

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
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 平成 30 年 7 月 9 日（月）19:30～20:55
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 1～2 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 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方が、将来どういうふう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。

（事務局）

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かと聞いているので、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。

(事務局)

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 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だとか、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 点を超えていけ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ふうに解釈してよろしいか。

(事務局)

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、点数だけでは測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、有意度の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 として配付している。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いということで、どういうふう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、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。

(事務局)

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

など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。

(事務局)

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ふうにしたいと思う。

(委 員)

それは現場の意向を汲んでいただけるとのことですね。

(事務局)

そのとおり。

(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。

(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。

(事務局)

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、というふう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。

(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。

(事務局)

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、そういうふう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。

(事務局)

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ふう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、認知症があってもまだ痰がゴロゴロいっている、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れば、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ふうな気持ちになるが、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行くべき患者さんがグループホームに入ってきて、そのし寄せというところが色々なところに、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。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に話が来て、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。

(事務局)

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。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、嚥下機能は不可逆的に低下して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、特に介護保険施設や、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考えている。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、今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様と議論しながら、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)

2025年に必要とされる在宅医療の見込み、ニーズについて、どういう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年を見据えてどれく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。

(事務局)

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。

(事務局)

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」という言い方をされていて、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考えている。