

厚労省「第7回 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」 2015/1/29 各医療機能に関する境界点や患者像を整理

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部部長）は1月29日、医療資源投入量による各入院医療機能の需要推計に関するこれまでの議論を整理した。

事務局は、前回提案された各医療機能の境界点について、議論を踏まえた見直し案を提示（14.12.25 厚労省「第6回 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」http://www.medical-lead.co.jp/documents/141225chiikiiryogL_004.pdf 参照）。特に高度急性期と急性期の境界点については基本的な考え方の表記を改め、「救命救急病棟やICU、HCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、一般的な標準治療へ移行する段階の医療資源投入量」とした。また、医療機能ごとの患者像の例をあらためて示し、高度急性期は「くも膜下出血に対し脳動脈瘤クリッピング術を行った。人工呼吸器を装着し、点滴、動脈圧測定、導尿カテーテル、鼻腔栄養、ドレーンなど複数の管が入っている。呼吸、脈拍、血圧、体温、尿量等を1～2時間おきに見て全身状態を観察しながら集中治療を行っている」などとした。構成員から大きな異論はなかった。

■都道府県間における医療供給の調整プロセス明確化を

会合では、医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）の確定方法についても意見交換を行った。構想区域ごとの医療需要を基に必要な病床数を推計するが、その際には都道府県間を含む構想区域間での役割分担を踏まえた数字を出す必要がある。そのため、医療提供体制を都道府県で分担する場合、まず都道府県間の医療供給数を調整した上で各都道府県内の構想区域間で供給数を調整するというプロセスを取ることになる。渡辺顕一郎構成員（奈良県医療政策部長）は「これまで都道府県をまたがって調整する機会はあまりなかった。プロセスを明確化しつつ柔軟な対応を取れるようにしていくべきだ」と述べた。

また、協議の場（地域医療構想調整会議）については、病床機能分化・連携に関する議論の進め方の例などが示された。構成員から書きぶりの再検討を求められたのが「参加者の範囲・選定」に関してで、「医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者を基本とする。その上で、議事等に応じて参加を求める関係者（医療機関、学識経験者、薬剤師会、看護協会、市町村など）を柔軟に選定する」といった表記に対し、「基本となる4団体以外は“ついで”のように見える」などの意見が出された。次回会合で文言を調整し、再検討を行う。

■必要データに「疾病別アクセスマップ」など6項目

地域医療構想の策定・実現に必要なデータについては、①病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況、②各医療機能別の医療需要に対する医療供給の状況、③疾病別の医療需要に対する医療供給の状況、④疾病別（がん、脳卒中、急性心筋梗塞）のアクセスマップと人口カバー率、⑤介護保険関係の整備状況、⑥2025年における2次医療圏別の人口推計——の6項目を盛り込む案が示された。次回会合は、2月12日開催の予定。