

持続可能な提供体制づくりと制度設計の最善手

2040年を見据えた医療・介護提供体制の再設計が急務となっている。地域ごとに少子高齢化や人口減少が異なる進行を見せる中、多疾患併存や在宅ニーズなど複合的な医療課題に応じた体制づくりが問われている。特に中小病院の役割強化や業務分担の見直し、かかりつけ医やセルフメディケーション支援の位置付けは、医療保険制度の持続可能性にも直結する。厚生労働省で長年にわたって医療・介護政策の立案・執行に関わり、現在は一般社団法人未来研究所代表理事の香取照幸氏に、上記の論点を踏まえ、制度設計や提供体制の再構築の考え方などについて、包括的な視点から話を聞いた。

医療・介護の複合的ニーズに対応する新たな提供体制の構築へ

2040年に向けた医療提供体制の構築に当たって、まず前提とすべきは「患者像の変化」です。すでに現在でも、医療ニーズの過半は高齢者、特に75歳以上の方によって占められています。今後はマルチモビリティ（多疾患併存）と医療・介護の複合的ニーズを持つ高齢者がさらに増えていきます。これに対応しようとするならば、急性期・回復期など病床機能区分を軸とする従来の考え方では限界があり、医療機関として「複合的なニーズに対応できる力」を備える必要があります。

具体的には、単一の病床区分に焦点を当てるだけではなく、地域密着型で多機能を備えた病院の役割が重要になってきます。同時に、医療と介護の連携が不可欠です。地域包括ケアネットワークと地域医療構想は本来一体で議論されるべきものであり、医療をその中にどう位置付けるかが問われます。これまで地域包括ケアネットワークは介護保

地域単位で医療・介護提供体制の将来像を見極め バックキャストからリソースや 対象圏域の検討を

険の文脈で語られることが少なくなく、医療における位置付けが曖昧でしたが、2040年に向けた提供体制の再設計では、医療と介護をパッケージで制度設計していく視点が重要です。

また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者の増加を背景に、地域医療へのニーズが大きく変化しています。中でも「住み慣れた場所で最期を迎えたい」と考える患者さんは今後さらに増えていくでしょう。その思いに応えるためには、「治療の場」である病院を中心とするのではなく、「地域の中で医療を提供する」という発想が求められます。医療は診療所や病院のほか、在宅も含めた地域という空間の中に面として配置され、連携して機能すべきものです。つまり、地域という日常的な生活の場の中に医療が「収まっている」構造をイメージしてつくり上げていく必要があると考えます。

地域医療構想の単位として用いられてきた「二次医療圏」などの概念も、今後は機能やサービスに応じて階層化されたレイヤー構造で再定義していくことが求められています。例えば、介護保険では徒歩圏内の「日常生活圏」を前提

にサービスが設計されていますが、地域によつては広域での集約化が避けられない機能やサービスも出てくるでしょう。多様なサービスの提供体制を単層ではなく、重層的に考える視点が重要です。

地域ごとの違いを踏まえ 構想と圏域を柔軟に再設計

一方、2040年を見据えた医療・介護提供体制を考える上で、地域ごとの到達点や前提条件の違いを直視する必要があります。これらの体制づくりを全国一律のモデルで進めることはできません。当然のことですが、地域ごとに高齢化の進行速度や人口構成は異なり、それに伴い、医療・介護ニーズの実態も大都市と中山間地・過疎地では大きく異なります。例えば、東京都のように高齢化のピークが2050年頃に到来する大都市圏もあれば、すでに現時点で高齢者人口が減少に転じている地方も数多くあります。こうした地域差を踏まえずに全国一律の政策を講じたとしても、実態に即していないので機能不全に陥ります。重要なのは、地域ごとに将来像を描き、10年後、20年後にどのような患者さんが増えるのか、どのような医

香取 照幸

一般社団法人未来研究所代表理事

かとり てるゆき

1980年、東京大学法学部卒業後、厚生省（現・厚生労働省）入省。2001年、内閣官房内閣参事官（小泉総理大臣官邸）。2002年、厚生労働省老健局長補佐。2010年、厚生労働省政策統括官（社会保障担当）、内閣官房内閣参事官（社会保障・税一体改革担当）。2012年、厚生労働省年金局長。2015年、同省雇用均等・児童家庭局長。2016年、退官。2017年、アゼルバイジャン共和国駐日日本国特命全權大使。2020年、上智大学総合人間科学部教授。2023年、兵庫県立大学大学院社会科学部特任教授（現職）。2020年に一般社団法人未来研究所代表理事を設立し、医療・介護現場を支える人材の育成・確保、社会保障政策研究の基盤強化と研究者支援、そして政策担当者や研究者・現場とのネットワーク構築の支援などを手掛ける。



持続可能な提供体制づくりと制度設計の最善手

療養が必要なのかを見極めた上で、そこから逆算して現在の施策を組み立てるバックキャストインの発想です。

例えば、現在70歳を超える診療所医師が2040年も現役で診療を継続しているとは考えにくく、診療所医師の高齢化が進む地域では、人的医療資源の縮小が避けられません。現行の施設や医師数が将来もそのまま残るという前提自体が、すでに崩れているわけです。一方、オンラインで看護師と相談できる仕組みや、地域に出向くアウトリーチ型支援など、既存の医療機関の外側で展開される「外付けのサービス」が拡大しています。これらを医療・介護提供体制の中にどう位置付けるのか、バックキャストで施策を講じていくためにも、制度と運用の両面での整理が必要です。

また、地域医療構想を見直す際には、先述の「二次医療圏」という単位が将来にわたって有効かどうかも検討していかねばなりません。介護では中学校区程度の「日常生活圏」を基に制度設計が進んでいますが、医療においては今後、多くの地域で高度急性期が広域集約型にシフトしていくのは

避けられないと思います。半面、生活と密接に関連する慢性期医療や在宅医療は、今後も生活圏内で提供できる体制を維持していくべきです。

地域によってはすでに2040年の状態に近い状態、あるいはすでに2040年を超えている一方で、東京都のようにまだその端緒にすぎないところもありません。繰り返しますが、全国一律の設計図を押しつけるのではなく、それぞれの地域で、何を優先すべきを見極め、独自の解を導き出せる柔軟な体制が、医療・介護提供体制を構築していく上でも必須になると考えています。

中小病院と人材制約を見据えた体制再編の方向性

地域で持続可能な医療・介護提供体制を築くには、制度や構想といった設計図の整備を図りつつ、同時にそれを実行に移すための「現場の器」、すなわち人材などのリソースをどう確保・再編するかが大きな課題になります。その際に最大の制約・障害となるのが、「人口減少に伴う人的資源の制限」です。

例えば、医師の養成数は現在、年間8000人から1万人程度で推移していますが、その基盤となる18歳人口は今後3分の2にまで減少します。私たちの時代には100万〜120万人いた子どもが、現在ではすでに70万人台にまで減っているのです。これだけ人口が減少している中、これまでと同じ人数の医師や看護師、介護職員などを確保し続けるのは現実的ではありません。つまり、「現状の体制のまま」では拡大する医療・介護ニーズに対応しきれないのは明らかです。

ここで提言したいのは、これまで十分に生かされていなかった中小病院の機能にフォーカスし、地域で積極的に活用していくことです。全国の病院の約7割を占める中小病院は、大病院と診療所の中間に位置する存在ですが、今後は、診療所のバックアップ的な役割も含め、地域において「面」を構成する担い手として、より一層の活用が期待されます。

単にバックアップ役ではなく、地域のフロントラインとして中小病院が直接、住民の健康を支える場面も増えていくはずです。例えば

ば、初期の救急対応のように、これまで「病院の役割」と目されてきた分野の一部を、在宅医療や訪問看護が担いつつあるようです。とはいえ、時間的・地理的制約がある中で、全ての在宅現場をカバーするのは困難です。患者さんの急変時にはやはり即応性のある入院機能が必要であり、小回りの利く中小病院の強みを発揮できるのではないのでしょうか。

なお、今後の体制づくりを進めていくに当たっては、タスクシフトやデジタル活用などで医師がカバーする業務を減らしていくという視点も重要です。今の日本の医療現場では他の国と比べても、医師でなくても良い業務を医師が行っている割合が非常に高いという現実があります。制度上もそうであり、慣行上もそうになっています。そこを明確に整理していかないと、限られた医療資源の中で体制を組むことは難しくなると思います。

「限りあるものを、どう分かち合うか」

医療・介護提供体制を再構築し支えていくために、医療保険制度の持続可能性を担保していくこと

は、避けて通れない課題です。医療費というものをどうコントロールしていくか。そのときに最も重要なのは、「どのよう人が、どこで、どういう医療を受けるのが適切か」というテーマに、政策的な方向性をしっかり持たせていくことです。そして、それは限られた財源の中で、医療保険制度がどこまでカバーできるのかという「持続可能性」の問題として議論しなければなりません。

ここで改めて問いたいのが、日本の「フリーアクセス制度」の在り方です。保険証一枚で全国どこでも、どの医療機関にも自由にかかれるこの仕組みは、医療へのアクセスを保障してきた一方で、適切な受診行動を担保できない仕組みでもあります。軽微な症状で三次救急を利用する、複数の専門科を同時に受診する、といった行動が積み重なれば、全体の医療費に大きな負担を与えるのは避けられません。

一方、医療費を単に「保険財政」の問題としてではなく、「社会的コスト」として捉える視点も必要です。例えば、湿布を保険給付の対象から外すという議論がありますが、それによって医療費の一部

を削減できたとしても、患者さんが薬局でお金を支払って購入するようになれば、単に政府から個人へ支出の主体が移るだけで、社会全体の医療への支出額は変わりません。冒頭に戻りますが、「最適な医療を、必要な人に、必要なタイミングで提供する」。その仕組みを社会全体で考え、共有し、そこに制度を近づけていくことが、本当に効率的な医療制度の在り方だと、私は考えています。

そのカギを握るのが、かかりつけ医療機能です。単に身近な医療機関としてではなく、多疾患併存の患者に対して診療全体を俯瞰し、重複処方や過剰受診を防ぐ「統合管理者」としての役割が求められていると思います。現状では、複数の専門科でそれぞれ最適な診療が行われていても、患者さんとして最適とは限らない「診療の合成の誤謬」が起きていても不思議ではありません。このような無駄を防ぎ、トータルで医療の質と効率を高めるには、診療情報の一元化とその共有が不可欠です。

セルフメディケーションも、もつと制度的に後押ししていく必要

があると考えています。ただし、何でも「自分で判断してください」と患者さんに丸投げするのはなく、薬剤師や看護師といった人たちがフロントで関わるような「ブレ医療」ともいえる体制の整備が必要ではないでしょうか。医療機関にかかるとの段階で、適切な助言や情報提供が行われることで、受診の適正化にもつながると考えています。

もちろん、こうした構造改革は制度設計だけでは実現できません。それを運用する人材と、受け止める国民の意識改革があつて初めて成り立ちます。医療は無尽蔵のサービスではなく、皆で支え合い、運び取りながら使っていく社会的資源です。その意識を共有するには、患者教育と社会保障に関する広範なリテラシーの向上が欠かせません。

「限りあるものを、どう分かち合うか」——それが、これからの医療保険制度に問われる根本的なテーマです。生活者としての国民、提供者としての医療機関、制度設計者としての行政、それぞれが自らの立場を超えて、社会全体の最適化を考えるフェーズに入ったと、私は考えています。