

令和元年度第2回構想区域地域医療構想調整会議での主な意見と今後の対応

区域	番号	議題	質問や意見など	回答や今後の対応など
東部	1	構想	車で20分以内なら近接という定義は正しいのか。都会と田舎では公共交通機関の状況も全く違う。	車で20分以内が近接というのはあくまで厚生労働省が行った分析の手法であり、調整会議においては各地域の事情を踏まえて協議を進める必要があると考えている。
	2	構想	医師や医療機関が多いというのは別府市内に通用することであり、別府市内の医療と国東・杵築の医療を抱き合わせで考えるのはちょっと無理があるのではないか。	今後、市町村単位等で議論を進めることを検討したい。
	3	構想	まずは診療科偏在を是正して、それから地域医療構想というのが普通かなと思うが、ちょっと県の考えは逆なのかなというところが、疑問である。	地域医療構想、医師の偏在対策、医師の働き方改革は三位一体で取り組むこととされており、地域医療構想の推進にあたっては、不足する医療機能をいかに充実させていくかという視点で取り組み、診療科の偏在についても並行して協議を進めていきたい。
	4	構想	別府市も公立・公的医療機関がたくさんある地域なので、機能分担や病床の見直し等が必要ないのかというような話を、主な病院の方々と医師会と行政くらいで部会をやってはどうか。	地域医療構想調整会議とは別の協議の場を設けることについて検討したい。
	5	構想	救急医療の現状について、一次・二次・三次の救急体制が今どうなっているかというデータがないと、急性期病床の議論にはならない。極端な話を言うと、平日夜間と休日に入院患者を受け入れられないような急性期病院は、急性期とは言わないと思う。そこをこれから整理していく必要がある。	初期(一次)救急医療体制については、令和元年10月に調査を行い、別途資料として提示している。二次及び三次の救急医療体制については、今後、入院患者の受入状況などを調査し、資料として提示することとしたい。
	6	構想	病床については、利用率も見てもらいたい。病床がいくつあるかではなくて、活用されている病床が各病院にどの程度あるのか、そういったことを含めて考える必要がある。	病床の利用率について、資料として提示することとしたい。
	7	構想	患者に対して、ちゃんと決められた時間に病院に行くということをもっと啓発することも大切だと思う。	住民が適切な受療行動をとることができるよう、引き続き、啓発に努めることとしたい。
	8	構想	病床機能報告は自己申告であり、それも病棟単位であり、これが本当に実態を反映しているかどうか疑問である。前回の調整会議で佐賀県モデルの定量的な基準の紹介があったが、こういったことも考えた上で病床機能の定義をししないと、議論の土台がしっかりせず、空回りしてしまうのではないか。	病床機能の実態を把握するため、定量的な基準の導入について、来年度以降の調整会議で引き続き協議を行うこととしたい。

区域	番号	議題	質問や意見など	回答や今後の対応など
中部	9	構想	民間病院のデータについては、どのように取り扱うのか。	地域全体の医療提供体制について議論を行うことができるよう、民間病院のデータについても分析を行い、資料として提示することとしたい。その際、データの内容によっては、医療機関のみの非公開の場において提示する等、配慮することとしたい。
	10	構想	地域包括ケア病棟を急性期と報告している医療機関もあると思う。そうすると実態と乖離してしまうように思うが、その点についてはどのように考えているか。	地域包括ケア病棟の取扱いも含め、定量的な基準の導入について、来年度以降の調整会議で引き続き協議を行うこととしたい。
	11	構想	今後、回復期あるいは慢性期病床が、2025年の必要病床数に届かないというような事態が続くと、高度急性期を担っている病院としては、受け入れ先の確保に非常に困るという状況が、もう既に起こってきている。	引き続き、不足する医療機能をいかにして充実させていくかという視点で地域医療構想の議論を進め、回復期病床への転換等を促進する。
	12	構想	大学病院としても、どういう専門医をどの病院に派遣するのが最適なのかというようなことを考えていかないといけない時期が来ている。疾患別の医療需要の推移に関するデータ等が、今後地域では大事になると思う。	疾患別の医療需要の推移に関するデータ等について分析を行い、今後の調整会議において資料を提示することとしたい。
	13	構想	行政は病床数と病床機能のみで話をしているが、地域医療というのはそんなに簡単なものではない。地域の医療については、病床、疾病、診療科、人の偏在等について構造化して考えなければならない。	病床数や病床機能のみによる議論に終始しないよう、疾病構造の変化等についても分析を行い、資料として提示することとしたい。
南部	14	構想	病床をなぜ減らさないといけないかということについては、医療費の削減が一番の目的ということでよろしいか。	地域医療構想は、病床削減ありきではなく、不足する医療機能をいかに充実させていくかという視点で取り組んでいる。
	15	構想	地域包括ケア病棟を回復期と報告するようにすれば、病床数の数値もだいぶ変わってくると思う。例えば、地域報告ケア病棟は回復期と報告するようにするとこの場で決めたらどうかと思うが、どうか。	地域包括ケア病棟の取扱いも含め、定量的な基準の導入について、来年度以降の調整会議で引き続き協議を行うこととしたい。
	16	構想	医師の確保については、都会には、第一線をリタイアして、田舎でやろうという人はけっこういるんじゃないかなと思う。そういう人を発掘するための、県、市、医師会、病院のチームを作ってはどうか。	県医療政策課内に、医師向けの無料職業紹介を行う「ドクターバンクおおいち」を設置している。UIターンを希望する医師の情報があれば、担当職員が面談して要望を聴き取り、県が医師会、医療機関、地元市町村等と調整して県内就職に繋げている。県内就職をご希望の方をご存じであれば、是非、県にご紹介いただきたい。また、受入調整の際にはご協力いただきたい。
	17	構想	二次救急医療機関が初期救急を担っていることについて、県はどのように考えているか。	二次救急医療機関には入院を必要とするような患者を対象とした救急を担って頂きたいと考えている。
	18	外来	不足する外来医療機能として、学校医や特定健診を含めた公衆衛生に係る医療を加えてもらいたい。	公衆衛生に係る医療(産業医、学校医、予防接種、特定健診)については、合意事項として計画素案に記載することとしたい。
	19	外来	不足する外来医療機能として、在宅医療を加えてもらいたい。	在宅医療については、合意事項として計画素案に記載することとしたい。
	20	外来	外来医療計画には、現在の状態だけではなくて、5年後10年後の状況、そういったところを織り込んだ計画を、ぜひ考えていただきたい。	外来医療に係る医療提供体制は比較的短期に変化するるので、適宜、調整会議等において協議を行いながら取組を行うこととしたい。

区域	番号	議題	質問や意見など	回答や今後の対応など
豊肥	21	構想	厚生労働省の再検証要請を受け、竹田医師会病院や近接とされた病院において、今後、医師会や市と県と一緒に具体的に協議を進めるということによってよいのか。	必要に応じて、地域医療構想調整会議とは別の協議の場を設けたいと考えている。
	22	構想	県の主導の下、市と連携しながら、それぞれの地域の医療をどうするのかといったところをある程度の方向性を示した上で、それからやっと病床機能の転換ということにつながるのかなと思う。脳卒中医療連携協議会、心血管疾患医療連携協議会、救急医療対策協議会、これらの協議会での方向性についても地域医療構想調整会議で共有してもらえるとよいと思う。	各協議会における議論の方向性について、調整会議で共有することとしたい。また、調整会議における意見についても各協議会で共有することとしたい。
	23	外来	不足する外来医療機能として、小児健診、准看護学校講師、検死、養護老人ホーム入所判定委員会、地域ケア会議を加えてもらいたい。	小児健診、准看護学校講師、検死、養護老人ホーム入所判定委員会、地域ケア会議については、合意事項として計画素案に記載することとしたい。
	24	外来	医療機器が多すぎるというのは感じているが、患者の機器の利用が多すぎるというも感じている。患者のほうから、検査を指定して診療にやってくる。共同利用を促すだけではなく、県や国が検査についても住民に啓発する必要もあると思う。	住民が適切な受療行動をとることができるよう、引き続き、啓発に努めることとしたい。
西部	25	構想	地域医療構想は各二次医療圏である程度独立してやっていけるような医療体制、介護体制を構築しようという話だと思っている。そうした時に、絶対数で少ないと評価され、じゃあやめますとになったら、どこが対応するのかという話になる。厚労省の分析に関しては地域の事情を十分に考えてくれないとつくづく感じるの、そのへんはこういう場で検討して行ければ良いと思う。	厚生労働省の分析結果は、病院が担う役割を機械的に決定づけるものではないので、各病院の役割については、調整会議において丁寧に議論を行いたいと考えている。
	26	構想	病床の推移をみると、西部は回復期が増えてきている。今後、必要病床数に対して回復期の数が多くなった場合でも、急性期の病床から回復期に変えることは認められるのか。また、急性期の病床数は必要病床数に対して約400床の過剰となっているが、これについてはどう取り扱うのか。	過剰な病床機能への転換を必ずしも制限しようとするものではないので、調整会議における協議等を踏まえて病床機能の検討を行って頂きたい。また、過剰となっている急性期病床については、回復期病床へ転換する際には基金による財政支援を行っている。また、病床削減をお考えの場合には、国が来年度が創設するダウンサイズ支援を活用することもご検討いただきたい。
	27	構想	病床機能報告は病棟単位であるので、患者の実数とはかなり差が出てくると思う。こういった病床機能報告の制度をきちっとしないと、精度の高い議論にならない。明確な基準を示した上で病床数の報告をしてもらえたらよいと思う。	病床機能の実態を把握するため、定量的な基準の導入について、来年度以降の調整会議で引き続き協議を行うこととしたい。
	28	構想	地域包括ケア病棟は急性期なのか、回復期なのか。各医療機関で判断が異なるということであれば、はっきりした方がよいのではないのか。	地域包括ケア病棟の取扱いも含め、定量的な基準の導入について、来年度以降の調整会議で引き続き協議を行うこととしたい。
	29	外来	新規に開業する人がいるということを前提にしているが、あまり現実的ではないのではないのか。今後明らかに人口が減る。今ある診療所の代替わりというのもすごく難しい問題をたくさん秘めている。そのへんはどう考えているのか。	診療所の後継者不足の問題は認識しており、引き続き、医師確保と偏在解消の取組を行う。また、全国の診療所後継者確保の先進事例を情報収集し、紹介していくこととしたい。

区域	番号	議題	質問や意見など	回答や今後の対応など
北部	30	構想	効率よく急性期医療を行っている病院は増床してよいと思う。	病床過剰地域における増床は原則として認められないが、特例病床制度等の活用について検討したい。
	31	構想	病床のダウンサイジング支援について、誘導していくのはいいが、支援金は1回だけだと思う。そうすると、そこで職場を失う医療スタッフは絶対出てきて、どんどん衰退してゆく、私はそこに矛盾を感じる。やはり、地域の中で動いている病院というものは大切にしないといけない、クリニックの先生ともしっかり連携して地域が成り立ってゆく、そこはしっかりと考慮してもらいたい。	各医療圏や市町村といった地域で、将来の人口減少や高齢化の進展に対応して、必要とされる医療が切れ目なく提供されるよう、病床機能の転換は図っていく必要がある。その際に、ダウンサイジングを選択肢に入れる場合は、来年度に国が創設する支援策を、必要に応じて活用していただければと考えている。
	32	構想	2018年と2025年の病床数では、ほとんどの病院が同じになっていて、どうやって良いのかわからないのが現状であると思う。地域全体のベッドをどのように有効利用したらいいのか、そういう手立てを具体的に示してもらえればありがたいし、そういう時期ではないかと思う。	地域医療構想の議論に資するよう、疾病構造の変化や各病院の診療実績等について分析を行い、資料として提示することとしたい。
	33	構想	北部医療圏は大変に広い。本当に北部医療圏で完結する構想とするのか、今のように医療圏は2.5次くらいにしておいて、全県医療圏という考え方でやるのか、もう少し県の方から意見をもらえればと思う。	医療圏の考え方については、脳卒中医療連携協議会や救急医療対策協議会等の各協議会における議論の方向性を調整会議で共有することとしたい。
	34	構想	必要病床数としては総ベッド数を相当減らすことになるが、これから団塊の世代がどんどん死んでいく中で、施設で看取ることになるのか。本当に最後まで医療をやるんだということであればベッド数を減らすというのは2030年までやらない方がよいという気がする。	地域医療構想の議論に資するよう、在宅医療や介護サービスの提供体制についても分析を行い、資料として提供することとしたい。
	35	構想	介護の方に関しても、中々良い人が集まらない中で、人不足、ケアマネ難民がこちらの方でも出てきているので、医療が終わったときに介護の方で十分にお世話できるんだろうかという不安・課題がある。	介護サービスの提供体制等について分析を行い、資料として提示することとしたい。
	36	構想	自治医大の卒業医師は、公立病院を中心として派遣先を決めているということだが、準公的な病院である地域医療支援病院は派遣の対象として加えてもらうわけにはいかないか。	自治医科大学卒業医師は、へき地診療所と公立病院からの派遣要請に応えるのが精一杯の状況であるので、今後増加する大分大学医学部地域卒卒業医師の派遣により対応することとしたい。
	37	外来	中津市内は新規開業が少なく、休日当番を回すのにも苦労している。そういう状況も認識していただきたい。	初期救急医療については、不足する外来医療機能として外来医療計画に明記することとしたい。
	38	外来	北部医療圏は外来医師多数区域となっているが、過剰どころか不足している印象である。	外来医師偏在指標は厚生労働省が全国一律の基準で算定したものであり、医師の絶対的な充足状況を示すものではない。外来医療計画の推進にあたっては、調整会議における協議等により、実態を踏まえた取組を行うこととしたい。