

前回検討会（第4回 11月21日）での主な意見

1. 都道府県において地域医療構想を策定するプロセスについて

アンケート調査やヒアリングは、今も医療計画作成時に行われているが、全ての地域では行われていない。全ての都道府県で、住民、患者、医療保険者などの様々な立場の方を対象に意見聴取が行われる必要があるのではないか。

都道府県医療審議会の委員の範囲を見ると、医療保険者として参画していない県や、医療提供者とそれ以外のバランスが著しく不均衡な県、学識経験者で県会議員が入っている県など、委員構成に偏りが見られるところがある。様々な関係者が連携を図りつつ、議論を重ねることが重要であるので、ガイドライン作成時には明示していただきたい。

「協議の場」を初めとして、圏域連携会議など、そういった協議運営が公平・公正に行われるよう配慮をお願いしたい。

患者や住民が問われる時代になってきたのではないかと思う。そういう点からすると、タウンミーティングなどでは、一部の同じ人が出てくる傾向がどうしてもあるのではないか。できるだけ広く意見を集めることが必要。ヒアリングでは、会議の場では住民の方は緊張して意見を言にくいことがあるので、個別にヒアリングで聞いていただくことも重要。

患者会は自身の病気に関心のある方々の集まりだが、そういう方々にもう少し広く医療全般のことに関心を持ってもらうことが必要で、住民が意見を言う、住民を育てていくという視点を持ってもらえたらと思う。また、行政が住民の方を選ぶという時に、民生委員の方とかになりがちだが、例えば、病院の中でボランティア活動をしてらっしゃる方も多くいる。今までとは違う人選もここで示していただくと、都道府県が選ぶ時の参考になるのではないか。

認知症の対応を含む精神医療が地域医療の様々な問題に関連している。地域医療構想の策定に関して、精神医療のバックグラウンドを持った人材が参画できるように、位置づけをお願いしたい。

今の医療計画でも、圏域連携会議やワーキングチームを設けているが、ほとんど形式的で、せいぜい開かれても年2回である。ほとんど審議もしないまま、県の計画案が通っていくのが現実。それでは意味がないので、どういうプロセスをとっていくのか、形だけではなく、厚労省などがしっかりと監視しなければならない。

圏域が主体であるので、構想圏域でしっかりと話がされて、それが県に上がって行って、もう一度県で検討されて、案が返ってきてというやりとりを何回かして、初めて良いものができあがる。

また、市民が意見を言っても、ほとんど変わらない。しっかりと意見を吸い上げていただきたい。病床機能報告制度のデータだけではなく、今、地域にどんな患者がどれくらいいるか、患者がどこに流出しているかというデータを初めに示して、問いかけることから始めるべき。

地域医療構想は病院・病床を持っているところに、ものすごく影響がある。地域に病床を持っている方々、有床診療所を含めてだが、幅広く委員を出してもらって、しっかりと議論をしないといけない。

前倒ししてつくった「協議の場」が都道府県医療審議会に關与しながら決めていくという形ももちろんあるが、原則は都道府県医療審議会で地域医療構想を作成するというので良いか。一般論として、パブリックコメントを実施して、その意見によって内容が変更された例が過去にあるか。普通のやり方としては、原案をつくって、それについてパブリックコメントを募集して、それで成案になるということではないか。

都道府県計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図ること、在宅医療の課題や目指すべき姿について、市町村介護保険事業計画との整合性にも留意することと、整合性の確保が2度も出てくるが、この意味は、不整合にならないようにという意味で理解して良いか。また、数字というのは、ある程度幅を持った数字じゃないと、柔軟な地域医療構想策定はできない。幅を持った数字と整合性を持つということで良いか。

保険者協議会の意見聴取が案の作成後になっているが、作成段階から保険者協議会の意見を聴取するという形に修正が良いのではないか。

都道府県の政策担当者の立場からみると、形式的にならないように意見を吸い上げるべきとのことはその通りであるが、都道府県ごとに事情も異なるし、圏域ごとにもどういった方々から積極的に意見がいただけるか、アンケートが良いのか事情が異なる。ここで示されているのは参考手順ということで、県におけるそれぞれの事情は反映されるべきものと考えて良いか。

都道府県医療審議会の構成だが、都道府県によってバラツキが見られる。医療審議会の構成は、医療法施行令において規定されているが、表現がかなり古いという感じがする。この施行令はいずれもう少し見直した方が良いのではないか。

今回の提案は概ね良いと思うが、実は、医療計画や医療審議会の存在を知っている地域住民はかなり少ないのではないかと思う。医療提供者側も、いつ医療審議会が開かれて、どういうことを決めたのかを知らない人もいると思う。なので、どんな良いものをつくっても、行政の広報誌には載っているが、マスコミはほとんど記事にしないということではダメではないか。そういう反省を踏まえて、住民に知ってもらうことが大事。

都道府県のホームページ等で公表されているのであろうが、すごく見やすければそれで良いが、そうじゃないところもあるので、公表の仕方でも議論していく必要がある。奥の方に掲載しっぱなしでは、公表したことにはならないのではないか。

医政局がイニシアチブをとって、各県でこういうところにあることを示すだけでも十分に機能する気がする。47都道府県の医療計画のリンクを張って欲しい。

医療審議会の主な委員構成だが、医師・歯科医師・薬剤師のところでは県医師会と書いてあるが、県医師会が参加していない医療審議会がある。医師の中からということは、一番多い医師を代表する組織からと普通は解釈するのではないか。

各計画の整合性の確保のところだが、いつ、どこで誰がどのように不整合がないようにするかが書かれていない。これまで全くバラバラにや

っていたので整合性がとれなかったはずだが、整合性をとるプロセスが書かれていない。

各医療圏で基準病床数をオーバーしているところとそうでないところがある。全国的に共通する手順を示すとのことだが、基準病床数をオーバーしている地域や、急性期や慢性期の病床に偏りがある地域等とで、どのようにして全国的に共通する手順を行っていくのか。

2. 策定した地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」の設置・運営に係る方針について

「協議の場」の名称は、「地域医療構想調整会議」が良いのではないか。

「協議の場」に住民の立場の人が入ることはないとしても、透明性は担保されていることからすると、「協議の場」がどういう動きになっているかが分からないと、意見を言いたい人は関心を持ちにくい。そういう点からすると、名称は、2つあるうちの後者の方では限定的すぎて、自分たちに関係ないんじゃないかと思ってしまう。前者の名前が良いのではないか。

今まで、病棟の機能を変えるときは、地域の厚生局に届け出を行うことになっている。厚生局に届け出るのが先なのか、協議の場に提出するのが先なのか分かりにくい。従来とはやり方が変わると理解して良いのか。

医政局の4つの機能分類と、保険局の入院基本料との整合性がとれていない。現場にあらかじめどういう風になるのかを想定させていただきたい。

基金に関することを「協議の場」で議論するのは違和感があるが、どう考えれば良いか。

都道府県でも関心が高い事項である。原則として、構想区域ごとに調整会議を設けてということは賛成。協議する事項として、例示として～まで書かれているが、地域包括ケアは市町村で議論する場もあるし、医師確保対策は地域医療対策協議会もある。～は例示ということで良いか。

地域医療構想策定に関して、PDCA サイクルを入れることが大変重要。

PDCA の対象とするといっても、地域医療構想の達成・推進を強制的にやるわけではないと理解して良いか。

いくつか会議の種類があるので、事務負担の軽減を考えると、少し効

率的な運営にしていきたい。

地域医療構想では、患者の受療動向も反映するということであり、区域ごとの会議は重要であるが、多少横断的に県で協議しやすくするような形で調整会議を開催するほうがむしろ望まれると思う。柔軟な運用というのは、特に圏域を超えたところで連携が必要な場合は、積極的に活用していきたい。

「病院団体」と明記していただいたのはありがたいが、民間病院と大きい病院の立場の違いがあるかなと思う。基金には、公私の公平さが明記されたが、今回のガイドラインでも公私の公平さを明記していきたい。

都道府県医療審議会の意見を聴いて転換中止の要請・命令ができることが書かれているが、これは、公的医療機関には命令で、民間医療機関には要請と分けられている。きちっと、分けて書いていきたい。

「協議の場」では在宅医療も議論されることから、介護保険の保険者であり、基礎的自治体として住民と直接向き合っている市町村の意見を参考としていただく必要があると思う。

「協議の場」には、医薬品供給の一翼を担っている薬剤師も参加することが必要。都道府県のばらつきを最小限にするためにも、「薬剤師会」と明記していきたい。

「協議の場」に、看護の代表ということは明記していきたい。人材の確保・定着の方策が強く求められる。「協議の場」で地域の中の人材を有効に活用していくことが必要。看護のことを是非位置づけていきたい。

幅広い分野の方の意見を聴くのは賛成。「協議の場」は、ある程度固定化したメンバーと、その案件に応じて必要なメンバーを知事が任命するという形のほうが良いのではなか。

「協議の場」の議論は、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合がほとんどだと思うので、原則、公開という書きぶりは難しい。

非常に大事な議論なので、できるだけ多くの関係者をガイドラインに書くのは、ある意味賛成だが、協議の内容によって、果たしてそれが良いのかという議論はしたほうが良いと思う。病院の病床の話のときに、例えば、薬剤師会や歯科医師会がどの程度、その議論に関係があるのを見ないと、出席していてもほとんど発言の機会がないのであれば、それはまた無駄なことなので、きちんと考えていただきたい。しかしながら、地域包括ケアのこととなると、関係があるだろうから、議論も変わってくる。

「過剰な医療機能に転換しようとする」とあるが、過剰でなくても、不足している医療機能に転換するときも「協議の場」にかけて了解されるという手続きが必要。色々な状況があるので、過剰・不足にかかわらず、医療機能を転換する場合は、「協議の場」での議題にした方が良い。

過剰な医療機能への転換の中止という状態は、多分、急性期医療がいっぱいなのに、そこにまた急性期病院が入ってくることを想定していると思うが、地方では、急性期だといいいながら、実際は急性期でないという病院がいつまでも急性期にこだわっていると、慢性期の枠がいっぱいになってしまったということが十分に起こりえる。その病院にとっては大変なことなので、こういったことが起こらないように。

また、慢性期にも高齢者の感染症の方が沢山来る。医政局と保険局とで病棟の名前や機能の整合性をできるだけ早く調整していただきたい。

意外と気づかれていないことだが、将来の病床の必要数を出したときに、4機能の全てがオーバーという構想区域が沢山出てくる可能性がある。そうすると、病床転換ができない。これをまず確認したい。では、2025年に向けてどうするかというと、診療報酬場の問題や各病院の経営状態などがあるので、「協議の場」は公開でないほうが良いということになると思う。

署名捺印による合意書等の形であるが、ちょっと品格のない表現になっている気がする。例えば、合意を確認できる書類の作成といった言葉の方が良い。

病床の機能分化・連携を進めるためには、行政も国民も医療提供者も同じ方向を向くことが非常に重要。そのために重要なのは、データがき

ちんと公開されていることだと思う。全ての人知っていることが大前提になると思うので、一部の人しか知らないということがないように、ガイドラインにはそういうことを書き込んでいただきたい。

都道府県によって、人材とか能力とか、対応の仕方に相当の差が出てくるのかなということが心配。都道府県が役割を果たしていけるような体制整備や人材育成が必要になってくるのではないか。

知事の権限・命令で取りやめとかされることについて、かなり不安の声が聞こえている。確認だが、ここで書かれているのは、あくまでも過剰な医療機能への転換と開設・増床の場合ということで、今の既存の機能を維持する場合に、それをやめろということはないということが良いか。

自治体病院協議会の7つのブロックで地域医療ビジョンを共通議題とした。自治体病院は、地域医療ビジョンでは主役となって頑張りたいと思っているので、意見として資料を出させていただいた。