

「三重県地域医療構想（中間案）」に関するパブリックコメントの結果概要について

1 意見募集の期間

平成28年12月28日（水）から平成29年1月31日（火）まで（35日間）

2 周知方法

- (1) 県政記者クラブ等への資料提供
- (2) 三重県ホームページ
- (3) 医務国保課及び三重県情報公開・個人情報総合窓口での資料配布
- (4) 県内保健所での資料配布

3 意見募集の結果

86名から217件のご意見をいただきました。その内容について、次のとおり整理・分類しました。

(1) 意見提出の方法

郵送	ファクシミリ	電子メール	合計
23名	21名	42名	86名

(2) 項目別延べ意見件数

項目	意見件数
全体	37
第1部 総論（全般）	6
第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	11
第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	23
第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	23
第1部 総論 第4章 本県独自の取組	10
第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	8
第2部 各論（全般）	1
第2部 各論 第1章 桑員区域地域医療構想	5
第2部 各論 第3章 鈴亀地域医療構想	1
第2部 各論 第4章 津区域地域医療構想	1
第2部 各論 第5章 伊賀区域地域医療構想	3
第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域地域医療構想	65
第2部 各論 第8章 東紀州区域地域医療構想	7
第3部 実現するための取組	13
第4部 策定後の取組	3
計	217

※1件の意見が複数に関係する場合は、主要な項目で整理しました。

(3) ご意見に対する対応

いただいたご意見に対する県の考え方は別添資料のとおりです。

(4) 対応状況

対応区分	件数
① 「三重県地域医療構想」に反映するもの	5
② 「三重県地域医療構想」に一部反映するもの	2
③ 今後の地域医療構想の実現に向けて取り組んでいくもの	147
④ 既に取り組んでいる（反映している）もの	1
⑤ 取り組む（反映する）ことは難しいが、今後の検討課題や参考とするもの	23
⑥ 取り組む（反映する）ことが難しいもの	26
⑦ その他（感想、質問など①～⑥に該当しないもの）	13
計	217

※対応状況については、主な内容で判断しました。

「三重県地域医療構想（中間案）」に関するパブリックコメントに対して寄せられたご意見等について

「対応」欄の説明

- ① 「三重県地域医療構想」に反映するもの
- ② 「三重県地域医療構想」に一部反映するもの
- ③ 今後の地域医療構想の実現に向けて取り組んでいくもの
- ④ 既に取り組んでいる（反映している）もの
- ⑤ 取り組む（反映する）ことは難しいが今後の検討課題や参考とするもの
- ⑥ 取り組む（反映する）ことが難しいもの
- ⑦ その他（感想、質問など①～⑥に該当しないもの）

関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
1 全体		病床転換や病床削減で、病院機能に変更が生じた場合、医療従事者の職員が余剰となること、また逆に不足することもあるため、地域医療を提供するにあたり支障が生じないように、慎重な議論をおこなうこと。	全般	地域医療構想の実現に向けては、病床機能のみならず、医療従事者の状況も考慮のうえ、地域医療構想調整会議において、地域の実情をふまえて検討を進めてまいります。	③
2 全体		地域医療構想は、地域住民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができることが大前提であり、医療の地域間格差につながることを決して無いようお願いする。県内どこに住んでいても同レベルの医療が受けられる体制づくりをお願いする。	全般	県としては、平成37（2025）年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
3 全体		地域医療構想については、地域住民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができることを前提でお願いします。 例えば、田舎で、現在、受診できている治療が受けられなくなってしまったらどうなのでしょう。不安でしかたないです。今以上に、地域間格差がひろがり、そして、金持ちのみが、充実した医療を受けられる時代にならないでしょうか。	全般	県としては、平成37（2025）年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
4 全体		国の医療政策は医療費削減ありきで進められており、医療機能の分化、連携を進めることは三重県のように南北に長い県では医療サービスの偏りを招きます。 そもそも未稼働病床は患者が少ないのではなく、医師が少ないから起こっていることであるにも関わらず、医師の偏在をコントロールすることなく安易に病床削減を行うのは間違いではないでしょうか。三重県が行政主導で行う医師の偏在をコントロールする具体的な方法を記載してください。 数字を持ち出して理論的に医療構想を考えていけばいくほど地域住民の気持ちとはかけ離れていくように思えてなりません。特に高度急性期、急性期に対応する病院が遠い地域では過疎化に拍車がかかり、医療の問題だけでなく、地域そのものの存続にもかかわって来ると思います。	全般	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。 また、医師偏在については、引き続き大きな課題であると認識しており、三重県地域医療支援センターを活用しつつ偏在解消の取組を進めてまいります。 地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議において、過度に数字に捉われることなく、地域のあるべき医療提供体制の議論を優先して進めていくこととしており、引き続き地域の関係者との丁寧な議論を行っていきたくと考えています。	③
5 全体		地域医療構想において、病院ごとに機能分化し医療費を抑制するという考え方に対しては一定程度の理解はできますが、国の方針だからと再編ありきで地域の実情に即していない再編を強行すると、結果として、そのしわ寄せは患者に来ると思います。 例えば、急性期の患者を受け入れる病院が地域に1つしかない、その病院が手一杯になった時にも他の病院による支えが無いことになり、救急医療を受診するにあたって大変不安です。 未稼働病床の整理についても、削減ありきの議論で推し進めると、もし地域医療包括ケアシステムが当初想定していたように機能せず、団塊の世代が多数入院することになれば確実に深刻な病床不足となります。 安心して暮らせる社会を第一に考え、机上の空論よりも医療現場の実情に即した計画をお願いしたいと思えます。	全般	県としては、平成37（2025）年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。 また、未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。今後も、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	③
6 全体		全体を通して、統廃合や病床数の削減、合理化による職員の待遇や雇用の低下、医療の質の低下につながるようになってほしい。 また、地域性も含め都市型集中の医療ではなく、地域医療の充実を図り医師の確保を含め、県下全体で医療の確保ができるような進め方をお願いしたい。	全般	県としては、平成37（2025）年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
7 全体		将来の課題に対する取組について、大枠しなく今後どうやって具体化していくのかせめて道筋は提示していただけないでしょうか。急性期、回復期、在宅等のような病院群が担っていくべきなのか、在宅に関しては、どのぐらいの施設が担っていかなければならないのか等議論できるたたき台は必要だと思います。	具体的取組	地域医療構想調整会議では、医療機関相互の協議を進め、不足している医療機能への対応について具体的な対策を検討するとともに、2025年にめざすべき医療提供体制の方向性や実現するための施策等についても、引き続き具体的な検討を継続していくこととしています。	③
8 全体		今後具体的な取り組みについての議論は、各区域の調整会議にてどの程度の頻度で話し合われていくのか？	具体的取組	各構想区域の調整会議については、各構想区域の実情も含め、参加者を限定した形での開催等、柔軟に行ってまいります。	⑦
9 全体		三重県における医療提供体制の方向性について、基本的に回復期機能の充実が挙げられており、各地域の項目でも同様の記述があるが、そのための具体的な方策が示されていない。	具体的取組	回復期機能の充実に向けては、地域医療構想調整会議における関係者の協議と医療機関の自主的な取組を基本としつつ、県としては地域医療介護総合確保基金を活用した施設整備支援を行っていくこととしています。具体的には、今後の地域医療構想調整会議において検討を進めていきたいと考えています。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
10	全体		地域医療構想および地域医療構想調整会議の内容や進捗状況が県民に広く周知されているのか疑問に残ります。ホームページや広報だけでなく、地域医療構想について多くの県民が知ることができ、県民にもっと地域医療を考えてもらう機会を様々な形で周知していただきたいと考えます。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
11	全体		地域医療構想というのであれば、もっと多くの県民との議論が必要である。数値からの分析は結構だが、果たして机上の理論が正しいのか。最初にも述べたが、県民の生命に関わる問題であるからもっと地域に向いて、そこに住む住民と度重なる議論を求める。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
12	全体		各地域で地域医療を守るために、頑張っている医師の存在は大きく、医師がいなくなれば地域医療の崩壊に直結することからも、医師確保の取り組みも引き続き行うこと。小規模病院は不要と言う議論にならないようお願いする。地域に必要な病院かどうかは地域住民の意思を尊重すること。	医療従事者	地域の医療提供体制が確保できるよう、医師確保の取組についても引き続き実施していくとともに、あるべき医療提供体制の構築に向け、地域医療構想調整会議において議論を深めるほか、その結果については地域住民に周知を図ってまいります。	③
13	全体		我が家では、看護師をめざしている娘がいます。今でも過重労働が問題となっている中で、さらに厳しい環境におかれませんか。看護師の勤務軽減になるような構想をお願いします。	医療従事者	医療従事者の勤務改善については、三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を通じ、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援しています。今後も、地域医療構想調整会議において議論しながら、勤務環境改善の取組を進めていきたいと考えています。	③
14	全体		高齢化に伴って、原疾患に加えて、認知症をはじめ、誤嚥性肺炎、心不全など複数の疾患を合併した患者さんが増加しております。在宅復帰を推進していただくことは良いかと思いますが、介護負担・経済的負担の大きなケースも増加しており、今後もさらに増加すると考えられる中で、在宅医療の担い手である医師や看護師の確保や人材育成をどのように行っていくことを想定しているのかを知りたいと思います。	医療従事者	医師や看護師については、修学資金貸付制度の運用等により確保・定着に取り組むとともに、在宅医療を担う人材育成についても引き続き推進してまいります。	③
15	全体		公立病院は地域の雇用・就職の場でもあり、経済効果も高いことから、県内へ医療従事者が定着するよう医療に関する教育現場との連携など、今まで以上の取り組みを進めていくべきと考えます。	医療従事者	これまでも三重大学や臨床研修病院等とも連携しながら医療従事者の確保を進めてきましたが、今後も、地域医療を確保するため、引き続き、大学等と連携しながら、医師確保に取り組んでいきたいと考えています。	③
16~18	全体		医師をはじめ看護師や医療関係のスタッフが不足していたり、偏在している状況であることから、地域で求められる医療行政を果たすため、医療現場との連携を密にしてもらい、とりわけ医師の確保については、大学病院としっかり連携してほしい。(同意見他2名)	医療従事者	これまでも三重大学や臨床研修病院等とも連携しながら医療従事者の確保を進めてきましたが、今後も、地域医療を確保するため、引き続き、大学等と連携しながら、医師・看護師確保に取り組んでいきたいと考えています。	③
19	全体		各公立病院の設立された経緯や歴史を考えたうえで、三重県地域医療構想の策定を行なうこと。各構想区域で病床転換や削減を行なうにおいて、公立病院側の意見を十分に聞いた上で公立病院にばかり偏ることがないように、また、決して医療難民がでることがないように慎重な検討を行うこと。	公立病院	今後の地域医療構想調整会議において、地域における公立病院等の役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしており、地域の関係者による丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
20	全体		在宅医療体制の整備と地域包括ケアシステムの構築が、今後の課題であることから、各地域実情に応じた医療提供体制となるよう取り組んで欲しい。在宅医療の体制が整わなければ、行き場のない患者が出ることになり、結果医療崩壊にもつながることから、慎重な議論を行うこと。	在宅医療	効率的かつ質の高い医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムの構築は車の両輪と考えており、地域医療構想の実現に向けては、在宅医療体制の整備状況等も含め、地域の医療提供体制の状況を十分ふまえながら、医療機能の分化・連携の議論を優先して進めてまいります。	③
21	全体		在宅医療において、理解を進めるための普及・啓発と同時に自分自身が死をどのように迎えたいか、介護、告知、延命治療等に対して自分はどうしたいのか等を考えておくことの重要性和、その実行についての啓発を行うべきである。(いわゆる終活の啓発)	在宅医療	人生の最終段階にどのような医療を望むのかを考えていくことは重要であることから、どのように啓発していけばいいのか、市町とも協議しながら実施に向けた検討を進めていきたいと考えます。	③
22	全体		国の地域医療構想策定は、社会保障費抑制政策の一環であり、しばらくしたら元気に帰れるのに、迫り出す形で退院をせざるを得ない状況を作っている。今一つ現場の意見に耳を傾けて頂きたい。人の命に老いも若いも関係ないが、国が在宅医療を推進するのであれば今ひとつ救急医療とはどんな者なのか、家や施設で働いている人の看取りの勉強を強化する必要がある。いかにも老衰の方を、救急医療につれてくるのはどうか？せめて施設や老人ホームでの看取りが出来るようにして頂きたい。	在宅医療	あるべき医療提供体制の構築に向けて、早期の在宅復帰、在宅での看取り、介護施設等からの終末期患者の救急搬送といった点に関して、どのように取り組んでいけばいいのか、地域医療構想調整会議において議論を深めていきたいと考えています。	③
23	全体		高齢化を迎える地域に住み地域医療に携わるものとして、意見を申し上げます。伊勢市は比較的開業医が多く昼間の診療には、選択肢が多いと感じていますが、これは通院のできる患者を対象として来ているのではないのでしょうか。政府や三重県または伊勢市が進める地域医療では在宅へと移行が思われます。しかし、どれほどの開業医、または病院で在宅支援ができるのでしょうか？患者の状態は24時間変化を考えずにはいられません。現在の夜間急病センターでの対応が十分であるかの論議はされたのでしょうか。	在宅医療	在宅医療体制の整備において、患者の急変時の対応を円滑に行うための体制づくりは重要であるため、今後在宅医療体制の整備の中で進めてまいります。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
24	全体		地域医療構想において示された目的を達成するためには、制度の整備等において県の関与が不可欠であると考え、計画を進めていくにあたり、計画の策定者である県が果たす役割が明確に示されていない。各地区の医療機関が中心となって計画を進めるのは当然であるが、県としても具体的にどのように関わっていくかを明記するべきではないか。計画だけ作ってあとは地域に丸投げすることとならないようにしていただきたい。	県の役割	地域医療構想については、一般的な計画と異なり、実現にむけた取組がより重要と考えており、その進捗管理は、地域医療構想調整会議において、平成37(2025)年まで毎年実施していくとともに、三重県医療審議会へも毎年報告していくなど、県としても積極的に関与していきます。	③
25	全体		現在の業務に関連することから、中間案をしっかりと勉強させていただきました。病床数の調整に目が行きがちですが、ソフトの部分もしっかり実現させてほしいと思いました。その為には、重層的な取り組みの具体策として保健所に頑張してほしいです。自分の地域の課題の分析のため、最終案の資料として三重県下の圏域ごとの市町の内訳の統計が添付されればありがたいです。平成29年度は介護保険事業計画の見直しの年度ですので、各市町も必要と思います。	県の役割	保健所の関与については、在宅医療の充実により効果的な取組となるよう、人員体制の問題も含め、検討してまいりたいと考えています。市町毎の内訳の添付に関しては、内訳があるものについては、今後必要に応じて情報提供していきたいと考えています。	③
26	全体		地域の医療従事者や地域住民への理解と同意のないままにまず本構想が決定され、その後医療機関の自主的な取り組みを促すというのは本末転倒です。地域の医療提供体制を考える上では、今回の国の推計値ではなく、三重県の医療実態に即したデータ収集と分析を行った上で、県民、関係団体への情報提供と意見集約が必要です。さらに、第2回の調整会議終盤での「医師会案」のゲリラ的提案は、傍聴者としては異常な運営と感じました。「推計を足して2で割る」提案などあきれてしまいます。人の命を左右する医療人として、真摯な検討を望みます。	策定プロセス	医療法においては、地域医療構想の区域等ごとに協議の場を設け、将来の病床数の必要量を達成するための方策などの協議を行うとされており、策定後の協議の場の設置が求められているところですが、本県としては、より実効性が高まるよう、策定段階から地域医療構想調整会議を設置し、議論を重ねてきたところです。地域医療構想の実現に向けては、県内の医療実態が把握できるよう、必要となるデータの収集・分析等も進め、地域医療構想調整会議において情報提供していくことを考えています。	⑦
27	全体		「安心して暮らすことができる地域づくり、まちづくり」、「地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携」は、必要以上に未稼働病床を削減することで均衡を維持するのではなく、県内それぞれに異なる福祉・医療の実態を踏まえた上で、県民が等しく最低限の医療サービスの提供を受けることができる医療体制づくりをめざすべきである。全県民が安心して医療サービスの提供を受けることができるような体制づくりをしてください。	あるべき医療提供体制	県としては、平成37(2025)年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
28	全体		地域包括ケアシステムによって、地方は入院、施設サービスに頼らざるを得ない状況であり、急性期・回復期・慢性期病床の一定確保とともに、県内全域で医師確保をさらに推進することを最優先に取り組む必要がある。	あるべき医療提供体制	どういった患者が、現在の病院・診療所以外の「在宅医療等」で対応できるのか、今後、地域において検討を進めていく必要があると考えており、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。	③
29	全体		三重県内の状況を考えると、どうしても「南北格差」があるのは事実で、北部に人口が多いため保健・医療・福祉関係施設が多く存在するのが現状である。また人口が少ない南部は高齢者の割合が多いものの、施設自体はどうしても限られている。インフラや交通網の発達もあるが、保健・医療・福祉の関連施設や方策は格差なく推進されないといけないと思われる。特に南部において大きな総合病院はあるものの、より高度な医療の提供を求める場合は松阪・伊勢・津(特に三重大)へ運ばれることが多く、県内の地域医療を検討するのに、各ブロックという考えと、県全体の医療提供・病床数の確保を検討していく必要があると思われる。地域医療構想において、現在のライフスタイルに合わせた構想を検討していく必要があると思われる。昔は在宅での看護が可能であったが、現在は稼働や生活者自身も高齢で看護が出来ないなどの問題が多く存在している。介護支援が充実してきてはいるものの、今後さらに充実していく必要がある。そのうえで介護支援や福祉関係・医療等利潤や経営中心で支援することにも限度があると思われるため、今後も公営医療機関や支援機関を充実させていく方策が必要と考える。利潤や経営中心で保健・医療・福祉事業を推進される場合、どうしても利益中心にならざるを得ないと考える。予防医療等で費用負担を抑え、必要とするときに費用をかけるようにしていくためにも、コーディネーターを行う人材を養成し、地域医療にも貢献できるようにしていくことが大事かと思われる。	あるべき医療提供体制	より高度な救急医療や周産期医療といった構想区域の枠を越える広域の医療提供体制等については、構想区域に留まらない議論が必要であることから、三重県医療審議会や関係部会において議論し、地域医療構想調整会議での議論とともに重層的な意思形成の仕組みを構築していくこととしています。また、今後、どういった患者が、現在の病院・診療所以外の「在宅医療等」で対応できるのか、地域において検討を進めていく必要があると考えており、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
30	全体		<p>中間案の総論では、「地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切に推進するため、国の『地域医療構想策定ガイドライン等について』を参考にしつつ、三重県地域医療構想を策定します。」と記載していますが、病床数だけは国のガイドラインにそって計算し、具体的に数字が示されていますが、地域でどのように医療体制を確保するのかが全く分かりません。地域連携とか地域包括ケアシステムの構築が必要であるとか、整備を進めていきますとか、抽象的な表現だけでありそうした体制がいつ実現されるのか、実現できるのか不安です。地域包括ケアシステムも各市町の対応はバラバラでどのように進んでいくのかも全くみえません。この問題になっては救急医療の問題も依然として解消されていません。そうした問題が解決されていない状況で、病床削減だけが具体化されるというのは無責任ではないでしょうか。</p> <p>2025年に向けて在宅医療の需要は、津市では2013年に比べて1.4倍増える見込みの数字が出されていますが、それに対する体制整備の方針は「多職種が連携していく必要がある」ということだけで、いつまでにどれだけの体制を整備するのかということもあいまいです。医師確保や看護師確保についても対策は出されていますが、いまだに全国からみても少ない状況です。病床削減は具体的数字が出されているにもかかわらず削減した後の体制をどう組み立てていくのかがなければ単に国の方針のもとに削減ありきとしか思えません。在宅医療の体制をどこまで整備すれば、病床をどれだけ減らすことができるということを示して、まず在宅医療を充実させてから必要のない病床を減らしていくということが筋ではないでしょうか。県民からすれば、病床は減らされるのに在宅医療の体制も整っていないというのでは不安でなりません。報告書のP7にも「医療は、地域において安心して暮らすために不可欠なインフラであると考えられます。」との記載があります。病床削減ありきの計画ではなく、県民が安心して療養できる体制を具体的に示していただきたい。</p>	あるべき医療提供体制	<p>必要病床数については、地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、これをもとに病床削減を進めるものではありません。地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議における関係者の協議と医療機関の自主的な取組のもとで進めていくことを基本としており、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。</p> <p>また、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。</p>	③
31	全体		<p>地域によって必要とされる福祉・医療は異なるため、急性期・慢性期等の区分とその必要数だけではなく、地域ごとに必要な医療を明確化した上で判断してほしい。</p> <p>また、在宅医療に向けた病院からの受け入れ先が整っていない状態で病床数を減らすことは行き場のない住民が増加する懸念があるため、病床数減少の前に周りの受け入れ体制を先に整える必要があると考える。</p>	あるべき医療提供体制	<p>県としては、平成37(2025)年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先するとともに、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。</p>	③
32	全体		<p>私の住む松阪市には、総合病院が3つあり充実しているように思われますが、それぞれの病院では受診する方も多く、決して需要に対して供給が足りているとは思いません。地域医療構想の中では、将来的に3つの病院を集約化していくようなことが書かれていますが、今の体制をできるだけ崩さないような構想をお願いしたいです。特に救急体制は、住民が利用しやすいようにお願いしたいです。</p> <p>また、知人に看護師がいますが、勤務体制が非常に厳しく、辞めていく人も多いと聞きました。より良い医療を提供するためには、医師や看護師など病院で働く人の労働環境も良くしていく必要があると思います。是非、病院で働く人のことも考慮した構想としていただきたいです。</p>	あるべき医療提供体制(松阪)	<p>県としては、平成37(2025)年におけるあるべき医療提供体制を考える上で、救急医療体制の確保は重要な課題であると認識しており、それぞれの地域の救急医療体制が維持できるよう、引き続き地域医療構想調整会議において、丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。</p> <p>医療従事者が継続して勤務できるためには、勤務環境の改善が必要であると考えています。三重県ナースセンターや三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を周知し、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援していきたいと考えています。</p>	③
33	全体		<p>市立伊勢総合病院や県立志摩病院は一定程度の急性期機能を担うはずであるが、医師不足が要因で、救急の受け入れが困難な状況とも思われるため、必要な人材を確保し、一定程度以上の急性期機能を果たしてもらいたい。</p>	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	<p>公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしています。市立伊勢総合病院や県立志摩病院の「一定程度の急性期機能」についても、地域医療構想調整会議において議論しつつ、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。</p>	③
34	全体		<p>伊勢総合病院については、一定の急性期機能を担うとしていますが、小児科、産婦人科、脳神経外科の病床が確保されておらず医師も充足していない。また現在は伊勢赤十字病院がキャリーオーバーとなり入れない患者が伊勢総合病院へ転院という現状である。病床数削減とかいてあるが、これでよいのか。地域住民が安心して療養生活を行えるよう医師の確保や医療体制の整備をお願いしたい。</p>	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	<p>県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。</p> <p>どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。</p>	③
35	全体		<p>医療機能の現状や将来的な医療ニーズをふまえた上でその地域にふさわしい医療機能毎の医療の必要性を示す地域医療構想の策定は現時点での病床数と比較すると少ない事から、今後、病床削減が進められ患者の受け入れ先がなくなり安心して暮らす地域づくり、まちづくりに貢献するとは言えないのではないかと思います。</p> <p>地域における救急医療体制の充実を図るため三次救急医療の機能分担や連携体制の整備が課題となるが、二次救急体制が弱く三次救急医療への増大している。伊勢病院においても一定程度の急性期機能を担うとあるが、医師不足が要因となり、小児科、産科、脳外の対応が出来ないことで、救急の受け入れが少なくなってきたと考えられる。地域住民が安心して療養生活が行われるよう、必要な人材の確保に努め急性期医療の機能を果たしていくことで機能分担が明確になり、超急性期、急性期と役割分担し地域全体で支える医療につながる。</p> <p>伊勢志摩地域において高齢者独居、高齢者の世帯が増大しているため、施設サービスに頼らざるを得ない状況であり、急性期、回復期、慢性期病床の確保に取り組まなくては本来の救急受け入れが出来ない状況であり、地域住民が安定した医療サービスを受けることの出来る医療体制づくりを目指してほしい。</p>	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	<p>必要病床数については、地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、これをもとに病床削減を進めるものではありません。地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議における関係者の協議と医療機関の自主的な取組のもとで進めていくことを基本としており、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。</p> <p>また、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。</p>	③

関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
36 全体		<p>特定の疾患に限らず、専門的な口腔管理が患者の在院日数の短縮やQOLの向上に寄与することはすでに周知されているとおりである(※)。有病者や高齢者に対し、歯科医療が早期に介入し、摂食嚥下機能の回復あるいは維持を図る体制を整えることも、地域医療構想に欠かすことのできない視点と言えるが、現状では三重県における入院患者や在宅高齢者への歯科医療提供体制は十分ではなく、県として喫緊に取り組むべき課題と考える。</p> <p>「三重県地域医療構想(中間案)」での歯科医療への言及は、在宅歯科医療の充実に留まっているうえに、具体性も乏しく、甚だ不十分と言わざるを得ない。</p> <p>そこで以下のとおり要望する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患を問わず、高度急性期から慢性期まで、入院患者等に対する専門的な口腔管理が提供されるべき旨を明記する。 ・在宅等での有病者及び高齢者等に対する歯科医療の必要性について周知を図るとともに、県がその需要を把握し、必要な在宅歯科医療が提供できる体制の整備に努める旨を明記する。 ・高度急性期から慢性期、在宅への移行に当たっても、切れ目なく患者の口腔管理が行えるよう、クリティカルパス等に歯科の関与を含める旨を明記する。 <p>※第259回中医協総会(25年11月22日) 専門委員提出資料「口腔機能の管理による効果」</p>	歯科医療	ご意見をふまえ、「第3部 実現するための取組」の「1 医療機能の分化・連携の推進」の項目に、「入院日数の短縮やQOLの向上のため、歯科診療所の協力を得ながら、医科歯科連携を推進し、入院患者等に対する専門的な口腔管理の提供体制の整備を進めます。」と追記します。	②
37 全体		<p>県内各地域での医療提供体制にバランスが大切であることは理解できるが、なぜまず削減なのか？最後にやることであろう。</p> <p>削減ありきではない・・・と言いながら、AとBどちらの削減がよいかと議論している。→矛盾している。</p> <p>高度急性期、急性期のベッド数まで削減することへの不安を傍聴時に述べさせていただいたが、救急の受け入れに問題がないということをお納めできるデータ等はなかった。</p> <p>現在、在宅で療養する患者さんは、昔のことを思うと、かなり重症な方が増えているのではないかと吸痰のケアひとつ充分にうけられないなかでどうなのか？病院で治療すべき患者さんが、家に帰され不安な療養生活をするのではないかというようにしてほしい。</p>	病床削減	県としては、平成37(2025)年におけるあるべき医療提供体制を考える上で、救急医療体制の確保は重要な課題であると認識しており、それぞれの地域の救急医療体制が維持できるよう、引き続き地域医療構想調整会議において、丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
38～39 第1部 総論		<p>国の地域医療構想策定は、社会保障費抑制政策の一環であり、利用者のニーズと乖離し「安心して暮らすことができる地域づくり、まちづくり」に貢献するとは言えない。中間案は、丁寧な説明を抜きに、未稼働病床の整理について、入院患者の減少を理由に結論付けている。</p> <p>「地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携」は、必要以上に未稼働病床を削減することで均衡を維持するのではなく、県内それぞれに異なる福祉・医療の実態を踏まえた上で、県民が等しく最低限の医療サービスの提供を受けることができる医療体制づくりをめざすべきである。(同意見他1名)</p>	全般	地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めるにあたっては、地域医療構想調整会議における関係者の議論を最大限尊重することとしており、未稼働病床についても、引き続き病床稼働状況の把握等を行いつつ、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	③
40 第1部 総論		<p>地域住民が求めている地域医療を実現するために、医療現場との連携をもっと密にしてほしい。特に医師不足解消に向けて大学病院と連携して、問題解決に努めてほしい。</p>	医療従事者	三重大学医学部では、定員の拡大に加え地域枠を設定しており、県では、これらの医学生に対する地域医療教育の支援を行っています。さらに、県では、三重県地域医療支援センターを設置し、三重大学等と連携して医師のキャリア形成支援などに取り組んできましたが、今後も、医師不足解消に向けて、引き続き三重大学と連携して問題解決に努めていきたいと考えています。	③
41 第1部 総論		<p>伊勢志摩地域は今後さらに高齢化が進みます。職場においても、介護を理由に離職する人も少なくありません。個人の病院だけでなく、公立病院においても、在宅医療を担っていく医師や医療スタッフを確保していかなければならないと思います。そして、そのための人材育成にも力をいれてほしいと思います。</p> <p>また、総合病院の医師不足は、市民にとって、不安以外のなにものでもありません。医師の人材確保、定着のためのさらなる取り組みをお願いします。</p>	医療従事者	伊勢志摩地域の人口10万人あたりの医師・看護師数は県内平均を下回っていることから、これまでも県内の医師・看護師の確保対策に取り組んできました。今後も、伊勢志摩地域の在宅医療を確保するため、引き続き医師・看護師確保の取組を進めてまいります。	③
42～43 第1部 総論		<p>未稼働病床の整理について、「医療資源の有効活用」との観点ではありますが、なぜ「未稼働病床」となったのか検証する必要があると思われます。未稼働病床として整理している要因を「入院患者が減少したから」と結論付けているように思われます。</p> <p>さらに、医師・看護師などの医療従事者の不足・偏在など十分な検証をしていただき、全県民が安心して医療サービス提供を受けることが出来る体制を構築していただきたいと思います。</p> <p>将来的に伊勢志摩・東紀州地域については、高齢化が進むことが懸念されることから、安易な病床数の削減を行わず十分に検証を行っていただきたいと思います。(同意見他1名)</p>	未稼働病床整理	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。今後も、引き続き病床稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	⑤

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
44	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	1ページ	ベット削減ありきではないのであれば、納得できるまで会議をきめ細かくするべきで、期日を決めるのはおかしい。	策定プロセス	今回地域医療構想を策定するにあたり、よりきめ細やかな議論が行えるよう、4つの二次医療圏をベースとして8つの構想区域を設定し、地域医療構想調整会議の他、医療機関との意見交換を行うなど、できるだけ理解を得られるよう取り組んできたと考えております。 地域医療構想については、実現に向けた取組がより重要であることから、一旦、この必要病床数を目安として医療機能の分化・連携の議論を進めていくべきと考えています。なお、その後の状況変化や社会情勢をふまえ、平成37(2025)年の医療需要の見直しが図られる予定です。	⑥
45	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	1ページ	「客観的なデータの提示」で、「レセプトデータ、DPC（包括支払方式）データ等にもとづく誰もが納得できる明確なデータを収集・共有し、議論を深める」となっていますが、診療報酬のデータだけでは、そもそも医療ニーズの把握としては不十分です。 第1に、経済的な理由、保険証の取り上げなどにより安心して受診できない県民が広く存在することです。また、高齢者の孤立死・孤独死などが社会問題となっていますが、「死亡」された方も、適切な治療があれば孤立死をまぬがれたかもしれません。その中には、救急医療体制が整備されていれば助かった方、早期に受診し入院すれば助かった方がいらっしゃるのではないのでしょうか。 レセプトデータやDPCデータだけでは、地域の医療ニーズの把握には不十分ではないかという疑問が残ったままの「構想」となっています。	推計方法	医療を受けていない人の医療ニーズを把握することは現時点においても困難であり、一定の条件のもとでの推計であることはふまえて、必要病床数は地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けて、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めていきたいと考えています。	⑥
46	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	2ページ	地域医療構想は、医療介護総合確保方針、三重県保健医療計画（第5次改訂）、みえ高齢者・元気がかやきプラン等との整合性を図るとされているが、今後、各計画やプランの見直しが行なわれる時には、必ず地域医療構想との整合性を図ること。また、新公立病院改革プランは地域医療構想と整合性を図るとされていることから、地域医療構想に変更が生じた時は、速やかに各公立病院に公立病院改革プランの修正を行うよう伝えること。また、修正内容を確認し齟齬が生じないようにすること。	他計画との整合性	関係する計画の改訂等にあたっては、地域医療構想との整合性を図るとともに、公立病院改革プランとの整合性についても確認を行っていきます。	③
47	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	2ページ	未稼働病床について、特段の理由がないと判断した場合には病床の整理の対象とするといった記述がありますが、供給過多というより、そもそも医療従事者不足が要因しているところもあると考えられます。需要と供給の数値だけで判断するのではなく、さまざまな考察のもと慎重、かつ丁寧に未稼働病床の取扱いを検討すべきだと思います。相当の理由がない限り削減するべきではない、と思います。	未稼働病床整理	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。今後も、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	⑤
48	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	2ページ	「医療介護総合確保方針等と整合性の確保」で、「今後、病床削減が進められ、結果として患者の受入先が無くなるのではないかと懸念が県内の医療関係者等より示されました」との認識のもとに、①～③で、「丁寧な議論」「医療需要の推計値は…、目安として受け止める必要があるものの、地域のあるべき医療提供体制の議論を優先」「病床削減ありきで議論を進めるものはない」などの確認は大変重要な確認です。しっかりと開かれた議論のなかで、区域ごとに本当に必要な医療提供体制の整備が進められることを強く希望します。ただし、④の「未稼働病床」については、「特段の理由が無いと判断された場合は削減の対象としていく」ことについては、「未稼働病床」が、医師不足・看護師不足をその主な原因とすることは明らかで、十分な検討をしないまま医療ニーズがない結果と判断することには疑義を持たざるを得ません。未稼働病床の扱いについても、あくまで、各区域の調整会議で決められるべきと考えます。	未稼働病床整理	地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議において、過度に数字に捉われることなく、地域のあるべき医療提供体制の議論を優先して進めていくこととしており、引き続き地域の関係者との丁寧な議論を行って進めたいと考えています。 未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。今後も、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	③
49	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	2ページ	「現行の二次保健医療圏（北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州）をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定」されたことは、「より決め細かな議論が可能となる」もので、より地域に密着した医療・社会保障を求める立場からは大いに評価できるものです。	構想区域	引き続き8つの構想区域において、関係者との丁寧な議論を行い、地域の実情に応じたあるべき医療提供体制を構築していきたいと考えています。	④
50～51	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	2ページ	方針④に「未稼働病床についてはその理由を丁寧に聞いた上で、特段の理由がないと判断された場合は削減の対象としていくこと。」としているが、「特段の理由」の内容が問題である。例えば、①医師、看護職員の不足による未稼働の場合は「特段の理由」に含まれるのか。 特に公立病院については、病床数による地方交付税措置（1床当たり70万円交付）において、算定の基礎となる病床数が「許可病床数」から「稼働病床数」に変更されることから、そうした財政的な観点から安易に整理計画が提出されるのではないかと懸念される。（同意見他1名）	未稼働病床整理	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。医師、看護職員の不足による未稼働の場合は「特段の理由」としていませんが、今後も、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	⑦

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
52	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	2ページ (10ページ)	「必要病床数」の推計方法を一般の人が分かるように解説していただきたい。(理解できない。)	推計方法	必要病床数の推計にあたっては、まず1日あたりで医療機能区分(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとにどれだけの入院患者数(性・年齢階級別の人口当たり)がいるかを把握します。平成25(2013)年度のレセプトデータ等をもとに、患者に行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値から、医療機能の区分ごとに適当と考えられる境界点を設定しており、機能区分ごとの入院受療率(人口あたりの入院患者の割合)を推計します。なお、一般病床の入院患者数のうち一定の境界点未満等については、政策的に在宅医療への移行を前提とした推計となっています。次に、この医療機能区分ごとの入院受療率に平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することで、平成37(2025)年の1日あたりの医療需要を推計します。必要病床数は、医療需要をベッド数に換算する必要があるため、医療機能区分ごとに一定の病床稼働率を設定し、割り戻した数としています。なお、細かくは書き尽くせないの、問い合わせいただければ、直接説明させていただきます。	⑦
53	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	5ページ	「地域の声を丁寧に拾いながら意見集約し」とあるが、説明会・意見聴取はどうなっているのか。桑員地区の会議に一般市民は入っているのか。	住民参画・周知	地域医療構想調整会議には、医療関係者以外にも市町、住民代表にも参画いただいており、地域医療構想調整会議の中で地域の声を拾い上げるように努めています。住民への周知については、より効果的な方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えています。	③
54	第1部 総論 第1章 地域医療構想の基本的事項	5ページ	医療関係者、市町関係者はもちろん、「住民」を各「地域医療調整会議」の構成とすることは、大変評価ができます。ただし、その選定においては、公平な選出、誰もが参加できるよう「公募」も必要ではないでしょうか。三重県で深刻な「救急医療」「周産期医療」「医療従事者の確保」などの課題を、「構想区域」に留まらない議論が必要との指摘は当然で、しっかりとした議論と具体化が求められます。	策定体制	住民代表の公募に関しては、委員総数との兼ね合いもあることから、今後の検討課題とさせていただきます。高度な救急医療や周産期医療等については構想区域に留まらない議論が必要と考えており、三重県医療審議会救急医療部会や周産期医療部会等において議論しながら、体制整備を進めてまいります。	③
55	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	7ページ	「1 医療の現状と課題」に医療依存度の高い小児や難病患者さん、障害児・者についての記述はありませんが、何も課題がないのでしょうか。この方たちは、入院より自宅で療養する方が増えているからでしょうか。	障がい児・者	「三重県地域医療構想(中間案)」7ページ第2章「1 医療の現状と課題」においては、概要のみの記載としておりますので、小児や難病患者、障害児・者については、平成29(2017)年度の次期保健医療計画の策定のなかで検討させていただきたいと考えています。	⑤
56	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	7ページ	「在宅医療・介護の連携を推進し～」とありますが、障害児者のことを含めて「在宅医療・介護・福祉」としたほうがいいのではないのでしょうか。介護保険法地域支援事業に準じた書き方とは思いますが、再考をお願いします。	その他	障害児・者については、平成29(2017)年度の次期保健医療計画の策定のなかで検討させていただきたいと考えています。	⑤
57	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	7～8ページ	「社会復帰等にむけて～」「早期の社会復帰を図る」社会復帰に等がついているのといないのがありますが、p7の「等」は何が含まれているのでしょうか。使い分けているのですか?	その他	「社会復帰」自体にも幅広い意味が含まれますので、「社会復帰等」は「社会復帰」に修正します。	①
58	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	7～8ページ	「地域包括ケアシステム」の構築が必要、重要とあるが、「地域包括ケアシステム」(医療でも介護でも地域に放り出すもので嫌いです)の解説を何処かに入れてほしい。	その他	三重県地域医療構想(最終案)には、用語の解説を追加させていただき、そのなかで解説させていただきます。	①
59	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	医療機能の分化・連携を促進する手法の一つに、地域医療連携推進法人制度の導入の検討が挙げられており、津、松阪区域では2025年にめざすべき医療提供体制の方向性にも記載されている。検討にあたっては、それぞれの構想区域で慎重な議論をお願いする。職員の働き方や労働条件等にも大きく影響し、地域医療担う病院の存続にも大きく影響が及ぶことから、安易な導入はおこなわないこと。	地域医療連携推進法人	地域医療連携推進法人制度は地域医療構想を達成するための一つの選択肢と考えられており、地域医療構想調整会議や医療機関相互の十分な議論のもと、活用されるものと考えています。	③
60	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	医療機能の分化・連携を推進するための方策として、地域医療連携推進法人制度の導入が挙げられているが、制度の運用は始まったばかりであり、制度の課題などもはっきりしていないことから、制度の導入ありきで検討を進めるのではなく、各地域の病院の現状を踏まえたうえで導入を検討していただきたい。	地域医療連携推進法人	地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢と考えられており、地域医療構想調整会議や医療機関相互の十分な議論のもと、活用されるものと考えています。	③
61	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	「地域医療包括ケアシステム」や「高度急性期」等の機能区分は一般の県民にとっては非常にわかりにくい言葉である。P8の「情報発信」において、医療構想をできる限りわかりやすく地域の住民に伝えていくことは重要とされているが、そのための取り組みは「第4部 策定後の取り組み」で大まかな取り組みが記載されているのみとなっている。重要と考えるのであれば、内容を充実させるべきではないか。	住民参画・周知	地域医療構想は、9年後のあるべき姿を示す構想であることから、大まかな取組の方向性を記載しており、住民への具体的な周知については、より効果的な方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えています。	③
62	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	地域医療構想の推進による効率化の追求も必要であるが、それが行き過ぎると人をモノとして扱う医療になってしまう恐れがある。連携という名のたらい回し、在宅医療という名の病院からの追い出しになるようなことがないよう進めていただきたい。	全般	県としては、平成37(2025)年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
63	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	地域医療が真に地域の住民のものであるならば、解りやすく説明する責任がある。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
64	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	地域医療連携推進法人について、明らかにしていただきたい。病院間の連携が必要な事は理解できるが、どのようなものか不明ななかで、構想の中で検討するのは時期尚早ではないか。	地域医療連携推進法人	地域医療連携推進法人制度は、H27年9月の医療法改正により設けられた制度で、一定の条件を満たすことで病院等間の病床融通等が可能となるものです。また、当該制度の活用は、医療機能の分化・連携を進めるための、一つの選択肢として考えています。	③
65	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	〔医療機能の分化・連携〕のところでは、現在届出されている病床を、4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に区分して、各病院が「病床報告」をしています。これまでの各区域の調整会議で、「あくまで定性的な指標で報告しているもので、2025年の病床の推定に結びつけられるのか」などの意見が病院関係者から多数出されており、そのなかで「医療従事者や資源の確保」「医療従事者間の分業や協業」の議論が具体化できるのか疑問です。	病床機能区分	病床機能報告制度については、厚生労働省において、今後より定量的な基準を示すよう検討が進められているところです。また、平成37（2025）年の医療需要については、平成25（2013）年度のレセプトデータ等を基にしていることから、その後の状況変化や社会情勢をふまえ見直しを図られる予定です。	⑦
66	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ	〔情報発信〕〔地域づくり、まちづくり〕「できる限りわかりやすく地域の住民に伝えていく」としてありますが、現状は、県民がほとんど知らないのが実態です。県民への説明会など、市町と協力して具体化してください。また、住民参加枠については、定数も広げ、公募も取り入れるよう要望します。また、地方創生の観点から「医療提供体制の構築が地域社会の形成に寄与する側面も大いにある」との指摘も重要です。医療を提供する体制がしっかりすることで「安心のまちづくり」ができる側面と、医師・看護師はじめ医療従事者の雇用の場としても重視されるべきではないでしょうか。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。住民代表の公募に関しては、委員総数との兼ね合いもあることから、今後の検討課題とさせていただきます。また、「医療提供体制の構築が地域社会の形成に寄与する側面も大いにある」ことを念頭に、まちづくりの一環として、地域の関係者の議論を経て、より効果的な形で医療提供体制の整備を進めていきたいと考えています。	③
67	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8～9ページ	現在県民に、議論されている地域医療構想が本当に周知され理解されているか疑問が残る。ホームページや、広報だけでなく、広く県民が知ることができるよう取り組みを行うこと。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
68	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8～9ページ	「地域医療構想をできる限りわかりやすく地域の住民に伝えていく・・・」とあるが、具体的にどのようなことを考えているのか。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
69	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ 107ページ 143ページ	「医療の効率化が進むことが期待される」との文に続き、区域の医療機関の連携を進めるために「地域医療連携推進法人」の活用が述べられていますが、病院の統廃合などにつながる恐れがあり、市町・地域住民もふくめた民主的な議論のなかで進められるべきで、検討課題であるとしても、第2部各論第4章津区域、第6章松阪区域の「2025年にめざすべき医療提供体制の方向」での記述を削除すべきと考えます。	地域医療連携推進法人	津区域、松阪区域における地域医療連携推進法人制度への言及は、津区域における救急医療体制の確保、松阪区域における急性期機能の重点化を想定したものです。医療機能の分化・連携を進めるための一つの選択肢であり、地域医療構想調整会議や医療機関相互の十分な議論のもと、活用されるものと考えています。	⑥
70	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	8ページ 181ページ	P8、P181に書かれている地域医療連携推進法人制度の活用について ① 地域調整会議では人材の融通をききやすくする方策として紹介されていたが、本文の記述では機能分化を促進するためのツールとして見えてしまう。地域調整会議での議論の醸成を受けて進めていくとしているが、強引な手法がとられるのではないかと懸念がぬぐえない。 ② 法人制度は広域・多施設を対象として想定していると思われるが、医療従事者の賃金・処遇労働条件、身分の在り方は、具体性を持った議論はされていない状態。制度設計の議論には、労働者団体が参加して行われるよう望む。 ③ 法人とはいえ賃金・処遇労働条件、身分については、対象医療従事者が不利益を受けることの無いよう、労働組合の関与ができる制度設計がなされるようお願いしたい。 P8の中ごろに記載では機能分化により「医療従事者間の分業や協業がより深められることとなり、機能ごとの課題の発見および解決が容易となり、全体的な医療の効率化が進むことが期待」とされているが、機能分化が進めば個（医療機関）と個（医療機関）をつなぐシステムが必要となるのであって、「分業や協業」と並記するのはおかしい。機能分化に限らずこれまでも、医療施設間や内部での連携では、それぞれの医療従事者間での課題発見、解決が図られてきたが、決して容易なものではない。書きぶりではあるが、機能分化が課題解決の容易さと並べて記述されていることには違和感を覚える。機能分化を支えるのは介護や在宅でのサポートなど社会資源がより重要ではないか。	地域医療連携推進法人	①地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を実現していくための一つの選択肢であり、県が強制的に進めていくものではありません。 ②③ご指摘のとおり、病院間等での医療従事者の融通にあたっては、賃金・労働条件等の違いから、慎重な議論が求められると考えております。 「医療従事者間の分業や協業がより深められることとなり」については、ご指摘をふまえ、機能分化することによって、個々の医療従事者においても専門分化し習熟度が高まることから、「医療従事者の専門分化が進み、業務の習熟度が高まることで」に修正します。	②

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
71	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	「在宅生活が困難～」とありますが、「自宅での生活が困難」の方がよいのではないのでしょうか。同じ行の後半「特別養護老人ホームなど、施設サービス」とありますが、「施設・居住系サービス」の方がよいのではないのでしょうか。P37からの各論の図表には「施設・居住系サービス」と記述されています。ちなみに、特別養護老人ホーム、認知症グループホーム等へ条件を満たせば、居宅とともに診療報酬上も『在宅医療』の保険適応できることになっています。	その他	「在宅生活が困難～」については、「自宅」より広い意味で「居宅での生活が困難」に、また、「特別養護老人ホームなど、施設サービス」については「施設・居住系サービス」に修正させていただきます。	①
72	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	病院は地域づくり、まちづくりの核となる施設です。その配置については、郊外地へ立地させるのではなく、車を利用できない人でも通院できる、公共利便性の高い場所に立地させることとし、周辺のまちづくりとあわせて面的な検討を行う必要があると考えます。	地域づくり	医療は、地域で安心して暮らしていくための重要なインフラであり、医療機関の立地については、市町をはじめ地域の関係者と連携しつつ、地域医療構想調整会議においても議論していくことが必要であると考えています。	③
73	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	「医療施設をできる限りまちの中心部や公共交通機関の周辺に集約化」とあるが、桑名市を例にとれば、堤防決壊時に海中病院になってしまいます。やはり、救急や高度治療の病院はある程度高台です。(桑名総合医療センターは高台移転の要望が沢山ありました。)不適切な文言です。	地域づくり	「医療施設をできる限りまちの中心部や公共交通機関の周辺に集約化」については、アクセス面をより重視し、地域社会の形成に寄与する観点から記載したものであり、地域の実情によって最適な立地場所はそれぞれであると考えますので、ご理解いただきますようお願いいたします。	⑦
74	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	「具体的には、アクセス面をより重視し、医療施設をできる限りまちの中心部や公共交通機関の周辺に集約化していくことが想定されます。また、高齢者の夫婦世帯、単身世帯が増えていく中で、住まいや生活に寄り添った医療サービスの提供も必要となります。このように、市場原理のみで医療施設の立地を検討するのではなく、地域づくり、まちづくりの一環として各地域の関係者による議論を経て、より効果的な形で医療体制の整備を進めていくことが重要です。」 三重県地域医療構想策定において、地域住民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができることを第一に地域医療提供体制を構築することをお願いしたい。特に山間部に住んでいる高齢者は中心部へ出ていく手段もなく十分な医療サービスを受ける事ができないと思います。	地域づくり	県としては、平成37(2025)年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
75	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	P9では、「高齢者の夫婦世帯、単身世帯が増えていく中で、住まいや生活に寄り添った医療サービスの提供も必要となります。このように、市場原理のみで医療施設の立地を検討するのではなく」との記載部分では、「・・・住まいや生活に寄り添った医療サービスの提供も・・・」とされたほうがよりわかりやすいかと思えます。	地域づくり	「高齢者の夫婦世帯、単身世帯が増えていく中で、」の部分の削った方がよいとのご意見ですが、住まいや生活に寄り添った医療サービスの提供が必要な主な要因と捉えておりますので、現状のとおりとさせていただきます。	⑥
76	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	地域包括ケアシステムについても、情報が共有され納得できるものにしていくとともに、地域によって格差が出ないように行政がバックアップする必要がある。地域医療と共に、地域包括ケア・介護分野との連携についても明確な指針を示していただきたい。	介護との連携	来年度、市町において次期介護保険事業計画が策定されますが、次期保健医療計画との整合性を図るため、市町との協議の場を設置していく予定です。	③
77	第1部 総論 第2章 三重県における医療政策の基本方針	9ページ	医療提供体制が適切に構築されることにより、地域で安心して暮らすことが可能…、とし「三重県まち・ひと・しごと創生総合戦略」に触れ、少子化対策、産業振興、就労支援などの各種の施策の拡充・推進というなかで「医療提供体制の構築が地域社会の形成に寄与する側面も大いにある」との指摘は、大変重要です。2、900床減ることで、医師・看護師・医療従事者が、病院ではどのくらい減ることになり、逆に、在宅医療を担うための医師・看護師体制(人数、診療所数、訪問看護所数など)はどれくらい必要なのか、その経済・雇用効果を産業連関との関係も含めて数値を示していただきたい。	医療従事者	医療従事者の需給の見通しについては、厚生労働者の検討会で検討されていることから、検討会の結果も参考にしながら、県としても検討していきます。	⑤
78	第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計		2025年の医療需要と病床数の必要量の推計方法については、県の調整会議でも推計方法に関する疑問が多数上がっていますが、国が示している推計値は2013年度のレセプトデータに基づき、入院受療率を人口推計に当てはめただけの机上の計算といえます。 厚労省の「患者調査」のデータに基づく独自の試算を行ったので添付します。検討をください。この推計では、ほとんど削減の必要のない結果となりました。医療費を下げるための無理な試算ではありません。	推計方法	平成37(2025)年の医療需要については、慢性期疾患の多い高齢者を地域全体で治し支える「地域完結型」医療への転換に向け、政策的に在宅医療等への移行を前提として、医療法施行規則等に定められた推計方法により算出しています。本県としては、平成25(2013)年度のレセプトデータに基づいていることや、病床機能報告が医療機関の自主的な判断に基づいていることから、必要病床数は医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、地域医療構想の実現に向けては、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。	⑥

関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
79 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計		①まず、先に指摘したように、医療ニーズの推定としては、レセプトデータ、DPCデータだけでは限界があること。4つの病床機能区分も、点数で機械的に分類し、その病態を十分検討しているとはいえず、それを認識した上での「推定」であることが、本質的な問題です。 ②さらに、慢性期機能と在宅医療の需要推計で、療養病床の入院患者のうち、「医療区分1の勘彌の70%を在宅で対応する」「一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者数については、(全員)在宅医療等で対応する」としていますが、それぞれの入院患者の病態や、在宅医療の受入体制について考慮にいけない、機械的な前提となっています。 ③患者流出入をふまえた推計では、他県との関係で「医療機関所在地」で推計していますが、これは、他の県の医療機関を当てにしなければならないことを意味しており、他県との協議が不成立でも、柔軟に対応できないのでしょうか。また、国に自主的な「医療構想」を検討できるよう求めるよう要請します。 ④「必要病床数と病床機能報告制度における病床数との比較」では、これまでの考え方、推計方法にもとづき、地域ごとの差はあるものの、結果として全県で16453床から13584床へ約2900床も減る(18%もの大幅な削減)ような「構想」となっています。「強制的な削減」をするものではないとしても、「数字がひとり歩きする」ことのないよう求めます。とりわけ、2025推計に基づいて、医師数、看護師数の将来予測の根拠としないことを明記してください。 ⑤一方で、「2025年の在宅医療等医療需要の状況」では、現在1日、16133人の在宅患者が、21656人と約5500人も増える推定です。第4章本県独自の取組「在宅医療フレームワーク」の項目とあわせて、在宅医療の現状と2025年にそれを支えるための在宅医療の提供体制が明らかにならなければ、絵に描いた餅とならざるを得ません。データで現状を明らかにし、在宅医療の目標数値も示すよう求めます。	推計方法	①医療需要の推計については、医療法施行規則等に定められた推計方法により算出しており、一定の仮定を置いて推計せざるを得ないと考えています。 ②今回の医療需要の推計方法は、構想区域全体に係るものであることから、こういった患者が、現在の病院・診療所以外の「在宅医療等」で対応できるのか、今後、地域において検討を進めていく必要があると考えています。 ③他県との患者流出入の調整については、国の通知に基づいた方法(協議不成立の場合は医療機関所在地ベースで推計)によることが求められています。 ④必要病床数は平成25(2013)年度のレセプトデータに基づいていることや、病床機能報告が医療機関の自主的な判断に基づいていることから、本県としては、必要病床数は医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、地域医療構想の実現に向けては、過度に数字に捉われることなく、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。 ⑤在宅医療の提供体制については、平成29(2017)年度の次期保健医療計画の策定のなかで、現状や数値目標も含め検討していきたいと考えています。	③
80 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計		推計フレームを作成した医療産業大学(当時)の松田教授自身が「医療区分1の患者の70%が在宅に移行しない」と雑誌の座談会で公表されています。療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%は在宅医療等とした点についてその根拠はなく、十分な受け皿の整備なしに病床削減のための機械的な試算といえます。在宅で療養できる環境整備、医療や介護の診療報酬上の評価の充実など具体的な施策が示されないままに在宅への移行をすすめることは非常に危険です。フレームワークの丁寧な作成を期待します。	在宅医療	「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と在宅医療体制の整備をはじめとする「地域包括ケアシステムの構築」は、車の両輪として取り組むべきものと考えています。フレームワークについては、三重県在宅医療推進懇話会で丁寧な議論を重ねながら継続的な改善に取り組んでいきます。	③
81 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	2ページ 10ページ	「将来人口推計等を基に～」とありますが、どのような推計方法あるいは、どこの機関が出された将来人口推計値か明記いただくと理解しやすいのではないのでしょうか。	その他	将来推計人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)』の推計を用いており、ご指摘のとおり地域医療構想に明記するようにします。	①
82~ 83 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	10ページ	「第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計」(P10)について、レセプト情報等による推計の限界を考慮する必要がある。 例えば、「独居で心筋梗塞で亡くなってから発見された人」「経済的事情で医療にかかれず、搬送されたときにはすでに手遅れという人」等の医療ニーズはカウントされない。 また、医療資源の不足した地域での医療ニーズも、過少にしか反映されない。(同意見他1名)	推計方法	医療を受けていない人の医療ニーズを把握することは現時点においても困難であり、一定の条件のもとでの推計であることはふまえて、必要病床数は地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けて、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めていきたいと考えています。	⑥
84 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	10ページ~ 第3章	へき地地域があり、開業医の医師も高齢になっている地域では、数字だけで進められない問題がある。へき地医療の現状を明らかにしていただきたい。	へき地医療	県では、へき地医療支援機構を設置し、へき地地域の医療を確保するための取組を進めており、具体的には、へき地医療拠点病院からへき地診療所に対して代診医派遣や巡回診療を実施しています。今後も、地域医療構想調整会議や医療審議会等において議論しながら、へき地医療の取組を進めていきたいと考えています。	⑦
85 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	11ページ 35ページ	慢性期機能の考え方で「一般病床の障がい者数・難病患者数」について慢性期機能として推計するとなっているが、三重病院、鈴鹿病院のように県内にある国立病院機構の病院は難病・重度心身障がい者患者の受け入れを積極的に行っており、唯一無二の病床の存在である。地域医療構想では、回復期機能病床からの転床先として慢性期機能を位置づけているように印象を受ける。現在の一般病床の障がい者数・難病患者数については削減対象とせず一般病床で最低限現状数を確保すべき。	推計方法	難病・重症心身障害者の専門病院においては、構想区域外からの入院患者が多い状況は十分理解しておりますが、県全体として統一した推計方法とする必要があるため、回復期、慢性期病床は、患者住所地ベースを基本としつつ、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流出入は将来にわたって一定程度継続することが見込まれる等の理由により、一定医療機関所在地ベースの考え方も考慮しているところですので、ご理解いただきますようお願いいたします。 なお、その後の状況変化や社会情勢をふまえ、平成37(2025)年の医療需要の見直しを図られた際には、個別の事情が考慮できないか検討していきたいと考えています。	⑤

関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
86～87 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	12ページ	P12の「図表1-7 慢性期機能および在宅医療等の医療需要のイメージ」に関して、「療養病床の医療区分1の患者」の70%を「在宅医療等」に移行させる対応が可能であろうか？過去の国の調査（厚生労働省の平成18年度慢性期入院患者の包括評価に関する調査）によると、医療区分1の患者であってもADL区分により医療区分2または3以上に医療処置に長い時間を要するとの結果が示されている。（参照：吉岡充・村上正泰「高齢者医療難民」（PHP新書）） 「認知症や意識障害で糖尿病のインスリンの自己管理ができない患者」「胃ろう管理や経管栄養、たんの吸引が必要な患者」はこの70%の中に入るのか。どのような人の状態像を想定して70%が移行可能と判断されたか、その基準をお聞きしたい。 また「一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者」の「在宅医療等」への移行はすべて可能であろうか？老人保健施設等の「受け皿」不足のため移行できない人（胃ろう管理や経管栄養の人の入所を制限する実態が多くある）、受け入れ体制や経済的理由でサービス付き高齢者向け住宅への入居ができない人が多く出現するものとする。 *在宅医療等の受け皿として「サービス付き高齢者向け住宅」も選択肢として想定されている。しかし、入居の費用（家賃、共益費、食費）だけで、三重県では平均12万円を超える実態がある。入居定員としては北海道に次いで高齢者比全国2番目に多いが、「受け皿」として可能かどうかの実態調査が必要と考える。統計データがあるのであれば開示し、地域医療構想に収載されたい。（同意見他1名）	推計方法	療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者数の70%や、一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者数を在宅医療に移行することについては、国の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において議論の上、定められたものであり、医療需要の推計は目安として受け止める必要があると考えています。しかしながら、どういった患者が、現在の病院・診療所以外の「在宅医療等」で対応できるのか、今後、地域において検討を進めていく必要があると考えており、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。 なお、サービス付き高齢者向け住宅の状況については、今後、必要に応じて実態把握に努めていきたいと考えています。	⑤
88 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	12ページ	各市町は独居高齢者ならびに孤立死の情報を把握できていない。しかる状況において、在宅医療と介護の連携推進体制を設置し始め、目標値のないまま手さぐりで在宅医療の基盤整備に着手した程度というのが現状。県内各市町の在宅死の割合は10%前半半となっており、在宅医療の充実は根拠が見えない。	在宅医療	県内の在宅医療体制の現状は、地域によって様々であり、各市町の取組に温度差がみられることから、今後も全県的に体制整備を推進してまいります。	③
89 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	12ページ	外傷や整形的疾患以外の疾患によっては通院による療養継続が不可能な地域も多く、慢性期の病床及び地域包括ケア病床の患者像についても、慎重な議論が必要である。	あるべき医療提供体制	疾患によって通院による療養継続が不可能な地域における医療提供体制については、地域医療構想調整会議において議論していきたいと考えています。	③
90 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	14ページ	8つの構想区域のうち、急性期医療について桑員、鈴亀、伊賀上野、東紀州については、流出過多となっており、医療圏としての役割をなしていないと思われるが、これでも8つに分割していくのでしょうか。	構想区域	本県においては、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、8つの構想区域としたところであり、流出の多い区域については、その検討も併せて行うなど、地域の実情に応じた体制が構築できるように努めてまいります。	⑦
91 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	20ページ 33ページ	「(3) 患者流入をふまえた医療需要及び必要病床数の推計」において、2025年の必要病床数はあくまで目安であり、強制的に削減していく趣旨ではないとされているが、一方でP33の「1 目標」において必要病床数を達成目標に用いるのは矛盾していないか。達成度を実現するために病床数の一方的な削減が行われるのではないか。また、文章中の「機能転換対象病床数」は本計画においてどの数字を意味しているのか。	達成目標	「みえ県民力ビジョン・第2次行動計画」における「地域医療構想の達成度」は、地域医療構想の進捗管理を行うために置いた指標であり、平成37（2025）年にあるべき医療提供体制が構築できるよう、平成37（2025）年度を100%とした場合の平成31（2019）年度の目標を設定しています。必要病床数については目安であることから、「地域医療構想の達成度」においても、それを達成するために強制的に病床削減を進めていくものではなく、必要病床数の見直しがあった際には、目標についても修正を行っていきます。なお、機能転換対象病床数は必要病床数と病床機能報告数の差（絶対値）の合計で把握することとしています。	⑦
92 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	21ページ	「平成37年の必要病床数は…（中略）…強制的に削減していくという趣旨のものではありません。」とありますが、未稼働病床の整理にあたっては、単に「入院患者が減少したから」という理由付けではなく、なぜ「未稼働病床」となったのかを検証し、医師・看護師などの医療従事者の不足や偏在といった問題を解決することと平行して取り組んでいく必要があると考えます。一定の効率化も大切と理解していますが、地理的・距離的な弱者が増えないよう、全県民が安心して医療サービスを受けられるような体制を作っていくようにしていきたいです。	全般	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。 また、県としては、平成37（2025）年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③

関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
93 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	23～25ページ	三重県地域医療構想(中間案)では、平成27年度、高度急性期・急性期の病床数が10,445床から、平成37年の必要病床数5,681床と、4,764床とほぼ半減する推定となっています。 「必要病床数と病床機能報告による病床数を比較する上での留意点」を考慮に入れても、ほぼ半減となるような「目安」は現場の実態からみれば大変厳しいものです。 私の周りでも以下のような事例があります。 「マムシにかまれ、救急車はすぐに来たが1時間も動かなかった」(49歳女性) 「大動脈瘤解離で早期退職。ある朝、トイレでいきんで調子が悪くなる。鈴鹿の病院を受診するが、ここでは専門医がいない。津市内で空きがなく、救急車で松阪へ向かう途中で死亡」(57歳男性) 「患者を救急依頼したが、その日当番の病院は、当直が泌尿器科の医師で対応できないと断われ、次の病院は満床、その次にやっと決まった」(診療所所長) 現状でさえこのような状況で、さらに救急医療を担う病床が減らされれば、失わなくてもいい命が失われる事態が増えるのではないかと懸念しています。 高度急性期・急性期の必要病床数は、救急医療の現状・実態をしっかりと分析したうえで、確定していただきたい。	必要病床数	県としては、平成37(2025)年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。引き続き地域医療構想調整会議において、あるべき医療提供体制の議論を優先して進め、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。 また、平成37年の医療需要については、平成25(2013)年度のレセプトデータ等を基にしていることから、その後の状況変化や社会情勢をふまえ見直しを図られる予定です。	⑥
94 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	23～25ページ	救急の現場が煩雑になり、入院させられない事で、見落とし、たらいまわし、手遅れ、重症化することも考えられる。患者に被害が及ぶことになる。	あるべき医療提供体制	県としては、平成37(2025)年におけるあるべき医療提供体制を考える上で、救急医療体制の確保は重要な課題であると認識しており、それぞれの地域の救急医療体制が維持できるよう、引き続き地域医療構想調整会議において、丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
95 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	24ページ	高度急性期の病床削減対象に、伊勢日赤病院と三重大学附属病院、四日市市民病院など第三次救急の病床を対象としないことを求める。理由は、三重県として広域の第三次救急病院の指定し、ドクターヘリなどの受け入れを要請しており、病床数の削減により受け入れ病床の不足が懸念されるから。	高度急性期機能	高度な救急医療や周産期医療等については構想区域に留まらない議論が必要と考えており、三重県医療審議会救急医療部会や周産期医療部会等において議論しながら、体制整備を進めてまいります。なお、救急医療の受入に支障を来すような病床の整理を行うつもりはありません。	③
96 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	24ページ	自治体病院・公的病院の果たす役割も考慮に入れる必要がある。公的な立場から、へき地医療や難病、不採算な医療を担っており、病床だけで議論を進めるべきではなく、必要病床としての基準を示し、削減の対象から除かれるべきではないか。	公立病院	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしており、地域の関係者による丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
97 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	24ページ	2025年における必要病床数と2015年度病床機能報告による病床数との比較で総計が約2,900床削減することになり、急性期機能病床については5割減になっていて今後必要となると想像される慢性期機能病床でも2割減となっている。県民の一人でもある40代の私からみても今後県内で長期入院をしないといけなくなった際に居住地と違う病院での受け入れしかできないのでは、と不安になる。厚生労働省のガイドラインの計算式で計算することで本当に県民に信頼される医療政策を提案できると県が考えているとは思えない。	推計方法	必要病床数については、医療法施行規則等に定められた推計方法により算出しているものですが、平成25(2013)年度のレセプトデータに基づいていることや、病床機能報告が医療機関の自主的な判断に基づいていることから、本県としては、必要病床数は医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、地域医療構想の実現に向けては、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。	⑦
98～99 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	24ページ	「図表1-16 2025年における必要病床数と2015年度病床機能報告による病床数との比較」では、一般病床において、回復期病床が不足し急性期等の病床が超過している数値が示されているが、病棟や病床を無理に特定の類型に当てはめようとすると地域の実情に合わなくなる。急性期病床と回復期病床との機能は相対的なものである。今回の病床区分が診療報酬との関係でどのように扱われるのかお聞きしたい。(同意見他1名)	病床機能区分	病床機能報告については、国において定量的な基準の検討が進められているところですが、現時点では、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合は主に担っている機能を1つ選択して報告しているなどといった点に留意しつつ、必要病床数を目安として医療機能の分化・連携を進めていくべきと考えています。なお、診療報酬との関係については、平成30(2018)年度の次期改定を待つこととなります。	③
100 第1部 総論 第3章 2025年におけるあるべき医療需要および必要病床数の推計	25ページ	必要病床数と病床機能報告による病床数を比較する上での留意点について、政策的に在宅医療等に移行を前提とした推計となっていることに留意すること、と但し書きをしているが、そもそも現在①②について在宅医療に転換できていないものを将来できると推計することに無理があり、現状の枠をそのまま地域医療構想に反映されるべきであること、③の慢性期の入院受療率の地域差を解消することで将来的に在宅医療等で対応する患者数となっているがそもそも地域差を解消する予定の数字を病床削減とリンクさせることがよいのか、想像する数値目標を地域医療構想に盛り込まずに現状の数値を反映させるべきではないのか。	推計方法	急速に高齢化が進むなか、従来の急性期疾患を対象にした救命・延命・治癒・社会復帰を目的とした「病院完結型」医療から、慢性期疾患の多い高齢者を地域全体で治し支える「地域完結型」医療への転換が求められており、その一環としての地域医療構想であることから、将来のあるべき医療提供体制の構築に向けて、一定の仮定を置いて推計することは必要であると考えています。	⑥
101 第1部 総論 第4章 本県独自の取組		法令上は県に稼働病床については削減の権限がないとされており、構想案にもその旨記載されています。しかし、非稼働病床については、公的病院(県立病院、自治体病院、日赤、厚生連など)に対して削減命令ができ、民間病院に対しても要請することができます。また、機能分化に向けて公的病院へ指示、民間病院へは要請することができるなど、県知事の権限は法令上強化されています。 三重県は独自に先行して「未稼働病床整理計画」を作成し、すでに547床の削減ができたとしています。地域では公的医療機関の比率が高く、各医療圏において地域医療の中心的役割を果たしている公的病院が優先的に病床削減の対象とされる形であり医療人と県民に不安感を与えています。県としては病床削減の命令、指示、要請等は行わないことを宣言し、地域住民のために必要病床を確保する姿勢を強く打ち出すべきです。	未稼働病床整理	地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議における関係者の協議と医療機関の自主的な取組のもとで進めていくことを基本としています。未稼働病床の整理については、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	⑤

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
102	第1部 総論 第4章 本県独自の取組		未稼働病床はなぜ未稼働なのかの検討が希薄である。 患者が減少したことで未稼働になっており、今後人口が減少すれば稼働率はさらに下がるから病床削減を行うよう誘導しているようにとらえられる。医療提供者である医師数、看護師数に地域格差や病院格差があり、この差が病床稼働率に大きな影響を及ぼしているにもかかわらず、このことに対する十分な検証が行われていない。さらには各病院の医師数、開業医数を各病院、医師個人に任せておくのではなく、従来大学がコントロールしていたこれらの人員配置について国や県行政が指導的立場で発言できるような具体的な方法を検討し論ずるべきである。 一見論理的な数字で今後の医療を考えているようだが、私たち住民の最大の望みは高度急性期、急性期、回復期、長期療養、緩和、死に至るまで、自分を知ってくれている身近な総合病院で受けたいのが本音であるが、医療費削減を目的とした医療機能の分担や、医療の集約化は住民の希望とはかけ離れていくように思える。各地域の専門別医師の数、病院からの距離、医療サービスの内容をさらに検討し、県が積極的にかかわり、政策を提案し、県民が等しくサービスを受けられ、医療機関の選択が可能な環境づくりを検討していただきたい。特に県南では高度急性期、急性期、産科、小児科において平等とはいえない状況であるが、具体的な対策が見受けられない。	全般	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。 慢性期疾患の多い高齢者を地域全体で治し支える「地域完結型」医療への転換が求められており、県としては、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域医療構想を通じて地域の医療提供体制を整備していきたいと考えています。 策定後は、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めていくと同時に、全県民が等しくサービスを受けられるよう、三重県医療審議会、関係部会等において引き続き検討してまいります。	③
103	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	28～30ページ	病院から在宅への流れの中で、フレームワークが出てきているが、具体的に何処まで整備が出来て、実効性があるのか疑問。調整会議で出された、フレームワークの現状一覧表を中間案にも記載していただきたい。	在宅医療	フレームワークに基づいて把握した現状については、集計結果等を掲載いたします。	①
104	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	28～30ページ	介護施設の現状も厳しいもので、看取りを介護施設が担っていくことになれば、十分な教育が必要である。	在宅医療	在宅や介護施設での看取りについては、在宅医療を推進するうえで重要と考えますので、今後も普及啓発や人材育成を推進してまいります。	③
105	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	28～30ページ	在宅で看ることになると介護者へのケアも必要で、家族だから看るのが当たり前ではない、倫理的なこと、介護者の人権、も踏まえた手厚いケアが必要である。	在宅医療	介護を行う家族等の支援も重要であり、在宅医療フレームワークにおいても、レスパイト体制の整備や家族同士のつながりの構築などを定性的な項目として定めています。今後もフレームワークに基づき、全県的に体制整備に取り組んでまいります。	③
106	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	28～30ページ	在宅での看取りについても専門職を中心に家族ケアについて具体的に考えていく必要がある。四日市では看取りの為の冊子が出来ています。	在宅医療	在宅医療の普及啓発の中で、看取りに関する内容も取り入れていきます。	③
107 ～ 108	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	29ページ	「在宅医療フレームワーク」②定量的指標の訪問看護師数及び医師数等の具体的な数値が示されていない。P26の2025年の在宅医療等医療需要との関係で、21656.4人/日となった場合の目標数値を示されたい。(同意見他1名)	在宅医療	在宅医療フレームワークの中の医療従事者数(医師数及び訪問看護師数)については、現時点では明確な基準を設定するに至っていないため、今後検討してまいります。	③
109	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	31～32ページ	稼働ベッドでの報告制度は国の誘導的な政策で、稼働できないベッドは医師、看護師不足があるからであることの問題点が議論できていない。病床未稼働の理由をデータで明らかにしていただき、それへの対応方針を示していただきたい。	未稼働病床整理	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。今後も、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	⑤
110	第1部 総論 第4章 本県独自の取組	31～32ページ	「未稼働病床の整理」は、昨年個別に実施されたが、「策定の基本的な考え方」のところでも指摘しましたが、未稼働の原因をきちんと分析したうえで、各区域の「調整会議」で確認しながら合意の上で進めるべきで、そのための「調整会議」ではないでしょうか。未稼働の現状と理由を分析し、各調整会議で確認し進めるように、本項目の見直しを求めます。	未稼働病床整理	未稼働病床の整理については、対象となった医療機関に対して、個別ヒアリングや必要に応じて現地調査を行うなど、各医療機関の実情を確認しながら実施しています。今後も、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	⑤
111	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	2ページ 33ページ	全体として、この間の取り組みの反映として、関係者の意向を十分考慮しながら策定を進めるとの方針が示されている。(P2) ・「①地域医療構想調整会議においては、地域の関係者による丁寧な議論に努め、その結果を最大限に尊重すること。」 ・「③病床削減ありきで議論を進めるものではないこと。」 しかし、方針②に「～目安として受け止める必要があるものの、地域のあるべき医療提供体制の議論を優先して進めていくこと。」との文言はあるが、単なる「目安」ではないことは、「第5章 地域医療構想の実現に向けて」(P33)で、「みえ県民ビジョン・第2次行動計画において、「地域医療構想の達成度を指標」としていることから明らかである。具体的には「県全体の機能転換対象病床数のうち、実際に転換した病床数の割合」を数値目標とし、その達成に向け県としての取り組みを進めていくものである。	達成目標	「みえ県民ビジョン・第2次行動計画」における「地域医療構想の達成度」は、地域医療構想の進捗管理を行うために置いた指標であり、平成37(2025)年にあるべき医療提供体制が構築できるよう、平成37(2025)年度を100%とした場合の平成31(2019)年度の目標を設定しています。必要病床数については目安であることから、「地域医療構想の達成度」においても、それを達成するために強制的に病床削減を進めていくものではなく、必要病床数の見直しがあった際には、目標についても修正を行ってまいります。	⑦

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
112	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	33ページ	2025年の病床推計値があくまで「目安」であるならば、「みえ県民力ビジョン・第二次行動計画」の達成度の指標として入れるべきではありません。複合指標とせず、在宅医療提供体制の整備度など単独で示してください。	達成目標	「みえ県民力ビジョン・第2次行動計画」における「地域医療構想の達成度」は、地域医療構想の進捗管理を行うために置いた指標であり、平成37(2025)年にあるべき医療提供体制が構築できるよう、平成37(2025)年度を100%とした場合の平成31(2019)年度の目標を設定しています。必要病床数については目安であることから、「地域医療構想の達成度」においても、それを達成するために強制的に病床削減を進めていくものではなく、必要病床数の見直しがあった際には、目標についても修正を行っていきます。あるべき医療提供体制の構築に向けて、医療機能の分化・連携と在宅医療体制の整備は車の両輪であることから、複合指標としています。	⑥
113	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	33ページ	がん医療、回復期(脳卒中対策)、急性期医療、周産期医療など個別の医療課題をすすめるために最大のネックが「医療従事者の確保」です。全国平均に比べて低い医師・看護師数をせめて、全国平均並みにすることははっきりと目標にかかげ、偏在の解消については、実効ある対策を明らかにするとともに、それが難しいのであれば、医師数の増員をめざす必要があると考えます。	医療従事者	三重県の人口10万人あたりの医師・看護師数は全国平均を下回っていることから、様々な医師・看護師の確保対策に取り組んできました。今後も、地域医療構想調整会議において議論しながら、地域の医療を確保するため、医師・看護師確保の取組を進めてまいります。	③
114	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	34ページ	今後、出産・育児を行なっていく立場としては産婦人科・小児科の医師不足が不安です。安心して子育てができるよう医療体制の整備をお願いします。	医療従事者	産婦人科・小児科医をはじめとした医師確保を図るため、これまで三重県地域医療支援センターにおける若手医師のキャリア支援、医師修学資金貸与制度の運用等により、医師確保対策を総合的に進めてきました。今後も、これらの医師確保の取組を進めることにより、地域住民が安心して出産、子育てができる体制を確保していきたいと考えています。	③
115	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	34ページ	三次救急医療機関に指定されている病院、特にドクターヘリの受け入れをしている伊勢日赤病院と三重大学医学部附属病院での高度急性期機能病床の削減対象としないことを求める。理由は、これらの病院は三重県が三次救急医療機関として指定し、特に伊勢日赤病院と三重大学医学部附属病院にはドクターヘリの受け入れを要請していることから県内外の救急医療を行うことが想像される。患者流入の考え方としても対象病院の高度急性期機能の病床が削減されることで受け入れ病床の不足が懸念されるから。	高度急性期機能	高度な救急医療や周産期医療等については構想区域に留まらない議論が必要と考えており、三重県医療審議会救急医療部会や周産期医療部会等において議論しながら、体制整備を進めてまいります。なお、救急医療の受入に支障を来すような病床の整理を行うつもりはありません。	③
116	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	34ページ	高度急性期の病床削減対象としてNICUと周産期母子医療センターの高度急性期・急性期機能病床を含まないことを求める。理由は高度急性期・急性期機能病床のICUと同様に新生児対象のNICUと県内に5つある周産期母子医療センターの高度急性期・急性期機能病床は広域をカバーする受け入れ病床を確保する必要がある。これらの高度急性期・急性期機能病床が削減対象となることで受け入れ態勢が損ない、三重県の小児救急体制が崩壊することが想像できる。三重県の「希望がかなうみえ子どもスマイルプラン」を支える体制としても少なくともNICUと周産期母子医療センターの高度急性期・急性期機能病床は少なくとも現状を維持すべきであるから。	高度急性期機能	高度な救急医療や周産期医療等については構想区域に留まらない議論が必要と考えており、三重県医療審議会救急医療部会や周産期医療部会等において議論しながら、体制整備を進めてまいります。なお、救急医療の受入に支障を来すような病床の整理を行うつもりはありません。	③
117	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	35ページ	求められる医療行政を果たすため、医療現場との連携を密にして欲しい。とりわけ医師の配置については、大学病院としっかり連携して欲しい。	医療従事者	これまでも三重大学や臨床研修病院等とも連携しながら医療従事者の確保を進めてきましたが、今後も、地域医療を確保するため、引き続き、大学等と連携しながら、医師・看護師確保に取り組んでいきたいと考えています。	③
118	第1部 総論 第5章 地域医療構想の実現に向けて	35ページ	精神患者の入院病床も削減していく方向ですが、さらにきめ細かな受け皿の整備が必要です。	その他	現在、国の検討会では、精神保健福祉のあり方について議論されており、県でも今後の動向を注視しているところです。	⑤
119	第2部 各論	37ページ	各区域の人口動態などのデータも示され、「あくまでも地域における医療機能の分化・連携をすすめるための目安」「病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません」と改めて書かれています。p22の各区域における必要病床数が示されているが、あくまでこれも目安として、各区域の個別の医療ニーズに沿って本当に必要な病床数が検討されるよう希望します。東紀州区域のように904床が491床へと45%も減少する目安は現実的とは考えられない。	必要病床数	必要病床数については、地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議においてあるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
120	第2部 各論 第1章 桑員区域		<p>桑員地域の2次救急、周産期を桑名市総合医療センターが担う計画で有ることは、理解していますが、桑員地区は、いわゆる『都市型』となります。高度医療を受けることのできる施設までの移動手段、距離に恵まれている地域だと言うことを踏まえ、将来的には、もっと広い医療圏での構想に調整されるのでは無いかとの不安があります。現に三重県の北勢地区の周産期医療は平成27年を目途に市立四日市病院が担う計画で整えられてきており、今後出産可能な人口の減少する中で、隣合わせの桑名と四日市に周産期医療を置けるのかという不安があります。</p> <p>また、足りない回復期の病床をどこかの病院が受けるのか。桑名市総合医療センター以外の病院の院長の『7対1報酬の代わりに診療報酬が無いと、救急を止められない』という言葉の通り何らかの手当てが無いと救急医療から回復期への移行は難しいと思います。</p> <p>高齢者は、一人での受診がだんだん難しくなっていくため、バスなどの交通手段から家人・施設の車で通院になっていくことから住所の近隣に総合医療のできる（一か所で数科の受診が出来る）施設の安定したサービス提供が望まれるし、その役目を担うのは公共の責務だと考えています。</p>	あるべき医療提供体制（桑員）	<p>地域医療構想では、在宅医療などより地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、8つの構想区域を設定しましたが、高度な救急医療や周産期医療等については構想区域に留まらない議論が必要と考えており、三重県医療審議会救急医療部会や周産期医療部会等において議論しながら、体制整備を進めてまいります。</p> <p>また、桑員区域では、今後、桑名市総合医療センターが地域の中核病院としての役割を担うことが期待されていますが、回復期機能を含めた地域全体の役割分担等について、引き続き地域医療構想調整会議の場で議論していくこととしています。</p>	③
121	第2部 各論 第1章 桑員区域		<p>私は四日市に住んでいますが、仕事場は桑名市です。病院勤務のため家人からは頼りにされ、介護の必要な高齢者の介護を行っています。77歳で亡くなった義父は気管切開を行い、胃瘻を作り、Baカテーテルを留置した状態を夫の実家であるいなべ市の自宅で2年管理し、義母といっしょに看取りました。義父のかかりつけ病院はいなべ総合でしたが、いなべ総合に専門医がいないことから、気切カニューレ・Baカテーテルの交換に自宅から菟野厚生病院に私の車に乗せ通院しておりました。又、現在は桑名市在住の84歳の家族のない一人暮らしの伯母の自宅での生活を支えるため、銀行・郵便局の代行。役所・保険などの管理、通院の送り迎え、生協では購入できない買物の代行などの手伝いをしております。</p> <p>このように、家族で高齢者の介護を行おうとすると、いくつもの市町村をまたいで家族が動かなくてはなりません。</p> <p>今後、私のように義父・義母、実父・実母だけでなく一人暮らしの叔父・伯母などの介護も担っていかねばならないと考えると、ショートや訪問を駆使しても雑用をこなすのは時間も労力も並大抵のことではやり切れません。</p> <p>せめて、住所のある近所の病院に連れていけば複数の診療科が受診できる。理想は、自宅への訪問医療が望ましいと思います。今後ご考慮・ご検討下さい。</p>	あるべき医療提供体制	<p>県としては、平成37（2025）年に向けて、住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の医療提供体制を整備していくことが重要と考えています。具体的には、高度な医療は比較的広い範囲で体制を整備し、地域の中核病院で急性期の治療を終えた後は、より身近な医療機関へ転院または自宅での療養へ移行できる体制整備が大切と考えています。特に、在宅医療を受けられる環境を整えることは重要であるため、全県的に在宅医療体制の整備を進めていくこととしています。</p>	③
122	第2部 各論 第1章 桑員区域		<p>桑員地域は他県と隣接する地域で現在も他県の医療機関に頼ることが多々あります。受診は可能ですが、他県には他県のルールがあり三重県と違うことがあると戸惑うこともあります。安心して高度医療や小児の入院施設が充実することを希望します。</p> <p>新しく出来る桑名市総合医療センターがその役割を担ってもらえるといいのですが、この計画で現れていない問題に開業医・勤務医の高齢化があります。</p> <p>今後今と同じ・それ以上の医療体制を求めるのは難しいのでは・・・とも感じます。それは桑員地域だけの問題でしょうか？若い医師は皆どこへいってしまうのでしょうか。</p>	あるべき医療提供体制（桑員）	<p>県としても、桑名市総合医療センターには、桑員区域における救急医療等にかかる基幹病院などの役割を期待しているところです。</p> <p>医師の高齢化を含めた医師不足については、県全体の問題と捉え、医師修学資金貸与制度や三重県地域医療支援センターの活用による若手医師の県内定着やキャリア形成支援に取り組んでいます。また、女性医師の子育て等からの復帰支援など医療機関の勤務環境改善の取組を支援しています。</p> <p>今後も、これらの取組を通じて、若手医師の確保・定着を図っていきたいと考えています。</p>	③
123	第2部 各論 第1章 桑員区域	49ページ	<p>桑名東医療センター、桑名西医療センターの病床稼働率が以上に低い何か理由があるのか。（病床数を減らしていくためなのか）</p>	あるべき医療提供体制（桑名）	<p>平成27（2015）年度病床機能報告では、許可病床が桑名東医療センター349床、桑名西医療センター234床に対して、稼働病床が桑名東医療センター232床、桑名西医療センター156床となっています。個々の事情については把握していませんが、病床稼働率は許可病床数ベースで計算していることから、病床稼働率が低くなっています。</p>	⑦
124	第2部 各論 第1章 桑員区域	52ページ	<p>「桑員区域で271床の整理計画の提出」とあるが、桑名医療センターで662→400床の262床減が既に公表されており、当たり前のようになっているが、これで大丈夫なのか。（総合医療センターは建設時に400床ぐらいの病院と提案があったものです。これで桑名の医療が守られるのかは別問題です。）271床整理の詳細を明記してください。</p>	未稼働病床整理	<p>個別の医療機関の状況については、公表しない方針で進めてきており、271床の内訳については、公表は控えさせていただきます。</p>	⑥

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応																																	
125	第2部 各論 第3章 鈴亀区域	88ページ	<p>鈴亀区域地域医療構想における慢性期の医療需要の推計について、医療機関の機能を加味し、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計することになり、当院の特性もある程度考えて頂いた形にはなっておりますが、当院は、国の政策医療としての重症心身障害者、筋ジストロフィー、神経難病の専門病院で、患者についても三重県内全域、他の都道府県からの受入が多く、実態として現状の患者構成は下記のとおりで、鈴亀区域外からの入院が多く、また、当院が鈴亀区域内の慢性期病床に占める割合も高い(290床/625床 46.4%)ため、当地区の慢性期病床の医療需要の推計にあたっては実情を加味して頂きたい。</p> <p>記 平成29年1月1日現在の患者住所別患者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区域</th> <th>患者数</th> <th>構成比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・鈴亀</td> <td>90名</td> <td>32.14%</td> </tr> <tr> <td>・桑名</td> <td>22名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・三河</td> <td>30名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・津</td> <td>29名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・伊賀</td> <td>6名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・松阪</td> <td>13名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・伊勢志摩</td> <td>11名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・東紀州</td> <td>7名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・他県</td> <td>72名</td> <td>25.71%</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>280名</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区域	患者数	構成比	・鈴亀	90名	32.14%	・桑名	22名		・三河	30名		・津	29名		・伊賀	6名		・松阪	13名		・伊勢志摩	11名		・東紀州	7名		・他県	72名	25.71%	計	280名		推計方法	重症心身障害者、筋ジストロフィー、神経難病の専門病院においては、構想区域外からの入院患者が多い状況は十分理解しておりますが、県全体として統一した推計方法とする必要があるため、回復期、慢性期病床は、患者住所地ベースを基本としつつ、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は将来にわたって一定程度継続することが見込まれる等の理由により、一定医療機関所在地ベースの考え方も考慮しているところですので、ご理解いただきますようお願いいたします。 なお、その後の状況変化や社会情勢をふまえ、平成37(2025)年の医療需要の見直しを図られた際には、個別の事情が考慮できないか検討していきたいと考えています。	⑤
区域	患者数	構成比																																					
・鈴亀	90名	32.14%																																					
・桑名	22名																																						
・三河	30名																																						
・津	29名																																						
・伊賀	6名																																						
・松阪	13名																																						
・伊勢志摩	11名																																						
・東紀州	7名																																						
・他県	72名	25.71%																																					
計	280名																																						
126	第2部 各論 第4章 津構想区域		津構想区域に、三重大学病院が組み込まれているが、大学病院は、高度急性期病院として三重県全体をカバーする役割や医師確保、教育を担う役割があり、まず津区域では、大学病院は外して考えるべきではないでしょうか。	高度急性期機能	平成37(2025)年の医療需要については、医療法施行規則等に基づく推計であり、大学病院を除外していません。特定機能病院である三重大学病院の役割については、別途検討することも必要と認識しており、今後、地域医療構想調整会議において、他の構想区域に及ぼす役割について議論していきたいと考えています。	⑤																																	
127	第2部 各論 第5章 伊賀区域		検討の際に使用される伊賀地域の各病院のデータが古いままになっています。刻一刻と変化していく中で、この地域の特性に合った医療を考えていくためには、病院の特性、稼働病床数や人員配置などを含め、最も新しい年のデータもしくは3年程度の経時的変化がわかるようにしたデータを用いた方が良く考えます。	その他	最新の病床機能報告の公表数値を使用しています。地域医療構想の実現に向けては、県内の医療実態が把握できるよう、必要となるデータの収集・分析等も進め、地域医療構想調整会議において情報提供していくことを考えています。	⑥																																	
128	第2部 各論 第5章 伊賀区域	110~125ページ	<p>今回の地域医療構想は、現状分析にとどまり、具体的な計画は今後の地域医療構想調整会議にゆだねられると思います。 (今後の調整会議に期待すること) 伊賀地区では、救急の輪番制を敷いているため、伊賀北部の住人が名張地区の病院に搬送せざるを得ない場合が多々あります。(資料に示された救急車受け入れ件数では、ほぼ50%の確率で名張市民に搬送されています。) 伊賀北部から名張市民病院まで、一時間以上かかる場合があり、一刻を争う病気に対してはほぼ絶望的です。 私は、上野地区より北に住む市民にとっては救急医療体制を輪番制から2極体制(上野地区と名張地区)にすることを望んでいると思います。 この実現が困難になっている原因が、上野地区に2つの病院があり、医師、看護師が分散していることだと思います。 病床利用率が37%である上野総合病院は、経営状態が極めて悪化していると言わざるを得ない。本来倒産してもおかしくない状態であり、市からの負担金でなんとか存続している状況です。 岡波病院との経営統合を視野に上野地区の救急医療体制を再構築し、安心して暮らせる医療環境、療養環境を整備していただきたい。</p>	あるべき医療提供体制(伊賀)	県としては、平成37(2025)年におけるあるべき医療提供体制を考える上で、救急医療体制の確保は重要な課題であると認識しており、それぞれの地域の救急医療体制が維持できるよう、引き続き地域医療構想調整会議において、丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③																																	
129	第2部 各論 第5章 伊賀区域	122ページ	施設の定員等を65歳以上人口1万人あたりで表示しているが、最近厚生労働省の統計では、75歳以上人口1万人あたりで集計しているのがあります。健康寿命から考えると、75歳以上人口1万人あたりも、意味のある統計と考えますが、いかがでしょうか。	その他	介護老人福祉施設等の入所条件が65歳以上であり、年齢3区分別人口の老年人口をもとに人口1万人あたりを算出しているところです。	⑥																																	
130	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢志摩地域において、医師、看護師数が少ないため、医師の確保を急ぎ、急な病気に対する受け入れ体制を確保して下さい。	医療従事者	伊勢志摩地域の人口10万人あたりの医師・看護師数は県内平均を下回っていることから、これまでも県内の医師・看護師の確保対策に取り組んできました。今後も、伊勢志摩地域の医療を確保するため、引き続き医師・看護師確保の取組を進めていきたいと考えています。	③																																	

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
131	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		医療従事者が継続して勤務できるような労働体制にしてほしい。(例えばワークライフバランス)	医療従事者	医療従事者が継続して勤務できるためには、勤務環境の改善が必要であると考えています。三重県ナースセンターや三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を周知し、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援していきたいと考えています。	③
132	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢志摩地域において、急性期(高度)受け入れ病院が、疲弊してはいけないと思う。その為には、回復期、慢性期を受け入れる病院や施設の態勢作りが不可欠である。老人施設の医療スタッフも病院勤務スタッフ同様にレベルアップとスキルアップが必要だと思う。 また、住民の理解と協力無しには地域医療構想は絵に書いた餅になってしまう。患者としては「いつでも診てもらえる」が理想であり難しいこともわかっている。地域医療構想に取り組むにあたり、地域住民も交えての改革を考えてほしい。	あるべき医療提供体制	地域医療構想調整会議における議論を通じて、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めていきたいと考えています。 また、適切な受療行動や在宅医療の浸透につながるよう、患者・住民への周知を進めてまいります。	③
133	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢市に在住している者です。 昔は伊勢病院も救急をもっとやっていたのに、医師が居ないためほとんどを日赤でやっているといます。 でも日赤だけでは担えてないのが現状なのではないでしょうか？ 伊勢病院は回復期や慢性期に力を入れて在宅医療の充実を図っていくことが大切であると思いますが、救急もやっていかななくてはならないのでは？と思います。 そのためにも、医師をはじめ看護師の充実が必要なのではないでしょうか。 疑問に思ったのは、相互の人的交流です。 もっと具体的にどんなものを教えていただきたいです。 三重県民が平等に納得いく医療が受けれるようにして欲しいです。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。 どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、相互の人的交流のあり方も含め、検討していきたいと考えています。	③
134	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		医師不足、偏在により伊勢赤十字病院に二次救急受入が殺到する現状にあって、人口推計やレセプトデータに依拠して必要以上に急性期病床を削減することは、さらにその状態に拍車をかける恐れがある。また、平均在院日数が短く、患者や家族が不安がる声も耳にする。 市立伊勢総合病院に対して、三重県を通じ三重大学に循環器、脳神経外科医師の派遣を要請し、二次救急体制を充実することで、伊勢赤十字病院が果たすべき三次救急の役割を今まで以上に発揮できる環境が整備され、本来の機能分化、連携につながると考える。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。 どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
135	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		回復期、慢性期からの急性期化などへの対応は考慮したものとは考えにくい。高齢者人口、世帯の比率が上昇し続けており、それらの急性期化を考慮した受入体制の確保は必須である。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	平成37(2025)年に向けて伊勢志摩区域における高齢者人口はほぼ横ばいで推移することが見込まれており、回復期、慢性期からの急性期化についても、対応できるものと考えていますが、慢性期・在宅医療等における急変時対応については、どういった機能で対応していくか等については、地域医療構想調整会議において検討を進め、あるべき医療提供体制を構築してまいりたいと考えています。	③
136	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢総合病院については一定程度の急性期機能を担うものとしていますが、小児科・産婦人科・脳神経外科の病床が確保されておらず、医師が充足もしていない。地域住民が安心して療養生活を行えるよう医療体制の整備をお願いしたい。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。 どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
137	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢総合病院については、急性期機能を担うものとしていますが。現状は、小児科、産婦人科、脳神経外科の病床が確保されていません。地域住民が安心して医療サービスを受けるには、伊勢赤十字病院に偏った現状では不安です。受入の平準化を図り、地域全体で支えあう医療体制の実現をお願いします。 ※	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。 どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
138	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢総合病院については一定程度の急性期機能を担うものとしていますが、小児科、産婦人科、脳神経外科の病床が確保されておらず、医師が充足もしていない。地域住民が安心して療養生活を行えるよう医療体制の整備をお願いしたい。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。 どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
139	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢市内では救急車の受け入れの多くは日赤が行っている現状でその現場は大変疲弊し、「伊勢病院はいったい何をやっているのだ」という声があることをよく耳にします。このような中、伊勢市民として日赤だけに頼った体制で本当に「安心安全な医療体制」が確保できるのでしょうか？いろいろな数字にとらわれることなく現場をよく見た地域医療制度を構築してほしいです。	あるべき医療提供体制（伊勢志摩）	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
140	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		特に伊勢志摩地域に関してですが、基幹病院の医療提供の状況によりますと、稼働病床率・救急車受入件数ともに伊勢赤十字病院が伊勢志摩地区の医療の大半を占めていることが高い数値からわかりました。それに加え、2025年にめざす医療提供体制の方向性についてを見ると、伊勢赤十字病院の負担はさらに大きいものになり、われわれ住民が必要な時に医療、特に救急医療を受けることが難しいのではないかと感じます。伊勢赤十字病院がそれだけ高い稼働病床率・救急車受入件数であれば、現段階でも現場の医療・救急医療はパンクしつつあるのではないのでしょうか。それで住民は迅速に適切な医療を安心して受けることができるのでしょうか。市立伊勢総合病院の急性期機能は一定程度ということですが、医師や看護師を確保し、拡充することでバランスのとれた伊勢志摩地域の医療が可能になるのではと考えます。今後さらなる調査をしていただき、実際の状況を把握した上での地域医療構想策定をお願いいたします。	あるべき医療提供体制（伊勢志摩）	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
141	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		年間在棟患者延べ数と許可病床数から計算した病床稼働率は、伊勢赤十字病院が91.2%、市立伊勢総合病院が57.1%、県立志摩病院が49.7%、救急車搬送で伊勢赤十字病院が8,768件、市立伊勢総合病院が1,394件、県立志摩病院が2,025件とあるが、偏りが大きすぎる。伊勢赤十字の過大な負担と、他の2つ病院の経営状態の悪化が、将来この地域の医療に重大な危機をもたらすのではないかと不安を感じている。市立伊勢総合病院、県立志摩病院の救急医療体制や稼働率は医師の数による影響が大きく、これを充実することで本来の1次、2次、3次救急体制のあるべき姿を実現し、伊勢赤十字の負担軽減を図るべきである。医師数、特に専門分野別医師数を明示し、病院間格差の軽減と充実をはかる具体的な方策を示すべきである。今回の医療構想はデータを引用し医療費削減の方策に合わせているだけに見える。三重県の事情に合った独自性を持ち、病院の財政や人的支援にも積極的に関わる医療政策策定に取り組んでいただきたい。	あるべき医療提供体制（伊勢志摩）	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしています。市立伊勢総合病院や県立志摩病院の「一定程度の急性期機能」についても、地域医療構想調整会議において議論しつつ、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
142	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢志摩の救急医療を1病院に集中させることで、セカンドオピニオンの時代に選択肢がない地域はどうか。地域医療を考えるといい公的機関である国、県は地域医療を受ける住民の目線で考えた内容ではないと考えます。地域医療の充実を図るのなら、過疎の進む地域でも住民が安心して住める権利を守ることが優先させるべきであり、効率的な考えの優先をこれ以上進めることで地域が衰退することは三重県にとってマイナスだと考えます。また、他の件より医療に現在まで県として大きな役割を感じられないのはどうでしょうか？県は市町村に医療を任せ過ぎではないでしょうか？知事は、三重県の魅力をもとに伊勢志摩サミットを成功させたとありますが、三重県の魅力を支える地域住民の健康を守る医療への関心を高めていただき地域でも高い医療が受けられる県を目指してはどうでしょうか。特に医師を十分に三重県に配置していただける体制が住民の声であると考えます。	あるべき医療提供体制（伊勢志摩）	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
143	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢志摩も先日の寒波で伊勢日赤病院は満床で高度急性期医療病院であります受け入れが困難で、市立伊勢総合病院に受け入れ協力態勢がありました。病床に空きはあるがなぜ十分に受け入れられないのでしょうか？十分な医師の確保がされていないことも一つの要素であると考えます。市立伊勢総合病院は内科医の配置が極めて少なく医師の高齢化が進み十分に機能を果たせないのではないかと考え、医師の派遣が地域の医療基盤をゆるぎないものとする確信をしています。病床削減の前に医師補充を県の立場からお願いします。医師・看護師の交流を公立病院である市立伊勢総合病院が先頭に立つことで公立病院が地域包括ケアシステムに大きく参画できるのではないかと考えるその面からも医師の派遣が最優先課題であると考えます。	あるべき医療提供体制（伊勢志摩）	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
144	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		現在の伊勢志摩地域の救急医療体制について、伊勢赤十字病院は現在満床近い入院が続きバンク状態であり、受け入れ困難な状況が出てきていると聞いています。また、市立伊勢総合病院に救急搬送されても、脳卒中や急性心筋梗塞であることがわかるとそこで治療がされず伊勢赤十字病院に転送されるという話がありますが、最初に搬送された病院でそのまま治療が開始されないと命に関わることもあると思います。市立伊勢総合病院の医師数は減少の一途をたどり脳外科はなくなり循環器科医は1名の状態で、対応できる医師が少ないまたはいない状況にあることは理解していますが、搬送された先で十分な医療が受けられる救急医療体制が必要であると考えます。2025年にめざすべき医療提供体制の方向性として、「～市立伊勢総合病院については、一定程度の急性期機能を担うほか～」とありますが、現在の救急医療体制を継続していく方針のみでは不十分と言わざるを得ません。また、市立伊勢総合病院の病床稼働率の低さが取り沙汰されていますが、これは救急を担う医師が少ないことを一因としており、伊勢赤十字病院の病床稼働率の高さをみる限り、県として三重大と連携して医師数を調整するよう働きかけていただきたく思います。 伊勢志摩地域の状況を述べさせていただきましたが、三重県全体みても救急医療体制は十分に確保されている状況にないことは把握しています。それにもかかわらず、急性期の病床数を減らすということはその分救急医療体制を縮小化し、救急医療体制をさらにひっ迫することにつながるのではないのでしょうか？少子高齢化や人口の減少などの推移をみることも将来の医療需要にとっては大切かも知れませんが、現在の地域住民の生命を守るためには、地域の中核病院の救急医療体制の充実を図るべきと考えます。さらに、回復期や在宅医療を充実させる推計となっていますが、対応できる医師、またその他のスタッフについては現状を見る限り十分な確保をできるか不透明です。体制のみを整えても担い手がいなければ医療は成り立ちません。国の打ち出した数字のみの方針だけではなく、地域に見合った医療体制の構築をお願いいたします。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。 また、平成37(2025)年におけるあるべき医療提供体制を考える上で、救急医療体制の確保は重要な課題であると認識しており、それぞれの地域の救急医療体制が維持できるよう、引き続き地域医療構想調整会議において、丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
145	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		市立伊勢総合病院は、小児科、産婦人科、脳神経外科が確保されておらず、はたして総合病院と言えるのか疑問です。大学病院と連携をとって医師を確保して安心して暮らせる地域にしていきたいと思えます。 また、なぜ市立伊勢総合病院と伊勢赤十字病院の医師数に大きな差についても御一考お願いできればと思います。医師数を一定程度均一にすれば、救急などで多くの患者を診ることができるとは？県として地域医療構想の構築には十分にご配慮いただきたく思います。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	県としては、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和等を考慮すると、伊勢総合病院においても一定程度の急性期医療機能を担う必要があると考えています。どの程度の急性期機能を担うべきか、伊勢赤十字病院との分担のあり方については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。	③
146	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		市立伊勢総合病院は急性期機能を担うとありますが、医師不足が要因のため救急の受け入れも少なく、週に1回になっています。また、救急当番日には大学からの応援を受けています。必要な人材の確保をしていただきたい。総合病院でありながら小児科・産科・脳神経外科の病床もなく医師の常勤も不在です。伊勢市民が安全で安心できる療養生活がおくれる医療体制の整備をよろしく願います。救急医療体制・在宅医療体制・医療従事者の確保の取り組みを強く進めていただきますようお願いいたします。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	伊勢志摩区域の医療提供体制については、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和や、地域における回復期機能の確保といった観点を総合的に勘案のうえ、今後、地域医療構想調整会議において丁寧に議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
147	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		伊勢病院や志摩病院は、医師が不足している事により救急の受け入れが少なくなっており、日赤への負担が大きい。医師不足の要因の改善(必要な人材の確保) 平日、休日も休日診療所以外の第一次、第二次救急医療体制をもう少し増加していく。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	伊勢志摩区域の医療提供体制については、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和や、地域における回復期機能の確保といった観点を総合的に勘案のうえ、今後、地域医療構想調整会議において丁寧に議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
148	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		市立伊勢総合病院及び県立志摩病院について、一定程度の急性期機能を担うものとしているが病床が確保されていない診療科があるほか、そもそも医師が不足している。地域住民が安心できるよう、更なる医療体制の構築をお願いします。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	伊勢志摩区域の医療提供体制については、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和や、地域における回復期機能の確保といった観点を総合的に勘案のうえ、今後、地域医療構想調整会議において丁寧に議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
149	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		各地域における基準病床数と現状の病床数との開きがあまりにも大きい。しかも、病院の役割に偏りを持たせてしまう計画になっているように見受けられるため、病院によっては患者に十分なケアが行えなくなる恐れもあると考える。 また、伊勢志摩地区においては急性期の病床数が大幅に削減されており、地域における医療提供の可能数の減は市民の命にも関わるため、見直しをお願いしたい。	必要病床数	必要病床数については、医療法施行規則等に定められた推計方法により算出していますが、平成25(2013)年度のレセプトデータに基づいていることや、病床機能報告が医療機関の自主的な判断に基づいていることから、本県としては、必要病床数は医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、地域医療構想の実現に向けては、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。	⑥

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
150	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域		一定の急性期機能、又、回復期など担うものとしているが院内の人員確保もままならない状態であり課題は残っている。小児科・脳外科・産婦人科なども医師不足であり市民病院としてはもう少し整備し整えていってほしい。 過疎地域での医師不足が問題となっている現状なのでそちらの問題解決に繋がる取り組みなしに病院減らされるのは困ると思う。 現状とあまり変わらないように思う。伊勢病院が総合病院として十分な診療科と医療スタッフの確保ができないのであれば改善できないと思う。現状でどう対応するのか課題も多いと思う。 スタッフが定着するよう教育現場の連携と人材確保をお願いしたい。 伊勢市民だから伊勢病院にかかりたいと言われたことがある。このような市民の声を大切にしていくためにもスタッフの充実、診療科の充実を図ってほしい。 日赤よりも伊勢病院を受診したいという地域住民の声を周りでよく聞くことがある。しかし、小児科や脳外科もなく医師も少ないため日赤に行くしかなく、病床を確保し医師を増やし地域住民が安心してできるような体制が今の伊勢病院に必要であると考えます。 救急対応できる病院が1極化することで対応しきれない。実際にパンクしていたことがあり、1次、2次、3次救急体制がとれるようにするため、当院がERできる必要がある。 医師確保だけでなく、チーム医療を重視し看護職やメディカルの人員充実を図ることで地域住民に安心してもらえる病院になると思います。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	伊勢志摩区域の医療提供体制については、伊勢赤十字病院への過度な集中の緩和や、地域における回復期機能の確保といった視点を総合的に勘案のうえ、今後、地域医療構想調整会議において丁寧に議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
151	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	145～161ページ	伊勢志摩地域は医療従事者が不足しており、特に志摩地域では、医師・看護師不足が深刻で、病院の存続すら危ぶまれている。 志摩地域にとって、地域医療を担っている県立志摩病院と志摩市民病院の存在はとても重要である。在宅医療や地域包括ケアシステムを構築するなかで、今後更に、県立志摩病院・志摩市民病院双方とも重要になってくることから、引き続きの支援を行うこと。	医療従事者	三重県の人口10万人あたりの医師・看護師数は全国平均を下回っていることから、様々な医師・看護師の確保対策に取り組んできました。今後も、地域医療構想調整会議において議論しながら、志摩地域の医療を確保するため、医師・看護師確保の取組を進めてまいります。	③
152 ～ 162	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	151ページ	伊勢志摩地域において、医師、看護師数が県内平均を大きく下回る中、医師の確保と偏在解消に向けて、実効的な取り組みをしてほしい。(同意見他10名)	医療従事者	三重県の人口10万人あたりの医師・看護師数は全国平均を下回っていることから、様々な医師・看護師の確保対策に取り組んできました。今後も、地域医療構想調整会議において議論しながら、伊勢志摩地域の医療を確保するため、医師・看護師確保の取組を進めていきたいと考えています。	③
163 ～ 169	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	160ページ	「将来あるべき医療提供体制をふまえた医療需要」の推計にあたっては伊勢志摩地域の面積、地勢をふまえて患者住所地ベースで推計するべきだと思います。(同意見他6名)	推計方法	高度急性期、急性期機能については、患者が構想区域にとられない受療行動を取る傾向が強いこと等の理由により、構想区域内で完結することが困難であることから、医療機関所在地ベースで推計し、回復期、慢性期機能については、患者住所地ベースの考え方を基本としているところであり、ご理解をお願いします。	⑤
170 ～ 179	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	160ページ	伊勢志摩地域においては、人口が減少する中でも、高齢者人口が横ばいで推移することが見込まれるため、(高度)急性期病床数を維持するとともに、回復期、慢性期の病床数を増やすべきだと思います。(同意見他9名)	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	高齢者人口が横ばいで推移するなか、急性期病床数を維持しつつ、回復期、慢性期の病床数を増やしていくのは、病床規制である基準病床数制度上困難であり、病床転換を基本としつつ医療機能の分化・連携を進めていくこととしています。	⑥
180	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	160～161ページ	伊勢志摩地域では70床の整理計画が示され、一方で在宅医療需要は大幅に増える見込みとなっている。高齢化が進展する地域であるため、特に在宅医療の充実が求められる。 在宅医療の体制整備なしに病床整理だけが先行することにならないようにしてもらいたい。また、その旨を計画の中に明記してもらいたい。	在宅医療	効率的かつ質の高い医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムの構築は車の両輪と考えており、地域医療構想の実現に向けては、在宅医療体制の整備状況等も含め、地域の医療提供体制の状況を十分ふまえながら、医療機能の分化・連携の議論を優先して進めてまいります。	③
181 ～ 185	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	161ページ	県立志摩病院の機能強化について賛成し、具体的な取り組みをお願いします。(同意見他4名)	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしており、地域の関係者による丁寧な議論を重ね、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
186	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	161ページ	市立伊勢総合病院や県立志摩病院は「一定程度の急性期機能を担う」となっているが、高齢化が進む中で急性期機能をさらに充実しなければならないのではないかと。救急の受け入れができるよう、必要な医師の確保を進め、一定程度以上の急性期機能を果たしてもらうようにしてほしい。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしています。市立伊勢総合病院や県立志摩病院の「一定程度の急性期機能」についても、地域医療構想調整会議において議論しつつ、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
187	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	161ページ	志摩病院が地勢的に一定程度の急性期機能を担うとあるが、伊勢から志摩への移動時間を考えると、一定程度では少ないと考えられるため、「一定程度」の文言は削除すべき。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしています。県立志摩病院の「一定程度の急性期機能」についても、地域医療構想調整会議において議論しつつ、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
188	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	161ページ	市立伊勢総合病院と県立志摩病院では一定程度の急性期との記述がありますが、伊勢赤十字病院は病床も満床に近いため、救急の受入れが満たされないのではないかと危惧されます。市立伊勢総合病院や県立志摩病院がもっと急性期機能を担えるように医師の配置を進めるべきだと思います。 ・相互の人的交流とはどういったものなのでしょうか？労働条件等が異なる中で実現できるようなことなんでしょうか？ 「地域医療連携推進法人」の導入を想定されているのでしょうか？	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしています。市立伊勢総合病院や県立志摩病院の「一定程度の急性期機能」や具体的な相互の人的交流についても、地域医療構想調整会議において議論しつつ、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
189	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	161ページ	市立伊勢総合病院や、志摩病院は一定程度の急性期機能を担うとありますが、現状では医師不足等で閉鎖されている科がいくつかあります。 伊勢志摩地域を日赤だけで支えるのは不可能です。 必要な人材をちゃんと配分し、市立伊勢総合病院や志摩病院でも急性期機能をしっかりと整備して頂きたいです。 また在宅患者の受入れ等でも、病床数が減るなどすると、いざというときにその機能をちゃんと果たせなくなるのではないのでしょうか。これからも住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるような地域医療の整備をお願いしたいです。	あるべき医療提供体制(伊勢志摩)	公立病院等については、今後の地域医療構想調整会議において、その役割を明確化し、あるべき医療提供体制の方向性に盛り込むこととしています。市立伊勢総合病院や県立志摩病院の「一定程度の急性期機能」についても、地域医療構想調整会議において議論しつつ、地域の実情に応じた体制を構築していきたいと考えています。	③
190 ～ 194	第2部 各論 第7章 伊勢志摩区域	184ページ	医療従事者の定着にむけて勤務環境改善を進めてほしい。(同意見他4名)	医療従事者	医療従事者の確保・定着を進めるうえで、勤務環境の改善が必要であると考えています。三重県ナースセンターや三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を通じ、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援していきたいと考えています。	③
195	第2部 各論 第8章 東紀州区域		方向のところで、 ・75才以上の人口は2025年ピークがあるとあるが、計画の期間中は減少しないのであり、その対策を「中間案」は示していない。これで「計画」といえるのか。 ・「救急車の搬送は高速道の開通で時間が短縮される」との記述があるが、今後とも、高速道を救急車は利用出来るのですか。	あるべき医療提供体制(東紀州)	地域医療構想は、9年後のあるべき姿を示す構想であることから、具体的な対策については、今後の地域医療構想調整会議の議論の中で、検討していきたいと考えています。 高速道路については、開通すれば救急車の通行は可能と考えております。	③
196	第2部 各論 第8章 東紀州区域		人口推計は社人研データを使用しているが、御浜町でも独自の地方創生による町試算を発表している。中間報告でも「東紀州は合計特殊出生率が高い」(P165)との記述もある。なぜ、具体的な人口推計を使用しないのか。	推計方法	医療需要の推計にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)』の推計を全国統一的に用いることが定められていますので、ご理解をお願いします。	⑥
197	第2部 各論 第8章 東紀州区域	169ページ	三重県全体も、東紀州も医師・看護師不足は深刻な状況が続いている。東紀州の記述では、看護師数が正看・準看で記載され、合計数で比較・不足がわからない(P169)。丁寧な記載をいただきたい。	医療従事者	看護師、准看護師数の項目及び数値については、衛生行政報告例の医療従事者調査を引用しており、それぞれで記載することにも一定意味があると考えています。	⑥
198	第2部 各論 第8章 東紀州区域	173ページ	地域疾病の特徴もあるが、救急の件数が増加している。 (14.2% 平均12.4)と高い(P173)。この10年はより増加すると考えられる。住民として病床の減は納得いかない。	あるべき医療提供体制(東紀州)	必要病床数は、地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。	③
199	第2部 各論 第8章 東紀州区域	175ページ	病床稼働率(P175)は、確かに紀南病院は63.2%と低いが、ほとんどの理由が「医師不足」だ。計画と推計はこの点を無視している。調整会議での院長発言が全く反映されていない。そのこともあり、6月議会では御浜町、熊野市、紀宝町が「慎重審議と産婦人科医の確保」の議決を上げた。この点も「中間案」は無視をしている。厚労省の意向に従った「案」ではないか。三重県として、市町の住民の健康と安心に配慮した独自の判断を望みたい。	あるべき医療提供体制(東紀州)	住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、あるべき医療提供体制を構築していくためには、医療機能の分化・連携や在宅医療体制の整備とともに、医療資源の有効活用もあわせて進めていく必要があると考えており、その一環として未稼働病床の整理を実施したところです。未稼働病床の整理にかかる調査対象期間中、病棟改修等を行っている場合は、今回の整理対象とはしないこととしており、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議において協議していくこととしています。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
200	第2部 各論 第8章 東紀州区域	177ページ	「介護の認定数が2025年見込みを上回っている(P177)」との事実を押さえた記述がなされている。では、利用者数の増は入所が可能なのか「フレームワーク」で数値が提案されていない。(前意見)との相関でも、フレームの量との関連が不明、データ数値がないのは何故か。	あるべき医療提供体制(東紀州)	介護の認定数が平成37(2025)年見込みを上回っていることに関して、入所が可能かどうかについては、次期保健医療計画と次期介護保険事業計画の整合性を図ることが求められていることから、平成29(2017)年度の県及び市町の計画策定のなかで検討を進めてまいります。	③
201	第2部 各論 第8章 東紀州区域	179ページ	「東紀州区域の医療需要は減少していくことが予想されます」とありますが、確かに予測では人口そのものは減少しますが、東紀州においては高齢者の比率が他のエリアに比べて相変わらず高いことは今後も不変であり、高齢者の救急対応が多い当地域では、急性期患者を他施設に振り分けることが可能だとしても、まずは近隣の病院に搬送されることを考えた上での急性期機能を一定数維持しておかないと、患者の増える冬季など、許容数を超えて対応ができなくなる可能性があるため、病床数の見直しについては、単純に人口減少のデータだけにとらわれず、救急対応の件数やその内容も考慮した上での総合的な判断を求めます。	必要病床数	必要病床数は平成25(2013)年度のレセプトデータに基づいていることや、病床機能報告が医療機関の自主的な判断に基づいていることから、本県としては、必要病床数は医療機能の分化・連携を進めるための目安と位置付けており、地域医療構想の実現に向けては、あるべき医療提供体制の議論を優先して進めてまいります。	③
202	第3部 実現するための取組		地域包括ケアシステムによって、病院・診療所から地域(在宅医療)へとする流れは、地方の福祉・医療事情に則していない。 核家族化により高齢者、後期高齢者の独居、高齢者のみの世帯が増加しており、サービス事情の充実した都市部と比較し、地方は入院、施設サービスに頼らざるを得ない状況であり、急性期・回復期・慢性期病床の一定確保とともに、県内全域で医師確保をさらに推進することを最優先に取り組む必要がある。	あるべき医療提供体制	こういった患者が、現在の病院・診療所以外の「在宅医療等」で対応できるのか、今後、地域において検討を進めていく必要があると考えており、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。	③
203	第3部 実現するための取組		「在宅医療提供体制の構築」地域包括ケアシステムは市町村だが、在宅医療提供体制の受け皿は誰がどうするのか。 「在宅医療に関する理解の促進」具体的にどうするのか。	在宅医療	在宅医療の提供体制を含めた地域包括ケアシステムの構築については、市町村が主体となって、各地域で取り組むものであると考えますが、県としても全県的に体制整備を支援してまいりたいと考えます。 在宅医療に関する理解の促進については、各種講演会・研修会の開催、啓発資料の作成・配布等により、普及啓発を進めていきます。	③
204	第3部 実現するための取組		「患者・住民にわかりやすく丁寧に説明する」は、いつ、どこで、どのように実施していくのか。 「各構想区域における地域医療構想調整会議」の報・連・相(報告・連絡・相談)はどうなっているのか。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
205	第3部 実現するための取組		在宅医療へシフトしていくためには、家族の理解、地域の理解が不可欠で、またそのための体制づくりが肝心だと思います。伊勢志摩地域は診療所が多いとされていますが、在宅医療の環境が十分に整っているとは感じていません。在宅医療を担う人材の育成に重点をおいて取り組んでいくことを望みます。医療行政の現場として公立病院を有効に活用し、そういった人材の育成を進めていけばいいと思います。基金の配分もそのような分野に活用できないでしょうか?	在宅医療	在宅医療の提供体制を含めた地域包括ケアシステムの構築については、市町村が主体となって、各地域で取り組むものであると考えますが、県としても全県的に体制整備を支援してまいりたいと考えます。 在宅医療に関する理解の促進については、各種講演会・研修会の開催、啓発資料の作成・配布等により、普及啓発を進めていきます。	③
206	第3部 実現するための取組		病院は雇用の場として、地域経済への波及効果も高い分野だと思います。教育現場と連携し県内への定着を図っていただきたい。そうすることで十分な医療提供ができるようになり、県民も安心して暮らせるようになると思います。	医療従事者	医療従事者の確保を進めるうえで、三重大学や看護師等養成校と連携してきましたが、今後も、地域医療を確保するため、引き続き、教育現場と連携しながら地域医療の確保に取り組んでいきたいと考えています。	③
207	第3部 実現するための取組	181ページ	「策定体制等」では、重層的な意思形成の仕組みを構築とありますので、「実現するための取り組み」も重層的な取り組みを期待したいです。特に、在宅医療の充実については、富山県や滋賀県で県の保健所が中心となり市町と連携して、実態把握(統計資料の分析など)から課題抽出、解決まで行なわれています。三重県の在宅医療フレームワークはとてもよい枠組みと思いますが、県庁だけがするには、無理があるのではないでしょうか。四日市を除いて、三重県の地域機関である保健所が、圏域の特性をとらえて、この部分をしっかり取り組むべきと考えます。法的にも保健所がすべきでしょう、なぜなら『地域保健法』『地域保健法第四条第一項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針』に明記されています。富山県や滋賀県は、法令遵守して保健所業務として取り組んでいるそうです。	県の役割	保健所の関与については、在宅医療の充実により効果的な取組となるよう、人員体制の問題も含め、検討してまいりたいと考えています。	③
208	第3部 実現するための取組	181~184ページ	若い世代の都市部への流出により、高齢者のみの世帯が増加し、加えて地域コミュニティの希薄化が進んでいる中で、地域(在宅医療)でのウェートを増やすことは現実的とは思えない。 地域住民が安心して暮らしていくためには、各地域に複数の急性期・回復期・慢性期を担う医療機関が必要であると考えます。 地域の維持・存続のためにも医療機関の存在は大きなものがあることから、医師確保とあわせ医療体制を整備してもらいたい。	あるべき医療提供体制	必要病床数の推計にあたっては、政策的に在宅医療への移行を前提とした推計になっていますが、こういった患者が、現在の病院・診療所以外の「在宅医療等」で対応できるのか、今後、地域において検討を進めていく必要があると考えており、医療機能の分化・連携を進めるにあたっては在宅医療体制の整備状況を勘案するなど、地域の実情をふまえた医療提供体制を構築してまいります。	③

	関係項目	ページ	意見の内容	区分	意見に対する県の考え方	対応
209	第3部 実現するための取組	182ページ	P182では「希望する場所で人生の最終段階を送ることができる支援・・・。また、そのためには医療と介護の連携が不可欠です。」と記載されていますが、それぞれの保険制度や相互にサービスが提供できるように保険制度の整備も必要になるのではないのでしょうか。保険制度上の制約により、連携が滞ることがないように配慮、必要があれば国に対して意見を挙げていくなどの手配をお願いしたい。	在宅医療	保険制度の整備等については、必要に応じて国に対して意見を伝えてまいります。	⑤
210	第3部 実現するための取組	182ページ	「在宅医療の充実」とあるが、地域医療構想が策定されれば在宅医療が現状では対応しきれず在宅医療実施医療機関を増やさないと充実とはならない。現在国で議論されている「かかりつけ医の普及」が在宅医療でも導入されると在宅医療実施医療機関数が伸びないことも考えられる。その際に県として主治医・副主治医制の導入が継続できるのか危ぶまれる。医療機関に対して県が丁寧な説明を実施するように求める。	在宅医療	主治医・副主治医制は在宅医療提供体制を支える重要な手法ですので、導入・維持を働きかけてまいります。	③
211	第3部 実現するための取組	183～184ページ	医療従事者の確保は重要で、とくに看護師は、長時間にわたる夜勤や過重労働を軽減するために、三重県医療勤務環境改善支援センター等を活用し、勤務環境の改善を行なうこと。また、看護職員夜間配置加算は、本来は夜間勤務負担軽減のための加算であるが、加算を取得するために長時間夜勤が導入されるなど、逆行していることもみうけられることから、本来の看護師の勤務軽減につながるよう職場実態を把握した取り組みを行うこと。	医療従事者	三重県ナースセンターや三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を通じ、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援しており、今後も引き続き取組を進めていきたいと考えています。	③
212	第3部 実現するための取組	183～184ページ	地域医療を守るために、そこで働く医療従事者の確保は重要です。しかし、医療職場は離職率も高いことから、職場環境の改善を行うこと。また、医療従事者確保のために、賃金労働条件の改善も合わせて行うこと。	医療従事者	三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を通じ、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援していきたいと考えています。	③
213	第3部 実現するための取組	183～184ページ	医療従事者の確保で医師看護師需給状況調査の結果、2035年においても看護師の需給の差が解消されない見込みとなっている。「看護職員の確保と定着促進」の項で病院内保育所の運営など看護職員の子育てと仕事の両立支援等に取り組めます。となっていることを今年度から早急に実施しないと現状の病棟では子育てが離職のきっかけとなりうる状況となっている。看護師のさまざまな離職理由はあるが、産前産後休暇・育児休暇の取得であれば先の見えていることなので対応もできるようだが、子育てを理由にした離職は病棟に与える影響ははかりしれなく在勤看護師への負荷も大きなものとなる。県内病院のすべてに県主導で病院内保育所の設置・運営を行っていくことで離職の歯止めがかける政策の実施を求める。	医療従事者	「医師看護師需給状況調査」の結果、離職理由の第1位は妊娠・出産となっています。また、三重県看護協会が実施した「医療機関等看護職員需要調査」によると、院内保育所は離職防止に効果があるという結果が出ています。県としても医療従事者の定着促進対策として院内保育所の運営支援を行っています。さらに勤務環境の改善を促進するため、三重県ナースセンターや三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、ワークライフバランス事業や「女性が働きやすい医療機関」認証制度の活動を通じて医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援してまいりたいと考えています。	③
214	第3部 実現するための取組	184ページ	医療現場は雇用の場でもあり、経済効果も高いものだと思います。県内へ医療スタッフが定着するよう、教育現場の連携など今まで以上の取り組みをすすめていくべきと考えます。また、医療従事者に占める女性の割合が高いことから、離職を防ぎ長く働き続けられるよう、女性が働きやすい職場環境を十分に整えて欲しいです。	医療従事者	医療従事者の確保を進めるうえで、三重大学や看護師等養成校と連携していきたいと考えています。また、三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて実態把握に努めるとともに、「女性が働きやすい医療機関」認証制度を通じて、医療機関の勤務環境等の改善に向けた自主的な取組を支援していきたいと考えています。	③
215	第4部 策定後の取組	185ページ	重ねて、県民への説明会、意見表明の場などを積極的に設けていただくよう要望します。地域医療構想・在宅医療、地域包括ケアなどいままでの制度が大きく変わろうとしています。それだけに、独自のホームページをつくり、現状をわかりやすく、みえる化するなど、県民が主体的に関われる仕組みも検討してください。	住民参画・周知	住民への具体的な周知については、県や市町の様々な広報媒体の活用等を検討しておりますが、より良い方法を市町とも協議しながら進めていきたいと考えます。	③
216	第4部 策定後の取組	185ページ	2025年まで毎年、各構想区域における地域医療構想調整会議で進捗管理を実施するとされていることから、地域医療構想の見直しや検討をおこない、必要があれば修正をおこない地域実情にあった議論をおこなうこと。修正・追加等は、県民に広く周知をお願いする。	構想の見直し	地域医療構想調整会議において引き続き具体的な検討を進める中で、必要に応じて地域医療構想の追記・修正等を行うなど、より実効性のある地域医療構想への発展をめざすとともに、あわせて県民への周知も行ってまいります。	③
217	第4部 策定後の取組	185ページ	必要病床数については、今後も慎重な議論が必要であることから、拙速な判断はおこなわないこと。	必要病床数	必要病床数については、医療機能の分化・連携の議論を進めていくための目安と位置付けています。なお、平成37(2025)年の医療需要については、平成25(2013)年度のレセプトデータ等を基にしていることから、その後の状況変化や社会情勢をふまえて見直しが図られる予定です。	③

