資料２－１

地域医療構想策定部会・計画部会スケジュール

	時期	地域医療構想策定部会（※１）	計画部会	医療審議会本会	地域医療構想調整会議
第１回	R8.8	・新たな地域医療構想 （概要、構想区域①）	・保健医療計画の 中間見直し（概要）		・新たな地域医療構想 （概要）
第２回	R8.10 **（今回）**	・新たな地域医療構想 （構想区域②）	・保健医療計画 （中間案①）		・新たな地域医療構想 （構想区域） １～２回程度
第３回	R8.11	・新たな地域医療構想 （構想区域③）	・保健医療計画 （中間案②）	・保健医療計画 （中間案）	
第４回 ～ 第６回	R8.12 ～ R9.3	・新たな地域医療構想 （構想区域④、各構想区域の現状と課題※2）		・保健医療計画 （最終案）	・新たな地域医療構想 （各構想区域の現状と課題※2） １～２回程度
第７回 ～ 第９回	～R9 上半期 頃	・新たな地域医療構想 （各構想区域の現状と課題とりまとめ※2）		・新たな地域医療構想 （各構想区域の現状と課題とりまとめ※2）	・新たな地域医療構想 （各構想区域の現状と課題とりまとめ※）
	～R10 年度	・新たな地域医療構想 （医療機関機能の確保、各課題※2への対策と取組）		・新たな地域医療構想 （医療機関機能の確保、各課題※2への対策と取組）	・新たな地域医療構想 （医療機関機能の確保、各課題※2への対策と取組）

※１　今後の議論の進捗状況等により、各議題の検討回数や実施時期が変更となる場合があります。

※２　入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等

資料２―２

第１回地域医療構想策定部会の主な御意見

今後の医療需要

○　今後も在院日数の短縮や入院から外来への移行が進むため、入院医療の需要は想定より少なくなるのではないか。

○　今後の入院医療需要の変化は診療科によって異なり、例えば整形外科は増え産科は減ったりすることも考えられるので、診療科単位でも考える必要がある。

○　今後 85 歳以上の医療需要が増加するがこれらの患者は地域から出ることが難しく、地域で医療提供体制を確保する必要がある。

○　医療需要推計どおりになるとは限らないので必要病床数を含め柔軟に対応していく必要がある。

構想区域

○　二次医療圏は 1980 年代に定められ、この間交通アクセスも変わってきているので見直しが必要である。

○　現在の構想区域内でも患者の動向は様々であると考えられるため、患者の動向などについて詳細に分析するとともに、各地域の地域医療構想調整会議の意見を聴いて区域を定めるべきである。

○　区域は機能ごとに考える必要があり、がん、急性心筋梗塞、高齢者救急、在宅医療などでもそれぞれ違う区域が用いられている。人口や流入・流出にこだわらず、今の構想区域でどのように医療を確保するかを考えることが大事ではないか。

○　地域医療構想調整会議でしっかり議論していただき、その意見を踏まえて構想区域を定める必要がある。

○　構想区域を 20 万人にあわせて合併すると丹後や山城南といった地域の特徴が見えなくなり、確保するべき医療が見えなくなるおそれがある。

○　地域では在宅医療に熱心に取り組む先生方もおられ、現に医療提供体制が確保されている実態もある。そういった地域の声を聴いた上で、今困っていないのであれば構想区域を統合するべきではない。

○　患者本人やその家族の方、地域の方の事情や視点を踏まえて構想区域を決める必要がある。

医療の集約化

○　安全で質の高い医療を提供するためには医師を含む医療従事者の体制確保が必要であり、特に高度な医療については一定の症例数の確保が医療の安全性にもつながるため、集約化が必要である。一方で、身近に提供する必要のある医療もあり、何を集約化して何を集約化しないのか考える必要がある。

○　集約化に際しては移動支援の仕組みが不可欠である。従来の家族の送迎を前提としたやり方は馴染まなくなってきている。

○　人口が少ないところに医療資源を置くと医療機関の採算が取れなくなるので、一定の場所に必要な医療を置き、どうやってアクセスを確保していくのかが重要である。

対策と取組

○　医療従事者の確保、中でも看護師確保は重要な課題であり、今後の見通しも含めて考える必要がある。

○　歯科でも医療アクセスの課題が生じており、歯科以外を含めた外来患者の通院支援に取り組む必要がある。

地域医療構想調整会議での協議の状況について

資料２－３

＜丹後①＞

R8.8.3	（構想区域） ・広大な面積の中に病院が６つしかなく、アクセス面、ドクターヘリの確保等のインフラ整備とセットで考えることは必須 ・圏域を拡大してもいいが緊急の患者をどこに送るのかはっきりさせる必要がある。 ・久美浜病院は兵庫県の豊岡が近く、セットで考えることもあり得る ・人口だけで議論するのではなくアクセスもセット。通院は 30 分程度が一般的であり、それをベースにした再構成が必要だと思う ・丹後はスタッフ不足と交通インフラの問題が大きく、国の区分けには疑問を感じる （広域連携） ・丹後で対応できない患者さんには既に中丹の医療機関と連携して対応している。 ・丹後地域にとっては中丹の影響もかなり強く、舞鶴が丹後に与える影響も含めて議論いただきたい。 （医療機関機能） ・病院が急性期から機能転換できないのは経営上問題と医師のモチベーションが理由であろうと考えられる。慢性期や回復期のベッドだけでも経営が成り立つようにしていただきたい。 ・丹後の中核病院である北部医療センターで脳外の手術等が出来ないことは問題 ・急性期にもがん、循環器、心臓、脳神経等があり、ひとまとめせず細分化して考える必要がある （在宅医療） ・与謝医師会地域では在宅医療を先生が頑張っている。京丹後市でも在宅医療を充実していく形をつくってもらいたい。 ・在宅医療は開業医だけでは無理なので、北部医療センターが地域医療を支えてもらいたい。 （人材確保） ・本当に希望するのは医師の確保。京都府にも医師確保を是非お願いしたい （その他） ・医療には医療サービスの面とインフラの面があり、丹後ではインフラの面が強い。インフラであれば維持していく必要があり、財政的な支援も含めて考え方を変えてもらいたい

＜丹後②＞

R8.10.上旬 (書面にて 意見聴取)	**（構想区域）** ・アクセス面から他区域との統合は困難であり、現構想区域を維持するべき。 ・今後一層交通インフラが不便となることも予想されるため、構想区域の統合は現実的ではない。現構想区域を維持するべき。 ・広域化、集約化により住民の救急、急性期対応の困難が想定され、医療アクセスの観点から中丹地域や兵庫県但馬地域と一体的な構想区域とするのは困難であり、現状を維持する方向を支持する。 ・今後の人口減少が見込まれる中で、構想区域の見直しにより区域内における高度・専門医療の強化（集中）と高齢者救急や在宅医療の充実（分散）などを両立させる効率的な医療提供体制の確立を図る必要があると考えるが、丹後医療圏における以下の状況を踏まえると、現時点で 2040 年を目標年にすることは困難（必要でない）と考える。 ① 丹後医療圏における 75 歳以上の人口減少率は、総人口に比べ相当緩やかであり、高齢者に係る医療需要は 2040 年においても大きな減少は見込めないと思われること。 ② 丹後医療圏にとっては、現行の区域割りが医療資源の偏在補正に一定有効であること。 ③ 一部診療（脳神経外科、心臓血管外科、精神科等）においては既に中丹地域との連携が進んでいること。 ・人口規模のみによる区域見直しは、公共交通網の整備も薄い地域にとっては、さらに地域の府民が医療・受診の機会を得られにくくなることが危惧される。 ・地域の医療人材の高齢化が加速的に進行しており、将来的にも現行規模の医療機能（時間外診療や在宅医療体制など）を単一の圏域内で維持し続けることが難しいため統合を検討するべき。 ・どの病院へ行くにも既に遠方であり、圏域外へ通院することに「移動が大変になる」以外のデメリットがないのであれば、区域に大きくこだわる必要もない。 ・正直なところ判断しかねるが、十分な情報をもとに協議されていないと感じている。また、丹後も北部と南部で実情が異なるのではないか。 **（広域連携）** ・専門的な技術を要する医療は、現在のように中丹地域の病院と連携して持続可能な形を継続して行く必要がある。 ・中丹や但馬との連携の強化が今後必要である。 **（急性期拠点機能）** ・丹後と中丹で人口は約 20 万人であり高次中核病院は１か所とされている。舞鶴の再編がどうなるのか現状ではわからない現状では、これを担う候補となるのは福知山市民病院と京都府立医科大学附属北部医療センターになると思う。北部医療センターは交通アクセスが悪く、老朽化もしているため、丹後・中丹の両方にとって便利な場所に移転することや、福知山市民病院が府立となることも考えられるのではないか。また、中核病院の体制を踏まえて京丹後市４病院の今後の体制を考えるべきではないか。
R8.10.下旬 開催予定	（次回以降の地域医療構想策定部会で報告を予定）

＜中丹＞

R8.8.3	**（構想区域の決定）** ・二次医療圏や隣接県の状況もふまえて構想区域を決定する必要があり、タイムスケジュールでは 2026 年前半に決定となっているが可能なのか。 **（広域連携）** ・医療圏を考察する際、隣接県との情報連携共有が必要ではないか。又、隣接県等との協議が必要だと思うが方法等にも課題がある。 **（医療機関機能）** ・中丹圏域の急性期拠点の決定に懸念がある。 **（人材確保）** ・医療従事者（看護師）の人材確保についても御配慮願いたい。 **（策定部会）** ・策定部会の構成メンバーは地域性が偏っており地域実情を反映しにくいのではないか。
R8.9.28	**（構想区域）** ・中丹圏域は現状維持が望ましいと考える。仮に丹後側から統合の希望があるなら、中丹として受け入れに異論はない。 ・構想区域の在り方は地域の医療構想調整会議だけで決定できる問題ではなく、策定部会でも議論されるべき課題である。 ・中心的な医療機関が一つのみである区域では、構想区域が統合されればアクセスが悪くなるため、当該医療機関への集約は困難であり、サテライトが必要である。 ・現在の区域設定は行政区域を基本としているが、今後は市町村の枠組みにとらわれず、住民や患者の受療実態を踏まえた広域的な視点で検討すべきである。また、地域間の結び付きや移動実態を考慮した「ゾーン構想」の考え方を取り入れることで、患者の利便性向上につながると考える。 ・一部地域を他区域へ組み込む場合は、残る地域の医療提供体制への影響についても検討が必要である。 ・将来的な人口動態や患者数を考慮すると、福知山地域の重要性はさらに高まる。急性期医療拠点については福知山が中心となるべき。また、今後の医療人材確保、特に看護師養成・確保への支援について強化願う。 **（広域連携）** ・他府県との共同運用は理論上可能だが、実務上のハードルは高い。原則的な区域の考え方を整理した上で、患者流出入への対応を考えるべきである。 ・他の圏域からの患者流入が多く、地域を越えた医療連携が必要と考える。

＜南丹＞

R8.7.27	**（構想区域）** ・構想区域の設定と、急性期拠点機能を担う病院をどうするのかが最も難しい論点になると考えられる。 **（医療機関機能）** ・医療機関の役割分担、特に急性期拠点病院の議論は、国は既に方向性を示しているところであり、各病院の経営面も考慮すると、京都府がイニシアチブをとって、スピード感を持って議論を進めていくべき。
R8.10 （書面にて意見聴取）	**（構想区域）** ・地理的条件、生活圏、受療動向から見ると、見直しは必要がなく、むしろ行うべきではない。圏域内の医療機関の役割分担・連携強化を図りながら現在の構想区域での医療提供体制を強化することが重要。 ・縦貫道や国道９号線、ＪＲは豪雨等により容易に遮断され、また、通常時でも京都市内までの移動距離は長く患者搬送中の急変の危険性が高くなるため現在の二次医療圏内での完結を目指すべき。 ・南丹地域を一つの構想区域として、在宅医療から二次救急までほぼ完結できるように設計するべきであり、構想区域の見直しは必要ない。 ・以前より流出が減少しており、現構想区域でもよいのではないか。 ・南丹地域は広大なエリアに散在して居住されているという地域特性がある。中丹や京都・乙訓と統合することは、住民の医療アクセスの観点から非現実的である。ただし、往診・在宅医療などの訪問医療、訪問看護、訪問介護について、地域で賄えない不足分を近隣地域から積極的に提供いただくことはお願いしたい。 ・交通網は整備されてきたが、過疎地域に於いては移動手段の確保抜きには見直しは決められない。 ・京都地域との連携に大きな障害がなければ、根本的な区域の見直しは必要ではない。 ・必ずしも見直しが必要とはいえない。 ・医療提供体制は構想区域よりも細分化した単位で考える必要があり、そういった意味では見直しが必要である。 **（広域連携）** ・高度先進医療についてはやはり連携が必要である ・南丹地域から圏域外へ救急搬送を行う場合は、搬送時間や交通アクセスを考慮し、京都市内への搬送が多くを占めることから、地理的要因も含めて、京都・乙訓地域との強固な連携が不可欠である ・京都・乙訓地域から、外来医師不足地域へのあっせん・誘致に危機感をもって取り組んでいただきたい。 ・特殊な治療など、今後も京都・乙訓地域の特定機能病院で受診ができる選択肢は有しておきたい。
R8.10.下旬 開催予定	（次回以降の地域医療構想策定部会で報告を予定）

＜京都市＞

R8.8.6	（特段の意見なし）
R8.10.6	**（在宅医療）** ・京都市域は医療が充実しているが偏在しているところもある。往診等をしていく際に立地条件が問題となるため、単純な距離だけではなく起伏等も考慮した体制整備が必要と考えている。 **（人材確保）** ・特定機能病院・基幹病院が集中する京都・乙訓では薬剤師偏在指標上、薬剤師が一見充足しているように見えることもあるが、薬剤師の確保についてもしっかりと議論していただきたい。

＜乙訓＞

R8.8.7	**（検討体制）** ・2040 年に向けて皆が自分のこととして考えていかなければならない。 ・調整会議に出席している多職種の方が意見を出し合えるように会議運営をしてほしい。
R8.10.2	**（構想区域）** ・乙訓地域の医療を担える病院や病床機能を考えるということが一番の肝心の事項であると思うが、構想区域の区域分けも外来医師過多区域の指定も、京都・乙訓となる場合と京都市とわかれる場合でメリット・デメリットがあると思う。そうした点がわからないので漠然と不安を持っている。 ・乙訓地域は 2040 年に向けて人口はそんなに減らないが、高齢化が進むことにより医療への移動手段や移動時間に制約がでてくる。急性期医療や介護等がこの地域で比較的まとまってくれるとメリットがあるのではないか。 ・急性期から慢性期、リハビリの回復も含めて乙訓地域で ある程度回っていかないと社会の高齢化に対応できない。 ・患者は自分の意思で受診する医療機関を選べるので、都道府県が決めた構想区域や医療圏に左右されずに受診する。そういう意味では入院患者の流入流出率は構想区域の区域割りを考える上で絶対的な条件ではない。 ・就業先、通学先の区域と地域医療の区域は違うのではないか。 ・地域のことは地域で考えないといけない。 ・構想区域の区域割りは真剣に考えていかないといけない。 **（広域連携）** ・隣接府県とはこれまで通りお互い協力するという形で良いのではないか。 **（救急医療）** ・資料にはないが、大山崎町から宇治市に搬送される割合も増えている。乙訓地域だけが京都市と関係が深いのではなくて、府南部（綴喜、相楽含む）もかなり京都市に搬送されているように思う。 **（歯科医療）** ・歯科診療所について、大山崎町には 2 か所しかなく、大阪府島本町に受診に行かれている方も多いと思われる。

＜山城北＞

R8.8.20	（特段の意見なし）
	（構想区域） ・医療圏は異なるが学研都市エリアで急増する医療ニーズについて、山城総合医療センター等と補完しあいながら支えていきたい。相楽地域とはこれまでどおり連携を継続しつつ、既存の医療圏に加えて学研都市地域という視点もひとつの方向性として検討いただきたい。 ・現行の構想区域でも大きな問題はないと考える。 ・八幡市は枚方市、京田辺市は精華町や木津川市等、山城南管内との関係性が深いなど、綴喜管内でも状況が異なるため、圏域をまたいだ視点も必要である。 ・医療・福祉・生活圏域については現在同一の圏域であるが、医療圏域が変更される場合、福祉圏域等をどうするのかあわせて検討を行うべき。 ・構想区域には医療機関の診療分野の分布が影響するため、その点を深掘りして検討するべき。 ・病床機能に係る患者の動向だけでなく、診療科ごとの患者の動向も踏まえた上で、地域医療構想の圏域について検討するべき。 **（地域医療構想）** ・在宅医療をどのように進めていくのか、また産婦人科の体制をどのように確保していくのかが課題である。
R8.10.1	**（歯科医療）** ・入院を伴う口腔外科処置については枚方市等へ患者の流出があるが、綴喜管内でも対応できる体制を構築していきたい。 **（精神医療）** ・これまで十分に議論されてこなかったが、身体合併症を伴う精神患者への対応は地域の課題である。 **（小児医療）** ・枚方市への流出も含めて、山城北医療圏では中核となる小児科医療機関が弱いと認識している。また、府南部には療育を担う病院が存在しないため、療育が必要な子どもたちの受け皿をどのように確保していくかについて、今後検討が必要。 **（在宅医療）** ・在宅医療を二次医療圏のみでカバーすることは難しいと感じている。国は在宅医療を推進しているが、実際には「移動手段がないため在宅になっている」ケースが相当数あるのではないか。移動手段のない方をすべて在宅医療で対応することになれば、制度として破綻する可能性がある。在宅療養者を医療機関へ搬送するためのインフラ整備も併せて検討いただくことで、より適切な体制構築につながるのではないか

＜山城南＞

R8.7.30	**（構想区域）** ・山城南は医師少数の地域に指定されており、構想区域を広域化すれば全体で医師が足りているように見えるようになり、山城南の医師・医療機能の確保が後退する懸念がある。 ・人口規模や医療資源の所在だけでなく、住民の生活圏、移動時間、地域文化、将来人口構成を踏まえて構想区域を考えるべき。 ・構想区域と各病院の機能は相互に関係するため、区域を先に決めてから病院機能を議論するのではなく、山城南の３病院が今後担うべき機能を並行して検討する必要がある。 ・地域としてどのような生活圏・医療インフラを維持したいか、地域の関係者が主体的に議論すべき。
R8.9.30	**（構想区域）** ・山城南圏域は 2040 年も人口約 12 万人が見込まれ、これまでから圏域内での医療完結を目指して取り組んできた。流出患者割合が高い主因は県境を越えた医療機関が近距離にあるという地域特性による。京都山城総合医療センターを中心に医療が提供されており、現行圏域で医療提供体制を確保することが妥当と考える。 ・国の人口 20 万人という目安を一律に当てはめるのではなく、面積、人口密度、生活圏、交通アクセス、地域文化等を踏まえる必要がある。山城南は地域医療支援病院を中心に消防、医師会等が一体的に連携する地域であり、木津川市・精華町を中心とした学研都市・ベッドタウンとして、京都市、大阪府、奈良県と鉄道等でつながる特性がある。 ・高度医療の集約化と、身近な地域医療を維持することは分けて考える必要がある。 ・木津川市・精華町のベッドタウン地域と、和束町・笠置町・南山城村等では、人口構成や今後の変化、必要な支援が異なる。圏域内でも地域のつながりを生かした取組が進んでいるため、現行圏域の維持が望ましい。 ・圏域を広げた場合、地域単位の課題や住民感覚とのずれが見えにくくなるおそれがある。圏域外との協力体制は必要であるが、山城南圏域を維持し、圏域内の医療提供状況や課題を明確に把握できるようにすることが必要。 ・山城北圏域等と一体化し集約が進めば、病院への医師派遣体制に影響し、現在の医療提供が維持できなくなるおそれがある。山城南は全国的にも医師少数区域であり、広域化により医師数がさらに減る構図を生む懸念がある。 ・地域に根差した医療が既に提供されている中で、医療圏を広げたり変更したりすることに実効的なメリットがあるのか。全国一律の物差しで設計されるのではなく、地域の話合いと意見が尊重されるものであるべき。 ・地域ではコロナ禍以前から薬局と病院、診療所の連携にも取り組んできた。山城南独自の圏域と地域密着の連携体制の維持が不可欠である。 **（患者の流入・流出）** ・救急搬送は、現場から対応可能な直近の医療機関への搬送を基本としている。木津川市西部では奈良県側、南山城村では三重県伊賀方面の医療機関が直近となる場合があり、これが圏域外流出として表れている。 ・県境部に人口集積地と医療機関があり、最寄りの医療機関を利用する結果として流出が生じるため、流出率のみで圏域内の医療が不足しているとは評価できない。