

平成30年度第2回 青森県（下北地域）地域医療構想調整会議

【議事要旨】

日 時 平成31年2月1日（金）午後3時30分～午後5時

場 所 むつグランドホテル1階「別館ホール」

（1）報告事項

①病床機能報告の結果の分析について

（むつ総合病院）

慢性期的な医療内容の患者が含まれるということは当然、現在の急性期病棟の患者全てが急性期というわけではないので当たり前のことである。実際、この大阪方式があてはまるのはおそらく大都市近郊の病院で、地域の病院でこれがそのまま相当するかということになると、いろいろ解釈の仕方があるのではないかと。

例えば、当院の急性期と報告した病棟単位を急性期1・2と区分しているが、実際には同じ病棟の中でも様々な患者がいるので区別なしにまとめると実態と違うところが出てくる。

ただ、どこまで細かく分けるかは難しいと思うので、このデータ上では多くの部分が回復期に相当するという結果になっているが、現実的に、入棟している患者が全員回復期とはいえない部分が当然あると思うので、それをどう解釈していくか、もう少し細かく見ていく必要があるのではないかと。

②平成30年度病床機能報告の速報値について

（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。

（むつ総合病院）

当院は昨今、報道されているように、外来の患者数が多い状況が続いており、毎日約1,000人の患者が実際に外来の患者として来院している状況であり、同規模の病院の中では、日本でも有数の忙しい病院だと思ふ。

待ち時間が長いのが問題で、その解決のためには、医者の確保が必要で、医師確保を今まで以上に頑張らなければならないと思っているが、それと同時に、当院は、下北地域内である程度医療を完結させる機能を持つ必要があるため、下北地域の地理的な課題も考慮し、病

棟を充実させていかないといけない。この先数年間で行うべきことは医師の確保だが、同時に老朽化した病棟の建て替えも予定している。病棟を新しく建てる時には地域医療構想で提案されている病床数、病床機能を一緒に考えていくことになる。

おそらく、現在よりも病床数は減らすことになるが、回復期病床を現在より増やすかは、冬期の厳しい気候のため急性期の病床を確保しておく必要もあることから、慎重に検討していかなければいけない。

(むつりハビリテーション病院)

まず、当院の設立経緯について簡単に申し上げますと、旧厚生省の国立病院及び診療所の再編計画により、全国で国立病院の統廃合を進める中、平成14年3月1日をもって厚生労働省から一部事務組合下北医療センターが国立大湊病院の移譲を受け、管理運営をむつ下北医師会に委ね、新たに、むつりハビリテーション病院を開設したものである。

医療療養病床80床、介護療養病床40床の計120床を備える入院施設と機能訓練のためのリハビリテーションを有する病院に生まれ変わり、高齢の有病者や要介護者が多くなっている現状において、主にむつ総合病院と連携しながら地域医療に大きく貢献している病院と考えている。

当院の病床機能報告内容の考え方は、下北保健医療圏における唯一の慢性期病床を持つ病院として、現在の病床を維持しながら、介護療養病床40床を2024年3月までに介護保健施設等に移行することを検討しているところである。病床利用率は29年度実績で89%である。

主な紹介元はむつ総合病院、みちのくクリニック、村中医院で、脳梗塞や大腿骨骨折等により急性期病院の治療を終えた患者が転院し、リハビリを実施しながら在宅復帰を目指している。しかし高齢者ということもあり、在宅復帰や施設への入所が困難な患者も多いのが実情である。

主な紹介先の病院は、むつ総合病院、みちのくクリニックで、ある程度安定していた症状が再発し、急性期病院での治療が必要になった患者が転院していくというものである。

病院の現状は、医療法に規定する療養病床の許可並びに介護保険法に規定する介護療養型医療施設、更には短期入所療養介護サービス事業の指定を受けている。病状が安定している患者には、治療とケア、リハビリを行い、長期にわたって療養を必要とする高齢者や障害のある患者には、家庭で自立した生活ができるようリハビリを中心とした介護の療養を総合的に行っている。

病院の未来像は、下北地域唯一の療養型病床の病院として、病床機能の全てを慢性期としていく。介護療養病床が廃止になることから、介護療養病床の40床を、介護医療院や介護保険施設等への移行を検討しており、全体で病床数120床を確保しつつ、慢性期の患者に対応していきたい。

(大間病院)

当院は現在、急性期48床で病床利用率が70%前後である。時期により、病床利用率はかなり変動があり、特に冬期は利用率が上がり、8～9割になることがある。

当院は基本的には北通りの大間町、風間浦村、佐井村を担当している医療機関であり、急性期から慢性期、予防医療など全ての領域に関して医療を担っている。

在宅医療については、できる限り、住み慣れた地域で最期の時間を過ごしていただくために訪問診療、在宅看取り等を積極的に行っている。居宅だけではなく、施設での看取りもやっている。ただ、施設のスタッフも看取りに関しては、知識が足りないので、ドクターが勉強会を企画しており、病院だけではなく、施設等にも協力を依頼しているところである。

急性期が48床という状況だが、その中には回復期相当の患者も多数おり、病床数を減らすのは難しいが、その機能を回復期の医療療養機能に移行する可能性はある。ただ、何床替えるかは、現在検討中なので、今回は急性期48床と報告したが今後の将来推計等が出てくれば、回復期を何床にするかを決められると思う。

入院患者数が年々増えている状況で、外来の患者は減少しつつあるが高齢化が進むにつれて入院を必要とする患者が増えてきている。その上、退院先がないので利用率も上がり、在院日数も増えており、受け皿となる施設等が増える予定もなく、近隣に病院があるわけでもないので、苦勞している部分もあるが、病院だけでなく町村役場の方とも協力してやっていきたい。

(議長)

これから、在宅医療、介護連携という部分について、市町村の方からも取組状況、対応状況ということをお話いただく予定としており、大間病院で、在宅療養支援病院として訪問診療に努めているとのことであり、もう少し詳しく、行政との連携などについてお話を聞きたい。

(大間病院)

例えば、本格的に会議を開くというよりは、ほぼ、毎週木曜日に施設のスタッフや、役場の職員が大間病院にカンファレンスに来ており、そこで情報交換会を行っている。リハビリのカンファレンスをやっており、それに合わせて各町村からスタッフが来てくれるので、そこで必要なことを話し合っている。例えば、退院先に困っている人がいる時、役場がどのような対応をできるかという協議を行うなどである。

入院患者で困っているケースがあれば、本格的なカンファレンスをやることになるが、困っている患者として、身寄りのない、親戚が全くいない、保証人もいない、そのような人が施設に入所しようとしても保証人がいなくて断られるが、麻痺があり一人で住むのは困難というケースに関して、弁護士や先生等を交えて、どうするかという話し合いをしている。医療、病院だけで解決できることではないので、役場や施設を交えて協議している。

保証人を村の単位でやるのか、村長の名前を出すのか、いろいろと協議中であり、具体的な困難事例に皆で協力して対処することで、同じようなケースが出た時にスムーズにできるようになるはずなので、カンファレンスなど顔を合わせる機会を積極的に作っているところである。

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。

(むつ市)

当市における実施状況としては、(ア)～(ク)の全ての項目において、むつ総合病院と連携しているが、今年度の主なものとしては、「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」について、認知症ケアパスを1,000部発行し、認知症サポーター養成講座などで配布している。「(オ)在宅医療・介護関係者に関する相談支援」については、むつ総合病院地域連携部において、むつ市在宅医療・介護連携支援センターを引き続き運営していただいている。「(カ)医療・介護関係者の研修」については、専門職向けの研修会として、むつ下北における在宅看取りの現状などをテーマとして、計7回の研修会を開催している。「(キ)地域住民への普及啓発」については、出前講座の実施と在宅医療や看取りへの意識を促すためのむつ市版マイエンディングノートを1,000部発行し、研修会や市役所窓口で配布している。「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市町村」の連携については、むつ保健所主催の医療介護連携調整実証事業市町村担当者会議などに参加している。

課題については、むつ総合病院と一緒に検討しているところだが、市としては、今ある人材や資源が最大限に活用されるよう、医療と介護が上手く連携できるような取組を今後とも続けていきたい。

(東通村)

「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」について、当村には診療所が2つ、介護福祉施設が1つ、特別養護老人が2つ、グループホームが1つという資源としての把握をしている。当村の健康推進課が担当している保健福祉センターでは、デイサービス、通所リハ等々を行っている。「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」について、村内の2つの医療機関と介護事業所等を東通地域医療センターに委託しており、同じ事業所内で情報共有・検討することが可能なので、それらを有効に活用している。「(ウ)切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築推進」については訪問診療を常勤医2名で積極的に行っている。「(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援」については、同じ医療機関と介護事業所を東通地域医療センターが運営しているので情報共有できている。「(オ)在宅医療・介護連携関係者に関する相談支援」について、相談支援の窓口を地域包括支援センターに統一し、診療所と連携しながら行っている。「(カ)医療及び介護関係者の研修」については、研修の

機会があれば積極的に参加しているとのことである。「(キ) 地域住民への普及啓発」について、包括支援センターや居宅支援事業所等々でパンフ等の見やすい資料を作って普及する予定である。できればホームページ上でも公表したい。「(ク) 在宅医療・介護連携に関する市町村の連携」について、地域包括支援センターの連絡体制から情報を得た上で内容について市町村で検討する予定である。

(風間浦村)

事業は北通り3町村合同で行っている。

「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」についても、村の民生委員会等の会議等で意見を聴いた後、必要であれば3町村合同会議での話し合いを行っている。「(ウ) 切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築推進」については、村の包括支援センターと病院とで連絡を取り合っているところ。「(オ) 在宅医療・介護連携関係者に関する相談支援」については、村の包括センターで相談に応じている。

この中で昨年度から「(オ) 在宅医療・介護連携関係者に関する相談支援」で、大間病院の病院内に連携室的な機能を持った部門ができればよいという話が出ている。

(佐井村)

「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」については、北通り3町村が連携して資源マップを作成している。「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」については、できる限り研修会に参加しているが、職員が少ないので、日常業務に差し支え兼ねないところがあり、人員不足が課題だと感じている。

「(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援」については、大間病院に頼るしかないので、地域包括支援センターや社会福祉協議会を含めて入退院のカンファレンスをこまめに行っているため、その業務も増えてきている。

先ほどの大間病院の説明でもあったように在宅医療、在宅介護という方向性を考えた時に、高齢者で身寄りがいない、子どもがいない、兄弟がいない方に対し、在宅医療、在宅介護がどこまで可能なのかということで、全国的に見ても保証人等がいなければ入院を受け付けない病院や施設がある。それは、亡くなったあとのことを想定し、葬儀の問題、墓の問題と考えたときに、どこかでブロックされているのだと思う。ある種の危機管理のためにも、今から想定し、病院や弁護士、社協と協力している。

当然、入院時のお金という金銭的なものの確保も必要だが、自治体で情報がある程度持っているため、いろいろな意味でバックアップできるようになっている。町村で地域連携をいろいろやっているが、北通り3町村のどこがリーダー的役割を果たしていくか明確でないのが課題と思っている。「(オ) 在宅医療・介護連携関係者に関する相談支援」について、相談窓口は地域包括支援センターがやるが、近年、包括支援センターの位置づけが高齢者介護以外の福祉にも広がっており、介護以外の相談業務が出てきているため、人員不足が課題だ

と思う。「(カ) 医療及び介護関係者の研修」については、参加するように努めているが、日常業務と研修会参加の調整が難しく、人的資源の不足が課題だと思う。「(キ) 地域住民への普及啓発」については、住民の参加が少ない。例えば、物忘れフォーラムを3町村共同で行った場合、関係者は来るが一般住民はなかなか来ない。

「(ク) 在宅医療・介護連携に関する市町村の連携」については、北通りは介護資源も医療資源も少ないので、共同して歩調を合わせてやっていくしかないと考えている。

(むつ総合病院)

3ページの在宅介護の連携推進に関する取組で、退院調整率が下北は90%近い。これは青森地域に次いで2番目なので驚いている。これはどのような理由があるのか。

(事務局)

県が各地域で調整ルールを作るために動いたのがこの制度ができた平成28年以降だが、下北地域では既にむつ総合病院や大間病院が退院した時に、調整するようなルールが存在していたので、そのような背景もあって高いのだと思われる。

(むつ総合病院)

青森地域と下北地域では同じような数値でも中身に差があると思う。

青森市の場合はおそらくかかりつけ医が絡んでいて、下北の場合はかかりつけ医の関与が少ないと思うので、データがあれば知りたい。地域に即した分析が必要と感じる。

(事務局)

それに関する数字は持ち合わせていない。

東地方保健所管内では、県立中央病院の入退院の場合は入院する時はかかりつけ医から紹介され、退院するときも同じかかりつけ医に引き継ぐルールのようなものがあつたので、その影響はあるかもしれない。

(青森県薬剤師会)

当会としては、むつ総合病院の連携部とともに、一昨年から年5回の多職種連携の合同研修会を開催し、看護師、薬剤師に限らず、ヘルパーやケアマネ、むつ市の職員の方も参加の研修会を開いている。それに加えて、年1回、80～100人が参加する研修会を開いている。

当会もマンパワー不足があり、研修会を開いて知識、技能はある程度得ることはできるが、なかなか実際に在宅に活かせていないと感じている。

また、当会の支部長が参加したところ、在宅に出ると外来の調剤が疎かになるのをクリアしないと進んでいけないのではないかという意見があり、同意せざるを得ない。

(青森県看護協会)

当会では今まで、看護・福祉の連携体制構築や訪問看護ステーション推進、訪問看護師、認定看護師の推進を人材育成という形で進めてきた。

人材の資源を活用していくという面で進めてきたが、皆さんお話されているように、公営施設が少なく、また、在宅を進めたくても、訪問看護ステーションに携わる医師が少ないと常々感じている。

どの市町村に関しても、単独での行政と施設は限界があるので、今後は下北全体を広く見ていくことが必要と考えている。

そして、むつ病院と大間病院では有する人材等が全く異なるので、下北全体という広い視野で活用していくためのシステムづくりや環境整備が必要なので当会でも進めていきたい。

○その他

基金を活用した補助制度について

○まとめ

(村上アドバイザー)

地域医療構想は、ヘルスリテラシーと医療費の削減がスタートラインになっていてそれを平成37年の年齢構成、人口に合わせていくのが大きな流れになっている。

地域医療構想の一番の核心は、急性期7対1から10対1に、急性期病棟一般1から2に下げていくことである。

また、同じ地域で同規模の病院があれば再編等しなければならないが、下北地域はそうではない。むつ総合病院を柱とした体制を地域住民の理解を得ながら、維持し、その中で在宅医療等をやっていく必要がある。県としてもそういう認識だと思う。

退院調整率が青森地域と下北地域が高かったことについては、大雑把に言えば、都市型の在宅医療と下北地域の在宅医療の違いがあるのだと思う。都市型の方は、例えば首都圏で高齢の在宅患者がたくさん入居しているアパートなどに訪問診療することを在宅医療だとしているが、下北地域の場合、むつ総合病院の地域医療のスタッフや地域包括支援センターなどが下北地域全体をカバーしてやっていると思う。在宅医療に関しては、むつ総合病院が主導し、各医療機関や福祉施設で協力しながらやっていければいいと思う。

入退院調整の場ではケアマネの存在が大きいが、医療職のケアマネでなければ、必ず傍に医療スタッフにいてもらうことをお願いしたい。

また、医療職でないケアマネが医師や看護師に礼節を欠くこともあるようなので、そこは指導していく必要がある。

(むつ下北医師会)

在宅医療については、担う医師や医療資源が不足しているということを認識したうえで取り組んでいかなければならない。