

# 新医療計画と知事権限

九州大学大学院医科大学研究院基礎医学部門

社会環境医学講座医療システム学分野教授

信友 浩一

## 1. 医療政策の底流

### (1) 慢性疾患主流の時代：治らない時代

今の医療政策制度改革、あるいは動き、それをもたらしている原動力、ドライビングフォースは何であろうか。医療政策の底流。これは、やはり国民皆保険以後に出てきた急性疾患主流の時代から慢性疾患主流の時代、急性疾患というのは時間との争いであり、我々医師主体の医療でなければ展開できない、もっともだという、そういう合意はあったわけであるが、だから、治るか死ぬかというのが急性期疾患、急性期ではない急性疾患主流の時代の特徴だったと思う。

それが国民皆保険以後、全死因・死亡率で見ても、急性疾患ではなくなって脳卒中、がん、あるいは心筋梗塞等々がトップを占めてきて、慢性疾患主流の時代になったわけである。そうすると、急性期であれば治るか死ぬかという非常にロマンティックな時期、我々は治せる、治したい、治してほしいと、医療提供者と患者の気持ちは一致するわけであるが、慢性疾患が主流になってくると、そうではない。ゆえに、病を持ったままどのように生活するか、あるいは病を持ってどのように死ぬか、そういう生きる力だとか死ぬ力というものがターゲットになってきている。

それに対して制度改革が行われてきたとすれば、この制度で見れば1992年にその治すという医師主体の医療だけではなく、生活モデルで病に対してどのように対応していくべきかと。そういう意味で、医療モデルではなく生活モデルという医療も提言された。それが療養型病床の話だったと思う。

それから、97年になって、地域支援病院に光が当たった。しかし、私からすれば総合病院の名称の廃止、このほうが大きかったと思う。やはり総合病院と一般病院に違いがあるということを示してきたわけであるが、実際、データをとってみたら、一般病院も総合病院も治癒率だって変わらない。だから、これからは総合病院が入院医療に専念して外来を縮小・閉鎖して、患者の身近にあるところの診療所・中小病院が外来医療を強くし、連携を強めて、地域にあたかもバーチャルな総合病院があるかのようにしなさいというのが1997年の医療法改正だったと思う。そういう意味で、施設完結型医療から地域完結型医療へというのがこの時点での布石だったと思う。

それで、その後、医療、医療というときに、我々は医療とはこういうものだという具体的なものを、理念だとか、基準だとか、事例だとかで示すことを怠っていたために、医師がやっていることはすべて医療だという、多分、医療モデルでこの慢性疾患主流の時代も走ってきてしまったと思

う。だから、医療というのは何であり、データで示して欲しい、2003年のDPCというフォーマットでデータを出してみたいと。2003年の医療法改正ではないが、医療モデルでの急性期医療を担っているという特定機能病院だとか、それを自負している病院がDPCフォーマットでデータを出して、DPCコード毎にどれだけの在院日数が病院ごとに違うのか、違うのか、それを見よう、そういうふうな医療モデルでの医療の可視化が始まり、そして、今回、生活モデル、療養型病床において医療というのはどのように提供されているのか、外部からの力であったが、それが可視化されてしまった。ここまで来て医療は何なのかと。それは病院という施設があるのか、ないのかと、そういう論議を患者も保険者も関心を持ち始めて論議が始まった。

そういう意味では、関係者による一歩後退二歩前進の一歩後退の状況だと思う。今までのその対話に使っていた医療とはこれだということではなく、医療とはこれだというデータを示すという、その作業に時間を我々は費やさせられてしまっている。そういう意味で、前には行っていないけれども、前進するための共通用語としてデータ、フィギュア・アンド・ファクトかもしれないが、そういうものが求められていると思われる。だから、今の医療制度改革の大きな原動力になっている1つが、慢性疾患主流みたいになっている、治らない時代であると、そう私は見なしている。

## 1) 生活に密着した公的サービスは地方政府主体で担う

もう1つは、これだけ生活に密着した医療、看護、介護であるわけなので、それぞれ地方によって、西日本と東日本では多分医療に対する期待だとかが違うと思う。随分前に感じたことは、臓器移植に少しかかわっていたが、脳死という言葉を出してもらいたいということ、この移植にかかわるコーディネーターの研修会で論議したことがある。そうすると、西日本では、脳死というこの大事な話をコーディネーターにしゃべってもらいたくない。医師から語ってもらいたい。一方、東日本は、そんな深刻なことを医者から言われてしまったら、「そうですね」と受け入れざるを得ないと。だから、東日本の方々は、脳死ということはドナーコーディネーターからしゃべってもらいたいというのがあった。

このように、日本で一本化したガイドラインというものが医療の世界になじむのだろうか。なじまないのであれば、それぞれその地方、医療というのは文化あるいは風土であるとするならば、それぞれのところで納得いくようなガイドラインだとか手続きをつくっていくべきだろうと、そのように十数年前に感じた。そういう意味で、生活に密着した公的サービスは地方

政府主体で担う時期に来たのだろう。

その先駆けとして介護保険も支払側も利用側も提供側も、介護保険事業策定計画委員会というテーブルに着いて商品設計をするということがこの6年間やってきたわけである。だから、徐々にその保険者も患者というステークホルダーも、これだけのことをしてほしかったらこれだけのことを負担しないといけない。地方政府はこれだけのことを負担しないといけないということを、コストとリスクとベネフィットを同時に考えるということが地方レベルで始まっているのではないか。だから、生活に密着したことは、自分たちでデザインして負担して享受したいという流れが出てきているのではないか。これが主流になるかどうかわからない。先ほどのように、地方政府にそれだけ成熟した行政官がそろっているわけではないので。でも、だからといって、江戸時代のあの300あまりの藩が全て成熟していて明治政府をつくったわけではなくて、落ちこぼれの藩もあったわけなので、ちょっとたとえがよくないが、やっぱりよくわかっている都道府県と、わかっているようなわかっていないような都道府県と、全く無関心で中央に依存している都道府県もあると思う。ホットとホットでないところがあるのは現実であるが、だからといって、下に合わせていくというのは、もうスピードに負けてしまって、政府というよりは国自体がガタガタになってきてしまうと思う。だから、まず、デモンストレーターがあって、それを習っていくというのが今の地方政府が責任を持ってやらないといけないような公的なサービスの展開の仕方かなと思う。

だからこそ、6年前に日本で最初の医療経営管理のプロフェッショナル・ディグリーを出す専門職大学院を九大はつくり、今、6期生を迎えている。この6期生のところに、47都道府県からこの5年以内に少なくとも1人をこの専門職大学院に出してもらって、中央政府レベルと同じ政策構想力を持った地方公務員を養成するというので、今年は千葉県と熊本県から引き受けている。来年は地元の福岡県から、またほかの県からも来るけれども、そういう意味で、中央政府のほうも地方政府の行政能力を高めるということを教育の場を介して始めているので、この地方政府でもっともっと生活に密着した医療・看護・介護、それから教育もそうかもしれない、それから住宅政策もそうかもしれないが、そういうところを担わせるようなことを、ソフトのほうでは、お金だとか何とかといってもいられないようだが、ソフトの面での人材育成・組織育成のほうをやっているかなという感じはしている。

## (2) 医療政策のこれからのリード役としての「新医療計画」

### 1) データ（資料）・事実

そういう流れのなかで、医療というものを、今ある地域の医療資源でどのように組み上げていくと地域の住民・患者が納得できるか、あるいは我々医療提供側も安心して医療が提供できるか、経営が安定していくかと。保険者側も腑に落ちるような仕組みかなと言えるかと。そのことをリードするのが新医療計画だろうと思っている。

従来の医療計画は、つくったら終わり。何か作業しただけだったが、今回ガラッと変わってきているように思う。だから、今度は医療計画というよりは行動計画、アクションプログラム。成果目標は何にするのか、その成果目標を数値化して欲しいと。数値化されたものが実現できたかどうかによって、ペナルティかメリットシステムを関与させるという構造になっているように受け取っている。

では、その新医療計画を作成するときの手順、プロセス。まずは透明性と公開性の確保。だから、オピニオンを言うのではなくて、データあるいは事実で示してステークホルダーたる保険者にも患者にもわかってもらう、そういうデータを集めるように行政が責任を持って、かつ座長は知事の下、そのデータで医療計画をつくる。そのためにステークホルダーはテーブルに着席し協議する。それはいいが、調査・協議への協力努力義務規定が入っている。だから、医療審議会で医療計画をつくる時にこういうデータがいるということを医療審議会が決めたら、それに対して我々医療提供側はデータを出さないといけない。

だから、データを出した病院・診療所というのは明記される、あるいはそれを武器にして知事側があるいは行政側がどのようにリーダーシップを取ってくるか、こないか、それを医療提供者側はどのように牽制するのか、しないのか、そこら辺の戦略性、あるいは作業部隊を県医師会が持つか、持たないか、どのように組むか、組まないか、あるいはテーブルの下で、行政側と県医師会とが一番データを多く持っているところなので、どのようにデータを共有していきながらステークホルダーたる医療提供者、保険者、患者が納得できるものがつくれるかと、そういうことが求められていると思う。

### 2) 医療のステークホルダーが同席するテーブル

したがって、医療のステークホルダーたる医療提供者、患者、保険者、この3者が独自の発想でものを言うということが進められる医療審議会にはなっているが、まだまだ発言しない。そのため、医療審議会はセレモニー

のような意識がまだ強過ぎると思う。この医療審議会の会長は県医師会の会長である。なかなか中立性を保てないのがしんどいだろうと思うし、だから、反対に、その下の医療計画部会でどれだけ裸の論議をするか。医療計画部会のところに患者、医療提供者、保険者のデータが入ってきて、素案を練る。その素案をつくるところに、福岡県の場合では福岡県の医師会の専務理事の下にワーキンググループができています。そのワーキンググループとこの医療審議会の下での医療計画部会の下でのワーキンググループとの間で進捗状況をお互い報告し合いながらしていくということを仕掛けた。どこかでつぶされるかもしれないが、そういうことを先週までやってきた。

そういうお話をすると、先ほど、宮城県では医療計画をつくる作業に入ったというアナウンスもないと。医療審議会ではそういう報告もないということだから、これでは宮城県はしんどいなと思う。「もう時間切れですから、これをお願いします」といういつもの行政パターンでやられてしまうのではなかろうかと思う。あるいは、ほかのある県では、新医療計画の原型をつくって、これが患者の視点からオーケーしてもらえるかどうかの検証を始めている県もある。

例えば患者が一番怖がっているのは世間で言われているがんとか云々ではない。アルツハイマー、認知症、うつである。人格崩壊が来る病気を一番怖がっている。がんとか何とかスポットライトが当たっているが、それはやむを得ないという言い方は言い過ぎかもしれないが、それよりは、そのように自分が自分でなくなることを怖がっている、そういうものが新医療計画のなかに盛り込まれているか、盛り込まれていないか、それを、今、患者の視点から検証を始めているという県では、思ってもいないような抜けがあるということを感じ始めている。

だから、今まで医療提供者と保険者とが話し合ってお金がたくさん来るところ、患者が多いところだとか、そこに注目だけしていたけれども、どうも患者は違う発想がありそうだとこのところ、そこら辺を配慮しておかないと医療審議会ではなかなかオーケーが出ない。医療審議会でも中間答申に相当するものを検証した後、パブリックコメントを出す。相当な人が関心を持つと思う。ではパブリックコメントを求める者が、いつごろになっているのか。それもない。私なんか承知している限りは、すべて平成20年の4月までの作業計画をつくり上げている。1週間ごとの。そういうようなものをつくっているのだから、どのようにして見ることが出来るかは都道府県によって違うけれども、適当な時期にパブリックコメントを求めなければいけない。そのときに、患者云々が相当コメントを出してくる、ない

しはそのようなメディアがキャンペーンを張るのではなからうかとも思っている。だからこそ行政はいろいろなデータをきめ細かく集めて、3ステークホルダーが納得できるようなものをつくりたいと。ある意味では、そういう3者が納得できるような計画をつくって一旗揚げたいという行政官、張り切っている行政官諸君が40前後の方がいる。そういう時代ですね。

そのときに、その患者の視点というのを我々はいろいろなところで言ってきたけれども、では患者とはだれなのか。医療審議会にだれを呼んだら患者の視点を語ってくれるのかとなったら、困ってしまう。

ここに書いているように、東大にある医療政策人材養成講座の伊藤雅治氏、もとの健康局長が2期生の院生でおられて、「患者の声を医療政策決定プロセスに反映させるために」ということで、各政党の政調審議会レベル、政調会レベル、それから、政府の局長審議官レベルに対してヒアリングしている。このタイミングでこういう代表性がある人だったら組み込まれるというようなことをヒアリングしながら検証しながらあるべき形を提言してまとめている。今、伊藤さんがおられる全社連の、今、理事長ですけれども、そこに問い合わせをされたら送ってきてくれる。だから、こういうものが出てくると、積極的に中央政府のほうも患者をどう選ぶかというのは大いなる問題というか、ノウハウがないので試行錯誤になると思うが、患者はそれで納得するかということがこれから相当論議のなかに入ってくるということは想定しておかないといけないだろうと思っている。

### 3) 座長は知事

そういう意味で、この新医療計画をつくる、また県民から選ばれた知事がその最終責任者であるということ。そのために今どういう状況になっているのか。だから、データが出せたところを基にして事業ごとに、福岡のほうは二次医療圏ごとにといい発想は一部は走らせているけれども、福岡県下530万人の脳卒中に対してどのような医療提供体制が必要であるか。そうすると、脳卒中の救命救急期はどこが担ったらいんだと。その次の急性期医療は、回復期リハは、あるいはホームリハ、ですね。ターゲットごとに脳卒中、がん、あるいはメタボリックシンドローム、心臓病と、そのようにターゲットごとにどういう医療提供体制をつくったらいいかを、データが出せたところで、データが手に入ったところで原案をつくるということをしている。だからこそ2のようにデータを出す義務規定が必要だったのだろう。

したがって、そのデータに基づいて3年後5年後に、福岡で行けば脳卒中の救命率を今何%だけれども何%引き上げるというものを成果目標と

し、数値目標にしていくと。それを我々医療提供者は患者に対する約束事としていく。それを実現できたかできなかったかによって、次にそれがペナルティになるのかメリットになるのか、それは中央政府が考えることだろうし、やはり中央政府がそのツールを用意するかもしれない。そのように検証可能な事後行政に入ってきているというのが、今までにないのがこの新医療計画だと思う。

さらに、病床稼働率の低い自治体立病院、50% 未満。そうすると、使っていない50%を削除して、その50%の病床を超えない範囲で、その二次医療圏が病床過剰地域であっても小児救急医療をやりたいという病院があればそこに使わせなさいというのが、この稼働率の低い病床の減少勧告権限が知事に与えられるということである。このように知事に相当な権限を、今ある医療資源をどのように組み合わせさせて特化・連携させればいいのかということを、データを基にしてステークホルダーが座るラウンドテーブルで検証あるいは提言していくという世界に入りそうだということである。

こういう動きのなかで行けば、当然、医師が新臨床研修制度云々から始まって、地域間の格差あるいは診療領域間の格差というのが広がってきている。それだからこそ今回の医療計画の見直しと検討会、座長が黒川先生だったわけであるが、今まで規制対象を病床にしていたけれども、病床の使い方が非常に病院が上手になったと。クリティカルパスなどを導入し。だからベッドを規制対象にしてもコントロールできなくなったという認識があって、これからはしたがって今のような新臨床研修制度から出てきた地域間格差、それから診療領域間の格差をコントロールの対象にしないといけないだろうという論議が1回だけあった。

したがって、この新医療計画の次に法制度改革があるとするれば、医療法を改正して病床規制から医師の規制、及び医師の規制をするためには、先進国はすべて医師の専門職団体に業務統制、日本で行けば弁護士会であるが、それに相当するような業務統制型の医師専門職集団をつくって品質コントロールというもののプラス数のコントロールというものを医療提供側に委ねられてくるのではなかろうかと、私は想定している。どうなるかはわからないが。政策の整合性という面からすればそういうことが出てくるんだろうかなと思っている。

以上が、この「新医療計画と知事権限」という、余りその医師会レベルであるとか学会レベルでも話題にならないテーマをぜひこの場の方々には理解していただいて、リードしていただきたいということで整理してお話した。