

I. なぜ医療システムの構造改革が必要なのか？

1. 第6波までは諸外国よりも一桁少ないコロナ感染であったが、それでも逼迫した日本の医療システムを強靱化し、次の感染拡大に備えることが急務。

(1) 重症者に対応する高度医療の逼迫が顕著。コロナ患者を受け入れる医療システムが最大のボトルネック化。ICU等のハード面での逼迫以上に専門的医師・看護師等の不足が顕在化。

(2) 救急医療の制約も顕著。救急患者の「たらい回し」が頻発。救急車の中で症状が悪化するケースも続出。

(3) コロナ患者を多く受け入れる一部の病院とは対照的に、コロナ患者を全く受け入れない、あるいはほとんど受け入れない多くの病院とに二分化。

(4) 献身的にコロナ対策に貢献した一部の診療所とは対照的に、特に初期において多くの診療所は発熱外来や訪問診療に対応しないなど、コロナ対策に貢献できず。診療所についてはコロナ対策に貢献できる余地がもっとあったのではないかと考えられる。

(5) 感染拡大時に保健所はパンク。感染者のフォロー、入院手配等が追いつかず。診療所の力はなかなか活かせず。

2. コロナとは別の問題として、団塊の世代が75歳以上となる超高齢化時代が目前に迫り、医療・介護ニーズの大幅増大が必至。こうしたニーズに応え得る、また同時に持続可能性のある医療・看護・介護システムの構築が急務。

(1) 入院に頼る医療や施設介護には持続可能性に限界。したがって在宅医療・看護・介護が主体となるべきところ、ここでも職種間の縦割り・連携不足が目立ち、24時間365日対応体制の構築が困難であったり、担い手が偏在。高齢者や家族のニーズに応えられず、不安・不満を増大。

(2) 専門科別に細分化され、キュアに重点を置いた医療は高齢者の実態・ニーズに合致せず。総合的な診療と予防やケアに重点を置いた医療が必要。

(3) 超高齢化時代においては医療・介護費の増大が必至。現状のままでは財政面での持続可能性に限界。

(4) 地域における医療の偏在のため、地方を中心に特に高齢者に対する医療サービスの提供体制の不備が顕在化。診療科目の偏在も特に地方では顕著。

3. 働き方改革に基づく超過勤務時間上限規制の医療分野への適用は 2024 年度からと目前に迫る。現状のような勤務医の長時間労働によって支えられてきた病院運営には限界。効率化と役割分担の徹底が急務。

(1) 超過勤務時間規制が適用されると、病院勤務医の 4 割近くについて勤務時間を削減する必要。これに見合った医療サービスの縮減、タスクシフト、効率化が不可避。

(2) 超過勤務時間規制導入の結果、医師派遣・アルバイトが難しくなり、こうした人材の受け入れに頼ってきた病院の運営が困難化。

(3) 超過勤務時間規制導入の結果、提供できる医療サービスが削減される場合にも病院経営が成立するビジネスモデル、診療報酬体系の構築が急務。

II. 医療システムの構造改革の目指すべき方向性

1. 救急医療・高度医療の強靱化

(1) 救急医療・高度医療の集約化・大規模化・高度化

世界の主要国と比較して我が国の救急医療・高度医療のための病床の人口当たりの配置はそもそも不十分であるが、加えて中小の病院に病床が少数ずつ分散されており、中核を担う病院における救急医療・高度医療の集約度はさらに見劣りする。また、ICU や救命救急の病床はあっても看護配置体制は弱く、日本集中医療学会等で標準とされ、特定集中治療室管理料の施設基準である 2 対 1 の看護体制を整備した病床はさらに限定的。

他の医療需要対応のために病床を空けておく必要があること等から、一病院当たりの救急医療・高度医療のための病床が少ない場合には限られた病床を効率的に活用することができず、こうした病院については専門医の不足から、24 時間 365 日の医療提供が困難化。

また不十分な看護体制では重症者に対応できる能力に限界があり、入院後の ADL（日常生活動作）改善度合いでも見劣りするため、今後の感染症に備えるためには十分な看護体制が備わった救急医療・高度医療の真の高度化も重要。

以上を踏まえると、二次医療圏（予防から入院までの一般的な保健医療を提供する区域で、複数の市区町村にまたがる場合が多い）を基本としつつ、地域の実情に応じて人口 30 万人程度をカバーする区域（複数の二次医療圏の組み合わせ）において少なくとも 10 床以上の ICU または救命救急病床（2：1 以上の看護体制が整備されているものを標準とする）を集約的に整備すべき。

(2) 専門医、専門看護師等の計画的育成・政策的確保

コロナ禍で露見したのは救急医療・高度医療の病床の不足、分散の問題に加え、ECMOの取り扱いをはじめ、救急医療・高度医療を担うことのできる専門医、高度実践看護師等の不足。特に集中治療の専門的担い手の不足は、各専門科目の狭間に落ち込むようなコロナ感染拡大へのICU等における対応をより困難なものとした。(なお、こうした集中治療のための専門的人材の充実は、手術担当の医師によるICUでの術後管理への対応を軽減し、役割分担と効率性向上を通じ、手術担当医師の働き方改革にも寄与することが期待される。)

これまで専門人材の育成や配置については、医療機関や教育機関等の自由に委ねられ、政策的関与が欠如してきたが、今回のコロナ禍の痛い教訓を踏まえ、緊急事態に対応できるための人材の育成と配置について政策的に関与することが不可欠。現場の医療機関や教育機関任せだけでは不十分であることは明白。

また、訓練を受けた高度実践看護師等については、医師の仕事を他職種が分担するタスクシェアリングを進め、幅広い医療行為を行うことを可能にして行くべき。

2. 医療機関間の適切な役割分担・機能分化の徹底

(1) 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の担い手となる医療機関の役割分担・機能分化の徹底

今般の感染症法改正法案では特定機能病院や地域医療支援病院などが感染症対応の中心的役割を果たすことを期待しているが、こうした役割を実効性ある形で果たすためには、救急医療・高度医療の集約化・大規模化・高度化を進めることが必須である。このため、地域の中核病院にこうした機能を集約すると同時に、これまで中核病院が担ってきた他の機能を地域の他の医療機関にシフトすることが不可欠。

また、働き方改革の中、病院勤務医の勤務時間を抑制していくためには、効率を高めることが必須であり、医療機関の役割分担と機能分化を徹底していくことも重要。

(2) 病床等の医療資源の急性期から回復期へのシフト

医療資源に対する負荷が高く、コストも高い急性期対応のための病床等は医療需要への対応に真に必要な範囲に重点化し、今後高齢化に伴い需要増大が見込まれる回復期や慢性期に病床等の医療資源の配置をシフトして行くことも重要。特に看護師の深刻な人手不足を踏まえると、急性期病床数の合理化は急務。

(3) 入院から通院・在宅へのシフト、病院外来から診療所外来へのシフト

病院勤務医の勤務時間の抑制、医療コストの抑制の観点からは、医療資源に対する負荷の大きい入院から通院や在宅医療にシフトして行くとともに、病院外来から、できる限り診療所の外来にシフトして行くことも重要。

3. 感染拡大に即応できる柔軟性・機動性の強化

(1) 病床転用の柔軟性強化（大部屋の見直し、ゾーニング等）

コロナ感染が拡大した時期に大きなボトルネックとなったのが ICU であったが、特に問題となったのは感染した患者を感染していない患者と同じ ICU の大部屋に収容できなかったこと。このため、感染者を受け入れると感染していない患者を ICU に収容できず、コロナ以外に関する医療が崩壊しかねない問題が顕在化。こうした問題を今後回避するため、また患者のプライバシー保護や快適性向上の視点も加味し、主要国では一般的となっている ICU の個室化を長期的には目指しつつ、当面はゾーニングを可能にするための病室改造を平時から進めて行くことが重要。

(2) 行政の緊急対応権限の強化、国・都道府県・基礎自治体間の緊急時権限の整理・一元化

今般の感染症法改正法案では、協定締結等を通じ、感染症対応における都道府県の役割を高めている。しかしながら、同法案の中で感染対応の中心的役割が想定されている公立病院や特定機能病院、地域医療支援病院などにとどまらず、緊急時に医療資源を全体的、一体的かつ機動的に最大限に有効活用できるよう、公立・民間を問わず医療機関に対する行政の緊急対応権限をさらに強化することは不可欠。その際、国、都道府県知事、基礎自治体首長の間で権限と責任が分散されていた問題を踏まえ、緊急時権限を整理し、一元化して行くことも重要。

(3) 医療資源の最大限活用（IT 活用による利用病床のリアルタイム把握、看護師の登録制度等）

コロナ禍が拡大する中、コロナ感染者を受け入れる病床が不足し、救急車が入院先を探して右往左往する事態が頻発。こうした事態を少しでも回避するためには、コロナ感染者を受け入れる病院及び病床数をできるだけ増強するとともに、IT を最大限に活用し、利用中の病床をリアルタイムで把握し、利用可能な病床を迅速に探し出せるシステムの導入が重要。あわせて真に必要な患者が ICU 等に受け入れられるよう、受け入れ基準および診療報酬の対象を明確化

していくことも肝要。

また、看護師資格を保有する人数は潜在的には相当数あるにもかかわらず、コロナ禍拡大時には看護師不足に何度も直面した経験を踏まえ、看護師の登録制度を導入し、平時から定期的に訓練を行い、緊急時には看護師に迅速にアクセスできるシステムを導入すべき。

4. 診療所の役割の転換・高度化と連携強化

(1) 専門科目を超えた高齢者の総合的サポート、予防・ケアへのシフト、在宅医療（オンラインを含む）、ゲートキーパー機能への対応強化

複数の疾病を抱えるリスクの高い高齢者に対応するためには、専門科目別医療提供体制ではなく、高齢者をトータルに診ていく総合的診療の重要性が増して行く。また高齢化が進む中、急性疾病への対応よりも、予防やケアが重要となり、また通院困難性を踏まえると、オンライン診療を含む在宅医療への対応強化が必要性を増す。

また、高齢者をトータルに診ることにより、適切な専門科の医師に誘導し、また病院への紹介を医療ニーズに応じて適切に行うゲートキーパー機能を、総合的医療機能を持つ診療所が果たして行くことが重要となって来る。限られた病院の医療資源を有効に活用し、医療コストを抑制して行く上でも、こうしたゲートキーパー機能は重要。

このような多面的機能の担い手として期待されるのが「かかりつけ総合医」であり、この制度化・普及を進めることが重要。

(注) 本提言では、現在地域でプライマリ・ケアに従事する医師が研修の機会を与えられ、第三者により総合診療能力を認定されることで得られる資格を「かかりつけ総合医」とする。

(2) 多職種連携によるグループでの医療・看護・介護提供体制の強化

超高齢化社会において在宅医療・介護を効果的かつ効率的に進めて行くためには、提供サイドの縦割りではなく、ユーザー視点に立脚し、医療・看護・介護の多職種が連携しつつ、個別の医師等ではなく、グループにより在宅の高齢者をシームレスにサポートできる体制を強化して行くことが急務。

その際、看護師等の専門性を高めるとともに、医師に独占されている行為を見直し、幅広いタスクシェアを可能にして行くべき。

(3) 感染拡大時における発熱外来対応等の確実な確保、保健所機能の補完、自宅療養・施設療養のサポート

感染症への対応は感染症法改正法案が想定しているような公立病院、特定機能病院、地域医療支援病院のみが担うべきものではない。感染拡大時において発熱外来対応や自宅療養・施設療養を確実にサポートできる体制を整備しておくためには、「かかりつけ総合医」も感染者の感染性や病原性に応じたこうした機能を果たせるように対応するための仕組みを構築しておくべき。

また、感染拡大時に保健所の機能を補完できるよう、自治体と各地医師会との間で協定の締結を進めておくことも重要。

III. なぜこれまで改革が進んでこなかったのか？改革の実現に向けて何が必要か？

以上のような改革の方向性については賛同する者も多いにもかかわらず、これまでこうした改革が進んでこなかったのも現実。これまで改革が進んでこなかった要因を見極め、こうした要因を克服して行かないと改革は実現しない。

1. 医師会の視点

(1) これまで各種の改革に日本医師会が反対したために多くの改革が実現して来なかったのが現実。反対の背後には診療所の経営維持の観点があり、診療所経営を侵しかねない改革については反対して来た。

(2) 診療所の経営維持は重要な観点であり、決して軽視すべきものではない。しかしながら、診療所の経営維持の観点からも、社会経済構造の変化は無視できない。出来高払いのいわゆる「3分間診療」に依存し、数多くの患者を診察する旧来型ビジネスモデルは、高齢化の進行の下では通院が減少するため持続困難と見るべき。

(3) これまで通りの高齢者の通院による出来高払いの報酬収入依存では、今後経営の持続可能性にも限界があることは明らか。今後は高齢者をはじめとする住民へのプロアクティブな(予防的)健康管理により報酬を得るビジネスモデルへの転換が必要。

(4) これまでも地域に即した医療提供体制構築に積極的な地区医師会もあるものの、日本医師会としては、地域毎の事情が捨象され、「最低公約数」的に既得権益確保に向かってしまう傾向が否めない。

(5) 時代の流れに即したビジネスモデルへの転換のためには、全国の医師会によるコンセンサス形成を待つのではなく、改革意欲のある個別医師会による先導的取り組みの支援やこうした先導的取り組みの「見える化」も有効。

2. 診療報酬制度の課題

医療機関も経営体であるため、診療報酬制度によってその行動が大きく影響される。このため、これまでの診療報酬制度の課題を客観的に見極めることは不可欠。

(1) 現在の診療報酬制度は疾病治療に対する出来高払いとなっているため、構造上、予防に関わるのが困難で、また無駄や過剰な医療を招来してしまうインセンティブがあることは否定できない。

(2) 病院については入院日数当たりの診療報酬となっているため、必要性の低い入院や入院日数の長期化で報酬を得る行動パターンを招来する側面も否定できない。

(3) こうした行動を招来しかねない診療報酬制度の改革無くして医療システム改革も不可能であり、診療報酬制度の構造を改革して行くことは不可欠。

3. 医療システムのガバナンスの脆弱性

(1) 地域医療推進会議、中医協等における政策決定プロセスが利害調整の場となり、あるべき姿の議論が困難となっている。厚生労働省がメンバーを選任するのではなく、様々なステークホルダーを含めた独立性のある外部組織による真に中立性のあるメンバーの選任が肝要。その際、利害関係者だけでなく、日本医学会連合など従来にはなかった学術団体からのメンバーとしての参加により、データや研究に基づく議論の展開を図る。

(2) また、議事を公開することに加え、公益委員の発言の自由の確立等が必要。特に中医協については、公益委員の発言の真の自由の確立のためには、これまで公益委員の発言の自由を実態上拘束してきた事務局から切り離し、中医協をこれまでの経緯や慣行に縛られた厚生労働省の外に置くことを含めた抜本的改革が不可欠。

(3) 地域医療の再編は病院間の話し合いに依存するため、再編は遅れ、公立病院にしわ寄せが起きがち。行政（知事）のリーダーシップが発揮できる基盤（権限、予算）が必要。

4. 医療機関・医療従事者の自由と公的性格

(1) 公的医療保険制度を通じて、医療セクター全体として巨額の公的支援を受け、医療従事者の収入の相当割合も間接的に公費によって支えられているのにもかかわらず、病院・診療所には経営の自由が徹底され、医師にも科目選択の自由が付与されている。通常の産業では行動の自由とセットで価格競争があるために著しい非効率性は自然に解消されるが、かねて指摘されてきた通り、医療は公

定価格であるため価格調整メカニズムが働かないので、医療機関や医療者の自由が深刻な非効率を社会に発生させ得る構造が存在してきた。

(2) この結果、社会が必要とする緊急時における対応は医療機関の自由に委ねられ、感染拡大時という社会の危機時においても協力に消極的な医療機関が少なからず出現。科目選択も医師の自由に委ねられてきたため、一部の人気科目に医師が集中し、救急医療・集中治療・総合診療等の担い手不足が深刻化。

(3) 地域医療の再編についても、病院の経営の自由が尊重されるため、知事がリーダーシップを発揮することは困難であり、必要な再編が進まない。

(4) 在宅医療に不可欠な訪問診療等への対応についても医師の自由に委ねられるため、訪問診療等の担い手は一部に集中し、地域的にも偏在。

(5) 公的医療保険制度を通じて巨額の公的支援を受けていることから、医療機関・医療従事者には公的性格のあることを明確に位置付けることが不可欠。このような公的性格は公立病院や特定機能病院、地域医療支援病院に限られるものではない。特に保険対象になるかどうかの選択の自由がある上で保険対象となることを自ら選択した医療機関・医療従事者については、公的性格のあることは強く意識されるべきであろう。その上で、緊急時対応の枠組み構築、医師の計画的・政策的育成、地域医療の再編における知事のリーダーシップの確立、在宅医療への積極的参画の確保等を進めて行くことが必要。これについては、公的医療保険制度によってサポートされている看護師についても同様である。

IV. 長年かけて出来上がった現在の医療システムを変革して行くための第一段階の具体的方策

1. 感染に強い強靱な医療システム構築のための集中的・包括的取り組み

(1) 緊急時対応の強化

- ① 行政の緊急時権限の確立（法制整備）
- ② 保健所機能を診療所が補完する体制構築（行政と医師会との協定）
- ③ 「かかりつけ総合医」を制度的に公的保険制度の対象とする前提として緊急時における協力を要件化（診療報酬・契約）

(2) 平時からの医療システムの強靱化

- ① 地域の中核となる病院の救急医療・高度医療体制の強化（地域医療介護総合確保基金の重点的投入を含む予算措置・診療報酬）
- ② 柔軟な病床転用を可能とすべく大部屋のソーニングを推進（予算措置）
- ③ 病床の利用可能性をリアルタイムで把握できる IT システム構築（予算措

置)

- ④ 診療所についても発熱外来に対応できるよう動線区別が可能な複数診察室の確保等の推進（診療報酬）
- ⑤ 必要性の高い専門医療従事者の育成目標設定・政策的支援・配置状況フォロー（科目定員・予算措置・診療報酬）
- ⑥ 高度な教育を受けた看護師について幅広いタスクシェアの担い手化（保健師助産師看護師法改正）
- ⑦ 看護師の登録制度導入・リアルタイム把握（法制整備・予算措置）
- ⑧ 診療所による地域住民の健康管理強化（「かかりつけ総合医」による健康管理、緊急時対応力の強化）

2. 働き方改革残業時間規制適用および医療システムの持続可能性確保に向けた総合的取り組み

(1) 適切な役割分担・機能分化の徹底

- ① 地域医療計画の中で、高度・救急医療、急性期、回復期、慢性期の担い手毎に役割分担・機能分化を徹底。「地域完結型システム」へ。地域医療介護総合確保基金を戦略的に活用。（予算措置）
- ② 期待される医療の役割を担うための基準を厳格化。基準に到達しない医療機関については役割を見直し。（「名ばかり高度急性期病床」、「名ばかり救急病院」等の排除。）（規制措置・診療報酬）
- ③ 中小病院は病床提供の担い手から、周辺の診療所と連携しつつ、地域医療の結節点としての役割にシフト。
- ④ 介護機能については、医療機関と連携しつつ、医療機関だけではなく高齢者施設において担うことを徹底。
- ⑤ 電子カルテを含む患者情報の共有化促進。このため、異なるベンダー間のデータ共有を可能とするシステム開発を進めるとともに、情報の共有を患者紹介等に対する診療報酬の条件化。（予算措置・診療報酬）あわせて個人情報管理に関するセキュリティの強化と個人情報保護法に関する現実に即した合理的な対応が図られるべき。（予算措置・診療報酬・行政措置）
- ⑥ 病院外来を絞り込み、最大限診療所に対応。病院外来は診療所からの紹介を経た専門特化した治療を原則化。（診療報酬・自己負担）

(2) 効率化の徹底、過剰医療の防止

- ① 診療報酬を入院日数から入院単位の包括払い制にシフトすることにより長期入院を抑制（診療報酬）
- ② 素泊まり入院、外来可能入院の洗い出しと診療報酬対象外化の徹底（診療

報酬・保険者機能)

- ③ 高額医療事例の個別フォローアップとプロアクティブ看護による医療行為合理化。プロアクティブ看護による医療費削減に対してインセンティブ付与。(保険者機能・診療報酬)
- ④ 重複受診、頻回受診、多剤併用等の AI を活用した過剰医療のフォローアップ(保険者機能・予算措置)。適正な支払いチェックのための審査会の人選は地元地域単位ではなく本部で一元化。
- ⑤ マイナンバーカードの活用等、IT の積極的利用通じて、ワクチン接種券交付、補助金交付等を含め、効率化を徹底。
- ⑥ 看護師配置基準を見直し、十分かつ適切な看護師配置を確保。
- ⑦ タスクシフトやアウトソースを通じて、看護師の雑務負担を緩和。
- ⑧ 在宅医療、在宅介護といった供給側の縦割り対応ではなく、ユーザー視点に立脚した(看護)小規模多機能型在宅介護などの多職種連携にシフトして行くことにより、在宅の高齢者サポートの効率化と質の向上を実現。

3. 超高齢化時代に向けたプライマリ・ケア体制の強化

(1) 「かかりつけ総合医」の導入・普及

- ① 総合診療を可能とする研修と資格制度の構築(予算措置)。同時に名称統一を推進。
- ② 健康管理に対する定額診療報酬導入(健診/検診や予防接種歴のデータ管理とこれらの結果に基づく疾病の発症予防・疾病/障害管理、オンライン診療、訪問診療・訪問看護、発熱外来対応、自宅・施設療養フォロー、ゲートキーパー機能・資源サービス調整機能、電子カルテ共有等の要件を設定)
- ③ 高齢者に対してはかかりつけ総合医による健康管理を行政サイドからも継続的に推進。高齢者は自主的に「かかりつけ総合医」登録。
- ④ 感染症拡大にも対応できる動線区別等の確保。

(2) 多職種連携によるグループ体制に基づく在宅医療・看護・介護の推進

- ① 多職種連携によるグループの認定・支援(予算措置・診療報酬：効率性向上のために面的集中を基本)
- ② 多職種連携による 24 時間 365 日在宅対応体制((看護)小規模多機能型居宅介護等)の地域における整備とその報酬の強化(診療・介護報酬)
- ③ 医師による行為独占を緩和。看護師、介護福祉士による対応可能範囲を拡大。
- ④ 特に地方においては計画的に医療機関のグループ化推進。「地域完結型システム」実現を徹底。

V. 第一段階の工程表

1. 緊急時医療提供体制の強化

(1) 権限の確立【2022年秋臨時国会法改正。必要に応じて追加的法改正】

- ① 緊急時に医療資源を動員できる行政権限の確立。
- ② 国・県・基礎自治体間の緊急時権限の整理・一元化

(2) 救急・高度医療のハード整備・人材育成【2024年度予算等】

- ① 地域医療介護総合確保基金の重点的投入等による救急・高度医療提供体制の強化
- ② ICU等についてのゾーニング化推進
- ③ 専門医療人材育成・配置目標設定、人材育成・配置を予算面でも強力に推進。
- ④ 高度な教育を受けた看護師等についてはより幅広いタスクシェアの担い手化【2024年通常国会保健師助産師看護師法改正】

(3) 緊急時における協力体制整備

- ① 緊急時における保健所機能の補完について自治体・医師会間の協定【2023年度中】

2. 地域における役割分担・機能分化の推進

(1) 第八次医療計画の基本方針・作成指針策定【2022年度中】

- ① 知事のリーダーシップ強調
- ② 医療機関・医療者の公的性格を強調
- ③ 救急医療・高度医療の強化・高度化、病床と専門医療人材の集約化の方針明確化
- ④ 医療機関間の機能分化・役割分担の徹底
- ⑤ 感染症の医療計画における位置づけ強化
- ⑥ 感染症拡大時における医療機関連携体制の強化

(2) 都道府県計画策定【2023年度中】

- ① 個別施設にまで落とし込みを徹底
- ② 知事のリーダーシップ発揮

(3) 計画実行のための予算措置。大胆なインセンティブ【2024年度予算等】

- ① 計画実現状況を「見える化」
- ② 地域医療介護総合確保基金も活用した重点的予算投入

(4) 訪問診療や宿泊療養施設等の効率的サポートのためのタスクシェリング【2024年通常国会保健師助産師看護師法改正】

- ① トレーニングを受けた高度実践看護師等の自主的判断による幅広いタスクシェアリングを可能に。
- ② 医療職者の配置の位置づけのない介護福祉施設への、感染症対応のトレーニングを受けた①の看護師の配置推進。

3. 診療報酬・介護報酬ダブル改訂【2024年度】

- (1) 救急・高度医療集約化支援
- (2) 専門医等の配置確保
- (3) 役割に応じた機能を果たすための基準を厳格化（「名ばかり医療機関」の排除）
- (4) 入院日数単位から入院単位診療報酬への転換
- (5) 医療機関間連携に対する診療報酬（病院外来の絞り込み、患者情報共有等）
- (6) 「かかりつけ総合医」に対する診療報酬（定額払い）とそのための要件具体化
- (7) 多職種連携によるグループでの医療・看護・介護提供に対する診療・介護報酬の強化
- (8) 無駄・過剰な医療防止のための措置（保険者機能の徹底、診療報酬対象外化、チェックのための審査委員会の人選の本部一元化）
- (9) 緊急時における「かかりつけ総合医」の協力責務を公的保険対象の要件化

VI. 様々な疑問・不安への対応

以上のような改革の方向性について、総論では賛意を示しても、個別の懸念点が指摘されることも少なくない。こうした懸念点・疑問に的確に答えて行くことは重要。

1. 患者の意思に沿わない担当医師に決められてしまわないか？

「かかりつけ総合医」への登録について、住民数（人口）と住民の年齢構成比との割合を目安に、住民・患者の選択に基づき行われるものであり、また必要に

応じた柔軟な登録変更の途を確保することにより、住民や患者の選択を尊重して行くべき。その際、医師の地域偏在や特定の医師への偏在は回避すべき。

2. 患者・要介護者の囲い込みによって競争が減殺しないか？

「かかりつけ総合医」は住民や患者が登録先を選択するのでその際競争が働くと、登録先変更を許容することにより、競争は維持可能。ただし、患者の評判だけでは医療の質について適切な評価ができないので、客観的な医療の質についての情報を収集して公開する公的な仕組み作りが必要。(3. 参照)

グループでの多職種連携による在宅高齢者のサポートについても、面的集中を基本としつつ、他のグループへの移行の途を確保することにより、競争を維持可能。

3. 包括払いによって医療の質が低下しないか？

治療/予防効果や費用対効果のみならず、患者・介護者の経験/満足度や医療へのアクセスなどの多面的なアウトカム評価を導入することで無駄・過剰又は過少な医療を洗い出すとともに、診療ガイドラインに基づいて医療の質も精査。アウトカムが低い、または特定の医療行為や医療費の突出のある医療機関を洗い出し、保険者が改善を求めて行くことは可能。

病院についてはすでに「日本医療機能評価機構」が質の評価を行っているが、診療所についても、同様に第三者機関による質の評価を進めて行くことが重要。こうした評価の獲得は、「かかりつけ総合医」として公的保険制度の対象としていく上での前提として行く。

そうした質の指標に基づいて国民が質の高い「かかりつけ総合医」を選択できる環境を整備していくことが、むしろ医療の質を高めていくことにつながる。

4. 病院再編によって地域医療が崩壊しないか？

病院再編の目的は、限られた医療資源を最大限に有効活用し、医療提供の効率と効果を高めること。したがって、地域医療の強化のためのものであり、地域医療の崩壊につながるものでは本来ない。これについては、地域住民に理解してもらえるよう、十分に説明することが重要。

これまで一部にあった病床数削減を目的化した地域医療再編ではなく、地域医療の効率と治療効果の向上を目指した病院再編であることを明確にし、単なる病床数の削減ではなく、地域全体で見た医療機能をどのように効率的・効果的に提供するかという観点から推進されるべきことを、第八次医療計画などにおいて明確にしていくべき。

VII. 結語

1. これまで幾度も医療改革の必要性が指摘されてきたものの、大きな改革は実現して来なかった。
2. しかしながら、今般のコロナ禍の体験を通じて、日本の医療システムの問題点を多くの国民が直接体験することになった。感染がなかなか終結せず、感染拡大が繰り返され、新たな感染症のリスクもある中、感染拡大に対応できる強靱な医療提供体制の構築は急務。
3. また、超高齢化時代が目前に迫る中、地域における在宅を中心とした医療等のサポート提供の効率化・向上は急務。
4. 働き方改革の医療セクターへの実施も目前に迫る中、医療提供体制の効率化、真のタスクシフト・タスクシェアリングによる医療機関の業務改革も急務。
5. 本研究会の提言を踏まえ、医療提供体制の構造改革を今こそ強力にかつスピーディーに進めることが極めて重要であると考えます。