

## 平成28年度 第1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)7月21日(木)午後2時から午後4時まで

### 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、  
済生会吹田病院 小山委員、  
吹田市訪問看護事業者連絡会 訪問看護事業者部会 新田委員、  
大阪府吹田保健所 谷口委員、  
おおさか往診クリニック 田村委員(臨時委員)

吹田市歯科医師会 岡本委員、  
国立循環器病研究センター 長束委員、  
済生会千里病院 高元委員、  
市立吹田市民病院 戎井委員、

### 4 欠席者

なし

### 5 案件

- (1) 吹田市医療審議会での吹田市地域推進懇談会に対する主な意見及び、吹田市在宅医療・介護連携推進協議会の報告について
- (2) 吹田市の在宅医療の医療資源等について
- (3) 在宅医療等の現状について  
～おおさか往診クリニック 田村学 理事長より～
- (4) 平成28年度吹田市地域医療推進懇談会の進め方について
- (5) 在宅医療推進の環境づくりについての課題
- (6) 医療に関する市民アンケートの実施について
- (7) 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、平成28年度第1回吹田市地域医療推進懇談会の開催をしたいと思います。お忙しい中、御参集いただきまして、誠にありがとうございます。まずは、本日の傍聴者についてですが、傍聴希望者が2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。

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、ICレコーダーを使用させていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、はじめに事務局より御挨拶申し上げます。

事務局

平素より吹田市の保健医療行政に、多大なる御協力を賜りまして、厚くお礼申し上げます。本市では、「健康・医療のまちづくり」を推進しております。本年4月に健康医療部という組織を新しく立ち上げました。その中に地域医療推進室という室を設置いたしまして、10名ほどの職員が所属しておりますが、手探りではございますが、今後地域医療の推進のために、市としても努めて参りたいと考えておりますので、皆様方には御指導、御べんたつ のほど、よろしくお願いいたします。

最近の大阪府下での地域医療をめぐる医療行政の動向といたしましては、平成26年度に医療介護総合確保推進法が制定され、地域医療構想や、病床機能報告制度の動きも進んでいますが、大阪府においても地域医療構想が策定されました。今年度については、その地域医療構想に基づき、下部組織としての、病床機能の懇話会や在宅医療の懇話会が2次医療圏単位で設置され、将来の医療需要に見合った供給体制の検討というのがこれから進んでいくものと承知をしております。一方で、在宅医療というテーマ一つを取りましても、地域包括ケアシステムの中での大きな要素の一つでもございまして、この観点から2次医療圏での検討も当然のことながら、我々介護保険者である市町村単位としても、在宅医療の推進等に関してはしっかりと議論し、課題解決に取り組んでいかなければならないと認識しております。より地域に密着した形でということで、この地域医療推進懇談会を設置いたしまして、今年の2月に第1回目の本懇談会を開催させていただき、今年度の第1回目として、本日開催をさせていただくのですが、引き続き吹田市民にとって望ましい地域医療、在宅医療の環境づくりについて検討していきたいと思っております。

この懇談会でのテーマは、在宅医療とかかりつけ医等の定着促進ということでございますが、今年度は、主に在宅医療の課題の抽出と、対応策の検討をしたいと思っております。かかりつけ医等の定着促進の普及啓発につきましては、今年度、吹田市民にアンケートを取りまして、その結果を踏まえて、

皆様方と議論をさせていただければと思っております。

吹田市における在宅医療の推進をテーマとした会議は、この懇談会と、在宅医療・介護連携推進協議会を別途設けております。在宅医療の推進と医療介護の両輪で効率的に検討を進めていきたいと思っております。この懇談会については、今年度4回開催したいと考えておまして、2回目以降はテーマごとに課題の抽出をしていければと思っております。また、本日はおおさか往診クリニックの田村先生にもお越しをいただきまして、お話をいただくことになっております。是非、色々と教えていただければと思っております。

これらを通じまして、それぞれの立場から感じる課題等をお話いただきたいと思っておりますし、共通認識を揃えながら、課題に対する対応策について検討できるような、実のある協議の場になればと思っておりますので、本日も忌憚ない御意見をいただければと思います。この会議は限られた時間ですので、時間が足りないということがあるかもしれませんので、その時は後日、事務局に御意見をおっしゃっていただければそれも取り入れたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

事務局                      それでは、委員の変更がございましたので、変更のあった委員のみ御紹介させていただきます。

吹田市薬剤師会副会長大森委員でございます。

大阪大学医学部附属病院保健医療福祉ネットワーク部副部長の赤坂委員でございます。

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業者部会より、吹田市医師会立訪問看護ステーション管理者の新田委員でございます。

おおさか往診クリニック理事長の田村委員でございます。田村委員につきましては、今回臨時委員として御出席していただいております。

事務局                      それでは次第に従いまして、案件に入りたいと思います。案件（1）について、事務局より御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1-1、1-2、1-3）

事務局                      それでは御質問などございますでしょうか。

委員                          退院時支援のツールがあると御説明があったのですが、どういったものなのか一度見せていただけるとありがたいです。退院時支援加算1を取って、多職種カンファレンスを開催しているため、そういったときの参考にさせて

いただきたいです。

事務局 本日は、御用意をしておきませんので、後日お持ちさせていただきます。

事務局 そのほか、御質問等がございますでしょうか。なければ、次の案件にいき  
たいと思います。

事務局 案件（２）について説明（資料２－１、２－２）

事務局 今回、このデータ作成に当たりまして、吹田市医師会から貴重なデータ提  
供をいただきましたこと、お礼申し上げます。

今の説明を聞いて、何か御質問等がございますでしょうか。

委員 在宅医療等の医療需要に対する供給体制について、在宅患者数を診療所数  
で割っている箇所ですが、在宅患者訪問診療対応可能診療所１件当たり人数  
については、ひとつの診療所が、その時点で担当している人数であって、１  
日に訪問診療をしないといけない人数ではないという説明であったと思う  
のですが、それでよろしいですか。

事務局 地域医療構想の説明において、毎日この方たちが全員医療の提供が必要に  
なるわけではなく、一つの診療所が担当する件数と表現されています。

委員 現行では、平均して 39 件程度診ていることになるということでしょうか。

事務局 地域医療構想では、慢性期病床入院中で、医療区分がⅠの方の 70 パーセ  
ントは在宅に移るだろうというようなイメージで考えられています。例えば、  
その方たちに毎日訪問診療が必要になると言われると、そうではないです。  
また、この資料において在宅患者訪問診療対応可能診療所 1 件あたり件数な  
どとしておりますが、これについても医療需要人数を、現行訪問診療を実施  
されている診療所で割って算出した件数ですので、将来的に新しく訪問診療  
をされる診療所も増えている可能性もあるかと思っておりますので、あくまで変化  
の参考値として見ていただければと思います。

事務局 その他、御質問などはありませんでしょうか。よろしければ、案件（３）  
に移りたいと思います。

委員 案件（3）について説明（パワーポイントにて説明）

事務局 お聞きしたいこともあるかと思いますが、御質問については、議論の中でさせていただくこととして、次の案件に進みたいと思います。

事務局 案件（4）について説明（資料3）

事務局 それでは、この説明を踏まえまして、案件（5）に進みたいと思います。本日は、在宅医療推進の環境づくりの四つの論点のうち、「①日常的な療養支援」と、「②往診体制や入院病床の確保など急変時の対応について」について議論をしたいと思います。

まずは一つ目の論点について、日頃お感じになられている課題等について、委員の皆様から御意見をいただければと思います。

委員 医師会加入の診療所は、概ね1人で開業をしている方がほとんどですので、そういう診療所が在宅医療を行うとすると、1人でやっているため、24時間365日の対応をするのは難しいことが多いです。例えば、外来診療をしていて、担当している患者が急変した場合には、一つの方法としては、訪問看護師が先に現場に行き、状態を診て判断をすることもありますし、訪問看護師が行くまでもなく、急変時対応が必要で、救急車を呼んでもらうこともあります。それはその人の状況によると思いますが、訪問看護師がファーストコールを取ってくれて、医師に連絡するのか、看護師が訪問して対応するのかななどの判断をしてくれる体制があると対応しやすいです。

また、急変した人の入院が必要となった場合に、特に夜間・休日にベッドがあるとスムーズです。空きベッドがないために、最終的には救急車でどこの病院でもいいから入院できる病院に行ってもらおうというのは望ましくないですので、出来れば急変時にも、連携した病院で診ていただける体制があると、診療所の医師が1人だとしても在宅医療がやりやすくなると思います。

これから在宅医療についての需要は高まってくると思いますし、在宅医療を行う医療機関を増やす方法として、一つは新規開業の医師に在宅医療等についての情報提供なども行っていきたいと思っています。看取りはまだ先だけれども、例えば脳血管障害で寝たきりになったから、月1回は往診しないといけないという患者さんは一定程度いるでしょうし、そういった場合を含め、これまで外来診療で診てきた患者さんが何らかの理由で在宅医療を受ける必要が出てきた場合には、なるべくかかりつけ医が在宅医療を数件でも担当できるような体制を増やすことが必要だと思っています。しかし、がん患

者さんや看取りが必要な患者さんの対応については、在宅医療専門医でなければなかなか大変だと思いますので、往診専門医との関係を作ったり、多職種と連携しながら構築できればと思います。

委員

私のところは、在宅医療専門というわけではなく、外来患者を月に数十人は診ています。主には在宅医療が中心になるので、外来の方が来られても、本日は予約になりますという形で診察をしています。

開業医の先生が在宅医療を行うというのは大変だと思います。病院に通院することが困難になり、しかし夜中に急変して緊急対応が必要になるリスクがまだ少ない状態の方もおられますので、そういう方達を開業医の先生方が1か所で5人でも担当されると、地域全体としてかなりの数の患者さんを在宅医療で診れるようになると思います。そういう方達の状態が、夜中などの急変のリスクが高まってきた段階で、在宅医療を専門に行っている機関に引継ぐという形もあるのかなと思っています。実際に開業医の医師から、看取りが近くなってきた患者さんの依頼を受けることもありますので、こういうことが一般的になっても良いのかなと思います。

委員

開業医からの紹介で入院された患者さんが退院する場合は、その開業医に退院後のフォローも引き続きお願いしていましたが、その患者さんの在宅での夜間の急変回数が増えてくるような状態になった場合に、在宅医療を専門にされている医師に繋いだというケースが3件程度続いたので、こういう連携があってもいいのかなと思っていました。このような先生同士の連携のあり方についても、市民の方に知ってもらえると、在宅医療や御自宅で亡くなるということについての市民の方々のお考えも変わってくるのかなと思っています。

また、診療中に状態が急変して連絡があったときに、訪問看護師が状態を確認して、医師に連絡をする方法の連携を取るとスムーズであるというお話がありましたが、どこの会議や研修に行っても、訪問看護にそういったことが求められているという事情も分かっているのですが、訪問看護ステーションは、小規模事業所で最低2.5人の人員で行っているところから、大規模事業として10人越えのところまであります。大規模事業所は大きな病院などが運営していることが多いですが、個人で開業しているような小規模事業所は凄く少ない人数で、ケアマネジャーや医師と相談した定期訪問スケジュールがびっちり組まれた中でやっています。その中でファーストコールは看護師でと、すごく期待をいただいているのですが、訪問看護師も電話がかかってきたときにすぐ動けないということが多々あります。心苦しいと思っています。

ると同時に、利用者さんにも、病状的にかなり深刻な場合には、直接医師に電話してもらうようにと伝えていきます。

また、訪問看護師は本当に増えなくて、職場として魅力がないのかなとも思います。1人で利用者宅に行き、1人で病状判断をして、医師に報告をする、その報告基準が看護師によって経験値が違うので、背負うものが大きすぎて辞めていく看護師が多いです。

私が訪問看護師を始めた頃は、子育てが落ち着いて、長期間ブランクがあっても良かったのですが、今の在宅医療は違って、医療依存度が高い方、病状が深刻な方、神経難病の方、がんの末期の方も増えました。そうすると、長期間ブランクがある看護師では対応が困難で、訪問看護は負担が大きいと言って辞めてしまいます。今は、病院が50代の看護師でも正規職員を雇用するようになり、子育てが終わった看護師は病院に戻っています。そうすると経験がある訪問看護師がいなくなり、市民の方や医師の御要望に応えられなくなってしまうと感じています。看護師も教育をして、訪問看護に魅力があることを分かってもらい、在宅医療に携わってもらえたらと思います。

事務局

今お話をお伺いしていると、論点の「②往診体制や入院病床の確保など、急変時の対応について」まで議論は時間が足りないかと思しますので、今日は一つ目の論点にしぼって進めていきたいと思えます。

委員

看取りをされている先生方、看護師の方々には頭が下がる思いです。歯科として何が出来るかという、患者さんの食を支援したり、看取りまでのQOL（生活の質）を維持できるようなお手伝いができるのではないかと考えています。歯科医師会からも、退院時カンファレンスには出席するようにと声かけをしていますが、参加できていないのが現状です。吹田の歯科医師会としては、先ほどのデータからも分かりますように、在宅医療を行っている数としては、他市よりも多いのが現状です。また、食の支援が必要となった場合には、歯科医師会に声かけをしていただいて、お口の中をチェックさせていただき、治療できるところは治療し、なるべくお口から食事がとれるようにしたいと思っています。歯科医師については、夜間の対応が無い分、昼間の診療時間中に1人でも対応しておられる医師が多いのが現状です。ただ、これも限度を超えてくると難しくなりますが、現状では日中の空き時間に訪問し、対応しています。例えば、以前にかかられていた患者さんが入院し、退院してきた後で、在宅で続けて診ているとか、かかりつけ医ではなかったけれども、歯科医師会経由で紹介され、在宅の対応をしているというのが現状です。急変時の対応というのは、歯科に関しては少し別だとは思っています。

が、食べることというのは、御本人にとって、いつでも楽しみなことだと思いますので、そこを支援できればと思います。

委員

薬剤師会も9割の薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出をしているのですが、実際に在宅訪問をしているのは4割程度です。その理由を考えると、宣伝が少ないということがあるのかもしれないのですが、訪問看護師が薬をセットしていただいているところが結構あるようで、御本人があつた薬局の薬剤師に薬を持って来てほしいと希望されても、ケアマネジャーが、それは訪問看護師が対応してくれるからと断るケースもあるように聞いています。先ほど訪問看護師さんが、人が少ない中で対応しているというお話をお聞きして、非常にもったいないと思いました。薬局が出来ることは薬局に任せていただければ、看護師さんは必要なことに注力できると思います。薬剤師会に御一報いただければ、近くの薬局を紹介もできますので、御連絡をいただければと思います。

先ほど、在宅で求められる医療技術のお話があつたのですが、卒業してすぐに調剤薬局に就職する薬剤師もおりますので、中心静脈栄養などの知識が無い薬剤師が多いのも確かです。無菌調剤についてなど、研修をして対応していこうと考えているのですが、吹田市内には無菌調剤の施設が2か所しかありません。2か所程度では足りないと考えているため、無菌調剤の許可を取って、施設を何か所か作っていかないと今後は不足していくと思います。

また、在宅でかかりつけ医の医師が診ていても、精神科だけはタクシーで何とか通院しているなど、複数の医師が関わっていることも多く、薬については一つの薬局が管理するのですが、医師同士の横の連携が難しいようで、結構薬で大変なことがあるので、横の連携があれば良いと思います。

委員

日常的な療養支援ということになると、平たく言えば、在宅医療の裾野を広げようということになると思います。かかりつけ医の立場からすると、24時間365日の対応というのは大変でしょうし、ただ、これをどうにかしないと裾野は広がらない。そうすると、単純ですがグループ化が必要になると思います。薬局も同じく、一つの薬局だけで頑張ろうと思うので負担が大きくなるのであって、薬局も夜間にオーダーが入れば調剤をしていかないといけないでしょうし、そういった意味ではグループ化をしていくのは、医師と同じで大事になってくると思います。

また、論点の二つ目にもかかってくる話になるのですが、やはり何か起こったとき、状態が急変した時の不安が大きいので、在宅医療の裾野を広げようと思う時には、急変時の病院の受け入れ体制が必要になってくると思いま

す。

また、医療需要の件について、地域医療構想の数字を出していただいて、説明でも十分おっしゃっていただいていたので、誤解はないかとは思いますが、絶対値にはこだわらない方が良いでしょう。2015年から2025年に医療需要が「伸びる」というところに注目をしていただいて、それをどうするかと考えていただくことが大事だと思っております。そういう意味からしますと、データとして見ると、吹田としてはもう少し頑張って在宅医療の裾野を広げる必要があるのではないかと思います。

事務局

先ほど、委員のお話しの中で、独居の介護体制でも、看取りや在宅医療はしやすいというお話がありましたが、その真意をお伺いしたいのですが。

委員

家族がいる場合とそうじゃない場合についてですが、看取りをするのに一番困難なのは、遠くにいる家族、遠くにいる親戚が来られた時が一番大変になります。いつも一緒にいる家族については、今から亡くなられる御本人の様子を十分見てきておられるわけですし、十分に介護も頑張ってきておられ、私たちがきちんと説明しているのですが、このまま病院に行かなくてもいいと、皆様が同意されているのですが、時々親戚が来られたり、助言をされる方がいたりすると苦勞します。それよりも誰もいない、本当の天涯孤独の独居の方というのは、とても温かい看取りができるということをつくづく思います。

事務局

家族による介護がなくても、24時間の訪問介護サービスや訪問看護が対応することで十分対応できるということですか。

委員

十分対応できます。看取りが一番大変だと思うのは、家族への説明になります。看取り自体は、死亡診断をするだけなので大変ではないのですが、心労が一番大きいのは、そこに至るまでに、家族に順番に説明するところです。看取りは家族への説明が一番ポイントになると思います。

委員

今のお話をお聞きしておりまして、独居高齢者は大きな問題で、私も問題意識を持っているのですが、介護のマンパワーというのもきちんと置いておかないといけないだろうと思います。家族、親戚に変わりうる介護のマンパワーを充足していく必要があると思います。

事務局

今日は、二つの論点について議論を行う予定でしたが、論点の①について、じっくりと御意見を出していただきました。この意見を事務局でまとめまし

て、次にこの制約要因や課題について、事務局で設定をさせていただいて、論点を深めていきたいと思います。

続いて、案件（６）について事務局より説明をさせていただきます。

事務局 案件（６）について説明（資料４－１、４－２）

事務局 それでは最後に案件（７）について事務局より、説明をさせていただきます。

事務局 案件（７）について説明（参考資料４－１、４－２）

事務局 残り時間が少しありますので、そのほか御質問等がございますでしょうか。

委員 一つお聞きしたいのですが、うちで小規模看護多機能施設を考えておられて、在宅医療を推進していくに当たって、有用なものになると考えているのですが、いかがでしょうか。今回、吹田市で募集をされているのですが、土地がございませんので、今回はエントリーできなかったのですが、やはり在宅医療を推進していくにあたっては、そこでレスパイト入院であったり、退院からワンクッションを置いて在宅に戻られたり、入院が必要だけれども少し待てるのであれば、そこを利用してそれから入院する、などの使い方をすることによって有用性が発揮できるのではないかと思います。

委員 とても良い存在、位置にある施設だと思いますし、増えると有益だと思います。ただ、そのシステムを作った後で、国がずっと続けてくださればよいのですが、２年おきぐらいに小規模多機能の位置を、どの位置付けにするか変更される不安もあるかとは思いますが。

委員 小規模看護多機能を利用するとなると、ケアマネジャーを変更しないといけなくなるということで戸惑うことがあるとは思いますが。

委員 レスパイト入院などで本当に活用できるのであれば、大変ありがたいことだと思います。次回以降のテーマでも上がってくるとは思うのですが、在宅医療をやっていくうえで、レスパイト入院というのは本当にありがたい存在です。

委員 病院でもできるし、小規模看護多機能でもできるということで、ただ、病

院が管理する小規模看護多機能であれば、当院の医師が行けるようにもなり、そこで在宅の先生方にも安心していただけるのではないかと考えております。

委員 入院は、何らかの病名、何らかの重症度がないとできませんので、レスパイト入院については本来でいうとなかなか難しいと思われまますので。

委員 こちらも、在宅医療をされておられる医師の講演を聞き、院内の意識も変わりつつあるので、どういうことができるのかを考えているところです。

委員 老衰で歩けない、食べられなくなり、急変して肺炎になるという方が多いかと思うのですが、この場合ですと救急車を呼ばないかもしれないですが、食べられる状態で肺炎を起こしたとなると、在宅医療の医師が対応している場合には、そのまま肺炎を在宅で治療するということになるのですか。

委員 がんではない方の誤嚥性肺炎というのは一番悩ましい問題で、どこまで治療をしようかというのは、病院の方とよく悩んでいるところなのですが、私たちの基本方針としては、肺炎については急になるので、とりあえず病院に紹介することが多いです。

がんなどではない方の場合、家族がこのまま最期まで看取りますという気持ちにはまだなっていないですし、看取りの説明もしている段階ではないです。看取りの説明は、ある程度予後が残り数か月という方に対して説明することが多いので、こういう方の場合はまずは入院となります。そして、そこで入院先の先生に、肺炎は繰り返すということを説明してもらうようにしています。今回は入院で治ったけれど、またすぐに肺炎になる可能性もあって、次回以降は病院に来ないという選択肢もあるということ、病院の医師からも説明し、在宅医療を担当する医師からも同じ説明をする。これを繰り返すと、患者家族も受容ができるようになっていきます。時間がかかりますが、これをしていくしかないと思っています。中には、3回、4回と肺炎のたびに入院する患者さんもおられて、御本人もしんどいですよということもお伝えしているのですが、この対応については千差万別です。2回程度の入退院を繰り返すと、今度は在宅で点滴治療をしてください、それでもダメであれば寿命ですよと患者家族がおっしゃられることも増えてきています。一つは市民教育だと思います。市民講座で、この年齢になって肺炎を起こすのは自然の流れですよということを知っていただくということも大事だと思います。

委員 歯科医師会の立場としては、誤嚥性肺炎の予防に対して 10 年前から取り組んでおりました、看取りの時期が入ってくると別の話だと分かっているのですが、私たちがしたいのは予防です。誤嚥性肺炎を予防してQOL（生活の質）を上げたいと思っています。我々も講演会でお話しをさせていただくことがあるのですが、ある程度限度を超えると、これは当然起こりうる過程なのですよということを意識して市民に伝える必要があるのかなと思いました。

事務局 委員から市民教育のようなものが必要と言われたのですが、国、自治体に関わらず、人生の最終段階における療養環境等について、行政はタブー視してきたところがあるのかと思います。最近活発に議論を始めようという機運が見られるかと思うのですか、その中で、今回の市民アンケートにおいて、御自身が最期をどこで過ごしたいか、あるいは自分の家族の最期はどこで迎えさせてあげたいか、ということについてアンケートを取り、その結果を見ながら、その先に啓発をやるかどうかを検討するということになるかと思っています。介護でもこういうことをしないといけないという認識をし始めたところですし、我々としても出来ることはしていきたいと考えているところです。

委員 在宅医療をしていただいている医師の負担が大きいので、その負担を少しでも減らすための一つとして、救急の医師というのは、いざというときの対応が上手であるため、救急の医師に声かけをすれば手伝ってくれる医師が出てくるのではないかという話がありました。選択肢の一つとして、救急の医師を引き込むというのはあり得るのでしょうか。

委員 多くの救急の医師は在宅医療を見据えているのではないかという印象があります。私のところで、研修をして開業された方も救急の方ですし、救急をしていた大学の教授をされていた方が、在宅医療をしたかったとお話をしに来られる方もいました。救急医療と在宅医療の大きな違いがどこかというところ、救急の医師は来た患者の全ての物語を短時間で聞いて、想像し、延命等の処置をするかどうかを説明する必要がありますが、在宅医療は長い時間の中で、方向性が変わったりすることもあり、時間的な余裕があるのは、在宅医療でありがたいところです。

委員 救急医療の素地をもった医師が在宅医療にシフトチェンジしていただける可能性があるということですね。

