

第 2 回東和保健医療圏地域医療構想調整会議における主な意見**【医療提供体制の構築】**

○脳卒中にしろ心筋梗塞にしろ急性期に対応できる設備を持った医療機関は限られるので、保健医療圏という区域ではなく、当該医療機関までの距離や時間で医療連携区域を決めるべきではないか。

→ 医療提供体制を構築する際にはアクセスは重要と考えているので、脳卒中、心筋梗塞などに対応できる病院の配置を見ながら適切な医療提供体制を検討していきたい。

○今の段階で大きな方向性を決めるのいいが、(必要病床数などの) 細かな数字に関してはもう少し慎重に検討すべきである。

→ 地域医療構想に記載する必要病床数などの数字は一定のルールで算出される。地域医療構想ではデータを見ながら地域で医療機能の分化と連携をどう進めていくかを議論していただきたい。

○病床機能報告を使った急性期機能の評価については、納得できる、説明ができる根拠に基づいて行った上で公表してほしい。

【在宅医療の体制構築】

○ 地域包括ケアを進めていくには、地域包括ケア病棟の役割が重要になってくるので、地域医療構想にも記載して進めていくべきである。地域包括ケア病棟は多職種連携のカンファレンスのモデル事業になる。

○桜井地区医師会と済生会中和病院で病診連携を進めているが、在宅療養支援診療の連携型を作ってほしい。

【在宅医療における病院の役割】

○在宅医療で問題なのは、医師が忙しいということ。医師を増やせるかということであるが、東和保健医療圏の医師は高齢者も多く、数も少ないので診療所だけではできない。病院が在宅医療をバックアップするという方法しかない。今いる医

師が在宅の勉強をして病院の協力を得て在宅医療をしていくしかない。

【在宅医療の人材確保】

- 多くの医師は急性期の医療をやりたいと考えるので、地域包括ケアや慢性期の医療に携わる医師の確保が難しくなるので、その辺りも踏まえた人材育成を考えるべきである。
- 新しく開業する医師が在宅医療を行っている医師から勉強できるような取組があればいい。
- どれくらいの医師が将来的に在宅医療に必要となるのか、大まかにでもデータを出せないか。
- 病院でも看護師が不足しているので訪問看護に行く看護師が不足してくるのではない。また、単独の訪問看護ステーションについては、訪問看護師のなり手が少ないことが課題である。
- 医科大学で在宅医療を行う医師、看護師を育成していくが、10年、20年かかる。今いる医師、看護師に在宅医療を行ってもらおうよう誘導する県の取組が必要である。

【在宅医療と介護・住まい・生活支援】

- 在宅医療を進めていくには、サ高住や老人ホームといった施設を作ることはできても一番の問題は介護職が確保できないことである。みんな自宅に戻って家族で介護ということはできない。介護職の確保が難しいのに入院から在宅医療へという計画は難しいのではないか。医療と介護を切り離さないで考えていく必要がある。
- いくら在宅医療を進めても介護のところで受け取ることができないとどうしようもない。県で介護の部分もある程度入れた地域医療構想を策定してほしい。
- 在宅に帰る場所がない患者が多いので、現在入院で医療を受けている人を在宅へと移行するには、そのための対策が必要である。

○一人暮らしの高齢者の見守りも大きな課題である。

【人材確保】

○東和保健医療のへき地では医師の補充が重要になってくる。地域医療には医師の偏在が大事なテーマである。

【県民への普及啓発 等】

○住民が健康に努力することや、医療サービスと保険料の負担のバランスことを県民に理解してもらうことが大事である。総医療費の抑制と医師に負担がかからない環境を作っていく必要がある。

○緩和ケアや終末期の医療について県民に理解してもらうことが大切である。