

宮城県リハビリテーション協議会医療部会（平成19年度第2回） 議事録要旨

日 時：平成20年2月18日（月） 18：00～20：00

場 所：宮城県庁 第一会議室

出席者：佐直部会長，嘉数副部会長，今田委員，岩間委員，小野委員，小泉委員，成田委員，力丸委員，渡邊委員

県側出席者：保健福祉部 中山医療健康局長，高橋次長，佐々木健康推進課長 ほか

1 開 会

2 議 事

(1) 部会の進め方について

事務局から資料1，2に基づき説明。特に質疑はなし。

(2) リハビリテーション医療体制整備に係る推進プラン（案）について

事務局

（資料3のP1からP6まで及び資料4を説明）

佐直部会長

医療計画の中の脳卒中医療体制に記載されている医療機関はどのようにして選んだのでしょうか。

事務局

脳卒中につきましては、宮城県脳卒中研究会議が各医療機関に対して提供可能な医療の内容に関するアンケート調査を行い、その結果を踏まえ、備考欄に記載している要件等に基づき区分を行っています。

なお、各医療機関には掲載の承諾をいただいております。

また現在、郡市医師会及び地域医療対策委員会にこの表を示して意見聴取を行っており、これを反映した形で最終案をまとめていくことにしています。

佐直部会長

平成20年度診療報酬改定における主要改定項目の中で、地域連携クリティカルパスに参加できる医療機関が、「都道府県が策定する医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること」となっているのは、ここに記載している医療機関が該当するということでしょうか。

事務局

そのとおりです。

嘉数副部会長

そのアンケートは、すべての医療機関に対して行ったのでしょうか。ここに記載されていないが、脳卒中の治療等を行っている医療機関があるのではないのでしょうか。

事務局

必ずしも全数調査とはなっておりません。今後の取扱いといたしましては、厚生労働省から「この体制表を随時更新することについては、医療計画本体の改正ではなく、その部分だけの改正とい

う形で差し支えない」ということが示されております。つまり、通常であれば（計画の見直しについて）医療審議会に諮問して答申をいただく形になりますが、そういった手続を経ないで変更が可能になるということです。

嘉数副部長

変更の頻度はどれくらいになるのでしょうか。例えば1年に1度というのでは、1年間待たなければならぬ医療機関が出てくることとなります。

事務局

見直しの期間につきましては、このような状況を踏まえて検討させていただきます。

佐直部長

維持期の医療機関も地域連携パスの対象になるのでしょうか。

渡邊委員

地域連携クリティカルパスの対象は、急性期と回復期との間であって、維持期は関わらないと理解していましたが。

中山局長

施設基準については、ここに記載されている範囲内の情報しかない状況です。ある程度詳細が明らかになった時点で、施設基準を明示し、各医療機関に御意見を伺うような整理をしていきたいと思っております。

佐直部長

地域連携クリティカルパスについては、現在、大腿骨頸部骨折だけが診療報酬の対象となっており、県内では取り組む医療機関がまだまだ少ない状況であります。脳卒中も対象になると、多くの医療機関が連携を組むことが予想されます。この場合、何らかの統一した様式が必要かという問題があります。

公立黒川病院では大腿骨頸部骨折に関する連携パスに取り組んでいますが、いかがでしょうか。

力丸委員

仙台社会保険病院と大崎市民病院との間で連携パスを運用していますが、現在、仙台市内のすべての病院をパスでつなごうという動きが出ており、大崎市民病院にもお話しし、できれば共通のものにしたいと思っております。

将来的にはこのような方向に進み、すべての病院が共通の認識で連携を行えるようになると思っております。

佐直部長

運動器全体としては1つの病院である程度完結しており、入院患者の80～90%が自宅に退院しているというデータとなっております。大腿骨頸部骨折の場合はどうでしょうか。

力丸委員

救急で運ばれて自院で対応できない場合は他の病院に運んだり、また、リスクが高い方については麻酔科の医師がいる病院で手術をするということがありますので、病院間での患者のやり取りは結構多いです。

佐直部会長

脳卒中について、統一した書式の必要性というのはいかがでしょうか。

渡邊委員

仙台東部中カンファレンスでは、これまでは脳卒中のクリティカルパスの要件が分からなかったもので、「パス」とは言わずに敢えて「チャート」としておりましたが、大体要件が分かりましたので、ここ2、3日でたたき台となるものを作ってみるところです。

また、同じような動きが県内にあるという話を県から聞きましたので、どこでも使えるようなものを作りたいと思います。そのためには、できるだけ簡潔なものであるということが条件になると思います。

事務局

(資料3のP7からP12までを説明)

佐直部会長

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)や回復期リハビリテーション病棟がない地域における設置に向けた取組について御意見をいただきたいと思います。

栗原では平成18年度からこれに向けた事業が行われていますが、栗原中央病院としての見通しはいかがでしょうか。

小泉委員

平成20年度から新たに作業療法士を2名、理学療法士を3名採用し、国家試験に合格すれば(I)の基準は取れるという方向で対応をしております。ただし、回復期リハビリテーション病棟につきましても、(I)を取得した後の運用状況を見ながら検討していきたいと思います。

佐直部会長

自圏域依存率を見ますと、栗原は74.4%と結構高くなっておりますが。

小泉委員

医療計画の中で栗原中央病院は急性期中中にリストアップされていませんが、脳卒中の救急患者は断らずに受け入れており、CT、MRIを撮って診断し、当病院で対応できるかどうか判断した上で、必要な場合は他病院に送っています。他の病院に送ってその日のうちに戻ってくる人、あるいは、1週間以内に戻ってくる人等もあり、地域としての解決率は高いと認識しています。実感としては80%を超えていると思います。

佐直部会長

登米については、37.3%と低くなっていますが。

成田委員

登米も栗原と同じ状況であり、脳卒中の患者はたくさん運ばれてきますし、対応を行っています。統計の取り方が実情と少し合わないのではないかと考えております。佐沼病院では80%以上対応しております。

佐直部会長

登米についても脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の病院や回復期リハビリテーション病棟がありませんが、いかがでしょうか。

成田委員

全般的な医療環境は、昭和30年代と同じような状況となっております。小児科は常勤医1名で、小児科病棟は閉鎖になりました。婦人科、耳鼻科、眼科、脳外科の常勤医がいなくなっており、各々の病棟は閉鎖になりました。最近、登米市の市立病院の再編について答申が出されました。現在、住民説明会を行っているところです。医師の減少に歯止めがかからないので病床は縮小せざるを得ません。無床化計画も出されています。総病床を減らした上で回復期リハ病棟をどうするかということですので、仙台圏とは状況が全く違います。

佐直部会長

救急とは違いリハビリの場合はある程度時間的なゆとりを持って紹介を行えますので、必ずしも身近なところに脳血管疾患等リハ（I）の病院や回復期リハ病棟がなくても、ある程度対応はできるのではないかと思います。

かかりつけ医も含め、在宅に戻った時に生活機能の維持のための医療がきちんと提供できることが重要であると考えております。

小泉委員

栗原では開業医も減っています。また、圏域が広く、人口密度が低いので往診も難しい状況です。

当病院では、急性期が終了すると退院ですが、回復が不十分で長くなった方は医療療養病床に移って、その後、自宅に帰ってもらっています。自宅復帰率は70%を超えています。

こうした中、医療従事者も大事ですが、家族や地域の役割が非常に重要であり、何らかの方策が必要ではないかと考えております。

以前は市の保健師が家庭を回っていましたが、合併によって本庁に集められている状況であり、現場への対応が弱くなっています。

佐直部会長

1980年に国際障害分類が出た時の *Community Based Rehabilitation* の考え方が、まさに医療従事者だけでなく地域の様々な人材を巻き込むということであり、そこまでの広がりが必要です。これは医療というよりも、地域リハでの対応になるかと思いますが。

次に、石巻における整形外科の状況はどうでしょうか。

中山医療健康局長

県が行った調査では、石巻では整形外科の入院患者の半数以上が仙台に行っているという結果になっています。石巻赤十字病院に整形外科の医師が4人しかおらず、市立病院には以前は2人いましたが今はゼロとなってしまっています。現在、市立病院の医師の補充に向けて調整を行っていますが、県における医師確保の状況を踏まえ、大学と協議を行いながら進めていきたいと考えています。

小泉委員

地域内での完結度の高さと患者の満足度とはまた別であると思います。栗原の完結度が高くなっていますが、これは高齢者が多く、また、交通も不便だからです。患者が医療機関を選ぶという観点からすると、地域の完結度を上げることが患者のニーズとは必ずしも合っていないのではないかと疑問があります。

中山医療健康局長

石巻医療圏については、整形外科以外は自圏域依存率が高くなっています。状況を見て、また、

地域の方々と協議しながら整形外科医の配置を進めていきたいと思ひます。

佐直部会長

かかりつけ医に対する研修についてはいかがでしょうか。

嘉数副部会長

アンケート調査の中で、研修を望む診療所医師の声が多く出されていることから、これにきちんと応えていく必要があると考えており、医師会としても対応を行っていきたくて考えております。

力丸先生、先程の大腿骨頸部骨折に関する全県的なネットワークに開業医はどのように関わっていくのでしょうか。

力丸委員

それについては今後の検討になると思ひますが、当然大きな病院だけの問題ではなく、開業医の先生にも入っていただかないとうまく動かないだろうと思ひております。

嘉数副部会長

是非よろしくお願ひします。

整形外科の件ですが、医師を石巻市立病院に1名配置するよりは、石巻赤十字病院に集約した方が医師はアクティブに動けるし、もっと高度な医療ができると思ひます。分散すると勤務医の疲弊にもつながるといふこともあります。また、開業医との連携も考えていかなければならないと思ひますが、いかがでしょうか。

中山医療健康局長

石巻赤十字病院を強化するといふことも考えましたが、空いているベッドがなく、医師が増えても患者を増やせない状況にあります。また、石巻赤十字病院の在院日数が非常に短くなっていますが、その後の受け皿がない状況です。

こうしたことから、市立病院において、リハも含めて整形外科の回復期に対応できるような医師が求められているところでもあります。開業医の先生との連携についても話を進めております。

力丸委員

医師が少ないとどこかに集約するといふ話が出ますが、逆にそのような病院の医師が疲弊して辞めてしまうといふケースもあります。

最近、黒川病院では回復期リハ病棟を設置し、黒川郡だけでなく、仙台市、加美郡等の患者を受け入れています。やはり急性期の受け皿となる病院が必要であると思ひます。

佐直部会長

専門職の確保について、人材バンクの取組等が記載されていますが、いかがでしょうか。

小野委員

県外にいと宮城県の情報が分かりづらいので、インターネットの活用や養成校の情報網を使いながら、県外にいと宮城県出身者の方に情報提供を行う必要があると考えております。理学療法士会としても協力を行っていきたくて思ひます。

佐直部会長

県では、県外にいと方々にどのようにして情報を提供していくのでしょうか。

事務局

インターネットを活用していくことにしておりますが、ホームページの存在を知っていただく必要があり、養成校の協力を得ながら周知を図っていきたいと考えています。

健康推進課長

UJIターンについては、首都圏では県の東京事務所が窓口になっており、また、大阪事務所もあります。このような情報網を活用して、理学療法士会、作業療法士会の協力を得ながら、少しずつ周知を図っていきたいと考えております。

佐直部会長

宮城県出身者に限らず、養成校卒業生の同窓会等を通じて周知するというのも可能であると思います。

医療連携、医療・福祉連携についてですが、脳卒中の地域連携パスについて県内で統一した書式を作成していく場合、それをまとめていく場というのはあるのでしょうか。

渡邊委員

現状はないと思います。スマイルネットはうまくいっていませんし。そういった意味では、今回のクリティカルパスを契機にまとまっていく必要があると思っています。

診療報酬は少額であります。地域連携は大きな流れであり、これを契機に県内各地で取組が進むと考えられ、また、具体的な話も耳にしています。

佐直部会長

各々の取組状況を見ながら、徐々に統一していく方向に持っていった方がいいのか、それとも、始めから統一したものを示した方がいいのか、どちらがいいのでしょうか。

渡邊委員

統一するとなると、関係する医療機関を全部まとめていく必要があります。

当病院のリハ病棟でクリニカルパスを運用していますが、試行錯誤が本当に大変です。患者の病状によって入院期間等が異なり、また、その間の対応のことも考えると、何百種類ものパスが必要です。これを複数の病院間で運用するとなると、病院によって状況も違うのでさらに複雑になります。

このため、極力簡素化し、どんな病院でも使えるベースの部分を様々なタイプの医療機関が集まって作っていく必要があると思います。

佐直部会長

いくつかの医療機関を中心にベースとなる部分を作った上で、関係する医療機関を集めて周知していくということでしょうか。

渡邊委員

その場合は大学病院中心に作るというのではなく、市中病院中心に作って行く方がいいと思います。

佐直部会長

そのきっかけはどのようにしたらいいのでしょうか。

力丸委員

県の方から声をかけるよりも、いくつかの病院が集まって取組を行い、それが広がっていく方が

いいと思います。

佐直部会長

リハビリテーション対応ベッドの空床情報の提供についてはいかがでしょうか。

今田先生

大崎市民病院では、本院に関して言えば、リハビリテーション科としてのベッドは8床しかなく、あとは神経内科と脳外科と整形外科の入院患者への対応となっています。リハビリテーション対応ベッドの定義がよく分かりませんが、本院については、空床情報の登録というのはあまり現実的ではないと思います。一方、鳴子分院には回復期リハ棟があり、情報の登録には意味があるかもしれませんが、現在、本院から分院へ転院予約をする上で情報がなくて特に困っていません。

佐直部会長

これを行う意図はどの辺にあるのでしょうか。

中山医療健康局長

スマイルネットがうまく進まない理由として、入力する情報量の多さとともに、退院患者に関する情報が送り出す側からの一方的なものであったことから、これに受入側からの空床情報を加えることにより、双方向からの情報が反映され、よりスムーズにいくのではないかと考えたものです。

スマイルネットでこれを行うのは時間がかかるということで、地域医療情報センターの救急医療情報システムの中に入れてはどうかといことになったものです。

成田委員

誰が情報を更新するのでしょうか。報道では、救急医療システムに関して、医療側で情報更新を即時に行っている所はほとんどないという状況だったかと思いますが。

嘉数副部会長

救急医療情報システムと後方支援システムは別に考えなければならぬ。ある先生からは「救急で手術をして病状が落ち着いた際に、その後の転院先がなかなか見つからないので、後方支援の空床情報を入れてくれないか」という話をされております。

現在の救急医療情報システムでは、空床情報がすぐ分かりますが、受け入れ可能な患者としては急性期、亜急性期、慢性期と様々であり、このシステムをそのまま活用すべきか、それとも後方支援システムとして別に作るべきか、現在情報センターの中で検討を行っているところであります。

これについては様々な意見があり、このような記載内容ではなく、もっと含みのある表現にした方がいいと思います。

情報のリアルタイム性については定義が難しい。患者が退院した都度に情報を入れるとなると、専任のクラークが必要になります。現在の救急医療情報システムでは、午前と午後に1回ずつ情報を入れてもらっています。それを3回あるいは5回に増やすとなると、病院では対応できません。

成田委員

医師数の減少に歯止めがかからないという今の病院の現状で、情報の更新まで「まめ」に行えというのは無理です。情報システムを整備して運用するのであれば、情報システムを運用するための職員を配置することが必要ですという提案を込めて発言しました。

渡邊委員

仙台東部脳卒中カンファレンスでも一時期同じようなことをやっていました。仙台医療センター

の脳外科に対して、4病院が回復期リハビリテーション病棟の情報、空きベッドはないので待機患者数を男女別に毎日提供していましたが、大変な労力がかかり、専任のクラークを置くこともできないので、結局3、4か月で中止しました。

また、このような情報があれば急性期病院では患者をコントロールしやすいのではないかと考えていましたが、実際はあまり役に立たなかったということです。空いているからといって患者さんがそこに行くかということ、患者の住んでいる所や好みによって、必ずしもそのとおりにはなりませんでした。

小泉委員

栗原の人が他の地域から戻ってくる場合は、必ず引き受けています。

問題は誰が主治医になるかということです。必ずしもリハビリのプロではなく、一般の内科医が担当しなければならない状況ですが、現在でも多くのリハビリの患者を担当しており、どのようにして受け入れるかということが一番の問題です。空床が問題になるのは都会の話です。

嘉数委員

救急医療情報システムについては、消防本部からは不満の声が聞かれますが、二次救急医療機関ではかなり有効・有用に利用されています。要は使い方に左右されるということです。1分1秒を争うケースと2、3日の余裕のあるケースとでは全く違います。

佐直部会長

全県的に地域連携パスができた時は、これに代わるようなことにはなるでしょうか。

力丸委員

クリティカルパスに参加した病院が同じようなレベルや意欲であれば成り立ちますが、病院によって温度差があります。基本的には様々な施設が参加するのが望ましいと思いますが、必ずしもすべての施設を網羅する必要はなく、興味・関心のある施設だけでいいのではないのでしょうか。

佐直部会長

いくら情報システムをつくっても、最終的にはフェース・トゥ・フェースの人と人の関わりの中での連携になると思います。

成田委員

整形外科の場合は、整形外科の医師で完結しますが、脳卒中の場合は、内科、脳外科、リハ科の医師が関わり、それぞれ考え方や視点が違うと思います。大腿骨頸部骨折のクリティカルパスができたので、整形外科は割と動きやすかったが、脳卒中はそういう訳にはいかないとはいえませんが。

佐直部会長

地域連携パスについては、先進的に実施している病院が全県的に使えるようなモデルの様式を作っていく一方で、様々なグループが独自に作っていく。そういう2つの流れがあって、最終的には統一的なものとしていくという流れになるのではないのでしょうか。最初から統一的なものを作っていくというのは、難しいと思います。

中山医療健康局長

別々の地域連携パスが使われることになると、患者が不利益を被ることになりますし、病院自体の不利益にもなります。ただし、すべての病院を集めて同じものを作ってもらおうよう働きかけるといったことはできないと思いますので、新たに地域連携パスに取り組む医療機関の情報を入手した時

点で、既に実施している所と連携を取ってもらい、ある程度コアになる部分を共通の形で使ってもらえるよう個別に働きかけを行っていきたいと考えております。

佐直部会長

他の圏域に患者が移る場合に、その圏域にどのような病院、診療所があるか、またPT・OTがどれくらい配置されているかという情報があれば、連携も取りやすいのではないかと思います。

次に、大崎の「つなげライン」に関する記載がありますが、こういうものは大崎だから成り立っているのでしょうか、それとも全県的に実施することは可能なのでしょうか。

今田委員

他の圏域のことはちょっと分かりかねますが、大崎は保健福祉事務所が熱心に取り組み、必要な患者だけを対象に実施しております。このほど大崎保健福祉事務所から活用状況調査報告がありました。特に介護支援専門員の間では有効活用されているようですが、得られている情報と実際に必要な情報の間にずれがあったり、まだ十分生かされていない面もあるようです。

佐直部会長

宮城県の場合は、保健福祉事務所が地域リハビリテーション広域支援センターに指定されているということが医療機関等に周知されていません。広域支援センターということをもっとアピールし、圏域内の様々な情報を積極的に収集していく必要があると思いますが、いかがでしょうか。

佐々木健康推進課長

今後も保健福祉事務所が広域支援センターに位置付けられているということを表に出して様々な取組を行ってまいりたいと思います。

地域連携については、大崎以外にも、気仙沼管内の南三陸町における取組等も進んでおりますので、保健福祉事務所が広域支援センターとして中心的な役割を担いながら、全県的に進めていきたいと思っております。

佐直部会長

プランについて、皆さんの御意見を反映した形で取りまとめていく必要があると思いますが、今後の進め方はいかがしますか。

佐々木健康推進課長

本日いろいろな御意見をいただきましたので、論点を整理した上で皆様の御意見をお聞きし、最終的に部会長、副部会長にご相談させていただきたいと思っております。

(3) その他

特になし

3 開 会