

全世代型社会保障の構築と 医療介護提供体制

【講師】香取 照幸（上智大学総合人間科学部教授）

医療経済フォーラム・ジャパン（会長 中村洋・慶應義塾大学大学院教授）主催の第107回定例研修会が7月11日に都内で開かれ、上智大学教授の香取照幸氏が「全世代型社会保障の構築と医療介護提供体制」をテーマに講演した。香取氏は厚労省の現役時代に超党派による「社会保障・税一体改革」の実現に取り組んだ経験から、経済・財政・社会保障を一体的に考え、日本が抱える課題を解決する視点が重要だと強調した。また、高齢化3経費に少子化対策を加えた社会保障4経費の概念をつくり、消費税を目的税として全世代型社会保障への転換を図ったと述べた。香取氏は、わが国の医療・介護提供体制の特徴と課題を示し、今後の改革の方向性として急性期病院の機能強化と在宅医療を支える地域密着型の中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能の実装を含めたサービス提供システムの構造改革の必要性を訴えた。講演の要旨を紹介する。



〈かどりてるゆき〉

1980年に東京大学法学部卒、厚生省に入省。厚生労働省の政策統括官、年金局長、雇用・均等児童家庭局長などを歴任。内閣官房内閣審議官として社会保障・税一体改革をまとめた。2017年から2020年には駐アゼルバイジャン共和国特命全権大使。2021年11月から全世代型社会保障構築会議の構成員を務め、現在は上智大学総合人間科学部教授、一般社団法人未来研究所副代表理事。

一体改革の歴史的意義 超党派で合意を形成

私はいま、全世代型社会保障構築会議の構成員を務めている。参院選挙が終わって、秋以降に会議が本格化していくと思われるが、包括的な少子化・子育て支援の制

山、菅、野田内閣に引き継がれ、野田政権下での民自公3党の与野党合意によって一体改革関連法案が成立し、再度の政権交代で自公政権となって、第2次安倍内閣で改革が実現した。政権交代を2回はさんで、10年がかりで実現した改革である。

一体改革の政治合意は民自公で行われた。超党派で社会保障改革の政治的フレームをつくったこと、そして負担も含めた社会保障全体の包括的・一体的改革を行ったという意味で、社会保障改革の一つのモデルをつくったと考えている。

「全世代型社会保障への転換」は、一体改革の中で語られた言葉であり、消費税を目的税化し、対象経費をそれまでの高齢化3経費に少子化対策の費用を加えた「社会保障4経費」として、少子化対策に7000億円の消費税財源を投入することになった。

このあと、「社会保障改革国民会議」の議論を経て、一連の社会保障改革の内容とスケジュールを規定した「プログラム法」が策定され、その後はそれに沿って順次

度をつくっていくことと、医療介護提供体制改革、そして勤労者皆保険の3つが当面の大きなテーマになる。

本日は、医療・介護提供体制改革に関して、厚労省や政府の方向性とは別に、私自身の考えを述べたい。問題提起として、はじめに改革が進められた。こういった形での改革の進め方もこれまでになかったものだ。

反面、消費税の引上げが数次にわたって延期されたこと、消費税の使途変更が行われたことは全体の改革に大きな影響を与えている。同時達成を目指した財政健全化はいまだに未達成であり、ポスト一体改革の絵姿は描けていない。

社会保障改革を考える視点 社会が抱える問題を解決する

今回の「構築会議」は、当然ながらこれまでの一連の社会保障改革の延長線上に位置づけられるものだ。

ポスト一体改革をどう考えるか。一体改革は「一里塚」に過ぎない。やるべきことの方向性は示したが、積み残したものはまだまだ多くあり、財政健全化という意味でも安定財源の確保という意味でも改革はまだ道半ばである。

また、今後も意識すべきことは、個別の改革にとらわれて全体の視点を見失ってはいけないということである。経済・財政・社会保障

これからの社会保障改革を考える視点について社会保障・税一体改革を担当した立場からお話する。

まず一体改革を総括し、その歴史的意義を考えてみる。

一体改革の議論は、2008年に福田政権の下で設置された「社会保障を一体的に考え、その中で社会保障の役割を考え、改革を通じて何を果たすべきか」という視点を失ってはいけない。

消費税10%への引上げが超党派で合意されたことからわかるように、社会保障改革は「政治」そのものであるから、政争の具にしない、されないことが大事であり、「超党派での合意形成」を常にめざすべきである。

その上で、社会保障改革を考える際には、日本の抱える課題をどう解決すべきかという視点を持つことが大事である。

日本が直面する課題は様々ある。最近ではパンデミックもウクライナ問題もあるが、突き詰めて集約すると次の3つになるだろう。

- (1) 日本経済の安定的成長を確保すること
- (2) 持続可能な政府、国家の問題解決・政策実行能力の確保
- (3) 社会の安定と統合を確保し社会の活力を維持すること

この3つ、経済・財政・社会保障は、相互に関連し依存しあう関係にある。社会経済の課題を解決

社会保障国民会議」が始まりである。座長は吉川洋東大教授（当時）で、「社会保障の機能強化」の必要性を訴え、そのための安定財源として初めて消費税率の引上げを提起した。この議論は麻生政権下での「安心社会実現会議」を経て、政権交代で誕生した民主党政権（鳩

する視点がないと社会保障それ自身の課題を解決するための道筋も見えてこない。社会経済の問題を解決し、社会経済の持続可能性を確保することが社会保障の持続可能性の確保につながる。

ゆえに、社会保障の持続可能性は、社会経済の持続可能性と同義である。

全世代型社会保障を 考える視点

こうした前提に立った上で、「全世代型社会保障」の意味を考えた

社会保障制度改革国民会議は、社会保障・税一体改革での与野党合意を踏まえて超党派で設置された会議である。人選は民自公3党が共同で行った。第1回合意は民主党政権下で開催され、第2回以降は安倍政権下で開催された。

「全世代型社会保障」という言葉は、この会議の中で語られた言葉である。曰く、

「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれに必要な財源を確保することによって達成

を因っていく必要がある」(社会保障制度改革国民会議報告書、2013年8月)

人生にあるのは「幼年期」「青年期」「壮年期」「高齢期」であって、特定の「世代」ではない。人間誰でも通過するそれぞれのライフステージに応じて必要なサービス、財源を確保する必要がある。問題を「世代間対立」に矮小化してはいけないということはこの報告書は強調している。

社会保障の規模は賃金・物価に連動する

社会保障の規模や費用を考察するとき、名目額(絶対額)で議論することは意味がない。なぜなら、社会保障の給付と負担の名目額は、賃金・物価に連動しているからである。

年金は、収入は賃金の一定割合であり、支出は賃金・物価にスライドする。医療・介護では公定価格である診療報酬・介護報酬の改定率は賃金・物価に連動し、生活保護などの福祉給付も基本的に物価連動である。名目額は経済変動によって動く。成長すれば下なり

が増えることについて、それなりの対応は必要ではあるが、そのインパクトはこれまでの15年間に比べるとかなり緩い。これは是非頭に入れておいてほしい。

なぜそうなるのか。図表3は年金、医療、介護、子ども・子育ての給付費の対GDP比の将来見通しをみたものである。

高齢化率はいま29%ぐらいだが、これからさらに高齢化が進む。高齢者数のピークは2042~3年だ。年金の対GDP比はマクロ経済スライドがかかるために横ばいしないしは下がっていくのに対して、医療や介護の対GDP比は持続的に伸び続ける。医療や介護は高齢者の中の高齢化が進む(II後期高齢者が増えていく)ことで人数の伸び以上に費用が増えるので対GDP比は持続的に上がっていく。子ども・子育ての給付費は政府も一生懸命に増やしているが、子どもの絶対数が減っていくため対GDP比は増えない。

財務省的にいえば、年金はもはや問題にはならない。問題は医療と介護、さらに先々を考えると医療よりも介護が問題になる、とい

に伸びていくし、成長しなければ伸びていかない。

ゆえに社会保障の規模は、対GDP比で考えなければならぬ。周知のように、日本の社会保障給付費は、GDP比で22~23%程度であり(図表1)、世界最高の高齢化率であるにもかかわらずそれほど大きくはない。

2000年度の社会保障費の対GDP比は14.8%、名目GDPは528.6兆円だったが、15年後の2015年度は21.6%、532.2兆円になっている(図表2)。

この間、社会保障費の対GDP比は6.8%ポイント伸びて、名目GDPは1.46倍になった。この15年間は高齢化が急速に進む非常に大変な時期だったのだ。

この先の20年間はどうかをみると、内閣府の推計で2040年度の名目GDPは790.6兆円、対GDP比は23.8%である。伸びてはいるが、2.3~2.5%ポイントの増だ。これまでの15年間と比較すると1.1倍とかなりマイルドになる。

高齢化に伴って社会保障給付費

うのが基本的な構造である。

私的所有で整備された日本の医療提供体制

以上を前提に、日本の医療介護

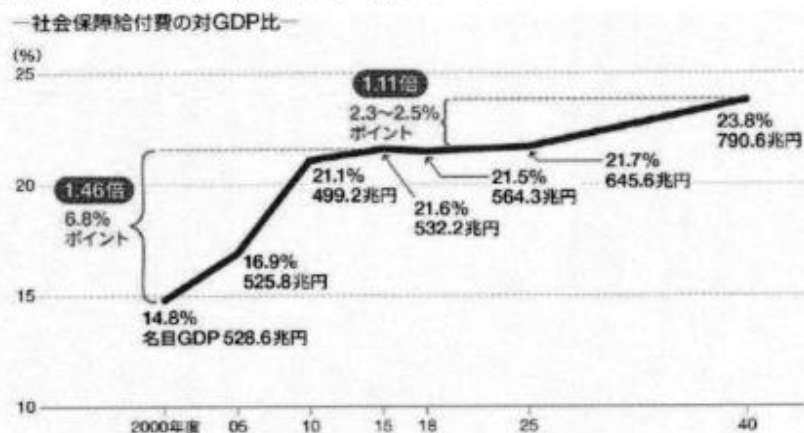
提供体制について考えてみたい。

そもそも病院とは何か。

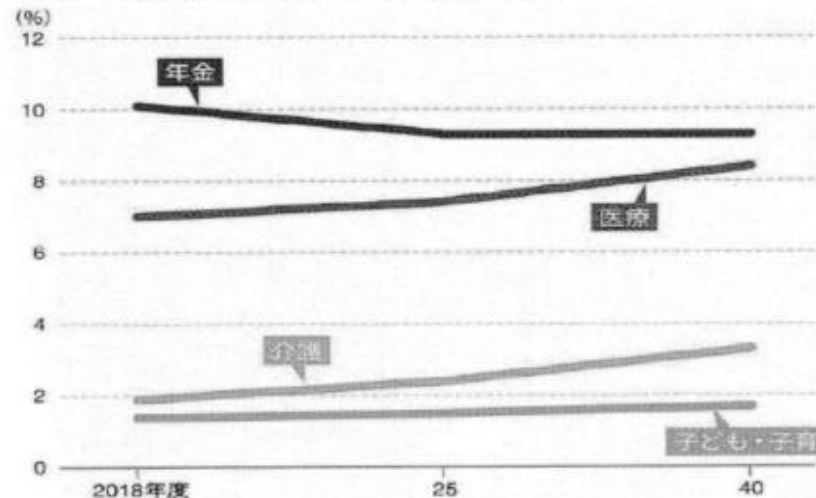
病院(Hospital, Hospice, Ospedale)の語源はラテン語の「Hospes、賓語義は「客をもてなす」Hotel、

Hospitalityと同じである。病院の起源は、中世における巡礼者の宿泊施設だ。フランスのブルゴーニュ地方のHospice de Beauneで1443年に設立された。貧困患

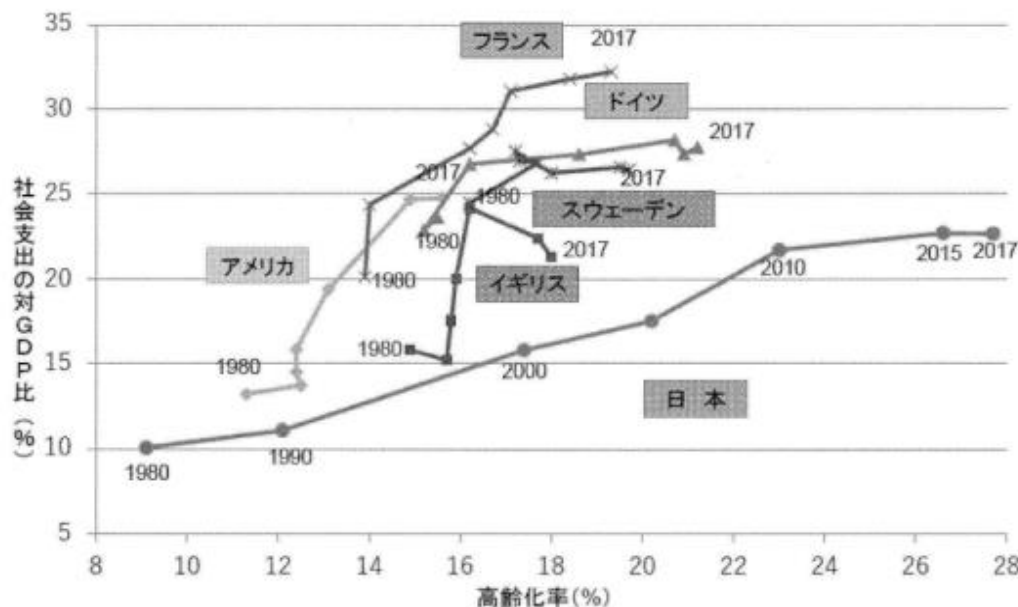
図表2 今後の負担増は実は2000年代よりマイルド



図表3 社会保障給付費(対GDP比)の将来見通し



図表1 高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較



(資料) OECD(2020): OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2020 より作成

者の収容施設であり、教会に附設された世界最古の施設である。
16世紀のイギリスのエリザベス教養法に基づいて隔離病院として、の伝染病院がつくられた。救貧法に基づく貧民救済は、一方で病気に倒れた労働者を再び労働現場に戻すための労働者調達施設でもあった。19世紀に入り、近代医学が発達し、軍事分野で医学が発展して軍事医学・軍事病院が出てきた。

欧米における一般市民対象の近代病院は、宗教的性格の病院が貧者対象の公的病院か、どちらかの形で発達してきた。

これに対し、日本の近代的病院は全く別の発展経過を辿った。

社会保障制度改革国民会議報告書の記載を紹介する。

「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史の経緯から生まれている。

公的セクターが相手であれば、るのか。

日本の医療制度は、1960年代に国民皆保険体制を実現し、ほとんどの医療は公的保険でカバーされる。極めて公平で平等、かつ低廉なコストでの医療サービスの提供を受けることができる。他の先進諸国には例のない「徹底したフリーアクセス」であり、医療を

政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。

医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。

故に他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

まさにこの問題が、我々がコロナで直面したことである。

日本の医療提供システムの特徴と評価

「病院の世紀の理論」（猪飼周平著・一橋大学教授）から、日本の医療提供システムの特徴である「所有原理型診療構造」について紹介する。

医療の利用では、アクセスの自由度の高さ（フリーアクセス）と診療時間の短さ（3時間待ち3分診療）がある。3時間待ち3分診療には批判があるが、逆に

身近で受けられる。

また、世界に先駆け長期ケアを制度的に保障する介護保険制度を創設した。こうしたこともあり、2000〜2010年代に行われた国際機関や専門誌のレポートにおけるわが国の医療制度に対する評価は極めて高い。

ただ、「THE LANCET」の報告書は「日本の医療制度は良くできているが、現在の高い評価は将来を保障するものではない」と指摘している。重要な指摘だ。

医療・介護を取り巻く課題 今後も量的拡大が進む

わが国の医療介護を取り巻く課題を確認しておきたい。

わが国は人類史上例のない世界最高水準の高齢社会となり、人口減少が進む中、今後も人口高齢化が進む。今後の医療介護ニーズの量的拡大は大きい。

1つは、人口は2040年までに約15%減少するが、後期高齢者の増により要介護者数、患者数は高齢化のスピードをさらに上回って増大し、2040〜2060年半ばを過ぎないとピークアウトし

言えばどんな病院であっても3時間待てば受診ができるということでもある。世界中探してもこんな国は日本しかない。

アクセスの自由度の高さが、受診率の高さ、外来診療の肥大化につながっている。

医療機関の特徴としては、自由開業医制・自由標榜制の下での医師による病床所有である。

病院と診療所は未分化で、潜在的に競合関係にある。大病院においても外来部門が存在しており、病院も診療所もプライマリケア・セカンダリケアを担っている。

病院が医師を直接雇用し、外部との関係は閉鎖的である。そのためオープン病院の試みは成功しない。

私立病院の病床ストックの比率が高い。これは個人立診療所から個人立・医療法人立病院に発展した歴史的経緯によるものである。

こうした経緯から、施設間の役割分担が不明確で病床が分散的に配置されている。高額医療機器も分散的に配置され、共同利用が進まず、かつ配置比率は高い。

ない。

2つめは、慢性疾患の増大など疾病構造の変化により受診率が上昇し、受療期間の長期化、要介護期間の伸長などにより、1人当たりの医療介護ニーズも増えている。

3つめは、医療技術の進歩による医療水準の向上により、医療内容が質的に変化し、内容の高度化・治療可能な疾患の増大、延命期間の伸長によって医療・介護費は増えていく。

一方で、医療・介護をめぐる社会経済情勢は、今後とも厳しい。
①家族・地域機能が低下し、ライフスタイルも変化していく。家族の介護力はどんどん弱くなっている。
②高齢単身世帯と高齢夫婦のみの世帯はさらに増大して地域の支え合いも弱体化するため、公的サービスに依存する高齢者は確実に増える。

③戦後世代の高齢者が後期高齢者になり、都市生活者や被用者年金受給者が多数派になる。高齢者内部での所得格差も拡大する。
④さらに「失われた30年」を現役

医療職の特徴としては、医局から勤務医を経て開業というキャリアパスのため、開業医も高い専門性を持っており、開業医はプライマリケアとセカンダリケアを担う。

これの裏返しとして、かかりつけ医、総合診療医のようなシステムが未確立になっている。

医局制度は、医師の配置だけでなく生涯教育も担当し、平等主義的人事を行っている。このため勤務医も開業医も同質の専門的医師になり、身分原理型の専門医制度は機能しない。

この形で明治以来日本は医療を提供してきた。フリーアクセスは国民が望んできた形であり、患者が自由に医療機関を選ぶことを前提に医療提供体制は形作られてきた。これは極めて安定的・固定的なシステムであり、医療政策を規定するときの決定的前提条件となっている。ゆえに日本の医療政策は常に漸進的な形でしか進んでこなかった、と猪飼教授は指摘している。

では、日本の医療提供体制は世界的にはどのように評価されているのか。期で過ごしたポストバブル世代が高齢化していく。この人たちが経済的・社会的に自立するかどうかは重要になってくる。

これに対し、日本の医療を支える提供体制をみると、以下のような特徴がある。

(1)先進諸国の中で最も「民間資本中心」の医療提供体制である。
病院設置者の構成で民間医療法人が一番多く、個人立も含めれば病院全体の7割を占めている。民間医療法人立病院の利益は最終的に特定の個人に帰属する一方で、設備投資も特定個人の債務保証が多く、再編統合が難しい。
(2)地域医療提供体制のガバナンスが未確立である。

個々の医療機関が自分のリスクで経営しているため、医療資源配分・設備投資が「施設完結型」の発想で行われ、「地域完結型」になっていない。さらに公立・公的病院の多くは総合病院として機能しているため、病院間の重複投資・機能重複による資源の浪費になっている。

(3)こうした実態から、医療施設の機能分化は未発達であり、地域包



括ケアの視点は欠如している。国際標準から見ると、病院病床は過剰だが療養機能は弱く、介護サービスは今なお不足している。

病床当たりの医師・看護師数が少ない日本の医療

わが国の医療・介護の課題を数字でみていく。

日本の病床当たり医師数は極めて少ない。医療技術の進歩や病院の重装備に伴って、医師の配置は1990年代から直近まで諸外国は倍ぐらいになっているが、日本はほとんど増えていない。

G7諸国の病床当たり職員数と平均在院日数の国際比較をみると(図表4)、日本は相当がらばって平均在院日数を短縮してきたが、それでも2けたである。急性期病院に限ると16日だが、諸外国は1週間程度だ。人口当たりの病床数は2〜3倍だが、病床当たりの臨床医師数は2分の1〜5分の1、看護職員数も同様の傾向である。日本の病院は医療濃度が薄く、それが平均在院日数にも反映している。

高次機能であるICU等病床もたりの年間外来担当患者数(延べ人数)ではアメリカ15338人に対し、日本は5333人で、日本の医師は相当な過重労働であることがわかる。

医療費の話をする、日本の医療には無駄がある、もつと効率化すべき、という議論がいつも登場してくるが、財源を考えている側と実際に診療をしている医師との感覚はかなりずれている。このずれを修正して、同じ土俵で議論をしないと不毛な議論になる。

日本は規模の小さい病院や診療所が数多く存在し、それらがフリーアクセスを基本とした日本の医療システムを支えている。

なぜそうなったか。皆保険達成以来、増大する医療ニーズを最小限の設備やマンパワーで、かつ民間医療機関中心にこなしてきたからだ。結果、医師や医療スタッフは慢性的に過重労働である一方、病床機能の分化が進まず、疾病構造の変化に対応できない病院体系となった。高度医療に対応できない設備・人的配置、規模が小さい体系性に欠ける機能未分化の医療機関がたくさんあって、そういう

日本は決して多くない。今回の新型コロナウイルスでも重症者が収容しきれないでオーバーフローする事態もあった。医療機関の機能分化とそれを踏まえた医療資源の集中が行われていないということだ。

このことには理由があつて、先進諸国に比べて病院の規模が全然違う。日本の病院は民間病院中心でその規模は小さく、9割以上が200床未満である。

諸外国のように1000床規模で多くの医師・看護職員がいる中で集中的に行われる医療を急性期医療と考えるのであれば、200床未満の病院にそれを求めることは無理である。

その結果、何が起きているか。1人当たり受診回数をOECD加盟国と比較すると、日本は韓国に次いで多い。これは医師にかかりやすく、アクセスがよいことの裏返しである。

単純計算すると、医師1人当たりの入院担当患者数はアメリカ1:1人(医師1人当たり1:1病床を担当)に対し、日本は5:5人(医師1人当たり5:5病床を担当)となる。また、医師1人当

た中小の病院と診療所がフリーアクセスの患者のニーズを受け止めている構造になっている。

さらに、現場の医療がそれで支えられ、機能している以上、診療報酬もまたその体制を前提に組み立てられ、支払われることになる。そうした積み重ねの中で形成されてきた日本の医療提供体制に内在する構造問題が、今回の新型コロナウイルスによって一気に顕在化した。そう理解すべきであろう。

20年後の日本の医療の姿を示すコロナ禍

今回の新型コロナウイルスのパンデミックから見えたことを総括すると、私は未来が目の前に来た、つまり20年後の日本の医療介護の姿を見たのだと思っている。

すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か老婦夫婦世帯である。今回のコロナ禍で、要介護高齢者や基礎疾患持ちの慢性疾患患者が急性期病床や感染症病床に入院してきた。急性期病床に介護スタッフはいない。つまり療養機能が動かない。元々ギリギリの人員配置で動

図表4 G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較(2018年)

	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	27.8 (16.1)	13.0	19.2	2.5	90.6	11.8
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	164.0	13.2
フランス	8.8 (5.4)	5.9	53.7	3.2	182.6*	10.8*
イギリス	6.8 (5.9)	2.5	113.8	2.8	311.7	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.9	91.2	2.6	410.8*	11.9*

(資料)OECD Health Statistics 2020より作成
 (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。
 2. ドイツ、アメリカの平均在院日数、人口千人当たり病床数、病床百床当たり臨床医師数、臨床看護職員数は2017年のデータ。
 3. 病床百床当たり臨床医師数、臨床看護職員数は、総臨床医師数、総臨床看護職員数を病床数で除して100倍して求めたもの。
 4. 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数。

コロナ禍が露呈させた医療提供体制の構造問題

コロナ禍は、日本の医療提供体制に内在している構造問題を露呈させた。

改めて整理してみよう。改め「機能未分化・非効率で「薄まき」、余力のない医療提供体制」

自由開業医制・自由標榜制、独立採算の中小民間病院中心の提供体制で発展してきたため、医療機関は相互に機能重複があり、競合関係にある。ゆえに連携・協働の契機が内在していない。病病連携・病診連携・医療介護連携が繰り返され、なかなかうまくいかない。

(2)患者の選択が極めて大きいフリーアクセスの医療保険制度

現在のようなフリーアクセスを前提にする限り、患者の受診行動を制度的に制御することができないので、医療ニーズに合わせた適切な医療提供を行うことが極めて難しい。予防・健康管理から初期診断・治療、専門治療、自宅復帰あるいは介護・生活支援へとつなぐ「切れ目のない受診・サー

ピスの流れ」がつくれない。
(3)供給(提供側)もコントロールできず、需要(患者)も制御できない医療制度

日本の医師はアメリカの医師の5倍働いているのに、全体としてみれば日本の医療提供体制には余力がなく、局所的に負荷がかかれば簡単に崩れる脆弱さがある。
救急患者のたらい回し、医療(介護)難民、連携・ネットワークの不在などはコロナ前からあり、構造的には同じではないか。

医療費と介護費の最適化は大きな政策課題

ここで少し難しい、というか複眼的な視点で考えなければならぬ。議論について話をしておく。
2040~2060年までは医療介護需要は増えていくと述べたが、65歳以上人口は2040年代半ばに、75歳以上人口は2060年代後半に上限に到達し、以降は減少に転じる。

医療需要と介護需要はそれぞれこれに少し遅れてピークアウトする。したがって、当面数十年間は医療需要・介護需要は増えるが、

急性期病院を強化する必要

こうした前提と今回のコロナへの対応から地域医療構想を考えると、急性期病院の機能強化はより速やかに集中的にやるべきだろう。急性期病院は資源の集中投入によって集約化を図り、高度急性期や重症急性期の入院医療へと特化する。

一方、地域の中小病院は、地域医療や在宅医療を支える機能を強化する必要がある、かかりつけ医と協働して地域を面的に支える医療提供体制を構築し、さらには病院・診療所のみならず様々な地域資源(看護・介護・生活支援)との連携を強めて地域包括ケアネットワークを構築していく。

これは医療サービス全体の人的・物的資源を大きく再配置することになるため、日本のように個々の民間病院が自身で経営リスクを背負って事業展開している世界で考えると相当大変な改革をす

早晩減少局面に転換していく。中長期的に考えれば、医療・介護提供体制は需要や患者数の減少に対応したダウンサイジングや再編成は必至である。

ただ、この問題は地域で状況が大きく違っている。東京都など大都市圏は高齢者がまだ増えるために、増大する需要にどのように対応するかという議論をしている。一方、中山間地域では人口や患者数が減少し病床が余り始めており、個々の病院は経営が成り立たないために病床再編や合理化がすでに現実の問題になっている。

他方、総人口の急激な減少が進む。人口が減る中で高齢者比率が上昇し続けるため、対GDP比で考えれば医療・介護費は増大し続けることになる。

つまり、地域によっては需要減が既に現実化し提供体制のダウンサイジングの議論をしているところもあるが、マクロでみれば医療費と介護費の対GDP比は増え続けるので、政府、というか財務省にしてみれば、医療費・介護費の「抑制・適正化」は今後も大きな政策課題であり続けることになる。

ることになる。医療現場では日々診療が行われておりこれを止めることはできないのだから、一旦全部壊してつくり直す、というわけにはいかない。
それぞれの地域で日常の診療を維持しながら改革を進めていかなければならない。タフな改革になる。

地域医療再生はシステム全体の構造改革

2008年に社会保障国民会議が開かれたとき、将来の医療介護需要に対応するサービス提供体制のシミュレーションを行った。そのときの医療介護サービス分科会の報告書は今でも通用すると思うので、紹介する。

タイトルは「地域医療再生―サービス提供システム全体の構造改革」である。

(1)病院機能の高度化・最適化、資源の集中投入

病床の機能分化の徹底、急性期病床の機能強化により、医療技術の進展に対応できる国際標準レベルの病院医療体制を実現する。基本的には施設機能の再構成・転換

る。

求められる「治し、支える医療」

このように考えていくと、医療提供体制改革の議論は結局原点に戻ってくることになる。

疾病構造・患者像の変化に合わせた病院の機能分化と連携、選択と集中、在宅医療も視野に入れた地域完結型医療への転換。これまでずっと言われ続けてきたことだ。地域医療構想は「病床削減」だけが目的ではなく、在宅医療の強化も同時に考えるべきだ。

超高齢社会においては、医療に求められている役割は大きく変化していく。
「治す医療」から「治し、支える医療」へ、生活を犠牲にしない、QOLを重視した医療が求められる。

そうなる、病院に求められる機能も変わってくる。

一つは、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能の病院であり、もう一つは「支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能を持つ病院だ。病院機能のベクトル

を推進し、医療施設から介護・生活支援施設へ移行させていく。

スピード感が問題ではあるが、現実には改革はこの方向で進んでいる。地域医療構想の策定も進んでおり、介護の世界でも、医療を提供する介護施設である介護医療院も創設された。

(2)地域における医療機能のネットワーク化、施設完結から地域完結へ

病床の機能分化を前提とした病院間、病院・診療所間の面的機能連携により「地域完結―ネットワーク型」の医療提供体制を整備する。

「地域完結型医療」という用語は、このとき初めて登場した。

(3)地域包括ケア体制の整備(医療・介護・福祉の一体的提供)

医療を超えた医療・介護の包括的な提供体制をつくる必要がある。医療側は地域ケアを支える在宅支援診療所とそれを支える後方病院の強化を図る。

(4)専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の整備

専門職種間のタスクシフトを進める。そうしないと有限な人的資

ルはこの2つに分かれていくことになるだろう。

地域医療は外来中心から在宅支援型に変わり、往診やオンライン診療は当たり前の診療形態になるだろう。

「支える医療」は医療だけでは完結しない。医療を超えた切れ目のない看護・介護・生活全体の支援をパッケージで対応することが必要であり、多様な専門職種の連携・協働、すなわち地域包括ケアネットワークが求められる。有限の人的資源でニーズに対応していくためには、専門職種間のタスクシフトも重要になる。

そして、何より多職種連携は情報連携なしには機能しない。医療IT・IoT・DXは在宅医療や地域包括ケアを支える不可欠なツール・基盤となる。

わが国の医療・介護資源は、人的・物的あるいは経済的にも有限である。有限なリソースで医療・介護需要を効果的・効率的に受けとめることのできる提供体制の再編成が必要になる。申し上げたように地域によってステージが異なるが、それぞれの地域で、患者像

源でニーズをカバーしきれない。「多職種協働」や「ケアマネジメント」「情報共有と連携」が必要であり、雇用管理・効率的人材活用を含めた「病院マネジメント機能」の強化も必要である。

診療報酬で対応すること、できることを議論すべき

以上のような問題解決のために、まず「人的資源の確保」が必要で、専門職種間のタスクシフトやマネジメント機能強化のための人材養成・開発が必要となる。

「物的基盤の整備」も急務だ。急性期病院を集中的に機能強化していくには資源投入が必要で、世界的な医療の技術革新に即応している財政基盤が求められる。知識集約産業としてのビジネスモデルの構築や設備投資のためのファイナンスを考えなければならぬ。地域医療の再編を進めるにしても、ネットワークの整備や医療機関の機能転換を支える財源、資金調達をどう考えるかも大きな問題である。

いままのように個々の中小病院の経営の観点でファイナンスを考え

るのではなく、地域全体のネットワークをつくり、そこに必要なインフラや情報基盤の整備をするための投資コストをどう確保していくか、そういう視点で考えるべきだ。

今の診療報酬や介護報酬はこうしたことを支えられる体系になっているのだから。

これは10年以上前の提案だが、果たして病院医療の実態・進めようとしている改革の方向性といまの診療報酬体系の考え方は整合的と言えるのか。機能分化や連携・

◇主な質疑から



谷修一（国際医療福祉大学名誉学長） 香取さんが構成員を務める政府の全世代型社会保障構築会議の今後のスケジュールや進め方を教えてほしい。

香取 最終的には安定的な財源確

ネットワークの構築を医療機関単位・医療行為単位で構築されている今の診療報酬体系の考え方でファイナンスできるのか。診療報酬（十介護報酬）について体系的な見直しが必要になるのではないか。

別の言い方をすれば、診療報酬（個別の点数の設定）で誘導（実現）できる話とそうでない話があるのではないか。小手先でない改革が必要になる。しっかり議論すべきである。

保をどうするかまで考えなければならぬのだが、社会保障・税一体改革を実現したときの政治構造と現在の状況はまったく異なる。財政赤字は問題にしないでいい、財政健全化は考えなくてもいい、などという人が一定数いる状況の中で、すぐに増税の話、というのは難しいだろう。

当面の社会保障でコンセンサスがあるのは少子化対策、包括的な子育て支援制度の構築にどう取り組むかだろう。少子化対策に財源

を投入することには合意が取れるのではないだろうか。

こども家庭庁の創設、少子化対策の財源を税に求めるのか、保険方式か基金型か、いずれにしても負担の問題とセットで議論することになる。

医療提供体制の問題は、現実にはコロナを通じていろいろな縮びが見えて、何らかの改革が必要だという認識は共通に醸成されていると思う。

しかし、お話ししたように医療提供体制の改革には相当なエネルギーが必要になる。制度設計という意味でも関係者の合意形成という意味でもそれなりの体制と準備が必要だ。

黒川清（元日本学術会議会長）

日本の医療は今までフリーアクセスでうまくいっていた。医師会の主張する主治医制は正しいが、それをどう実現するか。フリーアクセスを少しでもカットすることは難しい。どのようなプロセスでやるか、納得できる形が必要だ。政治的なリスクもある。

香取 最初に消費税を導入したと

きや介護保険制度を創設したときはどうだったのか。あのような大きな改革をしたときを考えると、政治に動きがあるときだった。

介護保険は自民・社民・さきがけの自社さ政権でできた。「一体改革」も自公政権―民主党政権―自公政権という政権交代の流れの中でつくられた。

共通の課題を超党派で議論する場がないと社会保障改革はうまくいかないということかもしれない。その意味では、政権が安定しているかどうかということよりも、時の政権がどのように社会保障改革に向き合うかが大事だ、ということではないだろうか。