

## これまでの会議での主な意見

### 1. 全般的事項

#### 【 第 1 回医療計画策定協議会 】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

#### 【 第 1 回地域医療構想調整会議 】

- 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)
- 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)
- 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)
- 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)

#### 【 第 2 回地域医療構想調整会議 】

- 高齢者を診る医療を考える中で、疾病をどうやって支えていくのか、健康支援の概念を考え直さないと、これからの医療は支えていけないのではないか。(中部)
- 何らかの形で医療費を抑制しなければならないのは事実で、子供や孫の世代に負担を押しつける訳にはいかない。どうすれば医療費が減らせるか我々でも議論するべきではないか。(東部)
- 少子高齢化が急速に進んでいるが、先を見て縮小、縮小というのでは豊かにならない。次の世代に与える影響を考え、介護保険や医療費の負担が家族にかからないようにしないといけない。(豊肥)

○高齢者の救急患者にどこまで延命措置をするか、自分の最期はどういうふうに迎えたいか書き残す等、国民への教育や議論も必要である。大分県内でも90歳の患者に500万円以上かかるようなACバイパス手術をするような例が何十例もある。(東部)

○アドバンスケアプランニングやライフプランニング等も含めて、医療に対する考え方を変えていく必要があるのではないか。(東部)

○医療では、余裕のある部分がある程度必要なのではないか。(東部)

### 【 第2回医療計画策定協議会 】

○不安を感じている医療関係者が少なくない。きめ細かく情報提供をしたり、一方的に病床を削る権限がないことを周知する等、関係者の不安を取り除くことが先決である。

○各地域で、効率的で、かつ良質な医療が提供される体制を作ることが本旨であり、各サイドからの一方的な誘導にならないように、県でとりまとめるべきである。

## 2. 策定体制

### 【 第1回地域医療構想調整会議 】

○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)

### 【 第2回地域医療構想調整会議 】

○地域医療構想調整会議では、医療について考えながら、その地域地域でどういう医療を目指していくのか、そういったことをもっと盛り上げるような会議にしていくべきではないか。(南部)

○人口が減少する中でどうやって病床数を適正な数にしていくのかがポイントだと思うが、医療機関にはそれぞれの事情もあるため、絶対的にこうであるというのを見つけるのは難しい。地域医療調整会議の場で、将来像をみんなでイメージしながら、それぞれ何ができるか打ち出していかなければならないのではないかと。(豊肥)

## 3. 病床機能報告制度

### 【 第1回医療計画策定協議会 】

○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。

### 【 第 1 回地域医療構想調整会議 】

- 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)

### 【 第 2 回地域医療構想調整会議 】

- 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あり、参考にならないのではないか。地域に即した計画を立てるにあたっては、そこを曖昧にすべきではない。(中部)
- 地域の現状をきちんと把握するためには、26年度の病床機能報告の内容だけでは十分ではないのではないか。(西部)

## 4. 必要病床数の推計

### 【 第 1 回地域医療構想調整会議 】

- 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)

#### 【 医療審議会 】

○「ベッド数の減少ありきではない」と言いながらも、このような推計方法をとるのは、目指す方向が間違っているのではないか。

○高齢者の増加により今後、大腿骨頸部骨折、肺炎、脳卒中や急性心筋梗塞等の患者はどんどん増えていくと思われるが、国の推計値は現実とずれている。推計値どおり病床を削減すると医療崩壊を起こすのではないか。1箇所が医療崩壊を起こすと様々な方面に影響が大きい。

○人口減少により、病床を開けていても入院患者が減って自然に閉鎖せざるを得なくなっていくという形もあるのではないか。推計値のとおり減床しなければいけない訳ではないと考える。

#### 【 第2回地域医療構想調整会議 】

○急性期の病床を推計値のように減らして本当にやっていけるのか心配である。(北部)

○同程度の重症度でも、少ない治療でうまくやっているところと、大規模な病院等で検査が多いような医療機関とで、不公平なデータが出ているのではないか。(南部)

○地域医療構想は、診療報酬がどうあるべきかも含めて考えるきっかけにしていかなければならない。(南部)

### 5. 構想区域間の流出入の調整

#### 【 第1回医療計画策定協議会 】

○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。

○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。

○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。

#### 【 第1回地域医療構想調整会議 】

○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)

- 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。(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)

### 【 第2回地域医療構想調整会議 】

- 地元で診られるものは地元できちんと診なければ、地域からの人口流出、人口減少に歯止めがかからないし、医療がしっかりしないと地域が衰退していく一方である。(豊肥)
- 第1回の調整会議では、他県との調整を行って病床数を見直すという話もあったと思うが、現行の医療機関所在地ベースの推計値から、患者の流出入を変動させる要素を加味しなくてもよいのか。(西部)
- 地域で救急を受入れ、そこから派生して開業医や中核病院のベッドを使い分けて地元で完結できる患者は増えており、そういった状況も加味することが必要ではないか。中部医療圏と豊肥医療圏の役割分担等も考慮し、地域が衰退しないようにしていただきたい。(豊肥)

## 6. 病床の機能分化・連携

### 【 第1回地域医療構想調整会議 】

- 診療報酬改定の方向性が定まってからでないかと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)

#### 【 第2回地域医療構想調整会議 】

- 高度急性期～在宅医療までが連動した医療を実現していかなければならない。一医療機関で完結するには今までの体制ではだめだと思う。どう連携していくか、簡単に「連携」と言ってもこれがいちばん難しい。(中部)
- 400～600床レベルの大規模な病院であれば病棟ごとに機能分化し、1つの病院で急性期～回復期～在宅復帰へという流れを作ることができるが、規模の小さい病院が多い地域では、一人の患者が入院してから退院するまでを一つの病院でやるのか、転院を前提に考えるのか等、検討が必要ではないか。(西部)
- 診療報酬に対応するために混合病棟が増えると看護師の負担が増える。(東部)
- 診療報酬の改定により、7対1看護にどういう縛りがつくか、結局はそこに尽きる。(東部)
- 救急医療を担っている医療機関が病床を減らすと、医師も減らすことになってしまい、救急の担い手がなくなってしまう、救急を維持できなくなり壊滅的なことが起きるのではないかと懸念される。(東部、西部)
- 病院の機能を維持しながら病床を減らすというのは難しい。病床を減らすと機能も当然落ちてくる。(東部)
- 今後、回復期のニーズが増えるが、現行の施設基準では、地域包括ケア病棟はハードルがとても高いので、そういう点についても県からの支援が必要ではないか。(西部)

- 急性期機能を持っている病院では地域包括ケア病床は運用しやすいと思われるが、慢性期から回復期、地域包括ケア病床への移行は非常にハードルが高い。(西部)
- 医療需要が減れば、競争が働いて自動的にベッドを削減せざるを得なくなるのではないか。推計等を見ながら自院の方向性を見極めて進めていくことになる。行政主導でなくてよいのではないか。(東部)
- 診療科のニーズが減ったり人口減少等があれば自然とそれに対応していくものである。無理矢理減らすのではなく自然減というものを大切にされた方がよいのではないか。(中部)
- 実際に稼働していない病床は今後どうするのかということについても議論が必要ではないか。(南部)
- 基金等を活用して、稼働していない開業医が持っている空きベッドを買い取るなどのシステムがあってもよいのではないか。(中部)
- 豊肥圏域は大分市に流出が多く、二次・三次救急は大分市に行って、後に豊肥圏域に帰ってくるパターンも少なくない。今後人口減少が進むと、ますます大分市の動向とリンクしてくると思われるが、中部圏域と豊肥圏域の連携のあり方等についても検討が必要ではないか。(豊肥)
- 大分市内の病院から帰ってくる患者を圏域内の病院で受け入れる際、大分市の方が決まってからでないと考えづらい面もある。(豊肥)

### 【 第2回医療計画策定協議会 】

- 「病床機能の分化・連携」よりももっと幅広く「医療機能の分化・連携」について議論し、病床にとらわれ過ぎないようにする必要がある。

## 7. 療養病床

### 【 第1回地域医療構想調整会議 】

- 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。(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つる。柔軟に考える必要がある。(豊肥)

### 【 第2回地域医療構想調整会議 】

○入院受療率が低いことが医療の質が高いということになるのかどうか、十分な検討が必要ではないか。(西部)

○療養病床の入院患者について、本当に在宅医療等で診れる患者がどのくらいいるのか具体的に把握する必要があるのではないか。具体的な数を把握せずに療養病床を減らすと、医療難民、介護難民が多数出るのでないか。(西部)

○入院費用と比較して、有料老人ホーム等は経済的な負担が大きい。特養は待機者が多い。保険が適用される病院の方が患者・家族は助かるのではないか。(北部)

○在宅で訪問看護・訪問リハという流れになっているが、在宅医療を支える人材が不足しており、慢性期の病床に入院して今の医療従事者で対応し、ただし濃厚な治療は行わない、というような仕組みを作る等の方が合理的ではないか。(南部)

○介護施設等の入所者の中にも、状況が許せば入院で診る方がいいのではないかと思われる患者もかなりいる。(南部)

### 【 第2回医療計画策定協議会 】

○慢性期の病床があつても、地域によっては一定の医療依存度を超えると対応できない地域がある。病床の数だけではなく、機能についても踏み込んだ議論する必要があるのではないか。

## 8. 在宅医療・介護等の受け皿

### 【 第1回医療計画策定協議会 】

○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。

○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。

### 【 第1回地域医療構想調整会議、第1回医療計画策定協議会 】

○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つてしまう。(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)
- 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)
- 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)

### 【 医療審議会 】

- 受け皿をどう作っていくか、整合性をもって病床数を考えないと厳しいのではないかな。
- 安倍総理が介護による離職をゼロにするという方針を打ち出したが、医師や看護師、介護従事者も不足しており、慢性期の患者を在宅医療や介護施設に移行させるのは困難ではないかな。
- 国は医療費削減のために在宅や介護へシフトしようとしているが、介護施設にマンパワーがなければ質が落ちてくるのではないかな。
- 看護職が不足する中、看護協会として離職者の届出制等を活用して人材の確保に努めているが、人材確保のためには退職者をもっと活用することが有効ではないかな。
- 在宅医療や介護従事者の人材確保のためには海外から人材を受け入れないと不可能だと思われるが、言語の問題もあり、相当程度の研修や計画が必要である。

## 【 第 2 回地域医療構想調整会議 】

- 終末期の医療について、どこで死ぬのかということを考えなければならない。病院で看取るのであれば、ベッド数が足りない。現在の病院にはそういう需要もある。施設で亡くなるのも是とする風潮に変えて行かなければプラン自体が成り立たない。(北部)
- 2025年以降は死亡数も大幅に増えると言われているが、療養病床を減らして在宅医療等に移行させるとするならば、どこでどうやって看取るのか検討する必要があるのではないか。(西部)
- 自宅における在宅医療がどのくらいあって、施設で行われている在宅医療がどういう状況なのか等、現状把握が必要。医療必要度が高い患者でも施設で看れる人がいるかもしれない。(東部)
- 慢性期から在宅医療等へ移行する分をどのように扱うのか見えてこない。人材も十分ではなく、本当に在宅でできるのか不安がある。(北部)
- 介護の担い手が少ない現状では、看取りも含めて最期に頼れる病院があるというのとはとても心強いことであるが、病床が減るとなるとどうなるのか不安である。(西部)
- 在宅医療を充実させていくことは大事だと思うが、実際は、在宅で生活できるような生活基盤やコミュニティー自体が崩壊しているところも多い。(豊肥)
- 家族で介護できる人は極めて少ないため、入院医療からの移行分を在宅で受け入れるのは現実的に辛い。(西部)
- 退院支援、在宅支援は充実してきているが、自宅に帰れる人は少ない。ほとんどが施設に帰ることになるのではないか。(東部)
- 患者が慢性期から自宅ではない所に移る場合が多く、本当に上手にやらないと経済的な負担が増えることになる。(北部)
- 移動手段や食事等の生活支援も重要である。在宅医療を受け皿とする場合に生活基盤に対する支援もやっていかなければ、結局その地域では住めなくなってしまう。(豊肥)
- 在宅療養支援診療所について、一律に考えるのではなく、重症度や専門の疾患等によって多段階なものがあってもいいのではないか。地域の特性に応じた在宅医療システムを検討すべきではないか。(西部)
- 在宅医療では有床診療所の役割が大きいですが、有床診療所は経営が厳しく、ベッドがどんどん減ってきている。(東部、中部)

- 24時間対応可能な訪問看護体制をとるには相当のマンパワーが必要。へき地の場合、地域が離れているため集中して訪問するのが困難である。(東部)
- 訪問看護に関する研修等が進み、訪問看護はどんどんできている反面、潰れていくところも多く、機能できていない現実や、サラリーが低いために訪問看護の人材を確保できない状況もある。(中部)
- 老健施設が社会的入院や看取りの受け皿のひとつとして想定されているようだが、老健への入所は在宅復帰のツールのひとつとして考えるべきである。老健への期待に応えたいと思うが、老健施設は介護報酬だけで医療費が算定できない。(西部)
- 老健施設は、医療費の持ち出しが多く、介護保険だけでは経営が苦しい。介護療養費と医療費を分けて請求できるような制度が必要である。(豊肥)
- 何が何でも自宅で看るのではなく、老健施設でも看取りをしているように、あるいは老健施設を少し拡大して看取りだけのベッドを増やす等、医療でも在宅でもない中間的なものを作る方が、現実的にはこれから先よいのではないか。(北部)
- 地域包括ケアシステムでは、コーディネート機能が重要である。コーディネーターを決めて、行政と一緒に勉強したり、関係者等に具体的に話を持っていくような取組が必要ではないか。(中部)
- 地域包括ケアがどういう形で動いていくのか、まだまだ検討していく必要がある。(東部)
- 地域ケア会議に関しても内容を充実していかなければならない。(東部)
- アメリカやイタリアで精神病床を廃止した際、受け皿を作らなかったため失敗した例があり、そうした失敗例も参考にすべきではないか。(東部)

## 【第2回医療計画策定協議会】

- 「在宅医療等」についての捉え方が圏域によって違うので、明確にする必要があるのではないか。有料老人ホーム等でサービスをどんどん使って介護保険料が上がっているところもあり、そういった部分にも目を向けないと地域包括ケアシステムは充実しない。

## 9. 医療従事者の確保・養成等

### 【第1回地域医療構想調整会議】

- 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)

#### 【 医療審議会 】

- 本県でも医学部の卒業生がなかなか地元に着しない中、今後、国公立大学の定員が減ると言われており、医師確保の対策が必要ではないか。
- 在宅ケアを支える人材、施設職員やヘルパーも含めた介護従事者の確保も重要である。量的な問題だけでなく、質の確保が必要であり、そのためにも介護従事者の処遇を改善して、介護従事者がキャリアを描いて仕事を続けられるような仕組みにしていかなければならない。

#### 【 第2回地域医療構想調整会議 】

- 新しい専門医制度が始まると、都市部への医師の偏在が進むのではないか。(東部)
- 強制は無理かもしれないが、医師・薬剤師・看護師等、一定期間は地域で勤務してもらうよう大学から学生に働きかけたり、地域医療の大切さを教えてもらうようなことができなにか。(南部)
- 大分県では業界に残らない看護師が多く、今後はいかに業界職に残していくかが課題である。(中部)
- 退院して地域に帰る高齢者にとって、診療所の役割は大きく、診療所の看護職の質の向上のための施策が必要である。(南部)
- 必死に今の規模を守ろうとしているのが地域の病院の現状で、医療従事者を確保することの問題の方が病床数を決めているところから、これから10年先、15年先に強く出てくるのではないか。(豊肥)

- 在宅医療を進めるにあたって、当市では開業医も医師自体の数も少ない。医療従事者の確保が必要である。(北部)
- 在宅医療を支えるにあたってはナースプラクティショナーの役割も重要である。本当に必要な地域で人材を確保できるよう、医師の地域枠のように、県立看護科学大学にナースプラクティショナーの地域枠を設けてはどうか。(西部)
- 回復期では、医師や看護師だけでなく理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等、かなりの人材が必要になるが、田舎では人材の確保が厳しく、質の高い医療を提供できるかどうかという問題がある。(西部)
- 結婚や出産を機に離職する看護師が多い。看護師等の医療従事者を確保するためには、院内保育所の整備、院内保育所への支援を充実させることが必要。(北部)
- ワークライフバランス、勤務環境を整えてあげれば、看護師はいくらでも働いてくれると思う。登録制度の活用等による離職した看護師への復職支援、看護のネットワーク等の連携を強くしていけば、地域の連携はうまくいくのではないか。(北部)

### 【 第2回医療計画策定協議会 】

- 大分県では訪問看護の認定看護師が全国でいちばん多く、ナースプラクティショナーの養成も全国に先駆けて進んでいる。地域医療構想や地域包括ケアの中でも看護職の活用を考えていただきたい。
- プラチナナース(定年退職者)は即戦力になる。人材確保のためにはプラチナナースをもっと活用することが有効ではないか。
- 在宅を支える人材の養成が必要である。病院とも連携し、ICTの活用により地域包括ケアの多職種連携をさらに深化させることができないか。医療機関、介護関係者、養成機関である大学、訪問看護ステーションも含めて、レベルを上げていくしかない。
- 地域ケア会議のような場でのケーススタディーを通して医学生を教育することも必要。

## 10. 医療介護総合確保基金

### 【 第1回地域医療構想調整会議 】

- 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)

## 【 第 2 回地域医療構想調整会議 】

- 地域医療総合確保基金について、「医療機能の分化・連携」に重点的に配分されるようだが、地域医療を確保するためには在宅や介護の力が重要である。医療従事者や介護従事者の確保・養成、質の向上に関する事業も充実させるべきである。(西部)

## 11. その他、実現に向けての方策等

### 【 第 1 回医療計画策定協議会 】

- 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。

### 【 第 1 回地域医療構想調整会議 】

- 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)
- 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、いろいろ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)

### 【 第 2 回地域医療構想調整会議 】

- 医師会と基幹病院等で話し合っ、今でも現実にできるだけいい医療提供体制を作りあげているのに、どうして行政から言われて動かなければいけないのか。(東部)
- 病床機能は、ある程度病院が自主的に自己責任で持っていかななくてはならない。地域医療構想調整会議において、地域の現状についてできるだけ共通認識して、行政からいろんな情報を伝えてもらえるとよいのではないか。(東部)
- 玖珠九重地域は面積が広く、住民も分散して離れた地域に住んでいる。救急告示病院もなく、医師の高齢化も進んでおり、西部医療圏としても、この地域をどうサポートしていくのが課題であり、県の支援も必要である。(西部)
- 県では健康寿命を伸ばそうという取組を行っているが、そういった一次予防、病気にならないための取組を今後も続けていく必要がある。

○医療を提供する側だけでなく、受療者が安心して医療を受けられるような体制、構想を作っていくことが必要。また、効率的な医療提供体制を構築することが必要。(中部、南部、西部、北部)

○住民に対してわかりやすく工夫して周知したり、意見集約することが必要である。(中部、南部、西部、北部)

### 【 第 2 回医療計画策定協議会 】

○過疎地やへき地では、連携できる医療機関や在宅関係の医療資源が少ないという厳しい状況の中で、地域を支えている公立病院があり、頑張っている病院がさらに厳しい状況にならないようにしないといけない。

○構想策定後は全く見直さないというのではなく、状況に応じて弾力的に見直したり、状況の変化に応じた施策をとる等の対応が必要である。

○医療機関は、今後の医療需要の推計を見て自らの選択を決めていく必要がある。療養病床の制度改革については恣意的な話であるが、在宅医療等へシフトして行くことは間違いないので在宅医療をする医師や訪問看護師も増やす等、医療需要の推計から読み取って対応していく必要がある。

### < 開催経過 >

平成27年度第1回大分県医療計画策定協議会	……	平成27年 8月 7日開催
第1回豊肥地域医療構想調整会議	……	平成27年 8月17日開催
第1回南部地域医療構想調整会議	……	平成27年 8月24日開催
第1回中部地域医療構想調整会議	……	平成27年 8月26日開催
第1回東部地域医療構想調整会議	……	平成27年 8月28日開催
第1回西部地域医療構想調整会議	……	平成27年 9月 3日開催
第1回北部地域医療構想調整会議	……	平成27年 9月 8日開催
医療審議会	……	平成27年10月 8日開催
第2回東部地域医療構想調整会議	……	平成27年10月13日開催
第2回中部地域医療構想調整会議	……	平成27年10月16日開催
第2回西部地域医療構想調整会議	……	平成27年10月19日開催
第2回豊肥地域医療構想調整会議	……	平成27年10月21日開催
第2回南部地域医療構想調整会議	……	平成27年10月27日開催
第2回北部地域医療構想調整会議	……	平成27年11月 4日開催
平成27年度第2回大分県医療計画策定協議会	……	平成27年12月 1日開催