

- ▶ しかし、安心のために悩んだら運んだ方がいい。
- ・ だからこそ、ルールが必要だ。ルール化しないと、その場での判断が違ってどうして良いか分からなくなる。そこで、例えば長岡赤十字病院は、退院サマリーはきちんと読んで、すぐ判断できるように書いてもらい、それを必ず見るといふことや現場が判断したら救急搬送するというようなことをルール化すれば、病院間においては少し風通しがよくなるのではないかと思う。
- ・ 救急搬送されるのを病院の医師は嫌がるが、運べばいい。それがルールだとすれば、何の垣根もないから進んでいっていいのではないか。それができるのが今の長岡のいいところだと思う。

### サマリーの活用

- ・ 救急搬送すべきか悩む状態のとき、病院の内科かかりつけであれば、主治医のところを診ることになる。
- ・ 搬送すべきか把握ができないときには、サマリーがあれば情報が書いてあるので、病院ではサマリーを参照してから対応するとしてもらえれば必ず見ると思う。
  - ▶ しかし、実際あのサマリーを見ても答えられないと思う。
  - ▶ そのため、答えられるサマリーを作してほしい。
- ・ 外来部門は在宅患者を診て、次の受診までの間の責任を持たなければならないので、いわば訪問看護と同じではないか。サマリーを見てもらって病院の看護に相談ができると私たち（在宅医療・介護関係者）もすごく安心であり、利用者も安心なのだと思う。

### 退院前カンファレンス

- ・ 退院後の在宅主治医に退院前カンファレンスに出るようになってもらえばいいが、ほとんど連絡が来ない。まずは、出るか出ないかは主治医に任せるが、退院前カンファレンスをするなら、退院後の主治医には連絡することをルール化してもらったほうがいい。
  - ▶ しかし、出てくれない。
- ・ 出られないという前提で連絡をしなければ、出席する主治医はゼロになる。連絡してもらえば、そのうちの100に1つは出るかもしれない。
  - ▶ 「何の電話だ」のように言われることがある。時間的にも無理だと思う。
- ・ 私も行けるとすると7時、8時だ。そうすると、病院の医師を残してもらって、担当の看護師など関係者全員が部屋にいる。ほかに夜勤の看護師が働いている。その中でカンファレンスをするというのはなかなか難しい。
- ・ 結局、休診のときに来てもらうことになってしまう。
- ・ 連絡がなければ行きようがない。在宅の主治医が少しずつ出るようになると、病院の主治医にも出てもらえるかもしれない。
- ・ 病院の主治医とコミュニケーションがとれていると非常にいい。
- ・ 在宅の主治医が出るなら、病院の主治医も「顔だけ出してください」と出てはもらうが。
- ・ 今後、是非連絡をしてほしい。
- ・ そうすると、顔が見える関係というのが大事だ。
- ・ カンファレンスの目的がはっきりしていると、医師が必ず出た方がいいときと、そうではないときと分けられると思う。退院前カンファレンスの招集というのは基本的に病院側がするのか。

- ・ 入院されてきたときに診療情報提供書を持ってきて、退院前にもカンファレンスをさせていただきますという事業者は少ない。そのため、病棟から依頼のあった人や病棟が必要ありと考えた場合に調整部門が主導で招集している。
- ・ 訪問看護で入っているときに、病院がしてくれないから退院前カンファレンスはしないと言ったケアマネジャーがいた。ケアマネジャーの意識改革も必要だと思う。
- ・ ケアマネジャーが必要な情報をきちんと持っていないと、きちんとしたプランは立てられない。そのため、最初の診療情報提供書の段階でお願いできなくても、経過を見て必要だと思ったらお願いすればいいと思う。
- ・ 病院がしないと言って、ケアマネジャーが行かないなら、訪問看護だけでも行けるときは行ったりもしている。
- ・ 難病の患者で、ケアマネジャーから入院前からカンファレンスの要請をされたこともあった。
  - ケアマネジャーの力の差かもしれない。
- ・ カンファレンスをやりたいと言われて断ることはないので、言ってきてもらえば対応する。
- ・ 看護も新規で退院する場合と、再入院して退院する間のカンファレンスはまた違うのか。
  - 基本的に、入院して退院するといったときは状況も変わっていると思うので、一応、確認のためだけでも訪問看護としては行った方がいい。
  - それは入院時カンファレンスといってもいいのだろうが、素晴らしい。在宅にもいろいろな情報があるので、退院した後のことを考えると、入院直後にやってもらうと入院中のケアも変わってくる。
- ・ 診療情報提供書を持ってきてもらって調整ができれば、ありがたい。
- ・ 全員集まることはないが、医師同士や、病院医師とかかりつけ医と訪問看護と一緒に話をする、あるいは訪問看護と病院の看護師が入院中の状況を話し合うということでもカンファレンスと同じような結果が出ると思う。
- ・ 意見の中に一対一で話をしてほしいという意見があったが、いいと思う。医師は医師同士、看護師は看護師同士、リハビリテーションはリハビリテーション同士で専門職種がお互いに話し合えるといい。
- ・ 在宅で必要な情報と、医療機関が必要な情報とは違う。水をどのくらい飲んでいるか、などは貴重な情報だが、病院ではそこまでは把握できない。例えばコップに1杯の水を置いて、飲んだのか捨てたのか分からない。そういうことを把握していないが必要だと思ってもらえると、違う業者や患者が入ってきたときにまた見ると思う。
- ・ 在宅側が欲している情報と病院が提供したらいいと思っている情報には温度差がある。
  - しかし、言ってもらわないと分からないので、気づいたところはその現場でどんどん言ってほしい。
- ・ 亡くなった後に患者の振り返りをするデスカンファレンスがあるが、退院後カンファレンスは、例えば退院した患者がどうなったのかというのを病院でやることはあるか。
  - 問題があったような人はやる場合がある。訪問看護の情報を聞いたりする。
  - 例えば、元気に退院したと思ったらすぐ再入院してくる人に対して、カンファレンスでの申し送りがよかったかなどを考えてもらおうと、入院中のケアも質が上がってくるのではないかな。

- ・ 訪問看護ステーションからも、退院後の情報をもらうなどして、院内でも病棟と外来でコミュニケーションがとれているかという点、できないようなこともある。
- ・ 訪問看護ステーションでの情報がある場合、必要と思えば病棟に伝えるようにしている。ただ、病棟ではそれがほこりをかぶって山積みになっているときもあれば、しっかりと中でカンファレンスをしているときもある。先のことを考えると、なるべくもらった情報に関しては外来の看護師しか見ないような形ではなく、病棟に戻っていきたいとは思っている。
- ・ 退院する患者を誰が継続的に診るかが問題だ。継続性があれば、入院中、退院、退院後と、全体を見るとケアの質が高まるし、継続性は在宅では絶対に必要である。その一つが退院前カンファレンスであり、入院後カンファレンスかもしれない。
- ・ 訪問看護ステーションの毎月1回の訪問看護計画と報告書は、病院の勤務医は見ているのか。
  - カルテにはきちんと残されているので、貴重な情報として活用している医師は多い。
- ・ 毎月同じような報告書だ。その間に特段の異常があれば連絡が来るので見ているが、ほとんど同じものが来るので見ない場合も多い。
- ・ 特に病院の勤務医は、月1回の報告を書いても返事がないので、見ているのか分からない。
  - 外来の信頼や継続性を重んじているという認識のあるところは見ていると思う。
  - 勤務医はそのようなものはほとんど見ていないと聞いたことがある。

#### 多職種間のコミュニケーション

- ・ 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、今までにいろいろな会が行われて、かなり低くなったような気はするが、更にこういうところでというようなことはあるか。
  - 多職種の役割が分からなくて、なかなか声をかけづらいことはある。
  - 医師が介護を分かっている。
  - いろいろな職種において理解されていない。しかし、最近やはり交わることが多くなり、お互いに自分の仕事をアピールするので、その壁がなくなっていくのではないかと。
  - 顔を合わせていると何が壁か見えてくるかもしれない。行政からの呼びかけで、医師会の在宅医療を行っている医師と地域ごとに顔を合わせる会ができるという話なので、敷居が下がれば良いと思う。

#### 訪問看護ステーションの連携の在り方

- ・ 連携があるにこしたことはない。また、各ステーションで強み弱みがあるので、補い合えると思う。利用者にとって連携があれば訪問看護は受けられるので、連携は必要なことだと思う。
- ・ 新潟県訪問看護ステーション協議会も、災害時などを考えて、連携づくりをしているところなので、以前よりも連携が図られている。期待はできると思う。
- ・ 地域ごとに訪問看護ステーションを決められれば、選ばなくてよいので主治医も楽でいいと思う。どこにお願いしても受け入れてもらえるというのは横の連携である。強みを分け合って、お互いにスキルアップしていけばいい。
- ・ 1人の患者に複数の訪問看護ステーションが入ることがある。ALS（筋萎縮性側索硬化症）の患者でベンチレーター（人工呼吸器）をつけている在宅患者がいて、あのかたはどのようにして連携することになったのか。

- 1か所だけでは対応しきれなかったためである。
- 24時間のベンチレーターで、1か所では回せなかった。
- 横の連携があれば、昼間は人数がいるが、夜は足りないからほかのところに入ってもらうというのはできるのではないか。
- そういう意味では自然に連携がとれていたと思う。カンファレンスをしないと絶対に立ち行かないということで、ヘルパーや看護師が集まってやっていたので、訪問看護師たちも連携できたように思う。
- ・ 訪問回数が多い人は1つのステーションで受け持つのは難しい。
- ・ 自分たちが訪問したときの状況と、今後しなければならないことなどを申し送りしている。
- ・ 栃尾では訪問看護ステーションが2か所あり、連携はできているが、今までリハビリテーションをやっていたステーションがなくなる予定であり、他のステーションに指示書を書く必要がある。
- ・ 患者の要介護度が下がり、費用が多く掛かるようになったらリハビリテーションをどうするのかなど、いろいろな問題がある。
- ・ リハビリテーションはやはり今、問題で、ほとんど頼めるところがない。また、最初に削られるのがリハビリテーションだ。
- ・ 周辺地域からも訪問看護ステーションが入っているが、そこの顔の見える関係はまだできていない。
  - 新しい他地域の訪問看護とのコミュニケーションとの連携も考えていかなければいけない。
- ・ 長岡地域で訪問看護ステーションごとに地域割というのを検討する余地はあるか。
  - 訪問看護ステーションが同じ地域に固まっているが、地域を分担して網羅するという形にしてもらえればいいのではないか。
  - 地区割は多分無理だと思う。法人としての経営もあるので、地区割されてしまうと成り立たなくなる場合がある。
  - 経営を担保するような何らかの方法でできないか。訪問看護はしっかりやるようになると需要がもっとあると思うので、経営上は心配しなくてもいいのではないか。
  - うまくいかないと思う。
- ・ 訪問看護は、距離や移動時間は評価に入らないので、まとめればやってもらえるが、1人では対応してもらえないという現実がある。
- ・ ほかの事例で訪問看護ステーションの地区割はあるか。
  - 柏も含めてほとんどそういう発想がない。それぞれが自分のところで頑張っていて、エリアなどは関係なしにやっているところがほとんどだと思う。
- ・ 偏在しているので、均一化したほうがいいのではないか。サテライトの運営に切り換えていく方法もあるが、同じエリアで重なってしまう部分もあるので、何とかできればと思う。
  - 将来的には絶対必要だと思う。もともと訪問看護は1人の患者に複数の看護師で行っているから、他の訪問看護ステーションからでもできる。経営がうまくいく形になっていけば、将来の訪問看護ステーションとしては新しい取組ではないかと思う。
  - 「どこどこにお願いしたい」とステーションを選ばれる患者も結構おられるので、なかなか地区でという形だけでも難しい。

- それはそれほど多くないと思う。
- 病院で決めることもないので、最終的には患者に選んでもらう形になる。
- 地区割がなく、ステーションがそれぞれで頑張っているというのは、効率性がかなり低い。連携をとることで、地域の訪問看護の質を高めることができると思う。

#### 在宅医療への理解と周知

- ・ 例えば、夜勤の看護師が申し送りなしで看護に入ったりしたとすると心配になる。カンファレンスや情報の連携の重要性を再認識しないと、在宅医療は本当に大変なことになると思う。
- ・ それぞれの病院で啓発をしてもらうというのが大事だ。私も病院にいたときは知らなかった。在宅に帰せばもう終わりと思っていた。
- ・ 訪問看護指示書も毎回同じようなものである。みんなの共通の認識が必要だ。私たち（在宅医療関係者）が垣根を低くして受け入れられるようにすることによる啓発が大事ではないか。
- ・ 研修が必要で、少しずつ研修医の中で始まっている。私もいつも研修医を往診に連れていっているが、そういうことが今後、開業医同士、病院の医師の中でもできればいいと思う。

#### 主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）

次に、「資料2 第2回アイデア総括シート（テーマ②）」について事務局が説明を行った後、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 主治医・副主治医制に対する現時点の考え方について

- **いろいろな関係が成立するようなシステムでありたい。**
  - 「主治医＋副主治医1＋副主治医2による固定されたチーム」、「主治医＋固定されない任意の副主治医（訪問看護が探し出す）」、「主治医＋患者によっては特定の副主治医」、「ネットワークに参加している主治医でも不在時に不特定の副主治医のサポートを得られる」というようないろいろな関係が成り立っていけるようなシステムでありたい。
  - 特定の固定されたチームは自然発生的にできていくと思うが、やりたくない人がいることや今後地域の構成が変わってくる事を考えると、いつも同じチームというわけにはいかないと思う。
  - 基本的には外来で見ている患者を継続して在宅でも支えるシステムとして、その主治医を支える副主治医チームがあってもいいと思う。
  - 基本的に患者が中心であって、それぞれ医師の考え方も異なるが、一つの医療機関においても患者ごとに連携の在り方も異なってくる。
  - 多様な主治医・副主治医の形があって良いと考えていて、副主治医を持たない場合も考える中で、主治医を支え、在宅医療の取組に対する負担軽減となる一つ一つの取組事例を示していくことが必要と考える。
- **地域全体の副主治医がいればいい。**
  - 副主治医グループが理想だが、駄目なら信濃川をはさんで各1名いれば理想的である。
  - できれば固定で無理なら夜間当番（診療所）の医師が準夜帯をカバーし、深夜帯は前日当番医が担当する。その場合は、臨時職員扱いになると報酬、レセプトも含めなんとかなるかもしれない。
- **長岡市広域の主治医・副主治医制は事実上不可能である。**
  - 長岡市広域の主治医・副主治医制は、無医村に近いエリアも存在するため事実上不可能と思う。
  - 中心部に限定すれば可能かと思うが、誰が副主治医をするかだ。在宅に熱意ある積極的な医師が（おそらく少数と思いますが）副主治医として広くカバーすることで、とりあえず稼働すると思うが、いつまで続くかは疑問である。
  - この制度は、やりたい人間が集まってごく小グループで運営されるようになるのではと危惧している。
- **副主治医制に代わる仕組みも検討する必要がある。**
  - 医師間で在宅医療に対する温度差が余りにも大きいので、主治医、副主治医のような1対1のような関係は難しいと思う。
  - 副主治医の代わりに、医師会所属の在宅医たち（当番制にするか、支援センターが「登録している医師」に次々と連絡を入れるなど）、無医村のような地域では救急当番病院が、副主治医の代わりをしていく必要があると思う。

- **副主治医は手上げ制で、対応可能な地域は副主治医が決めるのが良い。**
  - 主治医は、今までの主治医がそのまま主治医に、いなければ新規に主治医を決める。
  - 決め方は、地域別で選択できる医師を決め、その中から患者家族の希望で選択し決定する。指名された医師は引き受ける。
  - エリアは診療所医師が自分で決める（例えば、16km 圏内ならどこでも可とか、町内なら可とか）。
  - 副主治医は手上げ制で可能なエリアの指定は診療所医師が自分で決める。（その医師によっては広域の医師もあれば、範囲が狭い医師もいる）
- **主治医・副主治医制の検討は必要である。**
  - 在宅医療を促進する観点から主治医・副主治医制を検討する必要がある。
  - 主治医の負担軽減のためにも、複数の体制作りは必要と思う。
  - 主治医・副主治医制があると、主治医も、在宅を望む本人・家族にとってもメリットがあると思う。
- **副主治医の立ち位置(役割)について整理すべきである。**
  - 必ずしも明確に区分できる訳ではないが、主治医不在時に、
    - ①単に看取りを行う
    - ②治療のために往診を行う
  - 仕組みづくりの協議においては、この①と②は分けて考える方がよいと思う。
  - ①は仕組み作りでハードルを低くできる可能性が大きいと考える
  - ②は①に比べてややハードル高いのではないかと感じると考える  
(副主治医の負担感・在宅医療の経験の浅い医師)
- **大きな仕組みよりは、コンパクトな仕組みから開始した方がいい。**
  - 大きな仕組みよりはコンパクトな仕組みから開始した方がいいのではないかと。
- **副主治医の存在は心強い。**
  - 主治医とはいっても1人にかかる負担の大きさを想定すると、やはり共通ツール（病院内での看護師の申し送りに近いイメージ）を作って、副主治医の存在があるだけでも心強い。
- **拒否的な医師をどうするかが問題である。**
  - 拒否的な医師をいかに引きこむかが課題である。
- **数人の医師でやってみて、少しずつきちんとしたシステムにしていくのが良い。**
  - 在宅医療については、思いもやり方も、考え方もそれぞれであり、最初からがんにがらめに決めてしまうと、反発も多いと思う。
  - まず、数人の医師でやってみて少しずつ、きちんとしたシステムにしていっても良いのではないかと。
  - 地域の当直医のイメージで良いと思う。
  - 主治医が直接、依頼しないといけないようなシステムでは使いにくいと思う。自動的に依頼され、実際にやってみているうちに使い勝手が良ければ、主治医も依頼しやすくなるのではないと思う。徐々にシステムができれば良い。決して強制はしないほうが良い。
- **良い制度だと思うが、医師会の意向によるところが大きいと思う。**
  - よい制度だと思うが、医師会の医師の意向によるところが大きいと思う。

● **主在宅医療における主治医の心理的な負担を解消し、在宅医療を望む全ての患者が在宅医療を受けることができるシステムの第一歩が「在宅主治医・副主治医制」である。**

- 在宅医療における主治医の役割は患者全てに責任を負うことであると思われがちであるが、むしろその役割は限定的である。在宅主治医の患者への24時間365日の責任が強調されすぎると、主治医としての本来の役割が忘れられてしまう。
- 在宅主治医の本来の役割は、患者の健康問題に責任を負うことである。
- 病院において入院患者の主治医は、診療時間内の診療に責任を負い、診療時間外の診療に責任を負うために当直医がいる。もちろん時間外であっても主治医が患者の診療に当たることもあるが、主治医が対応できない時には当直医が対応する。病院では主治医はできるだけ自分の受け持ち患者に責任を持った対応をする。それは看取りの場でも同じだ。
- しかし、主治医は常に患者の傍らにはいない。予期しない急変もあり得る。そんな時に主治医がいなくてもとがめるものはいない。病院では必ず当直医がいて、適切な対応をすると期待されているからである。
- 在宅主治医も在宅患者に対して診療時間内の診療に責任を負うが、地域においても患者に常に責任を持った診療体制ができるためには、病院と同じように当直医の存在が必要である。在宅主治医は常に在宅患者に責任を持った対応をしようとするが、外来があったり、学会出席のための出張があったり、個人的な用があったりして、常に患者に対応できるとは限らない。また予期せぬ急変があったりする。この全てを1人の「主治医」で対応することは困難であり、実際無理である。また、このことを1人の在宅主治医に担わせようとすると、開業医は在宅主治医そのものを避けるようになる。
- 在宅医療の広がりを持つためには、「在宅主治医」が必要である。開業医であれば誰でも主治医になれる環境が必要である。そのためには、「在宅主治医」であることが負担でないようにすることが重要である。
- ただ、この「負担」は、実際は決して大きなものではない。心理的負担としては大きなものかもしれないが、現実の負担は決して大きなものではないのである。
- 実際、1人の患者に対して、定期的な訪問診療以外に、時間外や夜間、あるいは外来診療時間中に往診が必要となることはまれである。このまれな「往診」が心理的な負担になって、在宅主治医になることをあきらめたり避けたりする。
- 在宅医療における主治医の心理的な負担を解消し、在宅医療を望む全ての患者が在宅医療を受けることができるシステムの第一歩が「在宅主治医・副主治医制」である。
- 日本の医療制度の中では、一部制限はあるが誰でもどこでも自由に外来受診することができる。在宅では、「もともとの主治医」であったり、「居住する地域の担当医」であったりと、主治医に一定の条件が必要となるが、誰でも在宅医療を受けることができるようにする。そのためには、外来診療をするのと同じように開業医も在宅医療を行うことができなければならない。そのためのシステムとしての、在宅主治医・副主治医制の確立が重要なのである。

## 2 主治医・副主治医制を導入する場合の留意事項について

- **先進事例はシンプルすぎて、罰くじを引くやつが決まってくるシステムである。**
  - 独りで頑張ることを前提にできたシステムなので、頑張らないやつが楽をするとシステムが活用されない。先代たちの気持ちは分かるが新しいシステムが必要で、今回は触れたくない。
  - 往診をやっている医師に実際に出向きシステムを説明することが大切、色んな地域でネットワークの良い副主治医と結果が出れば次第に広がっていくと思われる。現在独りで頑張っても深夜に呼ばれるのは10人もいない。
  - 最初からシステムをゴリ押しして、現状で食えてる医師が現状の在宅患者を他の医師に丸投げしないようにしなくてはならないが、上下関係の厳しい世界なので、なかなか難しい。
- **副主治医の負担が大きくなるようにする。**
  - 副主治医には、大きな仕事をしないで済むようにする。
- **長岡市広域の在宅医療を医師会主導であまねくカバーする制度を構築するという目標には、そぐわない。**
  - 在宅に積極的なメンバーだけで構築するなら、限定的なエリアになるかも知れないが、ごく短期間で達成可能と思われる。しかし、長岡市在宅医療の構築の主たる目的にそぐわないと考える。
  - この目標の第一段階として、市街地中心で主治医・副主治医を試験的に運用するか、多数が参加するような、1人主治医、バックアップ医は支援センターが、加盟した複数在宅医から連絡をつけるというシステムが考えられる。
  - 発展性は後者の方があり、かつ、新規の在宅医の参入がしやすいのではないかと考える。
- **一部の医師に大きな負担がかからないシステムが必要である。**
  - 一部の医師に負担がかからない、医師会全体で実行可能なシステム作りが重要と考える。
- **主治医・副主治医制の導入に際しては、次の条件を満たす必要がある。**
  - 条件は、次の3点である。
    - ①副主治医の役割・責任・権限等を明確にすること
    - ②特定のグループ・役割に固定化され「過ぎ」ないこと
    - ③主治医・副主治医・輪番病院の役割・分担を整理すること
- **看取り目的の主治医・副主治医制であれば、旧長岡ネットワークに加えて、ICTを活用した形を基本に考えるとよいと思う。**
  - 主治医・副主治医制の狙いが看取りならば旧在宅ケア連携医療機関ネットワーク+ICTを基本に考えるとよいと感じる。
- **近隣の地区でのグループ化がよい。**
  - 長岡市は合併後広くなったので、近隣の地区でグループ化できるとよい。
- **医師会で「在宅での看取り」について共通認識を持つことが必要である。**
  - 何でもかんでも、救急車に乗せれば病院に搬送される、ということではないように思う。結果、家族や本人が望む安らかな最期や看取りができないのは仕方がないことなのか疑問に思う。
  - 看取りができない医師は、最初から「受けられない」と言ってほしい。その上で、自分で他の医師に紹介してほしい。

- 市内の3病院は近隣の市町村からの救急も受け入れているので、負担が大きいと思われるが、そのことをもっと声を大にして言っても良いと思う。
- **主治医・副主治医制自体が広がりを持つには、利用のしやすさが重要である。**
  - 在宅医療の広がり、充足のためには、主治医・副主治医制は欠かせないと思われる。
  - しかし、主治医・副主治医制自体が広がりを持つためには、利用のしやすさが重要である。つまり、主治医・副主治医制は敷居が高くあってはならない。
  - 主治医・副主治医制の先行例を見てみると、どれも敷居が高く、心理的負担が大きいように思える。
- **主治医・副主治医制について、次のように提案する。**
  - 主治医はできるだけ簡単に決められる方が良い。元の主治医であったり、居住地の担当医であったり、できるだけ自動的に決められる方が良い。主治医を探すために多大な労力はない方が良い。重要なのは主治医決定後なのだから。
  - 主治医・副主治医の連携は緩やかな方が良い。「主治医不在時」「主治医と連絡が取れない時」等の臨時の対応で良いのではないか。病院における当直医の役割と同等の役割だ。定期的に情報提供書を取り交わしたり、定期的なカンファレンスを開いたりするのは、連携の質を高めるために有用だが、連携の広がりにはかえって障害となり得る。
  - 副主治医への連絡は、患者・家族から行うようにする。あらかじめ主治医から依頼する方式は、主治医が気兼ねして、できるだけ自分で解決しようとして、利用の機会を失う。
  - また、看取りも含めて、主治医が予期した場合より、予期しない場合に患者の急変等が生じるものである。主治医からの依頼に頼っていると、予期しない場合は全て利用されないことになる。主治医に連絡がつかない時、主治医が対応できない時に、患者家族から直接副主治医に連絡する方がより利用される機会が広がるのではないか。患者の急変や、看取りで亡くなった時に、主治医にさえ連絡がつけば、「119」に電話しなくても済むのに、主治医に連絡が取れない時に、主治医以外の連絡先がなければ、患者家族は「119」に電話するしかないのが現状である。
- **地域の状況を考えながら、個別に検討していくことが必要であると思う。**
  - 市街地や旧町村部により、同一の対応は難しいと思われる。
  - 地域の状況（範囲内の医師数、夜間の医師数等）を考えながら個別の検討が必要である。

### **3 在宅ケア連携医療機関ネットワーク(平成8年長岡市導入システム)を改善して導入を図るという考え方について**

- **あいえない。**
  - ドクターファイブもそうだが、留守番部隊、拘束部隊にはなりたくない。
- **過去の事実を把握できていないので、現在は意見をもたない。**
  - 過去の長岡市医師会の取組が今一つ不明のため意見なし。
- **大変良い制度で、改善と啓発を通じ、広く参加できる制度にできればと思う。**
  - 開始当時は介護保険制度が始まる前であり、まだ在宅介護、医療が注目されておらず、町医者がひっそりと在宅患者を看取るような時代であった。ある意味早すぎたようで、ネットワークの必要性も低く、実働がほとんどなかったのだと思う。現時点では、個人としては大変よい制度だと考えている。

- 医師会総会などで啓発し、在宅医療の重要性、看取りの増加、在宅医の偏重などを話し、広く多くの開業医からの支援の必要性を訴え、参加していただければと考えている。
- 以前のネットワークでは、参加型ではなく、半強制的であったが、今回は参加型での募集が妥当と思う。
- **看取り目的の主治医・副主治医制であれば、旧長岡ネットワークに加えて、ICTを活用した形を基本に考えるとよいと思う。**
  - 看取り目的以上を求めるならば、別のシステムを考えるべきである。
- **欠点を検討し、それを補う方法で再開してみてもどうか。**
  - 長岡市での過去の輪番制を基に、欠点を補う方法で再開してはどうかと思う。
- **欠点も既に分かっているので、改善して再導入できるのであれば良い。**
  - 実績があるので、どこが良くなかったのかも既に分かっているので、改善して再導入できるのであれば良いと思う。
  - 夜間・休日診療所は輪番制で今もやっているのだから、その感覚で副主治医制導入でも良い。
- **導入から廃止までの経緯や評価を確認することが必要である。**
  - 過去の取組については、ベースにするか別として、導入から廃止までの経緯や評価の確認は必要と考える。
- **進化版として、「長岡在宅フェニックスネットワーク」を提案する。**
  - 長岡市医師会「在宅ケア連携医療機関ネットワーク」は、在宅ケアに関する診診連携の第一歩として平成8年4月に発足したものである。
  - その特徴は、次の5点である。
    - ①原則として、「寝たきり」の患者で、最期まで在宅を希望される方を対象とした。
    - ②長岡市医師会川西等3つの班が、輪番で当番医を決め、依頼は、主治医から直接その日の当番医に診療時間終了までに依頼する。
    - ③主治医は依頼が解消した場合、その旨を当番医に連絡する。
    - ④主治医はあらかじめ、当番医に必要事項を連絡するため、在宅医療連絡カード（氏名、生年月日、傷病名、発病日時、主な薬剤、特記事項及び担当医を記載）を患者に持たせておく。
    - ⑤当番医は依頼された日に往診し処置を行った場合に、「連絡用紙」に処置内容等を記入し事後報告する。
  - これは今から考えると画期的なシステムであり、なぜ利用されなかったのか、なぜ廃止になったのか。画期的、先進的であったが故に利用されなかったのではないかと考えたところ、次の5つの理由が思い浮かんだ。
    - ①「寝たきり」患者で、最期まで在宅を希望する方に限定したこと。すなわち、在宅患者全例が対象ではなかったこと。
    - ②依頼する場合は、あらかじめ主治医が直接当番医に依頼する形式をとっているため、当番医に依頼する「敷居」が高かったこと。
    - ③主治医は余り知らない当番医に依頼するより、自分で何とか対応しようとしたこと。
    - ④想定していた患者だけが急変する訳ではないし、想定外の患者が急変したり、看取りで死亡したりする。この方が断然多い。しかし、この場合はこのシステムには乗らず、対応できなかったこと。

⑤在宅連絡カードは、患者急変時に当番医が対応する際の患者情報としては優れたものと考えられる。しかし、この連絡カードでさえ、全患者に対して記入し、更新することは困難なのが実情であったことが挙げられる。主治医が怠慢だからではない。外来などで忙しく、また、情報を更新することが困難であったからである。それでも最低限の情報が作られ、共有される仕組みがあったら良かったのかもしれない。

➤ そこで、この長岡「在宅ケア連携医療機関ネットワーク」の進化版として、「長岡在宅フェニックスネットワーク」を考えてみた。

①「長岡在宅フェニックスネットワーク」は、タブレット端末を利用した、多職種連携のシステムである。医療情報として、主治医は、訪問看護指示書や介護保険主治医意見書、診療情報提供書及び処方せんをあらかじめ入力しておくことができる。これが緊急時に副主治医あるいは救急医療の現場で役立てることができる。

②また、患者急変時等の連絡は、主治医に連絡が取れない時等全て患者側から行う。このため、あらかじめ長岡在宅フェニックスネットワーク連絡先や副主治医連絡先が患者に示される。いざというときの連絡先さえ解っていれば、患者家族は困った時には必ず連絡するものである。

## 4 長崎在宅 Dr.ネットの優れていると思う点や懸念される点について

### ● 基本的に病院から退院時の主治医探しのシステムである。

- 規模も、退院前カンファレンスや主治医を探すシステム、新しい在宅医の研鑽システムなどのような緻密な構成は学ぶこともあると思う。
- 専門性の高い協力医の存在も参考にしたいし、病院の医師が多数参加していることも特筆される。
- 退院しても、元的主治医が診られるシステムにこだわりたい。

### ● 入院中の患者が在宅医を探す際の手段としては有効と考える。

- 入院中の患者が在宅医を探す際に、支援センター（仮称）からメーリングリスト登録医に情報を発信し、受けてくれる在宅医を探すような手段としては大変いい方法と思う。
- その際、複数のバックアップ医、できれば、“病院側の在宅医”（存在していないが）が協力してくれると、安心した強固なものになると思う。

### ● 優れている点

- 事務局がオープンであること。
- 情報発信にメーリングリストを用いていること。医師たちに情報がすばやく行きわたる。
- 主治医を手挙げ方式で決めること。余力のある医師や、疾患として得意分野など経験が発揮されやすい。
- 専門性の高い科の医師の関わり方が優れている。
- 副主治医の定期的往診が不要であること。

### ● 懸念される点

- 懸念事項は、長岡市では、周辺の医師が少ないため、中心部しか機能しないのではないかとと思われること。
- 副主治医はごく限られた医師になる可能性が高い。
- 症例にもよるが、病院側からも在宅を診てくれる医師が必要かもしれない。

- 患者が主治医を選べないこと。
- 手上げ方式だと、最終的には一部の医師だけ行うことになるのではないか。

● **長崎在宅 Dr. ネットの仕組みを振り返りながら、優れている点と懸念事項を整理した。**

- 長崎在宅 Dr ネットは、外来併用型の一般診療所が、がん末期等の重症患者を数多く開業医独りで診るのは心身共に大きな負担であり、しかし、今後増えるであろう在宅療養を希望する患者が、担当する医師がいないという理由で在宅療養を断念しないように考え作られたものである。
- 在宅医療を希望する患者さんをより多く受け入れるための方法として、在宅医療に熱心な医師が集まり診診連携、病診連携を通じてグループ診療を行うことにより、病院・患者さんに対しては在宅医療の受け皿となり、開業医にとっては相互協力により医師の負担を軽減し、その結果として患者側にとって安心して訪問診療を依頼できるシステムを構築しようと考えられたものである。

■ **優れている点**

①併用型の一般診療所が、在宅医療に積極的に関わることができるようシステムを構築しようとしたところである。すなわち、在宅医療を主治医として支えるのは、外来併設型の一般診療所であるとした点。外来併設型の一般診療所が積極的に在宅医療に関わることができなければ、在宅医療はごく限られたものとなり、これから増えるであろう在宅医療を支えることはできない。

②療養を希望する患者が全て在宅医療を受けることができるためのシステムを目的としたこと。

■ **懸念される点**

①正会員 86 名（うち連携医 82 名、協力医 2 名、病院・施設医師 2 名）、準会員 100 名（うち協力医 47 名、病院・施設医師 53 名）のこれだけのシステム、人口 44 万人の都市でありながら、結成された平成 15 年 3 月から 10 年で病院などから主治医の斡旋を依頼された症例は 650 例であり、すなわち 1 年当たり 65 例、1 か月当たり約 6 例である。これは決して多い数字とは思えない。

病院を退院する際に在宅療養を希望する患者あるいは在宅医療が必要な患者は、この 10 倍も 100 倍もいると思われるから。

- 自宅療養を希望する入院患者の在宅主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり、病院側・患者側に主治医・副主治医を紹介する。実際には、患者さんの市内 5 地区居住地区に配置されたコーディネーターから個人情報に考慮して疾患、居住地などの情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医・副主治医を決定するもの。主治医を決め、さらに、副主治医がバックアップとして控え、訪問診療の分担や万が一の際の緊急対応を行うシステムである。

■ **優れている点**

①居住地区を考慮して主治医・副主治医が決められること。

■ **懸念される点**

①長崎在宅 Dr. ネット事務局が窓口となり、地区コーディネーターによる情報でメーリングリストを利用して、手上げ方式で主治医・副主治医が決められること。事務局及び地区コ

ーディネーターの労力は大変なものであり、多大な費用がかかると懸念される。患者の在宅主治医は、簡便に決まった方がよい。

- 長崎在宅 Dr. ネット連携の参加医師は、基本的に 24 時間 365 日対応可能で、メールによる連携が可能であることを前提とし、在宅 24 時間連携を組むとされる。このため各医師は常に連絡可能な通信手段を確保し、お互いそれを共有する。具体的には携帯電話、電子メール環境を整備するとしている。参加医師は、正会員（連携医）、準会員（協力医、病院医師）に分類される。
- 正会員は、連携医と称し、主治医として治療に当たる者とこれと連携協力して補佐する副主治医からなる。
- 準会員は、①協力医と称し、皮膚科、眼科、脳外科、麻酔科、形成・整形外科、婦人科など専門性の高い診療科の医師で、連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行う者とする。又は長崎市近郊ではない地域に所在し、本会の趣旨に賛同する者とされる。②病院医師と称し、病院、又は大学に勤務する医師で、当組織の趣旨に賛同する者。病診連携を実践し、専門的な立場からの助言等を行う。
- このように、いかなる専門分野においても、きめ細かく対応できるシステムを構築している。

■優れている点

①会員数が多い。

②専門医である協力医が、主治医から医療相談を受け、必要に応じて往診が行われる。いかなる専門分野においても、きめ細かく対応できるシステムを構築されている。

■懸念される点

①長崎在宅 Dr. ネット連携の参加医師は、基本的に 24 時間 365 日対応可能で、メールによる連携が可能であることを前提とし、在宅 24 時間連携を組むとされる。このことは、24 時間 365 日拘束されることを意味するのではないか。

相互協力により医師の負担の軽減を目的としているが、拘束されることによりかえって負担が増えることはないか。

②長崎市医師会会員で開業医師 512 名中、連携医 82 名、協力医 49 名（2 名+47 名）は決して多いとはいえないかもしれない。更に多くの医師が参加する場合、事務局の対応が困難になるのではないだろうか。

- 日常診療のなかで、副主治医が往診・訪問診療に参加することはない。あくまで主治医不在の際のバックアップであるので、副主治医になることで負担を感じることは少なく、また副主治医のなり手に困ることもない。

- 白鬚内科医院 2009 年 8 月の現状：在宅患者数 45 名で、うち Dr. ネット登録症例は 4 例。副主治医がいる症例は 42 例で、3 名の副主治医（ほとんどが 1 名の副主治医に集中し、反対にその 1 名から集中的に副主治医を依頼されている）。Dr. ネット結成後 6 年間で実際に副主治医に往診依頼は 4 例のみ（うち 2 例はあらかじめ予測のつく看取り症例）。主治医は副主治医の存在により不在時の対応に大きな安心感を得られる一方、副主治医が実働することは少なく、副主治医の負担はそれほど大きくない。

■懸念される点

①副主治医輪番制など無く、主治医はほとんど 1 人で 24 時間 365 日の対応をすることになるのではないか。拘束による負担軽減にはなっていないのではないか。あるいは、そのよ

うな発想がこのシステムには無いのではないかと。

②ほとんど1対1の主治医・副主治医制である。個人的な関係性が強く、多くの医療機関が、主治医・副主治医制をとることは困難ではないかと。

## 5 チームドクターファイズの優れている点や懸念される点について

### ● 全く長岡には適応しない。

➤ マニアックなお友達5人が仲良くやるのはよいが、とても今後の地域の変化を考えると長岡に複数のお友達ネットワークができるとは思えない。規模が違う。

### ● 理想的だが、長岡市ではまだ難しい。

➤ エキスパートの医師が5人集まり高度の医療をしている。

➤ 患者さんの経済的負担はどうでしょうか。

➤ 欠員が出た時は維持できるか？

### ● 往診しなくても経営的に問題ない医師は積極的に参入するとは考えづらい。

➤ 性善説でハードルが下がれば積極的に主治医をする医師が増えると考えerことは正しいだろうか？

➤ 往診しなくても経営的に問題なく、厄介事（往診・看取）には関わりたくないと考えている医師はハードルが下がっても積極的に参入するとは考えづらい。

### ● 優れている点

➤ 在宅医ベテランが集結しているところ。スペシャリストの集団であり、文句のつけようがない。

➤ 在宅に熱心な集団だから広域をカバーするかも知れない。

➤ 医師たちがポジティブである。

➤ システムが明確である。

➤ 5名の医師の存在は非常に強いと思う。

➤ 曜日ごとに副主治医が決められていること（平日は固定性で3名、土日は2人交代性で在宅当番を決めた）。

➤ 専門の異なる5人の医師達の連携であること。

➤ 各副主治医に在宅患者に関する情報提供書が主治医から渡され、連携を密にしていること。

➤ 医療依存度が重度の患者に対しては、複数主治医制（主主治医・副主治医）をとり対応していること。

➤ 機能強化型在宅療養支援診療所として対応していること。

### ● 懸念される点

➤ 在宅に熱心な医師が集まらなければ達成できない。

（京都のように高いレベルの集団でなくても、とりあえず、看取りだけ順番に拘束をする程度なら可能であるが、それぞれが同じくらいの在宅患者を抱えている人間が集まらないと不公平感が生まれそうだ）

➤ 京都の医師達は、在宅療養支援診療所の届出をしており、往診、看取りのコストが上がり、患者負担が増加する。

➤ 医師も年齢層や考え方が様々であるため、看取り等に熱心な医師ほど関わる件数が多くなるのが現状だと思う。口コミで良いとされる医師に依頼が集中することは懸念される。

## 6 チームドクターファイブを改善し、長岡市の特性を踏まえた長岡版チームドクターファイブを検討することについて

### ● 全く長岡には適応しない。

- 副主治医がチームを組んで主治医を手助けするのはよいが、患者データの把握が難しく前もってデータを受け渡しする手間が難しい。
- 既にタブレット事業も始まっているので、大きな規模で医師は全員参加するような規模でいきたい。

### ● 初めからプロジェクトチームを立ち上げると在宅医療の医師が減るおそれがある。

- プロジェクトチームでやってみるのはよいが、はじめから立ち上げると、むしろ在宅医療する医師はできないと考え、結果として、在宅医療医が減ってしまうおそれがある。

### ● 実施可能かもしれないが、遠方への時間外往診は困難であると思う。

- 在宅医療に積極的に取り組む医師たちが集まれば、長岡でも可能かと思う。
- しかし、山古志、栃尾、川口、小国地域など遠方への時間外往診が可能かどうかは、その医師の熱意に任せるしかない。片道 20km 以上の往診がはたして現実的なものかどうかというと、一般論では受け入れられないと思う。
- ドクターファイブはあくまでやりたい人が手を組んで行えばいいと思う。

### ● 「立ち上げのつもりで組織したが、固定化されて広がらない」が一番怖い。

- 例えば、
  - 5人のうち4人は固定する。残り1名の枠は半年で交代する
  - 5人のうち2人は半年間副主治医から解放される
  - 不慣れな医師も半年なら我慢がきく
  - など固定化されず、広がりを見せるギミックを入れることが必要である。
- コピーしても固定化するだけで広がりが出るか疑問である。

### ● エリアのドクターマップが必要である。

- 長岡市は車移動が主になるので、エリアのドクターマップ（チームドクターファイブ版）があると良い。
- タブレットで患者登録しておりますが、急ぎ及び重要な案件は電話連絡です。ただ、積極的な医師だけのチームでなく、消極的な医師を1人メンバーに入れてはどうか。思ったより負担感は少ないことなどを体験していただくことで、このシステムの必要性を他医師へ波及できると思う。

### ● 必要となる医師の数や参加方法、関係機関との連携等についても検討が必要である。

- 人数的に何人が適切であるのか。
- 手上げた医師でまず行われると思われるが、広域のため参加医師の診療地域の設定、また後日参加を検討したい医師の参加方法（追加でシックス、セブンか、新たに5人組を作るのかなど）の検討も必要と思われる。
- 関連機関（病院・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・介護事業所など）との連携の必要性と方法についても検討を要する。

### ● 次のような「長岡版副主治医チーム5」の立ち上げを提案する。

- 診ていた元の主治医に在宅医となっただき、サポートとして「長岡版副主治医チームドクター5」を立ち上げる。ただし、疾患は老衰などに限定されるが。

- がんで自宅帰り希望の患者に対する在宅緩和ケア、輸血、IVH ポート等の管理は、一般の在宅ではハードルが高いので、別チームを作って対応するのはどうか。
- **「長岡チームドクターファイブ：5人の副主治医（別名長岡看取り隊）」の立ち上げから「長岡在宅フェニックスネットワーク」との統合までを、次の3つのフェーズに分けて提案する。**
  - Phase 1．長岡チームドクターファイブ：5人の副主治医（別名長岡看取り隊）  
 不必要な救急搬送を減らし、看取りを実施し、主治医の負担を軽減することを目的として、5人の副主治医が、輪番制で当番医として長岡市・出雲崎全域をカバーする。
    - ①在宅患者の看取り
    - ②在宅患者の急変、特に病死の場合の死亡確認
  - Phase 2．長岡チームドクター10：地区で10人の近隣医師が連携する。  
 長岡市・出雲崎全域で、8つのチームドクター10ができる。  
 長岡チームドクターファイブの経験を踏まえて、10人の主治医・副主治医が連携をとる。  
 平日は、2週間に一度当番医となる。  
 土日は、1か月に一度当番医となる。
  - Phase 3．長岡在宅フェニックスネットワークと統合する。  
 タブレット端末を使った医療情報の入力と、救急医療時における副主治医及び救急医療班（救急隊、3総合病院及び3病院）による医療情報を活用する。
  - いずれの場合も、副主治医への連絡は、あらかじめ患者に示された、副主治医当番表により、患者・家族から直接連絡する。

## 7 その他

- **救急・警察医にも対応できる情報共有ができるとうい。**
  - 訪問診療だけでなく、救急、警察医にも対応できる情報共有ができるとうい。
- **ストレスを感じない在宅医療体制を望む。**
  - ストレスを感じないで、在宅医療に関わる（気楽に）体制を望む。
- **地域住民に対して、長岡市の方向性を示していくことが大切と思う。**
  - 医師やコメディカルや行政がいろいろなことを考えても、住民がついてこない気がします。市民公開講座の開催や市政だよりなどにシリーズで掲載するなど、地域住民に対して長岡市の方向性を示していくことが大切と思う。

## ■意見交換の内容

### 先進事例の検討

- ・ 京都（チームドクターファイブ）や長崎の例（長崎在宅 Dr. ネット）もそれぞれ独特で、コーディネーターとして1人優秀な方がいて、その方を中心に成り立っているような印象が強い。
- ・ 長崎も京都の場合もそうだが、これらの先進地域は、結果としては主治医が中心的に診ているので、病院での主治医と当直医のような関係でいいのではないか。
- ・ 京都のようにメンバーを固定してほかには広げないというのは、長岡には適さないのではないか。長岡では、栃尾や山古志等も含めて、何らかの体制をもって、主治医で頑張っている方々をバックアップする必要がある。

### 副主治医の在り方

- ・ 副主治医団や主治医プラス副主治医1、2なのかもしれない、全くないところからくる担当医なのかもしれない。余り言葉で決めつけてしまうとイメージだけ先走ってしまう。
- ・ 副主治医は責任を持った曜日などがあるが、主治医のいないときに代理で行く。情報がきちんとあれば、誰しもが副主治医になれるのではないか。初めての患者でも、これまでの経過が分かっていたら紹介状も書けるし、場合によっては死亡診断書も書ける。
- ・ ほとんどの場合、看取りには明朝行くということで済んでいると思う。その朝に都合がつかなければ副主治医が朝行くという話ができるような形になればいいのではないか。
- ・ 最近主治医が末期がん患者の看取りを引き受けた例があった。副主治医がいて、主治医ができないところをカバーするというシステムさえあれば、土日夜間は連絡がとれないという主治医でも、責任を持って患者を引き受けてくれる。
- ・ 他の医師になかなかお願いできないので、結局診ているところがある。ルールができて、医師に手紙を出せば患者を診てもらえるようになればいい。

### 主治医・副主治医制の課題

- ・ 例えば自分が副主治医でできることは、亡くなるべき人が亡くなって、そのときに主治医が不在だから代わりに看取るなどはできるが、特殊な処置はできない。
- ・ 遠方の知らない地域に行くための具体的な方法も必要だと思う。在宅の距離が半径16km圏内とあるが、それを超える場合は所属を臨時に近くの病院にするとなどということも考えなければいけないなどいろいろあると思う。
  - 16km圏外への在宅診療を特例にしてもらうためには周辺地域に医療機関がないという条件があるが、実際難しい。
- ・ 場所によってできることとできないことがきっとあると思う。栃尾や山古志は医師が少ないため、バックアップするなら、志の高い医師が主治医になるかレベルの高い人たちが集まらないと制度が成り立たないと思う。
- ・ 町中はスキルの高い医師が集まればすぐできると思うが、無医村に近い地区は、副主治医は病院の医師にお願いして、救急車を使うなどという形でやっていかないと回らないのではないか。
  - その判断を主治医ができればいい。訪問看護が入っていればまだいいが、それさえないとい

うときが問題になるのかもしれない。

#### 旧町村地区への対応

- ・ どの地域でも、主治医が独りで困らないという意味での主治医・副主治医制ということを考えていくような時代になってきているのではないか。
- ・ 在宅医療支援センターのようなものがあり、無医村に近い地区の主治医のバックアップを病院にお願いするなどの仕事を行ってくれば、センターの重要な仕事の一つになると思う。
- ・ 栃尾も山古志も主治医を見捨ててはいけないと思っている。副主治医ができないということになると、主治医を見捨てていることになる。
- ・ 栃尾や山古志で、主治医が独りで頑張っているのを何らかの形でバックアップしなければならない。個人が行うのは難しいので、病院にある程度引き受けてもらう。そのかわり、町中は開業医ができるだけ引き受けるといったことも含めて、長岡地域全体で地域が助けているという形になっていけると良い。そのルールやシステムがそれぞれの地域で違ってくるかもしれない。
- ・ 副主治医として呼ばれた間に自分の診療地域で何かあったときには、近くはお願いし、自分は副主治医として山古志に行ってくる、のようなこともあり得るのかもしれない。
- ・ タブレットに患者の情報が登録してあれば、副主治医が主治医に連絡をとらなくても適切に診療できるのではないか。もし山古志で副主治医が行けないときでも、タブレットがあれば、救急隊員や救急病院も情報が見られるということ。それも1つの方法だと思う。
- ・ まだ簡単に副主治医を頼めない気持ちのほうが強いので、そういうものを含めて啓発していかなければいけないと思う。主治医・副主治医制はまだ奥が深いのが、何かしらのルールを作って、冊子にして、医師会や行政なりが示せば一番いいと思う。そういう意味でこの交換会で意見が出るのがいいと思う。主治医・副主治医制の仕組みについては、いろいろな例が出たことを参考にまた考えを進めていきたい。

## 5 第2回委員会

### (1) 概要

事務局から意見交換会における審議内容について報告した後、報告内容について審議を行った。

### (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1-1 意見交換会要約シート（テーマ①）

資料2-1 意見交換会要約シート（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）」及び「主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）」に関する意見交換会の審議内容について事務局が報告した後、それについて審議を行い、承認された。

#### 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）

「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）」について、事務局から説明があった後、意見交換がなされた。「資料1-1 意見交換会要約シート（テーマ①）」及び第3回意見交換会「資料1 第2回アイデア総括シート（テーマ①）」を参照されたい。

資料1-1 及び審議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（要約シート）

## 共通テーマ

### 連絡方法についてのルール作り

#### 【ルール作りに肯定的な意見】

- 連携窓口の明確化は必要である。
- 良いルールがあれば、連携が加速する。
- 医師間の連携ルールを作る必要がある。
- 各事業所で、担当者不在時の対応ルールを決める必要がある。
- 連絡に関する時間のルールはあってもいいと思う。
- 病院の医師に連絡を取るときにルールの壁は必要である。
- 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。
- 介護の方からすると、ルールがあった方がいい。

#### 【ルール作りに否定的な意見】

- タブレットと携帯電話で十分である。
- ルールは、常識のない人のためのものである。
- 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。
- 必ずしもルールに沿った対応ができるか不明である。
- 連絡を受けたときに断らないことをルールにすれば全部解決する。
- ケアマネタイムという取り組みは、広がらなかった。

### エチケット集の必要性

#### 【エチケット集は必要との意見】

- 立場や役割を理解し、相手に合わせた言語表現が必要である。
- エチケット集は、連携を深めるうえで必要である。
- 「よこすかエチケット集」を学んで、裏面版を作成してみてもどうか。
- しっかりしたルールより、エチケットの方が受け入れやすい。
- 医師間の調整に関するエチケットも掲載したい。
- 状況に応じて、必要最低限のエチケットをとりたい。

#### 【エチケット集は不要との意見】

- 病院医師、開業医、看護師間での言葉の問題は感じていない。
- 現実的には、連携の窓口が一か所が決まっているとよい。

### コミュニケーションの壁の解消法

#### 【対応は必要との意見】

- 医師と介護の壁は高い。
- ケアマネージャーも個人差が大きい。
- 在宅支援センター（仮称）が仲介役になればいい。
- 交換研修があるとよい。
- 顔の見える関係性の構築を図ることが大切である。
- 地域別多職種連携の交流会を実施してはどうか。
- 医師の呼びかけによる交流会を開催してはどうか。
- 多職種合同の研修会や全議、親睦会への参加を促す必要がある。
- コミュニケーションの必要性を専門職が自覚する必要がある。
- 要点をついた聞き方や連絡の統一様式があるとよい。
- 大きな病院の医師との連絡が問題である。
- 大きな病院の窓口を決めることが重要ではないか。

#### 【対応は不要との意見】

- 無理をすると在宅医療が難しくなるので、今のやり方でよい。

## 個別テーマ

### 退院前カンファレンスのあり方

#### 【主な意見】

- 情報の共有と治療の限界を示すことが大切である。
- 特に、顔の見える関係が必要である。
- 退院前カンファレンスは、早期の開催が必要である。
- 退院の方向が見えた時点でカンファレンスを聞いてはどうか。
- 関連する職種が一堂に会してカンファレンスできればよいが、課題のサポートについて、互いに歩み寄る姿勢が欲しい。
- 退院前カンファレンスに出席したことがない。
- 在宅主治医にも声をかけ、欠席の場合はケアマネが代弁する。
- 医師の意識改革が必要かもしれない。
- 医療機関と在宅サービスで必要と考える情報が異なることが問題。
- 必ず在宅主治医に連絡して欲しい。
- ケアマネからの開催依頼も必要である。
- 関係者全員が無理でも、個別の連絡が大事である。
- カンファレンスの重要性に関する啓蒙が必要である。

### 訪問看護ステーションの連携のあり方

#### 【主な意見】

- 顔の見える関係が大切である。
- 訪問看護ステーション間の連携が疎遠になっているのではないか。
- 訪問看護師は、病院の壁をさほど高いとは思っていない。
- 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間の意識を共有していく必要がある。
- 互いに看護技術を高め合い、同じ水準の看護を提供すべきである。
- 訪問看護ステーション間の連携にもエチケットが必要であるのか。
- 訪問看護ステーション間の連携がないことで不都合はあるのか。
- 訪問看護ステーションは互いにライバルという意識がある。
- 訪問看護ステーションの地区別には無理である。
- 訪問看護ステーションの地区別はすぐには必要である。
- 訪問看護ステーションの地区別は将来的には必要である。

## 提案事項

1. 「在宅医療はできる」という考え方の研修が必要である。
2. 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。

## ■審議の内容

### 連絡方法についてのルールづくり

- ・ 連絡のルールという一番苦勞するところで、エチケット集やルールブックを作るといいのではないかといいと思う。以前、地域包括支援センターから医療機関との連携方法について相談を受けたときには、各医療機関には看護師や事務職の医師の片腕になるキーパーソンが存在するので、その情報を早く共有してほしいとお願いした。ただ、病院に関しては、病診連携室を通すしかないが、夜間や休日にはうまくいかないで困る。エチケット集やルールブックはすぐにはできないので、介護・看護が医療機関との連携のとり方のコツを情報として共有できれば、かなり楽になるのではないかと思う。
- ・ カンファレンスに医師はほとんど参加していないと思う。訪問看護が在宅に行くときには必ずカンファレンスに出ているようだ。在宅医は時間の制限もあるため退院前カンファレンスに出るのは難しい。病院の医師もほとんど参加しないので、在宅医が来るときは、出してもらうなどしている。訪問看護に入ってもらえるケースに関しては、必ずケアマネジャーと訪問看護師には出してもらうようにしているが、病院の医師が出ることは本当に少ない。
  - 診療所の医師も病院の医師も時間を確保するのは非常に難しい。現実には、看護とケアマネジャーが中心になってやっているのが現実というところだろう。
  - 在宅医は、出られるかどうかは別として、連絡はするようにとっている。
  - 「退院前カンファレンスがある」という話を余り聞かないので、忙しくて出られないだろうから言わなくてもいいという感じになっているのではないか。
  - 退院前カンファレンスには、医師は参加するケースが少ない。ただし、患者の状態によっては主治医が参加する場合もあり、開業医でも積極的に病院退院前のカンファレンスに来る医師もいて、老健等への退所時にも出る医師もいる。退院前カンファレンスはケアマネジャーが、患者の状態によって医師が必要だと考えた場合には、医師の動きやすい時間帯に調整を図る場合は確かにあるが、数としては少ない。ケアマネジャー、病棟の看護師と訪問看護ステーション等が主体になると思う。ただし、医師への声がけはするべきと思う。
- ・ 病院は医師の数が少なく、手術もあるので、カンファレンスは看護師にお願いしているのが現状だ。問題は、その患者が退院するときの状況、サービスをどのぐらい使うか、そして重症度だと思ふ。しばらくは在宅に任せられるか、病院からも定期的にチェックするべきか、入退院を繰り返してまたすぐに再入院となりそうかといった状況だ。急性期の病院では、再入院の可能性が高いのかある程度帰れるのかという見きわめが大切だ。病院の医師が参加するのは現実に難しいので、期待してほしくない。危険なときには連絡すると「すぐ入院できる」などという約束事は医師同士でできていけばいいので、カンファレンスで周りの人たちにお願いしたいのは、それを見きわめられるかどうかだと思ふ。また、夜になったときの連絡については、カンファレンスで行うべきだと思ふ。
- ・ 在宅医が、胃瘻交換の処置は病院に行くよう指示しているケースがある。病院の医師が、在宅医療に必要な技術や知識を拡散して行ったらどうか。医師同士でないと話せないこともあるので、面識のない医師から紹介されるようなときは、一度顔を見て話をしたいと思ふ。カンファレンスの中で約束を作るといふこともできるようになって欲しい。1対1の顔の見える環境が拡散して

いくということも大事ではないかと思う。

- ▶ 在宅の医師にも胃瘻交換をするための技術や知識を伝えるということか。
- ▶ 難しい技術ではないので、行う在宅医が増えてほしい。コミュニケーションをとることで患者や医師の負担が減っていく可能性はある。
- ・ 在宅医はどこまでできて、どこまでしてくれるのかが分からないので、「どうぞ病院に来てください」という言い方で終わってしまう。
- ・それほど専門的なことではなく、一般的な技術なので、できるようになっていけばいいと思う。そういう技術の拡散や周知といったものがもう一つ大事になってくると思う。

### 主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）

「主治医・副主治医制の仕組みづくり（テーマ②）」について、事務局から説明があった後、意見交換がなされた。

「資料2-1 意見交換会要約シート（テーマ②）」及び第3回意見交換会「資料2 第2回アイデア総括シート（テーマ②）」を参照されたい。

資料2-1及び審議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（要約シート）

### 主治医・副主治医制に対する考え方

#### 制度に対する考え

- 主治医・副主治医制とは、主治医が中心的に診ていて、何かあったとき副主治医が診るといふバックアップ体制のことである。
- 色々な関係が成立するようなシステムでありたい。
- 地域全体の副主治医がいればよい。
- 長岡市広域の主治医・副主治医制は事実上不可能である。
- 副主治医制に代わる仕組みも検討する必要がある。
- 主治医は手挙げ制で、対応可能な地域は副主治医が決めるのがよい。
- 副主治医の立ち位置（役割）について整理すべきである。
- 大きな仕組みよりは、コンパクトな仕組みから開始した方がいい。
- 副主治医の存在は心強い。
- 近隣の地区でのグループ化がよい。
- 数人の医師で試行し少しずつちんとしたシステムに育てるのがよい。
- 良い制度だと思いが、医師会の意向によるところが大きいと思う。
- 在宅医療における主治医の心理的な負担を解消し、在宅医療を望む全ての患者が在宅医療を受けられることができるシステムの第一歩が「在宅主治医・副主治医制」である。

#### 制度に対する留意点

- 先進事例はシンプルすぎて、罰くじを引く人が決まってくるシステムである。
- 副主治医の負担が大きくなりすぎないようにする必要がある。
- 主治医・副主治医制に拒否的な医師をどうするかが問題である。
- 長岡市広域の在宅医療を医師会主導であまねくカバーする制度を構築するという目標にはそぐわない。
- 一部の医師に大きな負担がかからないシステムが必要である。
- 導入に際しては、副主治医の役割、責任・権限を明確にし、特定のグループに固定化されすぎないようにする必要がある。
- 医師会で在宅の看取りについて共通認識を持つことが必要である。
- 主治医・副主治医制自体が広がりを持つには、利用のしやすさが重要である。
- 主治医ではできるだけ自動的に決められ、主治医・副主治医の連携は緩やかなシステムが良い。
- 地域の状況を考えながら、個別に検討していくことが必要である。

#### 長岡市の方向性に対する考え

- 月～金の9時～5時でも、土日夜間は連絡がとれないという在宅主治医でも、副主治医さえいて、主治医ができないところをカバーするというシステムさえあれば在宅医療は可能になる。
- 看取り目的の主治医・副主治医制であれば、ICTを活用した旧長岡ネットワークを考えてよいと思う。
- 場所によってできることとできないことがあると思う。栃尾や山古志はドクターが少ないうえ、制度が成り立たない。
- 町中はスキルの高い先生方が集まればすぐできると思うが、無医村に近い地区は、副主治医は病院の先生にお願ひして、救急車を使わないと回らない。
- 栃尾も山古志も主治医を見捨ててはいけない。副主治医がいなければ主治医を見捨てることになる。個人でバックアップするのは難しい場合は病院である程度引き受けてもらい、そのかわり町中は我々ができるだけ引き受けるといった仕組み作りが必要である。

### 取組事例に対する評価

#### 在宅ケア連携医療機関ネットワーク（H8～H18 長岡市医師会）を覗いて

- チームドクターファイブもそうだが、あり得ない。留守番部隊、拘束部隊にはなりたいくない。
- 過去の事実を把握できていないので、現状は意見を持たない。
- 大変良い制度で、改善と啓蒙を通じ、広く参加できる制度にできればと思う。
- 欠点を検討し、それを補う方法で再開してみてもどうか。
- 欠点も既に分かっているから、改善して再導入するのがよい。
- 導入から廃止までの経緯や評価を確認することが必要である。
- 「在宅ケア連携医療機関ネットワーク」の進化版として「長岡在宅フエニエックスネットワーク」を提案する。

#### 長崎在宅Dr.ネットの取組に対する意見

##### 【褒れている点】

- 事務局がオープンであること。
- 情報発信にメールマガジンを活用していること。
- 主治医を手挙げ方式で決めていること。
- 専門性の高い科の医師の関わり方が考慮されていること。
- 副主治医の定期的な診察が不要であること。
- 外来併用型の一般診療所が在宅医療に積極的に関わることができているシステムであること。
- 居住地区を考慮して主治医・副主治医が決められ、会員数が多いこと。
- いろいろな専門分野においても、専門医がきめ細かく対応できること。

##### 【懸念される点】

- 長岡市では周辺の医師が少ないため中心部しか機能しないのではないかと、副主治医はごく限られた医師になる可能性がある。
- 病院側からも在宅診療する医師が必要かもしれない。
- 患者が主治医を選べないこと。
- 手挙げ方式なので、一部の医師だけが行うことになるのではないかと、事務局や地域コーディネーターの労力が大きすぎるように思われること。
- 10年で650症例は少ない。在宅医療が必要な患者はその100倍はいる。
- 24時間メールによる連携が可能とは、24時間拘束されることではないか。

#### 京都府乙訓地域千一ドクターファイブに対する意見

- 全く長岡には通用しない。
- 既にタブレット事業も始まっているので、医師が全員参加するような大きな規模で実施したい。
- 実現可能かもしれないが、遠方への時間外往診は困難である。
- 初めからプロジェクトチームを立ち上げると在宅医療の医師が減る恐れがある。
- 「立ち上げのつもりで組織したが、固定化され広がらない」が一番怖い。
- 必要な医師数、参加方法、関係機関との連携方法等の検討が必要である。
- エリアのドクターマップが必要である。
- 在宅に熱心な医師が集まらなければ達成できない。
- 「長岡版副主治医チーム5」を提案する。
- 「長岡チームドクター5：5人の副主治医（別名長岡看取り隊）」の立ち上げから「長岡在宅フエニエックスネットワーク」との統合までを、①長岡チームドクター5、②長岡チームドクター10、③長岡フエニエックスネットワークとの統合の3つのフェーズに分けて提案する。

## ■審議の内容

- ・ 過去の長岡市医師会の取組では医師会全体で一斉にやっていったが、なかなかうまくいかなかった。京都の事例では、方向性、スタンスが一致している人たちのグループ化ということだが、実際に稼働して続いていくとどのような違いがあるのかと思った。京都の活動はその後どうなっているのか。
  - 事務局：在宅医療に関心がある医師の交流会を持って、チームドクターファイブの活動を広めることが1つの主流になって、それぞれのチームができていくことを期待している、ということであった。違う地域でチームを立ち上げるということで、相談に乗っている。また、チームドクターファイブは、有志が集まって始めているだけなので、医師会や自治体がPRするなどということは、今は全くないということであった。
- ・ 京都のチームドクターファイブの活動状況を見ると、結構頑張っているいろいろなことをやっている。長岡では、病院関係者に在宅でできることを広めるのと、在宅医の知識や技術を向上させることの両方が必要だ。病院の主治医と面談してポイントを聞いたりするのは医師同士で伝達しているので、長岡の場合は、医療情報のコアなところは医師同士が顔を合わせてやっているのが結構多いのではないかと思う。
- ・ 昔から診療所の医師は、独りでずっと患者を診て、誰に頼るということもなくやってきていた。主治医・副主治医制は、これだけ見るとすごく忙しくなるのではないかと錯覚を覚えてしまうが、実際の稼働数はチームドクターファイブでも非常に少ない。長岡であればもっと少ない負担でシステムが組めるのではないかと思う。その中で、胃瘻を換える、気管チューブを換える、フォーレ（尿管カテーテル）を入れるということを経験し、訪問看護師に手伝ってもらってできていけばいいのではないか。主治医のバックアップを複数のファジーな関係で支えるシステムができていくのもいいのではないか。
- ・ 病院としては、基本的には輪番制を採っていて、受ける体制づくりができていのに、主治医でなくて副主治医がいなければいけない状況があるのか。長岡は病院に行くのが大変ではない地域であるのに、あえてそうする必要はあるのか。主治医がいなかったときに病院にお願いすればいいのに、あえて副主治医をつける必要があるのか。また、周りの人たちが本当に副主治医を必要としているのか。病院は困ったものは受けるので、むしろ主治医が頑張り過ぎたり、副主治医を探してもらわなくてもいいのではないか。また、レベルアップしていくために、病院からどういう情報を提供してほしいのか、帰すときに必要なことが何なのか、といったことを教えてもらえれば、協力できるような体制づくりを病院でもしていきたい。
- ・ 長岡は非常に恵まれている地域であるので、副主治医はどちらかという、看取りに限定したもので、搬送できない状態のときに主治医がつかまらなかつたら、代わりに誰かが死亡確認若しくは死亡診断書を書けるという体制のほうに重きが行くのではないか。
- ・ それをしっかりと決めてもらえれば、それでいいと思う。そうすると、ほかの職種の人余り関係ないので、医師会が地域割をできるかということになるので、集まってやることではないと思う。
- ・ 仲良しグループではなく、訪問看護ステーションを利用している医師を訪問看護が適当にグループ化して、主治医がつかまらなかつたら別の医師に頼むということもあり得るということ根回しするという感じのほう現実的ではないかと思っはいたが、どちらにいくか分からない。

- ・ 往診が困難なものは副主治医でサポートするというイメージなのではないか。
- ・ これからは在宅での看取りが多くなっていくと思う。主治医がたまたま学会や市外、県外に行ったりしたタイミングで息を引き取ったときには、死亡確認のためだけに病院に救急搬送されるというようなケースも実際にあるので、その辺を解消できれば一番いいのではないか。本当に緊急に搬送しなければいけない患者が、救急車に乗れず間に合わないというケースも出てくる可能性があるのではないかと思うので、副主治医というものは有効だと思う。
- ・ 主治医のお知り合いの医師から「何かあったら行くよ」という言葉を聞いただけで、患者と家族は安心する。簡単に連れていけるのであれば救急や自宅でタクシーなりを使って家族が連れていくのだろうが、そこまで連れていくほどの状態ではない場合、助かったという事例は過去にある。

## 6 第4回意見交換会

### (1) 概要

第3回意見交換会終了後、第4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、「多職種連携のための情報共有」及び「市民への効果的な周知方法」について意見交換を行った。

### (2) 論点

- ・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）

### (3) 資料

- 資料1 小国・栃尾地域モデル事業の成果と課題
- 資料2-1 第3回アイデア総括シート（テーマ④、集約版）
- 資料2-2 第3回アイデア総括シート（テーマ④）

### (4) 審議

#### 多職種連携のための情報共有（テーマ③）

多職種連携のための情報共有の中心テーマである情報共有システムについては、長岡市と長岡市医師会が中心となって別途協議中であるため、意見交換会では、現状に関する情報の共有にとどめることとした。

多職種連携のための情報共有について、「資料1 小国・栃尾地域モデル事業の成果と課題」等を基に事務局及び吉井委員が説明を行った後、情報共有のための意見交換を行った。

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。

## 小国・栃尾地域モデル事業の成果と課題

長岡市 H27. 9. 29

### 1 協力機関からの意見

#### 【医師・ケアマネジャー等】

- ・訪問診療する際に看護師やヘルパーの情報を参考にしたり、カメラでの画像で、患部の状態がタイムリーに分かりやすくなった。
- ・記録が随時更新され、それを閲覧できることにより、より多くの情報が得られるようになった。
- ・業務の関係で必ずしも、すぐに情報を確認したり、コメントができるわけではないので、緊急性の高い場合等は、電話等での連絡もあると良い。

#### 【訪問看護・訪問介護の意見】

- ・カメラ機能を使って医師からのアドバイスを得やすくなった。
- ・タブレットプリンターの記録紙を用紙に貼ることにより、記録時間の短縮につながり、業務の効率化につながった。全体的に早く帰れるようになったと感じる。
- ・入力した情報を見てもらったか確認ができないため、情報共有がされているか疑問。
- ・操作に慣れるまでに時間がかかる。そのため、手書きとタブレットへの入力の2度手間が生じる。
- ・タブレットが未導入の関係機関とは情報共有ができないため、より多くの関係機関で導入することが望まれる。また、別の手段での情報共有の方法の検討も必要。

### 2 1から考えられる成果と課題

#### 〈成果〉

- ・患者情報の共有において、タイムリーな情報共有や画像情報の共有といった、効果的な活用がなされており、情報共有の幅が広がった。
- ・タイムリーな情報共有や画像という具体的な情報により、より連携のとれた患者支援につながっている。
- ・業務の効率化につながっている。

#### 〈課題〉

- ・情報を閲覧する側は入力の手間がないが、入力する側にとってはまだまだ手間がかかることが多い。
- ・必ずしも、全ての情報について共有がなされているとは限らない。
- ・事業の効果を上げるために、より多くの関係機関の導入が必要。

# 小国・栃尾地域でのタブレット活用モデル事業について

平成 27 年 9 月  
長寿はつらつ課

長岡市では、小国地域、栃尾地域において、タブレットを活用した情報共有により、在宅医療を多職種で支えるモデル事業に試行的に取り組んでいます。

この事業により、タブレットを活用した情報共有の有効性の検証や、在宅医療の課題の洗い出し等を行います。

## 1 実施内容

診療所・地元医師、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、地域包括支援センター等の関係者が、タブレットにより訪問時の情報を共有し、診療や在宅ケアに生かす取組を試行的に行うものです。

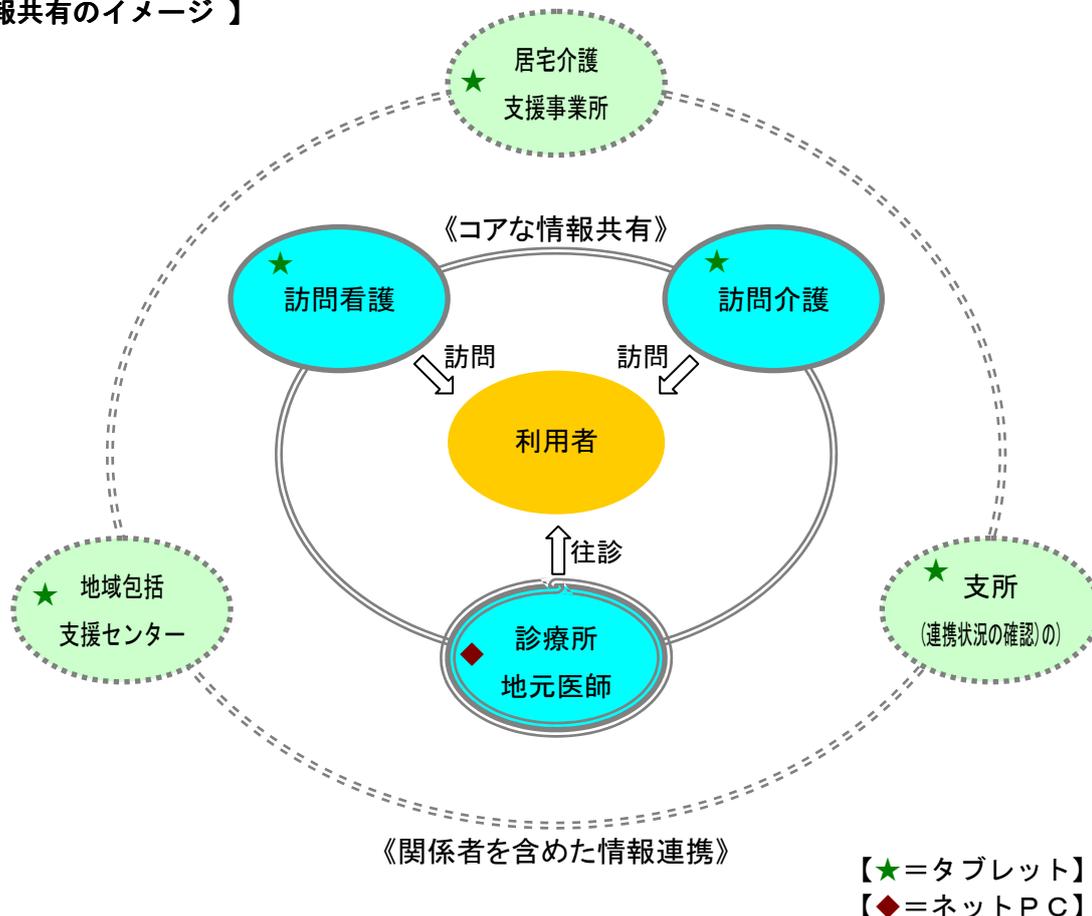
【新潟県在宅医療連携モデル事業(H26～27)を活用】

## 2 対象となる高齢者

医師の往診を受けており、訪問看護、訪問介護 等が入っている方

(平成 27 年 9 月現在…小国 19 名、栃尾地域 26 名)

### 【 情報共有のイメージ 】



### 3 実施期間

平成 26 年度～27 年度（2 年間）

### 4 導入するシステム

(株)アルム 「T e a m」(旧けあふる君)

※ 経済産業省の事業により開発されたシステムです。

平成 24 年度に、厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」で、こぶし訪問看護ステーションが当該システムを活用した医療・介護の連携事業を実施しました。

この取組は、厚生労働省から、全国モデルとして広く紹介されています。

### 5 これまでの経過

(1) 小国地域〔医療機関・事業所…10 か所〕…PC17 台 タブレット7 台 モバイルプリンター-6 台

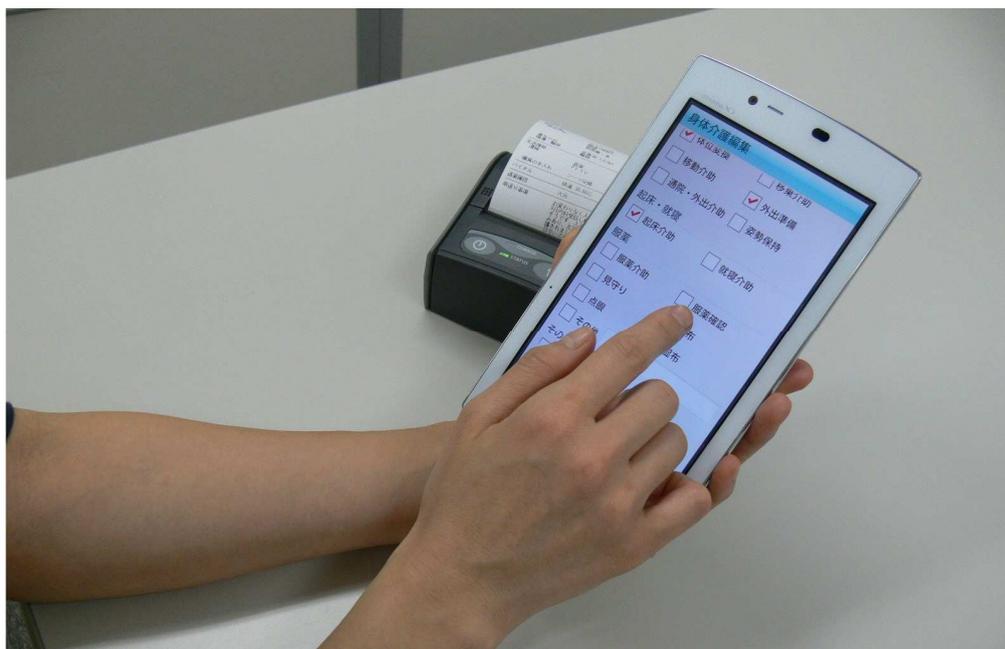
- ・説明会の開催 …H26. 5
- ・事業所ごとに操作説明・セットアップ …H26. 6  
(H27. 5～Team への移行)
- ・運用スタート …H26. 7
- ・情報交換会の開催 …H26. 7、H26. 9、H27. 2  
H27. 5、H27. 10

(2) 栃尾地域〔医療機関・事業所…16 か所〕…PC37 台 タブレット22 台 モバイルプリンター-15 台

- ・関係者への協力依頼 …H26. 5～6
- ・説明会の開催 …H26. 7
- ・事業所ごとに操作説明・セットアップ …H26. 7 月中旬～下旬  
(H27. 5～Team への移行)
- ・運用スタート …H26. 9～
- ・情報交換会の開催 …H26. 9、H26. 11、H27. 2  
H27. 5、H27. 10

※小国・栃尾のいくつかの事業所は、業務効率化の効果検証を H27 に実施中

#### 【 使用するタブレット 】



## ■意見交換の内容

### 小国・栃尾地域モデル事業の成果と課題

- ・ 看護・介護の方たちは全体的にいい印象だと思っておられるのではないかと。慣れてしまえば手放せなくなる道具という印象を受けた。
- ・ 自院では、初め在宅医療の患者は6人ぐらいタブレットに登録していたが、そのうち4人亡くなって、2人になってしまったため補充をしたいと市に相談したが、補充にならなかった。しかし、最終的には医師会に相談して補充になった。
- ・ データの削除は簡単にできたが、入力ができない。結局患者がいなくなってしまうため、限られた情報しかなかったため、また増やす努力をしている。
- ・ 登録した患者が亡くなるまでの間、タブレットを介して情報共有の依頼はあったか。
  - 細かく見るチャンスもないうちに亡くなったので、評価まではできていなかった。しかし、今では使い方も分かってきたので、今後は、毎日見るように努力するが、忙しいとなかなか見られない。
- ・ タブレットを使った情報共有システムが何のためにあるのかということがいまだに疑問だ。利用者のケアの質が高まるというが、それはごく一部だ。地域の中のケアシステムとして、いろいろな連携があり、どれがどの連携か分からなくなる。統一して、連携しやすくするのが本当の目的ではないか。
- ・ 今は実証段階のため数が少ないかもしれないが、経過を見ると、対象が全員に広がるわけではなく、一部だけになってしまうのではないかとと思われる。訪問看護を受けている患者を対象とする医師会のやり方では、例えば、うちの患者は3割しか対象にならないので、残り7割は別の方法になってしまう。
- ・ 医師会としては、訪問看護が入っていない人を見捨てるシステムではなく、対象に入れたシステムと考えて検討している。主治医・副主治医はバリエーションのあるもので、あらゆる組み合わせで落ちこぼれていく方がないような連携ができるものにしたいと思っている。
  - このタブレット方式はそのベースになり得るものではないかとは思っている。

### ICT 活用の現状把握

長岡市における ICT の活用については、別途協議中であるため、本調査研究においては、現状の把握のための意見交換にとどめる。そこで、小国・栃尾地域で進められているタブレットを活用した情報共有の、社会実験の先進事例である「こぶし園」における ICT の導入と活用状況を共通認識するため、吉井委員から報告があった後、意見交換を行った。

なお、説明資料については、後掲の資料編を参照されたい。

- ・ このモデル事業は試験的に使っているが、介護でも看護にでも便利で、在宅の医師としても、患者の訪問診療の情報などが載っているため、便利だ。救急も災害時も役立つ。緊急での看取りや、副主治医が初めて行く場合も、大変有効なのではないか。病院のカルテや病院の資料を閲覧できるような ICT システムを構築してもうまくいかないのは、手を触れる人たちだけが共有すればいい

い情報になってしまっているためなのではないか。

- ・ 外来で診ていた患者を自宅に診に行く在宅医療と、重症の患者でも家に帰れるのだという2つの在宅医療を混同せずに考えると、前者の場合は非常に少ない情報量でも良く、それが看取りの対象になるなら、このシステムはいいと思う。しかし、看護のシステムはなかなか難しく、医療点数の改正も難しい。
- ・ 言葉遣いで私は「利用者さん」とは一回も言ったことはないが、システムは「利用者さん」で始まってしまうので、とっつきにくい。医師側からも意見が出て、もっとよくなっていけばいいと思う。使う医師を増やしてこなれたものにしていきたいと思っている。
- ・ 業務の効率化は、現時点ではほとんどがプラスアルファという段階だ。点や線ではなく、面でこのエリアの人たちをカバーすることで、いろいろなことが網羅できるのではないかと。連携を取って、全ての対象者が、何かが起こったときに全て対応できる形でないかと本来は難しいのではないかと。
- ・ 連携を地域の中で進めるためには、ある程度共通項を求めながら、大きな目標の中で一つのシステムという形を作っていくとしないのではないかと。使い勝手をよくすることで多くの人たちが使いやすくなり、連携が更に進んでいくのではないかと。
- ・ 「何のために」という意見があるが、「ICTシステムを使うなら、全員を対象に一括で効率化を目指すべきと考えると、本気で取り組む覚悟はあるのか」という問いかけだと思う。モデル地区として一部の人間だけが優遇されるものでは意味がないのではないかと。
  - ▶ 覚悟を持って全員にやっていく形が最近見えなくなってきたところがあったので、そういう覚悟がない中で一部の人たちだけにやっていた。
  - ▶ 全員を対象にするのは最初から無理かもしれないが、最初から目指すものを持っているのと、限定的な訪問看護が入っているところだけになってくると、多分違ったものになってくる。
  - ▶ 多職種連携のための方策として、ルールやエチケット、コツなどいろいろあったが、それらはサブで、この情報共有こそ多職種連携ツールだ。これを使いこなすことによって連携がスムーズに行くという第1番目のテーマの解決策にもなる。全員を対象に関係者も全員が参加し、どのようなステップで入っていくのか。その辺りなどの将来的な見通しが無い中で議論するのは厳しいという御意見と理解できた。
  - ▶ 詰めていくと、いろいろ問題が出てくると思う。解決するために努力したい。

#### 市民への効果的な周知方法（テーマ④）

事務局から「資料2-1 第3回アイデア総括シート（テーマ④、集約版）」、「資料2-2 第3回アイデア総括シート（テーマ④）」及び資料編に記載されている「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」について説明があった後、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④ 市民への効果的な周知方法

### 1 何を伝えるべきか(周知する内容)

#### (1)市民に対して

##### ●地域包括ケアシステムの考え方

- ・地域包括ケアシステム、社会の方向性
- ・2025年に向けてどのような課題があるか
- ・在宅での暮らし方の選択肢

##### ●在宅での療養(医療・介護等)について

- ・実態、往診の存在、看取り
- ・訪問診療、往診をする医師が要ること
- ・「在宅医療はできる。」ということ
- ・様々なサービスを使いながら在宅で療養・介護・看取りができること
- ・在宅医療が必要になってもかかりつけ医に診てもらえること

##### ●終末期医療(在宅看取り等)について

- ・在宅で看取りができるということ(大きな病院でなくとも)
- ・自分の最期をどのように迎えたいか、またどのような状態でも在宅で最期を迎えられること
- ・本人・家族の心構え、終末期の医療・対応等

##### ●医療の現状について

- ・2025年問題(特に都市部で亡くなる方が急増し、既存のベッドでは対応できなくなるおそれがあること)
- ・病院と診療所の役割
- ・「何かあれば救急車で搬送するのは当たり前」はいいが、「全ての人がそれを望んでいるわけではないこと」
- ・救急車を使う意味
- ・無駄な救急搬送が増えることの影響
- ・救急医療等を守ることが患者(家族)のためになっているということ
- ・急性期病院は治療が終了したら、長くいることができないこと

##### ●サービスや制度、社会資源について

- ・介護保険の利用方法、介護サービスの内容(訪問看護、訪問介護等)
- ・具体的な病院診療、在宅療養施設の使い方など
- ・困った時は家族だけで抱え込まず行政やケアマネジャーに相談できること
- ・ボランティア活動、民生委員について
- ・在宅医療につなぐための社会資源、医療現場での現状

## (2) 医師・看護師、関係者に対して

### ●地域包括ケアシステムの考え方

- ・「地域包括ケアシステム」構築に向けての考え方、方向性
- ・地域包括ケアシステムとケアマネジメントの視点

### ●医療の体制について

- ・在宅医療の必要性
- ・在宅医療、地域包括医療の体制の実地例
- ・病院と診療所の役割
- ・2025年に向け、在宅医療に主体的に取り組まなくてはならないこと
- ・在宅医療に対する負担・不安を軽減する施策を医師会が進めていること
- ・訪問診療、往診をしてくれる医師
- ・無駄な救急搬送が増えることの影響
- ・救急医療等を守ることが患者（家族）のためになっているということ
- ・「何かあれば救急車で搬送するのは当たり前」はいいが、「全ての人がそれを望んでいるわけではないこと」

### ●患者の在宅療養(実態)について

- ・患者が在宅でどのように療養しているのか
- ・入院時から退院後の在宅医療・介護について意識をもつこと
- ・入院中に、医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士などがやっていることを在宅では誰がどのように行うのかを、真剣に考えて退院させること
- ・退院患者には隠れた在宅希望があること
- ・患者が希望すれば在宅で看取れること
- ・在宅医療、看護の理解
- ・現況で家で看ることが困難や事例や状態（地域の往診状況、訪問看護の訪問回数、家族状況）

### ●病院と在宅医療との連携について

- ・病院と在宅医療の連携
- ・病院から在宅への受け渡し
- ・病院及び職員が在宅でできること
- ・在宅生活を支え、継続するための在宅医療との連携
- ・病院と診療所の役割
- ・カンファレンスの参加
- ・在宅・医療機関それぞれの現状や葛藤
- ・病院と在宅では思いもよらないギャップがあること
- ・在宅医療、看護の理解
- ・在宅医療の実際

## ●サービスや制度、社会資源について

- ・介護保険、診療報酬、医療保険制度（在宅医療）等の制度について
- ・介護保険制度の内容（介護保険は万能ではないことを含む）
- ・暮らしを支える基本となる在宅サービスに対する理解
- ・夜間対応型訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・在宅医療情報（地域の実際の実情等）
- ・種々のサービスを活用することで様々な状況に対応できること
- ・在宅医療や訪問看護ステーション、各種サービスの役割の重要性
- ・地域における支えられる社会資源（往診できる医師、訪問看護、インフォーマルサービス等）

## ●その他

- ・病院の主治医との連絡の取り方
- ・医師記載の指示書が必要なものに関しては、主治医の了解を得て決定すること

## テーマ④ 市民への効果的な周知方法

### 1 市民への周知

誰に	何を	どのように
(中学生・高校生を含む) 一般市民	・地域包括ケアシステムの考え方	
一般市民	・地域包括ケアシステムの考え方 ・「地域の道路を病院の廊下に」の考え方	
一般市民	・地域包括ケアシステムの考え方	
一般市民	・在宅医療（看取りも行われている実態） ・在宅医療（往診）の存在	・在宅は病院と異なり、自由なスタイルが選べることを前面に説明
一般市民	・在宅で看取る事ができるということ ・訪問診療、往診をする医師が要ること ・訪問看護、訪問介護 ・介護保険の利用方法、介護サービス内容	
一般市民	・大きな病院でなくても在宅での看取りは可能	
一般市民	・自分の最期をどのように迎えたいか。また、どのような状態でも在宅で迎えられること	・考えられ、話し合える場を設ける ・地域別にサークル活動や町内の老人会、婦人会、PTA等の集会を利用し、茶話会や懇談会形式で開催
一般市民	・在宅での暮らし方の選択肢 ・「死」に対する考え方 ・社会の方向性（地域包括ケアシステム）	
一般市民	・「在宅医療はできる。」 ・具体的な病院診療、在宅診療、施設の使い方など	・医師会主催 ・行政主催 ・病院主催
一般市民	・「在宅医療はできる。」 ・具体的な病院診療、在宅診療、施設の使い方など	・会報、講演会等 ・興味のない人には、講演会形式より小さな公民館クラス、町内会、地域包括支援センター単位など小さな集会

誰に	何を	どのように
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 包括医療</li> <li>・ 在宅介護</li> <li>・ 自宅で死ぬということ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ それぞれの職種が説明</li> </ul>
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2025 年問題（特に都市部で亡くなる方が急増し、既存の病院ベッドでは対応できなくなるおそれがあること）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マスメディア（テレビ、新聞、ラジオなど）を通じて、決して不安をあおることがないように優しく解説</li> </ul>
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2025 年に向けてどのような課題があるのか</li> <li>・ 様々なサービス等を使いながら在宅で療養・介護・看取りができること</li> <li>・ 困った時には家族だけで抱え込まず行政やケアマネジャーに相談できること</li> <li>・ 在宅医療が必要になってもかかりつけ医に面倒を見てもらえること</li> <li>・ ボランティア活動・民生委員</li> </ul>	
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療につなぐための社会資源、医療現場での現状</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院で市民講座を開催（広報は医師会がバックアップ）</li> </ul>
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「何かあれば救急車で搬送するのは当たり前」はいいが、「全ての人がそれを望んでいるわけではないこと」</li> <li>・ 救急車を使う意味</li> <li>・ 無駄な救急搬送が増えることの影響</li> <li>・ 病院と診療所の役割</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括支援センター単位で、休日や夜間等できるだけ多くの人に参加できるように時間設定をして働いている人たちにも理解してもらう</li> <li>・ 各世帯 1 人は説明会（研修会）に参加</li> <li>・ 市政だよりに載せる</li> </ul>
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人・家族の覚悟と心構え、終末期の対応等</li> </ul>	
一般市民、関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 終末期医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ シンポジウム</li> <li>・ シンポジウムの結果報告を市政だより等に掲載</li> </ul>
実際に（サービスを）必要としている高齢者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの考え</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 町内会の場、コミュニティセンター等、ケーブル TV 等</li> <li>・ 理解しやすいポスター等を作り、各施設等に示す</li> </ul>

誰に	何を	どのように
患者（家族）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療</li> <li>・救急事情</li> <li>・救急医療等を守ることが患者（家族）のためになっているということ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・直接接する病院、診療所の医師が説明</li> <li>・地域包括支援センターなど、代わりに説明するところを紹介する</li> </ul>
患者家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅で看られること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・好事例を通じて</li> </ul>
患者家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期病院は治療が終了したら長くはいることができないこと</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パス転院のように入院時に今後の予定をイメージできるようなシステムを作る</li> </ul>
介護保険（介護認定）を受けた家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「在宅医療はできる。」</li> <li>・具体的な病院診療、在宅診療施設の使い方など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター、かかりつけ医、訪問看護、病院が個別に解説</li> <li>・それぞれの家族に起こり得る又は起こっていることに似た事例を示す</li> </ul>
医療関係者、介護関係者、市民などあらゆる人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・希望すればどのような状態であっても在宅で診る、看ることができるということ</li> </ul>	

## ■意見交換の内容

### 効果的な周知方法

- ・ 効果的な周知方法についての意見は、よくまとめてあると思う。市民に対する周知と地域包括ケアシステムの中で働く人たちへの周知と二つに分かれていて、市民に対する周知はそれぞれが行う。お互いに周知し合わなければいけない医療や介護にはまた別の壁があると思う。
- ・ 本当に介護で悩んでいる人に情報を提供できる場合は、一つは小さな規模の集会で、もう一つは実際の体験談などを、必要としているところに出向いて話をして、更にその友達に伝わっていくような小さなチェーンが必要なのではないかと思う。
  - 市民に対する周知については、一つは広報など広く浅く配るようなもので、もう一つは、自分が在宅医療を受けるかもしれない人や、具合の悪い家族がいるなど、実際に身近に在宅医療を考えている人たちを対象とした、少人数での深い説明という、2種類の広報という形で進めていったらいいのではないか。
  - 小規模のものもあれば、大々的なものもあって、両方の面から訴えていくのがいいと思う。
- ・ 介護する人がいれば相談はもちろんあると思うが、一般の人がこうなったときのことを考えての広報はないか。
  - 実際にそのような状況にならないと相談に来ないのが実際だ。今は介護予防に力を入れているので、若い人たちから寝たきりにならないための話や、将来自分はどのように在宅でありたいか、のようなことを訴えていかなければならないと思う。
- ・ 1つの方法として、こちらから知らせる形もあるかもしれないが、体験談を市で募集して、コンクールなどをするという形をすると、関心が持てるのではないか。自分たちの体験を通していろいろな発言は波及効果があるのではないか。
  - 間違った情報にならないように調整する何かが必要なのではないか。
  - 調整をわざわざする必要はないかもしれないが、意見を拾い上げることで周知になるのではないか。
- ・ 病院の医師は時間が取れないので、病棟看護師や医療ソーシャルワーカーが周知すべきではないか。
- ・ 周知方法は難しいが、近所の人から直接出向いて、介護で悩んでいる人に話していくことで横に広がっていくことが大切だ。病院に対しては、医師だけではなく、病院内の職員全体の意識レベルが上がればいいと思う。顔が見える関係で病院の医師が在宅医に相談できるようなケースもできてくればいいと思う。
- ・ 病院が教育として在宅医療に関わるのはありがたいが、基本は、病院は具合が悪くなった患者を受ける在宅の後方支援と前方支援の両方を行ってもらえればよい。

### 医師への周知

- ・ 病院の若い医師は、日常的な診療業務などで非常に忙しいので、ミーティングを持っても参加は難しいと思う。
- ・ 病院では医師によって在宅に対しての理解に温度差があると思う。
- ・ 在宅医療に行くのは診療所の医師たちなので、現場と接する機会の少ない病院の医師と話し合い

たい。

- ・ 生の声が病院の医師に伝わればいいと思う。「ここでこのようにしてできているので、在宅で最期まで看取れるのだ」という具体的な形が分かるとありがたい。
- ・ 病院の医師も問題点や好事例を知って、お互いに共有できるといいと思う。
- ・ 病院の医師たちは、家で診られるのか診られないのかということが分からない。病院の中で研修医に、看護師向け退院調整の学習会などの案内を出したが、参加した医師は1人であった。参加してくれれば在宅でできることなどを話せるが、現状ではなかなかできない。
  - 研修医の勉強会を組んでもらうといいと思う。病院でも一部の医師は理解しておられるが、若い医師や職種の人たちは、患者が在宅医療で対応できるということを分かっていない。それを周知する方法を考えるのも大事かもしれない。
- ・ 病院の質を高めるために、本来は在宅医療を知っている必要がある。病院として研修医だけでなく、在宅に移行するための教育をする必要があると思う。
  - 病院の方から医師や看護師に教育をしてもらうことで、病院の質も高まるのではないか。病院が在宅医療の理解にもっと足を踏み出してほしいと思う。
  - できれば、医師会の中で在宅を診ている医師たちが、病院で勤務している医師たちに向けて学習会などをやっていただけるといい。
  - 例えば症例を出してもらって、在宅医がそれに対して実際にできることを伝える。在宅医が難しい症例だと思っていたことを病院の症例検討会に出すと、簡単にできると言われることがあるので、その逆をやっていただくのも一つの方法だと思う。
  - 病院と在宅医の医師同士で話をしないとならないと思う。話し合いの機会を医師会が持っていてもいいが、医師同士での会があってもいいと思う。

### 取組事例の紹介

- ・ 在宅の取組事例や、在宅でできることの事例集を作ることは可能だと思う。
  - 症例集は出せるが、大事なのは在宅医療をするかしないかだ。
  - 症例集が病院の医師にもモチベーションにはならないか。
  - 多分、やればできると思う。在宅医療の取組事例を在宅医が出す。一方、病院で最期を迎えられた方が本当にそれでよかったのかという事例の情報は在宅医のところに来ない。そこで、両方の例を一緒に出すことで、症例検討ということでは病院の医師に関心を持ってもらえると思う。
  - そういう本は出ているが、難しいと思う。その中には、この人をどうするかということの正解がない。
  - その人は関心があって非常に情熱を持っているからいいと思う。
  - それでよかったのだろうか、お互いの考え方を議論する症例検討ということだ。
- ・ 病院の医師は、具体的にはどのようなケースが在宅にできないと思っているのか。在宅で診られないケースがどのようなものか教えてもらおうと、ヒントになっていくのではないか。
  - 医療の依存度がどれくらいあるか、医療的な処置があり家族がいないようなケースだ。
  - 我々（在宅医療関係者）は、在宅で看取れた患者については、成功例として持っているが、結果として在宅医療にできなかった人の情報は来ない。しかし、病院は情報として持ってい

るので、そういった情報を教えてもらおうとありがたい。

- ・ 病院の医師が在宅で診られないと思うと、看護師が言っても聞かない。
  - そういうとき、医師の連携で気軽に在宅の医師に相談できるようなシステムがあるといいのではないか。
  - そうすると、全部そこにいってしまわないか。
  - それぞれの地域でやればいいではないか。
  - そこである程度分担して事例としてまとめていき、共有していけばいいのでは。教科書のようなものを出すのは難しいが、議論なら気軽にできるのではないか。
  - 明確にやる事が決まるデシジョンツリー（決定木）であればいいが、まとまらないことがよくある。
  - いろいろな意見、議論の中で、在宅に取り組んでいることを分かっていただけでもあると思う。

#### 主治医・副主治医

- ・ 自分の心の中では葛藤していても、患者家族には「これが一番よかったのだ」と言って帰ってくる。
  - 家族の決断は間違いなかったと言ってくると、本当に安心される。
- ・ どの地域にどれくらい在宅で診られる医師がいて、ここでは任せられるが、ここではできないということは現実にあると思う。在宅だけが医療ではなく、不可能なこともあり、いろいろ事情を抱えているので、そのような事情も意見として入れてほしい。
  - 主治医は自分の守備範囲があるので、できない場合はほかから主治医が入ってくればいい。そうすれば、その地域ではみんな主治医を持っているという形になり、それをサポートするのが副主治医という形になる。
  - 地域の主治医がここまではやれるが、それ以外のところは医師会あるいは長岡市全体でバックアップするという形になっていけば、次のステップに行けると思う。