地域医療フォーラム 2017



地域医療の鍵を探る

~機能分化の時代におけるホンモノの'連携'とは~

メインテーマ

「地域医療の鍵を探る」

~機能分化の時代におけるホンモノの'連携'とは~

開催日 平成29年9月17日(日)

会 場 秋葉原ダイビル 東京都千代田区外神田1-18-13

主 催 自治医科大学

後 援 総務省、厚生労働省、文部科学省、全国知事会、公益社団法人日本医師会、 公益社団法人全国自治体病院協議会、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、 全国地域医療教育協議会

実行委員 ◎松村 正巳 氏(自治医科大学地域医療学センター長)

○前田 隆浩 氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授)

○小谷 和彦 氏(自治医科大学地域医療学センター副センター長)

内田健夫氏(医療法人社団内田医院理事長(元日本医師会常任理事))

金丸, 吉昌 氏(宮崎県美郷町地域包括医療局総院長(全国自治体病院協議会理事))

鎌村 好孝 氏(徳島県保健福祉部次長)

佐田 尚宏 氏(自治医科大学附属病院長)

遠山 信幸 氏(自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長)

中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長(国診協診療所部会長))

春山 早苗 氏(自治医科大学看護学部長)

藤本 幸男 氏(青森県良医育成支援特別推進員)

簑田 清次 氏(自治医科大学副学長)

百村 伸一 氏(自治医科大学附属さいたま医療センター長)

(以上50音順、◎:委員長、○:副委員長)

ワーキンググループ

○小谷 和彦(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門)

阿江 竜介(自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門)

青山 泰子(自治医科大学総合教育部門兼地域医療学センター)

古城 隆雄(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門)

小松 憲一(自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門)

竹島 太郎(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門)

中村 剛史(自治医科大学地域医療学センター地域医療人材育成部門)

畠山 修司(自治医科大学地域医療学センター総合診療部門)

浜端 賢次(自治医科大学看護学部)

三瀬 順一(自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門)

村上 礼子(自治医科大学看護学部)

森澤 雄司(自治医科大学附属病院臨床感染症センター感染制御部)

(以上50音順、○:リーダー)

地域医療フォーラム2017 目 次

CONTENTS

\bigcirc	報告書の刊行にあたって	4
\bigcirc	チラシ	5
\bigcirc	次 第	6
\bigcirc	全体会 I ·······	7
\bigcirc	分科会まとめ	13
\bigcirc	全体会Ⅱ	37



報告書の刊行にあたって



地域医療フォーラム2017実行委員会

委員長 松村 正巳

(自治医科大学地域医療学センター長)

平成29年9月17日(日)に「地域医療フォーラム2017」を東京・秋葉原にて開催いたしました。 三連休の中日であり、また台風18号の接近にも関わらず、全国から217名もの方がご参加くださいました。心より御礼申し上げます。

今年度のテーマは「地域医療の鍵を探る ~機能分化の時代におけるホンモノの'連携'とは~」といたしました。フォーラムの構成は、午前の全体会 I、午後からの分科会、そして全体会 Iとさせていただきました。

昨年の「地域医療フォーラム2016」では「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割 ~ お互いを尊重し、なすべきことを考える~」とし、地域医療づくりにおいては住民も含めた オールプレーヤーによる協働が必要との結論に至り、その智恵をお持ち帰りいただきました。

さて、組織・社会において新たに提示されるシステムに対し、われわれはそこから得られる成果に大きな期待をいだく傾向があります。しかし、システムがよく機能し、期待される結果を得るためには、そこには示されてはいないものの必要なことは何か、ということをわれわれは見いだし、解決する必要があるのではないでしょうか。本年度は、これからの地域医療・地域包括ケアが包含する課題に対し、前向きに取り組むために必要なホンモノの'連携'とは何かについて考えることとしました。全体会 I では、これからの施策、地域における課題と実際の取り組みについて、国、病院地域連携室、在宅医療、行政、そして住民の立場からご報告をいただき学ぶ場とさせていただきました。

午後の分科会では「認知症と連携」「看取りと連携」「救急受診と連携」「地域医療・介護と連携」の4つのテーマとし、参加者の方々は各分科会に分かれ、熱心に討議されました。機能分化の時代におけるホンモノの'連携'を進めるための議論を行う中で、多くの気付き、ヒントを得ていただけたのではないかと思っております。

全体会Ⅱでは、各分科会からの報告の後、全体討論が行われました。各分科会に共通した項目として、皆が参加すること、情報を共有すること、機能分化の垣根を越えること、そしてそれらの底流にあるのは「お互いを思いやる心」という結論に至り、それを提言としてまとめ、フォーラムを盛会裏に終えることができました。この報告書の最後に、その提言を記載しております。

「地域医療フォーラム2017」の報告書を作成いたしましたのでお届けいたします。最後に、皆様のさらなるご発展と地域医療が充実しますことを祈念申し上げます。

地域医療フォーラム

地域医療の鍵を探る

機能分化の時代におけるホンモノの '連携' とは~ 2

フォーラム会場: 秋葉原ダイビル (東京都千代田区外神田1-18-13) 交流会場: 富士ソフト アキバプラザ (東京都千代田区神田練塀町3)

プログラム

フォーラム 10:00~17:30 (受付開始9:30)

- ○開会挨拶
 - 永井 良三 氏(自治医科大学学長)
- ○全体会 I

「地域医療における連携の鍵」

司会

内田 健夫 氏 (医療法人社団内田医院理事長)

金丸 吉昌 氏(宮崎県美郷町地域包括医療局総院長)

講師

演題①「国の政策動向と地域医療連携」

松岡 輝昌 氏(厚生労働省医政局地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室長・在宅医療推進室長)

演題②「病院地域医療連携室の日常」

本間こずえ 氏(山形県酒田市日本海総合病院地域連携室看護師長)

演題③「横須賀における在宅医療・介護連携について」

磯崎 哲男 氏(医療法人社団小磯診療所院長)

演題④「行政と地域医療連携」

篠岡 有雅 氏 (香川県綾川町健康福祉課地域包括支援センター事務次長)

演題⑤「住民活動とまちづくり」

福田 政憲 氏(「宮崎県北の地域医療を守る会」事務局長)

「ホンモノの'連携'を進めて得られるもの」

第1分科会(認知症と連携)

座 長:内田 健夫 氏 (医療法人社団内田医院理事長)

前田 隆浩 氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療学分野教授)

講師:黒滝直弘氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経科学准教授)

江田 佳子 氏(長崎県佐々町住民福祉課課長補佐)

第2分科会(看取りと連携)

座 長:遠山 信幸 氏(自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長)

中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

講 師:中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

中野 穣 氏 (兵庫県 社会福祉法人関寿会 はちぶせの里 施設長)

第3分科会(救急受診と連携)

座 長:佐田 尚宏 氏 (自治医科大学附属病院長)

藤本 幸男 氏 (青森県良医育成支援特別推進員)

講 師:佐田 尚宏 氏(自治医科大学附属病院長)

山下 浩司 氏 (宮崎県「小林市 地域医療を考える会」副会長)

第4分科会(地域医療・介護と連携)

座 長:鎌村 好孝 氏 (徳島県保健福祉部次長)

春山 早苗 氏(自治医科大学看護学部長)

講 師:大原 昌樹 氏(香川県綾川町国保陶病院長)

○全体会Ⅱ 各分科会の報告 全員参加型ディスカッション

位 正巳 氏(自治医科大学地域医療学センター長) 小谷 和彦 氏(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授)

前田 隆浩 氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療学分野教授)

※都合により演者が変更になる場合がございます。予めご了承ください。



★参加申込方法

参加希望の場合には、専用ホームページ

(http://www.iichi.ac.ip/community_forum/index.html) より、「地域医療フォーラム2017」参加申込書をダウンロード の上、必要事項を入力し、メールの添付にてお申込みください。 メールでのお申込みが難しい方は、お電話にてお問い合わせ ください。

なお、「地域医療フォーラム2017」で検索をかけていただい ても同じページにたどり着けます。

参加者交流会 18:00~19:30

※フォーラム終了後、交流会場へ移動 (於: 富士ソフト アキバプラザ)



主催:自治医科大学 後援:総務省、厚生労働省、文部科学省、全国知事会、公益社団法人日本医師会、公益社団法人全国自治体病院協議会、 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、全国地域医療教育協議会

お問い合わせ

自治医科大学 大学事務部 地域医療推進課 地域医療係 TEL.0285-58-7054/FAX.0285-44-6274 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1 E-mail forum@jichi.ac.jp

地域医療フォーラム2017次第 一

開催日時 平成29年9月17日(日) 10:00~19:30

開催会場 秋葉原ダイビル

交流会場 富士ソフト アキバプラザ

◇テーマ:「地域医療の鍵を探る~機能分化の時代におけるホンモノの'連携'とは~」

時刻	所要時間	内 容	摘 要
9:30	30分	(受付)	
10:00	15分	開会挨拶	永井 良三 氏 (自治医科大学学長)
10:15	125分	全体会 I 「地域医療における連携の鍵」	司 会 内田 健夫 氏 (医療法人社団内田医院理事長) 金丸 吉昌 氏 (宮崎県美郷町地域包括医療局総院長)
		演題①「国の政策動向と地域医療 連携」 演題②「病院地域医療連携室の日常」	講師 松岡 輝昌 氏 (厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長・在宅医療推進室長) 本間こずえ 氏 (山形県酒田市日本海総合病院地域連携室看護師長)
		演題③「横須賀における在宅医療・ 介護連携について」 演題④「行政と地域医療連携」 演題⑤「住民活動とまちづくり」	磯崎 哲男氏 (医療法人社団小磯診療所院長) ない ない ではない ない できます ない ない ない ない ない (香川県綾川町健康福祉課地域包括支援センター事務次長) 福田 政憲氏 (「宮崎県北の地域医療を守る会」事務局長)
12:20	15分	(会場移動)	
12:35	175分	分科会「ホンモノの'連携'を進める	て得られるもの
(昼食	60分)	第1分科会(認知症と連携) 座 長 内田 健夫氏 (医療法人社団内田医院理事長) 前田 隆浩氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医 第2分科会(看取りと連携) 座 長 遠山 信幸氏 (自治医科大学附属さいたま医療センター) 中村 伸一氏	講師 中村 伸一氏
		(福井県おおい町国保名田庄診療所任 第3分科会(救急受診と連携) 座 長 佐田 尚宏 氏 (自治医科大学附属病院長) 藤本 幸男 氏 (青森県良医育成支援特別推進員) 第4分科会(地域医療・介護と連 座 長 鎌村 好孝 氏 (徳島県保健福祉部次長) 春山 早苗 氏 (自治医科大学看護学部長)	講 師 佐田 尚宏氏 (自治医科大学附属病院長) 山下 浩司氏 (宮崎県「小林市 地域医療を考える会」副会長)
15:30	20分	(会場移動)	
15:50	90分	全体会Ⅱ ・各分科会の報告(各15分) ・全員参加型ディスカッション	司 会 松村 正巳氏(自治医科大学地域医療学センター長) 小谷 和彦氏(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授)
17:20	10分	閉会挨拶	前田 隆浩 氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学分野教授)
17:30	30分	(交流会場への移動)	-
18:00 ~ 19:30	90分	参加者交流会(於:富士ソフト アキ	Fバプラザ)

※都合により演者が変更になる場合がございます。予めご了承ください。

全体会 [

「地域医療における連携の鍵」

司会

内田 健夫 氏(医療法人社団内田医院理事長)

金丸 吉昌 氏(宮崎県美郷町地域包括医療局総院長)

演題 ①「国の政策動向と地域医療連携」

松岡 輝昌 氏(厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長・在宅医療推進室長)

演題 ② 「病院地域医療連携室の日常」

本間こずえ 氏(山形県酒田市日本海総合病院地域連携室看護師長)

演題 ③ 「横須賀における在宅医療・介護連携について」

磯崎 哲男 氏(医療法人社団小磯診療所院長)

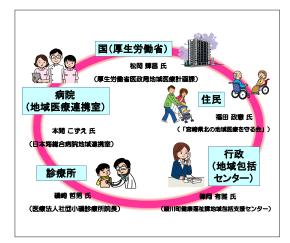
演題 ④「行政と地域医療連携」

[「]篠崗 有雅 氏(香川県綾川町健康福祉課地域包括支援センター事務次長)

演題 ⑤「住民活動とまちづくり」

福田 政憲 氏(「宮崎県北の地域医療を守る会」事務局長)





全体会 I では、厚生労働省、病院、診療所、行政 (地域包括支援センター)、住民組織から講師を招い た。各講師は、地域医療の連携を進めてきており、 高い見識と豊かな経験から学ぶ機会となった。

はじめに、厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室・在宅医療推進室の室長、松岡輝昌氏が登壇し、以下のような話があった。わが国の社会や経済の変化に対応するため、社会保障や地域医療に関わる改革は急務である。「医療から介護まで一貫した体制」「地域に根差したまちづくり」「データに基づくシステム制御の提唱」が重要と認

識されている。

その上で、地域包括ケアの実現には、5つの視点(医療との連携強化、介護サービスの充実強化、予防の推進、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護、高齢者住まいの整備)からの取り組みが、包括的かつ継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービスの提供)に行われることが必須である。その根幹は、本人の意思ならびに本人と家族の心構えにある。この支援が、地域包括ケアで大切なところである。



また、地域医療構想は、人口減少・少子高齢化が 進展する中で、入院患者の増加と疾病構造・受療行 動の変化に対応するためであり、効率的な医療体制 の構築が目的である。地域医療構想を具体化してい くには、病床の必要量の推計、病床機能報告、地域 最適化に向けての関係者の協議の3つのステップが ある。毎年、地域医療構想調整会議で、繰り返し現 状を確認し、具体策を議論、意見調整を図っていく 必要がある。

2060年には総人口が9,000万人以下となり、高齢化率は40%近くになると予想される。そのような

中、これまでは終末期と呼んでいた人生の最終段階における医療が課題となってくる。具体的に は、本人の意思を共有するための仕組み、そして、国民に対しての情報提供や普及啓発にあたっ て工夫すべき点が論点に挙がっている。厚生労働省では、ガイドラインを作成し、患者の意思又



は推定意思を尊重し、患者・家族と医療従事者が話し合うことの重要性を謳っている。今後は、住民向けの普及啓発や、在宅医療や救急医療連携を含めた医療現場での相談対応の充実を推進する。特筆したいのは、「アドバンス・ケア・プランニング」のコンセプトである。人生の最終段階の治療や療養について(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく)、患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスを促して、患者の同意のもとで話し合いの結果を記述し、定期的に見直し、ケアに関わる人々の間で連携して共有されることが望ま

れる。医療関係者だけでなく、国民一人ひとりがこの問題と向き合えるよう、普及啓発や研修事業を通じて支援していく。

2番目に、山形県・酒田市病院機構日本海総合病院地域連携室看護師長の本間こずえ氏が登壇 した。地域医療連携室と退院支援のポイントについて経験をもとに以下のような話があった。

日本海総合病院は、2008年に県立日本海病院と市立酒田病院が統合・再編された急性期病院で、統合・再編時からケアマネジャー資格を持った看護師を地域医療室に配置している。2016年には地域医療室と医療福祉相談室が統合した医療・福祉センターとなり、看護師、社会福祉士を中心に13名が勤務している。

退院調整看護師として、「退院時の状態を見据えた入院時スクリーニング」「患者・家族の意思決定支援」「退院後の生活に向けた連携調整」の3つを大切にしている。入院時スクリーニングは、入院3日以内に病棟看護師、退院支援専任看護師が2段階



で行い、患者・家族の想いを確認した後に、退院支援に向けた多職種カンファレンスを行っている。意思決定支援では、「本人の気持ちや家族の想い」を受け止めることを多職種で行い、情報共有しながら本人・家族と面談を重ね意思決定を支えている。本人・家族の希望する「今」を逃さないためには、地域の往診医・訪問看護師・ケアマネジャーとの信頼関係が構築されている事が重要である。地域との連携では、「顔の見える関係づくり」と「医療情報ネットワークの活用」が有効である。顔の見える関係づくりのため、地域の協議会、研修会への参加、研修会の実施を行っている。また、医療情報ネットワーク(ちょうかいネット)では情報開示病院も増え、年々連携施設も増加している。また、これからの地域医療を担うためには、関係者が役割分担をルール化して協働することが大切であり、また、患者の想いを叶えるために、今を逃さず連携することも重要で、具合の悪い時には「時々入院」ということも必要と考えている。

3番目に、医療法人社団小磯診療所院長の磯崎哲男氏が登壇した。横須賀における在宅医療・ 介護連携について以下のような話があった。

小磯診療所は1973年に開設された。現在では4つの診療所を運営しており、常勤医師15名、常勤看護師19名をはじめとして151名のスタッフが働いている。神奈川県三浦半島を中心に、在宅医療を特に提供している。横須賀には、在宅療養支援診療所が43施設あるが、看取りの実績がある診療所は一部であり、ほとんどが1人医師による勤務体制である。その一方で、2014年に横須賀の自宅死亡率が20万人以上都市において全国1位になった。横須賀市高齢者福祉に関するアンケート調査の結果では、自宅で最



期を過ごしたい人が、自宅で療養、必要時病院に入院という希望者を合わせると約60%で、実際に病院で亡くなる人の割合は減少傾向にあり、自宅で亡くなる人の割合は2014年で23%に達し

た。現在、小磯診療所では、在宅患者、施設入居者、がん対応を合わせて約350人(グループ全体では530人)に対して訪問診療を行い、2010年から次第に看取りする患者も増え、2016年には約200人(グループ全体では306人)となった。

横須賀では医療介護連携を推進するため、市の地域医療推進課と医師会が2つのエンジンとして機能しており、在宅療養連携会議、多職種合同研修会、ケアマネ・ヘルパー向け研修、市民への出前講座、市民向け啓発冊子の配布といった様々な取り組みを実施している。多くの会合や研修があり、内容的に重複していることもあるが、最近は、熱心な関係者が一同に集まることに非常に意味があると考えるようになった。医療介護連携が垣根を越えられない障壁は、医療関係者とのアクセスの悪さにあり、医療関係者の意識改革が必要であると思われる。「在宅療養の主役は介護職」であり、医療はバックアップに徹することが大切である。医療がバックアップになるためには、看護師の役割が重要で、看護師が定期的に訪問し、医師は「集まった情報」をもとに判断を下すような役割分担が必要である。また、効率化のためには、自動血球測定機器や生化学



分析機器に対するような設備投資も必要で、今後は 複数の在宅医が協力するようなハブ診療所が必要に なる可能性がある。

4番目に、香川県綾川町健康福祉課地域包括支援センター事務次長の篠岡有雅氏が登壇した。行政と地域医療連携の取り組みの経験について、以下のような話があった。

地域包括ケアは、行政全体で横断的に取り組むこと、また住民との協働で取り組むことで、いわゆる 町づくりである。綾川町は、香川県のほぼ中央に位

置し、南部には山間へき地を含む町である。2万4千人あまりの人口で高齢化率は33.5%で、町の拠点として2か所の総合保健施設があり、陶病院と綾上診療所の併設によって連携は取りやすい。

地域包括ケアにおける生活支援・介護予防につながる取り組みでは、「高齢者が役割をもって活動すること」、「特技や能力を活かし、サービスの担い手にもなること」が重要である。綾川町では、この仕組みづくりとして、介護予防サポーターの養成から活動支援、介護ボランティア制度の導入、見守り声かけの事業、そして新たな通いの場づくりといったことを実践してきた。介護予防サポーターには、住民に介護予防の知識を持ってもらうだけでなく、一人暮らしや認知症の方などへの声かけや見守りを期待している。月1回の8回のコースで養成し、6回以上参加し



た住民に町長から委嘱状を渡しており、11年間で約420名が修了し、毎年約6割が見守り活動を含めて何らかの活動を行っている。ボランティア活動には、介護保険制度では賄えない、地域のつながりのための活動に期待している。ボランティアのおかげで受診や介護のサービスにつながり、本人だけでなく家族の支援にもなっている。平成24年度からは、ボランティア活動を広げて定着させるために、介護支援ボランティア制度、いわゆるポイント制を取り入れた。町内の行政機関や介護事業所などの受け入れ先を設けて、1時間について1スタンプで1日4

個までを貯めて、年間1万5千円を上限に現金に還元できる仕組みである。当初は、ボランティアは無償のものだという反感もあったが、今では皆さんがポイントを貯めることを励みにして楽しく活動している。

平成25年度からは、地域での支え合い活動を進めるために、社会福祉協議会と協働で「まちかどほっと歓事業」に取り組んでいる。「ほっと歓」は香川県の方言で、放っておかないという意味で、協力員や協力機関をつくりながら、住民同士で見守りをする仕組みづくりである。平成27年度からは、国のモデル事業も活用し、このほっと歓事業に連動させる、高齢者の通いの場づくりにも取り組み始めた。放っとかれない体作りという意味で「ほっとか連とこ100歳体操」と名付けた。グループへの支援にも、陶病院の理学療法士の先生方の全面的な協力を得ており、専門

的な立場でのアドバイスも効果を上げている。現在 までに33か所でスタートし、その半数以上は、介護 予防サポーターが中心になって立ち上げている。身 近な場所で週1回の通いの場ができ、認知症の方や 閉じこもりがちの高齢者に有用である。

「臓器別医療」から「総合的医療」へ、「治す医療」から「治し支える医療」への視点が重要である。医療関係者には、本人のQOLを大切に生活者の視点で最期まで看ること、そして様々な資源を活用してネットワークの一旦を担うことを実践してほしい。医師には発言の持つ意味を考えてほしい。また、行



政の保健師は、これまで元気な高齢者も視野に入れた予防的取り組み、そして地域づくりを担ってきた。是非医師の方々にもこの地域づくりに参画していただきたい。

5番目に、「宮崎県北の地域医療を守る会」の事務局長である福田政憲氏が登壇した。まちの幸福の創り方という視点から、以下のような話があった。

「まちづくり」とは、「このまちに暮らす人々が幸福になること」だと思う。そのためには、「シェフ」が作る"晴れの日のご馳走"のようなまつりイベントももちろん必要だが、これからは「シュフ(主婦)」の料理のような、身近な取り組みが必要である。日常の暮らしの中でまちの幸福を実感し、創っていくということである。

地域医療はあって当たり前ではない。2009年1月に、県立延岡病院の医師が6人も一度に退職する事態が生じた。この時に宮崎県北の地域医療を守る会が誕生し、中核病院の医師不足という

「災害」を乗り越えるために既存の市民が連携して乗り切ろうという動きになった。署名活動も行った。災害復旧のあとには復興することが大切であり、これにはサービスの享受者から市民参加による再生が必要で、「自分ごととしての意識改革」が必要である。一度、組織を解散し、それまで各団体の代表者が中心であったトップダウン方式から、個人が主体となるボトムアップ方式に改めた。

まちづくりの担い手への参加意識の醸成のために 住民活動をしてきたが、これを通じて「地域の医療 資源は限りがあり、今あるものを役割分担しながら



地域総力戦(協働)で守っていく」ことが分かった。そして、協働の旗印が必要で、地域医療を守る条例を制定した。条例には、市や医療機関と並んで、市民の責務も明記した。自分のことだけを考える「私民」ではなく、この街の未来を考える「市民」になることが必要である。覚悟をもって限りある医療資源を分かち合い、守っていくことに参加することが求められている。そういう市民が増えてくれば、相手の気持ちに寄り添い、納得し合うことが増え、幸福を分かち合う地域になるのではないか。

限られた資源を守るためにも、日頃から健康であることが大切である。地域医療を守る条例では市民自らの健康増進の努力も書かれている。そこで「お・せ・っ・か・い大作戦」という行動計画を市民の手で策定した。計画の柱はふたつ。ひとつは自治組織単位に健康づくり活動に対し



て補助金を出すモデル事業で、現在までに40%の地区が事業に参加している。もうひとつがポイント制度。こうした事業への市民参加を促すためにイベントへの参加や健診・検診受診、運動、かかりつけ医を持つことでポイントが貯まり、旅行券など豪華商品が当たるという仕組みだ。こうした取り組みによって参加が楽しみとなり、幸せにつながっていくことを重視し、幸福なモノより幸福なコトが大切だと感じてもらうまちづくりを、健康づくりを通してめざしている。

最後に、人口減少社会についてである。縮小社会とも呼ばれたりするが、縮充社会だと考えるのはどうだろうか。縮充 – 私の作った言葉ではないが、毛織物の世界では使われてきた言葉だそうだ。これからはまちの幸福度を、定住人口に占める「活動する人口」(割合)と捉えてはどうだろうか。人口は減るかもしれないが、地域の活動に参加する住民が増えれば、まちの幸福度は上がる。また、全てがボランティアではなく、ソーシャルビジネスとしてできないかも考えている。

まちの幸福は、私たちの暮らし方の主体性で変わる。まちづくりに参加する覚悟を持ち、最初



は対立するかもしれないが、様々な連携をすることで、気づけば同じ方向、景色を見ていくというのが、今後の理想的な連携の在り方なのだと思う。

全体会 I の終了に際し、司会の内田氏から「総論から各論までの話があった。午後の分科会では、各テーマについて、さらに深めていただければと思う」と総括があった。

(文責)地域医療フォーラム2017ワーキンググループ古城 隆雄小谷 和彦

分科会まとめ

「ホンモノの'連携'を進めて得られるもの」

≪第〕	l 分科	绘≫	「認知犯	正と連携	隽」 14
	座	長	内田	健夫	氏(医療法人社団内田医院理事長(元日本医師会常任理事))
			前田	隆浩	氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授)
	講	師	黒滝	直弘	氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経科学准教授)
			江田	佳子	氏(長崎県佐々町住民福祉課課長補佐)
≪第2	2分科	給≫	「看取!	つと連携	隽」
	座	長	遠山	信幸	氏(自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長)
			中村	伸一	氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)
	講	師	中村	伸一	氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)
			中野	穣	氏(兵庫県 社会福祉法人関寿会 はちぶせの里 施設長)
≪第3	3分科	糾会≫	「救急到	受診と道	重携」25
	座	長	佐田	尚宏	氏(自治医科大学附属病院長)
			藤本	幸男	氏(青森県良医育成支援特別推進員)
	講	師	佐田	尚宏	氏(自治医科大学附属病院長)
			山下	浩司	氏(宮崎県「小林市 地域医療を考える会」副会長)
≪第△	1分科	染会	「地域图	医療・1	7護と連携」30
	座	長	鎌村	好孝	氏(徳島県保健福祉部次長)
			春山	早苗	氏(自治医科大学看護学部長)
	講	師	大原	昌樹	氏(香川県綾川町国保屬病院長)





第1分科会

≪分科会テーマ≫(認知症と連携)

「高齢化の進展により認知症が増加したときに、適切な医療と、安全な暮らしを続けるため に、どのような連携を構築すべきかを考える」

座 長:内田 健夫 氏(医療法人社団内田医院理事長)

前田 隆浩 氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授)

発表者: 黒滝 直弘 氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経科学准教授)

江田 佳子 氏(長崎県佐々町住民福祉課課長補佐)

ワーキンググループ委員

: 阿江 竜介 氏(自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門)

中村 剛史 氏(自治医科大学地域医療学センター地域医療人材育成部門)

参加者:約35名(座長、発表者、ワーキンググループ委員含む)

第1分科会は「認知症と連携:高齢化の進展により認知症が増加したときに、適切な医療と、安全な暮らしを続けるために、どのような連携を構築すべきかを考える」をテーマとし、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12:35-12:45(10分) 第1分科会の説明/昼食/アイスブレーキング

座長紹介、全体進行の説明、昼食をとりながらの自己紹介

12:45-13:00 (15分) 講演 1

黒滝 直弘 氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経科学准教授)

13:00-13:15 (15分) 講演 2

江田 佳子 氏 (長崎県佐々町住民福祉課課長補佐)

13:15-13:25 (10分) 質疑

13:25-14:50 (85分) グループワーク

- ①認知症に関わる地域連携について、どのような課題があるかをグ ループで共有する。
- ②共有された現状から、グループワークで取り組む課題を設定する。 患者の視点、家族の視点、コミュニティの視点、医療者の視点、医師の視点
- ③設定した課題に対して、連携を一歩進めるコツを挙げる。

④ホンモノの連携のためのキーワードを挙げる。

14:50-15:30(40分) グループ発表

15:30-15:40 (10分) 全体のまとめ

【概要】

高齢化の進展により認知症ないしその前段階の人が増加し、日常生活の中で身近な存在になりつつある。認知症があっても、適切な医療を受け、本人も周囲も安心して安全に暮らしていける地域社会であるために、さまざまな連携・協働のあり方が模索されている。改めて認知症が身近な存在であることを認識し、今後どのような課題が起こりうるのか、それにはどのような対策が

挙げられるのかについて、参加者の地域特性 を踏まえた情報共有と問題解決に向けた議論 を行うことを趣旨とした。

最初に、認知症に関する地域連携を(1) 精神科医の立場で支えている黒滝氏と(2) 行政の立場で支えている江田氏から基調講演 があった。二人の先生方が所属する長崎県認 知症疾患医療センターでは、長崎県佐々町で 認知症に関する地域連携の先進的な取り組み をしている。認知症を支える人材不足が予測



され、一般の地域住民が認知症患者とその家族を支えるような社会構造(お互い様社会)の構築 を目指している。

【講演】

黒滝直弘氏(長崎大学精神神経科学)から、認知症対応において望まれる医療-介護・福祉-行政の連携をテーマに講演があった(なお、当日悪天候のため黒滝直弘氏が会場入りできなかったため、座長の前田隆浩氏が代理報告した)。認知症対応において、患者さんとその家族を中心に、医療、介護・福祉、行政の連携が欠かせない。さらに医療の内部には、かかりつけ医、認知症サポート医、急性期医療機関、認知症疾患医療センターの連携がある。介護・福祉の内部には、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、入所施設等の連携がある。行政の内部には、市町村、保健所、警察の連携がある。こうした多層的な連携が認知症患者とその家族を支えてい

る。認知症疾患医療センターとは、認知症の 診療だけでなく、医療と介護の連携や、非専 門医への研修の機会を提供している。認知症 疾患医療センターには、基幹型、地域型、連 携型の3つの類型があり、それぞれ役割分担 (地域分担)をしている。認知症疾患医療センターの基幹型と地域型との連携がうまく いった事例、基幹型センターと精神科病院と の連携がうまくいった事例、センターとかか りつけ医と急性期医療機関との連携がうまく



いった事例、介護と診療所とセンターとの連携がうまくいった事例が報告された。しかしながら この連携には解決すべき課題も残されており、とくに医療・介護連携におけるストレスが大きな 課題となっている。地域の窓口はどこか、他機関の連携のあり方はどうあるべきか、生活の場を どこにするか、とくに医療連携はどうするのか、といった問題提起がなされた。解決策のひとつ として「face- to- faceの関係」が提案された。

続いて、江田佳子氏(長崎県佐々町住民福祉課)から、「認知症支援から始まった、みんなに やさしい地域づくり」をテーマに講演があった。佐々町の人口は約14,000人。高齢化率は26%で、



全世帯の26%は高齢者一人暮らしないし高齢者のみ世帯である。佐々町の認知症支援の理念として、(1)認知症になっても安心して過ごせるまち、(2)認知症を理解し地域で支え合うまち、(3)みんなで介護予防に取り組むまちの3つの項目を掲げている。認知症になっても大丈夫、そのためにみんなで理解し合いましょう、そして予防に全体で取り組んでいきましょう、を合い言葉に支援体制を整えた。ところが、運用が始まると介護認定申請窓口に混乱が生じた。住民の主なニーズ

は、具体的な介護サービスを受けるかどうかよりも、むしろ認知症になることの不安であった。 介護保険申請者の2割は介護サービス利用がなく、なんとなく不安といった理由が主であった。 そこで自立支援を目的とした事業を展開することにした。「何をして欲しいか」ではなく「自分 たちにできることは何か」に着目し、お互い様、支え合いを実践していった。認知症になったか らといって安易な入院や入所をさせて地域から切り取るのではなく、自分たちの地域を自分たち で守るために、生きがい教室、おとこ料理クラブ、元気カフェ、いきいき百歳体操の活動を支援 していった。こうした活動によって、全国平均より高い水準にあった要介護認定率が激減した。 佐々町の経験から得られた教訓として、知識と情熱を持ち合わせ、公正で、かつ謙虚な姿勢であ ることが必要ということであった。これから増えていく認知症や高齢者が幸せに暮らせる地域の ために必要なことは、それぞれの社会的役割が十分に発揮され、それを周りから認められること で作られるすばらしい地域の構築である。



【グループワーク】

第1分科会参加者は6-7名ずつAからEまでの5グループで作業を行った。まず、認知症に関わる地域連携についての課題をグループで共有した。次いで、共有された現状の課題の中から、グループワークで取り組む課題を設定した。その際、連携に注目し、連携の主体としては、患者、家族、コミュニティ、医療者、医師の5つの視点を示した。設定した課題に対して、連携を一歩進めるコ

ツを挙げることを作業の成果物とした。

Aグループでは、「患者と家族の立場から見た連携」に注目した。患者の人格を尊重してほしいといった人権に関わる課題、相談したくてもできないといった相談に関わる課題、認知症をどのように見守ったら良いのか分からないといった啓発に関わる課題、家族への助言がほしいといったサポートの課題が挙がった。コツとして「情報の共有」、そのための「いっしょにやろう!」という姿勢、謙虚に、誠実に、感謝を込めて連携するとまとめた。





Bグループでは「認知症早期発見サポートのための連携」に注目した。医療機関ではリハビリなど認知症にさせないケア、認知症以外の疾患で受診している場合でも認知症早期発見への配慮などが挙げられた。介護支援専門員と医療者との連携が困難な状況を踏まえて、医療者は介護支援専門員を委縮させない、介護支援専門員は医療者を委縮させない、お互いに連携のマナーを学ぶと

いった意見があった。地域包括支援センターは、家族からの情報、民生委員・自治会・老人会からの情報、保健師による訪問といった、信頼できる人同士の顔の見える関係づくり、支え合える関係、誘い合える関係が重要であるという意見が挙がった。

Cグループでは「多職種間の連携」に注目した。窓口の中心に地域包括支援センターを置き、そこには医療関係者、介護関係者、患者、家族、地域(コミュニティ)が関わる構造を提案した。さらに認知症疾患医療センターによる認知症専門診療との連携や、認知症を持ちながら他疾患を患った際、救急医療との連携に繋がることを想定した。





Dグループでは、3点に注目した。1点目はシステム・サービスの周知、2点目は早期発見・早期介入、3点目は地域(コミュニティ)の雰囲気作りである。認知症のこと、認知症患者を支援するサービスのこと、利用可能な地域資源のことなど、実際のところよく分からないという現状を踏まえて、1点目のシステム・サービスの周知というキーワードが挙がった。特に自動車運転免許更新、特定機能健診、さらには学校教育などの機会

で、住民全てに行き渡る情報発信の方法が提案された。認知症の兆しに気付き早期発見・早期介入に結びつけるために、薬局での支払いの様子から気付いた事例や、医師の指示通り服薬できていない理由が認知症を背景としていた事例が挙がった。こうした情報のうち有益なものはクチコミで伝わりやすいという経験があった。一方で地域社会には様々な人がおり、どこまでの対応が認知症の方にふさわしいのか不明だ、という意見と、コミュニティの雰囲気・関係性を作っていくという意見が挙がった。

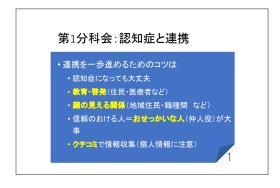
Eグループでは「認知症に関わらず健康長寿を支えることが大切」であることに注目した。本人と家族だけでは、認知症を受け止めきれないことが多い。また医療機関も合併症のある認知症患者の診療に時間がかかるなどの体制の課題もある。「連携」という言葉が曖昧で、ときに形式にとらわれていることがある。さらに地域の中で人と人との関係が乏しくなり、認知症の理解も進まな

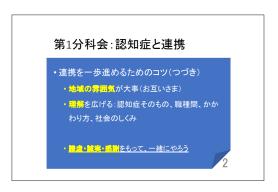


いといった課題が挙がった。これに対し、困っている本人や家族に対して、いつかは自分も認知 症になるかもしれないという気持ちで、にこやかに手伝うことの重要性を指摘した。少しおせっ かいな人くらいがちょうど良い、という意見が挙がった。かかりつけ医との普段からの付き合い も含めて、それぞれの専門職であっても地域の生活者の一人であり、互助・共助をもって、認知 症の患者やその家族を排除しないという強いメッセージが発信された。

【第1分科会のまとめ】

グループワークで挙がった意見を踏まえ、第1分科会のテーマ、認知症の連携を一歩進めるコツは、認知症になっても大丈夫という思い(安心感)、それを支えるための教育や啓発・情報発信、とりわけクチコミの情報を収集することや、その安心感を繋ぐ信頼のおける人(おせっかいな人)との顔の見える関係、ひいては地域の理解を広げ、お互い様と思える思いやりのある地域社会づくりに集約された。「謙虚・誠実・感謝をもって、一緒にやろう」を第1分科会のキャッチフレーズとした。





(ワーキンググループ委員 阿江 竜介 氏、中村 剛史 氏によるまとめ)

第2分科会

≪分科会テーマ≫(看取りと連携)

座 長:遠山 信幸 氏(自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長)

中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

発表者:中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

中野 穣 氏(社会福祉法人関寿会 はちぶせの里 施設長)

ワーキンググループ委員

: 青山 泰子 氏(自治医科大学総合教育部門兼地域医療学センター)

古城 降雄 氏(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門)

三瀬 順一 氏(自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門)

参加者:約45名(座長、ワーキング委員含む)

第2分科会では、「看取りと連携」をテーマに、以下のタイムスケジュールに従って進行した。

12:35-13:00 (25分) 昼食/アイスブレーキング

13:00-13:40(40分) 講演 (課題提起 2例)

13:40-14:40(60分) グループディスカッション

14:40-15:30 (50分) グループワーク発表

15:30-16:00 (30分) 第2分科会のまとめ

【概要】

一人暮らしから多世代同居まで、世帯の有り様は今後ますます多様化し、終末期を迎える環境も、自宅から介護付き高齢者住宅、介護施設、病院と広がりを見せている。そうした中、一人ひとりの価値観に配慮しながら、希望する看取りの環境を整えることは、大きな課題である。第2分科会では、医療関係者だけでなく、介護施設、行政、住民も含め、看取りに関わる人たちが、本人とどのように向き合い、連携していくのかについて議論を行った。



はじめに、中村氏と中野氏から、それぞれの看取りと連携に関する経験や連携する際の課題について、紹介があった。これらの発表を受け、参加者は6つのグループに分かれ、看取りの連携を作り上げていくための議論を行った。議論の手順としては、まず課題を掘り下げ、提起された

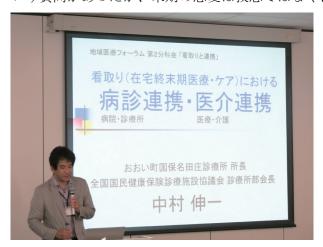
課題の共通項や重要性をカテゴリ化し、より良い連携につなげるためには具体的にどうすれば良いのかを話し合うこととした。最後に、各グループの発表を行い、第2分科会のまとめを行った。

【講演発表】

中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

在宅終末期医療・ケアにおける病診連携・医介連携について、しばしば見受けられる例を皆の理解を促すために、「キャッチボール型」「通常キャッチ型」「特殊キャッチ型」の3つに分類した。「キャッチボール型」は、かかりつけ医で診ていた患者が自宅に戻るパターンを意味しており、へき地では通常よく見られるケースであり、関係者も固定しているため連携がしやすい。講演では「通常キャッチ型」「特殊キャッチ型」の具体例を紹介した。

「通常キャッチ型」とは、在宅に戻る際に、紹介により初めて診察するパターンであり、在宅 医療専門医にとっては通常のパターン。74歳女性、上行結腸癌の例では、名田庄診療所と訪問看 護ステーションの両方から訪問看護を行った例で、家族、診療所、訪問看護師の3者で負担を平 等にしようと約束。急速に衰弱したため、急遽退院。家族からは、「家で死んだら警察は?」と いう質問があったが、末期の急変は救急ではなく、救急車や警察の連絡も不要であることを説明



した。連携がスムーズにいくように、関係者でメーリングリストを作成し、苦痛なく、家族の負担を減らしながら、できるだけ長く家で暮らすことを目標にした。訪問看護中に呼吸停止の連絡があり、孫2人に手を握られ、長男は不在だったが携帯電話で声をかけてもらいつつ永眠。担当の若い男性ケアマネジャーからは、メールで細かく情報交換できたので、本人、家族らの状態把握が非常にしやすかったと言われた。

同様の通常キャッチ型として、78歳男性胃癌の例を紹介した。本人は「なるべく家にいたい」との希望だったが、当初、妻は「そうさせてあげたいが最期は病院で」という意見であり、長女も「病院に行く見極めができない」との意見であった。本人の状態が次第に悪くなってきたため、病院外来での抗癌剤投与を中止。本人が野球好きだったため、還暦時の野球のビデオを見せたところ、喜んでもらえた。診療所に対する信頼は低かったが、ケアマネジャーに対する信頼は高く、ケアマネジャーの適切な説明やフォローにより、妻から入院希望はされなかった。妻は合唱サークルでの発表会に参加するかどうかを迷っていたが、ケアマネジャーから「もしも逆の立場だったら、ご主人の活動を中止してほしいですか?」と問いかけ、発表会に参加することを決心。発表会も無事に終わり、その2日後、長女が買物で夫婦だけの時に永眠。長女は立ち会えなかったが、ケアマネジャーが「きっと2人きりがよかったのね」と慰めた。死装束は、野球のユニフォームで、グローブも棺に納めた。

3 例目は、「特殊キャッチ型」で、時間がなく、関係者で急いで合意形成を試み、体制を整え

るパターンである。紹介された例は、87歳女性で悪性リンパ腫の方である。病院から退院することが決まったが、元々かかりつけ医だった主治医から、自分では診るのは難しいと依頼があり、

中村氏が主治医、副主治医として、かかりつけ医が協力する体制になった。退院後、2週間弱で、ご自宅で亡くなられた。

看取る側も看取られる側も元気な時からサヨナラの準備をしておくことが重要である。 全国国保診療施設協議会の「生きて逝くノート」を参加者に無償で配布し、中村氏自身の 経験を通じてまとめた著書の「サヨナラの準備」の紹介があった。



中野 穣 氏(社会福祉法人関寿会 はちぶせの里 施設長)

中野氏から、これまで看取りに関わってこられた経験から、医療と介護の「看取り」の共通理 解の重要性について講演があった。

特別養護老人ホームはちぶせの里では、平成21年6月~平成26年8月の間に51名の方を看取っている。在籍期間は、平均値が1,726日、看取り期間は平均が256日であり、死因としては肺炎16名、老衰12名、心不全10名であった。慢性疾患(老衰)における看取りの特徴の一つとして、主治医による看取り期診断の早期化をあげた。背景には、「慢性疾患(老衰)における看取りの予後予測の困難さ」「利用者、家族へのインフォームド・コンセントに対する責任」「利用者(患者)の利益にはならない延命的な治療(苦痛を伴うだけで効果が期待できず、明らかにQOLが低下する)をできるだけ避けたい」があると指摘した。

実際にあった看取りにおけるトラブルの例として、家族から看取り合意がなされたにも関わらず、救急要請されることが挙げられた。回避するには、看取りの共通理解が必要であり、『心肺停止時に「心肺蘇生」「AED」「救急搬送」はしないこと』を家族と共通理解する必要がある。

もちろん、家族はすぐには理解できないため、家族に対する看取り教育が必要である。 その一助として、医療法人ゆうの森のパンフレット「家で看取ると云うこと」を用いて、 死へのプロセスを説明し、家族の不安を解消するために努力しているとのことであった。

また別の実際にあった看取りにおけるトラブルの例として、総合診療医とのやり取りを紹介した。看取りの患者を感染症治療のために、病院に連れて行くと、総合診療の医師か



ら「看取りなのに何で連れてくるの?」と言われることがある。「看取り期であろうと、緩和ケアは積極的に実施」という認識を、医師と共通化しておかないとトラブルになる。

最後に、「看取り」の課題として、介護施設や在宅介護サービス利用中においては、家族や主 治医が不在であることから、介護サービス利用中の心肺停止にどう対応するかが課題となってい ることを指摘した。看取り時の「緩和ケア」、「事故(誤嚥・転倒等)」における救急対応につい



ては、関係者で共通理解を図る必要がある。 そのためにも、看取りに関する「合意書」が 交わされる必要がある。「合意書」の作成を 通じて、①看取りの合意がなされることの共 通理解、②延命処置をしないことの共通理 解、③感染症、転倒事故による怪我、誤嚥等 「看取り」の要因となる疾患とは直接関係の ない状態を緩和するための対応(積極的治療) と他機関との連携の共通理解が生まれる。

住み慣れた地域で逝くためには、地域レベルでの「看取り」の思いの共通理解が必要であり、幅広い関係者を巻き込んだ「看取り」ネットワークの確立が重要である。今日のような地域住民とともに学ぶ「場」づくりが、今後はさらに重要になるのではないだろうか。

【グループワーク】

これらの発表を受け、参加者はグループごとに、看取りの連携を作りあげていくための議論を 行った。議論の手順は、はじめに課題を掘り下げ、提起された課題の共通項や重要性をカテゴリ 化し、より良い連携につなげるためには具体的にどう行動すればよいのかを話し合った。

各グループで話し合われた内容とキャッチフレーズをそれぞれ発表してもらい、その内容をま とめたものが、下記のスライドである。

各グループの発表内容を見てみると、「関係者の共通認識や信頼関係の醸成 (青色)」「連携に向けた具体的な行動を促すもの (橙色)」「住民が死と向き合うための環境、教育 (赤色)」が共通して提案されていた。

やはり連携するためには、関係者間で目指すところの目標やそれぞれ抱えている問題意識、不 安、考え等を共有すべきだという認識があるためだと思われる。また、共通理解をするために



は、日ごろから最期の時をどう過ごすのか、 どう見送るのか、考えておく必要があり、さ らには実際の行動が欠かせないという意見が 多かったことが推察される。

これらの各グループの発表から出てきた キーワードを総括し、第2分科会として、ホンモノの連携を促すためのキャッチフレーズ をまとめた。それが、「動こう!気づこう、 向き合おう!」である。当初、行動に関する ものは最後であったが、まずは動いて、連携 を深めていくのが大切という思いから、「動こう!」を冒頭に持ってくるという結論に達した。

地域や年齢、職業に関係なく、誰もが何らかの形で看取りに関わる時代が来ている。今回の分科会をきっかけとして、参加者一人ひとりが、手探りで動きながら、看取りと向き合っていくこ

とを願いたい。



ホンモノの連携をするために

- 1. 要介護認定申請時にACP、教育による全体の底上げ
- 2. 看取りの時の不安を取り除く連携を
 - 早めの病診、医介連携、まず行動!
 - 普段からの連携、早め、シームレスの対応
 - ・ 家族と共有した連携、多様性にも対応
- 3. 医師と多職種間の認識ギャップを埋めよう
 - 仲介する人たちの育成
 - 場の提供、信頼関係の醸成
 - 限りない「いのち」を感じあおう!
- 理解不足にならないように、できることは
 - 住民から住民への教育
 - 死や看取りがタブーでない社会に!
- 5. サヨナラの準備
 - タブー視せずに、経験や知識の共有
 - コーディネートする窓口が必要
 - 健康な時から思いを伝えあおう
- 6. 多職種の間の壁をぶっこわす!

第2分科会:看取りと連携

- 動こう!気づこう、向き合おう!
 - -(行動)日頃から、早めのシームレス な連携、ACPを進めよう!
 - -(想い)お互いの想いに気づこう!
 - -(啓発・教育)サヨナラの時に向き合 おう!

(ワーキンググループ委員 青山 泰子 氏、古城 隆雄 氏、三瀬 順一 氏によるまとめ)

第3分科会

≪分科会テーマ≫ (救急受診と連携)

座 長:佐田 尚宏 氏(自治医科大学附属病院長)

藤本 幸男 氏(青森県良医育成支援特別推進員)

発表者: 佐田 尚宏 氏 (自治医科大学附属病院長)

山下 浩司 氏(「小林市 地域医療を考える会」副会長)

ワーキンググループ委員

: 畠山 修司 氏(自治医科大学地域医療学センター総合診療部門)

村上 礼子 氏(自治医科大学看護師特定行為研修センター兼看護学部)

森澤 雄司 氏(自治医科大学附属病院臨床感染症センター感染制御部)

参加者:約40名(座長、発表者、ワーキンググループ委員含む)

第3分科会は課題提供者2名の発表をもとに、以下の<グループディスカッションテーマ>を各グループで選定し、グループディスカッション、グループ発表を行った。進行は、以下のタイムスケジュールに従って行われた。

<グループディスカッションテーマ>

A 救急医療を提供する側(供給側)と受ける側(需要側)との連携

- B 地域における救急医療機関の連携
- C 救急医療機関と搬送側との連携 (搬送体制)
- D 救急受診を受けた後の急性期から慢性期や在宅への移行の連携
- E 慢性期、在宅(看取りを含む)からの救急受診時の連携
- F その他、課題となる救急受診に関する連携

12:35-12:45(10分) 第3分科会の説明/昼食/アイスブレーキング

座長紹介、全体進行の説明、昼食をとりながらの自己紹介

12:45-13:00 (15分) 講演 1 例目

○ 山下 浩司 氏 (「小林市 地域医療を考える会」副会長)

13:00-13:15 (15分) 講演 2例目

○ 佐田 尚宏 氏(自治医科大学附属病院長)

13:15-13:25 (10分) 質疑応答

13:25-14:40 (75分) グループディスカッション

*各グループで司会・書記・発表者を決めていただく。

- ①救急受診等において必要となる連携について、どのような連携が考えられるか意見交換しつつ、分科会の説明や課題提起の中で発表される連携のどのテーマが重要かをグループで話し合い、模造紙にテーマを決めて書く。(必要な連携の抽出)
- ②各グループが選定した連携のテーマについて、現状と課題について意見交換し、整理する。(連携の現状・課題の整理)
- ③現状・課題を踏まえて、構築すべき対策・取り組みについて意 見交換し、整理し、模造紙にまとめていく。(連携を構築する ための対策・取り組みの整理)

14:40-15:20(40分) グループ発表

各グループからの発表は1グループ5~6分 計7グループ 質疑応答は全グループの発表終了後に行う。

15:20-15:50 (30分) 全体のまとめ

座長・ワーキングが第3分科会の発表を取りまとめる。

【概要】

高齢化の一層の進展により救急需要が高まる中、核家族化や独居者の増加等の社会的背景もあり、コンビニ受診の増加等は救急診療における大きな課題となっている。そのような中、本当に



必要な人が必要な医療を受けられるよう、適 正な救急受診につながるよう、医療者、住 民、行政がどのような連携を、どのように構 築すべきか考える場とした。

参加者がそれぞれの地域における救急受診等を確かなものとするために、どのような連携をどのように構築すべきかについて意見交換し、各グループの発表を参考に、それぞれが持ち帰ることを目標とした。

【講演】

最初に、山下浩司氏(「小林市 地域医療を考える会」副会長)から、医療を受ける側として、「地域医療を考える・守る・育てる―地域医療の現状と私たちにできること―」をテーマに講演があった。

平成21年に小林市立病院の内科医が4名から1名に減少したことによる救急・入院医療崩壊の 危機に際し、地域住民にできることは何かを考え、「地域医療を考える会」を発足し、①かかり つけ医を持つ、②時間内受診に努める、③健康に対する意識や意欲を高めることの住民への啓発活動や、「地域医療・健康都市小林市」への参画、お医者さん歓迎会の開催、地域医療四者連携会議への参加などの活動に取り組んでいること、また、これら活動から見えてきた大切なこととして、①医療・行政・住民などが互いを理解し、地域が一体となって協力すること、②医療は不

確実であることを理解し、現場の医療者の尽力に感謝できること、③健康づくり、病気の予防に努めることを挙げ、今後も一人でも多くの住民に関心を持っていただき、地域医療を守り・育てていきたいとのことであった。

次に、佐田尚宏氏(自治医科大学附属病院 長)より「自治医科大学附属病院と小山地区 の救急医療」をテーマに講演があった。自治 医科大学と周辺医療圏の紹介、2000年代前半 に地域医療が弱体化して救急患者が殺到し、



病院全体が疲弊したこと、その対策として、周辺医師会に夜間・休日診療所を設置していただいたこと、消防隊とのメディカルコントロールを開始したこと、下野市に啓発活動を行っていただいたことで救急患者数が半減したこと。その一方で、自治医科大学附属病院で、「患者さんを断る」雰囲気が常態化するなど弊害があったこと。さらに、その立て直しとして病院全体の業務の効率化を行い、「断らない親切な医療」の提供を呼びかけていて、救急患者の減少と業務の効率化により余力を生み出して、本来医師会が主体になって行う「一次救急」「看取りを含めた在宅医療」「地域包括ケアシステム」をバイプレーヤーとして支えることを目指していることなどを病院長として紹介し、最後に消化器外科医として、最近救急場面で考えさせられる事例を挙げて、ディスカッションにつながる議題の提供があった。

【グループワーク】

第3分科会のグループワークでは、<グループディスカッションテーマ>として、挙げていた 7項目のうち、「救急医療を提供する側(供給側)と受ける側(需要側)との連携」、「地域における救急医療機関の連携」、「救急医療機関と搬送側との連携(搬送体制)」、「救急受診を受けた

後の急性期から慢性期や在宅への移行の連携」、「慢性期、在宅(看取りを含む)からの 救急受診時の連携」について以下の意見が挙 がった。

A 「救急医療を提供する側(供給側)と受ける側(需要側)との連携」では、主に以下の意見が挙がった。

・かかりつけ医とよく話す。症状が軽いと き、夜間・不在時も含めて、予め対処方法



を確認しておく。

- ・病院は全て同じではない。一次・二次・三次救急の機能を住民も知っておくべきである。
- ・大きい病院でも夜間・休日に専門医がいるとは限らない。
- ・当直は夜勤ではない! 病院をブラックにしない。



- ・できるだけ日中に受診することを心掛ける。
- ・病院と住民が現状に関する意識を共有する。
- ・電話相談やかかりつけ医、薬局など、窓口 を複数化する。
- ・救急車出動を安易に要請しない。有料化し てよいかもしれない。
- B 「地域における救急医療機関の連携」では、主に以下の意見が挙がった。
- ・連携会議をもつ。
- ・救急医療体制を確立するためには、住民との連携も必要である。
- ・顔の見える対話で住民にも当事者意識をもってもらう。
- C 「救急医療機関と搬送側との連携 (搬送体制)」では、主に以下の意見が挙がった。
- ・公立病院と私立病院、どちらに搬送するのか、現場レベルで悩むことがある。
- ・救急搬送が行政単位で運営されていることから情報共有などに発生する問題点がある。
- ・遠くへ搬送すると後が大変であることを認識するべきである。
- ・救急現場から搬送先を決定するため、患者の状態による判断、病院の混み具合、などに関する 情報提供システムを確立したい。
- D 「救急受診を受けた後の急性期から慢性期や在宅への移行の連携」では、主に以下の意見が 挙がった。



- ・入院した時点で退院支援を開始するべきで
- ・紹介先施設との事前カンファレンスを開催 するべきである。
- ・情報共有のためのネットワークシステムが 必要である。
- ・住民・医療・介護・行政による顔が見える 連携、ケアミックスを考慮した地域医療計 画が必要である。
- ・そもそもかかりつけ医や後方病院が確保できない!
- E 「慢性期、在宅(看取りを含む)からの救急受診時の連携」では、主に以下の意見が挙がった。

- ・在宅訪問看護の利用をもっと進めるべきである。
- ・あらかじめ最後のあり方などについて希望を確認しておく。家族などに患者自身の意向をはっ きりと伝えておく。
- ・担当者不在時の対応を考えておく。

【第3分科会のまとめ】

グループワークで出された意見を踏まえ、第3分科会のキャッチフレーズを以下のように提案 した。

- 連携を一歩進めるためのコツは
 - ・本当に必要な人が必要な医療を受けられるように病院-施設間、医療者間、医療者-行政間、住民-医療者間、住 民-行政間などなど・
 - ・各々の立場を思いやり、
 - ・各々からの情報発信と情報共有、
 - ・垣根を超えた話し合いから
 - ・各々の立場・役割を自覚しましょう

(ワーキンググループ委員 畠山 修司 氏、村上 礼子 氏、森澤 雄司 氏によるまとめ)

第4分科会

≪分科会テーマ≫(地域医療・介護と連携)

「地域医療・介護と連携において、それぞれの立場の役割でホンモノの連携を考える」

座 長:鎌村 好孝 氏(徳島県保健福祉部次長)

春山 早苗 氏(自治医科大学看護学部長)

発表者:大原 昌樹 氏(香川県綾川町国保陶病院長)

ワーキンググループ委員

: 小松 憲一 氏(自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門)

竹島 太郎 氏(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門)

浜端 賢次 氏(自治医科大学看護学部)

参加者:約65名(座長、発表者、ワーキンググループ委員含む)

第4分科会は「地域医療・介護と連携において、それぞれの立場でホンモノの連携を考える」 をテーマとし、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12:30-13:00(30分) 第4分科会の説明/昼食/アイスブレーキング

座長紹介、全体進行の説明、昼食をとりながらの自己紹介

13:00-13:20 (20分) 講演

大原 昌樹 氏 (香川県綾川町国保陶病院長)

13:20-14:20 (60分) グループワーク

- ①地域医療と介護の課題を参加者各自が付箋に書き出す。 その際、午前中の全体会の篠岡氏の講演内容と大原氏の講演を 踏まえて検討する。
- ②書き出した中から、重要で解決可能な課題を3個以内に絞り込み、討議する内容を決定する。
- ③課題解決に向けて、目標とすべきこと、それを達成するため に、それぞれの立場で何をすべきなのか、どう実践したら良い のかを意見交換し、解決策の提言をまとめる。

14:20-15:15 (55分) グループ発表/全体のまとめ

【概要】

第4分科会では、超高齢社会や多死社会における地域包括ケアシステムを踏まえ、要介護並びに介護予防の視点を加味しながら、地域医療と介護のホンモノの連携について実践現場からの課題と解決策を求めた。それぞれの地域で様々な取り組みがなされている中で、形だけはできているが有機的な連携になっていなかったり、部分的な連携に留まっていたり、そもそもの連携がで

きていなかったりしている地域もあるのではないかと思われた。そこで、実践現場から提起された共通の課題を各グループで意見交換し、連携を深めることで何が得られるか、そのためにそれぞれの立場の人たちがどのように考え、行動する必要があるのか、グループワークを行った。

実際に病院や在宅医療の現場で様々な専門職との研究会や勉強会を重ね、積極的に活動している香川県綾川町国保閣病院長の大原昌樹氏の講演を受け、それぞれが感じている課題を共有しつつ、各グループで様々な立場から意見交換を行った。その上で、地域医療・介護のホンモノの連携について、解決策を目標にそれぞれの立場でなすべきことを考えた。



【講演】

大原昌樹氏(香川県綾川町国保陶病院長)から、「地域包括ケアシステムにおける連携を踏まえ、ホンモノの連携を行うための解決策を考える」というテーマで、医療と介護の連携の現状と解決策について講演があった。内容の概要は以下のとおりである。

連携の基本は「情報の共有」である。互いに関わり合い、また、よく話し合う土壌が必要であり、治療や支援のプロセスからの情報をもとに、利用者を中心に「何がその人らしい生き方」なのかを共有し、互いの専門領域を活かしながら有機的に関わるための努力を惜しまないことが大切である。また、求める情報は何であるかを相手に伝え、的確に必要な情報を得ることが重要であり、伝えるべき有用な情報を理解して情報提供を行うことが必要不可欠である。

次に、平成17年11月から始まった「香川シームレス研究会」の活動だが、研究会は2~3ヵ月に1回開催しており、平日19~21時の時間を利用している。研究会の目標は、①情報の共有化と連携、②患者・家族が安心できる連携体制の確立であり、4つの班(①脳卒中グループ、②大腿

骨頸部骨折グループ、③嚥下障害・NSTグループ、④在宅グループ)に分かれて取り組んでいる。

この研究会の中で、「医療・介護地域連携パス」作成とその運用による地域連携と医療介護連携に取り組んできた。「医療・介護連携シート」は医療機関から在宅・介護保険施設等に向けてのものであり、「介護・医療連携シート」は、介護支援専門員等から医療機関へ向けてのものである。どちらも全疾患を



対象とし、多職種の意見や患者・家族の思いなどをまとめたものである。これらに事例集や使用マニュアルを加えて、『医療・介護地域連携パスマニュアル』として1,000部作成し、県内各機関に配布した。

また、隣病院が実施主体となった在宅医療介護連携拠点事業では、平成24年から「綾川地区在宅勉強会」を3ヶ月毎に行った。ここでは、綾川町の社会資源を参加者で共有し、事例検討などを行い、どのように医療と介護が連携したら良いのかを検討している。また、香川シームレスケア研究会と共同でICTを用いた医療介護連携にも取り組んだ。ケアマネジャーが記録する「基本情報シート」と各職種が訪問毎に書き込む「訪問記録シート」からなっている。利用したメンバーからは、「利用者の日々の様子がすぐに分かるようになった」、「予定表で主治医の訪問日時が分かり、主治医と直接話しをすることができた」などの意見が聞かれた。医療介護連携におけるICT活用には、3条件(使いやすい・費用が安い・セキュリティーが高い)が必要である。



まとめると、医療介護連携には、「入退院時のスムーズな連携(パスのやり取り)」・「タイムリーな情報共有(ICT等の活用)」・「定期的な勉強会(顔の見える関係づくり)」が大切である。また、「己を知る・互いを知る・患者や利用者の情報共有・地域ぐるみで支える」ことが重要と考えている。

【グループワーク】

第4分科会のグループワークでは、地域医

療・介護のホンモノの連携に関する課題の抽出とそれに対する解決策について、以下の意見が挙 げられた。

- 1)課題:「一般市民への啓発活動はどうするのか」
 - ・一般市民には、在宅介護の知識不足や介護者負担があるのではないか。
 - ・市民としての役割(病院に対するボランティア、健康管理を行う:人間ドッグ)がある。
 - ・メディアの役割(正しい情報を、分かりやすく発信していく)
 - ・情報の共有が一番大事である→だからこそ、多職種連携が重要となる。

2) 課題:「住民への普及啓発」



- ・なぜこれが必要なのか(一般市民は、いざ 病気になった時、初めて病院から説明を受 ける)。
- ・住民はこうなった時、どうしたらよいか知 識がない。
- ・どうしたら地域包括ケアシステムを理解してもらえるか。
 - ※医療者側、介護側、スタッフ側の理解が 不十分ではないのだろうか。
- ・健康・不健康を問わず、介護について考え

ていくことが必要ではないか。

- ・住民には分かりやすいように→演劇活動として行ったら良いのではないだろうか。
- ・行政と医療間の仕組みづくりが大切なのではないだろうか。
- 3) 課題:「かかりつけ医から始める地域医療連携はどうするのか」
 - ・退院時(病院から在宅へ)の連携から討議を開始する。
 - ・ケアマネジャーが重要になる→情報がうまく流れているか。
 - ・ケアマネジャーが連絡しやすくする必要があるのではないだろうか。
 - ・退院情報共有シートの活用が重要になる。
 - ・ケアマネジャー向けの研修が必要になるのではないだろうか。
 - ・退院支援ルール作りが重要(行政とかかりつけ医だけでは作成できない)
 - ・病棟看護師が退院後の患者の生活が分かっているのか→分からないのではないか。
 - ・住民(医療が必要になった時のことを考えていない)→意志決定が重要となる。 →だからこそ、啓発活動が大切である。

4) 「訪問診療医をどのように増やすのか」

- ・かかりつけ医によって、ターミナルケア についての考え方や方法に違いがある。
- ・訪問診療医(量と質の課題)→数を増や しレベルアップをめざす→どうしたら良 いか。
- ・訪問診療医の研修が必要(行政がサポートして研修会を企画することが必要)。
- ・医師が疲れ切ってしまわないようにサポートする(やりがい、達成感が必要ではないか)。
- ・沖縄の診療医(50名の在宅患者をみている)→底辺を広げる活動や役割も大事である。
- ・連携が大切 (医師同士、医師・訪問看護ステーション・薬剤師 等の連携など)。
- ・ICTの活用が重要(例 栃木県:どこでも連絡帳など)。
- ・インフォーマルソーシャルキャピタル:介護のボランティア養成など。

5)「専門職種間のギャップをどのように埋めるか」

・個人情報の取り扱い(Facebook、LINEなど)には留意が必要である。



- ・どういう立ち位置でギャップを直していったら良いか(キーワード:無関心)。
- ・連携に関心を持つことから始めることが、教育につながるのではないだろうか。
- ・連携へのモチベーションをどのように維持していくのか(解決策:住民の困っていることを 聞く)。



- ・行政の役割(住民に制度等について誤った解釈をさせてはいけないという意見があった)。
- ・メディア(良質な情報を住民に届けてもらう)→地域住民の正しい理解につながる。
- ・行政はメディアに何を伝えたら良いのか→ 具体的な計画を立案する。
- ・結果的に「専門職、行政、住民」を繋げな いとギャップは埋まらないという結論に なった。
- 6)「情報共有、人材育成、利害関係の調整をどうするのか」
 - ・情報共有について話し合った(目的:交通整理をしていく)。
 - それぞれの職種はどんなことができるのか

医師→退院:患者に関わる職種に伝える、家族に伝える、専門職に助言をする、退院に向けて地域住民の行動変容を促す。

住民→地域住民自ら健康に取り組んでいく。

行政→地域の社会資源を住民に向けて明らかにした上で、有効活用する。

看護→地域連携室の充実(入退院を繰り返す患者に対して多職種からの意見を聞く)。

7) その人らしい生き方への支援(情報共有)

- ・住民には多くの選択肢が必要であり、どのような社会資源があるかを示す。
- ・解決策(市民が社会資源を把握してマップなどにまとめる、市民に提供する機会を増やす)
- ・患者・利用者が大切であり、その立場で専門職と情報共有する。
- ・情報共有シート:シートづくりの開発や整理が必要ではないか。



- ・在宅療養支援におけるケアマネジャーの位置づけが重要→レベルアップが必要ではないか。
- ・ケアマネジャーの支援体制が必要ではない だろうか。

●座長・発表者からの助言

- ・情報・知識・意識の共有をどのように進 めていくのか。
- ・会議を開いても医師の参加が少ない。

- ・課題があることを認識することが大事である。
- ・介護職者の発言を促すことも大事である。
- ・行政が、医師に対して、住民の声を届けることも大事である。
- · 行政の役割→大きいと思われる→連携の構築を丸投げ(医師会に委託)ではいけないのでは ないか。
- ・医師の代行入力をする人が必要ではない だろうか。
- ・自治体の立場としては、これだけ発信し ているのに・・・どうして伝わらないの だろう、という部分があるのかもしれな いが、工夫が必要。

【第4分科会のまとめ】

グループワークで出された意見を踏まえ、 第4分科会のまとめは以下のようになった。



●何を目的とした連携なのか

●なぜ連携が必要か

• どの場面で連携を行うのか

• いつの時点で連携を行うのか

• 誰と一緒に連携するのか

• どうやって連携をするのか

●連携の目的と行う理由 かかりつけ医から始まる地 域医療連携	▽いつ、どこで、誰と、どのように連携するのか かかりつけ医・病院・行政協力して、退院支援ルールの作成。 病院と在宅の交流。 事例の共有。 ケアマネの育成。
●連携の目的と行う理由	▽いつ、どこで、誰と、どのように連携するのか ボランティア活動。
一般市民への啓発活動	若い世代への教育。 病院に触れる機会。 正しい情報発信(メディアの活用) 健康な内から考える機会を作る。 民生委員との協力。
●連携の目的と行う理由	▽いつ、どこで、誰と、どのように連携するのか 関心を持ってもらうことが必要。
専門職種間のギャップをど う埋めるか	モチベーションの維持には、困っていることを知ることが必要。 情報が重要。 メディアの有効な活用。

●何を目的とした連携なのか●なぜ連携が必要か

- どの場面で連携を行うのか
- いつの時点で連携を行うのか
- 誰と一緒に連携するのか
- どうやって連携をするのか

●連携の目的と行う理由 情報共有	▽いつ、どこで、誰と、どのように連携するのか それぞれができることを伝えていく。 自らの健康を守る。 システム構築。 必要な人に、必要な情報を提供し、支援する。
●連携の目的と行う理由 その人らしい生き方の実 現・情報共有	▽いつ、どこで、誰と、どのように連携するのか 地域を知る。 情報共有システムの構築。 ケアマネのレベルアップ。
●連携の目的と行う理由 訪問診療医をどのように増や すか	▽いつ、どこで、誰と、どのように連携するのか 顔の見える関係の構築。 研修会の開催。 若い医師の教育。

第4分科会:地域医療・介護と連携

- 連携を一歩進めるためのコツは
 - ・主体的に活動する。
 - お互いをよく知る。よく知ってもらう。
 - 情報共有のツールを作る。
 - ・ 情報共有・提供を積極的にする(メディアを活用する)。
 - ニーズをきちんと把握する。
 - 健康な時からの連携が必要である。
 - ・ 住民の主体的な参加が必要である。

(ワーキンググループ委員 小松 憲一 氏、竹島 太郎 氏、浜端 賢次 氏によるまとめ)

全体会Ⅱ

司 会 松村 正巳 氏(自治医科大学地域医療学センター長) 小谷 和彦 氏(自治医科大学地域医療学センター副センター長)

分科会報告(座長)

(第1分科会) 内田 健夫 氏(医療法人社団内田医院理事長(元日本医師会常任理事))

前田 隆浩 氏(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授)

(第2分科会) 遠山 信幸 氏(自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長)

中村 伸一 氏(福井県おおい町国保名田庄診療所長)

(第3分科会) 佐田 尚宏 氏(自治医科大学附属病院長)

藤本 幸男 氏(青森県良医育成支援特別推進員)

(第4分科会) 鎌村 好孝 氏(徳島県保健福祉部次長)

春山 早苗 氏(自治医科大学看護学部長)



はじめに、司会の自治医科大学地域医療学センター長の松村正巳氏が、以下のように口火を切った。午前中は全体会 I で先行事例の話があり、それを受けて午後からは 4 分科会で「ホンモ



ノの連携」について討議した。このフォーラムに向けての準備をした実行委員会やワーキンググループの会議では、今年は「ホンモノの連携」をテーマにするということがすんなり決定した。時代背景から、さまざまな分野の方が求めていたテーマであったためと思われる。実行委員会では、連携をしないと求められる機能分化ができないのではないかという意見もあった。本日の分科会の討議の結果に基づいて、ホンモノの連携のために何が必要なのかを最後にお示ししたいと考えている。

〈第1分科会〉認知症と連携

第1分科会では、住民代表を含めて多職種で議論した。議論の1点目は、早期に認知症に気づき、対応を適切につなげる相談の連携についてで、2点目は、さまざまな組織がある中で、住民、地域、行政、介護関連、医療関係などの連携づくりについてであった。

分科会でのまとめは、以下の通りである。連携を一歩進めるためのコツは、まずは認知症になっても大丈夫だということを全ての人に知らしめること、そういうシステムや社会を作っていくこと、そのためには教育と啓発が必要で、この教育・啓発は住民も医療従事者も対象になる。



そして地域住民、組織間で顔の見える関係を作っていくこと、特に認知症を早期に発見し適切な対応につなげていくという点では、地域のおせっかいな人=信頼のおける人が仲介役として必要であるという指摘が、住民の方からあった。またクチコミで情報を集める際には、個人情報に充分注意することが必要であるという発言もあった。加えて、地域の雰囲気が大事、お互いさまの関係性が大事であるということ、そして認知症そのものの理解を広げること、職種間の関わり方、社会の仕組みや相談窓口を含め

て理解を深めること、そのためには認知症に対して全ての関わりを持つ人が謙虚であって、誠実であって、感謝の気持ちを持って一緒にやっていくという姿勢が大事だというメッセージが最後に出された。(内田 健夫 氏)

私が感じたことを付け加えるならば、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター、かかりつけ医、その他医療機関などのテクニカルな連携のあり方は当然、議論された。しかし最終的

に、連携を推進していくために、謙虚さや誠実さ、 感謝の気持ちに集約されていった。見えてくるのは 関わる人々の態度や姿勢の問題であって、この点 は、認知症に限らず、医療、子育て、介護予防など とも共通する地域づくりの重要性に通じるところで ある。(前田 隆浩 氏)

この報告に対して、会場から、国は認知症サポーターを一生懸命養成していて、認知症キャラバンなど関連するホームページを見ると、既に900万人以



上養成したと出ているが、それをどれくらい活用しているか、あるいはどれくらい役に立っているかを教えてほしいとコメントがあった。それに対して、第1分科会の講師である江田佳子氏よりコメントがあった。認知症サポーターは、認知症を理解したうえで活動が展開されているところであるが、実際何を取り組んでいるかということについては、例えば介護予防であったり、集いの場を設けたりなど、自治体ごとに展開が多様化しているようである。認知症をひとつのきっかけに、高齢者の分野は勿論のこと、子育てや障害者支援にまで認知症サポーターの活動の場が広がってきていると認識しているとのことであった。

加えて、全体会Iの講師である篠岡有雅氏より、コメントがあった。おそらくどの地域でも、

地域包括支援センターで認知症サポーターを養成し、活動にできるだけつなげていこうと努力されていると思う。現実には、認知症サポーター養成講座では、1時間半の講義を受ければサポーターになれるが、果たして、1時間半の講義を受けてオレンジリングを受け取れば活動につながっているのか、人数=活動になっているのかと問われれば答えが難しい所もあるだろう。まずは認知症のことを知ってもらうという点では一定の効果はあると思うが、支える側の活動につなげていくためには、まだまだ支援



が必要だろうと認識している。最後に、栃木県小山市の参加者から、認知症サポーターは小山市で既に1万人を超えていること、その活動の場として、いきいきふれあいセンターが市内に37か所あって、そこでレベルアップしたクラスを用意し、その修了者がさらに活動を広める役割を担う工夫をしているという紹介もあった。

〈第2分科会〉看取りと連携

中村伸一氏より、地域の診療所で経験する在宅看取りや施設看取りについて、多職種連携の困難事例を含めて現場の実情が提示された。続いて、遠山信幸氏から、分科会で挙がった、ホンモノの連携のためのキーワードが以下のように説明された。1点目は、要介護認定申請時のACP



(アドバンス・ケア・プランニング)、教育による全体の底上げが必要であるということである。 2点目は、看取りの時の不安を取り除く連携をしようということで、早めの病診、医介連携をするということ、シームレスの対応をするために普段から連携を進めるということ、また家族と共有した連携をし、多様性にも対応していこうということである。 3点目は、医師と他職種間の認識ギャップを埋めようということである。特に医師以外の職種の方から挙げられたのは、医師との間に看取りに関する認識の

ギャップを感じる、医師の理解不足を感じるという点で、そのギャップを埋めるために、コーディネーターの存在、仲介する人たちを育成し、信頼関係を醸成すること、何より限りない「いのち」を感じ合おうというメッセージがあった。4点目は、理解不足にならないように、できることはなんだろうかと、住民から住民への教育、意識を高めていこうとする努力、そして死や看取りがタブーでない社会にしようというメッセージが挙げられた。5点目は、サヨナラの準備のため、死や看取りをタブー視せずに、経験や知識や思いを共有しよう、コーディネートする窓口を設けよう、健康な時から思いを伝えあおうというメッセージがあった。6点目は、少し過激な表現だが、多職種の間の壁をぶっこわそうということが挙げられた。このように意識面、行動



面、教育面の多方向からキーワードが出てきた。全体のキーフレーズとしては、「動こう!気づこう、向き合おう!」である。行動面からは、日頃から早めのシームレスな連携、ACPを進めようということ、意識面からは、職種間、あるいは家族を含めた住民のお互いの想いに気づこうということ、啓発・教育面からは、目を背けず、サヨナラの時に向き合おうということをメッセージとして挙げたい。(遠山 信幸 氏)

報告を受けて、看取りの困難な事例は確かにあり、患者の希望に応えるという面はあっても、特に看取りの際には訪問診療や往診を含めて医療が必ず介在する点を軽視することはできないという意見があった。さらに、看取りの連携の実情には地域差があるので、全国的な情報を知ることや業種の壁を壊してつながっていくことが重要だという意見が挙がった。

〈第3分科会〉救急受診と連携

はじめに、青森県良医育成支援特別推進員の藤本幸男氏は議論で挙がった要点から連携のコツについて次のように述べた。救急医療を提供する側(供給側)と受ける側(需要側)との連携について、かかりつけ医とよく話すこと、症状が軽いときや夜間・担当者不在時も含めて予め対処方法を確認しておくということ、病院の役割、特に一次・二次・三次救急の機能の情報を住民も

知っておくべきであるということ、大病院でも夜間・休日に専門医がいるとは限らないこと、当直は夜勤ではないため病院を非難しないということ、日中に受診することを心掛けること、病院と住民が現状に関する意識を共有すること、電話相談を含めた窓口を複数化すること、救急車出動を安易に要請しないこと、あるいは有料化を検討してもよい可能性があるという話が出た。地域における救急医療機関の連携については、連携会議をもつ必要があること、救急医療体制を確立するためには住民との連携



も必要であること、顔の見える関係で、対話しながら住民にも当事者意識を持ってもらうという話が出た。救急医療機関と搬送側との連携、搬送体制については、公立病院と私立病院のどちらに搬送するのかという問題があるということ、救急搬送が行政単位で運営されていることから情報共有に問題があること、遠くへ搬送すると後が大変であることを認識すべきであること、搬送先の決定では患者の状態や病院の混み具合に関する情報システムの確立が求められるという話が出た。救急受診の後、急性期、慢性期、在宅への移行に関する連携については、入院した時点で退院支援を開始すべきであるということ、紹介先施設との事前カンファレンスを開催すること、情報共有のためのネットワークシステムが必要であること、住民・医療・介護・行政による顔が見える連携、ケアミックスを考慮した地域医療計画が必要であること、そもそもかかりつけ医や

後方病院が確保できない問題があるという話が出た。在宅からの救急受診時の連携については、訪問看護の利用をもっと進めるべきであるということ、予め最期のあり方について希望を確認しておくこと、家族などに患者自身の意向をはっきりと伝えておくこと、担当者不在時の対応を考えておく必要があるという話が出た。

ここから、連携を一歩進めるためのコツを導き出 した。まず、本当に必要な人が必要な医療を受けら れるように、病院 - 施設間、医療者間、医療者 - 行



政間、住民 - 医療者間、住民 - 行政間などが、各々の立場を思いやり、各々からの情報発信とその共有を心掛け、垣根のない話し合いから、各々の立場・役割を自覚しようということである。 (藤本 幸男 氏) 佐田尚宏氏より追加のコメントがあった。キーワードとして情報の発信と共有という点の重要性が高いと感じた。我々、医療関係者からすれば、医療資源が有限であること、医師の働き方を考えると、多くの病院で当直体制が綱渡り的であることは周知のことであると思う。一方で、こ



のような情報をなかなか発信できていないということが現在の問題点である。共有ということについては、行政が持っている情報と病院が持っている情報を融合させることができれば、もっと効率的に患者に対して対応できるのではないかという意見もあった。やはり情報の発信と共有が、医療を受ける側にとって重要なことと考えられる。(佐田 尚宏 氏)この報告を受けて、全体会 I の講演者である福田政憲氏からコメントがあった。情報の発信はできたとしても、情報の受け手側と共有するのは厄介なと

ころもある。延岡市の場合、一次救急を医師会が担っているが、24時間体制を週4日している。 仮に、まだ週4日しかできないがあと3日なんとか頑張りますと発信すると、受け取る住民側は もっと頑張ってほしいとしか言わない。何も危機感が生まれない。ところが、週4日できている が、医師の高齢化が進む現状を踏まえると、今の体制であと3日は難しいと言うと、住民はそこ で初めて危機意識を持つ。これで情報の共有ができてくる。つまり医療の供給側が現状を伝える 時に、情報を受け取る側である住民に現実味を含めて伝わるように意識しないといけない。

これを受けて佐田氏から発言があった。医療者側からできる事とできない事は明確に伝えなくてはならない、そうでなければ状況が正しく伝わらないこともある。今まで医療者はできないということを伝えづらい状況があった。厳しい現状でも患者が来てしまえば受けてしまう。この現状を我々はもっと発信していくべきなのだろう。

参加医師から、看取りの問題と関連付けて、救急で患者が亡くなられた際に警察が関与する場



合についてコメントがあった。看取りの医療に携わると、いかに医師と患者の信頼関係が重要かという点を我々は認識している。警察も、仕事として不審がないかを疑って見る。患者やご家族の人権を傷付けるような場合もある。医療と警察とでは、全く違う視点である。個人として警察に対応するのは難しい状況もあるので、こうした会議や学会などから警察側に実情を伝えることはできないものか。

これに対して佐田氏から発言があった。警察はた とえ100件に1件であっても不審なケースが含まれ

ているかもしれないと考えるだろう。法律上の問題も含まれるので、やはり医療者側と警察との情報共有も課題のひとつと考える。

徳島県の鎌村好孝氏から話題の提供があった。まだ全都道府県で対応しているわけではないが、内閣府を中心に、死因究明の検討会を設置して検討するようにという気運があるようだ。や

はり最期を迎える要因として、明確な自然死なのかそうではないのか、検討会が行政を含めて共 通認識を持つ場として機能すれば良いと考えている。

滋賀医科大学の参加医師から以下の発言があった。介護老人保健施設から救急要請があった場合に医師は普段から患者を診ているわけではないため、死亡診断ではなく死体検案になる。このとき事件性があるかどうかの判断は、医師ではなく警察の判断になる。医師側への関与が全くない中での救急対応ということになると、検死という形を取らざるを得ない。看取りをしたいのであれば、救急車を呼ぶのではなく、普段から診ている医師が対応するのが筋だろう。救急を呼ぶと蘇生を始める。これは避けられない医療の介入である。従って、日常的に関わる医療者の情報提供も大事だと考える。

これを受けて、参加者から横須賀での在宅医療委員会で行った調査の結果についての発言があった。 老人ホームでは、夜間の救急外来で死亡診断をすることがある。配置医師の問題で、昼は良いけれども夜は難しいということ、また老人ホームの中では健康保険に使用制限があり、一旦外に出て医療機関を受診すれば保険が適用されるという制度は見直しが必要なのではないか。在宅医のモチベーションを高めるような取り組みが必要と考える。



〈第4分科会〉地域医療・介護と連携

鎌村好孝氏は、住民、専門職、行政を含めた連携を実践している綾川町の取り組みを踏まえて、以下の課題が共有されたと述べた。住民への普及・啓発、情報共有、かかりつけ医と連携、訪問診療医の増加策、専門職間のギャップの埋め方などの課題である。(鎌村 好孝 氏)

自治医科大学看護学部長の春山早苗氏から、地域医療・介護の連携を一歩進めるために挙がった7つのコツについて話があった。1点目は、誰かに動いてもらう、誰かにどうにかしてもらうことを考える前に、皆それぞれが主体的に活動するということ。2点目は、お互いをよく知る、よく知ってもらうということ。これは専門職同士、あるいは専門職と住民という場合もあると思

うが、双方に関心を持って、お互いを知るという姿勢で臨むということ。3点目は、情報共有に役立つ、例えばシートのようなツールを効果的に作る、あるいは活用するということ。4点目は、情報提供と共有を積極的にするためにメディアを活用するということ。行政は、情報を正確に伝えることに主眼を置きがちで、読み手のことが考慮されていないことがあるが、その点ではプロであるメディアを活用して情報共有を図っていくということである。5点目は、ニーズをきちんと把握するということ。地域



の状況によってはニーズも異なってくるため、把握しようという姿勢が重要である。6点目は、

健康な時からの連携が必要であるということ。病気になって困った状況になって初めて対応に迫られ、パニック状況に陥ることがある。それを防ぐためにも、普段から知識を共有し、それに備えておくことが必要である。7点目は、住民の主体的な参加が必要であるということ。住民にその姿勢を持ってもらう試みが重要である。(春山 早苗 氏)

報告を受けて、宮崎県の金丸吉昌氏からコメントがあった。住民の主体的な参加なくして連携



は語れない。診る人、診られる人の相対的な関係を 超えなければ、連携が深まらない。当事者という言 葉も超えて一緒に動かなければ連携は難しい。具体 的にどのように動ければ良いのかの答えを出すのは 難しいことは分かっている。ひとつ良い例が、ジェ ネリックに関する情報の浸透や動きがある。ジェネ リックについては、しばらく低迷期があってなかな か浸透していかなかったのだが、あるときを境に ぐっと進んだ感がある。それが動き出したのは、政 府広報がメディアを通して繰り返し情報として届け

たということである。もうひとつは、都道府県や市町村で健康保険証の切り替えのときに、ジェネリックカードの情報が住民に伝わったということである。また診療報酬の中で、医療機関や薬局、あるいは行政にインセンティブが入っていった。これだけ幾重にも渡る層で動きがあって、住民に浸透していったということであるとのことであった。

参加医師から施設介護について発言があった。嘱託医がいるような高齢者施設で、看護師から、病気に関することや今後の経過など質問を受けることがある。それを答える関係性を作っていく過程で、看護師たちが自信を持って動くようになっていく姿を見ている。これが、例えば週に1回、いつも違う若い先生が来るだけで何も相談に乗ってくれないという場合に看護師の不満が高まってしまう。嘱託医の先生との連携の課題を経験的に感じているが、いかがだろうかとのことである。

第2分科会の講演者である中野 穣氏から発言があった。今、特別養護老人ホームは要介護度 3以上でないと入所できなくなり、平均年齢も上がっている。急変も頻繁にある。自分の施設で



は嘱託医の先生のバックアップ体制は整っているとしても、受診をするか、救急要請をするかを判断しなければならないことがやはり発生する。今後どのようにするのが良いのか。看取りを含めての看護師の専門性も問われているかもしれない。この点は、専門看護師の養成の課題として、ぜひともお願いしたいとのことであった。

中野氏の発言を受けて、自治医科大学看護師特定 行為研修センターの村上礼子氏からコメントがあっ た。施設や在宅などさまざまな所で、看護職が色々 なことを判断しなければならない場面が増えている。例えば病院に送るのか、そのまま様子をみるのか。特にかかりつけ医がいたとしても、そこに繋ぐまでの判断をしなければならない。ベテランの看護師が経験値で対応していた所もあるが、年齢層も高くなり、看護やケアだけに埋没す

るのではなく、治療的な臨床判断のできる看護師が 地域に育っていなくてはならない。特に看取りにつ いては、家族の意思も確認しながら、ご本人の今あ る生活状況をどう維持するのかを踏まえて、ケアと キュアを融合した能力を持って対応できる看護師を 育成していかなくてはならないとのことであった。

地域医療学センター長の松村氏から、追加のコメントがあった。「医師がかけている眼鏡、看護師がかけている眼鏡」という表現がある。つまり、同じ患者を診ていても、医師と看護師では視点が異なる



ということである。そこで、臨床推論など看護師育成の講義の機会では、医師の考え方、発想のフォーマットを伝えるようにしている。臨床の場で、看護師が医師に繋ぐときに、何をどのような言葉で伝えればうまく伝わるかを看護師と共有していくことが重要であるし、特に若手の看護師に問題意識として持たないと、なかなか解決されない課題であろうと思うとのことであった。

〈統括〉

全ての分科会の報告が終了した。ここで、地域医療学センター副センター長の小谷和彦氏から、全体会 I の演者の先生方のご講演を通して、また分科会でのディスカッションを通して、「ホンモノの連携」を一歩進めるためのキーワードが見えてきたのでないかとの話があった。実

行委員会の先生方でコメントがあれば追加をと提案 したところ、以下の発言があった。

看取りと救急がクロスするような話ができるとは 思わなかった。今度、ぜひ一緒に考える機会があっ ても良いかもしれない。(中村 伸一 氏)

連携を考える上で、3つのプレーヤーがいる。医療を提供する者、医療を受ける者、そして行政である。行政は、地域包括ケアを作って住民と連携を取りなさいと国からのメッセージを受けているだろう。行政は医療者とは政策を通じて連携を取ってい



るが、医療者とそれを受ける側との連携は直には取れていないのではないか。そこが看取りについても救急医療についても欠けている点であろう。医療者とそれを受ける側の直の連携が、どうすれば取れるのかを考えていくと、一歩前に進めるのではないか。(佐田 尚宏 氏)

続いて、オープンな形での意見交換に進んだ。以下のような意見が次々と挙がった。多職種間で、お互いに謙虚に思いやって向き合うことが重要ではないか。コミュニケーションでは次の機会を待つのではなく、今を逃さないことが必要だ。相手の立場を尊重して行動すること-このよ



うなスタンスを心のどこかに持っていないと、良い 連携ができないだろう。徳島県では地域包括ケアシ ステム学会を立ち上げたが、トップダウンではな く、一緒に主体的に動いているメンバーのボトム アップの会にしたところ、時間はかかったが強固な 関係ができた。地域連携のために住民への情報の発 信も始まっている。やはりキーとなる人がいる。あ きらめずにコツコツとやっていくことが大事であ る。いかに色々な人に関わってもらえるかー特に市 民参加がある場合、このきっかけづくりが難しく、

かつ肝要である。患者・家族には非日常のできごとが、医療者には日常であり、この連携間の思いのギャップを埋める方法にバーチャルリアリティの装置を使った体験方法がある(例えば、認知症の方の日常を疑似体験できるツールである)が、このような方法は、実体験が難しい現場、特に医療の世界を理解するためのツールとして期待できるのではないか。



こうした話を踏まえて、自治医科大学学長の永井 良三氏からコメントがあった。大変難しい問題に対 して、一定の方向性が見えてきたように思う。お互 いさまの社会、すなわち文化に入り込むことが医師 の守備範囲に入ってきたとすると、教育から作り替 えなくてはならない。学生教育だけではなく、生涯 教育の中で医療に携わる者は、文化を創らなくてな らない。自治医科大学の卒業生は、地域医療のリー ダーだけではなく、地域社会のリーダーになってほ しい。具体的にどうしたらよいのか、この答えを導

くのは容易ではない。地域によって医療文化が異なる。ひとつの例として、長野県は年を取ってもよく働き、医療費も安い。また多くの方が健康である。これはひとつの文化である。こうしたグッドプラクティスを見ながら地域ごとに取り組んでいく。最終的には、いかに生きていかに逝くか。快刀乱麻の解決策はないが、一生懸命取り組んでいれば見えてくるものがある。情報発信は良いが、どういう物語を作っていくか。ただ大変だと情報発信するのではなく、何をどう伝えるか。ナラティブベースな視点で、物語として何を伝えるかを工夫しなくてはならない。振り返ると、国民皆保険制度ができるまでは日本の医療は大変な状況だった。やっと行き渡った頃には、少子高齢化で新しい課題が生まれている。日本は、既存のシステムに手を加えて名人芸のように乗り越えようとするところがある。それはそれで大事だが、必要に応じて新しいツールを使えば良い。いかに生きるかいかに逝くか。費用面に目が行くが、活用できるお金は実はあって、

人材育成を含めて、有効活用の視点は必要である。世界の目標とする言葉に、持続可能な開発目

標(SDGs)がある。国連が2015年に全会一致で採択した言葉である。17のテーマがあり、健康的生活、衛生、平等、安全なども入ってくる。今日のテーマは、SDGsの絶好の根本的テーマになりうる。この点では、国際的なテーマでもある。

最後に、地域医療学センター長の松村氏から、このフォーラム全体を通してのまとめがあった。以下の提言である。



お互いを尊重し、なすべきことを考える 機能分化の時代におけるホンモノの'連携'を進めるには一

> みんなが主体的に、地域の思いと情報を共有し、 お互いに思いやる社会を目指して、垣根を越えよう

> > (文責)

地域医療フォーラム2017 ワーキンググループ

青山 泰子 小谷 和彦

地域医療フォーラム2017 提言

お互いを尊重し、なすべきことを考える 機能分化の時代におけるホンモノの '連携'を進めるには

みんなが主体的に、

地域の思いと情報を共有し、

お互いに思いやる社会を目指して、

垣根を越えよう

自 治 医 科 大 学 地域医療フォーラム実行委員会

地域医療フォーラム2017開催事務局 (自治医科大学地域医療学センター) (自治医科大学地域医療推進課)

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺3311-1 TEL 0285-58-7394 (地域医療学センター) 0285-58-7054 (地域医療推進課)