

令和7年度 第2回 湖南圏域 2040 年医療福祉推進協議会 議事概要

日時:令和7年 11 月 12 日(水)13:30～15:30

場所:滋賀県南部健康福祉事務所(草津保健所) 3階大会議室(ZOOM 併用)

出席委員:別紙名簿の通り

欠席委員:秋山委員、木田委員、高島委員

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 令和6年度病床機能報告について

事務局から資料 1 に基づき説明。

会長)質問、意見があれば発言されたい。

(特に質問意見なし)

会長)回復期が包括期に変更予定とのことで、今までの回復期という概念からより広い意味合いになるかと思う。県内の急性期、回復期の病床の流れで行くと、やはり回復期、今後包括期とされるところが少ない状況がある。そのあたりについても後ほど協議いただければと思う。他に意見等ないので次の議題に移る。

議事2 湖南圏域における病床機能分化・連携について

(1) 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に基づき説明。

会長)各医療機関から病床機能の変更予定等、ご報告があれば発言されたい。

(特に質問意見・報告事項なし)

引き続いて事務局から資料2-2、2-3に基づき説明

会長)質問、意見があれば発言されたい。

委員)当院では画像検査に関しては特にMRIを周辺医療機関からご利用いただいている。CTに関しては一般的な機種であるが、使用年数が長くなっており更新した。引き続き周囲の医療機関よりご紹介をいただけたらと思うのでよろしくお願いいたします。

会長)質問、意見があれば発言されたい。他に意見等ないので次の議題に移る。

議事3 湖南圏域の医療提供体制の現状と課題について

(1) 高齢者救急医療について

事務局から資料3-1に基づき説明。

会長)他に質問、意見があれば発言されたい。

(特に質問意見なし)

会長)軽症の救急要請が増えているのは、結局のところ交通手段がないということもあるかと思う。高齢の世帯で救急車を呼ばなくてもいいレベルでも、病院に行く手段がなく救急要請してしまうということもあるのではないかと想像する。

委員)根拠はないが、以前は搬送するすべがないという救急要請が頻繁にあったという印象があるが、我々のサポートカーや徳洲会病院のピックアップカー、野洲病院も搬送サービスがされている。介護タクシーも圧倒的に増えており、印象ではあるが以前より軽症で救急搬送というのが減っているのではないかと捉えている。

会長)高齢の方にこういう手段があるということを周知していただくというのも必要と考える。介護タクシーは頼んでもすぐ来るわけではなく、予約ということになってしまうので、いますぐ必要というときにはやや厳しい印象もある。おっしゃったようにそういう手段は増えてきたということで安心材料になるかと思う。

(2) 各医療機関からの報告

会長)それではこれより、資料3-2に基づいて各医療機関からそれぞれ3分程度で報告をいただきたい。まずは淡海医療センターからお願いしたい。

委員)資料にあるように、高齢者の救急受診割合は例年増加傾向にある。先ほど事務局の説明にもあった通りである。当院の2024年・2025年の10月までの救急受診の患者を調べると、資料3-1と年齢区分は異なるが、70歳以上の高齢者の受診割合が40～50%であった。

入院の方も高齢者の割合が大きく、救急受診から入院となった方のうち70歳以上の割合は70～75%である。我々が実際に診ていると、最近は超高齢者である90歳以上も結構な数おられる。2024年度の90歳以上の救急受診数は1,145件、9.1%だった。今年は2025年の10月までですでに980件、9.7%となっており、超高齢者が増加している。

また、外傷の方も多いが循環器系や呼吸器系の内科的疾患が多く、問題になるのは独居の方、老々介護などお年寄りだけで過ごしており、親族は遠方におられるという患者さんが増えていることである。そうすると入院した方がいいがそのあとどうするということになる。家に元気に帰れたらいいが、そのあたりが難しくなっている。淡海ふれあい病院であったり、入院時からMSWが介入している。私は耳鼻科なので誤嚥性肺炎も見ているが、入院して治ってまたなったの繰り返しでなかなか帰れない。そういった方が増えている。回復の問題と、社会的な問題が課題と考える。以上。

会長)ありがとうございました。

委員)まず、議論しておかないといけないのは高齢者救急の定義である。救急要請・搬送の方が対象となっているが、救急車を利用しなくても救急外来を受診されたすべての高齢者まで含めた広義の捉え方が必要になってくると考える。そこは議論になると思う。

2点目は先ほどデータであったように、湖南圏域は高齢者救急においては異色である。特徴は高齢者の割合が少ないことである。全国では62%であるが湖南圏域はそれよりも少なく、若い人が多いと言える。もう一つは軽症が多い。全国平均を絶えず見る必要があると考えるが、全国平均では軽症が約48.5%だが、湖南圏域は65%で軽症が多い。そこは考えていく必要がある。

当院の取組を少し紹介するが、いわゆる救急というのは救急告示病院を受診することを指す。多くは二次救急である。開業医の先生方あるいはクリニックの先生方が一次救急、三次救急は全県下の患者が対象になり、救命センターへ搬送される。二次救急は二次医療圏、一次救急は在宅医療圏が対象になり、開業医の先生がそこを診てくださっている。

当院がどういう立ち位置かというと、救急告示病院ではないが、多くの患者さんが外来に來られる。我々はあえて1.5次救急と言っている。例えば地域包括ケア病棟に一月で90名くらいが入院となる。90名の内訳をみると40名はポストアキュートで医療センターや大学病院から来る。残り50名のうち10名がレスパイト、残り40名の中で施設やかかりつけの患者さんで状態が悪化して來られる方が10名くらいいる。私はその10名を1.5次救急と言っている。あえて救急車で來られなくても、病状が悪くなって來られて入院になる、こういう方々を救急車に頼るのではなく、救急病院でなくてもいかに治療できるかというところがこれから必要になってくる。1.5次救急の病院としてそういった高齢者の救急を担うことがこれから大切になってくるのだろう。

高齢者救急に関しては、実は検討のための懇話会があり、重要な学会や研究会が提言を出している。2025年の提言で解決しようとあげているのが、ひとつは高齢者施設の問題、救急搬送の在り方の問題、重症度の判定をどうするかといったところである。一つ一つの項目についてしっかり議論してそれに対してどう取り組むかというところを、それぞれの施設で考えていく必要があると考えている。

会長)ありがとうございました。

委員)高齢者の救急患者の患者像などはどこの病院でもおおむね同じような状況かと思うが、誤嚥性肺炎や尿路感染症、転倒・骨折などが多い。当院で診られる範囲は診ているが、診療科がそろっていない部分があるので、重症の症例は淡海医療センターや済生会滋賀県病院、滋賀医大に行っている。急性期病院ではあるがそこまで重症は多くないので、大きな病院で急性期が落ち着き、症状が改善して慢性期に入った患者さんをできるだけ受け入れている。

当院も以前あったのは、冬などに新型コロナが流行ってくると急性期のベッドがいっぱいになってしまう。そういうときはどこの病院も満床で、受け入れられないかという話がきても当院も難しい時がある。地域全体で、そういう患者さんを受け入れていくべきである。

課題について、医療機関としてはうちの病院など中小規模の病院は、看護師の確保が難しくなっている。これから先医療を続けていけるのかというところは心配している。地域全体として、病院で看取するというのはいっぱいになってきて、もっと施設での対応は増やしていけないかと思っている。特養でお看取りをされているところとされていないところがあって、配置医の先生が診ておられると思うが、それも365日するのは難しい。うちの病院に「この期間いないので何かあればお願いしたい」という話があり、そういうときに亡くなった時は、亡くなった後に職員さんが搬送してきて、死亡確認し、また戻っていただくという形を今のところとしている。

連携している施設では、亡くなったら現場に死亡確認に行くという話も出ているが、今のところそこまで要請されたことはない。看取りを行っていない施設ではそういった壁があって看取りを行えないのかと思う。その理由はどこにあるのか、またそれが解決できる方法があれば

ば、施設で看取ることも増えていくのではないかと思います。

また、なかなか退院が難しい方について、患者さんを診ていると医療処置が必要ない方は施設などに受けていただいているが、医療的処置、吸引などが必要だとか食べられなくて点滴である患者さんは受け皿が足りないと思う。最近は医療的処置をしてくれるサ高住も増えてきたが、入るのに費用も掛かるのでそこにはなかなか行けないと言われる。そういう方の受け入れ先はもっと必要と考える。

会長)ありがとうございました。

委員)当院は療養患者を診ているので救急対応はさせていただいてないが、そういう立場から述べさせていただく。受け入れについては、急性期病院や診療所から圧迫骨折のお問い合わせが多くある。それで入院を取り、ケアマネさんからもレスパイト入院の対応、あるいは施設での肺炎といった疾患にも対応させてもらっている現状である。

連携としては、ケアマネさんとか地域包括支援センターと地連が連携をとっている。家庭内の介護力の低下や特に入院を機に住まいを変更する方も対応させてもらっている。

課題だが、入院に際してACPをどこで事前に確保しておくかというところが必要であり、なかなかそこがうまくいっておらず、病状悪化あるいはADLが低下してしまっただけで帰れないというケースが出ている。逆に病棟にそういう方がたまってしまい、急性期病院からの入院が取りづらくなってしまうというところがある。あとは、家族が疎遠であることや、患者本人もあまり病名やかかりつけの医療機関を知らないというときがあり、苦勞することがある。

延命を希望する方については、適切な病名がなければ受け入れることが難しいケースがあり急性期病院に紹介してもらおうケースもある。施設の方の家族の理解が進んでいるが、ちょうどDNARをとろうかどうかの狭間で急変された場合に、どうしても救急要請がかかってしまっただけで搬送という対応になる現状があると思う。

取り組みの部分だが、できるだけ病床の回転率アップ、空床としないということだが、どうしても施設基準の問題から医療度の低い人を取れない場合はある。急性期病院の先生方にご迷惑をかけていることもあると思う。

また、最終段階をどうされるかということについて、必ず療養の場合では聞くが、それに沿った形で対応させていただいている。

急性期から回復期、病院から在宅に向けてのシームレスな連携を課題として、これからも取り組んでいきたいということ、また、どうしたらいいかわからない、誰に相談したらいいかわからないという方が絶えずおられるので、地域包括支援センターを周知してうまく利用価値を高めるとということ、できるだけ地域で高齢者を孤立させないということ、今まで以上に組みまないとはいえないと思っている。公的・民間サービスをバランスよく継続的に利用できたらいいと思っている。

会長)ありがとうございました。

委員)去年の救急救命センターの60歳以上の高齢者は、受診患者全体の40%弱であった。年間だいたい7500件の救急搬送、2万数千件の救急外来受診者がいるがそのうち入院患者は全体の約60%くらいであり、受診数増加に伴い入院数も増加している。疾患については、外傷や骨折などよりも誤嚥性肺炎や尿路感染症等の内因性疾患のほうが多い。患者の背景について、独居や親族の方が遠方でおられないケースなどが増えていったりなかなか対応に困っている。そのため病態的には入院は必要としないけれども、自宅に帰っていただけないということもある。そういった社会的入院となるケースが少なからずあるので難儀している。

他機関や地域との連携だが、地域の三次医療機関に患者が集中しないよう、緊急度・重症度の低い患者の受け入れについて同じ法人の病院のみならず近隣の回復期・慢性期の医療機関に早期の転院の協力をお願いしている。特に今年から協定を結んだ2病院(野洲病

院、近江草津徳洲会病院)には下り搬送もお願いしている。

課題として、急性期治療後の転院先については、特に肺炎や脳卒中などが増加する冬にどの病院もいっぱいになって、非常に困ることがある。12～2月は100%を超えて、午前中に退院したベッドに入院するという自転車操業になり、その時期の回復期・慢性期病床の確保が大きな課題である。

医療機関としての課題および取り組む必要があることというのは、何度も皆さんがおっしゃっていることだが、他施設や地域へ繋げることが必要で、その際転院には下り搬送を含めスピードをもって行うことがどうしても必要であろう。三次救急医療機関であるので、当院は断れない。そのためのベッドを何とか確保しないといけないためいつも苦慮しているところである。

圏域全体としての課題、取り組む必要があることは、受け入れ施設の強化はもちろんだが、特養など高齢者施設での看取りの体制を強化し、そのために施設入居時に施設からきっちり説明していただいて、急変時の対応を考えるよう家族、本人とよく相談し意思決定を明確にしておくことである。

患者や家族によってはなかなかご理解いただけない場合もあり、退院できる状態でもなかなか退院できずベッドをふさぐようなこともある。そう簡単には退院せんぞという人もおられる。特に独居の方はお帰りになっても困るということで、介護施設に行くにはしんどいが、我々三次救急救命センターでお預かりするのは困ったなという人がぼつぼつとおられる。

会長)ありがとうございました。

委員)当院は、ご存じのように旧成人病センター時代はほとんど救急に貢献できなかったという事情があった。私が着任してから、三次救急は済生会滋賀県病院や滋賀医大にお願いするとして、うちはきっちり二次救急をやって湖南圏域に貢献するということで、かなり変えてきているが、まだ改革の途上である。

今回の資料の反省点としては、高齢者が何パーセントであるというデータがいまないので、また調べてご報告したい。その上で、救急搬送がだいぶんプラトーに達してきたと思うが年間4,000～5,000台に今年度は迫るくらいになっていると思う。具体的に何パーセントというのは申し上げられないが、そうなると当然介護施設含めた高齢者の割合、資料にあるように誤嚥性肺炎、骨粗しょう症に起因する整形外科疾患がはいってくる。市立野洲病院などいろんな病院と提携をしているが、済生会や淡海医療センターのような強力なネットワークではないので、やっぱり後方病院含めて苦悩しているという現状である。

先日、がん診療連携拠点病院連絡協議会があり、これからはがんに関しても集約化が求められるということであった。県内の先生方とご相談しないといけない立場だが、高齢者の救急体制を急性期病院ではなく、回復型病院が担うべしというのが国のお達しだと思うが、がん患者さんも同様かと質問すると、「例外ではない」という話であった。

やはり本日の資料のデータを見ても、高齢者が圧倒的に救急車を使っており、これを急性期病院が全く診ずに回復型病院で診るというのは事実上不可能と思っている。がん患者だと、最期までとことんやるだとか、DNARか、看取りか、そのあたりのことはかかりつけでないと到底わからないという現状がある。厚労省はがん患者も例外ではないと言っているが、そもそも65歳で元気な人なんていっぱいいるわけで、高齢者の定義自体を変える・変えないという話もある。そのあたりのことも含めて、これから議論しなければいけないことは多くあるのではないかなと思っている。

救急の会議もでているが、これだけ救急車が増えているとパンクしている状態。特に圏域を超えての搬送はすごくハードルが高い話となる。そのあたり、うちは県立病院であるので、圏域を超えた患者の受け入れについても尽力しないといけないと思っている。

会長)ありがとうございました。

委員)重症の救急患者については、済生会滋賀県病院や県立総合病院が力を入れておられるので、在宅や施設からの救急の診療依頼については積極的に受け入れている。施設からの診療依頼については、高齢者の経口摂取不良に起因する疾患が増えており、嚥下評価、嚥下指導に力を入れている。なんとか改善するように努めているが、いわゆる経鼻胃管や胃瘻、また輸液となると退院を受け入れている介護施設がないため、そういった方の退院についてはかなり難渋することがある。

医療機関からの受け入れについては、椎体骨折、肺炎、尿路感染症、心不全の症例が多い。早期退院を目指し、なんとか在宅で療養していただくために当院の特性であるリハビリの診療を実施して症状の改善に務めている。

他の医療機関との連携だが、急性期を主体とする済生会滋賀県病院、県立総合病院とスムーズな連携を構築するように努めている。在宅については、在宅療養支援病院として医師会の先生方とグループを組んで看取りについても務めているが、最近なかなか当院では在宅で看取りという方はおられない。病院で看取りをしてほしいという方が多くなっている。

③の救急医療提供体制については、普段はマンパワーの都合からなかなか十分な体制は取れていないが、水曜日の二次救急のときは24時間体制で受け入れている。また、高齢者は複数疾患を有する患者さんがおられるため、当院では、各科の専門の医師たちが協力し診療にあたるようにしている。

2の①医療機関として、先ほども高齢者の疾患の分類は難しいという話があったが、急性期病院と我々慢性期の病院の機能分化、またどこまでその患者さんの医療が求められるか、希望されるかということがどこの病院に救急搬送されるかにつながってくる。しかしそれを明確に区別するのは定義があってもなかなか一般の救急の状態では難しいと思う。

②の圏域全体について、湖南圏域の他の地域でもそうだと思うが、人口が安定して増えている状況でも、分析すると一人世帯、二人世帯が急速に増加している。特に高齢の独居の方が増えているので、そういう人たちが入院されると、ある程度よくなっても在宅に帰ってもらえる状況が少ない。未婚率がだんだん上がってきて、50歳くらいの方は未婚の方も多いので、さらに高齢化が進むとそういった状況は顕著になってくると思う。

また、現在介護施設が医療処置をほとんどできない状況にあるとすれば、その点を改善しないとおそらく医療機関、当院のような慢性期、後方支援病院のベッドが満床になって回転しなくなる。それが急性期病院へも影響し、救急を受けられなくなってくるという状況が出てくることを危惧しているので、介護施設での処置を少しずつやっていってもらうことを強く希望するところではある。

会長)ありがとうございました。

委員)資料にあるように、当院は二次救急機関として診療をしているものの、そんなにたくさん救急車が来ているわけではない。2023年は348件、2024年は259件、今年度も少し減っている傾向にある。救急輪番制度の当番日であっても、全く救急車が来ないときもあるくらいである。

実際に県圏域全体の救急搬送が減っているのかと思い救急隊に聞くと、減ってはいないと言う。どんな要因で当院に来ないのかというと、先ほど話に出た高齢者が多く利用しているという問題もあるが、当院はすべての科があるわけではなく、特に脳血管障害、循環器、或いは脳血管等の体制が充分ではない。また、患者さんや家族も、超急性期病院で診てほしいという要望もあって、そういった病院に運ばれることが多いのかと思う。

そうしたなか、下り搬送の仕組みができ、超急性期に送られて一定の処置をした後で、他の病院に送っても大丈夫だということになった。当院には、2024年度は11件、2025年度は9月末までに18件、済生会滋賀県病院や県立総合病院から入院なしで転送いただいている。当院も体制が取れるので、病床が切迫しているときには送っていただけたらと思う。また、救急の数には入らないが、施設で具合が悪くなり、施設の方や家族の方が送ってこられたりして、救急入院となる患者さんも多い。月に10人程度、予定外の入院となる患者が

いる。

一つは、こうした地域の病院群として役割分担をして、下り搬送によって。あるいは、当院では「入院サポートカー」(救急車タイプ・車イスタイプ)を用いて、自宅や施設に迎えに行くサービスを行っている。これにより、なるべく早く見つけて、早く回復していただいて。施設などに帰っていただけるようにと考えている。

課題としては、当院ではフルで体制を取れないこともあること。また、地域の患者さんのニーズ、つまり超急性期病院で診断してほしいという意識を、当院も努力する必要があるが、変えていかなければならないのかなと考えている。

当院の対策としては、多疾患を持った患者が多いが、それぞれについて専門の医師をそろえることは200床未満の病院では当然厳しいので、「総合内科」ができる体制を作っていきたいと考えている。

会長)ここまでの各病院からの報告について何かご質問、ご意見等あれば発言されたい。

特になし

会長)病床の限界という話から下り搬送が積極的に行われるようになってきて、そういうものがあるということを住民の方にしっかり理解していただく必要がある。なんでここに入院させてくれないんだということを言い出す人も必ず出てくる。そうではなくて、ということを地域としても周知していただいくことが必要になってくると考える。

これから意見交換の時間とする。病院からの報告の中にあつたことに関して、高齢者の救急は資料3-1にある在宅医療の4つの場面別に見た連携の中で、日常の療養、急変時の対応、退院支援、そして看取りとすべてに関わってくると思う。それらについてそれぞれの職種、立場の方から意見を伺いたい。

委員)守山、野洲は滋賀県立総合病院をはじめ守山市民病院、市立野洲病院、済生会滋賀県病院などがあり、救急受診をお願いする立場として非常にありがたく思っている。医師会の実情として、在宅医療に関して、最近守山で在宅医療専門の診療所が2件、野洲でも2件増えている。

在宅を一生懸命やっておられる守山市民病院と連携している先生方とお話すると、最近在宅診療の依頼が少なくなったということであつた。専門は小児科だが、私自身も以前は7~8名ほど在宅診療を診ていたが、最近減ってきたと思う。

退院されるときに在宅診療専門の先生に紹介されるのかという気がする。以前は近隣の方で、がんの末期だが診てほしいという依頼などもあつたが、麻薬施用者免許も返上しているので末期は診れないということで他の先生にお願いしたことはある。ある程度の医療技術がないとなかなか在宅の方も診れないが、病院では在宅に戻す時にどのような流れで考えておられるのか。

会長)在宅療養中に入院した場合に、退院時に在宅診療専門のところに紹介されるのか。私の印象としては施設などに入所される方も多い。それも一つの在宅療養というくくりになっている。サ高住や有料老人ホームに退院時に入所するというケースも多いと思うがいかがか。

委員)私がすべてを理解しているわけではないが、今6~7人でグループを組み月に1回会議をしている。当院も、メンバーの方の在宅診療の患者さんも減ってきているのは事実で、年間の在宅看取りも少なくなっている。国の規定があり、年間に2人看取りをしないといけないのと、救急往診もしないといけないが、以前は多くあつたが今はそれらがろうじてクリアできるかどうかという状況。病院から在宅に退院する際に、どこに紹介するかということになると、これはケアマネの考えで決まることが多い印象である。

個人的には、その方が住んでいる地域の、いままでのかかりつけがあればそのかかりつけの先生に診ていただき、最後の看取りもその先生方にしていただくというのが理想だと思っている。そういった先生にお任せするというのを積極的に病院がやっているかというのと、やはり在宅が難しくなり施設に入ることが多くなっている。

施設に関しても、前おられた施設には戻れなくなり、新しい施設に入るとするのはやはり大変なことである。先生も在宅に帰りたいが、自宅への退院が見込めず、本人もすでに施設が半分自宅みたいになっているのでそこに帰りたいという方もおられる。

初めの質問についてだが、当院としても多くの方は病院でそのまま診てほしい、帰れないという方が独居などの背景で増えている一方、在宅を希望されてもマンパワーの問題で、在宅で看取りという方が減っているのではないかなと思う。

会長)独居の高齢の方、老夫婦で暮らされている方がこれからすごく多くなっているの、そういうところに在宅だ在宅だと言っても本当に進めていけるのか考えなくてはならない。診療支援の視点からびわこ薬剤師会の委員いかがか。

委員)在宅医療の4場面別に見たところで、まず退院支援というところ。各病院の薬剤部とは薬薬連携という形で連携強化に努めている。定期的に会議や研修会をして情報共有を目的として進めているが、どうしても在宅への退院時の退院カンファレンスとなると、急に開催が決まり明日の昼に来てくださいなどとなるとなかなか行けないという現状がある。ケアマネさんとか病院の関係者だけの参加になる。なかなか情報がシームレスに来ないというところは課題に思っている。また連携室や薬剤部や薬剤師同士の連携としても情報共有いただけたらありがたいと思っている。

日常の療養支援や急変時の対応についてだが、薬局も先ほどおっしゃったように在宅診療に特化していたり、そういった経験豊富な薬局が出てきているところはあるが、限られた薬局で地域すべてを担うのは難しい。そういった経験が多くない薬局でもできるようになっていくというのが、高齢化が進む中で必要になってくると考える。そのあたりも、どの場面で診ても医薬品は関わってくるので、医療資源としての薬局を再構築していくという整理が必要と考える。

今年度からになるが医薬品の提供体制というところで協議を進め、標準薬を整備することや、薬局別の機能別のリストを作って発信するということのを求められているので、医師会、歯科医師会、介護職の関係者、各市町の方々にはご協力いただきたいと思っているこの場を借りてお願い申し上げます。

会長)退院カンファレンスについてはあるあるですね。滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会の委員はいかがか。

委員)高齢者の救急医療について、家族の搬送手段がなくて救急搬送が多いというのも現状ある。ただ、退院時のカンファレンスなどは病院ではおおむねやってくださっている。なくてもサマリーなどで連携を図ってくださっている。

最近では、受診の基準や救急搬送基準も明確化していただいて、それを各支援者で共有していることも増えている。連携室に対しての対応も少しずつ進んできているイメージである。

ただ、在宅療養中の方で、救急搬送まではいかない状態の時に、訪問診療に特化した先生が主治医の場合は臨時の往診もあるが、そうでない場合は患者が受診に行かないといけな。家族が働いていたり、老々介護であったり、独居であったりすると誰が受診に連れていけるかという課題がある。介護タクシーもすぐにつかまらないということもあり、結局救急搬送になってしまうということも現状ある。サポートカーについてのお話もあったが、なかなかそちらも周知ができていないところもある。そういったものは今後活用もしていけたらと思う。

ACPについて、意思決定をどのタイミングで聞く、誰が主導でやっていくということがなか

なか難しく、まだ大丈夫かなというところでなかなか話が進まず、いざとなった時に結局搬送となることも多い。

老々介護はもちろんだが、若い世帯は共働き、核家族が多く、ご家族がおられても遠方であったりお孫さんがいたりで介護の担えないところがある。在宅看取りがしたい、本人は在宅で過ごしたくても、環境設定上難しいという方がかなり増えてきている印象である。

施設などを希望される方で、退院時から支援者はサポート体制を組んでこの日から行けますと待っていても、病院の退院日がなかなか決まらず長引くということも往々にしてあるという状況。

各種の支援者や在宅の先生と相談し、次に入院したらどこに行くという話をできる場合もあれば、そのまま在宅に戻れず施設に入所になる方も多い。やはり往診に来て下さる先生を希望する方が多い。本人は長く何十年もお世話になった先生がいいと望んでも、ご家族が自分たちで連れていけないので、往診に来ていただけるならとそちらを希望することも多い。薬剤師さんもそうで、配達される薬局も増えているのでそういったところが変わられたりするということは現状としてあると思っている。

会長)現実的なところの話をしていただいた。施設での療養と急変時の対応の視点から南部介護サービス事業者協議会の委員いかがか。

委員)介護保健施設は特別養護老人ホーム、介護医療院、老人保健施設の三種類ある。老人保健施設は医師がいるため、そもそもあまり差がないと考えている。ただ、看取りをされている老健と看取りをされない老健があるのは、その先生のご判断なのか体制の問題なのか把握しきれていない。状況はバラバラであるという現状。

介護医療院は一か所しかなく満杯状態なことが多い。特別養護老人ホームについては、配置医の先生方、医師会の先生方が個別にいろんなところに動いていただいている状況。その先生が施設で看取ろうとおっしゃっていただける環境であれば、施設看取りの数も年々増加していると聞いている。しかし、その先生のご意向に看取りがなければ、近江草津徳洲会病院、淡海ふれあい病院、市立野洲病院や守山市民病院などいろんな病院に戻ってこられる。

私は淡海ふれあい病院や淡海医療センターにいますので、特別養護老人ホームを退所となり、そこに帰ることはできないが病院からは退院できないかというときに、別の特養に再入所というケースが増えている。特別養護老人ホームの役割が複雑になってきたと思っている。

介護医療院は滋賀県内にたくさんあるわけでもなく、県内の1/4が草津にあるので、大津など他圏域からこちらに申し込みをされている状況。昔の特別養護老人ホームの、300人待機というのが草津市の介護医療院には現状起っている。その中でも、施設の中で介護職と医療職がいて、医療職だけで看取りをするのではなくて、介護職も積極的に看取りに関わろうという働きかけをしている。看護師がどういうことをしているかということ、介護職も理解したうえでチームとして施設運営をしていただくという取り組みを数年前からしている。

施設看取りを積極的にしている施設については、医療的ケアの研修会をしている。非常にたくさんの介護スタッフが来られており、認定・専門看護師を捕まえて具体的なレクチャーを受けたり、後日施設に呼んで指導を受けるという取り組みもできている。

施設看取りをする施設はどんどん重症化した方も受け入れている、施設看取りを一切選択肢に持たない特別養護老人ホームは終末期の一端しか担えないという状況になってきていると思う。

先ほど委員からの話にもあった、特別養護老人ホームの中で、医療職や先生方に確認しなくても介護職で判断できるような搬送基準を、もっと介護職でも使えるようなものにしていこうという流れがある。その中で、びわこ心不全スコアは積極的に導入してほしいとお願いしており、施設にも説明に行っている。

介護と医療の両輪というが、現状、療養生活の中で医療の専門的な知識や先生方のコメントが施設内の介護スタッフに十分反映されているかということ、まだまだじゃないかと思う。医療の知識や指導が、個別対応の中で反映できる施設運営をできたらと思っているのと、一

部の特養ではACPに関して家族の方と一緒に勉強会を進めているというのは聞いている。

先ほど委員から、かかりつけ医でなく他の訪問診療の専門医療機関に紹介されているのではないかと意見があったが、私が病院のソーシャルワーカーをしている関係から申し上げると、まずは退院されるときには紹介していただいた先生にお返しするのが王道である。必ずそこを確認したうえで、その先生が訪問診療やがんのフォローも困難でとお断りになられた場合は、訪問診療のご専門の先生に紹介するということはある。基本的に、ご紹介いただいた先生にお返しするということを病院としては取り組んでいるのでそこはご理解いただきたい。

会長)在宅への退院時に、かかりつけに今後の診療について確認される際、時々家族だけで診てもらえますかと聞きに来ることがある。病状も、現在の状態もわからないことがある。こちらとしては、簡単な紹介状でもいいので、現在の状態がわかるものを家族が持って相談に来ていただけたらと思う。確かに当院もそうだが 365 日 24 時間の在宅療養診療所ではないので、そういう対応が必要なケースは難しいと思う。なので、紹介状は要望したいと思う。急変時の対応や退院支援の視点から看護協会の委員からはいかがか。

委員)退院支援等に関してだが、今いろんな施設の委員が言われたように、湖南圏域はある程度機能分化が確立していると感じる。急性期治療を終えた患者さんを、後方支援病院にという流れはできてきていると感じる。確かに、その先に在宅へ帰るところが難渋する。

ACPについても、急変時にどうするというのが普段お話しできていない方も多い。急性期治療をしたがためにADLの低下があり、本来なら在宅に帰れたところを在宅に帰るのが難しくなり、そこから申請を始めると長期化してしまう。そうすると、また誤嚥性肺炎を繰り返してしまうという事例もかなり増えてきている。

先ほども話に出たように、搬送基準をある程度作ったり、外来と日常の療養の中でいかにベースの疾患を悪化させないかというのが大きな課題の一つと感じている。そもそも、どこかのタイミングで急変時のことやACPに関して話し合えるように、看護の視点としても入院された時点でそういう関わりができればと思っている。しかしなかなか進みにくい点がある。

会長)高齢者の療養支援体制について、行政の立場から一言ずつお話をお願いしたい。

委員)当市では、ACPについては未来ノートという形で市民の方に広く啓発している。ただ、実際にケアマネなどの支援者の方にお聞きすると、そういう場面になると家族の方の思いがすごく揺れることもある。そのため、支援者向けのACPを理解していただくという機会が非常に大事と感じているということを聞いた。

いま他の委員からも話にあったように、独居の高齢者、認知症がある高齢者の世帯も増えており、なかなかしっかり意思決定ができないという現状も難しさとして感じている。高齢者を孤立させないというのも非常に大事で、地域においては高齢者の孤独が課題になっている。いろんな分野において、孤独が重症化を招き、身近な人たちがいたにもかかわらず手を差し伸べられなかったという複合的な課題がある非常に難しいケースも増えている。1ケース1ケースを関係者と一緒に課題解決し、地域づくりにつなげていくことが非常に大切と考えている。

委員)身寄りのない高齢者のケースに対して苦慮しているところ。本市では、地域包括の担当者が済生会滋賀県病院や守山市民病院、県立総合病院といった方と定期的に事例検討の場を設けている。今年度は、身寄りのない高齢者への対応について話しあったと聞いているが、なかなか解決策というのが見いだせない状況である。

先ほど別の市から話があったように、地域づくりが重要なのはどこの地域でも通じる課題

かと思うので、引き続き情報収集を行いながらできることを整理していきたい。

委員)私は前職で消防・防災を担当していたということもあり、資料3-1の救急搬送の点について大変興味関心がある。先の話にもあったように、救急については湖南圏域の管内で非常に切迫した、飽和と言いつぎかもしれないがかなりの出動件数が多い状況である。

湖南広域行政組合でも、救急隊を増やす方向でその準備に着手されているということもある。資料でもあったが、約60%を高齢者が占めているという状況でもあるし、この60%の方でいわゆる救急処置、心肺蘇生などをしてそのあと病院に搬送され、治療につながっている方はよいが、看取りの段階に入った方が本来の目的と異なった形で救急要請をされているということであるならば、当然改善を図る必要がある。

この10月から#7119で救急の相談の体制が開始されたところでもあるので、これと併せて前回の会議のテーマでもあったACPといった部分についても、しっかり市民の方に周知して取組も進めたい。それにより救急医療が必要となった場合に、高齢者の方が適切で、なにより意に沿った診療を受けてもらえる体制を作っていくということが大事だと考える。

委員)事前に地域包括支援センターに状況を確認した。施設に入所している高齢者の場合は、昼間は看護師が常駐しているため、急変時に施設医に確認したうえで医師の指示による対応が可能となる。しかし、夜間は看護師が不在の施設がほとんどであるので、救急要請、看取りについてもなかなか対応が難しいという現状ではないかと思う。

ただ、最近は夜間に看護師とオンラインでつながる施設も出てきていると聞いているため、現状改善の動きも少しあると感じている。

在宅療養の高齢者の場合、急変時はかかりつけの先生が往診等で対応されているケースがほとんどかと思うが、看取りや進行性の疾患、がんなどで訪問看護を利用されている方は急変時に訪問看護で対応されていることも多いだろうとのことであった。

最近は24時間対応型の事業所も増えてきており、そのあたりも現状改善の動きが出てきていると感じている。他市からも話にあった#7119、大人の救急電話相談が10月1日から始まった。これが直ちに施設や在宅での看取りに寄与するかというと、なかなか難しいかもしれないが、高齢者の適正な救急受診については一定の効果があるだろうと考えている。野洲市でも現在チラシを配布したり、市の広報誌に掲載して啓発を行っている。

会長)最後に住民の立場から健康推進員連絡協議会の委員からいかがか。

委員)やはり、フレイルにならないために検診が必要であるということがお話でよく分かった。我々は健康づくりをしているが、一人で暮らしていてもお隣が気にかけてくれるのが理想だが、お話にあった取組を取り入れ、自治会などの集まりで気にかけていきたいと思う。

また、急に具合が悪くなるということはないと思う。その前に兆候があると思うので、周りの方にそういう症状がないか少し気にかけてやるのが大切だと感じた。やはり周知啓発が大事だと思った。

会長)ほかに意見はいかがか。

委員)当院の救急外来でも、トリアージは全例しているが少し前から選定療養費を取るようになった。特に小児は、電話で選定療養費について説明すると、それならいいですということがある。いいか悪いかはわからないが、そういう要素も救急を考えていただく一つになるのではないかと考える。

会長)病床は国の方針でどんどん減っていくなかで、いまの超高齢者の方がイメージしていた病院の入院が変わってきているという状況がある。やはり市民の方々にも、病院の利用方法であったりこういう状況が入院で、こういう状況は入院じゃないということをきちんと周知し

ていく必要があると考える。

湖南圏域では在宅療養者の場合、24 時間やっている訪問看護ステーションがかなり多いので、医師として在宅を診るのは実はそんなに難しくない。訪問看護ステーションがファーストコールを受けていただくので。ただ医師も、24 時間 365 日対応できるのかというところというわけにもいかないという状況もあるので、そのあたりも住民の方々に理解していただいたうえで、双方の理解が進めばもう少しうまくいくのではないかと思う。

今日はいろいろな課題が出てきたと思うので、引き続き 2040 年に向けての圏域のビジョンを考えていながらそれぞれの立場で取り組みを進めていただければと思う。

以上で本日の議題はすべて終了とする。議事の円滑な運営にご協力いただき、ありがとうございました。

事務局)これをもちまして、「湖南圏域2040 年医療福祉推進協議会令和7年度第2回会議」を終了する。

以上