

令和5度 第3回 湖南圏域2025年医療福祉推進協議会 議事概要

日時：令和6年2月21日（水）13:30～15:40

場所：草津保健所 3階大会議室（ZOOM併用）

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：びわこ薬剤師会 米田委員、滋賀県立精神医療センター 大井委員、
南草津野村病院 野村委員、健康推進員連絡協議会 伊藤委員、
栗東市 太田委員

議事の経過概要

開会 13:30

あいさつ 滋賀県草津保健所 川上所長

以降、設置要綱第6条に基づき、会長が議事進行。

議事1 湖南圏域における病床機能分化・連携について

事務局から説明。

事務局)

公立病院経営強化プランについては第1回会議に済生会守山市民病院からのご報告と圏域の合意を得た。第2回会議では県立3病院と市立野洲病院より検討状況の報告をいただいた。今回は県立3病院と市立野洲病院よりプランの素案を報告いただき、圏域としての合意を図りたい。

会長)

初めに、県立病院の公立病院経営強化プランについて、病院事業庁より説明いただきたい。

病院事業庁から資料1-1、1-2、1-3に基づいて説明。

前回の協議会において、県立病院中期計画の骨子案を説明したが、今回は改定素案としてより具体的な内容を記載したものを示し、ご意見を伺い今年度中に策定をしたい。

この中期計画自体は、令和4年から令和7年度までを対象としたプランであったが、令和9年度までのプランを策定するよう、総務省から公立病院経営強化ガイドラインが示されたため、今回改定することとなった。

重点的取組として「災害医療の強化」を加えている。現在も能登半島地震への対応等を行っているが、被災地からの患者の受け入れや医療搬送ができる体制等を整備すること、また県の災害拠点病院の指定を受けることを将来目指すということに記載している。

「医師の働き方改革への対応」として医師の人材確保や医師のタスクシフト、タスクシェアの取り組みを推進することを記載している。

本編28ページの図は、病院統合とそれに病棟移転の経過を示している。現状は小児保健医療センターが100床、総合病院が535床の計635床である。令和7年1月の組織統合時点では総合病院が計635床となり、病床数としては変わらない。令和8年1月に小児病棟を総合病院の中に移転し、小児病棟72床、一般病床437床、休棟51床の計560床となる予定である。病棟移転のタイミングが病院統合とずれるのは、小児患者を総合病院の建物に受け入れるための工事等に時間を要し遅れる見込みであるため。令和11年1月に小児新棟の建設を予定しており、休棟51床を戻して全体で560床という形で考えている。令和8年1月に635床から560床へ全体で75床減るが、75床の内訳は、高度急性期12床、急性期60床、回復期3床である。ただし小児新棟ができるまでは休棟が51床となるため、一時的に回復期が38床となる。病床の実際の運用は、県の三次機関として提供している高次脳機能障害や難病に係るリハビリテーションについては引き続き取り組んでいく。湖南地域では回復期機能の充実を図る必要があ

るとされているため、回復期機能は一定維持する。充実しているとされる急性期機能については、他病院との機能分化を進めながら病床数を削減するという考え方で整理をしている。

会長)

ただいまの説明について、質問、意見があれば発言されたい。

県立病院は3つのうち、総合病院と小児保健医療センターが合併すると説明があったが、精神科について、今後合併する計画はないのか。精神科といえども、高齢者も多く、内科疾患を合併している方も多いと思う。総合病院の中に精神科がある方がよりニーズに対応できるのではと思う。

委員)

総合病院の精神科について、4月から大学からの医師派遣が決まっており、緩和ケアも含めて体制が整うかと思う。小児保健医療センターと県立総合病院はすぐ隣にあるが、精神医療センターは場所が異なる。既に精神医療センターからは小児保健医療センターの外来も含めて、多大なサポートをいただいております、4月に新しい病院長が着任されたらいろんな連携ができればと考えている。今後認知症を含めた高齢者が増えることにおいて、一番重要な職種は作業療法士と考えている。精神医療センターの精神領域の作業療法士、県立総合病院の身体領域の作業療法士、小児保健医療センターの発達分野の作業療法士が県立病院の機能を生かして3分野で強く連携できると思うので、作業療法士を軸に、県民のために医療の推進ができればよいと個人的には考えている。今後の超高齢社会を見据えて、県立病院としてどういう機能が担えるかということを実際に考えていきたい。

会長)

統合されないが、より連携をして、内科・精神科、全身的に見ていく体制をとっていただくと理解してよろしいか。

委員)

既に精神医療センターの小児を専門にしている精神科医から、そういうお話はいただいている。完全に組織を一緒にしなくても強く連携できると思っているので今後進めていきたい。

委員)

小児保健医療センターはいろんな科があると思うが、統合後、慢性期病床に入院される患者像と急性期病床の方の患者像について、連携の具合について教えていただきたい。

委員)

重症心身障害児者においても、一般の肺炎であっても、長期で入院せざるを得ない状況もある。急性期の一週間の入院や、急性期の治療が済んで慢性期に移行した場合に関しては、従来と同じような付き添いのない形の医療を継続していく形で機能分担し、病棟によりある程度分割していくというふうに考えている。まだ明確に決まったわけではない。

委員)

急性期病床の付き添い等については今までと比べてどうか。

委員)

今、重症心身障害児者の患者にアンケートを実施しており、患者から付き添いをしたいというニーズもあるようである。今までは付き添いなしと決めていたが、統合後は柔軟な体制で、患者のニーズに寄り添うような形で重症心身障害児医療を継続することができればと考えている。決まったわけではない。

委員)

成人期の重症心身障害の方は、急性期や慢性期のどこで診ていただけるか。

委員)

具体的な話が進んでいるわけではないが、私自身の構想としては、重症心身障害児者診療チームを作りたい。重症心身障害児者であったとしても、今まで本院が培ってきた、ジェネラルマネジメントを行い、成人科の例えば外科分野等をそれぞれの専門チームがある程度協働しながら診療していく形が、患者にとって一番よい医療を提供できる形になるのではないかと考え、そういう方向性で進めていきたい。

委員)

ぜひそういう方向で進めていただければと思う。

委員)

今のご要望は、貴院の成人期の患者が、緊急の外科手術や、心筋梗塞のカテーテル治療等が生じたときにしっかりと診てもらえるかということだと思う。本院は最近外科が緊急手術も含めて症例数もかなり増えており、循環器に関しては以前より24時間365日断らないという体制で当直も置いている。今後小児に特化した重症障害児等のドクターカーを配置したいと考えている。救急車等いろいろ大変な場合は本院の救急科の医師がドクターカーに乗って、迎えに行くということを検討したいと考えているので、ご遠慮なくご依頼いただければありがたいと思う。

会長)

では、他に意見がなければ、県立病院の公立病院経営強化プランの合意としてよろしいか。

(発言なし)

異議ないようなので、合意に至ったものとする。

続いて、市立野洲病院の公立病院経営強化プランについて、説明いただきたい。

委員)

本院の経営強化プランについて事務方より説明させていただく。

本計画書は、総務省が示す経営強化のガイドラインに準じた項目立てである。

計画の期間は2024年度から2027年度までの4年間である。なお新しい野洲市民病院の完成・開院が、令和9年3月であることから、経営強化プランで目指す改革のあり方、病院の姿は、前回会議でも報告した、新しい野洲市民病院のあり方とイコールになると考えている。なお本プランは、新しい野洲市民病院の基本計画を時点修正する方法で策定をしている。人口推計によると、野洲市はこれから20年間で約1割総人口が減る。これは、湖南圏域の他の3市とは異なる点である。高齢化率、特に後期高齢者については、他の3市を上回って伸びることとなり、医療が必要となる高齢者は20年間で約11%も増える推計である。

野洲市民病院の病床数は、野洲市の人口推計を十分踏まえて検討していく必要がある。病床構成の病棟区分として、一般急性期はこれまで110床で運用してきたものを、新病院では60床とする計画である。なお、昨年6月から110床の急性期を半分の55床とし、試行的に維持期に区分される障害者病棟として運用をしている。新病院ではこの結果を精査して、病床を構成していく。障害者病棟の運用状況は、潜在需要はおそらくあるものの、本院とのマッチングが難しく、患者実数は伸ばせていないところである。

また、今回の診療報酬改定による新しい病棟創設の流れなどは反映できていない。今回は計画として示したものであり、今後、継続して十分考慮し、地域包括ケア病床、回復期リハ病

床など、近隣の高度急性期の病院との機能区分と連携と相乗効果を第一に考え、柔軟に設定をしていく。

野洲市民病院は、本市唯一の中核病院であり、在宅医療の要である。当院が地域包括ケアシステムに向けて果たす役割の項目には、周辺の三次医療機関と地域の診療所の間には存在する在宅医療の充実のため何を成すべきかを記載している。

具体的には、地域連携の担当部署を「患者サポートセンター」として、昨年11月から改組、充実して運用している。患者の相談、入退院などのケースワークの強化だけでなく、周辺機関との病-病連携をスムーズに運用し、機能分化における地域医療の充実をさらに強化している。

また、地域の連携としては、地域包括支援センターとの連携だけでなく、診療所の医師や居宅介護支援事業所との連携も重要と認識している。当院は居宅介護支援事業所と訪看を持っているので、病院としても密に連携をし、隙間のない、取りこぼさない支援を進めていく。救急については、二次の役割を、新しい病院でも引き続き果たせるよう、新病院では一定の規模のERを整備し、急性期医療を自院でできるよう考えている。ウォークイン患者の対応の充実やケモの他、オペ室も3室をしつらえ、低侵襲性の手術などには適切に対応していく。経営形態として、当院は「市が直接経営する」ことを基本とする。「地方独立行政法人化の検討」については、方針の破棄まではしないが、「今後も経営形態の最適化について検討する」という表現としている。なお指定管理委託と民営化については、地域における当院の役割や地元守山市野洲医師会からの御忠言なども踏まえて、選択肢から除外をした。

収支の見通しについては、累積剰余金は、現在30億程度を有していることが幸いし、整備に係る支出が膨らむ開院後の期間中も、最低10億円台のプラスを維持できると見込んでいる。また経常損益については、新規開院の8年目から黒字ベースに乗ると試算をしている。大変厳しいことには変わらないが、市による繰出し基準通りの支援として、毎年4～5億円の支援を受けながら経営を進めていきたいと考えている。

近隣病院や地域の先生方からのご支援、ご指導を深くお願い申し上げます。

会長)

ただいまの説明について、質問、意見があれば発言されたい。

当院はずっと診療所として10～20年ほど前から野洲病院に関わらせてもらっている。病院として診療の機能が良くなってきているので、絶対にこれは落として欲しくないと思っている。もう一つは、公立病院でも、経営は大事であり、病院が市の財政の足かせにならないように、常々経営について考えていただきたいと思う。

内科と精神科の連携について、昨年お話しいただいたが、その後何か進展はあったか。

委員)

継続している。

会長)

特に内科と精神科が診療を上手く連携できているというふうに考えてよろしいか。

委員)

湖南病院の医師が週1回野洲病院に出向して、精神科的な治療の問題や看護の問題等のケースカンファレンスを、10年程行っており、引き続きさせていただく。当初は、内科の医師を湖南病院に派遣してほしいとお願いしたが、その問題については保留である。

会長)

医師を1人派遣するのは確かに難しい。引き続き連携を密にさせていただき、内科・精神科関係なしにチームができるように、よろしく願いたい。

他に意見がなければ、市立野洲病院の公立病院経営強化プランの合意としてよろしいか。

(発言なし)

異議ないようなので、合意に至ったものとする。

他の病院から病床機能の変更等、報告があれば説明されたい。

(発言なし)

では他に意見等ないようなので次の議題に移る。

議事2 外来医療計画に基づく医療機器共同利用計画について

事務局から資料2-1、2-2に基づいて説明。

事務局)

共同利用計画書は医療機関からの提出後、計画の内容に沿って、地域医療構想調整会議等で確認することとなっている。今回の会議までに二つの医療機関から共同利用計画書の提出があったため、この場で皆様にご確認をいただきたい。

会長)

それでは提出された計画について、淡海医療センターから何かコメントがあれば伺いたい。

委員)

今回新しく購入したということで新たに共同利用計画を書いた。今後PETも導入する予定である。それ以外にCT、MRI等々で希望があれば、言っていただければと思う。

会長)

質問、意見があれば発言されたい。

共同利用の相手方にjoiaクリニックとあるが、具体的にどのような医療機関か。

委員)

不確実ではあるが、加藤乳腺クリニックと当院は患者のやり取りが多くあるのでその関係だと思う。

会長)

はやし脳神経外科クリニックについて。MRIの件数が増えることで、診療所の診療報酬の平均点数があがり、個別指導の対象になる場合があるので、十分注意していただきたい。また、自院の機器を使用して自院以外の患者の検査をすることについて、施設基準についても確認いただいた方がよいかと思う。

事務局)

いただいたご意見は、はやし脳神経外科クリニックにどういった協議がされたかという結果としてお伝えさせていただく。

会長)

では他に意見等ないようなので次の議題に移る。

議題3 第9期介護保険事業計画の改定について

事務局から参考資料に基づいて説明。

事務局)

各市において介護保険事業計画の改定が進められている。本日は介護需要の高まりに対してどのような検討や対策がされているかについて、また圏域での在宅医療連携に関して感じている課題などについて、各市から報告いただく。

会長)

続いて介護保険事業計画を所管している3市の委員より、各市での状況などについてご発言をいただきたい。初めに草津市からお願いしたい。

委員)

1点目、第9期介護保険事業計画の改定に関することについて。本市において、現在整備されてない事業は特定施設入居者生活介護と夜間対応型訪問介護のみであり、多岐にわたるサービスの提供ができていると考えている。令和5年4月現在で、特定施設入居者生活介護はないという説明をさせていただいたが、市内にサービス付き高齢者住宅や、住宅型有料老人ホームなど居宅系の施設はそれぞれ8施設、合計608戸あり、現在523人の方が利用されている状況で、供給量には余力がある状況である。市内の9ヶ所の小規模多機能居宅介護においては、登録定員に空きがあるという現状である。夜間対応型訪問介護においても、夜間の訪問介護を利用したいというニーズが少なく、併せて市内の訪問介護事業所のサービス提供が24時間体制という事業所も少なくないことから整備の必要性を感じていない状況である。特養の整備に関しては、本市で13施設の特別養護老人ホームを設置しているが、R5年4月時点において26床の空床がある。施設の聞き取り調査の結果では、入所を考えられない方も多かったというようなことから整備の必要性は現段階では考えていないということである。なお滋賀県で、令和8年度における要介護2から5の認定者に占める介護保険施設および居宅系サービスの利用者割合が35%以下を目安と言われているが、今現在県平均が34.3%で、草津市は第8期計画43%、第9期においては39%と、滋賀県内や目標を大きく上回っている状況である。

2点目、在宅介護の連携については、令和2年に草津市在宅医療介護連携センターを開所し、看護師1名と社会福祉士1名の相談員を配置している。草津栗東医師会はじめ関係者の方々と協議し、医療や介護の現場のニーズを把握するということを目的に、多職種が相談しやすい窓口として、さらには在宅医療の推進と多職種連携強化を目指し設置している。センターでは専門職からの介護の連携の相談や、多職種連携の仕組み作り、訪問診療の連携の仕組み作りなどを行っている。課題としては、1点目は後期高齢者の増加が見込まれる中、医療と介護の両方の支援を必要とされる方が増加する中でさらに今後、多職種連携の推進を図っていく必要があるということ。2点目は訪問診療のニーズが増えていくが、訪問診療をやめる診療所の先生方もいるというあたりで在宅診療を担う医師の負担が過重にならないような仕組み作りが必要だと考えている。今後も在宅医療介護連携センターの活用をしていただくとともにこのようなネットワークの中で一緒に考えていく必要がある。

草津市では高齢化率が現在22.2%と近隣の市町と比較すると非常にまだ低い状況ではあるが、今後さらに高齢化が高まり在宅医療の需要も高まる可能性があるため、今のうちから在宅診療の体制構築が必要になっている状況である。

会長)

次に守山市からお願いしたい。

委員)

本市も高齢者福祉計画の改定という形で現在作業を進めている。守山市も2040年に向けて人口も増える中で後期高齢の方が増えると予想をしており、介護の認定率は現在17.7%だが、9期計画では18.5%に伸びると想定している。8期計画では特養を90床の増床、小規模多機能居宅介護を1ヶ所設置する中で整備を進めてきた。グループホーム等の計画をしていたが、結果的には応募がなくできていないが、今後その辺の需要を踏まえる中で考えたい。特養における入居待ち等の人数やグループホームの入居数を調べてと、重ねて応募しているケースも見受けられた。8期計画でアンケートを実施し、在宅医療の看取りの希望が多いという結果であり、9期については小規模多機能居宅介護を1ヶ所整備し、令和8年度には設置できるように手続きを進めたいと考えている。

在宅の方では、在宅医療介護連携サポートセンターを設置し、4人の専門職を配置する中で、市内の県立総合病院、済生会守山市民病院長の医療連携室の関係者と連携を図り、在宅医療、看取りの体制を推進している。また今回守山野洲医師会会長をはじめ、医師会、自治会、民生委員、地域支援者、行政が相互に情報共有ができるように、「守山顔の見える会」を2か月に1回は開催し、患者に対して、横の繋がりが作れるような形の体制を今現在進めている。本計画を進める中で、今後も高齢者の支援に努めていきたいと考えている。

会長)

最後に野洲市からお願いしたい。

委員)

野洲市では介護保険事業計画については別に所管をしている政策監がおり、本日そちらから説明をさせていただく。

当市の高齢化率は、湖南圏域の中で最も高く、現在27%弱である。第9期介護保険事業計画期間中には、高齢者の人口の大きな変動はないものの、団塊の世代が全員後期高齢者となることから、後期高齢者の人口比率が高まることで、本市の要支援・要介護に認定率は、2026年度には約19.5%になると見込んでいる。

介護サービスの需要がさらに高まると予想される一方で、生産年齢人口が減り続けることが見込まれ、介護人材の確保、給付の課題を認識している。介護保険制度を持続可能なものとするため、介護を必要としないための健康維持への取り組みや、要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられる地域包括ケアシステムの構築をより一層進めなければならないと考える。具体的な政策としては、これまで地域包括支援センターが1ヶ所のみであったが、9期計画期間中に高齢化率の認定率がともに高い中部圏域に新たに1ヶ所整備して介護予防に向けた多職種による相談体制、医療福祉分野における関係機関との連携強化を図る。また介護サービスの基盤整備については、第7期計画期間中に100床の介護老人福祉施設、8期計画期間中に小規模多機能型居宅介護事業所1ヶ所を整備したが、介護状態になっても安心して暮らしていただけるように、在宅サービスについては、認知症対応型通所介護サービスと認知症対応型共同生活介護グループホームの整備、施設サービスについては、地域密着型の特別養護老人ホームの整備を本計画期間中に促す予定としている。

在宅医療介護の連携の関係では、行政、医師会、医療機関、介護サービス事業所等の相互連携を強化できる体制整備に向けて、地域医療のあり方検討会の在宅ケア部会や、24時間訪問看護介護検討部会などで検討を重ねているが、さらにこの取り組みを進めていきたい。

市民向けには、在宅医療に関わる介護保険制度やACP人生会議についての出前講座やの開催について市内施設や広報紙等において、啓発活動を進めていきたいと考えている。

介護人材の確保の前提がなければ、適正なサービスの提供が困難となるため、県制度の活用や湖南圏域各市との連携により、介護の知識の啓発や介護職の魅力発信事業に取り組むほか、本市の実情の事情に合わせた支援制度の創設についても検討していきたい。

会長)

ただいまの議事について質問、意見があれば伺いたい。

委員)

草津市からの報告の中で、特別養護老人ホームはまだ空きがあり、今後増やす必要性は感じないというような内容だったと思うが、特に特養に患者に移っていただこうと思うとかなり長く待つ印象がある。実際は結構空きがあるということでよろしいか。

委員)

草津市では、現在特養を13施設で789床整備しているが、R5年4月現在では26床の空きがあると聞いており、実際空きがあるということで把握している。

委員)

医療が必要な方で、最期まで看てもらえる施設は介護医療院等になってくるかと思うが、そういった患者がいた場合に、なかなか入居できない状況があるかと思う。湖南圏域で介護医療院をもっと増やすという考えはないのか。

委員)

草津市では、9期計画の中では今現在、病床を増やすという予定はない。

会長)

在宅で療養される患者の状態はかなり変わってきていると思う。今までなら在宅で療養できないような患者や、特に神経難病の患者で、施設で看ることができないという方でさえ、今は施設を利用されているケースが増えてきている。それに対してしっかりと支援していただくようなことを考えていただきたい。

先程も発言があったが、在宅医が自宅で診るのが基本とは思っているが、その中でどうしても手に負えないとか、一時的に何とかしてほしいとかいった場合に診てもらえる病院・病床を増やすということも大事なことだと思うので、よろしくお願ひしたい。

では他に意見等ないので次の議題に移る。

議事4 圏域圏域における地域包括ケアの推進に向けた意見交換について

事務局から資料3-1、3-2について説明。

事務局)

前回第2回会議において独居や高齢夫婦のみの世帯数やその割合についてのデータも共有をということでご意見をいただいたので、資料3-1として追加で共有をさせていただく。資料3-2は前回の会議でそれぞれの立場から意見を出していただいたものをまとめた資料である。圏域の現状や課題、今後に向けての方向性など、大変幅広い視点で貴重なご意見を出していただいた。議事録だけではなく、見える形にして、皆様との確認ができるように、在宅療養における四つの場面（①入退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）と関連させて、記載した。

会長)

ただいまの説明について質問、意見があれば発言されたい。

在宅医が在宅で患者診るためには、自分が手に負えなくなったときや状態が急変したとき、家族看取りで最後まで家で看しているにも関わらず状態が変わり何とかしてほしいときにいかに病院の医師がバックアップしてくれるかが重要だと思う。

支援病院と在宅の診療所がグループとして、在宅医療をされていると思うが、何かご意見があればお願いしたい。

委員)

守山野洲医師会の六つの診療所と連携して、在宅医療強化連携病院として使命を果たすべく考えている。ただ診療所の医師も1人で多くの患者を抱えて大変な状況で、当院から医師が行き死亡確認をすることもある。今後その輪を広げていくにあたり、診療所と支援する病院とか協力して、お互いを補完し合うことが必要になってくるのではないかと思う。全員を病院で看取るのはなかなか難しい。自宅で家族に囲まれて何時間を過ごして亡くなるというのは、望むべき姿の一つだということは訪問して印象深く残っている。ただ長期的に訪問診療するのはマンパワー的に難しい。当院も医師が17、18人しかおらず、担当しているドクターも限られるので、その点は開業医の医師と協力していきたいと思っている。今まで当院でも10数名の看取りをしたが、多くは上手くいき、喜んでいただけただけの状況であった。

委員)

在宅看取りが非常に理想的なものとして描かれているかと思う。家族の熱意や患者の病態等、条件が揃わないとなかなかできない。看取りを充実させるには、それぞれの連携を取ることが当然大事であるが、家庭環境をいかに整えるかということと、サービスの調整をどううまくやるかということである。それらを本当に連携しないと、家族が最後まで看取りをするのはしんどいと言う方が多い。病院の立場としては、できるところまで在宅で看取りをやっていただけないかと思う。しんどくなったり、最期亡くなるところが忍びないならば、病院で受け引き受けるが、そのまま在宅でという家庭は最期まで見てあげてほしい。誰もが無理することなく、上手く病院を使ったり、協力し合ったりして、その人に沿った最期を迎えさせてあげることが大事なかなと感じている。

より充実していただきたいのは、施設看取りである。施設・特養でも、看取りしてないところが多くある。人員の確保の問題もあると思うが、やはり特養や介護医療院は最期の生活を終えるところであり、そこがいかに大事かというところをもう少し認識して、施設看取りをしっかりと充実をしていただきたいと思う。

独居や高齢者の数がどんどん増えている。共生社会の構築という表現をするが、独居は引きこもりになり、日が当たらないところで最期を迎えたりされるので、まちづくりを医療者、病院、医師会、行政も考えていかなければならない。

会長)

小児の看取りは難病の方が多く、治療を含めてかなり違うと思う。加えて小児は母親の子どもに対する思いがかなり強く、なかなか医療に対して引き受け入れてもらえないことが多い。小児の在宅の看取りについて、ご意見伺いたい。

委員)

私自身は看取りの経験がない。開業医で、脳腫瘍の方の看取りをしたという例を聞いている。ただ、やはり母親等家族の感情の揺れが非常に時期に応じて多岐に渡るため、その時々細かな対応をしないと、なかなか最期いい看取りにならなかったと聞いている。そういうシステムや待遇、どういう人員を保有するのか等、体制作りをしっかりしないと、なかなか在宅での看取りは難しい面があるのではないかと感じた。

委員)

小児の在宅の看取りは稀なケースだと思う。ある程度医療が制限された中で、看取るのはそれなりの方針だと思う。第一線の病院でハイパワーの医療を展開して、その結果亡くなるというのが大半で、その状態で家に帰るといった経験があまりないので、それが現状かと思う。

会長)

次に草津栗東医師会での取り組みについて、ご発言をお願いしたい。

委員)

最近草津栗東医師会の中で訪問診療に特化した診療所が三つほどでき、ある程度ニーズには応えられる感じができつつある。しかし、既存の診療所の医師の中でなかなか訪問診療や看取りをしていただける診療所が増えてこないという現状があり、ネットワークを作ろうということで、草津の方は少し前にネットワークを作ったというのがあったので、栗東市でもそういうものを作ってやっている現状がある。

何か急変があったときに、別の医師が行って対応するのはなかなか難しい部分があるので、看取りの部分ぐらいしか代理して対応できない状況である。ただ小児と違い、高齢者の場合はほぼ超高齢者の方の看取りになるので、自宅で家族が看ておられながら、枯れるような形で亡くなっていかれるというのが一番理想的な姿である。ただ独居や高齢者夫妻だけのときはなかなか難しい部分があると思う。皆さんが思うような理想的な看取りが自宅でできるというのはやはり24時間365日自宅に家族の誰かがいるような環境があって初めて成立するので、なかなか難しい時代かなと思う。

先ほど特養で看取りをしてくれないところがあるというのは衝撃だった。自身は老健に週1回行っているが、老健でも看取りはある。実際自身が診ていた患者が、入所されて、そこで看取りということもあったので、やはり特養での看取りということをもっときちんと進めた方がいいのではないかなと思う。ただ難しいのは、施設の場合、施設に入所後は家族との繋がりがどんどん希薄になっていくところがあり、何年も経ったところで看取りの場面が出てきたときに難しいということが起こるのではないのかとは想像している。

会長)

続いて訪問看護の立場からご発言をお願いしたい。

委員)

退院時に在宅看取りを希望するという話で依頼が来るが、24時間介護をするということに対して、ほとんどの家族の方がイメージなく、看取りに対して理想的なことを言われる。実際にやってみて、数日で「無理です」と言われることも多い。訪問看護も、厚生労働省が定める疾患の場合で医療度が高く特別管理加算が取れる場合は毎日訪問ができるが、該当しなければ、医療保険でも週3回までの訪問しか入れず、介護保険を使っても要介護度に合わせたの単位数にあわせた回数しか訪問が入れない。病院でのオムツ交換や食事介助、保清というのを在宅でマンパワー的に網羅できないというところで、家族負担がかなり大きいという現状である。在宅医と連携しているが、家族に「先生を呼んでくれ」と言われても、必ずしもすぐに連絡がつかないことももちろんある。施設に戻ろうとしても、看取りができない施設や、使っている薬の薬価が高くて入れない、インスリンの回数が多かったり麻薬を使っていたら入れないという施設も多い。在宅看取りを本当にするというのであれば、環境調整や、訪問診療をする等が必要。最近では在宅診療に特化したクリニックが守山にも野洲にもできたりして、24時間連絡がつきやすいところもある。訪問看護だけでなく、ヘルパーの介入も必要だが、ヘルパーもだんだん弱っていく患者の様子を見ると、医療知識が少ないのでケアが怖いと言われたりする。多職種での連携等が今後の課題だと思う。

会長)

お配りいただいた資料は、委員の皆様が感じておられる課題や今後の方針について可視化したものである。基金での取り組み等考える際に生かしていただければ良いと思う。

続いて災害医療体制について、事務局から説明をお願いしたい。

事務局より資料3-3、3-4に基づき説明。

事務局)

令和6年2月14日に令和5年度の湖南地域災害医療体制検討委員会を開催した。災害時に、湖南地域での医療をスムーズに実施できるように検討する会である。

事務局)

令和6年1月11日に、湖南地域難病対策地域協議会を開催し、圏域における難病患者・家族が安心して療養生活を送るための課題を整理した。災害時対策があり一部協議をしたので、紹介させていただく。

会長)

各立場から現状や今後湖南圏域での充実が必要なことなど、意見交換をお願いしたい。

委員)

今回の能登地震に際しては、病院協会、県からも、直接DMATの要請があり、1月4日から5日頃から5クールぐらいまでDMAT隊を派遣した。被災地に行くだけでも時間かかり大変だったと聞いている。現在DMAT隊は撤収し、済生会の金沢病院に医師と看護師を派遣している。災害時の医療体制の充実に向けては、様々な議論がされているため、まずはこの体制でいけるのではないかと聞いている。病院協会としても、県と協力し、県全体として取り組んでいくということで、いろんなネットワークを作っているところである。

委員)

県の歯科医師会として、7地域の歯科医師会が順番に、毎週のように支援に行っている。詳細についての報告はまだ受けていないが、避難所においてのアセスメントや、緊急対応としての入れ歯の修理、応急処置といったことを中心にやっていると聞いている。

委員)

事業者協議会の連合会でDWATとして登録している人を継続的に派遣し続けているという状況である。滋賀県が二次避難先として石川県の被災者の受け入れようというので、介護コーディネーターという立場で石川県で7日間調整をした。結果的には他のところに対応するというので、現在滋賀県内に二次避難されている方はいない状況である。

石川県は結構コミュニティがあり、その崩壊が課題にはなっているが、当圏域は高齢化率は低い、単身者数が多く、マンションや戸建てでコミュニティがないという課題がある。今後湖南圏域をどうするかということを考えたときに、相当地域づくりをしていかなければと思う。また、普段は要配慮者ではないが、災害で生活環境が変わることで、配慮を要する高齢者の方が相当数いるので、早々に支援体制の構築が必要と感じている。

各施設が被災したときに、隣の法人や隣の事業所で助け合うことが必要である。事業所間と事業者団体、滋老協、介護サービス事業者協議会、ケアマネ協等との連携も必要。他の事業所に人を出さないといけませんが、自分の事業所を運営していかなければならないということもあり、石川県庁にケアマネジャーが集まっているが、ケアマネジャーの仕事もしながら、新規申請の方の対応もするという状況で相当苦しい状況が現在もあると聞いている。

災害は地震以外に雷、火事、風水害もある。災害規模や災害種別によって、準備をしても、「こんなところで支援が必要になるか」というような相当イレギュラーな事態が起こっている、適応力や瞬時に考えて動く力を養っておかないと厳しいと思う。

地域包括ケアの植木鉢の図を頭の中に思い浮かべてほしいが、本人の選択と本人・家族の心構えというのがあったと思う。災害に対して平時から備え、自分たちの身は自分たちで守ることをという心構えでいていただくよう、住民啓発や発信をしていく必要があると思う。

会長)

医師会として災害時の対応について、守山野洲医師会の例を言うと、メールアドレスを事務局で整えて、災害発生時にはそのメールを使って医師の安否確認と、診療所の診療可否について情報を収集し、例えば救護所が運営されるようになれば、その中で救護所に出向可能な医師を募集するというような形で今のところ考えている。行政と年1回訓練を行い、連携がスムーズにいくようにしている。

委員)

災害時の体制作りについて、4月以降介護保険法の改正があり、居宅介護支援事業所、ケアマネ事業所も含めて各介護サービスの事業所が事業継続計画いわゆるBCPの策定を義務付けられることになっている。この機会をしっかりと捉えながら、地元の事業所を守るのはもちろんであるが、やはり他地域との連携や法人間の連携、ここが一つのキーワードになってくるかと思うので、我々団体も含めて、各医療機関の皆さんとも含めて連携の必要性が今後ますます高まるのではないかと思う。

会長)

では時間となったので、本日の協議を終了させていただく。

事務局)

来年度も年3回の会議を開催予定しており、第1回会議は7月から8月ごろの開催を予定。