

平成30年度第2回 青森県（上十三地域）地域医療構想調整会議

【議事要旨】

日 時 平成31年2月13日（水）午後3時30分～午後5時20分

場 所 富士屋グランドホール2階「平安の間」

（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、佐賀県の基準、それから大阪府の基準ということ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、事務局から説明があった。

地域医療構想に基づき、医療提供体制を将来のあるべき姿に近づけていく上で、病床の現状について、病床機能報告に物差しを当てた場合にこういう見方もできるのではないかとということで御提示をしたものである。

（上十三医師会）

急性期と慢性期とあるが、これは概ね在院日数で決まるということによいのか。

（事務局）

只今、御報告したのは、病床機能報告で急性期と医療機関から報告のあった病棟について、在棟日数と、それともう1つ、実際にその病棟で提供されている医療の提供内容に着目し、急性期に近い医療が提供されている病棟なのか、それとも回復期に近い医療が提供されている病棟なのかということ进行分析したものである。

（保険者協議会）

29年度の病床機能報告では、急性期は779床とあるが、これをAとBで分類した場合には、急性期から急性期2に移るという理解によいのか。

（事務局）

今回の分析は、他県の基準をあてはめた場合に、急性期で報告いただいている病棟の中にも回復期に近い医療が提供されているという推察ができるのではないかとということでお示ししているものである。

病床機能報告において、実際にどの医療機能を提供しているかということは、各医療機関の判断になる。

よって、このように将来、推移していくということでお示ししているものではない。

(十和田市立中央病院)

実態としてはよくわかる。

実際、患者さんというのは、最初は急性期で入って、ちょっと良くなって回復期になって退院なさるので、混在するのは当たり前で、実態を反映していると思う。

実際、病院が病床機能報告する時に、急性期2とされた病棟を回復期と報告できるかという点と難しい。当院で在棟日数22日を超え、急性期2となった病棟は、整形病棟で、回復期病棟という認識はない。常時50人位入院しており、年間450件位手術している病棟である。高齢者の患者さんが増えており、術後、退院までどうしても時間がかかる。かといって回復期かいうと、違う。包括ケア病棟を有効に使うことができれば、在院日数を短縮できるのだが。

これは、良いデータだと思うのだが、具体的にどのように実際の報告に反映したらよいのだろうか。

②病床機能報告の速報値について

(2) 協議事項

①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。

(十和田市立中央病院)

当院は、高度急性期・急性期を中心に、この地域の中核的病院としてやっていきたいと思っている。

ただ、その中で在宅医療もしっかりやれと言われている。確かに、この十和田地域、在宅療養支援診療所が全くないという状況で、かかりつけの先生方もなかなか在宅まで手が回らないのが現状であるので、当院としては、手を付けざるを得ない。

前回、この会議でも当院は当分カメレオン病院、何でも屋と言ったのはそういうことであり、それが地域のニーズだろうと思っている。特定の機能に特化できるような状態にはないと判断しており、とにかく患者さんの状況に応じていろんな科を用意してしっかり診ていくというのが基本である。

そんな中、休床となっている10床が話題になっているが、ここは、緩和ケア病床で、今後の見込みについての明言は難しい。

今、緩和ケア病棟において自宅退院日等が求められるようになっており、緩和ケア病棟に

入れば、終の棲家ではなくなり、特にながの末期の患者さんは、在宅に移らざるを得ないだろう。よって、緩和ケア病床10床と在宅医療の充実というのは、同時に考えていきたい。将来的に10床は医療病床として使いにくいと考えている。

在宅医療に力を入れながら、緩和ケア病床の分を在宅でやろう、移行していこうと考えている。

直近では、在院日数は、短くなっており、また、病床利用率も上がっている。

1つ、データとして欲しいのは、上十三医療圏は、患者さんの流出率が20%を超えている。それが、当院の病床利用率が上がってきているということは、地域の患者をこの上十三地域にある程度、留めることができていると思うのだが、そのデータがなかなかとれずにいる。流出率が減っていると思うのだが。

構想策定時の流出率で必要病床数を推計しているとのことであるので、その2割が例えば、1割位になって、10%が当院の患者として、この地域に留まることができていれば、病床数は、増やせるかどうかはわからないが、そこは大事なところなのではないかと思う。

タイムリーに流出率がわかるのだろうか。当院でもいろいろ調べたが、独自に入手は難しく、そのようなデータが欲しい。

(三沢市立三沢病院)

病床機能報告を現時点では、包括ケア病棟、入院医療の1病棟51床、全てを急性期、将来的には、回復期を担うものとして国には報告している。

ただ、病床機能報告では、病棟単位での医療機能の報告を求められており、実態とは合わないと考え、プロフィールシートでは将来の医療機能を未定とした。

このような場で皆さんと圏域内の状況を確認しながら、規模の変更等に対応していきたい。

また、これまで当院は、地域がん診療拠点病院として積極的に取り組み、がん化学療法や県南初となるPETCTを導入してきた。PETCTは、診療だけでなく検診にも活用され、年間約1,100件程度の利用がある。

さらに平成29年度には、最新の手術支援ロボット「ダヴィンチXi」を導入し、4月より前立腺がん、そして新たに保険適用となった直腸がんの手術にも取り組んでいる。

保険の適用範囲が広がったダヴィンチ手術は、これからも若手医師の修練にも効果を発揮するものと考えている。

未来像に記載した病病、病診連携は、あおもりメディカルネットの管理要件を通して作業を進めており、保健・福祉部門とのネットワークの構築に努めている。

最後に在宅医療への取組であるが、訪問診療は記載のとおり、現在、50名ほど診療している。在宅療養後方支援病院として、2つの診療所の約90人が登録されている。

看取りについては、年間40人から50人、対応している状況で、更になが診療に特化して進めていきたい。

(公立七戸病院)

今年度は、昨年度から常勤医が2人減り、今現在、6人体制で行っているが、地域医療構想にあるように病床利用率70%を目標におき、平成29年度において10床、急性期病床を削減した。

今年度、常勤医2人減というのは大きく、昨年度10床減らしたのだが、更に今後、急性期病床を減らさざるを得ないと思うこともあったが、減らしてしまうと復活できないということもあり、悩んでいる。

また、病院の構造上、3つの病棟に分かれている。地域包括ケア病棟は県内でもいち早く手を挙げて36床稼働しているところ。本来であれば、回復期の病棟をもう少し病床数を増やすことができれば、それに越したことはないのだが、いかんせん建物が古く、施設基準を満たすために急性期の病棟を回復期にすると大幅な工事費がかかる。工事に伴い、休んでいる間の収入減ということも考えると、急性期をもう少し活用できないかというように考えている。

また、来年度以降になるが、院内の診療体制、もっと地域住民にとって利用しやすい、そして総合診療科的な、1つの科である程度の病状の方々は、その科で賄える医師を探すことなどを検討している。

とりあえず10床減らしたが、来年度は、そう急がずに、このままの体制で内部の診療体制を住民に合うようなものに変えていくという動きになっている。

また、これまでも行ってきた訪問診察、訪問看護に加え、より福祉施設との繋がりを深くし、看取りや終末期医療、これらに関する住民への周知とそのバックアップを進めていく必要があるということで、院内で話し合いをしている。

これに伴い、病床だけでなく、まずは外来、それから地域に向けた七戸病院の役割というものをもっと少し明確化し、前進させて、来年度以降は取り組んでいきたい。

入院、退院、退院後のフォローを担当する地域連携室であるが、年度途中に看護師を1人増員させ、もう少し活発化させていきたい。

また、健康保険管理センターにおけるドックを充実させたいと考えており、肺がん検診と、それとはまた別に肺CTという、正確なCTの活用を見込んでいるところである。

地域では、産婦人科も少ないことから、開業医さんの協力も得ながら婦人科健診も継続しており、地域の住民が求めるものに即した内容にしていきたい。

(公立野辺地病院)

当院にとっての一番の問題である院舎の老朽化である。病棟が昭和47年と昭和56年に建てられたものであり、この10年間建て替えということを経験してきたのだが、その間、地域医療構想というものが出来、再編、合併をするようにというような指示があり、いろいろと画策した。七戸病院さんなどとの再編があるのかなと思っていたが、残念ながらそれは不可であるとの返答をいただいている。

よって、独自に対応していかなければならないとなったのが最近の状況である。

当院の状況であるが、病棟が3病棟体制で、これが非常に古くなってしまい、構造も良くないので、今、急性期、回復期、療養病棟であるが、これを混在させながら、対応している。

急性期として120床、このまま維持していこうと思っているが、稼働率が大体8割いつているので、これ以上減らすと患者を受け入れられない状況が生まれてしまう。

療養病棟について、削減の対象になっているようで、当地区においては、3床程度多いと判断をされていたと思うが、可能であれば半分位まで減らしていきたい。

ただ、今、入院している患者さんたちを、他の施設に移行させようとしても、なかなか難しい状況がある。透析だとか、呼吸器を付けているとか、いろんな状況の方が、当院の医療療養病棟にいますので、簡単に引き受けてくださいというようお願いするのは、難しい状況である。

よって、しばらくは療養病床31床を使わざるを得ないのかなと思っている。

急性期の内容であるが、内科、外科、整形で組んで77床やっている。

その他に回復期として、地域包括病棟として43床やっている。

それぞれ稼働率が8割程度である。急性期に関しての看護必要度だが、35%前後いつているので、看護師さんがたくさん必要な状況が生じている。

これ以上病床を減らすと患者さんの受入れが難しくなると思っており、この体制でしばらく続けていくのが正解かなと思っている。

建物が非常に古くなっており、これに、今の医療をどうやって合致させていくのかというのが大きな問題で、今、いろいろと悩んでいる。

当院も健診センターであり、地域の人たちの引き受けをしている。

当地区の大きな問題は、開業されている先生も非常に少なくなっており、高齢化しているということで、10年経った時に、その方たちが現役で頑張っていただけののだろうかとか多少不安を感じている。

当院も大きな問題として、ドクターの高齢化が進んでおり、救急車をたくさん引き受けているのだが、半分以上のドクターが50歳以上と高齢化している。大学にお願いして、若い先生に来ていただくことで解決することができそうだが、この地域に限らず、高齢化したドクターで救急医療を支えているというのが大きな問題であると思っている。

大学といろいろと協議をしているが、病院としての規模が小さいということで、研修医を送ってもらうのは難しい状況である。

地域枠と称する先生方も、時々来ていただけるのだが、長期間いてくれるということが難しい現状である。

中小規模病院をどうやって維持していくかということが一番難しいと思っている。

当院でアクティブに行っているのは、地域の訪問看護ステーションを作って、居宅事業である。かつてそういう民間の施設があったのだが、引き揚げてしまった。当院に併設となっている訪問看護ステーションが、地域の看取りなどいろんなことに対して貢献している。

ただ、看護師さんの確保が非常に難しい地域であり、これがずっと続けられるかどうかというのも難しい問題である。

病院として、交通の便のあまり良くないところで、ドクターを確保する、それから看護師さんを確保する、それで医療を行うということに困難さを感じている。

我々としては、病院の新築再建ということ考えた時にどのような方向にいけば一番いいのだろうということを考えながら、今、いろいろと対応している最中である。

(十和田第一病院)

当院は、急性期60床と報告している。

当院は、とにかく来た患者、依頼された患者は断らないということをモットーにしている。救急車は、年間200回以上来ている。

重篤な患者さんも運び込まれることが多いことから、年間270人位の患者さんが亡くなっている。これ自体は、良いことか、悪いことかわからないが、これだけ患者さんが亡くなると、評価が悪くなるのではという危惧もあったが、そんなことはなく、引き受けてもらってありがたかったという感謝の念が頻繁に聞こえてくる。

3年位前から耳鼻科もやっているが、この地域の耳鼻科は、入院施設がない。当院は入院施設があるので、耳鼻科病棟も非常に役に立っているのではないだろうか。

平均在院日数が12日、病床利用率が83%、とにかく来る患者は断らないで、必ずベッドを空けており、患者を断ることはほとんどない。

他に訪問診療を実施しているが、人手不足で、大体10件程度、看取りも年に数回という状況である。

活発に活動をしている病院ではないかと自負しているが、十和田市立中央病院さんに認めていただき、我々の手に負えない患者は必ず引き受けてくれているので、どんな患者さんでもとにかく引き取ると、手に余った場合は、中央病院さんをお願いすることになっている。

頑張っていると自負しているが。地域の皆様がどう思っているか。

今後、急性期病棟でやっていくことが当院の役割ではないかと考えている。

(十和田東病院)

当院は、現在1病棟で、一般病床60床の10対1の入院基本料で急性期として報告している。

その中で月平均30件の手術と、ほとんど全部が整形外科の手術である。その中で全身麻酔の手術は、平均22件となっており、急性期をこのまま進めていきたいという考えである。

平均在院日数は19.8日、病床利用率は77.3%である。

現状は、整形外科の入院患者さんを中心にやっているのですが、今後も手術に対応しながら整形の分野で頑張っていきたい。

その中で全ての病床を整形の患者さんで埋めるのではなくて、小児科の入院も受け入れ

ていく。十和田地区では、十和田市立中央病院さん、それから当院の2施設が小児科病棟を持っており、小児科の入院にも少しは貢献している。

当院は、朝7時から診察をしているが、お母さん方、お父さん方が保育所、それから幼稚園、小学校に行く前、それからお父さん、お母さんが仕事に行く前にどうしても早く子どもを診てほしいという意向を受けてのものである。

今後、高齢化が進み、整形の患者さんも増える見込みと、小児のベッド、入院患者さんのベッドも確保しておきたいという院長の意向もあり、引き続き急性期60床を維持していきたい。

(ちびき病院)

当院は、110床のケアミックスで、急性期53床。療養型に関しては、ほぼ満床に近い状態で医療区分2以上の人が9割以上なので、このままもう少し維持をしていきたい。

急性期に関しては、大体7割位、40人位が常時入院している状況であり、1日10人位入院するような日もある。外来で来て、心不全のお婆ちゃんでも帰さなきゃいけないということもあるので、50床位は欲しいところであるが、回復期で十分だという患者さんもあり、2年位前から包括ケアを考えているのだが、敷居が高く、実際には、そこまでいけないというのが現状である。

事情が許せば、明日にでも包括ケア病棟への申請を進めたい気持ちはあるのだが、このような病院もあるということも知っておいていただきたい。

可能であれば8床位は包括ケアにしたいと考えている。

当院の特徴としては、内科医、外科医しかいないので、何でもできるというところではない。外来患者さんで、もし、入院が必要だという時は入院させるが、治療して、当院では無理だなという時は、すぐに近くの治療可能な病院に送るというスタンスでやっている。

在宅医療は、施設を含め、大体250～300人位、院外で患者さんを診ている状況であり、医者負担も相当多く、午前中診療して午後から往診、下手すると1時間位車に乗って行くなどしている。

今後、皆さんといろいろ協力できるようになり、「この患者さんは、〇〇の施設でお願い。」とか、そういうことができるようになれば、いろいろ負担が減ると思う。

当院は、救急指定は受けていないので、夜間、初診の患者さんはお断りしている状況であるが、かかりつけの患者さんや往診患者さんに関しては、夜間も必ず診るようにしている。勿論、脳血管や心臓などの時は、他の医療機関に紹介させていただくというスタンスでやっている。

(三沢中央病院)

当院は療養病院であり、84床で対応している。

2年前に全て新築し、当時は、なかなか病床数を増やすことができなくて、最初は半分ず

つやったものであり、40数床でもって対応し、最後、全て完成して84床となった。

なかなか患者数が増えなかったが、今日現在で76人入院しており、稼働率も90%を超えている。

8床空いているということについて、当院のドクターが感染症に対し、非常にシビアであり、入院時に検査をして、感染状況を把握し、重症であれば、隔離をしている。よって8床あっても、いろいろ区別しており、むしろ足りないぐらいの状況である。

また、男性と女性を一緒にするわけにいかず、多少、病床が空いても現実的には満床という状況である。

病床数については、将来も84床でいくという基本姿勢であるが、将来、入院患者が減ってきて、もう60床以上埋まらない状況になれば、また検討する余地があるかと思う。

三沢市内では、療養病床は当院にしかないことから、周辺の市町村から入院されている患者さんが非常に多い。

今現在、常勤医師が少なく、在宅医療にまで手が回らない状態であるが、常勤医が揃えば、すぐにでも在宅医療に取り組んでいきたいと考えている。

当院の系列に「うるわしの杜」という特養がある。毎週金曜日、日勤の先生が15時半頃出向いて、入所者を診ている。勿論、病院を空けるわけにはいかないの、代わりの先生が来てから出かけている。これからも当分続けていきたい。

看取りについて、昨年7月、看取りの指針を作成し、事務屋も交え、これまで3回ほど勉強会を開催している。

在宅医療は、国の方針であり、方向性に異論はなく、常勤医が揃い次第、すぐにでも取り組む所存である。

(上十三医師会)

中央病院さんに伺いたいのだが、以前よりも病床利用率が良いようであるが、これは、包括ケア病棟の導入の影響か？

(十和田市立中央病院)

昨年度、ドクターが増えたことによる影響が大きい。
また、ドクターが増えたことにより、日中の救急対応の体制が、しっかりできたというのが大きい。

(議長)

今の取組状況の説明の中で、在宅医療について、話題が出たところである。この上十三地域には、十和田市立中央病院さんと三沢市立三沢病院さんが在宅療養後方支援病院となっているが、十和田市立中央病院さんから在宅医療への取組状況を紹介いただきたい。

(十和田市立中央病院)

十和田地域は、非常に訪問看護師さんなどのレベルが高いというように聞いている。

それを推進というか、中心になって動く、いわゆる訪問診療に行くドクター、中心になるドクターがいないというのが、大きなところとっており、これに関し、当院として、何かできないかと考えている。病院として、それに上手くタッチできる人材を考えているところで、ここではっきりお示しできないのだが、リーダーとなるドクターがいれば、この十和田地域の介護職、訪問看護師さんのレベルが高いということを知っているから、上手く動き出すのではないかと考えており、当院が主導してやればと考えている。

(吉田アドバイザー)

今のお話は非常に大事なところで、在宅支援がないと、経営的にも非常に困ることになる。在宅復帰率が出ない。支援が要らない人しか在宅に帰せなくなるので、そうなると、在宅復帰率が落ちてしまい、病院経営自体が悪くなり、全員の具合が悪くなってしまおうということになる。

医師会の先生方とも相談して、良いチームを作ってもらいたいと思う。

(議長)

同様に野辺地病院さんから在宅医療への取組状況を御紹介いただきたい。

(野辺地病院)

上十三地区は、ドクターが少なく、当院でもアクティブに動けるのが、常勤医が9人しかいない状況で、日々の外来、救急対応、入院も8割、9割となっており、外へ出ていくという余裕がない状況である。

月に2、3人程度は訪問診療をしていたのだが、地域性かもしれないが、要望があまりない。

訪問看護に関しては非常にアクティブに動いている。

看取りも当院のドクターが対応することができないので、周辺の開業の先生でアクティブに動いてくれる先生にお願いし、看取りも当院の訪問看護師と連携しながらという状況であり、何もしていないわけではないが、力不足である。人の不足ということに尽きる。

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。

(十和田市)

十和田市立中央病院に相談窓口等を含め、地域医療連携室を核として進めさせていただいている。

特に退院する時に、地域医療連携室に相談することで適切な時期に介護に繋がり、いろいろな事業所さんと相談して、在宅へ向かっていくというような取組、それから介護を受けている方が中央病院の地域医療連携室に相談しながら、状況をしっかりわかっていただき、入院に繋がっていくというようなところで、非常に連携が進んでいることに感謝している。

また、十和田市以外の市町村も十和田市立中央病院を多く利用しているとのことであるので、広域的な取組も今後進めばより良いものとなっていくと思う。

(三沢市)

三沢市は、(ア) から (ク) までの取組について、全てを実施しているが、今日は、取組の課題と上手くいっている取組について御紹介したい。

課題としては、(オ) の在宅医療・介護連携に関する相談支援というところで、当市では、30年4月より介護福祉課の中に在宅医療・介護連携支援センターを国のマニュアルどおり設置し、専属の職員1名、看護師でケアマネの資格がある方を1名、専属に配置しているが、介護福祉課には、電話、窓口での相談依頼というのが、年間1,000件位あり、多くの相談があるにもかかわらず、上手く専従の職員を使えていないことが課題である。今後、相談体制の検討が必要と考えている。

上手くいっている取組について、(カ) の医療・介護関係者の研修ということで、平成30年2月に第1回目となる多職種の研修会である「ごっちゃり研修会」を開催した。

医師会、歯科医師会、薬剤師会の皆様にお手伝いなり協力をいただき、病院の看護師、ケアマネージャー、訪看の看護師であるとか、ヘルパーさんとか、相談員とか。本当に多職種の方々に集まっていただき、グループに分かれ、事例検討を行うという内容の研修会である。

とても評判がよく、いろいろな職種の方と顔馴染みになれて、とても良い機会だというように好評を得たところである。

今年度、明日開催するというので、人数は90名と、前回よりはちょっと少ないものの、医療職の方の参加が多く、「認知症」をテーマにして、事例検討を行う予定としている。

(野辺地町)

(ア) から (ク) について主たる取組について御紹介したい。

(ウ) の切れ目のない医療・介護の提供について、当町では、救急キット登録者の医療情報の更新と、野辺地病院と野辺地消防署への iPad 貸与を行い、患者の医療情報を迅速に医療に繋げる運用を開始している。定期的な情報更新と継続的な運用が今後の課題となっている。

(カ) の医療・介護関係者の研修会については、在宅で1人暮らしの方がお薬の管理ができないという相談が多くあることから、高齢者の在宅生活を支援するための多職種連携として、「在宅訪問薬剤管理指導の事例」について研修会を開催した。

当町にある公立野辺地病院には、地域医療連携室、併設の訪問看護ステーション、居宅介

護支援事業所があり、医療依存度の高い方の在宅生活を支援して頂いている。

連携強化の橋渡しを行い、医療と介護の連携に努めていきたい。

(七戸町)

当町では、在宅医療・介護連携の課題の抽出に関して、課題及びその解決策を検討するまでは行き着くものの、その先、どう繋げていくかまでには至らない状況であり、他の市町村の状況を伺いながら、今後考えていく必要がある。

切れ目のない在宅医療、医療介護ということで、入院時、情報提供シートというものを活用して連携を図っている。

また、退院前のカンファレンスに参加し、退院後の医療と介護が連携しやすい体制づくりに取り組んでいる。

研修会について、11月7日に研修を行い、多職種の連携を図ることを目的に、グループワーク等を行った。

課題に歯科医師の方の参加がないと書いてあるが、29年12月に上十三医師会の御後援で東北町と合同で行った研修があり、その際には、歯科医師の方の参加もあったと、記憶している。

今年度11月はなかったが、前回はあったということで補足させていただく。

医師会、歯科医師会、薬剤師会の御後援があれば、研修への参加者が多く、心強く思っているので、今後とも御協力をお願いしたい。

(六戸町)

当町は、六戸病院が有床診療所になったことで、入院できる場所がなくなった。

この入院に関する部分を十和田、三沢近隣の病院と連携するというのが、当町の体制になっており、日頃、協力をいただいているところである。

また、県が主導している入退院調整ルールも導入しているが、何分、入院機能がないので、調整も少ない状況ではあるが、今後とも協力をお願いしたい。

研修会事業では、昨年度、認知症初期集中支援チームというものが設置されたこともあり、高松病院の医師や薬剤師の方に頼んで、認知症関係の研修会をやらせていただいた。

今年度は、地元の医師に頼んで、連携についてをテーマに開催を予定している。

また、六戸診療所では、訪問看護をやっているなので、状況をその中で報告いただこうと考えている。

(横浜町)

当町には、医療機関、事業所等が少ないことから、まずは町内の医療・介護従事者の顔の見える関係づくり、連携の強化を目指して取組を進めているところである。

取組の1つ目として、医療・介護従事者の参画する地域ケア会議の開催、また、認知症ケ

アにおける多職種連携の研修会、町内の医師、歯科医師、薬剤師を講師としての勉強会、意見交換等を開催している。

これらに医療機関に参加いただき、相談しやすい関係づくり、情報共有、連携強化に繋がっている。

2つ目として、認知症施策において、物忘れ相談シートを作成し、軽度から中等度の症状について本人や家族が相談しやすくなるように、また医師への情報を伝えられるように取り組んでおり、現在は町内の医療機関のみで実施している。

町における在宅医療・介護連携の課題としては、今年度、町内クリニック医師を講師に認知症と看取りをテーマに勉強会を開催し、看取りにおいて、介護老人福祉施設、グループホームにおいて経験はあるものの、連携の課題、施設内の課題、看取りの解釈、住民・家族の理解不足などが課題として見えてきた。

来年度においても、看取りをテーマに課題の整理、対策の検討を行うとともに、住民への普及啓発を行っていきたい。

また、当町の場合は、医師会との連携という部分で、町内のクリニック、歯科医院はあるのだが、上十三の医師会には入っていないので、医師会との情報の共有、または連携のあり方について、今後、検討が必要と考えている。

(東北町)

研修会を開催しており、関係づくりの場としては、非常に好評であった。

2日間の日程で、内容は2日とも、情報共有とグループワークの2本立てで構成した。

情報提供の中からは、町の医療・介護の資源の状況とか、今の医療の状況、急性期医療から看取り医療を担っているということや先進地事例について情報提供して、看取り医療や、今の医療の体制について考える機会となった。

グループワークでは、多職種、歯科医師も病院関係の連携室、ケアマネさん他、介護スタッフがいたが、まず明確な窓口を知りたいということで、連携室がないところは、どこを窓口にするのかとか、具体的な話が出ていた。

また、お互い、病院は介護側、介護側は病院側の施設の特徴や強みを知りたいという意見や、あと連携の言葉を1つとっても、医療側と介護側で捉え方の食い違いがあるように感じたという意見があった。

本研修会の中から薬剤師の在宅医療の業務を知りたいという声があったので、そこからケアマネ研修で、「薬剤師の在宅医療」と題して、ちびき病院の薬剤師を招いて講演をお願いした。

講演では、薬剤師の在宅医療の現状や薬剤師とドクターとの関係、薬剤師側も介護サイドと連携を密にしていきたいという声があり、お互いの距離が縮まった形で終わることができた。

来年度の研修会においては、ワークの中から出てきた互いの施設や特徴、強みについての

学習、具体的な連携、それと広域連携などについて取り組んでいきたい。

(六ヶ所村)

当村では、(ア) から (ク) の事業を実施している中で、全体的には、地域包括支援センターを中心に定期的なケア会議や医療・介護、行政の情報共有や研修会を開催しており、ある程度連携がとれていると思う。

ただ、在宅介護を支える訪問看護ステーションなどがいないことから、資源不足であるとか、マンパワー不足などから、医療依存度の高いケースへの在宅ケアの在り方が課題となっている。

(青森県薬剤師会)

在宅医療における我々の仕事というのは、在宅に移行後に薬の管理をするという業務になるのだが、受入態勢の整備について、昨年度、県から予算をいただきお試し訪問をやらせていただいたほか、訪問薬剤管理の普及啓発というところを強化している。

地域包括ケアの構築に向け、今後、在宅医療・介護連携に積極的に参加していきたい。

○その他

基金事業を活用した補助制度について

○まとめ

(村上アドバイザー)

医師会の立場としては、県の方々、あるいは国といった行政と方向が違うかもしれない。

冒頭、報告のあった急性期の1・2、佐賀方式、大阪方式の件も、急性期の一般入院基本料、これまで2種類しかなかったものを7つまで複雑に分けて、条件を厳しくしている。

いろいろな条件を複雑にししながら、目的は何なのかと言えば、我々は、医療費の削減だと思っている。国では違うと言っているが。

国は、人口減少、あるいは高齢化に合わせながら、変えていかないと駄目だ。それはわかるのだが、そんなに簡単に医療費を削減してベッドを減らせばいいものではない、というように日医をはじめ、各地の医師会では言っている。

佐賀方式、大阪方式については、異論があり、佐賀においては、「何もこんなこと出さなくてもいい。」といった声や、大阪では、「一般的なオペの塩梅と違うじゃないか。」という声も聞かれている。

先ほどから各病院の話を伺って、それぞれ頑張っていらっしゃると思う。

ただ、このデータを見ると、入院医療の1、7対1をおやりになっているのは丹野先生のところだけである。そして、それを続けるために、この急性期をがっちり、能力を増やすために周りの市町村も各病院も応援しながらやっていただければありがたい。青森県医師会

もお手伝いしたい。

丹野先生は、包括の病床や在宅をどうしようか悩んでおられるようであるが、そういう方向もいいのだが、それを他の病院に任せて、本当の急性期病床をどんどんお進めになっていった方がいいのかもしれない。

急性期は、ここからここまで、回復期は、ここからここまで、線が引けるものではなく、人間の体は、そんな単純にプラス、マイナスでできていない。

医療スタッフはしっかり頑張りながら、地域の方々のために、市町村と一緒に頑張っただけであればありがたい。

(吉田アドバイザー)

将来の病院のイメージが、急性期に偏りすぎているような印象を受けた。なぜかという、各施設の説明者の多くの方々が、今現在の状況がずっと続くということを前提にお話をされているので、そう聞こえたのだと思う。

そもそも地域医療構想というのは、平成37年以降に待構えている少子高齢化社会にどう対処したら良いかということ、今から相談している訳で、少なくとも平成37年頃にはどういう世の中になっているかということ、ある程度想定した上でお話して頂かなければならない。あまり現状を固定化してしまうと、将来の大きな方向性を見失う可能性がある、その点注意が必要だと思う。

外ヶ浜病院の秋山先生が仰っているが、彼の病院の入院患者の平均年齢は85歳を越えており、ほとんどの方が同時に複数の疾患を抱えているようで、これからの少子高齢化時代を迎えれば、外ヶ浜で起きていることが、青森県全体に及んでいくことは目に見えている。延命治療よりも健康寿命というような時代に、恐らくなっていくのだと思うが、その方向性にどう合わせていくか、という視点が必要なのだと思う。

例えば、今回、総合病院を各科数名で切り盛りするのは大変だという話があったが、そんなことをすれば、スタッフの誰かが死ぬようなことにもなりかねない。少子高齢化社会に片田舎で手術件数を競い合っても、そもそも適応患者数が減るので意味がない。むしろ、回復期の患者を収容した上で、「切った張った」は他所にお願いして、例えば村上先生が仰ったように、例えば、ウチではこういう風な形でもう少し負担の少ない医療をやろうとか、あるいは職員が少なくてもできるような形で医療機能を作り直していくとか、それぐらいの余裕は、平成37年度までに十分な時間がある。

現状を固定化しないで、もう少し自由に、あるいは夢のようなことでもいいので期待する将来像を加えながらお話しされた方が、皆、ついて行きやすいのではないかなというような印象を受けた。

次回、お話ができる機会がありましたら、また、楽しく聞かせて頂ければと思っている。

(上十三医師会)

確かに、吉田先生がおっしゃったように、今のことではない、6～7年先の話であり、人間が足りなくなり、これからA Iの導入とかも考えられるのかなど。

A Iにできる部分はA Iにやらせるといったようなことで、人間をある程度、多くなくても良いようにするとか。

あるいは、もっと全体を見てみると、小売とかと、そういうところはA Iに任せて、そこで余った人間を医療関係に持ってくるとか。そのようなことをこれから考えた方がいいのかなというような気がしている。