

平成30年度第2回 青森県（西北五地域）地域医療構想調整会議

【議事要旨】

日 時 平成31年2月12日（火）午後5時～午後6時40分

場 所 プラザマリユウ五所川原「シャーロット」

（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。

②病床機能報告の速報値について

（県薬剤師会）

病床機能報告で、慢性期が平成30年の495床から平成37年の見込みでは184床まで減ることになっているが、その差分というのは、在宅や介護保険施設への移行が進むという認識でよいのか。

また、平成37年の必要病床数における在宅医療等には具体的に何が含まれているのか確認したい。

（事務局）

お見込みのとおりであり、後ほど、各病院から説明をいただくことになっているが、五所川原市の尾野病院さんと、つがる市の誠仁会尾野病院さんで将来的に介護保健施設等への転換予定という報告をいただいております、黄色の在宅医療等への転換ということになるので、地域医療構想の方向性に沿った方向に進んでいると捉えてよい。

また、在宅医療等には、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、今年度、新たに創設された介護医療院も含まれており、在宅医療等の確保に向け、今後、どう展開していくかということについては、訪問診療で対応

する場合もあるし、施設で対応する場合も含まれる。

(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。

(つがる総合病院)

現在、医師の確保の問題や看護師の状況により、救急病棟16床が休床中の状況となっている。

今後、医師の確保、看護師の採用状況によって、救急病棟を再開していきたい。

手術件数であるが、29年度が1,857件、28年度は、1,924件である。

そのうち全身麻酔の手術については、29年度685件、28年度が806件である。

救急の受入件数は、29年度は3,075件、28年度が3,154件で、ともに3,000件を超えている。

一般病床の利用率は72%台である。

診療科は御覧のとおりであり、主な紹介元医療機関は、つがる市民診療所、大学病院、かなぎ病院等である。

当病院の状況として、機関の指定等については御覧のとおりである。

当病院の未来像は、26年4月に開院して5年を少し過ぎたところであるが、まだ、地域がん診療拠点病院の指定を受けられていないので、引き続き努力していきたい。

(かなぎ病院)

かなぎ病院は、現在、一般病棟を60床急性期、療養病床を40床回復期と報告している。

救急は、年間で約300件受けている。

将来的には、人口推移等を鑑み、急性期10床、回復期50床というような回復期を中心とした病棟構成にしたいと考えている。

当院は、救急告示病院であり、急性期治療後の入院医療と地域住民に対する初期医療、初期救急を提供している一方で、回復期医療として、手厚いリハビリテーション等による在宅復帰及び地域診療所や介護施設との連携を強化している。

また、訪問診療、訪問看護など、在宅医療にも力を入れており、地域に密着した医療提供をしている。

当院の未来像としては、現在、病床機能報告上、一般病棟急性期として報告しているが、回復期患者が相当数入院しているのが現状であるので、今後は、一般病棟を減少させながら、回復期病棟への転換を検討している。

また、病棟の稼働が高い状況であり、現時点での病床規模の見直しは考えていない。

施設は、築35年程度経過しており、老朽化が進んでおり、建て替えなどの検討が必要と

なっている状況で、31年度に躯体の調査を実施することとしている。

(鯉ヶ沢病院)

一般病床100床のうち、急性期は70床、休床中のベッド数が30床という状況である。年間の手術件数は262件、そのうち全身麻酔の手術は100件程度である。

救急告示病院として、救急車の受入れを平成29年の1月から12月まで年間529件行っている。

将来的には、高齢化や人口減少などにおける回復期相当の患者の増加を見込んでおり、1病棟に急性期10床を残し、それ以外の病床を回復期へと転換することとしている。

当院の現状として、西津軽郡を中心に急性増悪患者への医療の提供、さらには、へき地拠点病院として、へき地医療を担っている。

現在、鯉ヶ沢町では4地区、深浦町1地区でへき地医療を行っている。

また、救急告示病院として、西海岸地域における地域救急医療を担うとともに、つがる総合病院の後方支援病院として連携している。

病院の将来像として、平成30年から平均在院日数が2、3日増加傾向にあり、地域の患者さんの動態変化を感じている。今後、つがる総合病院の後方支援の円滑化を図るため、地域包括ケア病床への転換を進めていくこととしている。

当院も、かなぎ病院同様に老朽化しており、平成31年度に躯体調査を実施予定としている。

(慈仁会 尾野病院)

平成30年度の病床機能報告では、介護療養病床101床全床を慢性期として報告している。

介護療養病床は、全て療養機能強化型Aである。

現状、入院患者さんの6割以上が認知症自立度ランクⅢ以上であり、7割以上の患者さんが喀痰吸入、経管栄養を実施しているという状況である。

また、ターミナルケアを実施している患者さんが約2割という現状である。

先ほどの話にもあったが、あと約5年で25対1の医療療養と介護療養病床が廃止になるということである。

当院の入院患者さんは、経管の投入、看取りの割合が高くなってきており、また、北津軽郡の地域の高齢化の問題や身寄りのない独居高齢者の増加など、患者さんや地域の事情に鑑み、近い将来、20対1の医療療養の病床へ約24床、残り全てを介護医療院へ転換する予定としている。

約24床と表現させていただいたのは、介護医療院のパーテーションや空調などの配置などの施設・設備を精査して決めたいと考えている。

また、転換する介護医療院については、I型への転換を考えている。

時期は、あと3年位、猶予をいただきたい。

これからも地域の病院をはじめ施設の皆さんと連携をとりながら微力ではあるが、北津軽郡の医療・介護を引き続き担当させていただきたい。

(白生会胃腸病院)

当院は、一般病床が60床のほか、療養病床が平成30年7月時点で110床の合計170床であったが、平成30年9月に一部を減少、一部を介護医療院に転換し、現在158床で運営している。

療養病棟1病棟が休棟しているが、看護師の確保という問題が大きい。

一般病棟の平均在院日数、病床利用率等は記載のとおりである。

当院の役割としては、西北五地域の透析医療を担当しているので、将来的にも力を入れていこうと考えている。

また、私見であるが、西北五地域における各病院の役割というものが、もう確立していると思っており、当院や民間病院は、つがる総合病院や鱒ヶ沢、木造の後方支援をメインにこれから病院を継続運営していくところが多いのではないだろうか。

当院もその1つとして、スムーズな連携を目指し、様々情報交換をさせていただければと思っている。

当院では、在宅医療にも取り組んでおり、新しく法人内で訪問看護ステーションや訪問リハビリ等を取り入れている。

看取りを施設でも行っており、法人全体で医療・介護の両方に目を向け、患者さんの生活に寄与していければと考えている。

(増田病院)

前回の会議で、当院は75床うち介護療養病床8床あり、いずれは全床を医療療養病床に転換したいと考えているとお話していたところである。

当院の特徴として、弘前大学の呼吸器科の医師による呼吸器科外来を開設している。

ご存じのようにつがる総合病院の呼吸器の常勤医師が不在となり、大学の呼吸器科から看取りの患者さんの転院が増えており、死亡退院患者数が、平成26年は年間60人だったものが、平成29年には120人となっており、とても忙しくなっている。

外来も増えており、介護保健施設に転換することは、あまり考えていないと前回お話をさせていただいた。

当病院の未来像で、病床数の見込みを8床のうち4床は近いうちに医療療養に転換申請する予定と記載しているが、平成31年1月から既に4床を転換して運営している。

いずれは、75床、全床を医療療養とする予定である。

補足として、建て替えの見込みについて、今は内科で運営しているが、私自身、婦人科医なので、婦人科外来を開設することを検討しており、その場合に改築等を行う可能性があり、

記載させていただいたものである。

(誠仁会尾野病院)

今回のプロフィールシートでつがる総合病院さんから紹介先の2番目に挙げていただき、非常に感激している。1番目が大学病院で、2番目に当院が記載されており、本日の調整委員会の話を表していると思う。

西北地区でつがる総合病院さんと当院は、両極端にあると思うので、そこが直接紹介先で繋がっていることは、様々、影響があると思う。

事務局から報告のあった病床機能報告の棒グラフにある在宅医療等について、2025年に向けて311床慢性期が減ると見込まれている部分の大半は、当院の病床が占めていると思っている。

現状、当院は265床、全て療養型の病床うち43床が医療療養型で、残り222床が介護療養型である。2025年も全床慢性期の機能と考えている。

ただ、慢性期であっても、43床の医療療養はそのまま、222床の介護療養は、介護医療院にできればと思っている。

当院も築50年超え老朽化しているので、改築を検討している。介護医療院もその中を含めて改築していくという形で進めていこうと思っている。

将来像であるが、つがる市の木造尾野病院、当院は、殆どが看取りの患者さんであるが、外来の85%がつがる市民で、入院の65%がつがる市からということで、つがる市の人口推移を考慮すると、2025年時点では、高齢化率だけは上昇するが、総人口は変わらず、2040年で少し下がるという状況である。

よって、病院の方針としては、それをそのまま続けていけば変わらないが、職員雇用の問題がある。少子化の問題が顕在化してくるので、その辺を含めて、未来に対応していきたい。

(議長)

各病院からプロフィールシートの概要について御説明があった。

各病院の説明に対して、質問なり意見があればいただきたい。

(県薬剤師会)

現状、介護医療院は、県内で白生会さんしかない状況であるが、今の各病院からの話では、今後ほとんどの病院が介護医療院I型に転換していくような話が出ており、その数の整合性をこれからどういう形で考えていくのか。

(事務局)

平成29年度に介護保険事業計画を各市町村で策定した。

介護保険事業計画は、計画期間が3年であり、これを策定する時に同時に県の医療計画も

策定している。この地域医療構想は、県の医療計画の一部に位置づけられており、計画期間が6年、3年で中間見直しとなっている。計画策定段階で、いわゆる病床から介護施設もしくは在宅に移っていく方々の想定される人数とそれとは別に現状、介護施設に入っている方、あるいは自宅で訪問診療を受けられている方々、これらの方々が今後、人口構成の変化と共に増えていくということを見込んでいます。

今後、高齢化に伴う在宅医療を受けられる方々が増えることに加え、医療機関から在宅に移ってくる方々、両方の受け皿として介護保健施設の整合性を図って計画を策定している。

ただ、高齢化のペースや在宅医療のニーズは変化するので、3年ごとの見直しで整合性を図ることとしている。

具体的に整合性というのは、訪問診療による自宅での療養であるのか、また、施設での対応ということになるが、そこは市町村で、在宅医療のニーズを把握しながら、実際にある施設、医療資源を勘案し、自宅または介護施設への振り分けを3年ごとにチェックしていくような形となる。

(吉田アドバイザー)

もっと極端な話をすると分かりやすいと思うのでコメントさせて下さい。

医師の確保が難しい、病院経営が大変だということで、民間の医療施設が雪崩を打って、介護医療院や介護施設に転換するということになると、病院が無くなってしまいう地域が生じるかもしれない。そういった場合に、県はどうするつもりなのか。病院が無くなっても良いと思っているのか、それとも何とか病院を続けられるように支援をするのか、ということをお訊いておられるのですよ。

(事務局)

急性期医療が必要な患者は、高齢化とともにやはり減っていくのだと思う。

その一方で、日常的な医療が必要な高齢者の方々が増えてくる。

今回のこの病院プロフィールシートでは、例えば、医療機関と日常生活支援のサービスに重点をおいた方々を受け入れる介護医療院を併設していくことであるので、一定程度バランスが取れているのではないかと思います。

大雑把な見方ではあるが、そのように考えている。

(西北五医師会)

病床機能報告の速報値からプロフィールシートを含め、見せていただき、この西北五地域で37年度の見込みが必要病床数に近づいてきているという話を伺い、必要病床数ありきでそれに近づけようとしているということがなければいいなと思った次第である。

(吉田アドバイザー)

今のお話の中で、私もちょっと気になったことがあるので質問させていただく。

最初の資料1の考察に西北五地域においては、「急性期と報告のあった病棟全てが急性期1相当であった。」ということが記載されてあるのだが、それでどうなるという説明がない。急性期と報告のあった病棟全てが急性期1だとすると、回復期の必要な患者さんはどこへ行ったのだろうかとか。

あるいは、急性期の病床数が現在462床であり、目標が例えば200～300床位あるとすると、じゃ162床減らすとなれば、人口減少しか考えられないのではないか、本当に急性期1に相当する患者さんがこれだけいるのにベッドを減らす理由があるのか？

実際に急性期1だったということと回復期に相当する患者さんは、どこの病院にどれくらいいてということと言わないと、具体的に状況が掴めないと思う。

結論ありきで、37年の必要病床数に合わせようとする、急性期医療が必要な患者さんがこれだけいるのにどうしてくれるのか？という話が絶対出ると思うので。その辺もやっぱりデータをもう少し丁寧に説明してあげるような方法を考えていくべきではないかと思う。

(事務局)

今回、大阪府と佐賀県の基準を採用した場合、このような結果になったということで、それがどうなのかということについての説明が足りない部分があった。

資料2-2の右側の棒グラフを見ていただければわかりやすいと思うのだが、今回、プロフィールシートを集計した平成37年の見込みと地域医療構想で推計した平成37年の必要病床数を比較してもなお、急性期が過剰、回復期が不足で慢性期が不足するとの結果である。

この差の部分については、今回採用した定量的な基準をあてても見えてこなかった部分ということもある。例えば、過去に行った入院患者に関する実態調査など違った要素、項目で分類し、比較してみれば、もう少しこの辺のところがわかったのではないかと思う。

次回から、もう少し精度の高い、また、差が出てきた時にそれについてどう対応していくのかということまで追跡した結果でお伝えできればと思う。

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。

(五所川原市)

当市では、医療・介護関係者による実務者会議を定期的で開催しており、そこで情報共有シートを作成し、この春から運用開始の予定である。

広域的には、西北五市町村による意見交換会を開催し、課題の抽出などを行っている。

資料の2-2に必要病床数として、在宅医療等592人とあり、これらが訪問診療や介護

施設で賄わなければならないという話であったが、今現在、当市では、介護保険料の月額が6,600円、青森県の平均も大体それぐらいだと思っている。

今、病院さんからお話を伺って、介護医療院への転換もかなりあるという話であったし、それからこの592床というか592名が、介護の方にくるとなれば、やはり介護保険料が高騰するのではないかと。当市の試算でいけば、平成37年には、1万円近くなるという試算結果が出ている。

今でも、高齢者から、もう生活できないと、6,600円はあまり高すぎるとのこと話をされている。これ以上高くなると、高齢者の生活に支障をきたすのではないかと、非常に危惧している。

(つがる市)

訪問診療や在宅医療を希望する患者さんが増えてきているのだが、訪問診療をしている医師がそもそも少なく、訪問診療をしている医師の負担がかなり大きいと聞いている。

西北五医師会として訪問診療を推進し、カバーできる体制を構築できれば、在宅療養の希望者も安心して生活できると思う。

様々な問題をクリアする必要があると思うが、西北五全体で盛り上げていくことを希望したい。

(鯹ヶ沢町)

鯹ヶ沢町では、平成29年に医療・介護連携推進委員会というものを組織して、年数回、会議、研修会を行っている。

鯹ヶ沢らしいというか、介護・医療、薬局等々、ほとんどの事業所の方総勢70人位の方に外部研修や懇談会に参加していただいているが、参加者同士の連携が生まれ、入退院の情報提供等々、少しずつ効果が出ていると感じている。

(深浦町)

深浦町でも、医療と介護の連携推進研修会を定期的で開催しており、平成30年は、町内で営業している薬局の薬剤師さんの協力をいただき、薬剤師さんと介護職の連携ということテーマにして研修会を開催した。

また、11月に2回に分けて研修会を開催し、1回目は、薬剤師さんと在宅系の介護職員。それから2回目は、薬剤師さんと施設系の介護職員と、それぞれ対象を分けて、人数は最初が14名、2回目が16名と少なかったものの、いずれも午後6時半から薬剤師さんから介護職員向けのミニ講話を賜り、それから薬剤師への質問コーナー、それから薬剤師と介護職員の連携について考えるグループワークなどのプログラムで構成し、1時間半位の研修会であった。

研修会の後、アンケートを取ったのだが、参加者からは、大変参考になったとのことであ

った。介護職に携わると、薬品の取り扱いという共通の不安があるようで、その辺のことを薬剤師から詳しく聞けて良かったという内容であった。

(鶴田町)

町の取組は、なかなか進んでいないというのが現状である。

町が医療従事者とで上手く関わる事ができていない、町の関わっていく努力が不足していたと思う。

現在、在宅医療の情報を共有するシートの案を作っているので、これを1つの材料にして、町に来ていただく、町から出向いていくなど関わりを少しずつ増やしていかなければと思っている。

(中泊町)

まだまだ医療連携が進んでいないのかなということを感じている。

事業の中で地域ケア会議などを開催し、検討は行っている。その中で当町においては、在宅医療は介護施設が中心になっていくのではないかと考えている。

いろいろな現場の声を聞くと、医師が不在の間、どう対応すればいいのかという不安な声が聞こえてくる。

グループホームや特養では看取りができることになっているが、同じように医師不在時に直面した場合に不安を抱えているので、様々な研修を県にはお願いできればと思っている。

1つ大きい課題として、身寄りのない人で高齢者の1人暮らし、このような方が増えており、問題化しつつあって、治療なり、医療を受ける場合もなかなか上手く対応できない場合が多く、そういう方は、介護施設などにすんなり入所できればよいのだが、なかなかそうはいかず、こういった問題を皆様とこれから一緒に共有し、解決に向かっていければと思っている。

(事務局)

薬剤師と介護分野との連携といったような話があったので、薬剤師会さんから少し市町村との連携について、取組状況なり、お考えがあればいただきたい。

(県薬剤師会)

昨年、お試し訪問をやった結果、県内6地区でもう一度研修会を開いて、各自治体にもお願いして、これから連携をとっていきたいということを今年度1回目の調整会議でお願いした。

(北五歯科医師会)

前回の会議において、歯科医師会としては、取組がまだ足りないということをお話した。

少しずつ改善はしているものの、今後、県や県歯科医師会とタイアップしてやっていくことになると思うのだが、この地域では不足していると感じている。

(県看護協会)

看護協会では、県内6支部あるが、各支部の支部長が理事となっており、昨年、全国の看護協会の理事が集合して、在宅医療・介護連携についての合同研修が開催された。

他県でどのように取り組んでいるのかを学び、自分たちのところに活用できるものはないかというグループワークが行われた。

そして、8事業の(ア)から(ク)について、協会としてできることは何かということで、地域住民への知識の普及や在宅医療、福祉関係の連携をとるための会議、それからシンポジウム、研修会の開催等、やれるところから始めようということで、現在、取り組んでいる。

また、県において確か訪問看護師を500名増やしていこうという方針が出されており、協会でも訪問看護師育成のための研修会の開催や訪問看護師に対する協会に入会して支援を行うというようなアクションを起こしていけたらというところで、現在、取り組んでいる。

○その他

基金事業を活用した補助制度について

○まとめ

(吉田アドバイザー)

この西北地域では、広域連合以外に公立病院がなく、その広域連合は管理者の下で意思統一がなされている。また、各医療法人も療養なり介護なり多方面に目を向けられておりますが、組織の数としてはそれ程多くはない。ということは、地域全体で意思決定をすることがそれ程難しくないで、小回りの利いた、あるいは足が地についた方向性が打ち出せるのではないかと期待される。

ただ、五所川原市さんがご指摘された点は大変な重要な問題で、正に地域医療構想の聖域に踏み込んだ感がある。というのは、介護保険と医療保険の使い方については、厚労省が定めているが、介護は老健局、医療は保険局ということで、部局を跨いでいるため、その境界は大ざっぱにしか決められていない。実際に介護医療院の費用がどのような負担割合になるかについて、私自身は存知ないが、大なり小なり介護保険にも相応の負担が求められるのだろうと思う。この辺りの対応をどうするかについては、更なる議論が必要であり、国としても明確にすべきであろうと思っている。

そういった意味で、この問題に真っ先に直面した西北地域が、国の議論を先取りする形で対応策を考えて頂ければ、調整会議の大きな成果になるような気がする。ついでに言わせて頂ければ、もう一つの大きな問題は介護職員のメディカル教育であるが、ケアマネージャー

というのは生活支援者なので、医療はあまり得意じゃないというか避ける傾向にある。そうなってくると、とても「看取り」とまではいかないのが、地域の介護医療院が中心となって、介護職員に対するメディカルな教育の場を提供して頂ければ、かなり先進的な医介連携が実現すると思われる。頑張ってもらいたいとエールを送る次第である。

(村上アドバイザー)

申し上げようかと思ったことを吉田先生に大分お話いただいた。

本当はマイクを通したくはないのだが、この地域医療構想調整会議というのは、医療費を掛けないようにしようという会議である。そして、ベッドを減らそうという会議である。ベッドというのは、病院のベッド、あるいは介護のベッド、あるいは施設のベッドでも、あれば金が掛かるからそれを減らそう。それで、最後に在宅だというように言い始めた。

「家はいいよ。」と話はいいいのだが、家に帰ってどうするつもりなのか？その先は言わないが。

医療費を削減し、人口減少に合わせていかなければならないのは、国民皆がわかっていることである。それらを医療費で見るとか、あるいは介護で見るとか、ご自宅でご家族が見るとか、地域により様々なパターンがあり、全部が全部、ベッドを減らそう、そんな簡単なことではない。このことは、私共、医師会でいつも申し上げている。

我々、医師や保健者、病院関係者などが参加し、それらを地域ごとに一番良い方向でまとめていくのがこの会議である。

ここは、つがる総合病院が旗をきちんと振っていただいているし、そこをお手伝いしながら地域住民の生命をきちんと守っていきながら、周りの施設、病院がそれらを応援して、市町村と共に持ち上げていけば、一番形が良いと思っている。

ただ、その時に、自院のベッドを減らせと言われたから減らしますとか、あるいは、介護医療院にしてしまうとか、そんなことではなく、自分たちが医者で地元の患者を診た時、地元の御高齢の方々を診た時に一番良い方向でやっていかないと駄目だと思うので、皆で意見を交わすテーブルが必要であり、そのようにこれからもしっかり気持ちを入れていただければと思う。

先ほどの介護保険料は6,000円を超え高額になると負担の連鎖はただ事でない。そのとおりである。

しかし国は、その方向にしようとしている。

そこを市町村と医療機関と県民としっかり話をしながら、一番良い方法を選んでいかなければならないと思う。よろしくお願ひしたい。私も医師会もお手伝いをしたいと思っている。

(西北五医師会)

2点申し上げる。

繰り返しになるが、先ほど申したように西北五地区で37年度の見込みが必要病床数に近づいているということ、見込みに近づいて喜ぶということではなく、病床数、必要病床数ありきという考え方ではないということを見ていただきたい。

もう一つ私が考えてきたことは、地元医師会の代表の1人として、この地区は、私的な開業医の数というのが少ない。開業医数は、少なくとも、この5年間で7人の方が既に閉院ないし開業を辞めている。いずれ、私的な開業医数は減っていくということになると、今、病床数を減らして在宅医療等にもっていく、それを担う医者数というのも当然減っていくのではないかと。それも、事業の御検討に入れていただきたいと思っている。

もう一つ踏み込んで言うと、在宅医療等の拠点というか、窓口になるのも、永遠の命のある公的な病院、法人などがその窓口になって、進めていただきたい。私共の開業医というのは、いずれ、私を含め、辞めていく方がたくさんいる。よって、今以上には開業医は増えない。そういうことも、御検討いただければと思う。