

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
県南区域	5 ページ
壱岐区域	8 ページ
対馬区域	11 ページ

その他の区域については、後日開催予定

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3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） 平成27年度病床機能報告の結果について
- （3） 地域医療介護総合確保基金について
- （4） 各構想区域の議論の状況について

長崎区域**平成 28 年 5 月 24 日開催**

●委員：医療構想に向けて医療機関の機能分化・連携や取り組みが重要となってくる。病院機能をどう地域医療構想に近づけていくか。急性期過剰で回復期が不足している状況にどう対応していくか。在宅医療に向けての病院の取り組み方が課題となる。

●委員：区域の会議をする前に、（もっと小さい単位で）すべき審議会を開かれていないので戸惑っている。早く市で専門部会を進めてもらわないと発言しにくい。もっと細かい話をつめていく必要があるのではないかな。

●委員：構想は病院の自主的な取り組みが必要。会議の順序が地域医療構想と逆になっていて会議をする意味がないので、今後県のほうとも話し合って調整会議のあり方についても検討していく必要がある。

●委員：地域医療構想を進める上で需要と供給の問題もある。人をどういう風に供給できるかということも、構想でどういう病院の役割を持っていくかということに深く関わっていくと思う。その部分で大学病院が関わってくるのではないかな。具体的にどうしていくかはこれからの段階。

●委員：構想を実現する為には人材の育成が重要になってくる。人材、特に在宅医療に関して施設や看護師や介護の人材が全く確保されない状態で議論が進んでいるのは大きな問題。人材養成の予算を確保するのが難しい。基金が箱物を重点的にしているという意見も聞くが、人材確保が重要ではないかな。会議で各病院の機能を強制的に変更するのは難しい。その中で公的や公立病院は機能の分化の面では重要な役目を担っていくのではないかな。ただ、新公立病院のガイドラインもあり、安易に構想の担うところを公的や公立病院に押し付けるのも問題があるのではないかな。

●委員：調整会議とは何なのか。それぞれの病院の最適化ではなく、地域の最適化をどうやって考えるかという場である。本当に全員そう思っているのか確認してほしい。会議をするのであれば、調整会議の場で出た意見の集約を県にも考えてほしい。意見を発散するのではなく、集約する方向で動いてほしい。

●委員：地域包括ケアシステムを構築していく中でいろんな機能の病院がなければいけない。しかし、調整会議に参加していない病院等は地域医療構想の中で将来的に自分の病院どうなっていくかという考え、認識が不足している。そういう中で各病院に機能を押し付けていくのは無理。地域の機能の分化に対する全体的な考え方を示していくのが地域医療構想の委員の役目ではないかな。

●委員：ワーキンググループや専門委員で話し合いをしてもらって方向性を出してもらって、県で集約するほうがいいのではないかな。そうしないと結局まとまらず意見を出すことだけで終わってしまう。

●委員：・4月から診療報酬改訂もあり、急性期病床を維持するにはハードルが高くなっている。いろんな条件で厳しい点が増えている。地域包括ケア病棟を作ればいい

のかと言っても、いろんな問題があって急に变えることも出来ない。どの病院も制度が変わったばかりでどうしようか考えている状況。

●委員：各病院とも地域の医療体制に自分の病院がどう関わっていくかを考えていくと同時に、地域全体で機能をどう賄うか、調整会議で調整していくかが重要となってくる。個々の問題として挙げるのが難しい状況ならば、委員から県のほうに問題提起をして、専門部会作って結論をだしてもらいたい。地域医療構想は長いスパンで考えていかなければいけないので早急に結論を出して枠を決めてしまうのは将来禍根を残してしまう。どの地域でもはっきりとした病床数等の枠決めは決めがたいのが今の状況。一番大きな問題は人材確保。在宅を含めた施設がどのくらい充実できるか。それから、病院の機能の分化ができていくのではないか。

●委員：若手の人材（看護師、ヘルパー、介護士、薬剤師、医師）確保が難しいとあるが、10年20年後中心となる人材を今からどうやって教育するか、他分野も含め一緒に教育することを始めていくのは一つの方向性ではないかと思う。それぞれの分野を経験しておかないとなかなか理解出来ない。それぞれの分野の学生、研修看護師を数ヶ月訪問介護ステーションで研修するなど、経験していくと自分が考えた以上のものが得られるし、勤務しなくても関わることで理解も深まる。教育と言うことで人材育成のために多種職、地域、いろんな病院機能を越えて教育していくことを県、長崎地域で中心になって始めないと10年後20年後に回復期病棟や慢性期が大きくなっても、箱だけになってしまうのではないか。他県では、病院が少なくなっている、市民が自分たちの庭は自分たちで守ろうと健康推進をして病院受診率も減り、介護される率も減った例がある。介護をする人が増える前提で医療側は話しているが、住民も自分たちで健康推進していくのはわかるが、診てもらえる病院や介護施設が少なくなるという危機感だけでなく、自分たちですべきことをやってもらいたい。

●委員：人材を育成することは重要なので医学部、看護学校、薬学部、歯学部にしても学生の時から今後の地域医療に興味を持ってもらい、認識を持ってもらうことが重要。・健康寿命を延ばすことは国の課題。医療機関が減ったから自分たちで健康管理するのは理想的だが、その逆も長崎の離島、へき地では起こっている。県全体で人口が減るから医療機関やベッド数も減らすという単純計算ではいけない。医療ニーズがない為に閉鎖しているベッドもあるが、人材が確保出来ないためにやむを得ず病棟を閉鎖しているところもある。状況をよくみて休床に対する対応を考えていかないといけない。人材の確保は将来的に県の人口減少に対する対策としても重要。それでは素案を元に地域医療構想を策定していくということでよろしいか。

●委員：了承

【市町から地域包括ケアシステムの構築状況について報告】

- 委員：本市では地域包括ケアシステムに関わる部署を専任で設け、専任体制を作り、「地域包括ケア推進協議会」を作っている。具体的には部会を設置し、医療と介護の連携・生活支援の部分を今後していく。具体的な仕組みづくりに向けて、モデルとなるような形で早急に実施したい。
- 委員：今年度より地域医療と介護の連携推進検討会議を設け、地域の医師、歯科医師、薬剤師、リハビリ専門職等、介護と福祉の委員の選出をしているところ。中核となる病院がなく、バックベッドがない。入院後在宅までつなぐところが地域に少ないので今後全体の問題として考えていかないといけない。
- 委員：情報収集段階で進んでいない。他市町の状況を調査した上で今後の進捗状況を踏まえて検討していきたい。
- 委員：昨年度より在宅医療介護の連携部分では検討会を開催する為の準備会ということで医師会に協力いただいて医師を交えてどういう形で医療と介護の連携をしたらいいか、医療関係者・介護関係者との顔が見える関係作りということで事例検討会を開催している。住民への医療介護、住民教育の取り組みをしているところ。
- 委員：住民の健康づくりを最重要課題として取り組んでいる。高齢者タウンや地域で自主的に運用する活動をお願いしている。特に意識しているのが講演会など通じて自分たちの健康は自分たちで守ろうという健康づくりの意識の向上を中心に取り組んでいる。
- 委員：多職種協働となると総論では賛成だが、個別的にどういう問題があるかというとき、進めていく時にいろんな思いの差が出てくるのではないかと。最終的には協議していけばいいが、将来的には人材の確保の問題に行き当たるのではないかと。それぞれ同じ方向を向いているので、早く形あるものにしたい。
- 委員：西海市は長崎市と佐世保市、関係3医師会との協力がないと地域包括ケアはやっていけない。3つの医師会を含めて考えていくことが大変。離島の診療所の医師確保の問題がある。
- 委員：地域包括ケアに関しては、保健所も協力して進めていきたい。将来的に考えると人材の問題、医師に関しては専門制度の変更、医師の配置、若い医師の居所がそれによって影響を受けるのではないかと。いろいろ懸念が出てくる。
- 委員：歯科医療はほとんどが個人診療所。将来今の人数を確保できるか危惧している。歯科医師やスタッフなどの供給側の推計が甘いのではないかと。特に在宅医療を中心にやっていくとなると在宅医療は非効率的な分野だと思う。一人の医師、一人の歯科医師が患者の家に一人で行くケースが増える。長崎、佐世保は斜面地が多く、車で簡単に行ける地域ではない。それだけの医師の人材が確保できるかどうか。歯科医師に関しては難しい。
- 委員：長崎市に関しては包括支援センターごとに協力薬局が10～15程度ある。
- 委員：県内の看護職の数は不足しているが、大病院に関しては採用は少し落ち着いて

きている。これからは学生が就職するにしても希望する病院が変化してくるのではないかとされている。県内全体として看護職が不足している。学生のころから長崎の魅力を知ってもらうよう働きかけている。就職が決まる前に県でもいろいろな取り組みが必要。今まで、春休みに学生に対して離島の訪問看護ステーションでの実習や訪問看護実習だけでなく離島の病院の見学などを行っている。かといって長崎に就職するとはならないが、就職後でも何かの節目に長崎県内ではこういう特徴があるというのを思い出してもらえるのではないかと。学生の間から訪問看護について勉強してほしいと意見があったが、看護教育の中で訪問看護ステーション実習も、在宅看護の授業も時間をかけてしているので学びの場はある。そこを意識して今までは病院を選択しがちだったが、訪問看護の魅力がより学生に伝わるようにしていかなければいけない。病院の中で技術的なものを積んできた人たちが病院の中でだけ働き続けるのではなく、これからを見据えた中で地域の中で必要とされているということを認識してもらう。看護協会のシステムだけでなく、医師会が中心となっていていろんな職種の人と一緒に考えていく取り組みがいろんなところで進んでいるように見える。それぞれの専門性を発揮しながらやれるように進めていきたい。

●委員：地域の中核病院、特に中核市における中核病院で地域の支援病院が地域包括ケア病棟を持つということは、地域医療構想の中で考えられている地域内の医療について地域完結にならない方向なので容認できない。長崎だけの問題でなく、県内や全国的な問題である。

●委員：全体で結論を出すのは難しい。長崎医療圏における今後の問題点として専門委員会やワーキンググループを立ち上げてもらい、県も該当病院の意見を聞いて対応していく方向性でお願いしたい。

●委員：地域医療は県だから市だからということはない。今回の問題点を行政として市と連絡を取り合って課題としてあたってほしい。医療費を削減する等の目的のために地域医療構想が構築されるというのではなく、基本的には県民が安心して安全な医療、安心安全な生活が出来るために構築するのが根本である。素案をたたき台として今後検討の場で構想がより良きものになるよう、県民が生活しやすい、人が定着する、人口が増加していく長崎県にしてほしい。

県南区域

平成 28 年 5 月 18 日開催

●委員：県南地域の二次医療圏が地域医療構想に残ってよかった。県央に患者が流出しているので、県南の医療は島原病院の充実なくしてはありえない。在宅医療について看護師や施設は充足しているが、地域によって不足していることもあり、何よりスタッフがいらないことには何もならない。訪問看護師を養成するとか育成するとか潜在看護師を

探すこと等がこの地域に本当に必要なのか。それ以前に人材がいるのかどうか。

・人材確保が大切。看護師や訪問看護師の養成も必要と言われているが、それ以前の養成する為の学校はどうなっているのかが問題。看護師を養成するとは聞くと、看護学校を養成しない限り何も変わらない。

●委員：一部診療科において専門医が不足する時期があり、と記載してあるが、実際は常に不足している。急性期医療や救急医療が大事ということだが、それを維持するためにどれだけの医師が必要なのか。救急を24時間365日体制とするのは極めて難しい。大きい病院では可能だと思うが、人口が少ないからといっても、良質な医療を提供するためには一定数の医師が必ず（拠点病院に）必要だと思う。救急医療は時間的問題があるが、がん医療等は道路が整備されればそこに向かっていける。しかし、治療する医師がそういう論理で行くと、拠点病院で働く医師が減る。救急医療に携わる医師がいなくなる。そうすると救急医療ですら質が保てなくなる。長崎地域医療人材センターができているが、研修医の入ってくる人材を増やす目的だが、地域のいろんな医療に貢献できる人が配置されないと機能しない。そのためにもどれくらいの人数が地域を守る為に必要なのか議論をしっかりともらいたい。

●委員：専門医の件や口腔歯科専門の病院がほしいという声もでている。高齢者は透析がないと手術や検査もできないという問題も出ている。一つずつ解決していく道を残してほしい。

●委員：胃がんのデータで西部地区から島原・諫早に患者が流れているという話について、諫早、大村に流れてしまっている。現在も外科を揃えたいと思っているが無理。島原市から来る人は少ない。

●委員：在宅医療のためには、訪問看護師との提携は必要。訪問看護師がいないと何もできない。医師会では医師だけでなくナースの確保も進めている

●委員：在宅医療が一番の問題となっている。南部の救急は公立小浜病院をかなり頼りにしている。在宅医療も一つだが、急性期を診られる病院をしっかりと県から補助してほしい。医師の確保に苦労しているのもよくわかる。高齢者も大事だが、働き盛りの人たちの救急を診る急性期病院も各地域に存続させていくことが大切。

●委員：訪問看護をする看護師が不足している。小規模の訪問看護ステーションばかりだと訪問看護は24時間体制なので交代制でなければいけない。小人数だと昼間しか対応できない状態になり、本当の意味での在宅医療ができない。看護師が少ない中でどうするかという政策を考える必要がある。小さいところが集まって一つの大きな訪問看護ステーションを拠点的に作っていく方法にしないといけない。病院的な訪問看護ステーションを確保していきたい。大きい訪問看護ステーションを地区ごとに作らなければ24時間体制は難しい。

○事務局：小規模の訪問看護ステーションが生まれやすい傾向にある、ワークライフバランスの負担が多く離職率も高いとの課題がある。各県とも大規模なステーションへの

集約、へき地についてはサテライト型で対応するなど経営基盤を強化する方向性で進んでいるようだ。また、「あじさいネット」を含めて介護施設との連携が本県の課題となっている。在宅医療の部分はかなり強化されてきたが、島原半島も今後あじさいネットへの移行が予定されている。介護は独自のシステムとなっているので、連携をどうするか、訪問看護師との連携ツールをどうするかは全体的な ICT の強化で対応していきたい。

●委員：（新公立小浜病院の基本計画概要を説明）

○事務局：構想と新公立病院改革ガイドラインの縛りの中で急性期病床が過剰で回復期への移行が求められている。地域において必要な急性期病床であるという意見があれば県としても国に伝える必要がある。数字では急性期が過剰となっているため、このまま急性期を維持して病院を作るのであれば、県南では急性期を担う病院が必要との整理がいる。

●委員：病床数は病院が自主的に考えることであって県がそれぞれの病床数について言う権限はないと受け取っている。人口減少等を考えると地域においてどの程度病床数が必要なのかは分からない。急性期病院が必要なのもわかるが、高齢化と人口減少の中で回復期をもう少し増やしてもいいのではないかと思う。

●委員：病床数に関しては分からないが、地域には必要な病院であるということは会議の中で共有できている。病院は必要であるという認識である。

○事務局：急性期と回復期のバランスの問題があって、急性期を担う拠点病院であるという意見があったが急性期病床数が適当なのかどうか判断は難しいところ。データ上では急性期が多いと出ているので急性期を維持していくには、その旨整理がいる。

●委員：医師が少ないのでその場で診療しなければいけない。大きい病院のように、治療するしないを選ぶことができない。救急の電話があれば断ることはできない。毎日が救急と思ってやっていかないといけない。

●委員：新小浜病院は救急主体でやってもらいたい。回復期は小浜でやらなくても、ほかの在宅をやっている診療所に回してもいいのではないか。その分救急をとってもらいたい。

【保健所から在宅医療資源調査の結果報告】

●委員：27年度3回の協議会とワーキングチームでの検討会を5回行ってきたが、今年度どういう形で取り組んでいくか調整しているところである。市民・関係者への周知をどうやっていくか、システムの体制・制度をどう構築するか、関係職種の教育（学習）をどうやって進めていくか、3つ大きなグループを作って進めていく予定。

●委員：訪問看護や在宅医療について地域住民に啓発ができていない。行政担当者も異動で初めてというケースが多い。専従担当者が無理だとしても一人つくってもらいたい。

職員がわからないのに地域住民になかなか啓発も出来ないのではないかな。

●委員：県の医師会からも言われていることだが、行政担当者が変わりすぎると困る。しっかりとフォローできる体制作りをお願いしたい。行政と一緒にしないと在宅医療は進んでいかない。お互い交流を図りながら継続するような体制になっていきたい。

壱岐区域

平成 28 年 5 月 19 日開催

●委員：病床機能報告について、医療機関側が回復期の捉え方が分かっていない。どういった状態で回復期がしたいのか。壱岐病院だけが回復期にエントリーしている、そのほかの施設は回復期の意味合いが良く分かっていない。会議に参加していない人にはしっかり伝達していかないと回復期にエントリーする施設は増えない。

●委員：地域包括ケアシステムが一番大きな概念になる。連携中心で機能病床はもちろん目的で詳しく説明はあるが、介護のほうもボリュームが大きくなってきてミスマッチになっている。国は地域包括ケアシステムの中で、在宅、見守り、予防のキーワードを出して地域全体でそういう人を支えていかないといけないという概念を示しているが、そういうものが全部漏れて入っていないのではないかな。健康寿命の延伸が長崎県のキーワードになってくる。地域でのリハビリや老々の早期発見の見守りについてどうなっているのか。

○事務局：地域包括ケアの部局との調整の中でどこまで地域包括ケアシステムの記載を地域医療構想とするか。地域包括ケアシステムはボリュームが大きくて今後取り組んでいかないといけないが、平成 30 年度に第 7 期介護保険事業支援計画の改定がある。地域医療構想の在宅医療等の医療需要を踏まえた形で初めて作成される。医療計画と十分に連携をとって、地域包括ケアに関しては、訪問看護ステーションの整備など一定程度在宅医療にも触れているが、それ以上については、介護保険の計画で重点的に記載していく予定。また、予防でいえば、保険者協議会とも連携をとっているが、医療費適正化計画も平成 30 年に同時改訂される。そこにヘルスケアなど予防の観点が入ってくるので、地域の意見もいれて記載を充実させていきたい。

●委員：構想実現のために必要な施策について、薬局との取り組みも含めてあじさいネットの活用・ICT の活用を壱岐では先進的に行うという話があった。各団体に協力して取り組んでいるので、文面を修正してほしい。IT を使うことで地域に対するアピールが高まってくる。「島内全域に医療介護を届けるシステムが必要」と追加してほしい。予防について、健康寿命を延伸させるということは医療と介護が連携して取り組まないといけない。地域リハビリテーション協議会が壱岐では活発に活動している。メインに活動している組織をさらに活発化することによって地域包括ケアシステムの実現を目指していく。3 万人弱のフィールドワークでは数値的なものも見えてくるのではないかな。そうすると資源が投入しやすくなるし、他の地域のモデルにもなるのではないかな。

●委員：リハビリテーション協議会はどの地区にもあるので壱岐だけ入れると全地域に記載しなければいけないのではないか。他の協議会とのバランスも考えると壱岐地域だけ入れるのはどうか。あじさいネットについては賛成だが、対馬は民間の病院がなく公立病院だが、壱岐は民間施設が多いのであじさいネットだけでやっていくのはすぐわないのではないかと思う。

●委員：地域においてリハビリは必要であるということを強調していかないと。急性期に特化して、リハビリに力を入れているが、地域で老々介護やデイサービス、通所リハは何とか維持している状態。何とか生活している人たちを補助、給付する部分が減らされていく危険性があるので、あえてそういうところをアピールするほうがいい。

○事務局：全体の意見としてはリハビリが弱いので、拠点があるところを推進していく意見であれば、地区でいれるのはありかもしれない。

●委員：あじさいネットに関して薬局の加入は進んでいない。あじさいネットの加入促進と同時に（利用方法についても）考えてほしい。

●委員：在宅医療に関して薬局の一人薬剤師が多い。あじさいネットの情報共有の中で効率的にしたい。

●委員：他の離島地域についても一人薬剤師の昼間の活動が大きな問題。昼休みや夕方しか時間がない。

●委員：口腔ケアの勉強会が盛んに行われている。歯科の訪問診療依頼や往診の依頼が来ているので、機能を向上させる為、努力している。この先また続けて良い方向に行くことを願っている。

●委員：病床機能の中で急性期病床が多い。回復期病床等も少ない。回復期病棟、包括ケア病棟がない。

●（オブザーバ）：これまで国は急性期病棟へ誘導してきたが、急性期を廃止して包括ケア病棟に移行と国の方針が変わるので対応が難しい。包括ケア病棟といいながらもハードルが高く、簡単に包括ケア病棟にするのも難しい。実際運営してみると縛りが多く、やっと軌道に乗った段階。包括ケア病棟を考えることも大事だが、一方で運営、積み重ねも大事。在宅へ帰す働きと、在宅から病院が受ける働きのバランスが取れないといけない。単に療養病棟を増やせば、包括ケア病棟に切り替えればよいという話ではない。

●委員：県、県の医師会に分かっていただきたいのは、壱岐の二次医療圏は規模が小さい。社会的なインフラから全て余裕がないうえ、二次医療圏から流出する患者が多い地域となっているので、大きな変化についていく余裕がない。地域の医療・福祉が基幹産業という地域になっているため、人々の生活を壊さずにソフトランディングしていくかを県のほうで強く調整してほしい。県医師会も保対協や医療審議会も含めて郡・市医師会も意見を出してほしい。

●委員：麻酔科医の不足等について記載されているが、まだ福岡に患者が流れていると聞くが、今後壱岐の急性期医療はどうやっていくか。

●委員：急性期の手術については安全が確認できる体制でしていこうという方向が少し出てきた。

●委員：精神病床は休床中だが、一歩進んだ展開を期待している。島外流出が多いと思うが、島内で医療が十分にされていないのが現状。民間の医療機関や非常勤医師とうまく連携していく等しないと、これから離島、過疎地区では人口が減っていくし、医療人材も困難な状況になってくる。

●委員：精神科の専門医の確保も頑張っているが、なかなか難しい。県と保健所の取り組みで年間措置入院が何件かあるが、法律に基づいて保健所が中心となって動いているのでそこまで大きな問題ではない。医療保護入院について今まで搬送・移送問題が大変だったが、行政的な移送についてのサポートが得られるようになった。

●委員：人材不足の問題について、在宅医療を進めていくに当たってどのように増やし確保して離職させないようにしていくか。基金の使い方で人材のスキルアップだけに使うのか、奨学金等の事業もあるのか。

○事務局：奨学金制度は新基金のほうでやっていく部分もあるし、既存の部分でやっていくのもある。

●委員：地域医療を支えるのは准看護師。正看護師は増えているが、地域では機動力のある准看護師が必要。これから離島においてもそういう方向性で県も県医師会も働きかけて考えていってほしい。そういう学生に奨学金を与えておかないと、壱岐の場合、毎年高校の卒業生は県外に流出してほとんど戻ってこない。医療圏ごとに地域医療構想の調整会議が行われているが、長崎市では急性期を担う公立病院が地域包括ケア病棟を設置する案があるとの新聞記事があった。全ての公立病院にこういう（地域包括ケア）病棟が備わっていくのはおかしいのではないか。一つの病院が全ての機能を病院で完結する「病院完結型」ではなく、地域が連結していく「地域連結型」が地域医療構想である。県はどう考えているのか。

○事務局：長崎区域においては回復期を担う病院が多数あり、そうした病院との連携が重要で、急性期の医療機関が地域包括ケアに回復期まで病院完結型を堂々とやるのは良くないという意見がある。壱岐地区や島原のように基幹病院が限られているところでは一つの病院の中でやっていくのも仕方ないというのは県の全体会議でも指摘されている。地域包括ケアの病床機能報告は、急性期に捉えてよい部分もあって、（一律に回復期といえない）難しい問題がある。調整会議で説明をうけても公的病院が先に担うのはどうかという結論であれば、県としてはそうした意見にも耳を傾けないといけな

●委員：出来るだけ地域医療、連携、病院同士の連携強化を考えると役割分担や機能分担が必要。

●委員：診療所の数が載っているページがあるが、壱岐ではそれぞれ常駐の医師がいて開業している診療所の数と思うが、他の区域は出張診療所もカウントされているのではない。表だけ見ると壱岐はほかの地域に比べて医療機能が少ないイメージになってし

まう。表を引用するときは常勤か出張診療所科の区分も必要ではないか。

○事務局：表については国の医療施設調査から引用しているという整理でお願いしたい。

●委員：虐待のケースや精神疾患等の生命に危険が及ぶもので県が考えられるものでそういう状況の人たちの対応について、各医療機関で難しいとは思いますがそれに対してのルールやマニュアル作りが実際あるのかどうか。在宅医療地域包括ケアシステムの中で在宅における精神疾患等、命の危険を及ぼす場合、すぐに避難できるような体制があるのか。

○事務局：在宅医療を考えるうえで必要なことだが、医療政策課が所管しているところと、障害福祉課や長寿社会課所管のところで個別に進めている部分もあるので、ルール作りやマニュアル作りまで進んでいないのが実状である。

対馬区域

平成 28 年 5 月 11 日開催

●委員：対馬区域の泌尿器科の「常勤医」という表現を除くことができないかとの県からのご指摘だが、高齢化で泌尿器科の需要はかなり多い。週2回、医師を派遣してもらって何とか対応できている状況であることは認識していただきたい。表現を変更することについては問題ない。壱岐と対馬の病床数が明らかに違う。2035、2040年になると対馬の病床数の方がかなり減っている。対馬より壱岐の人口流出が多いはずなのに、対馬の方が減るのはおかしいのではないか。急激な変化はよくないのはわかっているが。

○事務局：病床数の推計値で壱岐が多いのは、単純に現在の入院患者数が多いため。2013年度のレセプト総数から推計されている。急性期から回復期へ転換していこうということで2035、2040年に必ずしも表と一致する病床数にしなければいけないわけではない。

●委員：壱岐は民間病院の病床数が多いため、集計として多く出ているのだろう。対馬区域は慢性期から在宅に移行すると、在宅医療が困難になる。介護施設、有料老人ホーム等が必要となってくる。

●委員：対馬では透析医療の交通手段が問題。それ以外の医療に関してもアクセス（交通含め）が悪い。そこらへんは言及しているのか。

○事務局：対馬全体で交通アクセスが悪いことは記載しているが、透析医療は外来が多く、透析に限っての記載は考えていない。人工透析の流出入などは県の他の地域からも課題として挙げられている。

●委員：対馬病院の病床機能報告は、地域包括ケア病棟と言っても一部急性期や回復期の患者がいるので、どちらにも分けようがない。病棟単位でしないといけないので急激な変化は難しい。上対馬病院は急性期60床でやっているが、一部を地域包括ケアにしようとしたときりハビリ職員の増員と人件費を考えると効率的ではない。包括ケアをす

るとなるとそれだけの人材を揃えないといけない。現状としては難しい。対馬病院は企業団病院では最後の統合になったということだが、病床数は数年間そのまま使用できるのか。

○事務局：県としては、前回の公立病院改革ガイドラインでかなり見直しをしてもらっていると思っている。

【保健所から在宅医療資源調査の結果報告】

●委員：結果については、今後のために調査協力してもらった医療機関には提供していきたい。

●委員：訪問診療について、昼間に対応できても夜間は薬局がしまっているので訪問診療をしても薬も出せない。これが患者に夜間もいいと言えない理由。以前は院内処方だったが、国策で調剤薬局になってしまった。その後、国が方針転換し、訪問診療時の時間外も対応してほしいとなった。政策に翻弄されている。本当は訪問診療をしたいが、往診に行くときのハードルが高くなってしまったため難しい。カルテに一ヶ月の診療計画等の提出を求めるなど、事務も煩雑で、簡単に往診に行けなくなった。対馬には民間の開業医の先生は少ない。往診するのは厳しい。看護師も時間外勤務が難しいのが現状。在宅医療資源調査をしたからには結果を生かしてもらいたい。国も厚労省も県も在宅医療の政策を進めているが対馬地域に関しては地域医療(のあり方)も違うのではないか。介護するほうもされるほうも高齢化で老々介護になり、少子化で介護する人も少ない。在宅型より訪問型のほうが対馬ではいいのではないか。その点も素案に入れ込んでほしい。今後、県や市で在宅医療や地域包括ケアに関して市からも話を聞きたい。

●委員：昨年4月に地域包括ケアシステム検討委員会を立ち上げている。先生方に協力いただいて報告書をまとめた。医療介護、予防、生活支援、住まいについてそれぞれについて提言している。医療提供体制、訪問看護、訪問診療、訪問リハビリ、病院と診療所における医療情報の連携、認知症への対応等。提言いただいた内容を基本として市の政策を進めていくよう検討している。今後地域ケア会議(三層構造)を活用しながら検討していきたい。

●委員：三層構造の地域包括ケアも医療関係者だけでなく、薬剤師や民生委員、社会福祉関係者も含めて連携をとっていかなければ難しいのではないか。県と市が一体となってケアシステムを作っていかなければいけない。

●委員：地域ケア会議について三層構造でと話が合ったが市全体の協議する場は、まだ立ち上がっていない。今後、協力いただいて立ち上げていくことになる。

●委員：調整会議も含めて、会議をする為の会議をして素案提出して終わりにするのではなく、先につながるようにしていってもらいたい。

●委員：(地域包括ケアを)医療に組み込むのは難しい。会議をすることだけで終わら

ないように積極的に依頼しているが、まだ全くできていないのが現状。

●委員：今まで会議だけで終わってしまっていたのが不満。毎年同じことを会議しては検討中というのは先に進まない。具体的な方向性を示していただいて進めていかないといけない。

●オブザーバ：対馬には企業団病院が2つだけであり、うまく回ればやりやすくなるのでないか。都市部は開業医も病院もバラバラなので、なかなかまとまらない。対馬のほうをまとめるひとつのモデルとしてできるのではないか。

●委員：指摘のとおり、医師会も開業医が多くまとまっている。開業医と病院との対立もない。行政からの提案があれば上手くいくのではないか。もっと有効に使ってもらいたい。