平成29年度　第1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）7月19日（水）午後2時から午後3時40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）吹田市地域医療推進懇談会作業部会の設置について

（2）在宅医療推進の環境づくり

「日常的な療養支援」「急変時の対応」について

（3）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。まず、本作業部会の設置要領及び傍聴について、御説明いたします。

―参考資料１　吹田市地域医療推進懇談会設置要領にて説明

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、本作業部会も傍聴可能としておりますので、よろしくお願いいたします。なお、本日傍聴希望者はいらっしゃらないことを御報告させていただきます。

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たいと思います。

―配付資料の確認

開会にあたりまして、事務局から御挨拶申し上げます。

事務局　　　委員の皆様におかれましては、御多用のところ、本作業部会に御出席を賜り、誠にありがとうございます。また、平素より本市の保健・医療施策の推進に、格別の御理解と御協力を賜り、重ねてお礼申し上げます。

本市におきましては、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向けまして、地域包括ケアシステムの構築として、高齢福祉室が中心となり、在宅医療・介護連携推進協議会等を設置し、具体的な検討を進めているところです。また、健康医療部におきましても、今後、在宅医療の医療需要が大幅に増大する見込みであることに対しまして、地域包括ケアシステムの一環として、医療需要に見合った必要な在宅医療の環境づくり等を推進することを目的として、地域医療推進懇談会を設置し、検討を進めているところでございます。

また今回は、地域医療推進懇談会の作業部会といたしまして、急変時の入院受け入れ体制等の病診連携や病病連携等につきまして、それぞれのお立場から感じる課題等についてお話をいただき、懇談会での意見も踏まえまして、課題に対する対策の方向性について検討する端緒としたいと考えております。

本日は、忌憚のない御意見を賜りますことをお願い申し上げまして、簡単ではございますが、私からの御挨拶とさせていただきます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

それではまず、本日が作業部会の初日でございますので、委員の皆様の御紹介と、事務局職員の紹介をさせていただきます。お手元の参考資料２吹田市地域医療推進懇談会作業部会委員名簿を御覧ください。

―参考資料２　吹田市地域医療推進懇談会作業部会委員名簿にて説明

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）吹田市地域医療推進懇談会作業部会の設置について、事務局より御説明させていただきます。

―案件（１）について事務局より説明（資料１）

事務局　ありがとうございました。ただいま本作業部会の趣旨や論点などについて御説明いたしましたが、よろしいでしょうか。また、作業部会の回数につきましても、３回開催させていただきたいと思いますので、委員の皆様には御多忙なところ恐縮ですが、御理解と御協力のほど、よろしくお願いいたします。

それでは、次の案件（２）在宅医療推進の環境づくり「日常的な療養支援」「急変時の対応」に移りたいと思います。

この作業部会では、四つの論点を中心に御議論いただくと、先ほど御説明いたしましたが、本日はそのうち２点、「日常的な療養支援」と「急変時の対応」ついて御議論いただく予定としております。

では、まず１点目の「日常的な療養支援」について、事務局より御説明いたします。

―案件（２）在宅医療推進の環境づくり「日常的な療養支援」について
事務局より説明（資料２）

事務局　この、在宅療養患者の「日常的な療養支援」ということに関わる機関というのは、病院の皆様方というより、在宅医療や介護を提供する機関が中心となると思いますので、皆様から御意見を頂戴するのも難しいかと思いますが、平海病院や大和病院につきましては、病院として在宅医療も提供されているとお聞きしております。在宅医療を行っておられる中で、患者の日常的な療養支援をされる上でのお困りの点やお感じになられている課題等がございましたら、御意見を頂戴したいと思いますがいかがでしょうか。特に、多職種連携等の現状や課題はございませんでしょうか。

委員　患者を在宅で診ていく中で、課題として感じることは、家族が在宅で看ようと思っていても、経済的な負担が大きかったりする場合や、看護している中で、急変時の対応が難しい面があることです。当院では、病院が運営している訪問看護ステーションがあるため、病院医師と訪問看護ステーションと患者家族との連携がうまくできていますが、在宅で患者を診ていく中で、患者の状態を常に把握するということが難しいのではないかと思っております。

委員　　当院も訪問診療をしていますが、当院では訪問看護ステーションを持っていません。急変時や点滴が連続で必要な場合には当院で対応するのですが、定期的な訪問看護をしてもらっている訪問看護ステーションとは連携できていない状況です。

少し話がずれるかもしれないですが、在宅患者の訪問診療料を算定するにあたって、一人の患者を一つの医療機関が管理して、診るということになっていると思うのですが、複数の診療を受けなければならない患者に対して、どのように対応していけばよいのかということが課題であると感じています。特に精神科領域でかつ、訪問診療が必要となる方についてはどのように連携すれば良いのかと常々感じております。あとは、服薬管理については、訪問看護ステーションよりは薬局との連携で対応できています。

事務局　　ありがとうございます。日常的な療養支援において、在宅医療を実施している医師と病院との連携について、また病院の受け入れ状況や、そのあたりの御意見がございましたらお願いいたします。

委員　　色々ある中でいつも感じているのは、急変時の話です。それ以外で、病院にお願いしたいのはレスパイトです。家族の介護疲労が限界のところまできていて、在宅医である私達に相談されたときにできることと言えば、入所先の老人ホームを探すか、病院へ一時入院をして、患者も家族も元気になられてから再び自宅に戻ってこられるか、の二つぐらいしか提示できる選択肢がありません。もう一回在宅での生活を頑張りたいという気持ちが患者や家族にあるようであれば、患者と家族の介護体制を立て直すために、一旦入院していただけるような病院をいくつか確保していますが、その病院も満床であるとどうしようもないので、申し訳ないですが、救急患者ということで、１週間以内に次の病院に転院することをお伝えした上で、病院を紹介し、脱水の救急患者として受けていただいています。こういったことも、在宅患者や介護されている御家族を助けようと思うとやらざるを得ないのが現実です。

事務局　　何らかの入院の必要性があって、入院をしていただくことになるわけですが、そういった運用について、柔軟に対応していただいている病院はあるのでしょうか。

委員　　私たちの病院には連携室があり、その連携室の室長は副院長が務めています。私も連携室のメンバーになっています。救急の担当師長や、医事課の課長、ソーシャルワーカーと連携室の事務担当者で１週間の出来事について色々と話し合いをしています。我々は在宅医療をしておらず、救急患者を受けるほうなのですが、救急依頼の全体の 10 パーセントが診療所や施設からの依頼です。中には依頼を受けきれていないこともあるかもしれませんが、依頼の中でも困るのが、治療方針が明確になっていない患者です。今、委員がおっしゃったように、１週間のレスパイト的な入院をして、また在宅で頑張って生活をしたいという方針があれば、それを教えてい

ただければ良いのですが、そうではなくて治療方針が見えなくて、場合によっては主治医と連絡がなかなか取れなくて困るケースというのは、救急対応をしている部署から、連携室に課題としてあがってきます。もう少しそこの情報交換を密にさせていただけると、救急を受ける側としても受け入れはしやすいと思っています。

委員　　　　　　おっしゃる通りだと思います。私も以前に治療方針を聞かれたことがあって、２年ほど前から、診療情報提供書の最後の行に、１週間以内の退院で結構ですからお願いします、家族にはその旨を説明しています、という一文を入れ始めてからかなり受け入れてくださるようになったのは事実だと思います。

病院としては、今後１か月この病院にいるようであれば困るであるとか、治療の方針が立たないと困るとか、受け入れた患者がどうなるのかが分からないというのが一番大変なのだと思います。それは私もよく分かったので、最近は入院期間の目途を書くようにしています。

委員　　　　　　状態の急変で来られて、挿管をするなど、いわゆる積極的な治療をしようとしたら、御家族からそれはして欲しくなかったと後から言われて、困ったことがあります。

委員　　　　　　当院では、三つある病棟のうち、一つを地域包括ケア病棟としておりまして、レスパイトを受け入れるという方針で運営しております。レスパイトは救急ではなくて、ある程度予定が立ちますよね。例えば来週から１週間入院させてほしい、その間で家族の介護体制が整えば、また家で看るからということで申込書をいただいて対応しています。１か月もレスパイトで入院ということは無いですし、病院としても１か月何もせずに入院をさせておくことはできない、ということもあります。基本的にレスパイトの患者さんは医療行為をそこまでしませんので、地域包括ケア病棟の病床が空いている限りは受け入れ可能であると思っておりますし、実際に何人も御紹介していただいており、月に何人かの受け入れをして、満足して帰っていただいております。

事務局　　　　　ありがとうございます。ほかにありますでしょうか。

委員　　　　　　当院もレスパイトを受け入れさせていただいております。本当に、委員がおっしゃったように期間を区切って、御家族が病状を把握されていて、急変時の対応についてきちんと理解していただいておれば、部屋が空いている限りは協力させていただきたいという方針です。

事務局　　　　　ありがとうございます。何らかの医療の必要性を勘案した上で、入院の受け入れをしていただいているとのことで、介護者も安心されていると思います。さきほど

いただいた御意見は事務局で整理してこの資料に追記させていただきたいと思います。

それでは次の論点に移りたいと思います。急変時の対応についてでございますが、まず、懇談会で出た意見につきまして、事務局より御説明させていただきます。

―案件（２）在宅医療推進の環境づくり「急変時の対応」について
事務局より説明（資料２）

事務局　今、御説明しましたのは、吹田市地域医療推進懇談会の委員の意見でございますので、それ以外の病院の現状や思いはどうなのか、ということについて御意見を伺いたいということもありまして、本作業部会を設置しているところです。

それではまず、五つの病院から、在宅療養患者の急変時入院の受け入れの現状等について、御発言をお願いしたいと思います。

委員　今も私達は24時間365日、救急はずっと受け入れをしております。７月で当院が開院してちょうど３年になります。救急の応需は日を追うたびに増えてきています。やはり、誤嚥性肺炎や、尿路感染症などの患者の受け入れもかなりしています。受け入れる側である当院の主治医が相当疲弊しているのも事実ですが、病院内で負担が集中しないような体制を取りながら、積極的に受け入れをしています。その中で、いつでも言っていただければできる限り受け入れようと努力はしております。さきほども申し上げましたが、大体10パーセント強が施設や開業医からの救急搬送になります。当院でも受け入れられない状態の患者は断りますが、もっと利用していただければ結構だと思っております。救急の夜間体制も２名体制にしましたし、できる限り救急依頼をお断りする件数を減らそうということで対応をしておりますので、まだ言っていただければ協力はさせていただけると思います。

事務局　余裕があるわけではないですが、まだ言っていただければ受け入れますよ、ということですね。例えば、患者の状態像で、こういう患者は受け入れが難しい、こういう患者は受け入れやすいなどはありますでしょうか。

委員　さきほどもお話しさせていただきましたが、家族と在宅の主治医の意向が見えてこない救急というのを受けると、後でお叱りを受けることなどもございます。努力して受け入れをしても、結果、情報がうまく繋がっていなくて、家族の希望とは違ったということになると悲しいですね。全く何もなければそのまま受け入れていますが、主治医と家族と我々がかみ合わないケースが一番難しいですね。

事務局　ありがとうございます。それでは、次の委員お願いします。

委員　　　　　　急変の患者については、内科と整形外科の患者が多いかなという印象です。時間帯によっては、当院の中でできることが限られてきますので、急いで手術をしたほうが良いと予測される場合には、当院の医師の判断を仰いで、受け入れの可否について回答しています。当院の近隣の施設からの御紹介もたくさんありますので、誤嚥性肺炎や、圧迫骨折の患者が多い状況です。特に受け入れ困難な患者については、当院で診られない科目の患者など、患者の状態像を医師と確認しながら対応することになりますが、受け入れを断ることがあるとは聞いています。

　レスパイトケアの希望があれば、レスパイトケアの窓口は、救急と急患の窓口と違いますので、その窓口で患者や家族の希望がどこにあるのか、レスパイトでよければ施設から調整しましょうかという話もできますし、そうでなくて痛みが強いなどであれば救急対応になります。そういうところの見極めも含め、患者の希望の内容や、医師の情報を聞いて判断をさせていただいて、ケアミックスの病棟の中でどこか受け入れができないかということで判断させていただいている状況です。

事務局　　　　　夜間についても同じような状況なのでしょうか。

委員　　　　　　はい。夜間は救急対応という形になります。

事務局　　　　　ありがとうございます。次の委員お願いします。

委員　　　　　　当院では夜間対応は当直医が１名しかおりませんので、検査ができないなどはありますが、病院として整形外科の医師を金曜と日曜、祝日以外には必ずいるようにしていますので、転倒して大腿骨の骨折をした場合に、開放性骨折等でなく、明日の朝まで待てるようであれば、積極的に受け入れています。オペ適用があればオペをさせていただくということで、水曜日のオペを１日増やして、月曜と水曜にさせていただくという体制を取ることもできます。ただ、下血であるとか、カメラ検査をしないということになると、当院では対応できないということも多いので、御迷惑をおかけしていることもあるかと思いますが、できることは積極的にさせていただいて、地域貢献したいと考えております。

　その前に、一番問題になるのは、家族がどこまでの治療を望んでいるのかということだと思います。最初から手術をしてほしいとか、１日置いていても大丈夫といったことを、一番家族と信頼関係がある在宅の先生や、急変時に対応する先生が説明し、家族に納得していただいてから来ていただけると受け入れやすくなると思います。

事務局　　　　　ありがとうございます。次の委員お願いします。

委員　　　　　　私たちの病院は御存知のとおり、透析の患者をメインに見ている病院です。一般

の病院であれば外来と入院に分かれるのだと思うのですが、当院の場合は外来と入院と透析をしております。透析棟が一番大きくて、入院している患者の８割が透析関係です。ですので、一般の患者をあまり受け入れられる状況にありません。透析の患者は腎不全になってしまうと、ある意味均一化された集団になってしまって、主治医が誰であっても透析さえできれば問題ないわけです。決まった時間で仕事ができるものになりますので、女医が凄く多いという特徴があります。必然的にママさんドクターが多くなってしまい、夜間の対応というのは難しくなってしまって、夜間の救急患者を受け入れることができない現状です。

外科、整形外科、消化器内科もありますが、透析の合併症の初期対応に追われているので、一般の患者を診る余裕がありません。また消化器外科が無いというのが一番問題で、普通の場合で 10 人搬送されてきた場合、１人は緊急手術になるだろうということで、その１人を受け入れてしまうと、患者にも迷惑をかけてしまうことになる可能性もありますので、そうなるとなかなか受け入れづらいというのが現状です。

事務局　　ありがとうございます。それでは次の委員お願いします。

委員　　夜間帯は当直勤務１名の対応で、検査もできないため、受け入れは困難な状況ですが、日中で診療情報をいただいて、スタッフが揃っている場合には、内科と整形外科については、受け入れは可能です。依頼が多いのは転倒による圧迫骨折や、誤嚥性肺炎で発熱している場合、また、食事が摂れないので入院させてくれないかという依頼が主で、こういった病状の方々であれば受け入れられます。それ以上の厳しい状態になってくると、受け入れられないのが現実です。

訪問診療を当院で行っている方で、状態把握が出来ている方については受け入れています。ただ、ベッドも必ず空けているというわけではないですので、満床の場合にはお断りさせていただいております。

事務局　　ありがとうございます。懇談会の意見で、高度医療を必要とするケースや救急搬送の対応、または地域医療支援病院としての役割もある中で、在宅療養患者の急変時の入院に対応することに対して、医療の必要度や必要な入院期間等の点からも、その対応はなかなか大変な現状にあるとの御意見が出ていたかと思います。それにつきましては、いかがでしょうか。

委員　　病院は受ける側、診療所は送る側ですよね。在宅医療をしている医師にとって、この患者を病院に送った時に受けてもらえるかどうかという条件が明確に分かっておれば、適切な振分先ができると思うのですが、地域で在宅医療を提供している診療所の医師に、それぞれの病院が受け入れられる患者の明確で細かい条件が示されていないということが理由にあるのだと思います。

この病院で受け入れのできる条件、受け入れできない条件という形で、診療所の医師に情報として出すことができるといいなと思っております。もちろん五万とある疾病ごとに条件を作るのは大変かもしれないですが、在宅医療をしている医師から、代表的な疾病を提示してもらったり、抱えている患者の状態で、こういう患者であれば受け入れられる、こういう患者は難しいというのを病院で作ったりしていただいて、診療所に示すというのは一つの手だと思うのですが、そういうのは病院としてできないのでしょうか。

委員　　とても素晴らしいことで、それが可能であれば時間と費用がものすごく削減されると思います。僕もそれを考えたことがあって、一か所センターを作って、そこのセンターに毎日全ての病院が情報を送らないといけない。今日はこういう先生方、例えば腹部の先生が当直をしていますという情報をセンターに送って、消化器に関してはこの病院に、循環器に関してはこの病院に、ということがセンターで分かると。在宅医がセンターに問い合わせると、自動的にこの病名であればこの病院ですよということで教えてくれるようなシステムがあればものすごく無駄が省けると思っています。というのも私が今まで困った中では最高で11件の病院に電話しました。最後11件目で受け入れてくれたのは、大阪の南部の病院でした。その時間と、手間が大変で、これから先もこういうことをしないといけないとなると大変になると思いました。入院をする病院一つを探すのに、これだけ苦労するのであれば、センターがあれば良いと思ったのですが、逆にセンターの維持費が大変ですよね。それを維持するのはどうしたものかとは思いますが。

委員　　リアルタイムの受け入れ条件を示すのは相当に困難であると思います。そこまでいかなくとも、何曜日と何曜日は整形外科の医師がいる、何曜日には心臓外科の医師がいるというのは大体決まっていますよね。それをベースにして、この科目の医師がいるときには、こういう患者を受け入れられますよということができないのかなというイメージです。

委員　　私も夜間の緊急時間に関しては、スペシャリティというのは難しいと思っています。そもそも夜間に救急搬送をしないといけない状態なのかという選別をまずします。そこで夜間に搬送しないといけないと判断をして、家族が治療を希望していれば、救急車で搬送を依頼しますし、もし翌朝まで待てるようであれば翌日にしかるべき病院に連絡をします。在宅の患者で積極的な高度な医療は求めないけれども、入院が必要な場合は急性期病院以外に入院依頼をするなど、送る側の診療所医師で、ある程度選別すると無駄が少なくなる部分はあるのではないかと思います。ただ、状態が分からないときも多いですし、在宅に行っても分からない時もあります。その時はある程度診断のできる病院が、まずはその患者を受け入れてくれて、その病院で入院ができなければ、その病院間のネットワークでしかるべき病院に送ってい

ただけるとスムーズかと思います。

委員　　今、委員がおっしゃったみたいに、往診の先生からの依頼があったときに、一旦当院で診させていただいて、例えば急性心筋梗塞などで、患者と御家族が積極的な急性期の治療を求められる方であれば、当院では済生会千里病院や済生会吹田病院、市立吹田市民病院と連携を取らせていただいておりますので、すぐに搬送させていただいております。

そうではなくて、急性心筋梗塞などであったとしても積極的な治療を求めない方である場合には当院でそのまま継続で診させていただいております。

委員　　病院に送る時に診断できている場合もありますし、病院に行ってもらってから診断がつくこともあります。患者や家族の希望で最初から高度な医療は求めなくて、でも自宅では診られないという場合には、急性期病院での診断は外していくということをして、ある程度振り分けた上で病院を紹介していくのが良いのではないかと思います。

委員　　今、委員がおっしゃったようなスクリーニングが出来るような病院であるとか、大規模の総合病院のように、どんな患者でも受け入れますというところばかりであれば大丈夫なのでしょうが、残念ながら全ての病院がそうではないとは思うので、患者の状態と希望に応じて柔軟な対応をしていただくスクリーニングのようなことをやっていただけることを保健所としては期待するのですが、その辺りはいかがでしょうか。

委員　　そうですね。委員がおっしゃられたように診断や治療の内容によるとは思いますが、当院で診られる範囲であれば治療はさせていただきますし、難しければ当院から急性期の病院に相談させていただくこともできるかと思います。ただその時によってオペ中ですとか色々ありまして、私達も何件もの病院にあたることもあります。そういったことは病院に連携室があれば、そこである程度やり取りはされているのではないかと思います。

委員　　それができるのであれば、診療所の先生は助かりますよね。

委員　　何かしら患者を取ってくれるということであれば、在宅医療をしてくれる医師も増えますし、在宅医療をしている医師もやりやすいと思います。でも、病院の医師が見て、これはもっと違うやり方があるということであればそれは送る側である診療所にフィードバックをしてもらって、というようにすれば良いと思います。

委員　　在宅医療の患者はほとんどが高齢者ですよね。高齢者の患者が入院してくると、

最初の仕事は何をするかというと、家族に急変した時にどうしますか、ということを聞くわけです。ほとんどの患者は心得ていますということで、延命措置は一切いりませんということを言われる方が多くなっております。中には徹底的に治療してください、という方もいらっしゃいますが。

本当のことを言うと、在宅で看ている患者に何かあった場合にどうして欲しいのかというのは、在宅の医師が家族と話をしてすでに決まっていて、それが分かれば、受けるほうとしてはストレスがないですよね。

委員　それはそうなのですが、申し訳ないですが、そういう話をしていないケースも中にはあります。がんのターミナルの患者については、次はどうなって、どうなるということを話しますが、非悪性疾患の在宅患者で、認知症があったりすると、認知症が悪くなって、転倒して、食べられなくなりますよ、誤嚥性肺炎を起こしますよという説明はしますが、じゃあ誤嚥性肺炎を起こしたときには、治療するのかどうするのかということについては、誤嚥性肺炎を起こしたときに考えましょう、というケースがあります。挿管しても外せる可能性が無いという話は、病院に送るときにはするはずなのですが、状況を見て、患者や家族の考えが変わることもありますし、現実味を持って考えていないこともありますから、病院に送るときに聞き直しています。挿管はしないけれども、点滴と抗生剤だけは入れて、ということもありますし、情報提供書をつけて送ることと、家族に対して何かあったときの了解だけはなるべく取るようにするというのは、確かにしておくべきだと思います。

委員　私どもは昨年度から在宅療養後方支援病院としてさせていただいております。この制度を利用すれば、事前に患者の情報を共有できますし、開業医の先生から御連絡をいただければすぐにスムーズな対応ができますので、在宅患者のために国が作った良い施策かと思っておりまして、昨年からしているのですが、他市からの利用は思っているほどなくて、市内の御利用も非常に少ないです。これは在宅患者の状態の急変に対してあらかじめできる対策で、これを活用すれば、開業医と病院の間で患者の情報共有も密にできるのですが、立地的な問題なのか、当院の問題なのか、もっと病院内でも検討をしないといけないのですが、あまり利用をされていないという現実があります。この制度をもっと使っていただければ、より多くの急変患者を受け入れることは可能だと思っています。

委員　それは多分知識がないのだと思います。私もはっきりとその制度に関して認識していなくて、登録もしていないと思います。診療所医師がその制度を利用するのに、具体的に何をすれば良いのかということを診療所の医師が知らない部分もあると思います。だから利用が少ないのではないかと思うのですが。

委員　詳しくは知らないですが、病院によっては患者の退院時に在宅療養後方支援病院

の契約をしても良いですかということも言われることもあります。

委員　　　　　それは病院から言われるのですか。これは契約みたいな形で、患者の情報を送って契約をするのですよね。

委員　　　　　患者情報を送っていただいて、患者登録をしてから、契約することになります。

委員　　　　　１回は診察しないとおかしいですよね。全く診察をしていない患者に対して、後方支援をしてくださるのですか。

委員　　　　　それは開業医の先生が診てらっしゃる患者ですので、その情報を送っていただいて、登録させていただければ、いざというときにスムーズな対応ができるという仕組みになります。

委員　　　　　これは保健所のピーアール不足なのかもしれないと思って聞いておりまして、昨年地域医療構想を策定した時に、保健所で豊能圏域において在宅療養支援病院の名前を流布したのですが、200床以上の大きい病院で在宅療養支援診療所を支援していただける在宅療養後方支援病院をきちんとしてもらいたいと申し上げました。在宅療養後方支援病院の施設基準を取っていただける病院が増えると、在宅患者の急変時にスムーズな対応ができると良いと思ってピーアールしていたのですが、中身をピーアールせずに、在宅療養後方支援病院を増やせと言ったものですから、そこのところでまだ浸透していないのかもしれないです。

委員　　　　　思ったほど利用がないので、何が問題なのかと思っていました。

委員　　　　　病院からすると、それなりの準備が必要ですからね。結構負担だということを聞いてはいるのですが。

委員　　　　　負担ということはあまりありません。情報が無いよりも、あらかじめ情報だけをいただいて患者登録だけをしておいていただければと思います。

委員　　　　　診療情報提供書を送った時点で患者登録をしていただけるわけですか。

委員　　　　　そうですね。

委員　　　　　なるほど。分かりました。今日、ここに来る前に急患で呼ばれた方がいたのですが、まさしく在宅療養後方支援病院の制度を利用した方です。在宅療養後方支援病院の施設基準を取っている病院に搬送したのですが、いつでも入院してもいいよと

言われましたとおっしゃられていました。多分、この制度の対象者ということですよね。

委員　　　　　　入院時には、患者と先生が立ち会われていたのでしょうか。

委員　　　　　　いや、御家族だけが説明を聞きに行かれています。

委員　　　　　　この制度の登録には、開業医が関わっていないとできないです。

委員　　　　　　この患者の紹介状を病院に書いています。

委員　　　　　　当院に紹介状をいただく前に、特定の患者をその診療所と病院で、後方支援をさせてもらうという繋がりを作っていただく必要があります。

委員　　　　　　医師から事前に診療情報提供書を送っておいて、御家族の方が病院に行ったということが、繋がりを作るということになるのではないのでしょうか。

委員　　　　　　安定している状態で、診療情報提供書を事前に渡しておくというのが必要になってくると思います。

委員　　　　　　そうですね。たまたま今日は急変で呼ばれていたのですが、事前に診療情報提供書を病院に送付していた患者でしたので、それが在宅療養後方支援病院の患者登録になっていたのだと思います。ありがたい仕組みですね。

委員　　　　　　そうですね。これは病院側としてもありがたいです。突然何の情報も無くて搬送されて来られるよりも、事前に情報をいただいているほうが急患で来られても対応しやすいので。

委員　　　　　　この在宅療養後方支援病院の仕組みは広めていただいたほうがありがたいですよね。

事務局　　　　　この在宅療養後方支援病院の情報は医師会の中で、情報共有等の機会もあるかと思うのですが、そこで情報提供をしてもらうというのはいかがでしょうか。

委員　　　　　　私も説明をしていただいた記憶もあるのですが、あまり理解していなくて、そのままにしていたので、医師会でもこの話はほとんどできていません。

委員　　　　　　今、在宅療養後方支援病院を取っているのは、吹田市内では済生会千里病院と吹

田徳洲会病院だけですね。

委員　病院の中の環境づくりのハードルが高いのではないかと思っております。200床以上ベッドがあれば良いので、他の病院でもできるとは思うのですが。

委員　そういった形で前もって診療情報をいただいておれば、患者の普段の状態が分かりますし、平常時と急変時の状態を比べることができますから、どうしたらよいのかという対応はしやすくなると思います。

事務局　１点だけ質問なのですが、皆様の病院では色々な状態の患者の入院を受け入れているとおっしゃっていたのですが、そういった情報は開業医の先生方にどういう場を通じて、周知されているのでしょうか。また、こういう周知の場があればよいという要望等があれば教えていただきたいと思います。

委員　我々の病院では、連携室の事務から、連携をした開業医の先生に情報提供の目的でペーパーを送らせていただいております。面倒なのか、十分伝わっていないのか、当院のやり方がまずいのか、もう一度それは検討させていただきたいと思いますけれども、せっかく在宅療養後方支援病院という形なので、もう少し活用していただければ、いくらか解消できることもあるかと思います。

事務局　普段やり取りのある開業医の先生方に対する周知ということですか。

委員　やり取りの無い開業医の先生に突然手紙を送るということまではやっていないです。

事務局　こういった場合には受け入れができますよ、ということや、さっき言っていた受け入れ態勢の人数であるとか、そういった部分含めて、受け入れ態勢の周知というイメージですか。

委員　事前情報として、そういう情報共有だけをしておけば、Ａさんという患者さんを状態が悪くなれば、送りますよ、我々は無条件で受けますよということができます。その中どうしても受け入れが難しいというケースについては、お互いに相談して、これはちょっと対応できないということにもなるでしょうが、基本は全て登録すれば受けるという現状です。

委員　当院のケアミックスの病棟の中には、回復期病棟や障害者病棟、急性期病棟、地域包括ケア病棟があります。連携室の窓口が、対病院が多いという特色がありますので、各病院には御挨拶に回らせてもらったり、アピールをさせていただいたり、

患者の情報交換をさせていただいたりをしています。開業医の先生に関しては、なかなかそこまでできていないところになりますので、医師会を通じての集まりでしか情報提供や周知ができていないところでございます。在宅療養後方支援病院の件については、持ち帰って検討させていただきます。

委員　　急変時の対応ということで、在宅医療で急変の時というのが、どういう時かと考えると、ほとんどが高齢なので、大きく分けて二つあると思います。一つは看取りを病院でお願いしようかというときで、もう一つは状態がちょっと悪くなったから、病院に頼みたいというときです。点滴で何とかなりそうだけれども、御家族がしっかりしていないと、点滴をしようにも、点滴が終わるまで医師がつきっきりでいるわけにはいかないので、御家族に看ていただいて、最初と最後は医療従事者が行くという風に対応しているわけですが、それが無理な時は入院をお願いしたいです。入院期間としては短期間ですが、この二つの入院があると思うのですね。看取りのときはやはり在宅療養後方支援病院が良いなと思って聞いていたのですが、看取りも予定がたっているので、家族が家で最期まで看ると決めているのか、まだ悩んでいるのかという時点で、在宅療養後方支援病院に私達が診療情報提供書を送るのはとても意味があるなと思いました。この段階であれば、最後の看取りをお願いしますということと、家族も何もしないことを希望されていて、心肺蘇生を希望されないことも確認していますということを書いて、あらかじめ病院に送っておくと、色々な病院の先生も対応しやすいのかなと思って聞いていました。もう一つの短期間の入院ですが、小さな急変ですね。これはさきほどのレスパイトと同じで、１週間以内の入院で必ず退院させてくださいと、この場合は必ず退院させてくださいと書きます。これは１週間以上もし病院に滞在されると、例えば２週間から３週間ほど入院してしまうと、多くの家族はあまり患者を自宅に帰らせたくなくなってしまう。もう楽な状態に慣れてしまって、もう一回家で介護するのかと思うと、もう家には連れて帰りたくないから、どこか施設を探してくださいと言われる。だけど、１週間以内の入院で、例えば４日か５日の入院では、家族は同じリズムで元に戻れますから、凄く喜んで受け入れられる。だからこそ、入院するときに１週間以内で必ず退院させてくださいと書き添えることが多いです。この二つの急変時の対応というのを皆さんで共有して対応すれば、吹田市のとてもよい急変時対応が確立されるのではないかと思いました。ちなみにさきほど私が電話で11回ほど断られたといった話は、６、７年前の私が在宅医療を始めた初期の頃なのですが、おそらく私の頼み方も悪かったのだと思います。患者の状態が悪いので入院させてくださいと、そのことだけを当時は頼んでいたのだと思います。そうすると病院の先生方は色々な問題を悩まれるわけですね。この１、２年はほとんど断られることは無くなりました。多分、病院の方々がうまく対応してくださっているのもあるし、私達の頼み方も進歩したのかなというのもあって、依頼の仕方というのも大切かなと思っています。

事務局　　　　　急変時の対応につきましては、色々な御意見をいただいておりますが、ほかに御意見はございませんでしょうか。かなり議論をしていただいて、議論も出尽くしてきたのかもしれないですが、何か御提案等も含めまして、御意見がございましたら、お願いしたいと思います。

委員　　　　　いきなり在宅ということではないのですが、大阪大学医学部附属病院とか国立循環器病研究センターなどの高度急性期病院に在宅から入院される方もいるわけですね。そういう病院から直接在宅に戻るには早いため、どこか中規模の病院に転院させてもらえないかという要望もあるのですが、急性期経過後に引き続き入院医療が必要な状態であるポストアキュートの対応がうちの病院ではつらいと、うちの病院ではスキルが伴っていないため、受け入れられないことがあるようなのですが、そういった時に、ポストアキュートの患者に対しての対応ができるような医師や看護師のスキルアップ研修をしても良いと言ってくれている病院もあります。そういう希望があって、職員のスキルアップができるのであれば、高度急性期を標榜している病院から、皆様の慢性期的な病棟のほうに患者が流れてきて、どちらにもメリットがあるような気がするのですが、そういうことは可能性としては考えられないでしょうか。

委員　　　　　当院では、そういった患者を受けています。家族に当院では前の病院と比べると、こういうことはできます、こういうことはできません、というのをしっかりと納得し、確認していただいた上で入院をしていただいています。また、お年寄りの方であれば色々な病気を持ってらっしゃいますよね。入院したのは、消化器官出血で入院したけど、パーキンソン病もあるとか、糖尿病や認知症があるとなってくると、パーキンソン病は神経内科の専門医が診ると薬の処方も変えて診察することもあると思いますが、当院では神経内科の専門医がいないので服薬の調整はできないですが、それでもよろしいですか、ということを何度も説明して、十分に納得した上で受けさせてもらっているので、これまでトラブルなくやってこられていますし、地域包括ケア病棟で受けた場合には、大病院にとって退院扱いになるので、ポイントが上がるのですね。ということは、なるべくそういう患者を地域包括ケア病棟で受けたいと思っておりますし、そんなに数はないですけれども、そういう形で受け取っています。

委員　　　　　先生のところは、ポストアキュートの患者を受けるのに、スタッフの抵抗というのは無かったでしょうか。

委員　　　　　抵抗というか、患者を選べるような贅沢な時代ではありませんから、透析患者の場合は別ですが、抵抗や文句は言わずに受けております。

事務局　　　　　ほかの病院はいかがでしょうか。

委員　　　　　　当院は病床数も 49 床ですし、機能的にもあてはまってくるのだと思うのですが、障害者病棟なので、追いついていないのかなとは思いますが、御相談いただければと思っています。

委員　　　　　　むしろそういった御希望がおありの時には、高度急性期病院がそういった研修を受けてくださるような雰囲気ができかけているので、是非御検討いただければと思います。

事務局　　　　　ほかの病院はいかがでしょうか。

委員　　　　　　たくさん病棟があるので、その中で診させていただける患者であるかというところと、最近国立循環器病研究センターには患者を診に行かせていただいたりすることもございます。そういったやり取りの中で、徐々に顔の見える連携を作っていって、受け入れのできる状態である患者であればできる限り受け入れさせていただこうという風に考えております。また、国立循環器病研究センターが岸部に移ってこられると、物理的な距離も近くなるので顔の見える連携という形で進めさせていただいております。

治療内容に関しては、ドクターに確認をしながらにはなりますけれども、事前に希望されるリハビリの内容や、当院の建物の古さのこともありますので、事前に御家族や御本人に説明をさせていただいて、御了承していただけるのであればということで、お返事をさせていただくということもあります。

委員　　　　　　今、少しおっしゃられましたが、病院同士の顔の見える関係というのは、少しずつできているようです。これは医師会の会長が勤務医部会を使って、吹田市内にある病院の病院長に集まっていただいて、色々な話し合いをする機会を作っていただいたこともありまして、本当にありがとうございます。そういう場が今年は８月にあると思うのですが、こういった機会を通じて病院同士の関係が深まってくれれば、開業医と在宅患者をどうしていくのかという話もできると思います。

委員　　　　　　吹田市は急性期病院があって、患者の流れが良くなれば色々な意味で良い状況になるのではないかと思います。

事務局　　　　　ありがとうございます。最後、何かございませんでしょうか。

委員　　　　　　当院も大阪大学医学部附属病院や、大阪医療センターとも連携はしているのですが、地理的なこともありますので、いつも全てお応えできるかは分かりませんが、

何か御依頼があれば、協力させていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

委員　　大阪大学医学部附属病院や国立循環器病研究センターとは、それぞれ診療科ごとでのつながりと言いますか、受け入れの流れは少しずつできています。また今度はここで吹田市内の各病院との良い連携を作っていくことができれば、もっと患者がスムーズに医療を受けられるのではないかと思いますし、やはり繋がるということが大事であると思います。

事務局　　貴重な御意見多数ありがとうございました。本日は、「日常的な療養支援」と「急変時の対応」について御意見をいただきました。全体としまして、御質問や御意見等はございますでしょうか。特に無いようであれば、これで本日の会議はこれで終了とさせていただきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。