

議事録 CIGS「ポストコロナの医療提供体制シンポジウム」

日 時：2023年1月13日（金）14:00～16:00 pm

場所：日本工業倶楽部 2F 大会堂

【プログラム】

- 14:00 政策提言説明
- 14:20 パネリストから一言
- 14:50 パネルセッション・質疑応答
- 16:00 閉会

【登壇者（順不同）】

パネリスト：

井伊 雅子氏（一橋大学 国際・公共政策大学院 教授）

草場 鉄周氏

（日本プライマリケア連合学会理事長／医療法人北海道家庭医療学センター理事長）

田中 雄二郎氏（国立大学法人 東京医科歯科大学長）

武田 俊彦氏

（元医政局長／ボストン・コンサルティング・グループ シニア・アドバイザー）

土居 丈朗氏（慶應義塾大学経済学部教授）

寺澤 達也氏

（元経済産業省経済産業審議官／日本エネルギー経済研究所 理事長）

モデレータ：

寺澤 達也：キヤノングローバル戦略研究所上席研究員／日本エネルギー経済研究所 理事長

寺澤でございます。皆様お忙しい中ありがとうございます。本来小林慶一郎先生が今日は司会をするはずだったのですが、ピンチヒッターで私がスタートさせていただきます。本日のテーマ、この研究会について、スライドでご紹介させていただきます。

この研究会自身がスタートしたのは2020年の7月末ということで、コロナの感染が広がる早い段階でこの研究会をスタートしました。メンバーは、学者の先生方、それから病院診療所の医療現場の方々、そして広島県知事の湯崎知事、こういう学者の方と医療の現場の方々と、それから行政の方を集めて、活動してきました。2020年の7月以降、いろいろタイミングを捉えてコロナ対策について提言をしてきました。その中で、小林先生がご案内のように、有識者会議のメンバーにもなったので、この提言の中身がそういう形でも反映されますし、私事ですが私は2021年の半年間、当時の西村コロナ担当大臣の参与ということで、サポートしこの研究会の様々な提言を西村大臣を通じても反映することができました。そういう活動を続けてきたのですが、これまではどうしてもコロナという問題に対して対処療法でどうやって抑えるのかということだったわけです、やはり突き詰めるところ、医療システムが非常に脆弱であって、感染が拡大すると医療崩壊の懸念が増すということがいつも引っかかってきました。何とか感染症にも強い強靱な医療提供体制をつくるのが重要じゃないかということで、その後議論を重ねて2022年末に提言を取りまとめたわけです。本日はその提言等、背景となるデータについて説明させていただいた上で、ここに今日、5名の専門家の方にお集まりいただいています。皆様よくご存知の方が多いいと思います。

まず、一橋大の医療経済の第一人者である、井伊先生、二人目は東京医科歯科大学の田中学長、まさしくコロナの最前線で戦われた東京医科歯科大のトップであります田中学長に参加していただいています。また三人目はプライマリケアの議論をリードされてきた実際のお医者さんでいらっしゃる草場先生、四人目が財政学の権威である土居先生、長年社会保障問題にも関わっていただいたということで、そういう長年の経験を踏まえ、また財政学の観点からご意見をいただくと、最後は厚労省の元医政局長の武田さんです。ということで今日は100%じゃないにしても、自由な立場でいろいろご発言いただけるんじゃないかというふうに考えてますので、よろしくお願いします。

今日の段取りですが、この後私の方からバックグラウンドのデータをご紹介させていただいて、そして提言のポイントだけをご紹介させていただきます。その後、5人のパネリストの皆様、6分間ぐらいをめぐり冒頭のコメントをいただきます。その上で、2ラウンドぐらい、このパネリストの皆様と議論をさせていただいた上で皆様今日ご参加いただいています参加者の皆様から、積極的にご質問とご意見を頂戴できれば幸いです。今回ご案内しました通り、非常に少人数の参加にさせていただいております。私どもの方から、ご招待させていただいてるの方で構成させていただいております。非常に有識者の方もたくさんお

集まりですし、マスコミの論説委員の方も来られているということで、本日はパネルを 2 ラウンドやった後に、双方向型ディスカッションを展開したいと思います。ぜひこうした形式はあんまりないんですけども、少人数での双方向型の議論を通じて、この大切な問題、今回のコロナ感染で露見した日本のいろんな医療システムの弱さ、これをどう強化していくのかということに様々な方向性ができ、いろんな形で影響力を行使していければというふうに期待をしています。

それでは提言の方に移りますが、まずはバックグラウンドをご紹介します。元々の問題意識として、何故コロナの感染拡大があったときに日本の医療システムはもろかったのかということですが、これは OECD の統計で世界の主要国の人口当たりの ICU の病床数を整理しているものです。ご覧いただきますと、日本と一番多いドイツと比べると 6 対 1、アメリカですと 5 対 1、フランスで 3 対 1、OECD 全体の平均から見ても日本は半分以下ということでした。もちろん定義の問題とかいろいろあるかもしれませんが、OECD の一つの尺度で見たときに、人口当たりの ICU の数というのは主要国に比べると日本はそもそも相当少ないという姿がわかるかと思います。問題はさらにこの中身になります。資料が英語で申し訳ありません、アメリカの状況です。アメリカのこれは 1997 年から 2011 年までの ICU の配置状況の変化を示したものです。赤枠の箱は、ICU を設置している病院の数を示すものです。ご覧のように、実は ICU を置く病院の数は 500 ぐらい減っているわけです。でも減っているのは、病床数が少ない 100 床以下もしくは 249 床以下の病院で減っているということになってます。これは ICU を置いている病院の数は、特に中小の病院を中心に相当減っているということです。では ICU の置き方、配置状況ですが、実はこの間全体としての数は相当増えています。病院数は減ってるけども、ICU の数が増えているということで、どこで増えているのかというと、病床数 250 以上の大病院において、ICU の数がどんどん増えています。同じように ICU が 60 以上ある既に ICU が集約したところにさらに ICU が増えるということで、アメリカの場合、ICU が大規模病院にどんどん集約されてるといのがアメリカの例として分かります。そういう意味ではアメリカは日本に比べて、そもそも人口当たりの ICU の配置は先ほど申し上げたように、5 倍という規模でさらに集約化が進んでるといダブルの違いがあります。

ICU の数だけではなく、インテシブケアのため、看護師の配置が非常に重要になってきます。これは日本集中医療学会の指針ですが、目指すべき方向とすれば、患者対看護師の比率が常時 2 対 1 以上の集中治療部、これを目指していくということで、単に ICU がある、ということではなく、そういう手厚い看護体制というのを目指しているのが学会の求めているところです。

ところが実際に日本はどうなっているかというと、日本の全体の入院ベッドの数は全国で 85 万 4000 病床あるわけですが、その中で 2 対 1 の配置があるのは、0.8%に過ぎない

という結果がでています。いろんな ICU も含めたユニット合計病床数は 3.1%あるので、これを見ると、ICU とかそれに準ずるものも少ないんですけども、さらにその中で 2 対 1 の手厚い看護があるのはさらに薄くなっているという結果がでています。

看護体制ですが、10 床以上ある病院と、9 床以下ということでは、半々ぐらいの形になっています。半分以上の病院が ICU 9 床以下ということになっていて、10 床以上あるのは ICU を配置する病院でも半分以下ということになっています。

この病床の数と ICU の数がなぜ重要かということですが、先ほど申し上げた、学会の違う指針で言うと、そこで目指す方向というのは、常時午前 0 時から午後 12 時まで、きちっと集中治療を行える専門医が勤務しているということを目指すということが、学会で目指す方向になっています。

9 床以下の病院を見ると、専門医が配置されてる数はトータルで中央値が 1 人ということになってるので、1 人しかいないと 24 時間常時の体制が非常に難しいです。

10 床以上になってくると専門医の配置が増えてきて、例えば 10~19 床を見ると、4 名が中央値になってくるので、勤務状況によりますが、4 人いれば 24 時間の配置が可能になってくると思います。

常時の配置ができるのはここより右の 10 床以上のところが常時の専門医の配置が可能になってくるということで、9 床以下の病院は全体の半分強あるわけですが、こうした病院では常時の専門医の配置が難しいということになってきます。

そういう意味では常時の専門医の配置が可能になってくるのは全体の半分弱、2 対 1 の ICU を持っている中でも半分以下ということになっています。スライドではご紹介していませんが、よく言われるのが ICU はいざというときのために空き病床を作っておくということなので、規模が小さいとそれだけ空きの効率が悪くなっていくということなので、効率性の観点からも、病床 10 床以上というのが望ましい姿になってくると思います。

また、地域の偏在もまた激しくなっています。学会の指針からすると、目指すべき方向とは、先ほど申し上げた 2 対 1 の ICU が 5 床以上、5 床程度あるということが望ましいのですが、10 万人単位でそうしたものがあがる地域とそうじゃない地域を見ますと、大体全体の医療圏で 42%はそもそもそういう 2 対 1 にない。1~4 床のものを入れたとしても 62.8%の医療圏ではそれに足りないということで、学会が目指すような ICU の配置がなされている地域ってというのは全体の中では 4 割弱になってるということです。日本の場合、そもそも ICU の配置が人口当たりで低く、さらに 2 対 1 の看護体制も弱く、さらに集約化が進んでおらず、さらに地域偏在も激しいと、これがいろんな理由はあるにしても、コロナ

の感染の拡大があったときに大きなボトルネックの一つが ICU のところで、その背景になっています。

少し別のテーマになりますが、これは土居先生に分析してもらった 2045 年に向けた外来医療需要の都道府県単位の将来見通しです。東京・神奈川・愛知・沖縄は増えていくため、この 4 都県を除いたデータになります。この黒×のグラフになりますが、これを見ると、2045 年に至るまで、外来の医療需要はこの 4 都県を除くと 10%以上減っていくという見通しになっています。これをさらに都道府県単位でブレークダウンすると、ここから右が、5%を超える都道府県になりますが、2045 年になると、39 道府県、ほとんどの道府県で外来医療需要は 5%超減っていくという結果が出ています。これが減る理由ですが、高齢化がさらに加速していくと、そもそも外来、通院ができない高齢者が増えてくるので、その結果として外来需要が落ちていくということになってきます。

これは後ほど触れますが、今の日本の診療所の多くが外来医療需要、患者さんがしょっちゅう来て、3 分間診療みたいなものを繰り返し、出来高で稼ぐという、そうした診療所が多いのですが、そうしたビジネスモデルは今後、多くの道府県においては難しくなるということです。以上、ちょっと時間がかかりましたが、データのバックグラウンドでして、次に提言についてご紹介したいと思います。

提言本体もお配りしますが、時間の関係上これはお手元に置いていただき、アクションプランのパワポのところでご紹介したいと思います。問題意識は先ほど申し上げたように、そもそも特に第 6 波まで、世界の主要国に比べてひと桁以上感染が少なかった日本で、どうして医療システムはすぐ破綻に直面したんだらうと、それが問題意識です。今後いろんなことがあり得る中で、そうした医療システムを強いものにしなきゃいけないだろうということです。この研究会でいろんな問題がアイデンティファイされて、その多くはこの提言本体にあるのでここに書いてある以外のことも提言の本体に書いてるわけですが、今日特にこのアクションプランということで、ハイライトするのは二つです。

一つは高度医療提供体制の貧弱さ、もう一つは全国に 8 万ある診療所が特に初期においてはなかなか感染症対策に参画してくれなかったということです。したがって提言としてはこの二つの柱、高度医療提供体制の集約化・強化、そして地域診療所の緊急時感染対策への参画の確保ということで 11 のアクションプランを提言します。

まず高度医療体制です。ここに書いているのは、次期第 8 次医療計画の中で高度医療と 2 対 1 以上の手厚い看護体制が整備されている ICU または救命救急病床を 10 床以上持つ中核病院を重点的に集約化して整備するということです。なぜ 10 床以上なのかと

ということについては医療効果としても医療の効率化としても重要ということです。またこれに加え、地域の偏在を乗り越える必要があるというわけです。

もちろん、中核病院だけでは済まないで、いろんな周辺の病院との連携が重要になってきます。地域全体での病院資源の活用ということですが、これについては後ほど田中学長の方からコメントをいただきたいと思います。続いて3点目です。当時は感染した患者と感染していない患者を同じICU室では扱いきれないということで、ICUを全部使えないという問題がありました。これについても、田中学長の方から後ほどご説明があります。4点目はハードがあっても人がいなかったということです。ICU,ECMOも含めて使いこなせる専門医と看護師が当時圧倒的に不足したわけですがけれども、その育成計画を今政府は明示しているわけではなく、人材育成は大学と病院任せになっています。

ただ、今回の経験を踏まえるとうちの専門的な医師あるいは看護師は政策的に育成し、実際に配置をさせていくことが重要です。なので、そういう意味では大学における人材育成について、資金配分を徹底し、同時に専門的な医療人材が配置されるようにいろんな診療報酬上の過程も進めます。また、いざというときの医師の負担が大変厳しいものから、きちっと教育を受けた看護師についてはタスクシェアができるような法改正が重要です。人的な制約のためには人材育成、人材の配置、それからタスクシェア、これが必要になってくるんだと思います。5点目は自然体ではそうなるわけじゃないのですが、そういう中で実は地域医療介護総合確保基金がございます。せっかく大きな金額があるのに戦略的に使われているわけじゃないのでこれを重点的に投入し、先ほど申し上げたような中核病院にしっかりと高度医療の体制を集約化していきます。

また、次の診療報酬改定が2024年度になるわけですがけれども、こうした高度医療の提供については重点的に加点するということが重要でしょう。続いて6点目であります。医療支援には限界があるわけですから、本当に必要な患者さんのところに入っていただくことが重要なわけです。そのためには、受け入れ基準、あるいは診療報酬の対象を明確化し、事後的に保険者による重点的チェックも必要でしょう。このために実はIT整備を進めてきていて、社会保険診療報酬支払い基金、そしてAIも入れてるわけですがけれども、そこを生かすことが重要です。そしてさらに重要なのは、AIが仮に疑問点を見出したとしても、そこで審査委員会が入って人間がチェックするわけですがけれども、そこの人選が地元地域で行われると結局内々になって問題に繋がっていかないということで、こうした人間の係る審査委員会についても、人選の客観性、独立が必要だということです。

提言本体のさらに上を行きますけど、いろんな医療分野における意思決定が同じように内輪で進んでいると利害調整で終わってしまうので、この医療におけるガバナンスは重要な視点だろうと思います。

二つ目の柱は診療所の人たちにもっと感染拡大への対応に参画していただければ、もっと違うのではないかとということで、これは7点目の視点です。ご案内のように保健所がボトルネックになったわけです。保健所がやっている機能には、受診相談や健康管理、入院適応判断などがあるわけですが、これは診療所でも十分にできる機能であるわけなので、緊急時には保健所の機能を医師会がある程度補完をする協定を事前に作っておくということです。なので、平時から提携し、緊急時は協力する、そういう協定を作ることが重要です。ただ、全ての医師会がやってくれるわけじゃないので、やってくれる医師会を公表して差別化し、見える化することが重要だと思います。

次に1人1人のお医者さんに頑張ってもらいたい必要があるということで、かかりつけ総合医制度の導入を提案します。時間の関係上これは後ほど草場先生にご説明いただきます。まさしく診療所が危機において、本当に機能を発揮するためにはこのかかりつけ医、総合医が非常に重要だろうということで、私からは予告だけさせていただきます。

かかりつけ総合医については平時から住民の健康管理をするものなので、出来高制でやるよりは定額報酬で導入するというのが一つの道かなと思います。これは先ほど申し上げた、今後の外来医療需要の変化にも対応した仕組みであると考えております。また、そうした定額報酬を受け、かかりつけ総合医となる医療機関については、いざというときにちゃんと感染対策やってもらい、公的医療保険契約の際にコミットしていただくということが重要じゃないかと思います。ちゃんとやります、そのために公的保険対象になります、という公共性の確保は必要だと思います。そして、これは緊急時もそうですが、これから在宅介護が広がっていく中ではお医者さんのシーンは非常に制約を受けるので、いろんな意味で看護師にもっと活躍していただくということで、いろいろなトレーニングを受けた上で看護師あるいは介護士の皆さんに対して幅広いタスクシェアをします。

これは高度医療だけではなく、地域医療においても必要になると思います。以上11のポイントであります。改革の時間軸としてなぜ今なのかについてですが、これを作った昨年末以降もオミクロン株が広がっており、このオミクロンもどういふ変異株があつて、どう広がるかわからず、また別の違う感染がいつあつてもおかしくないということが理由となります。

また、団塊の世代の皆様が75歳以上となる超高齢化時代が2025年に迫っているのので、今までと全く違った医療需要が質と量でも出現するでしょう。そして、医療界は遅れていたのですが、働き方改革が2024年度から実施されるということになると、これまで以上に効率性と役割分担が必要になってくるということです。こういうことを考えると、今まさに改革を進める必要があるというわけです。具体的な節目としては第8次医療計画が今策定のプロセスにあります、今年度中に基本方針を策定し、来年度に都道府県別の計

画を策定するという感じです。どういう地域医療計画を作り、どういうふうに高度医療体制を確保するのかということで、多くの場合は診療報酬の裏づけが必要になるわけですから、次期診療報酬改定は介護を含めてダブル改定になり、2024年度が大きな節目になってくるので、そうした中で実現することが重要です。コロナで国民みんなが医療について問題意識を持ったこのタイミングだからこそ、今までできなかった医療改革もやっていく、そういうタイミングかなということでもあります。

以上、私の冒頭の説明です。提言本体はまた詳しくやりますが、これからパネリストの皆様にも6分ぐらいを目処にコメントいただきます。まずは井伊先生の方からです。今日のこの議論でも、緊急事態においては公的な役割が医療にも期待されるということですが、一方では病院の経営の自由もあるんじゃないかという議論もあるかと思います。長年医療経済をご覧になっていた井伊先生からこの問題を中心にまずはコメントをいただきます。よろしくお願いします。

井伊:一橋大学の井伊雅子です。私からは適切な政策提言のためには統計の整備が必須であるというテーマでお話をします。日本の医療制度は公的な保険制度の下で運用されていますけれども、医療機関や医療従事者が公的な役割を担っていると意識することはあまりないかと思います。法律が理由なのか、どうしてなのだろうかとこの研究会でも議論をしてきました。理由の一つとしてこれは私の私見ですが、医療への公的支援の大きさを適切に把握できないことがあると考えています。今回に限らず、医療機関には多額の納税者の負担があるわけですが、特に今回コロナでは危機対応ということで巨額の納税者の負担(税金、社会保険料、日本の場合は借金も含めて)が支払われています。

そこで、どれだけ国民が負担をしているのかを把握をすることが必要ですけれども、今の政府統計では適切に把握することがとても難しい状況になっています。「国民医療費」を用いて財源別に見ると、9割近くが公的なお金です。公費これは税金ですね。次に保険料が社会保険料で、合わせると医療費の9割近くが公的なお金で支払われていると私達の提言で指摘をいたしました。

次に費用構造から見ると、「国民医療費」の5割弱が医療サービス従事者に使われています。

しかし、この「国民医療費」という統計にはいろいろ問題があります。まず一つ目は速報性です。2020年夏に私たちがこの提言を書いたときの最新の統計は2019年度でした。つい最近、昨年(2020年)の11月30日に厚労省からようやく2020年度の「国民医療費」が公表されました。

次の問題点として、この「国民医療費」には病院や診療所への補助金は一切含まれていません。予防接種の支出も、コロナ禍で業務が逼迫した保健所にかかった費用も全く含まれていません。基本的にはレセプトの合計ですので、コロナで受診控えがあつて医療費が減少したというのが厚労省から報告がされています。この資料は財務省の財政審の11月の資料ですが、この「概算医療費」というのは「国民医療費」とほぼ同じものを指しています。医療費にコロナ関係の補助金が含まれていないので、財務省ではこうした詳細なコロナの補助金を紹介しています。これは貴重なデータですが、国の正式な統計に反映されていません。「国民医療費」には医療機関への補助金だけでなく、がん検診をはじめ地方が単独で行っている様々な事業も反映されていません。

最近ではキウーからケアへといつて、予防が重要と言われてはいますが、予防に関する費用は「国民医療費」には含まれていません。経済財政諮問会議のような重要な会議でも、主に「国民医療費」を用いて地域差を分析しています。今日メディアからいらしている方も多くおられると思いますが、メディアもあまり中身を理解しないで「国民医療費」を使っているのではないかなと思います。この図を使つてもう少しわかりやすく整理してみますと、「国民医療費」は補助金を含んでいませんので、コロナの補助金ももちろん含んでいません。次に社会保障費用統計、これは基幹統計で社会保障人口問題研究所が推計をしています。この中に医療があり、ここではしっかりとコロナ対策の補助金を含んでいますが、これは社会保障給付費ですので、自己負担やOTC(市販薬)などの民間部門は含まれていません。

次にこれが一番理想的な統計ですが、日本政府がOECDに提出しているHealth Expenditureです。国際比較にも使われる重要な統計で、経済統計として極めて機能的に設計されています。SHA、System of Health AccountsといつてSNAの体系で推計されています。経済統計として極めて機能的に設計されています。詳細を見ますと国民医療費はこの内数になっていますので、国民医療費もカバーしていますし、その他に医療機関への補助金や自己負担、介護、市販薬、予防、保健所運営の支出など、項目別に全て含まれています。

しかし、日本のHealth Expenditureには大きな問題点として二つの指摘ができます。まずは速報性がないということです。見ていただくとわかりますが、現時点での最新のデータは2019年です。もう一つは推計方法の問題です。日本総研の西沢さんが地方自治体

が行っている予防支出について総務省に行政情報開示請求をして入手したデータで推計をしたら倍近い規模であることがわかりました。また、覚えてらっしゃる方がおられると思いますが、2009年に新型インフルエンザが大流行したときにワクチンを確保するために国の一般会計から2000億円支出されましたが、それもHealth Expenditureに計上されていません。ですから今後2020年、2021年のデータが公表されたときに今回のコロナの予防接種などがどこまで正確に反映されるのかかなり気になるところです。そもそも2021年の項目別の公表が日本はいつになるのかと思っております。

次が韓国のHealth Expenditureです。2021年まで項目別に報告しています。予防接種や疫学的サーベイランスなどが激増していて、コロナ対応が的確に描写されていることがこのデータからもわかると思います。

最後に提案です。まず1点目として、日本政府がOECDに提出しているHealth Expenditure、これはOECDなどの国際機関が基準を設定していて、経済統計としてはSNAの体系で推計をしていますので、とても機能的に設計されています。ですからGDPを推計するときにヘルスセクターはこのHealth Expenditureを用いてGDP推計の一環として推計をするべきでしょう。そうすることで医療と経済の関係を分析できます。これはこれからの日本の医療産業をどうするのかとか、政策のパフォーマンスの実態を国際比較するためにも不可欠ですが、今ではそうした分析が全くできないということです。政府が責任を持ってHealth Expenditureを推計する体制へ切り替えるべきです。具体的には基幹統計として整備するということです。2点目は先ほどお話ししたように社人研が既に社会保障費用統計(基幹統計)の政策分野の一つである保健(health)を推計していますので、既に知見を蓄積していますし、協力を依頼することが可能であると思います。ですから、これはかなり現実的であると思います。統計に関しては以上です。

寺澤:これだけ数字を把握すれば、医療分野や医療機関、医療人材において緊急時ににおける公的な役割もあるのだろうという議論に繋がってくるだろうと思います。

井伊:現在よく使われている国民医療費においては、公費としては主に生活保護の医療扶助の把握ですので、医療機関への補助金などは把握できていません。データから議論するのが難しいです。

寺澤:まだまだ過小評価されているということだと思います。次にコロナの感染の最も厳しいときに最も重症患者を受け入れた東京医科歯科大学の田中学長の方から重症患者を中心に高度医療の課題、問題点についてご紹介いただきます。

田中:東京医科歯科大学の田中でございます。それでは早速、ご説明させていただきたいと思います。お手元にも資料がありますがけれども、これはコロナが始まってから1月1日までの重症患者で、人工呼吸器に繋いだ重症患者さんとECMOの患者さんの数の推移なんです。今死亡者は非常に多くなっていますけれども、オミクロン株になってからだいぶ様子は変わってきています。デルタの2021年の8月ぐらいのピークを見てみますと、そのときは本当にECMOの使用台数は限界近くまで行った記憶があります。ただし、私達が次に備えるときには今のオミクロンみたいなタイプの新しい感染症が起こるのか、デルタのような感染症が起こるのかはその時になってみないとわからないわけです。そうすると、やっぱりこちらに合わせて体制を整備していくことが重要ではないかというふうに考えています。先ほど寺澤様からお話がありましたけれども、そもそも都内にある主だった特定機能病院で見ても、ICUの1対2の病棟、つまり患者さん2人に対して看護師が1人つく病棟の数がここに出ていますけれども、かなり大きな病院でもこれぐらいの数しか持っていません。医科歯科大学でも712の一般病床の中で3.6%しか重症用の病床を持ってないということになります。

その中で2020年の11月、第3波のときですけれども、医科歯科大学がコロナ用に用意したのはその26床のうちの7床です。ここで実際に入っていたのは6人でした。ですが都内の大学を見てもほとんど1人か2人しか入っていないということがありました。これってどういうことかということ考えてみますと、まず第1に思いつくのはICUというのは基本大部屋仕様であることがあります。1人でもコロナの患者さんが入ると全部コロナの患者さんを入れるしかないということで、大学病院では元々コロナの重症病床が少ない上に、こういう仕様だと多分もうコロナだけに振り切ることはできないということがあるんだろうと思います。

医科歯科大学としては2020年の8月に26床あるベッドのうち、壁を作って完全にICUを分離し、コロナ用のICUを作ったのでそこにコロナの患者さんを集めることができたというふうに考えています。今もこの壁が残っていますが、ガラスがとっばらわれて一般用のICUとして使われています。

解決策ですけれども、まず第1は看護師1人に対して患者さん2人という重症配置じゃなくて、それよりも少し緩いハイケアユニットと呼ばれる、患者さん4人に対して看護師1人ぐらいの配置の病床数がこのICUクラスの病床の1.5倍近くあるので、そこをうまく有効活用するということです。

まとめると、まず一つは最初に寺澤さんから話がありましたように、ICUを集約化するということです。ICUが10あれば一つか二つ空けとけば、何かのときに重症患者を入れることはできますが、4床とか2床しかなくてもやっぱり一つか二つ開けておかななくちゃいけな

いって問題があるので、集約化します。それから ICU を集中治療専門看護師 ME、ME というのは臨床工学士ですけど、それを中心とした独立部門とするということですね。ICU にはクローズド型とオープン型っていうのがあります。オープン型は部屋だけ貸して各診療科が見るという形ですけども、それだとコロナを一体どこが見るんだみたいな話になって、新興感染症には対応できません。なので、専門家が ICU を見るような形にすることで、普段も例えば外科医とか救急が重症見るんじゃなくて、自分たちは手術や本当の救急に集中して重症の医療はこの人たちにまず任せるということで、効率化ができるというわけです。それから専門家ができてくれば人材育成ができますのでそこに力を入れます。パンデミックのときには重症医療の拠点となって他の病院、あるいは自分の病院の ICU に準ずる治療室として ECMO カーがあるんですが、そういう特殊な車で搬送することで有効的に医療資源を使います。そして、普段から ECHO もいつ付けてっていうのは医療的にガイドラインがありますけれども、どういう患者さんにつけるのかというガイドラインはないんですね。そういったことを今から整備していくことが必要だろうと思います。以上です。

寺澤:ありがとうございました。今度は診療所の方に行きます。先ほどご紹介しかけたかかりつけ総合医の提案の中身について草場先生の方からお願いします。

草場:いろんな場で繰り返し話していますが、今回も少し整理してまとめてお話をさせていただきます。コロナ禍、特に 2020 年、2021 年とこの 2 年でございますけども、様々な問題があり、コロナ感染の可能性がある方に関して診療を提供するということは当初は非常に少なかったです。だいぶ増えてきていますけども、現時点でも、札幌のデータなんかを見てみますと実際発熱外来では 40 から 50%、訪問診療を提供するところは 10 から 20%ということで、ここからほとんど増えてきていません。政府、医師会が繰り返し呼びかけているんですけども、動いているところは限定的で、頑張っているところには非常に負担がかかっています。第 7 波、第 8 波でも全く同じ状況が続いているということでございます。

またワクチンの件は皆さんもよくご存知の通りで、かかりつけ医と思って受診してもかかりつけ患者ではないと断られるケースが全国的に目立ちました。改めてかかりつけ医ってなんだろうということが国民の中でも問題になったということでもあります。

繰り返し伝えてはいますが、これは決して医師とか医療機関自体がエゴイスティックに動いているということではなく、日本の医療提供体制の構造的な問題と考えています。1 人医師の診療所の人員の限界や感染による営業リスクの大きい部分もございまして、施設規模が小さいということで空間的な隔離が取りづらいことがあります。またオンライン診

療、訪問診療も平時からやっているところが非常に少ない状況でしたので、コロナの方だからとそうした診療を始めるかということそんなことはないわけですよ。

ですから、平時の問題がある意味今回のパンデミックで非常にクリアに見えたということかと思えます。もう一つはフリーアクセスですね。これは患者が受診できない状況は医療機関側には全く見えてきません。受診できていない方に関しては我々医療機関は全く把握はできません。ですので。結局患者自身が必死に行政に電話する、保健所に電話する、繋がらない、結局は苦しいまま亡くなるという事態が起きたわけです。本来は住民一人一人の健康管理を医療機関側も責任を持つ必要があります。「あの人は大丈夫かな」と声をかけるような仕組みが今全くございませんので、やはりこのコロナ禍みたいなパンデミック、あるいは災害のときも同じだと思うんですけども、住民自身が健康リスクを全面的に自分でとるというのが日本の医療のフリーアクセスのある意味逆の負の側面というふうに私は今回非常に強く実感をいたしました。プライマリ・ケアそのものがかかりつけ医機能という形で最近では表現されていますけども、日本ではこれは制度ではなく、あくまでも個々の医療機関、医師の頑張り、努力規定であったということが一つの問題です。

病院の中で専門的な医療をされてきた先生方がどこかの時点で開業し、かかりつけ医として働くというケースが日本ではほとんどでございます。ですので、プライマリ・ケアというものは一体どういう内容なのか、どういう知識や技術が必要なのか、どこまでやるべきなのかというトレーニングは医者になってから全く受ける機会はありません。ですので、能力の認定試験とかトレーニングがない以上、医師個人の努力や個性、実績、経歴、そして熱意で今は何とか成立してる状況です。結果として、平時から頑張っておられる開業医達が結果的にコロナ禍でも頑張ってるコロナの患者さんを見えています。つまり、普段からやってないところは今回も門を閉ざしていたという状況ですので、頑張っているところの負担が大変重かったのです。我々のプライマリ・ケア連合学会のメンバーでもたくさんの会員がコロナ診療に従事してきているんですけども、非常に負担が重く、看護師の退職希望が出たり、「いい加減に先生ここまで見るのはもう限界じゃないですか」と職員から突き上げられたりですね、そういった現象があちこちで起きています。拠点となる医療機関が何とか踏みとどまって頑張ることによってこの3年間やってきてるわけです。こういう一部の頑張りの中で面としてかかりつけ医機能を担っていると表現されることには問題がありません。ある部分に非常に負担がかかり、ある部分は負担が少ない。でも面として成立しているからいいんじゃないかという議論は成り立たないんじゃないかなということを日々痛感しているわけでありませぬ。

ですので、先ほど保健所の話がありました、この公衆衛生・保健行政の部分と専門医療の間に平時からきちんとしたプライマリ・ケアの仕組みをしっかりと作っていくべきでしょう。細かくは言いませんけども、これが非常に大事であるということを改めて感じているわ

けです。この緊急時の問題を平時に持ち込むべきじゃないというご意見も結構あるんですけども、そうではなくて、この緊急時に見えてきた平時の問題を今から解決しておかないと、また同じパンデミックが来たら同じことが起きるでしょう。よって、平時こそ予防的に医療提供体制の改革をすべきだという論点で私は考えるべきだと思っています。

今回提示したかかりつけ総合医制度で一番のポイントは医療機関側が患者さんを把握する、医療機関側から前向きに健康管理、あるいは健康の責任を持つということを実現することだと思っています。個々の医療機関のかかりつけ医機能を上げる話もちろん大事なんですけども、大事なのは我々は普段から住民全体のことはあまり見えていないということが問題です。そこを解決することがポイントだと思っています。

ですから、住民は自身の健康管理に対応できるかかりつけ総合医を選択し、かかりつけ総合医はほとんどの健康問題に対応しながら訪問診療も当然提供します。また、医療機関は選択した患者さんを登録し、このリストにある方に関してはパンデミックがあればもちろんこちらから電話をして、「大丈夫ですか、受診されてないけどもどんな調子ですか」と確認します。もちろん、電話をいただいたときにすぐ対応できない状況ならば、場合によっては別の医療機関を紹介するという含めて、責任を持ってこのリストの患者さんには対応するという役割をかかりつけ総合医が在籍する医療機関でシェアします。これを一つの医療機関がやるのには限界がありますので、たくさんの医療機関でこれをシェアすることで1億2000万の全国民をカバーしていくという発想でございます。

そして、出来高払いという枠組みでは普段の前向きな健康管理に関しては医療費が発生せず、医療機関にも利益がありません。出来高払いは病気になった人からしかお金をいただけません。ですから、病気にならないように前向きに関わることに今では誰もお金を払ってくれません。ですので、健康維持や向上に前向きに関わることに今ではお金をいただくためには別の仕組みが必要です。そこで、この登録住民数に比例する包括払いみたいな仕組みも組み込みながらですね、もちろん出来高の要素はあっていいと思いますが、両方の要素を取り入れながら支払制度を作っていくということかと思います。かかりつけ総合医の提供するサービスに関しては先ほども詳しくお話をしましたので、基本的に資料をまた見ていただければ大丈夫かというふうに思います。

最後に少し強調しておきたいのは、かかりつけ総合医は地域が抱える社会的課題に向き合う、あるいは地域包括ケアにおけるメンバーとして多職種、医療介護福祉施設との協働のもと、そういったときのハブとして機能するということです。これは今回のパンデミックだけではなくて、平時から欠けているところです。全ての医療機関がこれをやっているわけじゃありませんので、これも一部の医療機関に大きな負担がかかっています。そういった点に関してもこの制度で一つの方向性が作れないかと思います。ただ、このかかりつけ

総合医というのはあえて私がかかりつけ総合医という言葉を作って使っているだけであって、総合診療専門医ではないんですね。本来はプライマリ・ケアの専門的なトレーニングを受けたドクターがやるのが理想的だとは思いますが、現在私どもの学会では家庭医療専門医が1100人で、日本専門医機構でも総合診療専門医養成数は毎年200人ぐらいということで非常に少ない状況です。

将来的にはもちろんこういった医師に頑張ってもらいたいんですけども、当面はプライマリケアを担っておられる開業医、病院の勤務医の先生方を対象に公的な研修を受けていただくチャンスを提供して、そこで認証制度を使ってどんどんかかりつけ総合医というものを位置づけていくのが現実的ではないかなということ提言をさせていただいてるということでございます。まずは以上でございます。

寺澤:ありがとうございました。次に財政学の権威として長年社会保障の問題をご覧になっている土居先生です。おそらくこの病院機能の集約化とか、プライマリケアというのは過去も何度か言われながら実現して来ないという歴史だと思いますけど、長年ご覧になっていって来て、言われながらなぜ実現してこなかったのか、先生の率直な想いがあればご紹介いただきます。

土居:慶應義塾大学の土居でございます。先ほど寺澤さんがお話くださったこの研究会の提言の取りまとめに当たって私も一つ意見を述べさせていただき、反映させていただいたところであります。どうしてこれまでの間なかなか我が国が医療提供体制について望ましいところに容易に実現できてなかったのかということについて、財政面から見たところでお話させていただきたいと思います。

思い起こすと、小泉内閣の頃に対GDP比で医療費にキャップをかけるという議論がありました。あの頃のメンタリティというのは、中身はともあれ、とにかく医療費が青天井に増えていくということだけは避けたいということでした。青天井に増えていくことがなければ、その範囲内で医療の中での資源配分を行うということになり、必要なところにお金を充てていくことになるということでした。なので、まずはキャップをかけて、そのキャップの中で資源配分をより良くしていけばいいじゃないかという、そういう発想が多分にあったということです。ただ、あの当時は出来高払いが大半を占めており、包括払いまだ少なかったということですから、キャップをはめられる＝出来高払いで好きなように診療するということが許されないということで反対論のイメージに直結し、小泉内閣はキャップをはめるというやり方を採用しないということで決着をつけました。

もちろん診療報酬のマイナス改定とか、ある種のハレーションはあったと思いますが、キャップをかけない代わりに医療費適正化計画を義務付けることが代替策としてとられました。

た。だから、露骨にキャップをかける、総額を抑制するというような方法は取らないことにしたというところがその頃の話だと思います。

小泉内閣の後になりますと、社会保障国民会議の議論が 2008 年にあって、これは福田内閣とか麻生内閣のところですよ。この頃ようやく今の病床機能の分化と効率化の話、かかりつけ医まではいってないですけども、そもそもの医療現場で起こっている非効率についてメスを入れるということに手をつけないと根本的な問題にたどり着けないんじゃないかっていうことがようやく芽生えてきたわけです。しかし、財政面から見るとあの当時、2008 年度というのは、後期高齢者医療制度が始まる年ということで、保険財政の問題の方がむしろ大きかったのです。ちょっと時期が前後しますが、被保険者本人の患者負担の割合を 3 割で統一する話もあの頃はまだできてなかったもので、3 割負担で統一するとか、そういう保険財政の体制整備という話に相当注力せざるを得ない時期だったということもあって、なかなか財政面から医療提供体制に対して細々と注文をつけることはあまりしていませんでした。つまり、2000 年代はまだそこまで細々と財政面から医療提供体制に注文をつけることはしなかったわけです。

私は今も財務大臣の諮問機関であります財政制度等審議会の委員をさせていただいてるんですが、あの頃に財政制度等審議会で医療提供体制について断片的に細かく鋭い指摘をするだけでそんなことは中医協で議論することであって財政審で議論することじゃないんだから財政審は黙ってろというふうに中医協から言われるというそういうような時代だったわけです。

今はあの頃に比べて 10 倍、100 倍ぐらい細かいことを財政制度等審議会で議論してるいて、中医協も「お前ら黙ってろ」とまでは露骨に言わなくなった感じですが、財政面から見たときに医療提供体制の細々としたことを医学の素人の財政屋が何を言うんだっていう時期、それが 2000 年代だったと思います。

その頃は医療政策においても、このコロナでだいぶ有名になりましたが、我が国は世界的に見ても平均在日数が突出して長いとかそういうような議論がありました。当然それは知っている方にとっては周知の事実だったわけですけど、平均在任日数の長さをより短くするって言ったときに、例えば 2 割短縮とかっていうと、どういう手段でどういう形で 2 割短縮するのかということはいまだにあまりはっきり明確にしないまま、数値目標めいたものが決められるというようなことがありました。今から思うとすごく乱暴だというか、どうやってやるんだっていうのを、それは現場におまかせしますみたいな、そういうこともあったりしたわけです。

平均在日数の話は私も議論に関わらせていただきましたけれども、地域医療構想を策定するという段になったときには、直接平均在日数そのものをターゲットにして短縮するっていうことを医療機関に要請するというよりは、むしろ医療機能を分化、再編することを通じて適正に入院医療を施していただき、短くできるものは短くすることでした。つまり、慢性期以下の方々は在宅医療等の方で見ていただくということを進めることを通じて、間接的に平均在日数が短くなる方向に導くというような、そういうより具体的なものに繋がっていったのは2000年前後の社会保障税一体改革の議論の中で培われてきたのかなというふうに振り返って思います。

その頃になりますと社会保障制度改革国民会議、これが2012年から13年ありましたけれども、私が直接関わったわけではなく、西澤さんとかが関わっておられますけど、あの頃によろしく財政面も伴いながら医療提供体制をどうやってより良くしていけばいいのかという具体的に踏み込んだものになってきたのです。先ほど寺澤さんがおっしゃったような、どうしてそういう具体的な医療提供体制にまつわる議論に踏み込んで行かなかったのかということについては、財政面から見ると、なかなかそこまで議論を及ぼせるようなバックグラウンドというか、そういう議論の準備というものがまだ期を熟していなかったというのが2000年代だったわけです。それで、2010年前後から社会保障税一体改革や消費税増税財源も入ってくるということで、どうやって医療提供体制まで含めて改めていけるのかというような議論によろしく踏み込んでいけるようになったのかなと思います。その後はご承知のように、持続可能でない今のような体制をどうやったら持続可能にするのかということに旗印にいろいろと取り組んできたところなのかなというふうに思います。

寺澤:ありがとうございます。次は武田さんです。長年厚労省で医療行政に携わっている医政局長もご担当されたということで、本日いろんな議論についていろんな想いがおありになるかと思いますが、どうぞ自由にご発言ください。

武田:ご紹介ありがとうございます。武田でございます。数枚スライド用意してまいりましたが、せっかくですから今出た議論についてちょっとずつコメントさせていただきたいと思います。まず最初に私はコロナが起きてからずっと厚生労働省と議論してきましたけれども、一般の方とやっぱり認識が相当ずれていたと思いました。病院って一口に言いますが、その病院もピンからきりまでありまして、近くに病院がある、それだけで安心っていうふうな割と素朴な病院信仰があったんだと思いますけれども、先ほどICUの話が出てますように、本当に重症患者が出たときに対応できる場所とできないところが病院ごとに違うわけで、むしろ病院ごとの違いをはっきりさせて連携をすることが必要だったわけです。そして病院の対応レベルを上げるためには人の集約が必要だという話をずっとしてきたつもりではあったんですけども、これがあまり認識をされていませんでした。病院がたく

さんあるのになんでコロナの患者を受けられないのかということですが、全ての病院ができるわけじゃないので、それはそうでしょうって思っておりましたけども、改めていろんな方々のご意見を踏まえて今までやってきたことをより進めなければいけないと思った次第です。それで ICU の話がありましたが、ICU とそれ以外の病床の決定的な違いは、基本的に ICU というのはベッドサイドに医療職が必ずいて、24 時間見ているっていう体制であるところなんです。常時配置という言葉がありましたが、常時 2 対 1 です。24 時間どの時間帯であっても、患者さん 2 人について看護師 1 人ってというのが常時配置 2 対 1 です。ICU 以外はどうかというと、30 ベッドと 40 ベッドとの病棟でも、基本的に夜間は 2 人ぐらいしかいらっやらないのです。

つまり、夜ナースコールを鳴らしても 20 人 1 人とか 30 人に 1 人ぐらいしかナースコールで駆けつける人がいないのが ICU 以外の病床の実態です。高度急性期という言葉厚生労働省は使いましたが、イメージとしては 24 時間患者さんを見れるような力をつけていかなきゃいけないと思っていました。しかし、不十分でした。なので、ここで ICU を増やす、本当のレベルの ICU が日本全国になければいけないという提言は非常に大事な提言だと思います。

どんなイメージかというと、ICU で ECMO のイメージがありますけれども、ECMO に行く前、コロナの最初の頃、ニューヨーク・タイムズなんか見ていると今まで見たことのない病気のことで、救急車で運び込まれてスマホ見てた人がちょっと目を離したらもう呼吸困難で意識なくなってるっていうような報道がずっと続いてたんです。これが一番最初の頃のニューヨークの現状ですけど、いつ急変するかわからない患者さんを預かる病院の方は常時張りつかなきゃいけないわけなんです。常時張り付けられる病院病床とは ICU などの病床であって、さっき話が出てましたように、実は病院によっては 10 ベッド以下だったり、2 次医療圏の中でなかったりするのが現実であります。さっき土居先生からマクロの経済との関係でありましたが、医療なんだから必要という漠然とした議論ではなく、我々はどういう病院病床が必要なのかについて、今までにも増して、より真剣に取り組まなければいけないのです。そのときにリアルな形で先ほど田中先生からお話がありました。ICU で例えば 2 対 1 って言ったとき、10 ベッドですと 5 人ですよね。それで 5 人の 24 時間体制、週 7 日間の時間数は 100 数十時間ですよね。1 人の勤務時間は週 40 時間ですから、ICU に 2 ベッドとか 4 ベッドとか 10 ベッドとか言ってますけど、これを現実に医師・看護師を張り付けて、先ほど話が出ました ME を貼り付けるってということだと、すごい人数がいるわけですね。現に報道を見てらっしゃるとわかったと思いますが、重症化病床を増やしたときに、多くの病院は病棟を閉鎖しているわけです。そうやって病院を閉鎖して、病棟閉鎖して、看護師を集めないと重症化病床の患者を増やせないんです。そういう形で多くの救急病院や重症化病院は対応しました。これは日本全国でやっぱりやっていかなければいけません。

つまり、ICUを増やす＝病床を減らすということでもあり、集約化をするということでもありますけど、それはある意味必要な方向だし、世界的にはみんなそっちをやってきたということだと思います。これをさらに加速をしていくことには大賛成です。身近に病院病床もたくさん欲しいし、いつでも見てほしいけど、重症化のときも面倒見て欲しいっていう、その両立しないといけないわけで、よりリアルな形で政策議論を進めていく必要があると思った次第です。それからデータの速報性の話がありまして、ご指摘の通りなんですけれども、何で厚生労働省が直接やらないのかというと人と金がないからです。昔の主計局はドーンと切る代わりにちゃんとデータを集めて、より研究をして、それによって科学的に医療費を考えていくべきだっていう、ここは切るけどこれは付けるってところがあったんですけど、最近全然それがないです。医療費44兆をどう効果的に使うのかというのを審議会で一生懸命やってますけど、審議会が全部できるわけではないので、思い切って研究のお金をつける、それによって医療経済の先生方をもっともっと日本でも育てるということをやらなければいつまでたってもエビデンスに基づいた政策議論できないと思います。

また、総合診療医の話につきましては、草場先生のおっしゃってることに賛成の点とそうでない点がありまして、あまり詳しく言う時間ありませんけれども、私の持っているポイントは総合診療というのは総合診療に能力ばかりを言ってもしょうがないということです。さっきの話で言うと発熱外来とかやっているお医者さんとやってないお医者さんは決して総合診療能力に差はないわけです。私は基本的にドクターは全て同じ、ある意味オールマイティーの存在であって、同じような能力をお持ちで、評価も同じっていうことでやってきましたけれども、そこはもうそろそろ転換してもいいんじゃないのかと思っています。今回明らかになったと思いますが、特に病院の多い地域、医師の多い地域ほど、コロナで死ぬほど働いてる先生と、ある意味コロナから距離を置いた先生を見ていると本当にこれ同じ評価でいいんだらうかっていうふうには思います。それが総合診療能力とか機能の評価になると、また細かい議論に入ってこの能力・機能があるとかないとかという話になります。より根本的には本当に患者さんのためにやってくれるか、どうやって評価するんだって話ありますけど、そういうところをちゃんと考えていかなければいけないんじゃないかなと思います。

それから一部負担の話が土居先生から出まして、3割負担は今や常識という話ありました。一部負担金は何のためにあるのかということで、医療費が高くてお金が出せないからという面は確かにありますが、医療保険の本質的には受診の適正化のためにあるというふうに言われています。ということは、もしかかりつけの先生を決めてそこに何でも相談できるのであれば、逆に自己負担を大幅に下げるといった選択肢があってもいいんじゃないかというふうに考えております。それから最後、土居先生のお話になった点で私の見ている話と若干違うところがありました。スライドを見ていただければと思いますが、一枚目のスライドがこれまでの医療政策ということですが、2000年代から私は医療関係の仕事が多

くなりまして、まさに小泉改革で2001年からのところになりますが、厚生労働省が機能分化に機能連携って言い出したのは2001年です。そして小泉改革が始まりまして、先ほどお話に出ました平均在日数の短縮が決定的に大事だということになりました。これは医療の質の向上の指標になり、かつ医療提供体制をスリムにして高度化できるということで、いろんな意味においてこれをやらなければいけないとのことでした。ある意味厚生労働省としても平均在日数を1丁目一番地として考えるということです。また、一番政策的に効果があったのはDPCの導入です。入院単位の包括化までいきませんでしたけども、DPCは定着してよかったねっていう意見ありますが、過去において医療提供体制の隔離・時間効果があったのかはまだ不完全なんですね。なので、全病院に包括報酬、そしてできれば入院単位での包括報酬って話がありましたけど、これはもういっぺん議論をしていただく必要があると思います。

そしてこれを見てください。2000年代というのは機能分化、機能連携ということでちゃんとした急性期を作ろうと、そして2010年代は社会保障税一体改革で支える医療っていう話をやって、そして今はポストコロナの時代であり、キーワードはかかりつけ機能高度急性期と書きました。今日の話に出ておりますような高度急性期の強化、これはICUの強化というふうに変えてもよろしいかなと今日の話聞いてて思いました。また、かかりつけ医機能の支える医療はどっちかっていうと看取りとか在宅とかってイメージがあったんじゃないかと思いますが、より若いころから何でも相談ができ、かつ予防も含めて、そして何かあった時の救急対応も自分でやらなくても相談も応じられるっていう、そういう形に今この外来が進化しているんだと思います。財政のことを考える立場から高齢者の医者は1人に絞って他にあんまり発信をしないようにっていうふうについつい、ピンポイントの発言をされる方もあるんですけども、私はもう議論するのであれば全ての世代に予防の時代から関わることだと思えます。そしてキーワードはやっぱり逃げないことだと思えます。そこを私どもはちゃんと評価をするべきです。時間外は働きませんって人も世の中にたくさんいますし、ドクターだけが時間外も必ず働けって言うつもりはありませんので、どっちに行くんだっていうことなんだと思います。そういうことを議論していただければいいです。

それから病院です。この雑誌で病院っていうところのインタビューで三つの余裕のなさを申し上げたんですが、構造面での余裕のなさ、医療従事者の余裕のなさ。

ということでICUの不足に関しては、高度急性期の定義の見直しっていうことをやった方がいいです。かかりつけ医については若い世代に必要なかかりつけ機能と、高齢者のかかりつけ機能はちょっと別なので分けて考えた方がよろしいでしょう。そして何より連携でやっていくのが日本のシステム上は効果的だと思うので、患者さんと一番向かい合う先生に核になってもらうっていう考え方が必要なのかなと思います。すみません、長くなりました以上でございます。

寺澤:ありがとうございました。これから質問させていただき、3分以内ぐらいを目処にコメントを頂きます。まず井伊先生の方からです。いろんなかかりつけ総合医とか、セクションとか、定額払いになってくると質の評価が重要になってくると思うんですけど、そういうクオリティについてどうお考えかということについて簡単にコメントください。

井伊:資料を手元に用意してありますのでそれを見ながら聞いていただければと思います。日本では医療の質とか医療の充実というアクセスが良いとか、すぐ検査してくれるとかそうした視点で語られることが多いと思います。それも重要な質の評価の一つではありますが、他にも多くの指標があります。

今日は詳しく説明しませんが、ちょうど先月、日本総研のシンポジウムでこの点についてお話ししたので詳しい指標などにご関心がある方は日本総研のホームページから資料を見ていただければと思います。日本が参加しているものとしてはOECDの質の評価がありますが、日本はほとんどが空欄です。あったとしても10年ぐらい古かったりします。他にも日本が参加していませんが民間の財団のコモンウェルスファンドによる質の評価とか、海外の行政機関の情報開示などがありますが、患者目線で非常にわかりやすいものが多いです。

日本のかかりつけ機能の議論では医療機能情報提供制度を充実させるとのことですが、現状は公開情報が乏しいですし、患者目線でなくわかりにくく、対象の医療機関も少ない上に評価基準が標準化されていませんし、医療機関の間で評価できません。全ての医療機関に質の評価を出させている国は少なくありませんが、日本では難しいと思います。今回のかかりつけ医機能の制度では住民が手挙げ方式でかかりつけ医療機関を決めるということなので、医療機関も手挙げ方式で、例えば一部のグループ診療所とか、在宅などでぜひやってみたいという話も聞いていますので、そういうやる気のあるところから地域住民にわかりやすい評価指標が出てくるといいなあと思います。最後にもう一点、先ほどからなぜプライマリケアが普及しなかったのかということで最後に3枚資料を配布しております。今日元医政局長の武田さんいらっしゃるのでぜひ伺いたいんですけど、この専門医制度のロードマップの1のところですね。

なぜ日本専門医機構に日本プライマリケア連合学会という国際認証まで受けている団体が正式な社員になれないかということです。また次の資料ですが、例えばリウマチ科などはこのように学会名とともに広告を出せますが、最後の資料にありますように総合診療科とか日本プライマリ・ケア連合会家庭医療専門医は広告が出せません。それは地域住民からするとどうしてかなって、ぜひご意見お聞かせいただければと思います。以上です。

寺澤: 武田さんには他の方からも指摘がありそうなので武田さんは最後ということをお願いします。次に田中学長です。病院間の役割分担とか連携が重要だということで、総論は皆さんそうだなということだと思うんですけども、どうやったらその役割分担とか連携するんだらうということが1つあります。もう一つはどうしても医療人材ですとステレオタイプかもしれませんが、皮膚科とか眼科とかばかりに行ってなかなか必要な分野に専門医、あるいは看護師が育成されない、配置されないということも指摘されるわけですけども、どうすればいいのかということところです。

この二つ、病院間の連携・役割分担、もう一つは必要な人材育成をどうするかと、この二つについてお考えをいただければと思います。

田中: 病院間の連携はコロナで経験したんですけども、自然発生的に普段から医師の交流、人材交流があるような病院とか、地域的に近い病院間で、もうしょうがないからネットワークを作りました。それは結構ワークして動いたんですけども、それを制度的にするにはどうしたらいいかっていうと、やっぱりどこか調整機能が入らないといけないと思います。その調整機能をどこが担うかっていうと、私はやっぱり行政のレベルで担うのがいいのではないかと考えています。この間の感染症法の改正でも契約という概念を入れていただいたんですけども、行政と病院との間で契約関係があって、ある程度強制的な調整ができるということが大事なんじゃないかなというふうに思いました。

それから統計上看護師免許を持っている人のうち50%は看護師をやってないんですけども、こういう人たちをどうやってその職種に戻すかっていうと、やはりフルタイムの仕事ではなくても関わられるような形態を普段から作っていくことが重要なんじゃないかなと思います。週に1日でも半日でもいいから、自分が持っているスキルを生かせるような仕組みを作るしかないと思っています。働き方改革でいろんな仕事の形態が生まれてきているので、それをうまく活用すればできるのではないかなと思っています。今流行り言葉でリスキリングという言葉がありますけれども、スキルをもう一遍磨く、あるいは新しいスキルを付加するという仕組みは、学会、大学レベルでやるとは思いますが、これも行政がある程度関与する必要があると思います。調整機能がない状態でてんでバラバラにやったら非常に資源の無駄が起こるような気がしています。ということで、私は行政に期待するものが大きいんじゃないかなと思います。

寺澤: はい、ありがとうございました。次の質問は草場先生にです。最近ですと全世代型社会保障構築会議でもかかりつけ医について提言があったり、厚生労働省の方からもかかりつけ医についての提言があったりします。今日草場先生の説明であったかかりつけ総合医とこの両者、厚労省なり、全世代型社会保障構築会議の言ってることは、何がどう

違って、なぜ厚労省が提示しているものに問題があるのか、ここについてご説明いただけますか？

草場: はい、ありがとうございます。お手元のスライドの続きのところにまとめておりますので、これをご覧いただきながら聞いていただけるとありがたいと思っています。かかりつけ医機能報告制度と書いてあるスライドがあると思いますが、これは厚労省の社会保障審議会医療部会の方で出た提言でございます。こちらはかかりつけ医機能の定義を法制化することと医療機能情報提供制度の中にかかりつけ医機能の情報提供を入れていくということ、そしてその情報を都道府県が一括的にまとめて、全国統一のシステムで国民に公表するということになっています。そして都道府県はその情報に基づきながら地域の協議の場、おそらく二次医療圏の地域医療構想の調整会議みたいなイメージかと思えますけども、そういったところで不足する機能を強化し、具体的な方策を検討することです。

それで患者さんが一体どういう影響を受けるのかというと、継続的な管理が必要な方については患者さんが希望する場合には医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容について、書面みたいなものを渡すという形です。こういったようなところが今回出た内容の骨子と思われれます。

実際の今後のスケジュールという次のスライドの部分については23年の初め、今年です、通常国会で関係法令を改正するという話がありますし、情報提供項目の見直しというものを23年度、この4月以降行っていくとのこと。そして次の24年度に関しては実際に医療機能情報の公表を行い、25年度は実際に地域で協議をするという形になっています。どちらかという地域医療構想的な雰囲気スケジュールというか、そういったようなイメージになってるということでもあります。

ただ今回のこの提案にはいろんな問題を感じております。次のスライド、最後のページのところでございますけども、一つは一番大事なところが曖昧になっているところ。日常によくある疾患への幅広い対応という表現にとどまっているということで、これはおそらくコモディティーズを意識した表現だとは思いますが、どこまで対応するんですかということがあります。つまり、対応・相談には乗るけどうちは診療はできないからよそに行ってください、病院に行ってくださいということも含めて多分「対応」ということになっているのかなと思います。今はコモディティーズの診療を一定のレベルまで行うということを目指していないということだと思われれます。もちろんすぐに全ての医療機関が診療できるとは到底思えないわけでございますけども、このコモディティーズの診療・検査と治療というところでは、よくある病気で大体8割から9割の病気に家庭医は対応できますので、そこ

まできちっと対応する方向をやはり出すべきではないかなと私自身は思っていて見ました。

もう一つは継続的管理がある方にだけこの書面を交付するという話になってますけども、健康相談とか予防医療の対応を求める普段元気な国民に関してはこの書面も交付されませんし、かかりつけ医であるという位置づけもしないということになってしまいますので、そもそも今回のコロナ禍の中で予防接種を受けたいとかかりつけ医にかかったけども、かかりつけ患者じゃないと言われたという問題には何ら答えることになっていないということがあります。そして、これはコロナだけの問題ではありません。健康増進、予防医療への関与だけでなく、一般市民も健康維持のためにはた健診をきちんと受ける必要があります。ただ、特定健診を受ける方は非常に少ないです。ですからここを紐付けることによって健診を受ける方ももっと増えていくと思います。そういったことも含めて踏み込んでいたできたかったと考えてます。それとほぼ同じでございますけども、かかりつけ医と患者さんの関係性が曖昧で、どちらかという医師から一方的にかかりつけ医になってあげてもいいですよという書面が出るという形になります。全世代型社会保障構築会議では手挙げ方式ということで双方が頑張りますとまず宣言をした上で医療側は医療側の責任、患者さんもきちんと受診をするという義務・責任を持ってお互いに責任をシェアしながら、良い医療と一緒に作っていくみたいな方向性が見えたのですが、今回はそれが全く見えてこないということで、やはりこの双方向性が少ないという点が大きな問題だと思います。

また、かかりつけ医機能を報告するという形になっています。報告した内容というのは誰かが吟味するわけではないので、そうですかとそのまま受け止めるということになり、実際にその内容に関する質保証のための確認が十分取れるかどうかはかなり疑問だと思います。先ほどお話した通り、第三者による認定とか確認といったことが必要ですね。医療情報については患者と医療者の間で理解には非対称的な性質が避けられません。本当に良い医療を提供しているかどうか、たくさん薬を出してくれるお医者さんが本当にいい医者なのか、その判断は容易ではありません。ですから、そういった質も含めて評価していく仕組みというものを組み込んでいくということが今後この制度を本当に意味があるものにするためには欠かせないと考えております。ぜひそういった方向へ、この1年まだ議論は続くと思いますけども、この1年の中でもっと盛り込めたらと思います。それについては私も提言をしていきたいと思っておりますし、皆さんからもいろんな形でアプローチをいただけるといいなというふうに思っているところでございます。以上でございます。

寺澤:ありがとうございます。次に土居先生からです。先ほどなぜ進まなかったのかという歴史的な話があったわけですけど、それについてはこれからいろいろと議論をし、具体化

をしていくとのことでした。そうすると中医協じゃないんですけども、また関係者の間で物事が決まってくかもしれません。財政学者や素人は黙ってくださいという感じもあるかもしれませんが、今後の具体化のあり方や医療のガバナンス、政策決定、意思決定、過去の反省を踏まえて今後どうあるべきかということについてお考えをいただければ幸いです。

土居: はい。ようやく財政学者も勉強して医療提供体制の細かいところまで議論ができるようになりました。もっと露骨な言い方をすると財務省の官僚の方々もって言うべきだと思いますが、医療にまつわるステークホルダーがいい緊張関係を持って、それぞれの立場できちんとバランスをとっていくことが必要だと思います。今まで書いていたうちの大きなものの一つとしては保健所機能が弱いという話があります。保健者がもう少し患者の受診の仕方だとか医療機関の質の評価とかそういうところにもっと積極的に関わってもいいはずですが、いかにせんレセプトが紙の書類だった頃はどうしようもなかったわけです。ですが、今やもうほとんどがオンライン化してるので、今までよりかは発揮できるようになるでしょう。

ただ、残念ながら必ずしも保険者が十分な人員を要していないという意味でリソースが足りていません。なかなか自分で分析できないわけです。先ほど武田さんが厚労省も人が足りないとおっしゃっていましたが、私もとある新聞社からインタビューを受けたときに厚労省は分割すべきですかって言われたら、いや人を増やすべきだって申し上げたんですね。医療の既得権を守るために人を増やすのではなく、むしろ改革を進めるために人を増やすというところが必要なのです。保健者の話には後で戻りますけども、キヤノングローバル戦略研究所での提言で厚労省の方にご説明に行ったときに直接お話をいただいたのは医療の質の評価をもっとやってほしいということ、1個の科を新設できればそういうことができるかもしれないということでした。1個の科ぐらいは日本の財政の支出の中で言えば大した金額でもないのに、1個科を作るぐらいで医療の質を評価できるんだったらそれは安いものじゃないかというふうに私は思ったりしました。とにかく改革を進める上で人が足りないから改革が滞るっていうようなことだけは絶対に避けてほしいと思っています。既得権を守るために役所の人数を増やすのは良くないですが、改革を進めるために人をしっかり配置していくことは必要だと思っています。

それで保険者の話に戻りますが、保険者も保険者で人が足りなくてなかなか牽制効果を働かせることができません。もちろん社会説法ですけど、中医協でも支払い側が委員を出してはいますが、やっぱりレスパワフルなのもう少しまく機能してくれるといいですね。また、本来は自治体も保険者なので、自治体も保険者という顔できちんと患者ないし被保険者を守る立場で医療制度について意見を言っていたらいいなと思っております。

しかし、あいにく自治体というのは非常にアンビバレンツな立場にあり、自分で病院も持っています。そして保険料を下げるための税財源も持っています。さらには国に頼めば地方の負担を軽くしてもらえってというようなそういう政治圧力まで持っているということで、ピュアに自治体が保険者として機能してもらえないという悩ましさがあるのです。そうすると結局は財政の側からそんなに医療のために税財源を投じるということは持続可能ではありませんというようなことが申し立てられて、それで何とかバランスが取れるわけです。そういうことをしていく必要があります。お金では社会保障の全てを語れませんが、お金がなければ社会保障は回らないというところで意見を言っていかなければなりません。お金はいくらでも天から降ってくるってわけではないということなのかなと思います。

まあ幸いにそういう土俵はだいぶ整ってきておりますし、人口減少が今までの医療提供体制が持続不可能だということに揺さぶりを激しくかけています。先ほど寺澤さんからの説明にもありましたように、団塊世代の方々が80代になれば外来医療需要は各地でどんどん減っていきますし、それでもなお今までと同じように外来を構えていいのかということにもなります。さらに入院医療もちょっと形は違うといえども似たような構造を持っているということなので、やはり人口減少はあんまり望ましい現象ではないとはいえ、医療改革を進める一つの動機としては不幸中の幸いというか、そういう形でそれを活用していくということはあるのかなというふうに思っております。

寺澤:ありがとうございます。最後に武田先生、いろいろ指摘がありましたが、ちょっとまとめて答えながら、もしいろんな思いがあればぜひお願いいたします。この後フロアに移りますので、皆様ご質問をお考えください。

武田:先ほどたくさん喋ってしまったのでそんなにはないんですが、井伊先生の専門医機構につきましては基本的にプロフェッショナルオートノミーということで、国は一切口も金も出さないというところから始まり、厚生労働省もそういうことであるならばということで全く関与していないというところがスタートの地点であります。その後様々な問題が出たので地域医療と関係するところについては厚生労働大臣から意見を言うってというような条文は作りましたが、それでやはり専門医、どういう専門医をどういう学会に頼んでどういうふうに育てるかっていうのには基本的に国が口を出さないという形で進んでいます。どういう議論でそうなっているのかなって感じで、見ていてあまり答弁能力がないということでご理解いただきたいと思います。それから医療の質に関する情報っていう評価仕様の話がありましたが、これはぜひやってほしいです。

公的財源を使っているんだからこれこれってというような話がよく出ますけど、44兆の医療費を使っている以上、少なくとも主要な病院は質の評価を出すべきだというふうに思います。アメリカなんか見ているとその方向に進んでいると思いますので、このままだと日本

は決定的に遅れてしまうでしょう。ただ、そのためにはどういうふうに評価するのか、諸外国は何で評価しているのか、どれが現場に即すのかっていうことをちゃんと議論できるような体制が必要かなというふうに思いました。

私からは以上でございます。

寺澤:ありがとうございました。お待たせしました。予定よりだいぶ押してきましたけれども、双方向の議論を深めるという趣旨でございますので、ぜひ積極的にどうぞ。所属とお名前をお願いします。

参加者:私共のチームでは中長期的なコロナ後の様々な経済社会の影響を分析する中で、海外のいろんな研究について、医療だけじゃなくて経済も含めて様々な情報を収集しています。今日お話を聞いた中ではお聞きしたい点が二つあります。

一つはポストコロナという話です。いずれにしろ、まだまだコロナはなくなる病気だと思えます。オミクロン以降の変異株の感染力を考えると、例えばインフルエンザ並みの死亡率だとしても毎年かなりの程度で、コロナまたはコロナ由来の病気で亡くなる方が出てきます。ざっくり計算すると毎年10万から20万ぐらいの方が何らかの形で亡くなる可能性が今後出てくると思えます。がんだと30万ですよね。そこまでいかないにしても、相当程度の方々が亡くなるという前提の中で多分議論しなきゃいけない、これが一つです。もう一つはやはり海外、特に欧米などの話を聞いていると、やはり後遺症の問題があります。データなどを見る限り、まだ途中なんでわからないかもしれませんが、やっぱり循環器を含めて様々な内臓疾患の発生率が高くなっています。そして実際に就業ができない方々が欧米などでは数%程度出てくるわけです。そうしますと今後社会経済を維持するためには、今までより現役世代の方々にリソースを配分していかないとはいけなくなると思えます。限られた財源とか限られたリソースの中で見るとそれ以外のところで多分諦めていかざるを得ないわけです。例えば高齢者医療に関しては、もう諦めるという部分がかかり出てくるでしょう。そういったリソースのアロケーションって議論が多分今後必要になってくるんじゃないかなと思えます。

この2点に関して皆様方のご意見、またこの提言をまとめた方々、ぜひそういったことに関してどのようにお考えになってるかお聞きしたいなと思えます。

寺澤:ちょっと難しい質問で誰に振ろうかという感じですが、お医者さんの方と行政の方1人ずつということで、田中先生の方と武田さんに簡単にコメントいただければと思います。

田中:がんで亡くなる方が30万人、コロナで亡くなる方が10万人っていう数字ですが、おそらくダブっている可能性もあると思えます。がんの方がコロナだったということです。

結局かなり社会的なダメージが大きい可能性があるので、そこをどう共存していくかということですが、2 番目の質問、つまりどこに医療の資源を集中するかっていうことに関わってくると思います。その点についてお話すると、私はそれをやるべきだと思います。

これは日本の平等社会の中では非常に難しいと思ってたんですけども、最近これだけの死者がコロナで増えているという状況が何で許容されているのかって考えてみると、やっぱりお看取りとか、高齢者施設でのクラスターとかがあるわけです。そういうのはあんまり社会的な大問題にはなっていないということです。これはもしかすると、社会の医療のアロケーションに関する許容度が上がっているのかもしれないです。例えば医科歯科大学では 12 月に 51 人の患者さんがコロナで入院しましたが、亡くなったのは 1 人だけです。蘇生とかを拒否している方には他の医療を受けていただくことをお願いしたりすることもあるので、入院患者さんの質が違う、内容が違うといえそうかもしれないけれども、やはりかなり医療的にハンディを負ってる方が入院してこられるので、適切な医療をすればそうは亡くならない状況に今あると思っています。

それにもかかわらず大量の患者さんが亡くなっているということを見ると、提供される医療の質が変わってきているのでしょうか。しかもそれが許容されているので、ここは注意深く見ていく必要があると思っています。

以上です。

土居:これは頭の体操ということで捉えていただきたいんですが、ご指摘のような事態が起これば当然ながら我々として医療にかかるリスクが高まるということになりますから、保険の原理をそのまま援用すれば、保険料率を上げるということをせざるを得ないということになります。そこで国民のコンセンサスが得られるかどうかが問われると思います。

寺澤:武田さんお願いします。

武田:大変難しいご質問で直接のお答えにならないかもしれませんが、まだまだ COVID-19 にはわからないところがありまして、このロング COVID の話はなかなか厄介です。

そして基礎疾患とざくっと言っていますが、やはり循環器系のところに影響が出ます。そういう弱さを持っている人に様々な症状が出るというところではただの風邪と言い切れないところがありまして、ここはもう少し研究が必要なところだと思います。

また、若い人にそういうリソースをっていうのもおっしゃる通りだと思います。高齢者が一番弱いと決めつけるのはちょっと危険だということです。それに加えて、なるべく若い人の

リソースをっていうと、一番乱暴な議論として例えば東京医科歯科大の ICU に年齢制限つけた方がいいんじゃないかとかあります。やはりこのコロナの何年間かを通じまして、最初は全員入院っていう措置から始まっていますが、面会禁止がずっと続いている関係で病院に入院する、施設に入所するっていうのが本当にいいんだろうかという動きが出ています。

それからもう一つは本来穏やかな看取りを希望してらっしゃった方を救急に運んでしまうと治療せざるを得ないと言うところで、これは本当に本人の意思に沿ってるんだろうかということが問題提起をされ始めています。そこは見極めが大変難しいところがありまして、一つの見極めは本人や家族の希望だけど本当はどうなのか、という点があります。それからトリアージもそう簡単ではなく、年齢だけではなかなかいかないわけです。そうやって考えますと、ICU に入ってしまうともう徹底に治療するしか道がなくなるわけですから、入り口の部分で本人家族の意向を日常的に把握している医師が最終的なトリアージも含めてということを考えざるを得ません。結局はさっき草場先生がおっしゃったような、そういう先生が日本にあまねく必要なんじゃないかっていうことで実は議論が繋がってるんじゃないかと思っております。

寺澤: ありがとうございます。ぜひ次の質問をお願いします。

参加者: 11 の提言どれも非常に共感いたしました。コロナみたいな状況の中で危機に対応するためには結局集約化をしながら機動的に動くしかないと思います。そしてもう一つその中で必要になってくるのはやっぱり DX だと思います。草場先生のところにもオンライン診療って出てきましたけれど、全体的に言って、やっぱり DX 化ですね。例えばコロナみたいな状況だとオンライン診療って非接触で対応できますよね。うちの医療法人では世田谷区からの要請で日に 1200 人ぐらい発熱外来が見れる、検査も薬も届けられる体制を作ったんですけど、やっぱりオンライン診療があったからできたんだと思うんです。そういうふうな DX 化もありますでしょうし、ICU も本当はこの集約化してっていうのが一番いいんでしょうけど、当面だったら、例えば遠隔の専門医がサポートするような仕掛けなどがあるでしょう。あと保健所の FAX が飛び交っているという状況も DX 化の遅れなんではないかと思っているので、この趣旨の提言は非常に素晴らしいんですけど、DX 絡みももう少しあってもよかったのかなと思います。これについてはあえて省いたわけじゃないと思いますが、ご意見いただけるとありがたいです。

寺澤: 現場ということで、草場先生、現場における DX の活用余地、方向性ということでお願いします。

草場: 全く大石さんのおっしゃる通りで、完全に賛成でございます。感染症対応はもちろんそうなんですけども、日常の診療そのものにおいても DX がほとんどないというところで、非常にアナログな作業がプライマリケアの現場でたくさんございます。

ですから、そういったものをどんどん電子化していくべきです。いろんな書類をいまだ手書きで提出しなきゃいけない状況ですし、実際に電子カルテも共通化されていないので相互に書く、見ることが全くできません。そういったことも含めて地域の中で電子化とクラウド化と共有をどんどん図っていくということは間違いなく必要なことだと思っています。むしろ逆にそれを前提にしてこの提言があるくらいの気持ちで私自身は考えていました。以上です。

参加者: 井伊さんが最初に統計の問題でおっしゃったように、パブリック的な要素がどれぐらい医療に投入されているかは可視化されていません。でも、もう相当量のパブリック財源が投入されてるっていうのは所与だと思うんですね。であればコロナでわかったように、田中学長のところのような病院と、文京区内でコロナを全く受け入れない大学病院とあったわけですが、そういう二極化が起こるといようなことは私は正当化されないんじゃないかと思います。

それを考えると、国か政府、あるいは自治体でもいいと思うんですけども、そこにその医療機関に対するコントロールというかガバナンス、そういうものを一定程度効かせることが必要になってくるんじゃないかなと思います。

ちょっと長くなって恐縮なんですけども、土居さんが先ほどおっしゃった社会保障制度改革国民会議では第 2 次安倍政権の 13 年に報告書を出しています。それでそこに何て書いてあるかというと、日本の医療政策の難しさは西欧や北欧のように国立や公立など公的所有の病院が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、民間資本で病院診療所を営する私的所有で整備されてきたとあります。公的セクターであれば政府が強制力を持って改革ができます。ゆえに、他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが日本ではできなかったのであると、10 年前に言っているんですね。でもコロナを見ると公的病院でさえ最初は言うことを聞かなかったっていう面があったわけですね。そういうことを考えると公的であろうが私的であろうが、経営形態の如何に関わらず、パブリック財源を導入している日本の医療の中では政府がガバナンスを効かせる、一定の強制力を持ってやるべきことをやってもらうということが必要になってくるんじゃないかと思います。それに対するコメントとかお考えがあればお聞きしたいです。

寺澤: 田中学長、いろんな病院をご覧になって対応に差があったと思います。この差についてパブリックな視点でやり終わるのかどうかお考えを聞かせていただければと思います。

田中:パブリックセクターと言っても日本もかなり経営ということが重視されているので、いわゆるヨーロッパなんかのパブリックセクターとは意味が違ってきていると思います。ですからパブリックセクターでも初動が遅れた病院はあったと思います。ただ、そうはおっしゃってもある段階からは都立病院も相当程度たくさんの患者さんを受け入れたし、国立大学もかなり受けるようにはなってきたわけです。だからパブリックセクターも駄目っていうわけじゃなくて、ある段階からは非常に頼りになりました。それで感染症法が改正され、特定の病院は取り消すみたいなことが書いてありますから、次そういうことがあったときにはかなり最初から動くだろうと思います。

それからプライベートセクターの病院に全く受け入れない病院があったことは事実なんですけども、その病院でも今は結構たくさん、重症は受け入れていないけれども、中等症は結構たくさん受け入れているんですね。その理由はなぜかって考えてみると、今は受け入れ数が公表されるようになりましたので、それが結構大きいんじゃないかなと思います。もうずいぶんと公表することは重要だと行政に働きかけたんですけども、行政はなかなかいろんな事情があるのかどうかわかりませんが、拒否した病院はもう公開できないっていうふうに言っていました。しかし、国レベルで動くさすがに公表するようになって受けるようになったので、やっぱり情報公開も大きいんじゃないかなというふうに思っています。

以上です。

寺澤:ありがとうございます。せっかくですからコメントをぜひお願いします。

参加者:今日は大変勉強させていただきました。武田さんにお答えづらいことを聞かせていただくようで誠に申し訳ないんですけど、ぜひ教えていただきたいのは、かかりつけ医の話です。総理が元々Headを務める全世代型社会保障の会議ではあれだけ手挙げ方式で行ってはどうかという論点を出しているのに、それを受けた形で出ている厚労省案はとてそれを受けているとは思えません。大きく開きがあって、患者も誰をかかりつけの患者として受け入れるかっていうのは医師が高齢者でしかも基礎疾患のある人、重症リスクのある人、そういったところに初めからも限定して、かかりつけ患者にしてもいいよっていうようなそういう制度なわけですね。若い人も、今現在具合の悪い人とか、そういう人はもう全然かかりつけの患者になることすらできません。最初からものすごい限定した形になっています。なぜこの案で留まってしまうのか、もう一步厚労省案は進むことはできなかったのか、なぜこれが限界なのか、この辺OBの武田さんはどう思われているのかなと、見られているのが大変難しいあれで申し訳ありませんがそこを教えていただければと思います。

武田:ご質問ありがとうございます。結論から言うとあんまりきちっとお答えできないんですけれども、そもそも厚生労働省案はついこの間出てきていて、具体的にわからない資料もあり、本当にどういう条文に落としてどういう制度設計をするのかというのが見えないですよね。客観的にもそうだと思います。私から見てもなかなかそれだけではわからない、ただこのまま法律はもうすぐ出るということでちょっと議論不足じゃないかなという感じがします。そして武田さんのご質問でありました、なぜこういう狭い範囲で提案が出されたのかということについてです。私なりに様々なかかりつけ医の議論の場に出ており、もちろん医師会も含めてなんですが、医師会の方がむしろ今のかかりつけの議論をしっかり受け止めて、まさに高齢者だけではなく若い人も含めてやはり選ばれる医師になることを目指すということをおっしゃっています。ですので、もうちょっとちゃんと議論をしていただいて医療界も含めた合意ベースで進めることができれば良いものができるんじゃないかと思います。

ただあえて言うとあの政策は時間がない中で決めることもいろいろあります。特に診療報酬改定とかですね。見直すと結構いいのができたりしますので、もし時間のない中で決めるのであれば PDCA でちゃんとみんなが合意できるものを目指していくという方向性は最低限出してほしいなと老婆心ながら思っています。

寺澤:武田さん、難しい中でお答えいただきましてありがとうございます。今日はメディアの方もたくさんいらっしゃいますが、今日の議論の出発点というのはコロナみたいな感染があったときにどういう形で診療所の皆さんにより貢献してもらうのかです。先ほどの武田さんの議論を踏まえると、どう逃げないようにするのかですね。でも逃げないためには普段からの情報がないと動けないわけですよね。つまり誰がどうなったかわからないと動けないわけなので、普段から健康データを用い、いざというときに逃げない、そういうシステムがないとやっぱり安心できないわけです。いろんな利害調整で出てきた提案がその基準に合致するのか、そこに貢献できるのか、そこはやはり今日マスコミの方もいろいろ研究者もいらっしゃるんで、ぜひ見ていくということだと思います。もちろん PDCA でできてから見直すことも重要です。ただ、今のやつはまだ出来上がっているわけじゃないので、今の段階でより良いものにするということです。内輪の議論だけじゃなくて、やはり国民が大きなインパクトを受けたわけですし、これだけ医療について国民が考える時はないわけなので、そういう面から見てこれらの提案がそれに本当に貢献するかどうかというのをぜひメディア方を中心に見ていただくとありがたいなと思います。もしご質問があれば、もう少しだけお時間いただいておりますけどいかがですか？

土居:ご存知かもしれませんが全世代型社会保障構築会議は守備範囲が広いので医療も介護も年金も今すぐ話を決めないといけないうわけですね。あと一番の目玉が子供なんですけど、やっぱり子供予算の話をやろうという意気込みが一番強い会議っていう感じが

ます。その次に介護はどうかっていうと、やっぱりミスター介護保険もいますので、やっぱりある程度バランスをうまく取っているって感じです。医療はどちらかという言いたい放題だけど、受け取ってくれるかどうかはことほど左様だっという感じになっています。これが全世代型社会保障構築会議の置かれてる立ち位置だっという感じです。医療はわりと言いたいことは言えるんだけど、引き取ってもらえるかどうかは委員だけでは何ともしがたいところがあります。だけど、なんですかね、言いたいことが言えるところにきちんと陣取っていて牽制してるってということなのかなというふうに思って議論をさせていただいて、むしろその全世代型社会保障構築会議ですら言わなければ他で言うところがないっというのが今の日本の中の意見の発出場っということになってるのかなというふうには思っています。今後ちゃんとフォローアップさせてくれということは総理にも申し上げて私以外の委員もみんなこぞって言っていますので、今年中の議論は全世代型構築会議でちゃんとフォローアップをさせていただいて、言った通りになってないじゃないかとならば当然言った通りになってないじゃないかと意見を発するということはあるかなと思います。

寺澤:はいどうぞ。

参加者:病院に入院したときの出口問題として例えば、コロナは治ったけども退院できない、つまり受け入れ体制として在宅に介護サービスの提供がないとか、病院に入院するときに看護補助者の人たちが足りなくて1人が逼迫しちゃうとか、医療と介護が一体的に語られなければいけない高齢者が入院患者がすごく多いというふうに言われているにもかかわらず、あまり介護のことが議論されません。このシンポジウムを含めて言われないうのが不思議っというか、ちょっと大事な要素が抜けてるんじゃないかというふうに思ってまして、そこら辺、もしご意見ある方がいたら教えていただきたいなと思います。

寺澤:今日は時間の関係があったのであの二つの分野にフォーカスしたんですけど、提言本体は高度緊急救急医療から緩和とか介護、シームレスの流れが必要だということに触れてはいます。おっしゃった指摘がとても重要でなかなかそこが下に下りていかないものですから、糞詰まりになってしまったという問題は意識はしてはいるんですけども、今回の提言の中のハイライトとしてはICUと診療医のところにフォーカスしました。高度医療をやった上でやはり出口が必要になってくることについてはそういう課題があるんだろうと思います。田中先生いかがですか？

田中:草場先生の方がいいと思います。確かに今コロナになって、普段私達が体験しないような介護が必要な患者さんがコロナという理由で大学病院に入院しておられます。その方たちにどうやって現場に戻っていただくかっていうのは非常にソーシャルワーカーたちが苦勞しているところではありますね。これも病院だけで解決できる問題ではないので、それこそ政策全体で見えていかないとどうしようもないじゃないかなっというふうに思っ

ています。ですので、私がここで何か明快にお答えできることはなくて、むしろコロナが提起した問題として私達も今痛感しているという状況だということしかお話しできません。

草場: 実際私自身が経営している医療法人の中でも、急性期でコロナ治療をした高齢者の方の受け入れを訪問診療であったり、あるいは有床診療所の中での入院みたいな形で受けるケースが結構増えてきています。当初から見るとだいぶ出口問題は解決してきているなという印象はあります。実際高齢者の感染者の数が減ってきたということも大きいかなと思いますし、そもそも最近はあまり入院させないということも影響していますね。施設でそのままコロナの高齢者を見ていく方向にシフトしてきているので、だいぶその問題自体は解決すると思います。ただおっしゃる問題というのは別にコロナだけじゃなくて、入院してる方をどういった形で地域に戻すかということであり、これはコロナ以外の病気の方でも同じ課題だと思ってますので、そこは病診連携、それこそ地域包括ケアシステムという形で医療・介護・福祉が連携しながら面として見ていくということをもっと地域単位で強化しなきゃいけないなという問題意識があります。

寺澤: ポリシー全体ってお話があったので、武田さん、簡単にコメントがあればお願いします。

武田: 草場先生がおっしゃったことにほぼ尽きますけれども、政策的にも医療における要介護高齢者の増加と福祉施設における要医療の高齢者の増加っていうのは必然的に来るんですね。高度急性期の病院ではなかなか高齢者の方、認知症の方がいきなり来るってことはあんまりなかったんですが、コロナでそういう方を目の当たりにして、本当に対応で苦労されたっていうことだと思います。

やっぱり出口の問題は非常に大変で、今回は途中から病院間の連携でかなり民間病院とかが引き取ってくれて、急性期病院のベッドを空けるという協力体制が2年かかってできたわけですが、やっぱり高齢者が一旦入院すると出口がすごく大変なので、できるだけ住み慣れたところで急性期対応するっていう方向で、連携だけじゃなくて合わせてやっていかなければいけないと思います。それが看取りの在宅から急性期もやる在宅っていうふうにならざるを得ないのかなっていうふうにも思いますし、そこら辺は2040年に向けての課題の大きな柱になる可能性があると思っております。

寺澤: 時間もだいぶ過ぎていますが、いかがですか？最後にパネリストの皆さんから一言ずつ言っておきたいことをお願いいたします。

井伊:今日の報告のタイトルですけれども、「適切な政策提言のためには統計の整備が必須」ということで、普段使い慣れているデータでもその内容を吟味して使ってほしいと思います。

田中:私が言うのもあれなんですけど、プロフェッショナルオートノミーはあんまり信じない方がいいと思います。ですから、制度をちゃんと整えていくことが重要だと思います。

草場:かかりつけ医のあり方自体がきちんと議論されたことは1985年の旧厚生省の家庭医に関する懇談会以来で、本当に40年ぶりという状況だと思います。ですから、この40年間の失われた時間がありましたけども、やっぱり今回もう一度しっかりと、かかりつけ医に関しては数ヶ月の議論で終わらせずに腰を据えてやってほしいと思います。先ほど言ったように国の会議も3回ぐらいしかやってませんので、その会議で終わらせるのではなく、きちとした制度を作っていくために議論を行うべきだと思いますし、ぜひそれに皆さんも注目していろいろと発言をいただければなということを期待したいと思います。

土居:政権を通して医療改革を進めるっていうテンションに何とかこの1、2年で持っていきたいです。政権が医療改革で手柄をあげたら国民に対して得点になり、国民にとってももちろんいいわけですけども、政権の評価が高まります。なので、こういうような雰囲気作り、ムード作りが必要だと思います。

武田:今日の2大テーマは高度急性期とかかりつけ医っていうことなんですけど、この二つは非常に大事で2040年にかけて真剣に議論しなければいけないテーマですので、ここで終わらせてはいけないと思います。これをずっと、ちゃんと議論すべきです。未だにかかりつけ医とかかりつけ機能、主治医という言葉が混乱して使われたまま法制化が進むっていうのは状況として非常に危ういです。私経験的には1年、2年かけて議論するテーマだと思いますので、皆様方にもぜひ盛り上げていただき、継続的に議論をし、何よりも本当に望ましい医療体制って何だろうかっていうことを議論していくことだというふうに思います。よろしくお願いいたします。

寺澤:ありがとうございました。最後に私から一言で、もう皆さんの意見と重なるのですが、元々これはコロナがきっかけで始まった研究会です。コロナがきっかけで国民の皆さんも医療をこれほど真剣に考えることはないということなんですけれども、日本人の常として喉元過ぎればすぐ忘れてしまうということで、せっかくな議論が始まっているのに終わってしまう可能性があります。

政権の方もとりあえずの感染者数と死亡者だけに関心があつて、医療システムにはなかなか気が回りません。そうするとこれの繰り返しにやっぱりなりかねません。ある意味でこ

れだけ国民が関心を持ったっていうのは絶好のチャンスで、過去 40 年できなかったことをやれるチャンスかもしれないです。今日は研究者の方もメディアの方もいらっしゃるの
で、国民の関心があるわけで、これを捉えて、改革に繋げていきます。

一気呵成にできなくても、これをしっかりとした意味のある制度に変更していきたいです。国民にインパクトある医療システムについては内輪の議論やオートノミー、病院の経営の自由に任せるだけでなく、パブリックからも、国民からもあるべき姿っていうのをきちっとや
っぱり議論していくということが重要だと思っています。そういう意味では、今日本当に集
まっていたいてありがたいんですけど、今日はゴールではありません。むしろこれを契
機に今回のいろんな動きを本当に意味のある改革に繋げていくスタートにできればと思
います。本当に本日はありがとうございました。