

平成29年度 第3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)11月6日(月)午後2時から午後3時25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) これまでの議論のまとめ
- (2) 在宅医療推進の環境づくり等に関する対策について
- (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。

本日の傍聴希望者は1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 これまで2回の作業部会を開催させていただき、在宅医療推進における現状や課題について、特に急変時の対応について御議論いただきてきました。またいくつかの御提案も頂戴しておりますが、本日は、3回目、最後の作業部会となりますので、これまでいただいた御意見も踏まえた対策の方向性について、忌憚のない御議論をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

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）「これまでの議論のまとめ」ということで、これまで委員の皆様からいただいた意見を少し振り返りたいと思います。では、事務局より御説明させていただきます。

－資料1－1、資料1－2にて説明

事務局 何か、御質問や意見はございませんでしょうか。

委員 輪番制にすると膨大な費用がかかるということでしたが、どれくらいになるのでしょうか。

事務局 前回、委員からいただいた御意見だったのですが、大阪府でされていた、休日の耳鼻科の輪番制の例を挙げてお話しいただいた中では、費用は億単位であったということでした。ただ、大阪府下での話ですので、仮に吹田市で試算した場合、同じ額になるかは分かりません。輪番制にすることで、病院のベッドを確保するための費用がかかるということです。

委員 入院のありなしに関わらず、病院が1日ベッドを確保するためにかかる費用の365日分を負担しないといけないということで、現実性があるかないかということですね。

事務局 そうです。

事務局 本日もこの後、対策の方向性について御議論いただきますが、最終的にそれらも含

めて、作業部会で出た意見として懇談会に報告させていただきたいと思います。

それでは、次の案件に移ります。(2) 在宅医療推進の環境づくり等に関する対策について、まずは事務局から資料の説明をさせていただきます。

ー資料2-1、資料2-2、資料2-2追加にて説明

事務局

それでは、資料の説明が終わりましたので、議論に入りたいと思います。ここでは、前回アンケートをさせていただいた四つの点について深めていきたいと思います。先ほど説明申し上げました、資料2-1、資料2-2、資料2-2追加を見ながら進めていきたいと思います。

まず、資料2-1の①についてですが、各病院の受け入れ体制などについて、資料2-2のような一覧の例を作成いたしました。この一覧には、診療所の先生方が急変時入院の依頼先を考えるに当たって、病院の機能や特色が分かるよう関連する情報を載せているつもりです。また、病院からアピールしたい点も特記事項に記載できるようにしています。前回御議論いただいた、受入れ可能な状態像や受入困難な状態像については、その詳細や具体例を挙げづらいとの御意見がありましたので、ここでは載せておりません。

では、この一覧の記載項目について、御意見をいただきたいと思います。この一覧をすべて埋めていただくことをイメージしていただいて、過不足等ございましたら御指摘いただくと共に、文章の表現についても御意見をお願いいたします。診療所の医師に配付することで病院へのお問い合わせが増えることも想定されますので、そこら辺りも踏まえてお願いいたします。

委員

これは吹田市内の全ての病院に聞いて埋めてもらうということでしょうか。

事務局

そのように考えています。

委員

そうであれば、基本的には昼間だけ対応する病院と夜間も対応する病院があると思うので、夜間に対応しないという病院は、そういうことがはっきり分かるように入れた方がいいと思います。皆さん知ってらっしゃるかもしれませんが、夜間・休日対応というような欄を設けてもいいのではないかと思います。

事務局

一応、連絡窓口という欄に時間も書くようになっておりまして、時間外の対応が難しい場合は、例文として「上記以降は対応不可」というような文章も例として書かせていただいております。

ただ、御指摘の通り分かりにくいということはありますので、この辺りは少し工夫をさせていただきたいと思います。

委員 ②入院依頼にあたってというところですが、この項目自体は、基本的にはいろいろなことをスムーズにするために大切な項目だと思います。ただ、文面等についてはもう少し考えさせていただいて、また、医師会とも相談させていただきたいと思います。項目自体はこのような感じでいいかと思います。

委員 高度急性期病院でしか対応できない患者は、高度急性期病院に行った方がいいと思いますが、在宅の患者さんは、御高齢の方が大多数ですから、そう特別高度なことをするというよりは、しかるべきことがちゃんとできるということが大事で、そうなるとう結局はマンパワーの問題となってきます。ということで、今、厚生労働省の肝いりで、今まで医師がやっていたいろいろな医療行為を看護師がやってくれる特定行為研修とかがあちこちの病院でスタートしていて、我々の病院でもやりますが、例えば動脈血を採るのも医師がやっていましたが、看護師がやってもよくなりました。また、胃ろうの交換も看護師がやっていたりなど、そういう話がどんどん進んできているところでは。

これからは、うちの病院では看護師ができます、看護師の対応でやっていますということを知るようになっておいたら、あそこだったら、医師でなくても看護師が何とかしてくれるという安心感を持ってもらえるのではないかと思います。

ただこれは、現在進行形で変わってきますので、すぐ出せないというのがありますが、おそらく数年以内に、相当進んでいろいろな病院の看護師が、医師でなければできなかったいろいろな医療行為ができるようになってくるし、そういう看護師が在宅に回ってくるようになれば、もっと幅が広がって、入院しないで済むようになる患者も出てくるレベルになると予想していますし、国もそういうことを狙っていると思います。今の内容と何年か先には変わってくるということも念頭に入れておいた方がいいと思います。

事務局 看護師の特定行為の有無を項目として追加してはどうかということ御提案ですね。これについては、ほかの病院からも御意見をお聞きしたいと思いますがどうでしょうか。今、急にと言われて難しいようでしたら、そういう御意見があったということで、それぞれ院内でお聞きいただければありがたいと思いますので、また、御連絡いただければと思います。

委員 資料2-2の②のところですが、診療情報提供書の件で「以下の点について情報があれば受け入れが円滑になると言われています。」というところで、非常にいい項目が挙がっていて、入院の目的とか治療内容等に関しては診療情報提供書に書かれるのですが、本人、家族の受止めであったり、在宅へ戻ることへの本人、家族の思いといったものを診療情報提供書に書かれたらどうですかということですが、こういったことで診療情報提供書を統一化するということは、医師会として難しいのでしょうか。

委員 みなさん電子カルテとかを使っていらっしゃいますし、在宅ばかりやっている先

生ではないので、多分、統一化というのは難しいと思います。在宅の救急患者全員の情報提供書に入れるのは、いろいろな考え方もあるので難しいと思います。基本的には、急ぎでない場合は、入院の目的や入院や治療に対する本人・家族の受け止め、在宅療養へ戻ることへの本人・家族の思いといった情報も入れた方がいいというか、できれば入れてくださいということになると思います。こういった情報を診療情報提供書に書くのか、違う紙で出すのか、これを説明の時にみんなに説明するのかということについては、なるべく書くようにいたしましょうということではと思っています。急変時にはバタバタしていて、思っているよりも病状の変化が速くて、何の確認もできないままお願いすることもありますのでそこは御了承ということをお願いしたいです。

そもそもみんなこういったことを意識していないので、情報として書いていないと思います。それは、その時に行った訪問看護師が付いているとか、入院するときはケアマネジャーがこうするというので、これらの情報は別として、入院の時は、確かに主治医からこのようなことを説明した方がいいと思います。何らかの方法で、啓発が必要かとは思いますが。

委員 「②入院依頼にあたって」という文例の点に関して、前回、私が発した意見に対して掲示してくださったと思うのですが、ちょっとだけ注釈をしておく、こうやって書くと、私たち往診を専門にしているクリニックとしてはとても便利なのです。というのは、病院にとっても長期滞在する患者が来ないという確約をしているみたいなもので、1週間以内に退院させてくださいと書くので、病院にとっても受け入れやすい、ハードルが低くなるだろうと思って書いています。実際、家族にも病院は1週間以上とても入院できませんから、五日程で退院になりますよとちゃんと説明していくので、この文章の意味が出てくるのです。

でも、普通の開業している先生が在宅医療をするときに、患者が入院することになると、その先生は、多分、重症化したら他の所に引き取って欲しいという思いが強い状態で紹介していると思いますので、逆にこれは書けないと思います。なので、一般的な文例としてはそぐわないと思いますし、医師会に入っている開業医の先生が、患者が重症化したら、どこかそれに相応する在宅医を探してください、もしくは次の病院を紹介していただければありがたいという、そんな文言が開業医の先生にとってはありがたい文章だと思うのです。

委員 おっしゃる通りで、元の状態になったら帰ってきてほしいと思っている人は多いと思いますが、よくなる、膠着した状態、悪い状態といえ、なかなかすぐに帰って来てとはいえない場合が多いと思います。その辺のところ、往診専門医のように重症な人を受け入れるかどうかは、各医療機関によって違いますし、患者の状態によって違いますし、その先のことについては、僕らは書けないことが多いと思います。よくなって退院しますということであれば受け入れられることも多いと思いますし、これぐらいの状況で、先生、受け入れられますかと言われて、無理だということもあるかと思っています。

紹介のときに、1週間後とか2週間後の状態の膠着したところはなかなか書きにくいので、入院したとき、例えば誤嚥性の肺炎で入院したときに、もしよくなったら帰ってきてもいいし、それは病院の状況に任せてくださいという感じで説明することが多いです。

ただ、そのときに、ずっと急性期病院にいられないのは確かで、ある程度で落ち着いたら、ほかの病院に行くなり状態によっては家に帰ったりする可能性はありますが、それはその時に判断することになりますよというような説明はできると思いますが、入院する時点で、転院か帰ってくるのかというところまでは、診療情報提供書に僕らは書けないと思います。

あと、入院のときに家族、本人がどう思っているのかに関しては、入院のときの情報ですので、途中で変わっても仕方ないものですので、入院のときの情報としては、思いとしてはこうですということまでは書かせていただいた方がいいと思いますが、入院後については、状況によって判断させていただくことになるかと思っています。

事務局 いわゆる在宅を専門にしておられない外来診療を中心とした医師会の先生方も、この項目で特に問題ないということでしょうか。

委員 そうですね。入院の目的をはっきりさせるということで、治療で入院するつもりなのか、看取りで入院するつもりなのかという、入院目的は確かだと思いますので。よくなったら本人は家に帰りたいのか、家族はこれ以上ちょっとでも悪くなったら見る気はありませんよ、みたいなことが、入院のときに分かっていたら、診療情報提供書には載せられるし、書くべきだと思います。

事務局 文例としては、もう1パターンぐらいあればいいのでしょうか。

委員 多分、そんなにはっきり僕らは書けないと思います。例えば、誤嚥性肺炎を起こして呼吸状態が悪くなったら治療してくださいという感じになってしまうと思うので、そのときに、御家族は、よくなったら帰ってきてねという場合と、こんなことでは看ることができませんとなるのか、その時点で分かっていたらそのことを聞いてカルテに記載する。途中で入院してしまったら、家族が見る気がなくなるということがあるのかもしれない。そこらへんは分からないのです。

ただ、入院時に確認するということがいいことだと思うので、文例等については、また御相談になるかと思っています。

事務局 分かりました。その辺りについては、また調整をさせていただきます。

委員 入院に関してなんですけど、家族がいらっしゃる患者はまだいいのですが、最近家族がついて来ない場合や、家族がいても疎遠になっていることもあります。患者本人は、自分で意思決定を出せないが、ケアマネジャーも権限がないので何も言えないという方

も、高齢化社会の中で結構いらっしゃいます。結局そういう方は、病院として、医師が自分の倫理観に恥じないように、主治医一人で決めるのは責任が重いので、院内のほかの医師に相談しながらやっていますが、かかりつけ医の先生がいらっしゃるなら、そちらの方が患者との付き合いも長いので、どうしたらいいのかと相談したいと思うこともありますが、いかがでしょうか。

委員 認知症になっても一人で通ってきている方がいるのですが、通常、通ってきている段階で、例えば肺炎になって意識がなくなって挿管するかどうかということに関して話をしていません。だから、どのような人であってとかは言えますが、これはよくないのですが、COPDの患者さんにしても、肺炎になると挿管するのかわからないのか、突き詰めて、少なくとも文書にしている人はほとんどいません。とりあえず、意識がしっかりして物を食べている人であれば、何らかのところまではやるでしょうから、救命処置をするのか、挿管するのかわまでの話をしている人は、ほとんどいなのではないでしょうか。だから悪くなって、そういう状況になってから、どうですかと相談されてもなかなか難しいですね。

委員 日頃から、こういう考えの人だというようなことを言ってもらえると、なるほどと我々も安心できるのですが。話をされている人もいらっしゃるのですか。

委員 そこまでなかなか話すような人はいませんね。在宅の患者であればの話ですが。確かにその辺りの意思表示については、危なそうな患者だけでも聞いておく方がいいのかもしれないですね。患者がしっかりしていればいいのですが。入院だけの問題ではないですよ。

事務局 ほかに御意見はありますか。

委員 ①市内病院の状況ですが、こういう情報を改めてまとめていただくとありがたいですが、これは、ある期間ごとに更新していかないと、病床数はあまり変わらないでしょうが、私たちが現場で必要な情報は、今日、入院できる病床があるのかというのが一番欲しい情報で、それをこういうものに反映させるのは、なかなか難しいと思います。

ただ、ありがたいと思ったのは、レスパイトの対応ですね。これがあるとだいぶ違うと思います。どこの病院がレスパイトを積極的にしてくださるのか。皆さん対応しますよと言いますが、利用したら悪いのかなと思いつつ紹介することがあるので、はっきり希望があるというのが分かるとありがたい。

三つめの後方支援病院ですが、私もいくつか契約しているのですが、案外面倒なのですよね。3か月に1回の情報交換が、簡単でいいですよおっしゃるのですが、願ひする以上はちゃんと書かないといけないのかなと思いますし。ただ、何がいいのかと言うと、入院できるという確約がほぼある。満床以外は取って下さるといいと思

うので、こういうのを言葉さえ知らない方々が多いので、これを知らせる意味は大きいと思います。

委員 項目に関しては、当院に関しては問題なくお出しできると思います。②入院依頼にあたってですが、正直なところ、入院して状態がどう変わるかによって方向性が変わるのかなと思います。来られてから治療を終えたときに、患者や家族がどう思っているのかで方針を決定していくので、最初から家がどうこうということは、多分、先生方もそうですし、患者自身もなかなか考えにくいということはあるかと思います。方向性として、今回で家は無理と思ったとか、その時点で分かっている情報があれば、一番私たちもありがたいということと、先ほど話題にありましたように、最近は、身寄りがない方が増えてきていて、あとは、家族から虐待を受けている方もいると感じています。家族から聞く情報が本当かどうかということが分からないときもあるので、その方に関係機関が関わっているという情報があれば、入院時にはありがたいと思います。

委員 今、入院の時にいわゆる介護の情報というのはケアマネジャーから入ってくるのでしょうか。

委員 その時点で当院のケアマネジャーとか、知っているケアマネジャーの名前が分かれば、探して情報をくださいという形にはなりますが、全く関わっていない方であれば、分からないということになります。家族がしっかり把握していればとても分かりやすいのですが、家族もケアマネが分からないとなると、こちらからケアマネジャーを探すということになります。

委員 ケアマネジャーは、介護保険サービスを受けている利用者が緊急で入院した場合、情報提供をするのは一般的ではないのでしょうか。

委員 入院することが分かっていたらもちろん情報提供してさせていただきます。

委員 できれば主治医なり訪問看護ステーションから、入院したとケアマネジャーに報告すればスムーズにいくし、逆にケアマネジャーが誰という情報が病院にいていればいいということですね。

委員 はい。

事務局 この資料2-2追加分については、チラシとして作成しているのですが、このチラシを診療所に配付するとして、入院などの依頼がかかってくるという可能性が非常にあると思うのですが、後方支援病院などはどうでしょうか。こういったものを診療所に配付することについて、病院側としては、あまり問い合わせが多くなるとちょっと困るとい

うことはあるのですか。

委員 これは、別に配っていただければ、可能な限り対応をいたします。その体制も院内でできています。

委員 こういうケースで入院される患者は、それなりにいらっしゃるのですか。

委員 わずかですね。今、だいたい月に10人もいないぐらいです。

事務局 制度が広まっていないというところもあるのでしょうか。

委員 そうでしょうかね。

事務局 診療所の先生としては、このチラシで後方支援病院のイメージはつきますでしょうか。まだこれで完成形ではないので、最終的に詰めていければいいと思うのですが。

委員 これだけもらったらどうかという感じにはなると思うのですが、とりあえずいいと思います。今までに利用したことがある先生がいれば、こういういいのがあるよということで徐々に広まっていくと思います。また、医師会の在宅の検討会みたいなものをするときに、一度、御説明いただくようには考えています。

事務局 医師会で周知を図っていただき、内容も含めて検討いただいて御活用いただけるということでしょうか。

委員 私の一存では決められませんが、なるべくそうできればと思います。

事務局 また、御検討いただければと思います。

委員 僕はこれを配るのは非常にいいことだと思います、在宅医療での入院ということで、今まで病院の一覧表はありましたが、在宅というようなことを書いている一覧表ということで、みんなの見方も違ってくると思います。

委員 ③ですが、これは結局、後方支援病院としての契約をすると、患者にとっては決して費用が発生しないということではないので、必ずしもメリットとは言えない場合もあって、詳細には覚えていませんが、病院側に2,500点、紹介した診療所側に1,000点、月に3,500点が増えるので、患者の自己負担が毎月3,500円ずつ増えるということが、たいへんな方もいるかと思います。私たちは指定難病の方、その方は自己負担がないので、国にとってはたいへんですが、個人にとってはさほど痛手がないのかな

と思います。そういうことにも配慮もいるというシステムでしょうね。

事務局 費用がいりますというような注意書きがいるのではということでしょうか。

委員 注意書きを入れるべきかどうかまでは分からないのですが、先生方は知っていた方がいいと思います。

委員 点数は登録したときではなく、使われた時に付きます。

委員 なるほど、分かりました。では、1回だけで済むのであればいいですね。

委員 入院時に算定されるということでしょうか。

委員 入院初日にですよね。

委員 はい。入院初日ですね。

事務局 そういった費用面も含めて、チラシに書いておく必要があるということでしょうかね。

委員 今おっしゃったことはデメリットとして聞こえるとは思いますが、家族にしてみると在宅医療を一所懸命やってもらっている先生がいながら、いざというときの安心材料のようなどころもあると思うのですね。そこは、かかりつけの先生からおっしゃっていただければ、メリットにもなると思います。

委員 そうですね。入院時に算定ということであれば、そういうことだと思います。

委員 これまでからして、急変時に100パーセント入院させてもらえてないし、今後も100パーセントはないと思います。そうはいえ、今まで病院側の方から、いつまで入院されるだろうかという不安感もあって、最初からちょっとハードルを高くしておけば、後の不安がないということで、本来受け入れてもらえる方が受け入れてもらえなかったということが、若干あると思うので、そういうことが解消すればいいと思っています。一人でも二人でも増えていけばということで、気軽に考えています。これをやったからといって、100人が100人とも入院できるとは決して思わないです。

事務局 先ほど、委員から入院された患者の介護側の情報提供はあるのかという御質問があったのですが、それは在宅医療・介護連携推進協議会で、利用者情報提供というツールを作成しておりまして、その活用を今促進しているところでございます。ケアマネ

ジャーに何らかの形で情報が入ったら、病院の連携室等の窓口にそれを御提出するように周知しています。

委員 基本的には、担当ケアマネジャーに誰かが連絡するというので、家族なり医師なり訪問看護師が、どこの病院に入院したと連絡するのが最初ですよ。

事務局 そうですね。

事務局 資料2-2と資料2-2の追加の中で、この作業部会では、一覧やチラシについて御賛同いただいておりますが、懇談会の委員やほかの病院にも意向確認する必要があると思いますので、改めてこの一覧とチラシの活用方法について、医師会とも御相談をさせていただきながら進めていきたいと思っております。

次に、資料2-1の3医療や看護のスキルの提供等をとおした病病連携の促進についてですが、この件につきましては、前回、各病院にアンケートをさせていただきまして、いくつかの病院から関心があるとの御意向をいただきました。今後の展開については、保健所や医師会とも相談をしていく必要があるかと思っておりますが、この件について、具体的にどう進めていくべきか、御意見をいただけないかと思うのですが、いかがでしょうか。

委員 今、実は病院の立入検査のシーズンでして、だいたい半分ぐらいの病院にお邪魔しましたついでに、院長先生といろいろなお話をさせていただいております。その中で、こういう話も出してはいるのですが、いくつかの病院からは、そういうのをしてもらおうとありがたいという声も聞かせていただいておりますし、逆に大きな病院からは、条件さえ合えば、そういった方々をお招きしたり、出前みたいな形で出て行ってもいいのではないかとおっしゃっていただいております。

ただ、すぐにできるかは別問題として、そういう問題を検討していくことは大事だと思います。今まで行った病院の院長はだいたいそういう感じでしたので、前もって進めてもいいのかと思います。また、このように個別に話していますが、これは医師会長に御理解をいただかないといけません、12月半ば過ぎに医師会の勤務医部会が開かれますので、各病院長が一堂にお集まりいただくので、そういった場で、こんなことも議論されているので、御協力していただいけませんかとお話をしてもいいのではと思っていますところなんです。

委員 具体的にはどんなものがスキルとして提供できるとおっしゃっているのでしょうか。

委員 いろいろあるのですが、先ほどもおっしゃったような特定医療行為もその内の一つだろうと思うのです。身近なところでは、例えば、心筋梗塞をおこして高度急性期に

入院する必要はないが、回復期に向かう途中の患者に対する、最低限の心不全予防対策など、そんなことができないのかなということをお話されておられました。

委員 難しいですね。

委員 難しいことは難しいのですが、急変するかしないのかの目安として、これだけのポイントでチェックする、そういうようなトレーニングでいいのかなというような話がありました。

事務局 委員の中で、病院から提供の支援を受けたいメニューなどございましたら、御意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

委員 そういう御意見を事前にいただいとくと、私もいろいろな院長先生に話がしやすくなります。

委員 まず、急性期病院が、どういったスキルを求めているのかということが知りたいと思います。当院としては、整形外科に力を入れていて、リハビリのスキルの向上を考えているのですが、どういったものを求められているのかを教えてくださいと思います。

委員 医師の方から意見が出ていることといたしましては、症例を話し合うという場があってもいいのではないかと話があります。例えば急性期でどこまでできるのか、当院のように受入れ側の方はどこまでできるのかというところで、いつも相談をいただいたときにそこが難しいと思いますので、病院の機能を知るということも含めまして、そういった同じ場で、例えば転院を受けた患者のケースの症例を検討してもいいのではないかと思います。

事務局 またお聴きしていきたいと思いますが、メニューを提示して支援を受けられたらいいかなと思いますのでよろしく願いいたします。この件につきましては、今月下旬に地域医療推進懇談会がございますので、そちらで御意見をいただきまして、進め方につきましては、保健所や医師会とも相談をしてみたいと思っています。

それでは、その他ということで、先ほどの①から④以外で、急変時における入院受入れ体制等に関する「病診連携」や、患者の状態に応じた機能をもつ病院への転院等の「病病連携」に対して、その他の対策案についての御意見をいただきたいと思っております。

資料3を御覧ください。これは前回の作業部会でもお出しした資料ですが、病院へ実施したアンケートの結果です。この中で、水色で色づけしているところが、その他の対策案として皆さんからいただいた御意見ですが、記載いただいた病院から、それ

について、少し具体的に御説明をいただけないかと思います。

開放型病床を利用した共同診療というものについて、少し具体的に説明していただくとありがたいのですが、いかがでしょうか。

委員

今、市内で五つの病院が、開放型の共同診療をされています。事前に登録医制度という形で御登録いただいて、病院の中のオープン病床を使われて、御自分の患者を病院の主治医、副主治医という形で、共同で診療を進めていく。病院の設備も開業医の先生と一緒に使っていただけたらというのが、本来の趣旨であります。

病院も主治医の体制という形で、直接の主治医と病院主治医ということで、共同で診療していけるというメリットがあるので、もう少し活用いただけたらいいと思います。お互いにメリットがあるのかなという感じです。医科と歯科の両方登録させていただいておりますが、最近、そこそこ活用されるようになりましたので、もっともって使っていただければという感じです。

委員

開放病床ですと、病院ではさすがにいろいろなシステムが電子カルテ化していて、検査とかオーダーリングになっていて、急に行くと分からないことが多いと思うので、そうすると結局、主治医というか病院の先生で患者についている先生と相談して、こうしましょうというようにしないと、具体的には動かないと思うのですが、そこら辺は上手くやってらっしゃるのでしょうか。

委員

今使われているのは、外科系が結構多いです。手術をされて、そして少し開放病床を使っていただくと、だいたい慣れてこられるので、一度されると、後は非常にスムーズかなと思います。確かにおっしゃられるように、最初は難しいかもしれませんが。

委員

分かりました。

事務局

イエローカード、グリーンカードにつきましてはどうでしょうか。

委員

この話が出ましたときに、いろいろなものを調べましたら、資料にありますように、イエローカードは、悪くなる前に病院にかかっていたためのシステムです。

事務局

当日配付させていただきました、こちらの資料ですね。

委員

こういう項目がありまして、チェックさせていただいて、ちょっと変わったことやケアマネジャーがモニタリングさせていただいて、その状態がおかしければ主治医に報告して、診療に行くのか、違ったところに行くのか、そのままにいるのかという判断が行われますよということです。現実には在宅で行われていることだと思っておりますが、それを早くするためにこういったものをやられているということなのです。グリーン

カードは、かかりつけ医と後方支援病院の話があるのですが、やはりその部分はセットなのかなと思います。在宅の医師が診ていて、急変時は必ず起こってくることで、その患者を家族と次どうしたらいいのかということのをワンセットで考えなければならぬのかなと、この資料を読んでいて思います。

後方支援病院だけでやると手に負えなくなるので、どの状態であれば、後方支援病院以外でもいけるのか、例えば整形専門の病院のテリトリーであればこの病院とか、後方支援病院までいかないが、こういった場合はこの病院でも対応できますなど、家族の要望、この場合はこの病院、それ以外で昼間なら別の病院でも行けるので別の病院というすり合わせをしてもらえたらいいのかなと思います。そうすれば、家族も、次に悪くなったらどこに行くのか分からないということではなく、自分の知っている病院がいいという意見も出てくるし、医療全体が家族の中で上手くいくのではないかと思います。

あと、空床状況の報告などで書かしていただいたのが、市のインターネットなどで、会員の掲示板という形で、リアルタイムまでいかなくてもちょっと受入れ状況が会員だけ見られる情報、例えば、どこそこなら今、空いていますよという情報を載せるのも一つではないかと思います。

それから、在宅の退院の話をつつするのということですが、例えば骨折で入院した場合、在宅で診られている先生が、どの状態であれば、もちろん歩けるようになれば別ですが、高齢者で歩ける状態にまでならなければ、家に帰るときまでに、どの状態にまでなっていれば診られますよというような感じのことをおっしゃっていただければ、リハビリの計画が立てやすいし、その状態に向かって進んでいけるかなと思うのです。その状態に近くなれば、在宅の先生に、もう少しで戻れますよという話をさせていただけると思います。

事務局 ほかにどうでしょうか。

ここには、入院相談員の定期的な会合による情報交換とありますが、これは、病院の入院関係者同士の定期的な会合と言いますか、組織と言いますか、病院担当者連絡会というようなものがあつたらいいということでしょうか。

委員 そうですね。なかなか医師は忙しいので、相談員とかが常々連携を取っていればスムーズなのかなと思います。

事務局 ほかに質問や御意見があればお願いします。

委員 レスパイト入院、昔は社会的入院と言っていたのですが、家族の都合で、それはもちろん、病院としてはベッドが埋まっているのでいいのですが、ほとんど医療行為をすることはしないのですね。例えば、医療行為は何も書いていないというレセプトを出すときに、本当に保険診療として認めてもらえるのかという遠慮があつて、1か月も

レスパイト入院はありえないのかなど。本院もレスパイトは受けますが、1週間ぐらいを目安にしてくださいというのをどこの病院でも自主的しているのだろうと思います。恐らく縛りがないと、もしどんなものでもレスパイトで受けていたら、そのような人ばかりになってしまうかもしれません。これも法的なバックアップが欲しいなと思いますね。

事務局 ほかに御意見は、ありませんでしょうか。

委員 これは医師の意見なのですが、診療所の先生方と病院の先生方の関係づくりということを自分達もやっていかなければいけないところではあるのですが、医師会の集まりがメインとなってしまうと、なかなかそれだけでは顔の見える関係は難しいので、そういう機会が増えればいいと、個別でそれぞれではなく、一堂に会して集まれる機会がもう少し増えればありがたいという話が出ていました。

それから、先ほども相談員の会合という御意見があったのですが、私達もそれは感じていまして、吹田市内では、なかなか連携の窓口同士の集まりというのが現状ない状況であります。やはりやっていかなければいけないのではないかという意見は出ておりますので、ちょっと平日に集まるのは難しいので、時間調整とか各病院の意見を聞きながら、そういったことができればいいねということで、まさに進めていくための準備段階にはなっています。

事務局 豊中市では、連携協議会とかそういうものがあると聞いたことがあるのですが、そういったものをイメージされているのですか。

委員 豊中市は、すごくしっかりとした会になっているますので、そこで連携担当者同士の集まりというのは、ほぼ全部の病院が会に集まっているのですが、なかなかそれを相談室同士で会を立ち上げてというのは難しいので、恐らくは勉強会になったりとか、コミュニケーションを図る会がメインになってくるとは思います。

事務局 そうしましたら、意見もだいぶ出尽くした感がありますので、頂戴しました御意見については、また事務局でも情報収集したり、懇談会でも意見をいただいたりして、少し勉強させていただきたいと思います。

それでは、時間もまだありますが、本日の協議事項はこれですべて終了いたしましたので、作業部会を終了させていただきます。作業部会として3回開催させていただきましたが、皆様から多くの貴重な御意見を頂戴できましたこと、感謝申し上げます。ここでの議論を懇談会でも御報告させていただき、在宅医療の推進や病診連携、病病連携が今以上に進むよう、医療関係者の皆様のお知恵とお力を借りながら深めていきたいと思います。

地域包括ケアシステムの構築や在宅医療の推進につきましては、市町村が中心と

なって進めていくこととされておりますが、医師会をはじめ病院や在宅医療を提供
いただいている先生方、それから保健所のお力なしで推進することはできません。
ですので、委員の皆様におかれましても、院内での在宅医療の理解を深める取組み
や、急変時の入院へ対応、地域の診療所の先生方や病院との在宅医療にかかる病診
連携・病病連携等について、病院のため、地域のために一層の推進をお願いしたい
と思います。また、今後も引き続き、会議体に関わらず、市に対して御助言や御示
唆等いただきますようお願いいたします。それでは、以上を持ちまして作業部会を
終了させていただきます。