

## 令和4年度 第2回 東近江圏域地域医療構想調整会議 議事概要

日 時：令和5年3月1日（水）14:00～16:00

場 所：湖東信用金庫本店5階コミュニティーホール

出席委員：小杉委員、小川委員、上野委員、神委員、宮下委員、五月女委員、由利委員、井上委員、竹内委員、山口委員（代理 徳満氏）、小山委員、有吉委員、鈴木委員、間嶋委員、仲委員、浦崎委員、後藤委員、引間委員、辰巳委員、北川委員（代理 久保氏）、青木委員（代理 真野氏）、井口委員、吉澤委員、川嶋委員、寺尾委員（欠席：水原委員、白井委員、大林委員、小梶委員）

### 1 開会

### 2 議事

#### 1) 地域医療構想に関する国の動向について

【資料1-1】【資料1-2】により事務局より説明  
質問・意見等なし

#### 2) 病床機能の分化・連携について

医療機関の具体的対応方針の検討について  
【資料2-1】により事務局より説明

議長 公立病院経営強化プランについて、今回、近江八幡市立総合医療センターがプラン（案）を策定されたので報告いただく。

【資料2-3】近江八幡市総合医療センターから報告

委員 当院は公立病院ということで、経営強化プランを現在策定しているところ。内容は、当院を取り巻く状況として、将来的に高齢者疾患を中心とした医療ニーズはまだまだ高まると予測されている。救急については、東近江圏域の半分以上を受けており、今後も救急患者をしっかりと受けていく。救命救急センター、周産期母子医療センターを活用していく。

医師、看護師の確保、これは働き手が減る中で、医師を集めるうえに医師の時間外規制が入ってくるので、それに対応するのは難しいですが、何とか並行して働き方改革を進めていくということが目標です。

そのために、当院が高度急性期、急性期病院として中核的な役割を担い、その代わりに、近隣の回復期機能を有する病院としっかりと連携して地域医療を支えてい

こうという方針です。目標は、これからも連携を強化して、高度急性期、急性期病院として頑張っていこうということでございます。

〈質問・意見等〉

委員 資料2-2に病床の数がでていますが、近江八幡市立総合医療センターの病床数は、2025年の予定というところでは、今の説明と整合する部分だと思いが、急性期を増やして回復期はゼロという形にするということによろしいか。

委員 具体的には、地域包括ケア病棟1病棟48床を一般急性期病棟に看護師配置等を変えた。背景には、ヴォーリズ記念病院や神崎中央病院の後方連携をしっかりとやっていただいていることによるもので、この方針でいけるものと思って令和5年1月1日から変更しております。

議長 他にご意見等なければ、近江八幡市立総合医療センターからのプランについては一定合意が得られたとさせていただきます。

続いて、各病院から報告いただきたい。

委員 当院は、一般急性期102床。2月3月まで病床利用率は5割くらいだった。一般急性期をどのように強化するかについて、アイセンターと人工関節センターを発足。2022年の11月から整形外科の常勤医を1名、2023年4月から更に1名増え、常勤医4名となるため、整形外科分野を強化していく。3か月予約がいっぱいで、年間約300~400例の整形外科手術を行っている。日野記念病院から医師に来てもらい、脊椎の低侵襲手術、200例の目標をたてている。眼科の手術は2,200例、滋賀県下で1番多い。多くは外来手術で、高齢者は入院もある。消化器内科の入院事例や消化器外科などを考えると、2病棟のうち1病棟を回復期リハ病棟にするというのは厳しいと判断し、2022年12月、回復期リハ病棟を断念した。小児科の医師も3名おり、能登川地域は人口も減っていないので、小児科も充実させていこうと考えている。入院は難しいので、近江八幡市立総合医療センターに依存していかないといけない。急性期102床を継続していこうと考えている。また、年間600例の救急車の受け入れを目標にしていこうと考えている。

議長 今後の医療機能や病床の方向性について、2023年度末までにご報告いただきたい。

委員 当院は、この表では45床が変わらず急性期になっているが、おとし、急性期から回復期の性格を持つ地域包括ケアに変更し整備している。急性期2病棟では心臓疾患や脳疾患を中心に診療しており、当地域の大半を近江八幡市立総合医療センターと半々くらいで診ている。以前は虚血性心疾患が多かったが、慢性心不全が増えてきた。また救急全般に高齢化が顕著で、加えて独居老人も増えており、入院原因となった疾病が治っても自宅へすぐに復帰できない事が多い。これら患者の自宅退院を促進するため地域包括ケア病棟を開設した。実際には院内からの転棟はさほど多くはないが、これら対策により自宅復帰も維持できている。訪問診療か

らのレスパイト入院なども行っている。今後も地域包括ケア病棟を続けていく予定であるが、病床の数は今のところ変更する予定はない。1病棟を地域包括に変更したが、脳疾患、心疾患の救急医療も数も減ることはなくきている。これまで通りで救急医療も続けていく。

委員 当院としては現在の方針を変えずに、急性期治療が終わった方の回復期機能と長期療養を中心に運営していきたい。一般病床 80 床と 32 床の回復期リハビリを合わせて 112 床を回復期の性格を持った病床、残りの療養病床と障がい者病棟で慢性期長期療養の方の受け入れを確保していきたい。

委員 数字としてはで変わらないが、コロナ病床を昨日まで 24 床運営してきた。この圏域では一番多く診てきたと思う。5 月 8 日以降どのようにしていくか考えているところ。どこかは残さないとクラスターが広がっていくのではと危惧している。地域包括ケア病床は濃厚接触者や育休が重なり夜勤体制が組めず、2～3 か月は閉めざるを得ない状況と思っている。

委員 急性期 60、慢性期 94 で変わっていないが、地域包括ケアをどちらに入れるかという話がでていますが、急性期 60 床、病床機能は急性期一般病床の届け出ではあるが、急性期から回復期に近い患者を受けれている状況かと思っている。4 月、5 月以降、回復期の方に力を入れていこうと考えていて、地域包括ケア病床の導入等々も検討していきながら、急性期から回復期にかけて、地域の急病に対応できるような病院という立ち位置でやっていければと考えている。慢性期は 94 床で、需要もあると思っているので、このまま、いかせていただければと思っている。周りにたくさん急性期病院があるので、急性期病院と連携しながら、しっかりと地域で診ていける、そして、在宅、訪問診療等も含めて強化していきたいと考えている。

委員 当院は、以前からリハビリテーション、認知症医療、慢性期医療に対応させていただいている。回復期リハビリテーション 56 床は現状でも需要は十分あり、認知症病棟 56 床は精神病床でここには載りませんが、常に満床となっている。以前は、医療療養病床と介護療養病床を合わせて 240 床あったが、介護医療院にして長期療養者を減らしている。今後も医療療養 120 床は維持し、他圏域の病院の後方支援機能も担っており、そういった形での需要が高い状況です。認知症の外来機能も維持していきたい。

委員 慢性期 98 床でやってきており、この病床からの変更はないと考えている。最近 4～6 名ほどですが、人工呼吸器をつけた患者を診ている。スタッフがなくて課題ではあるが、また紹介あれば受け入れたい。

委員 110 床の急性期、40 床の慢性期病床をもっており、2025 年もこの体制で進めていきたいと考えている。町唯一の病院として、地域のニーズに答えていくことを考えるとともに、東近江圏域は県内で 2 番目に広い圏域でもあり、その中で地域のニーズをとらえてやっていきたいと考えている。19 床ではあるが、PET な

どもやっていきたい。今回のコロナで感染症対応もしっかり考えていかないといけない。病床については、疾患ごとにどういう風に診ていくかという方向が必要と考えている。救急について、軽症も含めて全部近江八幡市立総合医療センターでは負担が偏ってしまうので、地元の患者さんは地元で診ていけるように考えている。

委員 当院は、すでに病床機能変更を終えている。令和元年9月に、回復期リハビリテーションリハ病棟を増床し60床に医療療養病床を42床に減床している。昨年11月新築移転に伴い、近隣の近江八幡市立総合医療センターと相談しながら、急性期50床に含まれているが、地域包括病棟を16床から32床に増床し、2か月後に近江八幡市立総合医療センターの地域包括ケア病棟は閉じられるという形をとられる。また、コロナ病床4床を運用するのに、8床をつぶしており、現在ベッドがないという状況が生じている。昨年12月から高齢者の宿泊療養施設を16床で運営している。1月末まで16床埋まっていたが、現在入っている方は0人。淡海医療センターの見守り安心ステーション30床は3月で閉じられるので、20床にして当院でやっていく。在宅療養の強化ということで、訪問診療の強化を進めている。在宅看取りがコロナで増加したが、こちらも推進していきたい。

委員 当院は、地域における精神科専門病院として、精神科版の急性期から慢性期まで、また認知症を診ている。どんどん認知症が増えているが、周辺症状が重い方で施設では対応できない方の入院先として受け入れをしている。各疾患に対して専門的な医者を確保するのは難しく、精神科医はオールラウンダーであるので、急性期も含めて対応していく。7つの病棟でやっているが、認知症病棟は60床ほぼ満杯になっている。療養病床の中でもコロナが無ければ単独で出かけられるほど回復されている患者さんもいれば、閉鎖病棟でずっと入院されている方もおられて、認知症の方の病棟をどうするか、地域ニーズに合わせて考えている。

議長 各病院のお考えを報告いただいた。在宅医療も含め地域に必要な医療という点でご意見いかがか。

委員 寝たきりの方など状態が悪い方でもヴォーリズ記念病院に連絡したら、すぐに行くよ、と言ってもらえて大変ありがたい。開業医の先生ではこれまで診ていた患者さんなら診るが、新規の方はと言って断られることもあるので。医療の方と看護師とヘルパーとか一つのチームの要として医師に入っただけののが一番大きいところですので、今後も、湖東記念病院さんから訪問診療の方も進めるとおっしゃっていただいているように、増やしていただけるとありがたい。

議長 開業医の代表として、かかりつけ医が何をしているんだというご意見と受け止めて、医師会でも今のご意見なりを共有したい。

委員 コロナ禍で在宅看取りが増えた。急に明日退院しますという方が増えて、在宅の

主治医を決めないということに苦勞している。愛東地区で活動していると在宅医に助けられているが、能登川地区で訪問診療をしてもらえる先生が少ないと聞いている。一つの意見として、昴会、能登川病院さんにも訪問診療を一つ入れていただけないかという意見も聞いている。先生方が増えるとかかなり力強いと思っているので、ぜひご協力いただけるとありがたい。

議長 今の在宅の話だけでなく圏域でどう機能維持していくかということが大意でございます。資料を拝見する限り、総合的には急性期が多く回復期は今よりは増やさないといけないというようなことですが、先ほども例えば地域包括ケア病棟をどちらに分類していくかということも含めて、まだまだ、病床機能というものを今後も検討していかないといけない課題かと思っている。

委員 医療療養病床について、隣の圏域の野洲病院や県立総合病院、済生会からかなり紹介が多い。医療療養病床が全く受け入れられずお断りをすることが多い。南部圏域に医療療養病床が極端に少ないですので、そういったところも連絡しながらやっていただくと長期療養が必要な人が問う圏域で利用できるという運用ができるかと考えている、直接できませんので保健所の方々に調整をお願いしたいと思っている。

委員 確かに、圏域をどの範囲にするか、確かにいろんな議論があり、滋賀県の場合はだいたい二次医療圏内ということにはなっているが、実際に患者さんは圏域を超えて動いていくので圏域だけで独立して何か決められるかということとそうではない。コロナもあり調整会議も開きづらい状況がつづき、以前はもう少しあった県全体での調整あるいは情報共有の機会も少なかった。圏域調整をやっていく必要もあるかとは思いますが、すべてが圏域完結となるかということとそうでもない。県にあげていきたい。

議長 大変貴重な御指摘とご意見をいただいた。

再検証対象の能登川病院については、今後の医療機能や病床の方向性について、2023年度末までに公立病院経営強化プランの策定について御報告いただくこととし、それ以外の病院については、ここで一定合意を得られたとさせていただきます。今後とも、この圏域にふさわしい医療について、この会議で継続的に議論していくこととします。

### 3) 外来医療計画に基づく医療機器共同利用計画書について

【資料3-1】より事務局、委員より説明

議長 共同利用しないということも許されるのか。

事務局 共同利用を推進していきたいとは考えるが、現在のところ共同利用しないということも可能。

#### 4) 圏域における地域包括ケアシステム推進に向けて（意見交換）

コロナを通じて見えた課題等から、今後地域に必要な医療体制や在宅医療介護

【資料4-1】より事務局より説明

議長 今後のコロナ対応について、各病院からひと言ずつコメントをお願いします。

委員 中等症から重症、特殊な患者さん、例えば人工透析や妊婦さんなどを中心に診ていくことを考えている。医療従事者は当分マスクは着けるだろうけど、外来の患者にはマスクを求めるかどうかは考えていけない。やはりインフルエンザとはかなり違うので。

委員 5月以降インフルエンザと一緒に個室対応でいけるのではというのは甘いと思っている。院内にクラスターが広がる可能性はあるので、やはり区域を区切って患者さんを集める対応を続けていかないと。結核病床の反対側を仕切り 20床ほど、個室対応ではなく区画を区切ってコロナ患者を診ていこうと考えている。

委員 慢性期の病院なので、基本的には急性期で診ていただいた患者さんの受け入れが主体と考えている。クラスターの経験の中で重症化された患者さんはいなかったが、パーティションで患者さんを集めて対応した。ただ、重症化した場合については急性期病院に頼るところはあるだろうと考えている。

委員 3回クラスターがあったが、なかなか転院はできず、個室あるいは大部屋で対応した。幸い 100 歳超えた方含め死亡例はなかった。ラゲブリオ処方が効いたのか、そういう症例ばかりであったので、職員は慣れ対応しやすい雰囲気にはなる。ただ、重症例の経験はないため、中等症 1 くらいまでできる範囲でやっていきたいと考えている。感染部屋を設けながら対応できればと思っている。外来患者にマスクを強要できないと思うが、咳込んでいる人などは職員からマスクを提供する形で対応し、職員は全員マスク使用の方向で考えている。

委員 クラスターがたくさん発生して、入院が取れないことが続いた。入院患者がとれなくて経営の危機になった。年が明けてなんとか回復してきた。

委員 病院でウィズコロナは無理と考えて 5 月 8 日以降も現状を続ける予定。コロナ患者の部屋を掃除しただけで感染し、エアロゾル感染の怖さを知った。職員はずっと N95 着用で対応している。

今後想定される病院間調整の問題を提起しておきたい。5 類になった場合、転院してくる患者さん等々どちらかの病院で陰性確認し一般病棟に入れているが、全病院が共通認識してできるかという問題があると思っている。今後、おそらく、各病院の地域連携室等でこういう形で転院を受けますということを明確にさせていただき、対応する必要があると思います。

委員 第1波に比べ、第7波、第8波の対応では、ワクチンを奨励して3回以上打っている人や1回罹患している人は軽症で済まれた方が多かった。クラスター一時、スタッフを休ませないといけないことが一番大変だった。もう一点、いつまで薬剤が公費負担でしてもらえるのかが大きな問題であり、療養病床では、全額治療費を負担するとなると治療はできないので、政府の考えを注目していきたい。

委員 かなり大きなクラスターが起こり、やはり、超高齢者を中心に療養していただいているので、一旦なるととんでもないことになる。すごい感染力だというのが正直なところで、感染力が弱くなるわけではないと思うので、5月以降少し緩めてもいいのかとも思うが、法人として統一して指針が出されると思う。

委員 ひっきりなしにクラスターが起こり、感染経路を追ってもわからず悩ましい。DPCでは薬も包括されているため、薬を出すと全部赤字になる。入院患者でクラスターが出たら薬を出さないわけにはいかないので300万円ほど赤字になった。このあたりを考えると対応を緩めるというのは考えられない。

委員 クラスターを経験して転院できず、逆にそれで職員も慣れたところはある。院内患者は自分のところで診るしかないかと思うが、中等症以上の場合薬もすぐに用意できないので急性期病院にお願いするかと思う。  
感染対策についてまだ方針は出していないが、基本的にはマスク着用の形で進めていきたい。

委員 しばらくはこの感染対策を継続していこうと思っている。その時期の流行の度合いでしっかりとした対策を今後もとっていないといけないと考えている。院内で発生した患者は診ていたが、人員をかなり取られ大変であった。人的な余裕がないのは他の病院も同じだと思う。普段から確保しておくことは非常に難しい問題。場所の問題で、外来のゾーニングなどもなかなか難しい。今後の感染対策、外来のゾーン分けなど、今後どうしていきたいのか政府の検討が明確ではなく、もう少し示していただけるとありがたい。

議長 一番の懸念は、5類になり多くの開業医を含め医療機関に診てもらえるようになると報道があるが、どう考えてもどこでも診られるということにはならないだろうと思う。発熱外来をつくるということをしていくと思う。発熱患者が増えたらまた発熱難民がでかねない。そういう時どうするのか、インフルエンザは診るがコロナは診ないという医療機関にどのように同意してやっていくかが課題かと思う。もう一点、インフルエンザと違うのは感染力が圧倒的に強いということ、検査陰性で受け入れた後、陽性になった場合、入院前からウイルスを持っていたのか、病院に入院後なったのかということに関しては、医療機関に行ったらコロナになるというふうな患者さんの理解にならないようにみんなで考えてやっていかないといけないと危惧している。

委員 救急隊員同士の感染対策、搬送後の救急車消毒作業で人的負担がかかっているのと PPE 交換等で感染対策には時間も経費もかかっている。ここ 10 年、コロナだけの影響ではなく救急出動件数が 20%以上増えている。消防職員や受け入れる病院も負担が増えていることが課題になっている。休日急患診療所を運営するうえで、類型が変わっても動線分離、自家用車での待機、服薬指導、会計も車にのったままとしばらく変わることはなく負担が続くのではと考える。季節性がなくインフルエンザとはやはり違うと危惧している。

【資料 4-2】圏域の在宅医療の現状について、資料により事務局より説明

委員 コロナに関しては、施設系では個室中心の施設でない限り、6 割以上コロナを経験している。そういった中で、いかに重症化して亡くなれるのを防ぐかということをやってきた。入院調整に時間がかかり、ほぼ一日がかりで、それでも入院できない状況が続き、施設での看取りも 1 人あった。ご家族への説明も非常に難しいのと職員も動揺するといったことがある。5 月以降この入院調整がスムーズにいくよう願っている。待期間が一律 10 日では、最小限のケアに移行すると利用者の ADL が非常に下がるので大きな課題であった。在宅に関しては、訪問系の事業所が陽性者にきちんと訪問できるような体制を例えば保健所と協働するような形でバックアップしていただき、仕組みを整えないといけないと思っている。一方、宿泊施設を新たに設けていただいたのは、在宅介護にとっては非常に大きかったと思っている。

委員 病院との連携では、医療機関でどのように本人や家族に説明されているのか、以前なら同席させてもらって、家族の受け止めや本人の理解というところをある意味通訳というか説明を補う役割を担っていたと感じているが、同席できないとわからなくて、後から病院に再三確認するようなことがあり困った。今回の類型変更で対応が変わってくるのかなというところで、私たちの役割もまた発揮できたらと期待している。

委員 訪問看護では陽性者への対応はほぼできるようになってきている。訪問介護では、なかなか陽性者への訪問は難しいケースが多くて訪問看護に依頼が来ることが多かった。入院でもなく、在宅におられてもやはり ADL が低下し、認知症が進行したり、それをどう支えるかが課題になってくると思っている。

委員 看護の現状も同じで、コロナ病床が増えるとそこに手がとられるということになり、3 年間、訪問看護師も含め、コロナに対応する看護師等は踏ん張ってきた。やはり人員確保と看護職、介護職のケアが必要と思っている。また、病院の説明に立ち合いできないケアマネジャーに対してはリモートでのカンファレンスや病状説明も少し進んでいるかと思うので、利用しながら連携していきたい。



委員 市民さんにいかに今のシステムが周知できていないか、発熱外来もなかなか伝わっていないと感じている。発熱にとっても敏感になっていて、休診が多い木曜日などはパニック状態になっていてどう説明したらよいか困ったことがあった。在宅の生活をされている方を支えるケアマネージャからは、どのようにプランを立てたらよいのかと相談されるが、適切にアドバイスできないと御指摘もいただく。そのあたりも含め、どのように高齢者の生活を支えていったらよいか考えていかないといけないと思っている。また備蓄なども、これまで考えていなかった消毒液やマスクも含めて市として考えていかないといけない。

委員 ショートステイの施設がクラスターで半月閉まってしまった。家族の苦労やヘルパーの負担など聞かせてもらっているところ。退院調整についても医療機関の皆様には、ご苦労されているという状況も聞かせてもらい、対応に感謝しております。

委員 地域の医療機関の精力的な活動もあり、ワクチン接種も進んだ。また自宅死亡の多さも町内の医療機関の努力もあって結果として出てきているのではと思っている。引き続きご協力をいただきたい。

委員 従来から感染対策で特段コロナに対してどうだったということは無かったが、20年の秋ごろに回復した。訪問歯科診療に関しては患者からお断りが多くて出勤機会は減った。施設の定期的な口腔ケアについてはコロナに関係なく行かせてもらったが、ショートステイやデイサービスを通して感染された。利用者より職員の方が感染して訪問診療を中止するというケースが増えた。コロナに対する恐怖心は少し減ってきて訪問診療の要望は増えてきたかなと思う。

委員 1人でやっている薬局もあるので、5月以降も今まで通りの対応をしないといけないかと思う。

## 5 その他

滋賀県保険者協議会より、協会けんぽレセプト分析結果について、資料のとおり情報提供

閉会