

# 西区在宅ケア連絡会活動報告書（XIV）

平成29年6月13日（第216回）～平成30年5月15日（第226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（西区における地域医療構想と地域包括ケア）	10
VII	シンポジウム（在宅療養高齢者への救急医療の現状を 明らかにする情報交換会）	16
VIII	シンポジウム（西区の在宅医療はどうなっているのか？）	24
IX	シンポジウム（札幌市西区における、今後の医療連携を考える）	28
X	おわりに	39

## 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)
活動報告書 (XIII) のために	—	平成 30 年 12 月	発行分	—	(略)

前回の報告書発行以降も活動は継続された。平成 29 年から 30 年にかけては、地域医療構想を念頭において地域ケア体制を考えるための特集、シンポジウム、研修会を開催し、多数が参加した。

この活動報告書 (XIV) は、第 216 回～第 226 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 29 年 6 月（第 216 回）～平成 30 年 5 月（第 226 回）の開催状況は次表の通りであった。

回	開催日	参加者	特集等テーマ
第 216 回	29. 6.13	100	特集 西区における地域医療構想と地域包括ケア
第 217 回	29. 7.11	112	特集 西区における地域医療構想と地域包括ケア ～療養場所としての住まいの実情を明らかにする (西区平成 29 年度在宅医療介護連携に係る啓発等事業 多職種連携意見交換会)
第 218 回	29. 8. 8	108	特集 西区における地域医療構想と地域包括ケア ～療養場所としての住まいの実情を明らかにする
第 219 回	29. 9.12	86	特集 訪問介護と医療との連携を考える～二事例の検討、訪問介護部会報告を通して (平成 29 年度在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修)
第 220 回	29.10.10	165	特集 在宅療養高齢者への救急医療の現状を明らかにする情報交換会 (平成 29 年度在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修)
第 221 回	29.11.13	-	特別講演会 地域包括ケア政策の総括から共生社会へ向けての展望へ
第 222 回	29.12.12	56	特集 事例を通して考える西区における地域医療構想と地域包括ケア ～人生の最終段階における医療の普及・啓発 (平成 29 年度在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修)
第 223 回	30. 2.13	75	特集 皆で考える、最期まで安心して過ごすために考えておきたいこと ～人生の最終段階における医療の普及・啓発
第 224 回	30. 3.17	51	シンポジウム 皆で考える、最期まで安心して過ごすために考えておきたいこと (平成 29 年度在宅医療・介護連携推進に係る啓発等事業)
第 225 回	30. 4.10	174	特集 西区の在宅医療はどうなっているか？ ～在宅医療実践の現状を分かり合い、多職種連携を更に強めよう (平成 30 年度在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修)
第 226 回	30. 5.15	292	特集 札幌市西区における、今後の医療連携を考える (平成 30 年度在宅医療介護連携推進に係る啓発等事業 多職種連携意見交換会)

### IV 出席者

第 206 回～第 226 回までの参加者総数は 1219 名で平均 121.9 名（第 221 回を除く）と、準備会を含め過去 21 年 215 回の参加延べ人数平均 89.9 人（19333 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 216 回	29. 6.13	8	0	15	8	7	3	13	4	9	0	2	5	7	4	15	100			
第 217 回	29. 7.11	11	1	13	9	5	7	12	8	7	0	1	7	7	6	18	112			
第 218 回	29. 8. 8	7	1	8	10	11	9	10	11	9	0	2	5	7	5	13	108			
第 219 回	29. 9.12	5	0	12	7	4	5	10	10	8	0	2	6	8	2	7	86			
第 220 回	29.10.10	38	1	26	10	7	5	17	8	15	0	3	7	1	12	15	165			
第 221 回	29.11.13	-																		
第 222 回	29.12.12	4	1	5	7	6	5	3	7	6	0	0	4	0	1	7	56			
第 223 回	30. 2.13	5	2	12	4	2	5	5	10	7	0	1	6	4	4	8	75			
第 224 回	30. 3.17	8	1	11	1	1	0	11	3	5	0	1	3	1	2	3	51			
第 225 回	30. 4.10	25	2	44	10	9	6	20	11	10	0	1	10	4	12	10	174			
第 226 回	30. 5.15	45	3	53	16	11	9	47	9	27	0	3	12	6	28	23	292			
合計		156	12	199	82	63	54	148	81	103	0	16	65	45	76	119	1219			

※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。また、第 221 回例会は合同開催のため集計から除外している。

## V 検討結果

### ■第 216 回例会

日時：平成 29 年 6 月 13 日(火)18:30～

会場：西区民センター 1F 第 1・2 会議室

特集：西区における地域医療構想と地域包括ケア

#### ○講演

地域医療構想と地域包括ケア

西区ケア連の実践、これまでとこれから  
坂本医院 坂本 仁さん

#### ○意見交換

各医療機関や介護施設、高齢者住宅の現場から  
～本音で意見交換しましょう

前半の講演は、この 20 年の歴史を振り返るところから始まりました。市民の日常生活を支援するための各ケアチームが集まることから生まれた各区の在宅ケア連絡会が、連絡会の連絡会として結びつき、現在は札幌市医師会の地域包括ケア推進委員会や札幌市在宅医療協議会とともに在宅医療介護連携の活動を推進していると説明。社会保障政策においては、医療と介護の提供体制を一緒に構築する図式が示され、この政策が地域における（在宅ケア連絡会などの）実践と直接結びつく形となっていると解説しました。これからのについては、地域医療構想を考えることと地域包括ケアを考えることは同じこと、今まで医師会やケア連絡会で検討してきたことを、これからも一緒に続けて行きましょうと結びました。西区における医療介護連携のこれまでとこれからを整理した講演で、参加者の理解を得る内容でした。

後半は、現時点において自医療機関・自施設の特徴に合った方が入院（利用）出来ているのか、患者さん利用者さんは療養生活に満足できているのか検討しました。幾つかの医療機関、施設、高齢者住宅から報告を受け状況を共有しました。

次回以後は、有床医療機関退院後の受け皿として、或いは地域で暮らす住民の体調変化及び ADL 低下時に利用し、更には終の棲家ともなり得る地域の施設・住宅等の状況を詳しく検討する事を確認し終了しています。

### ■第 217 回例会

日時：平成 29 年 7 月 11 日(火)18:30～

会場：西区民センター 3F 大ホール

在宅医療介護連携に係る啓発等事業 多職種連携意見交換会

特集：西区における地域医療構想と地域包括ケア

～療養場所としての住まいの実情を明らかにする

講師：シーズネット理事長

北海道高齢者向け住宅事業者連絡会会長

奥田 龍人さん

講師：(株)アルワン代表取締役

北海道高齢者向け住宅事業者連絡会副会長

石田 幸子さん

地域医療構想を考える事と地域包括ケアを考える事は同じであり、今後も西区支部は西区在宅ケア連絡会と一緒に検討して行くことを確認し意見交換会を開始した。住まいは、有床医療機関退院後の受け皿として、或いは地域で暮らす住民の体調変化及び ADL 低下時に利用し、更には終の棲家ともなり得るが、その実情を明らかにすることが目標。

奥田氏は、地域包括ケアの目指すところは、自宅や高齢者住宅をベースにした地域でのケアシステムと述べ、高齢者が居住する施設・住宅は、①介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設）②居住施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、養護老人ホーム）③賃貸住宅（サービス付き高齢者向け住宅、シルバーハウジング）等に分けられると説明。それぞれの特徴と西区における戸数・入居費用等実情を明らかにするとともに、北海道に高齢者共同住宅が多い要因についても詳細に分析した報告となった。

石田氏はアルワンの住宅・小規模多機能について説明し、特に終末期をどう過ごすか、どう送るかについての豊かな実践を報告した。

質疑応答では、住宅での看取りにおける家族支援、看取りを実践する職員の取り組みと在宅医の協働等について共有できた。又、今後重要な課題は住宅確保要配慮者への対応で、低所得者が入居できる住宅は限られており、道レベルで居住支援協議会という組織を作り、システムづくりを進めているところであることを確認した。住まいというテーマで在宅医療・介護事業者の多職種間で旺盛な意見交換を行うことが出来た。

### ■第 218 回例会

日時：平成 29 年 8 月 8 日(火)18:30～

会場：西区民センター 1F 第 1・2 会議室

特集：西区における地域医療構想と地域包括ケア

～療養場所としての住まいの実情を明らかにする

発言：株式会社 YES Care Project

障がい者賃貸住宅ライラック e30 箭内さん

発言：株式会社 ろく舎

平さん

意見交換

コーディネーター：

シーズネット理事長

北海道高齢者向け住宅事業者協会会長 奥田さん

7月に続き住まいに関する実践を確認し合う内容であった。

箭内さんは YES Care Project で住まいとして有料老人ホーム、障害者向け賃貸住宅、障がい者グループホームを運営し、高齢者・障がい者が一緒に暮らし、看取りも含めて取り組む状況を説明。「みんなで支え合い、みんなが笑顔で暮らせる地域」をめざした取り組みを紹介した。

平さんは、自社サービスを①重度の要介護者、医療依存度の高い方の生活支援、②障がい者向け住宅・障がい者グループホーム等で障がい者総合支援法に基づくサービス提供、③後見人・保佐人の活用や会社が身元保証を引き受けることにより身元保証人の確保が困難な方を受け入れ、④退院直後、看護小規模多機能で病状等が安定させた後に自宅復帰するために利用可。看取りも実施と報告した。

## ■第 219 回例会

日時：平成 29 年 9 月 12 日 (火) 18:30～

会場：西区民センター 1F 第 1・2 会議室

在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修

内容：

1) 平成 29 年度第 1 回札幌市西区  
地域ケア推進会議の報告

2) 『西区における地域医療構想と  
地域包括ケア』シリーズ

訪問介護部会報告

事例検討を通して訪問介護と医療との  
連携の実際を明らかにする

講師：社会福祉法人 溪仁会

西円山敬樹園ホームヘルパーステーション

竹田佳峰利さん

講師：医療法人社団 静和会

静和ケアサービスセンター 高取 雄也さん

超高齢社会＝多死社会を迎えた今、地域で最期まで暮らし続ける住民にとって在宅医療がますます重要となっていますが、医療だけでは生活の支援が出来ないのは明らかで、在宅医療・介護連携が必須です。今回の研修では生活支援において大きな役割を果たしている訪問介護事業について事例を通して深めるとともに西区在宅ケア連絡会訪問介護部会の報告から日常生活総合支援事業開始前後の状況を確認し合いました。

事例 1 は神経難病を抱える方が毎日複数回以上・長時間の訪問介護の利用により独居生活を始めた事例でした。今までは不可能と思われた方も在宅生活が可能となっていることを共有しました。事例 2 は通院介助で訪問介護を利用している方です。自宅をタクシーで出発し医療機関で診察を受け帰宅するまで、場面ごとに細切れで訪問介護の算定が出来ない場面があることを確認し、サービス利用の課題について意見交換しました。

札幌市は平成 29 年度在宅医療提供体制整備事業を札幌市医師会に委託し、人材育成研修の一つとして事例検討研修を行なうことになりました。西区では今後も在宅ケア連絡会との合同開催を継続していきます。

## ■第 220 回例会

日時：平成 29 年 10 月 10 日 (火) 18:30～

会場：西区民センター 3F 大ホール

在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修

特集：在宅療養高齢者への救急医療の

現状を明らかにする情報交換会

開会挨拶：札幌市医師会西区支部長 嵐 方之さん

基調報告：札幌市における在宅療養高齢者への

救急医療の現状

報告：北海道医療センター救急科

医師 七戸 康夫さん

情報交換：在宅療養高齢者への救急医療の

現状を明らかにする

情報提供：

北海道医療センター救急科

医師 七戸 康夫さん

いまいホームケアクリニック

医師 今井 浩平さん

ゆきのかなでクリニック

医師 大久保祐樹さん

老人保健施設セージュ山の手

事務長 岡田 和博さん

札幌市消防局からのデータ提供

医師 鈴木 研一さん

西区内訪問看護 st のデータ提供

看護師 谷藤 伸恵さん

住み慣れた地域で暮らす在宅療養高齢者において、救急医療を利用する際の目的や時期及び搬送先が必ずしも高齢者自身の希望を叶えるものとなっていないこともあると指摘されるが、今回は在宅療養高齢者への救急医療の現状を明らかにするための情報交換・課題

整理を目的として開会することを確認した。

七戸医師は、札幌市全体における在宅療養者への救急医療の現状を報告。その中で、救急医療利用後に元の住まいに戻れなくなることがあること、救急医療側の介護保険サービスへの理解が十分ではないこと、救急医療利用時の紹介元からの情報提供の内容、方法等について課題が提起された。在宅医療を利用している方の場合、情報提供は必ず行われており、それ以外の方の一部において紹介先への情報提供が不十分なケースがあると判明。情報交換では札幌市の救急隊の現状や、在宅医療機関側の状況、老健における終末期ケアと救急医療、訪問看護ステーションでの救急医療への関わりなど情報提供された後、フロアからの質問に対する意見交換が行われた。区内病院の看護師は高齢者救急における中小規模病院の役割やアドバンスケアプランニングへの取り組みの状況を報告。特養施設長からは死亡診断のための救急搬送を行わず、地域で看取りに取り組んでいる状況が報告された。最後に司会から、意思決定支援（アドバンスケアプランニング、本人の同意能力）、連携上の課題（在宅支援側の関わり、情報伝達及び共有、救急医療利用後の展開）、社会的問題（死亡診断目的の救急搬送、みとる医師の体制、救急資源の適正活用）等、今後は課題を整理し、引き続きケア連絡会と医師会の合同開催会議などの場で更に深く掘り下げて行きたいと結び、市全体でも取り組むべき課題ではないかと提起し終了とした。

#### ■第 221 回例会

日時：平成 29 年 11 月 13 日(月)18:30～

会場：札幌市医師会館 5 階ホール

特別講演会：地域包括ケア政策の総括から

共生社会へ向けての展望へ

一橋大学大学院社会学研究科教授 猪飼周平さん  
病院の世紀の終焉にあたり、地域ケアの方が良いという原則を示し得ないまま、地域包括ケア政策をケアの効率化という根拠で導入したため、停滞を招いた。生活支援の 3 類型（生活モデル、医学モデル、社会保障モデル）において、生活モデルは支援者による伴走型、寄り添い型とされる。一人ひとりが個別に様々な困難を抱える現代では、生活モデルで対応するのが望ましい。“高齢化に対応する”種々の政策の中で、地域に存在するあらゆる世代のあらゆる生活上の問題への政策が後景に追いやられた。今後共生社会における政策の意義は、伴走・寄り添いに対する経済支援となる。

#### ■第 222 回例会

日時：平成 29 年 12 月 12 日(火)18:30～

会場：西区民センター 1F 第 1・2 会議室

在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修

特集：事例を通して考える西区における

地域医療構想と地域包括ケア

～人生の最終段階における医療の普及・啓発

私たちは 10 月の研修会で在宅療養高齢者への救急医療の現状について意見交換する中で、救急医療体制の課題検討とともに、住民一人ひとりが人生の最期について考えることが重要だと理解しました。

西区支部では、人生の最終段階における医療の普及・啓発について西区在宅ケア連絡会と共同して進めるよう取り組んでいます。今回はその第一歩として、私たち専門職自身が自分のアドバンスケアプランニングを考える内容でした。モデル事例紹介の後、『わたしのきぼう』に自分自身の考えを記入し、書かれた内容を基にグループ毎に意見交換し、相手のことに配慮しながら、「最期は自宅で過ごしたい」「最期のことは考えられない」「全て家族に任せたい」など各人が自分の考えを正直に話していました。最後に、これまでの西区在宅ケア連絡会の活動と、人生の最期について考えることの重要性とが、どの様に関連するのかについて、坂本仁先生からのプレゼンを受け、参加者皆で考えました。自分たちの仕事にも生かしたいという感想が得られ、研修会翌日以後も、良い企画であったと感想が寄せられています。

#### ■第 223 回例会

日時：平成 30 年 2 月 13 日(火)18:30～

会場：西区民センター 3F 大ホール

特集：皆で考える、最期まで安心して

過ごすために考えておきたいこと

～人生の最終段階における医療の普及・啓発

私たちは 10 月に「在宅療養高齢者への救急医療の現状を明らかにする情報交換会」を開催し、救急医療体制の課題検討とともに、住民一人ひとりが人生の最期について考えることが重要だと理解しました。

西区支部では西区在宅ケア連絡会とともに、人生の最終段階における医療の普及・啓発に取り組み始め、12 月の例会では、各専門職自身がアドバンスケアプランニングを考え、用紙に記入した内容を基にグループ毎に意見交換しました。相手のことに配慮しながら、「最期は自宅で過ごしたい」「最期のことは考えられない」「全て家族に任せたい」など各人が自分の考

えを正直に話すことが出来ました。

今回は3月の公開シンポジウムで住民とともにアドバンスケアプランニングについて考えることを前提として、意見交換しました。各グループでは本番を意識して、地域包括支援センターの職員が議論のまとめ役を担い、活発に話し合われました。「人工栄養の内容について、色々と質問が出る可能性がある。参加者が入場したら、予め『私のきぼう』に目を通してもらう。」「『私のきぼう』は持ち帰ることが出来た方が良い。又は西区在宅ケア連絡会のサイトで、後日ダウンロードできると良い。」「各種人工栄養について、写真で説明した方が良い。」「治療と延命の違いがつかない人も多い。」等々自らが実際に記入した経験をもとに、住民の立場に立った感想やアドバイスが沢山出され翌月に迫った企画の成功を予感させるものとなりました。

#### ■第224回例会

日時：平成29年3月17日(土)14:00

会場：西区民センター3F大ホール

在宅医療・介護連携推進に係る啓発等事業 公開シンポジウム

テーマ：皆で考える、最期まで安心して

過ごすために考えておきたいこと

司会：西区在宅ケア連絡会幹事（勤医協札幌西区病院看護師）橋野結花さん

開会挨拶：札幌市医師会西区支部・支部長

嵐 方之先生

小講演：

①最期の時まで自分らしく生きるために

～医療と介護における意思決定支援

講師：勤医協札幌西区病院 医師 吉澤 朝弘さん

②『私のきぼう』の活用について

講師：北海道医療センター地域連携室

MSW 保科 健さん

意見交換会：

市民と在宅医療や介護に関わる専門職が入った小グループを作り、「私のきぼう～もしもの時に、私が望む（望まない）医療について」（パンフレット）を元に、自身が「どのように生きていくか」を整理しながら考えていただき、実際に要望書に記入して、意見交換を行った。各グループの司会は地域包括支援センターの職員が務めた。最後にはグループごとにどのような意見が出たかをまとめていただき発表を行った。

50名を超える市民（専門職と合わせ計111名）が参加し、市民からは「考える機会となった」「自分の思いは周囲に伝えておくべきと強く感じた」「家族と

も話し合いの機会を多く持つ必要性を感じた」

の感想が寄せられた。専門職は、「市民の声を聞けて参考になった」「住民の方が人生の最期について悩みながらも考えている事が分かった」「市民と専門職が混ざって話すことにより色々な考えが出た」「こういうテーマはとても良い。どんどんやって欲しい」「今後さらなる交流の場を設けていただきたい」等の感想を残した。

今後この地域でアドバンス・ケア・プランニングについて住民と一緒に考えていく端緒として今回のシンポジウムは成功したと考えている。

#### ■第225回例会

日時：平成30年4月10日(火)18:00

会場：西区民センター3F大ホール

在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修

特集：西区の在宅医療はどうなっているか？

～在宅医療実践の現状を分かり合い、

多職種連携を更に強めよう

在宅医療の実際と後方支援について知りあうために市内各区で協議が開始されています。西区においても、在宅ケア連絡会の中で、在宅医療協議会の会員が所属する医療機関が在宅医療をどのように実践しているのか、どのような後方支援を行なっているのか、地域の多職種連携において果たしている役割を説明し合い、相互に理解を深める場を持つこととしました。

まず各医療機関から順に説明を聞き、がん緩和や小児在宅医療という専門分野を有している施設もあるなど、それぞれの特徴について理解し合いました。発表した全ての在宅医療提供施設が24時間対応を行い、殆どが初回の緊急往診も可能でした。又、初回から直ぐに訪問することが必要なほど困難な状況に陥っている事例もあることが共有されました。後方支援施設における時間外や休日の対応は、その規模・当直医師体制・病棟構成などから様々でしたが、二次救急当番日以外でも24時間受け入れ可とする病院も確認出来ました。後方支援施設受け入れを要請する際は、まず搬送をオーダーし後から情報を頂いても良いと救急担当医は回答。在宅医療提供施設側・後方支援施設側ともに、その機能を理解した求めがあれば、緊急であっても必要な対応をしっかりと行えると、互いに理解を深めました。人生の最終段階における支援についても、アドバンスケアプランニングの実際の取り組みなどを交流。顔の見える質疑応答を通じ医師の人柄も伝わり、協働する者同士が更に深く理解し合うための企画とな



りました。

次第：

1) 開会挨拶

札幌市在宅医療協議会 会長 坂本 仁先生

2) プレゼンテーション

＜在宅医療提供施設＞

①静明館診療所、②いまいホームケアクリニック、  
③坂本医院、④ゆきのかなでクリニック、⑤勤医協  
札幌西区病院、⑥ホサナファミリークリニック、⑦  
ひろ内科循環器科クリニック、⑧いわなみ在宅緩和  
ケアクリニック、⑨札幌秀友会病院、⑩手稲家庭医  
療クリニック、⑪生涯医療クリニック札幌

＜後方支援施設＞

①静和記念病院、②北海道医療センター、③勤医協  
札幌西区病院、④札幌宮の沢脳神経外科病院、⑤札  
幌秀友会病院

3) 質疑応答

4) 閉会挨拶

■第 226 回例会

日時：平成 30 年 5 月 15 日(火)18:30～

会場：西区民センター 3F 大ホール

在宅医療介護連携推進に係る啓発等事業 多職種連携意見交換会

特集：札幌市西区における、今後の医療連携を考える

住み慣れた地域で最期まで暮らし続けたいという住  
民の希望をかなえるため、西区支部と西区在宅ケア連  
絡会では地域医療及び地域ケアの充実を活動の柱とし  
て重視して来ました。区内の各医療機関が更なるネッ  
トワーク構築を進める上での種々の課題の解決に向け  
て検討を重ねることが必要と思われれます。

今回は、札幌市医師会西区支部が中心となり、医療  
連携、医療・介護提供体制、地域包括ケアシステムの  
充実発展のためのシンポジウムを開催しました。医師  
会員と在宅ケア連絡会の多職種が集まる場で、各病院  
の医療機能についての理念を発表していただき、相互  
理解を深めることにより、病院間および病院と診療所  
間の相互に顔の見える関係を構築する第一歩となりま  
した。終了後、各病院長からは、今後も支部が中心で  
今回の様な取り組みを行うことへの期待が語られまし  
た。会場の多職種からも「医療機関の現状について話  
を伺う機会が少ないので、各医療機関の特色を伺い、  
とても勉強になりました。」「多職種が参加する場で、  
今回の様な複数の多機能にわたる病院の医師による  
話が聞けてとても参考になりました」「地域医療構想  
調整会議が今後どのように展開されるのか興味深く見

守っています、進行状況等を知らせて欲しい」「西区  
の病院が全て集まりとても良かった。又行って欲しい」  
等感想が寄せられています。

次第：

1) 開会挨拶 札幌市医師会西区支部 嵐方之支部長

2) 講演：

札幌市西区における医療機関の  
連携体制・役割分担について  
北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課長  
小川 善之先生

3) シンポジウム：

札幌市西区における、今後の医療連携を考える

- |                 |          |
|-----------------|----------|
| ①イムス札幌消化器中央総合病院 | 丹野 誠志院長  |
| ②勤医協札幌西区病院      | 小市 健一院長  |
| ③札幌太田病院         | 太田 健介院長  |
| ④札幌第一病院         | 嵐 方之院長   |
| ⑤札幌西の峰病院        | 柴崎 淳一院長  |
| ⑥さっぽろ二十四軒病院     | 三好 茂樹院長  |
| ⑦札幌宮の沢脳神経外科病院   | 松村 茂樹院長  |
| ⑧札幌山の上病院        | 佐々木文章院長  |
| ⑨北海道大野記念病院      | 大野 猛三院長  |
| ⑩医療法人静和会        | 川上 雅人理事  |
| ⑪中田泌尿器科病院       | 中田 康信院長  |
| ⑫西さっぽろ病院        | 宮嶋 俊定院長  |
| ⑬発寒中央病院         | 澤田 孚副院長  |
| ⑭ふかざわ病院         | 和田 元謙副院長 |
| ⑮北祐会神経内科病院      | 森若 文雄院長  |
| ⑯北海道医療センター      | 菊地 誠志院長  |
| ⑰北海道内科リウマチ科病院   | 清水 昌人院長  |
| ⑱北海道脳神経外科記念病院   | 小柳 泉院長   |
| ⑲八木整形外科病院       | 八木 知徳院長  |
| ⑳緑ヶ丘療育園         | 皆川 公夫院長  |

4) 閉会挨拶

札幌市医師会西区支部 景山 正之副支部長

## VI シンポジウム

在宅医療介護連携に係る啓発等事業

多職種連携意見交換会

西区における地域医療構想と地域包括ケア

～療養場所としての住まいの実情を明らかにする

日時：平成 29 年 7 月 11 日（火）18:30～

会場：西区民センター 3 階大ホール

司会：今回の多職種連携意見交換会の主催者を代表した挨拶を、札幌市医師会西区支部支部長の嵐正之先生にご挨拶いただきます。よろしくお願いいたします。

嵐正之（札幌市医師会西区支部支部長・札幌第一病院院長）：医療介護多職種連携推進の意見交換会と非常に興味深い題名だと思います。もうすでに西区では「高齢化社会」ではなくて、すでに「超高齢社会」になっています。そういった中で病院の役割がどんどん変わっておりますし、病院の役割分担というのが変わっています。またそこへ、お家にとりか、それから施設に順番に行く、そういった時にどういうものがあるかというのをきちんと勉強したいということで開催しますが、盛んな議論をしていただきたいと思います。

司会：地域医療構想、地域にとってあるべき医療機関の役割、その連携について考えることは、地域包括ケアの推進を考えることと同じであると、在宅ケア連絡会や札幌市医師会西区支部では考えています。ここで療養の場所である住まいについて、しっかり確認し合おうと、実情を明らかにしようというのがこの狙いになっていますので、よろしくお願いいたします。

それでは奥田さんのほうからよろしくお願いいたします。

奥田龍人（シーズネット理事長・一般社団法人北海道高齢者向け住宅事業者協会）：例えばサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）において、このような報道がなされています。道内 147 に絞ったんです。転倒、誤嚥が多いと。確かに今のサ高住というのは、ほとんどが介護モデルになり、国交省が当初考えていた自立や軽度の人ではなく、むしろ重度の人になってきているというのが一つあります。そして人員配置の問題がそこに加わって、サ高住だけでは難しいので、小規模多機能を付けたりと、定期巡回・随時対応をつけた

りとか、あるいは普通の訪問介護つけたりとかいろいろやっているわけですが、やはり特養や老健以上に人手の不足というのが確かにあるわけです。

札幌市のデータからいきますけれど、これはやはり札幌市の 2020 年以降人口が減っていくことと、それから高齢化率もやはり高くなってきているということですね。認知症のサポーターの割合が意外と低いので、ここが課題かなと思います。ただ現在は、この平成 25 年に社会保障人口問題研究所が予測した中身ですけれど、今は、動きとしては札幌市の人口は増えています。やはりそれ以上に、道内から札幌市に集まってきている状況で、しかも高齢者等の流入が多くなっています。

西区は、高齢化率 26.5%、認定率 20.5%とって一番平均的ですね。それから札幌市で言うと、やはり 65 歳以上の単身世帯が非常に増加するというのが大きくあります。そして認知症の高齢者が増える。さらに看取りについても、病院で亡くなるのは、1975 年に「自宅で亡くなる」を「病院で亡くなる」が初めて逆転して、それ以降ずっと病院で亡くなる方がどんどん増えてきているわけです。ところが厚労省が病院で亡くなる方をなるべく減らしたいということで、ここからは平行四辺形になっています。要するに、病院に病床数がそんなにない、そういうことも含めて、それから介護施設は 2 倍、自宅死が 1.5 倍増加というのを、自宅死の目標を挙げて、予測で自宅死が若干伸びてくる、介護施設での看取りが伸びてくるというのがあるんだけど、それでもなおかつ、その他で亡くなる人がすごい増えてきているということがあるわけですね。

その他で亡くなるというのは何かというと、例えば高齢者向け住宅や、有料老人ホーム、グループホームも入ります。大体そういう所で亡くなる方が、かなり増えていくという予測が立ち、実際にその他で亡くなる人はある程度増えてきております。

自宅死のほうは、実は厚労省の予測以上に若干増えてきています。実はその増えているうちの約 40%が、いわゆる孤独死です。自宅での孤独死というか、在宅独り死というのが結構大都会で増えてきています。

それで今までのことをまとめると、これから認知症は増えて、看取りの問題もある、生活援助の問題もあって、だから期待されるのは住宅だとなり、いろいろなサ高住を導入することとなった根拠の一つとなっています。2005 年には日本では、介護保険施設の他に住宅は、有料などを含めても 4.4%しかありませんでし

た。デンマークや英国などでは、やはりアシステッドリビングとかいろいろな名前がありますが、約10%あります。ですから、そういう高齢者向けの住宅を元々整備しようというところで、サ高住が制度として出てきたというのがあります。

今日は、高齢者が居住する施設住宅を説明させていただきたいんですけども、基本的には介護保険施設と居住施設と賃貸住宅というふうに大きく分かれます。介護保険施設は、特養、老健、療養型ということになります。居住型としては、有料ホーム、軽費ホーム、グループホーム、養護老人ホームがあり、賃貸住宅としてサ高住、あるいはシルバーハウジングがあるという内容になります。

さて、札幌市内の施設の特養、地域密着型特養、老健、療養型は増え、ついに930になってしまった。介護保険施設も1万819人です。介護保険が始まった時、この介護保険サービスに9,500人いたんですから、わずか1,300人しか増えていないんです。そして特養が4,200人、特定施設がこれも少し減っています、3,500人です。

そして住宅の種類としていよいよ、介護と住宅を合わせると1万を超えていますね。それからサービス付きも1万。その他にいわゆる未届有料というのがありますが、札幌市ではいわゆる未届有料を公表していますが、5,460人ということでありまして。そうしますと、すでに住宅系だけで札幌はもう5.6%あるわけです。ですから先ほどの介護保険施設が3.0%と減っているわけです。介護保険施設は3.5%だからほとんど変わりませんよね。住宅がかなり増えて5.6%になっているから、もうデンマークとまでいきませんが、札幌に関してはそれに近い数字になってきているという状況です。ちなみに、この特養、老健、療養型は、総量規制というのがありまして、それであまり伸びなくなったというのがあります。

特別養護老人ホームの入所は、基本は要介護3以上です。それから3施設の中では、入所費用がとにかく安いというのが特養の特徴です。札幌市内67カ所あります、5,221人、地域密着型特養、つまり定員が29名以下が12カ所あって、339人あります。

老健はリハビリがメインということですが、札幌市内49カ所4,325人います。

療養型は平成29年までに廃止されることが決まっていたんですが、また6年間延びました。札幌など、3,800あった療養型が今は990、どんどん減ってきています。934人ですね。やはり受け皿が必要です。

やはり老健にはなかなか受け入れの余裕がなく、その受け皿として介護医療院が今度できることになり、この介護医療院が来年度の介護保険から移るかたちになります。日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れをするターミナル機能、それから生活支援として機能を備えたものをやるということです。一応名称は介護医療院ということで早期療養のための医療と日常生活の世話を一体的に提供することになります。多分診療所あるいは病院の隣近所にはできるのではないかとということです。

西区の特養・老健・療養型についてまとめております。西区は特養が6カ所、それから地域密着の特養が1カ所です。老健は6カ所、老健の位置が一番下の介護療養型としては珍しく、介護療養型の老健が西区にあります。療養型は、西区に2つだけです。それからグループホームはご承知のとおり、認知症の方のユニットで、ケアにあたる所ですが、札幌市内はいま4,219人がいますが、西区のグループホームはそこにあるように25カ所396人分があります。

それから特定施設入居者介護というのは、基本的にはその施設の介護職員から介護や生活支援を受けますよということで、特定施設ができるのは、有料とケアハウスと養護老人ホームとサ高住です。ただし、有料は介護付きに限ります。サービス付き高齢者向け住宅で特定施設を取っているのは、北海道では3カ所ぐらいしかなくて、ほとんどないです。養護老人ホームで取っている所はまあまあありますね。だから、特定施設の指定をとっていない所は外部サービスの利用ということになります。特定施設を取ると、内部サービスの利用になるけれども、実は特定施設を取っていても、利用者が望めば、外部サービスを利用することもできます。

まずケアハウスですけども、軽費老人ホームですから利用料は安く、サ高住などと比べてもかなり安くなっています。特定施設の中には外部サービスを利用するというのもありますが、このごろはほとんどありません。一応外部が多いと思います。ケアサービスは札幌市内17カ所ありますが、西区は2カ所しかなくて80人分ですね。あと、養護老人ホームは、経済的理由とか環境上の理由で養護を受けることが困難な方ということになります。基本的には特別養護老人ホームと違うから、要介護度の軽い人、あるいは自立の人とかになります。実際今の養護老人ホームはどんどん介護施設化されてきていて、ヘルパーを受け取る人、特定施設で受ける人などが多いですね。ただ、

もともと件数は少ないです。札幌市内に4カ所しかなくて、西区にはないですね。手稲とか中央とかにありますね。軽費老人ホームも少ないですが、A型B型というのが一応あります。ここは本当はかなりお安く暮らせ、介護は外部サービスで対応しますが、重介護になればここに入ることはできませんけれども、札幌A型B型といいまして、ここにA型とB型と書いてありますけれども、B型は自分たちで自炊するというかたちですね。西区では琴似に琴寿園というB型が1つあります。あと生活支援ハウスというのがあります。これも札幌市内は4カ所しかなくて、ずっと昔から増やしていません。

今度はいよいよ有料老人ホームです。有料老人ホームは介護付きとそれから住宅型と健康型に分かれます。札幌市は介護付きの新設を認めてないので介護付きは増えず、新しく有料ホームを設置する時は、ほとんど住宅型になります。なおかつ健康型有料ホームは、今、札幌市はゼロです。だから介護付き有料が67カ所、住宅型147カ所ということで、今は住宅型のほうがずっと増えています。それで1万人以上います。介護付きの有料は67カ所で、住宅型有料は147ということで、住宅型有料は要するに外部サービスの利用型ですから、先ほど言ったように定期巡回・随時対応とか、そういう部分でまかっています。西区の有料老人ホームですが、介護付き有料が7カ所、住宅型有料が少しずつ増えてきて今は7カ所です。いわゆる未届有料の札幌市考慮分ということですが、これだけあります。有料老人ホームは、住宅型有料を含めて伸びてきている状況があります。

続いてサ高住ですが、よく一般の方が「(介護) サービスが付いているんだろう」と言いますが、サービスというのは、実は安否確認と生活相談のサービスだけです。それ以外のサービスはオプションです。それからケアをするサービスはほぼ外部利用型です。また食事の提供も実はオプションですが、食事の提供もやっている所は、実は98%以上あります。

それから介護保険施設住宅の費用というのをよく聞かれます。実は非常にそれは難しく個々で違います。例えば介護保険のサービスがあるのは、要介護度によっても違いなかなか「いくら」とは言えません。それで要介護3の平均的な例を作ってみました。そうすると、ちょっとびっくりすると思うんですが、ユニットと多床型で介護保険施設はだいぶ値段が違うということです。例えば特別養護老人ホームの場合、ユニットだと12万円、ところが多床だと7万5千円とかに

なってしまいます。

それから介護保険は低所得者対策がありますが、食費と家賃に低所得者対策あるのは介護保険施設だけです。だから結局低所得者の方は、介護保険施設は安く入れるということになります。だから特養の中で、多床室でいうと、ここに低所得者対策を当てはめると、それより安く入れますということです。

それから介護保険施設で注意したいのは、やはり療養型については、入院雑費が高いです。入院雑費は500円の所もあれば1,000円の所もあるけど、1,500円取る所もあります。老健でも入院雑費を取りますが、それほど高くは取らないし、特養では入院雑費はあまり徴収していません。

こうやってみると、やはり有料老人ホームがどうしても高くなるなというのはあります。サ高住では15万となっていますけれども、今は食費を安くしたりするのがあり、13万5千円ぐらいになっています。

次に札幌における施設系サービス、特養は介護保険が始まった頃は3,000ぐらいでしたが、今は5,500ぐらいになります。そして老健が2,800ぐらいだったのが、今は4,000ぐらいになっていまして、特養と老健は、札幌市が計画の中で緩やかに伸ばすようなかたちで作っています。一方、療養型を見ると、平成14年で最高3,800だったのが、今はどんどん減って、990に減っていると。グループホームは、平成18年まで急激に伸びて、老健を上回ってしまいました。ところが、グループホームを札幌市としてはあまり作りたくなかった。このころはまだ道が指定していたことから、指定要件が整えば指定したのでどんどん伸びていった。そして平成18年から地域密着型になって、札幌市が指定するようになった。それで札幌市が指定をぴたっと止め、今は緩やかにしか伸びていません。

特定施設入居者生活介護、これも16年から急に伸びています。この介護付き有料が増えてきた時期です。しかし札幌は平成25年から新しく特定施設入居者生活介護の指定を止めています。ですから今はむしろ若干減り気味というような感じになってきております。

現在サ高住は1万を超え、今後どのようなサ高住が増えていくかということ、1階にクリニックがあって、訪看があって、訪問介護があって、居宅介護支援があって、グループホームが2階・3階にあって、小規模多機能が4階にあって、5階・6階は高齢者向け住宅があってといった形の多機能型サービス付きみたいなものが増えていくのではないかと思います。

それからもう一つは、やはりCCRCが入ってくる

と思います。CCRCというのは、自立型の住まいから介護まで担っているということで、その大きな敷地の中で、さまざまなコミュニティーを充実しながら、そういう所に徐々に移っていくみたいなかたちです。アメリカがCCRCのスタートですけれども、いま日本版CCRCということでどこでも取り組んでいます。萌福祉サービスが余市に大きなCCRCを作るといことですので、どのようになるか楽しみです。

「あんしん住まいサポロ」という、私どもシーズネットがやっている、相談センターがありますが、その相談内容を見ると分かりますが、今見える暮らしも大変だと、除雪とか庭の手入れとか、独居による不安とか、介護度が上がっていく不安だとか、二世帯同居も困難になってきたとか、中には連れ添いと別居したいというのもあって、近隣住民とトラブルになったとかいろいろなものがあります。それから2番目に多いのが病院からの退院先探しで、MSWのがサービス付き高齢者向け住宅とかに紹介することが多くなっています。

新しい住宅セーフティネットの話、要するにこれから始める低所得者のための住宅セーフティネットの話をしようと思ったんですけど、時間ですので、いつかまたします。これから石田さんのほうに移ります。よろしくをお願いします。

司会：ありがとうございます。それでは引き続き石田さんからお話いただいたうえで質疑応答に移りたいと思います。

石田幸子（株式会社アルワン代表取締役）：「住宅型でできること」という題を付けましたが、もともと住宅を手掛けるきっかけになったのは、平成18年に小規模多機能型居宅介護事業ができ、その時に思ったのは、障がいの方も一緒に暮らしたいし、元気な人も一緒に暮らして、学生でも入ってきていただければいいかな、いろいろな人が一つのコミュニティーになって暮らせるような住宅を作って、そこに小規模多機能を併設すれば、看取りまで、最期まで暮らせるのではないかなというふうに考え、現在5カ所で運営しています。全ての住宅に小規模多機能を併設し、あと訪問介護事業と居宅介護事業ということでやらせていただいております。

今の入居者の状態ですが、大体210名ぐらい、年齢的には20歳から105歳で、女性が8割、男性2割です。介護型がとても多いです。障がい者が自立、そ

れから最期まで、終の棲家として提供しています。

併設が小規模多機能で、あとは、なるべく元気な人に関しては、外の個性のあるデイサービスを使っています。

併設事業所は「かたくりの花」です。29名で、通い15名、泊まり5名です。いま連続泊まりの人は2人です。平均介護度は、今はちょっと落ちて2.9です。年間の看取り件数が10数名で、割と普通に、日常的に看取りをさせていただいています。

小規模は要支援もそのまま残りましたので、要支援から介護、看取りまでということで、職員は22名です。うち看護師は、管理者、それから常勤の看護師、パートの看護師と3名おります。そこにはケアプランセンターも併設してあります。

最後に、うちで看取りを結構件数を重ねていますが、入居の段階で「よければ最後までお看取りさせていただきますよ」ということで、お話しをさせていただいて入居していただいています。もちろん、小規模を使い始めてから看取りの段階になるまで何度もお話し合いをさせていただきます。職員には常々、最後は利用者さんをどう送るのか、どういう楽しい状況の中で送り出すのかというのが、私たちの仕事ではないかという、極端な社長でございます。

司会：奥田さん、石田さん、どうもありがとうございました。ご質問もいろいろとあるのではないかと思います。ご遠慮なくいかがでしょうか？

三木敏嗣（札幌市医師会東区支部支部長・みきファミリークリニック院長）：石田さんに教えていただきたいのですが、入居時にいろいろ尊厳死協会だとかミーティングノートというふうにお伺いしましたが、それは他の方々は尊厳死協会に入っていたかどうかということでしょうか？

石田：いえ、そうではなくて、そういう選択肢もありますよという説明をするだけです。

三木：その中で、人間だからいろいろ迷いますよね。やはり有料のほうが良いのかなと、このまま石田さんの所が良いのかなと。そういう変化みたいなのはどうでしょうかというか、どのように対応していけばいいのかというのを教えていただきたいと。

石田：一つこんな事例がありました、娘さんにお父

さんの看取りに対して、肺炎がひどくなってしまって、「うちで」という話はしていましたが、もう一人ご兄弟の方が現れて、その方が「やはり病院だ」というお話になって、そこで何とか病院のクリニックで話し合いをしましたが、やはり決心がつかず、私が提案をしたのは、「とにかく見にいらしてください、本人の様子を見ていただいて、これは病院に連れて行ったほうがいいのかどうかというのを判断していただきたい」ということでお願いをしました。娘さんも「じゃ、一応看取りの話し合いをするけれども、最終的な判断はその時にもう一回お父さんの顔を見て、どうするかを決めます」ということで、結局駆けつけていただいた時に職員やお父さんの顔を見て、「やはりこのままでいいです」ということで、訪問の先生に看取っていただきました。

三木：なかなかやはり迷う人がどうしてもいますね。迷うことが決して間違いではないと思います。私たちでも介護をするとは言いますが、医療・介護側は迷いに寄り添えるのかという、そして迷う人をどうやって支えていくかというのは、これからの課題だったので、非常に今のご意見はとても貴重でした。ありがとうございました。

石田：お亡くなりになった後のお顔を見て、皆さん本当に穏やかに笑っているような、声をかけたら起きてこられるような状態で亡くなられているんです。それでご家族は、「ここで良かった」というふうに思っていたくことが多いです。

司会：その他、何かご発言をいただけるとありがたいと思います。

男性：入院は結局、入院せざるを得なくて来られますよね。それでやっと治ったら家に帰れて良かったね、家と言っても施設ですけども、そしてどれだけ居られるのかなというか、結局は順番に下り坂になっていくものですから、その辺りの対応がなかなか難しいのではないかなと思うんです。実際にある程度病院が長くなったら出なくてはならないとかあるものですから、その辺りについてどういうご感想を持っておられるのか、先ほどできるだけ自分の所で看たいというようなお話でしたけれども、ちょっとお聞かせ願いたいですけれども。

石田：病院に、骨折をしたりしてお世話になることはよくあります。ただ、認知症のレベルが高すぎると、病院でも治療ができなくて落とされるということも多々あります。

小規模多機能はお食事も作れますし、本当に息を引き取る直前までお食事を少し少しお口から食べていただいて送らせていただくという部分もあるので、病院で本当に治療が終わって、今日からお迎えをしてほしいということがあったとしたら、小規模でも受け入れはできます。うちの住宅は、部屋さえ空いていれば「今からでもどうぞ」というようなことでお支えできますので、そんな場所があつて最期まで好きなものを食べて生活ができたなら良いというのが思いです。

司会：ありがとうございました。

奥田：すごいですね。私の経験でいうと、癌とかは、ある意味決意とか見通しとかが立ちますけど、循環器系とか誤嚥性肺炎とかは揺れるところがありますね。

先ほど私のほうで、こういう問題でサービス付きとか有料とかに移るとかいうのがあったんですけども、住宅を紹介する仕事をされている方がいたと思うんですね。その方にどれだけあるのか聞いてみたいかなと思ひまして。

男性：どれだけというのは、どんなご相談かということですか？

奥田：そうです。

男性：多いご相談としては、ご自宅での生活が難しくなってきたとか、親族の方が札幌にいらっしゃって、遠方にいるお父様とお母様を看たいとか、あとは病院のほうから帰される時にお住いを探してほしいとか、そういったご相談が多いです。私が受けるご相談で困ってしまうのが、収入が少ないけれどもまだ要支援の方とか、正直なかなか行き場のない方がいらっしゃって、逆にお伺いをしたいですが、そういった方を、国の政策としては地域で見守っていこうということだと思いますけれども、住宅も含めて今後どういったかたちで支えていくようになるのかなというのは考えたいと思います。

奥田：住宅セーフティネット構想がいよいよ今年から始まりますけれども、それはまさにいま言われていた

ように、低所得者の方で特に身寄りがなくて保証人もいないような方、なかなか入れない方というところですね。そういう方を受け入れるシステムということで、札幌ではまだ作られていませんが、北海道として居住支援協議会というのを作り、そこに空き家を持っている住宅などが「私の所で受けてもいいよ」という登録をし、仲介役としてNPOがマッチングして、住宅に入るという仕組みがこれからできる予定です。

司会：ありがとうございます。病院のソーシャルワーカーの方に是非とも何かお一人、退院する時にどういうことを踏まえて、住まいの選択について支援しているのかと、今の話にあった、お看取りの話だとか、経済的な問題ですとか、どういふふうにとらえて支援されているのか、何か答えていただける方がいらっしゃれば、なければあっさりと終わります。

濱口（北海道医療センター MSW）：石田さんに伺いたいところは2点ありまして、いろいろな医療行為を在宅で帰った後も継続して行わなければいけない方がいらっしゃると思いますが、逆にここまで医療的に介入が必要であれば、在宅では最期まで難しいかなという人はどういった状態なのかということと、どういふふうに見送るかというところを一番に考えていらっしゃるかと伺いましたが、例えば訪問医の先生が入らなくても、何か職員さん同士でデスカンファレンスみたいな、亡くなられた人の振り返りなどを行っているのかどうかをちょっと教えていただきたいなと思いました。

石田：どこまでできるのかというのは、ケース・バイ・ケースだと思いますが、ただ、本当に人工呼吸器までいってうちでやる必要があるのかということも考えたことがありますけれども、家族がいればできるかもしれませんが、そういうケースはうちでは受け入れてはいません。

在宅酸素、透析、パウチ、癌の末期の方もいらっしゃいますし、ケース・バイ・ケースだと思うのでご相談していただければと思っています。

それと、振り返りのカンファレンスは必ずやりません。実は坂本先生に看取りの勉強会を「かたくり」の中でやっていただいたこともありますし、やはり職員にはいろいろな情報をとってほしいなと思っていますので、その精神的な職員の支えもしっかりしていかなければいけないと思っていますので、うちに入ってい

ただいている数々の先生方は必ず駆けつけていただいていますので、ありがたく思っています。

濱口：ありがとうございます。

司会：ありがとうございました。奥田さんからは総論的なお話、石田さんからは具体的に実践的なお話をいただいて、最後のほうで看取り、どうお送りするかのお話と、その経済的な問題についても、これは住宅に入った方だけの問題ではなくて、すでに医療機関にいる時からの問題と同じで、どういふふうに見送られようかというのは、たぶん、医療機関から退院する時に医療機関側でも考えていることではないかなと、それをどういふふうにするか、その後お住まいになる所と共有しているのかなというのを一つのテーマとしてあるかなというふうにご自身も考えさせられました。

これで第216回のケア連例会と医療介護多職種連携意見交換会を終了いたします。

## VII シンポジウム

### 在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修会

在宅療養高齢者への救急医療の現状を

明らかにする情報交換会

日時：平成 29 年 10 月 10 日（火）18:30～

会場：西区民センター 3 階大ホール

吉澤（司会・勤医協札幌西区病院）：皆さんお疲れさまです。今日は札幌市医師会西区支部の在宅医療事例検討の医療研修と西区在宅ケア連絡会の第 220 回定例会も兼ねて行いますので、よろしくお願いします。

保科（司会・北海道医療センター）：北海道医療センターの保科と申します。どうぞよろしくお願いします。

司会：今日は『在宅療養高齢者への救急医療の現状を明らかにする情報交換会』ということで行います。

それでは、この情報交換会の開会に先立ちまして札幌市医師会西区支部支部長の嵐方之先生にお話ししていただきます。どうぞよろしくお願いします。

嵐方之（札幌市医師会西区支部支部長・札幌第一病院院長）：在宅療養をされている方々というのは、いろいろなことが起こってきます。そういった時に在宅の訪問診療を行っている先生方、あるいは訪問看護師さん、あるいは施設の方々、どんな苦勞をされているかということのを非常に、語り尽くせないという話も先ほどありましたけれども、この機会に、北海道医療センターの七戸先生、西区の救急医療を一身に背負っておられる先生のお話も聞けるということで、非常に楽しみにしています。

あと、訪問診療をされている先生方も今日はお話ししますし、それから訪問看護、施設、セージュ山の手、そちらの方の高齢施設の話とか、それから訪問看護ステーションの実態、それから救急隊のそういう方々のデータも聞けるということで、非常に楽しみにしています。

積極的な議論をお願いして、私の挨拶に代えさせていただきます。よろしくお願いします。

司会：それではさっそく基調報告に入りたいと思います。「在宅療養と救急医療の良き関係」ということで、北海道医療センター救急科医師七戸康夫さんよりご報

告いただきたいと思います。よろしくお願いします。

七戸康夫（北海道医療センター救急科医師）：在宅療養と救急医療って関係ないと思われるかもしれませんが、うちの病院も慢性期医療と急性期医療のハイブリッド病院でして、常に両方を診てみえています。

我々は救命救急なので、どうやって救命しているのかというのが一番なんですけれども、だんだんお亡くなりになる瞬間だけ診ているという事例も多くなってきました。死ぬ過程を知る権利、救命救急センターに運ばれてしまうと、その過程というのは全くブラックボックスになってしまって、なんだかよく分からない。気が付いたらやはり管が着いていると、家族の方などがよくそう仰ります。死ぬ権利、死なせてくれませんかというところにあります。静かに尊厳を持って死ぬ権利、これもなかなか達成するのは難しい状況であることもありますし、孤独のうちに死なない権利、家族とともにずっと家で最期を迎えることもできないかもしれない。また、最後にお亡くなりになれる瞬間が静かな尊厳を持ったかたちで迎え入れられるかどうかというのも、僕らはもちろんそれを意識しながらやりますけれども、なかなか難しい。そう考えると、静かにお亡くなりになる尊厳、その権利というのを、僕らは侵害している可能性が出てくるのではないかということをやったり感じています。

これは日本中でそういうことを考えている人がいまして、今年の夏、東京で第一回の在宅救急研究会というのが開かれました。要は救命救急に在宅医療とかがどうやって関わるのか、先生方もこれは大変なことだと考えている、これが今の救急医療の現状でもあります。

こういったことがありまして、札幌市内の救急科専門医施設、救急医療を専門とする人間が集まって、高齢の方の救急搬送が増えていることに関し、どうするかというようなことを考えていこうという集まりがございます。

救急搬送のデータを一部お示しします。出動件数が 2000 年、2005 年、2010 年、2015 年と、5 年ごととすると、札幌市で 2000 年が大体 6 万件ぐらい、2015 年で 9 万件ぐらい、2016 年で 9 万件超えています。ということは 15 年で 1.5 倍になっております。1.5 倍です。その年齢を見ていると、そのピークは、70 代だったのが 80 代後半になっているんです、逆に言うと、これを見て驚いたのが、2000 年は 80 代の救急搬送は少なかったんです。80 代の方があまり



いなかったのかもしれませんが。病院でみんな亡くなっていたんです。みんな病院にいたんです。だから救急車両には乗らなかった。要は、こうなってピークが崩れた。

それで、それがどういう重症度だったかを見えます。やはり65歳未満の方というのは、15年間でほとんど変わらないですね、1.5倍になっているのは何かというと、ご高齢の方なわけです。しかもちょっと事情が違って、軽症、中等症が多いですけど、軽症より中等症が多くなっています。どういうことかといいますと、傷病自体は軽いけれど、帰れないんです。熱もあって脱水で点滴したら元気になったけれど、「いや、これでは帰れません」と。

その中でキーワードになっているのが、MC体制。これはメディカル・コントロールの略です。メディカル・コントロールとは何か。要は事前にこういう時はこうやってやろうよとか、こういう時はこうやって決めようと、あるいは活動中、救急隊員、救急救命士が活動している時は具体的に、「なんだ、そういう状況か、ではこれをこうしよう」、そういう処置、あるいは判断なり指示を与える。これは電話でずっと話し合うわけです。そしてまた、その事後の記録を残しておいて、それが適切かどうかということを検証していく。こういったことで救急隊が病院前救護、プレ・ホスピタルケアにおいて、いろいろなことをしていることの質の担保をするということがメディカル・コントロールです。その地域の適切な救急搬送を行うためのキーワードがこのメディカル・コントロールで、これは救急医が行い、ポイントとなる部分だと考えています。

ここからは我々の病院の現状、次は西区の話になります。今年の5月から7月の3カ月調べてきました。大体1カ月で200台ぐらいの救急車が救命センターに行きます。そのうち6割か7割ぐらいが65歳以上です。そして、いわゆる施設から来られる方がこのぐらいいらっしゃいます。だんだんお年になっていくにつれて、施設から来られる方が多くなります。大体ご紹介いただくのが半分弱ぐらい。これ、ご紹介ありというのが、その日あるいはその翌日に何らかの情報提供のあったものを「ご紹介」というふうにいたしました。残念ですけども、なかなかご紹介いただけないことが多い。お恥ずかしながら、僕は今回、施設・施設とまとめていますけれども、介護老人保険施設、老健というのは条件があるんですね。そして特別養護老人ホーム、この特養というのは嘱託医、非常勤でいい。そういった、よく知らないで施設・施設みたいな、

結局救急医なんて理解はこの程度です。

これをもう少し細かく見ていくと、やはり常勤医がいる老健からは比較的情報がある。特養からはあまりない。その分、いわゆるサ高住や有料老人ホームなど、そういう所では逆に比較的多い。ですから、体制というよりは、個々の施設、個々のドクターの方の情報の共有の問題なのかなというふうに考えています。

あとは、今ここに集まって来られてらっしゃる、在宅で、自宅に訪問されているような先生方、自宅から来られるご高齢の方の救急搬送は100%情報提供がありました。これは100%です。

この施設から来られた方で、救命救急入院がどれくらいあるか？救命救急入院というのは、いわゆる「救命救急センターで扱いなさい」と言われている疾患群です。これが実はサ高住を見ると、5人に1人は救命救急なんですね。逆に言うと、これは札幌消防の救急車は、いわゆる三次救急ということで、救命救急センターにまずは選定しないで運びます。そこで、要は救命救急を前提として搬送するわけです。ただ、中には呼吸不全といっても、もともと心不全があつて、それに肺炎が合併してそろそろ危ないかなと、でもそういうような事前の情報全部吹き飛んで、救急隊119番に電話して、救急隊が到着して「これはもう呼吸不全です、すぐ人工呼吸なり集中治療が必要だ」と言うと、三次病院に行き、挿管され、人工呼吸につながって、集中治療室に行くと。情報がないから分からないんです。後から「そんなはずではなかったのに」というのもそれほど多くはないですけども、経験するわけです。CPAもやはりあります。

実際にやってどういう連携をするのか。これは私の考えですが、救急医から在宅の診療の先生方へお願いしたいこと、やはり事前に、特に施設のご家族というより施設の方にある程度共有しておいていただけると大変ありがたいということです。それからまた情報提供をいただくとありがたい。また逆に、いろいろなことで救急で来られる時というのはなかなかいろいろなことがうまくいかないの、逆に、もしも一回良くなって戻られる時は、退院看護室などで一度みんなと情報共有して、一つのテーブルについて、この方はどういう人生の幕引きが望ましいのかということと一緒にディスカッションできれば、もうそれでいいのではないかなというふうに考えます。

また、我々が何をお手伝いできるか、例えばご家族がレスパイトでちょっとお休みしたいという時は地域包括ケア病棟に行くわけですけども、例えば突然

の急変で在宅医の先生が、それはちょっと難しいということであれば、電話一本いただき搬送していただければ、つまり情報があれば我々はやるということがいろいろ柔軟にできるわけです。その2に書いていますけれども、柔軟なことができますので、そういうふうにお使いいただければと思います。逆に言うと、先ほど出てきましたように、超重症になってから搬送されると、やることをやるしかないのです、逆に「う～ん、もうちょっと様子見ていいかな？」というようなことがある場合にご相談いただいたほうが、僕らは実は楽ではあります。

やはりポイントは救急医です。救急医と消防というふうに考えています。

今日僕が言いたかったことは、連携とその理解、医療と支援ですね。「俺は何とかの手術を何度もやったんだ」とかそういう自慢ではなくて、やはり救急医も在宅医療も良い街でありたい、していきたいというのが共通しているのではないかと思います。我々は、終末期を大事にして、良いエンディングというのがあれば良いなというふうに考えています。やり方は後で調べておくということではありません。消防は仲間になるべきだと強く思います。そして地域包括ケアというのは我々が作るのだと。あのポンチ絵はポンチ絵として我々が作ると。例えば坂本先生がお描きになられたぐるぐる図などはその典型だと思いますけれども、我々が作るものだというふうに考えています。

司会：七戸先生、ありがとうございます。それでは続いて情報交換会として、「在宅療養高齢者への救急医療の現状を明らかにする」と題しまして、皆様から情報提供いただきたいと思います。先ほど基調報告として、主に総論のお話を七戸先生からしていただきましたが、このテーマに沿って、もし何か付け加えたり、ご報告していただけることがありましたら、七戸先生、お願いしたいと思います。

七戸：やはり連携が大事だという一つには、先ほどあまり重症になってからというよりは、例えばこの患者さんはある程度の余命で、誰か悪くなってもいろいろな介入はどこまでやるのか、そういった時に、僕らは集中治療、救急医療のプロなので、ある程度の介入で結構劇的に良くなるということがあるんです。ですから、相談していただいてあきらめないで、ただ例えば人工呼吸とかで、「えっ？」と思われるかもしれませんが、例えば気管挿管したり、マスクの人工呼

吸を2日するだけで、それでまた有意義な在宅生活が1カ月伸びるのであれば、別にそれは無駄な延命とは言わないと思うんです。その2日間の集中治療も無駄な侵襲ではないかもしれない、そういった、やはりいろいろなバリエーションがあるので、連携を深めていけば良い医療ができるのではないかなというふうに考えています。

司会：ありがとうございます。そうしましたら、皆さんにこれからご報告、情報提供していただこうと思いますが、ここで札幌市消防局からのデータ提供ということで、緑の街診療所の鈴木先生から情報提供をお願いしたいと思います。

鈴木研一（緑の街診療所）：札幌市消防学校の救急救命士養成所の非常勤講師をずっと20年やっていまして、そういった立場も含めて、七戸先生とちょっと重なるところもありますが、消防局からのデータを紹介します。

札幌市消防局の統計から見てということでお話ししますが、いま札幌市消防局の救急搬送ということで、救急隊がいて、さっそうとヘリがいて、右側はドクターヘリという、こういった体制での救急搬送を現在札幌では行っております。これは毎年救急の日の前後に新聞で、皆さんにもお知らせしてるデータですが、直近の平成28年度の搬送は79,383件です。これが札幌市の一年間の救急搬送地域です。それで各区で行政区別にすると、西区は7,689件で、手稲区は4,717件ということで、これをグラフにしますとこういった割合で、平成28年度の搬送出動件数になります。これを年齢別に見ますと100%、79,000件ですが、65歳未満が46.5%、65歳以上が53.5%。先ほどお話の中でありましたが、日本の高齢化率65歳以上は27.6%です。それと比べるとかなりの割合ということで、65歳以上がこのように半分を超えているというのが、札幌消防局の救急搬送79,000件の中の内訳です。これはその中で心肺停止状態であった方というのが、65歳以上が実は先ほどの79,000件の人員のうち、心肺停止状態で運ばれたというのは2.1%しかいません。この割合65歳以上が75.4%ということです。病院に高齢の方の心肺停止状態の搬送が多いということです。

それでもう一つついでにお話しさせていただきたいのは、救急車を呼んでもヘリコプターを活用した救急活動というのがあります。それはある一定の地域、消

防ヘリコプターが救急搬送に有効だという地域においては、主に三次救急医療機関までにおおむね20分以上を要する地域の場合ですが、119番通報して心肺停止状態だというような情報が入った時点で、当然救急車が動くと同時に、石狩にありますヘリポートのヘリコプターにエンジンスターがかかります。そしてこの判断の中で、突発的な意識障害に伴い呼吸、または脈拍が停止している疑いがある、あるいは心肺停止もしくはどちらかが停止している、こういった状態になると、石狩のヘリポートからヘリコプターが飛び立って、その上空で待機するというシステムが、いま札幌市消防局の中であります。

札幌市消防局の平均所用時間についてお話しします。119番通報があつてから現場に到着するまでの所要時間がいま平均が6.7分、いま市内33隊の救急隊は平均6.5分を目安に頑張っておりますが、冬場の道路事情の悪い時はもっと伸びます。これをトータルすると、医療機関に到達するまで36.6分かかっています。この1番目の救急隊の移動する時間の所要時間を短縮するというのも非常に大事ですが、もっと大事なことは、現場到着から現場を出発するまでの活動時間に18.9分と、非常に時間がかかっています。これはなぜかと言うと、医療機関を決めるまでの時間ということです。ですから、救急車を呼ばれる皆さんに救急隊からの多分お願いの一つだと思いますが、あらかじめ医療機関等を選定してもらう、あるいはかかりつけ医の先生、主治医の先生が後方支援病院等々での搬送の確約をしてもらうということになると、きっとこの現場での活動時間が非常に短縮されて、次の救急搬送の態勢に非常に役立つと思っております。

あとは、これは救急現場における死亡判断基準、いろいろあるんですが、一見して亡くなっているようなことのほかに、救急隊の観察結果から死亡と判断できるものは次の8項目があるということです。死亡診断ができるのは医師のみなので、死亡判断、法的に死亡の確認ができるのは医師のみであり、この基準はあくまでも救急隊側の一つの指標として定めたものであるということで8つあるんですが、この中の1~7というのは、患者さんのご遺体の亡くなられた時の状況なんですけど、最後に家族もしくは周囲の同意を得ることというのがあります。これはちょっと今後高齢医療と救急搬送を判断・語る上ではちょっと大事なことでないかなと私は思っています。

札幌市消防局と北海道警察本部との連携と、いわゆる協定に基づく情報共有ということで、消防法とか消

防組織法とか、北海道警察の通信指令規則というのがあります。結局いろいろな所で、先ほどからお話がありましたけど、119番通報して亡くなっているということになれば、警察が来る、これは何とかしたほうが良い、何とかしなければいけない課題なのだと思いますが、結局そこにはこういった協定があるということをご紹介しておきます。

司会：鈴木先生、ありがとうございます。続きまして、いまいホームケアクリニックの今井先生から情報提供をお願いします。

今井浩平（いまいホームケアクリニック医師）：当院の患者の救急医療の状況について、なるべく具体的に在宅医療の活動が分かるように、当院の統計も一緒に載せていますので、参考にしてみてください。

2017年の1月から6月までの患者さんの総数、および定期的な訪問回数、それ以外に往診の回数を載せています。往診とはまた別に、緊急電話があつた場合の緊急往診、夜間往診に呼ばれた場合には夜間往診と深夜往診というのはまた別に出していますので、これも参考の一つとして見てください。

大体総患ですが、1月の場合で見れば319人で、入院患者さんが20人弱というかたちで、5%ぐらいの患者さんが入院になることになっています。その中で救急を利用した患者さんは、1月11名、2月8名、3月1名、4月7名と、大体このようなかたちで人数としては推移していて、やはり救急車両を利用して病院を受診した人に関しては、ほぼ全て入院しているのが統計から分ると思います。

救急車両を利用した、利用時間帯に関しては1月に関しては救急利用人数が11名中平日の日中利用者は5名、時間外の救急医療が6名となっています。2月から6月までを見てもらえれば分るんですが、例えば1月の統計を見てみると、夜間とか深夜の往診は大体14件あつて、その中の時間外の救急利用というのに関しては、早朝、夜間の深夜の救急車両は4件というかたちで、できる範囲での一時のプライマリーの対応はその場で行って、どうしても必要な場合だけ深夜、夜間、救急車を利用して、病院様に治療をお願いしているという現状かなと思います。

その中でも、僕らが往診しないで救急車を呼ぶ場合というのも少なからずあつて、1月から6月までの間では大体合計8件、1月から6月までの間に8件の患者さんが僕らが往診しないで救急車の利用をお願いします

ることもありました。その場合、往診なしで搬送となつてしまった原因に関しては次のページのところに大体理由を載せています。

1月の患者さんに関しては、食道管出血疑いで吐血が疑われたので、深夜で時間的余裕がないため、往診しないでそのまま搬送することにしました。この方に関してはルーチン病院がなく、当番医の先生の判断で救急隊の搬送先の病院を決定していただき、その後電話連絡しています。診療情報は翌日に送ったというかたちになります。2に関しては脳梗塞疑いで、この方の場合はきちんと「何かあったらクリニックに連絡くださいね」とお伝えはしていますが、それでもやはり家族の方が慌ててしまうと、どうしても当院に連絡なく救急要請をしてしまうことがあります。この方は土曜日で搬送は市立病院に送られています。肺炎の方、この方は施設に入居されている方ですが、施設から連絡がり、かつ前日に診察があったことから、何とか対応できるかなと思いましたが、状態悪化ということで、この方は往診せずに、石田病院まで救急搬送というかたちになっています。

4月の大腿骨頸部骨折の患者さんに関しては、高齢者住宅で転倒した後、施設職員さんがやはりクリニックには連絡するという判断をせずに、当院に連絡前に搬送というかたちになってしまいました。その後僕らのほうに連絡が来たので、搬送後に連絡を受けて診療情報提供書を作成して、当該病院さんに連絡をとったというかたちになります。

居宅の患者さんに関しては、家族の方がやはりパニックになってしまって、僕らに連絡するという選択肢がなく、それで救急要請をしてしまうということが多いような印象です。逆に施設の患者さんに関しては、きちんと連絡をするという体制を指示しているにも関わらず、やはりなかなか連絡が来ない、もしくは施設のその時のヘルパーさんとか職員さんの判断で送られてしまうということがあり、後付けで情報を送ることが多くなってしまふのかなと思います。

情報なく救急搬送されしまう患者さんを全くゼロにできるかと言えば、ちょっと難しい問題だということ、この統計を見て改めて再確認しました。

個人的には情報なく入院した患者さん、情報を付けても同じですが、救急搬送された患者さんのその後の治療方針の決定に関して、できれば在宅側の医療者がどんどん関わっていけることが今後できたらいいのではないかなとは思っています。病院から帰るときは退院時カンファレンスというかたちをしてよく帰ってく

ると思います。入院した時にどこまで治療していくのかということ、病院の救急医の先生を主体として、在宅の主治医や訪問看護ステーションの看護師さんとかケアマネなど、その人に関わるような職種の人が入院時に集まっていろいろ話してあげる、治療保障を徹底してあげるといふことができればいいのではないのかなとは思っています。

司会：今井先生、ありがとうございます。それでは続きまして、ゆきのかなでクリニックの大久保先生、よろしく願いいたします。

大久保祐樹（ゆきのかなでクリニック医師）：高齢者の救急医療、当院での現状ということでお話しさせていただきます。

去年の1月1日から今年の6月30日までの18カ月分の当院における訪問診療のデータとして調べてみました。患者総数は536名、うち、お看取りをさせていただいたのが26名、救急搬送させていただいたのが57名でした。57名救急搬送のうち、救急要請前にドクター・トゥ・ドクターで受け入れ確認させていただいた数が30名、ドクター・トゥ・ドクターなしで搬送、救急要請となつてしまった方は27名でした。ドクター・トゥ・ドクターなしだった主な理由、明らかな骨折、重篤な中枢神経障害、痙攣、麻痺などというのがあって、病院を選定する前にすぐ救急要請となつてしまったということが多かったです。

あとは施設さん（個人宅もそうですけれども）の判断でクリニックに連絡なく救急要請されてしまったという例が多かったです。

転機の方です。ドクター・トゥ・ドクターあるなしで大きく転機が変わったかというのが一つ実際ありますが、ちょっと母数が少なくはつきりしたことは言えないかなというような状況でした。もともと救急搬送後、元の住居に戻れた方は47.4%、元の住宅に戻れなかった方が38%、死亡された方が21%というデータでした。現在も入院中の方が8名いらっしゃいますので、そういった数値になっています。救急要請した5人に1人が病院で亡くなっていると、そういうデータでした。

我々在宅医としては、あらかじめドクター・トゥ・ドクターで情報提供させていただいて、搬送先も決めてから救急要請したいという思いが強くて、そういうふうさせていただいていましたが、ドクター・トゥ・ドクターでも断られる時は非常に多いと。救急隊から

の要請のほうを受け入れてくれるのではないのかと思うこともあります。非常にこの辺が難しいところなのかなと。一般的にはドクター・トゥ・ドクターのほうが多いのではないかなというふうに考えられている方が多いのではないかと思います、そういうような症例もありました。

司会：大久保先生、ありがとうございます。それでは引き続きまして、今度は老人保健施設からの情報提供をお願いしたいと思います。セージュ山の手の事務長岡田さん、よろしくお願いいたします。

岡田和博（セージュ山の手事務長）：老人保健施設は、医師、看護師、リハビリ、栄養士、相談員、ケアマネというふうに、多くの職種がありますので、いろいろな職種で検討できるというようなメリットがあります。あと、医師は月曜日から金曜日まで常勤でいますし、ONコールで対応というようなことで、看護師に関しては24時間365日いるという状況です。ただ、中でできる医療には非常に制限がありまして、心電図と検体検査ぐらいしかできませんが、そういう中で健康管理をしている医療ということ、まず入所の時にご家族にお話しをさせていただいています。

ターミナルケアもやっていますけれども、お亡くなりになってから救急搬送するとかそういうようなことは基本的にはなく、施設長である医師が死亡診断書を書くというような体制で今やっております。

既往歴、病状を確認しながら、今後悪化した時にはどういうふうになるのか、それとも老健での施設内の治療を選択すると、こういうことが可能性としてありますよということを常に話し合いながら、治療方針の決定をする。そういう中で、こういうふうになった場合には救急車を使って搬送をしますよとかいう話し合いを行っております。

平成28年の1年間で救急搬送をしたというのは12件、ひと月に1件というような内容です。平日頃医師・看護師がいるという所では、「ちょっと水分が少ないね」というふうになったら点滴をするだとか、そういう予防医療的なものも老健としてはできるというのは、一つ現状として中身をお伝えできることかなというふうに思っています。

最後に、どのように最期を迎えるのか、施設で亡くなるのか、病院で最後まで積極的に治療をしたいのかということ、常に家族と確認をしていくということが、いま求められていることなのかなというふうに感

じています。

司会：岡田さん、ありがとうございます。それでは最後になりますが、西区内訪問看護ステーション20カ所からのデータ提供ということで、訪問看護ステーション山の手の谷口さん、よろしくお願いいたします。

谷口（訪問看護ステーション山の手）：訪問看護ステーション山の手の谷口です。よろしくお願いいたします。

今回西区の訪問看護ステーションの救急搬送の現状ということで、訪問看護ステーションが関与せず、救急搬送された人数を西区の全ステーションにFAXでアンケートをとりまとめたものです。

数を見ていただくと、結構数にばらつきが、0のところとか、34とか、結構多いところがありますが、これは想像とかステーションに聞いたところによると、訪問看護ステーションでも24時間の連絡体制とか緊急時加算を付けていない利用者さんは、そもそも緊急時にステーションが関与できない、連絡をいただくような体制をとっていない利用者さんについては、関与せず緊急搬送をされたという所が多いということ、訪問看護ステーションでも2カ所以上の訪問看護ステーションを使って、1カ所だけ緊急時をとっているという所の2カ所目のステーションであるとか、訪問看護ステーションのリハ職の方が主に行っている所などは、緊急時の対応をそもそもしないというような所があるということで、結構数のばらつきがあるのかなというふうには思いました。

今後の課題、考えられることとしては、ご本人さまとご家族のご意向を医療機関には伝える努力は今後もしていくようにしていきたいと、タイムリーにご意向が変わることもあるので、そのようにしていきたいなというのと、ご家族とご本人さんには救急車を呼ぶのか呼ばないのかとか、そのような指導も平日頃、これまで通りしていきたいなというふうには思います。

あとは、高齢者に関しては介護保険を使っている利用者さんがとても多いので、その情報共有の要というか、マネジメントの要のケアマネジャーさんにも日頃から、病状とか生活、どのような治療を受けたいのかというような情報の収集とか共有もやっていただくと良いかなというふうには思います。

司会：ありがとうございます。いろいろとお話を聞いていただいたので、ご質問があるのではないかと思いますけれども、まずはご質問をどうでしょうか？

一木崇宏（ホサナファミリークリニック院長）：在宅医とか訪問看護ステーション24時間体制で関わっている方は大体の方は連絡をして情報共有ができるかなと思うんですけども、一番問題なのは、開業の先生とかがおられていて、夜間とか連絡が取れないとか、そういう方がやはり高齢者が増えていると思うので、そういう方々を今後どうするかというのも結構問題になるかなと思います。救急の現場としてどのような状況があるか、その辺のデータを今回は見ていなかったんで、教えていただければと思います。

七戸：印象としては、名前を存じている先生方の所からは情報をいただいていますし、また、突発的にご家族からご依頼を受けて、例えば「これ、岸先生の患者さんなんだね」と、その次の日には当然来られるわけですし、また逆に、病院で担当している方、例えば宮の森記念病院さんで訪問診療で施設とか、病院の組織がしっかりしている所は、やはり次の日にちゃんと連絡がある。ただ、外来もお忙しくて訪問診療の日が週に1日だけで、それも医院とかなり離れた所にいらっしやってとかというようなことになって、我々も地域としてのつながりが無い先生ですと、「どこなんだろう？」というような医療施設の方ですと、情報もない方も多のかなというような気がします。

ですから、やはりお近くの先生に訪問診療を、施設の方もお願いをするのが良いのではないかなというのが、鈴木先生が仰られましたが、例えば厚別で開業されている先生が手稲の施設の訪問診療をされているのかなと思うことは、やはり救急の人間としては違うと思います。それは多分壁になっているところがあるのではないかなという気がします。

一木：ありがとうございます。結構サ高住の救急搬送が多いのかなと思います。

七戸：そういう所の入居者の方は、比較的、慢性的に健康状態が悪くてというよりは、ある程度自立されていて服薬のために訪問診療されているという方が多いと思うんですけど、そういう方の突然の急変というのが、一番僕らに来るんですね。なので、一番困ると言ったらおかしいですけども、情報がほしいなと。そして、施設の方もよく分からないということが多いというのが、実例を示すことができます。

一木：ありがとうございます。

司会：ありがとうございます。在宅療養中の高齢者の方。

吉田（きよみず公園クリニック院長）：私の所では、施設関係では実は3点セットと言いまして、孫データと薬剤情報提供書と、あとは月一回、居宅療養患者のために施設のケアマネさんとかに毎月の動きを記録した物を配っているんですが、その文書と3つを救急搬送する場合には持って行くことにしてしまして、それを持たなければ、その救急で受けた先生が分らなければ直接電話をするように、僕の携帯番号を事前に教えてあげてそれでお願いをしているんですけども、実はその3点セットで運ばれたケースで問い合わせがあった例は0なんですけど、こういったやり方はどうなんでしょう？

七戸：そのデータがあれば、完璧だから連絡が来ないだけなのではという気はするんですが、先生にもしてお電話するとすれば、患者さんが施設から来られていて、患者さんのご家族が例えば「私は三笠なので明日にならないと行けません」とか言うんです。普段からその患者さんの家族がそのどういう思いで、こういった場合にどう意思決定をされるんだろうかというのを忖度するような、あるいはそういう意思決定の場に加わっていらっしやったと思われる担当医の先生に意見を聞きたいというのは、多分あると思うんですね。単なる診療の状況ではなくて、周辺状況であり、その方のこれからどのような道筋を作っていくかというところでは、多分あるかもしれません。他の診療情報に関しては、それだけあれば僕らは多分お聞きするようなことはないような気がします。

吉田：その文書の中には、家族の意向ですとか、DNARをとっているとかとっていないということも書いてあったんですけども、あと、やはり私のほうから直接これは電話で担当医に知らせたいなということは、電話をするようにしています。

七戸：ありがとうございます。あとは、どこまで治療というのも、結構フェイス・トゥ・フェイス、ボイス・トゥ・ボイスで話さないと、DNARといっても分らないですね。例えば、もしも予期せぬ消化管出血で、「内視鏡まではしないけれど、輸血してくれ」とか、やはりいろいろなそういう方があるので、一つひとつ迷うことがあるので困りますよね。そういうことをお話し

できれば良いなという気はします。

吉田：ありがとうございます。

司会：ありがとうございます。それでは先ほどの情報提供をされた方々。

小澄（勤医協西区病院看護師）：看護師の立場から今の病院の状況とか、取り組んでいることを紹介したいと思いました。

私の病院は、地域の中で在宅療養を支援する病院という機能を役割として医療活動をしていきたいというふうを考えているんですけれども、入院した患者さんの約半数はお家または生活の場、施設だとかそういう所に退院されます。その中の割と多くの方は、当院の在宅診療部で訪問診療を受けられる患者さんとして管理させていただいているんですけれども、状態が悪くなったりとか、ご家族の方にゆらぎがあったりとかした時には、入院が必要になる時がやはりあるんですが、そういう時は2次救急とか3次救急に搬送するというのではなく、西区病院で訪問診療を受けられている患者さんが、入院が必要になった時には自分たちの病院で受け入れるということで、夜でも休日でも受け入れ態勢を整えているということはず一つあります。

そして看護師の立場で、さまざまな場面で患者さんの意思決定に私たちは関わっているんですけれども、特に入院されてきた時、急性期の治療が終わっていらっしやった時には、そこから先の療養だとか、どんな医療を受けたいかということについて、ご家族とご本人が対話したことがないという方がやはり多くて、方針をなかなか決められないという状況があります。やはりアドバンス・ケア・プランニングの推進ということが大事なのではないかというふうに考えまして、今年度自分は、要望書とか要望を考えるそのパンフレットというのを作って、外来や入院患者さんのさまざまな場面でそれを活用して、アドバンス・ケア・プランニングを推進していきたいというふうに思っています。

病院の中だけでやるのではなく、地域の方たちと一緒に活動している、そういうことも取り組んでいますので、今はまだ患者さんになっていないとかそういう状況ではない方たちにもアドバンス・ケア・プランニングを考えていただきたいということで、さまざまな場面で啓蒙していくということも考えています。

司会：ありがとうございます。特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設のほうでご発言いただける方はいらっしやいませんか？

朝倉（特別養護老人ホームさくら苑）：さくら苑は平成24年から看取り介護をしております、現在までに80名の入居者がいるんですけれども、20人ほどの看取りの方を見送りしているという状態です。認知がもう発症しておりますので、ご家族様の同意をいただいているという状況であります。

看取りの同意を取る時というのは、体重減少と食事が摂れなくなってきた時に、家族さんに看取りの同意を取らせていただいている状態です。救急搬送も、先ほどからお話を聞いていると、普段はドクターがおりませんので、私たち看護師の中、または管理者のもとで救急搬送を決定させるわけなんですけれども、決める時にはまずご家族様の同意をいただきます。

その中で、この間あった話なんですけれども、3名ほど入院することができないということでお断りされた所がありましたので、それに関わる時間として看護師が対応しますので、そこで2時間～3時間使われると、看護師は日中は2人、または2人半しかおりませんので、業務が滞ってしまう状態ですので、できたらスムーズにいける、これからのシステムができれば良いなとお願いをしたいという状態です。

七戸：僕らは確認するんですね、「どういう治療を望まれていますか？こちらは救命センターです」と。そうすると、自然に任せてと。自然に任せてということであると、救命救急センターの病床を埋めるわけにはちょっといかないかなと。

もしもいろいろな意思決定をされる時に、どうしても描いているストーリーではないようなことが起こった時に、どのようなことを、例えば一番多いのは誤嚥窒息なんですね。救急でよく言うのは、窒息と出血はどんな状態でも緊急だというふうに言うんですけれども、窒息している人を目の前にして僕は看取りだとは絶対に言わないんですが、やはり気管挿管をしたかもしれないかもしれません。放つといたら目の前で5分後にこのままお亡くなりになれるかもしれない人を、自然と気管挿管したかもしれないです。ですから、そういったところを相互理解してやっていかないと、きつとうまくはいかないのかなという気はします。

誤嚥窒息というのは、ものすごくやはり多いですよ。ただ、それも心肺機能の低下と考えれば一つの

寿命なのかもしれませんが、やはりそこで詰まって苦しんでいる人をそのまま見ててもいいのかって、僕はDOAとして救ってしまうので、そういったことをやはりこういう会で、どうやっていくのが患者さんや搬送に取って良いのかというのを話し合っていければいいなと、いま聞いていてすごく思いました。

大久保：ゆきのかなでクリニックの大久保です。我々もまだまだ、人生の最終段階の医療というのをどういうふうにするかという説明というのは遅れがちなんですけれども、できるだけ早い段階で介入していきたいなというふうに思っています。癌治療を始める段階でも、我々在宅医でも一緒に会議をさせていただいて、同時に意思決定を支えられたら良いなというふうに考えて活動を開始しようとしているところです。もっともっとアドバンス・ケア・プランニングを早い段階でやるべきなのかなというところで、皆さんのご意見もお聞きしたいなというふうに思います。

司会：今後の課題というのが見えてきたのではないかなと思います。一つは意思決定支援ですね。早めの意思決定支援をして、もしそうなったらどうするかというアドバンス・ケア・プランニングというお話がありました。それから実際に救急医療の場になった時の意思決定をどうするかというようなこと、そこも含めた意思決定支援の問題。あとは連携上の問題と言ってもいいと思いますけれども、情報の共有・伝達をどのようにするか。情報の共有というのは医療機関同士だけではなくて、普段から在宅生活を支援している側と、それからもう一つは救急医療と、両方に対してどういうふうに情報を形として残し、共有・伝達を行うかですね。そして連携上の問題の中で、情報共有の内容というのは診療・診断の内容だけではなくて、意思決定支援の内容についても情報共有するようにしたい。そして看取りのために救急搬送するというようなこともあると聞いていますので、意思決定に医師がどう関わるかとか、ある方は、死亡診断書にちゃんと医師が関わるかという問題だとかということもあると思います。

引き続きこういう顔の見える連携が大事だということもあつたと思いますけれども、こういう何でも話し合える、そういう関係のこういう場所で、また、引き続き問題、今日は情報交換と言っていましたけれども、いかにこれを解決するために、何が出来るかということ議論していきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひします。

## VIII シンポジウム

在宅医療提供体制整備事業による事例検討研修会

西区の在宅医療はどうなっているか？

～在宅医療実践の現状を分かり合い、

多職種連携を更に強めよう～

日時：平成30年4月10日（火）18:30～

会場：西区民センター 3F 大ホール

吉澤（司会・勤医協札幌西区病院）：今回は、西区で暮らす患者さんに対して提供されている在宅医療や後方支援がどのように実践されているのか、お互いに理解し合うことを目的にしています。それでは、静明館診療所の太田先生から、いまいホームケアクリニックの今井先生、坂本医院の坂本先生、ゆきのかなでクリニックの大久保先生、勤医協札幌西区病院副院長の早尾先生、ホサナファミリークリニックの一木先生、いわなみ在宅緩和ケアクリニックの岩波先生、札幌秀友会病院の藤原先生（坂本代読）、手稲家庭医療クリニックの中島先生、生涯医療クリニックさっぽろの土畠先生の順でおねがい致します。

太田（老蘇会静明館診療所）：当院は、医師3名で訪問診療をしています。診療可能な内容ということで、「何でもやります」という方針でいきたいと思ひ、可能なことなら何でもやっています。

「研修の受け入れ」というのを比較的多くやっています。いろいろな方が研修に来ています。初期研修医も後期研修医も医学生も、あと他の多職種の方もいろいろ来てやっています。それから、バックアップ機能ということでいろいろな、副主治医をやったりとか、困難事例を引き受けたりとか、独居の方は大変なのでということをやったりとかということをやっています。

在宅関係の学会が合併して大きな在宅医療連合学会というものになりまして、その第1回地域フォーラムというのを、私が大会長になりまして来年9月14～15日に札幌で開きますのでご参加ください。

今井（いまいホームケアクリニック）：当院は宮の森に診療所があり、医師が6人在籍して訪問診療を行っています。居宅の患者さんがメインで、大体300人ぐらい、一人の医師につき大体40人から50人ぐらいの患者さんを診ております。



やっている在宅医療に関しては、あまり奇をてらったことはせず、できるだけ普通のことを普通にやろうと個人的には思っていますが、医師数が多いので、診ている患者さんや、看取りの患者さんの数は多くなっているのかなと思っています。

特徴としては、ソーシャルワーカーがクリニックに数名おられますので、医師に直接なかなか話しづらいことであったり、耳に入れたいことであるならば、クリニックの連携室のほうに連絡をいただければ、ソーシャルワーカーができるだけ情報を整理して医師に伝えたり、皆さんに情報をフィードバックしたりということができると思っています。

坂本（坂本医院）：この会のように「人を知る」ということが非常に大切で、その上にさらに「機能を知る」ということが役に立つと思ひながら、診療をしています。

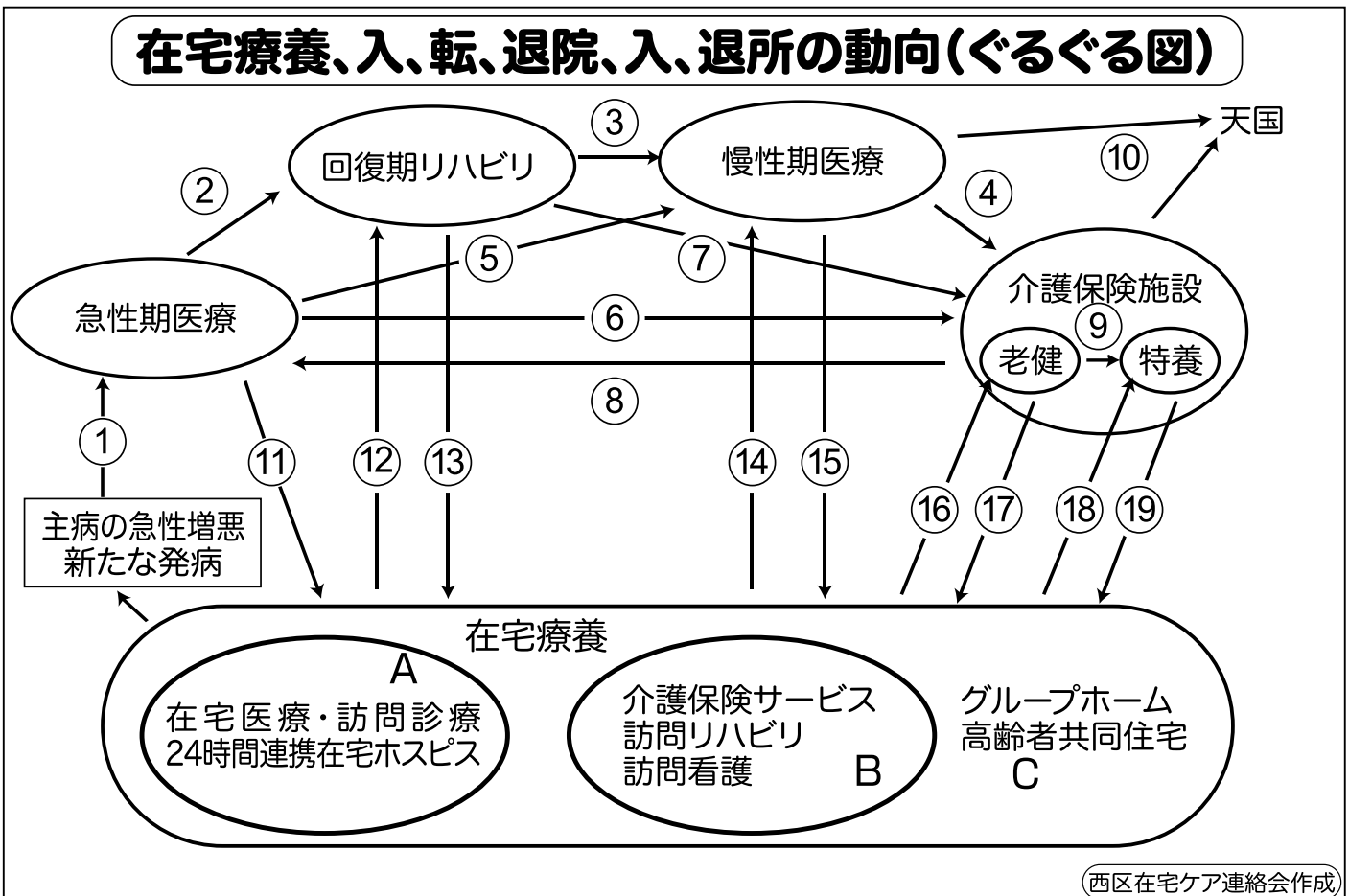
常に考えながら仕事をしているのが「ぐるぐる図」です。「ぐるぐる図」を念頭に置いて、いま自分はどこで何をやっているのか、目の前の患者さんがこの「ぐるぐる図」の中のどこにいて、どういうふう動くのが一番良いのか、それからいろいろな機能もどのように働くのが良いのかを考えながらです。「ぐるぐる図」にはいろいろなことが全部入っていますので、是非、

みなさま方も「ぐるぐる図」を念頭に置きながら仕事をしていただければと思っております。

大久保（ゆきのかなでクリニック）：当院は2年半前に西区八軒に開業したクリニックです。当院のメインとしては、より良い医療を、どこに住んでいてもいつでも提供できるクリニックを作っていきたい。待ち時間ゼロを目指すクリニックにしたいということでやっております。まだまだ若輩で勉強不足なところもありますが、先輩方にいろいろ教えていただきながら、また皆さんにご迷惑をおかけしながらですけれども、目の前の患者さんのために少しでもハッピーになっていただけるように頑張っていきたいと思っております。

また、在宅での癌患者さんの緩和ケアにも力を入れて、なかなか難しいところですが、必死にやっているところです。まだ頑張っていないところでは小児の在宅のほうも、少しでも力になりたいと思ひ勉強をしているところであります。

早尾（勤医協札幌西区病院）：終末期を見る4つのポイントということを実践しております。緩和と患者さんとのこと、それから生活支援とACDと、その4つがとても大事だということをお教わって、それを日々実



践しております。

癌の患者さんも在宅看取りなのか、入院なのか、ちょっと微妙なグレーゾーンみたいな方が、結構いて、その方々を在宅にして、居たい所で亡くならせたいというのが一応私の使命かなと思っています。ただ、ご家族や身の回りにいる、近い、看護師さんや介護士さんもそうですけれども、そういう人たちの意見を充分聞いて、本当に在宅がいいのかどうか、介護負担みたいなものもありますので、そういうのも無理なくやっていって、在宅療養支援病院ですから当院でバックアップして、そこで「どっちかな」という人も在宅に行ったり、あるいは介護上無理だなということと入院になったりというようなことがあります。私は元々外科ですので、褥瘡とか排膿とか、なかなか管理上難しいこともありますけれども、非常に症例も増えてきて、いろいろやっています。

一木（ホサナファミリークリニック）：「ホサナ」って聞き慣れないと思いますが、もともとクリスチャン用語で、旧約聖書で書かれているヘブライ語ですが、そこに「ホサナ」という言葉があって、それは「救ってください」という意味で、それが新約聖書では神様を讃える合い言葉みたいな言葉で使われるようになって、新約聖書にも「ホサナ」というのは出てきますが、そういうことでホサナファミリークリニックという名前にしています。4年になりました。常勤医2名、非常勤医1名で診療しています。静明館診療所と札幌中央ファミリークリニックと協働で、連携型の機能強化型在宅療養診療所としてやっています。小児から102歳のおばあちゃんまで、脳性マヒとか、小児科だったので障害のある方もたくさん診ています

医療連携としては、やはり敷居を下げるというか、医者との壁というか、ケア連で話した時、連携を阻むも

のは医者との壁ということをご皆さんから聞かされて、医者との壁を作らないようにして、なるべく相談支援をしていく、なるべく密に連絡がとれるように心懸けています。

岩波（いわなみ在宅緩和ケアクリニック）：去年の4月に医師1名と事務員1名で開設しました。在宅専門で外来はなく、訪問のみで大体20～30名をまわらせていただいています。

私は癌の診療を中心にやってきましたので、癌の緩和ケアをほとんどの患者さん、9割方その患者さんで対応させてもらっています。その関係上、在宅にいる癌の患者さんの亡くなるまで、在宅で診られる期間は平均すると概ね1カ月程度です。だから非常にターナーオーバーが早くて、範囲を狭めると経営が成り立たないというところがありまして、かなり広い範囲を回っています。

お看取りは大体月5人ぐらいで、かなり楽になりました。ですので、癌の患者さんがいらっしゃいましたら、特に何か医療処置が多くあるとか、緩和ケアが必要だとか、痛みとか呼吸で大変だという方がいらっしゃいましたら、とくにストレスなく回らせていただきますし、結構頻繁に行きます。医師は1人ですが、24時間いつでも対応していますので、よろしく願いいたします。

藤原（札幌秀友会病院）（坂本代読）：秀友会病院と坂本医院とで24時間連携をしております。秀友会病院の中央玄関のドアに、「急性期医療から在宅医療まで」と書かれたステッカーがありまして、秀友会は在宅療養支援病院ということで、院長自ら10数人の方への訪問診療をしております。

「看取りはしていますが癌患者さんだけというわけ



ではありません、急性期から在宅までを開院以来のスローガンとして、全ての患者さんが自宅に帰れますと考えております」とのことです。脳卒中後神経過敏、認知症、寝たきり患者さんを中心に、どんな脳外科の患者さんでも、どんな人でも家に帰れますという考え方です。藤原先生によると、在宅療養、在宅医療が拡大しないのは、病院に行った時に「ああ、もう家には帰れませんね」という医療者がいるからだとのこと。そうすると本人家族は、絶対にこれは自分の一生は病院だと思ってしまう。だから自分は「どんな場合でも家に帰れるように頑張りましょう」と言うようにして対応を始めている、ということをお話いただいたことでした。

中島（手稲家庭医療クリニック）：当院の特徴としては、そのクリニック自体がプライマリ・ケアリングという、何でも診る医者の養成の施設になっています。ですので、皮膚科、精神科、内科、小児科、全てわれわれ外来で診ているような場所です。在宅だけではなく、外来部門と療養部門、そして訪問診療という3つの柱でこのプライマリ・ケア、私も含めてプライマリ・ケアの認定指導医ということで、技術を持った医師が訪問診療に回るというかたちをとっています。

今年の4月から神経内科医が1人入りまして、訪問診療の層も少し厚くなったかなという感じがします。それで私と院長の小嶋に関しましては、認知症のサポート医を持っています。必ずしも在宅医療だけではなく、とりあえず家に入っているわれわれの技術を使ってどうにか患者さんを救い上げるといような使い方として、訪問診療医を利用していただいてもかまわないのかなというように思います。

訪問診療の良いところは先ほどの先生たちが言ってくれましたので、是非ご利用ください。

土島（生涯医療クリニックさっぽろ）：4年半前に溪仁会病院の一員として開業をしており、常勤は全員小児科医の5名です。その他非常勤が2名と非常勤の歯科医師が1名、ドクターは全部で8人です。診療範囲は札幌市全区と加えて江別、恵庭、小樽、一番遠いのが千歳です。

いま患者さんが170名ぐらいおりますが、一番多いのは小児在宅医療ですけれども、その他に実は4割が成人の患者さんです。患者さんの中には脳性マヒの20歳以上の方とか神経難病の方、それからALSの方もいらっしゃいますし、原因不明の慢性呼吸不全で鼻

マスク式人工呼吸器を使いたいという方について訪問診療を受けているということもあります。

最近、小児でも看取りの希望がすごく多いです。とくに18トリソミーの方とか、専門的な治療はしないという方で自然なかたちで自宅にいたいとのこと。退院してから3週間ぐらいで亡くなるみたいな方もいますし、脳死に近い方で自宅に帰りたいという、そういうお子さんが最近すごく多いです。全体の9割、150人ぐらい人工呼吸器ということで、全国的にも珍しいのかなと思っています。

吉澤：在宅医療提供施設のほうは以上です。この後は後方支援施設で、順にお話しいただきます。

菊地（北海道医療センター）：皆さんに期待されることは24時間の救急であり、また入院医療だというように思っております。

川上（静和記念病院）：「ぐるぐる図」のように、それぞれ我々の持っている事業体に機能を分化させまして、全事業を展開しているということになります。

早尾（勤医協札幌西区病院）：病院でも一応「私の希望」と言ったら私の希望マークを渡したりとか、そういうのを活発にやるようにしています。

松村（札幌宮の沢脳神経外科病院）：脳神経外科の病院、それから回復系リハビリ病棟を持っていますので、脳卒中、そして認知症の後方支援としてどう役立つのかということだと思えます。

藤原（札幌秀友会病院）（坂本代読）：「急性期から在宅まで、全ての患者さんが自宅に帰れます」をスローガンに病院運営をしております。

吉澤：ありがとうございました。以上で在宅医療提供施設と後方支援施設からの自院の医療機能紹介を終ります。

## IX シンポジウム

在宅医療介護連携推進に係る啓発等事業

多職種連携意見交換会

札幌市西区における、今後の医療連携を考える

日時：平成30年5月15日（火）18:30～

会場：西区民センター3F大ホール

講演：札幌市西区における医療機関の

連携体制・役割分担について

講師：北海道保健福祉部

地域医療推進局地域医療課長 小川善之先生

吉澤朝弘（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）：今回は札幌市医師会西区支部が中心となりまして、医療連携、医療介護提供体制、そして地域包括ケアシステムの充実発展のためのシンポジウムを企画しました。このように医師会と在宅ケア連絡会の職種が集まる場で各病院の医療機能についての理念を発表いただきまして、相互理解を深めることにより、病院間および病院と診療所間の相互に顔の見える関係を構築する第一歩となることが期待されています。

主催者を代表して札幌市医師会西区支部支部長、札幌第一病院院長の嵐方之先生から開会の挨拶を申し上げます。

嵐方之（札幌市医師会西区支部支部長・札幌第一病院院長）：今回は地域医療の医療連携を考えるということと、それから医療提供体制、医療・介護提供体制、それからもう一つ忘れてはならない地域包括ケアシステムの構築に向けての一段階として考えていきたいということです。それから地域包括ケアシステムは、札幌市医師会でもこれを構築するために、札幌市からの委託事業としてやることになっています。こうやって集まってみんなで顔の見える、一人ひとり顔の見える連携、そういったことをやること自体が一つの地域包括ケアシステムなのだろうなというような理解にたどり着いたところですけども、大いに議論していきたいと思いますので、皆さんよろしくお願いいたします。

司会：嵐先生、どうもありがとうございました。それではここからの講演の座長を坂本病院院長の坂本先生にお願いします。よろしくお願いいたします。

坂本仁（坂本病院院長）：早速講演会を始めたいと思います。本日も講演いただくのは北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課長小川善之先生です。本日は札幌市西区における医療機関の連携体制、役割分担についてお話をお願いしてあります。国が描いている状況と、西区の現場、医療介護の現場の状況がどのように関係してくるのか、そして今後どのように結びついていくのかという点について、ぜひ解説をお願いしたいというふうにお願いしてあります。では小川先生、よろしくお願いいたします。

小川善之（北海道保健福祉部地域医療課課長）：まず北海道の将来推定人口でございます。2010年から比べますと、高齢者の人口、65歳以上の人口がどんどん増えてきているということでございますが、2040年に向けて、2025年から少しずつ減っていくというような状況でございます。2040年を過ぎますと、また大きく減っていくというような状況でございます。

さらに札幌市の将来推定人口ですけれども、2040年まで高齢者人口は、75歳以上がどんどん増えていくという状況でございます。一方で生産年齢人口15歳から64歳の人口という所は大きく減っていくというところで、こういった人口構造の変化というものをしっかりと頭において、人口構造が変化すると何が起きるかと申しますと、やはり患者さんの疾病構造が変わってくる、病院にかかる患者さんの状態が変わってくるというところございます。また実際そこで人手をどのように確保できるかというところの難しさも、また状況が変わってくるというところで、その辺のことを大前提におきながら、皆さんでこれから先、2025年、2040年に向けて、どのような医療提供体制を組んでいくのかということを考える、これがいわゆる地域医療構想ということでございます。

「2025年の病床推定」とあります。これは一定の前提をおいて2025年に、急性期、回復期、慢性期といった病床がこの参考圏域でどの程度必要かということ推計したグラフになっております。全体のベッド数は、推計ではありますけれども、だいたい同じような程度のベッド数ということになりますけれども、病床機能報告でいきますと、急性期がやや多く、回復期が大幅に足りないといったような状況でございます。

地域医療構想、ともすれば、急性期が多い、回復期が足りない、病床機能報告と病床数、地域医療構想の数を比べて、数が足りないこの数を、うまく地域医療構想のこの必要病床数の数にあわせていく必要がある

のではないかと、あわせていく取り組みをどう進めていくかということで議論いただいているところでございます。

私たちはお話しする時に人口構造の変化に関するグラフをお示ししていますが、やはり一番大事なのは、こういった変化に伴いまして、その地域で医療介護、介護も含めどういったニーズが増えてくるのか、逆にどういったニーズが減ってくるのかということをしかりと地域で共有し、その足りないものをどのように確保していくかというものを現実的に議論していくことが大事なのかなと考えております。

地域医療構想調整会議というものの役割でございませうけれども、地域医療構想調整会議で地域医療構想の実現に向けた協議を行っていくというようなことをよく言っておるわけです。この「協議」という文言が、各医療機関の役割とか機能といったものをその調整会議の中で決めていくといったようなイメージをとられているところが結構あるのではないかなと感じております。やはり各医療機関でいろいろな課題を抱えておられていると思いますが、それに対しどのように取り組んでいくかというところは、やはり最終的には各医療機関の皆様の判断に委ねられると考えております。

それでこの調整会議で一番重要なのは、各医療機関、各地域でその判断をしていただくにあたって、必要な情報、例えばデータ、各地域の実情のデータとか、あとは構想を踏まえた取り組み状況、具体的にどういう取り組みが、その地域以外の地域を含めまして、場合によっては全国的にどういった取り組みが進んでいるのかといった情報をしかり共有していこうということと、各市町村医療機関が抱える課題、どういった機能を確保していくのかということについて、意見交換を行っていくということが重要なのかなというふうに思います。

各医療機関の皆様におかれましてはそういった情報共有で得られた課題を踏まえ、しかりと判断し取り組んでいただく。その取り組みをまた地域医療構想調整会議のほうにフィードバックしてもらって、その中でどんどん取り組みが進んでいくというような循環をつくっていくのが非常に大事なのかなということを考えているところでございます。

そういったいろいろな議論を進めていく中で、情報共有や意見交換を進めていく中で、具体的な取り組みをやっているということが出た時には、しかり道庁で支援し、取り組みを進めていきたいというふうに考えているところでございます。

今後の課題ですが、この地域医療構想調整会議をどのように運営していくか。この札幌市の中でこの地域医療構想調整会議の地域医療構想をどのように考えていくかというのは、非常に難しい問題なのかなというふうに考えております。「現状に関するデータとか取り組み状況に関する情報共有をしかりやってみましょう」「互いの課題に関する意見交換をやってみましょう」ということはそのとおりですが、これをどういう単位でやっていくかというところが非常に難しいのかなと思っています。

それと表裏一体の所にあるかなと思いますが、この集まり集まりでテーマをどのように設定していくのかなということもあるのかなと思います。地域医療構想、地域包括ケアの実現や推進というテーマを設定すると、あまりにも個人的には論点が非常に広がるので、どのように整理しながら、情報共有、意見交換というのを進めていくのかというのは、これは一つの難しい課題だと考えています。

札幌圏域の中では地域医療構想調整会議のもとに、常に札幌市における専門部会として、検討会議のほうを提起していただいている状況ではございます。やはりこれも札幌市という大きな、非常に多くの医療機関が存在するこのエリア全体の専門部会というかたちになりますので、ここでどのようなかたちで情報共有、意見交換を進めていけるかというのは非常に大きな問題だと思っています。

そうした中で、本日のこのような場というのは、地域医療構想調整会議の例えば公式なワーキンググループとか、そういったものではありませんが、こういった場を設定していただいて、今日も20の医療機関の病院の皆様がお集まりで、これから先まさしく情報共有、意見交換を進められるこういった場というのは非常に重要なのかなというふうに思っております。また、そういう場で道庁としましても、何かできる支援といえますか、例えば「この議論に必要なデータをしかりと出してほしい」といったようなことがありましたら、そこは積極的にご相談させていただきまして、例えば補助金の内容についてしかりと説明してほしいというような話があれば、そういったご説明をさせていただけると思いますが、こういったさまざまな協力をさせていただければなというふうに考えるところでございます。

調整会議、または調整会議以外の、もしかしたらこういう場でもいろいろな情報共有、意見交換を進めていくことも大事かなと思っておりますけれども、最終

的にはやはり具体的な取り組みにどういうふう結びつけていくかなというところが非常に大事になってくるかなと思います。道庁としましては、積極的に地域医療構想の具体的な取り組みというものを考えた所に対しましては、いろいろとご相談をさせていただきたいなというふうに考えておりますので、また本日をきっかけに、何かそういうことがありましたら、また気軽に道庁のほうにお声かけいただければありがたいかなというふうに考えているところでございます。

坂本：ありがとうございます。それでは小川先生の講演会を終わります。

司会：それでは次にシンポジウムにうつります。シンポジウムでは20人の先生方が出てきますが、議論して何かを結論を出すということではありません。それぞれの医療機関が取り組んでいる現状を知って、相互理解を深めるとともに、院長先生同士及び、本日参加している多職種の方々と連携を構築する場として頂くことが目的です。

坂本：現状と理念についてお話ししていただくのですが、さらに医療連携について、あるいは医療機能の役割分担ですね。それからいま問題になっています高齢者の救急対応ですね。それではイムス札幌消化器中央総合病院丹野誠志先生、よろしくをお願いします。

丹野誠志（イムス札幌消化器中央総合病院院長）：西区の病院は他の病院と連携してやっていくことが非常に重要だということだと思います。今まで特に消化器といった所を強化して、消化器内科医は13名でして、道内でもこれだけ消化器内科医を擁している消化器内科病院は非常に少ない状況だと思っています。そういった中で、消化器を特に強化したかたちでの総合病院ということで、ここに来られている先生方と今後の医療連携というものを考えていきたいと思っていますのでございます。

どんな消化器疾患でも対応できる状況だと思っていますので、非常に高度な診療・治療というのをやっていると自負しておりますので、高齢者の治療から非常に負担の少ない治療というのを得意としておりますので、非常に先進的な治療というところまでらせていただければと思いますので、どうぞよろしくをお願いします。

坂本：ありがとうございます。それでは勤医協札幌西区病院の小市先生をお願いします。

小市健一（勤医協札幌西区病院院長）：まず当院の医療機能の特徴を4点ご報告します。第1に在宅療養を支援することです。入院・外来・在宅の資源をフルに活用し、強化型在宅療養支援病院として、地域の皆さんが住み慣れた地域で最期まで過ごせるように支援することを目指しています。在宅患者さんの急変にもお応えします。時間外・休日の当番医制も配置して交換ステーションなどに登録して24時間体制で終末期の在宅医療を支援しております。

第2に終末期医療の看取りの質を高めることです。ターミナルケアの実践を深め、その人らしく最期まで生きられるよう、看取りを徹底的に行っています。

第3に多職種による認知症ケアを推進することです。認知症専門医による物忘れ外来をはじめ、認知症サポート医、認定看護師、MSWなどが認知症ケア推進の活動をしています。

第4に、誰もが安心して住み続けられる街づくりを進めることです。医療が必要にも関わらず、生活の困窮を理由に医療費の支払が困難な方に対し、医療費の減額または免除を行う無料低額診療制度を第二種社会福祉事業として実施しております。

医療機能上は地域包括ケア病棟以外は、今後も主に慢性期を担当することになると思います。療養病棟の医療区分の患者情報が共有出来れば、地域全体の病床有効活用につながると思います。

坂本：ありがとうございます。それでは次に医療法人耕仁会札幌太田病院の太田健介院長、をお願いします。

太田健介（札幌太田病院院長）：当院の医療機能としては、精神科医療および認知症・高齢者医療というところでございます。そして新患に関しては病床外来が170床ありまして、幅広い疾患に対応可能です。具体的には統合失調症、鬱病、躁鬱病、各種依存症、発達障害、新規症例などです。また行動制限や電子けいれん療法のような、急性期、重症例から、リハビリテーション、新生活支援まで5つぐらい支援が可能です。また、重度かつ慢性の重症の精神疾患の患者さんにも当院は対応することができます。

精神障がい者の地域生活支援につきましては、充実したデイケア、ナイトケア、150室のグループホームの共同住居、訪問看護、訪問介護、就労継続支援事業

所、地域生活支援センターなどを有し、積極的に支援を行っております。

また、認知症高齢者の方々の医療に関しましては、初期の診断から PTSD のために対応困難になった患者様に対する介護も行っております。

また、同じ法人内に強化型の老健施設を有してありまして、認知症対応型のデイサービスなどを有して、急性期症状の改善は、速やかな医療から介護へ、病院施設から地域への復帰を目指しております。

また、障害重度の症例に関しては、介護療養病棟が完備しておりまして、長期療養も可能であります。

坂本：ありがとうございます。続いて札幌第一病院院長の嵐先生、よろしく申し上げます。

嵐方之（札幌第一病院院長）：私たちの理念としては、やはり病床機能を大事にしたいということで、病棟、病床はかかりつけの医師ということでやっています。それでかかりつけということで、例えば入院される外来の患者さん、それから介護施設から入院される患者さん、また介護から病院、それから医院、それから訪問診療されている患者さんが、先生方からの紹介を経て運営している状況です。こうすることで、社会に出まして、実際のところ、亡くなられる方は年間 65 人ぐらい、うちの病院でもあります。

特色としては、整形外科と内科をやっていますので、この二つの科というのは、もうパートナーとして切り離しができないことになっていまして、非常に皆様のご要望に応えられるかなと思います。また、訪問リハビリテーションも行っています。

坂本：ありがとうございました。次に医療法人札幌西の峰病院、柴崎淳一先生です。よろしく申し上げます。

柴崎淳一（札幌西の峰病院院長）：平成 11 年の段階で精神病棟を大きく改変しまして、精神病棟は 1 階から 3 階各 52 床、1 階は認知症機能病棟に改変して再スタートを切ったということで現在に至るわけです。

認知症関連のいわゆる PTSD のような精神高度障害の方が、いろいろと病院を訪れて診察される方が多いです。

この 10 年間振り返ると、年々重篤な方が増えてきているというのが現状です。この地域での西の峰病院の役割ということを考えると、居宅とか各医療機関で対応困難、処遇困難な精神高度障害のご高齢の方に対

応していくというのが、一応西の峰病院の一つの重要な役割ではないかなと考えている次第でございます。

そういうことで、今日の連携とか役割分担の話になりますが、やはり高齢者が多くなってくると、身体合併症のリスクが非常に大きくなって、精神症状の強い方はやっぱり身体合併症のかなり重篤な方が多いということで、今日お集まりいただいた先生方に毎回お世話になっているということで、支えられて現代までできているということをご報告したいと思います。

坂本：ありがとうございます。社会医療法人アルデバラン、さっぽろ二十四軒病院の三好芝樹先生です。よろしく申し上げます。

三好茂樹（さっぽろ二十四軒病院院長）：当施設の特長としては、ベッドは全て障がい者施設等入院基本料になっており、入院患者の 7～8 割が人工呼吸器から離脱できなくなった患者様や、入院しながらも人工透析を余儀なくされた患者様、それから高度急性期治療を引き続き濃厚治療が必要な患者さんなど、非常に医療依存度の高い患者様を積極的に受け入れております。

当施設は 40 床と、ベッドとしては小規模ではありますが、同法人手稲区にある手稲いなづみ病棟のベッドを合わせると 135 床となります。よって、急性期から慢性期医療への橋渡しの存在となる医療機関というのが、法人全体で考える西区の役割というふうに考えております。

ただその反面、当施設に関して考えると、40 床と病床数も少ないことや、計画的に入院調整を行っているので、即入対応に弱い部分もございます。この点は、ご了解いただくと幸いにございます。

西区内で、高度急性期や急性期を担う病院から引き続き濃厚治療が必要な患者様などをお受けして、慢性期、そして在宅等へ橋渡しを行うのが当法人のコンセプトと考えておりますので、何かございましたら、ご一報いただくと幸いにございます。

坂本：ありがとうございます。医療法人明日佳札幌宮の沢脳神経外科病院松村茂樹院長です、よろしく申し上げます。

松村茂樹（医療法人明日佳札幌宮の沢脳神経外科病院院長）：うちの病院をイメージしていただくと、先ほど救急車の搬入台数などを書いていたのですが、大体 1

日3台、月に90台の救急車を受け入れていまして、ベッドが全部埋まっているわけではないので、皆さんイメージしていただきたいのは70人から75人ぐらいの患者さんがいて、それと同じぐらいの看護婦さんがいて、そして45名のリハビリスタッフがいます。うちの特長としては、もちろん脳外科ですので急性期は引き受けます、24時間いつでも。その後回復期がありますので、脳卒中になった患者さんは急性期に引き続き回復期病棟に入院できると。ありふれたことかもしれませんが、患者さんが移動することなく回復リハを一生懸命できるという環境はいいなと思っています。

うちには脳外科医脳卒中専門医、そしててんかん専門医もいます。私は脳外科医でありながら認知症の専門医でありますので、もし認知症で困っている患者さんがいたら西の峰病院と協力して、西区の認知症を診させていただくという病院でよろしいでしょうか？もちろん太田病院もあります。

坂本：はい、ありがとうございます。医療法人札幌山の上病院佐々木文章先生です。

佐々木文章（札幌山の上病院院長）：札幌山の上病院のまず理念ですけれども、理念は療養生活の質を向上して、在宅生活をできるようにとにかく持っていく。そのためには難治性の慢性疾患患者さんに対して、看護とリハビリテーションで治療を行っていくということです。基本的には、入院してもらって、リハビリを行って、帰ってもらって、社会生活を行ってもらうことを目指している病院であるということです。障害関連が多いものですから、入退院を繰り返して、最終的には看取りまで行うということが多い状況です。

病院の体制は、外来と急性期病棟、それから障がい者病棟、それから訪問看護ステーションということになっています。外来は神経内科、脳外科、リウマチ膠原病科、消化器内科、循環器内科、それから一般内科、外科、整形外科、リハビリテーション科ということになっています。

それからリハビリ科についてですけれども、これはうちの病院の売りですけれども、理学療法士はPT、OT、STそろって、全部で70人以上いるということです。それで外来リハ、通所リハ、訪問在宅リハ、もちろん入院患者のリハも同様に行っているということです。最近では心臓リハ、がんリハにも力を入れているということです。

坂本：ありがとうございます。社会医療法人孝仁会北海道大野記念病院大野猛三先生よろしくお願ひします。

大野猛三（北海道大野病院院長）：重点はあくまでも急性期、いわゆる高度急性期医療を目指してやっているわけですので、当然他の病院にいろいろなその後のことを、うちの病院はだいたい平均在日数は14日ぐらいですので、その後のことをお願ひしなくてはいけないということで、西区の連携というは非常に大事だと感じています。

3年前に西区で解決できない医療をやっているのではないかと、何とかしないとイケないね、という話になって、民間病院だけど「西区民間病院連携協議会」というものを作りました。札幌の区の中で西区の病院の連携というのはもっとも大事な、こういう中小病院が多い地区という所ですので、何とかみんなと手を取り合ってやっていきたいと、こう思っています。

うちの病院では、8月から優先治療がスタートする予定でいます。その他いろいろな急性期の患者さん、救急車も24時間態勢で対応すると、私は説いていますので、また、引き続き患者さんの受け入れ態勢をしつかりしたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

坂本：ありがとうございます。医療法人静和会は平和リハビリ病院と平和病院と静和記念病院の3つあります。宜しくお願ひします。

川上雅人（医療法人静和会理事長）：平和病院と平和リハビリテーション病院や、老健のエル・クオール平和、そして静和記念病院ということで、455ベッドを西区内に用意しております。そして在宅部門といたしまして、訪問看護ステーションをはじめ、西区の第1包括支援センターというものがあります。いずれにしても同一法人内というものの連携を非常に大切にしております、我々としては理念ということになりますと、まず患者さんをこだわらないような医療をしていく、そして介護をしていこう、そして地域に帰していこう、そして地域から来た場合は受け入れようというように地域を意識しながらやっていこうというふうに思っています。

そしてこういう法人内外の中にもおいても、全てのうちの事業体、11事業体あるのですけれども、この事業体になにか一報入れていただければ、必ずその患者さんやその患者さんの家族のために法人内外、そし



てうちの法人が持っていない特定の機能施設、そういったものを是非ご紹介をして、必ず完結させていくというものの中で病院を運営させていただきます。

「施設完結」というものを目指してはいるのですけれども、その中で「地域完結」、そして皆さんの中でぜひ、うちのどこの事業所でも構いません、本当にドクターや看護師やソーシャルワーカー、そしてケースワーカー、みんなが一丸となって、家族や先生方のことを考えながら、きちっと完結の方向に向かって努力していこうというふうに思って法人を運営しています。

そういうことで、数年後にはさらに進化したかたちでの地域支援病院や緩和ケア、そして一般病棟、そして地域包括支援病棟というものを有した病院をしっかりと作っていききたいというふうに思っていますので、ぜひ皆さんのご協力を持って我々も頑張っていきたいと思っていますので、皆さんどうぞよろしくお願いいたします。

坂本：続きまして、医療法人中田泌尿器科病院の中田康信院長先生、よろしくお願いいたします。

中田康信（中田泌尿器科病院院長）：うちの病院は32年前に札幌で2番目の泌尿器科単科の専門病院として開院しました。うちは28床というベッド数では札幌で2番目に小さい病院です。いま専門医5人で年間900件ぐらいの手術をやっておりますけれども、もともと泌尿器科は単科ですので、いろいろな医療機関の先生からご紹介をいただいております、おそらく何百件とあるでしょうけれども、ご紹介いただきまして、その他にも老健や老人ホームで、今はもうサ高住からグループホーム、いろいろな施設からご紹介をいただいております。

一応うちの平均在院日数は1週間ぐらいですけれども、ただ、がんの末期の患者さんも帰るまでやりますし、最近は訪問診療の先生方と連携して、なるべく自宅に帰りたい人は帰して訪問診療の先生方と協力して実施しております。

泌尿器科専門で、とにかくいろいろな所からご紹介をいただいて、必ず良くして伸ばすというのが理念でやっておりますので、これからもどうぞよろしくお願いいたします。

坂本：ありがとうございます。引き続きまして医療法人西さっぽろ病院宮嶋俊定院長先生、よろしくおね

がいます。

宮嶋俊定（西さっぽろ病院院長）：西さっぽろ病院の救急搬送受け入れ数ゼロというふうに書いてありますけれども、今は日曜日3回の救急当番を引き受けて、100件以上はあると思います。主に入院患者さんは、ほぼ全員が手術がらみの患者さんで、手術をした人しかいないと思います。

あと一般病床と包括病床があります。一般が33床、包括が23床でうちの病院でリハビリと救急を行っています。高齢者の外傷とか骨折とか、そういうものを一手に、外科医は僕一人で引き受けています。非常勤の先生が5～6人いると思うんですけれども、そういう意味では24時間態勢は取れない状況になっています。

ただ、先生方の所で高齢者のそういう対象とかそういう困った所がありましたら、ぜひ、うちの病院を使っていただきたいと思います。基本的に、積極的に外傷をやっけいこうという、理事長の緩和ケアの考えがあつて呼ばれてきましたので、ご期待に応えて働きたいということで、皆様よろしくお願いいたします。

坂本：ありがとうございます。発寒中央病院副院長澤田先生、よろしくお願いいたします。

澤田孚（発寒中央病院副院長）：連携体制ですけれども、特殊な分野の診療以外は地域内で、いわゆる完結型医療、それをなされるのが理想だと思います。

二つ目の医療機能の役割分担のことですけれども、私どもの病院の内情をちょっとお話したいと思います。私どもの病院は病床数108床で、半数は障害・一般、半数は病院・医療・療養。これを機会に1年間の状況を少しまとめてみました。入院稼働率は1年間で92%、例年は97%ぐらいあります。入院患者さんの平均年齢は87歳です。そのうち胃瘻、それから非経口栄養を実施しているのが約40%です。この期間の退院総数は111名、内容を見ますと自宅退院が18名、医療機関への転院・転所が30名、63名は死亡退院で、残念ながら死亡退院が非常に多いのですけれども、重症の患者さんが多いので、いわゆる終末期医療を守るという感じで、この病床の役割もこういうところかなというふうに考えています。

坂本：ありがとうございます。医療法人ふかざわ病院から副院長の和田先生がいらっしゃいました。

和田元（ふかざわ病院副院長）：うちの特徴としては3点を考えました。1番目は高齢者の大腿骨の頸部骨折のケースでございます。介護関係の病院からのご紹介とか、その他近くの先生からのご紹介で往診等、かなりやっております。なるべく受傷前の状態に戻るよう、リハビリは充分時間をかけてやっております。

2番目としては一般的な整形外科の外傷と、その他、股関節を中心とした人工股関節を手がけております。以上が得意なのですが、そのほか膝とか肘の人工関節も少しやっております。

3番目としては、病床が結構余裕がありますので、高齢者の圧迫骨折とか、そのほか基本的な治療も充分時間をかけてリハビリを行っています。以上でございます。

坂本：ありがとうございます。北祐会神経内科病院院長森若文雄先生です。よろしくお願ひします。

森若文雄（北祐会神経内科病院院長）：病院の理念としては、パーキンソン病と脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症、多発性硬化症などの神経難病の患者さんの診断と治療の支援を続けて行っていくということを謳っています。相談員のほうが地域医療支援部というものを立ち上げまして、各地域の病院のほうにご挨拶に行つて、顔が見えるようにご挨拶ができるようにさせていただいています。その理由としては、私どもの病院は神経内科という単科の病院です。西区には神経内科の病院がいくつかあつて、多くは総合病院か脳神経外科と一緒にやっています。高齢者、特にパーキンソン病の患者さんであれば誤嚥性肺炎だったり、転倒して骨折をする。それでいろいろな病院の先生方にも助けていただいているのが現状です。

神経内科病院としているのは、前院長の濱田毅は原因が分からないのなら勉強をしなければならぬと、私が当院長にさせていただいた時に北海道神経難病研究センターというのを立ち上げました。その中で、北海道神経難病リハビリテーション研究会と神経難病緩和医療研究会を立ち上げて、いろいろな方と講演会をしたり、西区のリハビリテーションのスタッフと研究会とか座談会などをやって連携をやっている形です。

これからも医療連携を続けていきたいと思ひますので、よろしくお願ひします。

坂本：ありがとうございます。国立行政法人国立病院機構北海道医療センター菊地院長先生、よろしくお

願ひします。

菊地誠志（北海道医療センター院長）：当院は地域医療支援病院であつて、医療総合支援病院になるということでございます。

急性期の医療については、ぜひ当院に任せていただければということでございますが、前回もお話ししましたが、平成30年度の当院の特別プロジェクトとして、「目指せ西区のER」ということであるのでございます。「目指せ西区のER」ということでこの一言でご挨拶と、そういうことにはいかなひですね。

北海道医療センターというのは、500床と言ひしても、急性期7対1で取つているのは326床でございます。それ以外は結核、あるいは精神科の身体合併症、それから神経の難病も扱つていますし、それから小児の慢性疾病も扱つていまひして、養護学校も併設されています、これは地域医療というか、札幌市地域あるいは全道域に広がつた地域医療ですね。そういったことについても我々セーフティーネット医療という形で担つておりますので、西区におられる方、こういった難病とかにはならないほうが良いのですけれども、不得意もありますけれども、あらゆる病気に対応しているということでございますので、ぜひ、ご用命いただきたい。

今年も、もう一度言ひます。「目指せ西区のER」ということでよろしくお願ひします。

坂本：ありがとうございます。北海道内科リウマチ科病院地域医療連携室MSWの河部龍介さんが来てお話しいただきます。お願ひします。

河部龍介（北海道内科リウマチ科病院地域医療連携室MSW）：北海道リウマチ科病院は、リウマチ性疾患の専門病院として診療を展開しております。加えまして、呼吸器内科や消化器内科等全般も治療を行つております。

病院に関しましては、リウマチ治療を要する方以外にも、急性期治療終了後のリハビリ目的や長期療養目的の相談にも対応させていただいております。障がい者病棟と療養病棟で運営している特性を生かしまして、入院目的や入院期間等には柔軟に対応させていただいております。リウマチ治療に関してもリハビリを重視していることもあり、PT、OT、ST、合わせて33名現在在職していまひして、リウマチ治療、療養目的問わずに、入院患者様に積極的にリハビリをさせ

ていただいております。

地域包括ケアシステムにつきましても、事業所報告では正規に届け出をさせていただいておりますが、リウマチや呼吸器治療においては、急性期や回復期の役割を一部担っております。

治療行為で診察させていただいてから、主治医の判断で高度急性期への治療が必要と判断した際も、医療連携については正常ではできているのではないかと考えております。

今後も高齢者の内科診療において、地域の先生や介護施設とのスムーズな連携を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に向けた病院としての取り組みについては、さらなる検討が必要であると考えております。

坂本：ありがとうございます。医療法人社団研仁会北海道脳神経外科記念病院医療相談室の青山さんが来られています。よろしく申し上げます。

青山（北海道脳神経外科記念病院医療相談室）：当院は脳神経外科神経内科の専門病院で、脳卒中、頭部外傷、脊髄・脊髄損傷などの救急疾患に対して365日24時間対応しております。専門家のいる時間やベッド事情、夜間は急患の重なりにより対応できない場合がありますが、病病連携・病診連携を通して地域医療に全力で取り組んでいきたいと考えております。

当院は一般病棟63床、回復期リハビリテーション病棟が40床、障がい者病棟が31床有しております。脳外科脊髄疾患の一般急性期治療が終わった後の回復リハビリをご希望の方もお受けをしておりますので、どうぞご相談ください。地域の当院治療領域で困っている患者様がいらっしゃいましたら、まず医療相談室でご相談ください。

緊急を要する患者様の場合は、ドクター・トゥ・ドクターでご相談いただきますと迅速にご対応できますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

坂本：ありがとうございます。医療法人八木整形外科病院の八木知徳先生です。申し上げます。

八木知徳（八木整形外科病院院長）：うちの病院の理念としましては、整形外科専門病院として質の高い医療を行うとともに、地域の健康向上に寄与したいということ掲げております。

ロコモティブシンドローム、最近整形外科では内科のメタボリックシンドロームと同じように、ロコモ、

骨とか筋肉がやせて動けなくなってしまう、寝たきりになる、そういう人を少しでも減らそうという考えから、ロコモティブシンドロームを減らそうという、我々の「ロコモ体操」とか「ストップ・ザ・ロコモ」というような運動をしております。

うちは整形外科の一般整形、急性期整形としまして、スポーツ医学の医療センターを去年立ち上げまして、若い人をたくさん治療しておりますけれども、でも、大体7割から8割がお年寄り対象です。そういう方々も、私は膝の人工関節をたくさんやりますけれども、「頸部骨折など、たくさん」という、老人の骨折の患者さんも扱っております。それか訪問リハビリという部門も設けておりまして、そういう方に限って往診もいたしております。

ということで、在宅医療とかなり縁が遠い病院でしたが、皆さんとともに一緒に在宅の方のお世話をしたいと考えております。

坂本：ありがとうございます。社会福祉法人札幌緑花会緑ヶ丘療育園、一応制度的には病院ということになります。少し特殊な機能をお持ちなのでそういうこともご紹介いただければと思います。よろしくお願いいたします。

皆川公夫（札幌緑花会緑ヶ丘療育園院長）：緑ヶ丘療育園は病院機能も持っているのですが、いわゆる重症心身障がい児者の入所施設として児童相談所とか市町村で認定された方のみでの入院となっておりますので、一般入院は対象となっていません。

緑ヶ丘療育園は、在宅の重症心身障がい児の支援としまして、非常に現在在宅の重症心身障がい児者が増えてきておりまして、そういった在宅の重症心身障がい者の支援といたしまして、短期入所事業とデイ緑ヶ丘という所の支援をしております。また、緑ヶ丘療育の中にてんかん専門外来をつくっておりますので、そこでてんかん専門診療を行っております。

まず緑ヶ丘療育園の短期入所事業ですけれども、定員8名と空床利用型で、コドモックル、札幌医大、北大などの医療機関を受診中の在宅重症心身障がい児者の皆さんが現在50～60名利用されております。ただ、非常にリスクの高い患者さんが多いために、急変時には速やかに北海道医療センターに搬送させていただくことを副院長の長尾先生にご了解いただいております。重症心身障がい児者の短期入所に関して万全を期すよう心がけております。

次に緑ヶ丘療育園の中にあるデイ緑ヶ丘ですが、生活介護、児童発達支援、放課後等デイサービスを行う多機能型事業所として、札幌市に限りますが、札幌市在住の重症心身障がい児者に対して適切なサービスの提供を心がけております。定員は5名ですけれども、現在30名の方が利用されております。

最後に緑ヶ丘療育園のてんかん外来ですけれども、日本てんかん学会の研修施設に認定されておりまして、てんかん専門医指導によるてんかん診療を行っております。以前私がコドモックルで見てきた患者さんをはじめ、主にコドモックルや札幌医大の小児科などから、当外来に転院されてきた患者さんを中心に、現在約250名の患者さんの診療を行っております。重症心身障害を合併している患者さんも多いため、在宅の重症心身障がい児者の掛かり付け医としての役割も担っています。

坂本：ありがとうございます。おかげさまで20名の先生方からそれぞれのお話をいただきました。多くの情報を共有することができましたし、いろいろな意見交換もできたと思います。

吉澤：まず、発表された先生同士で何かご意見・ご提案などありましたら、3分間でお願いしたいと思えます。

男性：北海道医療センターの先生がERを補完してくれるということで、非常に頼もしく思っております。それで具体的に先生の病院でこういうふうに態勢を変えたとか、こういうふうにするとかということがあったら教えてください。

菊地：まず人的の問題として、救命救急医が6名の常勤で揃いましたので、それ以外に非常勤で応援をいただいておりますので、そういった意味では救命救急医が非常に潤沢に揃っているということがあります。あとは従来から脳神経外科医、それから循環器内科医が揃っております、さらに消化器であるとかの医者も決まっていますので、何が変わったかということ、人材が豊富になったということがございます。

吉澤：いま20名の先生方のお話を聞いていただいて、今日ご講演をいただいた小川先生のほうから何かコメントをいただければと。

小川：本日はこのような機会をいただき、ありがとうございます。やはりまず集まっていたいただいて、その中で病院のそれぞれの情報と言いますか、なかなか紙にしきれない情報というのを共有されたのかなと思ひまして、こういうのはすごく大事な機会だなと思ひました。重要なのは先ほどの地域医療構想の関係で、いつも出てくる必要病床数の病床機能をどのようにしていくかという話は、なかなか札幌のこのぐらいの医療機関、特に民間の医療機関が非常に多い中で、行政がどのように病床の役割分担の連携をやっていけば良いのではないかと、行政のほうから「やってくれ」と言うのはなかなか難しいですし、それぐらい決めていこうというのもなかなか難しいのかなと思ひています。やはり、まずはどういうふうに連携していくかというのを、こういう機会を通じて、やはり一つずつ作っていくといたしますか、少しでも前に進んでいくというのが大事なのかなと思ひています。

こういう機会は、先ほど私は課題というふうに書きましましたけれども、どういう会を設定していくかというのは結構重要と言いますか、難しいところもあるのかなと思ひています。

非常に多くの方々が集まっていたいただいている反面、なかなか発言しにくいような場面も、もしかしたらあるのかなと思ひています。その辺がまだ会の進め方というのを、私たちもちょっと手探りで、道は道で地域医療構想調整会議のような場面を運営していいですが、どういうふうにすれば意見交換や情報共有が進むのかなというのは、しばらく考えていきたいと思ひますので、今日は非常に私も同席させてもらってありがとうございます。また、引き続きよろしく願ひいたします。

吉澤：20人の先生方、ご発言いただきまして、大変にありがとうございます。札幌市医師会総務部長の鉄工団地診療所の景山正之先生から閉会のご挨拶をいただきます。よろしく願ひします。

景山正之（札幌市医師会西区支部総務部長・鉄工団地診療所院長）：小川先生、本日は貴重なお話をいただきありがとうございます。また、本日シンポジストとしてお越しいただいた各病院の先生方のお話を伺い、今後の医療の発展にはやはりお互いをよく知り、よく理解し合うことが何よりも大切だと改めて知った次第です。そのことに関しましては、本日の会は大変有意義だったと感じております。今後も本日のような

会合として、お互いによく理解し合い課題を克服していくことが、結果患者さんにとってより良い医療を提供することができることになると感じました。

本日の会を指導していただきました。シンポジストの先生方、小川先生におかれましても、ありがとうございました。

それでは本日のシンポジウムを終了させていただきます。改めまして、皆様本日はありがとうございました。

※終了後参加者に対しとったアンケートの結果次のような意見があった。

●在宅医療・介護連携について、日頃感じていることはありますか。

- ・病院からの紹介があり在宅に向けていくケースが多い。介護系スタッフとの意見交換や情報交換、勉強会などの交流がもっと必要と考えます。医療-介護の考え方、在り方に違いがあるので、あゆみよりも必要。
- ・病院は在宅医療やシステム等をまだまだ理解していない。
- ・バグベッドがあるということで安心感を持って在宅で過ごしている方の急変で連絡をしても搬送しても受け入れ困難と言われることがあり、戸惑うことがあります。別施設で複数回経験があります。
- ・顔の見える連携とと思っているが、すべてできていないわけではない。文章でのやり取りは多いが、もう少し電話でも話をしていく関係をつくれたらよいと感じる。同じ職種に偏った連携になっているので、他の職種とも話し合える機会があるといいと思っている。
- ・事業所によって利用者さんへの思いが違うのか、意向がなかなか通じないと感じることがあります。コミュニケーション力を向上したいと思います。
- ・比較的スムーズに連携が取れている。
- ・高齢、独居、身寄りがない方の退院に向けて、在宅に向けて、日々難しさを感じています。
- ・家族の介護力に対するアドバイスなどについて、教えていただきたい機会が多く勉強になります。
- ・日常的にもっともっと顔の見える研修等があればよいと思います。
- ・それぞれの職種などの特性の理解。
- ・いろいろな職種が一度に情報を共有できない。顔が見える関係とネットなどでかかわる人が全て情報を共有する方法は？

- ・長く薬局を利用してくださっていた患者様が急にパツパツと来局されなくなり、どうしていらっしゃるのかと気になるのですが、そんな患者様がもしも在宅医療になった場合は選択肢のひとつになりえないかと思っています。
- ・外来で来ている患者で在宅が必要であったり、薬の管理や服用方法で介入することで改善されることが多いと思われるが、なかなか介入していくことが難しい。
- ・在宅の患者さんは多疾病を抱えている為、複数の病院に通院している。入院等の情報を迅速に共有する事で、その方の今後の生活を支える事になると思われ、連携の必要性はあると思います。
- ・訪問診療や往診をしてくださるクリニックが知りたい。
- ・介護保険について理解できていないMSWがいるとうまく調整退院につなげられないことがある。
- ・往診医を選べるシステム(少ないので、選べない)。
- ・利用者さんや家族に「この病気についてはどこの病院が良いか？」と質問されることがあります。常に連携している病院については説明しやすいのですが、分からない時もあります。各病院についてよく知ることで利用者さんにも説明しやすい。また、病院やNs、Drと連携する事で地域に役立てるケアマネでありたいと思います。
- ・Drへの連絡方法について、FAXがいいのか？どの時間、タイミングで電話をしたらよいのか気を使います。
- ・シンポジスト座席表と一覧がとても参考になりました。医師同士の連携がスムーズな感じがしました。
- ・事務所間同士で直接顔を合わせて話し合う機会が少ないように感じています。
- ・介護サービスなど公的サービスを使わず(使えず)に在宅へ戻る方の支援・サポートに悩んでいる。インフォーマルを含め、どのような連携があるのか。
- ・病院から在宅に向けての情報共有。難しさを日々感じています。
- ・介護～医療との連携について、常日頃不十分さや連携の難しさを感じます。基礎知識の違いや温度差があると思ひ、このような地域として連携する会により多職種が集まり関わりを持つ機会が絶対的に必要で広く継続していくことが大切だと思います。
- ・各施設ごとに考えが違ったりすることはありますが、患者様の立場にたつて支援・連携することを心掛けますし、心掛けてほしいです。

- ・ CM が要になることが多いため、CM さんの力量で対応の差が出ます。CM さんの業務も大変と思いますが、1 人あたりの件数、給料面の調整をして、ゆっくりとかわれるといいのではないかと。
  - ・ 高齢化に伴い、家族が終の住まいを希望される。重症者多くスムーズな移行が難しい。
  - ・ 個人情報の問題もあるが、もっとその患者についての情報がほしい。入院してその後どうなったかなど。
  - ・ サービス担当者会議での医師の意見が少ない。医療的な情報が少ない。
  - ・ 医療機関の現状について話を伺う機会が少ないので、各医療機関の特色を伺い、とても勉強になりました。今後医療機関との連携は重要になっているので、このようなシンポジウムを開催してほしいです。
- 在宅医療・介護連携について今後どのような研修を希望しますか。
- ・ 西区の hp がすべて集まりとても良かった。また行ってほしい。
  - ・ 日頃困っていることの共有ができると思う。
  - ・ 医師、訪問医療との連携。
  - ・ それぞれの施設のお話をうかがえて良かったと思います。
  - ・ 地域にどのような機能をもったものがあるのか(施設、病院、訪看、介護)。どのような制度があるのか。
  - ・ 医療機関だけでなく介護関係の方の話や実際に聞いてみたい。
  - ・ 双方からの希望したいことを話し合う場、それぞれが高齢者医療にどこまでやれるか、信頼関係が必要だと思います。
  - ・ 西区に来て 11 年になりますが、ほぼ全病院のトップのお話を聞くことができ大変良かったです。アレンジしていただいた先生方と事務局の皆様ありがとうございました。
  - ・ 連携のノウハウ
  - ・ 精神科分野の HP の役割機能分担が分かりにくいことが多いので、理解が進むような研修をしてほしい。情報共有のルールなどあった方がよいのであれば研修してほしい。表面的なことだけでなく、顔の見える連携につながる研修。
  - ・ これだけ複数の多機能にわたる先生が集まり、そこに多(他)職種が参加できるという貴重な機会をアレンジしていただきありがとうございました。"
  - ・ 「地域医療構成調整会議」が今後どのように展開されるのか興味深く思っております。進行状況等を知らせていただければ助かります。
  - ・ 具体的地域包括ケアシステムの方法(他の地域での成功例)。
  - ・ いつも大規模での研修なので、小グループでのディスカッションの方が話しやすいと思います。
  - ・ 今回の病院のプレゼンテーションで初めて知り得た情報がありました。大変有意義でした。
  - ・ 在宅医療を熱心に取り組まれている Dr と介護従事者との連携で重要なこと、ポイント、ト要点など。
  - ・ 事例検討。
  - ・ せっかく Dr がきてくれたのに特に話し合いもなく非常にもったいなく思います。もっとシンポジウムに力を入れてほしかった。
  - ・ 急性期、回復期、生活期などそれぞれの病期の方の意見交換を行ってみたいです。本日はありがとうございました。
  - ・ 完全側臥位法の研修・啓蒙。摂食嚥下で連携できる西区のネットワークづくり。
  - ・ 各事業所、病院などと意見交換(少人数グループなど)。摂食・嚥下について。
  - ・ 実際に QOL の向上した症例の検討会。
  - ・ 「顔の見える連携」が強まる取り組みを希望します。
  - ・ 身体合併症が多いため疾患理解のための勉強会。
  - ・ 認知症のテーマも良いですね。
  - ・ 顔が見える関係も大切だが、気軽に意見を言える場があつていいのではないかと？
  - ・ 在宅医療、往診(訪問診療)、訪問リハビリ等の取り組んでいる医療機関の話を伺いたいと思います。

## X 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)
活動報告書(XIII)のために	— 平成29年 9月 発行分 —	(略)

この活動報告書(XIV)は、第216回～第226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す。地域医療構想を実践し、地域包括ケアシステム構築が求められる中、札幌市医師会は札幌市からの委託事業を受け、在宅医療介護連携推進事業に取り組んでおります。そして、「西区在宅ケア連絡会」の活動は実質的にこの事業を網羅しているといっても過言ではありません。したがって、当会の活動はますます重要になってくると思われまます。

従来 of 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： 出井 聡 (医療法人 潤和会 ひばりが丘病院)  
〒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  
平成30年12月 発行  
※本書は札幌市医師会の助成により発行されました。

