

社会保障国民会議
サービス保障（医療・介護・福祉）分科会（第8回）
議事要旨

1. 日 時：平成20年10月23日（木）17時00分～19時52分
2. 場 所：内閣府庁舎別館（旧いすゞビル）
3. 出席者：大森座長、逢見委員、唐澤委員、神野委員、清原委員、齋藤委員、澤委員、野中委員、堀田委員、南委員、権丈委員（オブザーバー）、吉川委員（オブザーバー）
内閣官房副長官

4. 議事次第：

○大森座長 副長官お見えでございますので、ただいまから第8回の社会保障国民会議サービス保障分科会を開催いたします。

夜分にかかって恐縮でございます。ご参集いただいたことに感謝申し上げたいと思います。

本日、ご報告いたしましてご審議いただくことが3点ございまして、1つは私どもの第二分科会の中間取りまとめに対しまして、政府のほうでいろいろ対応をし始めておりますので、その対応状況について説明を受けます。

それから本日の本題でございますけれども、社会保障国民会議における検討に資するための医療・介護費用のシミュレーションが行われておりますので、このご報告をさせていただきます。

それから国民会議の最終報告に向かいますので、当分科会としての追加報告事項案について、私から事務局のほうに指示いたしまして、他の分科会とも共通の形で、一応案文を考えてございますので、それを説明申し上げまして、ご意見を伺いたいと思っております。

本日は、加戸委員、竹中委員、辻本委員、中田委員、西村委員、矢崎委員、それから樋口オブザーバーがご欠席ということになってございます。

それでは最初に松本官房副長官からごあいさついただきます。お願いいたします。

○官房副長官 伊藤前補佐官に引き続きまして、私がこのたび社会保障国民会議を担当することを総理より命ぜられたところでございます。サービス保障分科会の委員の先生方には、大変お世話になりまして、心から感謝申し上げ、一言ごあいさつを申し上げたいと思います。

社会保障制度のあり方は、国民生活の基本をなすものでありまして、今春以来、委員の皆様が国民の目線に立ち、あるべき社会保障の将来像について審議を重ねてこられたことに、重ねて敬意を表させていただきたいと存じます。

中でも、医療・介護の問題は、一人一人の生命にかかわることでもあり、国民の関心

が非常に高い分野でございます。先般、都内でも複数の医療機関から受け入れを断られた妊婦の方が亡くられるという痛ましいケースが発生いたしました。政府としてはこうした不幸な事態が起きないように、引き続き救急医療や産科・小児科医療の確保に取り組んでまいります。問題の抜本的な解決のためには、医療・介護サービス、これを効率化して思い切って充実・強化をしていくということが不可欠であると考えております。

本日は、医療・介護サービスのあるべき姿を実現するという観点から、医療・介護サービス提供体制について、大胆な改革を行うことを前提とした医療・介護費用のシミュレーションについてご議論をいただくこととなっております。今後の社会保障の将来図を考える上で必須のデータとなりますので、忌憚のないご意見を賜り、最終報告を裏切るものにしていただきたいと存じております。

国民会議の最終報告取りまとめに向け、これまでの大きな成果を引き継ぎながら、内閣官房副長官として力を尽くしてまいりたいと存じております。

先生方の変わらぬご支援、ご協力をお願い申し上げます。私のごあいさつとさせていただきます。よろしく申し上げます。

○大森座長 この後、副長官は、総理が中国へ行かれるそうでご同行されると伺っていますので、これでご退席でございますけれども、よろしく。ご無事で。ありがとうございました。

○官房副長官 恐れ入ります。申しわけありません。

○大森座長 それでは、本日事務局から席上に配付しています資料の確認をまずさせていただきます。

○内閣参事官 資料の確認をさせていただきます。

お手元、まず議事次第がございます。その後、事務局のほうから資料1「第二分科会中間とりまとめの対応状況について」という資料でございます。

それから資料2-1、2-2、2-3、それぞれ青いバックのタイトルの表紙がついております。本日、先ほどお話しありましたシミュレーション関係の資料。2-1が本体資料、2-2が解説資料ということで、「サービス提供体制改革の考え方」。それから資料2-3、これが参考資料ということでございます。

それから資料3、縦長のものですが、これ先ほど分科会長からお話しありました分科会長からお預かりいたしました追加報告事項の案でございます。

それから神野委員と、中田委員 中田委員はきょうご欠席でございますが、それぞれ提出資料がございます。つけてございます。

それからまた恒例どおり、お机の上に前回までの分科会の配付資料、中間報告取りまとめ等々、関連資料をファイルで閉じたものを置いてございます。ご確認いただければと思います。

○大森座長 よろしゅうございましょうか。

それでは、早速本体のほうが相当の分量でございまして、恐縮ですけれども、ちょっと時間がかかると思います。参事官からご報告いただいて検討に入りたいと思います。それでは、よろしく申し上げます。

○内閣参事官 では、お時間をいただきまして資料のご説明をさせていただきます。

最初に資料1でございまして、これは当分科会の中間取りまとめにつきまして、その後、政府においてさまざまな施策を取りまとめさせていただきます。それを中間取りまとめの項目に沿いまして、整理をしたものでございます。中間報告は、当分科会の中間取りまとめは、現下の緊急課題の対応というものと、今後の課題、将来課題に向けての対応という2つの大きな章からなっております。後者のほうにつきましては、本日ご説明するシミュレーションを行って議論を深めるということになってございます。前段につきましては具体的な緊急な対応の事項が示されております。それにつきまして、上のほうに枠で囲ってありますが、5つの安心プラン、それから安心実現のために緊急総合対策、これに基づいて補正予算が組まれているわけでございますが、その関係。それから来年度21年度の概算要求、それぞれにつきまして盛り込まれている事項につきまして、政府全体としての取り組みを網羅的に整理をしてお示したものでございます。

それぞれ安心プランなり、あるいは追加補正の関係の総合経済対策予算につきましては、これまでご説明をしたものでございますので、その意味ではご説明したものを整理したものという形になってございますので、本日は説明は割愛させていただきますが、こういった形で基本的にはできる限りの対応を、政府としてはご指摘を踏まえましてやっておるということでございます。お目通しいただければと思います。

それから資料2、本日のシミュレーションの関係のご説明に入りたいと思います。基本的にはこの本体資料2-1に沿いましてご説明申し上げます。適宜、解説資料等を参照いたしますのでよろしくお願いいたします。

まずめぐっていただきまして、目次、シミュレーションの前提となる考え方の整理ということで、これは前回9月9日の分科会でシミュレーションの前提をご議論いただいておりますけれども、それについてもう一度確認といたしますか、おさらいをするということで整理をしたものでございます。

本体の医療・介護費用のシミュレーションの結果でございますが、現状投影のAシナリオと、改革を行う3つのBシナリオにつきましてのご説明、それから幾つかオプションで作業するようにとご指示をいただいたものについてのご説明ということになってございます。最初にシミュレーションの前提となる考え方の整理について、前回、ご議論いただいたものですが、改めて確認のためにご説明をいたします。

3ページ、シミュレーションの位置づけでございますが、これは9月9日に開催されました第7回の第二分科会で定められましたシミュレーションの前提に沿いまして、2025年段階での医療・介護費用のシミュレーション結果をお示しをするというもので

ございます。これまで政府、厚生労働省、内閣府等々で、さまざまな医療費、あるいは介護費用の推計を行ってきたわけですが、これまでの推計はおおむね一定の経済前提を置きまして、将来人口、あるいは医療・介護についての過去のトレンド等から、将来を投影すると。いわゆるプロジェクションによる推計というものが主流であったわけですが、今回のシミュレーションは先ほど分科会長の話にもありましたように、医療・介護サービスのあるべき姿というものを実現していくという観点から、まず、提供体制について一定の改革を行う。絵姿を描く。それを前提にそれを実現した場合の費用という形で実施をするということになっておりまして、これまでの推計とは手法、あるいは考え方がかなり違っているということでございます。

しからば、どのような医療提供体制、介護サービスの提供体制を考えるかということにつきましては、まさしくこの分科会、あるいは中間報告におきまして具体的な改革の方向、選択と集中等々を示されておりました。それを踏まえてシミュレーションの前提が置かれているというふうに理解をしております。

2でございますが、シミュレーションの内容と検証。そういったような内容のシミュレーションでございますので、これまでのものとは違いまして、サービス提供体制についてさまざまな前提を置き、かつそれに影響でいろいろな要素を複合的に織り込むという作業をいたしました。したがって、一つ一つについてかなりの割り切りを置きながら思い切った仮定を置いて計算をしておるということになります。したがって、仮定数値の置き方も含めて、さまざまなご議論が当然あり得るということで、いろいろなお立場から検証を行っていただくということが必要だろうということで、5月に行いました年金と同様、シミュレーションに用いましたデータですとか、仮定数値、あるいは計算仮定の算定式等につきましては、官邸にこの国民会議のホームページがございましたけれども、そこですべて公開をするということになってございます。そこにアドレスを示してございますが、一応、この分科会終了、8時を予定しておりますが、その時点でアップができていないということで準備をしているところでございます。

それから費用推計だけではございませんで、重要になります病院とか施設、あるいは在宅でどういうサービスをどのくらいの方が利用するというふうに想定をするかという、サービス機能ごとの利用者の数でありますとか、それを実際に実現するために必要となるサービス基盤、病床数等々、あるいは人員配置、あるいは必要なマンパワー、それからそれぞれのサービスの単価がどうなるかといったことにつきましても、シミュレーションの結果の一環として、お示しをしているところでございます。

将来の介護費用のシミュレーションをしたものでございますが、これは一定のサービスを前提を置いてシミュレーションをしておりますので、これはこれからのサービスのあり方をどのように国民が考えていただけるかという視点が非常に重要でございま

すので、その意味でも今後の国民的な議論、あるいは専門の方々の研究の素材ということで、活用していただければと思っているところでございます。

それから3ページ目に、シミュレーションはシミュレーションなのですが、これを具体的に改革を進めていくといった場合に、どういうことを考えなければいけないのかということで、本シミュレーションはシミュレーションでございますので、サービスが実現されることを前提にしてございます。逆に言うと、具体的にこのような仮に絵姿を実現するとした場合には、それなりの改革のプロセスを踏まなければいけないということで、かなり大胆な前提を幾つか置いてございますので、もちろん財源をきちんと確保していくということもそうでございますが、それ以外に具体的サービス救急体制を実現していくためのその計画的な整備でありますとか、専門職種間の役割分担の見直しを前提に試算をしてございますので、制度面でのそういった見直しですとか、あるいは個々の診療所、あるいは病院等々のファイナンスを考える上では、診療報酬、介護報酬の見直しということも必要ですし、マンパワーについても同様な計画的な養成が必要である。あるいはサービス提供者間のネットワークの問題ですとか、こういった一種インサイドワークにかかわるようなことについても対応が必要だということで、制度面を含めてかなり大胆な改革が実行されるということが必要になります。したがって、こういった改革を仮に今後取り組むということになるとすれば、やはりある程度具体的な改革の道筋をつくって、関係者を含め、国民の合意、議論をきちんとしていくということが、実現していくためには必須のプロセスにならうかと思っておりますので、その点をお含みおきの上、シミュレーションの結果をご評価いただければというふうに思うところでございます。

6ページ以下は、9月9日にお示しをしましたシミュレーションの基本的な考え方の中から、ポイントになるところを抜粋し、一部補足をしておりますが、抜粋したものでございます。

6ページ、最初の丸は、今申し上げた大胆な仮定を置いたシミュレーションだという旨のことが書いてございます。2つ目の丸でございますが、推計の仕方としましては、まず足下、現在の疾病構造、あるいは要介護状態の発生状況を基礎にしまして、それをいわば高齢化等々の進展を見込んで将来に投影をするという形で、まずベースの基本需要推計といいますか、現状ベースの推計をいたしております。ただし、これは分科会等でも議論されておりますように、現状が実はさまざまな問題を抱えていると。医療・介護ニーズに対して適切なサービスが提供されていない。ニーズとサービスのミスマッチがあるということで、一方では過剰な需要が発生している。あるいは他方では必要なサービスが提供されていない。さまざま非効率な要素が残っている。それを前提に、将来の現状を見るということになる。したがって、さまざまな改革を行うことで、いわばこういったニーズ、あるいはニーズに対する対応が最適化されているということである。望ましい提供体制をつくることで、そういった需要が最適化さ

れていくと、こういうプロセスになりますので、いわばそういった現状を踏まえた改革という形で、改革の絵姿を示すということをしております。

それからもう一つ、予防というのがございまして、予防については入り口の需要総量そのものがある程度コントロールされるということになります。改革シナリオにおきましては、一定水準の予防効果を一応織り込むということで計算をしておりますし、予防がさらに進んだ場合につきましてはオプションのシミュレーションでお示しするというようにしております。

ということで、シミュレーションにつきましては、現状を投影したシミュレーションA、現状投影シナリオというものと、一定の改革を行う。改革の程度によって、B1、B2、B3と3つのパターンを用意しましたが、3つの複数シナリオの改革をお示しをするということをしていただいております。改革シナリオでは、サービスの中身が変わりますので、単価についても一定の手を加えているところであります。

それからサービスの伸び、いわゆる単価の伸ばし方でございますが、これも前回ご説明したように、医療費の伸びというのは経済成長との相関があるということと、技術革新による影響というものがあるということがわかっておりますので、そのことを踏まえまして、2つのケース、医療費の伸びを要因分析をして、一定の仮定を置いてつくっていくというものと、医療費と経済成長との相関関係から、経済成長率に一定の伸び率を加味していくという2つのやり方で推計を行っております。

前者のものについては、特に改革シナリオにおきましては、効率化の要因を一定加味をするという形で、効率化要素を織り込んでございます。完成形は今回のシナリオはサービス提供体制を改革することなので、当然一定の時間がかかるということで、中長期的なシミュレーションを行うという趣旨も含めて、2025年を完成形として推計を行いました。

それから賃金、物価、経済前提等につきましては、複数の前提を置いてございますが、これは5月に行いました年金に関しての定量シミュレーションと同じ前提を置いております。

それから人的、物的基盤の費用に関する推計ですが、医療・介護の場合には、基本的には個々の単価の中に吸収されて反映されるという形になって、個別の計算を行うことが困難でしたので、これは今回行っておりません。オプションということで、医療・介護・予防が改革シナリオよりも進んだケースというものと、介護職員の人件費について一定の改善、具体的には10%ですが、改善を行ったケースというものを行ってございます。

今、申し上げましたことを算定式といいますか、ちょっとイメージで書いたものが8ページと9ページということになります。現状投影シナリオは、現状の年齢階級別、サービス類型別の利用がそのまま2025年に投影されるというものでございます。逆に言いますと、今あるさまざまな過剰、不足、非効率というものが、そのまま25年に持

ち越されるという意味で推計をすることになります。この推計では、サービスは変わりませんので、単価はいじっておりません。

B推計、9ページは、先ほど申し上げましたような一定の改革を行うということで、需要と供給、あるいはそれに見合ったサービスの内容の変化というものを織り込んだものでございます。具体的には第二分科会の中間報告、あるいは効率化につきましてさまざま、これまで政府の取り組み、あるいは厚生労働省においてプログラムが組み込まれている効率化等の取り組みについて、織り込んだ形で需要を設定するというをいたしております。

具体の改革のイメージでございますが、10ページ、11ページ、12ページでイメージを書いてございます。これも前回ご説明したのですが、現状は病床機能が未分化であるということで、重篤の方と軽症の方が同じ一般病院の中で混在していると。あるいは病院自体に人の配置が薄いということで、全体的に入院期間が長い、あるいは人の配置が少ないという課題がございます。あるいは医療・介護・施設・在宅を通じて、利用者のニーズと供給との間に一定のアンバランスがある。非対応関係にあるということで、一般病室については選択と集中ということで、急性期病床に重点的に資源を投入する。あるいは療養型、あるいは介護につきましては、一定の機能分化と連携ネットワークというものをつくって、サービスをふやしていく。居住系と在宅について一層の充実を図るという形で、全体のサービス救急体制の絵柄をお示しをすることになってございます。

また、病院と診療所の関係、11ページでございますが、病院については入院部分についての機能強化を図る。そして病院の機能の役割分担を図るという形で、入院部分の機能強化を図る。外来については専門化をし、一般外来については地域の医療機関、診療所が受けるという形で、機能の分化を図る。診療所につきましては、重医療、重介護、要医療、要介護の方々を地域で介護サービスとともに一体的に受けるということで、集中機能の強化、あるいは医療・介護を通じた包括的なマネジメントというものを導入することで、特に訪問診療等の強化を図り、最終的には看取り機能についても考えるというような方向でございます。

地域の連携・ネットワークということにつきましては、機能ごとにサービス圏域の設定の考え方が違うということで、より高次機能のものについては、より広域のサービス圏域を設定し、そこに人員を用意し、急性期から慢性期、あるいは施設介護、在宅に行くに従って、身近なところでサービスが用意をされるということで、より小さい圏域の中で必要なサービスが確保できるようにということで、例えば在宅介護、あるいは在宅療養支援診療所といった在宅医療につきましては、日常生活圏域、具体的には中学校区レベルでサービスを用意するという形で、重層的なサービスのネットワークをつくり、この間を病診連携、病病連携、あるいはマネジメントでつないでいくという、そういう形でサービス提供体系を考えるというものでございます。

13ページ、これは今回お示しするものでございます。3つの改革シナリオをお示したわけですが、それぞれ選択と集中ということで、充実化する要素、重点的にその充実する要素と、効率化、あるいは重点化する要素というものがございます。それを少し項目別に整理したものでございます。

シナリオとしては、B1シナリオが比較的緩やかな改革、B2、B3に行くに従って、より改革の方向性を明確にして、徹底したラジカルな改革を行うというシナリオになっております。

まず、ピンクのところ、急性期医療でございますが、申し上げたように医療資源の集中投入を行うということで、B1シナリオにおきましては急性期の医療については、職員配置を約58%増ということで、増大をさせる。これに伴って、一日当たりの診療単価、病院のベッドの単価は約1.5倍になる。これは下の効率化、重点化のところを同じ急性期医療の改革を見ていただきますと、基本的には現在、Aシナリオの場合には現状がそのまま投影されるケースなので、現状と同じということになりますが、平均在院期間約20.3日、いわゆる現在の急性期に相当する部分でいいますと15.5日ですが、これを23%ほど短くして12日にする。この平均在院期間を短くする、より早く退院していただくという、そういう医療資源の効率化を図るために、集中投入するというところで、医師の配置を上げていくということで、58%増、単価の引き上げというものを行うということでございます。これによって、1ベッド当たりで治せる患者の数がふえる。病院の回転数が上がりますので、病床数はその分だけ少なくなるという計算になるわけでございます。

B2では、さらにこの平均在院期間を10日まで持ってくる。10日まで持ってくるためには、ほぼ職員は倍増するという必要がありますので、職員については倍にしていく。診療単価につきましては、約1.8倍に持ってくる。B2シナリオでは、亜急性期についても15日ほど入院期間を短くする。そのために、職員配置を上げていくということを行いまして、単価も引き上げ、それによって病床数を少なくするという計算になります。

B3シナリオは、さらに急性期の機能分化を徹底して、今でいうとNC、国立ナショナルセンターとか、大学の医療機関とか、ああいうレベルに相当するような高度急性病床と、一般急性病床をさらに分けていくという形で、こういった形で重篤な方を診る急性期の高度急性病院をさらに重点化して、その部分については分離をしていくということを考えますと、一般急性についてはおおむね9日ぐらいまで短縮できるだろうということで、それぞれそこにありますように、一般急性期についても単価の引き上げ、あるいは職員数の増を図りまして、さらに機能強化、選択と集中を徹底をするということになります。

Aシナリオでは、全体の病床数が133万床というふうになります。後で病床数が出てまいります、今の足下の一般病院の病床数が約103万でございます。B2、B3のシ

ナリオは、それぞれ病床数を足し算していただきますと、大体110万床ぐらいになります。そして、おおむね今の病床数でこの2025年の需要の増大した急性期医療のニーズが受けられるようにということで、効率化、集中投入を図るというシナリオになってございます。

次に在宅医療、在宅介護の推進ということで、これも運用としては両方に書いてございますけれども、B1シナリオですと約37万人、B2、B3ですと約43万人の方々を施設から在宅、地域で受けるということで、在宅医療、在宅介護を充実することで、できるだけ早期に退院した方々を在宅で支えていくというシナリオになってございます。

それから充実の3つ目、認知症への対応ということでございますが、今回、在宅の充実の一つの大きな柱として、認知症の方々への対応の強化を図るということで、在宅サービスの増大を図ってございます。恐縮ですが、解説資料のほうの25ページをお目通しいただければと思います。今回、認知症の方についてのケアについては、今後全体の高齢者の増、あるいは要介護者の増を上回って、認知症の方がこれからふえてくるということで、こういった方々に確実なケアができるような体制を一応用意するというので、シミュレーションをするということで、上の2007年、現在、認知症自立度 以上の方、要介護認定を受けておられる方が約185万人いらっしゃいます。そのうち67万人の方は、特養等の施設に入所されておられまして、117万人の方が在宅でケアを受けておられる。このうち、グループホームを利用されている方が約13万、それから平成16年に新しくつくられました小規模多機能型居宅介護、これを利用されている方が数万人程度ということで、在宅のほとんど圧倒的な方104万人は、いわゆる自宅の在宅ケアを受けておられるということになってございます。認知症でない在宅の方は、これ以外に138万人程度いらっしゃるわけですが、認知症の方はかなりふえてくるということで、2025年では恐らく300万人を超える方が恐らく認知症 以上の方になるだろうと。

この認知症の方々について、B2シナリオを例にとりますと、119万人ぐらいの方が施設にいらっしゃる。在宅で204万人の方がケアを受けるということになります。考え方はこの在宅の204万人のうち、半数の方についてはグループホーム、あるいは小規模多機能という24時間対応ができるケアサービスによってカバーをしようということで、グループホームについては35万人分、小規模多機能については60万人、小規模多機能は1カ所定員が最大25名ということで、一応20名程度の利用と考えますと、3万カ所、中学校区に3カ所ずつぐらい整備をするということで、大幅にこれをふやすということで整備を図る。これはこの分だけ在宅の単価でありますとか、あるいはマンパワーを一応計算上織り込むということで計算してございますが、こういった形で認知症についてはサービスの大幅な増大を図るということを、改革シナリオでは想定をしております。

本体13ページに戻っていただきまして、こういった改革を行うことによりまして、

医療介護従事者の数は全体的にかなり大幅にふえることとなります。現状投影シナリオでも、高齢化に伴ってトータルで約1.4倍から1.5倍程度ふえるわけですが、こういった改革をすることによりまして、そこにございますようにB 1シナリオでも1.6倍から1.7倍、B 2シナリオですとさらに1.8倍程度まで人がふえるということとなります。これは後でお話ししますが、専門職種間の役割分担の見直しをしますので、実は医師よりも介護スタッフのほうがより手厚くふえるという、そういう計算になっております。詳細は後でお話をいたします。

それからその他サービスということで、介護施設につきましてはこれからユニット型の個別ケアがふえていくということで、ユニットケアの普及に伴いまして、職員配置の引上げ、あるいは単価の引上げというものを行っております。それから在宅介護については、ひとり暮らし高齢者等がふえるということで、サービス利用限度額に対する利用割合といいますか、利用量の上昇というものを見込んで、全体のサービス量の増大を見込んでございます。それから在宅で医療を受けながら介護サービスを利用されるという方がふえるということで、訪問診療につきましては大幅な拡充を図る等々のサービスの拡充を図っております。それから先ほどもちょっとお話ししました病診連携、あるいは医療機関と介護サービスの機能分化・連携等についても、そういったサービスが提供されるということを前提に考えてございます。

他方、効率化のほうでござりますが、生活習慣病・介護についての予防の効果を一定見込むということで、B 1、B 2、B 3シナリオにおきましては、メタボ予防等の生活習慣病予防によりまして、外来の患者数が約5%減少するというもので、人数でいけば約32万人、現状投影件数に比べて約32万人の外来患者の減少というものを織り込んでございます。

それから医療機器とか、医薬品の効率化ということで、これは効率化プログラム等でもご指摘をされていることとございますが、一応、ご指摘のある効率化については、基本的には全部実行するというもので、医療費の伸び率、先ほどの算定式でお示しした伸び率から、2012年までの間は0.3%、その後は2025年まで毎年0.1%ずつ伸び率を抑制するというもので、効率化をかけてございます。

それから役割分担の見直しということで、B 1シナリオでは病院の医師の業務量を10%軽減いたしまして、その分を他の専門職のほうでカバーをするという形で、病院の医師の業務量の軽減、B 2、B 3シナリオでは同様に、20%の業務量の軽減を図るという形で算定をいたしているところでございます。

以上、お示ししたものをB 2のシナリオのケースで全体の流れで、利用者さん、患者さんの流れでご説明したものが14ページでございます。左側、入院・入所、入院医療につきましては重点化をし、人員増をいたしまして、質の高い医療ケアを提供する。そのことによって、早期の治療、早期の退院を図る。このところは患者さんにとってはQOLの向上というふうにつながるということで、サービスの利用という意味では

効率化・重点化ということですが、ご利用者本人との関係でいえば、充実をすることになると思いますが、急性期についてはそういう形で、集中ケアを行って入院期間の縮減を図ります。そうしますと、全体の入院件数が変わらなくても平均在院数が短くなりますので、一日当たりのサービスを利用する人の数は減ると。それに伴ってベッド数も減ることになりますので、全体としては急性期についてはいわば利用者の方は減ること、一日当たりの利用者は減ることになります。そういった方々は、ある方々はそのまま早期退院が可能になりますし、リハビリ等が必要な方については、早期に回復リハ、あるいは急性期に移行することになります。したがって、亜急性期、あるいは回復期については、全体としてサービスが集中することになりますが、B2シナリオではここについてもサービスの集中投入、具体的にはリハスタッフの強化を図りまして、入院期間の短縮を図りますので、全体は増大しますが、入院期間を短くしますので、9万人のニーズ増を対応することになります。

療養型につきましては重度の方は療養型に移っていただいてここで受けるわけですが、他方で医療濃度の低い方、あるいは在宅で可能な方については介護施設、あるいは在宅に移行すること、約13万人程度の方が施設・在宅に移行していくということになります。介護施設につきましては、高齢者の増ということとこういった方が来るということになりますので、かなり大幅に介護施設はふえてくるわけですが、今度は施設から在宅ということでは、地域ケアに移行できる方については地域への移行のサービス体制を整えて移行していただくということで、一日当たりの利用者で約20万人の方を地域に移行していただく。介護施設については、需要に対応した機能強化を図ること、個別ケアを行っていく、あるいは小規模化を行う、あるいは看取り機能を強化するという形で機能強化を図りたいと思っております。

在宅につきましては、全体としてサービス量がふえてくるわけですが、いわゆる自宅の在宅ということと同時に、いわゆるケアつき住宅でありますとか、そういった特定施設と言われている居住系のサービスを充実させる。あるいは先ほどご説明した認知症対応ということで、グループホームあるいは小規模多機能サービスというものをふやしていくということで、特定施設に関しては大体11万人分ぐらい、グループホーム、小規模多機能につきましては、合計して60万から70万程度ふやすということで、居住系のサービスを含めて在宅は手厚くしていくということを考えてございます。

また、24時間対応が必要な方がふえてくる。それから特養やあるいはこういったケアつき住宅に入っていて、介護を受けながら医療サービス・訪問診療を受けるという方のニーズがふえるということで、医療も含めた24時間体制を強化すること、現在の在宅支援診療所、あるいは診療所のネットワーク、前回お示ししたああいうチームで行う在宅ケアというものをふやすということで、訪問診療、訪問看護、あるいは訪問診察の強化を図ること、サービスを組み立てるという絵柄を用意して

いるものでございます。

15ページは単価のご説明で、これはちょっと時間の関係で割愛いたしますが、ケースは申し上げましたように、要素別に分解をするということで、経済連動に連動した改定率と、医療の高度化に伴う要素と、効率化というものを組み合わせて伸び率を設定する。ケースのほうは、過去のトレンドから賃金物価の伸び率に1%オンをして伸ばすという、こういう2つのケースを用意してございます。ケースに関しては、この機器の効率化は、改革要素ということになりますので、現状投影のAケースではこれは考慮しないで計算をいたしておるところでございます。

申し上げたように、2012年までは0.3%、その後は0.1%の効率化を見込んでございますが、考え方はちょっと小さい字で恐縮ですが、基本的には今厚労省が示しております医療の効率化プログラムの中で示されている要素を踏まえまして、特に医薬品の後発品の使用割合を上げるというものを中心に数字を積み上げてこの数字をつくっているところでございます。

16ページは、経済前提でございますが、これは年金と同じ経済前提を用いております。具体的には足下11年までは2007年の「進路と戦略」内閣府がお示しになりました進路と戦略の数字、2012年度以降は、19年10月の諮問会議の「給付と負担の選択肢」、それから年金で用いました財政検証の暫定試算に使用しました基本ケースを参考ケース、ケースⅠ、ケースⅡ-1、Ⅱ-2ということで、年金と同じものを用いて計算をしております。

以上、ちょっと前回のおさらいになりますが、試算の前提についてご説明いたしました。17ページ以降が今回の試算の結果でございます。

18ページ、内容でございますが、申し上げましたように、現状投影の場合のシナリオAというのと、改革を行った場合のシナリオB、医療・介護の需要・供給、経済前提、単価等について、前提を置いた2025年におけるシミュレーションということになります。それぞれ需要、供給をどういうふうに組み立てたか、あるいは単価の設定をどのようにしたかといったそのシミュレーションの具体的な細かい手順、それからプロセスにつきましては、先ほどの解説資料の15ページ以降に、細かい手順が書いてございます。大体、プロセスが全部わかるようにお示しをしております。ちょっと今、説明では長くなるので割愛いたしますが、必要があれば後ほどご質問等があればご説明いたしますが、そこで示されてございますので、お目通しいただければというふうに思います。

まず、(1)で医療・介護の需給、具体的にはそれぞれのサービスについて、一日当たりどれくらいの方がそのサービスを利用することになるのかということをもまずシミュレーションしております。次にそういったサービスを利用する人を受けとめることになりますので、施設なり、あるいは居住系なり、在宅なりのサービス基盤、ベッド数がどうなるかとか、そういったもののシミュレーションをいたしております。これ

をやりますとそれぞれのサービスを利用する方がどういうふうに動いていくかといえますか、そのサービスはだれがどのように利用して、その方が例えば医療から介護、急性期から慢性期へどういうふうに動いていくかという、その移動のプロセスが明らかになりますので、これもシミュレーションしておりますので、それを附表でつけてございます。

それからこのサービスを担うためのマンパワーの必要量についてのシミュレーション。それからサービスを改革をいたしますので、それぞれサービスは単価が変わってきます。その単価のシミュレーション。それを全部いわば需給と単価、利用する人の数は単価が出てきますと費用が出てまいりますので、サービス費用全体のシミュレーションということで、5でお示しをしております。

さらに、医療・介護の場合には、一部負担と保険料と公費という構成で財源ができていますので、財源構造別に見た場合にどうなるかというのについて、ちょっと粗いシミュレーションをお示しをし、かつ中途年次で2015年段階での、これも非常に粗いシミュレーションですが、お示しをしております。さらにオプションということで、介護予防の効果がさらに進んだ場合のシミュレーションというのと、人件費水準を一定引き上げた場合のシミュレーションというのをお示ししております。

最後、ちょっと小さい注がございますが、このシミュレーションは基本的には人口等は各年度10月期時点の人口動態のものを使ってございます。それから利用者費用等については、年度ベースで推計をしています。表の表示で何年、何年とちょっと書いてございますが、ちょっとこれは欄の関係で、年度と書くと一行ふえてしまうということがございまして、年と書いてありますが、基本的には年度単位の推計を行っております。

あと、足下はできる限り2007年の数字を使ってございますが、ものによっては直近2007年がない場合がありますので、その場合には適宜2007年の数字にその前のデータを置きかえたり、あるいはその前の数字をそのまま使っている場合もございまして、基本的には足下2007年からスタートをするということでやっております。

シミュレーションの結果に入ります。まず20ページ、サービスの需給。それぞれのサービス一日当たりどれくらいの方数が利用することになるのかという表でございまして。実はこのどれくらいの方数が利用するのかという表と、23ページのそういった方々をいわば支えるサービス基盤がどれくらいになるのかという表は、一応何と申しますか、表裏の関係になります。なのでちょっと行ったり来たりしながら説明することになると思いますが、ちょっとお許しください。

まず20ページ、現状でございまして、急性期で一日当たり今急性期のサービスを受けている、簡単に言うと、急性期病院に入院されている方は、約80万人いらっしゃいます。この80万人の方を支えるのに、恐縮ですが23ページを見ていただきたいんですが、今一般病床の数は、約103万床でございます。平均在院日数が20.3日ということで、

病床利用率が78%ということで、この103万床でこの80万人を支えているというのが今の現状でございます。平均在院日数20.3日で80万人の方が入院しているということで、23ページの下の方に黄色の点で囲ってございますが、今の急性期病院は、1カ月当たり大体119万人の方が退院してきます。つまり119万人の方をこの103万床のベッドで治しているというのが今の急性期の現状でございます。もちろん、死亡退床の方も若干いらっしゃいますけれども、基本的には軽快退院でこれの方が退院していくことになります。

Aシナリオは、このままこの状態を2025年に引っ張ったものでございます。2025年段階では急性期の入院患者の方は恐らく104万人程度になると推計されます。20ページであります。今と同じ状態で平均在院日数、あるいは今と同じ状態でこの104万人をカバーするということになりますので、病床の数は133万床ということになります。23ページです。2025年時点での急性期病院のいわば退院患者数は、154万人ということになりますので、154万人の方を133万のベッドでカバーをする。平均在院日数が20.3日というのが現状投影のAシナリオでございます。

これに対してB1、B2、B3のシナリオは、それぞれ職員の配置を上げるということに伴って、平均在院日数を短くしていくということで、全体としてはより少ないベッドの数でこの患者の数をカバーしようというものでございます。B1のシナリオでは、そもそもまず一般病床、急性期と亜急性期・回復期にまず機能的に分けるということをするわけですが、B1シナリオでは、急性期一日56万人、亜急性期で47万人、足して103万人ということで、人数的にはほぼ同じ人数ですが、急性と亜急性の機能分化をし、急性期については入院期間の短縮を図りますので、より一日当たりの利用者が少なくなる。その分、亜急性期を充実するとういうシナリオになります。

23ページを見ていただきますと、この前提で考えますと、急性期については平均在院日数12日で、病床数は80万床という計算になります。この場合には職員数を58%ふやすということになりますが、これで約140万人ぐらいの退院をカバー、治療ができる。退院したのが140万人ぐらいになるということです。

亜急性期につきましては、平均在院日数75日で52万床。ここにつきましては機能分化を図ることによりまして、より医療濃度の高い方が亜急性期に来るということで、コメディカルを中心に20%の職員増を図る。これは実は後で単価にこれがはねてくるわけですが、という計算をしております。

B2シナリオでは、この急性期についてはさらに10日にするというので、職員を100%ふやす、倍にするということで、今後は67万床ということで、B1でいうと80万、B2でいえば67万床のベッドでほぼ同じ数の退院患者140万人をカバーするということになります。

亜急性期についてもB2では、75日を60日にまで縮める。そのために職員配置を30%増にする。これをやりますと、同じ20万人の退院患者さんをカバーするのにベッ

ド数は44万床ということになります。したがって、B2シナリオでは退院患者約160万人の退院患者をカバーするのに、足して110万床程度、つまり今と同じぐらいのベッド数で、約1.5倍の退院患者をカバーするという、そういう体制をつくるということになります。

B3シナリオは、さらに高度急性期を切り分けるということを行いますので、高度急性期については職員配置を116%増ということで、これは重篤な方が入りますので、通常の一般の急性期よりは在院期間が長くなっているわけですが、逆にこういった重たい方を切り離しますので、一般急性期については9日までもってくる。職員数を80%ふやして9日でもってくるということを考えているということでございます。こういった形で集中的に医療資源を投入して、より少ないベッド数で患者をカバーするという形をとるというものでございます。

20ページに戻っていただきまして、長期療養についても同様、に急性期、亜急性期から来られる方を受けとめつつ、医療濃度の低い方については、介護施設、老健、特養、あるいは在宅で受けるという形をとります。これをするためには例えば老健等であれば、一定の医療濃度の高い方が入ってくるということになりますので、医療機能を強化した老健というものを用意する必要がある。あるいは、在宅系の施設、あるいは居住系の施設についても、医療が必要な人についてはいわば外づけで地域の在宅医療がそういうところに届かないといけないということになりますので、その分、実は外来医療、在宅医療の利用のサービス量をふやすということをやっているところでございます。

ちょっともう一度20ページに戻っていただきまして、介護施設につきましてはAシナリオでは今の84万人分ぐらい、老健、特養を足してですが、これが169万床にふえている。このうち、先ほど例でお示しましたように、約20万人程度の方は在宅への移行可能ということで、居住系、あるいは在宅サービスで受けるということで移行していただくことにしています。その分、在宅とか居住系については人の配置なり、サービスの量をふやすということを行います。

あと外来医療ということですが、今582万人ぐらいの方が一日当たり外来のサービスを利用されているわけです。Aシナリオですと、今の相似形で634万人ふえます。今、るる申し上げて、B2、B3シナリオ、いずれも在宅医療の充実を図ると申し上げたわけですが、ちょっと人数を見ていただくと、ほとんど変わっていない、B1シナリオなんかはちょっと減っているというふうになっていますが、これは実は注3、次の21ページを見ていただきたいんですが、先ほど申し上げましたように、B2のシナリオでは5%の予防効果による外来患者の減というのを見ておりますので、実は足下が32万人ほど人数が減っております。その上で医療機関、あるいは介護施設から在宅に移ってくる方を外来医療で受けると考えますので、その分の増が乗っているということで、したがって、実質的にはその注3にありますB1でいえば29万、B2、B

3でいえば約40万人の方については、在宅医療のケアを厚くしているというふうにお考えいただければというふうに思っています。

22ページは、今のそれぞれのサービスを利用する人の増減を差し引きで示したものでございます。B 1シナリオでは、一般病床の中で急性期と亜急性期の機能分化を図るというものなので、急性期全体では増減はほとんど出ません。むしろ、長期療養とか介護施設を在宅に移すということで、入院施設全体で38万人の方が在宅に移行するという計算です。B 2、B 3では、それぞれ急性と亜急性も両方とも入院期間を短くしてきますので、一日当たりの利用者の数は減ってくる。療養型介護についても同様ですので、全体で50万人の方が施設から在宅へ移行していくということになります。それを居住系のサービスと在宅介護と、あとは外来の医療で受けるという計算になります。外来については先ほど申し上げましたように、これは約30万人落とした数字ですので、これに32万を乗つけた数字が実は外来の増ということになりますので、B 2、B 3シナリオでは外来の医療を受ける方は40万人ぐらいふえるという計算になるところでございます。

ちなみに、説明し忘れ前後しましたが、20ページの一番下の欄を見ていただきたいんですが、黄色で書いてある欄ですが、一日当たりのサービスを受ける人の数、利用者の総数ということですが、もちろん外来の場合には介護サービスを受けながら医療サービスを受けるとか、特定施設に入っていて外づけて医療を受けるという人がいますので、重複があるので、実人員ではないんですが、その日にサービスを受ける人の数ということではいいですと、今大体1,000万人ぐらいの人が受けている。サービスを利用している。このまま現状投影でAシナリオにいきますと、大体1,400万人ぐらいの方がカバーできる。今、Bの1、2、3の改革シナリオをそれぞれいろいろなサービスのロケーションを変えていますけれども、基本的にはほぼ同じ数の型のサービスは基本的にカバーできるという形で設定をされているということでございます。

ちょっと時間がなくなってきましたので、先へ行きます。

24ページ以降は、先ほど言った移動のシミュレーションの例を示したものでございます。これは非常に複雑なものなので、ちょっと簡単にご説明しますが、現状の24ページの絵と、27ページ、B 2を例にとりますと、この2つをちょっと見比べながら見ていただければと思います。Aのほうがいいですね。25ページと27ページをちょっと見比べていただければと思いますが、25ページは現状のまま2025年を迎えたケースということで、申し上げたように平均在院期間も長いし、病院の機能分化が図られませんで、大体150万人ぐらいの入退院、1カ月にあるわけですけれども、その方をカバーするのに一般病床、ピンクの部分が130万床必要だと。27ページの改革シナリオでは、病院の機能強化と機能分化をはかりますので、ほぼ同じ数の入退院の患者をカバーするのに、より少ないベッド数、ほぼ今の現状と同じぐらいのベッド数でカバーできるということになります。

もう一つは、特別養護老人ホームで、今の特別養護老人ホームでは平均在院日数が1,365日であります。これは25年までちょっと投影したものなので数が多くなっていますけれども、定員が87万、現状だと40万強なんですけれども、大体1カ月の出入りが2025年プロットだと2万人ぐらい、足下だとたしか9,000人ぐらいになるんですけれども、実はどこから人が来るかというのを見ていただきますと、老健から3分の1、一般病床から3分の1、在宅から3分の1とこういう来方をします。簡単にいいますと、実は老健と一般病院に特養待機の方がいらっしゃるということで、実は在宅から特養に来られる方というのは、特養のいわば定員の空きの3分の1ぐらいしか来ないということになります。

改革シナリオでは、まず居住系サービスとか老健を強化するというので、そういう特養に対する負荷を軽くするというので、できるだけ在宅から入れるようにする。もう一つは、全体に在宅サービスとか居住系のサービスが厚くなってきますので、特養に入るタイミングが後へずれてくるということで、特養の平均入院期間が少し短くなるということで、余り特養の回転という表現は適切ではないかもしれませんが、一カ月当たり新しく入れる人の数がふえてくるということで、全体としては今の感じからいうとかなり多くの方が特養から入ってくると、特養が回転をすると、一応そういうシナリオになっているということでございます。

次にマンパワーのシミュレーションでございます。29ページです。全体として今申し上げましたような形でサービスをふやしていきますので、全体としてマンパワーはより多くのマンパワーを必要とすることになります。トータルで申し上げますと、2007年約385万人になっていますが、現状投影のAシナリオでは、これが550万人強ぐらいになります。B1、B2、B3それぞれサービスを厚くしていきますので、600万人強、B2、B3シナリオだと670万、680万というぐらいの数字になります。どこがふえてくるかということですが、まず医師のところを見ていただくと、現状足下は約27万5,000人いらっしゃいます。Aシナリオだとこれが33万人内外の数字にふえてきます。これはいわば今のベッド数が多くて薄巻きになっているような医療の状態、そのままふやしていくということで、実はこの段階でもう現状投影ですので、ここまでふえても今と同じような状況が起こっていると考えれば、基本的には医師の不足の議論がまだ残っているということになります。

B1のように、医療資源の集中投入を行うということをやりますと、実はB1シナリオだとむしろAよりも医師の数が少なくて済む。医師の配置を上げますが、ベッド数減らしたりしますのでなるということです。B2、B3ですと、集中投入する部分の効果が大きいのでふえてきますが、現状と同じぐらいの医師数で、先ほど申し上げましたような集中的な医療資源の投入ができるというシナリオになります。

下の注3を見ていただきたいんですが、これは先ほどご説明しましたように、B1、B2のシナリオでは、それぞれ10%か20%、B2、B3では20%業務量を他の職能に

かわってもらおうということで、業務量の軽減を図っていますので、その分もあって医師の数の増というのは少し抑制をされています。逆に言うと、その分だけ介護職員、その他職員がより多くふえているということになります。特に介護は全体としてサービス量もふえていますので、250万人、今の足下から比べますと倍以上にふえるという試算になってございます。

あと、先ほどちょっとご説明しましたように、亜急性期等ではOT、PTを中心にコメディカルをふやすということを計算しております。コメディカル等はこの医療その他職員のところ計算上は入っているということで、より右下に行くほど人がふえると、こういう計算になってございます。

ただいま申しあげましたマンパワーの必要量の増減、現状投影のAシナリオと改革Bシナリオの増減の影響の大きいものをお示ししたのが30ページでございます。医師に関していいますと、例えばB2シナリオでは病床の減で2万8,000人程度、他方、配置をふやすことで6万人程度ふえる。それから病院の役割分担、先ほどの10%、20%の負担軽減によって、医師数の増がこれだけ減る。それから病院は外来をできるだけ診療所に移すということで、病院外来部門が専門化されますので減になっています。逆にその分、診療所のほうの医師がふえ、あるいは看取り等の体制強化ということでふえてくるということで、全体こういう増減が立つ。看護職員についても同様で、こういった形で差し引きがされるということになってございます。

介護職員については、基本的にはサービスの増、医療からの移行、それから施設のユニット化等々で増が立つということになります。ちなみに、ここで在宅の単価の引き上げで66万9,000人と書いてございますが、在宅はサービスがたくさんあるものですから、サービスごとに何人ふえるという計算がちょっと難しかったものですから、費用に見合っただけの人がふえるというそういう仮定を置きまして、在宅の単価あるいは費用の引き上げに伴って、人の数がふえていくということで計算をいたしました。

31ページは単価表でございます。これは足下の静態価格でお示しをしております。医療でいいますと、足下、急性期、亜急性期、一般病床約110万というのが今の足下の医療費、これを先ほどのように医師の配置を上げる、あるいはコメディカルの配置を上げるということをいたしますので、単価が上がってまいります。B1シナリオでは急性期170万、B2では200万、B3の高度急性期では230万という形で単価を設定してございます。

特養についてもユニット化の配置の増でありますとか、全体として重度化をしますので、平均要介護度が高くなりますので、それに伴う単価の増を算定しております。在宅につきましては、限度額に対する利用率のアップと、小規模多機能をかなりふやしますので、その分による単価の増というふうになっております。外来につきましては、外来医療については医療濃度の高い方が来るということで、単価の引き上げとあとそのちょっと20万含むと書いてありますが、がん末期の方でありますとか、あるいは

医療濃度の高い、定期的な往診が必要な訪問診療の方については、今のそういったサービスが必要とされている方の単価から、別途単価を積み上げまして月単価でこういった数字をお示ししているところでございます。

以上、サービスを利用する方の数の移動、それから単価をお示したところですが、それに基づいて費用のシミュレーションをしたものが総括表ということで32ページでございます。この総括表は、経済前提Ⅱ－1の場合での総括表をお示ししております。幅を持たせて数字が示してございますが、左側は伸び率ケース①、要素分解をして効率化の要素を引くという、0.3%落とすというのをやった方で、右側のほうは賃金と物価の平均プラス1%というのでやったものでございます。

現状、一番左側のところですが、GDP比で約7.9%、実額で41兆円というのが足下の医療・介護費でございます。国民所得比は10.7%ということになります。これが今でもさまざまサービス不足が指摘されているわけですが、現状のまま自然体でいっても、大体10.8%から10.9%。経済前提Ⅱ－1の場合のこの時点での名目価格で85兆円ということになります。医療は、足下では6.5、介護が1.3という配分でございます。B1、B2、B3、それぞれ集中、充実と効率化、両方行うわけですが、大体11.6から12.0、おおむね11%台後半から12%ぐらいという数字になります。名目ベースでいくと、91兆から94兆程度ということになります。

これは経済前提ごとに棒グラフで示したものが33ページ以降ということになります。経済前提Ⅰ－1、Ⅰ－2、Ⅱ－1、Ⅱ－2と4つ示してございます。基本的にはⅠ－1が一番成長率が高いケース、Ⅱ－2が一番低いケースということになりますので、経済成長率が高いケースのほうが相対的にはGDPに占める医療・介護費用の割合は少し小さくなるということで、それほど大きな違いはありませんが、そういう影響が出るということでございます。先ほどお示しましたⅡ－1のケースというのは35ページになります。伸び率ケース①の場合でいきますと、B1、B2、B3で大体11.6から11.7という数字になります。医療介護の構成比ということで行きますと、足下2007年は医療が6.5、介護が1.3。金額でいきますと下にありますが、合計41で介護が7、医療が34という数字になりますが、先ほどからご説明しますような形でサービスの充実を図るということを行いますので、基本的には介護サービスがより多くふえてくるということになりますので、医療は6.5から8.6ということで、対GDP比プラス2ポイント程度の増ということになりますが、介護のほうは1.3から3.0ということで、倍以上にふえるというこういう計算になります。

この時点での金額ベースを示したものは下の表で、トータル91兆、介護24兆、医療67兆ということになります。ノミナルな金額は経済前提の置き方によって変わってまいりますので、基本的にはGDP比あるいはNI比で見るといふことのほうが客観的かと思いますが、基本的にはGDP比で数字はお示しをしているところでございます。医療の伸び率②のケースですと、これが若干高くなるということで、右側のような数

字になるというところがございます。

これを財源構造で見た場合にどうなるかというのが37ページということになります。ご案内のように、医療と介護とでは保険料と公費の構成割合が違っております。それから一部負担の割合も違っております。それから医療については、制度ごとにそれぞれ国庫負担の割合も違ってございますし、長寿医療制度ではまた別の費用構成になっている。それから拠出金がありますので、拠出金に対してまたそれぞれ各制度が公費がついているということなので、実は公費と保険料の割合というのは非常に複雑な計算をしないと出ないということになります。

さらに15年、25年の将来を推計する場合には、例えば就労構造が変わると国保と健保の比率が変わるとか、政管と健保の比率が変わるとか、あるいは非正規の人がふえると国保がふるとか、いろいろな要素があるので、実は相当割り切った前提を置かないと、なかなか配分が決められないということで、一応2015年までは平成18年に厚生労働省が給付と負担の推計をやっておりますので、その中で給付と負担の見通しの中で一応割り振りを出しておりますので、それを過去のトレンドで伸ばすということで、ちょっと設定をしておりますので、そういう割とざっくりした割り振りだというふうに思っていたきたいと思います。

総じて言いますと、65歳以上、あるいは75歳以上の医療費のほうが公費割合が高い。それから医療よりも介護のほうが公費割合が高いということになりますので、全体のトレンドでいくと、公費の割合が少しずつ上がっていくという、大体そういう推計になります。そういった前提を置いた上で、ちょっと見ていただきたいんですが、足下、先ほど7.9%と申し上げましたが、一部負担で1%、保険料負担で3.7%、公費、これは国、地方を足しておりますが、公費で約3.1%、GDP比3.1%というのが今の足下の財源構造でございます。実額でいきますと下の表で、自己負担で約5兆、保険料で19兆、公費で16兆というのが今の足下の数字ということになります。これが2025年段階でどうなるかというのが、その右側の棒グラフで、これは伸び率①の場合のほうで見たものでございます。B2シナリオでいきますと、公費4.9、保険料5.2、一部負担1.5とこういう感じになります。下に実額がこの時点でのノミナルな額ということになります。公費で39兆、保険料で41兆、自己負担が11兆とこういう計算になります。

追加的にどれくらいの費用が必要になるかということをお示ししたのがその右側の欄ということになりますが、考え方としては例えば公費についていいますと、今公費がGDPの3.1%分医療・介護に投入されていると。仮に今と全く同じ経済構造、税収構造であれば、3.1%相当分は今と同じ歳入構造で基本的にはカバーできると。税収の弾性値はほぼ1と考えていいので、3.1から4.9にふえる、GDP比が上がる分というのがいわば追加的に財源措置が必要な金額というふうに考えまして、この4.9と3.1の差、GDP比1.8%というのが追加的な所要財源だというふうに考えて計算してございます。4.9と3.1の差、1.8ということになります。この1.8はこの時点でのGDPが787兆

ということになりますので、約14兆ということになります。2025年の消費税1%が約4兆円弱ということになりますので、それで割り戻しますと、約4%という数字が出てまいります。なので、2025年段階で先ほどからご説明していますような改革を行った場合の医療費について、追加的に必要となる公費財源は、GDP比換算で約4%という計算になるということでございます。

保険料のところにはやっぱり消費税換算のやつをつけてございますけれども、保険料を消費税換算するというのはちょっと意味がございませんので、これは参考として書いているものとして理解いただければと思います。

38ページは伸び率②のほうの場合のものでございまして、同様の計算をしておりますが、そんなに大きな差がありませんので、仕上りの数字でいいますと、ほぼ端数というか、誤差の範囲内の形になります。

39ページは、途中年次2015年で見した場合にどうなるかというものでございます。一応、今回のシミュレーションは、2025年が完成型ということになっていきますので、15年段階というのは改革の途中ということになります。特に今回のシミュレーションは、マンパワーとか病床数とか医者配置とかかなり動かしていますので、いわば改革はリニアに進むものではないので、テールアップになるということなので、実は単純に期間をとって真ん中というのとはちょっと違うので、そういう前提をお考えいただきたいということ。それから、そもそも医療・介護費用自体がテールアップで上がることになりますので、2015年時点というのはかなり中間点手前だということになりますので、実は規模はそんなに大きくはなりません。同じような計算をして、GDP比で構成を見て、その差分を見るというやり方をしますと、公費については3.1から3.7ということで、約0.6ポイントGDP比、2015年段階のGDP比、この経済前提のGDPは646兆になりますので、約4兆円弱になります。ということで、この時点での消費税換算はたしか3.3ぐらいですので、ほぼGDP比1%強程度というのがこの時点での数字ということになります。

40ページは経済前提Ⅱの場合でございまして、ほぼ同じような数字ということになります。

41ページは参考ということで、今は財源構造別に見たんですが、今度はそれぞれのサービスごとに費用構造がどういう配分、費用の内訳がどうなるかという、費用をサービス構造で見たものでございます。これはB2のシナリオの経済前提Ⅱ-1というものでつくったものでございます。左側に2007年の41兆円の内訳が示してございます。医療・介護全体で41兆円、一般病院、一般病床の医療費が約11兆、26%、精神・結核が2兆円、長期療養で1兆円、介護施設が約3兆円で8%、居住系0.7兆、2%、在宅介護で3兆円で8%、外来部門、外来・訪問診療等で約20兆ございまして、これで大体半分と、大体こういう構成です。外来のうち、病院外来が7兆、診療所外来が13兆というのが今の構成でございます。

B2シナリオの改革を行いますと、基本的には急性期については集中投入をします。ベッド数を減らしますけれども、集中投入をすることになりますので、基本的には急性期、亜急性期のこの急性期病床の医療費が、構成比的にふえます。26%から30%。実額でいうと、11兆から27兆ということでふえていくということになります。

介護施設については若干ふえるということで、構成比が8%から9%にふえるということで、費用的には3兆から8兆円。居住系は0.7兆から3兆ということで、4倍弱ということで、構成比でいくと2%から3%。在宅については3兆から13兆、これも構成比で8%から14%ということで、急性期の増、あるいは居住系、あるいは在宅がふえてくるということになります。

外来部門については、50%から38%ということになりますが、主に病院外来の専門外来化で病院外来が減りますので、診療所の外来につきまちはほぼ32%、同じぐらいの構成比。外来が減が立ちますけれども、先ほど申し上げましたように予防で減が立ちますが、外来で支える、在宅医療を充実しますので、その差し引きということでこういう数字が出てくるということになります。

それを医療・介護別にちょっとざっくり比率で見るということをいたしますと42ページになります。現在、医療は34兆ぐらいありまして、入院40%、外来60%。この外来60のうち、申し上げたように大体1対2弱ぐらいですか、病院、診療所という回答になっていますけれども、2025年ですと、急性期を中心に入院部門を強化しますので、48対52ということになります。この外来部門の減のかなりの部分は病院外来の減ということになります。

それから介護については、今施設介護44、在宅介護45、居住系が10と。居住系はカテゴリー上は在宅ということになりますので、44対56という構成比になっていますが、在宅はほぼ今と同じ構成比、ふえてくるのは居住系、小規模多機能がふえてきて、実額では施設もふえますけれども、構成比ということでは構成比が10%ぐらい落ちて、施設、在宅、居住系で、大体3：5：2、大体こういう構成になるということでございます。

最後にオプションのシミュレーションでございますが、介護予防の効果をさらに織り込むといった場合のシミュレーションでございます。繰り返しになりますが、B1、B2、B3シナリオでは、生活習慣病対策、メタボ対策をちゃんと進めるということで、2015年段階で外来の5%ぐらいの方が効果があるだろうということで、5%の減少を織り込んでおります。これは考え方としてはこの種のやつはまず外来から効果が出るということで、外来医療に占めるこのメタボ関係の医療費というのが、大体二、三割あるということで、その方々について一定の効果が出るというふうに考えて、5%程度というこういう計算をしております。

介護については2006年に介護予防が足下入りしましたので、それが2007年の数字に反映していますので、一応それを織り込んだということになってございます。ただし、

生活習慣病が進みますと、さらに入院も含めて医療費の効果が出るという可能性があります。それから介護についても、足下の介護予防の効果がずっと要介護度が上がっていくところまでずっと将来的にも効果が続くと考える可能性がありますので、一応波及的に効果を見るということは一応できるだろうということで、ちょっと時間の関係で詳細、ここの注はちょっと割愛しますが、まず入院部分について2.5%ぐらい適正な効果が出る。外来でもう1%いける。介護について3%ぐらい出るということで、積み上げて計算すると、大体改革シナリオ全体に対してトータルで2%ぐらい出ることなので、B2シナリオですとGDP比11.6から11.9というのが仕上がりですので、それに対しては0.2から0.3ポイントぐらい効果が出るだろうと、そういう計算になります。

それから次に48ページでございますが、人件費ですけれども、こちらは実は非常に簡単な計算になっていまして、介護費用に占める給与費の割合は約65%、3分の2が人件費ということになります。2025年段階ですと、大体、医療・介護費用全体に占める介護の割り分が4分の1、25%ということになります。したがって、仮にほかのところの影響がないと考えると、4分の1の部分のさらに65%が介護の人件費部分ということになりますので、それを仮に10%上げるということになりますと、4分の1掛ける65%掛ける1割ということで、約1.6%出ることになります。したがって、GDP比11.6から11.9に対してはプラス0.2ポイントぐらいの効果が出るという計算になるところでございます。ちなみにこれは2007年でやっても同じことになります。2007年は介護費用の構成割合が少し少ないので、もうちょっと小さくなりますけれども、同様の計算ができるということでございます。

すみません、お時間をいただきましたが、シミュレーションの説明は以上でございます。資料3以降につきましては、また後ほど分科会長のほうからお話しあるということでございますので、私のほうからはご説明いたしません。

以上でございます。

- 大森座長 今、ご報告ございましたように、今回のシミュレーション、一応どのぐらいの経費が必要とするかということのシミュレーションをやっているんですけども、何回も繰り返し参事官が言っていますように、望ましい、あるべき姿みたいなものを描いていまして、それに向かって費用を推計するところなんですけれども、実はそれに行き着くためには、さまざまな制度の見直しとか運用改善をしないと達成できません。そのことは十分踏まえた上で、とりあえず全体の見通しをつけてみたいということになっていまして、それで私としては親委員会のほうには、本日これから皆さん方のご議論があったものを踏まえてご報告させていただきますけれども、大筋こういうことをご了解が得られれば、そのことを盛り込んだものを親委員会に報告させていただきますけれども、これからどうぞお気づきの点があれば、何なりとお出しいただきましてまとめていきたいと思っています。

どなたからでも結構でございます。ディテールは私分かりませんから、香取参事官に聞いていただくことになります。大筋、大きな方向性についてきょうご了解いただければというふうに思います。どなたからでも結構でございます。どうぞお願いします。

- 今田委員 微に入り細にわたって、シミュレーションをしていただきました。現状のまま単純に外挿する方法と、改革案B1から3までを入れて外挿する方法を用いて各方法による結果の違いを出していただきとても参考になりました。細かく複雑な手続きがあるようなので、一度聞いただけでは頭の中に入りにくく、どういう構造になっているのかわかりにくいと思うのですが、要は背景にある哲学は医療の専門分化を進めて急性期と亜急性期と長期的な療養期などに仕分けをして、これまで一般的に、漫然とやってきた医療行為をもっと機能特化して、できるだけ早く治療をして入院期間を減らすとともに、できるだけ早く在宅・訪問診療に移行してもらい、そのかわりに、在宅医療と介護を充実するために地域包括ケアシステムを充実させるということですよ。

総括表(32頁)のところで、A案からB1、2、3案まで結果を一望できますが、医療・介護費用の対GDP比は、現状が7.9%なんだけれども、改革なしの現状案であるAシナリオだと10.8%から10.9%。改革案であるB1、2、3は大体11.6%から多くて12%ということは、改革案と現状案に負担の差があまりないから、これはウエルカムだということですよ。

これはつまりいろいろやっても、医療費はかかって、それはしょうがないと。普通なら放っておくともっとかかるようになるのが、改革すると少しは効率化ができて国民の負担も少なくなるということを期待するんですが、この結果は、どのように解釈されていて、どういう意味を持っているのかをちょっと聞きたいんですが。

- 大森座長 新聞記者の人も聞きたいと思うから、香取参事官はどう思っているかと一言言ってください。大筋はそうだと思います。
- 内閣参事官 今回のシミュレーションは、そういう意味でいうと、結果の数字は本当に結果こうなったということございまして、シミュレーションの考え方は、今、今田委員がお話ししたようなことで、詳細な考え方は解説資料の3ページ以下に「提供体制の改革の基本的な考え方」ということでお示しをしています。

例えば3ページのところでいきますと、2025年段階で国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する。つまりサービスの総量を確保するということが大前提で、その前提で中間報告で指摘されているようないろいろな問題点を克服して、質・量両面で効率的で効果的なサービスをやる。これは先ほどから申し上げているさまざまな改革の中身ということ。それとできるだけその個別性の高いサービスを行う。あるいはサービスの連続性でありますとか、一体的な提供というものを行う。それから4つ目は、特に介護にかかわることで、施設・在宅という二者

択一ではなくて、できるだけ地域の中で生活の改善ができるようにと。あとは国際的に見て遜色のないレベルの介護。基本的にはこういう考え方ですので、国民会議の中間報告でお示しされた機能の強化ということを一応念頭に置いて、必要なサービスを確保するという事で考えています。その意味でいうと、ここで言っているさまざまな改革、改革ケースAとかB1とかB2とか言っていますが、もちろん一方では今さまざま現状でも指摘されている医療の適正化、あるいは効率化については、基本的にはできる限りそれを織り込むと、それで効率化を一方でしますが、同時に必要なサービスを確保する。今さまざま言われている医療の問題ですとか介護の問題を、基本的には解決して必要なサービスを確保するという意味での機能強化のための改革についてもあわせて行う。両方やって今のまま放置したケースと比較してどうかということをお示したもので、結果としてふえたというのは、それは結果としてももちろんふえたということで、何と申しますか、ふえるようにしたわけでもなく、減らすようにしたわけでもなくて、これはそういう前提で推計をしたら、基本的にそういう形になりましたというのがこの推計です。

B1、B2、B3は、改革のどこまでやるかみたいな程度のもので、全体説明はあるんですが、先ほどから中心にご説明している急性期医療に関していえば、B1というのは大体急性期の平均在院日数が12日内外ということですから、今のDPC病院のベストプラクティスに近いぐらいの病院のレベルでちょっと考えるというのがB1シナリオで、B2はもう完全にヨーロッパ水準まで持っていくということで、10日まで持ってくる。B3はB1、B2とちょっと違って、高度急性期と一般急性期を分けて、いわば急性期の機能分化をさらに徹底をする。特に急性期に重点投入をするというようなことで、ざっくりいうと、今のいわゆるイイク病院とかNCとかの病床数が大体10万ちょっとぐらいですから、大体それを倍ぐらいに持っていく。同じような職員配置をそこに投入していくという考え方なので、ERでいうと、例のヨミウリさんがおっしゃっているのはER400カ所くらいというのは十分クリアできるぐらいの救急体制でいくと。そういう3つのシナリオで、それぞれに職員配置を投入するという重点要素と、ベッド数を少なくしたら入院期間も短くするという効率化要素、両方入っていますので、結果的に数字がこうなったということなので、何と申しますか、費用がふえる、減るといふのは基本的には結果だというふうにお考えいただきたいと思えます。

○今田委員　そういう説明の仕方だと、すごく専門家の説明の仕方と、一般の人はわからないのではないかという心配が少しあります。要は医療費負担は少々現状よりも増えるけれども、そのかわり医療の機能強化によって今とは格段にレベルの高い、高度な医療充実がなされるのですということでしょう。それを言わないで、同じくらいかもっとかかりますというふうに言ったら、みんな何のために改革するのか疑問に思いませんか。

- 大森座長 いや、今そのことをおっしゃったんです。香取さんは。
- 今田委員 そうそう。いや、だからただ計算した結果でこうなるんですよというふうに聞こえたものですから、せつかくそういう医療の機能強化をして、とても充実したものになるという試みをおこなっても、この程度で収まるというふうに言っていただくと、よりわかりやすいのではないかということです。
- 大森座長 先生、どうぞ。
- 吉川委員 今田先生のご質問、ご指摘というのはすごく大切な点だと思う。それで、私自身の理解も確認する意味で、13ページに各改革シナリオにおける主要な云々というところがあります。まず、このシミュレーションの言葉遣いとして、この13ページで上と下で一番左に書いてあるわけですが、上が充実となっていて、下が効率化・重点化となっていますが、この下の効率化というほうがお金のことでは、お金が減っていくようなところだと思う。入院日数が減るとか。あるいは従来からこうした問題に関心がある方がよく指摘されてきたわけですが、後発薬の利用等によって医療費をクオリティーを落とさずに少し下げることができるのではないかと、そういう指摘があったわけです。それがこの効率化の一番下から2番目に書いてあると思う。この例えば後発薬、下から2番目は、先ほどのご説明だと、Aでも入っているのですか。
- 内閣参事官 Aでは計算していません。Bケースでこれは……
- 吉川委員 なるほど。ですから、改革ケースでは効率化、ここはお金でいえば減らすほうでいいわけですね。ですから全体として効率化という言葉で表現される、お金を減らすという面ももちろんここにあるようにいろいろ入っている。しかしもちろん我々のシミュレーションというか、そもそも国民会議の立場は、医療に関してただ医療費を削減することを自己目的にしているわけではないわけですから、いわばこの効率化も余り無理なことをしないで、こういう点についてはまさにいい意味での効率化ができるのではないかとというのが上がっていて、もう一方で、医療のクオリティーを上げる意味で、どういうことをしなくてはいけないかというのがこの上半分で、充実という言葉で表現されているわけです。

それでその具体的な内容はというと、先ほど先生のご質問、あるいは説明にもあったわけですが、結局、医療と介護の関係等を見直すこと等によって、あるいは急性期の医療のところの重点化等によって、入院日数が短期化されるということが一つわかりやすい具体的なアウトカムとしてあるのだらうと思う。それはどういう意味かということ、結局は患者本人のクオリティーオブライフ、そういう意味で非常にいいことなんだと。それは先生がおっしゃった、もっと強調しろというのはそうかもしれません。どこかにQOLが上がるとかというようなことが書いてあるわけですがけれども、結局、充実することによって、患者さん自身のQOLが上がるんだというところが、このいわば充実の成果として出てきている部分だらうと思う。その背後で、こういう改革をやれば一部の病院のお医者さんの過重労働とか、少し前にもドクターの方で亡くなれ

た方のニュースが昨日か一昨日あたりもなんかあったと思うのですが、勤務医と一部のお医者さんの過重労働等の問題もちろん解決されるという面もあるでしょうが、しかし主として患者側、医療サービスを楽しむ我々患者側のクオリティオブライフが向上するという意味で、この充実というところに整理されているものが貢献する。こちらはお金がかかるわけです。充実のほうは常識的に考えられるように。ですから、効率の言葉で表現されているお金を削るというほうと、充実のほうでお金がかかるということが、プラマイキャンセルするようなどころもあるという形で出てきているということだと思うのですが、いずれにしてもそもそもこの改革シナリオがB1からB3ということで、改革って何のための改革でどうなっているんだということなんですが、それは医療の成果としてのQOLが上がるということなんだということだと私は理解しています。

そういうことで大体いいのですかね。

○内閣参事官 結構です。一応したのはそういうことで。事務局としては前提に示されたものに従って試算をしたということになりますので、余りインプリケーションでご説明をする立場にないので、ちょっとご説明しませんでした。

それで今の吉川先生の話でいいますと、ここで充実と効率化とか、重点化と言っているのは、基本的にはコストがかかるもの、あるいはサービスを増やしたり、質を上げたりするものが充実で、効率化というのはコストが減る、あるいはサービスがいわば効率化されるものということになります。

今、吉川先生ご指摘のあったように、入院期間が短くなるというのは、もちろん上で単価を上げているので、トータルでは差し引き、実はふえることになるんですが、ここだけを見れば入院日数が減るということはその分だけ費用が減ることになりますし、ベッド数が減るということはそれだけサービスが減ることになるわけですが、実は患者さんが治療を受けるということを考えると、同じ治療を受ける、同じ手術を受けて病院から退院してくるのに、1月入院しなければいけないのと、1週間で入院が済むということを考えると、1週間で済むのであれば、それはそちらのほうが社会的なコストも安いですし、本人のQOLも高いということになるので、こういうその費用の面とかサービスの供給量の面では効率化ということになりますが、ご本人との関係でいえば、それは充実というかプラスになっている。同様に、例えば施設から在宅へ移るというのでも、施設のサービスは減るということになりますから、そこだけ見れば効率化をして減らしている。在宅を見ればふやしているからそれは充実だということなんですが、あとはご本人にとって最適のサービスが提供されているかどうかという観点では、多分パフォーマンスを見るんだと思うので、今回はそういったサービスを利用される方の状態像であるとか、ご希望であるとかにできるだけ沿った形でサービスが提供できる、あるいはあるサービスが足りないことによって、ほかのサービスにいわば負荷がかかる、あるいは患者さんが滞留しているということがないようにする

という意味では、トータルとしては同じ質のサービスを最もコストが安い形で提供するという意味での効率的な絵柄を、B1もB2もB3もそれぞれの前提で一応書いているというふうにご理解いただければと思います。

○吉川委員 QOLというのはどこかにこの説明資料は書いてあるわけですね。

○内閣参事官 先ほどの13ページのところで入院期間の短縮のところに、一応効率化のほうに書いてあるので、患者さんの立場からするとQOLの向上になるので、そこは一応米印でちょっと注で、13ページの下のほうのピンクのところにちょっと詰めて書いてございます。

○吉川委員 そうですね。ここがだからもっと大きい字で書いたらということですよ。今田先生がおっしゃるのは。

○神野委員 きょうのお話で、崩壊している日本の医療に対して、国民が安心できるあるべき姿を示していただいたという点と、それからお金の単価の前提の問題が、きょう2つの問題がやっぱりあると思います。

先にお金のお話からすると、きょういただいた参考資料というやつは資料2-3の62ページ、これはいつも出てくる資料ですけども、対GDP比と高齢化率の問題があります。恐らく2025年をシミュレーションしていますから、そのときには対GDP比が11.7から12%ということは、2005年のフランスに等しいというわけでありまして。アメリカは15ですから、2005年のアメリカが15ですので、2025年の日本はそれよりもまだまだずっと低い状態である。とするならば、この差が改革してもこの差があるということが効率化であるというふうに理解するんですけども、その効率化でいいのでしょうか。単価を上げることで、もう少しその効率化というものを少なくしてもらえないでしょうかという思いが出てくるわけでありまして。というのは、職員数といえますか、682万人の医療・介護の従事者が必要であると。大体1.7倍から1.8倍ですよ、現在の。それに対して、それだけのその産業界、あるいはいろいろな世界からそれだけの人を医療・介護のほうに呼んでくるときには、その介護従事者の給料10%増がありましたけれども、それだけでそれだけの人員を確保できるかという問題が非常に大きい。それでその人間の単価を変えることで、この対GDP比も変わってくるんじゃないかなというふうな気がいたします。

それからもう一点ですけども、さきのあるべき姿の話なんですけれども、これは私はこういった思い切ったシミュレーションをしていただいたことは非常にすばらしかったというふうに思っています。それで、恐縮ですけども、きょう私の参考資料につけさせていただきましたが、ちょっとごらんいただきたい。というのは、私がいますのは能登半島ですので、地域医療の現場からこの選択と集中が必要なんではないですかという話を、ちょっとだけほんの少し時間いただきたい。

地域崩壊と医療崩壊は表裏一体であるというふうに思います。そして、1枚めくっていただいて、能登半島、人口がたった22万しかいないところに、これだけの国公立病

院、民間病院が群れをなしているわけであります。そして高齢化率は北のほうで36.6、南の中部で28.1というふうに非常に高い高齢化率にあるというところで、次のページに行っていただくと、そうするとここで入院患者はどうなっているのかというと、この能登北部では1,600人の入院患者が発生するにもかかわらず、そしてこんなに病院があるにもかかわらず、31.3%の方は金沢に行ってしまう。それから12.5%の方は私ども能登中部に来るということで、もう既に能登北部の今地域医療が大切だ、病院を守ろうと言っているけれども、もう実際、患者さんたちは既にもう見限っているという状況が見えてくるわけであります。

その次のページは、もっといきますとお金の問題であります。特にこの能登北部の医療圏において、4つの公立病院、それから2つの療養型病院があるわけでありますけれども、ここで上の表を見ていただいて、圏内医療費総計が214億円あるにもかかわらず、公営病院の総収入は116億円であるということからすると、これもやっぱり半分近くのお金は、もう既にこの圏域からは逃げていっているというようなことが見てとれるわけであります。

こういうところできょうおっしゃったような選択と集中というのをやらないと、そのシミュレーションを政策としてやっていかないとすべての病院がハッピーという時代ではなくなって、もう現実、患者さんはもう逃げている。とすれば、きょうのシミュレーションをもししたらB3あるいはB2シミュレーションのような形で、重点化病院とそうではない病院、あるいはそうではないところに関しては、一般医の総合診療、あるいは家庭医を充実させるようなことをやらなければいけないのか。もう既に私たちのような少子高齢化の過疎地では、こういったシミュレーションではなくて、実際にこれを一刻も早くやらなければいけないところにあるのかなというふうなことを思いまして、本日はこのシミュレーションの資料をきのういただいてからこの資料を慌ててつくって、きょう提出させていただきました。

○大森座長 ありがとうございます。

間違いなくここで、この地域を見るとそうですよね。

ほかにご意見ございますでしょうか。堀田さんどうぞ。

○堀田委員 膨大な作業、感謝申し上げます。一つは質問・確認で、一つは前回も申し上げたことと重なりますが、コメントです。

一つ目、この推計の位置づけについて。今田先生、吉川先生のご指摘の趣旨とも重なるかもしれませんが、まず必要なサービスが必要な人に届いていない、ミスマッチが起きていることで、全体として介護・医療に対する安心感・満足感が下がっている、それを上げるためにはサービス提供体制の構造改革が求められるという中間報告の前提があって、その構造改革のパターンとして、Bシナリオを3つに分け、それぞれにかかる費用を出したということだと理解していますが、サービス提供体制の構造改革が必要として、その姿がここで示された3つの形がいいのか、それともほかの形がい

いのか、あるべき姿はこれから議論が必要だという位置づけだととらえてよいでしょうか。

二つ目、前回も申し上げたかもしれませんが、これは構造改革のパターンと費用が示されているわけですが、この改革シナリオを実現していくためにネックになるもの、本体資料の5ページでも書かれていますが、構造改革を行うために議論を深めるべき点をもう少し書き込んだほうがよいのではないのでしょうか。医療の面、介護の面、それから特にマンパワーのことがだされているので、働き方にかかわる社会制度の面というのも重要ではないかと思えます。例えば、推計では訪問介護で非正社員が正社員並みに勤務すると仮定されていますけれども、税制や年金制度との関係で就業調整している人たちがたくさんいて、そうした社会制度が変われない限りはこの前提は難しいわけです。5ページの充実、そのときに医療・介護のみならず、労働関係法制や働き方にかかるいろいろな制度との関係も、少し留意していただくとよいのではないのでしょうか。

- 大森座長 最初のところの私の理解は、要するにここの分科会でどういう前提に立つかということを経験していただいて、それを前提にしてシミュレーションをやっていますから、シミュレーション自身はニュートラルです。だから、専門家の皆さん方がこの前提でこれを走らせたときにちゃんと追試ができるという仕組みになっていますので、だからそのことについて聞かれれば、参事官のほうはニュートラルですと。しかし、皆さん方がこういう前提で、望ましい姿を描かれましたので、それに忠実にシミュレーションをやってみました。そういうことになると思えます。
- 堀田委員 行われた作業の考え方や前提は、もう前回お聞きしていることで、それをさらに進めてくださって、本当に意義あることと思っているんですけども、だからこそ世の中への出し方が気になるという意味です。これはそもそも現状では医療や介護に対していろいろな問題があって満足度が下がっているという前提がまずあって、サービス提供体制の改革が必要、その改革のシナリオを「例として」示して費用を出したという位置づけで出されるということではないですかね。
- 内閣参事官 事務局の答えを申し上げますが、中間取りまとめの基本的な視点は、現状の医療・介護サービスにさまざまな問題点がある。非効率な面もある。サービスが不十分なところもある。それは、いろいろな構造的な問題を持っているということなので、そういった問題を解決をしていくということが必要だと。一つは緊急にやらなければいけないことでこんな課題がある。中長期的にはもっと大きな構造改革がいるところで、選択と集中とか、機能分化とか、幾つかお示しした。いずれにしても、では将来の絵姿がどうなるかということ、もう一つは十分な財源投入をしないと、医療・介護についてはサービスの保障をできない。となると、どういうサービスの絵柄を描くかという議論をしないと、財源の議論、つまりこれだけのお金が必要だという議論が提起できないので、では具体的に提起された問題を解決するといったときに、どう

いう絵柄が描けるかというのをシミュレーションをするというのが中間報告の視点で、その後、具体的にではどういう医療・介護には問題点があつて、解決するためにはどのような方向性があり得るのかということについて、何人かの先生方からヒアリングをし、それを踏まえて事務局でも20人以上の先生方からヒアリングをして、一応問題点を解決する方向性として幾つかのシナリオをお示しをして、ご意見をいただいて計算をしたのがこれということです。

なので、計算上は前提の数字、何が何床、何が何床、何が何人というこういう数字でももちろんシミュレーションをしています、その数字の考え方の背景にあるものが何かということ、多分恐らくそういうことなんだろうと思うんですが、それは言ってみれば基本は中間取りまとめ、あるいはこの分科会の中間取りまとめに示されている考え方がベース。大変僭越ですけれども、具体的にそれを落とし込むときに、どういう考え方でこの数字をセットしたり、あるいは改革の方向性を整理したかというのが、先ほどちょっとお示した解説資料の3ページ以降のところ、個々のサービスについてこういう考え方で機能を強化することを考えましたとか、こういうふうなサービスをつくる前提でやりましたというのが、何ページか、四、五ページ書いてございますので、そういう意味でいうと、そこがこの改革の方向性を示した考え方というふうにご理解いただければと思います。

○堀田委員 それは十分理解しているつもりなのですが、出されるときにこれが何か改革の決まった方向性を示しているものではなくて、こういう前提でこの会議の中で議論をして、こういう不備があるだろう、それを解決するためにはどうしたらいいだろうということで、改革の3つのシナリオを示していて、でもそれがあるべきサービス像かどうかは、これから議論が必要だと、その材料だという位置づけで出されるんですよという確認だけなんです。

○吉川委員 ちょっとよろしいですか。

私の理解しているところでは、医療・介護というのは大変な問題を抱えているというのは、コンセンサスですよ。問題は多様であつて、それを解決するためにはいろいろなことをやらなくてはいけない。先ほど参事官もおっしゃったのだけれども、緊急にやらなくてはいけないことも確かにあるということで、政府も対応しているというわけです。それから中長期的にやらなくてはいけないという課題ももちろんある。中間まとめでも整理したということで、中長期的な医療・介護には、参事官がおっしゃったことの繰り返しになりますけれども、サービスを十分供給するためにはお金、財源もなければいけない。それは一体幾らぐらいかかるのかシミュレーションをやったわけです。

それでAとB、Bが1、2、3に分かれているわけですが、Aが自然体とでも呼ぶようなものになっていて、Bがいわゆる改革ケース。大きな絵柄として改革というのは医療と介護との関係とか、それから病床数というようなところに注目してシミュレー

ションをしている。

繰り返しですが、今世の中でいろいろ指摘されている医療の問題を解決するためには、それだけでは解決しないということは当然のことです。ありとあらゆる問題があつて、例えば医療の過誤やなんかの法的な整備の問題、そうしたことだつてあるでしょう。研修医制度の問題だつてあるでしょう。ありとあらゆることがあるわけですが、それとシミュレーションの前提になっている改革とはある種別ということですよ。

それで、AとBをやったわけですが、国民会議あるいはこの分科会ではBのほうが望ましいというのが当然なのではないですか。その点は明確な価値判断があるのが自然だろうと思います。Bのほうが私たちとしては望ましいと考えますよね。ただし、これはシミュレーションで数字ですけれども、これがいわば絵に描いたもちに終わらないためには、医療関係、あるいは介護関係の具体的な施策として、いろいろなことが伴わないと、これが絵に描いたもちになってしまう。

例えばこの分科会でも過去の分科会で、例えばですけれども、ある委員の方がBのシナリオを実現するためには、現在では医師しかできないようなある種のサービス提供を、病院内のほかの職種の方、例えば看護師の方というようなことでしょうけれども、そういう方が代わりにやるようなことが可能になるような、医師法の改正とかが伴わないと、ここに書いてあることが絵に描いたもちになってしまう。これは一例に過ぎないと思うのですが、そうしたものがさまざまある。

シミュレーションでいえばAよりはBのほうが望ましい。これが絵に描いたもちにならないように、いろいろな具体的な施策をリストアップして、それが本当に速やかに実現するように政府が努力すべきだということを大森座長のもとで、それが親会議の最終報告に盛り込まれていくことが必要なのではないかと思います。

○大森座長 堀田委員がおっしゃっていることは5ページだったよね、これ。ちょっとまだ抽象的に書いてありますから、もうちょっとわかりいいような、例えばというようなことで、もうちょっとわかりやすい表現をすることは私は可能だと思うんですけれども。ここは非常に大事なご指摘で、要するに今座長おっしゃっていますように、とりあえずは、私どもはAを選択を選んでいません。明白です、これは。Bの改革シナリオで、問題はそのB 1、2、3あるんですけれども、それが行くかどうかはわかりませんが、それは選択問題になってくると思いますけれども、しかし、どれをとろうが5ページで書いてあるようなことを具体的にやってくれない限り、絶対実現しないことは確かですから、したがって、5ページのところをもうちょっと書き込むということはあり得るのではないかと。

○吉川委員 よろしいですか。

具体的には、きょうはまだ1時間ぐらいあるかもしれませんが、この場で専門の方々もすべて思いつくというものでもないでしょうから、この会議の後でもある期間それぞれのエキスパートの方が、5ページの内容みたいなことについて、こういうことを

きちっとやらないと改革というのは進まないというようなご提案があれば、それを事務局に、メールでも何でもいいわけですが、寄せていただいて、それを大森座長を中心に少し検討していただいて、最終報告に盛り込むという、そういうことを座長、実践されたいかがでしょうか。

○大森座長 ちょっと今のご意見、少し考えてみますので。

それ以外でご意見ございますでしょうか。澤さんどうぞ。

○澤委員 今回の本当にシミュレーションは、非常に理想的というか、大胆で本当に先進的なシミュレーションだと思います。特に私たちが本当に望んでいたような流れをうまく取り入れていただいたという意味で、私も高く評価させていただきたいと思いません。特に、我々大学の人間ですので、高度医療をにらみつつ、また神野委員のように地域医療を担われている方も含めて、それぞれの専門性をうまく選択と集中という形の中で分担して行って、合理化していくという体制の中で、国民の健康とか、命を守っていく。特に、この結果から出てきた話で考えると、今田委員がおっしゃったように、これほど医療改革をしてお金が活かされる、活かされないというよりは、逆に言うと今まで医療にお金をかけていなかったのではないかなということのあらわれかもしれないと思います。

我々医療者としては、欧米並みにやっているつもりなんですけど、何となくここに書いているのは、あるべき姿を欧米レベルにあわせると書かれているところには、ちょっと抵抗もあるんですけども、そうすると「これだけお金がかかるよ」ということは、今これだけかけていないと。ですから本当に医療者のボランティアに近い状況でやっても、限界をこえているためああいう先日の報道のようなたらい回しのことも出てくるんですけども、逆にこのシミュレーションでそれが明らかになったんだろうと僕たちは思うんです。

であるがゆえに、このシミュレーションをしっかりとやっていただくのに吉川委員がおっしゃったように、本当に具体的なところでどうやっていくかが重要と思います。

神野委員のおっしゃったように、例えばいろいろな地域で問題となるところや二次医療圏で問題となるところは幾つかの特区で、こういうことを改革していくというのはいかがでしょうか。そこに対しては国なり行政が各医療機関に対して役割分担をはっきりさせて、その医療圏をこうすれば非常にうまくいくという成功例をつくって、それを全国的に広げていくというのは一つの方法ですし、それからあと、例えば私は心臓外科なんですけれども、心臓外科医がもう手術に専念して集中して患者さんを助けることをやる以上に、いろいろなことを強いられているわけですから、その業務分担できるようなフィジシャンアシスタント、PAなどの制度をぜひつくってほしいと思います。これはすでに学会なんかで取り上げているんです。それはナースのやれる業務範囲を広げて、医者に近づけると。それはレギュレーションでできるはずですので、そういうことをすることでもっと合理化ができる。そういう提案はたくさんあるので、

ぜひ先ほどのお話のように、具体的なことを集めて、実践していくなかで、今回出していたいただいたシミュレーションを目指して、世界に誇れるような医療システムにしていただけたらと思います。

○大森座長 ちょっと私が心配しているのは、中間報告を出して、今回シミュレーションをやって、改革Bで行きたいという意味は明確に伝わったんですけども、5ページのようなことをやってもらわなければならない。ただ現実的にこれを具体的に一つ一つ検討する場に戻すんでしょ。そこが引っ張るでしょう、多分。だからそこを引っ張らないで、よりよき医療の改善をつくり出すというためには、文章に書きにくいんだけど、ステークホルダーがやたら多いんです、この世界は。やたら引っ張るから。だからよほどの覚悟で、今後この改革の姿を実現するためには、ちゃんとウォッチし続けるぞというようなことを言わないと、私一番心配なのはそれのほうなんですけれども、ここは張り切れる。実は。今回は相当張り切ったわけです。と思います。だから厚労省も担当者は相当張り切ったんですね。それは実際、今までのあり方についての反省をやっぱり私どもも言っているわけですから、問題はこれを実現するときに、さらにこの語れないことが大事になっているわけで、それはウォッチしてもらわないとできないので、国民会議終わりますので、その後、それがちゃんと実現するような運びにしてもらわないと、必ずこれ後退して、いろいろなところで引っ張られていくんじゃないかと。そのことを含めて、何か若干なりともサインを送るべきではないかと思っていますけれども。

○野中委員 今、座長が言われたことは、医療の提供者として真摯に理解する必要があると理解します。

きょうの話をお聞きしていると、改革することによって国民が保険料を同じ額払っても、さらに適切な医療が提供されると理解できると思います。改革すべき課題として一つには在院日数の短縮があります。在院日数の短縮は当然ですが、その在院日数を短縮するためには、病院や診療所などの医療機関そしてそこで働く様々な職種の人々が今以上に連携をする必要があります。しかしながら、従来その連携が実際に適切に評価されていないところに大きな問題があると思います。従来から連携、連携と言われてきましたが、連携しないで個々の医療機関の経営状態を判断しているために、いつも連携が進まずストップしていました。あらためて今の医療に何が足りないのかを検討して、評価すべきだと思います。その為には先程神野先生が言われたように、やっぱり地域の4疾病5事業を含めて地域の医療体制を地域医療計画作成を通じて検討してシステム構築する事が大事と考えます。

しかし、きょうの話を聞いて一番危惧するのは、先ほどの神野先生のご意見にもありましたが、医療や介護の人員が本当に集められるかどうかです。そしてその医療や介護の現場で働くことが、誇りを持って働けるかどうかです。特に介護のヘルパーさんや看護師さんなどの患者さんのケアを受け持つ人々の待遇が、本当に誇りを持って胸

を張れる職種かどうかを検討して、働きかけとるかあるいは意味づけをする必要があります。澤先生も言われました様に、看護師が医師の代わりをすることに対しても、医師と看護師の対立として検討することなく考える必要があります。医師と看護師の連携がさらに進展すれば、本当は医師がしなくてもいい部分もある筈です。看護師の通常の業務としての「療養上の世話」を現場でもっと考えて行けば、その部分はもっと進展すると思います。

今回のシミュレーションはある程度理解でいますが、一方で様々な現場を支える人員が増える事が不可欠です。そのためにはその現場で働く様々な職種の人々が誇りを持って働く事が出来る状況を作る事が必要です。やりがいを持つべき現場でもありますが、その現場に人が不足している事を自分の診療所や地域の病院などで痛感しています。どうかそういう部分も検討して頂きたいと思います。

医療の現場で誇りある仕事として毎日活動していますが、一方でなかなか誇りを持っていないという現実の経済状況であることは、ご検討いただきたいということです。よろしく申し上げます。

○大森座長 権丈さんどうぞ。

○権丈委員 まず第1点目は、この国では、医療も介護も、そして教育も、あるべき姿を求めて改革するとなれば費用が増えることは、当たり前だったんですね。この10年ほど、改革と言えば費用削減という考えが世の中で支配的であり、それが常識にまでなっていたことが、この国の今の不幸をもたらしたただけだと、わたくしは思っています。

Aシナリオの現状投影シナリオと言いますか、その下でも、例えば過去、政策的には診療日数を減らしましょう、平均在院日数を減らしましょうということをやっていた。だけれども、平均在院日数を政策的に減らす中で、病床当たりのマンパワーを増やすということをやっていなかったの、とんでもなく医療供給者側が忙しい状況になってきて、過重労働、マンパワー不足が噴出していた。そこに今回のシミュレーションでは、平均在院日数を減らすという方向性は間違えていないだろうと考えて、しかしその際にマンパワーをしっかりとあてがおうとしている。そのときに、参考資料の25頁「平均在院日数と1病床あたりの職員数」にみられるような外国の状況を参照として、病床あたりの職員数と平均在院日数との間の関係をとらえていくと、平均在院日数が短いところはこんなにも人をあてがっているのではないかという形で、今回はマンパワーを増やしていこうというのがあって、それを反映させている。たとえば解説資料26頁にあるB2シナリオには「(職員数について言えばOECD諸国並)。この中で勤務改善も図られる」とあります。ここが重要なのです。だからAシナリオよりも私はBシナリオのほうがいいに決まっていると評価している。と同時に、この国で医療・介護のあるべき姿を求めれば、そこに使う資源の量というのは増えるに決まっているということで、私は素直にこのBシナリオの結果を受け入れさせていただいております。

そして、今回のシミュレーションで、医療費全体を 100%として考えた場合のその中の配分ががらりと変わったことを示したというところに、私は大きな意義を見出しております。例えば本体資料の 42 頁「医療・介護費用別サービスの内訳の変化」を見てほしいんですけど、外来・訪問診療費のほうから入院のほうにお金の配分量というのが随分と変わっていくことになる。こういう全体の費用を 100 と考えた中での配分を明示したというのは、これは評価されるべきことだと思うんですね。ただ、介護の方は、在宅介護に 2007 年度 45%から 2025 年に 47%の依存となっているのですが、これははたして大丈夫なのかとも思います。将来は、もっと介護施設、居住系を増やさなければならなくなるでしょう。ただ、どの程度が必要になるのかはわたくしには分かりませんので、専門家の間でしっかりと詰めた議論をしてもらえればと思っています。

と同時に、しばしば 65 歳以上の人の医療費と、65 歳未満の医療費の比率というのが日本は 5 倍ぐらいで、ほかの国より高いじゃないかとかよく言われているんですけども、B シナリオの下では、その比率が小さくなると思うんですね。B シナリオでは、急性期、産科医とかいうようなところに医療費が回ると思いますので、65 歳以上の医療費というのは全然変わらなくても、分母の若い人たちの医療費が大きくなって、65 歳以上の人の医療費の 65 歳未満の人の医療費の比率が小さくなると思いますし、私はその比率というのは分母、つまり若い人たちの医療費を大きくして、小さくすべきだということをずっと言っております。今回のシミュレーションは、その方向に変わっていると思います。ですから、このシミュレーションで想定されていることは、望ましい改革の方向に向かっているのではないかと思います。それから、この内部の配分を変えていくときに、一つの問題は、先ほども座長がおっしゃいましたように、医療介護の世界には物すごく多くの利害関係者がいますので、この改革はとても難しい。しかし、ここで示した B シナリオに向けた改革、「あるべき医療介護」にむけた改革は断固やっていくということを示してもらいたい。

それからもう一つの問題は、今、医療費全体を 100%としてと表現しましたけれども、実は社会全体から医療費をどれだけ先取りするか、介護費にどれだけ使うかというのは、単価が決定的に大きな意味を持つんですね。世の中に医療・介護の産業しかないのだったら、単価はあまり問題にならないのですが、世の中にはほかの産業も山ほどある。そうしたライバル産業から、参考資料の 44 頁「医療・介護の従事者数の推移」に示されているように全産業従事者に占める医療介護の従事者の割合が 2006 年の 8.9%から 2025 年には 12%程度にまで増加することが予定されている。そのためには、価格、賃金を上げざるを得なくなるでしょう。しかしこの価格の増加率は、本体資料 9 頁にあるように経済成長率に連動させているにすぎない。これは医療介護従事者の給与と他の産業の給与との相対的位置があまり変わらないことを仮定することを意味しますが、医療介護従事者の相対賃金が上昇しないまま、全産業にしめる医療

介護の従事者割合を増やすことはできないと思います。医療介護マンパワーの単価をしっかりと上げていかないと、人をちゃんと確保することができない。

医療介護マンパワーの価格、賃金を上げるためには、税であり、あるいは社会保険料とかの負担増を実行できるかどうかという、そういうところの戦いになるんですね。医療介護が市場で供給されているのであれば、マンパワーの賃金には価格メカニズムが機能するのですが、公的サービスとして提供される医療介護では、そうはいかず、負担増の問題がどうしてもでてくる。先ほど、神野先生からBシナリオでもフランスの水準にならないとのご指摘がありましたけど、実は、GDPに占める医療介護費用の割合は、価格の上昇次第でいくらかでも増えるんですね。わたくしはここでなされたシミュレーションは、他産業と比べた医療介護マンパワーの相対賃金一定の下でなされた医療介護費用のミニマムとして解釈していて、これから先、現実にはどの程度増えるかというのは、単価を上げてマンパワーをちゃんと吸収できるかどうかがかぎとなる。そのときに税をちゃんと払うとか、社会保険料をちゃんと払うかというようなところでの戦いといいますか、議論といいますか、論争が起こるだろうけれども、その部分を頑張っていかないと、ここに書かれてある改革シナリオという望ましい医療、望ましい介護の供給体制、量的に表現された供給体制を実現することはできない。価格を引き上げないと、人は医療介護分野に吸収されない。このシミュレーションでは、今、看護師、介護労働者の離職率の高さや福祉大学みたいなところで定員割れしているという状況への配慮が全然なされていないと思います。しかしそうした弱点があると言っても、今後上昇して行くであろう価格をどの程度織り込むかと言う問題は余りにも難しく、したがって、このシミュレーションでなされたように、今の価格をそのまま適用して、上昇率としては経済成長率と連動させるという方法はひとつの手法だろうとは思っています。

あるべき医療、あるべき介護をイメージしたこのシミュレーションに基づいて改革を進める場合、医療介護費用の配分を変える際に直面する壁、もしくは敵と、医療介護資源を他の経済領域から先取りする際に重要な役割をはたす単価引き上げの壁、もしくは敵という、2つの壁、2つの敵を意識することになると思います。そして必要とされるマンパワーを確保するために、ここで仮定されている以上に価格は上げなければならないでしょうから、このシミュレーションは最低ラインの見積書にすぎない、そういうふうに解釈させていただいております。

○大森座長 逢見委員、どうぞ。

逢見委員 非常に膨大な作業をやっていただいて大変感謝しております。特に、あるべき姿というのを見据えて、シミュレーションをやられたということで、どういう方向が望ましいかというのも見えてきたような気がします。

そういう意味でまた見えないところも見えてきたところがあって、私が非常に関心を持ったのは本体資料の24ページで、利用者の移動に関するシミュレーションがありま

す。この現状を見ると非常に複雑な矢印の行き来があって、他の病院、診療所に入院してほかのところの病床に移るとか、あるいは老健や特養の中で移動しているという、非常に複雑な移動の現状を知ることができました。

それが改革シナリオというときには、例えば27ページのB2は、非常すっきりする図になっているわけですが、この利用者の移動というのを機能特化したときにどのように見たらいいのかと。例えば急性期病床から亜急性期に行く矢印、これはあるべき望ましい移動だと思いますが、それぞれ横同士で隣同士矢印がつながっているのは、そういう意味ではあるべきものかもしれませんが、上の点線の矢印がずっと伸びていて、例えば特養と急性期病床に矢印がある。この点線の矢印というのは、いわばイレギュラーなものとして本来あるべきではないというか、余りあってはほしくないけれども、イレギュラーなものとして存在するという矢印として、この点線が意味しているのか、矢印の点線の意味を知りたいのですが。

大森座長 24ページの表は本邦初めてですね。これ、なかった。この表が。それで今のご質問が点線の意味。

- 内閣参事官 これは私がお答えするよりも、実際に現場で診療をされておられる、片や介護サービスをやっておられる方のほうがおわかりだと思うんですが、例えばすべての患者の方が急性期を終えた後、亜急性期に行って、そこから長期療養に行って、そこから在宅に行くとなるわけではもちろんありません。急性期から直接特養に来るケースももちろんありますし、あるいは亜急性期から容態急変で急性期に行くという方もいらっしゃいます。

その意味では、すべてのサービス提供機関の間に矢印は存在すると思う。それはそれぞれの患者さんの状態によって、当然あるということなので、矢印はそういう意味でいっぱいできるというのは当たり前です。

問題は、この矢印の要するに太さの問題だということなんです。先ほど24ページのところでちょっと簡単にご説明しましたが、一般的に急性期が終わって、なんか亜急性に行って、それでその後、療養型に行って出口がないので滞留して介護難民になるとかというのがあるんですが、実際にこうやって流れをつくってみると、急性期病院というのは、毎月100万人の人を診ているんですね。100万人の人が退院してきていて、100万人退院していく人のほとんどは切りかえ退院。在宅であとは診療所に通院をしながら、在宅で療養を続けるなり、あるいは完全に治って退院するなりという生活をしているということで、実は急性期病院でやっている医療というのは、医療介護の中では圧倒的なボリュームを持っている。これはもう明らかにこういうのを見てもわかる。

もう一つは、この療養型のところを見ていくとわかるんですが、療養型もやっぱり2万人ぐらいの方が入院されて、2万人の方が退院してくるということで、医療というのは、基本的に在宅にベースがあって、必要があるときに入院をして、また治ったら

退院してきて、在宅で医療を受けながら必要があれば入院していく。基本的にはこういう患者の流れができていくということは、この絵からはわかる。ということになりますと、恐らく医療の世界で、非効率であるとか、医療のパフォーマンスということの問題にしたときには、急性期の医療がどれだけ効率的に提供できるか。あるいは中途半端に治した形で患者を在宅へ帰すとか、中途半端な形で他の病院に転院させるということがないようにするというのが、実は患者にとっても医療費にとっても、最もパフォーマンスが高いというのは、そういう意味ではここからはわかる。

それからもう一つは介護についていうと、先ほどちょっと申し上げましたが、実は特養というところに要介護の方、重度の方が入ってくるわけですが、実は特養というところに入ってくる人の位置づけというのは、在宅から来る人だけではなくて、老健や療養型のところからかなりの人が入ってくる。あるいは一般病院から入ってくる。これは患者の流れから考えると、明らかに本来、先ほどの医療の流れでいえば、治療が終わったら在宅へ帰って、必要があれば在宅から老健なり特養なりという流れができる。在宅をベースに人が動くという本来の考え方からすると、これはイレギュラーな人の流れで、それは言ってみれば何がしかのサービスが足りない。あるいは連携ができないことで、そういった治療施設に本来在宅へ帰ることができるはずの患者さんがたまっていることで、いわば特養待機者がそういうところにいわば潜在的に存在をしている。

一番典型でわかるのは老健で、老健は毎月大体3万人ぐらいの人が退院、退所してくるわけですが、そのうちおよそ9割は在宅とのやりとりと、一般病院あるいは療養型とのやりとり、まさに病院と在宅の中間施設として機能しているんですが、残り1割の人は、特養との間で人が行く。つまりこれは、老健というのは二重構造になっていて、本来の機能を果たしているところが9割、残り1割はいわば特養待機者といえますか、特養まがいといえますか、そういう機能の仕方をしているということが、実はこの中でわかる。そうすると、そういう流れを本来あるべき形といえますか、理想的な形にしていくということで、サービスの組み立てをしたときの流れを一応想定して、絵を描いてみたのが、もちろんシミュレーションなので、絵を描いただけですが、描いたのがそれぞれ改革のシナリオになっている。基本的にはそういうふうにご理解いただければと思います。

○大森座長 よろしいでしょうかね。多分、その年になったとき、2007年と同じものができればわかる。どうなるかという。楽しみであることは確かです。

どうぞ。

○今田委員 僕も今の質問のところと同じことを考えていたので、ちょっとお聞きしたいのですが、12ページに、機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのハイアラーキカルなシステムが出ていますね。医療を受けたいという一般の人の意識ですが、大した病気なのかそうでないのかは、本人はわかりませんよね。そうする

と、大変なことになっているかもしれないと思って、できるだけ、先ほどの能登半島のケースで、患者の多くが近くの医院ではなく、遠くの金沢のほうに行ってしまうと、つまり一番高度医療体制が整っている病院に行ってしまうのが人情というものです。地域の市町村レベルの病院ではなくて、これを飛ばして高度医療が施せる病院に行ってしまうことは十分考えられますよね。つまり、最初から高度な医療を提供する病院へは行けるんですよね。拒否はしないんですよね。普通。したらずい。もし診療所レベルで診てもらってから大ごとであれば上位の医療機関に行きなさいというふうにやると、病人の気持ちを逆なでするような感じにもなるわけです。いや、別にこの仕組みが悪いと言っているのではない。制度をつくるときに、どういうシステムで実際に動かしていくかというのが、とても難しいと思うのです。ここで想定されているシステムは、どうなんでしょう。私、がんかもしれないと思った人が、最初に行くのは診療所や市町村の病院で、高度な医療を提供している病院には行けないと、最初から決めてしまうのは問題かもしれません。

- 内閣参事官 想定しているシステムでは、その必要がないシステムをつくっています。
- 今田委員 必要がないかどうかはだれが判断するの。
- 内閣参事官 そのために主治医というのが存在するというふうに思います。
- 大森座長 主治医。主として日常的に診てもらっているお医者さん。
- 内閣参事官 主治医を置くという。主治医機能の強化ということで、つまり一般的な外来は、基本的には高次機能病院は持たない。専門外来を持つというふうに、一応このシミュレーションでは考えています。
- 今田委員 例えば阪大病院とか何とかは一見では行けない。
- 内閣参事官 行けないというか、行く必要がないシステムをつくると。
- 今田委員 行く必要がないというのは、やっぱりちょっと……そういう言い方は病人かもしれない人にとっては、ちょっと怖いというか。
- 大森座長 今だって、高次病院は単純に一般外来認めませんよ。ちゃんと紹介状というか、どうしてもそこの病院ではなければいけないということでない限り。
- 内閣参事官 シミュレーション上、どういう前提を考えているかということで申し上げますので。
- 今田委員 シミュレーションはいいと思うんですよ。それはしようがないから。
- 内閣参事官 というか、通常、総合病院の外来に一見で行ける国というのは日本だけですから。
- 今田委員 一見では、行けない？大病院でも紹介状のない患者は別途4,000円くらい余分にいただきますと表示してあるのが一般的だと思います。拒否はしていないのではないですか。
- 内閣参事官 いや、だから日本は今そうになっていませんが、先ほどそれは申し上げておくと、11ページの絵を見ていただきたいんですが、このシミュレーションで前提とし

ているあるべき医療提供体制の形というのは、病院と診療所の機能をきちんと分ける。病院は基本的には専門外来を受けるということで、通常の一般外来の機能は地域の診療所が持つ。主治医機能を強化することで、基本的には今おっしゃったような意味で、本当に入院治療が必要かどうかという判断を含めて、主治医がきちんと判断する。必要があれば確実に高次機能病院なり、急性期病院なりに行けるようなネットワークをきちんとつくっていく。それだけのネットワークとサービスの量を確保して提供するという形で、病院の機能も強化し、診療所も主治医機能を強化していくというふうを考える。

この体制ができますと、自分の判断で大病院に行って、なんか3時間待つて外来を受けるということをやる必要はなくなるという意味で、そういうことが必要なくなるようなシステムを考えておりますということで申し上げます。

○今田委員 最近そのような非効率な大病院は少ないのでは？予約システムと当日の待ち時間の電光板への表示などでずいぶん改善されていると思います。いろんな手続きを効率化しているから、この効率化に対応できる医者の数が足りないのでは。これは別として、医療のシステムがきちんとできて、人々の意識も町医者の主治医から順次、高次の病院を紹介してもらうのが医療を受ける際の仕組みだときちんと理解できたら、できた状態だったらいいと思うんですが、今の状態だと先ほどの能登半島のように、近くに多くの中堅病院があるのに、みんな金沢の大病院のほうへ行ってしまう状況に対する配慮がまずは必要でしょうね。やっぱりそれは患者の心情ですよ。できるだけいい医療を受けたいという。そのあたりをどういうふうにもう理解してもらうかというのが重要です。しばらくは暫定的なプロセスが必要でしょう。例えば、高度医療が提供できる大病院、東大病院でも慈恵医大でもいいけれども、一般の外来を受け入れるセクションを残しておく。そのかわり待ち時間は覚悟してもらう。制度改革で新たなシステムを導入するときには、過渡期のシステム運用を考えないと、なぜ診てもらえないのか、なぜ紹介のある人だけしかだめなのか、など一般の人は不満をぶつけるケースが出てくる場合が多くなるでしょう。医学的には大したことでなくても、切羽詰まった状態だと不安がる人も多いので、その辺も配慮をしながらやる必要があるのではと思います。これは社会学の浅知恵でしょうか。

○神野委員 能登半島の話は、能登半島の公的病院、もう医者がいないんですよ。もう医療が崩壊しているんです。それでみんな金沢に逃げていってしまう。そのためにちよっと言葉足らずで恐縮ですけども、やっぱりもう集中させないともう崩壊してしまうというインペタビューなお知恵をいただきたいんです。

それから今のこの話を進めていくと、唐澤先生がいらないのにあれですけども、集中に言われていますが、人頭割の話、あなたはこのかかりつけ医のところを最初に行きなさいと、ほかはかかるとはいけませんというのがイギリスですか、あるわけで、それを国民が是とするか非とするかというのは、これは相当議論しなければいけない話

だと思えます。

○大森座長 ちょっと今のことと関係ございましたら。

○野中委員 保険料は国民が払っていますから、保険制度をつくる時に自分がどこへ行ってはいけないと制限される制度は、保険料を払っている一員としては全くおかしい制度だと思います。本来は自分たちがこの国の保険制度を維持していくためには、適切な医療のかかり方はどうあるべきかを考える事が基本だと思います。制度として受診できる医療機関が制限される事で保険料を払う気になる人がいるかを考えて頂きたい。

本来の適切な医療提供体制はどうあるべきかをもっと啓蒙する必要があると思えます。自分でも保険料を払っている一員として、わが国の医療制度を守るためには、適切な医療へのかかり方を被保険者として学ぶべきであり、そして受診する際には、きょうの話の様に医療が満足いけるような体制で提供されるという話であれば、初めて保険料を払うという気持ちになると考えます。

○大森座長 今のこと……もし関係あったら先生どうぞ。

○吉川委員 よろしいですか。

今田先生のお話を伺っていて、おっしゃりたいポイントは私もよくわかるような気がするのですが、私がお話を伺っているお医者さんの中でも、例えば黒川清先生、よくおっしゃっているのは、先ほど参事官からも出ましたけれども、大きな病院へダイレクトで患者がアクセスできるという国は、先進国の中でもそんなにはない。日本ほど病院へのアクセスがダイレクトにフリーな国というのはむしろ少ない。医療保険、皆保険のもとで、国民・患者は、もとより医療へのアクセスというのはしっかりその権利を確保されなければいけない。しかし医療の中でいわば分業体制、連携というのはまた別にあって、これはお医者さんが一番よくご存じの方なのでしょう。お医者様の中でも意見があるいは違う方があるのかもしれませんが、しかし、やはり有力なドクターの中に医療の分業をしっかりと、最初のファーストアクセスはむしろ地域のかかりつけ医のような方であって、その先生に診ていただいた上で、必要があれば病院のほうに行くというシステムのほうが、全体としては医療の供給システムとしてうまくいくだろう、そうおっしゃる方というのは、私は少数ではないと思うのですが、お医者さんの世界で。

○大森座長 ありがとうございます。南さん、それでは。

○南委員 私もシミュレーションが非常に細かに出ているので、大変な作業をしていただいたと思えました。本当に今までにはなかった大がかりな作業だと思います。

前提となっていることは、ここで議論してきた、これからの望ましい方向としての改革の姿であって、集中と選択という方向です。確実に現状投影のAではなくて、B、それも1から2、3、という方向が望ましいということは、少なくともここで議論した限りではほとんどの方が合意したところであると思えます。

この先、まさに5ページに書かれている、これを実現していくために何が必要かとい

う議論になったときに、先ほど座長も言われましたが、この医療という分野は、様々の現場があると同時に、患者さんの側も本当にさまざまな方がいて自分の立場で意見を持っている。今のアクセスの問題一つをとっても本当に簡単ではないんですね。

ですからB1、B2、B3というふうに改革を実現していくために、例えば具体的に先ほど神野先生が能登半島の例を示されましたけれども、全国各地域で広域的にどういう集約化が必要であるのかというような、具体的な青写真を明瞭に示さないと、医療現場は混乱します。また今田委員が言われたように、皆さん頭では改革が必要でこういう方向がいいとわかっているけれども、アクセスに関してはやはり自分の健康を守る権利などが大事で、必ずしもアクセスに関しては意見は集約できないのではないかと。非常に議論が必要な部分だと思います。この過剰な自由アクセスをこのままにしておくと、医療資源がどうなるのかというような、そういったシミュレーションというんでしょうか、可能かどうかわかりませんが、そういう青写真を示して、ここにあるように工程表をある程度示して、その上での国民的な議論というものを求めて行くことが必要です。その上で絶対に実現するんだというような方向の取りまとめにさせていただくのが、私は望ましいのではないかと思います。

- 大森座長 発注者が変わってしまったんですが、それでしかし私どもとしては、前の総理から10月いっぱいぐらいに最終報告を出せとおっしゃっていますので、もし時間があってここで議論が続けられれば、5ページに書いたようなことをやる検討した上で、もうちょっと幅広い意見を聞いて書けるんですけども、今回はもうきょうこれで分科会をさせていただいて、皆さん方の意見でぎりぎりのところでまとめて、親委員会に報告せざるを得ませんので。ですからその課題があるということは、十分わかるような形で書くことは可能だと思うんですけども、内容を詰めてまではちょっと今回行きませんので、それで皆さん方にお諮りしなければいけないのは、追加報告事項ですけども、これちょっと一応、事務方に、ほかの第一と第三分科会と同じようなやり方をとらざるを得ない。これはワーキングチームのほうで一応協議していますので、こんな形で出させていただいていいかということについて、ちょっとお諮り申し上げます。

ちょっとこれ参事官のほうから、読み上げなくていいかな。ちょっと説明してください。

- 内閣参事官 ではちょっとすみません。いただいたものなので、読み上げさせていただきます。

社会保障国民会議、サービス保障（医療・介護・福祉）分科会追加報告事項（案）。

当分科会では、安定的・持続的な医療・介護・福祉サービス保障体制のあり方について議論を重ね、本年6月に中間とりまとめを公表した。

この中間まとめにおいて、当分科会として、医療・介護分野のあるべき姿を示し、それを支えるための費用推計（シミュレーション）をできるだけ早く実施するべきこと

を提唱した。

6月以降、医療・介護分野の有識者のからのヒアリングや、あるべき医療・介護サービス提供体制等の推計の前提条件について議論を重ね、過日のこれはきょうのことですね 過日の分科会において医療・介護費用のシミュレーション結果を公表し、議論を行った。

以上の議論の経緯を踏まえ、社会保障国民会議の最終報告に向け、下記の点を追加報告する。また、現下の緊急課題への対応についても、政府より資料提出があったので、あわせて報告をする。

1. 現下の緊急課題への対応について。本日提出のあった資料を踏まえ親会に報告をする。

2. 医療・介護費用のシミュレーションについて。以下のような点を中心に、本日の分科会での意見・議論を踏まえて親会に報告。

今回のシミュレーションでは、現状の医療・介護サービス提供体制の問題点に関する中間報告での指摘を踏まえ、医療・介護サービスのあるべき姿を実現するという観点から、サービス提供体制に一定の改革を行うことを前提に推計（シミュレーション）を行ったもの。

シミュレーションを実施するに当たってのポイントは以下のとおり。必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提とした。

改革シナリオにおいては、サービスの充実強化と効率化を同時に実施することとし、改革の程度に応じた複数のシナリオを実施した。

経済成長、科学技術進歩、効率化要素等、医療費の伸びに影響を与える要素を適正に織り込んだ。

2025年での改革シナリオ達成を前提に、2025年時点での推計結果を示し、あわせて現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模も試算した。

シミュレーションの結果については、以下のとおり。一応、経済前提Ⅱ-1の場合ということです。

医療・介護提供体制について、急性期医療の充実強化・効率化（急性期医療の職員数の充実。現在の一般病床全体の平均の比ベ倍増の水準に引き上げ：B2シナリオの場合、以下同じ）、平均在院日数の短縮（現在の一般病床全体の平均に比ベ半減。現状20.3日から10日へ）、病院病床の機能分化（現状投影シナリオで一般病床133万床となるところ、急性期・亜急性期・回復期リハビリ病床等に機能分化し、急性期67万床、亜急性期等44万床、合わせて全体として現状程度の病床、約110万床で高齢化需要に対応）、在宅医療・在宅介護の充実（訪問診療の充実、居住系サービスの充実等による居住系・在宅介護利用者の増、現状から約43万人／日の増等）、マンパワーの充実確保（全体で現状の1.7から1.8倍に増加）を前提とするほか、医療費全体について経済成長や技術進歩に似応じた伸びとともに、予防の強化による患者数の減（外来患者約32

万／日の減）、医薬品・医療機器の効率化等の効率化（伸び率ケース①の場合）を見込む。

2025年に、医療・介護費用は現状の41兆円（対GDP比7.9%）が、現状投影シナリオで85兆円程度（10.8%から10.9%程度）、改革シナリオ（B1からB3）で91から94兆円程度（11.6から12.0%程度）。

追加的に必要となる公費財源については、現状投影シナリオで公費GDP比+1.4%程度、改革シナリオ（B1からB3）で+1.8から2.0%程度。これを消費税率換算で見ると、現状投影シナリオで3%程度、改革シナリオ（B1からB3）で4%程度。

なお、途中年次、2015年時点で見れば、改革シナリオ（B1からB3）で公費対GDP比+0.6から0.7%程度、消費税率換算では1%程度となる。

シミュレーションに当たっては、国民がサービスのあり方をどう考えるかという視点が不可欠であり、今後国民的な議論が行われることが望ましい。

また、実際にこのようなサービスの姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、多くの改革が大胆に実行されることが必要であり、実際の改革には具体的な道筋を明らかにし、国民的議論が行われることが必要。

以上です。

○大森座長 というようなことで、親委員会に報告をさせていただけたらどうか。なお、きょう議論していただきましたので、若干、ちょっと修正あり得ると思うんですけども、大体こんな方向でよろしゅうございましょうか。

○吉川委員 私も大森先生と一緒に最終報告を取りまとめる役回りなのですが、一番最後のところ、先ほども私言ったのですけれども、国民会議の最終報告として、これだけの文章だと抽象的過ぎると思う。ですから、決着が着かないことでも重要な論点について、やはり箇条書きすべきだと思う。具体的に、きょうのこの議論でも、今田先生から問題提起されて、先ほど南先生もおっしゃったのですけれども、アクセスの問題というようなこともあったわけで、こうしたことは短期日で結論が出ることではないでしょうし、国民会議が決めつけるようなことでもないかもしれませんが、しかし将来的にはみんなできちっと議論をしないといけないことですし、ある程度の方角が決まらないと、ここで言う改革シナリオというのは実は実現しないということは、先ほど参事官からご説明あったとおりですから、それを正面から将来的に議論しなければいけないと思う。

それから医師法の改正の問題にしても、その他いろいろな問題、結論をすぐに出すことは難しくても、こういうような具体的な論点があって、そこを詰めないところで言う改革シナリオというのは実現しないんだというような問題は、中間報告以後のこの分科会の委員の先生方のご意見の中にもたくさんあったと思いますから、少なくともそれを箇条書きにして強い方向性、意見がある方にはそれを述べていただいて、報告書として結論的に決めつけることはできなくても、そういう問題がある、それをみんな

なでこれから議論していかなくてはいけないということは示しておいたほうが良いと思います。いかがでしょうか。

○大森座長 ほかの方、どうぞご意見あれば伺いたいと思います。

○逢見委員 吉川先生の発言ごもっともだと思います。この報告案の最後のページですと、国民的議論を行うことは必要ということですが、非常にそっけない文章になっている感じがします。せっかくなつくられたこの本体資料の5ページでは、多くの安定的な財源の確保のみならずと、その後ずらずらと、サービス提供体制、マンパワー、ネットワーク、サービスの質とか書いてあるんですね。それがこの報告では多くの改革が、というところに全部入ってしまっていて、せっかくこの5ページのこの紙があるのであれば、このくらいの表現を最終報告に入れたらどうかなと思うのですが。いかがでしょうか。

○大森座長 十分考えてみます。

ほかによろしゅうございましょうかね。今のご指摘、十分踏まえた上で修文しますけれども、分科会としては本日で終わりでございますので、その後、今のご意見伺った上で、親委員会に出す文章のうち、きょうご意見があったようなものがあらかじめ皆さん方にお目を通していただくという手順を踏みますので、その段階までにもしご意見があれば出していただきまして、最終的な取りまとめを座長とご相談してやりたいと思っておりますが、そういうご了解でよろしゅうございましょうか。

それではそういうふうなことでいたしたいと思います。

事務方からアナウンスすることありますか。

○内閣参事官 本日は長時間ありがとうございました。雨も降っておりまして、お足元の悪いところありがとうございました。

今後の段取りですが、今分科会長からお話しありましたように、第二分科会としてはきょうこういった形で取りまとめをさせていただきます、あとは座長のほうでご指示に従って、事務局で調整したいと思います。

この後、親会はまだ日程決まっておりますけれども、親会にご報告をするという段取りになりますので、分科会としてはきょうが一応最後ということになります。一部不手際ありましたが、いろいろ至らない点ございましたけれども、長い期間ありがとうございました。

○大森座長 最後に一言。今回は、参事官初め、事務方の皆さん方も夏休み返上して作業をさせていただきました。多分、今回打ち出しましたこの推計は、今までなかったものでございまして、どんな政権になろうが私どもが打ち出したこの方向でぜひともやっていただきたいと思っておりますので、特に吉川先生のような影響力のある先生は、次にどんな政権になってもその総理にこの実現方をよろしく願いたいと思います。

それから今回、さまざまな、きょうこのメンバーではない先生方が随分協力していただきまして、二十数人の先生方がヒアリングに応じてくださりまして、その先生方は

本日おられませんけれども、みんなで感謝申し上げて、みんなで協力しながらいい医療と介護の現実を私どもとしてもつくっていきたいと思っていますので、万端すべての皆さん方に感謝を申し上げまして、これで閉じさせていただきます。

ありがとうございました。