

これまでの会議での主な意見

1. 全般的事項

- 医療の質が落ちないような構想にしなければならない。(東部)
- 高齢者が集中する慢性期や在宅医療において、医療の質が低下しないように。(策定協)
- 医療機関本位・行政本位ではなく患者本位に立った構想でなくてはならない。(東部)
- 住民の立場、圏域の立場に沿った意見を汲み上げることが重要。(策定協)
- パブリックコメント等により患者のニーズを拾いながら、本来あるべき姿を見据えて議論することが必要。(南部)
- へき地医療も守りながら将来を見据えた構想を策定することが必要。(東部)
- 大分市と県南地域では実情が異なる。地域の実情に応じて策定することが必要。(南部)
- ある程度は大雑把に大きな形で決めた方がよい。あまり細かく締め付けてしまうと後で足をとられてしまう可能性がある。(策定協)
- 医療だけではなく、介護との連携も含めて考える必要がある。介護保険、年金も含めた社会保障全体で考える必要がある。(東部、中部)
- 患者教育をもっときちんとやって受療態度を変えていくことや、医療者側でも無駄な高度医療はやらないということも必要。(策定協)

2. 策定体制

- 厚労省が推計した将来の必要病床数を変えられないのであれば、モチベーションが下がる。関係者のモチベーションが上がるような会議、構想にすることが必要。(中部)
- 病床削減といういじめのような会議はやめてほしい。意義が感じられない。(中部)
- 調整会議は、県民が素敵な医療を受けられるよう、高齢化についてもポジティブに捉え、みんなで助け合おうと具体的に話し合えるような場であればよいと思う。(中部)

3. 病床機能報告制度

- 各医療機関が主観的に医療機能を選択しているため、実態を反映していない報告内容が散見され、参考にならない。(策定協)
- 今回の結果はあてにならない。27年度の報告分からはある程度きっちり出てくると思われるので、それと比較し検討していくのがよいのではないか。(西部)
- 同じ病棟内でも異なる医療機能があり、病棟単位で把握することは無理があるのではないか。(東部)
- 有床診療所は急性期、回復期や慢性期の機能、また、在宅医療の拠点としての機能等、複合的な機能を有しており、単純にひとつの機能を選択できるものではない。(東部)

4. 必要病床数の推計

- 急性期、慢性期について全国一律の推計方法をとると混乱が出るのではないか。(北部)
- 入院需要の多い高齢者の人口は今後減少しないのに、必要病床数が少なくなるのは、推計方法に無理があるのではないか。(東部)
- 今後、急性期の患者が増えていくことになると思うが、どうして急性期の病床がこんなに減ることになるのか疑問である。(北部)
- 一律に2025年がピークではなく、疾患によっては2025年以降も増えていくものもあると思われるが、そういったことも勘案すべきである。(北部)
- 医療の確保を要望する声が多量の中で、この推計値は現実的に厳しい。(西部)
- マクロだけでなく、どういう医療がどこで必要かという個別の見方も必要。(東部)
- 広大な面積に人口が分散しているという地域の特性上、人口が集中している地域と同様の推計方法はなじまない。(豊肥)
- 出生率は今後改善されるという推計もあるが、そういった推計で計算すると必要病床数の数値もかわってくるのではないか。(豊肥)
- 推計の根拠で不明な点が多い。もっと情報を公開して議論すべきである。(西部)

- 必要病床数の推計の計算根拠に不明な点が多く、どうしてこのような推計値になるのか分析が必要である。(西部)
- 医療資源の投入量のみで病床数を決めて行って、実際にまとまるのか。(豊肥)
- 病床数の推計だけでは地域の医療ニーズが見えない。診療科の過不足等も加味して、地域の医療が充実していくような内容にするとわかりやすいのではないか。(豊肥)

5. 構想区域間の流出入の調整

- 医療人のモチベーションのためにも、地域の医療レベルを保つ、向上させるということも考えながら調整することが必要。(南部)
- 都道府県間の調整では、県民の利益が損なわれないような調整を意識し協議することが必要。(策定協)
- 患者住所地ベースで考えると、歪みが出てくるのではないか。(策定協)
- どの医療圏、どの医療機関で受診するかは患者の自由であり、患者本位で考えるべきである。(策定協、東部、中部)
- 東京や大阪で受ける医療も佐伯で受ける医療も、本来、同じでなくてはならないという思いでやっている。医師が大分・別府に偏在しているということが患者が流出していることの一因であるということも踏まえて、南部圏域の医療のハード面、ソフト面での整備をしていくべきである。(南部)
- 他圏域への患者の流出を努力して防いでいきたい。(西部)
- 患者の流出入を調整して病床数を決める際、1年間等長い期間で見ると問題がないかもしれないが、インフルエンザ等の感染症が流行した場合等、瞬間的に病床数が足りなくなる事態も想定される。ギリギリまで詰めるのではなく、余裕を持たせておく方がよいのではないか。(北部)
- 発展的な視点も取り入れ、魅力的な地域を創り、現在の流入をさらに増やすような取り組みを盛り込むことも必要ではないか。(東部)
- 東九州自動車道の開通によって、患者の動きが変わる可能性もある。(北部)

6. 病床の機能分化・連携

- 診療報酬改定の方向性が定まってからでないとは協議できない部分もあるのではないかと。
(南部)
- へき地では地域の開業医の廃業が進んでおり、在宅医療も含めて、拠点となる病院が担う役割は大きい。そうした医療機関に医師を派遣することも必要ではないか。(東部)
- 過疎地では、ひとつの病院が急性期、回復期、慢性期等様々な機能を持っている場合も多く、そういった地域の特性等に対応できるような枠組みを作ることが必要ではないか。
(南部)
- 機能分化や連携、介護との連携においても、救急病院は今後ますます大切になる。特殊な人員配置やベッドの配置が必要であり、構想の中に適切に組み込んでいく必要がある。
(北部)
- 救急搬送について、患者や家族のためにはできるだけ管外搬送せずに済むような体制が望ましい。(南部)
- 町内に産婦人科がなく隣の市に依存しているため、町内に産婦人科を作りたい。そういったことも検討していただきたい。(東部)
- 病床数の議論だけでなく、県内の医療情報の共通化、医療情報ネットワークの構築についても優先すべき課題である。(南部)

7. 療養病床

- 必ずしも入院受療率が低いからよいというものではない。病気が少ないのであればよいが、入院受療率が低い地域は、入院させたくてもベッドが足りないということも考えられる。(豊肥)
- 病床数の数値目標だけで療養病床を集約してよいのか疑問である。慢性期医療の満足度も考慮すべきである。(西部)
- 少数の医療従事者でたくさんの患者を診る体制を作ろうとするのであれば、むしろ療養病床は減らすべきでないのではないかと。(西部)
- 病院から施設への移行を進めるためには、患者が納得するよう、施設のレベルアップ等の取組も必要である。(南部)

○療養病床でも、患者が急変した場合、抗生物質を使ったり輸血や止血手術をすることも
ある。柔軟に考える必要がある。(豊肥)

8. 在宅医療・介護等の受け皿

○慢性期の病床・療養病床を減らしても受け皿がなければ、患者が行くところがなくなっ
てしまう。(東部、西部)

○在宅医療を進めるためには家族の介護力が必要。独居の患者をすべて訪問系のサービ
スで賄うためには相当な金額がかかる。(東部)

○高齢者を支える層の人口減少が見込まれる中、在宅医療を進めるのは無理がある。(東
部)

○在宅医療を充実させるためには相当なマンパワーや医療資源、財源が必要になると思わ
れるが、経済的な面で効率的なのか疑問がある。(東部)

○国は医療費削減のために在宅医療にシフトしようとしているが、在宅医療にシフトする
ことにより医療費が削減できるのか疑問である。(東部)

○圏域ごとの在宅医療、地域包括ケアシステム構築の進捗状況等と併せて検討する必要が
ある。(策定協)

○在宅医療に移行する入院患者の受け皿をどうするかといった見通しが立たなければ、病
床を減らすことはできない。(東部)

○国や県が後押しして基盤整備できる体制を作れるのか。(北部)

○有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅には、在宅医療・介護サービスを適切に提供
していない事例も少なくないので注意が必要。(策定協)

○豊肥圏域では、1箇所人口が集中している訳ではなく、人口千人程度の規模の地域が
散在している状況である。中山間地で、医療機関から距離が遠く訪問診療・訪問看護等、
在宅医療の提供が困難な地域が多いという地域特性も考慮することが必要。(豊肥)

○主治医制度、24時間型の薬局、訪問リハ、巡回診療等についても検討が必要であり、有
床診療所も含め、在宅医療への移行に対応できる社会資源を構築していくような形にし
なければ、構想の実現は困難である。(豊肥)

○ある程度重症な人も24時間体制で診ることができるような体制を作らなければ、構想の実現は困難である。(西部)

9. 医療従事者の確保・養成等

○医師、看護師等も高齢化して医療従事者が足りなくなる可能性が高い。(南部、北部)

○病床があっても医療従事者がいなければ机上の空論になってしまう。(西部)

○医師の確保、看護師や介護従事者の確保・養成が必要。(南部)

○医療従事者が偏在しないようにしなければ構想の実現は困難ではないか。(西部)

○回復期病床の整備のためには、相当数の理学療法士、作業療法士やその他の専門職種が必要になるが、確保が難しいのではないか。(西部)

○在宅医療に係るパラメディカルを確保できるのか。(北部)

○地域医療支援センターについて、大学に任せるのではなく、県がある程度イニシアチブをとっていくべきではないか。(西部)

○行政と大学医学部が一体となって、医師や看護師の配分、診療科の配置等を検討してほしい。(南部)

○ベッド数を縮小されると雇用の場が無くなるおそれがあり、地域の人口を維持するうえで問題ではないか。(西部)

10. 医療介護総合確保基金

○総合確保基金を有効に活用すべきである。(中部)

○これだけの大きな改革を進めるためには総合確保基金等の財政支援を担保することが必要。(西部)

○各都道府県への配分額の格差が大きい。十分な額を確保することが必要。(西部)

11. その他、実現に向けての方策等

- 実現のためには、地域の医師会をはじめ様々な関係団体の連携が不可欠である。(中部)
- 構想を策定したところで、強制力がなければ意味がないのではないか。(東部)
- 病床の転換等、診療報酬の改定による影響が大きいという問題がある。(策定協)
- 県内の病床数については既に減少傾向であり、今後も需要に合わせて自然に減っていくと思われるが、地域医療構想により敢えて病床数を調整する必要があるのか。(東部、中部)
- 実際には稼働していない病床が約2割あるので、病床の数自体を減らす必要はないのではないか。このまま病床が減少を続けると、どの医療機能も不足するのではないか。(中部)
- 障がい者に関しては地域包括ケアシステムの計画に組み込まれていない。障がい者の医療についても考えないと、いろんな意味で負担が出てくるのではないか。(中部)
- 患者が増えないよう、地域の住民が健康を維持できるような取組も必要。(南部)

※ 策定協 …… 平成27年度第1回大分県医療計画策定協議会（8月7日開催）