

第1回会議 会議録（要旨）

1 日 時

平成28年11月25日（金）19:00～20:30

2 場 所

函館市総合保健センター2F 健康教育室

3 出欠状況

メンバー：青野院長（函館新都市病院）、向谷院長（協会病院）、大村理事長（函館おおむら整形外科病院）欠席

部会運営担当：函館市医師会：

函館市医師会病院）伊藤事務部長，高柳，佐藤，長谷川，川村

事務局：保健所）山田所長，佐藤保健所次長

市介護保険課）小棚木課長，京野主査，前田主任主事

4 議 事

- (1) 事業全体の取組の概要（国，市）
- (2) 「急変時の対応」に関する課題について
- (3) 「急変時の対応」における体制について

5 会議の内容

小棚木医療・介護連携担当課長

ただ今から函館市医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会の急変時対応分科会第1回会議を開催します。最初に皆様にお断りいたしますが、当会議の公開，非公開につきましては，原則，公開により行いたいと思っておりますので，ご了承願います。

また，今日の会議の内容につきましては，後日，議事録を作成し，市のホームページ上で公開してまいりたいと考えております。

それでは，本日の資料をまず確認させていただきます。事前に，会議次第，資料1から5までと，参考資料1，こちらを事前に送らせていただいております。

また，あらかじめ机席に出席者名簿と，当日配布資料と致しまして，タイトルが「函館市医師会における医療・介護連携における急変時対応の協議検討経過等について」，こちらを配付させていただきます。

資料の不備，抜け等がありましたらお申出いただければと思いますが，よろしいでしょうか。

それでは，本日の急変時対応分科会について，説明をさせていただきます。急変時対応分科会は，昨年来，開催されてきた協議会において，医療・介護連携推進にかかる種々の取組

に関し検討を進めてまいりましたが、個別の具体的な実務協議が必要とされた3つの事項、連携ルール、情報共有ツール、多職種連携研修の事項について、協議会のもとに設置された3つの部会のうちの、連携ルール作業部会の急変時対応分科会の、初めての会議でございます。皆様には、本当にお忙しいところを、ご参画をいただきまして、誠にありがとうございます。

開会に先立ちまして、本日は、この分科会の大元の協議会の顧問をされております函館市医師会の本間会長にお越しいただいておりますので、一言ご挨拶を頂戴したいと思います。

本間顧問挨拶

皆様おぼんでございます。本間でございます。今日はお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

今、小棚木さんの方から説明がございました通り、急変時対応分科会の第1回目の会合ということでございます。

ご存じのとおり昨年来、医療・介護連携推進協議会を立ち上げまして、6回ほど協議会を開催いたしました。その中で、来年の4月から市と我々医師会とが連携をして、その他大勢の関係職種が関連して、医療・介護連携、地域包括ケアを進めていこうという、具体的なことをどんどんやっていく中で、いわゆる、各施設、訪問看護をしている中で、急変時にどういった対応をしたら良いのかというところが色々問題になってまいりまして、その中で医療・介護連携で個別に急変時対応を考えようという話が最初ございました。

後に出てまいりますけれども、医師会の理事会、あるいは2次病院の各先生にお集まりいただいた中で、そうでは無くて、函館市の救急医療の中で、1次救急、2次救急は既に動き出しておりますので、その中で対応できないかというお話しになってまいりまして、今日、これから色々ご検討をいただくことが多々あるかと思っておりますけれども、既存の1次救急、2次救急をこの医療・介護連携の中に組み込むことができれば、大きな新しいことを決めなくても、基本的にはもっともっと大きな形で、函館市の救急医療体制をきちっと整備するという、もっと大きなことも含めたうえでの会にしたいと、そういう形で動かしていきたいという風に考えるようになりましたので、後ほど具体的にどうしたら良いかということをご意見を伺いながら、進めてまいりたいと思っておりますので、ひとつよろしく願いいたします。

小棚木医療・介護連携担当課長

本間会長、ありがとうございました。続きまして、開会にあたりまして、本日の進行を務めていただく座長であります恩村分科会長から、簡単で結構ですが、一言、ご挨拶をいただきたいと思っております。

恩村分科会長

皆様こんばんは。恩村でございます。今日の進行役を務めさせていただきます。

今、本間会長が仰られましたけれども、急変時対応というのは、これから我々が地域包括ケアシステムを作っていく上で、かなり大きなウェイトを占めることになると思っておりますので、色んなご意見をお聞かせ願って、より良いものを作り上げたいと思っております。本日

はよろしくお願いいたします。

小棚木医療・介護連携担当課長

恩村分科会長，ありがとうございました。

それでは，続きまして，本日の会議に参加されている皆様のご紹介に移りたいと思いますが，机上的お手元に名簿を配付させていただいております。

本来であればお一人お一人ご紹介すべきところでございますが，大変人数の多い分科会でございますし，また，できるだけ協議の時間を確保させていただくという観点から，大変恐縮ではございますが，この名簿をもってご紹介にかえさせていただきます。

次に，議事に入る前に，次第にも載せておりますが，「(1) 函館市医療・介護連携支援センターについて」，こちらについてお知らせがございます。

このセンターの運営につきましては函館市医師会様の方に業務委託をさせていただいているところですが，来年の4月から，医療・介護連携を支援する相談窓口として稼働を開始いたします。

設置場所は函館市医師会病院内になります。今年度はその運営準備を行う期間としておりますが，準備室として10月1日に実際に4名の職員が配置されておまして，本日の会議に参加頂いておりますので，ご挨拶をいただければと思います。

医師会病院：伊藤事務部長

いつもお世話になっております。函館市医師会病院の事務部長の伊藤でございます。

今，ご紹介がありましたように，10月1日付けで市の委託事業としまして，医師会病院内に函館市医療・介護連携支援センター準備室が設置されました。

メンバーは4名ということで，10月1日から全員揃いましたので，この場を借りましてご紹介させていただければと思います。

まず，リーダーとなります高柳靖メディカルソーシャルワーカーでございます。続いて，佐藤静，こちらもメディカルソーシャルワーカーです。次が，長谷川奈生子，看護師でございます。事務で川村芙美子でございます。

メディカルソーシャルワーカーならびに看護師につきましては，3人ともケアマネの資格を持っております。

この3名につきましてはベテランでございますので，色々ご存じの方もいらっしゃることは思いますけれども，これから色々皆様方にご協力やお願いをすることが多々あるかと思います。是非，今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

小棚木医療・介護連携担当課長

ありがとうございました。今後は協議会，部会，分科会の皆様とともに，各種の仕組みづくりや研修運営などに取り組んでいただくこととなりますので，どうぞよろしくお願いいたします。

それでは，次第を進めさせていただきます。本日は，たくさんの人数のご参加をいただいておりますことから，議事の進行につきましては特段のご配慮とご協力をお願いいたします。

恩村分科会長，お願いいたします。

恩村分科会長

それでは、次第に従いまして議事を進めてまいります。まずは、議事の1番ですね、事業全体の取組の概要について、事務局から説明を願います。

小棚木医療・介護連携担当課長

レジュメ形式の資料1の「(1) 事業全体の取組の概要」につきましては、国や市の施策の行政説明でございますので、私のほうから説明させていただきます。

<資料1「(1) 事業全体の取組の概要 (国, 市)」の概要説明 (省略) >

恩村分科会長

それでは、「(1) 事業全体の取組の概要」に関して今説明がありましたけれども、皆様から内容などに関しまして、何かご発言はありますでしょうか。ご質問、ご意見等、ございませんか。

今の説明は今日の主題の前段になるような部分だと思いますけれども、無いようでしたら次に進めたいと思います。

それでは次に、議事項目「(2)「急変時の対応」に関する課題について」、これも事務局から説明願います。

小棚木医療・介護連携担当課長

引き続きまして、私のほうから説明をさせていただきます。

<資料1「(2)「急変時の対応」に関する課題について」の概要説明 (省略) >

恩村分科会長

ただ今、急変時の対応に関する課題についての説明がありました。そのことに関して、どなたかご発言、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。

これは、課題をいくつか、具体的には4つですけれども、これからそれにどう取り組んでいくというところですが、本日はその中でも「(ウ) 入院医療機関の急変時の受け入れ対応のあり方」を中心に話を進めていきたいと思います。よろしいですか。

こんな課題もあるのではないかとという方いらっしゃいませんか。無ければ、次に進めたいと思います。

これがメインのテーマになるかと思いますが、「(3)「急変時の対応」における体制について」、資料1の「ア 急変時対応分科会開催までの医療サイドの協議経過について」および「イ 急変時の対応が特に必要な患者・利用者のイメージについて」に関しましては、医師会の本間会長からお話しをいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

本間顧問

「急変時の対応」における体制についてというところで、アのところですが、急変時対応分科会開催、今日ですね、この会に至るまで、この場に皆さんお集まりいただいて、いきなり「どうしよう」という話をしてもまとまらないということで、今年の春くらいから基本的にはまず医師会の理事会の中で、ちょっとお諮りをしていた。

医師会の理事会の中には、函館市の2次救急の輪番病院から、それぞれ理事の先生が出てまいりますので、その先生方に、このことについて「どうだろうか」ということを、ちょっとお諮りを致しました。

今まで、理事会の中で2度ほど、その中で地域包括ケア病床・病棟を持つ病院の先生方にも参加していただくということで、地域包括ケア病床・病棟を持つ病院の先生方にも1回、日を改めまして、お集まりいただいて、こういうお話しもさせていただきました。

それから、今日ここにお集まりいただくにあたって、救急告示病院と申しまして、ひとつふたつのベッド、ベッド数は少ないですが、救急のベッドを持っていたらいい病院の先生方にも、それまでの経過をご説明申し上げる書面をお送りさせていただいて、今日この会議に是非出てきていただきたいと、大体2次救急の輪番をやっていたらいい11の病院、それから救急告示病院、それから地域包括ケア病床・病棟を持つ病院、この3つが集まると、大体の救急医療の話ができるのかなということで考えたわけです。

実は、地域包括ケア病床・病棟を持つ病院と2次救急病院がオーバーラップする部分も当然ございますし、必ずしも単独でということではございませんので、それで実は「当日配布資料（回収）」とございますが、この中にざっと、今まで話し合われた内容をかいつまんで書いてございます。これは大変恐縮ですけれども今日の会議の後にまた回収をさせていただきたいと思っております。

まず最初に私どもが考えたのは、医療・介護連携ということですから、いわゆる介護施設に入っていられる方が、急変をした時にどうしているか、先程のアンケートの結果も踏まえまして、これは当然ながら1次救急、夜間急病センターに送るとか、あるいは直接救急車を呼んでその日の2次病院に送るとか、そういう対応を今までずっとされてこられたと、その中で、スムーズに入院をされて非常に良い対応をされて、安心されたというケースももちろんございますけれども、なかなか入院をさせてもらえなかった、「させてもらえなかった」という言い方はちょっと問題があるかと思っておりますけれども、2次病院のトリアージにおいて、「これは2次救急の患者ではない」というようなご指摘をいただいて、帰されたケースであるとか、そういったようなことがあって、これは当然だと思っておりますけれども、その辺のところのルール作りといいますか、基本的に2次病院でのトリアージがなされて、これで、「2次ではない」という時に、帰されるケースをどう考えたら良いか。

実は最初に医療・介護連携で病院に搬送という時に、1次よりは重症で、2次ではないかもしれないという「1.5次」というような言い方をあえてさせていただいたのですが、その1.5次の患者さんを、既存の1次救急、2次救急で受けるのに、果たしてどうなのかということ、ちょっと提案させていただいたのが一番最初の話し合いでございました。

もし、我々医師会病院という、医師会立の病院を持っておりますので、そこが大きな病院であればそういう患者さんを一手に引き受けることが可能なのかもしれないという風にも思ったんですが、基本的にはそれは難しいだろうと。

ですから、最初は医師会病院もそれに手上げはするけれども、2次救急の輪番をやっている病院の先生方に、1.5次なるものに参加しても良いかどうかというような聞き方を私がしたところ、非常に「それはおかしい」という意見が多々ございました。

その中で、1次・2次という住み分けがはっきりできているのだから、当然ながら既存のシステムを使うべきだと、新たに1.5次の対応をする病院を決める必要は無いのではない

かと、これはごもっともでございます、そういうようなことをやっていくうちに、その中から先ほどお話しした地域包括ケア病床・病棟を持つ病院が、そういう患者さんを受け入れる場所なのではないかということで、そうした病院の先生方にもお集まりいただいた。

ところが、その病院の先生方は、当然ながら、設備があれば受けても良いけれども、やはりトリアージをきちっとして、2次ではないというトリアージをしていただいたら受けても良い、というお話が出てきたわけでございます。

我々またよく考えますと、それは非常に良いことだと、実は今までのですね、1次・2次のシステムを、2次で搬送された患者さんが2次病院のトリアージで「これは2次ではない」という判断が下された時に、出来ればオーバーナイトで1泊、入院をさせていただいて面倒を診てもらえれば良いのかな、という希望もちょっと出てまいりました。

もし、どうしてもベッドが満床で置けないと、明日の朝まで置けないと、このような患者は2次の患者では無いのだから介護施設に帰そうと、これまた介護施設に帰されても、施設側もちょっと困るかなという部分もありまして、それであれば地域包括ケア病床・病棟を持つ病院の先生方が、もし、「2次ではない」というトリアージをされた患者さんをお引き受けいただけるのかということであれば、これは深夜帯とか夜中にそういう対応は大変なのかなという風に思いましたので、これは私の提案でございますが、こういうことを先生方とご協議いただいて、そういうような形で、もし体制づくりができるのであれば、そういう形がひとつのケースになるのかなという風に思うのですが、2次でトリアージをされて、「そうではない」と判断された、特に、こういう医療・介護連携に関するそういう患者さん、要するにそういう介護施設からの搬送された患者さんを、できれば一晩、病院にトリアージをして置いていただいて、次の日、あるいは数日診ていただくことは構いませんけれども、基本的にはやはり2次病院でお預かりする患者さんではないということになれば、この支援センターが介在して、一手に受入先の地域包括ケア病床・病棟を持つ病院、あるいは他の病院でも結構なんですけど、そういうところに患者さんを、ご紹介をするというような形がもし組めると非常に理想的かなという風にも思っております。

最初にお話しをした「1・5次」という考え方ではなく、あくまでも1次・2次の体制をそのまま使っていくということで、これも当然、介護施設側の色々な介護をやっている方々の、どういう状況だったら救急車を呼ぶとかということ、もったきちっと統一をしたお勉強をしていただいて、何でも送るということでは無くて、そういう勉強も当然必要にはなってくると思いますけれども、基本的には1次・2次、既存のシステムを使って、そしてオーバーナイトしていただける分には次の日あるいは数日経ってから支援センターに、こういう患者さんがいるけれども、どこかに移したいということに関しては、この支援センターが全面的に協力できると思います。

もし、どうしてもこれはベッドが無いので帰っていただきたいということであれば、これは支援センターは一応、24時間という風に謳っておりますので、支援センターの方に連絡をいただければ対応できる体制をとりたいと思っておりますけれども、基本的にはまず2次病院の先生方にオーバーナイトしていただくということができると非常にスムーズに行くのかなと考えております。

今まで何回かの集まりに関する当日配布資料は、今日配ったものですから、最後までお目通しいただけないかもしれませんが、それなりに色々な議論を交わしてきたというこ

とでございます。この場で、また新たにそういう議論をするのではなく、一応、この医療・介護連携の中での急変時対応という形を、ひとつのものにしていきたいと考えているものですから、今までも色々な議論に加わっていただいた先生方も当然ここに、ご出席してますけども、初めて会に出席する先生もいると思いますので、もし何かございましたら、ひとつの案として、今、お示しをしましたが、医療・介護連携における急変時対応ということで、そういうシステムを作っていければ良いのかなと思っております。何かご意見がございましたらいただきたいなと思っております。はい、どうぞ。

市立函館病院：下山副院長

医師会の理事会から始まってですね、最初からこの議論に加わった立場と、それから、病院でこのことについて色々話しあってきた中で、今日のご提案ですね、今まで本間医師会長からお話のあったような、オーバーナイト、一晩あるいは2、3日泊めていただいて、あとはセンターの方で、受けてくれる病床あるいは施設を探してもらえると。

本当にそういうような仕組みができるのであれば、院内の具体的なものはこれから作らなくてはいけませんけれども、ものすごくありがたいというのが、今まで院内で話し合ってきた。だから本当にうまく動く保証があれば、これは、今の2次病院でも十分受入可能な案ではないかなと思っております。

本間顧問

ありがとうございます。大きな2次病院の市立函館病院からそういうご意見が出ました。厚生院の五稜郭病院さんからいただきたいのですが、いかがでしょうか、今の提案に関しては。

函館五稜郭病院：小林診療部長

函病の下山先生も仰ったように、2次病院としては、救急車を受け入れることは全然問題ないです。ただし、前回の会議でも言いましたけれども、問題は受け入れてオーバーナイトさせるのは、我々としても、どういう風に変化するかが分からない患者さんは、やはり、帰すということは非常に忍びないので、是非とも一晩は置いてですね、変化がないかどうかの確認をしたいのですが、入院した後、先程も言いましたけれども、今度は、入院期間が長くなって、どこかにも移れなくなって、次の予定患者さんが入れないというのがやはり問題ですので、そこら辺は1週間以内とか、ある期間以内に解決するという仕組みがあれば、我々としては、患者さんを受け入れることは全然問題が無いです。

介護施設等において、それが重症なのか重症では無いのかという判断は極めて難しいと思うんですね。そこはやはり、おかしいと思ったら救急指定病院にすぐ送るという仕組みに関しては、ここはなかなか現場でその判断は難しいと思うので、仕方がないかと思っております。

もうひとつは、現場で急変と判断するのか、看取りすべき患者なのか、というところの判断を我々としては、きちんとある程度付けたうえで送っていただかないと、というのがひとつありますので、送る前段階としてそこはひとつそこら辺の仕組みを作っておいて、いわゆる何も治療を必要としないDNARという状態であるのか、あるいは我々は急患が来れば全力を尽くして救命にあたります。救急隊もそのような気持ちで運んでくるわけですから、

我々はその意志を引き継いで全力を注いで救命するわけですので、そこら辺のまず前段階をきちんとしていただければというのがひとつの意見です。

本間顧問

ありがとうございます。中央病院さん、ご意見いただきたいのですけれども。私たちと会うのは初めてですね。

函館中央病院：本橋副院長

2次患者として、1.5次か2次として受け入れてオーバーナイトで、というのは良いと思うんですけれども。ちょっとこの話に全然出て来ないのが、各介護施設さんにはかかりつけ医がいるはずですよ、彼らは何を診断しているのですかということなんですね。

その時に出てきて、これは必要だとかといってくれば、それは診ますよ。それからかかりつけのお医者さんが、これは看取りですよとか、そういうのを診もしないで、かつて色々と有りましたけれど、電話だけで「2次に送って」と、これは全く困るんですね。

そういうのがなくて、かかりつけのお医者さんが、ちゃんと診たうえで、そのためのかかりつけ医ですよ、夜間にも対応する、そういうお医者さんが診たうえで運んでくる、そこは良いと思うんですが、そこはちゃんとして欲しいですね。

本間顧問：

ありがとうございます。国立病院の加藤先生お願いできますか。

国立病院機構函館病院：加藤院長

以前の話し合いの1.5次の当番というような議論から、大分進んで、非常に我々としても受入易くなったという風に思いますので、とにかく現場では、どのように判断するのか分かりませんが、1次なのか、1.5次なのか2次なのか、あるいは本当にもう瀕死の状態になっているのか、というところは、やはりなかなか判断できない急変事態だと思いますので、日中はもちろん、それぞれのかかりつけの病院とか、関連した病院に搬送するのはもちろん、それは全然ウェルカムだと思うんですが、夜間の問題ですので、2次救急の当番病院がそういったものを、全て1.5次でも一応受け入れてオーバーナイトで一晩診ていくという体制は、やはり一番現実的な、良い方法なのではないかと感じました。

本間顧問

ありがとうございました。オーバーナイトしていただけることが、非常に医療・介護連携の、2次救急に運ばれた患者さんにとっては有難いことなんだろうなという風に思います。

先程、下山先生にご指摘のあった、本当に次の日に支援センターに連絡をして、ちゃんと段取りをしてくれるかと、いうところが非常にやはり問題になってくると思いますので、我々がこういう風にしたらどうですかという提案に至ったバックグラウンドに、地域包括ケア病床・病棟を持つ病院の先生方のご意見がありました。

やはり、いきなりそこに運ばれると問題があるということも、ごもつともだと思いますの

で、明らかに、これは2次ではないよと、1泊2泊して、ある程度落ち着いているので、後はお願いしますというような患者さんについては、地域包括ケア病床・病棟を持つ病院、それは、その病床・病棟に入院させるかどうかは別として、病院として患者さんの受入は可能だということをお願いしたと、これが非常に強みだという風に思っておりました。

そういう先生方と、そういう病院・施設と、医師会病院の中にある支援センターと、密に連絡を取り合っていくということがやはり大事なのかなと。

もちろんその地域包括ケア病床・病棟を持つ病院だけではありませんので、そういう患者さんを引き受ける病院というのは他にもあろうかと思しますので、そういったようなところをしっかりと状況把握をしていくということができれば、やっていけるのかなと、これはこれからのシステム作りということになりますけれども、ひとつの形を作っていくことはできるかなという風に思っております。

今日は1回目の会議ですけれども、来年の春、4月から始まりまして、実際に患者さんの搬送、こういうケースがあったと、この分科会はしょっちゅう開く分科会ではないと思っておりますけれども、実際に動き始めまして、具体的にこういうケースがあったと、これはどういう風にしたら良かったのかと、悩むようなケースがあったら、この会はやはり招集されるべきだと思いますので、またこの場で、こういうときにはどうしたらよかったかというご意見もいただきたいという風に思っています。

一応、2次救急の特に大きな4つの病院の先生方からは、オーバーナイトは、なんとかやっていたという、了解を得たという風に考えてよろしゅうございますか。

他に、日赤の潘先生いかがですか。2次救急をやっていて、オーバーナイトという考え方は、いかがでしょうか。

函館赤十字病院：潘消化器腫瘍内科部長

今、ご発言がいただいた病院の先生方は、一月で何回もやられている。うちは、ひと月に1回ですから、特に大きなトラブルはありません。というのは、ある程度病床も余裕がありますし、地域包括ケア病床も8床持っていますから、月1回の患者さんをなるべく手厚く診てあげようというようなことで、多少はやっぱり回数によって、視点というのは変わってくると思うんですけれども、何回もやっている病院で、患者さんがかなり込み入ってきて、収容が困難であるといったときに、今言われたような1.5次の対象になる受け皿というのを、それはもうさっき仰られたのですけれども、地域包括ケア病床が無い病院であっても、手を上げていただければ、機能していただいて、センターに回してもらえような仕組みができれば、それはより良いのかなと思っています。

本間顧問

ありがとうございます。共愛会病院の水島先生いかがですか。

共愛会病院：水島院長

共愛会病院は慢性期病棟と急性期病棟が両方ありますので、受入は全然問題ないと思えますね。ただ夜中に受け入れるというのはなかなか大変なので、1泊させてですね、朝の9時から夕方5時頃までに移るとするのは、とても有難いんですよ。夜中、深夜に受け入れてく

れと言われてもですね、受け入れられないということはないんですけれども、ちょっと辛いので、救急で1泊させて、次の朝に云々というのであれば、ほぼOKだと思います。

本間顧問

ありがとうございます。外科の2次救急をやっている渡辺病院の先生、いかがですか。

函館渡辺病院：増岡院長

私のところも、月に2回といっても、土日の決まった日だけですし、やっているのは外科、整形外科だけで内科が入っていませんので、2次救急として診る分には特に問題は無いと思いますけれども、ただ平日のことになれば、全然別だと思います。

本間顧問

脳外科に特化されていますけれども、西谷先生のところ、今日、新都市病院の青野先生がちょっと来られてませんけれども。西谷先生の方からは、2次病院で集まった時に、脳外科疾患に関する1次、2次、3次も含めて、新都市病院さんと先生のところの脳神経外科さんで一応そういう体制は取れると、現にとっておられるとお話しいただいて、非常に心強く思ったんですが、我々が現に脳疾患で送るという時に、色々なレジメとといいますか、こういうときは脳外科だよというようなことを、介護施設側、あるいは訪問看護ステーションの訪問看護師に徹底をするということも必要かと思しますので、先生の方から、このことに関して脳外科的な、専門的な患者さんの受け入れということになるでしょうけれども、またこの場で一言あればお願いします。

函館脳神経外科病院：西谷理事長

脳卒中専門部会でも対策を立てているんですけれども、やはり症状だと思うんですね。

一般の市民の方にも普及している、宣伝しているのは、アクトファーストという形で、顔と、手と、言葉ですね、顔が麻痺をする、そして手が下がる、力が入らない、そして、言葉が話しにくい、言葉が出ないと、それひとつでもあったら脳の疾患の可能性が非常に高いので、その場合は時間が大事なので送ってくださいと。そういうケースは断っていません。それは消防隊の方もかなり理解してくれていますので、スムーズにいつていると思うんですよ。

ただ、それ以外で、意識障害だとか、痙攣だとか、意識障害の場合の中には低血糖発作が結構あるんですよ。そういうケースが来てしまうと、ベッドの方の運用がきついときには、それを対応して帰っていただくという形が出るので、そのところでオーバーナイトをしてあげたいんだけど、なかなか現実的にはできない場面があると、だから、それに対応の仕方を、今回、お話が出ましたので、それは夜中でも相談させていただいて、取っていただければ、本来の脳卒中とかの脳外科の患者さんを受け入れるベッドのスペースを作るという意味でも必要かなと思っています。

症状のことを介護施設側でよく理解していただいて、こういう症状があったらいつでも送ってくださいとか、「いつでも」というより、「少しでも早く」と言っていますので、お願い

したいと思います。

本間顧問

ありがとうございます。本原先生、医師会病院の立場といたしますか、今までのお話を聞いて、一言お願いします。

函館市医師会病院：本原院長

大きな病院の先生方と同じで、ひと月に3回しかやっていませんけれども、対応できることはやっていくということで問題ないと思います。

本間顧問

ありがとうございます。一応、2次救急に携わる病院の先生方からお話をいただきましたが、今日、地域包括ケア病床・病棟を持つ病院の先生方いらっしゃると思いますので、一言ずつお話をいただきたいと思います。あとで救急告示病院の先生方にもお話をいただきたいと思います。まず、亀田病院の蒲池先生。

亀田病院：蒲池理事長

前回、地域包括ケア病床・病棟を持つ病院の集まりに参加した時に、それまでの話し合いの議事録を参照させていただいたんですけれども、そのときの話し合いよりも随分話が整理されたなという風に思っております。

時間外か、時間内かということと、あと、既に2次以上の病状であるかどうかの判断が付いているということと、受入に当たっての添書、患者さんのプロフィールですね、病状、先程の急性期病院の先生方からお話しがあったDNARであるか否かであるとか、あと、それまで、かかりつけ医、あるいは協力医療機関ということで診療に関わっていたところからの情報、そういったものがあれば参加していくことに取り組んでいきたいと思っております。

本間顧問

ありがとうございます。高橋先生よろしく申し上げます。

高橋病院：高橋理事長

地域包括ケア病棟・病床を持つ成り立ちというのは、プレアキュートなのか、ポストアキュートなのかということで結構違うと思うんですね。市内ではやはりポストアキュートの方が圧倒的に多いのかなと思っております。その証拠に地域医療構想では、私、回復期と慢性期の座長をやらせていただきましたけれども、全床、回復期としてカウントしているんですね。点数上そのようになったということなんですけれども、そういうリハが中心の地域包括ケア病棟・病床側にとってみれば、やはり、なかなか1次か2次かということをいきなり判断するのは難しいだろうと、そういう医師も含めた人、あるいは判断する武器も無いし、あるいは患者さん家族も、そういうところに送られて不安ではないかなというところはあります。

ですので、今までのお話しがありましたように、1次・2次の体制を崩さず、その中で、

1. 5次を2次の病院が受けていただいて、オーバーナイトでやっていただければ、それはもう、翌日でも翌々日でも、私たちは受けていたわけですので、それはスムーズに行くのではないかなと思っています。その中で、13対1あるいは15対1の病棟も加わっていくことも大事なのかなと思っています。

本間顧問

ありがとうございます。西堀病院の小芝先生お願いします。

西堀病院：小芝理事長兼院長

高橋先生とほぼ同じ意見なんですけど、先程、かかりつけ医は何をやっているのかというようなご意見が出ましたけれども、介護事業所自体はおそらく、必ずと言って良いほど医療施設と連携を取っているはずなんです。うちも法人内での施設、それから法人外での施設の30施設と連携を取っていますけれど、できるだけそういったところの施設の急変患者さんは一応こちらの方に連絡をいただいて、それから判断して2次救急にという風に、一応ルートは決めております。

全てがカバーできているかどうかはちょっとわかりませんが、当直の先生の科の違いもありますし、法人内の先生以外の先生の当直の時の対応もちょっと難しい対応になりますけど、結局はそういう施設のバックアップになっている医療施設がどこまで一生懸命やってくれてるのかということにちょっと疑問を抱いているところです。

本間顧問

ありがとうございます。佐々木先生一言お願いします。

函館稜北病院：佐々木副院長

遅れてきて申し訳ありませんでした。先程からの議論を聞いていて、この会議の目指すところというのは良く理解できてきました。先程、私たちの病院も含めて、今、小芝先生が言われたように、主治医というか、かかりつけ医は何をやっているのかということをお聞きしましたけれども、なかなかちょっとそれはこたえます。というのは大きい病院の先生方と違っていて、私たちのクラス、クラスというのも仲間に引き込むつもりは無いんですけれども、少なくとも私の病院では365日全部、固定医で夜もカバーできるという体制では無いんです。

色々な病院のパートなど、お願いしながらやっているということで、やっぱり夜間はですね、自分の病院の患者さんと、今在宅で私ども230人管理していますけれども、その患者さんの対応で、手いっぱいという状況で、あと外部に頼んでいる当直医の質の問題というのもやっぱりあって、当直医を全て質の良い医者で揃えるというのができないという実態が私たちの病院ではあります。

そういう点で、なかなか2次救急の先生方に、とても、失礼な腹立たしい対応をお願いしてしまうのではないかなということで、内部で色々対応の努力はしているんですけども、そういう小さい病院の実態も、やはり、ある程度、あまり議事録には残して欲しくないんですけども。

本間顧問

ありがとうございます。実は、余談になるのかもしれませんが、この場で、今のようですね、ご意見が出るという、なかなかこういう場が設定されていないですね、普段。

救急の先生方は救急の先生だけ、あるいは、今の地域包括の話であれば、そういう先生方だけでのお話しあいというのはあるんですが、この医療・介護連携に関しての一堂にこういう風に会するというのは、なかなか無かったことだと思います。

これは、今の問題点を解決する上でもですね、やはり、こういうお話し合いはすごく大事だと、有意義だと思っておりますので、議事録に載せる、載せないは別として、これからもそういうご意見をどんどんいただきたいと思います。ありがとうございます。

今日、救急告示病院3病院からご出席をいただいております。こういう会は初めてですね。泉山先生一言お願いします。

市立函館恵山病院：泉山院長

当院は救急告示をしておりますけれども、2次の患者さんを診療できるような体制は一切整ってませんので、普段から2次の患者さんを受け入れていただいている2次輪番病院の先生方には大変感謝を申し上げます。

当院は60床なんですけれども、救急は3床で、医療療養病床は57床です。つまり2次病院で診療して、お家に帰られなかった方、あるいは施設に入れられない、移れないというような患者さんを、慢性期として引き受けている病院です。ですから、それを急性期にも、ちょっと置き換えたというだけで、受け入れはベッドが空いている限りは可能です。ただ、市内から見ると、40キロほど離れておりますので（本間顧問：「市内ですよ」）、なかなか転院の話があっても、ご家族が「うん」と言わない、という場合がありますので、そういう点も考慮していただければ大丈夫だと思います。

本間顧問

ありがとうございます。お隣の加藤先生お願いしたいんですが。

市立函館南茅部病院：加藤院長

うちの病院も、救急告示はしておりますが、夜間はドクターとナースだけということ。

オーバーナイトしたあとの患者さんの受け入れについては引き受けたいと思いますが、うちも市内の30キロ離れておりますので、おそらく南茅部地区の方々だと思います。

そういう患者さんがある程度、入院加療がある程度終了した段階で、介護施設に戻すときの交通整理とか、その辺はどのような状態なのかなと、ちょっとお願いしたいと思います。その辺もきちっとやってもらえるのでしょうか。

本間顧問

その辺は現場で、どういう対応、まあ、これから色々と、状況に応じてこういうケースはどうしたら良いかという、それぞれ出てくると思います。そういう場でまた、お話しいただくことになろうかと思っております。ありがとうございます。

それでは、富田先生、一言お願いします。

富田病院：富田理事長

私は内科なので、富田病院は精神科の病院なんですけれども、精神科の方は月に7, 8回、精神科の救急を受け入れてますけれども、恥ずかしい話で、精神科のドクターが不足してまして、今日のこのような話にはなかなか加われないような状態で、本来、副院長が精神科ですから副院長が来るべきなんですけれども、「忙しいから行けない」と言われて、私が来ている状態なんです。まあ、そういう状態です。

本間顧問

ありがとうございます。あとでちょっと言おうと思っていたんですが、最後の方にですね、認知症の患者さんに関する問題というのがやはり挙がっておりました。

実は、医師会の理事会で、渡辺病院の理事長の三上先生が参加されてますので、この前このことについてお話を伺ってまいりました。彼は、夜間帯は今、富田先生が仰ったように精神科の救急輪番ということで、これは保健所の方に連絡してあって、自傷、他害とか、要するにそういった患者さんはそういった病院が輪番で患者さんを受け持つと、それで日勤帯に関して、例えば、2次救急に運ばれてオーバーナイトしたんだけど、1泊している間に、どうもこれ、認知症かなりひどいよという患者さんなんかは、どうしたら良いでしょうという、やはりオーバーナイトしていただいたら、次の日勤帯はですね、どうぞ渡辺病院の地域連携室の方にお電話下さいという風に仰っていただいたので、そういう患者さんは、この場を借りてお伝えしますけれども、そういう、渡辺病院さんの地域連携室を大いに利用させていただこうということで、いかがかなという風に思っておりました。非常に協力的なことを仰っていただいたので心強く思います。以上、お知らせしておきます。

本題に戻りますけれども、先程提案を申し上げました基本的には医療・介護連携における急変時対応をどうするかということで、まずは、既存の1次救急、2次救急のシステムを使っていただく、そして、1次救急は夜間急病センターですから、12時半までそこで対応して、そこで問題がなければこれは帰っていただくこともあろうかと思えます。

もし、夜間急病センターで、「これは1次ではない」と、やはりそこからまた2次病院に転送という形もあろうかと思えますが、それは、従来のシステムで2次病院の先生が判断をしていただいて、今の形で、もしこれが、そういう施設からの患者であればオーバーナイトをできればしていただきたい。その次の日、あるいは翌々日、あるいは1週間先でも良いんですけれども、引き取っていただきたいときには是非この支援センターの方にお電話をいただいて、それで受け入れ先を見つけていただくという形でやっていただきたいと、そういうことで大筋と言いますか、今、全ての先生にお話しを伺ったところ、そういうことで良いのではないかというご意見という風に、私は思いましたが、そういうことで決めさせていただいてよろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。今日の基本的な、一番大事な決めごと、取り決めは、今のところでございます。これが非常にスムーズに運んだと、今まで何度か我々の中で話し合いが行われた結果と思っておりますし、やはり全体の問題、全体のシステムをですね、スムーズに行かなかったところを、うまくいかせるための努力を、お互いにしようではないかということの表れだという風に思っています。

これからまた色々です、大雑把なシステムが決まりましたけれども、ケースバイケースでなかなか難しいケースが出てくるかと思しますので、そういう時にはこの会を大いに利用して改善策を皆さんから出していただくというような場にしたいなと思っております。

これで、アと、イは一緒にやったということで、よろしゅうございますね。

今の（３）のアとイは、そういうことで終わらせていただきたいと思っております。

恩村分科会長

それでは、資料１の「（３）「急変時の対応」における体制について」のアとイが終わったということで、資料５の３です、**「３ 函館市医療・介護連携支援センターの役割」**ということに関しまして、伊藤事務部長の方から説明をお願いします。

伊藤事務部長

「**３ 函館市医療・介護連携支援センターの役割**」という部分で説明させていただきます。

（１）の体制スタート前、これにつきましては、現段階のお話しになりますけれども、２次病院様と、地域包括ケア病棟・病床をお持ちの病院様の方のお話し、ご了解をいただきましたので、それを前提と言う形で、連携に関わります実務者レベルで、患者の受け入れに当たってのルールや流れ、転院先となる協力医療機関との関係の構築も含めて、協議確認を行っていきたく、ここでいう、「実務者」という部分につきましては、それぞれの病院様の方に、ソーシャルワーカー様等がいらっしやると思っておりますので、そちらの皆様方と実際の流れを決めさせていただければと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

併せて、その流れの中で、今までの連携でスムーズに行かなかったような事例等の部分も聞き取り等も行いまして、今後の課題の把握等も行いながら、より良い実施に向けて進めていければと思っております。

（２）体制スタート後、これは来年の平成２９年４月からのスタートにつきましてはけれども、各医療機関との相談支援ということで、各医療機関および介護事業所において、医療・介護連携上の課題が発生した時に、当支援センターが相談連絡を受けて、関係機関と協働して、物事の解決に努めていきたくと思っております。

次のページのイの部分になりますけれども、市民への周知啓発、ならびに多職種連携の研修会の開催というところでございますけれども、ここにつきましては高齢者向けの各種教室、講座等と言う風になっておりますけれども、例えば包括支援センターさんと一緒に、町会の講座等に参加させていただいて、支援センターのあり方とか、あと、利用の方法、また、こういうケースの時にはこういう風に対応して下さいというようなことを含めて、進めていければと。また、様々な機会を通じましてですね、在宅医療や救急体制などの啓発をどんどん行っていきたくと思っております。

また、多職種連携ということで、多職種を対象としました研修会の開催等を通じて、急変時対応を含めました医療・介護のルールなどの確認なども積極的に行っていくようにしていきたいと思っております。また、その際は職員の皆様方のご参加を含めて、是非、ご協力の方をよろしくお願ひしたいなと思っております。よろしくお願ひいたします。

恩村分科会長

ただ今、医療・介護連携支援センターのことについてご説明がありましたけれども、そのことに関しまして、ご質問等ございますでしょうか。

函館地域医療連携実務者協議会：大島世話人（市立函館病院事務局医療連携課長）

1. 5次につきましては、2次病院でと。2次病院にはほとんど、連携実務者というか、ソーシャルワーカー等がおりまして、そこで今まで対応をしてきております。この1. 5次につきましては、今後は支援センターの方に依頼をかけて、行っていただくという形になるというお話なんですけれども、その判断、2次か3次以外だよということでの判断になった場合には、そう願いますということだとは思いますが、難しい部分というのがあるのかなという、今でも冬の時期になりますとなかなかベッドが動かないということになりまして、今回こういう形でのシステムが動くことによって、介護の方から、「すぐ診てもらえるんだ」ということで、さらにそういう患者さんが増えた場合に、今のベッドが変わらない地域の中で、本当にこれがうまく動いていっていただけるのかなと。

そういう面では、支援センターに今まで後方病院として受け入れてきた病院を、さらに拡大していただくということがないと、これは上手くいかないのではないかとこの危惧がひとつあるということがございます。

それとあと、こういう転院の時のお話しを家族とすると、やはり家族の希望があります。地域的な希望、大きな病院に長く居たいという希望、ここを説得して行うということがありますので、介護側の方でこういう形で急変時に行く場合には、そういうことを事前に、家族の方に説得、納得していただく、そういうことをしていただかないと、なかなかそういう要望が出て、それがうまくマッチしないというような形で、病院に長くいるというようなことがあると思います。

特にあの、こういう、1. 5次で来た場合、特には医療処置が無いとなりますと、療養型もですね、今は、ほとんど医療処置が無かったら入れないというような医療制度になっています。そういう面では、そういう患者さんを、どこに入っていただくのかという部分で、支援センターの方でも大変になってくる、「それだったら自分たちでやるか」というような、2次病院の方で動くような形になる、そこら辺の整理が今後のそれが実務者の打ち合わせだということだと思いますけれども、そこら辺のことを協議して、考えていっていただければなということがございます。

恩村分科会長

はい。伊藤事務部長何かありますか。

伊藤事務部長

貴重なご意見どうもありがとうございます。正直、私共も同様なことを若干考えてる部分がございます。ただ、今お話しがありましたように、地域包括ケア病棟を持たれている病院だけのご参加という形で今現在はなっておりますけれども、それ以外の病院様の方にも、お顔を出させていただきまして、ご協力いただける病院さんの裾野を出来るだけ広げていきたいという風に、現段階では思っております。

ただあの、今の段階でまだちょっと分からない部分も相当数あるものですから、実際にはこれから実務者とも打ち合わせした流れの中で、その辺もきちんと協議していければなという風に思います。

本間顧問

今の大島さんのお話し、非常に納得いくのですが、この医療・介護連携の急変時対応という意味では、基本的には最終的には介護施設から搬送された場合に施設に帰っていただくということが最終的な目的とっております。在宅であれば在宅にお返しする。

それが、帰せないような状況で、いわゆる後遺障害が残ってしまって、帰せないとかですね、そういう状況になれば、ずっとその慢性期の病床でということになるかと思いますが、基本的には搬送されてきた介護施設にお帰りするということを基本に考えますので、ベッドが今のままで足りなくなるとか、ベッドの空きを待つのにどうだというようなことは、基本的には考えなくても良いのかなという風には思っております。

ただ、そういうベッドをですね、確保しておくことの必要性は非常に重要だと思っておりますので、今言ったような地域包括ケア病床・病棟を持つ病院さんだけではなく、一般の療養病床を持っていらっしゃる病院と、そういう病院こそベッド数がほとんどないんでしょうけれども、そういうところの空きベッドの確保というのが、色々な病院様とですね、お話し合いをさせていただいて、こういうときには協力していただけるかどうかということとか、そういう確保は、支援センターとしては当然ながら、やらなければいけない仕事だと思っております。

恩村分科会長

よろしいですか。それでは、どなたか他にございますでしょうか。はい、水島先生。

共愛会病院：水島院長

簡単な質問なんですけれども、4人の方でセンターを動かすのですね。

そうすると、受付の時間帯は24時間なのか、昼間だけなのか。それから、受付人数は1人なのか、2人いつもいるのかとか、そこら辺はどういう風になっているのか伺いたい。

伊藤事務部長

一応、支援センターにつきましては、一般市民の方のご相談も受ける形になっております。一般市民の方につきましては、8時半から5時までの相談受付をする形になっております。土曜日は8時半から12時半です。

施設様、病院様の関係につきましては、一応、4名おりますけれども実質的にそういう対応ができますのは3名でございますので、何らかの形で連絡が必ず付くように、待機的な形で24時間受ける体制は組んでいきたいなという風には思っております。

共愛会病院：水島院長

3人で24時間というのは厳しいのではないですか。

伊藤事務部長

今の段階では厳しいのかなと。ただ、現実はどういうご相談が、何時くらいに来るのか、今の段階ではちょっとわからないものですから、今後の問題として、もし、そういうご相談が、365日、毎日何本も来るような話になるのであれば、市の方ともご相談させていただくケースが出てくるのではないかなと思っております。

恩村分科会長

よろしいですか。ちょっと、不安なところもあるような感じもしないでもないですけども。他にどなたか。

函館稜北病院：佐々木副院長

イメージは大分掴めたので良いのですが、元の施設に帰っていただく前提に2次救急病院と、私たちの病院で協力して、そういう動きをしたいと思うんですけども、そこでふと不安になるのが、例えば施設から来たんですけども、サクシヨンが残りましたので、こちらはもう面倒みれませんって、施設の方からですね、バツンと切られるというケースも結構あるんですよ。

やっぱりお互いのその連携ということなので、函館市の施設側でもですね、介護職員のトレーニングを積んでいただいて、ちゃんとサクシヨンできるという風な、制度もあるのでしょうか、そういう努力をしていただいて、ちょっとサクシヨン残った患者さんも施設側で受け入れてほしいなという風に願っています。

ただそれは、お金のかかる研修もしなければならぬし、また、敢えてそこまでなくてもね、施設側としては利用者さんが確保できるから良いのかもかもしれませんけれども、残った人たちは、療養にずっと長く居なければならぬというところもあると思います。

サクシヨン以外のこともあるので、単独では言いきれないんですけども、少なくとも施設側でそういう研修会に参加してもらおうとかという努力はして欲しいという希望をいつも思っております。

恩村分科会長

施設側のスキルアップの問題だと思うんですけども、それも今後のですね、重要な課題として、色々な勉強会だとか行われることだと思いますので、それに参加していただくということで。

函館渡辺病院：増岡院長

認知症のことですけれども、先程医師会長のお話がありましたように、三上先生、受けますという話ですが、依頼の時に、本院とメンタルクリニックに地域連携室があるんです。

認知症のことに関連してということであれば、メンタルクリニックを通していただきたい。本院の方に来ると、なかなか一般科と精神科との、上手い連携という形がなかなか難しいので、認知症を主としてということであれば、メンタルクリニックに連絡をください。

他の施設の方もいらっしゃるが、「メンタルに行ったら入院できる」というような形での紹介は、是非とも言わないでいただきたい。まずは、中身を診させていただきたいとい

うことだけは、今ここでお知らせしておきたいと思います。

恩村分科会長

ありがとうございました。他にどなたかございますでしょうか。

大分議論も出ましたので、ここで確認ということですが、議事項目の次第の「(3)「急変時の対応」における体制について」に関しましては、今までお話しがあったような内容でこれからも進めていくとことでよろしいでしょうか。

(異議なし)

はい、ありがとうございます。それでは次回の分科会の日程ですね、これを幹事の方から説明願います。

伊藤事務部長

今後の作業イメージとしては、資料1のエの部分になってまいりますけれども、体制づくりや各医療機関への周知説明、あと、個々の部分につきましては先程お話しした通りでございますので、省略させていただきます。

29年4月から、開始した後に色々な問題点が多分出てくると思います。その部分につきましても、検証の場として急変時対応分科会の会議を開催させていただきたいと思っておりますので、4月以降、ある程度の期間経ちましてから、状況の報告等を含めて開催させていただければと思いますので、ご了解の方をよろしくお願いいたします。

恩村分科会長

それでは、最後に全体を通して何かご意見、ご質問等ございますでしょうか。

よろしいですか。それでは、他に無いようでしたら、これで全ての議事が終了しましたので、進行を事務局にお返しします。

小棚木医療・介護連携担当課長

恩村分科会長、どうもありがとうございます。それでは、以上を持ちまして、函館市医療・介護連携推進協議会の急変時対応分科会の第1回会議を終了いたします。

右上に「当日配布資料(回収)」と記載されている、協議経過の資料につきましては、そのまま机の上に残していただくようお願いいたします。

皆様、お疲れ様でした。