

会 議 概 要 書

会議名：平成 27 年度 第 2 回 佐世保市在宅医療連携協議会	
日 時：平成 28 年 3 月 28 日（月） 19：00～20：35	
場 所：佐世保市役所 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
<p>以下の議題について説明・協議を行った。カッコ書き標記は、委員名（敬称略）。</p> <p>■議題（1）平成 27 年度の取り組み状況について</p> <p>●平成 27 年度の取り組み状況について【事務局（朝長）説明】</p> <p>資料 1 の P19 にまとめているが、①～③の事前情報提供書について、様式、手順書の微修正を行い、関係する医療機関、介護関連施設へ周知し、試行運用を行った。その結果、様式についての軽微な改善は必要であるが、おおむね問題なく運用できているのではないかと考えられる。</p> <p>「在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会」、「退院連携検討専門部会」では 2 年間に亘る検討、試行運用により所期の目的を達成したため、当該 2 専門部会は、本日の報告を以て終了としたい。平成 28 年度以降は、新たな課題解決を図るために必要に応じて専門部会等を立ち上げて検討を行うこととする。</p> <p>全体の状況整理になるが、迎先生に部会長を務めていただいた在宅療養患者の急変時依頼・受入専門部会、退院連携専門部会の二つがある。</p> <p>本日の別紙資料に事前情報提供書を配付しているが、ピンク色の①提供書は主に開業医で訪問診療を行っている医師から、病院…後方支援病床に対し、事前に情報を提供する様式で試行運用を行っている。緑の②提供書は介護関連施設等の入所・入居者の救急搬送時の情報提供、黄色の③提供書は病院から、かかりつけ医もしくは回復期病棟・療養病床・高齢者施設に退院するときを使う様式である。資料 1 の P4 に示しているが、それぞれ半年から数か月の試行運用を行っている。その後の 1 月にアンケートを実施し、3 月 1 日の二つの部会の合同専門部会において、アンケート結果、運用状況、改善事項等を報告・検討した。</p> <p>P5 からが平成 27 年度の取り組みとなる。以前にも報告したが、①の提供書は急変時受入に関する基本的取り決めにより運用している。P7 が実際に後方支援病床として受入を行われる 11 輪番病院に対するアンケート。課題等の意見は、11 輪番病院からの意見はなかった。また、今後取組を行う意向を示している病院が複数あった。</p> <p>P8 の様式は救急搬送時に何らかの理由で医師が関われない場合に、この様式を活用してほしいというもの。P10 の C と G のサービス区分施設に関しては、本協議会に参画している団体がないので、今後は個別にアプローチする必要があると思</p>	<p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">資料 1</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">別紙</p>

う。アンケートに回答された施設における様式の認知度は9割超と高いが、利用状況は53.7%。職員への周知、本人・家族への同意に時間を要していることなどが使用していない理由の一因であり、様式の改善要望等もある。今後とも参画団体の皆様から、各事業所へ様式の周知をお願いしたい。

まとめになるが、この様式を利用してもらいたいのは、医師や看護師の関与が見込めない施設が対象になってくる。しかし、施設への周知が十分でない。また、本日の協議会に参画頂いた団体の皆様に、それぞれの会議や総会の場で周知をお願いしたい。必要があれば事務局が説明に伺う。

提供書③ P16の利用状況アンケートは精神科を除く市内の16病院を対象に実施。改善点や要望事項については3月1日の専門部会において議題にあげ、必要に応じて、項目の追加修正について今後検討していきたい。また、項目数が多く記入がしにくいとの意見があり、本様式の改善を行う予定である。

●各専門部会からの報告

〈1〉 在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会の報告

【部会長（迎委員）より】

平成26年度に策定した在宅療養患者急変時受入手順書・救急搬送時の情報提供書作成マニュアルに基づき、平成27年度は在宅患者の救急搬送時の情報提供書並びに介護関連の救急搬送時の情報提供書の試行運用に取り組み、関係団体との協議を重ねるなどを行い、実践的なシステムの構築に向けて取り組みを行った。本来は在宅療養に関しては医師会の立場からすると、在宅療養を担う医師のすそ野を広げることが大きな課題である。それに向けては在宅を担当していただだけそうな先生方が、できるだけ大きな不安がないように、あるいは受け入れてくれる先生方が、患者さんの対応について、受け入れやすい状態をつくるという目的で、このような話し合いの場を活用させていただいた。この一年間に在宅患者については、新たな在宅支援診療所の登録や、在宅支援診療所と後方支援病院との連携が進んだことや、在宅の事前登録の患者さんが増加するなど、一定の効果があったように感じられる。

また、今年4月から在宅療養に対する診療報酬等の改正もあり、多くの患者を抱える先生方には少し逆行しているようなので、それらを一緒に解決すべく、地域の先生方は少し話し合いの場を設け、シェアをするなどのような意見も頂いている。

介護関連施設に関しては、各施設で前向きに取り組んで頂いていたが、対象の施設がとても多く、まだまだ周知が不足しているという反省をしている。目前に迫っている超高齢化社会及びに地域包括ケアシステムの構築に対応するため、制度周知の徹底に努め、さらなる連携を進めることが重要ではないかと思っている。以上をもって報告とさせていただきます。

〈2〉 退院連携検討専門部会

【部会長（土井委員）より】

各病院の退院連携支援室の方々にお集まりいただき、その退院について患者さんが円滑に在宅または関連の施設へ移行できるよう議論を行い、退院連携事前情報提

資料1 P18

資料1 P18

供書の様式を定め、モデル的に試行を行っている。その中でいくつかの問題点も出ているので、それについて今後改善を図っていきたいと考えている。

今回の診療報酬の改定においても、病院からの退院後は円滑に進めるという方向性への改定が行われているので、今後とも地域医療構想のベッド数の削減等を踏まえ、患者さんが円滑に地域に戻って、適切な医療介護を受けられる体制作りが必要なのかなというように考えている。

次回改定が同時改定になるので、それまでにはこの佐世保地区でもそこを踏まえて体制づくりの強化が必要なのではないかと思っている。今後ともこの様式等を踏まえ、もう少し周知徹底を行い、より円滑に利用できるものを検討していきたい。

〈3〉 質問・意見

- ・ 緑の②介護関連施設等の入所・入居者の救急搬送時の情報提供書だが、使用している施設はかなり少ないのではという主旨のことを救急隊から聞かれた。自分たちは必ず使用しているが、全体の利用率は1割に満たないのではないのか。(石橋)
→②の情報提供書の様式だが、これは基本的には施設に入所中の患者さんで医師の関与が手薄な施設を対象にしている。そのため、案外どの高齢者施設もある程度は医師の方との関連があり、ピンクの①情報提供書のケースが多いようだ。石橋委員が言われるように、まだそのような協議の場所に出てこられていない施設で、かつ医師の関与が薄い場合、あたふたとして救急車を呼んでしまうケースが多いと思われる。前回の協議でもできるだけ情報提供書は周知徹底するように、いろいろな分野の会長方をお願いをしたいと申し上げている。だが、おそらく現状は1割に満たない使用率ではないかと思われる。(迎)
→オブザーバー参加の消防局から、現在で把握している件数の報告をさせる。
(事務局 医療政策課)
→②介護関連施設等の入所・入居者の救急搬送時の情報提供書の要処理件数については、消防局としても平成27年7月から試行運用を開始しており、28年2月までのデータであるが、介護関連施設から550件の救急要請があっている。そのうち情報提供書の提出があった件数は50件、率にして約1割となっている。(消防)
- ・ 今の実績の問題であるが、この様式を使ってなくとも何らかの情報提供書、あるいは医師がしかるべき病院等へ連絡をされているケースが、未使用である9割の中にずいぶんあるのではと思われる。全く何の情報もなく、どこへ搬送したらいいかわからないケースは、あまりないのでは思うがいかがか。(迎)
→現在手元に資料がなく、件数まではお答えできないが、独自様式での情報提供書を使用している施設もある。消防局が統計を取っているのはあくまでも救急搬送時の情報提供書であり、介護施設独自の類似様式を確認しての搬送はあるかと思う。
(消防)
- ・ いま救急隊の方が言われたように、施設に医師がいる場合は、救急車を使用する件数は非常に低い。施設に医師がいない場合は、施設の車で連れてくることが多いので、救急主体のみでこれを運用しようとする、相当の漏れが将来的に出てくると予想される。(平尾)
- ・ 私個人としてはお薬手帳だけ持ってきてくれればいいと思っている。あとは施設側

から必要事項を聞き取ればいいとも思う。他の職種・施設はどのようなご意見をお持ちか（久保）

- ・救急搬送を要請する様な緊急時に施設の職員が、どのような項目を見ながら記載するのか。医師とファックス等でやり取りする際に、頭を整理するにはいいのかなど……。先ほども言われたように救急搬送時とせずに、施設内で入所者に著変があった際に記載していき、それをかかりつけ医に送り、情報提供するなどとしたらどうか。久保先生に伺いたいが、お薬手帳以外に患者さんの状態の経過は聞かれているという前提でよろしいか。（土井）

→施設職員が同行すればそうしている。（久保）

→施設職員がついてくる場合、これを記載した後に病院に来ると、患者の状態について職員の頭の整理ができていますので、医師への説明がし易い。救急搬送時に備えて、情報提供書を書く練習を行うなど、各研修の際に意識付けをしていただくことが一つあると思う。

診療報酬方式の例え話をして申し訳ないが、普及をするには情報提供書を記載し、消防隊や病院に渡したら200円加算されるなどということをして1～2年実施すれば一気に広まるのではないか。あじさいネットのように、周知を図ることは必要かと思う。（土井）

- ・私も年に7～8回救急車に乗る機会があるが、その時に情報提供書があれば救急隊の方も内容がすぐにわかる。これがない場合は患者さんの名前・住所・病名などを救急車の中で聞き取られる。情報提供書は是非あったほうが、現場としてはスムーズな救急搬送ができるのではないかと思う。（石橋）

→今のようなご意見を踏まえ、情報提供書については積極的に活用していただきたい。（久保）

●研修・住民啓発事業の報告 【事務局（朝長）説明】

資料1 P21

資料1のP21からになるが、在宅医療・介護関係者の研修としては、平成27年4月に在宅医療・介護関係者のための講演会を、11月に多職種研修会としての講演会を各々で開催している。土日の夜間開催であったため参加者は少なかったが、参加者からのアンケート結果によると内容としては好評であった。

P24の地域住民への普及啓発についてだが、平成28年2月25日の民生委員児童委員協議会連合研修会の中で講演会を行っており、アンケート結果から、市民の方々の目線としてもおおむね好評な形で在宅医療・在宅介護の理解が少し進んだのではないかと考えている。在宅医療・在宅介護が地域医療における一つの選択肢であることを、民生委員児童委員の方々から、地域に広めていただければという意図で今回開催しているので、来年度以降もやっていければと考えている。

- ・講師のたんぼぼ先生（永井康徳医師）は、以前に講演を聞いたが内容が良かったと感じている。（久保）
- ・一般的な質問であるが、いま高齢者の救急搬送はこれから問題になってくるかと思う。そのような時に佐世保市では、総合病院をはじめ、二次救急病院も含めた中で救急搬送応需システムができていますが、このシステムも事務に乗せていこうということか。また、受け入れる病院の選定はどこが行うのか、消防の指令課なのか。

(福田)

→救急搬送に関しては、現在のところ、在宅と一般救急の区分けはしていないので救急車を利用されるときには、11輪番病院長で決めていただいている応需システムを利用して搬送先を決めている。もちろん救急の場所で病院を紹介していただければそちらが優先にはなるが、消防局としては現時点では在宅と一般救急の区別はしていない。(消防局)

→そうであれば、これからどうなるかは件数を含め、経過を見ていく必要があると思う。二次救急時の病院にそのような一般救急と一緒にこのような人たちが、今の救急搬送件数よりもっと増えてくるようになると思うし、救急応需システムを使うと、佐世保市の周辺市町からもお願いが来れば、消防としては当番病院に連れていくものと考えられている。そうであれば総合病院や中央病院、共済病院、労災病院という大きい病院でも、一般救急のほかにも受け入れていいことになっているのか。先ほどの消防の答弁は、救急の二次として搬送する夜間などについては、現時点ではその延長線上で見ると言われた。そのようなときに市としてはどうなのか。

例えば高齢者は加齢により日常生活動作も含めて認知症も進んで、なおかつ老化による様々な変化もある。国もがん検診や特定健診・保健指導をなささいと言われているので、高齢者も、本来は年に一度はそのようなチェックをやったほうがいいと思う。そうであれば、救急搬送するときに活用できるし、チェックをするときにご家族やご本人に、もしもの際の対応を事前に聞いておくこと等も必要になるかと思う。そのあたりのことは、今まであまりこの場で議論されていないし、これから先に、そのような状況時に延命治療はするのかなど、そういうことにまで繋がってくるのではないかと思う。

そうすると、直近のデータが何もない……ではなく、高齢者であっても、年に一度は事前に状態の把握を行っていたほうがいいと思う。できれば病院に行ったり検診したりする際に、万が一の場合はどうすればいいかを事前にチェックしておいたほうがいいと思うが佐世保市としてはどうか。(福田)

→配布資料別紙②救急搬送時の情報提供書についてだが、上段部分については入所時点などに予め記入していただく部分である。その中には「治療に対する意思は可能な限り記載を」と示しており、これをもって万一の救急搬送時に活用できればとして、専門部会のご意見を受けて作成している。そのため、健康チェックについては、例えば施設入所者が外来通院されて何かしらの変更があれば、その都度に情報提供書を更新していただくなどの対応をお願いできればと考えている。(事務局医療政策課)

- ・佐世保市としては、前もって高齢者の方々に記載を勧めているわけではないかと思うが、一方では健康づくり課など別事業で特定健診・特定保健指導を受けるよう呼びかけているわけであるから、施設に入っている高齢者の方も、本人もしくは家族の方が要望をすれば制度の利用はできるかと思う。私としては前もって年に一回程度は状態のチェックをしておいた方がいいと思う。高齢者の方は老化が進むと認知症やバイタルの低下なども出てくる。当然救急搬送もあり得る点を予想すれば、前もってのチェックの必要性について、健康づくり課や長寿社会課としては考えがないかということを知りたい。(福田)

→先ほど福田先生が言われた特定健診・特定保健指導の政策上の目的は、生活習慣病の予防として実施している。従ってその情報については、その後の保健師の保健指導等に活用するためのものであり、現在のところ、当該事業は救急搬送に備えるためのものではない。ただ、救急医療情報キットを高齢者の方に持っていただくことで市としては進めている。情報量としてはさほど正確なものではないが、救急搬送時には、できるだけ活用していただければと考えている。(事務局 保健福祉政策課)

- ・特定健診・特定保健指導については、一昨年くらいから健康づくり課がのぼり旗まで立て、受診率を上げるため医療機関を回り、事業推進に取り組まれている。高齢者には状態が変化している方も多く、救急搬送体制について、ここまで考えるのであれば、年に1度くらいはご本人・家族・施設の職員がチェックを行うなどの取り組みがあっただろうと思う。また、事前チェックを行う際に「万一の際はどうかですか」と、ご本人・家族・施設側に了承を得ておくと、救急搬送を含めてスムーズになると思う。

さらに言えば、チェック後に佐世保市が管理するデータを、必要に応じ閲覧ができるところまで持っていければ、救急搬送時に病院から状態の把握や要介護度なども把握できる。それを行うことは難しいと思うが、将来的にはそうなってくると救急搬送もスムーズになるのではないかなと思う。なおかつ長崎ではこれをあじさいネットの中に挿入し、活用していこうとされている様だが、あじさいネットを佐世保市で使おうとすると、今の段階では難しいので、佐世保は独自の応需システムにこのような情報を取り込み、チェックの際にご本人や家族に万一の際は、閲覧しても差し支えないという同意欄をもうけ、救急搬送時に活用する。そのように運用していけば将来的には、佐世保市だけでなく周辺の市町からのお願いにもなってくるのではないかなと思う。将来像として検討していただければと思います。(福田)

- ・個人的な発言になるが、事前情報提供書より、ご家族の急変時に心肺蘇生をするかしないかとか、そのまま見送ってあげたい等の承諾がほしい。

高齢者といっても実際問題として、100歳以上が救急車で搬送されてくる。その際に心肺蘇生するか否かについて、普段会わない遠方の身内が苦情を申される。後から苦情を言われることが最も困る。私としては、そのあたりの承諾を全員分とってくれるような書類を施設側で作成しておいてほしい。処置を行う・寿命としてこれ以上何もしない等…当直医はその点で悩んでいる。事前情報提供書の整備も大事であると思うが、やはり承諾書が欲しい。100歳の高齢者が患者でも普段会わない家族としては、処置を行わなかったことについて苦情を言われる。従事する者の立場としては対応に苦慮することになる。とはいえ家族側には親を思う気持ちもあり、その辺を勘案すると承諾書を施設に置いておいて欲しい。(久保)

■議題(2)平成28年事業の方向性について

【事務局 医療政策課 吉崎補佐 説明】

資料2に沿って説明。

ご存じのとおり今年度から介護保険事業の中の地域支援事業として、在宅医療・

資料2

介護連携事業として関係者の皆様のご協力のもと、取り組みを進めている。資料 2 の P1 の (ア) ~ (ク) までの取り組みを平成 30 年 4 月にはすべての市町村で実施するよう示されており、本市においても全項目の平成 30 年 4 月実施に向け取り組んでいるところである。

P2にはこれまでの専門部会でのご意見を基に、平成 28 年度の事業計画案として内容を検討していく。計画内容については、基本的にこれまでの取り組みを継続しながら、新たな課題について検討していきたいと考えている。そこで本日委員の皆様にご意見を頂ければと思っているため、事業内容について説明をさせていただく。(項目 (ア) から (ク) について資料に沿った説明)

P3には (ア) ~ (ク) の 8 つの事業に関し、大まかなスケジュール案を作成している。表中の黒ポツについては専門部会、また、専門部会の開催に合わせ本協議会も開催したいと考えている。

【質問・意見】

- 3 週間ほど前に中央病院で緩和ケア講習会を開催し、私も参加した。そこで佐世保市や長崎市などの大きな病院の医師が参加され、そこで在宅の先生と訪問看護ステーションが在宅の看取りをするという内容の DVD を流された。訪問看護の活躍など私は知っていたが、ほかの大きい病院の医師数名が、訪問看護ステーションのナースや在宅の先生がこのような活動をしていることをまったく知らず、在宅の内容を知ることができて感激したなどと言われていた。今いろいろと連携しているところではあるが、大きな病院の医師がそれを知らないのは……。ケアマネやソーシャルワーカー任せではなく、ある程度のことには知っておかないと、今後の流れとして在宅に向かう上であまり好ましくないと感じた。次年度事業に反映してほしい訳ではないが、情報提供として申し上げる。(平尾)
- 28 年度に実施される医療介護関係者研修で先ほどの様式の普及啓発を行ってはどうか。普及啓発には労力を要するので、救急時にこの様式をどう使い適切な対応につなげるかを、いろいろなケースで周知していただきたい。また、佐世保市は中核市になるので、いろんな集団指導について各施設の職員を招集する機会があると思うが、そのあとに講習会等を開催していただければと思う。各施設も職員を出したくとも人員も限られているが、集団指導であれば必ず参加される。先般、社会保険事務所で行われた医療機関向けの説明会も集団指導と併せて開催されている。そのような時は多数参加されるので、機会を捉え様式の周知を勧めていただくのがいいと思う。様式の改善点もあるかと思うが、周知には時間がかかる。4・5年かけて周知を行うという体制で考えていただければと思う。

また、先ほど福田先生が言われた情報共有について、資料 P2 の (エ) の部分かと思うが、取り組み内容案に情報共有シート等の計画があり、予算の制限もあるようだが、うまく機能すれば将来的には実現するかもしれない。しかし、マイナンバーが普及したので、本腰を入れればあっという間に出来てしまう。そのような点も含めて少しずつ進んでいくのかなと思う。

平成 30 年度に全国で総合事業を含めて、今回の法改正の実施が図られる。佐世保市も中核市になり、手を付けられるところから手を付けて、平成 30 年度の介護

報酬と診療報酬の同時改定、これができていないと佐世保市としてもつらい立場になるのではないかと思います。少しずつ準備を進めていただければと思います。(土井)

- 改定の準備は市が主導する理解でよいか。(久保)

→そうである。(事務局)

- 在宅療養に関してだが、医師会の現状として考えると、診療所を開設する医師の約20%が、在宅支援診療所の届出をされている。その中で役半数の医師は看取りも含め、比較的熱心に在宅療養をされているが、新規で開業する医師も少なく、事業項目の(ア)～(ク)までを比較的潤沢に解決するには、やはり在宅医療に関する医師の確保がかなり大切な問題と思っている。

例えば(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進の主治医・副主治医性の導入(本市になじむか)等の問題であるが、佐世保市の人口が25万人くらい、栄養管理の医師が200人くらいであろうか。そういう現状で主治医・副主治医を一人の患者に充てると、ただでさえ不足している現状が二重になり、導入はなかなか困難な現状があるかと思う。本市から見た先進事例とすれば、愛媛の病院などには在宅医療のみを行う病院もある。長崎市もあるようだが、佐世保市には残念ながらない。各々の医師が担当する患者が動けなくなった時には、在宅で回ることが本来の姿であるので、事業項目の(ア)～(ク)までを機能させるのは非常にハードルの高いと思われる。その辺を考慮し、計画を立てていただきたい。このような事業を組み立てていくには話し合いの場が多くなるが、話し合いばかりで、実際に在宅をしていただける医師が少ないのが現状であるので、そのあたりも課題として挙げていただければと思っている。(迎)

- 先ほど発言の続きだが、特定健診・保健指導というものは、本来は生活習慣病やメタボのための取り組みであったものだが、先ほど申し上げたように高齢者の状態を把握するためには年に1度くらいは状態のチェックをするという意味で実施しておいた方がいいと思う。なおかつその方々が急変した際に前情報として、状態を閲覧することができれば非常に有効であろうと思う。

これから地域包括ケアを地域間完結型でやっていこうということで、佐世保周辺の市町で十分にできないときは、恐らくある程度の救急体制が整っている本市への搬送要請が多くなるのではないかと思います。そうであれば、状態を全く把握していない方を診るより、急変時にデータを持参していただく方が非常に助かる。特定健診の目的からは外れるかもしれないが、佐世保市には年に1回くらいは実施していただきたい。市として検討していただいて、在宅医療利用者や施設入所者にも勧めていただき、万一の際にはデータ共有ができるという方向性でお願いしたい。(福田)

→私が混合診療で診ていた患者に血管が細く、本来は半年に1回は行う採血を、痛みを理由に拒否され、気が付けば透析を受けることになった方がいた。状態の把握は行っておいた方が良い。(久保)

- 先ほどの迎先生のお話と重複するが、平成28年度の事業計画案について、資料としてしっかりと書かれているが、現実的に全てをまともにやっていくのは不可能かなと思う内容である。資料を読むと問題点が多いように思う、私が気付いた問題点を挙げさせていただく。

項目(ア)ホームページの名称だが、利用者にとってはこの名称では解らない。

明らかに在宅医療・介護連携のページであることがわかる名称に変更して欲しい。

次に（ウ）主治医・副主治医制の導入であるが、医師数の問題が大きく、これを積極的に協議していくのは時期尚早ではないかと思う。その前に在宅医療をしてくれる医師の数を増やすことだと思う。私としては平成24年度から言い続けていることであるが、そこを第一の目標にしないと主治医・副主治医制の導入はあり得ないだろうと思う。実際にこの数年間で新規に在宅医療をしてくれた先生はほとんどいない。在支診の登録はあくまで登録であるので、実際に動いているかが重要で、ほとんど変わっていない。やっている医師はやっているが、そうでない医師は全く手を付けない。実際に私も電話でお願いをしている。比較的若い医師だったが、医師が二十数年診てきた患者について相談しても、無理と断られる。そして私が看取る形になった。実際のところ在宅の看取りは主治医にとって負担が大きい。診療報酬もとても安いので、現実的に増えない。私たち医師会でもやっているとは思いますが、そのところをどう増やしていくかを行政としても模索してほしい。

（キ）地域住民への普及啓発の項目にある、市民向けの講演会等であるが、どうしても講師は場馴れされた方がされて、たんぼぼ先生も2回佐世保に来てらっしゃるが、佐世保の現実には合わないと思う。

非常に有名な先生で、在宅専門のクリニックに医師が10名位で運用されている。佐世保市にそのような病院はないし、これからもできないと思う。だからそのような先進事例を市民に挙げるのではなく、つらさや問題点など、現実を知っていただくような講習会にした方がいいと思う。実際に市民向け講座のアンケート結果を見たが、在宅で看取ってもらいたい人と、そうでない人も結構いる。在宅のいいところばかりを紹介する様な講演はやめた方がいいのではないか。（田中）

- ここまで聞かれてお分かりかと思うが、実際に人員が少ない。開業医で在宅をやっている医師は数えるほどである。在支診に登録しているからみんなやっている訳ではない。また、持っている患者数も少ない。そうなれば現実にどれくらいカバーできるかは自ずとわかる。じゃあ増やしましょうと音頭をとって土井先生を始めとして頑張っているが増えない。しかしこうなってくると増やすしかないなので、何か方法を考えないといけないのであるが、実際に医師会の力で在宅医を増やしていくのは限界であると思う。

長崎と佐世保は明らかに違う。長崎は非常に狭い場所に多くの医師が密集している。在支診もそうであるが、主治医・副主治医をつくるのは簡単であるが、緩和ケア講習会の際に長崎の医師が佐世保に来て「佐世保市は範囲が広く、市域が縦に長い、医師が足りない等があり在宅は難しい。」というコメントをされる。特に江迎方面から先は誰もいない。そうなってくると、一番大事なことは在宅医を確保することである。主治医・副主治医制が問題なのではなく、まず医師確保からやらないと、実際は手の回らない患者がたくさんいる。

例えば13km以内といわれても、それよりも外に医師が行かないと助けられない患者がたくさんいる。しかも午前中に行かないと間に合わない患者もいる。今までに一度も受診したことのない患者で、状態の把握もできていないが、倒れているのでとにかく来てくれと言われる例が多い。きょうもあった。私たちは往診している午後に対応しているが、そのまま救急搬送になることが多い。そのように病院に全

くいかない人も多い中で、そんな現状も把握しないでこのような計画を立ててもしょうがないような気がする。一番大事なことは、そのような事態がこの県北で起きていることだと思う。

確かにたんぼぼ先生は講習会でいいことを言われる、皆さんも好印象を持たれているようだ。アンケートを見ると「家で死にたい」という意見がある。しかし、そのためにはどれ程のことが必要かということである。その辺を検討する必要はあると思う。患者が大体どれくらいいるのか。救急の話も福田先生が強く言われていたが、私も同じようなことを感じている。私たちが把握していない患者がたくさんいる。そのような患者が大勢で救急搬送されると、救急はパンクする。何となくでもいいのでそのあたりが把握できるシステムをつくらなければいけない。確かに生活習慣病等の把握が目的かも知れないが、後期高齢者検診もある。年に1回はこのような検診を受けて、何かあったときはそのデータを持っていくよう指導するだけでもかなり違うと思う。加えてそこに認知症の検査を受けているとさらに違うと思う。長谷川式の簡易知能評価一つでもだいぶん違うと思う。相互の歩み寄りをして、システムづくりを独自にやっていると、特に佐世保の場合は厳しいかもしれない。とにかく患者と医師の間に物理的な距離がある、医師の絶対数が足りない、医師会も高齢化している。長崎県も内科医の平均年齢が60歳くらいになってきている。そうなれば往診の対応ができなくなってくる。私としてはこれ以外にも問題点は山積しているのではないかと考えている。(金子)

- 関連して申し上げるが、高齢者の方はお金をあまり持っていない。だから何かしらの検査をしましょうと言っても嫌がる方が多い。他院で採血検査したからやりたくないなどとも言われる。高齢になってお金がない方にも制度として受診できる特定健診を活用できないか。そうすれば、仮に肺がん検診であれば胸部写真の一枚くらいはとれる。結び付けてはいけないといわれるかもしれないが、実現すれば胸部心電図と血液検査くらいは、市の制度でできるのではないか。市の予算はふえるが、自己負担を少なくすれば、高齢者の方にも家族にも年に一度くらいは検査しましょうと言いやすいのではないか。

もしそれが市の財源で行われるのであれば、万一の際にはそのデータを医療・介護など多職種連携の中で活用させていただくなど、市民への呼びかけができるのではないか。高齢者個人にも、施設側にとっても還元できる話で非常に有効ではないかと思う。ぜひ検討していただきたい。(福田)

- 澄川先生にお尋ねしたいが、平成28年度から総合病院は独立行政法人になられるが、総合医療センターとして若手の医師を在宅医療に配置するということはできないか。(久保)
- そうであればいいのだが、総合病院自身も医師が足りず、在宅医療は対応が難しい。特に内科系は高齢者が増えた分、入院が非常に厳しい状況になっている。入院後に逆紹介をする場合も、がん患者などそのほかの状態が長引いている場合は、受け入れてもらえない。そうになると再診として外来でも総合病院で診ていくことになる。入院も外来も、特に高齢者を対象とした、内科系疾患の対応が非常にひっ迫している現状である。例えば呼吸器内科にしても入院して治療できる病院は少ない。そうになると、そこにいる医師は後がないので、必ず受け入なければならず、かなり厳し

い状況になる。

高齢者医療を今後どうしていくのか……ベースはもちろんあるが、そこで急性期の疾患が発生したときに、いわゆる高度急性期病床でそれを見ていくのかということである。厚生労働省の方向性としては、それは無理だとされており、そのような急性期疾患は回復病床・地域包括ケアを活用し、診ていくべきだという考えになっている。そういう形にもっていかないとパンクしていく可能性がある。現在も救急搬送される半数が60歳以上かと思う。総合病院でもそうである。今後高齢者が増えていく中、救急に占める割合も増えるし、入院医療に占める割合も増えてくる。総合病院もどうやって医師を確保しようと考えているところである。(澄川)

- ・田中先生と金子先生のご指摘もあって、平成27年度から医師不足という根本的な問題にあたり、医師確保事業というものを始めている。いま基幹4病院の医師を中心にしているが、開業医の医師も話に入ってきていただき、ご意見を頂いた方がいいのかなという気がしている。

病院の方も完全に医師が不足しており、現実的に共済病院と労災病院が内科の救急が回らず、受入ができていない状況であり、そのあたりをどうするかということ。また、佐世保は若い医師に人気がない。今年は総合病院で5名の研修医が入られたが、開業医として佐世保に戻ってきてもらう等、この医師達を確保する努力が必要だと思う。

医師不足の問題は難しく、何らかの対策を少しずつではあるものの取る必要があり、平成27年度から何力年か実施をしていく。この問題は難しく、個人的には医師免許を地域限定にするなど思い切った制度がないと解決しないのではないかとと思う。(土井)

- ・大都市在住の医師からすれば、地方都市の佐世保市には家族がついてこない等の個人的な事情もあるかと思う。ご子息を佐世保に戻してもらう等の声かけもお願いしたい(久保)
- ・佐世保市の方針を伺いたい。資料2の(ア)～(ク)までの来年度からの目標であるが、実施義務があるかどうかである。例えば佐世保市の現状では、在宅の看取り率……在宅で亡くなる患者数は、佐世保市は長崎に比べ施設の率が高いが、各々の医師が頑張っているの、人口比で考えるとそう劣っているとは言えないし、周りから見て、私としては、在宅を受けてくれる医師がそんなにひっ迫してはいないように思えるし、実感が薄いようにも感じる。

大きな課題を一つ一つ考えていくと非常に困難で、一体的に形づくっていくのは不可能かと思うので、例えば医師確保だけに重点を置くとか、24時間拘束されている医師の負担軽減策など、ポイントを絞るべきだと思う。この事業は国からの実施義務があるのか。(迎)

→国からは、この8つの項目をやるべきだと提案されているが、今回、様々な貴重なご意見も伺ったので、参考にさせていただき、どの項目に注力するか、また、ほかに実施している事業とも併せて、どの事業に力を入れるべきか考えながら、再度、先生方のご意見も伺いながら、平成28年度の要点を組みなおしていきたい。(事務局 医療政策課)

- ・地域によって事情も違うので一概にはいかないと思う(久保)

【その他】

【事務局 医療政策課 八木係長（説明）】

事務局から、2点申し上げる。

まず、1点目、お手元の参考資料1をご覧ください。「平成27年度厚生労働省委託事業「地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究『医療・介護連携ことはじめ～事例を通じた取組のヒント』について」という事で、今年に入り、みずほ総研から、取り組みについてヒアリングを受けている。別添がまだ校正中だが、掲載案である。

平成24年度に佐世保市医師会さまの方で在宅医療のモデル事業を実施され、そこから佐世保市の取り組みがはじまった訳だが、昨年度は野村総研から、本年度はみずほ総研からこのように取り組みについてヒアリングを受けている。少しずつではあるが、皆様の取り組みが注目されているというふうに事務局としましても考えている。この場をお借りして、お知らせしたい。なお、本日の協議会の写真について、掲載したい旨の依頼があったため、併せてご了承いただきたい。

続いて、2点目、委員の委嘱関係の事務手続きについて。

平成25年12月19日付で委員委嘱をさせていただいた委員の皆様は、平成28年3月31日をもって任期満了を迎えることとなる。よって、事務局より改めて、各所属団体様宛に推薦依頼の文書を送付させていただきたいと思っているので、よろしく願いしたい。

また、平成26年度に新規で委員にご就任いただいた吉田委員、井原委員については、任期が平成29年12月7日までとなっているため、今回の改選には該当しない。

その他の皆様方については、後日、推薦依頼の文書を送付させていただくので、ご推薦のほどよろしく願いしたい。尚、4月1日以降、人事異動等に伴い、委員交代をされる場合は、これまでの協議会での取り組みや、情報の共有を新任の方に引き継いでいただくようお願いしたい。事務局からは、以上である。

・本日予定された議題は、全て終了したため、本日の協議会はこれで終了とする。

（久保）

参考資料 1

■議事確認

（1）平成27年度の取り組み状況について

・「在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会」、「退院連携検討専門部会」の各部会長から2年間の活動内容の報告が行われた。また当該2専門部会は、所期の目的を達成したため、本日の報告を以て終了とした。

・事務局から研修・住民啓発事業の報告が行われた。概ね好評であり、来年度以降も継続実施を行いたい点が報告された。

（2）平成28年度事業の方向性について

・事務局から国より示された事業項目の説明をふまえ、課題検討についての専門部会の設置や本協議会の開催実施を行う旨の説明がなされた。

■会議での意見

（1）平成27年度の取り組み状況について

- ・事前情報提供書について、施設職員等への周知を含め、積極的な活用をお願いしたい。
- ・年に1回は高齢者の状態把握を行い、特定健診・特定保健指導のデータとリンクさせ、なおかつ万一の際の対応について、本人・家族等の承諾や、病院によるデータ閲覧の同意を得ておくことで、救急搬送時の処置や状態把握などに役立つのではないかと。

(2) 平成28年度事業の方向性について

- ・事前情報提供書について、様式の普及啓発をしてはどうか。周知には時間がかかる。
- ・事業項目(ア)～(ク)の解決には、在宅医の確保が非常に大切である。
- ・今年度を実施する予定の市民向けの講演会は、本市で実現困難な先進事例の紹介ではなく、現実的な啓発にしてはどうか。
- ・医師数が足りない中で、過去に受診歴のない高齢者等が倒れ、状態の把握ができないまま往診し、そのまま救急搬送となる事態が現実に県北で起きている。事業間の歩み寄りをして患者の状態が把握できるシステムの構築をしてほしい。
- ・平成30年4月までに事業項目(ア)～(ク)の一体的な実施は困難である。ポイントを絞って検討すべきではないかと。