

令和6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7年1月10日(金)14:00~16:10

場 所:東近江市役所 317、318、319 会議室

出席委員:松澤委員(議長)、小杉委員、小川委員、上野委員、宮下委員、五月女委員、濱名委員、野崎委員、竹内委員(代理:田口氏)、山口委員、小山委員、有吉委員(代理:岩片氏)、鈴木委員、間嶋委員、仲委員、国領委員、原田委員、門委員、藤野委員、杉山委員、小串委員、大田委員、中川菜委員、中川儀委員、吉澤委員、川嶋委員、小林委員

欠席委員:金澤委員、後藤委員、大橋委員

傍 聴 者:2名

事 務 局:東近江保健所

1 開会

(1)あいさつ 東近江保健所長 小林

【要旨】

これまでの本会議において圏域の地域医療福祉の在り方や、それぞれの機関、団体が担う役割について議論を進めてきたところ。現状と将来の必要病床数の数値のみにとらわれず、実情を踏まえながら、地域医療推進の取組を進めてきた。

本日の会議では、在宅医療の推進に関する制度や、圏域内の取組について情報提供をさせていただくほか、圏域内医療機関からの医療機器共同利用計画、圏域の医療機能別病床数の変更などを共有する。

(2)議長選出

会議設置要綱第4条に基づき、委員の互選により、近江八幡市蒲生郡医師会の松澤委員を議長に選出。

2 議題

(1)医療機器共同利用計画について

事務局より資料1に基づき説明。その後意見交換、質疑応答等を行った。以下、主な説明内容および意見交換内容。

ア 滋賀県外来医療計画に基づく医療機器共同利用計画の概要

イ 近江八幡市立総合医療センターの令和6年9月マンモグラフィー機器更新に伴う共同利用計画書の提出と共同利用の方針について

ウ 意見交換等内容

議長 委員から補足で説明は。

委員 ぜひ共同利用いただければと思います。

(2)東近江圏域内医療機関の病床変更等について

事務局より資料2に基づき説明。その後、令和6年11月に病床機能を変更したヴォーリス記念病院より説明。また、昨年度の地域医療構想調整会議で報告された、東近江市立蒲生医療センター病院化に関する進捗について東近江市より報告。その後意見交換、質疑応答等を行った。以下、主な説明内容および意見交換内容。

ア 今年度の東近江圏域における医療機能別病床数の変更について

イ 各機関・団体からの説明報告

ヴォーリス記念病院 病床変更の背景としては、外来患者の緊急入院の減少や、レスパイト入院等の増加が挙げられ、急性期医療が必要な患者に比べ、回復期(地域包括ケア)医療の対象患者が増加しているというのが大きな要因です。また、医療・看護必要度での要件を満たす患者が減少し、急性期一般病床と

しての維持も困難となってきました。

そこで、改めて当院が地域から求められている病床機能は何かを見直し、急性期ではなく、在宅復帰に向けた病床が地域からのニーズがあるという結論に至りました。そして2024年11月より、急性期一般病床18床を地域包括ケア病床に変更。変更後は、地域包括ケア病棟50床として運用を開始しました。この変更に伴い、病床機能報告での医療機能別病床については、急性期50床から回復期50床へと変更となります。当院は今後も、地域に必要とされる病院として、貢献してまいります。

東近江市 令和5年度第2回東近江圏域地域医療構想調整会議において、地域医療連携推進法人東近江メディカルケアネットワークに加入する法人間での病床融通および蒲生医療センターの増床・病院化について合意を得ました。

その後の蒲生医療センター病院化に係る整備の進捗状況ですが、昨年9月末で、基本設計が完了し、10月から実施設計を進めています。実施設計の契約期間は、令和7年3月末です。現在、詳細図面、整備額が算定されているところで、確定後、東近江市議会に提案、議決を得る段取りです。施設整備は、議会の議決後、令和7年度から8年度にかけて増築工事及び既存棟の改修を行うべく、現在、実施設計の詰めを行っている段階となっております。

(3) かかりつけ医機能報告制度について

事務局より資料3に基づき説明。その後意見交換、質疑応答等を行った。以下、主な説明内容および意見交換内容。

ア かかりつけ医機能報告制度について

イ 意見交換等内容

議長 ただいまの報告に関して、御意見、御質問は。

委員 制度設計途中だと思いますが、この制度が示すかかりつけ医としての取組は、既にほとんどの診療所医師が取り組んでいることだという認識です。つまり、病院と連携を図ること、あるいは訪問診療や往診をしている場合は、介護施設とも連携を、今現在もしています。この制度において新たに必要な具体的な取組としては、かかりつけ医の研修をすることや、かかりつけ医機能を備えることを院内に掲示しておくこと、という理解でよいでしょうか。

また、協議の例としては、GMISでの報告データをもとに、個々の診療所のかかりつけ医機能の有無について、協議の場で評価するというイメージでしょうか。

事務局 委員のご発言の通り、既に多くの医療機関が取り組まれているというのが、実情かと思えます。ですが、それを明示することによって、地域のかかりつけ医機能をさらに促進させたいというのが、このかかりつけ医機能報告制度を始める理由であると解釈しています。

また、制度整備の理由に、より多くの医療機関にかかりつけ医の役割を担っていただきたいという意図はあるのかもしれませんが、個々の医療機関のかかりつけ医機能の有無を評価・議論するというよりは、この報告は診療域や対応疾患も明示される想定が示されているので、例えば、それぞれの診療域や疾患ごとのかかりつけ医の有無について、エリアごとの偏在に関する議論等を、協議の場でしていくのではないかと考えています。

委員 そうすると、例えば一次診療に関する40疾患ごとのかかりつけ医の有無について、評価・議論するというイメージでしょうか。

事務局 まだかかりつけ医機能報告の項目や、協議の持ち方について、具体的に決定しているわけではないので推測にはなりますが、おそらくこの医療機関も、ある程度の範囲の疾患を診療できると報告するケースが多くなると思います。そういった場合でも、この地域にはこの診療域が少し不足している等の議論をしていくことになるのではないかと考えています。

そういう形で、地域住民の方が安心していただける医療提供体制を整えていくにはどうしたらいいのかということ、こういった協議の場で意見交換できるのではないかと考えています。

委員 分かりました。

(4)東近江医師会の取組(在宅医療相談外来)について

事務局より資料4-1に基づき東近江圏域の在宅医療資源について説明。その後、東近江医師会花戸医師より資料4-2に基づき説明。その後意見交換、質疑応答等を行った。以下、主な説明内容および意見交換内容。

ア 東近江圏域の在宅医療資源について

イ 東近江医師会の取組(在宅医療相談外来)について

花戸医師 本日はこのような機会を与えていただきありがとうございます。

地域には離れて暮らす親を介護する、そういう方がたくさんおられると思います。

これから超高齢社会に突入し、人口減少も予測されています。2050年には日本の高齢人口は39%という比率になると予想されています。また人口は、10年ごとに1,000万人ずつ減少していきます。

また、1995年と比べて、現在は3世帯家族が、半分以上に減っています。東近江市はじめ他の市町でも、高齢者世帯、単独世帯、高齢者夫婦のみの世帯というのが、どんどん増えています。

あるいは65歳以上の単独世帯が、今の1.5倍近く増えることも予想されています。単身という中身も変化します。50歳の生涯未婚率の割合が年々増えている影響で、今後は、配偶者もいない、子どももいない、配偶者の親戚もいない、なおかつ兄弟姉妹もいないといった、身寄りのない単身高齢者が増えていきます。

そのような方がかかりつけ医にかかっていない場合、治療の意思決定やACPの確認もされていない中、救急車で運ばれたときに、誰がどのように判断すればよいのでしょうか。東近江医師会ではこういった単身身寄りのない高齢者をこれからどのように支えていくか、それが課題と思い、活動をしています。

人生の最期をどこで迎えたいかというニーズは、多くが自宅でという調査結果がありますが、在宅療養に関して、排泄のケアや認知症の対応、入浴、洗身といった身体介護に対して、困難を感じるケースが多いです。また、介護してくれる家族に負担がかかるという理由も、在宅療養を困難に感じられる大きな理由のひとつです。

そんな中、永源寺地域ではひとり暮らしでも、最後まで看ることができ目指すべき方向として、二人主治医制を進めています。この2人の主治医というのは、病気を診る医者と生活を診る医者からなる二人主治医ということを、提案しています。

また、必要のない救急搬送を減らすことも、この二人主治医制の大きな目標です。高齢者の救急搬送の約半数は、発熱や便秘が原因の腹痛といった軽症、いわゆる入院の必要がない救急搬送であると言われていました。そういった症状の多くは、訪問診療あるいは訪問看護などの普段からの健康管理で対応できることでもあります。また高齢化とともに、疾患の地域連携パスの定型経過を経ない人が増えており、脳卒中や心筋梗塞といった大きなイベントを起こすのではなく、それ以外の軽症から中等症の誤嚥性肺炎等を繰り返して、急性期入院と在宅の往復を繰り返す方も増えていますが、そういった入院を減らすあるいは退院しても在宅ですぐに支えられる、在宅の受皿となるべきと私たちは思っています。

また、在宅療養の際に必要な書類に、主治医の意見書や指示書等がありますが、その作成を生活の方の主治医が担うということで、病院の先生の負担を減らし、働き方改革等を支援する意味もあります。

今は東近江総合医療センター様と相談し、東近江医師会在宅医師の会、在宅医療部のメンバーが月に1~2回程度でセンターの外来ブースをお借りして、在宅医療相談外来を行おうと考えています。

ウ 意見交換等内容

議長 委員の皆様から在宅医療の現状や推進に関して意見をいただきたいと思います。

委員 在宅医療の現状は今後の推移も含めて花戸先生がまとめられた通りだと思います。東近江医師会では、花戸先生が在宅医療のことを熱心にされていますが、東近江市、近江八幡市、蒲生郡の中でも、全

ての医師が在宅医療に対して積極的かどうかというのは、それぞれの先生の熱意や、あるいは診療の形態にもよると思います。

ただ、今までは時間がないので在宅医療はできません、と言っておられた先生方も、もうそれでは済まされないような時代に差しかかっているという認識です。あるいは病院の先生方も在宅診療に積極的に関わってきてくださっているような時代になっています。そういう意味でもこのような会議で、開業医の代表である医師会や、病院の先生方と、今後の課題が共有できればいいのではと感じます。

また、やはり介護人材が非常に不足していくということが今後の大きな課題だと思います。人口減少局面で、地域でどのように介護に関わる人材確保をしていくかということは、今後の大きな課題だと考えています。

議長 私からも医師会または診療所医師として意見を。

東京等の都市部では、最近、在宅医療のみを行う在宅専門で開業されるということも多くなり、新規開業は在宅専門のみみたいな地域もあるような時代となってきています。今後はそういった在宅専門の診療所を組み込んだ在宅医療提供体制も、行政は考えていかざるを得ないのではないかなと個人的に考えております。ただ国は、往診もやる、診療もやる診療所こそが、かかりつけ医のモデルとしていような気もしています。

委員 70歳80歳の高齢者は、向こう15年20年人口減少はなく、高齢者の医療が今後20年重要になってきます。その中で特に問題となるのが、心不全の悪化や、誤嚥性肺炎、骨折等ということになると思います。救急車で運ばれてきたそういった患者さんを診ますと、身寄りの家族は離れておられ、結局救急車を呼ぶしかないという状況で病院に来院しています。花戸先生は病院の負担を減らすことも目的に挙げておられますが、病院はそれが必要な方の救急搬送は、今後も当然受け入れて参ります。

救急搬送された方で、やはり在宅医療を受けたいという方には、開業医の先生は積極的に5年ぐらいかけて訪問されて話をしないといけません。なぜなら、あなたはいつか悪くなりますので、ACPをとって私たちに任してくださいと、急に言っても受け入れられないからです。

本来は地域包括ケアシステムを発揮して、在宅高齢者の中のニーズを積極的に行政、医療機関がピックアップしたうえで、適切な医療機関に繋ぐということが重要です。例えば、様々な複合疾患について総合的にかかりつけ医に診ていただく中で、こういう状況ではすぐに救急車を呼ぶ、等の情報発信をこの地域でやっていくことが必要です。その一つのツールとして、病院受診中の患者さんの潜在的な在宅医療のニーズに対して、医師会のかかりつけ医が直接相談に乗るといって在宅医療相談外来という仕組みに、御協力させていただくということでございます。

委員 当院では急性期を中心に、同地域の病院間と役割と機能分化を図り、病院間の連携を強化し、急性期以外での入院が必要な患者さんに関しても、連携を進めております。

ただ、地域の診療所に関しましては、地域での看取りをしていただけるような診療所の先生が現実的にはなかなかおられず、また在宅に積極的だった先生方も高齢化したり、閉院されている場合があります。

今までは診療所の先生方と病院同士での連携を中心に考えていたのですが、医師会の先生方とも連携をもっと進めていかないといけないと感じております。

この正月には高齢者が軽症にもかかわらず多く救急受診されました。こういう状況の中でどこまで病院が診て、その後どう在宅医療に移行するのか、地域連携室の担当者たちが一生懸命在宅へ戻すためにやっておりますが限界があります。やはり医師同士の十分な連携が必要なのではないのでしょうか。

議長 医師会としましては病院との協力を進めていきたいことはやまやまですが、現状、かかりつけ医機能を今まで担ってくださっていた高齢の先生方にとっては、診療を続けていくことが非常に煩わしくなることばかりが増えていきます。今までと同様の診療行為なのに、保険請求するとすると、何段階も書類を用意しないといけないことや、あるいはもう紙レセプトは一切認めずオンラインのみになる等、長く活躍されてきた先生方にとっては、もはや肩をたたかれているような現状があります。しかも、新しく

入ってこられる若手の先生方は、在宅医療方面に余り興味がなかったりする場合もあり、医師会としても、そこに振り向けるマンパワーがだんだん減っていく状況にあります。

そんな状況にあります。医師会としては病院と協調していきたいと考えています。

委員 人生の最期を自宅で過ごしたいという方が多いということは、やはり慣れ親しんだ環境で治療を受けることができるということが、精神的な安定や生活の質の向上につながるのではないかと思います。

また、人生の最後の過ごし方として、病院あるいは介護施設だけでなく、在宅療養もある中で、患者さんや家族の状態や希望に応じて、柔軟に選択できる体制づくりが必要ではないのかと思います。仮に、在宅医療を選択されたとしても、状態によっては、病院へ入院できる、そしてまた状態が良ければ在宅に戻るといふ、シームレスな医療の考え方も必要だと感じました。

病診の連携の強化ももちろん必要だと思いますが、生活支援の必要性や地域のコミュニティーなどを考慮すると、地域の実情も含めて、決まった形や正解はないのではないかと考えます。

行政や地域の関わり方は、最も重要になってくると思います。高齢化が進む中において、在宅医療の需要が増加しているということであれば、地域のコミュニティーが希薄化している今日においては、その体制整備について、地域の社会的課題として捉える必要があると思います。

委員 我々は急性期をもう取りやめて、地域包括ケア病床という形で、益々在宅へ帰っていただけるような取組を強化したところです。

地域の診療所の先生方の高齢化により、在宅医療の機能低下ということが懸念されているということですが、この圏域内の診療所においても、若い在宅医療人材を育てておられるところもあります。以前は若い先生が在宅医療を志すことは、ほとんど考えられなかったのですが、卒後5年10年までの間にその領域を目指されるという先生も、多くおられます。我々も何とか、そういった人材の興味を繋ぎ、取り込んでいきたいと考えておりますし、病院だけではなくもっと診療所の先生方とコミュニケーションを図り、地域で在宅の医師を育てていくということが必要なのかなと感じています。

我々の病院は救急と在宅の中間の役割を担い、在宅へ何とかつなぎたいという思いでやっている中感じるのは、やはり歯科診療や訪問看護、訪問介護、また栄養士・薬剤師さんたちとの関わりが、非常に大事だということです。

県においても在宅医療推進会議を年何回かやっておりまして、そこでも今、非常に話題になっているのが、やはり多職種連携です。病院と診療所だけの考え方だけだと、やはりどこかで行き詰まってしまうと考えています。直近の会議においても、東近江圏域でも在宅医療や多職種連携が話題になっているということ、報告をさせていただきたいと思います。

委員 地域のかかりつけ医機能を支える上で、精神科病院が必要となる場面もあると考えております。複数の慢性疾患を抱える高齢者の中には、認知症を始めとした精神疾患を合併した方も多いでしょうし、BPSDが激しいと、本来受けられるはずの医療や介護が受けられなくなってしまうことがあります。認知症疾患や精神疾患を合併して困ったケースについては、当院まで御相談いただけたらと思っております。

委員 当法人は療養病床と40床の老人保健施設、訪問介護、通所介護を運営しています。

例えば入院された後在宅に戻そうとしても、なかなかそれが難しい。なぜかという、老老介護である、認知症が進んでいる、身よりがいない、また家族がいたとしても遠方でほとんど来ることがない、そういった事例がどんどん増えています。

療養病床の場合、患者さんが医療区分に該当するかどうか重要で、区分から外れる患者さんにはできるだけ在宅や介護施設への移行をしていただきたいと思います。なかなかままならない現状があります。

また、家で最後を迎えるということは、今の時代ある意味で贅沢な話になってきています。つまり、在宅にいるということは、一つの部屋を一人で使えるということ、誰か見てくれる人がいること、また訪問サービス等を利用できる経済的な余裕があるということの意味します。

人材的なところも、今は厳しい。現状の介護報酬では人が集まってきません。人材が集まらないところで、在宅医療の推進をやると言っても難しい部分もあると思います。ただ、当院も積極的に在宅医療に関わっていきたいと思っています。

委員 当院は認知症疾患医療センターや認知症疾患治療病棟を運営している関係上、かかりつけの先生とは、二人主治医制みたいな形で、内科はお任せして認知症の治療を当院です、ということは以前からさせていただけっていました。

基本的に紹介受診の初診から通院治療をします。なぜなら、入院治療すると回復は早いですが、一旦入院すると家族が楽になって、もう家に引きとらないという家族が、圧倒的に多いのです。一方、通院治療をして症状が良くなると、家族もすごく喜んで、このまま在宅で頑張ろうというふうに考えていただける場合が多いです。

ただ、地域の高齢化が進んでいて、一緒に暮らしている御家族が居ればいいですが、遠方の家族が週に1回様子を見に来るようなケースも多いです。その家族が、今後悪くなったらどうするかや、普段の生活上の困りごとについて、どうしようどうしようと言うんです。でもどうしようもないんですよね。だからできる範囲で、例えば、介護保険が使える範囲で、薬であればヘルパーさんが来ていただける日に飲める範囲で飲んでもらいましょうとか、昼のお薬を飲ませられないなら、かかりつけの先生に頼んで、お昼の薬をやめてもらうとか、いろいろ提案したりして、その家に住み続けたいという本人さんの思いに寄り添っていくというのが大切だと思います。

先日BPSDの診察で、患者さんの家族から相談を受けたのですが、今何に困っていますかと聞くと、「夜トイレ行くのだけど、便座の蓋を上げずにそのままおしっこするからトイレがびしょ濡れになり、しかも夜中に3回も4回行くから大変なんですよ、どうしたらいいんですか」と言われるんですね。それで、「便座を外したらどうですか」といった提案をさせていただきました。

でもそれは、我々専門医が言わないといけないことなのかなと。できれば、かかりつけ医の段階で生活指導等もしてくださると非常に助かります。

また、アルツハイマー型認知症の場合、長谷川式10点以上あれば、日常生活はほとんど自立できていることが多いです。食事、着替え、入浴、またトイレも失敗しない。それが10点切ってくると、途端にBPSDが出てきます。認知症の早期発見を、とは言いますが、かかりつけ医の先生が記憶障害を評価するというのは、なかなか難しいと思います。そこで、診察の時に、「今日は何月何日何曜日ですか」みたいに聞いていただいて、大体の見当識障害の有無を判断していただけたら、中等度のアルツハイマーぐらい出ると思いますので、その段階で長谷川を取ってくださって紹介いただけたら、ADLを維持しながら、意欲を高めて、今の残された機能を保っていくというような認知症治療ができるのではないかと思います。ぜひ御協力していただけたらなと思います。

委員 当院は機能強化型の在宅療養支援病院で、もちろん在宅もやっておりますし、連携の介護施設も幾つか契約して、1か月に1回会議等をしています。

当院には在宅医療に強い医師がいるので、ACPの把握等も比較的スムーズにでき、入院と在宅を繋ぐことができている。入院患者さんには、独居の女性高齢者が比較的多いです。そういった方の入院の経緯は、倒れていたのを発見されて救急車で来て、大体キーパーソンは遠方に住まれているという場合が多くあります。運ばれてくる高齢患者さんの半分以上が、そうだと思います。在宅と連携がとれているとか、在宅療養ができているという状況は、比較的恵まれている方であるということだと思います。

全く医療に繋がっておらず、支援の仕組みも知らない、キーパーソンはもう遠方におられてほとんど連絡もないが、ひとり暮らしを何とかやってきて、ぎりぎりまで家にいる。そういった、この先状態が悪くなるということも分からないような状況の人を、早期に拾い上げて、ある程度のマップが出来ているというような状態を作ると、ますます在宅医療に取り組む価値や重要性が増してくると思います。現状はリテラシーがある人や家族だけが、在宅医療を利用しているという形で、あまり裾野が広がっていかないという印象を持っています。

これは病院、診療所、介護施設でだけやっているのではなかなか難しいところがあり、やはり、ある一定の年齢になれば、行政が何らかの調査をすとか、フローチャートを考えて施策をつくるとかいうことをやっていかないといけない。いきなり何の情報もなく入院し、キーパーソンも近くにいないという状況は、病院側に非常に負担になります。退院後行くところがないと長期入院になり、長期入院中に病気を繰り返される、さらに退院がスムーズにいかない、在宅移行出来ないという悪循環もあります。在宅医療の推進は非常に重要ですが、入院医療を担う病院の負担減や、それ以前の社会整備も、重要だと考えます。

委員 当院は地域包括ケアが60床と療養が94床です。在宅診療もやっております。

基本的には地域包括ケア病棟で在宅等に帰す医療を、高齢者を中心にしていますが、皆がそれを希望されるわけでもなく、在宅が難しいケースでは療養に行ったり、ほかの介護福祉施設に移ったり等、退院支援に苦慮することはよくあります。

2年前着任してから在宅診療を始めたのは、在宅に帰れる一つのツールとして始めたという側面もあります。つまり、入退院を繰り返す人を診ていくときに、自院で訪問診療もしていると、非常に入退院時の連携や情報共有がスムーズになるという理由です。

おそらくそういう患者さんは今後たくさん増えてくるでしょうし、そういった患者さんには、希望されれば在宅診療や往診とかも利用しながら、極力家で診ながら、無理だったら病院でという、そういう流れで、地域を支えていければと思っています。

また、人材不足について、訪問診療等の人手が少ないという話がありましたが、急性期病院等でも同じ状況かと思えます。結局人手が少ない中で地域医療を継続していくには、やはり集約化が重要だと思えますし、東近江医師会の在宅医師の会のように、チームや組織づくりをして、地域・在宅医療を継続していくべきなのかなと思っています。

委員 今回の会議のテーマである、かかりつけ医機能や在宅医療推進ですが、病院と診療所の機能分化を進めようということだろうと思えます。その中で、花戸先生が紹介くださった、二人主治医制というのは非常にいいきっかけになるのかなと思いました。

自身肝臓外科をやっており、大学時代はがんの連携パスも運用させていただきました。肝硬変・肝癌について、病院は定期的に診る、かかりつけ医の先生は普段を診ていただく、すると、非常に安心して患者さんを診ることができましたし、患者さんの満足度も高かったです。2人で診ていくというのは非常に良いと思います。

ただ、色々課題も多分出てくると思えます。

まずは情報共有をどうするかという部分があります。

他には、病院はクリティカルな疾患で、診療所は普段を診る。それはいいですが、総合病院で複合疾患を診るのと、診療所で診る場合には、一人の医師が診る患者数も異なりますし、そこにも問題が出てくるのではないかと思います。

病院医師としては、まず自分の診ている患者が、二人主治医制の適応であるのかを1人ずつ個別に考えていくことからだと思います。その中で、おそらく対象患者が整理されていって、そもそもこの患者さんは病院で診るべきなのかどうか、診療所で診ていただいてもいいのではないかと、そのようなことを検討するいいきっかけになると思います。国のかかりつけ医機能報告制度による在宅医療の推進は、非常に時間がかかることですから、この二人主治医制をまず何か取っ掛かりとして始めていくのがいいのではないかと思います。

委員 本日は院長の代理で出席させていただいております。貴重なお話を伺って、勉強になりました。

当院は入院医療が主です。一般病床となっている病床を療養病床に変えるというような構想もございます。また、外来も少し縮小をしていこうというような話も、今院長と話しております。

委員 歯科医師は勤務医というより、開業医が多いですが、医科と同様に、歯科開業医もかなり高齢化が進んでいるのが事実です。歯科医師会会員の平均年齢が大体63～64歳という現状があるのと、若い方の卒業生が減っているということ。また、これから10年後には、高齢な先生方が引退されるというの

に加えて、後継者がいないという課題もあり、この東近江圏域でも、10年ぐらい経つと、かなりの歯科診療所が閉院されるだろうという予想はしています。

もともと、外来が主でしたが、以前からのかかりつけ患者さんが外出困難な状況になったけれど、引き続き在宅でも診させていただこうかということが増えてきて、徐々に、歯科にも在宅診療があることが近年認知をされ、訪問診療の需要も増えてきました。

以前は一つの診療所で対応が出来ないということも多かったです。また、先生自身も在宅に対して余り関心がない歯科診療所、もしくは、先生は関心があるが、スタッフがついていけないという診療所、そういったちぐはぐな状況もあって、在宅診療は多くありませんでした。それでは、せつかくの関心がある人材が無駄になるということ踏まえて、我々歯科医師会では、口腔機能管理支援センターというものを立ち上げて、歯科医師のみや、歯科衛生士のみといった場合でも、個々の人材をうまく使いながら、他の先生と一緒に行っていただいたり、そういう組合せをしながら、在宅訪問診療を歯科医師会全体の取組としてさせていただいています。

ただどうしても、よく行っていただける人材も限られている状況もあるので、在宅歯科医療研修会の開催を続け、さらに在宅歯科に関心を向けていただく方を増やしていきたいと考えております。

東近江圏域の訪問歯科診療実施診療所57医療機関のうち、即日あるいは3日以内に対応できるところは、おそらく半分もないような現状もありますので、そういった各医療機関がカバーできない部分を、会としてできるだけフォローしていきたいと考えております。

委員 東近江市内の調剤薬局のほとんど在宅対応ができると思います。

在宅対応可能な薬局を選ぶ基準は、訪問診療されている診療所の、門前薬局に御相談いただくのがいいのではないかと思います。門前薬局が対応できない場合、自宅から近い薬局に相談していただければいいのではないのでしょうか。

年末年始の対応等にまだ課題は抱えていますが、今後何とか対応していきたいなどは思っております。

委員 日頃ケアマネジャーとして活動している中では、やはり訪問診療可能な先生を探すのが大変です。訪問可能な先生が限られており、その先生に相談が集中してしまっていて、空きを待つ状況です。

また、介護支援専門員自身の高齢化と、人材不足にもすごく危機感を持っております。東近江のケアマネジャー不足は深刻ですし、近江八幡では直近で事業所の閉鎖がありました。利用者や家族、行政、病院から新しい依頼・相談があっても、対応しきれない現状があります。実際相談の電話で、何件も何件も断られてどうしたらいいんでしょうという、利用者や家族の嘆きのような声もあります。

高齢者独居や老老介護、高齢者のみの世帯が多くなっていく中で、やはり家での生活を支えることが非常に大切になります。介護保険の利用についても、例えば、生活援助は独居でないと使えない等色々な縛りがある中で、金銭的に余裕のある世帯と、余裕のない世帯では、在宅生活の質が二極化してきています。

訪問介護については、皆が利用したい時間帯がどうしても重なってしまうので、サービス事業者としても対応し切れません。またそれ以外の時間帯は、利用がごっそりと減ってしまい、事業者は利用点数が稼げず、赤字の原因となり、訪問介護事業所の閉所も続いているのかなと思っております。

介護支援専門員連絡協議会としては、まずはケアマネジャーの成り手を増やしたいというところと、就業者が退職離職をしないようにしたいというところがあります。

またサービス事業者協議会のほうにも所属させていただいておりますので、訪問介護部門や訪問看護の部会等と合同で、BCPの研修を企画させていただいたりとか、行政や色々な関係機関と、みんなで顔を合わせてやる研修の場というのを広くもっていききたいと思っております。今年度もたくさん研修を開催し、色々な仲間を募って、顔が見える関係作りや多職種の研修を今後も続けていきたいと思っております。

委員 訪問看護をさせていただいている身としては、二人主治医制に対して、とても心強い制度だと思っております。実際、使わせていただいている方も、少しずつですが増えている実感があります。

在宅希望で、情報も知っていて、数日後には繋がれるはずだった患者さんでも、退院されるタイミングで在宅医療に繋ぐのに数日かかり、その間にしんどくなってまた再入院になるというようなケースもありました。仕組みを生かし切れず、私たちが歯がゆい思いをしたというところがあるので、退院支援の際には、スピード感を持って在宅医やかかりつけ医に繋ぐことがすごく大事だと実感しております。

委員 私どもは東近江圏域のフリーランスの管理栄養士・栄養士が32名集まりまして、会をつくっています。我々の大切な仕事の一つに、診療所等での栄養指導があります。今現在圏域の14か所の施設、病院等でお話しさせてもらっています。

栄養士は在宅訪問栄養指導、栄養食事指導という部分で、在宅に関わらせていただいています。月に何度も行くわけではなく、まだ数としては少ないですが、やはり「食」っていうのは、御本人にとっては、在宅生活の中でも楽しみな部分であり、逆に家族にとっては、心配な部分でもあると思っています。例えば、栄養補助食品はどういうものを使ったらいいのか等悩まれている方は多くいらっしゃると思いますので、皆様と連携しながら、少しでも食の部分でお役に立ちたいと思っております

委員 今日の会議のテーマのような話を、年に3回4回、会員の皆さんと集まってやっております。

今までの地域医療構想調整会議は、総論的な話が多かったですが、本日の会議ではこれまでと画期的に変わり、非常にこういった身につまされる話を皆でしているわけです。これなぜかと言いますと、花戸先生が二人主治医制の話を持ってこられたからだと思います。こういう話ができるのは、今回が初めてではないかなと思います。

在宅に関しましては、決死の覚悟を持って、在宅で亡くなりたい方の面倒を見ていきたいと思っております。

ここの顔を見回しますと私が最高齢だと思います。自分のACPをどうするかということも、この会議出席の目的になるような気がしています。だんだん年をとってくると、どうやって死ぬかということも大事だと思います。

私自身は、在宅死には全然こだわりなくて、病院で亡くなってもいいし、老人ホームで亡くなってもいいと思っております。

議長 ありがとうございます。

皆さまと貴重な意見交換が出来たと思います。東近江圏域における地域医療構想の実現及び地域包括ケアシステム構築に何が必要なのか、今後こういったことに取り組むべきなのか、今回の意見交換を通して、改めて共有出来たのではないかと思います。

この2025年は現行の地域医療構想の目標年ですが、高齢人口がピークを迎える2040年に向けた新たな地域医療構想の検討においても、在宅医療推進に関する議論を続けていく必要があります。

本日の会議で出た意見について十分に振り返りを行った上で、来年度以降もこの圏域の地域医療の在り方、目指すべき姿を皆様と一緒に考えていきたいと思っております。

3 閉会

(1)あいさつ 東近江保健所 次長 井上

【要旨】

今年度の会議は、この2回目の本日もって、終了となります。皆様ありがとうございました。時期は未定ですが、来年度も年度2～3回の開催を予定しております。どうぞよろしくお願いいたします。