

opinion 3

地域医療ビジョンの
つくり手と人材育成策

小西洋之氏 参議院議員

地域医療ビジョンのもと
医療者が同じ方針、志を持つ

これからの地域の医療提供体制は医療従事者、病院経営者をはじめ、サービスの受け手側の患者やその代理人である保険者を含めた、「豊かな協働体制」のもとでつくりだしていくべきと考えてきました。

2006年の第5次医療法改正後、わが国の医療は2つの課題解決に取り組む必要がありました。1つは、地域の医療提供体制が十分に確立されていないこと。もう1つは、超高齢社会を迎えるにあたり、疾病構造や介護に対するニーズの変化への対応ができていないことです。

この2つの課題を解決するために、2025年を目標に地域の医療提供体制をあらためて組み立て直すべく、与党時代の12年に、社会保障・税一体改革という形で基本的な考え方を示しました。さらに、

議員以前の東京大学の研究も踏まえ、都道府県における方針を示すべく、医療計画、がん対策基本計画、高齢者医療確保法の基本方針などの改革に取り組みました。

医療提供体制に係るPDCAサイクルを実効性あるものに強化したほか、医療計画の策定・評価の過程で患者やその遺族、保険者の参画を制度化しました。保険者が持つレセプトデータを分析して、地域の医療需要や課題を把握したうえで、医療の提供体制をつくるプレイヤーとして頑張っていただいたと考えると、今般の改革の基本的な方向性と仕組みは、この時に措置したものが重要な基盤となっています。

各地域において、25年までの医療需要に定める医療提供体制をつくるにはどうすればいいのか。1つは、医療需要に対する医療資源の状況を皆で共有する必要があります。

す。その仕組みが病床機能報告制度です。これは「上から目線」の改革ではなく、当事者間で適正な調整を行い、調整がかなわないうきには行司役として知事に一定の役割を求めるということです。病床機能を報告していただくと同時に、医療関係者が同じ方針、志のもと、地域の医療提供体制をつくりださなければなりません。その方針、考え方をかたちにするのが地域医療ビジョンであり、実現に向かう仕組みが医療計画のPDCAサイクルです。地域の医療需要を把握し、決のために何をすべきかを議論し、医療計画に地域の实情に応じて盛り込んでいただく。今後6年ごとの見直しとなりますが、1年ごとにPDCAサイクルを回し、足りない部分は修正、改善していきます。また、計画期間全体のPDCAサイクルを確保、介護との整合性を図るために3年ごとの中間評価・見直しにも取り組んでいただくことになっています。

地域医療ビジョンや医療計画の策定段階では、たとえば脳卒中に対応するための治療段階ごとの医療資源、連携体制が足りない場合は何が必要かを把握し、議論します。そのテーブルの真ん中で、議論を調整しリードする、プロジェクトマネジャーの存在が必要です。本来は、都道府県の医療政策責任者が担うべきですが、適した人材がほとんどいないのが実情です。そこで、都道府県担当者を集めてPDCAの考え方や、地域医療ビジョンをどうつくりだしていくのかを学べるような研修プログラムができれば、厚生労働省と議論しています。厚労省で数回の研修を受講するだけでは足りないため、各都道府県が自ら医療政策の担い手を育てつつ、異動のたびに途切れないような人事政策のあり方を考えていただきます。

医療は他部署から異動してきてすぐに対応できるような分野ではありません。国と都道府県とで連携して人材育成の取り組みを早急に構築する必要があります。この

病院経営者は担い手とともに
つくり手として参画してほしい

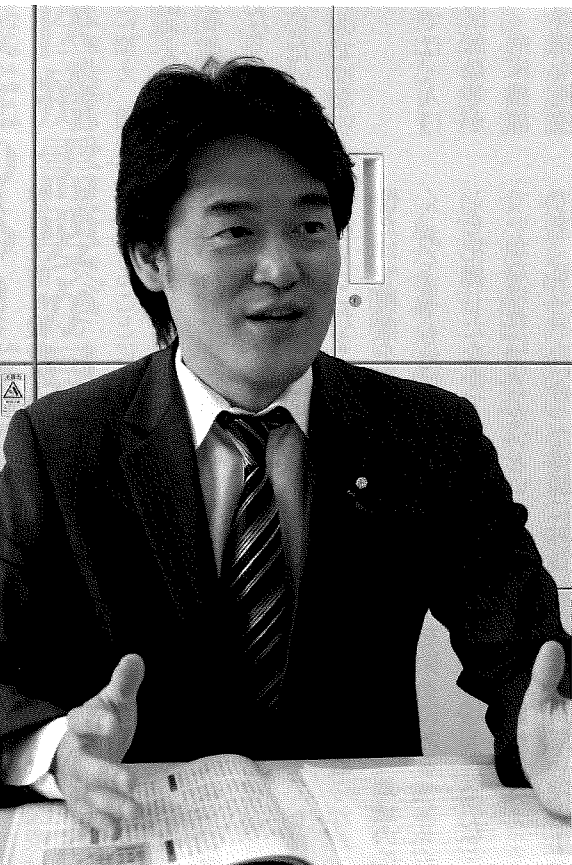
各地域で医療計画を実行して

心を持つ病院が強い
任せきりではいけない 一括法案

危機感から、政権与党時代に途中まで取りかかっていたのが、国立大学等に医療政策の講座をつくり、都道府県単位で医療計画を分析し、評価するというものです。講座の研究員は都道府県職員と兼任すれば、実際の医療政策に活かれます。実際に千葉大学ではそれに近いことが行われていて、県庁職員が受講し、県内の医療需要や医療提供体制の研究をしています。病院経営者や医師など、地域の实情を十分に踏まえ、さまざまな医療関係者と建設的な議論をしながら、医療提供体制をつくりだしていく。これがプロジェクトマネジャーの役割だと考えています。

25年までに適切な医療提供体制を構築するため、医療計画を財政面から支えるものとしては診療報酬だけでは足りないと考え、創設されたのが「新たな基金」です。あとは今後の課題ですが、専門医を育成する制度づくりなども重要です。12年の社会保障・税一体改革の時から厚労省、財務省の責任者と議論してきたことは、医療計画、診療報酬、基金、専門医などの基盤制度、この4つを一体的に、戦略的にやっていたいかなければ地域の医療提供体制は構築できないということです。

地域医療ビジョンによって今後は、地域の病院が公共財として地域における医療提供体制を支えていくことになり、自院が地域医療の役割を担うのかを考え、連携する地域の病院と皆でその公的な使命・役割を共有していただくということです。日本は民間病院が中心ですから、民間病院に頑張ってもらわなければ医療を支えきれません。そのため必要な費用として「新たな基金」を活用していただき、手厚くすべき部分には、今後診療報酬においてより積極的に評価していくことになり、最良な医療提供体制の姿というのは、それぞれの地域によって異なる



ここに・ひろゆき 徳島大学医学部在籍後、1998年、東京大学教養学部卒業、2004年、米・コロンビア大学国際・公共政策大学院修了。08年東京大学医療政策人材養成講座修了。総務省放送政策課、経済産業省情報政策課などで課長補佐職に従事。10年、参議院議員選挙千葉県選挙区で当選。民主党政策調査会副会長（厚労省担当）、国会対策副委員長、脳卒中対策推進協議、医療基本法協議事務局長などを歴任

地域の医療資源や連携体制を
議論する場をリードする
プロジェクトマネジャーが必要

ります。たとえば、人口30万人の医療圏が複数あったとしても、全部が同じような機能を持つ中核病院を整備することにはならないと思います。厚労省がガイドラインやデータを示すので、それを参考にしつつ、自治体間でも意見交換をしながら、地域医療を支える関係者で協議し、ベストな体制を見出していたらいいと思います。

病床機能報告制度で機能報告をする際、医療機関の経営者の方には受け身ではなく、地域医療をどうしていくべきかという視点を持っていただきたいと思います。法改正で設置される「協議の場」などに参画し、自らの地域の医療の担い手というだけでなく、地域医療のつくり手として活躍していただくことを期待しています。