令和8年度第１回甲賀圏域2040年に向けた地域医療構想会議　議事概要

日　時　令和8年10月30日（金）14：00～16：00
場　所　滋賀県甲賀市水口西部コミュニティセンター集会室
出席委員　別添名簿のとおり

開会あいさつ
・ 滋賀県甲賀健康福祉事務所（甲賀保健所） 松原所長

病床数適正化緊急支援事業にかかる協議の非公開にかかる審議
・ 非公開とすることに異議なし。

【議事】
1. 協議事項
1）病床数適正化緊急支援事業における当圏域の第二回申請分について
　※非公開

2）新たな地域医療構想について
（1）本県の策定の方向性
（2）人口推計、病床機能別患者流出入の推計、外来・在宅・介護需要推計等の共有
県医療政策課）
・ P15～18は、国から示された新たな地域医療構想の概念をまとめた資料。
・ まず、P15 は「地域医療構想」としての具体的な取組を確認する資料。大きく4点示されている。1点目は、構想区域の設定。2点目は、医療機関機能報告等を踏まえた、地域で必要となる医療機関機能の確保と役割分担。3点目は、構想区域ごとの 2040 年の必要病床数の推計。4点目は、調整会議での協議を通じた、病床や医療機関の機能分化・連携に向けた取組。以上の通り、「地域医療構想」としては、これまでの病床機能の機能分化・連携に加え、医療機関機能の確保と役割分担を位置づけて取り組むものとなる。なお、下の注記にもあるとおり、地域医療構想は、地域の関係者による自主的な協議を踏まえて取り組むという基本的な考え方は、これまでと変わらない。
・ P16は、新たな地域医療構想で定める事項に追加された「将来の医療提供体制の基本的な方向」について、「2040 年に向けた地域医療構想」としてまとめられたもの。2040 年に向けては、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人口減少や人材確保の制約、地域差の拡大などが見込まれている。そうした変化に対応するため、地域に応じた高齢者救急や在宅医療の確保、また、それを支える医療従事者の確保が求められることから、「2040 年に向けた方向性」として、入院医療だけでなく、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保を含めた医療提供体制の方向性を示すことと整理されている。
　下段の右側は、前のページの地域医療構想の具体的な施策に関すること、左側には 2040 年に向けた医療提供体制確保に向けた分野ごとの取組の方向性の例が示されている。

・ P17。ただいま説明した地域医療構想および2040年に向けた方向性を踏まえて、「新たな地域医療構想の記載事項」として国から示されたもの。上段が、地域医療構想作成の前提・基本的事項。基本的な考え方、地域の現状等、構想区域、必要病床数、医療機関機能の見通しなどを整理するとある。

下段が、2040 年に向けた医療提供体制の確保に向けて、入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保の各分野について、取組の方向性等を整理して記載することになる。

その上で、具体的な内容については、都道府県において、地域の実情に応じて定めるとされたところ。今後、この記載事項の構成を踏まえて、本県の地域医療構想の策定を進めていくものと考えている。

・ P18、19 は「医療機関機能」にかかる資料。前回の会議で、医療機関機能について、報告する目的や、これまで圏域で検討してきた役割分担との関係について御質問をいただいた。

まず、報告の目的は、P18の上段にあるとおり、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確にして、連携等の議論を進めるとともに、その役割を患者の皆様にも共有するもの。これまでの地域医療構想も病床機能に基づく機能分化・連携を通じて、医療機関間の役割分担を進めてきたものであり、今回、その目的が変わるものではない。

一方、国の検討会では、全国的には病床数の議論が中心となり、具体的な役割分担や連携の議論につながりにくかったという課題が示されている。このため、病床機能報告に加えて、医療機関という視点を追加して、将来の医療提供体制について協議する仕組みが設けられた。そうしたことから、既に一定の方向性について合意が得られている場合は、一律に見直す必要はないこともガイドラインに示されている。

新構想では、これまでの協議や合意を踏まえ、現時点で担っている役割を確認したうえで、2040 年の医療需要や人材確保の見通しに照らし、今後もその役割分担で必要な医療を確保できるかを、協議の場で確認していくものと考えている。

また、急性期拠点機能の人口20～30万人に1か所程度という目安についても、国は、その数や役割分担について、あくまで地域の実情を踏まえるともされており、調整会議でも議論いただき決めていくものと考えている。

・ P19。こちらも前回に御質問いただいた点にもなるが、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を併せて報告できない理由と、現在行っている役割分担との関係について、中段の2点目にあるとおり、在宅医療等連携機能は、これらの機能と併せて報告することが想定されている。

一方、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能は、医療資源を多く要する医療と高齢者救急の役割分担を明確にするため、国は、併せて報告しないこととしている。ただし、国は、急性期拠点機能を担う病院が高齢者救急も受け入れることや、高齢者救急・地域急性期機能を担う病院が、手術を含む一定の急性期医療を提供することも想定している。

例えば、前回の御意見のように、救急で受け入れた後の検査で、がんなど別の疾患が見つかり、そのまま治療されることもあると思われる。高齢者救急・地域急性期機能を選択したことだけをもって、がんの診療や手術ができなくなる、あるいは、がんが見つかれば一律に急性期拠点へ紹介しなければならない、ということでもない。

そうした中で、国としては、人口推計に基づく全国的な傾向として、高齢者の医療需要増加と人

材確保の課題が見込まれていることもあるため、これまでの役割分担や診療実態の現状を踏まえつつ、将来に向けて手術等の役割分担や集約化が必要かどうか、また、今の体制を維持できることを確認する必要があると示していると考えている。

また、役割分担を確認したうえで、実際に提供いただく医療について、医療機関機能の名称によって、誤解が生じないようにする必要もある。その点については、各病院の具体的な役割や連携について、構想の中に記載していくものと考えている。

・ P20、21。国から提供された地域医療構想策定支援ツールにより現在の区域ごとに試算された、本県の「2040年必要病床数の推計」である。新構想では、高度急性期と急性期を一体として検討することとされたため、この表では2つの機能は合計として示している。

県全体の2040年必要病床数は 11,311 床で、現構想の2025年必要病床数 11,319 床と、合計ではほぼ同数となっている。

区域別では、湖南と東近江で必要病床数の合計が増加し、それ以外の区域では減少している。また機能別では、高度急性期・急性期の必要病床数が減少する一方、回復期を含む包括期の必要病床数が増加しており、現構想で課題となっていた回復期の不足と同様に、新構想では包括期の不足が見込まれる結果となっている。

・ P22 は「構想区域の設定に向けた検討方針」。まず前提として、ガイドラインでは、現在の構想区域ごとに課題を整理し、課題がある構想区域については、維持・統合・再編を検討することとされている。また、厚生労働省医政局長通知では、現在の構想区域を維持する場合についても、その理由を記載することとされている。

こうしたことから、ガイドラインに基づき、まず現在の7つの構想区域について、現在と 2040 年の人口規模、医療需要、患者の流出入、医療機関や医療従事者の状況、医療アクセスなどを確認し、あわせて、2040年に向けた急性期拠点機能の確保の方向性を確認して、現在の構想区域を維持できるか、また、維持できない場合には区域の見直しを検討する、という方針で検討進めてまいりたい。本日は、構想区域の検討のデータをお示しし、ご意見賜りたく考えている。

・ P23。地域医療構想の策定スケジュールは、今年度6月の医療審議会に報告した時点より、近隣府県の状況も踏まえまして、本県は令和9年度末の策定を目指している。

・ P24。前回も示したものであるが、令和9年度末の策定を想定した場合の各種会議の開催の想定スケジュールとなっている。なお、構想骨子案は、ガイドライン発出が4月から7月まで遅れたこと、また、ガイドラインの内容や国から情報が追加提供されている状況を踏まえて、まだ精査、検討が必要となったことから、骨子案は策定中としている。現時点で具体的な策定時期を申し上げられないが、策定でき次第、お示しさせていただきたい。

・ P25以降、今回の構想区域の検討にかかるデータである。甲賀圏域にかかるポイントを絞って、説明させていただく。

・ P26～29は人口推計。P26 のとおり、甲賀圏域では、総人口は2040年に向けて、約 14 万人から約 12 万人になると推計されている。一方で、P28の通り、75 歳以上の高齢者人口については、約2万人から 2040 年には2万5千人、以降も団塊ジュニア世代が75歳以上になるにつれて、増加の推計となっている。

・ P30～33は、病床機能別の区域内完結率の現状と推計値。主な特徴は、P30の高度急性期、P31の急性期において、救急のブロック化が前提と想定される流出の傾向が見られるが、そう

した中で、急性期の区域内完結率は約6割となっている。2040年推計では、患者数は減少するものの、急性期の区域内完結は概ね維持される推計となっている。
包括期や慢性期においては現状と 2040 年の推計において、約7割から約8割の完結率となっている。

・ P34 は、圏域内の病院の配置状況のマッピングである。
・ P35～38は、各種医療資源の現状値をまとめた一覧。現状のデータとして御参照されたい。
・ P39は、外来と在宅の人口推計に基づく需要推計。外来医療は、需要は減少する推計となっている。在宅医療は、2045年頃をピークに増加する推計となっている。
・ P40は、訪問看護の人口推計に基づく需要推計。特に、75 歳以上高齢者の増加の見込みもあり、介護保険レセプトにおける訪問看護ステーションでは、2040年頃まで大きく増加する傾向が推計されている。
・ P41は、介護サービスの人口推計に基づく見込量の推計。地域包括ケア「見える化」システムからのデータになり、施設の利用者の見込み量のため、施設の定員数という供給側の制約もあるものだが、高齢者の増加に伴い、需要は今後も見込まれるところとなっている。
・ 本日は、これまでの調整会議での議論もあると思うし、本日のデータも参考にしていただき、甲賀圏域としての構想区域の設定に関するそれぞれからの御意見をいただきたい。
本日いただいた御意見を整理し、次回の調整会議において圏域としての意見という形でまとめたものを確認いただく予定をしている。

議長）

・ 新構想は、これまでの地域医療構想と何が違うかというと、P16 にあるように入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する地域医療構想を策定するということ。
・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化の推進ということで、病床の状態というよりも、病院自身が機能を持って、というようなことにも着目した構想になる。介護や人材確保のことも含めて、御意見をいただきたい。
・ また、構想区域について、我々として甲賀圏域を維持していくのか、それとも人口20～30万人の大きな枠で考えていくのか、地域の声として「圏域」について御協議いただきたいのが大きなポイントである。後ほど、質疑応答や意見交換を行う。

（3）甲賀圏域における地域医療構築モデルについて：甲賀湖南医師会

委員）

・ P42。病院は P18でも説明があったように、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期、在宅医療等連携機能、専門等機能と大きく分けて機能分担していこうということだが、病院と地域の先生方との連携で、やはり、かかりつけ医としては在宅医療の強化（を思っている）。
・ 特に、甲賀市では（在宅医療の連携・強化が）なかなか発展していないところなので、在宅医療をどうしていくかということが一つ大きな課題。
湖南市はネットワークがあり、活用されており、いろんな取り組みをされている。
甲賀市でも、そういう取り組みはしてきているが、甲賀市の地域は広く、連携がなかなか取り辛

い。「面」での連携をどうしていくか、ということ。
また、（甲賀市では）在宅医療をやっている医師が少ない。在宅医療は24時間体制、往診もある。（在宅医療を行う医師が少ない）理由は、甲賀以外の遠方から（自医院に）通っておられる医師が多いこと、家族構成といったこともある。

・ ここ（P42）には甲賀市の5地域に分けて、近畿厚生局に届出をした在宅療養支援診療所を書いている。在宅診療をどんどんやっていただく先生・医院が多くなると有難いが、甲賀市は広いので、地域毎に分けて、それぞれの地域で責任をもってやってもらえればというのが一つ。
そして何よりもそういったところをまとめる中心の、拠点となるようなところを一つ置いて、介護や色んな所と連携・相談していけるような体制を作っていきたいという風に思っている。

・ ただ、これを民間だけでやっていくというのはなかなか難しい。甲賀市には、やはりここを担ってもらうということが大切と思っている。民間と行政が一緒になってやっていかないと、なかなかうまくはいかない。（在宅医療の連携や強化は）病院だけ、医院だけで解決する問題ではない。
そういった意味では、医療・介護連携センター（仮称）というところが主になって、行政と一緒になんとかして2040年に向けて、安心して暮らしていただけるようなまち作りにしていただけたら。医師会からの提案としてはそういうところである。

（4）甲賀圏域の2040年に向けた地域医療構構想に関する意見交換

議長）

・ まず、構想区域について御意見はいかがか。

委員）

・ 県から説明があったが再度、確認する。新しい地域医療構想の構想区域について、人口 20 万人以上（を基本とする）とある。甲賀圏域は15万人程度であり、そこ（の基準）に至っていない。
協議の中で、医療機関機能等いろんな細かいことまで決めて、最終的に県あるいは国から、もともと人口が少ないからと、どんでん返しだけは避けたい。

県医療政策課）

・ 人口20万人以上という基準だけで決めるということではないことが示されている。人口だけを理由にすることはない。

委員）

・ 甲賀圏域は病院の役割分担が既にできている。（新構想での構想区域ごとの医療機関機能は）このまま当てはめて、できるだけ、甲賀市、湖南市の住民の医療が甲賀圏域の中で完結できるように力を合わせていく。現状は変わることはあるが、病院の機能に関しては、この10年くらいは変わらないのではないかと思う。

・ 在宅医療は（医師会の提案書にもあったように）充実させる部分がある、というのはあるが、かかりつけ医しかできないこと、その中で病院が協力できることも含めて、いずれにせよ、医療難民、介護難民が生じないように。時間がかかるから行けないとか、そういったことがないように考えていければよいかなと思う。

議長）

・ 介護の立場からはいかがか。

委員）

・ 在宅の（療養支援をする）人材不足。病院や医療の方でも同じことだと思うが（在宅の現場では）非常に顕著。P40訪問看護需要推計の介護保険は右肩上がりになっている。訪問看護ステーションは、水口、土山、信楽地域で運営されていた事業所が、今年に入り、人材不足で水口に集約されたと聞いている。看護師の在宅部門の充実を図ってもらえると、在宅の（療養支援の）従事者としても非常に助かる。

委員）

・ 湖南市では訪問看護は充実しているように感じている。断られることもない。
・ 人材不足については、それぞれの現場（での不足）やケアマネジャー自体の人材不足を感じている。この先、今、活躍しているケアマネジャーが減る割には、新しい人は入って来ず、課題と思っている。

委員）

・ 介護人材はどんどん不足してきている。当事業所でも、介護保険制度が始まった時に研修を受講し（その人が現場に出て）、人材も充実した中で運営してきだが、ここ数年、退職者がでている。少しでも社会に寄与できるよう、介護人材を育成しようと、社会福祉協議会としても研修を開催している。1人でも多くの人材を輩出しようと尽力しているが追いつかない。
・ 病院で最期を迎える方もおられるが、最期まで家にいたいと思っておられる方もいる。そういった思いの方に少しでも寄り添っていけるような体制が整えていけたらと思う。そのためには、本人の意思確認や、在宅療養の支援体制を整え、本人の希望をどう叶えるかが課題。医療との連携も図りながら、最期までの土壌作りが地域でできたらと思う。

委員）

・ 介護人材が不足している。60歳以上の方が活躍されており、本当に高齢の方々の働きに助けられているという状況。また、訪問介護を始めてから20年ほど経つが、日中独居の方が増えた印象がある。また、独居の方も多く、退院し、自宅に戻られた時に、人材不足等の状況から、今後、支援が必要な方に必要な支援が整わないことが出てくるのではないかと、いつも心配している。
・ 介護職の喀痰吸引について。有資格者は2名いるが、スキル維持が大変。なかなか研修に行く時間がとれない。（人員）体制の問題もあり、ケアマネジャーから依頼があっても断っている状況。在宅での療養には（介護職の喀痰吸引が）必要になってくるし、資格も活かしたいが、介護職が行うことの安全性が確立できるような（制度上の）見直しや検討をしていただきたい。
・ 湖南市では、市開催の訪問介護事業者の交流会がある。勉強会もあり、医療者と顔を合わせる機会は相談できる関係作り、顔の見える関係性になるので、市には今後も継続してほしい。

委員）

・ 医療と介護との連携を保険者として支えていきたい。保険者として保有するデータがあるため、議論に求められるデータがあれば出していきたい。
・ 普段、市や保健所等と連携した取り組みをしている。そういった部分から、この地域をより良くするために今後もやっていきたい。

委員）

・ 国民健康保険の保険料水準の統一について触れたい。以前、県の運営方針に対する市の意

見として、被保険者の負担の公平性を実現するため、保険料水準が統一されるのであれば、医療資源へのアクセスの公平性もしっかりと担保することが重要であるということを述べている。それに対して県からは、地域医療構想、医師確保計画および外来医療計画等に基づき、地域の実情に応じた医療資源の配置、活用さらには、現在の解消を図っていくというような回答であった。心強い回答である思いますので、引き続き、取り組みをよろしくお願いしたい。

委員）

・ 看護職の定着、人材確保は課題。処遇改善は県看護協会会長から県庁に申している。
・ ACP に関して、普及はしていっているが、健康なうちから考えておいてほしい。このあたりの普及啓発や意見交換を設けてほしいと思う。保健師の保健活動でも、もう少し力を入れていくことが必要という意見がある。

委員）

・ 訪問看護の需要の高まりは、日頃の業務からでも感じている一方で、人材が不足している。自身のステーションにも（看護師が）入ってこない。訪問看護師の育成やReスタートナースの確保、訪問看護のイメージをもてていない人には、訪看ステーション連絡協議会や看護協会と連携して働きかけていく必要があると感じている。
・ 自身のステーションは遠方まで、例えば信楽や土山地域の奥の方までは、なかなか行けない。そのあたりは訪問看護ステーション同士の連携で、例えば、ひとつのステーションでは担えない部分は、複数のステーションでやる等を進めていくべきではという風に思う。
・ 人材確保の面。訪問看護師は病棟勤務看護師より収入が減る。訪問看護が選択肢に挙がってこない部分もあるのでは。収入の底上げというところも必要。

委員）

・ 特別養護老人ホームについて。概ね施設数は足りていると感じている。なかなか入所できないという印象をお持ちの方は多いと思うが、以前に比べると格段に待機者数は減っている。
・ 在宅サービスで問題視されているのは3点。土山、信楽地域で訪問系のサービスが少ないこと、要支援1～2対象のサービスが少ないこと、ケアマネジャーのなり手不足。
・ フォーマル、インフォーマルのサービスも併せて地域包括ケアシステムを作っていくうえで、最も基盤になるのが在宅サービスで、その中でも訪問系サービスが（在宅療養継続の）支えになると感じている。遠方の地域に、なかなか訪問に行けない、迎えに行けないといいうのは、介護業界でも同じで、毎年話題に上る。そのあたりをどうしていくかが今後の大きな課題と思う。

委員）

・ ケアマネジャーの高齢化が進んでいる。2040年には今、活動している者が、ほぼ定年を迎え辞めていく年代に入っていく。ケアマネジャー自身は、受けられる利用者の担当者数が決まっているため、人材が少なくなると、受けられない利用者がでてくる。また、在宅で生活したいと思われても、ヘルパーがいないとなると、そこで諦めてしまう方もでてくる。やはり人材確保の対策というのは課題と感じている。
・ 訪問看護は最近、大津方面の訪問看護ステーションが信楽地域の訪問を担ってくれており、そのような事業所を（ケアマネジャーとしては）頼っている。
・ 人材不足の突破口になるかは分からないが、例えばリフト等の福祉用具を活用することで、家族が介護しやすくなる。福祉用具の活用も大事かと思う。

議長）
・ ここまで、圧倒的に人材不足に関する発言が多かった。
委員）
・ どこの市町においてもそうだが、人材のとりあいになっている。本日、各市の委員もおられるが、（各団体が）いかに行政と一緒に（取り組みを）やって、人材確保をしていくかが大事。人材確保についても、どんどん提案を。
委員）
・ 薬剤師の訪問業務について。訪問看護もそうだが、移動に経費がかかる。県も国も物価高騰対策はしており均等な補助があるが、業務（内容）によって負担の大きさが違ってくる。結局困るのは患者。（遠方だから等と）患者の選別が生じてしまわないか日々、危惧する。
・ 行政に申したいのは移動に対する補助金。実態に合わせた形で補助いただけるようにしないと人材確保もできない。現在、存在している事業所も撤退せざるをえなくなる。
そういった対策をすることが未来に対して良くなることなのではないかと、住民としても思う。
委員）
・ 人材不足は本当に共通の問題と思う。訪問について、歯科の場合は、どうしても（患者に歯科医院へ）行ってもらわないと、処置できないものがある。
・ 前回の会議でオンライン診療に関する発言があったと思うが実際、どういったシステムで行われているのか。
議長）
・ 現在（甲賀圏域でのオンライン診療は）ゼロである。
委員）
・ オンライン診療を早くできるように（国や県は）進めていただきたい。医科の先生も（往診や訪問診療に）時間が足りないと思うので、遠方への対策としても、そのあたりを早急に何とかしていただくことができないかと思う。
議長）
・ では、病院から。
委員）
・ 当院は高齢者救急と在宅医療を頑張っていきたいと思っている。高齢者救急は、この地域の拠点病院（地域医療支援病院）のK病院の協力が必要になってくるので、そういう形で（協力を）していただきたい。
・ 以前の新構想の資料では、高齢者救急と急性期拠点機能は両方、報告できるような文章になっていたと思うが、今回の資料はどちらかしか選べない文章になっている。変わったことに対して何か意味があるのか。
県医療政策課）
・ 高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能を一緒に選ぶことはできないが、在宅医療等連携機能と高齢者救急・地域急性期機能の組み合わせや、在宅医療等連携機能と急性期拠点機能の組み合わせはできる制度になったもの。
・ 昨年度、国が検討会を開催していた段階では、高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能は役割分担に応じて複合的に選べるような議論がされていた。しかし、最後のガイドラインと

して取りまとめられた段階で、この役割分担を進めるという趣旨で、高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能の2つは（医療機関機能報告制度上で）一緒に選べないものとして示されたところ。

委員）

・（医療機関機能の報告について）国は方針をだしたが、滋賀県の方針は未だ固まっていない。むしろ逆に地域から、どちらもあり（高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能の両機能）とか、そういう意見を今だったら言える。こうしてもらわないと困るという形で意見をあげてもらう方がよいと思う。

・（高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能は複合的に行えるといった議論に関して）国は、それで意見があちこち出ていたのだろうが、また（議論の結果、方針が）変わってきたんだという風に考えていただいた方がよいかと思う。

議長）

・（先ほど御発言いただいた）K病院は、今回の新構想で高齢者救急を担うと言って頂いている。一旦、入院して、次の日に検査をしてくというような、高齢者救急の対応をしていただけるということであり、高齢者の独り暮らしも多く、地域や介護の現場において非常にありがたい。

委員）

・当院は包括期40床、医師4名。我々では手に負えない場合は（地域医療支援病院の）K病院にお世話になっている。以前は、転院先は圏域外の急性期病院を希望する声が根強くあったが、最近では K 病院との連携が非常に良くとれており、K病院に行きましょう・相談しましょうと言った時に住民の受け入れが良く、住民の方からK病院でお願いしますと言われる割合が上がっている。

・レスパイト入院やケアマネジャー等が（他病院との調整で）困られた時に受け入れることはできるが、当院は甲賀市の端にあるため、在宅医療の役割を果たそうとした時に、16㎞以内に収まるのは信楽地域しかないという状態。

・人材について。当院では特に看護部門で人手が足りない。看護師も高齢化が進んでおり、40代以上の看護師ばかり。平均年齢を考えると、自身はちょうど真ん中ぐらいの勤務者であり、当院でも人材不足を痛感している。

・最近、気付いたことはデイケアについて。3つ目のデイケア施設が立ち上がった。要支援1、2の方の定着率が非常に良いと感じており、介護状態の進行を遅らせているような印象がある。それを裏付けるかは分からないが、施設入所の対応車が減っていると聞いている。即効性はないがデイケアが盛んになれば、在宅で介護が必要になる人が減るのではと参画しているところ。

委員）

・まず、構想区域について。T委員が発言された人口20万人という区切りには拘らず、甲賀市と湖南市のひとまとまりを維持することに大賛成。地域的にもバランス的にも良い圏域だと思っており、このまま同じ顔ぶれで（新構想でも）進めていければと思う。

・当院は、報道でもあったように経営が非常に厳しい状況にある。私共が所属している国立病院機構は全国に約140あり、日本最大の医療法人である。うち、令和8年度の実績で黒字は20、120 が赤字。国立病院だから国が補填してくれるだろうとか、国がサポートしてくれるだろうといったことは一切ない。非常に厳しい状況。医師の維持ができず、民間病院と統合するところも

実際にでてきている。そのため、地域医療構想を維持するためにも、我々の強みをもっておかないといけない。病院を維持しなければならないというところが非常に難しい。

・ 人材確保というところでは、当院は看護師確保が一番大事。看護師配置 7:1 を何とか維持しているが、10:1 になると経営が赤字に転落するため、何とか死守するところ。皆様には看護師確保の協力をお願いしたい。

・ 当院は障がい者医療を担う病院。滋賀県全体、他県からも患者の受け入れをしている。障がい者率が70％を超えれば、という認定であるが90％ある。すなわち、障がい者ではない方も受け入れることができる。医療度の高い患者は、ぜひ紹介いただきたい。長期入院に応えられる。

委員）

・ 当院は精神科に特化した病院だが、高齢者医療にも力を入れており、老人施設、特別養護老人ホーム、訪問看護等も行っている。人手不足はどこも同じ。物価も上がっている。これを解決する方法はたった一つ。単純明快、簡単、お金である。医師の“直美”もそう。やりがい、夢ではお腹は膨れない。所得が上がれば、そこにやりがいが見出せるし、誇りも持てるだろう。
いろんなことで工夫をするとか、とても大事だと思うが、根本は所得。若い人が集まれば、そこに工夫を生じるし、ここで生まれ変わろうか、という風になる。

・ 自身は民間事業者であり経営者であるので、それを共有した上でどういうふうにしていくかということ。どこも助けてくれない、そんな中でやっていくわけであり、どうするべきかとか、お金をどう引っ張り出すかということを考えていく。

委員）

・ 新構想の策定は、もう県に任せるしか仕方がないと思うが、ただ一つお願いしたいのは人口20万人以上を基本とする構想区域という話だが、人口推計について、その後、何年後にどうなったかの検証がない。推計値はあるが、実際はどうだったのかが全く示されていない。こういう風に大体、推計と合致していますよ、ということを示していただけたら非常にありがたい。

・ 医療・介護について。当院は、リハビリテーション病院ということで立ち位置を取らせていただいているが、実は、リハ病院というのは、医療と介護のトランジット。急性期から回復期に来られた方を診ている。おそらく、今は在宅復帰率が約9割。在宅（療養）でどういうものが必要なのか、あるいはどういったサポートが必要なのか、医師もリハ職も考えて示している。
先ほど福祉用具の話があったが、実際問題、入院中にそれを使ったトレーニングは、なかなかされていない。そういったことから、事故が起きてしまうリスクは非常に高い。例えば在宅に戻られたけれども、非常に困っているということでの御相談も多々ある。リハビリテーションは医療と介護の狭間であり、そういういったことを共有しながら、地域の人の役に立てればと思う。

委員）

・ まず、新構想の医療機関機能の役割分担について。大きな役割分担は非常に大事だと思うが、逆にきちっと分けてしまうと、例えば大学病院のように細分化されて、結局うちじゃないじゃないとたらい回しになる可能性がある。そういう状態になると協力しないという風になる可能性もある。医療機関機能に関しては、自由に選択できるようにしていただきたい。
機能分化は大事だが、それぞれの病院には力がある。大きな役割とサブの役割も大事。
もし、災害が発生した時に、ある病院が全てその機能がなかったときには誰かがカバーしていく。
この甲賀圏域は、院長の顔の見える関係がある。そういった（有事の際に役割を）変われる関係

をそれぞれの業種でもやっていっていただけたら、かなり体力がついてくると思う。
・ 福祉用具について。先ほど、リフトの話題があったが、そういったものは行政に購入いただきたい。個人の事業所での購入が大変なのであれば、例えば、市にあるものを予約して使えるならメリットもある。どれくらいニーズがあるのか、その地区に（数が）どれだけ必要かを整理してもらえれば。
・ 構想区域について。人口20万人以上でひとつの二次医療圏とあるが、便利でない所は人口が減少する。（人口の）数で区切るのではなく、（面積の）広さのところで、それぞれの（医療機関）機能がある病院を中心にネットワークを作って維持するような体制をとっていけたらと思う。

議長）
・ では、行政から。

委員）
・ 本市はバランスよく（医療機関の）機能分担をしていただいている。面積が広く、中山間地域があり、地域によっては医療にアクセスできない所もでてくる。対策しながら検討したい。
・ 本市は医療と介護の担当課が分かれている。庁内連携して対策したい。

委員）
・ 在宅医療に関しては、平成28年からネットワークがあり、現在は10医療機関、11人の医師に協力いただいているところ。
・ 構想区域について。今は市内に医療機関はあるが、医師の高齢化や後継者がいないという声も聞いている。そういったことを考えると、今後、医療機関が減っていくこともあると思う。甲賀圏域は医師少数区域となっているが、（構想区域の基準が）人口20万人以上という設定でどこか（の圏域）とくっつくことによって、医師少数区域でなくなってしまった場合、医師確保対策はどうなるのか不安に感じる。医師少数区域でなくなったがゆえに対策がなされず、市内医療機関は減少ということになると、医療を受けられない市民の方が出てくる可能性もあると思う。そのあたりも含めて構想区域については検討いただきたい。

議長）
・ 委員の皆様に御発言いただいた。さらに意見交換できれば。

委員）
・ 皆様の御意見から、（構想区域の基準の人口）20万人以上には全くこだわる必要はない。
これまでの地域医療構想で急性期のベッドがなかなか減らないので、ついに国は病院に急性期の看板を下ろしなさいと言っている。それは、ものすごく急性期（患者）の多い大都市のこと。
我々のこの地域は、元々の（医療機関機能の）役割分担がある程度あるので、あまり関係なく、このまま進めていったらいいのではないかと、より強く思った。どこが重点的かという看板のことで、医療提供体制としては特に問題ないと感じた。
・ 医療や介護を提供する人員不足が今後、10年で本当に厳しくなりそうということ。給与が上がるシステムになれば一番良いが、なかなかすぐにはいかない。
実際、当院も看護師が減るために、ベッドを減らさざるをえないのではないかと思う。介護もニーズはあるのに、働く人がどうしても集まらない地域である。
本当に、この圏域全体をどう考えていくか、行政も一緒になって医療・介護人材を増やすためにどう工夫していくか、一番、重要視していかないといけないのかなと感じた。

委員）

・ 会議資料の中で、外来医療需要はどんどん減っていくように書いてあるが、高齢者数は増える。高齢者は複数の疾患があったり、何か書類を書かないと、というのも増えていくと思う。そうであるのに、外来の需要は減るから、それほど診療所はいらないだろうという意見になってしまうようなら問題だと思う。外来医療需要が減るという形でだすのではなくて、もう少し分析を加えて出した方がよいのではないかと思う。

委員）

・ 外来には来れなくて、訪問系が増える。医療機関に来れる人の割合が減るだけでは。医療需要が減っていくとか、そんなイメージでは全然ないと思う。

委員）

・ オンライン診療について。皆様、あまり御存知ないかもしれないようなので（発言する）。Ｄ to Ｐ with Ｎ を国が進めている。独り暮らしの高齢者にインターネットに繋げなどと言うのはやはり難しいということで、看護師が訪問してネット環境を繋ぎ、医師はどこかの拠点で診察するというもの。どこか地域の公民館とか、そういった所に拠点を作って、インターネットを繋いで診察する。診療所の開設届の処理とか、とにかく（地域医療の）ハードルを低くして、対応しようというもの。各病院や診療所で、訪問診療に積極的に取り組んでいただければという一つのやり方として、国が進めているもの。

議長）

・ 訪問看護の現場としてはどうか。

委員）

・ 当院ではオンライン診療を整備中で、実行は未だ。看護師が現場に、ニーズに応じて行けるかというと、なかなか厳しい。例えば、看護師が家に行って、医師とオンラインで繋いで、という件数をこなすには、やはりマンパワーがないというのが実情。

実行していくにしても、訪問看護師の数を増やさないと、現実的に難しいと思う、

委員）

・ 訪問看護事業について。実際にやっていて思うことだが、15分で行けるところが4件ある、一方片道30分かかるところが1件ある。どっちに行くかなら答えは出ている。簡単なこと。1時間で4件分の稼ぎがあるか、遠くて遅れてしまう、危ない・怖い思いをして運転して行って、1時間に1件の収入か。稼ぎが多い方をとるのは当たり前。当然それを責めることはできない。単価が同じなら、（他でも）同じことがいえる。お金を付けてくれれば、行く。

この問題をどうするかは、おそらく市役所の部分だと思う。他県では、僻地の下水道の整備をあきらめた地域があった。維持するのがとても大変だから。単純明快な話で結局、最後はお金。甲賀市は広い。小学校は統合された。最終的には、行政が腹を決めて向き合うことなのではないか。

議長）

・ 最後に、介護の分野から。

委員

・ 介護の立場から、（新たな）地域医療構想というところについてはなかなかピンとこない部分が多くある。資料にある人口推計で、2040年までに64歳までの働き手となる人口は明らかに減

っていき、75 歳以上は増加もしくは維持、超高齢者は増える。県は一体、何をしてほしいのか、すごく曖昧と感じる。こういった会議でも結局、話だけで終わってしまうという結果で、何の時間かと思ってしまう。やはり、具体的な事例や具体的な内容を下ろしてもらうことが、会議の場で具体的に考えて、地域を良くしていける動きに繋がっていくんじゃないかと感じる。

委員）

・ 仰るとおりである。国は（新構想のガイドラインを）出して、本県が方針を決めてない。担当部局は地域の意見を優先したいということなので、皆様、こういう場で積極的にこうして欲しいと、お金のことも含めて、どんどん意見を言っていただけたらと思う。

保健所長会でも、県の方針をださないと（各圏域の会議で）話が進まないと言ったが、県担当者は、まずは地域の意見をしっかり聞きたいと言う。やはり、先に方針を出せ、というのもあるが今回そういう方針なので、皆様どうぞ意見を言っていただけたらよいかと思う。

議長）

・ その他、何か発言のある方は。

委員）

・ 今年6月1日の調剤報酬改定によって若干変わったところがあるので、説明・報告させていただきたい。これまで、地域支援体制加算の施設基準として、麻薬金庫の設置は必須要件だった。加算の算定要件の変更があり、在宅訪問実績に加えて、年に1回でも無菌製剤処理（クリーンベンチ等での注射剤調剤）や麻薬管理指導を年間10回以上、小児在宅患者に対する指導を1年間で6回以上といった特殊業務をしたかどうかで要件を満たすことができる。薬局に、こういったことができるかと相談した時に、ちょっと…等と言われたら、当方まで連絡いただきたい。各薬局の状況によっては、やれないということがあるかもしれないが、薬局薬剤師の協力・バックアップ体制がある。特にクリーンベンチは各地域に設置する予算を確保している。御意見もいただければ。

・ 甲賀湖南薬剤師会事務局の体制として、人員の関係で週3日、月・水・金の午後（13～16時）の対応をしている。

議長）

・ 最後に何か。

委員）

・ 皆様、もうお気づきかと思うが、この資料にもある国が考える人口減少に沿ってベッド数を減らすというよりも、医療の過疎化が進んでいる。

・ 構想区域については、皆で協力し合って「現状維持」ということになるかと改めて思った。

・ 意見が出ていたお金について。行政ができるのは利益誘導と罰則だけ。情熱や夢、希望とかでは絶対長続きしないということは十分理解しているが改めて今回、思った。

・ 人材確保に関しては、医師がいないから集めるとか、そういった話ではもうなくなってるんだろうと感じている。人材は日本中、滋賀県内、取り合いになる。ここで働きたいという形にまでもってこないと人材確保ができない、生き残れない話なのかなと思う。

議長）

・ これから高齢化が進み、働き手も少なくなる。予算も減っていく。それでも何とかしていきましょうよ、というのが今後の地域医療構想だと思う。なかなかそんなことできないというのが答えか

と思うが、これでも知恵を絞るしか仕方がないところもある。こういう感じで話をするのは、結構、やはり大事だと思う。今日の会議だけでは皆様の意見を十分に吸い上げることができないと思うので、また、こういう機会を設けて御意見をいただければと思う。

・ 今日、御意見いただいた中では「構想区域については、甲賀圏域は現状維持」ということを、県にあげたいと思う。また、皆様の意見で特に、やはり「人材確保」は、行政が中心になり、いろいろ検討していただければと思う。

・ 事業承継できることはもちろんあると思うが、でも、やはり限度があると思う。それぞれの皆様の生活に関わっているし、そういうことも踏まえて、より良くなるように発展していければと思う。

2. 報告事項

議長）

・ 地域医療介護総合確保基金（医療分）について報告を。

事務局）

・ 基金の対象事業は P45参照。事業例は P46～47。当圏域の事業提案等の状況は P48。
例年、募集開始から締め切りまでがタイトである。今年度は前年度より募集開始時期が早かった。基金の活用について早目に御検討いただきたく思う。募集提案に関する御案内は本会議の委員皆様にさせていただく。

3. その他

議長）

・ 次回の地域医療構想会議について連絡を。

事務局）

・ 今年度はもう1回、会議を予定している。日時、場所は記載のとおり。県の地域医療構想調整推進会議は3月。その時期までは、各圏域から構想区域の意見がだせる。在宅医療、介護との連携、人材確保等については引き続き議論し、県の推進会議にあげていきたい。

議長）

・ 予定していた議事は全て終了。

閉会