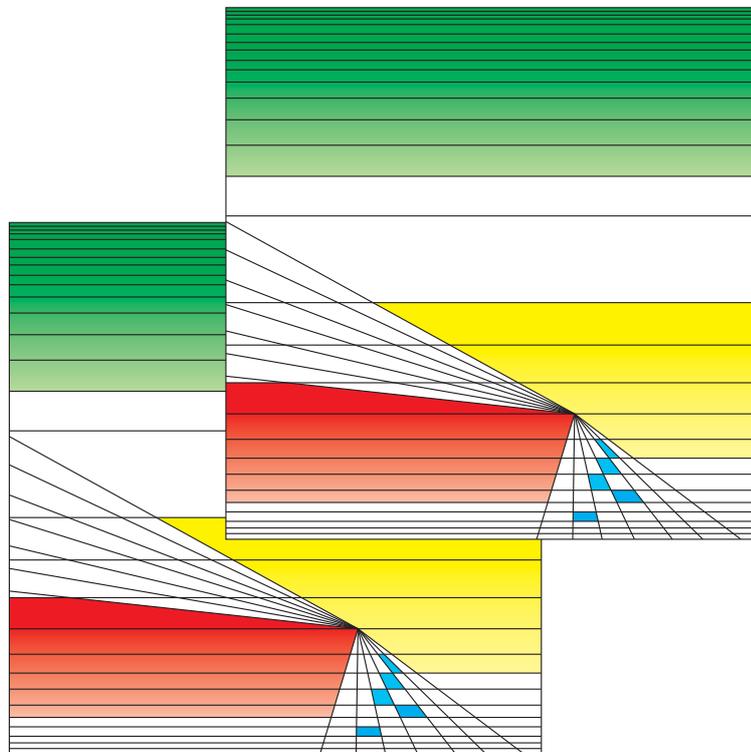


126

2017.12

自治権

いばらき



公益社団法人 茨城県地方自治研究センター



もくじ CONTENTS

医療講演会録 <激変する医療・介護体制を考える>・その1

1. 講演会のお知らせ	…………… 3
2. 主催者挨拶・来賓挨拶	…………… 7
3. 荒井正徳さん講演（茨城県保健福祉部厚生総務課 課長）	
「茨城県地域医療構想について」	……………14
説明資料 茨城県地域医療構想案概要	……………25

* 同日ご講演いただきました中村秀一さん（国際医療福祉総合研究所 所長）の講演内容は分載となります。

演題「医療と介護の連携について」

この号に記載される所属肩書等は講演会開催時のものです。

医療講演会

安心の「医療・介護の一体推進」を目指して

激変する医療・介護体制を考える

開催日時  12月3日 午後2時より
受付1時30分より

場所  茨城教育会館 (県庁隣)
茨城県水戸市笠原町978-46

《プログラム》

□ 講演 中村秀一さん

(国際医療福祉総合研究所 所長)

□ 報告 荒井正徳さん

(茨城県保健福祉部厚生総務課 課長)

(報告)

茨城県地域医療構想について

茨城県保健福祉部
厚生総務課 課長 荒井正徳さん

平成26年6月の「医療介護総合確保推進法」の制定に伴い、県は平成27年度から平成37年(2025年)を見据えた医療提供体制の構築に向け、地域の医療需要の将来推計や各病床機能、必要量など、その地域にふさわしい病床機能の分化と連携を適切に推進するために識者と地域医療構想を策定しましたので報告をいただきます。

主催 茨城の地域医療を考える会

連絡先 水戸市桜川2-3-30 (自治労茨城県本部会館内)

TEL 029-224-0206

FAX 029-222-2057

(後援団体)

茨城県 茨城県市長会 茨城県町村長会
全国公私病院連盟 茨城県医師会
茨城県社会福祉協議会 茨城県看護協会
連合茨城・医福労連

(講演)

医療と介護の連携について



国際医療福祉総合研究所
所長 中村秀一さん

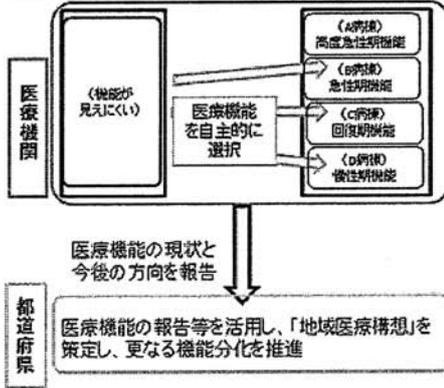
現在わが国は大きな変化の時期を迎えています。世界でも例を見ない超高齢社会が到来し、さまざまな社会・経済的基盤の構造も、グローバル経済の中で変革が余儀なくされるようになりました。このような激しい変化の時代にあっては、既存の価値観にとられずに発想を行うこと、また困難な課題に対して決して悲観的になることなく果敢に立ち向かうことが求められます。

(中村秀一さんのプロフィール)

東京大学法学部卒業。1973年厚生省(現厚生労働省)入省。在スウェーデン日本国大使館、大臣官房政策課長などを経て、2001年厚生労働省大臣官房審議官。2002年老健局長、2005年社会・援護局長、2008年社会保険診療報酬支払基金理事長を歴任後、2010年内閣官房社会保障改革担当室長に就任(2014年2月まで)。また2012年より一般社団法人医療介護福祉フォーラム理事長、国際医療福祉大学大学院教授

地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



- （「地域医療構想」の内容）
1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。



茨城県の現況

	茨城県(人口10万人対)	全国平均(人口10万人対)	
医師数	166.8人	230.4人	
歯科医師	62.5人	79.3人	
薬剤師	144.7人	154.3人	
看護職員	保健師	33.7人	35.2人
	助産師	18.0人	23.2人
	看護師	575.5人	744.0人
	准看護師	287.2人	287.5人
リハビリ職員	理学療法士	30.4人	37.1人
	作業療法士	19.4人	24.0人
	言語聴覚士	6.2人	7.5人

水戸医療圏	209.8人
日立医療圏	135.7人
常陸太田・ひたちなか	94.0人
鹿行医療圏	96.4人
土浦医療圏	180.5人
つくば医療圏	354.5人
取手・龍ヶ崎医療圏	163.1人
筑西・下妻医療圏	99.7人
古河・坂東医療圏	125.5人
茨城県	166.8人

(茨城教育会館 案内図)

〒310-0852
茨城県水戸市笠原町978-46

「県庁バスターミナルバス停」
下車 徒歩2分



医療講演会

安心の「医療・介護の一体推進」を目指して
激変する医療・介護体制を考える

日 時 2016年12月3日 午後2時～
場 所 茨城教育会館（県庁隣）

主 催 茨城の地域医療を考える会

○司会

それでは、主催者を代表して、茨城の地域医療を考える会代表、鈴木博久よりご挨拶をいただきます。

○鈴木博久代表

ただいまご紹介いただきました、地域医療を考える会で代表をしている鈴木です。

きょうは本当に多くの方にご出席をいただきました。心からお礼を申し上げたいと思います。

さらに、後ほどご講演をいただく中村先生、そして茨城県の荒井課長につきましては、資料の準備等も含めて、既に皆さんのお手元にお配りをしてありますが、この整理・準備等も含めて、きょう大変お忙しい時間を割いていただいて私どもの学習会に出席をいただくことができました。心からお礼を申し上げたいと思います。

さらには、お手元のチラシに多くの後援団体の記載をしています。団体についてはごらんをいただきたいと思いますが、本日は、この中から、いつもお世話になっています連合茨城の和田会長からご挨拶をいただくことになっています。

さらには、県の社会福祉協議会から会長代行としてお見えになっています。後ほどご挨拶をいただきたいと思います。

さらには、きょう、多くの国会議員の皆さんにもご出席をいただいています。県会議員、市町村議員の方もお見えになっていますので、後ほど、事務局長のほうから、順次、ご紹介をしていきたいと思います。

本題になりますが、私たちの医療・介護を取り巻く状況は大きく変わろうとしています。きょうは、その中身がどういうふうな経過でどこに行こうとしているのか、課題は何なのかということについてご講演をいただいて、その中で学習したことをそれぞれの地域とか職場でお伝えする、あるいは、自分でできることをするといった趣旨で開催をしています。

医療というとあまりにも日常的なことですし、介護についても同じように全く日常的なことから、逆に言えば、そういったことになかなか目が届かないということがあります。ただ、この制度自体は、人間がきちんと考えて運用していくという今までの大きな流れの中で現在があります。その中で、あまりにも高齢化が早く進行していくという中で、いろいろなところで制度の見直しが必要になっているという大きな転換点の中でのきょうの学習会の位置づけになっています。

時間は限られていますが、最後までご清聴をお願いし、それぞれ思うところを持ち帰っていただければと思います。

冒頭に当たりまして、大変雑駁ですが、一言ご挨拶としたいと思います。

本日は大変ありがとうございます。

○司会

それでは、来賓挨拶に入ります。

多忙な中でのご出席ということで、また、時間の都合もありますので、1人5分程度で事前をお願いしておりますので、ぜひよろしくお願ひします。

それでは、茨城県社会福祉協議会、森戸久雄副会長よりご挨拶をいただきたく思います。

○森戸久雄茨城県社会福祉協議会副会長

皆さん、こんにちは。

私は、茨城県社会福祉協議会の副会長をしております森戸と申します。

会長の関正夫宛てにご通知いただいたのですが、所用により出席できませんので、代わりまして一言ご挨拶をさせていただきます。

また、先生方を前にして冒頭でのご挨拶、大変失礼を申し上げます。

私ども社会福祉協議会は、皆様方のご寄付を初め、さまざまなご支援によりまして、ホウムから障害、高齢に至るまで、地域で住みよい生活が送れますようさまざまな活動をしている団体でございます。

そうした中、最近ですが、核家族化の進展、それから、単身世帯の増加等によりまして、地域のコミュニティづくりを私どもは目指しているのですが、地域での支え合い、助け合いの活動がだんだんと低下している状況にあります。きょうお集まりの皆さん方が、一致団結して手を取り合っこの社会を支えていかないと、なかなか立ち行かない時代になってきたのかなと思っております。

シバヤマさんのほうからお話がありましたが、学習会を何回か開かれていると伺いました。きょうを初めとしまして、大きなお集まりが数年に1回開かれているようでございますが、私も30年ほど県におりまして、これまでは医療の立場から何回か参加をさせていただきました。きょうは福祉の立場からということで、医療・介護の一体化という方向も目指しておりますので、そうした観点から呼んでいただけたのかなということで、本当に感謝申し上げます。ありがとうございました。

学習会の一環でございますので、本県の高齢化率は昭和30年に5%でした。昭和60年に10%ということで、30年かけて2倍に上がったのです。今年が平成28年ということで、その後30年たつて27%に増えております。60年の間に、最初の30年間で5%上がって、残りの30年間で15%上がったという急速な高齢化が進んでいる状況でございます。

介護保険が始まったときの本県の介護認定率は7%、今は15%を超えているのかなと思っております。倍になりました。

そういう状況の中、これからの医療・介護の問題に私たちはどういうふうに向き合っていかなければいけないのかなと思っております。

きょうは、県庁のほうから荒井課長と、後で中村先生からご講演がありますが、2025年というのが一つのキーワードになっているかと思ひます。2025年に向けまして地域包括ケアシステムをどういうふうにつくっていくかということが大きな課題になっておりまして、そのシステムの構築に

向けて取り組んでいかななくてはいけないと思っております。

そうした中、今後のいろいろなご講演の参考になるかと思いますが、本県の状況を私の知り得る範囲で若干ご紹介したいと思います。

昭和59年、今から30年ほど前、国立霞ヶ浦病院、今の国立霞ヶ浦医療センターですが、そこでセキ先生という方が退院患者のケアをする。在宅ケアです。せっかく治療をして自宅に帰っても、なかなか自宅での生活が立ち行かないということで、地域医療カンファレンスというのを始めました。それをもとにしまして、昭和63年に、水戸市と日立市と土浦市と八千代市、この4市町で地域ケアシステムというのが始まったのです。これは高齢者を対象にした地域ケアシステムだったのですが、その後、県のほうで取り上げまして、平成6年4月1日から、障害者を対象にしまして、あらゆる対象、全県民を対象にしまして地域ケアシステムが茨城県で始まりまして。それから20年以上がたっております。

この3月には、茨城県型地域包括ケアシステム推進マニュアルが県のほうでつくられまして、そこで特徴的なのは茨城県型とついているのです。茨城県型とついているのは、先ほど私がお話ししました昭和59年から延々と続いている歴史、それから、多くの方が関わってつくってきたシステムなわけです。これは医療も福祉もありません。医療から福祉まで一体的に全世代の方を対象として進めようとしているシステムです。これが2025年に向けまして一つの先例になるのかなと思っております。

厚生労働省からいろいろな事例が出ています。地域包括ケアシステムをどのようにして進めていくかということで、こうした茨城県の先例とかも含めて、その例示として10市町村の例示が載っております。そういうものを参考にして、今後、学習会等で勉強されて、今後の進め方の参考にしていただければなと思っております。

結びになりますが、皆様方のご健勝と会のますますのご発展を祈念いたしまして、簡単でございますが、私からの挨拶とさせていただきます。

本日はおめでとうございます。

○司会

ありがとうございました。

今後とも私たちの会とともによろしくお願ひしたいと思っております。

次に、連合茨城会長、和田浩美会長が見えていますので、ご挨拶をお願いします。

○和田浩美連合茨城会長

皆さん、こんにちは。

ご紹介をいただきました連合茨城の和田でございます。

ご参集の皆さんには、常日ごろ、連合茨城諸活動へのご理解、ご協力、そして医療の現場を守り、働く仲間の処遇改善に邁進されておりますことに心から感謝と敬意を表するものであります。

私事ですが、今週の月曜日、インフルエンザの予防接種を受けました。インフルエンザの予防接種を受けた瞬間に、もう多少無理しても大丈夫だろうということで、ちょっと夜更かししたら、今、鼻水が出て、声がちょっとおかしいのですが、ご容赦ください。

そしてまた、これまた私事ですが、きのうの午前中は取手市にある取手競輪労働組合の第50回定期大会がございまして、そちらにご挨拶に行っていました。きょうは相当数の女性がおいでですが、労働組合しどころかというと男社会でありまして、この取手競輪労組というのは、100%男性の組合員でございまして、一種独特の雰囲気がございます。

それが終わって、北関東道で帰ってきたのですが、茨城東で降りて、ちょうど昼時だったものですから、小沢眼科の向かいのセブンイレブン、これは水戸さくら通り店というらしいのですが、そこに立ち寄ってお昼を買ったのですが、そのときにお勘定をしてもらったセブンイレブンの店員さんが非常にてきぱきとしていて、明るく元気なのです。どちらかという、コンビニエンスストアの従業員って、無機質で右から左という感じですが、いや、大したものだなと思ひまして、私も思わず、非常に元気で気持ちがいいですねということでお礼を言ったら、逆にありがとうございますと返されて、ほんの二、三分だったのですが、非常に気持ちのいい時間でした。

我々労働組合の執行部としての業務、そしてまた、皆さんのお仕事にしても、人を相手にする業務でございますので、そういった明るく元気にてきぱきとというのが大事なことだと改めて感じた次第でございます。

さて、連合茨城加盟組織の中で医療に携わる仲間の組織としては、医福労連、そして、ヘルスケア労協がございまして、定期的に学習会や職場懇談会を開いて、医療の現場にまつわる課題や解決策について議論を深めております。非常に意義深いことだと思っております。

与えられた時間は5分間なのですが、1点だけ皆さんにお伝えをして、ご挨拶いたします。

労働組合における社会貢献活動についてお話をいたします。昨年9月10日に発生しました東日本集中豪雨によりまして、茨城は常総市を中心に水害に見舞われました。連合茨城は、延べ190名の働く仲間と10日間の早期復旧活動に汗を流したことが思い出されます。この中にも直接おいでいただいた方、さらには、側面からバックアップをしていただいた方が相当数おられると思います。あれから1年3カ月がたちましたが、本当にあのときはお疲れさまでした。

そしてまた、連合茨城の特徴的な取り組みとして定着しております、タイ・ラオスに救援衣類を送る運動を今年は9月30日から10月5日に行いまして、仕分け・梱包作業が発生するのですが、一般組合員、そしてまた、ボランティアの方々、120名を超えるの方々のご協力によりまして、今年は段ボール箱の数にして1,709箱、重さにして37トンの救援衣類を送ることができました。この活動規模は、どのよその県、あるいは東京都に比べても圧倒的な規模でございまして、連合茨城加盟組織の皆さんの社会貢献活動への意識の高さによるものと、感謝とともに誇りに思うところでございます。

県内各地から寄せられた救援衣類は気が遠くなるぐらいの量なのですが、その中には相当数の子ども服が含まれております。子ども服をこうやって仕分け・梱包をしていると、子ども服にはお子さんの成長の記録とご両親の愛情が詰まっているなど感じるわけでありませぬ。

ただ、そんなかわいらしい子ども服なのですが、スカートは対象外で送れないのです。廃棄せざるを得ないのです。もったいないなということで、何とかこれを有効活用するすべはないだろうか。思いつきなのですが、茨城県内の児童福祉施設にお声をかけて、仕分け・梱包作業と一緒に参画していただいで、その施設の中でお使いいただけるような子ども服を持ち帰ってもらえるようなことはできないだろうかということで、10月25日に、茨城県児童福祉協議会、常陸太田市に会長さんがおられるのですが、そこを訪ねて、来年は一緒にやりませぬかということでお声をかけてまいりました。

継続は力なりと申しますが、組合活動を地域に根差した顔の見える運動として今後も継続していきたいなと思っております。

結びに、1点だけ、毎日新聞の11月16日の記事を紹介して終わりしたいと思います。

読者投稿欄の記事でございます、「夫がくれた花束」というタイトルでございます。先日、私たち夫婦は35回目の結婚記念日を迎えました。今まで取り立ててお祝いらしいこともなく、夫は無関心な人だとばかり思っていました。ところが、その日は、買い物から帰ってくると、何と小さな花束をプレゼントしてくれたのです。あまりに突然で考えてもいないことだったので声も出せませんでした。そばにいた娘が一言、こんなときは素直に「ありがとう」と言えいいんだよと促してくれました。しかし、へそ曲がりな私は、心の中にはうれしさがありましたが、口に出してお礼を言うことができませんでした。それでもすぐにお花を花瓶に生け、写真に撮って記念に残しておくことにしました。花束を見つめながら、ふと夫が花屋の店先で名前もわからないようなお花を必死で選んでいる姿を想像し、なぜか笑いがこみ上げてきました。どちらの夫婦もそうでしょうが、長い年月のうちには、些細なことで喧嘩して陰で涙を流したこともありました。けれど、子どもの成長を幸福と感じて、お互いに手を携えながら無我夢中で過ごしてきたのです。この小さな花束は私に初心に帰ることを教えてくれました。今までどれだけの人たちにお世話になってきたことでしょうか。これからも健康に注意して仲良く暮らしていくことが、その方々に恩返することだと思っています。夫には感謝しています。もらった花束は私の心の中で枯れることはありません。

65歳、千葉県にお住まいの主婦、奥様からの投稿なのですが、この「もらった花束は心の中で枯れることはありません」というのが非常にいいなと思ひまして、仮に私が花束を買って帰っても、女房からは何やってんだと言われるでしょうけれども、ぜひ皆さん、きょうは、男性、女性が半々ぐらいおりますから、女性の方は、もしも旦那さんがそういうことをやったら、素直にありがとうと言ってほしいですし、ちょっと照れくさいですが、男性もたまには花束の一束でも買って帰れば夫婦円満になるのかなと思った次第でございます。

私たちが安心して暮らし働く全ての源泉はまず健康でございます。まずは皆さんご自身が健康に留意されて、組合活動を、そして、仕事も趣味も遊びも元気にまた頑張れることをご祈念申し上げて、本日の学習会の連合茨城からのご挨拶といたします。

本日は、学習会開催、まことにおめでとうございます。

○司会

ありがとうございました。

今後とも、この会へのご支援、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、きょうの講演会に多数の議員さんが出席されております。本来なら挨拶をいただきたいところですが、時間の関係上、紹介にとどめさせていただきたいと思ひます。

参議院議員の藤田幸久さんが、本人が直接見えられております。ご紹介いたします。

○藤田幸久参議院議員

本日は、開催おめでとうございます。

○司会

衆議院議員、福島伸享さんが、本人が直接見えられております。

○福島伸享衆議院議員

お疲れさまでございます。

○司会

大島衆議院議員の秘書であります平塚さんが見えられています。

○平塚さん

いつもお世話になっております。本日はおめでとうございます。

○司会

郡司参議院議員の秘書であります飯村さんが見えられています。

○飯村さん

お世話になっております。本日はご苦労さまです。

○司会

県会議員関係でもたくさん来ているのですが、水戸市選挙区の佐藤光雄さんが見えられております。

○佐藤光雄県議会議員

いつもお世話になっております。

○司会

市町村議員さんも多数参加しているのですが、ここは参加しているということでご報告をさせていただきたいと思ひます。よろしくお願ひしたいと思います。

次に、今回の講演に当たりまして、各団体から後援をいただいておりますので、後援団体を紹介し

たいと思います。

茨城県、そして茨城県市長会、茨城県町村会、全国公私病院連盟、茨城県医師会、茨城県社会福祉協議会、茨城県看護協会、連合茨城医福労連、以上8団体の後援のもとに、今回、会を運営しておりますので、皆さんにご報告申し上げます。

次に、祝電が来ておりますので、祝電を披露します。

参議院議員の藤田幸久様から祝電をいただいておりますので、ご披露します。「茨城の地域医療を考える会医療講演会が盛大に開催されますことを心よりお喜び申し上げます。参加者の皆様の熱意が、医療・福祉の増進の活力の源となることを確信いたします。私も引き続き皆様方とともに、安心・安全なふるさとづくり、医療・福祉の充実のために努力していくこととお誓いいたします。ここにお集まりの皆様方のますますのご活躍とご健勝を心よりお祈り申し上げます。平成28年12月3日 参議院議員藤田幸久」と来ていますので、ご披露いたします。ありがとうございます。

それでは、次に、本日のテーマであります、報告事項として、茨城県の策定した茨城の地域医療構想の説明を、約40分間、茨城県厚生総務課課長の荒井正徳さんをお願いします。よろしくお願ひします。

「茨城県地域医療構想について」

茨城県厚生総務課 課長 荒井正徳さん

県庁厚生総務課長の荒井と申します。

皆さん、本日は、私どもの説明に来ていただいて本当にありがとうございます。

私から、報告ということで、「茨城県地域医療構想案」についてご報告させていただきます。

この地域医療構想については、平成27年の7月から策定作業に入りまして、市町村や関係団体の代表などがメンバーとなっております茨城県医療審議会、それから、9つの構想区域、これは保健医療圏になるわけですが、9つの構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議で協議を進めてきました。

11月14日に、茨城県医療審議会で茨城県地域医療構想案が答申されました。本日は、この答申された構想案についてご報告させていただきたいと思えます。

構想案というのは、こんな分厚いものでございまして、恐らく、こんなに厚いのは全国でも茨城県だけかなと感じております。非常に活発に各地域で議論された結果のものでございます。

それでは、始めたいと思えます。

きょうは、本県における医療提供体制の現状、それから、人口・高齢化の動向、地域医療構想の概要といった順に説明させていただきます。

ただ、本県における医療提供体制の現状、それから、人口・高齢化の動向については、時間が限られておりますので、ざっと説明させていただきます。

まず、病院・一般診療所の状況なのですが、人口10万人対で、病院数、一般病床数、診療病床数とも全国平均を下回っている状況でございます。

これは一般診療所数と病床数です。こちらについても全て全国平均を下回っておりまして、特に鹿行は大きく下回っている状況でございます。

これは在宅医療の状況ですが、在宅診療所、原則24時間体制の往診で、急変時の入院先の確保などの基準を満たす診療所なのですが、この届出数も全国平均を大きく下回っている状況でございます。

同じように、訪問看護ステーションの人口10万人対の事業所数の状況なのですが、これも、左のほうのグラフになりますが、全国で下から3番目、45位という状況でございます。

次に、医療従事者の状況ですが、医師数については全国平均の7割程度ということで、大きく下回っておりまして、同じように、歯科医師数、薬剤師数も下回ってございます。特に、医師数については、鹿行では全国平均の3分の1程度ということで、大きく下回っているような状況でございます。

それから、筑波大学のあるつくばについては全国平均を大きく上回っているような状況です。医師の地域偏在が非常に顕著になっているような状況でございます。

これは就業看護職員数の状況でございますが、准看護師は全国平均を上回っているのですが、その他の職種は下回っているような状況でございます。

こちらの表は本県の医療関係指数の人口10万人対の全国順位を表したものでございます。医療提供体制は総じて全国下位にあるというようなことで、医療提供体制の整備の基本となる特に医師数は埼玉県に続き全国下から2番目、46位という状況でございます。

本県の場合、急激に医療資源を増やすことは困難ということで、そのために、徐々に人材を増やししながら、少ない医療資源を有効に、そして効率的に活用しながら、医療提供体制を整えていくことが重要ではないかと考えます。これが本県の地域医療構想の願いということになります。

次に、人口・高齢化の動向です。

これは全国の高齢化の推移と将来推計ということで、総人口は2010年ごろをピークに減少局面に入りますが、高齢化率は団塊の世代が後期高齢者となります2025年には30%を超えまして、その後も高齢化率は上昇いたしまして、40%近くなるということです。

65歳以上の高齢者人口のピークは2040年のころ、75歳以上は2055年のころがピークになるということです。

団塊の世代全てが75歳となる2025年には、後期高齢者が大きく伸びております。つまり、75歳以上人口が大きく増加するということは、骨折とか肺炎とか、後期高齢者特有の疾病構造に対応した医療の提供体制の整備を急がなければならないということになるかと思えます。

これは茨城県の将来人口の推計でございます。本県も全国と同様、人口減少をしております。唯一、増加傾向にございますつくばの地域も、2025年をピークに、緩やかではありますが減少に転じると推計されております。

これは本県の人口、高齢化の動向ということで、本県の総人口は2025年時点で約276万人、現在よりも15万人ほど減少するということが、2040年で約242万人まで減少するというような推計になっております。

本県の65歳以上の高齢化率は、2025年の時点で31.2%、2040年の時点では36.4%まで高くなると推計されております。

これは茨城県内の構想区域ごとの将来人口の推計です。特に日立構想区域、常陸太田・ひたちなか構想区域の減少幅が大きくなっております。

これは茨城県の高齢化率の将来推計ということで、構想区域で言うと、日立構想区域の高齢化が一番進むことになっております。2040年で40.2%になっております。

それでは、地域医療構想の概要について説明したいと思います。

まず、地域医療構想の策定の趣旨でございますが、団塊の世代全てが75歳以上となる2025年を

見据えた医療提供体制の構築に向けまして、まず、地域の医療需要の将来推計、医療機能の将来の必要量、こういったものを明らかにして、その地域にふさわしい医療機能の分化と連携を推進するというのが策定の趣旨でございます。

地域医療構想とはどういうものかということでございますが、地域医療構想は、2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進めていくために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、これを定めるものでございます。これが地域医療構想の基本というものでございます。

これは地域医療構想の内容、地域医療構想、構成はどのようになっているかということでございます。

1つ目の2025年の医療需要と病床の必要量については、高度急性期から慢性期のそれぞれの医療機能ごとに医療需要を構想区域単位で推計しております。

2つ目の目指すべき医療提供体制を実現するための施策としては、①の医療需要にあわせて、医療機能の分化・連携を促すための施策、在宅医療の充実を図るための施策、そして、これらの医療提供体制の整備を裏打ちできる、そして根拠となるような医療従事者の確保、人材の養成のための施策を記載しております。

次に、2025年の医療需要、必要病床数の推計の方法です。

医療需要は、法令に定められた算定方法に従って算出しております。ここに記載してありますように、2025年の医療需要は、2013年度の性・年齢別の入院受療率に2025年の性・年齢別の推計人口を掛けて推計しております。

必要病床数については、医療需要を医療機能ごとに全国一律の病床稼働率で割り戻して算出してあります。

そして、本県の地域医療構想でございます。

まず、本県の地域医療構想、構想区域の設定についてでございます。今まで、つくばとか水戸とか、そういった地域名を言ってきたのですが、それは構想区域の名前でございます。

ここに構想区域の設定の考え方を示しておりますが、本県の場合は、二次保健医療圏と同じ区域としております。全国的にも、ここに記載しているような理由で、福祉との連携を図るといった理由で二次医療圏と同じ区域としているところが多いようでございます。

これは本県の医療構想区域の区分です。この表のように、水戸から古河・坂東まで9つの区域を設定しております。

こちらがその地図でございます。

次は、2025年における医療機能別の医療需要、必要病床数の考え方でございます。

まず、基本的な推計の考え方なのですが、推計する場合、住所地ベースで推計するか、医療機関の所在地ベースで考えるかという2通りの考え方がございます。いずれにしても、レセプトデータからの推計になりますが、その患者の住所地ベースで推計するか、医療機関の所在地ベースで推計

するかで推計値が大きく異なってきます。

患者住所地ベースの場合は、医療機関が多い、少ないにかかわらず、その地域の患者から見た需要が推計されるということで、当然、同じ人口であれば、医療需要の大きい高齢者がたくさんいる区域が医療需要も大きく推計されます。

医療機関所在地ベースでは、患者の多い、少ないにかかわらず、医療機関が多くて、病床を多く持っているところほど需要が大きく推計されることになります。

本県の医療構想では、ここに記載がありますように、それぞれの区域においては、既にほかの区域等の患者の流出入を見込んだ医療機能が整備されていること、患者所在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ことは、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という2つの観点から、医療機関の医療資源を最大限に有効活用することとしまして、どの医療機能も現在の患者の流出入が今後も継続するものとして、医療機関所在地ベースを基本に医療需要を推計しております。

この表は本県の医療需要と必要病床数の将来推計値でございます。本県の医療需要のピークは2035年になっております。

これは2013年を基準とした場合の医療需要の伸びです。ピーク時の2035年には、入院医療では回復期の伸びが非常に大きくなっております。在宅医療の伸びはさらに大きくて、67ポイントというような伸びを示す推計となっております。

このシートは飛ばしますが、これからのシートは、2025年の医療需要・患者の流出入の状況になっています。高度急性期、急性期は、医療資源が多ければ、水戸区域のほうにほかの区域からの流入が多く、広域的な対応になっておりますが、回復期から慢性期に向かうほど、流入・流出の差は小さくなりまして、地域完結の医療になる傾向にございます。

また、千葉県とか栃木県に接する区域は、他県への流出が強い傾向にございます。

これが急性期になります。

そして、回復期になります。

こちらが慢性期ということで、慢性期の場合、流出入の差はあまりなくなるというような傾向にございます。

こちらは本県における2025年の必要病床数でございます。全体では2万1,755床で、現在の許可病床数より5,200床ほど少なくなっております。基準病床数よりも4,000床近く多くなっております。現在の基準病床数と比較しますと、茨城県全体が病床過剰地域になっているということになります。

こちらのグラフは、基準病床数、許可病床数、必要病床数を見やすいようにグラフ化したものでございます。四角の囲みに記載がありますように、2025年の必要病床数は、今後の人口推移、比較的症状の軽い入院患者の在宅医療への移行が現時点の見込みどおり進んだ場合の推計値でございます。

す。この推計値は、地域医療構想調整会議での協議によりまして、在宅医療への移行、医療提供体制の効率化が進んでいくということで、現在の許可病床数が9年間かけて徐々に2025年の必要病床数へ近づいていくことを想定しております。つまり、これは病床削減の目標ということではないということでご理解いただければと思います。

参考までに、本県における2025年における必要病床数を患者所在地ベースで表にしたものでございます。県全体では、先ほどの医療機関所在地ベースでは2万1,755床、患者所在地ベースでは2万2,148床、差し引きで393床、約400床ほど差があるということで、この差は、県全体では、他県への流出分と考えていただければと思います。思ったほど他県への流出は多くないかなと思います。

この表は、県内の区域で高齢化率が高くて医療機関の少ない地域と、高齢化率が低くて医療機関の多い区域との比較の表でございます。患者所在地ベースと医療機関所在地ベースで比較したものでございます。常陸太田・ひたちなかでは、医療機関が少なく、患者所在地ベースでは需要が大きくなります。一方、医療機関所在地ベースですと700床以上少なくなるということで、同一圏域内で全ての医療需要を賄おうとすると、病院などの医療資源が少ないということになります。一方、つくば区域のほうは、医療機関所在地ベースでは900床以上多いということで、大病院が多いことから、それだけ急性期とか高度急性期を中心に他の区域からの流入が見込まれるということでございます。

地域医療構想調整会議で、患者所在地ベースで区域内の需要は区域内で完結させるべきだというような意見も出ました。本来そうあるべきかなとも思います。ただ、県全域が病床過剰地域であることから、今後、病院の大規模の増床は困難な状況でございます。このため、本県では、圏域間の流入・流出があることは是として、現在の医療機関の有効活用を図ることとして、医療機関所在地ベースを採用しております。

病床機能報告制度について説明したいと思います。病床機能報告制度は、平成26年度から、各病院・診療所に対して病床機能報告が義務づけられております。この制度は、病院・診療所の一般病床・療養病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟単位で、ここに書いてあります区分のうちどの機能を担っているか、1つを選択して都道府県知事に報告するものでございます。

これを見て、それぞれの医療機関がどの病棟がどの機能を持っているかを判断して報告することになっております。数値的なものではなく、文章で判断して、医療機関のほうでは報告することになっております。

地域医療構想と病床機能報告制度との関係でございます。地域医療構想と病床機能報告制度の関係なのですが、ここに記載がありますように、今後、地域医療構想調整会議では、各医療機関から、病床機能の報告の内容と地域医療構想の必要病床数と比較いたしまして、医療構想の実現に向けた

協議を進めていくこととなります。この病床機能報告制度によりまして、医療機関は、ほかの医療機関の医療機能の情報を得る。そして、地域における自分の病院の相対的な位置づけ、立ち位置を客観的に把握することで、病床の機能分化とか連携に対する自主的な取り組みを進めることが可能になると考えられております。

こちらが病床機能報告制度の状況でございます。平成27年7月1日時点でございます。県全体では急性期の病床が多くなっております。

こちらは6年後の予定ということですが。

こちらは必要病床数と病床機能報告数との比較ということで、この表を見ますと、高度急性期については、報告病床数と必要病床数との間に大きな差はないということで、一方、急性期、回復期については大きな違いが出ております。今後、高齢化が進んで、骨折とか肺炎とか、高齢者特融の病気が多くなることを考えますと、回復期の病床のニーズが高まりまして、特に急性期から回復期への病床機能の転換が必要になってくると考えられます。

これはあくまでも参考なのですが、土浦地域医療構想の中に、土浦区域独自で、実際に平均在院日数という定量的な、数量的な基準で各病院の病床の機能をアンケートし、報告を行った結果でございます。それがAのグラフになります。

グラフAとBの比較では、2025年の必要病床数は、病院に対して極端な医療機能の転換を示したものではありません。ということがわかるのではないかと思います。

報告は、あくまでも病床について病院が急性期と思えばそのように報告するということなので、数字的に捉えれば、必要病床数と現在の本当の実際の病床機能とはあまり違いがないのではないのかなと考えております。そんなに病床機能の転換について神経質にならなくてもいいのではないのかなと感じております。

このような医療需要を踏まえて、本県の医療需要に対応した医療提供体制の方向性の基本となる考え方が四角で囲まれた部分であります。

後でこの部分は読んでいただきたいと思うのですが、四角に囲まれた考え方のもと、医療機能の分化・連携、在宅医療等の充実、医療従事者の養成・確保の3つの柱で医療提供体制を築こうとするものが本県の医療構想の医療提供体制の方向性でございます。

地域医療構想は、具体的な施策、例えば、いつまでにどのような事業をどのような数値目標を立てて実施するのかを示すというものではありません。あくまでも方向性を示すもので、具体的な対策は来年度策定することになりますが、次期の保健医療計画の中で対策と事業を具体化させていくこととなります。

施策の方向性に入ります。

まず、1の入院医療における医療機能の分化・連携については、①病床機能の転換の促進では、地域で不足している病床機能、特に回復期への転換を促進するため、施設の整備とか人材養成など

を支援していくとしております。

②の医療機関間の連携強化では、政策医療を担っている公的病院への支援や、医療提供体制の充実のための再編統合について検討していくこととしております。

さらに、地域で救急医療を支えている民間病院に対しまして、公的病院と同様の支援について検討するということとしております。これは、こういった地域で救急医療を支えている民間病院に大学から医師の派遣をしやすくすることを目的としております。

次に、③の医療機能分化・連携に係る県民の理解促進については、適切な受療行動を促すための取り組みを促進する。また、今後の地域医療構想調整会議等の検討内容を県民に広く情報発信していくこととしております。

次に、在宅医療の充実についてでございます。

①の在宅医療の提供基盤の強化では、特に、施設整備については、高齢者、障害者等の計画との調整を図りながら進めていくということとしております。

それから、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどの在宅医療の提供基盤の整備を促進するとしております。

それから、在宅医療に関する人材の養成、研修などにより、在宅医療関係者の連携を強化するとしております。

それから、先ほど、森戸副会長のほうからもありましたが、茨城型の地域包括ケアシステムを、市町村、関係団体と連携して構築していくこととしております。

②の在宅医療を支える多職種連携強化では、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業を、関係団体と連携して支援することとしております。

③の在宅医療に関する知識の普及啓発では、在宅医療・介護に関する情報を、地域住民に対して適切に提供することとしております。

3の医療従事者の養成・確保でございます。

①の医師の確保対策の推進でございますが、こちらは、県庁内に設置しております地域医療支援センターを核といたしまして、高校生から医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた取り組みを推進することとしております。

それから、医師の地域偏在を解消するために、修学資金を活用した医師が各圏域でバランスよく勤務できるよう、医師の派遣調整に努めることとしております。

看護職の確保対策では、特に、潜在看護職員の掘り起こしといったことをやりまして、看護師の再就業を推進することとしております。

多様な専門職の育成支援ということで、リハビリ関係職などの多様な専門職の育成を支援していくこととしております。

次が④です。医療勤務環境改善の推進については、県医師会に設置されております医療勤務環境

改善センターでの勤務環境改善の取り組みを促進することとしております。

それから、病院内保育施設を設置する病院などに対して助成して、離職防止と定着を図ることとしております。

そして、(6)として、本県の地域医療構想の検討体制なのですが、地域医療構想調整会議で、今後も地域医療構想の達成を目指しまして、P D C Aの観点から継続的に検討を行っていくこととしております。

構想区域別の地域医療構想について簡単に説明したいと思います。

まず、水戸構想区域は、ほかの構想区域からの流入が多いため、医療提供体制の充実を図る必要があるということで、特に回復期リハビリテーションの整備の必要といった課題があるということになっております。

施策の方向性としては、他の構想区域との連携体制の強化、病病連携、病診連携体制、病院の再編統合などの地域ニーズに合った医療提供体制の検討を施策の方向性として挙げております。

次に、日立構想区域です。こちらは、ハイリスクを含む分娩の対応体制、回復期リハビリテーションが不足していること、医師などの数が県全体の平均を下回ることを課題として挙げております。

施策の方向性としては、医療機関の連携強化による地域的な偏在の解消、それから、婦人科疾患、周産期医療体制の整備・充実を挙げております。それから、回復期病床への転換の促進、在宅医療などの供給増を図ることを施策の方向性として挙げております。

こちらは常陸太田・ひたちなか構想区域です。こちらは医療資源が不足して、隣接構想区域へ多くの患者が流出しているということで、また、圏域が太田からひたちなかまで広い状況でございますので、山間部と沿岸部の差がものすごく大きいということです。こういったことを課題として挙げております。医療従事者の不足、高齢化の懸念ということで、医療従事者の高齢化も課題として挙げております。

ちなみに、太田の水郡医師会というところがあるのですが、お医者さんの平均年齢は71歳という話を聞いております。人口の高齢化だけではなくて、医療従事者の高齢化も叫ばれております。

施策の方向性としては、人口集積地での高度急性期・急性期病床の整備と他の構想区域との連携推進を挙げております。それから、地域包括ケアを支える病院・診療所、かかりつけ医、在宅療養支援病院の充実といったことを方向性として挙げております。

鹿行構想区域です。課題としては、高度急性期、急性期の患者が隣接の医療圏に流出していることを挙げております。それから、医師不足、救急搬送に時間がかかって、公的病院が休眠病床を抱えているということで、二次救急医療が十分に担えていない状況を課題として挙げております。

施策の方向性ですが、高度急性期の広域連携に係る協議をこれからも進めていくということと、救急医療体制の充実というものを挙げております。それから、公的病院の休眠病床については、鹿

島労災病院と神栖済生会の今後のあり方検討会がございまして、こちらの報告書を踏まえ、再編統合について協議していくことになっております。このほか、県地域枠などの医師の受け入れ体制の整備などを施策の方向性として挙げております。

これは土浦構想区域です。こちらは隣接する構想区域からの流出入とも多いこと。特に、総合病院土浦協同病院の移転によりまして新たな流入が予測されるということ、それから、土浦地域と石岡地域では医療資源に差があるということを課題として挙げております。

施策の方向性としては、回復期病床への転換の促進、他の構想区域との連携に対する協議などを施策の方向性として挙げております。

次に、つくば構想区域です。現状と課題としては、必要病床数が2035年まで増加して、許可病床数では不足すること、医療資源は高い水準にあって、ほかの構想区域から流入が多いことを課題として挙げております。

施策の方向性は、隣接する構想区域との調整の検討と、地域の医療・介護の関係機関との連携促進を施策の方向性として挙げております。

次に、取手・竜ヶ崎構想区域は、東西南北に広くて、医療提供体制に差異があることを課題に挙げております。このため、医療提供体制に差異があるということで、構想区域内の連携の促進とか、ハイリスク分娩の近隣医療機関を含めた広域対応体制の整備などを施策の方向性として挙げております。

次に、筑西・下妻構想区域です。現状と課題として、高度急性期、急性期において、他県の栃木県への流出が多いということ、それから、医師、歯科医師、薬剤師の県全体の平均を下回ることを課題として挙げております。

施策の方向性としては、がん、急性心筋梗塞などに対応できる急性期医療の提供体制の充実などを挙げております。

最後になります。古河・坂東構想区域です。ハイリスク分娩、脳卒中の急性期医療について対応体制が不足しているということ、それから、在宅療養支援病院が整備されていないことを課題として挙げております。

施策の方向性としては、高度急性期に対して、ほかの構想区域とともに広域的な対応をすること、それから、ハイリスク分娩に対応する協力体制、在宅療養支援病院など、在宅医療体制の構築などを施策の方向性として挙げております。

私の話はこの辺で終わるわけなのですが、地域医療構想の中でよく話題になっているのは医療機関の再編統合の問題です。西日本での取り組み状況はよく紹介されております。西日本と茨城県では医療資源の状況が全然違うということなのですが、医師数の多い西日本の県の例を挙げますと、地域に規模の大きい病院が幾つもあって、それぞれが競合して、多くの医師が分散して特徴を出せない。地域としては非効率的だということで、医療機関の再編統合・連携といった問題がスタート

しております。

本県の場合は、地域の基幹病院の医師が少なくなって地域医療が担えない。大学から医師を派遣しやすくするために、再編して、病院機能を集中して高度化することが大きな願いとなっております。

地域医療構想では、病院などの再編とか統合とか連携が言われておりますが、同じ再編でも、本県と西日本の県ではスタート地点の状況が違うということが言えるかなと思います。

全国平均並みに茨城県の医師数を確保するためにはあと2,000人必要です。そんなことを言っても、2,000人という医師はなかなか確保できない状況でございます。ですから、少ない医療資源をいかに効率的に、有効に活用していくかということが茨城県の地域医療構想の大きなテーマではないかと考えております。

最後に、地域医療構想は2025年に向けた医療提供体制の方向性を示すものです。この構想は策定して終わりということではなくて、構想の実現に向けてこれから関係者間の協議がスタートすると考えていただきたいと思います。これからは本番ということで、よりよい医療提供体制の構築に向けて、皆様のご理解とご協力をお願いしたいと思います。

そして、きょう、非常に飛ばしましたが、県では県政出前講座というものをやっております。時間を取ってもっと詳しい話が聞きたい場合は、どうぞ遠慮なく厚生総務課のほうにご連絡していただければと思いますので、よろしくお願いたします。

以上で、私のお話は終わりにしたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。



茨城県地域医療構想案 概要

平成28年12月3日
茨城県厚生総務課
課長 荒井正徳

I 本県における 医療提供体制の現状



1 病院・一般診療所

病院数・病床数

	病院数・病床数				人口10万対			
	病院数	一般病床数	療養病床数		病院数	一般病床数	療養病床数	
全国平均								
茨城県	181	18,850	5,746		6.7	706.3	259.2	
水戸	42	4,235	970		6.2	645.1	196.5	
日立	22	2,008	697		8.9	901.9	206.6	
常陸太田・ひたちなか	23	1,664	603		8.5	771.5	267.8	
構想区域								
鹿行	12	1,272	595		6.3	458.3	166.1	
土浦	17	1,636	437		4.4	462.7	216.5	
つくば	16	2,611	593		6.5	626.4	167.3	
取手・竜ヶ崎	23	3,032	646		4.8	788.2	179.0	
筑西・下妻	15	1,100	987		4.9	645.1	136.6	
古河・坂東	11	1,292	218		5.7	416.1	373.4	
					4.8	568.4	95.9	

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省
 人口10万対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所
 の平成27(2015)年推計人口を用いて算出しています。

一般診療所数・病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
全国平均				79.1	6.6	88.4
茨城県	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
水戸	330	28	403	70.3	6.0	85.8
日立	155	11	141	59.6	4.2	54.2
常陸太田・ひたちなか	184	29	420	50.7	8.0	115.7
鹿行	115	11	164	41.8	4.0	59.7
土浦	180	21	249	68.9	8.0	95.3
つくば	231	10	153	69.7	3.0	46.2
取手・竜ヶ崎	258	20	264	54.9	4.3	56.2
筑西・下妻	153	13	191	57.9	4.9	72.3
古河・坂東	116	12	155	51.0	5.3	68.2

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

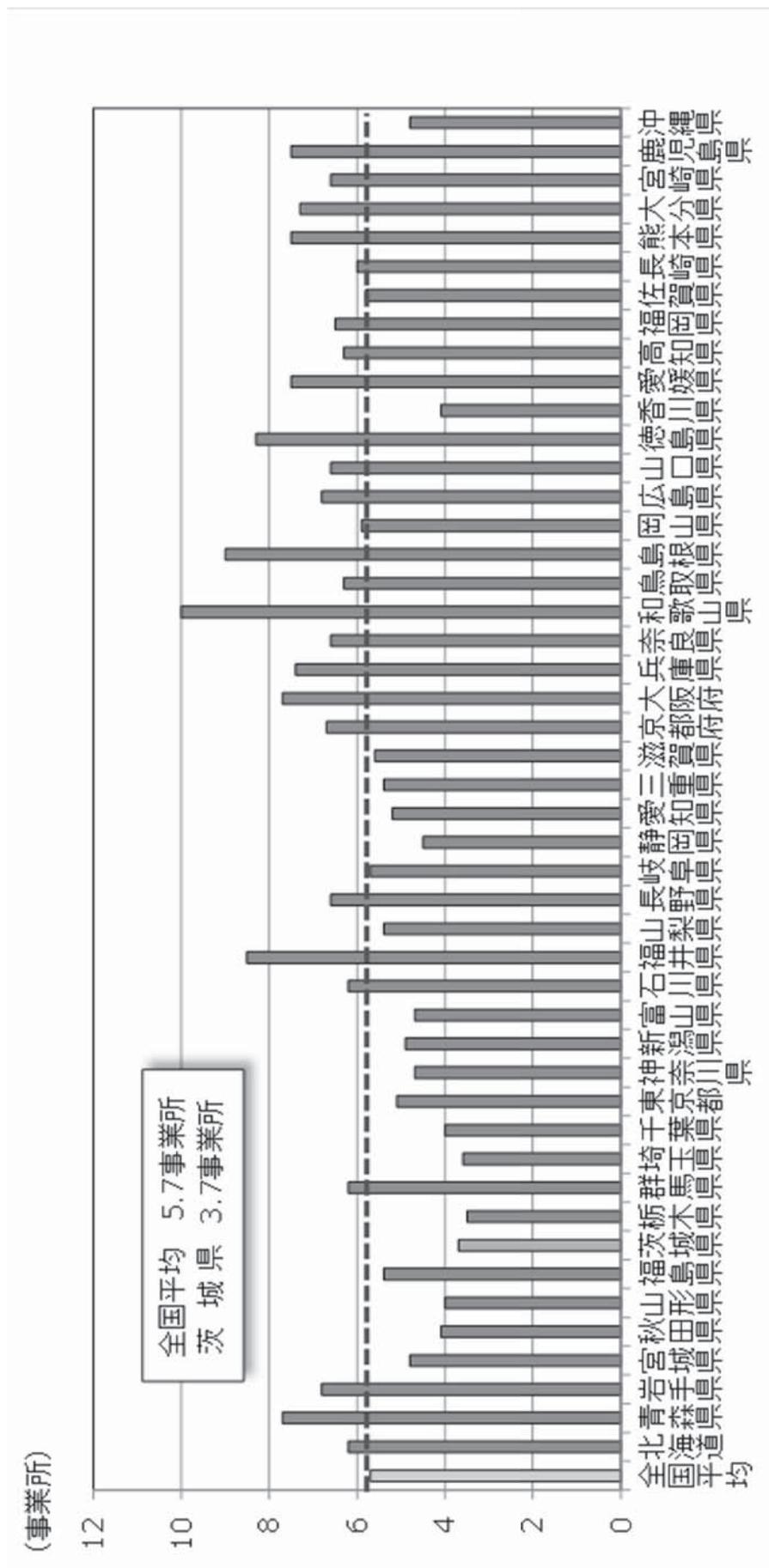
2 在宅医療の状況

在宅療養支援診療所の届出状況

	在宅療養支援診療所数・患者数等				人口10万対		
	届出施設数	連携保険医療機関数	受け持つ在宅療養患者数	届出施設数	連携保険医療機関数	受け持つ在宅療養患者数	
全国平均				11.2	29.3	350.0	
茨城県	198	499	6,758	6.8	17.1	231.3	
水戸	32	59	966	6.8	12.6	205.7	
日立	4	8	378	1.5	3.1	145.2	
常陸太田・ひたちなか	21	42	820	5.8	11.6	225.8	
鹿行	17	26	97	6.2	9.5	35.3	
土浦	20	49	350	7.7	18.8	134.0	
つくば	40	126	1,858	12.1	38.0	560.9	
取手・竜ヶ崎	29	108	738	6.2	23.0	157.0	
筑西・下妻	23	41	779	8.7	15.5	294.7	
古河・坂東	12	40	772	5.3	17.6	339.6	

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省
 人口10万対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

訪問看護ステーションの人口10万人対事業所数の状況



出典：「平成26年介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省
 人口10万対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用
 いて算出しています。

3 医療従事者の状況

医療施設に従事する医師数・歯科医師数・薬剤師数の状況

	医療施設に従事者数(人)			人口10万対(人)		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数 %	医師数	歯科医師数	薬剤師数
全国平均				233.6	79.4	170.0
茨城県	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
水戸	1,021	317	825	217.2	67.4	175.5
日立	359	141	406	138.7	54.5	156.8
常陸太田・ひたちなか	385	186	488	106.1	51.3	134.5
鹿行	234	153	297	85.6	55.9	108.6
土浦	503	204	461	192.8	78.2	176.7
つくば	1,135	264	810	342.1	79.6	244.2
取手・竜ヶ崎	764	315	732	163.2	67.3	156.3
筑西・下妻	258	171	343	97.1	64.4	129.2
古河・坂東	291	169	300	126.7	73.6	130.6

出典：「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は、薬局従事者も含まれます。

就業看護職員数の状況

	就業看護職員数(人)						人口10万対(人)													
	保健師数	助産師数	看護師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	看護師数	准看護師数	看護師数									
全国平均																				
茨城県	1,097	642	19,675	8,056	38.3	26.8	858.5	268.7												
水戸	177	126	4,533	1,421	37.5	22.0	673.4	275.7												
日立	104	58	1,784	901	37.7	26.8	965.4	302.6												
常陸太田・ひたちなか	134	40	1,673	938	40.0	22.3	685.4	346.2												
鹿行	104	33	1,104	696	36.9	11.0	460.8	258.3												
土浦	98	81	1,841	810	37.8	12.0	401.6	253.2												
つくば	140	103	3,234	610	37.5	31.0	704.9	310.2												
取手・竜ヶ崎	178	134	3,237	1,002	42.3	31.1	976.3	184.1												
筑西・下妻	86	36	1,090	913	37.9	28.5	688.7	213.2												
古河・坂東	76	31	1,179	765	32.5	13.6	412.3	345.4												
					33.4	13.6	518.7	336.6												

出典:「平成26年衛生行政報告例」厚生労働省

人口10万対は「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

(参考)

本県医療関係指数人口10万対の全国順位(平成26年)

①病院数	32位	⑪医師数	46位
②病院病床数	37位	⑫歯科医師数	32位
③一般診療所数	46位	⑬薬剤師数	23位
④一般診療所病床数	30位	⑭就業保健師数	36位
⑤歯科診療所数	28位	⑮就業助産師数	43位
⑥病院平均在院日数(多い方から)	32位	⑯就業看護師数	44位
⑦1日平均在院患者数	39位	⑰就業准看護師数	31位
⑧1日平均外来患者数	31位		
⑨病院の常勤換算医師数	42位		
⑩病院の常勤換算看護師数	44位		

①～⑩:「平成26年医療施設(動態)調査・病院報告」厚生労働省

⑪～⑬:「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

⑭～⑰:「平成26年衛生行政報告例」厚生労働省

Ⅱ 人口・高齢化の動向



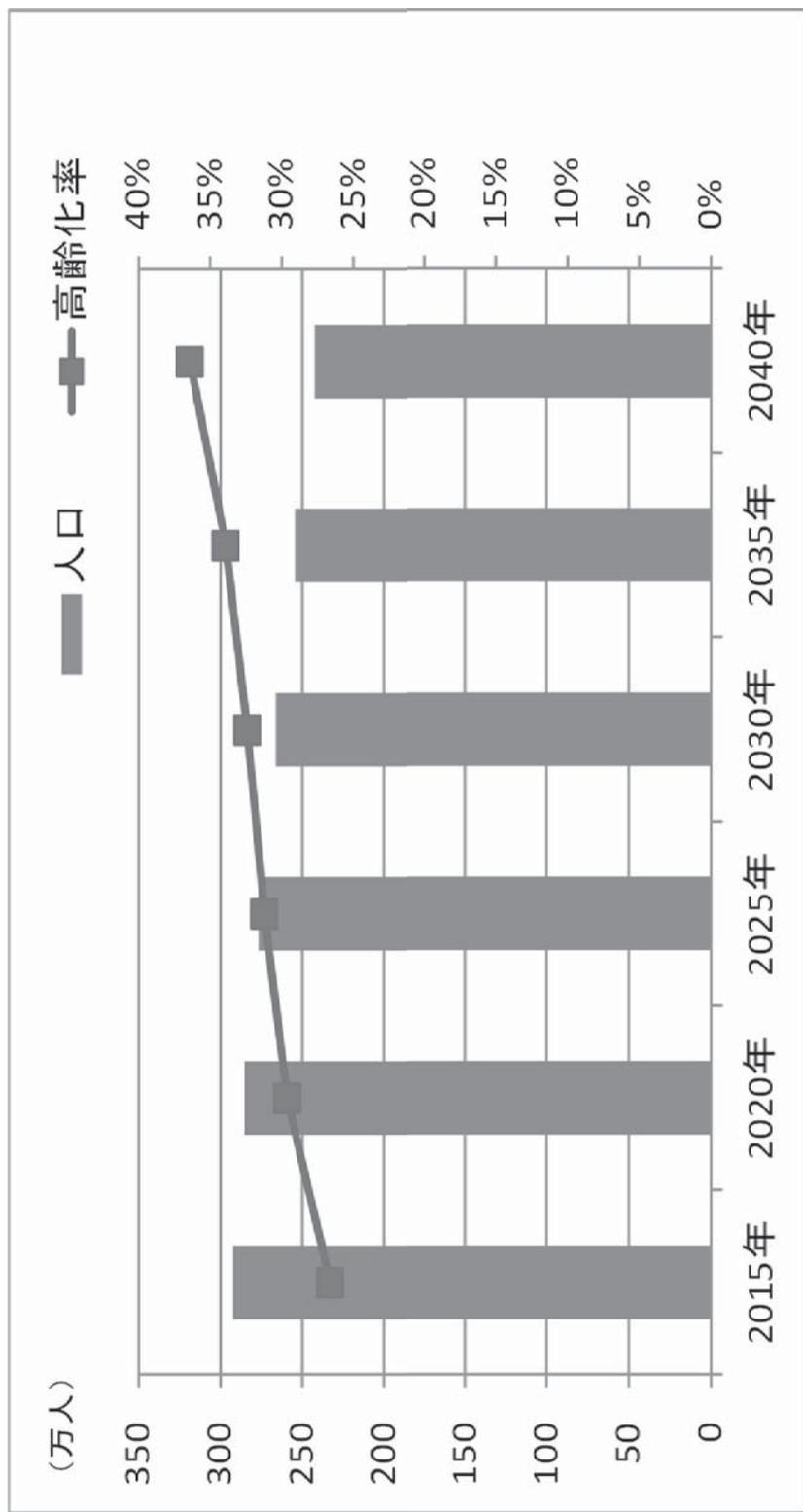
ハズスル黄門

茨城県の将来人口推計

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
全国	126,660,501	124,128,185	120,699,960	116,670,319	112,185,503	105,790,693
茨城県	2,921,890	2,852,547	2,764,115	2,661,094	2,546,159	2,422,744
水戸	469,549	459,945	447,379	432,716	416,233	398,117
日立	260,271	248,933	235,892	221,687	206,981	192,453
常陸太田・ひたちなか	363,084	353,117	341,119	327,875	313,678	298,826
鹿行	274,886	268,295	259,918	250,250	239,563	228,049
土浦	261,163	253,528	244,151	233,459	221,738	209,303
つくば	331,267	333,829	334,161	332,520	328,880	323,255
取手・竜ヶ崎	470,028	461,576	448,887	432,563	413,366	392,725
筑西・下妻	264,342	253,637	241,947	229,519	216,331	202,409
古河・坂東	227,300	219,687	210,661	200,505	189,389	177,607

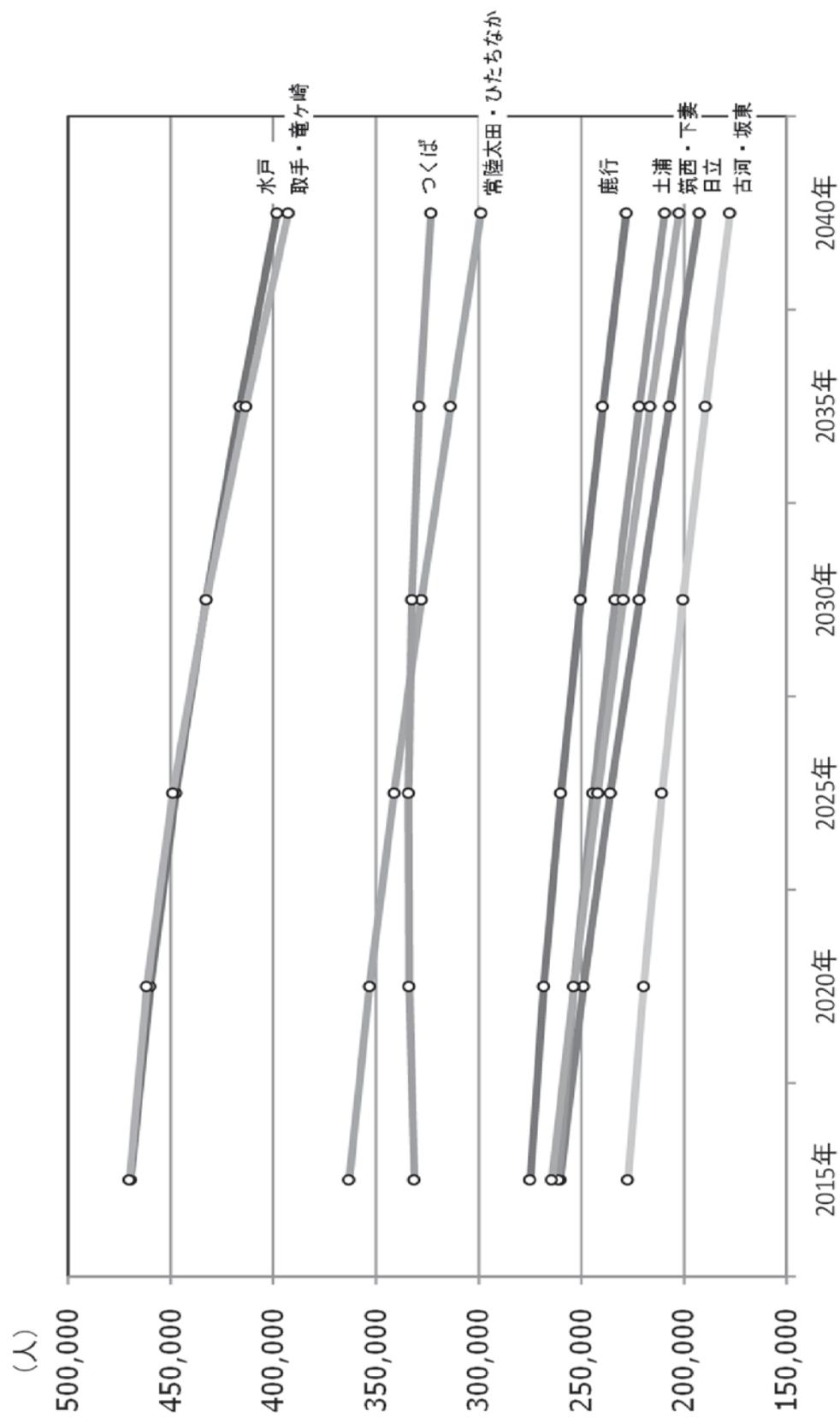
出典：「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所より作成

本県の人口・高齢化の動向



- 社会保障・人口問題研究所の人口推計によると、本県の総人口は、2025年時点で約276万人、2040年時点で約242万に減少
- 本県の65歳以上の高齢化率は、2025年時点で31.2%、2040年時点では36.4%まで増加

茨城県内の構想区域ごとの将来人口推計



出典:「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所より作成

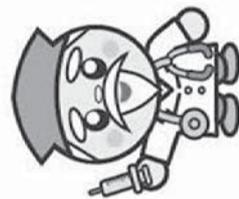
茨城県の高齢化率の将来推計

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
全国平均	26.8%	29.1%	30.3%	31.6%	33.3%	36.0%
茨城県	26.6%	29.6%	31.2%	32.4%	33.9%	36.4%
水戸	26.6%	29.4%	31.1%	32.5%	34.2%	36.7%
日立	29.5%	32.6%	34.2%	35.6%	37.5%	40.2%
常陸太田・ひたちなか	28.0%	30.7%	32.5%	34.0%	35.8%	38.5%
鹿行	26.0%	29.3%	30.9%	31.7%	32.7%	34.7%
土浦	27.8%	30.9%	32.4%	33.7%	35.5%	38.1%
つくば	21.6%	23.9%	25.2%	26.3%	28.1%	30.9%
取手・竜ヶ崎	26.8%	30.2%	31.6%	32.7%	34.0%	36.6%
筑西・下妻	27.4%	30.9%	32.9%	34.0%	35.2%	37.4%
古河・坂東	25.9%	29.5%	31.5%	32.7%	34.1%	36.5%

出典：「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所より作成



Ⅲ 地域医療構想の概要





1 策定の趣旨

2025年(平成37年)を見据えた医療提供体制の構築に向け、地域の医療需要の将来推計や各医療機能の将来の必要量などを明らかにし、その地域にふさわしい医療機能の分化と連携を推進するために「地域医療構想」を策定する。

■ 地域医療構想とは・・・

地域医療構想は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能

- ① 高度急性期
- ② 急性期
- ③ 回復期
- ③ 慢性期

ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの

* 将来の医療需要の推計にあたっては、国がレポート情報・特定健診等情報 データベース等のデータに基づき開発した「地域医療構想策定支援ツール」を活用



■ 地域医療構想の内容

① 2025年の医療需要と病床の必要量

- 高度急性期，急性期，回復期，慢性期の各医療機能ごとに医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域単位で推計

② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 医療機能の分化・連携を促すための施策
- 在宅医療等の充実を図るための施策
- 医療従事者の確保，養成のための施策 等

■ 2025年の医療需要及び必要病床数の推計方法

《医療需要の算定》

- 医療需要は法令で定められた算定方法に従って算出

$$\text{医療需要(人/日)} = \text{2013年度の性・年齢別の入院受療率} \\ \times \text{2025年性・年齢別の推計人口}$$

《必要病床数の算定》

- 必要病床数は、医療需要を医療機能ごとに全国一律の病床稼働率※で割り戻して算出

※病床稼働率(高度急性期0.75 急性期0.78 回復期0.9 慢性期0.92)

2 本県の地域医療構想

(1) 本県の地域医療構想区域の設定

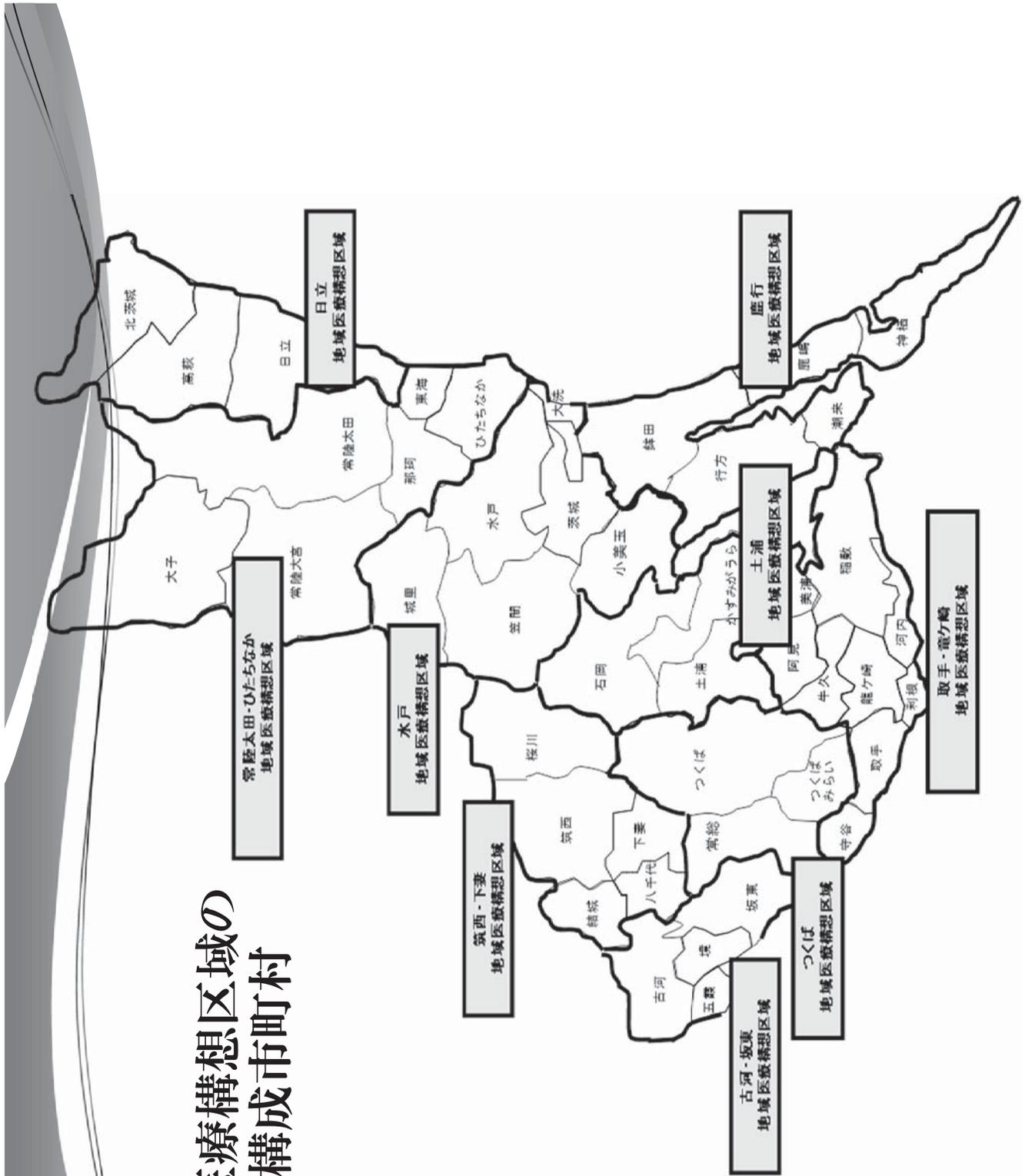
- 構想区域は、地域における病床機能の分化及び連携を推進するための基準として定められた区域
- 地域特性を踏まえたバランスのとれた医療提供体制を構築するためには、医療のみならず地域包括ケア体制の構築等も同時に進める必要があり、老人福祉圏域等と整合性を図る必要がある。

 本県構想区域は二次保健医療圏と同じ区域

地域医療構想区域の名称と構成市町村

名称	市町村数	構成市町村	人口(人) ※H27.10.1現在
水戸地域医療構想 区域	6	水戸市, 笠間市, 小美玉市, 茨城町, 大洗町, 城里町	468,131
日立地域医療構想 区域	3	日立市, 高萩市, 北茨城市	259,248
常陸太田・ひたちなか地域 医療構想区域	6	常陸太田市, ひたちなか市, 常陸大宮市, 那珂市, 東海村, 大子町	360,723
鹿行地域医療構想 区域	5	鹿嶋市, 潮来市, 神栖市, 行方市, 鉾田市	274,643
土浦地域医療構想 区域	3	土浦市, 石岡市, かすみがうら市	259,121
つくば地域医療構想 区域	3	つくば市, 常総市, つくばみらい市	337,635
取手・竜ヶ崎地域医療構想 区域	9	龍ヶ崎市, 取手市, 牛久市, 守谷市, 稲敷市, 美浦村, 阿見町, 河内町, 利根町	465,789
筑西・下妻地域医療構想 区域	5	結城市, 筑西市, 下妻市, 桜川市, 八千代町	264,215
古河・坂東地域医療構想 区域	4	坂東市, 古河市, 五霞町, 境町	228,352
	44		2,917,857

地域医療構想区域の 名称と構成市町村



(2) 2025年における医療機能別の医療需要 及び必要病床数

＜基本的な考え方＞

- ・各構想区域においては、他の構想区域との患者の流出入等を見込んだ医療機能が既に整備されている。
- ・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ことは、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。⇒各医療機関の既存の物的・人的な医療資源を最大限に有効活用する。

☞ 各医療機能とも、現在の患者の流出入が今後も継続するものと見込み、「医療機関所在地ベース」を基本に医療需要を推計

※医療需要及び必要病床数についての留意事項

高齢化の進展が2025年以降も続き、医療需要のピークが平成47(2035)年になることに留意するとともに、患者の受療動向の変化や隣接県における医療提供体制の整備状況等を勘案し、次期保健医療計画の策定の際にも医療需要及び必要病床数の見直しの必要性について検討。

(3) 本県における医療需要と必要病床数の動向

本県の医療需要の将来推計						
単位:人/日	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年	
医療需要	38,097	49,807	55,010	56,741	55,557	
高度急性期	1,495	1,634	1,652	1,637	1,600	
急性期	4,880	5,807	6,090	6,134	6,009	
回復期	5,168	6,405	6,811	6,902	6,759	
慢性期	4,446	4,614	5,036	5,157	5,054	
小計(入院医療)	15,989	18,460	19,589	19,829	19,421	
在宅医療等	22,108	31,347	35,421	36,911	36,135	

○ 地域医療構想策定支援ツールにより、2013年、2025年、2030年、2035年、2040年における入院医療及び在宅医療等の医療需要(医療機関所在ベース※)を推計

※ 地域医療構想策定支援ツールによる推計される医療需要の種類

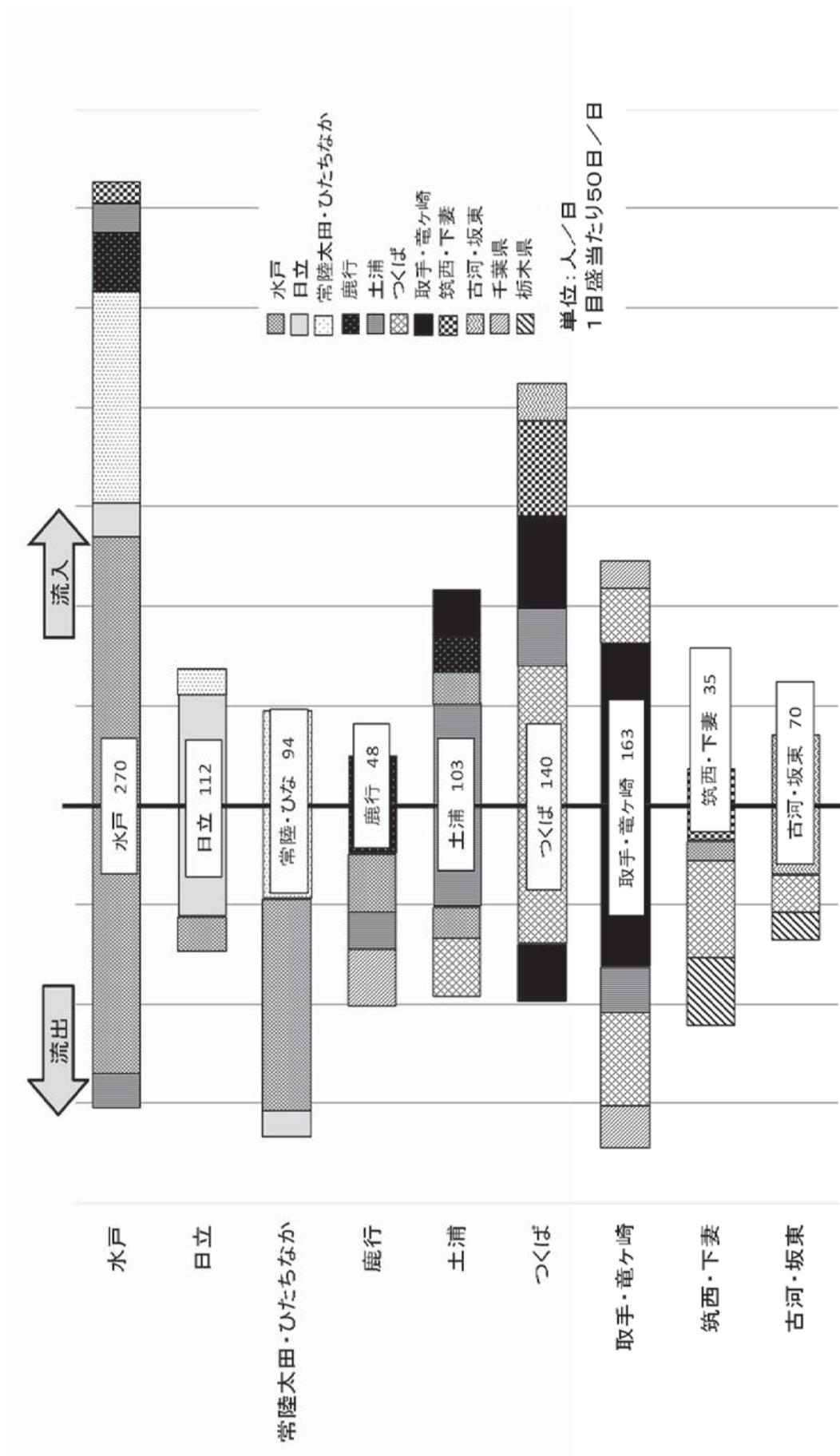
- ・患者住所地ベース:2013年度の患者住所地における医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要
- ・医療機関所在地ベース:2013年度の医療施設における医療供給をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要

2013年を基準にした場合の各年の医療需要の割合

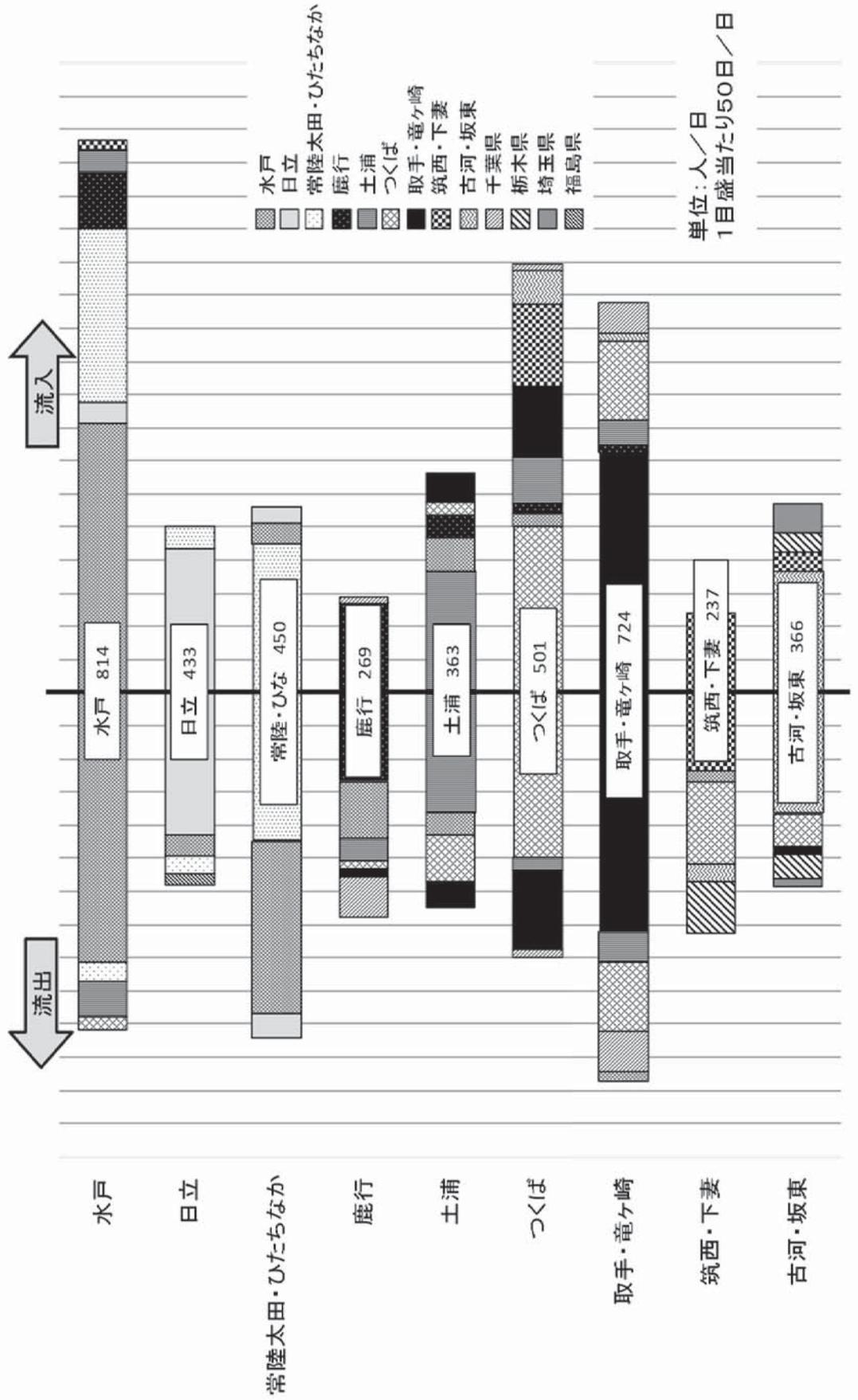
単位:%	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要	100.0%	130.7%	144.4%	148.9%	145.8%
高度急性期	100.0%	109.3%	110.5%	109.5%	107.0%
急性期	100.0%	119.0%	124.8%	125.7%	123.1%
回復期	100.0%	123.9%	131.8%	133.5%	130.8%
慢性期	100.0%	103.8%	113.3%	116.0%	113.7%
小計(入院医療)	100.0%	115.5%	122.5%	124.0%	121.5%
在宅医療等	100.0%	141.8%	160.2%	167.0%	163.4%

○ 医療機能別に入院医療及び在宅医療等の医療需要の将来推計について、2013年を基準としてみた場合、在宅医療等は 2025年には41.8ポイント、2035年には67.0ポイントの上昇。また、急性期については、2025年には19.0ポイントの上昇、回復期については、2025年には23.9ポイントの上昇

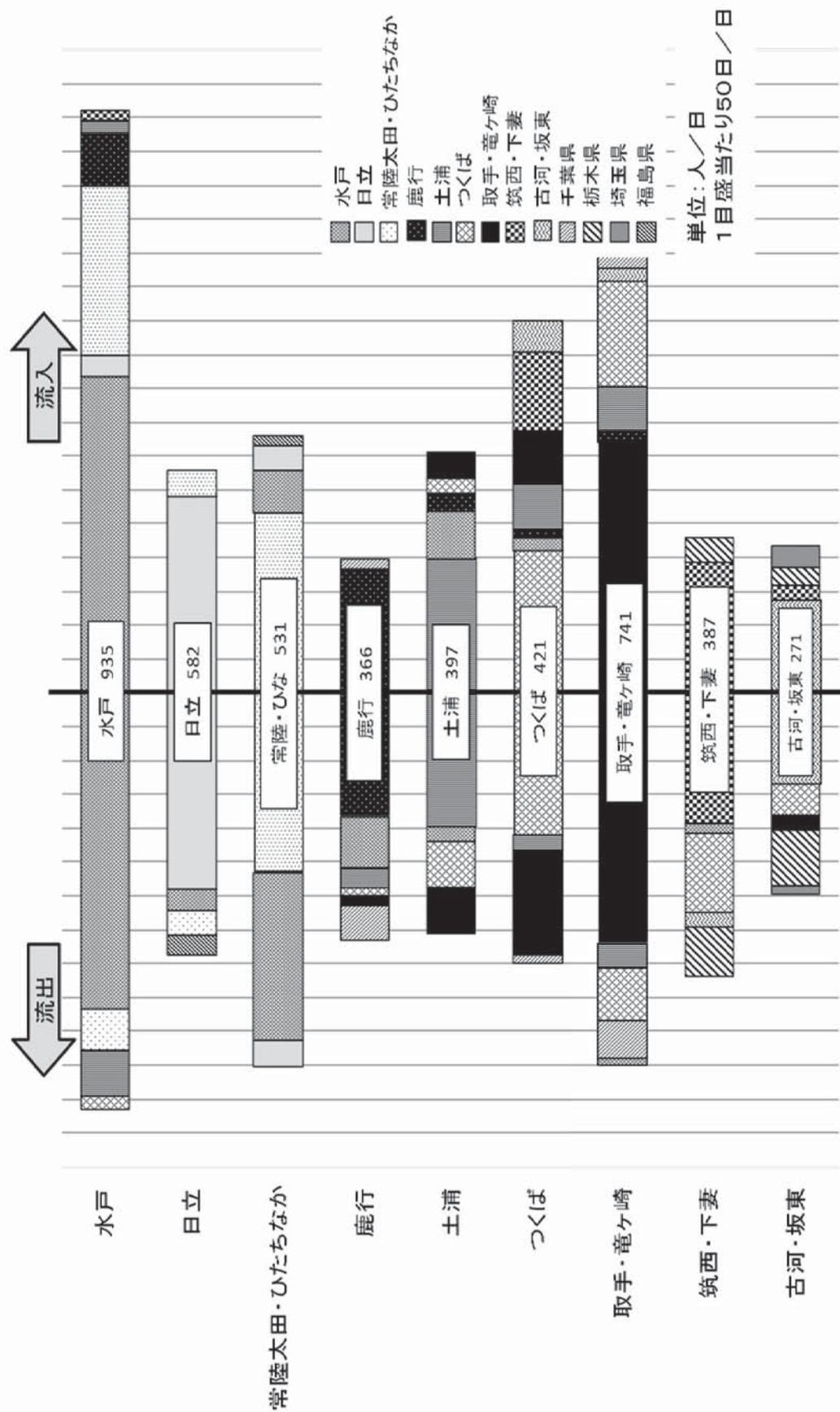
2025年の医療需要・患者の流出入の状況(高度急性期)



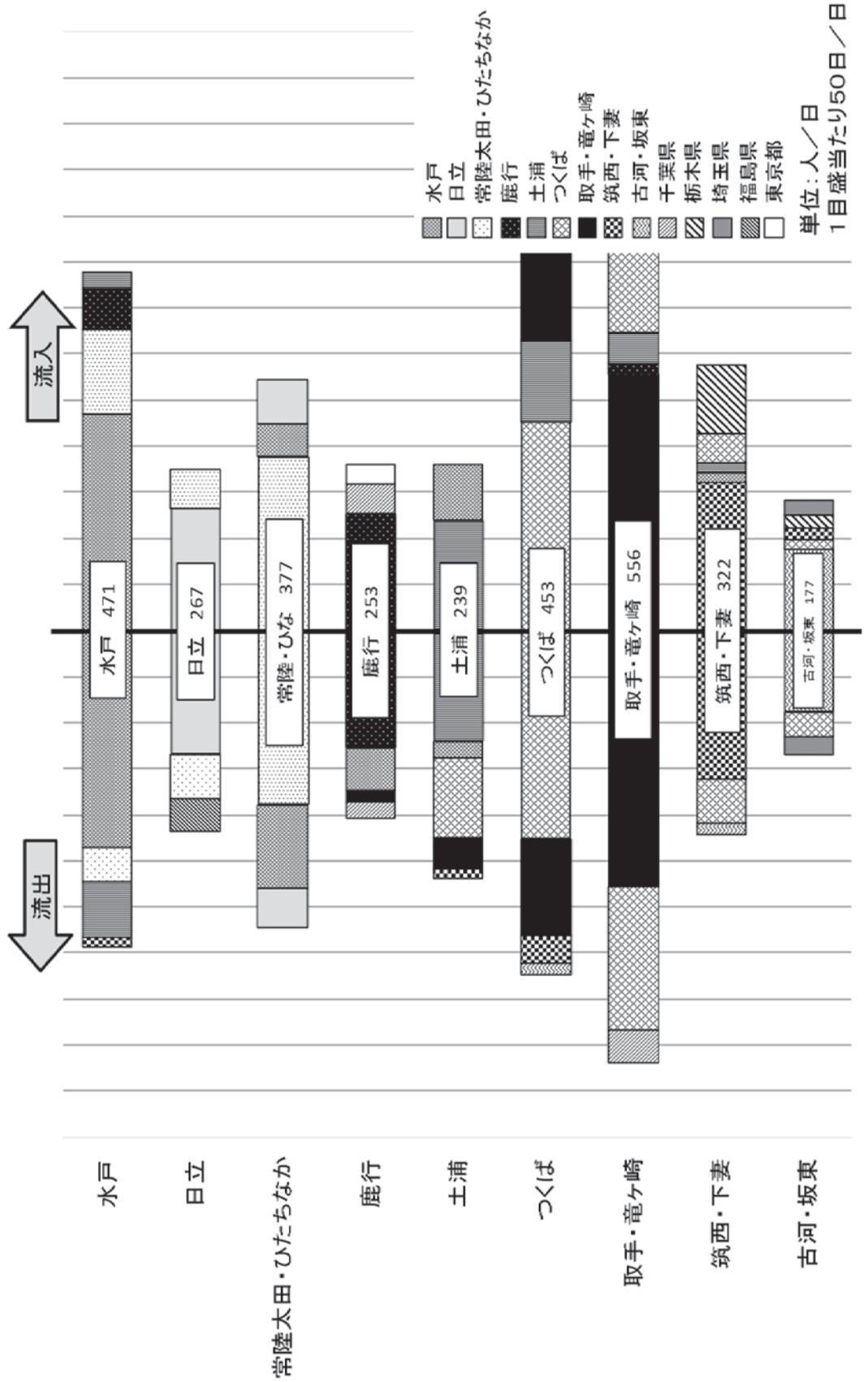
2025年の医療需要・患者の流出入の状況(急性期)



2025年の医療需要・患者の流出入の状況(回復期)



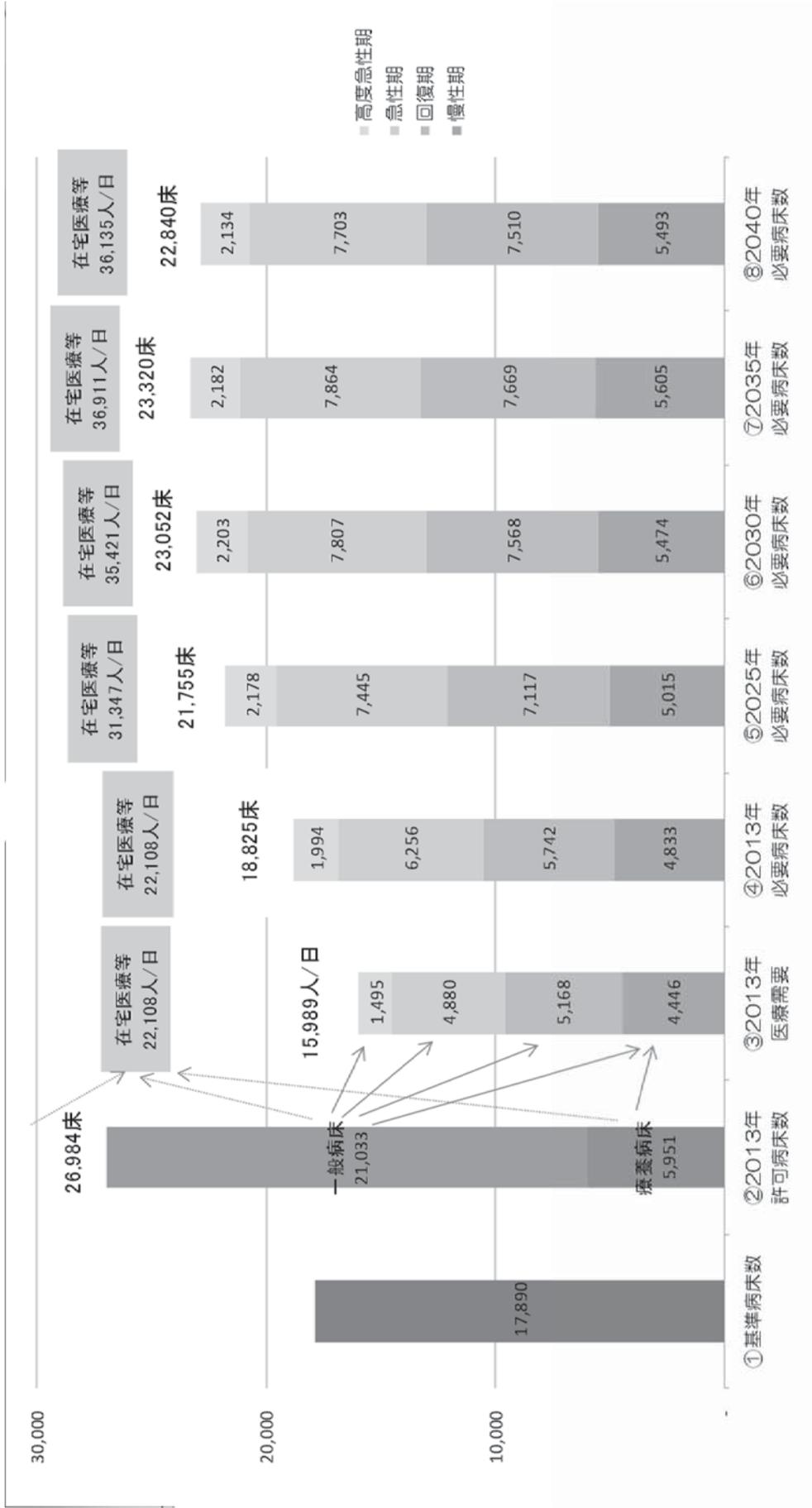
2025年の医療需要・患者の流出入の状況(慢性期)



本県における2025年における必要病床数

	2025年における医療供給 (医療提供体制)		【参考】	
	医療需要(人/日)	必要病床数(床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
全 県	高度急性期	1,634	2,178	21,033 (一般病床)
	急性期	5,807	7,445	
	回復期	6,405	7,117	5,951 (療養病床)
	慢性期	4,614	5,015	
合 計	18,460	21,755	26,984	17,890

※必要病床数は、将来の提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民とともに考えるための参考値であり、病床の削減目標といった性格のものではありません。



○ 2025年必要病床数は、現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており、今後の人口推移や比較的症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が、現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値

○ 地域の医療機関の協議等により、在宅医療等への移行や、医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく(2025年の医療需要への対応体制が整備されていく)ことで、現在の許可病床数が、9年間をかけて徐々に2025年必要病床数へ近づいていくことを想定

【参考】

本県における2025年における必要病床数
(患者所在地ベース) (床)

	2025年における医療供給 (医療提供体制)		【参考】	
	医療需要(人/日)	必要病床数(床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	1,761(1,634)	2,349(2,178)	(一般病床) 21,033	
急性期	6,002(5,807)	7,694(7,445)		
回復期	6,566(6,405)	7,296(7,117)	(療養病床) 5,951	
慢性期	4,425(4,614)	4,809(5,015)		
合 計	18,754(18,460)	22,148(21,755)	26,984	17,890

【参考】

本県における2025年における必要病床数
 (医療機関所在地ベースと患者所在地ベースの比較)

(床)

	常陸太田・ひたちなか構想区域		つくば構想区域	
	患者住所地ベース	医療機関所在地ベース	患者住所地ベース	医療機関所在地ベース
高度急性期	306	150	255	436
急性期	1,001	673	874	1,209
回復期	942	738	711	895
慢性期	583	551	689	949
合計	2,832	2,112	2,528	3,489

(4) 病床機能報告制度について

—平成26(2014)年度から開始—

■ 制度の内容 一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所が、その有する一般病床・療養病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟単位で、

- 「高度急性期機能」
- 「急性期機能」
- 「回復期機能」
- 「慢性期機能」

の4区分から1つを選択し、都道府県知事に報告。

■ 病床機能報告制度における4つの医療機能の定義

高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

■ 地域医療構想と病床機能報告制度との関係

- 地域医療構想調整会議では、病床機能報告制度において各医療機関からの報告内容と、地域医療構想の必要病床数とを比較し、地域医療構想の実現に向けた協議を進めていく。
- 病床機能報告制度によって、医療機関は、他の医療機関の医療機能の提供状況等の情報を共有。地域における自院の相対的な位置づけを客観的に把握することで、病床の機能分化・連携の自主的な取り組みを進めることが可能となる。

※留意事項

地域医療構想の必要病床数と病床機能報告制度による病床数を比較・分析する際には、双方の病床機能の捉え方が異なることや、地域医療構想における必要病床数が政策的な在宅医療等への移行を前提とした推計となっていることに留意が必要

■病床機能報告制度の集計結果

現状(平成27年(2015年)7月1日時点)
(床)

県・二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等
茨城県(全体)	26,073	1,999	13,951	1,950	6,508	1,665
水戸	5,213	278	3,531	191	953	260
日立	2,779	63	1,450	265	713	288
常陸太田・ひたちなか	2,664	24	1,402	226	814	198
鹿行	1,998	0	978	79	640	301
土浦	2,262	736	958	90	412	66
つくば	3,372	825	1,462	170	818	97
取手・竜ヶ崎	3,897	26	2,214	526	897	234
筑西・下妻	2,239	9	850	231	962	187
古河・坂東	1,649	38	1,106	172	299	34

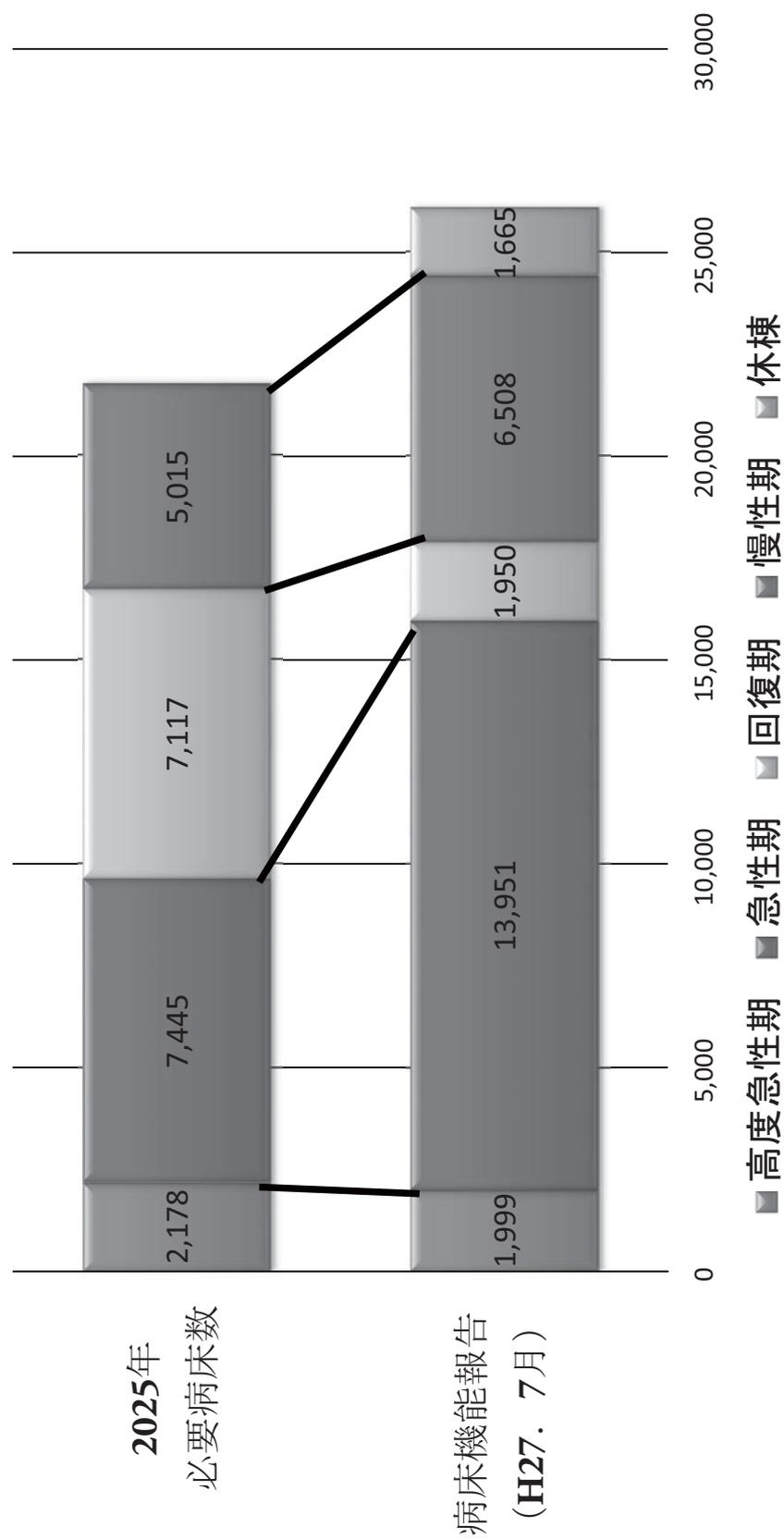
※2015年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況です。

6年後の予定(平成33年(2021年)7月1日時点)

県・二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等
茨城県(全体)	26,073	2,172	13,501	2,723	6,407	1,270
水戸	5,213	320	3,351	331	1,059	152
日立	2,279	73	1,495	356	725	130
常陸太田・ひたちなか	2,664	24	1,370	336	755	179
鹿行	1,998	63	875	288	534	238
土浦	2,262	736	841	203	454	28
つくば	3,372	825	1,521	170	818	38
取手・竜ヶ崎	3,897	65	2,173	576	897	186
筑西・下妻	2,239	9	807	291	866	266
古河・坂東	1,649	57	1,068	172	299	53

※2021年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況です。

必要病床数と病床機能報告数の比較（茨城県） （床）



【参考】

一般病床及び療養病床にかかる病床の状況と必要病床数との比較(精神科病床は除く。)～土浦構想区域～

	8日未満 ICU, NICU等 (高度急性期)	8日以上19日未満 (急性期)	19日以上90日 未満 (回復期)	90日以上 (慢性期)	休棟・未稼働病床 未報告	合計
A 平均在院(棟) 日数等 (平成28年7月)	299	954	329	367	220	2,169
B 2025年における 必要病床数 (医療機関所 在地ベース)	236 (高度急性期)	687 (急性期)	642 (回復期)	365 (慢性期)		合計 1,930
C 2015年の病院機能 報告における病床数 (平成27年 7月現在)	736 (高度急性期)	958 (急性期)	90 (回復期)	412 (慢性期)	98 (休棟・病床・ 未報告)	合計 2,294

注) 未稼働病床は以下の算出において、算定しました。

未稼働病床 = (病床稼働率 - 基準病床稼働率) × 稼働病床

※1 病床稼働率が基準病床稼働率を下回る場合を未稼働病床とします。

2 基準病床稼働率は、高度急性期:0.75, 急性期:0.78, 回復期:0.9, 慢性期:0.92となっています。

(5) 本県の医療需要に対応した医療提供体制の方向性

- 将来に向けたバランスのとれた医療機能を構築
- 将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するために、急性期から回復期への病床機能の転換等の取組を促進
- 慢性期の療養については、入院医療のほか、在宅医療や介護も含めた地域全体で支える体制づくり
- 地域住民のニーズを踏まえた各構想区域の実情に合った提供体制の構築

< 医療提供体制の柱 >

1 医療機能の分化・連携

2 在宅医療等の充実

3 医療従事者の養成・確保

< 施策の方向性 >

- ① 病床機能の転換の促進
- ② 医療機関間の連携強化等
- ③ 医療機能分化・連携に係る県民理解促進

- ① 在宅医療の提供基盤の強化
- ② 在宅医療を支える多職種連携強化
- ③ 在宅医療に関する知識の普及啓発

- ① 医師の確保対策の推進
- ② 看護師の確保対策の推進
- ③ 多様な専門職の育成支援
- ④ 医療勤務環境改善の推進

《施策の方向性》

1 入院医療における医療機能の分化・連携

① 病床機能の転換の促進

・地域で不足している病床機能への転換を促進するため、転換に伴う施設・設備の整備や人材養成などを支援。

② 医療機関間の連携強化等

・政策医療を担っている公的病院への支援や地域の医療提供体制の充実を図るための再編統合について検討。構想区域の各医療機関の役割分担をより明確にし、介護施設を含めた施設間の緊密な連携体制の構築を促進。

・地域で救急医療を支えている民間病院に対して、公的病院と同様の支援について検討。

③ 医療機能分化・連携に係る県民の理解促進

・医療サービスの利用者である住民の理解を深め、適切な受療行動を促すための取組等を促進。

・地域医療構想調整会議等の検討内容等を県民に広く情報発信。

2 在宅医療等の充実

① 在宅医療の提供基盤の強化

- ・施設事業所等の整備計画において、いばらき高齢者プラン21, 新いばらき障害者プラン等の各種計画などとの調和
- ・在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療の提供基盤の整備を促進。

- ・訪問看護等在宅医療に関する人材の養成, 退院調整技術向上研修の実施など在宅医療関係者の連携強化

- ・茨城型地域包括ケアシステムを市町村・関係団体と連携し構築。

② 在宅医療を支える多職種の連携強化

- ・関係団体等と連携し市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業を支援
- ・在宅医療を支える各種専門職の連携体制の構築を推進

③ 在宅医療に関する知識の普及啓発

- ・在宅医療・介護に関する情報を, 地域住民に対して適切に提供。

3 医療従事者の養成・確保

① 医師の確保対策の推進

- ・地域医療支援センターを核として、高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた取組を推進。
- ・修学資金を活用した医師が各圏域でバランスよく勤務できるよう、医師の派遣調整に努める。

② 看護職の確保対策の推進

- ・看護職員の養成，県内定着促進，離職防止，再就業促進に資する各種の取組を推進。
- ・潜在看護職員に対する就業相談，就業あっせん及び再就業支援研修を実施し，看護職員の再修業を推進。

③ 多様な専門職の育成支援

- ・リハビリ関係職，在宅医療を担う医師・歯科医師・薬剤師等，多様な専門職の育成を支援



④ 医療勤務環境改善の推進

- ・医療勤務環境改善センターにおける医療機関における勤務環境改善の取組等を促進。
- ・病院内保育施設を設置する病院等に対し助成し，離職防止と定着を図る。

(6) 本県の地域医療構想の検討体制

茨城県医療審議会や医師会をはじめとする医療関係者，医療保険者その他の関係者で構成する「地域医療構想調整会議」で，今後地域医療構想の達成を目指し，PDCAの観点から継続的に検討を行う。

■水戸構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	466.0	621		
急性期	1,267.9	1,626	(一般病床) 4,695	
回復期	1,359.2	1,510		
慢性期	663.6	721	(療養病床) 995	
合計	3,756.7	4,478	5,690	3,482

《現状と課題》

- 他構想区域からの流入が多いため、医療提供体制の充実を図る必要があります。
- 回復期リハビリテーションの整備の必要があります。

《施策の方向性》

- ・他構想区域との連携体制強化。
- ・病病連携，病診連携体制及び病院の再編統合等の地域ニーズにあった医療提供体制の検討。
- ・周産期（ハイリスク分娩，新生児医療）小児医療の機能維持及び体制整備。
- ・在宅医療等の供給増を図るため，病診連携，介護保険との連携強化を含めた取組の推進。
- ・施策実現に向け，協議会等の設置や支援方法など具体的方策について協議。

■ 日立構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	128.9	172	(一般病床)	
急性期	482.6	619	2,154	
回復期	641.4	713		
慢性期	318.9	346	(療養病床) 734	
合計	1,571.9	1,850	2,888	1,587

《現状と課題》

- ハイリスクを含む分娩の対応体制, 回復期リハビリテーションが不足しています。
- 10万人対の医師, 歯科医師, 薬剤師数が県全体の平均を下回っています。
- 高齢化に伴い, 医療提供体制や在宅医療等の整備の必要があります。

《施策の方向性》

- ・医療機関の連携強化による地域的偏在の解消。
- ・婦人科疾患及び周産期の医療提供体制の整備・充実。
- ・急性期病床から回復期病床への転換の促進。
- ・在宅医療等の供給増を図るための取組の推進。
- ・将来の医療, 介護を担う人材の確保。

■常陸太田・ひたちなか構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	112.5	150		
急性期	525.1	673	(一般病床)	
回復期	664.4	738	2,040	
慢性期	506.6	551	(療養病床)	671
合計	1,808.7	2,112	2,711	1,806

《現状と課題》

- 傷病全般で医療資源が不足し、隣接構想区域へ多くの患者が流出しています。
- 圏域内での地域差が極めて大きいため、よりきめ細やかに地域の状況に応じた将来の医療・介護連携体制を考える必要があります。
- 医療従事者の不足、高齢化が懸念されます。

《施策の方向性》

- ・人口集積地での高度急性期・急性期病床の整備と、他の構想区域との連携の推進
- ・地域包括ケアを支える病院・診療所、在宅医療を支えるかかりつけ医及び在宅療養支援病院等の充実
- ・周産期医療体制の整備
- ・医師、看護師などの医療人材及び在宅療養を支える介護人材の確保

■ 鹿行構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	52.6	70	(一般病床)	
急性期	291.3	374	1,427	
回復期	398.3	443		
慢性期	348.3	379	(療養病床) 609	
合計	1,090.5	1,265	2,036	1,222

《現状と課題》

- 高度急性期および急性期の患者が隣接医療圏に流出しています。
- 医師等の不足が顕著であり、救急搬送に時間がかかり、公的病院は休眠病床を抱え、二次救急医療が十分担えていない状況です。

《施策の方向性》

- ・高度急性期の広域連携に係る協議。・急性期患者を確実にファーストタッチできる体制と近隣医療圏との連携体制の構築、公的病院の休眠病床の協議、救急搬送にへの活用。
- ・急性期から回復期への病床転換促進。
- ・在宅医療等の供給増や住民啓発を図り、地域包括ケアシステムの推進。
- ・県地域枠等の医師の受け入れ体制整備。

■土浦構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	176.8	236	(一般病床)	
急性期	536.1	687	1,915	
回復期	577.6	642		
慢性期	336.1	365	(療養病床) 437	
合計	1,626.6	1,930	2,352	1,574

《現状と課題》

○ 隣接構想区域からの流出入が多くなっており、総合病院土浦協同病院の移転により、新たな流入が予測されます。

○ 土浦地域及び石岡地域に所在する医療資源に差異がある状況です。

《施策の方向性》

- ・高度急性期病床や急性期病床から回復期病床への転換を促進。
- ・流出入が生じている又は生じることが予測される構想区域との連携協議。
- ・区域内の医療資源の差異に対する医療提供体制の協議促進。

■つくば構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	327.0	436	(一般病床)	
急性期	942.8	1,209	2,765	
回復期	805.9	895		
慢性期	872.9	949	(療養病床) 603	
合計	2,948.6	3,489	3,368	2,542

《現状と課題》

○ 人口は2025年まで増加します。必要病床数も2035年まで増加し、許可病床数では不足となる見込です。

○ 医療資源は高い水準にあり、他の構想区域からの流入が多い状況です。

○ 在宅医療等の必要量は大幅な増加が見込まれます。

《施策の方向性》

・潤沢な高度急性期病床及び不足する病床については、隣接する構想区域との増減調整を検討

・在宅医療について、地域の医療・介護の関係機関の連携を促進。

■取手・竜ヶ崎構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	230.1	307	(一般病床) 3,314	
急性期	996.9	1,278		
回復期	1,117.7	1,242	(療養病床) 646	
慢性期	806.9	877		
合計	3,151.6	3,704	3,960	3,135

《現状と課題》

- 当構想区域は、東西及び南北に広く、医療提供体制に差異がある状況です。
 - 急激な高齢化に伴い、医療提供体制や在宅医療等の整備の必要があります。
- 《施策の方向性》
- ・構想区域内での連携促進
 - ・ハイリスク分娩の近隣医療圏を含めた広域対応体制の整備
 - ・急性期病床から回復期病床の転換の促進
 - ・在宅医療等の供給増を図るための取組の推進

■筑西・下妻構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	40.4	54	(一般病床) 1,276	
急性期	262.5	336		
回復期	463.5	515	(療養病床)1,004	
慢性期	508.2	552		
合計	1,274.6	1,458	2,280	1,308

《現状と課題》

- 高度急性期及び急性期において、他県への流出が多くなっています。
- 10万人対の医師、歯科医師、薬剤師数が県全体の平均を下回っています。

《施策の方向性》

- ・がん、急性心筋梗塞などに対応できる急性期医療の提供体制の充実。
- ・急性期病床から回復期病床の転換の促進。
- ・在宅医療等の供給増を図るための取組の推進。
- ・医療・介護従事者の確保

■古河・坂東構想区域

	2025年における医療供給		【参考】	
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数(床) (2013年10月)	基準病床数(床) (2013年4月)
高度急性期	99.2	133	(一般病床) 1,447	
急性期	501.8	643		
回復期	377.3	419		
慢性期	252.3	274	(療養病床) 252	
合計	1,230.6	1,469	1,699	1,234

《現状と課題》

- ハイリスク分婉，脳卒中の急性期医療について，対応体制が不足しています。
- 在宅療養支援病院が当構想区域には整備されていない状況です。

《施策の方向性》

- ・高度急性期に対して，他の構想区域とともに広域的に対応
- ・ハイリスク分婉に対応する協力体制の構築
- ・在宅療養支援病院など，在宅医療を担う診療所等を後方支援する体制を構築
- ・医師，看護師などの医療人材の確保

地域医療構想は、2025年に向けた医療提供体制の方向性を示すものです。この構想は策定して終わりではなく、構想の実現に向けての関係者間の協議のスタートです。より良い医療提供体制の構築に向けて、皆様のご理解とご協力を願います。

ご清聴ありがとうございました。



公益社団法人茨城県地方自治研究センター役員・研究員体制

理事長	鈴木博久 (代表理事)	監事	清水瑞祥
副理事長	黒江正臣	監事	飯田正美
副理事長	帯刀治	研究員	岡野孝男
専務理事	千歳益彦	研究員	波多昭治
理事	堀良通	研究員	柴山章
理事	佐川泰弘	研究員	菅谷毅
理事	菊池正則	研究員	大高みよ
理事	石松俊雄	研究員	有賀絵理
理事	今井路江	研究員	本田佳行

自治権いばらき

No.126 2017年12月18日発行

発行所 公益社団法人 茨城県地方自治研究センター
 水戸市桜川2-3-30 自治労会館内
 TEL 029-224-0206
 編集・発行人 鈴木博久
 印刷 コトブキ印刷株式会社
 水戸市千波町2398-1 TEL 029-241-1000