

第4回京都洛西地域医療フォーラム

医療介護に必要な連携のかたちとは？

記録集

目次

1、趣旨、フォーラムポスター

2、講演1

都市部「当院の医療介護連携の実際」

講師：藤原 弘佳 先生（大阪府和泉市 ふじわら診療所 院長）

：山崎 直央 氏 （ケアプランセンター和草 ケアマネジャー）

3、講演2

地方「過疎地の医療から今後の地域包括ケアを考える」

講師：福井 寿徳 先生（兵庫県養父市 福井診療所 院長）

4、ディスカッション（テーブルライト）

伊藤 照 明 先生（医師、右京医師会在宅医療推進委員会）

川添 チエミ 氏（嵯峨野病院居宅介護支援事業所ケアマネジャー・看護師）

新井 妙 子 氏（西京病院 看護師）

木谷 昇 （小室整形外科医院 地域連携室）

5、アンケート調査結果

6、総括

7、編集後記

主催：小室整形外科医院

後援：右京医師会

2018年4月7日（土）

於：ハートピア京都大会議室

京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375

1、趣旨

平成 30 年 4 月からの医療介護の診療報酬改定で在宅医療の推進、地域連携の強化のメッセージが強く打ち出されています。では地域包括ケアはどうつくり上げていくのか？効果的な医療介護の連携とはどのようなものか？日常診療の中で試行錯誤が続いています。今回の第 4 回京都洛西地域医療フォーラムのテーマは「医療介護に必要な連携の形とは？」としました。まず都市部と地方での医療介護の連携の実際を最前線の診療所の先生にお話いただきます。その後我々の連携に必要な施設のつながり、人のつながり、情報のつながりの方法をディスカッションしていきたいと思います。

医療法人社団 小室整形外科医院

理事長 小室 元

第4回

京都洛西地域 医療フォーラム

医療介護に必要な連携のかたちとは？

2018年

4月7日 土

開場 14:40

15:00～18:00

ハートピア京都 大会議室 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375

TEL:075-222-1777

第1部 講演15:00-16:00 座長：小室 元 小室整形外科医院

15:00～15:30

都市部「当院の医療介護連携の実際」

講師：藤原 弘佳 先生（大阪府和泉市 ふじわら診療所 院長）

：山崎 直央 氏（ケアプランセンター和草 ケアマネジャー）

15:30～16:00

地方「過疎地の医療から今後の地域包括ケアを考える」

講師：福井 寿徳 先生（兵庫県養父市 福井診療所 院長）

第2部 16:10-17:10：パネルディスカッション

（地域包括ケアに必要な連携）司会：小室 元

16:10～16:25

「京都地域包括ケア推進機構について」

吉田 万里子 氏（京都府健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア担当課長）

16:25～17:25

テーマ①独居者への医療介護はどうすればよいか

テーマ②連携の連絡方法についてICTの役割は？

テーマ③医療と介護の融合に必要なことは？

伊藤 照明 先生（医師、右京医師会在宅医療推進委員会）

川添 チエミ 氏（嵯峨野病院居宅介護支援事業所ケアマネジャー・看護師）

新井 妙子 氏（西京病院 看護師）

木谷 昇（小室整形外科医院 地域連携室）

第3部 17:25-18:00 地域連携連絡方法交換会

医療と介護の連絡方法をこの場で作りましょう。

ご予約
お問い合わせ
FaxまたはE-mailで
申し込み

主催：医療法人社団 小室整形外科医院

後援：右京医師会

第4回京都洛西地域医療フォーラム事務局

（運営：オルモックメディカルコンセプト 担当：吉村）

E-mail:info.koc21@gmail.com

TEL:075-871-0551 FAX:075-871-0552

2、講演1

都市部「当院の医療介護連携の実際」

講師：藤原 弘佳 先生（大阪府和泉市 ふじわら診療所 院長）

：山崎 直央 氏 （ケアプランセンター和草 ケアマネジャー）

当院の医療介護連携の実際

ケアプランセンター和草

（家でええんかな実行委員長）

横山病院

ふじわら診療所

山崎直央

熊野好修

藤原弘佳

2018.4.7 第4回京都洛西地域医療フォーラム

経歴

- H.5.3 関西医科大学卒業
- H.5.4～H.7.4 関西医科大学病院 研修医（胸部外科 小児科 外科 麻酔科）

Specialist をめざす

- H.7.5～H.9.4 足利赤十字病院 心臓血管外科
- H.9.5～H.10.4 東京都済生会中央病院 外科
- H.10.5～H.16.7 関西医科大学病院 胸部心臓血管外科

Specialist→Generalist へ

転換

- H.16.8～H.21.9 関西医科大学病院救急医学科

Generalist をめざす

- H.21.10～H.26.5 羽原病院（高齢者医療 訪問診療）
- H.26.6～現在 ふじわら診療所（内科 外科 在宅医療）

在宅支援病院での訪問診療

- 同法人同施設内に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の存在(連携、指示が容易)
 - 正月・お盆休みが容易
 - 容易に入院できるが、安易な入院選択
 - 院長・理事長の方針
- 高齢独居消化器癌末期患者の終末期の対応

大阪府和泉市



人口： 約18万6千人(0.61%増加) (65歳以上
22.6%)

※要介護等認定者数6千人

世帯数： 7万6千世帯
(高齢者のいる世帯数33.7%)

面積： 84.98km²

産業： 綿製品、ガラス工芸、人造真珠など



50km



26.7.16 開院
町医者をめざして



- 自分がやりたいこと
 - 自分が出来ること
 - 自分しか出来ないこと
- やり続ける(継続は力なり)



地域の救急医、小児科医、産科医、頑張っている
基幹病院の医師達を疲弊させない

地域のすべての医療・介護・福祉の機関が同じ
方向に向かい、連携がとれ、迅速な対応ができる

「かかりつけ医」とは（定義）

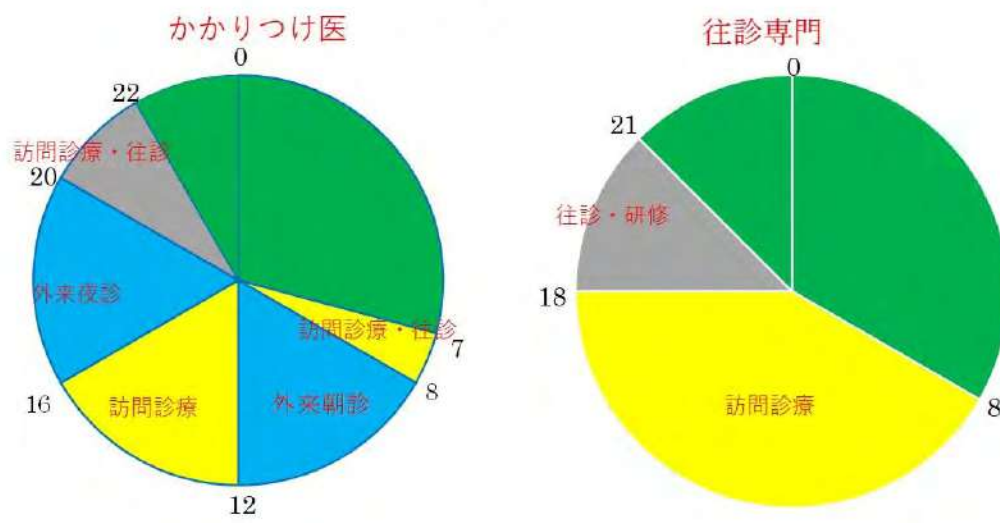
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師

日本医師会・四病院団体協議会

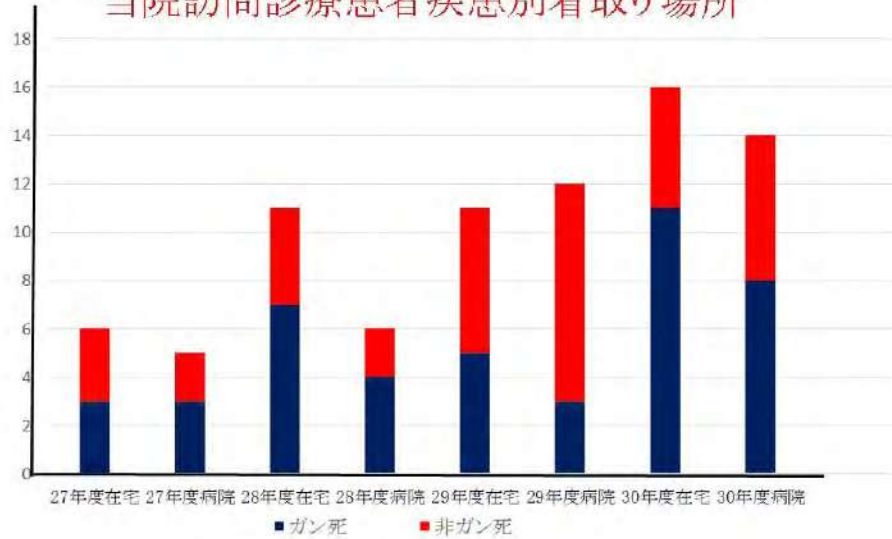
かかりつけ医機能

- 生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- 診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、協力して休日や夜間も患者に対応できる体制構築。
- 地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携。
- 地域の高齢者が長く地域で生活できるよう在宅医療を推進。
- 患者や家族に対して、適切でわかりやすい情報提供。

1日のスケジュール



当院訪問診療患者疾患別看取り場所



人生の最終段階の療養の場所

	長所	短所
急性期病院	管理が安定している 人手が多い	自由が少ない。入院 ベッドに限りがあり、 治療が終わると退院を 勧められる。
ホスピス 緩和ケア病棟	看取り対応ができる	入院ベッドに限りがあ る。入院日数が長くな ると退院を勧められる。
自宅	自由がある 経済的に負担が少ない	そばに医療・介護従事 者が24時間いない。 家族の負担。
介護施設	介護負担が大きくても 対応が可能	そばに医療従事者が 24時間いるとは限ら ない。経済的負担。

希望、気持ちは変化しうる、変わってもいい
一回で決めなくてもいい、みんなで責任を分散

二人のプロフェッショナル

どんな時も、そばにいる
地域医療 医師・長純一

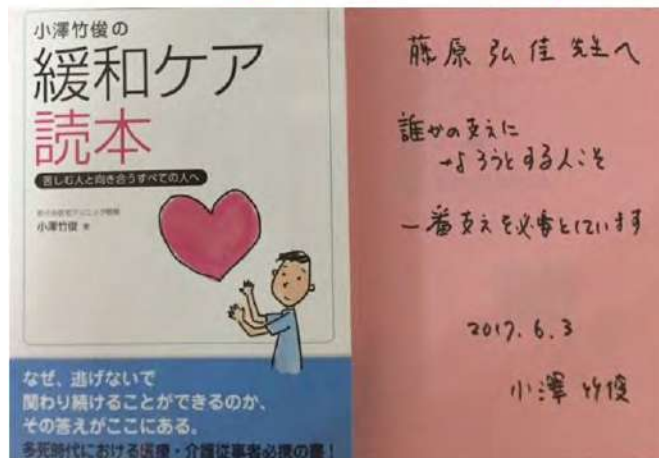


わが家で穏やかに、最期を導く
訪問診療医・小澤竹俊

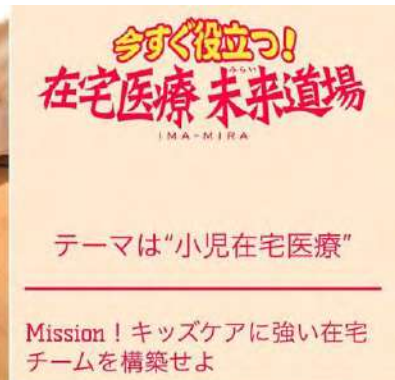


往診同行

逃げないで関わり続けるために



一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会
End-of-Life Care Association of Japan



全国から在宅医療を一生懸命されている仲間が集まり合宿形式で一緒に勉強、議論する



地域のすべての医療・介護・福祉の機関が同じ
方向に向かい、連携がとれ、迅速な対応ができる

地域の医療者・介護者との顔の見える関係づく
り

基幹病院との連携

- 基幹病院主催の勉強会への参加
 - 病院主治医と、直接電話、メール、診療情報提供書によるやり取りを行う
 - 退院カンファレンスには積極的に参加する
 - 診察・検査依頼の際の地域連携室への連絡は出来るだけ自分でする
-
- いつも同じ医師、訪問看護ステーションへ依頼せずに、地域を育てて欲しい

診療所間の連携

- なかなか構築が難しいのが現状
(思いが同じ医師が地域にいない？ 医師会の役割？)
- 所謂マイナー科医師の往診協力要請
- 学会・夜間・休日・夏季・年末年始などの交代・留守番
(和泉市医師会 看取り時のみ代診システム29.6～)



和泉市の取り組み

市民を中心とした医療と介護の
連携推進条例(平成25年3月28日)

医療と介護の推進シンポジウム1回/年

和泉市医療と介護の連携推進審議会



和泉市顔の見える在宅医療の会(28.6～)

市内の基幹3病院(がん診療拠点病院3病院

うち1つ小児専門病院)(地域連携室)

入院病床のある4病院(地域連携室)

在宅診療を行っている診療所(医師 事務職)

訪問看護ステーション(NS. PT. OT. ST)

保健所(所長、保健師)

市役所高齢介護課(保健師)



RUN伴

認知症の方と一緒に暮らし易い地域を創るタスキで繋ぐ
大阪は毎年10月頃



ケアカフェ☆和田

平成26年9月～ 毎月第3水曜日 19時半～
地域で活動する医療介護専門職



ケアカフェとは

- 新しいコンセプトの医療介護福祉に携わる者の集いの場
- カフェのような気軽な雰囲気の中で交流の場を持つ
- 地域市民も集いの場に参加し、体験談を話したり、相談を持ちかけたりするケースもある



ケアカフェ☆和田



- ルールがない
- 参加者約20名が持ち寄りの菓子を広げ床に座る
- 事前にテーマを決めることなく、最近の体験談、
日頃から気になっていたことを話をする
- 誰かが言った話から、テーマに絞られ対話が始まる



介護従事者

医療従事者を前にすると緊張
会話すらまともにできなかった



対話の繰り返し
さらには楽しむ

「本当の対等性」

「多職種響働」













全ては患者様・利用者様のために

家でええんかな？



たまには、椅子に座って勉強しようよ
1回/年(7~9月頃)

んかな

家に帰りたい

家に帰したい

な

やっぱり病院、施設の方がええんかな

この仕事、楽しい、好き

- 地域包括ケアシステム(意識する必要なし、必要な事考えたらいい)
- アドバンスケアプランニング(外来での導入はなかなか難しい)
- 意思決定支援(特に非がん疾患、難しいけどこだわって行きたい)
- エンドオブライフケア(逃げずに関わり続ける)
- 食支援(最後まで口から食べれる地域へ)

やっぱり元氣から看取りのあとまで関わる、関われる、関わり続けたい

自分がしたいこと、自分ができること、自分しか出来ないこと

やり続ける(勉強せなあかな、

勉強したい)

医療・介護職者達の笑顔のために



きっと、患者さん・
利用者さんの笑顔に
繋がるはず

僕の支え

最期のお点前



母にとって 最期のお茶の前は、
私達 娘にとっても 大切な母の夢になりました。
私、その夢も 人によって 悲劇 踏み外れに 持ちこんだ
大切な夢に 涙を 涙しきり。

初めてのお茶

3、講演2

地方「過疎地の医療から今後の地域包括ケアを考える」

講師:福井 寿徳 先生(兵庫県養父市 福井診療所 院長)

第4回京都洛西地域医療フォーラム

過疎地の医療から 今後の地域包括医療を考える



福井診療所
福井寿徳

平成30年4月7日

平成27年7月開業



私の地域医療の経歴

平成15年3月に養父市国保太谷診療所に勤務。
地域医療を学び・担うこととなった。

開業まで12年間勤務
子供からお年寄りまで、内科も外科も診る
総合診療を心がけてきた。

その間にプライマリケア学会認定医を取得

増えた仕事と役職
小学校学校医、特別養護老人ホーム嘱託医
産業医 2事業所

養父市医師会理事、但馬内科医会理事
介護認定委員、病診連携委員





地域の紹介

- 兵庫県北部・・・
但馬と呼ばれる
- 面積 2130km²（大阪府より大きい、1950km²）
- 人口 約16万5千人
- ほとんど山林であり平地が少ない。
- 気候は山沿いは冷涼、
- 豊岡盆地は夏は暑く、冬は寒い。





養父市



- 面積 420 km²
- 人口 24000人くらい？
- 年間で300から500人減る
- 合言葉？
知らんし、読めんし、でも
あきらめへんし。
- 資源は山。スキー場と自然

過疎地医療のイメージ

- お年寄り相手にゆったりと会話
- 時間の流れが違う世界？
- 待合室は寄合所？体調不良になると欠席？



実際には過酷な状態

- 人口も過疎ですが医療も過疎。
 - ①標榜は内科・小児科ですが、総合診療です。
高齢者が多いので当然整形外科疾患も多い
小外科処置や皮膚科疾患も対応必要。
 - ②連携病院の八鹿病院で医師数の減少が続く
基幹病院の豊岡病院も十分な体制とはいえない。
かかりつけ医として紹介されるケースが増加
病院への緊急時の入院も困難となっている。
 - ③通院されていた方が来院できなくなり在宅へ
公共交通機関が不便（バスは1時間に1本弱）
車は必須ですが、高齢で免許返上
往診件数は増加の一途

当院の診療時間

	月	火	水	木	金	土
午前診	○	○	○	○	○	○
往診	○	○	○	○	○	△
午後診	○	○	○	△	○	△

午前 8時30分から12時 午前診
午後 3時30分から6時 午後診
在宅支援診療所として登録

外来患者は1日平均70人程度 多い日は100人の時も
在宅患者は常時 40人程度
特別養護老人ホームの入所者 70人

地域の問題

- ・ 少子高齢化・・・これは日本全国
人口減少による人手不足
高齢化と若者・子供の不足
次世代がなく、若い労働者がいない
- ・ 医師も不足
診療所も後継者がいない
在宅対応医師はさらに不足している。
病院も医師不足で病床削減。
- ・ 公共交通が弱いため、生活に車が必須
通院距離・通勤距離が長い
冬季は雪が邪魔をする

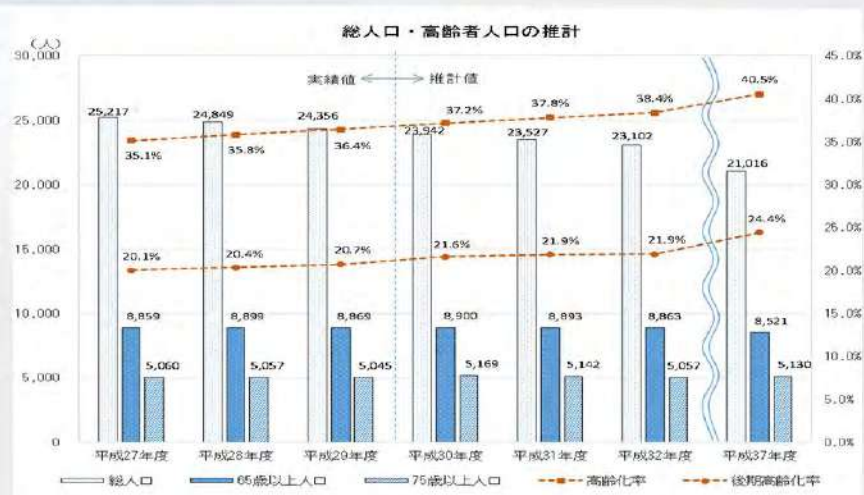
人口と分布

- ・ 圏域別人口、高齢化率、世帯数等

	人口 (人)	高齢化率 (%)	後期高齢者 割合 (%)	独居高齢者 世帯割合 (%)	高齢者夫婦 世帯割合 (%)
八鹿地域	9,938	33.86	18.92	20.25	12.69
養父地域	7,341	35.83	20.22	19.34	13.64
太屋地域	3,571	42.01	25.54	23.99	16.29
関宮地域	3,506	39.19	21.93	21.56	13.77
養父市全 域	24,356	36.41	20.71	20.75	13.68

「養父市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画より抜粋」

人口推移



「養父市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画より抜粋」



深刻な人手不足

- ・介護職員などの不足が少しずつ顕在化
ショートステイや入所施設の運営に支障
一部施設の閉鎖により他の部署に人員配置
シルバーを短時間雇用するなどの対応
外国人労働者の導入の検討もされている。

さらに冬季の積雪が多い地域である。
通勤の問題もあり敬遠される。

在宅療養・介護の問題

- ・老夫婦世帯や独居世帯も多い
老老介護も多い。
息子世代も高齢になってくる。
- ・家族全体で介護できているところもあるが、
家庭の状況により特定の介護者に負担が
かかりすぎることもある。
孫世代への負担が大きい家庭もできる。
婚期を逃すなどの問題も・・・

- ・ 高齢者はまだしばらくは増える。
- ・ 高校卒業すると若い世代は都市部へ行く。
Uターン者は少ない。
- ・ 若い世代が少ないので、子供も減る一方
小学生の1学年の人数はここ数年で半減。
- ・ 人口は減少し高齢者の割合が増える。
人口減少は止まらず、人手不足は今後も続く。

医師数の不足

- ・ 但馬地域としては全国平均並み・・・らしい
- ・ 地域連携病院 八鹿病院
医師数半減し診療体制の縮小が続く。
緊急時の入院に対応できなくなっている。
- ・ 但馬の基幹病院 豊岡病院
基幹病院としての整備が必要であるが
医師不足で開業医が外来診療している科もある

医師の高齢化

- ・ 養父市では在宅医が不足・高齢化している。
当院の近隣では65歳以上の医師が多い
- ・ 診療所は後継者なく閉院した施設もある。
- ・ 過疎地の在宅医療は過酷であり、地域医療に興味があっても、現実的には難しい。

最近の新聞で・・・八鹿病院で

- ・ 看護師の配置、病棟から訪問看護センターへ
要望の多い部門への集約
赤字部門の病棟を閉鎖
黒字部門の増強で収益の確保

前向きな解釈ですが、医師確保ができず病棟・
入院担当医が不足。病棟を維持できず閉鎖と
なったのが現実



往診と訪問診療

1年間の訪問・往診回数 約800回
訪問は週4日（月、水、木、金）
時間外や土日祝日の臨時往診もある。
1日平均4件の予定と臨時・緊急往診がある

平成29年は死亡者数 48名
在宅・特養の看取り 32名
病院などの他医療機関にて 16名

訪問診療と看取り

- ・ 年間30件の看取り
増加しているのは加齢による衰弱（老衰）
- ・ 在宅療養患者さんには24時間連絡がつくこと、不在時は連携医がいることを文書で提供。
この3年間で連携医師に依頼した看取りは2件
- ・ お互いに多忙で連携医師といえども気軽には依頼できない。こちらも依頼を簡単には受けられない。
- ・ 同意の得られた看取りの症例は、家族との話し合いで深夜帯は朝に連絡をしてもらう。

訪問診療 平成30年2月

平成30年2月

平日の訪問・往診件数 63件

時間外・土日など 10件

看取り件数 5件

在宅件数は増加を続けている。

外来診療も減ることがない。

緊急・夜間・休日の対応が困難になっている。

多職種との連携がないと成り立たない。

在宅医だけでは対応不可能

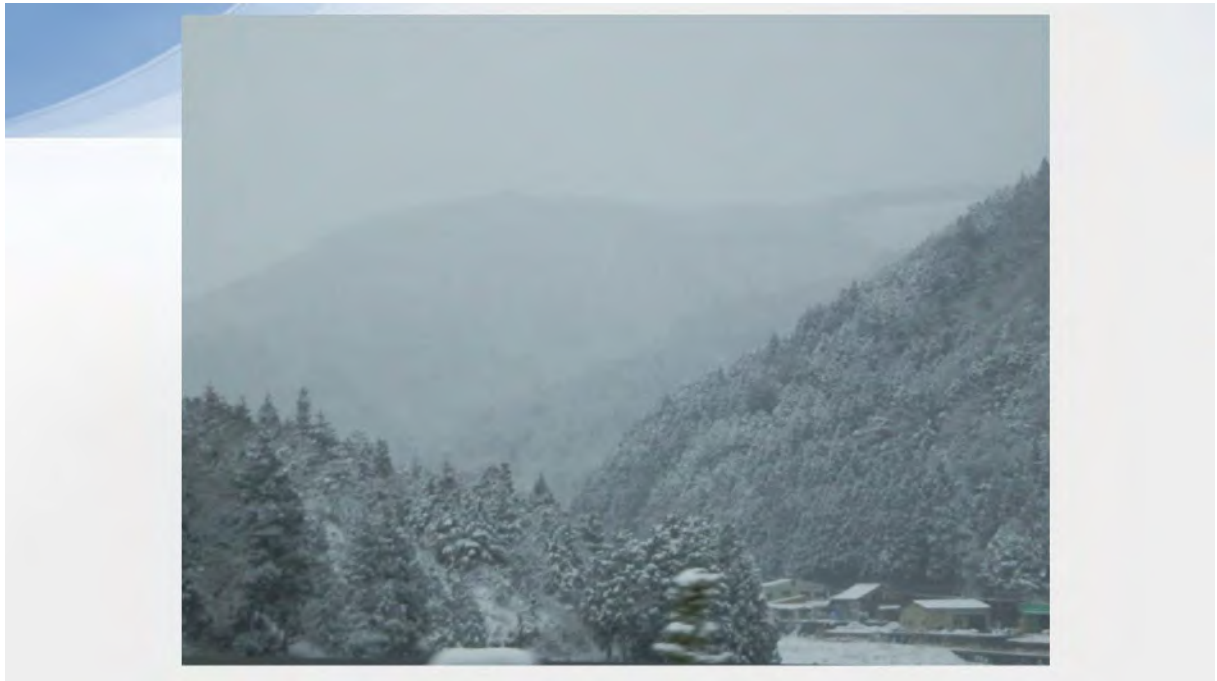
- ・ 訪問看護指示人数は現在約 70 人程度
外来診察中の緊急往診の要請に対応困難



- ・ 訪問看護に臨時訪問の依頼が増加している。
- ・ ケアマネ、介護員、薬剤師、理学療法士などからも報告はどんどん入る。
- ・ 在宅医の力量にもよるかもしれませんが、すべての状況に素早く処理・対応が難しい状況に。

在宅医の高齢化と増える在宅療養

- ・ 在宅・訪問診療を担う医師が足りない、または高齢化で訪問診療を辞めてしまう。在宅医療の基盤は不安定となっている。
- ・ 通院の高齢者も当然多いので、状態の悪化により急な往診依頼も多い。
- ・ 山間部で面積は広いので往診距離が長い。
通院できなくなる人が増加している。



連携している施設・事業所

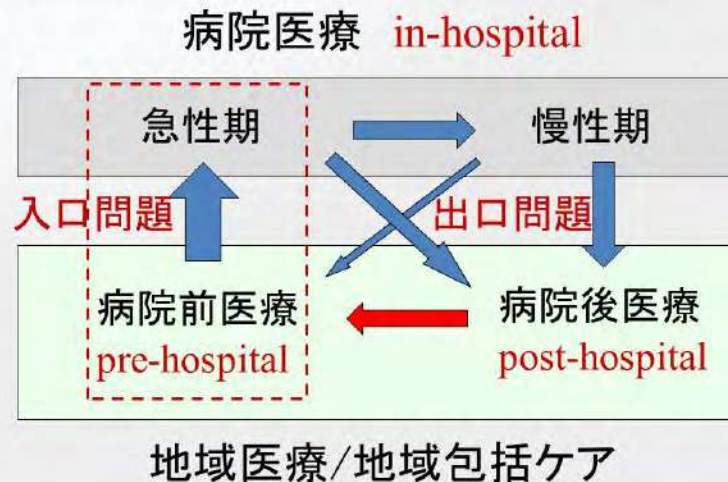
急性期病院	1施設	精神科病院	1箇所
亜急性・慢性期病院	1施設	訪問リハビリテーション	1箇所
診療所	2施設	薬局	1箇所
歯科診療所	3施設	訪問介護ステーション	1箇所
地域包括支援センター	4箇所	通所介護	3箇所
居宅介護支援事業所	2箇所	地域栄養事業所	1箇所
訪問看護ステーション	2箇所	有料老人ホーム	3施設
通所リハビリテーション	1箇所	グループホーム	1施設



在宅医療と救急医療

- 在宅患者の急変時に救急依頼する程度に関係ではありません。
これは医療の出口と入口の問題
- 在宅を受け持つと患者急変時に救急依頼することは多い。しかしながら満床になると受け入れ不可となってしまう。
- 救急の出口は直接在宅ではないが、最終的に患者が自宅に戻るために在宅医療が重要となる。特に高齢者では。
- 患者が自宅にもどり空床ができる必要がある

医療の構造



高齢化による医療・介護への影響

- 受け皿となる慢性期の医療と介護の充実が進まなければ、急性期病院の病床確保が困難となり、救急医療は麻痺的状况に陥る可能性がある。
- 急性期医療が麻痺すれば、慢性期/在宅医療・介護を、安心して遂行できない。
- 急性期医療と在宅医療・介護は表裏一体となり、循環型・連携型の社会システムの構築が不可欠となる。

医師不足で医療・介護の循環が悪化

- ・ 救急医療は豊岡病院が受けてくれます。
状態改善後の受け皿となる病院が医師不足。
- ・ 亜急性期の病棟で空床があっても医師不足で入院できない。また、
十分でない状態で在宅に戻ってしまう患者もいる。
- ・ 在宅医の負担が大きくなる。
何とか在宅療養を連携して支えるが、
すぐに悪化して救急搬送となるケースもある。



在宅事例 1

- ・ 103歳の男性。在宅で妻（100歳）と息子の嫁（75歳）の3人暮らし。息子は他界。
- ・ 往診は依頼時のみ。訪問看護とデイサービス、ショートステイも利用
- ・ 100歳の時、畑から川に転落し腰椎骨折で入院。102歳 偽痛風で入院。
- ・ 昨年末に肺炎、入院依頼するも八鹿病院不可。豊岡病院もお断り。
- ・ 在宅で加療。可能な範囲の治療で改善しなければあきらめる。
- ・ 今年3月26日に呼吸不全となり、早朝に往診。発熱はなし。いまだ、活気のある状態なので病院に搬送・入院となった。
- ・ 病院からは、退院後は急変しても在宅医に診てもらって、今後は病院へ行かず、看取りとするよう説明された。
- ・ 超高齢であり看取りはよいが、介護者の負担が大きい。今後の課題となっている。

在宅事例 2

- ・ 86歳女性 長男と二人暮らし。通院は長男に連れてきてもらう。日中は独居、デイサービスの利用あり。
- ・ 認知症により日常生活動作も失敗、できないことが多い
- ・ 平成30年2月8日、往診依頼。インフルエンザA型の診断。
- ・ 軽快したが、その後、ベッドから動かず、食事も食べられない状態となった。
- ・ 再度往診。点滴加療が必要であり訪問看護を依頼。
- ・ 繰り返し補液を施行し、食べられるようになったが、自力で動こうとしない。息子さんが促しても何もしない。
- ・ 近所の方が毎日、訪ねて食事も自力で食べるよう促し、室内もしっかり歩くように指導された。
- ・ 何とか元の生活状態となり、訪問看護も終了。

在宅事例 3

- ・ 97歳女性。長男夫婦と3人暮らし。加齢による衰弱あり、体重も減少したが、何とか歩行できていた。
- ・ その後 衰弱が進行。肺炎で平成29年12月ほとんど動けない状態となった。往診にて補液。少し回復が見られた。
- ・ 老衰によるものであり、このまま自宅での看取りを提案するが一度病院に行きたいと希望あり。
- ・ 入院加療となった。肺炎は改善したが、食事摂取は少ないまま。病院での治療は終了しており1月22日退院。状態は不安定であり24日に往診。
- ・ ほとんど食事摂取できないため、補液をするも状態の維持もできず。
- ・ 看取り対応とすることを家族と相談・承諾。訪問看護を中心に経過フォロー。
- ・ 2月9日午後8時永眠された。

在宅事例 4 - 1

- ・ 87歳男性・82歳女性 老夫婦二人暮らし
- ・ 夫は慢性気管支炎、肺気腫により在宅酸素施行。認知症はなく、家の庭までの外出は可能。遠方の家族が月1回来られ、受診に来られる。
- ・ 妻は拡張型心筋症と不整脈でペースメーカー。平成26年尿路感染から敗血症となった。体力低下のためベッド上全介助状態となった。在宅に戻られたが、夫に介護力は期待できない。
- ・ 訪問診療、訪問看護、介護ヘルパーなどにより在宅療養を支える。特に妻は病状不安定であり定期の訪問診療だけでは追い付かない。臨時の訪問看護により、医師の訪問負担を軽減し、何とか維持。

在宅事例 4-2

- ・ 何とか老夫婦の在宅生活を維持していた。
- ・ 妻に腹痛と腸閉塞あり。八鹿病院へ搬送。緊急手術となった。大腸癌と診断。
- ・ 2か月後に在宅に戻られた。生活を維持するため、他職種と協力し何とか維持。
- ・ 退院後3か月で食事摂取量の減少あり。適時補液をしていた。補液の頻度が多くなり、在宅療養の維持は困難になってきた。
- ・ 家族と相談により緩和ケア病棟への入院。永眠。
- ・ 夫は現在も独居を続けている。

在宅事例 5

- ・ 91歳、男性
- ・ 肝硬変により腹水貯留を繰り返している
B型肝炎による。
- ・ 貧血の進行もあり、活動性も低下。
- ・ 脳梗塞も合併、不全麻痺ですがさらに活動性低下
- ・ 平成30年4月2日、自宅で意識消失した。
- ・ ドクターヘリで豊岡病院へ搬送。
- ・ 意識の回復はないまま入院加療となった。



地域包括ケアシステムにおける医療と介護 ・ 患者一人一人に支援チームを組織

- かかりつけ医・在宅医・専門医
- 訪問看護ステーション：看護師
- 調剤薬局：薬剤師
- 訪問リハビリテーション：理学／作業療法士
- 地域包括支援センター
- 居宅介護支援事業所：介護支援専門員
- 訪問介護：介護福祉士／介護士
- 福祉・介護用品サービス業者など

支援チームの任務

- 「死ぬまで生きる」 生き様・生活を支える
- 全人的アプローチ／人間力の発揮
- 寄り添い、家族支援
- フラットな他職種連携
- 救急対応
 - 往診・訪問、電話指示
 - 在宅トリアージ
- 退院支援：退院時協働指導

在宅トリアージ

- 原則：患者、家族の意思を尊重
- 担い手：介護士、訪問看護師、介護支援専門員
かかりつけ医／在宅医
- 方法：医師の判断、多職種の協働と連携
 - ・在宅医療を継続するか
 - ・看取りのプロセスに入るか
 - ・専門診療科を受診させるか
 - ・救急医療システムを活用するか

まとめと課題

- ・ 病診・診診連携を深化し、拡大していくこと
八鹿病院との連携がやっとの状態
医療機関相互の連携はこれからという状態
医師不足と医師の高齢化は未解決
- ・ 在宅療養のための多職種連携の強化
訪問看護にかなり助けられている。
個別ケア会議への出席・・・時間がない
患者に対する支援チームが機能すること
人手不足の進行は機能不全の可能性

ご清聴ありがとうございました



4、ディスカッション前の講演

「京都地域包括ケア推進機構について」

吉田 万里子 氏（京都府健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア担当課長）

平成30年4月7日(土)
京都府西地域医療フォーラム

オール京都体制による 地域包括ケアシステムの構築

医療や介護が必要になっても
住み慣れた地域で暮らし続けられるために

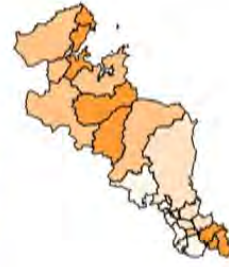
京都府健康福祉部高齢者支援課
京都地域包括ケア推進機構



京都府内の高齢化率

圏域	保健所名	市町村名	人口構造 (平成29年3月31日現在)				高齢化率
			A 総人口	B (65～74歳)	C (75歳～)	B+C	
京都・乙訓	乙訓	京都市	1,414,910	196,263	192,660	388,923	27.5%
		向日市	56,413	7,994	6,877	14,871	26.4%
		長岡京市	80,827	11,325	9,806	21,131	26.1%
		大山崎町	15,711	2,191	2,202	4,393	28.0%
		計	152,951	21,510	18,885	40,395	26.4%
山城北	小計	1,567,861	217,773	211,545	429,318	27.4%	
	宇治市	188,457	28,388	23,902	52,290	27.7%	
	城陽市	77,452	14,165	10,724	24,889	32.1%	
	八幡市	71,958	12,136	8,813	20,949	29.1%	
	京田辺市	68,508	9,455	7,190	16,645	24.3%	
	久御山町	16,157	2,759	1,990	4,749	29.4%	
	井手町	7,583	1,224	1,254	2,478	32.7%	
	宇治田原町	9,430	1,422	1,250	2,672	28.3%	
	小計	439,545	69,549	55,123	124,672	28.4%	
山城南	木津川市	75,555	10,239	7,421	17,660	23.4%	
	笠置町	1,421	290	380	670	47.1%	
	和束町	4,129	834	878	1,712	41.5%	
	精華町	37,621	4,902	3,572	8,474	22.5%	
	南山城村	2,838	574	650	1,224	43.1%	
	小計	121,564	16,839	12,901	29,740	24.5%	
南丹	亀岡市	90,107	13,887	10,881	24,768	27.5%	
	南丹市	32,452	4,967	6,153	11,120	34.3%	
	京丹波町	14,770	2,634	3,327	5,961	40.4%	
	小計	137,329	21,488	20,361	41,849	30.5%	
	中丹西	福知山市	79,049	10,922	12,096	23,018	29.1%
中丹東	舞鶴市	84,115	12,500	13,300	25,800	30.7%	
	綾部市	34,279	5,626	6,983	12,609	36.8%	
	小計	197,443	29,048	32,379	61,427	31.1%	
丹後	宮津市	18,538	3,293	4,187	7,480	40.3%	
	京丹後市	56,337	8,802	10,795	19,597	34.8%	
	伊根町	2,188	378	609	987	45.1%	
	与謝野町	22,403	3,539	4,238	7,777	34.7%	
	小計	99,466	16,012	19,829	35,841	36.0%	
	合 計	2,563,208	370,709	352,138	722,847	28.2%	
合計(京都市除く)			1,148,298	174,446	159,478	333,924	29.1%

※住民基本台帳に基づく市町村からの報告数値



2

京都地域包括ケア推進機構の設置

- ◆ 平成23年6月に、医療・介護・福祉・大学・行政の39団体で構成する機構を設置
- ◆ 関係団体が一丸となったオール京都体制で地域包括ケアの実現を目指す

高齢の方が介護や療養が必要になっても、地域で関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備を進め、個人の尊厳が尊重される社会を実現し、住み慣れた地域で24時間、365日安心して暮らしていける社会を築くために、医療、介護、福祉のサービスを切れ目なく一体的に提供する地域包括ケアを実現（推進機構設立趣意書より）

《構成39団体》

京都府医師会★／京都府栄養士会／京都府介護支援専門員会★／京都府介護福祉士会／京都府介護老人保健施設協会／京都府看護協会★／京都府立医科大学★／京都府立大学／京都大学／京都府行政書士会／京都府言語聴覚士会／京都府後期高齢者医療広域連合／京都府国民健康保険団体連合会／京都府作業療法士会／京都府歯科医師会★／京都府歯科衛生士会／京都府市長会★／京都府町村会★／京都司法書士会／京都府社会福祉協議会★／京都府社会福祉協議会★／京都府社会福祉士会／京都府私立病院協会★／京都府病院協会／京都府精神科病院協会／京都府地域包括在宅介護支援センター協議会／京都府地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会／京都府弁護士会／京都府訪問看護ステーション協議会／京都府民生児童委員協議会／京都府民生児童委員連盟／京都府薬剤師会★／京都府理学療法士会／京都府慢性期医療協会／京都府リハビリテーション連絡協議会／京都府老人福祉施設協議会★／京都府老人福祉施設協議会★／京都府★／京都府★

★...代表幹事、☆...理事

3

地域包括ケアシステムとは？

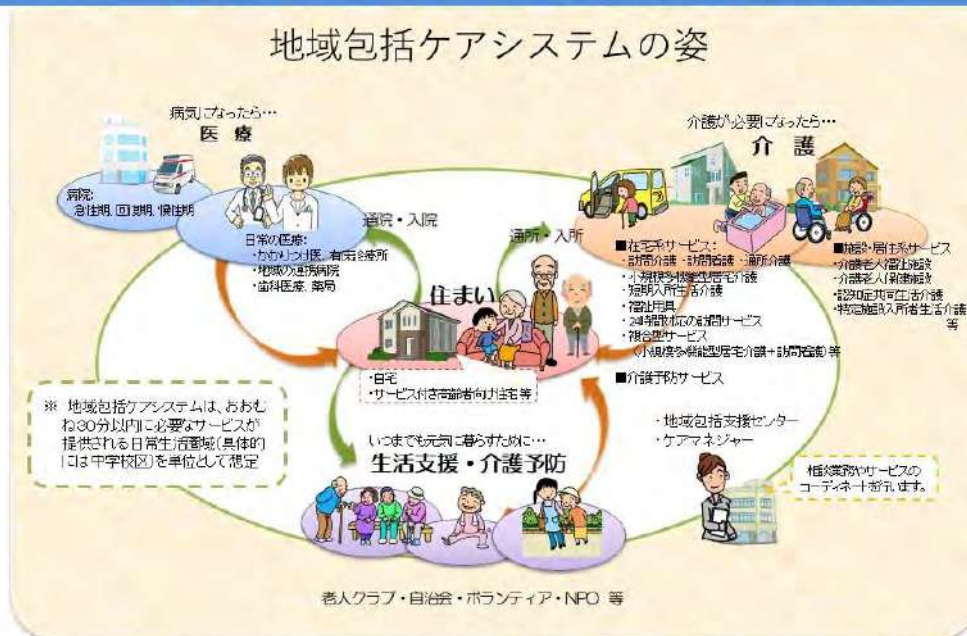
介護保険法 第5条第3項 （平成23年6月改正、24年4月施行）

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

24

地域包括ケアシステムとは？

地域包括ケアシステムの姿



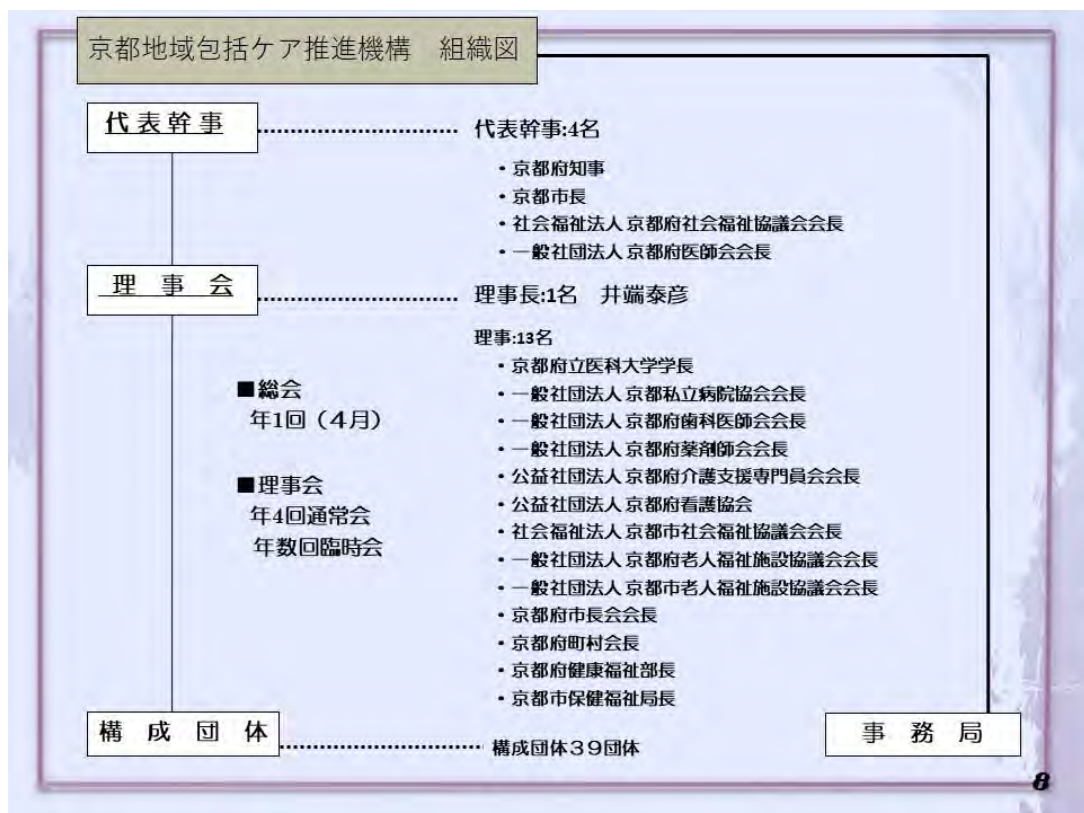
5

地域包括ケアシステムとは？

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

京都地域包括ケア推進機構事務局 = 京都府医師会館 7階 703

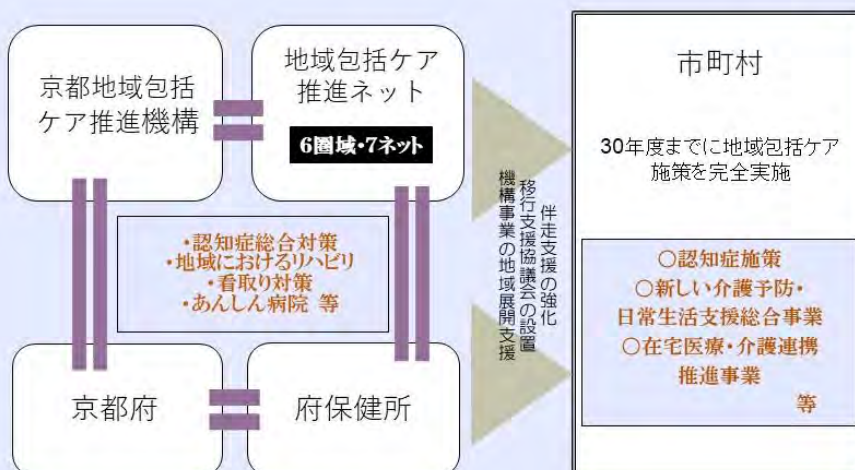




地域支援の強化

地域包括ケア推進ネットの設置（H26.6～）

推進ネットと機構が連携し、地域での事業展開を支援



市町村等の取組を支援

(平成30年度当初予算)

新・地域包括ケア総合交付金 **1億円**

市町村

地域の
実情に応じた
地域包括ケアの
推進

京都府

<主な事業メニュー>

- 認知症の人と家族が望む10のアイメッセージ実現事業
- 「さいごまで自分らしく生きる」を支える京都ビジョン・京都アクション推進事業
- 自立支援・重度化防止に向けたリハビリテーション専門職等活用推進事業
- 京都式介護予防総合プログラム普及促進事業
- 高齢者日常生活サポート推進事業
- 地域包括支援センター強化事業 等

**市町村等による地域包括ケア推進のための事業提案を
評価して採択**

10

京都地域包括ケア推進機構の5プロジェクト

京都地域包括ケア推進機構

【認知症総合対策推進プロジェクト】

医療・ケア連携部会

初期対応・地域部会

- 京都式オレンジプランの推進
 - ・認知症の早期発見・早期対応の推進
 - ・初期認知症の方や家族への支援
 - ・若年性認知症支援の推進

【地域におけるリハビリ支援プロジェクト】

リハビリテーション部会

- 地域リハビリテーションの推進
 - ・リハビリテーション医等の養成
 - ・先端的リハビリ治療の研究・普及促進

【看取り対策プロジェクト】

看取り対策部会

- 看取り対策の推進
 - ・京都ビジョン・京都アクションの策定
 - ・看取り支援施設ガイドブックの策定・普及
 - ・看取り文化の醸成

【多職種による在宅療養支援プロジェクト】

- 在宅療養あんしん病院登録システムの運営
- 府立医大附属北部医療センターの設置に伴う地域医療との協働

【介護予防・重度化防止プロジェクト】

- 亀岡市、府立医大、京都学園大と連携した大規模な介護予防の検証事業
- 市町村による自立支援施策に係る取組の支援

● 地域包括ケア推進ネットの設置

● 地域包括ケア総合交付金

11

地域包括ケア3大プロジェクトの推進

早期発見・早期診断・早期対応体制の構築

① 認知症総合対策推進プロジェクト



一貫したリハビリテーションの推進

② 地域におけるリハビリ支援プロジェクト



安心して最期を迎えられる社会の構築

③ 看取り対策プロジェクト



12

認知症総合対策推進プロジェクト

1 新・京都式オレンジプランの推進

医療・介護・福祉等関係者が連携し、認知症の早期発見・早期対応、認知症ケアの充実や家族（介護者）への支援など、府民、関係団体、行政、事業所それぞれの役割と責務の明確化を図るためにオール京都で策定



2 認知症疾患医療センターの設置

認知症の専門医や相談員を配置し、認知症疾患における鑑別診断・相談体制や地域の医療ネットワークにより途切れないケア体制を構築

府内8か所

2次医療圏域に
1箇所以上

3 認知症啓発の強化

2次医療圏域毎に認知症キャラバンメイト、サポーター等による啓発部隊を創設し、きめ細やかな啓発活動を展開（236名・7チーム）

「オレンジロード
つなげ隊」を創設

4 多様な相談窓口の設置や見守り人材の養成

- ・京都府認知症コールセンター
- ・きょうと認知症あんしんナビの充実
- ・京都高齢者あんしんサポート企業の養成



5 京都認知症総合センターの整備

13

新・京都式オレンジプラン(第2次京都認知症総合対策推進計画)

計画期間

2018年度～2023年度(6年間)

新・京都式オレンジプランの特徴

- 行政だけでなく、あらゆる関係団体や府民が行動すべき取組を明示
- アウトカム指標に認知症当事者を主語にした『10のアイメッセージ』を導入
- 当事者によるプラン評価や課題の把握を行うことを明記
- 「10のアイメッセージ評価」や「本人ミーティング」で得られた声を重点においた施策



京都式オレンジプラン 10のアイメッセージ



認知症疾患医療センターの設置

http://www.kyoto-ninchisho.org/?page_id=118

【京都府のセンター整備の考え方】

①各医療圏域に1カ所以上の配置

②高齢者人口により、複数配置(概ね6万人程度に1カ所)

《認知症疾患医療センターの役割》

保健医療・介護機関等と連携を図りながら、鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、関係者への研修を行うことにより、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図る。



16

きょうと認知症あんしんナビ

<http://www.kyoto-ninchisho.org/>

認知症の人と家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるために。

きょうと認知症 あんしんナビ

「認知症かな?」と思ったら → 認知症の理解 → 医療・介護の窓口 → 若年性認知症のこと → 問い合わせ

本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられる社会を目指して。

お知らせ

2014年6月5日 (木) 【交付終了】7月4日 (金) 【支援者のための若年性認知症研究会(京都府会会)】開催のお知らせ

2014年5月29日 (木) 【認知症あんしんナビ】を20カ所増設!

京都地域包括ケア推進機構 | 京都府の取り組み | 生涯・行事業内 (準備中) | リンク集

インターネット | 保護モード: 無効 | 80%

17

認知症に関する相談窓口

http://www.kyoto-ninchisho.org/?page_id=36

認知症全般に関する相談窓口

京都府認知症コールセンター
☎0120-294-677
月曜日～金曜日10:00～15:00

京都府若年性認知症コールセンター
☎0120-134-807
月曜日～金曜日10:00～15:00

若年性認知症
(65歳未満で
発症された方)
の相談窓口

18

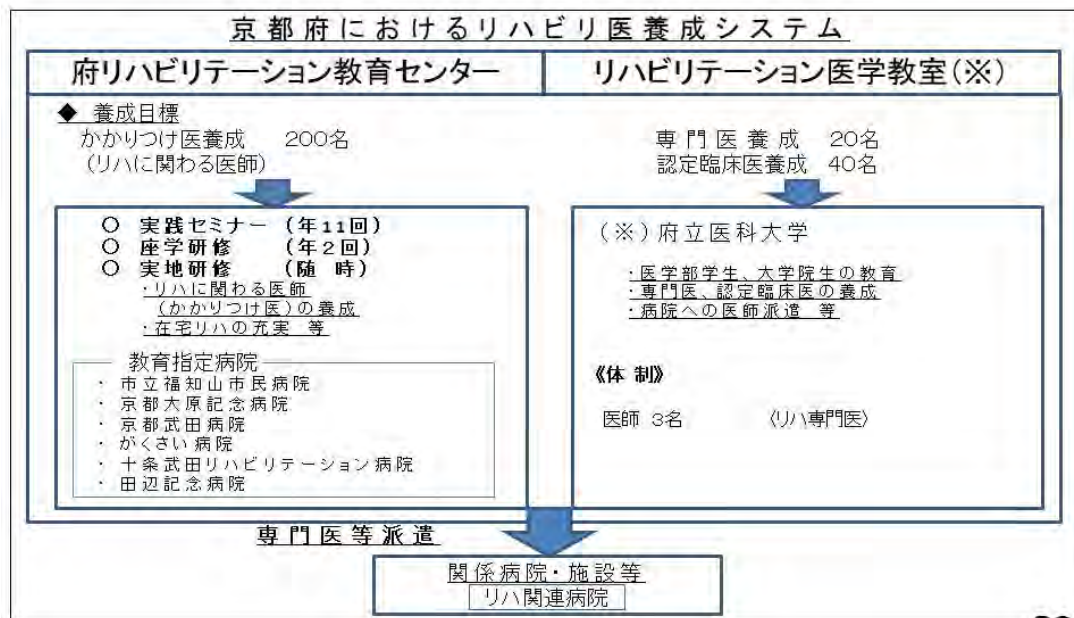
地域におけるリハビリ支援プロジェクト

- ①平成26年度から平成30年度に行う施策の具体的方向を定めた「総合リハビリテーション推進プラン」に基づいて事業を推進
- ②府民が住み慣れた地域で安心して、いきいきと暮らせるよう、急性期から回復期、維持・生活期まで継続した総合的なリハビリテーション提供体制を実現するため、「連携体制構築」、「施設拡充」、「人材確保・育成」の3つの柱で施策を実施

連携体制	- 府内の医療圏域(6圏域+京都市域)に、地域リハビリテーション支援センターとしてセンター長(医師)およびコーディネーター(リハ専門職等)を配置 - 地域包括支援センターや保健所などと協働したリハビリサービス提供に係る連絡調整や情報共有、リハビリ従事者に対する訪問指導等を実施 - 京都市域における協力病院体制の構築を推進
施設拡充	- 回復期リハビリテーション病棟整備促進事業を実施 - 訪問リハビリテーション事業所の開設、事業拡張に対し助成を行う訪問リハビリテーション事業所整備促進事業を実施 府立医大にロボットリハビリテーションセンターを開設し、先端的ロボットリハビリテーション実証事業を実施
人材確保・育成	- 卒業後府内での就職を希望する者に修学資金を貸与する理学療法士等修学資金貸与事業の実施、リハビリテーション専門職に特化した就業フェアの開催 - リハビリ従事者に対する在宅リハビリ等に係る研修の実施 リハビリテーション教育センター(H25.7開設)による、リハビリに精通したかかりつけ医を養成するための座学研修や実地研修の実施 - 府立医大に開設したリハビリテーション医学教室(H26.10開設)による、専門医や認定臨床医の養成への取組を開始

19

平成25年 7月 京都府リハビリテーション教育センター 設置
 平成26年10月 リハビリテーション医学教室 設置



20

看取り対策プロジェクト

- ・ 超高齢、多死社会の到来を見据え、「どこで、誰に看取られ、どのような最期を迎えたいのか」という人生の最終章の希望を実現できる社会基盤の構築が必要
- ・ 看取りは、行政、医療、福祉や介護だけでなく、権利や法律、死生観も絡む複雑な問題
- ・ 地域包括ケア推進機構に「看取り対策プロジェクト」を設置して検討

21

看取り対策プロジェクト 京都ビジョン・アクション (平成27年3月)

【目標】

住み慣れた地域で、最期まで自分らしい暮らしをおくることができる社会を実現するため、京都の持つ資源と府民及び関係者の力を結集し、本人や家族が変化していく、状態・状況に応じ、療養する場所や医療・介護等が柔軟に選択できる環境と体制を構築する。

体の痛みを
緩和してほしい

自分の生きがい
や楽しみ趣味等をして過
ごしたい

療養の場所は希
望どおりにしたい

信頼できる医
療・介護ス
タッフの支援
を受けたい

病状の正しい理解
のため十分な説明
をして欲しい

願 い

心の痛み
や不安を
和らげて
ほしい

家族や大切な
人と十分に時間
を過ごしたい

自分の希望す
るケアや医療
を受けたい

延命処置等
の希望を家
族に伝えて
おきたい



【2025年 みんなで創る看取り社会の姿＝ビジョン】

- 1 状態・状況に応じて、柔軟に療養場所や医療・介護等の選択ができる社会
- 2 身体や心のつらさが和らぎ、最期まで自分らしい生活ができる社会
- 3 医療・介護・福祉の関係者、地域団体や企業等が連携・協働で支える社会
- 4 地域で支え合い孤立死等を防止できる絆社会
- 5 一人ひとりが「命」について考え、死に向き合える看取りの文化が醸成される社会

22

看取りサポート専門人材の養成研修

医師(アドバンス・ケア・プランニング及び意思決定支援に係る研修)

実施主体: 京都地域包括ケア推進機構
対象: 京都府内の医師
内容: 講義(半日)



看護師、介護支援専門員(看取りサポート専門人材養成研修)

実施主体: 看護協会、介護支援専門員会(府補助事業)
対象: 看護師・訪問看護師(4日間)、介護支援専門員(3日間)
内容: 講義・グループワーク



施設職員(看取りケア向上研修)

実施主体: 京都府老人福祉施設協議会、
京都市老人福祉施設協議会(府補助事業)
対象: 特別養護老人ホーム及び認知症対応グループホームに勤務する職員
内容: 講義・グループワーク(3日間)



23

看取り対策プロジェクト 看取り支援 施設ガイドブック

(1)趣 旨

生活の延長線上の「住まい」である介護老人福祉施設においても、医療、介護等の様々な職種が連携し、本人・家族の意思を尊重した看取り介護計画の作成【看取り介護加算の申請要件】など施設の看取りを支援

(2)対 象

介護老人福祉施設に勤務する職員（施設長、生活相談員、ケアマジャー、介護職員、看護職員等）



【看取り支援・施設ガイドブックの特徴】

- 「急変時の対応等医療との連携が不安」、「職員の経験や知識不足で看取りをどのように支援していけばいいのか具体的にわからない」など、心配や不安を払拭し、施設における看取り支援の手引き書となるよう、誰もが読んでもわかりやすい内容に
- 「入居前のアプローチ」から看取り後の「振り返り」まで、プロセスごとに留意点を記載。また、イメージが持てるよう、実際に施設で工夫されている事例などをコラムで紹介

24

アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning = ACP

自分がどのような医療を受けた
いか（受けたくないのか）、ど
こで人生の最終段階を過ごした
いかなど、希望や考えを決めて
いくための話し合いのプロセス
のこと



25

看取りについて考えていただくための 府民啓発マンガ冊子〈在宅編〉



母の願いである“最期まで自宅で過ごす”ことを実現するため、娘が仕事を続けながら、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護師などの医療・介護スタッフの支援を受けて、自宅での看取りを成し遂げたストーリー。最期に過ごす療養場所や医療・介護等について元気なうちから考え、家族・支援者と話し合うことの重要性を伝えています。

26

看取りについて考えていただくための ラジオリレートーク集



在宅や施設での看取りを支える医師や訪問看護師、介護支援専門員などの様々な専門職が、「自身の役割や「心に残る事例」などについて語った珠玉のKBSラジオリレートークのエッセンスを冊子にまとめました。御自身や御家族の療養を支える医療・介護・福祉の専門職がどのように関わり支えてくれるか等について御理解いただき、終末期の不安や軽減を図ります。

27

<http://www.kyoto-houkatucare.org/anshin-hospital/>

在宅療養中の高齢者が、かかりつけ医の協力によりあんしん病院を事前登録することで、体調不良時にかかりつけ医の判断によりスムーズに病院を受診、必要に応じて入院ができ、結果として早期退院につなげ「在宅療養を維持」することを目的とした「全国初のシステム」

京都府内在住の高齢者（65歳以上）で、療養中の方

高齢者が在宅療養が困難になった際の比較的短期間の入院をかかりつけ医を通じて受け入れる

病院の地域連携室（担当者）を中心にかかりつけ医を含む在宅チームと連携し、退院調整を行い、在宅生活へのスムーズな移行を実現

在宅療養あんしん病院138病院、登録者12,641人
(平成30年3月31日現在)



28



京都式地域包括ケアシステム

介護や療養が必要になっても医療・介護・福祉の
各サービスが一体的に享受でき、すべての府民が
住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために



30

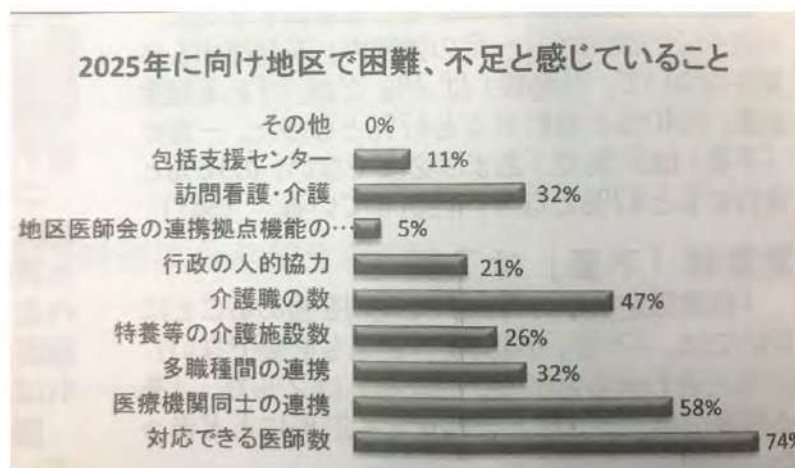
4、ディスカッション前の講演

小室整形外科医院 院長 小室 元

京都府地域包括ケア構想における医療圏ごとの現状、課題、解決方向 京都府2013年3月「地域における主な課題と対策」

- 1、医療従事者確保
 - ・現状：人口10万人当たり医師数が全国で一番多い。
 - ・解決方向：看護大学・養成校卒業生の府内就業促進
- 2、在宅医療の充実
 - ・現状：2025年に在宅医療で対応する患者は9割増
 - ・課題：訪問看護師の不足
 - ・解決方向：病院看護師に対する訪問看護（在宅医療）への誘導
- 3、病床機能転換
 - ・現状：国推計値では病床不足地域
 - ・課題：高度急性期から回復期への転換
 - ・解決方向：現行の病床数を確保し高度急性期を脱した急性期回復期以降の患者については住所地の圏域で対応

地域の医療体制についてー右京の医師アンケート



京都府保険医協会資料

地域包括支援センターの役割

- 高齢サポート（地域包括支援センター） 京都市内61か所
 - 京都市が運営を委託している公的な相談窓口 9時～17時
 - 主任ケアマネ、保健師または看護師、社会福祉士
 - 介護の相談、地域の施設やサービスの情報、介護予防の情報
 - 独居者への訪問事業

在宅医療介護連携支援センター（モデル事業）の役割は？ －アンケートの声

地域の医療介護資源の把握

- 在宅医療をされている診療所のリストがほしい。得意分野は？
- 在宅看取りの経験のある診療所や事業所の情報がほしい。

在宅医療介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 薬剤師がサービス担当者会議に参加できるよう声掛けしてほしい。
- 医療を受けていない独居者の介入方法がわからない。

医療介護関係者の情報共有の支援

- 京あんしんネットの普及
- 各病院の退院時の対応が違う。入退院時の共有の連携ツールがあるとよい。
- 右京区全体のIT化（病院と在宅との情報共有）、サマリーの共有化
- 右京区は広域のため、情報の集約必要。

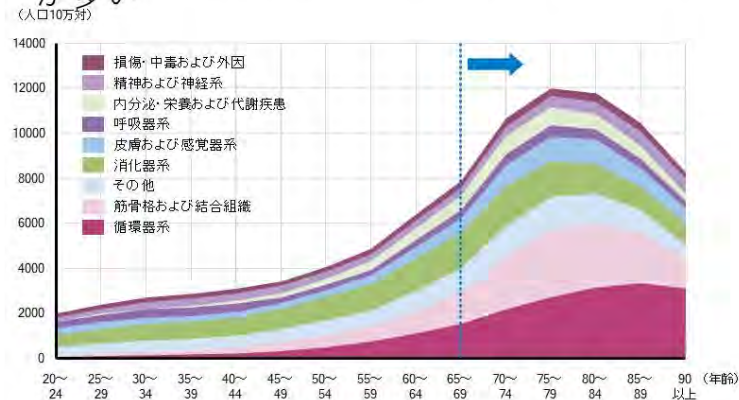
在宅医療介護連携に関する相談支援	・医療の介入が必要なケースに相談にのっていただける機関があれば心強い。 ・困難な状況に立ち至った時の具体的な解決法、対処法を教えてほしい。 ・連携室がない、機能していない病院への対応。
医療介護関係者の研修	・病院の先生も含めた多職種で集まり意見交換したい。 ・ヘルパーに在宅看取りの研修をしてほしい。
「介護」の認知	・独居が増えている今、本人が希望する場所で最後まですごせるよう地域の理解が広まるよう広報活動が必要である。 ・在宅にたいする知識の周知をお願いしたい。
その他	・在宅療養するための幅広い情報提供を期待。 ・認知症患者の家族サポートに対するアドバイス

医療介護に必要な連携のかたちとは？

- ・組織のつながり 医師会 地域の介護の団体は？
- ・人のつながり 個々の医療機関とそれぞれの介護事業所？
- ・情報のつながり FAX、電話が主 記録性は？

年齢階級別疾病大分類別受療率（2008年：外来）

- 高齢者では循環器系（脳血管疾患を含む）や
- 筋骨格および結合組織系の疾患を有することが多い



8

1501

厚生統計協会編 平成20年患者調査(上)表28-2より作成

小室整形外科医院の紹介

- 整形外科 リウマチ科 皮膚科 リハビリテーション科
- 地域連携室設置 医療介護連携、研究会企画
- 医療－運動器リハビリテーション（理学療法士による）
- 介護－通所、訪問リハビリテーション
- 2017年より、通常診療＋訪問診療（運動器中心）開始
- 50周年記念事業 2019年 リハビリセンター開設

フォーラムの案内 HP FB

- 小室整形外科医院HP ウエルネスラボ フォーラムの記録
- 小室整形外科医院地域連携室 リアルタイムの情報発信週1回
- メッセンジャー
- 地域医療連携室 Fax メール
- フォーラム、リハビリセミナー 案内

フォーラムの案内 HP FB

- 小室整形外科医院HP ウエルネスラボ フォーラムの記録
- 小室整形外科医院地域連携室 リアルタイムの情報発信週1回
- メッセンジャー
- 地域医療連携室 Fax メール
- フォーラム、リハビリセミナー 案内

ディスカッション(テープリライト)

司会 それではパネルディスカッションに移らせていただきます。小室先生よろしく願いいたします。

小室 パネリストの方はどうぞ上にお上がりください。ディスカッションの前にちょっとスライドを簡単にお見せします。僕の質問みたいなものですが、今日のテーマです。壇上には伊藤照明先生、右京医師会の在宅医療推進委員会の先生です。在宅医療に関して熱心にされている先生です。そして川添チエミさん。この方は嵯峨野病院の居宅介護支援事業所のケアマネジャーで看護師でもあります。それから新井妙子さんです。新井さんは西京病院の看護師さんで、入退院とかで地域連携のことで非常に関わっておられます。それから木谷昇さん。うちの地域連携室の職員です。彼はもともと一般の仕事で医療とか介護とかとは関係のない仕事をされていたのですが、うちの地域連携室では割りと一般目線の話ができるかなということで入ってもらっています。(以下・印はスライド)

・ いろいろ資料を持ってきましたけれども、これは『京都府地域包括ケア構想における医療圏ごとの現状、課題、解決方向(京都府 2013 年3月「地域における主な課題と対策」)』ということで京都府の資料ですが、医療従事者数が現状 10 万人あたり医師数が全国で一番多いのが京都だということで、これは新聞にも載っていましたが、京都府はお医者さんの数が人口あたり一番多いと。だから医療従事者の確保は「医者の確保」とはぜんぜん書いていないのです。

解決方向は、看護大学・養成校卒業生を含めた就業促進。看護師さんとかをもっと増やさなければいけないということ。

それから在宅医療の現状は、あと7年ぐらい経った 2025 年には、在宅医療で対応する患者は9割増えると。どんどん増えるということです。そして訪問看護の不足。つまり訪問看護師が不足するから、病院看護師に対する訪問看護(在宅医療)への誘導であるとか病床機能を回復期へ転換するとか、そういったことが書いてあります。

・ これはついこのあいだ僕も聞いたばかりなのですが、保険医協会が出している資料でドクターにアンケートを取ったものですが、「2025 年に向け地域で困難、不足と感じていること」で、これを見たら一番下に「対応できる医師数」が不足しているのではないかと、74 パーセントが感じていると。お医者さんはいっぱいいるはずなのに、右京の対応できる医師数はすごく不足しているのではないかと感じているということです。次が「医療機関同士の連携」で、連携をどうしたらいいかというのが 58 パーセント。それから「介護職の数」。それから「訪問看護・介護」の不足ということも感じていると。「地区医師会の連携拠点機能の…」というのは、伊藤先生がこれからご説明をされると思いますけれども、5パーセントが感じているその機能がここでもしかしたらできるかもしれないというふうなことです。

・ これは医師会が取った「在宅医療介護連携支援センターの役割は？」ということで、アンケートをそのままコピーしています。これがいえば医療と介護の連携の課題がそのまま載っているのかなと思います。伊藤先生がまとめたものですが、これを見てディスカッションをやっていけばいいのかなと思っています。

例えば「在宅医療をされている診療所のリストがほしい」「在宅看取りの経験がある診療所や事

業所の情報がほしい」「薬剤師がサービス担当者会議に参加できるよう声掛けしてほしい」「医療を受けていない独居者の介入方法がわからない」「京あんしんネットの普及」「病院の対応が違う。入退院時の共通の連携ツールがあるとよい」「右京区全体のIT化(病院と在宅との情報共有)、サマリーの共有化」「右京区は広域のため情報の集約が必要」。

・それから「医療の介入が必要なケースに相談にのっていただける機関があれば心強い」「困難な状況に立ち至ったときの具体的な解決法、対処法を教えてください」。これは介護職の方からのお話です。一部はドクターからということです。「連携室がない、機能していない病院への対応」「病院の先生も含めた多職種での集まり意見交換をしたい」「ヘルパーに在宅看取りの研修をしてほしい」「独居が増えてる今、本人が希望する場所で最後まで過ごせるよう地域の理解が広まるよう広報活動が必要である」「在宅に対する知識の周知をお願いしたい」「在宅療養をするための幅広い情報提供を期待」「認知症患者の家族サポートに対するアドバイス」。こういったことが地域での医療介護の連携の課題ということのようです。

・「医療介護に必要な連携のかたちとは？」ということで、人と人とのつながり、顔が見える関係、それから医療機関とか介護事業所同士というのがあります。それから組織のつながりというのは、医者は主に医師会から情報を得たりするわけですが、地域での介護の団体というのは、例えば僕が取り組もうとして、介護の情報を得るのに介護のそれぞれの事業所にはいろいろ聞けるのですが、介護の団体のどこに質問したらいいのかというのは素直な疑問なので、これは後で川添さん教えてください。

それから先ほどから話題になっている情報のつながりです。先ほどの講演会で藤原先生は顔が見える連携を作られていました。福井先生は人手不足だから放っておいても情報が集積してくると、どんどん診療中も電話が掛かってくるし、どんどん訪ねて来られると。もちろんうちも訪ねて来られても別に何の問題もないのですが、そういう情報のつながり。ファックス、電話、京都はファックスが結構多いです。ただこういう情報というのは流れてしまって、記録性がどの程度あるのかという問題も僕は感じています。例えばスタッフが受けた電話が僕に伝わる、そのときにちょっと話が違ってたりすることもあります。そういったことを主に見ていきたいと思います。

・では今回のアンケートをお見せします。今この場にいられている方のアンケートです。皆さんご協力ありがとうございました。実際この場の来場者数は125名いらっしゃいました。ありがとうございます、それだけ関心の深いテーマだと思います。集計結果としては回答が90名で、職種はドクターが6名、歯科医師2名、看護師さんが17名、介護職が12名、薬剤師6名、事務職が13名、その他34名と、いろんな職種の方がいらっしゃいます。

・まず全部の職種を分けてできなかったのが、医師に質問です。「介護職と連絡連携がうまくいかない場合はありますか?」、「はい」が8名、「いいえ」2名、「未回答」1名ということで、「はい」が多いです。

・「はいの方、その理由はなんですか?」ということで、「時間が合わない」。そうなんです、僕もよく時間が合いません。診察が終わってから電話しようと思っても、夜で皆さん介護職の方はいらっしゃらないということが多々あります。それから診察中に電話が掛かってきたら、患者さんの話をずっと

しているわけにはいけないので、どうしようもない。それから「返事が遅れる」3名、「連絡手段」、「人柄」が1。これは僕のことかな。僕はよく怖いと言われるので、すみません。一応そういう想定をして「人柄」と入れたのですが、もしかしたらそうなのかなと思います。それから「話が通じない(特に医学的なこと)」、これは当然です。それから「医師の自由な時間、曜日が限られる」。そうですね、自由な時間が限られる。先ほどの藤原先生も福井先生もほとんど身を削るように働いていらっしゃいましたけれども、その間で介護職の方とどうやって話をされているのかすごく聞きたいのですが、「介護の方になかなか時間を合わせてもらえない」というのがあるということです。

・ それから「いいえの方に連絡連携がうまくいっている理由は何ですか?」、介護の立場を理解した上でコミュニケーションをとることを心掛けていますと。これは非常に重要なことです。ドクターが上から目線でやっているだけではできないのは充分わかります。

・ 医師以外の方に質問です。「医師と連絡連携がうまくいかない場合はありますか」。「はい」が54。やっぱりこっちも大多数が連絡連携がうまくいっていないということをおられるわけです。さっきのドクターも「はい」が多くて、これも見た感じ 70 パーセントぐらいです。医師以外の方に聞いても連携連絡がうまくいかないの「はい」が 54 ですから、みんな連携連絡はすごく重要なのは分かっているけれども、うまくいっていないと思っている人が非常に多いわけです。「いいえ」17 パーセント、「未回答」12 ということです。

・ 「はいの方、その理由は何ですか?」。これも「時間が合わない」「断られる」というのもあります。断られるというのは、たぶんドクターが無碍に断ることはないから、今は時間がないから断るというパターンが多いと思いますけども、医者の方も話をしたいけれども時間がないという場合があると思います。それから「返事が遅れる」、これもありがちです。そして「連絡手段」。この連絡手段に困っているという人が結構多いです。「人柄」が8、「その他」7ということです。

・ 「いいえの方、連絡連携がうまくいっている理由は何ですか?」。「連携の窓口や受付の方がスムーズに調整してくれている」「コミュニケーションがとれている」「メールで気軽に連絡しあえる先生がいる」。このメールですが、僕も実際正直なところ、例えば電子メールとか Facebook とか LINE で連携できるドクターとはやっています。ただガイドライン上は、一応それがアウトというふうに厚生労働省の見解としては出ているので、ではどうしたらいいのかなと思っているわけです。やっていたからといって捕まるわけではないと思いますけれども、それが例えば携帯を落としたときに、それを見られて患者情報が漏れたと。では僕は新聞に載るのかなとふと思ったりすることがあるんですけども、「メールで気軽に連絡」。それから「ケアカフェで毎月話ができる」。ケアカフェって京都にあるんですか。誰か知っている人はいますか。

伊藤 認知症カフェは何カ所かあります。それをケアカフェと呼んでいるのか…

小室 それから「患者さんのことだけでなく、普段から人となりを知れる」「ケアマネさんなどが連絡をとってくださり、医師と直接連絡をとる場面が少ないから」「総合病院、かかりつけ医、介護とよく連携がとれている」「すぐに返事をしてくださる」。これはうまくいっている理由です。「都度必要に応じて情報共有している」「訪問前に必ず患者情報を得るために、医師だけでなく方から情報を集めている」と、なるほど。

結構、毎月話ができるとかメールで気軽に連絡がとれるとかコミュニケーションということで、要は連携がうまくいっているというのは連絡がうまくいっているというのが確かにあるということですね。

・では「現在の業務の連絡方法は主に何ですか？」という質問では、「施設電話」が 61 パーセント、「携帯電話」が 29 パーセント。この携帯電話が自分の携帯電話なのか施設から貸与されているものか、それはちょっと分かりません。FAX が 58 パーセント。ケアマネジャーの方は今は FAX をよく使われていましたね。川添さん、FAX のあれは何でしたか。

川添 通常は FAX 連絡票と言っているもので、正式名称は居宅介護支援連絡票か何かです。小室 確かにケアマネさんから来ます。それに書いて送るのですけれども、例えば僕なんかすごく字がきたないので、自分で書きながら読めているのかなというのがありますし、どうしても FAX が届いているのに気付くのが遅れて、連絡の遅れというのはそういうことかなと思いますけれども、実際に連絡が遅れることがあります。この内容ってもっと早く連絡しないといけなかったんだと思うことが結構あります。それから「紙文書」が 19 パーセント。紙はいつもいっぱい送られてきます。それから「メール」が 26、LINE などの SNS が 9。以外に LINE とかはあまり利用されていないのかなというのが、これは今日のアンケートですから実際のことだと思いますけれども、利用されていないというのが分かります。

・先ほどの「京あんしんネットを知っていますか」。僕は別に業者と結託しているわけでは全くありません。これは非常にセキュリティが高いということでこれを使いましょうということで、府の医師会が非常に推進しようとしているわけですが、ここにおられる方はアンケートに「はい」と答えていただいた方が多いです。「いいえ」が 25 で、だいたい半分ぐらいは知られているということです。ただ実際 SNS はこういうことですから、使われていないというのが現状かと思います。

・それで、「今回ディスカッションしたいことがあれば記入してください」ということでは、「請求業務や支払い等、誰に任せているのか」、全部これを一々ディスカッションできませんが、「患者情報の共有方法について」、これは重要なことです。「病院によって対応の方法が違っていて分かりにくい」「ケアマネに医療から要望されることは何でしょうか」。ケアマネに医療から要望されていることは何でしょうか。僕も医療から要望されていること、これはドクターの方にぜひケアマネに要望することを教えてほしいです。それから「4月から介護保険で医療・福祉の連携が強く言われている中で、ケアマネが抑えておく必要がある点は何でしょうか」、これは結構具体的な話です。それから「ICT を使わずして困ったこと、ICT を利用して困ったこと」。先ほどのあんしんネットとか LINE とかの話です。「薬剤師が在宅医療に貢献する内容」「今後在宅に必要な薬剤師像」ということで、薬剤師さんの話です。

・それから「IoT の活用による情報連携に対する期待」。何か ICT や IOT、いろいろありますが IT の技術に関心があり使ってみたいという要望はあるようです。それから「多職種連携ができている事例、発表があれば教えていただきたい」。先ほどの藤原先生と福井先生の話です。それから「地域連携には窓口が多数ある(施設／病院の相談員、包括支援センター、居宅介護支援事業所等)」と思われますが、②の質問で介護職との連携のみに限定されているのはなぜでしょうか。一括りにされているのでしょうか。別にそんなことはないんですけれども、アンケートを集計する関係で

ちょっと少なくただけです。申しわけありません。「向日市での地域医療について京あんしんネットがどうなっているか確認したい」「あんしんネットの本当の使い方・使い勝手、気管切開・嚥下困難がある患者さんに対して何かできることがあるかを考えている。在宅を診るための医療機器が少ない」「あんしんネットの本当の使い方、どのプレイヤーが主導すればうまくできるのか議論したい」、これは僕も思います。例えば地域医療の連携チームを作った場合、誰が主導するかというのはやっぱりリーダーシップが必要だと思うので、その辺を藤原先生や福井先生に実際はどうかということをお聞きしたいと思います。

ということでいろいろありますけれども、連携は重要だけれどもうまくいかないというのは結構多いというふうに書いてあります。ちょっとこのことについてディスカッションしていきたいと思います。ではまず伊藤先生からお立場を説明していただいて、在宅医療とか右京在宅医療介護連携支援センターの説明をしていただいて、うまくいかないというのは何が問題としてあるのか、ちょっと先生のご意見をお聞かせください。

伊藤 右京医師会で在宅医療・認知症を担当していますイトウ診療所の伊藤と申します。よろしくお願ひいたします。

まず普段の診療ですけれども、午前の外来が9時～12時、午後の外来が18時～21時、昼間に訪問に出かけています。在宅の方は7、8年前からぼちぼちやり始めて、依頼されるがままに受け入れていました。先月の在宅の請求が85名、在宅看取りは年間20例ぐらいで、先月は特に多くて5例ありました。

それからセンターですが、受付の隣にセンターのリーフレットを置かせてもらいました在宅医療介護連携支援事業というのは、京都市が各市町村で平成30年4月までにこの事業をしなければいけないという国からのお達しがありまして、京都市も重い腰をあげて取り組みはじめました。珍しいことに右京区が先にこの事業に抜擢され、去年の12月から正式に稼働しています。

主な業務としては、それぞれ医療介護関係者の研修会とか市民講座をなさいますなどがありますがけれども、一番の目玉というのが相談業務です。そちらがセンターの目玉の業務になります。その相談業務のためには人を雇わないとできませんので、去年の12月からケアマネジャー資格を持つ、看護師ではなく福祉出身のケアマネジャーにこのセンターに専任してもらい相談事業を受けています。

去年の12月からですから4カ月間ですが、相談件数が51件とかなり予想していたよりは多い件数になりました。主な相談内容は、訪問できる医者を教えてほしいということです。例えばこの地区で今度訪問診療が必要なので医者を紹介してほしい、と相談されたときに、センター側からその地区だったらA先生とかB先生がいますので当たってください、だけの業務にはしていません。具体的にどういった患者さんでどういった病気でどういう状態かということをきちんと聞いて、その上でその情報を元にセンター側で医療機関と直接話しをしています。つまり介護側から見たら、医療に対するハードルの高さをできるだけ低くなるよう相談業務に当たるようにしています。その結果、51件とかなり多い相談が寄せられているのかなと思います。

小室 ありがとうございます。僕も右京医師会の理事でもありますので、この右京在宅医療介護連

携支援センターというのは、要は介護職の方と医療機関をつなぐという形でよろしいですね。

伊藤 はいそうです。相談相手としては医療や福祉の専門職です。一般市民ではありません。あくまでも専門職からの相談内容を受けるということです。一般の方からだとかなりいろんな要望があります。今まで入院していたけれども、同じ処置を在宅でやってほしいとか、ドクターショッピングされる方が新たな医療機関を探しに相談される、そういう相談が多くあります。非常に大変な業務になりますので、あくまでも専門職からになります。

小室 これからですけれども、いろんな情報を集積して介護職の方にいろいろ情報提供をということですね。ありがとうございます。ぜひ活用してください。

次に西京病院の新井さんですが、先ほどあんしん病院が京都府でも登録があるということで話題に上っていました。あんしん病院というのは患者さんにいざという時のために登録してもらって、例えば独居の方に登録してもらって、何かあったらそこに入院できるようにするというシステムを機構が取っているようで、機構ということは京都府全域でということですね。実際にそれは非常に機能しているのでしょうか。すみません、西京病院のお立場をまず説明してください。

新井 右京区の西京病院の看護師の新井といいます。当院は150床のケアミックスの病院です。急性期もありますが、慢性期に力を入れている病院であり、地域に密着したケアを行っていきたいと思っております。

私はその中で副看護部長として活動していますが、できるだけ地域と連携していきたいと考えており、右京の医師会の懇話会など、できるだけ参加させてもらっています。そこで顔の見える連携が取れるように心掛けています。

あんしん病院は実際登録されている方はおられますが、それを使って入院される方はほぼいません。当院の理事長は、地域の病院の先生、診療所の先生の方と常に連携されているので、診療所の先生から入院の必要な患者さんの紹介があれば、入院依頼は電話1本ですむということになり、そのシステムを活用していません。

患者さん側にしても、何かあったときにすぐに病院に相談できるわけではなくて、かかりつけの診療所の先生を通して、病院の紹介ということになるので、そこでちょっとひと手間があったりするのかなと思ったりします。登録されている方がいつでも安心して入院できるということであれば、登録している病院に土日・夜間など診療所が開いていない時にこそ、その病院の窓口を叩けるということができれば、もっと安心できるのではないかと思います。例えば病棟では患者さんの退院前に担当者会議があります。

そのときに「一度家に帰ってみて、心配だったらまた病院の方にご相談くださいね」ということを一言添えるだけで、本当に患者さんやご家族の方は「ああ、その一言を聞いて安心して帰れる」というふうにおっしゃっていただけるので、このシステムはこのような活用ができないので、その辺がちょっと問題かなと思っております。

小室 せっかくシステムはあるけれども、それが使われているか…

新井 診療所の先生からの紹介を私たちは受けて登録になるので、私たちがそこに手出しはできないのと、病院にいる看護師というのはあまり在宅のことを知らない看護師も多いので、そういう制

度がありますよという周知徹底をそれほどしていない現状があると思います。

小室 あんしん病院のシステムというのは、確かに別に使わずとも入院を依頼すればできるということで、その手続き自体がどうかと思っているのですけれども。

新井 病院の機能にもよると思いますが、総合病院だとか急性期病院では、連絡して即入院というのは難しいとは思いますが。けれども、地域に密着してケアをしていこうとしている当院では、医師を通さずとも地域連携に一本連絡くだされば相談に応じるという形をとり、それは病院の理念としてやっています。

小室 うちもかかっている患者さんをあんしん病院に登録するというのはしているのですけれども、実際にそれを使ったことというのほとんどないです。

新井 夜勤の看護師もいるので、登録されている方の一覧は置いてはいるのですけれども、たぶん見ていないと思います…。

小室 では、どうやったらそれが有効に機能するかを今から考えていけないといけないですね。実際そういうことをぶっちゃけて話し合う場がないのも確かなので、それは後で意見として言ってもらいましょう。

では川添さん、先ほどちょっと質問したことですけれども。まず連絡方法が今は FAX でやっていて、この前ちょっと川添さんとお話したときに、FAX でないといけないというふうに思っていらっしゃるケアマネさんがいる、そういうことを言われていましたね。それから例えば医師会がドクターの団体として、介護職の方にこういうふうにやってもらったらという話を持っていく場合に、そういう組織というのはどこがあるのでしょうか。

川添 嵯峨野病院の川添と申します。よろしくお願いいたします。私はケアマネジャーですけれども、うちは5人のケアマネジャーで、予防も含めて約160名弱の利用者さんを担当しております。その中で院長がいるので言いにくいのですが、嵯峨野病院の主治医というのは1名だけで、あとは全て他の医院の先生が主治医ということになっております。

それは母体が医療療養と介護療養ですので、外来機能もあまり積極的にはやっていないというような病院の背景から、うちのケアマネジャーが担当している利用者さんの主治医については、地域の先生方というようなことになっております。

今の先生の質問ですが、最初のアンケートに「ケアマネジャー」「CM」「介護支援専門員」、同じ職種なのですが3種類の表記がありました。それはたぶん書かれた通りまとめられたのでそうなったと思うのですけれども、たぶんこの連携という話をするときに、まず介護支援専門員とは何か、介護支援専門員がどこまでやるのかというようなことが、制度が始まって18年経ちますけれどもまだ理解が深まっていないのかなというふうに思っております。

小室先生の質問にお答えしたいと思いますが、まずこの連携を考えると、個人レベルの連携、そして地域・地区の連携、それから国レベル、私はこの3つがあるというふうにいつも思っています。なかなか個人レベルを高めるということは、個人の力量の差もあるので、この表ではこの地区レベルで何とか連携を図れないかということをやってきました。

団体としましては、各都道府県に職能団体としては介護支援専門員の連絡会とか京都府介護

支援専門員会という団体がございますけれども、各行政区にその連絡会レベルがあります。ですから右京区は右京区ケアマネジャー連絡会というところが右京区内のいろいろな活動をしています。

小室 地域連携というのは割りと地域ごとだと思うので、右京区の場合だったら右京区のケアマネジャーの連絡会に連絡すれば、一応医者の集まりで医師会からこういうふうにしてくださいということであれば、一応伝わるということですか。こういうふうにしませんかということが伝わるということですか。

川添 ととき伊藤先生からもいろんな情報提供をいただいています、定期的に第3金曜日を一応定例会として、右京区内のケアマネジャーが集まる会というのがあります。

小室 それはほぼ、どの事業所のケアマネさんも皆さん所属されているのですか。

川添 一度実績をとったことがあるのですけれども、1年間まったく来なかった事業所というのは1カ所とか2カ所ぐらいの感じで、それは少し前のデータですけれども、ほとんど交代で1回休んでも毎月ありますので、年に何回かは参加しています。

小室 僕自身は各事業所と連絡をとらないとというか、ケアマネジャーさん全体のところにコンタクトを取らないとなかなか聞けないこともあるし伝わらないこともあるなと思っているのですけれども、ではそことコンタクトをとれば、例えば医師会としてやればいいのではないかということが言えるということですね。

川添 そうですね、今の右京区ケアマネジャー連絡会の組織を言いますと、代表者が決まっているのですが、運営委員が昨年から交代しまして、運営委員の代表に言うよりは事務局が区役所ですので、事務局にそういう要望事項等を入れておいていただくと。そして運営委員の代表者会で検討して連絡会で諮るというふうな仕組みにはしています。ですので要望事項等については、検討するのはあるというふうに思います。

小室 ありがとうございます。特に医療ということであれば、例えば伊藤先生がされている在宅医療推進委員会とかで話し合われているわけですね。ケアマネ連絡会と医師会で定期的に会合があるわけではない。

川添 第4木曜日に医師会主催でやっておられる在宅医療推進委員会、それにも右京区ケアマネジャー連絡会の運営委員が必ず2人は担当として出ておりますので、運営委員の組織の役割分担の中で必ずその推進委員会の担当があります。そこは連携できるように組織はしております。

小室 なかなか一般のドクターがそこまでそういうふうになっているということを知っているわけではないと思うので、そういう周知も必要かなと思います。

川添 それで先生の続きですが、その連携という話の中で右京区ですっとやってきたのは、例えば今度4月からまた改定がありますが、入退院の連携の話で報酬がつく前から入院時の情報提供書については、右京区は整備いたしました。それから軽度者の福祉用具の場合、主治医に意見を言ってもらいたいものも、右京区では整備しました。ですので今度4月からの改正の中でということが求められるかという話も先ほどありましたけれども、またさらにこの辺りはケアマネジャー全体が個人が何かを考えるのではなくて、地区で考えていけるようなそういう取り組みはこの団体でしていこうかなってというふうに思っております。

小室 ありがとうございます。では木谷さん、当院で地域連携としてこの会の人集めに非常に貢献していただきましてありがとうございます。立場的に実際走り回っておられて感じていることですね、地域連携に対してどういうことが必要なのかということについて言っていただけますか。

木谷 小室整形外科医院の地域連携室で企画をしております木谷でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。そうですね、まず初めになぜこの個人病院で地域連携室があるのかという経緯から少しお話しさせていただきたいと思います。

2015 年より小室先生のところでお仕事をさせていただいているのですが、医療に対するライセンスを私は何も持っておりません。どういう職種がいいのかなということで先生とご相談させていただきましたら、地域連携室という職務があるよということで、じゃそれをやりましょうかという軽い気持ちで始めたのです。今日もたくさんお見えくださっています京都の病院会という地域連携室の連絡が医院に作られているのですけれども、大きな病院の方々の地域連携室のお仕事を勉強させていただきました。

そして私としては、どういうことをやったらいいのかということを絞り込もうと思ったのです。ところが勉強させていただいているときに分かりましたのが、この仕事はやることを絞り込んだらダメなのだとということが分かりました。そして小室先生ともお話しさせていただきながら、地域における医療介護の コンシェルジュ になればいいのですよねということで、今はそういう感覚でお仕事をさせていただいております。従いまして患者さまの個人の生活に少し入ったようなご相談を受けることもございます。

そんな中で私は「地域包括ケアシステム」という言葉をよく聞くのですが、いろいろな方に私はお伺いしたのです。実態が僕自身がよく分からないのでどうですかと。ですがそれはなかなか分からなかったのです。どなたもこうだとおっしゃっていただける方がなかなかいなかったのですが、昨年私は、今日お忙しい中お出ましくいただきました京都府の吉田課長さんの講演をお聞きしまして、ああなるほど、こういうふうなことがシステムとしてあるのだということをよく理解ができたのです。

私は民間企業・産業界で仕事をしていましたので、得意としているのは解析だとか分析だとか課題の把握、それから課題解決力とかこういうことを得意としていましたので、吉田課長さまのお話を拝聴させていただきまして、はっきりと形が分かりまして、それを地域包括ケアのもう一面の基礎といえますか、4つの助けがあるんです。自助、互助、共助、公助、この4つの助けに推進機構さまに集う 39 団体のお仕事を重ねてみたのです。そうしますと、多くは共助と公助に重なってくるのだなということが分かりました。

その次に厚労省にあります地域包括ケア研究会、ここの報告で毎年度の変化を見ていきますと、今年度なんかははるかに言葉としてはっきり出てきているのが「自助」「互助」。ここへウエイトをシフトしていくのだというお話が結構出てくるのです。そうしますと共助、公助の部分は確かに上下にものが流れる、情報が流れるシステム・組織が存在するのですが、この自助と互助のところはそういう組織ではなくて、分散型の1人に対してどういう方が付いてるのだとかいうアメーバのような感じの形になってくるなど。そこにこれからは、小室先生の今年の方針にもあるのですが、患者さまのご相談にのっていくというところをもっとしっかりやっていかなければいけないので、私は行政それから専門職、それから民間、多職種の方の連携資産をいっぱいいま蓄積いたしております。そしてどなたの

ご相談にものれるような体制づくりを医院として作っていきなというふうに思っております。これが民間企業で働いていた人間の感性で、少し見てやらせていただこうかなと思っているようなところですよ。

小室 医療介護の連携を医師会で地域連携室でやろうとしているわけですが、これは皆さんにお聞きしていないですけれども、連携が必要なことは分かっているけれども、その連携がうまくいかないときがあるというのが結構大多数の声としてありました。なぜ連携がうまくいかない場合があるのかというのを、一人ひとり個人的な意見で結構ですから言っていただけますか。

木谷 2015年に小室先生のところでお仕事させていただいて、小室先生がときどきケアマネジャーさんとのお仕事がどううまくいけてないなというような、お困りになっていらっしゃるケースを拝見させていただくことがありまして、それをじっと分析していますと、どうやらケアマネジャーさんと患者さんを挟んで問題意識と情報と価値観が共有化されていないんだということが分かりまして、そのときに泥臭いやり方ですけれども私はケアマネジャーさんに、この患者さんが先生の診察を受けるときには一緒に診察室に入ってくださいねと。そういうふうにケアマネさんを診察に僕は招待いたしまして、先生と一緒に診察室で先生のご指導をケアマネさんも一緒に聞いていただくと。そしてそのあと先ほどのペーパーですけれども、居宅介護支援計画連絡票というペーパーの存在が分かりまして、これはタイミングが大事なのですが、タイミングよく先生にお出しいただく。先生にはこれが来ましたからこのタイミングでいついつまでに返してあげてくださいねという、ケアマネさんと先生の間でコンダクティングをやらせていただいたというのが実情です。

小室 要するにケアマネさんとの意思共有が結構大事だということですね。では川添さん、なぜ連携がうまくいかないことがあるのかということについて、ケアマネの考えをお願いします。

川添 たぶんアンケートのうまくいかないの結果の中に、「時間が合わない」とか「返事が遅れる」とかいろんなことがあったかと思いますが、時間が合わないというのが一番大きいかなと思うのですが、その時間が合わないところをどの時間帯が相手にとっていいのかということ話を話合っていないということだと思います。どの時間帯が連絡が取りやすいということさえ分かれば、その時間が合わないという今日の回答が随分減るかなと思います。

小室 今日のアンケートを取って気づいたのですが、確かに僕がこの時間は連絡を取っていいよという、連絡を取りやすいですよということを確かに公表はしていないのです。それは公表じゃないけれども、介護職の人に診察時間とは違いますよね、逆ですよ。診察中はなかなかしゃべっている時間がないわけですから、じゃあこの時間だったら連絡していいですよ、それから連絡手段はこれというふうに医療側から言ってもいいということですね。

川添 そうですね、医師会が出しているケアマネタイムというのは実はそういう意味だったのですが、でも先生方のケアマネタイムが十分伝わってなくて書いておられる先生もおられますし、本当にこの時間はケアマネタイムとして受けるよという先生もいらっしゃる、医師会の本を見て掛けているケアマネジャーは非常に多いです。

小室 それは僕個人にとっては、すごくなるほど今日やって勉強になりました。時間を指定しておいて、そこにケアマネさんがまた時間を合わせるのも大変なのかもしれませんが、少なくとも連絡

が取れると。それはダイレクトの電話とかそういうことですね。

川添 そうですね。ただ、いつぐらいがいいですかと急がないことであればこんな時間にしてとか、急ぐことは診察中でもいいよと一度それを話しておく、タイミングって先ほど木谷さんがおっしゃったタイミングというのは、診察中であっても今報告をしないといけないということもあるので、例えば診察中で先生に伝えていただければ、事務の方にこういう用件で掛けましたということは伝えます。たぶん時間が合わないというところは、最初にどうコンタクトを取るかということだと思います。

小室 このスライドの右側で「時間が合わない」「断られる」「返事が遅れる」「連絡手段」、今お二人の話でちょっと見えたような気がします。

川添 それからもう1つだけ。このスライドなんですけれども、私が感じているのは先生方非常に熱心にお返事はいただけます。ですからFAX連絡票で送るのですが、全く返事がないという地域もあるんですけれども、ずいぶん前はそういう話もありました。ただ私は自分の事業所にいて、返事がないという先生ってほとんどおられません。ですので確かに忙しいなか返事が遅れるかも分かりませんが、お返事はいただけています。それとタイミング、遅くて困ることであれば送る方がFAXで送らなければいいと思います。

小室 なるほど。別にFAXで送らなくてもいいのですね。ここにはケアマネさんも結構来られていると思いますけれども、ドクターに直接電話していただくより、やっぱりFAXでちょっと遅れるという場合がありますか。ケアマネさんで誰かいらっしゃったら手を挙げてもらって、どんどん思うところを言ってください。好きなことを言ってもらっていいですし、誰に遠慮することもないですから。

石川 ご指名ありがとうございます。右京ホームヘルプサービスの石川と申します。確かに先生に最初のころは直接お電話を差し上げるのは非常に緊張いたしました、でも先生は最初直接お出になるわけではありませんので、受付の方であるとか事務の方であるとかが

適切に処理していただきますので、そこは何べんも重ねているうちに安心したところであります。でもやはり連絡票で私たちは記録として残したいというときがありますので、連絡票を書くのもかなり時間がかかりますが、事柄に応じて連絡票で連絡する場合も多々あります。そのときどきで使い分けております。いかがでしょうか。

小室 模範的な回答です。もっとこうして欲しいという要望はどうでしょうか。一応ケアマネの出席者の方のリストはここにあるのですが、あまり僕から言うと思いませんが。では、西京病院の方から連携がうまくいかないことがある事例であるとか、どうしてうまくいかないかということを教えてください。

新井 まず、うまくいった例でご説明しますと、何年か前に比べるとここ数年は、患者さんが入院されたときに、担当のケアマネジャーさんが連絡票を最近持ってきてくださることが多くて、入院した日に持参して頂けることも多く、必要な情報がすごく伝わりやすくなったなと思っています。

また、入院された高齢の患者さんが、今までは介護保険を申請していなかった。しかし認知症が進行したため、生活支援が行き届かない状況で退院を検討する状況の時、高齢サポートの方に連絡相談すると、速やかに対応してくれるようになったというのがここ数年の実感です。

ですから私たちはすごく連携しやすくなりましたが、逆にケアマネジャーさんの側から病院に連絡

するときは、どこが窓口なのだろうということでお困りになることが多いのではないかなと思います。病院の医師となるとまた外来があったり病棟の患者を診たりということで、どの時間に電話したらいいのか、お困りになるのではないかなと思います。そんな時は、病院では看護師が、医師と患者さんを取り巻くコメディカルの方との連携の間に入り調整するのが役割であるので、看護師に連絡していただければ調整させていただきます。入院中の患者さんのことで医師と連絡が取りたい、医師に相談したいということがあれば、看護師に連絡をいただければ一番スムーズかなと思います。

そして、こちらが連携において困る例は、ケアマネジャーさんも情報が少ない場合などで、その患者さんの生活歴などが把握しにくい場合です。

小室 そういうふうに情報が少ない場合、どうやって集めるのですか。

新井 本当に、連絡表などのペーパー上では何も情報が集まらない時もあるので、そのときはご家族に会うしかないのですが、しかし最近のご家族が遠方に住まれている場合があります来院をお願いするのが無理なこともあります。そういうときは電話で情報収集や相談をさせてもらうこともあります。また身寄りのない患者さんもうらっしゃるので情報がとれず困ることがあります。

小室 今日のフォーラムの題の1つに独居者に対してどうしたらいいかということがありますけれども、そういうところですね。それは例えばかかっておられた先生に直接連絡をとるとかそういうこともある？それは電話でされますか。

新井 連絡することもあります。

小室 それは時間を見計らって。

新井 いつ電話したらいいのか考えます。診療の時間が終わる時間帯に掛けることはあります。

小室 ありがとうございます。この壇上に上がっている方は結構医療介護の連携のエキスパートの皆さんですから、先ほどのうまくいってないというか、うまくいかそうとして努力されていると思うのですが、実際うまくいっていない場合というのがあると思うので、そこをどうしたらいいかなということですが、伊藤先生、ドクターの側からですけれども、例えば介護職に対して連携がうまくいかない場合というのはどういうことがありますか。

伊藤 伊藤 あくまでも個人的な意見ですが、一番困るのが在宅看取りに至るまでの医療とケアです。本人が最期まで家にいたい。家族もなんとか最期まで支えようとしている。どうしても看取りに至る過程で動けなくなる、食事が減ってくる、やはり褥瘡なんかも程度に差はあれ当然出てくるわけです。ヘルパーがその褥瘡がだんだん悪くなっているのを見て、家族に「ようこんなもん放っときはりますね。なんで入院しないんですか」と、そういうことを言われるわけです。そうすると家族は非常に不安になって、医師にこんなことを言われましたけれども大丈夫なんですかと、それに対して医師がフォローしないといけな。本来であれば必要のない往診に行き家族の顔色を見ながら丁寧に説明しないといけなくなります。

そのあとまたそのヘルパーが行って、「まだ入院してないのですか」と、どんどん家族を煽るといいますか。そのヘルパーはおそらく仕事がしたくないんだと思います。さっさと入院して欲しい。それでそのような発言が出るといいます。そういった対応をされると非常に医師の仕事が増えて、ストレスも増えて、医師としては精神衛生上よろしくないことがあります。

それから訪問看護師さんでも困ることがあります。本当にあと日の単位で、明日、明後日、明々後日ぐらいに亡くなられるという方に、「先生、仙骨が赤くなっています。褥瘡対応してください」ということを言うわけですね。ちょっと待てよと、あと数日で亡くなられる方にそれが必要なのかと。もっと全体をみれないのか、考えられないのか。要するにどんな状況でも皮膚病変、褥瘡病変に対応するのが訪問看護の仕事であり、それに対応するのが当然の仕事であると。そういった理解しかできない訪問看護師がいます。

あとは独居者の看取りに関してコメントします。最近2年間で3例の独居者の看取りをしました。それは本人が最期まで家にいたいという強い意志があるケースです。というより自由奔放で集団生活ができず、入院適応が厳しい特殊な事情の人になります。そのような方でも介護関係者からなぜ入院しない、と言われることがあります。あくまでも本人の意志を尊重していると説明しますが、なかなか理解してもらえません。

看取りが近づくにつれて、どうしても自分でトイレに行こうとするけれども、途中で行けずに倒れておしっこやうんこをその場でしてしまう、そういった状況にヘルパーが入っていくわけです。非常にヘルパーに負担がどうしてもかかるわけですが、同じ状況が重なるとヘルパーがブチ切れて、ケアマネに「医師に早く入院させるように言ってくれ」となるわけです。確かに大変な仕事ですが、あくまでも本人の意志にそうことを尊重して、働いてほしいなと、あくまでも個人的に、医師会の代表としてはありません、個人的に思っています。

小室 先生の生の声が聞けてよかったです。要は在宅を一生懸命されている先生がそうっておられるということは、ドクターの側にもやっぱりそういうストレスというか、もどかしさというのを感じているというのは多々あると思います。

今の話をまとめると、結局必要なのは情報の共有、それから意思の共有です。そういうことが必要なのだと。それに対して僕自身この会をやった1つは、連携のもどかしさというか、うまく連絡をとるにはどうしたらいいかというのがすごくあります。例えば僕が自分で診療をやっている、ケアマネさんからFAXが入っている。このことについて確認したいことがある。でも5時を過ぎたら電話が掛からないとかそういう場合も多々あります。だからこれは明日にならないと分からない。でも患者さんはいま来ているし確認したいなと思うことが多々あります。別に24時間対応してほしいというわけではないですけども、実際在宅とか患者さんのことになると、24時間の対応を求められるみたいな感じになっているじゃないですか。せめて24時間とは言わないまでも、例えば9時から5時以外でも連絡がうまくとれないかなと常々僕は思っているのです。

それで先ほどの連携の方法というのが結構重要ではないかと僕は思っていて、システム自体はこうやっていろいろ伝えているわけですが、実際こんなにたくさん集まれるというのは年に1回、2回あればいいと思うのです。毎月毎月集まれるわけがないです。顔が見える連携というのは、いろんな研修会とか府がやったり医師会がやったりする研修会で交流すればいいのですけれども、実際の実地の連携というのは実は連絡手段で、例えば先ほどの連絡時間をどうするかということもありますし、連絡の手段をどう作るかというのは非常に重要なことかなと実は思っています。

例えばFAXだったら時間が遅れるかもしれないし、先ほど川添さんが言われたようにケアマネタイ

ムというこの時間に連絡しやすい時間というのを周知すれば、2つは解決されると思いますとおっしゃっていました。その実際の連絡手段として、例えば施設電話、携帯電話、FAX、SNS はちょっと少ないということになっていますけれども、では連絡手段はどうしていったらいいかというのは、ここの壇上の4人の先生方とせっかく講師で講演に来られている先生方にも入っていただいて、どういうふうにしていったらいいかということを議論していただけたらと思います。実際どうですか。やっぱり緊急のときは電話ですよ。緊急のときは電話ですけれども、普段のそういう連絡というのはどうですか。今の状態で別に困ってはいないですか。僕としては実は LINE ではないですけれども SNS を使ってその情報の共有というのができやすいので、FAX だと施設同士の1対1です。だからその情報を他にまた回さないといけないです。一斉に共有できるというのは SNS だと思うのですけれども、その辺が実はあまり利用されていないということがあります。その辺についてどうでしょうか。

伊藤 伊藤 やはり私は電話が基本です。そして SNS も私は入力が面倒だというのがあり基本していません。あとは先ほども言ったように共通の理解、共通の方向性があった上での SNS の使用だと思うのです。共通の理解がない相手に対して文字だけで伝えるというのは、私は無理があると思います。それならしない方が…私は SNS 上で議論する気はありません。

小室 ということは、共通の理解がないと SNS は難しいと。

新井 私は病院の地域連携担当として、京都市の中京区、下京区、南区で20施設ぐらいの実務者交流者会議に3カ月に1回出席しています。そこでは病院の地域連携担当が参加します。そこでも情報共有をどうするかということで、あんしんネットのようなメーリングを活用しています。そこには会議の予定や、次はこういう勉強会をしますとか連絡事項を情報共有しています。その中で患者情報も共有できると便利と言う意見がありましたが、患者さんの個人情報をごとまで流せるかというところが大きく問題になり、患者さんの情報には活用できていません。

また、看護師が主治医と連絡を取る場合に、緊急じゃない場合はメールを活用できると便利だと思います。しかし患者さんの個人情報があるのでハードルはあります。

小室 先ほど厚生労働省のガイドラインで、LINE とかメッセージとかメールはどのようなのでしょうか。あとで松田先生に聞いてみましょうか。そういう個人情報の怪訝があるということはあるということですね。でも電話でやるという掛けたらいいか分からないという、そこはやっぱり連携のしにくさがあるわけですね。川添さんの意見はどうですか。

川添 私は今日ご紹介のあった京あんしんネットは基本的に賛成なのです。ただ、これが主治医の先生が使うというふうにやはりドクターが決定してもらわないと、ケアマネジャーからこうしようということはなかなか言いにくいというような状況です。今回の介護報酬の改定もリハビリテーション介護とか ICT を用いたというようなことが盛り込まれていますので、必要に応じてこういうものが使っていけたらいいなというふうに思いますが、すべてがどうということは難しい。ですのでケースバイケースで使っていけるようにはしていきたいなと思っています。

小室 これは僕からの質問なのですが、介護職の方で SNS を使ったり携帯であるとかタブレットであるとかそういうものを使うわけですけれども、そういうのは皆さん割りと使いこなせるものですか。実際皆さん使っていらっしゃいますか。例えば川添さんはどうですか、使えそうですか。

川添 そうですね、たぶんこれぐらいは私は使えると思います。ただ、ケアマネジャーの連絡って、結構入院されたとか退院されたとか事業所をたくさん使っていたら、そのぶん全部連絡をしたりというときに結構手間なこともあるのです。ですからそのときにどう使うかという使い方だと思うのです。入退院等の連絡についてはそれにお知らせすることで全員が瞬時にその情報が見れると。そういうことは使い方によっては私は有効だと思います。

小室 そうですね。先ほど伊藤先生は逆に顔が見えない関係だと誤解が生じるかもしれないということをおっしゃっていましたが、実際顔をいつも合わせているわけではないけれども、連絡を取らないといけないという場合、一斉に共有できるというメリットはありますよね。では木谷さんどうですか。

木谷 私は小室先生がいなかったら今はIT難民になっていただろうなというような年代なのですが、こういう先生とケアマネさんとの連絡事項で私が非常に重要視したのは、先ほどケアマネさんの石川さんがおっしゃった記録の保管ということで、居宅介護支援連絡票というこのペーパーを記録するというので、トレーサビリティに関わることは解決するなど。この京あんしんネットのSNSに入っていることというのは、トレーサビリティが将来まで残るのかどうかということです。

小室 ○ですか、残るということです。

木谷 了解しました。

小室 だから記録性はあるということです。いま一通り意見をいただきました。そういった連絡ということで、もちろん電話というのはずっとある連絡方法ですが、連携のしにくさというのは、電話というのはいつ掛けたいか分からないというのがあるので、そこがちょっとハードルになっているかもしれないというのが見えてきました。FAXは少し遅れるかもしれないしということです。

それからあんしんネットもそうですけれども、SNSとかで連携はどうかという意見が半々ぐらいに分かれていましたけれども、例えばここに来られている先生の中で意見を伺いたいと思いますが、井上先生はいかがですか。在宅医療を一生懸命されていますけれども、正直なところを教えてください。

井上 ご指名ありがとうございます。右京区で開業しております井上と申しますが、テーマが大き過ぎるというか根底が大問題なのであって、先ほどからの皆さんのお話を総括すると、結局連携というのをすることが必要なのは絶対です。しかしその各種の職、医者もそうです、ケアマネさんも看護師もそうですけれども、先ほどからあるように能力とかキャラクターとかいろんな温度差とかものすごくあるわけです。それに対してももちろん患者さんを中心に回るわけですが、何でもかんでも連携すべきなのかどうかという、先ほど伊藤先生がおっしゃったように、例えば京あんしんネットに入ったとしてもジャンジャン情報が入ってくれば、それを見る時間というのがもしかしたらものすごく無駄になるわけです。しかも僕はLINEは嫌いなので、見てしまうと返事をしなければいけないというふうに思ってしまうし、その時間がものすごくロスなのです。ですから要らん情報は要らんと。でも僕らが信頼関係を持っている訪看さんとかケアマネであれば、本当に連絡をするときはしてくれそうです。それでそのときに「そうだね」と返事もするし、だから情報過多のものは僕たちは見る時間がないのです。だから連携することは建前上必要です。でもどこまでどういう連携をするのか、そのツールとして

京あんしんネットが本当に必要なのかというのは問題だと思います。

それで先ほど川添さんがおっしゃったようにケースバイケースで、確かに事務的要素はそれで回しましょうと、一括送信で。でも患者の細かな情報とか介護師さんの情報を全部が全部回して、やっぱり見ないといけないというふうに思ってしまうと、本当に一日で僕らは終わらないわけです。だからこの連携が問題というのは無茶苦茶大事な大きなテーマなので、今日これの答えが出たらえらいことだと思うのですけれども、確かに問題点はいっぱいある。でもケースバイケースで職種、そして能力、温度差、全てを解決することはたぶん不可能だと思うのです。でもその中で僕らは、信頼できるケアマネさんと訪看さんであつたら何をしていても楽です。だからケアマネさん側からすべてをマネジメントしてくれれば、僕は医療だけしていればいい。そして何かあつたら訪看さんから連絡。そのときに動けばいい。

だからむしろちゃちゃ楽ですが、例えばケアマネさんが動かない人であれば、患者さんの方から苦情が出る。また応えないといけない。仕事がむしろちゃちゃ増える。そういうときにこういうものを導入するのか、それはタイミングも含めてすべてがすべて導入すべきというのは、僕は反対というかできないと思います。だからセレクトすると。そして皆さんが関わる前に顔合わせをして話し合っ、どれでいきましょうかと。そういう話をすれば、どんなキャラクター、どんな温度、能力というのが分かってきますから、それによってどれの方法で連携をとっていきましょうかというふうに個別に考えるのが一番いいのかなと、現時点では僕は思います。

小室 先生のご意見は非常に現場の意見ですよ。だから要は顔が見える関係を作ることが非常に重要だということをおっしゃっているとは思っているのですけれども、それができれば電話一本で解決するのではないかという、大きく言えばそういうことですね。

井上 思いが一緒であれば何も問題は無い。その前の患者さんに対しての思いがケアマネ、訪看、みんなが同じに合わしていれば、別に SNS を使わなくても何も問題なく連携はとれます。それに差があるから問題で、でもその中で情報を共有しすぎると逆に混乱すると思います。

小室 なるほど、第一部の藤原先生のチームなんかもそういう感じかもしれませんね、もしかすると。ではどうぞ、高島先生。

高島 僕の個人的な意見ですが、これは医者が変わらないと変わらないと思います。なぜかというと、連絡の取りにくさの大部分は医者の態度だと思うんです。医者の態度が大切で、先生は連絡がとれないと言いますが、基本的にケアマネさんは9時～5時の仕事です。それを僕らのために延ばす必要はまったくなくて、9時～5時で連絡をとった方がいいんです。僕は24時間電話を取ると言ってますし、ケアマネさんの電話も全部原則診察中でも取ります。これはよくできてまして、簡単な用件なら1分掛からず終わります。誰々さんが入院されましたと、これはすぐ終わるんです。患者さんにはちょっと待ってねと。それでややこしいことは緊急だから時間が掛かります。それは緊急だから時間が掛かるので、ときどき事務の方が忙しいときに折り返し掛けますと言いますが、原則は取るようにしています。それでも支障はあまりない。

それで僕はSMSは実は賛成なのです。ただこれも医者が変わらないと変わらない。川添さんが言われたように、これが間違っていたらごめんなさい、たぶん京あんしんネットって医者が招待しないと

いけないようになっていっていると思います。これの招待を医者がしないようにしたらもっと簡単に広まると思うのです。必要な方が招待してくださったらいい。僕は招待するのがめんどくさいですよ、簡単にいうとセッティングするのが。それからあんしん何とか病院システム、あれもケアマネさんが登録できるようにしたら患者さんは増えると思うのです。医者は登録しないですから。これは先ほどのリーダーシップの話なりますけれども、医者はリーダーですけれども、医者にリーダーシップをとらせたらあきません。リーダーシップは別の人にとらせて、医者が変わって連携していかないと連携はできないと僕はずっと思っていたんです。

それから井上先生のご意見ももっともで、当然そういう考え方があれば導入しなければいいだけのことですし、登録したらいいと思うけれどもめんどくさいから僕を招待してっていうのもありにしてくれたら、広がると思うのですけれども。それがたぶん広まらないのは、みんなで医者の敷居を高めているから、医者の敷居を低くしたらもっと広まると、いろんなものが広まると思うので、医者が変わらないと僕はあかんと思っているのですけれども、医者が変わらなと思いながら会長していますけれども、なかなかいろんな人がいるので変えられなくて。

小室 いいんです、本当に個人の会なので何を言っていたでもいいので。すばらしい先生の貴重な意見が聞けたと思います。ではあとは、守上往診クリニックの先生は来られていましたか。どちらかという若い先生で、往診クリニックということで連携ということについてそのお立場からご発言があると思いますけれども、連絡手段とか顔が見える関係とかについてちょっとご意見を伺えますか。

守上 ありがとうございます。西京区にあるよき往診クリニックです。下の名前が佳樹なのでよきにしています。僕らのグループでは京あんしんネットはフル活用していて、全員の患者さんを登録しています。招待はもちろんドクターがしているのですけれども、どんどんそこに入ってきてくださいということを積極的に発信して、多職種連携のほぼ全職種が入っている SNS の板もかなり増えてきました。そこでは 1 つ、言った言わないがなくなりますし、また 1 人と 1 人の間の話が全員一瞬で共有されるので、あの人とあの人はこういうふうに話したらいいということではなくて、あの人とあの人がこういうふうに話したということがみんなが見て分かるので、非常に重要視して使っています。

小室 例えばデメリット、それから将来的には_____（法の改正？）(00:37:05)というのはあるのですか。

守上 ICT デバイスを使うときにいつも思うのですけれども、結局だんだんめんどくさくなってくるとだんだん手が離れてきて、今の京あんしんネットもその日その日で毎日見ているわけではなくて、夜帰ってベッドの中で見たりとか 2 日後に見たりとかもよくありますし、それを必ず毎日 1 日 3 回見ようねというふうなルールにしまうと、めんどくさくなってだんだんみんな手が離れていくので、なるべく簡便でみんなの負担にならないような方法でやっていくのがいいかなと思っています。

小室 やはり緊急のときは直接電話とか顔が見える関係ということですね。

守上 基本は押さえた上でプラスでやるということです。

小室 分かりました。ありがとうございました。ではあんしんネットというのは 1 つの連携の方法だけですけれども、実はうちはあんしんネットは使っています。これは本当はちょっと使い方が違うかもしれま

せんけれども、患者さんの情報のやり取りを院外だけではなくて院内で実はやり取りしています。僕がうちの理学療法士であるとか看護師であるとか地域連携室と患者さんの情報を共有するために使ったりもしています。それはそれで僕は便利かなとは思っているんですけども、いろんな意見がいま出ましたので、あんしんネットというか SNS の連絡方法について、せっかく京都府の理事の松田先生も来られているので、ちょっと概要説明とこういうふうにしたらいいいのではないかとということをご説明いただけますか。

松田 遅参いたしました申し訳ございません。松田でございます。皆さまのお話をお聞きいたしまして、私が 10 数年やっておるのですが、医療と医療情報の連携の ICT の活用ということで快諾いただいてやらせていただいておりますが、全国津々浦々お話が出ている通り、ICT を前提とした連携というのはほとんどすべての地域で崩壊しています。だいたいそういう連携のツールを先に作ってそこに現場を当て込んでいくというのは、当然ですけども不可能なので、仮に部分的にうまくいくことがあったとしてもやる気がしないしコストも合わないということで、従来 ICT を使った何か地域連携をやってくれないかというふうに、たぶんもともとは総務省の話だと思うのですが、そういう業界を推進するためにちょっとお金を使ってくれやというのが、たぶん根っこにあると私は思っていますが、医師会はそのようなことは全く考えておりませんで、現場の連携に何が使えるかということだけが大事だと思っています。

先生方のお話にもありました通り、やはり顔の見える関係のもともとしかりとした連携がある中で何を使うかなので、ICT を使ったらもともとやんちゃな医者とやんちゃなケアマネが仲良くなるはずがないので、それはどう考えても無理ですから、もともと意見が合わないところに ICT をポンと持ってきたところで進むはずがないのです。ですから私が経験したことでは、揉めたら当然ですけどもミーティングです。現場で揉めたら集まって直接話しをして、喧嘩腰でもいいですから話しをしないと先に進まないで、それがまずあってそういう関係ができたところから効率的な連携ができ上がった中で何を使っていくかというのがまず大事だと、僕個人的には思っているのですが、その中で一番やはり緊急は電話、それから FAX は捨てがたいと思います。FAX 連携というのも当然大事です。

それからこういう SNS がないときはメールとかメーリングリストを使ってやっているところがあります。それから LINE とかチャットというのが出てきて、その中でもやるようになってきたということで、ここ 10 年ぐらいでかなりそういうツールが進んできていますが、先ほどちょっと話が出ました個人情報保護法の話が出てきて、実際現場で LINE を使おうがメールを使おうが、結局それがリークしない限り大きな問題にはならないのですが、いま現行の法律の中でそれを使ってもリークしたら当然責を負いますし、連携されたいろんな人に責任が生じてしまいます。場合によったら民事訴訟をくらう可能性もありますので、そうなりますとやはり医師会としては看過できないということで、何かそういうセキュリティを担保した形のシステムをある 1 つ提供させていただいて、これを使えばどうですかと。これを使えば、少なくとも何かあったときには医師会・京都府医師会が責任をとりまよという形でそれを提供しているので、それをガイドラインに従ってやっていただければ、一応我々の方も規約に従ってやっているわけですから、何かあったときにはしっかり対応させていただきますよという形のツールでございます。

ただ、先ほどのエンチエスの基本・オリジナルのところから比べると少しポリシーを強くしております。それは招待がドクター・かかりつけ医しかできないというところで、小室先生からもだいぶん文句を言われたのですが、ケアマネにも管理者権利を渡せやと、そういう声はいろんな事業所さんから多数医師会にはいただいております、当然承知しております。一応検討中でございます。基本的にはやはりかかりつけ医を中心としたネットワークを考えておりますが、やはりその辺りは徐々に縛りを緩くして、実際使えるツールとして今後活かしていきたいと思っておりますが、基本のところは何もこのツールそのものに拘っているわけではないので、先生方それから多職種の皆さまが患者さんをどうやって連携していくかということを中心と考えて、その中の1つとして使っていただければ使っていく…。使えなんて意味は全くありませんし、こんなもの要らんとされれば当然使わなくて結構ですし、うちは電話とFAXだけで十分だということであればそれで結構ですし、ただ、そこでLINEとかメールを使っても先生方や多職種の皆さまに何らかの民事的な問題が発生したときの担保として、我々はそういうツールを提供していると。そのオーサライズを与えているというふうにご理解いただければと思います。

小室 ありがとうございます。この医療と介護の連携が重要だということはみんな分かっていますので、連携手段として今はいろんな意見が出ました。フロアの皆さん方はどうですか。連携の手段あるいは連携のしにくさ、連携のしやすさ、こういうふうにしたらいいのではないかという建設的なご意見があれば、ぜひ意見をお願いいたします。どなたかいらっしゃいませんか。

そうしたら、実はだいぶん時間が押しております。すみません、皆さん全然帰らずに居ていただいて本当にありがとうございます。実はこの会のフォーラムで結論が出ることはもちろんないと思っているのです。先ほど井上先生が言ったようにこれは大きな問題ですので、個人的な主催の会で結論が出るとは思っていません。今日あった話を各事業所それから医師会とかケアマネジャーの連絡会とか他の団体ですね、薬剤師の団体もありますのでそういうところに持ち帰っていただいて、ぜひ連携をどうしたらいいか、自分の力だけではできないですけれども、組織の力を借りてどうしていったらいいかということをご話し合ってください。

では最後に1つお話しさせていただきますけれども、伊藤先生から何かご発言ありますか。

伊藤 先ほどセンター業務の中で医療介護関係者への研修というのがありまして、だいたい年に6、7回ぐらいはやっております。次は5月を予定しております、5月31日の木曜日午後2時から3時15分、行動療法に非常に詳しい西京区で開業されています土井内科医院の土井たかし先生に、「認知症問題行動の一部は私たちに原因がある」という非常に興味深いタイトルでお話いただきます。案内を受付のところに置いてありますので、是非ご興味のある方は取っていただいて、お時間が合えば参加いただきたいと思います。よろしくお願いします。

小室 先生、1つだけ質問ですけれども、この在宅医療推進委員会の講演は非常に介護職の方にもためになる話がいっぱいあるわけですが、この案内は例えばいろんな介護職の事業所とか、先ほどのケアマネ連絡会とかには全部回っているのでしょうか。

伊藤 ケアマネ連絡会で回すようにお願いしたり、ちょっとし忘れたりもありますけれども、基本的にはセンターから全ての介護事業所にFAX送信できないかなと考えているところです。

小室 そういう体制を構築中と、検討中ですか。結局顔が見える連携というのは、こういう組織としての講習会とか研修会とかで顔を合わせることが必要だとも思いますし、実際の患者さんを軸にして協力関係を構築していくことが大事だと思いますので、そういう会には積極的に参加していけばいいのかなと思います。ありがとうございます。ではパネリストの先生方ありがとうございました。拍手をお願いいたします。(拍手)

もう時間もだいぶ押しておりますが、あと何か一言言いたいという方はいらっしゃいますか。どうぞ。男性 一般の本当に会社員でこういう場に参加させていただいております。私の父親が4年前に膀胱ガンで全摘手術をしまして、それで介護の方に今はお世話になっている状況なのですが、先ほど連携という話がすごく出ていましたが、僕は連携ができているというところで、総合病院と町の主治医さんと介護の方との連携ができているというところを書かせていただいたのですが、これに関して実は病院の看護師さんの方から、うちの家族が「おじいちゃん、温かい家族でよかったね」ということで看護師さんから言ってもらいまして、そういう言葉というのは家族にとってはすごくうれしい言葉で、ただ介護の方とちょっとそこで問題があったことがありまして、やっぱり直接患者の内々のことが関わってきますので、ちょっと何かで病院に一緒に行けないということになったときに、「冷たい家族やね」という印象を直接的に介護の方に与えてしまったことがありまして、ちょっとその話を聞いたときに、僕の方からは介護のケアマネジャーの方をお願いしてみんな集まっていたいて、その事情を説明させていただいて、それで介護の担当の方にもそういう理解をしていただけて、そういう意味で連携がすごくうまくいったという意味で書かせていただいたのですが、先ほど先生がおっしゃったように先生の敷居の高さといいますか、それは今日のお話を聞いていても感じるところがすごく多くて、やっぱりケアマネジャーの方と介護の方というのは、やっぱり縦割りで上から下ということになっていると思うのですが、それが横並びになればすごくいいと思うのです。

それでうちの娘が、その介護の方とうちの親を見て、自分は高校生のときに介護の学校に行って資格を取って、その介護の方を見て自分もということで今年から京都の介護施設の方でお世話になるのですが、やっぱりそういう子どもたちがもっと出ていくように、こういう会に僕みたいな人間が簡単に集まれるようにしていただければありがたいなと思います。

やっぱり看護師さんや介護の方の収入面というのは、やっぱり社会を見ていて僕も子どもが行くようになったときにすごく心配したのですが、看護師さんって昔は給料が高い高いと思っていたのですが、実は夜勤がないとすごく安いとかそういうことも最近ちょっとお聞きしまして、やっぱりそこを変えていくというのは、今日来ていただいている政治家の方と行政の方の力を借りるしかないのですが、僕らは市民としてそういうことをしていただける政治家の方を選挙で選ぶ手法しかないのかもしれませんが、今日は本当にそういうことで感激しましたので、一言皆さんにお礼を言いたくて最後に発言させていただきました。ありがとうございました。

小室 最後にこちらの身の引き締まるような言葉をいただきましてありがとうございます。やはりドクターの敷居が高くてはいけない、目線を低くしないといけないというのは身につまされる話でした。人柄を疑われないようにちょっとがんばります。

最後ですが、せっかくですからちょっとだけお話しさせていただきます。うちの整形外科医院は右

京区の三条通りにあるのですが、私は整形外科とリウマチ科と皮膚科、リハビリテーション科をやっています。この会は僕とうちの地域連携室が主に活動してやっております。医療介護の連携、それからこういう研究会をやっていますが、僕は研究会は医者だけでやるというのではなくて、今の様に一般の方もどんどん入ってきていただいて実際の目線を確認したいというのがありますので、そういう意味でこういうフォーラムをやっています。医療は私は整形外科が専門ですので、運動器リハビリテーション、これは理学療法士がやるものですが、介護でもリハビリテーションをやっていて、実は今年で僕の父が始めて50周年になりますので、来年にはリハビリセンターを拡張して作ろうと思っています。去年から実はちょこちょこ通常診療と訪問診療ということで、常勤のドクターを1人増やしまして、運動器中心でやっていこうと思っています。今年の4月から常勤が増えましたので、もう少し僕自身も訪問診療に回れるかなと思っています。

そういったことで、できるだけ医療介護の連携を、顔の見える関係を構築しながら情報共有するために、実は SNS もちょっと使いたいなと実は思っていますので、今日はそういう話もちょっと入れてみました。

後ろの方にあんしんネットの申請に必要な登録用紙の方が来られていますので、登録をしたいという方がいらっしゃいましたら、この会が終わったらぜひ…僕自身は医院と事業所、ケアマネジャーさんがそのようにつながっていれば連絡は取りやすいかなと思っている方なので、できたら登録証を持って帰っていただけたらいいかなと思います。

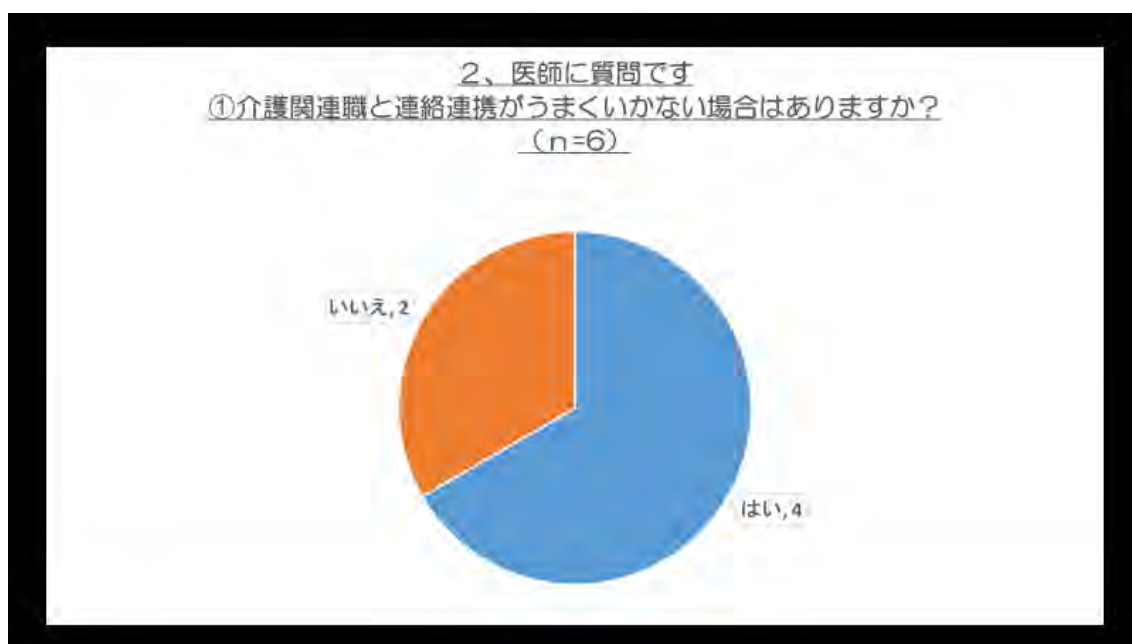
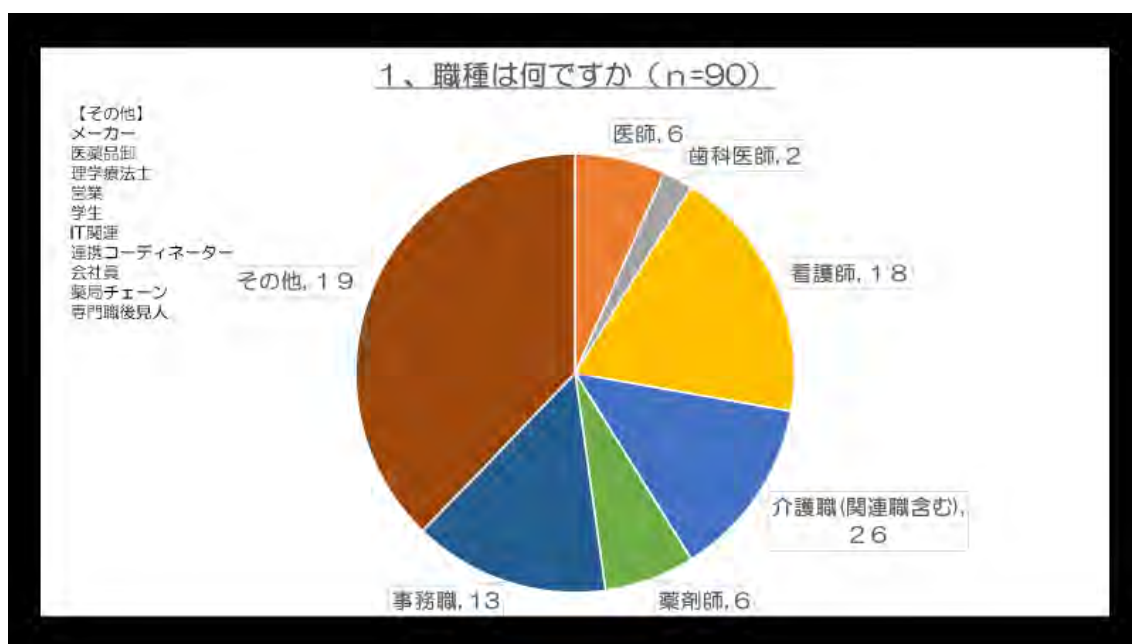
ではこれで最後ですが、今日の会の内容、特にディスカッションの内容は小室整形外科医院のホームページの「ウェルネスラボ」というページに、毎回のフォーラムの記録をダウンロードできるように載せてあります。ですから今日の帰りに携帯で前回のやつも前々回のやつも見ることができます。今回の記録は人数が少ないのでどれぐらいでアップできるか分かりませんが、少なくとも2カ月以内ぐらいには何とかアップしたいと思っています。

小室整形外科医院の地域連携室は Facebook を開設していますので、もし Facebook をされている方がいらっしゃったらぜひお友だちになってください。そうするとリアルタイムの情報発信をやっています。だからフォーラムとかリハビリセミナー…リハビリのセミナーも実はやっています。今日は理学療法士の方は少ないですが、そういったセミナーを通じてできるだけそういう顔の見える関係は構築していきたいなと思っています。

医院の方に直接来ていただいても構いませんし電話ももちろんいいんですが、ちょっと診療中はなかなか電話で長々と喋るのはできませんので、先ほどのケアマネタイムのこの時間に掛けたいですよというのをちょっと取り入れてみようと思っています。

ということで、年に1回この会はやっています。いつも手作りの会で、今日も大幅に時間を超えてしまつて本当に皆さんにご迷惑をおかけしました。また来年もこういう会をやりますので、テーマは僕が自分の診療所で分からないことをやりたいと思いますので、またぜひお集まりください。今日は本当にありがとうございました。

5、アンケート結果

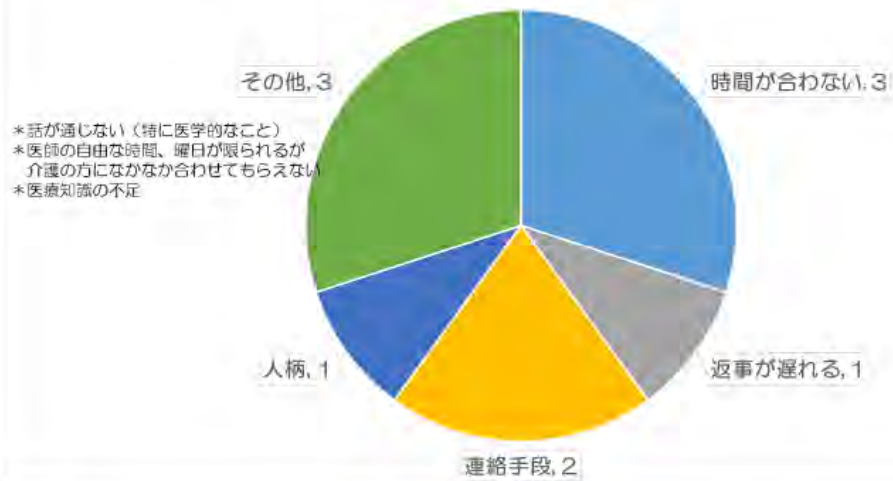


2-③ 「いいえ」の方、

連絡連携がうまくいっている理由は何ですか？

- 介護の立場を理解した上でコミュニケーションをとることを心がけています

2-② 「はい」の理由は何ですか？（複数回答）



3. 医師以外の方に質問です

①医師と連絡連携がうまくいかない場合はありますか（n=84）





《職種別》

3-② 「その他」の内訳

- ・ コミュニケーションが築けているかどうか(看護師)
- ・ 多職種との IPE ができない(看護師)
- ・ 職種間の言語の違い(看護師)
- ・ 訪問看護の考え方の違い、緊急時の対応方法の違い(介護職関係)
- ・ 他県の場合事情が違うため(介護職関係)
- ・ 情報が上手く伝わっていない、返事があっても一言しか書かれていないことがある(介護職関係)
- ・ せっかく色々のご意見を頂いても読みづらいことがある(介護職関係)
- ・ 直接話す機会が限られる(介護職関係)
- ・ 忙しいのではないかと、こちらが遠慮してしまう(介護職関係)
- ・ 事務方と現場サイドの情報共有・意思疎通がされていない場合がある(その他/営業職)
- ・ 医師の温度差(その他/システム)

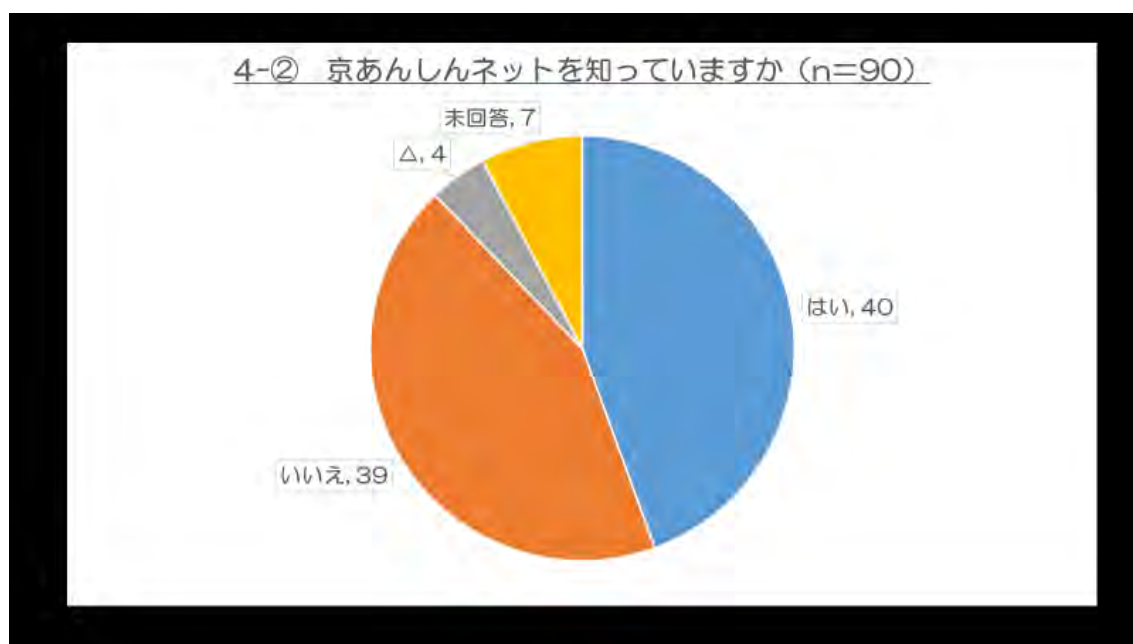
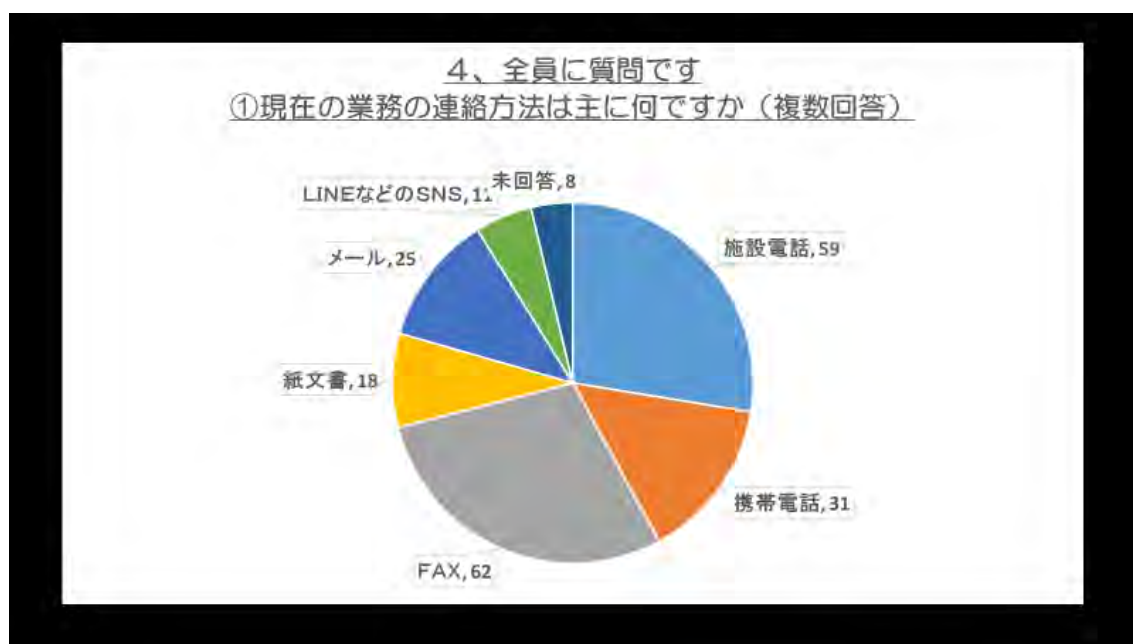
《職種別》

3-③ 「いいえ」の方、

連絡連携がうまくいっている理由は何ですか？

- ・ 連携の窓口や受付の方がスムーズに調整してくれている(看護師)
- ・ すぐに返事を返してもらえる(介護職関係)
- ・ 1週間に1回面会する機会があるため(薬剤師)
- ・ 日常よりコミュニケーションがとれている(事務職、その他/営業)
- ・ メールで気軽に連絡しあえる先生がいる(介護職関係)

- ケアカフェで毎月話ができる(介護職関係)
- 患者さんのことだけでなく、普段からひととなり知れる(介護職関係)
- CM等が連絡を取るため、医師と直接連絡をとる場面が少ないから(介護職関係)
- 総合病院・かかりつけ医・介護とよく連携がとれている(その他/会社員)
- 都度必要に応じて情報共有をしている(介護職関係)
- 訪問前に必ず患者情報を得るために、医師だけでない方からの情報を集めているため(事務職)



《職種別》

③ 地域連携に関してディスカッションしたいことがあれば

記入してください

【医師】

- ・ 請求業務を支払い等、誰に任せているのか
- ・ 在宅医療には殆ど関わっていませんが、気管切開孔のある患者さんや嚥下困難がある患者さんを相手に何かできることがあるのではと思っています。在宅の方を診るための医療機器が少ないのがありますが、マイナー科としての関わり方は常に考えています
- ・ あんしんネットの本当の使い方、使い勝手

【歯科医師】

- ・ 患者情報の共有の方法について

【看護師】

なし

【介護職】

- ・ 連携を行う際に密な情報提供を行うには？
- ・ 病院によって対応の方法が違ってわかりにくいことがある。
- ・ 4月から介護保険で医療福祉の連携が強く言われていますが、CMが、抑えておく必要がある点は何でしょう？
- ・ CMに医療から要望されることは何でしょう？
- ・ 地域連携にはその窓口となる施設の相談員や病院の相談員、包括支援センター、居宅介護支援事業所など多数あると思われますが、2の質問に「介護職」との連携のみに限定しているのはどうしてでしょうか？一括りでお考えなのでしょうか？

【薬剤師】

- ・ 薬剤師が在宅医療に貢献する内容、今後在宅に必要な薬剤師像

【事務職】

- ・ ICTを使わずして困ったこと、ICTを利用して困ったこと

【その他】

- ・ IOT等の活用による情報連携に対する期待
- ・ 住んでいる地域における京あんしんネットの状況
- ・ どのプレイヤーが主導すればうまくできるのか議論したい
- ・ 多職種連携ができていない事例発表があれば教えて頂きたい

6、総括

第4回になりました、洛西地域医療フォーラムのテーマは「医療介護に必要な連携の形とは？」としました。

日頃医療介護の連携は重要ということはいつも耳にしますが、具体的な連携構築をどのようにしたらよいのかは大きな課題です。

今回は大阪の都市部で在宅医療をされている藤原先生と地方の過疎地といえる地域で診療をされている福井先生のお話をお聞きした後、長時間のディスカッションをしました。藤原先生のお話の内容は、医療介護連携のため医院施設の部屋を開放して地域の多職種の方があつまって話合える場を提供されているということでした。印象的だったのは医師は決して独断的リーダーシップをとるのではなく、同じ目線で多職種をつなぐアドバイザーの役目をされていることでした。だからこそ連携チームとして風通しよく機能しているのでしょう。また福井先生のお話では、地域も高齢化するが地域の医師も高齢化していくという現実をつきつけられました。これは京都でもいえることでしょう。

在宅医療を増やす、自宅での看取りをやっていくといっても、担い手が高齢化で減っていくのは不可能です。在宅医療を担う開業医の平均年齢は60歳を超えていることをわすれてはなりません。すこしでも労力を軽減するためにも連携連絡を密接にするための手段はたくさんあってしかるべきですし、進化していくべきだとも思います。ディスカッションでも討議しましたが、世の中を見渡してみればメールやSNSが仕事の中心であるにもかかわらず、医療介護の連携は電話とファックスが中心です。京あんしんネットなどのセキュリティをたかめたSNSの活用などは積極的に推進すべきと考えていますが、現状はなかなか進んでいません。連携連絡はもっともっと密接であるべきであり、医師と多職種の垣根はもっと低くあるべきであり、すべての職種が患者や利用者に対して責任をもってプランを話し合い考えていくべきとおもいます。

フォーラムを終えていつも思うのは参加された方々がこれを機会に現状をすこしでも改革する動機づけとなればいいということです。最後に講演していただいた藤原先生、福井先生、ディスカッションに登壇していただいた皆様、運営にかかわった当院スタッフ、労務提供していただいた方々、そして参加していただいた皆様に御礼もうしあげます。ありがとうございました。

医療法人社団 小室整形外科医院
理事長 小室 元

7、編集後記

今年で4回目となる京都洛西地域医療フォーラムは、みな様のご協力により総勢179名の過去最大規模となりました。

院長からは、「この編集後記にはまじめなことを書くのではなく、裏方の笑い話を書くように。」という指示があるのですが、そんなに簡単に面白い話があるわけがありません。本番前日までお申し込みが続き、急きょレイアウト図面を書き直したり、配布物を増刷したり、何より明日は本当に皆さん

来て下さるだろうか、などなんとも言い知れぬ不安がよぎったりと裏方はほぼパニックでした。院長に前日ひと言だけ、「明日不安です。」と申し上げましたが、「不安？て何が？大丈夫大丈夫。はっはっはー」と笑い飛ばされる始末。本当に笑えません。

さて、そのようなことはさておき、当フォーラムは大盛況のうちに終わることができました。参加者の方からは、お帰りの際に「こんなに本音で言いたいことが言い合える会に参加したことがない、聞いているだけでもとてもすっきりした！」や、「また来年お願いします！」とおっしゃっていただいたことがとてもとてもうれしいことでした。

毎年、本当にたくさんの方々のご協力をいただきこの会がございます。心より御礼申し上げます。事務局としてまだまだ至らないことばかりですが、引き続きご指導賜りますようお願いいたします。

地域連携室
吉村 あすか

フォトギャラリー



完