017年9月での実績値）。

このような状況を踏まえれば、過疎地域型の医療圏における訪問診療を確保するためにも、在支診以外の診療所を対象に、前年度実績に応じた報奨金制度の創設を提案します。診療報酬体系に影響を与えることなく、北海道として在宅医療を推進することができるからです。財源は、医療介護総合確保基金の「居宅等における医療の提供に関する事業」を想定しています。

④ 地域密着型サービスの広域行政化

紙幅の関係で可視化したデータを示すことはできませんが、地域密着型サービスの状況は以下のようです。北海道に存在する21の二次医療圏のうち、夜間対応型訪問介護については16、看護小規模多機能については13の医療圏で事業所が全く存在しません。また、地域密着型特定施設については9、定期巡回・随時対応型については8医療圏で事業所が存在しません。二次医療圏は複数の市町村を集約していますから、これを市町村単位に引きなおすと事業所の存在しない市町村の数はもう少し大きな数字になります。

特に、昼夜を問わず、日常生活上の世話を必要とする要介護者にとって、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型サービスを受けることができないことは、自宅での生活を困難とする大きな要因となります。

このことは、住み慣れた地域で生活を継続できるようにするために設けられた地域密着型サービスも、北海道の多くの市町村では十分に展開されていないことを意味します。これは、事業展開を可能とするための人口の集積が少ないことの裏返しとはいえ、このまま見過ごすわけにはいかない問題です。

このような政策課題に対する解決策として、介護保険法では地域密着型サービスに限り、保険者たる市町村が厚労大臣の定める枠組みの中で独自に介護報酬を引き上げることができる仕組みがあります。しかし、

この独自報酬制度は保険料の引き上げやサービス受給者の負担増に結びつくため全国的にも活用されていません。2019年4月1日現在、この制度を活用しているのは全国で21の市区町村にしか過ぎず、道内では利用されていません。

住み慣れた地域に継続して生活することを確保するために地域密着型サービスが導入された趣旨を生かすため、独自報酬の仕組みを複数の市町村が参加する広域連合方式にも認めることによって、サービス提供事業所の増加を図るべきと考えます。広域連合方式化はサービス供給量の増加を図るとともに、独自報酬が導入されれば人件費の引き上げも可能となります。人材確保の観点からも意義があると考えます。

最後に、本研究の機会を提供していただいた一般財団法人北海道開発協会ならびにコロナ禍の困難かつ緊張を強いられる状況のもとで、貴重な資料を提供くださりヒアリングの機会を与えていただいた北海道防災航空室、医療法人溪仁会手稲溪人病院、日高西部・中部・東部各消防組合、富川グロリアホームはじめ多くの組織の皆さま方に心からの感謝の意を表して、ここにお礼申しあげます。

【参考文献】

- ・日医総研ワーキングペーパーNo.443『都道府県別・二次医療圏別データ集(2020年 4月 第8版)』
https://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_697.html
- ・在宅医療・地域別データ集(在宅医療の推進について＝厚労省HP)