

二次医療圏別「地域医療構想調整会議」における意見概要

各医療圏に設置した地域医療構想調整会議において、地域医療構想（素案）等について検討いただき、多くのご意見をいただいている。主な意見は以下のとおり。

圏域名	主な意見
水戸	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想は医療圏域だけで解決できないし、解決するものではない。 ・病床をどのようにするのか、構想区域編の必要病床数と病床機能報告の結果と比較、医療需要について議論すべきである。 ・急性期から回復期へなど病院自らが機能の選択を考えていかなければならない。 ・医療機能は4つでなく在宅を含め5つではないか。病院内外、地域の縦、横の連携が大切になる。地域包括ケアシステムと茨城型地域包括ケアシステムはどう連携していくのか。 ・医療依存度の高い在宅患者が増加している。また、高齢者のみではなく小児の慢性期も増加している。 ・訪問看護ステーションの数は増加（現在 140）しているが、小規模の事業所が多く、機能強化型が少ない。 ・在宅復帰への努力はしているが、老人保健施設は「みとり」の場ともなっており現実との差に矛盾を感じる。 ・人材を養成するだけでなく、どのようにして地域にとどめておくかも考える必要がある。 ・2025年の目標、第7次医療計画に向け議論を継続し、中長期的に考えて、マンパワー、診療科の偏在など将来に向けて改善策を見据えた協議をしていきたい。 ・支払い側として、医療提供を考える体制、保険者機能を強化し、質の高い医療を確保し、患者負担を軽減させ、バランスのとれた体制を作してほしい。
日立	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の納得が前提。住民は構想を知らないのではないか。 ・機能別病床数の調整(削減)は、病院の自主性では進まない。指針の提示を。 ・<u>地域医療の根幹となる大事な構想には、もっと時間をかけて丁寧に議論を重ねるべき。</u> ・机上の理屈（必要病床数）と現場は違う。国の言いなりではなく、住民や病院の側に立って考えるべき。 ・構想が出来れば医療機関等地域に大きな影響が出て、結局患者が振り回されることになる。何故病床数を急に変えるのか、努力していることを認めないのか。 ・構想（素案）に掲げる必要病床数が、実現できるとは到底思えない。必要病床数を掲げるのは、医療費削減のためではないのか。必要病床数を掲げれば、国は「あなたたちが決めた数値」と言うに決まっている。構想（素案）には、必要病床数を入れなくてもよいのではないか。 ・慢性期病床数の削減分は在宅医療でということだろうが、受入態勢が不十分で実現性は大きい疑問。結局、この地域の医療を誰が責任をもって行うかが大事。

	<ul style="list-style-type: none"> ・そもそも、必要病床数算出の前提となるデータが正しいのか疑問。2013年のデータを用いた推計では、東日本大震災で甚大な被害を受けた当地域の実情が反映されていない。
常陸太田・ひたちなか	<ul style="list-style-type: none"> ・常陸太田・ひたちなか医療圏では、現状でも将来的にも地域包括ケア（すべての医療機能を自己圏域で賄う）というのは無理がある。<u>水戸医療圏など近隣医療圏を含めて考えていくべきである。</u> ・医療圏域の見直しを実施すべきである。人口の増加しているひたちなか市や東海村と、過疎で医師不足の常陸太田市や常陸大宮市、大子町を一緒に考えていくには違和感がある。 ・「多くの要素が複合的にあるため、必要な医療体制を今決めるのは難しい」、<u>「たった2回で構想が作成できるのか」</u>、「基本的に話し合いが足りない」という意見や、「ワーキンググループを開催し現場サイドでもっと話し合うべき」という意見もある。 ・高度急性期は水戸医療圏に任せるとして、当圏域の大きい病院、総合病院関係は、急性期が中心の医療になる。回復期、在宅医療を二次医療圏域でどうしていくか検討が必要である。 ・ある程度の医師の受け皿をつくらなければ、医療機関での医療ばかりか在宅医療もできない。
鹿行	<ul style="list-style-type: none"> ・2013年の病床機能報告制度のデータは無回答が多いことや各機能の認識の違いなど、問題があったにもかかわらず、本構想策定における必要病床数の推計値と比較すること自体問題である。 ・2025年の必要病床数は2013年のデータに基づいた推計値であり、これらの推計値ありきで議論が進められ、本来の目的である医療機関同士の自主的な協議には至っていない。 ・専門性の高い医療や高次医療機能などは、本来二次医療圏を越えた広域での議論が必要である。しかし、全体の構想が示されない状況下で狭い圏域（構想区域<二次医療圏>）での議論に留まっているため、広域の議論ができていない。 ・医療構想策定にあたり、構想区域を二次医療圏として進めているが、二次医療圏が設定されてから人口動態・交通事情も変化しており、住民の受療動向・生活圏の実態と適合していない。 ・地域医療構想は抽象的な作文にとどまらず、<u>具体的な検討（病院同士の機能分担・病床機能の分化）に踏み込まなければ意味がない。</u>
土浦	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期については二次医療圏を越えて協議する必要がある。 ・認知症の患者が今後増えてくるので、認知症の人へのサポートが重要になる。 ・地域医療構想についても、一番大切なのは人員の確保だと考える。潜在的な看護師の活用などソフト面での支援を県ではどのように考えているのか。 ・医師についてもどのように考えているのか、各地域への将来の配分・きめ細かな事業をどの程度考えているのか。 ・土浦地域と石岡地域は事情（医療資源）も違うので、一緒に考えるのはどうかと思う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性期の病床を減らすということは、やはり慢性期の長期入院を減らして在宅化を進めるということか。 ・県内でも地域により在宅医療ができてないところもある、その辺も考慮しなければならない。 ・精神科においても入院から地域へとやっているが中間的なものがないので、殆ど進んでいない。 ・土浦医療圏でどこに在宅の療養を受け入れてくれる診療所があるか把握することが必要。 ・患者の流出の多さは、水戸医療圏等に比べて診療所が少ないことが影響しているのではないか。その辺も考慮して検討する必要がある。 ・療養病床については、厚労省の在り方検討会の動向をみながら検討しなければならないと考えている。
つくば	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の地域医療構想の策定スケジュールで、計画の見直しは何年ごとと考えているか。 ・高度急性期については、医師、施設の集約化をしないと「よい医療」が提供できない。特定機能病院については、単なる二次医療圏や県単位ではなく特定機能病院の特徴を考慮して欲しい。 ・高度急性期が過剰であるというデータを無視するわけにはいかないが、特定機能病院については県単位あるいは関東圏単位といった広い面で考えていかなければならない。 ・病院の医療機能について、国は区分する何らかの視点、ノウハウがあるのだろうが、病床機能報告では自由に報告しなさいというのが今回の結果の乖離につながっている。 ・入院患者のデータを集約して欲しい。範囲についてはDPC病院でないととれないと思う。
取手・竜ヶ崎	<ul style="list-style-type: none"> ・スケジュールがこんなに早く進行しているとは思わなかった。これは確定したものか。2025年まで9年かけて協議すれば良いと考えていた。 ・この医療圏の中でこれから307の高度急性期病院を作っていくたらかなり大変なのではないか。高度急性期については広域対応を考えるべきなのでは。 ・高度急性期とは大学病院とか考えられるが、急性期病院の中でもここに入るのが考えられるのではないかと判断して良いのか？ ・2014年のデータで高度急性期は16床、あまりにも現実離れしている。もう一度統計を取り直せば、この地域では100くらいあるのではないか。
筑西・下妻	<ul style="list-style-type: none"> ・10年後に状況が急激に好転しているとは考えにくい。医療圏内での改善努力は必要であるが、高度急性期、急性期への対応は、近隣医療圏（県内外）との連携を含めた現在の協力関係の維持協力関係が必要であり、それを含めた計画、構想にならざるを得ないと考えられる。 ・平成30年10月開院予定の新中核病院とさくらがわ地域医療センター（桜川市立病院仮称）が機能すれば、高度急性期や急性期の近隣医療圏への流出は改善されると思われるが、

	<p>圏域内完結には遠く及ばないと考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の医療提供体制や医療従事者不足を、今後の医療需要の変更に対応して改善，工夫して効率的で有効な方策を実施していく必要がある。特に病床数の見直しには，それに必要な人材確保，在宅医療供給体制の充実が必要である。 ・在宅医療は非効率的で，ホーム等のデイサービスやショートステイ拡充が有効と考える ・機能別病床数の推計や在宅医療の推計に基き，目標に向かっての努力は必要であるが，現実問題として，その増減や供給に伴う，人的資源（医師・看護師・介護士等）は一朝一夕に改善できるとは思わない， ・回復期病床の機能を一般病床で行っているのが現状。いずれ一般病床から回復病床へ移転させることになるかと考える。回復期病床が増加することは自然なことである。 ・介護職については，今の労働環境を改善していかなければ，その確保は難しいと考える。 ・医療従事者不足については，人材育成はもちろん，退職有資格者等，既にいる人材の掘り起こしなどの活用も考えられる。 ・人口構成が将来更に高齢者社会に変移するので，労働人口が極端に減少し，医療・介護関係は他産業と従業員の争奪となる。従業員が確保されなければ，施設は稼働しない。既に東京都内の介護施設はそのために閉鎖が相次いでいると聞いている。 ・病棟や病床の機能を地域の実情に合わせ効率的に柔軟に対応できる機能分化・連携体制が可能かについて検討することや，病床機能と在宅医療等の関係について，この圏域における受け皿となる在宅医療等の実現性について関係者との協議検討を進めていただきたいと思う。 ・平成 30 年に開院予定の新中核病院，桜川市立病院の実情により，患者動向や医療提供体制の変化が予想されるため，計画構想の見直しは必要である。 ・高齢者の受入れは，様々な施設，職種が協力して地域で包括的に行うべきである。
古河・坂東	<ul style="list-style-type: none"> ・2015 年急性期の必要病床数が，1204→643 と著しく減少になっているが，この地区の医療体制が維持されるか懸念される場所である。 ・老人保健施設では，疾病のある患者を受入れるのが困難である。圏域内は，急性期病床は過剰だが，療養病床は不足しているので介護施設への申込みが増加している。老健の本来の目的である在宅復帰は，在宅支援の慢性的不足や家族の不安による受入れ拒否のため，非常に低率である。そのため，回復期病床増加とともに療養病床（慢性期病床）の増加が必要である。また，早急に在宅医療支援病院への補助等も含め，在宅支援の医療体制の構築が必要である。 ・病院の重点診療科とそうでない科で医師数でなく診療時間対応に不安があり，地域の医療機関の充実も大きな課題である。 ・在宅医療の需要が増えれば救急車の出動も増えるので，救急搬送体制の充実も必要である。