

社会保障国民会議  
サービス保障（医療・介護・福祉）分科会（第7回）  
議事要旨

1. 日 時：平成20年9月9日（火）16時01分～18時09分
2. 場 所：合同庁舎7号館9階 共用会議室—3
3. 出席者：大森座長、逢見委員、神野委員、齊藤委員、澤委員、竹中委員、中田委員、野中委員、堀田委員、南委員、矢崎委員、権丈委員（オブザーバー）、吉川委員（オブザーバー）  
伊藤内閣総理大臣補佐官

4. 議事次第

○大森座長 それでは定刻になりましたので、ただいまから第7回のサービス保障分科会を開催させていただきます。

ご多用中ご参集いただきまして、ありがとうございます。

本日は、今田、唐澤、清原、辻本、西村の各委員がご欠席ということでございます。始まる前にちょっと、総理が突然に辞任の意思表示をされまして、どうなることかとちょっと悩んだのですけれども、翌日の9月9日に親会が開かれまして、その席で総理から私どもの分科会に関係することについてご発言がございました。このメモで言いますと、「また、残された課題であります。医療・介護の費用の将来推計については、今後の社会保障の将来像を考える上で必須のデータとなるものでございます。」と、そういうふうに総理が言及されまして、したがってこの作業は続行することだと思っております。

お聞きしましたら、社会保障国民会議は閣議決定で設定されているのです。したがって、次に総理が変わるのですけれども、その総理がこの閣議決定を廃止と言わない限り、生きているのだそうです。したがって、私どもはそれまでは予定通り作業を続行し、10月の中旬までに最終報告を、そのときは違った総理かもしれませんが、提出するということがよろしいということでございますので、引き続きご協力をお願いしたいと思います。

きょうは、この前4人の方々から、今回の推計に関係します有識者としてのご見識あるいは知識を披歴していただきまして、それに基づきまして、私どもの分科会としてはこれから推計作業をいたしますので、本日はその推計を行っていく上での前提になるような考え方幾つかについて皆さん方にご報告申し上げて、ご議論いただければというふうに思っています。よろしくお願いたします。

本日は伊藤補佐官から最初にごあいさついただきまして、その後、審議に入りたいと思います。

○総理補佐官 大変お忙しい中、最終報告に向けて、第7回の分科会の会合に委員の皆様

方ご出席をいただきまして、本当にありがとうございます。

今、大森座長からもお話がございましたように、先週の月曜日、福田総理が辞任を表明をされました。皆様方には補佐する立場にあった者の1人として本当に心からおわびを申し上げたいと思いますし、総理のお気持ちも体して、重ねておわびを申し上げる次第でございます。

私自身も、この社会保障国民会議を総理大臣補佐官として担当させていただいて、皆様方がお感じになられたように、福田総理は本当に暮らしの中の安心感というものを実現をしていきたい、そのために生活に密着した改革を進めていかなければいけない、社会保障制度の改革は待ったなしの改革だ、そういう思いでこの区民会議を立ち上げられたわけであります。

今日まで、分科会の先生方には精力的にご議論を賜り、6月には大変貴重な中間の取りまとめを大森座長のもと、そして吉川座長のもとで取りまとめをしていただきました。総理が辞任を表明する前日も、私も長時間にわたって福田総理と、この国民会議の最終報告に向けての議論をさせていただきました。先ほども大森座長からもご紹介がありましたように、極めて重要な議論をしていただいておりますので、そうしたことも含めて総理といろいろなお話をさせていただいたところでもございました。そうした中であっての辞任でありますから、私自身は非常に無念であり、残念な気持ちでいっぱいあります。しかし、皆様方の今日までのご議論のご努力をしっかりとした形に取りまとめて、そして次の政権に引き継いでいく、そのことは私にとりましての1つの大きな仕事だというふうに思っておりますので、微力ではありますが、そのことに一生懸命取り組んでまいりたいというふうに思います。

来月に向けて、大変恐縮でございますけれども、ぜひとも皆様方に引き続きご尽力をいただき、そして立派な最終報告を取りまとめいただくことを心からお願い申し上げます。おわびを兼ねてのごあいさつにかえさせていただきたいと思っております。

どうかよろしくお願い申し上げます。

大森座長 どうもありがとうございました。

それでは早速議事に入ります。資料について参事官から。

○内閣参事官 座ったままで失礼いたします。

資料の確認をさせていただきます。

お手元にまず議事次第、それから事務局のほうから資料1「DPCについて」、それから資料2-1と2-2、これが本日の議題でございますシミュレーションの前提についての資料、それから、本日欠席ということでございますが、清原委員から、本日の議題に関する意見ということで資料が提出されております。それから、いつもどおり前回までの分科会の配布資料、中間報告等々、関係資料につきましてはお机の上にファイルで用意させていただきますので、よろしく願いいたします。

○大森座長 よろしゅうございましょうか。

それでは、まず資料1のこのきょうの説明があるのですか。それじゃ、メインが資料の2-1ですけれども、その前に簡単に説明いただけますでしょうか。

○内閣参事官 それでは、恐縮ですが、資料のご説明、資料1、2、ちょっと大部ですが通しでご説明させていただきますので、お願いいたします。

最初に資料1「DPCについて」でございます。これは前回4人の先生方からご紹介、いろんなプレゼンテーションしていただいたわけですが、その中でDPCデータということで、何人の先生方から言及があったわけですが、DPCというのがどういうものか、それから、これからご説明しますシミュレーションの前提の中でも幾つかDPCのデータを用いてご説明するものもございまして、ちょっとDPCについて簡単にご説明しておきたいと思っております。

1ページめくっていただきますと、「DPCとは何か？」というふうに書いてございます。Diagnosis Procedure Combination、これの頭文字を取ったものでございますが、これは平成15年4月から特定機能病院、いわゆる高次機能病院でございますが、大学病院等の特定機能病院に導入されました急性期の入院医療につきましての診断群別分類に基づく1日当たりの包括評価制度、いわゆる包括払いの支払い方式の制度のことでございます。これはもともと、「わが国独自の診断群分類」というのをつくっておきまして、その名詞として使っていたものでございます。

次のページでございますが、DPCにつきましては、いわゆる診療報酬の支払い方式の改革の一環ということで、急性期の入院医療につきまして支払い方式の1つの形ということで導入されたものでございますが、これは基本的にできるだけ効率的な入院、入院期間が短くなりますと、その分だけ診療報酬が有利になるというような形で設定されておりまして、入院期間の短縮という形で医療費の効率化に貢献がある。それ以外にこれは、実行するに当たりまして、病院ごとのさまざまなデータをきちんと取って、事後的にこのDPCの検証ができるようにということでデータを収集しているということで、そのデータを分析したり比較することを通じまして、医療全体の透明化をする、あるいは急性期医療についての標準化ということができるということで、そういう意義もあるとされているものでございます。

次のページ、DPCの対象病院でございますけれども、平成15年には特定機能病院中心に82病院が採用されまして、その後、62、216、358ということで、現在718の一般病院がこれを採用しております。これ以外に、DPCの支払いの対象にはなっていませんが、DPCの病院になるためのさまざまな条件があるわけですが、この条件をクリアしてDPCになることが準備ができている準備病院というのがございます。これが700ほどありまして、足して約1,400ということで、一般病院の全病床数の半分程度の病院がこの対象になる、あるいはなる予定になっているものでございます。

4ページ、DPCの対象となる病院の基準でございますが、下にありますように、要は10対1以上という、一定の水準以上の看護配置基準を持っているということと、診

療録の管理体制がきちんととれていて、標準レセ電算マスターに対応したデータ、具体的に言うと電子情報で、電子媒体できちんとした患者さんの記録なり、あるいは診療の記録をきちんと用意ができて、それを適切に提出することができる、そういう体制がとれている病院ということで、こういった病院が対象になっているということでございます。

次のページでございますが、データは診断群別に分類をされた支払い方式ということで、診断群ごとの分類がされております。具体的に言いますと、まず傷病によって分類をいたしまして、その後、診療行為、手術の有無等、診療行為によって分類をしていくという形で、傷病名自体はWHOのICD10に沿って定義されていますけれども、割合と日本の臨床家の方々が実際に診断を行う場合の考え方に近い形で判断樹をつくっているということで、こういう形で分類をさせていただきます。

次のページですが、複数疾病を持っておられたり合併症を持っていた場合にどうするかということで、一応医療資源を最も投入した疾病をいわば基準の診断群にするという形で整理をするという形になってございます。

7ページ、DPCの対象患者ですが、基本的には一般病棟に入っておられるいわゆる急性期と言われる患者さんについて対象にするということで、入院後すぐに死亡された方とか、あるいは7日以内の新生児の死亡とか、治験あるいは臓器移植、先端医療といった特殊な医療を除きました一般の急性期の患者さんが対象になるということでございます。

8ページ、支払いですが、申し上げたように基本的には包括部分と一部出来高という組み合わせでできてございまして、そういう意味では出来高払い、個別の診療行為ごとの出来高払いという形にはなってございません。

前回もこのDPCデータについて開示をする、しないというご議論がございましたが、DPCのデータの取り扱いについてちょっとご説明をします。

DPCの調査は、統計報告調整法の第3条、第4条に規定がございましていわゆる承認統計というものになってございまして、調査目的は、このDPC制度を導入した影響の評価を行うとともに、この診断群分類というものを継続的に見直すための資料をつくるということでデータを取っているということになってございます。

それで次のページですが、データについてはいわゆる承認統計ということになってございまして、統計法第15条の2という規定がございまして、統計法第15条の2では調査結果の調査目的以外の使用については調査の実施者に認められた場合で、被調査者を識別できない方法での使用というふうに規定がされてございます。

したがって、データの開示につきましては、このDPC調査の場合には厚生労働省が実施者ということになりますので、厚生労働省で手続きをとって申請をとって、それで開示をするという手続きになるということで、逆に言いますと、基本的には手続きをとっていただければ開示ができるという形で取扱いがされております。

統計のデータについては、もともととといいますか、長い間、総務省統計局は比較的目的外使用については割と厳格な取扱いをずっとしてきたという経緯があって、これ以外の指定統計である人口動態統計とか工業センサスとか、根拠は統計法第15条と違うものの、いろんな統計はみんなそうですが、承認統計について手続きをとって開示してもらおうという手続きがよく知られておらず面倒くさいということがあったのですが、最近、行政情報の開示ということが言われて、手続きも知られるようになり、基本的には手続きをとれば開示ができるということで、全体的に統計の取扱いがそういうふうになってございます。これについては、厚生労働省においてもこういう手続きをとって開示ができるということに現在なっているところでございます。

具体のデータの中身でございますが、様式1というので、こういった基本的な診療録情報が取れています。入院日、退院日、それから入院の経路はいわゆる予定入院か、緊急入院か、紹介があったかなかったか、あるいは退院先がどこか、退院時に転帰していたかどうか、あとは病名とか手術等々、行われた診断、手術、診療についての情報が、それぞれの入院単位、1エピソード単位で作成されています。

具体的なイメージは次のページにありますように、データ識別番号、これは要するに患者さんのコードということになりますが、それごとに入退院日、医療資源病名、ICDコード、それからさまざまな治療の有無といった形で、個別に全部データがあるということになります。

次に、実際の請求の関係で、Eファイル、Fファイルと称しておりますが、診療の明細、それから行為の明細についてのデータが個別に全部、1人、1人ぶら下がっているということになります。

次のページを見ていただきますと、先ほどのデータ識別番号に沿って、どういう診療行為が行われたか、どういう投薬が行われたか、どういう治療が行われたかということがこういった形で全部列記されまして、それぞれ点数とか費用も全部出てくるということになります。

したがって、こういったデータを用いて、例えばある特定の病名だけソートする、あるいは特定の医療機関をソートするという形で、入院期間の比較でありますとか、どういう診療が行われたかについて、例えば病院間の差とか地域差みたいなものを見ることができるということになるわけでございます。

15ページは具体のファイルがどういう形でおさまっているかということでございます。こういった形で個別の識別番号ごとに整理をされて、これをいろいろ整理をすれば使えることになるということでございます。

後で幾つかシミュレーションの中でもこのDPCデータに基づいた資料が出てまいりますけれども、研究者の方々は、厚生労働省に手続きをとると、こういう場で言うのはあれですが、結構手続きが面倒くさいものですから、実際には同意の得られた個別の病院から直接自分の必要なDPCデータと同じものを取ってつくられているので

ございます。けれども、申し上げましたようにこのデータはそういう形で開示ができるものでございますので、手続きをとっていただければ開示ができるという体制がとられているものでございます。

DPCに関しては以上でございます。

続きまして、資料2-1、本日の主要なご議論のテーマでございます医療・介護費用のシミュレーションの前提についての資料でございます。大部でございますので、恐縮ですがちょっとお時間をいただきますが、資料2-1と資料2-2という形になってございます。

資料2-1からご説明いたします。

1ページは、今回のシミュレーションの実施につきまして、中間報告でどのように記述されているかということで、これは委員皆様ご案内かと思いますが、一連の改革を行っていくことを前提にした上で、あるべきサービスの姿はどのようなものか、それをまず明らかにする。それを実現し、維持していくための費用がどのようなものなのかというものを推計するという試算を行うということになってございます。

基本認識につきましては、中間報告の中に、「選択と集中」という考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化をする。他方で資源集中すべきものは思い切って投入を行うということが必要だと書かれてございまして、具体的には、そこに書いてありますような病院機能の効率化でありますとか、医療機能のネットワーク化でありますとか、こういった、具体的な改革の方向性の指摘がございまして、こういった考え方に基づいて一定の改革をするということを前提の推計をするようにということになってございます。

2ページは、第2分科会のほうの取りまとめで、こちらにはより詳細に具体の推計の手順、考え方が書いてございます。①②③④ということで、まず実態としてのサービス需要の動向を押さえる、それを支えることができる体制、それを構造改革等々、計画的な整備を行って、あるべき姿を示して、それが実際にどのぐらいのコストになるのかということ推計をする、こういう作業をするようにということになってございます。

そういう意味でいいますと、いわゆる医療費の推計ではなくて、ある幾つかの前提条件を置いて、こういった前提条件を置いた場合にどういう絵姿になるかという、文字通りシミュレーションということになりますので、そういうものとして推計作業を行うということになろうかと思えます。

3ページですが、これは基本的な費用推計、シミュレーションを行う場合の枠組みと申しますか、考え方の一番ベースのところを示したものでございます。医療・介護費用はサービスの費用ということになりますので、ここにありますように、医療・介護のサービス需要が量的にどのように変化するかということと、それぞれのサービスの単位費用がどういうふうに変化するか、QとPということになって、クオンティテ

ィーとプライスということになります。

それぞれ、医療・介護は公的なレギュレーションのもとにあるものですので、政策介入をどのようにするかということによってももちろん大きく変化をするわけですが、要素ということでは、まず需要の面では、申し上げるまでもなく、年齢階層が高いほうが医療・介護ともにサービスの利用度は高いということになりますので、高齢化が進むことによる変化ということがございます。

それから、現在さまざまな医療の適正化のためのプログラムが走っていますので、それは一定、全体の需要に影響を与えるということになります。

それから介護については、施行後しばらくサービスがふえたわけですが、一巡してある程度その需要の動向は安定してきた。

それから、疾病構造が変わることで需要が変わる。ただこれは推計の期間によりますが、総需要にどういうふうに変化があるかということについては研究者の間でも必ずしも合意がないので、全体への影響はやや不明なところもございます。

それから供給体制のほうですが、供給体制については当然病院の数なり何なり、一定の需要についてはコントロールがあります。それからその供給の形が変わることで需要が動くという要素がありますので、供給と需要は一種そういう相関関係にあります。

それから、医療従事者等々については、現状では不足があるということがあって、これは要素として書かなければいけない。

あと、諸外国との比較では、これは第2分科会の報告でも書かれているように、病床数が非常に多いという話ですとか、医者配置が薄いとか、そういったような特徴がありまして、いわゆる選択と集中、改革の余地があるということがございます。

それから単価のほうですが、これは多くの医療経済学者が指摘していますが、医療は経済成長あるいは経済の変動との相関が非常に高いということで、費用構造から見ても人件費の比率が高いということで、人件費とか物価の変動による影響が大きい。

それからもう1つは、経済水準と医療費、具体的には1人当たりの所得と1人当たりの医療費は相関があります。つまり、1人当たりの所得水準が高い国のほうが医療費の水準は高くなるということで、全体としては医療費の割合、まあ国民所得なり何なりに占める医療費の割合は大きくなるという傾向がございます。

それから医療については、これも多くの研究者が指摘していますが、医療技術の進歩というものがやはりサービスの中身を変えていきますので、1サービス行為当たりの単価に影響する。技術の進歩は別の形でいきますと医療・介護のいわばプロトコルが変わるということで、さまざまな形で質の変化をもたらす。これは医療技術が進みますと、今まで治療可能でなかった治療ができるようになりますとか、そういった意味での変化もございます。

それから質の面の変化、あるいは安全性についての新しいスタンダードができますと、それがやはり医療行為のプロトコルを変えていくといった要素がございます。

医療・介護のトータルで見ますと、やはり治療からケア・QOL、医療から介護、施設から在宅へという大きな流れがある、こういった要素を織り込みながら推計の作業をしていくということになります。

それで、1ページめくっていただいて5ページでございますが、一応基本的な考え方ということで、需要、供給、それからサービスの単価の伸びという、その流れに沿って少し考え方を整理したものがこの紙でございます。

まず冒頭にちょっと、別に言い訳ではないのですが、サービスの推計ということになりますので、費用だけではなくて、そのそれぞれのサービスの行為をいわば費用に置きかえていくことになりますので、非常に多くの要素が複雑に絡むということで、この推計自体は非常にそういう意味では難しいものでございます。ただ今回は、いわば議論に資するためのデータをお出しするという考え方なので、一定の大胆な仮定をそれぞれに置きましてシミュレーションするという形でお示しをいたします。

最初に、2つ目の○ですが、まず医療・介護の将来需要については、現在の疾病構造でありますとか要介護状態の発生状況を基礎としまして、これを高齢化に伴って年齢構成が変わっていく、その要素を見込んで、いわば淡々とこれを置きかえて推計をする。これをまず基本需要推計という形で、現状の需要を反映させた将来推計をまず行います。これをベースに置きます。

ただし、これは何度も分科会でも議論されておりますように、現状は医療・介護のニーズとサービス提供との間に一種のミスマッチが生じているということで、一方では供給誘発需要というような形で過剰需要が生じているという要素があります。他方で、必要なサービスが提供されていないことによって、いわばサービスが具現化していない、顕在化していない部分があるといったようなことがありますので、全体としてはサービス提供の形としては最適な形になってない、非効率な形になっているということになっています。

したがって、一定の形でニーズに対して対応できるような供給体制の改革が行われて、適切かつ効率的な提供がされますと、例えば在宅で対応できるような入院需要が在宅に移っていくというような形で、需要自体の姿も変わっていくということになります。

したがって、いわば望ましい提供体制をお示しするということは、それは需要の形が変わっていくということをお示しすることにもなるということで、これは改革ケースということをお示しをするということにいたします。

それから予防に関しては、いわばその入口のところで予防が進めば需要総量がコントロールできるということになりますので、改革ケースの推計では、今行われているさまざまな予防の取り組みについては推計に織り込んでいますが、例えばそれ以上に予防の効果が出た場合どうなのかというようなことについては、別途オプションの推計としてお示しをするという形にしようと思っております。

それから提供体制については、以下にお示ししますような複数のシミュレーションを

行うということで考えてございます。

まず、先ほど言った基本需要推計、これに沿って淡々と今の提供体制を前提にいわばサービスを提供していくという形で推計をする。これは現状をそのまま投影をするケースということで、これをシミュレーションケースAということで行います。

次に、さまざまなサービス提供体制について改革を行うということで、医療資源の集中投入を行いますとか、あるいはベッド数のある程度整理をすとかいった形で改革を行う、そのことを前提にどうなるかという推計を行う。これをシミュレーションBということで、改革ケースといたします。改革ケースにつきましては、どの程度の選択と集中を行うかということで、複数のケース、B1からB3まで、3つのケースを行おうと思っております。

改革ケースについては、それぞれサービスの中身が変わるということになりますので、いわゆるサービスの単価が変わりますので、その単価の影響を反映させるということにいたします。

それから、単価がこれから将来的に、名目値がどのように伸びていくかということにつきましては、後でちょっと資料をお示ししますが、多くの経済学者が、経済成長の間では一定の相関があるということ、それから医療技術の進歩というのが、これは一定、いわば外付けでそういうものがどうしても存在しているということが言われておりますので、こういった経済成長との関係や医療技術の進歩をどのように織り込むかということを考えて、2つの仮定を置くということを考えております。

1つは、医療費の伸びを、高齢化でありますとか、こういった医療技術の進歩でありますとか、人口増減でありますとか、そういった要素ごとに分解しまして、それぞれ一定の仮定を置いて伸び率を見るというものです。この場合には、今の足下のさまざまな適正化対策等々の効果については一応反映をさせるということで入れようと思っております。

それから2つ目は、こういった細かい分析をしていった場合とは別に、通常シンクタンク等が行うような形で、もっとざっくりと推計をするということで、医療費の伸びと経済成長との間に過去のトレンドを見ると一定の関連性が見られるということで、医療費の伸びと経済成長の伸び率との関係を一定の相関関係に置いて、経済成長の率に対応した一定の伸び率があるということで、経済成長に応じて医療費を伸ばしていくという形での伸び率を行うという、ある意味では割と簡単に、わかりやすく推計する2つのやり方を用意しようと思っております。

推計につきましては、サービス提供体制の改革ということですので、一応シミュレーションではあるのですが、当然、ある日突然体系が変わるということは考えにくいので、一定の時間をかけて改革が進んでいくということで、一応2025年までのシミュレーションということで、2025年を出口にして中期的な推計を行うということにいたしたいと思っております。

経済成長との関連では、当然賃金、物価等々の経済前提を置くこととなりますが、これについては第1分科会で行いました公的年金に関する定量的シミュレーションで用いた4つの経済前提と基本的には同じものを使うということでやろうと思っております。

それから、人的・物的基盤整備についての費用、いわゆるストックの費用についての推計をとることが中間報告で言われておりますが、医療についてはストックの費用は基本的に単価に全部反映される形で制度上設計されておりますので、これを切り分けるという計算が非常に困難なものですから、ここにつきましては基本的には全体の費用の中で織り込みでやる。介護については整備費用が外付けになっていきますので、その部分、あるいは人的整備、人材養成等に関して推計できるものについては別途推計を行うという形で別試算を行おうと思っております。

オプションにつきましては、先ほどの医療・介護が一定程度、今よりも予防が進むケースですとか、あるいは介護職員について人件費割合を動かすといったケース、これについてはやったほうがいいのではないかという指摘を結構研究者の方からいただいておりますので、やろうと思っておりますが、それ以外にご指摘のあるものについて、できる範囲内で対応いたしたいというふうに思っております。

今申し上げましたことを絵図で示したものが7ページ、8ページということになります。7ページは、現状投影ケースということで、現状の年齢階級別の利用状況を固定して、高齢化でそれを動かす。それを淡々と、今の供給体制を前提に供給を行う。この場合は単価はサービスが変わらないので今の単価を使い、それを成長率その他の伸び率で伸ばしていくというやり方です。

Bのほうは、供給体制をいわばいじりますので、いじったことに対応して需要のほうも変化をする。サービスが変わりますので、そのサービスの形によって人の配置とかが変わってきますから単価が動くということで、そういった合理化された、あるいは重点化された単価を用いて、それを全体を先ほどと同じような単価で伸ばしていくやり方をいたします。これについては申し上げたように3通りのケースを考えるということで考えてございます。

次のページは、シミュレーションを行うに当たっての幾つかの背景になる参考資料をつけたものでございます。9ページは、これは人口10万単位の受療率と医療費を疾病別に見たものでございまして、消化器系の疾患ですとか、そういったいわゆる急性期の疾患は医療費としては少し落ちていまして、他方、慢性期、糖尿病とかそういったものがふえている。あるいは医療費でいきますと、やはりがんとか、あるいは高血圧系疾患とか脳血管疾患の、患者数に比してこういうところは医療費が高い、こういうものでございます。

次のページは介護でございまして、介護は全体としてサービスが伸びておりますけれども、在宅の伸びのほうが大きいうことで、在宅サービスにシフトが進んでいる

ということでございます。

それから11ページは、年齢階級別に医療サービス・介護サービスを利用している人の割合がどうなっているかというものを示したものでございまして、一番右側の85歳以上のところ、これが一番大きいのでわかりやすいのですが、一番下の濃いところは医療の入院でございます。その次が介護施設の入所、それから緑、黄色、橙、赤と変わっていくところは在宅の要介護5、4、3、2、1となっております、いわゆる介護のサービスと医療の入院と在宅の介護サービス、これ以外に通院といういわゆる医療の在宅があるのですが、それはダブルカウントになってしまうので、ちょっと絵に描けないので書いてないのですが、こうやってみていただきますと、85歳を超えますと大体全体の半分強の方が何らかの形で医療・介護のサービスを利用しているということになります。65歳から69歳ですとその比率は4%程度ということですので、高齢化が進むにつなまってサービスを利用する人の割合は非常に大きくなっていくということがわかります。

次のページは、医療と介護を一体として考えるということで、医療の病床数と介護施設の定員を足して高齢者人口との関係でどうなっているかというものを示したものでございます。

1989年、90年、医療法の改正以降、病院の病床は規制されておりますのでほとんど増減がございません。機能区分されまして療養病床というのが生まれておりますが、トータルとして医療の病床はあまり変わっていない。これに対しまして、ゴールドプラン等々、介護のサービスがずっとふえていきまして、老健施設あるいは特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設、最近では居住系施設ということでグループホーム、特定というのが伸びていきまして、全体としてはこういった形で伸びているという状況でございます。

これを65歳人口で割って、どうなっているかというのを示したものが13ページでございますが、医療・介護足して全体でどうなっているかというふうに見ますと、2000年以降大体フラットになっている。逆に言うと、あれだけ医療・介護全体では病床数はふえているわけですが、対人口比ということで言うとほぼ横ばい。逆に言うと、今と同じような施設入所の利用率を前提にするとしますと、今のペースで全体の施設数がふえていかないと利用率が下がっていく。あるいは在宅を何らかの形で伸ばすというようなことを想定すれば、ある程度はコントロールできますが、趨勢としてはやはりそれなりに施設もふやしていかないといけないということを示すものでございます。

次のページでございますが、今回、選択と集中ということについてどういう考え方で整理をしたか、しようとしているかというものでございます。

中間報告等でも指摘されておりますように、現状は病床機能、特に一般病床の機能が未分化であるというご指摘があります。それから患者の状態像に対して、医療・介護全体として供給がいわばミスマッチになっている。あるいは全体としてサービス供給量

が不足をしているということが言われています。ということで、1つには選択と集中ということで、

特に急性期医療については、入院期間の長い問題等々指摘されておりますので、いわば医療を集中投入して、できるだけ早く退院あるいは亜急性期医療、長期療養に転院できるようにということで、いわばそういった選択と集中を図る。その急性期の選択と集中にあわせて、病床機能をきちんと機能分化をし、それぞれの機能分化に沿ったネットワーク連携を図ることで全体として効率的医療提供を図る。

介護につきましては、特に居住系の施設の不足ということが指摘をされていますので、全体として介護はふえていくわけですが、特に居住系、それから在宅を中心にサービスの充実を図るという形で全体の絵柄を書いていくというものでございます。

次のページは、病院と診療所といいますか、入院と外来の役割分担のイメージを書いたものでございます。基本的には、今回のシミュレーションでは、入院中心から在宅往診の強化による地域での療養中心のサービスというイメージを出しておりますので、病院の入院については基本的には先ほど申しましたような形で、機能強化し、機能分化をしていく。急性期については資源の集中投入、亜急性期、回復期リハについては病床をふやし、長期療養は地域の医療ニーズを支えるという形で分化をしていく。その過程で病院勤務医の負担軽減ですとか、そういったのを織り込んでいくということです。

外来については、病院の外来については基本的にはできるだけ専門化をしていくということで、診療所がいわば外来プラス往診という形で、主治医機能を強化する形で介護との連携のもとに地域でそういった患者さんを支える。ある程度在宅の機能が上がっていけば、ターミナルとか、そういう看取りも在宅で一定の割合、推計することができるといことで、そういった部分についてもシミュレーションの、特にある程度徹底した改革をするケースの中では算定をしながら計算をするということになります。

16ページが、今回シミュレーションしようと思っております全体の改革ケースの全体像というか、大きな流れを示したものでございます。数字がずっと書いてございますが、この数字の考え方は後でご説明しますが、ここではちょっと大きな考え方の流れだけご説明します。

まず一番左側、ケースA、現状投影ケースということで、すみません、ちょっと申し遅れましたが、足下は2007年の数字を使っております。2007年から2025年を投影するというので、今一般病床に1日あたり80万人の方が入院しています。ここは今何人と数字を書いておりますが、これは全部1日当たり何人そのサービスを利用しているかという、そういう数字でございます。一般病床は今1日当たり約80万人の方が入院しておられる。いわゆるベッド数でカウントするときは、病床利用率とかいうので割り戻さないといけないので、ちょっと話が面倒くさくなるので、ここでは実際にサービスを利用する人で全部整理をしています。1日当たり何人利用しているというも

のですが、一般病床は80万人、それから療養病床は今1日当たり22万人、介護施設は、介護療養を含んで1日当たり約84万人、居住系には25万人、在宅で介護を受けておられる方が243万人、それからいわゆる在宅で医療を受けておられる方が約600万人、その下の注でございますが、これは介護を受けておられる方なんかとダブルカウントになるので、絵には入っておりませんが、いらっしゃいます。これが2025年、現状のまま高齡化等々で、いわば相似形で伸びていくと考えますと、数字がそれぞれ、そこでお示したような数字になるということでございます。

これを、いわば選択と集中という考え方で、できるだけ機能分化をし、サービス資源の投入を集中化することで効率的に提供するという形を考えた場合にどうなるか。

改革ケースB1、B2、B3とございます。B1、B2は基本的には一般病床を急性期と亜急性期等に分けて、急性期については資源の集中投入をして入院期間の短縮を図る。入院期間を短縮しますと、ベッドの回転数が上がりますので、全体としては病床を少なくすることができるということになります。それを亜急性期等で受けていく。

急性期・亜急性期等の方については早期退院ということで、入院期間が短くなって在宅へ帰ることができる人が出てきますので、その方は在宅の医療、急性期の場合であれば医療、慢性期でも医療・介護で受けるということになります。通院、退院されてくる方もいらっしゃいますが、そのまま急性期・亜急性期等、あるいは長期療養という形で移っていらっしゃる方もいらっしゃいますので、それは急性期の機能の強化に沿ってそれぞれの患者の流れを考えます。

療養施設に関しましては、介護で受けられる方についてはできるだけ介護で受けていく、在宅へ行ける方はできるだけ在宅で受けるという形で、全体にそういった形で患者の流れを状態像に合わせて組み上げていくということでございます。

この場合、一番上ですと56から47と急性期は書いてありますけれども、ある程度改革をしていく、急性期のベッド数なり入院期間の短縮の絞り込みを一定のレベルで行うというのが56万のケースで、さらにそれを、入院期間の短縮を徹底してやるというのがB2のケースということで、これはB1、B2幅がございます。

B3は、急性期の機能をさらに機能分化をさせていくということで、いわゆる高次機能の急性期の病院と、通常の例えば在宅で療養している方が急性増悪で入院してくるといったような、地域に一般的に存在する急性期医療を受ける機能と、これは少し分けて考えるということで、急性期をさらに機能分化をするというイメージでつくったものがB3でございます。

そういった形でそれぞれの病床の機能分化を図り、それに対応してそれぞれの機能強化したものについては、医師の配置なり看護婦の配置を一定程度上げていくというような形で全体の絵柄を書いていくというものでございます。

こういった形で、次の17ページは、それぞれの体制で今の急性期なら急性期の方が、

こういった形でどのレベルでどのくらいの方がそこにいらっしゃるということでシミュレーションの前提を置くかという前提を置いたのがその紙でございます。

一応こういった考え方をどういうふうに導き出したかということでございますが、18ページ、さまざま指摘されている課題をどのように解決するかということで考えたものでございます。

まず、一般病床・療養病床でございますが、これについてはここにありますように、もともと一般病床しか日本はなかったわけですけれども、高齢者のニーズは基本的には病院で受けていた。それが90年代に入って療養病床という形で急性期と慢性期の切り分けをする。あるいは先ほどの表にありましたように、介護のほうの施設を強化することで、施設全体としては機能分化をしていくということがあったわけですけれども、やはり一般病床についてはまだ機能分化が不十分だということと、急性期についてやはり集中的に治療を行わなければならないケースが多いということで、ある程度そういった機能分化をして集中化をしていくということが必要だ。特に平均在院日数が長いということが指摘をされていて、全体として医療資源の使い方としては非効率ではないか。あるいは入院期間が長いということで、医療の質であるとか患者のQOLに影響を与えているということになります。

一般病院の入院期間がなかなか短くならないということの背景には、機能分化が十分でないということと裏返しですが、いわゆる重症急性期患者の退院後の受け皿となるような急性期とか回復期の病床というものがきちんと位置付けられていない。あるいはそれにふさわしい機能を持った病院というものが用意されていないということで、全体としてそういった機能分化が進まないこと、あるいは平均在院日数がなかなか短くなっていかないということの背景になっている。

療養病床についても、医療ニーズが強い患者が入っているという一方で、いわゆる社会的入院というような要素もあるということで、病院の機能と患者の状態像が必ずしもうまく合っていないということが指摘されております。

19ページは、これは前回長谷川先生がお示しになった絵をまたお示ししたものですけれども、いわば急性期の病院でどの部分を担うというふうに考えるかということで、アメリカは非常に極端に入院期間が短い国ですけれども、やはり急性期の治療というものをできるだけ集中的に行うというような方向で諸外国は進んでいるわけですが、日本は入院期間が比較的長い状態が続いている。入院期間が長いということがベッド数が多いということにつながっているということですが、右側にありますように、我が国の急性期病床の質と効率を上げるためには重点化が必要である。病院の側も急性期治療の場への転換が迫られている。従来的人员配置とか診療報酬の考え方というのは、医療必要度とか看護必要度が高い患者と低い患者が一般病院では混在していますので、いわばその混在していることがむしろ前提の報酬になっているということで、逆に言うと集中的な治療、インテンシブな急性期のケアをするには体制が非常に弱い

ということで、いわばそこをきちんと評価をしていくところが必要だというご指摘で  
ございます。

次のページは、これも前々回お示しした資料ですが、急性期、回復期、それぞれ機能を  
きちんと専門化し、専門化した機能の病床同士がきちんとパスで連携をすることに  
よって、全体として効率化、入院期間を短くすることができるということで、これは  
熊本市の地域連携クリティカルパスの例でございます。

こういった病院同士の機能分化と連携をきちんと図ることでパスをきちんと共有する  
ことで、急性期病院あるいは回復期リハビリテーション病院それぞれについてかなり  
の入院期間の減少が図れるということで、こういった連携パスによって効率化をして  
いくという要素もあるということでございます。

21ページは何度かお示ししているものでございますけれども、日本は介護施設・居  
住施設、全体としてこれから高齢化に伴って施設をふやしていかなければいけないわ  
けですが、特に居住系の施設が非常に不足をしているというのが諸外国との比較でも  
明らかだということで、その問題意識でございます。

22ページは、これは直接推計には関係ないのですが、医療・介護全体で地域のネッ  
トワークをつくっていく場合の地域のネットワークのイメージがどうなるかというこ  
とをお示ししたものでございます。これとの関係では、参考資料2のほうの20ページ、  
ちょっとページが切れていますが、20ページと21ページの表をちょっと見ていただけ  
ればと思います。

DPCの分類を使って、患者調査のデータから地域の医療ニーズを各医療圏の病院が  
どういう形で受けているかというのをちょっと調べたものでございます。20ページの  
表は、これは脳神経系疾患の急性期の入院についてのデータ、それから21ページは長  
期入院についてのデータでございます。これはそれぞれ九州の例ですけれども、九州  
には医療圏が13あるわけですが、それぞれの地域に住んでいる患者さんがどこの医療  
圏の病院に行っているかというのを調べたものです。

急性期については、実は13医療圏があるのですが、実質的には4つから5つの医療  
圏に構成される。つまり逆に言うと、ある急性期病院は複数の医療圏をカバーするよ  
うな形でいわばその機能を発揮しているというものでございます。

他方長期入院、療養病床に係る長期入院は、基本的には自分の医療圏の中でいわば診  
療行動が完結をしているということで、いわば機能を専門化して集中していく、ある  
いは急性期病院の機能ということで言うと、同じ病院と言ってもその機能によって背  
景となる医療圏の人口が違っている。患者の受療行動がそういう動きになっている。

介護については、従来から日常生活圏、中学校区ぐらいをサービスの単位とするとい  
う考え方がありますので、いわば医療から介護、急性期から慢性期へ行くに従って、  
できるだけ身近なところでサービスが用意されるという形になるということで、恐ら  
く地域のネットワークの形というのは、機能とサービスのステージによって階層的に

つくられるのではないかということで、パスをつくる場合でも、こういったネットワークの地域の医療の形を念頭に置きながらつくることが要るのではないかということでちょっと書いたのが22ページということでございます。

23ページは単価の考え方をお示ししたものでございます。その前にちょっと、25ページと26ページの表を見ていただきたいと思います。在院期間と1病床当たりの職員の間係を图示したものでございます。

25ページ上のほうの紫色のグラフ、これは日本でございます。日本は諸外国に比して圧倒的に平均在院期間が長い。今回D P C等々を入れて政策的に入院期間の短縮を図っているわけですけれども、1975年ごろは50日近い在院日数だったわけですけれども、今は大体30日を切って、20日に近づきつつある。

この間、入院期間を短くするに当たって職員の配置がどうかというと、少し上がっているのですけれども、実はそんなに上がっていません。後でちょっとお話しますが、この辺の在院日数は在宅との連携、手術前期間を短くするとか、そういったような病診間の連携ですとか、あるいは病院の中の病棟のオペレーションみたいなことで、かなり短くできるので、この辺のレベルの入院日数ですと、実はそんなに人の配置を上げなくて短くできます。

ですが、例えば20日を切ってくるということになってくると、それなりに医療資源の集中投入をしなきゃいけなくなりますので、この緑のところは、これはドイツの例ですけれども、20日から10日に落とすのに、やはり人の配置は倍ぐらいに上がっています。今の日本の平均在院数とヨーロッパと比べると、日本が大体倍、人の配置は倍ですから、まあ大体相場感になるのですが、この辺ですと大体そのぐらいの、半分にするのは人を倍にするぐらいの配置が要ると思います。

10日を切ってきますと、10日を切って平均在院日数を短くするというのは、これは相当大変で、かなりの職員配置を上げていかないと、10日を切って、まあ1日、2日稼ぐのに倍とか2.5倍の職員配置が要るということで、超急性期なんかで対応を考える場合はこういう職員配置を厚くしていくことを考えないといけないということで、どの程度の在院日数の短縮を考えるかによって、人の配置のあて方はかなり変わるということなんです。

次のページは、急性期病床でどのくらい人の配置をしているかという国際比較のものでございます。これはOECDから取ったものですが、諸外国を見ていただくと、80年代から2005年、約25年の間にどの国でも大体医師の配置は倍ないしは3倍ぐらいに上がってきているということになっています。実はこの裏側には、単に医者をふやすだけではなくて、病床数を落として在院期間を短くするという形でこの数字が実現されていくわけですが、基本的な改革の方向性ということでは、やはりこういう方向性を念頭に置くということではないかと思えます。そういう考え方で先ほどのケースB1、B2、B3について一定の設定を置いております。

もう一度23ページにお戻りください。

まず急性期ですけれども、急性期の基本的な考え方は、診療機能を強化してサービスを集中投入して、平均在院期間の日数を短縮していくということです。そのために医療・看護の配置基準を上げていく。ただし、医師の過重労働を少し是正するということと、専門機関の役割分担の観点から、一部医師の機能をコメディカルに移すということで、相対的にはコメディカルと事務職員のほうをより手厚く上げるという考え方に立ちます。

ケースB 1では、今一般病床のうち急性期的な入院としては15.5日が平均なんですけど、これを23%削減するというので12日にする。一応この前提で1床当たりの職員を約2割程度増加させるということでございます。

ケースB 2では、さらにそれを短縮させるということで、10日まで持ってくる。10日まで持ってくると大体1床当たりの職員数とか医療機器等の資源投入は現在の一般病床平均の倍にしないといけないということで、これは倍増する。この半分で倍というのが大体ヨーロッパ水準ぐらいのイメージでございます。

ケースB 3は、急性期をさらに高度急性期と一般急性期に分けますので、高度急性期、一般急性期ごとそれぞれについて、高度急性期であれば20%、一般急性期であれば33%入院期間の削減をするということで、それを前提に高度急性期であれば、今の高度急性期を担当している病院、特定機能病院等々、そういう病院、既にもう手厚くなっているわけですけれども、それをさらに2割程度上げる。一般急性期については現在の一般病床平均から8割程度上げるという形で投入をしていくということになる。

亜急性期・回復期等については、1つはリハビリの強化等で急性期から、急性期から割と医療濃度が高い人がおりてきますので、それを受けることができるような体制をつくるということと、先ほどのネットワークとかパスとかいうものを使ってできるだけ効率的な医療を行う形で早期の在宅復帰を実現するという形で平均在院期間の短縮を図るということでございます。したがって、亜急性期・回復期等はコメディカルを中心に、看護婦とかOT、PTを中心に配置を上げていくということを想定します。

ケースB 1では、平均在院日数は今の日数、約75日なんですけど、これを維持するのですが、全体として医療濃度が上がってくるので、それに対応した配置のアップを考える。

ケースB 2やB 3では、ここでもやはり、さらに亜急性期等の平均在院日数を短くするという形で早期退院を図るということで、この場合にはコメディカルの配置を30%引き上げていくということで考えるということでございます。

次のページは長期療養、それから介護施設についての考え方ですが、これはそれぞれそういった形で退院してきますと、長期療養に関しては現状よりも平均的にいうと医療濃度が高い人がやはり入ってくることになりますので、医療濃度が高い方を中心に引き受けるということ的前提に医療配置を上げていく。

他方で、医療必要度が低い人については基本的には介護に移っていただく。したがって全体として医療濃度が高いほうに患者の状態像が寄りますので、それに見合った配置が出てくるというふうに考えます。

基本的には単価は現状単価を使いますが、そういった形で医療濃度が上がってきますので平均単価は上がります。

介護については、今言ったような形で、全体として一般病床との機能分化、それから介護とか居住施設の量的充実、こういったものを図ることで、いわば量的な充実を図るという形でサービスを整備していくという考え方でございます。

ただし、全体として要介護度が高い方が在宅にふえる、あるいは施設にふえていくこととなりますので、恐らく平均要介護度が上がってきますので、単価という意味では上がってくるだろうというふうに思われます。

それから、在宅医療・在宅介護については、急性期から、例えば末期がん患者の方の在宅ケアとか、そういう今さまざま政策課題になっている在宅医療の充実、あるいは居住系施設については、一定の医療濃度がある方が居住系施設に入ってきますので、いわば居住系施設に対する往診の体制とか、あるいは在宅支援診療所とか、そういう提供体制改革みたいなものを織り込んで単価を設定していくということを考えております。

介護の在宅についても同様で、恐らく重度の方は医療系サービスが多くなりますのでサービスの利用形態が変わる。あるいは1人暮らしがふえたりすることで限度額に対する利用額が動いてくるといったような要素がありますので、そういった要素を織り込んで単価を設定すると、恐らく平均的な単価は上がってくることになると思います。こういったケースを織り込んで推計をしようというふうに思っております。

最後に28ページ、単価の伸びでございますけれども、これにつきましては経済成長との関係でどういうふうになるかということで、冒頭申し上げた部分でございます。

1ページめくっていただきますと、これは分科会でお示ししたのですが、医療費全体の伸びを要因分析をしたものがございます。人口増減と高齢化による影響は過去15年間では大体1.8から1.9%ぐらいある。それから制度改正、これは時々患者負担の見直しとかいうことをやっていますので、その時々影響が出る。それから診療報酬改定は2年に一度ずつ改定をするのでその影響がある。それ以外に医療技術の進歩・高度化でやはり一定の医療費の伸びがあるということで、こういった要素ごとに少し推計をするというものでございます。

次の30ページは、これは過去の診療報酬改定と経済成長率の間にどういう相関があるかというのを実は回帰式をとったものでございます。ここでお示ししますように、大体5年ぐらいのタイムラグでかなり高い相関があるということで、診療報酬改定はいろいろ政治的に決まっているのではないかというご指摘もあるのですが、実際こうやって見てみると、経済成長とかなり相関がある形で推計がされているということなの

で、この数字を経済成長と、どういう経済成長を置いた場合に診療報酬がどうなるかというのを扱っているというのが1番でございます。

それから、31ページ、32ページは、これはマッキンゼーの資料でございますが、諸外国、OECD等々を見ても、大体医療費というのはGDPに対して平均だと2%、アメリカだと2.5%、高めの成長をしているという推計をしていて、マッキンゼー自体が医療費の将来推計のデータを出しているのですけれども、それは32ページですが、右に医療費とGDPの成長率の差異のポイントというのをつけていますが、アメリカで2.2、フランス2.6、日本でも大体2.1ぐらいはGDP+で長期推計を彼らもしているということで、一定のこういった間差である。この31、32は全体の伸びなので、高齢化率が入っているんで、その分は割り引いて考えなければいけないわけです。

33ページは日本の医療費の伸びと経済成長を少しトレンドで見たもので、日本と言うと平成13年から19年の平均値で見ると、大体医療費の伸びとGDPの名目値の伸び率の間差は約1.5%、この間にマイナス約1%の診療報酬改定をしていますので、実力ベースでいくと約2.5%ぐらいと思われま。

この間の高齢化の伸びの影響は先ほど見たように大体1.5ありますので、このデータでいくとGDP+1%ぐらいというのが恐らくトレンドだろうというふうに思われるということでございます。

ということで、考え方としましては、ケース1は経済成長との連動の改定と医療技術の高度化、先ほどの数字、それとさまざま今進んでいる効率化プログラムの効果、2012年まではこれが続くので、一応こういったものを織り込んで推計をする。介護については、基本的には賃金、物価の伸びの加重平均で伸ばす。

ケースBのほうは、先ほどの成長率との関係を使って、医療については賃金、物価の伸びの平均に対して+1%、介護はケース1と同じという形で推計をするというものでございます。

ケース1について少し細かくご説明します。第1項の経済成長連動の部分は、先ほどの回帰式 $y = 0.3335x$ 、切片が0という、この経済成長と診療報酬改定率の相関係数、これをそのまま用いてここにこれを置きます。医療技術の高度化については、先ほどの制度改正の影響を除いて2.2%という数字が出ていますので、これを用います。第3項につきましては、2012年までは後発品の使用促進でありますとか医療機関の効率利用でありますとか、この種のいわゆる効率化プログラムがずっと走るということになりますので、一応この効果を見込む。効率化プログラムにつきましては36ページにつけてございますが、これは現在2012年度までの5年間のプログラムということで、効率化等によって医療費の一定の効率化を図るということで、ここにありますような項目が進んでいるわけで、この中で特に確実に数字で稼げるというか、取れるものというのは、実は後発品と、あと医療機器の部分なんですけれども、その部分を一応織り込んで、2012年ぐらいまでは0.3%効率化をかける。それ以降につきましては、後発品

への代替効果、新薬が出るとフリーク性が消えていきますが、その代替効果の部分で約0.1%織り込んで、こういった形である程度技術の要素と効率化の要素をそれぞれメリハリをつけて織り込むというケース。Bのケースは、先ほど申し上げたように、賃金、物価上昇+1%という形で推計をするということで、2つの推計を取ろうというふうに思っているわけでございます。

それから、34ページ以降はいわゆる医療技術に関する幾つかの参考データをつけたものでございます。

34ページは既にもうお示ししたものでございますけれども、医療費全体の伸びで、技術革新というのがあるのですけれども、技術革新はどういう形で影響しているかというものの例を示したもので、総じて医療技術が導入されることでいわば早期発見ができる、あるいは今まで治療できなかった方が治療できるようになるという形で、そういう意味ではいわば患者さんがふえるという形で医療費はふえます。ただ、その分だけいわばより多くの方が治療を受けることができるということで、社会的に大きな効果を生んでいます。

それから、あとで資料を出しますが、心臓手術の技術進歩で術式が変わっていきます。そのことによって平均在院数がどんどん短くなっているといったようなものもございします。あるいはCT等もいわば早期発見ということで、患者数はふえますが、例えば脳卒中の死亡率は下がるというようなこともあります。シメチジンは手術が投薬に代替されますので、これは医療費自身も小さくなるということで、これはそういうものでございますが、こういったような例がございします。

その次のページは、今申し上げました心筋梗塞の治療が全体としてどういうふうに変わっていった、そのことが医療費をどう変えたかという表でございします。

真ん中に黒い線でずっと右に上がっている線があります。これはいわゆるカテーテルでございします。カテーテルは検査にも治療にも使うわけですが、今はもうカテーテルの技術が相当普及していますので、これは非常に検査の水準が高くなっているということになります。それから、その下にはバイパスサージェリーという灰色のグラフがありますが、昔は心筋梗塞はバイパス手術というのが標準だったわけですが、これがある時期から血管拡張術、バルーンカテーテルで、カテーテルをずっと通して行ってぷっと膨らましてやるという、いわば手術から内科的な処置で処置できるようになる。つまり入院が要らなくなる。さらに、最近ではステント設置ということで、金網状の管みたいなものを血管の中に留置することで、いわば膨らんだ血管が縮まないようにするというので、バルーンのはきは再梗塞というのが随分あって、もう一度手術があったのですけれども、これで一発でとまるということで、最近このステントが主流でふえてきている。こういうふうには、同じ心筋梗塞でも技術式が変わっている。

この間、変わることでどうなったかということなんですが、下のほうに「医療費の変化」とありますが、治療費総額は年間で3.4%ふえています。患者数がちょっと減って

いますので、こういうふうに医療技術が変わることによって、いわば医療自体は単価が上がってきています。上がってきていますが、ご説明したように明らかに患者の構成は高くなっていますし、入院期間も短くなっているということで、医療技術というのはこういう形で、コストはかかりますが、社会的な構成なり患者への寄与度は上がっていく、いわばそういうものというふうに理解できるということでございます。

最後に経済前提でございますが、これは年金のときと同様に、足下の前提につきましては2007年の「進路と戦略」、2011年以降につきましては、ここにお示ししてある内閣府の「給付と負担の選択肢」の成長ケース、制約ケース、それから年金の暫定試算の基本ケース、参考ケース、これと同じ数字を用いるということをやりたいと思っております。

それから最後に、参考で、これまで厚生労働省で行った医療費の将来推計の数字がどのようなものであったかというのをお示したものでございます。大きいものでは過去3回推計を行っておりまして、平成6年の「21世紀福祉ビジョン」、それから平成12年の「社会保障の給付と負担の見直し」、それから平成18年に、今回の医療保険改革のときに、改革実施前の数字ということで数字を出してございます。それぞれ2025年の国民医療費の総額は、平成6年のときは141兆、12年が81兆、18年が65兆ということで、10年前の数字の半分以下ということで、過去過大推計したのではないかとのご指摘を受けているところでございますが、この間、縷々ご説明したように実は医療費の伸びというのは経済成長とかなり相関が大きいので、名目値はむしろ経済成長を何ぼで置くかということで決まるということで、実はこの141兆をセットしたときの経済成長率は、2000年まで5%から4%、2001年以降4から3%という非常に高い数字を置いています。12年のときは2.5%、2%、18年のときは1.5%、2.1%、あるいは2012年以降は1.3%と、こういった非常に低い推計を置いているということで、実はその影響、というのはどこで見るとわかるかということ、その下に「対国民所得比」という数字が示してございます。いずれの推計の場合でも、2015年の医療費の国民所得比は大体12%内外ということで、いずれの推計も、要は厚生省が行った推計は、2025年の国民医療費は大体国民所得比で12%内外だというような推計になっているということでございまして、今回も年金のときと同様に、実額がどうなのかということと、国民所得比なりGDP比でどうなのかという形で数字はお示ししようかというふうに思っているところでございます。

ちょっと長くなりましたが、説明は以上でございます。

○大森座長 ご苦勞様でした。

私は素人ですから細かいところまで全部理解するのは大変で、ここには専門家の先生方がたくさんおいでになりますので、きょう一応これから皆さん方のご質疑をいただきまして、ある程度全体としてのご了解が立てば計算に入らなきゃいけないものですから、どうぞいろいろお気づきの点があれば出していただければと思います。どなたか

らでも結構ですから、よろしく申し上げます。

○加戸委員 今のは医療と介護、特に医療関係中心のシミュレーションでしたけれども、福祉関係についてのシミュレーションがないのは、不可能だからなさないのか、あるいは過去のトレンドを単に引き伸ばせばいいということなのか。社会保障経費の中で、地方自治体に占める福祉関係のウエートは極めて高いものですから、ちょっとお伺いさせていただきたいと思います。

○大森座長 これは、参事官、お考えがあるとしましたら。

○内閣参事官 介護につきましては、先ほど申し上げましたように、介護のサービスは要介護度別の単価というのがいわば包括単価で決まっているということになります。なので、単価については申し上げたように経済成長なりあるいは人件費なりに見合って改定をする。そうするとあとは、利用する方が何人になるか、あるいは利用する方の要介護度がどのように動くかということで基本的には推計ができるということになります。

そうしますと、全体として高齢化に伴って要介護度別の、その要介護者の発生率がどうなのかということ推計して、かつこのようない形で医療をいわば効率化していきますと、医療から介護に移ってくる方がいらっしゃいますから、その方々の頭数なり状態像なりを置くことで基本的には推計ができるということになります。なので、さっき申し上げましたように、医療との関係でセットをし、足下の高齢化の伸びなり何なり置いて人数を出して行って、あとはその要介護度別の数字をやっていくと基本的にはできる。

あとは施設と在宅の関係をどうするかということが問題になりまして、ここでは現状ケースだと現状のままですけれども、ケースB1、B2、B3ではそれぞれ今の厚生省で使っている参酌標準なんかを使って一定の割合で施設・在宅の比率を考える。

それで、施設に関しては居住系施設をどれくらい置くかということで、いわば施設と在宅の真ん中に居住系がある。居住系の施設は単価が違いますので、在宅とも施設とも違う単価になりますので、その数を当てはめて、まあ一定の仮定を置いていきますと数が決まっていく。

あとあり得るのは、どれくらい在宅の方に人が行くかということによって、今度は在宅の方の中の要介護度の色合いが変わってきます。より重度の方が在宅に移ってくることを考えれば、在宅は4とか5の方がふえることになりますので、単価が上がることになります。その要素を全体として織り込んで推計をするという形をします。

あとは、ちょっとこれは申し上げたかもわかりませんが、今大体介護の場合には支給限度額に対して平均的なサービスの利用割合が40%か45%ぐらいになっていますが、仮にこの後、例えば1人暮らしがふえるでありますとか、そういった要素が出てきた場合に、限度額に対する使用額が一定上がってくる可能性があります。これは一定の限度額に対する利用額を決めている要素、1人暮らしがどのくらいふえるかと

か、そういった要素、あるいは男女の構成比とか、そういったものを見て、それは一応推計をして入れていくという形で介護は推計をしていくということになります。

なので、医療と違って行為の構成がそんなに複雑ではないので、比較的、そんなに難しくはないのですが、基本的な物の考え方は同じような手法で推計をしようと思っております。

○大森座長 社会福祉のほうは。要するにご質問の1つの側面は、ここの意味合いなんだけれども、医療と介護と言っているのだけれども、それ以外、医療・介護・福祉と言っているでしょう。その福祉についての推計はないのですか。

○内閣参事官 それは今回は医療と介護の推計だけということでございます。

○加戸委員 つけ加えさせていただくと、福祉には二通りあります。例えば地域によって違いますが乳幼児医療費の自己負担分に対する助成はいうなれば医療費負担が住民から行政に移るだけであって、医療費全体には影響ありません。強いて言えば乳幼児医療費助成対象を拡充すればそれだけ小児科の受診率は上がるのかなということは言えますけれど。そういったものとは別に、医療費とか介護費に全く影響しない形のさまざまな福祉サービスがあり、地方は原資さえあればやりたいけれども、原資がないからできない。これは各自治体の政策判断ですから、アンケートでも取る以外にはちょっと推計ができないのかなと思っておりますけれども。

○大森座長 ご指摘ありがとうございます。

権丈先生どうぞ。

○権丈委員 医療費を少し上げていこうよということを言いますと、患者の人たちが反対されるのですね。3割負担分のその額が上がるという、そこがやはり非常に衝かれるところで、ですので、この中には入っておりませんが、多くの患者さんたちは、あるいは我々普通の被保険者といいますか、そういう人たちは、自分の負担のところをやはり見ている、幾らぐらいになるのだろうかというようなところも関心が非常にありますので、できましたら、先ほどは負担が変わってもそんなに変わらないという話がありましたけれども、長瀬効果とかを少し組み込みながら、目下3割の自己負担が2割になったらどうなるかとか、あるいは、高額療養費制度でほとんど吸収してしまいますよということがあればそれを表に出していただいて、皆さんが心配されているような話はそんなにありませんよというようなことを表にまず書いていただくとか、あるいは後期高齢者、前期高齢者合わせて65歳以上の人たちの自己負担が暫定措置じゃなく、ずっと1割のままやっていったらどうなるかとかいうような、そういうような視点でも組み込んでいただきたいと思います。

それと同時に、あと、多くの医療関係者は自分の仕事は今後どうなるのだということにやはり一番関心があると思いますので、どの診療科というものに対してはどのようなふうな形で人がふえていき、それは何年後にはこういうような状況になっていくというような、ハード部分は本日提示された前提部分いいとは思いますが、その

ソフトの側面、人にどう説明していくかという、読み手にどういう印象を与えていくかというところで工夫をしていただければと思っております。

- 大森座長 前半の部分は多分最終的な取りまとめのときに第1分科会のほうで作業をお願いする話になっているのですけれども、だれが本当に低所得者かよくわかりませんが、仮にご夫婦がいて、片一方が入院して、片一方が要介護4度ぐらいになったときに、その世帯に相当の負担がかかりますね。そのときにもう既に行われていることは、医療保険のほうと介護保険のほうで合算をして、負担が倍にならないような軽減措置をつくっていますね。ああいう制度みたいなものが表に出てこない、今のうちに医療費が高まったらやたら高くなるだろうと。そのときに限りなく高くなるのじゃなくて、家計の負担をよく考えながらちゃんとおさまるように考えていますということと同時に言わないと、今の先生のご指摘のことは心配になりますから、それは同時に示す必要があるのではないのでしょうかね。

後のほうは、お医者さんたちがおいでになりますので、これでどう医療現場が変わるのかって。

じゃ、神野さんお願いしましょう。

- 神野委員 2つの点でよかったと思う点があります。

まず1つは、ちょっと本題と違いますけれども、DPCのデータ開示を、厚労省さんが公式の場で開示するとおっしゃったのは初めてじゃないかなというふうに思います。恐らくこれから厚労省に蓄積されているDPCデータを使っているいろんな人がシミュレーションできる時代になってくれるのかなというふうに思います。

- 大森座長 香取さん、厚労省でいいのね。一応今内閣参事官なんだけれども、厚生労働省の……。

- 内閣参事官 何といいますか、内閣官房としてお答えしますが、政府答弁とご理解いただいて結構でございます。

- 大森座長 じゃ大丈夫ですね。

- 神野委員 ということで、恐らくこれからのいろいろ広がるのかなというふうに思いますので、これは感謝したいというふうに思います。

それから2つ目ですけれども、16ページの改革ケースで、提供体制をいろいろと考えていただいているわけでありまして。我々病院のほうからいたしますと、高度急性期を減らして一般病床あるいは亜急性をふやすということで、恐らく今の多くの病院の収益構造的には少し血を流さなくちゃいけないだろうと思います。しかし、ある程度選択と集中が進み、日本の医療提供体制が統合する、効率化するということが進むというふうに思います。

ただ、そこで今度出てきた慢性期の方とか介護の方の受け皿を大きくふやすというのを、この程度でいいのかどうかという数字であります。今回の数字も、2007年に比べて長期療養とか介護施設というのを少し増やすと明示されています。これに関しては、

今多くの国民の皆さんは、将来これ以上介護施設や慢性期病床は増えないのじゃないか、1人暮らしの人はこれからどうなるのだという心配を持っていらっしゃると思います。そういった意味で急性期を減らしてその他の部分を増やすべきだという数字を挙げていただいたことに関しても、これはすばらしいことかなというふうに思います。

ただ、今回の将来推計、特にコストの推計の中で、今のままで、いろいろな条件がついております。しかし、本来もう1つ上にあるのは、あるべき姿というか、あるべき論とか、あるいは夢といいますか、こんな医療を提供すべきであるというところの要素が、これは非常に難しいですけれども、加わる必要があるかなと思います。それから、人件費の問題がやはり非常に大きいかなと思います。今ですら介護に関して人件費の問題が出ているわけでありましてけれども、今後少子高齢化に伴って、高齢者がふえて少子化すると同時に、医療・介護に携わる人も取り合いになってくる。その中で優秀な人を確保しなくちゃいけないということになると、人件費の高騰が予想外に進むのではないかなということをおぼろげに危惧いたします。

先ほど参事官のお話の中でも、一時、人件費の要素という話がありましたけれども、ここは先生方のお知恵で人件費をもう少し詳細に考える必要があるのじゃないかなというふうに思いました。もし人件費を上げないとするならば、外国人労働者を早期に入れるということが必要じゃないかなというふうに思います。

○大森座長 今のことは大事なことで、どうぞご発言して。今に関係している先生、それじゃ吉川さん。

○吉川委員 初めに、今回のシミュレーションの準備は事務局の方々が夏休み返上で、ものすごいヒアリングをやってくれて出てきているので、大変力作だと、私も身内ながら思っています。ただ幾つかコメントをさせていただきたいと思っています。

1つは、先ほど事務局からシミュレーションについてご説明があったのですが、初めから医療・介護のシミュレーションは年金に比べてはるかに難しいという認識を我々は持っているわけです。最終的にシミュレーションしますからマクロの数字が出てくるわけです。問題は、これがブラックボックスになっていると、なぜこうなったのかというのがよく見えない、とりわけ改革ケースがそうなると思うのです。

それで、Aを自然体ケースと呼べば、Aでしたか、自然体ケースは基本的にはデモグラフィックな変化で、あとは経済成長や何かを織り込みながらシミュレーションするわけです。それがベンチマーク、自然体、これは仮定をはっきりさせればそれなりに理解できる。

問題は、資料2-1ですか、中間報告にあるわけですが、一連の改革を行っていくことを前提にした上で、あるべきサービスの姿はどのようなものなのか。要するにあるべき医療・介護の姿をはっきりさせて、それでシミュレーションをして、将来医療費がどれくらいになるかということをおぼろげにするというケースです。

このあるべき姿を明らかにすると医療費が果たして増えるのか減るのか、人それぞれ

なのだろうと思うのですが、そこが個別ケースでプラマイがいろいろあるわけで、先ほどの説明で23ページだったと思うのですが、例えば単価のところではケースB1というのが23ページの一番上のほうにあります。このケースB1というのは、こういう改革をするということですが、これをやると平均在院日数は23%短縮、したがって15.5日から12日に短縮される。この部分は恐らく医療費がこの分少なくなるということですね。ただしこれと同時に、1病床当たりの職員数を2割増やすというわけですから、この部分は人件費の分がプラスになって出てくるわけで、この改革をやったときには、したがって医療費に関してはマイナスとプラス、両方ある。結果、ネットとして幾らくらいこれがプラマイになるのかというようなことを個別の改革について明らかにしておかないと、最後に改革ケースのマクロの最終の数字が出てきたときに、なぜそうなったかということをおぼろげに我々は理解できないということになってしまう。シミュレーションをどこまでやるかですが、ブラックボックスにしないで、改革ケースではなぜそうなるのかということをおぼろげにしておく必要があると思うのです。

2番目は、関連するわけですが、シミュレーションをやるときに、ベンチマークはいいわけですけれども、改革をすると医療費がどういうふうに変ってくるか。私たちはあるべき医療・介護の姿を明らかにして、そのために一体幾らかかるのかということをおぼろげにしたい、ということなのですが、あるべき医療・介護の姿、いろんな問題があるわけですが、それがシミュレーションにどれだけちゃんとインコーポレートされているかどうか、当然それは大切な1つのポイントになる。ある種の改革は医療費には影響を与えないかもしれない。もちろんそういうものもあるだろうと思うのですが、そこで医療関係者の方々が、あるべき医療の姿、それを実現するためにどういう改革が今日本で必要なのか。私が理解した限りでは、このシミュレーションでは、病床数に注目して、それと医療と介護の間の連携というところ、そこが日本の医療の姿にとって非常に大きな、とりわけ医療費という観点から、シミュレーションのボトムラインとして我々が関心を持つべきポイントだとしている。医療の問題としてはあるべき医療の姿のほうがおぼろげに大事なこともかもしれないけれども、シミュレーション自体は医療費に関するシミュレーションですので、そういう意味で、医療費ということからすれば病床数、それから医療・介護保険の連携というところが大きなところだという前提に立ってシミュレーションをやろうという、こういうプロポーザルになっているわけですが、医療・介護の現場をよくご存じのエキスパートの方々から見て、日本の医療のあるべき姿、とりわけ医療費にかかわるあたりでこれでリストが尽くされているかどうか。もちろんシミュレーションをやるためには、シミュレーションのフィジビリティの問題、実現可能性の問題がありますから、あらゆる問題をシミュレーションの中に取り入れるということは不可能だろうと思う。

しかし厚労省自体で言ってきたこととして、例えばジェネリックの薬を使うこととか、それから問題点として、同じ疾病でも都道府県別に随分医療費に差がある。長野県を

ベストプラクティスと仮に呼ぶならば、そういうところにさや寄せすれば医療費は低下できるというようなことも言ってきたと思う。それも実は病床とかかかっているということかもしれないが、そうならそのことを説明すべきだ。国民会議としては、この医療費のシミュレーション、あるべき医療・介護の姿を実現したときに、一体医療費が幾らかかるのかというのが、原点ですから、あるべき姿をできるだけはっきりさせた上でシミュレーションをやりたいと思っているわけです。

事務局もそういうことで努力してくれているわけですが、しかし最後のところはやはり医師その他エキスパートの方々の目から見て十分なものであるかどうか、その点についてぜひともご意見をいただきたいと思っています。

○大森座長 権丈さん、それで矢崎先生に行きましょう。

○権丈委員 経済成長率と医療費の伸びというのはものすごく関係があって、基本的には経済成長率と診療報酬改定率というのは後者を5年ぐらわずらせば強い相関があり、所得水準が原因で医療費の水準は決まっていますよというような研究を、この国で私が言いはじめたわけなんですけれども、そして1960年から2000年ぐらいまでのOECD諸国をとって、そこでの1人当たりの所得と1人当たりの医療費というので回帰分析をやれば大体9割以上説明できるのですが、その傾向線から見て日本は大体10%ぐらい低い医療費でずっとやってきているのですね。

ですから、ここであるべき医療というものを想定して、年金のシミュレーションと違ってものすごく難しいのは、どういう結果になるのかわからないというのがあるわけですし、そこで仮に、あれ、医療費が少なくなってしまったということになったり、とても実行可能性がない、つまり財源調達がとんでもなく無理なくらいに医療費が高くなってしまったら、私はやはり前提がおかしいと思うので、もう1回フィードバックして考え直してみましようよというようなことがあっていいと思うのですね。

それで、例えば平均在院日数の削減について言えば、私は昔から平均在院日数を下げたからって医療費は下がらないよと言っておまして、病床利用率が一定だったらそこに投下されていく医療資源の量がふえていく形になるので医療費は当然増えるわけなのですが、そういうことで傾向がなかなか読めないものがある。

そのときには私はいろんな形でフィードバックして行って、どこがおかしいのかというようなことを繰り返しやっていけば良いのじゃないのかと思います。

そして、皆さんのところも、自分の診療科がどうなるのか、このまま今大変な状況を5年頑張ったらどうにかなるというのだったら希望をもてるけれども、このままずっと今の状況をずっと続けるのかと思うとやりきれないのではないかと思いますので、私はこの前ちょっと、タイトルをつけて、「絶望から希望へ」というぐらいの医療のシミュレーションというタイトルでもつけたらどうですかというような話をしたら、やはり客観的にとかいうような、いろいろあるのですが、私は年金のシミュレーションと違ってこれは1つやはり大きなビジョンを示すためのものであると思っています。

すので、皆さんが期待を持って読むことができるような、そういう、目指すもの、あるべき医療介護と言っているわけですから、あと何年間頑張ればなんとかなるといふのならば、何かやっていけそう、この領域でやっていきそう、というような、希望のある、絶望から希望へというぐらいの、そのくらいのサブタイトルでもつけて、これはみんなで取りかかっていったらどうだろうかというようなことを若干提案しております。

そして、やはり客観性とかいろんなものが重要になると思いますので、その客観性をどう担保していくかというときに、年金の場合はそのシミュレーションのバックデータを全部公開していくというのがありましたけれども、医療の場合はなかなか難しく、この全ページにおいて専門性を持ってコメントできる人はいないと思うのです。ですから、今日の資料はきょうホームページ上でオープンされるわけですから、これについて各いろんなところから、書式でも設定して、どこの団体から、あるいはどこの誰々さんからという形で、何ページに対してこういうコメントがあるかというような形で、そういうのを公募しながら、そしてそういうものと並行しながらまた、申し訳ないですけども、休み返上というか、日曜も土曜日も返上してシミュレーションを同時にしてもらいながら、そういう意見も、日本全国のみんなでこの問題をテーマにして、いろんな学会からも、いろんな人たちからも、国民会議として意見を徴収した形で修正していくという作業をやっていっていいのではないかと思います。医療費は国民所得が決めているということの意味は、国民所得の伸びに合わせて増分主義で少しずつ医療費を各国増やしていることで、今われわれがやろうとしているような大きな目標を持って医療の構造を変えるということは、どこもやっていないというか、やったことがないことなんですね。

だから、それだけ大きなことを今やろうとしているのだったら、私はもう国民総がかりでやっていく。そしてそこにやはり1つの目標として、あるべき医療ということ、これはもう福田首相のときに二度、三度私は確認を取っておりますので、あるべき医療という形で何とかしなきゃいけないという、その希望のある方向にみんなで、専門家が随時調整をしていきながら、結果を出していきながら、みんなが納得していく形で目標としてこの国で定めていけばいいのじゃないのかと思っております。

○大森座長 大胆な仮定に基づくシミュレーション、さらに大胆なご提言になっていまして、これは少しいろいろ、実際にやって動かしてみても、どういうふうになるかということがある程度見当がつかないと、もしいろんな仕組みとして、つまり医療や介護の現場がよりよくなりつつ、経費が少なくなるのは御の字ですよ。実にいいものになると思っているので、単にふやせばいいというものじゃないので、ただしこれは大胆な仮定でやってみて、大胆な結果がどういうふうに出るかということ、先生おっしゃったように少しやってみないとわからないので、その場合にいろんなご意見が出て、もう少し違うバリエーションでやったらどうかということがこの段階で出ればそうい

うバリエーションを加えるということはできると思うのですけれども、やってみた結果に即してもう一回やれということをご分科会や親委員会のほうでお決めになれば、やらざるを得なくなると思うのですけれども、とりあえず頑張ってこれでやってみたらどうかと。

その際、動かす場合にさらに現段階でいろいろお知恵が出て、直すべきことがあれば今の段階で直してみても計算してみる、そういうことになるのじゃないかと思うのですね。矢崎先生どうぞ。

○矢崎委員 事務局でシミュレーション、やはり16ページが集約されている図だと思うのですね。その話に入る前にちょっと私、病院の立場からお話し申し上げますと、医療費はGDPに沿って動いていくということは確かですが、32ページにありますように、先進国で医療費はもう一番低いレベルで、だから出発点からすごい低いのですよ。これはイギリスもそうで、イギリスはそれで医療破綻を起こして、例えば盲腸の手術でも3カ月待たなきゃならないという、本当の崩壊が起こって、ブレア政権になって倍増に近いぐらい医療費を上げたという事実があります。

ただ我が国で、じゃイギリスでそうなったからそうしろというわけにはいかないと思うのです。それは国民が、やはり今までの比較的先進国に比べて低い医療費でいい医療がだれでも受けられたというシステムがあるわけで、それを崩すわけにはいかない。もしそれを上げるには、やはり国民が納得するような改革を示さないと、このままで医療費を上げると言ってもなかなか、イギリスのような壊滅状態にならない限り難しいのではないかと。

じゃ、今何が国民から見て不満かというのは、やはり急性期、救急とか産科とか小児救急に対する安心感がないということと、それからもう1つは、やはり医療施設から介護療養施設に移ったとこの段差が激し過ぎる、だからそれが熊本みたいにシステムで徐々にグレーデントをつけて、最後は介護あるいは在宅に持っていけるような、そういう仕組みが見えてこない、今は何か段差があって、介護難民とか、そういう言葉が起こるような状態では、やはり医療費はなかなか上げるのは難しいのではないかとこのように思います。

それで幾つか、ちょっとこの場で論理的に説明できませんが、1つは、今我が国は病床数が、ああ、まず医療費の配分の問題がありますね。医療費の配分がどこに厚くてどこに薄いかということもやはりちょっと見ていただかないといけない。例えばペースメーカーという機械を入れる手術がある。私の専門の循環器ですが、ペースメーカー1個が200万から300万するのです。植える技術料は2万3,000円なんです。だから医療費から見ると、医者の仕事というのは、この間のヒアリングで川淵先生の著書、医師は鵜飼に飼いならされている鵜のようなものだ、そういう意味で非常に経済的な評価が低い。だから医療費がどこにどういうふうに行っているかということのをしっかり見ていただかないといけないのではないかと。病院の単価と診療所の単価がどう違うか

ということも、やはり医療費がどこにどういう状態で行っているかということも明確にデータで示していかないといけないのではないかと。

それで病床数の話に戻りますが、やはりこの病床数を、機能分化というのは非常に概念的にはきれいに行くのですが、これはいつも医療機関が機能分化しないから責められるのですが、しかし患者側から本当に医療施設に関して機能分化を求めているかということ、患者さんはやはり医者に、医者というか、厚い医療のもとで診てもらいたいという、慢性期の方も皆さんそういう希望をされるので、医療機関としても、大きなインセンティブがないと、やはり患者さんの希望に沿った対応をせざるを得ないところがあって、機能分化というのは医療機関あるいはその意識だけじゃなくて、患者さんも少し医療に対して理解を深めていただかないと、なかなか病床の機能分化、それで、先ほど申し上げました次の段階がものすごい段差があるとなおさら患者さんは動きにくい。

それから2番目は、やはり規制緩和が相当進まないとなかなか難しいのではないかと。今医師の仕事、看護師の仕事というのは医師法とか保健法できっちり決められているのですね。今議論でOECDで人口比に対して医師が少ないからふやせという議論はわかりやすい議論なんですけど、医療費もOECDで、医師数に見合っただけで低いし、それから高等教育にかかる教育費もOECDの中で一番低いほうなんです。だからみんな低いレベルで安定化状態だったのが、今崩壊したわけですよ。それでみんな、医師も、病院医師ですけれども、今までは患者のためならやってきたのが、だんだんその意識が変わってきて、自分の人生を考えるようになり、今までの奉仕主義では行けなくなった状態で、そうするとどうするかということ、やはり病院の医師の仕事を見ていると、半分ぐらいは必ずしも医師がやらなくてもいいような業務を全部医師がやっている。患者さんの目線から見ても、看護師さんにやってほしいという医療行為というのはたくさんあると思うのです。それを名称独占、業務独占で限られているので、規制緩和で、これから医師をどっとふやすことはなかなか難しいので、なるべくそういう業務分担ができるような規制緩和と一緒に進めないと、なかなか改革の図式には乗りにくいということで、今の医師の状態でこういうふうにするというのはなかなか難しい。

それから3番目は、この23ページでしたか、急性期の後、スタッフをこういうふうにするというあれがございましたね。23ページ、在院日数を減らすと、それで医療ニーズも高まるからスタッフをふやすということ、これは大変すばらしいことだと思うのですが、一方で7対1看護の導入のときに我々は極めてひどい目に遭って、それは7対1という、上位基準を取ると非常に恵まれるのですけれども、やはり7対1に移行できなかったのは逆に点数が下がってしまう。だから、言いたいことは、こういうふやすときに枠が決まっていると、従来のように付け替えが行われる。どこかを絞ってこっちに持ってくる。そうするとやはりなかなか難しいことがあるので、こ

これは本当に純増になるのか、どこかを減らして持ってくるのか。減らすのを老健施設・介護施設の医師を持ってくるとか、そういうことになると、ますますグレーデントが強くなって、やはり患者さんはそういう施設に移りたがらないと思いますので、そういうのを今後どうするかというのもご検討いただきたい。

それから、在宅医療の推進ですが、これもマンパワーが全然足りないと思うのです。15ページに診療所の先生が外来・往診というふうに行かれています、これは僕はここにいらっしゃる野中先生は異例中の異例で、外来と往診をやっておられる診療所というのは本当に数えれば、数えるほどしかないのです。

どういうことかということ、開業医の先生は外来診療、ですから国民皆保険制度があって、老人医療が無料になったときに、往診しなくても、昔は往診しないと収入が得られなかった。だから昭和48年以降、往診をしなくても十分な収入が得られるようなシステムになっているので、いまさら診療所の方を往診のほうに向けるには極めて難しい仕組みではないかなというふうに思いますね。ですからそういう意味で、ちょっとまとまりないことを申し上げましたけれども、私は経済的な視点はありませんけれども、病院を運営していく上で、私としては16ページのこういう改革型にぜひなしてほしい。ですからそのときに、幾つかのポイントでぜひ、実施のときは配慮いただく。全体に医療費がどうなるかというのは、やはり必要であれば国民の皆さんの理解を得て、何か医療費が上がるような仕組みでないと、これだから医療費がかかるから上げてくださいというわけにはなかなかいかない、ぜひ納得のいく仕組みを今後もフォローしていただければというふうに思います。

○大森座長 ありがとうございます。

私もお引き受けしたときに、先生がおっしゃっている規制緩和なんですけれども、絶対これはやるべきだと思う。だから広い意味で言えば、そのことと今のようなスタッフをふやしていくこと、みんな連動しているのです。専門職の方々の役割をどういうふうに再編成できるか。しかも現場はちゃんといろんなことが進むと。

だから、シミュレーションをやったときに、仮にそうやったときに、具体的に現在ある制度ないし運用のやり方をどうやってそれに合わせるかということと同時に言わない限り、多分説得力はないと思うのですよ。計算はできるのですけれども、それが実効を担保されるためにはここはこういうふうには直すことになる、あるいは患者の皆さん方にもそのことをきちっと訴えられる仕組みがない限り、先生おっしゃっていることは実現しませんので、絵柄を書くことは簡単なんですけれども、実際にそれを運用に落としたときに具体的に何をどう直すことになるのかということまで何か示さないといけなくなるのじゃないかと思うのです。私も素人ながらそう思うのです。

ですから、最終的に取りまとめるときにそのことを念頭に置きながら議論するということになるものと思っているのですけれども。

野中先生、先でいいですか。

○野中委員 澤先生先が先に手を挙げられました。

○大森座長 じゃ、澤さんに行って。

○澤委員 大学病院で勤務している立場からお話させていただきたいと思いますが、今の矢崎先生のお話、私も非常に同感で、結局あるべき医療の姿というのはどういう議論かという、あるべきというのは理想的なレベルを目標としつつも身の丈に合ったというか、必要十分で無駄のない過剰でない医療ということだと思うので、ある意味医療現場で私たち、もちろん開業の先生方から大学病院みたいな高度医療も含めて、そちらの方向には向いているのだと思います。ところが、それに対して医療費がついてこないとどうしても委縮医療になったり、それから医師の裁量権がだんだん減ってくるのです。ですから、それが保たれるような医療でないといけないというのが原則かなと、医療現場としては思っていて、逆に言うと今の医療は、世界の中でも本当にこれだけの長寿を維持しているという、国民皆保険も含めて、日本の医療は非常にいい医療であるとおもいます。ところが、先ほどの説明のようにいろんなデータを欧米と比べると、日本の医療の位置づけは大抵流れ星になっていますね。そこはどこに原因があるかということ考えた場合に、先ほど吉川先生がおっしゃったように、じゃ医療現場でどこがどうなっているのかという話が出てくると思います。1つの例で言うと、私たち心臓外科の領域では、今もう施設集約化を学会を挙げてしようとしています。心臓の手術を、今開心術25例未満の病院は、もう学会としては認定施設から外そうという方向に行っています。これは次の段階では50症例にまで上げようと。将来的には100例まで行くかどうかという議論も含めて、施設集約を学会自身が、医者立場からやろうという努力を非常にしている。

そこで、本日のご提案のようにいろんな改革、特に合理化を進めていただければ、非常に素晴らしいことで、私はきょう出された案、特に先ほどの16ページの案、これが本当にうまくいけば非常に理想的ではないかと思っています。

1つの例を挙げますと、私が留学していたドイツの病院は、私が留学していた15年ぐらい前は開心術は1,000例ぐらいだったですね。ところが最近、行きましたら3,000例に症例がふえている。しかも入院日数が大体6日なんですね。心臓の手術で5日、6日というのは非常に少ない。それでベッド数は50床しかない、それで3,000例やるといふ。どうやってやるのと聞くと、隣の病院と連携して、ほとんど隣の病院にきれいに転院してしまう。高度な医療を集中して、医師、看護師など、特化したスタッフはそこで、術後の回復期の段階は、少ないスタッフでリハビリテーションを中心にやる。そこでは余り医者は要らないわけですし、むしろPTとかで充実させる。

残念ながら私たちの大阪大学で考えると、それ全部を1つの病院の病棟でやっていると、やはり在院日数が15日、患者さんも、保険の制度も日本ではあって、どうしても長くなるのです。それで15日ぐらいで、大体2週間以内に退院してもらおうというのが現状なんです。

ですから、そういうことを全部詰めていくと、やはり本当にこの16ページのような図で、極端な心臓外科の例を考えても高度な医療から、またもちろん一般的ないろんな医療も含めて、専門性、機能化分担、そういうことをきっちりして、かつそこに働くスタッフも、医師以外の多数のコメディカルが分担すれば医師をそれほどふやす必要もなく、かつまた幅広く雇用も促進できて、やはりそれが医療の構造改革で医療費が伸びてもうまくつながるような形になるのではないかと。

心臓手術ばかり例を挙げて申しわけないのですけれども、日本は世界最高のレベルをやりながら、整備されてないものですから医者が、雑用も含めて多くの仕事をやらざるを得ないような状況で、看護というか、術後管理から全部やっているような、それから検査箋を切ったり、そういうことまでしているような状況から考えたら、医師の数は少なくとももっと機能化すれば多分うまくいくだろう。その機能化整備がやはり日本では遅れてきたのではないかと。

ですから、そこで今回のこういうふうな改革、心臓の例だけで申し上げましたけれども、それを権丈先生がおっしゃったようにいろんな各診療科で合わせてそれぞれの提案というか、事情があるはずなので、やはり風邪ひきだったり眼科であったり心臓外科であったり、それを1つで全部というのはまた難しいので、それぞれの診療科の事情も含めて、ぜひ改革していただければ、きっと日本がむしろ一番いい形の医療構造になるのではないかとこのように考えます。

○大森座長 ありがとうございます。

野中先生どうぞ。

○野中委員 今矢崎先生と澤先生のお話を聞いていて、私もある面では理解できます。この16ページの図は、私も将来のあるべき姿に近いと思いますが、しかし、職員の人数とか医者数などに関しての根拠が必ずしも正しいとは思いません。先ほど吉川先生や権丈先生が言われたように、保険料を払っている国民が医療を受けていてやはりよかったなと思う状況を考えれば、在院日数を短縮したり、あるいは病床を減らすことによって本当によかったと思える状況をどの様につくり上げるかが重要だと思います。

私はこの16ページの提案も大事と思うのですが、実はこの図の矢印、両側に矢印がありますね。その矢印の流れが実は日本の医療には一番足りない部分だと思います。澤先生が今おっしゃっていましたが、なぜ大阪大学病院だけで全部やらなきゃいけないのでしょうか。大阪大学病院の医療がトップを走っていることは当然だと思いますが、例えば何日目からは地域の病院とか、そういう医療の形を実は病院が作り上げる必要があると思います。その努力やシステムが私はこの矢印と思うのです。その地域の矢印においてどういう努力をするかなされるかが重要です。現状ではそのシミュレーションがなかなかうまくいかず、医療が国民に理解されていないと思っています。

さらに日本の医療において大きな問題は、200床以下の病院が75%だということですね。ですからその75%の病床を地域がどう活用するかの検討が必要です。地域の中核

的な病院や大学病院そして中小の病院も、さらに地域の行政も一緒になって、地域医療連携を含む地域医療計画をきちっと作成することが実は大事なのです。どうか何が足りないかという部分も含めてシミュレーションしていただけたらと思います。

それから、矢崎先生が在宅医療の話をされました。この15ページの図で間違っほしくないのは、外来と往診という記載です。往診ではなくて訪問診療が適切です。往診は本来応急的な医療の対応方法です。今、本当にこの往診の医療が国民にとって大事かどうかはさらに検討すべきです。よくこの往診と訪問診療の違いをあまり理解されなく、国民の方々は使われます。私は地域の診療所の医師として、一般外来と訪問診療は今以上に診療所が受けるべきだと思います。その言葉の違いの意味をよく理解され、そして先程の矢印の意味や意義がもっと明確化されたら、地域での訪問診療を診療所ではもっと受けやすくなると思います。しかし、この矢印の意味と意義が明確に理解されていないために、医療や介護の連携が円滑ではないのです。この矢印には他職種連携も当然含まれるわけですから、医療や介護における連携がもっと進展できるわけです。私は今回のシミュレーションにはもっとこのような視点で矢印の部分の検討もしていただきたいと思います。

○大森座長 ありがとうございます。

じゃ堀田さんどうぞ。

○堀田委員 最初に、膨大な作業に本当に頭が下がります。理解できてないところもあると思いますが、3カ所あります。まず24ページの主に介護関連の単価設定の考え方のところ。ここは2つあって、1つは平均要介護度の上昇が今のペースで進む前提だけでいいのか。前回の池田先生のお話にもありましたが、例えばケアマネジャーの力が上がるとか、あるいは訪問介護で巡回の短時間などがあげられたように、サービスの提供の仕方・ケアの革新が行われたとき、要介護度の上昇が今よりも少し遅らせられるのではないかとといったケースを考慮する必要はないか。

もう1つ、これは介護共通ですが、暮らす場所は施設系よりも居住系・在宅を厚くということになっていますが、それぞれのサービス種における人員配置は現状維持という前提が置かれています。これは現場の方のご意見次第ですが、特に夜勤の配置を含め、体制はすべて現状維持のケースだけでいいのかどうかということも考えるべきではないでしょうか。

次に6ページ、先ほど神野先生からもご指摘があったところですが、人件費水準を引き上げるといふときに、何を根拠にどこまで引き上げることにするかをしっかりと出させていただく必要がありますし、考えどころだと思います。専門職論と賃金の分析は個別にたくさん蓄積がありますが、両者を結びつけたものがない中で、「人件費水準の引き上げ」といふときに、個別の労働者の賃金の水準云々を言うのか、それとも施設・事業所の中での人件費の占める割合についていふのか。後者であれば、介護報酬の問題に加えて、経営戦略や経営者の資質によって人件費の問題が左右されるとも言

われていますし、どのように考えていくか、難しいし大切な点だと感じます。

それから、ちらっとおっしゃったように思いますが、前のほうで医療については人材不足で養成が進んでいるというふうにありましたけれども、介護は養成のスピードも徐々に落ちていると認識していますので、人材養成にかかるコストあるいは時間というものの織り込み方も検討の必要があるのではないのでしょうか。

最後は、シミュレーションそのものとは関係しませんが、先ほど大森先生がおっしゃったことともやや関連するのですけれども、16ページ、17ページで介護系のほうを見ると、施設系は改革ケースのほうが少なくなり、居住系と在宅介護が多くなるという前提になっているわけですが、現状では施設系でも待機者がたくさんいて、居住系は例えば総量規制があるから増やせないといった事情、訪問介護も事業所数が減ってきたという状況で、どうやってこの居住系・在宅を整備していくかという計画を、何らかアウトラインでも示していただく必要はないのでしょうか。16ページのような形は置いたけれども、実現の方向性をあわせて示さないと、皆様がおっしゃっているような希望が持てる、安心感につながるシミュレーションにならないのではないのでしょうか。以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

一わたりご意見を伺っているのですけれども、いろいろ前提を置いて実際に計算してもらわなきゃいけないのですけれども、作業を開始するためにとりあえずは事務方のほうへ、今いろいろご意見が出たうち、若干の工夫をすればできるものと、違うシナリオを書かないとできにくいものもあるかもしれないし、それから実際に推計した後、これはこういう意味合いを持ち、こういうことが次の段階で必要であるというふうに書けばある程度過ごせるということもあるかもしれませんが、全体の作業をやる上で何か気がついたことがありますか。参事官。

○内閣参事官 ありがとうございます。

今ちょっと整理してお答えできることをお答えしておきますと、まず年金のときと同様で、試算の根拠になったデータはすべて開示をいたしますので、どなたでも追試可能という形にももちろんいたします。

それから、そういう意味でデータを全部開示しますので、例えば先ほどのB1とかB2とかになったときに、例えば高度急性期だけで見たときに医療費はどうなるのですかとかいうのは、計算できちゃうことになるので、もちろんお出ししても構わないですが、それはもう基本的には全部わかるということで推計をしたい。逆に言いますと、例えば医師の配置は倍にすると、こうなっていますけれども、3倍にしたらどうなるか、4倍にしたらどうなるかというのも、一応それは置きかえればできますので、そういう形で、後でいろいろ数字を動かすことができるようなお示しの仕方をしたいと思っております。

それから、人目の話ですが、当然こういう体制をした場合に、例えばB2とかB3と

かいう形でベッド数を動かし、医者の配置を変えて行ってやっていったときに、全体としてマンパワーはどれくらい必要なことになるのかとかいう、そういう数字ももちろんこれはお示しをいたします。

それから、人的養成の話ですが、ここはその考え方なんですけれども、要するに当該専門職を養成するのに、公費投入がされているケースについては、これは医療費とか医療介護費ではないのですけれども、別の形で社会的コストの話をする。それをわかる範囲で推計をしていくということになるのだと思います。今私どもが足下で持っているデータは、これは前回分科会でお示ししましたが、医師については医師1人当たりの要請コストはおおむね1億円、これは私学の場合ですけれども、1億円という数字があって、そのうち約3分の1は授業料という形でご本人あるいは家族が負担している。逆に言うと約6,000万強ぐらいが公的なコストということになるので、例えば1万人ふやしますというと、1兆円かかって、6,600億程度が公費、医師についてはそういうざっくりした試算ができるわけですけれども、それ以外の専門職能について、そういうある程度公費との関係で推計ができれば、それは医療費との関係ではないですが、できるものについてはちょっとやっていこうというふうに思っております。

それから、このシミュレーションの前提を実現するにはどうすればいいかというお話があったのですが、この推計は最終的にはあるこういう状態をつくったときに全体としてコストがどれくらいかかるかという推計をすることになるので、いわば、きょうだれかお話がありましたが、一種社会的なコストとしてどのくらいの費用を医療・介護について考えるかということのための推計をしているので、もちろん、例えば先ほどのように人間を見たときに非常にフィージブルでない数字が出てくれば、それはヒーリアンとしては成立しますけれども、政策選択としては恐らくフィージブルではない選択になると思うので、むしろ仮に幾つかの前提を置いてシミュレーションして、それをじゃ具体的にどう実現するかというふうに考えるのは、ステージとしてはその次のステージの議論になるのではないかと。あるいはこの前提だと、例えばこれだけの人の配置なり流れは難しいので、もうちょっとそれは少ない配置で考えたらどうなのかという形で、今度は別のシミュレーションを行うことになると思うので、むしろそこはどういう考え方でこういう組み立てをしたかとか、どういう根拠で例えば1.5倍にしたかとか、結果的には計算の過程のものは全部出てくることになるので、それは又事後的に追加的な推計をするとか、組み替えるということは可能なようにはいたしたいというふうに思っております。

あとは、ちょっと中身の話で幾つか細かい話がありました。病床数が減ったときにどのくらいカウントできるかみたいな話があったので、それはちょっとあるのですが、それはちょっときょうは時間がないので、シミュレーションを実際に出したときに、ここまでだとなぜ2割で行って、ここから先は倍にしないといけないかみたいなお話はちょっとお示しをするときに説明したいと思います。

あと、基本的には作業として、オプションとか、そういうものも含めて、できるだけそこはやりたいと思っているので、事後的にもし何か、こういうシミュレーションということがあれば、できる限り受けたいと思いますが、一応現総理からは10月中旬の出口と言われているものですから、作業との逆算との関係である程度のところで作業に入らないといけませんので、そういう意味で言うところの範囲内でやらせていただくということでご容赦願えればと思います。

以上です。

○大森座長 座長の吉川先生のご判断にもよるのですが、一応総理のご発言は10月中旬までに最終報告をまとめてほしい、それを次の総理に出せという、そういうご指示ですので、それに間に合わせるためには、きょう一応議論していただいていますけれども、実際の作業をやって、一通り取りまとめるまである程度時間がかかりますよね。

○吉川委員 これは委員の皆様方への提案ですけれども、とりあえず今日のこの分科会では、事務局からシミュレーションをやるということでのいろんな前提について説明していただいたわけです。私が委員の皆様方のご発言を伺っていた限りでは、シミュレーション自体が大問題だからこのシミュレーションでは絶対だめだというようなご意見はなかったと理解している。

ですから、ベースラン、それから幾つかの改革ケースについて、シミュレーション、計算作業を始めることについて委員の皆様方にオーケーを出していただく。

その上で、実際の計算作業と並走して御意見をいただく必要があるのではないのでしょうか。委員の先生方も今日の議論だけではイメージがわからないところもあると思うのですね。とりわけ改革ケースについて、シミュレーションで一体どういう計算をやるのかといっても、大体のイメージはあっても、実際にやってみると、こういうことになってくる、なるほどこういうシミュレーションなんだな、計算なんだなというのを見ていただく必要がある。そうすればこういう計算もやってみたらいいのではないかというアイデアも浮かぶのではないのでしょうか。先ほど権丈先生も同じ趣旨で少し言われたと思う。もっともシミュレーションをする以上は、実現可能なシミュレーションじゃないとしようがないので、計算をやるわけですから、また事務局のキャパシティーというのも当然有限、時間の制約というのも当然ある。ですから、何から何までできるわけではないわけでしょうけれども、しかしそうは言っても、ポイントはベースラン、デモグラフィックな変化だけを主として取り入れたベースランと比べて、あるべき医療の姿を反映して、医療費が全体として幾らくらいになっていくのかという非常に重要な問題について答えを出そうというわけですから、あるべき姿がどれくらいシミュレーションに取り入れられているのか、それをきちっと世の中に説明できるということは国民会議として大変大切だと思うのですね、この分科会としても。

そのために委員の皆様方にお知恵を出していただくためには、私は、繰り返しになり

ますが、とりあえずシミュレーションにはゴーサインを今日ここで正式に出していただいた上で、それを見ながら、時間の問題はありますが、大森座長、事務局を中心に委員の皆様方とのフィードバックをしていただくことを考えるというのがいいのではないかと思います。いかがでしょうか。

- 大森座長 参事官おっしゃっていますように、きょうこの推計作業をもし、今座長がおっしゃってくださっていますように、とりあえず大筋としてこれで作業に入ってよろしいというふうに皆さん方のご意見をまとめていただければ、それで走っていただきますというか、やっていただきますので、多分そんなにどうしようもないものが出てくるということはないのじゃないか、そういうふうに希望しているのですけれども、とりあえず作業を開始させていただいてよろしゅうございましょうか。よろしいでしょうか。それで今座長からご注意くださいようなことについても考えながら進んでいくということにいたしますので、事務局は大変ですけれども、夏休みを返上して、今度は何を返上するかわかりませんが、頑張ってやっていただいて、提示をしていただけるようお願いして本日は終わりにいたしたいと思います。

次回について参事官のほうから何か。

内閣参事官 どうもありがとうございました。

今回は、ちょっとまた改めて、私どもの体力との相談で、またご連絡いたしたいと思いますので、よろしく願いいたします。日程等未定ということで、またご連絡いたします。ありがとうございます。

- 大森座長 じゃ、鋭意頑張ってください。ありがとうございました。