

## アンケート調査結果 「2025 年に向けた医療提供内容や体制等について」

### 1 下越圏域で維持しなければならないと考える医療機能は？

- ・医療機関が市町の中心部に集中しているため、今後もこの傾向が続けば通院困難者も増加する
- ・救急医療について維持しなければならないと思います
- ・人口減によるニーズの減少（2025 年病床予測・2040 年人口予測など）に対応し、継続可能な社会保障の中でも効率的な医療提供体制を検討する
- ・住民や自治体（首長等）の受け入れを考え、外来アクセスの維持や質的向上を図る
- ・医師等医療者の働き方改革及び医師偏在を考えて、救急医療体制の集約化を図る
- ・村上市荒川地域で救急病院がなくなると、当地域の患者のほか、関川村や山形県境集落の患者の搬送時間が長くなり、問題が生じる。
- ・坂町診療圏における外来機能 急性期、回復期（包括ケア病床）
  - ① 外来機能：公共交通の便が悪く、乗り合いタクシー等で広範囲より受診している。診療科別に多くの医療機関を受診する事は困難である。一度に複数の診療科を受診可能な外来機能は必要。
  - ② 訪問診療機能：地域包括構想の要であるが、開業医の少ない地域では病院がある程度対応する必要がある。
  - ③ 一般急性期機能：高齢化に伴い肺炎、心不全等の一般的急性期疾患例は増加が予測される。1；地域住民、在宅患者、施設入所者の状態悪化時の対応の為。2；状態が安定しない状況での他病院からの転院例も多い。その様な例に対応する為。3；回復期病床入院例の状態悪化時の対応等。以上の為に一定レベルの急性期病床は必要。
  - ④ 回復期機能：在宅へ向けてのリハビリ、介護との調整を行う包括ケア病床。高齢者医療には上記の一体となったシステムが必要と考える。
- ・新発田病院を中心とした、医療ネットワークの維持
- ・一次救急及び二次救急を担う医療機関がそれぞれの役割を果たすための体制維持
- ・下越圏域には多数の高齢者施設があるので、県立新発田病院に高齢者がどっと押し寄せることは基幹病院としての機能を妨げることになり、その結果下越圏域の医療情勢に大きな混乱を生じる。従って高齢者施設を利用している方が急性脳梗塞、急性心不全や急性呼吸不全で病状が急変し治療が必要な際に、新発田病院以外で小規模と言え受け入れ可能な協力病院（急性期病床）は維持していかなければならない。当院で入院を引き受けなければ利用者は治療を受けるべき状態にも関わらず行き場を失うリスクが高い。

- ・救急医療、リハビリテーション施設、介護施設
- ・胎内地域での高齢者医療（入院対応等）を支えるためには、施設入所者や在宅患者の状態が悪化した際に入院対応をしてくれる病床が必須。
- ・山北地域の公共交通機関のないところの住民に対し、毎日患者さんの送迎を病院のバスを使い行っている。この機能がなくなれば、多くの患者が孤立し、医療から見捨てられる。病院の資金は厳しく、公的な支援、補助金が必要です。
- ・救命救急センターなどの三次救急医療機関
- ・地域包括や回復期リハビリを提供する回復期医療機関
- ・長期入院加療が必要となる慢性期医療機関
- ・在宅療養を必要とする在宅療養支援医療機関
- ・下越圏域では、回復期機能の充実は必要であるが、自宅での介護力不足の状況が当面続くことが考えられ、その為、慢性期、長期療養機能が無くなると、将来の現役世代の就労環境に影響し、結果として、地域全体の医療・福祉サービスの低下、経済の低迷につながることを懸念される。
- ・坂町病院がなくなると村上地域の救急が困難
- ・新発田病院の高度急性期治療後の患者を受け入れる後方支援病院の急性期、療養病床機能が必要だと思う
- ・高齢者が多いため、住み慣れたこの地域で住み続けることができるような医療の確保が必要と考える。（内科・外科・整形外科・リハビリ科など）
- ・県立坂町病院は、必要な医療の確保、安心を生活者に提供している。
- ・今後、超高齢化社会となり医療を必要としている人が一段と増加するなかで、病院が無くなると地域医療に大きく影響することは確実である。
- ・再検証要請対象機関2機関となっていますが、リウマチセンターのように特定の疾病を専門としている場合、分析項目ごとの診療実日数を疾病ごとに深掘りし、妥当性の議論をしていただきたい。また、総合病院の場合、急性・回復・慢性数について圏域としてのバランスを再度検討していただきたい。
- ・介護・療養病床は、現在数はこれ以上増やさなくてもいいが、現在あるベッド数は維持しないと、介護難民が発生する可能性がある。
- ・本村の各集落は一級河川荒川の両岸とその支流の女川、大石川沿いに点在しています。村の中心の下関集落から最短の救急医療を担う県立坂町病院（以下、「坂町病院」という。）までの距離は概ね20Km、車で40分程度かかり、下関集落以外の集落からはそれ以上の距離がある。  
また、本村は特別豪雪地帯であり、冬期間の交通の便を考えるとなくてはならない病院である。
- ・関川村、村上市荒川・神林地区、胎内市黒川地区に於いては、急性期医療を担う坂町病院の外科・整形外科・産婦人科機能を強化し、現在の医療機能を維持していた

だきたい。

- ・村上市で一次救急の受け入れ先がなくなると、軽症であっても新潟市に搬送しなければならなくなる。
- ・粟島浦村民にとっては、村上市に総合病院の機能を持つ病院がないと、通院することが著しく困難になる。(村上市以外では通院のためだけに宿泊を伴うことになる)
- ・県立新発田病院における三次医療体制の維持は必須で、その回復期を受け入れる先の確保も必要。坂町病院は受け入れ先となってきたが、なくなると新発田病院の満床状況が増幅されることが懸念されるため、民間病院での受け入れ態勢整備が必要。
- ・下越圏域では県立新発田病院を中心とし各病院が機能分担することで、近隣住民は通える範囲での通院・受診が成り立っている。また、介護や在宅療養が必要な場合には各病院間での移行から介護資源へ繋ぐことができている。
- ・周産期医療、小児医療については現状維持（今以上の縮小とならないように）
- ・在宅診療を行う診療所を大事にしていく必要がある。
- ・坂町病院の外科は維持してほしい、外科が無くなると三次救急病院での高度医療への支障をきたす可能性がある。
- ・基本的に全ての医療機能が重要と思いますが、少子高齢化の課題解決に向けて、小児医療・在宅医療の充実が今後必要ではないでしょうか。

## 2 下越圏域で現在、不足していると思う医療機能は？

- ・医療機関が市町の中心部に集中している傾向は、特に眼科・皮膚科・整形外科等で、より顕著であると思う
- ・5 疾病 5 事業から考えると、「がん診療」の 20%以上が新潟圏域依存であるが、がんは慢性疾患であり、質の担保や向上を図るには相当数の医師が必要であり、新潟圏域との連携で対応すべきで現状維持が良い。「小児・周産期医療」も 40%程度が新潟圏域依存であるが、担当医師数の確保を考えると出生時体重 1,500g 以上に対応する（県立新発田病院 NICU）現行体制確保で十分である。「心・大血管、脳卒中医療」は圏域内で対応可能であるので、現状維持の確保に注力すべきである。「糖尿病」その他の生活習慣病は、急性増悪や合併症対応時は中核病院へ、通常の外来受診（在宅医療）はかかりつけ医が担当すべきである。在宅医療には連携が重要で ICT とインターネット活用を強く推奨すべきである。
- ・「全ての医療がどの地域でも同じ均てん化になることは不可能である。」という認識を持つべきである。その上で、日常通院に資する外来機能の維持と質向上については、かかりつけ医に加えて、高度医療の実践者（中核病院から）による外来医師派遣のシステム化を提唱したい。加えて、一次・二次救急の応需機能保持に関する常設ワーキングを提唱したい。

- ・村上地域で、慢性期の患者を受け入れてくれる病床が少ないため、転院待機患者が多くでている。  
今後肴町病院等が介護保険施設等へ変わった場合、さらに受け皿となる病床が不足すると思われる。(今後、胎内市以北の慢性期病床の激減を懸念)
- ・整形外科（下肢、腰痛等）の二次救急
- ・内科の二次救急
- ・担当する医師の高齢化や在宅を行う医療機関が少なくなっていることが原因となり独居高齢者等の在宅ケア（訪問診療）が尚不十分である。
- ・在宅患者と言っても全員在宅で看取りという方ばかりではない。そのような在宅患者の急変時の対応が問題である。当院においてもベッドに限りがあり、他院で在宅ケア中の方が急変し当院へ紹介されたり、施設での急変者に診断はついても入院ベッド不足のため止むを得ず県立新発田病院に入院をお願いすることも稀にあり真に心苦しい。即ち、現状では他院より紹介された訪問診療の域を超えた患者さん（急性増悪）の治療を行うべき急性期一般病床のベッドが不足している。
- ・介護施設
- ・胎内地域での医師がそもそも不足しているため、現状の医療機能を維持も危ぶまれる。
- ・村上病院の呼吸器内科、脳外科のスタッフが不足しているようで、先生がたが大変そうなので患者紹介を躊躇することがあります。
- ・現在の入院医療中心の「病院完結型」医療から在宅医療等を含めた「地域完結型」医療へ転換する姿が描かれている。地域医療構想の実現に際しては、特に慢性期患者に対して、医療と介護を一体として包括的にサービスを提供する体制求められているが、下越圏域では介護施設や訪問看護などの介護サービスが不足していると考えられる。
- ・下越圏域全体で回復期機能が不足しており、その役割の一部を慢性期病院が担い、その分、慢性期機能が不足となったり、他圏域の回復期病院に依存しなければいけなくなっている。
- ・障がい児の医療支援が不足し、家族の負担が大きくなっている。
- ・緩和ケア病棟が不足しており、終末期患者のケアが適正に行われていない。
- ・村上地域で介護医療院計画が増えることで、慢性期医療の必要な患者の行き先が近隣に無くなる懸念される
- ・村上地域での現在の介護療養病棟が今後なくなるので、その対応
- ・高齢化社会となり、高齢者の急性増悪時に搬送できる二次救急を受け入れる医療機能や緩和ケアが必要だと思ふ
- ・村上市地区、整形外科（骨折した場合受け入れ先の病院がない場合がある。特に夜間・祝日）朝まで待つて受診した。

- ・直面している医療機能だけではなく、下越地域に住居している人で、圏内の医療機能が不足しているため、他の圏域に受け皿になっているようなケースについても議論していただきたい。
- ・新・村上総合病院には、緩和ケア病床ができる予定ではあるが、当地域には、緩和ケア病床がないため、それを希望する場合には、新潟市や長岡市の医療機関に行かなければならない。
- ・救急医療を担う坂町病院であるが外科医は現在一名体制となっており、緊急手術ができない状況になっている。医師確保により、救急医療維持していただきたい。
- ・村上市で泌尿器科がないため（完全予約制のため）、当日受診する場合は新発田まで行かなければならず、高齢者や一人暮らしの方で通院が難しいケースがある。
- ・新発田地域で、乳がん・大腸がん検診における精検医が不足しているため、要精検者が速やかに受診できない状況が生じている。
- ・乳がんの精密検査においては、現在、県立新発田病院では精検医が不在の状況。また、大腸がんの精密検査においては、申込みから受診まで3カ月以上の待機者が多数生じている状況。
- ・近年、診療所医師の高齢化、後継者不在などでの閉院で診療所が減少していることから、休日救急診療所の出務医師の負担増や特定健診（集団健診）に出務していただく医師が不足するなどの課題がある。
- ・医師不足、医師の高齢化によって、身近な地域の診療所や病院で受診することができなくなりつつある。
- ・二次救急病院では日中は全般の救急に対応できる医師がいるため受け入れが可能だが、夕方や夜間になると当直の医師に対応できない時が多く、三次救急病院に運ばれると、この程度であれば診療所や二次救急病院で対応してもらいたいと言われる。（二次救急病院では外科、内科、整形外科などの救急に対応できる医師の確保が必要だと思う。）
- ・産婦人科が市内に無いため、子宮がん検診は市外に受診しなければならない。

### 3 下越圏域で有効に活用されていない、あるいは余裕があると感じる医療機能は？

- ・働き方改革に対応すれば余裕のある医療機能はなく、節度ある利用等の啓発が不可欠である。
- ・国の地域医療構想ワーキングで指示されたように、公立病院は地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟は民間に任せることから、県立新発田病院の地域包括ケア病棟と県立リウマチセンター病院の回復期リハビリテーション病棟は機能分化すべきである。
- ・県の地域医療対策協議会から聖籠病院新設、豊浦病院増築に関し、一時的に病床過

剰の容認を受けたが、国の再検証病院にも指名された県立リウマチセンターの回復期病棟は公立病院でもあり、豊浦病院増築後はその使命を終え閉鎖し、病床増の状況を解消すべき。

- ・医療機能分化の進化を期待したい。
- ・回復期機能を持つ病院は急性期病院からの転院を積極的に受け入れてほしい。
- ・国のタスクシフトの概念や医療情報管理を先取りし、保健師や看護師による住民医療情報の収集と ICT による一元管理や健康及び疾病・老化予防に関する啓発を進め、医師不足を補う特区的取組に期待したい。
- ・医師不足に対応するには、救急医療以外は総合医的医療に転化し、医師及び住民の専門医志向を払拭しなければ難しいので、行政とともに医療機関は啓発に注力すべき。
- ・住所地が村上圏域の場合は、厚生連村上総合病院が回復期（整形外科術後、脳卒中急性期後など）や終末期の患者を積極的に受け取れると、救急応需が更に容易になる。
- ・糖尿病管理をかかりつけ医で受けていただけると、糖尿病増悪時対応や合併症管理に注力できる。
- ・回復期、慢性期病棟
- ・当院に関しては慢性的に入院ベッドが不足で、入院ベッド数の余裕は全く無い。常にぎりぎりの所でやっている。
- ・全て活用され、余裕は全くない状況である。
- ・回復期のベッド数に比べ、回復期病棟の縛りがあり、有効活用されていないように思う
- ・公立病院が圏内の医療機能の過不足を調整する役割を果たしていることも意識しながら議論していただきたい。
- ・余裕があるとは感じない

#### 4 下越圏域の病院や診療所にどのようなことを期待しますか？

- ・医療機能分化の進化を期待したい。
- ・回復期機能を持つ病院は急性期病院からの転院を積極的に受け入れてほしい。
- ・国のタスクシフトの概念や医療情報管理を先取りし、保健師や看護師による住民医療情報の収集と ICT による一元管理や健康及び疾病・老化予防に関する啓発を進め、医師不足を補う特区的取組に期待したい。
- ・医師不足に対応するには、救急医療以外は総合医的医療に転化し、医師及び住民の専門医志向を払拭しなければ難しいので、行政とともに医療機関は啓発に注力すべき。
- ・住所地が村上圏域の場合は、厚生連村上総合病院が回復期（整形外科術後、脳卒中

急性期後など)や終末期の患者を積極的に受けてくれると、救急応需が更に容易になる。

- ・糖尿病管理をかかりつけ医で受けていただくと、糖尿病増悪時対応や合併症管理に注力できる。
- ・訪問診療を行う病院や診療所が増えること。
- ・スムーズな転院のための連携体制
- ・診療所から急変患者さんをいきなり新発田病院でなく、一般病院である当院を利用して頂き、重症でそれでも手におえないような時は新発田病院に送るという2段階の仕組みが良いのではないか。当院で診察の上、直ちに入院加療を要さない場合は、在宅訪問診療や慢性期病院にお願いすることになる。
- ・医師確保
- ・「施設入所者や在宅患者で急性増悪した方」、「大腿骨頸部骨折などといった下肢の整形外科領域対象の方」などを中心に紹介をしてもらえれば、経営改善や患者の地元での治療が可能になる。
- ・当院では、毎週土曜日に糖尿病外来を行っているので、重篤でないケースは多少診れます。糖尿病外来の先生は、聖路加病院の糖尿病グループを出た先生たちに来てもらっています。透析を月水金・火木土でやっていて、多少の余裕があります。
- ・医療情報連携ネットワークにより、医療機関等で距離や時間帯の制約なく患者さんの正確な診療状況を把握できることで、患者さんについての関係者間のコミュニケーションが増え、紹介、逆紹介、転院、救急搬送時の連携等が円滑に進むなど、患者さんへの切れ目ない医療や介護サービスの提供につながる効果があると期待している。
- ・救急病院でその必要がある患者の対応
- ・病院や診療所の医師の負担軽減のためにも、地域連携強化と訪問看護、訪問診療の有効活用と看取りを期待する
- ・各病院・診療所の機能分担がなされ、患者紹介等の連携がとりやすい関係ができているとよい。
- ・地域住民への情報公開をすすめ、病院機能や受診の仕方等を住民に理解してもらい取り組みを期待する。
- ・地域包括ケアシステムが構築されていく中で、急性期と在宅をつなぐ病院。新潟市の病院から県立坂町病院に転院して地元で治療ができ家族負担が軽減された。
- ・現在、訪問診療を行っている病院、診療所は限りがある。当地域は広大な面積を有するため、通院ができなくなったときに、訪問診療してくれる医療機関がなければ、入院するしかなくなってしまう。
- ・訪問診療の充実を期待する。

- ・村上岩船地域は地理的条件・気候条件が不利な地域であり、人口密度が低く病院等の医療資源も少ないため、坂町病院が本来の機能を維持することが重要です。
- ・人口は減少する一方で高齢化率は高く、今後、高齢者の急性期医療等の提供と在宅療養患者や施設入所者の急変時の受け入れ対応に期待します。  
また、地域における地域包括ケアの中心としての役割を担う病院として、機能を維持していただきたい。
- ・急性期病棟、回復期病棟、慢性期病棟から在宅復帰につながるように急性期病棟入院時から家族への働きかけや次の病院への退院調整の連携をしっかりとってほしい。
- ・在宅介護をしている人も安心できるような診療所の先生方の往診を増やしてほしい。
- ・診療所で居宅管理療養指導を行っている医療機関が少ないので、実施をおねがいしたい。
- ・一次医療（プライマリケア）を担う診療所から、高次医療病院への転院が円滑に進むような仕組みの構築を期待します。

## 5 地域医療構想実現のために充実が必要とお考えのことは？

- ・病床数の限度があるため、在宅医療へのシフト、ニーズは増加すると思われる。その分野の人材育成、多職種連携はより一層必要になると思われます
- ・入退院時連携が必要で介護も含めた医療体制の充実
- ・人材育成については、県立新発田病院教育研修センター（川合弘一センター長）に研修医の確保・教育に加え、地域のコメディカルに開かれた教育・研修を行わせる。
- ・生活習慣病や健康管理はかかりつけ医、慢性疾患の経過観察診療は中核病院医師の外来派遣、高額医療機器は共同利用、健康診断・検診・外来情報などの ICT による一元管理など連携・協力体制構築は必須。
- ・医療利用に関し住民啓発を徹底し、平時受診と救急相談体制を周知徹底する。
- ・「高度急性期」病院の患者が「急性期」病院へ、「急性期」病院の患者が「慢性期」病院へスムーズに移れるための医療機関同士の連携システム（1対1ではなく）。
  - 1：医療行為は医師がいないと出来ない。地域医療枠の医師を基幹病院に集中させ、その医師が周辺病院に派遣するシステム。入院、訪問診療等に対応する為には常勤医が必要。臨床研修医の様に数か月単位での派遣するシステムの構築。
  - 2；医師の少ない病院で時間外、救急車対応をしなくて済むシステム構築。周辺の比較的大きい病院でまず対応し、必要な場合は中小病院へ紹介するシステム形成。
- ・病床の機能分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保が必要
- ・超急性期や急性期に intensive に 2～3 週間治療を行った直後慢性期へ移行してしまうと十分な加療が継続されなくなる。疾病が十分な治癒に至っていない場合は、

この溝を埋めるような当院の様な急性期の入院医療機関が必要ではないか。この結果、急性期で切れ目の無い治療が可能で慢性期病院への移行もスムーズになる。

- ・人材確保、住民の意見・要望を十分にとり入れること
- ・医師の確保に尽きる。
- ・老健や特養への入所ができず、病院に長期入院の人が多い
- ・医師、看護師の人材確保
- ・機能別病床数からの回復期病床の充実
- ・在宅医療や介護施設の充実を図り、医療・介護・在宅の協力連携体制の整備
- ・医師、看護師、介護士、リハビリ等専門職の確保、その為の住まいや交通環境の整備、偏在している地域から不足地域への人財の移住を促すPR。
- ・在宅を支える訪問看護ステーションや通所リハビリ等のサービスについて、住民の理解が不足していると思われることから、行政の地域住民への啓蒙活動が重要。
- ・その病院、施設にふさわしい入院・入所
- ・地域包括ケアシステムの地域住民の理解と体制作り、多職種の人材育成及び協力体制が必須である
- ・在宅医療等の体制（急変時の対応、看取りのための連携体制）
- ・医療従事者の育成・確保（認知症増加への対応として認知症認定看護師養成）
- ・在宅医療を支える人材育成（多職種協働による研修会の開催）
- ・将来的な下越圏域の全体の医療需要と医療体制のビジョンの研究。（論理的に導かれた数値等）
- ・下越圏域の主要な医療機関においては、医師、看護師、介護士等の人材を確保し、医療体制確保して欲しい。医師については、できるだけ常勤の医師を配置して欲しい。
- ・地域住民へ地域医療の現状（人材確保・診療現場・受診・救急医療の状況など）を理解してもらい、限られた医療資源を大事にする意識啓発が必要である。
- ・医師不足によって診療科目が削減や制限されることにより診療実績が少なくなっている現状があるため、医師確保対策が最重要であり、そのための仕組みづくりが重要と考えます。
- ・へき地医療の維持確保のためには、へき地への人材の派遣や巡回等が必要。小規模の自治体である村単独では医療人材の確保が非常に困難である。財政的な措置は可能であっても、（募集から選考にかかるコスト（業務量も含め）面で）実際に従事する人材を確保し続けることは難しい。従事する本人にとっても、長期間へき地での勤務に従事することは、日進月歩の医療技術の習得を考えると、スキルアップやキャリア形成においてマイナスになってしまい、大きな病院や組織からの派遣・巡回が望ましい。
- ・医師・看護師などの人材育成・確保

- ・住民の理解
- ・今後、在宅介護がすすみ、併せて往診などの在宅医療の必要性が増加するのであれば診療所医師の負担増加やその機能が果たせなくなることも懸念される。診療所も含めた体制整備が必要。
- ・医師、看護師、薬剤師などの人材確保（機能維持のための人材の必要数も考慮してほしい）
- ・夜間の往診などは医師に負担になるため、開業医、病院で連携して、対応できるような仕組み作りが必要
- ・住民も救急車の適正利用や休日診療の適正利用、かかりつけ医を持つなど住民自身ができることを一緒に行い、診療所や病院を守る意識を持ってもらうことが必要
- ・公立病院、民間病院それぞれが限られた医療資源の中で、双方で医師や看護師を融通しあえるような仕組みの構築を検討する。加えて圏域の住民に対し、医療環境に対する理解と協力をお願いするための周知啓発を引き続き行っていくしかないのではないのでしょうか。

## 6 調整会議で示してもらいたいデータや情報等

- ・再検証病院の最新の病床稼働率、在院日数の推移。再検証病院の将来構想について再提出が必要。
- ・地域医療構想後、現状全国でどのような医療情勢の地域で、どのような経営母体の病院がどのような理由でどの程度ベッド数が減っているか。
- ・ベッド削減により地域住民が困窮している状況はないか。
- ・下越圏域全体でのデータはそこそこ揃っているが、地域包括ケアシステムを推進していく為には、中学校区単位程度の細分化されたエリアでのデータの作成、公表が必であると思われる。
- ・地域住民の医療に対する率直な意見（国の示す基準だけでは計れない課題がある可能性があるかもしれない）
- ・利用者家族に在宅に復帰した場合の情報提供ができるように、かかりつけ医は可能かどうか、医療ケアの対応内容、往診の有無の情報等
- ・他の圏域の医療機関への出入りによって、どのようなバランスが保たれているのか分かりにくいと思うため、そのような情報
- ・病院ごとの医師、看護師の確保状況（充足率）
- ・急性期病棟、回復期病棟、慢性期病棟の医師、看護師の配置基準と診療報酬
- ・先進地で病診連携を行っている方法（民間病院、公立病院、開業医との連携し在宅医療を推進している方法など）
- ・ときネットの利用状況

## 7 調整会議の機会を活用して説明・報告したい事項

### <新発田病院>

県立新発田病院は公立病院として、令和2年4月から地域包括ケア病棟を解消し、一時的に一般病床化するものの、回復期病院の協力を得て、さらに在院日数の短縮に努め、一般病床稼働率が85%以下になれば病棟閉鎖・病床削減の検討に入る。

### <坂町病院>

坂町病院の地区別時間外、救急患者数

### <竹内病院>

現状、国は家人に労働を強いる在宅医療を推進している。家人の立場になればとても長く続けられるものではない。老々介護のために共倒れすることもある。従って在宅医療を重視する為に、徒に国の政策でベッド数を減らすということになると、本来医療を必要とする患者さんを助けるという医療の原点を忘れ、経済効率が医療という人道上極めて大切な領域を凌駕し本末転倒である。この地域に住む市民が家庭内での介護やケアで疲弊してますます介護する側も病気になり、やがて少子高齢化が顕著な新発田市の人口減少に更に拍車がかかるであろう。在宅医療の限界を踏まえ急変時に入院する病床があることは患者さんにとっても家族にとってもこの地域にとっては必要不可欠なものである。

### <リウマチセンター>

リウマチ専門医療機関として下越圏域の患者を中心に圏域の医療機関と連携をとって診療を行っている。厚労省から専門病院であるにもかかわらず一般病院扱いされていることは相応しくない。

### <山北徳洲会病院>

山北地域では、人口減少が最大の問題です。人口が減少傾向にあり、収入が落ちれば民間病院は撤退です。人口減少に歯止めをかける政策が重要です

### <豊浦病院>

- ・下越圏域全体でのデータはそこそこ揃っているが、地域包括ケアシステムを推進していく為には、中学校区単位程度の細分化されたエリアでのデータの作成、公表が必であると思われる。
- ・地域住民の医療に対する率直な意見（国の示す基準だけでは計れない課題がある可能性があるかもしれない）

## 8 その他

- 他院に紹介する、またはされた際、転院先で院内集団感染を惹起しないため、転院前に画像上や臨床症状から結核などの集団感染を起こすリスクの高い疾病については可能な限り肺結核の排菌の有無等について適切なチェックをしてその情報を提供して頂きたい。
- 厚労省からの再検証要請病院に挙げられているが、当院の現状から判断すると大きな体制の変更は不要と考える