

平成29年度第1回東近江圏域地域医療構想調整会議 議事録

日 時：平成29年7月21日（金）14時～15時30分

場 所：湖東信用金庫本店5階コミュニティーホール

出席委員：山本委員、小田原委員、小川委員、永井委員、上野委員、白井委員、宮下委員  
周防委員、由利委員、井上委員、竹内委員、山口委員（代理 横山氏）  
小山委員、有吉委員（代理 浦野氏）、鈴木委員、間嶋委員、吉川委員  
大林委員、後藤委員、引間委員、小野委員、小椋委員、山下委員、鳥居委員  
沢田委員、夏原委員、嶋林委員、寺尾委員

欠席委員：花澤委員

話題提供者：滋賀県医療福祉推進アドバイザー 櫃本 真事氏

事務局：近江八幡市 仲野長寿福祉課課長補佐

東近江市 山川福祉総合支援課主幹

日野町 坂田長寿福祉課主任

東近江保健所 木下次長、武田副参事、黒橋副参事、西澤主幹、川村主幹

田中主幹、清水主査、中村主査

1 開会 （司会：木下次長）

2 あいさつ（寺尾所長）

委員の出席、欠席、代理出席者紹介

議長について

事務局より近江八幡市蒲生郡医師会長の交代に伴い、山本委員にお願いする。

（承認された）

3 議 事

（1）話題提供 地域包括ケア時代「生活に戻すための医療を考える」

滋賀県医療福祉推進アドバイザー 櫃本 真事氏

<話題提供要旨>

- ・今までになかった「医療と福祉が変わらなければいけない時代」
- ・病気があってもできるだけ高齢者に、社会的弱者に活躍してもらわなければいけない時代。住民は「(特に行政は)何とかしてくれる」と思っている  
→「あなた(住民)自身はどうするか」考えなければいけない。
- ・入院の目的は退院(生活に戻す)ことである。
- ・入院前から多職種が患者の状態を把握し、退院の準備をする
- ・地域にかかりつけを持ち、地域の病院が中心となるべき

・「生活に戻すための医療」

入院中に生活に戻すことを考えた医療・看護が提供されない結果、病気は治っても、生活ができない「社会的弱者」が増加  
退院支援をするのは「地域連携室」という誤解。

・連携とは、目標を明らかにし共有する。課題にふりまわされない。

・住民が医療介護福祉に依存している状態

住民が自立し、地域をつくる「世間よし」。活躍できる場を増やす。

高齢者が日本を支えていくために、医療介護福祉はどう高齢者の力を引き出すか。

・一番の困りごと「元気高齢者を活用できていないこと」

・生活に戻すことを考えなければ、病床数を調整しても意味がない。

その前に、住民を支えるネットワークが日常からできているか。かかりつけを持っているか。住民の意識をどう変えていくか。

・地域に密着できていない病院は淘汰される。

多職種がアウトリーチをかけていって、医師が受け入れる

・医療施設が整っている＝地域医療が充実しているとは言えない。

医療者を確保することより、住民に医療の限界を知ってもらい、適切な医療をうけていただく。

・WHOのヘルスプロモーション

健康の定義＝医療や介護を受けていてもその人が自分らしく生きる（生活の質）

・安心の裏に、住民の自助・共助が崩壊してしまった。自立できる人を増やす。

・「高齢者を社会的に弱者にしない」

「元気高齢者を育成する」

「高齢者が支える地域づくり」

\* 地域医療構想調整会議では、市町村、保健所と地域医師会が連携し、地元病院と組みながら多職種が話し合う場をつくり、方向性を共有したうえで、意見を施策化すべき・

(意見交換)

議長：櫃本先生の講義、または資料1、資料2についてご意見のある方はお願いします。

介護保険は来年度第7期ですが、医療に関しては第7次医療計画として出ています。

この調整会議は今年度あと3回続きますが、この4回の会議でこの第7次計画は、県はどのようなことを目標にしようとしているのか教えてください。

ここで話したことが、先生方のご意見が県の方で反映されると考えてよろしいのでしょうか。

事務局：地域医療構想全体については、資料1でも示していますが、次の議題である滋賀県保健医療計画、介護保険支援計画改定に意見をいただきたいと思っています。

委員：東近江市内でケアミックスの病院をやっていますが、やはり病院の経営は大変です。

診療報酬というのが非常に大きな指標になるが、在院日数が非常に短くなってきて、在宅の方へ戻すということで、病院の方でも在院日数を短くしようという考えが必然的に生まれてきた。入院時から退院のことを考える風潮ができてきたし、介護福祉との連携よりも先に、この地域は病病連携がうまくいったおかげで、上から患者さんが流れてきて、病院から外に流すことを考えた場合に、やはり在宅の方の介護福祉と連携していかなければならないということで、ここ1～2年、病院の方もそういう面から意識できてきたように思う。連携をして高齢者を活かすというよりも、どうにかして出すために連携が必要であって、必要であるからやってみると比較的うまくいっている。

ただし1つ感じるのは、病院側としては「何かあったときにどこかの病院が受けます」という、例えば私たちは慢性期ですが、急性期の病院が引き受けていただいて、それで慢性期もすぐに引き受けさせていただく。というような連携がスムーズにできることによって、高齢者をスムーズに返してあげる、返して時々悪くなったらすぐに引き受けるという風潮が自然とできてきているのではと思う。

意外に多いのが、何も医療・介護を受けていない高齢者が、医療する立場から見えますが、かなりいらっしゃると思うので、そのあたりの掘り起こしは必要だと思う。

櫃本氏：すべての住民がかかりつけネットワークに入っているということを意識しながら、そこで相談を受けながら医療を受けていくというような仕組みが要ると思いますので、おそらく今後、かかりつけ医なりかかりつけネットワークということが、何らかの形で住民の1つの、不安状況もあるんですけど、役割として周知していく動きがこれから求められると思います。かかりつけ医がないと自慢する時代ではなくて、80歳90歳になってかかりつけ医がないというのは、おかしいことなんだと。何かあった時に、かかりつけ医がないためにいきなり急性期病院に飛び込んで行って、そこで命救ってくれということになると、生活に戻れなくなる。普段からかかりつけ医がいれば、その相談のもとで急性期病院と組みながらやっていける。

行政が「24時間365日いつでも安心して医療や介護が受けられる」と言っていて、いつでも飛び込みOKというのに、お金を割いてきた。そこをいかに変えていくかということが1つ、非常に大事なことである。

先生がおっしゃった「流れができてきている」というのは、国が誘導してきたから流れができてきたんですけど、国の誘導だとどうも「経営上やむを得ずやっている」。

一方で医療構想という考えでいくと、二次医療圏という発想がある。二次医療圏というのは急性期医療中心型で考えられている。でもこれからは、高度急性期は交通アクセスを考えれば三次医療でも十分ですし、そうすると「地域包括ケア圏」ということで、むしろ生活を支える医療を支える病院群という単位で本来考えるべきであって、急性期からどうこうではなくて、普段の生活からいかに急性期を活用するか。支える方の仕組みということで、そういう意味で二次医療圏という発想を地域完結型という発想にまた変わってくるだろう。そっちの誘導が「生活に戻す」というキーワードで、国はまた診

療報酬を変えながらもっていくので、急性期病院は「退院相談」を今強調しているが、「入院前の相談」にシフトさせていく可能性はある。おそらくこの何年かで大きく動いてくると思う。そうなるますます今の仕組みが、在院日数の短縮が思い切って進んでくると思う。療養病床については確かに「いつまで今の状況をもっておくか、現実に行き先が無い高齢者をどうするのか」という問題がありますので、いきなりは難しいと思うんですけど、先生がおっしゃったとおり、入院前に返すことを前提とした話合いが無い限りは、はいどうぞという経営はできなくなってくる。病院経営するうえでもそこをしっかりと話していないと。

よくあるのは、地域に返せなくなった医療も多く、そこを見直していくということもできてくるので、いずれにしても入院前からどういうアプローチをするかということが重要になってくる。そうなるほど住民は、かかりつけネットワークの中で普段から何かあったらそこが相談してくれる、そういう仕組みを作っていくことが将来的に大きな力になると思う。

いろんな診療報酬や国の施策にもっていつているけれど、結果的に終着していく方向は決まっている。あとは、どれを先にいくか、どういう流れか次第だけ。そういう考えであつたら病院経営は、先行きが見えていると私は思っている。

委員：教えていただきたいことが。急性期と医療ケアミックスでやっている。慢性期の割合が大きく、療養型から返すということを頑張ってやっている。自宅に返すということも頑張ってやっているけれど、どうしてもその割合は非常に限られてくる。先生のおっしゃることはよく分かるんです、家にもしくはサ高住に帰してあげたいねと、そこでその人が車いすでもいいから、ちゃんとした生活ができて、社会的な活動を、例えば絵を描くとか、誰かにものを教えたりとか、非常に素晴らしいことだと思うんだけど、

一方で療養型から返そう返そうと思うと、特養もしくは老健にいつちゃうと。じゃあ現状で、療養病棟あるいは介護の病床にいる人たちの中で、頑張ればあとのくらいの人が家に帰れるんですか？それを、どういう風な目標を持って我々はやっていけばいいのか教えてください。

榎本氏：先生のおっしゃる実情はよく分かります。ただ、私が申し上げたいのは、今返せない患者さんを返すのは現実に無理です。国が返せと言っているのは、確かに少しは返せる伸びしろがあるから返せと言っていますが、根本的に言っているのは「これからは返すことを前提に入院させなさい」という話です。その仕組みに切り替えていくということなので、今すでに悪い方はやがて亡くなりますので、ある意味でそれは仕方がない部分という風に思ってください。

もう1つは、医療や福祉がどれだけ頑張っても、地域の受け皿が良くならない限りは無理だということです。住民の意識を変えていく以外に、地域の働く場所であつたり、住む場所であつたりを養っていかないといけない。そのためには、市町村がこの地域包括ケア時代を医療や福祉に責任転嫁させるのではなくて、地域ぐるみで、そういった方々

がやっていけるような環境をどう作っていくか。そういう意味では、ここではあくまで医療の方からいくわけですけど、はっきりと「せつかく私たちが元気高齢者を出そう、少しでも活躍できる人を、地域で住みたい人を出そうというのであれば、その受け皿を行政も考えてくれ」ともって言ってってもらいたい。それを作れない限りは、「われわれがこれだけ元気高齢者を出しても無理じゃないか」という話になる。そういう意味では、連動していかないといけないと思う。

医療や福祉だけが頑張っても地域包括はうまくいかない。いずれにしても医療や福祉が「してあげる」の代表格なので、まずここが方向を変えていくことによって、住民の意識を変えながら、地域全体が住民の力を引き出すための受け皿をどうもっていくか。今やっていることをそういう風に少しずつ切り替えていくことによって、基盤が整備されていくということです。1~2年で変わりようがない。5年10年20年かけてこれからやっていくことになるだろう。地道に意識を変えながら取り組んでいくしかない。

でも目の前に患者がいて、何とかしないとイケない。何とかせざるを得ないが、その課題解決に振り回されていると、本来の方向性に行かないので、先生方のようなトップクラスはそれを見ながらもう一方で、「これを目指す」というゴールに向けて、地域全体を動かすように働きかけてってもらいたい。行き詰まっている状況も分かるが、このまま行き詰まったらその町が終わる。医療が完全につぶれていく。つぶすのは簡単だが、それをつぶさずにベッド数を減らさずに、貴重な資源としてやっていくか。そういう意味でもこの構想会議というのは、決してこの中でけりをつけることではなくて、市町村や行政に対して「これをやってくれないと私たちは空回りする」というふうに訴えてほしい。それがあって初めてベッドが残っていく。ぜひ、みなさんからうねりを作っていただきたい。

委員：逆に申し上げると、この医療構想会議の中で、先生の構想を具現化していくのであれば、やはり市町村の長が出てきてもらって、実際に何を考えているんだということを発言してもらわないと難しいかなという感想を持った。

櫃本氏：ぜひ市のトップと先生方が話をしていただきたい。行政はそういう場を作っていただきたい。

委員：櫃本先生の話の話を聞いていると、私が考えていた構想とだいたい同じで、日本の保健医療がこのままでは絶対無理であることが火を見るより明らかなことなので、こちらの方から変えていかないといけないんですけど、入院前からの退院を考えた「サポートセンター」を先日作った。「患者総合支援課」として今までは前方支援、後方支援バラバラであったのを1つにして、予定入院の場合にはそこに常駐の看護師がいて、ソーシャルワーカー、クラークを置いて、入院決定したら、医師からの指示で、薬のチェックから退院後の状況を調査・アセスメントして、そうすると患者が入院した時に病棟看護師の業務が激減して、まだ動いているのは一部で完全ではないんですけど、ずいぶん病棟看護師の動きが良くなった。

すると、救急が入ってきても病棟でそれを受け入れられるので、非常に円滑に動き出している。今、平均在院日数が9.8だけれども、昨日海外に行っていた先生の話聞いて、そこでは1泊2日と。管は患者がはさみで切るそうです。アメリカではそんな時代になっている。日本のように簡単な手術をして1週間入院していたら、アメリカの医師はおかしな話だというそうです。これは医療保険制度が全く違うというのもあるが、アメリカではこのようになってきている。おそらく日本も今の平均在院日数10数日~10日前後くらいまで、私ども8日を目指してやっているが、そうなるとやはり退院後のサポートを地域の方でしっかりしていただかないといけない。開業医の先生方に在支診とかやっていただいているが、まだまだ力不足です。となれば、いくいくはうちからアウトリーチかけて出ていかないといけないと思っている。そのためには、ある程度のインセンティブいただかないと、そういう事業をするにはすごくお金がかかって収益が無いので、つらい所はあるが勉強だけはしておかないといけないと思っている。

最後に、行政があるいは議員が住民に「医療はこうなっているんだ」ということをはっきり言って、以前のような医療はタダで誰でもフリーアクセスで受けられる、世界一良い医療だという時代は終わったということ、選挙の票目当てではなくて、正直に行政が住民に伝えていただかないと、われわれが現場で患者さんに「こうなりますよ」と言っても全然聞く耳を持っていただけない。私自身が動かないといけないかもしれないが、住民に対して言わないといけない時代が来たと思っている。

櫃本氏：1つお断りすることは、私の話は厚労省の方向性ですので、方向としては生活に戻すことを意識すれば、必ず診療報酬はついてくる。先生のおっしゃるアウトリーチは必ずついてくる。ついてくるけれども、それは後付けになってくるので、まずそれを先行するという。どちらかという日本の医療は「お金がついて動き出す」という話ですけど、それを先取りしていくことが、これから病院として生き残っていくという発想なので、厳しいですけど、ぜひそういうアウトリーチはかけていただきたい。

行政についても、日本の場合、消費税のことをいうと票が取れない国で、住民に本当のことを言うとおそらく行政は票が取れないので、行政から住民教育をするのは非常に厳しい。

おそらくこれからは、患者さんを直接診ているみなさん方が「これからの医療は」と分かりやすく伝えてほしい。先ほどの、かかりつけネットワークに入らなかったら大変なことになるよということをお願いしたいし、もちろん行政は「100%かかりつけネットワークに入る」ということを目標に、住民に働きかけていかないといけない。いずれにしても住民教育を誰がするか、というのを、行政だけでは難しいので、みんなでやっということになると思う。市立病院に限らず民間の病院も含めて、住民教育をどういう形で、医療の限界、医療の活用を知らせていくか。おそらく医療構想を本当に進めていくうえで、一番のカギでありネックでもあると思う。24時間365日

安心して医療や介護を受けられるまち、じゃなくて、全員がかかりつけネットワークを持ちながら医療や介護をしっかり活用できる住民を育てることが目標になる。

## (2) 滋賀県保健医療計画の改定について

資料3・4により事務局から説明

委員：滋賀県保健医療計画改訂にかかる基本的な考え方（案）について、住民が自らの力で何とかするというのももちろんすごくいい考え方で、病気を持ったまま元気に過ごすというのを理想にしていきたいと、私も大賛成なんですけれども、二次医療圏を越えて高度専門医療提供体制の充実のところ、いつも東近江医療圏だけ救急や神経関係は大丈夫だけれども、がんに関しては約50%の地域完結率である。櫃本先生のお話だと、二次医療圏でなくてもいいんじゃないかということなんですけれども、たしか滋賀県地域医療構想によりますと、喫緊の重大な課題であるというふうにおっしゃっているんですけれども、これに関して微妙なところもあって、みなさんご存じだとは思いますが、なかなかうまくいかない。

東近江医療圏で完結しなくてもいいのであれば、文言を外すか、「他の医療圏との連携により」とか、そこだけ別の医療圏とくっつけて「二次医療圏を越えて完結していく」というふうにしないと、どうでしょうか。

事務局：私が意見をいうというよりは、みなさん方の中で考えていただくことになる。二次医療圏を守るというのも考え方だと思いますし、今も出てましたようにこれだけ交通も発達しているし、人の移動もある中では、もう少し広い範囲で考えていくのも1つかなと。県の医療構想も二次医療圏をどう考えるかという話もちろんあるが、二次医療圏をあまり固定的に考えずに、疾病ごとに組み合わせていくような考え方、その辺は柔軟にしないと、何もかも二次医療圏という考え方では済まないんじゃないかなと。先生のおっしゃるように、こちらに課題として書いてしまっていますので、そういった部分をどう整合性をとるかを考えていく必要があると思っています。

委員：私ども本当にあの文言が困ってしまって、どうしたらよいか悩んでいるところ。表現が「喫緊の課題」と書いているので、お聞きしたところです。

事務局：本日出た意見を、県庁の各計画策定部署に情報をあげ、次回以降、基本骨子・計画案という形で説明していきます。

委員：私ども協会健保は74歳までの方をカバーしておりまして、75歳以上の後期高齢者の方は直接、保険者として加入されていないんですけれども、先ほどのお話を私なりに聞きますと、地域医療構想の重大性は言わずもがななんですけれども、例えば80代90代の方に対しても在宅医療等を無いということはないんですけれども、段階を追って高齢者の方については、社会的な福祉施設等の充実も現実的に考えていかないと、一方でずっと先を

考えますと、ものすごく有休施設が残ってしまうんじゃないかと。協会健保に入っておられる74歳までの方については、先ほど講師の先生がおっしゃったような地域医療ケアがまともに対象になる方だと思いますので、ただ将来的に10年20年先に完成するにしても、当面平成37年が実質上6～7年先に来るわけですので、ここらでスタートさせるにあたって、被用者保険として、お金の面を申し上げるのは恐縮なんですけれど、保健医療計画を立てるにあたって、具体の病床転換の計画がどの程度進んでいるのかとか、こういった部分がある程度ないと、加入者に対するご説明がなかなか難しい。最終の目的を想定するにしても、中期的な段階での具体の計画も併せてご検討されるという風に私らは考えているんですけれど、いろんなところから情報を得るには、国もこの秋ぐらいから具体の計画を各地域で出してもらおうとか、具体なところに重点的に資金を投入するとか、次の議題になろうかと思うんですけれど、そのようなところも併せてこの会議でご検討いただきたいと思う。

委員：今のお話について、地域包括ケア構想というのは、だいたい議題に上ってくるのは病床数とかその分配ということがメインなんですけれど、それについては先ほど櫃本先生のお話にありましたように、本当に自然淘汰されるんじゃないかと私自身思っている。やる気がない元気がない病院というのは、つぶれていくでしょうし、先ほどは手厳しいお話でしたけれど、先を見据えてやっていけば何とかなるのではないかと思っている。

ただ、地域包括ケア構想って、病院だけの問題ではなくて、地域で人々を支えていくということなんで、こちらの協議会でも多数のご出席ですけれど、それぞれの部門の方々がそれぞれの役割を認識していただいて、自分たちは何ができるのか、どうあるべきなのか考えて行動に移していく、その中で医療と介護の連携というのが重要になってくるでしょうし、サービスを支える人材の確保・養成これも非常に大切です。私も普段診療していて、このケアマネージャーさんもっといいプラン立てられないのかなっていう方もいらっしゃいますし、特別養護老人ホームでも「こっちは看取りはしませんから、最後は病院でお願いします」って平気で送ってくる所だとか、「もっと薬を増やしてください」と。気持ちはわかるんですけど、そんなことしたら誤嚥起こしたり骨折したりするよと申し上げるんですけど、もうちょっと例えば職員のマンパワーを增強したり、質を高めていただいて、認知症においては非薬物療法というのも効果があがってますし、グループホームさんやサ高住さんなんかでもただ預かるだけで1日ボーっとして過ごしてしまう。そこから介護保険の中でデイサービスとか通わせてくれと言っても、なかなかそういうこともしてもらえない。結局は生きがいを失って行って、衰えて行って、手がかかってくる。そういったジレンマが実際にある。いろんない部門の方がそういったことも考えて取り組んでいただければ、もっと素晴らしい地域包括ケアができるんじゃないかと思えます。



(3) 平成 30 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる事業提案について  
資料 5 に基づき、事務局より説明

(4) その他

事務局：次回は 9 月～10 月に保健医療計画改訂の骨子についてご協議いただきますとともに、平成 29 年度の基金事業が確定していると思いますので、それについて説明させていただきます。医療と介護の連携の協議の場ということで、介護保険事業のサービス量と医療計画の件についてこの場で協議いただきたいと思いますし、地域包括ケアシステムの現状ということで市町の取組でありますとか、在宅医療の現状等について、この場でご検討いただきたく思っております。日程調整もさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

議長：本日予定しておりました議事はすべて終了しました。事務局にお返しします。

事務局；これもちまして本日の会議を終了します。

ありがとうございました。

15:35 終了