

7 第5回意見交換会

(1) 概要

第4回意見交換会終了後、第5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、「市民への効果的な周知方法」及び「意見交換3テーマの方向性」について意見交換を行った。

(2) 論点

- ・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

(3) 資料

資料1 第4回アイデア総括シート（テーマ④）

(4) 審議

市民への効果的な周知方法（テーマ④）

事務局から、「資料1 第4回アイデア総括シート（テーマ④）」について説明があった後、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④ 市民への効果的な周知方法

1 市民に対する周知

どのような内容を	どのような方法で
	小さな集団で、説明できる機会があると良い。例えば、町内会規模で。
	各コミュニティセンター単位の講演会若しくは町内会単位で行う。
	配布物（回覧版）利用、ケーブルテレビ利用 等もよい。
在宅医療について	市民向けの情報誌、例えば新聞販売店作成の健康情報誌等への連載記事の投稿。
健康講座等の在宅医療について	出張講義
自身の介護経験を	小学校区域レベルの会合・大会での発表あるいは全市レベルでの発表の場を設ける。 場合によっては「第1回長岡市介護体験発表会表彰」等の表彰。
介護卒業した人が、近所等への介護ボランティア活動をするなどし、その経験を現在あるいは近い将来在宅介護している人に伝える。	ボランティア保険、ボランティア銀行への支援等、何らかの形で市がサポートする。
	医療者も納得させるリアリティーがある在宅介護・在宅医療を題材としたドラマを作り放映してもらう。 かつての救急医療を現場とした「ER」シリーズのように。
	認知症の家族の会のように、在宅患者と家族の会を各地域に作る。
在宅医療について	市政だより、各町内の回覧版を使い、お知らせとして、“在宅医療のパフレットができました”と知らせる。 パフレットは、市役所、さいわいプラザ、各地域包括支援センターなどに配置する。
	地域ごと、少人数での座談会の形や顔見知りの医療関係者からのお話が聞けるような形で話し合いをもつ。
	地域のコミュニティ単位で、老人会の学習会、町内会の行事等の機会を利用する。
在宅医療について	市報へ連載する。
	目に留まり、興味を引く、啓発用リーフレット等を配布する。例えば、柏市「わがや」等
地域包括ケアシステム構築が市民の重要な課題であること	大規模な講演会を開催して説明する。
	地域ごとに「地域の診療所医師」が演者に入った多職種による講演会（座談会）を開催する。
	関心を高めるため、地域住民が良く知っている医師の講演会を開催する。

どのような内容を	どのような方法で
	広報誌・折込チラシ・ケーブルテレビ・ラジオなどで、講座の案内等を伝える。
地域包括ケアシステムや社会の方向性について	各地域包括支援センター単位の連携会議で伝える。
病院と診療所の役割や在宅医療について	病院志向の強い70代以降の方を対象に老人会、茶の間など集まりの機会に説明する。
	大きな会場での講演やシンポジウムを開催する。
	市政だより等の広報紙やチラシを配布し、アオーレの大ビジョンで流す。
	多く人を対象とするセミナーや講演会を開催する。
	各地域に出向く、地域単位の介護教室的なものを開催する。
	市政だよりや地域の回覧板、PR紙の配布、ラジオやテレビでの広報を行う。
	人が集まる催し物等で、短い時間で良いのでお知らせを行う。
	地域のコミュニティ等で講演活動（人の集まりやすい夜間等）を行う。

2 医師・看護師、関係者に対する周知

どのような内容を	どのような方法で
	以前からの「顔の見える関係」の中で、輪を広げ話し合う。
	看護師、関係者には各職場の集会等を利用し、講演・紹介する。
	（同じ空間にいない）医師に対しては、難しいので、医師会主催の講演会、ボンジュール（医師会報）に記事を載せる。
病院医療の質を高めるためには、在宅医療との連携が必要であることを	病院側から、全ての病院医師に意識づけるための方策をとる。 医師会はそのために協力する。
	病院看護師に対して、在宅療養支援を意識付けするような「在宅療養支援看護師」等を制度化する。 例えば、肺炎で入院した場合、主治医は肺炎の治療を行うが、在宅療養支援看護師は、廃用症候群の予防や、ADL低下の予防など在宅療養の環境作りに向けて調整する、その他の全身管理や治療後の退院前カンファランスの開催等、在宅療養支援に対して全力をもって専門的に行う。
病院から退院し、在宅医療へ移行した患者（例えば癌の末期で在宅医療は困難と考えられたが、在宅医療へ移行し結果十分な看取りができた患者等）症例や、退院し在宅医療を行うのは困難と主治医が判断した結果病院で亡くなった症例について	病院側と在宅医、医療ソーシャルワーカー（MSW）、ケアマネジャー、訪問看護等を交えて症例検討会を定期的に関く。
病院医療と在宅医療の関係、役割等について話し合う場として	長岡市救急懇談会のような組織の在宅医療版、あるいは病院も交えた「在宅医療懇談会」等を設置する。
	ケアマネジャーのレベルアップのための施策を実施する。
在宅医療について	長岡市医師会の月刊だより“ぼんじゅーる”にお知らせとして掲示する。詳細はパンフレットを作成し、各医療機関に配布又は、医師会ホームページから閲覧可能にする。
	お互いの現状を知ってもらう、お互いを理解し合う機会として、病院関係者と在宅医療関係者などが、同席しての勉強会を行う。
	専門職種に対しては、土日等、休日の学習会を定期的に関催する。 各職種別や現在行っているような他職種連携の学習会を

どのような内容を	どのような方法で
	継続で開催する。
	医師会や病院・施設等で行っている学習会を公開して顔の見える関係作りの推進を図る。
	医師会や事業所を通して、文書や冊子として配布する。
	事例報告会を含む多職種交流を実施する。
	できるだけ在宅関係者と直接関わられるような機会が欲しい。聞くだけでは分からないので、できれば体験できる形のものがあるとよい。
	医師会の研修会、病院での研修会を通して周知する。
	講演会やシンポジウム等で周知する。
	各地域包括支援センター主催の多職種交流会で周知する。
	社会福祉協議会、地域包括支援センター主催の地域連携会議にサービス事業者も参加し、地域の方と一緒に話し合う。
	セミナー・研修会形式で、その中にグループワークやワールドカフェ方式を取り入れるのがよい。
	病院は病院単位で講演をし、その後は各病院で「委員会」等を立ち上げる。各病院での進捗状況や出ている意見等を話し合う場もあると良い。
	看護師は在宅医療のキーとなると思うので、「意識づけ」が重要である。自分の病院を退院した後の患者のことなどの体験談を聞くことも良い。

■意見交換の内容

市民に対する周知

- ・ 既にあるシステムと、新たにいろいろな会を設けることであると思った。何を伝えるか、誰に伝えるかはなかなか難しく、組み合わせさっているのだらうと思う。市民に対して伝えるべきことは大事なことだ。何かそういう施策があるか、デザインとして考えられていることはあるか。
 - 在宅医療や地域包括ケアシステムを、これまでは伝える場面がなかった。まずは関係者の中で長岡市の向かう方向や長岡市の状況を知ることから始めるという状況だった。市としてもこれが大きな課題であるので、忌憚のない御意見を伺い、今後、組み立てていきたい。
 - 「生きる・死ぬ」の話になるとなかなか正解がない。長岡市の職員全員が理解して、近所の人と家族に話すことから始めてもいいのではないかと。体験談などを伝えていければいいと思う。
- ・ 長岡赤十字病院のお祭りは、「地域連携サポートセンターの部署のイベント」として行ったので、ボランティアが少ない中、人が集まり過ぎると困るので余り募集をしなかったため、人自体は集まっていない。しかし、介護保険を始め、福祉用具から訪問入浴など、いろいろな話が聞けたので、集客方法を考えると広まっていくと思う。
 - 興味のある人が来ているというところもある。
 - 病院に集まった人たちの関心度も理解度も高かったので、いろいろな機会が発信していくのがよいと思う。
 - 聞きたい人に提供できる情報を伝えられるということが大事である。
- ・ 地域包括支援センターでは、なかなか難しいが、地域の民生委員や町内会長など地域関係者が集まる連携会議などでテーマとして出すと、比較的周知ができるのではないかとと思う。
 - 長岡市の場合はコミュニティセンターがあるが、幾つあるのか。
 - 旧長岡市には、おおむね小学校区ごとに34か所置かれている。
 - そこで時々講演会や防災のお話などをやっているのだから、そういうものも使えないか。
 - この28日に表町コミュニティでそうしたことはあるが、行こうかと思っている。
 - 地域に密着した医師が行くといいと思う。
 - マンションの防災訓練でも、熱中症や細菌性腸炎の話をしてもらうので、そういう機会を利用していいと思う。
 - 20人、30人といった中くらいの規模の会合を活用するといいと思う。
- ・ 市民の方に何を伝えるかということだ。アンケートで予想外だったのが、市民の方々が地域包括ケアシステムということを知っている、若しくは分かっているということだ。それだけ関心があるという時代なのだと感じた。
- ・ 地域包括ケアシステムは、介護と医療と予防と住まいと食事がセットだということを正しく伝えていくことが大事だと思う。入院か施設か在宅かという選択ではなく、選ばれる時代なのだとすることを市民に伝え、医療、介護に話を進めていくべきなのではないか。
 - 選択が大事で、長岡市ではそれができないのではないかと。在宅に帰れないと病院がパンクするわけではなく、施設がないわけではない。
 - アンケートの結果で、自分あるいは家族が最期を迎えたい場所で半分ぐらいの人たちが自宅

と言っているのに、在宅医療が十分に実施できていないのは、市民に認められていないという実証だと思う。

- ・ 市民に、家に帰るほうが幸せなのだということを知らせていかないと時代に来ている。自宅で最期を迎えたいという人たちがみんな在宅に帰っていけるようなシステムを作っていない時代になっているのではないか。
- ・ 在宅で過ごせない大きな理由は、家族背景だ。看る家族が「いるかいらないか」で、老老介護では、どんなにサービスが入っても24時間を埋めるというのは難しい。
 - 難しくない。そこを分かってもらわないといけない。家族が反対さえしなければ、独り暮らしの人が退院する際は、独り暮らしを支えていけばいいので最も楽だ。実際にそれができると、できないという判断を持ってもらうと困る。医療は後からついてくる。
- ・ 介護保険制度の趣旨が全然分かっていないと感じている。家族の保険ではなく、本人の保険であるということが関係者にまだ誤解があるような気がする。介護保険は本人保険なので、住み慣れたところで独りでも生活できるように支えることの普及が必要と感じる。
- ・ 病院から見た在宅というのをどれだけ分かって勧めているのかが問題だ。
- ・ 病院だけではなく、地域のケアマネジャーから、利用者が入院したときに「在宅では看るのが大変だから退院させないでください」と言われることもある。訪問看護から言われたこともある。
- ・ いろいろな事情があるので、家族の思いとか本人の思いにきちんとしたものがあれば、それに対して病院として適切な情報提供をしなくてはならないと思う。

医師・看護師、関係者に対する周知

- ・ 一番の学習の場は、病院を退院するときではないかと思う。それを繰り返していると、多くの人たちが在宅医療はうまくいくことを理解できると思う。長岡赤十字病院から新規に在宅医療に移れそうな人たちは年間で何人ぐらいいるか。
 - 500人以上だと思う。
 - それらの人たちが全て学んで退院することができれば、それに引張られるような感じで診療所の主治医も在宅医療に取り組みなくてはならないということになっていくのではないか。
 - 2名の看護師たちが関わっている症例でも5~60件はあると思う。
 - 4つの病院でそうした人たちが年間5~600ずつ増えていくと、その広まりは大きいと思う。現場で、患者を通していいケアが行われるようにしていくのが、在宅医療促進の近道ではないかと思っている。
- ・ 今回の病院祭に参加した事業所が、病院の職員に分かってもらうところがあってよかったという意見もあるので、長岡市の職員への発信と同時に、病院の職員や医療機関の人たちに発信して広げていくこともいい方法だと思う。
 - 病院や診療所の医師が患者に、看護師が患者・家族に、地域包括支援センターがその地域の困っている人に、話していくのが一番身に入っていきのではないかと思う。
- ・ そのためには、そこにいる立場の人たちが分かっていないと正しいことを教えることができない。
 - 在宅に移行するに当たって病院内の医師、看護師、関係者に対して何をどのように周知していくのか。

- ソーシャルワーカーももちろん苦勞しているが、看護師も医師も、いかに在宅につなぐかという意識は非常に高いと感じている。しかし、介護保険やサービスがどういう形で使えるのか、在宅医はどこまでしてくれるか、訪問看護がどのくらい関わってくれるか分かっていないスタッフが非常に多くて、実感が無いと感じている。病院の中の勉強会を含め、地域の関係職種と一緒に学んでいく機会がないと、どうしても病院の外に出たら全く違う世界だと感じるので、強化すべきであると思う。
- ケアマネジャーや訪問看護から、個性が強い患者なら話題に上るが、そうでないとどうなったかも聞かないまま終わってしまうのが現状だ。
- 周知ができていないから在宅にいけない、あるいは病院ではこうだから在宅にいけなかったという例を出してもらおうと問題が見えてくると思う。
- ケースを学んで、前回駄目だったような人が今回は大丈夫だったようなことを積み重ねていけばいいと思う。

退院前カンファレンス

- ・ 退院前カンファレンスは病院のスタッフが学ぶ一番の場だと思う。自分の患者が退院する際に在宅でどこまでやってもらえるかについて関心を持ってもらえる場だと思う。
- ・ NST (Nutrition Support Team の略語。 NST メンバーとは、入院患者に最良の栄養療法を提供するために、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、言語聴覚士など職種を越えて構成された医療チームのこと) で栄養管理している人たちが家に帰ることはほとんどない。大きな病院から次の病院へ、どこへ行くかを探すことが多く、院内の看護師も、それがゴールのようになってきている。
 - 患者家族も職員も医師もそうになっている。
 - 在院日数が少なくなってきた、サイクルが短いため、対応が大変である。
 - 病院は転院しても数が限られるが、在宅は無限なので、誰でも帰る場所として在宅が用意できれば病院としては楽になると思う。病院の主治医も含めたスタッフの意識、患者の家族がなければならない。退院前カンファレンスで家族も納得していけば、これこそ啓発だと思う。
- ・ 長岡赤十字病院の中で退院調整しても看護師は2人ぐらいしかいないので、在宅に帰れる・帰れないという話になるのだと思う。
 - 在宅に帰れない人について、症例検討会でなぜ帰れないと判断したのか。
 - 病院としては、在宅に帰そうとしている。
- ・ 立川総合病院は退院調整看護師がいない状況なので、まずは担当部署を設置することから始めなくてはならない。病棟ごとに看護師長が把握していて、退院の調整をしているが、病棟ごとで差が実際にあるようなので、そこを埋めていく必要がある。
- ・ 病院で「あなたは帰れない」ということは少ないのではないかと思う。病院での問題は、家族に対して在宅にできるという意識付けが足りないことではないか。
 - 病院のスタッフには、それぞれ専門ではあるのだが、在宅の具体的なことについては看護師だけではなく、自分たちソーシャルワーカーにも弱い部分がある。
 - カンファレンスは病院が学ぶ場でもあるのだが、カンファレンスを開くことによっていろいろなアイデアがもらえて、患者又は家族に情報提供できるのではないか。医療の前に生活

もあるということなど欠けている部分を補ってもらうためのカンファレンスが必要だと思う。

地域の事情

- ・ 長岡中心部と山間地域とは違うということもある。地域固有の情報を持っている方がいるともう少しスムーズに行くのかもしれない。
 - 地域格差をなくすことができるのは市の施策だと思う。中心部はやっていけるが、周辺のところは無理だというのは残念だと思う。医療は医療で別の対策をしなくてはいけない。
 - 栃尾、和島、川口でも、行って行けないところではないが、限界集落が死に絶えれば、問題がなくなると思っているのだとしたら問題だ。
- ・ 小規模多機能が栃尾などにあったらどう思うか。
 - 在宅医療を実践するためには生活を支えるものがなければ、病院に行くか施設に行くかしかないので、小規模などが普及していかなければならないと思う。
- ・ 事業者が頑張っているが、長岡では周辺部の問題もあり、事業者が入り切れない地域もある。
 - そこを解決するためにどうするか。成功例であればそれを広げるのが市の施策だと思う。地域によって格差がないようにするにはどうしたらいいか。解決した例があれば、ほかにも持っていけばいい。
 - このシステムには地域格差があって、この地域はできるが、ほかの地域はできないというのではまずいと思う。大半の方がそれでできるようにしていくために我々（地域包括ケアシステムに関わる関係者）が努力すべきだと思う。

地域ケア会議

- ・ 実際のケースを聞いて体験できれば随分違うと思う。
- ・ 地域ケア会議は、ケアマネジャーがどうしていいかわからない状態を症例として出し、多職種がいろいろな意見を出しながら解決しようというものだ。その病院バージョンとして、多職種を呼んで意見を聞けば、いろいろな知識や情報を得ることができ、病院で困っていた症例が簡単に解決できるのだということも学べると思う。
- ・ 困ったケースは地域包括支援センターと相談して地域ケア会議を開くことはあるが、簡単に考えているケースが多い。
- ・ 困っていることに気付かないだけで、問題は山ほどある。
- ・ 実際に目の前にいる患者のケースでないと、特殊なケースだと考えてしまう。
- ・ 病院の中でカンファレンスを定例化すれば、多くの方々の気付きがあると思う。地域医療は病院から地域に、地域から病院にということなので、踏み出してもらいたい。
 - 病院の中だけで完結しようとはしていないと思う。
 - 完結しようと思っているから、病院から病院に場所を変えるだけになってしまっているのではないか。

在宅の覚悟

- ・ 長岡の3病院で親族が看取られ、自分自身もそう思っている人たちには、家庭の中で死ぬことは

想像できないので、徐々にケースが広がっていくしかないのではないかと。

- ・ マンション住まいが増えてきて、独居の人の鍵を第三者が持つということを近所の人嫌がって拒否している場合もある。また、デイサービスやショートステイに行くときには、家族が荷物をまとめて書類にサインしないと出来ないが、なかなか難しい。
- ・ こぶし園の巡回型サービスができてから独り暮らしの人がずいぶん家に帰れるようになった。巡回に行けないと言われたが本人は帰りたいので、家族は協力できないが、民間の家政婦が対応してできたケースがある。しかし、介護保険の趣旨からすると難しい面がある。
- ・ 自分で選ぶことを住民が覚悟していかないと、在宅で暮らしていくことや在宅の看取りがうまくいかないと思う。市民への啓発では覚悟ということも非常に大事なところだろうと思う。
 - 外来ではよく潔さや覚悟を言っているが、公的な場で患者や元気な人にそれを言うと、非常に反感を受ける。
 - 自分がそうなったときには大半の人が覚悟している。ひとり暮らしの方が亡くなっても、それは野たれ死にではない。ケアを受けていて、たまたま人がいないときに亡くなったかもしれないが、それは本人にとっても決して不幸ではなくて、周りのサポートする我々（医療・介護関係者）にとってもそうだ。
 - 例えば、2週間、1か月も誰も行っていなくて亡くなったなら大失敗だが、看取り時期には毎日誰かが入るようになっていて、いるときには亡くならなかったが、最期まで本人を支えていたということがある時代になっている。
- ・ 在宅の覚悟はなかなか家族も踏ん切りがつかないので、かえって在宅のハードルが高くなってしまう。
 - 家族に話すときには、在宅で看取りを考えていても、大変になったら「拒否しないから、救急車で来てでもいいのではないかと」というと、開業医に助けられながら在宅にできることがある。
 - その際には、受ける開業医がきちんとやっているということが前提だ。
 - 開業医が実際に入ってみるとこんなによかったということはあがあるが、入るまでの間はすごく家族も不安を持っている。病院に返ってきて、家族の第一声が「つらい2週間だった」と言われるとつらい。
 - それが在宅の失敗なので、これからは成功にしていけないといけなから、お互い様だと思おう。しかし、本当に家に帰りた人は覚悟しているので、その覚悟を引き受けることが必要だ。
- ・ 在宅を全然考えていない人を説得してというのは次の問題だ。アンケートでは「在宅を」と望んでいる人たちが少なくとも半分はいるので、その人たちにきちんとしたケアを示すことで、安心してもらえらると思う。
 - その2週間がつかった理由を分析すると、家族の気持ちを支えられなかった理由が見えてくるので次に活かし、それを繰り返していくしかないと思う。
 - 覚悟している人を帰すのは何とでもできると思う。
 - この調査結果からは半数の人は在宅にいつているはずだ。
 - しかし、思っていることと、実際に看られるかということは全く違うので、半数の人が家で家族を看たいと思っても、現実問題は全く別問題だ。

- ▶ 看たいと思うだけで看られる時代にしていかなくてはならないと思っている。
- ・ このアンケート自体、バイアスがかかっている。どこで死にたいかというアンケートの結果は、自分は経験がないから、漠然とした希望であると思う。
 - ▶ 全国のアンケートでも、80%は在宅で死にたいと思っている。
 - ▶ バイアスも考えると難しいが、例を出して、それでいいと言ってくれる人が増えてきてくれればいいと思っている。
- ・ 覚悟が本当にある方に関しては、サービスがないから帰れないということは一切ない。それだけは病院の立場としては対応する。

家族の啓発

- ・ 家族ができないという例がかなりあるので、改善していかなくてはならない。
- ・ 家族の啓発は難しいと思う。駄目と言われたら説得しようがない場合もある。しかし、駄目と言わない家族に対しても、病院側で在宅をやりましようと言わないケースも多いと思う。
- ・ 医師会でも開業医や家族に広げていかなくてはいけないと思っている。
- ・ 家族が退院のときに在宅という選択肢を必ず提案するということが一つの方法なのではないか。みんなが在宅に帰れるはずはないが、在宅という提案をしなければ始まらない。
- ・ 在宅の受け皿は広げるように努力している。
- ・ 在宅での看取りがうまくいったケースは大抵家族が同じ屋根の下に住んでいるケースだ。老老介護では途中で音を上げてしまう場合が多い。また、どちらかが病気をすると、片方の元気な人の肩にかかってくるので、同じ屋根の下にいてもうまくいかないところもある。

意見交換3テーマの方向性

事務局から、第6回意見交換会の事前準備として、「資料2 意見交換3テーマの方向性」について説明を行った。

資料2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 連絡方法のルールやエチケット集について

- ・関係機関の連絡方法についてルールがあると連携を行いやすくなる。
- ・連絡に関するルールやエチケット集は、主に介護関係者を助けるためのものである。
- ・多職種間における共通の言語が必要である。
- ・関係各機関の連携窓口の一本化を図る必要がある。

【具体案】

- ・ルールやエチケット集は、まとめるまでに時間もかかるので、まずは「連携のコツ」といった手引書みたいなものを作成してはどうか。
- ・病院では窓口を決めて連携を図りやすいようにしてはどうか。

2 コミュニケーションの壁の解消について

- ・職種間のコミュニケーションの壁を解消するために、相互理解と顔の見える関係づくりが重要である。
- ・多職種間の心理的な壁を低くするためのルールや啓発が必要である。

【具体案】

- ・交換研修による相互理解、医師の呼びかけによる勉強会や交流会等でコミュニケーションを図りやすい環境を作っていく。
- ・在宅医療に関する理解を促すことが重要である。
- ・在宅医療・介護の関係者が交流する圏域会議のような交流会を設け、情報の共有を図ることが大切である。

【具体案】

- ・在宅医療の現場や必要な処置について学ぶ研修会を、特に病院の医師向けに行う。

3 退院前カンファレンスの在り方について

- ・退院前カンファレンスは在宅・病院の連携に重要な場であるため、関係職種が一堂に集まれる環境づくりが必要である。
- ・退院前カンファレンスに可能な範囲で医師の参加が望まれる。
- ・退院時には退院サマリーを分かりやすく、判断しやすいように記載する事が重要である。
- ・退院後の現場で必要となる情報を医師に伝え、情報共有ができるようにすることが必要である。

【具体案】

- ・退院前カンファレンスの開催自体を医師に知らせていない場合が多いため、参加の可否に関わらず、まずは医師をはじめ関係者に実施の連絡をすることからはじめる。

4 訪問看護ステーションの連携について

- ・訪問看護ステーション間の連携が重要である。

【具体案】

- ・連絡会議を定例化し、意識の共有と連携のルールや体制を構築していく。

テーマ2 主治医・副主治医制の仕組みづくり

1 主治医・副主治医制の考え方について

- ・基本は主治医が診るもので、何かあったときのバックアップを行うのが副主治医である。
- ・病院での主治医と当直医のような緩い関係で、副主治医は輪番制などにより、担当日に主治医がいないときに代理で行く仕組みである。
特に、学会や旅行、個人の用事等で、すぐに駆けつけられないときに副主治医がカバーできれば、主治医の負担も軽減されるし、患者本人・家族の安心にもつながるのではないかな。
- ・負担が偏らない仕組みとすることが必要である。
- ・一部の医師やグループに負担がかからないようにし、利用のしやすい仕組みづくりが必要である。

2 長岡市における主治医・副主治医制の方向性について

- ①「看取り」を目的とした取組であれば、実現は可能と考えられる。
 - ②看取りのための救急搬送の減少につながるのではないかな。
 - ③看取りを目的とした主治医・副主治医制を構築する。
 - ④単に看取りのための死亡確認であれば、その人のことが分らなくても副主治医で対応は可能である。
また、本人の意思に沿った在宅死の増加、不要な救急搬送の減少にもつながる。
- ・モデル地区のような形で、まずは小規模でやってみてはどうか
まずはやりながら課題を整理し、各地域の状況に合わせてやりやすい形で広がっていくことが理想である。
 - ・特に、医療資源が少ない地域をカバーできる仕組みづくりが必要である。
 - ・旧町村においては、病院が副主治医の役割を担う必要があるのではないかな。
 - ・無医村に近い地区では、中心部にある病院が副主治医として主治医をバックアップして救急搬送する仕組みが必要である。
特に、栃尾や山古志のような中山間地域で、医療資源も少ないなかで頑張っている主治医こそバックアップしていくべきである。

テーマ4 市民への効果的な周知方法

市民への効果的な周知方法について、意見交換会委員を対象にアンケート調査を行った。63項目のうちから、周知対象別にそれぞれ優先順位3位までの項目を選んでもらい、1位には5点、2位には3点、3位には1点を与えて各項目の得点を集計した。その結果、周知対象別の上位5項目を示すと以下のとおりである。()内は得点。

※集計結果の詳細は「資料3-1 付表」参照。

1 市民に対して

- ① 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 (18)
- ② 地域包括ケアシステム、社会の方向性 (15)
- ③ 実態、往診の存在、看取り (10)
- ③ 本人・家族の心構え、終末期の医療・対応等 (10)
- ④ 在宅医療が必要になってもかかりつけ医に面倒をみてもらえること (8)

2 病院の医師・看護師及び病院関係者に対して

- ① 「地域包括ケアシステム」構築に向けての考え方、方向性 (15)
- ② 患者が在宅でどのように療養しているのか (11)
- ③ 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 (10)
- ④ 暮らしを支える基本となる在宅サービスに対する理解 (9)
- ⑤ 在宅医療、地域包括医療の体制の実地例 (8)
- ⑤ 在宅医療に対する負担・不安を軽減する施策を医師会がすすめていること (8)
- ⑤ 病院と在宅医療の連携 (8)

3 在宅の医師・看護師等関係者に対して

- ① 在宅医療に対する負担・不安を軽減する施策を医師会がすすめていること (19)
- ② 在宅・医療機関それぞれの現状や葛藤 (14)
- ③ 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 (12)
- ④ 地域包括ケアシステムとケアマネジメントの視点 (10)
- ④ 病院と在宅では思いもよらないギャップがある事 (10)

4 介護関係者（訪問介護・ケアマネジャー等）に対して

- ① 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 (16)
- ② 地域包括ケアシステムとケアマネジメントの視点 (11)
- ③ 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） (10)
- ④ 訪問診療、往診をしてくれる医師 (9)
- ⑤ 暮らしを支える基本となる在宅サービスに対する理解 (6)

8 第6回意見交換会

(1) 概要

「意見交換3テーマの方向性」について、事務局が論点を整理して説明をし、意見交換を行った後、各委員から、地域包括ケアシステムへの期待と課題について自由な意見を求めた。

(2) 論点

- ・意見交換3テーマの方向性
- ・地域包括ケアシステムへの期待と課題

(3) 資料

資料1 テーマ別方向性に関する意見

(4) 審議

意見交換3テーマの方向性と地域包括ケアシステムへの期待と課題

事務局から、「意見交換3テーマの方向性」(第5回意見交換会 資料2参照)及び「資料1 テーマ別方向性に関する意見」について説明があった後、地域包括ケアシステムへの期待と課題について意見交換を行った(後掲の「地域包括ケアシステムの推進に向けた委員の意見」参照)。

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。

テーマ別方向性に関する意見

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

長岡市の中でも地域差があるが、周辺部に位置する当院では訪問看護ステーションが地元が存在するため連携はとれており困った経験はしていない。

ただ、患者さんによっては隣町の訪問看護ステーションを利用しているケースもあり、今後も増えそうである。その際看取り等微妙な連携がうまく機能するか心配である。（地元のステーションはお互い顔も知っているので例えば、主治医が夜間は地元にはいないことを理解してくれて動いてくれるが地元外ではそこまでしてくれるかどうか不安）

病院との連携は病診連携室を通じて若しくはケアマネジャーを通してである。退院前カンファレンスへの出席等は時間的にも難しいし、今後できないと考えている。

総じて医師会自体連携をとりやすい人数であり何かの会で顔を合わせており、現状で良いのではないだろうか。

1. 訪問看護ステーションと病院の連携

①病棟看護ステーションと訪問看護ステーションの連携

入院中の患者に対する看護が、退院後は必要ないかどうかを厳密に検討する必要がある。

患者に対して、入院中であろうと退院後の在宅であろうと必要な看護は提供されなければならない。逆に必要で無い看護は、たとえ入院中であつても行ってはならない。入院中に不必要な看護が行われれば、「看護依存傾向」が高まり、自立が阻害され、退院後の療養に悪影響が出るかもしれない。

目の前の患者に対する必要な看護とは何か常に問われなければならない。その結果、退院後も療養に看護が必要であれば、常に退院前に病棟看護ステーションより訪問看護ステーションに適切に申し送りや連携が行われなければならない。また、患者が入院する際には、訪問看護ステーションより病棟看護ステーションに対して、適切な情報提供や連携がなされなければならない。

②病院主治医と訪問看護ステーションの連携

基本的には、訪問看護を必要とする在宅患者の主治医は、担当地域の診療所医師に任せてほしい。病院主治医はそのまま、在宅主治医として診療所医師が担当し、訪問看護ステーションと連携をとる方が良い。訪問看護ステーションは、通常は診療所医師である在宅主治医と連携し、患者の救急医療時等に、在宅主治医が対応できない時等に病院救急担当医へ情報提供や連携をとり、患者の救急医療受診に役立つようにする。

2. 訪問看護ステーションとかかりつけ医（在宅医）の連携

訪問看護は在宅医療の現場では、ある程度自主的な判断でケアを行うべきである。

訪問看護師は、かかりつけ医とは病院における主治医と看護師の連携より緩やかな連携を通して患者への適切なケアを行うことが必要である。

在宅での必要な処置や治療は、かかりつけ医からの指示を受けて行う一方、訪問看護師として

の自主的な看護の目、看護の力は発揮されるべきである。ある意味訪問看護師と主治医は対等の立場で在宅患者の療養に対して互いに責任を負った医療行為・ケアを行うことが必要である。

3. 病院とかかりつけ医の連携

病院主治医は、入院中の患者に対して、特に高齢者に対しては、常に在宅医療の必要性を念頭に病院での診療を行う必要がある。患者は退院した後は、ほとんどが自宅で療養するため、入院中に自宅での療養について十分な意識がない医療が行われると、病院での入院診療が終わった後、自宅への退院が困難となる場合がある。病院と同じレベルの療養環境がないと患者の治療を行うことができないと、医療者側も患者側も誤解し同意してしまう。あるいは、患者側が退院後の自宅での療養に強い不安を持ち、自宅への退院が困難になってしまうこともある。自宅での療養環境が十分に提供される保証がないと、患者側は在宅での療養を望むことができない。たとえ患者本人が自宅への退院を望んだとしても、家族が反対してしまう。

その結果、自宅への退院が困難になり、転院を繰り返したり、介護老人保健施設も含めた施設への入所待ちの不幸な増加へとつながってしまう。

病院は、全ての入院患者に対して、自宅への退院がスムーズに行われるための対策すなわち在宅療養支援が行われなければならない。

病院とかかりつけ医との連携は、患者の在宅での良好な療養になくてはならない連携である。在宅医療となるかどうかは、患者側と診療所側の了解の中で行われればよく、病院側からかかりつけ医には適切な連携が行われることを患者や家族に示さなければならない。すなわち患者がスムーズにかかりつけ医へ移行されること、病院とかかりつけ医は常に連携しており、入院が必要な場合は必ずそうできること、在宅では適切にかかりつけ医からの医療が提供されることが患者側に提示される必要がある。

全ての患者には、常に適切な在宅医療と入院医療が保証されることが重要である。

既に、各地域包括支援センター地区ごとでの顔見せ会が始まっており、緩やかな連携が構築されつつあるようだ。このような会を通じて、交流が深まることで机上での連携の模索よりも、より現実的、実践的な結びつきが深まるだろう。ただし、医療機関各々でのバラツキが生じることは避けられず（積極的に参加する医療機関とそうでない所の差が大きくなる）、統一したルール作りは必要だろう。

利用者ひとりひとりに係る医療・看護・介護などの多職種が連携できるシステムを構築する。

現在、開始している長岡在宅フェニックスネットワークのシステムが、「長岡市全地域の診療所・病院の医師とそこに通う患者」「訪問看護ステーションの利用者」「長岡市に介護保険の申請をした人」の全ての人登録されている情報共有システムであれば非常に有用なものとなると思います。利用者の1人に係る職種が、1回/年でも集まり顔の見える関係作りができればよいのではないのでしょうか。

情報共有する際の規則（利用のガイドライン、エチケット集等）を作成して利用する。

実際に地域包括支援センター単位の交流事業も開始されて動きが出てきている。医療従事者として患者のためという根の部分では共通認識があると信じてよいと思っており、

時間はかかるが連携は進むはずだと思う。

実際には共通言語のなさや在宅医療に関する知識の差異、職種間の壁が存在し、直ぐに地域が変わることはないが、個々の関係性が変化するなかで地域に変化が訪れるはず。

同じ価値観を持てるようにしないと話し合いにならない。「3 病院の救急体制システム」は地域の住民にとってなにもものにもかえられない「安心」であることは確かである。

しかし、病院に救急車で行く必要性が低い場合もある。そのために「在宅で過ごすことが原則」という考え方から始めたい。「どうしたら、在宅で生活できるか」から考える。同じ（近い）価値観同士なら連携もスムーズにいくと思う。

連携の目的と誰のための連携であるのかの再確認を行うことが大切である。

訪問看護ステーション、病院、かかりつけ医の間には、共に医療系であり共通言語が存在しているため、ICT の連携ツールの活用は期待できると思う。

テーマ2 主治医・副主治医制の仕組みづくり

いろいろ討論されたが副主治医は、本当に何かあった場合のバックアップ係に徹するのが当地では現実的だと考える。さらに、強制ではなく手挙げ方式で希望者のみ募集する。

さらに、以前も提案したが、これとは別にモデルケースとして長岡版チームドクターファイブを同じレベルの診察をしている医師間で作り、ことあるごとに活動状況を報告していただければ参加の輪が広がるかもしれない。

1. 在宅医療を担う主治医を十分に確保するためには、外来診療を行う全ての診療所が、在宅医療を担うことが重要であり、全ての診療所が負担なく在宅医療が行われなければならない。

そのために、主治医・副主治医制が不可欠である。それぞれの診療所の診療方針により、在宅医療に対する比重は違う。

外来診療に比重を置く診療所に在宅医療での24時間365日の責任ある対応は困難であり、負担である。この負担を軽減し、自院の診療に困難なく、しかし当たり前のように自院の患者の在宅医療を担うことができることは、重要なことである。自院にかかりつけの患者、自院のある地域に居住し、自院が責任を負わなければならない患者に、負担感なく在宅での主治医となるためには、在宅医療における主治医の負担感の軽減が必要である。そのためのシステムが、主治医・副主治医制である。

主治医・副主治医制は地域の医療の実情により、いくつかのパターンがあった方が良いが、主治医・副主治医制そのものは全ての地域において提供されるべきである。そのための仕組みづくりが必要であり、個々の努力や環境により在宅医療が行われるべきではない。

2. 主治医・副主治医制の仕組みづくり

①緩やかな、地域全体を対象とする広域の主治医・副主治医制

例えば、まず、長岡市全域を対象とした広域の主治医・副主治医制。

ただし、この場合栃尾地区、山古志地区、小国地区、寺泊地区は主治医・副主治医制の対象外とし、その代わり、副主治医の機能は病院（特に長岡赤十字病院・長岡中央総合病院・立川総合病院の3つの二次救急病院）が担う。

この広域の主治医・副主治医制は、主治医・副主治医制にまず慣れるためと、実際に主治医の負担軽減を図るためのものである。ただし、副主治医の負担は多くなるためにできるだけ早く次の段階への移行が必要である。

②地域割をもった主治医・副主治医制

例えば、長岡市川東地区を2つに分け、長岡市川西地区と合わせて3つの地域に分け、それぞれの地区に担当副主治医を設ける。この場合、地区担当副主治医間で、自身の都合が悪い場合は他の地域の担当副主治医に臨時の副主治医を依頼する。

これは、次の地区担当による主治医・副主治医制への移行への過程形である。

③主治医・副主治医制 完成形：長岡チームドクターファイブ

近隣の5つの診療所の在宅主治医が連携して形成する主治医・副主治医制。

近隣の5人の在宅主治医が、互いに副主治医となって連携する。

すなわち、月曜日から金曜日まで、副主治医を担当する日を決め、土日祝日に関しては、5人の輪番制とする。

これにより、お互いに主治医又は副主治医として在宅医療に関わることになる。

なお、主治医・副主治医制完成形の「長岡チームドクターファイブ」までの間にはその地域に応じて、いくつかの途中の形態があってもよい。

実現可能な地区とできない地区が生じるのを承知で、実験的に行うのであれば問題ないが、医療過疎化地域をカバーすることを想定すれば、副主治医を当番制にして、多くの医師会会員から支えてもらわないと、実現は難しい。

病院の医師が主治医となる割合も多く、主治医・副主治医の在り方は診診、病診、また病病連携もあるため、一つの形を示すことは難しいと思いました。

主治医を支える全ての協力体制を副主治医的役割と考えてみました。

二次病院の輪番体制、訪問看護ステーションとの連携、情報の効率的な共有の方法など、今ある資源を把握し、活かす仕組みを示していければ、新たな主治医・副主治医の形も見えてくるのではないかと思います。

主治医・副主治医制は、医師側のもので、患者側からすると頼れる主治医は1人で良いんだと思います。

退院前カンファレンスでかかりつけの医師と何かあった時の医師ということで家族に話しますが、了解される家族はほとんどありません。家族にとってはいざというときに来てくれる医師をかかりつけ医にしたいと考えるからです。いざというときに来てくれる医師をかかりつけ医にするので、今までのかかりつけ医とは縁を切ることになっても良いと考えるようです。

患者家族に副主治医の存在を説明するのは、かかりつけ医になった医師が、自分が不在の時には副主治医という存在があることを話して、家族に了解をもらっておくことができれば良いんだと思います。

いくつかの方向性が示されたので後は医師会と医師にお任せする状態である。

意見にかなり幅があるのでどこに落ち着くか ICT との絡みも含めてになるのではないかな。

地域格差をなくすことは必要⇒「ここだから自宅で過ごせない」「看取れない」では駄目である。

最初から全医師にこの考え方を強制することはできないので、徐々に「このシステムに乗らないと自分の仕事に差し支える」と言う危機感を持てるようにする良い方法はないかな。

医師間の意識が優先されると考える。それぞれ差がなければ、システム化は可能と思う。市民にとっては、とても安心できる在宅療養と思う。

テーマ4 市民への効果的な周知方法

現実的には在宅医療という言葉も徐々に認知されてきている。

関係者が在宅医療サポーターになり口コミで実際の例をお話し、伝えるのが一番ではないか。それには関係者が当地の在宅医療の現状を理解していることが前提条件であるが

1. 在宅での看取りを経験した家族、在宅医療を受けている患者・家族（認知症も含む）、施設でのケアを受けている患者や家族あるいは施設での看取りを経験した家族などの経験者の意見発表の場を設ける。

看取りや在宅医療を経験した家族は、それを経験していない者にとっては、貴重な教師であり、いわゆる「広告塔」でもある。また、これらの人たちは、次の在宅医療、看取りの対象者でもある。その積み重ねが、市民全体への効果的な周知となりうる。

2. 上記発表会も含めた、在宅医療に関する地域住民を対象としたフォーラム等を定期的を開催する。

現在行われている在宅医療について、現場からの声で説明する場を設ける。

3. 病院から退院する患者及び家族への在宅医療についての説明を重視する。

当事者が最もよく理解することができるし、また、情報を欲しがっているものである。病院を退院する全ての高齢者及びその家族に在宅医療についての適切な情報を提供し続けることが、市民への最も効果的な在宅医療についての周知方法となる。

地域包括支援センター(在宅医療)利用を早急に望む患者、家族への周知と、将来を見据えた一般的な包括ケアの説明と二つに別けて進めるべきと考える。前者には各地域包括支援センターで少人数での説明会、相談会を開催（在宅医療について、在宅看護、介護についての説明、講演）、後者は各公的機関にパンフレット設置や市政だよりで内容を公開する。

いろいろな機会を利用しての啓発活動が必要だと思います。

地域包括支援センター単位、地域コミュニティ単位、各医療機関で、医師会、学校、保育所、お祭り、行政の行事等多くの機会を利用しての働きかけが必要だと思います。

アンケート結果を見ても、「すこやかともしびまつり」でのアンケート結果と、長岡赤十字病院でのアンケート結果を比較すると、長岡赤十字病院での結果の方が地域包括ケアに関する認知度なども高かったと認識しています。必要としている人を対象にするのであれば、医療機関に出向いてや健診の際に行う、会社などの協力を得て、勤務時間内外に職場に出向いての啓発活動なども効果的かもしれません。

この意見交換会の参加者と他の医療介護関係者の考えに差違がある部分も当然あると思う。議論の過程も含めて、在宅医療について関係者への周知も必要だと思う。

最初は軽視していた部分もあったが、実は最も重要で根が深い課題である。

企画検討会等に市民（区長や民生委員、サークル代表者等）も地区代表委員として活動することで、身近な問題として捉えることができ意識も高まる。

とにかく、ことあるごとにPRしていく。そして、興味を持ってもらう。例えば、市政だより等の広報誌活用、地域ごと（小さい単位）での説明会などである。

実際に様々なサービスを使いながら自宅で生活している方の体験談も良いのではないか。

地域包括ケアシステムの示されている植木バチの底の部分である「本人家族の選択と心構え」をしっかり押さえていく必要がある。大きな研修会から小規模な学習会などの多くの機会を通し、繰り返していくことかもしれない。

■意見交換の内容

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について

ルールづくり

- ・ 訪問看護ステーションの地域内と地域外の区別は、地域包括支援センターの圏域か、それとも長岡市と見附市という自治体の違いか。
 - 長岡市：前者の地域包括支援センターの圏域の外と中である。
 - 事業者はほかの地域にお願いするということか。
 - 長岡市：そういった意見と思う。
- ・ 医療機関の中でばらつきがあるので、一定のルールを作って、医師を従わせるというルールづくりということか。
 - 長岡市：既に各地域包括支援センターで始まっていることだが、「医療機関各々でバラツキが生じることは避けられず(積極的に参加する医療機関とそうでないところの差が大きくなる)、統一したルール作りは必要だろう」といった意見が示されている。
 - 会議に必ず出ろというルールを作ることは無理だと思う。年齢のこともあるので、とりあえず手挙げでやったださる医師で取り組もうというのが長岡の医師会の方針である。
- ・ ICT の活用もピンからキリまでである。例えば佐渡では、全てのデータを病院のデータも全部共有するというシステムだが、長岡で考えているのは、こぶし園のシステムを介護・看護のシステムに引き上げて、医師が見られるようなシステムである。有効だろうと思うが、それにはかなりの手間が掛かりシステムの構築は簡単にできない。
- ・ 退院時の病院と地域機関の連携はもちろん重要で、その連携の成功例が伝わっていけば、周知にもつながるのではないかというのが前回の話だと思う。

地域間格差

- ・ 訪問看護ステーションはそれぞれの地域で担当しており、私の場合は医師としてほとんど困っていない。
- ・ 地域包括支援センターの範囲を超えてやらないというところはない。
- ・ 診療所の医師にしても、近所の人しか診ていないということはない。
- ・ サービスも地域包括支援センターの範囲内のものを使うのではなく、遠方のショートステイに行っていたりもするから、困ることはそれほどない。
- ・ 地域包括支援センターごとだけではなく、もっと広い範囲でも顔を知る間柄になることも大事だと思う。
- ・ 我々（医療関係者）は地域包括支援センターなどの圏域を無視した形で動いている。例えば訪問看護なども領域的には重なり合っている。地域を少し超えたところで地域間格差が生じているというなら意味は分かるが、今は全くそうではない。
- ・ 地域包括支援センターの圏域内に訪問看護ステーションがない地域もあるが、エリアには関係なく活動できるようになっている。
- ・ 地域包括支援センターごとに訪問看護ステーションのエリアを決めて活動することはできない。
- ・ 一時期長岡市の旧町村地域では、訪問看護ステーションがなくなるという話があり、中心部にお

願いしても来てくれるのかという心配があった。また、訪問リハビリテーションは地域内にないので、隣の旧下田村や見附方面から入ることが多いと、初めに挨拶がてら顔を見るが、その後は文書だけなので、細かいことになるのでできないのかというおそれはある。

- ▶ ケアマネジャー自体も違う地域の方が入っていることがあると、他のサービスも利用したい場合には困ったという経験があった。
- ▶ 地域外にお願いすることには困っていないが、それぞれの地域内である程度済むように、充実させてほしい。訪問リハビリテーションも訪問看護もそうだ。
- ・ これから先は効率的にやっていかないと担えない時代になってくるのではないかと。統一性なく訪問看護が入っているが、時代はもう変わってきている。
 - ▶ もし栃尾にステーションがないと困るなら、地域の中で何らかの形で協力してできないか。
 - ▶ ケアマネジャーの事業所も栃尾の地域包括支援センターの範囲では三条や見附に、4、5か所ぐらいだ。
 - ▶ 市を超えてというのはおかしいのではないかと。
 - ▶ 三条市の医師が嘱託医を担当している施設もある。新しく特養ができて、手が足りないという話もある。是非行政と協力して、全国に自慢できるシステムになってほしい。
- ・ ICT にしても医師全員に義務付けるのはかなり難しいと思う。これは地域の連携の構築の話であり、医療機関は各々で積極性にばらつきがあるので、統一したルールづくりが必要だと思う。
 - ▶ 積極性が徐々に広がって、初期の在宅医療を行っている医師は手挙げて集まってきていると思うので、そこからまた広がっていけばいいと思う。
- ・ 今度の地域包括支援センターの会議（地域別の多職種交流会）は今日だが、そういうところに年齢の高い医師にも出席してもらい、説明していったらいいと思っている。
- ・ ここに出ている医療機関は診療所のことで、大きな病院には積極的に賛同いただいている。中小の100床、200床クラスのいわゆる在宅療養支援病棟が長岡にはほとんどないので、大きな3病院を中心にバックアップをお願いするというシステムが新たに長岡で構築できればと医師会は考えている。
- ・ 退院時の病院と地域の医療機関の連携は重要で、カンファレンスをはじめ一つ一つ行われて、在宅に行った患者の成功事例ができて、成功事例が伝わっていくと、増えていくのではないかと。

退院前カンファレンス

- ・ 病院の中では、多職種といっても看護師が中心という感じだが、診療所の医師たちが来てくださると言えば出なければならないと思う医師はいると思う。
- ・ 長岡中央総合病院では少ない。実際に看護師からの情報提供が中心になってしまっているのでは、カンファレンスまでいくということは大きな壁があると思う。
- ・ する・しないではなく、しなくてはならないとは思っているから、しなくてはならないということを広めなければならない。
- ・ 若い医師には管理会議なり、医局会で話が出ないと伝わらないなどということはあるか。
 - ▶ 病院外の医師から言ってもらえると、中から声を上げていくのと同時進行になると思う。
- ・ 立川総合病院では、そもそも退院支援の部門がきちんとしていないことも問題だが、新病院移転の際に立ち上げるので、力を入れてやっていくことになっている。しかし、まだそういう文化が

病院の中に根づいていないところがあるので、しっかりやっていく必要がある。

連絡の方法

- ・ 手紙だけより、できれば電話での依頼がいいと思う。
 - 医師間の差が激しい。電話で依頼されると嫌とは言えない。
 - 文書だけで伝わらないニュアンスもあるようで、病院の医師も直接話を聞いて、大丈夫そうだという感じであった。
- ・ 長岡西病院の例では、退院前カンファレンスはやるが、医師は出ない。カンファレンスを開いている脇を素通りしていくという格好だ。
 - 長岡西病院の医師は自身で頑張り、診療所への依頼は余りない。
- ・ できれば積極的に在宅に出したいという気持ちはある。しかし、どのようにつなげていったらいいのか分からないというのが実情だと思う。
- ・ 5年前に介護連携指導書というフォーマットを作って、各職種、医師も記入し、ケアマネジャーや訪問看護に情報が伝わるようにという仕組みを入れたが、それを書いてもらうのがやっとなで、会ってコミュニケーションを図るということはまだいけていない。
- ・ 長岡西病院はコンパクトな病院なので、病床管理会議で、常勤医と看護師長などで病床の使い方などをミーティングで話をしてもらえれば、非常にいいのではないかと。
- ・ 病院側では、カンファレンスの役割と有用性を感じていない。しかし、在宅医としては重要だ。
- ・ 主治医も含めて誰しもが気楽に出られるということを最終的な目標とするが、その前の段階として、例えば、長岡西病院はシートを書くだけでも参加してほしい。
- ・ 暇なときに少しだけ顔を出すだけでも、在宅での医療の雰囲気分かる。退院前カンファレンスも出ないと、退院した後患者がどうなっているか分かっているのだろうかと思う。
- ・ 退院困難例をカンファレンスでやってもらえたらありがたい。病院では何をもって退院困難と考えているのかを見せてもらい、退院困難の意識のずれを縮めないとならないと思う。
- ・ 家族と本人が病院から、決め打ちのようにそれはできないと言われてしまったということも多々あるので、一つ一つの成功例を出していくしかないのではないかと。

テーマ②：主治医・副主治医制の仕組みづくりについて

副主治医の役割

- ・ 主治医が主体になり、副主治医が手伝えることを明確にすることが大切だ。副主治医は意外に出番が少ないということが分かるとお手伝いいただけるのではないかと思う。
- ・ 主治医が不在のときに病状が悪化して、救急搬送するほどではないかもしれない場合に副主治医から指示が欲しい。
 - 微妙なところでの指示がもらいたい。
 - ある程度副主治医はその患者のことを知らないと言指示のしようがない。
 - そのため、ある程度 ICT でまとめて情報共有するが、それでも救急搬送でいいと思う。
 - 訪問看護が入っている場合、迷ったときには救急搬送すればいいと思う。副主治医は分かっているのにただ責任だけ取れと言われても困る。
 - 前もって主治医と打合せができて、方針をすり合わせてあればいいだろうと思う。

- ・ 救急の場合、患者のことが分からず薬を出して、かえって裏目になるということもある。
 - そのような危険性がある場合は、事前に主治医に確認はしている。
- ・ 訪問看護が入っていないくて、患者家族が慌てて主治医に連絡しても出ないため、副主治医ではないが在宅医療を行っている医師に連絡がきた場合にどうするかということもある。
 - その電話で救急搬送してもらってもいいのではないかと。誰かが指示を出さないとならない。
- ・ ある警察医の話では、年間 25 人ぐらいの警察医活動のうち 18 名が主治医に連絡がつかなかったことによるものであったという。本来ならば半分以上は主治医がいるのである。その主治医が後で死体検案書（死亡診断書）を書いてもいいことが医師に周知されれば、検案は減るのではないかと思う。
- ・ 初めのころは副主治医の仕事について漠然と恐れをなしていたところもあるが、3 病院の輪番にお願いすべきところはすべきだということがはっきりすると、副主治医の役割が明確になってきたように思う。
 - 仕事内容が明確になると、どの情報を渡せばいいかということも明確になるので、今後 ICT のシステムが稼働すれば、そういうものを伝えられるシステムにしていきたいと思う。

看取り

- ・ 看取りに対してはすぐにでも実行できるのではないかと。万が一の場合ということで主治医から看取りを頼まれたが、結局何もなかったということは、頼みさえすれば主治医は重要な用は足すことができ、患者も受けた副主治医側も大した負担ではない。そういうことを地域全体で取り組めば、頼むということが楽になるのではないかと。
- ・ 主治医の役割はしっかり持ったまま、万が一のことを考えて副主治医を置いておくのは主治医としての責任ではないかと思う。
- ・ 患者の枕元に主治医以外にも副主治医・看取り隊の電話番号さえ置いておけば、看取りというシステムがある程度動き出すのではないかと。
- ・ 具合が悪くなったら救急搬送するのは当然で、輪番制があるから、病院に行くのは今までどおりで構わない。問題は、長岡では年間 300 例ぐらいの検死があるが、そのうちの 7 割が病死ということなので、それがなくなるだけで警察も救急隊も病院も負担が軽減される。
- ・ やってみれば良さが理解してもらえらると思う。

地域間格差

- ・ 地域格差の問題では、長岡を全面カバーできないなら意味がないと思う。
- ・ 長岡には 2 次病院輪番制が確立されているので、バックアップ病院との連携ができればと思う。そこには ICT や救急搬送の問題も絡んでくると思うので、それを解決できるシステムなら更がいいと思う。
- ・ 嘱託医のなり手がいないという面もカバーしていかないとならないと思う。

テーマ④：市民への効果的な周知方法について

周知方法

- ・ かなり大きな会場の講演会などで在宅医療について伝えようとしても、システムの話だけになってしまって、本当に伝えたい死生観や、覚悟、潔さなどの話はできないと思う。
- ・ 病院から自宅に帰ってきた患者が近所の人たちと茶飲み話をしているというようなことがもっと広がればいいと思う。そのようなことが伝わっていくのが大事である。
- ・ 地域包括支援センターの利用を早急に望む患者家族に対しては、病院からの退院前カンファレンスなどで伝えるべきだ。
- ・ 行政でも周知する機会を設けてほしいが、まず小さな輪から進めていくのがいいと思う。
- ・ 自宅でも病院でも最後にできることは一緒なので、利用者や家族の意見が尊重されるのが一番いいと思う。終わったときにとっても充実感があると思うので、そのように過ごせたらいいのではないかという提案は訪問中などに話をさせてもらうことはある。
- ・ 訪問看護の中で伝えていくことはできると思う。また、小さい町内単位で死生観などの話を伝えていくことが一番大事ではないか。大きく集めても、それほど効果はないと思うので、事例を通して伝えていくことが一番いいと思う。
- ・ 孤独死と尊厳死の違いはきちんと伝えておきたい。最期は何かあっても医師に看取られたいということをし少しは変えていく啓発をしていかななくてはいけないと思うが、事例を通して教えていくことが最も良いと思う。
- ・ 町内会では、住民のことを把握しているので、それぐらいの単位がいいかもしれない。
- ・ 一つは、在宅医療の現場なら、講演会をしなくても、近所の人みんな聞きに来る。もう一つが病院で、退院する患者に適切に在宅医療について説明する。これほどいい教育の場はない。
- ・ 最期は病院でと思っている人も、訪問看護の経過の話をする、このままでもいいと思う人も確かにいる。聞いてもらえそうな家族には、そういう選択肢もあるという話はする。
- ・ できれば全員にしてもらいたい。
- ・ 在宅で診られるという話はしているが、看取りの話を退院するときにしていいかどうか難しい。
- ・ 在宅で療養するときに在宅主治医がいる、訪問看護、ケアマネジャー、訪問リハビリもあるということが伝わっていくと、市民に対する周知になる。
- ・ 地域の小さい単位でやったほうがいいが、医療関係者に対しての啓発が難しいと思う。

退院前カンファレンス

- ・ 入院中の患者が退院するときがいい教育がなされれば、有名な講演者が来る講演会よりも効果があると思う。
 - 病院を退院する全ての人にそういう話をして帰しなさいよということか。
 - 特に高齢者の場合はできればしてほしい。
 - カンファレンスの場では伝えられても、そうではない全ての人に伝えることは難しい。
 - 何らかの策を練ってもらえれば、どのような講演会より効果があると思う。
 - 例えば病棟の職員全体がそういう意識を持って、普段の看護の際、家族が来ていたら「退院したらどのように考えているか」という辺りから少しずつ進めたらどうか。
- ・ 入院して時間ができるので、退院した後のことを考えることや退院前のカンファレンスは非常に

大事だ。

- ・ 体験者に語ってもらうというのは非常にいいと思う。職員が言うと、「自分たちの都合でそんなことを言っているのだろう」と捉えられてしまうので、うまくいったような人たちから伝えてもらうのはかなり大きな違いがあると思う。
- ・ 精神科の人は独特だが、帰れるのだという話を直で聞くことによる安心感があるようだ。医療者側から言うと追い出されるという雰囲気があるのだろうが、安心して帰れるということを書いてもらえると安心して、では出てみようかということが言えるのだろう。

多職種への周知

- ・ 病院や専門職、医師会の医師も話せる知識を持つことが大事だ。
- ・ 実際には医療ネグレクト（保護者が治療に同意しなかったり、治療を受けさせる義務を怠ったりすること）などがあるので、一概に判断はできないが、病院だけではなく、ほかの福祉職等に関してもきちんと周知してもらえるとありがたい。
- ・ 在宅医療という話はどこの病院も言っていると思う。
- ・ 在宅のことを知らない人たちがどんなに言っても理解されないのではないかな。
- ・ ケアマネジャーから「次に入院したら家は無理だと、相談室にすぐ言ってきなさい」という指導を受けた患者がたまたま入院してきた例がある。
- ・ 無理だと言ったケアマネジャーを交えてカンファレンスをしなければならない。
- ・ 10月18日開催の第2回多職種連携に向けた勉強会は、平穏死がテーマであった。看護師の参加も多かったとは聞いているが、ステーションの看護師なので、医療職、病院職員たちが、尊厳死と平穏死についてよく分かったということだった。
- ・ 関係者全員が同じ方向を向いて、各場面でしっかり在宅医療というケースを伝える数をこなしていくことが大事ではないか。

医療関係者への周知

- ・ 在宅療養支援が進み、退院させられるようになると、病院は在院日数が減るので病院にとってプラスだ。
- ・ 現実には在宅で亡くなった経験をしている人は少ないので、在宅自体を十分に理解している人は少ない。そこで、小さな会、町内会やコミュニティセンターぐらいの単位で、市の人や医師会の人などと膝を交えて話すのが大事ではないか。
- ・ 看取りというとお年寄りの看取りということを考えていくと思うので、その辺りを医療関係者にどのように伝えるべきか。
- ・ いろいろな症例について、ケースの説明をしていかななくてはいけないと思う。
- ・ 医師会で話をしても余り違いはない。ところが、病院で見ていくとかなり方向性に違いがある。
- ・ カンファレンスに出ると嫌々ながら出ている医師は、自分が言いたいことだけ言って終わる。そうすると、誰も何も言えなくなる。
- ・ 医師には医師が、看護師には看護師が、お互いに話をしてもらおうといいのではないかな。
- ・ 研修の一環としてカンファレンスなどに参加してもらえれば、少なくとも研修医はある程度聞く

耳は持っていると思う。時間は掛かるかもしれないが、病院自体が変わってくるかもしれない。

- ・ 研修医は在宅医療の研修には行っている。
- ・ ある研修医が在宅医療の講演を聞いて、退院させるということは在宅を考えながらしなければならないという意識は持っていた。

在宅医の確保

- ・ 医師会も在宅を担う診療所が、在宅を支える診療所になっていってもらおう方向で動いている。
- ・ 在宅の診療所で医師がついている場合は比較的在宅に戻れている。在宅医探しのハードルが高く、本当に診てくれる主治医がいるのかということもハードルの一つだ。
- ・ 在宅医にうまくつなげられるかについても、勉強しなくてはいけないと思う。
- ・ 在宅での主治医がきちんと役割を持てるようになれば、在宅で引き受けられるところが出てくるし、それを病院の医師が見て、在宅はきちんと依頼すれば診てくれるというようになる。
- ・ 特定の医師だけでなく、医師会全部の主治医が、在宅医療の主治医だ負担は減る、という形に持っていかなければならないと思う。
- ・ 方向性が大事だという意見があった。現場を通じて、個々具体的に、草の根的に教育あるいは周知させていくのが効果的だとあった。どういう条件が必要なのかという共通の認識があると考えていいか。
 - 能力の違いではなく、経験の違いでそれぞれの差が出てきていると思う。個人的には全部診られると言っているが、経験がなかったりすると診られないとなると思う。
 - 経験の差によって方向性の相違があるなら、経験の格差によって同じ事例が全く正反対の周知内容になるおそれがあると思うがどうか。
 - 必ず在宅で診られるという方向性は医師会として持つべきと考える。その中でみんながある程度経験を蓄えるまでは手挙げして、それが無い場合には医師会として誰かが診るという形にしていけば、方向性は一つできてくると思う。

在宅の判断

- ・ 在宅で診られる・診られないというのは、医師の力量や経験もあるだろうが、在宅で暮らせるかが重要だと思う。老々世帯とか単身者が暮らしていくことをサポートしなければ、医療だけでは診られないので、サービスのことも無視できないと思う。
- ・ 今の問題は医療だけではなく、生活支援なので、一概に全てのケースがオールマイティーにオーケーだということではなく、共通認識を蓄えていくのが本当の周知の力だと思う。だから、勢いとか感情だけで説明しても、少し説得力に欠けるのではないかと思う。
- ・ 在宅で診られるというのは医師の力はそれほど要らないといことを知っているから、在宅がオーケーだということで、それが経験の差だ。
- ・ ある程度やっていけば、ノウハウは積み重なり、地域もそれを理解する。地域包括ケアシステムとして、地域の全体を動かすことになると理解してもらえれば、動けるようになると思う。
- ・ 訪問リハビリテーションや訪問看護が必要かどうかは、ある程度在宅医に評価させてほしい。

病院の役割

- ・ 本人、家族が家で過ごしたいと言えば、それに寄り添うことはある程度できると思う。ただ、在宅に帰せないという状況は本人、家族が家では過ごせないというから帰せないのだと思う。
- ・ 帰れないと言った人が帰れると理解してもらうのが周知だと思う。病院で自宅に帰りたいという気持ちになってもらえるように周知する方法はないだろうか。
- ・ 病院側ではやっていると思う。これから医師会が診療所の医師に対する教育を行い、在宅を担う医師を増やすという方向で今進んでいるので、そのベースを作っていく上で、一般診療所の医師にアピールすると、その在宅の医師に返すことができるということも分かっていくと思う。
- ・ 徐々に成功事例を作るべく、最初に病院にお願いする時点でそのことを考えてやるようにしたい。

周知の方向性

- ・ 一定の場合分けをした周知で、患者や家族の不安に対する答えが余りぶれない共通の認識を医師会やケアマネジャー協議会、訪問看護ステーションなどで、持っていただきたいということである。
- ・ 患者の支援だけでなく、患者からの質問や疑問に答えることも重要だと思う。それを積み重ねていけば、患者の退院する際の不安が少しでも取れて、在宅につながるというのではないかと。
- ・ 病院側が可能だと思えば、診てくださる医師や訪問看護の話はできる。
- ・ 医療に関してあるべき姿を共通して持ち、説明していくという「ぶれがない」という方向性は大事だと思う。医師会はぶれない人づくりをやっていきたいと思う。

9 第3回委員会

(1) 概要

事務局から「意見交換3テーマの方向性」について説明があった後、審議を行い、承認された。
また、審議終了後、各委員から本調査研究に対する意見が述べられた。

(2) 論点

- ・意見交換3テーマの方向性

(3) 資料

第2章「意見交換3テーマの方向性」参照

(4) 審議

事務局から第2章に収載されている「意見交換3テーマの方向性」について説明があった後、
審議を行い、承認された。

審議終了後、各委員から述べられた本調査研究に対する意見は、以下のとおりである。

■地域包括ケアシステムの推進に向けた委員の意見

- ・ 様々な職種の方が集まり、それぞれの意見交換で、非常に御苦勞が多かったのではないかと思います。しかし、1年かけて細かくまとめた資料を見ると、共通認識と提案と非常にすっきりとよくまとまって、これそのものを文章にでき、非常に感謝している。
- ・ 何よりも私にとって非常に勉強する会であったことと、顔の見える関係づくりの1ページを占めてくれたことが本当にためになった。
- ・ 今回は、立場的に入りづらい部分もあったが、我々（歯科医師会）の分野でこういったところで特徴を出していけばいいかということが少し分かってきた感じがするので、その辺も含めて連携、協力体制を築いていきたいと思う。
- ・ 地域包括ケアシステムや在宅医療に多職種の連携が大切だということも勉強になり、これを薬剤師会の会員等に伝えて、真剣にこういった取組に参画できればと考えている。
- ・ 全体像が非常によく整理されていて、分かりやすい。これをより具体的にどのように施策の中で展開していくのかということが楽しみである。その中で、栄養管理については、長岡市の高齢期の栄養施策が介護予防から今はフレイル（健常な状態と要介護状態の中間の状態）や、看取り・栄養管理が叫ばれている中で、そこが抜けているのではないか。これから具体的などころで取り組んでいながら、栄養士会としては、地域NSTが確立できるように勉強していきたい。
- ・ 今後の方向性の3つのテーマで見ると、今後の長岡がいろいろな角度・立場から市民も巻き込んでいけるのではないかと思った。また、訪問看護ステーションの連携については、これからも長岡市で連携していけるように頑張っていきたい。
- ・ 病院という組織が地域や在宅を知らないと思われているということが嫌というほど分かった。病院では看護師同士の学習会も設けているが、興味のある人は毎回参加するが、興味のない人は不参加になることが多い。同職種同士の連携、同職種同士で話ができる場を組織としても企画していきたい。
- ・ 在宅医療の部分で病院のできる役割、立場、院内には医師を始めとしてそれぞれの職種があるので、在宅医療に向けてという部分をここで勉強し、病院として何をしなくてはいけないのかということ再度病院に持ち帰って、在宅医療につなげられるよう、検討していきたい。
- ・ 長岡西病院は緩和ケア病棟があり、療養型病棟があるので、病院で看取りをすることが当たり前になっていたところもあるが、在宅に誘導されている状況なので、これと同じような話題が上がった。連携のルールやエチケット集などには期待している。
- ・ 多職種の考えや活動を知り得る機会がなかったので、勉強になった。地域包括ケアシステムの中でケアマネジャーは核となってプランニングしていくという役割があるので、そのためにもいろいろな知識というものをいただいた。
- ・ 介護関係者との連携では、主治医は明らかに分かるが、例えばヘルパー、ケアマネジャーが歯科医や栄養士のことを理解して、うまく活用できているのか、連携できているのかという疑問が生じた。テーマ1のエチケット集やコミュニケーションの方法というものをこれから更にうまく使えるような形になっていくとありがたいと思う。
- ・ 多職種の仕事を少しずつでも理解できてきたと思う。これを広げ、今度は顔の見える関係からより強化したネットワークになるように頑張っていきたいと思う。

- ・ 効果的な周知方法で「何を伝えるべきか」というところで、一気にはいかないと思うが、一つ一つが実現していくと、市民にとって本当の住みやすい地域になるのではないかと思った。
- ・ 現場に携わる方の生の御意見を聞くことができ、大変勉強になった。長岡市では、既に昨年からはタブレットで、情報共有の仕組みをモデル的に取り組み、既に県内の在宅医療をリードしている。今後も県内の在宅医療をリードしてほしい。
- ・ 医療にこだわった話が多いが、実は障がい者が地域の中で生きていくということなので、いろいろなサービスの差がなくなるといけない。医師が携わるところはほんの少力で、そこだけに閉じて言えば、長岡は非常に恵まれた土地なので、そのメリットを活かして組み立てていきたいと思う。在宅という話では、病院、入所施設、自宅、いろいろなどからそれぞれ合うところを選んでもらい、生活し、いろいろな環境から選んでいければと思う。その中には、もちろん主治医が入っていかなくてはならない。それが今後構築していく中でおれなくてやっていければと思う。
- ・ 医療差や地域差があるが、在宅の方向で行くのが今の一つの方向ではあると思っている。最後に、医療費の削減ということが国としては重要な問題だと思うが、在宅医療も非常に魅力がある。医師の義務感だけでは地域包括ケアシステムは回っていかないのではないかと思う。それなりの誘導も必要ではないかと思っている。
- ・ 地域包括ケアシステムは、病院に対して在宅医療の側からいろいろなことを言って、「地域全体でこのように地域医療という形できちんとやっつけよう」ということを言えるような概念ではないか。地域に住んでいるひとりひとりが格差なく、同じように安全で安心できる在宅も含めた地域でのケアが受けられるのが地域包括ケアシステムかと期待して、様々な問題を一つ一つ解決していかないと、本来の目的には到達しないのではないかと思う。
- ・ 在宅医療に参加する医師そのものが増えてくるかが問題であり、また、積極的に参加する医療機関とそうでない医療機関のばらつきがあるから、みんなが参加するようなシステムにならないといけないということを非常に考えている。
- ・ 長岡市に地域包括ケア係ができたことは医師会、地域全体の中が動くということで大変希望が持てることだと感じている。医師会として動くためにも、ある程度の資金が必要なのだということを実感している。
- ・ 本人が在宅で過ごしたいという意思がはっきりしていれば、いろいろなサービスがあるので、だれでも在宅で診るのが可能と思う。しかし、介護保険の対象でない人や独居、老老介護、認知介護、介護力不足、同居者がいても働かなければ生活できない人など、いろいろな状況の人がいるので、どんな人でも在宅で過ごすことが可能かという難しい面がある。また、経済的や介護力的に地域的な格差は明確なので、お金のある人であれば有料老人ホームに入れたりするが、そうでない人は入ることができない。サービスにも使いたくても使えない地域もあり、24時間を介護というところで埋めるのは難しい。介護業種だけではなく、地域の住民が、地域の要介護者や子供も含めて、高齢者・子供を支えることができるシステムが作ればよいと思っている。
- ・ 地域格差を全くなくすというのは現実的には難しい。東京と新潟が違うのと同じように、長岡市内でも旧市と周辺で違うが、その上で地域の実情に合わせたきちんとしたサービスが組めればよいと思う。また、患者・家族の方が望むケアが大事だ。これはサービス面ではなく、自分たちが提供する選択肢の部分でも、在宅ができるのであれば在宅ができるとバリアが作られないような

対応をして、家族が望むケア、本人が望むケアが提供されるような形が期待できればと思う。

- ・ 地域包括ケアシステムが 2025 年対策のツールであると考えるのであれば、医療連携や主治医・副主治医制には、医師会の医師や今、頑張っている医師の努力は必要だと思うが、一定の方向性が見えてきている中で、うまくいきそうな空気を感じることができた。ただ、市民の気持ち、考え方、文化はなかなか在宅に向かっていないような部分がたくさんあり、2025 年までに一定の成果を出すのはなかなか困難なことではないかと感じることがたくさんあった。「できる・できない」の話で言えばできるが、それを選ぶような社会的な文化ではないような感じがする。これを何とか変えていかなくてはいけないと思うので、市民の気持ちをどのように在宅に持ってくるか、ハードルが高いのではないかと思うので、一生懸命やらなくてはいけないと思った。

- ・ 90 歳の祖母が千葉の片田舎で、独居で末期がんだったが、在宅療養支援診療所の医師がチームを組んで、見事に看取ってもらった。もちろん医療だけではなくて、生活の支援もあった。こういうのはすばらしいと思っていた。そういった仕組みができれば、長岡もできるのではないかと思った。

一方で、長岡は資源が潤沢なので、誰かがやってくれるだろうという感じで、なかなかうまくいかない一つのポイントでもあるのではないかかと思った。そういったすり合わせを地道にやっていくしかないと思う。まず看取りの中から成功事例を積み上げていって啓発していくことが必要だと思った。

- ・ 1 人の利用者を支える上では、いろいろな職種とかサービスを組み合わせなければ支えられないので、多職種の連携は必須条件であろうと思った。そして、システムを構築していく上で、それぞれの地域の気質もあるから、そういう特徴などを活かしたものにできればいいのではないかと感じた。

- ・ サービス付き高齢者向け住宅も含めて、在宅に帰ることが当たり前のことだと思っている。地域によっては文化の違いもあると思うが、昔は自宅で看取ることが当たり前だった。「病院で死ねなかったから家族はよく見ていなかったのではないか」と、地域の周りの人から言われるようなことではないということ、地域包括ケアシステムを作る中で啓発していくことが大事だ。そのためには医師をはじめとする多職種が横のつながりを持って、できるだけ近い価値観で、「在宅はいいものであり、できる」ということを周知していくべきだと思う。在宅医療は強制されるものではないので、地域ごとにオリジナルのものができ上がるのだと思うが、長岡市は大変地域が広いので、格差は一概になくならないという心配もある。しかし、医師が不足している地域こそ看取りを希望している方がいて、検死が入るのは当たり前で、地域の人たちも何とも思っていないところもあり、それも問題だと思っているので、格差は少なくしていかなければいけないと思う。

- ・ 地域包括ケアシステムを構築していくためには、改めて長岡市の現状、課題を共通認識して、取り組むべきことを明確にしていくことが重要だと思う。関わる人たちが目標に向けて実践して行けば、長岡市独自の地域包括ケアシステムが期待できるのではないか。課題としては、地域差は長岡市だけでなく、新潟と長岡と県南を比べると差がある。最近では、地域包括ケアシステムは地域づくりだと言っている市町村があるが、それは生活支援だと思うので、長岡市は非常に恵まれていると思う。長岡の中でも地域差はあると思うが、病院の医師や在宅をやろうとしている診療所の医師もしっかりしており、介護も多少なりとも他よりもあると思うので、非常に恵まれている地域ではないかと思う。したがって、その方向性が一緒になれば、長岡市独自の本当にいい

ものができるのではないかという気がした。

- ・ 時代は連携から統合に向かっているが、地域の中で訪問看護ステーションがないところもあるので、実現できるかどうか分からないが、長岡市がサテライト的な形で法人を超えて、訪問看護ステーションがないところでも協力してやろうとすることが統合ではないかと思う。そういうまちづくりをしていくことで、長岡市が地域包括ケアシステムのモデルになるような気がする。最後に、市民の意識を変えるためには、関わる職、私たち（地域包括ケアシステム関係者）が変わらないといけないと思う。
- ・ 行政や医師会などいろいろな関係職種が集まって、それぞれ考え方は別々だが、話し合うと相手の気持ちが分かり、同じ方向に向かっているのではないかと感じている。「長岡市はこういう方向でいく」ということをみんなで協議しながら、一般住民も私たち（地域包括ケアシステム関係者）も、全てが同じ方向でいけば、自然と長岡方式ができていくのではないかということが課題と期待である。
- ・ 地域にある財源、人材も含めて、地域差なく充足されるということは大事だという意見があったが、長岡市として行政のほうではどうか。在宅医療に取り組みやすい環境ということで医療の話題になっているが、地域包括ケアシステムに関する今後のビジョンについての考えはどうか。
- ・ 特に認知症の対策については喫緊の課題ということを市長が直接言葉として発したので、それも含めて、担当として元気なうちからの介護予防、少し虚弱になった方に対する支援、介護が必要な方へのしっかりとしたサービスなり情報連携なりをしっかりと対応していきたいと思う。

第2章 テーマ別の方向性

第2章 テーマ別の方向性

第5回意見交換会、第6回意見交換会及び第3回委員会において承認された「テーマ別の方向性」は、次のとおりである。

1 訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携

連絡方法のルールやエチケット集について

【共通認識】

- 関係機関の連絡方法に関するルールがあると、連携が行いやすくなる。
- 連絡に関するルールやエチケット集は、主に介護関係者を助けるためのものである。
- 多職種間における共通の言語が必要である。
- 関係各機関の連絡窓口の一本化を図る必要がある。

【提案】

- ルールやエチケット集の作成は時間を要するので、まずは「連携のコツ」といった手引書のようなものを作成してはどうか。
- 病院では窓口を決めて連携を図りやすくしてはどうか。

コミュニケーションの壁の解消について

【共通認識 1】

- 職種間のコミュニケーションの壁を解消するためには、相互理解と顔の見える関係づくりが重要である。
- 多職種間の心理的な壁を低くするためのルールや啓発が必要である。

【提案】

- 交換研修による相互理解、医師の呼び掛けによる勉強会や交流会等でコミュニケーションを図りやすい環境を作っていくのはどうか。

【共通認識 2】

- 在宅医療に関する理解を促すことが重要である。
- 在宅医療・介護の関係者が交流する圏域会議のような交流会を設け、情報の共有を図ることが大切である。

【提案】

- 在宅医療の現場や必要な処置について学ぶ研修会を、病院のスタッフ向けに実施してはどうか。

退院前カンファレンスの在り方について

【共通認識】

- 退院前カンファレンスは在宅・病院の連携に重要な場であるため、関係職種が一堂に集まれる環境づくりが必要である。
- 退院前カンファレンスに可能な範囲で医師の参加が望まれる。
- 退院時には退院サマリーを分かりやすく、判断しやすいように記載することが重要である。
- 退院後の現場で必要な情報を医師に伝え、情報共有できるようにすることが必要である。

【提案】

- 退院前カンファレンスの開催そのものを医師に知らせていないことが多いという現状を踏まえ、参加の可否にかかわらず、まずは医師をはじめ関係者に連絡してはどうか。

訪問看護ステーションの連携について

【共通認識】

- 訪問看護ステーション間の連携が重要である。

【提案】

- 連絡会議を定例化し、意識の共有と連携の体制やルールを構築していくのはどうか。

2 主治医・副主治医制の在り方

主治医・副主治医制の考え方について

【共通認識】

- 基本は主治医が診るもので、あくまでも何かあったときのバックアップを行うのが副主治医である。
- 病院における主治医と当直医のような緩い関係で、副主治医は輪番制などにより決められていて、担当日に主治医がいないときに代理で診療する仕組みである。
- 特に、学会や旅行、私事等のため、すぐに患者宅に駆けつけられないときに副主治医がカバーするものであり、主治医の（精神的）負担も軽減されるうえ、本人や家族の安心にもつながるものである。
- 負担が偏らない仕組み、特に、一部の医師やグループに負担が掛かりすぎないように配慮するとともに、利用しやすい仕組みづくりが必要である。

長岡市における主治医・副主治医制の方向性について

【提案】

- 看取りを目的とした主治医・副主治医制であれば、実現は可能と考えられる。

看取りのための死亡確認であれば、詳細な診療情報を知らなくても対応できる。

本人の意志に沿った在宅での最期を迎えることにつながる。

看取りのための不要な救急搬送の減少にもつながる。

- 医療資源が少ない地域をカバーできる仕組みづくりが必要であり、特に、旧町村においては、病院が副主治医の役割を担う必要があるのではないかと。

無医村に近い地区では、中心部にある病院が副主治医として主治医をバックアップする仕組みが必要である。

特に、医療資源の少ない栃尾や山古志のような中山間地域で頑張っている主治医こそバックアップしていく必要がある。

- モデル地区を定めて取り組んでいくような形で、まずは、小規模で取り組んでみてはどうか。

小規模に実施しながら課題を整理し、各地域の状況に合わせたやりやすい仕組みが広がっていくことが理想である。

3 市民への周知・啓発の在り方

何を伝えるべきか

市民に

- ① 様々なサービスを活用すれば在宅での療養・介護・看取りは可能であること
- ② 地域包括ケアシステムの構築に社会が向かっていること
- ③ 往診の存在や在宅での看取り等、在宅診療の実態
- ④ 終末期における医療・介護・看取り等に対する本人や家族の考え方や心構えの重要性
- ⑤ 在宅医療が必要になっても、かかりつけ医に診療等をお願いできること

病院の医師・看護師に

- ① 地域包括ケアシステム構築に向けての考え方や方向性
- ② 在宅における患者の暮らしぶり
- ③ 入院中に、医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等が行っていることを、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
- ④ 暮らしを支える基本的な在宅サービスに対する理解
- ⑤ 地域包括ケアシステムの実例
- ⑥ 在宅医療に対する負担・不安を軽減する施策を医師会が推進していること
- ⑦ 病院と在宅医療が連携していること

在宅の医師・看護師に

- ① 在宅医療に対する負担・不安を軽減する施策を医師会が推進していること
- ② 在宅のかかりつけ医や医療機関の現状や葛藤
- ③ 2025年に向けて、在宅医療に主体的に取り組まなければならないこと
- ④ 地域包括ケアシステムとケアマネジメントの視点
- ⑤ 病院における医療と在宅における医療では、思いもよらないギャップがあること

介護関係者に

- ① 2025年に向けて、在宅医療に主体的に取り組まなければならないこと
- ② 地域包括ケアシステムとケアマネジメントの視点
- ③ 現実的に家で看ることが困難な事例やその実態（地域の医療機関の状況、訪問看護の訪問回数、家族の状況等）
- ④ 訪問診療や往診をしてくれる医師
- ⑤ 暮らしを支える基本的な在宅サービス

どのように伝えるべきか

市民に

■周知する場

●小さな規模の周知

- ・ 町内の老人会、婦人会
- ・ サークル活動や行事・学習会等の集まりを利用
- ・ 公民館、町内会、包括単位の小さな集会
- ・ 病院で市民公開講座を開催
- ・ 出張講座
- ・ 地域単位で介護教室を開催
- ・ 退院前カンファレンス

●大きな規模の周知

- ・ 講演会やシンポジウムの開催
- ・ 市政だより、町内の回覧板、会報
- ・ ケーブルテレビ、アオーレの大型ビジョン
- ・ マスメディアの活用
- ・ 理解しやすいポスターの掲示
- ・ 在宅医療に関するパンフレット作成・配布
- ・ 看取りや介護体験談のコンクールを開催し、表彰制度を検討する

■周知方法・留意点

- ・ 患者・家族への小さな規模での周知と一般市民への大きな規模での周知を行う必要がある
- ・ 医療・介護関係者が在宅医療に関する共通認識を持ち、同じ方向性の説明を行う必要がある
- ・ 在宅で何でもできるではなく、できる範囲を示す
- ・ 包括単位で、休日や夜間を利用して説明する
- ・ 各世帯の1人は説明会に参加するように促す
- ・ 好事例を説明する
- ・ 参加者が考え質問し、話し合える場とする
- ・ 病院、診療所、包括、訪問看護、ケアマネ等の各職種が個別に説明する
- ・ 一般的な内容と具体的に掘り下げた内容に分ける
- ・ 在宅での看取りを経験した家族が話す場を設ける
- ・ 介護を卒業した人がその経験話す場を設ける
- ・ 顔見知りの関係者から説明を受けられるようにする
- ・ 認知症のように在宅患者と家族の会を各地域に作る
- ・ 病院志向の強い70代以降の方に重点的に説明する

医療・介護関係者に

■周知する場

- ・ 医師会の集まり
- ・ 医師会主催の会やメーカー主催の薬の説明会
- ・ 病院単位での研修会を実施
- ・ 講演会やシンポジウム
- ・ 土日等、休日を活用した定期的な学習会
- ・ 病院関係者と在宅医療関係者による勉強会
- ・ 研修医の研修
- ・ 医師会報（ボンジュール）への記事掲載
- ・ 関係者による定期的な症例検討会
- ・ 病院も参加する「在宅医療懇談会」の設置
- ・ 包括主催の多職種交流会
- ・ 包括主催の地域福祉連絡会議

■周知方法・留意点

- ・ 包括や医師会の班等、小グループで説明会を行う
- ・ 在宅医療・看護の実施研修を行う
- ・ 看護師長が研修を受講し、病院全体に説明する
- ・ 実際の好事例、現場の生の声を聞く
- ・ 事例報告会を含む多職種の交流会を開催する
- ・ 在宅関係者と直接関わる機会を作る
- ・ 研修だけでなく、医師同士の話し合いの場を持つ
- ・ 病院でできること、在宅でもできることについて、関係者間の相互理解を促す
- ・ リアリティのある在宅医療・介護のドラマを作る
- ・ 全ての病院医師を意識づけるための方策をとる
- ・ 「在宅療養支援看護師」を制度化する
- ・ ケアマネのレベルアップのための施策を実施する
- ・ 各団体や施設の研修を公開して、顔の見える関係づくりを推進する
- ・ グループワークやワールドカフェ方式のセミナー・研修会を実施する



資料編

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

(1) アンケート調査の概要

① 調査時期

- ・ 長岡赤十字病院 ちいきれんけい祭り：平成 27 年 9 月 12 日 配布・回収
- ・ すこやか・ともしびまつり 2015：平成 27 年 9 月 20 日 配布・回収

② 調査場所

- ・ 長岡赤十字病院『ちいきれんけい祭り』
- ・ アオーレ長岡『すこやか・ともしびまつり 2015』

③ 調査方法

- ・ 長岡赤十字病院 ちいきれんけい祭り：アンケート記載形式
- ・ すこやか・ともしびまつり 2015：街頭聞き取り形式

④ 調査対象者

イベント来場者

⑤ 回答数

種別	回答数（件）
長岡赤十字病院『ちいきれんけい祭り』	31
『すこやか・ともしびまつり 2015』	108
合計	139

⑥ 調査項目

1. 回答者属性	年齢／性別／職業／居住地／家族構成
2. 医療機関にかかっている人の有無	
3. 介護を受けている人の有無	
4. 「在宅医療」の認知度	
5. 「地域包括ケアシステム」の認知度	
6. 講演への参加意欲	
7. 人生の最期を迎える場所の希望	
8. 自由記述	

(2) 集計結果

① 在宅医療に関する認知度

1) 全体

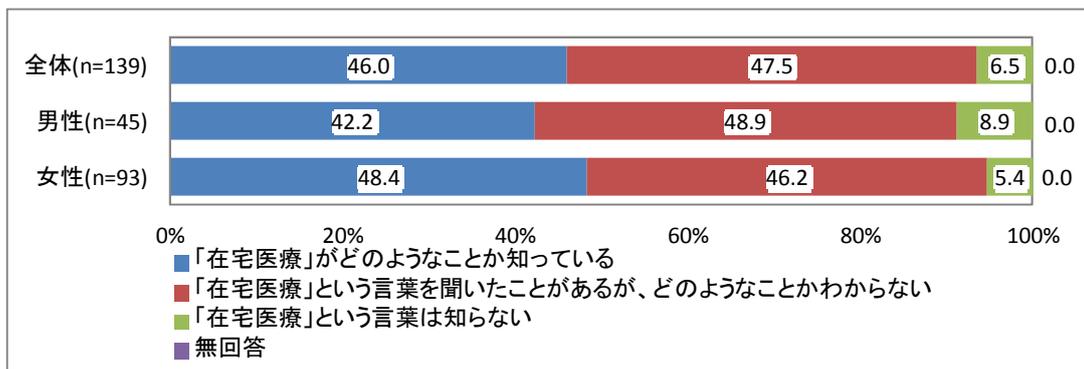
「在宅医療」を知っているかを尋ねたところ、「『在宅医療』がどのようなことか知っている」が46.0%、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が47.5%と、ほぼ同数で、「『在宅医療』という言葉は知らない」人は6.5%となっている。

2) 男女別

男女別にみても、「男性」では「『在宅医療』がどのようなことか知っている」が42.2%で、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が48.9%であった。

「女性」では「『在宅医療』がどのようなことか知っている」が48.4%、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が46.2%と、在宅医療に関する認知度は女性の方が高くなっている。

図1 「在宅医療」の認知度



3) 年齢別

年齢別にみても、「『在宅医療』がどのようなことか知っている」では、「60代」が52.6%と最も高く、「50代」が51.9%、「30代」と「40代」が同数で50.0%、「20代」が41.7%、「70代以上」が36.4%であった。また、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」では「70代以上」が59.1%と最も高く、「10代」「20代」「40代」が同数で50.0%、「60代」が47.4%、「30代」が40.9%、「50代」が40.7%であった。

「『在宅医療』という言葉知らない」人は、「10代」を除いて、どの年代でも1割未満であった。