

各構想区域における議論の結果について

インデックス

長崎区域	2 ページ
佐世保県北区域	5 ページ
県央区域	8 ページ
県南区域	11 ページ
五島区域	14 ページ
上五島区域	17 ページ
壱岐区域	19 ページ
対馬区域	22 ページ
企画調整部会（県全体会議）	25 ページ

注意事項

- ・医療機関等の名称や委員名が特定される部分は、趣旨が変わらない範囲で単語の置き換えや省略をしております。
- ・そのままでは趣旨が伝わりにくい発言については、読みやすいように趣旨が変わらない範囲で文言を修正しており、実際の発言内容とは異なる部分があります。
- ・発言権があるオブザーバの意見についても、発言者は「委員」で統一しております。
- ・「以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む」と記載している部分以下の議論は、今回会議の議題として、各委員から提出いただいた「地域の医療課題」について協議した内容が主となります。地域医療構想に関連する部分が多く含まれるため、併せて記載しております。

（参考）第 1 回長崎県地域医療構想調整会議の会議次第

- （ 1 ） 長崎県地域医療構想の策定について
- （ 2 ） 医療需要と必要病床数の推計結果及び病床機能報告の結果について
- （ 3 ） 今後の検討課題について
- （ 4 ） 地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題について

長崎区域**平成 27 年 8 月 17 日開催**

- 委員：療養病床の中に介護療養病床はどれくらいの病床数があるのか。これが含まれているのか。
- 事務局：介護療養病床も含まれている。（介護病床は）医療区分がないが、医療型の療養病床の推計の結果から、単純に計算値で掛け合わせて算出されている。医療型の療養病床の医療区分 1 患者というのがあり、その患者の割合を介護型の療養病床の患者に乗じている。
- 委員：病床が 2025 年には今より 4,000 床くらい少なくなっていくというふうに読める。これは県の見解として位置づけていると考えていいか。
- 事務局：あくまで今回のガイドラインで推計した結果に基づくこの数字になる。長崎区域で特に顕著だが、医療需要のピーク、必要病床数のピークというのは本土地域においては 2035 年となる。構想は 2025 年をターゲットにしているが、施策としてどういうふうに医療機能を分化していくか、そういう点においては 2035 年も見据えながら検討しなければならない。構想はずっとこの数字で行くわけではないので、途中で見直しが入る可能性もある。
- 委員：2025 年の必要病床数が 2035 年に再度上がってくるという点を踏まえながら、一度機能転換した病床はまた戻すというのは非常に難しいというのがあると思うので、これは今後出てきたらどう対応していくか問題。
- 委員：慢性期、在宅に関してはガイドラインどおりの考え方ではないと思う。表やグラフだけを見ると病床を減らすという話になるが、決してそれだけではないということはこの会議の共通認識としていただきたい。
- 事務局：指摘のとおり、単純に病床を減らすというわけではない。受け皿として在宅医療提供体制の整備、特に離島地域において在宅医療をどう展開できるかという問題もあり、施設等における医療の提供も踏まえて、受け皿を整備した上でないということいった数字にはらない。この会議ではいかに在宅医療提供体制を整備していくかという議論をしていただきたい。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：在宅医療を推進しなければならないが、絶対的に訪問看護師が不足している。将来地域包括ケアシステムを構築していくという場合もやはり訪問看護師を増員していくことがキーワードになるのではないかと。どう養成していくかということを考えていき、（そこに）基金を使っていくことが重要になる。
- 委員：長崎南部は約 3 万の人口があるが、医療従事者不足により、まさに時間外診療の崩壊の危機である。これらの整備がなされないと長崎南部地域からは、30 分以

上経過しなければ夜間診療所に到着しないということになる。

- 委員：訪問看護師の不足が大きな問題。病床を減らすと看護師は在宅医療へ回ると言われているが、現在でも看護職はかなり不足をしている。長崎から近隣の九州各県へ流出する傾向があり、確実な人材確保策が必要である。
- 委員：実際にどのエリアにどのくらい急性期病床が必要なのか、詳しいエリアごとの状況が分からないと一律に長崎医療圏の単位で急性期を減らすと言われても具体的にどこをどう減らすか難しい。実際に急性期に関わるのは救急車搬送等が大きな一つの役割になるが、エリア別の救急搬送患者から診療科も含めてもう少し細かいデータがないと、どの程度の数を減らすのか目安がつけにくい。
- 事務局：医療機関で一ヶ月の実態を取るとか、どこから来られている患者とかそういうのが可能であればすぐできるのかなと。病床機能報告でどこから来られたかまでは出ていないところがあるので、病院の方で例えば一ヶ月だけ統計を取るとかそういうことができればと思う。
- 委員：医師の研修制度が変わり、長崎大学の卒業生も7～8割は県外に出ようになり、医師不足というのが深刻。地域医療構想を考える上で医師の確保を考えるのも非常に重要。どの疾患の医師がどれくらい必要か、あるいは救急医師がどれくらい必要か、見込みを出して、それに合わせた医師の養成や確保の対策が重要。
- 委員：西海市は特殊な地域にあって相当広い範囲をカバーしている。医師がかなり高齢で若い医師がいない状況で看取りをしないといけない。訪問看護ステーションが少ないので看取りや在宅医療が十分にできず、大きな病院もない。まず訪問看護ステーションを作って、医師の負担を減らすような対策をしないと西海市の医療は成り立たない。
- 委員：地域医療構想は、長崎医療圏全体として、必要病床数を推計して各病院に割り当てるような作業過程とするのか。医療機関が長年積み上げた実績をどう考えるのか。激変緩和策を考える必要があるのではないかと。十分に医療の受け皿の整備を確保したうえでスタートするというような、時間的な余裕がないのかもしれないが、基本姿勢としてそういうところから始めていただきたい。数字だけでは実感として頭に染み込んでこない。私たちは日常の診療が先に頭に入る。まず現場重視で少しずつ考えていただきたい。基本的な県の姿勢を最初に確認しておきたいというところがある。本気で数字どおりにやるのか。
- 事務局：地域医療構想というのは2025年の人口推計に基づくと患者の数はこうなるということを描いて、必要となる病床数を含め情報共有して、どのように進めていくかと議論することが中心である。長崎区域は今のままでいくと回復期にあたる機能が足りなくなる。急性期から回復期に病床の機能転換を図る医療機関が一定数必要ではないかということ策定して、策定後は医療機関が実際にどうしていくのかということ地域医療構想調整会議で話してもらおう。例えばどこの病院が機能転

換を図るのか、転換に必要な設備、施設の整備について基金で補助して機能転換を推進していくことが地域医療構想の今後の進め方になると思う。まず在宅医療という受け皿作りというのを進めたうえで、転換を図って行く。長崎医療圏は全国と比べても在宅医療の提供体制ができているが、今後さらに対応すべき人数が増えていく。県で病床を一方的に削減してくださいという権限は医療法上ない。まずは話し合いをしてもらい、例えば急性期が多いということになっているので、回復期を急性期にする場合は、まず県でストップをかける。その上で調整会議の中でご説明をいただいて、構想の流れと違う方向に行くときに県として手立てをするという権限が昨年の医療法の改正で追加された。医療機関による自主的な調整、基金での支援、県の追加された権限、その3つで構想を推進していくということになる。構想はあくまで10年後が目標なので来年から一気にこの形にという話ではない。

- 委員：推計値からすると急性期が過剰で、回復期の病床が不足している。急性期で稼働していた病床を稼働率が低い病床へ転換するということになる。病院が自主的に転換するような何らかの誘導策をするのか。そのように転換する状況、二次医療圏全体の数という形でまずそれを実現させようという姿勢なのかということを知りたい。医療圏全体で実現できない場合、医療機関に割り当てるといような誘導をするのか。
- 事務局：地域医療構想は将来の病床数を示しており、患者の構成はこう変わるという推計であって、各医療機関自身で判断していただく。県から一方的に押し付けるということはできないが、急性期の医療体制は、看護師の数も違い、医療機器の整備の仕方も違い、医師の配備の仕方も違う。体制がそのまま、将来患者の構成が変わってくると経営的に困るのではないか。今の時点で病床の転換を押し付けようという考えはない。誘導策としては基金の活用が考えられる。
- 委員：医療と介護の連携を介護保険の立場から考えると、看取りを行う在宅医が不足している。認知症患者の増加が見込まれているが、認知症サポート医と養成研修等を受けた医師がいない。
- 委員：基金と病床転換をセットで考えたとき、医療機関から自主的にこうするから基金を出してくださいと話を進めていくのか、それとも長崎地域でこういう転換をするので手を挙げていただいたら基金を出すよという方向に進めていくのか。
- 事務局：基金事業も含めて、来年度以降地域医療構想調整会議で議論していただくことになっている。病床転換にどう使うかも議論の対象になってくる。

佐世保県北区域

平成 27 年 8 月 19 日開催

- 委員：推計というのは全国共通の推計と理解してよろしいか。全国共通の計算方法で、地域差はパターン A B C と、流入流出の話以外はないということか。
- 事務局：基本的にはそのとおり。
- 委員：在宅医療を担う医療機関が必要になるが、これはどのような医療機関が担うと想定しているのか。
- 事務局：診療所が中心になると思う。
- 委員：県北地域の医療のあり方検討会でも言っているが、診療所そのものの継承が難しくなっている。さらに診療所数が減るのではないかと懸念している。在宅医療を増やすだけのパワーが本当に維持できるのか気になっている。
- 委員：医師会で診療所の跡継ぎを調査した結果、かなり減る予想であり、かつ高齢化している。介護施設では食事ができなくなると、病院に戻してくる。そういう部分は将来どうなるのか。
- 事務局：そういう課題をこの会議で検討いただきたい。診療所の問題もそうだが、施設に集まって効率よくサービスを提供する高齢者住宅の検討をする等、将来の提供体制を議論してもらえば。
- 委員：原則二次医療圏の中での検討ということになっているが、西海市からの流入が多い状況で、将来的に枠を超えた検討の必要性がある。検討がなされるのか。
- 事務局：流入を分析して、今回数字として表れたので、検討課題としていく。
- 委員：在宅医療で療養中の患者への医療の提供は流出入の中に入っているのか。例えば佐世保市の患者に西海市から在宅医療を提供するといった推計値はこの先出しでいけるものなのか。
- 事務局：次回までに調べてみる。
- 委員：流出入に関しては、概ね区域内に収まっている。区域で 1700 床くらい減らせと読めるが、これが全て在宅に移行するという解釈でよいのか。
- 事務局：推計のルールとして、病床と在宅医療に分かれており、在宅医療、介護で対応すべき人がこれだけいるとの話である。
- 委員：機械的に分けるとこうなるということか。この推計でいくと病床を減らして在宅に帰せというのが基本的な線になってしまう。議論のベースとしてはいいが、現実問題としてそこまでのことが本当にできるのか。そこをこれから議論すると理解してよろしいか。
- 事務局：まずは地域での受け皿を作ることが前提。
- 委員：この数字があるというのは減らすというのが前提となっている。
- 事務局：少子高齢化で医療従事者も少なくなっており、そこも大きな課題である。
- 委員：在宅でやることで資源を有効活用していこう、病床を減らすことによって医療

費を削減していこう、これは国の方針というのは我々も理解しているが、そのまま地域でやっていけるのかどうか。そこを会議で議論するという理解で良いか。そういう推計だということを確認させていただきたい。

- 事務局：減らすという話ではない。それに見合った体制を作っていこうと。減るとい
うのは結果論。
- 委員：人口は分かるが、需要動向は明確でない。在宅の医療資源というか能力が落ち
ていくことも考えられる。非常に不確定要素が多く、はっきりしているのは人口規
模だけ。医療圏でざっくりとした数字を出して、ここはこういう機能ができる、医
療資源が少なくなっているが、中身を減らさず、内容を落とさずにやっていけると、
そういうご議論をお願いしたい。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：薬剤師の数が佐世保県北地区は少なくて困っている。在宅は他圏域と比べても
進んでいない。もともと資源的に少ないのをどうやって補うか。私たちも一生懸命
教育などを進めているが、期待に答えられるか分からない。
- 委員：佐世保でも在宅医療に取り組んでいるが、診療所の継承者も少ない状況で個人
的な負担も大きく、広がりあまり芳しくない状況になっている。介護施設との連
携ということになってくると思うが、医療の将来的な病床数の推計と合わせてデー
タとして介護施設の現在の病床数、将来的な必要病床数、在宅医療の先生方が増え
なかったら当然介護施設を増やすしかない。だからそこ辺りを合わせて検討しない
と。そこ辺りの資料というのを今後作っていただければたいへん助かる。
- 事務局：介護のデータは市町にあるはずで、用意したい。
- 委員：「各在宅医療区域」というのはどういう区域のことか。
- 事務局：前回医療計画で、都市医師会単位で13の在宅医療圏域ということで設けた。
- 委員：都市医師会単位となると、例えば松浦の北松医師会は松浦市と佐々町が（地理
的に）分断されているが、それも一つの在宅医療区域ということになるのか。
- 事務局：松浦市と佐々町は基本的には北松医師会の区域であり、（地理的には）分断
されている。
- 委員：佐々町は、補助金等も松浦市と別で検討されていて、二分化されている。佐々
は医療的に佐世保に近く大きな問題がないが、松浦市は在宅医療自体少なくなって
きている。将来的に医療と介護が一緒にならないと在宅医療は進んでいかない。
佐々は佐世保と連携が取れているようだ。
- 委員：救急は佐々町内の診療所で回している状況で祭日はやっていない。在宅医療は
地区単位ではなくて各診療所単位でやっている状況。町でもやらないといけないと
いうことになり、複数の医療機関で協力しようと話をしている。訪問看護ステーシ

ョンを整備しないといけない。現状では佐世保と北松中央病院から訪問看護ステーションの方に頑張ってもらって、どうにかやっている状況。

- 委員：北松浦半島から平戸まで含めた県北地域の在宅医療が進まないのは地理的な問題があるという課題を分析していかないと。インフラの問題がベースにある。訪問看護ステーションにしても対応距離が佐世保とは圧倒的に違う。訪問看護ステーションが受け持つ件数も違うはずで、採算ベースに乗るかどうかが課題があるということ。薬剤師の数の問題だけではなくて薬剤師が訪問、服薬指導するにも距離が絶対違う。国全体の基準どおりにはいかない。調整会議のテーマであるかもしれないが、個別の地方色豊かな課題を抽出していく必要があると思っている。
- 委員：在宅医療等を請負うマンパワーを果たして作れるのかという不安がある。病院のマンパワーあるし、病院から在宅、施設、デイサービス、デイケア等のマンパワーの問題もあるが、「自宅」が問題。介護での医療行為が占める部分が大きくなっていて、辱創の処置を家族がやるのか等、老々介護の状況もあり、支えられるのかという不安がある。ショートステイは満杯の状態ですら本当に使いたいときに使えない。本当は介護施設でのショートステイは常時5床くらいゆとりがないといけない。ただ、現場ではそれだけ空いていると減収になるという現状がある。その辺りの矛盾点というのを考えていきたいと思っている。その調整もお願いしたい。

県央区域

平成 27 年 8 月 11 日開催

- 委員：在宅医療等の推計値には老人保健施設サービス受給者が入っていると説明があったが、今後も老健だけが含まれるのか。
- 事務局：在宅医療等の医療需要の見込みの算定にあたっては、（介護から）老健のサービス受給者のみ含むというのは変わらないと思われる。今回の推計で療養病床から一部の患者が（在宅へ）移ってくるので、受け皿について、在宅、つまり介護施設を含め、幅広く考える必要がある。
- 委員：在宅医療の需要が（2025 年には）1,800 人/日程度増えていくとあるが、これはニーズであって、受け皿の推計はあるのか。ニーズに対する必要量を出す方法があるのか。
- 事務局：県と市で介護保険の事業計画が平成 27 年 3 月にできたが、これはまだ（この推計を）反映していない。平成 30 年に医療と介護の計画の改定時期が一緒になる。介護の計画は構想で記載される在宅医療等の需要を踏まえた形となる。施設、在宅サービスについて、今回の在宅医療等の需要を反映させたものになると思う。
- 委員：県の方針をはっきりと示して受け皿の推計をしないと難しいのではないか。
- 事務局：国において医療計画と介護保険事業計画の策定指針が作られ、相互に反映させる形になると思う。
- 委員：県南からの流入が多いが、医療計画の医療圏を見直すことはあるのか。
- 事務局：6 次の医療計画策定において現医療圏で確定している。見直すとしても次期には間に合わないと思う。
- 委員：区域間調整を行う場合、諫早に来る患者の 30%は県南から来ているが、具体的にこれらは議論になるのか。
- 事務局：県南県央間は流出入が大きい。県南の議論でなにもなければ、今の流出入が続くことになる。県南での議論を経て、それを次回のこの場に持ち帰るので、検討いただきたい。
- 委員：うちは有床診療所だが、急性期と回復期が私たちの考えているのと違っている。将来、県が在宅医療の対策として考えているのは、訪問診療、療養病床、老健、訪問看護等を含めてか。急性期の病院とは別に考えていかないと。
- 事務局：もともと高度急性期は流出入（があって当然という）前提。高度急性期から急性期へおりてくる患者について、従来どおり大病院含めて対応する。ただ、（在宅と慢性期は別で）在宅は、療養病床から移していく推計となっているので、これははっきり切り分けて在宅医療等で対応することとなる。病床機能報告では急性期だが本当は在宅レベルの患者もいるかもしれないし、将来は報告の仕方も変わってくる。どうしても乖離は存在するので、その（機能区分の）認識を共通化することが必要。

- 委員：病床機能報告だが、大きい病院は医療圏別の考え方があるのかもしれないが。有床（一般）診療所は少し違うのかなと。在宅のほうに組み入れられたような感じだ。在宅にいて、風邪で入院したら急性期と思っていたが、県の論理によれば「急性期ではない」と考えていいのか。
- 事務局：この制度自体、10年かけてやっていこうというもので、診療報酬もその間に変わるはず。ギャップがあるから今すぐ直しなさいということではない。
- 委員：指摘のとおり、急性期の考え方が違う。地域包括ケア病棟のベッドをとるためには（在宅救急患者受入れのため）救急告示をとらなければいけないなどの条件ある。在宅で具合が悪くなった人を引き取る。それは急性期。回復期だけど急性期。調整しようとしているけれどできない。
- 委員：病床機能報告だが、現状を把握するのは大事だが、機能区分の共通理解ができてないから役に立たない。共通認識が必要である。そういうのは出てくるのか。
- 事務局：今のところ不明。ただ国から聞いている限りでは、去年は推計モデルがない中で手探り状態だったと。特に回復期の書き方はあいまいだったので、今後変わってくる可能性はある。推計の考え方が浸透していけば、もちろんマクロ指標だが、ある程度の目安にはなるのかなと思う。
- 委員：特に有床診療所は機能区分がどっちなのか分からない。どこまでがどうかという明確な判断材料が必要である。
- 委員：住民、患者の意見をどう反映させるのか。県としてどう考えているのか。
- 事務局：市町から介護の課長を中心に出ているので、そこで住民の意見をいただけたと思う。最終的にパブコメをする予定であり、ホームページで情報を提供する。九州各県会議等では、効果的な方法としてシンポジウムはどうかとの意見が出た。検討させていただきたい。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：医科歯科連携を推進しているが、県の医療計画の中で必ずしも歯科関連の事業は十分ではない。地域で完結するための連携体制をつくることが課題。われわれも在宅に力をいれているが、障害者だけでなく全て含め、高次を含めて次のステップに進めたらいいということ。
- 委員：これは在宅医療、医療従事者の確保養成全てにあてはまることだが、歯科医師会に歯科衛生士をおいて、課題の洗い出しや、退院後の回復、在宅までもっていく流れが一部ではあるが、必ずしも広がり十分ではない。退院した後のステージ（在宅）からの情報がなかなか十分に伝わってこない。連携ができていない。連携をどうするか、何かここで知恵があれば口腔機能の維持管理、健康維持の観点で、検討いただきたい。

- 委員：これだけの人数で討論するのは難しい。分科会は設けないのか。また、あじさいネットを活用できないのか。機能分化の方向性と合うのではないか。
- 委員：区域内でも地区の実情の違いもあると思う。分科会を作ろうと、県全体でもそういう流れ。この会議は区域全体として構想はこれでいこうとオーソライズする場だが、その前に細かい話をする必要がある。ワーキングの要望は保健所へいただきたい。今回初めて推計値が出たが、現場の実情とは乖離があるとか、保健所としても聞きに行っている。
- 事務局：あじさいネットについては、在宅医療、周産期医療を中心に活用を考えており、よい提案があればお聞かせ願いたい。

県南区域**平成 27 年 8 月 18 日開催**

- 委員：自力で通院できないような患者を（外来で）診る場合を含めて一般的に在宅医療だと思う。家族が何人もかかって車に乗せてきて診療する（方を在宅で診る）のが在宅医療であり、（施設等を中心とする）定義と実際の診療とは意味が違うように思う。
- 事務局：在宅医療等の定義については、資料の中に国の定義があるが、違う部分というのはどの辺りか。居宅や（老人）ホームも在宅医療ということだと書いているが。自宅あるいはホームの方からかなりの手を使わないと動けないような患者のことか。
- 委員：生活の場で区分されているが、通院できない人は昔であれば入院していた。今は施設があるのでそれも含んでいるということか。ただ患者の状態で言うと、家族が仕事を休んで手をかけて連れてくる（程度の）患者が、（今では）実際は入院していない。医者考えと違うところがある。
- 事務局：在宅医療の定義は自宅だけでなく介護施設を含んでいる。介護は終の棲家という扱いで、在宅医療を進めることとしたい。
- 委員：原則二次医療圏というのは現在の医療圏ということでそれがずっと変わりなく続くということで理解してよろしいか。
- 事務局：現行医療計画の県南の状況は（統合の目安に）あてはまったが、県としては半島の東部からのアクセスが悪い点等を考慮してそのままとした。今後は道路整備等アクセス改善の状況を見て検討することになる。未来永劫この二次医療圏でというわけではない。
- 委員：データでは二次医療圏が飲み込まれるという状況にある。この会議は、現実に住んでいる方がどうやって生活するのか、どうやって医療を守るかということがベースであるべきだが、今回のデータは出る人が中心で、残った人はどうでもいいという発想。出て行くからどうでもいいではなく、出て行けないから残っているわけで、そのことに配慮して会議は進めたい。保健所、南高医師会とも力を合わせて、（残っている人のために）医療を守る。道路が整備できたら良いのか。（道路を使って）外に行けない人がたくさんいる。数字で先に進むようでは非常に厳しいと思う。構想で二次医療圏は決して最後まで残る訳ではないと示されたので、現状の二次医療圏をどうやって充実させていくという方向で考えていくのも一つの課題ではないか。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：地域における医療課題について、優先すべき課題ということで3市と医師会が

共同でやっている小児医療、これに対する事業を平成 24 年度からスタートしている。基金を使って継続して貰いたいということで県にお願いしているところ。

- 委員：小児休日診療事業は、県南地域が特に小児科の医療機関が他の地域に比べて極端に少なく、高齢化が進んでいるということで始めた。年間で 2,000 を超える子供たちが受診している状況。事業費を県の地域医療再生基金事業で全額を補助してもらったが、この基金事業が終了してしまうので、なんとか（補助を）続けていきたい。
- 委員：確かに小児科の専門医は少ないが、標榜している診療所や病院はたくさんあるし、小児を診られる先生はたくさんいる。何で不足していると言うのか疑問。親が専門医のところに行きたいという気持ちは分かるが、これだけ小児科を標榜しているところがあるので、3 市からは（休日診療に）関わってもらえるような取り組みをなぜしないのか。小児専門医でなくても診ている先生はたくさんいるし、どうしても診られない子はそんなにない。
- 委員：小児科以外の医師会員に協力を勧めたことは何度もある。内科の先生方が数名手を挙げてもらったが、最後に小児科のバックアップがきちんとないとできないと。地域の医療を守るため基幹病院の充実なくして診療はできないだろうというのが結論だった。地域の医療は基幹病院の充実なくしてできない。
- 委員：基幹病院に良い小児科の専門の先生がいれば何の問題もない。我々は小児も診られるので、困ったなという患者を送りたい。それをケアしてくれる病院がありさえすれば何の問題もない。
- 委員：小児科の話だけではなく、各専門の医療機関の充実、心筋梗塞や脳卒中など救急体制をしっかりと、充実した病院作りをしていかないといけない。
- 委員：地域医療構想の策定が少し遅かったのかなと、在宅とか介護とか充実して地域医療構想によって在宅を増やそうという方向性の部分が平行で進んでいるが本当に間に合うのか。
- 委員：地域医療の方に協力して在宅の依頼があった時は断らずに、対応可能な薬剤師を増やして頑張っているところ。
- 委員：なかなか訪問看護の方で働きたいという方は少ないと聞いている。今後やはりそうした教育に協力していただかないといけないのかなという気はしている。
- 委員：地域医療構想のターゲットは公的病院のようだが、いずれ人口も減ってくるし病床を減らすわけで、私立病院に関するアプローチなどはあるのか。今日は救急告示の病院が来ていない。そういうところの参加があればと。
- 事務局：この会議は来年度以降も継続する。構想の進捗をみていくことになるが、そのためにどういう施策が必要か検討する。その際、私立の病院が必要とあれば、来てもらうことは可能。
- 委員：内容は想像の範囲内である。2025 年にはかなり在宅に移行するというのが想

定されていて受け皿づくりを本気でやっていかないと大変なことになる。また、日中の小児科を診るということと、救急体制の小児科はまた別に考えて構築しないといけない。島原半島は関係機関の協力でどうにかやっているが、（小児の休日診療の）財源について、基金というのは時限があるもので、将来はなくなってしまうものと考えたら、基金を当てにせず、3市の方でもしっかりとどうやって継続していくのか考えていただかないと厳しいのではと感じた。

五島区域

平成 27 年 8 月 10 日開催

- 委員：離島では高度急性期は現実的にゼロに近い。この推計結果は五島に残すという意味なのか、それとも現実には長崎へ流出があるわけで、このまま流出と考えていいのか教えていただきたい。病棟で一番難しいのは周産期で、（混合病棟とするには）男性が（病棟に）入りにくく、やりにくい。実際は内科も外科も整形外科も混合病棟という形でやっている。今後の課題となるのは小児科と産婦人科でどんなことがあっても離島で維持していかないといけない。だからその（高度急性期の）割り振りのところをもう少しはっきりすべき。県としてどのように考えているのか。今後方向性のある程度示していただいた方が計画が組みやすいと思う。それがあればなんとか地域包括ケア病棟で上手に急性期から回復期を活用しながらやれると思う。昔みたいに完全にここは外科病棟です、ここは内科病棟ですということは今はやっていない。実際には全部内科混合病棟という形で、それが増えてくると思う。できるだけ早く、5 年後 10 年後見据えた形でやっていきたいと思う。推計によると、五島に関しては 10 年後も現状に近い形でいける（ベッド数の割り振りは別だが）、今回 10 年後の構想を立てれば 20 年後も同じ形でいけるのではないかなと思う。なんとか今回 10 年後の目処を立てることができればいいと思う。
- 委員：行政としては、在宅医療の充実が課題になるのではないかと考えている。訪問診療をしている医療機関と訪問看護師ステーションの連携が課題。今後どうしたらいいか検討している。
- 委員：市としては地域包括ケアシステムを構築していく中で、在宅医療体制をどうするかということを中心に議論を進めたい。五島は介護施設の充足率が高いが、今後の高齢者数があまり変わらない中で、在宅での生活を支援するためには訪問診療、訪問看護を充実させないと地域医療ケアシステムの構築は難しいのではないかな。
- 委員：看護師と同じように薬局の方も薬剤師は人材不足であり、確保が非常に困難でほとんどの薬局を一人でやっているのが現状。当分この状況は改善が難しく、（急に）在宅ができるかと言われると難しいのではないかな。
- 委員：患者の流入流出を考えていく上で一番重要なのは高度急性期の患者をどうするかということ。急ぐ患者と急がない患者、急ぐ急性期、急がない急性期をどう考えていくかが重要。いろんな疾患別に考える必要があるが、推計結果は患者が少なくなっていると（0.0 と表示され）出ない。ここが見えるようになるものなのか国の方に確認をしていただくことが必要。代替として国保と後期高齢者のデータが提示されたが、くも膜下出血は 100% 五島内とあるが、これは怪しい。高度急性期、あるいは急性期の患者動向を考えていく上でデータが不足している。ベッドが多いということだが、病床の稼働状況を見ていくと未稼働の病床が相当あるように思うので、一度整理した上での検討が必要ではないかなと思う。あとはやはり人材の問題。在宅

医療をやりたくても在宅医療に関わる看護師や介護士の人材が不足しているというのが根底にある。今後どういう風に改善していくのかこれが重要な問題である。地域医療構想をする上では医療だけでなく介護も非常に重要だと感じた。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：例えばグループホーム等は非常に充足している。受け皿はたくさんあるが、よく見てみると（施設や設備などの）事業に対して補助はあるが、それを担う「人」に対する補助も考えないと。慢性的な人材不足というのが（医療だけでなく）介護事業にも移っていくのではないかと思う。「働く人」に対しても補助が出るような形にできないものか。国でも介護士（育成）についてある程度そういうふうな方針を決めないと人手不足になりつつある。何か良い方法はないのだろうかと思う。
- 委員：急性期医療や慢性期医療を考えるにあたって病院そのもののあり方の論議が必要。今後の会議の中で検討していければ。
- 委員：医療従事者の数、看護師を始め理学療法士、作業療法士、薬剤師合わせた医療従事者の数を見ても、上五島は別として、五島は離島の中で一番恵まれてない。具体的にどういったことをすればよいか、一つは、集めるのも大事だが、継続的に勤務して頂くことが重要。辞める方が結構いる。長く勤務してもらうシステムを作るにはどうすれば良いか、総合力が一番大事になってくる。看護師の独身寮など環境の改善に加え、介護職員の協力、介護施設始め、島民が中心となって五島全体の医療、介護に従事する人材のレベルアップをやっていかないとなかなか島に医療従事者・介護従事者が残らないのではないかと。そうした（育成）について具体的なことをどんどんやっていきたい。
- 委員：医療介護連携のためには信頼性の構築が必要。医師会または訪問看護ステーションで、まず顔合わせをしたい。
- 委員：保険者から見ると、将来的に病床数が減るということは、医療費の削減ができて良い面もあるのかなと思う。
- 委員：医療に関わらず介護や福祉の人材が慢性的に不足をしている現状があり、高齢者や患者がこれから在宅や施設にいても、実際に怪我したりする。これをカバーする方々が少ないということになると、うまく回らないということになるので、医療だけではなくて介護の人材、教育が一箇所できちっとできる体制ができれば良いのではないかとと思う。
- 事務局：調整会議は、例えば先ほど高度急性期が実際は少ないのではないかという意見があったが、そういうことをぜひ議論していただきたい。今日提示したのはあくまでも推計で、この推計というのは一応配慮しないといけませんが、その地域の実情に合わせたような地域医療構想を立てていける。あまりにも推計とかけ離れて理由

もつかないようなものは無理だが。人材育成に関して、地域の実情として非常に重要であるということをぜひこの調整会議の中で意見として出して県に上げていただきたいと思う。五島地区のことについて県がこうなさいと意見を出すのは基本的でない。数値上出ていないものはしっかりと地域の中で実質はどうか議論していただきたい。小グループでいろいろな検討が必要であれば、保健所に声をかけていただきたい。五島の介護保険については、市の在宅医療介護連携事業が大事になってくる。これがしっかり動くように準備もしつつ調整会議の議題もこれに反映するように検討していただければ。

上五島区域**平成 27 年 8 月 20 日開催**

- 委員：やはり看護師の数が圧倒的に少ない。
- 委員：看護師は地元の志望者もいるが、なかなか離島に残らず、定着が少ない。このため必要なスタッフを維持するのが厳しい。患者の医療の必要度が高いので、一人当たりの負担が大きい。スタッフを確保しないと疲弊する。
- 委員：もともと慢性期の患者で、看護より介護が必要な人が急性期病棟に入っている。
- 委員：認知症患者が多い。急性期（病棟）で認知症患者を診ながら一方で急性期患者にも対応しないといけないのが現状。医療事故等、要求水準が高くなり、十分に（多くの）患者を回れない状況が発生している。看護師の定数が確保できても、それ以上に業務を強いられている。奨学金の利用者が減っている。島に戻りたくないのかもしれない。
- 委員：小値賀島の数字がおかしいのでは。療養病床があるはず。すべて急性期になっている。
- 事務局：病床機能報告を出していない医療機関もあり、（大きな病院は）聞き取りで対応した。（初年度で）手探りで報告しているところもあり、今後分析をして、各地域で議論をしていかなければいけない。
- 委員：上五島と小値賀では状況が違う。同じプランにならないのではないかと。上五島全体でひとくくりにするのはそぐわない。
- 事務局：今後分析する。
- 委員：この分析結果のデータは全て国のデータか。
- 事務局：データは国からもらったもの。今後の検討課題については、お示ししているとおり。今日は時間がないので、次回までに考えてもらいたい。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：基金事業はこれから予算化されるのか。市町が地域包括ケア事業をする場合、提案を出してよいのか。
- 事務局：市町の地域支援事業でカバーされない部分を新基金です。県全体でやるべきところを新基金でやる。県内の介護人材の育成等に取り組んでいて、良いアイデアがあれば県全体として取り組みたい。
- 委員：在宅医療の相談窓口とかは、介護保険でやっていくと聞いた。
- 事務局：一義的には介護保険（地域支援事業）になる。
- 委員：五島は介護保険料が高い。介護保険による負担が難しければ、（基金で）いいのか。
- 事務局：地域支援事業のメニューにあれば市町で。基金は県全体でやる部分をやる。

- 委員：基金による（介護の事業は）ハードル高い。なかなか具体的な事業が立ち上がらない。やれやれとはいわれているが現実には難しい。
- 事務局：（現場と一緒に）工夫してできないかという部分は介護に伝える。
- 委員：これは市町に照会がいつているのか。介護の提案はいつまでか。
- 事務局：（介護について）主な事業は県が主体となっているので、照会されていないかもしれない。確認する。
- 委員：せっかく基金があるのに、（上五島から）提案が何もでてない。医療については、各団体がやっている事業がある。詳しい情報をもらって、新しい取り組みをやってくれれば。患者のことは薬剤師が良く知っている。薬局の薬剤師が教えてくれる。使わない手はない。介護にうまく展開できればと思う。
- 委員：遠隔画像診断にも取り組んでおり、がんの診療について島内でどこまで完結できるか。心臓カテーテルなど、島内で完結する医療が増えるので、（構想は）そこを見越さないといけない。

壱岐区域**平成 27 年 8 月 20 日開催**

- 委員：地域包括ケアシステムという概念が重要になる。医療と介護の連携が主だと思うが、もう一つ重要なポイントが住宅とか見守りとか、予防というキーワードが入ってくる。特に壱岐地域ではそういった見守りや住宅の整備について他地域と違う認識を持っている。
- 事務局：ご指摘のものを含めて在宅医療である。
- 委員：そこを含めてこの会議で議論するのか。
- 事務局：会議では医療提供体制を中心に議論することになる。ただ慢性期と在宅医療等は一体として推計されており、国は（病床から）在宅へ移行する方針。病床が少なくなり、地域で支える人が多くなる。どう支援していくかというところを組み込む。
- 委員：重要なのは平成 30 年に介護計画が策定される点。同時に医療計画が策定されるので、この会議の役割として介護の（住宅や見守りといった）資源、体制の構築や投資と連携しないと、医療だけの側面で考えてもゆがみが出てくる。
- 事務局：特に 2 回目の会議でも意見としていただきたい。今後の医療計画は必ず介護保険との同時改定になるので、特に意見を願います。
- 委員：地域医療構想で国が考えた推計モデルは、日本の 7 割から 8 割の大都市及び中核都市をモデルとしている。医療機関から 30 分以内の診療人口が 10 万を切るような場合、あるいはもっと過疎地域というのはなかなか当てはまりにくい。特に壱岐は人口が年々減少していて一つのものを何か調整しようとしてもどこかに歪みが出てくる。医療だけでなく全体的に生活を見ていかないといけない。これは縦割りの考え方では抜け出せない。そこを調整するのが県ではないかと思う。まず二次医療圏の各地域は非常に特色があって、それがハンデにもなり逆のこともあるが、県はそれも踏まえていろいろ指導していただきたいと思う。
- 委員：医療だけに特定すると、やや歪みがでてくるのではないか。それぞれの特色や地域の課題を様々な面から抽出して、それに対処していきながら構築していかないと 2025 年問題には十分な解決は望めない。しっかりと医療と介護と地域という 3 つのポイントを押さえていきながら壱岐については進めさせていただきたい。
- 委員：介護保険事業計画は 10 年先を見据えて策定した。実は壱岐の場合は既に 10 年先を走っている状況。今後病院の病床が減って、在宅の方にシフトをする。介護保険事業計画では、その受け皿作りとかそういったものを新たに再検討する必要があるのではないかと考えている。
- 委員：壱岐は既に 2025 年問題に直面している。今から人口も病床も減って、それが在宅にシフトする。在宅は必ずしも効率的ではない、極めて大きなエネルギーと高額な費用がかかる例もある。（療養病床の 7 割など）そういう方々が全て在宅とい

うことになると思います。個人的なあるいは資金的な負担が相当ある。医療機関が減るということはそこに勤務している人達が減るということなので人口の減少、過疎化というのが急激になる恐れもあるということをご理解いただきたい。

- 委員：分娩のデータというのはどこからか。
- 事務局：人口動態調査の分娩数からきている。切迫早産の程度は含まれていない。
- 委員：産科領域というのは保険診療の部分と自費の部分で分かれていてデータに出にくい。地域によって合計特殊出生率が違う。壱岐地域は全国的にかなり高い。もう一つは里帰り出産というのがあり、流入流出はかなりある。離島地域は本土とは違った評価をしないと周産期に関しては評価できないので、その辺りも今後資料を作るときに検討を。
- 委員：人口減にともなって福岡との医療連携をますます強固にしていく必要があると思う。救急疾患についてはドクターヘリを含めて全体的に長崎との関係が強いが、この2年間で長崎県のドクターヘリを使って患者は福岡に搬送するという形態がルーティン化し、特に急ぐ救急についてはそういう状況。急がない救急は治療方針が多岐に渡り、これも福岡との連携強化が必要。ここは五島、対馬とちょっと違う壱岐の独自の状況かと思う。
- 委員：推計で100床くらい減るようだが、100床くらい減ってしまうと在宅で看ることになるので、今後の介護保険も含めた部分で、医療構想が介護保険の事業計画と密接に関係するのだと改めて痛感した。
- 委員：在宅について、マンパワーの問題があり、もう一つは独居老人が多くてなかなか対応しづらい。3番目に非効率な部分があり、マンパワーを本当に確保できるか、独居の人たちをカバーできるか、心配。
- 委員：在宅訪問服薬指導に力を入れており、臨床介護の事業が始まるわけだが、病院と連携しながら、薬局での投薬、予防に役立てていきたい。
- 委員：実際に在宅訪問したことがあるが、独居で家族が遠くに住んでいて、寒い時だったが、全然暖房もなく、煎餅布団にくるまっているような方がいる。年金だけで生活して、施設に入れないという方がこれから増えてくると思う。それを考えたときに病床数を減らすのは疑問。
- 委員：それだけ離島というのは厳しい環境の中で高齢者の方あるいは独居老人、高齢者の老夫婦世帯がそういう中で生活しているということ。都会とは状況が全く異なると。これから看護師が定年退職を迎えて毎年20人から30人少なくなる。そういう中でそれを補えるだけの看護師のパワーができるのか。
- 委員：看護師不足はどこでも言われているが、少ない人数の中でもスキルアップ等をやっていけるよう、県の看護協会とも連携をしながら研修会等を行っている。また、病院で働かれている方の仕事の環境も加味してもらって、若い方が働きたいと思える職場環境についても、県として検討をしていただきたい。

- 委員：厳しい看護師不足というのが現実的に出ているのでそういうことを踏まえながら医療構想あるいは在宅に向けての医療構想をぜひご検討していただきたい。
- 委員：若者の流出があるが、就職では福岡等に出られる方が多いわけで、壱岐に残ったとしても、施設に対して病院が多くあるので、（病床が減ることで）若い人の流出も起こってくるのではないかと思うところもある。
- 委員：壱岐は高校が 2 つあるが、そのうちの 8 割以上がもう流出して帰ってこない。残っている方も一次産業二次産業に進んでいる。介護に対するパワーが非常に少ない中で本当にこういう構想が現実に来るのかどうか。壱岐という地域を念頭に入れて策定を検討していただきたい。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：基金事業については、介護関係のマンパワーの件、看護師の面など、これから検討していただきたい。
- 委員：医療と介護のバランスのところが一番ポイントになると思うが、一つは在宅医療が非効率であるとの意見だったが、在宅医療の定義としては帰宅のみでなくて施設も含むということも押さえながら検討していただきたい。患者が減っていくと医療人材確保が困難になるというのは全国同じことなので、壱岐に（特別に）人が集められると見込める状況ではないので、そこも考えながら今後協議をいただければ。11 月以降に 2 回目、次年度 3 回目の会議を予定しているが、その間に実務者レベルでワーキングができたらと思っている。
- 委員：開業医や我々が下請けのように置かれているようだ。我々は高度の救急を担っているし、壱岐の医療というのは先輩たちが非常に質の良い医療を継続してこれだけ続いている。基幹病院とタイアップして壱岐の医療の質を十分に高めて行きたい。
- 委員：地域包括ケアシステムを含めて医師会の活動が進まないことには 24 時間 365 日きちんとした患者さんのフォローができない。医師会と市と保健所、基幹病院含めて在宅推進部会を構成して、また官民一体となった在宅医療を、薬剤師会、歯科医師会、栄養士会、理学療法士会と共同で、地域で展開していこうと進めている。今年の 4 月からあじさいネットも在宅医療に使いながら進めていくということで、医師会として開業医の立場からも、地域の特性にあった構想をぜひ策定していただきたいと思っている。

対馬区域

平成 27 年 8 月 21 日開催

- 委員：中身を理解できないうちはまだ議論にならないと思う。細かいところを勉強して分かってくればいろいろ疑問なところが出てくると思う。
- 委員：2025 年にはこれくらいの病床が対馬には必要と推計が出ているが、現実には基幹病院が急性期で報告しているが、こんなにいりませんよというデータが出て、現実的に本当に減らすのか。現実的に長崎県全体で減らせるのか、どういう風に考えているのか。
- 事務局：減らすのではなく、あくまで調整していく。それも急に調整するわけではない。10 年の間には診療報酬も変わっていく、療養病床のあり方や在宅医療等に何人必要かなどのデータも検討されている。推計結果としては出しているが、構想には具体的な現実も書いていく。単純に減らすというわけではない。
- 事務局：検討していただきたいのはこの推計がこれでいいのかということをしっかり話し合っていていただく。例えば流出に関してももっと地元で診るべきだとなったときに、果たして医療職や介護職の確保が可能かということも含めてきちんと検討しなければ。国が何かを示して、県が各地域にこの（推計）通りやれというものではない。しっかりと地域医療調整会議で検討して、実現可能な構想をいろいろ議論していただけたら。
- 委員：「地域包括ケアシステムあり方検討会」があるが、委員が違う。意見のすり合わせは何も考えていないのか。
- 事務局：県でも介護当局ともすり合わせていく。地域包括ケア検討会の方が介護の話は具体的になるので、その議論をこちらに反映する感じ。こちらの議論は医療が中心になるので。
- 事務局：在宅で看となった場合に地域の介護が本当にやれるか重要なので、そこも含めて検討していく。離島で、医療で見るべきか介護で見るべきかという時に医療職の確保の方が容易なのか、介護職の確保の方が容易なのかそういったことも含めて議論をしてほしいと、この推計を作った研究者の先生方は講演会で言われた。現実的に対馬でやれるかということを検討していただければと思う。
- 委員：実際この調整会議が出来上がる時期が既に遅かったのではないかと。病院を統合する際に病床数をいくりにするか調整しなければいけない時期が 3 年くらい前にあった。対馬で地域医療を守っている我々としては、国も県も離島へき地の病床数を減らしていく方向であるという点に非常に不満がある。当時からいろんな推計を考えてもっと柔軟な姿勢を県が持っていてくれれば良かったのではないかと。厳原から 25 分もかかって救急患者を搬送するということはどういうことか、時間外救急を診てくれる病院がないと困る。対馬にいる人でないと分からない。10 年 20 年先対馬がどうなるのかを見据えた議論をしないといけないのかと思う。

- 委員：結果は当然予測できたもので、驚くものではない。県がかなり権限を持ってすることでもあり、平成 30 年から保険者も県になる。県が絶大な権力を持って特定機能病院の取り消しもできるような権限を持っているから誰もそれを嫌と言えない。これはもう法律で決まったことだ。
- 委員：現実的な人口動態を見ていくとこれから先の対馬の病院経営はかなり厳しくなっていくのは明らかなところである。
- 委員：対馬は人口推計では 85 歳以上の超高齢者の人はこれから 20 年で倍になる。病院に入っている人はだいたい 85 歳前後なので、これで医療需要が本当に少なくなるのか、逆に増えるのではないかと思う。年寄りも心筋梗塞とか急性期の病気になる。こういう病床数でいいのかなという疑問はある。
- 事務局：ぜひそういう（意見）を出していただきたい。
- 委員：医療資源が増えないので、在宅対応はまず無理。
- 委員：対馬はヘルパーの 24 時間対応はない。在宅では家族に頼らないといけない状況になっている。都会でいう在宅と離島の資源がない在宅というのは違うので、なかなか難しいなという実感。
- 委員：介護に都会のような大手業者が参入していない。定期巡回とか細かく回るサービスがない。病院に頑張れと言われても頑張りようがない。若いドクターも（在宅を）敬遠しているから。在宅の需要が増えてもおそらく供給が追いつかないのではないか。
- 委員：地域の介護力がない。在宅というところに例えばグループホーム、老健、特養とか全部入っているの、また少しは違うのかなと。純粹に本当に自宅ということになったら、今後は資源が不足しているというか介護力が全くないと思っていてよいのではないか。かなり厳しいと思う。
- 委員：国が示したデータがあるのにそれ以上のデータを持って、こうだから病床は減らさないというのは非常に難しい。
- 事務局：そこをまさにやっていかないと机上の空論がそのままという形になる。もちろん日本は全体的に入院に頼っているので、何らかの形で在宅とか施設等にシフトしないとイケないが、医療が崩壊したら何もならない。いろんな講演会で言われているのは、医療をいかに守るか、バランス良く守ろうというために皆苦労している。そうは言っても、推計結果である程度コントロールされるかもしれないが、しっかりと議論していただければ。
- 委員：地域包括ケアあり方検討会でも、最終的にマンパワー不足という意見が出る。病院は看取りの場所ではないと。病気を治すところだと。今の対馬の状況は病院が看取りをせざるを得ない施設になってしまっている。それを在宅とか施設だとか振り分けないと病院は本当の患者の仕事ができない。在宅医療を真剣に考えて看取りは自宅でするとしないといけない。現実には非常に難しい問題。老々介護の中で、

家で看取るというのは現実的には非常に難しい。データどおりに病床数が減っていくとなると離島過疎地では非常に大きな問題になる。対馬は対馬にふさわしいような病床数の計算が別であれば良いと思うが、このままの結果になると怖い。

- 委員：地域包括ケアシステムが誤解されている部分があって、全部家で看取れと言うシステムではない。地域包括ケアシステムでは看取りを家で全部とは一言も言っていない。まず住まいを共有し、そして介護は作りなさい、そして病院も協力しなさいというもの。対馬市はどういうビジョンを持っているのか。
- 委員：これまでこうした情報がなかった。地域包括ケアでカバーしないといけない部分があるが、施設は職員を確保するのに苦労している。介護職の希望者少ない。病院の役割が重要で、（市として）病床を（推計どおり）減らすのは難しいと提言できればと思う。

以下、「地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる地域の医療課題」に関する議論を含む

- 委員：地域包括ケアシステムあり方検討会の中では、在宅医療をどうするかということが議論の中心だったが、市が在宅医療、地域包括ケアを推進するので、当然市の診療所が中心となってやらないといけない。また、基幹病院との連携がないと進まない。診療所だけでなく、個人の開業医も含めて協力してもらわないと在宅医療は進まない。
- 委員：地域医療対策協議会というのが年に 1 回あるが、その会議と、この調整会議の関係はどうか。
- 事務局：医療計画の進捗を管理するのが地域医療対策協議会。地域医療構想も医療計画と一体になっているので、地域医療対策協議会は地域医療構想も含めて対馬の医療計画そのものを進捗管理する。

企画調整部会（県全体会議）

平成 27 年 9 月 4 日開催

- 委員：在宅医療等の医療需要の見方として、1 日に 3,700 人訪問看護を受ける人がいるということか。
- 事務局：レセプトの概念でカウントされている。入院と同じように捉えると、1 日あたり 3,700 人の患者の潜在需要があるという意味。毎日これだけ訪問している訳ではなく、週 1 訪問なら、7 で割った数値が 1 日の訪問患者数。
- 委員：機能分化・連携について、2 名体制の脳外科の病院が 3 箇所あり、これを 6 名体制で 1 箇所にするという提言をしてもよいのか。
- 事務局：方向性についての意見として、会議の中で議論していきたい。
- 委員：療養病床は在宅へ移行とあるが、病床を減らすのは実際にどうかたちで実現するのか。
- 事務局：まず在宅医療の受け皿体制を作っていく。また、介護への機能転換もあり得ると思う。
- 委員：過剰病床を減らす権限は知事にはないので、基金で誘導するのか。
- 事務局：基金を活用して、不足する機能へ誘導する。
- 委員：現実問題、ここ（調整部会）で議論をしたから病床を減らす、というのはとても難しい。しかし、そのための進め方をここで考えていくしかないので、委員の協力を。
- 委員：急性期から回復期に転換するためには廊下の幅が問題となる。大変な工事で、山のような費用となり、基金どころではない。廊下の幅がせまい病院の調査をしてほしい。42 床を 28 床にしかできない。この間病棟も閉鎖となり、経営上も耐えきれない。どのくらいあるのか。
- 事務局：持ち帰って検討。
- 委員：基金の柱については全国的な問題。県から国へもあげてほしい。
- 委員：離島の専門医は企業団が確保するが、へき地はそうではなく、大学も派遣が弱くなっているので、今後の課題。また、上五島で子どもが減るので、産婦人科医をどの程度確保すべきか。この 2 点が各区域の調整会議で意見としてあった。
- 委員：将来の必要病床数について、調整ができる範囲はあるのか。
- 事務局：流出入に限られる。将来予想で、流出入の数が変わるような場合など。
- 委員：今回の推計値が基本になってしまうのか。
- 事務局：国の説明ではそうなる。
- 委員：急性期をかなり減らすことになるが、医学生や研修医、看護師の教育の場としての受け皿も減ることになる。考慮してほしい。
- 事務局：会議で意見をいただき、構想にどう取り込んでいくかを考えていきたい。
- 委員：構想策定前から問題点は把握されていたと思う。県として現状をどのように考

えているのか、簡単に教えてほしい。

- 事務局：県全体としては医療人材の地域偏在の問題、離島の医療の確保の問題、県北のように中心都市から一定の距離がある周辺部の医療の確保の問題などがある。
- 委員：構想で何とかしないといけない。そういった課題を、構想のはじめの部分に長崎県の現状をしっかりと書いてほしい。
- 委員：調整会議でデータをもとにベッド数を決めたとして、実現するためにはどのようにすべきか県としての考えは。公的はできるかもしれないが、私的病院は経営的に難しいのではないかと。本当にできるのか示してもらいたい。
- 事務局：策定後、調整会議で病床報告をもとに議論していただき、その結果をもとに、財政的には新基金柱 を使い支援していく。自主的には進まない場合、お願いの程度はあるが、知事の権限で、民間には要請、公的には指示できる。基金以外では診療報酬で誘導されると思う。
- 委員：構想の実現可能性はあるのか。在宅へ移行するための施設整備のための支援はできるのか。
- 事務局：介護については基金のほかに、介護保険事業もあり、訪問看護ステーションの不足などが課題であり、今後検討する。
- 委員：訪問看護ステーションだが、医療依存の高い人が増え、高度医療を在宅で続けると、ますます診ることができる施設が足りなくなる。潜在ナースなども検討にあがったが、在宅医療について、シンプルに自然に最後を迎える形での医療の提供ということも考えていかないといけないのでは。
- 委員：死生観の問題で難しい。
- 委員：削減、転換を進めるうえで、公的病院は補助金（繰入金）があることも大きい。
- 委員：今回出席の皆さんは28年度基金の事業提案をされると思うが、まとめるときに、個別に意見を聞くのではなく、意見を全体でまとめてほしい。
- 委員：介護施設の種別がちがうとサービスもぜんぜん違う。（施設によっては医療的な）実習もなかなかできない。特養をサポートする体制が必要である。