

平成28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28年（2016年）12月22日（木）午後2時から午後4時15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、
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、
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

市立吹田市民病院 戎井委員

5 案件

- (1) これまでの議論のまとめ
- (2) 在宅医療推進の環境づくりについての対策の方向性について
- (3) 医療に関する市民アンケート調査の速報値について
- (4) 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。よろしく願いいたします。

本日、市立吹田市民病院の戎井委員につきましては御都合がつかず御欠席とのことで、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。

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

事務局

前回の10月13日の懇談会では急変時の対応や退院支援、看取りに関する課題に関して、議論をしていただきまして、在宅医や訪問看護師等の医療資源についてのリスト化やマップ化の必要性や、バックベッドに関する具体的な現状や課題、また、訪問看護と薬局の役割分担や連携等、様々な御意見を頂戴いたしました。これまで、2月から通算3回にわたりまして、御意見を頂戴し、一通り在宅医療推進の環境づくりについて課題抽出ができたのではないかと考えております。本日の案件といたしましては、これまでの議論のまとめをお示しした後、それらを踏まえまして、各課題に対する対策の方向性について御議論いただければと思います。次の案件としましては、本懇談会のもう一つのテーマであります、かかりつけ医等の定着促進について、今年の夏に実施しました市民アンケートの速報値が出てまいりましたので、その報告をさせていただきまして、さらに深く分析するための視点等につきまして、御意見を頂戴したいと考えております。

それでは、まず案件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）について事務局より説明（資料1）

事務局

事務局からの説明が終わりました。何か質問等はございますでしょうか。これは、これまでの議論のまとめを報告させていただいたものになりますので、質問がないようであれば、次の案件に移りたいと思います。

案件（2）は在宅医療推進の環境づくりについての対策の方向性についてでございます。資料1の対策の方向性に、これまで頂戴した御意見を記入しておりますが、空欄となっている箇所もございますので、そちらを埋めていきたいと考えております。本日については、この課題に対して、各機関や行政においてどのような対策が必要であるのか、または医療関係者間等でどのような仕組みづくりが必要であるのか等、課題に対する対策の方向性についての御意見を頂戴したいと考えております。これまでの御議論の中で、すでに御提案をいただいていることもございますが、それについて

の補足でありますとか、より具体的な御提案を含めて、御意見を頂戴できればと考えております。

資料1では、日常的な療養支援、急変時の対応、退院支援、看取りと四つのカテゴリーに分けておまして、そのカテゴリーの中には、小区分がございます。本日は、その小区分ごとに委員の皆様から御意見を頂戴して参りたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

それでは(1)医療供給体制の量的質的整備について、御意見を頂戴できればと思います。

委員

これまでと重なる部分が多いかと思うのですが、まずは在宅医療を行う医師を増やすのが課題だと思っています。そのための一つとして、新規開業をされる医師に対して在宅医療に関する情報提供、勧誘を行っていき、増やしていく。そして、内科が多いかと思うのですが、かかりつけ患者が通院できなくなったときに、自分でも訪問診療しようということに対して情報提供をしていきたいと思います。また医師会の中でもどういった状況になれば、どこのクリニックが診るといようなシステムにはなっていないのですが、頻回に変化があるような状態まではかかりつけ医が診て、その後重症になってきて、休日や夜間の呼び出しが多くなれば、その他の訪問診療をやっている医療機関、もしくは、在宅専門の医師との連携というように、在宅医療専門の先生との関係を構築していきたいと考えています。

事務局

ありがとうございます。対策の方向性に記載している診療所医師や新規開業医への情報提供等の内容について補足をしていただきました。

委員

今、やはり我々の病院でも問題になっているのは、施設に入所している高齢者が急変したときに、いきなり救急車を呼ばれて、その施設にも相談するドクターがいるかと思うのですが、そのドクターがすぐに救急車を呼べと指示を出す。ほとんど意識のない寝たきりの認知症の方であったとしても、全て救急車で運ばれてきてしまう。家族が来ると、高度な医療は必要ない、して欲しくないと言われる。詳しく話を聞くと、施設にも蘇生処置拒否の同意書を出していて、急変しても何もしないという承諾を取っているというケースが結構ある。そういった部分に対して、在宅医のように急変した場合に施設に行って、対処をするような体制ができていくべきではないかと思っています。

もう一つは、吹田市として在宅医が少ないということで、在宅医を増やすための支援を何かされるのでしょうか。例えば、吹田市内で在宅医療の開業に関しては優遇するといった支援や、募集をかけるといったことは考えておられたりするのでしょうか。

事務局

今、議論をしていただいていることで、色んな課題が浮き彫りになってきていると思います。何がネックになっているのかが段々明らかになっていますから、補助を出した

り、税制上の優遇をすることで、在宅医療ができるかどうかという因果関係については、医師会とお話しをさせていただいたりしながら、それが有効であるか、他市で成功している事例があれば、当然検討すべきとは思いますが。まずはそういった御意見をいただいたので、それがいいのかどうかも含めてしっかりと考えさせていただきたいと思います。

我々も医師会にお願いをするだけでは仕方がないので、我々ができることはやらせていただくべきだと思います。私が念頭にあったのは、医療介護総合確保基金が開始してございますので、この基金を使って医師会にやっていただくのが一番普通の進み方かなと思っていましたが、市の財源を持ち出して、何かやれることがあればやらせていただくかとは思っていますので、検討はさせていただきたいと思います。

委員 医師会を中心に在宅医療を進めていくのは当然だと思いますが、話によると在宅医療をやっておられる医師については、医師会に所属していないということが多くあるので、必ずしも全てそちらにいくわけではないとは思いますが、そういうのがあっても良いかと思っています。

委員 おそらく、経済的な誘導では在宅医は増えないと思います。

委員 支援は経済的なものだけでも良いと思っています。例えば、在宅医の医師は何人かで組まれていますよね。そういった仕組みを作りやすくするであるとか、何人かで集まって一緒にやりましょうということができるとか。

委員 確かに何らかの道しるべとなるようなものがこちらで提示できれば増えるかなと思っています。この懇談会が発足してからの半年から一年で、在宅医が増えているという情報を中心に聞いています。新規開業された医師は、内科に限らず、外来診療と在宅をしているという医師が多いと聞いています。ただ、データとして、どこに問い合わせても分からない。医師会に所属していない医師もおられるので、多分医師会に聞いても分からないかと思っています。これはどこかで調べる必要があるかもしれないです。この医師達は個人で、点として動いているので、連携ができていません。医療資源リストをきちんと作りますので、ここに参加しましょうということを声高に言うと、ある程度の数が揃っているのではないかと思っています。

今も、吹田市民が立ち上げたケアネットの会で、すでに在宅医療に参加している医師、訪問看護、薬局、ケアマネなどを地図にマッピングしたものを出しています。出してから、半年以上たっていますので、もっと増えているかと思いますが、地図をアップデートするための仕組みが必要かと思っています。ただ、費用が必要ですので、そういった方々を行政がサポートするというのも良い方法かもしれません。一度資料を見られても良いかもしれません。要は実態がよく分からないですよね。何ををもって評価したらよいか分からないのでしょうかけれども、普通は看取りの数を調べて評価するのでしょうかけれども、緊急で呼ばれた往診の回数が年間何回なのかなどで評価しようという動きもあ

ります。在宅医療の評価項目についても少しずつ日本在宅医学界でも検討はし始めているので、それによって評価された在宅医が列挙されると思うのですが。現状はそんなところかと思います。

事務局

さきほど、委員から言われた何人かで組んでいるというのは、チームのような話ですよ。他の委員からも難しい事例になってくると、在宅医の専門医にお願いするようなシステムと通じるところかと思います。我々も医師会の会員の医師と、医師会の会員でない医師とのパイプのようなことなど、お手伝いさせていただけることはあるかと思えますので、またその辺りは御相談をさせていただきたいと思えます。

ケアネットのマップの件も、私どもも存じあげています。加えて我々の方でも、在宅医療資源のリストを作成するという事について、今年度から準備をしていきたいと考えておりますので、御意見をいただきながら、より良いものを作っていければと思えます。さきほど委員からお話しがありました施設高齢者の話についてですが、事務局から何かありますか。

事務局

看取りの加算制度などもございますので、あらかじめその要件として、御家族と施設側で最期はここまでという話がされているにも関わらず、その方が急変して、例えば夜中にも医師が常駐しているわけではないので、看護師が対応をして搬送してしまうという事例をどこまで加算の制度で縛れるのかということ、答えは持ち合わせていないのですが、役割分担であるとか、意思表示できない本人に代わって、御家族がどこまで意思表示ができるのか、それに対して施設がどういった状況であっても、どこまでのものなのかという承諾の内容の詰めが求められているのかもしれないと思えます。

委員

最期の事について誰が決めるのかということ、最期については家族が決めたらいけないわけです。これは本人の意思が重要なのですが、本人の意思は最期には分からないので、それまでの本人の意思をほのめかすような言葉を家族が聞いていた、こうして欲しいと言っていたということをもとにして、意思決定をするというのが正しい倫理の在り方です。そういったこともあるので、意思疎通が取れる段階で、ある程度のことを聞いておく。家族にも話をしてくださいねというお願いをしておいて、意思決定をする。ただ倫理の世界では、一回決めたことが最終ではない判断みたいですね。本人が苦しくなった場合に、やはり助けて欲しいということもある。こういったことも含めて、最期の看取りに対して、どういう風にインフォームドコンセントを取っといたらいいのかことも、色んな方々が研究される方がよいと思えます。

特にかかりつけ医の医師が長い期間診ている間に、その途中でこういったことを示唆するようなことを入れていかないと、真剣に考えてくれないし、全然聞いてないという家族も多くいて、ほとんど会話したことがないという家族もたくさんおられて、最期スムーズにソフトランディングするための手順というのも、皆さんが研修していったりだとか、市民の方々もこういったことをきちんと考えてくれる機会を作っていくようなべ

ースが必要だと思います。

事務局 介護施設の連絡部会のような組織もありますので、そういったところで、施設側も悩んでいるところがあるかもしれませんので、少し投げかけの機会を持てればと思います。

事務局 我々も来年度は、出前講座で市民の方に聞いていただきたいとか、色んな機会を持ちたいと考えておりますので、自分の最期について考えていただける一助になるかもしれませんので、頭の中に入れておきたいと思います。

事務局 それではほかに御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

委員 在宅患者薬剤管理指導料の届出は多いが、実施している薬局は4割程度と書いてあり、課題は実施する薬局の増加としてあるのですが、これは薬局の増加が課題というよりは、届出をしているということは、在宅をするという意思表示ですので、結局は在宅の診療所の増加が課題になると思います。

無菌調剤の施設は、現在はそこまで数が必要でないとの委員からもおっしゃっていただきましたが、これは分からないことですので、無菌調剤に対応できる薬剤師の育成は今年度もしており、人数は増えていっています。ただ、施設は国立循環器病研究センターの前の施設もなくなってしまうので、1軒になってしまいます。出来れば、保健センターの中に無菌調剤室を作っていただけると全薬局利用できるので、良いかと考えております。

委員 ICTの活用のところですが、これは非常に必要だと思います。国立循環器病研究センターは移転したときに、市立吹田市民病院が横にきますので、その間で電子カルテの共有などは密にできると思うのですが、そこを中心として開業医の医師とICTを確立していく必要があると思います。箕面市は医師会がそういったネットワークを持っていて、それを利用して箕面市民病院とICTで繋がっていて、画像等がすぐに見られるようになっています。吹田市もそういった方向で医師会も含めて、何か対策を考えていった方が、2年半後ぐらいにはできてしまうので、できてしまってから何かをするということは難しいので、移転を前提としたICT化、特に医師会とつながるようなICTをこの機会に是非構築したいと思います。

委員 ICTに関しては、病院間もですし、在宅での診療所の連携、在宅専門の医師の連携、訪問看護等の連携で必要なものだと思います。

委員 医師会では、この年に向けて、こういったことをしようというような、何か具体的なものはないでしょうか。

委員 担当ではないので、詳しくは分からないですが、あまりそういう話は聞きません。

委員 機密性の保持というのが大事になってくるので、セキュリティのしっかりしたネットワークに医師会全体が入って、そういったものを使っている近隣市がありますので、それを参考にさせていただき、いつまでにどういうことをするというのを具体的に決められた方が良くと思います。

事務局 我々も箕面市に一度行って、勉強してみたいと思います。委員がおっしゃられるように、国立循環器病研究センターと市立吹田市民病院では色々な医療連携、例えば診療科目や対象患者、医療機器の共同利用などの検討はしていますが、今後、電子カルテやICTの話はテーマとして深堀されていく論点だと思いますので、それを見ながら医師会の先生方とどういったことができるかということを検討してみたいと思いますし、それで広がっていくのだとすると、個人情報がいかに守られるのが前提ではありますが、便利になると思いますから、一度勉強させていただきたいと思います。

委員 今のICTの件ですが、済生会吹田病院は3月にICTが入ります。現在入札をしているところです。病院のシステムには、富士通のヒューマンブリッジ、NECの場合はIDリンクという、大きなシステムがあります。その中で、吹田市の場合は14病院の中に特定機能病院の大阪大学医学部附属病院、国立循環器病研究センターがありまして、その他にも急性期病院が多数あるのですが、そうするとIDリンクを入れる、ヒューマンブリッジを入れる病院もあると思います。また電子カルテに富士通、NEC以外のところもあると思います。その中で、中間を支援する仕組みも考えていただきたいなと思っております。箕面市も池田市もそういうことを進めていく方向ではあるのですが、岡山県の場合は、ヒューマンブリッジなど他の3つのシステムが入った地域で、ネットワークシステムを確立しておりますので、岡山のネットワークの「はれやかネット」を参考にさせていただいても良いかと思えます。

委員 ちなみに大阪大学医学部附属病院でも進めているところで、吹田市に限ったものではないのですが、NECのIDリンクで、最初いくつかの病院と繋いで、いずれは希望すればこの施設からも大阪大学医学部附属病院と電子カルテを共有できるようなシステムにしようというネットワーク作りを、これから始めようとしているところです。

委員 そうすると、大きな基盤となるような病院ごとに、おのおのNECや富士通のシステムを導入したときに、相互換は難しいですね。どこかに連絡を取ろうとするとそのシステムを別に入れておく必要があるということですか。それは成立しないかと思いますが。

委員 岡山県のはれやかネットの場合は、その間に岡山県が入って、誰でも見られるような

システムを作っています。

委員 同いネットのシステムじゃなくても見られるようになっていているということですか。そうなるとうセキュリティが甘くなりそうですが。

委員 そこは解決されつつあるようで、情報を見るだけであれば、セキュリティを確保した上で、閲覧は可能だと思ひます。情報の変更をしようとするとう大変かとは思ひますが、閲覧だけであれば、他のところでもしていることかと思ひます。

委員 こういったシステムが無ければ、同じソフトを持っていないといけないということになります。

事務局 診療所の医師からすると、富士通とNECの二つとも入れてアクセスできるようにしようとするとう、費用としてかなり負担は大きいのでしょうか。

委員 回線の問題も大きくありまして、回線料は倍になります。その回線料が病院負担になるのか、診療所負担になるのかというところはまだ決まっています。

事務局 済生会吹田病院は、登録医を中心に御案内されるわけですよ。どのぐらいの割合でつながるかはまだ分からないわけですよ。

委員 これからテストをさせていただきますので、それからになりますね。

事務局 ICTの対策の方向性の中に、他市事例の検討というのを入れさせていただきますと思ひます。

委員 訪問看護のことについてですが、量的質的整備のところ、課題として、訪問看護師のなり手がいないということで、これはその通りなのですが、2、3年前に潜在看護師に対して、訪問看護は看護師の免許があればできるという説明会、研修会をするための予算を確保していただき、何度かに分けて研修会をさせていただきます。ハローワークなどで、チラシやパンフレットの配布をして、病院などで働いていた方達で、結婚や出産を機に退職し、自宅にいる潜在看護師もたくさんいるというアンケート調査を踏まえて、やらせていただきました。結果、何度か研修会をさせていただきます、毎回3、4名の参加者があり、午前中は研修会や資料を使って説明し、午後からは実際に訪問看護に同行してもらいました。その後、どこかの訪問看護ステーションに就職されたかまでは追跡をできていないのですが、自分でも復帰してまた出来るという気持ちが湧いたということ、その後のアンケートで知ることができました。現状は子育てが終わった看護師は大きな病院に戻る流れになることが多いので、今度は潜在看護師を発掘し

て、訪問看護師のなり手を増やして、ステーションが潤うと、在宅療養支援でもっと貢献できるのではないかと考えています。

在宅医療をするために、研修会をしたり、顔の見える関係を作ったり、そういう会を持ってもらっても、結局仕事が忙しくてその会に参加できないというのは、人員確保の問題が潜んでいるからです。これからどんどん在宅療養をされる方が増えていくので、そういった潜在看護師を発掘し、訪問看護師を増やしていきたいと考えていますので、それに対して何か対策を考えていただきたいと思うところはあります。

事務局 それについても、対策の方向性に入れていきたいと思います。

委員 当院も訪問看護ステーションを二つ持っているのですが、なり手がいないということで、病院からローテーションで回してもらおうようになりました。そして訪問看護ステーション、訪問看護師の良さをもっと分かっていたくという目的もあります。もし、そういうことが吹田市でもできるのであれば、病院がたくさんありますので、補助金等を出すなどして出向させるのも訪問看護師確保策の一つになるかと思っています。

事務局 医療審議会でも、在宅のイメージを持ってもらうのは大事なことで、そういうことを始められたと伺っております。

前回のときに、訪問看護の事業所がそんなにあるということが分からなくて驚いたということをおっしゃられていたかと思っています。委員でさえも把握していなかった小さい事業所にも、ネットワークにも参加していただいて、活性化していくということも必要ではないかと思っていますが、いかがでしょうか。

委員 吹田市内の訪問看護ステーション独自で、今年の夏から集まるようにしています。ですが、集まってくるのは普段から顔の見るメンバーばかりで、常勤換算2.5人で稼働しているような小規模な事業所は、こういうところにも来られません。独自で医師から指示書もらい、独自で回る、自分たちのところだけがやれば良いというような考え方をしている訪問看護ステーションが多いです。これから訪問看護ステーションの規模が大きくなって行って、色々な疾患の方とお会いしていくと、ネットワークの大事さが分かってくると思うのですが、若い看護師たちが立ち上げ、少ないメンバーでやっているところは、大きなネットワークに参加する力もないですし、参加しなくても自分たちのところで看護が完結できていたらそれで良いと考えているというのもあります。そうではないとは言っているのですが。

訪問看護ステーションの集まりは、2か月に1度は開催しているのですが、開催するたびに参加人数が減っていています。それであれば、魅力的な全体像を示しながら、自分たちの行く道はどういうことができるのかということをもっと言わないといけないのかなと思っています。今は、現状で困っていることないですかというQA式の集まりになっていて、最初の顔の見える関係はとりあえず出来たので、あとは個人で困ったと

きに電話して聞いたらいいやとなってしまうていて、発展性がなくて、年明けからはそこを課題にしてやっていこうと思っています。

事務局 今後は方向性を示しながら、事業所のレベルアップを目指して、部会への参加ということと、こういう顔の見える関係作りの場の設定も必要だと思いますので、対策の方向性に入れていきたいと思っています。

事務局 我々も呼んでいただければ、お話しさせていただいたり、少しマンネリ化しないようにお手伝いできるかと思っています。

委員 少しお伺いしたいのですが、訪問看護で御活躍されている看護師の方々は、自分は特定医療行為ができるかどうかに対して、スキルアップするために、特定医療行為を求めたりする方は多くいないですか。自分がそういうことが出来ないために24時間の訪問対応ができないということを訴える方もいらっしゃる聞いたのですが。

委員 そうですね。集まっているメンバーはできないことは聞きながら、自分のスキルを上げるために研修を受けるという人ばかりが集まっているので、問題は研修を受けない人なのだと思います。

委員 研修の場は、今は看護協会がやってらっしゃいますが、地域でもっと受けやすくすることが大事であるということを少し聞いたのですが。

委員 あったら良いと思います。

委員 これだけ市内に立派な病院の方々がいらっしゃるの、プレ研修みたいなのを病院でやっていただければ。

委員 色々な研修は本当にたくさん設けていただいて、案内もいただくのですが、どれだけ参加できているかは分かりません。各病院には、訪問看護師が困らないように技術や知識の勉強会を開いていただいています。

委員 特定医療行為の勉強会ですか。

委員 特定医療行為というか、疾患別の技術の話が主ですかね。

委員 在宅の方対象に研修会をさせていただいていますが、実技をするところまではいっていないのが現状かなと思います。

委員

こういうことがお願いできるのであれば、行政からもお願いしていただくのもありかとは思いますが、関係機関との連携で、病院医師と診療所医師との連携不十分であるとありますが、在宅といえども診療所医師だけでは不十分で、病院も関与しないといけないとみなさんもそう思っていると思います。とりあえず在宅の問題は市町村のレベルであるとのことで、市町村に一生懸命やっただけでいるのですが、保健所としても圏域全体を考えないといけないので、豊能医療圏では、豊中市保健所が在宅の問題を懇話会を立ててやっています。

吹田保健所ではこれまで病床機能報告の懇話会の中で、今後の将来の病床の連携をどうするのかということで、医師会の協力を得て勤務医部会を活用させていただいて、病院長に集まっていたりして議論をしたことがあるのですが、そういった場でも病院の病床を今後どうしていくのかという議論の中で、在宅問題とのリンクをしていくと必要があると思っています。申し訳ないのですが、医師会の勤務医部会を医師会長の御好意で使わせていただければ、ここで議論していることを病院長や医師会の先生方、場合によってはこの懇話会に出席している他の委員に出席いただいても良いのかもたしかないですが、そういった場を作って、こういった物を作り上げるのも一つの方法論であるかとは思っています。

吹田市は吹田市、豊中市は豊中市でやっければ市ごとで出来ていくのではないかと考えています。どの方向性だけをというのではなくて、全ての方向性について、病院と診療所の話し合いをやっければと考えていて、来年度はそういう動きに繋げていければと思います。

事務局

吹田市医療審議会も各病院長に御出席いただいていますし、そういう場が良いのか、医師会の御協力のもとでやるのが良いのか、御参加していただいている皆さんも病院内で情報共有していただいているかとは思いますが、何かの機会をとらえて直接病院長の先生方にお話しすることも大事かと思っています。

委員

こういう問題というのは重層的にした方が良いと思います。医師会の協力で、勤務医部会を活用させていただいたときは、全病院を集めてくださいました。顔の見える関係がようやく出来上がったと感じました。保健所としても、一緒にやらせていただければと思っています。

事務局

ほかに御意見ございますでしょうか。

委員

課題を抽出して、方向性が出てきて、この次には実施という項目があるのでしょうか。

事務局

今は課題を抽出して、方向性を決めています、来年度には何をしていくかということと議論していこうと考えています。

委員 そこまでは我々で決めていくのでしょうか。ここまでは出来るとか。

事務局 今までいただいた御意見で対策の方向性に並んでいるものを、各機関、もしくは行政ができる順番などに並べ替えて、議論をしていきたいと考えています。

委員 今、委員のお話を聞いて、皆さんを集めて実際にやるとなると、こういった懇談会が主導権をとって旗を振らないと、また話だけで終わってしまいそうな気がします。せっかく方向性を決めたので、実施ということもしていきたいと思います。

事務局 来年度の方向性としては、そういう方向を考えております。

事務局 今年度末で、フェーズが次に移ります。これまでは、抽象的というか、ある程度どういう課題があるのか、情報を棚卸して、整理をしてきたのが今年度の段階です。来年度は対応の方向性が見えた中で、どれが優先度が高くて、かつ、やりやすいのか、手が届きやすいのか、というところで順番をつけながら、作業部会を作って、もっとどういうことが具体的にできるのか、いくつかテーマを決めて議論をしていくという進め方になるかと思っています。委員からもお話しいただきましたが、各病院長にお話しをするのだとすると、今年度末で整理が終わったフェーズでお話しするのも有効だと思いますし、また来年度以降に具体的な方策を検討していった、できることが出てくればそこでまたまとめて報告をするということもあろうかと思っています。

委員 まさにこれだけの関係機関の方がお集まりなのですから、それぞれの関係機関がこの問題はここが責任を持って来年度やりましょうという方向づけが今年度中にできればと思います。

事務局 その辺はまた御相談をさせていただければと思います。

委員 また話が少し前にもどるのですが、在宅の患者の緊急入院なのですが、はっきり言って、急性期病院で治療を受けるにそぐわないような患者の搬送は多いのでしょうか。

委員 結構多いです。問題になっている事例もあるかと思っています。例えば、施設で、心肺蘇生もせずここで最期を迎えたいと言っているのに、たまたま夜に来た医師が挿管して救急車で送ってしまったケースなどもあるみたいです。また、最期の医療についての意思確認もしていない、身寄りがいない方が送られてくるなどもありますし、色々なパターンが増えてきています。

委員 施設と自宅だと施設が多いのでしょうか。

委員 施設の方が多いと感じています。多分、自宅では気づかないのだと思います。

委員 同意ができていて、そのまま看取るという形になるのだとすれば、急性期病院に搬送されても、治療をすることがなければ、それまでにどうするこのを決めて、そこに同意があるのが一番良いのだと思いますが、なかなか決まっていな場合が多いですよ
ね。

委員 多くの施設は、転院や入所する際に、心肺蘇生をしないという同意を取っていること
が多いと思います。どこまでそれを実際にいざ急変時に生かすか。家族に聞くと、でき
ることはやってほしいと言われることはありますし、施設が先に病院に運んでしまい、
家族が来ると、何もしてほしくないと言われる場合もあります。

委員 家族は、最初は何もしなくても良いと言っていたのに、やはりして欲しいと言ってきた
場合には仕方がないのだと思うのですが、施設に同意書があるのに、病院に送るとい
うのは施設が問題なのだと思います。

委員 ただ、施設側もいざそういうことになる、常時医師がいるわけではないので、とい
うところはあるかと思ひます。

委員 その場合は、病院に搬送するということに施設として決めているのでしょうかね。

委員 一度は連携している医師に電話連絡をして確認するのだとは思ひますが、それであれ
ば病院に搬送してもらってというパターンが多いのだと思ひます。多くの場合は、医師
が施設に診にいかないですよ。

委員 急変しているのであれば、自分で診に行っている、本当に救急で送るべき患者であ
れば、自分で診に行くのにも時間がかかってしまいますからね。在宅の患者で、急性期
病院に入院するのはどうかとは思ひけれども、自宅で家族が看られなくなってというの
は、急変ではないけれども、数日前から体調を崩して、診療所では診られない例が
あるのですが、その場合に救急車で行って急性期病院というのも一つだと思ひます。時
間があれば紹介して、申し訳ないですが夜は難しいので、昼間に一旦ベッドに置いと
いて、病院の外来に行つて診断していただいて、自分の病院にそぐわなければ他院を紹
介していただくような対応をしてもらえればありがたいですし、なるべく夜間は状況を見
て連絡が来て、待てるのであれば待っていただいて、昼間に動くという風にする方があ
まり救急要請しなくて済むのかなと思ひています。徹底ではないですが、在宅をやっ
ている医師のコンセンサスにもっていきたいと思ひます。

委員 最近地域包括ケア病床ができてきています。あの病床の利用の仕方があまりよく分か

っていないのですが、昔の亜急性期病床というイメージなのですかね。急性期病院から、ある程度治療をしたので、自宅に帰るために2か月ぐらい入院できる場所というイメージなのですね。病床の名前からいうと、在宅で看ている人がこれは肺炎かなという場合に、一旦入院して、在宅に帰れるように、そういう対応をするようなことはやっていないのでしょうか。自分の病院にそういう病床がないのでよく分からないのですが。

委員 当院には地域包括ケア病床があるのですが、外からの入院を受けていません。他の病院では、受けているところもあるかとは思いますが。

委員 基本は両方です。

委員 そういったところの使い方もあるのかなと思います。まだ数が少ないのですかね。

事務局 吹田市で地域包括ケア病床がある病院は、市立吹田市民病院以外に、井上病院、協和会病院があります。

委員 亜急性期の縛りが厳しいので、使い方が難しいです。

委員 どんどん外から入院してもらっても良いということにはならないです。

委員 イメージとして、よく分からなかったのですが、在宅に帰る患者が減っているのかと思っていたのですが。そうではないのですか。

委員 在宅に帰ることが前提の病床ですので、本当は介護老人保健施設が担うべきところを、この病床がやっているわけですね。

委員 そのころには在宅ではなくて、通院になっているイメージです。病院に2か月もいたから、今後は通院でいけるよと。そこでまた悪化して、今度急性期病院に入院して、地域包括ケア病床に行って、退院して、通院をするというイメージを持っていたのですが。

委員 最後は通院できなくなると思います。

委員 退院させたら、そこは責任を持って受けなさいというのが地域包括ケア病床ですよ。施設の話の続きなのですが、医師もいないし、看護師がいない場合もありますから、そこで何か起きた場合に判断をしろというのは酷だと思っています。救急車を呼びたいとなった場合に、済生会千里でドクターカーを使って看取りをとという計画を立てつつありますよね。済生会のドクターカーを使って、医師を呼んで、施設の中の急変した患者がどういう状況であるのか、判断をして差し上げれば、施設は大変助かると思っているの

ですが、そういう方向は考えておられないのでしょうか。

委員

以前に我々の病院で地域の介護施設の関係職員を集めまして、救命救急センターの医師と、蘇生処置拒否の問題について、懇談会を持ちました。蘇生処置拒否の同意書は出ているけれども、実際に急変している方と対峙すると救急を呼んでしまうという介護職員のジレンマと言いますか、不安が引き金となってドクターカーを呼んでしまう。こちらからドクターカーは以前も出動していたのですが、看取り、死亡確認ということになれば三次救急の役割としてはどうなのかというところで、市民啓発や関係者啓発をしていかなければいけないということになりました。蘇生処置の拒否を考えているが、知識のない者がやっていいのかというところがまだまだ強くありまして、いまだに難しい状況が続いていると思います。地域的に市民啓発と市民の意識がもう少しまだまだということや、急性期病院に行かないといけない疾患について、地域のクリニックの先生方と共有して、これらを含めて市民に理解してもらっているという状況となるようなところから始めていかなければいけないのかなと思っています。

委員

施設が蘇生処置拒否の同意書を取っているのは、心肺停止状態で亡くなった状態で見つかったときの逃げ場なのですね。目の前で悪い状態の時に何もしないという気持ちではなさそうです。自宅に電話して、心肺停止で冷たくなっていますという時に、なぜ何もしてくれなかったのですかと言われた時に、こういうものがあるでしょうと言えらるためのものだと思います。

本当の意味で最期の看取りをそこでやるのかということ、施設がもう少し進んで、自分たちが研修を受けて、インフォームドコンセントを取れるような、出来れば元々のかかりつけ医と事前にそういう話を踏み込んでいって、家族はなかなか病院に来ないですが、少なくとも本人に後のことが不安になってきたなどのきっかけがあれば、家族とも話し合ってもらおうとか、家族が延命措置をしないで良いと言っていたという一言があれば、かなり対応しやすくなると思います。

委員

同意書はなかなか渡しにくいですよ。初診のときに、全部渡しておいて書いておいてと依頼するとかですかね。

委員

それは無理だと思います。初診でそこまで気心が知れてないですし、気持ちは何度でも変わります。でも最近の高齢者の方々は、家族とはだいぶこういう話をするようになってきていますけどね。

委員

癌で余命何か月じゃなくても、在宅医療を始めるときに最期どうしますかと意思確認をするのですか。

委員

施設の場合は特に聞いています。これから多分施設の方が増えるのでしょうか。

も、個人の場合はそんなに早く聞くとかえって失礼かと思います。施設の場合は、一つの決まりですという形でフォームを用意しています。委員がおっしゃられていたように、個人が意思が最優先されます。個人の意思でも過去の意思と現在の意思があつて、現在の意思が優先されます。過去の意思として初診時に書いていただいています。あなたはどうしますかというチェックリストで書いていただいています。だんだん病状が悪化してきたときに余裕があれば、現在の意思を何度か聞いています。

今のお話を聞いていて、施設の場合は教育というか、啓発が大切だと思います。一つは介護士の方達も、こういう状態になったらもう看取りの時期が近付いているなということを教育するのが大切ですね。そうすると、介護士の方達が私達に連絡をくれます。看護師がいると確実ですね。この2、3日で危ないですよと電話をくれます。その時点で、家族を呼んでおいてくださいと伝え、家族に説明に行きます。そうするとそれが現在の意思として確認できます。

もう一つは、亡くなるときに、皆さんに介護士の方達に覚悟をしてもらう教育が必要だと思います。この状態ではここで亡くなったとしても全然問題ないですよ、と家族も納得されているし、苦しむこともない状態で半日の間に呼吸が止まりますということ介護士の方たちに理解をしていただくように説明しておく必要があります。今夜あたり危ないかもしれないことを伝えておくと、介護士も納得してくれて、確認して翌朝に先生に電話をしますねという方もいらっしゃいます。看取りの段階というのは特別ではなくて、皆さんが理解してくれば決して怖くないということ介護の方に教育が必要だと思います。看護師は分かっていると思いますが、介護の方はあたふたされます。委員がおっしゃられたように蘇生処置拒否の書類があつて、それを見ていたとしても、目の前で急変していくのを見ると慌てます。医師が一言、これはこういう状況になりますから、最期までここで看ましようとはっきり言ってあげると、介護の方達も、中には確認の電話をしてくれる人もいますが、確認に対してきちんと回答すると安心して、施設で看取られるので、二段階の教育が必要かなと私は感じます。

事務局

今の議論にしましては、看取りにいれるのか、急変時の対応にいれるのかは事務局で検討させていただきたいと思います。日常的な療養支援につきましては、多数の御意見をいただいたのですが、空欄になっているところもございまして、例えば、医療関係者とケアマネの連携が十分でない記載のあるところなどがあります。ケアマネの連携では、在宅医療・介護連携推進事業というのが福祉部の方でしておりますので、こういった連携ですとか、病院の連携室間の連携につきましては、今はされていると聞いたことがあるのですが、いかがでしょうか。

委員

以前はそういう情報交換の場が「竹輪の会」という名前でありました。

事務局

そういう情報交換の場を持っていただくということで、ここに載せさせていただければと思います。訪問看護と歯科医の連携が不十分であるとか、訪問看護についての

病院医師の理解度が低いであるとかを現状に示させていただいているのですが、例えば薬剤師会と歯科医師会の委員にお伺いしたいのですが、薬剤師が家庭訪問をするということをケアマネが知らないということはあるのでしょうか。

委員 それはないです。

事務局 それはないですよ。薬剤師や歯科医師の訪問の必要性を在宅医療の関係者の理解が進んでいないということで、問題があったということはないでしょうか。

委員 当然ケアマネから御紹介で始まった在宅医療であれば、報告をする歯科医師は多いと思うのですが、御家族から在宅医療とは別に入れ歯の調子が悪いから診て欲しいというような依頼があったケースなど、軽微なケースについては、ケアマネに報告をするかと言われると、簡単に終わってしまうケースも多いかとは思いますが。

現在は、色々なケースが混在していると思います。例えばALSなど、重度な難病の方で長期間在宅の療養が必要で、関係者が関わらないといけないケースについては、詳細に報告しているとは聞いています。歯科の場合は問題が簡単に解決する場合と、長期間関わらないといけないケースで分かれてしまうので、いつも在宅の関係者と関わらないといけないというわけではないです。

事務局 ありがとうございます。レスパイトケアの部分についても、まだ御意見を頂戴出来ていないのですが、例えば胃ろうチューブ交換でありますとか、検査目的等を兼ねた短期入院の受入れについて、病院への理解促進について御意見がありましたらお願いしたいのですが。

委員 胃ろうに関していうと、病院によって対応が違います。胃ろうの交換では三日間は入院してくださいというところもありますし、日帰りで行います、その代わり、前日に家族が受診してくださいと言われるところや、一泊のところもありますので、それは病院によって、対応が違うと思います。レスパイトに関して少し言わせていただくと、先ほどの地域包括ケア病棟は未だによく分からないのですが、これはレスパイトとして使っても良いのですか。

委員 レスパイトという名の入院は診療報酬では算定できませんので、病院からすると、レスパイト入院を受けるということは絶対言えないです。

委員 これまで間違って理解をしていました。地域包括ケア病床はレスパイト入院のための病床だと思っていました。未だにレスパイト入院はできないわけですね。

委員 診療報酬で請求できないですよ。レスパイト入院を受けられますと言うと近畿厚

生局から指導を受けます。レスパイト入院をするのであれば、自費でということになります。ただ、レスパイトという目的ではなく、CTやMRIの検査目的で入院をすることは出来ると思います。

委員 そうですね。それで皆さん対応されていると思います。検査目的で入院して、結果としてレスパイトにもなっているということだと思います。

委員 最近、レスパイト入院をできるようになりましたと言ってこられた病院がいくつかあったのですが、それは違うわけですね。

委員 結果としてレスパイトになっているという理解だと思います。

委員 診療情報提供書にも書かない方が良いわけですね。

委員 それを書かれると少し問題があります。

事務局 療養型が併設されている病院でしたら、介護保険の短期入所で請求されるケースもあるでしょうけれども。

委員 今後、こういうところが緩和されれば良いかと思います。

事務局 レスパイトに関する御意見を多数頂戴いたしました。ありがとうございます。最後の（４）市民の意識にある大病院志向については、行政や各機関が主催の市民啓発をお願いしたいと思いますので、そちらを対策の方向性を入れておきたいと思います。
次ページにいきまして、急変時の対応以降の部分につきまして、御意見を頂戴できればと思います。

委員 バックベッドの関係ですけれども、我々が期待しておりますのは、在宅療養支援病院ですとか、在宅療養後方支援病院、地域医療支援病院などのこういった格付けを取っていただいて、そういう受入体制を整えていただきたいという気持ちがございます。まさに、病床機能懇話会等においても保健所からも今後お願いをして、こういった病院が増えるように努力をして参りたいと思っております。残念ながら豊能圏域におきまして、在宅療養支援病院はまだまだ少ないです。吹田市では、平海病院だけですね。在宅療養後方支援病院は、済生会千里と吹田徳洲会病院です。地域医療支援病院は済生会千里、済生会吹田病院です。もっとお願いをしたいと考えております。

事務局 吹田市民病院も地域医療支援病院を取れそうだと伺っておりますので、またこういった病院が増えてほしいということですね。

委員 地域医療構想や医療計画の中で、出来る限り各病院をお願いしていくことになるかと思えます。

事務局 そのほか、御意見はございますでしょうか。

事務局 前回の議論を蒸し返すようなところがあるかもしれないのですが、退院支援のフローチャートとか、連携パスシートの検討を書かせていただいています。自治体によっては退院支援の流れとかルールを医師会と相談しながら作っているということもあるのですが、まだ前回の議論の話ですが、病院ごとにそれぞれの退院支援のやり方があって、形も違うので、あまり議論を深めなかったところだったのですが、病院からすると、みんなで作って、退院支援の円滑な方法とかについてのルール作りや分かりやすい工程作りをしていくとかに乗っかりやすいのかどうかというのはどうでしょうか。

委員 そういう場があれば、みんなで集まって検討するとは思いますが。これから退院支援は今後重要なキーワードになると思うので、自分達の病院で模索しながらやっていると思うので、色々な情報を集めて、一元化して進めていくことがとても良いことだと思います。そういう音頭取りがないので、そこを吹田市に担っていただいて、まず集めていただいたら、そういうところで出来るのではないかと思います。

委員 疾患ごとの地域連携パスはいくつかありますので、その疾患を広げていくのと、超高齢者に対する退院支援を設けた方がいいのか。そうすると、あらゆる疾患を持っていて、疾患ごとのパスはとてもしゃないけどできないということになると思うので、二段階で考えても良いかと思えます。

委員 疾患ごとのパスになると、やたら複雑になることが多いでしょう。それで開業医の医師が嫌がられますよね。

委員 色々な疾患にどれでも対応できるようなベースになるようなものがあればいいですよ。大体辿るコースは一緒だと思いますので、そういう意味では個人が持っているカルテのようなものがあれば一番良いと思うのですが。そういったひな形をどこかが最近作っていたかと思うのですが。

委員 いくつかのパターンは地域によってあるかとは思いますが。そういうことができれば一番良いですよ。どの病気であっても一枚あれば分かるような工程表があれば。もともと国が求めた連携パスも難しいものは求めているのではないですよ。A4一枚のものがあれば十分だと進めていたと思います。

事務局 この委員は連携室を持たれて、退院支援を積極的にされている病院ばかりです。他にも色々な病院がありますので、のりやすいような形のを考えられたらと思います。また色々とお支援いただければと思います。

委員 そうすると、今後はシートの検討ということもしていくわけでしょうか。

事務局 退院支援の（２）連携の対策の方向性にあるシートの検討にあたります。前回に御意見として頂戴しておりましたので、ここに載せさせていただいております。

委員 大阪府で緩和パスというものを作成しておりますが、私も参加しているのですが、２月ぐらいにひな形ができて、それを大阪府下に出しますので、取り入れると、わざわざここで作らなくても良いかと思います。ただ、緩和パスが癌に特化していたか、癌以外も入っていたか、どうであったかを正確に覚えていないのですが、癌がメインのような気がして、ただ、パスとしては１枚にまとめられていなくて２枚になっていますので、もう少し小さくなるようにと言っていますので、来年の２月か３月には利用できるようなになると思います。

委員 退院支援の連携のところですが、薬剤師や薬局という言葉が無いのですが、在宅に帰られると薬物治療が全てだと思うので、退院時カンファレンスに薬剤師の参加というのをお願いします。

事務局 はい。入れさせていただきます。

委員 歯科医師からの立場からも、良い在宅での療養生活を送っていただくために、食への支援に歯科医師も関われることもありますので、病院に帰ってもらわないようにするためには栄養面からのサポートが必要になってきます。そこに歯科医師も関われるところも大きいので、そういう面でも、パスの中に、十分食べられているか、栄養が取れているかということも気にかけていただければと思います。

事務局 そこに関しては入れさせていただきたいと思います。

委員 個人的な意見になるかもしれませんが、先ほどから１枚の医療情報とか、ICTのことも将来的なことですので、現実的な事と思うのは、お薬手帳は高齢者が確実にお持ちになられていて、そこに医療機関の変遷も載っていますので、非常に有益な情報で、さきほどの死生観や在宅への思いであるとかを啓発的なものと言いますか、吹田市独自のオプションを付け加えられたらと思います。

事務局 お薬手帳は良く持っていき忘れることもあるとお聞きしますが、市民啓発でお役に立てることがあるかと思しますので、そういった場は使わせていただきたいと思います。

事務局 急変時の対応で、急変時の医療供給体制について、この課題で診療所医師と訪問看護師と役割の明確化というものがございまして、それに対する対策の方向性についてなのですが、診療所医師と訪問看護師の相互理解促進のための場というのは、現在はありますでしょうか。

どのような場があるのか、多職種連携の場に含まれているのか、それとも別に医療関係者だけの場がある方が良いのかについてはいかがでしょうか。

委員 多職種連携に関しては、ケアネット実務者懇話会や地域ケア会議などがありますが、どういう役回りにしようかという話にはあまりならないので、確かにそういう場があっても良いのかも知れないですね。

事務局 過去の懇談会で、こういった話は出てませんでしたでしょうか。

委員 全体としてはないでしょうね。個々の折衝になる場合もありますし、大体ということで、患者が電話をかけるということもあります。どちらが行ってどうするかというのは、話して決めたということはありません。個々の患者について、こうなれば状況を見て看取るのか、急変したら病院に行くのかによってお互いの対応の仕方が違うと思います。明らかに急変の場合でも、行っても仕方がない場合には電話で判断ですし、待てるけれども、状態見てから判断したい場合には行ってもらう場合や、自分で行く場合もあります。最終的な看取りのときに急変したら、誰もいかないわけにもいかないし、誰が行くのかということじゃないのですかね。

事務局 議論はファーストコールの時に、なんでもかんでも看護師というのは非常に大変でという事例もあるというのであったかと思うのですが。

委員 ファーストコールについては、行っていただけるとありがたいのですが、そこらへんは話し合っ、急変の患者をどう対応するのかに関わってくるところで、電話だけで救急車呼んでもらう場合もあるでしょうし、結局、すぐに救急車を呼んで急性期病院というわけではないけれども、誰か見に行った方が良いときにどうするかということですよ。医師の立場としては、最初に見ておいてもらって、家族ではなく看護師が見たバイタルなどの情報をもとに指示をしたいという気持ちがあって、呼ばれて誰か行くというのは対応の原則ですからということですよ。ただ、マンパワーのこともあるし、マンパワーがあって行っていただけるとありがたいですし、現実問題としてどうなのかというと、いわゆる数の問題は医師もそうですが、訪問看護師も増えないとしんどいのではないのでしょうか。

委員 退院支援についてですが、入院医療機関の逆紹介率が紹介率ほど高くないとあるのですが、入院医療機関の逆紹介率が紹介率ほど高くない病院もあるとしていただけだと思います。地域医療支援病院を取っている病院は、逆紹介率が高くなるので、紹介を受けて必ず逆紹介をするということを徹底していますので、よろしくをお願いします。

委員 入院医療機関の医師と診療所医師の引継ぎや連携が薄いというのは、紹介状が返らないということなのでしょうか。

委員 病院から診療所へ診療情報提供書については、確実に来ます。それに対して返事を出しています。診療情報についてのみいうと、連携をしていると思うのですが、退院時カンファレンスについて言いますと、病院の医師は参加できていないことが多いです。

委員 医療情報の提供というのは、診療情報提供書でかなりいけていると思うのですが、介護の問題であるとか、そういったところがうまくいっていないのではないかと。医療情報が介護者にはあまり伝わらないですね。そういったことが退院支援時に伝わるようになれば、退院支援のカンファレンスは増やしているの、よくなるのではないかと考えています。この二つの課題というのは本当に問題なのか、診療情報提供書の内容に問題があるのか、要は当院の場合は書きすぎが結構多いと思っています。長文を書いてポイントが分かりにくいのではないかと考えています。

委員 ポイントが分かりにくいことはないですけども、凄く丁寧な診療情報提供書を書いてくださいます。

委員 診療情報提供書の内容を簡略化して欲しいなどの要望があれば、その辺は伝えていきたいと思っています。

委員 情報提供書というのは、それで十分だと思っているのですが、退院時カンファレンスの打合せは介護がメインになります。医療で私たちが主治医から伝達していただく情報は限られているので、10分から15分程度で良いと思っています。その10分から15分があると家での看取りがものすごくやりやすいと思います。病院の医師がこの在宅の医師をお願いしますということで、ちゃんとあなたの病気のことを全て伝えていますよということをその場で伝えていただくと、患者とその家族の方は、これからはこの医師が主治医だと思ってくれますので、そのためだけにでも病院の医師が出てくださると、私たちは看取りが楽になります。患者が病院に行こうとはおっしゃらないです。

委員 それは疾患によるわけですね。癌のように先が見えている疾患の場合だとか。

委員 高齢の方もそうですね。若い方は難しいですね。60歳以下の方は難しいです。

委員 退院時カンファレンスに呼んで欲しいと言われる医師と、参加できないと言われる医師と両方おられるので、それをどうやって見分けたら良いのかと思います。そういうのを紹介状の時にでも、少し書いておいていただければ退院時カンファレンスのお声かけができるかと思うのですが。紹介状を急性期病院に送付していただく際に、退院時カンファレンスにお声かけくださいとかの一言があれば。それとか、ケアマネに退院支援時に在宅医を呼んで欲しいと言っておいていただくと多分伝わるとは思います。

事務局 この連携が薄いという書き方については、ポイントだけを抜き出しているのですが、文脈の中で書いていませんので、どういった文脈であったか見直して、言葉の整理をしたいと思います。

事務局 急変時対応の中で、市民対応の部分が空白なのですが、事務局の意見としては、患者や家族の急変時対応についての知識が不足しがちなのではないかと、例えばどういう時に救急車を呼んでいいのかと、なんでもかんでも呼んでしまいがちになってしまうと思うのですが、その辺りは啓発が必要であるということで、対策の方向性に啓発が必要ということを入れさせていただきます。それとですね、退院支援の連携についてですが、我々事務局の者が病院を回らせていただいて、ヒアリングをしている中で、療養病床への転院が必要な方の受入先の調整が非常に苦慮しているということを知っています。それにつきましては、病床機能の分化の中で解決すべきことなのかと私も思っておりますので、そのような形で地域医療構想の進捗状況の把握と患者の状態像に応じた退院支援や在宅医療の体制整備等を対策の方向性として入れさせていただきたいと思っております。

最後に退院支援の市民意識のところですが、事務局の問題意識として、退院支援に対して入院継続を望む患者や家族の存在についても、かかりつけ医や地域完結型に対する市民啓発を対策の方向性に入れさせていただきたいと思います。

委員 市民意識のところ、もう一つ加えておいていただきたいのが、実際に我々のところで急性期に運ばれてくる患者のかなりの方が病院に行ったことがないです。全く健康に関心がない。そういった人たちにどうやって健康に関心を持たせるかだと思っております。色々な市民セミナーや講演会をしても健康に関心のある人しか来ないです。本当に来てほしい人たちは違うところに行っているわけです。そういったところをどういう風にしてひきつけるのか、これを一つのテーマにさせていただきたいと思います。

事務局 我々も課題として認識しておりますので、加えさせていただきたいと思います。

委員 かかりつけ医の定義というのが、アンケートの中でも60パーセントの方が分かっているのですが、大病院をかかりつけ医というのが、厚生労働省が出しているのとは少し違いますよね。こういった辺りも地域住民に啓発していかないといけないと思います。

先ほどの話でもあるのですが、なぜ直接国立循環器病研究センターに行くのかと。国立循環器病研究センターを受診する前に、まずは診療所等を受診し、何かあれば専門性のあるところに行くということが分かっていない。直接国立循環器病研究センターに行く方もいれば、大阪大学医学部附属病院に行く方もいるので、その辺りについて患者に対する啓発が必要だと思います。

委員 　　少し長期すぎる意見かもしれないですが、看取りとか健康に関して、いわゆる学校教育であるとか、もう少し若い世代への教育と言いますか、20年後に担い手になっている方へのアプローチを考える必要があるかと思います。

私も看取りを家でしたことがなくて、そういうのを家で看るといふのであれば、若い世代から、職業体験を中学校とかでされていますので、そういうのに合わせていくなど、何かできることがないのかなと思います。少しフェーズがあっていないのかもしれないですが。

事務局 　　看取りまで御意見を頂戴しましたけれども、ほかに何か御意見ございますでしょうか。委員から御質問いただきましたけれども、今年度の懇談会の到達点といたしましては、課題の抽出と対策の方向性まで出すということでしたけれども、次の段階でいかに具現化してくかということになるかと思っていますので、今後も皆様の御意見を頂戴したいと思っていますので、よろしく願いいたします。

残り時間少ないですけれども、医療に関する市民アンケートについて事務局より御報告させていただきます。

－医療に関する市民アンケートについて（資料2）

事務局 　　アンケートの速報値ということで、単純集計について御報告させていただきました。最終報告については、次の2月の懇談会で御報告をさせていただこうと思っております。分析のためのクロス集計につきまして、特にこの点につきまして御意見がございましたら、事務局まで御連絡ください。

委員 　　退院支援のところよろしいですか。アンケートの結果を見ていて、60歳以上でも6割の方がかかりつけ薬局を決めずに近くに行っているということなので、退院された時に他科受診されていて、薬が一元化されていないということは凄く大きいことなので、課題のところ、かかりつけ薬局の定着促進も加えていただいた方が良くと思います。

事務局 　　分かりました。そのようにさせていただこうと思います。その他ございませんでしょうか。

そうしましたら、これで第3回吹田市地域医療推進懇談会を終了とさせていただきます。長時間ありがとうございました。