

## 第2回甲賀圏域地域医療構想検討会議 議事概要

日 時：平成27年11月24日（火）13：45～15：15

場 所：滋賀県甲賀合同庁舎 4階 4-A会議室

出席委員：木村委員、青木委員、清水委員、渡田委員、大野委員、中島委員、田中委員、  
生田委員、相馬委員、中森委員、福井委員、山下委員、辻委員、西澤委員、  
向委員、杉田委員、谷口委員、木下委員、西野委員、井上委員、井花委員、  
吉村委員、前田委員、上山委員、上田委員、安藤委員（順不同、敬称略）

欠席委員：古倉委員、福澤委員、葛江委員（順不同、敬称略）

事務局：甲賀保健所

荒木所長、甲賀保健所担当職員、健康医療福祉部担当職員

### 議事の経過概要

1 開会宣告 13時45分

2 あいさつ：甲賀保健所 荒木所長

3 議 題

(1) 甲賀圏域地域医療構想検討会議まとめ(案)について

事務局より資料に基づいて説明があり、その後意見交換が行われた。  
その概要は下記のとおりであった。

座 長 現場で困っているようなことも含めて広くご意見いただきたい。  
委 員 医療のところから、自分なりに考えていることを申し上げる。国の方針は割  
と変わる。変わるなりの理由はあるだろうが、どこに問題があるのか、それを  
言わずに変えることについて、現場では不満が大きい。ここで検討した内容も  
またすぐ変わっていく。2025年を目指してというこの計画は、だいたい  
そのような傾向かなというところ。地域医療構想の人口動態も目減りを頑張っ  
て減らそうと滋賀県が目指している人口とは違う。事務局の説明は国のデー  
タであり、国の方針に基づいてやっておられるが、県の目標とする人口とは違  
うことを覚えていて欲しい。また、計画の目的は何か、何を目指しているのか。  
医療費を削減のためにやっているのか、という思いがある。私はこれには賛成  
していない。おおよその方向を示す計画であり、私共をしぼる計画ではない。  
7ブロックで分けるという圏域の設定がおかしい。先ほども「高度急性期は、  
圏域を超えて」と説明があり、既に計画で決めた区分けとは変えている。現実  
に即して言うならば、高度急性期のところは、この7ブロックで分けるのは無  
理である。圏域についてはいろいろ意見がでていいる。4つの病床機能の分類の  
根拠がわからない。診療報酬の点数だけで分けており、患者さんの性質的な面  
が全然考慮されていない。機械的に数字で分けただけの機能分化と言われるこ

の数字はおかしいと考える。圏域の分け方も、病床機能の分け方もおかしい。1つだけ賛成できるのは、慢性期と在宅・地域医療とを一緒に考えていかなければならないとしている点。地域医療構想はおおよその目標であり、数値目標は私共を縛るものではないという解釈で進めており、だから私はこの会議に参加している。

座長 在宅医療、介護のことが問題になっている。老々介護に疲れた親子3人が車で川につかり、助かった娘は殺人でつかまるといふニュースがあった。現実にそういう問題が起きている。老老介護等このような問題をどのように手当てをしていくかということについて行政としては、どう考えているか。

委員 ご指摘の内容は、まさしくそのとおりである。介護保険の計画は3年ごとに見直している。3年間の計画については甲賀市、湖南市ともに高齢化に少しゆとりがあるが、2025年に向けてということになると、整備に多額の金額が必要であり、また介護者の人材不足が大きな課題。人材確保については市単独では難しく、現在県の計画と一緒に取り組んでいる。医療と介護の連携については、医師会の先生のご支援も受け、勉強会を始めているが、医療従事者の絶対的な不足をどのように解消していくか、大きな課題である。

委員 甲賀市についても湖南市と同様に進めており、課題も同様である。昨年度から、在宅医療をいかに進めていくのかについて在宅医療推進検討会議を立ち上げ、専門部会では、訪問看護、地域リハビリテーション部会、多職種連携部会を設け、いろいろなご意見を伺いながら進めている。拠点はどこにもっていくのか、市の関与しているところにおくべきという意見をいただきながら、現在検討しているところである。

座長 この会議自体は、地域包括ケアについて今後どのようにしていくか、また今後問題となっていく在宅訪問診療、在宅看取りのシステムをどのように構築していくか、というところが主題になる。皆様の本当に身近で起こっている問題を今後どのように考えていくかが課題になるかと思うが、いかがか。

委員 保険者協議会の代表であり、患者の立場と医療費を支払う立場からの両方からの意見を述べる。患者の立場からは、地域で質の高い医療を受けられるような体制整備をお願いしたい。医療費を支払う立場としては、加入者の保険料負担が、過度なものとならないように、効率的な医療提供をお願いしたい。資料1会議まとめ(案)19頁の最後にあるような取り組みを進めていただきたい。

座長 質の高い医療とは具体的にどのようなことをおっしゃられているのか。

委員 保険者としては、重複受診を課題としてとらえている。できれば、身近なところで手厚い医療を受けられれば良い。

委員 ずっと疑問に思っているが「住み慣れた地域」とはどこを指すのか。また、「地域内」とは、どこを指すのか。

委員 地域医療構想では、県全体で考えるべきなのか、「住み慣れた地域」とはこの地域では甲賀市、湖南市なのかということも議論の一つだと思う。

委員 住み慣れた地域とはどこなのか、地域と軽く言われるが、どこなのか。どなたか答えられる方、答えていただきたい。

- 事務局 私の考えであるが、「地域」とは、高度急性期であれば県、いわゆる二次医療では圏域、介護では市町、中学校区。内容によって「地域」の意味は変わってくると理解している。
- 委員 介護の現場では、行政の考えている小さな単位を越えて動いている。必死に生きるためには、県を越えて動いている場合もある。なぜ地域包括ケアが進まないのか、その原因は何か。
- 委員 別の観点を1つだけ話したい。在宅は短期間のリソースギャップ埋めるという意味では良い。しかし、保険料を2倍3倍に上げることはできない。20年後、保険料を払う人は今の半分に減る。今と同じリソースで1.5倍の人を賄わなければならない。どうすれば効率良くできるか考えなければならない。それがリソースの配分であり、それをするのが行政の役割である。しかし、2035年には行政は役割を放棄すると内閣は言っている。放棄すると言っているのは言い過ぎであるが、「自主独立でやりなさい」と言っている。その様な中、我々は、リソースの効率的配分を考えていかなければならない。
- 委員 生田委員のおっしゃるところは一理ある。湖北の「いぶき」は、とにかく家に帰そうと努めてきたが、家に帰っても身近な人がいない等の理由から、一生懸命家に帰すことはやめたとおっしゃっていた。本当に家に帰るのが良いかが課題。訪問診療、在宅診療を一生懸命やるが、医療よりも看護の必要度が高く、その状況が整わず、家に帰れない場合がある。在宅を考えるのであれば、在宅の看護力を見極めた上で、それに見合った形で在宅診療を構築していく。これから子供が少なくなり、高齢者が増えていき、在宅で見る力が減っていくにもかかわらず在宅、在宅、というのは難しい。一部はできるかもしれないが、大半は施設等で見ていかざるを得ないのではないかと。そちらの方の拡充が必要である。その場合も、介護スタッフの数を確保しなければ進まない。医療構想そのものが、現時点の圏域の医療レベルを想定しているが、医療機関そのものが変わっていく可能性があり、本当に見据えられないところがある。その意味で、努力目標ということが適切かと思う。どういう患者が医療を必要としているか分かると体制が組みやすく、患者の動向により医療機関も変わっていくであろう。甲賀病院は、高度急性期までできるかどうか自信はないが、急性期医療を充実させ流出を減らすよう努力していきたい。それによってもこの構想は少し変わっていくのではないかとという想いもある。
- 委員 医師として、保険者に伺いたい。重複受診を避けて欲しいというのは、もつともである。精神科でも重複受診は非常に問題であるが、我々には知りうる事ができない。あまりにひどい症例などは、保険者に聞くこともあったが、ルールで教えられない、と言われた。そんな中、重複受診するなど医療機関に言われても無理であり、それならば、保険者も重複受診をしないシステムを考えていただければと思う。次に病院管理者として述べる。甲賀は医師が少ない。その中で、質の高い人材の確保養成といっても、今後医師、介護職、看護職が増加する、ということはなかなか難しい。そんな中、有効利用として、どこかにお勤めの医師に週に1回、人材が足りていない医療機関に来ていただき、な

んとかまわしている。過日、保健所の監査で当院より他院に週1回、業務命令で医師を派遣していることが不適切であると指摘された。不適切であるかもしれないが、その派遣により、地域の医療はなんとか支えられている。そこを否定するのは行政として矛盾があるのではないかと感じる。

委員 甲賀病院が頑張ると言っていたが現状をお伝えする。このエリアの中心は甲賀病院である。統計によると、平成24年に救急搬送全体の60.5%を甲賀病院がとっていた。平成26年は救急搬送全体の48.8%を甲賀病院がとっていた。新病院に移られてから減少している。また、今年の1月から10月の統計でも現在甲賀病院がとっているのは救急搬送全体の約半分である。土山、甲賀、甲南、からの救急は、ある時間帯はほとんど断られており、退院後2~3日の患者も断られている。慢性期の方で退院して2~3日で状態が不安定になった患者もとられない。このような状態で、私としては甲賀病院のやり方にいささか不満がある。甲賀病院に、この甲賀エリアの中心的存在としての役割を果たして欲しい。そうしていただければ、圏域外に流出している患者も少し減っていきスムーズに事は運ぶ。地域包括ケアがなぜ進まないか。その一つの答えが、医療機関が24時間365日必死でやるかということである。もう一つは、行政が24時間365日のつもりで動くか。この2つである。開業医の先生が診療所にいない時間外・深夜をどうするかということと、病院は病院としての責任を果たす。ここから仲間意識が生まれる。もう一つ言うならば、行政に携わる人が24時間365日の体制を組むこと。この2つが地域包括ケアを進める方法である。

委員 地域包括ケアが進まない理由について私見を述べる。医師同士のコミュニケーション、一同を介しての会議がなかった。清水院長主催で病院長会議を年2回しているが、そういうところから突破口が生まれると信じている。それぞれの病院の役割がどこにあるのか、どこを求めておられるのかを、素で話ができる土台が今、ようやく出来上がりつつある。会議を今後も続けていただきたい。私は、リハビリテーションをしている。そのようなことをいろんな形でアピールさせていただく機会も生まれてくると思う。国がやれ、といっている。逆らいたい部分もあるが、逆らっても仕方ない部分も多々ある。その様な中、我々の中で何をやって行けるのか、また、住民さんから、「そこ足りないね」と言ってもらえると、我々としては動きやすく、それがこの会議の神髄かと思う。

委員 地域包括、在宅についてどうするかという意見が、この会議で出てくるようになってきてうれしい。当院としては、在宅支援は一生懸命やっている。しかし民間病院では限界があるので、行政には支援をお願いしたい。病院長がタッグを組んでやっていくことが必要。自治体病院へは、住民の健康を第一に考えて欲しい。行政には、地域包括ケアの先進地の具体的な事例の紹介をして欲しい。ただ地域包括支援、在宅頑張ってください、医師・看護師を確保しましょう、などと言われてもどうして良いか分からない。甲賀市や県をあげて大学や看護学校の方にプッシュしていくのかどうか。そのへんのことを教えていただきたい。

事務局 甲賀圏域で始めようとしているのは、京都府モデル。各病院と開業医が登録し、「在宅の方が急変した時には連携して診ていこう。」「入退院スムーズにいくように。」「開業医同士も助け合って都合のつかない時はネットワークを使ってやっていこう。」というもの。今年度中には相談したいことの一つである。

座長 医師会で、甲賀市、湖南市に在宅の拠点を作っている。甲賀市は在宅医療推進会議を立ち上げ少しずつ進んでいる。甲賀市はみなくち診療所を核にして在宅を進めていき、そこにコーディネーターを設置し、先生方の手あげ制度になるが、医師会の開業医と連携し24時間看取りに関してシステムを作っていこうとしている。現在、みなくち診療所が在宅に関して前向きになり始めたという段階。医師会としては、その様な形で考えている。

委員 今までの会議で病院長は発言しているが、今回の会議では住民の方の意見を伺いたい。

委員 医師会はチームでやろう、と言われるが、普段付き合いのない医師が来て「ご臨終です」と言うのはどうか。医師はある程度自分の患者の状態が悪くなれば予定をキャンセルするなど調整し、いつ呼ばれても良いようにすべきである。医師の都合が悪いというのはいない。

委員 資料2に記載されている解決方法を満たしていないのにどうして包括支援の議論ができるのか。私は、過去に施策も今と違う中で、家と病院とにお世話になり、病院で両親を送らせていただいた。その頃は私も若かったが、これからは看取る者も地域も高齢化していく。そんな中、どうして課題がクリアできていないのに包括の施策ができるのか、と感じた。課題があり理想が語れないのに施策や国の方針で理想ばかりおって、2035年には自分たちで自分たちを看取らねばならない。2035年までに、上手に死ななければいけないと思った。年金生活で介護保険料を払っているが、介護保険を受けられない時代に自分たちは最期どう死ぬのかが不安である。医師会の先生がチームを組むとのことであったが、いつもと違う先生が来てくださるのは患者や家族にとっては不安。信頼のおける先生と家族の中で看取るのが本当の看取りだと思う。国の施策や方針は変わっても、人の死は変わらない。どこでどのように幕をおろすか。安心して看取りたいし、自分も安心して亡くなりたいと思う。これは医療に言うわけではなく、行政に言うわけでもなく、何もかも決めると言うが、どこで決めるのか。何も解決が無いのに、施策だけでこれを終わってしまうのは不安。このまま、「この様に決まりました」とお知らせされても、住民としてはどういう風に解決したのか、どのように介護を受けたり相談を受けたりすれば良いのかまったく分からず終い。

座長 何も決まっていないところで、このような議論していることが大きな課題。看取りはそれぞれの医師が看取るのがもちろん良い。しかし、まったく在宅をされない医師もおられ、その医師の患者さんの具合が悪くなった時どうするかが医師会でこれから問題となる。私も草津に住んでいるが、何かあればすぐに来ている。しかし、どこまで医師個人が患者と関わりを持つかは個人の問題。現在医師会では在宅もして欲しいと依頼して入会してもらっている。

委員 上田委員の意見に対して。湖南省で、医療介護福祉の懇話会をしている。医療介護福祉の従事者間で、問題のあることを互いに抱え込まず、駆け込み寺的に持込み、懇話会で解決していこうという目的でしている。慣れてきたので、市民の方にも参加いただけるような会合にしていきたい。顔を合わせることで、会合でしか生まれないコミュニケーションがとれて、目からうろこのことも多い。弾力性に富むようなところでやっていかないといけないと思う。甲賀市でもそのようなことをやっていただき、最終的には甲賀圏域でそういう会をしていければと思う。この会議は3月で終わる、まさしくそう。医師会、市民等がそれぞれ意見を言い合えるこのような会議については、今後も開催してほしい。

事務局 在宅医療関係、話し合いをしたい。これっきりということではなく、来年度以降は形式・規模については調整中であるが調整会議として継続していく。地域包括ケアの話でも、昔は医療職と介護職は全くお互いを知らなかった。湖南省の懇話会をはじめ、医療と介護の連携については、少しずつ進んできている。地域包括ケアが進まないということも少しずつ改善している。みんなが集まって意見交換できる場があればタグを組んでやっていけることも増えてくると考える。

座長 まだまだ、ご意見はあるかと思うが、時間が迫ってきたので本日の会議は閉めさせていただく。本日言い足りなかった意見は後日、事務局にお伝え願いたい。本日承ったご意見等とあわせ、必要な修正を加えて県の方に報告する。長時間ご協力いただきありがとうございました。

事務局 本日言い足りなかった意見などについては、別紙様式により事務局まで報告願いたい。本日の意見等と合わせ必要な修正を加え県下7圏域のまとめと合わせ12月24日に県医療審議会保健医療計画部会に報告する。来年度からは調整会議で具体的に課題や課題解決方策等をどのように進めていくかについて、さらに議論を深めていきたいのでよろしく願いたい。

4 閉会宣告 15時15分