

會議概要書

[illegible]

行った。

まずは、在宅療養患者の急変時についてP 9 上記2つの場合に分けて検討を行った。医師による計画的な医学管理が行われているというのは、医師による訪問診療などが行われているということを対象にしている。P 10 は、在宅療養患者の急変時とはどういう場合が対象とするのか、在宅医療後方支援病床の位置づけを整理したものの。

P 11、12 が、在宅医の先生や病院の先生方からいただいたご意見をまとめたもの。このように第1 回目でいただいたご意見を反映して、まだ案の段階だが、運用フロー・ルールを作成したところ。P 13 の項目のように運用してはどうかということにしており、その際のポイントとして、在宅で診ている患者さんについて予め情報提供をしておくということ。これをしておくことで後方支援病院が受け入れやすくなる。P 14 に、その時に在宅医から後方支援病院に事前に提供する項目の案ということで付けている。実際、患者さんの受入れ依頼を行う際は、診療情報提供書を記載されると思うが、それとは別に事前に情報提供しておくというのが左側の四角で囲んでいる箇所。ここまでが、計画的に医学管理が行われている患者さんについての取り扱い。

続いて、介護関連施設等の入所（居）者の急変時の対応について。こちらは、医師による計画的な医学管理が行われていない場合で、P 15 下部の5 つパターンがある。介護関連施設等の場合は、常勤医師の配置義務の有無により対応が異なることが想定される。①～③に分け、③については、常勤医の関与が原則であり、協力医療機関と施設間で入所者の緊急時の依頼・受入について取り決めを行うことが望ましいということで対象から外している。①と②について、主体別の主な課題を先生方に挙げていただいた。高齢者の救急搬送は年々増加しており、嘱託医や救急医療機関に緊急時の対応を担ってもらうことは現実的に困難という結論となった。では、どうするかということで、参考までに資料1-1 参考資料1 に鹿屋市の事例を付けている。高齢者の入所（居）からの救急搬送について、情報提供カードというのを作ってはどうか。P 9、10 のカードを利用者毎に事前に記入しておき、救急搬送が必要になった際に提示し、ある程度、状態や情報を救急隊から搬送先に提供するというようにしてはどうかということが、これまでの検討状況。（朝長）

今までに2 回専門部会を行い、在宅医療の後方支援の体制を上手く作っていくことがこれからの在宅医療の普及と、在宅医療を担当する先生方の裾野を広げるという意味では大切な事項だと思っている。

これまでの専門部会の中では、在宅医療をされている先生方からのご意見、二次輪番病院としての立場やご意見、訪問看護ステーションなどの施設からのご意見を伺った。各々の意見がマッチして一つの結論を出すことがなかなか困難な状況ではあるが、現状としてまず、佐世保市には後方支援病院を受けている強化型在宅医療診療所が2 チームある。この2 チームは、それぞれ自分が持っている患者さんについて、急変時は後方支援病院に送るべく情報提供を行っている。このスタイルが一番望ましいが、これがどんどん普及していけば後方支援病院も段々大変になってくるので、二次輪番病院が整形外科のみ、内科のみなど、スポット的でもいいので受けていただき、在宅医療診療所の先生方がより安心して在宅療養に踏み込めるよう

P 9～10

に話をしているところ。

先ほどご覧いただいた鹿屋市や先進地の京都も各々の情報提供カードがあり、それによってスムーズな受入ができています。これらを含め、この専門部会はあと1回予定されているので、3回目の専門部会で何らかの一步が踏み出せばいいかなと思っています。

開業医の先生方も色々な業務で忙しい方もいらっしゃるし、病院も少ない人材の中で大変ではあるが、少しでも良い在宅医療連携のシステムが構築できればと思っている。(迎)

②退院連携検討専門部会(朝長・土井)

この専門部会についても、設置するに至った背景について説明する。24年度の会議で出た課題(P19上部)について、何とかできないかということでこの専門部会を設置した。P21に目標と検討事項を記載している。第1回目では、どういった場面でどのような課題があるのかということを経験者、ケアマネ、訪問看護、MSWなどでフリートーキングをしていただいた。具体的には、P24の①～⑩のケース。その中で主な意見をP25にまとめている。P27は、課題解決に向けた検討の方向性をまとめたもの。図は退院連携の理想的なイメージであり、このようなことを目指して専門部会を進めていく予定。(朝長)

これまで1回開催し、その経緯などは先ほど説明があったとおり。総合病院の稼働率が90%を超え、救急病院もいっぱい、救急患者を受け入れるには介護施設にお願いしないといけないが、介護施設もいっぱい、どうにもならないということで、その中でどのようなことが出来るかということで始まった。

P25、26のご意見を伺った中で、救急病院も季節的な要因が大きく、空いているときもある。今からの冬場が困ると。今からの冬場に介護施設に送り出せばいいということで、季節変動があるということが1点分かった。

その次に老協からのご意見で、福祉施設が一杯ということより結構、施設は充実してきた。サービス付き高齢者住宅などの整備も進んでいるので、意外に入所が可能ということだった。ショートステイなどで少し待っていただければ、入所に向けていけるというような話があった。

ただ、前提条件として病院は、施設入居者の方を受けたら、また同じ施設が受入れてくれると思う。そこに2つの要因があり、グループホームなどは2ユニット18人くらいなので、あまり長く空けておけないので次を埋めてしまう。そうすると戻れない。福祉施設などの場合だと、患者さんが同じ状態で戻るのであれば特養などは3ヶ月空けておかないといけないので戻れるが、必ずしも患者さんが同じ状態ではなく、脳梗塞や脳卒中などでIVHや胃瘻などの医療行為が加わると状況が変わってくるということで、戻る際のミスマッチがあるという話があった。施設が足りないという訳ではないということは分かったが、そのミスマッチを今後どのように改善していくのか、協議の場とスムーズな患者さんの流れをどうするのかということが非常に大切になってくる。

また、季節要因の冬場は、肺炎や心不全、呼吸不全を繰り返す患者さんが施設にも戻れないということで、概ね対象となる患者さんも分かってきた。その辺りを各施設や在宅の先生がどのように連携して4病院、7病院が一杯になるのを防いで冬

資料1-1

P19～27

場の病床確保をしていくことが大切ということが分かった。

今後、これについてどんな対応策があるのかということを検討していかなければいけないというのが、前回会議の内容だった。(土井)

【質問・意見】

- 誤嚥性肺炎もしましたら施設に返せない。食べきれなくなったり、なかなか難しい問題。そうすると病院のベッドも一杯になって、3、4回出入りしているうちに亡くなる。そういう方をギリギリまで施設で見てくれるかということも問題だし、食べきれなくなると患者さんの家族も病院に行って点滴してくださいと施設に言われる。処置してもあまり変わらないが、希望されたら施設も病院を紹介しないといけないだろうし、難しい問題。(久保)

- 退院連携が非常に難しいということだが、現在、市内の有床診療所はかなり減っているのか？有床診療所があればまずはそこに入っていて、それから施設にというようにワンクッション置いていただければ非常に有難い。医師、看護師がいて、医療ができる施設がどんどん足りなくなっている。退院連携を上手くコントロールするのは難しいと思っているが、いかがか。(石橋)

→ 有床診療所については、ご指摘のとおりどんどん減っている。10年くらい前から48時間規制があったのと、有床診療所もベッド数として新たにカウントできないので自然に減ってきている。

あとは、昔は厚労省が有床診療所を無くそうという考えだったので、非常に安い点数だった。今度の診療報酬では、それでは上手くいかないということで初めて加算になってきたが、もう、時既に遅しの状態。例えば、昔は栄養士を有床診療所も置かないといけなかったとか色々あったが、一番効いたのが、火災事故を受けて有床診療所も規制の中に入ってきたこと。消防法の改正でも相当きつくなっている、設備投資を敢えてするのかということで加速がもっと進むんじゃないかということが予測されている。

石橋先生からのご指摘のように、大きい病院ではなく、何か医療のワンクッションがないとやっていけない状況にあるということを国も薄々気づいた時には、既に遅しという状態になろうとしていることが現状だと思う。

福田先生も、有床診療所のようなものが必要とよくおっしゃっている。(土井)

→ 確かにものすごく減っている。整形外科なんかほとんど有床診療所ではなくなったから、うちは内科なのに整形の患者ばかりで、何も診きれないが寝せておいてくださいと紹介状がくる。非常に困った問題ではある。有床診療所は増えないのか？(久保)

→ 診療所のベッド数も医療計画の基準病床数の内数に入ったので、新設は無い。過剰地域ではないので増えない。(土井)

→ うちも有床診療所でずっと頑張ってきたが、やっぱり続かないというのが現状。実際、市内の先輩の先生方もどんどん辞めていかれるし、後輩も今度辞めると言っている。

石橋先生が言われたような、ワンクッションおけるような対応が出来る内科、外科系の有床診療所は、ほとんど稼働していないのではないかな。うちくらいではないかな。ほとんど4病院からの紹介が多いが、うちが断ると取ってくれるところが無い

という状態なので、あとは7病院の先生方をお願いするしかない状況になってきているのだと思う。

ただ、有床診療所が今後増えないのは確実で、今回診療報酬が少し上がったが、それよりも看護師の確保が出来ないということが現実。今後増やすのは、極めて難しいと思う。(田中)

→ 対応策が無いということですかね。(久保)

- ・ 急変時の受入のところで、鹿屋市の事例で施設が救急隊に情報提供カードを渡すという案があったが、救急隊が書かれている様式もあるので、二重三重にあっても無駄なので、様式が概ね整っている方がいいと思う。その辺りについて何かご意見があれば。(土井)

→ 情報提供カードについては、我々も始めて見たので事務局などと今後協議していきたい。(消防)

→ 同じ書式で作っておいて渡せるのは良い。どうやったら進むのか？ここで指導して医師会側でするのか？(久保)

→ 施設に行った救急隊は、決められた用紙に記入しないといけないのでそれを踏まえて素早く情報が取れる方が合理的だと思う。福祉施設などと、医師会、消防隊と協議して情報提供カード佐世保版というのを作った方がいいのかなという気がする。(土井)

→ これは、どこに振っておけばいいのか？(久保)

→ この概要をやっている医療政策課ではないか。(土井)

→ 医療政策課お願い。皆さん、そういうのと作るのに反対の方はいないか？(久保)

→ 同じような仕組みが全国で行われていると聞いている。福岡の方でもとびうめネットというのが始まっているらしい。

確認しておきたいのが、当院は在支診の先生方と事前の情報提供を行っている。この事例の場合は、患者或いは家族の意向をそのまま反映させるものなのか？例えば、共済病院に行きたいと指名された場合に、共済病院は困ると。これを言い出すと先に進まないが、その辺のところを慎重に。うちに来られても困るなというのが病院側にもあるのではないかなと思う。全国の資料を見ていると、その所がどうもあやふやなまま進んでいるような気がして、そこだけがちょっと気になるところ。慎重にさせていただいた方がいいのかなと。恐らく、今日ご出席の病院関係者は、同意見だと思う。(中央)

→ これは、救急隊への情報カードということ。病院は連携があるので。私がいつも見ていると、救急隊の方は一生懸命聞いて書かれている。患者さんも大事だか、カードを書いて施設に渡さないと制度があって非常に困窮されている。概ね、このような情報カードが書いてあれば、写せば済むので。

一番いいのは、応需システムが今あるので、そこにICチップを指せばデータが入って、あまり記載しなくても済んでしまうというのがあった方がいいのかなということで申し上げている。病院の方は別途、しっかり考えないといけないと思うが、基本的には救急隊が搬送する時に必ず取らないといけない必要な情報を、動転している施設職員に聞きながら書くのもいかがなものかと思って。その合理化を図ったらどうかということ。(土井)

資料1-1
参考資料1

P9

- 医療政策課で案を練っていただいて、どこのチームから人を出すかも後から考えられて。(久保)
- 我々が勝手に決めることは出来ないので専門部会の中で十分、関係者と協議しながらルールやこういった様式についても決定していきたい。(医政)
- 要は、診療所が無くなってきているので、救急の時は病院が取らないといけないということですね。(久保)
- 情報提供カードは事前に書いておくのか、その時になってから施設が書くということか？(湊)
- 下半分はその時になってから。ただ、上半分は事前に。(土井)
- 上半分を記載しておき、その時になって下半分を記載し、救急隊に渡すということ。(湊)
- そう。(土井)
- ・ 沢山問題があるところだと思う。施設や在宅でお年寄りの急変時にどうするかということをしっかり考えておいていただかないと、いよいよその時になってどこも受けてくれない、或いはどこも一杯ということになってくる。しっかり皆さんでどうするかということを考える必要があると思うし、救急搬送をお願いすることにもなるので救急隊としてもどういうふうにするのか。
- このような情報は前も色々問題があったが、これは救急隊だけで終了しているのか？救急隊が救急搬送するとき、以前、警察から申し入れがあって何でそういうふうになったのか警察にも教えてくれということで、救急から警察にその情報がいつていた。そういうことをしているのなら病院としても取れないと、救急にも警察にもしっかり言った。警察に一つ一つ届出を出さないといけない急患を何故、病院が取らないといけないのか。そんなの知らないから取らないと一筆書いていただいたが、それはその後どうなったか。(福田)
- 警察関係の犯罪等の救急搬送については、お互いの情報共有ということがあるが、今回のこの在宅医療関係については、急変ということなので全く関係ないということ。(消防)
- その時、警察から私たちが言われたのは、どうしてこういうふうになったのか。急変したもう一つ前の状況を警察としては知りたいと。だから、病院と施設にその状況を聞き取り調査に来たということでだいぶ言われた。何とか警部補という方から色々言われて、僕も色々意見だけは言ったが、そういうことが今後ないように。それがこの中でまた出てくるようであれば、それは医療機関としては取れない。その辺、消防としてもしっかり考えて。警察とそういうことにならないように一筆書いていただくとか、将来的にしておいてほしい。
- 何故かということ、医療事故調の後で医者責任、或いはどうしてそういうふうになったかというバックグラウンドが問題になる時がある。そういうことまで消防は救急搬送した時に犯罪性があれば別だが、そうじゃない老人ホームで尻餅ついて転んで骨折した、息がゼイゼイして呼吸不全になった、何かを詰ませたとか、明らかに犯罪性がないだろうと思われるのに警察に言う必要はないと思う。その辺をしっかりしていただかないと病院側としては、そういうことを含めての受入れはできない。消防もしっかり考えておいて。(福田)

→ 昔、うちも離遊泳なんかを取るときに警察の方が先に来ていた。早い。相浦署から来て、それから救急隊が連れてきていたが、今はあまりない。(久保)

- ・その他の各種事業について（医師会）

①ホームページ作成について

現在、医師会の方で在宅医療の社会資源情報把握・共有ツールとしてホームページを構築中。委託費用は、1,856,800円。この中には、運用をスムーズに行うため、5年間の維持管理とランニングコストが含まれる。今後の流れは、P1のとおり。デザイン図について、別紙①参考資料をもとに説明。

市民の方に在宅医療について理解を深めていただき、医療機関の検索や情報把握ができるようになればと考えている。お気づきの点があれば、事務局までお願い。

【質問・意見】

- ・ 聞き漏らしたか、目が悪くてよく見えないが、訪問診療・歯科診療は、HPに病院名出ているのか？歯科もされるところと、されないところがある。(久保)

→ 出ている。(医師会)

→ 了。(久保)

②医療・介護資源台帳作成について

①の在宅医療地域資源マップへの掲載と併せて、先月、1,018施設に情報共有の可否について最終確認調査を実施した。お忙しい中、調査にご協力いただき、この場を借りてお礼申し上げる。情報共有についての同意、または一部同意とされた施設の情報をCD-Rに掲載し、その施設のみに配布するということになる。配布する施設は、P3のとおり。

調査項目については、別紙②のとおり。中段の二重線から上が一部同意と回答された施設の掲載項目。全て同意とされた施設は、全ての項目が掲載される。

③介護施設急変時受入調査について

9月にアンケートを実施し、回答率は55.3%だった。集計結果は、別紙③のとおり。全部を説明することは時間的に難しいので、部分的に説明する。例えば、訪問・通所系で言えば、P1の問2で65%が主治医との連携がほぼ取れていると回答した。あまり取れていないと回答したのが35%。1/3は、連携が取れていないということなので、課題の一つに挙げられるのではないかと考えられる。

また、P3の問8、問9では、1～3の項目が効果が高いという回答だった。通所・訪問系の施設からはこういったことが要望として挙げられているのではないかと捉えることができる。ご参考までに、所属されている施設の結果などを見ていただければと思う。

④シンポジウム開催について

平成27年2月7日に愛媛県松山市より医療法人ゆうの森 理事長の永井康徳先生をお迎えして、在宅医療を始めよう！というテーマでシンポジウムを開催する予定。P6に永井先生のプロフィールを掲載している。

本日お集まりの各団体の方にはお願いがある。P5の共催部分にも記載しているが、こちらの団体様に共催のご承諾を賜りたい。何卒、ご快諾をお願いしたい。

また、P 7 に動員依頼数の表を付けている。各会、各団体の事業所数に従い、大凡の人数を振り分けている。医師会館の大講堂で行い、330～340名収容可能。

資料 2

P 1

別紙①

資料 2

P 2~3

別紙②

資料 2

P 4

別紙③

P 1 ~ 3

資料 2

P 5~7

最低、この数字の動員をお願いし、できれば数字以上の動員をお願いしたい。シンポジウムが盛大且つ有意義なものになるためにご協力を賜りたい。ご意見などあれば、私共までご連絡をお願い。後日、各会、各団体様宛に正式なご案内と人員動員のお願いの文書を送付する。各会員の皆様にご周知と募集をお願いしたい。

【質問・意見】

- 各団体に共催の文書も正式に出されるんでしょ？本日ご出席の方も各団体がいいよと言わないといけないので、それも送らないとだめですね。（久保）
- 共催お願いの文書も出す。（医師会）
- 皆さま、各団体、よろしくお願い。（久保）

⑤多職種研修会開催について

先ほどのシンポジウムとは別に、多職種研修会も行う予定。未定な部分も多いが、平成27年2月28日（土）14：00～18：00で現在進めている。佐世保市における多職種協働による在宅医療・介護を担う人材育成を目的に、こちらも共催、動員のお願いをすることになる。正式文書を後日送付させていただく。

■議題2 第6期介護保険事業計画（素案）について【長寿】

資料3が、P42、P43となっているが、この2ページについては、現在、私共で作成している第6期介護保険事業計画（素案）の医療と介護の連携について記載している部分を抜き出したもの。市の諮問機関である佐世保市保健医療福祉審議会の専門部会に、事業計画について審議していただく高齢者専門部会というのがある。この協議会の中にも、審議会メンバーになっていただいている方が何名かいらっしゃるが、この資料は、11月25日にその専門部会でお示しした部分。

（1）現状と課題については、医療と介護連携が益々重要になっていること。それから、在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなど様々な局面で必要となること。また、地域包括支援センターにおいて在宅医療に関する拠点機能との連携強化が必要となっていること。これまでの医療行政については今後、より日常生活圏域に近い市町村レベルで体制を整える必要があること。医師会などと連携しながら都道府県の支援のもと、市町村が積極的に関与することが必要となっている。

（2）在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけについては、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけられる。具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられる。在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に委託できることになっている。

（3）今後の方針については、居宅における医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進するということと、地域の関係機関の連携体制の構築を図ることを方針に掲げている。P43の図は、厚生労働省が地域の関係機関の連携体制を示したもの。具体的に取り組む事業として8つの事業を掲げており、全国的に①～⑧を取り組むことになる。

①は、地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、マップ化またはリスト化して広く公開すること。②は、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、

資料2

P8

資料3

解決策等の協議を行うための会議を開催するもの。③は、相談の受付等をする機関を国は、在宅医療・介護連携支援センターという仮称を付けて、そういう機関名で実施するような考え。その中で、地域の在宅医療・介護連携についての相談窓口を運営し、④～⑥などの支援を行うと共に関係者からの相談受付や医療機関、介護事業者の紹介を行うもの。また、退院の際の関係者の連携調整を行うことも今のところ想定されている。④は、情報共有の手順等を定めたマニュアル、そういったものを活用して関係者間で情報を共有できるように支援するとされている。⑤は、例えば、医療関係者に介護に関する研修を、反対に介護関係者に医療に関する研修を行う。多職種連携についてグループワーク等の研修を行うものという位置づけとされている。⑥は、切れ目なく在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう利用者等の急変時の連絡体制も含めて、関係者の協力を得て体制の整備を計画的に行うものとされている。⑦は、講演会を開催したり、パンフレットを作成、配布したりすることで住民の理解促進を図るものとされている。⑧は、必要な事項について協議を行うとされている。

以上のようなことで、現在、高齢者専門部会に諮って審議をしているところ。今後、恐らく年明けになると思うが、再度、高齢者専門部会を開催して年度末に向けて事業計画を策定していくことになる。

もう1枚の資料に、介護サービスの利用の流れを付けている。厚生労働省が作成した資料で、左側から利用者がどのような手順に従って右側のそれぞれの介護サービスを利用するかの流れ図。

今回の介護事業計画で特に話題となっているのが、介護予防の訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行するという話。図の右側で介護給付、予防給付、総合事業の categories に分けられており、そのサービス内容が左に記載されている。上から3つ目の四角囲み部分までがこれまでの介護予防サービス。これまで訪問型サービス、通所型サービスは予防給付の方に含まれていたが、新しい第6期事業計画では、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の中に組み込まれることになり、その他生活支援サービスと相まって事業展開することとなっている。

総合事業にはもう一つ、これまでチェックリストを送付して二次予防事業対象者、要支援から一歩手前の方を把握して介護予防に繋げていく取り組みをしていたが、一般介護予防事業への位置づけに整理をされた。

【質問・意見】

- 今後の方針を書いているのはいいが、少し分かりづらいところがある。特に、取り組み事業のところは、先ほど説明があったようなコメントを入れていただいた方が分かりやすいのかなというのが一点。

また、P43上から3行目に都道府県・保健所の指導の支援の下というのも一般的に書いているが、これはもう佐世保市のことなので長崎県。それと、保健所の支援も佐世保市が運営しているので、長崎県と佐世保保健所との連携なのだろうから。今後の方針をもっと具体的に書けるのではないかと検討していただきたい。(土井)

→ 11月25日付で作成している素案だが、国の方でも分科会のようなところで内容を検討中のようなのでまた情報が入ってくると思うが、私共の方でもまだ噛み砕

くことができていない。次回の高齢者専門部会でも内容を見直して、より具体的な内容で記載していきたいと思っている。（長寿）

- ・ 介護サービスの利用の手続きのフローチャートで、佐世保市では認定調査の期間が少し長くなっている。人数も多いので調査委員さんたちの大変さとか、認定調査の大変さがある。この図で見てみると、チェックリストを受けて従来の要介護認定申請→要介護認定→要支援１、２→総合事業のみになった場合、認定申請等は必要ないのではないかと思う。それも全部ひっくるめてしまうと、チェックリストを受けてサービス事業対象者に直接回っていく方は、殆どいないのではないかと思う。特に、佐世保市は要支援１、２が頻度的に多いと思われる。この辺りを少し簡素化するために、このフローチャートの位置づけを、例えば前回、要支援１で今後で言う総合事業のみを受けている方たちは、そのまま認定審査に行かずに総合事業の方に回るとか。そのような工夫というのは市の方で取り組みは可能か？（迎）

→ 現在は、このチャートのとおり要介護認定申請をされてしまうと介護認定審査会までかけないといけないという流れになる。チェックリストの段階で、もちろんご本人の同意を得ながら、サービス事業に繋げていくことで申請件数減というか。ご本人の同意が取れば、サービス事業対象者の方の手続きを踏んでいくことになる。（長寿）

→ 了。（迎）

■その他

- ・ こういうことが今後どんどん進んでいくと思うが、ちょっと教えていただきたい。要介護、要支援の方たちは、佐世保市内に大凡どのくらいおられるのか。施設に入っている方がどのくらいおられるか。６５歳以上の方の救急搬送件数、救急搬送をして拒否されてかどうか。その辺は、現在どのような状況にあるか。（福田）

→ 手持ちの資料では総合計しか分からないが、要介護認定者数は、今年の９月５日現在で１６，４８８人。要支援が、６，００７人。要介護が、１０，４８１人。施設か居宅かというのは、そこまで分析したものが手元にない。（長寿）

→ 施設に入っておられる人数はどれくらい？（福田）

→ 手元にないので、今、探している。（長寿）

→ このような会議で、そのくらいの準備はしておかないと。（福田）

→ 申し訳ない。（長寿）

→ 救急だが、６５歳以上で要介護、要支援になっている方たちの救急搬送件数はどれくらいあるか。（福田）

→ この前、高齢者の分は出した。（土井）

→ だから、どれくらいあるのか。（福田）

→ 高齢者施設からの搬送は、平成２５年の実績で１，０４６人。全体の救急搬送者数１３３，３１７人の内、１，０４６人となっている。（医政）

→ これは、スムーズに受け入れていただいているのか。（福田）

→ その分析は出来ていない。（医政）

→ この次、是非していただきたい。というのも、例えば、救急搬送で６５歳以上の要介護度が上の人たちは、総合病院あたりは誤嚥性肺炎や尻餅ついて腰が痛いとか

は、たぶん診ていただけない。今はあまり問題になっていないけれど、今後それが非常に問題になってくるだろうと思う。

今日内田先生も来ておられるが、京町内科病院で例えば、腰が痛くてかかっていたが尻餅ついて骨折しているかもしれない。診てくださいと言われて京町内科はどのような対応を取ろうと考えているか。(福田)

→ この会議は専門部会から参加させてもらっている。京町内科病院のような規模の病院が在宅の患者さんの後方支援病院、病床として機能しなければいけないと改めて感じている。必ず取るようにしたいと思う。(京町)

→ これは、非常に難しい。京町内科も特老とか施設があるが、そこで尻餅ついて骨折しているかもしれないとか。通院している方が、家の風呂で滑ってこけたとか。そういうふうな時の対応は、今どのように考えておられるのかと思って。(福田)

→ 基本的に取りたいというふうに思っている。状況はご存知だと思うが、常勤医が夜も含めてずっといるわけではないというのが現状。なので、一部受け入れきれていない部分があるのだろうと思う。それは極力ないように考えている。

これは、専門部会の方でも発言させてもらったが、基本的には当院でいいということが分かったケース。例えば、患者さんが当院でいい、重い病態が隠れているかもしれないがそれでも当院でいいと分かったケース、それと、在宅の患者さんの担当している先生が当院でいいというケース、消防の救急搬送トリアージで当院に搬送されたケースであれば、基本的に受けるということで考えている。(京町)

→ 今後これは非常に難しくなってくる。これから寒くなってきた餅を詰まらせたとか、痰を出し切れなくて喀痰喀出困難で肺炎みたいだとか。また、どこかに運んだが挿管してもらえない、出来ないとか。そういうのでは、本当に困る。

救急隊もこの頃、トリアージの勉強をしているという。僕は、何をしているかよく分からないので、今度その辺を救急医療部会で教えてもらおうと思っている。

これから、そういう時の責任や、事故を起こした時の対応、市としてどうするのかを一応は考えておく必要が今後出てくるだろうと思う。色々問題が多いので、そこまで考えておいてもらいたいということで話をしておく。(福田)

→ 福田先生のように急に言われても対応できないと思う。なので、前もって。(石橋)

→ 普段、勉強してないからできない。(福田)

→ なので、こういうことを聞きたいと言っておけば、もっとスムーズにいくのではないか。(石橋)

→ 普段の勉強が足りない。(福田)

→ そんなことは無いと思う。やはり、そういうことは1日前でもいいので前もって、その他でこういうことを聞きたいと、どうでしょうかと聞いてもらえれば私たちも勉強にもなるし。(石橋)

→ これからそういうふうにする。それでも、中央病院グループでももう少し考えていただきたいのが長寿園などでも、出来ないというのではなく、僕も出来るだけ色々な救急に対して協力しようと思っている。何かあったら大島とか他からの分でも取ろうと思っている。もう少しこれを充実させようとするのであれば、せっかく応需システムもできているので、在宅の分をどこに貼り付けるか。応需システムの中

に、老人の在宅や施設の救急搬送システムまで考えておく必要があるだろうと考えている。それはこの会議ではなく、救急医療部会で話をさせていただこうと思っている。(福田) → 今の問題点だが、救急搬送をいかにスムーズにやっていくかの専門部会を2回ほどさせてもらっている。確かに、今のご時世なので、内科の先生のところに骨折や外科的な病気を後方支援だからお願いしますねというようなことは無理があると思うので、ワンステップとして労災病院、共済病院の先生たちが整形外科系であれば頑張って診ると思うと。スポット的な救急搬送の受入れというのも佐世保の地では有りではないかと思っている。出来るだけスムーズに流れていくように、このような会議の結果を踏まえて、救急搬送の専門部会で何らかの結論を出していけたらいいなと思う。(迎) • 先ほど福田先生がおっしゃった施設入所者数だが、平成25年の12月1日時点になるが、介護保険の3施設、特養、老健、療養型介護施設に2,250人入所している。(長寿)	
■議事確認 • (1) 平成26年度長崎県在宅医療連携拠点事業進捗報告について → 情報提供カードなど、ルールや様式については、専門部会で関係者と協議しながら進めていく。 → シンポジウム、多職種研修会開催について、共催、動員の正式な依頼文を後日送付する。協力をお願い。 • (2) 第6期介護保険事業計画(素案)について → もっと具体的に記載できるのではないかと検討していただきたい。 • その他 → 65歳以上の要介護、要支援の方たちの救急搬送が、スムーズに受け入れてもらっているのか分析してもらいたい。 ■会議での意見 • 65歳以上の要介護度が上の方たちの救急搬送がスムーズに受け入れられているか分析していただきたい。 • 救急隊が現在行っているトリアージの研修について、今度の救急部会で教えてもらおうと思っている。(救急ワークステーション)	