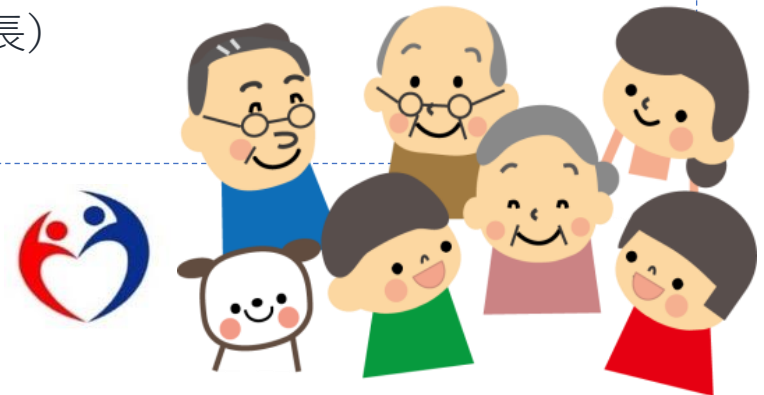


(2023.01.13)

今、求められる医療改革

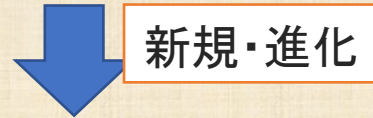
岩手医科大学 医学部 客員教授
ボストン コンサルティング グループ シニア・アドバイザー
(元・厚生労働省 医政局長)
武田俊彦



これまで、これからの医療政策

- 医療提供体制の改革（2000年代）

厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿
病床の機能分化・機能連携



- 社会保障・税一体改革（2010年代）

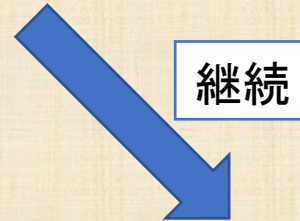
公費の投入で医療機能を強化（消費税）
治す医療から、治し・支える医療へ

世界が注目する最先端の医療介護の仕組み
＝ 地域包括ケア

医療の在り方そのものの改革 → 国民皆の課題
まちづくり、地域づくり → 自治体・地域を巻き込んだ課題



- コロナを経て、医療体制の再構築（Keyword かかりつけ医機能、高度急性期）



世界標準の医療体制
高度医療へのアクセス確保
（継続・さらに深化）



と役割分担もあり、地域に必要な病院の機能を議論し連携していかなければ地域医療を守るのは難しいと言ってきたわけで、そこにはずいぶんギャップがあったと思います。

日本の病院には、三つの余裕のなさがあります。「構造面での余裕のなさ」「医療従事者数の余裕のなさ」、そして多くを担っている民間病院の「経営面での余裕のなさ」です。それを何とかやりくりしていたのが、今回のコロナで明るみに出た。感染症に全ての病院が対応できるわけではないこと、日本では病床が多いがゆえに欧米と比べて病床数当たりのスタッフ数が揃っていないことも、国民に認識されるようになってきました。各病院にどんな機能を期待し、そこに公費なり、保険料財源なりをどう投入していくべきなのか。医療提供体制を考え直す、いい機会になったと思います。

神野 武田さんは、2017年の医療法改正で、医政局長として病院の機能分化の旗を振られたご当人ですが、その流れがもうちょっと先に進んでいたら、コロナ対応はもう少しうまくいったというふうにお考えでしょうか。

地域医療構想の課題（私見）

- 病床数が主な目標 → その地域の医療の在り方
- 病院が参加する「調整会議」 → 入院外来を通じた機能分担
- 地域の核となる病院不在 → 地域の中核拠点の責務を明示
- 感染症等緊急時対応 → 余裕と転用の準備を織り込む
- ICUの不足 → 高度急性期の定義見直し
- 外来と在宅の視点の欠如 → トータルで面的な医療提供

システムとしての医療へ向かって行くべき

（個人や個々の病院への動機付けやペナルティではなく）

かかりつけ医機能の2分類(私案)

かかりつけ医機能 I

- 健康情報の一元的把握 (登録時)
- 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- 健診・健康相談 (年1回)
- ワクチン (必要時)
- 発熱外来 (必要時)
- オンライン診療・オンライン健康相談
- 救急相談(救急車を呼ぶかどうか)

かかりつけ医機能 II

- +
- 24時間対応(ネットワーク、機能連携、グループプラクティス等による)
 - 服薬の一元管理及び処方整理(他の処方医への連絡・要請を含む)
 - 在宅医療(往診・定期的訪問診療)
 - 医療介護連携、チーム医療、ケアマネ等との連携
 - ACP(アドバンスト・ケア・プランニング)

かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携(イメージ)

