

平成30年度第2回 青森県（青森地域）地域医療構想調整会議

【議事要旨】

日 時 平成31年2月19日（火）午後6時～午後7時30分

場 所 ウェディングプラザアラスカ地下1階「サファイア」

（1）報告事項

①病床機能報告の結果の分析について

（議長）

国から調整会議で議論をしていく上で定量的な基準を使って、議論を活性化させてほしいと要請があった中で、今回、佐賀県、大阪府の基準を組み合わせた形で病床機能報告の分析をした内容について、事務局からの説明であった。

（青森市医師会）

平成29年度病床機能報告の分析結果では相当の回復期病床があると強調されているが、そのことによって急性期の病床が減っていると解釈できるのではないかと。

（事務局）

実際には1つの病棟に急性期相当の患者や、回復期相当の患者が混在していると考えられるので、一概に急性期が少なく回復期が多くなっているとは言えない。

この分析の趣旨は、平成37年の必要病床数と比べた時に回復期がかなり不足していると思われるが、各病棟を分析してみると、急性期として報告があった病棟の中には一定程度、回復期相当の医療を提供しているという見方ができるということを示している。

実際に各医療機関が急性期として報告するか、回復期として報告するかは各医療機関の判断になるため、このような分析を見ていただき、例えば、この調整会議などで、今後、回復期をどうやって確保していくかの議論や、各医療機関がどのように報告していくかという議論の参考のため分析をしてみたということである。

（県立中央病院）

今日、お示しいただいた今回の調査は、あくまでも病棟単位で医療資源を見るというものである。昨年度の地域医療構想調整会議で、一人ひとりの医療資源投入量に着目し、点数で病床機能を区分けしたが、厚労省の平成37年の必要病床数の推計と比べて、どうなっていたのか、今一度確認したい。

(事務局)

厚労省の必要病床数推計は地域医療構想を策定する際に示されたナショナルデータベースを使っているが、それ以降ナショナルデータベースのデータを直近の数値に置き換えたデータなどは国から示されていないので、県独自に昨年度各医療機関に御協力いただき特定の1月における入院患者に関する調査を行った。

その結果、病床機能報告では回復期がかなり少ないという結果が出ているが、特定の1月における入院患者に関する調査では回復期病床が将来の必要病床数に近い数字になるという結果になっている。

(県立中央病院)

その結果と今回の大阪、佐賀の方式で分析した結果は同じような形なのか。

(事務局)

比較した資料は今回作成していないが近いものとなっている。

(吉田アドバイザー)

今回の県の調査は診療点数で区分して急性期と回復期の必要病床数を算定したもので、以前、国から示された必要病床数の推計も診療点数で区分したものであるので、似たような結果が出て当たり前ということになる。

しかし、そういった診療点数からだけでは、いつまでたっても実態が掴めないで、大阪方式や佐賀方式では、実際に動いている急性期病床のどの程度の部分が回復期に相当しているのかを可視化しようとしている。なぜかと言えば、回復期病棟の定義が不明確であり、これが一番の問題だからということになる。現在、診療点数上の目安はあるが、一連の具体的な医療行為の中でどのようなものが回復期に該当するかがよく分からない。そこで各病院から急性期として報告されている病棟にはどのような患者がいて、どのような診療点数の構成になっているかということを見ようとしている。

たとえば、今回の大阪方式などの分析で、急性期2の方に入る病棟がこれだけあるということがわかれば、「それは将来回復期の病棟として認識しよう」ということになるかもしれないだろうし、また別の定義で位置づけられるかもしれない。

いずれにしても、一般的に捉えられている認識とは違う部分が急性期病棟のアクティビティの中に存在していることを可視化しようというのがその狙いと言える。

②平成30年度病床機能報告の速報値について

(外ヶ浜中央病院)

当院は一般病床44床を有しており、病床機能報告では回復期と報告しているが慢性期

とするか迷った。

包括ケア病棟やリハビリ病棟であれば回復期だと思うが、他の病院では慢性期と報告しているところがあるので、当院も慢性期になるのだろうか。

介護療養型病床等があれば慢性期という考えでよろしいのか。

当院は、長期入院の末にがんの末期で亡くなる患者や、認知症で看取りの患者、あるいは術後のリハビリで廃用症候群リハビリの患者、また、救急もみており急性期の患者もいるので病棟の区分では非常に迷うところがあるので、回復期、あるいは慢性期というものをきちんと区分けしていただきたい。

(事務局)

病床機能報告においてどの医療機能として報告するかは各医療機関の判断になる。国の分類では、定性的な考え方を示しており、少し紹介すると、回復期機能は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能である。特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能を提供する病棟は主に回復期機能である。慢性期機能は、長期療養が必要な患者を入院させる機能、また、長期にわたり療養が必要な重度の障害者、筋ジストロフィー患者型、難病患者等を入院させる機能ということになっており、それを参考に各医療機関に判断していただいている。

基本的な考え方としては、実際の病棟には様々な病期の患者が入院しているが、病床機能報告では、病棟内に最も多くの割合の患者がいる機能を報告することとなっている。

どういった報告をすればいいか判断が難しいところは、個別に御相談いただきたい。

(2) 協議事項

②病院プロフィールシートについて

→資料3「病院プロフィールシート」に基づき、各病院からの説明。

(鷹揚郷青森病院)

当院は平成30年度の病床機能報告で一般病床の慢性期45床と報告した。将来的には、そのまま慢性期45床としている。月134件の手術、うち全身麻酔の手術は2件程度を実施している。平均在院日数は19.6日で、利用率は74.4%、診療科は4科で、泌尿器科、麻酔科、リハビリテーション科、歯科である。

主な紹介元医療機関は、青森県立中央病院、つがる総合病院、さわだクリニック、紹介先医療機関は青森県立中央病院、青森市民病院、青森厚生病院である。

当院の現状について、日本泌尿器科学会の泌尿器科専門医教育施設に認定されており、当院は泌尿器科専門病院として腎尿管結石治療や前立腺肥大症の治療に対して、内視鏡治療を行っている。

また、透析治療を受けることのできない患者が発生しないよう、透析ベッド、透析機器等の整備を適宜行い、合併症で重症化した透析患者や高齢で手厚い治療や看護が必要な透析患者さんを積極的に受け入れている。

地域の身近な病院であることを目指し、開業の先生方とも病診連携、より高度な医療機器を有する病院との病・病連携、更には介護施設との連携に力を入れている。

病院の未来像としては、将来の慢性期の医療需要の増加を踏まえ、病床が更に高い水準で稼働していくことを見込んでいることから、現時点の病床規模の見直しは考えていない。

在宅医療について、退院支援に関しては、医師、看護師、理学療法士、ケースワーカーなどが連携し、家族の希望に沿った退院計画を立て、的確な退院支援に取り組んでいる。訪問診療は、現在は行っていない。後方支援に関しては、他のクリニックなどが担当する患者の病状が急変した際に必要な受け入れを行っている。看取りは、現在は行っていない。

(慈恵会病院)

ベッド数は332床からなり、一般病床は84床がDPC対象病床で10対1、22床が緩和ケア病棟、療養病床144床中96床が回復期リハ、48床が地域包括ケア病棟である。ほかに、精神病床として82床、認知症病棟を有している。入院患者は月平均で150～170名で、今年度は、紹介率57.9%、逆紹介率40.9%である。

また、救急告示病院として2次救急を担い、月平均16件程度救急車の受け入れを行っており、急性期から慢性期まで患者さんの様々な病状、病気に柔軟に対応できるケアミックス型病床群の形態で運営している。今後は、より充実した地域包括ケアの構築のために頑張っていきたい。

平均在院日数は、一般16.34日、緩和ケアは37.19日である。

病床利用率は、一般88.83%、緩和ケアが89.15%、療養が98.18%である。

現状について、急性期病棟は、平均在院日数16日、手術は、整形外科専門医6名、麻酔科医4名の体制で、整形外科手術を中心に全身麻酔手術を月平均50件～70件実施している。

内科混合病棟は、誤嚥性肺炎や心不全、脳卒中といった疾病を対象に急性期リハ、NSTなど積極的に行い、高齢者の在宅復帰向上に努めている。

療養病床は、回復期全体で在宅復帰率は約81%、重症患者割合が30%以上、重症患者改善割合が65%、FIM実績40以上となっており、地域包括ケア病棟では、在宅復帰率76%、重症患者割合24%といずれも在宅復帰率向上に努めている。

緩和ケア病棟では、月平均15名の患者を受け入れ、待機期間に関しては、大体14日ということで、なるべく早く退院できるようにしている。在宅復帰率は17.6%で、昨年度は33名の自宅での看取りを実施している。

認知症病棟に関しては、ユマニチュード手法を導入して、身体拘束ゼロを目標に各病棟で認知症ケアを展開している。

未来像について、当面、現状の病床数、規模で運営する予定だが、状況に応じては変更する可能性はある。

現在の役割は、高度急性期病院や他医療機関で急性期医療を終えた患者さん、ポストアキユートの受入機能と高度急性期の治療を受けるまでもない病状の患者さんの受け入れ、駆け込み寺的な機能を有していると考えている。また、患者が退院後も安心して暮らせるよう、他医療機関や介護施設等、積極的に連携をし、その橋渡し役として重要な役割を担っていると考えている。

在宅医療について、退院支援に関しては、専任の社会福祉士8名が地域の介護施設等と連携を図り、ご家族に寄り添った退院支援に取り組んでいる。

訪問診療に関しては、有料老人ホーム60名、在宅緩和訪問診療20名程度を実施している。

後方支援に関しては、訪問診療をしている患者以外に介護保険施設等で急変した患者に対して必要に応じて診療受入れを行っている。

看取りに関しては、在宅の訪問診療が28年度で499件、29年度で398件、その期間の看取り数が28年度で25件、平成29年度で33件となっている。

(青森厚生病院)

届出病床数は、282床、一般病棟は、急性期として、内科系の1病棟と外科系の1病棟で111床、回復期として、地域包括ケア病棟が58床、療養型の慢性期が55床で、1病棟、58床が休棟中である。

救急は、月に大体12名程の受入実績がある。休棟している58床は、今後、廃止を見据えた方向で検討している。

平均在院日数は一般病棟15.2日、病床利用率は一般74.4%、療養87.1%である。

診療科は内科系では、主に循環器内科と呼吸器内科、外科は一般外科と消化器外科が中心である。ほかに、整形外科、婦人科などがある。

主な紹介元の医療機関は、県立中央病院、青森市民病院、外ヶ浜中央病院で、紹介先医療機関は、県立中央病院、青森市民病院、青森新都市病院である。

当院の現状について、内科は主に循環器と呼吸器が中心だが、循環器内科ではペースメーカー、心臓カテーテルを行っている。

呼吸器内科では、肺がんの治療、COPDを含む呼吸器疾患全般と人工呼吸器管理、外科では、主に胆石やヘルニアの手術をしているが、最近は消化器がんや乳がんの手術や化学療法も増加しつつある。外科領域の年間の手術件数は、大体390件である。整形外科では主に肩や膝の関節鏡手術、それから、スポーツ選手の治療及びリハビリも行っている。整形外科での手術件数は年間約480件である。

婦人科は、現在、入院を持っていませんので、主にがん検診などを含む外来診療が主にな

る。

当院は、急性期と回復期、地域包括ケア病棟と療養型の慢性期の病棟を持っており、病期の段階に応じた診療を行える体制を作っている。

訪問診療、それからみなし訪問看護というものを平成30年の7月から行っている。まだ数は少ないが、在宅支援の機能を増やして在宅の医療支援を始めている。

当病院の未来像については、基本的な診療内容はあまり変わらないものと考えている。

在宅医療について、退院支援に関しては、専従の社会福祉士1名、専任が2名、専任のナース1名体制で退院支援に取り組んでいる。

訪問診療に関しては、30年の4月から始めたため、まだ数は少ないが、青森市の西地区を中心に介護施設や、自宅の患者の訪問を行っている。

後方支援に関しては、当院で訪問診療とか訪問看護を行っている患者の他に、協力機関になっている介護施設等の患者の後方支援を行っている。

看取りに関しては、まだ数は少ないが、緩和医療とか、医療管理をしながら療養を要する患者さんの看取りをしている。

(青森新都市病院)

当院は、昨年、一昨年開院して、1年10か月が経過した。一般病床191床を有しており、療養病床はない。

一般病床の内訳は、高度急性期8床、急性期135床、回復期45床であり、回復期45床は、病院を開設した後に地域の医療需要を改めて見直し、急性期45床から転換したものである。

当院は、急性期の開頭手術、開腹手術、血管内手術、あるいは高精度放射線治療など、高度な医療を提供することを目的としており、現在、救急車を月100台以上受け入れている。また、毎月、90件近い手術を行っている。

プロフィールシートでは平均在院日数を一般で21日と記載したが、ここ数か月は20日を切っている。病床利用率は66.3%と記載したが、ここ数か月は80%を超えている。

主な紹介元医療機関は、青森県立中央病院、青森市民病院、それから近隣の中野脳神経外科・総合内科クリニック等で、紹介先医療機関は、青森厚生病院、青森慈恵会病院、青森県立つくしが丘病院等である。

現状について、急性期の高度医療を提供する病院という目的で運営している。

当院の現場においては、急性期の医療需要はまだ増加傾向なので、この方針を今後も継続していきたい。

今後も一般病床191床とその内訳には変更はないと考えているが、地域の医療需要に合わせて絶えず病床の転換を視野に入れていきたい。

在宅医療について、退院支援、訪問診療については積極的に取り組んでいる。後方支援も24時間、365日、救急医療体制を敷いており、在宅療養患者の急変等も受け入れており、

積極的に充実して参りたい。看取りは現在のところ行っていない。

(芙蓉会病院)

当院の場合は、医療療養病床と介護療養病床ミックス病棟を介護医療院にするのかしないのかというところ1点に尽きると思う。

当院は、基本的に精神科病院で、医療療養病床が14床、介護療養病床39床の慢性期として報告している。

入院の内訳は、他病院、診療所からの入院が73%、精神科病棟からの転棟が26%であり、退院の内訳は死亡退院が59%、転棟が40%である。

入院稼働については、高水準を維持しており、また、慢性期の医療需要が、今後の高齢化進むにつれて高まることが予想されるため、今すぐに変更などは考えていない。

当院は、精神科病院であり、認知症患者の合併症が多く、その患者が療養病棟に転棟する形でスムーズに対応している。

未来像については、今後療養病棟の必要性はあると思っているが、昨今の医療・介護情勢等から、介護医療院への転換について検討は進めており、医療の必要度が高い患者に対して、介護医療院で対応できるのかなど詳細について協議を進めているところ。

(村上病院)

当院は、回復期120床で報告している。内訳としては、一般病床が65床と、地域包括ケア病床15床、これは4月から一応20床にする予定である。それから、回復期リハビリ病床の40床で構成している。

慢性期、回復期病院の役割として、基幹病院からのポストアキュート患者の受け入れや、当院で対応している患者のプレアキュートの患者を中心に診療している。

特殊なものとして、整形外科の脊椎を中心とした手術、急性ではなくて慢性疾患の手術を大体、整形の手術だけで、今年度の数字は出ていないが、5年間で約1,000件実行している。

また、消化器疾患の方は、内視鏡の手術、胆石の内視鏡の手術や消化管のポリープ切除、また止血術、それから胃瘻造設などを施行している。また、昨年度から下肢の静脈瘤のレーザー治療なども開始している。

また、訪問診療に力を入れており、24時間対応の往診も可能な体制をとっている。

当院としての地域医療構想の中での役割、立ち位置としては、やはり基幹病院からのポストアキュートの患者の受け入れを速やかに行って、転院によりその患者の出先を探し、出先として訪問診療を充足させ、居宅や施設への退院を進めていくことと認識している。

現在、在宅療養支援病院の認定を受けているが、現在、居宅、施設の患者、約150名の訪問診療を実施している。

今後、未来像としては、現状を維持していく予定だが、時代の流れから、この一般病床を

地域包括ケア病床に転換し、回転させていければと考えている。

本当は在宅療養後方支援病院としても活動できれば良いと思っているが、当院は200床未満なのでその基準を満たすことはできない。しかし、なるべく近いような診療体制を築いていけるように努力していく。

(村上新町病院)

当院は、急性期一般病棟7対1を46床、療養病棟入院料1を32床、うち地域包括ケア入院医療管理料を16床届出している。

一般病棟の利用率は99.4%と高く、病床が不足している状況である。

救急告示病院として、年間150件程度の救急車を受け入れ、救急車以外の夜間及び休日の救急患者は400名程度受け入れている。

病院の特徴は、循環器内科と腎臓内科を中心に透析患者の合併症による入院加療が必要な患者の紹介が多いことである。県内でも実施機関が少ない下肢静脈瘤手術を行っており、県内各地から患者が来ている。また、3.0テスラMRI、320列CTを導入したことにより、県内から多くの検査依頼がきており、年間800件程度になっている。320列CTは侵襲性が低く、高精度で冠動脈検査もできるので、冠動脈疾患を早期に発見できるという利点がある。

病院の将来像は、現状と同様、急性期から回復期機能を担い、在宅復帰の支援を行っていく予定である。また、院舎の老朽化に伴い、青森駅前に新病院の建て替えを計画している。現在の病院機能に介護保険施設を併設した複合施設を予定しており、医療、介護の切れ目ないサービス提供を目指している。

(浪打病院)

当院は小規模病院で、一般病床37床、療養病床32床の合計69床を有している。一般病床37床の病棟は急性期と報告しているが、回復期の患者も入院している。慢性期が32床である。

特徴としては、一般病棟の殆どの患者が基幹病院から紹介であること。

また、外来から直接入ってくる入院患者もいる。

療養病床を持っているので、平均在院日数は、一般が40.9日と非常に長い。病床利用率は78～80%程度である。

診療科は内科、外科、整形外科の3科である。

主な紹介元の医療機関は、県立中央病院、民間のクリニック、協立病院で、紹介先は、急性期の患者が発生した際に県立中央病院、ほかには、老人ホームである。

現状について、緩和ケア病床はないが、緩和ケアの患者を多く御紹介いただいているほか、ターミナルケアの高齢患者もいる。また、慢性期の患者様、大腿骨パスのような、廃用症候群のような医療を目的とした患者も多く、全体的に在院日数が長い。

県立病院や市民病院の術後の患者の管理ということで、自宅への退院に力を入れている。結局、地域の患者に対するケアが一番大きな問題になってくると思う。

いずれにしても、当院としては、今までやってきたことを継続する方向である。

在宅医療について、退院支援に関しては、自宅退院が一番の大きな目的であるため、それを継続していきたいと思っている。訪問診療に関しては、人員が少ないので現在のところやっていない。後方支援もやっていない、看取りに関しては、一応はしないつもりだが、必要に迫られたらやるかもしれない。

(あおもり協立病院)

当院は、全5病棟のうち3病棟を急性期病棟、2病棟を回復期病棟として報告している。

当院の平均在院日数、一般は17.56日、一般の病床利用率は93.4%、回復期病棟については99.3%、高い数値で推移している。

この状況は、地域の医療ニーズに応じているからと考えており、今のところこの状況を維持しようと考えている。

診療科は、内科である。

紹介元、並びに紹介先の医療機関は、県立中央病院、青森市民病院である。

当院の現状としては、脳梗塞あるいは肺炎等々、高齢者医療、あるいはコモンディージーズに対して、一般的な治療を行っているが、心臓カテーテル検査、あるいはペースメーカーの埋め込み等々、一定度専門性のある高度医療にも取り組んでいる。

また、内視鏡の分野では、粘膜剥離術、あるいは乳頭切開術等々にも取り組んでおり、循環器分野並びに消化器分野において専門の施設認定を受けている。

また、新専門医制度を施行されるに伴い、内科の分野において県立中央病院の連携研修施設となる見込みである。

救急も積極的に取り組み、市内の二次輪番制に参加し、月90～100件程度の救急車の受け入れを行っている。

当院一般病床はDPC病院Ⅲ群として登録している。

回復期病院としても、県立中央病院、市民病院等々と積極的に連携し、その役割を担っていると考えている。

当院は、病院としては入院に特化し、外来は併設の協立クリニックで行うという形態をとっている。

未来像については、稼働率が96%と高い水準を維持しているので、現状の機能の見直しは検討していないが、この地域の医療ニーズ、とりわけ緩和ケアについての医療ニーズを鑑み、今後、一般病床、回復期病床からその一部を利用し、緩和ケア病棟を新設することを検討している。そのため、学会の認定研修施設にもなったが、医師体制が大きく左右するので現状では検討中である。

在宅医療について、病院は入院に特化しているため、併設している協立クリニックでは、2018年度、在宅管理は370件、看取りは4月から12月で88件、月平均9.7件程度で、年間100件程度である。

法人全体では在宅管理が765、看取り数は月平均で18.3件、年間200件程度である。

(佐藤病院)

当院は許可病床36床の全てが療養病床で、慢性期として報告している。

将来的には、少子高齢化等の影響で、患者の大幅増加は見込まれないため、当面は現状維持で推移していくと考えている。

平均在院日数は158.3日、病床利用率は69.8%で病床利用率については、数値が低くなっている。

主な紹介元医療機関は、青森県立中央病院で、紹介先医療機関は、青森県立中央病院、青森市民病院である。

当院の現状については、開業以来個人病院という経緯もあり、地域の身近な病院であることを目指し、高度な医療機能を有する病院との連携に力を入れており、今後も同様の方針である。

未来像としては、後継者が決定したことから、今後は後継者を中心に全般的に見直し、改革等を行い、現況を維持及び改善していくものと考えている。

在宅医療について、退院支援に関しては、今のところ取り組んでいないが、在宅医療の希望があった場合には説明を行うなどで対応したい。また、訪問診療に関しては要望があれば行う。後方支援に関しては今のところ要望はない。看取りは、要望があれば積極的に対応していく。

(青森敬仁会病院)

許可病床は、療養病床120床で、回復期60床、慢性期の60床と報告している。在院日数は回復期が75日、慢性期が147日で、病床の利用率は、97.42%である。

診療科は、内科、整形外科、リハビリテーション科の3科である。

主な紹介元医療機関は、青森県立中央病院、青森市民病院を挙げているが、青森慈恵会病院や公立野辺地病院、あおもり協立病院が件数の多い医療機関となっている。紹介先は青森県立中央病院、平内中央病院、浅虫の石木医院が件数の多い医療機関となっている。

当院の現状は、急性期後のリハビリテーション提供や医療依存度の高い患者に対するターミナルケアの提供、地域の医療機関からの慢性期治療の受入をしている。

当病院の未来像は、リハビリテーション転向などによる回復期機能病床として、急性期から在宅への橋渡しを行うことと、医療依存度の高い慢性期患者と地域開業医からの入院治療が必要な慢性期患者の受入先として、地域医療に貢献していきたいと考えており、病床機

能、病床数の見直しは考えていない。

在宅医療については、患者、家族の意思を尊重し、メディカルソーシャルワーカー3名が患者本人や家族と相談して、各地域担当とともに連携を図り支援している。訪問診療は実施していない。後方支援に関しては、地域の開業医、ないしは施設と連携し、円滑な受診や入院の受入れの対応をしている。看取りに関しては、希望あるいは必要に応じて入院での対応をしている。

できるだけ患者、家族の意思を尊重し、地域医療機関などと連携を図って、退院支援、後方支援などに取り組んでいく。

(村上アドバイザー)

今日、特に私的病院からこれからの方向性について、いろいろな方向性を伺った。

青森地域の人口減少や高齢化に加え、今までの若者の疾病以外のいろいろな状況があるかと思う。県立中央病院、青森市民病院を大きな柱として、私的病院がそれを支えていくために連携できる状況を作っていきたい。

(吉田アドバイザー)

地域医療構想は、どこまでも高騰化する医療費や、高齢化社会、人口減少社会の到来という大きな課題を目前にして、今までの医療のやり方では国がもたないという厚生労働省の危機感から出てきたもので、医療提供体制の質的、量的な転換を求めようとする国家的なプロジェクトと位置づけることができる。

つまり、これまでは青壮年層が主たる診療対象であり、そのため急性期医療を中心とした医療提供システムでも機能してきたのだが、これでは、団塊の世代をはじめとして急増する高齢患者に的確に対応することが困難であり、急性期以外の医療モデルを強化することは、医療費の適正化というカードにも使えるし、ということなのだろうと思われる。

国の作ったスキームでは、患者の医療ニーズに従って、急性期に特化した病院から回復期に特化した病院へと転院し、更に必要であれば回復期の病院から慢性期の病院へ移るといったような分業化を図ることで、急性期病院では平均在院日数が短くなり、より多くの患者を診療できるし、回復期、慢性期の病院にとっても、急性期病院からの安定的な患者紹介により、経営の安定化を図ることができるというウインウインの関係を想定している。

しかし、このスキームは遠隔地や過疎地、医師不足地域では成り立たないもので、先ほど外ヶ浜中央病院の秋山先生が言われたように、急性期も回復期も慢性期もすべて丸抱えするしかなくなる。ですから、青森市内のようにある程度、病院がまとまって存在するところでは、機能分担を図っていくやり方は、国からの後押しも期待されることから、将来性はありだと思われる。従って、今まで以上に医療連携に取り組み、お互いに足りないところを補い合っていくことが必要になると思う。

(大西アドバイザー)

病院のプロフィールを公にしていただけるというのは、本当に素晴らしいことである。

病院の機能分化は必須の流れだが、患者側から見ると、難民化しやすいことと、病状と移った先のミスマッチが起りやすいという根本的な問題があるため、実態とニーズをすり合わせて、QOL向上に向けて話し合っただけで深化させていくことが大事だと思う。患者が急性期病院から回復期病院、回復期病院から慢性期病院と移っていくことでQOLが上がるような地域の医療であるように様々な話し合いの深化が重要である。

②の在宅医療・介護連携の推進について

→資料4の5ページ以降に基づき、各市町村からの説明。

(青森市)

青森市では、在宅医療・介護連携推進事業は、平成27年度から開始しており、事前に市の医師会を通してかかりつけ医の意見を聴いて課題を見つけてからこの事業を開始している。

市の医師会からは内科医の会員に出席していただき、御助言、御指導をいただき、市の医師会も交えての入退院調整ルールを策定し、周知・運営をしている。

研修会は毎年行っており、多職種の研修会、企画の方が市の医師会を通じて医師にも参加していただき、また講師も務めていただいている。かかりつけ医との連携が重要なので、今後も引き続き、市の医師会との連携は十分図って参りたい。

(平内町)

町で毎月開催している地域ケア会議には、平内中央病院から医師、看護師、リハビリ科長、医療連携室職員に出席いただき、看取りや訪問介護、認知症関係、入退院時の情報提供書などの検討や、研修会を開催するなど、平内中央病院との連携でうまくいっている。

さらに2か月に1回、町の各クリニックの医師が集まり、病診連携会議を開催しており、それに行政も参加している。

この経過や積み重ねの中で中央病院とは顔が見える関係が築かれており、特に医療連携室を通じて情報のやり取りがしやすくなっているため、連携に関する課題は段々少なくなっていると思う。

(外ヶ浜町)

医療・介護関係者の情報共有について、医療機関とケアマネージャーの入退院の調整ルールは、青森市が中心となって作成、整備したものを近隣市町村と連携を図りながら運用をしている。当町のケアマネージャーも入退院時には、このシートを活用して医療機関と連携を図っている。

次に在宅医療・介護の関係、市町村との連携については、外ヶ浜中央病院の医療連携室が中心となり、近隣市町村、外ヶ浜町を含め今別町、蓬田村の介護関係施設、19施設の関係者を含めた会議と勉強会を毎月開催しており、その中ではケース検討の相談・支援などについても話し合いが行われている。

来年度は、在宅医療、介護連携推進事業の一部をこの連携会議を活用して外ヶ浜町中央病院へ委託することも検討している。

(今別町)

医療・介護の資源不足の課題について、現在、町の医療機関は無料診療所と有床診療所1か所ずつの計2か所となっている。どちらも内科が主体なので、専門的、複雑な検査は近隣の総合病院や青森市内の専門医を受診しなければならないため、受診が遅れてしまうケースも少なくない。

また、介護についても、在宅でのサービスが不足しており、特に訪問看護、訪問リハなどの事業所がなく、地理的な問題もあり、需要があってもサービスの供給がないのが現状である。

医療・介護の連携については、現在、外ヶ浜中央病院を中心に町の担当者、介護事業者等という形で連携を図ることができていると考える。

(蓬田村)

青森市や外ヶ浜町の医療機関と連携していくことになるが、外ヶ浜中央病院については、医療連携室を通じて地域包括支援センターや介護保険事業所、行政と顔の見える連携が取れており、ケア会議や在宅医療、介護連携に関する研修が実施できているところである。

また、青森市内の医療機関を受診する村民も多く、入退院時の情報共有シートや医療連携室を通じた連携ができているところだが、医療連携室や相談員がない場合や、外来患者で介護や福祉のタイミングが必要な場合も情報共有までには至っていないものが多く、村民が多く受診している医療機関との密接な連携体制を作っていきたい。

いずれにしても、今後、県や医師会の御支援をいただくことになるので協力をお願いしたい。

(青森市歯科医師会)

当会の取組みとして、訪問歯科診療の推進、それから、青森市と協力し、研修の講師を務めるなど、ケアマネや言語聴覚士など口腔に関連するところとの多職種連携を進めている。病院からのリクエスト等があればそれにも積極的に応えていきたい。

(青森県看護協会)

看護協会としては、次年度の重点目標として、訪問看護師の倍増対策を推進し、訪問看護

師の養成をこれまで以上にやっていく。そのための研修も実施する。

また、地域包括ケアを担う人材の確保について、保健師の人材確保が非常に課題なので重点事業としている。

認知症に関しては、県からの委託により、看護職員の認知症対応力向上研修ということで認知症ケア加算2の施設基準に該当する研修を実施している。

より専門性の高い認定看護師や、特定行為に関わる看護師の養成を支援したい。

行政や教育機関、医療機関が協力して人材を育成していきたい。

○その他

基金を活用した補助制度について

○まとめ

(青森市医師会)

会議の冒頭で報告があった平成29年度病床機能報告の分析で、急性期と報告のあった病棟の一部が回復期相当に区分されるとの指摘があった。

つまり、各医療機関の自主的な病床機能の選択と診療報酬の点数等に基づいた区分には、大きな差が生じているのだと思う。

医療機関としては、より良い医療体制を作るため、急性期病床を維持したい、あるいは増床したいという想いもあると思う。

新しい分析方法について、県は定量的区分と表現しているが、このような方法が妥当であるとすれば、極端に言えば病床機能報告は、意味をなさなくなってくる。これからお互いに率直な意見を交換しながら前に進んでいく必要があるのではないか。

それから、当会は在宅医療と介護との連携に関して、様々な活動を積み重ねてきた。多職種連携や緩和医療、看取りに関する研修会も数多く開催し、また、勤務医部会では高齢者の救急医療についても議論を行ってきた。

アドバンス・ケア・プランニングの普及を進めるとともに、それを基にした患者のリビングウィルをいかにして共有するかといったことも検討していきたい。