

平成30年度 第1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
および高岡地域医療と介護の体制整備のための協議の場 議事録

平成30年7月9日（月）19:30～20:55
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 あいさつ（大橋厚生部次長）

3 議題

(1) 地域医療構想の推進に向けた進め方について（説明：中谷医務課医療政策班長）

資料1-1～資料2に基づき説明

(2) 高岡医療圏の現状と課題について（説明：守田高岡厚生センター所長）

資料3に基づき説明

4 あいさつ（守田高岡厚生センター所長）

<意見交換>

(1) 地域医療構想の推進に向けた進め方について

(委員) 開催スケジュールについて、本日含めて3回ということだが、国の方からは年4回という通知が出ていたと思うが、県の会議も含めて4回という理解でよいのか。

それから、病床機能報告に関して、現状の機能と併せて6年後でしたか将来的な考えも報告するようになっていたと思うが、資料1-1の4ページ以降の過去の経過と2025年の必要病床数のグラフの間にそれぞれ例えば29年度報告で報告された将来像のグラフも入れたほうが、将来どういう風に動いていくかの一つの目安になると考えられるので、そこも含めて資料の作成をお願いしたい。

(医務課) 調整会議についてはおっしゃられるとおり、国からは年4回開催すべきという通知を受けている。今のところは本日第1回目で、秋と冬にそれぞれ1回開催して、年3回の開催を考えている。ただ、この後の進め方において、医療審議会の前にもう1回という話があれば、各医療での進み方もあるので、考慮しながら考えていきたいと思っている。従って今は3回としているが、4回の開催になればまたご協力いただきたい。

病床機能報告の将来の病床数については、ご発言のとおり報告の中では各医療機関は6年後の病床数を併せて報告しているので、それも参考ということで資料として提示する方向で考えたいが、医療機関の中には6年後について回答されていないところもあるので、数字の正確性については危惧する部分もあり、提示方法について考えさせていただきたいのと、今年度の病床機能報告からは2025年の将来数を回答するようになるので、そういった数値も参考にできればよいかなと思っている。

(委員) 確認だが、例えば昨年まで高度急性期と急性期が（医療資源投入量）3000点というラ

インで区切られていたような気がするが、そういう数値が今一切表示が無くなったというのは、あくまでも診療内容で判断すると解釈してよいか。

(医務課) 地域医療構想の検討の中で、高度急性期、急性期および回復期については、おっしゃられるとおりの 3000 点、600 点という境界線になっていた。そういった一律の線引きで検討をして、それに基づいた必要病床数を計上させていただいたところではあるが、より実態に即した内容にということで今お示している、例えば先程説明した資料 1-2 の高度急性期と急性期の場合の考え方とか、そういうものに則ってこの後進めていくことになるかと思う。病床機能報告については、国の方で今年度の報告内容について今検討しているところなので、それに則した形で進めさせていただきたいと思っている。

(委員) ある意味、前の病棟の平均の点数で 3000 点を超えていれば単純に高度急性期というのは判断の材料としては楽だったが、診療内容を鑑みてということになると、この資料の内容を見て、こちらが考えている方向でここは高度急性期、急性期という感じで分けていってよいという風に解釈してよろしいか。

(医務課) ご指摘については、病床機能を報告いただく中で一番ご苦労される部分が多いと思う。先程レセプトの点数上での区分分けの話があったが、それは一つ尺度として残っていると考えているが、先ほどご説明申し上げたとおり、点数だけでは図りきれない医療の質の問題だとか、病床ではなく病棟単位での報告ということでケアミックスが必要である状況の中で平均点数で考えてよいのか、有意度をより高いものを報告するのかという中で非常に迷いがあるというか、混乱も少しあるのかなと思っている。今年 6 月 22 日の国のワーキンググループが示している「病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」という資料を本日参考資料 2 として配布している。今ご指摘いただいた問題点もこの中に記載されているが、具体的にはどうするのかということについて、3 ページ目の「5. 病床機能報告の項目の見直し」にあるように、項目の見直しを国では考えているようだ。一つには診療報酬が介護報酬と同時に大きく改定があったことを踏まえた対応をしたということ、どういう風になるかまだ具体的には見えてきていないが、報告項目の名称変更や報告項目の追加など必要な見直しをしようと言っていることと、もう一つ大きな動きとして介護医療院の創設ということで、新たな慢性期医療と在宅の中間というか、在宅医療の一つの形として大きなフレームが示されたこと、ここを退棟先の一つとして報告項目を追加するという新しい動きがあるということであり、細かな情報が出次第それも含めた上で病院・診療所の皆様にも新たな情報を得た上で、より精密なというのがどれだけ意味があるのかということは議論があるにしても報告のあり方について情報提供して皆で目線を揃えた上でやっていければ良いのかなと考えている。

(委員) そういう必要な見直しや報告が来ないとこちらもなかなかすぐ回答がしづらいということになって、このスケジュールどおりにいくのかどうか少し不安を感じる。

(医務課) おっしゃるとおりで、事務局も同じような心配というか、どこにポイント、最終的な仕上がりをおいた上でどういうスケールを使ってやるのかということを示されるタイミングがわかれば間に合うし、わからなければ従来の、皆様が同じように思っているスケールでやっていく以外にないのかなということになって、もしかしたらこれは来年に持ち越しになるのかなということも思いながら、それをしっかりアンケートをお願いするときに、こういったスケールを使って、基準を使って、考え方で書いてくださいとい

うことは明記した上での報告をお願いしようと考えている。

(会 長) 今回、特に大きく変わったのは民間病院や有床診療所に関しても事業計画を出していただくということだが、民間病院の代表の方のご意見を。

(委 員) 中小病院として一言。資料2の事業計画のとりまとめのところですが、(4)の診療実績等で病床稼働率が年間、夏場(7/1)、冬場(2/1)となっているが、これはどうしても7月と2月なのか?8月のデータでは駄目なのか?

(医務課) 7月1日というのはこちらで夏場なので7月1日なのか。7月1日というと梅雨時期なので夏じゃないじゃないかというふうなお話もあるかと思う。こちらは特に7月でないと駄目という考えはもっておらず、例えば8月が夏場の状況を示すのに良いというようなお話があれば8月を夏場としてという風にしたいと思う。

(委 員) それは現場の意向を汲んでいただけのことですね。

(医務課) はい。

(会 長) 今の話だと結局日は指定しないということですか?今から検討して指定するということですか?

(医務課) 今ほどお聞きしましたので、例えば今のお話を受けまして、8月1日にさせていただこうかと思いますがいかがでしょうか。

(委 員) 平日か土日かで稼働率がずいぶん変わってくるが、そういう違いについてはどういう考えか?土日であれば低いし、平日であれば高い。

(医務課) 病床稼働率については今まで年間の数字を教えていただいていた。ただ、富山県という地域の実情を踏まえると、冬雪が降る時期には入院される方が多い、それにも関わらず病床数を減らすというのは、というご意見もあるので、では冬場の日を、それから夏場の日を、という風にお聞きしたいと思ったのが趣旨です。ですので、平日の日が良いと思っている。こちらからの提案で申し訳ないが、平日の夏場であれば8月1日に近い日を、冬場であれば2月1日に近い日をということでアンケートさせていただきたいと思う。

(委 員) そうしましたら、平成29年のデータということですので、平成29年の7月1日は土曜日で、8月1日は火曜日ですが、平日の8月1日だと捉えてよいということですね。

(医務課) 今ここでのご意見を8月1日の火曜日とさせていただく。ただ、この後残り3医療圏で会議を開催する中で、そこで色々な意見が出てくるかと思うので、それを加味して決定させていただきたい。

(委 員) 8月の第何週の何曜日という決め方をすると恒久的な決め方ができるので、そういう風に考えた方が良いと思う。

(委 員) 高度急性期というのは私どものイメージでは高岡医療圏だけではなく全県から、あるいは県外からも患者が来るというものをいうのではないかという認識がある。平成29年度の病床機能報告では高岡医療圏で高度急性期が増えており、人口減の中でどうして多くなるのかというのはあるが、報告ですからそこは別によいと思う。

それから、平成28年度から29年度にかけてのデータで回復期が少なすぎるのではないかという気がしたし、(平成28年度の)医療機能報告を見ると私どもの病院などが急性期になっていた。これは回復期に相当するのではないだろうか。いろいろ問題があるだろうが、回復期という言葉が、回復期リハと一緒に混同されて、ものすごく狭く捉え

られている。本日の資料中の佐賀県の資料にあるように回復期に近い急性期、平均在院日数が22日ぐらいだと佐賀県の資料にそう書いてありますよね、(平成29年度の報告では)当院はそれよりも短い在院日数でもレベルとしては回復期ということで平成29年度は報告した。回復期が足りないといって、補助金を出すから転換しろというのはちょっと間違っている、そこはきちんとしてほしいと思っている。

私は言わば地域包括期というようなところを回復期と思っているが、そこは足りていると思っている。4機能に分けると回復期が足りないとなるが、実際は回復期機能を持っている医療機関はものすごく多いとされていて、医療機能報告の数字は現実とは全く違っている。

(医務課) ご指摘の命題については全国的に同じ傾向ではないかと思っており、そのことについては、資料1-2のスライド番号6ページにまさに今ご指摘をいただいたことが国全体の中でも指摘をされているところである。「回復期リハビリテーション」が先程おっしゃっていただいたように「回復期リハビリテーション病棟」のみを示しているわけではないということの理解が十分ではなく、急性期や慢性期と報告されている病棟の中には、本当は回復期とすべきものが一定数存在するということが指摘されているところであり、4段落目「これらを踏まえると、現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えている」けれども、国全体から見れば富山県の中でも今高岡医療圏の中でご発言があったように、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じているということが国全体でも指摘されており、回復期の取扱いとか理解というものをもう少し深めていけばいいのかなあという風に我々も思っているところである。

(2) 高岡医療圏の現状と課題について

(委員) 在宅で、ちょっと具体的なことで最近どうなのかなと思うことがあり、この場で話しているのかわからないが、グループホームについて、本来グループホームは認知症患者が共同して生活する場として自立できる、若しくは高血圧等の疾患がある場合は本人のご家族、施設の職員が通院させるという施設だったと理解しているが、最近は退院を早めるせいもあるのか、肺炎後であって認知症があってもまだ痰がゴロゴロいつている、まだ治療が必要だと思われるような患者が急にグループホームに入られて、グループホームの方から、かかりつけ医ではないのですが開業医の方へ往診をという話がいきなり出てきた例がある。もちろんグループホームにも往診はしているが、それは本来もともと肉体的には元気であった入居者がだんだん高齢になり弱っていった訪問診療が必要となるというのが、開業医としてもすんなりとじゃあそろそろ往診だねという風な気持ちになるが、そうではなくて最初から往診が必要だと思われる患者さんがいきなりポンとグループホームへ入ってきて、そこでどなたか先生往診できませんかと。グループホーム側から考えれば困った人たちがいるのでそれをどんどん受入れてあげようという善意の気持ちもあると思うが、開業医側としてはグループホームに入りながらかなりの医

療が必要な患者に訪問診療が必要になる。あまり今まで関わったことのない患者さんへの訪問診療がいきなりグループホームで始まる、そういう場面が最近いくつかあって、本来であれば例えば特養であるとか、もう少し医療ニーズに対してケアできるような場所へいくべき患者さんがグループホームに入ってきて、そのしわ寄せというのが色々なところに、例えば開業医が今まで診たことのない患者さんへの訪問診療や、吸痰などの医療行為をするために行かなければいけない、そういうような状況がまま増えてきている。在院日数をもう少し短くしようということである程度の期間いればもう即在宅へ、まあ元気な方たちの、若い人達の疾患であればそれでよいが、高齢者の慢性疾患があって、それに色々な病気がどんどん入って出たりするような人が、やっぱり在院日数の関係でポッと出てくると。で、今行き先が無いので特養とかそういうような所ではなくて、グループホームに入ってくると。そうすると今度はグループホームから開業医のところから話が来て、訪問診療とかなんとかどんどん増えてくる、医療行為もグループホームでどんどん増えてくる、というような状況が出ているような気がするのですが、例えばグループホームであればこういう患者が、利用者が、小規模多機能型居宅介護であったらこういう利用者、というような利用者のコントロールというのはどこで誰がしているのかなと疑問に思うことがあるが、いかがか。

(所 長) 地域包括ケアを推進していく上で、最大の課題が今委員のおっしゃられた認知機能低下、老衰でADLが低下で摂食嚥下機能が低下した方のケアと看取りをどこで担っていくのかという問題だというふうに理解している。在宅系におられて徐々に嚥下機能が低下していく方もおられるし、一旦肺炎等が明らかになって急性期の病院に入られて、その後の受け皿ということである方は療養病床に入られるし、老健といったような施設に入られる方もおられるだろうし、サ高住あるいは今委員のご指摘のされた認知症グループホームなどに入られる方もおられると思うが、それぞれの方針をどの時点でどこの先生が、あるいはケアマネージャーが本人、家族と相談し、方針、看取りまでも含めたケアを考えていくのかというのをコーディネートする部分が今一番の現場の問題だと私は認識している。で、ともするとやはり急性期の病院の先生方の場合は肺炎を治して帰さないといけないとか、そういったような感じでやられるのですが、いわゆる後期高齢者が徐々に徐々に老衰が進んでいく過程の中では、嚥下機能は可逆的に低下していった良くなることが多い。そういった方にどこまで積極的な医療ケアをしていくのか、どこの場でそれをしていくのかという議論は、それぞれのケースで本人あるいはご家族の希望意向なりを含めて最終的に決めないといけない部分で、絶対的にこうあるべきという、医療側のどういった医療ができる、という観点では決めきれない部分を多分に含んでおり、そういったところについての患者、家族への病状説明、ケアの方針を議論していただく、核となるかかりつけ医の先生、あるいは急性期、回復期、慢性期の病院の先生方の中で、そういった議論を進めながら、あるべき生活の場を決めてやっていくということが必要であるし、特に介護保健施設や在宅の場は提供できる医療ケアは当然限界があるわけで、病院で24時間体制で行っているような看護の提供というのはあり得ないので、ある程度そういったことも踏まえた方針決定というのがされるべきと考えている。答えになかなかない部分もあるが、そういった議論を住民の皆様と一緒に考えていく機会を極力多く作っていくということが必要なのではないかと思ってい

る。加えて認知症グループホームの場合は、スタッフの配置に医療職が入っていないので、更にそういったケアの方針が決定されないまま入所していかれると、いまおっしゃられたように色々な医療ケアの提供を求めてかかりつけ医の先生の方に要請が来て、ということで問題になっているのではないかと思う。こういった点については、それぞれ関係する機関の皆さんと議論しながら、あるいはそれについての住民の皆様への啓発も含めてやっていかないといけないのかなあと。それが、先程紹介いたしました人生の最終段階における医療・ケアの提供、あるいはアドバンス・ケア・プランニング、とこういったものの啓発議論、というふうに考えている。

(委員) 在宅医療について。2025年に必要とされる在宅医療の見込み、ニーズについて、どういふところを見ればわかるのか、それを見越してこちら側が提供していかなければいけない、医療機関の数とか、先程訪問看護とリハビリが不足しているという話があったが、病院とか診療所とか、2025年を見据えてどれぐらい不足しているのか、そういうデータとかありましたら教えていただきたい。

(高齢福祉課) 平成29年3月に富山県地域医療構想を策定した際に出した必要量の推計というものはある。その中では、高岡圏域では平成25年(2013年)の医療需要が3,210人であったが、平成37年(2025年)では4,318人ということで、追加分の医療需要は1,108人という数字が推計として出されている。現状ではその推計に基づいて、今後在宅医療の充実に努めてまいりたいと考えている。

(所長) これについては、狭い意味でのかかりつけ医の先生が訪問診療等で支えていただける量ということになるとなかなか難しく、国は「在宅」については自宅等という言い方をしている、純粹に自宅で療養してかかりつけ医の先生が訪問診療し看取りまでお世話をしていく、という形態もあれば、介護保険施設の入所の方についての生活の場の提供と看取りも含めた提供というものも含めて、広く在宅等という形で捉えていて、そういったものを全て含めて将来推計として地域医療構想の中で推計値として出しているものである。そういう意味で狭義の訪問診療をもってということになると本当にそれだけを支えるだけの訪問診療が開業医の先生方でできるのかという懸念の声も沢山出ているところであるが、そういう狭い意味での在宅医療だけではなくて、施設の場における生活の場の提供と看取りまで含めた支援ということも含めて体制を考えていく必要があると思っている。