

会 議 概 要 書

会議名：平成26年度 第1回 佐世保市在宅医療連携協議会	
日 時：平成26年7月29日（金） 19：00～20：45	
場 所：本庁5階 庁議室	
出席者：別紙出席者名簿のとおり	
資料等：別紙当日配布	
会議概要（当日のやりとり）	備考
以下の議題について説明・協議を行った。カッコ書き表記は委員名（敬称略）。 ■新任委員の紹介 ■議題1 平成26年度 長崎県在宅医療連携拠点事業について【事業説明：医政】 ・平成26年度 長崎県地域医療再生臨時特例基金事業補助金交付決定通知について（医政） 長崎県に申請していた当事業補助金の交付決定通知について、事業計画の内訳は、別添とおり。 ・平成26年度 長崎県地域医療再生臨時特例基金事業の詳細について（朝長） （1） 前回の協議会の意見の対応状況について ① 26年度診療報酬改定に伴う在宅関係機関の動向調査について 本市における九州厚生局へ届出している状況について、前回（平成25年）との比較。平成26年度診療報酬改定にて新設された地域包括ケア病棟入院料の届出について、現在、届出はあっていない。経過措置期間終了後（10月1日の届出状況）に再度調査し報告する。 ② 有床診療所における病床稼働状況について 市内の有床診療所（61機関）に対し、平成26年6月にアンケート調査を実施。結果の概要は、P10のとおり。61施設中、55施設より回答があり、836床中254床が休床中であった。さらに、入院を取り扱っている35施設中、無床診療所への変更を検討している施設がある。内訳は別紙のとおり。 ③ 有床診療所の休眠病床への措置について（医療法の一部改正（医療介護総合確保推進法第3条及び第4条関係）） 地域医療構想を実現するために必要な措置ということで、都道府県知事は医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合は、都道府県医療審議会の意見を聞いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。このことは、資料1のP11及び参考資料「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行等について（抜粋）のP7第一 医療法の一部改正の（3）地域医療構想を実現するために必要な措置の部分に記載されている。 地域医療構想というものを来年度作ることになるが、その前に今年10月に病床機能報告制度がスタートする。各医療機関が、7月1日時点での現状と今後の方向等について、10月1日から末日までに報告することになっている。具体的な部分はこれから分かってくると思うので、今後動向をお知らせしていきたい。	資料 長崎県からの通知および事業計画内訳書 資料1 P3 資料1 P10 資料1 P3、P11 資料（抜粋）P7 資料1 P12

専門部会では、昨年度挙げられた課題の具体的な解決策について検討を行いたい。また、皆様の中から部会長を選出し、関係者による検討を本年度は各3回程度実施したい。1～4の専門部会については、P7のとおり。

- 1、在宅療養者急変時依頼・受入体制検討
- 2、介護関連施設等入所（居）者の依頼・受入体制検討
- 3、退院連携の検討
- 4、地域別ブロック会議

以上が資料1についての説明。特に、P6～7の検討事項についてご意見をいただきたい。

【質問・意見】

- ・退院連携のところで、今度の診療報酬改定で、7対1から送り出す先が概ね限られてくる。逆に言うと、10月1日までに11輪番病院がどういう形に持っていくかというのもこれに入ってこない、なかなか難しいのかなという気がする。その整合性をどのように取っていくのかお聞きしたいというのが1点。それと、地域別ブロック会議は、包括エリアだと少し狭すぎるような気がするし、病院も相当あって北部・中部・東部にしても難しいので、その辺りをどうするか事務局としてどう考えてあるかお聞きしたい。（土井）

→1点目について、地域包括ケア病棟を届出られるところは、在宅復帰率にカウントできるので、10月1日以降の11輪番病院の届出状況等を見ながら検討を行っていききたい。（朝長）

2点目については、すごく悩ましい問題。そういったところから皆様と一緒に考えていきたい。国は、地域包括支援センターを核としてというような案を示しているが、それが本当に適当なのか。例えば、バックアップをするという意味では、もし、7病院の先生方のご意向があれば病院を核とした地域設定という案もあるが、それが地域全体に万遍なく対応できないような状況にもなるので、どういうふうな地域分けをするかといったところから検討をしていただきたい。（医政）

- ・一体改革の法案が通って議題2で説明があると思うが、1番大きいのは、平成27年～29年のどこで地域支援事業として実施するかということ。市町村毎に実施してよいとなっていると思うが。（土井）

→平成30年までに実施しなければならない。（医政）

→逆にこれを進めていく時に、佐世保市は、何年度にやるのかある程度わからないと作り方が難しい。もう決まっているか決まっていないかわからないが、その辺りの意見を聞きたい。（土井）

→昨年から走り始めたばかりで我々も雲を掴むような状況。今年度、具体的に専門部会等を設けて検討する中で、どこに標準を示せるかというのを本年度考えたい。（医政）

- ・10月1日に向けて各医療機関が検討を進めていくが、その中で、佐世保市として統計的に患者数を予測したら、7対1や地域包括ケア病棟等が何床いるのか、厚生省が決めた形に佐世保市をはめたら何床いるのかということを考えるのか考えないのか。（土井）

→国は現在、ウィングラス型の7対1強化型を2025年までに減らしていこうとし

ている。恐らく、国は県に対し半強制的にそういった形にするよう言ってくると思う。県も地域に対して地域ビジョンの中でそういった形を示されると思う。しかし、それが本当に地域医療において適正なのかということがまだわからないので、そこは検討していかないといけない。明日の11輪番病院長会議の中でも在宅医療の部分については、お願いをしていく。11輪番病院も県に現在の状況と将来の方向性を報告しないといけないので、各病院長の了解がいただければそのデータを集めて、将来的にどうなのかということを経時点把握できる状況の中で分析していきたい。

→資料の統計資料（参考）について。佐世保市の人口は増えているが、それは合併しているから概ね増えてきているだけ。これだと人口が今後も増えそうな気がするが、実際は違う。分析やそういうことを話していくための基本的資料として、2025年でも2050年でもいいので統計的にそういうのを整えていただきたい。佐世保市内や地域別で出せているのかわからないが、人口、高齢者、病気の発生率をかけて基本的には何床必要か出せるので、今後準備をお願いしたい。地域別が細かく出ていないのであれば、北部、中部、東部で分けて考えていただきたい。（土井）

→2025年までの高齢者や人口動態については、これから介護保険事業計画を策定する上で、厚生労働省からワークシートという計算システムが提供される。そういったもので2025年までの人口の推移等もおおよそ計算できると示されている。現段階ではまだ計算されていないが、これから計画策定にあたっては人口動態等にも策定することになっている。（長寿）

- ・事業計画の中で人材育成というのがあったが、迎先生が研修に参加されたということで、よろしければどのような研修であったかお聞かせいただきたい。（久保）

→5月18日に日本医師会館で約400名の医師を集め、日本医師会主催の在宅医療のための研修会があった。その中で、地域包括ケアシステムの5つの柱になる生活支援・介護・医療・予防・住まいという分野の中で、特に在宅医療についての検討が行われた。その中で、京都・石川・長崎市の状況を聞かせていただいた。特に、京都・石川は、約10年かけて構築したシステムなので、これをすぐに佐世保市で取り入れるのは難しい話だが、参考になると思うので紹介したい。

まず、京都府の取り組みについて。京都市は、人口が約170万人で佐世保市より数倍多くの人口を抱えている。在宅医療を進めるにあたり、医師が在宅医療を手掛けていくことに関しての不安というのがある。365日切れ目のない医療を提供できるだろうか。ここまでは診たがこの先のことは搬送していいのだろうか。このくらい軽いのに救急に相談していいのだろうか等といった不安。これらを解消しようと在宅医療の裾野を広げることを目的に、過度の病院依存からの脱却がとても大切。そのプロセスとして、支援病院の充実、在宅での実施可能な医療の拡大ということを目指して色々考えられている。その中で、安心登録ネットというのがあり、そこでは在宅で療養する患者さんたちが困った時にどの病院に行きたいかということ事前にピックアップして書いてもらう。もちろん、そのためには支援してもらう病院の了解を得ないといけないが、そういうものを作って在宅医療を進めている。そうすることにより、在宅に関わる先生方やこれから在宅をやってみようという先生方が少し安心できるのではないかと。各疾患の治療方針やガイドラ

統計資料（参考）
P1

インと同様、在宅医療の勉強会も率先して市医師会の医師に行っており、一番驚いたのは、京都府の在宅の方たちは、熱発しただけでも二次や登録している先生へ相談のために送る。肺炎ではないだろうか、脱水ではないだろうか等、行っている治療が間違っていないか確認をする意味でも、依存してはいけない部分もあるが、そういう細かなところから二次の先生方をお願いしているということだった。

次に、石川県の酒井地区。ここは、人口が約12万人で、佐世保市の約半分のところ。ここも10年くらい前から取り組んでおり、とても驚いたのが訪問診療を行っている診療所が、開業医の約70%。これだけ多くの医師が関わってくると、主治医、副主治医制度というのがとれるようになるので、それにより、例えば、医師会で作られている包括ケアセンター等で在宅医療のコーディネートの事業を行っている。コーディネート事業というのは、担当の医師がいない方たちにこの先生どうですかというようなもの。また、後方支援体制がとても大切なので京都市と同じように安心連携カードというのを医師会より提出し、連携している医療機関にスムーズに入院できるように構築されている。入院するとその医師に負担がかかるので、概ね3週間程度で戻すという約束事があり、退院後にできるだけ在宅に復帰しましょうという話し合いが行われている。佐世保市の場合は断然施設系が多いが、この中でも施設の方たちはどうしているのかという質問があった。京都も石川も施設に門戸を開いているが、施設側からの申し出は無いということだった。なので、ここは本当の意味で通院不可能な高齢者医療についての在宅医療ということで解釈した。

自分たちに置き替えて考えてみると、一言に在宅医療と言っても、がん末期の見取りの場合、通院不可能な高齢者の医療、施設関連の対象者、それぞれによって若干、医師の立ち位置も違うと思うので、これらの長期目標に何らかの課題を持って佐世保市独自のシステムができればと思った。(迎)

→やはり、10年くらいかかる。それと、後方支援病院の充実等もハードルが高いのかもしれない。(久保)

・P6 のスケジュールで、10月1日の届出や厚生省が出してくる介護と医療の一体改革の中身を見ながらすると、②～④は、もう少し後にずらした方がいいのかなという気がする。事務局の方で、先ほどあった長寿社会課の統計資料とも踏まえて行った方がいい点もあるので、それとタイムスケジュールを合わせていただきたい。老人介護保健計画も今後されるだろうから、地対協での病床数の考え方と合せて進んでくるので、その辺りとの整合性を見てスケジュールを固めていただくことを要望する。(土井)

→可能な限り、良いスケジュールを立てたい。十分協議もしながら、見直しも視野に入れる。(医政)

・先ほど、専門部会のことがあったが、具体的にはどういうことか。(会長)

→P7 に1～4の専門部会を設けたいということで記載しているが、本日、ご検討いただきたいのが、実際、在宅医療・介護の現場にいらっしゃる先生方のご意見を反映させたい。それぞれの専門部会でこういった委員の方、実際に現場で従事されている方で構成をしたいが、こういった方が参加者として必要かということ。例えば、1の参加者は、11輪番病院医師と在宅医と書いているが、そこがこれで良いのか、

資料1 P6

資料1 P7

それとも他にメンバーが必要かということをご検討いただきたい。(医政) →1と2を分けてやるのか、一つにするのか。1は、本当に在宅にいる方の救急ということになるのか。分ける理由は、居住系からは医者が関与しないでくるからということなのか。(土井) →先生がおっしゃったとおりで、前回の会議で、医師が関わっている部分と関わっていない部分があるということだったので、まずは、1と2でそこを分けた方がよいのではないかということが、今の案。(朝長) →1と2は、基本的には一緒にいいと思う。大きな変わりがないと思う。それと、4の会議は、地域別に分けるのは極めて困難というか、輪番の先生方はご存知のように、どこからの患者さんでも引き受けてくれているので、ブロックに分ける意味がないと思う。なので、4は、どちらかといえば不必要と思う。ブロック毎に輪番病院があるわけではないので、ブロックに分けて何の利点があるのか。3は、在宅医と輪番の先生と大きな病院のSW、ケアマネ、介護事業所の方が対象になるのではないと思う。3については、意義のある会議ができると思う。(田中) →田中先生のご意見はごもっともだが、4については、輪番の先生も在宅の先生も地域を越えて連携していただいているので良いが、そこに介護の連携が関わった時に地域という設定が必要なのかということが事務局でもわからなかった。横須賀に視察に行った際に、地域包括エリアでもなく、どちらかといえば療養型の病院を中心としたブロックで分けられており、その地域毎の区分けが必要なのかということも含めて検討してはどうかということ考えてみたが、いかがか。(医政) →北部、中央、東部で、在宅に戻った後に包括ケアの方がどうお世話するかについては、国は地域包括毎に絵がかいてあるので、一瞬、議論する必要も出てくるかもしれないので、退院連携の中に組み込んで必要があれば議論するというのがあるのではないか。(土井) →田中先生いかがですか。(久保) →それがいいんじゃないかと思う。(田中) →その方向で調整する。(医政) • 有床診療所における病床の稼働調査だが、有床診療所で在宅関係に関与する医院はこんなに多くないと思うが。どう見ても、精神科やマイナー科が入っているのではないか。(田中) →これはあくまでも、前回の会議での意見が、有床診療所のベッドの稼働がどうなのかということだったので在宅だけではない。産婦人科、眼科も含む。(朝長) →在宅関係のみの有床診療所について調べる必要があると思う。かなり少ないはず。実際、看取りや長期療養型に近いような最後まで診てくれるというようなところは極めて少ないと思うので、もう一度調べていただきたい。(田中) →先生のおっしゃるとおりで、これはあくまで全体の集計結果で、この中で田中先生のところのようにやってらっしゃるところは非常に限られてくる。個別の数字もあるので、それも別途出させていただく。(朝長) • 部会の中で、薬剤師会や歯科医師会の方もいらっしゃるので退院後になるかわからないが、入っていただいて議論する必要もあるのではないかと思う。(土井) →検討したい。3の連携については、先ほど田中先生がおっしゃった輪番の先生、在	資料1 P10
---	----------------

宅の先生、基幹病院のSW、ケアマネ、訪問看護等の介護事業所といった幅広くなるかと思うが、そういったメンバーでの検討ということで良いか。(朝長) →了 →また、1、2についてはいかがか。一緒にするかどうか。(朝長) →1、2が非常に重要なところだと思うが、本日出席の皆さまも、自分の病院や診療所が関与しているところは詳しく知っていると思うが、他の地域や診療所の先生方がどのような在宅診療を行っているか、現状、どのようなことで困っているか、どのようなことで迷惑をかけているか、自分の周りのことはよく分かっているつもりだが、市の中心部や北部のことは全く分からない。まずは、1、2は医師の関与の有無は関係なく、介護ではこういうことがうまくいっているとか医療ではこういうことがうまくいっている、困っている等、まずは現状を把握しないと地域を分けるかどうかの話も進んでいかないと思う。まず行うべきことは現状の理解だと思う。まとめて一度にやってもいいと思う。(平尾) →1、2を一緒にするという事か。(久保) →現状把握ということでは、一緒にしても良いのではないか。(平尾) →先生のおっしゃるとおり、1、2一緒にということで最初は現状を把握しないといけない。現状把握し共通認識を持ってから、分かれて対応策を取っていくということではいいのではないかと思う。(土井) →参加者も職種も、1、2は一緒にいいということですね？(久保) →参加者は、11輪番病院の地域連携室の方たちにもご参加いただきたい。救急の場合は11輪番病院の先生に話をするが、連携室が関与されることが多い。医療機関によっては開業医がお願いすればいいが看護師からの依頼は断られたりする。私自身、出張中に私に連絡がとれなくて職員がある11病院に連絡をしたところ、断わられてしまって救急隊からお願いしてもらったということがあったので、連携室の方の参加をお願いしたい。(千住) →先ほども話があったように、実際、患者さんの受入については、在宅の先生から連携室連絡がある。そこに、SW、看護師、事務員いるが、そこから急性期の救急部の先生方への橋渡しとして仕事をしている。急性期の病院には、必ず連携室があるので、そういう意味でも連携室メンバーを加えていただいた方がいいかと思う。(共済) →参加していただくようお願いしたい。(朝長) →メンバーの検討を再度お願いする。(久保) →4は、ここで何を話し合うのかということと、もし可能であれば、4で多職種による症例検討会等を開いていただければと思う。P6にも多職種検討会とあるが、大々的に開かれて1回だけの予定になっているが、それとは別に2ヶ月に1回とか症例を持ち合う等、総合病院がしてくれているのもあるが、そういうふうに広報して参加者を集めて色んな勉強会ができればと思う。(千住) →4の中の個別課題の解決というところで症例検討等も含んでいた。先生がおっしゃったようなイメージをしていた。それをある程度地域を分けた方がいいのか、先ほどもあったように地域は関係なく行うのがいいのかというところ。事務局としては、多職種の方に役立つものにできればと考えている。(朝長)	資料1 P6
--	---------------

→専門部会と書いてあったので、協議会のメンバーとプラス@くらいで専門部会を開かれるかと思っていた。参加者自由で多職種の方に来ていただくというのは、この部会の下にでもぶら下げてやればということも思った。(千住)

→ここは、実務者会議を設置するということを検討するところで、そこでどのように実務者会議を設置するかということを検討した上で、内容としては先ほど言われたような症例検討等になると思う。(朝長)

→症例検討までし始めると、予定は3回となっているので難しい面もあるのかなという気がする。千住先生がおっしゃったように下にぶら下げる方がいいのかなと思う。それを吸い上げて、ある程度、典型的な個別事例についてどうするかということとを議論した方がいいのかなと思う。また、先ほどあったように3と4は一緒にしておいた方がいい。あまり拡大すると収束するのが非常に難しくなってくるのでその辺は事務局に任せるが、1月頃には終わらないといけないので落としどころを見ながら進めていただきたい。(土井)

→いただいたご意見を踏まえて再度検討を行い、部会を実施していきたい。(朝長)

■議題2 第6期介護保険事業計画における医療と介護の連携について【説明：長寿】

資料2

6月18日に医療・介護相互確保推進法が参議院で成立し、6月25日に交付、一部施行されている。その中で、この協議会に関係がある在宅医療・介護連携の推進について説明。

現在、国では厚生労働省の保健局に医療介護連携政策課を設置して、医療・介護の連携について取り組み始めたところ。当初、この改正法案の保険者説明会が6～7月にある予定だったので、本日の会議でもう少し詳しい話ができる見込みを持っていたが、実は昨日、厚生労働省から各都道府県に対する説明会が行われた。都道府県から各市町村に対する説明会は来月に入ってからということで、まだ長寿社会課としても把握できていない。ただ、厚生労働省のホームページに昨日の会議資料が一部掲載されていたので、そこから抜粋したものが本日の資料、且つ、現在長寿社会課が知り得る最新の情報。

在宅医療・介護連携の推進については、介護保険法の地域支援事業の中で実施することになっている。包括支援事業で新たに在宅医療・介護連携の推進を創設し、市町村が主体となって取り組むこととなる。また、この事業は医療と介護の両方を必要とする高齢者を対象としている。事業内容や一部委託できるようになっているが、その手続き等の詳細については、今後、早期に情報提供が行われる予定。具体的な事業内容は資料の(ア)～(ク)で、これらの事業を実施することになる。ただ、その一部の事業については、医師会等の市町村以外の他の団体に委託できるものとなっている。

以上が、現状における在宅医療・介護連携の推進について、介護保険法改正にまつわるところの最新の情報。

→今後、県に行って説明会を受ける予定か。(会長)

→来月、説明会が開催予定。(長寿)

【質問・意見】

・今までは、在宅医療拠点事業で取組んでいたものを介護保険の中で制度化して取り

資料2

	P1、P3
組むと P1 に書いてあり、P3に平成２７年４月から取組を開始して平成３０年４月には全ての市町村で実施となっているので、２９年度までにはやっておかenないといけない。そうすると、佐世保市はいつやるのか。まだ決めていないだろうが、それが決まらなない和我々も議論のしようがない。まずは、それを決めていただきたい。	
また、(ア)～(ク)までの事業項目を見ると在宅医療ということが多く出てくるが、今後、医療政策課と長寿社会課は、どちらが主になるのか。２４時間３６５日の在宅医療となると、在宅部分の救急、各病院の輪番制度等、長寿社会課がやるという意味なのか、その辺りも含めてどうされるのか聞きたい。(土井)	
→先ほど長寿から説明があったように、介護保険法の中の在宅・介護の連携については、介護保険法の地域支援事業として位置づけられた。従来の地域支援事業の中には、在宅・介護の連携は入っていない。市内９か所の地域包括支援センターが、介護に関わる地域支援事業を行っている。今回の法改正によって、在宅・介護の連携が地域支援事業にもりこまれたが、在宅医療については介護分野で特殊な分野になるので、そこは地域包括支援センターに委託するのか医療分野にかけた医師会に委託するのかなということは、今後の検討になってくる。基本的には、介護保険法の中でしなければならないと位置づけられている部分に関しては長寿社会課で実施し、介護保険以外の部分で医療との連携が必要となってくるので関わりや検討しないといけなない部分については医療政策課の関わりになってくる。なので、長寿社会課が二次輪番や救急を対応するということではない。事務所掌についてはまだ十分な協議が行われていないので、今後庁内で検討を行っていく。(医政)	
→縦割りにならないように。(久保)	
→縦割りにならないように双方で共管されてもいいが、要は２４時間３６５日在宅医療・介護サービス提供体制の構築であって、これは連携ではないので、在宅部分の救急は今後長寿社会課になるのかと思った。具体的にどのように佐世保市としてされるのかを決めていただきたい。そうしないと、こちらもちんちろへ話しに行っているか分からない。双方呼んで話をしてくれというのであれば、それでも構わない。(土井)	
→決して縦割りにならないよう横断的に検討し、それぞれの役割については今後早急に決めたい。(医政)	
・在宅医療推進事業が数年前から行われており、その時からの事業内容とほぼ一緒だが何が変わったのか。(田中)	
→介護保険法の中に在宅医療と介護の連携が地域支援事業として位置づけられた。今までは、法的な拘束が全くなかった。(医政)	
→要は、予算措置のみだったが、今回からは法律に盛り込まれたので法的強制権もあるし法的強制権に伴って予算措置も付く。なので、市町村も義務化しないといけなない業務がいくつも出てくる。地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組みとしてイメージ図があるが、その中で今後、都道府県に基金が作られる。医療機関、介護サービス事業所等が直接基金を申請することもできるが、市町村を通してでもできるので、その基金の受付窓口がどこになるのか。そのあたりも佐世保市としてよく議論して決めておいていただきたい。P425の消費税増収分に充てるということで県は県ですしているが、市町村にも下りてくるのでそうなったときにど	資料２ P423 P425

ちらでやるのかも決めていただきたい。(土井)

→来週の県の会議を踏まえて早急に検討したい。(長寿)

- 会議の流れ、話を聞きながら、これがどのようになっていくかとても心配している。というのも、しなくてはならないことは分かるが昼間はまだしも夜の救急搬送が大変だと思う。4病院の下に7病院があるが、そこに頑張ってもらわないとなかなか回らないと思う。昼間はまだいつもお願いしているところに行けると思うが、夜中に在宅や施設から40℃熱がある、けいれん発作を起こした、転んで頭を打ったとか個々の症例を考えていくと受入可能なところが非常に少ないのではないかなと思う。高齢者が転んで骨折した場合、家族は救急搬送を要請すると思うが、京町内科、久保内科、共済病院、それぞれ受入についていかがか。(福田)

→受入不可。(大坂・久保)

→どういう状況で転んだかも分からないし、認知症があると会話もできない場合があり難しい。総合病院はいかがか。(福田)

→救急隊の問い合わせ回数が4回以上の場合や3次の場合は受入れる。ただ、高齢者は先ほど話があったように色々問題も多いので、個別の症例によってどのように受入るかについて専門部会等で検討していただきたい。(江口)

→疾患によっては内科では難しいところもあるだろうし、地域連携の中で高齢者の救急搬送についてしっかり考えておかないと、このような会議で流れは分かったようなつもりでも実際動き出すと何もできないということにもなりかねない。佐世保市としてこれをどのように構築していくかしっかり考えていただきたい。更に、現在の救急は、佐世保市だけのものではなく県北全体の救急をどうしていくのかということが問われている。佐世保市の近隣で2次で受入可能なところが減ってきている。特に夜間に介護保険利用者の方が何かあった時に対応できる病院はほとんどないのではないかなと思うので、そうした場合にそれも救急と一緒に佐世保市内に集中してくるだろう。そうなったときに佐世保市の2次輪番病院を中心として一般救急だけではなく在宅等の救急についてどうしていくかというところまで考えていかないとパンクしてしまうし、できない状況になってくるのではないかなと思う。その辺も十分に会としても考えていただきたい。(福田)

→おっしゃるとおりだと思うが、現在、在宅医療や介護の方々が病院の診療時間外も含めて救急搬送が急に必要になった方々が非常に困っているとい意識はそこまで無い。個別に数を積み重ねていけばあるかもしれないが、現在の救急体制でそれなりに動いているのではないかなと思っている。福田先生が言われたような心配は現状をきちんと把握して、その中で救急体制も含めて今から考えていくことだと思う。もう1点、2次輪番体制と同じ体制でこの在宅を使うのか。もちろん2次輪番体制も使うとは思いますが、そこに全部乗せるのかということも今後検討していくことだと考えている。まずは、現状を把握しないと先には進まないのではないかなと思う。(平尾)

→現状というよりも、今の時点で2次救急搬送も各病院によって能力、温度差、事情があって、これ以上難しいというところが段々多くなってきている。現状でも大変なのにプラスアルファで介護保険絡みの高齢者の受入要請があった時に7病院では非常に難しくなってくるだろうと思う。そういうことも将来的に考えないといけ

ないし、佐世保だけでなく周辺市町村の介護施設や老人ホームの高齢者の受入要請も佐世保にくると思うがそれを十分受け入れることができないことも予想されるし、受入れるにはどうしたらいいかということも非常に難しいと思う。この会議として、今後このような問題があるということも十分考えていただきたい。（福田）

- この協議会に直接は関係しないかもしれないが、今年の4月から在宅医療のやり方が変わった。極めて厳しい改定になっている。保険点数のことではなく、1施設に1日に1人しか診れない。車で時間をかけて行っても1人しか診れない状況。在宅は今回非常に困っている。これは佐世保だけではなく全国的な傾向。他県では、在宅の医師が有料老人ホーム等で30～40人診ていたが行けなくなるので全部手放してしまい、その30～40人は主治医がいない状況になった事例もある。交代の主治医を見つけるのが極めて困難になってきている施設もある。実際に私が診ていたある1施設で40人超を診ていたが、今回は色んな先生に助けていただいてその40人超を全部クリアしたが非常に稀なケース。在宅医や往診をしてくれる主治医を確保するということが非常に困難になってきていると思う。このことは在宅医からの意見として是非とも皆さんに周知いただきたい。（田中）

→田中先生が言われたとおりで、1施設に1人しか診に行けないということになっている。ここまで話を聞いていて医療資源を把握するという意味で1番大事なことは、在宅医がどれくらいいてどれくらい診ているのか全然分からない。これまでの資料でも把握できない。それが把握できれば、施設の方も今、主治医がいないのでお願いしようかなというふうにやりやすくなるのではないかなと思うので、まずはそこを調べた方がいいと思う。そこで、先ほどからどう調べたらいいのか考えていたが、例えば、介護保険の主治医意見書の数把握することも参考になるのかなと思う。また、レセプトベースであがってきている在宅医療の件数等をみても、誰がどれくらい行っているのか、施設系にどういう先生が行っているかが把握できた方が介護と医療の連携が取りやすいと思う。福田先生も先ほど言われたように、現状把握ももう少しはっきり分かるような形になってくるといいかなと思う。どういう先生がどのくらいいて、施設系に往診している先生がどれくらいいて、在宅系の往診をしている先生がどれくらいいて、キャパがこれくらいあるというのが分かってくれば、おそらく振り分けも上手くいくと思う。表に出す資料じゃなくていいので作ってもらいたい。それを基礎にどこかが持っておいて利用していくことで、それだけでもかなりの連携になるのではないかなと思う。（金子）

→どうやって調べるか。（久保）

→金子先生がおっしゃるように、そういうのが分かったら非常にいい。今までは、そういうのが無かった。今回から設けられた在宅医療の管理料等を診療報酬から各医療機関が行っている件数等を読み取れば上手くいくが、そういうことが可能かどうか。また、看取りについても加算を取っている医療機関が何件あるのかということ調べると概ね把握できる。アンケート調査を行う方法もあるが、大変だが保険点数で拾えれば分かってくる。（土井）

→方法は医師会と協議し、こういった形で吸い上げることができるかを検討し、具体的な対応をする。（医政）

→総論的な話と、これから先とても大変だということもよく分かる。現状として、佐

世保市で在宅支援診療所の登録をしている医療機関は42件あって、概ね、その先生方が訪問診療等をされていると思う。ただ、その42件の先生方がどのような患者さんを受け持っているかということになると、強化型の在宅支援診療所の先生方の患者さんの約8割が施設に入っている。本当の意味で在宅の方は、少ないと思う。これからその在宅の方を増やすとなると、今、在宅をしている先生方はかなり疲弊してくると思う。先ほど話をしたように、他都市では開業医の6～7割が訪問診療をしている。その裾野を広げることも重要だと思うので、それをお願いしたい。(迎) ・在宅医療と介護連携推進事業の目的が書いてあるが、グループホームや有料老人ホームも最初は居宅と位置づけられていたが、往診等は施設扱いとなって1日1人になった。これはあくまで在宅の方のための、居宅の人のための事業なのか。老健協、老健協、グループホームも参加しているが、そこでの連携がどこにどう謳われているのか。(湊) →現在は、資料2しか材料が無く、居宅の定義についてこれには謳われていない。居宅ということ他に考えられるのは、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等の集合住宅は対象に入っているのではないかと考えている。(長寿) →現在は施設扱いとなっており、田中先生が言われたように1日1人しか診れない。今後それが以前のように一体化の取組みに変わっていくのか、それとも特養、療養型、老健にグループホームも位置づけられたようになったので、その辺りの取り扱いについて、ここで謳われているのか。平成30年までに全市町村で(ア)～(ク)までを取組んで今後の体制作りをされて、これが完成した時にどのように構築されて厚労省が最終的にどのように考えているのか。(湊) →今後、示される詳細な事業内容の中で明らかになるものと思う。1人しか診れないというのは介護報酬の面なのか。医療報酬の面ではよく分からない。(長寿) →医療報酬の面。そこは介護とは全く別のものになる。先ほど言ったのは、あくまで在宅医の立場からの話。(田中) →施設側からしても主治医の先生が診てくれなくなるので、その辺りをどう考えられているかというのが分かりづらい。今後、一体化といっても居宅の方はこの形でいいが、施設に入られている方というのは福田先生もおっしゃったように看取りや夜中の救急がどのような取扱いになるのか(ア)～(ク)では分からないのでどうなのかなと思う。(湊) →おっしゃったように疑問点も多いので来月の県の会議等で確認をする。恐らく、県も答えられるか分からないが、確認する。(長寿) →研修会に行った時もその話が出たが、4師会の方も厚労省の方も、施設系はほとんど眼中に置いていない感じ。なので、発表されていることもほとんど通院できない居宅の方がメインになっている。佐世保市は特に施設系が多いので、オリジナリティがあることをしないと、国のベースでいくとグループホームや介護付き有料老人ホーム等は、視野の中から外れていってしまうのではないかと。長崎県は特に施設が多いということを念頭に置いて考えていただきたい。(迎) →了。補足としてこの事業については、後程、厚労省の省令で定める事業となっているので、省令が出てから正式な対象の範囲等も示されるのではないかと考えている。(長寿)	資料2 P1
--	---------------

・在宅や介護のことが詳しくないので教えていただきたい。地域包括ケアシステムが動き出して、在宅や介護を担当する医師には総合内科、総合医、家庭医など唱えるだけ唱えられている状況だが、2025年に向けて佐世保や県北ではどういう医者がどの程度不足するのか。あるいは、必要ないのか。皆さんの印象でもいいので教えていただいて、我々としてそういうことを念頭に置いて動いていきたいと思う。（江口） →まず在宅医というのは、いわゆる内科、外科のメジャーな科の医師しか基本的にやっていない。大学医局の入局者を見ると、現在はほとんどがマイナー科に流れていっている。更には女性医師が多くなってきていて、女性医師で在宅をやっている人はほとんどいない。内科、外科の専門医をやってきた男性医師しかいないが、私たちの代でどんどん少なくなっている。今から在宅を志したり、在宅をやってみようという医師の絶対数が少なくなっている。今、40代半ばだが、私より下となると内科でも外科でも専門性が高くなってきて、自分の専門以外はなるべく診たくないという状況になってきている。今から在宅に手を出そうとなると、不安と訴訟問題が出てきてほとんどの方が出を出したからない。実際に、佐世保で私より年下の在宅医はいないというのが現状。大きな病院の先生方は後輩を育てていけないといけませんが、こうすれば育つというものでもないのが難しい。ただ、メジャーな内科系や外科系にいかにか学生を呼び込んで医局を繁栄させて、家庭医とかではなく全身管理というか全体的に診れる医師、しっかりとした選別ができる医師を育てるしか方法はないのかなと思う。とにかく、内科、外科の絶対数を増やすことをまず1番最初にやるべきだと思う。（田中） →研修医の研修項目の中に、興味を持つように在宅医の研修を組み込まれてはどうか。その中から志ある人が出てくるかもしれない。私もやっているが、自宅に行って色々見たりするのも結構おもしろい。（久保） ・基幹病院の先生方にもオブザーバーとして出席していただいているが、先ほどあったように専門部会の1、2が大きなテーマになるので、今後委員として入っていただけたらどうかと思っている。（土井） →おっしゃる通り、必要性がある。委員の皆さまがよろしければ事務手続きに移りたい。（医政） →了。	
■議事確認 ・（1）平成26年度 長崎県在宅医療連携拠点事業について →専門部会について再度、事務局で検討。 ・（2）第6期介護保険事業計画における医療と介護の連携について →来月、県での説明会に行かれたら報告いただきたい。 ・その他 →次回より基幹病院にも委員として入っていただくことが決定したので、事務局で手続きを進める。 ■会議での意見 ・整理）佐世保市の在宅医療・介護連携事業を何年度からスタートさせるのか ・整理）医療政策課と長寿社会課の所掌について ・再検討）専門部会について	

- 調査) 国がイメージしている病床割合を佐世保市に置き換えた場合の将来予測
- 調査) 佐世保市の人口、高齢者の推移、病気発生率、将来の動向について
- 調査) 在宅医の数、対応件数(量的)なものがどのくらいか。
- 調査) 2025年に向けた佐世保や県北の医師数の分析(何科がどの程度不足するのか等)。