

令和元年度第2回高岡地域医療推進対策協議会、高岡地域医療構想調整会議
及び高岡地域医療と介護の体制整備に係る協議の場 議事要旨

開催日時 令和2年2月12日(水) 19:30~21:10
開催場所 高岡問屋センターエクール2階201会議室

議事要旨

- 1 開会
- 2 挨拶(事務局)
- 3 議題について説明
- 4 質疑応答
- 5 閉会の挨拶(高岡厚生センター所長)

【質疑応答】

- 1 外来医療計画について、
- 2 届出による診療所への病床の設置に係る取扱いについて
(委員)

先程、外来医療計画(素案)の5ページで言われたとおり、富山県の医師の高齢化が更に進んでいる。これからは人口が減少する。高齢者の受療率が今どんどん下がっているのはご存じのとおり。その中で、そんなに沢山は在宅医療に関しては必要がないのかもしれないが、それでも在宅を一所懸命やっている方はおられるが、最初に高い基準をとると、非常に足枷が強いということでもまず取らないということ、それからだんだん年をとっていくのでもうやめようか、縮小しようかという感じになる。我々病院の医師も高齢化が進んでいるが、その人たちでも行ってくれないかという要請もある。高齢医師が増えて在宅医療ができなくなったときは、例えば病院の方から行くということに関しての考え方、それからいかにして在宅医療を支えるような医師の確保をするか、その辺、県の考え方を聞かせてほしい。

(事務局)

それぞれの地域の実態を我々の方でも勉強させて頂いて、うまく回っていくように関わってまいりたい。

(委員)

いい指導をして下さい。

(委員)

共同利用についてお尋ねしたいが、これから病院やクリニックが新規あるいは更新しようとする時に、この書類の提出が義務付けられるということか。「この利用計画書の内容を地域医療構想調整会議において確認する」ということを書いてあるが、会議の回数が非常に少ないので、タイムリーな確認ができるのか。確認するというのは許可を与えるという意味か。ここでみんなで討議してあぁいいですよ、というそういった意味か。

(事務局)

確認ということについては、許可などではなくて、調整会議の場でご説明させていただ

て、共同利用の状況について見えやすくする、多くの人に知っていただくという趣旨ですので、ご理解いただければと思う。

(委員)

そうすると、厚生センターに提出して、病院とか医療機関としては粛々として購入に向かって進めていいということでしょうか。

(事務局)

はい、そのとおり。

(委員)

この趣旨は制限したいということか。私は、これをやったところで何の制限にもおそれないと思う。例えば大きな病院を利用して、共同利用して機器を使いなさい、というのが大まかな趣旨と考えてよいか。

(事務局)

国の指針ではそこまで具体的なものは示されていないが、せっかく高額な医療機械を購入されるのであれば、きちんと利用率を上げることが望ましいという趣旨であるとは思う。ただそこまではっきり強制できるものはないので、今の段階では皆さんで可視化をして、更にそういう機械があるのなら使おうかというような利用機会の向上に努めていくということかと思っている。

(委員)

例えば、お宅の病院が何パーセント共同利用しているから点数はこれだけですよ、みたいなことが将来起きてくるのではないかと少し危惧している。それはよいが、実効性が本当にあるのか疑問には思うが、本当の趣旨というのか、なかなか説明はできないでしょうが、まあよくわからない。

(委員)

二点ほど伺いたい。まず外来医療計画の資料 19 ページを見ると、「医療を受ける当事者である患者・住民が、地域の外来医療計画に係る医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるために」と書いてあるが、住民・患者がこの可視化された情報を見て、医療提供が充実している地域に逆に偏って受療行動をおこさないかという懸念が一つ考えられるが、そのあたりどうお考えかというところが一点。

もう一つが届出による診療所への病床の設置に係る取扱いの見直しということだが、今基準病床数が定められていて、富山県とか高岡医療圏、既存の病床が基準を超えている。その中で今回の改正を踏まえて、新たな設置、増床はたぶんできないと思うが、今回改正することによってどう取扱いが変わってくるのかというところを伺いたい。

(事務局)

最初の患者さんが偏るのではないかということについては、そういう懸念もありますし、実際に患者さんがそこに集中して待ち時間が増えることになると、軽症というか慢性的な病状だという自覚がある方はかえってそういうところを避けて、別の所に行かれるのではないかということも期待できるのではないかと考えている。いずれにしても状況を見て、患者さんがどのような行動をされるか予想はするが、実際にどうなっていくかは不透明なところもあるので、実態に合わせて必要な改訂を進めて参りたい。

(事務局)

もう一つの質問の病床設置について、どの医療圏も一般病床、療養病床については基準病床を超えて病床がある状況で、許可による設置はできない状況だが、届出による設置についてはこの基準をクリアすることで可能となっている。

(委員)

いまの話だが、(新しい基準の中に)救急医療が入っていた。救急だけに特化した、都会ではいま沢山そういう所が出てきて、救急だけをやって、おいしいとこだけ取ってやられる病院が今東京とか色々な所で問題になっているが、この救急医療を認めたということは、この救急だけに特化したそういう所も認めていくということになるのか。

(事務局)

基準に適合する場合には認めていくということになる。

3 高岡医療圏地域医療計画の推進について

(委員)

認知症について、新オレンジプランから認知症施策推進大綱に展開しているわけですが、基本的には精神疾患に入るわけでしょうか。精神疾患、いわゆる統合失調症とか本当のいわゆる精神病と、認知症の患者で、ニーズの割合はいまどの程度になっているのか。というのは、元々は認知症は、精神科の先生が中心に診ておられたかもしれないけども、やはり、内科を含めて総合的に診なければいけない、そういう意味で脳神経内科において携わっていることが増えてきており、高岡医療圏で、認知症疾患医療センターが県内で最後に設置されたこともありますし、是非何か、精神疾患の中で認知症を少し分けてやられる必要があるのではないか。そのことに関して、これは国で決まった分類になっていると思うので、是非さらに厚生労働省の方に、上にそういうことが言われていることを上げて頂きたいと思う。厚生労働省の施策として認知症施策推進大綱が実施されているわけですから、是非その辺ご検討いただきたい。

(事務局)

今頂きましたご意見について、初期の鑑別診断レベルでの状況、あるいは色々な周辺症状等が出てお困りの方に対する認知症疾患医療センターを中心とした相談応需体制、それから非常に状況が厳しくていわゆる精神科の病院における医療保護入院といった形の受け入れ、そういった多面的な点があるかと思うので、どこまで集めて高岡医療圏の状況を可視化できるか、今すぐには即答はできないが、次の会議の際には全体としての医療提供体制と合わせて、認知症の面についても、一度可視化したものをご用意したいと思うので、次に向けての宿題とさせていただきます。

(委員)

医療の発達に伴い医療的ケアニーズの高い障害児が少しずつ増えてきている。資料には県のリハビリテーション病院・こども支援センターでの支援の体制の強化と書いてあるが、例えば医ケアの必要な高齢者は、レスパイト入院ということも今病院でしていただけるようになっているが、この医療的ケアニーズの高い障害児については、高岡医療圏の対象となる児童は皆、県リハのほうでないとなると受入態勢がないので、なかなか希望するようなレスパイトの利用ができない。また、なかなか申込も難しいということもあるので、高齢者の方は医ケアがあっても受け入れてくれるが、子どもは難しいということだろうが、これからも医ケアニ

ーズの高い障害児というのは増える傾向にあるので、少し検討いただければありがたい。

それと実はもう一点、脳卒中の欄で、改善点及び現在の課題の方だが、こちらの方で退院前の自宅訪問は大幅に増えている。対してケアマネジャーとの連携は少ないというふうにならに書いてある。退院の時には福祉サービスとかそういうことが必要な状況にはないと思うが、いずれ状態が落ち着かれた後は介護サービスや福祉サービスが必要な方も一定程度おられるのではないかと思う。そういうものが必要になった時にまたそういう会議を開けばいいと思われるかもしれないが、地域包括ケアシステムということを高岡の方で進めていこうと思われるのでしたら、退院時にも会議等にケアマネジャーが同席するようなことが当たり前になることが二度手間にならなくてよいのではないかと少し感じたのでご検討いただきたい。

(事務局)

ご指摘のまず第一点目の医ケア児に対する支援ですが、これについては在宅に戻られる方々に対する訪問診療あるいは訪問看護については、高岡医療圏では専門性を持って活動しておられる医療機関あるいは訪問看護ステーションの層がやはり富山医療圏と比べると少し薄い部分がある。これについて、関係の皆様方とも協力を頂きながら少しずつ体制整備を進めていきたいと思っている。今年度そういった医ケア児の保護者の方に対するアンケート調査というのも行い、全体がすべて私ども把握できたわけでは必ずしもないが、そういったニーズについても少し勉強させていただいたところであり、これに対する支援体制について、関係の皆様方の御協力を頂きながら是非進めさせていただきたいと思っている。

二点目のご質問だが、脳卒中に対する支援ということで、これについては退院前のカンファレンスとか、介護関係の関係者の皆様方の共同指導とかそういったものについてはかなり件数の実績が増えている。代表的なものを一つ載せただけなので、先程の参考資料3を見て頂くと、県平均や全国平均を上回っている指標もある。それからその中でも課題としてご指摘を頂いた退院前の訪問指導、実はこれが実績がなかなか進まない項目の一つだった。実際にこういった退院前の訪問指導を行われている他の医療圏との何が違うのかと私なりに調べている。本当に私の推測が的を射ているかは自信がないが、やはり急性期の病院で急性期のリハを行っているところでは次々と重症の新しい患者さんがやってきて、なかなか訪問指導にスタッフを出す時間的人的な余裕がないという実情がある。そういった実績がたくさん出ている他の医療圏を見ていると、どこの病院から出ているかということ、やはり回復期リハ機能を持った病院、そういった病院ではやはりリハスタッフとか、あるいはソーシャルワーカーの方とか、一般の急性期よりもスタッフの方が非常に多い状態で提供しておられて、その中で退院前の訪問指導なども行われているように見受けていた。先程の説明でも申し上げたように、回復期リハビリテーションの体制が少しずつ当医療圏でも整ってきており、それに伴って退院前の訪問指導の件数も伸びてきているのかと思っており、これについては今後更に当医療圏での実績が伸びていくのではないかと期待をしているところである。この点についても今後当医療圏で進んでいくものと思っている。

(委員)

今ほどの件ですが、この脳卒中に関してはこのケアマネジャーとの連携という項目があるが、正直ケアマネジャーはがんの患者さん、心臓の患者さん、糖尿病の患者さん、様々な因子を含め、様々な疾患の患者さんと入院時退院時連携を図っていると思う。厚生センタ

一も指導して入退院の調整ルールを作っているのですが、非常に連携状況は改善していると思うが、脳卒中に限ってこういった指標を出しているのは、たぶんこういう何か基準なのかもしれないが、他の疾患での入院退院の病院との連携というところの現状と、脳卒中だけを取り上げておられるのと少しギャップがあると思うのと、あとたぶん私の推測では脳血管疾患での割と突発的に起こる疾患なので、例えば入院前は要介護状態ではなくて普通の外来患者さんが、ある日何らかの病状悪化で、要は自立した患者さんが入院を機に要介護になられて、それで退院時に向けて調整が始まったというケースも多いのではないかと思うのだが、なぜこの脳卒中のみ入院機関とケアマネージャーの連携の SCR 指標というのが定められていて、他の疾患にはないのかということを知りたい。

(事務局)

指標の中でも SCR というのは、診療報酬が上がってきたものの件数を国の方で一定の計算式で処理をして、全国を 100 として都道府県と比較あるいは医療圏と比較という形になっているが、今ほどご指摘のあったように、どうやってこの数値を切り出しているのかという部分については、あまり詳細な定義とか細かいところまでは私ども知らされていないので、申し訳ないが今のご質問に正確なお答えをすることができない。実際に、ある指標で見ると全国平均で見ると高いのに、別の指標で見ると低かったりということで、退院調整に係る様々指標も高かったり低かったりで、どちらが正しいのだというのが分かりづらい部分もある。そういうことで、その高い数字も低い数字も含めて参考資料の方に全て載せさせていただいているわけだが、それを全体として見ながら、関係者の皆様方の実感としてどの程度実績が上がっているのか、必要な患者さんに対して必要な会議なりそういったサービスが提供されているのかという実感と併せてこれを見ながら、関係者の皆様方と議論し、相対的に当医療圏の立ち位置を評価しながら更に改善の余地はどこなのかということを見ていく資料として活用したいというふうに考えている。正確なお答えができなくて申し訳ないが、このデータの取り扱いについては、今ほどご説明したような考え方で改善の余地等を探る資料として使わせていただけたらと思っている。