

「茨城県地域医療構想（素案）」に関する意見募集の結果について

県では、「茨城県地域医療構想（素案）」について、広く県民の皆様方からの意見を募集しました。お寄せくださいました意見の内容及びそれらに対する県の考え方をまとめましたので、公表いたします。御協力ありがとうございました。

1 募集期間

平成28年9月9日（金）～平成28年10月8日（土）

2 募集方法

- ・茨城県及び厚生総務課のホームページにて掲載
- ・県厚生総務課，行政情報センター，各保健所，各県民センター，県立図書館で閲覧

3 意見の状況

(1) 意見書の数 23通

(2) 意見の数 46件

(3) 提出された意見の内訳

意見の分類	意見数
1 概要版	1
2 構想区域の設定	5
3 医療需要の推計	2
4 推計に当たっての考え方	17
5 在宅医療等の充実	5
6 医療従事者の養成・確保	8
7 地域医療構想の推進体制等	4
8 その他	4

4 提出された意見の内容及び県の考え方

別紙資料をご覧ください。

5 お問い合わせ先

茨城県保健福祉部厚生総務課医事・情報担当
電話：029-301-3124（直通）

別紙

茨城県地域医療構想（素案）に関する意見募集 意見の内容及び県の考え方

1 概要版に関すること（1件）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
1	概要版の必要病床数の推計結果について	<p>素案（概要）では，“高度急性期，急性期，回復期及び慢性期の4医療機能とも，現在の患者の流出入が今後も継続するものと見込，「医療機関所在地ベース」を基本として医療需要を推計しました。”とあります。</p> <p>関東地区の他県，例えば，千葉県では，高度急性期は医療機関所在地ベース，急性期，回復期及び慢性期は患者住所地ベースで，“調整は医療機関と患者居住地双方を出して検討”としています。</p> <p>素案として医療需要を推計（必要病床数の推計（医療機関所在地ベースのみ））をリストにしていますが，代案として「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」両方を併記して，調整・検討が良いと考えます（2頁，3頁のリストに「患者住所地ベース」の数値（必要病床数）も記載する）。</p> <p>その理由は，高齢者が増えるに従い，高齢者自身（一人で）通院する場合，地域内の医療（二次医療圏）に通院せざるをえなくなります（地域外の医療機関には，ほとんど通院出来なくなります（交通弱者にとっては遠くへの通院は難しい））。</p> <p>患者住所地ベースでの必要病床数を概要の部分にも記載した方が判り易いと思います。</p>	<p>概要版につきましては，ページ数等の関係から，記載しておりませんが，本編には，必要病床数の推計について「医療機関所在地ベース」，「患者住所地ベース」を合わせて記載しておりますので，ご参照願います。</p>

2 第1章 構想区域の設定に関すること（5件）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
2-1	二次保健医療圏の見直しに対する市町村への情報提供について	<p>ひたちなか市の市民の入院や通院等においては、水戸市の医療機関に多く流失している状況です。しかし、医療圏については、常陸太田・ひたちなか医療圏となっており、生活実態とは合わない状態となっております。</p> <p>県においては、今後医療圏の見直しも検討するとしておりますが、市町村に対して、医療圏が変わった場合のメリット・デメリットが分かるようなデータ等をはっきりと提示していただき、市町村がそれらを踏まえた上で医療圏の見直しの検討が出来るようにしていただきたいと要望します。</p>	<p>二次保健医療圏については、次期（第7次）保健医療計画の策定に合わせて検討を予定しております。</p> <p>なお、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、単に二次保健医療圏の区域を見直すだけでは、医療提供体制の充実に繋がらないことから、二次保健医療圏の見直しに当たっては、限りある医療資源を有効に活用するための医療機能の分化・連携（選択と集中）を図る等の医療提供体制の見直しが必要です。</p> <p>このため、今後の調整会議において、医療提供体制の見直し等について協議を進めることとしておりますので、必要なデータについては当該協議の内容を踏まえ、提供してまいりたいと考えております。</p>
2-2	二次保健医療圏限定の地域医療構想の見直しについて	<p>現在の高速道路や鉄道の発展とともに2次医療圏に留まった医療提供体制は崩れつつあります。したがって、急性期医療については今後の地域医療構想においては2次医療圏という固定概念ではなく、GISシステムなどによるあるエリアでの医療施設への到達時間などの分析、あるいはDPCデータから得られる医療動向結果を用いた科学的で客観的な観点からの分析・計画立案することが必要です。</p> <p>一方で回復期、慢性期の病床はやはり地元にあったほうが患者本人や家族にとってもメリットがあると思います。したがって、疾患別、救急必要度の有無、病期別などの指標を用いて地域の交通事情も勘案した計画を立てることが現実的かと思われます。さらには将来的には2次医療圏の見直しも行う必要があると思われます。ひとつの2次医療圏でカバーすべき人口が少ない2次医療圏では思い切った再編を行い、中核的な病院、後方病院などに効率的に人材を配置し、医師不足である茨城県ならではの「茨城モデル」構築をめざすべきです。</p> <p>また、茨城県全体をカバーするエリアで展開すべき高度な救急医療、周産期小児医療、その他の特殊な医療についてもビジョンをもって政策を立案していくことが必要です。</p>	<p>従来の二次保健医療圏では対応が困難な救急医療等については、保健医療計画におきましても、別途で圏域を設定しておりますことから、今後の調整会議においては、特に高度急性期の医療提供体制について、圏域を越えた医療機能の分化・連携（選択と集中）について検討してまいりたいと考えております。</p>

2-3	構想区域の決め方に異論がある	<p>9 区域の 5 疾病 5 事業に係る医療体制のレーダーチャート図をみると、区域間格差があり、ひたちなか、鹿行、取手、筑西などチャートが完成しない区域がある。</p> <p>すなわちその区域のみで医療が完結しない証である。県央県北、県南東部、県南西部の 3 地域の考え方が必要である。5 疾病 5 事業の全てではないが、疾病・事業によってはその視点を。</p>	<p>従来の二次保健医療圏では対応が困難な救急医療等については、保健医療計画におきましても、別途で圏域を設定しておりますことから、今後の調整会議においては、特に高度急性期の医療提供体制について、圏域を越えた医療機能の分化・連携（選択と集中）について検討してまいりたいと考えております。</p> <p>(再掲)</p>
2-4	二次保健医療圏の見直しについて	<p>二次保健医療圏による区割りは必ずしも正しいとは思えません。自動車を中心とした交通事情や鉄道・バスの便、患者となり得る高齢者の家族の就業場所によっても、受診する対象の区域が大きく左右されると考えます。保健所や行政の機能による区割りではなく、ヒトの動きを基にした区割りとそれに対応した対策を考えるべきではないでしょうか。</p>	<p>二次保健医療圏につきましては、地理的条件等の自然条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して設定されております。</p> <p>なお、二次保健医療圏につきましては、次期（第 7 次）保健医療計画の策定に合わせて、検討を予定しております。</p>
2-5	二次保健医療圏の設定について	<p>ひたちなか市と大子町など常陸太田では、医療の状況が異なると思う。医師数・病院の数を含め、もう少し細かく地域ごとにみていく必要があると思われる。</p> <p>また、これだけ広範囲を一括りにするには、医療現場・行政の連携がとれるのか疑問に思う。(地理的に遠距離となる場合、顔の見える関係にて地域構想を練るのは難しくなると思われる)</p> <p>長く茨城県に住み続けたいと思われるような医療構想を作っていけたらと思う。</p>	

3 第2章 医療需要の推計に関すること（2件）
 （常陸太田・ひたちなか構想 患者の医療需要の動向に関すること）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
3-1	医療需要の推計について	<p>この構想は今後20年から30年先の医療の状況に対して、茨城県がどのように対応していくかを決定するものと理解しております。そしてこの構想を決めるにあたり、現在の患者様の医療機関への受診動向を元にしてしていると判断させていただきました。私が考えるに、近い将来についての構想であれば、このような考えに従うもので十分とは思いますが、30年先まで考えるのであれば、いくつか考慮すべき点があるのでは無いかと思うものであります。</p> <p>地域における将来の医療の需要の予測であります。言い換えれば、私の住むひたちなか市において、30年先では、どのくらい医療機関を受診する人達が存在するかということになります。数年前のことになりますが、ひたちなか市の人口動態について、調べてみたことがございます。その時に感じたことですが、ひたちなか市は人口では水戸市に比べて、10万人ばかり少ないものの、人口分布については、所謂子育て世代でもある若年夫婦というべき20代後半から30代までの人口の割合が高く（それに伴い小児の人口の割合も高いのですが）、高齢者の割合が比較的少ないという状況にあるということです。このことは将来、医療需要がダイナミックに変化すると考えられるのでは無いでしょうか。茨城県全体で見れば、人口減少、高齢化が徐々に進むという流れであると考えられます。しかしひたちなか市に限って言えば、現在は他地域に比べて、さほど必要としていない高齢者医療の需要が急速に増加していく可能性があるのではないのでしょうか。遠い将来には茨城県では高齢者医療の需要が減っても、ひたちなか市では、どんどん必要度が上がっていく状況も危惧されます。</p>	<p>本県では、高齢者のピークが平成37年（2025年）以降も続くことから、医療需要のピークが平成47年（2035年）になることを留意するとともに、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案し、必要に応じて、医療需要の推計について見直し等を検討してまいります。</p> <p>また、各圏域にふさわしい医療提供体制については、引き続き調整会議などで議論されていくこととなります。</p>
3-2	病床機能の分化連携の方向性について	<p>病床機能報告制度により、地域医療構想調整会議で協議し、自主的に病床転換に取り組むとあるが、病床の機能分化などを各自院に任せるのか、協議会内でどこまで協議し、方向性を示すのか具体策が見えない。</p>	<p>地域医療構想の達成のための病床機能の分化・連携等については、今後の調整会議において、医療需要の推計と病床機能報告の結果を比較しながら具体的方策等を協議し、地域の関係者が自主的な取り組みを進めていくこととしております。</p>

4 第3章 推計に当たっての考え方に関すること（17件）
 （常陸太田・ひたちなか構想 必要病床数の推計結果に関すること）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
4-1	患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの考え方について	<p>地球環境悪化の影響もあってか、茨城県は近年、地震・水害など各種災害の発生が多く、今後も予断を許しません。また今後は、高齢化の進行による交通弱者の益々の増加が予想されます。このような事を考えると、広域な患者の移動を前提として成り立っている現在の医療供給体制は脆弱であり、将来的に改善していくべきです。</p> <p>例えば、ひたちなか→水戸への移動などは、災害時や交通弱者では困難ですし、実際に、東日本大震災では、那珂川が渡れなくて、ひたちなか総合病院に毎日 50 台の救急車が集中しました。そのような観点から考えると、地域医療計画の基本は、住民居住地ベースで、将来の医療リソース（資源）の配置を考えるべきであって、今回の地域医療構想（素案）のように医療機関所在地ベースで、現有の医療リソース（資源）を元に計画を立てることには問題があるのではないかと思います。勿論、高度で特殊な医療機器を必要とする、一部の医療については、社会資本の有効活用という点からも広域の医療連携が望ましいと思いますが、一般的な医療においては、できるだけ住民の近くで完結するのが望ましいと思っています。</p>	<p>構想区域ごとの医療需要の推計方法については、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、流出過多の二次保健医療圏についても、病床の増による医療提供体制の充実が極めて困難であること、また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込む場合、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、医療機関所在地ベースで推計しております。</p> <p>医療需要の推計については、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案しながら、見直しを検討してまいりたいと考えております。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p>
4-2		<p>医療機関を受診するにあたり、受診弱者ともいうべき存在についてであります。私の診療所の状況についてのことで、甚だ恐縮ではあります。診療所をひたちなか市の近郊に開設いたしました。ほとんどの患者様は車で来院されると想定しておりましたが、実際は少なからず、自転車で来院される方がおられます。それも結構時間をかけて来院されております。</p> <p>何が言いたいかと申しますと、仮にひたちなか市で高齢者医療の需要が増したとしても、水戸に来てもらえば良いのではないかという考えは少し乱暴ではないかということです。自ら運転することのできない、もしくは車を持たない人達は一定の割合で存在します。高齢者の割合が増えたら、その存在も増えていくことでしょうか。これらの方達にとってひたちなか市で医療機関にかかることができないとしたら、どうなりますでしょうか？</p> <p>もちろん、全ての医療機関を周りに配置すべきとは申しません。特に高度医療は水戸市などに集約しなければ、限られた医療リソースを</p>	<p>なお、今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。</p>

	<p>患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの考え方について (再掲)</p>	<p>無駄にすることになりましょう。しかし、一次医療、二次医療はある程度、地域に根ざした形で存在しなければ、逆に活用が制限されて、効率が悪いのでは無いでしょうか？</p> <p>現在、ひたちなか市にお住いで医療機関を受診される方の半分は水戸の医療機関にかかっていると言われております。これらの方々はすべて好んで水戸の医療機関を受診されているのでしょうか？水戸市は病院の病床数、医師の数等、全国平均を上回っております。それに比べてひたちなか市は病床数、医師数とも非常に少ない状況にあります。現在の医療機関の受診状況に関してはこのような視点も必要ではないでしょうか？</p>	<p>構想区域ごとの医療需要の推計方法については、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、流出過多の二次保健医療圏についても、病床の増による医療提供体制の充実が極めて困難であること、また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込む場合、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、医療機関所在地ベースで推計しております。</p> <p>医療需要の推計については、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案しながら、見直しを検討してまいりたいと考えております。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p> <p>なお、今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。(再掲)</p>
4-3		<p>地域医療構想がレセプト請求に基づくものとなっている。現場に出ていると、水戸や東京まで通っている患者が多いと感じる。今後このような患者の高齢化が進んだ時、地元で医療を受けられる環境を整えるには、患者の住居を考慮した構想が必要となるのではと思う。</p> <p>家族が仕事を休まないで病院へ通えない地域へ住みたいと思う人はあまりいないと思う。</p>	
4-4		<p>地域単位で患者数統計を纏める時には患者が診察、治療を受けている病院の所在地に集計されることですが、種々事情があり居住地以外の病院にお世話になることがあります。これでは患者が必要とする地域単位病院の必要ベット数等算出に不整合が出ます。具体的にはひたちなか市民が水戸の病院にお世話になっている事例が沢山あります。患者数算出の場合は患者の現居住地に置きなおし修正を加えて頂ければ将来計画立案が適正なものになると信じます。</p>	
4-5		<p>常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況に関し、日本が高齢化、超高齢化社会を迎える中で、医療インフラの重要性はこれまで以上に高まり、形態の変化が必要とされていることは認識しているところです。</p> <p>しかしながら、今回素案で提示された内容は、当該区域においては、人口集積、高齢化の進捗、とりわけ現状の医療機関所在地を基点とする考えでは、病床数の削減を示唆するものとなる一方、ひたちなか市では、市内医療機関の病床数を増加する要望をしていると聞いており、県の素案とは異なる分析となっております。</p>	

	<p>患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの考え方について (再掲)</p>	<p>地域連携の枠組みも別途議論されているのは承知していますが、地域区分による住民年齢構成変化は、各市町村の状況に応じた適切な規模の医師数・医療機関について予測していく場合に、今回の素案では検討が不十分ではないかと考えます。</p> <p>大災害発生時の対応など、非日常を想定したことまで勘案すれば、更に検討結果は変化をもたらすため、行政単位の適正病床数の検討には含めないとするものの、高度急性・急性・回復・慢性の医療需要区分については、医療機関への日常的な移動を含めた安心・快適性を勘案した住民目線での配置案の検討をお願いしたい。</p>	<p>構想区域ごとの医療需要の推計方法については、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、流出過多の二次保健医療圏についても、病床の増による医療提供体制の充実が極めて困難であること、また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込む場合、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、医療機関所在地ベースで推計しております。</p>
4-6		<p>私の勤務しているひたちなか地区から多数の患者が水戸地区へ流出していると聞いております。大子地区ほど移動に時間はかかりませんが、やはり高齢者にとっては大変な労力となっていると思います。また、先日の大震災の時には、那珂川を越えることすらできませんでした。</p> <p>今後、高齢化社会が急速に進行することを考慮すれば、やはり現在の水戸地区へ一定数の患者が流出していることを前提とした医療構想を立案するのではなく、患者の居住地である程度完結できる医療構想を立てるべきと思います。</p> <p>水戸地区や筑波地区に偏在している医療施設、医療従事者を少しでも是正するような計画を立案すべきです。</p>	<p>医療需要の推計については、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案しながら、見直しを検討してまいりたいと考えております。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p> <p>なお、今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。(再掲)</p>
4-7		<p>高齢化の進展、在宅医療推進などの観点から、構想区域間の流出入が減少する可能性がある。また、現時点において病院不足・医師不足のため他区域に流出している患者も多いと思われる。</p> <p>医療需要推計を「医療機関所在地ベース」で考えるということは、超高齢となっても越境受診をさせるのか、医療機関に越境で在宅診療をするほどのマンパワーがあるのか、病院不足・医師不足地域(医師・医療資源の偏在)の状況を改善するつもりが無いということなのか。「患者住所地ベース」も考慮し補正されるべきと思う。</p>	
4-8		<p>茨城県の地域医療構想を医療機関所在地ベースで検討するのは反対です。</p> <p>ひたちなか市は人口約 16 万人です。常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の人口の約 45 %を占めることとなります。ひたちなか市</p>	

<p>患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの考え方について (再掲)</p>	<p>の高齢化率は現在は 24 %前後ですが、2040 年には 35 %前後と全国平均と同等となると予想されています。</p> <p>医療資源に関しては、水戸市は県都でもあり、日本医師会の地域医療情報システムのデータ(2015 年 9 月の集計値)を参考にすると、人口 10 万人あたり、診療所数は、ひたちなか市 47、水戸市 74、全国平均 68、病院数は、ひたちなか市 3.8、水戸市 10、全国平均 6.6、医師数は、ひたちなか市 119、水戸市 272、全国平均 244、看護師数は、ひたちなか市 416、水戸市 1047、全国平均 840、病院病床数は、ひたちなか市 390、水戸市 1303、全国平均 1214 です。ひたちなか市と水戸市の人口比に比べ、県都である水戸市は以前より地域医療資源は豊富であり、またひたちなか市の医療資源は貧弱であるため、現時点ではひたちなか市の住民が水戸市の医療機関を受診せざるを得ない状況は仕方がないと考えます。ただし、ひたちなか市と水戸市の交通手段は J R 以外では自家用車を利用しなければいけない状況であり、公共の交通網などの医療機関へのアクセスの手段が少なく、今後交通弱者である高齢者や傷病者の医療機関の受診を困難にする可能性が高くなると思われます。ひたちなか市と水戸市間の公共交通機関等のインフラの整備が現時点以上に改善は見込めない状況を考慮すると、ひたちなか市の医療を必要としている住民の医療機関へのアクセスの中心は自家用車やタクシーなどの高額な交通手段が中心となり、水戸市への通院は困難となると考えます。</p> <p>地域医療構想における医療需要は患者住所地ベースで検討し、ひたちなか市の医療機関の整備を進め、ひたちなか市の住民の医療機関への受診を改善し、水戸市の医療従事者の負担を軽減する医療構想を策定することを望みます。</p>	<p>構想区域ごとの医療需要の推計方法については、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、流出過多の二次保健医療圏についても、病床の増による医療提供体制の充実が極めて困難であること、また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込む場合、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、医療機関所在地ベースで推計しております。</p> <p>医療需要の推計については、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案しながら、見直しを検討してまいりたいと考えております。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p> <p>なお、今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。(再掲)</p>
<p>4-9</p>	<p>自分達が居住している地域で救急患者の収容や治療を完結できるような医療体制、施設の整備が必要だと思えます。</p>	
<p>4-10</p>	<p>地域医療構想を拝見し、現在の医療機関所在地ベースで計画が立案されていることに危機感を感じました。実現には困難な要素も多く、コストもかかるとは思いますが、住民の居住地ベースで医療計画を立てるべきと思えます。</p>	

4-11	ひたちなか市の医療機関の充実	<p>地域医療に求めるものは、緊急を要する病状から慢性的な病状までの治療をその地域で完結できる医療体制と考えます。この場合特に大切なのは、緊急を要する病気になった時の拠点病院までの時間となると考えます。茨城県の面積は、日本全国で 24 番目とほぼ中間に位置しますが、茨城県内の人口密度が一番多い守谷市と一番少ない大子町とでは 30 倍近くの開きがあります。これらを考慮した地域医療構想区域が必要となります。また、社会インフラも考慮しなければなりません。東日本大震災時には、那珂川に架かる橋が通行不能となり隣町の水戸市への交通が遮断され、水戸市の病院に受診することができなくなりました。因みに、同僚が脳梗塞で運ばれた病院は水戸市の病院でした。幸いにも一命をとり止めることができましたが、インフラ上で問題がある時には対応が難しかったと思います。</p> <p>従いまして、常陸太田・ひたちなか医療圏においては、拠点病院のあるひたちなか市の医療機関の充実をすべきと考えます。さらには、設備だけではなく、医療従事者の充実（スキルアップ）も両輪として必要と考えます。手始めに大学卒業後の研修医の受け入れ態勢の充実です。地域で自前で育てることが望まれます。</p> <p>一方、緊急性の要しない一次医療は、利便性から近くの病院の存在が重要と考えます。茨城県は人口減少の少ない県ですが、将来の高齢化は明らかです。高齢者医療の需要が高まって来ています。私は運転が可能のため通院に不便を感じません。しかし、病院の待合室では一人では病院にこれ来れそうもない患者さんを多く目にします。ひたちなか地区においては大企業が多く、遠方から就職のため移り住んだ人が大勢います。私と同じように将来に不安のある人は大勢います。従って、難しいとはおもいますが、地域に密着した病院の計画的な配置に期待します。</p>	<p>構想区域ごとの医療需要の推計方法については、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、流出過多の二次保健医療圏についても、病床の増による医療提供体制の充実が極めて困難であること、また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込む場合、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、医療機関所在地ベースで推計しております。</p> <p>医療需要の推計については、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案しながら、見直しを検討してまいりたいと考えております。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p> <p>なお、今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。(再掲)</p>
4-12	医療過疎地域について	<p>茨城県は、全国で下から二番の医療過疎の県です。最下位の埼玉県はとなりに東京という巨大な医療基盤がしっかりしていて有名な病院がたくさんあります。埼玉から多くの患者さんが無数にある交通機関を使って東京の病院に通院しています。しかし埼玉の人達でも通院は大変です。</p> <p>私の働いている、ひたちなか市はこの埼玉県と同じように、茨城県のなかでも医療過疎地域ですので、とりの水戸市にある大きな病院へ那珂川を渡ってたくさんの患者さんが水戸市の病院に通院しています。また入院するとその家族が病院に行かざるをえません。</p> <p>ここで、埼玉と東京の違いが、ひたちなか市から水戸市へ行く交通</p>	

		<p>機関が発達していないということがあります。洪水で那珂川が氾濫した時、震災で橋が壊れた時もそうでした。また高齢化のために車の運転が出来ない患者さんが多くいるため、もっと大変です。</p> <p>もう少し医療過疎地域のことも、地域医療構想に入れていただければ幸いです。</p>	<p>構想区域ごとの医療需要の推計方法については、現行の基準病床数制度下においては、本県全域が病床過剰区域となっており、流出過多の二次保健医療圏についても、病床の増による医療提供体制の充実が極めて困難であること、また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込む場合、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、医療機関所在地ベースで推計しております。</p> <p>医療需要の推計については、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案しながら、見直しを検討してまいりたいと考えております。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p> <p>なお、今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。(再掲)</p>
4-13	医療提供体制について	<p>近年、茨城県では地震や水害といった災害が多く発生しております。災害は発生しないにこしたことはありませんが、対策をしっかりととるべきであることは明白であると考えます。地域医療構想の《現状と課題》にも書かれている通り、ひたちなか市では傷病全般で医療資源が不足、隣接構想区域へ多くの患者が流失しています。これは自分が住んでいる地域で一般的な医療が完結しないことを意味しており、高齢者等の交通弱者にとっては大きなマイナスである感じます。</p> <p>また、災害の際に那珂川を渡れないとなった場合に現在は水戸の総合病院で対応して頂いていることが難しくなります。当院を例に挙げれば、透析の患者様の検査や手術による入院等を水戸の総合病院に依頼したくても物理的に不能になってしまうと考えます。そういった問題の解消のためにも、ひたちなか市内で一般的な医療が完結していくような形を作って頂けたら嬉しく思います。どうぞ宜しくお願い申し上げます。</p>	<p>病床数につきましては、保健医療計画において二次保健医療圏ごと基準病床数が定められています。</p> <p>ひたちなか市は常陸太田・ひたちなか医療圏に属しており、当該医療圏は、基準病床数よりも許可病床数が多いため、病床過剰地域となっています。</p> <p>病床過剰地域においては、病床の設置及び増床が規制されています。</p> <p>従って、限りある医療資源を有効に活用するために、医療機能の分化・連携をしていくことが必要と考えています。</p>
4-14	ひたちなか市内の病床数の増加について	<p>今後特に後期高齢者の増加が見込まれる中、病院所在地ベースで病床数を決めてしまうと、ひたちなか市においては、ますます高齢者などが市外病院へ入院や通院をせざるをえない状況になり、退院後の本人の通院や入院中の家族の見舞いに行く場合などにおいては、高齢者がバスや電車を乗り継いで市外に出かけることになるなど、本人・家族の負担が大きくなってしまいます。このような状況を避けるためにも、特に回復期や慢性期については、患者所在地ベースで病床数を決めていただきたい。→病床数の増床</p> <p>出来るだけ居住地近くの医療機関で療養環境を整えられるよう、ひたちなか市内の病床数の増加を要望します。</p>	<p>病床数につきましては、保健医療計画において二次保健医療圏ごと基準病床数が定められています。</p> <p>ひたちなか市は常陸太田・ひたちなか医療圏に属しており、当該医療圏は、基準病床数よりも許可病床数が多いため、病床過剰地域となっています。</p> <p>病床過剰地域においては、病床の設置及び増床が規制されています。</p> <p>従って、限りある医療資源を有効に活用するために、医療機能の分化・連携をしていくことが必要と考えています。</p>

4-15	病床数の削減について	<p>地域医療圏で550ベット数削減を伺いました。その配分をひたちなか市も受け入れるのでしょうか。</p> <p>心配、不安に思うのは<ひたちなか総合病院>のベット数が削減の対象になるのではないかと。</p> <p>この病院は救急受け入れとして ひたちなか市の6割に昇り、近隣大洗町、東海村からも受入れております。救急医療レベル低下が懸念されます。</p> <p>また、先進医療の充実化も図るなど総合病院として重要な医療施設です。更には、介護と連携した医療の確立も重要です。</p> <p>山積する医療問題に水を差し、一律にベット数を削減する計画に反対です。地域の実情を十分把握の上 計画を立案してほしい。</p>	<p>地域医療構想は病床を強制的に削減する為のものではなく、将来の医療需要に応じた医療提供体制を検討するためのものであり、策定後も継続して構想区域ごとの地域医療構想調整会議において、地域の実情も踏まえながら、地域における病床機能の分化・連携や在宅医療等の整備等について協議をしていくこととしております。</p>
4-16	バランスのとれた医療機能の構築について	<p>医療、保健、福祉関係者でサービスの必要性や患者流動の動き等について検討できる場を医療圏ごと設置し、現状を踏まえた転換構想ができるのではないかと。</p> <p>これに関連して、P25 図 3-1 に示す必要病床数は、削減目的ではないとあるが、数字を明確にしているのであれば、許可病床数の差についてどのように進めていくのか、バランスのとれた医療機能の構築について具体策を示していただきたい。</p>	<p>地域医療構想の策定に当たっては、構想区域ごとに、医療関係者、保険者、福祉関係団体、介護事業者、市町村などからなる地域医療構想調整会議を設置して検討してきたところであります。</p> <p>今後、地域医療構想調整会議等において、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により医療機能の分化・連携が進められることとなります。</p>
4-17	地域連携について	<p>県北の太子地区は人口減少と高齢化も著しく進行しており、また、数少ない医療機関での医師の高齢化も目立っております。このままでは、近い将来には無医地区に近い状態となってしまうことが予想されます。</p> <p>いくら隣接の水戸地域や日立地域との連携を強化すべきとの計画をたてても、移動に一時間以上かかり、また自分では車の運転ができない高齢者世帯が多いという状況を考えると、机上の空論としか思えません。</p> <p>規模は小さくても、ある程度の急性期疾患にも対応できる公的な医療施設を地元医師会と協力して設立し、水戸地区、日立地区、つくば地区等から定期的に人材を派遣することを提案します。</p>	<p>限りある医療資源を有効に活用するために、医療機能の分化・連携について、今後も地域医療構想調整会議等で検討を進めて行くこととなります。</p> <p>また、道路や公共交通の整備等の必要性が指摘される場合には、担当部局に対して情報提供してまいります。</p> <p>なお、ご提案につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。</p>

5 第3章 在宅医療等の充実に関すること（5件）
 （常陸太田・ひたちなか構想区域、つくば構想区域 在宅医療等の充実に関すること）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
5-1	包括的な在宅医療施設の体制整備について	在宅医療の充実の中で、介護保険施設等を含めた受け皿の強化とあるが、各自院と各施設の交渉でなく、県全体で、協力医師の推進を図り、医師の確保につなげ、看取り等の包括的な在宅医療施設の体制整備を図っていただきたい。	今回は病床のあり方についてお示ししていますが、在宅医療等につきましては、地域で確保されるべきものでありますことから、今後、地域医療構想調整会議などを通じて、地域における在宅医療のあり方を議論する中で、どのように地域の在宅医療の需要を満たすかにつきまして、検討してまいりたいと考えております。 県としても在宅医療の体制整備に、引き続き取り組んでまいります。
5-2	訪問看護師の確保について	地域包括ケアを推進していくには、今後、需要が大きくなる在宅医療の従事者について、特に、訪問看護師の確保においては、人材の確保が厳しい状況のため、政策的な養成を実践していただきたい。	
5-3	在宅医療の推進について	都市部とある程度の規模の病院が議論の中心であるような印象を受けます。例えば、私が住む大子町のように <ul style="list-style-type: none"> ・核家族化が進み独居老人や高齢者世帯がますます増える地域 ・主治医がいる病院まで車で 30 分かかる地域で在宅医療を推進するのは難しいのではないのでしょうか？病院の経営や医師の負担を考える厳しいと聞いています 	
5-4	在宅医療の体制整備について	在宅療養を支える訪問診療や訪問看護などの医療体制が不足している状況ですが、今後需要はますます増えることが想定されます。在宅医療の体制を整備していくには、広域的に医療機関や医師等への働きかけが必要となりますので、市町村だけではなく、県が医療機関への働きかけなども、積極的に行っていただくよう要望します。	
5-5	在宅医療等の充実について	在宅医療等の必要量のうち、訪問診療の需要においてしっかりとしたものとし、住民に不安のないものにしていただくことが大切だろう。他地域からの流入も配慮することが大切ですが、つくば市住民へのきめ細かい対応に十分力を注ぐことは極めて大切ではないか。 在宅医療等の充実について、工夫、総意をめぐらせてい、住民サイドの医療も充実したいものです。	

6 第3章 医療従事者の養成・確保に関すること（8件）
 （常陸太田・ひたちなか構想区域、鹿行構想区域 医療従事者等の養成・確保に関すること）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
6-1	医療従事者の地域偏在について	<p>人材確保、教育の視点からは、一部の地域に教育病院を集中させるのではなく、各構想区域（2次医療圏）にバランス良く良質な教育病院を配置して、各地域それぞれが、医師や看護師を育てていく事も重要だと思っています。</p> <p>現時点で水戸とひたちなかで生じている人口比の医療リソースの較差（病床数、医師数、看護師数等）は2倍以上になりますが、これを平準化していく施策が必要ではないかと思っていますが、今回の地域医療構想（素案）だけでは医療リソースの偏在解消は難しいように感じます。県民全体に行き渡るように、地域格差の是正に益々の御配慮をお願いします。</p>	<p>医師の地域偏在の解消を図るため、地域医療支援センターを核として、引き続き取組みを推進していきたいと考えております。</p>
6-2		<p>県平均を下回る医療従事者数（医師数、歯科医師数、薬剤師数、看護師数）に対して、医師等の人材確保が喫緊の課題となっております。医師の確保については、一市町村だけの対策でどうにかなるものではなく、県内全体を見渡し地域偏在が解消し、当該地域において医師不足が解消するような策を講じていただくよう要望します。</p> <p>県が実施している医師確保対策（医師不足地域への医師派遣調整や修学資金貸与事業等）において、目に見える形で対策を講じていただくよう要望します。</p>	
6-3	医師確保対策について	<p>医師不足の解消のため、茨城県奨学生を増やしている試みは評価できると思います。しかしながら、実際に医師不足地域で腰を落ち着けて地域医療に貢献したいと思う若手医師は少ないと聞きます。また、卒業したての研修医を短期間派遣されても使い物にならないという意見も、医師不足地域の医療従事者から聞きます。</p> <p>ある程度経験を積んだ医師に、一定期間過疎地域で勤務してもらうために、就業義務を卒業後〇年ではなく、たとえば、卒後5年以降に△年等、ある程度経験を積んでからの数年間を義務化し、その代わりに県からの奨学金をもう少し手厚くする、ということをご提案したいと思います。</p>	<p>ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。</p>

6-4	医師確保対策について（再掲）	<p>鹿行地域は鹿島臨海工業地帯と重なっており、製鐵所に代表される重工業、化学工業が立地するため、大規模災害等が起こる可能性があります。第1次から3次までの救急を域外に頼っているのは、工場移転の理由になる可能性もあり、救急医療（もしくはドクターヘリ）の充実をお願いします。</p> <p>第1-2次救急対応のためには、研修医始め総合診療医・救急医が充実することであるが、域外の第3次病院と連携するためには、域外の第3次病院から医師をローテートで鹿行地域に派遣していると、紹介しやすい（成田日赤、土浦共同、茨城医療センター、筑波大学）。</p> <p>偏重対策が全てとって過言でない医療対策で、如何に鹿行地域にインセンティブを付けるか、であるが、ひとつの方法として、176 ありと言われる工場の産業医を、週1コマ（半日）受け持つことで、月にして20万円の収入増が、病院の負担なしで見込める。</p> <p>収入増＋産業の魅力＋予防医学というインセンティブを鹿行地域のアピールポイントとしたい。</p> <p>それは、今後対策として狙っている在宅医療のための医師確保にも言える。産業医を少し兼業することで、気分も変わるし、収入も増える。以上をお願いしたい。</p>	<p>ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。（再掲）</p>
6-5		<p>国、もしかすると県の政策は、あくまでも医師数が十分に足りている環境の元での素案である印象があります。少ないマンパワーで何とか均衡を保っている現在のバランスを大きく変える提案は、現場の医師の不安の増加ややる気の減退を起しかねません。少なくとも、やる気を持ち地域を支える強い意志をもつ医師たちの意見に少しでも耳を傾けて頂きたいです。</p>	
6-6	医師数、看護師数の区域格差、3地域の格差について	<p>医師確保対策では、9区域ではなく、3地域で考えるべき医療がある。</p> <p>その時に、医師数、看護師数の認識に問題がある。p12の表を県央、県北（水戸、日立、ひたちなか）、県南東部（土浦、取手、鹿行）、県南西部（つくば、筑西、古河）の3つに分けて医師数看護師数を算出し直すと、県南東部（土浦、取手、鹿行）地域が最も少ない。</p> <p>それなのに、茨城県の医師確保対策では、土浦、取手は医師不足でない地域に指定され、修学生が来れない状況になっている。将来この地域が破綻する危険性がある。</p>	

6-7	医師数について	<p>県が公表している大子町の医療機関の医師数は、実際より多い気がします。どのような基準で算出された数字なのでしょうか？例えばパートや高年齢の医師と常勤の40代医師では比較が難しいかと思えます。</p>	<p>医師数につきましては、「平成26年度医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）の数であり、大子町内の医療機関を主たる従業地として届け出た医師の数となっています。</p>
6-8	茨城県の医師確保について	<p>1 医師確保構想について 医師の就労環境・キャリア形成の観点からの人材確保・定着について筑波大学は初期研修医が毎年70-80名と全国の国立大学の中でも第3-4位で卒業生が多く残る大学です。これは大都会圏を除いては全国トップの実績であります。 若手医師は大学病院、大病院、中小病院、国内外の先端的病院、あるいは大学院での基礎研究などを通じて10年目以降に独り立ちできる医師として成長していきます。このような多彩なキャリア形成を提供できるのは大学の医局にほかなりません。したがって、良い意味での大学の医局派遣機能・人材育成機能を県がうまく巻き込んだ形でキャリア形成していくことが望まれます。 最も重要なことは様々な専門分野のプロとして育った医師を生涯にわたって茨城県内で人材確保することです。</p> <p>2 地域枠医師のキャリア形成について 地域枠学生の確保は医師確保の手段として有用ですが、現在の茨城県の運営方法は他県に比べても義務年限内のしびりが厳しいことは全国的にも既によく知れたっており、地域枠や修学生の人気がないのもこの情報が広まっているのが原因の一つだと思われます。 このような地域枠医師制度の内容を見直し、茨城県に長く定着させるためには9年間に限定せず、その後15年でも20年でも本当の意味で「茨城県土着」になる方略を取り入れる必要があると思われます。医師が実際に一人前として働けるのは10年目以降であり、したがって義務年限内に過度に中小病院に派遣をするのではなく、各分野の専門家として最大限の研修を提供し、十分な臨床能力を備えて独り立ちできる医師となった10年目以降に中小病院で活躍できるようなシステムにすることが必要だと思います。 今のところ、9年間の義務年限内に中小病院での勤務をしない場合には「猶予」というような後ろめたい言葉でしか扱われていませんが、専門医・指導医、あるいは博士号を取得させるまでもっと時間的な余裕を組み込み、その間に茨城県に愛着心を醸成させ、生涯にわたって</p>	<p>ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。</p>

茨城県の医師確保について
(再掲)

県内に骨を埋めるような方向に向かわせるのが効果的かと思います。
9年間の義務年限修了した医師は9年間の義務年限に中小病院をメインとした義務就労が前面に立つと義務年限を終えた途端に自分のキャリア形成を考えてより高い技術や博士取得のための研究をめざして茨城県外へ飛び出してしまいう事例が過去にもみられています。そのような事例をなるべく少なくするためにも今のような「北風」政策ではなく、「太陽」作戦をたてていく必要があると思われま

3 他県大学卒業生の茨城県への帰属意識の高揚について

県内出身者で県外の医学部へ進学した者で茨城県に戻ってこない理由の一つとして自分の母校に残りたいという帰属意識がかなり強くあることは若い医師と話していて痛感します。ただ、これは卒業した大学ということだけではなく卒業直後に所属(いわゆる入局)した医局であれば所属大学への帰属意識が芽生えることは確かです。他県卒業生で筑波大学のレジデントに入ってくる医師は筑波大学への帰属意識が高く、茨城県内でじっくりと勤務する傾向が高い事実があります。

一方で逆に筑波大学卒業後に首都圏の他大学や病院に初期研修に出た医師は茨城県に戻る確率は低く、結局都内の大学医局に入局してそこでの帰属意識が高くなり、茨城県には戻ってきません。

医局に所属するということは、きちんとした医師集団に所属するという帰属意識、安心感と使命が生まれて来ます。また、医局に所属することにより、ある時期は臨床のスキルアップ、博士号取得のための基礎研究、海外留学などが可能になります。このような人材が将来的に県内の地域病院に定着し、ベテラン医師あるいは指導者として活躍することが見込まれます。

新潟県などは自治医大卒業生、地域枠、就学生がすべて新潟大学の医局に所属するという制度になっていると聞いています。プロフェッショナルな技能職である医師という特性を考えた地元への帰属意識の高揚について大きな組織に所属させる戦略を考えていくべきです。そのためにも茨城県内で活躍する医師を大学に所属するような形をとり、そこから県内に循環させるシステム(今でも行っていますが)をさらに充実させる方略が必要です。

4 医師のキャリアアップ支援について

これまでに県の政策として行われた臨床系大学院生に対する地域助教制度の復活による医師のキャリアアップ支援、あるいは医師不足地域病院での一定の勤務後の海外留学に対するキャリア支援制度なども有用な手段だと考えます。一定の支援の後に地域の医療機関での貢献

ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。(再掲)

茨城県の医師確保について
(再掲)

を求めても良いと思います(卒後の地域枠と言っても良いかもしれませんが)

5 女性医師の就労支援、勤務環境の改善について

医療審議会の中でも女性医師の就労支援についてかなり強調されていましたが、もう少し突っ込んだ現状分析と具体的な方略を立てる必要があるかと思えます。女性医師、特に30歳代の女性医師で育児中の医師は非常勤で働いていることが多く、人材資源の活用がうまくいっていません。非常勤の待遇で満足してしまい、常勤でキャリアアップしなくても良いと考える女性医師も多く存在します。また、医師免許を持ちながら専業主婦になっている方もみられます。この点についてはこれまでの調査では浮かび上がってこない潜在女性医師の実態調査と具体的な復帰対応策を実践することが必要です。

6 病床機能と医師確保、医師配置の連動について

高度急性期、急性期、回復期、慢性期などの病床区分における必要病床数の計算はされているのですが、その地域に適正配分すべき診療科、必要な医師数も含めた議論が必要だと思われます。病床数だけの医療計画だけが先行するだけでなく、そこで医療を行う医師の数・専門診療科も連動して考えないと箱物だけの検討になってしまいます。

医療は日進月歩で進歩しており、各診療科内においても専門性がどんどん細分化してきており、1人の医師でカバーできる範囲は狭まってきております。そのような中で少数の医師ですべての専門分野をカバーすることには無理があり、医師を集約化して複数のサブスペシャリティ分野の専門家によって初めて高度な医療が提供できるようになります。

*例：脳神経外科専門研修医(基本診療科)は卒後7年目で受験し、合格率70%前後で独立した脳神経外科医としてスタートをします、しかしその後も脳血管内治療専門医、脳卒中専門医、内視鏡治療技術認定医、脊髄・脊椎外科専門医、がん治療認定医などのサブスペシャリティ資格を取得すべくさらに数年かけての研修を積んでいかなければなりません。外科や内科のサブスペシャリティも同様です。つまり、一人前になるには卒後10年以上の歳月がかかることとなります。

このような問題を解決するためには、専門性の高い診療科においては県内の2次医療圏にまんべんなく診療科を配備するのではなく、ある程度のボリュームを持った中核的な病院に計画的に医師の配備をする必要があります。

ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。(再掲)

<p>茨城県の医師確保について (再掲)</p>	<p>医療の計画的配備という意味では今回の医療計画は目的としては理にかなっているかとは思いますが。ただ、これは県内のそれぞれの病院が少しずつ病床を減らすというのではなく、大胆な機能再編と集約化による中核的病院の診療機能強化、逆に地域医療としては中小病院において総合内科・総合診療科の充実、さらにはかかりつけ医の役割を担うクリニックの配備を県が指導力を発揮して整理していく必要があると思います。</p> <p>例えば亀田総合病院のように大規模で医療・研修などができるようなマグネットホスピタルの整備は若い医師、中堅医師などを呼び寄せるための大きな魅力になると思われます。県内でも500床規模以上の病院での人手不足は中小病院よりは少なく、若手の医師は上述の理由により、このようなマグネットホスピタルに集まる傾向があります。医療整備計画の中で地域の高度医療を担う大規模中核病院の整備、そしてそれをサポートする地域の中小病院の整備方針の明確化を行っていき、そこで勤務する若手医師と自立した専門医療を提供できる中堅以降の医師をうまく循環させていくことが必要です。このような循環システムもひとつの病院単位ではなく、例えば大学病院と県が連携した大きな人材バンク的な組織の中でしっかりとした連携した体制のもとで適材適所を考えて運営することが理想的だと思います。</p>	<p>ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。(再掲)</p>
------------------------------	--	--

7 第3章 地域医療構想の推進体制等に関すること（4件）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
7-1	県民への十分な周知について	<p>県は、地域医療構想による医療提供体制の変更について、県民に対しての周知を積極的に行い、県民が後々困らないように県民に対する正しい知識の普及等を行っていただくよう要望します。</p>	<p>住民説明会や県政出前講座などを実施しながら、住民への啓発活動などを引き続き実施してまいります。</p>
7-2	地域住民への医療に対する理解と協力を得るための啓蒙活動について	<p>生活習慣病や軽い病気のとにかかると身近な医療機関およびクリニック、そして専門性の高い高度医療を区別することのメリットを住民に理解してもらい、少ない医療資源・人材をいかに効率よく有効活用するかということを行行政、医療者、住民が一体となって考えて行く必要があります。</p> <p>これは医療側・住民側の双方の利益になると思われまます。住民説明会、市民講座などを通じて医療のあり方について住民と一緒に考え、啓蒙していく必要があるかと思われまます。県民も交えて医療への理解を深めた中の議論によって病院、病床の再編を考えていくことが必要です。</p>	<p>なお、地域医療構想調整会議の委員には住民代表者の方にも参加いただいております。</p>
7-3	市町村の役割について	<p>地域医療構想調整会議に市町村が参画するとあるが、どのような役割で参画していくのか明確にしていきたい。</p>	<p>地域医療構想における医療需要の推計上は、現在の入院患者の一部が、介護老人福祉施設を含む在宅医療等へ移行していくことを見込んでいるため、今後、医療ニーズを併せ持つ要介護者の増大に対応するための地域包括ケアシステムの充実等が必須となっております。このため、市町村におかれましては、地域包括ケアシステムにおいて中心的な役割を担う介護保険の主体としての参画を第一に想定しております。</p>
7-4	包括的なシステムの体制づくり	<p>各自治体ごとの地域包括ケアの構築だけでなく、広域的な医療圏ごとの包括的なシステムの体制づくりを県主導で構築していただきたい。</p>	<p>地域包括ケアの推進に向けて、各自治体向けにマニュアルを作成するなど、自治体の体制づくりを推進してきたところです。</p> <p>地域包括ケアシステムは、市町村を中心に日常生活圏域で提供されるものでありますので、市町村の主体的な取組みを県としても技術的に支援してまいります。</p>

8 その他（4件）

意見	項目	ご意見の内容	ご意見に対する県の考え方
8-1	医療提供体制について	<p>平成26年10月に策定された「医療介護総合確保推進法に基づく茨城県計画」の中では、重症心身障害児者の支援者スキルアップ、家族支援の充実などの記載がありましたが、同じ法律にもとづいて立案された今回の素案には、障害を持つ子どもについての記載が特にありません。どのようにお考えでしょうか。</p> <p>私の4才の娘は、先天性の筋疾患を持っていて、経管栄養、呼吸管理を必要とする医療的ケア児です。つくば医療圏には、医療的ケアを必要とする子のショートステイ、レスパイト先がありません。水戸にある愛生会 茨城福祉医療センターに集中し、飽和状態にあると聞いています。訪問看護・リハおよび訪問医については、小児に対応してくれるステーション、人員の不足、地域の偏在等があり希望しても受けられない状況です。また、NICU退院時、地域の小児科との連携が十分でなく、筑波大等のNICUを過ごした子どもは、重症度を理由に、予防接種のほか風邪等の受診を断られるケースがあります。一方で、筑波大病院は特定機能病院であるため、風邪等での受診について積極的ではありません。そのような状況で、NICUを退院した子どもを持つ家族、特に母親は（もちろん、一時預かりなどの子育て支援は受けられないので）、孤立しています。</p> <p>高齢者の増加が言われていますが、医療的ケアを必要とする子どもも増えているそうです。NICU退院後から、慢性期まで必要な支援・医療サービスが受けられるよう体制の整備をお願いします。また、医療的ケア児を連れて移動することは困難が多いです。気管切開をした子供を助手席にのせ、母親ひとりが運転、ときどき路肩に停車して吸引しながら移動するといったことをしているのです。つくばから水戸への移動は容易ではありません。せめて2次医療圏単位で完結できるような体制の構築をお願いします。</p>	<p>本県は小児科医が少ないために、特殊な状況に対応するためには、医療としては二次保健医療圏単位ではなく、もう少し広域で対応せざるを得ないというのが現状です。</p> <p>今後、在宅医療等の充実を図っていく中で、重症心身障害児者を含む在宅の方々の医療について、適切に対応していくよう検討してまいりたいと考えております。</p>
8-2	自治医大や県の修学生医師について	<p>自治医大や県の就学生の医師が太子町に少ないと聞きますがそれはなぜでしょうか？公立病院が無いからでしょうか？</p>	<p>自治医大卒の医師については、へき地医療拠点病院を中心に公立病院等へ、また、修学資金を貸与した医師については、地域医療を担う中核的な病院を中心に派遣しております。</p> <p>県としては、医師が不足する状況の中、派</p>

			遣できる医師も限られていることから、このような医療機関に派遣しているところです。 なお、ご意見につきましては、県施策への提言として、参考とさせていただきます。
8-3	小児医療について	5 疾病 5 事業の中で、小児医療の議論が欠落している。全体的に小児医療の記述が少なく、区域では水戸、日立、ひたちなか、取手で記載があるが、つくば、土浦、鹿行、筑西、古河には小児医療の記載がない。後者 5 地域で小児医療に問題がないとは言えない。小児医療が軽視されている。全ての地域で議論を。	診療科ごとの医療提供体制等については、今後の調整会議により、具体の整備方針や役割分担等を協議していくこととなります。
8-4		病床機能の中には、小児科の病床が不足している状況も踏まえ、必要数と削減数や過不足を振り替える改善策を計画的に実践していただきたい。医療圏ごとの機能格差の解消を図り、県民が安心して暮らせる医療整備体制を望みます。	本県は、全ての二次保健医療圏において、基準病床数よりも許可病床数が多いため、病床の設置及び増床が規制されています。 なお、医療法の特例制度として、小児科や周産期など特に不足している診療科については、国との協議の上、承認されれば整備が可能となります。