

大正区の在宅医療について

令和元年 11 月 30 日開催 じぶんのことおやのことフォーラム内で行われた「大正区の在宅医療について」の対談を読みやすくしたものです



MCS で情報共有



ACP の啓蒙



病病・病診・病介連携



大正区の強み



はじめに

大正区の医療介護関係者すべての皆様へ

この冊子は昨年行われましたじぶんのことおやのことフォーラム内で行われた、「大正区の在宅医療について」の対談を原稿に起こして読みやすくしたものです。当日お越しになった区民の方々からも口々に「今日は来てよかった」とご評価いただいた対談です。

冊子の作成に当たっては大正区区長 吉田康人様、大正区医師会長 櫻原秀一先生、済生会泉尾病院 平居啓治院長、大正病院 福本健治院長にご尽力いただきました。

大正区の在宅医療はこれまで先人達の努力でここまで発展してきました。区役所、病院、医科歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所、介護施設など各所で働く、皆様に大正区の現在の状況を知っていただき、今後の医療介護に活かしていただければと思います。

冊子の最後に対談とは別に4人の演者の方々からお言葉を頂いています。

新型コロナに関して各所で様々な対応がなされ、ストレスのかかる状況になっていると思われま

す。大変な状況ではありますが、大変なのは自分一人ではありません。

皆で力を合わせ、この禍に立ち向かっていきましょう。

令和2年12月15日

大正区医師会
在宅担当理事 本庄 尚謙
医療コーディネーター 皆川 智美

大正区内の医療介護関係者すべての人に読んでほしい対談

司会 吉田康人 大阪市大正区 区長
対談 檜原秀一 大正区医師会 会長
平居啓治 済生会泉尾病院 院長
福本健治 大正病院 院長

大正区内の病院・診療所対談

テーマ「大正区の在宅医療について」

吉田区長

本日は、よろしく申し上げます。

今日の対談では、在宅医療のあり方について議論を深めていきたいのですが、まずは病院が抱えている課題について、両院長にお伺いしたいと思います。

福本院長

済生会泉尾病院も大正病院も急性期病棟と地域包括ケア病棟、療養病棟を運営しているのですが、患者様にはその相違を理解していただいているのではないかと思います。また病院は病気を治す場で、生活の場としては介護施設などがありますが、病院と各介護施設の区別があまり理解されていないように思うことがあります。

「3か月たったら退院させられる」といった話を患者様やご家族からよくお聞きします。大正病院の場合は3か月で退院していただくなどとは決めていません。在宅や介護施設での病気の治療が困難な場合は3か月より長く入院していただいているケースもあります。一方、病院は生活の場ではありませんので、病院での治療が一段落すれば、在宅へ、在宅が無理な場合は介護施設へ移っていただくようにしております。私たちの説明が不十分なためか、その状況が理解されていない場合もあるようです。病院に入院していると安心だからとおっしゃられる方もおられますが、生活の場としてはご自宅が一番で、病院より施設の方が適しています。体調が悪くなればいつでも再入院していただく体制は整っていますから。在宅医療、介護施設の機能、役割をご理解していただければと思います。

吉田区長

今の話の流れですと、病院が困っており、課題として感じておられるのは、病院の役割、機能がよく住民に理解されていないのではないかという問題であり、例えば、3か月経ったら出なくてはいけないんだという雰囲気が広がっているということですね。

そのことについてのPRは病院側でも頑張っていたらいいし、区役所としてもこれから今日のこの対談を踏まえて、病院の機能とか役割についてはしっかり説明をしていかないといけないと思うのですが、大正病院と済生会泉尾病院とで病院機能に特徴はありますか。担われる役割がそれぞれ微妙に違うのではと思います。

平居院長

当院は急性期病院でDPC（包括医療費支払い制度）になっています。先ほどの福本先生の3か月の話ですけど、一応地域包括ケア病棟では、入院は最大約2か月くらいです。DPCは疾患に応じて、入院患者さんによって入院期間に違いがあり、おおむね2週間から20日くらいと言われてはいますが、病気によって、特に総合内科は病気の幅が広いので、一概に何日とは言えないです。ただ、当院は在宅後方支援病院でもあります。今でいう地域包括ケア病棟と回復期病棟は少し特殊ですが、それと療養病棟もありますので在宅に直接退院できない人については、そこでワンクッションおくということをやっています。以前はそういう色分けがほとんどなく、とにかく入院して、ほとんどお元気になれるまでという感覚でした。それで3か月かどうか、3か月なら無理というところで、長期入院になる場合が多かったですが、その辺を医師会で在宅医療に力を入れていただいて、完全に治りきる前に退院して、在宅に帰ってからも診ていただける。そういうケアができ、看護できる状態に、体制を整えていただいているので、よほど特殊な例でない限り退院できるようになってきました。

吉田区長

大正病院はいかがですか？



福本院長

大正病院はDPCの病院ではありませんので、はっきりとした入院期間の規定はありません。しかし急性期の治療で入院していただくベッド数が限られていますので、一定期間が経過すれば地域包括ケア病棟へ移っていただきます。地域包括ケア病棟の入院期間は実質2か月以内とされていますので、更に治療が必要な場合、例えば点滴や処置を続けなければならない場合は、施設に移ることが困難ですので、長期に入院していただくことのできる療養病棟へ移っていただくケースもあります。先ほど述べましたように、病院での治療の必要がなくなった場合は退院してお家に帰られるか、施設へ移っていただきます。しかしご家庭の状況が整うまでや施設入所を待つ間など、入院期間が延長される場合があります。また、レスパイト入院といった、ご家族の事情により一定期間病院に入院していただくような場合もあります。

入院期間が短くなっているのではないかとのお話ですが、あまりそのような実感はありません。しかし在宅医療を行っておられる先生方や介護関係者の方々の最近の活躍は目覚ましく、点滴や処置など、従来は病院で行っていたような医療も「これくらいは在宅でやっていますよ」というような状況になっています。そのために入院期間が少し短くなっていることはあると思いますね。

平居院長

医療的なことで、手厚くできるのは当然病院のほうだと思います。ただ、高齢者の持つておられる疾患で、病院にいるから治しきれ、本当は早く治しきれないといけないのですが、そのような疾患はあまりありません。それと医療のことよりも病院におられると、どうしてもいい言い方をすると手厚くなりますが、ベッドから転落や転倒することがあり、拘束はできるだけしないようにしています。家に居られるときと比べて、施設もそうですが、とにかくベッドでの寝たきりの状態が非常に長くなります。リハビリも行っていますが、その時だけなので、どうしても活動度に関してはかなり落ちます。できるだけ病院の入院期間が短いほうがいいという意味は、ADL (Activities of Daily Living) (日常生活動作) が落ちたままで、それ以下に一度落ちるとなかなか上がらないということです。ある程度動かれる方にとっては家のほうが活動量も上がるので回復しやすいと思います。それが病院だとどうしても日常茶飯事で転倒、転落が起こってしまうので、それを怖がるために、どうしてもあまり動かないということになってしまいます。退院された時に、多分1か月、2か月と入院していたら、歩いていたのに歩けなくなったとかいう人も多いと思います。そういう意味でも在宅なり、施設へ早くお帰りになったほうがいいのではないかと思います。

吉田区長

さきほど申しました大正病院と済生会泉尾病院との特徴に違いがありますかということについては、どちらかというとなり済生会泉尾病院は急性期で、大正病院はどちらかというとなり急性期以外の患者さんの対応をしている点で違いがあるということですね。

福本院長

最近の病院の機能別区分によりますと、済生会泉尾病院は急性期で、大正病院は地域急性期ということになります。済生会泉尾病院は救急病院として一般の救急患者さんを受け入れています。大正病院は救急病院ではありません。しかしながら、かかりつけの患者さんや診療所の先生方からのご紹介の患者さんは、夜間、休日などの時間外でも何時でも診療、入院を受ける体制をとっています。

吉田区長

若干の特徴というか、機能の違いがある中で、最初にお世話になる入院の期間としては、おそらく印象通り短くなっていると思います。そうするとそれで大丈夫なのかという疑問が患者さんのほうにも、我々周りのほうにも出てきます。答えが重複するかもしれませんが、決してそうではなくて、その次がきっちり整備されていますということをおっしゃっていただいたのですが、受け入れられる開業医の先生としてはいかがでしょうか。

榎原会長

病院の件で補足させていただきます。高齢者の誤嚥性肺炎が一番の問題になってきました。済生会泉尾病院と大正病院と医師会の在宅をしている先生方で、年に2回から3回、退院困難事例の検討会をさせてもらっています。そこでいつも上がってくるのが、治りきらない高齢者の肺炎です。病院でよくなったり、悪くなったりしながら、だんだん衰弱していくので、なかなか在宅に帰せないのです。なぜ帰せないかということ、病院にいてもらったほうが家族は楽なんですね。在宅に帰って家で世話をする費用より病院にいてもらうほうが安いこともあります。医療制度の問題もあるのですが、積極的に家で介護しようという方が多いのですが、少数の家族の人は「家ではみられないよ」と言います。施設に行くのもお金がかかる、だから入院させておいて欲しいというのが大きな問題です。そういう方たちが積み重なっていくと、本当に入院加療が必要な人が入院できないことが予想され、危惧しています。



吉田区長

病院と診療所との連携をスムーズに進めるという意味では、まず診療報酬の課題があるんですけども、それはきっとここでの議論的ではなくて、先生がもう一方のほうでおっしゃった診療所と病院の連携の工夫がありますね。誤嚥性肺炎を防ぐための研修や勉強会を開かれていることをあげておられるわけなんですけれども、その他で、病診の連携ということでは、どんな工夫をしているのでしょうか。

榎原会長

病診連携では今、例えばM C S (Medical Care Station) という患者情報共有ソフトを利用しながら、多職種で患者さんの情報を共有しています。問題となるセキュリティーは一応クリアできているので、個人情報の取扱に注意しながら積極的に進めているところです。それでも顔の見える関係が大切で、病院の先生方と開業されている先生方の打ち合わせができるような場所を、年に何回か設けておりこれが一番大事なことだと思っています。

福本院長

診療所、済生会泉尾病院、大正病院、介護関係者による『在宅復帰困難例の症例検討会』は年に 2 回開催していますが、それ以外にも 4 者が集まる検討会や連絡会を行っており、月に 1 回以上は集まっています。時間外の開催も多く、夜の 7 時、8 時頃から行う場合もあります。大正区は他の区と比較して熱心に病院・診療所・介護の連携に取り組んでいると思います。数年前に榎原先生が大正区医師会会長になられてからは病診介の連携が一層活発になってきています。

大正病院としましては『在宅療養あんしん病院』として在宅療養を受けておられる患者様がスムーズに入院していただけるようなシステムを整えています。在宅療養患者さんは体調を崩して入院しなければならない危険性を常に持っています。いざという時や急に体調が悪い時にすぐに入院していただけるように、前もって大正病院に病状を登録しておいていただき、カルテを作っておく『登録患者制度』を作っています。診療所の先生からの電話一本で、夜間、休日のいつでもすぐに入院していただけるシステムで、在宅療養患者さんに安心していただける制度と考えています。常時 120 人くらいの患者様が登録されています。

済生会泉尾病院の救急受け入れと大正病院の『登録患者制度』があることから、安心していただければと思います。日頃は在宅にて訪問診療を受け、少し悪くなればすぐに入院し、よくなればすぐに在宅に戻るのが良い病院の利用の仕方だと思います

吉田区長

済生会泉尾病院としても、診療所と病院との連携の工夫という観点では何かありますか？

平居院長

在宅で診ていただける安心感があって、少し前まで一番議論があったのは、若手の先生が在宅医療のことをあまり知らないことです。治療のことにはすごく興味があり、自信もあるのですが、最終的に治るまで責任を持つ意識もあるし、どの程度の改善度であれば開業医の先生が診てくれるか、なかなかわかりにくいということでした。それで症例検討会とかで事例を出して、大丈夫ですということ退院していただくようにしていますが、問題があるとしたら、在宅医療を受ける患者さんのご家族側です。先ほどの医療費のこともあります。結構難しいのは老々介護です。片方が病気になられたら、片方残っているほうを誰かが介護しないとイケない。それも大変なのに、お年寄りが夫婦では、片方が入院されると家族が介護しないとイケなくなります。さらに入院した方が帰ってくると、以前の状態のように夫婦での生活ができなくなります。家族が2人の面倒みないとイケないということになると、これはどちらかのほうを病院にいてもらわないと困るということになります。そうした介護力不足に関しては、在宅の先生方もどうしようもなく、生活環境について娘さん、息子さんがギブアップされることもあります。全く身寄りのない方のほうがやりやすいこともあります。

榎原会長

全くのお一人という方は、逆に家族も誰も関わっていない事例では、その人の思い通りに家で過ごせることもあります。

吉田区長

今の大阪市としても、医療介護連携を推進しろという大号令の下にさまざま関わらせていただいているんですけど、そういう立場の区の行政に対して、もうちょっとこういうところをサポートしてほしい、ということはあるですか？例えば家族構成の、家族のケアの問題というのは、一日では変わらないと思うんですね。

平居院長

そればかりはね。いくら行政とはいえ難しいと思います。



櫻原会長

医療介護連携の会議の時は、区役所の担当の方にも参加してもらっており、「これはどこに相談しにいったらいいの」というようにすぐに聞けるので助かっています。10年くらい前に比べると区役所のフットワークも軽くなって、迅速に対応してくれるようになりました。(笑)

吉田区長

大分良くなっているというところが気になっていますけど (笑)



福本院長

私は大正病院に勤務するようになって約 30 年になりますが、数年前まで大正区には 4 つの一般病院がありました。現在は済生会泉尾病院と大正病院の 2 つになってしまいました。3～4 年前に、大正区における病院が果たさなければならないことは両病院が共同で責任をもって果たしていこうと両病院の院長、副院長が話し合いを行いました。それ以後、両病院は患者様の紹介はもとより、医師の交流、看護の交流、事務の交流を行い、連携を密にし、すぐに相談できる体制をとっています。このように両病院が仲良くやっています。何かありましたら、どちらの病院に言っていただいても連携の上で対応させていただきます。

平居院長

私がまだ病院長になる前に福本先生からの発案によって、どういうふうに行っているかということをして、とにかく病院は 2 つですので、お互いライバル感でやっている時代ではないですし、できるところとできないところを補って行こうということで、現在うまくいっているような感じです。

福本院長

例えばおかじま病院の閉院の際も両病院で対応させていただきました。閉院の数か月前から、櫻原会長と平居院長と私で、おかじま病院の院長と話し合いを行いました。患者さんやご家族に迷惑をかけることなく、おかじま病院に入院していた時と同じような条件で、全く問題なく、期日までに全員の対応をすることができました。

今後とも大正区における医療的な問題は医師会と両病院が解決に努力いたします。

吉田区長

この対談の核心のところですが、大正区における病病連携とか病診連携とか、強みの話に移りたいと思います。大正区ならではの課題、在宅医療あるいは病診連携の課題というのはどういうところにあるのでしょうか。

榎原会長

病診連携のために医師会には在宅医ネットワークメーリングリストというのがありまして、退院の際、在宅主治医がいないという相談を受ければ、メーリングリストの中で決めることができます。診断や治療でも医院や病院の医師は互いに情報交換できます。病院の先生も入ってもらっているので、「その状態なら病院に送ってください」というやりとりができます。10年程前から活用できているので、他区に比べると、動きはいいとは思っています。

平居院長

受け入れられる開業医の先生方にとって、今以上に在宅の患者さんが増えた場合というのが課題ではないでしょうか。

榎原会長

それが課題です。3年前に大正区では診療所が60軒ありましたが、その後、6軒閉院しました。診療されている先生方も高齢化してまして、新規開院がないのです。どれくらいの新規在宅患者さんを受け入れられるかをアンケートして状況を把握するようにしています。在宅患者さんがどんどん増えてくると、かなり厳しいことにはなります。我々も60歳を超えてくると、体力的になかなか無理がきかなくなってきますので。

平居院長

私、この前母を亡くしましたが、それは病院長が言うのもなんですが、病院では亡くしたくなくて、地元でいう老人ホームに入っていて、そこで亡くなりました。まあ満足していますが、そのときに施設に訪問診療に来ておられる医師の先生がおられましたが、実際のところ、お会いしたことがほとんどなくてその先生のことをわからなくて、ちょっと不安はありました。それを思うと大正区の医師会の先生だと、どういう先生かわかっているし、安心してお任せできますが、他区からこられる先生とか、医師会に入らない先生方とかに関しては不安感がなかなかあります。任せることが心配です。そういう意味では課題でもあります。今はこじんまりとまとまっているので、今のところは十分ではなくても、その辺は安心していただけると思います。

吉田区長

在宅医療については、先生方同士の連携はよくとれているのですが、一方、地域住民のほうはどうかということの問題提起させていただいています。

診療所のキャパシティの問題も今のままの役割分担でいきますと、当然、お医者さんが増えないとオーバーフローをしてしまうことになるわけですが、そのときに地域住民として何かやるべきこと、それにむけて準備しとかなければいけないこと、あるいは先ほど言いました家族の中での役割分担も、きっと家族の中では収まりきれなくて、地域で当該の在宅介護家庭を見守るみたいなこともやっていかないといけないのではないかなというふうに、常々申し上げています。このように、地域での課題という点ではいかがでしょうか。

福本院長

団塊の世代、私もそうですが、高齢になってきています。当然、病人は増えますが、同時に亡くなる人も増えます。在宅での看取りも増えるでしょう。しかし今後の在宅死の増加への対処は困難です。この点も危惧しています。

平居院長

雑誌で多死社会の看取りの危機という特集していました。どこで看取るか、死に場所がなくなるぞっていう。

福本院長

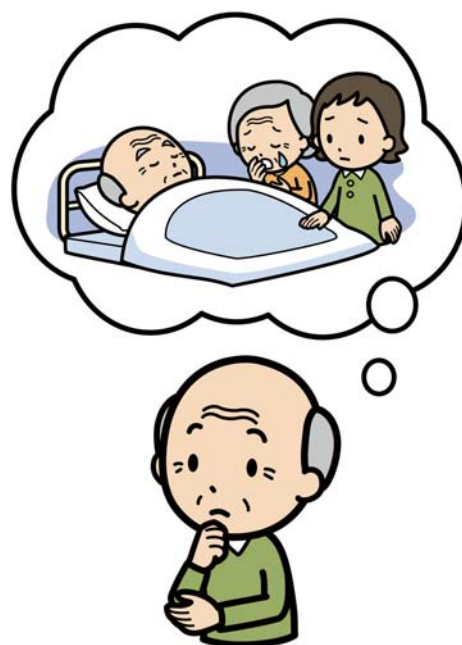
死亡者数が今より40万人増えることが予想されるといいます。どこで亡くなるのだろう。

厚労省は在宅での看取りを期待しているようですが、在宅医の先生方も大変だと思います。私達は病院と診療所の連携を通じて、在宅医の看取りの代行を病院が少しでもお手伝いできないかと取り組んでいます。

今、平居先生のお母様の話が出ましたが、一般に身内が亡くなるということはめったに経験しないことです。亡くなる状況は想像できませんし、全く用意ができていないのが普通です。しかしこれからは自分、身内の死への対応を考えておく必要があります。

平居院長

ACPですね。(アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning))



福本院長

高齢者になった今、死に臨んだ際にどこまでの医療を望むか。若い人たちとは違うと思います。難しいことですが、高齢者について、病気の治療方法の選択について、また亡くなり方について知っていただくとともに選択していただく必要があります。前もって考えていただくように私たち医療関係者が啓蒙していく必要があります。そうでないと死を前にして望まない状況に陥る可能性があります。終末期の問題についてネットや新聞などでもよく取り上げられていることから、勉強している人とそうでない人の終末期医療についての意識の差が広がっています。医療関係者の間においても大きな差ができています。榎原会長はこの点についてよく研究されて、新しい考え方を持たれていますね。

榎原会長

区民の皆さんにACPをどのように知ってもらおうか。

機会があるごとにお話させてもらっていますが、聞きに来られている方はほしい、いつも同じ方なんです（笑）。若い人たちはほとんど聞きに来られません。（笑）

吉田区長

今日の対談は、在宅医療について知っていただく取り組みの第一弾として企画させていただきました。区の広報紙は多くの区民の方が見ておられるので、対談記事としてぜひ活用させていただきたいと思います。

福本院長

終末期医療についてどのように考えるかについて、区民の皆さんに繰り返し学習する機会を作っていただきたいと思います。

平居院長

それと要望があれば、病院でもつくりますが、ACPという、お元気なうちにご自分の将来の身の振り方を考えて、それを前もって家族や周囲に言うておくことをやりつつあります。日本の家族の文化風土的に、子どもの意見というのが、かなり本人の希望よりも重視されることがあります。それよりやっぱりご本人を尊重しましょうよと、啓蒙しないといけないですね。家族でも例えば6人兄弟がいても、ひとり全然違う方針の方がいるとその意見に流されることがあります。親御さんの意思と違う方に流され、在宅で看取りたいと思ってはいても、「病院で入院している方が」となることもあります。

吉田区長

ひとつは在宅医療のキャパシティの問題は当然あるんですけども、その他に看取りの問題もあります。看取りについても、これから対応していけるのかなっていうこと、終末期医療に対する理解を進めていくということ。最後に平居先生がおっしゃったように本人重視の終活というか、そういうことを進めていかなければならないと思います。

平居院長

本人が10年も20年もかかって最期の段階を迎えようとしているときに、かなり認知症が出たり、意識がなくなったときに家族の思いでコロッと方針を変えられるのは、ちょっと考えてしまいますね。



吉田区長

区役所というか区の行政としては、できることがあるとすれば、主にそういうことをいつも来ている人じゃなく、より多くの区民の方々に知っていただいて、啓発していくっていうことじゃないかと思います。

大正区の強みについて話を戻していきたいんですけど、先ほどと話がかなり重複してくるかもしれませんが、大正区の在宅医療、病診連携の強み、あるいはこれを読まれる予定の読者へ向けてのメッセージを一言ずつお話ししていただけないでしょうか。

福本院長

大正区は区としてはこじんまりしており、人の出入りがそれほど多くありません。それに大正病院は産婦人科診療を長く続けており、2代、3代と当院で出産されている方が多いです。そのため、私どもがその方を直接存じ上げていなくとも、誰々さんのご家族であるといったことがよくあります。このことから地域とのつながりはかなり強いと感じています。私たちの努力で医療上の様々な問題についてもっと知っていただけたらと思います。大正区の医師会についてももっと知っていただきたいと思っています。区民の皆さんはあまりご存知ないかもしれませんので、会長に代わって副会長としてお話しさせていただきます。まず、診療所の医師の多くは医師会に入っていますが、医師会は診療所の医師だけの会ではありません。済生会泉尾病院、大正病院の医師は全員、医師会に入っています。診療所、病院の医師が協力して医師会活動を行い、区政に協力させていただいています。各種健康診断、予防接種、産業医活動、学校医活動、救急診療所の出務、医療についての地域への啓蒙活動など、様々な活動を医師会員が手分けして行っています。医師会活動をご理解頂きました上で、要望などがありましたらおっしゃって頂ければできる限りお応えしていきたくと思っています。

吉田区長

病病、病診の連携が、先ほど言っていたようにしっかりまとまってできているって
いうことですね。

福本院長

まとまっていると思っています。病診、病病、病介の連携を含めて。

平居院長

私も同じですが、2病院と60件の診療所の先生、それと大正区の人口ですよ。ちよ
うどかわからないですが、大きな区になると、急性期はうちより大きな病院が数多く
あって、そこに多くの開業医の先生がおられると、なかなか状況が見えにくいですよ。
大正区では自然に4つの病院が2つになってしまいましたが、今はいい状況じゃないか
と思っています。ただ、当院も在院日数が短くなる、在宅に移行されるとなると、どう
しても病院の経営上でいうと、新入院患者の数を増やさないとダメなんですね。昔
だと普通に入院ベッドがあって、安定した経営ができるんですけど、今は患者さん
の受け入れを増やさないとダメで、そうすると当院も大正区だけの患者さんだけで
は維持できない。今も救急をかなりとるようになりましたが、他区からの患者さん
も結構おられるのですが、西成区の患者さんでも在宅に帰ることが困難な症例と
早く在宅に帰られる患者さんがいます。当院が大正区だけで生きていけること
になればいいですけど、どうしても人口が減っていきます。以前、老朽化する前
に他の地域に移転するかどうかの話がありましたが、大正区民のため大正区は離
れないだろうということで、その意志は統一しています。少なくとも近い将来的
に、よその区に行かず、大正区で頑張りたいと思っていますので、ご安心して
いただきたいと思います（笑）。

吉田区長

大阪市としても自治体、区の在り方がどうなるか、ということは議論のあるところ
で、そうすると医療とか介護の単位が、私は必ずしも行政区、あるいは地方公共
団体の単位と一緒にする必要がないと思っています。

そこで地域包括ケアシステムという、私たちが行政的に包括圏域と呼んでいる
ことについて先生方にこの間お尋ねしたら「包括圏域とは何を表すのですか？」
と逆に聞かれたんですけども、やはり医療、介護、在宅も含め、ひとつのかた
まりを、より良いかたまりを維持していくことの中でマネジメントするという考
え方は、地方公共団体の形がどうなろうと大切にしていかなければいけない
と思います。

樫原会長

病院と在宅の間に施設があります。その施設の数は大阪市内にはかなりありまして、ある程度充足されたという感があります。その中できちんとした医療と介護が提供されているかということ、施設の中の様子までは目が届かないのが現実です。目を離さないようにその辺のところを気を付けてみていく必要があると考えています。大正区でもグループホーム、有料老人ホーム、サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）といった施設が多数あります。その中でどのような医療が施されているのか見えづらい。急変して患者さんが運ばれてきて、病院で診たときにこうなるまでどうしてたのかという事例があるのです。

平居院長

介護施設では、職員の人員確保がかなり大変だと思います。当然、質も大切ですが、ある一定の職員数は確保しなければやっていけません。うちは特別養護老人ホームが2つありますが、それもかなり厳しい状態で、ギリギリでやっていますし、外国人スタッフの方にも手伝っていただかないといけなくなるかもしれません。小さい施設ではどうやりくりしているんだろうと思います。

吉田区長

先ほどの話に戻りますが、やはり住民のニーズを行政が的確につかんでいく中で、もちろん先生方には一生懸命頑張ってもらっているんですが、その他の区役所のサービスを含め、住民のニーズを満たしているかどうかという目線をもって、我々は地域福祉、地域医療に入っていかなければなりません。

まだまだ地域活動のほうがそこまで成熟した状態にはなっていません。どちらかというと地域交流が中心で、住民の医療とか介護とか、あるいは先ほど言ったような終活とか看取りという、人間が生きる上で本質的な課題のほうにはまだシフトできていないので、それを早くやっていきたいなと思っています。本日はどうもありがとうございました。



対談の様子

新型コロナウイルス感染症について、お一方ずつお話しただけですか？

吉田区長

大正区政全般を見渡すと、「人口が増加に転じない」「世代交代が進まない」「まちの活性化が道半ば」などのご指摘が多く、区政の「成果」を出すに至っていないのは事実です。一方で、区内医療関係者各位から最近、「ここ数年、関係者が努力を重ねた結果、できるようになったこと、充実した施策もあるはずだ。それをしっかり評価し世に知らしめるべき」との声も上がっています。

まさにこの対談にあるように、大正区における医師会をハブとする病病連携、病診連携、そして、病診介の連携は、ほかの区には真似できないほど高いレベルにあります。関係者の積年の努力が実った結果であると心から感謝を申し上げる次第です。

新型コロナウイルス感染症対策についても、大正区では早くから医師会の先生方と区役所とが情報を共有し、コミュニケーションを密にし、そして、区民対応を行ってきました。かかりつけ医を中心とした初期対応、済生会泉尾病院、大正病院での検査・診療、さらに医師会としてのバックアップの体制は、全国的に見ても早い段階、早いテンポで構築されました。こうした早期の体制構築により、多くの患者、区民が救われたことでしょう。

大正区が誇る病診介連携により強固なコロナ対策を講じることができています。関係者各位へ厚く御礼申し上げるとともに、「安心してください。信じてください」のメッセージを区民へ向けて発信し続けたいと思っています。ありがとうございます。

福本院長

新型コロナウイルス感染症はご存じのようにとっても厄介な感染症です。大正区では済生会泉尾病院、大正病院、診療所が役割分担と連携のもとに新型コロナウイルス感染症に取り組んでいます。

この中で大正病院は 2 月末から発熱外来を始めました。発熱や感冒症状の患者様には、病院の別館（空間隔離）において診察時間を変えて（時間隔離）発熱外来にて診察を行っています。

発熱外来では PCR 検査、抗原検査をはじめ、血液検査、CT スキャンを行っています。4 月からは大正区内の多くの診療所の先生方にご協力をいただき、共同で診療にあたっています。地域内の困難な状況に対して、病院が施設や設備を提供し、診療所の先生方と共に

診療にあたるといった病診連携の素晴らしい実例と思っています。現在、樫原医師会長をはじめ、8人の診療所の先生方にご協力をいただいています。これからも診療所の先生方とともに地域の方々に安心していただけるように、病診連携による活動を続けていただきたいと思います。

平居院長

寒くなり本格的にコロナ感染症が拡大する心配がします。第一波の時は緊急事態宣言など、官民とも感染拡大を防ぐ方策を、経済に深刻な打撃覚悟で取り組み、一旦納めましたが、これからは経済的打撃を極力避けながらの感染対策になると思います。しかしながら、医療はコロナ感染症の直接的な影響だけでなく間接的に通常の患者さんの受診にも影響するため、どの医療機関も一部を除き深刻な打撃を受けています。10月になってようやく通常に戻りつつあるときに、感染者の増加（大阪はほぼ急増）です。

今後は各医療機関で独自に感染対策を取るのは当たり前ではありますが、公的に物資並びに金銭的にも補助していただけないと、今年度中に立ちいかなくなる可能性があります。あらゆる方策を立て、この禍を乗り切るつもりですが、援助も必要かと思う次第です。

樫原会長

発熱のシーズンを迎えますが感染予防の防御は堅持して、診療を含め会議や経済活動を元に戻していくこと。

今は新型コロナウイルス感染症に対しては、防御あるのみですが密を避け、距離をとり、マスクを忘れず、手洗いを徹底することが大切です。

大正区の在宅医療について

発行日 令和2年12月15日
編集・発行 一般社団法人大阪市大正区医師会
551-0031 大阪市大正区泉尾3丁目10-7 医師会館2階

用語解説

DPC 従来の出来高払い方式では、患者さんに行われた診療行為それぞれに対して、点数を算出しています。例えば入院料、投薬料、検査料、画像診断・・・など、各診療行為の点数の足し算によって、全体の診療報酬が決まります。一方、DPCでは各診療行為の点数を足し算するのではなく、入院される患者さんの病気や症状をもとに、手術や処置などの内容に応じて厚生労働省から定められた1日あたりの点数を基本に入院医療費を計算する会計方式です。

地域包括ケア病棟 急性期治療を終了し、すぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者に対し、在宅復帰に向けて医療、看護、リハビリを行う病床群。在宅復帰支援、緊急時の受け入れ機能もあります。

ACP 「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義されています。患者自身で意思決定できなくなる前に、今後の治療や療養について、患者と家族、医療・介護チームがあらかじめ話し合い、共有することを指します。