

令和5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

令和5年10月19日（木）午後2時～4時

2 開催方法

Web会議（Zoom）

3 出席者

吹田市医師会 森 直人委員

吹田市歯科医師会 高木 忠徳委員

吹田市薬剤師会 濱野 昌子委員

済生会吹田病院 佐藤 美幸委員

市立吹田市民病院 吉川 正秀委員

大和病院 谷浦 武仁委員

めぐみクリニック 井上 慶子委員

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業者部会 新田 美和子委員

吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業者部会 星加 由美子委員

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座 竹屋 泰委員

4 欠席者

吹田市医師会 丸山 純子委員

5 案件

（1）今年度の進め方について

（2）在宅医療を支える病院等との医療連携のあり方について

（3）訪問看護の提供体制等の充実について

（4）吹田市在宅医療・介護連携推進協議会における取組について

（5）その他

6 議事要録

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を開催します。お忙しいところ御参集いただきまして、どうもありがとうございます。

議題に移ります前に、本懇談会の傍聴について、御説明いたします。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まして、会議は原則として公開とさせていただきます。本日の傍聴希望につきましては1名おられますので、入室をさせていただきます。

本懇談会の内容につきましては、懇談会終了後、吹田市のホームページでの公開予定となっております。議事録作成のために音声を録音させていただきますので、御了承いただけますでしょうか。

なお、吹田市医師会理事丸山様は、本日御欠席です。

それでは、本懇談会の委員長及び副委員長の指名をさせていただきます。吹田市医師会理事の森様に委員長を、大阪大学大学院教授の竹屋委員に副委員長をお願いいたします。

では以降の進行につきましては、委員長をお願いしたいと思います。

○委員長 それでは早速次第に従いまして、案件に入りたいと思います。

案件1、今年度の進め方について、事務局より説明をお願いいたします。

○事務局 — 資料1説明 —

○委員長 事務局からの説明が終わりました。今年度の進め方について、何か御意見はございますか。

特にないようでしたら、次の案件に進めたいと思います。

案件2、在宅医療を支える病院等との医療連携のあり方について、事務局より説明を受けます。

○事務局 — 資料2-1、資料2-2説明 —

○委員長 事務局からの説明が終わりました。

それでは、論点1、在宅医療における病院との連携体制の構築について、何か御意見はございますか。済生会吹田病院は後方支援病院という立場ですが、いかがでしょうか。

○委員 今年度から地域と連携を図る窓口として、ホームケア支援課を設置しています。地域の先生方からの要請にはできるだけ対応するという方針ですが、ベッドの状況や救急要請とのバランスが難しいところです。

在宅医療を利用する高齢者が増えていくなかで、病院がどのように支援ができるか考えていくことは、これからの大きな課題だと感じています。

○委員長 往診をされている立場からお話を伺えたらと思います。

在宅患者さんの急変時に困りごとを防ぐ方法、御家族への対応等、教えていただけますか。

○委員 当院の在宅患者さんは、認知症があったり御高齢ですので、御家族とは看取りを見越して話をしています。急変時に救急要請する場合がありますが、看取りについて納得されている場合は、搬送せず在宅で診ていくことになります。

病院のベッドにも限りがあるので、在宅医療がいかに病院に負荷をかけないかを考えながらやっています。

その時々で課題は違いますが、病院と在宅医療の役割分担ができて、患者さんがスムーズに行き来できると良いと思います。例えば、病院の先生たちとお互いの状況について情報交換できる場があると良いと思います。

○委員長 特に急性期治療後の受け皿としての「ポストアキュート」病院との連携について、全くそのとおりだと思います。

病院の立場からも、在宅療養者の病状悪化や検査等へ対応できる「サブアキュート」としての役割や、診療所と病院の連携や関係づくりについて、御意見を伺いたいのですが、いかがでしょうか。

○委員 当院は、サブアキュートとポストアキュートの両方を看板にしていますが、長期入院時のリハビリを目的に、ポストアキュートとしての受入れが多いです。

開業医の先生方が1人で24時間365日急変対応することは難しいので、事前に在宅患者さんについて当院に情報共有いただくような病診連携ができれば、サブアキュートとしてスムーズな受入れができるのではないかと思います。

○委員長 医師会としても、病診連携を進めることで、患者さんや地域に住む住民の皆さんが安心して暮らせる社会をつくる手伝いをしていきたいと思っています。

続きまして、論点の2番、訪問看護事業所との連携について、何か御意見はございますか。

訪問看護事業所の立場から、訪問看護への理解度や、活用について、感じておられる問題があればお願いします。また、適切にケアプランに位置づけていただくためには、ケアマネジャーさんとの連携も大事ですが、現状や課題等があれば、御意見を伺いたいと思います。

○委員 訪問看護指示書をいただくのは、開業医等の先生と往診専門医の先生が7対3ぐらいの割合です。開業医の先生や病院の臨床の先生からの指示書は、指示が途切れ途切れで連携に課題を感じていますし、指示をいただくための日中の連携にも苦勞しています。往診専門医の先生からの指示書は、訪問看護の役割や日々の動きをよく分かった上で、状況に応じた役割分担について詳細な指示があり助かっています。

また、事業所として、朝から夕方まで定期的に在宅患者さんを訪問しているので、突然の依頼には対応が難しいことがあります。事業所の仕事を知っていただけたら良いなと思います。

ケアマネジャーさんとの連携として、弊社事業所併設のケアプランセンターとは、非常にやりや

すいです。一方で他社のケアマネジャーさんとの連携時は、そもそもの訪問看護の役割を認識されていないと感じることが多いです。

○委員長 訪問看護指示書の書き方や訪問看護師の業務は、実際に往診して初めて理解が深まる場所があります。他にも訪問看護事業所の立場から、連携で苦労していることなどお願いします。

○委員 訪問看護の利用者さんが体調不良で救急搬送するほどではないけれども、外来に行く元気がなく家族さんも連れていけないときに、担当の先生にすぐに連絡がつかない場合があります。判断をミスしたり、判断が遅れてしまったらという不安があるので、なるべく担当の先生に連絡させていただきたいです。お休みの間にほかの先生に連携している場合は、そちらの連絡先を事前に教えていただければ、すごく助かります。

○委員長 開業医として、訪問看護ともしっかり連携できるよう、普段から細かく話し合っておく必要があると思いました。

続きまして、病院側の委員からも、退院する患者さんに医療面からのサポートの導入が必要だと思った場合の、事業所の選定基準等について聞いてみたいのですが、いかがでしょうか。

○委員 すでに在宅サービスを受けている方は、在宅の先生やケアマネジャーさんから連携している訪問看護事業所を紹介してもらっています。全くサービスを受けておられない方には、病態や自宅の場所を勘案して事業所を選んでいきます。

○委員長 学術経験者としての立場の話も伺いたいところなのですが、御意見はございますか。

○委員 病院とかかりつけ医の役割分担が必要だと考えています。

訪問看護は利用者を生活者として見ることになるので、訪問看護指示書も同じ視点で書かれていることが望ましいです。

患者さんの生活者としての実情は、家に入って初めてわかることがとても多いです。病院でも訪問看護指示書を書きますが、病院での患者さんの立場は病者なので、在宅での様子を見られる医師が指示書を書く方が、患者さんにとってより良いのではないのでしょうか。

○委員長 より一層訪問看護が有効的に活用されるように、医師会としても診療所への啓発、研修や勉強会などできたらいいなと思っています。

事務局は何かありますか。

○事務局 本日のお話にも先立ちまして、本日御欠席の委員にも御意見をお伺いしておりますので、御紹介させていただきます。

論点1に戻りまして、急変時の入院受入れに関するお困りごとについて御意見をお伺いしております。

「急変時の受入れについては、がん以外の疾患の場合には、紹介元の医療機関に受入れ要請をしています。また、現病と関係のない新たな疾患、脳梗塞や心筋梗塞などの場合には、それに特化した病院に調整しています。がんの場合には、あらかじめホスピスへの調整をしている場合にはそちらの病院へ、それがなければ、紹介元の病院に受入れをお願いしています。問題点は2つございます。1つ目としまして、在宅対象の方は、あらかじめ急変時に延命処置をしないという希望を聞いていることが多いですが、急変時にDNAR（蘇生拒否指示）であれば、受入れそのものを拒否されることが多い現状があります。在宅医は改善の見込みがあり病院のほうが早く病態を改善できる場合に入院の受入れを要請するので、DNARという文言があるだけで、受入れを拒否されるのは非常に困ります。2つ目としまして、ホスピスへ申し込みをしている方について、緩和ケア病棟は、基本的に土・日・祝日・夜間の受入れができず、急性期病院のような即日入院もできないのが現状です。その際、紹介元の病院や急性期病院での一時受入れができればベターだと思います。」という御意見をいただいております。

もう一点、事務局では、訪問看護の利用方法や提供サービスのイメージがつかない先生方に対して、いかに訪問看護の活用や連携につなげるか考えています。例えばリーフレットの作成や、研修会の開催など、今後は委員の皆様を含め、様々な立場の方から御意見をいただきたいと考えていますので、情報共有させていただきます。

○委員 今の事務局のお話は、そもそも訪問看護自体の存在や役割が、外来しかやっていない場合には分かりにくいということなのではないでしょうか。

特に大学病院には、在宅医療をローテーションで見させていただく機会や、在宅医療に携わる私たちとの意見交換の場や、勉強会を持っていただくことができないかと常々思っています。

在宅医療の現状を大きい病院に還元する方法について、常々悩んでいるところです。

○委員 先ほどの話によると指示書を書かれている先生のなかで、地域で根ざしてやっておられる方が3割、残り7割が在宅医療に詳しくない方という話でした。この7割は、訪問看護や指示書が何なのか、医療保険と介護保険とでどう違うのかとか、ほとんど知らないというのが実情だと思います。

病院の理解が進んでいないところではありますが、一方で、大学病院の医師の一人一人を教育して在宅医療への理解を深めてもらうというのは、現状の業務量や医師の働き方改革を求められているなかでは不可能だと思っています。個人的には看護師に期待していて、生活と疾患の両方を見られる唯一の職種として既に入退院支援などでの成果があるので、地域と病院をつなぐ看護師間の連携の仕組みができたかと考えています。もちろん医師は必ずそれを監督することになります。

○委員 私も市民病院に勤めていたので病院の過酷な環境で働いている医師に負荷をかけ過ぎ

るのももちろんよくないと思っています。

患者さんは帰ってからの生活が待っているのです、そこに対してどの職種がアプローチすると、スムーズに在宅生活に移れるのか、大きな病院で総合的に検討いただきたいのですが、部署ごと、セクションごとになっているので、そこが何とかならないかなと思うところです。

○委員長 とてもすばらしい議論ですが、またぜひとも、対面で話したいお話です。先生方、どうもありがとうございます。

次の案件に進めたいと思います。案件3、訪問看護の提供体制等の充実に移ります。

まず事務局から、3-1「令和5年度訪問看護の実態調査結果」について、御説明をお願いします。

○事務局 — 資料3-1の説明 —

○委員長 資料の説明を受けましたけれども、御意見はございますか。

多職種、他機関、訪問看護事業所と歯科医や薬剤師との連携について、歯科医師会や薬剤師会の立場からの御意見をいただけますか。

○委員 在宅要介護者・児訪問歯科健康診査を御存知でしょうか。要介護者・児で歯科医院への受診ができない方が年1回受けられる無料健診です。

去年1年間で191件健診させてもらっています。1年で191名なので、月に15人程度の利用です。お口の中に問題がないように見えても、1年に1回は検査させていただくことが患者さんのためになりますので利用いただけたらと思います。

○委員 資料を拝見して、以前よりも在宅医療に薬剤師が関わる機会が増えている、在宅医療における薬剤師の仕事が認知されてきていると考えております。

服薬管理に関しては、患者さんが外来通院から在宅療養に移行するときに薬剤師を取り入れていただけると、在宅医療における役割分担がスムーズに進むと思っております。

薬の管理を御家族や御自身でされていて、どうしようもなくなってから服薬管理の依頼があると、それまでの役割分担が変わってしまい、御本人さん、御家族さん、医療者、関わる方全員の関係性がいびつになって衝突が起きることが多々あります。また、関係性がいびつであるために途中で入った薬剤師は成果を出しにくくなることがあります。

また、関係性を構築するにあたって、誰が中心になるかということも考えていかないといけないと思っています。

○委員長 ケアマネジャーさんは歯科健診を利用されている気配を感じていますが、1日に直すと、まだまだ余裕がありそうですし、利用を広げていきたいですね。

スタートから服薬管理に入っていただくというのは個人的にも賛成です。

次は資料3-2「訪問看護の提供体制等の充実について」、説明をお願いいたします。

○事務局 — 資料3-2の説明 —

○委員長 論点が3つありまして、論点1、病棟看護師の在宅医療や訪問看護への理解促進について、御意見はございますか。

○委員 当院の病棟看護師は、在宅医療の大切さや地域包括ケアが進んでいるということについて理解しているものの、患者さんの短い在院期間で退院後の生活まで考えた情報を得るということとはなかなか難しく、入退院支援の看護師に任せきりになってしまう現状があります。

学生のとときに在宅医療についてかなり学習していて、在宅医療に関心のある若い病棟看護師は非常に多いです。

当院では、約1年のスパンで病棟看護師が系列の訪問看護事業所に出向しています。在宅医療を経験すると、患者さんと接するときの視点が大きく変わるので、積極的に看護師を外に出したいところですが、病棟のマンパワーが不足していて地域に出せる人がいないというのが、現状であり課題だと思っています。

もう一つの取組みとして、認定看護師、特定看護師が、訪問看護師さんと一緒に訪問して、褥瘡のケアやフットケアをしています。

訪問看護事業所と顔の見える関係性を構築し、病院受診が大変な在宅患者さんのためにも高いスキルを持った看護師たちが、もっと地域で活躍できるような仕組みをつくらなきゃいけないと管理者として感じているところです。病院ではリハビリ以外であまり動かず表情がなかった方が、退院後に訪問すると家では段差があっても歩いているという姿を見ると「早くうちに帰してあげることが大事だ」と気づいてくれるので、そのような機会をどんどん作らないといけないと思います。

○委員長 いろいろ前向きに取り組まれています。

大和病院では、病棟も訪問看護もされている立場から、連携の取組等があればお願いします。

○委員 当院では5名のケアマネジャーと5名の訪問看護師がいます。訪問看護師のうちの2名は特定看護師です。

当院の取組としては、特定看護師の育成をしています。年間5名、今は3期生の育成中です。特定行為を学んだ看護師を各病棟に振り分けることで、病棟看護師も刺激を受けて、特定看護師について学ぶ気持ちになるので、特定看護師に関する国の施策や実際に何ができるのかを伝えています。

他には医学生や看護学生の受入れをしています。医学生は1年生と6年生を受け入れています。6年生は2週間預かって、慢性期医療や慢性期病院について教えています。看護学生には、慢性期の介護を学んでもらいます。

○委員長 吹田市民病院では、入退院支援の中で、病棟と訪問看護が連携しないといけないと思いますが、いかがでしょうか。

○委員 当院には訪問看護事業所がないので、在宅医療のことを知る機会が少ない環境です。患者支援センターには、MSW（医療ソーシャルワーカー）と看護師が配置されており、専門性を補完しつつ、病棟看護師と連携を図り退院調整を行っています。

在院日数が少ない中で治療に集中しているため、家に帰ってからのイメージがつきにくく、スタッフ教育のため院内勉強会を行っている状況です。

○委員長 論点2に進んでいこうと思います。

病棟看護師と訪問看護との連携促進ですけれども、この連携の在り方、取組について御意見はございますか。

○委員 先ほどの論点と関連しますが、高齢者が増加して医療が複雑化していくなかで、管理者の努力で解決できる問題は限られていると思います。例えばICTの活用や、入退院支援の看護師に全て任せるといった切り替えをしないと、タスクが増えていくばかりだとも思います。

論点2に関しては、病診連携をするファシリテーターに任せるという方法でもいいのではと思っています。

○委員 役割分担が必要というのは同意します。しかしながら役割がある人だけに任せきりになるのも困るので、全体の底上げは必要だと感じています。

事業所との連携に関しては、病院でサマリーをお書きしています。訪問看護の方や在宅医療の方のお役に立てる内容にしていけるように、度々検討はしているところです。事業所からの意見を聞きながら進めていくことが必要だと感じています。

○委員長 論点3は訪問看護事業所間の情報交換や連携・協力体制の構築のお話ですけれども、事業所の立場から、御意見ををお願いします。

○委員 今年から、職能団体である介護保険事業所連絡会と任意の会のスターネットが合体しています。勉強会などの機会を設け、顔の見える関係で連携や助け合いができるような関係構築を目指しています。

先程のアンケートでは、利用者さんの人数が2倍、看護師、訪問看護ステーションも2倍となりましたが、実感としては看護師が圧倒的に不足していて、募集しても全く応募がないです。看護師が不足しているので、訪問看護事業所が連携して、自分たちが行けないときに他の事業所が行ってくれるような環境があればと思っていますが、そこには指示書の問題や責任の所在、利用者さんの申し送り、安全確保などクリアしなければならない問題がたくさんあります。

病院との連携ということに関しては、MSWや退院支援の看護師の方が在宅医療をよく理解してくださって、必要な情報をいただいていると感じています。病棟の方にも訪問看護や在宅医療への理解を深めていただければ、よりシームレスに看看連携ができ、利用者さんのためになると思います。研修会を重ねて、顔が見える関係を構築していく地道な努力が必要です。

○委員 少しずれるかもしれませんが、介護保険制度を使われる利用者は、ケアマネジャーさんや福祉用具の担当者やヘルパーさんなど、定期的な担当者会議を通して役割分担をしながら連携をとっています。一方で医療保険を使われる利用者は、支援者が集まる機会が少なく連携の取りにくさを感じております。

訪問看護事業所は利用者さんの在宅での様子はわかりますが、病院での治療の経過が分からないので、主にそういった情報を欲しいと思っています。病棟看護師には、在宅に帰ったときにこの人はどうなるのだろうかということを、少しでもイメージしてもらえたらと思います。

○委員長 それでは、案件4、吹田市在宅医療・介護連携推進協議会における取組について、事務局より説明をお願いいたします。

○事務局 — 資料4の説明 —

○委員長 何か御意見がおありでしょうか。
特にないようでしたら、予定していた案件は以上になります。
事務局から連絡事項がありましたら、お願いいたします。

○事務局 貴重な御意見をありがとうございました。
次回につきましては、来年2月頃を予定しております。詳細については、担当から改めて御連絡をさせていただきます。先ほど御議論いただきました、訪問看護の今後の連携の進め方や病院職員に対する在宅医療の理解促進に向けた取組について、具体的に検討していきたいと考えておりますので、よろしくをお願いいたします。

また、昨年度開催しました市民講演会と、病院職員対象研修会の報告につきましては、参考資料3を御確認いただけますでしょうか。
事務局からは以上になります。

○委員長 それでは、これをもちまして終了とさせていただきます。