

第2回地域医療構想策定委員会での主な意見

1 必要病床数推計値の構想区域間調整について

- 現状の医療提供体制は長い時間をかけて作られてきたもので、医療機関の連携がとれており、今の形を維持することが費用面でも患者の混乱も少ないため、医療機関所在地ベースとすべき。
- 現行の保健医療計画では、少なくとも急性心筋梗塞と脳卒中は各医療圏で完結させるとしており、医療提供体制が整えば流出状況も変わるので、患者住所地ベースに近い病床数が必要。
- 医療資源が少ない地域でも医療需要がないわけではなく医師がいれば病床は稼働する。現在稼働していないことで病床を削減するのではなく、医師確保や医療提供体制の改善などの努力を反映すべき。医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの間でどのように調和させるのかが課題。
- 患者の流入が多い医療圏は医療機関所在地ベース、流出が多い医療圏は患者住所地ベースという主張は当然であり、構想区域ごとに医療機関所在地ベース、患者住所地ベースが混在してもよいと思う。
- 高度急性期は医療機関所在地ベースが基本だが、時間の緊急性がある疾患と、時間が許す疾患は分けて考えるべき。急性心筋梗塞や脳卒中のように時間の制約があるものは医療圏の中で整備すべきだが、時間が許す疾患は今まで医療機能を集約化してきた経過があり、分散化するのはかえって医療の質を低下させる。
- まず現状を追認して、それぞれの医療圏の自助努力を反映すべき。

2 その他

- 災害に備えたベッドや冬期に入院が多いという季節性を考慮して、ある程度余裕を持った病床数にしてほしい。
- 高齢者が入院し、退院までの過程の中で寝たきりになってしまう例があるため、高齢者の在宅復帰を見据えた医療を考えてほしい。
- 在宅生活は医療サービスだけでなく生活を支える部分が充実していないと成り立たない。施設的なサービスも含め、いろいろなサービスを組み合わせることが大切。
- 医師の高齢化の問題などがあり、10年後に在宅医療が成り立っているか考える必要がある。