

# 令和4年度佐賀県地域医療構想調整会議 各構想区域分科会・第1回会議議事概要

中部構想区域分科会・・・p 2

東部構想区域分科会・・・p 5

北部構想区域分科会・・・p 9

西部構想区域分科会・・・p 29

南部構想区域分科会・・・p 32

## 令和4年度第1回中部構想区域分科会

日 時 令和4年12月13日 18:30～19:30

場 所 佐賀県庁新館11階大会議室

出席者 吉原座長、坂本副座長、他構成員22名

○ 上記分科会の概要は次のとおりでした。

### 概 要

#### (1) 協議事項

##### ①今後の地域医療構想調整会議の進め方について【資料1】

○県医務課から標記事項について説明があった。

○この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。

- ・回復期病床が増えてきているのは、いいことだが、後継者、建て替えが決まってないとかで、方向性が決まってない医療機関もある。

急性期病床は多すぎるから減るのは仕方がない。

回復期病床が100%を超えた場合に総量抑制をするのかどうかお尋ねしたい。

ある程度、弾力的運用で100%を超えたとしても特に問題はない、佐賀県の地域医療がきちんと成り立つのであれば、100%にこだわらないという方向がわかっているならばみんな落ち着いて仕事ができる。(病院協会)

→病床機能報告自体が病棟単位での報告であり、正確な数と一部食い違っているところもあり、あくまでの病床機能報告の結果に基づく病床数というのは、目安という形になる。それを踏まえた上で、100%を超えたら、すぐ打ち切りではなく上振れも認めるような形で、次回以降の分科会で計上させていただければと考えています。(医務課)

##### ②在宅医療に関するヒアリング結果と今後の進め方について【資料2】

○県医務課から標記事項について説明があった。

○この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。

- ・神埼地区は、神埼病院等が中心となっている。開業医の方でもやろうという話もあるが、マンパワーの問題でできていない。(神崎市医師会)

#### (2) 報告事項

##### ①病床機能報告等の集計結果について【資料3】

- 県医務課から標記事項について説明があった。
  - この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。
    - ・介護医療院は増えていないのか（座長）
    - ・介護医療院の転換見込数は、調査をしたときに、未定というようなところも含んだ形になっており、178 転換してはいますがその数自体は、調査時に転換をしますということをはっきり意思表示をされたところであり、おおむね転換は進んでいる形です。
- ②外来医療計画に基づく実績報告について【資料4】
- 佐賀中部保健福祉事務所から標記事項について説明があった。
  - この説明を踏まえ、意見交換を行ったが、特に意見等はなかった。
- ③佐賀県キャリア形成プログラムに基づく派遣調整について【資料5】
- 県医務課から標記事項について説明があった。
  - この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。
    - ・高校から大学に入るときに地域枠で入るということを決めるが、そのときに19 領域の中で、これだけということを経験者が見極めることは難しい。そのため、卒業間際になると本当はここに行きたいけど、縛りがあるので悶々としている学生をいっぱい見ている。やっぱり好きなものを、やりたいものをやらせないと伸びないので、できればこのような枠の作り方ではなく、例えば小児科、産科婦人科を1グループ、内科系のものを1グループ、外科系のものを1グループという風にグループ分けしてそのなかからどれか選んでくださいとした方が良くないか、最初から決めるのは難しいと思うので、今後ご検討をお願いしたい。
    - それともう一つ、高校のときに地域枠を選択し大学に入ったにも拘わらず他県に、行くということが多い。ですので大学に入って変わるということも多いと思うので2, 3年生のときに、地域枠をもう一回募集して、地域枠としてその子たちに佐賀に貢献してもらうシステムを、高校の時だけでなく、大学に入ってからでも佐賀に貢献できるよという枠を是非作って頂くことをお願いしたい。（佐賀大学）
    - 佐賀大学に残るのはどれぐらい（座長）
    - 残らなくて他の病院に行って戻ってくる人もおり、そのような人たちも増やしたいが、3割あるかないかと思います。（佐賀大学）
    - 地域の足りない分野の医師を補充しないといけない。足りている分野の医師が増えても過当競争となって、結果県外に出ていくことに

なる。入学時、研修をどこでするか決めるとき、専門医としてどこで勉強していくか決める時等、様々な段階で、佐賀に残ったらこういう色々なメリットがありますよというものが示せないで佐賀に残る動機づけができない。また、佐賀に戻る人にも同じようなメリットを与える。佐賀大学に人材が潤えば、佐大に人材をお願いしている地域の医療機関も安心してお願いできる。野口先生の意見に賛成です。(病院協会)

佐大に入る地元の割合は (座長)

3割ぐらい (佐大)

今まで聞いていて、地域枠に意味がないのではないか。大学に入って2, 3年してから地域枠を募集した方が自然ではないか。(好生館)

### (3) その他

- 在宅医療へのシフトに家族等がついてこれていない。医療機関だけで頑張っても難しいので、できれば、医療の流れが変わってきていることを県民等に理解してもらわないといけない。手術の説明をするのに日曜だけしか来れないとか、治療を終わってご自宅にと説明すると見捨てるのかとも言われることもある。周知をお願いしたい。(佐賀大学)
- 検討する (医務課)
- 在宅医療の関係でテーマを5つお示しさせてもらって、ご了解頂いたところですが、テーマとして設定するには数が多いので、会長に相談して2, 3つに絞って次回提示したい。(医務課)
- 在宅医療について協議するのであれば、現在の委員のメンバーに在宅医療をやっている人がいない。よりやっている人に委員に入って頂かないといけないのではないか。(座長)
- 次回は、そこを含めたくえで協議の進め方を協議していきたい。(医務課)

## 令和4年度第1回東部構想区域分科会

日 時 令和4年10月24日（月） 19:00～20:30

場 所 鳥栖総合庁舎別館2階 第1会議室

出席者 原田座長、古賀副座長、他構成員16名

### 概 要

#### <報告事項>

##### (1) 今年度の地域医療構想調整会議の進め方について【資料1】

○事務局から、病床機能報告の結果や進め方について、説明があった。

○この説明をふまえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。

- ・地域医療構想は病床の削減や統合ありきではなく地域の実情に応じて進めるもの

であるという考え方が重要。いかに地域の実情を把握するかが大事になってくる

が、そのための課題が2つあると考える。

1つめ、地域住民のニーズのくみ上げ方をどうするか。保険者団体だけでは把握で

きないので、患者団体などをオブザーバーでいれたらどうか。

2つめ、客観的な数字で把握すべき。SCR（レセプト出現比）を駆使して地域の実

情を把握したらどうか。今般の診療報酬改定で地域医療構想を後押しするよう

な内容になっている。それらを見たら医療機関の取組状況が把握できる。（中野委員）

→今後検討させていただく（医務課）

○事務局から、佐賀県キャリア形成プログラムについて、説明があった。

#### 【参考資料2】

○この説明をふまえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。

- ・キャリアアッププランのそもそもの目的は、医師不足地域の医師確保及び能力開発だと思う。西部地区は医師少数区域だが伊万里有田共立病院は対象ではないのか。（北島委員）

→派遣対象となる（医務課）

- ・地域枠で入った人も離島に行くのか。（原田座長）

→自治医科大卒の方はへき地や離島に行くことになるが、地域枠の学生は県が指定

した診療科目に従事してもらうことになる。必ずしも離島ということでは

ない。(医務課)

(2) 地域医療連携推進法人東部メディカルアライアンスの取組状況について

○今村委員から、取組状況について報告があった。

○この説明をふまえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。

・本当によく逆紹介していただいている。どこも人材不足で苦勞している。  
派遣で来

てもらうこともよくあると聞いているが、先生のところはどうか。(大園委員)

→かなり苦勞している。(今村委員)

・第1波のときから本当に感謝している。陰圧対応になっていない病床などもあったようだが、今後整備の予定はあるか。(北島委員)

→手洗いと換気が重要だと感じている。(今村委員)

(3) 外来医療計画に基づく実績報告について (R2年度、R3年度)【資料2】

○事務局から、実績について説明を行った。

○この説明をふまえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。

・お元気でクリニックは地区医師会に加入する意思はあるようだが実際の加入はまだ。強制加入ではないが、そのあたりの協力を促していくべきだと思う。(原田座長)

→状況を確認する。(古賀副座長)

(4) 管理者の状況について (医療法人かわらハートクリニック)【資料3】

○事務局から、状況の説明を行った。

※特に意見はなかった。

<協議事項>

(5) 在宅医療に関するヒアリング結果と今後の進め方【資料4】

○事務局から説明を行った。

○この説明をふまえ、協議を行ったところ以下の意見があった。

・ニーズはあるが訪問看護ステーションの数が少ない。小規模のところは研修会にて

かけたり等も難しく体制維持が課題と聞いている。小規模を大きくする等の支援・

補助を考えてもらいたい。ヘルパーステーションも同様。高齢化が進んでいる。行

政としての支援をお願いしたい。(山津委員)

→訪問看護については、人件費や備品購入への補助等の支援を行っており、規模は徐々に拡大してきている。ヘルパーについても、不足しているという話はうかがっており、今後、何ができるか検討していきたい。(長寿社会課)

- ・看護師や介護士希望者が減ってきている。学校への支援、学生募集の為の援助もやっていただきたい。(山津委員)
- ・看護学生が減ってきている。経済的にきついという理由が多いように感じている。学費援助をお願いしたい。(大園委員)
- ・本人が在宅で終末を迎えたいという思いがあるのはわかる。しかしそれを支える家族の支援が得られるかというところが現実が多い。キーパーソンを探すのが大変。一般の方の医療に対する認識を変えてもらうことも大事。民生委員さんなど、地域で支える仕組みづくりも必要。(松岡委員)
- ・本心でいうと自宅に帰りたいという思いはあっても家族にはそれを伝えられない患者さんが多いのではないかと。地域資源を使って一時的にでも在宅に帰るということもあるが、やっぱり病院で亡くなりたくないという方もいらっしゃる。小規模の訪問看護ステーションでは、夜間など急な対応が難しいので大規模にしてそういうニーズにも応えられるようにする必要がある。社会資源を知らない方も多いため、家族が相談する支援センターのPRも必要。(高尾委員)
- ・主治医・副主治医制度をつくらせようと医師会でも動いてきている。訪問看護ステーションがキーになる。この地区には小さいところは沢山ある。(原田座長)
- ・主治医・副主治医制度について、管内の医療機関にアンケートをとった。回答率は7割で、協力できると回答した医療機関は11のみ。少ないという印象。なんらかでサポートできるというところは19。在宅で看ようとする訪問看護が絶対必要になる。(大園委員)
- ・看護学生の実習先に訪問看護を入れたらどうか。在宅医療に興味を持つ看護師が増えると思う。(北島委員)
- ・とても重要な事。地域在宅看護といって実際実習に行っている。訪問看護は一人で行って一人で判断しなければならない不安感がある。病院に勤務しているナースが訪問看護ステーションに行き体験するというのも必要。(高尾委員)

- ・今日の議論を聞いていると「テーマ③医師のバックアップ体制」をメインテーマにしたらどうかと思っているがいかがか。主治医・副主治医制度など既に医師会で進めていただいているものがあるのでそれと関連づける意味でもよいのではないか。(医務課)
- ・テーマ③をキーとし①②④も盛り込みながら進めることとしたい。(原田座長)

◎協議の内容は以上のとおり



## 令和4年度第1回北部構想区域分科会

日 時 令和4年10月19日 19:00～21:00

場 所 唐津総合庁舎 大会議室

出席者 渡辺座長、大林副座長、他構成員16名

### 概 要

#### <報告事項>

- (1) 委員の交代について【資料1】
- (2) 機器購入にあたっての共同利用計画について【資料2】
- (3) 今年度の会議の進め方について【資料3】【資料4】
  - ・民間医療機関を含めた具体的対応方針の再検証について
  - ・外来機能報告及び紹介受診重点医療機関の協議について
- (4) 佐賀県キャリア形成プログラムに基づく派遣調整について【資料6】

#### <協議事項>

- (5) 各構想区域ごとの在宅医療に関するヒアリング結果と今後の進め方について

【資料5】

#### 報告事項について

- (1) 委員の交代について【資料1】
  - 唐津保健福祉事務所から標記事項について、説明があった。
  - この説明に対し、特に質問・意見は無かった。
- (2) 機器購入にあたっての共同利用計画について【資料2】
  - 唐津保健福祉事務所から標記事項について、説明があった。
  - この説明をふまえ、意見照会を行ったところ以下の意見があった。
    - ・(佐賀県有床診療所協議会 理事)  
唐津東松浦医師会の医療センターの機器については入っていないのですか。
  - (県唐津保健福祉事務所)  
今後計画を提出予定の機器があるのかもしれませんが、今回はこれまでに提出された計画をお示ししています。
- (3) 今年度の会議の進め方について【資料3】【資料4】
  - ・民間医療機関を含めた具体的対応方針の再検証について
  - ・外来機能報告及び紹介受診重点医療機関の協議について
  - 県医務課から標記事項について説明があった。
  - この説明をふまえ、意見照会を行ったところ以下の意見があった。

・(佐賀県病院協会 理事)

回復期病床について、回復期病床と、回復期リハビリ病床の説明をお願いします。

→(県医務課)

回復期病棟の中に、療養病棟として算定しているものと、回復期リハビリテーションとして算定しているものと、療養病棟として算定しているもの、そして地域一般として算定しているもの、つまり地域包括ケア病棟として算定しているものの、大きく3つに分けられます。後ほどデータを共有させていただきます。

・(座長)

他に御質問はないでしょうか。ちょっと確認したいんですが、紹介受診重点医療機関について、メリット、デメリットを説明してください。

→(県医務課)

資料3の9ページ目に、「医療資源を重点的に活用する基準」を示していますが、これに該当するのが紹介受診重点医療機関に該当します。この分について、下に「地域における協議事項」の①に、重点外来基準に該当するけれども紹介受診重点医療機関にならないという意向を示している医療機関もしくは、(重点外来)基準に該当していないんだけどもそういう機能を果たしたいと考えている医療機関を認めるかどうかという議論をしていきます。

そして会長が仰られていたメリットは、入院初日に、入院患者に対して取れる加算があります。デメリットですが、紹介状なしで来た場合に患者さんに自己負担で5,000円を徴収しなければならないというものがあります。基本的には病床数が200床以上あるかどうかという所がポイントになってきますので、そういったところで判断していきます。

→(座長)

そうすると、唐津では日赤だけ。

→(県医務課)

そうですね。佐賀県内でも、だいたい地域医療支援病院がそのまま紹介受診重点医療機関になるパターンがほとんどではないかと思います。ただ結果が分かりませんので、何とも言えないところではあるんですが、各医療圏の中で、地域医療支援病院と地域の医療機関とで機能分化は進んでいると思いますので、結果が変わることはないじゃないかなと考えています。調査結果がまとま

っていないので、何とも言えないのですが。

→ (座長)

この資料でいくと、唐津では 1 ヶ所だけで、②のところで済生会等が入ってくると考えて良いのでしょうか。

→ (県医務課)

そうですね。そういう役割を担いたいと病院が判断されることが重要になりますので、もし紹介受診重点医療機関としてやっていきたいということで手を上げられたら、それを認めるかどうか地区で協議していくということになります。

→ (座長)

200 床というのは関係無くですか。

→ (県医務課)

そうですね。基本は 200 床というのは有ったと思いますが、絶対ではなかったと思います。後で確認します。

→ (座長)

②のところで「非該当」という文言があるので、基準を満たしていなくても、そういう紹介重点医療機関に準ずるような体制のところは、紹介重点医療機関になるだろうと思いますが、それでよろしいでしょうか。

→ (県医務課)

そうですね。確認したいと思います。

→ (座長)

これについての協議というのはいつするですか。

→ (県医務課)

次回、年明けの 1 月か 2 月の分科会のところには調査結果が出ていますので、紹介受診重点医療機関の要件に該当する医療機関、要件に該当しないけれどもやりたいという医療機関が判明していて、調査の中で、紹介受診重点医療機関を担う意向があるかを回答する項目がありまして、回答した上で、要件に該当するかどうかを判断して、ここで協議をするということになります。

→ (座長)

来年早々、「こういう所が意向がある、意向が無い」というのを協議するということで宜しいですか。

→ (県医務課)

はい。先ほどの初診料 5,000 円というのは 7,000 円でした。申し訳ありません。

- (座長)  
紹介受診重点医療機関に、紹介状無しでの初診料は 7,000 円と  
いうことですね。
- (県医務課)  
はい。
- (座長)  
逆に紹介状が無いと、ダメだよというところがあるとしたら、  
それは紹介状が無くても 7,000 円出せば OK ということですね。
- (県医務課)  
そうですね。ただ、国も役割を分けたいというようなところ  
があります。

(4) 佐賀県キャリア形成プログラムに基づく派遣調整について【資料 6】

- 県医務課医療人材政策室から標記事項について説明があった。
- この説明をふまえ、意見照会を行ったところ以下の意見があった。
- ・(済生会唐津伊病院)

自治医大についてですが、昭和 47 年から学生を受け入れて、昭和 53 年から卒業生が出ているんですね。ということは、今年で 44 年間卒業生が出ている。そして佐賀県の枠は、2 人でしょうから、これまで (2 人×44 年の計) 88 人が来ているでしょうけれども、そのうち何人が佐賀県に残っているんでしょうね。

→ (県医務課医療人材政策室)  
定着率ですよ。先日調べた所、40%あたりで推移していたと思います。

→ (済生会唐津病院)  
いろんな形、例えばうちの済生会唐津病院でも、自治医大生の方が来られているんですけども、それは別として、ほんの十数年前まで、自治医大生が大学の医局に入局することを佐賀県は許していなかったんですよ。そういう事実があるのと、9 年間義務がありますよね。その 9 年間の義務を果たしていたのかなと疑問に思うんですよ。僕は自治医大出身じゃないので、関係無いんですけども。要は、傍から見てすごく定着率が悪いと思うのと、その 9 年間の義務があるんだけど、9 年後以降のキャリアをきちんと有していない。それから、大学の医局に入局させていなかったということ、ちゃんと踏まえたいもらいたい。せっかく佐賀県がお金をたくさん出しますので、そういう人たちが安

心して地域の中で活躍できる仕組みを作ってほしい。話だけ聞くと、すごくカッコいいんですよね。だけど、本当にこの人たちが、このキャリアで、この資料に書いてある年数の後に佐賀県に残るのかなど、不安に思いました。だからここをきちんと見ていただいでいてほしい。自治医大は今年で開校50年なんですよね。だから100人の人が自治医大のプログラムに入っているにも関わらず、60%の人が関係無いところ、例えば、私が知っている人だと北海道に行ったまま帰ってこないんですよね。だからそういう人達を見てると、途中で佐賀県との縁が切れているのを見ると、もったいないなというのが感想です。

→（県医務課医療人材政策室）

自治医大卒業生の大学への入局については、いま全国で対外的に発表しているのはうちだけだと思うんですが、今入局を推奨してですね、佐賀県への定着を促しているところです。あとは、やっぱり在学中からの佐賀県との関係性を、密に作るというのもあると思います。その辺も学生さんたちは見ていると思います。

→（済生会唐津病院）

今の話は十数年前に本部長に私が直接申し上げたんですよね。そういうのを認めないと、学生はどっかに行っちゃいますよと。そのあと（方針が）変わっていたかと思います。公務員の方もよく聞いて、知事に近いわけですから、有効に仕組みが働くようにしていただければと思います。

→（県医務課医療人材政策室）

仰っていただいたことは、県議会でもご指摘いただきまして、縦、横の連携を築いていきながら、定着率を高めていきたいと思っています。

#### <協議事項>

（5）各構想区域の在宅医療に関するヒアリング結果と今後の進め方について

#### 【資料5】

- 県医務課から標記事項について説明があった。
- この説明をふまえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。
- ・（佐賀県有床診療所協議会 理事）

資料5の7Pの下の死亡場所の表で、自宅が9.2%とあるが、に関する数字で、自宅で死亡診断書を書く場合、グループホームで亡くなった人、宅老所で亡くなった人は、自宅に○を付けるように言わ

れている。だから本当に自宅で死んでいる人は、この数よりもっと少ないと思いますので、この数字は現実とズレているところがあると思う。

→（県医務課）

グループホーム等は本人も終の住家と考えている人がいるので、そういう事情があるのは分かりました。県としては、本人が望む場所で最期を迎えるのが一番望ましいと考えていますので、その中でも、県の在宅医療の数値の目標として、医療機関での看取り率というものを、計画を策定した時から低下させていきたいと思いますという設定をさせていただいていますが、あくまでも患者自身が、最後をどこで望まれるかということが大事と考えています。

→（佐賀県有床診療所協議会 理事）

それは良いと思うんですけども、ただ伝えたいのは統計を取られる際に、現実と違いますよという事ですよね。

それともう一つ宜しいですか。在宅に先生が行かれるときにですね、一人でされている医療機関は在宅に出ると、自分の医療機関がいなくなるんですよね。そこで処方箋が出ると、無診投薬になるんですよね。そういうところも大変なんですよね。一人でされている診療所で、そういう風に在宅に出ると大変で、結局昼休みに行かれていた先生もいらっしやいますけれども、そうじゃない時は無診投薬になってしまうんですよね。そのへんの守ってあげる政策とか、そういったものをセットで考えないと難しいところはあります。

→（県医務課）

まさに、今言われたような、在宅医療は一定程度必要だけれども、こういった課題はあるというところを、今回御協議いただきまして、それは本当に制度的なことなので、国が変えてくれないとなかなか難しいところではあるんですけども、そういったものをご要望いただいて、県としても国に要望していくということで対応していきたいと考えております。実際、こういった問題があるということを含めて協議していただきたいと思います。

→（座長）

県医務課からも、説明がありました。で 11P に、県のほうである程度、協議のテーマを①～⑥まで、こういうので考えてはどうかというので示してもらっています。先ほど言われたように、あくまでもどこから持ってきた数字かというので、非常に変わります。

実際この場で、皆さんが発言された内容が数字以上に重みを持つと思いますので、この現状を県に知っていただいて、数字とどれだけ差があるのかというのを肌間隔で知っていただいたら良いと思います。

それでは議論を進めます。まず、去年から在宅医療と言われているんですけれども、在宅医療というのを、医者が一人一人勉強すれば良いんですけれども、いろんな在宅医療という形を持ってしまって、本来のスタンダードな在宅医療、行政が考えている在宅医療というのはどういうものなのか、これを知ったうえで、各自の在宅医療、看取りを在宅医療と思っている、又は動けない人を診るのを在宅医療と考えている医者もいると思うので、ある程度分かりやすい言葉で行政から在宅医療というのを教えてもらいましょう。

→（県医務課）

そうですね。在宅医療につきましては、疾病と傷病によりまして、通院が困難になった患者さんに対して行うものということになっておりまして、患者さんによりまして、時々入院されたり、時々在宅をされたりという方もおられたり、また最後まで自宅で迎えたいという方も、最後は本人、ご家族の希望に添えず、医療機関でお亡くなりになる方もいらっしゃると思います。県としてどこまでを在宅医療としてみるかというのは考えていないんですけれども、在宅医療について、他の分科会でも、看取りまで行うものと、幅広く、在宅にいらっしゃる方を定期的に診る訪問診療まで行うものとの2段階で見ているところもあります。そのため、県でどこまでが在宅医療というのは決めていないので、患者のニーズに応じた形でも医療提供体制を作っていければということで、考えていただけたらと思います。

→（座長）

そうすると、病院に来られない人を医療機関が家に行ったり、施設に行ったりするのが在宅医療。昔で言っている往診、今の往診は違う感じなんですけれども、昔は、よく昼から往診に行っておいじいちゃん、おばあちゃんの家で行っていたんですけれども、そういう往診の進化系が今の在宅医療。緊急往診は、在宅医療の端っこということなので宜しいでしょうか。どうしても往診という言葉が定着してしまっているんですよね、開業医には。訪問診療と往診は違うよと、ある時から言われて、何日か続けたらそれは往診

ではなく訪問診療、いわゆる計画診療でやってくださいと言われて、少し戸惑いがあっても、再往診料は取らずに、往診料だけとって、安全何とかの点数を取らずに、そこに行っているという状況なので、そういうことも知っていただきたいと。あと在宅医療、去年も言いましたけれども、小児の在宅医療と、本当に病気で動けない、治療が必要な方、入退院を繰り返す方の在宅医療、あとは看取りだけの人、この人は悪くなった時だけ診に来ればいいんじゃないかという方、色んなパターンがあって、患者さんのニーズに対して医療機関が行うのが本筋なんですけれども、施設の都合で行かされていることも実際あります。施設の都合で行かされて、5人いたら管理料が1人分しか取れない。そういう点も挙げておきたいと覆います。

それでは、この地域の住民のことなので、まずは行政から、包括支援センターを持っている行政が一番分かってあると思いますので、まず包括ケアシステムの現状というか、行政からお願いします。

→（唐津市地域包括支援課）

唐津市地域包括支援課の松本です。在宅医療の、住民への周知についてですけれども、唐津市の在宅医療介護連携推進事業を医師会に委託しているんですけれども、そういった周知については、市のホームページでしか周知をしていないところでございます。ただACP、アドバンスケアプランニングの取組といたしまして、唐津市、玄海町地区では、いきかたノートを作成しております、このいきかたノートの普及啓発の取組につきましては、いきかたノートの活用講座を実施したり、ホームページや市報などで周知するほか、YouTubeも活用して周知に努めているところでございます。いきかたノートの普及啓発をすることで、在宅医療というものを知ってもらう機会になるのではないかと考えております。

→（座長）

そうすると、地域包括ケアシステムに絡んでいるので、ゆとりとか、施設に入っている人たち、そういうのがメインになって、そこでのニーズを行政が把握されているということで、実際は小児の在宅医療とかは行政は把握されていない、というかどんなふうにお考えなのでしょうか。

→（県医務課）

小児の在宅医療につきましては、小児在宅医療を受けている方



のレセプト数で把握はできている（かと思います。ただ）、それが実際の数字かというのは分からない状態です。レセプト数では把握しています。

→（座長）

どれくらいですか。

→（県医務課）

すぐには分かりません。

→（座長）

昨年、小児（の在宅医療）の宿題をもらったんですけども、分かりませんでした。訪問看護にも確認したんですけども分からなかったです。どれだけなのか分からないし、一般の開業医も分からないし、日赤の小児科の先生たちも少しは情報を持ってあるようでしたけれども、やはり大きな病院がメインというか、佐賀医大が持っているのか、そこで直接話をされていて、それをどこが把握しているのかというのが疑問に思って、この1年間調べていました。

→（唐津赤十字病院）

うちの小児科に聞いたんですけども、25名くらい。

小児科の部長が言うには、大きな病院、医療センター、大学など。それ以外は自宅に帰っているだろうと。大きな病院などが把握しているだろうと自信を持って言っていたので。介護施設などで、訪問看護で小児を診ている施設があれば、受診歴が無いというのは普通無いだろうと言っていましたね。だから、定期的に診て、すごく安定されているだろう、心臓移植の方とか、九大に入院されていたんですけども、今度コロナで入院されたんですが、そういう方を小児科で対応して、これはやっぱりやばいだろうという事で、小児科の医者が搬送したんですけども。そういう体制があるので、何かあった時に、医療看護等を絡まずに、いわゆる大学病院に救急搬送されることは無いだろうとのことだったので、何かありましたら、うちの小児科に言ってもらったら、大学病院への搬送まで責任を持ってという話になっているみたいです。

今結構、外来でも、ベッド型の車いすに乗って、毎日来られているんですけども、そういう方は多分、小児の頃から来られているんですけども、家族が看護師さん以上に出来るんですよ。ご家族の力で持っているという感じですね。だから、御家族も大

変なんで、手分けするという意味で支援がいるんじゃないかなと思うんですよね。どうしても小さい時から、診てあって、内科で診るような年齢の患者になっても小児科受診したりしています。大きな病気になった時に内科に変わるという感じになっています。そこでうちの小児科が言っているのは、成人に移行したときどうするかというのを考えてほしいですね。外来だけであれば、日赤の外来ということで話を進めています。そういう状況でした。言われている程心配は無いんじゃないかなというのが小児科の発言でした。

→ (座長)

日赤が絡んでいる在宅小児は日赤が把握していると思うんですけれども、逆に家族だけで看ている場合は、県でいうような数字での把握はできない。それは注意しておいた方が良いでしょう。北部医療圏にいて、何か困った時にその病院としか対応できないという場合は、その病院が日赤を紹介してもらうか、訪問看護が入ったとしても、訪問看護がよその病院、つまり日赤から指示を受けることになるんですが、それは受けられないので、まず訪問看護を受ける場合は日赤を通してもらうか、そういう取り組みが必要ではないかという気がします。あとは成人になった時にどうするかということですが、今から在宅医療の中身に入っていきますけれども、小児科ではどうですかね。

→ (佐賀県看護協会北部地区支部)

当院に併設している訪問看護でも小児を受けたことがあります。昨年度もお話したかと思うんですけれども、基本的には、まっすぐ大学病院から訪問看護の依頼が来ているようです。もちろん状態は安定しているんですけれども、やはり大学まで搬送となると時間がかかるので、そこらへんはすごく不安だと、現場では言っていました。さっき宮原先生が仰ったように、割と安定している、そしてお母さんがすごく一生懸命にされていて、むしろお母さんのフォローが必要だと、うちの訪問看護ステーションの看護師が言っていました。なので、自分たちが行っている間に、お母さんが看護から離れるような時間を作ったりとか、そういう配慮をしているということを行っていたので、小児ということではなく、御家族のフォローがすごく必要かなというのが現場の声として上がってきました。

→ (佐賀県病院協会 理事)

老々介護になっているところもありますよ。70 近くになっている方が 90 歳を超えた方を看護しているところもあります。そういうところには「いきかたノート」の説明をしたりしています。今介護力があるかというのが問題になっていると思いますね。昔出来たことが今出来なくなっているんですよ。

→ (佐賀県看護協会北部地区支部)

資料の 12 ページに、訪問看護ステーションの質とか力量とか書かれているんですけども、まあ現状そうなんだと思うんですけども、この地区に訪問看護ステーションが 10 程あると思うんですけども、実際に人数が少ないので、質を問いたくても、研修に出せないというのが現状 (の課題) としてあるんですよ。やはりそういうところに県とかが、ある程度、研修に出すための支援をしていただく、そういうのを考えていただく。やはり、一人が出ていくことで、訪問看護とかで、残りの人間 (スタッフ) に影響が出るので、「スタッフが足りないよね」というのがあるみたいですよ。

実際には痛いよねというのがあるみたいです。当院がお手伝いに出ても、その行く先に席が無いと、そのナースがいくら外に出ても点数になりませんよね。なので、一旦、席を移さないと、例えば誰か長期研修に出るとすれば、誰かを席に移さないと出来ないとか、他にいろんな縛りがあるので、そのあたりの濃淡がですね、人数が少ないところの訪問看護ステーションの方も、もっと研修とかに出たりすると質を上げることが出来ると思うんですよ。なので、行政も含めて、訪問看護ステーション自体の横の連携も重要だと思うんですけども、そもそもの経営もあるので、なかなか難しいかなとは思っていますよね。在宅の特定看護師とか、認定看護師とかありますけれども、夏にすごい長期間だったり、それなりの予算が必要なんですよ。そうすると、一訪問看護ステーションが、長期の研修に出したり、こういった研修に参加させるのは、経営的に色々厳しいところがあるので、そういうところへの支援ですね。そういったところを考えていただくと、質も上がるし、在宅訪問をされている先生方も、質が統一化されて、利用しやすいのかなと思います。

→ (医務課)

県のほうで、訪問看護ステーションの規模拡大支援事業というものをやっています。新たに雇用していただいた方で、その方を

すぐに 1 人前として採用することは無いと思うので、事業所のどなたかと一緒に現場に行って、現場での知識を身に着けて、所謂 1 人前というか、診療報酬とか介護報酬とか請求できるまで人件費をみる、そういった方への研修に要する費用もみるというのも、一部ではやっているところでもあります。そういったものの要望とか、拡充とか訪問看護ステーションの人員拡大、質の向上等に関する取り組みをやっているというか、支援をやっているところです。

→ (座長)

県の方は、もうそういった補助をしているということで宜しいですか。

→ (医務課)

そうですね。そういった制度がありまして、今やっているところで、不足しているところがあれば、ご要望いただければと思います。

→ (済生会唐津病院)

訪問看護ステーションの話になっているので、せつかくなので、2 点宜しいでしょうか。

→ (座長)

どうぞ。

→ (済生会唐津病院)

一つは、最近、済生会の訪問看護ステーションで、利用者から酷いハラスメントを受けて、かなり精神的に参っている事案があるんですけども、今までそういうことは想定していなかったもので、何かガイドラインのようなものを作っていただいて、こういうことがあるとサービスをしませんよと、だから守ってくださいねというガイドランを作っていただくのと有難いなと思います。で、試しにうちでは、ガイドラインを作って、そのハラスメントをした方に「二度としません」という誓約書を書いてもらって、サービスを続けているんですけども、サービスを提供しないことについては法的なものを含んでいると思うんですけども、何か診療的な問題が無いよう、ガイドライン案を作っていただきたいなという点が一つ。もう一つは、最近、日本看護協会が看護業務のコンテストをやって、私も 4 年間ぐらい審査員をしているんですけども、最近目立つのは訪問看護ステーションが、所謂 IT を使った流れが早いんですよ。お金も投資しているんでしょうけ

れども、それを例えば北部医療圏の訪問看護ステーションと、今10か所ぐらいあるんですけれども、一番大きいところでも10人いないんですよ。2人でやっているときもあって、これらの横の繋がりがあっても良いんじゃないかなと思います。前回、訪問看護ステーションと訪問介護、開業医の先生を結ぶカナミックというものがあって、老朽化しているので、何とかならないかという話もしたと思うんですけれども、これと似た話で、10か所全部合わせて、30人いないかな、恐らく。これを横で繋げば、先の研修の話も含めて、良い繋がりが出来るかなという気がしますので、何かアイデアがあれば、出していただいて、他にも出していただいて。

→ (座長)

今、唐津市がDXの旗印として、やろうとしているので、訪問看護の横の関係、リアルタイムで情報を流すか、共有するか、唐津市の柱の中に入れていただいて、お金の心配があれば出していただく。

他に、病院協会の河畔病院さん、宇都宮病院さん、在宅医療について御意見、ご要望などありますでしょうか。

→ (佐賀県病院協会 会員)

殆ど出ました。カナミックの事も出ましたし。あとナースの個人の力量も違うなと思いましたね。研修に行くと、質が上がればいいですよ。

→ (佐賀県病院協会 理事)

マンパワーが足りないというのと、訪問看護ステーションの連携について出ましたが、例えば、地理的に遠いので、なかなかそこまでお願いするのは酷かなと。かといって、訪問看護ステーションも人手不足ではやっていけないので、例えば夜間病棟が兼務する形とか、そういうやり方でないと無理なのかなと感じるところです。例えばうちの病院でいくと、回復期とか包括とかは無理なので、そうすると夜間の所での連携とか横のつながりができればと思います。あとは病棟の中での位置づけを整理すれば出来ないことも無いかなと思います。ただ、今の基準、ガイドラインの中に入れても良いものかな、基準が厳しすぎかなと、本当にもっとスタッフを増やさないといけないのかなと思うと、やっぱり今の基準は厳しいかなと感じます。あとカナミックの更新は必要かなと思います。

あと、医療の現場でも、介護が必要な方がいらっしゃるんで、そこもミックスして対応しないといけない、結局どういう形でやっていくのが良いのか。その患者に最もふさわしいのか、というところも考えないといけない。今回は医療についてですけども、介護の立場の分についてのウエイトについても、そことの連携も必要かなと思います。

→ (座長)

今、各医療機関が曖昧にしてて、1ヶ月に1回訪問してて、毎日の生活はカナミックや家族の連絡だけで確認しながら対応するとか、医療機関ごとに大きく違うので、どれが正しいというのは分かりませんし、まず本人、家族のニーズまた施設の人数、あと医療機関のやり方、この3点を現場で考えないといけないかなと思います。いつもいつも行かないといけない患者とか、医療での介護と介護での医療は違うんですよね。これらを今後話していかないといけないかなと思います。

小さな、個人医師でされているところや看護師のところはどうでしょうか。

→ (唐津東松浦医師会 副会長)

うちは訪問看護はやっていないんですけども、介護医療事業をやっている中で、お願いしたいことなんですけれども、ほとんどケアマネを中心にやってくれているんですけども、現場で業務量が増えているので、何か解決策が無いかかと、自分が提案しているわけではないのでどうしたら良いか分からないんですけども、何か良いシステムがあれば良いかなと思います。

→ (佐賀県有床診療所協議会 理事)

訪問看護ステーションの皆さんは良くして頂いているんですよね。

問題はどこもマンパワー不足だし、毎日点滴をしに行ってくださいの指示だったら、そんなに負担じゃないんですけども、本当に介護、看護力が無い、本当に自宅で過ごす力が無い方は1日4回行ったりしているんですよね。だから訪問看護ステーションがもっとお金が行くような仕組みがあれば良いんじゃないかなと思いますね。よく分からないんですが。

→ (座長)

佐賀県介護老人保健施設協会は、何か御意見ありますでしょうか。

→ (佐賀県介護老人保健施設協会)

私のほうは、今精神の訪問看護について、松籟病院でやっているんですけども、なかなか難しい。スタッフそのものが非常に、コロナの問題を併用しながら対応しているので、マンパワーが足りないということで、求人の話が来ますけれども、なかなか難しい状況下にあるという現状です。スタッフの補強をしながら、何かに頼っていかないと難しいというところです。担当者も一生懸命になって頑張っていますけれども、そういったところが問題になっています。

→ (座長)

人が来ないと、マンパワーの問題はどうしようもない。人が集まらないという転職の問題は、行政でしか解決できませんので、我々ではどうしようもできませんので、あとは税金をどう使うかというのは、県だけでなく、市町もしっかりお願いします。現状、訪問看護ステーションは、マンパワー、人材育成、かなり厳しいところに来ています。医療機関でも看護師さんが足りないなど、ずっと求人が出ているんですよ。これだけ足りないという状況なのに、まだ強い対策が打てていないという、そのあたりは宜しくお願いします。

他に病院の方から何かありますでしょうか。在宅医療では病診連携というのが必要になるんですけども、先生たちから見られて、何かありますでしょうか。

→ (唐津赤十字病院)

患者が高齢化していることもあって、皆によく呼びかけているのは、急患を断るな、紹介患者を断るなというのを、口を酸っぱくして言っているんですけども、なかなか全部診るのは難しいんですよ。

どうしても要請されても受けられないことも、過去にはあるんですよ。ただ急性期病院として認識していますので。ただコロナ禍のため、以前と対応が違ってきているんですよ。コロナが落ち着いてきて、介護とか看取りとか、整理して行かないといけないと思います。僕らに求められているのは、看取りとか、最後のことまで、地域から要望をちゃんと応える体制を構築してかないといけないだろうなと思っています。実際、日本自体も高齢化していますので、患者さん自身もいつ急逝してもおかしくないということを、急性期病院として意識付けをえています。今、地

域のコロナ陽性にできるだけ応えようとしていますけれども、どうしても応えきれない場合があるんですよね。これについては必ず、会議の中で、断らざるを得なかったというのを話しているんですよね。できるだけことはしたいと思っています。

→ (座長)

県が進めている機能病床で病床、病棟を分けてあるんですけれども、実際はどこにニーズがあるのか、病院ごとにニーズ、需要と供給の関係をしっかり地域で見させていただいて、ここは何が足りないかというのを、それをやるための本質というのを行政は見させていただいて、それも一つ、しっかり確認していただきたいと思います。数字だけではないということ、出だして話していただきましたので、その点をお願いします。

在宅については、歯科医師会さん、薬剤師会さんもやられていますよね。何か現状について問題点とかございますか。

→ (唐津東松浦歯科医師会 会長)

昨年度もですね、さんての中に、在宅の歯科連携室というのを作らせていただいて、歯科診療所に来れない方の、連携ができるように頑張っているところなんですけれども、各診療所からなかなか(人が)出せないというのは、そもそも看護師が少ないので、なかなかそういった方の情報が取れていないというのが思っているところです。それこそ、訪問に行かれている歯科の先生もおられますけれども、それでもなかなか全ての先生が行かれている訳ではないので、歯科の方でも在宅診療に関わっていただける先生を一人でも増やしていきたいと思っていますところでは。

→ (唐津東松浦薬剤師会 会長)

先程、介護保険の話が出ていましたけれども、薬の在宅訪問というのは、介護保険を持つての方は介護保険が優先されます。そして、ほとんどの調剤薬局は在宅を受ける体制を整えているんですけれども、一人薬剤師だったり、勤務体制などで対応できない場合もありますけれども、唐津東松浦地区では在宅の件数は増えてきているのが現状です。ただ、ニーズはかなりあると思うんですけれども、なぜかと言いますと、私は浜崎で在宅をやっていますけれども、月に100ぐらいしているんですけれども、それはケアマネからの提案だったり、薬局から提案してみたり、患者さんからの要望を先生に言ったり、最後は医者の方



指示が必要になります。だから最後は、どうしても在宅希望というのが医者で止まることもあります。ニーズは地域でばらつきはあるんですけども、あると思うんですよね。通院困難でタクシーで来られてある方、家族さんが一生懸命連れて来られている方、介護タクシーで病院に来られて、頻度的に、その対象になる方、薬局からすると、在宅にしてもらえたら良いなどと思う方がおられます。薬剤師会では、ほとんど在宅は対応可能ですので、依頼のほど宜しくお願いします。

→ (座長)

薬剤師会は、コロナ禍で薬の配送業務等ですね、患者さんが動けないので、患者さんの所に配達していただきました。薬剤師会には、本当に動いていただきました。有難うございます。

今回、訪問看護を中心に話していただきましたけれども、去年はケアマネージャー、やはりケアマネージャーのコーディネート、どういう組み合わせ、プランニング、この点をしっかり鍛えていただきたいというのと、合格率をあげてください。国に、7割ぐらい合格させるように言ってください。最初佐賀県がしていないと思ったら、国のせいなんですね。それは県知事から国の上のレベルの人に、せめて6, 7割合格させるよう、これだけ重要な役割を担うケアマネージャーが3割ぐらいしか合格しないのは、おかしいんじゃないかと。そして資格を得てから教育をさせる。そうしないと、いまどうしようもないので。

他に、何か御意見、御質問ございますでしょうか。

→ (済生会唐津病院)

私どもの病院、7階なんですけれども、平成18年にできまして、去年の8月までは30床は療養病床だったんですけれども、医療看護型療養病床でして、療養病床と言っても平均在院日数は40日程度だったんですけれども、365日リハビリもやっています、実際は回復期として病床機能報告していましたけれども、去年のコロナ禍で、第5波を受けまして、県から協力型医療機関から重点型医療機関になるよう依頼を受けて、変わろうとしたんですけれども、実は、重点型医療機関になるには、基本的には療養病床はダメで一般病床でないといけないということだったので、県の了解と、九州厚生局の許しを得て、療養病床を一般病床に変えたんですけれども、そしてコロナ対応病床として多い時は30床、少ない時、今まさにフェーズ1で少ない

んですけれども、30床全部使って、時々、一般（患者）も入れているんですけれども、基本的には30床全部、コロナ病床として使っています。今後、2つのことを考えています。1つは、新興感染症が起きた時に、今回のように日赤さんと重点医療機関としてやっていきたいということと、一方で従来の365日のリハビリも出来るような、両にらみでいきたいという方向性で考えているんですけれども、一般病床のまま、回復期リハビリテーションでいこうと、コロナ禍も考慮すると、この体制の時期をいつからしようか迷っている状況でして、今は構想だけあって、まだ決定はしていませんが、そういう決断をしたときは、先生がた、地域の方々には相談したうえで、そういう方向で進めたいと思いますので、そういう決断をした時は御協力をいただきたいと思います。

→（座長）

また、その時はこの会議で御相談いただければと思います。他に何か御質問ございますか。

→（佐賀県病院協会 理事）

ACPは大事な点になるかなと思います。医療として必要なのか、それとも介護に留めるのかなと、どこでジャッジするのかなというのがいつも分からないんですよ。例えば特養に入所する時、本人が意見を言えるんだったら良いんですけれども、言えない方は家族も入れて終末期の医療の方向性を考えると思うんですけれども、その時にならないとなかなかピンとこないんですよ。その中でのACPの捉え方を誰がリーダーシップを取っていくのかなと、医療人としてどういう風に関わったら良いのかなと思うんですよ。医療機関として対応するのか、家族との同意の下で看取るのか、誰がどうジャッジするのか、思ったところでした。

→（座長）

行政的にはどういう御意見でしょうか。その人が判断できる時は本人、判断できないときは後見人が判断するということが宜しいでしょうか。

→（県医務課）

本人の意思が分からないときは、御家族を含めて、話し合いをするしか無いと思います。

→（佐賀県病院協会 理事）

最後は誰がリーダーシップを取ったらよいのでしょうか。家

族が医療機関に照会するということがあると思うんですね。そういう時に、最後を迎えるための帰れる場所があるのか、例えば、老衰では病院にずっといることが本人にとって良いのか、治療の必要性が過ぎている患者について、看取りの場所が病院で良いのか、そういうのを考える必要があると思うんですね。

→ (座長)

看取りのできる施設と出来ない施設で変わってくると思うし、施設ごとのそういう話し合いを、施設の中でしてもらった方が良いと思うし、悪くなったら病院へ、病院に行ったら何もしないというのはもったいないと思うんですね。行政でもですし、あと先生たちにも、各介護施設に行かれた時に、きちんとしていますかと話題を喚起していただいたら良いですね。

→ (済生会唐津病院)

私どもの病院にも老人保健施設があるんですけども、多い時には月 5 人くらい亡くなります。そして、御家族の同意を得て、看取り加算というのがありまして、病院に送ることなく、最期を迎えられています。少ない月も 2 人はおられます。非常に多くなりました。訪問看護ステーションが、結構バックアップしてくれます。そういう看取りとか分からない施設は、訪問看護ステーションがバックアップしてくれます。

→ (佐賀県病院協会 理事)

医療の必要性は無いけれども、介護の必要性として、その施設が無理ということであれば、訪問看護ステーションに相談ということですね。

→ (唐津市民病院きたはた)

在宅をやっている立場からの意見なんですけれども、施設で看取り加算を取るのハードルが高い、お金というよりもノウハウが無いところを、いくつか経験を持ってもらって、そこが看取れる施設になるよう手伝うことがあるんですけれども、すごい簡単で、2 例ぐらい経験を持つと 3 例目からは、関わったスタッフが看取りたいと思うように変わられるんですね。ちょっとしたサポートとして訪問看護ステーションさんの看護師に教える、例えば医師等がはじめはちょこちょこ対応して、3 例目からはこちらが手を出さなくても良いようになるんですね。そういう経験、事例をぶつけてサポートするのが早いかなと思います。あと、在宅は施設が自宅代わりだと、スタッフ等

が集約されていて良いんですけれども、自宅だといろんなマンパワーがいるので本当に大変なんですよね。マンパワーの確保が難しい地方が、本当に在宅を全面的にやるかというのは疑問に思うところもあります。訪問看護ステーションが育つことは大事で、信頼関係が築けて、例えば24時間連絡が取れるようになることは大事だと思うんですよね。また、唐津に無くて他の地域にあるものがあって、実は唐津には訪問診療専門診療所が無いんですよね。それに近いような、人口30万人はいないと、訪問専門診療は成り立たないというのを着たことがあるんですけれども、それでおくと唐津市はそこまで人口が無いので、無理かなと思いつつ、訪問診療ステーションのような3人ぐらい医師が集まって、一気に展開する、つまり日中は開業医をして、夜は非常部隊が出る、ただ病院の日直の関係もあるので、そういう場合は日直から外れるといった、新たな仕組みがあると良いなと思います。ニーズはあると思います。

→ (座長)

他に何か御質問ございますでしょうか。では時間も来ましたので、今日出た意見等を整理していただいて、皆さんに共有していただけたらと思います。

## 令和4年度第1回西部構想区域分科会

日 時 令和4年10月14日 19:00～20:20

場 所 伊万里総合庁舎 別館大会議室

参加者 小嶋秀夫座長、他構成員12名、オブザーバー4名  
(欠席者 松尾構成員)

### 議事概要

(1) 伊万里保健福祉事務所からの報告許可病床数の変更及び医療機器の共同利用について

①伊万里保健福祉事務所から資料4および5沿って説明

許可病床数の変更及び医療機器の共同利用について

②構成員からの主な発言は次のとおり

・開院された介護医療院の病床数は何床か。【有床診療所協議会】

→事務局から介護医療院の許可は長寿社会が行うので不明と回答

後段で介護医療院の病床数は医務課から日高医院11床、小副川医院10床と回答

また、日高医院の一般病床数を5床から4床と修正

(2) 協議事項 「今後の地域医療構想調整会議の進め方について」

①医務課から資料1に沿って説明

②構成員からの主な発言は次のとおり

・地域医療計画に医療消費者（医療保険の加入者）のニーズも反映し進めてほしい。【保険者協議会】

・県民意識調査の医療満足度は地域格差があり、西部地区は満足度が低い。医療資源が少ないのが原因ではないか。【保険者協議会】

→医務課から西部地区は医師確保計画の中でも医師少数区域に位置付けられているため、少ない医療資源でどのような医療を提供していけるかが課題。

県民満足度調査についてはこれから分析をしていくと回答。

座長（地区医師会長）から医師不足は地区の医師会としても課題と捉えている。

(3) その他 「病床機能報告等の集計結果について」

- ①医務課から資料 2 に沿って説明
- ②構成員からの主な発言 なし

(3) その他 「在宅医療に関するヒアリング結果と今後の進め方について」

- ①医務課から資料 3 に沿って説明
- ②構成員からの主な発言

- ・在宅医療の整備目標の訪問診療の数が R7 年度は R2 年度の倍になっているが医師の確保はできるのか。【伊万里有田共立病院】
  - ・幸せな看取りとは何かを考えたほうがよい。在宅での看取りが幸せとは言えない。【伊万里有田共立病院】
  - ・医師や看護師だけでなく介護士も看取りに関する医療現場での研修（教育）が必要。【伊万里有田共立病院】
  - ・在宅や介護施設での麻薬の使用（痛みのコントロール）が必要になる。薬剤師も含めた看取りのチーム（多職種連携）が必要。【伊万里有田共立病院】
- 医務課から伊万里・有田地区医師会で医療と介護の連携はとれており、多職種連携も行われていると情報提供。
- 院外処方 of 麻薬のデータは持ち合わせていない。

- ・施設入所者が「がん」と診断された時点で元の施設に戻れない。がん末期の患者を施設で看取る体制ができていない。【介護老人保健施設協会】
- ・訪問診療に割く医師が少ない。（医師の高齢化、働き方改革も導入され医師不足）【介護老人保健施設協会】
- ・ACP の普及を含め、介護施設のレベルを上げる必要がある。このような取り組みをとおして、不必要な医療が浪費されないことがないよう、地域の救急医療体制を守っていくことが長期的には重要である。【伊万里保健福祉事務所】
- ・地域の特徴として在宅での個人への対策は非効率。限られた医療資源を有効に活用するためには医療の集約化が必要であり、そのためには高齢者施設への入所等もやむを得ない。ただ、その高齢者施設、例えば、宅老所等の施設は医療が脆弱であり、まずは個人ではなく、施設への医療提供体制を充実させることが先決である。【伊万里保健福祉事務所】
- ・この会議には患者の立場の人にも必要ではないか。【山元記念病院】

(3) その他 「佐賀県キャリア形成プログラムに基づく派遣調整について」

①医務課から資料 6 に沿って説明

②構成員からの主な発言

- ・山元記念病院も「心臓血管外科」を開設しており、このプログラムの医療機関に該当するのではないか。【介護老人保健施設協会】
- 医務課から次期医療計画での位置付けとともに検討。

(3) その他 「糖尿病関連医療の推進（案）について」

①伊万里保健福祉事務所から説明

- ・糖尿病の診療について西部医療圏での機能分化を考えている。かかりつけ医と専門医の連携の強化。伊万里有田共立病院（糖尿病専門医）、前田病院（腎専門医）、山元記念病院（循環器専門医）。
- ・地域密着型の医療。一人の患者に対して医療機関の垣根を超えた医師どうしの顔が見える医療を行いたい。
- ・医師会には別途説明を行う。
- ・医師の確保に関しても、西部医療圏の強みは地域医療だと考えており、上記のような取り組みをとおして、当医療圏で研修した医学生や研修医が「この地区に戻ってきたい」と思える地域になればと考える。

②構成員からの主な発言

- ・検診結果で糖尿病の診断が出ても 7 割が放置されているので、保険者としてもこれを医療につなげたいと思っている。【保険者協議会】
- ・地域として病院に来る（行く）ように仕向けたい。【保険者協議会】

(3) その他 「その他」

- ・医務課…次回の分科会でテーマ設定を行いたい。

## 令和4年度第1回南部構想区域分科会

日 時 令和4年10月17日（月）19:00～20:20

場 所 武雄市文化会館 小ホール棟 ミーティングホール

出席者 太田座長、中里副座長、他構成員18人、オブザーバー3人

### 概要

#### (1) 協議事項

##### ① 今後の医療構想の進め方について【資料1】

- 標記事項について、県医務課から説明があった。
- この説明を踏まえ、意見交換を行ったが、特に意見等はなかった。

##### ② 南部医療圏の在宅医療に関するヒアリング結果と今後の進め方について【資料2】

- 標記事項について、事務局から説明があった。
- この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。
  - ・介護施設やデイケアを併設している病院では比較的、在宅医療に取り組まれているが、個人の診療所では難しい状況。チーム医療についてもアンケートを行ったが、手は上がらなかった。（武雄杵島地区医師会）
  - ・久留米地区ではがん患者の在宅医療ができる開業医のリストがあり、退院前に患者の自宅近くの医師を紹介することができるが、南部地区ではリストがなく、退院後に在宅対応できる医師がいるか分からない。（基幹病院院長）
  - ・現時点で在宅医療を行っている医師が少ないが、人口動態ではこれから85歳以上が急増する。独居などで来院できない患者がでてくると考えられ、個々の医師ではなく医師会が中心となって在宅医療に取り組むべき。（全日本病院協会）
  - ・在宅医療に本腰を入れて取り組まなければいけないと感じている。今後、訪問医療を行う医師をいかに増やすか、訪問診療の敷居をもう少し低くやれる環境を作れるかということが一番のテーマと感じる。（武雄杵島地区医師会）



・ヒアリングを見ていると訪問診療を行う医師を増やすと書いてあるが、個人の開業医が365日24時間やるのはかなり厳しい。また医師だけでなくスタッフも必要で、コメディカルも充実させないといけないのではと考える。(鹿島藤津地区医師会)

・個人で開業している医師が365日看取りまでいきなり話がいくからなかなか話が進まないというのがあるのでは。そこまでいなくても、85歳で病院へ通ってこられない患者が今から増えるという看取りの前の段階というのを考えると新しいアイデアがでるのでは。実際に最後の看取りを選択する人がそれほどいないかもしれない。家にいたいのが家族に迷惑がかかるのであれば病院へ入った方がいいという人は多い。在宅医療を最後の看取りまでではなく、その途中の段階の、病院に来られない人に対する対応を考えるのが必要かと思う。(全日本病院協会)

・患者の人生会議で「在宅で看取りまで」という話をしている、いざとなると救急車を呼んでしまうという現実がある。看取りと在宅医療を切り離れた形で、コメディカルを含めた医療資源を活用して訪問診療につなげる、なんとか当地区で1人でも多く在宅医療に参加する医師、在宅医療を受ける患者を増やせればというところで、南部地区のテーマ(課題)としたい。(武雄杵島地区医師会)

## (2) 報告事項

### ① 令和3年度病床機能報告等の集計結果について【資料3】

- 標記事項について、県医務課から説明があった。
- この説明を踏まえ、意見交換を行ったが、特に意見等はなかった。

### ② 医療機器の共同利用計画の報告について【資料4】

- 標記事項について、事務局から説明があった。
  - この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。
    - ・共同利用計画書に読影についての記載があればもっと利用しやすくなる。(基幹病院院長)
- 様式の見直しを検討したい(県医務課)

### ③ 佐賀県キャリア形成プログラムに基づく派遣調整について【資料5】

- 標記事項について、県医務課から説明があった。
- この説明を踏まえ、意見交換を行ったところ以下の意見があった。
  - ・ 地元出身者（佐賀県卒）についても県内への勤務について働きかけを行ってほしい。