

令和6年度 第2回吹田市地域医療推進懇談会 議事要旨

1 開催日時

令和7年3月26日（水）午後2時～4時

2 開催場所

吹田市保健所 2階 講堂

3 出席者

吹田市医師会 丸山 純子委員

吹田市医師会 山村 憲幸委員

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

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

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

めぐみクリニック 井上 慶子委員

大和病院 八軒 礼史委員

5 案件

(1) 在宅医療を支える連携体制のあり方に関する検討について

(2) 令和7年度 吹田市在宅医療を担う医師の交流会（案）について

(3) 令和7年度 医療介護関係者向け人生会議（ACP）研修会（案）について

(4) 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、令和6年度第1回吹田地域医療推進懇談会を開催いたします。

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、会議は原則として公開としております。本日は傍聴希望者がいらっしゃらないことを御報告させていただきます。

なお、本懇談会の内容は、懇談会終了後、本市ホームページで公開予定です。議事録作成のために音声を録音させていただきます。

続きまして、本日は八軒委員、井上委員が御都合により御欠席と御連絡をいただいております。また、吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護事業者部会の星加委員におかれましては、一身上の御都合により委員を辞任されましたので、この場をもって御報告をさせていただきます。

それでは、以降の進行につきましては、委員長をお願いいたします。

○委員長 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ですが、在宅医療を支える連携体制のあり方に関する検討について、まず事務局より説明を受けます。

○事務局 — 資料1説明 —

○委員長 まずは、(1)急変時の受入れに関する輪番制や空床状況を在宅医に共有する仕組みについて、病院所属の委員はいかがでしょうか。

○委員 対象となる病院として、サブアキュートの病院と急性期病院のどちらを求められているのでしょうか。

当院としても空床状況が分かれば役に立つとは思いますが、発信内容等の検討が必要だと思います。

○委員長 前回の会議では、特に夜間の救急を受入れてくださる病院の空床状況が分かればありがたいという話でした。夜間はサブアキュートの病院が受入れしていないことも多いので、急性期病院が中心になるでしょうか。受入れた患者さんが急性期病院の適用でない場合には、翌日にサブアキュートの病院へ搬送されると思います。

病院は複数科が各病棟にまたがっていることを考えると、空床状況をわかりやすく公表するというのは難しいかもしれません。

○委員 夜間の空床に関しては、夕方に院内で一覧を共有しています。また、仮押さえになっているベッドもあるので、具体的にどのように公表するのが難しいところです。

最近が高齢者の救急患者が多く、受けたとしても後送病院をお願いすることもあります。

○委員長 訪問看護のお立場からはいかがでしょう。

○委員 救急隊が何か所も病院を当たっているところは目にしており、同様に在宅医の先生方も御苦労されているかと思えます。

前回の会議での議論を受けて、システムに各病院が17時になったら空床状況を入れて、在宅医の先生がそれを確認する、吹田市独自のシステムができたらいいのにと感じました。

○委員長 医師会でもそのようなシステムがあればすごく便利だという反応でした。具体的に可能なのか、各病院さんにヒアリングしていくのはいかがでしょう。

○委員 例えば、病院の代表を集めてシステムへの参加をお願いするというアプローチで、2年後程度の完成を目指して動くのはいかがですか。

○委員長 救急隊が使用しているORIONという救急搬送支援システムについて、事務局から情報提供をお願いします。

○事務局 ORIONは、大阪府で使われている救急搬送支援システムです。救急隊が患者さんの病態を入力すると、病態に合わせて応需可能な医療機関が示されるものです。救急告示病院は、1日3回以上は応需情報を更新することになっています。

ORIONが救急現場で活用されている一方で、豊能圏域では搬送困難を示す指標が府平均と比べても悪く、圏域外に流出している事案も比較的多いのが現状です。

その原因の一つとして、各病院がORION上に応需情報をこまめに更新できていない現状が挙げられています。

また、コロナ禍で搬送困難が大きな課題となった時期は一時的に夜間輪番制をとりましたが、結果的に受入れる病院に偏りがみられ、抜本的な解決に至りませんでした。現在、豊能医療圏の救急の課題である吐下血疾患の搬送困難について、輪番制の導入という意見が出ていますが、過去の経過も踏まえ慎重に議論を進めているところです。

○委員長 本懇談会での議論は在宅患者が対象なので、高齢者が中心であり、高齢者の受入れはより困難な印象があります。在宅医にとっては本懇談会で議論している仕組みはとても有用だと思うので、具体的に動いてみるのはいかがでしょう。

○委員長 次の議題に移ります。(2)市内病院の在宅患者等の受入窓口に関する一覧についてです。吹田市医師会で提供される一覧ですが、病院の受入れ体制や救急の受入れについて記載されていて、よくできた内容だと思います。提供可能ということなので、有効に活用できたらと思いま

す。配布前の一覧を確認し、補完すべき内容があれば補完するというのはいかがでしょうか。

○委員 異議なし

○委員長 それでは、(3)在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病棟の役割や活用方法等の周知についてです。御意見いただけますか。

○委員 当院ではホームケア支援課が、開業医、訪問看護師、ソーシャルワーカー等を集めて年に数回多職種の会を開き、周知の機会としています。また、広報誌やホームページ等でも広報していますが、なかなか浸透していません。インスタグラム等を使った発信も必要かもしれません。

○委員 当院では、例えば開業医訪問時に広報誌やチラシを使って周知活動を行っていますが、あまり興味を持ってもらえません。
実際、在宅療養後方支援病院の登録患者さんよりも、登録されていない在宅患者さんの紹介が圧倒的に多いのが現状です。需要に応じたPRも必要かと思います。

○委員長 在宅医の立場から、在宅療養後方支援病院の活用ついていかがでしょうか。

○委員 正直なところあまり活用できていないです。3か月に一度の診療情報を共有する手間もですが、必ず診てくれるのかとも思います。在宅療養後方支援病院に登録している患者さんは、必ず診てもらえる確約をもらえたら良いですが。

○委員 登録患者さんについて、必ず入院受入れすると確約するのは難しいところです。三次救急や担当医が専門外の疾患もあり、そういった場合には他院へ紹介することもあります。
時間内であれば、受入れが難しいということはあまりないですが、やはり夜間は難しい場合があります。

○委員 在宅医としても、日中は何とかあります。病院の医師が帰っていない時間なら、病院へ受入れをお願いすることもできます。在宅療養後方支援病院の施設基準の取得を決めるのは病院でしょうか。それとも行政等から声がかかるとのでしょうか。

○委員 当院は市民病院ということで、市や医師会から在宅医療を進める上で病院としてどのような取組ができるか投げかけられたこともあり、在宅療養後方支援病院の施設基準を取りました。

吹田市内は在宅医療を進めていこうという風土があるので在宅療養後方支援病院が比較的多いですが、おそらく近隣市では在宅療養後方支援病院を取っている急性期病院は少ないと思います。

○委員 行政は各病院の施設基準を把握し、特定の施設基準を取るよう声をかけますか。

○事務局 都道府県や市町村が各病院に特定の施設基準を取るようお伝えすることはありませんが、国の方針が診療報酬に反映されることはあると思います。各病院は、国の診療報酬改定を見て判断されているかと思います。また、市民病院は独立行政法人で市が一定、運営に関与していることもあり、市からお声かけすることもあります。

○委員 まずは、在宅療養後方支援病院等の一覧を在宅医療を担う開業医に周知徹底いただくと良いと思います。開業医が一覧を活用して病院と連携を取って関係性ができた上で、空床状況がわかるシステムの検討という次の段階が必要かもしれません。

○事務局 医師会さんが集約されている一覧には、各病院の機能情報が集約されています。また、在宅療養後方支援病院だけではなく在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟の情報も集約する必要があると考えています。できる限り多くの情報を開業医の先生方に提供したいと考えています。

○委員長 それでは、次の議題（４）病診連携（特に急変時入院の調整）における工夫等の情報共有についてですが、この議題では新たに決めることはないので、（５）病院（特にサブアキュート）と在宅医との顔の見える関係づくりについての御意見をいただけますか。病院というのは地域連携室が対象になると思います。

○委員 顔が見える関係づくりや信頼関係構築のために、多職種交流会や市民公開講座を積極的に開催しています。

当院では比較的強い分野である、がんや周産期医療に関する情報発信に力を入れていきたいと考えています。また、在宅をともに考える会を開催しており、着実に広げていきたいと考えています。

○委員 登録医総会等、開業医の先生と話をする機会を設けています。登録医総会では、医師の得意分野等の周知や顔の見える関係づくりを行っています。

在宅医交流会には、在宅医の意見が当院の医師に伝わるよう、病院医師も参加するのが良いかと思っています。

○委員長 在宅医交流会なので、あくまで在宅医がメインの会になると良いですね。

時間が1時間しかないので、サブアキュートを担う病院が中心となって、短時間で凝縮した内容のアピールをお願いすることになるでしょうか。

前回、在宅医交流会について議論をした際に、在宅医は孤独でつながりが欲しいので、名刺交換だけでも意味があるだろうという話がありました。特に、24時間365日オンコール体制の在宅医は、体力的にすごく大変です。近隣の在宅医と交流を深めることで、頼りあえるような関係づくりや、困りごとを相談できる交流ができれば、すごく意味があると思います。

案件2で在宅医療を担う医師の交流会について、改めて皆さまの御意見を伺いたいと思います。

○事務局 — 資料2説明 —

○委員 訪問看護からもぜひ参加したいのですが、他の案件とのバランスを考えると訪問看護に関する内容は5分程度で集約してお伝えできたらと思います。代わりに例えば、在宅医の先生方の1日の流れ等がわかるとよいと思います。

○委員 在宅医療に関心がある医師も来るのであれば、在宅療養後方支援病院にも是非来ていただきたいです。

○事務局 在宅医交流会は、令和7年度に初めて実施する予定ですが、これをきっかけに継続していきたい取組です。第1回目のメインテーマは、在宅医間の交流なので、在宅療養支援診療所の医師に加えて、在宅医を対象として考えています。情報提供に関しては、今回は訪問看護からの情報提供をお願いし、次回以降に病院さんからの情報提供をお願いする等を検討しています。

また、在宅に興味があるけれど躊躇されている先生や、在宅医同士でも、診療における工夫等の情報交換や、医師会会員と非会員の先生方をつなぐ場になればと思っています。

○委員 今回のメインテーマが在宅医間の交流であれば、会場の後ろに各病院のリーフレット等を情報として置くのはいかがですか。病院へ受入れを依頼する際の参考になると思います。

○委員長 歯科医師会所属の委員からも在宅医に伝えたいことはございますか。

○委員 情報提供としては、骨粗鬆症等の薬の服用中や服用予定の患者さんで、御自身や介護者で口腔ケアができない場合は、歯科医師に御紹介ください。抜歯が原因で顎骨壊死を起こす場合も多いですし、重度の歯周病を放置して顎骨壊死になることもあります。

また、歯科医師から先生方にお手紙を書く機会がありますが、なかなかお返事をいただけないこともあり、可能な範囲でお答えいただきたいことをお伝えしたいと思います。

○委員長 きちんとお伝えします。薬剤師会所属の委員からも御意見いただけますか。

○委員 MCS（メディカルケアステーション）を活用される際に、ケアマネジャー、訪問看護師は在宅医とセットですが、患者さんの御意向で近くの薬局で受け取るとなると、薬剤師はMCS（メディカルケアステーション）に入らせてもらえないこともあります。結果としてケアマネジャーや訪問看護師と薬剤師との連携がうまくいかず、他職種への報告が遅いと言われることもあります。在宅医の先生方のICTツールの活用状況について教えていただけたらと思います。

○委員長 MCS（メディカルケアステーション）には、主に訪問看護師とケアマネジャーが入っていて、リハビリ職等が入ることもあります。薬剤師による在宅訪問薬剤管理指導がある場合には、入ってほしいと伝えやすいです。ただ、在宅訪問薬剤管理指導が発生しない場合、薬剤師に入っただくと、24時間の連絡も入るので負担をかけてしまうかもしれません。薬剤師にとって問題ないことなのでしょうか。

○委員 在宅訪問薬剤管理指導の点数が取れなくても患者さんの状態が把握できるMCS（メディカルケアステーション）に入れていただけるとありがたいです。今はそれぞれの関係者にショートメールを送る場合もあり負担に感じています。在宅医のMCS（メディカルケアステーション）の活用状況が分からないのも現状です。

○委員長 以前情報収集した際に、MCS（メディカルケアステーション）は90%近くが使用している印象でした。こちらも薬剤師さんに入っただけの方がありがたいので助かります。在宅医交流会に集まってくださる先生方にもお伝えしたいと思います。

○委員 今回のメインは在宅医の名刺交換で十分だと思います。プログラムも詰め込みすぎず、まずはやってみるということの良いのではないのでしょうか。

○委員長 それでは、次の議題に進みます。案件3、令和7年度医療介護関係者向け人生会議（ACP）研修会について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 — 資料3説明 —

○委員長 まずは現場で看取りをされている方々から、御意見いただけますか。

○委員 ほとんど網羅されている案で、対象者は普段研修に参加している職種と相違ないです。講師はACP（アドバンス・ケア・プランニング）の講義をしてくださる大学の先生も良いと思います。立場によって目線の違う話を聞くことができると、普段の研修を受けていて感じます。内容は、ステップアップということですが、最初の5分～10分程度は概念理解から入ったほうが良いのではないのでしょうか。深刻な話であり、その場の空気で流れていってしまう場合があるので、定着させるために概念を押さえたうえで進める方が良いと思います。

○委員 僕自身の経験から、特に治療の継続が難しいがん患者の紹介を受けた際、信頼関係の構築が難しいです。ショックを受けている方へ、いきなりACP（アドバンス・ケア・プランニング）の話をするのは難しいです。結局、信頼関係が構築できないまま引き受けて2週間で亡くなられたことがありました。僕自身としては、訪問看護師さんともディスカッションしながら、どのように信頼関係を構築していくと良いかということはいつも考えています。

○委員長 信頼関係の構築が大切だと考えていますが、患者さんや家族の心にすっと入っていけないときに限界を感じる場合があります。概念理解に資するお話しをいただくことはもちろん、具体的に患者さんや家族の心の中にどのように入っていくかといった、コミュニケーション法についてお伺いできれば嬉しいです。

一般的な研修会で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念については、長年も言われ続けているので、更に深掘りしていくような研修会ができれば良いと思います。現場で携わる人だけでなく、例えば精神科・心療内科の医師やお坊さんの視点から見た入り方を伺うといった方向性も良いように思います。

病院でもさまざまな研修会をされているかと思いますが、実践的なスキルが身につくような研修はされていますか。

○委員 「もしバナカード」といって、自分にとって大切な価値観やあり方について気づき、将来の医療や介護について話し合うきっかけを作るカードゲームがあります。そのときの心理状態等によって結果が変わる場合もあるかと思いますが、何周かしているうちに自分の価値観への理解が深まると同時に、他の人の考え方を聞くことで気づきもあります。実践的なスキルが身につくかどうかは難しいところですが、考えるきっかけにはなります。現場ではチームで繰り返しケースを取り上げて共有しています。

○委員 当院には緩和ケアチームがあり、委員会や作業部会を開催し、月に一度成功事例や困難事例等の事例検討を行っています。看護師が参加し、部署に持ち帰って共有しています。

また、緩和ケアチームカンファレンスでは、医師や薬剤師、リハビリ職、栄養士、心理士が事例の共有を行っています。

○委員 例えば緩和ケアや在宅での人生会議というのは、本来的にはAD（アドバンス・ディレ

クティブ)の内容です。ACP(アドバンス・ケア・プランニング)は、学問的には死にゆく人にやるものではなく、生まれたときからやっていく、生き方を考えるということです。

今ここで議論しているACP(アドバンス・ケア・プランニング)は死の話が中心で、学問的にはAD(アドバンス・ディレクティブ)に近く、どういう意味で使われているか気になります。

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)のエビデンス自体はまだないので、これをやるのがいいのかは分からないけれども、少なくともAD(アドバンス・ディレクティブ)では患者さんの幸せ度も、医療費も、変わらなかったというエビデンスがあります。

どちらかというと、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)は死期が近い方より20代、30代がターゲットになります。大学で教えるレベルになると医療ともかけ離れてきます。

○委員長 委員のお話を聞いていて、学問的な視点から話を聞く機会は意外と少ないように思ったので、生き方というところから話を聞ける研修会も良いように感じました。

事務局から、このACP(アドバンス・ケア・プランニング)はどの辺りに焦点を当てたものなのかお聞かせいただけますか。

○事務局 吹田市では令和2年頃からACP(アドバンス・ケア・プランニング)の啓発を開始し、死を考えるAD(アドバンス・ディレクティブ)に偏らないよう意識してきました。令和5年度に基本的なポイントを押さえることを目的とした医療介護関係者向け研修会を開催しました。今回はそこからステップアップし、人生の最終段階が差し迫ってきた方への人生会議を想定し、対人的なスキルを学べる研修会を考えています。

委員の御意見を伺い、令和7年度の企画について改めて事務局でも検討していきたいと思えます。

○委員 初めての参加者も多いでしょうから、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を伝えて、今日はこの部分の研修ですと説明すれば、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)はコミュニケーションスキルでも最後の瞬間を話し合うことでもないと分かった上で聞いてくださると思います。

○委員長 ほかに御意見がある方はいらっしゃいますか。御意見がなければ、予定していました案件は以上です。せっかくの機会なので、何か発言したいことはございますか。

○委員 案件1の(3)在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病棟の役割や活用方法等の周知について、行政からのアプローチは、病院や医師とは違ったプレッシャーがあります。個人的な努力で関係者に声をかけるときにも、行政のバックアップがあるとやりやすい場合があります。行政側にもさまざまな制約があると思いますが、例えば先程の空床状況についてネットワークを作りたい場合、行政としてはどこまで動けるものでしょうか。

○事務局 行政だけでなく医師会さんのお力も重要な要素だと考えています。例えば在宅療養後方支援病院を取得することへのお願いの場合、病院側もさまざまな機能を見定め運営上の課題を踏まえた上で、方向性をお考えになるので、行政が個別でお願いするのは限界があります。

市としては、実態を踏まえたうえで在宅医療の体制を構築していきたいと考えておりまして、例えば令和6年度勤務医と在宅医の交流会等では、多くの先生方に在宅医療を広めたいという思いをお伝えしたところです。

また、医療計画として積極的役割を担う医療機関を各圏域で指定した際は、在宅療養支援病院を取得している病院を中心に、指定への勧奨を行いました。

○委員 例えば、病院に所属する医師が単独でお願いするよりは、行政と一緒にの方がプレッシャーは大きくなると思います。我々がつくりたい吹田の形があるとき、行政ができることの範囲についてお伺いできますか。

○事務局 先行例の情報収集をしていると、医師会さんを中心に盛り上げているところ、病院のネットワークで盛り上げているところ等、様々なパターンがあります。

吹田市においても、吹田市医師会さんとも連携させていただきながら、本懇談会での現場から御意見をいただき、行政だけで引っ張っていくのか、関係機関と一緒に動く方が良いのかというところから検討していく必要があると考えています。

○委員 他市町村の先行事例等があれば、共有いただきたいです。

行政から各病院さんに、例えば在宅療養後方支援病院や在宅医療を推進するための連携に参加するとメリットがある等の提案をすることは可能ですか。

○委員長 具体的に進める段階で、各病院を個別にアプローチする際に、行政の方と私たち委員と一緒に交渉へ行くのは意味があると思うので、今後具体的に考えていただけたらと思います。

市内の在宅療養後方支援病院は少なくないと思いますが、活用が十分できていないというのが問題だと思います。市民が知らない情報を市に広報していただくことは重要だと感じます。

最後に事務局からの連絡事項をお願いします。

○事務局 本日はありがとうございました。次回の開催については、担当から改めて御連絡いたします。事務局からは以上です。

○委員長 それでは、これもちまして終了とさせていただきます。

本日はお忙しい中、ありがとうございました。