

平成30年度第2回 青森県（津軽地域）地域医療構想調整会議

【議事要旨】

日 時 平成31年2月20日（水）午後5時30分～午後7時10分

場 所 アートホテル弘前シティ3階「アメジスト」

（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。

（弘前大学医学部附属病院）

おそらく、各病院が急性期から回復期に移らない、移りたくない理由は、そのことによって病院の経営に影響が及ぶのではないかとということを心配していると思料されるところである。

将来的に急性期病棟から回復期病棟にそういう届け出をした場合に診療報酬上の差が発生するようなことがあるのか教えてほしい。

例えば、回復期病棟で急性期の患者さんを診た場合に、回復期病棟だから回復期の診療報酬請求しかできないとか。

（事務局）

診療報酬上の入院基本料の算定と、この病床機能報告での報告というのは、現在は、リンクはしていない。

（弘前大学医学部附属病院）

「現在は」ということであるが、皆が将来的におそらくこういうものを基準として診療報酬に差をつけるのではないかとというように疑心暗鬼になっているのではないかと思うのだが、絶対にないと言えるのか？

(黒石病院)

国は、建前上はないとしている。

一方で急性期を減らすために（7対1の病床を減らすために）、いずれどんどん縛りがかかって、結局、7対1を算定できないような状況になっていくと思っている。

(事務局)

診療報酬は、基準を満たしていたら取れるという仕組みになっているので、国が今後、病床機能報告で急性期として届け出ていなければいけないという要件をこれから付けるというのは考えにくい。

勿論、今後、7対1の算定要件を今までよりも細かくして取りにくくするといったことは考えられるが。

病床機能報告と診療報酬の紐付けは、厚労省にとってもメリットがあるわけではないので、あまり関係ないものとして考えていただければと思う。

(村上アドバイザー)

マイクをとおして言いにくいことであるが、コストの話が出たので、お話をさせていただく。

青森県医師会の調べでは、入院患者1人一日当たりのコストは急性期の一般7対1で134万から150万円である。その次の急性期2で85、6万から90万円である。

療養病棟は70万円前後である。介護医療院になると40万円前後である。

(吉田アドバイザー)

「国は急性期を減らそうとしている」というお話だが、何も我々をいじめようとしているわけではない。平成37年以降の少子高齢化社会では青壮年層の減少に伴って急性期の患者が激減し、団塊の世代を中心とする高齢患者が急増することが明らかである。従って、急性期ばかりの医療提供体制をこのまま続けるとハードランディングとなり、総倒れする危険性がある。だから、ソフトランディングできるように今から準備しましょうというのが地域医療構想であり、確かに減らそうとしているが、将来的には、急性期病床はむしろ無用の長物になりかねないということでもある。それよりも、高齢患者のパイはどんどん大きくなるので、「超高齢者に対する医療提供のあり方」を考える方がよっぽど建設的だということになると思う。

現時点からは中々想像しにくいですが、例えば、入院患者の平均年齢が88歳とか89歳とかというような時代が間違いなくやってくる。そういった状況を頭に入れながら議論していかないと、急性期を担いたくても、急性期の患者がほとんどいなくなっているという状況が理解できず、「なんでウチが回復期病棟を持たなければならないのか」というような反発に終わってしまう。ことに、この津軽地区には特定機能病院としての大学病院があるので、青壮年層の急性期患者の大部分はそちらに回ることが容易に予想される。

そうした場合、診療機能における急性期、回復期、慢性期の機能分担と連携をスムーズに行うには、サッカーチームのFW、MF、DFのように、互いにどうポジションニングを取っていったら良いかという共通理解が非常に大切な視点になってくる訳で、この会はその目合わせの場とも言えると思う。

いずれにしても、あまり現状に囚われすぎず、先の時代を冷静に想像しながら自院の位置づけを考えていくことが何よりも肝要である。その際には、急性期のパイが今よりも相当小さくなる一方、高齢者を対象とする回復期、慢性期、さらには介護のパイがますます大きくなり、地域内各所での看取りが日常化している、そういう時代に、病院としてどんな医療が求められるのか、あるいはどんな医療が提供できるのかというような内容の議論もあって良いように思う。

(村上アドバイザー)

吉田先生と全く同じ考えである。

ただ、その時に私的病院と公的な病院、これを同時に同じテーブルで話すのはちょっと無理があるだろうと思っている。

従業員もいるし、対社会的な、対銀行的ないろんなものもあるだろうし、そのことはお含みいただきたい。

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。

(弘前中央病院)

血管外科を充実させており、去年の、急性期の手術の数が29年から30年にかけて2割増、70数例増えており、プロフィールシートに記載の値より、現状はかなり多い。

また、麻酔科と呼吸器外科、内科、放射線科、総合的な治療のニーズが高くなってくると考えている。

ただ、マンパワー不足もあり、なかなか病棟、病床をフルに使えていない現状があるので、この辺を将来的に考えていきたい。

(鳴海病院)

病床数について平成30年7月現在は、急性期31床、慢性期43床、休床42床であったが、現在は、急性期31床、慢性期60床、休床25床と変更となっている。実際に変更したのは、30年8月であり、その後、変更はない。

当病院長が前々から決まっていた出張のため本日不在となっており、プロフィールに関しては、院長と相談した結果、院長以外説明できないということとなり、発言を控えさせていただきます。

ただ、平成37年度までにゆっくり検討するというコメントを預かってきた。

(鷹揚郷弘前病院)

病床数は、慢性期の109床である。

当院は透析治療、腎臓移植、腎・尿管結石破碎術、前立腺と、その他泌尿器科の治療を行っている。

平均在院日数は一般で17.8日と記載しているが、点数上、3か月以内の入院を見ると、約10日延びて27、8日位で、15対1看護からは上がれないというのが現状である。救急車も年間70件近く受け入れている。救急指定病院ではないが、腎臓に特化しているので、専門の搬送がある。

また、生体腎移植も68例、献腎27例と、今年も生体腎移植5例ほど実施している。

病床規模の見直しは、今後の検討課題とさせていただきたい。

(黒石厚生病院)

病床の状況は、一般病床のうち、15対1が57床、残りが障害者病棟42床ということで、これまで13対1でしたが、10対1に入院基本料を上げた。障害者病棟は主に人工呼吸器を装着した患者さんが入院している。

それと20対1の療養病棟114床ということで合計213床で稼働している。

病棟の利用率は、昨年末くらいから90%を超えている。

将来的に人口減少、働く人たちの減少ということで5年後、10年後を見据えていかなければならないが、現段階では、病床規模の見直し等は考えていない。

(弘愛会病院)

病床数について、7年後の病床種別の変更や数の変更については、考えていない。

回復期54床、療養30床の84床となっているが、今後も同様の病床数で考えている。

当院は、一昔前の弘前市内の救急病院という、どちらかというと夜間の救急輪番含めて、外科系の病院というイメージが根強く残っており、近隣の方も、未だにそういう形で見られる方がいる。

しかし、ここ5、6年で周囲に介護施設が増えたということもあり、特養であったり老健であったり、有料老人ホームであったり、介護系施設からの80代、90代の方の外来通院、入院、往診というのが増えている。

それに伴い、今は外科も内科もほぼ関係なく、複数疾患を持った患者さんに広く対応するという形でこの5年間、地域の医療ニーズに対応している。

そういった取組が、この病床利用率の92.9%と高い数値となっている。

高齢者になると、なかなか良い状態で帰れるという方はいないので、平均在院日数をクリアするために近隣の病院や介護施設と連携を取りながら、退院調整を院内で必死に行っている状況である。

今後、高齢者の人数が、このエリアで非常に多くなっていくので、当院としては、今の84床で出来る限りこの高齢者医療を中心とした医療サービスの提供を行っていきたいという方向で院長ともに考えているところである。

(弘前記念病院)

当院は、整形外科の専門病院という、特殊な病院であり、現在は170床、全て急性期として報告している。

将来像も今のところ、急性期のままということ考えているが、実際は、在院日数が40日を超えているということで、急性期としては不適切とも考えられる。

当院は整形外科専門ということで、整形外科の手術を、開業医の先生方からの紹介患者さんの受け入れなどを通じ、年間1,000件以上をこなしているが、一方でリハビリにも力を入れており、リハビリ目的の患者さんも受け入れている。

手術後、在宅復帰できるまで徹底してリハビリを実施しているので、どうしても在院日数が長くなってしまうため、いずれは回復期病棟への転換も必要だということ認識している。

今のところ、まだ具体的ではないが、院舎の新築構想があり、その方針が定まったときに回復期病棟の数をどれぐらいにすべきかということを検討したい。

当院では、大学の整形外科と連携をとり、また、弘前市から補助を受け、ロボットスーツを導入して、先端医療に取り組んでおり、今後も継続していきたいと考えている。

高齢者が増えていくということで、昨年からはリハビリ部門にチームを立ち上げ、ロコモの啓蒙と予防に向けた取組を継続して行っていきたいと考えている。

(健生病院)

一昨年の10月に新築移転した前の病院と新しい病院で病棟の構成が変わっており、病床利用率を空欄とさせていただいた。

病床は、急性期の214床のうち14床が緩和ケア病棟となっている。

11月から6月までの8か月の病床利用率は95.16%となっている。

新築移転に伴って、HCUを4床増やし、8床とした。

急性期は、緩和ケアを除くと200床、回復期の60床は、回復期リハビリテーション病棟の60床で運用している。

病院移転後、全体の医療活動の量としては、15%から20%増加しており、手術も月90件、年間1,000件位の件数となっている。

緊急の搬入は、30年度、あと1か月あるが、推計としては、大体年間2,300から2,400件位の受け入れをしている。

平均在院日数は、回復期も含めて全病棟で14.6日、急性期病床だけですと13日前後というのが、今の病院の状況である。

病棟構造は37年に向け、現時点で大きく変える予定はない。

(弘前メディカルセンター)

先ほど吉田先生がお話された状況は、当院が今まさに直面している状況であり、入院患者さんは、間もなく100歳になる人が1人、ほかの入院患者さんも平均年齢が80歳を超えていると記憶している。

これは、各病院からの要望をできるだけ断わらないようにという先生方の意向があり、引き受けているもので、がんの末期の患者さん、他の終末期の患者さんも合わせると2割位はいると思う。

当院ではスタッフその他スペースの関係で緩和ケアに関する診療報酬は取れない状況である。

在宅に移行できる患者さんもないわけではないが、御家族が拒否するケースも少なくない。また、御家族も遠い親戚しかいない、施設に行くにしても、気管切開をしていけば手に負えない等々施設側の事情などがあり、結果的にこのような状況になっている。

さっき吉田先生がおっしゃったようにこのような患者層をきちんと引き受けて、しかも民間であれば経営がしっかり成り立つような、そのようなシステムを作らないと、いずれ、ここだけではなくて国全体がパニックになるのではないかと危惧している。

最後に当院の看護師が度々口にしていることであるが、慢性期の患者さんも急性期に負けないぐらい手がかかるとのことで、15分おきぐらいに痰が噴き出す患者さんは1人や2人ではないということをおし上げておきたい。

(弘前小野病院)

当院は、回復期46床、慢性期47床の病院であり、循環器内科の手術を年60件実施している。輪番にも参加しており、急患の患者も受け入れているというような状況である。

現状は、がん等の終末期の看取りを積極的に行っている病院ということで位置づけられており、老人医療をメインに病診連携を積極的に行っている病院である。

将来については、地域包括病床の導入も検討しており、看護師の確保ができればという前提ではあるが。その他、チームでの往診、在宅医療を進めていくことを検討中である。

(ときわ会病院)

当院には、10対1病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、緩和ケア病棟の4病棟があり、10対1と緩和ケア病棟を急性期として報告している。

先ほど、病棟の医療機能についての話があったが、当院の緩和ケア病棟を何機能として報告すべきか迷い検討していたが、急性期として報告し続けている。

その他に100床の老健、それから1日最大40名の通所リハ、訪問看護ステーション、リハビリを含め訪問看護を実施している。

基本的には、地域医療を目指している病院なので、今以上に急性期に行くということは、設備的にも規模的にも難しいし、ニーズもそれほどないであろうと思う。

将来的には、病床を少し減らしていく方向になるとは考えているが、とりあえず今のところ、答えは出しておらず、現状どおりという報告をさせていただいた。

(須藤病院)

介護療養病床24床を持っており、これは、6年後に廃止という国の方針が打ち出されたもの、もう1病棟は、療養病床の基本料2、これもまた、将来的に医療区分1の患者さんがおそらく入院できなくなるだろうという方向性が打ち出されたことで、この際、思い切って、昨年新たに制度化された介護医療院に転換してはどうかと、院長たちと相談した。元々高額な請求をしている病院ではなく、入院層も75歳を中心に終末期が多く、近隣からの介護施設などの駆け込み寺的存在であることから、実態は、そう変わらないのではないかと、そもそも、医療だとか介護だとか分ける必要があるのか、先ほど、吉田先生もおっしゃったように、実際には、ハイブリッドの施設が将来的には必要ではないかということで、思い切って介護医療院に転換しようということになった。

未知の部分が大きいですが、今はそういう方向で検討している。

(弘前脳卒中・リハビリテーションセンター)

当院は、一般病床が79床で、これは一般病棟入院基本料1を算定しており、回復期リハビリテーション病床が169床で、これは回復期リハ病棟入院料2を算定している病院である。

当院は、脳卒中救急、リハビリテーションに特化した病院であり、津軽圏域から広く脳卒中の救急を受け入れ、当日ないしは翌日からリハビリテーションを開始するという形で努力している。

また、現在当院は、青森県からの委託で高次脳機能障害の支援拠点機関という、全県の高次脳機能障害をサポートするという機能を担っており、全県から様々な高次脳機能障害の相談を受けている。

幸い近隣病院の先生方から、脳卒中が疑われる患者さんの紹介を多く受けており、病床利用率が高い状態で維持できている。脳卒中には季節的な変動があり、夏場はどうしても患者さんが減るので、少し空きが生じやすいが、秋から冬にかけては、満床に近い形で稼働しているため、将来的にも現状の病床機能でいきたいと考えている。

(議長)

以上、民間病院12病院から病院プロフィールシートに基づきお話をいただいた。

全体を通して、先ほど、須藤病院から介護医療院への転換について、また、本日、直接御説明はいただかなかったが、大鰐病院の診療所化に向けた検討のほかは、基本的には診療体制等について、当面の体制を維持していきたいというような内容が大半だったように思うが、御意見なりがあればいただきたい。

(弘前大学医学部附属病院)

大学病院はこれまで、全床を高度急性期として報告してきたが、将来のことを見据え、急性期病床も必要であるだろうということで125床急性期として報告させていただいた。

病床数に関しては、トータル597床として37年度も記載しているが、現在、病棟の再開発が進んでいるので、ベッドを減らすと将来的な様々な支障があるということで現状維持としているが、新病棟ができた際には、病床の削減を考えている。

その上で発言させていただくものであり、医師供給施設としての意見として聞いていただきたい。

確かに、地域枠等の効果があり、青森県内の医師は若干ではあるが増えている。

その中で、悪いことに新専門医制度が始まったことにより、将来的に小さな病院に若い先生が出せるかということ、おそらく無理だと思う。出したくても出せない状況を理解していただく必要があるのではないかと思う。

5年後に医師が来るだろうとか、そういう目算で将来の計画を立ててしまうと、やはり将来的に病院運営が成り立たなくなっていくのではないかと思う。

それからもう1つは、国立病院機構と市立病院が統合することによって、かなりの急性期の領域を統合病院が担うことになる。そうなった時に、回復期や慢性期の病棟が絶対に必要になり、患者さんの受け皿となるような視点で各病院に考えていただきたいと思う。

(吉田アドバイザー)

私もお話を伺っていて、連携の視点がちょっと少ないかなという印象を受けたが、福田先生からしっかりと御指摘をいただいたので今後に期待したいと思う。ただ、病・病連携については、もう少し動かしようがあるように思えた。例えばだが、弘前記念病院さんが整形の手術を沢山されているのは分かるのだけれど、もし近隣にリハビリ専門の施設があつて、そこに患者さんを送り込めるようになっていけば、在院期間はもっともっと短くなるだろうし、その分、手術件数を増やすこともできる。一方、リハビリ施設側としては、どんどんと患者さんが紹介されれば、リハビリは出来高高いということもあるので、高収入を上げられ経営的にも安定する。そういった複数の施設が協力し合うことで、今よりも効率的な、あるいは経営的にも安定的な方向性を目指すというような取組について、このような席を通じて盛り上がっていけば、地域医療構想の協議などもっとスムーズに行えるような気がする。

それから、これまで県内施設のプロフィールシートを色々と拝見して、初めて今後の全県的なモデルになるのではないかと思ったのは、弘愛会病院さんのお話で、やはり、回復期と慢性期をミックスにしながら地域急性期も診るといような形が、おそらくこれから10年後、15年後といった場面でも一番標準的なモデルになるのではないか。弘愛会病院さんは経営も上手くいっているということであり、こういった取組が、新しい経営モデルを生み出すエネルギーになることを期待して、エールを送りたい。

最後になるが、アドバイザーの村上先生が公的病院と私立病院は違うと仰っしゃったが、正にそのとおりだと思う。私立病院のトッププライオリティは経営であり、何も赤字を出してまで病院を経営することはないわけで、そういった意味ではもう少し経営的な視点をこの会で議論するなり、あるいは国に要望を出していく、という感じでいいと思う。

これに対して、国公立や公的病院は地域医療構想の中核となることが定められているわけなので、情報選択機能とか、在宅支援機能といった共有部分の強化についても検討を進めるという方向性が求められる。そのような両輪がしっかり動いていければ、将来に対しても盤石の構えを取れるのではないかと思う。

さすが医療施設の多い津軽地域で、皆さんしっかりと考えておられていて、感心しながら聞かせて頂いた。

(村上アドバイザー)

今、吉田先生もおっしゃったように私的病院と国公立は、それぞれの立場で気を付けていかなければならないと思う。

私も弘前大学の卒業であるが、福田先生には、今後も私的病院の先生方を助けていただきながら、病院同士の連携、様々な学問の連携、そういうことを指導していただければ、我々も御協力差し上げやすいし、また、この後、形を作って一緒にやっていきたい、そう思っている。

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。

(弘前市)

当市の在宅医療・介護連携推進事業について、弘前市医師会との役割分担ということについてお話したい。

当市では、本事業を弘前市医師会に委託し、協力をいただきながら取組みを進めている。当市からの委託を受けて、弘前市医師会では、在宅医療、介護連携支援センター「そよかぜ」を設置し、事業にあたっていただいている。

弘前市医師会では、各種委員会を設置しているが、その中に介護保険委員会というものを設置し、高齢者の健康医療・福祉について、検討していただいているところである。市職員

も定期的に参加させていただき、委員である医師会の会員やそよかぜの職員と各種取組みの進捗状況を共有させていただきながら、個々の事業について弘前市医師会と市の役割分担などについて話し合いながら事業を進めているところである。

資料4の5ページに基づき、いくつか取組みを紹介させていただく。

(ア)では、そよかぜが開設しているホームページに、医療・介護資源の情報をマップ化して掲載している。

(ウ)では、在宅において患者が救急搬送される際にいち早くその患者の氏名や家族の連絡先、かかりつけ医などの情報が確認できるようにするために必要な情報を記載している「弘前市救急安心連携カード」というものの導入に向けて、医師会と市で検討を重ね、包括支援センター、それから消防事務組合などからも意見をいただきながら、平成31年度から導入開始を予定している。

(エ)では、在宅医療介護連携情報共有システムというものを導入しており、支援が必要となる患者さんの詳細について、医師、ケアマネージャーなど、多職種で情報共有ツールを運用しており、医療と介護の円滑な提供に活用されているというような状況である。

(黒石市)

南黒地方の在宅医療・介護連携推進事業について御紹介させていただく。

南黒地区の在宅医療・介護連携推進事業であるが、黒石市、平川市、藤崎町、大鱈町、田舎館村の2市2町1村により、広域実施の協定を締結して実施している。

この広域実施項目としては、(ア)の地域の医療・介護の資源の把握。(イ)の在宅医療・介護連携の課題の抽出し対応策の検討。(ウ)の切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築。(エ)の医療・介護関係者の情報共有支援。(カ)の医療・介護関係者の研修等を行っている。

その他の3項目については、各市町村での対応、また弘前保健所と管内8市町村が共同で策定した入退院調整ルールにより対応している。

この広域実施することになった経緯であるが、今年、30年4月からの開始にあたり、各市町村とも、医師会の協力が不可欠であること、医療や介護サービスは市町村区域を越えていること、市町村単独では事業のスケールアップが難しいこと、事業担当のマンパワーが不足しているということがあり、広域実施により、事業の効率化・簡素化、企画向上力を図るという目的で行ったものである。

この広域実施協定までのプロセスであるが、29年の6月から3回にわたり関係市町村で検討し、その他、南黒医師会さんとの協議を経て、29年11月1日には各市町村との広域協定の締結の上、現在、実施している。

(平川市)

在宅医療は、医師や看護師の負担が大きい割に、それに見合った診療報酬を得られないため、在宅医療に重点をおいた医療サービスの提供が難しいのではないかと考えている。

充実した在宅医療の提供体制を整えるためには、その役割を担う医療機関を支援する仕組みづくりが必要であり、在宅医療に取り組む診療所等の増加を図る目的で研修会を開催したり、在宅医療に取り組んでいる医療機関を可視化してネットワークを構築し、地域内の多職種での連携体制の構築が必要ではないかと考えている。

(西目屋村)

本村は無医村ということで、医療機関はないが、弘前市内の医療機関と連携ができており、特に村民の方から医者がないので不便だという声は聞こえない。

また、地域包括ケアセンターを村直営で行っており、連携が非常にしやすい状態である。

村民が1,300人という県内で一番少ない人数、また要介護者も80人程度ということで、把握しやすく、誰がどこのサービスを必要かということも担当職員、全部把握できているので、必要があれば、居宅介護支援事業所もすぐ近くにあるので、何かあれば、すぐ連携をとって動ける状態になっている。

また、要援護者の取組みについても、緊急時の連絡シートをペットボトルに入れて冷蔵庫に貼っており、その方の情報提供なども消防等を通じてできているので、今後も少人数ではあるが、迅速に動けるように継続して取り組んでいきたい。

(藤崎町)

先ほど、黒石市からもお話があったが、広域的に実施しているものについては、29年11月に協定を結び、実務者レベルの会議をほぼ毎月、そして研修会もこれまで3回実施してきたところ。

藤崎町の研修会の紹介をさせていただくが、3回実施した中のうち、昨年9月1日には、厚生労働省老健局総務課の石井課長補佐を講師にお招きして、「在宅医療・介護連携の推進について」と題した講演会。そして、講師の先生を交えたグループワークを実施し、大変有意義な研修会、勉強会であった。

今後も、在宅医療と介護サービスを一体的に提供することに繋げられるような研修会を実施していくよう、構成市町村及び職能団体が広域的に連携しながら進めていきたい。

(大鰐町)

医療・介護関係者の情報共有の支援について、御報告させていただく。

医療機関とケアマネのスムーズな連携のために、連絡票があればいいと、多くの意見が聞かれていたところ。

このことにより平成21年に開催した大鰐町地域ケア推進会議において、連絡票の様式について案を提示したところであるが、出席者である町内の医療機関や介護保険サービス事業所から了承を得たということで、町独自の連絡票を作成し、活用に至った。

この連絡票は、医師とケアマネ間における連絡方法について確認する主治医介護支援員連絡票と医療機関から介護サービス情報を求めるための介護サービス情報提供依頼書の2種類を作成している。

活用状況は、緊急等の場合が多く、最後には電話に頼ってしまっているという状況で、なかなか活用がなされていないというのが現状である。

また、様式を作成してから10年近く経過したので、この利活用及び様式内容については、再検討しなければいけないと考えている。

(田舎館村)

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、当村では、基礎疾患等の情報を記入したものを冷蔵庫に保管するキットを導入しており、消防が駆けつけた際には、玄関にシールが貼ってあるとそのキットがあるということで、そのキットを確認すれば、家族の連絡先やその他医療関係の情報も全部入っているというふうなものを有している。

また、地域包括支援センターを社会福祉協議会に委託しているということと、社会福祉協議会では、居宅介護支援事業所も併設しているので、要支援、要介護に関わらず、医療と共に連携してきめ細かなケアができるような体制を構築している。

(板柳町)

板柳中央病院との連携については、入退院調整ルールの運用はもとより、在宅医療・介護連携支援センター、地域連携室と、総括会議において3か月に1回の頻度で課題の抽出と対応策の検討を行っている。

また、リハビリテーション専門職の協力により、多くの職種による事例検討を行う、地域ケア個別会議を開催するなど、随時連携しているところである。

(弘前歯科医師会)

歯科の訪問診療ということでお話をさせていただくと、これから口腔ケアというのは本当にいろんな意味でも大事である。お口の中は、ご家族の方でもなかなかいじりたがらない場所である。

医療費の削減にも勿論繋がるし、また、死ぬまでちゃんと綺麗に食べたいという気持ち、人間の本能の気持ちを大事にしていきたい、そういうことで御理解いただければと思っている。

○その他

基金を活用した補助制度について

○まとめ

(弘前市医師会)

弘前市医師会としては、在宅医療・介護連携推進事業、この辺をしっかりとやっているかどうかということが重要だと思うが、弘前市からの委託を受け、資料4にある(ア)から(ク)までの全ての事業に関して、既に取り組を進めているところである。

4つの病床機能の切れ目のない連携が重要であると吉田先生が記念病院の患者さんの例にとっておっしゃったが、今日のこの資料の1の3ページ目の平成37年度の回復期病床の必要数が1,244床に対して、平成29年の病床機能報告では450床しかないということで、回復期病床がかなり足りないということが予測されていたわけであるが、佐賀方式と大阪方式を取り入れて、急性期を1と2、特に急性期の2を回復期相当とみなすと、37年の必要な病床数にまさに近づいているような数字が出ているので、ちょっとびっくり致しました。

これが、将来的に急性期1と2を実際にどういうふうに判断していくのかということ、私にはわからないが、こういうふうな分け方をすると、回復期病床というのはしっかり保たれているのかなと思っていたところである。

津軽地域の二次救急体制は、高度救命救急センターの多大なお力も借りて、全部で5つの病院で回しているが、なかなか大変な状況にある。早く統合病院ができて、円滑な二次救急医療体制ができることを望んでいる。

その中で健生病院が、この地域の救急車の受け入れ件数の3分の1を担っており、その他に日中でもお願いすれば、いつでも診てくれるER外来というものもあって、我々医師会の先生方は大変お世話になっているところである。

健生病院の急性期病床は、いつも満床で大変なようであり、10床でも20床でも、増やすような配慮することも、この地区の救急医療体制を考える上で重要ではないかと思っている。もし可能であれば御配慮のほど、お願いしたい。