

パネルディスカッション



パネリスト

公益社団法人 日本医師会 常任理事

みやかわ まさあき
宮川 政昭

生年月日 昭和28年 11月 11日

学歴等 昭和53年 3月 東京慈恵会医科大学医学部 卒業
昭和57年 3月 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科整理系薬理学専攻博士課程修了
昭和61年 2月 医学博士号授与

主な経歴 昭和53年 5月～昭和57年 3月 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科
整理系薬理学専攻博士課程
昭和57年 4月～昭和63年 10月 東京慈恵会医科大学第二内科
昭和63年 11月～ 現在 宮川内科小児科医院 院長
平成3年 4月～ 現在 医療法人社団愛政会 理事長

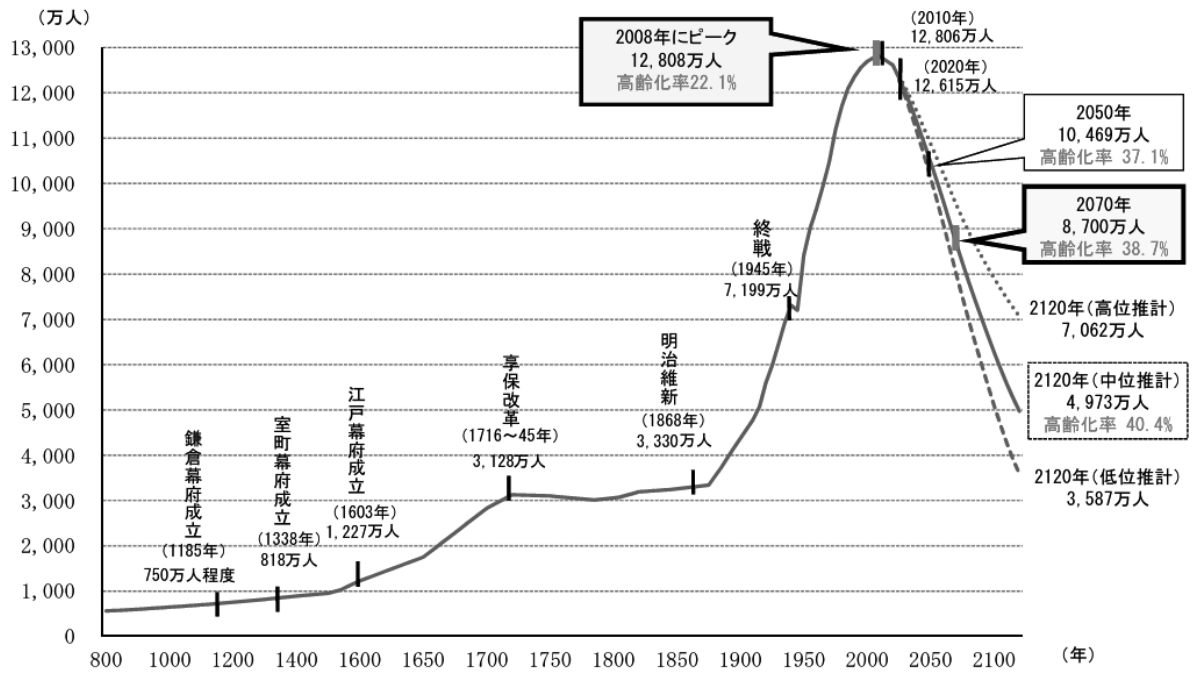
平成11年 4月 1日～平成15年 3月 31日 横浜市保土ヶ谷区医師会 副会長
平成13年 4月 1日～平成15年 3月 31日 横浜市医師会 常任理事
令和元年 6月 15日～令和3年 6月 19日 (公社)神奈川県医師会 副会長
令和2年 6月 27日～ 現在 (公社)日本医師会 常任理事

地域医療の行方 社会構造の変化と医療政策の今後

**日本医師会常任理事
宮川政昭**

**医療提供体制を考える
～日本の現状をみる～**

我が国の総人口の長期的推移



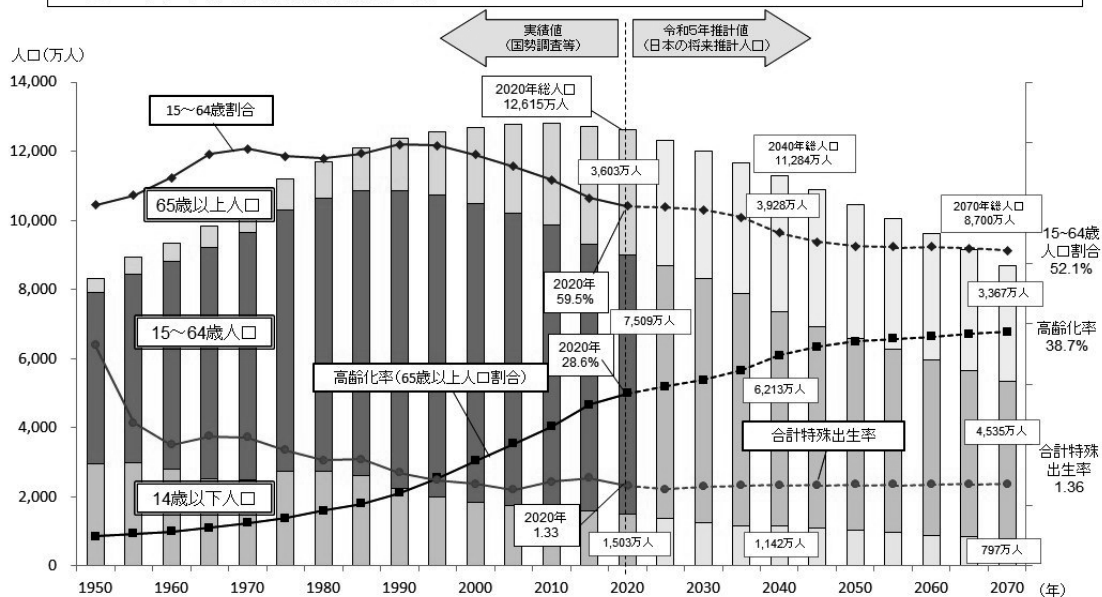
(出典) 国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」(1974年)。

(注) ただし、1920年からは、総務省「国勢調査」、「人口推計年報」、「平成17年及び22年国勢調査結果による補間補正人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」により追加。値は日本の総人口(外国人含む)。

2023年将来推計人口 (2020年国勢調査)

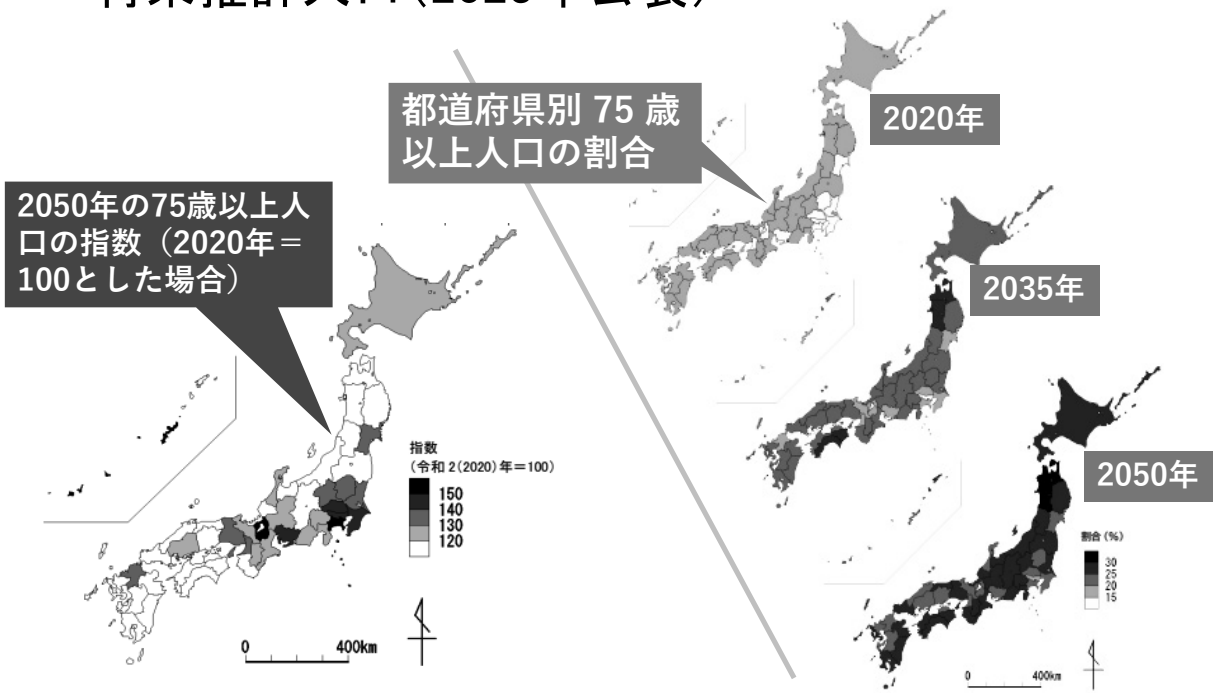
日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。

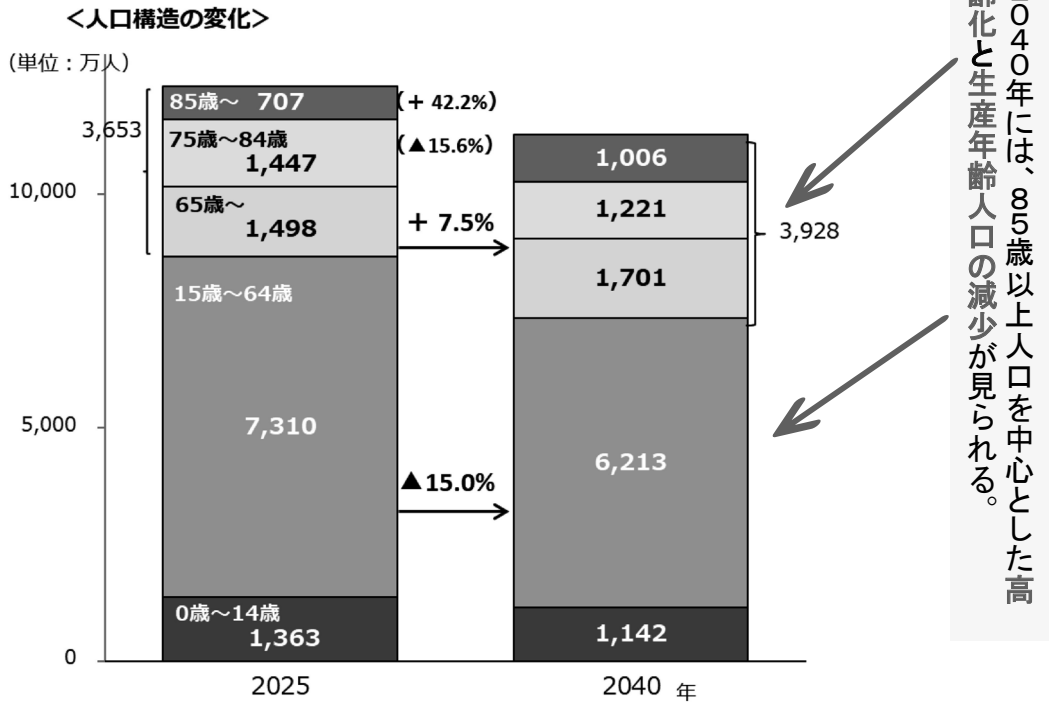


(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

将来推計人口(2023年公表)

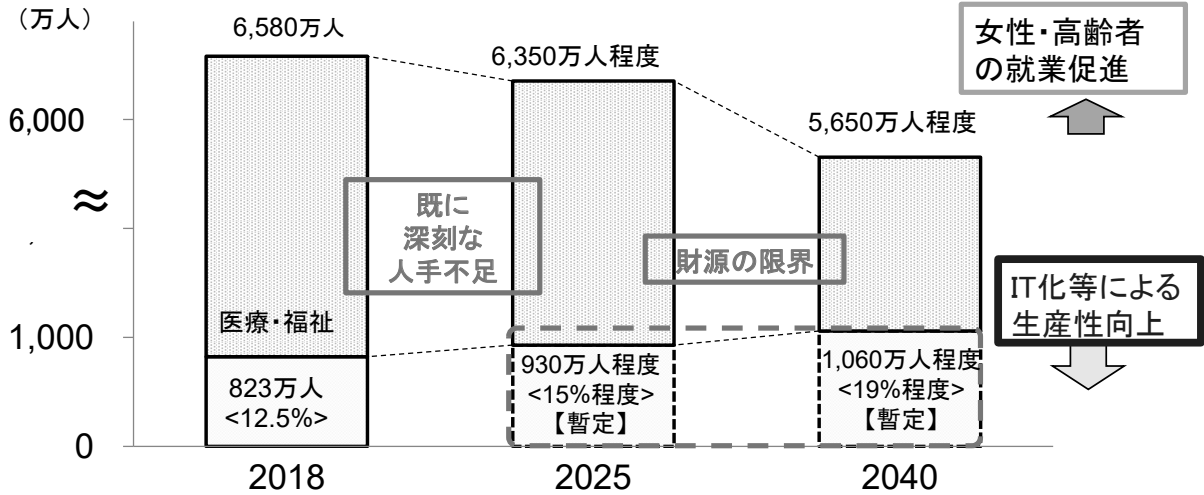


2040年の人口構成



就業者数の推移

- 需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、マンパワーの確保が課題。
- 生産年齢人口の減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、AI・ロボット・ICTを活用し、医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮できるようにすることが必要。



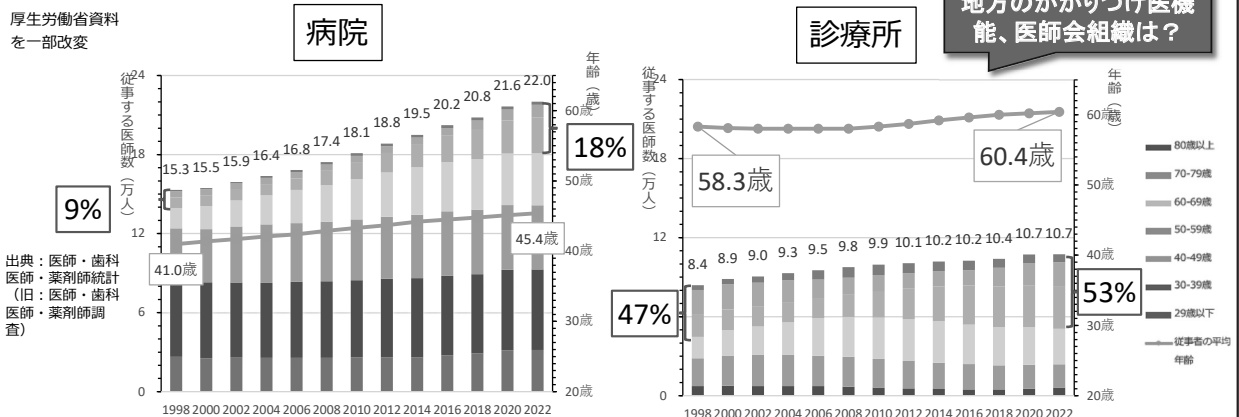
(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。出典: 平成30年第4回経済財政諮問会議 資料2(2018年4月12日)

マンパワー 提供者側 (医師) の高齢化も進展している

- 病院に從事する医師数は、ここ20年で6.1万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は18%に増加しており、平均年齢は45.4歳まで上昇している。
- 診療所に從事する医師数は、ここ20年で1.7万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は53%程度で、平均年齢は60.4歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院に從事する医師数及び平均年齢の年次推移

厚生労働省資料を一部改変



帝国データバンク調査より; 医療機関(病院・診療所・歯科医院)経営事業者の休廃業・解散が急増している。2023年度(2023年4月~2024年3月)は、倒産件数の12.9倍となる709件の休廃業・解散が確認され、過去最多を更新。10年前と比較して2.3倍に増えた。背景には経営者の高齢化や後継者不在の問題がある。なかでも「診療所」の増加が著しく、事業を断念するケースは今後さらに増加することが予想される。

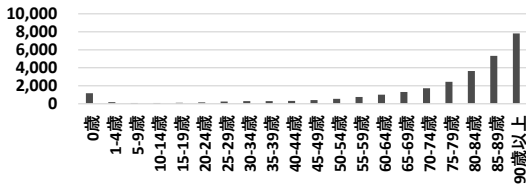
医療需要の変化①

入院患者数は、全体としては増加傾向にある

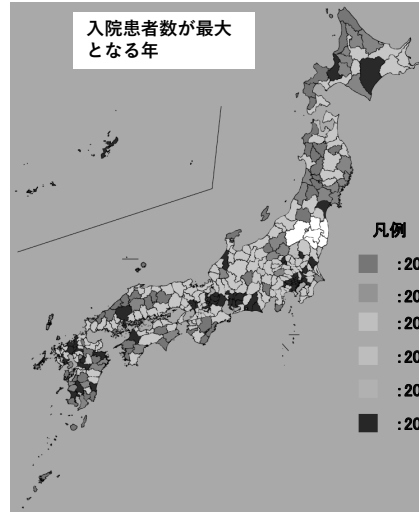
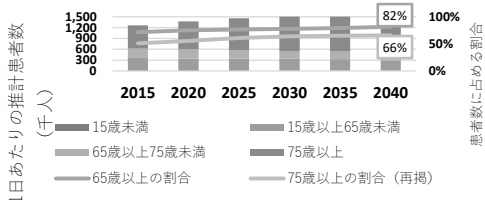
- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約80%となるが見込まれる。
- 二次医療圏(全国で335)によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89(27%)の医療圏が、また2035年までには260(78%)の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

<全国の受療率・患者数>

入院受療率 (人口10万対)



入院患者数推計



出典：患者調査(平成29年)「受療率(人口10万対)、入院-外来×性・年齢階級×都道府県別」
 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)」
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

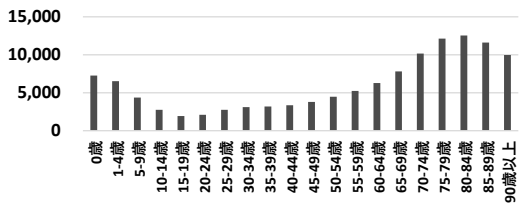
医療需要の変化②

外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

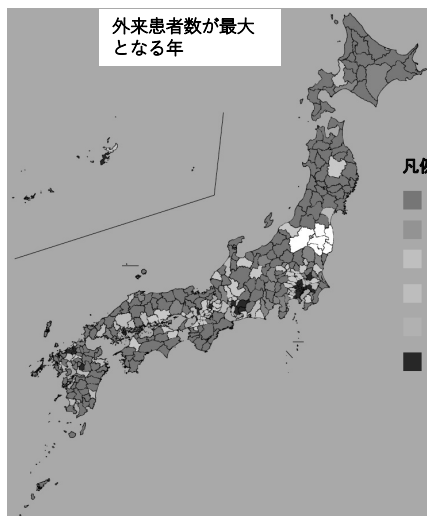
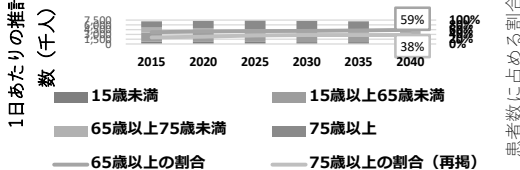
- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約60%となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214(64%)の医療圏(全国で335)では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

<全国の受療率・患者数>

外来受療率 (人口10万対)



外来患者数推計

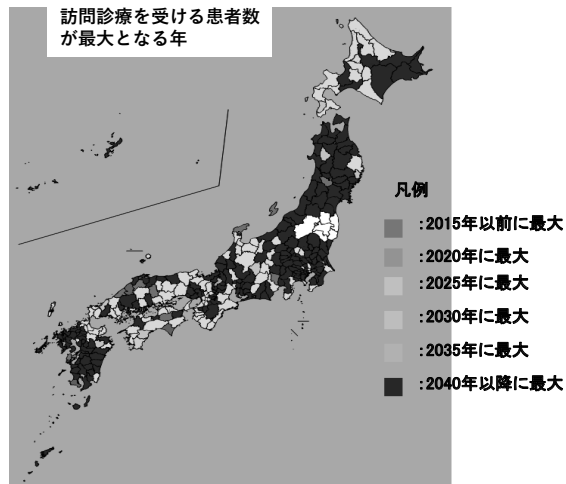
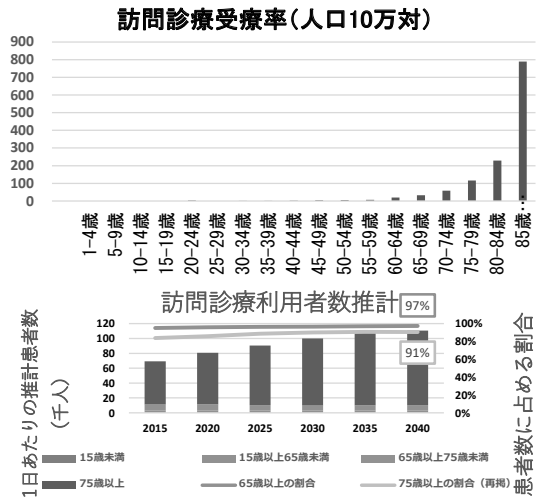


出典：患者調査(平成29年)「受療率(人口10万対)、入院-外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」
 ※ 「外来」には「入院」「在宅」「訪問診療」「医師以外技術」が含まれる。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203(61%)の二次医療圏(全国で335)において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

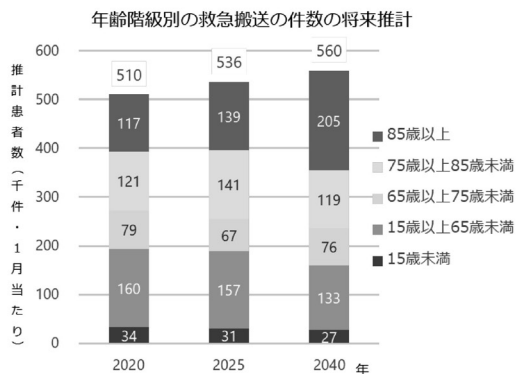
< 全国の治療率・患者数 >



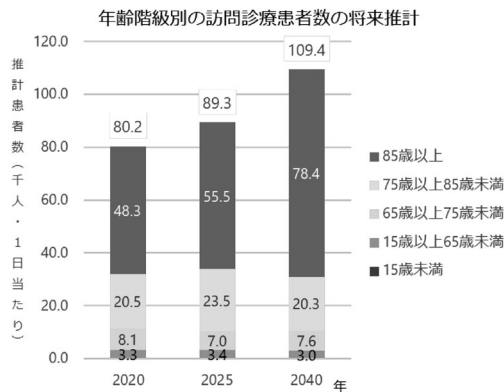
出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院・外来の種別別」
 「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

2040年の救急搬送、在宅医療需要

救急搬送の増加



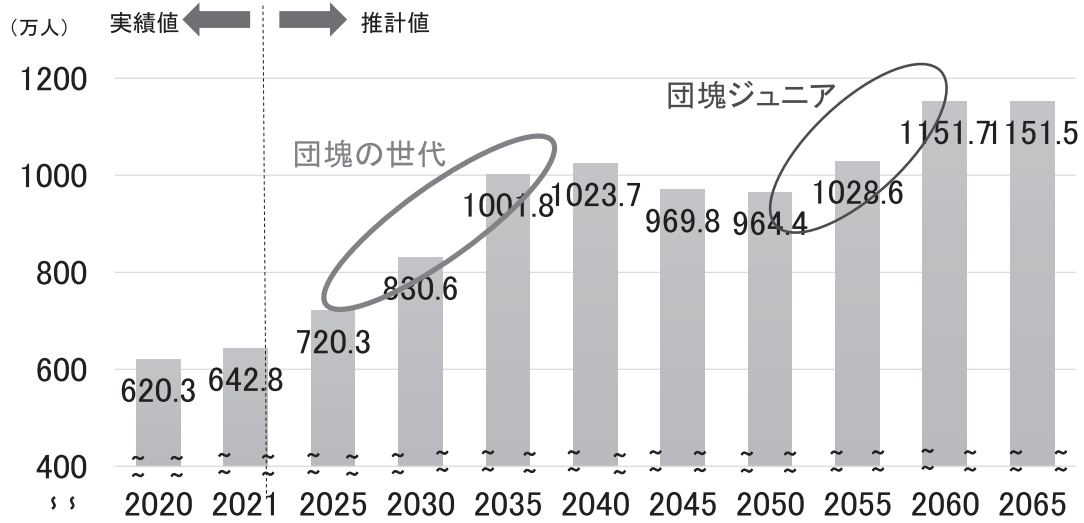
在宅医療需要の増加



今後、85歳以上の高齢救急搬送の増加、在宅医療の需要増加が推計されている。特に首都圏などでは、高齢者が増加していく。

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」他資料より

85歳以上高齢者の推移と将来推計



資料: 2020年までは総務省「国勢調査」、2021年は総務省「人口推計」(令和3年12月1日確定値)、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)の出生中位・死亡中位家庭による推計結果

高齢者の急性期における疾病の特徴

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年9月6日 資料1

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名(注)

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名(注)

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえく壊を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳~65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院科等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

新たな地域医療構想

15

今後の地域医療構想 その1

地域医療構想については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深めることが必要である。

- 現在は 2025 年までの取組となっているが、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」
(2022年12月28日社会保障審議会医療部会)

16

今後の地域医療構想 その2

- このためには、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」
(2022年12月28日社会保障審議会医療部会)

17

地域医療構想と、医療機能の「集約化」

- これから起こる人口変動やコロナ対応を踏まえ、各地では、急性期機能の集約も考えられる。他方、集約化は、医療へのアクセス制限につながる。
- 日本医師会として、国の一律の方針ではなく、あくまでも、地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実情に応じた体制を構築する仕組みを堅持していく。
- そうした仕組みによってこそ、「集約化」と、地域に密着して入院患者の受入や在宅療養支援を担う医療機関を確保する「分散化」とは、バランスを持って図られると考えている。

2022年6月日本医師会代議員会答弁より

18

新たな地域医療構想の主な検討事項(案)

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。

【主な課題】

○2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離。

○将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。

○医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。

その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。

○2040年までみると、都市部と過疎地等で、地域ごとに人口変動の状況が異なる。

○生産年齢人口の減少等がある中、医師の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

※第107回社会保障審議会医療部会（令和6年3月21日）資料1を、日本医師会において一部改変したもの

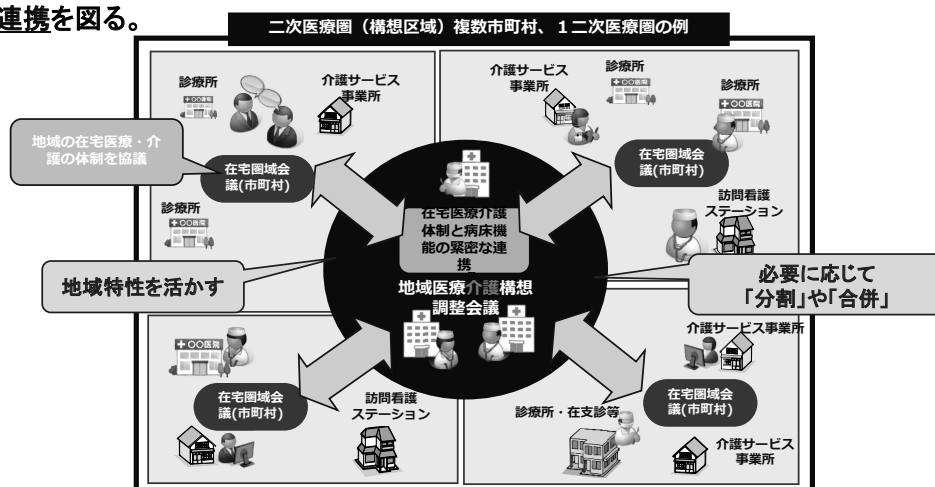
19

「地域医療構想」から「地域医療介護構想」へ

新たな地域医療構想では、介護も考慮に入れた圏域の検討が必要

新たな地域医療構想では、地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制を整理する必要があると考える

在宅医療圏は原則市町村単位とし、これらを含む二次医療圏(構想区域)で病床機能等との緊密な連携を図る。



新たな地域医療構想へ向けて

- 「必要病床数」よりも「病棟機能」の見える化を
- 「急性期」「回復期」の認識の共有化を
- 「回復期」→「包括期」へ
- 構想区域は規模に応じた「分割」や「合併」を
- 在宅医療圏は原則「市町村単位」で構想区域と連携を
- かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論を
- 調整会議に市町村・介護関係者参加のもと「地域医療介護構想」へ
- 「治し支える医療」の拡大を踏まえ「現状投影型モデル」からの脱却を
- 地域特性を踏まえて地域の裁量拡大を
- 医療機関の健全経営の担保を
- 医療計画と整合した見直しを(2024/2030/2036年)

21

2024年4月17日 第2回新たな地域医療構想等に関する検討会 江澤常任理事資料より

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方 1

- 高齢化や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を実現する必要がある。
- 入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議のあり方等を見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」他資料より

22

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方 2

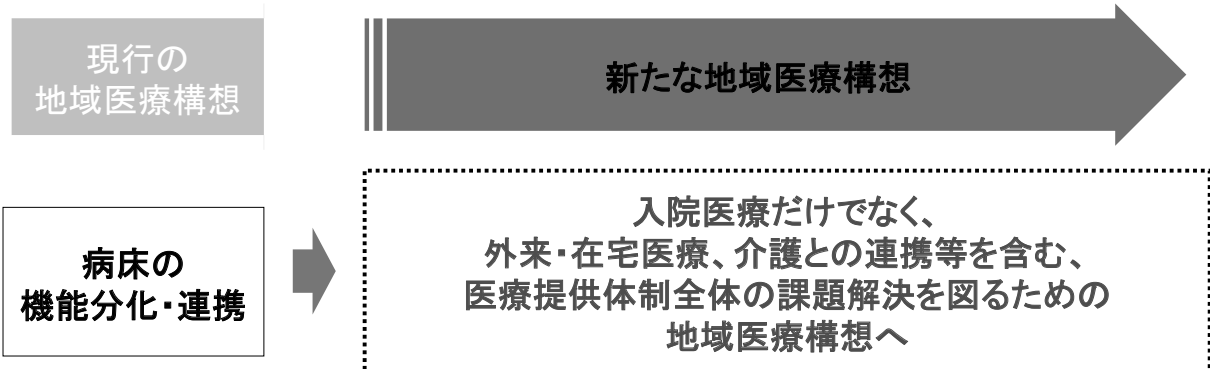
- 増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なりハビリを提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療DXの推進等により、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携、かかりつけ医機能の発揮等を通じ、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。
- 増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携による24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。外来医療においても、時間外対応や在宅医療等のかかりつけ医機能を発揮して必要な医療提供を行う体制を目指す。

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方 3

- 医療の質やマンパワーの確保のため、手術等の労働集約的な治療が減少し、急性期病床の稼働率の低下による医療機関の経営への影響が見込まれる中、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。
- 必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、地域で不可欠な医療機能（日常診療や初期救急）について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想
85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。

病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みを創設。

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医師の派遣機能

医育機能

より広域な観点で診療を担う機能

必要なこと

明らかなこと: 医療体制は患者ニーズが決める。

- 患者ニーズが減る以上は、政策医療を含め、規模の大きい病院医療の維持は困難。
→ 病院の統合・再編は不可欠
人口減少進行地域での「総合診療行う診療所」モデルの確立
- 患者の高齢化 ⇒ 単純な急性期医療では対応出来ない。
医療と介護の融合
- 増加する在宅医療ニーズへの対応
- 医師の仕事確保
研究医、企業(製薬系、医療情報系)で働く医師、
インバウンド医療、医療の海外展開

29

長寿と医療・介護費

生活習慣病予防が医療・介護費を減少させるという
明確なエビデンスは無い。

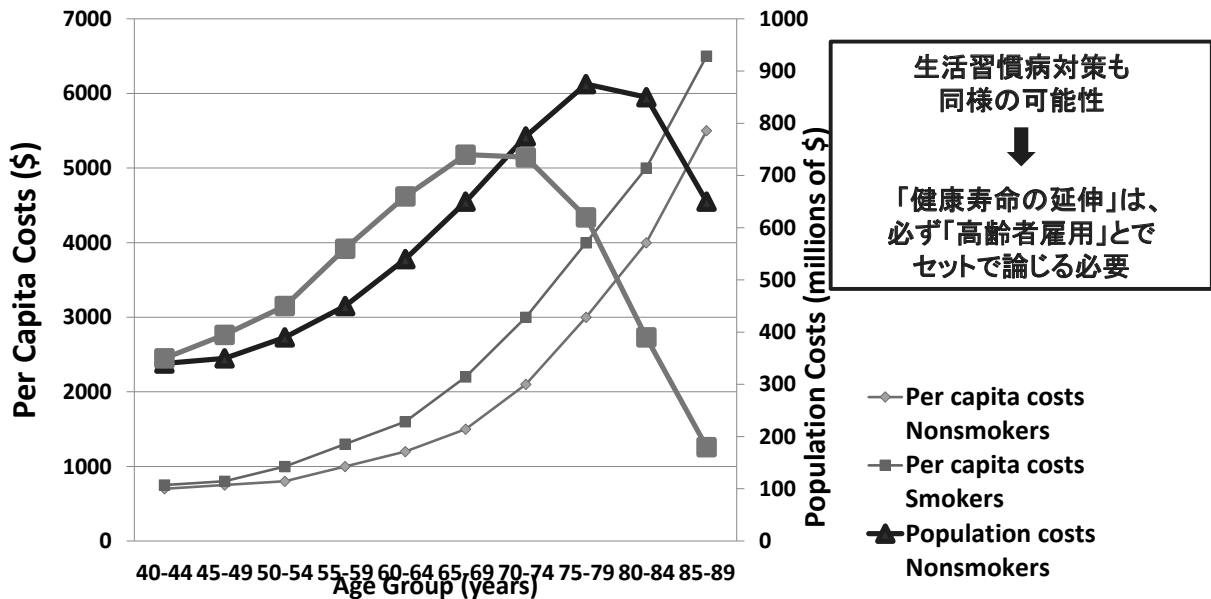


医療・介護費は、不健康な期間の長さや医療・介護密度によって決まる。

(河川洋行「医療の経済学」[第2版]197頁を改変)

30

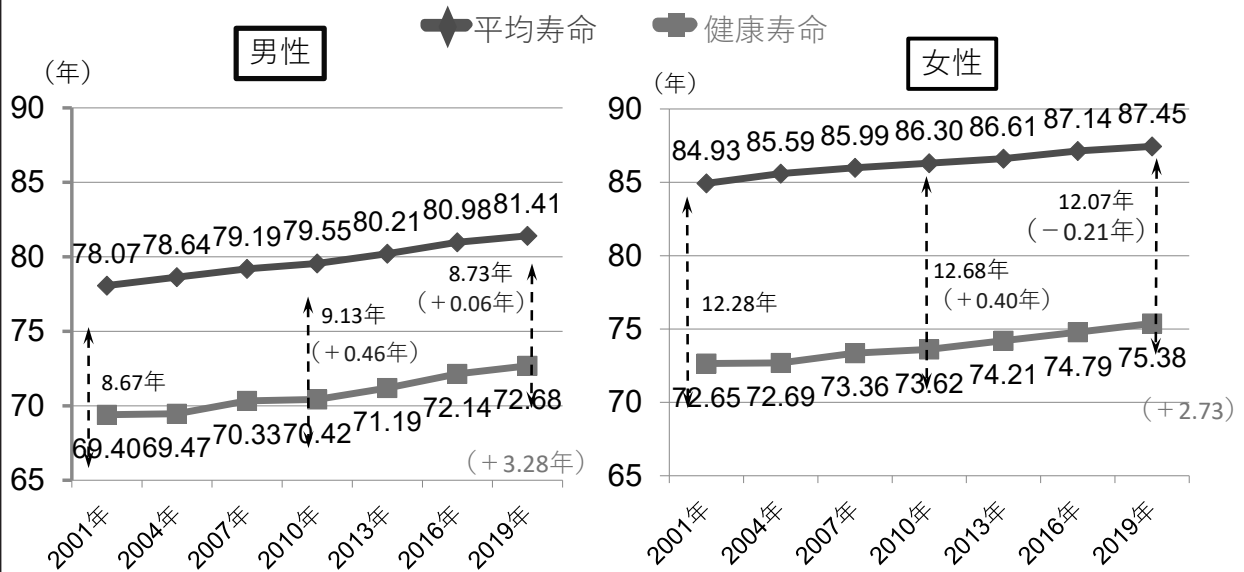
禁煙政策を進めると、総医療費は、最初の15年程度は医療費は減るがそれ以降は増加する



The Health Care Costs of Smoking (J. J. Barendregt, et al, *N Engl J Med* 1997; 337: 1052-1057)

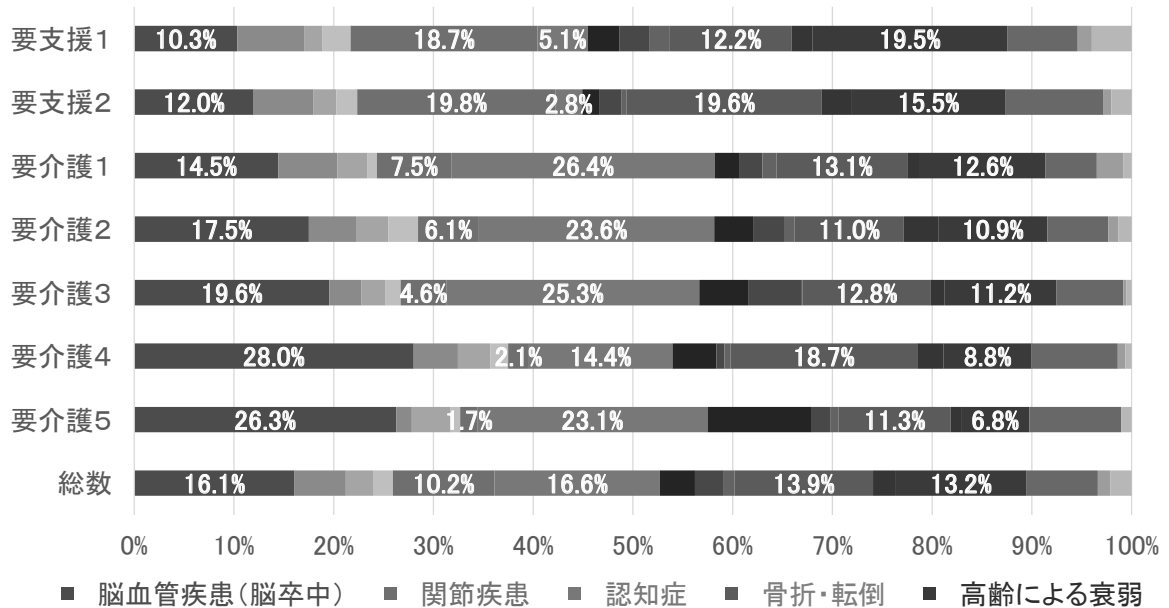
平均寿命と健康寿命の推移

健康寿命の延伸は高齢者就労の促進とセットで。



【資料】平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

要介護度別・介護が必要となった主な原因割合(2022年)



出典: 2022年国民生活基礎調査より作成

これからの日本の医療・介護の経営

備えるべき課題: 大きな地域格差、医療から介護への移行、医療提供体制の急速な縮小



自己負担引き上げは可能? AI・ICTは本当に効果的? 物価高・賃上げの対応は可能?
地方で減っていく医療需要

一層難しくなっていく政策対応

It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent that survives.

It is the one that is most adaptable to change.

最も強い者が生き残るのではなく、最も賢い者が生き残るのでもない。
唯一生き残るのは変化する者である。

チャールズ・ダーウィン(Charles Robert Darwin)『種の起源』

日本の医療のあるべき姿に向けて

国民目線での医療のあるべき姿の検討に向けた「考え方の転換」が必要

「病氣して受診」から、
「生涯の健康」を診る医療へ

医療の価値を正しく評価し、
価値に基づく医療へ

財政リスクを正確に伝え、
施策の選択肢の提示を

見直すべき
「かかりつけ医」の役割

国民の一生涯の健康を
地域多職種連携で診る
プライマリ・ケアチーム体制整備

プライマリ・ケアチーム体制整備
病病連携の機能分担
病診連携の機能分担
診診連携の機能分担

デジタル化が可能にする
質の高い医療の
選択を加速化

健康増進と医療革新を促
進するために 価値に基づく
医療を実装

価値に基づく医療の実装
医療の質の継続改善
デジタル/データ利活用

国民皆保険を将来世代に
引き継ぐために、今こそ
考えるべき医療財政

情報提供を進め
国民的理解を得て
必要な医療財源を確保

国民的理解の獲得
給付に見合った負担確保

35

国民の一生涯の健康を地域多職種連携で診る姿

国民一人ひとりが、健康時から病氣時全ての段階において、自分の医療・生活情報を把握し適切なアドバイス・治療・投薬の提供を受けられる、一生涯の健康を診るチームを持つべき

出産・育児期

ワクチン接種時

健康診断時

疾病発症時

多疾患併存

終末期

妊婦
子どもの
体調変化時
相談

予防接種時
接種後の
体調変化の
相談

健康診断の
面談指導
健康管理

早期発見
早期治療
医療連携
オンライン

複数疾患への
適切な治療
介護までの
指導相談

緩和ケア
看取りへの
対応相談

地域の医療基盤
一生涯の健康を診る チーム体制
90%程度の疾病対応可能

多職種間の医療・データ連携 専門医や保健所との連携

個々人に応じた健康長寿に向けた助言・指導が継続的に受けられ、
医師負担軽減や在宅・入院の適正化、病床の適正確保など
生涯の健康を診ることで、多疾患併存患者の治療、予防や介護課題、
社会的に抱えている課題などへも包括的により対応できる

36

質の高い医療を患者が選択できるようにすることは 多くの関係者に利点がある

- **患者・国民が適切な治療を受けられる**
質の高い医療が選択できる環境整備を促進することは、現状の外来を中心とした医療の提供量評価から医療の質評価中心の仕組みを更に目指すことができ、患者・国民が最適な治療を受けられることに寄与する
- **保険者が支払う医療費の最適化が進む**
重複処方や受診など、過大な処方や支払いを削減し、生活習慣病などの重症化予防で合併症の抑制を進め、医療費の最適化を図る
- **国・自治体は限られた資源で国民の健康増進に貢献できる**
医療(手術、医薬品、医療機器、等)の質が評価された情報をもとに、診療報酬を検討でき、無駄の削減と限られた医療資源の最大活用を行い国民の健康増進に貢献できる

37

国民的理解が浸透し、給付に見合った負担が確保される姿

国民理解を丁寧にもとめ、
給付に見合った負担確保が実現している姿があるべきではないか

- 国民皆保険制度の持続性が危ぶまれる現状についての国民理解浸透をすべきである
- あるべき給付を精査し、給付に見合った負担確保を理解してもらうことが重要である
- 国民は現状理解を望み、説明すると将来世代のために考える方が増えるであろう
- 急激な環境変化を鑑みると現状の検討方法だけでなく、多様な議論が必要と考える
- 我が国の中長期的な「あるべき医療の姿」を分かりやすく示し、取り組む必要がある

38

今後の医療改革に向けて

- わが国の医療改革は待ったなしの課題である。
- 国民の理解がより得られるべく、公衆衛生危機、少子高齢化と経済成長、財政負担増大への対応といった諸課題に対応した医療のあるべき姿を提示した上で、現状とあるべき姿の差異を計画的に埋める戦略的な対応(戦略的アプローチ)が必要である
- この際、課題の対応を難しくしている根本的な原因を網羅し、これを解決し得る成功のカギを関係者・国民のいずれにも理解できるように提示すべきである

39

今後の医療改革に向けて

- このためには、「国民に正しく情報を提供すれば、国民の選択は変わる」ことを念頭に置き、国民目線の検討をさらに進める「考え方の転換」が必要である
- 特に、コロナ禍で医療提供体制の課題を国民が目の当たりにしている今だからこそ、この考え方の転換は非常に重要である
- 医療のあるべき姿と戦略を一人ひとりの医師が真剣に考える時期が来ている

40

ご清聴ありがとうございました



日本医師会 キャラクター
日医君（にちいくん）