

平成29年度 第2回吹田市地域医療推進懇談会作業部会 議事要旨

1 開催日時

平成29年(2017年)9月25日(月)午後2時から午後4時10分まで

2 開催場所

吹田市役所 低層棟3階 研修室

3 出席者

吹田市医師会 戸川雅樹委員、吹田徳洲会病院 植嶋敏郎委員  
協和会病院 秋本みゆき委員、大和病院 絹川智弘委員、  
井上病院 大野恭太委員、大阪府吹田保健所 谷口隆委員、  
おおさか往診クリニック 田村学委員、平海病院 吉田勇一委員(代理)

4 欠席者

平海病院 三木良久委員

5 案件

- (1) 在宅医療推進の環境づくり「退院支援」「看取り」について
- (2) かかりつけ医等の定着促進について
- (3) 急変時入院の受入れと患者の流れの円滑化のための対策案について
- (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作業部会を開催します。本日はお忙しいところ御参集いただきまして、ありがとうございます。

本作業部会につきましては、吹田市地域医療推進懇談会の傍聴に関する事務取扱基準に基づき、傍聴可能としておりますので、よろしく願いいたします。なお、本日傍聴希望者は5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、本作業部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ことを御了承ください。

それでは、本日の配付資料の確認をさせていただきますと思います。

#### －配付資料の確認

事務局

本日は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。

また、病院から御参画いただいている委員につきましては、本日を迎えるまでの間にアンケートの御依頼をいたしまして、大変御多忙のところ御協力いただきましたこと、改めてお礼申し上げます。そのアンケートの集計結果につきましても、本日の案件の中で御報告したいと思います。本日も忌憚のない御議論をいただきますよう、よろしく願い申し上げます。

それでは、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）在宅医療推進環境づくりの退院支援、看取りについて、でございます。前回の作業部会でお示ししましたが、本作業部会での論点を、大きく四つ挙げておりました。前回の作業部会では、その四つのうち、日常的な療養支援、急変時の対応という点について御議論いただきましたので、本日は、残りの2点、退院支援と看取りにつきまして、その現状と課題についての御意見をいただきたいと思っております。

それでは、御発言をいただく前に、その2点について、昨年度の懇談会で出た現状と課題について、事務局より御説明させていただきます。

#### －資料1にて説明（「日常的な療養支援」、「急変時の対応」について）

事務局

退院支援に関する課題としては、大きく二つあるように思います。一つは、診療所と病院、訪問看護などとの連携、または病院内での連携という点、もう一つは、特に病院内における在宅医療への理解度の問題です。もちろん、医療機能などについての市民の理解という点も課題ではありますが、ここでは、連携という点と、病院内における在宅医療への理解という2点について議論を深めたいと思います。

それではまず、病院の委員の方からお聞きしたいと思います。診療所と病院、訪問看護などとの連携、または病院内での連携という視点で、例えば、病棟と退院支援担部署との連携状況や工夫点、退院時カンファレンスの開催状況、退院支援に関する加算の取得状況、訪問看護との連携状況などについての状況をお教えいただ

き、併せてそのあたりの日頃お感じの課題について御発言をお願いいたします。

委員 退院支援部署との連携について、工夫などはしていませんが、患者の多い地域包括ケアユニットでは週に1回退院時カンファレンスをしています。リハビリの職員、退院支援看護師、病棟看護師、メディカルソーシャルワーカー、主治医が入る形で開催しています。さすがに診療所の医師に来ていただくことは難しい状況です。退院支援に関する加算の算定はしていませんが、訪問看護が必要な場合には、声をかけて来ていただいているという現状です。

委員 病棟と退院支援部署の連携では、看護師長とメディカルソーシャルワーカーが帳票を共有しておりますし、49床の小規模の病院というのがありますので、院内の連携に関してはスムーズに取れていると思っております。

退院時カンファレンスについては、ケアマネジャーを通して家族や、必要であれば福祉用具の業者に来ていただいて、病院からはメディカルソーシャルワーカー、医師、看護師が参加をしております。診療所の医師についてはお忙しいと思ひ、お声かけもできないというのが現状です。退院支援加算については、今年からメディカルソーシャルワーカーも入職しましたので、退院支援加算2を算定しています。訪問看護に関しては、ケアマネジャーに訪問看護ステーションをつないでもらっておりまして、当院が直接やり取りをするということではできていない現状です。

委員 当院は退院支援加算を算定していますが、課題は中々算定が進まない、イコール患者支援が中々思うように進んでいないというのが現状でございます。職員配置については、専任の退院支援看護師は配置しておらず、病棟の看護師長が兼務しております。

当院では、総合的に退院支援に向けた取組みをもう少し強化しようと、病棟の看護師、ソーシャルワーカー、医事課、老人保健施設のスタッフ、療養病棟のスタッフや事務も含めて退院支援に取り組んでいこうとしているところです。これから年度末に向けて大きな課題として取り組んでいこうと考えています。

委員 当院では、退院支援加算1を取っています。地域連携診療計画加算、介護支援連携指導料を加算として取らせていただいています。退院支援加算1を取るには、カンファレンスを開催しないといけないというルールもありますので、ほぼ毎日院内のどこかの病棟ではカンファレンスが開催されており、ソーシャルワーカーも一人はカンファレンスに入っています。

退院支援カンファレンスになりますと、ケアマネジャー等に来ていただいて、開催することになりますが、その患者さんにとって、必要な情報であればケアマネジャーや往診をしてくださる診療所の医師にもお越しいただいてカンファレンスをする場合がございますが、診療所の医師がカンファレンスに御参加いただけることは少なめ

かなという状況になっています。

在宅療養を理解することへの取組については、少しずつケースを通じて進めていきたいと考えておりまして、院内の退院支援ナースが研修計画を立てるなどして進めております。当院の法人には訪問看護ステーションや地域包括支援センター、ケアマネジャーもおりますので、病棟師長が訪問看護に研修に行くなど、様々な研修や出向の対応をしております。また、法人全体にはケアマネジャーから介護保険制度の研修を行ってもらう計画を立てたり、退院支援ナースから退院支援の研修を行ったり、法人内ではございますが、病院と老人保健施設、ケアマネジャーと地域包括支援センターとの合同勉強会や、事例検討などの話し合いの場を持つということを進めております。

委員

当院は退院支援加算2を取っておるのですが、ソーシャルワーカーが少ないので、入院されている患者さんに対して、全てフォローできているかということ、そうではありません。また、病棟看護師の患者の指導は、スムーズにできていると思うのですが、ピックアップした患者が退院支援まで行くことのほうが少ないというのが現状だと思えます。

在宅に関しては、法人でケアセンターを持っていますので、その事業所のケアマネジャーが担当している場合には退院支援が必ずできているのですが、違う事業所のケアマネジャーが入っている場合には、上手く連携できていないことがありますので、今後はそこを改善していきたいと思っています。

院内の研修に関しては、在宅環境を含めて、介護保険の勉強会を年に1回か2回はしているので、今後も進めていきたいと思っています。

事務局

では、在宅医療を提供いただいているお立場の委員から、連携という課題に対する対応策について、御意見をいただきたいのですが、例えば、医師の診療方針の継続や主治医の転換、また急変時の受入れのための関係性にも関わることもかもしれませんが、診療所医師と病院医師の円滑な連携のためにどうすべきか、また訪問看護も含めた医療のシームレスな提供体制のために、病診連携がどうあるべきか、ということについて、御意見があればお願いできますでしょうか。

委員

退院時のカンファレンスに出席して、そこで患者家族や主治医と話をするのが、一番良いのですが、実際の治療方針等について、じっくりと話せない場合があります。また、退院時カンファレンスに出席しても、病院の主治医が忙しくて来られない場合もありますし、説明していても、在宅に戻ってから本人や家族の認識が違っていたりすることもあります。

退院時カンファレンス以外で病院の主治医と実際に会う機会はあまりありませんし、患者が在宅に帰ってから、現状に関する相談の電話をするかどうかということ、すごく煩雑になるため、私はあまりしていません。どういう形であれ、分からな

いことがあれば、文書やFAXなどで聞くことになりまし、受けた側としても、しばらく在宅で診るとある程度分かってくることもありますから、そこで改めて問い合わせて確かめないといけないことが出てくると思います。

## 委員

私のところは在宅医療専門という形でやっているのですが、普通の診療所の先生方とはスタンスが少し違っているのですが、参考にならないかもしれませんが、家で看取りまでをするというのを基本目標にしているのですが、退院時カンファレンスは必須だと思っています。ですので、こちらから断るということはないです。必ず退院時カンファレンスをしてくださいとお願いすることはあっても、病院から今日退院です、明日退院ですからカンファレンスの時間がないのだと言われると、家に帰ってから説明に伺いますが、9割以上は病院で退院時カンファレンスをするというのが基本です。そうしないと最期の看取りまでとてもいけません。

退院時カンファレンスをする場で、例えば、急変したときに、今入院している病院の先生のところに入院しても良いですかと確認をします。そのときに、はっきりと先生からこれ以上は病院では診ませんと言ってくれることもあります。これはとてもありがたいです。はっきり断っていただくと、患者も患者家族も納得されます。もうこの病院には来られないのだと。そのときに私たちが、もしどうしても病院に来なければ救急車を呼んで、救急車に探してもらいますよと言うと納得されます。

一番困るのが、また困ったら来てくださいね、と病院から言われた上で、いざそのときになると、なかなか病棟がいっぱいであつたりだとか、色々な理由で受け入れないとなると、御家族と私達がおもむくというより、病院は受けてくれると言っていたのに、どうして行かせてくれないのだと、病院との電話のやりとりで時間が6、7時間かかることもあります。ですので、この病院では急性期なので、あなたの症状では診ませんよということをはっきり言ってくだされば、私達往診医にとってもありがたいです。

そして、やっぱり困るのは、バックベッドのことですね。ほとんどの方に御家族がいらっしゃるのですが、退院時に、御家族の方にこれから先をどうするかの一つの目安を説明して、意見を聞いておくことが大切だと思います。それは当然変わります。そこから数か月あるいは数週間後に急変したときに、患者や家族の意見が変わって、家で見るはずだったのに、やっぱり病院だと。最期はホスピスだと言っていたけど、やっぱり家がいいなと変わるので、それについてはあまり問題視していません。変わるときには、好きなようにというか、御希望を言ってくださいと。ただ、一番初めのミーティングは大事だと思っています。初めはこういう気持ちだったけど、だんだん変わって、こんな風になりましたよ、という意見を共有しておくのは大切だと思っていますので、ミーティング無しで帰って、家でどんどん意見が変わっていくというのは、みんながついていけません。この人は初めどんな考えだったのか、色々な意味で意見の共有ができないので、そういうことも含めて、将来変わるかも

しれないけど考える。それと退院時カンファレンスは基本的にはしてほしいです。

ただ、私のところは先ほども申し上げましたけれども、在宅医療の専門なので、退院時カンファレンス用の医師を必ずおいているわけじゃないですが、なんとか行けるようにしています。ただ、診療所の医師がそういうことをするのは無理だと思います。やはり外来の診察がありますので、外来の診察が優先ですし、そういう形態の違う所に全部を要求するのは失礼ですし、大変だと思います。

事務局 病院のお立場からはいかがでしょう。病院としてどうあるべきか、今、委員から退院時カンファレンスは大事だということはお聞きしたのですが、そのほか、病院から何か工夫等について御意見があれば願います。

委員 当院も、まもなく社会福祉士が着任できるので、そうすると退院支援加算も少し算定できるようになります。退院時カンファレンスの重要性というのは、今、先生からお聞きした通り非常に大事だと分かっているのですが、カンファレンスそのものが病院の業務として認識されていません。診療や手術、処置であればみんな分かるのですが、カンファレンスについては、ただ単に会議をしているとしか見てもらえない。どれだけの人がかけて、コストをかけて開催しているということを十分認識してもらえるような体制を作っていないと、常時きっちりと開催していくというのは難しいです。要するに、カンファレンスをして、色々なことが決まっていって、それが変わることはやむを得ないけれども、それをしっかりとカルテや記録に残していくと。また訪問診療の先生には、家族のキーパーソンがこう言っているけれども、ほかの家族からはこういった意見がありましたということ伝える時間や労力、手間を考えると、業務として認めていただき、診療報酬に反映してもらおうところまでになると少し難しい話になりますけれども、そこまで考えていただければと思います。診療所の先生が退院時カンファレンスに時間を割いていただいても、大したお金は出ないかもしれないですが、業務として認められていくような時代を作っていないとこれから大変難しいなと感じております。

事務局 先ほど、別の委員からはほとんど毎日院内のどこかでカンファレンスを開催しているとお話がありましたが、やはり病院内のカンファレンスに対する理解は高いということなのでしょう。

委員 どういった時間にカンファレンスを開催されているのかを教えてください。

委員 退院支援加算1を算定するにあたって、カンファレンスを開催しないといけない決まりがあるというのが理由の一つなのですが、まずは集まれるメンバーで時間を決めて、その時間に合わせて、今日はこの患者のカンファレンスをするという計画を立て

ててしまうということを繰り返して、ようやく定着してきたのかなというところ  
です。ただ、そのカンファレンスの中で、今後どういう風に進めていくのかという話  
にはなりませんので、院内の各スタッフの調整という形のカンファレンスにはなりま  
す。そのときに、この人は医療的な処置がたくさんある人だから、退院時カンファ  
レンスが必要じゃないかという話にもなりますし、この時期に退院時カンファレン  
スをしていこうという、計画を立てる話もしています。

他の委員もおっしゃられたように、カンファレンスに医師にも参加していただき  
たいのですが、日にちが合わなかった、時間が合わなかったということもあります  
し、逆もあります。時間調整は、ケアマネジャーや、そのほかのスタッフみんなも  
都合が合わないと難しいので、全員参加は難しいかなと思っております。

委員 勤務時間内にされるのですか。

委員 基本的には勤務時間内で開催しています。

事務局 少し質問なのですが、診療所の医師がカンファレンスに本当は参加したかったけ  
れども、参加できなかった場合だと、カンファレンスの後に、何かコミュニケーション  
を取ったりするタイミングはあるものですか。退院支援のタイミングで、例え  
ば在宅医療の医師は、この方にお願ひしようと思っていたけど、カンファレンスに  
参加できないと、受け取る側の医師としては、患者の様子やイメージが分からない  
かと思うので、それを後ほど連携室のほうから伝えるだとか、逆に医師から問い合  
わせがあるなど、コミュニケーションを取る機会はあるのでしょうか。

委員 カンファレンスに参加できなくて、在宅患者を受ける場合には、病院の地域医療  
連携からFAXなどがあって、実際のところを地域医療連携担当やメディカルソー  
シャルワーカーなどに聞いて、家族はどうか、本人はどういう希望をしているの  
かということを確認してから行くようにしています。ですから、いつ行くのか、家  
族に一度診療所に来てもらって話をするとか、何かないと最初は何も知らずに往診  
をするわけにもいかないの、それまでに最低限の情報と、訪問診療を受ける意思  
が本人なり、家族にあることだけは確認しています。

事務局 カンファレンスに参加してなくても、その後のコミュニケーションというのは円  
滑にあるということですかね。

委員 そうですね。そこで聞いて、後は、訪問したときに御本人や御家族にもう一度聞  
いています。

委員 私達がたまたま参加できない、あるいは急なことがあって参加できなかった場合

は、少なくとも病院から私たちに情報は必ず来ます。病院の先生方が診療情報提供書を書いてくださいますし、病棟の看護師さんが看護サマリーを丁寧に書いてくださいます。ただ、家族がどう思っているかという話はそこでは中々分かりません。最近、在宅医療を希望するとかの最低限の情報は書いてくださっていますし、全ての病院の先生は必ず書いていただいています。

事務局

病院の委員や在宅医療の委員から御意見をいただいたのですけれども、こういう御意見を踏まえた上で、どうすれば円滑な連携ができるのかということの御意見をいただければと思うのですが、いかがでしょうか。

委員

先生方のお話を聞いておきますと、難しい話だなと思ひまして、病院でも昨今は退院時カンファレンスをしていただいているのは、どこも同じだと思うのですが、その情報がいかにクリニックに伝わっていくのかという方法論ですね。別の委員もおっしゃいましたが、全ての開業医の先生が退院時カンファレンスに参加するというのは、物理的に無理です。そうすると、電話なのか、紙なのかは分かりませんが、情報伝達手段というのは一番楽な方法で、在宅医療をこれからやる医師にどうやって伝えるのかというのが、これからの課題なのだという気がしています。その辺りはむしろ病院の医師や開業医の医師の枠を超えた話になっている気がして、ICTの問題をどのように導入するかとか、そういう風な、個々の医療機関の話を超えた話にきているのかなという気がしてお話を伺っていました。

委員

データなどはICTなどで共有して、患者家族がどう思っているのかということ、どこかの時点で把握して、病院と診療所でやっていることを繋げるということが必要なのかなと思います。

委員

患者の情報については、病院と診療所のプロ間のやり取りですから、齟齬はないと思います。看護サマリーもきちんと書いてらっしゃいますし、それさえクリニックにいただければ、診療所の医師もそこまで困らないと思います。御家族が在宅医療を受けるか受けないかというのは大事な話ですよね。そこを、看護サマリーに書くかどうかは分かりませんが、病院からクリニックに提供される情報の一つに、必須の情報として、入れてほしいと各病院に周知するのは一つの手かもしれないですね。

委員

あとは緊急入院の受入れについてのお願いとかですね。

委員

あまり周知されていませんけれども、在宅医療は一つの契約です。もちろん医療自体が契約ですけれども、外来医療は口頭で契約が成り立ちます。診察していただき、診察しましょうで成り立つ。在宅医療は訪問診療をお願いします、という文書

が必要になります。これは契約書というよりは、申込書になるのですが、何らかの形で意思表示をした紙が要求されます。ですから、病院で在宅医療を希望されるということを確認した上で、こちらに依頼していただきたいです。今まで八、九年の間で四、五件成立しないことがありました。訪問の条件や費用の面でこんなはずではなかったと言われたことや、それから契約だということを、病院の医師も含めて周知することが必要だと思います。

委員 今、委員がおっしゃったそういう視点を含んだ、御家族の意向を聞き取るのはケアマネジャーやソーシャルワーカーが上手ですから、幸いケアマネジャーやソーシャルワーカーが退院時カンファレンスに入っているのだとしたら、失礼な言い方かもしれないですが、その方にそういった情報を聴取して、診療所へ提供するフォーマットに必ず入れてもらうというようお願いするのも一つの手かもしれないですね。

委員 確かに、訪問診療がどのようにして提供されていて、どのように保険診療から報酬が支払われているかということについて、よく知っていらっしゃる病院の医師は今のところないかもしれないですね。

委員 病院の勤務医だと、訪問診療と往診の区別もつかないです。残念ながら、そこまで全然教えていないです。

委員 例えば、調子悪いときだけ在宅医を呼べばいいのですねと言われることもあります。訪問診療は大体月に2回ぐらいの訪問で、定期的に診るものというようなことを、病院からも言っていたら在宅でもスムーズなのかと思います。

事務局 ありがとうございます。では、事務局の方で御意見を整理させていただきたいと思えます。次に病院内における在宅医療の理解という点についてですけれども、在宅医療を提供されている診療所の医師や訪問看護等から、病院の医師や病棟の看護師たちは、在宅で療養されている患者の生活の様子やどのような医療・介護の支援を受けていらっしゃるか、その実態をイメージしづらいのではないかと、退院支援時の引継ぎや情報提供等の連携をより円滑にするためには、病院の医師や看護師たちが、もっと在宅医療や在宅療養について理解できるような取組みが必要なのではないかと、というような御意見をいただいております。

その辺りにつきまして、在宅医療を提供されている診療所医師のお立場から、御意見を頂戴したいと思いますので、よろしく願いいたします。

委員 なかなか病院内でずっと働いている医師や看護師とか、開業医でも在宅医療をある程度やっていないとイメージできにくいこともあります。医師側に関して重要なこと

は、説明などの継続性ということだと思います。看護師側に関して、看護師の指導というのは直接生活の上に成り立った指導ということになりますので、想定された指導と、退院時の生活とがずれてしまうと結局全部やり直しになるということがあるので、何件か紹介を受けた診療所の医師や訪問看護ステーションが、退院時の指導や説明で良かったこと、悪かったことのフィードバックをするようなことがあれば、それが具体的な内容であれば、在宅医療への理解も変わってくるのではないかと思います。

あと、もう一つは看護師のことで言うと、病院の中には訪問看護ステーションを併設しているところがあるので、研修とは言わないですが、ローテーションのような形で現場に入っただけだと、在宅医療への理解も全然違ってくるのではないかなと思います。

委員

何回も言われたことだと思いますが、病院にいる間は在宅医療なんかまったく興味がないですし、分からない世界です。なおさら、そのシステムを理解しようとしません。病院の医師の立場と、在宅医療の医師の立場が全く異なることに、やってみて初めて気が付きます。ですから、病院の医師にも在宅医療について、こういうものですよと、異なった医療体系だということを、出前講義でもなんでもいいので、何らかの形で伝える必要があると思います。この十年で市民のほうに分かっていると思います。

私は在宅医療を始めて十年弱ですが、ケアマネジャー、介護士、市民の方々も在宅医療というのはこういうものじゃないかなと分かってくるのではないかなと思うのですが、おそらく医師という職業が一番十年の間の進歩がないように思いますね。

医師は今、学ぶことが多すぎて、病院で地域医療まで教える余裕が全くないのですよね。昔6年間で学べた範囲以上のこと、例えば再生医療なり、AIを用いた医療など、色々な教育が増えています。その中で在宅医療というところまではとても手が回らないというのが、私が感じている教育現場の実態です。その医師達に何かの形で、どこかで再教育というところがおこがましいですが、そういうことが必要ではないかと考えています。

実は在宅医療では看護師が一番大事であることが認識すべきことなので、そのことをもっと謳うと看護師さんも増えるのではないかなと思っています。看護師はたくさんいるのですが、在宅医療をしようという看護師が極めて少ないですし、減ってきています。在宅における看護師というのは、これだけやりがいがあるというイメージを実体験に基づき、宣伝するのが必要ではないかなと思います。これから厚生労働省で死亡診断も看護師にやっていただくという案も出ています。そういう看護師の行えるテリトリーが増えていく分野であるというのは一つの魅力でもあるので、そういうことを宣伝しても良いかなと思います。

事務局

ありがとうございます。こういった課題に対して、懇談会の委員の病院では、病院独自に啓発などの取組みをされているところもありますので、その概要について

簡単に御説明いたします。

－資料2にて説明

事務局

委員の皆さんの中には、病院として在宅医療を提供されている病院もありますので、そういった病院では医師も在宅医療についてよく御存じかとは思いますが、在宅で療養されている患者の生活の御様子や、具体的に在宅でどのような医療や介護の支援を受けていらっしゃるか、また具体的な多職種連携の実際などについて、病院の医師や病棟看護師等の理解の様子について、御意見をお聞きしたいと思えます。

また、病院独自の研修会について御発言をお願いしたいと思います。先ほども病院独自の取組について教えていただいた委員もいらっしゃいましたので、重なることもあるかもしれませんが、お願いいたします。

委員

将来的には当院でも在宅医療の提供をしたいと思っておりますが、スタッフや人員の問題も出てきますので、まだ取り組めておりません。ただ、委員がおっしゃっていたように、病院と在宅をやっている医師の認識の差に関して言うと、ピースという緩和ケアの研修会をしております。私は、そのファシリテーターをやらせていただいています。その中に地域というコーナーがありまして、そのセッションでは一番熱心な地域の医師が、在宅の分野や、最期は看取りにもつながるのですが、そういう話をされます。

今は地域医療支援病院の医師は全員この研修を受けるということになっておりまして若い医師から院長まで受講生として出てこられて、熱心に聞いておられます。先ほど申し上げましたように訪問診療と往診の違いも分からないような医師が段々減ってきて、もう少し時間がかかるかもしれませんが、訪問診療はこうやってするのだということを病院の医師でも分かってくるような時代が来るのではないかと考えています。このコーナーは最も人気があって、盛り上がっていますので、もう少しなんとかなりそうだというのが私の希望的観測です。

委員

当院は訪問診療を行っている病院ですので、常勤医師4名おりますけれども、院長含めて4名とも訪問診療を行っておりますので、理解があると思っております。看護師に関しては外来看護師3名が、訪問診療も兼務しているので、その3名に関しては、在宅医療に対する理解があると思うのですが、病棟の看護師はイメージが湧いていないのは実情だと思います。そのため、外来の看護師と病棟の看護師と交代を行っております、訪問診療への理解を深めていくための取組みはしているのですが、勉強会や研修会についてはできていません。

委員

当院は、まだ在宅医療に全く積極的に対応はしておりません。看護師もなかなか

そういったところに目を向けている状況ではないのですけれども、今の一番の課題は、これから我々ができることを在宅にどのような形で提供していくかということです。そのために、まずやはり在宅をしっかりと知ることからだと思っていますので、院内の研修の話が出ておまして、これから在宅医療に関する勉強会というのを院内で広めていこうかなとしている状況です。

委員

先ほどもお伝えさせていただいたのですが、訪問看護ステーションに法人内から研修に行かせてもらったりというところで、在宅の患者がどのように帰られているのか、帰られてからの生活をどのようにされているのかということを知ることから始めましょうということで、色々な話し合いの場を持ったり、同じ研修の場を持ったりするというところから計画立てて進めているところです。訪問看護につなげた患者が自宅に帰られてから、どのような生活を送っているのかということについて、実際に自宅に伺って、私達が支援したことがどのように生活に繋がっているのかということを理解できるように、少しずつ取組をしていこうと計画を立てているところです。

委員

当院も少しですが、在宅医療をさせていただいております。当院には24時間の訪問看護ステーションが併設されていますので、退院した後の患者については、定期的ではないですが、訪問看護ステーションの看護師から主治医に相談をしています。同じ病院内ですので、文書のやり取りではなく、口頭で行っており、その都度医師から指示が出ていて、気軽な感じでやっています。ただ、これは訪問看護師と医師の関係で、これが訪問看護師と病棟の看護師になるとまだ温度差があるように感じます。約束事ではないですが、入退院時に関しては、訪問看護ステーションやケアマネジャーから、今までの状態を必ず伝えさせていただいております。

事務局

訪問看護ステーションと病棟看護師の人事交流は無いのでしょうか。

委員

人事交流は実施しておりません。

事務局

皆さんから意見をいただきましたので、まとめの御意見をいただきたいのですが、入院患者を在宅へ戻すために、何か御示唆や御意見をいただけることがあればお願いいたします。

委員

資料2の病院のアンケートの中にある病院では、看護部から訪問看護ステーションに実習に出されたりとか、先ほど別の委員の病院でもそういうことを始めたりしているという話を聞きまして、これは進めるべきことだと思っています。看護師に聞いてみますと、急性期の病院であっても、将来在宅へ行ったときのシチュエーションを想定した看護ができるかどうかで、大変違ってくるという話をされます。在

宅の予行演習をきっちりできるという意味では大変役に立つのだそうです。こういうことを是非やっていただくと在宅の理解が進むのではないかと思います。単なる実習だけではなくて、もっとアグレッシブなことを考えているような病院もいくつかあるように聞いていますので、そういったことが進めばいいなと思っております。そういった形で出ていった看護師に戻ってきていただいて、急性期病院の中で在宅医療の事前の準備ができると、在宅への繋ぎになるのではないかと思います。これは行政がピーアールするのでしょうか。今年は医療計画を策定する年になっていますので、今後はどうやって在宅医療を伸ばしていくかということについて、行政目標とどうか、みんなで取り組もうという事に、こういう取組を挙げてもいいのではないかと思います。

事務局

ありがとうございます。それぞれ御発表いただきましたので、それぞれ生かしていただいて、さらに理解を深めていただきたいと思います。何か市のほうでも皆様のお役に立てることはないかと思っております。病院の医師や病棟の看護師を対象として、在宅医と訪問看護の実際についての研修会を市で開催した場合、各病院の医師の御参加はいただけるのかをお伺いしたいです。

例えば、在宅医療をしている医師に講師をお願いして、また医師会や、在宅医療を手掛けていらっしゃる他の医師にもオブザーバーとして御参画いただいて、病院の医師と在宅医療をしている診療所の医師との交流も兼ねるとか、また訪問看護師と病棟看護師との交流の機会を持つと、そういった機会を市で設定させていただいた場合、病院としての御参加はいかがでしょうか。

委員

これから必要なことですので、極力参加するように医師に言って、参加させることは可能かと思えます。

委員

そういった機会があれば、病棟の看護師を是非出席させたいと思います。

委員

当院もそういった機会があれば、医師、看護師も含めて出来るだけ参加する方向で進めてみたいと思います。

委員

当院は是非参加させていただきます。

委員

できるだけ参加させていただきます。

事務局

ありがとうございました。医師会の先生方とも御相談させていただきながら、実際に市として実施できるかどうかも含めまして、具体的に検討して参りたいと思います。

では、次の案件に移ります。次は「看取り」について、御議論いただきたいと思います。

と思いますが、その前に、事務局から懇談会で出た意見について、簡単に御報告させていただきます。

－資料1にて説明（看取りについて）

事務局            それでは、議論に移りたいと思いますが、在宅の看取りにつきましても、在宅医療を手掛けておられる診療所の医師が担われるところですが、患者によっては、終末期が近くなった際に病院で看取りを望まれる方もおられるかと思えます。看取りということについて、皆さんの病院がどのように関わりをお持ちか、その現状やお感じの課題についてお聞かせいただきたいと思えます。御意見がございましたら、お願いしたいのですが、いかがでしょうか。

                    看取りをされるというところはございますか。

委員                訪問診療を行っておりますが、入院施設もある病院が訪問診療を行っているということもありまして、家族の方、施設の方、最期は病院でお願いしたいという意識があるようでして、自宅で看取りをするようなケースはほとんどありません。それが家族の方や施設の方の安心にも繋がっているのだと思うのですが、まだまだ理解が深まっていないのかなと感じます。まだほかの診療所から看取りの相談はほとんど無いのですが、可能であれば対応はしますし、御相談に乗りたいとは考えております。

委員                老人保健施設も看取りの対応をしているということもありますし、当院には緩和ケア病棟は無いのですが、ほかの病院からの御紹介で、自宅から近い病院で看取りを希望されていますという相談は何件かあります。そのような場合は、緩和ケア病棟ではないということをお了解いただいた上で、お引き受けさせていただいて、看取りをするケースもあります。

事務局            何か課題として感じておられるようなことはありますか。

委員                最近では、皆様緩和ケア病棟というのをインターネットなどで調べられて、見に行かれて、その印象をお持ちになられて当院に来ていただくということがあるのですが、そこイメージが違うといったこともありますし、自宅で困られていて、看取りの際は病院でお願いしたいということで、今日なんとかお願いしますという相談もあつたりします。事前にそういった意思疎通が図れていたら、準備もできると思えます。

事務局            ほかはありませんでしょうか。それでは、在宅医療をされている立場から、看取りということについて病院に期待することなど、御意見をお願いしたいと思います

が、いかがでしょうか。

委員

私が在宅で看取る患者というのは、癌の末期というのが10パーセントから20パーセントぐらいで、そういう患者さんを診るときには、必ず看取りというか亡くなられたときにどうするのかと、亡くなられる場所をどうするのか、在宅なのか、ホスピスなのか、というように一応決めています。ただ、そういったことが決まらない間に、状態が急変することがあると、どうしても紹介元の病院に搬送をして、そこで亡くなられるケースもあります。悪性疾患ではない患者の看取りに関しては、御家族に説明して、在宅看取りもできますし、介護等の負担が大きくなってしまうと家にはいられないということで、介護療養病床にお願いして、看取りになることもあります。その辺のところは、なるべく自宅にいる時間を長くして、病院にいる時間が短くなるように紹介したいと思っていますが、タイミングを間違えると救急で行ってしまうこともあります。

委員

看取りに関しては、吹田市は在宅医療の医師の立場からも恵まれていて、中堅クラス以上の病院が多いので、どこかの病院で急変患者を受け入れてくださいます。もちろん、紹介してくださった病院がそのまま受けてくだされば、時間的なロスはほとんどございません。十数分で行き先が決まります。そこで決まらない場合は1時間から2時間ぐらい電話をしますので、無駄な時間の一つはこれかなと思います。しかし最終的には必ずどこかの病院が受け入れてくださいます。これはものすごくありがたいことで、吹田市だからだと思います。ほかの地域はそんなに病院がないので、回された挙句、行き場が無く、そのまま家というよりは路上で移動している途中で亡くなられることになると思います。

そういう意味では病院に対して、私達から言うことはないのですが、どちらかというと看取りの前が大変です。看取りの前が、やっぱり何らかの処置をしていただきたい、もしくは、しばらく病院でケアしていただきたい期間を受けてくださるかということに関して、はっきりと対応できます、できませんと言っていたきたいです。

癌のターミナルはどの病院でもモルヒネを使うなど、緩和医療が出来る医師が必ずいるので、受けてくださいます。問題は神経難病の方がなかなか受けてくださらないことが多いです。例えば筋萎縮性側索硬化症の方だと、筋肉が全く動かないので、人工呼吸器を着けた状態で、何か呼吸状態がおかしいと、それで病院に連れて行って欲しいと家族が言ったときに、もうこのままターミナルまで診ていただくか、もしくは電解質を測っていただいて、電解質の補正ぐらいをしていただければいいかと言うのですが、必ずお答えは神経内科がないので診ることができませんと言われます。

私自身も神経専門ではありませんが、それでもなんとかやってきましたので、看取るとか、終末期の患者を診るのは別に神経内科医じゃなくても良いと思います。

専門医がないからという理由で受入れを断られるのが、一番辛いです。私達も返す言葉が無いので、そうですねと引きますが、神経難病の方でも、癌のターミナルの方でも、どんな方でも同じ状態です。病気の名前が一つ余分についているだけで、そのことを理由に拒絶していただきたくないなと思います。

委員 看取りといいましても、在宅もあれば病院もありますし、考え方が多分少し違うのだらうと思います。在宅ではなくて、病院においても、おこがましいですが、専門外の医師でも終末期の患者に、どのように対応するかということ、勉強していただければ、病院でも看取りに対応していただけるような気がします。

もう一つの在宅看取りはなかなか大変ですよ。スタッフがどれだけ確保できるのかというほうが大きな気がします。これは在宅医療を実施されている病院の委員に聞きたいのですけれども、在宅看取りは病院からスタッフが出向かれてされるのですか。24時間365日の対応でしょうか。

委員 本来はそうです。

委員 それはやろうと思えばできる体制になっているということですか。

委員 そういう体制にはしているのですが、そこまで悪くなる前に病院に連絡をしていただいていたたり、早めに対応したりしているのもあって、実際に在宅看取りをするということはありません。

委員 病院の気持ちとしては、在宅看取りに対応しようとはしているのですよね。

委員 そうですね。対応しようとしていますが、実際にはありません。

委員 病院にしても開業医にしても、在宅の看取りを24時間365日対応するのは大変ですから、そういうときのために、救急や麻酔科医の医師から、自分達が出て行ってもいいという話をされていました。まだシステムとしては出来上がってはないですが、そういうことも自分達としてはできるのだとおっしゃっていました。

最期を看取るには、麻酔科医や救急の医師はプロなのかもしれないですね。具体的に話は進めていないのですけれども、もし何か協力していただけるのであれば、在宅看取りのスタッフの確保として、貴重な医療資源を御提供いただくというのはありかなと思っております。

事務局 我々もその話は聞いておりませんでしたので、後日その辺りは検討させていただければと思います。ありがとうございました。それでは、次の案件に移りたいと思います。

案件（2）かかりつけ医等の定着促進についてですが、これにつきましても、事務局からまず懇談会で出た意見について御説明いたします。

－資料1にて説明（かかりつけ医等の定着促進について）

事務局

かかりつけ医という考え方ですけれども、日本医師会と四病院団体協議会合同提言の定義におきましても、病院の医師か診療所の医師か、あるいは診療科を問うものではないとされています。選定療養費の仕組みの意味合いから考えても、大規模病院以外の病院についても、診療所と併せてかかりつけ医機能を担うものではないかと考えます。

そういった意味で、皆さんの病院において、かかりつけ医機能の現状と課題について、御意見をいただきたいと思います。

日常的な医学管理や専門医療機関との連携、在宅療養の支援や在宅医療の提供といったかかりつけ医機能について、特に、専門医療機関への紹介と逆紹介の現状、また在宅医療が必要となった場合どのようにされているのかなど、その現状と課題についてお聞かせください。また、紹介した患者がきちんと逆紹介で戻ってきているか、在宅医療を要する患者の紹介がきちんとできているかなどについても御意見をお願いいたします。

委員

できるだけ我々がかかりつけ医の開業医の先生方と連携を密に取りたいという思いで、週1回院内で、その週に御紹介をいただいた患者さんのその後がどうなったのかということをチェックをさせていただいております。もっとそこを推進していきたいということで、やはり開業医の先生にかかりつけ医になっていただいて、必要に応じて病院を御利用いただく連携の仕組みをもっと強化しようとしています。ただ、当院の連携室にいる人数は限られていますので、なかなかまだ思うように進んでいないですけれども、働きかけをさらに強めていこうと思っています。

事務局

課題としてはマンパワーでしょうか。

委員

マンパワーと言えばそれもありますけれども、仕組みがきちんと動き出すとスムーズになっていくとは思っているのですが、まだそこまではいっていません。一部の開業医の先生方と上手く連携ができていますが、もっともっと数を広げていこうという流れです。

委員

当院も腎臓の専門病院ですから、透析維持の患者に関しては、週に3回来られているので、病院の医師がそのままかかりつけ医もやっているという形にならざるを得ないです。それ以外の患者に関しても、普通の開業医の先生とほとんど変わらない状況で、手に負えない患者については、専門機関に紹介していかないといけない

ですし、かつ、そういう病院で診てもらっているほうが良いです。運が悪ければ、先月8件断られた患者がいます、次で取ってもらえたのですが、そういう患者も出てきている現状です。

在宅に帰す場合もカンファレンスを開いたり、患者の希望で老人保健施設を探したり、それはそれで時間に余裕がありますので、なんとかなりますし、連絡については、文書連絡です。直接全部話してというのはなかなか難しいです。吹田市は非常に恵まれた医療圏ですし、大阪市がすぐ近くにありますがありがたいですが、それでもやはり滞る人というのはいます。

事務局

在宅医療をされている委員にお聞きいたしますが、作業部会委員の病院から在宅医療の患者の御依頼を受けたことはありますか。紹介を受けた場合、その引継ぎや、又は急変時への支援などについて、何かお感の課題や対応策についての御意見はありますか。

委員

在宅の患者を紹介していただいていることも多いです、こちらから入院をお願いしていることもあります。先ほどの委員の病院だけは在宅の患者の入院を依頼したことがなくて、どちらからと言うと、透析がらみの、透析を開始したほうが良いかなという人をお願いしたり、すでに透析をしている人の状態が悪くなったときに、家で対応が難しくなったときに救急で受けてもらっています。

ほかの病院では、随時、退院時カンファレンスを確実にやっていただいている病院もあり、いつも丁寧な対応をしてくださっています。また、緊急の患者の入院を依頼していることのほうが多い病院もありますね。退院というよりは、入院の依頼をしている方が多いです。そのような状況です。

事務局

お感じになられる課題等はございますでしょうか。

委員

これは仕方がないのかもしれないですが、先ほどの繰り返しになりますが、やっぱり病床がいっぱいであるとか、学会と重なってしまうと医師が大量にいないことがあるので、それは仕方ありませんが、そういうことぐらいですかね。在宅に係る大きな問題は特に無いですね。

委員

私も御紹介いただいたり、入院のお願いをしたりしています。急変というか、状態が悪くなって入院をお願いするときには、なるべく紹介していただいた病院に受けていただくとありがたいです。それと、夜間でベッドがいっぱいというのはなかなか難しいのかもしれませんが、日中の早い時間で、お願いした場合にはできれば一度診てもらって、そこから適切な病院に送っていただくと助かります。あとは、整形外科がないから、骨折はだめですよというのは最初から要望として言っておいていただければこちらからもお願いはしないので、そういう情報をいただければ

ばと思います。

事務局 これらの御意見を踏まえまして、何か御意見がございましたら、お願いいたします。

委員 これも、色々な問題が内包されているのだと思うのですが、私も詰まるところ、市民の意識だと思います。それをどう直すのかというのは確かに難しいので、さきほど御説明していただいた資料の中で、大病院をかかりつけ医とされている人の理由に、前からかかっているのが一番多いというのがありました。前からかかっていると市民が思われているとしたら、確たる理由がないわけですね。となると結局、病院で逆紹介を高めてもらうのが一番現実的な方法だと思っています。市民よりむしろ大病院に啓発していくことが大事なのかもしれないと行政的には思っています。

事務局 ありがとうございます。かかりつけ医につきましては、これぐらいにさせていただきたいと思います。それでは、次、最後の案件に移りたいと思います。案件（3）急変時入院の受入れと患者の流れの円滑化のための対策案について、議論に先立ちまして、まず事務局から御説明いたします。

－資料3、資料4にて説明

事務局 今回のアンケートは、資料4にお示ししておりますように、前回の作業部会で出た意見のうち、3点について、各病院の皆様の御意向をお聞きしたものです。

順番に見ていきたいと思いますが、まず一つ目は、病院ごとの急変時入院の受入体制や受入可能な条件等について、診療所へ情報提供してはどうか、という点についてですが、御提案では各病院で受入可能な状態像につきまして、例えば誤嚥性肺炎や圧迫骨折などの具体的な病態を明記したり、何曜日は整形の医師がいるとか、診療体制につきまして、診療所の医師に情報提供をすれば、医師も入院依頼をするときに役に立つのではないかということでした。イメージとしては、リアルタイムは難しいとのことで、各病院の情報を載せた一覧表を作って、診療所に提供するというイメージをしております。

全体としては、このような情報提供をすることに対しては、皆様は概ね賛成という意見もございましたけれども、その項目の一つに、受入可能な状態像として、誤嚥性肺炎や圧迫骨折という具体的な病状をお書きいただいたり、逆に受入れが難しい病状、病名をお書きいただくということが可能かどうかということについて、改めてお聞きしたいと思います。これは病院の委員にお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。また、その情報を診療所の医師に提供しても差し支えないでしょうか。御意見ございましたら、よろしくお願いいたします。

委員 受入困難な状態像として、精神科疾患と挙げさせていただいたのですが、受け入れられないわけではなくて、受け入れさせていただきますけれども、その次が非常に苦慮します。以前にあったのですが、受け入れて、そして治療はさせていただくのですが、そのまま入院というのは厳しいため、別の入院先を探すのですが、受け入れてくれるところが無くて、かなり色々な病院をあたって、翌日ぐらいになんとか見つかったということがありました。そういう繋ぎを作っていただければもっと治療はさせていただくのですが、その後がどうにもならない、その悩みがありますので、そこを少し整理していただけると、もう少し良くなるかと思います。

事務局 受入可能な状態像、もしくは受入困難な状態像について、具体的なものを各病院が書くことは可能でしょうか。先ほどの委員の病院でも、条件によっては受け入れが難しいということになるのかと思います。

なかなか受け入れできない状態像というのを書くのは難しいですかね。いかがでしょうか。

委員 ほとんどアンケートに出尽くしていると思っているのですがけれども、これから精神疾患や認知症の患者を念頭に置きますけれども、認知症の状態が悪く、かなり配慮を要する患者が病棟に一人二人入ってくると、看護師がそれに手をとられてしまって、ほかの患者の看護にも影響が出るというのは、厳然たる事実です。そういう情報を全く抜きで患者を送ってこられたりすると、もうその病院からの患者は受け入れたくないという感情的な話になるという現実は否めないと思います。

事務局 なかなか単純に、これは受入可能です、これは受入困難ですというのを表すというのは難しいですかね。在宅医の立場としては、病院からどのような情報が欲しいでしょうか。

先ほど御意見をお伺いした中では、受入困難というのは表示しにくいとのことですが、どういった情報があれば、分かりやすいと言いますか、在宅医療を提供をする立場の医師として、こういう情報があれば良いなというのは、どういうものでしょうか。イメージがありましたらお願いいたします。

委員 在宅医療でも、急性期疾患があっても、それに関しては絶対治してほしいとなると、急性期病院も受け入れやすいとも思うのですが、基本的には寝たきりで分からない患者でも受け入れていただきたいとは思いますが、実際には難しいですね。例えば、認知症の状態が悪化していても受入可能か、困難か、あとは整形疾患を自分の病院では診ないけれども、診断はするとか、ほかの科目は無いので、例えば頭部のヘルペスは受入困難とか、具体的に書いても問題ない情報はたくさん書いていただければいいかなと思います。

委員

基本的には病院に紹介せずに、できるだけ家で診ようとして、点滴もしています。どういうときに紹介するかというと、もう家族がなんとかしてくれと言ってくるときか、御本人が家族に気を使って、何とか入院させてくれというときぐらいなので、病院で何かを一生懸命しないといけないというのはあまりほとんどありません。

おそらく一番大切なのは説明です。これから日単位、週単位で呼吸が停止して、静かに亡くなるのですよと私たちが説明をして、病院からも治療的なことはほとんど無いと私達と同じ説明を言っていたとしても、病院と家で違うのは家族の介護がいないということです。病院は病院の方達がしてくださるので、御本人も御家族もちょっと気が楽になります。それを求めて病院に紹介することが多いので、病院に行くときも、もう数日かもしれないので、家族の皆さんを呼んだほうがいいですよと同じような流れで言ってくだされればそれだけで私たちはありがたいです。それを紹介状に書いているのですけれども、病院に紹介すると、医師によっては何かの治療をしないといけないと思って受けられるので、その治療は難しいですねという返事が返ってきます。初めから紹介があると何か治療をしないといけないと思って受けてくださる医師がいるので、そうではないと再三伝えるのですが、伝わりません。

前も申し上げましたが、五日か一週間ぐらい入院して、自宅に送り返していただければ、多くの方はやはり病院にいてもやることは無かったと納得していただけます。それなら家にいますと言う方も多いですし、そのまま病院で息を引き取られる方も多いため、あまり治療メインで考えずに引き受けていただければと思います。

事務局

入院を受ける場合には、やはり御本人や御家族が入院の目的やおおよその期間、在宅に戻るということをきちんと説明されて理解されている、あるいはそう望んでおられるということが前提として必要だという御意見だったかと思います。そういった点につきまして、入院を受ける側の病院としては、これまでも御苦勞があったかと思いますが、診療所の医師にも、御本人と御家族にそのような説明をさせていただくような周知も必要かと思いますが、その上で、診療所への情報提供を試行的に行ってみてはどうかと思いますが、いかがでしょうか。次回の作業部会で、このアンケートをもとにして、一覧表の案を作成してみたいと思いますが、このことについて何かほかに御意見はありませんでしょうか。

一度イメージ案について、事務局で作成をしてみますので、そのときにまた御意見を頂戴したいと思います。

それでは次の点に移りたいと思います。急変時の入院の際などに診療所からもらう情報について、どんな情報が欲しいかということについてですが、多かったのはやはり自分の病院にどんなことを期待されて入院依頼をされているのか、入院の目的や意図について、御本人や御家族がきちんと理解されているか、という点が多かったように思います。これについて、何か補足や御意見があればお聞きしたいのですが、病院

の委員の方々、いかがでしょうか。

—意見なし

事務局

それでは、実際に診療所の医師からそういった情報を提供いただく際に、おそらく在宅医療をされておられる医師はすでにそのような点については、診療情報提供書に記載されたりして伝えていらっしゃると思いますが、ほかの医師にそういった趣旨をどうやってお伝えすべきか、ということについて考えていきたいと思えます。

例えば診療情報提供書は規定のものを使われているのかと思えますので、どの欄にどのように記載すべきか、またそれをどう周知すべきかなどについて御意見をいただきたいと思えます。参考資料に診療情報提供書の様式をモデルとして添付しておりますので、これを使いながら御意見をいただけたらと思えますが、いかがでしょうか。

委員

診療情報提供書は近畿厚生局に何の情報も載せないといけないという規定がありまして、それをベースにしています。私が出す診療情報提供書というのは、ここに書いてあるような家族の連絡先や介護保険情報は記載していません。普通は記載されていないのではないかと思います。家族状況やキーパーソンについても、通常の場合は、キーパーソンの御家族と一緒に病院に行かれることが多いので、書いていないことが多いのかなと思えます。ここに書いてある中で本当に必要なことは、実際に何を期待して、どう説明して、家族はどう理解しているかということをおお程度分かる範囲内でちゃんと書いているというのは必要かと思えます。

在宅患者の中で、入院する日が決まっている人であれば、いくらでも前もって用意はできるのでしょうし、家族と話をしていたら、こうしようとなるのですが、ここまで誰とも話をしていないけれども、緊急に入院することになったときには、そういった意思確認ができないというのは、かなり多くあると思えます。

委員

診療所から病院に送る紹介状ですね。この備考欄にあるような保険薬局とかを記入することが無いというより、そんな時間が無いです。紹介するときというのは、緊急時が多いので。最近では往診先で手書きのことも多いですが、時間があるときは、クリニックに一旦帰って、パソコンで入力をする、もしくは、以前の病歴を貼りつけるときもあります。時間がないときは、咳で急変しましたということと、あと書くとしたら、いつから訪問診療を開始しました、この一年間は状態が安定していましたなどを書きます。あくまで今回は急変であることを分かるように書きます。最後に、五日ほどで状態が改善すれば退院させてください、ということをおお家族にも説明していますということを書き加えるぐらいですね。

事務局           ありがとうございます。何かこのことについて御意見がございましたらお願いします。

委員           確かに緊急対応をしている現場で、かなり詳しいことを書くのは相当難しいだろうと思います。近畿厚生局はかなりのことを要求しますから難しいのでしょうか。

委員           どうしても必要でしたら、後から送りなおすこともします。病院からもう少し詳しいデータを送ってもらいたいと言われたら、作ってFAXで送付しています。

委員           何回も話に出ていますが、病院が安心して受けていただける何かそういう文言が入っていると受け入れてもらいやすくなるとか。一晩だけでいいですからとか。

委員           やはり、一週間や何日かで状態が膠着してしまったら、自宅に帰ります、もしくは、状態が落ち着いたら必ず退院しますということ、あとは入院目的がある程度決まってはっきりしていると病院側も受け入れやすいのでしょうか。

事務局           この件につきましては、また医師会と相談をさせていただきながら、具体的に検討していきたいと思います。

次に、高度急性期病床を持つ病院から医療や看護のスキルを高めるための連携についてですが、これにつきましては、高度急性期の病院から、患者を受け入れる場合、受入れが難しい状態像があるとすれば、それに対してスキルを上げる仕組みを作ること、受入れの幅を増やせるのではないかと、また、それにより各病院の医療機能を一層発揮して、患者が過度に滞ることなく、適切な病院へ流れていくのではないかとこの御提案だったかと思えます。この点について、病院の例を御存知だとのことですので、少しお話をいただけませんかでしょうか。

委員           吹田圏域ではないのですが、ある病院の院長が病院同士の集まりのときに、自分の病院のスタッフがポストアキュートの患者に対応するスキルがついていないという発言をされました。院長として、自分の病院のスタッフのレベルを上げるためには何かしないといけないと考えていると発言がありまして、具体的にどうされているのかは知りませんが、自分の病院のスタッフをきちんとトレーニングしていただける病院に送って、質を高めないといけないと御発言されました。もし、そういう風なことを考えている病院がおありでしたら、話しの持っていきようだと思います。

吹田の圏内の病院でもそういったスタッフを受け入れるよという姿勢を示している病院は多いものですから、その橋渡しぐらいはやってもいいかなと結果を見て思っておりまして、受け入れてもいいと言ってくださっている院長に、具体的にどの

ような形でやっていただけるのかということを含めていってもいいのかなという気はしています。そういう御希望があれば、作業部会委員の病院以外でも御希望があれば、そういった声を拾ってもいいのかなと思っております。

事務局

今の意見に対していかがでしょうか。それぞれ病院で御検討いただくということで、お願いいたします。

そのほか、この急変時入院の受入体制や患者の流れを円滑にするための対策について、何か御意見や御提案などがあればお願いします。

アンケート結果の1から3のそれぞれの最後の質問項目に、ほかに有効な対策や仕組みはないかという質問をさせていただいて、いくつか御意見をいただいております。例えば資料4-1の1枚目の最下段にあります。急変時の入院受入を急性期病院で一旦受け入れた上で、コーディネートする役割ができればいいのではないかという意見や、2枚目の最下段の入院受入れを輪番制にしてはどうか、またそのためのインセンティブがあればいいのではないかというような意見がありました。これらの意見は実は懇談会の委員である病院からの意見でございまして、急性期病院というのをどこまでの病院をイメージしておられるのかなどの詳細は分かりませんが、そういったことについて、皆さんの御意見はいかがでしょう。

委員

輪番制というのはとてもいい案です。単に経費の問題だと思います。私は耳鼻咽喉科だったのですが、耳鼻科分野で大阪府下の救急医療をどうするのかということで、30年ほど前に病院全部に輪番制をお願いしたのです。毎日場所は決まっています。中央急病診療所に大学から救急医を派遣する。そこからの急患は輪番のところに送って絶対に断らないというので、運用開始をしたのですが、そのときの費用が凄くて年間維持費用が1億近くかかっていると思います。それは輪番の病院のベッドを確保するための費用を協会から払うためです。患者が来ればその支払費用に当てられますが、行かないときもあるので、そのときの空きベッド料は協会から払っていたので、それは今も大阪府下で続いていると思います。それはとても良いシステムだと思うのですが、その分お金も凄くかかる。もし、吹田市で輪番制がやったらボランティアでは長続きしないので、なんらかの形で費用の確保がいると思います。

委員

今輪番制の話が出たのですが、一般急性期の輪番はいいのですが、出来れば精神科の輪番を作ってもらって、ここだったら必ず受けてもらえるというのを一つ残してもらおうと、受け入れる側からすると非常に心強いなと思うのですが。

委員

精神科の輪番については、実はトライアルをしていて、その結果がどうなったかというのは御存知かと思うのですが。もちろん精神科の医師がいない病院が輪番をするために、精神科病院から医師を送りますよという形で始めました。でも、受け入れる病院というのがあまりなくて、頓挫してしまったのです。これは、ト

ライアルは公立病院を中心にしてやったからうまくいかなかったのかもしれないですが、民間も含めて、もしそういう病院がいらっしやって、精神科の医師だけ、輪番の当日だけでも派遣してくれたら受け入れるよという話をしていただければ、送る側の精神科病院の医師はやってみようかとおっしゃるかもしれないです。

一番の問題は、受け入れたときの病棟のケアの問題で、病棟スタッフが拒絶したというのが一番の問題だったようですが、それがもしクリアできるのであれば、精神科の医師は輪番でさえあれば来てくれる可能性もひょっとしたらあるのではないかと私は思っております。

委員                    それも非常にありがたいですし、この日だったら、ここだったら一晩は当院で診ますよというのはいいのです。だけど、翌日なんともならないので、翌日に対応してくれるのとセットでしていただければと思います。

委員                    一晩だけ輪番の病院が受けていただけるのであれば、次の日は精神科病院でなんとかしようかということがセットで動き始めたのですけどもね。なかなかうまくいきませんでした。これも輪を広げて考えてみて、こういうことをやってみても良いという病院があれば、豊能圏域全体で話をしてみてもいいのかもしれないですね。

事務局                ほかに何か意見はございますでしょうか。この急変時の入院受入体制については、なかなか対応策を打ち出すのが難しいところであると認識しておりまして、また引き続き委員の皆さんの御意見をいただかないといけないと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、ほかに御意見がないようでしたら、時間もまいりましたので、本日はこれで終了とさせていただきます。貴重な御意見をいただきまして、誠にありがとうございました。