

これまでの検討会における主な構成員意見と具体的な論点

※ 点線四角囲みは第1回検討会で提示した論点、○は急性期医療に関する作業グループとりまとめ及び構成員意見（構成員名の後に記載された①は第1回検討会（11/16）を、②は第2回検討会（12/13）を、③は第3回検討会（1/11）、④は第4回検討会（3/7）を指す）、◎は事務局で更に論点を具体化したもの。実線四角囲みはこれまでの議論を整理したもの。

1. 医療機関が報告する医療機能について

・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。

<急性期医療に関する作業グループとりまとめ（関連部分抜粋）>

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- （その場合、）急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

<第1回検討会における主な構成員意見>

- 「急性期」や「亜急性期」は期間概念だが、病床の機能は、医療資源の投入量や人員配置の手厚さ、設備の状況といったものであり、軽症であって早期のものまで「急性期」として診るのかといった点も議論が必要。（三上構成員①）
- 最初から急性期を定義するのは難しいので、例えば手術件数や救急車による緊急入院件数、リハビリの状況等を報告・公表することで、住民が病院を選択し、結果的に急性期と亜急性期が分かれてくるのではないか。（相澤構成員①）
- 病床の機能から外れた患者について、どの程度までデータを集めるのか、どのレベルの精度を求めるといった議論は重要。（安部構成員①）
- 報告は病棟単位を基本とあるが、病棟の中にHCUがある等、一つの病棟の中でも様々な病床が混在している。例えば、平均在院日数で区分すると、HCUも含めた一般病床の平均値を算出することになり、実態がわからなくなるのではないか。（齋藤構成員①）
- 我が国の将来の医療の一番の課題は、団塊の世代の方の診療のあり方や看取りであ

り、同じ急性期の疾患といっても若年者と高齢者とでは病態や平均在院日数が異なることから、年齢的な疾病の構造も理解した上で、議論すべき。（加納参考人①）

＜具体的論点＞

◎報告を求める医療機能については、まずは以下のように病期や診療密度別に大きく区分し、こうした体系の下で、各医療機関の主体的な機能分化の取組を促していくことが適当ではないか。

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能（「急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能（「亜急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（「回復期（仮称）」機能）。

◎その際、主たる機能を選択して報告するとともに、その病棟に入院する様々な患者像の実態も含めて報告することで具体的な状況を把握していくことが適当ではないか。（報告事項の具体的な内容について論点2の中で検討。）

＜第2回検討会における主な構成員意見＞

- 急性期は平均在院日数や看護師配置ではなく、どういう医療を提供しているかで決めるべきであり、それは医療資源の投入量で判断できる。急性期は、医療資源の投入量が落ち着き増えなくなった時点で終了すると考えてはどうか。（相澤構成員②）
- 最初のインテンシブに治療が必要な期間があって、その後を亜急性や回復期に相当する期間だと整理するのが医療者にも患者にもわかりやすい。（日野構成員②）
- 感染症であれば、発症してから治るまでの間が急性期であり、亜急性期や回復期といったものはない疾患だと思っており、急性期とか亜急性期とかにするのではなく、基本的には医療資源をどれぐらい投入するかということを視点を病棟の機能を分けるほうが一般の市民にとってもわかりやすいのではないか。（三上構成員②）
- 急性期は、急性発症をして、直ちに治療しなければ命にかかわるという概念で考えており、例えば、白内障や内視鏡検査など、必ずしもすぐに治療しなければいけないとは限らない疾病がすべて急性期というわけではないと思う。落ち着いている状態も急性期に入れるのか、といった点はかなり大きな問題でありよく検討が必要。（日野構成員②）
- 亜急性期という医療は患者にとって必要だが、患者にとってその機能はわかりにくいし亜急性期の医療機関に対する信頼性が見えないので、全てを急性期の医療機関に期待している現状がある。したがって、機能や役割は患者にもわかるような形で分類していく必要がある。（山口構成員②）
- 慢性疾患の急性増悪は、医療資源が重装備でなければいけないかと言えば必ずしもそうではないということで、事務局案は「亜急性」に整理しているが、この名前でも

いのか。どういう医療資源が必要かという議論をし、名前はその後検討すべきだ（西澤構成員②）。

- ポスト急性期的なところを亜急性とすることは理解できるし、医療の必要度に着目して分けるのは合理的だと思うが、「亜急性期」に在宅・介護施設等からの患者についても亜急性にまとめるのはわかりにくくならないか。（安部構成員②）
- 例えば、かなりの末期状態になったがんの患者が少し手厚い急性期のような医療を受けないといけない場合にも、全て亜急性期に入れてしまうというのはちょっと乱暴ではないか。（山口構成員②）
- 病院団体が考えている「地域一般病棟」は「亜急性」の概念の入る病棟としてイメージしている。（西澤構成員②）
- 地域によっては急性期と回復期リハビリが明確に分かれているところもあれば、ベッド数の少ない地域では、ある程度急性期でリハビリをやっても家に帰れない患者を回復期リハに移していくスタイルもあり、機能の選択が難しい。（相澤構成員②）
- 脳梗塞や脳疾病は、回復期リハや亜急性期病床に移行しやすいが、心筋梗塞は他の病床へは移行しにくい。回復期といっても疾患によって状況は異なる。（日野構成員②）
- 今は手術の翌日からリハビリに入る病院もあるなど、同時並行的にやっている実態もあるので、その辺をどう切り分けていくか。リハビリには OT・PT の存在が重要であり、回復期リハでは、その配置状況が重要な判断材料になるのではないか。（花井構成員②）
- 急性期リハと回復期リハの目的は違っており、必要なリハはフェーズによって異なってくる。それに合わせた人員配置を考えた方がよい。（松田構成員②）
- 肝硬変患者の定期的な血漿交換など、慢性の疾患でも一定の間隔で医療資源を投入する必要がある場合があり、それをどう考えるのかも、整理が必要。（三上構成員②）
- 急性期とか、亜急性期とか、回復期とかではなくて、現時点としてどういう状態の患者にどういう医療が行われているかをまず把握することが必要。（松田構成員②）
- 現在の病棟の機能だけでなく、将来的にはこうしたいという医療機関の意思、意向も把握していくことが必要であり、そうした判断ができるよう、地域の全体の状況が把握できる形にしていく必要。（三上構成員②）
- 医療機関も主体的に選択して機能分化を進めていくという考え方からすると、現状を報告するだけでなく、今後の方向性をどう考えるかということも情報が必要。（尾形構成員②）

<第3回検討会における主な構成員意見>

- 急性期からある程度落ち着いていくときに、ずっと同じ病棟で診ていた方がいいとか、あるいは異なる病院で診ていた方がいいという議論が必ず起こるが、それを肯定するデータも否定するデータもない。ある程度の枠組みをえいやでつくるのか、それとも、どこでどこまで診るということはもう少しデータを集める中で最善のものをつくっていくのかということだと思う。（相澤構成員③）
- 回復期をリハビリに限るということであれば、回復期リハビリテーションとした方がわかりやすいのではないか。（西澤構成員③）
- 患者の立場から考えても、回復期にリハビリテーションが入っている方が具体的にイ

メージしやすい。(山口構成員③)

＜前回までの議論で概ね合意された事項＞

◎報告を求める医療機能の基本的枠組みとしては、病期や診療密度別に「急性期（仮称）」機能、「亜急性期（仮称）」機能、「回復期（仮称）」機能に大きく分類していくことが適当。

＜各医療機能の内容（再掲）＞

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能（「急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能（「亜急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（「回復期リハビリテーション（仮称）」機能）。

◎医療機関の主体的な取組が重要であるため、「現状」の把握とともに「今後の方向」についても報告することが適当。

＜更に議論が必要な主な事項＞

◎上記の機能の名称や内容等詳細な部分については引き続き検討。

- ・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。

＜急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）＞

- 各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。
- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

＜第1回検討会における主な構成員意見＞

- 報告内容を活用する住民、患者にとって、有効かつ信頼性の高い情報源としていくためにも、とりあえずは「急性期」として報告しておこうといったことにならないようにしていく必要がある。（高智構成員①）
- 報告制度を作り、基準を決めていくことは行政として歓迎するが、一方で、医療機関側から見たときに、行政から縛られるというとらえ方がなされないような基準のつくり方が必要。（山崎構成員①）
- 医療機能の選択は行政ではなく医療機関が自ら主体的に行うものであるが、当然、その選択はきちんとしなければならないし、間違った選択はあってはならない。（西澤構成員①）

＜具体的論点＞

- ◎医療機関が適切な選択を行うとともに、各都道府県が地域医療ビジョンを策定するために正しい情報を収集するためには、明確でわかりやすい判断基準とすることが必要ではないか。

- ◎その場合の具体的な判断基準をどのように設定すべきか。

＜第2回検討会における主な構成員意見＞

- 急性期は平均在院日数や看護師配置ではなく、どういう医療を提供しているかで決めるべきであり、それは医療資源の投入量で判断できる。（相澤構成員②）
- 看護師配置が厚いからといって必ずしも急性期をやっているとは限らないといった議論や、高齢者は安定するまで時間がかかるので、平均在院日数で切るのは難しいという議論がある。切り方を、すばっと切るのか、厳しいところにするのか、かなり長めのところとするのかという議論も必要。（相澤構成員②）

- 現状、看護必要度の高い患者が多い病棟ほど、看護師の配置が多くなっており、医療の必要度、看護必要度といった定量的な指標によって区分・分類を考えるのがわかりやすく簡便であり、自然な考え方ではないか。（高智構成員②）
- 医療必要度や看護必要度という尺度は決して客観的なものではないので、尺度として役に立つものになるには時間がかかる。（日野構成員②）
- 機能や役割は患者にもわかるような形で分類していく必要があり、その際、重視すべきは平均在院日数や看護体制よりは、医療の中身ではないか。（山口構成員②）
- 平均在院日数や看護基準は診療報酬上によって誘導されている部分があるが、患者の状況によって必要な看護師配置数や在院日数は変わってくるので、患者像に着目した指標を検討すべき。（西澤構成員②）
- 患者の立場から見ると、看護師の配置も1つの判断材料になり、医療資源の投入と言った場合、当然人員をどうするかも含まれると思うので、看護基準がなくてもいいということにはならないのではないか。（花井構成員②）
- 平均在院日数や看護体制によってどのような医療機関なのかは患者には判断できないと思う。それより、診療報酬の縛りがあり、在院日数もそれに合わせられているところが、患者にとって納得いかないのが、患者の状態に合わせた分類が必要ではないか。（山口構成員②）
- 人員配置や医療の必要度、看護の必要度それぞれを単一でみるのではなく、いくつかの切り口があり、その中に患者にとってわかりやすい切り口と提供側に近い切り口が存在するのではないか。（山崎構成員②）
- 診療報酬において一般病棟入院基本料について、7対1から15対1まで区分されており、医療機能を報告する上でわかりやすく、1つの参考にはなるのではないか。（高智構成員②）

<第3回検討会における主な構成員意見>

- 資源の投入量が多いものを急性期とする場合に注意すべきことは、必要なものに限って入れるということであり、必要ないのに資源を投入すれば急性期かということそうではない。（西澤構成員③）
- 診断分類ごとの平均的な医療資源の必要度というものをベースにするケースミックスインデックスという形での評価方法は、たくさん資源を投入するという方向にドライブがかかるようなものではない。（松田構成員③）
- 7対1であればすべて急性期ということではなく、13対1であっても15対1であっても、一部の患者さんについては急性期ということがあるので、そういう考え方で整理していただきたい。（三上構成員③）
- 一般病床の現状は、病棟の情報と、その病棟にどういう病態の患者が入っていて、どういう医療行為を受けているかという情報をクロスさせることにより明確に出てくるのではないか。（松田構成員③）

<前回までの議論で概ね合意された事項>

- ◎ 判断基準は患者にとっても医療提供者側にとっても明確でわかりやすいものとするのが適当。

<更に議論が必要な主な事項>

- ◎ 「急性期（仮称）」及び「亜急性期（仮称）」の判断基準について、
 - ①医療資源の投入実績は、個別の疾患ごとに異なってくるものであり、疾患毎の判断基準を定めるとすれば複雑な判断基準になってしまうこと
 - ②現在の看護必要度は、必ずしも客観的なものとは言えず、見直しが必要であるとともに、診療密度を看護必要度だけで判断することが適当か
 - ③平均在院日数は、疾患や患者によって異なるものであること
 - ④看護配置の状況は、必ずしも診療密度の状況を反映しているとは限らないことといった課題があり、こうした点を踏まえ、どのような判断基準を設定するかは引き続き検討。

- ◎ 「回復期リハビリテーション（仮称）」はどのような判断基準が適当か。

- ・その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。
(例) 地域一般、障害者・特殊疾患 等

<急性期医療に関する作業グループとりまとめ(抜粋)>

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

<第1回検討会における主な構成員意見>

- 社会保障・税一体改革でも「地域一般病床」が示されており、急性期から慢性期に至るまで全てを診るような病床の位置づけも考えた方がよいのではないか。(三上構成員①)
- 患者は、急性期から亜急性期、回復期を経て退院していく中で、院内は、病棟単位、病室単位、あるいは患者単位で医療密度に濃淡がつけられている。亜急性期病棟といっても、そこに入院する患者は、必ず急性期を経て亜急性期になり、退院していくので、それをどういう形で報告するのか。病棟が多ければケアミックスのような形が可能だが、病棟数が少ない場合には、一つの病棟で患者は全ての病期を経験して退院していくので報告の仕方は難しい。(三上構成員①)
- 「地域一般、障害者・特殊疾患等」とあるが、曖昧であり、発信しても受け取りにくい書き方なので、そうならない報告にしていく必要。(高智構成員①)
- 重度慢性期は、どこで検討するのか。病床の機能として分類しないのか、それとも療養病床という形で、一般病床とは別に議論するのか。(三上構成員①)
- 診療報酬上、特定除外制度があり、一般病床でも手厚い医療が長期入院、慢性期になっても必要な方がいることも考慮する必要。(三上構成員①)
- 地域医療ビジョンを作成するには、療養病床についても報告制度の対象としていく必要がある。(松田構成員①)
- 一般病床でも、平均在院日数が60日以上のところがあるが、そこは回復期であり、その中に療養期の患者も入っている。(安部構成員①)

<具体的論点1>

- ◎ 地域的には、一つの病棟で複数の医療機能を持つことが必要な場合があり、こうした病棟の位置づけも必要ではないか。

<第2回検討会における主な構成員意見>

- 急性期、亜急性期、回復期というような分類をすること自体が合わない地域があるという実感があり、急性期、亜急性期といった分類ではない「地域一般」といったその特性に合わせた分類の仕方が必要ではないか。(山口構成員②)
- 私たち病院団体の言う「地域一般病棟」は社会保障・税一体改革にある「地域一般病床」とは異なっており、「地域一般病棟」は、都会型の中小病院の役割であって、急性期の病院であるが、かなり亜急性性を担っており、急性期と亜急性性の混じったイメージである。(西澤構成員②)

- 地域によっては、医療資源が非常に少ない地域があり、1つの病院で総合的な機能を持つようなところもあるので、位置づけることに異論はない。（齋藤構成員②）
- 地域密着型でいろいろな患者さんを診るという機能は、都会であれ、へき地であれ、離島であれ、必要であり、地域を限定する必要はないのではないか。（相澤構成員②）

<第4回検討会における主な構成員意見>

- 地域に密着しているからこそ、重装備な設備までは必要ない急性期あるいは高齢者の急性期や、重装備の病院からすぐ帰れない場合の受け入れといった両方の機能を持たなければならない。（西澤構成員④）
- 社会保障・税一体改革における「地域一般病床」は、医療資源が非常に少ないところを想定していると考えていた。（齋藤構成員④）
- 地方の方が高齢化率は高いが、伸び率から言うと大都会の方が問題であり、都会にこそ地域一般病床が必要と考える。（西澤構成員④）

<前回までの議論で概ね合意された事項>

- ◎一つの病棟で複数の医療機能を持つ病棟についても位置づけることが適当。

<更に議論が必要な主な事項>

- ◎位置づけるに当たって、地域性及び地域性以外の要件をどのように考えるかは引き続き検討。

<具体的論点2>

- ◎長期療養の機能を主として担っているのは療養病床であるが、報告制度における療養病床の取り扱いについて、どう考えるか。また、療養病床に限らず、病期が長期化している患者がいる現状について、機能分化の観点から、どう考えるか。

<第2回検討会における主な構成員意見>

- 今後の高齢化や認知症の増加、世帯構造の変化を考えると長期療養病床は必要なので報告対象とすべき。療養病床は、看護必要度が高くなる患者が多く、在宅では難しい人が多いと思うので、その状況も把握すべき。（三上構成員②）
- 独居や老老介護の問題だけでなく、家族と暮らしていてもみんなが働いている中では、在宅医療は難しいので、療養病床も見える選択肢として必要であり、報告の中にも含めるべき。（山口構成員②）
- これから5年後に都道府県が実態から地域医療ビジョンを立てるという状況であれば、長期療養の情報も当然必要なので、報告の対象にすべきと思う。（齋藤構成員②）
- 重度慢性期は、基本的には医療資源が多く必要であり、治りにくい疾患を対象にしており、重症病棟のような重症度で分類されればいわゆる急性期と一緒にできるのではないかと。（三上構成員）

- 今回、一般病棟について議論が始まり、それが療養病棟まで広がってきたが、精神科病床や認知症治療病棟、認知症疾患医療センター等の整備についても把握していく必要があるのではないか。（三上構成員②）

＜前回までの議論で概ね合意された事項＞

- ◎療養病床についても報告制度の対象とすることが適当。

＜具体的論点3＞

- ◎「障害者・特殊疾患」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることでよいか。その他、位置づけるべきものがあるか。

＜第2回検討会における主な構成員意見＞

- 特殊疾患についても機能として含めるべき。（三上構成員②）
- 障害者、特殊疾患について、位置づけることはよいが、言葉が非常にわかりにくいので、どのような方を対象にしているのかということが、もう少しわかりやすい表現をしてほしい。（山口構成員②）

＜前回までの議論で概ね合意された事項＞

- ◎「障害者・特殊疾患（仮称）」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることが適当。

2. 医療機能と併せて報告を求める事項について

- ・ 1. の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

<急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。
- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

<第1回・第2回検討会における主な構成員意見>

- 報告制度のために新たな報告フォーマットを作成するのではなく、ナショナルデータベースの活用や、レセコンのデータを自動的に加工するなど、現時点で既に行われている事務作業の中から報告制度に資する情報を作成していく仕組みを作ることが現実的。（松田構成員①）
- 報告の際、医療現場は、診療報酬で動いているような状況があり、報告に当たっては現場が悩まないような、混乱が少なくなるような仕組みを検討していただきたい。（齋藤構成員②）
- 報告制度の検討に当たっては、地域医療ビジョンの策定に関する内容も頭の隅で同時に考えておく必要があるのではないか。（山崎構成員①）
- 健保連の調査では、入手したい医療機関の情報として、手術件数や専門医の勤務、配置状況、疾患ごとの入院日数などがあった。また、OT、PTの配置状況やリハビリの実施状況、MSWの配置状況等も必要となる情報ではないか。（高智構成員①）
- 例えばアメリカには、ホスピタル・コンペアというサイトがあり、住所地を入力すると、その地域で例えば心筋梗塞の治療をやっている病院の治療に関する量やプロセス、アウトカムに関する情報を確認でき、病院間の比較が可能になっている。オランダの消費者団体も病院の評価をやっているので、そういう試みの情報を集め、その中で使えるようなデータなどを具体的に考えることとしてはどうか。（松田構成員①）
- 産科病棟は混合化し、新生児のMRSA感染率が上昇しているため、混合病棟か否かが病院選択の重要な情報になっており、その情報は報告させるべき。（齋藤構成員①）

- 周産期の計画を作成しようにも、現状では施設ごとの分娩数の情報が不明であり、分娩に関するデータは報告事項としていくべき。(松田構成員①)
- 分娩の病床が一般病床に入っているので、分娩に着目して、その病床の状況が把握できないか。(花井構成員②)
- 急性期の典型的な疾患の手術は、外科を中心とした有床診療所でかなり行われるようになっており、有床診療所のデータも収集していく必要がある。(松田構成員①)
- 有床診療所の病床の位置づけも考えてほしい。(三上構成員②)
- 療養病床の有床診も大事だが、短期の急性期疾患を診る有床診も増えてきており、それは急性期に入ってくるので、そういうものも含めて有床診を見て行く必要がある。(松田構成員②)
- 急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するとされており、個々の医療機関の報告事項だけでなく、医療ビジョンの策定に向けて、フローも視野に入れた議論が必要。(尾形構成員②)
- フローを考えることは重要。在宅や介護施設の整備状況など資源の状況は地域によって様々であり、退院先の有無によって、転棟、退院の仕方がかなり違って来る可能性があるため、こうした情報も広く把握していく必要がある。(三上構成員②)
- 望んで転院、退院をしている患者はそう多くはないだろうが、理由もわからずに、この対象ではないからという理由だけで転院させられるところに不満があり、例えば、回復期リハビリテーションに転院するほうがリハビリを行ううえで効果的と理解できれば、転院することも前向きに捉えられるのではないか。(山口構成員②)
- でき上がった仕組みを運用していく上で、フローの考え方は重要であり、医療機能の継ぎ目をどのようにわかりやすく表現していくかがポイントだと思う。(山崎構成員②)
- 急性期の受け皿が整っておらず、亜急性及び回復期という医療機能が余り高くないため、患者にとっては病院を移りたくないが、一方で、診療報酬上、看護基準と入院日数がリンクしているため、看護配置の厚い病院は患者に泣く泣く退院してもらっている現状も念頭において議論していく必要。(日野構成員②)

< 具体的論点 1 >

- ◎ できる限り、医療現場に混乱が少なく、医療機関にとっても追加的な負担が生じないような仕組みとすることが必要であり、そのためにはどういった報告内容や報告方法としていくことが適当か。
- ◎ 各都道府県がその医療機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、①「急性期(仮称)」機能、②「亜急性期(仮称)」機能、③「回復期(仮称)」機能、④「障害者・特殊疾患(仮称)」、⑤「長期療養(仮称)」それぞれについて、医療機関に求めるべき報告事項は何か。
- ◎ 地域医療ビジョンの策定に際しては、患者の流れを考えていくことが重要であり、こうした観点から他の医療機関との連携に関する情報についても把握していくことが必要ではないか。こうした情報として把握すべき情報は何

か。

＜第3回検討会における主な構成員意見＞

- 従来の医療機能情報提供制度というのは、医療機関がどういう治療、検査、処置ができるだろうかというその病院全体で持っているマンパワーや医療機器といった情報が入っているが、どういう疾患でどういう治療がされているかという情報が十分に出てこない。そういった患者特性を追加的に調査することが必要。（三上構成員③）
- 各医療機能の報告事項というものは、基本的にはすべての患者特性情報や医療機関の機能情報を一応報告するという事の中で浮き上がってくるものなのではないか。（三上構成員③）
- それぞれの病院から、どういう患者がどういう治療を受けて入院しているのかの報告を受けることによって、地域全体で医療ニーズがどれくらいあるかというのを把握できるかどうか大きな問題。（三上構成員③）
- 患者のフローの流れを見るには、ナショナルデータベースを使って二次医療圏単位でざくっと分析し、加えて、各医療機関から報告を求める。自院外来への退院や他施設への転院等レセプトに書いてあるような情報のレベルであれば、それほど負担はかからないのではないかと。（松田構成員③）
- 連携パスや退院時共同指導料、介護支援指導料等のレセプト情報の中の連携した証拠に関する情報を利用するのがいいのではないかと。（三上構成員③）
- 病棟ごとに分化していった場合、病棟間の連携・共働をどうするか。病棟間の連携というのがないと、今抱えている様々な問題を解決できないのではないかと。（相澤構成員③）
- 今後の地域医療で、地域の中で患者が病気を発症したときにどういうところに行っているのか、あるいは医療圏を越えているのか、また、患者から見てどこに行ったらいいかといったことを把握することが、流れを調査することの目的。流れの調査は、病院単位、病棟単位の両方をとる必要があると思う。（西澤構成員③）
- 個々の病気の流れでどういう機能が必要か、救急から始まって介護までの流れをつかむ必要があるのではないかとと思うが、とりあえず急性期の前後を検討し、将来的にそれぞれの議論をする中で結びつけてはどうか。（西澤構成員③）

＜第4回検討会における主な構成員意見＞

- 在院日数で考えるという発想はシンプルで分かりやすいし、病院側の負担も小さいが、これだけで機能分化の状況を本当に把握できるかという点、やや物足りない。例えば回復期リハであれば、在宅復帰等のアウトカム等、特色を明らかに示すデータが考えられるのではないかと。（尾形構成員④）
- 今後の地域医療ビジョンの策定を考えても、現状と今後の方向が浮き彫りになるようにするためには、やはり在院日数だけでは足りないと思う。医療機関の負担に留意しつつも、データ提供をもう少し拡充する方向で検討いただきたい。（尾形構成員④）
- 患者数と平均在院日数だけではなかなかわかりにくい。産科病床があるか、手術の件数、地域連携の状況、高額医療機器の保有状況、人員体制等が必要ではないか。医療機関にできるだけ負担がかからない形で、今後の2025年に向けた情報提供のあり方という観点から、検討いただきたい。（花井構成員④）

- 地域医療ビジョンを策定する際にはマンパワーをどうするかが柱になると思うので、病棟が主に診ている診療科の名前や職種別の職員数が必要だと思う。また、どこからきて退院先はどこなのかという連携の情報、病棟によっては患者さんの状況が可視化されるようなものも必要になるのではないか。（斉藤構成員④）

< 具体的論点 2 >

◎ 有床診療所からの報告事項についてはどのように考えるか。

- 高齢化の変動や地域の大きな外周の変容により、有床診療所へのニーズはますます高まっていくことは間違いない。お年寄りで膨らみ過ぎている地域に同じレベルの情報を流しても受け取る方としてもなかなか難しいだろう。また、現状はこうだけれども将来はこうしたいという有床診療所の思いというのもぜひ出していただきたい。（高智構成員③）
- 有床診療所は入院基本料の考え方もかなり違っており、診療報酬も低く抑えられているのでかなり苦しい状況にあるが、高齢社会の中では、ショートステイを含む緊急的に在宅の患者を受け入れる医療施設として、これから非常に重要になる。ただ、医療機能としては大きな病院のようなものは求められないので、厳しい条件をつけるということは難しいのではないか。（三上構成員③）

< 前回までの議論で概ね合意とされた事項 >

- ◎ 医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、選択した医療機能毎に、提供する医療の具体的内容を患者・住民・他の医療機関にわかりやすいように明らかにする情報と、医療機関内や地域における機能分化に資する情報を報告事項として求めることとする。

< 更に議論が必要な主な事項 >

- ◎ 医療機能毎の具体的な報告事項は引き続き検討。

3. 病床機能情報の提供について

- ・患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
 - ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適切か。
 - ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適切か。

<急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- （こうした仕組みを通じて、）それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。
- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

<第1回・第2回検討会における主な構成員意見>

- 地域住民や患者が報告内容を理解しやすいような工夫が不可欠であり、医療機関からの報告内容をそのまま都道府県が公表することがないようにすべき。（高智構成員①）
- 複数の都道府県情報の比較検討がスムーズにできるような工夫が必要であり、フォーマットの共通化や用語の表記の統一化などを検討すべき。（高智構成員①）
- 患者や住民にわかりやすい情報であるとともに、他の医療機関に対しても非常にわかりやすく、詳細なデータがわかるような情報の表し方が必要。（三上構成員①）
- 公表された情報を住民がきちんと評価できるシステムを考えていく必要がある。（西澤構成員①）
- 医療機能情報提供制度と今回の報告制度を連動させる方法を検討すべき。（斉藤構成員①）
- 転院、退院を望む患者はそう多くはないだろうが、理由もわからずに、ここの対象ではないからという理由だけで転院させられる現状があり、例えば、回復期リハビリテーションに行くことがリハビリにとってより適切だというような状況だということが理解できれば、転院に対して前向きになるのではないか。（山口構成員②）

<具体的論点>

- ◎今後、医療機関の機能分化が進んでいく中で、患者が各医療機関の機能を理解し、納得して医療を受けることが更に重要となるが、そのために、医療機関は報告事項の中からどのような情報をどのような形で患者や住民に提供すべきか。
- ◎都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をどのように加工し、公表していくことが適切か。また、医療機関が他の医療機関と連携を図る観点からは、どのように公表していくことが適切か。

＜第3回検討会における主な構成員意見＞

- 急性期の指標の考え方の中に「比較的短期間」や「高度・高密度」とあるが、「比較的短期間」というのは患者と医療者の感覚の違いがとても大きく、「高度・高密度」もどんな場合でも高度で高密度な医療を受けたいというのが一般的な患者の思いだと思います。どういう治療がどの機能に当てはまるかということや患者や住民がイメージしやすいような具体的な例示により公表することで、啓発にもつながるのではないかと。（山口構成員③）
- 医療の現状と患者が持っている知識のギャップが大きくなってきており、そのギャップを報告制度一本で埋めることは難しい。例えば市町村の担当者が総合的な窓口となる等、患者から相談を受けてお手伝いをするという仕組みがあってもいいと思う。患者が使いやすいシステムということや突き詰めると、とても重い仕組みになってしまう。（松田構成員③）
- 本来はかかりつけ医なり主治医なりが専門家としてその地域における医療機関の情報も全て把握した上で説明することが大切なのだろうが、かかりつけ医がいない人もいますので、患者が行政なり地域の医師会なりを介して地域の医療情報を手に入れることができるシステムが必要。（三上構成員③）
- 診療単価は患者負担にも直結しているため、患者や住民はそういう情報も必要としているのではないかと。（尾形構成員③）
- アメリカの公的保険であるMedicare、Medicaidが各病院から提出されるデータをもとに各病院の医療指標を比較できるサイトを立ち上げているが、ここでのポイントは、各病院が各Medicare、Medicaidに出さなければいけない情報というのは、もう既に集められている情報が最大限有効に活用されているということ。その集めたデータをもとにして、Medicare、Medicaidの方で各病院を比較できる形で整理をして、患者、住民のために情報を整理している。（松田構成員③）

＜前回までの議論で概ね合意とされた事項＞

- ◎ 都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をわかりやすく加工し、公表する。