

- ・ 今回は地域医療構想の策定があったことで、次期医療計画の策定にあたりプラスの面がある。具体的には、地域医療構想の調整会議の設置・運営によって、圏域ごとの医療計画を議論する素地ができたと考えている。
- ・ 当県では、地域医療構想についても外部に委託せず、県自前で策定する予定であり、現在、各圏域での会議（※当県では「調整会議」とは呼んでいないが本文では「調整会議」とした場合もある）が開催されている（全県では2回、各圏域の会議は3~4回、今年度、既に開催されている。圏域によっては、調整会議の下に作業部会を設けているところもある。圏域ごとの会議の事務局として保健所も参加している。今年6月頃を目処に地域医療構想を策定する予定）。
- ・ 当県では地域医療構想の圏域を二次医療圏単位（10の二次医療圏）としている。各圏域では、それぞれ、関係者が集まって、自分の圏域の現状や課題を把握し議論する場ができた。また、今までは肌感覚で語られていたことが、2013年のNDBをもとにしたデータを（国から）提供してもらったので、数値をベースに議論ができるようになった。さらに、市町村が地域医療体制の検討の場に参画するようになったことも意義がある（今までは市町村は医療に関わることがなく、担当者の顔も見えなかった）。
- ・ 地域医療構想は「作ったら終わり」ではなく、今後10年間毎年見直しをしていくものと考えている。地域医療構想、基金ができたことで、今後、医療計画のPDCAの実効性は高まるものと思われる。地域医療構想の進捗状況をモニタリングし課題解決に向けて基金を活用していく、という流れとなっており、内容のあるPDCAができるようになると思っている。
- ・ （調整会議は）病床問題を話すだけではうまく会議を回せない。病床削減や転換については関係者もデリケートになっているので、それだけで会議を設置・運営することは難しい。圏域ごとのデータを提供しながら現状を把握・理解してもらい、関係者が課題を認識・共有化し検討していくという前向きな場にすることが調整会議の運営のポイントにもなっている。
- ・ 次期医療計画策定に際しては、こうした調整会議を活用しない手はない。医療計画の実効性を高めるために、実態に即した医療計画を策定していきたいと考えている。関係者が一堂に会する会議は今までになかった（例えば、以前は公立病院関係者だけの会議などはあったが、今回は公立病院も民間病院も参加する形になっている。圏域によっては全病院の代表者が調整会議に参画している）。
- ・ すべての医療を二次医療圏単位でそもそも完結する必要はない。回復期や慢性期、在宅は患者の住所地に近い場所で提供することが望ましいが、高度急性期については圏域をまたいでもよいのではないかと、といったことを調整会議で議論している。
- ・ 実際、当県では10の二次医療圏があるが、周産期医療については7つの圏域、小児医療は11の圏域、といったように疾病や事業の内容によって圏域は異なっている。
- ・ このように、柔軟に、実態に即した医療計画を策定することで、医療計画の実

効性を上げることができると考えている。実態に即した医療計画を策定した上で、今後、医療計画のモニタリング指標として何があるのかということも考えていきたい。

- ・ 当県は公立病院が多い。県立病院だけでも13ある(県の直接運営は10病院)。県立病院の統廃合を検討する際には、各県立病院の果たす役割を整理した上で、どういった相手と統合すべきかという議論になっていくが、こうしたことも調整会議の中で検討していきたいと考えている。
- ・ 5疾病5事業の中で、例えばがんについては疾病対策課で対応しているので、そういうところと連携していく必要がある。また、介護保険事業支援計画と同じ時期になるので、在宅医療部分で整合性をとる必要がある。それが大変。

### 3. 指標やデータ等について

- ・ 前回の医療計画では数値目標を立てたが、本当にこの目標でよかったのかは現時点ではわからない。現在、地域医療構想で手一杯の状況であり、次期医療計画についてどうすべきか検討できていないのが正直なところ。
- ・ 一般の事務職にとっては、医療の用語が難しい(例えばICUはわかってもNICUはわからないなど、ちょっとした言葉でもつまづくかもしれない)。県庁・保健所には、医師、看護師などの技術職の職員もいるので、わからないところは聞けばよいと思っている。いずれにしても、医療関係者の意見を入れながら医療計画を策定することが必要と思っている。
- ・ せっかく、圏域での調整会議ができたので、できるだけアウトカムの指標を

使って医療計画の内容を充実させていけるよう、今後議論していきたいと考えている(医療計画の「総論」のところではなく「各論」のところの充実)。

- ・ アウトカム指標として国が参考となるものを提示してくれるのであれば、それはありがたい。現在の当県の医療計画に入っていない指標が示されたならば、それを追加していけばよい。国から指標をいくつか示していただき、「これだけは絶対に入れてください」という必須指標と、「これは参考です」という参考指標といったように二段階してもらえるとありがたい。(国は)最低限のことだけを決め、指標の取捨選択などは県に任せてほしい。
- ・ 医療計画をシンプルにすることで、医療計画の実効性を向上させることができる。ただし、前回の保健医療計画よりも内容をスリム化するというのは強い決意が必要でもある(前回の医療計画や他府県の医療計画と比較されると、量的に見劣りがすることになるので、減らしたことに対する説明を求められたりもする)。
- ・ 地域医療構想のように医療計画のアウトラインが国から示されないのならそれはそれでよい。国がアウトラインを示すのであれば、できるだけ早めに出してもらいたい。しかし、なかなかそれも難しいと思う。県で行う実態調査に漏れや(国調査との)重複、若干の手戻りが出てしまうのは仕方がないことだと思っている。ただ、できるだけ早い時期に情報を提供してもらえたほうがよいにはよい。
- ・ 医療計画を策定する際に、担当者を集めた研修があるとよい。例えば、近隣府

県の担当者と顔を合わせることで、情報交換などもしやすくなるというメリットもある。地域医療構想についてもどうやってよいかわからなかったので、近隣府県の担当者に声かけをして顔合わせの会議を行った。各府県がどういう風に策定しようと考えているのか、体制がどうなのかといったことについて情報交換をした。

- ・ 地域医療構想について、『病院』という専門誌に調整会議の模擬会議の特集が出ていた。DPCのこの指標からは何が読み取れるかなどが掲載されていたかと思う。県でどのようにデータを活用して調整会議をどう進めるか検討する際にこの情報は有益であった。その通りに進めるわけではないが、一つのヒントにはなる。
- ・ 研修やフォーラム等を開催してもらえるとよいのではないかと。実際、(地域医療構想では)我々は大変助かった。あとは県でオリジナルを加えていけばよい。
- ・ また、データブックの活用方法などはテクニカルな研修になると思うので、研修をやってもらわないと困る。
- ・ 地域医療構想で国から提供されるデータについて検証ができない点に多少不安がある。現在は検証しようがないので信じるしかない。協会けんぽが独自に分析した結果と違うという意見も出ている。近隣県が独自に国からのデータを検証するという話が一時あった。データによって県の必要病床数の増減が違うものとなるので、当県としても、県間調整の際にベースとなるデータを検証できるようにしなければならないという問題意識があった(結果的には、県間調整は近隣県と合意ができなかったため、通知のとおり、現状維持で地域

医療構想上は整理した)。

- ・ 介護保険事業支援計画との整合性の取り方について情報がないのが不安。
- ・ 他で計画を策定するものがあればそれをそのまま使えば良いと思っている(策定期間がずれているとちょっと難しい部分もあるが)。

#### 4. 在宅医療の推進について

- ・ 在宅医療は地域医療構想の中で一番のポイントだと思っている。県医師会が中心になって在宅医療システムを検討している。在宅医療を進めないと病床削減も無理。基金を活用しながら在宅医療システムの構築をしているところ(県と県医師会で話し合いができています。市町村と郡市医師会の話し合いは現状では困難)。
- ・ 在宅医療を進める上で訪問看護の整備が必要(訪問診療だけでは在宅は進まない。また、医師も不足している)。
- ・ 訪問看護ステーションの維持、訪問看護の人材の養成に力を入れている。地域によっては、将来的に訪問看護ステーションの維持が難しいところもある(訪問看護ステーションの事業継続に補助金が必要な地域もある)。
- ・ 県では、「かかりつけ医」を進めていくために、診診連携、病診連携を進めている。地域医療構想の会議ではそういった話も行っている(診診連携についてモデル事業的に進めている。病診連携はシステムを構築してやっていきたい。このような具体的取組を通じて、姿が見えるようになってからのほうが市町村も参加しやすいのではないかと)。

#### 5. 病床について

- ・ 地域医療構想での病床数は 2013 年の

医療需要から出した推計上の病床数。当県では、既存病床数が医療計画上の基準病床数を上回っている医療圏は少ない。したがって、2025年の医療需要を見積もっていくとそれほど大きな病床削減にならないのではないかと考えている。

- ・ 当県は地域包括ケア病棟が多い。今度の診療報酬改定で出来高部分が増えるので、病床転換も少し進むのではないかと考えている。
- ・ 医療計画に基準病床は必要。基準病床をなくした場合、基準病床に似たようなものを県が作ることになると思う。基準病床がなくなれば都市部に病院が集中してしまうと思う。
- ・ 二次医療圏によっては既存病床が基準病床より300床程度少ないところもあり、病床を増やしてほしいと議員から要望が出ることもあるが、医療従事者の確保が難しいという問題もある。

## 6. その他

- ・ 地域医療構想の病床数がいくら推計値であってもそれが出てしまうと、その数値と現状との比較がなされ、そこだけに目が行ってしまいやすいし、評価の対象となりやすい。数字についてはセンシティブな問題である。
- ・ 地域医療構想について、国が県を評価するとした場合、病床数だと思う。しかし、病床数の結果をみて一律にペナルティを科すのはやめてほしい。県民の考えや地域の実情など、現状や課題を踏まえ、関係者が合意した結果の病床数であるので、一律に計算式で出した目標と照らして評価・ペナルティを科すべきではないと思う。
- ・ 病床機能報告については、現場の医師

からもう少し定量的な基準を示してほしいという意見が出ている。

- ・ 地域医療構想にはひな型がなく、既に公表された青森県（昨年9月のフォーラムで発表）と奈良県でも大きく違う。ひな型がないことは別に問題としてはいない。

## D県インタビュー調査結果

### 1. 第5次・第6次医療計画の策定の人員体制について

- ・ 現在、医療計画は医療薬務課が担当している。以前は、同じ健康福祉部内の健康政策課が担当。医療計画以外にもいろいろな計画があり、計画関係はすべて健康政策課が担当していたが、第5次の時から、それぞれの計画について関わりの深い課にそれぞれ担当を移すことになった。
- ・ 5事業は医療薬務課。がん生活習慣病対策課が4疾病を、障害福祉課が精神医療を担当。5疾病5事業以外の難病、肝炎など医療計画に盛り込むことが法定されていないものについても医療計画に入れているが、それについてもそれぞれの担当部署にお願いしている。医療費適正化計画、在宅医療・介護との連携関係は高齢福祉保健課が担当。
- ・ 医療計画担当者（職員）が策定年に限らず1名配置されている。第5次医療計画は健康増進計画や介護保険事業支援計画との整合性なども求められ、内容も大変になったため、第5次医療計画の策定の時から専任担当者を配置するようになった。第6次医療計画の時はその時と変わらない人員配置。
- ・ 医療計画担当者は、策定年は医療計画

の業務にほぼ専念する形で、策定年以外は医療計画の進捗状況の把握などをして、医療計画以外の業務も行っている状況。

- ・ 策定年の医療計画担当者の業務は、各担当者に執筆などを行ってもらったための様式の提示や進捗管理、とりまとめ・調整などを行う。
- ・ 第5次の時に4疾病5事業という形になったので、どのように書くか、様式や書きぶりを揃えるなど調整が必要だった。第5次の時は、国の策定指針が示されたのが遅く、それを医療計画の形に落とし込むまでの時間が短かった。第6次の時は、第5次の医療計画を踏襲した形。
- ・ 第5次医療計画では「関係者の役割」を明記した。それまでは「医療計画は県がやることを明記するもの」という位置づけであった。第5次では事業の中で誰が何をやるかを明記することとなった。
- ・ 現在、「医療審議会」の下に「医療計画部会」が設置され、その下に事業・分野ごとに「協議会」が設けられているが、その形になったのは第5次策定の時から。
- ・ それまでは上位の組織として全体の医療問題を取り扱う「地域医療対策協議会」（審議会）で医療計画に関することは取り扱っていたが、第5次策定の時（平成19年）にこれを廃止し、各分野（4疾病・5事業）についてそれぞれしっかりと議論してもらおうということで、今の形に変わった。
- ・ 医療審議会のメンバーは、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者、学識経験者（第6次策定時はそれぞれ7名、1名、1名、7名、11名の計

27名）である。医療計画部会には医療審議会のメンバーが入っている（医療審議会のメンバー以外から追加できる規定となっているが、第6次策定時は7名全員、医療審議会のメンバーである）。

- ・ 二次医療圏単位の分析なども保健所ではなく県が行っている。

## 2. 第5次・第6次医療計画の策定の流れについて

- ・ 第5次は大改革で、国からの指針が示されたのが遅く、結果的に、平成20年7月からの開始となった（4月からの開始に間に合わなかった）。策定に1年3か月間を要した。
- ・ 第6次は策定年である平成24年の7月に第1回の医療計画部会を開催（この計画部会よりも前である5月には糖尿病対策協議会と医療審議会を開催している）。
- ・ 医療機関調査と受療動向調査は策定年の前年である平成23年度に実施した。
- ・ スタートに時間がかかるので、国からの指針をできれば早く示していただき、策定年の前年度から準備ができるとありがたい。
- ・ 予算化されていないものは医療計画に書き込めないということはある。

## 3. 指標とデータについて

- ・ 第5次ではそれまで県によってバラバラだった医療計画の期間が統一された。また、指標が導入されたことにより、全国・他県と自県との比較ができるようになった意義は大きい。
- ・ 他県と比較できる指標というのは大事。一方で、指標の中には、地域の実情を必ずしも表し切れていないものがあると

協議会などで意見を聞く。例えば、最近の事例であるが、当県では医師不足が深刻な問題。小児科の医師がもともと少ない中、NICU 専従医師を小児科医師の人数から除かないと、これらの医師は実際には小児救急体制に加わることがないので体制を適切に表すことにはならないのではないか、そこを抜いた形で経年比較をしていく必要があるのではないかといった意見があった。

- したがって、全国と比較できるようにしていく指標と、独自の状況を把握するための指標とを考えていく必要があるのではないかと考えている。
- 指標は必ずしも事業の成果を表しているものとは限らず、参考としてみている状況。
- 国から、指標をいろいろと示してもらい、その中から県が自県の医療計画に使用する指標を取捨選択する形はよいと思う。指標の使い方などのサンプルもあるとよい。また、評価するためにデータも提供してもらえると助かる。
- 例えば、在宅療養支援診療所の届出数はわかるが、それがどのくらい実際に機能しているかをみるのは難しい。レセプトで見られない部分もある（実際に訪問診療を行っているが、診療報酬を算定できていない部分もあるから）。
- 基金の効果でも指標が示されているが、指標がそのまま事業の効果となっていないものもある。できれば、国からデータを提供していただき、そのデータをもとに県が独自に指標を考えるほうがよいかもしれない。地域医療構想を策定した後になって指標を作らなければいけない状況となっており、いろいろなところで指標が多くなり、負担が大きいく。そんなにたくさんの指標が必要

か疑問もある。全国一律で国が評価できるというメリットがあることは理解できるが、その指標をどう活用してやっていくかは県に任せてほしい。

- データブックは加工しやすいように生データをエクセルで頂いた方が助かる。

#### 4. 医療計画の PDCA について

- 当県ではアクションプランがないため、医療計画においては事業的な書き方をしていない。医療計画では、5年間の方向性のある程度示している。しかし、5年間のうちにここまで達成しなければいけない、という達成目標を定めたものは少ない。そのようなものが多くあればアクションプランはあったほうがよいのかもしれないが、今のところ、そのようなものは少ない。
- 評価は、毎年、指標の進捗状況をみて評価案を作成し、医療審議会でその案を審議してもらっている。事業自体の見直しを行うことはない。

#### 5. 市町村との関わりについて

- 在宅医療については地域に根差した医療であり、県が関わっていくことに限界がある。県が県医師会に委託し、県医師会から郡市医師会に対して働きかけてもらい、連携の拠点となるよう声かけをしてもらったり、協議会を開催してもらったり、連携のためのツールを作ったり、と活動してもらっている。モデル事業として連携事業を実施している。
- 在宅医療の量的な話は医療薬務課、市町村中心となった医療・介護連携の業務は高齢福祉保健課が中心。

#### 6. 地域医療構想について

- ・ 現在、地域医療構想の策定作業を行っている。今月中に策定予定。圏域ごとに2回ずつヒアリングを行ったところ。
- ・ 調整会議は開催していない。調整会議についての具体的なイメージがなかなかできなかったということもある。関係する病院すべてを集めて調整会議を行うイメージを持っていたが、他県の状況をみると、委員会形式で行っている。このような委員会の場で、それぞれの病院の病床について意見を言うことができるのかといった疑問もある。
- ・ 地域医療構想の策定段階では、圏域からの意見を聞きながら、地域医療構想を作っていけばよい、という考え。圏域へのヒアリングも保健所ではなく県が行っている状況（ヒアリングには保健所が同行している）。
- ・ 医療計画と地域医療構想の関係が今のところ整理できていない。
- ・ 地域医療構想は県の事情によって異なる。当県の場合は、公立病院が多いが、県によっては民間病院が多く、そことの関係もある。

#### 7. 医療計画・地域医療構想における保健所の役割強化について

- ・ 調整会議が始まれば、保健所も事務局の中に入るとは思うが、保健所が主体となって、というのは厳しい状況。保健所長を確保するのも苦労している状況であり、今でも保健所には医師がしなければならない業務が多く、医療計画や地域医療構想に保健所が関わっていくのは難しい状況。
- ・ 病床再編・統合というのは極めて政治的・経営的な要素が強く、そこを保健所が単独で話を進めていけるかどうかという問題がある。知事・副知事が知って

おかなければならない話なので、県が主体的に動く必要がある。

#### 8. その他

- ・ 当県には公立病院が多く、他には公的病院。民間病院は少ない。
- ・ 現在、県内に地域医療支援病院が4病院。6つの二次医療圏があるが、1つの二次医療圏内に地域医療支援病院が3か所、他の二次医療圏に1か所であり、他の4つの二次医療圏には地域医療支援病院がない。
- ・ 二次医療圏内に他に病院がないと、どうしても患者が集中してしまい、紹介率・逆紹介率の関係で地域医療支援病院の承認要件を満たせない。
- ・ 医療・介護関係は非常に重要な分野となっている。しかし、県庁の人員体制は以前のまま。社会の動きに合わせて、県庁の業務のスクラップ・アンド・ビルドが必要。これから、医療・介護分野をしっかりとやっていかなければならないからその人員体制を増やす、他の分野の重要性は下がったのだからその分業務と人員を減らす、といった組み換えが必要。それをしていかないと、人員が増えないまま業務だけが多くなってしまふ。当県だけの問題ではなく、他の県でも同様。
- ・ 国（厚生労働省だけではなく総務省など関係するところ）から、人の割り当てや交付税を出す時など、誘導していくような形に働きかけをしてほしい。どこの県の知事も医療の重要性をわかっていると思う。
- ・ 非常にやりがいのある、重要な仕事をやっているにもかかわらず、県庁の中でも評価が低いように思われる。
- ・ 今のままだと、県の中でも医療・介護関

係の部署を希望する職員が少ない。重要な仕事をやっている部署として、県庁の中で花型となっていけば、この部署の人気も高まり、能力のある人材が配置され、いろいろとやっていけるようになるのではないかと。

- ・ 在宅医療については、在宅医療を担う医師の確保が課題。在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の数が少なく、在宅医療をサポートする体制がまだできていない。診療所の医師は高齢化している。1人医師の診療所に夜間対応まで負わせることは難しいので、夜間は後方支援病院に任せるなど、サポート体制を作らないとだめ。
- ・ 基準病床数はあってよいもの。新規参入が多いわけではないので、あまり問題にならない。

## E 県インタビュー調査結果

### 1、第6次医療計画の策定について

- ・ 専任の担当者はとくに設けず、日ごろ活動している地域医療政策グループ5名が中心となって策定にあっている。関連する課に健康増進課（がん、周産期）、長寿福祉課（在宅医療）、精神疾患（障害福祉課）、危機対策防災課（救急災害の消防部分）などがあり疾病によってはそれら課も含めて地域医療政策グループのリードのもと策定にあっている。
- ・ ガンと周産期の体制整備計画が同時期にスタートしたため、そこの整合性をとる必要がある。ガン対策基本推進計画を作るところがガンの医療計画を、周産期医療対策整備計画を作るところが周産期を担当するなど疾病ごとに分

けて取り組んでいる。

- ・ 策定期間は1年。審議会はその間に4回。他の委員会は3,4回開いている。
- ・ 地域医療構想調整会議は各四圏においてそれぞれ立ち上げて話し合っているが、保健所は計6箇所に分かれているので分科会は保健所を中心に6つに分かれて話し合いが行われている。
- ・ 国が出した病床基準は基準が厳しいのでE県に合うようにアレンジして病院に判断させたが、医師会からは「正確ではない」と批判が出た。

### 2、医療圏について

- ・ 県庁所在地に4大病院があり医療機能が集約しているため周りの医療圏から20%流れてきている。二次医療圏ごとの地域完結型というのは難しい状態である。東京都が急性期病床、慢性期病床で担当地域を分けている点は今後の参考にしたい。すべての地域が過剰病床であるので、統合してもしなくても過剰であることには変わりはないが、地域的な偏在の様子が統合してしまうと見えなくなってしまうので医療圏は残したい。
- ・ a圏は流出がないが二つの地区にきれいに分かれている。二者間にあまり交流無く片方は、隣県に流れる傾向がある。県庁のある圏は圏内で医療がほぼ完結しており、流出入はほとんどない。

### 3、必要病床数について

- ・ 必要病床数に対する考え方は、限られた医療資源をできるだけ効率的に活用することが望ましいという考えのもと「高度急性期は、医療機関所在地ベースで推計する。」「急性期には、現行の患者の流出入が継続するとして推計する。ただし、流出入患者の年齢や疾病を



考慮し、2割を患者住所地の医療機関で対応するものとして調整する。」「回復期はできるだけ住所地に近いところで入院することが望ましいとの考えより患者住所地ベースで推計する。ただし、流出入患者の年齢や疾病を考慮し住所地から他の構想区域に流出が見込まれる患者のうち2割は現状の流出先の構想区域に流出するものとして調節する。」「慢性期はできるだけ住所地に近いところで入院することが望ましいとの考え方のもと、患者住所地ベースで推計する。」としている。

- ・ 生活圏が重なっているため、X県、Y県への流出入が認められるが、現行の状態が引き続き継続するとして必要病床数を調整した。
- ・ 病床機能報告は病棟単位での報告となるため、複数の医療機能を担っている場合は、医療機関の判断によって機能を一つ選んで報告する形になっている。それに対して、地域医療構想における必要病床の病床機能は、法令に基づいたレセプトデータ等をもとに区分しているため、医療機能のとらえ方にずれが生じている。病床機能の判断は、特に高度急性期と急性期の判断が難しく、術後の患者の回復の変化状況等を考慮に入れると複雑になる。
- ・ 慢性期の入院受療率の地域差の解消については、法令に基づき構想区域ごとに入院需要率と全国最小値との差を一定割合解消させる形(パターンB)を選択し、緩やかに在宅移行を行う形で医療需要の推計をおこなっている。

#### 4、第六次医療計画について

- ・ 在宅医療は医者の高齢化、効率の悪さに加えて高くつく短所があり在宅を進

める国の方針に疑問を感じる。

- ・ 急性期病床を地域においても残して欲しいという要望が多く病床の調整に苦労した。病院にとっては死活問題なので急性期で頑張りたという要望が強い。
- ・ 目標については、それを設定するものと評価するものが同じなのでチャレンジ目標はたてず、容易に達成できる目標を設定しがちである。
- ・ 国から出された周産期の指標、救急のたらいまわしの指標などは人口が少ないためどうしてもパイが少なくなる。分母の少ない指標は一人でも増えると数値が大きく変わるのであまり意味を持たない。

#### 5、地域医療介護総合確保基金について

- ・ 基金を二階建てにしてほしい。まずは人口割でばらまいてもらわないと財源が確約できず4月1日からの事業計画がくめない。その後内容や要望額をみて調整をしてほしい。はじめは人口と高齢化の割合を見て配分するはずだった。
- ・ 計画をつくる時点では財源的裏付けがないのでぼやかした計画をたてておいて、後から様子を見て再生基金などがつくところは事業化を具体的に考えていく体勢でいる。E県の基金は26年度に8億4000万円 27年度15億円。
- ・ 基金の制限は、3本の柱ごとに内示額があるが、地域によって要望はまちまちなので課題も違ってくる。地域の県では医師確保に使用したいが、基金はすでに半分は病床の改正に使用すると決まっているので使いにくい。

#### 6、第7次医療計画について

- ・ 策定するものに負担の無いよう配慮してほしい。各都道府県は自由に策定しているわけではなく、実際は横と足並みをそろえて調整しながら計画を立てているので結局は横並びの結果となる。ならば国がある程度ひな形を作ってマニュアルを提示してくれると大変やりやすくなる。

## 7、国に対する要望

- ・ 必要病床数と基準病床数の違い病床報告制度の基準をはっきりしてほしい。
- ・ 地域医療構想は医療計画の一部であるはずなのに重複している部分もなぜ表記させるのか。無駄な労力はなるべく使わせないでほしい。
- ・ 患者の二次医療圏ごとの流出入を把握するため 28 年度に全数調査をしたが大変な作業であった。国のデータを県ごとに利用可能な形で出して欲しい。
- ・ 診療報酬の誘導がないと地域医療構想は成立しないので、それを考慮した中で診療報酬を決めてほしい。
- ・ 厚労省の示す指標は使いにくい。膨大なデータは提供されるが施策につながらない。指標を作るのに大変な労力を要したがただそこまで終わってしまった。PDCAを回せるものがあればいいと思う。
- ・ 地域医療構想では二次医療圏ごとに施策等を出すよう求められているが、施策はどうしてもどこの地区も同じものになってしまうので区域ごとに数値を出すことには意味があるとしても施策についてはあまり意味が感じられない。

## インタビュー調査からのまとめ

### ◎医療計画策定の体制について

- ・ 医療計画策定の人員体制は各都道府県によって大きく異なる。
  - 常時、医療計画担当専従者を配置している県
  - 策定年に、医療計画専従者として増員する県
  - 策定年でも増員せず、医療計画専従者も配置しない県など
- ・ また、医療計画担当者に医師・看護師・薬剤師などの技術職が配置されている県もあれば、事務職のみの県もある（事務職が医療計画を担当すると考えたほうがよい）。
- ・ 担当者の役割も様々（執筆者である場合もあれば、関係部署の調整役の場合もある）。また、医療計画策定自体を外部に委託している県もあれば（今回のヒアリング先にはないが）、自前で策定している県もある。したがって、実際の体制は、県間で大きな格差がある。
- ・ この人員体制によって、計画策定の負担感が異なる（→県の財政・職員数等の規模に違いはあるが、そもそも計画の“重み”も県によって異なるのではないか）。
- ・ 医療計画を策定し、地域医療構想の実現に向けて PDCA を回していく中で「保健所」の役割も重要（→調整会議の事務局。病床転換等に際しての相談窓口など）、保健所の役割として明確に位置付けることが重要との意見あり。一方で、保健所に期待するのはマンパワー的に厳しいという意見もあり。

### ◎医療計画の位置づけについて

- ・ 県によっては、知事肝いりの長期ビジョン、アクションプランなど、医療計画とは別に構想や計画といったものを策

定。これらの方が県庁内では実質的な意味を持っており（例えば、知事や部長クラスの関与度合など）、実効性が高くなっている。

- 人員体制が充実した県では、これらのビジョンと医療計画を技術的にうまく結び付ける工夫がされており、医療計画策定・PDCAに係る業務負担も軽減できている（目標時期がそれぞれで異なる場合があるなど、課題もあるが）。
- 「国から言われているから（法で定められているから）、医療計画を策定している」感はあり、できれば負担軽減を図りたいというのが本音。一方で、策定するのだから実効性の向上を図りたいという気持ちもある。
- 「保健医療計画」として策定しているところが多い。守備範囲が広い。
- 圏域単位での分析・記載内容に差がある（→今後、医療計画の策定方法次第で、全県レベルと圏域レベルの比重の置き方が変わるのではないか。地域医療構想との関係）。

#### ◎医療計画における目標の立て方とPDCAについて

- 医療計画の目標の立て方が県によって様々。
- 数値目標とその達成年度を掲げているものもあれば、「増やす」など方向性を示すにとどめるものもある（数値目標を立てていない理由として、必要量の根拠を示せないことが挙げられた）。また、モニタリング指標を設けているところもある。
- したがって、評価の仕方や評価基準の有無や内容等も異なる。医療計画の評価は担当部局による自己評価が多い（今回のインタビュー先では第三者評

価は行われていない）。評価案を作成し、審議会で審議してもらおうといった形を採っている。

- 達成が無理な目標は立てられないという意見あり。
- 既存事業で予算化されているものは医療計画に盛り込めるが、予算化されていない事業についてはどこまで医療計画に盛り込めるか財政部局等との調整が必要であり、難しいという意見あり。
- PDCAが定着している県もあるが、実効性という点では不明（→例えば、評価はすべて「B（進捗している）」など）。
- 地域医療構想により圏域単位での話し合いの場が設けられたことで、実態に即した医療計画の策定やPDCAにおいて改善が期待できるという意見もある（→地域医療構想、基金と医療計画のPDCAのサイクルをうまく使えるように位置付けることが必要か）。

#### ◎指標について

- 指標があることで予算化しやすい場合があるというメリットもあるが、使っていない指標もある。
- 指標を用いることで、全国や他県との比較ができるようになったのはよい、という意見あり。
- （アンケート調査について）多くの県で「使っていない」とされた指標でも役に立たないという意味に直結するわけではない。指標の意味が十分に理解されずに使えていない場合もあるのではないかという意見あり。
- 指標について、国から参考になる指標が示されることは歓迎。ただし、指標の取捨選択は県に任せてほしいという意向。
- アウトカム指標を入れていきたいとい

う意向あり（→目標、目標を達成するための施策・事業、モニタリング指標との関係等について、関連性のわかる形でサンプルとして見せるのは有効かもしれない）。

- 一方で、因果関係を示すことが難しい、医療の「量」ではなく「質」に関わる指標は行政にそぐわないのではないかという意見もあった。
- 対外的に指標をもとに説明してきたので、今まで使ってきた指標を変えにくいという意見もあり。

#### ◎データの収集・活用について

- 現状把握・評価をするための、タイムリーなデータの収集が難しい。
- 高度急性期など大病院が対応している医療についてのデータは比較的収集しやすいが、慢性期、在宅医療など、中小病院や診療所が実施している医療についてはデータ収集が困難。
- 国からのデータブックの他、国民健康栄養調査、学会のレジストリなどを活用することは考えられないかという意見あり。
- 国から提供されるデータについて、できるだけ最新のもので、県が独自に調査をしなくてもよいようになるとありがたいという意見あり。
- データ収集や分析に時間を要し、うまくデータを活用しきれていない面もある。
- データブックの活用方法などは研修をしてもらいたいという意向あり。また、生データでの提供の方が使いやすいと言った意見もあった。

#### ◎その他

- 策定のスケジュールとしては、新医療計画開始1年半前くらいから準備開始。具体的には医療機能調査や患者調査など県独自の調査の調査項目などを検討開始。したがって、国の策定指針は、早めに公表してほしいという要望あり（1年前では実態把握などは既に着手されている）。後ろは議会での報告やパブコメなど、期限が決まっている。
- 医療計画策定にあたり、研修やフォーラム、県の担当者どうしの情報交換の場などを設けてほしいという要望あり（→専門家でない職員が人事ローテーションで配置されることを考えれば、こうした支援は必要か。目標・指標の立て方やデータの収集・活用法などで好事例集なども有用か）。
- （医療提供体制の偏在を防ぐためにも）いずれの県も「基準病床」は必要という意見。
- 県行政の中で医療・介護分野の仕事の重要性は高まり、業務の内容も増加・高度化しているにも関わらず、人員体制の拡充がなかなかできない。また、大変な業務をしているにもかかわらず、職員の中には十分な評価がされていないのではないかといった不安・不満もある。今後、県の中でも企画力・調整力のある優秀な人材を確保していけるよう、国として誘導していく手段を検討することが必要といえる。

## 長崎県の医療計画

研究協力者 菅河真紀子 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野

### 研究要旨

長崎県は、我が国のもっとも西に位置し、壱岐対馬、五島列島をはじめとする 596 もの島々を有している。その島の中には離島振興法の適用を受ける有人島が 59 も含まれており、海域を含めた広がりには九州本土に匹敵する。そのような特殊な地形には、他県にない医療上の問題が山積し、乏しい予算の中、効率的な医療政策を模索しているのが現状である。現在（表 1）のように二次医療圏を 8 つ設け医療計画を推進しているが医療圏間の流出入問題、病床規制問題などに担当課は、いろいろと頭を悩ませている様子だった。

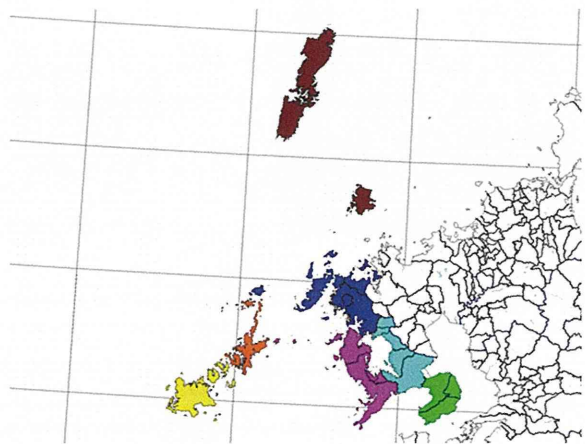
### A、目的

長崎県の医療計画について調査し、その策定上の問題点を抽出、分析することによって、実効性の向上に繋がる解決策を提案する。

### B、方法

長崎県福祉保健部 医療政策課に医療政策に関するインタビューシート（他の 5 県と共通）を予め送付し、回答を依頼。

その後直接訪問し、更に詳しい内容についてヒアリングを行い医療計画の実態について調査した。



(表 1)

二次医療圏域	構成市町名
長崎圏域	長崎市、西海市、長与町、時津町
佐世保県北圏域	佐世保市、平戸市、松浦市、佐々町
県央圏域	諫早市、大村市、東彼杵町、川棚町、波佐見町
県南圏域	島原市、雲仙市、南島原市
五島圏域	五島市
上五島圏域	上五島町、小値賀町
壱岐圏域	壱岐市
対馬圏域	対馬市

関連性のある部署(表2)

部署名	関連性のある役割
障害福祉課	精神医療
医療人材対策室	医師、看護師の確保対策
国保・健康増進課	難病医療、臓器移植医療、歯科医療
薬務行政室	薬剤師の確保
長寿社会課	精神医療のうち認知症、リハビリテーション医療

## C、結果

### 1、第6次医療計画の策定について

#### \* 関連部門、地域との連携と調整

第6次医療計画の策定にあたって長崎県では特に専任の担当者は設けておらず、課の増員もされていない。

5 疾病 5 事業に設置されている県保健医療対策協議会の各専門部会が中心となり関連性のある部署と調整をとりながら課題を抽出し策定に当たっている。既に各部門でさまざまな計画が動いているのでその計画との整合性をも図りつつ時間をかけて取り組む計画が立てられている。関連性をもつ部署、および整合性を図る必要性があるとされている計画は、表 2、3 の通りである。

整合性を図る必要がある計画(表 3)

1	がん対策推進基本計画
2	歯なまるスマイル 21 プラン
3	周産期医療体制整備計画
4	地域防災計画
5	自殺総合対策 5 か年計画 (精神)
6	介護三か年事業計画
7	福祉保健総合計画

福祉保健総合計画については、医療計画のエッセンスを抜き出しただけのものであるため、必然的に整合性は取れるが、他の計画は、複雑に絡んでいるので調整が困難である。

在宅医療に関しては、今回の計画から本格的に取り上げられるようになったので現時点ではまだあまり連携はとれていない。今回の地域医療構想では、両者の連携がとれるよう調整会議のメンバーに市町村の介護保健の担当者が入り調整を行っている。地域医療構想には将来必要病床数があるため、在宅医療で賄えない分は介護に頼らざるを得ない状況にあるため、今後、地域医療構想の様子を見て 30 年度からの 3 か年

計画に盛り込んでいく方針である。

市町村との連携については、長崎市と佐世保市を除いて医療の担当課がないため在宅医療以外は特に連携はとれていない。2市についても担当者が4人しかいないためマンパワーが不足している。両市は、市立病院の改革課題も抱えているため会議のたびに機能が停止している状態である。

在宅医療については担当者会議を開いたり、他職種連携会議に市町村の保健師が参加するなどしたりして連携を取っている。

#### \*策定のスケジュール（資料1参照）

策定のスケジュールは、一年を通して組まれており、各会議を年間2回開いて決定する流れとなっている。

5疾病5事業を中心に設けられている地域保健医療対策協議会の各専門部会（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神、救急医療、災害医療、小児医療、周産期医療、僻地離島医療、歯科保健医療、および在宅医療）には、関連性が薄いものもあるので、年間一回しか開催されないものもある。

#### ○関連する協議会とその開催時期、回数

##### ①医療審議会（9月、2月）

経過報告と最終決定

##### ②保健医療対策協議会（6月、2月）

医療審議会の下での位置づけ

##### ③企画調整部会（11月、2月）

専門部会のない部門を含む全体の総括、総務的役割。

##### ④地域保健医療対策協議会（7月、10月）

8つの二次医療圏＋2市

##### ⑤各専門部会（年1回～3回）

（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神、救急医療、災害医療、小児医療、周産期医療、僻地離島医療、歯科保健、および在宅医療）

## 2、第6次医療計画の評価

26年度は25年度分の評価を実施したが、26年度分の評価は地域医療構想の策定に時間をとられるため特に話し合いの時間が取れていないのが現状である。

がんについては年長死亡率の減少という大きな目標があり数値的指標を設定していたが、その他については具体的な数値目標が立てられておらず、医療計画上の方針を述べるに終わっていたため、具体的な指標評価はできていない。国のデータブックの使い勝手が悪く、なかなか使いこなせず苦労しており、現在は、各担当課の勝手な解釈で終わっている。事務系のメンバーで課が形成されている場合が多く、原因の同定ができないため対策が立てられないのが本音である。たとえば九州北部は肺がんが多いと結果に出ていても、その原因を追究するための仮説すら立てられないので、施策の立案までに至らない。

#### \*医療計画の実効性向上につながる取り組み

前半3年がようやくすぎようとしているが指標の見直しというところまではいたっておらず、施策の変更もなされていない。長崎県は九州の中で一番財源が乏しいため、新しいものを予算化する場合は、何かを削らねばならず、削れるものが無いので諦めるというジレンマに苦しんでいる。新規に予算化した事業は、新基金の枠に当てはまるもののみである。新基金の3つの柱は使用用途に厳しい制限があるため理由をこじつけながらの申請に苦労している。

#### \*評価の方法

数値目標を設定していないので客観的な評価ができない状態である。そのため事業の進捗状況を中心とした評価を行っている。

## \*効果

3年たったところで、周産期は小児在宅（NICU から出た時の自宅療養）において効果がようやく現れて来た。周産期医療については、国が出した指針よりも長崎県のNICUの出生に対する割合が低いので施設の整備時に増設していく方針をとっていた。長崎市民病院ができた時にNICUの数は3床から6床に増えたものの長崎大学から医師を調達しているため、人員確保の調節が上手くいかずフルには動けない状態である。長崎大学もNICUを増やす計画を提案しているため資金繰りが上手くいけば国の指針をクリアできる。

その他の事業については国のモデル事業に手をあげ事業化して2年続け、そのあとは新基金で継続しているものが多く、小児医療に関しても、県南医療圏の小児の日曜診療所の設置事業を再生基金でスタートした後、市の事業として引き継いでいる。その他、佐世保市立総合病院の救命救急センター棟の整備（再生基金）、県南医療圏の基幹病院における小児科医常勤配置などが成果としてあげられる。

## 3、第7次医療計画の策定にむけて

まずは、国の電子データブックを使いこなせるようにする必要がある。そのために課内で研修会、人材育成をしていく方針。

### ●国に対する要望

①人材が3年~5年で配置換えされる上、事務系の職員がほとんどなので文系の人間でも分かるような資料を提供してほしい。特に指標と施策の関連を分かりやすく説明してほしい。

②地域医療介護総合確保基金は再生基金と違って用途が限定されているため大変使い

づらいのもっと使い勝手のよいものにしてほしい。

③データブックは県の集計になっていないので、あらためて独自でデータを取り直さなければならない。たとえば基準病床数の患者の流出入を出すためには受療動向についての別途調査が必要である。人手が足りない中、これらの作業は大きな負担となっているので県で集計できるようにデータを工夫していただけるとありがたい。

④ 今回の地域医療構想では流入出がツールでできたのでよかった。次回の医療計画の時もそれができるとやりやすい。

⑤ 国のデータブックでは患者調査や国勢調査を基に指標を提示しているものが多いので3~5年に一度しか更新されない。したがって最終的な評価には使用しやすいが中間評価の指標としては使いづらい。

⑥ 国のデータは、古いパソコンしか購入できない県の実情にあっておらず、ソフトのバージョンが新しかったり、データが重かったりするためすぐに開けず苦労している。

## 4、医療計画と地域医療構想との関係

作業的な連続性はない。ただし地域医療調整会議は残る。地域医療構想を作るにあたって地域の課題を抽出して検討しているのでそれが次の医療計画に上がってくる形となる。5疾病5事業の中でも大きな「がん」、「脳卒中」、については地域医療構想の中でも部会を立ち上げて検討しているので、脳卒中センター人員の整備、人の配置集約化についての検討も引き続きおこなうこととなっている。課題の引き継ぎはあるが、事務作業の引き継ぎはない。

## 5、病床機能報告制度の内容と地域医療構想の整合性の取り方

調整会議の中で問題視されたのは、病床



機能報告制度と地域医療構想の将来必要病床数との間に整合性がないことだ。病床機能報告は病棟ごとであるが、小さな医療圏や島だと病院の規模が小さいため一つの病棟の中にいろいろな患者がいるため棟ごとの機能では集計できない。地域医療構想の方は医療需要をもととしているので 医療需要は患者一人一人の需要を集計したものとなり、両者の細かいところが合わなくなってくる。

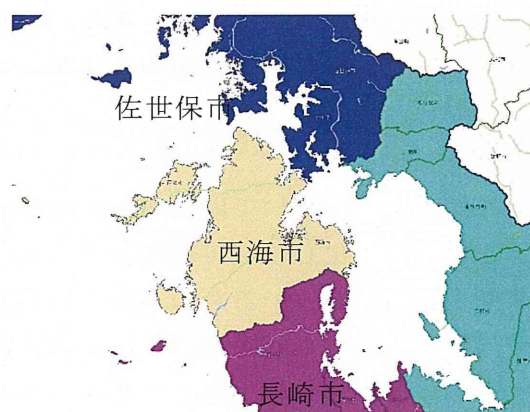
病床機能を選ぶのが難しいという意見も出ている。厚労省は、医療機能区分の説明で、亜急性期を「主として、急性期を経過した患者（ポストアキュート）、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者（サブアキュート）に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義しているが、その定義が理解しにくく病床機能を判断するのに苦労している。

## 6、医療圏の設定について

長崎県は県内に 8 つの二次医療圏があり、それぞれに所属している 8 か所の保健所が医療計画を担当している。8 か所以外に長崎市と佐世保市に保健所があり、その 2 保健所も会議に参加しているが自分の市以外の市町村についてあまり積極的にとりくもうとしない問題がある。たとえば長崎圏では、長与、時津、西海が取り残されがちである。西海市は救急を佐世保市に委託しているが南の地域は長崎市に近いので同じ市の中でも 3 分の 2 は佐世保市、3 分の 1 は長崎市という住み分けをしている。地域医療構想策定時も区域を分ける時点で議論され国保のデータで調査した経緯もあったが、結局は長崎医療圏とすることでおさまった。

長崎県は、海岸線が入り組んでいるため、半島や離島が非常に多く、医療圏外への流出が余儀なくされる。

島原半島の取り扱いも難しく医療計画において問題となっている。半島の根元に位置する小浜は消防が県央に所属しているので救急はどうしても県央圏の病院に運ぶ事となる。一方、島原病院は半島の反対側なので通いにくく圏外への流出が多い。県内で一番流出が多いので将来は合併も検案されているが、地域の病院は医療過疎の危険性を感じて反対している。



## 7、基準病床数と将来の必要病床数の違いについて

基準病床数は今の医療計画の 5 か年の病床数なので次の 30 年からの計画はまたより現実的な検討指針が出てくると見ている。地域の説明会に対しても厚労省の意向を説明し市民の納得を得ている。長崎県全体の現病床数は基準病床数を大幅にオーバーしているので必要病床数が今の病床数よりも小さいことに対してはあまり関心がないらしい。

## 8、医療計画での医療介護総合確保基金の利用について

使い勝手が限られており 5 疾病 5 事業全部に使えるわけではないので何とか理由付けて使う努力をしている。医療計画自身

が機能分化連携を柱にしているのでそこにこじつけられるものは使えると思いますが、救急などこじつけられないものに対してはあきらめている。

#### D、まとめ

長崎県は、医療政策を推進するにおいて複雑な地形が医療圏問題を引き起こしていた。半島のように突き出している地形では、船で他圏へ渡る方が早い場合もあるし、道が悪く通院が困難な場合もある。また、消防署の管轄が異なると救急車の搬送先はどうしてもその影響を受ける結果となる。しかし、地域の病院にとっては急性期病床を保持できるかどうかは死活問題であるので、医療圏の統合や変更にはたやすく首を縦に振らない。長崎県にとって医療圏の問題は今後も議論され続けるに違いない。

人手も少ないうえ資金も乏しく新しい事業を企画するには何か既存のものを止めなければならぬ現状は、新事業推進の足を引っ張る結果となっているようだ。そんな中、頼みの綱の地域医療介護総合確保基金は、再生基金と違って用途が限定されているため、自分たちの問題を解決する用途には使えない設定になっているのは誠に残念である。

今回の地域医療構想策定にあたって、必要病床と基準病床の算定の仕方に矛盾があるという意見も聞こえてきた。一つの棟の中にいろいろなタイプの患者が入院していることは、地方の小さな病院では当たり前のことであるのに全てを一様の枠にはめて勘定しようとするのだから歪が出て当然である。

データに対する不満の声も聞かれた。そもそも都会と地方では、時の流れの速さが違う。最新型のパソコンで作られた重い

データを旧式のパソコンでやっとなにやら分けて開いてみたら、なにやら分けの分からない難しい数字が並んでいて、何に使う何の数字かもわからず宝の持ち腐れになっているとのこと。万民にとって分かりやすい役に立つデータを作ってこそ意味がある。

以上のように いろいろなところで国と地方のずれを垣間見る調査結果となった。国に対する細かい要望など貴重な意見を拾えたのでこれらの情報を真摯に受け止め、今後の国の政策に生かしていただけることを期待したい。

# 一年のスケジュール表

平成24年度医療計画見直しスケジュール

【参考資料5】

	事務局	選定審議会-保科協	全国調整部会-専門部会	議会
4月	上			
	中	○方針案編成開始		
	下	○前向-運方協議		
5月	上			
	中	○調査団※※※前協議		
	下			
6月	上	○理事会① 見直し骨子作成 見直し骨子	○県地区医療審議会① 見直し方針について	
	中	○実情調査作業～10月		○各専門部会
	下			
7月	上	○各地域医療圏対面協議会 協議開始		○議会への説明 見直し方針、スケジュール
	中	○国への統計資料提供依頼		
	下			
8月	上			
	中			
	下			
9月	上	○基準病種数の修正～10月		
	中		○選定審議会② 経過報告	
	下			
10月	上			○議会への説明
	中	○各地域医療圏対面協議会 協議完了		
	下	○要綱案決定		
11月	上			
	中			○各専門部会 原案作成
	下	○国への報告		○全国調整部会(調整先編、全体調整) iPS/M用案案作成
12月	上			○議会への説明 iPS/M用案案
	中	○iPS/Mコメント ○市町及10医師会、南科医師会、 高松協会、香田協会からの回答		
	下			
1月	上			
	中	○市町及び、医師会、南科医師会、 高松協会、香田協会からの回答 iPS/Mコメント等へ対 応の上計画原案の見直し		
	下	○計画1案完成		
2月	上			○議会への説明 ・計画(案)
	中		○全国調整部会 計画(案)	
	下		○保健審議分庫審議会③ ○要綱審議会③ ○選定審議会からの答申	
3月	上			
	中	○計画の発議 ・記者発表		
	下	○公示・発送(19/11-4/30)		

部会表

医療計画の見直し関係専門部会等、担当課一覧

平成24年4月26日(医療政策課)

新しな医療計画(案)の章・節・細節		担当専門部会等	担当課
第1章	総論		
第1節	計画の基本的考え方		
第2節	長崎県の現状	企画調整部会	医療政策課
第3節	医療圏と基幹病院数		
第2章	医療提供体制の構築		
第1節	基本的な考え方		
	1 医療提供体制の構築		
	2 医療機関の機能分派と連携	企画調整部会	医療政策課
	3 保健・福祉(介護)との連携		
	4 県民の理解と協力を得るための情報の発信		
第2節	5歳前・5年業及び在宅医療にかかると医療提供体制		
	1 がん医療	がん対策部会	医療政策課
	2 脳卒中医療	脳卒中検討委員会	医療政策課
	3 急性心筋梗塞医療	急性心筋梗塞検討委員会	医療政策課
	4 糖尿病医療	糖尿病検討委員会	医療政策課
	5 精神科医療		障害福祉課
	6 救急・在宅医療	特別医療部会	医療人材対策室
	7 一般救急医療	救急医療対策部会	医療政策課
	8 小児救急医療	小児・産産期・産科医療確保対策部会	医療政策課
	9 围产期医療	小児・産産期・産科医療確保対策部会	医療政策課
	10 災害医療	災害医療検討委員会	医療政策課
	11 在宅医療	在宅医療連携推進協議会	医療政策課
第3節	分科別医療提供体制		
	1 リハビリテーション医療	企画調整部会	医療政策課・長寿社会課
	2 慢性腎臓病(CKD)対策	企画調整部会	医療政策課
	3 認知医療	企画調整部会	国保・健康増進課
	4 結核・感染症対策	企画調整部会	医療政策課
	5 高度内科・救急内科医療	内科保健医療部会	国保・健康増進課
	6 臓器移植医療	企画調整部会	国保・健康増進課
第3章	医療の安全確保と医療サービス		
第1節	医療安全の推進		医療政策課
第2節	医療分野の情報化	企画調整部会	医療政策課
第3節	医療サービスの向上		医療政策課
第4節	医薬品等の安全確保と適正使用		薬務行政室
第4章	地域医療を担う人材の確保と質の向上		
第1節	医師	企画調整部会	医療人材対策室
第2節	歯科医師	歯科保健医療部会	国保・健康増進課
第3節	薬剤師	企画調整部会	薬務行政室
第4節	看護職員	企画調整部会	医療人材対策室
第5節	歯科衛生士・歯科技工士	歯科保健医療部会	国保・健康増進課
第6節	その他の医療従事者	企画調整部会	医療人材対策室
第5章	計画の推進体制と評価		
第1節	計画の推進体制		
第2節	評価の手法	企画調整部会	医療政策課
第3節	公表		
第6章	特徴ある地域の取り組みと今後の方向性		
第1節	長崎医療圏		
第2節	長世保県北医療圏		
第3節	県央医療圏		
第4節	県南医療圏		
第5節	五島医療圏		
第6節	上五島医療圏		
第7節	壱岐医療圏		
第8節	対馬医療圏		
委員名簿	長崎県医療審議会委員名簿 長崎県保健医療対策協議会委員名簿 長崎県保健医療対策協議会専門部会委員名簿		
<別冊> 資料編	5歳前・5年業及び在宅医療にかかると医療提供体制 必須指標 推奨指標 その他指標		担当各課