

○遠藤座長 それでは、早速、ヒアリングに入りたいと思います。

それでは、まず初めに香取構成員からお願いいたします。

○香取構成員 構成員の香取です。よろしくお願いします。

まず私がいただいたお題ですが、この4つです。

社会保障・税一体改革において目指していた医療・介護提供体制の考え方と方向性はどのようなものであったか。

次に、現在の医療・介護提供体制の課題。

それから、今後の地域医療構想に期待すること。

そして、2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ。

ということで、これを10分とで言われたので、結論だけ申し上げます。皆さん御専門なので詳しい説明は要らないと思うので、簡単に結論だけお話をしたいと思います。

まず、前回提出資料の163ページに主な検討課題というのが示されていました。今日も資料の中にありますが、これは、今後議論すべき課題をほぼ網羅をしていると思うので、これはこれでよろしいのではないかと考えています。

また、前回の各委員の議論を伺っても、各委員の問題意識はおおむね同じ方向を指していると思います。その上で幾つかお話をしたいと思います。

まず1つは、日本全体で見ると、2060年代後半ぐらいまでは医療・介護の需要の総量は増大し続けると思われます。なぜなら、2040年以降も後期高齢者の人口が増え続けます。ですから、医療・介護需要のピークアウトはさらに先に来ると考えるべきです。

他方で、医療・介護を担う人材とか物的資源は明らかに有限で、しかも地域ごとに置かれている状況は相当異なっています。もう既に2040年になっているところ、あるいは2060年になっている地域はたくさんある。そうすると、地域医療構想は、こういったことを前提に、それぞれの地域ごとに2040年、ここでは2040年ですが、私は2060年まで考えないといけなのではないかと思っていますが、その絵姿を描いて、その時点でその地域がどうなっているか、そこからバックキャストで考える。どれくらいの医療・介護資源がその時点で確保できていて、それで、どうやって医療・介護ニーズをカバーするか、と考える。要するに、切れ目のない医療をいかにして提供するかという視点で考えることが必要だと思います。

その意味で言うと、2040年に描かれる地域医療構想の姿は、地域によってかなり違う。まず1つは、現在及び将来のそれぞれの地域の医療資源の分布がどうなっているか。今、これだけ医療資源がある、あるいは開業医がいるといっても、20年後にどうなっているかは分からないわけです。病院・病床も、これから必要な改革をしていかないといけない。地域によってはダウンサイジングをしないといけない。そういうことを見通して、医療資源の分布の形を考える。

同様に、現在及び将来のその地域の人口・高齢化率、高齢者の中の高齢化の進行の度合い、疾病構造の変化、さらには、人口減少に対応して、地域政策の視点から集住とかコンパ

クトシティとか、コミュニティの形そのものを変えていくような改革が各地域でこれから進むことになるでしょうから、それも視野に入れて考える。つまり、動的な視点で考えるということが必要だということです。

そうすると、単純に、都市と田舎とか、人口が増える、減るというような二元論で考えたり、今の人口規模を前提に100万人、10万人、20万人とかやるのではなくて、もうちょっときめの細かい類型分けをした上で考えるということが必要になると思います。

地域ごとの差は申し上げたように非常に大きいです。それから、医療とは直接関わりがなくてもそれぞれの地域の姿が変わっていく。医療構想の前提となる下部構造、社会経済環境も大きく変化をしていくことになります。そうすると、例えば、今の診療行動、受診行動を前提に考える、今の病院外来、入院・外来、医療・介護といったそれぞれのサービスの機能分担を前提にして、言わばプロジェクション型で現状を投影して将来を推計するという推計の仕方は、恐らく機能しない。むしろ、どういう改革をこれからやって、最適な資源分配や機能分担、タスクシフト、そういった改革を織り込み、かつ、介護も含めた全体の改革をどうするかという、これから進めるべき改革を織り込んで絵姿をつくるという、改革遂行型の構想をつくっていくということが必要になるのではないかと思います。

各論に入って幾つか申し上げると、コロナの経験から明らかですし、この検討会の課題にも入っていますけれども、これから在宅医療・地域医療を強化していくことは不可避だと思います。これをきちんとやっておきまないと、また病院や救急が機能不全を起こすことになります。コロナ禍の経験は、多くの方がおっしゃっているように、未来の絵姿が前倒して現前したものです。今回の能登の地震も同じようなことが言えます。これは大事なポイントです。

もう一つは、この間、医療だけではなくて、あらゆる分野でテクノロジーが非常に早いスピードで進化しています。今回のコロナ禍での在宅対応を見ても分かるように、様々なテクノロジーが実装され、在宅医療を支えました。今後、入院と在宅の境界線というか役割分担というのは多分大きく変わるし、変えることができるのだと思います。つまり、時間とか空間を超えた医療というのがこれからどんどん可能になっていくということです。そうすると、在宅とか地域でどういう形の絵柄を描くかといったときには、こういった技術進歩の成果というのをどのように在宅医療に織り込んでいくか、活かしていくかということを考えながら絵を描くということが必要になります。

もう一つは、医療圏の問題です。申し上げたように、今後の人口動態の変化は極めて大きいです。つまり、現状の二次医療圏の大半は恐らく維持できないと考えるべきだと思います。

さらに言えば、先ほど言った在宅医療の強化や入院と在宅の役割分担、地域医療構想と地域包括ケアネットワークの関係といったことを考えていくと、今の地域医療構想のように病院病床を頭に置いて、入院機能を起点に二次医療圏の中で完結する医療をつくって病床の機能をどうするというのではなくて、例えば在宅を支えている在宅の医療圏、これは恐らく地域包括ケアという日常生活圏域と一体だと思うのですが、そういうものと、在宅医療を支える入院機能の圏域、さらには、高度急性期病院のような高次機能病院の診療圏域、要するに、診

療圏そのものをレイヤーで考えて医療資源の分布と提供の形を組み立てることが求められると思います。それに伴って医療圏の考え方も恐らく変わるのではないかと思います。これは、まさにそれぞれの地域の医療提供の絵姿ですから、ファクトに基づいて考えるということになるので、これもそれぞれの地域の医療の提供の形によって違ってくることにはなりますが、やらなくてははいけない。

それから、人口は減っていきませんが、2035年には85歳以上人口は日本全体で1000万人を超えます。85歳以上の方というのは、半数は要介護です。4割は認知症の症状があります。現在でも6割の方が独居か高齢夫婦世帯に住んでいる。つまり家に高齢者しかいないという世帯に住んでいる人が6割。これは増えることはあっても減ることはありません。ということは、家族介護力はほぼ当てにならないということになります。

そうすると、現在、介護がそうであるように、医療もアウトリーチというのを前提にした提供体制を考えていかないと恐らく対応できなくなる。その意味でも様々な医療技術をいかに実装していくかということは非常に重要だと思っています。

4番目、これは繰り返しになりますが、客観的に見て、やはり資源制約は大きいと考えるべきです。

医療・介護需要が増えていくのに見合って医師が増えたり看護師が増えたりということは考えにくいので、一定の制約がかかるという中で考えないといけません。日本の医療提供体制には様々ないい面もあって、津々浦々安心して医療が受けられる体制を我々はずっとつづけてきたわけですが、他方でコロナ禍で在宅医療の弱さや機能分化が十分行われていないことなど、その脆弱性が露見したということがあります。

そのことを踏まえて、今後、今ある資源、あるいは将来確保できる有限な資源をどうやって効率的に組み立てて、増大する医療・介護需要に応えるかという問題設定で考えたほうがいいと思います。そうすると、医療機関・病院病床の機能分化と連携はもちろんのこと、かかりつけ医機能を実装していくということは、もう不可欠の課題ということになるかと思っています。

それから、もう一つ。今、働き方改革が進んでいますが、日本の医療・介護スタッフの労働環境は極めて厳しいです。ある意味トラック運転手よりも大変で、そうすると、今以上に現場に負荷をかけるような形で改革を進めるということとはできないと思います。つまり、働き方改革は当然に織り込んだ上で、実現可能な提供体制を考えるということになります。そうすると、タスクシフト、専門職種間のタスクシフト。専門職種の人、その人ではないとできないことに特化してもらうということは大胆にやらないといけません。テクノロジーを活用していくことで負荷を軽くしていくことも進めないといけません。IT、IoTはもちろんのこと、SaMDとかAI診断とかChatGPTとか、この手のものは20年後は当たり前とその辺にあるという技術だと思ったほうがいいので、そういったものをきちんと織り込んで地域医療構想を書かないと、構想が画餅に帰すということになると思います。

総じて、今回これからつくる地域医療構想は、ベッドの数をどうするとか、機能をどうするとか、お医者さんの数をどうするかということではなくて、2040年なり2060年にどういう医療の形、

医療・介護の提供の形を考えるか。それそのものを描くのが今回の地域医療構想だと位置づけるべきではないかと思っています。

一応、コメントは以上です。

あと数分残ったので、参考資料を簡単に御説明します。

今の医療提供体制改革の議論の流れは、2008年の社会保障国民会議に遡ります。ここで医療・介護に関するシミュレーションというのを行っています。このシミュレーションは、プロジェクション型のシミュレーションではなくて、目指すべき医療・介護の形をつくり、そこに向かって改革を一定進める。機能分化と連携、タスクシフトを織り込んで改革を行ったらどうなるかというシナリオに沿って行ったシミュレーションです。

この改革シナリオを踏まえた形で、社会保障・税一体改革で「2.7兆円フレーム」というのがつくられて、機能強化と効率化の同時実施、消費税の目的税化が行われ、医療に一定の消費税財源が投入されました。

一体改革を受けて、社会保障改革プログラム法がつくられ、2013年の社会保障制度改革国民会議で今進んでいる改革の基本的なロードマップが描かれて、2014年に総合確保法ができて、この中で地域医療構想・医療計画、それから総合確保基金という財源措置も踏まえた対応がなされたという流れになっています。

この後、それぞれの会議でどういうことをしたかとか、どういう考え方でやったかという資料がつけてあります。時間がないので詳しくは説明しませんが、病床の機能と患者さんの医療ニーズのスペクトルがずれているのでこれを合わせましょう、というのがそもそもの提供体制全体の考え方です。外来と入院、診療所と病院の役割分担を見直して、病院の外来は専門に特化しましょう、診療所は主治医機能を強化しましょう。このとき既に主治医機能問題も出てきていますし、介護との連携も出てきています。

病床の機能分化を進め、高度急性期や急性期機能の病床に集中的に資源投入して入院期間を短くしてできるだけ早く在宅へ帰していく。こういう大きな絵柄を描いた。

そのために、実際に患者さんが各医療機関、介護機関の間で移動しているかという移動のシミュレーションをして、それぞれがどういう機能・役割を果たしていて、どこに隘路があるかというのを調べました。

このファクトに基づいて改革のレベルによって3つのシナリオをつくって、病床の機能分化を行い、あわせてベッド数がどうなるか、マンパワーがどうなるかという推計をしたのが国民会議報告です。

一体改革では、それを踏まえて、さらにそれに医療保険制度、介護保険制度の改革を織り込んで、全体の機能強化と効率化を進める絵柄を描きました。

この絵はよく皆さん御覧なっている絵かと思いますが、これは先ほどの国民会議の絵と基本的には同じ考え方です。このときに地域に密着した多機能病院という概念が入りました。今の地域包括ケア病棟につながる考え方ですが、地域の中小病院の機能を位置づける考え方が入っています。

このとき、既にICTの利用の話も出てきています。

マンパワー必要量のシミュレーションをしているのですが、このときの推計だと、医療・介護で2015年に650万ぐらいという計算だったのです。今、医療と福祉全体で850万人がいます。障害や子供関係もあるので全部が医療・介護の従事者ではありませんけれども、数量的には大体想定したとおりの数は今のところ確保できています。ただ、このときよりも人口推計が厳しくなっているので、2040年の人的制約は、このときよりも大きくなるだろうと思います。

その後、社会保障制度改革国民会議の中で、今、我々が取り組んでいる医療提供体制改革の考え方が基本的に示されます。右の一番下のほうに書かれていますが、その考え方は2008年の国民会議のあるべき医療・介護の姿を踏まえてつくっているものだと言っていますので、先ほど言った2008年のフレームというのが現在でも続いていると考えてください。

2014年に御案内の医療介護総合確保法がつくられて、この中で地域医療構想をつくること、国が指針をつくること、財源措置として基金をつくること、そして、地域包括ケアとの連携をすることなどが書かれて、総合確保指針がつくれ、各地域で地域医療構想がつくれ、それを支えるものとして総合確保基金が消費税財源で用意されている、というのがこれまでの流れということになります。

以上です。