

平成 30 年度 第 3 回吹田市地域医療推進懇談会 議事要旨

1 開催日時

平成 31 年（2019 年）2 月 13 日（水）午後 2 時から午後 3 時 50 分まで

2 開催場所

吹田市役所 中層棟 4 階 第 3 委員会室

3 出席者

吹田市医師会 戸川雅樹委員

吹田市歯科医師会 岡本吉宏委員

吹田市薬剤師会 大森万峰子委員

大阪大学医学部附属病院 栗波仁美委員

済生会千里病院 高元信二郎委員

済生会吹田病院 小山信一委員

市立吹田市民病院 戎井 力委員

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業所部会 新田美和子委員

大阪府吹田保健所 柴田敏之委員

おおさか往診クリニック 田村学委員（臨時委員）

4 欠席者

国立循環器病研究センター 泉知里委員

5 案件

1 急変時の入院受入れ体制の整備における病病連携について

2 吹田市地域医療推進懇談会作業部会の報告

3 病院職員対象研修会について

4 その他

6 議事の概要 別紙のとおり

事務局 定刻となりましたので、吹田市地域医療推進懇談会を開催いたします。お忙しいところ御参集いただきありがとうございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

まず、懇談会の傍聴についてですが、本日は傍聴希望者が3名おられますので、傍聴基準に基づき、入室していただきます。

また、本懇談会の内容につきましては、終了後ホームページでの公開を予定しております。議事録作成のため、録音させていただきますので、よろしくお願いいたします。

次に、本日の委員の御欠席についてですが、国立循環器病研究センターの泉委員につきましては、業務の都合により御欠席の旨、御連絡をいただいております。

また、本日は、オブザーバーとして、済生会吹田病院の福祉医療支援課課長の八木様にお越しいただいております。八木様には、後程、済生会吹田病院の病病連携の取組について御紹介いただくようお願いをしておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速ですが、案件1に入りたいと思います。

事務局 それでは、お手元にお配りしております次第に従いまして、案件に入りたいと思います。案件1、急変時の入院受入れ体制の整備における病病連携について、事務局より説明させていただきます。

— 資料1の説明 —

事務局 前回懇談会の資料でもお示ししておりましたスキル提供を介した病病連携につきましては、懇談会の委員ではない病院にもヒアリングに行かせていただいた結果、ニーズとしてはあまりなかったように感じまして、改めて整理したものが3番の今後についてというところです。

もともとは病病連携を推進するための手段の一つとして、スキル提供ということを検討してきたのですが、スキル提供を直接的に活用するという形でのニーズから少しずれがありましたので、このスキル提供のしくみのまま進めるのではなく、ヒアリングの中でも、情報交換としての機会を求めのお声が多くありましたので、それを実際にどのような方法で、どんな内容について情報交換すると病病連携が加速するのか、といった具体的で効果的な情報交換のあり方について御意見をいただきたいと思います。また、もう一点、認定看護師が地域に出ていって、指導的役割を担っていただければどうかという二点について御意見をいただければと思います。

ではまず一点目、病院間の情報交換の場をどのような形で持てばいいのか、またどのような議論をしていけばいいのかということについて、御意見をいただきたいと思います。

委員 うちの病院は病床数 431 床で、回復期リハはありますが、メインが急性期病棟ということで、回復期 45 床と I C U や救急病棟を考えると、実質 370 床くらいの急性期の患者さんに対応することになります。こちらのことばかり言うのも失礼かもしれませんが、うちの病院のニーズとしては、いわゆる急性期の治療を終えた患者さんや、又はすぐには家に帰れないが少し病院で療養して帰れる状況になっていただきたいような患者さんを受入れていただける病院との連携をしたいので、療養型の病院などと密に相談できる情報交換会というのででき

れば助かります。

吹田市内に急性期病院もほかにもありますが、急性期病院同士のつきあいはかなりありますが、実は療養型の病院の先生方との連携はまだ十分ではないので、そこをもっと密にすべきではないかと考えていました。ですので、そういったところに市が中心に情報交換会などを作っただけであれば助かります。

委員 当院では、基本的に当院をかかりつけとして、ベースに特殊な疾患を持っている患者さんを中心に対応しています。

去年の9月に病院から1キロ圏内に急性期の患者さんを受入れてくれる民間の病院が新しく移転という形で建ちましたので、今はそちらが割と引き受けてくださることが多くて助かっています。

また、これ以上大学病院で診る必要がないといった患者さんについては、地域の病院に引き継ぐこととなりますが、実際は個別にそれぞれの病院の先生方や地域連携の方々とやり取りをしていく中で、なんとなくこの方だったら話がつながりやすいというような個別での対応ができてしまっているところがあります。どういったところとつながっていきたいかというところ、急性期の病院にもお願いしたいし、地域に帰っていただくためには往診の先生やかかりつけのお医者さんともつながりたいと思いますが、方法としては、全体に幅広くというよりは、具体的に個別に話し合う方が密な連携が取れる印象はあります。ですので、よく新しい病院ができた時に御挨拶に来ていただくように、各病院の特徴のような情報を蓄積して活用しています。ただ集まったら連携が深まるというのではなく、1対1で先生のお顔を見てお名前を聞いて、こんな病院だというお話を聞いていく方が、つながりが持ちやすいのではないかと思います。

事務局 普段、ドクター同士で連携をしているというイメージでしょうか。

委員 もちろん診療情報提供書は医師からしか出せないもので、医師同士の話し合いで受けていただくことも最終的に必要な場合もありますが、前段階として、普段の地域連携の人たちがどれだけ連絡がとれているかということが大きいと思います。

委員 当院も連携強化として顔の見える関係づくりに取り組んでいます。特に連携のある病院の院長先生や核になっている医療スタッフの方々にお越しいただいて、当院も診療科長などで対応し、相手の病院に送った症例を提示いただいたり、病院の実情をお教えいただいたりして、我々がもっとそれらの病院のことを知ろうということで、数年前から企画しています。その場に同席していると、療養病院での対応状況がよく分かったりしますので、機会としてはとても有効だと思っています。

効果的な情報交換がどうあるべきかということについては、医師同士が連携することがキーであろうと感じていますので、そこをどうコーディネートするかという仕掛け作りをしていく必要があるかと思っています。

委員 そのための企画としては、連携を取らせていただいた病院と当院とで、連携を取らせていただいていたかということ、症例を出し合って具体的に医師同士で1時間程度話し合いをするという症例検討会を実施しています。それを各五つから六つくらいの病院と個別にさせていただいています。

その中で課題に挙がるのは、やはり高齢者の複合疾患が多いので、そういった方の感染症などが増悪した時に、どう病病連携していくか、在宅から病院に入られた方をどう在宅へお帰しできるかということが、どの病院との症例検討会でも課題に挙がります。

委員 病院間の効果的な情報交換ということでは、話し合う会も必要なのですが、慢性期病院や回復期病院の求めている情報の一つに、空床情報も欲しいのではないかと思います。前々回に各病院の在宅療養に関する情報の一覧表を作っていただきましたが、そういった情報がばつとどこかを見たら載っていて、なおかつ空床情報もリアルタイムに把握できるように、いわゆるICTによるしくみももしかしたら必要なのかもしれません。

今、当院でもベッドがいっぱいなので、少しでも後方病院に出せるように、だいたい1週間に1回程度、療養病院に電話をして待ち状況を確認するなど、どうすれば病病連携が進むかということを探索中です。

ICTについては、各病院の電子カルテのシステムがそれぞれバラバラなので、それをつなぐということについては、かなり難しさもあるかと思います。

事務局 それぞれ病院の委員から御意見を頂戴しましたが、これについてどなたか御意見等はありませんでしょうか。

病院同士が集まる場というものはあった方がいいのでしょうか。漠然と集まるのもどうかというお話もありましたが、顔を合わす機会があった方がいいのではないかと思います。現行で、各病院が集まって顔を合わす機会というのはあるのでしょうか。

委員 うちの病院の場合は、大腿骨頸部骨折の地域連携パスがあるので、病院の連携室が集まる機会はあります。市内の主だった病院やリハビリの病院で集まっています。

委員 その他、豊能地区の脳卒中地域連携パスの集まりとして、豊能地区の急性期から回復期までの病院が3か月に1回程度集まって、情報交換をする機会はあります。ただし、豊能地区の連絡会なので、圏域以外の病院も含めてかなりの数の病院が来ています。連携室の職員が中心に来ていますが、医師も来られている病院もあります。場合によってはSTさんや理学療法士さんなども来られています。

内容としては、同じような概念で、急性期から回復期に送って下さいとか、急性期でどのような受け入れ態勢があるかなど、患者の流れがうまくいく方法などについて話し合われています。

そのほか、この件について言い残されたことはありませんでしょうか。

それでは、次の論点にいきたいと思います。先ほどの資料にもありますが、認定看護師の方々が、地域に行かれて指導的役割を果たしていくことにつきまして、御意見をいた

だきたいと思います。

委員 今、吹田市でやっているのは、感染症の認定看護師が加算を取得するために、各病院を回っていると思いますが、それ以外の認定看護師さんは意外と他の病院に行っているのは少ないのではないのでしょうか。当院の皮膚・排泄の特定行為看護師は、施設などから依頼があれば回るようにしていますが、それ以外の認定看護師が指導的役割で病院に行っているという事は、あまり聞いたことはありません。

事務局 それは、感染症以外についてはニーズがないということでしょうか。

委員 そこまでは分かりません。

委員 認定看護師さんの役割は、他にも緩和ケアの分野などいろいろありますので、分野ごとのニーズを引き出していくということが必要なのではないかと思います。それを受けていくことについては、認定看護師はそれが役目だと思っておられると思いますので、どういったところにニーズがあるのかということが分かればいいのではないのでしょうか。

事務局 懇談会に参加されていない病院にヒアリングをさせていただいたのですが、回復期や慢性期の病床のところの看護師さんが認定看護師さんから学びたいと望まれていました。そういった場合、その病院に行ってスキルの提供をしていただくということは可能なものでしょうか。

委員 当院は可能です。

委員 当院も複数名認定看護師がおりまして、院内に向けての指導的役割と地域への御協力ということで、それぞれの分野で担当されて、実際に研修会を毎月実施しています。それは、当院のホームページでも公募しながら受けていますが、最初、参加が少ないように思われましたが、最近は結構参加いただいています。ただ、やはり限られた人員体制の中で活動していただくので、どうしてもその認定看護師さん自身の時間をかなりいただいているところがあるのでないかと思っています。

認定看護師さんたちも地域に貢献していきたいというお気持ちは強く持っておられるので、なんらか病院としても、急性期病院としての役割もあるかと思っていますので、外部から要請があれば応えていきたいと思っています。そこで、いつもコストのことを言ってしまっていますが、そのコストも基幹的病院が払うべきなのかなと思います。

また、住民の方向けの啓発事業にも認定看護師さんを出していこうと考えています。認定看護師さんの認知度というものがどれくらいなのか、認定看護師はかなり勉強されているので、その実力を尊敬するところではありますが、一般の方からどんなふうに見られているのかなとも思います。そうした市民啓発のところに御支援いただけたら、それは彼女たちにとってもいいのではないかと思います。

- 事務局 住民向けの研修というのは、中身はどのようなことをされているのでしょうか。
- 委員 まだこれからなのですが、公開市民講座の講師を担っていただくということを考えています。今度は、認知症の関わり方についてということテーマに準備をしています。
- 事務局 これまでずっとやってこられてきたのは、医療職を対象として研修をされていたのでしょうか。
- 委員 そうです。主に医療職とか看護師向けに実施してきたかと思います。
- 事務局 病院を回ってお話をお聞きした際に、今後、さらに高齢者が増えるので認知症の患者も増えていくだろうということで、認知症のことを知りたいという御意見がありました。そういった他の病院向けに認定看護師さんが対応されるということは行われていますか。
- 委員 院内でも師長さんがどういった役割を果たすか、新人ナースにどういう指導をするかなど、認知症のケアについては進んでいっていると思いますので、御協力はできるのではないかと思います。
- 委員 前回、こちらから認定看護師の出張などによるスキル提供の場を持つことについて、今後、看護部長が割と積極的に考えているという話はさせていただいたかと思うのですが、今、退院後訪問加算や退院前訪問加算が取れるようになりまして、例えば褥創の認定看護師の例では、個別の注意点などをその場で伝授できるよう、認定看護師が介入しています。
- 出向いて行った際の交通費などをどうするかということについては、今後訪問看護ステーションなどへの訪問のついでと一緒にやっていけばそういった問題も解決できるのではないかと思います。それについては、今担当の看護師さんたちがマニュアルを作成中なので、褥創に関しては割と早い段階で対応できるのではないかと思います。
- また、心臓血管外科で補助人工心臓を取り付ける患者さんに対しても、認定看護師さんが個別に介入して、装着についての注意点など、その患者や家族だけではなく訪問看護師さんたちにも情報提供しています。
- それ以外に、当院では腹膜透析の導入も積極的に行っていますが、これもやはり広めようとするには、それに対する知識を広める必要がありますので、これについても、認定看護師さんたちが院内でも講習会を行っていますし、外来の際にも認定看護師から個別対応をしていると聞いています。
- 委員 当院も十数名の認定看護師がいます。今回、麻疹が流行って何名かの方が入院されましたが、保健所とも相談しながらしましたけれども、院内での感染対策や院外への普及啓発、緊急対策会議等について、感染症の認定看護師が中心的な役割を果たしてくれました。そういった事態に対して、すぐにオンタイムで遅れることなく対応できるということで、改めて認

定看護師のありがたみを感じたところです。

それ以外にも、各セクションにおいて何かを普及させようとするときに、医師ももちろん必要ですが、より患者さんに身近に接していて、なおかつ専門的な知識のもとで指導ができる認定看護師の重要性が非常に高まってくると思っています。院内での普及もやっていますが、院外に対しては、市民公開講座等で認定看護師から市民への普及啓発を行っています。認定看護師がお話をすると、やはり市民の方々の知りたいことや実際に困っていることなどの話をしてくれるので、医師が病態の話をする以上に患者さんにとってもいい講習会になると思っています。

今後、費用の面など、どの病院も大変かと思えますし、看護師全体の仕事もしていただかないといけませんので、負担は大きいかと思えますが、何らかのサポートをして、さらに専門性を持った看護師さんが増えるといい医療につながると考えています。ですので、当院でももっとサポートして、そういうことをもっとやりたいという看護師がいれば増やしていきたいとは思っていますが、ただ、実現に向けての道のりは長いかと思えます。

委員

保健所で一番お世話になっているのは感染症の認定看護師さんでして、診療報酬上の院内感染対策加算1とか2とかというものがあまして、このシステムの中で、今日お越しの4病院と国立循環器病研究センターと井上病院が加算1をとられています。加算1の病院と加算2の病院はペアになって、例えば加算2の病院が院内感染対策で困っていることであれば、ペアになっている加算1の病院に相談をしたり、また加算1同士の病院でも、お互いのチェックや技術の向上などをするという取組をされています。

先ほどもお話がありましたが、院内感染の対応というのは、正直なところ直接的に病院の収益につながるものではなく、どちらかというところコストがかかる場所がありますので、やはり認定看護師が経営も含めて院内をしっかり引っ張っていただくとによって、迅速に対応できているのかと思えます。

この吹田保健所管内では、この秋に井上病院さんが加算1になって、市内6病院の感染管理看護師が中心となって、院内感染管理のネットワーク会議をしているのですが、それ以外に、その方々が中心となって市内の高齢者施設向けの研修会なども企画していただいています。やはり専門家がいな施設にとっては、施設内感染の対策ができる方に講演会などをしていただけると、とても好評だと聞いています。

事務局

病院だけでなく高齢者の施設などにも御指導にいただいているということで、認定看護師さんの活躍の場は幅広くあるのだということについて御意見をいただきました。それぞれの病院にも認定看護師さんは多くいらっしゃると思いますので、是非地域での活躍をこれからも広げていただけたらと思います。その他、特に御質問や御発言はありませんでしょうか。

それでは、この案件1に関連してもう1点だけお話させていただきたいのですが、前回の懇談会の中でも少し出ていたのですが、急変時の入院の病病連携に関連して、済生会吹田病院さんが千里山病院と誤嚥性肺炎の地域連携パスの取組による連携を開始されたとお聞きしております。

今日はその病病連携のしくみの概要と、連携の効果、病院としての効果や患者さん側の効果、そして、実際に取り組んでおられて難しさを感じることはあるか、などについて、お話をいただきたいと思っております。そして、吹田市内でもこうした病病連携の体制づくりを考える上でのヒントをいただければと思います。本日、オブザーバーとして御出席いただいております済生会吹田病院の福祉医療支援課課長でソーシャルワーカーの八木様です。どうぞよろしくお願いいたします。

委員 済生会吹田病院の福祉医療支援課長の八木と申します。当院でこの度、千里山病院さんと誤嚥性肺炎についての地域連携パスによる病病連携の取組を始めましたので、そのことについて御報告させていただきます。資料の2を御覧ください。

誤嚥性肺炎の地域連携パスといいましても、大腿骨頸部骨折や脳卒中のように、全体で取り組むようなしくみがあるわけではないのですが、もともと市立豊中病院と行っている地域連携パスがあるので一緒にやりませんか、千里山病院から声をかけていただいたのがきっかけです。

当院でも検討に時間を要したのですが、院内での誤嚥性肺炎のクリニカルパスもなかったので、チームを組みまして、まずは院内でどんなふうに通パスを使うかということから協議を始めました。その中で、当院で診る患者さんとこのしくみに乗せる患者さんの基準を決めて、パス委員会で承認を得て、12月から開始しております。

千里山病院さん自体は、一般病床59床の病院で、嚥下造影検査（VF）をして、嚥下リハビリを行うということをされています。入院期間は3週間を基本として退院を目指すのですが、難しい場合は次の療養病床や施設などへのつなぎの支援もしていただいています。

千里山病院へは少し距離があるので、当院から東の地域にお住まいの患者さんについては少し遠いかなという印象を持っています。

当院入院後4日目に検査データで総合的に判断を行いまして、当院で退院が可能な方についてはそのまま治療を継続しますが、少し嚥下機能が怪しいと思われる方については、御家族や御本人とお話をして転院の同意が得られたら千里山病院との連携を調整するという流れになっています。

御本人と御家族への説明用の資料として3点セットがありますが、もともと千里山病院さんが作られていたものに病院名を入れた形で活用しています。また、診療情報提供書は最初の転院依頼時には送らなくてもよくて、あんしんルートチェックリストを送れば転院調整を開始してくれます。最終的な診療情報提供書は転院の際につけることになっていて、送る側の手順を簡略化していただいています。

また、この誤嚥性肺炎の地域連携を行うにあたって、かなり院内での調整をしたのですが、資料につけておりますが、院内でいつ誰がどういったことをするのかということを明記した資料を作りました。

このパスの特徴としましては、千里山病院で嚥下造影検査（VF）による嚥下評価を行って、嚥下リハビリをしてくださるということです。当院ではVF検査を実施していませんので、患者さんが入院されて4日目くらいにSTの評価を受けるのですが、客観的にVFで評価をしていただけるということが非常に魅力だと感じています。

現時点でパスでの連携事例は5例ですが、無事に退院されたという連絡も丁寧にいただいています。当院とはそれくらいの連携数ですが、市立豊中病院とはかなりの症例数を連携されていて、誤嚥性肺炎での入院事例はほぼ転院されるそうです。入院された時点でこの転院を進められるようで、かなり元気になって転院される方もいらっしゃると思います。

合併症があればもちろん転院は難しいですが、パスの方を優先してくださるとのことなので、比較的短期間で転院をさせていただけるというメリットがあります。

病院の立地条件から転院をためらうお声もありますが、口から食べさせたいという患者さんや御家族さんには、療養目的の転院ではなく治療目的で行きませんかとお勧めをしています。

以上が千里山病院とのパスの連携の概要です。

事務局 御説明ありがとうございました。今、済生会吹田病院さんの取組をお聞かせいただきましたが、御質問や御意見などはありませんでしょうか。

委員 大変貴重なお話をいただきまして、ありがとうございます。当院も千里山病院の連携病院にはなっていますが、実際この誤嚥性肺炎のパスとして動かしている状況にはありません。入院患者さんの状況をみますと、当院でも今日の時点で誤嚥性肺炎の病名で入院している方は20名弱おられます。当院としても、やはり急性期病院としての急性期の治療を行い、ある程度先がみえてきて療養型も必要な場合など、こういった連携が必要だとは思いますが、質問の一つは、吹田市から豊中市に移ることになるかと思いますが、身体面ではなく社会的な因子による障壁があったとしたら、それをどういう風にして乗り越えておられるのか、お教えいただけないでしょうか。

委員 患者さんには治療目的ということで説明をしています。お話をするタイミングとしては、治療が落ち着いて一旦治療が終了してしまうと、なぜ行かないといけないのかというような話になってしまうので、抗生剤の点滴をしている中でお話をしています。食事を口から食べたいというお気持ちであれば、それを治療してくれる専門の病院なのだと説明をしています。市立豊中病院さんでは、もうそれがルートなのだという説明をしておられるようです。

委員 市立豊中病院では、誤嚥性肺炎の全例が転院されているということですが、ADLや認知症など、どんな患者さんでも千里山病院さんは受入れ可能なのでしょうか。

委員 はい。治療が落ち着く前にこちらで自宅が希望かというゴールを確認して送りますが、本当に帰れますかというところは一切聞いてこられません。

委員 ということは、とりあえず専門的な評価治療をやってから、その時点で退院や転院を調整されるということでしょうか。

委員 そうです。現段階では認知症の有無や社会的背景が障壁になるということはありません。

委員 千里山病院へ転院されて、そこでリハビリを兼ねて3週間治療をして、そして在宅へ退院されたとして、また誤嚥性肺炎を再発するリスクは高いと思うのですが、次また再発した場合はどちらの病院に連絡するように説明されているのでしょうか。

委員 もう退院されたら今までどおりの生活なので、また済生会吹田病院に入院される可能性もあるかと思えます。

委員 またそれを千里山病院に転院させることもあるということでしょうか。例えばそうした入退院を3回4回繰り返すことも多いと思いますので、その際の説明を考えていらっしゃるのかなと思ったのですが。

委員 私たちがまだその経験をしていないので何とも言えませんが、このしくみでいうとVFをされますので、食べてもいいのかどうなのかの診断がつきますと言っておられました。その時点でもう食べさせない方がいいという判断をされた場合には、いつかその時が来るのだろうかと思えます。

委員 分かりました。それが急性期病院だけで終わると、先ほど言いましたように、3回4回と入退院を繰り返すことになってしまうと思いますが、今の御発言のように、千里山病院さんへ行ってVFをして、患者さんへ説明をすれば患者さんも納得をされて、また入院しても同じだと納得されると思います。

委員 誤嚥性肺炎のパスがあるということは非常に素晴らしいことだと思いました。しかし、資料を見せていただいて、退院時に安心して食べていただくところのチェックの中に、歯科医の関わりということが書いてないのが残念に思いました。

今日も、病院の患者さんではないですが、有料の老人ホームの方から連絡がありまして、うちの歯科医院にかかっていた患者さんが今月入所される予定で、今特段問題はないのですが、何かあった場合には歯科のことで訪問していただけますかと連絡がありました。こんなふうに事前にかけてくる施設があることに驚きました。

歯科から言えることとすれば、誤嚥性肺炎の患者さんも、退院後安心して食べていただくためには、歯科のチェックを一度受けていただきたいと思っていますので、パスのどこかに、かかりつけ歯科医があるかないかというような観点の項目があれば、より安心度が増すのではないかと思います。

今、私が行っている特養の方々も、誤嚥性肺炎でよく入院されます。病院からは、やはり食べられなくなって帰ってこられるのですが、その理由の一つは機能が落ちていることでもあります。もう一つは、今まで入れ歯で食べることができていた人が、入院期間中に入れ歯を1、2週間外してしまっていたために、使えていた入れ歯が使えなくなって、帰ってきたら食べられない口が出来上がっていたということがよくあります。そして、一から入れ歯を作り直すということになりますので、やはり入院中には食べられないとしても、入れ歯をつ

けておいていただだけで退院時の食べる準備ができた状態で退院できるので、そういった意味でも、歯科の関わりを増やしていけたらと思っています。

委員 誤嚥性肺炎を繰り返す人に歯科の先生を御紹介するという事は、わたしたちの認識としてもまだ少ないのかなと思いますので、院内でもアナウンスできたらと思います。

委員 誤嚥性肺炎を起こして入院されて、この済生会吹田病院さんと千里山病院さんとの取組を受けずに、誤嚥性肺炎を起こして二度と食べられないという状態で帰ってこられるの方が、私たちにとっては圧倒的に多くて、もう一回食べさせたら肺炎で死ぬと病院で言われたから食べられない、だから胃ろうをつける、御本人はあまり反応がなくても胃ろうから栄養を入れてむなしというような在宅生活を送られる方が多いです。

でもそんな中でも、もしかしたら食べられるのではないかということが分かった時に、ケアマネさんたちがVFをしてくれる歯科医の先生の情報をつかんで、家でVFをやって、そして、そこにSTさんが入って家で嚥下のトレーニングを受ける、という結構長い道のりをしているのですが、今の病院の取組をきくと、すごく端的に病院でしてくださっているので、適切に嚥下の検査と評価ができれば、もう食べられないとがっかりせずに帰ってこれることが増えるのではないかと思います。一回でもVF検査や治療や嚥下ができる可能性を見つけてもらえるように、こうした取組をどんどん広げていってほしいと思いました。

委員 いい取組だということで、私たちもお願いすることもあります、千里山病院の3週間のしびりがとても厳しいということもあります。ここをしっかりとてきっちり3週間で帰さないと59床のベッドを回していくわけですから、大変だと思います。やはり家族が理解をして3週間で帰れる方というのが、向こう側の基準でもあるかと思います。ですから私どものところでは、このルートに乗りにくい方もおられますが、御家族さんの理解がある方は、入院したその日に御説明をしたり、在宅の医師から紹介があった患者さんでも、空床がない場合にそのまま千里山病院に紹介する方もいらっしゃいます。

委員 千里山病院が一般病床であるということが大きいと思います。地域包括ケア病棟などでこうした取組をしていただけるといいなと思うのですが、地域包括ケア病棟は在宅復帰率などがあるのでなかなか難しいかと思います。

事務局 患者さんにとってもいいしくみかと思えますし、急性期病院にとってもいいしくみだと思いますが、千里山病院さんのような役割を果たしてくれるような病院が市内にあればいいのかなと思うのですが、そこも、次の病院へのルートを持たないと難しいのかなとも思いました。

ほかに御意見などございませんでしょうか。

委員 患者さんがよく言われることなのですが、最近の一つの疾患でかかっておられる方は少なく、例えば心臓はこの病院、前立腺はこの病院、肺はこっちの病院というように複数の病

院にかかっておられる方も多いです。以前ある脳梗塞の既往のある患者さんが、脳梗塞後診てもらっている病院とは別の病院の泌尿器科である手術をされました。術後体調が優れず、退院を延ばしてほしいとお願いしたそうですが、入院日数が決まっているからと断られ、やむなく退院されました。退院後自宅に帰るとすぐに脳梗塞を再発され、半身麻痺になってしまいました。病院間の連携がもっと取れていたら、脳梗塞の再発を免れたかもしれません。これから病院間の連携はますます必要になってくると思います。

事務局 患者さんのことを考えると病院間の連携はまだまだ十分ではないこともあって、この懇談会で出された課題の一つでもあるかと思っています。

事務局 済生会吹田病院さんに入院されてから千里山病院さんへ転院される流れですが、その間の患者さんの状況について、かかりつけ医やケアマネジャーとの情報共有はどのようにされているのでしょうか。

委員 当院ではまだ5例ほどしか症例がないのですが、ケアマネジャーさんがおられる方には他の患者さんと同じように転院した旨の情報提供をさせていただいています。かかりつけ医の先生については、お手紙をいただいていたら連絡をしているかと思いますが、お手紙なしで入院された方については、かかりつけ医の先生がどこかということを確認してまで連絡をしているかということ、100パーセントではないかもしれません。済生会千里病院さんほどのようにされていますか。

委員 当院でも、事前にお手紙をいただいていたら連絡をしています。千里山病院さんがかかりつけ医はどこですかなどの情報を比較的求めてこられるので、その場合は確認をして御連絡させていただいています。

事務局 患者さんによっては、かかりつけ医の先生が入院の際紹介をして、その後どこに行ったか分からなくなることとお聞きますので、転院をある程度前提として病病連携を進めていかなければならないと思いますので、患者さんがどこに転院したかということもかかりつけ医さんに共有していくということも大切なのではないかと思います。

委員 この誤嚥性肺炎のパスのケースに限ったことではなく、今その点については大切であると認識していますので、かかりつけ医の先生はどこかということを確認していこうと始めているところです。

委員 誤嚥性肺炎に限った話ではないですが、保健所でも今年1年間、療養型の病院の方々から個別にお話を聞いておりましたが、やはりそれぞれの病院で得意、不得意の分野がありますので、特にその得意な分野をこの千里山病院さんのように地域にうまくアピールできるのではないかと思います。そのための場があったら非常にありがたいと思います。案件1の病院間の情報交換の場にも関係しますが、自分の病院の得意なところをアピールする場と

すると、少し病院さんにイメージしていただきやすいのではないかと思います。

事務局

こちらで市内病院にヒアリングに行かせていただいた時にも、市内病院それぞれについて、どういったことが得意なのかというようなことが一覧のような形で表せないものかという声もありました。連携室の方々の頭の中にはそれぞれあるのかもしれないですが、そういったことがきれいに見えるようになると連携しやすいのではないかと思います。その各病院の強みというのをアピールする機会を持つことで、機能分担も促進できるのではないかと考えています。ありがとうございました。

それでは、この案件はこれで終わりたいと思います。次に案件2吹田市地域医療推進懇談会作業部会の報告ということで、事務局から資料の説明をさせていただきます。

— 資料3の説明 —

事務局

在宅医療の推進においては、訪問看護が非常に重要であるということで、看護という視点から作業部会を立ち上げて、3回にわたって議論をいただきました。それをおまとめしたものが今説明いたしました資料になります。作業部会では、主に看護職の方中心にお話をさせていただいたのですが、この懇談会でも御報告をさせていただいて、御意見などいただければと思います。

委員

出向についてはいろんな点で難しいという思いがありましたが、病棟との取組や研修会などで連携が促進できるようなことも続けていきたいと思っています。

潜在看護師や新人看護師を在宅医療のほうへ導くということについては、行政のほうでもなんとか取り組んでいただけないものかと思っています。潜在看護師はおそらくたくさんおられるのですが、子育てが終わったら皆さん病院へ戻って行ったりクリニックへ行かれたりするのですが、その選択肢の中に訪問看護というものがありません。でも、知り合いがいたりすると、訪問看護はそれほど恐れるものではなくて、楽しい職場ですし看護の原点のようなことができるということを伝えられて、訪問看護に来られる方もおられます。これから訪問看護師がたくさん必要になると思うので、なんとか増えないものかと思っています。

委員

実際に往診に行くと、出向なのか短期派遣なのかよく分かりませんが、病院から訪問看護ステーションに滞在している看護師さんにこれまで何組も出会っています。その人たちが病院に帰られてから、わたしたちが新しい患者さんを引き受けるときなど、その看護師さんたちがあそこでお会いしましたねと声をかけてくださいます。急に密度が濃くなってすごくいい関係になります。また、病院で見る看護師さんと在宅で見る看護師さんと全然印象が違っていました。わたしは、実地研修や出向で在宅を知ること、看護師さんにとってかなり収穫があるのではないかという印象を持っています。

事務局

病院側から出向に出すということは人員体制的にもハードルが高いということもあるのですが、一方でメリットも非常に大きいと思うのですが、病院の委員さんの御意見はいかがで

しょうか。

委員 先ほどの御意見でもありましたが、顔の見える関係というのは、患者さんは病院にいたいわけではなくて家に帰りたいので、そういった時に急性期の病院で務めておられて、なおかつ訪問看護のこともできる方がいらっしゃると、大変家に帰りやすくなるのではないかと思います。

委員 作業部会にも一緒に来させていただいて議論を聞かせていただいていたのですが、私自身も急性期病院しか経験がなくて、訪問の場にほとんど出たことがありません。

出向となると、確かに急性期病院は7対1看護の縛りがありますし、他にも給与等の問題もあるので、すぐさまにはいかないかなと思っています。ただ、今新人で入ってきている看護師たちも在宅のイメージが全然つかないということが確かに言われているので、こうした取組があれば、家に帰るといことはどういうことなのかということが見えていくと思います。うちの看護局としてもそういう方向で取り組んでいきたいと考えています。

委員 出向はやはり現実的ではないのではないかと思います。ただ、全ての部署の看護師ではないですが、ネットワーク部に所属している看護師は年に1回必ず訪問研修に同行訪問という形で参加させていただいて、実際にお世話になっている訪問看護ステーションの方々と一緒に同行訪問をさせていただく取組はずっとさせていただいています。

急性期病院で務めている看護師さんについては、特に新人であれば技術もないので、若くて動ける間に急性期のいろんなところを回って身につけたいと思うので、最初からいきなり訪問というのはあまりないのではないかと思います。急性期を一通り見たうえで、急性期から回復期へのつなぎでいえば在宅も全く関係がないわけではないので、患者さんが転院された先の病院や在宅と関わりがあった際に、感じられるのではないのでしょうか。

看護師さん自身が全体的に不足しているので、当院の場合は幸いなことに大学に保健学科がありますので、実習で当院を見ることでそのまま残られる看護師も多いです。ほかの病院の例でいうと、病院の上に訪問看護ステーションがある病院では、病院の患者さんを見ながら訪問看護師さんと患者さんについての話をする機会が割と密にあるようで、連携がとれているとのこと。そのように、直に患者さんを見る機会が多いと興味を持てるのかなと思います。

委員 当院の看護部も以前から、実際の看護師さんの声として、もっと在宅を知りたいとか、もっと訪問看護師さんと連携したいという声がありまして、看護部が中心となった病院の中期事業計画では、まず現場を知るところから取り組んでいこうということで、師長やうちの訪問看護と一緒に現場に出ていく活動を開始するという話が出ています。ほかにも地域の方を集めて、認定看護師が研修会をするなどの活動をしているのですが、やはりできる時間が限られています。

出向については、給与差額などについて、どこまでどういうふうに埋めていくのか、そのコストをどう考えていくのかというところが、基幹病院としての新しい局面かなと思っています。

います。

当院から訪問看護師さんの取組も地域の方に一度紹介したのですが、そこまでやっていただけののかとか、そういう工夫をされているのかというように、反響もありましたので、訪問看護師さんのことをもっと地域の方に知っていただいて、社会的地位も高まるように、行政の講演会などでもっとアピールしていくことが大切かと思えます。

委員

当院の場合は、関連施設である訪問看護ステーションに、給与規定は同じですが出向として訪問看護に行っているようです。それによって、訪問看護ステーションで学んだことを病院に持ち帰って生かしてきていて、意識もかなり変わってきたと聞いています。訪問看護ステーションに行くのは、新人の1年目から5年目の看護師が行くのではなく、ある程度知識と経験を持った人が行かないと訪問看護ステーションに迷惑もかかりますし、ある程度力量がある方というか今後師長さんになっていただきたい方などを、看護師のラダーの中で組み込んで出向させているというのが現状です。

今回、この作業部会の迅速な議論をいただいて、今後の取組の1から3を行うことによって、また違った展開ができるのではないかと期待しています。

事務局

まだ課題も多いのですが、作業部会でここまで整理してきた点をベースにして、取組を推進していきたいと思えます。ありがとうございます。

ほかに御意見等はございませんでしょうか。

それでは、最後の案件に移りたいと思えます。案件3病院職員対象研修会について、事務局から御説明いたします。

— 資料4の説明 —

事務局

以上を持ちまして、本日の案件につきましては終了となります。今年度も御議論いただきまして、ありがとうございます。本日出た御意見につきましては、こちらで整理をしまして来年度以降に反映させていきたいと思えます。

最後に一点だけ、来年度の主な内容ですが、一つはACPについて、課題の整理と対策の方向性について議論できたらと考えております。作業部会も立ち上げまして、御議論いただけたらと思っております。高齢福祉室における在宅医療・介護連携推進協議会でも、看取りやACPについては重要な課題であると認識しておりますので、両室でしっかりと連携しながら対応していきたいと考えております。

それと、昨年末に、国の上手な医療のかかり方を広めるための懇談会で、いのちをまもり、医療をまもる国民プロジェクト宣言というのがまとめられております。この懇談会は、在宅医療の推進だけでなく、かかりつけ医の定着促進というテーマも掲げておりますので、来年度はそうした市民啓発のあり方についての議論も進めてまいりたいと考えております。

また追って日程調整や詳細について、担当から御連絡させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、これを持ちまして終了とさせていただきます。

本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。