

国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を V2

於 全世代型社会保障構築会議
2022年11月11日

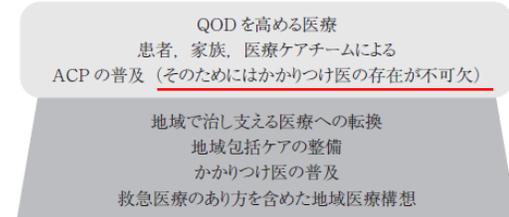
全世代型社会保障構築会議構成員
慶應義塾大学商学部教授
権丈善一

全世代型社会保障構築会議の医療・介護のテーマ別検討の議論の素材として提出した資料

日本の提供体制改革の方向性は、 10何年も前と変わらず

- 2004年4月 新医師臨床研修制度スタート
 - 医師の臨床研修の必修化に当たっては、
 - ・医師としての人格を涵養し、
 - ・プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、
 - ・アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方として、制度を構築。
- 2013年4月19日 社会保障制度改革国民会議での権丈提出資料
 - 「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋——医療は競争よりも協調を」
ゆえに今回は「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋——医療は競争よりも協調を V2」
- 2013年8月6日 社会保障制度改革国民会議報告書
 - 地域完結型の「治し・支える医療」への転換の中では、「自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある」と説かれる。
 - ただし、<医療問題の日本の特徴>として次が指摘される。
「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。」
- 2013年8月8日 日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」において「かかりつけ医機能」を定義。
- 2018年3月29日 「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」において、ACP(Advance Care Planning)を推奨する中で、かかりつけ医、看護師等の医療・ケアチームの重要性が確認される。
- 2020年頃より 新型コロナ禍の下、国民の多くが、かかりつけ医という言葉を知ることになり・・・

図表 95 人生の最終段階における QOD を高める医療



出所：筆者作成。

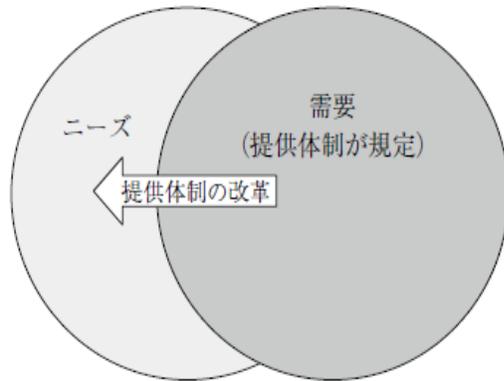
参考：権丈（2017）「日本の医療は高齢社会向きでないという事実」
東洋経済オンライン（2018年4月21日）

図表95出所：権丈（2017）「第17章 政治経済学からみた終末期医療」『ちょっと気になる医療と介護 増補版』263頁

注：QOD:死に向かう医療の質——「死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」」『社会保障制度改革国民会議報告書』32頁

医療ニーズと需要、そして提供体制改革の意味

知識補給図表6 医療ニーズと需要、そして提供体制改革の意味



医療需要は、現実に顕在化したものであり、常に提供体制とマッチしている。ゆえに、需要に提供体制をマッチさせるなどという日本語は成立しない。しかしながら、ニーズに提供体制をマッチさせるという日本語は意味をなす。

出所：権丈（2022）『もっと気になる社会保障』326頁、権丈「医療政策で「需要」と「ニーズ」を使い分ける理由」東洋経済オンライン（2012年6月1日）

「（全世代型社会保障構築会議メンバーが語る）社会保障改革はどうか？」〔香取照幸氏との対談〕『週刊東洋経済』2022年7月9日号

権丈：政策的なサポートがさほどなされていないのに、すでに地域医療の中での連携やプライマリケアを行っている医師たちがいる。彼らは**進化上の突然変異**みたいなもので、我々から見れば好事例でも、周りからは出る杭とか余計なことをすると評されているかもしれない。自然界では自然環境が進化を促していくが、政策の世界では**制度が彼らを適者とする役割を担う**。制度設計者たちの役割は重要である。

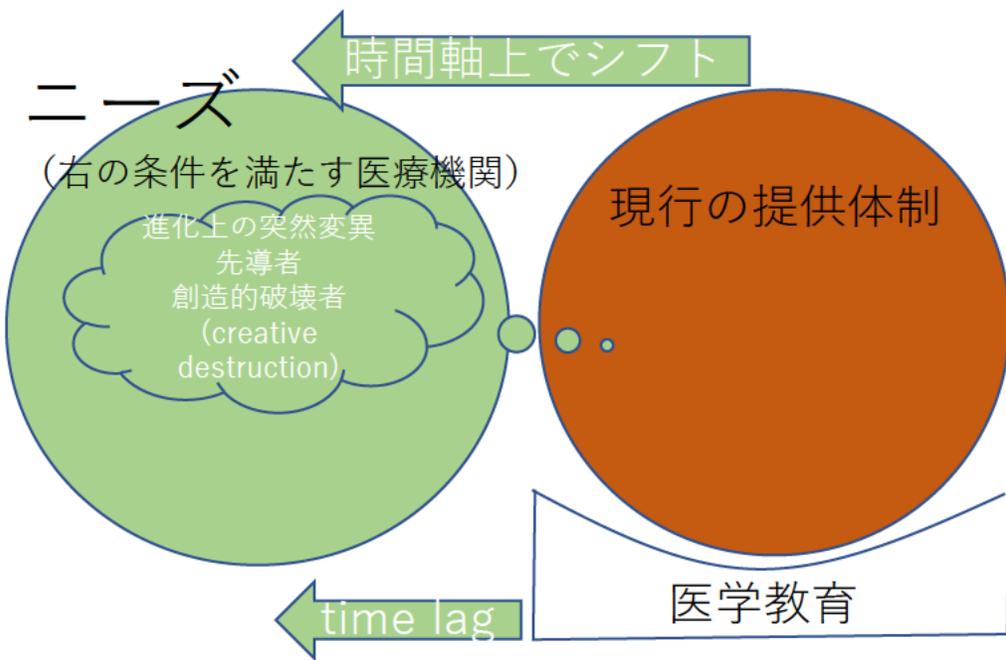
全世代型社会保障構築会議の中間整理に「**時間軸**」をもって「**患者の視点に立ち**」改革を進めるべきとある。今の時代に求められる医療を提供する人たちに、**手挙げ方式で徐々に切り替えていく**。この会議で総理も「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を行うと言われていた。進むだろう。

香取：…かかりつけ医制度を来年から全国でやれと言っても無理だ。基幹病院を中心に医療圏の中で診療所との連携ができていいる地域から**手挙げ方式で始めるのが現実的**だろう。

かかりつけ医機能の次元におけるニーズと 現行の提供体制

「かかりつけ医機能を発揮できる制度整備」
かかりつけ医機能＝「身近な地域における日常的な医療の提供
や健康管理に関する相談等を総合的かつ継続的に行う機能」

かかりつけ医機能を巡る現状と未来



参考：権丈「日本の大学の医学部教育は
何が問題なのか？」東洋経済オンライン
(2018年12月27日)

「かかりつけ医機能合意制度」の創設

次の条件を満たす

- ①一般的な健康問題への対応、PHRを基に継続的な医学管理及び健康増進、重症化予防などをオンラインを活用しながら行い、日常的な健康相談を行っていること
 - ②地域の医療機関及び福祉施設等との連携
 - ③休日・夜間も対応できる体制及び、診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと
 - ④在宅療養支援診療所であること、またはそれとの連携
 - ⑤地域公衆衛生への参加
 - ⑥地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設とデータを共有し、協働して解決に取り組むことができる
- ①～⑥を全てを満たす、又は常勤の総合診療専門医を配置していること。

※中小病院（200床未満）については、地域包括ケアへの貢献、地域の診療所との連携を含め、①～⑥の具体的要件を別途検討。

かかりつけ医機能合意制度と地域医療

- かかりつけ医機能合意制度
 - 医療機関、患者双方による手挙げ方式
- 前頁の条件を満たす医療機関を「かかりつけ医機能医療機関」として都道府県知事が認定（名称独占）
- 認定医療機関は、（医療連携推進方針のように）かかりつけ医機能医療機関であり、運営の方針を地域住民が閲覧することができるように公開し、この方針に合意する患者（地域住民）を募る。
- 認定医療機関は、本人の同意確認を前提に、継続的にPHRを蓄積し、一般的な健康問題への対応、日常的な医学管理及び健康増進、重症化予防を行い、休日・夜間も問い合わせの対象となる住民の名簿を作成し、（産業医が果たしているように）管理することとする。
- 蓄積されたPHRをかかりつけ医機能を備えた医師・医療機関が継続的に管理しているため、プロアクティブなサービス、換言すれば、医師側から健康増進のために事前、予防的にアプローチできる環境が整備されているとも言える。
- 合意した住民は、必要な時に必要な医療を受けることができる日本のフリーアクセスの下で、医療の「必要性」そのもの、いかなる医療が必要なのか、その医療はどこが最も適切な医療機関であるのかを認定医療機関よりアドバイスを受けることができる（いわゆる、緩やかなゲートキーパー機能の活用）。
- 合意した住民は、休日・夜間、診療時間外を含み、緊急時にも、119番に連絡をする前に、認定医療機関に適切な対応の在り方を問う連絡をすることができる。
- 合意した住民は、住まいとは離れた勤務先からも、自分の生活地域の認定医療機関が提供するオンライン診療を受けることができる。
- 認定医療機関は、患者の身体機能や認知機能が低下した際には、ケアマネジャーと連携しながら適切な介護サービスへと導くことができ、もし患者が通院困難になった際は、単独あるいは在宅療養後方支援病院などの他の医療機関と連携しながら在宅医療を提供することができる。
- 合意した住民は、認定医療機関を「自らの健康状態をよく把握した身近」（社会保障制度改革国民会議）で「日頃から相談・受診しやすい」（社会保障制度改革国民会議）医療機関として利用することができる（いわば、健康面に関するコンサルテーションとしても利用できる）。

図表 29 都道府県単位への医療政策再編の動き

1985年	第一次医療法改正 ・地域医療計画の策定（1989年3月までに全都道府県で完了）
2006年	医療制度改革関連法 ・都道府県単位の保険財政共同安定化事業（2006年10月より） ・広域連合単位の後期高齢者医療制度（2008年4月より） ・全国1つの政府管掌健康保険から47都道府県の協会けんぽへ（2008年10月より）
2014年	医療介護総合確保推進法 ・地域医療構想の策定（2015年4月～2018年3月であるが、2016年半ばまでが望ましい）
2015年	医療保険制度改革関連法案 ・国民健康保険の保険者、都道府県化（2018年4月より）

出所：『ちょっと気になる医療と介護 増補版』71頁

地域医療構想 + 地域包括ケア = 車の両輪を推し進めるためには (医療ニーズと提供体制のマッチングによる医療の質 [患者のQOL] の向上)

- 医療行政機能の都道府県への更なる移行(地域医療構想の推進エンジンの整備)
 - 国保の都道府県化
 - 『社会保障制度改革国民会議』
 - 「効率的な医療提供体制への改革を、実効あるものとする観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れ、実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである」
 - 「国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組である」
 - 後期高齢者医療の都道府県化
- 他のルートからは、都道府県知事が認定する**地域医療連携推進法人**の推奨
 - 地域医療連携推進法人：医療法で地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすよう努めなければならないとされる法人の認定制度。複数の医療機関が法人に参加することにより競争より協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。

提供体制のあり方に責任を持つ本当の意味での保険者機能の遂行

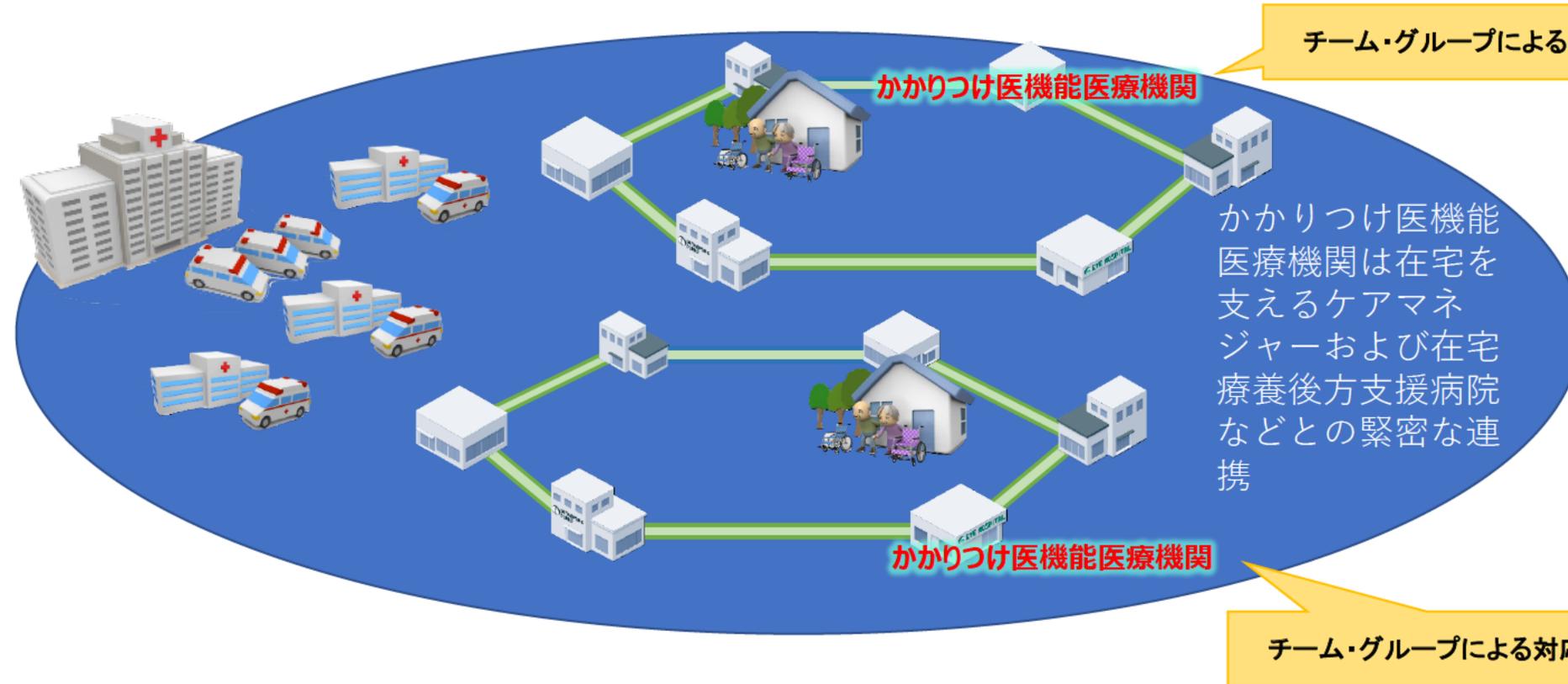


地域医療連携推進法人という医療機関間の協調の場を社会的共通資本とみなし、その整備をサポート

地域医療の在り方——競争よりも協調を

- 協和会・北川透理事長「地域全体を1つの医療機関のように活用して、患者がスムーズに移動して必要な医療と介護を受けられるようにする」北田明子「赤字だった市立川西病院が劇的な変身を遂げた訳」『東洋経済オンライン』（2022年9月7日）

「競争よりも協調を」を体現した
地域医療連携推進法人（面として横断的につながり、治し・支える医療を目指す）



地方に行くほど、「総合的な診療能力を有する医師」の役割が増すとともに、そうした医師の養成は、医師の地域偏在の是正策ともなり得る。

「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会第5次中間取りまとめ」（2022年2月7日）参照。

要点

- 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」
「中期的、長期的な課題に取り組む必要があり、各種の課題について、「時間軸」を持って、計画的に取り組を進めていくことが望ましい」
- 時間軸上で政策展開を評価
 - 保険、財政面での改革は、当該年、翌年に変化がでるが、提供体制の改革は変化が起こるまで時間を要するし、継続的な努力を必要とする。ゆえに、10年近い時間軸上で評価されるべき。初年度、医療機関の手挙げがゼロでも、政策チャネルを準備すること自体の意義は大きい。
 - （支援費制度、運用三号のような混乱と撤廃は避けなければならないが）慎重な検討を行ったとしても、新しい制度の立ち上げというのは（高齢者医療制度の創設時のように）混乱が生じるものである。そうした混乱、そして収束、定着という歴史的推移も織り込み済みで、発足時の政策展開の在り方を評価されるべき。