

平成28年度 第2回吹田市地域医療推進懇談会 議事要旨

1 開催日時

平成28年（2016年）10月13日（木）午後2時から午後4時まで

2 開催場所

吹田市役所高層棟4階 特別会議室

3 出席者

吹田市医師会 戸川委員、吹田市歯科医師会 岡本委員、
吹田市薬剤師会 大森委員、大阪大学医学部附属病院 赤坂委員、
済生会千里病院 高元委員、済生会吹田病院 小山委員、
市立吹田市民病院 磯田委員（代理）、大阪府吹田保健所 谷口委員、
吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業所部会 新田委員、
おおさか往診クリニック 田村委員（臨時委員）

4 欠席者

国立循環器病研究センター 長束委員

5 案件

- (1) 訪問看護の実態調査の結果について
- (2) 平成28年度吹田市地域医療推進懇談会年間スケジュール（変更案）
- (3) 前回懇談会における協議のまとめ（「日常的な療養支援」の課題抽出）
- (4) 在宅医療推進の環境づくりについての課題抽出
（「急変時の対応」、「退院支援」、「看取り」について）
- (5) その他

6 議事の概要 別紙のとおり

事務局

それでは定刻になりましたので、吹田市地域医療推進懇談会を開催します。お忙しいところ、御参集いただきありがとうございます。よろしくお願いいたします。

本日の懇談会につきまして、国立循環器病研究センターの長束委員は、御欠席との御連絡をいただいております。また、市立吹田市民病院の戎井委員につきましても御都合がつかず御欠席とのことで、本日は代理の磯田委員に御出席いただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

次に、本日の傍聴者についてですが、本日は傍聴希望者が4名おられますので、傍聴基準に基づいて、入室していただきます。

なお、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ので、議事録作成のため、録音させていただきますことを御了承ください。

では、本日の配付資料の確認をさせていただきたいと思います。

(資料の確認)

なお、資料につきまして、4点お詫びがございます。前回7月21日の懇談会にて配付いたしました「吹田市の在宅医療の医療資源等について」という資料につきまして、一部数値に誤りがございました。

豊中市及び池田市の75歳以上人口の数値が間違っておりまして、75歳以上人口1万人あたりの件数等のデータも修正が必要となりました。小数点以下の数値の誤りでしたので、分析内容や傾向には影響しておりませんが、数値の修正箇所が複数のページにわたりますので、今回、資料7として、修正版を配布いたしております。御了承ください。

事務局

前回の7月21日の懇談会では、在宅医療推進の環境づくりの中でも日常的な療養支援の課題について御議論いただき、在宅医や訪問看護師等の人材確保の問題や24時間365日の医療供給体制の問題、また、在宅医療という選択肢について等の市民啓発にいたるまで、さまざまな御意見を頂戴いたしました。

それらについて、本日は事務局において一定まとめた形でお示しすることとしておりますので、後程御説明いたします。

また本日は、市内の訪問看護事業所に御協力いただき、まとめさせていただいた、訪問看護の実態調査の結果も事務局より御報告させていただく予定としております。

そして、前回に続きまして、残りのテーマについての課題抽出も行いたいと思っておりますので、本日も忌憚なく御議論いただきますよう、お願い申し上げます。

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。まず案件(1)「訪問看護の実態調査の結果」について、事務局より説明させていただきます。

事務局 案件（１）について説明（資料１）

事務局 ありがとうございます。それでは御質問、御意見等ございますでしょうか。

委員 こんなに小規模事業所が多かったことに驚いています。常勤換算４人などで運営している事業所での２４時間対応はかなり負担であると思いますので、そうすると在宅医療で医師にも負担になるので、小規模の訪問看護ステーションを大きくしていかなければならないと、リアルにわかりました。

事務局 ほかに御意見、御質問がないようでしたら、次の案件に移りたいと思います。
では、次の案件（２）平成２８年度吹田市地域医療推進懇談会年間スケジュール（変更案）について、事務局より御説明いたします。

事務局 案件（２）について説明（資料２）

事務局 ありがとうございます。前日も活発に御議論いただきましたが、本日も、残りのテーマ２から４まで進めてまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。
それでは、前回のまとめについて、事務局より御説明いたします。

事務局 案件（３）について説明（資料３-１、３-２）

事務局 それでは、本題の課題抽出について移りたいと思いますが、本日の議論の進め方について事務局より御説明いたします。

事務局 案件（４）について説明（資料４）

事務局 それでは、資料４に基づいて進めていきたいと思います。まず、日常的な療養支援について、前日も御協議いただきましたが、本日御報告いたしました訪問看護の実態調査からも見えてきた課題もあろうかと思っておりますので、これらについて、何か課題となるような点について御意見等お願いできますでしょうか。

委員 先ほどの訪問看護の実態調査を見て驚いたのですが、新しい事業所を知らないの
で、５人未満の小規模事業所や新しい訪問看護ステーションとは、実はほとんど
連携したことがありません。せっかくそんなに存在するのであれば、リストの作

成をお願いしたいと思います。この後の議論にもつながると思いますが、どの訪問看護ステーションが24時間体制なのかどうかなどの情報が一番大切で、そういった情報を一元化して表にまとめていただけるとありがたいです。

委員

確かに訪問看護ステーションについては情報不足、アピール不足ですね。訪問看護ステーションがいくら開設されても、確かにアピールする場もないですし、個人でちらしを配っていくばかりなので、アピール力はないです。その小さい規模の訪問看護ステーションがどんどん年数を重ねて熟成していったら規模が大きくなっていけば、今後の吹田市の高齢化も支えていけるかと思いますが、それまでに潰れていくステーションも非常に多く、小規模であればあるほど、抱えている利用者さんの件数も多いということが、この実態調査の結果からも露呈していて、すごく負担が大きいのだと思います。訪問看護のなり手がすごく少ないということも前回も申し上げましたが、なかなかきつくて魅力のない職場なのだろうと思います。

委員

病院の場合は、意外と訪問看護ステーションの理解をしていないのではないかと思います。どういうことをしているのかということも、あまりわかっていないのかもしれない。これだけ小規模の事業所があるので、訪問看護ステーションが一堂に集まって、相互理解の場が必要なのではないかと思います。

事務局

さきほど、訪問看護ステーションのリストがあればとのお話がありましたが、いつも特定の事業所と連携を取られることが多いのではないかと思います。いろいろな事業所の情報があれば、今日はこのステーションが難しければ他のところにもお願いするといった場合の選択肢として活用されるということでしょうか。

委員

常日頃一緒に連携をしている訪問看護ステーションにも定員の制限がありますので、さらに患者さんを増やせるとは限りません。それともう一点は、地域的な問題で、患者さんの地域の訪問看護ステーションをほとんど知らない場合、遠くから毎回訪問してもらうのも申し訳ないという思いもありますから、どの地区にこういったステーションがあるのかということは、ある程度知っておきたいと思っています。

事務局

市としては、リストの作成は可能だと思いますが、訪問看護事業所はどう思われますか。問題はないでしょうか。

委員

もちろん問題はありません。介護保険事業者連絡会の部会ごとにリストの作成

はしていますが、連絡会に加入していない場合もありますので、事業所数が37もあることに驚いています。

事務局 介護保険担当室では、市内に開設している事業所のリストはすでに作成していて、ホームページ上にも公開されてはいます。ただ、医療機関に積極的にお渡しするというようなことはされてはいません。

委員 同じ法人内にある特別養護老人ホームではブロックごとに、訪問看護ステーションや診療所、歯科医院などを落とし込んだマップがほしいとの要望があって作成しました。こういったマップが足りないのだと思います。自らこういったものを作りながら啓発しているので、ぜひこういったものを吹田市で作成していただければと思います。

事務局 マップ等につきましては、在宅医療・介護連携推進協議会等とも連携をしながら進めていきたいと思っています。

委員 マップについても一言、吹田市の在宅ケアネットという市民団体があるのですが、その団体で作成されているマップがありまして、そこに在宅医も訪問看護もケアマネジャーなどの事業所も登録されていてマップを作っているのですが、例えば、こんなたくさんの数の訪問看護ステーションはそこには載ってはいません。ただ、マップがあってもあるというだけで、それがどういった訪問看護なのか、どんなケアマネジャーなのか、どんな在宅医なのかということがわからないとお互いに頼みづらいので、マップを作ってなおかつ、何かの交流のようなことが必要なのかと思います。

委員 マップではないですが、リストであれば、介護と予防というような冊子があって、それには一応リストは全部載っているはずだと思います。ただ、それがどういった事業所や医師なのかといったことまでは載ってはいません。どういった特色の事業所なのかという情報は、医師だけでなく、退院支援のためにも、ケアマネジャーや病院のメディカルソーシャルワーカーなどが事業所の特色を知るうえで大事ではないかと思います。

事務局 他に、レスパイトケアについての御意見や課題はいかがでしょうか。

委員 前回もお話した看護小規模多機能についてですが、今回吹田市で募集をされたのですが、応募がなかったと聞いています。看護小規模多機能だけの単価で運

営していくことは難しく赤字になってしまいますので、そこに訪問看護をつけていかないと経営が成り立たないというところもあります。やはりレスパイトということを考える上では、老健も必要かもしれませんが、看護小規模多機能というものは必ず有用であると思いますので、ぜひ当院もやってみたいのですが、土地がないのです。居室が9室くらいないと対応できないので100坪ほど必要で、また病院の近くの方がいいのですが、土地探しに苦勞をしています。吹田市には、看護小規模多機能は1件もありません。市の高齢福祉室の方からも、うちの訪問看護ステーションにぜひ実施してほしいと連絡があったのですが、土地さえあればと思うのですが、病院の裏の土地は大阪府の土地なのでどうしようもならないようです。

事務局 大阪府の土地というのは、大阪府に問い合わせはされたのですか。

委員 大阪府に問合せをしたところ、府営住宅の住宅用地でして、日照権の問題があるようで、また防火水槽がはいっているのか、吹田市の消防も関係しているようで、もしそこを借りることができればぜひやってみたい事業ではあります。

事務局 それでは、次のテーマに移りたいと思います。急変時の対応についてですが、前日も24時間365日の医療供給体制について様々な御意見をいただきましたが、前回でた意見以外のものとして、大きな柱を三つお示ししております。これらについて御意見をよろしくお願いします。

委員 バックベッドについてですが、2、3年前に医師会で在宅医療についてのアンケートを実施したのですが、緊急時の入院体制が在宅医療をしていくうえでの問題であるという意見が多かったのは確かです。

現状として本当に予期しないような心筋梗塞のような状態については、医師に連絡が来る前に患者や家族が救急対応することが多いので、結局在宅の患者さんに関して診療所の医師が病院に入院をお願いするケースで多い状態像としては、基本的に誤嚥性肺炎などの呼吸器疾患やCOPDの増悪による呼吸苦、腎盂腎炎などの感染症や胆のう炎、経口摂取困難などについて入院をお願いする場合があります。

入院要請はいつすることが多いのかということについては、非常に急を要する場合は、夜間でもということになりますが、一晩様子を見るのが可能な場合はなるべく翌朝一番に連絡をして日中に入院依頼をするようにしています。

また、入院を断られるのはどのような理由なのかということ、昔は認知症があると家族に付き添いが求められることもありましたが、最近はあまり言われなくな

りました。ただ、ベッドに空きがないとか、患者さんの状態に合ったベッドがないとか、また、対応できる専門の医師がいない、ベッドはあるが医者のマンパワーが足りないという理由で入院をお断りいただいたことはあります。

私は在宅医療を10年ほど実施しているので、なるべくやり取りの多い病院に依頼をすることが多いので、できるだけ受け入れてくれます。患者さんのやり取りがさほど多くない病院であれば、私も時に断られることもありました。具体的に私のところでどれくらいの数の入院要請が必要になるかという、うちで80～100人ほどの患者さんを診ていますが、入院依頼をした件数は年間30例くらいです。その中で、日中に依頼をしたのが8割強、夜間に依頼したのが1割強でした。そして、断られたケースはさほど多くなく、のべ7回くらいでしたが、日中診察時間の合間に1時間おきくらいに電話をして、入院困難ということが繰り返されると、やはり大変に思います。どうしてもなければ救急車を呼ぶこともあります。

入院の適応患者でもどうしてもベッドがなければどうしようもないですが、日中であれば一旦は病院で診ていただいて、そこからどちらかの病院へ搬送していただけるという方法もあるのではないかと思います。実際そうしていただいていることもあって、ありがたく思っています。夜間に関しては、なかなか人数も少なくて難しいと思いますが、どこかの病院が一つとってくれるというようになってもらえると、件数はさほど多くはないと思いますので、在宅医療をしようと思うときに、医師にとっての支えになると思います。

それから、入院を依頼する側の問題として、依頼のタイミングについて病院が受け入れやすいように頼むようにするなど注意をしなければならぬと思いますし、患者や家族に対する説明も、入院できない可能性もあることや転院の可能性もあることなど、きちんと言い含めておく必要もあるかと思います。

周りの医師にも聞いてみましたが、実際どれくらい入院依頼をしてどれくらい断られたのか、入院できたのかの実態については、わからないところもあります。一度入院を依頼する側と受ける側とで事例検討のようなことをするのもいいのではないかと思います。

委員

今の御意見とほぼ同じ意見なのですが、少し補足をさせていただきますと、入院依頼をするのは夜間か日中かという点については、もうほとんど日中でいいと思います。夜間にまずバックベッドをお願いすることはありません。年に数回程度どうしようもない時はありますが、基本は訪問看護から前もって状態が悪くなっていることの連絡があるので、その翌日に診察に行き、それで入院が必要だと判断すると、その日の夕方までに何とか入院もしくは診察していただけるよう調整をします。それで、病院から今日は無理なので翌日に来てくださいとまで言っ

ていただけると、患者さんは待ってくれます。そんなに緊急で今すぐということはまずありませんし、逆に看取りの状態でも病院には行きませんので、入院依頼の実態としては、夜間か日中どちらが多いかという、ほとんど日中でいいと思います。

それから、入院を断られた理由としては、満床であるということと、専門医の問題として、例えば難病の患者さんが低カリウム血症になって家では点滴が危ないので病院でしてほしいと入院依頼をした場合、低カリウムの補正はできても難病を診れる医師がいないという理由で断られた経験はあります。

1件目で受け入れてもらえれば一番いいですが、基本的にはだいたい3件目までには受入先が見つかっています。

それから、病院の登録医制度が生かされているかということについては、これはほとんど利用したことがないですし、私たちと病院とでお互いにメリットを感じたことは在宅に関してはありません。普通の診療に関しては、登録医制度での患者のやり取りは多いと思いますが、在宅医療に関しては、なかなかうまく機能していないと感じます。

バックベッドの本質的な問題としては、私は病院の医師ではないので憶測ですが、病院の先生方はおそらく患者さんが在宅から搬送されてきて、在宅の患者さんなので状態はあまりよくないだろうということで、2か月3か月滞在するようなことになるとうるというように思われているのではないかと思います。もしもそうであったら困るので、私たちは紹介状を書く時に、入院は1週間で結構ですから検査して説明だけでも患者さんにしてくださいと依頼しています。在宅医としては、逆に言うと1週間で退院させてほしいのです。これが2週間も3週間も入院になると、楽な状態に慣れてしまわれるので、在宅医療を継続しようと思われなくて、病院から出されるなら他の病院を紹介してくださいということになってしまうのです。紹介するうえでは1週間以内、もしくは4、5日で退院させていただく方が、私の立場からすると在宅医療は継続しやすいと思っています。そのあたりの理解が病院の先生方と私たち在宅医との間で少しずれがあるのかもしれない。そういうことをお互いに理解し、連絡し合って連携できればもう少しバックベッドも案外受け入れた方が病院にとっても短期の入院でまわすというメリットがあるように思います。入院患者がどれくらいの日数入院していた方が病院が安定するのかということは私にはわかりませんが、そのあたりが在宅医としての意見です。

委員

今の先生の御意見が各病院の病院長に直接伝われば、少しは病院長さんも安心されて、受け入れようかという気になられるのではないかと思います。こういった生の声がおそらく病院長に届いていないのだと思います。一旦入院されると長

期入院になって、抱えこまなければならなくなるという御心配をされていますので、逆に早く出してほしいという御意見が大きな追い風になると思います。

委員 また、日頃私たちは患者さんに、だんだん機能が悪化してきてその状態を受容しましょう、これで治療しても劇的に改善はしませんよという主旨で説明していますが、御家族はもしかしたら治るかもしれないといったようなお気持ちを持っていらっしゃると思います。そういった時に、病院に行って病院の先生が我々と同じような説明をしてくださると、或る意味権威的な説明をしてくださるので、御家族は確実に納得されます。在宅医だけでは患者さんの御家族をフォローしきれないところを、ぜひ病院の先生方に対応をしていただきたいというのがお願いです。

委員 そういった関係が出来上がったうえで、やはり行政からしますとシステムとなっている在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院の要件を取得することを公立や公的病院にはお願いをしたいと思っています。在宅療養支援病院も豊能圏域で少しずつ増えてはきていますが、まだまだ進んでいないので、そこを公立や公的病院に担っていただきたい。地域支援病院をやっているところもあるのですが、特に後方支援病院を公立公的病院でとっていただければうまくかみ合うと思っています。

委員 当院は、以前に田村委員に医師向けに講演に来ていただいたことがありまして、すると、1週間で退院させたらいいんだ、というようなことについて、医師や院長の理解が進みました。またその話を聞いて、在宅支援調整室のスタッフも、主治医に声をかけられるようになりますので、ぜひそういった在宅医の声を広めていただくことが重要であると思います。

また、入院が長引くようであれば、病院には連携をする部署がありますので、もうそろそろ退院させてもいいのではと、在宅医の先生からも言っていただいてもいいのではないかとともに思います。

それと、バックベッドの件ですが、当院は急性期病院として位置付けていますので、どうしても在宅医療の患者さんだけではなく救急搬送の患者さんや地域の診療所の先生からの患者さんの受入もする必要があります。ですので、バックベッドのために空床を確保しておくということは非常に難しいところですので、やはり状況に応じた対応になってしまうことは誠に申し訳ないところです。

事務局 今、バックベッドのお話ができましたが、病院側の御意見としていかがでしょうか。

委員

バックベッドの確保につきましては、やはりベッドを空けて待つということは絶対にできない話になると思いますが、一度診察をしてもらってから次の病院へというようには院内では言っているつもりですが、実際はまだ浸透していないように思いますので、そのあたりを今後検討していきたいと思います。

また、看護師の立場からしますと、病院の医師は全体的に、在宅療養についてあまり詳しくないというのが確かにあるのが実情だと思います。一部の先生は詳しいが、それ以外の先生はあまり御存じないというところもありますので、情報発信をしなければならないと思います。

委員

当院の立場といたしましては、在宅の患者さんの急変時にすぐに当院で対応ということは現実的に難しいですが、ただ、さきほど難病の患者さんについての例がありました。うちの病院で診断をして、治療方針を決めて在宅にという症例もありまして、そういった患者さんが在宅で状態が悪くなった場合には、一旦近くの急性期病院に入院をお願いして、そして、すぐに当院に連絡をいただければ当院の高度医療の提供として受け入れることを可能としております。そういった患者さんの退院支援時、当院の医師に診療情報提供書を書いていただく時には、そのような対応が可能であることを必ず診療情報提供書に書くよう、私たち保健医療福祉ネットワーク部として最近お願いをしています。在宅患者の急変時の対応として、当院としてはそういうかたちで連携がとれればと思っています。

委員

当院は救命救急センターがありますのと、病床数から言ってまた最近の状況から言いますと、そういった緊急の応需に対してキャパがあるのではないかと考えておりますが、やはり先ほども話にありましたが、長期入院になるのではないかとといった不安はまだまだあるのではないかと思います。

もう一つ、診療報酬の点で医療必要度ということがありまして、これが、7対1の急性期病院には結構シビアな条件がありまして、例えば、人工呼吸器装着しているとかの重症な患者さんを一定割合受け入れないといけないということがありますので、そういうところを、この高齢化の中でももう少し制度の工夫を考えていただくような取り組みがないと、急性期病院は結構ぎりぎりのラインでやっている病院が多いので、意外とそのあたりが神経質になるところではないかと思えます。

また、登録医制度につきましては、当院も古くからやっていますので、もう少し勉強をして何か考えていかないといけないと思いました。やはり、地域の先生方から御紹介、緊急応需いただくということで、急性期病院が成り立っていくと思いますので、また先生方の御意見をお教えいただいて、取組をさせていただきたいと思えます。

事務局

バックベッドにつきましては、かなり御意見を頂戴したと思いますが、その他、施設入所者の急変時の対応など、その他御意見はございませんでしょうか。

委員

私のところではあまり施設入所者には関与していませんが、数人の方はいらっしゃいます。今後はおそらく、世の中の流れとして、自宅というより施設での看取りが多くなっていくので、施設中心にはならざるを得ないと思います。それをうまく看取りまでいこうと思うと説明に限りです。状態が急変する前、少し不安定になってきていることを施設の方から聞いた時点で、すぐに御家族を呼んで、そこで今後起きる状態を説明するというをしなければ、施設での看取りは無理だと思います。御家族が訳もわからず施設で亡くなっていいですよとはなかなか言わないので、状態が悪かったら病院へ送ってくださいと必ずおっしゃるので、そうすると、結局は病院も大変になってしまう。施設の看取りを増やすというのは今後の課題で、そのためには、施設に行き、御家族に病状の変化の説明をするのが一番要求されることだと思います。

事務局

入院につきまして、入院の適応基準のばらつきをお感じになられたりはありませんでしょうか。

委員

入院要請の基準についてはないですが、誤嚥性の繰り返す肺炎ということに対して、当院も医師の偏在といいますか、呼吸器科内科医が少ないので、これからの季節特に過度に負担がかかるというのが心配です。

また、誤嚥性肺炎の患者さんで、どのくらいの状態になれば入院をして、何日くらい入院するのか、先ほど、入院は1週間程度でいいとの話もありましたが、肺炎のパスも1週間くらい出しますので、そのあたりについても家族の方も御理解いただくような環境について、もう少し進めることができないものかと思えます。

委員

施設については家族と一緒に住んでいないので、状態をずっと見ていないために、患者さんの状態についてよく説明しないと、何かあるとすぐに救急車で運ぶことになってしまう場合が多いので、確かに家族にしっかりと説明をしないといけないと思います。

また、看取り全般に関しても、ある程度本人や家族にきちんと説明しないといけないと思います。

事務局

訪問看護事業所から見た急変時の対応について、何か課題となるようなことは

ありませんでしょうか。

委員

かかりつけ医が病院だった場合の急変時の対応についてですが、そういった場合どうしているかという現状ですが、地域連携室などの部署がある病院の場合は、まずそこに連絡して、いち早く病状変化について医師に伝えてもらって、入院や受診の判断を仰ぎます。病院によっては、地域連携室というような部署があっても名前だけのところがありまして、電話をしても医師につないでもくれないという病院も実際あります。そんな時には、家族と相談して、家族は心配なので家族が救急車を呼ぶこともあります。

病院から訪問看護の指示書が出ている場合には、万が一の時のことを考えて、事前に地域のかかりつけ医に家での病状管理や急変時の対応をしてもらえるよう、家族と相談をして訪問看護師が誘導することもあります。しかし、大病院志向というのが患者さんにはありますので、大きな病院から離れたくないと思われたり、かかりつけ医を持つことが大病院の先生に失礼にあたると思われる方もおられて、なかなか理解していただくのが大変なこともあります。家族が理解されると患者さんも理解されますので、そのように働きかけることは多いです。

以前、救急隊員や救命医が夜間の救急要請で疲弊しているという現状を聞いたことがあります。私たちは軽はずみに救急車を呼ぶことはありません。かかりつけ医に連絡をするか、ファーストコールでこちらにかかってきた場合は、状態をお聞きして医師に連絡したほうがいいのか、朝まで様子をみれるのか、どのような点を注意して朝まで様子をみればいいのかなどを伝え、そういうことで家族の介護力を高めるようにも努めています。なんでもかんでも救急車を呼ばれると困るということを繰り返し説明しています。ですので、急変時はあまり困ってはいません。

事務局

そうでしたら、次のテーマ退院支援について移りたいと思います。

委員

偏った意見になるかもしれませんが、病院によって退院の仕方が様々ですが、多くの点で共通しているのは、病院が家に帰ってからの生活が見えているか、ということ。何かお困りだからここを支援してほしいというような、先の見通しが無いというか、治療が終わったので返します、家族は何もわかっていない、病状の理解もないというような状況もあります。退院時カンファレンスに呼ばれた時は、そのあたりも詰めて確認をし、残りの入院期間で家族指導しておきますとか、病状が落ち着くまでこうしておきますとかの話合いの場が持てるのですが、退院カンファレンスもないケースも多くて、退院しますのでお願いしますというパターンもあったりして、その後長きにわたって困るということも多々あり

ます。まだまだ退院後の生活のイメージがないまま退院されるケースもありますので、自宅に帰ってからの生活をイメージして帰していただくようなシステムが欲しいと思います。各病院では努力はされていると思うのですが、在宅支援をしている我々からすると、まだまだだと思います。

委員

病院の先生方やスタッフの方々が、家に帰った時に、どんな状態になってどう過ごされているか、ほとんどの方がわかっていらっしゃらないと思います。実際、家に帰った後がわからないのでなんとかしてくださいということで、他市の病院の方から、在宅に帰ったらどんな説明をしてどんな生活をしているのか、ビデオで撮らせてくださいと言われて、凝縮して20分くらいのビデオに仕上げた病院に提示したことがあります。そうすると、皆さん全く知らないことばかりで、びっくりしておられました。在宅医療には契約が必要なこと、薬局の先生方とも契約をして薬を持ってきてくださること、家まで薬を持ってきてもらうのに、家族が働きに出て不在の場合はきちんと相談をして時間を決めて電話をかけて持ってきてくださることなど、ビデオで紹介すると、病院の方々が在宅医療のイメージが湧いたようで、今後、家に帰す時の説明がしやすいという意見がありました。ですから、本当に知らないので在宅の方へ進めていきづらいのだと思います。ビデオもいい方法だと思いました。

事務局

そのビデオは病院にお渡しされたのでしょうか。

委員

ビデオ撮影の際には、公表等について、学生などを含めた教育用にと制約をつけて作らせていただいたものですから、基本的にその病院だけで使ってくださいと言って渡しました。

事務局

先ほどからお聞きしていると、確かに病院と在宅サイドの意識の共有と申しますか、連携という言葉が陳腐ですが、どういうものかお互いに理解し合うということは大事なことなんだと思いつつお聞きしていたのですが、そういった教材とまでは言わないにせよ、何かツールを今後作るなどあれば、連携室などでも使えたりするのではと思いました。イメージが共有できるのがいいかと思いません。

委員

退院の時の盲点として感じてきたのは、入院中の方のお薬は看護師さんが持ってきて、中もあけてお水もあげて1日3回飲んでいるので、状態も安定して退院されるのですが、在宅に帰ったら誰も3度3度手渡してくれるわけではありません。薬剤師として退院時カンファレンスに呼んでくださいと言っているのですが、

高度医療の方は呼んでいただくこともあるのですが、ただこの患者さんは飲み込みにくいから一包化してくださいとか、粉散にしてくださいとか、そういうことは退院時にお聞きしますが、例えば独居の方であれば1日3回飲めるような体制になっているのか、無理であれば1日3回のところを1日1回に変えることができないかなど、そういう家に帰ってからの想定ができていないように感じます。

また、おうちに帰ってからは訪問看護師さんが薬の管理をされていることが多いのも問題であると思ってきました。先ほどの訪問看護の実態調査でも、人数が少ないとお話があったのですが、薬のことを訪問看護師さんがどれくらいの割合でされているかということも薬局としてはお聞きしたいところです。もしも多いのであれば、もう薬のことは薬局に任せていただいて、薬剤師は服薬の副作用や過量服薬、残薬管理等も行えます。だんだん在宅にも入っていくようになってきていますし、また薬局の介入により再入院を減らすというようなデータも出ていますので、役割分担ということをもっとしっかりやっつけていかないといけないと思います。

委員

もちろん役割分担や多職種連携は非常に大事だと思っていますが、今までは訪問してくださる薬局さんが少なかったということが大前提だったので、致し方なく服薬管理を訪問看護師がするしかなかったということです。先ほど言われていたような、生活に合せた調整ということについては、退院時カンファレンスに呼んでいただけたら、治療の内容にもよりますが、その方の生活に見合った形で飲みやすいように1日3回のところを2回にというように変えて退院までに調整していただいていたと思います。退院後については、薬剤師さんが訪問して下さって、例えば服薬カレンダーに薬を入れたり、本人さんの話を聞きながら薬が飲みやすいようなスタイルを整えていくということをしてくれる薬局さんが、まだどこにいらっしゃるか聞こえてこなかった。大きなメーカーさんの薬局であれば、訪問しますと営業によく来られますが、なかなか個人の薬局で訪問される場所を知りませんでした。

でも最近では、残薬も多いし副作用のことを薬局に電話で問い合わせるくらいだったら、やっぱり薬局さんに家に来てもらって、目の前で話を聞いて薬の調整をしてもらい、医師にも報告をしてもらうように連携をすることが大切であるとして、私たちの事業所では連携をすることが多いです。でも、多くの訪問看護事業所がありますので、服薬管理も一つの訪問看護とするならば、それがなくなれば1件減るといことにもなり、多職種連携も大事だが、自分たちのために服薬管理もやるという事業所も、もしかするとあるのかもしれない。

でも、専門職にきちんと任せていかないと利用者さんたちに失礼ですし、また、私たちが知ったかぶりをして大丈夫ですよなどと言って、それが薬の副作用であ

ということが後でわかったりするとお詫びのしようもないので、プロに任せていい連携を取っていくというのが目指すところだと思います。

事務局 在宅患者薬剤管理指導料の届出をされているのはほとんどの薬局でされていると思うのですが、届出はされているけれども実際にやり取りするところが少なかったということでしょうか。それも増えてきつつあるということでしょうか。

委員 訪問看護との連携をしているところは少ないと思います。

委員 薬局さんの訪問については、居宅管理指導としてケアマネジャーさんには報告がいついて、訪問看護はそれを見て初めて薬局さんが訪問していることを知ることもあります。お互いにこのような知り方では本当はいけないと思います。

ある薬局さんは、定期配薬はしていただきますが緊急時は対応しませんといわれる薬局さんもありました。

委員 24時間対応の話につきましては、やはり地域で薬局のグルーピングをして対応する体制を作ることが大事だと思います。在宅医も薬剤師も同様で、一人で24時間対応できるわけがないので、何人かで一緒に対応する体制を作ることが必要かと思います。

委員 夜中に呼ばれるような在宅患者さんになると、お薬も特殊になることが多いと思いますので、そうするとお薬が自分の薬局にしかないということもあり得るので、この患者さんは自分の薬局でというようにしないと難しいように思います。

24時間対応といっても、例えば、朝の薬と夜の薬を一緒に飲んでしまったけど大丈夫かというような相談はあっても、レスキュー用もあらかじめ医師に言われて届けてあるので、本当に夜中にこの薬を持って来てと言われるようなことはほとんどないのが現状です。

委員 夜間に処方箋を出すことは私はまずありません。麻薬類もあらかじめレスキューを出していますし、緊急でいるとすれば痛み止めや解熱剤、抗生剤は、ある程度状態が不安定になった時点で処方していたり、あるいは、私たち医師があらかじめ確保していますので、1日分くらいはそれに対応できます。処方に関しては、休日は出すことはありますが、夜間は出さないようにしています。

お薬でいう緊急時というのは、解熱剤や鎮痛剤、あとは誤投薬だと思います。

委員 私も、さすがに夜間に薬局に持って行ってということはありません。解熱剤や

鎮痛剤は最悪自分のところにあるもので対応しますので、薬の副作用等についての問い合わせはあるかもしれませんが、実際に動くようなことまでは少ないように思います。

委員 でも、必要であれば、夜中でも対応はします。

事務局 そのほか、退院支援について、何か御意見等ございませんか。

委員 今日の報告でありました訪問看護の実態調査につきまして、意外に小規模事業所が多くて、小規模事業所ほど歯科医との連携が取れていないようだとのことでしたが、そういうところともうまく連携を取る必要があると思いました。

また、退院支援時のカンファレンスに参加するのが望ましいのですが、もっと参加させるようにするのはまだまだ難しいですが、その代わり在宅になった時にスムーズに生活を始めていただくために、栄養のことを考えて早期に回復していただきたいと考えておりますので、本人が口の中が痛いと言っていないくても、例えばごはんを食べることができていても、歯科医師から見ると問題があることが非常に多いです。吹田市の寝たきり高齢者等訪問歯科事業というのがありまして、健診事業なので、痛みなどの主訴がある人ではなく健診事業として訪問した方々ですが、その結果で72パーセントの方が要治療判定でして、何かしらしなければならないことがあるわけです。これらの方は退院直後ではなくて、もう少し安定された時の状況になるかと思いますが、退院されたところであればなおさらお口の中の問題は多いと思います。体重が変わっただけでも入れ歯が合わなくなっていることが多いですので、そう考えると、お口は食べるとかしゃべるというだけではなく、栄養の入り口であり呼吸の入り口でありますから、口腔内の確認の重要性について訪問看護の方々にも説明する必要があるかと思いましたが、連携を進めていかなければいけないと再認識した次第です。

事務局 その他、退院支援について、在宅医療に係る資源の把握、市民の意識、転院が必要なケースへの対応等について、何か御意見がありましたらお願いいたします。

委員 吹田市医師会で去年アンケートを実施しまして、医師会の中で在宅をする先生についての情報を集約しております。今一覧として作成中ですので、近く医療機関にお示しできるようになるかと思えます。このアンケートを取る時に、入院医療機関への提供を前提として聴取しておりますので、まずは医療機関への情報提供になるかと思えます。その他への情報提供については未定です。

委員

今、市民アンケートを取っていただいているので、その結果も踏まえて市民の意識ということについても議論が進んでいくのだろうと思いますが、大病院志向という方は確かにいらっしゃるのは事実でして、最近はずいぶん減ってきているのかと思うところはあるのですが、何でもかんでも阪大病院で診てもらいたいという患者さんは時々経験します。

また、阪大病院は紹介いただく紹介率は94から95パーセントと非常に高いですが、逆紹介率が実は紹介率ほどは高くありませんで、60パーセントくらいです。ということは、その差の患者さんは阪大病院として抱え込んでいるという現状がございます。それが、専門的医療を一刻も早く受けたいとって紹介をいただく時に、予約が取れるのが2か月先、3か月先というようになってしまっている現状もございます。私たちの反省点といたしましては、ある程度阪大病院で定期的にフォローしないといけない患者さんもちろんいらっしゃいますが、そういう場合でも、地域のかかりつけの先生と一緒にフォローするという形を患者さんに説明するということと、御紹介いただいた患者さんはなるべく逆紹介という形で地域の先生方にお返しする形で回していけるようにしたいと思っています。

委員

今の御意見に関連いたしまして、平成18年に医療法が改正されました時に、在宅医療をもっと回そうということでひとつ導入したシステムとして、地域連携パスというのがあるのですが、大腿骨頸部骨折から脳卒中や心筋梗塞など、いくつか名前としてはあるのですが、まだ完全にうまく機能していないことがあります。大病院から開業医の先生、在宅の先生におつなぎするものとして、難しく考えないでA4サイズ1枚程度の工程表として、病院の先生や地域の先生が見てもわかりやすく、患者さんが見ても自分が今どういった流れの中にあるのがよくわかるようなものがあれば、もっと進むように思うのですが、それがうまくシステム化されていないのです。作成について点数がついていないものですから、導入されにくいのですが、特別な疾患のための地域連携パスではなく、在宅に結び付けるためのどんな病気であっても使える1枚のシート、地域連携パスを、この地域だけでもやりましょうというものがあってもいいのではないかと思います。そういったものを退院支援のカンファレンスの時に使用して、関係者が共有できるものとして使えればと思います。

事務局

どういったものが適切か、課題としていきたいと思っています。

事務局

各病院によって、退院支援についてのマニュアルを作成されているかと思いますし、あとはそれを在宅に向けて使えるものということかと思いますので、またお声を聞きながら何人かで集まって勉強会のようなものを作るのも不可能ではな

いかと思いますので、検討してみたいと思います。

委員

実際に退院支援をしている者として、高齢者の方々の経済的な問題というものが一つ課題であると感じています。

厚生労働省のデータをみても、低所得者層と言われる年金10万円くらいの世帯の方は、大きく在宅へ帰っていきだろろうという報告が出ておりました。当院の患者層を見ていても、年金所得月10万円前後の方というのが非常に多く、その方が在宅医療を受けながら介護保険を利用するということになる、経済的な負担が結構重くのしかかってくる。入院を1週間程度で切り上げて、また退院についても在宅に見通しをもって調整したいところですが、根本の経済的基盤について非常に不安を感じておられる高齢者の方が多いので、その問題をどうするか大きな課題であると感じています。

私たち相談員のマンパワーの問題もありますし、若い職員も多くおりますので、なかなか高齢者の方の生活をアセスメントする力も弱いところもありますが、日々スタッフに言うのは、経済的なことはきちっと見通してあげようと、そこがなければ日々のごはんを買うこともままならないということをお話しています。

介護保険で負担しなければならないお金が出せない、少しずつサービスを削ってお断りされる方というもおられますし、そのあたりの課題というのはこれから益々大きくなっていくのではないかと思います。

それと、介護保険の認定に関する問題として、病院に入るとADLが低下する方が多いので、すぐに区分変更をしたいのですが、そうすると利用限度額も増える分サービスの利用も増やせますが、その分負担も大きくなってしまいます。また区分変更の認定結果がでないまま暫定でサービスを使うということはやよろしくないですし、自費の可能性もです。そういった細かい点についてサポートしているつもりですが、なかなか十分ではないジレンマや、在院日数が当院で10日くらいですが、その中で見通しをもって退院支援していくことに大きなパワーが必要となります。そういった経済的な点についても一つ課題として挙げていただければと思います。

事務局

ほかに御意見ございませんでしょうか。

では、次のテーマに移りたいと思います。看取りについて、何か御意見がございましたら、お願いいたします。

事務局

医師会のアンケートでもそうでしたが、在宅医療はしても看取りまで対応するのは難しいとの声もありましたが、看取りをすすめていく上で、どのあたりが制約要因となっているのでしょうか。

委員

看取りの場合、一つはがん末期で看取るという場合と、それ以外の老衰、認知症や寝たきりの場合と大きく二つあるのではないかと思います。自分の患者さんが動けなくなって寝たきりになって老衰の状態となられた場合には、自分一人でも診ることができるかもしれませんが、がん患者さんで病院からも積極的な治療よりも在宅での緩和となる場合、その看取りについては、疼痛管理であるとか、吐き気などに関して、ある程度知識を持ってかつ訪問看護と連携をとってやっていかないといけないので、そういったノウハウがないと、これまでそういった患者さんを診たことがない医療機関にとってはなかなか難しいと思います。

とりあえず在宅医療を始める場合、自分のところの患者さんだけ見るのか、その他からの依頼を受けるのかということはある程度はありますし、ある程度の状態までは診て、その後は在宅専門の先生にお願いするという方法もありますが、ある程度知識を持ってやらないといけないと思いますので、そういった知識と連携が重要だと思います。

あともう一つは御家族なり御本人の死生観も大きな要素となると思います。それを強制することはできないので、どうしても病院で亡くなりたいたいという人もおられます。その場合も、病院にいったらどうなるか、自宅にいたらどうなるかといったことも一応説明はしますが、そうなる前から前もって、終末期には自宅で過ごしたいという考えを持っている方のほうが、自宅での看取りにつながる人が多いと感じますので、市民啓発も大切ではと思います。

委員

看取りを進めていくうえで一番の弊害は何かと考えますと、在宅での看取りということを経験してないし御存じないということが一番の弊害ではないかと思います。私ごとで恐縮ですが、私が大学病院に勤務しているときに、病院で終末期を診るととても大変でした。がんの末期の方も多いですし、患者さんたちはかなり苦しまれるし、御家族もほとんどの方が泣かれるし、大変な看取りなのです。これを在宅でやるのはおそらく大変だろうと思って、かなりの覚悟をもって在宅医療を始めたのですが、でも在宅医療をしてみると、全く違うことに気づいたのです。家での看取りとはこんなに楽なのだ。何が楽かということ、患者さんが苦しめないのです。病院ではとにかく治療をしてあげたいという気持ちが強いので、一生懸命最後の最後まで治療をしますのです、患者さんはもう疲れ果てて苦しんで亡くられるのです。家では、そういう積極的な治療をまずしないので、どちらかという自然な状態でどんどん弱っていかれる、言葉を変えるとどんどん脱水を作っていくって静かに眠っていかれるのを待つだけの状態なので、ほとんど苦しめることがないのです。ですから、家で看取るということがこんなに楽なのだということをおそらく多くの先生方が御存じないの

ではないかと思います。もしかするとそれが一番の弊害かもしれません。

私は日本在宅医学会にも所属していますが、いろいろ調べますと、在宅医療の普及という点では、患者さん方もケアマネジャーさんも看護師さんもよく在宅のことを理解しているけれど、一番理解していないのは病院の医師だということが統計で出てきました。そこで、医師に在宅医療を知らせないといけないということで冊子を作成しました。そのように、医師が一番在宅医療についても看取りについてもよく理解できていないために、家での看取りが普及しないのではと感じています。

事務局 医師会の研修会などでそういった症例なども御報告されているのではないのでしょうか。

委員 症例の報告ということはないですが、今年からなるべく在宅医療をやっていたきたいということで、特に新規開業の医師に案内や情報提供をして、説明会のような機会を設定していますが、今後も定期的に症例やテクニカルな問題についても、医師会としても勉強していきたいと思っています。

また、御家族が看れるような状態でないとやはりなかなか看取りは難しいと思いますので、独居でも自宅で看取りをとという話もありますが、なかなかそれは難しいと思うので、現実問題家族ができない場合は看取りに持っていくのは難しい場合もあるかと思っています。

委員 吹田市では看取りは増えているのですか。病院での死亡は少しずつ減っていると思うのですが。

事務局 死亡場所だけ見ますと、自宅で亡くなっている方の件数は少なからず増えてきています。それが看取りなのか他の状況なのかまではわからないですが。

委員 私もそれについて興味があって調べてみたのですが、確かに病院での死亡は若干減っています。自宅での看取りが増えているかというところとちょっとそれは違って、看取りでの数は増えているのですが、その中に施設がかなり入っています。施設で亡くなった方は自宅看取りとして今は分類上入ってしまうので、あれを分けないと正確なことはわからないと思いますが、施設が増えているなどその時は感じました。将来亡くなる方が増えた時に、病院では対応しきれないということが問題なので、少なくとも施設での死亡が増えることも意味があることだと思います。

事務局 本日配付資料の資料7を御覧いただけますと、後ろから3枚目のデータで、確

かに病院での死亡が減ってきておりまして、自宅での死亡が若干増えてきております。また老人ホームでの死亡も増えてきているということがこのデータからもわかります。

事務局 そろそろお時間が近づいてまいりましたが、何か総括的な御意見などお願いできますでしょうか。

委員 行政的にもものを言わせていただきますと、これからの高齢化社会では医療機関が病院での死亡になかなか堪え切れないということが現実問題としてありますから、そういった意味で、施設であれ御自宅であれ、そういったところで吸収せざるを得ないと思います。そういう時にどういった各論を地域でみていくかということに尽きると思うのですが、豊中市の保健所で在宅医療の懇話会というのをやっています、豊能圏域全体での在宅医療をどう進めていくかということで検討課題になっているのですが、吹田市のようにこのような懇談会をもって御議論いただく検討の話題を、我々としては豊能圏域全体に広まればよいと思っているのですが、そういったところへ施策の反映もできればと思いますので、吹田市からもいろいろ御示唆いただきたいと思います。

もう一つ、在宅という割と身近に感じるけれども、やはりバックベッドの病院などを考えますと、吹田市だけではとどまらないので、少し広域で考えないといけない部分もありますので、それも行政の役目ではないかと思っておりますので、また吹田市との連携をよろしくお願いします。

事務局 ありがとうございます。本日も非常にたくさんの御意見をいただきましたので、またこれをまとめまして、これからどんなことができるかということにつきまして、議論を深めていきたいと思っております。本日の議事はこれで終了でございますが、最後に事務局の方から報告事項がございます。

1点目は、前回懇談会で御意見をいただきました医療に関する市民アンケートについて、中間報告をさせていただきます。

事務局 健康に関する市民アンケートについて説明（資料5）

事務局 もう1点御報告がございます。在宅医療・介護連携推進協議会の作業部会に位置付けられております吹田市ケアネット実務者懇話会の報告につきまして、御報告させていただきます。

事務局 平成28年度第1回吹田市ケアネット実務者懇話会について説明（資料7）

事務局

それでは、以上をもちまして、すべて終了いたします。次回につきましては、12月22日（木）を予定しておりますので、年末のお忙しい時期での開催となりますが、御予定のほど、よろしく願いいたします。開催の案内は別途お送りいたします。

それでは、終了といたします。本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。