

第 3 4 回 医 療 部 会 (1 0 / 1 1) で の 主 な 意 見

○ 病床機能報告制度は、当初は定性的な基準であるが、ゆくゆくは定量的な基準をもとに区分されるのではないかと思う。もしそうであるなら、案 1 と案 2 は同じではないかという気がする。

また、「必要量について都道府県が地域の事情に応じて、一定の補正を行うことができる」ことについて※印で書かれているが、これではなし崩し的にどうにでもなるような感じがする。今の段階では、1つのフレームを決めるということなので、※印ではなく、きっちりと書いておくべき。

○ (医療機能の分化・連携については) 医療機関が自主的に進めるのが基本。日本の医療提供体制の特徴である多様な設立主体というのを踏まえることが必要。「誘導」と書いてあるが、誘導ではなく、法をもって強制的に押し進めていくという風にしか読めない。

○ 案 1 と案 2 が医療部会で全く議論もないまま、出てきたことに驚いている。もう少し練って、幾つかの案で出すべきではないか。案 1 よりも、どちらかといえば案 2 であるが、こちらも問題。

医療提供側が自主的に取り組んでいく、積極的にやっていくということは文章にも書き込んでもらいたい。また、法律であまりきちっと縛らないほうが良いのではないか。今後状況も変わっていくので、柔軟に対応できる仕組みにするということも書き込んでいただきたい。

案 2 の「誘導」という言葉も問題。誘導というと、診療報酬・介護報酬による誘導を思い出すが、これは今まで効き過ぎるほど効いてきた面もあり、また、はしごを外されてきたという思いもあり、誘導という言葉は適切ではないので、変えていただきたい。

○ 案 1 は、各医療機能の病床数をきちっと決めて、それ以上、オーバーしたらもうダメだという非常に硬直的な案に見える。今後、人口変化や交通事情の変化等もあり得るのであり、それに対応できる柔軟な仕組みとすべき。患者は急性期から回復期・慢性期へと移っていくものであり、病期で区分して、病期ごとの病床数を定めることは適切ではない。

案 2 が案 1 よりも今までの議論に近いという気もするが、拙速はいけない。「定量的な基準を定めて誘導」と書いてあるが、これも、必要な病床数を定めて、オーバーしていたらそこには行けないという硬直的な仕組みではなく、柔軟に行き来できるようにするべき。案 2 の修正案であるが、「必要な病床数へと収れんしていく」と見直してはどうか。

- 病床区分を細分化するとかえって病床数が増える可能性がある。名医が来ると患者が集まったり、特定の病期が流行したり、周囲の環境が変わったりすることで、医療は変わり得るものであるので、医療はフレキシブルであるべき。
- 案2のほうが患者にとっては理解しやすいのではないか。これから地域の事情も変わっていくので、上限数を決めてしまうのは変化に対応しにくくなる。案1の場合は、どのような基準で基準病床数を定めるのか教えてほしい。
- 案1には、経済重視の考え方が含まれており、効率的になるという発想があるのだと思うが、今後、高齢化が進むと、疾病構造が全然違ってくる。人間を扱うという視点が抜け落ちて、財政的なことばかりの手段に終始しているのが案1。
- 理論的には、病床区分は定めるが基準病床数は定めないという第3案があり得る。今の一般病床は曖昧であるので、「その他病床」から脱却するために、病床区分を定める意味はある。基準病床数は硬直的になるので定めるべきではない。
- 医療計画の策定・変更時に医療保険者の意見を聴くということが提案されているが、できあがった案について意見を聴くということではなく、案を作成するプロセスそのものに参加していくことが大事。そういう意味で、現在の都道府県医療審議会等は必ずしも医療保険者が入っていない場合も多いのではないかと思うので、その辺も配慮すべきではないか。
新たな財政支援制度については、以前から申し上げており、診療報酬と補助金の役割を明確にする必要がある。そういう中で、補助金の配分に当たっても、やはり医療保険者の意見を何らかの形で聴取すべきではないか。
- これまでの医療部会の流れからいけば、案2をとるべき。
- 保険者協議会の意見を聴くというのには一定の合理性や効果が期待できると思うが、メリットとして、患者・住民の視点に立つということができるということではなく、保険者機能をもってこの協議に参加するということではないか。このメリットの書きぶりに少し違和感がある。

○ 今回の医療提供体制の改革は、医療資源の適正な配分が目的。医療提供者側が自主的に取り組まれることは大変けっこうなことであるが、全体の需給バランスを見ることが必要である。ある枝が不必要に伸びすぎていると、本来伸ばすべき枝も伸びない。不必要に伸びすぎないようにキャップをはめていくということが需給バランスをとるということである。

○ 今日の時点で、案1と案2のどちらかを選ぶのは危険。案1と案2の分かりやすいポンチ絵を出してほしい。両者がどのように違うのかを分かるようにしてほしい。

医療計画の作成・変更時に医療保険者の意見を聴くということだが、医療審議会の委員に医療保険者をバランス良く配置していくことで、対応が可能ではないかと考えられる。医療審議会の委員は、医療側委員の人員に占める比重が高くで、例えば、埼玉県では、医療保険者が全く入っていない。保険者協議会については、現在、あまり機能しておらず、屋上屋を重ねる方法をとるのか、あるいは医療保険者の意見をしっかりと聴くことができるからよしとするのか、悩んでいるところ。

ただし、本来、医療審議会に関係者全員が入れる仕組みになっておりますので、この活用の仕方次第で機能させることは可能ではないか。

- ①医療保険者の意見を聞くのは賛成。ただし、保険者協議会を法定化して機能を強化することは反対。
- ②「協議の場」だが、医療法人の合併を促進することにならないか。合併を促進すべきではない。
- ③医療計画は二次医療圏で、介護保険事業計画は市町村で作成している。この両者の範囲の整合性を図る必要。
- ④診療報酬への意見提出には反対。
- ⑤休眠病床の削減の要請だが、知事の裁量にゆだねるのではなく、医療審議会の意見を聴いて、これを尊重して、行うべき。

○ 保険者協議会の意見を聴くことには賛成だし、法定化もすべき。
また、基金を造成して、診療報酬と組み合わせて、機能分化を進めること自体は賛成。基金から補助金を配分する基準をどういう形で決めるのか、教えてもらいたい。介護保険との関係であるが、療養病床の再編、介護療養病床の廃止との関係をどうしていくのかということも忘れないでいただきたい。