

前回検討会（第12回 平成30年1月22日）における主な意見

1. 地域医療構想の進め方について

- 都道府県は個別の医療機関ごとの医療機能とか診療実績などを調整会議に提示することになっているが、十分なデータが適時適切になかなか出てこないという声をまだよく聞く。こういったデータについては、できる限り早い段階で提示していただきたいし、私ども保険者としても、地域単位のデータで議論に資するようなものがあれば、これは都道府県としっかり連携をしながら提供できるように努めていきたい。
- やはり現状不足している病床数を当面どのように補っていくかということについては、当然課題になってくる。例えば、ほかの医療圏と連携している好事例などがあれば、国のほうで全国へ情報提供していくようなことも考えていただきたい。

2. 第7次医療計画に基づく取組状況の把握について

- 医療計画については、結構都道府県によって差があるときいていて、目標の設定の仕方であるとか計画の内容とか、結構ばらつきがある中で、今回のように確認する事項についてお示しいただくということは、とても大切なことではないかと思っている。
- 例えば年間3回予定されているという都道府県の職員研修会において確認をしたときに、ちょっとここはまだ足りませんよ、もう少しこういうふうに書いてくださいというようなことで、職員の方が自覚できていないところがあれば、自覚できるように促すようなことを研修会でなされる予定なのか聞きたい。せっかく研修会を年3回やっていかれるということなので、なかなか進まない地域の住民に対して、わかりやすい公表について、そのあり方についてもぜひ研修会の中で言及していただきたい。
- 5疾病・5事業の取組状況の把握と同様に、在宅医療に関しても把握することが大事であり、特に中間見直しでは、在宅が非常に重要な役割を果たすと思うので、ぜひ在宅についても現状を把握するようにお願いしたい。
- 医療計画は中間見直しがあるわけでもあり、こういった取組状況の把握というものはものすごく大事なことだと思っている。
- 在宅医療の取組状況の把握における報告の内容について、医療計画の期間を通じて実績がどのように変化していくのか、経年で数値が捉えられるような工夫も必要なのではないか。また、そのときに最近よくあるレーダーチャ

ートとかグラフを使って見える化というか、見やすくすると、関係者だけではなくて広く県民全体にも理解されやすくなるのではないかと思うので、そういう工夫もぜひお願いしたい。

- 6年に1度の次期計画に向けての推進と3年に1度の中間見直しという位置づけが視点的に全く同じものであれば、都道府県にとっても負担が大きいということは当然考えられるので、ここにございます中間見直しに反映が必要な事項の整理という点については、なぜ中間見直しとして必要なのかという論点をしっかりと出していただきたい。3年に1度の意味が何なのかという視点をぜひ盛り込んでいただくことによって、中間見直しをより効果あるものにして進めていただきたい。
- 医療需要の把握について、在宅医療の点では各構成員御指摘のように、特に市町村からの医療受給の把握がどうなっているかということが、幾つかの会議でもその進展状況、内容は少々ばらついていくように思われる。それは恐らく、市町村は市町村なりの困難さ、特に医療に新たに市町村が加わってきているという経験値の問題もあるかもしれないが、ぜひこれは、都道府県を通じてということになるのだろうが、市町村の困難性、特に在宅医療でそれぞれ市町村が把握すべき中身がなぜこんな現状でさまざまあるのかということも、できれば厚労省のほうでは丁寧に把握して、市町村の支援まで含めて対応していただければ、市町村から上がってくるのが今後の中間見直しに必要な医療需要の把握につながっていくのではないか。

3. 救命救急センターにおける充実段階評価の見直しについて

- 救命救急センターにおける充実段階評価の内容をずっと見ていくと、例えば脳死判定の臓器及び組織提供のための整備とか、教育の問題など、非常に膨大な作業量が入ってきている可能性がある。特別に研修枠とかいろいろ設けないと、現実に救命救急センターでこういう時間は余りとれない。ですから、救命救急センターの充実段階評価をもう少しシンプルな形にしてもらえないか。この評価をすること自体は非常に賛成だが、もう少しシンプルな形で救命救急センターの充実度評価を行ってほしい。
- 救命救急センターにおける充実段階評価は、学会が作成しているが、学会と現場には乖離があると思っている。その辺のところを少し酌み取っていただきたい。
- 救急医療体制等のあり方に関する検討会でもう一つ出た結論は、あくまでも高齢者の救急は2次救急でやっていこうというのがあの中で文言の中に入ったと思われる。そういう意味で、一回つくり過ぎた3次救急に関しては整理しようということで、充実段階評価が3次救急を整理する内容になっているのかということで議論すると、先ほど新しい基準でやっても2カ所しか整

理できない。Dの基準に達していないところは今後整理する対象になるのか。

- 2次救急はいわゆる重篤という言葉で表す患者さんを診られる病院がほとんどだと思っている。充実段階評価が出て、結果的に救命センターへやたらめったら救急車が行くような状況が起こってはまずいと思っている。このときも議論していたのだが、救命センターに行く救急車の数というのは、本来は100台中1割ちょっとの割合だと認識しているので、余り高齢者救急を担う2次救急に負担にならないように、変な流れができないように、ぜひともお願いしたい。
- 充実評価の項目の見直しの案について、評価項目の中には幾つか看護師と出ているが、この項目の中に看護に関するところが出てきていない。救急医療対策事業実施要綱の中に重篤な救急患者の看護に必要な専任の看護師を適当数有するというものがあるので、看護配置についての項目を入れていただきたい。
- 同じく救急医療対策の実施要綱の中には、救急看護認定看護師の配置が望ましいと記載されている。救急看護の実践は絶対だが、あとは教育とかトリアージの実施、ないしはトリアージの事後検証などは認定看護師がしっかりとできると思うので、そういったところからも救急看護ないしは専門性を有する看護師の配置を項目に入れていただきたい。
- 一般救急と精神科救急の連携というのがずっと課題として挙げられているが、今回、充実段階評価の項目で精神科医による診療体制が入っているのは、その辺を配慮していただいたと思われる。精神科医療と一般救急の連携の体制については、地域によって、自治体独自に、例えば大阪方式であるとか、あるいは山形方式というようなことで連携体制を地域で独自に組んでいるところもあるが、そういったことに対する評価もぜひともしていただきたい。
- 救命救急センターにおける充実段階評価でS評価を追加するということは、秀でたところをさらに評価ということなのだろうが、ただ、5疾病・5事業は全国均一化というのが目標だと思うので、そこであえてA評価のもう一個上をつくるのは、本来の5疾病・5事業の中からはちょっと違うのではないかな。
- 今の90点の線で切ってS評価というのは、総合力で全部クリアしたらというすごくポリシーに基づいているものである。そこから先に上げていくところがすごくクリアしにくい8項目であり、その8個のうちの何個とれましたかという基準に下がってしまうので、総合評価として満点だったものが、そこから先はほんの少しの項目の評価項目になってしまうというあたりにすごく矛盾を感じる。上げていくに当たっては、本当にこの8項目でいいのかということ、ぜひ今後、検討してもらいたい。また、8項目はほとんど医師

の配置数であり、医師の配置数が多かったらS評価だという話になっていってしまうので、それは趣旨に反するものになるのではないか。

- ストラクチャーを中心とした評価体系からプロセスも含めた評価体系へと見直すという、この考え方自体は結構なことだと思うが、一方で、アウトカム評価についてはどう考えているのか。あるいは、それは難しいということだったのか。何か検討会でその辺の議論があったのか。
- 特に救命救急センターであれば、家族が突然重傷な状態になって運ばれることになるが、専門看護師で急性重症患者専門看護師、認定看護師の中に救急看護認定看護師や集中ケア認定看護師がいるところは、救急の現場ではなかなか家族に対しての手当ができないところを、十分な手当をされているということを聞く。そこのナースの方からも、例えば専門的な観点から、こういう患者さんにはこのようなことをしたほうがいいというアドバイスをされていることも伺っている。そういった意味でいうと、非常に大きな大切な部分を占めているのが看護だと思うが、項目の中になぜ看護が入っていないのか。看護の領域というのは何らか入れた方が、患者、亜属にとって、救命救急センターの安心できる存在ではないかと思う。

4. 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめについて（報告）

- 通常のマッチングの前に、地域枠学生等のマッチングを実施するというところで、これを前にやることはいいことだが、実際に我々の周りでも起こっていることを申し上げると、地域枠の学生の子が成績がいいとは限らないという状況の中で、マッチングがフルマッチングになってきたときには、ほかの地域から成績のいい子がやってきたいといったときにどちらをとるかという問題がある。今のままだと成績の悪い地域枠の子を残して、成績のいい県外の子は断るというような状態が発生する。地域枠の子をとればそれが起こって、県外の子をとったら地域枠の子をとらないという問題が発生して、なかなか矛盾に満ちた状況が起こるので、今後、検討していただきたい。
- 専門医のほうの資料の制度改正案の中で、厚生労働大臣が将来の診療科ごとに必要な医師数を明確化するとある。医師の偏在は割と数量化ができると思われるが、必要な医師数を特定するというのはものすごく難しいと思う。もともと総必要な医師数そのものも難しいと思うが、それを診療科ごとに特定するというのは極めて困難なことだと思われる。この点は、こんなふうに明確に書くと後々かなりしんどくなるのではないか。

以上