

TMA 近未来医療会議 第 4 クールの論点に関する提言の取りまとめ

2023 年 4 月 6 日

東海大学 堀 真奈美

(第 4 クール WG 座長)

主要議題：「国民皆保険制度・医療保険の未来像、全世代型社会保障と後期高齢者医療、介護保険」

Key words：未来の医療保険、2040 年を見据えて近未来において新たに必要とされるサービスとその評価（看取りを見据えた今後の高齢者医療・介護・地域包括ケアの一体的運用、救急搬送を回避する地域の取り組み、社会的処方・予防・終末期の暮らしと医療

<第 1—3 クールの引継ぎ論点、各クールの提案抜粋>

第 1 クール

- ・ 医療のもたらす多面的な価値に見合った資源配分の必要性
- ・ 医師をはじめとする医療従事者が取り組むべき医療費適正化の努力
- ・ 医療にかかわる教育機会の拡充と国民理解を促す取り組みの強化
- ・ 医療費にかかる国民理解の促進と周知への取り組み強化
- ・ 適切な医療受診への取り組みの強化
- ・ 単に年齢によらない医療費の柔軟かつ適切な自己負担の在り方
- ・ 今後の「かかりつけ医機能」の充実とその評価の在り方

第 2 クール

- ・ 地域医療と医療介護連携
- ・ 後期高齢者健診をもとにしたフレイル診療
- ・ 都内全域をカバーする医療連携システム
- ・ 東京都の地域医療構想
- ・ 在宅医療とこれからの課題
- ・ ヘルスリテラシーとマーケティング視点
- ・ 全体を通じる事項としてかかりつけ医機能について

第 3 クール

- ・ 2040 年の東京都の人口構造、医療（介護）の需要と提供体制
- ・ 平時と有事の医療
- ・ 高度医療機関の在り方 通常医療との両立
- ・ かかりつけ医機能、診療所の役割、在宅医療
- ・ 医療者（医師）の育成

◇共通・重要キーワード◇

・かかりつけ医機能、地域包括ケア、地域医療構想、ICT、DX、働き方改革、患者・国民の理解、多様な価値と評価

【第4クール WG 等でのこれまでの議論の経過】

1月6日（金）19:00-21:00 第1回 WG 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

【検討テーマ】マクロから見る後期高齢者医療制度、国民皆保険

- ・堀真奈美「国民皆保険の過去・現在・未来、改革に向けた視座～持続可能性と納得性」
- ・香取照幸「全世代型社会保障会議～働き方に中立的な社会保障制度等の構築～」
- ・討論・意見交換

2月2日（木）19:00-21:00 第2回 WG 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

【検討テーマ】供給体制と両輪としての医療保険＋介護保険のあり方（東京に焦点を当て）

・菅原琢磨「最大『多様』の最大幸福の追求—近未来の医療（介護）の提供体制と保険財政のあるべき姿」

・佐野雅宏「2040 年を見据えた医療・医療保険制度と健保組合のあり方（医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究1）」

- ・討論・意見交換

3月2日（木）19:00-21:00 第3回 WG 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

【検討テーマ】東京都における未来の医療～医師の働き方と地域包括ケアシステム、看取りを見据えた高齢期人生のサポート

- ・真野俊樹「東京の医師についての1考察」
- ・田中裕之「八王子市における地域連携の取り組み」
- ・野村和至「診療所が取り組む地域包括診療と地域包括ケアシステムへの挑戦」
- ・荘司輝昭「終末期医療とACP そしてこれからの課題」
- ・討論・意見交換

3月24日（金曜）19:00-21:00 第4回 WG 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

- ・自由討論/とりまとめ

Ⅱ 提言 東京から日本の未来を変えるー最大「多様」に向き合う近未来の医療

1. 基本認識

1-1. 近未来志向であること、地域軸×時間軸で考える

1. コロナ以前より、人口減少、後期高齢者の増加、格差拡大、低い労働生産性など日本の医療をとりまくマクロ環境は厳しく、問題は山積している。
2. すでに人口構成上最も大きな割合を占める戦後のベビーブーマーである団塊世代が後期高齢者になり始めている。「2025 年問題」といわれたが、2025 年は目前である。その後も 2036 年から 2039 年にかけて団塊ジュニア世代も 65 歳以上となる。2040 年には、高齢化率が 35.3%を超えることが見込まれているが、その中でも、85 歳以上が 9.2%を超える時代が到来する。
3. 他方、2021 年度の出生数は、1899 年（明治 32 年）人口動態統計の調査開始以降、最小数を更新しており、人口減少のスピードが一層加速化している。2040 年には 20～64 歳人口が人口全体のちょうど半分を占めるまでに減少すると推計される。
4. 医療・介護人材の確保も重要となるが、他の業界においても人材不足が見込まれており、生産性（付加価値労働生産性）の向上、処遇改善が重要となってくるが、労働集約産業、公的価格（診療報酬・介護報酬）の設定が前提となる医療・介護において必ずしも容易なことではない。技術革新、リスキリング（新しい知識・技能を習得できるようにする）、新規的なアイデア、医療法人等の組織改革など全要素生産性を上げていく包括的な議論が重要となる。
5. 少子化対策は喫緊の重要な優先課題であるが、近未来を想定すると日本全体として人口減少を完全に食い止めることは難しく、縮小に適合する総合戦略も必要となる。
6. 高度経済成長前期に成立した、国民皆保険の達成で暗黙の前提としていた“多数の現役世代（若者、都市部）が少数の社会的弱者/高齢者（地方）を支える”という構造がもはや成立しえないことが明らかである。
7. 2040 年までの人口動態を踏まえると大都市こそ高齢化がこれまでにないスピードで進む。つまり、これまで支える側であった大都市こそ今後急速に高齢化が進むという意味で、大都市東京の在り方は今後の日本の未来を左右するものになる。コロナ禍の東京の経験は、有事の経験であるだけでなく、未来の常時を想像させるものでもあった。
8. 全世代型社会保障構築会議で重要視されるように、それぞれの地域性をふまえた「地域軸」と過去・現在・未来という「時間軸」を意識しながら、全世代型社会保障に転換することが重要である。医療保険と両輪の関係である未来の医療提供体制の在り方をふまえて、未来の医療保険の在り方を東京から考える意義は大きい。

1-2. 最大「多様」の最大幸福の追求ー手段としての新しいテクノロジーの活用

1. 日本の医療を取り巻く環境、個々人の価値観、ライフスタイル、心身の状態、働き方はもとより、地域の社会経済環境は大きく変化しており、多様性も高まっている。コロナ禍を経て一層多様化が進んでいる。
2. これまで以上に、近未来では、ニーズ（専門家が判定する医学的な必要性）、ディマンズ（患者・市民が医療サービスに対して求める要求・要望）ともに多様化することが見込まれるが、全てのニーズ、ディマンズに対して、医療保障として画一的、全国一律的に対応することには資源・財源面の両方において限界がある。
3. 国民皆保険として、ニーズに応じて誰もが安心して必要な時に科学的なエビデンスに基づく標準的なサービスが受けられるようにすると同時に、多様なディマンズに応じて、柔軟に選択肢を提示していくことが求められる。つまり、最低品質保証のための標準化の推進と同時に、多様な選択肢を提示するために全ての人を平均化する平均思考から脱却する必要がある。
4. 実現するための基盤として、医療・介護 DX（デジタル・トランスフォーメーション）、AI、リアルワールドデータ（臨床現場におけるヘルス関連のビッグデータ）、センシング（アップルウォッチなど健康関連の生体情報を収集するライフログ等）など新しいテクノロジーの活用は不可欠患者・市民自身の選択によるマイナポータルの活用や保険者、事業者とかかりつけ医機能をもつ医療機関との情報共有・連携は、データの蓄積・活用を通じて、子どもから高齢期までの生涯を通じた健康増進にも貢献する。
5. リアルとサーバー空間の融合した「Society5.0」（デジタル革命によって社会課題の解決と経済発展の両立を目指す社会）の推進が叫ばれているが、パーソナル・ヘルス・レコードの基盤整備、コミュニティにおける社会参加、不健康な生活習慣までもを自然に変えてしまうインセンティブの付与など仕掛け創出など、無関心層であっても、気がついたら健康になる環境づくりが重要である。
6. 近未来では Society5.0 に対応した新しいケアも求められてくるであろう。たとえば、VR（バーチャルリアリティ）を活用したリハビリ訓練、VR で過去の生活を想起させる認知症患者に対する回想療法、デジタルツインを活用したバーチャルな病院、バーチャル病棟、バーチャルな看護師、対話型の AI ロボットなどがあげられる。

1-3. 近未来においても持続可能、負担可能、納得可能な医療システムへの転換

1. 急速な高齢化や医療の高度化に伴い、医療費の増大も予測されるが、現状のままでは、減少する現役世代では支えきれず深刻な財政悪化も予測される。
2. 人口構成比で最大の団塊世代がすでに 2022 年より後期高齢者になっているが、2040 年を見据えると、二番目に大きな構成比を占める団塊ジュニア世代も高齢者入りすることから、これまでと同じであるとする、高齢者医療費の増大に伴う現役世代の社会保険料ならびに公費負担の増加は不可避である。
3. 現在では、雇用者の 5 人に 2 人が非正規雇用となっており、雇用者に占める非正規雇用者の割合が倍増した。結果として、被用者保険の加入要件には満たさない雇用者が国民健康保険

に加入するという状態が増加している。

4. 雇用環境等の変化により、被用者保険と地域保険の境界がこれまで以上に曖昧になりつつある状況下で、制度間、保険者間に保険料算定方法の相違がどこまで合理的であるかどうかを改めて問う必要がある。負担の公平性を確保するために、マイナンバーカードの活用による所得捕捉や就労状態、資産等の把握ができるよう税務、行政手続きのDX化の推進が必要である。
5. 高齢者にかかる医療費は、高齢世代内部のリスク分散のみで完全にまかなうことは困難であり、制度の構造上、現役世代の保険料（支援金等含む）のみならず、公費負担が増加する仕組みとなっている。国際比較において国民負担率は相対的に低位であり、国債も含めた潜在的な国民負担率は56.9%を超えており、現行制度の枠組みのまま、制限なく国債に依存するというのは、未来世代にツケを回す構造であり、世代間の不公平性を拡大することにもなる。近未来における世代間・世代内での公平性と納得性の確保のためには、特定世代ではなく、全世代型の社会保障に転換する必要がある。
6. いくら近未来の理想像を描いても財源、資源には限りがあり、それらの基盤がなければ、絵に描いた餅であり、持続可能ではない。未来の理想像を実現するために必要な安定財源（公的財源・社会保険料・自己負担等）、資源を確保するという視点と同時に、限られた財源、資源をいかに賢く使うかという視点が重要であり、いずれにおいても医療従事者ならびに患者・国民の理解が不可欠である。
7. 今後、必要な安定財源をどこに求めていくかは、適切な財源構成の在り方を含めて検討する必要がある。社会保険であることを意識すると、社会保険料の引き上げ、自己負担も含めて議論をすべきであるが、増税議論についても逃げることなく正面から向き合う必要があるだろう。
8. 税源については、医療保険制度の安定性を担保する必要性から、自ずと消費税等に特徴的な「税收安定性」を重視する必要があるが、世代間、世代内の負担の公平性、低所得者への社会的配慮、経済活動への影響などを勘案しながら、その他幅広い税目の活用についても検討をおこなう余地がある。
9. もちろん、これらの議論のうえでは、これまでの増税財源の利用状況の精査と検証と同時に、今後の増税による負担増が、どのように利用され、どれだけのメリットを患者・国民にもたらすのか、出来る限り分かりやすく、事前に明確にしたうえで国民理解を得ていくことが重要かつ必要である。
10. 近未来では、医師のみならずコメディカル、介護職も含め医療・福祉業界における人材不足が見込まれている。仮に将来的な保険財政上の持続性が担保されたとしても、実際にサービス提供の基盤となる人材が存在しなければ、制度の価値を維持することはできない。急激な人口減少を目前にして、当該分野に必要な人材の安定的かつ持続的な確保は喫緊の課題である。
11. 従来業務の見直し、AI・ロボティクス技術等の導入による効率化、女性や高齢者等、これまで働きたくても働けなかった人材の就業促進等を図ることが喫緊の課題として重要であるが、近未来の人口構成を考えると、日本国内だけで人材確保をするのは極めて厳しい。
12. 必要な人材確保という意味で、外国人人材のより適切な受け入れと活用についても、前向きに検討する必要性が高まっている。他方、我が国の国際的な経済的地位の相対的低下もあり、

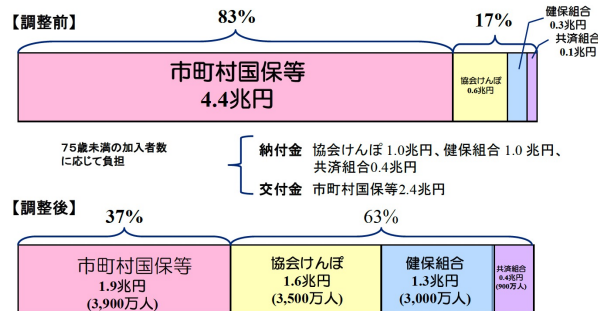
- 従前に比べ、特に東南アジア諸国を中心とした外国人材にとって日本はかつてほど魅力的な「働き先」ではなくなってきている。今後、我が国にとって必要な人材を海外から安定的に確保していくためには、適切な人材の見極めをしっかりと行うと同時に、優秀な人材確保をするためにも、我が国におけるまっとうな生活や将来キャリア設計が適切に描けるような制度の整備、就業、生活上の支援（日本語コミュニケーション能力の向上に向けた支援等）のさらなる充実が必要となる。
13. ただし、外国人材においても、東京をはじめ大都市に集中する傾向があり、「地域偏在」がある。これらについては、東京都において日本語教育を重点的・集中的に実施した上で、都市における就業と人材が不足する地方部での就業を一定期間組み合わせる就労可能ビザを発給するなど、都市部と地方の人材の流動化、配置人材の均てん化を図る「ポンプ役」として貢献する方策も考えられる。
 14. 有限の資源、限られた人材・マンパワーで最大のパフォーマンスを上げるためには、「かかりつけ医療機能」が発揮できる制度整備が重要である。医療従事者のリスクリング、タスクシフト・タスクシェア、DXの推進、働き方の改革も重要となる。
 15. 医療費や医療供給体制の水準は都道府県ごとに格差が大きいことに加え、地域ごとに疾病の傾向も異なる。そのため、効果的・効率的に医療を提供し、無駄を極小にするには、都道府県ごとに地域の疾病動向を分析し、医療機能の発揮状況を可視化できるようにすることが重要である。またこれらの客観データをもとにした議論を通じて、地域医療構想調整会議では、医師会、保険者、その他のステークホルダーがより緊密に連携・協働し、その実効性の担保、向上を図るべきである。
 16. ポリファーマシーなど医薬品の不適切な利用が社会問題となっているが、特に都市部では医療従事者と患者が顔の見える関係でないことから深刻化する可能性がある。患者、医療従事者の双方において適正な利用や適切な受診を促進するような仕組みの検討が重要である。
 17. 財政的な持続可能性は重要であるが、本質的に第一目的ではなく、制度の存在価値が維持されるための手段である。過度な財政圧縮は、経済の成長にとってむしろ弊害となる可能性もあるが、同時に、現役世代の財務負担が過重になるとやはり社会経済活動の活力が削がれ、ひいては医療財政の悪化から「国民皆保険制度」の崩壊につながる懸念もある。よって、サステナブルな（持続可能）制度であり続けるためには、患者のみならず支払者、国民にとってアフォードブル（負担可能）、医療従事者のみならず、国民にとってリーズナブル（納得可能）であることが同時に求められる。
 18. 未来は想定外の連続である。不測の事態への備えは、グローバル化する中、新たな感染症のパンデミック・紛争はもはや一か国の問題ではない。また、日本では地理的特質上、大規模災害等のリスクはつきものであり、想定外の有事への備えは重要であり、そのためにも保険財政の健全性、財政的な持続可能性は重要となる。

2.2040 年の近未来社会への対応

2-1.高齢者は社会弱者と画一的にとらえない

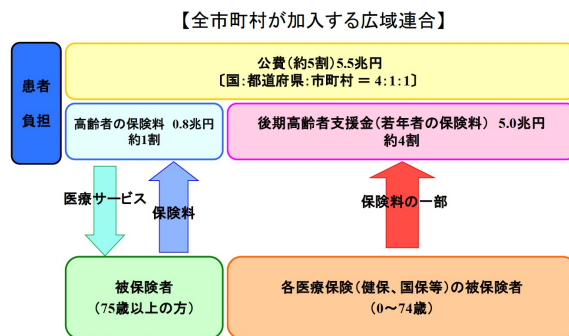
1. わが国を含む多くの国で、高齢者は暦年齢 65 歳以上と定義されている。しかし、この定義には医学的・生物学的に明確な根拠はなく、日本老年医学会が示すように、高齢者は一律ではなく、フレイル状態な人もいるが、体力・認知能力的に若く活動的な人も多い。
2. 基本的には、高齢者＝65 歳以上という固定観念から脱し、年齢を問わずいつになっても希望に応じて働くことができる社会に転換していく必要がある。支える側、支えられる側とのバランスの改善は、社会保障の持続可能性並びに納得性を高める手段ともなる。
3. 高齢者の中にも、就労して収入がある高齢者、資産等のある高齢者もあり、一律に全ての高齢者が社会的弱者とは言えない。さらに、70 歳まで就労可能な社会を推進することを考えると、高齢者世代内のリスク分散と所得再分配に考慮し、保険料負担においても世代内の公平性を確保することが求められる。
4. 就労する高齢者は、年齢に関わらず、現役世代と同じ被用者保険に加入し、保険料負担、自己負担割合、保険給付等は、原則現役世代と同じ扱いとすることが自然である。また、被扶養者のあり方や保険料負担についても、共働き世帯が一般化している状態において、実質的に世帯単位から個人単位に保険が移行していくことが見込まれることから、同様に見直しが求められる。
5. 現在、前期高齢者医療制度では前期高齢者（65-74 歳、約 8 割が国保に加入）に係る医療費に対する国保の財政負担が加重となることを防ぐ目的で、前期高齢者加入者数に応じた保険者間の財政調整の仕組みがとられている。また、後期高齢者（75 歳以上）については、医療費から一部負担金を除いた費用の約 1 割相当分を被保険者自身の保険料で賄い、残り 9 割のうち 5 割を公費（国・都道府県・区市町村）、4 割を前述の支援金で賄うことにより全世代で支え合う仕組みとなっている。これらはいずれも高齢者医療を支える仕組みとして機能をしてきたが、現役世代からの支援金がすでに 4 割を超えており、人口構成との関係で今後さらに「現役世代の負担」が増大する可能性が高い。人口構成の変化に耐えうる制度設計が重要である。
6. 他方、窓口の自己負担が後期高齢者の所得等により 1 割、2 割（課税所得 28 万以上、単身 200 万以上）、3 割（現役並み所得）と応能負担的な要素が取られることになったが、窓口の自己負担のみで財源確保を行うことには限界があり、社会保険制度の本質から照らしても合理的ではない。
7. 高額療養費制度、高額医療・介護合算制度、所得における年金控除、家族世帯の在り方等をふまえると、必ずしも制度横断的にみても公平な仕組みとなっていない。
8. 社会保険の原則にのっとり、年齢のみに依存するのではなく負担能力に応じた窓口自己負担、所得に応じた保険料負担という社会保険方式の基本にのっとり医療保険制度にする必要がある。その上で、制度横断的に見ても整合性のとれる負担上限設定制度の検討の余地がある。

前期高齢者に係る財政調整の仕組み



14

後期高齢者医療制度の仕組み



15

2-2.人生 100 年時代の「切れ目のない」社会保障と地域包括ケアの深化

1. 人生 100 年時代とも言われるが、「ゆりかごから墓場まで」誕生から終焉まで「切れ目のない」社会保障が求められる。ピバレッジ報告 100 年目の日本版アップデートが求められる。
2. 人の生涯の健康（WHO の定義による健康は、身体的健康のみならず、精神、社会的な健康を含む）を支える上で、「かかりつけ医機能」は重要な要素であり、その機能の役割を評価する仕組みが求められる。
3. だが、それは医療のみならず、健康づくり・フレイル予防・未病・社会的処方・患者教育・啓発、介護、終末期、人生の最終段階の暮らしも含め、人々の暮らしに寄り添う機能（コミュニティにおける伴走機能、かかりつけ医機能）も重要になってくる。
4. 近未来の人口構成を踏まえると、認知症ケア、一人暮らしの高齢者、孤立・孤独への対応なども重要となってくる。だが、これらは、本質的に公的医療保険の世界だけで対応するものではない。公助、共助、互助、自助のあり方を整理する必要がある。
5. 画一的に高齢者像を捉えることはできないが、確率的に後期高齢者は疾病罹患リスク、要介護リスクが高く、複数疾患を抱えながら介護が必要なケースも少なくないというのも事実である。地域包括ケア、「地域で治し支える医療」、医療から介護までシームレスな提供体制を推進するた

めに、従来の制度縦割りではなく、ケアの提供のあり方に応じて、包括的に評価ができる仕組みが重要となる。

6. 将来的には、ケアの統合的な提供のあり方や高齢者の適性に応じた健康・治療・介護といった一体的、包括的なサービスの提供を推進するという観点から、後期高齢者医療制度と介護保険制度（75歳以上）の制度間の不整合の是正、制度の壁の解消をする必要がある。後期高齢者医療制度に加入していても、老人保健施設では介護保険優先により医療保険での医療サービスを利用できない。サービスを一体的に提供しやすくするよう制度のあり方を整理・検討する余地がある。
7. 従来は、医療従事者は、疾病リスクが顕在化した後の治療、救命に焦点があてられてきたが、「人生100年時代」をふまえると、ヘルスケア以上にウェルビーイングが重要になってくる。ウェルビーイングの向上に医療従事者がどう貢献できるか、現役世代の被保険者の健康づくりに責任を担う保険者との協働も重要となる。

2-3. かかりつけ医機能が発揮しやすい環境整備

1. 全世代型社会保障構築会議で提唱されるように、かかりつけ医機能が実現する制度整備が重要である。かかりつけ医機能を明確化するとともに、どこにそのような機能を保有する医療機関があるのか、どのような治療が可能なのかをわかるようにすることが重要である。
2. 「かかりつけ医機能」には日常的な治療、複数疾患への対応、予防や介護、患者が抱えている総合的なニーズに包括的に支援ができる体制など多様なものが含まれるため、単独の開業医のみで担うのは困難であるし、働き方改革といった視点でも望ましくない。地域の多様な医療資源を考慮し、地域の医師会を中心に、地域を面で支える連携医療が重要となる。連携には、地域の医療情報ネットワークの活用促進が前提となる。
3. かかりつけ医機能を発揮できるようにするには、医療従事者の自己研鑽が必要であり、生涯にわたって継続的に研修、質の評価ができる体制が求められる。在宅医療、プライマリケアの多職種専門家チームと連携し、介護施設、訪問看護、薬局などと連携、医療から介護、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、終末期医療・ケアまでシームレスなケア体制を構築した場合は、包括的な評価のあり方を検討する必要がある。
4. 保険者と協力し、社会的処方、フレイル予防の実践など、医療だけで対応できない領域（健康、予防）、医療と介護も含めた多様なサービス提供がしやすい環境づくりが重要である。
5. 最終的には、全ての国民が希望すれば、身近で信頼できる「かかりつけ医機能をもつコミュニティ主治医（名称は要検討）」（一定要件を満たしていれば法人等）を自らの意思で選択、安全・安心で効果的な医療を生涯にわたって受けられるようになることが望ましい。

2-4. 医師の働き方改革の推進と国民・患者の啓発・理解

1. 日本の全国的な医療提供体制の特徴として、人口当たりの病床数そのものは世界最高水準であるが、医療機能の分化と連携が十分でないことから、分散型の医療資源となっていることが挙げられ

る。病床数に見合った医師数の確保が難しく、地域偏在もあることから、構造的な課題として医師の勤務環境の向上が難しくなっている。

2. 病床数の地域偏在だけでなく、医師数にも地域偏在がある。医師の地域偏在は、死因疾患上位である癌や心疾患、脳梗塞などの専門的な治療を行える医療機関の地域偏在にもつながる。また、小児救急や周産期など不採算医療を行える医療機関の偏在も著しく、精神科、歯科などの地域偏在も少なくない。
3. さらに、医師の地域偏在は、医師の診療科偏在と呼ばれる問題にも密接につながっている。専門医の認定に一定の定員があるが、基本的に医学部生は卒業後に専門とする診療科を自由に選択ができる。ニーズに応じて重要な診療科を弾力的に増減するという仕組みにはなっていない。
4. 日本では、伝統的に施設基準等を満たせば、どこでも自由に開業ができ、標榜する診療科も自由である。開業医が都市部に集中、過疎地には集まらないなどの偏在が進む要因ともなっている。
5. 結果として、医師総数では過去最多を更新し、医師需給分科会では医師の過剰が予測されている状態であるにもかかわらず、医療資源が分散化した状態のまま、勤務医の過重労働も解消されないままとなっている。
6. 2040年の近未来を想定すると、医師、コメディカル、介護・福祉職も含めて、医療関連業界の人材不足はより深刻となることが明らかである。
7. 2024年4月より医師に対する時間外労働の上限規制の適用が開始されるが、医師を含め、医療機関で働くすべての人の働き方改革を進め、誰もが、心身の健康を維持しながら、医療に従事できる状況の実現が望まれる。同時に三位一体改革とされるが、マクロレベルでは、「地域医療構想」によって、医療機能の分化と連携、地域のニーズに応じた病床機能ごとの病床再編・転換が重要となる。
8. 医師の中には、患者に寄り添い、患者のために時間を厭わずに奉仕することを是とする倫理感を持つものも少なくない。だが、近未来における人材不足を考えるとそのような働き方に限界があり、医療サービスの質の確保と安全性の確保という視点から見直しが必要である。
9. 患者・国民の行動が医師・医療従事者のサービスの提供体制にも少なからず影響を与えることから、患者・国民にも医師の働き方改革について啓発することが重要である。

2-5.東京都固有の課題に向けた解決に向けてー

＜東京において急増する高齢者の終末期の暮らしを支える医療を実現するには＞

1. 東京都における地域包括ケアの特徴は、都市部に特有のものである。同じ東京都であるが、多摩地区と23区では医療資源や高齢化の状況に相違がある。また、同じ23区内でも同様に大きな違いが生じており、23区内であっても限界集落に近い状況のエリアも町丁目単位で生じている。
2. 高齢化の進展が都市部より早く、高齢者施設が多く開設された多摩地区の中核市である八王子市は、市民、行政、消防署、医療関係機関、介護関係機関、福祉関係機関が参加するオール八王子体制で高齢者を対象とした救急搬送システムの構築を行っている。この「ご当地」救急搬

送システムが稼働することにより、高齢傷病者の救急搬送時間の短縮、地域内医療機関への搬送率の向上を認めている。救急搬送システムは地域包括ケアシステムのセーフティネットとして機能するため、重要である。

3. 病院救急車は在宅医や急性期医療機関での1次トリアージを伴って活動するため、高齢傷病者の回復期病院、慢性期病院での受け入れを促進し、地域内で完結する急性期・回復期・慢性期・在宅医療連携を実現する。
4. 終末期の暮らしや医療を支えるのは、医療従事者等だけの責任で担えるものでもなく、本人の自己決定、家族・後見人等の理解と意思決定への参画が重要となる。
5. 最期まで住み慣れた街で自分らしく暮らすためには、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及が望まれる。ACPとは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者を主体に、家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスである。このプロセスがあるか、ないかで、最期の人生のあり方が大きく変わる。
6. 高齢者の就労の促進や運転技能判断において、該当する後期高齢者医療健診には認知機能検査や身体機能検査を評価して証明書を発行することで、個人の健康管理、社会的孤立防止ばかりではなく、高齢者の就労や運転に対する社会の不安や不信を取り除くことにつながる可能性がある。
7. 介護体制の考え方において、現在の生活に対するサポートや事故を防ぐための見守りだけではなく、ACPに代表されるような本人の生きがい、尊厳をサポートするための介護、さらには介護、特にリハビリにより改善した際の評価体系などの再考が望まれる。
8. 理想的な地域包括ケアシステムの効率化と維持のために、東京都医師会はこのシステムの全体像の把握と産学官民による連携強化、さらには関連する他職種の問題点まで情報を共有し、共に解決を目指すための提言を行う必要がある。

<東京で求められるかかりつけ医機能とは？>

1. 東京都医師会では「かかりつけ医が患者のために必要と判断した時に、適切なルールに基づいて行うオンライン診療を、対面外来、入院、在宅に続く第4の診療形態として育てていく」ことを考えており、「オンライン診療の安心安全と信頼性を担保しながら診療の質を向上させていく努力を絶えず続けていくべき」とも考える。
2. 東京都と地方では人口構造の違い、職住環境に特有性があり、郊外に居住して都心部に通勤通学、定期的に通院する病院・診療所が都心部に多く存在するため、地域を越えて広域的にかかりつけ医機能を発揮する医療機関が存在する。そのため今後の医療・介護需要が高まり生産年齢人口の急激な減少の中地域医療の効率化とかかりつけ医機能の最大化が必要である。
3. これらにはPHR,ICTネットワーク、オンラインなど補助システムを駆使した継続性のある連携も有効である。また「かかりつけ医」としては、年齢とともに迎える様々な終末期に対する準備としての

ACP を考えるきっかけづくりも重要な課題で、本人・家族が心肺蘇生を望まない傷病者への不搬送事業への関りや救急車の適正使用につながると考える。

＜東京における病診連携を推進するには＞

1. 東京では、日本全国に比べて多くの大規模病院が存在する。フリーアクセスであるため、軽症の患者が病院に集中しないように診療情報提供書（いわゆる紹介状）のない初診患者には特別の料金が上乗せされることとなっている。これは、医療機能の分化、連携という観点から、診療所から病院を紹介するというルートを想定していると思われるが、実際には診療所で診察前から診療情報提供書を要求するもの、病院受付からそれを指示されて受診する患者も多く、必ずしも有効に機能していない。地域資源を効率的に活用するための病診連携を進めるためのルールを地域、医療機関が再徹底する必要がある。
2. 200 床以上の病院での外来診療の診療報酬は外来診療料に包括されており、診療所の医療費と比べてかなり低く設定されている。これは病院に逆紹介を促すための仕組みであるが、実際には逆紹介される患者側からは、診療所での受診は自己負担増となることから、逆紹介が進まない一因となっている。大規模病院が集中するエリアでは、自己負担率のあり方を含めて再検討が必要である。
3. 今回の感染症パンデミックあるいは災害時において、急激な医療ニーズの増加に対応しきれない問題が露呈した。その解決方法の一つとして、ワクチン接種や急増したプライマリー疾患に対する地域の内科以外の医療機関の協力体制を病院や東京都医師会と連携の上で検討すべきである。
4. 病診連携における医療情報の共有化は喫緊の課題であるが、地域医療の核となる多職種連携においても情報共有による迅速な生活介入支援やリスク情報の提供も同様に重要な意味を持つ。現在は医療介護専用 SNS などの利用が進んでいるが、一部の利用に留まっている。現在のカルテ情報共有化のための取り組みにおいて、介護と医療をつなげるための利用や工夫も同時に検討する必要がある。

以上

資料 1－2

第4クール提言（とりまとめ）について

東京から日本の未来を変える
最大「多様」に向き合う近未来の医療

TMA近未来医療会議の主たる目的の再確認

背景

国家財政が逼迫し、財政健全化（プライマリーバランス）が喫緊の課題と言われる中で、コロナ前（2018年）の社会保障費32.5兆円（医療給付費11.4兆円・医療保険9.6兆円）という現実がある。一方、コロナ感染急拡大により2020年度の国民医療費は概算で1.4兆円という極めて深刻な減少が見込まれている。

コロナ禍により足元の医療供給体制は崩壊寸前となっており、これらの現状を教訓として、将来起こり得る新興感染症のパンデミック再来という緊急事態をも想定した“社会保障なかでも社会保険制度の改革・再構築”を行う事が強く望まれている。

そこで、**ポストコロナ時代**を見据えて、「超高齢社会と厳しい国家財政下における我が国の社会保障・保険制度がどうあるべきか？」という最重要課題について、国民・都民に明確な方向性を示す事は、首都東京を守る医療者（医師）としての責務である。

主たる目的

- 我が国・東京都における社会保険制度の理想的な未来像を追求する（給付と自己負担及び公費のあり方も含めて）
- 我が国の社会保険制度の中における適正な医療保険のあり方を検討し、目指すべき方向性を提言する（平時と有事の医療供給体制や医療資源の配分と柔軟性も念頭に）
- 新たな地域医療構想・地域包括ケアの一体的な運用を強力に支援・推進するための「医療保険-介護保険」の連携と仕組みづくりを検討する

主な検討テーマ案

基本テーマ：「2040年に向けた医療供給体制と診療報酬体系の抜本的改革」

4つの論点（キーワード）2022年1月から第1クール開始予定

第1クール：国家財政、医療経済、国民医療費と税制、財政審の建議・骨太の方針

第2クール：地域医療体制、地域医療構想・地域包括ケア、介護保険と医介連携

第3クール：コロナ対策の評価、有事と平時の医療供給体制、第8次医療計画

第4クール：国民皆保険制度・医療保険制度の未来像、全世代型社会保障と後期高齢者医療制度

具体的な検討内容例

- 医療経済学から見た社会保障・社会保険制度と経済成長戦略
- 財政健全化と社会保障費・医療費（給付と負担のバランスなど）
- 「**財政制度等審議会の建議**」及び「**経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）**」への逆提言
- 都道府県における国民健康保険制度の将来像と**医療費適正化計画**・**地域医療構想**
- **後期高齢者医療制度**の問題点（支援金や給付と負担の適正化など）
- **ポストコロナ時代**・**超高齢社会**における国民皆保険制度のあり方
- 国家的緊急時を見据えた地域医療構想・医療供給体制の改革に資する医療保険制度の役割
- **かかりつけ医機能強化**と外来・入院・在宅の**医療機能分化**に対する医療保険の関わり
- **地域包括ケア**制度の拡充における医療保険・介護保険の役割
- 診療報酬や薬剤費と低経済成長時代における消費税（税制）
- 新しい診療手段（オンライン診療など）に対する診療報酬上の評価
- 超高額医薬品の保険適応や、給付対象外の薬剤費（予防接種なども含む）の扱い
- 医師・医療従事者の働き方改革と社会保険制度

これまでの検討会の検討事項

2040年に向けた医療供給体制と医療保険等の在り方（全体統括 香取）

- ・ 第1クール（菅原）：国家財政、医療経済、国民医療費と税制
- ・ 第2クール（香取）：地域医療体制、地域医療構想・地域包括ケア、介護保険と医療介護連携
- ・ 第3クール（和田）：コロナ対策の評価、有事と平時の医療供給体制、第8次医療計画
- ・ 第4クール（堀）：医療保険の未来像、全世代型社会保障と後期高齢者医療＋介護保険

東京都医師会 社会保険制度検討協議会 会則

（目 的）

第1条 東京都医師会社会保険制度検討協議会（以下「協議会」という。）は、我が国・東京都における社会保険制度の理想的な未来像を追求し、我が国の社会保険制度の中における適正な医療保険のあり方を検討し、目指すべき方向性を提言すること、ならびに、新たな地域医療構想・地域包括ケアの一体的な運用を強力に支援・推進するための「医療保険-介護保険」の連携と仕組みづくりを検討することを目的に設置する。

全体を通じた問題意識の再確認

* 第1回シンポジウム資料抜粋

高齢社会における医療に求められるもの

- 医療の目的の変化：「治す医療」から「治し支える医療」へ
→生活の質（Quality Of Life）を重視した医療へ
「生活の中の医療（生活を犠牲にしない医療）」
- 病院に求められる機能役割の変化
一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能
- 「治し、支える」は医療だけでは実現できない。
地域医療の形も変わる 「地域完結・在宅支援型」
外来中心から往診・オンライン中心へ 開業医の機能役割も変わる
医療・看護・介護・生活支援・・・ お題目でない医療介護連携
このためには医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な
専門職種との連携・協働が重要 → だから地域包括ケアネットワーク

コロナ禍で露呈した日本の（平時の）医療提供体制が持つ構造問題

・民間資本中心で発展してきた日本の医療提供体制

自由開業医・自由標榜制 独立採算の中小民間病院中心の提供体制
医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない
（病病連携・病診連携・医療介護連携・救急体制、、ずっと言われきているがうまくいかない。
現場の個々の医師・医療機関の「機転と応用動作」依存）

・患者の「選択の自由」が極めて大きいフリーアクセスの医療保険制度

患者の流れ（適時適切な医療需要の振り分け）を制度的にコントロールできない

・機能未分化・非効率で「薄まき」、余力のない医療提供体制

供給（提供側）もコントロールできず需要（患者）も制御できない。
日本の医師一人当たり入院担当患者数はアメリカの5倍、年間外来延べ患者数はアメリカの3.5倍。
医療従事者の労働環境は過酷。局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる脆さ
←救急患者のたらい回し、医療（介護）難民、連携・ネットワークの不在はコロナ前からあった現象

第1～3クール横断でとりあげられてきた重要な検討事項（緑）

- かかりつけ医機能
- 地域包括ケアネットワーク
- 地域医療構想、医療機能分化と連携
- ICT,DX
- 働き方改革
- 患者・国民の理解
- 多様な価値

×

+

大都市 東京の未来、
東京都医師会の当事者として果たすべき役割

<キーワード>

- 理想的な未来像
- 給付と自己負担と公費の在り方
- 医療資源の有効な利用
- 地域医療構想・地域包括ケアの一体的な運用
（医療・介護保険の連携の仕組み）

第4クール

大テーマ：医療保険の未来像、全世代型社会保障と後期高齢者医療＋介護保険
2040年を見据えて近未来の東京において新たに必要とされるサービス



基本認識①：

近未来志向、 地域軸＊時間軸で考える

- “2025年”問題はもはや目前。人口減少、後期高齢者増加
- “2040年”の高齢化率35.3%、85歳以上9.2%（推計）
- 1899年（明治32年）調査開始以降の最小出生数を更新
 - 2040年には、20～64歳が人口全体の半分
 - 医療・介護人材確保のみならず他業界でも人材不足、全要素生産性の向上が課題
- 国民皆保険の達成の暗黙の前提：「多数の現役世代が少数の社会的弱者、高齢者（地方）を支えるという構造」が成立しないことが明白。
- 2040年までの近未来を考えると、大都市こそ高齢化が加速。これまで支える側であった大都市で急速に高齢化が進む日本の近未来の医療を左右。



基本認識②： 最大「多様」の最大幸福の追求ー手段とし ての新しいテクノロジーの活用

- 日本の医療を取り巻く環境、個々人の価値観、ライフスタイル、働き方、地域社会経済環境は大きく変化。
- 医療に求める内容も多様化。医療保障として画一的、全国一律的に対応することは困難に。
- 最低品質保証のための標準化と同時に多様な選択肢が求められる。全ての人を平均化する平均思考からの脱却。
- 実現する基盤として、医療・介護DX, AI, リアルワールドデータ、センシングなど新しいテクノロジー。
- マイナポータルの活用や保険者、事業者とかかりつけ医機能をもつ医療機関との情報共有・連携は、データの蓄積・活用を通じて子どもから高齢期までの生涯を通じて健康増進にも貢献。
- リアルとサーバー空間の融合した「Society5.0」、無関心層であっても気が付いたら健康になる環境、新たなケア（VRを活用したリハビリ、認知症への回想療法、デジタルツインの活用、AIロボット等）



基本認識③：

近未来においても持続可能、負担可能、納得可能な医療システムへの転換

- 世代間の公平性の確保-過度な負担を現役世代に課さない。
- 雇用環境の変化への対応ー被用者は被用者保険に、「勤労者皆保険」
- 財政健全化の重要性と安定財源の確保
 - 特定世代ではなく全世代型の社会保障に転換する必要。単に年齢のみに依拠しない制度設計。
 - 保険料、自己負担のみならず、必要な安定財源として、増税議論についても逃げることなく正面から向き合う必要がある。
 - 想定外の不測辞退への備えも重要
- コメディカル、介護職を含め医療・福祉業界の人材不足
 - 従来業務の見直し、新たなテクノロジー活用による効率化、女性や高齢者等多様な人材の活用は喫緊の課題として重要。
 - 同時に近未来を考えると日本国内だけで確保するのは困難。外国人人材の有効活用、定着策も検討すべき。
- 患者、医療従事者双方による医療の無駄遣いの是正（ポリファーマシーなど医薬品の不適切な利用など）

2040年に向けて





2040年の近未来社会への対応

①高齢者は社会的弱者と一律にとらえない 制度設計

- 高齢者の体力・認知能力は多様である。
- 就労して収入がある高齢者、資産等のある高齢者もいる。
- 年齢を問わず幾つになっても希望に応じて就労可能な社会を目指す。
- 社会保険の原則に則り、単に年齢のみに依存するのではなく負担能力に応じた窓口負担、収入等に応じた保険料負担。制度横断的にみても整合性のとれる負担上限設定。
- 後期高齢者、前期高齢者に係る財政調整の仕組みでは、近未来の人口構成にも耐える制度設計が重要。



2040年の近未来社会への対応

②人生100年時代の「切れ目のない」社会保障と地域包括ケアの深化

- 「ゆりかごから墓場まで」切れ目のない社会保障
- 人生の生涯の健康をささえる上で「かかりつけ医機能」は重要な要素。
- 医療のみならず、健康づくり、フレイル、未病、社会的処方、患者教育・啓発、介護、終末期医療、最期の暮らしまで人々の暮らしに寄り添う機能が重要
- これらは公的医療保険の世界だけで対応するものではない。公助、共助、互助、自助のあり方の整理
- 疾病リスク、要介護リスクが高く、複数疾患抱えながら介護が必要なケースもある。地域包括ケア、地域で治し支える医療を推進するために、従来の制度縦割りではなくケアの提供のあり方に応じて包括的に評価ができる仕組みが重要
- ヘルスケア以上にウェルビーイングの重要性、現役世代の被保険者の健康づくりに責任を担う保険者と医療機関の協働



2040年の近未来社会への対応

③かかりつけ医機能が発揮しやすい環境整備

- かかりつけ医機能の明確化、どこにいるのか、どのような治療ができるのかを一目でわかるように。
- 「かかりつけ医機能」には日常的な治療、複数疾患への対応、予防や介護、患者が抱えている総合的なニーズに包括的に支援ができる体制など多様なものが含まれるため、単独の開業医のみで担うのは困難であるし、働き方改革といった視点でも望ましくない。
- 地域の多様な医療資源を考慮し、地域の医師会を中心に、地域を面で支える連携医療が重要となる。連携には、地域の医療情報ネットワークの活用促進が前提となる。
- かかりつけ医機能を発揮できるようにするには、医療従事者の自己研鑽が必要であり、生涯にわたって継続的に研修、質の評価ができる体制が求められる。
- 在宅医療、プライマリケアの多職種専門家チームと連携し、介護施設、訪問看護、薬局などと連携、医療から介護、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、終末期医療・ケアまでシームレスなケア体制を構築した場合は、包括的な評価のあり方を検討する必要がある。
- 保険者と協力し、社会的処方、フレイル予防の実践など、医療だけで対応できない領域（健康、予防）、医療と介護も含めた多様なサービス提供がしやすい環境づくりが重要である。



2040年の近未来社会への対応

④医師の働き方改革の推進と国民・患者の啓発理解

- 病床数、医師数、診療科の地域偏在
 - 分散型の医療資源
 - 自由開業医制度、自由標榜
 - 医療機能の未分化、連携不足の背景要因にも
- 働き方改革、2024年4月～医師に対する時間外労働の上限規制の適用
- 患者の意識改革
 - 患者・国民にも医師の働き方改革について啓発

東京固有の課題と 対応





東京固有の課題に向けた解決に向けて ＜東京で求められるかかりつけ医機能とは＞

- 「かかりつけ医が患者のために必要と判断した時に、適切なルールに基づいて行うオンライン診療を、対面外来、入院、在宅に続く第4の診療形態として育てていく」ことを考えており、「オンライン診療の安心安全と信頼性を担保しながら診療の質を向上させていく努力を絶えず続けていくべき」とも考える。
- 医療・介護需要が高まり生産年齢人口の急激な減少の中地域医療の効率化とかかりつけ医機能の最大化が必要である。
- これらにはPHR,ICTネットワーク、オンラインなど補助システムを駆使した継続性のある連携も有効である。また「かかりつけ医」としては、年齢とともに迎える様々な終末期に対する準備としてのACPを考えるきっかけづくりも重要な課題で、本人・家族が心肺蘇生を望まない傷病者への不搬送事業への関りや救急車の適正使用につながると考える。



東京固有の課題に向けた解決に向けて ＜東京において急増する高齢者の暮らしを支える医療を実現するには＞

- 同じ東京でも多摩区と23区では医療資源、高齢化の状況に相違がある。
- 八王子市では市民、行政、消防署、医療関係機関、介護関係機関、福祉関係機関が参加するオール八王子体制で高齢者を対象とした緊急搬送システムの構築（救急搬送時間短縮、地域内医療機関への搬送率の向上、地域包括ケアシステムのセーフティネットとしての機能）、八王子モデルはコロナ禍でも貢献
- 最期まで住み慣れた街で自分らしく暮らすためには、アドバンス・ケア・プランニングの重要性
- 高齢者の就労促進や運転技能判断における認知機能検査や身体機能検査



東京固有の課題に向けた解決に向けて ＜東京における病診連携を推進するには＞

- フリーアクセスであるため、軽症の患者が病院に集中しないように診療情報提供書（いわゆる紹介状）のない初診患者には特別の料金が上乗せされていることとなっている。実際には診療所で診察前から診療情報提供書を要求するものの、病院受付からそれを指示されて受診する患者も多く、必ずしも有効に機能していない。地域資源を効率的に活用するための病診連携を進めるためのルールを地域、医療機関が再徹底する必要がある。
- 200 床以上の病院での外来診療の診療報酬は外来診療料に包括されており、診療所の医療費と比べてかなり低く設定されている。これは病院に逆紹介を促すための仕組みであるが、実際には逆紹介される患者側からは、診療所での受診は自己負担増となることから、逆紹介が進まない一因となっている。大規模病院が集中するエリアでは、自己負担率のあり方を含めて再検討が必要である。
- 今回の感染症パンデミックあるいは災害時において、急激な医療ニーズの増加に対応しきれない問題が露呈した。その解決方法の一つとして、ワクチン接種や急増したプライマリー疾患に対する地域の内科以外の医療機関の協力体制を病院や東京都医師会と連携の上で検討すべきである。
- 病診連携における医療情報の共有化は喫緊の課題であるが、地域医療の核となる多職種連携においても情報共有による迅速な生活介入支援やリスク情報の提供も同様に重要な意味を持つ。現在は医療介護専用SNSなどの利用が進んでいるが、一部の利用に留まっている。現在のカルテ情報共有化のための取り組みにおいて、介護と医療をつなげるための利用や工夫も同時に検討する必要がある。

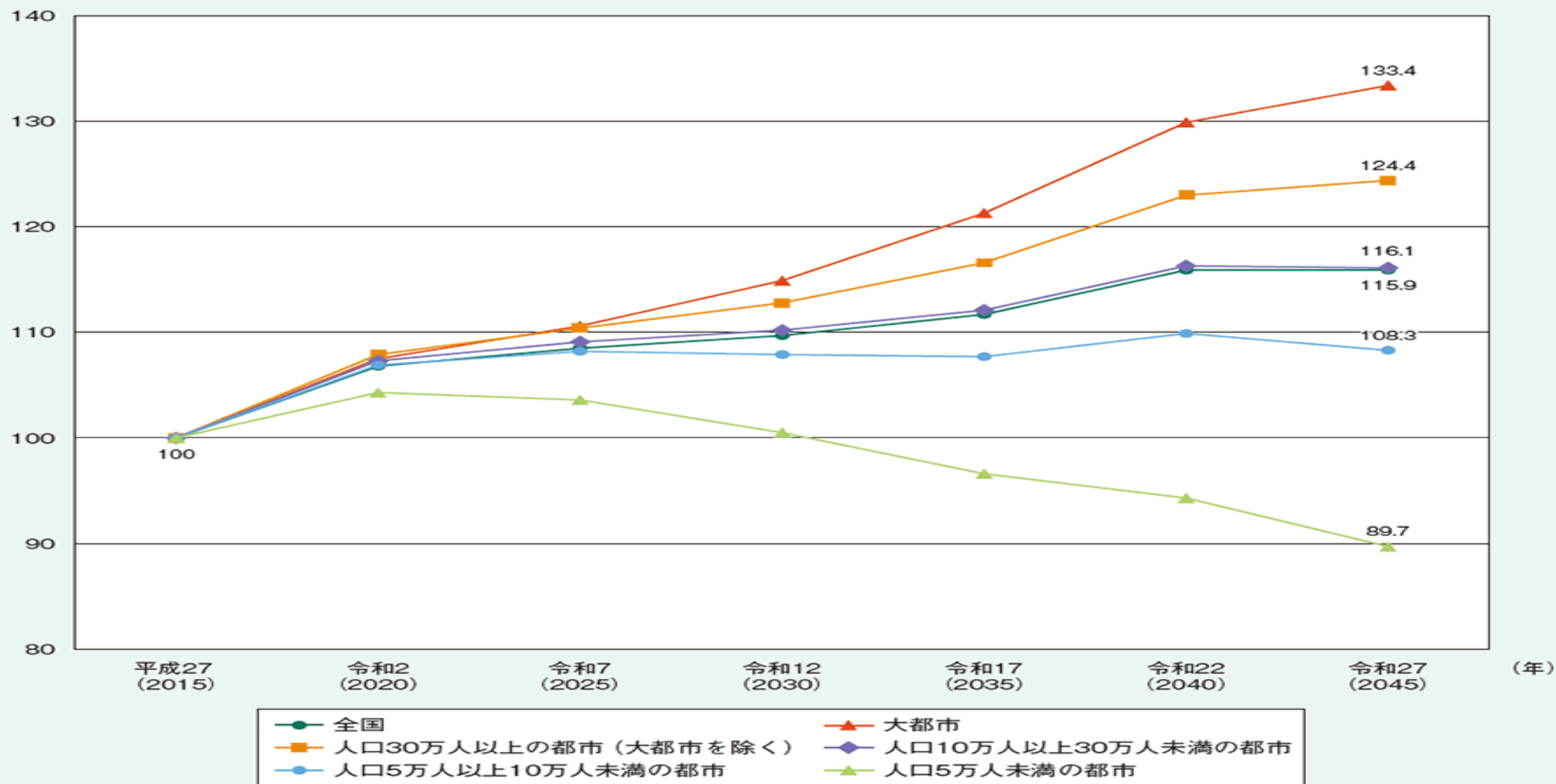
參考資料

平成30年の暮らしの変化		1989（平成元）年 *1は1990年、その他は特記のとおり	2019（令和元）年 *2は2015年、*3は2018年、その他は特記のとおり	2040（令和22）年 【推計・仮定値】
1	総人口	1.24億人	1.26億人	1.11億人
2	65歳以上人口（総人口比）	1,489万人（12.1％）	3,589万人（28.4％）	3,921万人（35.3％）
3	20～64歳人口（総人口比）	7,590万人（61.6％）	6,925万人（54.9％）	5,543万人（50.0％）
4	平均寿命	男75.92歳 女81.90歳	男81.41歳 女87.45歳	男83.27歳 女89.63歳
5	その年の65歳の人の生存確率	90歳まで	男22％ 女46％	男42％ 女68％
		100歳まで	男2％ 女7％	男6％ 女20％
6	出生数／合計特殊出生率	125万人／1.57	87万人／1.36	74万人／1.43
7	未婚率（30～34歳） （35～39歳） （50歳）	男32.8％ 女13.9％ 〃 19.1％ 〃 7.5％ 〃 5.6％ 〃 4.3％	男47.1％ 女34.6％ 〃 35.0％ 〃 23.9％ 〃 23.4％ 〃 14.1％	男52.1％ 女35.4％ 〃 39.4％ 〃 24.9％ 〃 — 〃 —
8	夫婦の平均予定子ども数／完結出生児数	2.23／2.19人	2.01／1.94人	—
9	死亡数（1日当たり）	78.9万人（約2,200人／日）	138.1万人（約3,800人／日）	167.9万人（約4,600人／日）
10	平均世帯人員	2.99人	2.33人	2.08人
11	三世代世帯数（65歳以上の人のいる世帯総数比）	439万世帯（40.7％）	240万世帯（9.4％）	—
12	高齢単独世帯数（高齢者世帯総数比）	162万世帯（24.6％）	593万世帯（31.5％）	896万世帯（40.0％）

13	就業者数		6,128万人	6,724万人	5,245～6,024万人
14	就業率	【女性】 (25～29歳) (30～34歳) (35～39歳)	57.3% 49.6% 61.1%	82.1% 75.4% 74.8%	84.6% 83.4% 88.9%
15		【高齢者】 (60～64歳) (65～69歳) (70歳以上)	52.3% 37.3% 16.4%	70.3% 48.4% 17.2%	80.0% 61.7% 19.8%
16	共働き世帯数（男性雇用者世帯に占める割合）		783万世帯 (42.3%)	1,245万世帯 (66.2%)	—
17	非正規雇用労働者数（割合）		817万人（19.1%）	2,165万人 (38.3%)	—
18	1世帯当たり平均所得（世帯規模と物価の影響を調整した等価・実質（1991年価格））		368.7万円	346.0万円	—
19	ジニ係数	当初所得 再分配所得 当初所得からの改善度	0.4334 0.3643 15.9%	0.5594 0.3721 33.5%	—
20	生活意識「大変苦しい」「やや苦しい」の合計		37.7%	54.4%	—
21	インターネット利用状況（個人）		0% 【9.2%（1997年）】	79.8%	—
22	スマートフォン保有世帯割合		0%	79.2%	—

23	親戚、職場の同僚、隣近所の人との関係 ①「形式的つきあい」が望ましいとする割合 ②「全面的つきあい」が望ましいとする割合		親戚 13% 41%	同僚 15% 45%	隣近所 19% 27%	親戚 26% 30%	同僚 27% 37%	隣近所 33% 19%	—
24	「日頃、社会の一員として、何か社会のために役立ちたいと思っている」人の割合		61.7%			63.6%			—
25	社会保障給付費 名目額 対G D P 比		47.4兆円 10.5%			117.1兆円 21.4%			188.2～190.0兆円 23.8～24.0%
26	患者数	外来／入院	135／774万人			132／783万人			140／753万人
27	介護利用者数	施設利用者数 居宅利用者数	19万人 67万人			149万人 353万人			238万人 509万人
28	医療福祉分野の就業者数	就業者総数比	221万人（3.7%） 【1988年（当時推計・事務職を含まず）】			843万人（12.5%）			1,070万人 （18～20%）

図1-1-11 都市規模別に見た65歳以上人口指数（平成27（2015）年＝100）の推移



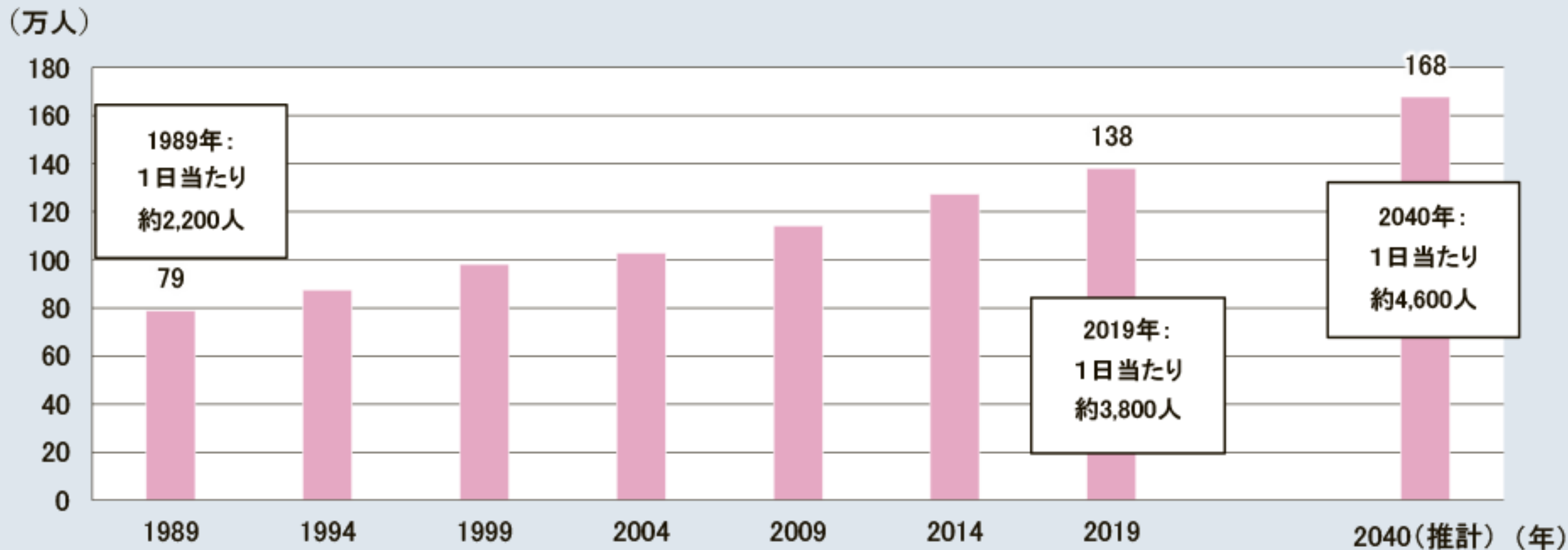
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」をもとに作成

（注1）各カテゴリーごとに総計を求め、2015年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

（注2）「大都市」は、東京都区部及び政令指定都市を指す。

（注3）福島県のデータは含まれていない。

図表 1-1-3 死亡数の推移



資料：厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」(2019年については月報年計(概数))、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」における出生中位・死亡中位推計。

(注) 1日当たり人数については、各年の死亡数を365で除した概数である。

人生会議（ACP: アドバンス・ケア・プランニング）に関する取組状況

令和3年度人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業研修会資料

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

【基本的な考え方】

- 1)このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2)そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3)人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4)人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化するものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5)本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めている場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6)本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化するものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7)本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8)このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

● 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について **5%（医師については7%）以上の改善を目指す**

※（各分野の）サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体で必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

I**ロボット・AI・ICT等の実用化推進、
データヘルス改革**

- ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化
（未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進）
- ◆ データヘルス改革（事業の着実な実施と改革の更なる推進）
- ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施
（2020年度から全国に普及・展開）
- ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実
（薬機法改正により2020年9月から、一定のルールに基づき、オンライン服薬指導を導入、指針の定期的な見直し）
等

II**タスクシフティング、
シニア人材の活用推進**

- ◆ チーム医療を促進するための人材育成（2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成）
等
- ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策（2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加）
等

III**組織マネジメント改革**

- ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善（優良事例の全国展開）
- ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し
（実績評価の拡充など）（次期報酬改定に向けて検討）
- ◆ 文書量削減に向けた取組（2020年代初頭までに介護の文書量半減）、報酬改定対応コストの削減（次期報酬改定に向けて検討）
等

IV**経営の大規模化・
協働化**

- ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及（2020年度に、収集・分析した好事例を全国に展開）
- ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与（2019度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施）
- ◆ 社会福祉連携推進法人制度の創設、合併や事業譲渡等に係るガイドラインの策定
等

医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転が強まっている

(万円)

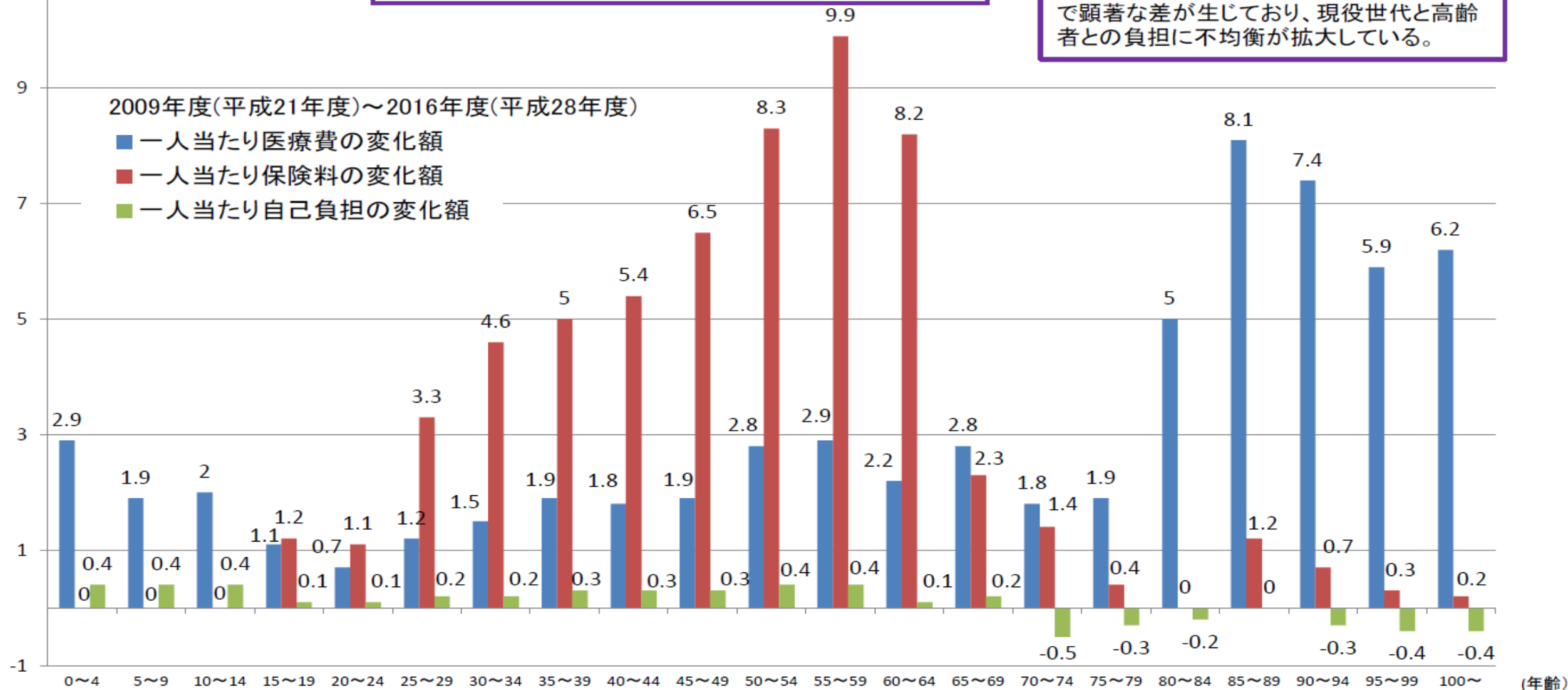
11

現役世代は、医療費の変化額と比較して保険料の変化が大きく、医療費に対して3～4倍の変化額となっている。

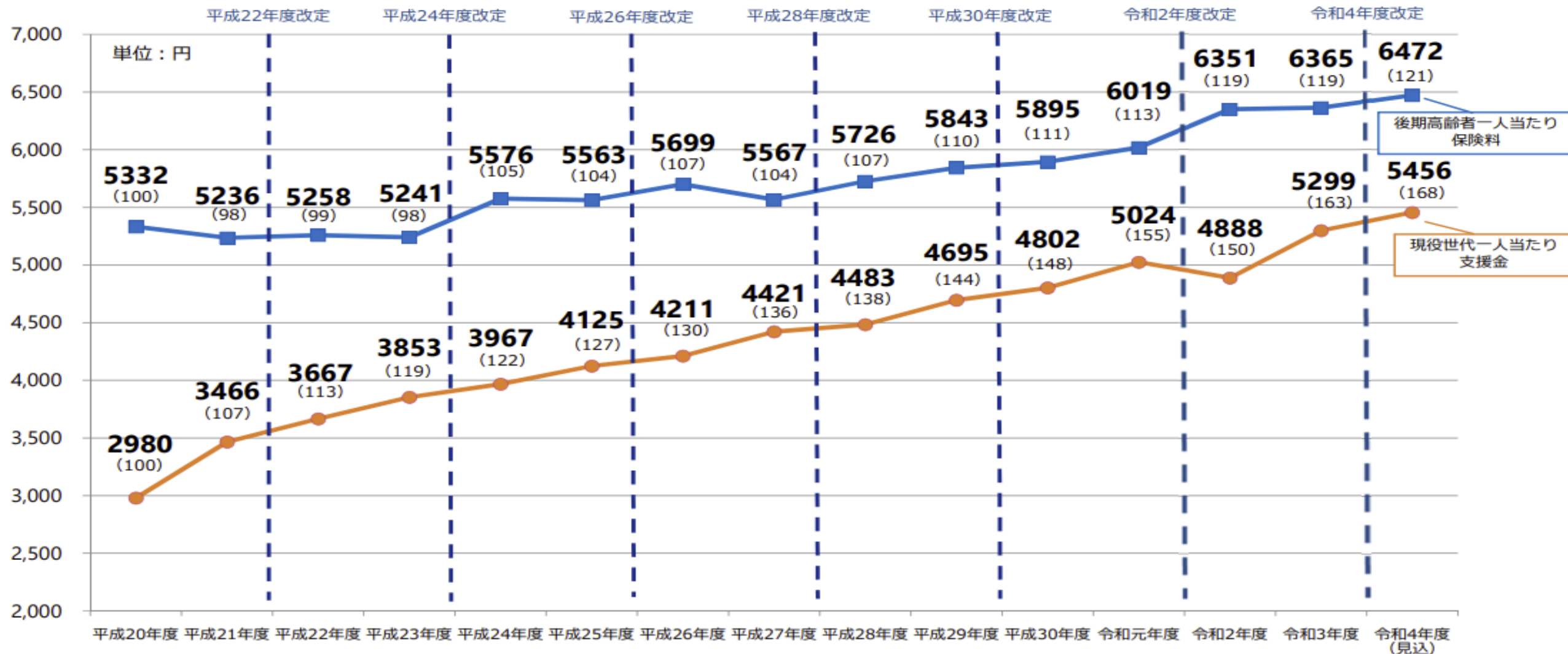
高齢者世代の保険料の変化額は、医療費の変化額に対して小さく、特に、80歳以上で顕著な差が生じており、現役世代と高齢者との負担に不均衡が拡大している。

2009年度(平成21年度)～2016年度(平成28年度)

- 一人当たり医療費の変化額
- 一人当たり保険料の変化額
- 一人当たり自己負担の変化額



後期高齢者1人当たり保険料、現役1人当たり支援金の推移



※ 後期高齢者1人当たり保険料額は、平成20～令和3年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和4年度は保険料改定時見込み。

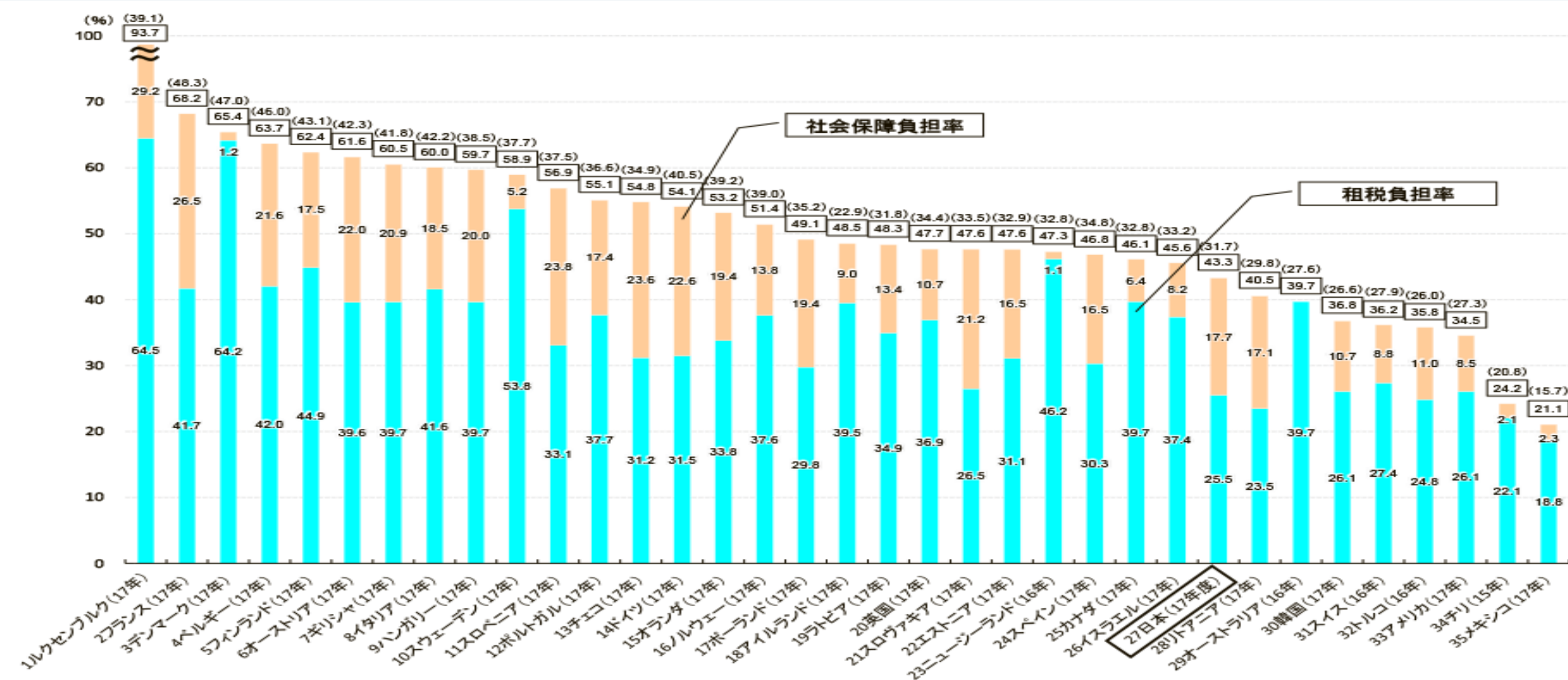
※ 現役世代1人当たり支援金額は、平成20～令和2年度は確定賦課、令和3年度及び令和4年度は概算賦課ベース。

※ 現役世代1人当たり支援金額の伸びは、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。

※ 平成28年度の現役世代1人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。

※ () 内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

図表 1-9-11 国民負担率の国際比較（OECD加盟35カ国）



資料：日本は内閣府「国民経済計算」等、諸外国はNational Accounts (OECD)、Revenue Statistics (OECD)、NIPA (米商務省経済分析局)

(注) 1. OECD加盟国36カ国中35カ国の実績値。アイスランドについては、国民所得の計数が取れず、国民負担率（対国民所得比）が算出不能であるため掲載していない。

2. 括弧内の数字は、対GDP比の国民負担率。