

第 1 回「吹田市地域医療推進懇談会」での主な御意見

日時：平成 28 年(2016 年)2 月 25 日

場所：吹田市役所特別会議室

案件：吹田市の地域医療の現状と課題について

- 医師会としては、在宅医療を行う医師の増加と質の向上ということで、情報提供と多職種連携を深めるように考えているが、がん末期の患者の看取りなどは医師会だけではカバーできない。

医師会の現会員及び新規会員の中で、在宅医療をする医師を見つけてサポートしていきたい。かかりつけ医として診ていた患者をそのまま在宅で診るということを医師にやってほしいと考えている。

- 日本歯科医師会の資料では、患者の年齢構成は 65 歳がピーク。歯科医師会では、歯科医師が在宅診療をする場合は、必ず慣れた歯科衛生士と一緒にに行けるように、訪問に出られる歯科衛生士のグループを抱えており、後見人や介護人と協力して在宅患者をサポートしていくことを先進的にやっている。

また、歯科医師会では、在宅診療を行う歯科医師を増やすための勧奨もしている。

- 昔、薬局はインフォーマルサービスとして動いており、プライマリーケアの一端を担っていたが、今はそういった動きがあまりない。平成 28 年度の診療報酬改定により、薬剤師の指名が評価されることで患者に愛着を持つようになったり、地域包括ケアシステムの中の一員になれるのではというところがあり、より動きやすくなってきた。

- 本病院から転院して回復期病院に行った後、かかりつけ医にどうつながるかについては、地域連携パスの中で取り組んでいっているが、まだ十分ではない。

また、複数の医師にかかっている中での医師間及びケアマネジャーとのコミュニケーションが取れていない場合があるので、その手段を検討する必要がある。診療報酬の改定もあり、今後、退院支援に力を入れていくので、地域包括ケアシステムとのネットワークの接点をつくってくれるとありがたい。

脳卒中等で急性期病院に入院し、濃厚な治療を行った場合、退院後、在宅で診るのは無理だと思われるので、それに対してはどうすればいいのか、また、地域包括ケア病棟の役割とはどのようなものなのか。

- 入院時から退院支援が困難になりそうな人をスクリーニングしており、リスクファクターとしては、75 歳以上や家族に介護力がない、医療色が強いのが 3 点があると、なかなか在宅に帰れない現状がある。

3 年前は、退院患者のうち転院が 6~7 割、在宅復帰が 2~3 割だったが、昨年は在宅復帰が 4 割 5 分ぐらいと増加している。

患者が介護保険サービスを受けている等の情報は重要になるが、家族も知らないことが多い。医療機関同士や多職種が情報を共有しやすい状況ができればよい。飛び込みで来られた方をどう地域に帰していくかの課題もあり、広い意味でのいろいろな情報がないので、情報をどこかで集約して共有できるようにしてほしい。

- 在宅医は、病院の医師が思う以上に守備範囲が広いということも聞くので、施設や在宅の患者が入院する定義や基準を共通認識とする必要がある。また、診療所と病院の役割について市民への啓発が重要と感じている。

病院医師とかかりつけ医、また公的な機関同士のコミュニケーションの基盤として、ICT を活用することでスムーズに連携ができるものと思うので、検討してほしい。

- 吹田市全体、特に JR 以南では在宅専門医は少ない。在宅専門医や家族への支援として、月曜の入院予約のために開けている土日のベッドを在宅患者の検査入院等に充てることでレスパイト入院としたり、入院直後からの退院支援が重要と考え、MSW の増員を検討している。

かかりつけ医の定着として、かかりつけ医、かかりつけ薬局、病院という外来の循環型連携パスが必要と考えており、現在、骨粗しょう症パス、肝疾患連携パスがある。さまざまな生活習慣病に関する循環型連携パスを作成することが、かかりつけ医定着推進の一つの案になるのではないかと。また、お薬手帳を持ってこることも定着の一つになるのではないかと。

ICT については、他市と隣接している地域があるので、各市ごとではなく大阪府全体で一つになってやってもらった方がいいと思っている。

- 昨年度、退院後在宅へ帰った人は 70% 程度、施設に行かれる方は 0.7%、老健 0.7%、福祉施設 1.3% となっている。現場からは具体的に医療行為のできる施設、吸引が 24 時間できる施設がないのでそういった人は家にも帰ることができず困っていると聞いているので、そのようなことが議論されることを期待している。今後、MSW を増やすことを検討しており、病病及び病診連携が遅れているので力を入れていきたい。