

# 西区在宅ケア連絡会活動報告書 (XIII)

平成28年6月14日(第205回)～平成29年5月16日(第215回)



札幌市医師会西区支部  
西区在宅ケア連絡会

## 目 次

I	はじめに	3
II	発足までの経緯	3
III	開催状況	4
IV	出席者	4
V	検討結果	5
VI	シンポジウム	12
VII	シンポジウム	20
VIII	おわりに	31

## I はじめに — 平成 12 年 6 月 発行分 —

平成 6 年から 8 年にかけて社会的に多くの議論がなされた。それはその後急速に高齢社会が到来し、社会環境も変化し、地域における市民相互の共生が求められるであろうということ、また、在宅療養支援に対する要望も高まり、地域ぐるみでの多くの分野のサービス間の連携が求められるようになるであろうということ、そしてこれらのことにどのように対応するのが良いのか、という議論であった。(略)

## II 発足までの経緯

平成 8 年 12 月発刊の札幌市医師会医療システム検討調査委員会報告書—在宅療養について II—において、在宅療養者のもつニーズ情報、サービス提供者のもつサービス情報そして医療提供者のもつ医療情報が一つにまとめられ個々への対応が検討される体制づくりが望ましいとの提言がなされたが、具体的な活動の動きをみることはできなかった。(略)

平成 9 年 7 月 15 日第一回幹事会が開催され、以下の活動目的のもとで西区内の医療、保健、福祉の関連施設、機関に広く参加を呼びかけて第一回連絡会を開催することが決定され、実際の活動が始まった。

この会の活動目的は、以下のとおりとされた。

- 1 西区内に在住し、在宅療養を希望する人の、在宅療養推進のための連絡調整をはかること
- 2 各施設、機関から現在の問題点の調整を求める提案をすること
- 3 希望者の在宅ケアのサービスメニューを作成すること
- 4 医療を希望する人の主治医をさがすこと
- 5 医療機関相互の連携を推進すること
- 6 活動結果の見直しを継続的におこなうこと

活動報告書 (II) のために	—	平成 17 年 10 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (III) のために	—	平成 20 年 10 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (IV) のために	—	平成 20 年 10 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (V) のために	—	平成 21 年 7 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (VI) のために	—	平成 23 年 5 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (VII) のために	—	平成 23 年 12 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (VIII) のために	—	平成 24 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (IX) のために	—	平成 25 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (X) のために	—	平成 26 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (XI) のために	—	平成 27 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書 (XII) のために	—	平成 28 年 10 月	発行分	—	(略)

前回の報告書発行以降も活動は継続されている。平成 29 年 3 月には市民向けシンポジウム「地域で最期まで暮らすために」を開催し、そして、平成 29 年 5 月には、「事例を通して考える地域医療構想 地域医療構想と手稲区・西区の現状と取り組み」を開催し、地域医療構想を進める上で何が課題か、について議論を深めた。

この活動報告書 (XIII) は、第 205 回～第 215 回の活動報告並びにシンポジウム記録を掲載し発刊したものである。

なお、ホームページ (<http://www.zaitaku-care.info>) が開設され、過去の活動報告書が配布されている。

(幹事会 坂本 仁)

### III 開催状況

平成 28 年 6 月（第 205 回）～平成 29 年 5 月（第 215 回）の開催状況は次表の通りであった。

回	開催日	参加者	検討事例	研修等テーマ
第 205 回	28. 6.14	102		特集 西区における今後の地域ケアの展望をもっと深めましょう！
第 206 回	28. 7.12	101		特集 地域に学ぶ～10 年目を迎える江別地域ケア連絡会の実践報告 ～他市町村の地域包括ケアへの取り組みを学びましょう。 (西区平成 28 年度第 1 回退院支援会議)
第 207 回	28. 8. 9	120		特集 西区地域包括ケア～事例から考える静和会の地域における役割 (平成 28 年度第 1 回事例検討研修)
第 208 回	28. 9.13	113		特集 西区地域包括ケア～事例から考える北海道医療センターの地域における役割 (平成 28 年度第 2 回事例検討研修)
第 209 回	27.10.11	119		特集 西区地域包括ケア～事例から考える勤医協札幌西区病院の地域における役割 (平成 28 年度第 3 回事例検討研修・西区平成 28 年度第 2 回退院支援会議)
第 210 回	27.11. 8	117		特集 西区地域包括ケア～事例から考える介護施設の現状 介護老人保健施設（老健）と介護老人福祉施設（特養）の機能と役割 (平成 28 年度第 3 回西区退院支援会議)
第 211 回	27.12.13	112		特集 西区地域包括ケア～事例から考える医療・福祉・介護サービスの役割と連携の実 際～訪問看護 ST 編
第 212 回	28. 2.14	86		研修 地域で最期まで暮らす住民を支えるために必要な連携を考える
第 213 回	28. 3.18	126		シンポジウム 地域で最期まで暮らすために
第 214 回	28. 4. 9	111		特集 ①介護予防・日常生活支援総合事業について ②老人保健施設の実状について
第 215 回	28. 5.16	270		シンポジウム 事例を通して考える地域医療構想 地域医療構想と手稲区・西区の現状と取り組み

### IV 出席者

第 205 回～第 215 回までの参加者総数は 1377 名で平均は 125.2 名と、準備会を含め過去 20 年 205 回の参加延べ人数平均 87.6 人（17956 人）を上回った。

回	開催日	医 師	歯 科 医 師	看 護 師	保 健 師	PT	OT	ST	社 会 福 祉 士 ・ SW	薬 剤 師	ケ ア マ ネ	歯 科 衛 生 士	ヘル パー 他	介 護 福 祉 士	管 理 者 ・ サ 責	セ ン タ ー 長	教 員 ・ 学 生	行 政 ・ 団 体 職 員	そ の 他	合 計
第 205 回	28. 6.14	6	2	12	11	4	5	20	5	11	0	4	4	7	3	8	102			
第 206 回	28. 7.12	7	2	11	9	3	3	19	6	7	0	2	15	3	10	4	101			
第 207 回	28. 8. 9	10	1	16	10	10	6	14	11	13	0	0	8	7	3	11	120			
第 208 回	28. 9.13	8	1	28	7	2	1	15	12	8	0	2	6	3	4	16	113			
第 209 回	27.10.11	13	3	19	8	3	3	22	5	11	1	3	4	3	10	12	119			
第 210 回	27.11. 8	6	0	15	7	3	3	24	3	20	0	5	11	2	8	10	117			
第 211 回	27.12.13	5	2	24	4	6	6	15	6	12	0	9	7	0	1	15	112			
第 212 回	28. 2.14	7	1	12	8	3	6	9	8	6	0	2	8	1	0	15	86			
第 213 回	28. 3.18	7	1	9	1	0	1	7	3	3	0	3	5	2	1	83	126			
第 214 回	28. 4. 9	5	0	11	11	11	6	20	6	13	0	1	7	5	2	13	111			
第 215 回	28. 5.16	19	3	40	17	15	9	46	10	38	0	3	12	6	5	47	270			
合 計		93	16	197	93	60	49	211	75	142	1	34	87	39	47	234	1377			

※その他には一般市民・製薬会社 MR・柔道整復師・理美容師・所属無記入等が含まれる。

## V 検討結果

### ■第 205 回例会

日時：平成 28 年 6 月 14 日（火）18：30～

会場：西区民センター第 1.2 会議室

特集：「西区における今後の地域ケアの展望をもっと深めましょう！」

西区ケア連は、在宅医療介護連携推進事業「ア〜ク」を行ってきたと言える。今までの成果に立脚し、今後も引き続き地域ケアの前進をめざし、切れ目のない医療介護の協働に取り組んで行く旨の発言が相次いだ。

加えて地域ネットワーク形成の主体である住民の意思を尊重した活動が重要と認識を共有。今後、地域住民の思いを生かした活動を強化する際には、ケア連に参加している専門職が地域に踏み出し地域住民の要望を聞くこと、まちづくりにも関わること等々について協議した。参加者からは、地域をより意識した活動に取り組む事への共感が寄せられた。

### ■第 206 回例会

日時：平成 28 年 7 月 12 日（火）18：30～

会場：ちえりあ 2F 大研修室

特集：「地域に学ぶ～10 年目を迎える江別地域ケア連絡会の実践報告」～他市町村の地域包括ケアへの取り組みを学びましょう。

江別地域ケア連絡会・幹事：

介護老人保健施設「はるにれ」

理学療法士 長尾 俊さん

デイサービスみのりの丘

管理者 中山 雅之さん

第 51 回日本理学療法学会大会での長尾氏の発表演題「お金も後ろ盾もない、草の根活動でも何かが出来ると地域潤滑油としてのネットワークづくり～」をベースに講演が始まった。「西区在宅ケア連絡会の例を参考に」（発足時の配布資料から引用）江別在宅ケア連絡会が発足したのが平成 19 年 11 月。当時補助金を活用し石狩地域リハビリテーション推進会議が平成 18 年から始まっていた。その後補助金交付が終了するにあたり、江別では両者が合流し江別地域ケア連絡会が結成。いきいきと暮らせるまちづくりを目指して活動中で、地域資源を知ろうというコンセプト、職種を超えて意見を出し合い課題を議論できる、偏らず幅広く参加しやすい、謙虚に学べる企画を重視している。又、それを支える人と人脈、発想と企画発信力、イベントの集客力などは豊かだが、会則・規約、事業計画、ちゃんとした組織図、お金、義務と責任はない

と認識。江別市から協議体や委員会への役員就任依頼が届く状況であり今後は組織の体裁を整えていく予定。自由闊達、変幻自在、融通無碍というこれまでの良さと安定性のあるシステム構築とのバランスが重要と考えている。最後に、大きな仕組みが動く時、色のない潤滑油として地域を繋ぐ役割を果たしたいと結ばれた。

### ◎西区平成 28 年度第一回退院支援会議

日時：平成 28 年 7 月 12 日 19：40～20：15

会場：ちえりあ 2F 大研修室

参加：52 保険医療機関及び介護事業所

テーマ：「西区における退院・入院支援の状況」

司会：吉澤朝弘（勤医協札幌西区病院副院長）

退院支援加算を算定する医療機関としては、イムス札幌消化器中央総合病院、勤医協札幌西区病院、札幌宮の沢脳神経外科病院、札幌山の上病院、静和記念病院、平和リハビリテーション病院、北海道脳神経外科病院から地域連携・退院支援部門の職員が参加。西区における退院・転院体制について協議した。各医療機関が退院支援体制を整備中であり、まず、それぞれの医療機関における課題について意見交換した。次にコミュニケーションが取り難い患者さん、キーパーソン不在の患者さんに対する退院支援（意思決定支援）に苦勞している状況、脳卒中患者の急性期治療後の転院先を見つけるのが大変なこと、療養型病床においても退院支援に力を入れて行きたいと考えていることなど積極的に討議した。最後に患者さんが無事に退院し、安全に暮らすことが大切。この会議を継続し、病院と在宅、病院と病院（施設）間の連携を強めて行く事が出来れば良いと発言があり、加算算定に取り組む中で退院支援そのものに力を入れていく決意が述べられて会議は終了した。

中医協説明会資料にあるように、各医療機関各介護事業所間の顔の見える関係構築が前提であり、今後もケア連絡会の土俵を利用して退院支援会議を開催していく事を確認した。

### ■第 207 回例会

西区支部主催「平成 28 年度 第一回 事例検討研修」との合同開催

日時：平成 28 年 8 月 9 日（火）18：30～

会場：静和記念病院 6F

特集：「西区地域包括ケア～事例から考える静和会の地域における役割」

○開会挨拶

医療法人社団静和会 理事長 川上 雅人さん

○事例報告

札幌市西区第1地域包括支援センター

社会福祉士 海老 秀典さん

ある年の12月中旬、保護課より西区第1地域包括支援センターに「80代女性独居で認知症疑いの方」への介護サービス導入の依頼あり。翌日及び翌々日に訪問したところ、数ヶ月前からライフラインが止まっていることが判明。凍死のリスクあり、Aクリニックに依頼し即日往診。同日静和記念病院に入院。入院中に要介護認定を受け退院と同時に高齢者施設に入居した。

○質疑応答

- ・ぐるぐる図のもとで、必要な時に機敏な対応を行うためにも、包括支援センターとしては普段から顔の見える情報共有と関係作りを意識している。
- ・ライフラインが止まって数か月になるのに、気づかれない状況に問題がある。
- ・民生委員の過重負担は問題。行政機関の役割が重要。
- ・こういうケースは社会問題に起因すると思われる。この問題に対して西区としてどう取り組むのか考えていくことが大事。仕組みを変えていく必要があるのではないか。
- ・今回はいわゆる社会的入院という形で切り抜けたが、このような場合は入院ではなく、生活保護受給者においても緊急のショートステイが必要になることもある。
- ・今回の事例検討研修を通じ静和会を中心としたネットワークについて理解した。区内で他にもネットワークが出来ていく事によって、区全体としてネットワークが構築されることになる。私たちはそのような地域ネットワークを目指しているのだと再確認出来た。

○閉会挨拶

静和記念病院 院長 草野 満夫さん

◎夏の大型親会 19:45～ 会場「炎」

■第208回例会

西区支部主催「平成28年度 第二回 事例検討研修」  
との合同開催

日時：平成28年9月13日（火）18:30～

会場：北海道医療センター5F

特集：「西区地域包括ケア～事例から考える北海道医療センターの地域における役割」

○開会挨拶

北海道医療センター 院長 菊地 誠志さん

各地で災害が生じている。災害対応も地域で考えて行かなければならない。本日は地域医療について皆さんと一緒に考えたい。今回の企画を医療センターで開催したことについて謝辞を述べた。

○北海道医療センターの機能と地域における役割

「北海道医療センターにおける地域包括ケア病棟開設」

副院長・地域医療連携室長 長尾 雅悦さん

ぐるぐる図における自院の役割を踏まえ、地域包括ケア病棟開設について話すと前置き。社会背景を解釈。診療報酬による病床機能分化が進められて来たが4月の診療報酬改定では急性期病院へ大打撃。対応として検討された5つの選択肢を説明。急性期病棟から直ぐに退院出来ない状況の下、ポストアキュート及びサブアキュートを担う地域包括ケア病棟の必要性を解説。在宅医療機関からの入院について、原因疾患別の症例数と在院日数のデータを明示。入院後の患者の経過を追うと、「時々入院ほぼ在宅」の言葉通りで、急性期から在宅へ繋げる病棟が絶対に必要と確認。患者さんを受け入れ地域にぐるぐると戻すという地域のニーズが多い事も在宅ケア連絡会に参加し既知の事実。道内の病院や地域包括ケア病棟協会会長の宝珠記念病院等を訪問し検討を重ね今年4月から地域包括ケア病棟を導入した次第。病棟には最高14科が乗り入れ、循環器内科・総合診療科、神経内科のポストアキュート、神経内科・小児科のサブアキュート、糖尿病脂質代謝内科の精査加療・教育、眼科では白内障手術、消化器内科のポリペク、整形外科・脳外科の退院支援と多彩な利用。今後、NST、ポリファーマシーへの取り組み、在宅看護・訪問看護との連携も期待される活動。地域包括ケア病棟は、「プロの腕を一層磨く職場。総合診療の実践の場所。患者の立場に立った多職種専門チーム。地域に繋がる多数のパイプを持つ。病院ごとに特徴、役割があつてよい。」と結び、参加者の共感を得た。

○診療看護師について

報告 JNP 吉崎 秀和さん

解説 七戸 康夫さん

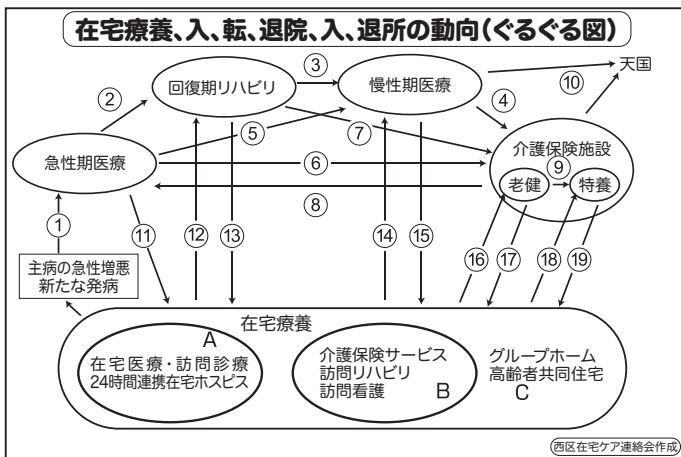
特定看護師を国立病院機構ではJNP (Japanese Nurse Practitioner) と呼ぶ。JNPは新しい職種であり、どうアピールするかが課題。将来的に医療過疎地域での医師不足対策、増大する在宅医療の対応も求められていく。

○～事例から考える当院の連携と役割～「転院困難事

例の在宅復帰支援」

地域連携室 MSW 保科 健さん  
発熱、呼吸苦が生じ自宅で動けなくなり、北海道医療センターに搬入された 180kg 超の過体重の事例。肺炎、蜂窩織炎と診断され救命救急センターに入院。元々通院困難であり、訪問診療の導入を検討していた。治療がひと段落しリハビリ目的での転院（ぐるぐる図②）を数か所の病院に打診するが、体重に耐えるベッドが無い等の理由で受け入れ不可との返事。その後体重が 160kg まで減少し、自宅退院（⑪）についてカンファレンス実施。在宅へ退院する方向で合意できたが、しばらくはリハビリ継続が望ましいと新設の地域包括ケア病棟へ転棟（②と同様）。その後晴れて退院となった。（⑬）

北海道医療センターの連携と役割については、救急救命センターの機能発揮による患者受け入れ範囲の広さ、高度急性期の役割発揮と転院支援による病病連携推進、在宅医療・介護サービスとの連携による在宅復帰支援、地域包括ケア病棟の活用による患者・家族支援と理解を求めた。



### ○質疑応答

・同じ地域包括ケア病床を有していても、高度急性期が得意な医療機関と回復期リハビリ対応が得意な医療機関の棲み分けが重要。

・地域の医療機関に通院する過体重患者の病状悪化の際、どうしても他では入院困難な場合は、救命救急センターは今後もお引き受けいただけるのか？

→救命救急センターは最後の砦として自覚しており、その場合はお引き受けする。

・リハビリに特化した病院では、過体重でも介護面の対応は可能だが、過去に過体重の方の使用していたベッドが壊れたことがあり、安全面にも配慮する必要がある。

・過体重用の方のベッドはあるが需要が少ないのであ

まり流通していない。今後適切な情報提供したい・在宅生活のためには、介護保険だけでは対応困難の可能性あり。

・地域包括支援センターはこういう困難事例の対応を検討しているのでは。

・困難事例があれば、ケア連絡会に持ち寄り皆で検討しよう。

### ■第 209 回例会

西区支部主催「平成 28 年度 第三回 事例検討研修」との合同開催

日時：平成 28 年 10 月 11 日（火）18：30～

会場：勤医協札幌西区病院 3F 大会議室

特集：「西区地域包括ケア～事例から考える勤医協札幌西区病院の地域における役割」

### ○開会挨拶

勤医協札幌西区病院 院長 小市 健一さん

### ○勤医協札幌西区病院の機能と地域における役割

副院長・地域連携室長 塩川 哲男さん

### ○無料低額診療について

医療福祉課課長 MSW 土屋 早苗さん

○～事例から考える当院の連携と役割～「末期がんの人を地域でどう支えますか？」

外来看護主任 橋野 結花さん

A 氏 70 歳代男性。肺がん終末期、認知症、独居。1 か月前に作成された診療情報提供書を持参してキーパーソン（マンション管理人）とともに勤医協西区ひだまりクリニックを受診。書類には、『4 か月前に部屋で倒れているところを発見され、末期肺癌の診断で 1 か月間入院、その後、外来通院を続けたが積極的な治療はせずに今後は緩和ケアを希望している。悪化時は入院加療を』という内容が記載されていた。介護認定済みだが、自費のヘルパーが生活支援。生活継続が困難な状況で受診に至った次第。疼痛コントロールされず、外来処置室で NSAIDs 服用し有効。マンション管理人は、最期は入院して亡くなることを当初想定していたが、病気が治ることを信じている本人の意向を受け、可能な範囲で自宅での生活を継続できるよう、ヘルパーによる生活支援、頻回の訪問看護による服薬支援、訪問診療を開始した。その 1 か月後本人が治らない事を理解した上で、最期まで自宅で過ごすことを希望した。各職種の援助を目の当たりにしたマンション管理人は在宅看取りへ意向を転換し、安らかな最期を迎えることが出来た。





以前は「老健の特養化」と入所者の半分が特養待機という時代もあったが、現在は、在宅復帰に積極的に取り組んでいる老健もあり、具体的には在宅復帰率・回転率・重度率から3つの型に分かれ、入所期間にも影響すると解説。事例報告も交え、ぐるぐる図を活用したプレゼンであったが、地域包括ケアシステムにおいて、老健施設はレスパイト機能、リハビリ機能、医療機能・看取り機能、ケアの質の評価機能、認知症へのより高度な対応機能の発揮が求められており、医療・リハビリテーションの強化、在宅復帰施設としての役割、認知症高齢者の対応、地域交流・連携を強め、地域包括ケアを推進していく老健を目指すと表明された。

#### ○特養の役割と現状

介護老人福祉施設 はっさむはる

生活相談員 米澤 秀人さん

特養待機者数、入退所の傾向、看取りの取り組みなどについて講演された。「終の棲家」と言われてきたが、現在は在宅復帰も視野に入れ正反対の機能発揮も求められている。看取りについては、過去10年間で60名と積極的に取り組んできた。ただ、「看取り」が目的ではなく、日々の生活の延長線上に終末期がある。これまで生きてきた人生の最終段階に「看取り」があり、最期まで‘その人らしい生活’を送ることが出来たかが重要であると考えたと話された。看取りに携わる職員として、専門知識・技術はもちろんの事、利用者の終末期を支える者として、専門職としての死生観を磨き、日ごろから「生」と向き合っていく事が重要。特養は地域の福祉の拠点となり、地域住民と一体となり、地域課題に積極的に取り組んでいかねばならないと結んだ。

質疑応答では待機情報や看取りについて活発に意見交換された。看取りについても本人の意思が第一に尊重されるべきだが、家族との情報共有や家族の意思決定を支えることの重要性を確認。また、望ましい看取りのためには、状態変化時や看取りの際の医師・医療機関の対応が重要である事が示唆された。

※特集の内容に鑑み、「平成28年度第3回西区退院支援会議」と位置づけて開催した。老健・特養の機能を理解した上で、連携先の機能内容を正確に把握した退院・転院支援が必須であると認識し、討議では西区内の施設も含めた退院・転院体制を整備する必要性を改めて共有した。会議終了後も区内の老健・特養など

の空床・待機情報の共有をケア連絡会で行っていく可能性について議論を深めた。

#### ■第211回例会

日時：平成28年12月13日（火）18：30～

会場：ちえりあ 2F大研修室

特集：「西区地域包括ケア～事例から考える医療・福祉・介護サービスの役割と連携の実際～訪問看護 ST 編」

① 基調報告：訪問看護 ST の始まりと経過。訪問看護 ST の役割と実際

訪問看護 ST やまのて

所長 看護師 谷藤 伸恵さん

② 訪問看護 ST の実践報告

1) 医療法人秀友会訪問看護 ST ふじ

看護師 沼田千喜子さん

2) 医療法人静和会訪問看護 ST 「ことに」

看護師 佐藤 歩さん

3) 医療法人社団愛心会訪問看護 ST しろくま

看護師 下村 環さん

4) 株式会社ジャパンケア札幌発寒訪問看護

看護師 落合 雅子さん

5) 株式会社誘喜訪問看護 ST

看護師 石破裕美子さん

訪看 ST がさまざまな病気、障がいを持つ人への支援を実践している様子を、ぐるぐる図を基本に据えて報告いただきました。どのような方も住み慣れた地域で最期まで過ごせるように、日々奮闘されていることを改めて確認。また、病院やクリニックとのカンファレンスなどを含め連携の実際についても述べられました。情報共有や勤務条件改善のため、ICTの積極活用を図っている訪看もある。各訪看ステーションと協働している医師や定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス従事者などからの発言も受け、ぐるぐる図上での訪問看護の役割に対する理解を深め、どのような連携が必要か、活発な議論を通じ参加者全員で考えることが出来た。

医療と介護の連携の中で重要な役割を占める訪看について取り上げ、今年度の「西区における地域包括ケアを考える」連続企画は締めくくりを迎えました。在宅医療介護連携については支部の役割が重要です。今後支部でどのような取組みを行っていくか、役員をはじめ会員の皆様のご意見を賜り、在宅療養部で検討していきたいと考えております。

## ■第 212 回例会

平成 28 年度在宅医療・介護連携推進に係る啓発等事業 医療介護多職種連携意見交換会との合同開催

日時：平成 29 年 2 月 14 日（火）18：30～

会場：ちえりあ 2F 大研修室

主催：札幌市・札幌市医師会西区支部・西区在宅ケア連絡会

テーマ：「地域で最期まで暮らす住民を支えるために必要な連携を考える」

### ○開会挨拶

札幌市医師会西区支部支部長 嵐 方之さん

### ○報告

「97 歳の母親を 70 歳の息子が自宅で介護した経験から」

北海道大学名誉教授 大内 東さん

冒頭で医療保険と介護保険の違いについて①実際に利用する国民はどこまで知っているのか？と疑問を投げかけ②介護保険を利用する家族がどのくらいまで知っているのか、医療介護の専門職はよく考えて仕事をして欲しいと要望された。その後 2013 年から 2016 年まで自身の母親を介護した経験について①介護のきっかけとその後の経過（認知症・骨折・肺炎の状況、家族の関係、状況の変化）②入院退院・入所退所を繰り返す状況で、多職種による連携上の問題はなかったか？看取りで困っていた事や不満の有無③看取った結果どうであったか、理路整然かつ温かみのあるお話をされた。

（母親の介護経験の詳細については「VIシンポジウム」12 ページ参照）

最後に 4 点“つぶやき”という形で問題提起した。

①医療と介護は連携ではなく、一体化が必要だと考える②介護全体を見通して今ここにいると、利用者や家族に全体像を理解させ示した上でその時点のケアプランを提示して欲しいこと。利用できるサービスは関連事業所のものだけではなく、全て示して欲しい事③介護体制の一貫性を検討して欲しい。ケアマネジャーが 5 人関わった。かかりつけ医のようにかかりつけ CM という方がいれば家族は助かると思う。利用者の人柄、家族構成、どういう性格かそして過去の情報まで理解している CM が最後の看取りまでみてもらえると家族としては安心してお願いできる。④在宅介護の相談窓口を利用者・家族に分かりやすく設置して欲しい。最期は自宅だと考えている人は 5 割を超えるが、それを実現させるためにはどこに相談したら良いのか分からないのが現状。西区在宅ケア連絡会はこういうこ

とは自分たちが受けていますよと出してくれると相談しやすいと思う。

質疑応答では情報のやりとりをする上での考えを問われた。演者はシステム工学を専門としており、その立場から回答。情報のやり取りをするのはあくまでも人間だから、人と人とのコミュニケーションが大事で、コンピュータを用いなくても電話一本で済むし、今回のような集まりで顔を合わせる事が大事と話された。

### ○意見交換

Q CM：病院で勤務する職員へ 入院後の患者さんの転帰（死亡など）が在宅側に伝えられないこともあるのか？

A SW：しっかりと伝えられていないのが現状だと考える。大事なことだと理解できるので、SW 協会でも検討する。

Q 歯科医師：CM がこんなに替わると言うのはどういうことか？

A CM：今の制度では、施設に入れば施設の CM が担当し、居宅では居宅の CM に交替します。

Q 地域包括支援 C 職員：入院中の利用者家族から退院後の生活について相談があることをどう考えたら良いか？

Q 情報共有の方法として、患者・利用者自身によるマイカルテの積極活用を考えてはどうか？

## ■第 213 回例会

平成 28 年度在宅医療・介護連携推進に係る啓発等事業 市民向けシンポジウムとの合同開催

日時：平成 29 年 3 月 18 日（土）14：00～

会場：ちえりあ 6F 講堂

主催：札幌市・札幌市医師会西区支部・西区在宅ケア連絡会

テーマ：「地域で最期まで暮らすために」

（詳細は「VIシンポジウム」12 ページ参照）

## ■第 214 回例会

日時：平成 29 年 4 月 11 日（火）18：30～

会場：西区民センター第 1,2 会議室

特集 1：「介護予防・日常生活支援総合事業について」

札幌市西区第 3 地域包括支援センター

センター長 杉谷邦雄さん

介護保険法改正に伴い「介護予防事業」は見直された。4 月 1 日から介護予防給付のうち、「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」について、全国一律の基準に基づくサービスから、市町村による「介護予

防・日常生活支援総合事業」に移行している。

(詳細は「VIIシンポジウム」20 ページ参照)

今回は「総合事業」に加え、今年度移行予定の介護保険制度の変更についても理解を深めた。利用者の負担の変化及び介護事業者の経営面における負担増などについて、今後注意深く経過を見ていく必要があるなど積極的な意見交換を行った。

## 特集2：「老人保健施設の実状について」

介護老人保健施設 エル・クオール平和

リハビリテーション科・通所リハビリテーション科

科長 乙坂 道子さん

「地域医療構想」の中で、病院は地域における機能分担を協議することが求められている。今回は、「地域医療構想」において在宅医療に位置づけられている施設、特に老人保健施設の実状について報告を受けた。在宅療養を積極的に支援する場であり、病院からの退院先としても重要な老人保健施設の現状と今後の役割について認識を共有した。

## ※今後のケア連絡会について

5月の例会に向けて議論を行った。「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」の関係を見ても、今後医療と介護の一層の連携強化が求められていることが改めて明確になった。そして「地域医療構想」の地域における役割分担は、西区においては医師会西区支部とケア連絡会との合同開催の会議で議論することが有効であると確認し合うことができた。地域医療構想の議論につながる医療機関同士の連携はどこまで進んでいるのか、まず現状を確認し合う予定。西区・手稲区の状態は異なるが、今後の医療機関同士の役割分担の議論の方法・方向性についても協議する。又、患者さんの入退院・転院の状況をぐるぐる図上で明らかにすることも検討している。会議の成功を目指して手稲区側と合同の会議を開始し準備中。

## ■第215回例会

札幌市医師会西区・手稲区支部 地域ケアに関する合同研修会との合同開催

日時：平成29年5月16日（火）18：30～

会場：ちえりあ 1Fホール

主催：札幌市医師会西区・手稲区支部、札幌市介護支援専門員連絡協議会西区・手稲区支部、西区・手稲区在宅ケア連絡会

テーマ：『事例を通して考える地域医療構想 地域医療構想と手稲区・西区の現状と取り組み』

## VI シンポジウム

市民向けシンポジウム『地域で最期まで暮らすために』

日時：平成 29 年 3 月 18 日（土）

会場：ちえりあ 6F 講堂

嵐方之（札幌市医師会西区支部支部長）：今回、大内さんには「在宅で 97 歳の母親を 70 歳の息子が自宅で介護をした経験から」ということでお話をいただくわけですが、非常に勉強になります。お互いに皆さんが自分たちの経験を語って共有をしていくというのが、非常に大事だと思います。

今日は啓発事業で、ポスターの一番上に小さく啓発事業と書いていますけれども、人生の先輩を前にして啓発もないだろうと思いますので、一緒に話し合っていこうという、そういった心持ちでいますので、どうぞよろしく願いいたします。

### 1 基調講演

「97 才の母親を 70 才の息子が自宅で介護した経験から」

北海道大学名誉教授 大内 東さん

司会（勤医協札幌西区病院 橋野結花）：まず、実際にご家族をご自宅で看取られたケースを、ご家族からご報告をいただきたいと思います。大内東さんです。よろしくお願い致します。

大内東：私が母を介護したというよりは母が 97 歳で最期、長男の私と嫁と、それから長女と次女ということで介護をしたということの記録です。

母は 75 歳までは地方で一人暮らしをしていました。一人暮らしをしていく中で、ちょっと手足が不自由なのでとりあえず要介護認定を受けました。ケアマネジャーの方がいらして調査をやって、その時は「要支援」の判定でした。その頃は、だいぶ膝も悪かったですけれども、杖をつけばもう楽々歩けると。認知症と言いながらも、なかなか活発な母親でした。それで 2～3 年間妹と 2 人でアパート暮らしをしていましたが、妹が家を建てたのを期に、母と一緒に妹と 2 人で移ってそこで新しい暮らしを始めたわけです。

クリスマスの日に、夜中に妹から電話がかかってきて、「母さんが転んで痛くて動けなくなった。自分一人では助けられないので来てくれ」ということで、そこへ行きましたが、様子を見ていたら、これはちょっと普通じゃない、すぐに救急車をお願いして来てもら

いました。「ある医療センターで引き受けてくれるようになりましたから、そちらに搬送をします」ということで、そちらのほうに移りました。

2 日ぐらい後になったらもう手術が終わってしまっていて、「ここは救命救急を中心とした医療の病院なので、あとのリハビリは別の所で受けてください」ということを言われました。

受け入れ先の医療機関を探すのに、医療センターのソーシャルワーカーの人がいらっしゃいます。3カ所ぐらい実際に見学をしたいということをお願いして、ソーシャルワーカーさんから病院に連絡をしてくれて、「見学 OK です、何月何日の何時に来てください」ということで、家族 3～5 人そろってそこに行って、そこで話を聞くわけですよ。

その後すぐにリハビリのために移ったのが、「リハビリ手稲」という所ですね。私たちとしては、できるだけ自宅の近く、西区琴似の医療機関に入ってもらいたい。その内容的に非常に良さそうだったので、そこに転院してリハビリを受けました。

2 月にリハビリのために転院し、そこで 3 カ月間リハビリを受けたわけです。この 3 カ月間で歩けるようになり退院をしました。

そしてまた妹との 2 人暮らしが始まりましたが、そうなった時に、また骨折したんです。「これはやはり救急車だな」という話で、2 回目の救急車をお願いしました。

そしてその時は手術をするほどの骨折ではなくて、ヒビが入った程度でしたが、そこは手術も何もできない場所なので、「入院して、あとは回復を待ってください」。今度の転院先はもう少し近い所で手術もないので、自宅の近くに移って、そこで 1 カ月ぐらい入院をして、その後リハビリのためについてやりました。それが 11 月で、この辺までになってくると、だいぶやはり歩行も大変になってきまして、歩行器を使っても難しくなってきたなと感じておりました。でも、デイサービスとか、その中で何日間泊まるというショートステイも一緒に併用して、そういうこともやっていました。

2 回目の骨折の退院の後、歩行器の歩行も困難である、けれどもトイレは絶対に自分で行くという、そういう状況なので、夜中に何度も起きるんです。家族がそれについて介護をするのはとてもこれは、こちらのほうが倒れてしまうというので、家政婦協会から家政婦さんの派遣の所を紹介されて、そこに、夜だけは介護を、夜間の付き添いをお願いしたいということに

なったわけです。そこの家政婦さんが夜の8時に家に来て、次の朝8時まで夜中見てくれるわけです。

夜間の付き添い家政婦分は介護保険では使えません。これは全額自己負担です。それで3家族がいますから3人で割れば、まだそんな額ではないということをやったんです。

最終的にはグループホームに入居しました。そのうちグループホームから「熱が出ました。病院に連れて行きたいので付き添ってもらえないか」と連絡が入り、グループホームと提携している医療機関に妹がついて行って、受診しました。そうすると、「肺炎です」と言われました。そして、どうしても熱が下がらなくなってきました。それでグループホームのほうからも私のほうからもお願いして、「これはちょっと普通の状況ではないので、往診をしてほしい」と。グループホームと提携している医療機関のお医者さんが来て診てくれて、「これは相当状況が悪い、すぐ入院したほうがいい」というアドバイスを受けて、その場で受け入れ先の医療機関を探してもらい、東区の病院にすぐ決め即刻入院しました。

当時私はまだ仕事をしていましたので、どうしても断れないことで、1カ月海外に出張が入ったんです。最期はもしかしたら看取れないかもしれないけど、私は出張に行くことを決めました。それで出張に行く朝は、母の病院に寄って、「今生の別れです。もう会えないかもしれない」、正直私はそういうふうに思って、その場から千歳空港に行ってきました。そして海外の出張先から毎日妹に電話するわけですよね。もし急変して何かあったということを聞かされるのが一番こわい。いつもと同じだというのは、私にとってはまだまだ大丈夫だということの証しですので、今まで20日間保ったのだから、あと10日ぐらい何とか保ってほしい、あと1週間保ってほしい、今日1日保ってほしい、そういう思いで過ごしました。飛行機でヨーロッパから12時間かけて羽田に来て、羽田から乗り換えて直行で病院に行きました。そして母の顔を見た時に、「助かった」というか、私はとても嬉しかったですね。それと同時に「よく頑張ってくれたな」とものすごく思いました。

それで「もううちへ連れて帰ろう」と思った。仕事も一段落したし、これからは自分で看たいなと思ったので、その時に在宅での看取りを覚悟した。それで掛かりつけの先生にすぐ電話して、「こういう状況だけど、在宅で看られるだろうかね」と。私の掛かりつけの先生は、西区ケア連の坂本先生ですけれども、その

時に坂本先生からは「それは大丈夫、それを支援する態勢というのはすぐにでもできます。ただし最期は自分で看取ることを覚悟しなさい。その覚悟があったら、こちらのほうでもいろいろ考えられます」という話を受けて、「ああ、それだ」ということで、すぐ在宅の準備をしました。

そうすると、それまでずっと入院中は眠ってばかりいた母が、退院して自宅で介護するようになって、2日ぐらいで喋るようになった。そして昔の話も時々するようになりました。日中、私が介護して側にいましたけれども、その中で話しかければ必ず答えが返ってくるという状況で、その時には、やはりこれは良かったなと、自分ではつくづく思っていました。

ある日の夜、家政婦さんから連絡が入って、「何か様子がおかしい」。すぐ隣の家にあったので、そこに行ってみたら、何かやはりおかしい。それですぐ坂本先生の24時間対応の電話に連絡をして、先生に来てもらって、最期を看取ったというのが、その最終のこの時です。だから在宅の介護はできる。介護するための部屋、それさえあれば在宅での介護はできるというのが、その時の感想でした。

それで、目の前ですぐ最期の母を看取った時の気持ちというのは、何も悲しくないんですよ。97年ですか、自分の母親としてそこにいてくれたことに対する感謝の気持ちがすごく強くて、涙も出なかったですね。最期は私と家族と友だちもみんな一緒に看られたので、それまでの経緯ではなかなか大変だったこともありましたが、これは私たちとしても母としても、できるだけのことはしたなと。

最後にまとめですけれども、これは坂本先生からいただいたグルグル図、自宅から急性期の病院に行って、回復リハビリして、また自宅に戻ってくるという、この図は非常に分かりやすく、急性期から体が弱っていく過程の話もあるけれども、私としては、このグルグル図は、医療と介護が一緒になって書かれて、非常に参考になると思います。今思えば、介護と医療というのは分けられるんです。制度的には保険の部分では分かれたとしても、本来は介護も医療も一緒であるべきだというのは、今でも私は同じです。

どうもご清聴ありがとうございました。

司会：貴重なお話をどうもありがとうございました。ご質問のある方がいらっしゃいましたら、是非お願いしたいと思います。

男性：夜間のことですが、夜間の家政婦さんは保険の対象外ということでしたが、夜間対応型訪問介護というのがありますが、これとはまた別なサービス内容でしょうか？

大内：あとから専門の先生方によるシンポジウムがありますので、その答えはそのシンポジウムで教えていただいでください。

男性：ありがとうございます。

司会：ほかにないでしょうか？

男性：やはり看取る時には、一番に僕らは先生を探さなければならぬと思いますが、そういう先生が全体的にいらっしやるかどうかということと、それをどういうふうに見つけ出せばいいのかということをお教えいただきたい。

大内：あとで坂本先生のほうの答えとしてお伺いしてください。

司会：そのほかにはありますか？

女性：例えば兄弟がいなくて、年を取り子どもがおらず、誰も見る人がいない場合でも、在宅で、見ていただけののでしょうか？

大内：すごく難しいと思います。今日お話ししたのは、あくまでも私の個人的な経験だけであって、これから結婚しない人も増えてきたり、子どもがいなかったりして、最期を一人で迎える時にどうするかというのは、これは私ではとても答えられないですね。それもシンポジウムでお話しいただいたほうがいいと思います。

司会：大内さんの今回のケースについて、何かご質問とかありましたら承りたいなと思います。

女性：最期の1カ月ぐらい在宅介護なさったということですがけれども、その間は医療的なのか、例えば点滴とかお食事とかというのは、どうなさったのでしょうか？

大内：この1カ月は点滴だけです。スプーンでちょっと水を飲んだりお菓子を食べたりというその程度だけ

で、食事は摂れませんでした。私たちが母も含めて、最期は看取ってあげようという覚悟はありましたので、できたのだと思います。ですから自宅で看ようとした時には、その辺のところは、本人も介護をする側も覚悟はいるのではないかと思います。自分がなった時にはどうしたらいいかというのは、常にこれは家族と話をしておくべきではないかと、それぐらい家内とよく話をしている、「俺は最期はこういうふうにしたんだ」ということを話し合っています。

## 2 シンポジウム

「地域で最後まで暮らすために出来ること」

シンポジスト：

札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部  
支部長 杉谷 邦雄さん  
勤医協札幌西区病院医療福祉課  
課長・MSW 土屋 早苗さん  
ホサナファミリークリニック  
院長 一木 崇宏さん  
訪問看護ステーション「ことに」  
緩和ケア認定看護師 佐藤 歩さん  
西円山敬樹園ホームヘルパーステーション  
管理者 竹田佳峰利さん

司 会：

札幌市医師会西区支部在宅療養部長  
勤医協札幌西区病院 副院長 吉澤 朝弘さん

司会：次にシンポジウムに移ります。テーマは『地域で最期まで暮らすために』です。5名のシンポジストの方にお話を順番にさせていただきます。札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部支部長の杉谷邦雄さん、お願いいたします。

杉谷邦雄（札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部支部長）：本日は高齢の方の地域での生活を支える専門職の一人であるケアマネジャーの役割について、皆様にご説明させていただきます。

高齢の方が住み慣れた地域での生活を続けるための仕組みの一つが介護保険でございまして、介護保険のサービスを使うためには、大きく二つの手続きが必要で、その一つがまず要介護や要支援の認定を受けるということ。もう一つが、ケアマネジャーが介護サービスをどのように使うかという計画書、ケアプランを作るということで、こういった手続きのお手伝いをケアマネジャーがさせていただきますこととなります。

要支援の方に関しましては、市内 27 カ所にある地域包括支援センターのケアマネジャーや専門職がケアプランを作成することになります。

また、要介護の方は、居宅介護支援事業所という所のケアマネジャーがケアプランを作成することになります。居宅介護支援事業所は、現在西区内だけでも約 50 カ所あります。

在宅ではなく、何らかの施設に入所しサービスを受けるというような場合は、特別養護老人ホームや老人保健施設等、それぞれの施設のケアマネジャーさんがケアプランを作ることになっています。

ケアマネジャーの具体的な仕事は、サービスを利用するためのいろいろな相談ですとか、事業所との連絡調整というような役割が主になります。サービスを使うためのケアプランなどを作らせていただきます。ケアプランは、ご相談しながら一緒に作って、ご本人様・ご家族様のご了解をいただければ、実際にプランに従ってサービスを使っていただきます。

サービスだけではなくて、例えばかかりつけの病院とも連携を取って、一つのチームを作って支援を始めていくということになります。

ご自宅で最期を看取りましょうということになった時には、ご自宅でのサービスが中心になりますし、病院への外来受診だけではなくて、訪問診療を利用することで、また新たなチームを作って支援をしていくということになります。

先ほど、身寄りがない場合、ご自宅での生活を続けていけるのかというご質問がありましたけれども、絶対にできるとも言えないですし、必ずしも無理ですとも言えませんが、本当にそういうご希望を持っているのであれば、できるだけ実現できるように意向に沿っていろいろご提案させていただき、一緒に考えていくということになると思います。

また、こういった介護保険のサービスですとか、ケアマネジャーのことについてもっと知りたいという場合には、地域包括支援センター等にもお問い合わせをご遠慮なくいただければと思います。

司会：次は勤医協札幌西区病院医療福祉課課長・ソーシャルワーカーの土屋早苗さんお願いします。

土屋早苗(勤医協札幌西区病院医療福祉課課長)：現在、病院では相談の窓口は非常にはっきりしており、名称は「地域連携室」だとか「医療連携室」といろいろですが、連携室というのが、特に大きな病院では出来て

います。ここには看護師さんや私のような医療ソーシャルワーカーなどが、それぞれ専門性を活かして、連携して相談に乗り支援をしています。特に退院調整看護師さんのところはやはり医療面を考慮し、安心して自宅療養ができるという支援をするということ、もう一つは医療ソーシャルワーカーが、特に医療費の負担も大変大きくなっておりますので、経済面を含めて、生活全体を考慮して、安心して自宅で療養ができるというところを支援していきます。こういうことを行う連携室という所が大きな病院にあります。

医療行為が結構伴いますので、そういうことはむしろ医療者のほうで一緒に考えて、介護状況も考えて、帰ったらどうしようかというところを具体的に考えていきます。それを基に、そのあと自宅に帰られるためには介護のサービスだとか、訪問診療や訪問看護をはじめとする医療サービスとどのように結び付けていくか、また情報提供では医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーさんと一緒にいろいろ情報を提供いたしますので、皆さんがショートステイを探してどこかに直接お願いしなければならないということはありません。どのようなサービスを利用したいか希望も聞きながら確認をし、だいたい退院前には関係者が集まって、カンファレンス(打ち合わせ)などもし、入院の状況なども伝えて、自宅で安心して療養していただけるように支援をしています。このような流れで細かに関わって支援しますのでよろしくお願いします。

在宅医療の機能がどんどん技術も含めて進んでいますので、かなり医療行為があっても在宅で対応できる状況になっていますので、ご自宅で医療行為を含めてそういう対応が可能になっているということです。

こういった点で、決して 100%とは言えませんが、住み慣れた地域で最期まで生活できる状況が整っているということと、もう一つは、いま私たちの病院でもいろいろとどうしようかということで考えていることは、お元気なうちに皆さんに看取りを含めて意思表示をしていただくということも、同時にこれから進めていきたいと思っています。

司会：続きまして、ホサナファミリークリニック院長一木崇宏さんお願いいたします。

一木崇宏(ホサナファミリークリニック院長)：今日は、地域で最期まで暮らす訪問診療についてお話をいたします。

在宅医療というのは、通院が困難な患者さんに対し

て自宅で医療を行うということです。医師、歯科医師、看護師、薬剤師、療法士、医学療法士、作業療法士、介護士、ケアマネジャーなど、多職種で連携しながら自宅で療養している方やそのご家族を支援することです。もちろん最期まで自宅で過ごすことも可能です。

「病院の医療とは異なる」と資料では書きましたが、病院では基本的には治療、治すという医療です。在宅に関しては、その生活を支えるという医療で、役割が違います。ですから、どっちが良いとかどっちが悪いとかではなくて、両方とも必要な医療だと思います。

肺炎の時に、入院をしないでできる点滴もできますし、ちょっと食べられないからといって家で点滴をすることもできます。それから、先ほど言ったように末期がんの方に対する緩和ケアですね。麻薬を使った疼痛管理も在宅でもできます。それから、お家で酸素を使ったり、人工呼吸器を使ったり、それから胃ろうをしたりとか、あと、介護されている奥さんに「体調はどうですか？」と血圧を測ったりとか、そういった介護の方を支えたりもしています。そんなことを在宅医療である僕らは日常的にやっています。

在宅療養支援診療所という制度があって、24時間連絡を受ける医師、または看護師をあらかじめ指定して、電話番号を書いた紙を必ず患者さんのお家にお渡ししています。

それから、患者さんの求めに応じて往診をする。訪問看護や往診が24時間できる態勢を確保するということが求められます。

緊急入院に関しても、連携している病院と連携をして、いつでも受け入れられるように対応していきます。

在宅医療というのは、家という空間、独特なお家の選択をするという、それから、そこには自由がありますし、何気ない会話だとかお子さんの会話だとか、それから料理を作る音とか、においとか、そういったことで幸せを感じることもよく聞きます。それから、その人が持っている人生の物語を積む場所というか、そのように考えています。

あと、お子さんやお孫さんに伝えられることがありますね、命のバトンといいますけれども、そういったことができるのは、やはり在宅医療ではないかなと思います。

どうしても死に場所というと、病院がだいたい8割で、自宅で亡くなる方は12%というデータですが、家で突然亡くなる方も入っていますので、積極的にご自宅で亡くなる方はもっと少ないと思います。

どうして増えないのかと思いますが、看取る覚悟と

いうのができないのがあるのかもしれませんが。あとは介護が大変だということもあります。

覚悟というのは医療者側にもあって、「この方は家で最期まで過ごさせたい」という場合は、それなりの覚悟を持って取り組みます。もちろんご家族とご本人の覚悟も大事です。その覚悟があって初めてできるかなと思います。医療が邪魔をしていないかいつも僕は反省していますが、入院の必要がないのに入院をさせてしまうことがないかとか、退院できるのに医療者側が止めてしまうことがないかとか、そういったことがないようにしていかなければならないと思います。

在宅医療では24時間の安心を大切にしていますし、生活を見る視点とか、その方の人生、物語に焦点をあてるとか、コミュニケーションとか、それから医療介護スタッフとの連携、それから「QOD」という言葉が出てきましたね。死の質、どうやって死んでいくか、そういったことを考えながらやっていきたいなと思っています。

司会：続いて訪問看護ステーション「ことに」の緩和ケア認定看護師佐藤歩さん、お願いします。

佐藤歩（訪問看護ステーション「ことに」緩和ケア認定看護師）：訪問看護師の立場から少しお話をさせていただきたいと思います。

訪問看護は、皆さんのかかりつけの先生、主治医の先生の指示や連携によって、看護師やリハビリスタッフがご家にお邪魔して行う看護のことです。

主なサービス内容は、私たちは普通の看護師なので、病院の看護師と同じいろいろな医療機器のお手伝いや床ずれのケアとかリハビリ、お風呂のお手伝い、爪切りとか、そういった生活のお世話も同時に行われていますし、ご家族への介護支援なども行っております。

今回発表された大内さんのお母様の所に、最後の一月ですが実際にお邪魔をしていました。お会いした時には誤嚥性肺炎を繰り返し病院に入院中で、今後は長期の療養型の病院に転院する予定だったというふうに伺っていました。しかし、息子さんが出てきて「お家に連れて帰りたい」ということと、ご本人が「お家に帰りたい」というふうに仰っていたので、お家に帰ってくると急遽決まったということで、訪問看護や訪問診療が始まりました。

寝たきりでベッド上の生活で、病院では誤嚥性肺炎を繰り返していたので、「もう食べることはできません」というふうに言われていたので、24時間の点滴



をしていましたし、肺炎で高い熱が結構毎日出ているのと、尿カテーテルも留置されているという状況でお家に帰って来られていました。

訪問看護の最後の一ヶ月は、お家で点滴の交換、尿カテーテルの管理、寝たきりでしたので褥瘡の予防や、肺炎をあまり悪化させないようにという配慮から呼吸リハビリというリハビリをしていたのと、膝が痛くて曲がっていたので、その痛みができるだけ強くないようマッサージとか、タクフィールというリラクゼーションのケアみたいなことも行っていました。

医師とは特に看取りが近くなってくると、目標をどこに置かかという、例えば血液検査を正常にしているかということを目標にするのではなくて、できるだけ楽に過ごせるとか、安心して過ごせるということ、生活をしやすいということを目標に、いろいろな調整をしていこうというふうに行っています。

あと、「看取りが近づいてきたことの確認」という所では、「その時期がいよいよあと1週間ぐらいかもしれない」とかいうことを先生と確認しておいて、ご家族へどのように説明するかとか、関わっている介護サービスの方たちにも、そういうことがおこるかもしれないということをあらかじめお話しておいて、その時にどうするかということ話し合っておくことにしています。

そしてご家族にも、死別後に「悔い」が残らないように、一緒に患者さんご本人の想いを支え、自分たちが一生懸命してあげたことがすごく良かったというふうに思えるように支援しています。

多職種との連携では、予測を持って体調が変わってくるということ、看護師や医師が先のことを医療的な目で見ているので、このようなサービスが必要になるかもしれないということ、あらかじめケアマネジャーにお話をしておいて、準備をしておいてもらい、関わるヘルパーさんとか訪問入浴の方だとかという介護サービスの方たちが、体調が悪い時に不安なく、「こういうことは前から聞いていたから、今はこういう状態になっているんだな」というのが分かり、介護をしているみんなも不安なく利用者さんを支えることができるように、事前に準備をするというふうに行っています。

終了カンファレンスというのは、亡くなられた後に、関わったサービスの人たちがみんな集まって、今回の看取りをした後で、「そのサービスがどうだったのか、ご家族が不安なくできたのか、そのサービスに関わった人たちが安心して関わられたか」ということを振

り返って、次につないでいくというカンファレンスを行っています。

私たちが関われるのは、本当に人生のほんの一部ですけれども、関わる人たちみんなで、もともとその方が持っていた、大切にしていたことや、思いをつないでいきたいと思っています。在宅チームで皆さんの生活を支えていきたいなと思っていて、先ほど「一人でも家で大丈夫ですか？」というご質問もありましたが、去年は一木先生と一緒に、ご自宅で一人暮らしのがんの方をお家で看取ったという経験もありますので、「一人だから家で死ねない」というふうには思わなくても良いのではないかと、私は思っています。

司会：西円山敬樹園ホームヘルプステーション管理者の竹田佳峰利さん、お願いします。

竹田佳峰利（西円山敬樹園ホームヘルプステーション管理者）：私は、ホームヘルパーの立場から発表させていただきますと思います。

居宅サービスの中でも、訪問系サービスは、地域社会の中でも生活できるように、ご自宅に訪問しサービスを提供しております。訪問介護は実際どのような人が利用されているかということ、介護認定を受けている方に関しては、要支援1から要介護5の認定を受けた方を対象に伺っておりまして、幅広い介護度の方がいるため、本人の能力や出来る範囲に合わせて、ヘルパーが必要な部分の支援をしています。

実際には、ヘルパーは身体介護と生活援助というところで、実際に身体に関わる入浴・排泄・食事のお世話とか、生活援助に関わる掃除・洗濯・調理などの支援をしています。その利用者さんの支障になっている状況に応じて、お手伝いをする部分も違いますので、要介護認定の要支援の方に関しては、生活援助のお手伝いが多く、逆に要介護5とか重度になっていくと、身体介護のお手伝いが比較的多いような支援を使っています。

ヘルパーはケアマネジャーさんが作った計画に沿った形で、支援をさせていただいております。

実際に「身体介護とは？」という具体的な内容になりますが、利用者さんの身体に直接触るサービスが身体介護といわれている部分で、その方の食事、排泄、整容、移動とか外出介助も含まれます。あと、認知症の方の自立支援のための仕事をします。これは一緒に行うことでできることとか、調理とかお掃除とか、できる部分も身体介護という部分に当たります。

生活援助も同様に、身体介護以外のヘルパーの支援になりまして、掃除、洗濯、調理、買い物代行等、日常生活の援助でそのために必要な一連の準備片付け等を含むようなかたちの内容になります。

チームケアの重要性としまして、専門的な介護とは利用者の手となり足となり、生活行為を代行していくだけではなくて、利用者の状況や意向を踏まえつつ、専門的な見地から安全な判断を行いながら、時には介助をしながら、見守りながら、必要な準備を行うかたちでその方の生活を支援しています。

介護職の強みは、利用者さんの普段の生活状況を知っているために、「1対1」の個別ケアがありますので、介護職は利用者さんの生活に寄り添いながら、側面から支えています。いつも状況をよく知っているので、微妙な変化にもよく気付きますので、その気付きを誰かに、特に医療職等につなぐことから、多職種連携チームによる支援を実際に行っています。

介護職が一人でできないことや、介護職チームだけでは越えられない壁を、ご家族やご本人も含み、お医者様ですとか看護師さんですとか、デイサービスの方とか福祉用具等々、また、ご近所の方も含めた多職種連携チームで乗り越えていただきたいと思います。

司会（吉澤）：それでは先ほど質問があった、夜間の介護の問題と、もう一つは、家で見てくれる医者はどう探すのかと、その点についてお答えするところから始めたいと思います。

夜間の介護、ヘルパーのことについてお願いします。

竹田：夜間の介護、訪問介護について、私の知っている限りでお答えしたいと思います。

利用される方の条件として、要介護1から要介護5の方が基本的な対象となります。夜間介護訪問ヘルパーの巡回、随時の訪問、利用者さんの通報に応じたサービスが受けられるということで、実際に利用者さんの排泄等が中心になりますが、排泄の時間帯に合わせて毎日夜中の2時に来てほしいというお約束というかたち、本当だったら2時にヘルパーが上がって、そこのお手伝いをして、それ以外に「通報」といまして、お電話をいただいた時に、「突然おなかが痛くなって、さっきまで来てもらったんだけど、また来てほしいわ」と通報を受けたかたちで、「そこからまたヘルパーが伺うというようなかたちをとれますよ」というのが、夜間対応型訪問介護になります。

それ以外に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と

いうのがあり、こちらも24時間態勢で訪問するサービスになります。こちらもホームヘルパーや看護師の訪問サービス、一日複数回、時間帯問わず受けられますということですが、定期的に何時と何時にお伺いして、それ以外に通報、お電話等いただいて、必要な時に「体調悪くなったわ」とか「排泄したい」といった時にサービスを受けられる内容になっています。

司会：次に在宅で見るには、在宅医をどういうふうにするのかということで、これはまず一木先生と杉谷さんからお答えしたいと思います。

一木：在宅医の探し方ですけども、医師会の会員になっている先生に問い合わせれば分かるようになっていきます。ですから、もしかかりつけの先生がいらっしゃるようでしたら、その先生にまずお聞きになっていただければ、そういった情報が得られると思います。

杉谷：もし、今現在かかりつけの先生がいらっしゃらなくて、どこに相談すればよいのだろうという時には地域包括支援センター、もちろん介護のご相談にということですけども、医療、病院のことだとか、そういったご相談にも応じておりますので、お気軽にご相談いただければと思います。

一木：あと、訪問看護師さんが先に入っている方が多いですから、訪問看護師さんに聞いてもらえると、普段一緒に仕事をしていて、「あの先生ならいいな」とか思っている先生を教えてくださいませんか。

司会：札幌市医師会に在宅医等紹介センターがあります。札幌市医師会に問い合わせただけるとお答えできます。ご自身のかかりつけ医にまず相談していただくのがいいかと思います。

それでは、「今後、地域で最期まで暮らしていくために、私たちこういうことが不安だわ」ということがあると思いますが、ご質問がある方、ご遠慮なく挙手下さい。

女性：佐藤さんでいらっしゃいますでしょうか、「家族には力がある」と仰っていましたね。ですけども、2025年になった時には、力はないと思います。もうその時には皆さん、もう働く時代だと思っています。「主婦」とかいうのではなくて、みんな働く人になると思います。そういった時には、やはり私は、家族に

は全く力がない時代になるというふうに思います。

そうなった時に、これから死に向かって生死の問題をどういうふうに考えるかという、人間の尊厳ある生き方というのが、私は一番大事になってくると思います。医療の問題もそうですけれども、その以前の問題も、病人の本人の問題が一番大切になってくるのではないかと思っています。

病人のあり方、それから家族のあり方、良いことばかりではございませんよね。ですから、その辺も私は伺いたいところでございます。

司会：佐藤さん、お願いします。

佐藤：実際に力があるなと思う場面もたくさんありまして、また逆に、お家にいたかったけれども、残念ながら難しく、病院に入られたという方もいらっしゃるのも事実です。

日中どうしても一人暮らしで、ご家族がお仕事に行っているので、食べる物がやはりパンだけ置いてあるとかいう中でも、お家にいたいという覚悟がご本人にも必要だし、最期には動けなくて、床ずれが悪くなってしまって、そこから感染してしまうようなことになって、病院に入るという方もいらっしゃるというのも事実ですけれども、やはりご本人にもご家族にも、自分はここで生きたいとか、こういうことは我慢しなければならぬけれども、こういうことは大事にしたいということを、すごく自分の中に持っていないと、お家で過ごすということが難しい時もあるなというふうには、すごく痛感しております。

司会：地域で最期まで暮らしていくために、どのようなことが実際に行われているのか、垣間見ることができたでしょうか？ 今回のシンポジウム、この企画全体を通じて、皆さんが地域で最期まで暮らしていくために必要な、専門職の在宅医療介護連携とありますが、その連携は着実に進んでいると思います。ご理解をいただけましたら幸いです。

最後になりますが、皆さんにとって最期まで暮らしたいとか、最期まで暮らせるということを、自信を持って誇れるような地域になっていくことができるように、引き続き話し合いを進めていきたいと思っております。

## VII シンポジウム

「事例を通して考える地域医療構想～地域医療構想と手稲区・西区の現状と取組み」

日時：2017年5月16日（火）

会場：ちえりあ 1F ホール

開会挨拶

成松直人（札幌市医師会手稲区支部支部長・札幌緑誠病院院長）：この会は西区・手稲区の札幌市医師会、それから在宅ケア連絡会、それから介護支援専門員連絡協議会の合同で開催するものでございます。

国は病床再編を目的に、都道府県に地域医療計画の策定を3年前に指示しました。それに基づき、昨年未の末に北海道庁が「北海道地域医療構想」というのをまとめて出しております。われわれも地域の者として、その構想に従って地域医療の計画を進めていかなければならないと思います。

第1部では北海道医師会の藤原副会長に「地域医療構想」について説明をしていただき、第2部ではそれに沿ったかたちで、事例を通して西区・手稲区の取組みについてお話しをしてもらう予定です。これが皆様の地元の現状の理解と、これからまたどういふうに進めていけばというヒントになればいいと願っております。

第1部 基調講演「地域医療構想」について

小嶋（手稲家庭医療クリニック）：それではこれより第1部基調講演「地域医療構想」について、北海道医師会副会長藤原秀俊先生、よろしくお願ひいたします。

藤原（医療法人秀友会理事長）：今までの流れで地域医療構想と地域包括ケアについてお話しをします。この流れは、社会保障制度改革推進法に基づく改革の流れということで、平成24年に社会保障税一体改革、25年に国民会議の報告書、それから12月に社会保障改革プログラム法の成立という流れで進んできております。この社会保障税一体改革大綱というのが24年8月にできました。具体的な改革内容ということで、医療、介護、それから今後の見直しの方向性ということで、病院・病床機能の分科・強化、それから在宅医療の推進ということを謳っております。

その後25年には社会保障制度改革国民会議の報告書が出ております。そして26年6月には医療介護総合確保推進法というのが成立しました。内容は、「効

率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域医療包括ケアシステムを構築することを通じて、地域において医療及び介護の総合的な確保を推進するため」の法律であるということで、この中身の一つは「新たな基金の創設」、2番目は医療法関係で「地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保」ということで、地域医療ビジョンに関して謳っております。この地域医療ビジョンは、地域医療計画において地域医療ビジョンを参考に作成していくということになっております。

3番目に地域包括ケアシステムの構築ということで、介護保険関係の法律がこの推進法の中に謳われています。介護と医療ということをして一体として作った法律としては、今までの中では初めての法律ということになります。

地域医療構想は先ほど述べましたように、26年10月にできました。この地域医療構想の法的根拠は、いま申し上げました通り、「介護と地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」というもので法的根拠を得たわけがあります。

全ては平成29年度末、平成30年3月までに全ての改革の準備をして、4月から始めるということで、厚労省は「惑星直列型」というように表現されていると思いますが、全てをここで始めようということで、同時改定に向けてわれわれも準備を進めていかなければいけないというところがあります。

今後は医療とか介護の人材確保が非常に難しいというデータであります。現在の2010年の高齢化率は24.7%でありますけれども、2025年には34.6%になる、2040年には40%にもなるということでもあります。

地域医療構想のポイントとしては、病床削減が目的ではないと。今後の高齢化の進行による医療の在り方の変化、あるいは、人口の増減に対応した体制を作っていくというものであります。回復期のニーズが増大しているというふうに言っておりますが、本当に回復期のニーズが増大しているのかどうかというのは分かりません。ただ、イメージとしてはそうならなければいけないというのが地域医療構想のイメージでありますから、一応ニーズが増大するというふうに考えられております。ベッドの数ではなくて、ベッドの機能に注目をしていかなければいけない、そして、医療を受ける場所は病院から病院と地域というふうに変わってくるということでもあります。

この地域の中で、地域ごとで考えて目指す姿を共有

化して、協議の場を設けて協議をしていただきたいということでもあります。

患者さんの居住地ベースというのと医療機関所在地ベースという考え方がありますが、これは急性期・高度急性期に関しては医療機関ベース、それから、回復期・慢性期は住所地ベースということで、2つの組み合わせで考えるということにしております。

この課題と方向性ということではありますが、医療機関同士の相互の役割分担と連携を推進するということ、それとこの地域医療構想は地域医療構想だけ、つまり病院だけの問題だけではなくて、地域包括ケアと一体的にやっていかなければ成り立たないということもあります。それから、医療・介護従事者の確保ということも非常に問題でありまして、実際に今後地域医療構想や地域包括ケアシステムを構築していくには、人材が非常に重要であるということも述べられております。

今後このように方向性が示されましたので、今後は地域全体で一つの総合病院のように考えていかなければいけないということで、われわれは協議をしています。

札幌市の地域医療構想の考え方としては、札幌市全域を単位として定期的な会合や医療機関を対象とした説明会を開催し、情報交換をするということがいわれております。ただし、それは非常に困難であろうというふうに思われています。それで、手稲区のこの取り組みを参考にして、小さな単位で区単位、例えば手稲区と西区のような区単位で考えていったほうがうまくいくのではないかとというふうに、道庁も期待をしているようです。

あとは、住民がいかにこういう地域医療構想に理解していただくか、マスコミはすぐに病床を減らすとか、あちこちの病院がなくなるとか、そんなことを言っておりますけれども、実はそういう問題ではなくて、地域の方にどのぐらいの病床数が必要なのか、どういう病院が必要なのか、どういう施設が必要なのかということを考えていただく非常に良い機会ではないかというふうに思います。

## 第2部 手稲区・西区からの報告

小嶋：第2部、「手稲区での現状と事例を通して考える地域医療構想」、発表は手稲家庭医療クリニックの河原さん、手稲溪仁会病院の清水さん、札幌秀友会病院の中村さんです。

河原（手稲家庭医療クリニック）：まず事例のご紹介になります。稲花子さん88歳女性、2014年4月に市外からお子さんのいる札幌に転居され、サービス付き高齢者住宅に入居されています。当月から訪問診療を開始されまして、同じくT薬局の居宅療養管理指導も開始されております。そこでお薬電子手帳 harmo（ハルモ）に登録をしています。

そして年が明けまして1月30日に肺炎を発症されまして、S病院へ入院されました。この時に手稲区各医療機関の病床機能ですとか、空床状況が分かるこの空床情報共有サービスというものを活用しまして、スムーズな入院につながった事例であります。

こちらの空床情報共有サービスについては、札幌秀友会病院の中村さんからご紹介をさせていただきます。

中村（札幌秀友会病院）：私からは空床情報共有システム、一応名称はT@Bed（ティーベッド）ということになりますけれども、こちらの紹介をさせていただきます。

実質的な問題についてはより小さな単位での話し合いが必要となるものと考え、札幌市手稲区に所在がある医療機関の理事長・院長が中心となりまして、平成26年6月地域医療連携会議が発足しました。翌月よりソーシャルワーカー事務職を中心とした地域病床連携会議が開催され、以後定期的にこの会議を開催しております。

地域医療会議参加医療機関は、当院を含めて「14の医療機関」となっております。地域病床連携会議は当初より空床情報の共有に向けた話し合いを行ってまいりました。平成27年1月より会議参加の医療機関から週1回空床情報の提供を私のほうにいただきまして、それを取りまとめた後、参加医療機関にまとめた情報を配信する取り組みを開始しました。

現在は、空床情報共有システムを昨年の9月より導入しました。どういったものかといいますと、エクセルとアナログベースで開始した空床情報共有でしたが、より効率化を図るため、データをクラウド上で管理を行いまして、各医療機関で病床の空床情報の変更がある都度情報を入力して、リアルタイムに近いシステムの情報の更新ができるようになりました。情報の変更は、インターネットではつながっている端末から所定のログインとIDとパスワードを入力しまして変更を行います。また、情報の参照のみでしたらスマートフォンからでも閲覧が可能ということになっており

ます。

河原：事例のほうに戻りますが、グルグル図に当てはめると、まず肺炎を発症されまして、在宅医療から急性期病院のほうに入院したというところの動きになります。

その後2015年3月に病状が改善されまして、無事に高齢者住宅へ退院されます。しかしながら、間もなく施設内で転倒されまして、K病院へ緊急搬送されることとなります。この時、右大腿骨の転子部骨折の診断を受けまして、昨年入所の時に登録していましたお薬電子手帳 harmo によって、この時緊急搬送された際に過去の内服薬の状況ですとかの把握を迅速にすることができて、スムーズな治療につながるという流れを組んでいます。

3週ほど経ちまして、その後I病院へリハビリ目的で転院されます。この時に大腿骨地域連携パス、それと地域診療情報連携システムIDリンクというものが活用されることとなります。これらの説明について、手稲溪仁会病院の清水さんからご紹介させていただきます。

清水（手稲溪仁会病院）：私からは電子お薬手帳サービス harmo、大腿骨頸部骨折地域連携パス、地域診療情報連携システム・IDリンクについてお話しをさせていただきますと思います。

まず電子お薬手帳サービス harmo になります。こちらはソニー株式会社で作っているお薬手帳サービスになります。全国で17万人の方がこのお薬手帳というカードを保有しているということです。手稲区におきましては、現時点では4,500名の登録利用者がいるというふうにかがいました。

本事例におきましては、患者さんが電子お薬手帳サービス harmo カードの提示がありましたので、救命センターに置いてありますこの端末で服薬状況の確認をすることができました。電子お薬手帳にどういったものが書いてあるのかということ、このお薬手帳サービスをカードでかざして処方した医療機関名、診療科、医療機関の連絡先、また調剤で引き換えた調剤薬局名、そういった連絡先が記載されておりますし、実際に患者さんが受け取った薬品名、また、そういった外形本体画像なども出てきますので、ビジュアル的にもしっかりとした物が目視確認できます。

2015年5月に手稲区保健情報連携システム検討会という所で、電子お薬手帳サービスの導入について検

討しました。ご覧のように医療機関、歯科医師会、薬剤師会、手稲消防署警防課、手稲区保健福祉部、北海道薬科大学、このお薬手帳を開発したソニー北海道リージョナルリサーチ、こういった皆さんが集まりながら、どのような運用をしていくのがこのカードの普及だけではなくて、患者さんにとってのメリットを引き出せるのか、検討しております。

カードを受取り、端末にかざすわずかな時間で、医療機関や主治医の先生が、どういう薬が処方されているのか、どんな容量で服用しているのか、確認することが可能です。手稲溪仁会病院は災害拠点病院ということもあり、3.11の震災の際にはDMATとして現地に駆けつけ、その際には薬の把握に非常に大変な思いをしたということを知っております。また、急に病気がやがなどによって救急搬送される場合もあります。正確な情報をどのように把握するのかということも課題です。

こういった電子お薬手帳サービスもクラウドサービスによって、災害があってもインターネットがつながる状況であれば確認できるというメリットがあります。

引き続きまして、大腿骨頸部骨折地域連携パスの概要についてお話しさせていただきます。

イメージとしては、各職種がそれぞれのエクセルの入力画面から入力をする、診療情報提供書や看護添書、MSW情報提供書、リハビリ情報提供書等に反映されるものになっております。

患者さんは骨折という診断になった段階で、さまざまな職種から病状の説明などを受けたりします。医療従事者もカンファレンスなどを通じて患者さんに対してしっかりとしたプランに基づいて、次の回復期病院にその情報などを引き継いでいっています。そのツールとして、大腿骨頸部骨折地域連携パスがあります。

患者さんの利点ですけれども、入院中も院内のクリティカルパスに則って治療経過をしていきますが、地域連携パスも同じように、例えば手稲溪仁会病院の治療はどんなことをやるのか、また、回復期病院に移ったらどういったことをやるのか、全体の把握をすることができます。また、パスというツールを使うことによって、治療経過を確実に引き継いでもらえるというメリットがあります。ご家族は特に支援などカンファレンスなどに病院に行く機会もありますので、急性期、回復期での入院期間中の支援や退院時期などのイメージもできるというふうに考えております。

医療従事者の利点としましては、関わる職種が同じ

情報を確認できる、回復期病院退院後も、急性期病院に情報が届きますので、総治療期間の中に置かれる治療の結果の検証ができるというメリットがあります。

また、地域連携パスの受け渡しにつきましては、現在は ID リンクというものを使って情報を共有しています。

患者さんにとっての利点は地域連携パスなども ID リンクを通じて引き継ぐだけではなく、画像や検査データといったものも引き継がれます。また、いつでも見られるようになっていきます。医師・看護師にとっての利点というところでは、関わる職種が同じ情報を確認ができるというメリットがあるかと思えます。

人工透析を実施している医療機関、今は 11 医療機関だったと思いますけれども、透析条件をこの ID リンク上に添付することで、災害時にもデータが損失しないようにすることを、手稲区・西区を中心に進めているのが現状です。

各病院の院長・理事長先生からそれぞれの医療機関の担当者が毎月 1 回集まりまして、このパスが安全に継続して、この ID リンクを使った情報提供が円滑に進むように定期的に会合を行っております。

手稲区では、皆さんそれぞれの職種も定期的に顔を合わせ、情報交換、情報共有しながら、患者さんのサービス向上につながるように努めているのが現状です。

河原：ググル図のほうになります。最初は肺炎を起こされて、在宅から急性期病院に入院、その後いったん高齢者住宅に退院するのですが、再び在宅医療のほうから大腿骨の頸部骨折を発生して急性期病院に入院、その後回復リハビリのほうに移りました。その後リハビリを行って、7 月 28 日、歩行器歩行が可能になって、無事また高齢者住宅のほうに退院しています。

手稲区のご報告としては、このように T@Bed、それから harmo、ID リンクといった、システムのほうも有機的につながって、安心した医療連携につながっているという現状についての報告をさせていただきました。

小嶋：引き続きまして、西区からのご報告をいただきます。

西太郎さんが急性期、リハビリ、看取りの各場面で後方支援病院、老人保健施設、訪問診療が活用された事例として、勤医協札幌西区病院の吉澤先生、北海道医療センターの長尾先生、セージュ山の手岡田さん、ホサナ・ファミリークリニックの一木先生、よろしく

お願いします。

吉澤（勤医協札幌西区病院）：西区は急性期・リハビリ・看取りの各場面で後方支援病院、老人保健施設、訪問診療がどのように活用されたかということについてお話しします。

西太郎さんは 80 歳。A クリニックに通院中でした。もともと脳梗塞の既往がありまして、最近身体の衰えが進んで通院困難になり、訪問診療を開始しています。体調変化が容易に生じやすい状態にあることから、病状悪化時にすぐに入院できるように、北海道医療センターに登録済みでした。さて 2 年が経ち、嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎を発生し、北海道医療センターに相談したところ、すぐに入院し治療を開始しています。急性期治療が終了し、地域包括ケア病棟に移ってリハビリを継続、2 カ月後に退院し、在宅療養の場に戻り、訪問診療を再開しています。ここで在宅患者登録事業について、北海道医療センターの長尾副院長から説明いただきます。

長尾（北海道医療センター副院長）：ただ今お話にありました患者様が当院に入院して、どのような経過をとってまた在宅に戻っていくかというところで、この在宅医療患者登録事業ということに関して説明させていただきます。

地域包括ケアシステムをいかに運用していくかという中で、急性期病院の役割、急性期病院の人材と機能をいかに効率的に利用するために、緊急時の在宅、あるいは介護施設からの受け入れ、在宅の患者さんと介護施設の患者さんを受け入れることにあります。地域包括ケアシステムの考え方はほとんど在宅で過ごし、病気の時には入院ということですので、包括ケア病棟を有する病院が入院加療の後、退院させることで良いのですが、必ずしもそれだけではなくて、急性期病院も役割を担っていくことが、施設等を有効に活用していく、人材を活用していく術になるのではないかと。この在宅患者登録事業というのを当院では始めております。

この目的としましては、北海道医療センターに事前に、在宅の患者さん、あるいは施設の患者さんを登録していただいて、登録医いわゆるかかりつけの先生に事前に診療情報を提供していただき、当院の電子カルテに登録しておくということです。そして電子カルテ上で、緊急時や必要時に安心して入院サービスを円滑に受けられるようにということで、たとえば救急車で運

ばれてきても、この患者さんのIDがあれば、患者さんの診療情報を事前に登録しておいてみることで、救急対応も可能になるということです。

登録医師ということで、登録医師の方には基本的に当院の連携登録医になっていただいた上で、この在宅患者登録事業という所で届け出書も出していただいております。

この流れですけれども、患者さんが登録対象患者ということで、登録医の先生、かかりつけ医の先生に説明と同意を受けて、「具合が悪くなった時には当院に運ばれますよ」ということで、事前に診療情報提供書、あるいは登録申請書を出していただいて、それを受託するというかたちです。こういった情報を電子カルテ上に患者情報として集積しておいて、この電子カルテを開きますと、「在宅医療患者登録者です。優先的な受け入れをお願いします」ということで、夜間の救急の時間帯とか休日等もこれを見た場合には優先的に受け入れると。必須の患者さんだということで全職員に分かるようにしております。

そして入院が必要になった場合は、登録医の先生から、平日は担当科へ、夜間・休日であれば当直医に連絡していただく。それから救急（ER）が必要な場合は、救急センターに登録の先生から連絡していただいて、ドクター・トゥ・ドクターで入院はしておりますけれども、平日に関しては地域連携室も介入して、ドクター・トゥ・ドクターの間を取りもって入院の術を進めております。

入院するだけではなくて、退院後引き続き当院の登録された患者として在宅での療養の状況をフォローすることも重要だと思いますので、退院決定した時期にあわせて、地域医療連携室の退院支援員が関わって退院の時期を決めて、それで在宅の先生や訪看の方々と退院時のカンファレンスを行う。そういったことによって介護支援連携料とか退院時共同使用料も発生しますし、このカンファレンスは非常に大事な役割を果たしていると思います。

そして退院した後も、現在は当院のスタッフが退院後訪問を単独、在宅の先生、あるいは訪看の方々と一緒に共同訪問を単回ではなく複数回行うことで、在院期間も短くなり、あるいは必要な治療がどれだけ受けられるかという情報が集積されていくと思います。

あと、これは在宅の患者さんだけではなくて施設にいらっしゃる患者さん、特に介護老人ホーム等にいらっしゃる患者さんは、なかなか医療施設との関わりがまだ薄いこともあり、施設で病気になった時になか

なかスムーズに入院できないことがあります。そういった施設では嘱託医の方が普段健康状態をチェックされていますが、緊急入院の可能性のある患者さんにとっては、先ほどの在宅の患者さんと同じように事前登録をしていただいて、施設にいても状態が悪くなった時に当院で受け入れするというのも始めております。

こういったかたちで2年間ほどやっていますが、決して事前登録数はまだ増えておりません。やはり文書や情報のやりとりということで在宅の先生方や職員の方もなかなか忙しくて、登録がなかなか進んでいない状況で、少ない数ですが、実際のところ、一度登録されますと、繰り返し入退院をしていただいて便利に活用していただいている状況がありますので、こういうシステムを知っていただけると、もっともっと有効に活用できると思います。

今後、地域包括ケアシステムが活用される場合に、事前登録というのは、いろいろな場面で必要になっていくと思いますので、当院だけではなくて是非いろいろな施設で試みられてはいかかということで、今回お話しさせていただきました。

吉澤：西太郎さんは85歳になりました。訪問診療を継続していました。認知症の進行に伴いましてADLが低下し、ご家族がリハビリを希望しました。ご本人もリハビリに意欲的でした。そこで在宅強化型老健であるセージュ山の手に入所しリハビリを頑張りまして、2カ月後に退所しています。それで訪問診療を再開しました。

ここで老人保健施設についてセージュ山の手事務長の岡田さんから説明をいただきます。

岡田（セージュ山の手事務長）：「老健の理念と役割」というところで、大項目としてこの5つがあります。包括的ケアサービス、そしてリハビリテーション施設、そして在宅復帰施設、在宅生活支援施設、あと地域に根ざした施設です。

国のほうとしては、「従来型の老健」「加算型の老健」「強化型の老健」という3種類を徐々に作っていきまして、平成27年の改定の時に一番下げ幅が低かったのが強化型、加算型というふうに、在宅復帰施設に誘導していく流れが今の状況です。

北海道もほとんど加算型だったかなという感じでしたが、昨年4月には強化型が1割強に増加し、西区でも何施設か強化型になっている老健もあります。



実際いま加算型でこれから強化型を目指すという西区の老健も先日ちょっと話をしましたので、ひょっとしたら半分ぐらいが今年強化型の老健というふうに西区も変わっていくのかなと思っています。

セージュ山の手の入所先に関しては55%が病院からで、あとは家庭が32%です。この55%の8割ぐらいは新規の、セージュ山の手を利用したことの無い病院から直接入ってこられるというような方がほとんどです。逆に家庭の32%の8割ぐらいは以前セージュ山の手を利用してというような方で、再利用、おうちに帰ってまた入ってくるというような内訳になっています。

退所状況は、実際在宅に帰っているのは68%で、病院から受け入れて在宅に返していますが、この68%にはサービス付高齢者住宅も入っていますし、有料老人ホームも入っているのでこの数字になっています。

グルグル図でいうと、今ここの16番、17番のところ。急性期の医療とか回復期のリハビリから老健のほうに受け入れて、それでご自宅に戻っていく。戻っていくけれども、病院に入院するまでもいかなる人に関しては、老健と在宅を行ったり来たりしながら在宅を支えていく。そういう中で通所リハビリテーションや訪問リハ、あと、ショートステイとかいうサービスを使いながらサポートしていくというようなことになります。

もちろん11番のように、直接帰れる方もありますが、当施設でも入所の方の7割ぐらいは認知症が主病名ですので、この認知症の方をどうリハビリをしてご自宅に戻っていくのかということ、少し時間を、病院の後に老健に入って、自宅のことを考えるということが老健の役割なのかなというふうに思います。

最後には在宅復帰施設として、医療の皆様にも「老健は在宅に帰ることを強化している」ということを認識していただきたいとも思います。

認知症の高齢者の在宅復帰の課題。これに関してはずっと在宅介護となると、家族の方も介護負担が大きくなるため、1カ月～3カ月でもいいから、少しでも在宅に戻っていきながら、老健を中心として在宅復帰をしていくというようなことを今やっております。

あと中重度者への対応です。強化型の3つの要件のうちの一つは、要介護度4～5の割合が35%というのがありまして、「軽い人ばかり見て在宅に返すんじゃないよ」ということですが、中重度の人の対応もきちんとしていかなければなりません。

医療のところでは、老健には医師が常勤でおりますので、この老健の医師の範疇での受け入れということ、例えば他科受診の問題、あと薬価の問題等、様々な制限がありますが、受け入れられるようにわれわれも努力をしなければならないところと、受け入れるために行政等にも働きかけていかなければならないとも感じております。

あとはリハビリテーションの強化というところで、やはり高齢者を元気にしていく。老健のリハビリというのは、「遊ばせリハビリ」も含めながらやりますので、高齢者を活性化してゆくというところでは、リハビリテーションを強化して生きがい作りをしていくのだというところで、老健での印象が良いと、在宅に戻ってもまた再入所してくれますので、そういうところが重要なことというふうに思っております。

これからは、特養待機場所といわれていた老健から、本来の目的である、病院との中間施設の役割として、これから発揮していくという感じになるのかなと思いますので、この地域医療構想の中で、老健もこの地域資源の一つとして大いに活用していただければと思っております。

吉澤：西太郎さん95歳、今はホサナ・ファミリークリニックが訪問診療を行っています。ホサナ・ファミリークリニックでは他に2箇所の在宅医療機関と連携し、機能強化型在宅療養支援診療所となっています。

毎月患者さんの情報を共有し、休日・夜間など、他の医療機関の先生が学会などで不在の時には、バックアップ体制を取っています。ここで在宅医療機関同士の連携についてホサナ・ファミリークリニックの一木院長先生からご説明をいただきます。

一木（ホサナ・ファミリークリニック院長）：連携のことですが、いま在宅医療の方向性としては、診療報酬などの縛りで病院などがほとんど在宅に戻す必要性が出てきています。また、地域医療構想のことであつたと思いますが、「多死時代への突入」ということで、病床数自体は増えないし、急性期も減る中で、本当に最後を看取る場所があるのかという問題が出てきています。その中で病院から施設や在宅へ戻すというのが国の大きな方針になってきています。

在宅医療の普及によって住民の方々も実際意識が変わってきて、病院ではなく、最期は家で過ごしたいという方ももちろん増えてきている状態です。そんな中であつて、やはり訪問診療をしている医師が不足して

いるのが、現実に僕らがやっていると、思うことです。

「誰が在宅医療を担うのか？」というのを、いま国でも言っていますけれども、かかりつけ医の先生方がどれくらい関われるかというのが、今後重要になってくるのではないかと考えています。うちは在宅医療支援診療所で、先ほど言ったように、中央区の静明館診療所に3名の常勤がいます。それから札幌中央ファミリークリニックの常勤1名と連携して、機能強化型在宅療養診療所となっています。

去年の春から在宅の専門の診療所ができました。うちも在宅専門診療所の届け出をしました。患者さんの全体の95%以上が在宅患者さんで、1年間に5カ所以上の医療機関からの紹介があるということ、看取りの実績が年間に20件以上あるということ、それから施設の患者さんが少ないということです。それから重い患者さん、要介護3以上プラス癌の末期とか、人工呼吸器を使っている方、こういった重い患者さんが全体の患者さんの50%以上というような基準があって、それが基準を満たす場合に、在宅専門診療所というふうに届け出ることができます。

いま中医協の来年の改定に向けて中医協の議論を見て、在宅の関係で見ていると、基本的にはかかりつけ医が頑張ってもらいたいというのが今の考えです。なぜかという、在宅のクリニックだけではとても追いつかないぐらいの数の患者さんが在宅にこれからどんどん増えていくということです。訪問診療を行っている、実はいま1人の診療所でも結構頑張っておられて、訪問診療を実際に取り組んでいる方が多くなっています。ですから、訪問診療を行っている診療所は在宅医療支援診療所とあって、24時間体制でやっている診療所が半分、それから24時間体制を届け出していない普通の診療所が半分というようになっています。

アンケートの結果で「今後、24時間体制の在宅診療を届け出る可能性はない」と答えた方が診療所の80%ということで、今やっているかかりつけの先生も、自分の患者さんが通えなくなったから訪問診療には行くけど、今後積極的に24時間体制で訪問診療に取り組むのはちょっと難しいと、思っているということです。理由はいろいろありますが一番は24時間体制の負担感です。

今後の在宅医療は、かかりつけ医の先生の参加がどうしても必要になってくると思います。その中で先生方が大変な思いをあまりしないように済むように、僕らみたいな在宅を専門にやっている診療所がバックアップするという、その連携が不可欠になってくると

思います。

それから、在宅だけではやはりなかなか難しいところもあって、特別養護老人ホームでは、24時間体制で嘱託医が対応してくれないとやはり看取りができませんが、そういったのも在宅医の今後の役割になるのではないかなと、思っています。

24時間体制というのは、僕らのような機能強化型のそういう高い報酬をもらっている所が少しバックアップしていくというのが今後重要になってきます。

僕らは在宅診療所の役割として大規模化して、そういった地域の先生方をバックアップするという役割を担っているのではないかなと、思っています。そのまとめ役が今はちょっと不在というのが、いまは現実としてあって、やはり医師会とかそういった所が今後中心となって結びつける役割とかを果たしていただければいいなと、思っています。

情報の共有では、ITを用いた情報の共有を一緒にしています。電子カルテはなかなか診療所が違くと共有が難しいので、いまサイボウズという、これは無料ですけれども、あとバイタルリンク、静明館と札幌中央ファミリークリニックがバイタルリンクというクラウド型の情報共有システムで訪問看護師さんの情報などが絶えず入ってくるようなシステムを使っています。診療所内ではサイボウズで患者さんごとにやって、それは外の介護の方とかケアマネジャーさんとかとも情報共有をしています。先日MeLL+(メルタス)というの話を聞きましたが、いろいろなこういった情報共有システムがあるので、そういう物をフルに使うことでかなり患者さんの情報共有ができるかなと、思っています。

吉澤：西太郎さんは95歳で認知症を発症していましたが、実は末期の肺がんでもありました。食事がだんだん食べられなくなりましたが、ご家族は最期を過ごす場所として、ご本人とも相談して自宅を選びました。西太郎さんは住み慣れた自宅で過ごし、最期は一木先生に看取っていただきました。安らかに最期を迎えました。

小嶋：以上で、第1部・第2部を終了いたします。第1部の基調講演では藤原先生にこれからの医療のあり方といえますか、急性期病院がどうやって回復期にニーズを満たしていくのか、その難しさ、それから人材確保の難しさ、いろいろな問題点を出していただきました。手稲区・西区からの報告では、さまざまな地域での取り組み、大変画期的なものもあれば、まだまだ問

題点の残るものもたくさんあります。そういったものを今回はまず発表をしていただいて、どんなものがあるかということを今回は知っていただくことができたのではないかと思います。

どなたか第1部・第2部を通じて、ご質問のある方がいらっしやいましたら、フロアーの方から挙手でいただければと思います。

草野（静和記念病院院長）：空床情報の共有化というものに非常に興味を持ったのですが、これは明日からそれにすぐにリンクを貼ってくれと言ったらできるのか、こういった空床化のシステムというのは、どの病院でもある程度情報が欲しいし、また、自分たちの情報を載せたいと思うのですが、その辺の汎用性についてお聞かせいただければありがたいかなと思います。

小嶋：T@Bedの汎用性についてということですが、藤原先生にお答えいただこうと思います。

藤原：T@Bedですけれども、腹の内が見える医療機関でやろうということではじめています。ですから「隠し事をしないでぎっくばらんにやれる仲間やろう」ということで、手稲区は割とそういう医療機関同士といますか、医院長同士や理事長同士が割としょっちゅう飲み会をして、腹の割った話をして「俺はこれをやりたいんだ」という話をしてやっていたので、「是非やろう」ということであれば、お申込みをいただいて、ただ一応資格審査をさせていただくことで、これからもやっていきたいなと思っています。

今この協議会でいろいろ話しているのですが、是非北海道医療センターにも仲間に加わっていただきたいなと思います。

小嶋：なかなか空床が見えてしまうと、「おまえの所のベッドは空いているのに何でうちの患者をとらないんだ」という話が、そういうことが起こるのは容易に想像できるわけですが、そういう喧嘩が起こらないというのが、これをやってみての不思議なところでもあって、その辺の秘訣はなんだろうと思うと、でも責任者の方々が集っているのを見ると、なにか非常に納得が行くというか、こういうかたちだったら喧嘩は起こらないなというのがよく分かりました。

その他この空床情報に限らず、他にも何かご発言のある方はいらっしやいませんか？

一木：空床情報ですが、それは何か病院のほうに問い

合わせをすれば、何か僕らの西区の医療機関でもアクセスができるものでしょうか？

藤原：一応、ベッドのある医療機関だけで今やろうということではじめていました。無床の診療所の先生も「入れてくれ」ということではあったのですが、お断りしました。それはどういうことなのかというと、立場がファイティ・ファイティにならないといけない。つまり、われわれがベッドの空いているのを見せるということは非常に危険な行為だと、入院を持っている医療機関は思っていますので、「それではあなたたちは何を見せてくれますか？」というのがあれば一緒にできるというふうに僕は思っておりますので、やはり危険性はお互いに共有していなければいけないのではないかなというふうに今はしていますから、また考え方が変わるとは思いますけれども、今のところはそうですね。

小嶋：実際には「溪仁会が空いているかどうかはあまり関係がないけど」という話があつて、もう「とにかく溪仁会にはもう手稲であればドンと送ってやればいいんだ、その代わり周りの病院で病床・病院連携をして、しっかりと急性期として回るように連携するんだ」という体制があつたと思つていました。

その他どうでしょうか？何かフロアーの方から質問等ありませんでしょうか？

長尾：北海道医療センターの長尾です。先ほど藤原先生からお誘いもありましたけれども、やはり、私たちも空床管理といいますか、空床探しが大変苦勞をしています。こうした空床システムが病院間で共有ができるようになれば、ここには退院支援でお願いができるなどの情報が急性期の病院もやはり是非必要だと思つてますし、手稲でこんなことをやられて西区でもそういった一緒に情報を共有していくと、本当に在宅支援に向けて良い仕事ができるかなと、つくづく思つていました。

小嶋：たしかに西区でも同じような仕掛けのできる可能性は大いにあると思つています。どなたか他にご意見ありますでしょうか？

藤原：医療センターに質問ですが、この在宅医療患者登録事業は、何かメリットがあつてやっておられますか？この資格というか基準というか、どうしてこんなに登録している患者さんが少ないのだろうと、

ちょっと疑問に思いました。

長尾：これはうちにとっては、診療報酬上のメリットは全く無いです。うちは地域医療支援病院という立場上、いかに在宅の先生とうまくつながっていくかということと、うちの機能をうまく使うためには、突然 ER棟に在宅の患者さんを含めいろいろな患者さんが運ばれてきますが、治療に関して、あるいは治療をどこまでやるかとか、患者の家族とどう連絡をとっていくかとか、特に救急の先生からそういった疑問がたくさん出されてきて、それをクリアしていくには一つはこういった登録事業をやって、事前受診を進めて情報を確保しておくということ、スムーズな連携ができるのではないかと。100%登録事業に載せるというわけではないのですけれども、そういった患者さんが増えてくれば、当院の救急のシステムとか、それから急性期病棟で、それからうちは地域ケア病棟も作りましたので、その中での患者さんの流れが非常にうまくいくということです。

ですので、登録をしていただいた先生には必然的に、登録をした患者さんはいつでも受けますと相談を受けますし、「退院後も一緒に診ていきましょう」という体制が組めますので、本当にお互いに患者さんのためになる事業だと思っています。ちょっと手続きが難しいのですが、やはりそれぐらい手をかけないと、なかなかこれからうまく進まないかなと思っています。

小嶋：ということは、「患者さんを登録しないと診ませんよ」ではなくて、むしろ登録をしていけばより良い治療、やり過ぎないでいい、どこまでやるかということも含めて、それから退院後の連携も含めて、よりスムーズできますという制度だというふうにお考えということですね。是非皆さん、入居者さんのいる方は登録をしていただくという方向でご検討いただければと思います。

坂本（坂本医院院長）：たくさんの患者さんを皆さん持っていらっしゃいますけれど、私も5～6人登録をして、一人は何回も入院させてもらって非常にスムーズにいきます。それと同じようなことが、是非この場を借りてお願いをしたいのは、西区の他の病院の先生方にもそういう体制を作って、診療報酬制度上のメリットはないかもしれませんが、まさに患者さんがスムーズに入退院できる、あるいは適切な医療提供ができるということに寄与していただければ非常

に幸いだと思います。まさに今日のこのシンポジウムのテーマに沿ったかたちになろうかなというふうに感じております。

小嶋：坂本先生は確かお一人でやっていらっしゃると思いますけれども、実際に患者さんの登録をする時のその手続きとか作業というのは、どなたか補助される方がいらっしゃいますか？

坂本：私はいろいろなことを全部一人でやっています。

小嶋：病院にはソーシャルワーカーがたくさんいますが、クリニックにはなかなかソーシャルワーカーが入らないということで、手稲家庭医療クリニックは、幸いソーシャルワーカーを配置できましたが、大変機能が上がるんですね。

ソーシャルワーカー協会の方でそういうクリニックに病院からソーシャルワーカーを派遣とか配置とかをできないかというプロジェクトも実はあるとうかがっていて、本当に1日も早くそういう制度が回らないかなと思っていますが、医師会も含めてさまざまなそういう支援をしていけたらということで、いろいろな情報交換をしていますので、是非ご期待いただければと思います。

その他どうですか？

男性：うちの病院だと市立病院からも登録医にならないとか、結構いくつかの大きな病院から登録医の申請がありますが、登録をして患者さんをできるだけ自分の所の病院で良い治療をやってあげたいというのは、手稲溪仁会も北海道医療センターも、ある程度の大きな病院はみんな共通した意識だと思いますが、その辺での連携というのが取れないものなのかどうかというのが、僕はちょっと疑問に思っていますが、西区では医療センターだけが登録医を進めていくということ、そういうふう解釈してよろしいでしょうか？

長尾：全くそうではなくて、いろいろな病院がこの登録医師制度をやっていただくと、やはり患者さんにとって地域にとって一番良いと思います。うちのは一種のモデル事業みたいなふうを考えていまして、こういうふうにやってみたらどうだろうという一つの提案です。

特に手稲溪仁会病院もそうだと思いますけれども、超急性期・急性期とかをやっていてベッドの回転が大

変な所は、やはりこういう制度で、患者さんがうまく流れるようにしなければいけないと思いますし、それ以外の病院もやはり登録事業をして患者さんを受け入れるという、突然一見さんでやって来るではなくて、ある程度は情報があるとか、家族状況が知れているというのが本当に大事だということと考えております。

小嶋：坂本先生、引き続きよろしく申し上げます。

坂本：参考までに、在宅にいる患者さんがどれぐらい入院が必要になるかということですが、1カ月にだいたい5%です。施設のほうは知識がありませんが、先生がおっしゃったようにたくさん在宅の人が救急に行っていると思います。ですからそれをよりスムーズに診療をできるようにするのは一木先生のご希望もそうですし、社会的なニーズがあるのかなと思います。先生がおっしゃったのは、登録医制度ではなくて登録患者制度みたいものになりますから、あらかじめ登録をしていくとスムーズに入退院ができるということに、そういうことが地域としてできれば非常に良いことかなというのが、私の感想です。

小嶋：特養の看取りということもありましたが、どなたか特養の方、ご発言とかありますか？

成松：病院の関係者がかなり発言をされていると思いますが、先ほど藤原先生のお話にもありましたように、医療機関同士が競争をするのではなく、「協調」と言っています。そもそも、一つの病院で完結するのではなくて、地域で一人ひとりの方がどういうふうに生活をしていくのか、それをみんなでどう支えていくのか、そのための地域医療構想だと思いますので、ここに集まっている普段在宅ケア連絡会に来られている介護とか福祉とか、あるいは地域包括支援センターとか行政の方、いろいろな方が医療機関に対してこういうふうにしてほしいとかそういうことを仰っていただいたほうがいいのかなと。あるいは、いろいろな医療機関があると思いますが、どういう時にどういう医療機関を利用したらいいのか、なかなか難しいのではないかと思いますので、率直なご感想をいただければありがたいなと思いますが、いかがでしょうか？

小嶋：どなたかご発言いただける方はいらっしゃいませんか？

吉澤：今後の札幌における地域医療構想の議論の進め方についてです。医師会の支部ごとといいますか、今日はこのように西区・手稲区が一緒になってやっているわけです。3月の大竹局長さんのお話では、この地域医療構想は、そもそも病院同士の都合によって成り立つわけではないとのことで、住民の方々の生活を支えるということで、「在宅医療の推進に関する各区単位の会議体や医師会の会合等と兼ねることも可能とする」という、そういう一文がありまして、大竹さんはこの時に「在宅ケア連絡会とか」という例え話をされています。いま何かを決めるということではなくて、今後のこういう話し合いをどういう場所でやっていかと。今回みたいに医師会の会合、ケア連絡会と合同、ケアマネ連協との合同、こういうようなかたちを引き続きとっていくというのもいいのではないかなと僕は思いますが、そこで今、西区・手稲区のそれぞれの支部長さんも来られていますし、いろいろな方も来られているので、今後の進め方の土俵というか、そこをどういうふうに考えるかということについて意見交換をしてもらったらいかがでしょうか？

小嶋：成松先生、ちょっと一言いただけますでしょうか？

成松：手稲区ですけれども、意識をしているのは主だった医療機関に役員として声をかけるようには意識しています。月1回でもできるだけ顔を合わせて、できればその後アフターでハシゴしたら、それこそ腹の分かる関係が地域でできるというのをずっと歴代の諸先輩たちがやってきたことですが、それをさらに継続して発展させることかなというふうには思っていました。

小嶋：では嵐先生もひと言申し上げます。

嵐方之（札幌市医師会西区支部支部長・札幌第一病院院長）：西区支部の嵐です、地域医療構想をどういうふうにとっていくかというのは、一つは支部単位で動くのはなかなか難しい話でして、人口が22万人の西区の中でどういうふうにとっていくかというのが一つあり、特に地域医療構想で問題になるのは病院の問題、病床の問題、それから在宅、そういったものの地域での連携とかそういったことは、要するに地域包括システムと全く裏表の関係にあるというか、そういったふうにご考えた方がいいのではないかと思います。

この場で何度も繰り返し述べられているのは、結局

は連携です。医療機関同士、あるいは介護福祉施設との連携、在宅ケア連絡会とかそういったことをやる、あるいはこういった所でいろいろと皆さんと意見交換をするというかたちで、同じことを繰り返しやっていくしかないと思っています。

支部のプランとしてそういうものを作っていく、みんなが集まってそういうことを話し合えることを作っていかねばならないなと思っています。

どうしても五月雨式にこんなことをやろうとなってしまうですが、医師会なりが中心になってガバナンスをもってやっていかないと駄目なのではないかという話ですけれども、なかなかそれができないというところがありますが、積極的に考えていかねばならないと思っています。

小嶋：今回のこの研修会は久しぶりに手稲区と西区のケア連が合同で企画をさせていただいて、開催のかたちになったわけですけれども、何とか多数の方にご参加いただいて260名を越える参加者となりました。以上で研修会のほうを終わりたいと思います。

閉会のご挨拶をいただきたいと思います。札幌市医師会西区支部長嵐先生、よろしくお願ひします。

嵐：地域医療構想というのは、基本的には一般病床から、むしろ地域包括ケア病床や、回復期リハビリテーション病棟といったものをもっと生かし、それと並行して在宅医療や、施設の療養、そういったものを活用しなければならぬことがよく分かりました。

それともう一つは、地域包括ケアシステムというのもそれと同じような、結局先ほどにも言ったように裏表の関係にあるのだろうなと思っていますので、そういったものに対して、これからも力を入れていきたいと思っています。

また、今日繰り返し述べられていたのは、やはり地域連携の話でして、地域連携を行うには、システムというかコンピューターも大事ですけれども、そこで信頼される仕事を私たちもやらなければいけないと、それには自分の技術とパーソナリティ、そういったものを磨いていかねばならないと思っていますので、皆さんもご協力をよろしくお願ひします。

小嶋：以上を持ちまして研修会「事例を通して考える地域医療構想」を終了いたします。

本日はどうもありがとうございました。

## VIII おわりに — 平成12年9月 発行分 —

平成8年4月、札幌市医師会西区支部有志が集まり、「西区内での保健、医療、福祉の連携により、在宅療養者支援のために、とにかく実際に役に立つことができないか」と話し合ったのがきっかけとなり、準備を重ね、平成9年8月、第1回「西区在宅ケア連絡会」が開催された。その後ほぼ毎月一回開催を続け、平成12年6月、第30回開催にまで至った。(略)

3年間に100余例の検討を行い、数多くの成果が得られ、また非常に豊富で実際に効果的な情報交換がなされたが、実は最も価値のある結果は、「人と人とのつながりができたこと」であり、顔を合わせて話しをすることが連携の第一歩であることが如実に示されていると思われる。(略)

在宅療養者を支援するための、地域におけるネットワークを形成しようとする活動は全国的にも数多く報告されているが、「西区在宅ケア連絡会」はそれらの活動の中でもあくまで純粹、普遍的活動であることが、本報告書をお読みいただくと良く理解していただけると思われる。これらの純粹性、普遍性、そして継続性は今後も参加者全員の一貫した姿勢として持ち続けることができるものであり、また参加者自身による新たな発想、積極的な活動によりさらに発展していけるものと確信している。普遍的活動であればこそ、将来にわたっていろいろな可能性を秘めた活動であり、今後も各分野の多くの方々の参加が望まれている。(略)

活動報告書(II)のために	— 平成17年10月 発行分 —	(略)
活動報告書(III)のために	— 平成21年 1月 発行分 —	(略)
活動報告書(IV)のために	— 平成21年 1月 発行分 —	(略)
活動報告書(V)のために	— 平成21年 7月 発行分 —	(略)
活動報告書(VI)のために	— 平成23年 5月 発行分 —	(略)
活動報告書(VII)のために	— 平成24年 2月 発行分 —	(略)
活動報告書(VIII)のために	— 平成24年 9月 発行分 —	(略)
活動報告書(IX)のために	— 平成25年 9月 発行分 —	(略)
活動報告書(X)のために	— 平成26年 9月 発行分 —	(略)
活動報告書(XI)のために	— 平成27年 9月 発行分 —	(略)
活動報告書(XII)のために	— 平成28年10月 発行分 —	(略)

この活動報告書(XIII)は、第205回～第215回例会活動報告および、平成29年3月の市民向けシンポジウム「地域で最期まで暮らすために」、平成29年5月、手稲区と合同で開催したシンポジウム「事例を通して考える地域医療構想 地域医療構想と手稲区・西区の現状と取り組み」の内容を掲載したものです。

実際の個別の事例検討から地域の課題について議論し解決策まで議論している当会の活動は、今後、地域包括ケアシステム構築が求められる中、ますます重要になってくると思われます。

従来の報告書での記載と同様に、再度「さらなるご参加へのお呼びかけ」をさせていただきます。

(幹事会 坂本 仁)

事務局：医療法人 潤和会 ひばりが丘病院 (出井 聡)

〒004-0053 札幌市厚別区厚別中央3条2丁目12番1号

<http://www.zaitaku-care.info> / e-mail : [info@zaitaku-care.info](mailto:info@zaitaku-care.info)

平成29年9月 発行

