

令和6年度・7年度 東近江圏地域医療構想調整会議で確認された現状と課題・課題解決のための提案

医療・介護職種の人材不足につながる現状

	医師	歯科医師	看護師	介護支援専門員	介護事業所
在宅	高齢化による閉院	高齢化による閉院	オンコール対応	高齢化	高齢化
	新しい医師の在宅への無関心	在宅診療への無関心	限られた環境での支援への不安		診療報酬の引き下げ
全体	雑務の増加（請求事務手続きの増加、オンライン化等）				外国人職員は都市部へ転職する傾向

医療機関・介護事業所の現状

	医療機関	介護関連事業所
病床数	急性期が過剰で回復期が不足	
医療機関の偏在	在宅医療を積極的に担う医療機関の偏在	
	在宅療養支援診療所が不足（東近江市）	
経営状態の悪化	人件費・材料費等物価の高騰（特に人員の多い医療機関・高額な機器の更新を迫られている医療機関）	物価高騰とエネルギーコストの上昇・賃上げに介護報酬が追いついておらず、休廃業が進んでいる
	診療報酬改定の意見を言う団体が、開業医を中心とした医師会である	施設の大規模な設備更新・修繕のタイミングでの施設の廃業や買い取り
		7級地で、収入は低い一方で最低賃金は県内統一であり、経営が困難
		利用時間の集中により、収入の無い時間帯がある
人材不足	東近江市、日野町は特に診療所医師数が全国・県平均よりも少ない	訪問介護事業所の今後の存続が見通せない 7割の事業所が職員不足と回答（近江八幡市）
	看護師不足により休床が続いている医療機関がある	

確認された課題

医療・介護職種の人材不足	生産年齢の減少と、高齢化人口の増加により、在宅療養を支える人材が不足する中、必要な人材を確保する必要がある。
医療機関・介護関連事業所の経営の悪化	限られた報酬、物価・賃金が上昇する中で、医療機関・介護事業所が安定した経営を続けられる必要がある。
適正な病床数に向けた調整が必要	必要病床に近づいているが、まだ乖離があるため、調整のため議論を続ける必要がある。
がんの区域内完結率が低い	がんの区域内完結率が、主な病気の中で最も低い。（平成28年県地域医療構想）
本人・家族の望む最期を迎えることの出来る体制の構築が必要	本人・家族が事前に看取りについて十分に考え話し合いを行い、本人・家族の望む最期を迎えるためのACPの啓発・医療提供体制の構築が必要。 今後、必要な在宅医療を提供出来る体制の構築が必要がある。

課題解決に向けた提案

医師不足	診療科の集約	医療機関の経営	病院の医師も医師会に参加し、病院の現状・問題点を一緒に考えていく
	二次医療圏全体で、偏在指数等を用いて必要な医師を確保・診療科ごとの検討		医療機器や材料の共同購入
	在宅医師の会のような集約化・組織化	在宅医療提供体制の構築	行政によるリスクの高い高齢者等の把握
介護職員不足	介護職員確保のための施策・補助金の策定		二人主治医制の推進

令和 6 年度第 1 回会議であった主なご意見

東近江圏域の在宅・地域看取りの現状と課題

医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医が在宅看取りに最も身近な存在として、健康を守る、病気を治すことのみでなく、人生の最後を一緒に過ごさせてもらうことも、医師としての大事な役割なのだとすることを、医師会・開業医として研修会等で皆で話し合い、喚起していくことが大事。
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域間において、在宅看取りの可否はかなり差がある。当院はできる限り 16 キロ圏内の診療所のバックアップをしており、事前に申請していただければ、長期休暇の間、診療所の先生方が診ておられる患者さんの看取りについて、我々の病院で全て担当させていただくというような制度も設けている。 ・病院の組織力等を使いながら、地域の中の看取り推進や、在宅看取りまで行かなくても、在宅療養をできる限りされた後、スムーズに病院医療につなぐ、少しでも長く在宅で終末期を過ごしていただけるような取組をしていきたい。 ・看取りについては、かかりつけ医の先生からの情報が無いと、急に看取りに行ってくださいと言われても、スムーズに行うのがなかなか難しく、日頃からある程度情報交換が必要。 ・在宅療養・看取りができない原因には認知症もその大きな要因になっていると思う。家族がすぐに気づけない場合もあるため、薬局の窓口、あるいはかかりつけ医の受付の方が、なんかちょっとおかしいと気づくことがな、早期発見・早期対応につながる。
介護サービス事業者協議会	<p>施設看取りについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医が積極的な施設は、家族、介護現場、全て非常にスムーズ。そういった施設では、研修も嘱託医が行い、看取りもスムーズだと聞いている。 ・各種団体での看取りに関する研修会も進んでおり、介護施設での看取りの課題が改善に向かっている一方で、施設の嘱託医の確保が難しいという声がある。 <p>経営について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護施設・事業所の経営環境が厳しい。級地によって収入が変動するにもかかわらず、支出に関わる最低賃金は県下一律一定という矛盾の中、当圏域はいま最も経営が厳しい。 ・人材確保も難しくなっており、それがケアの質・看取りに関しても影響を及ぼす部分もあると思う。
介護支援専門員専門員連絡協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りに対する意識も本人・家族で差があり、ACPについて話し合うケースが少ないと感る。 →思いを話し合うことの必要性について、啓発を続ける必要がある。 ・介護支援専門員不足。人材定着支援や他圏域への流出防止、法人・事業所の廃業を防ぐ体制整備が重要。法人や事業所単体で取り組むには限界がある。
訪問看護ステーション連絡協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りを希望される方は全体の半数を占めているというデータがあるが、在宅の現場ではそれを実現できない場合が少なからずある。 ・当圏域は在宅療養を支える訪問診療を行う病院・クリニックが特に少ないと感じる。 ・かかりつけ医が訪問診療対応までは難しく、症状悪化時は、総合病院の先生に頼らざるを得ないことがある。 ・訪問看護師人材確保。訪問看護の特性（オンコールの対応、限られた環境でのケア生活を支えるなど）訪問看護であるがゆえに不安を大きく抱えてしまう看護師がいる。 →事業所にて研修等のサポートや、認定看護師の取組の拡大、働きやすい職場の環境づくりが必要。 ・本心では最後まで住み慣れた家で、家族のそばで最期を迎えたいと思いつつも、家族に負担をかけられないと葛藤される場面に遭うことがある。 ・症状が出て苦しんだ時にどうしたらいいか、家族も不安を持った中で、本人家族の意思決定を支援することの困難さ。
地域から医療福祉を考える東近江懇話会	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員初任者研修を 8 年前から実施。昨年は 10 人だった研修受講者は、今年は 4 人。看護・介護職員は医療施設の肝であり、医療職や介護職を目指していただくことにここにいる一人ひとりが責任をもって考えて欲しい。

令和 6 年度第 2 回会議であった主なご意見

東近江圏域の在宅医療の推進について

医師会
(診療所
医師)

- ・病院の医師も在宅医療に積極的に関わる時代になっているため、医師会と病院の医師と、今後の課題が共有出来ると良いと考えている。
- ・都市部では最近、在宅医療のみを行う在宅専門の開業も増加。今後は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。
- ・高齢の医師にとって、診療を続けていくことが非常に煩わしくなる雑務の増加。保険請求では何段階も書類を用意しなければならない、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。
- ・地域に密着している医師の高齢化。若手医師は、在宅医療方面に余り興味がない場合もあり、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。
- ・在宅相談外来を東近江総合医療センターと検討中。
- ・がっ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るか。
- ・一人暮らしでも、最後まで看ることができ目指すべき方向として、二人主治医制を推進。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。

医療機関

- ・70歳80歳の高齢者は、今後15年20年人口減少はなく、高齢者の医療が今後20年は中心となる。特に問題となるのが、心不全の悪化や、誤嚥性肺炎、骨折等。救急車で運ばれてきた患者は、身寄りの家族は離れており、結局救急車を呼ぶしかないという状況で病院に来ている。
- ・救急搬送された方で、在宅医療を受けたいという方には、開業医の医師は積極的に5年ぐらいかけて訪問し、話をする必要がある。ACPについて、急に説明をしても受け入れは困難。
- ・地域包括ケアシステムを利用し、在宅高齢者のニーズを積極的に行政、医療機関がピックアップし、適切な医療機関に繋ぐことが重要。
- ・地域の診療所に関して、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なかなかおらず、また在宅に積極的だった先生方も高齢化、閉院している場合もある。
- ・今までは病院同士での連携を中心に考えていたが、医師会の先生方とも連携が必要。
- ・人生の最後の過ごし方として在宅医療もある中で、患者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。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。
- ・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いるところもある。卒後5年10年までの間にその領域を目指されるという医師も多い。そういった人材の興味を繋ぎ、取り込んでいきたい。病院だけではなくもっと診療所の医師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だと感じている。
- ・老々介護、認知症、身寄りがない、家族がいても遠隔地で疎遠、など、在宅や特養等への入所が難しい事例の増加。
- ・見当識障害の有無を判断した後、開業医の先生はすみやかに認知症専門機関へ紹介してもらえると、ADLを支持しながら意欲を高め、残された機能を保つための治療が出来る。
- ・家で最後を迎えるのは贅沢な話になってきている。部屋・人手が必要、訪問する必要、経費等。
- ・現在の介護報酬では人が集まらない。施策が必要。
- ・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のであれば、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。
- ・歯科診療や訪問看護、訪問介護、また栄養士・薬剤師たちとの関わりが、非常に大事。病院と診療所だけの考え方だと、やはりどこかで行き詰まってしまうと考えている。
- ・現在は、知識のある本人・家族のみが在宅を利用している。支援者がおらず、医療につながっていない等リスクある高齢者を早期に拾い上げるマップが出来ているというような状態を作る。これは病院、診療所、介護施設のみで行うのは難しく、ある一定の年齢になれば、行政が何らかの調査をする、フローチャートを考えて施策をつくる等行う必要がある。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。在宅医療の推進は非常に重要だが、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。退院支援に苦慮することは多くある。
- ・自宅に変えるための一つのツールとして、在宅診療をしている。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。在宅診療や往診を利用しながら、極力家で診て、無理なときは病院へという流れで、地域を支えていきたい。
- ・人手が少ない中で医療を継続していくためのひとつの方法は、集約化。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、維持していくべきであると考えている。

令和 6 年度第 2 回会議であった主なご意見

東近江圏域の在宅医療の推進について

歯科医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科開業医もかなり高齢化が進んでいる。10年後には、高齢な先生方の引退に加え、後継者がいないという課題もあり、この東近江圏域でも、かなりの歯科診療所が閉院されると予想。 ・ 歯科はもともと外来が主だったが、歯科にも在宅診療があることが近年認知をされ、需要が増加。 ・ 歯科医師会では、口腔機能管理支援センターを立ち上げ、在宅訪問診療を歯科医師会全体の取組として実施。在宅歯科医療研修会の開催を続け、さらに在宅歯科へ関心を持てる方を増やしたい。 ・ 訪問歯科診療実施診療所東近江医療機関では、即日あるいは3日以内に対応できるところは、おそらく半分未満。各医療機関がカバーできない部分を、会としてフォローしていきたい。
薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東近江市内の調剤薬局のほとんどが在宅対応可能。 ・ 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。門前薬局が対応できない場合、自宅から近い薬局への相談が良いのではないかな。 ・ 年末年始の課題は抱えている。
介護支援専門員連絡協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問可能な医師が限られており、相談が集中。空くのを待っている状況。 ・ 介護支援専門員自身の高齢化、人材不足。新しい依頼・相談があっても、対応しきれない現状 ・ 訪問介護について、利用希望時間が重なり、事業者としても対応し切れない。またそれ以外の時間帯は、利用が減るため、赤字の原因となっている。
訪問看護ステーション連絡協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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大事だと実感している。
滋賀県栄養士会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食は、本人にとっては、在宅生活の中でも楽しみな部分、家族にとっては、心配な部分でもある。多職種で連携しながら支援を続けたい。

令和7年度第1回会議であった主なご意見

東近江圏域の医療機関の現状について

医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度から東近江総合医療センターの医師の協力で二人主治医制という試みを始めているということと、開業医が出来ること（ワクチンのことであったり、健診、あるいは学校保健）をしっかりとやっていきたい。 ・医師の偏在について、琵琶湖を中心に、大津側が病院や小児科を含めて人数が多く、北へ行けばいくほど医師が少ない。 ・診療報酬改定の意見を言うような団体が、開業医を中心とした医師会であり、病院医師の困りごとが把握出来ない場合がある。病院の医師も医師会に参加し、病院の現状や問題点を一緒に考えていく必要がある。
看護協会	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度は地域の実状に応じた看護職確保事業を進める。一つ目は多様な働き方に関する求人施設の開拓に取り組む。短時間勤務、職務限定社員、希望する勤務日数など。二つ目は、看護補助者の確保・定着に向けた取組ということで、看護補助者のお仕事説明会を実施。三つ目は、看護学生・潜在看護職を対象としたオンライン上の看護職のポータルサイトの周知。 ・再就職チャレンジ事業。ナースセンターの無料職業紹介事業の充実を図り、潜在看護師の再就職を促進する目的。 ・プラチナナース活躍促進事業。 ・その他地域とともに行う人材確保事業として、多様な場と働き方を推進し、看護職の確保・定着を支援。県や市町行政と連携し、看護職確保に向けた会議への参加、対策の実施。
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・各病院で非常勤の医師を確保するよりも、東近江二次医療圏全体の中で、偏在指数など用いて、シュミレーションをして、必要な医師を確保する必要がある。 ・滋賀県の医療をどのように支えていくか、各診療科ごとに考えていく必要がある。 ・回復期に力を入れていく。新しい地域医療構想では、回復期が包括期という名前に代わるため、地域包括をしっかりと回していく病床機能で運営していきたい。例えば救急医療提供体制、急性期の患者の受け入れに関して、地域包括ケア病棟で受け入れ可能な範囲でしっかりとしていく。しっかりと救急をカバーして、急性期の病院の負担を取るべきと考えて、病院運営を進めていこうと考えている。 ・病棟60床を、看護師不足で休床。入院のニーズというのは非常に多いので、職員を集めてなるべく早急に再開したい。 ・昨年度、一般病床18床を全て地域包括ケア病床とし、回復期・療養病棟・ホスピスという病床で順当に運用 ・精神科の病床も新たな地域医療構想には位置づけられているが、現段階では方向性が見えていない。精神疾患も身体疾患も両方合併している患者が年々増加。認知症を含め精神疾患を合併していることで、本来受けられるはずの医療や介護が受けられないことがないように責任を果たしていく。 ・急性期病院の102床を維持。蒲生医療センターの病院化に伴い、令和8年の8月に能登川病院から6床、蒲生医療センターへ病床移動する計画。物価・人件費の高騰により、かなり病院経営にとって厳しい状況が続いている。多職種により構成されている病院においては、今後ますます厳しくなってくるということを予測している。 ・4月に滋賀医科大学と日野町、日野記念病院で協定を結び、日野町糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防対策事業を立ち上げ。蒲生医療センターの病院化に伴い、病床機能も昂会の中で考えていくべきだろうと考えており、今後の検討課題としたい。 ・98床全て医療療養。半分の病床49床を出来るだけ早い時期に地域包括ケア病床に持っていきたいが、療養病床から地域包括病床への変更はハードルが高く、調整していきたい。 ・来年10床蒲生医療センターへベッドを移動し、蒲生医療センターの病院化のサポートをする。 ・人件費・材料費その他の高騰。人件費の補充は出来ていない。 ・特に人員の多い病院、それから大学病院を含め高額な機器を持っていて更新が迫られているような病院ほど工夫していかないととてもやっていけない。 ・更に機能分化をしっかりと、連携を強めて人材交流、それから医療機器や材料の共同購入等知恵を絞っていかないと、地域を支えることが出来なくなっている。 ・県にも強い権限が無く、指示まではなかなか出来ない。強い指示能力を発揮していただくことを期待。
介護サービス事業者協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・人材不足。 ・急激な物価高騰とエネルギーコストの上昇と賃上げの対応での経営悪化。小規模の特にストックが無い事業所から順番に、全国的にどんどん休廃業が進んでいる。 ・2000年に介護保険制度が創設され、施設の大規模な設備更新とか修繕のタイミングで、事業を閉じる、買い取るという流れの増加。 ・特別に人材不足であるのが訪問介護。有効求人倍率が全国で15倍と言われ、高齢化、報酬引き下げ、経営悪化が重なり、ここから5年10年全く見通せないという地域が非常に多い。全国的に見ても、自治体に訪問介護が全くないというところが100以上出てきている。 ・滋賀県の施設系約半分が外国人を雇用しており、今後も割合は増える。外国人は都市部への転職が珍しくなく、いかに外国人の方にも選ばれる施設・地域になるかが大事。

令和 7 年度第 1 回会議であった主なご意見

東近江圏域の医療機関の現状について

地域から
医療福祉
を考える
東近江懇
話会

- ・三方よし研究会にて急性期、回復期、維持期というところをうまくつなぎ合わせてきた。
- ・懇話会では、3月に死を迎えられた方のご家族を迎えて講演会を実施した。

国民健康
保険

- ・県は県内の国保税、国民健康保険料の統一の意向だが、地域によって医療提供体制に差がある。