令和８年度　第１回吹田市地域医療推進懇談会

開催日時

令和８年10月７日（水）午後２時～3時30分

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

吹田市歯科医師会　中埜 秀史委員

済生会吹田病院　和田 陽子委員

大和病院　千代松　亜季委員

協和会病院　重内　美砂子委員

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　石黒　裕子委員

４　欠席者

吹田市医師会　山村　憲幸委員

吹田市薬剤師会　濱野 昌子

市立吹田市民病院　吉川　正秀委員

大阪大学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

５　案件

（１）令和８年度の取組について

（２）吹田市空床状況確認システムの試行状況

（３）在宅医交流会の開催報告

（４）市民講演会の開催について

（５）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

（６）その他（在宅医療の体制整備について）

【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いたします。なお、本日の内容は、後日ホームページで公開予定です。議事録作成のため、音声を録音させていただきます。

続きまして、新しい委員の就任がございましたので、御紹介いたします。

大和病院の八軒委員が退任されましたので、後任として大和病院事務長の千代松委員に、協和会病院の鈴木委員が退任されましたので、後任として協和会病院の看護部長の重内委員に御就任いただきました。

本日は、吹田市医師会の山村委員、吹田市薬剤師会の濱野委員、市立吹田市民病院の吉川委員、大阪大学大学院の竹屋委員が欠席です。

以降の進行につきましては、委員長にお願いいたします。

（１）令和８年度の取組について

〇事務局　　―　資料１説明　―

（質疑なし）

（２）吹田市空床状況確認システムの試行状況

〇事務局　　―　資料２説明　―

【委員長】今回これがメインのテーマになりますので、皆様から御意見いただけたらと思います。このシステムのきっかけは本会でした。在宅医療のなかで、夜間に病院搬送したい際に何件電話しても断られて、ようやく空床状況を病院で確認している間に１０

分も２０分もかかり、結果的に空床はないという、入院の調整にすごく時間がかかるというところから始まったものだと思います。いいシステムを作ってくださっているのですが、それが軌道に乗っていけるようより負担の少ない形でいいシステムを作っていくというのが一番良いと思いますので、皆さんに御意見をいただければと思います。
スケジュール感、アンケートの内容や有無、病院でシステムへの入力する際大変だったことなど、皆さんから御意見をいただけたらと思います。

【委員】期待しております。うまく使いこなしたいのと、あとでフィードバックがきちんとできるようにしたいと思っています。
病院の負担が大きくなると大変だと思うので、なるべく誰にも負担がないような形で運用できたらいいと思います。

【委員】アンケートについてのことをお伝えしたらいいでしょうか。

【委員長】はい。システムをまずは在宅支援診療所でトライしますが、その後本格試行までにアンケートを挟むべきかどうかについてでも構いません。

【委員】いきなり本格使用をよりかは、アンケートを挟んだほうが現場の意見も聴取できると思います。こういう空床をリアルタイムで見られるシステムというのは非常にいいと思うんですけど、病院側の作業がかなりあるのではと思いますので、もうちょっと仕組みを簡易的に変えないといけないのかなというところを全体的に見て感じております。

【委員】私も同じ意見で、試験運用の段階で一度アンケートを行って評価をし、よりよいものにしたほうがいいかなと思います。

【委員】病院としての意見です。病院シートの作成自体は簡単で、また毎日の更新については、ORIONの作業で経験があり、事務方からも現時点では特に困るということを聞いておりません。実際に運用を始めて何か困ったことがまた出てくるかなとは思います。
アンケートについては、やはり途中で一度とったうえで修正を行った方がいいと思います。

【委員】病院側の意見です。アンケートは途中で取ったほうがいいと思いますが、一番大きいのは夜間の診療時間外でという部分です。当直医によっては日によって受け入れられる疾患やタイミングが変わってくるので、リアルタイムでの情報が重要になってきます。病院の作業としては、うちは恐らく夕方に入力することになり、その際は特記事項に具体的にどこまで書けるかというところが重要になると思います。直接入力が必要になるのが負担かもとは思いますが、事務方としてもシステムがあることで電話対応の時間が短くなったりするのであれば、いいのかなと思います。下り搬送等でその場ですぐ受け入れないといけないということもあるので、空床が直接今すぐ使えるかというとまた違うこともあり、そこの難しい部分はあると思います。

【委員】病院側の意見です。うちではもう更新作業を行っており、ベッドコントロール自体はやっているのですが、作業をしている担当としては何の問題もないと聞いております。夕方にのみ更新しており、情報シートを作るのも含めて大変ではないと言っています。
アンケートはしたほうがいいと思います。システムを継続する上で評価・更新をしていくことが必要だと思います。
アンケートの内容について、診療所にとって役に立つかというところがベースになると思いますが、７２診療所もあるのでそもそも空床システムを知っているかどうか・実際に何回使ったか・入院先を探す時間が短くなったか・電話をかける病院数が減ったか・

どこに電話したらいいかの判断材料になったか・空床表示と実際の受入れ状況に乖離がなかったか・今後も使いたいかというのを聞いてみてもいいのかなとは思います。
病院側には、空床情報の更新頻度・誰が入力しているのか・入力負担は許容範囲内か・掲載したことで診療所の先生方からの問合せが増えたかというところかなとは思います。
また、先生方がシステムへアクセスした回数とかってデータが取れるものでしょうか。

【事務局】回数のデータは取れないようになっています。

【委員】承知しました。

【委員長】貴重な意見、ありがとうございました。
最初は在支診在宅支援診療所の入院調整にという話でしたが、在宅支援診療所だけが使うのというはもったいないなと思うようなシステムだと思います。病院の負担を踏まえて夜間を中心で始めますが、その先、吹田市内の開業医が日中にどこの病院に受け入れてもらおう、この人は急性期で、お年寄りでと考えたときに、そういった情報が一覧として載っていて、電話番号もあり、そうするとこの疾患なら受入れ可能ということで、気軽に事務方や医師が電子カルテの横にそのままこのシステムを置いて使えるようになったら一番いいかなと思います。
また、在宅支援診療所７２か所の中でも非常に積極的にやっており夜間も病院での調整が必要なところというのは母体数が少ないと思います。そういう点からは、アンケートがどこまで意味をなすかなとも考えております。
スケジュールが押しておりますが、この先の実用化に向けて、医師会含めてさまざまなところとの調整が必要だと思いますので、ゆっくりであっても確実に進めていけたらと思います。
本日いただきましたご意見をもとに、事務局では１１月の試験運用開始に向けて調整に努めていく予定です。また次回、年度明けのこの会議で、今後の運用の在り方について

議論ができればと思います。

（３）在宅医交流会の開催報告

〇事務局　　―　資料３－１，３－２説明　―

【委員長】

在宅医交流会のアンケートで、特に関心を持ったトピックスについて「在宅医と病院との連携方法」が２０件ありますが、これは空床状況確認システムのことでしょうね。すごく関心を持っていただけているのかなと思います。

今回の交流会に参加いただいた方に、率直な御感想や今後取り扱うテーマについて、何かご意見があればお願いします。

【委員】参加は今回で２回目となります。貴重な機会をありがとうございます。

開業医の先生たちの悩みについてはいろいろ似ているところもあるため相談したかったり、病院はどんなふうに考えていて在宅医とどう連携すればいいのかと、それぞれの悩みやお互い聞きたいことはいっぱいあります。私は困れば個人的に知っている他県にいる先生たちによく聞いていましたが、近くで相談できる関係が作れるのはありがたく、今まで全く交流がなかった医師会の先生の方ともお話ができたのが良かったです。

一方で、本当は介護関係者や訪問看護師といった方とも交流したいのですが、そうなると時間が全く足りないと思うので、病院・介護・訪問看護と、それぞれ別の機会があればいいなとか思いました。

【委員長】私の参加は２回目ですが、今回も積極的な意見交換ができたと思います。前回は在宅支援診療所をずっとやっている方が私のテーブルには多かったのですが、今回はこれから始めるにあたって教えてほしいという方もおられて、この会をすることで訪問診療に気軽に興味をもて、また周りに仲間がいるというふうに思ってもらえたらよか

ったなと思います。
また、２年に１回の報酬改定について、在宅医療に関してもかなり改定とかがあったことで右往左往し困っているところもあったので、それを在宅医同士で話し合えるというのもよい機会でした。
在支診の参加が全体の２割ぐらいということで、積極的に訪問診療をやっている人が気軽に参加できるように工夫して声かけを行うことが必要なのかなという課題を感じました。

【委員】
在宅支援看護師と共に参加しました。日頃、開業している先生方が病院の医師に対して聞きたいことや言いたいことがあったり、その逆もあったりというところで、当院としては中堅から若手の医師にそうした場に参加していただきたいなと考えています。医師会主催で懇談会があり少し交流にもなるのですが、そういった場は部長や課長が行くので、なかなかリアルな現場の話ができないと在宅支援看護師からも聞いております。
また、当院もいろいろ企画することがありますが、講義があったあとの交流会となると、なかなか時間がタイトになってしまいます。講義のあとのほうが意外と盛り上がったりするので、時間配分については常に課題かなとは思っております。

【委員】当院は今年は参加していませんが、私も事務長として新しく就任し、御挨拶回りでクリニックをいろいろ尋ねました。やはり顔の見える関係であれば、紹介しやすかったりします。こういう会に行くことで、どういった先生で、どういったレスポンスなのかもわかるのでぜひ今後もこういう会をやっていただけたら助かるなと思います。

【事務局】
周知の際、Webの入力フォームで申し込んでいただいた方もいますが、当初申し込みが少なく、去年同様医師会の事務局の協力も得て参加者が集まりました。市主催の交流会

と医師会主催の懇親会を二部構成にした結果、途中で帰られる参加者もいたと聞いており、今後開催するにあたってどういう形式がいいかというところについて、何か御意見はございませんか。

【委員長】準備を非常にやってくださった市の職員の方は、懇親会に参加できないのでしょうか。私は市とも交流したいなと思っていますが、それなら交流会の時間を１．５倍ぐらいにして、その間に机に茶菓子を用意するという形式もよいと思います。
交流会のニーズについてはあると思っており、恐らく参加したいなという気持ちはある中で日程が合わなかったのではと思っています。ただこれだけ少ないと、その辺りも含めてgoogleの機能等を使った簡易なアンケートをとってもいいかもと思います。

【委員】今の方法でなくてもいいと思っていて、例えば保健所でも良いと思います。私は枚方医師会には入っていますが、吹田医師会には入ってなくて、そこを気にしているというわけではないですが、私はどっちかと言うと交流したいほうが先なので、場所がどうとかは関係なく参加したいなと思っています。
参加者が懇親会には帰ってしまった理由や、そもそも参加していない理由（曜日等も含め）、また参加した医師が何を求めていたかを確認することで、今後の開催方法を検討しやすくなると思いました。

（４）市民講演会の開催について
〇事務局　　―　資料４説明　―
（質疑なし）

（５）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
〇事務局　　―　資料５説明　―

【委員】資料５の５ページ目（在宅医療・介護連携に関する相談支援）の円グラフにおける通院と受診に関する情報提供について、歯科が含まれていたのかどうかというのか教えていただきたいです。また、資料８ページにおける利用者情報提供書について、かかりつけ医に状況を短時間で伝えることができるとありますが、ここにかかりつけ歯科医とかかかりつけの薬剤師等が入ってくる余地等があるかどうか教えてください。

【事務局】５ページのグラフについては歯科に関する相談の件数がどれぐらいあるか今すぐはわからないのですが、ゼロではないのではないかなと思っております。
８ページ目の利用者情報提供書については、これは主に病院に入退院する際の情報を記載するシートとして作っておりますので、想定は現時点ではしておりませんが、歯科医の先生方や薬局、薬剤師さんとかとの連携も現在もさせていただいておりますので、このシートということではない形になりますけれども、連携は重要な要点だと思って取組みを行っております。

【委員】入院されて入れ歯がちょっと合わない、うまく御飯が食べられないということで結局、入院期間が延びてしまうこともあるかと思いますし、あと情報提供のところでいくと誤嚥性肺炎だったりで退院をしてきたはいいけど歯科に連れていけないため、歯科による往診が必要といった相談があるのかとか、また次回以降等もしもそういった検討がなされた際は、情報共有をお願いしたいです。

【委員長】歯科医師会が作ってくださっている訪問歯科の案内チラシを在宅患者に配布しておりますが、件数は増えていっていますか。

【委員】利用者が大きく増えた実感はありませんが、引き続き周知していただければ非常にありがたいです。

【委員長】訪問歯科の無料検診というのもあるのですね。

【委員】まず無料検診を行い、治療が必要な場合は緊急の場合を除いて原則として別日に通常の治療として対応する仕組みになっています。無料検診を利用することで、訪問歯科を依頼することへの不安や心理的なハードルが下がると思っています。

６ その他（在宅医療の体制整備について）

○事務局　　―　資料６説明　―

【委員】当院では、今年度から積極的役割を担う医療機関として手を挙げ、取組を進めています。病院内では、がんや急性期救急、高齢者の受入れ・手術等に加え、高齢者施設を含む在宅との医介連携、多職種連携、薬薬連携などを進める方向性があります。また、産科や社会的ハイリスクの患者への対応も検討しています。

一方、災害時の対応に向けた体制整備は十分に進んでおらず、今後、積極的な役割を担ううえでの課題となっています。

【委員】

当院では、院長交代もあり、医師確保が直面する大きな課題となっています。医師不足は医療提供体制の維持に直結しており、外来診療を２診制から１診制に見直すなど、限られた体制のなかで入院患者を確実に診療しています。二次救急の病院である他、三次救急からの下り搬送を受け、患者が在宅へ戻るまでをつなぐ病院として、地域医療構想に沿いながら自院が担う機能を見極めていきたいと思います。

また、急性期病院と地域をつなぐ病院の役割は重要であり、退院後の連携には歯科も重要です。現場では、患者にかかりつけ歯科医がいるかどうかを家族等に確認するだけで

も時間を要することがあります。かかりつけ歯科医の情報を含む情報シートが整備され、関係者間で共有されれば、退院後の連携がとりやすいです。

ひとまず、当面の課題は医師確保です。

【委員】

病院内で急性期から慢性期まで対応するケアミックス型の病院についても、国の政策に沿った機能分化が求められており、院内で対応を完結させることには限界があります。急性期病院が高齢者の誤嚥性肺炎や尿路感染症など、サブアキュートに当たる患者を中心に診療しようとしても、稼働状況によっては高度急性期病院が同様の患者を受け入れる場合があると考えられ、患者の取り合いのような状況が生じています。今後、地域医療医療構想が進むなかで、ケアミックス型の病院も時代の変化に応じて変わっていく必要があると感じています。

また、医師にもよりますが考え方や従来の診療のやり方によって、患者を在宅にお返ししようとなったときに、病院の外来に患者を引き留めてしまい、退院後の診療を地域のかかりつけ医・在宅医に引き継ぐことが難しい場合があります。少子高齢化が進む中、病院と地域の役割分担については無視できないと考えております。

【委員】当院では、在宅医交流会にも後方支援病院として参加しており、在宅で急変時に速やかに受け入れられるよう、登録制度を設けています。また、施設間搬送として、地域の施設で急変等があった際に病院の救急車で迎えに行く取組を行っています。今後は、在宅医からの紹介を受けた場合にも搬送に対応できるよう検討しています。こうした取組を広げることで、人材確保というところで医師や施設職員等の負担軽減につながればと思っております。

訪問看護の現場では、高齢者で介護保険を利用できる人だけでなく、制度の対象にならない若年層など、十分な支援につながりにくい人への対応が課題となっています。先日

みたリーフレットによると、吹田市で40歳以下のがん患者への支援が始まったとのことで、よい取組だと思っております。

【委員】在宅医療の体制を示す資料では、歯科診療所・歯科医療機関との連携に加え、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科医の関わりを明確化することが重要となっています。訪問歯科健診はまだ周知が十分ではなく、歯科衛生士が居宅を訪問して行う口腔ケアやオーラルフレイル等につながる口腔機能訓練についても、さらに周知が必要です。６月の診療報酬改定では、口腔機能の低下に対する指導が評価されるようになりました。誤嚥性肺炎の予防等にも関わる取組であることから、歯科衛生士の役割や制度を広く知ってもらうことが重要です。

吹田市歯科医師会には、珍しいことに非常勤を含め10名以上の歯科衛生士が所属しており、各診療所と非常勤契約等を結んで、各診療所で必要な患者に口腔機能低下症へのリハビリや口腔ケア等を行っています。最初の訪問歯科健診の際、吹田市歯科医師会に所属する歯科衛生士が同伴していないと無料で受けられないという取り決めもあります。その際は同席した歯科衛生士がリハビリを行い、歯科的な治療が必要だったら歯科医師が対応することになります。

また、訪問歯科診療に関わる歯科医師・歯科衛生士は、年に２回ほど勉強会を開いています。先日の勉強会のグループワークでは、訪問中に大きな地震が発生した場合、患者本人だけでなく家族等の安全確保も必要という内容のものを行いました。阪神淡路大震災を起こしたような活断層の危険度が引き上げられたという話も最近新聞で出ましたし、いつ訪問中に災害が起こるか分からないため、発災時にどのように行動するか、やはり考えておく必要があると思っています。

【委員】空床状況確認システムについて、患者の症状や目的に応じて空床を活用できるとよいと思います。例えば、脱水等の患者の短期間の入院や、期間を区切ったレスパイ

ト入院について急性期病院に預かってもらうのは違うと思いますが、療養型ではないがちょっとサブアキュートや療養型の機能を持っている病院だったら、受けてもらえるはずです。お願いする際に在宅医・開業医と病院の間でケースごとの認識を共有すれば、ウィンウィンな関係になれると思います。現在の空床システムもいいものが出来ていっているので、そういったところを詰めていくとさらにいいベッドの回し方ができるようになると思います。

一方、医療機関の経営環境が厳しさを増す中、医師確保は大きな課題となっています。枚方では、例えば乳がんの患者等は市民病院が取ってほしいのですが、大学病院がそういった患者を取り始めたため、お互い住み分けを考える余裕がなく患者の取り合い・病院機能は全部という状況になっています。また、新たに在宅クリニックを展開する関東の法人との人材確保競争が激しく、給与水準の差がかなり大きく、小規模な医療機関では医師や非常勤職員の確保が一層難しくなっています。こうした状況を踏まえ、小規模な医療機関がどうやって生き残っていくかは一層考えていかないといけないと思います。

【委員長】

計画に示されている「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関・診療所」について、具体的にどのような場面で何を担うのかが、見えにくいと思います。これからの計画なのでまだ見えないのは当然と思いますが、現場で実際に活用できる役割や運用方法に落とし込んでいくことが大事だとお話を聞いて思いました。

私の診療所は在宅支援診療所で機能強化型という、いくつかの診療所が何かあったときには対応できるようにというタッグを組んで行う機能を持つ診療所です。１人医師で24時間365日やっておりますが、そういう診療所が一番多いです。訪問診療の医師を何人も雇っているところはそう多くないです。そうした１人医師の診療所は、医師が病気等で休まざるを得なくなった場合、診療の継続が直ちに困難になります。そのため、地域の診療所同士で患者の受入れ等をめぐって競合する面があっても、BCPの観点からも

緊急時や災害時には互いに補完し合う必要があると思っています。急遽クリニックを閉めないといけないとなった際に、患者は遠くのクリニックには行けないので、ライバルのクリニック同士や訪問看護ステーション同士が連携し、それが地域の拠点となるように病院の網のようなものを作っていくのが大事ではないかと思っています。

吹田でも他の自治体でもなかなか難しいとは思いますが、地域包括支援センターの圏域程度の単位で、近隣の診療所や訪問看護ステーション、拠点となる病院が連携できる仕組みづくりができたら一番良いのではないかと思っています。

（以上）