

はじめに

少子高齢化の進行に伴う本格的な人口減少社会が現実のものとなる中で、地方では雇用の安定や個人所得の緩やかな改善がみられ、地域経済の好循環に向けた動きが波及しつつある一方、地方公共団体を取り巻く環境の変化は厳しさを増しています。地方公共団体は、安心・安全の確保、地域産業の振興、地域の活性化、公共施設の維持管理等の複雑多様化する課題を地域の特性に即して解決していかなくてはなりません。

また、住民に身近な行政は、地方公共団体が自主的かつ主体的に取り組むとともに、地域住民が自らの判断と責任において地域の諸課題に取り組むことが重要となってきました。

このため、当機構では、地方公共団体が直面している諸課題を多角的・総合的に解決するため、個々の地方公共団体が抱える課題を取り上げ、当該地方公共団体と共同して、全国的な視点と地域の実情に即した視点の双方から問題を分析し、その解決方策の研究を実施しています。

本年度は8つのテーマを具体的に設定しており、本報告書は、そのうちの一つの成果を取りまとめたものです。

高齢化の急速な進展に伴う疾病構造の変化や患者のQOL（生活の質）の向上を重視した医療に対する期待の高まりにより在宅医療へのニーズが増加・多様化するなか、長岡市では、在宅医療に取り組む医療機関を更に増加させていくことが喫緊の課題となっています。さらに、高齢者は医療と介護の両方を必要とするケースが多いため、日常の療養支援、急変時の対応、退院支援、看取りなどの様々な局面において、医療と介護が連携を図っていくことも必要となっています。

本調査研究は、長岡市で地域包括ケアシステムの構築に携わる医療・介護関係者等による意見交換を通じて、在宅医療に取り組みやすい環境づくりについて、①訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携、②主治医・副主治医制の仕組みづくり、③多職種連携のための情報共有、④市民への効果的な周知方法の4つの視点から長岡市の今後の方向性を調査研究したものです。

本研究の企画及び実施に当たりましては、研究委員会の委員長及び委員をはじめ、関係者の方々から多くの御指導と御協力をいただきました。

また、本研究は、公益財団法人 地域社会振興財団の交付金を受けて、長岡市と当機構が共同で行ったものです。ここに謝意を表する次第です。

本報告書が広く地方公共団体の施策展開の一助となれば幸いです。

平成 28 年 3 月

一般財団法人 地方自治研究機構
理事長 山中 昭 栄

目 次

| | |
|-----------------------------|----|
| 序 章 調査の概要..... | 3 |
| 1 調査の目的..... | 3 |
| 2 調査内容..... | 3 |
| (1) 意見交換テーマ..... | 3 |
| (2) 地域カルテにおける調査項目..... | 4 |
| 3 調査体制及び調査のスケジュール..... | 5 |
| (1) 調査体制..... | 5 |
| (2) 委員会・意見交換会の実施状況..... | 5 |
| | |
| 第1章 委員会・意見交換会における審議の推移..... | 9 |
| 1 第1回委員会..... | 11 |
| (1) 概要..... | 11 |
| (2) 論点..... | 11 |
| (3) 資料..... | 11 |
| (4) 審議..... | 11 |
| (5) 委員の意見・要望・期待..... | 11 |
| 2 第1回意見交換会..... | 14 |
| (1) 概要..... | 14 |
| (2) 論点..... | 14 |
| (3) 資料..... | 14 |
| (4) 審議..... | 14 |
| 3 第2回意見交換会..... | 17 |
| (1) 概要..... | 17 |
| (2) 論点..... | 17 |
| (3) 資料..... | 17 |
| (4) 審議..... | 17 |
| 4 第3回意見交換会..... | 27 |
| (1) 概要..... | 27 |
| (2) 論点..... | 27 |
| (3) 資料..... | 27 |
| (4) 審議..... | 27 |
| 5 第2回委員会..... | 57 |
| (1) 概要..... | 57 |
| (2) 論点..... | 57 |
| (3) 資料..... | 57 |
| (4) 審議..... | 57 |

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----|
| 6 | 第4回意見交換会 | 64 |
| | (1) 概要 | 64 |
| | (2) 論点 | 64 |
| | (3) 資料 | 64 |
| | (4) 審議 | 64 |
| 7 | 第5回意見交換会 | 79 |
| | (1) 概要 | 79 |
| | (2) 論点 | 79 |
| | (3) 資料 | 79 |
| | (4) 審議 | 79 |
| 8 | 第6回意見交換会 | 93 |
| | (1) 概要 | 93 |
| | (2) 論点 | 93 |
| | (3) 資料 | 93 |
| | (4) 審議 | 93 |
| 9 | 第3回委員会 | 109 |
| | (1) 概要 | 109 |
| | (2) 論点 | 109 |
| | (3) 資料 | 109 |
| | (4) 審議 | 109 |
| 第2章 テーマ別の方向性 | | 115 |
| 1 | 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携 | 117 |
| 2 | 主治医・副主治医制の在り方 | 120 |
| 3 | 市民への周知・啓発の在り方 | 122 |
| 資料編 | | 125 |
| 1 | すこやか・ともしびまつりにおける市民アンケート調査結果 | 127 |
| | (1) アンケート調査の概要 | 127 |
| | (2) 集計結果 | 128 |
| 地域包括ケアシステムの推進 に向けた委員の意見 | | 139 |
| 委員名簿 | | 151 |
| 1 | 委員会 | 153 |
| 2 | 意見交換会 | 154 |

序 章 調査の概要

序 章 調査研究の概要

1 調査の目的

高齢化の急速な進展に伴う疾病構造の変化や患者のQOL（生活の質）の向上を重視した医療に対する期待の高まりにより、「病院で治す医療」から「地域で支える医療」へと、在宅医療のニーズが増加し多様化している。この増加・多様化しているニーズに応えるためには、在宅医療を推進していくことが喫緊の課題となっている。

長岡市には、24時間体制の「在宅療養支援診療所」が16か所あり、それ以外の一般の診療所等でも往診や訪問診療に取り組んでいるが、今後の高齢化の進展を考えると、必ずしも十分とは言えない状況であり、在宅医療に取り組む医療機関を増加させていくことが課題となっている。

また、高齢者は年齢を重ねるにつれ、医療と介護の両方を必要とするケースが多くなるため、医療と介護の連携は不可欠となっている。本人や家族の日々の生活を支える「日常の療養支援」、在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制や入院病床の確保などの「急変時の対応」、退院時における入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働によるカンファレンス実施などの「退院支援」、住み慣れた自宅や介護施設など本人や家族が望む場所での「看取り」など、様々な局面で医療と介護の連携が必要となっている。

このような状況を踏まえ、訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携の在り方、主治医・副主治医制の仕組みづくり、多職種連携のための情報共有、市民への効果的な周知方法等、在宅医療に取り組みやすい環境づくりについて調査研究することを目的とするものである。

2 調査内容

長岡市の地域包括ケアシステムの構築に携わる医療関係者、介護関係者等による意見交換を通じて、互いの業務内容や課題について理解を深め合いながら、訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携の在り方、主治医・副主治医制の仕組みづくり、多職種連携のための情報共有、市民への効果的な周知方法等についての今後の方向性を取りまとめた。

(1) 意見交換テーマ

- 1 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携
- 2 主治医・副主治医制の仕組みづくり
- 3 多職種連携のための情報共有
- 4 市民への効果的な周知方法

(2) 地域カルテにおける調査項目

地域包括ケアシステム構築のための基礎資料として、長岡市の 16 地域別に医療・介護等の状況や特徴を分かりやすく把握するため、「地域カルテ」として、次の項目について整理した。

なお、本調査における「地域」とは、旧長岡市内の 6 つの地域包括支援センターの管轄である 6 地区（①包括なかじま、②包括けさじろ、③包括ふそき、④包括みやうち、⑤包括まきやま、⑥包括しながおか）及び 10 の旧町村（⑦中之島、⑧越路、⑨三島、⑩山古志、⑪小国、⑫和島、⑬寺泊、⑭栃尾、⑮与板、⑯川口）からなる 16 の地域を意味する。

1 地域の概要

- ① 地勢・歴史等
- ② 人口等
- ③ 地域の特徴と資源
- ④ NPO 活動等

2 介護の状況

- ① 年齢コーホート別要介護認定者数、要介護認定者数予想、要介護認定率
- ② 介護サービス別需要率
- ③ 介護保険サービス事業所一覧
- ④ 高齢者福祉施設（介護保険サービス事業所以外）
- ⑤ 地区を担当する地域包括支援センター

3 医療の状況

- ① 各医療機関の所在地、電話番号、病床数
- ② 歯科診療機関の所在地、電話番号
- ③ 保険薬局の所在地、電話番号
- ④ 訪問看護ステーションの所在地、電話番号
医療・介護施設のプロット図
- ⑤ 各医療機関の在宅医療の実施状況
医療機関往診可能範囲
- ⑥ 在宅医療提供地域
- ⑦ 各医療機関の連携機関数
- ⑧ 医療サービス別需要率

4 介護・医療の需給状況

- ① 介護・医療サービス別需給ギャップ
- ② 高齢者・要介護者数と介護・医療サービス需要数の現状と推計
- ③ 介護・医療サービス需給ギャップ（8分野別レーダーチャート）

巻末資料

- 1 長岡市需給ギャップ時系列分析（2014年、2020年、2025年、2035年）
- 2 医療機関の往診可能範囲（長岡市全域）
- 3 高齢者施設・サービス等の概要

3 調査体制及び調査のスケジュール

(1) 調査体制

①実施主体

本調査研究は、新潟県長岡市と一般財団法人地方自治研究機構の共同事業として実施した。

②実施体制

本調査研究では、医師会・介護支援専門員協議会等の地元関係者、行政関係者等で組織する「在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究委員会」（以下「委員会」という。）を設置し、調査方法や調査結果の分析などについて、様々な観点から議論を行いながら、調査研究を実施した。

また、委員会の下に、実務者による「意見交換会」を設置し、在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する意見交換を行った。

この委員会及び意見交換会の下に、長岡市、一般財団法人地方自治研究機構（調査研究部）及び基礎調査機関である株式会社日本アプライドリサーチ研究所で構成する事務局を設置し、委員会での審議に必要な資料の収集及び各種調査研究を実施した。

(2) 委員会・意見交換会の実施状況

本調査研究は、次のとおり、年度内に3回の委員会と6回の意見交換会を開催した。

●平成27年4月28日（火） 第1回委員会審議事項

- ・調査研究企画書（案）
- ・委員の意見・要望・期待

●平成27年5月29日（金） 第1回意見交換会審議事項

- ・関心のある意見交換テーマ
 - ①訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携
 - ②主治医・副主治医制の仕組みづくり
 - ③多職種連携のための情報共有の方法
 - ④市民への効果的な周知方法

●平成27年6月26日（金） 第2回意見交換会審議事項

- ・訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
- ・主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）

●平成27年8月5日（水） 第3回意見交換会審議事項

- ・訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
- ・主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）
 - 事例 長岡市医師会「在宅ケア連携医療機関ネットワーク」
 - 事例 京都府乙訓地域「チームドクターファイブ」

●平成 27 年 8 月 27 日（木） 第 2 回委員会審議事項

- ・意見交換会の報告
 - 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
 - 主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）
 - 事例 長岡市医師会「在宅ケア連携医療機関ネットワーク」
 - 事例 京都府乙訓地域「チームドクターファイブ」
- ・すこやか・ともしびまつり 2015 における市民アンケート調査の実施について

●平成 27 年 9 月 29 日（火） 第 4 回意見交換会審議事項

- ・多職種連携のための情報共有（テーマ③）
 - 事例 「小国・栃尾地域モデル事業の成果と課題」
 - 事例 「こぶし園の成果と課題」
- ・市民への効果的な周知方法（テーマ④）
 - すこやか・ともしびまつり 2015 市民アンケート調査

●平成 27 年 10 月 22 日（木） 第 5 回意見交換会審議事項

- ・市民への効果的な周知方法（テーマ④）
- ・意見交換 3 テーマの方向性
 - 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
 - 主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）
 - 市民への効果的な周知方法（テーマ④）
- ・地域カルテ補充に関するアンケート調査の実施について

●平成 27 年 11 月 18 日（水） 第 6 回意見交換会審議事項

- ・意見交換 3 テーマの方向性
 - 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
 - 主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）
 - 市民への効果的な周知方法（テーマ④）
- ・地域包括ケアシステムへの期待と課題
- ・地域カルテ（包括なかじま・寺泊）

●平成 27 年 12 月 17 日（木） 第 3 回委員会審議事項

- ・意見交換会の報告
 - 多職種連携のための情報共有（テーマ③）
 - 市民への効果的な周知方法（テーマ④）
 - すこやかともしびまつり 2015 市民アンケート調査結果
- ・意見交換 3 テーマの方向性
- ・報告書構成案
 - 第 1 分冊 委員会・意見交換会編
 - 第 2 分冊 地域カルテ編（包括なかじま・寺泊）

長岡市 在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究企画書

【調査目的】

長岡市では、24時間体制の「在宅医療支援診療所」が16か所あり、一般診療所等においても在宅診療や訪問診療に取り組んでいるが、高齢化や疾病構造の変化、患者のQOL（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まりにより、「病院で治す医療」から「地域で支える医療」へと在宅医療のニーズが増加・多様化している状況を見据えると、決して十分とはいえない状況である。

また、高齢者は年齢を重ねるにつれ、医療と介護の双方を必要とすることが多く、本人や家族の日々の生活を支える「日常の療養支援」、在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制や入院病床の確保などの「急変時の対応」、退院時における入院医療機関と在宅医療に關わる機関との協働によるカンファレンス実施などの「退院支援」、住み慣れた自宅や介護施設など本人や家族が望む場所での「看取り」など、様々な局面で医療と介護の連携が必要になっている。

そこで、医療機関が在宅医療に対して感じている負担感や障害の解決方法、及び医療・介護連携の仕組みづくりを調査研究することにより、在宅医療に取り組みやすい環境づくりに資することを目的とするものである。

1 アンケート調査

(平成26年度実施調査)

- 1 高齢者施設向け
- 2 地域活動登録歯科衛生士向け
- 3 リハビリテーション専門職向け
- 4 管理栄養士向け

2 需給ギャップ時系列分析

(平成26年度実施調査の追加調査)

- 1 2014年
- 2 **2020年**
- 3 2025年
- 4 **2035年**

※2035年以降の後期高齢者の増加を踏まえ、需給ギャップの推計状況を確認する。

3 地域カルテ充実

(平成26年度実施調査の追加調査)

- 1 公的資料
- 2 医師会からの情報
- 3 歯科医師会からの情報
- 4 訪問看護ステーションからの情報
- 5 ケアマネ協議会からの情報

※委員会・意見交換会を通じて地域別の情報収集に努めることとする。

5 意見交換会

5-1 連携

訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携

■実施スケジュール

4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

第1回委員会

第2回委員会

第3回委員会

第1回意見交換会 第2回意見交換会 第3回意見交換会

第4回意見交換会 第5回意見交換会 第6回意見交換会

5-2 主治医・副主治医

主治医・副主治医の仕組みづくり

5-3 情報共有

多職種連携のための情報共有

5-4 周知方法

市民への効果的な周知方法

4 市区町村の取組事例調査

■調査候補事例(例示)

- 1 柏市
- 2 和光市
- 3 尾道市
- 4 名張市
- 5 朝来市

■調査方法

- 1 文献調査
- 2 現地調査
- 3 担当者招聘による説明会開催

※調査事例及び調査方法ともに、テーマ毎に、委員会・意見交換会で決定する。

通期で複数案を検討する

利用者の視点を確認する

6 地域包括ケアシステムの方向性

- 1 意見交換会で提案された委員会で承認された複数の方向性を列挙する形式で掲載する。
- 2 各方向性については、**長岡市が導入するに際してのメリットとデメリット**を列挙する。

在宅医療を推進するための
4つのテーマに関する検討資料

第 1 章 委員会・意見交換会における審議の推移

第1章 委員会・意見交換会における審議の推移

本調査は、地域包括ケアシステムに関する4つのテーマ（訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携、主治医・副主治医制の仕組みづくり、多職種連携のための情報共有の方法、市民への効果的な周知方法）について計6回の意見交換会を開催し、審議の結果を委員会に報告して承認を得るという形で進めた。それらの審議の推移は、次のとおりである。

1 第1回委員会

(1) 概要

事務局から調査研究企画書（案）の説明があった後、審議を行い、各委員から本調査研究に対する意見・要望・期待について自由に意見を得た。

(2) 論点

- ・ 調査研究企画書（案）
- ・ 委員の意見・要望・期待

(3) 資料

資料1 調査研究企画書

(4) 審議

事務局から調査研究企画書（案）について説明があった後、審議を行い、承認された。

(5) 委員の意見・要望・期待

資料1及び委員の意見・要望・期待についての主な発言は次のとおりである。

長岡市 在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究企画書

【調査目的】

長岡市では、24時間体制の「在宅療養支援診療所」が16か所あり、一般診療所等においても往診・訪問診療に取り組んでいるが、高齢化や疾病構造の変化、患者のQOL（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まりにより、「病院で治す医療」から「地域で支える医療」へと在宅医療のニーズが増加・多様化している状況を見据えると、決して十分とはいえない状況である。

また、高齢者は年齢を重ねるにつれ、医療と介護の双方を必要とすることが多く、本人や家族の日々の生活を支える「日常の療養支援」、在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制や入院病床の確保などの「急変時の対応」、通院時における入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働によるカンファレンス実施などの「通院支援」、住み慣れた自宅や介護施設など本人や家族が望む場所での「看取り」など、様々な局面で医療と介護の連携が必要になっている。

そこで、医療機関が在宅医療に対して感じている負担感や障害の解決方法、及び医療・介護連携の仕組みづくりを調査研究することにより、在宅医療に取り組みやすい環境づくりに資することを目的とするものである。

1 アンケート調査

(平成26年度実施調査)

- 1 高齢者施設向け
- 2 地域活動登録歯科衛生士向け
- 3 リハビリテーション専門職向け
- 4 管理栄養士向け

2 需給ギャップ時系列分析

(平成26年度実施調査の追加調査)

- 1 2014年
- 2 **2020年**
- 3 2025年
- 4 **2035年**

※2035年以降の後期高齢者の増加を踏まえ、需給ギャップの推計状況を確認する。

3 地域カルテ充実

(平成26年度実施調査の追加調査)

- 1 公的資料
- 2 医師会からの情報
- 3 歯科医師会からの情報
- 4 訪問看護ステーションからの情報
- 5 ケアマネ協議会からの情報

※委員会・意見交換会を通じて地域別の情報収集に努めることとする。

5 意見交換会

5-1 連携

訪問看護ステーション・病院・かかりつけ 医の連携

■実施スケジュール

4月 第1回委員会
5月 第1回意見交換会
6月 第2回意見交換会
7月 第3回意見交換会
8月 第2回委員会
9月 第4回意見交換会
10月 第5回意見交換会
11月 第6回意見交換会
12月 第3回委員会

5-2 主治医・副主治医

主治医・副主治医体制の仕組みづくり

5-3 情報共有

多職種連携のための情報共有

5-4 周知方法

市民への効果的な周知方法

通期で複数案を検討する

利用者の視点を確認する

4 市区町村の取組事例調査

■調査候補事例(例示)

- 1 柏市
- 2 和光市
- 3 尾道市
- 4 名張市
- 5 朝来市

■調査方法

- 1 文献調査
- 2 現地調査
- 3 担当者招聘による説明会開催

※調査事例及び調査方法ともに、テーマ毎に、委員会・意見交換会で決定する。

6 地域包括ケアシステムの方向性

- 1 意見交換会で提案され委員会承認された**複数の方向性**を**列挙する形式**で掲載する。
- 2 各方向性については、**長岡市が導入するに際してのメリットとデメリット**を列挙する。

在宅医療を推進するための
4つのテーマに関する検討資料

■委員の意見・要望・期待

- ・用語をしっかりと理解したいので、解説をそれぞれの専門職にお願いしたい。現場の意見を聞き、細かい情報も突き合わせないと現状は分からない。
 - 用語が分からないところが非常に多い。
- ・住民にとっては、目の前に迫った問題である。より具体的に住民の視点に立ち、対策が目に見えて出てくるような調査が行われることを期待している。
- ・意見交換会で様々な職種の現場の声が抽出できるので、活用できるデータとなると思う。周知方法に関して、いろいろな方法があるので、上手く活用して、市民の方たちにより周知できればいいと思う。
- ・高齢者施設のうち、法律上医師を配置しなければならないところとそうでないところなどが分かると面白い。サービスの需給ギャップには地域差があるので、地域の中の話が活きてくるといいと思う。
- ・在宅医の意見を聞いてもらい、若い人が少しでも興味を持つように誘いながら、現状を把握するだけではなく、周りからもっと人を集めるような対策を練る必要があると思う。
- ・サービスの利用しやすさには、実際には地域差があると思う。
- ・長岡市としてどのような対策を取っていくかを考える必要がある。周知に関しては、段階を踏んで周知していく必要があると思う。在宅医療や地域包括ケアということが住民にどれくらい浸透しているのか分からないので、病院祭などでアンケートを行って情報を得たり、アンケートの内容をよく考えてまとめあげれば有効な情報が得られるのではないかと思う。連携している職種について具体的な理解がないのが現状だ。お互いの仕事を分かってもらいと、気安く頼めるようになると思う。
- ・意見交換会を進めていく中で、地域のケアマネジャーや医師、いろいろな関係者から今現在の現場の実情を伺い、話し合える機会を持って進めていけると有り難い。旧長岡市と寺泊や栃尾では、かなり現状の違いが出ると思う。全体として考えるなかでも、地域ごとの課題と現状を把握し、考えて進めていく必要がある。
- ・地域包括支援センターでは、今年度地域資源について調査したいといった意見が出ている。平成16年から地域連携会議においていろいろな地域の有力者たちを集め、自分たちの地域では何が足りないか、どう対処していくかということを考えている。そういう機会を通して周知をするが、自分の身に迫らないと、いくら普及させようとしても普及しないのが現実である。しかし、根気強くいろいろな方法で周知するしかないと思う。
- ・地域包括支援センターでも、それぞれ地域の特徴があるので、それを活かせるような資料ができたらいいいと思う。
- ・地域包括ケアシステムに向けた仕組み作りということで、長岡市の取組は非常に先進的なものだと思う。県内の市町村でも同じ課題を抱えている。他の市町村の手本となるようなモデル的な調査をされているので、こういった取組もいろいろなところで紹介しながら普及させてほしい。
- ・今年度予定しているように、意見交換会を何度も行って細かいところをつめていかないと、なかなかまとまらないのではないかと感じた。調査結果を将来活かしていけるような展開を期待している。

2 第1回意見交換会

(1) 概要

事務局から調査研究企画書に基づく意見交換会の趣旨について説明があった後、4つの意見交換テーマのうち各委員が興味を持つテーマについて自由に意見を述べた。

(2) 論点

関心のある意見交換テーマ

- ・ 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
- ・ 主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）
- ・ 多職種連携のための情報共有の方法（テーマ③）
- ・ 市民への効果的な周知方法（テーマ④）

(3) 資料

資料1 調査研究企画書（第1回委員会資料参照）

(4) 審議

関心のある意見交換テーマ

4つの意見交換テーマのうち、各委員が興味を持つテーマについて、自由に意見を述べた。各委員の関心のあるテーマは次のとおりである。

■興味のあるテーマの内容

- ・ <②主治医・副主治医>同じエリアの連携は可能だが、長岡市内でも地域差がある。栃尾地区では、夜間は医師がおらず、在宅を行う医師も高齢化しているし、訪問看護も少ない。これまで在宅や訪問看護に力を入れていた医療機関が閉鎖されるかもしれない状況で、もし訪問看護ステーションも1か所となれば、全てをカバーできないという課題が残る。
- ・ <②主治医・副主治医>主治医・副主治医という問題は、外来中心の医師が、いかに在宅医療で主治医としてやっていけるかを考えることだ。「在宅医療は24時間365日に対応しなければならない」という方向性がプレッシャーとなり、「できない」となりがちだ。しかし、自分の地域で見ている患者は、自分が主治医であるべきだ。診療所でも在宅でも、継続性がなければいけない。これをバックアップするために、副主治医が在宅療養支援診療所の診療範囲16kmに対応し、主治医は日中や平日だけ在宅医療を行うというのも可能なのではないか。夜間等は、例えば長岡市医師会が副主治医のシステムを作り対応するとよい。数名の医師が副主治医として長岡市をカバーするうちに、主治医が在宅医療に慣れると、今度は副主治医もできるようになり、主治医・副主治医が成り立っていくと思う。副主治医は地域の当直医という考えで、外来中心の医師が、気軽に当たり前のように在宅医療を実施できるという観点で考えると、副主治医の役割が見えてくると思う。
- ・ <①連携>自分の地域では、かかりつけ医と訪問看護ステーションとの連携はできていると思う。自分がそれまで診ていなかった患者の往診を頼まれるとき、患者が入院していた病院から連絡が

ある場合、訪問看護ステーションから連絡がある場合、家族から直接依頼される場合など、異なる形で連絡が来ている。柏市の柏地域医療連携センターのような地域医療拠点が立ち上がれば、ここが中核となってスムーズに話が進むのではないかと思う。

- ・ <④周知方法> 患者や家族の立場に立って考えてみる必要がある。患者や家族にとっては、直接かかりつけの医師から「支える」という明確な言葉をもらえると大きな支えとなり、在宅医療の受け入れができていくのではないか。患者にとって医師の言葉は絶大だ。医師から積極的に話をすることが必要だが、地域の身近な医師が講演などをする機会があれば啓発にもなるし、患者や家族の心構えもできる。
- ・ <④周知方法> 退院調整において、入院を機に、在宅では面倒をみられないと家族から言われることがある。在宅医からも、退院後に「なぜこのような状態で退院させたのか」と言われることもあるし、ケアマネジャーからも「この状態では在宅で看られない」と言われることもある。患者がどのような状態でも家で看られる、又はこうすれば家で看ることができるという啓発活動が必要だ。病院としても啓発に関わっていきたい。
- ・ <①連携> 往診の医師を決める際、かかりつけ医がいる場合は問題ないが、いない場合はどのルートで医師に連絡するか地域によって異なるし、在宅は無理だ、と断られるときもある。どうすればスムーズに地域に帰れるか、退院時に双方の調整ができるといいと思う。
- ・ <③情報共有> 病院と関わりの薄い診療所の医師から患者を入院させたいと打診を受けたとき、患者の情報が分からずに誘導しにくいことがある。情報共有の仕組みとして、患者の基本情報が容易に入手できる仕組みがあれば、医師との情報共有もスムーズに行えるようになる。主治医・副主治医のテーマにもなるが、地域医療では診療所と病院のつながりが大事だ。病院は副主治医となることもある。情報共有の仕組みがあれば上手くいくと思う。
- ・ <③情報共有> 退院前カンファレンスを行う際、病院、家族、介護サービス事業所のそれぞれで考え方に温度差がある。これらが「見える化」されるとよい。在宅医がカンファレンスに参加することもあるが、開業医は忙しいものと躊躇するため声をかけづらく、ケアマネジャーを通じての依頼となることも多い。
- ・ <③情報共有> 自分が担当している訪問看護ステーションでは、各機関との連携なしではやっていけないものなので、情報共有を挙げる。他職種との情報共有において、例えば看護と介護、医師と介護では共通言語がなく、情報を出し合っても同じレベルで共有しづらいので、基準があるとよいと思う。
- ・ <③情報共有> 自分は、退院前カンファレンスにケアマネジャーと訪問看護の立場で参加するが、それぞれの立場で同じレベルで理解を深めにくいと思う。病院と在宅では「生活」に対する考えも違う。病院は治療するところであるが、患者にとって大切なのは生活だ。医師がカンファレンスに参加することはほとんどない。また、介護保険に対する知識も不足している。医師が介護保険を知らないと、どのようにサービスを進めればよいか分からない。全体的には情報共有はできているように見えるが、細かい部分では足りていない。長い在宅生活を支えるためにも情報共有は必要だ。この問題を解決すれば、主治医・副主治医の負担の問題も軽減できると思う。
- ・ <③情報共有><①連携><④周知方法> いろいろな会議に ICT を利用して効率化すべきである。在宅医療と生活を支えるサービスがセットでなければ支えられない。各機関との連携については、連絡だけでなく他職種の人たちのサービスが、在宅を支える要である。地域包括ケアシ

テムを実現するには、市民に対して、「死に方」についての意識を変えるための周知が必要だ。在宅で死ぬことや尊厳死について考えてもらいたい。

- ・ <③情報共有>在宅と医療に温度差がある。介護と医療の問題もある。医師に在宅の様子をどのように伝えるか、また、病院での様子を知ることにも必要だ。横須賀の「よこすかエチケット集」の例もあるが、カンファレンスのツールがあると認識を共有しやすい。
- ・ <④周知方法>情報共有の問題は医師同士の問題と捉えがちだが、看護と介護の間のことでもある。在宅医療に携わるシステムは、障がい者を支えるシステムと捉え、たまたま障がい者が病気を持ったから医師が入るということだ。基本的には、看護と介護と患者家族の間の問題だと感じる。自分が考える大事なことは、市民への周知だ。地域包括ケアシステムを熟知させることである。介護保険の知識のことにも必要だ。長岡には3病院を背景に、他とは違う医療体系がある。長岡市民がこれをどう活用するか、他よりもずっと良いということも含めて、市民にどのように周知するか。病院や市や外来医師が周知する、コミュニティで行う方法もある。ICTを使うことは個人情報に関わるが、市民の理解と本人の同意があれば全病院で利用できる。周知が早く行われれば、うまく行くと思う。
- ・ <②主治医・副主治医>看取るための副主治医ということを補足したい。「看取り隊」として主治医のほかに副主治医がいれば、亡くなった後に救急に連絡したために結果として事件になるのではなく、自然な看取りができるのではないか。

3 第2回意見交換会

(1) 概要

第1回意見交換会終了後、第2回意見交換会に向けて、意見交換会の各委員から「アイデアシート」により意見を求めた。これを基に事務局が論点を整理して説明した後、「訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携」及び「主治医・副主治医制の仕組みづくり」について意見交換を行った。

(2) 論点

- ・訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
- ・主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）

(3) 資料

- 資料1 第1回アイデア総括シート（テーマ①）
- 資料2 第1回アイデア総括シート（テーマ②）

(4) 審議

訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）

事務局から、「資料1 第1回アイデア総括シート（テーマ①）」について説明を行った後、意見交換を行った。

資料1及びその後の意見交換の内容は次のとおりである。

テーマ① 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携

1 現状／課題であると感じていること

- **在宅医に関する情報が少なく、在宅医への依頼方法も場当たりのためである。**
 - かかりつけ医への往診の依頼方法が、病院からの電話、訪問看護からの電話、患者家族からの電話等、様々である。
 - 在宅医に関する情報が少ない上に、管理しているところもない。
- **かかりつけ医は、外来診察時間外の病院には連絡しにくい。**
 - かかりつけ医が、病院に外来診察時間外に連絡する場合、連絡がとりづらい。救急車を呼んで搬送した方が効率的だと感じることもさえる。
 - 診療時間外における連携が難しい。
- **「24時間365日」体制の確保が困難である。**
 - かかりつけ医が在宅医療に取り組む場合、急変時の対応等、24時間体制の確保が高いハードルになっていると思う。
- **コミュニケーションを苦手としている医師も多い。**
 - 病院の医師は、面識のない在宅医に依頼することに抵抗を感じ、病院の看護師は、在宅医とのコミュニケーションが苦手なことが多い。
 - 病院の医師は、そもそも院外の多職種との連携が苦手と思われる。
- **退院前カンファレンスにおける調整(連携)が不十分なケースも多い。**
 - 退院前カンファレンスにおいて、病院の医師と在宅医が情報交換や意見交換できるようにする必要がある。
 - 退院調整が十分でなく、在宅で、どこまでの医療行為を継続していく必要があるのか関係者の理解が得られていないケースが多い。
 - 関係者間で、共通のゴールが設定されていないケースも多い。
 - 栄養管理について、方針や具体的な指示もない場合もある。
- **長岡市の優れた救急当番病院の輪番制が悪用されている面もあると思う。**
 - 死亡確認だけの搬送も多いのではないかとと思われる。
- **訪問看護ステーションに関する課題がある**
 - 訪問看護ステーションは、横のつながりが弱く、訪問看護を通して地域全体の医療・看護を行うという意識が低いように思われる。
 - 訪問看護ステーションは、効率的な訪問看護業務ができていない。
 - 在宅医療における訪問看護の重要性が理解されていないように思われる。特に、入院中の患者が退院する際に、訪問看護の必要性が理解されていない。地域全体の訪問看護ステーションの看護レベルに差がある。
 - 訪問看護は主治医の指示に従う医療行為の補助というイメージが強いが、主治医と対等な立場であればこそ病院やかかりつけ医と連携がとれるのではないかと。

2 これから／原因や改善策

- **在宅医療に関する情報を一元的に管理する機能が必要である。**
 - 在宅医療を管理するセンターを設置して情報を一元管理する。
 - 患者に関する情報は、現在構築中の ICT システムで共有する。
- **連絡に関するルール作り(連絡体制)が必要である。**
 - 直接当直医に連絡する必要のないような連携体制の構築を病院側に望む。
 - 面識やコネの有無に依存しない連絡方法が必要である。
- **急変時や救急外来で、訪問看護の状況が把握できる仕組みが必要である。**
 - 救急外来で、訪問看護の医療の有無、治療方針等が分かるような仕組みが必要。
- **多職種との交流の機会や講習会の開催が必要である。**
 - 病院の医師が、院外の多職種との交流を増やす機会を設ける。
 - 病院の医師が在宅医や訪問看護師と一緒に患者宅を訪問するような研修を行う。
- **退院前カンファレンスで関係者が合意できる仕組みづくりが必要である。**
 - 在宅で必要な医療行為やゴールについて関係者の理解が得られる仕組みを作る。
 - 病院は、退院後に訪問看護が必要になる可能性のある高齢患者を把握する。
- **訪問看護ステーションの統合を図り、担当地区や患者の割振りを明確にする。**
 - 訪問看護ステーションを統合して、(仮称)「長岡訪問看護ステーション協会」を組織し、地域全体を各訪問看護ステーションで分担するシステムを作る。
 - 訪問看護ステーションは地域の特徴を活かしながらも訪問看護の質は維持する。
 - 患者の割振りや運営支援は、長岡市医師会における(仮称)「長岡市在宅医療連携センター」が連携して行う。
 - 主治医は、訪問看護業務の特徴を活かしながらも訪問看護の質は維持する。
 - 一部の専門分野・得意分野(小児在宅や精神在宅等)以外は、基本的に担当地区が決められ、各訪問看護ステーションが担当する。
 - 病院・かかりつけ医との患者ごとの実際の連携は、「ICT を用いた情報共有システム」を通して随時行う。
 - 患者の居住する地域で訪問看護ステーションを決めることができる。

■意見交換の内容

多職種連携の仕組みづくり

- ・ 「24 時間 365 日」の体制の困難さをどうやって解決するかが問題だ。また、人と人とのコミュニケーションも難しく、病院に電話をするのは、昼間も夜もハードルが高い。長岡の3病院の輪番システムを上手に利用していくということが医師会の発想である。
- ・ センターやネットワークが主治医を推薦するのは難しい。主治医ありきで周りがどうフォローしていくか。また、病院から病院の外へというところでハードルがある。病院の医師は病院の外のこと（医師、訪問看護）が分からないので、垣根を取り払うようなコミュニケーションを作っていかなければならない。
- ・ 訪問看護ステーションは横のつながりが薄い。
- ・ 地域全体の訪問看護ステーションの看護レベルに開きがあるのは気になる。地域包括ケアシステムの中で在宅患者を支えるためには地域でレベル差があってはならない。
- ・ 多職種連携の仕組みづくりに関しては、最初からがちがちにしないで、緩々とやっていく中で、システムとして自分たちで作ら上げた方がいいのではないか。
- ・ 連携の中にケアマネジャーが入っていないが、大事な位置だと思う。
 - 連携の要はケアマネジャーだ。
 - 介護保険の場合もケアマネジャーのマネジメントが必須である。

病院と主治医の連携

- ・ 在宅医を決めるときに病診から紹介状をファックスしたりするが、在宅医が病院に対して思うのと同様に、病院もどの時間に連絡すればいいかなどと思っている。
- ・ 連携や交流の重要性は分かるが、長岡赤十字病院だけでも150人近い医師がいるため顔の見える関係を作るのも難しい。どこが窓口となるかということもあると思う。
- ・ 病院の主治医の声が聞こえてこない。しかし、直接会って話してみると非常に簡単に話が通じ合えることがある。直接主治医と話す機会があれば在宅医も安心できる。病院に返さなくてはいけなくなったときにも話ができるといいと思う。知らないで電話しづらい。
 - 私は病院の医師と普段特にコミュニケーションを取っていないが、現状では困っていない。救急搬送も含めて、病院へ患者を紹介する必要があるとしても、患者の状況や紹介理由、紹介状をファックスすることを連絡すれば十分だ。
 - 自分は気遣うので、大分違う。
- ・ 病院側から元の主治医に戻る率はどれぐらいか。
 - 率は出していないが、基本的に帰れる人は在宅や通院に戻る。しかし、「在宅若しくは家では診られないから施設」という場合も多い。「在宅でも診られますよ」という在宅医の比率が増えてこない、そもそも主治医に在宅をお願いするという話にはならない。
- ・ 自分が紹介した患者が返ってくる分にはなるべく診るようにしているが、いきなりHOT（在宅酸素療法）などの患者が増えてしまっても困る面もある。
- ・ 紹介元の医師に返すのは大丈夫だと思うが、例えば在宅医はいるが紹介状がなく救急搬送されて在宅酸素などになったりすると、元の在宅医にも受けてもらえないことがある。

- ▶ 主治医みんなが受ければそれで済むことだ。元の主治医が受けたくない率が減っていくことが重要だ。技術的なものはハードルとして余り高くない。なぜ断らざるを得ないかということを理解してフォローしていくと、主治医が受ける率が高くなり、地域の中での主治医というものが確立できるのではないか。
- ・ 現場で勉強する機会などが主治医に必要だ。
 - ▶ 患者がいて、自分のやるべき技術的なものが後からついてくることは結構ある。
- ・ 一気に難しいが、徐々に在宅を行う医師が増えていけばいい。また、病院の中と外とのコミュニケーションについては、顔を知っていた方が楽な気もする。訪問看護への退院時のミーティングも行った方が患者と病院、主治医の間で築かれたゴールや目的が引き継がれてうまくいくのではないか。また、看護同士あるいは医師同士のコミュニケーションの機会があってもいいのではないかと思う。

退院前カンファレンス

- ・ 退院前カンファレンスは最近多くなってきた。
- ・ 退院前カンファレンスのとき、訪問看護が入るのであれば看護師には来てもらっているが、病院の医師はほとんど出る機会がない。
 - ▶ 病院の医師はお願いしても忙しいということで出ないことがある。
- ・ 外来のある診療所の医師が病院に行くのは時間的に難しいと思うが、カンファレンスに出てみるといろいろな情報が得られる。ケアマネジャーは自分の患者が入院したら病院に押しかける権利があるので、是非押しかけてほしい。
- ・ 24 時間 365 日という意味では、訪問看護の働きはすごく大きな意味を持っているので、そこが軸にならざるを得ない部分もあるだろう。

主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）

次に、事務局から「資料2 第1回アイデア総括シート（テーマ②）」について説明を行った後、意見交換を行った。

資料2及びその後の意見交換の内容は次のとおりである。

テーマ② 主治医・副主治医制の仕組みづくり

1 現状／課題であると感じていること

- **在宅主治医・副主治医の数が少ない。**
 - 今までほとんど独りで24時間こなしてきたことを思うと、副主治医にそれほど大きな負担があるとは思えない。多くの医師に在宅に参加していただきたい。
 - 開業医間で在宅医療に対する温度差が非常に大きい。
 - 受け持つ在宅患者数が多い、施設嘱託医や警察医をしているため時間的拘束が多い等の理由で、副主治医を引き受けてくれる人がなかなか見つからない。
- **医療資源の多寡に地域差がある。**
 - 医療資源の乏しい地域では医師の負担が大きく、在宅医療／主治医・副主治医となることに消極的になるおそれがある。
- **「24時間365日」への対応が困難である。**
 - 在宅医療では24時間365日の患者への対応が必要であるが、外来診療を中心とした一般の診療所では外来診療中の緊急対応や夜間休日、看取り等の際に主治医の対応が困難な場合が多い。
 - 「24時間365日」の対応ができないために在宅医療を避けざるを得ない医師もあり、これが在宅医療を推進する妨げになっている。
- **副主治医の不在により、安らかな看取りが失われてしまう。**
 - 容体急変時や看取りにおいて主治医と連絡が取れない場合、家族が救急車を呼ぶことになったり、患者が亡くなってしまったために救急搬送されずに検死となってしまうことがあり、安らかな看取りが失われてしまう。
- **副主治医の必要性が患者や患者家族に周知されていない。**
 - 訪問診療を希望される患者・家族に説明しても、往診してくださる医師は1人で良いとする人が多く、なかなか実現しない。

2 これから／原因や改善策

- **在宅医療を行う医師を増やす。**
 - かなりの確率で依頼を受けられるスーパー副主治医の設定。在宅医療のバリエーションの研修をすることで、副主治医としての登録医を増やすシステム作り。
 - 多くの開業医が在宅患者を持つ。
 - 外来診療を中心とする主治医であっても副主治医がいることで、負担なく在宅患者を受け持つことができる在宅医療のシステム作りが必要である。
- **医療資源の豊富な地区の医師が副主治医となる。**
 - 医療資源の乏しい地域の医師が積極的に在宅医療に取り組むため、医療資源の豊富な地区の医師が副主治医となる。

● 副主治医との協力による「24時間365日」の対応

➤ 在宅主治医・在宅副主治医の役割を定める。

- ◇ 在宅患者の日常の健康管理を、責任を持って行うのが在宅主治医である。
- ◇ 24時間365日の患者への対応責任を全て主治医が持つのではなく、副主治医も担うことができるシステムを作る。
- ◇ 在宅副主治医は、地域における在宅医療の当直医である。

➤ 在宅主治医の決定方法を定める。

- ◇ かかりつけ医は患者に対して、「終身主治医」であり、患者に在宅医療が必要となった場合、そのまま在宅主治医となる。
- ◇ かかりつけ医がいない患者については、患者の居住する地域ごとにあらかじめ担当する医師が決められた担当医が在宅主治医となる。
- ◇ 在宅医療が必要になった場合、全ての患者に在宅主治医が自動的に決定することになり、改めて在宅主治医を探す必要がなくなる。

● 特定の医師に負担のかからない方法を探る。

➤ エリアでチーム制にする。

- ◇ 主治医：かかりつけ医（新規であれば、家族の望む医師とする。）
- ◇ 副主治医：包括支援センター単位（又は、川西・川東等広域で調整）

➤ 地域別担当者の設置（越路・和島・寺泊・小国・栃尾地区等）

➤ 在宅医や訪問看護を紹介する拠点（センター）を医師会に作る。

- ◇ 他職種で利用可能な状況を共有する。
- ◇ 往診してくれる医師・歯科医師／訪問看護ステーション
- ◇ 栄養指導してくれる栄養士／リハビリしてくれる事業所
- ◇ ケアマネジャーの空き状況／小規模等の空き状況 等、情報を集約できる所

● 長岡版の「チームドクターファイブ」を作る。

- 長岡市医師会の約80の診療所の全てが「在宅療養支援診療所」となり、近隣の5つの診療所で在宅医療チームを組む。
- 月曜日から金曜日まで担当する曜日を決め、担当の曜日は、他の主治医の副主治医として「地域の当直医」の役割を果たす。土日（及び休日）は輪番制として、順番に担当する。

● 「看取り」を行う医師のシステム作りを行う。

- 高齢あるいは介護保険利用の全ての患者について、全て主治医の連絡先とともに、第2の連絡先（長岡市医師会が責任を持つ「長岡市医師会スーパー副主治医」あるいは「長岡市医師会看取り隊」等）の連絡先を患者家族に提示する。
- 長岡市医師会の「在宅ケア連携医療機関ネットワーク」のような輪番制ネットワークを構築し、主治医不在時等に他の在宅医が協力してカバーする。

● 地域住民への意識啓発

- 地域住民の意識変容も大切と考える（病院志向から在宅医療へと）。

■意見交換の内容

主治医と副主治医の関係

- ・メンバーが固定されたチームドクターファイブと、医師資源の豊富なところから少ないところに飛び出していくということを両立するためには緩やかな連携が必要である。長岡の場合は、栃尾地区、小国地区、和島、川口などに町中から飛び出していく人がいなければならない。まずやってみたらというのが私の意見だ。最初からがっちり決めると動きづらい。
- ・例えば平日の月～金曜日、午前9時～午後5時の在宅主治医であったとしても、99%は主治医だけで何とかなる。実際に副主治医の対応が必要になるのは1%もないのではないか。やってみると副主治医は実はそんなに大したことはなく、医師が対応しなくてもいいことも多いと思う。訪問看護で対応できることは訪問看護でやってもらう形にできれば、更に副主治医の負担が減る。
- ・当初は広域の副主治医制を敷いて、最終的には訪問看護も主治医も副主治医も比較的狭い地域（例えば中学校区域1つか2つ）の中で連携してやっていくとなると、患者も医師の顔が分かるようになっていいと思う。
- ・まず副主治医制というものをスタートさせることが大切だ。主治医が広がらない限り副主治医はできない。主治医が99%きちんとやっていたら、残りの1%を副主治医でなんとかできる。、長岡市全域で全ての主治医が負担無く在宅医療ができる、地域外の副主治医を含めたシステムを早く作ることが緊急の課題だと思う。一番心配なのは、看取りの機会が失われてしまうことである。
- ・こういうシステムがうまくいくコツみたいなものは何だと思うか。
 - 最初からがちがちと決めるよりは、有志による緩いつながりが徐々に広がっていく中で出てきた問題点を整理し、長岡方式が決まっていくのがいいと感じる。
- ・長岡は2代目、3代目の医師が多いが、誰に頼むこともなく独りで看取りをやっていた親の背中を見て育ち、自分自身もできている。だから、副主治医にお世話になる機会はそんなに多くはない。

病院との連携

- ・特に病院の医師との連携は難しい。訪問看護と在宅医は割と連携が取りやすいが、病院との連携は難しい。病院の勤務医制では何年か働いて異動があるのも多少弊害となっているように思う。
- ・病院で最も在宅医療や在宅介護に理解がないのは、病院の医師と看護師だとアンケートで出ていた。
- ・地域自体が1つの病棟のようなイメージで、地域を全体で診るという意識がとても大事だと思う。長岡の地域ごとにモデル的にやっていけば、遠い地域に出払ってもできると思う。そのためには意識の共有と情報共有が必要である。情報共有のICTの活用というのは今後されていくと思う。
- ・過去の長岡市医師会による取組の欠点をしっかりと補強して拡大し、モデルを作っていく。枠を超えた連携が必要だ。
- ・訪問看護同士の連携は県訪問看護ステーション協議会ができて、それほどぎくしゃくしている感じには見えていないのだが、そういうものは差があるのか。
 - それぞれの法人枠が越えられない部分はあるが、看護師自身が協議会を通してやっていくの

は今後期待できると思う。

- ▶ 長岡市でも訪問看護ステーション連絡会が今年から再開した。
- ・ 病院の看護師、特に若い人たちと話をしていると、患者が退院、転院することがゴールみたいになっている。
- ・ 病院の人に、もっと在宅でできるということを勉強していただきたい。
- ・ 家族は帰りたと言っているのに、病院の医師や病棟の看護師長が退院できないと言ったため帰ってこられないケースがあり、驚いた。
- ・ 病棟の看護師が在宅医療や訪問看護の経験を積んでもらえれば、病棟の看護にもフィードバックでき、地域全体の医療が良くなると思う。

病院の医師との連携について

- ・ 開業医が病院の医師と連絡がしづらいというのがよく伝わった。病院の中ですら、ソーシャルワーカーが何か相談するときをお願いしづらいということもよくある。
- ・ カンファレンスに個人開業医が出るときは病院の医師も出るという仕組みを作ってしまうのもいいのではないか。
- ・ 圏域会議をやったときに、病院の主治医を始め、訪問看護、いろいろなスタッフ、ヘルパー、ケアマネジャーも含めた情報共有ができて感激した。
- ・ 医師と話すと、主治医・副主治医というのをまだ分かっておらず、抵抗がある。モデルチームを作って活動状況等を教えてくれると、参加してもいいと思う医師が徐々に出てくるのではないか。
- ・ 温度差が問題だと思う。嫌々在宅をやっている人と熱意溢れている人がいて、全くやらない医師を引っ張り込むというのは相当大変だ。

専門医との連携

- ・ 他地域の医師会の活動の中で、専門医との連携について意見が挙げられているが、眼科や耳鼻科など在宅に縁のない医師の扱いを今後どうしていくのか。
 - ▶ 長崎在宅 Dr. ネットがそういうシステムである。耳鼻科や皮膚科などサポートをする専門医のグループを作っている。専門医も在宅で診るという経験を積んでいくことで在宅医療への理解が深まっていくと思う。
- ・ 専門医にしても、知らない人には頼みづらい。知っている人になら頼みやすいので、連携やコミュニケーションのシステムづくりが必要ではないか。
- ・ 病診連携室を通さず、知っている医師同士で直接電話をすることもよくあるが、不慣れな医師は入りづらいので、システムとしてできるといい。
 - ▶ 病院の医師ではなく、開業医のシステムになる。各専門医が必要とされる場面を知らせて関わってもらえるのも一つかもしれない。

看取りについて

- ・ 開業医もかなり忙しく、診察時間、急変時の対応や看取りの対応といったケースもある中で、連携にどう対応するのか。現実的に厳しい部分もあると思うが。

- ▶ 私の医院はもともと予約制ではないので、患者は待たされることもあるという前提で来ているから、急変して呼ばれたらすぐ行く。しかし、診療時間以外に呼ばれることが多く、そんなに回数も多くない。
- ▶ 看取りの方は亡くなくても待っていてもらえるが、急変の場合は救急車を呼んで病院に行ってもらっている。
- ▶ 基本的には老衰看取りが主体なので、外来の合間を縫って行って看取りをするだけだから、そんなに時間はかからない。具合が悪そうだという場合は、すぐに行けないので訪問看護にまず行ってもらって、診た方がいいか、救急搬送の方がいいか判断してもらうことが主体だ。
- ▶ 家族が動揺していて行かなくては駄目と思えば、外来を中断して行って、自分が救急隊を呼んで病院に連絡して段取りをとることもあれば、診察室で済ませて病診連携室に連絡を入れることもある。また、看取りの場合は少し待ってもらうなどケース・バイ・ケースだ。
- ・ 訪問看護師に看取りを依頼したところ、できないと言われたので外出先から帰ってきたことがある。本来は診察後 24 時間以内に亡くなるということが前提で診ていた場合は、死亡確認は行かなくてもできる。そういったことも訪問看護の看護師や特養の看護師にも一度は経験してもらいたい。
 - ▶ 将来的にはできると思う。医師が行かなくてもできるシステムがたくさんある。
- ・ 家族が望むところもあり、医療提供側の思いもある。主治医・副主治医制という名前だけ独り歩きしないで、いろいろなバリエーションがあるのだというところで進めていきたい。
- ・ 看取りから副主治医制をスタートすれば、死亡確認のための搬送もなくなってくる。“長岡チームドクターファイブ”として、副主治医制として看取り隊を作れたらいい。
 - ▶ 在宅で看取りを行う医師はたくさんいる。その医師たち皆が副主治医になってくれればいいと思う。
- ・ 年間 300 人近い検死があり、その 7 割が実は病死である。本当に検死が必要だった不審死は 90 人ぐらいしかない。その 200 人近くの不要な検死による警察医への負担がなくなるといいのではないかと思う。
- ・ 副主治医として初めての患者を診るときには不安があるが、副主治医の後ろには必ず主治医がいる。副主治医は独りで診ているのではなく、主治医が後ろにいるから安心して診られると考えるといいのではないか。
- ・ 伝えるべき情報が副主治医と共有できていればできるのではないか。そのための ICT でありたいと思う。使う機会は少ないと思うが、情報共有のためには大事である。

4 第3回意見交換会

(1) 概要

第2回意見交換会終了後、第3回意見交換会に向けて、意見交換会の各委員から「アイデアシート」により意見を求めた。これを基に事務局が論点を整理して説明した後、「訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携」及び「主治医・副主治医制の仕組みづくり」について意見交換を行った。

(2) 論点

- ・訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）
- ・主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）

(3) 資料

- 資料1 第2回アイデア総括シート（テーマ①）
- 資料2 第2回アイデア総括シート（テーマ②）

(4) 審議

訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携（テーマ①）

事務局から、「資料1 第2回アイデア総括シート（テーマ①）」について説明を行った後、意見交換を行った。

資料1及びその後の意見交換の内容は次のとおりである。

テーマ① 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携

1 連絡方法についてのルール作りについて

- **余り決め事は最初に作いたくない。**
 - 人によってルールが違うので、事例の中で学んでいくしかない。
 - 常識外の人にはルールが必要と思う。
 - 横須賀の事例はごく当たり前のことである。
- **必要ない。**
 - ICT、タブレットと携帯電話で十分である。
- **必要である。**
 - 在宅支援センター(仮称)なる病院、開業医、訪問看護、介護関連事業所、さらに、将来は患者、家族からの相談を引き受ける窓口を設け、病院から在宅医(その逆)、介護関連への連絡、患者からの相談等(在宅医を探すなど)中継業務を行う。
 - 情報が1か所に集約され、支援センターを拠点に様々なネットワークが広がることで自然とルールが構築されるのではないか。
 - 支援センターには多くの医療情報(個々の在宅医の治療可能な領域 Ex、在宅酸素、呼吸器管理、在宅点滴、気管切開処置など、往診可能な地域)が集まることで、在宅医の選定もスムーズに行われると思う。
 - 連携窓口の明確化は必要であり、事業所ごとにまとめてもらうのがいいと思う。
- **ルールは必要であり、次の方法を提案する。**
 - 医療機関マップを作成し(既存の物の活用可)、その中に連絡方法(事前予約の可否、TEL、FAX、曜日や時間帯の指定等があれば記入する欄)を設ける。
 - 連絡する際に簡単な書式(何を目的に連絡したのか内容の項目事項)があると良い。
 - 良いルールがあれば、連携が加速する。
 - 次のようなルールはどうか。
 - ①主治医は外さない。
 - ②ケアマネジャーが中心となり、全ての事業者の情報提供及び意見提出の呼びかけを行い、その結果を送付する。
 - ③緊急性がなければ、原則としてメールやファックスで情報交換する。
 - ④退院前カンファレンスの実施と連絡方法を定める。
- **医師間の連携ルールを作る必要がある。**
 - 一番連携できにくいのが医師間であるため、医師間の連携ルールを作りたい。
 - ただし、病院の医師については個々違うので、100人以上いる医師の統一を図ることは大変な作業で、医師以外の職種が間に入って調整というのは一層大変である。
 - 医師会経由で各病院に問いかけて、医師・医師間の連携がどうするとスムーズなのか検討してほしい。

- **各事業所で担当者不在時の対応を決めることが必要である。**
 - 担当者不在のことが多く、何度か連絡をしなければならぬことが多々ある。連絡している側は用件を整理し、どうしてほしいかを伝える。また、各事業所で担当者不在時の対応を決める。
- **時間のルールはあってもいいと思う。**
 - 多忙の状況下の中で不在であったりする機会が多いので、ケアマネジャータイムのような時間のルールはあって良いと思う。
 - 連絡時間が一定であれば、その時間に調整が可能となると考える。電話、FAX、メール確認もその時間を決めておくことで、多少タイムラグの解消にもなると思う。
- **ある程度のルールは必要、特に病院の医師に連絡をとる際の枠組みは有効。**
 - ある程度のルールは必要。特に医師（病院の）に連絡をとりたいときは枠組みがあると、連絡しやすい。
 - しかし、ルールができたからといって、「連携できるか」というと、それは別問題だと思う。一番の問題は、医師がどうしたら、「気持ちよく対応して下さるか」ということだと思う。
- **ルール作成はコミュニケーションの壁を低くすることにつながるが、ルールに合わせた対応ができるかは不明である。**
 - 一定のルール作成により「コミュニケーションの壁を低くする」ことにつながると思う。
 - しかし、かかりつけ医・病院・ステーションともにそれぞれに事情もあり、必ずルールに合わせた対応ができるか不明である。

2 多職種連携推進のためのエチケット集について

- **あった方がよい。**
 - 柏モデルを参考にすればよい。
- **必要ない。**
 - 病院医師、開業医、看護師間での言葉の問題は余りないと感じている。
- **必要である。**
 - 医師間の調整エチケットも載るとありがたい。
 - 病院の場合は、病院独特のルールがある。在宅では、事業所ごとに状況別で、最低限必要な事項をピックアップしてもらいまとめる。
 - 立場や役割を理解し、相手に合わせた言語表現が必要と思われるため、エチケット集は必要と考える。
 - 「よこすかエチケット集」を参考に長岡版をワーキングチームで作成してはどうか。それぞれの立ち位置によって考え方が異なるため、関係者のレベルアップや今後、連携をとる際に活用することで業務の効率化が図られると思う。
 - エチケット集は、連携を深める上で必要である。
 - まず、「よこすかエチケット集」を学んで、長岡バージョンを作成してみてはどうか。
- **大まかなエチケットはあってよいと思う。**
 - それぞれが自分の立場でこうしてほしいというものを出し合って、それをまとめて行く方法はどうか。

- **エチケット集はあってもいいが、現実的には窓口が一か所決まっていると良い。**
 - 内容的には、極当たり前のような気がする。しかし、これを有効活用するためにどうしたら良いのか？
 - 作ったからといって、浸透するまでには時間がかかりそうだ。あっても良いとは思いますが、現実的には窓口が一か所決まっていると良いと思う。
 - 特に病院関係は内部の職員全てが窓口のことを知っていることが必要である。
 - そして、ある程度の権限を持ち、他職種連携のために活動することを期待される人であることが重要であると思う。
- **ルールより、緩やかに受け取れるエチケット集の方が受け入れやすい。**
 - きっちりとしたルールより、緩やかに受け取れる「エチケット集」の方が受け入れやすく、スタッフにも啓発しやすい。

3 退院前カンファレンスの在り方について

- **情報の共有と治療の限界を示すことが大切である。**
 - 病院主治医、訪問看護、在宅主治医、本人、家族のゴールを同じところに置くために情報の共有と、治療の限界を示すことが大切である。
 - そのためには医師がこの種の話し合いに参加できるスキルを身につける必要がある。
 - こんなことは外ではできないと思っているので、病院主治医の教育が大切である。病院の看護師も外の実情を学ぶ機会があるとよい。
- **退院前カンファレンスには出席したことがない。**
 - 退院患者について、時間的に余裕がある時はケアマネジャーが病院と診療所の間に入って了解をとる。
 - 急いで退院するケースでは、退院する前に家族が来院して、医師と話し合い退院後の予定を決める。
 - キャパシティの問題もあり、新患での訪問診療は受けていないので、この方法で、特にトラブルなく、うまくいっている。
- **特に、顔の見える関係は必要ないのではないか。**
 - 別に顔のみえる関係がなくても診療に困らないという意見は今までの常識を 180 度くつがえす貴重な意見と思えた。
 - ただし、全く医師を知らないとうまくないので、例えば医師会納涼会等、大きな会には出席して顔を覚えてもらえばよいのではと考える。
- **医師の意識改革が必要かもしれない。**
 - 介護の話となると、足が遠のいてしまう。医師の意識改革が必要なかもしれない。
 - PC 環境がこれだけ広がっているわけだから、ネット通信を利用したグループ会議で、個々のオフィスから参加するのはどうか？
- **関連する職種が一同に会してカンファレンスできれば良いと考えるが。**
 - 退院前カンファレンスの参加者は、本人家族、ケアマネジャー、訪問看護、サービス業者、病棟看護師、退院調整看護師や医療ソーシャルワーカー（MSW）等が参加している。参加依頼は、患者家族は病棟看護師が、ケアマネジャーとの調整は退院調整看護師が、サービス業者はケアマネジャーが対応していることが多い。

- 主治医が病状説明をする場合はカンファレンスにも参加してもらっているがその頻度は少ない。在宅医が新たに決まった場合はその医師にも参加を依頼している。在宅の主治医が参加する場合は、院内の主治医にも参加を再度依頼をしている。他に透析室看護師や外来看護師、認定看護師なども必要に応じて依頼している。
- 病院内で行う場合は院内職員が進行役を務めることがほとんどだが、サービス調整については在宅での状況を理解しているケアマネジャーに依頼した方が良いと考えている。ただし、新規の場合は難しいが。
- **カンファレンスで出た課題をどうサポートするか、互いに歩み寄る姿勢が欲しい。**
 - 在宅サービス提供側の不安や、受け入れに際してあらかじめできない対応（葛藤している部分）・できる対応をカンファレンスの場で話してもらえると良い。
 - カンファレンス後に「できない。在宅ではフォローが厳しい」とだけ言われることもある。カンファレンスで出た課題をどうサポートするか、お互い歩み寄る姿勢が欲しい。
- **退院前カンファレンスは、早期の開催が必要である。**
 - 実施時期が遅く、退院直前のことが多い。退院時指導の補足や変更があっても、退院までにマスターすることができず、利用者や介護者は、退院後に不安が増したり、混乱したりしてしまう。また、衛生材料や薬剤が介入前に切れてしまう事態もある。その結果、契約前に電話相談や対応をしなければならないため早期の開催を望む。
- **退院の方向が見えた時点でカンファレンスを開いてはどうか。**
 - 退院日が急に決まりあわただしく準備をすることが多々ある。状态的に退院の方向が見えた時点で退院日が未定でも事前にカンファレンスを開いてはどうか。
 - 医療依存度が高く病状不安定なケースでは、家族への病状説明の際にケアマネジャーにも声がかかったことがあった。早めに医療関係者や家族と話し合うことで在宅への準備がスムーズにできた。病状の変化や注意点等具体的にイメージでき、お互い（医師、ケアマネジャー、家族の関係良好で同じ方向に向かう支援ができた）に家族の不安も解消され、現状としっかり向き合うことができた。
- **退院前カンファレンスの現状と改善点について、次のように考える。**
 - 現状について
 - ①退院前カンファレンスは行われているが、必要な全てのケースではない。
 - ②適切な退院前カンファレンスが行われれば、患者の退院後の療養がかなり順調に開始できる。
 - ③カンファレンスの申し送りが、専門職種同士でなく、専門職種から患者・家族への一方的な伝達だけであることがある。
 - 改善点について
 - ①多職種が連携を必要とし、実際に退院前カンファレンスが実施されなければ、適切な在宅への移行、施設への移行はできないことを自覚する。
 - ②退院前カンファレンスは、たとえ簡単に短くとも全例で実施する。
 - ③在宅主治医にも必ず声をかけ、出席できない場合は、ケアマネジャーがどんな情報が必要かをあらかじめ聞いておき、代弁する。
 - ④病院における主治医、看護・リハビリ・栄養等全ての申し送りを1対1で行う。
すなわち、病院主治医から在宅主治医へ、病棟看護師から訪問看護師へ、病院リハビリテーションから訪問リハビリテーションへ、病院管理栄養士から在宅での管理栄養士へ等専

門職種同士の申し送りでなければならない。

- **医療機関と在宅サービスで必要と感じている情報が全く異なることが問題。**

- 医療機関は治療をする場所なので、現状が改善されていけば退院になることも多い。しかし、在宅では安全に暮らせることが大事なわけで、「生活をする人」という共通認識を持たないといけない。
- そのためには、横須賀市の「退院前カンファレンスシート」のようなものがあると、事前に情報を収集でき、時間短縮ができて良いと思う。
- 大事なのは、入院中の生活がそのまま、在宅生活に…ということはあるにないということ！シート中の「2. 入院中のADLとケア」については、在宅に帰った時にどんなふうアレンジが必要か、「⑨の介護方法の内容と計画」は「退院時指導内容」なので、なぜその方法を選択したのか根拠も欲しい。

- **退院前カンファレンスは、改善を検討中である。**

- 対応や時間的にも十分に対応しているとは言えず、改善を検討している。
- ただし、カンファレンス開催のために退院の時期を遅らせる等の対応が難しいことも現実的にはある。

4 多職種間のコミュニケーションの壁を低くする方法について

- **かなり低くなっているが、介護と医師の壁は高い。**

- かなり低くなっていると思うが、介護と医師の間の壁は高い。知識レベルに差があることが要因だと思う。
- ケアマネジャーにも個人差が大きいと思う。
- 全体のスキルアップが欠かせない。事例の検討が重ねられれば確実に壁は低くなると思う。

- **特に対応しなくていい。**

- 無理して壁を低くしようとすると在宅医療が難しくなるので、今までのやり方で十分な気がする。

- **在宅医療支援センター(仮称)が仲介役になればいい。**

- 在宅医療支援センター(仮称)が仲介役となれば、面識のない病院の医師、開業医間のコミュニケーションも取りやすいかと思う。コメディカルスタッフと医師間の連絡も同様である。

- **顔の見える関係作りが大切である。**

- 関わる時間を作ることだと思う。

- **交換研修があると良い。**

- 相互理解ができていないのが一番の原因と思う。交換研修があると良い。

- **関係性の構築を図ることが大切である。**

- 多職種合同での研修会、会議や懇親会等で顔見知りになるなど、関係性の構築を図ることが大切だと思う。

- **コミュニケーションの目的や必要性を専門職が自覚することが大切である。**

- 誰のための連携で、何のためにコミュニケーションが必要なのかを各専門職個人が自覚することが大前提と考える。コミュニケーションの壁を低くする努力が必要と思う。

- **病院、開業医の窓口の在り方や交流会の開催を提案する。**

- 病院では今後も医療連携室や担当看護師を窓口にしていく。

- 開業医では連絡する際の窓口（例えば医師以外でもキーパーソンになる看護師）や時間帯、方法（事前 TEL、FAX）など医院の情報や同意をあらかじめ得ておく。
- 要点をついた聞き方の研修や統一様式があると良い。
- 「地域別多職種連携の交流会」を実施し、互いの仕事や顔の見える関係づくり（飲み会も含め）をする。その後研修など発展できれば良い。
- **意識改革とコミュニケーションの壁の究明が必要である。**
 - ICT を活用した連携が望まれる。
 - 患者のため、利用者のためと、必要事項は必ず情報交換する意識を持つ。
 - コミュニケーションの壁が何なのかを解明する必要がある。
- **医師からの呼びかけによる交流会の開催がよい。**
 - 医師との壁を特に感じていることが多いと思うので、医師からの呼びかけによる交流会の開催が良いと思われる。
 - 交流を通して、顔の見える交流を重ねることでコミュニケーションが取り易くなると思う。
 - 安易に馴れ合うというのではなく、市民のために在宅医療を支えるという目的意識の中で、互いを尊重し合う関係が作られることが望まれる。
- **医師との連絡、特に大きな病院の医師との連絡が問題である。**
 - とにかく、医師との連絡が一番ネックだと思う。特に大きな病院が問題である。
 - 忙しくて、連絡がとれないのは仕方がないので、やはり「窓口」を決めることが重要ではないか。
 - 壁を低くする方法は、自分たちが勉強して、きちんと知りたい情報を得るための交渉ができることだろうと思う。
- **ルールブックではなく、エチケット集の方が受け入れやすい。**
 - ルールブックではなく、各施設の事情を加味したエチケット集の方が受け入れやすい。

5 訪問看護ステーションの連携の在り方について

- **顔の見える関係が大切である。**
 - タブレット、メールがあるが、緊急時は基本電話で、顔の見える関係が大切と思う。
 - 将来的に訪問看護の需給がどうなっていくのか知りたい。増やしていく必要があるのなら、今から準備しないとイケない。
- **顔の見える関係ができています。**
 - 当診療所と訪問看護ステーション間の連携に限っていえば、連携する訪問看護も2か所に限られているので、顔のみえる関係もできています。
 - タブレットで患者登録しているが、急ぎ及び重要な案件は電話連絡している。
- **訪問看護ステーション間の横の連絡が疎になっている。**
 - 訪問看護ステーションと医師間の連携はうまくいっているが、訪問看護ステーション間での横の連絡が疎になっていると思う。
 - 常時、全ての患者情報が閲覧できる状態も問題であるため、緊急時だけ、支援センターから情報をもらうようなシステム作りが必要ではないか。
- **訪問看護師は、病院の壁をさほど高いとは思っていないと思う。**
 - 訪問看護師は病院の壁はさほど高くないと感じていると思う。

- 病院（病棟看護師）の提供の仕方の問題もあると思うが、退院前の1回のカンファレンスでは情報不足と感じているのではないか。
- **事例を挙げて、分かりやすい料金の提示をお願いしたい。**
 - 病院側は訪問看護がフォローしてもらえると非常に安心だが、料金が発生することで導入を拒む患者・家族もいる。事例を挙げて、どの程度費用がかかるかなど、分かりやすい料金提示をお願いしたい。
- **訪問看護ステーション連絡会議の定例化を図る。**
 - 訪問看護ステーション連絡会議を定例化し、情報交換及び検討の場とする。
- **訪問看護ステーション間の意識を共有していくことが重要である。**
 - 頻回な顔合わせやコミュニケーションによる意識の共有が大切であるが、中々難しく時間を要すると思う。
- **訪問看護ステーションの在り方について、次のように考える。**
 - 地域における訪問看護ステーションは、競合というより連携・統合するべきである。
 - 地域のなかで互いに看護技術を高めあい、どの訪問看護ステーションに依頼しても同じ看護が受けられるようにすることが重要である。患者は、居住地によって、在宅主治医も、訪問看護も決められ、どこであっても同じような在宅医療が受けられる方が良い。主治医や訪問看護ステーションによって受けられる在宅医療に格差があってはならない。
 - 場合によっては、患者を居住地近くの訪問看護ステーションへトレードすることも含めて、運営をやりやすくする努力が必要である。
- **訪問看護ステーションの連携の必要性と現実の問題点を知りたい。**
 - 訪問看護ステーション間の連携がないことで、どんな場面で困ることがあるのか、また連携してほしいと感じているのか、を聞きたい。
 - 訪問看護ステーションは皆、所属している法人も違い、お互い、ライバルという意識があるのだと思う。
 - しかし、その意識が強すぎることで、利用者に不利益が生じることがあってはいけないと感じる。
- **訪問看護ステーションとの連携においてもコミュニケーション上のエチケットは必要である。**
 - 地域、在宅においてステーションの情報、指摘、ネットワークは、在宅療養を行う上で不可欠である。
 - 他方、家族、ケアマネジャー、医師、病院看護師それぞれの事情もあるため、双方のコミュニケーション上のエチケットも必要である。

6 その他

- **「在宅医療はできる」と言う考え方の研修が必要である。**
 - 本人や在宅医療の覚悟のある家族に対しては、関係者が連携を取って支援していく体制づくりを構築する。そのためにも関係者や地域住民の考え方を変えていくことも必要である。
- **病院の若い医師が在宅医療を学ぶ機会を設けてはどうか。**
 - 病院の若い医師を在宅医の往診時に同行する機会を設けてはどうか。

■意見交換の内容

連携におけるルールづくりについて

- ・ 「連絡方法のルールが必要」とあるが、どことどのルールか具体例がないと分かりづらいと思う。医師と医師、医師と病院、医師と看護師、医師と介護士など、連携に関する具体例があれば示してほしい。
 - 事務局：横須賀の例では、それぞれの場面でルールあるいはエチケットがあった。多職種連携を図る場合、連絡について少し問題があるように思ったので、ルールづくりについて皆さんの考えをお聞きした。その中では、医師間と介護・医師間の連携が難しいという意見があったので、ルールづくりについて方向性が出ればまとめていきたい。
 - 連携における連絡方法の具体例について、疑問に思っていることを論じていかないと分かりづらい。
- ・ 病院に連絡しても、介護から医師に連絡しても断られるなら、最初から「断らない」ということをルールとしてしまえばいいのではないか。診療時間中には、緊急性がないものは電話をしないということをエチケットという形にすることも考えられる。断られるから、断られないためのルールが必要とされているのではないか。
 - 電話したら必ず出てくれる医師がいる一方、手術を装ってでも出たくない人もいるので、ルールにしてしまうとつらい面もあるだろう。もちろんエチケットは外さないでほしいが。
- ・ 病院に対して患者を紹介するときに、いろいろなルールが必要になっていたが、3病院の輪番制（市内三総合病院の輪番制による二次救急診療体制）では当番の病院は断らないというのが前提になっているため、救急の場合はルールを余り意識せずに紹介できている。同じようなことが在宅医療や診療、あるいはいろいろなコミュニケーションの中でも必要ではないか。
 - 事務局：例えば介護関係者や診療所から病院に電話が入ったときに、原則断らないようにしようというのが実現できるかどうか。もしできないなら、必ず医師に内容が伝わるような窓口を仕組みとして作っておく必要があるのではないか。少なくとも、窓口になる人は決めておいたほうがいいという意見は多い。
- ・ 電話で連絡することに対して違和感がある。私は特定の医師に電話することはなく、必要だから病診や内科外来に連絡したりするので、それを断られたり、電話したのに受けてもらえないということは一切想定していない。
- ・ 医師と病院、介護と医師、訪問看護と医師など、どこが連絡をとるかに応じて別々に連絡方法のルールを作る必要があるだろう。長岡の場合は、病院への緊急の連絡については、病院がかかりつけの場合や、抗がん剤治療などで病院が責任を負っている患者、輪番制で依頼があった患者などに関してはその病院が診ることになっている。それはほかにはないすばらしいシステムで、それに則っているのが救急でトラブルになることはほとんどない。
- ・ ほかの具体例やそれに対応するためのルールが見えてくるといいと思うが、トラブルの中が見えない。もしも見える人がいるならば、出してもらい、それを委員会に提出することでもいいのではないかと思うがどうか。
 - 事務局：窓口が必要だと提案された方あるいはそれぞれの立場から連絡方法で困っていることや、こういうルールがあった方がいいのではないかという意見を出してほしい。

- ・ ルールを作れば壁ができてしまうような感じがする。「断らない」のは、壁をなくすということと考えている。実際、どこで誰がどのように困っていて、ルールを作る必要があるのか具体例がないと分からない。私などはほとんど困っていないので、ルールは必要ないのではないかと思う。断らないというルールを作ってしまうと、あとはエチケットでいいのではないか。
- ・ ルールが欲しいのは介護関係者ではないか。看護と医師であればある程度共通言語があるが、介護と医師には壁がある。医師への報告や、直接医師から御意見をいただきたいと思っても、気軽にできない部分があるのではないか。
 - 医師同士の場合は断らないということでもいいと思うが、介護の場合は、医師にある程度、時間帯やケアマネジャータイム（ケアマネジャーの相談タイム）のような連絡しやすい時間のルールがあってもいいのではないか。
 - 担当者が特に連絡を取り入りにくいのは病院の医師だと思う。在宅の医師は事務方を通して又は直接電話に出てくださいだったりするが、病院の勤務医への相談や、意見をいただくことには壁があるような気がする。そこで、最低でも担当の窓口のようなルールがあってほしいと思っている。
 - 例えば、介護から連絡すると、待たせることなく、病院の窓口は全部受けとめて主治医に連絡し、一日の中で答えを出すなどというぐらいのルールか。
 - ケアマネジャーが中心的な役割なので、事業所から、主治医の意見を求められたときなどだと思う。
- ・ 在宅医療支援センターが連携の窓口となるという意見もあるが、多くのものをそこでという形にすると分かりづらくなる。ルール化というのは、「個別化のところを風通しよくする」と考え、大きなものは作らないほうがかえって良いのではないか。
 - 在宅医療支援センターには今のところ2つの意味があり、1つは、長岡の在宅医療を進めるに当たって、24時間365日対応でいろいろな相談を受けたいというものと国が県を通じて郡市に在宅医療支援センターを作るよう言っているものがあり、この2つは少し意味が違う。いずれにしても、具体的な症例が増えて、いい形になっていけばいいと思う。

医師との連絡方法

- ・ 地域包括支援センターやケアマネジャーが医師に相談に行く場合、診療時間や曜日など、医院によって事情が違うので、相談可能な時間帯を医療マップのようなものに示してあると良いと思う。
- ・ 開業医にアポをとる場合、一番迷惑のかからない時間帯などが事前に分かれば何時間も待つこともなく、医師もストレスにならないと思う。
 - 以前、ケアマネジャータイムを設けることに取り組んだが、個別事情があって時間が決められないところがあって、結局広がらなかった。
- ・ 地域包括支援センターが事前に、医院ごとの窓口となる人を調べておくといいのではないか。
 - 私の診療所では、看護師も入れ替わりが激しいので窓口となる人を決めることは難しい。直接電話をつないでくれればいいが、それができないと「また後で」となってしまう。
- ・ 医師が直接電話で指示して下さってすごく助かった事例があったといって職員は喜んでいて。
 - そういう意味のルールであれば、各機関で事情は違うので難しい。在宅の場合は、なるべく

そういう対応をするように啓発していくことはできる。

- ・ 直接医師の意見を聞きたい場合は、事前に依頼内容について連絡を入れる。しかし、都合がいいと言われた時間に電話しても駄目な場合もあるので、個々にコミュニケーションをとって作り上げていくしかないような気もする。
- ・ 医師の敷居を下げるように、エチケット上、寛容になるように啓発していくことが大事だと思う。

緊急時の対応

- ・ 緊急とそうでないものを分ける必要がある。緊急の場合は電話での指示が必要だが、そうでない場合には時間を置いて対処することもできる。
- ・ ケアマネジャーから緊急で主治医に連絡する場合は余りないように思うがどうか。
 - 訪問して、非常に大変だったときに、往診してもらったという経験はある。
- ・ 訪問看護が入っていれば、必ず問い合わせ先について確認する。
- ・ 緊急性がある場合は直接連絡しても断らないという形でルール化し、そうでない場合はあらかじめFAXなどで連絡するなど決めておく必要があるのではないか。
- ・ どうしても主治医が受け入れてくれないときの対応や、次の副主治医、次の連絡先の候補なども在宅医療の中でできてくればと考えている。
- ・ 訪問看護ステーションと病院の医師との連携の際、緊急性はあると思うが、救急車に乗せていかどうか困ることがある。病院に行くのに介護タクシーを頼むと、タクシーの空きの有無や金銭的な負担も大きくなるという問題もある。
- ・ 救急車では駄目な理由があるのか。
 - 救急車を呼んで行けるときは行ってもらうが、例えば長岡赤十字病院を退院して、長岡赤十字病院の外来に通う予定の場合、病棟から看護サマリーをもらうが、外来の看護がそれを見ておけば初回受診までの間に何かあったときに看護に相談ができるが、そこまでの把握は難しいか。
 - できないと思う。外来で継続が必要という人に関してはサマリーを見ておくよう口頭で伝えることはあるかもしれないが、神経内科や内科などでは全くできないと思う。電話に出る看護師も病棟からの応援看護師だったりするから、把握自体ができない。看護師が主治医と連絡をとって当日中に返事をするなどは無理だ。病院が主治医の場合でも、訪問看護師が救急車で搬送して、サマリーを送ってもらうことになる。
- ・ 救急車に乗せようとして、外来の看護に電話したら、「本当に救急車が必要なのか」としつこく言われた。
 - それは訪問看護だけではなく、開業医が頼んでも医師にそう言われる場合がある。
 - しかし、そのために救急車がある。救急隊が拒むなどということもないし、それを間違ったなどと言われることはない。
 - これも現場の判断を優先するということだ。
- ・ 訪問看護の判断で長岡赤十字病院と連絡して救急車で搬送することもある。そこまで情報を共有するのは病院との間でいいが、普通の訪問看護とも密な連絡ができればいいと思う。サマリーが共有できる仕組みがあるといいかもしれない。
- ・ 在宅は急変したら救急車で運ばばいいということだけではない。