

地域医療構想調整会議での主な意見（地域医療構想に関すること）①

調整会議	主な意見
福井地域 (3月12日)	<ul style="list-style-type: none"> 急性期拠点機能については、件数だけでは評価できず、DPCカバー率だけでなく症例構成やDPC本体の評価、専門性・難易度等を総合的にみるべき。 また、患者・住民の評価や連携医からの視点に加え、経営の健全性・組織の成熟度なども勘案すべき。 さらに、福井地域は周辺区域からの受療が多く、救急患者の流入も踏まえ、区域を越えた医療提供の実態を評価に反映すべき。 福井地域の4病院は働き方改革による医師確保の厳しさの中でそれぞれ役割を担っており、4病院の機能分担と連携の確立が今後の課題 医療・介護連携では、県がデータ分析や他地域の成功事例を共有し、課題の深掘りや協議の加速を支援してほしい。 必要病床数が再算定されると、包括期の導入により急性期は減少、包括期が増加する見通しであり、2040年の入院需要を踏まえ地域全体での病床機能の再編を整理すべき。
坂井地域 (3月9日)	<ul style="list-style-type: none"> 急性期拠点機能や診療科のすみ分けについて、福井市の大規模病院が担う領域と、地域医療として維持すべき領域を整理し、まず大枠の枠組みを定めたうえで役割分担を議論すべき。 人口減少と医師・看護師の確保困難を踏まえ、医療人材の増加だけではなく、効率的な育成・配置や役割分担による持続可能な体制づくりが必要 希少性の高い医療（小児・周産期・脳卒中等）については広い区域で検討する必要がある、それらの拠点機能を定めたうえで区域を整理すべき。 訪問看護では、小規模事業所が多く夜間・緊急対応が困難な実態があり、受入拒否の実態把握や条件を整理した調査、機能強化型・連携体制の構築など、具体的な改善策が必要 新構想では包括期が拡大し急性期が減少する方向性が示される中、診療報酬改定とも整合させつつ、地域が困らず医療機関が持続可能となる体制を議論すべき。
奥越地域 (3月7日)	<ul style="list-style-type: none"> 急性期拠点機能については、国の例示基準を満たす医療機関が県内でも限られる。豪雪・山間といった地域特性や救急医療の実態を踏まえ、多角的に評価すべき。 構想区域20～30万人を目安とすると、奥越単独での区域設定は現実的でなく、福井地域との受療構造も踏まえた広域的な検討が必要 高齢化により福井市内での受入逼迫により、奥越からの搬送受入が難しくなる懸念がある。勝山総合病院の救急搬送は増加している中、広域での役割分担の明確化と救急対応の整理が必要 医療・介護連携では、医療依存度の高い在宅利用者の受入先不足、訪問看護ステーションの少なさ・人材不足、夜間対応の負担などが課題。柔軟な連携モデルや医療的ケアができる施設の周知強化が必要 在宅療養を継続するためには、24時間訪問看護やレスパイト入院を組み合わせた体制づくりが不可欠。家族負担の軽減と受け皿確保が急務 構想区域の点検・見直しや二次救急・高齢者救急・在宅などの複数機能の選択は人口の少ない地域共通の課題。診療報酬との整合も踏まえ、地域で最適な機能の組み立てを行う重要な時期である。

地域医療構想調整会議での主な意見（地域医療構想に関すること）②

調整会議	主な意見
<p>丹南地域 (3月4日)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 病床機能区分と医学的な急性期・回復期の概念が混在して議論が複雑化しており、がんを含む5疾病の幅広さや診療科による対応可能範囲の違いも踏まえ、より実態に沿った整理が必要 • 丹南地域には高度な急性期医療を担う医療機関は少なく、高齢者救急や包括的医療にシフトしている現状から、専門診療は福井・坂井への搬送が増加しており、医療圏の点検・見直しは避けられない。 • 急性期を福井地域へ集約しすぎると、丹南地域の医療が送り出すだけになりかねず、地域として完結できる機能を一定程度維持する必要がある。 • 医療・介護連携では、訪問看護・訪問介護の人材不足や地理的条件による非効率など、地域特性を踏まえた支援が必要。ネットワーク化による負担分散や実効性の高い在宅支援体制を求める意見があった。 • かかりつけ医機能報告制度は現場の認識と乖離があり混乱を招いている。制度の目的整理や、県から国へのフィードバックをお願いする。 • 新構想では包括期の拡大により急性期が減少、包括期が増加する方向性。丹南地域の病院が連携して拠点機能を分担するなど、人口減少下でも地域が困らず医療機関が持続可能である体制づくりが必要
<p>二州地域 (2月25日)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 二州地域では市立敦賀病院が急性期・救急の中核を担う一方、軽症初診の集中や回復期受入の不足により、本来の急性期機能が圧迫されており、地域全体で役割分担の徹底が必要 • 急性期拠点機能の評価については、緊急疾患への対応力に加え、専門性・難易度の高い治療をどこで担うかが重要。嶺南全体の人口規模や医療資源を踏まえた現実的な拠点の在り方を検討すべき。 • 若狭地域との合同議論や嶺南全体での機能整理が必要。二拠点体制のままでは双方が中途半端となり得るため、拠点の選択と病院間連携のあり方を協議すべき。 • 医師確保では救急専門医の不在や全科医師による救急対応の負担が課題。若手医師が技能を維持し成長できる症例規模の確保など、教育・人材育成の視点も構想区域の検討に不可欠 • 医療・介護連携については、地域の理解を踏まえた段階的な取組が必要 • 病床削減後も救急受入や在院日数は大きく悪化していないものの、高齢化と入院需要の増加を見据え、包括期機能の強化と機能分担の整理を進めるべき。
<p>若狭地域 (2月16日)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期拠点機能の確保について、若狭地域単独ではなく、嶺南全体や二州地域と一体で議論すべき。人口規模・アクセス・嶺北偏在を踏まえた現実的な検討が必要 • 急性期拠点機能は件数だけでは測れず、手術の難易度や専門性、症例実績の経年評価が重要。国の指標も踏まえつつ、地域の合意形成で柔軟に判断すべき。 • 若狭・二州双方に急性期拠点機能を維持する場合の財政負担に懸念がある。嶺南全体で重複のない体制整備や病院の役割分担を進めるべき。 • 医療・介護連携では、連携ツール「つぐみ」の引継ぎの在り方、ACP の理解不足、人材高齢化などが課題。訪問看護・在宅医・ケアマネ等の担い手確保が急務 • 介護・福祉人材の不足について、福祉を学べる教育機会の地域差、若年層の県外流出、現場のシャドーワークの多さなどが課題。教育委員会を含めた横断的な取組も必要 • 在宅医療や訪問サービスの人材不足が在宅看取りの減少にも影響している。地域で継続的に人材を育成・確保する仕組みづくりが必要