

各構想区域における議論の結果について

インデックス

長崎区域	2 ページ
佐世保県北区域	3 ページ
県央区域	5 ページ
県南区域	6 ページ
五島区域	8 ページ
上五島区域	9 ページ
壱岐区域	10 ページ
対馬区域	13 ページ

注意事項

- ・医療機関等の名称や委員名が特定される部分は、趣旨が変わらない範囲で単語の置き換えや省略をしております。
- ・そのままでは趣旨が伝わりにくい発言については、読みやすいように趣旨が変わらない範囲で文言を修正しており、実際の発言内容とは異なる部分があります。
- ・発言権があるオブザーバの意見についても、発言者は「委員」で統一しております。

(参考) 第2回長崎県地域医療構想調整会議の会議次第

- (1) 長崎県地域医療構想(素案)について
- (2) 最近の国の動きについて
- (3) 委員からの意見まとめ
- (4) 地域医療介護総合確保基金(医療分)による事業について
- (5) 地域医療構想の実現に向けた取り組みの方向性について

長崎区域

平成28年2月8日開催

委員：有床診療所では休床がかなりあるのではないかと。他県では診療所で今後の予定を調べたのがあったが、長崎県はどうか。

事務局：他県で医師会が調査した事例はある。県で必要とあれば医師会と協議したい。

委員：人口減を県全体としてどう食い止めるか。人口を食い止めるという点で医療は重要なインフラ。

委員：機能がなく流出することが前提になっているが、流出を許容していいのか。流出して当然というのにもっていいのか。現状追認ではだめ。必要病床が目標に見えるが、それは間違い。その地域で何が必要かというのは地域ごとに違う。

事務局：必要病床イコール目標ではないというのはそのとおり。必要病床数は過去の実績を基にして予測しているので、現状のままなら患者はこうなるという推計。目標とはしていない。

委員：人口減で介護の人材も確保できない中、在宅医療をいかに充実させるか、大きな問題。施設を作って財政は大丈夫なのか。人口減少になったときどう維持するのか。自宅より施設で介護する、看護することが多くなる。県外流出をいかに防ぐべきか。在宅とか慢性期の充実、地域包括のシステムの充実が必要。病床をどうするかがクローズアップされているが、その前提は包括ケアが稼働していないといけない。

委員：訪問看護師の養成に取り組んでいるが、まだまだ不足している。看護師を目指す学生は急性期嗜好が強く、訪問看護にも学生の目を向けさせることが課題。県からの支援もあって、学校もそれを利用して、将来、訪問看護の道が広がるような機会を作っているが、そういう展開が必要ではないかと。

委員：薬剤師がひとりしかいない薬局が6割くらいを占めており、なかなか在宅にいけない。ただ、若い薬剤師は積極的に在宅にかかわろうとしている。

委員：県民の理解や積極的な広報が必要。医療機関から追い出されるのではないかと意識がある。理解を得ないと、協力してもらえない。県民と反目してしまう。

委員：長崎市では地域包括ケアシステム構築に向け、協議会を設置したが、訪問看護師の育成など、医療と介護が連携しながら、しっかりやっていきたい。都市の魅力は必要な医療が必要なときに受けられることであると考えている。

委員：長崎市は斜面地という特徴もあり、単純にほかとは違うのではないかと。

委員：西海市は長崎と佐世保の中間にあり、医師の確保が困難で、専門の診療科もない状況。「あじさいネット」についても、西海市の医療機関や、薬局が入っていない。訪問看護ステーションが1箇所できた。今後どうすすめるか。地域の医療資源はかなり落ちている。住民と一緒にあげていかないといけない。

委員：長与町では地域包括ケアシステムの構築に向け、ワークショップのようなやり方で、多職種の連携をすすめるため、協議会を立ち上げる予定。長崎市と連携していけ

ればと思う。

委員：時津町は医師会の先生にはいってもらっている。住民教育の問題、課題としてとらえている。

佐世保県北区域

平成 28 年 2 月 1 日開催

委員：最新の病床機能報告の結果を知りたい。急性期が逆に増えていると、国の資料では見える。

事務局：精査中。昨年とあまり変わらず、思ったほど回復期は増えていない。

委員：地域包括ケア病棟というのは回復期と考えていいのか。

事務局：他県でも、急性期から慢性期までの範囲で報告されているとのこと。基本的に在宅医療のバックベッドの役割が大きいので、回復期と考えている。地域医療構想の医療需要分析における回復期の定義は、診療報酬の日々の幅が落ち着いて、一定となった段階。

委員：訪問看護、訪問看護ステーションの重要性を再認識したが、マンパワーが足りないとの認識か。それとも利用する側に十分に周知がなされていない点もあるのか。

事務局：看取りに対する意識や在宅医療のサービスについて、周知が不足しているとの意見は多い。また、病棟の看護師は、急性期から回復期の転換によって余力がでるだろうと想定。できるだけ訪問看護に携わってもらえるようにしないと。また、大規模化、集約化を進めて、ある程度ワークライフバランスがとれるような施策が必要ではないか。

委員：将来の医療計画の見直しを含め、財政的な問題で在宅に移行すると考えてよいのか。

事務局：財政的な問題を強調するのではなく、地域で必要となる医療提供体制、受け皿をきちんと整備するという点が重要。

委員：医療には歯科医療を含むという点を明記してほしい。

委員：訪問看護ステーションもへき地では人材の確保が難しい。すぐになくなってしまふ。人員を確保する財源もない。県は何が原因と考えているのか。

事務局：少数でやると訪問看護師の負担が大き。大きな医療機関や看護協会による訪問看護ステーション、又は 100 人規模の組織に集約される等でないと、ワークライフバランスは達成されないし、人員の確保は困難ではないかと考える。

委員：100 人規模などは田舎では困難。人材、財源もない。3人で訪問看護ステーションを立ち上げて、経営が立ち行かない。大規模な病院もないので、在宅医療自体やりにくいところがある。若い先生には情熱はある。

事務局：都市部に一定規模の集約されたセンターを設置し、周辺はサテライトでカバーする、医師や訪問看護を融通していくと、そういう方法しかないのではないか。

委員：顔の見える関係は必要だが、組織の人事異動に左右されない体制作りを願う

したい。毎回、人が変わるたびに一から始まることが多い。

委員：施策について、全体的によくできているが、大学病院だけでなく、各地の基幹病院でも人材育成を進めると、そういう動きがあり、「地域で医師を育てる」という観点を盛り込むべきではないか。また、遠隔医療については、必ずしも8K画質が前提ではなく、問題になっているのは、人的なところだから、女性医師の復帰の際の活用など仕組み作りに重点を置くべきでないか。

事務局：国のクラウドに関する検討会議を参考に、8Kを強調した。ご指摘のとおりと思うので修正したい。

委員：各基幹病院でも地域での実習を始めるので、ぜひ、地域における医師の育成という点で期待にこたえていきたい。

委員：新たな専門医制度では地域偏在がさらに大きくなる可能性もある。地域で研修医をどれくらい獲得して、どう専門医として育てていくか。診療科単位で考えないといけない。医療需要がどうなるか、病床数がどうなるかという議論だけではダメで、医師の育成という観点をしっかりもっていかないといけない。

委員：急性期病院の稼働率は低下していて、在院日数の縛りもあり、早期に在宅へ帰す方向になっている。このため施設の負担も大きくなっている。回復期も医療の必要度が高くなっていて、マンパワーの確保が必要になっている。また、訪問看護ステーションも、少数で移動距離が長くなっており、非常に負担が大きくなっている。医師会を中心に、若い先生がグループで在宅医療に関わることができる仕組みが必要ではないか。地域では認知症の患者が非常に多くなっている。認知症疾患センターの医師の協力や、専門の看護師などの育成を強化して、職員への研修を行い、対応できるシステムを作っていこうと。認知症の患者に適切に対応できるようにしないといけない。

委員：全体として精神科医療の記載が少ないのではないか。

事務局：ガイドライン上は精神科医療についての記載も求められているので、今後担当課と協議のうえ、盛り込みたい。

委員：先日も、うつ病防止のため、かかりつけ医と精神科医の連絡会があった。

委員：県北のみで「地域完結」というのはなかなか難しい。佐世保市の基幹病院を含めて地域完結ととらえている。佐世保で手術して、県北へ帰ってきたときに、しっかりした受け皿をつくる必要があるが、最近は、施設にも看護師が必要で、療養病床での確保が難しくなっている。そうなれば佐世保からの患者を受けられなくなるので、県が大きな形で地域完結に導いていただければ。また、遠隔画像診断は患者の家族への説明にも有用であり、ICTの導入を進めていただければと思う。

委員：日本全国同じような基準で整備しろというのは無理で、基金を活用してやっていこうという点が構想では抜けている。都市部と田舎では訪問看護にかかるコストが違う。また、県北の医療のあり方検討会で言っていた意見が反映されていない。地域枠で離島だけに学生が確保されるのは疑問。そういうことを話し合わないでなんのための調

整会議なのか。

事務局：どのような意見が反映されていないのか、確認してから今後調整させていただく。基金に基づく事業については、毎年度の予算要求があるため、具体的な話は策定後になる。

委員：ショートステイ（短期入所生活介護）が不足して困っている。療養病床をレスパイト的な位置づけで活用できないのか。介護を含めてどのような構想になるのか。

事務局：意見では未稼働病床の活用とあったが、未稼働病床をそういうふうを活用するかどうか、県として結論を出していない。レスパイトとしての活用が可能かという点について、担当部局と協議したい。

県央区域

平成 28 年 2 月 10 日開催

委員：区域内で慢性期の地域偏在がある。また、国の締め付けも厳しくなっており、自然に淘汰される恐れがある。回復期への移行をどうするのか。費用もかかるし、地域包括ケア病棟の要件に、「救急告示」があるなど、少しアンバランス。地域医療介護確保基金はもう少し使いやすいようにできないのか。

委員：訪問看護は年々ハードになっている。看護学校の学生も減っているなか、どうやって人材を確保していくか悩ましい。大学を出ても看護の仕事につかない人が増えている。

委員：急性期を担っている看護師にとって、訪問看護師になろうとするマインドは少ない。初期の教育段階でしっかりとやるべきではないか。

委員：潜在看護師を掘り起こすとあるが、実際にやるとなると難しい。明確に何をするのか記載をしてほしい。

委員：急性期を減らすには、在院日数を短くしないといけない。回復期、慢性期との顔の見える関係を構築する必要がある。病院の地域連携室が仲間うちだけでやっているのは限界があると思う。

委員：諫早には3割程度県南から患者が来られている。これから高齢者が増え、どんどん需要は増える。しかし、必要病床数の推計では、急性期は少なくなるとなっており、ギャップがあると感じる。稼働率が80%だからといって、100床のうち常時20床が空いているわけではない。なかなか削減はできないと思う。

委員：東彼杵地区の特性として、佐賀（嬉野）に行かれている患者が多い。患者は急性期から回復期まで地域での完結を望んでいる。県境の需要はどうなっているのか、調べる必要がある。

委員から「大村市地域医療構想懇話会（仮称）」について説明

・大村市における在宅での看取りの状況について 等

委員：県は在宅での看取りの状況について、もう少し詳細に分析をしてほしい。

県南区域

平成 28 年 2 月 2 日開催

委員：在宅医療、介護のところで、県南からの意見が県全体の事項として整理されたが、それでいいのか。小児科についての意見が前回多かったが、そこはかなり記載されていると思う。個人的には、糖尿病人工透析の圏域内完結率が6割程度だったので、人工透析の追記が必要ではないかと考える。

委員：県南から県央への流出が多いというが、要因のひとつに救急隊の消防管轄区域の課題があり、県央に搬送されている。実は県央に行く必要はないのではないかと。救急隊はどう思っているのか確認すべき。

委員：データは2次医療圏ででているが、本当に南島原から県央に行っているのか。偏っていないのか。

事務局：国民健康保険の胃がんの状況を分析したが、瑞穂、千々石あたりを境界に県央へ出て行っている。確かにそこから南部からの流出は少ない。

委員：病床からできるだけ早く施設等に帰すようにしているが、西部（小浜地区）は施設自体が少ない。

委員：自宅に往診を依頼されることは少なく、最近多くなったということもない。施設に対する訪問診療が多い。これをひとくくりに「往診」と定義することは意味が違う。施設が十分な医療を提供でき、夜でも看護師がいてくれれば、入院しなくても済むことが多くなるのではないかと。医療費は施設に移すと本当に安くなるのか疑問。

委員：介護施設も在宅という概念だが、施設は特定の診療所、病院と連携しているところがほとんど。このため医者が疲弊してしまう。施設への訪問診療のあり方も考えてもらわないといけない。一般の診療所の先生は高齢化して、往診はきつい。施設の患者を取り込んでしまうと、その医者が疲弊してしまう。一般診療はしないで、施設の在宅だけやろうという診療所はおかしい。

委員：医師の高齢化の問題がある。医師会の調査でも高齢の先生が多い。若い先生のところは、在宅に積極的なところ、そうでないところがはっきりと分かれている。決してマイナス要素だけではないが、今後病床が減って、在宅を支えられなくなるのではないかとこの懸念材料。

委員：県南では島原病院で地域連携室との連携事業をさせていただいた。事業終了後は歯科医師会に歯科訪問診療の事務部署を立ち上げ、開業医との連携がスムーズに進むように、部署をつくることになっている。

委員：薬剤師の在宅医療への関わりについては、一人薬剤師が多いので対応時間が問題。夜は患者の生活形態として難しい。地域差があり、資源が少ない南部をどうするか検討している。

委員：訪問看護をしている人から話を聴いていると、事業はたくさんあるが、人がいないとのこと。

委員：予備の病床を減らして、代わりに施設等を増やすというのが県の考えではないか。結局は診療報酬で抑えられるので、受け皿を用意しないといけない。構想にも稼働していない病床への対応という記載がある。流出の問題は、地域を分けてしっかりしたデータを出してもらわないと。南部の人が困る。道路整備が救急に直結するわけではない。県南では救急を一つの診療に特化するの難しく、救急全体をやる中でやっているし、都会とは違う。

委員：特に感じるのは認知症の問題。ボランティア、早期診断、早期対応、緊密な連携とあるが、言葉では簡単だが、都会と違って県南は難しい。そこを課題として考慮に入れてもらいたい。

委員：介護施設の整備が必要と言われるが、半島は充実している。ただ、地域医療構想のことが頭になかったので、今後どれくらい需要があるか考えないといけない。施設整備は介護保険料に反映してしまうので、国は介護施設の整備というが、高齢者が急増する都市部の問題と認識している。県南は事情が違うので、病床から移行する患者の受け皿をどう把握するかについて考えているところ。

委員：看護協会では、訪問看護に興味のある人を対象に見学実習等をしている。講義、実習、eラーニング、スキル、管理者研修と段階を踏んで養成に力をいれている、病院の離職率と比較して訪問看護ステーションはやや高い。経験がないと難しいと考えているが、他県では新卒が配属されて育成しているとも聞いている。

委員：稼働していない病床とは何か。

事務局：未稼働というのは、病室、病棟単位で長期間使っていないという意味。稼働率から判断して、余っているところが即未稼働という意味ではない。

委員：在宅医療は、訪問看護師が鍵になると思う。介護も人材不足と聞いている。長崎等へ研修に出て行くのは難しいということもあり、島原半島で研修をするなども考えるべき。回復期が不足している点は、全体の中でやりくりできると考えていいのか。

事務局：まず回復期への転換を考えてもらって、介護施設に関しては島原全域で足りているが、西部地区では足りないという話があった。病床でも急性期が足りない地域もあり、区域内で格差は存在するので、調整が必要。数年たてば状況も変わってくるので、需要動向を見ながらやっていくべきと思っている。

委員：南島原市、雲仙市もそうだが、医者や看護師が不足している。道路ができれば近くなるというが、人材は必要。昨年から「特定看護師」を活用しているが、そういうところに予算をつけて、地域の担い手を調整していただければ。

委員：入所しなくてもショートステイなどで協力できれば。満床で困っているところもあるということで、西部から受け入れることもできるのではないかと。一元的に連携、調整するところがあればと。

五島区域**平成 27 年 12 月 25 日開催**

委員：在宅医療への取り組みは、人材の確保が大切であると考えている。歯科医師会からは「在宅歯科診療は人材不足が課題、需要の掘り起こしも必要。病院と退院後の在宅との連携が重要」との意見あり。

委員：五島中央病院で急性期を引き続きやっていくことが重要であろう。また、在宅医療が重要になる中で、24 時間体制をする際には、関係機関の連絡が取れるかが大事なところ。五島中央病院は夜間も対応できる体制があるので、拠点機能を担えることは可能。市がやるのは人材的に難しい。

委員：回復期を企業団病院で担う計画はないのか。民間では、廊下幅や面積等の規定があって、急性期からそのまま移行できない。補助がいただければ回復期病床に移行するのは可能であり、前向きにやっていこうと思う。リハビリが重視されるようになれば、回復期に移行するのは前向きに捉えられる。かつては診療所が准看護師を雇用し、一部は正看護師になって五島に帰ってきていた。現状は地元の卒業生は、ほとんど島外に就職して帰ってこない。介護士は施設で数年やれば受験資格得られるが、看護師はそうはいかないので、養成所が必要。

委員：富江病院で回復期を担うのは難しい。人口減少の影響を受ける。五島中央病院に地域包括ケア病棟ができると、そこから直接自宅へ帰ることになり、患者は減ってくる。また、若い先生は専門医志向が多く、回復期には行きたがらない。このため将来は在宅医療を担うことになると思う。訪問看護ステーションを持たないと難しいが、他病院の話では、患者が 30 人いないと採算ベースには乗らないとのこと。急性期は段階的に減っていくだろう。安易に回復期へ転換すると、地域の混乱を招く。

委員：県全体でも薬剤師はいないのに、まして離島には帰ってこない。雇うのに高額の給料が必要となると、そこまでして在宅はできない。一人だと在宅をする間は薬局を閉めないといけない。対応後の事務処理も大変で、簡素な処理にしてもらわないと。医療需要は変わらないのに担う人材が半減する。幸い五島には調剤情報システムあり、「あじさいネット」と繋がればさらに便利になるが、最後は人の問題。そこを助けてほしい。

委員：人材育成の研修に派遣するには、施設の職員が足りないうえに、移動も長く厳しい。認定看護師が島内 2 名おり、地元の看護師を使って、島内でやっていかないとけない。ただ、島外に出ないと正看護師の資格をとれない、そこが大きな問題。

委員：施設の会合で話が出るのは、旧町は厳しいとの意見。最近施設に入ってくる人は特に医療依存度が高い人が多い。できれば、日常圏域での入所状況、施設種別や、看護師がいない地域、充実している地域を分析して、それに応じた計画が必要。きめ細かい連携ができるシステムの構築が必要と考える。

委員：慢性期の受け皿確保、訪問看護の充実、認知症医療体制の構築が課題である。地域包括ケアシステムは、来年度、五島でもモデル地区を選んで、目に見える形で実施

していきたい。なお、介護施設の整備推進について、五島は充足率が高く、施設は基本的に現状維持と考えている。急性期からの在宅対応が困難な場合、回復期病床を整備し、対応していくことになる。在宅医療と介護の連携センターのあり方は固まっていないので、仮称の連携拠点として、基幹的なセンターと旧町単位のセンターを置く記載にとどめてほしい。

委員：人口減に伴って被保険者は減っているが、医療費は伸びている。特定検診の受診率向上、ジェネリックの推進に取り組んでいるが、今後も医療費適正化に取り組んでいく。現状は入所待機者がいるので、施設を増やせば介護保険料も上げないといけないので、どうなるのか悩ましい。

委員：市は在宅医療の連絡会を医師会の協力で立ち上げ、在宅医療の問題点を協議してもらった。独居老人の増加と高齢化、人材の偏在、基幹病院との連携体制の問題。看取りについて、住民、施設職員が慣れていない、意識に問題があるとのこと。来年度以降、住民に看取りのアンケートを予定している。また、調剤情報共有システムについて、26年4月から稼働し、一元管理をしている。今後は「あじさいネット」との連携を検討している。

事務局：訪問看護ステーションのあり方、課題について何か意見は。

委員：医師が足りない。在宅を熱心に行っている先生はいるが、足りない。

委員：訪問看護ステーションの営業的な動きが強すぎるのではないかと。患者の取り込みが見られる。

委員：救急医療もマンパワー、医者不足があって、一次、二次救急とも五島中央病院にかなり負担がかかっている。

上五島区域

平成 27 年 11 月 30 日開催

委員：小値賀町では新たに特別養護老人ホームを整備予定。また、診療所の建替え予定があるが、病床を減らす予定は現時点でないとのこと。

委員：上五島で在宅医療は難しい。全国とは違う上五島モデルが必要。町が中心になって考えてもらいたい。

委員：歯科診療の患者が入院すると口腔ケアの継続が困難になっている。病院と連携して、口腔ケアを続けていきたい。組織としての対応が必要。県歯科医師会では訪問デンタルネットを立ち上げているが、我々も勉強して機器の整備を進めたい。

委員：薬局の「あじさいネット」への加入が進んでいない。あじさいネットを利用して、我々も在宅への訪問指導をもっと積極的にしたい希望がある。

委員：患者が服薬していない薬が大量にある。

委員：処方箋が何かにその旨書いていただければ、在宅の服薬指導に動きやすいのでお願いしたい。

委員：病棟では急性期の医療を継続しながら、認知症に対応することが大変な負担になっている。職員の負担増が早期退職に繋がっているのは否めない。夫婦とも認知症という世帯が多くなっている。「あじさいネット」は訪問看護ですごく活用できると思う。離島は県の研修に人を出すのが大変。旅費のこともあり、1人くらいしか出せない。また、在宅では骨折が多いので、予防が必要。若い段階でしていかないと。

委員：へき地の中核病院は患者の平均年齢が高いので認知症が多く、看護師に負担がかかっている。予防には運動が重要、そうした取り組みもやらなくては。認知症の解決策としては、病院職ではないボランティアが必要ではないか。話を聞くだけでいい。それだけで徘徊を防止できる。高齢者ボランティアの力を借りるのが最も効果的かと思う。小規模多機能はスタッフの苦勞が多い。他に案はないのだろうか。

委員：認知症のボランティアを地域で募集できないのか。町民のボランティア意識が低いのが問題。

委員：元気な高齢者にどうやって協力してもらうかが重要。生活支援をするボランティアとか。医療、介護従事者の高齢化も問題。介護が特に厳しくなっている。2人に1人が65歳以上になってしまうが、その時に現場がどうなるか。病床は、極端に減らすべきではない。介護施設の定員は過剰という認識はある。

委員：上五島は病院診療所のあじさいネット加入が進んでおり、救急時の処方情報はある程度把握できる。薬局も数が少ないので、個別に聞くのは手間ではない。認知症については、精神科、内科医不足で困難が多いが、どう地域をまきこんでできるかが、一番の取り組むべき課題。

壱岐区域

平成 27 年 12 月 16 日開催

委員：分野ごとに、病床、在宅医療、あるいは、療養・介護保険施設等、幾つか分けながら詰めていかないと、壱岐独自の構想は、策定できないと思っている。

委員：壱岐において、医療・介護というのが、基幹産業ということで、それを踏まえて考えないと、生活が崩れてしまう。大きな問題として、どういう計画を立てていくか。

委員：精神科医療について、区域外流出が大きい、緊急時受け入れが十分でない、自宅での対応を余儀なくされているとあるが、精神医療は5疾病5事業の一つになっているので、政策として必要だということを明記してほしい。行政として、こういうことが必要だと。

委員：障害者地域活動支援センターが、重度の精神疾患の方々、措置入院が必要で、島内で対応できない人に対応している。そのままだと病状が進行するので、支援センターのスタッフがついて、長崎まで行っているというのが現状。患者が、少しずつ増えている。より安心した精神医療が島でもできるように、県にはお願いしたい。

委員：回復期病棟は、回復期リハ病棟とかケアミックス病棟とかそういう言葉で定義

されていた。昨年の4月から地域包括ケア病棟を回復期機能の病棟として位置付けていると認識しているが、果たしてそれでいいのか。

事務局：地域医療構想と病床機能報告との間に少し齟齬がある。構想では、診療報酬の出来高点数で分けている。急性期を脱した患者が在宅に退院するまでの間を受け持つ機能ということで定義されている。病床機能報告上は、言葉で表現されており、特に昨年度はリハビリテーションを強調した表現になっていたのも、回復期リハでないところは回復期で報告していないケースもあった。地域包括ケア病床は、診療報酬上の言葉であり、急性期から回復期まで幅広い機能が中に含まれているということで、届出上は急性期、又は回復期で、実際の機能で考えていただければいいと思っている。

委員：定義があいまいだから、区分しようがない。区分しなさいと言いながら定義があいまいでは議論が進まない。

委員：早急にきっちりした定義を出してもらいたい。

委員：回復期の病床が不足しているということだが、一気に進めるものか、段階的に進めるのか、在宅医療など地域の状況を踏まえうえでなのか。

委員：病床を急に減らそうとすると、行き場のない医療難民を作ってしまう。どれだけ計画的に、時間内にできるかということ、社会的な基盤の余力がない。疲弊が起きないようなペースで考えないと、結局、絵に描いた餅になる。国が考えたことが、地域の実情に合っていなかったから、医療計画の度に立てては挫折の繰り返しだった。今回は医療法のバックアップがあり、そこが医療計画策定との大きな違いだろうと思うが、都会と違って実情に合った計画を立てるということが一番大事だと思う。

委員：在宅医療の定義だが、全国で病床が減る、だから在宅で看取ろうということを行っているのだと思う。在宅はイコール自宅ではない。居宅系という言葉を使った方がいいと思う。居宅系の対義は、施設系、入所系で、特別養護老人ホームは入所、グループホーム、サ高住が居宅系。そこを増やそうと。民間の活力でもって施設を作って、そこにサービスとして自己負担もとりながら、一部を介護保険で賄いながら運営されているのが実態で、インフラ整備が本当に可能か、医療とは違う側面で検証する必要がある。

委員：病床に関しては、在宅等とか看取りのできる場所、そういうことを考えていくと訪問看護ステーションの役割か。介護保険施設が看取りをしているが、医療従事者のトレーニングも必要。

委員：在宅医療と介護の連携については、平成28年度から、医師会と連携して、市も一緒にやっていく方向で、予算要求等を行っている。施設については、特別養護老人ホームやグループホームの増床を予定している。今年度から始まっている事業計画においては今のところ施設系、居宅系それぞれに整備の予定はないが、地域医療構想によっては施設等の整備も新たに検討する必要があるのかと思う。まち・ひと・しごと総合戦略の中に、人材確保の部分も新たに盛り込むようにしている。介護従事者は、専門学校の分校が開校予定ということで、そこと連携しながら人材育成を図りたい。医療人材、

特に看護師については今でも不足している状況だが、市独自の修学資金等の創設等も今後やっていきたい。

委員：看護師不足について、やる気が持てる職場づくりを目指しているが、女性が多い職場なので、子供を預けるといふところも考えてもらいたい。

委員：高齢者に比べると子育てに対する、或いは子育てをしている親御さんに対するサポートが非常に弱い。

委員：人口流出の歯止め、人材の確保・育成は間違いなく喫緊の課題だが、開校する専門学校は壱岐の人を対象にしているのか。

委員：開校時は定員の約半数ぐらいでやっていくと聞いている。半々ぐらいを壱岐と壱岐以外からということで、10人ぐらいずつ入校させると聞いている。

委員：マンパワーについては、地元だけではとうてい解決できない。国や県が離島、過疎地にそれなりの人材の派遣ができるようなシステムを作っていただかないと、医療・介護の進展はほとんど見込めない。医療のレベルを上げる看護教育、あるいは医療、介護との連携を今後どのように考えているのか。

委員：病床数だけでなく機能そのものを再編し、効率的に運用できるような体制も同時に作らないと、離島の医療の崩壊が起こりかねない状況。外科、精神科を含めて、島内で有効に人材を活用していく。マネジメントする人材がいないので、県も援助してもらおうとか、今までの方法だけでは解決しきれないだろうと思う。

委員：壱岐の場合は、ほとんど若い子供は島外に出ている。家族で看るといふことが出来ない状況。施設が増えているので、そこで対応するのが精いっぱい。壱岐は医療と福祉での雇用が非常に多く、雇用の問題ということも考えることが必要。

委員：准看護師という素晴らしい能力のあるスタッフがいたから、離島とか過疎地域の医療が出来たのではないかと考えているので、増やすくらいの気持ちで、県は国の方に伝えてもらいたい。

委員：これからワーキングの中で、何回か重ねて詰めていきたいと思う。壱岐の独特の形で取り組んでいくことが大事じゃないかと。それから在宅医療に関しては、オール壱岐で、すべての施設のマンパワーを効率的に取り組んでいかないと、医療構想は十分な機能を果たさないのではないかと。

委員：薬剤師がなかなか確保できない。実習を今のところ壱岐では受け入れていない。壱岐から薬学部に入る生徒も結構いるので、今後、受け入れを薬剤師会でも進めて、地元に戻ってこられるように考えていきたい。

委員：今は各地に衛生士学校が出来ており、福岡の歯科衛生士学校では、臨床実習で歯科の病院に行って、壱岐に戻ってこない。訪問診療に出たとき、例えば末期の患者さんとか、歯を抜きたくても抜けないような状態になって、放射線治療に入って歯が抜けないとかがある。事前に情報が入っていれば、治療が始まる前に、歯科の治療を済ませることができる。

対馬区域**平成 27 年 8 月 21 日開催**

委員：厳原地区だけが強調されているが、交通アクセスについては、他の地域はもっと課題がある。厳原地区は、15分か20分の距離かつバスを頻回に出している。上対馬と比べたら、恵まれた地域なので、そこをあまり強調するのはどうか。2病院を合併したデメリットであることは間違いないが、対馬全体を考えたときに、強調されるのはおかしい。

委員：3つの無床診療所だけ時間外の診療対応は行われていないという書き方をされているが他の診療所についても、時間外対応はされてない。

委員：島内全体で24時間対応しているところは、2病院だけで、無床診療所は時間外の対応ができていないという書きの方が良い。

委員：交通アクセスの課題は、入れて欲しい。対馬の中でも、1番の大変な部分だと思う。高齢化していくと、今後、かなりの課題になってくるのかなと思う。

委員：65歳以上の高齢者の人口割でいくと、介護系の施設が少ない。中対馬病院の療養病床がなくなったので、大変少ないというのは、間違いない。

委員：島には訪問看護ステーションが、2つしかない。特に中地区が問題。北は上対馬病院訪問看護ステーションがあり、南部は、訪問看護ステーションが1箇所あり、かつ対馬病院が訪問看護をしている。

委員：訪問看護ステーションは、上対馬も比較的広範に行っているが、エリアは限定される。中地区はかなり厳しい状況である。訪問看護ステーションが島内に2ヶ所あるが、サービスエリアも狭い。そこも、触れた方が良い。訪問看護ステーションは、全体をカバーしていないというような文言を入れたらどうか。

事務局：対馬保健所と一緒に、文章をどうするかというのは、今後、詰めていただければ良い。

委員：「回復期病床が不足している対馬区域においては、対馬病院において、回復期病床の整備が必要である。」と書いている根拠は。

事務局：回復期病床が不足しているというのは、必要病床数が根拠である。病床機能報告では0床になっている。

委員：今は0床でも、地域包括ケア病棟ができる。急性期で届出はしているが、慢性期、回復期に近い部分もある。さらに地域包括ケア病棟が回復期に必要なのか、転換すべきなのかと捉えかねない。実態として急性期と言いながら、回復期も診ている。

委員：上対馬病院は、急性期で届け出ているが、60床全部が急性期なのかということになる。救急車が来そうな病院が、慢性期病院だから救急車を受け入れないと言うわけにもいかない。

委員：「回復期を担う病床の整備が必要である。」であれば問題はない。表現的には、

回復期を担う病棟、病床の整備が必要であるということであれば良い。

委員：対馬地域の「拠点的な集落が点在しており」という点をもっと強調していい。「施設系サービスを整備し、施設への訪問診療により、在宅医療の充実を補うことが現実的である。」というのもその通りだと思う。訪問、在宅は、特に中地区とかは無理である。だから、ここは強調して良い。

委員：高齢者住宅をつかって、そこに集積する。

事務局：施設ではなく高齢者住宅。国が示しているいくつかのパターンで、住居を集めて、そこに、アウトリーチをするタイプと住居サービスそのものに医療がコンバインされているタイプ、どちらを選んでいくかと。財政面と照らしあわせ、地域でこういう方向にいかうと決めてもらう。

委員：実際に地域で暮らしている人たちに、大変だからこっち側に全部集まりましょうと言ったときに、みんな来るのか。難しいと思う。

委員：誘導はしないといけない。

委員：市が主体的に行動して、「住まい」としての地域ケアシステムをどう考えるかということになってくると思う。

委員：介護度が高い人は、そこに入れないですね。バリアフリーでもないし、かなり金がかかるから、難しい。

委員：市が安価な高齢者住宅を作って、低家賃で貸して、訪問診療に行くという形が、現実的ではあるが。

委員：コミュニティを、医療・介護サービス付きで作って、そういうことを少し市が主導してやっていかないと。これだけ交通アクセスの悪い地域に、何人かの集落があって、高齢者が増えたら、大変。

委員：「あじさいネット」は島内だけでは同様の形でも良いが、島外との情報提供に関しては、対馬の場合はあまり要らない。情報提供病院になると、1000万ぐらいかかる。周りの医療機関に補助金みたいなのはあるのか。

事務局：県の補助制度は、情報提供病院になるときの設備整備費の半分を補助するという制度。周辺の医療機関についての補助制度はない。

委員：パソコンやVPNも必要。そういうものの整備のために、お金がかかる。そういうところには、補助制度がないのか。

事務局：そういう制度はないが、あまり大きな金額ではないと思っている。

委員：医師会で聞くと、5万か6万ぐらいで、パソコンも必要。合計20万で、あとは、メンテナンスが、年何万円かかかる。ほとんど、福岡か対馬病院に行くのでメリットが薄い。

委員：島内で、あじさいネットを運用すれば良いのではないか。

委員：介護福祉施設も、一緒に入ってくれた方が、情報の共有ができる。そういうところに、県が補助してくれれば、なおありがたい。

委員：市としては、いづはら病院跡に施設を開設するが、医療需要には含まれていないのか。

事務局：医療需要に特別養護老人ホームは入ってない。介護老人保健施設の利用者数が含まれる。

委員：24時間支援してくれる在宅支援診療所を併設して欲しい。

委員：医師が3、4人いても、24時間は難しい。

委員：問題は対馬の中地区だろうと思う。訪問看護も受けられない。病院からの距離も遠い。中地区部分が空洞化している。対馬の1つの特徴として入れていただきたい。

委員：中対馬は在宅だけじゃなく、介護はもっと厳しい。救急も。デイサービスも、通所できる場所がない。介護サービスも、かなり手薄になっている。

事務局：中地区の課題があるというのを入れていただいた上で、それを解決するための方針を入れればよいと思う。在宅医療、介護の方の話についても、対馬ならではの施策をぜひ入れていただければ。在宅医療・介護連携推進事業のコアな部分で、市はプランとして何かあるのか。直営とか、委託するとか、市で考えるということになっている。地域包括支援センターにこの機能を置くという市町もあったりする。

委員：流出入について、入院は、合併前より減っている。島外流出が少し増えている状況で、ハード面で放射線治療装置とか無菌室ができたので、今後少し回復するかどうか。あと数年状況を見ないと分からない。急激に良くなることは、まずない。

委員：他に、これを入れて欲しいとか、これは訂正していただかなければということはないか。細かいところは、もう1回、集まって、文言をどうするかとか、具体的なことを協議した方がよい。

委員：できれば、数人でたたき台を作ってもらって、それで、検討しないと。