

## 前回地域医療構想に関するワーキンググループにおける主な意見

### 議題①：地域医療構想調整会議における議論の進捗状況について（その5）

- 人口10万人対医療施設従事医師数が全国で一番多い徳島県でも地域偏在が大きな課題であり、さらに医師が少なく面積も広い多くの東日本の地域に関しては、この医師偏在は非常に深刻な課題である。地域医療構想を達成するという議論を進める中で、それを担う人材をどう育成・確保していくのかは大きな課題であり、構想実現のためにも医師偏在対策も進めていただきたい。
- 病床機能報告の病床数と、2025年の病床数の必要量との比較を単純にしてはいけない。こうした単純な比較の結果、回復期が足りないのだといって回復期への病床機能転換を行うのは慎重にしようと言いつけている。病床機能報告制度は病棟単位で一番近い機能を報告するもので、2025年の病床数の必要量は患者単位であり、全く違うものである。これら2つを比較して不足ということは言えない。

### 議題②：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について

- 資料2の例のように、公立・公的病院で急性期と報告した病棟の病床数100床と、2025年の急性期の必要病床数60床と比較して議論しようとする、急性期病床を40床削減しなければならないと誤解されてしまう。病床機能報告の病床数と2025年の病床必要量の単純な比較は問題であり、こういった資料を出すときには傾向にすぎないということを強調しなければならない。
- 都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置は非常に大事なことで、ぜひ進めてほしい。ただし、都道府県単位の地域医療構想調整会議の事務局機能を都道府県庁（本庁）に置くのではなく、できれば都道府県医師会が事務局を担って、本庁が都道府県医師会を支援する形にしてほしい。
- 都道府県にはすでにさまざまな負荷がかかっており、現行の調整会議の運営にも苦慮していると聞く。都道府県単位の調整会議については、負担軽減の観点から、例えば医療審議会など既存の合議体をベースにするなどの工夫や配慮が必要ではないか。
- 「都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を推奨」となっているが、これは法令上の根拠がない、推奨という形にとどまるわけで、通知等で対応することとなるのではないか。そうすると、都道府県単位の調整会議では何を議論するのか明確化して示す必要がある。構成メンバーについては、構想区域ごとの調整会議においては、医療法を改正して、医療保険の保険者が明記されているので、都道府県単位の会議においても、法令上の整理を十分に踏まえてもらいたい。
- 佐賀県は県庁の調整会議があり、各構想区域の調整会議で座長を務める医師会長が参加し、県単位でのコンセンサスを得ている。県としてのある程度の方針がわからないと各構想区域の調整会議の座長もどうしていいかわからないと思

われる。また、高度急性期医療に関しては構想区域を越えるので、県単位の調整会議は非常に重要な役割をしてくる。

- 調整会議の充実・強化のためには研修会の開催とかアドバイザーの設置の提案があったが、それだけではなく、事務局機能自体を強化することも考えてほしい。事務局は保健所などが一番多いようだが、保健所が担う仕事は地域医療構想だけではないので事務局をサポートしてほしい。
- 調整会議に実際に参加すると、計算間違いがあるデータが多いために無駄な議論をしてしまうことをよく経験する。データ集計や分析に関してミスを拾うことができるよう事務局を支援してほしい。
- 地域医療構想を推進する上で、第三者的な有識者によるアドバイスが有効だと思う。一方で、アドバイザーとして想定される大学の公衆衛生学の関係者等は、非常に多くの分野をカバーしていて、地域によっては社会保障や医療政策に関する分野を専門としている研究者は少数に限られるのではないかと。
- いわゆる定例開催と臨時会議と、これが全国に余り浸透していない。例えばある構想区域では、調整会議は年に2回しかないから、何か相談したいのだけれど、次の開催まで待つのが大変だと。これが一つ、調整会議が機能していない一因。地域医療構想策定ガイドラインにあるように、調整会議は臨時で開催できることをもう一度周知させてはどうか。また、臨時の調整会議を開催する場合は緊急事態に近いと思われるので、全ての医療関係者を集めるのではなく、コアメンバーで議論してほしい。
- 調整会議には地域住民や患者の立場で参画している方もいる。そういった参加者も発言しやすくなるよう、調整会議では、生産年齢人口が急速に減少、構想区域ごとの患者数の動向、医療機関の診療実績や機能の比較などから、論点を整理して、わかりやすいデータを示して、参加者の認識の共有化を図る工夫が必要。
- 統合再編というものは、人口が減少していく中で、住民側からしても双方の病院が共倒れになると、不利益になってしまうので、データを示した上で協議をすることが大事。

### 議題③：平成30年度病床機能報告の見直しについて（その2）

- 例えば50床の病床に30床分急性期を提供していて、20床分回復期を提供している場合、急性期と報告すると、50床丸々が急性期となってしまう、急性期だけが増える。ですから、病床機能報告を急性期と報告しても良いが、そのうち4割ぐらいが回復期に属する患者がいるのを報告してもらえば、回復期はこの地域でどれぐらい足りているのか議論できるのではないかと。
- ある病院のA病棟に、データの的には、急性期は3割しかいないのに、急性期と報告していることがけしからぬということは絶対ない。その医療機関が急性期だと思えば急性期と報告するということが一貫した方針である。

- 入院している患者は時間が経てば状態も変化してくる。高度急性期病棟に入院している患者も、よくなってきたら回復期になる。ある病院のある病棟に急性期の患者は3割しかいないのに、病床機能を急性期と報告していることがけしからぬということでは絶対にならない。その医療機関が急性期だと思えば当該病棟は急性期であるというのが病床機能報告制度の仕組みであり、これを変えることは絶対にしてはいけない。
- ある程度、その地域で、医療機関の一定の納得の上で基準を決めて、一つの目安を示すというのは、医療機関が自主的に立ち位置や病床機能を判断するには非常に有用であったのではないか。
- 各県で取り組まれているような一定の目安になる定量的基準を示すことは、調整会議の議論も活性化してくると思う。特に、調整会議に参加する地域住民の間でも目安がないと判断できないこともあるかと思う。ある程度、その地域の中で合意が得られた定量的な基準は今後とも出していきたい。

(以上)