

第 1 3 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	参 考 資 料
平 成 3 0 年 5 月 1 6 日	1

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４）

- 順調に構想の調整が進んでいる地域がある一方で、都市部においては調整が進んでいない地域が多い。同じ機能を有するほぼ同じ規模の病院が競合するような都市部では、とても話し合いが進捗しているという状況ではない。
- 地域医療構想調整会議の議論は確かに回数を重ねてはいるが、議論の内容として結論の出るような話し合いというのはなかなか進んでいないという状況もある。
- 地域医療構想調整会議が機能するように、何かアイデア、知恵を絞っていただきたい。
- 佐賀県の例では地域医療構想調整会議が非常に機能していると感じる。県全体の調整会議を作り、かつ、構想区域ごとに分科会という名前で議論の場があることは非常にいいと思う。これはモデルにしたほうがいいのか。
- 病床機能報告で回復期病床が不足しているように見えるグラフから、回復期病床が足りないのだという結論は慎重にしなければならない。単にグラフを改善させようとして、地域包括ケア病床入院管理料を算定する病床等を誘導してはいけないのではなか。
- 地域医療構想調整会議がうまく活性化するには「対話と信頼」が必要。まず都道府県に信頼感を持っていただかなければ率直な議論にはならない。この信頼関係をどのように築いていくのかにまずは注力することが大事だと感じる。
- 病床機能報告制度は各医療機関が自主的に報告するので、例えば、急性期と報告した病床に全て急性期の患者が入院しているというのは絶対はないという前提の報告である。このため、平均在棟日数が22日以上急性期というのはどう考えるかという議論を行政から持って行くのはいかがなものか。

議題②：平成29年度病床機能報告の結果について（その1）

議題③：平成30年度病床機能報告の見直しについて（その1）

- 病床機能報告制度は過大評価せず、大体の傾向だと見なければならぬのではないか。
- 高度急性期、急性期と報告しているにもかかわらず、急性期医療を全く提供していない病床について、地域医療構想調整会議に呼んで事情を聞くということは合意した。一方でがちがちに定量的な基準を導入して、自主的な報告制度の自由度を制約するという事になれば、そもそもの病床機能報告制度の趣旨に沿うものではなくなるのではないか。

- 例えば、急性期で報告しても、そのうち3～4割ぐらい急性期を脱した患者さんがいる等、報告の制度に工夫が必要なのではないか。定量的なもので病棟ごと変えさせてしまうというのは非常に難しいのではないか。
- 病棟が1つしかない病院では、急性期か回復期かと言われても判断できない。定量的な基準を持ち出されると、またさらに混乱するのではないか。
- 平成29年度の病床機能報告においても、2025年に向けて回復期機能がどの程度不足しているか、これでははっきりしない。構想区域によっては不正確な現状認識で将来を見据えた議論が行われている可能性もあると思われる。このままでは公表情報を目にした地域住民や患者も現状を誤認しかねないと思われる。
- 奈良県と佐賀県の定量的基準は、いずれも現場の理解と納得を得た上で活用されている点に注目すべきである。今後の検討については、病床機能報告等の既存のデータから検討に資する分析結果なども示していただきたい。医療機関が自身の立ち位置を客観的に知って、自主的に病棟機能を判断する際の参考となるような定量的基準は、データの正確性を向上させるためにも必要ではないか。
- 幅広い手術や重症患者の対応、救急医療の実施といった項目については、住民や患者目線で見ても急性期らしい医療だと思うので、こうした項目を実施していないのに急性期機能を担っていると報告された病棟について調整会議でどのように議論が行われたのか、確認して報告していただきたい。

(以上)