

日本プライマリ・ケア学会 岡山支部会
第1回 ワークショップ報告集

日時：平成21年9月27日（日） 10時～15時

場所：三光荘 アトリウムホール



主催：日本プライマリ・ケア学会岡山支部会

共催：岡山県医師会プライマリ・ケア部会

テーマ： プライマリ・ケア地域連携

～医療・福祉の垣根を取り払う～

		進行	矢庭さゆり
10 : 00	あいさつ	支部会長	福岡英明
10 : 15	講演「医療・福祉の垣根を払う」	支部会副会長	宮原伸二
11 : 00	グループ分けと自己紹介		
12 : 00~13 : 00	昼休み		
13 : 00~14 : 15	グループワーク（進行、記録、報告）		
14 : 15~15 : 00	報告とまとめ	支部会副会長	堀部徹

GW 1 テーマ「医療と福祉が求めている情報と期待とは何？」

第 1 グループ（担当研修委員 宮原伸二 山下幸恵）

第 2 グループ（担当研修委員 山本茂樹 菅崎仁美）

GW 2 テーマ「垣根を取り払うための手立ては？」

第 3 グループ（担当研修委員 藤澤伸彦、黒住紀子、堀部徹）

GW 3 テーマ「地域連携パスの課題と工夫」

第 5 グループ（担当研修委員 福岡英明、矢庭さゆり）

第 6 グループ（担当研修委員 木村丹、丸田康代）

GW 4 は欠番

参加者 45 人

（医師 11 人 歯科医師 4 人 薬剤師 1 人 ケアマネ 13 人 看護師 6 人 栄養士 1 人
福祉関係者 9 人（介護福祉士、ホームヘルパー社会福祉協議会、地域包括支援センター）

あいさつ

日本プライマ・ケア学会岡山支部会

支部会長 福岡英明（いぬい医院）

皆さん本日は日曜日の貴重な時間にも関わらずご出席有難うございます。

本日はプライマリ・ケア地域連携～医療・福祉の垣根を取り払う～というテーマで半日作業をしていただくわけです。大変だと思います。私どもが目指すパスは、他のパスと違い、診療報酬などお金が付かない、縦割りだけでなく、横にも幅広い連携パスはより難しく、

どう収めていくのか宮原先生とも当初より議論をしてきました。

しかし、これだけの方が力を貸そうと集まって頂きました。多分この16年続いた支部会の歴史を皆さんと共有できた結果だと思っております。今回は連携パスづくりの第一歩と位置づけしております。欲張らずに、気楽に次回に続くWSにしていただければと思っております。

先進的なパス作りを実践されている、作本先生、長江先生、内藤さんには前回の研修会ではお世話になりました。今日ご出席いただいております。有難うございました。

あまり政治の話はこの場でふさわしくありませんが、少しさしていただきます。民主党が政権を取り、政治も大きく変わろうとしています。公約どおり、霞ヶ関自らが情報公開していただき、又、国民の目線で政治を行って欲しいと思います。特に社会保障の面では小泉内閣それより以前の土光臨調にさかのぼって日本は医療費削減を目指してきました。

今回の政権交代で、これからは、少なくとも現場重視の政策をして頂きたいと思っております。地域や住民主体の多くの活動に目を向けていただきたいと思っております。

私どもも目線は患者さんであり、介護保険の利用者であり、地域の方々です。こういう、地域の資源にこれからは政治がもっと目線を向けていただけてこそ、私どもの出す汗も報われると思っております。

今朝くる車の中でそう言い聞かせて、皆さんにもご賛同を得て、これからのWSのモチベーションにとやってきました。今日はよろしく願いいたします。

基調講演「医療・福祉の垣根を払う」ーいのち・くらし・こころを支えるー

日本プライマ・ケア学会岡山支部会

支部会副会長 宮原伸二 (NPO 法人総合ケアシーザル)

<要約>

いずれ誰もが障害者になり、死を迎える。そのためには医療、福祉、介護が情報を共有しながら、垣根取り払わなければ、ほんものの支えは難しい。日本人の死亡数は、年々増加し、2010年では120万人、2040年には166万人になると推察され、死ぬ場所探しの時代になる。在宅死亡率は1975年頃では病院と在宅死は半々であったが、現在は在宅死は12%強まで減少している。しかし、死亡者総数が増加しているので在宅死亡数は13万を超

えている。死ぬ1週間前の居場所になればその数ははるかに多くなる。

そんな中、疾病が感染症から生活習慣、死亡原因が脳卒中からがんへと様変わりし、最期の生き方も延命至上主義から自己決定が尊重され、患者の願いや思い重視されるようになった。憲法13条には「すべて国民は個人として尊ばれる」とされており、自己決定が患者や利用者に保障された権利として認められ、死は自らが演じるという時代になった。特に、末期になれば安楽、安寧の日々、痛みや苦しみを除くケアを多くの人が望んでいる。その達成には、医療のみの支えでは無理。福祉・介護との協働は欠くことができない。

在宅の長期療養では在宅酸素療法、胃ろう、気管切開など医療対応が多くはなっており、医療は無論、生活を支え、心を支える福祉介護の在り方により患者の在宅療養は「天にも地」になる。患者のエンディングノートにも医療や介護についての希望が大きく、そのあり方への期待は大きい。さらに、緩和ケアは、末期の緩和のみならず、その病気にかかった時から生じる体の痛み、心理的な痛み、社会的な痛み、スピリチュアルなことを支えるケアであり、医療、心理、福祉、介護が心を1つにした実施がないとよいケアを行うことは難しい。

在宅移行への阻害因子として、病院医師の在宅療養の無理解が大きい。在宅移行への準備が不十分であり、栄養や吸引にあり方など事前に在宅へ向けた準備を病院が行うことが大事である。さらに退院当日には訪問看護が実施できないなど介護保険の不備もみられる。福祉介護関係者、医療情報が無い不安（急変や事故は起こる不安）を常に持っている。また、逆に医療関係者には生活情報が入らず、生活を知らず、話題が無く、会話の無い物相手のようなケアが存在している。必要な情報を的確に相互交換する手立てがほしい。

ホームケアクリニック川越では最近の6年間で相談受診者のうち584人のうち503(95,8%)が在宅死亡している。訪問看護ステーションパリアンとの情報共有のネットワークによるものである。身近な例では真庭市の作本先生がケアマネとのパスを作成して現在試行している。また、数年前からは香川労災病院の藤本先生や大原先生等が地域連携パスを推進し、在宅版も作成されている。

在宅療養の推進には、入院早期から地域のケアマネを含めた退院支援をする。24時間をまるごと支援できる体制を築く。医師は生活者としての患者の姿を知り、医療から福祉介護関係者に声掛けをしていく。アマネジャー・訪問看護が支えられる側の視点を中心に在宅ケアの要になることなど大切。そのための連携パスが、プライマリ・ケア地域連携パスであり、それによりはじめて「いのち」「くらし」「こころ」を支える在宅療養が可能になる。 (スライド32枚使用)

ワークショップ各グループのまとめ

第1グループ「医療と福祉が求めている情報と期待とは何か 1」

グループワークでの検討会では、医療機関から在宅移行をするに当たっての情報収集や各職種が期待する情報にはどのような事項が必要であるかを中心に検討した。

まず、医師より患者（利用者）が在宅療養をするにあたってどのようなサービスを利用するのか、あるいは、どのようなサービスを利用しているのかを知りたい。通院、医療の継続を図るには、医師としてその患者（利用者）の症状や医療のフォロー計画を提示するにも、おおまかであってもその患者（利用者）や家族の生活状況を知りたいとの意見が出た。この意見に対し、福祉職であるメンバーより、ヘルパーは医師に対し敷居が高い。その理由として医師の質問に答えられない。それは、医療に対して知識不足であると返答。さらに、介護保険制度によりケアマネジャーの存在で医師へのパイプラインができ楽になったと述べた。通院介助も患者（利用者）に付き添うこともあるが、医師によっては、診察室の中に入れる許可もあるが、質問されても返答に困る。福祉職は生活を支えるのが専門だからと言った。この意見に対し医療職より、通院介助は患者（利用者）に付き添うだけでなく、医師が患者（利用者）にどのような説明をしたり、指示しているのかを聞き、在宅療養での支援に活かすべきであり、そのためにも少なくとも患者（利用者）の持つ疾患や内服情報などについての知識は持つべきではないかと意見があり、この段階で「通院介助のあり方、各職種が持つべき知識とは何か」という課題が残った。さらに別の福祉職のメンバーから、特に医療職に対して、どういった情報が欲しいのか、どのような事を聞いてよいのかわからないといった意見があった。このメンバーも介護保険制度が開始されてからその敷居は低くなったと述べた。その理由として、担当者会議に出席し、訪看看護師やケアマネジャーが医師に聞いてくれる。担当者会議に医師が出席してくれると医療職に近い存在になれた気がすることを挙げた。「ここで、担当者会議に医師が積極的に参加して欲しい。できれば患者（利用者）の自宅で行って欲しい」とメンバー全員の一致意見が出た。

その後、メンバーが経験した事例をもとに意見交換を行った。事例として、ヘルパーが自宅訪問の際普段と違うことに気づきかかりつけ医に直接電話を入れた。するとその医師より「そんな事で電話するな」と言われた。その意見に対し、メンバーの医師より、どのように報告したのか？普段から医師とはコミュニケーションはとれていたのかと質問があった。この検討から「コミュニケーションのあり方、および観察項目の整理とチェックが必要不可欠である」ことを学びえた。課題は「日常的に観察項目を患者（利用者）および家族に関わる全職種及び家族もチェックできるシートをどのように作成するか」が課題に残った。在宅療養において医師は欠かせない存在であり、特に地域のかかりつけ医は重要であることはメンバー全員が認識してはいるが、その医師が在宅療養に対するモチベーションにより変わってくる。メンバーの医師の事例は、独居老人で頭はクリア。往診の必要があり訪問するが「帰れ」の一点張り。家族も離れて暮らしており困難事例であった。そこで介護保険サービスを導入し、ケアマネジャーが仲介となりヘルパーが派遣された。その医師は、ヘルパーは情報源であるし、患者（利用者）と毎日顔を合わせるによりラ

ポールができ往診も可能となったと語った。しかしこの事例に「なぜ訪問看護サービスを導入しなかったのか」が検討課題となった。

検討会は活発性を高めていったが限られた時間のため、KJ法で一応のまとめにした。結果としては、「在宅療養を維持していくためには、患者（利用者）やその家族のために関わる全ての職種が専門性を発揮しながらも密な連携が必要である」とまとめた。（山下幸恵）



第2グループ「医療と福祉が求めている情報と期待とは何か 2」

2グループは上記テーマにより、メンバーの各地域や事業所の連携状況において情報交換を行い、その中で主な意見として出されたのが、以下のとおりである。

現状としては、医師とケアマネジャー等の同席の勉強会を開催、保健師が医師と予防に関して日常的に連携し調整している。グループホームでは訪問看護との連携で月1回利用者との相談に当たる等が出された。また、今後の動きとして、県の保健所長が医療関係者とケアマネジャーを調整し、会合する場面を創るという地域もあった。

協議の中で見えてきた課題としては、①医療関係者と福祉関係者が情報を共有する場面の設定が必要、②ケアマネジャーが調整し動きがあった場合は、ケアに関わっている関係者にその都度情報伝達が必要、③自組織以外の事業所がどのようなサービス提供ができるのか分かる仕組みが必要、④関係者の名前と顔が一致する関係作りが重要、⑤利用者個々の詳細な情報シートの必要性などが明らかになった。

この対応策としては、①各地域のキーになる人材を発掘する、②日常的に集える場面を創る、③情報共有の時間を意識的に作る、④関係者相互が相手の役割や必要性を理解する場を創る、⑤県域⇒市町村域⇒生活圈域で医療・福祉関係者が一体となる仕組み作りを通じて地域ケア体制作りを図る必要性などが検討された。

そして、今後ワークショップを進めていく上で、この研修会における到達目標をより具

体的に明らかにし、現状ではどのくらい達成されているのか、達成されていないとしたなら何が問題なのかを明らかにし、次にどうすればその問題がクリアできるか等解決方法を検討していくことが望まれる。これらのことは、それぞれの組織や個人の役割を検討していくことで、これからの活動の方向性が明確にされるのではないかと考える。(山本茂樹)

第3グループ「垣根を取り払うための手立ては？」

《課題1》 医療機関と介護福祉の垣根の取り外し方

☆医療機関に求められること===介護福祉への理解を深める

- ・わかりやすい言葉で相手に伝える【共通言語】
- ・医療機関側からの情報発信を心がける、返事を求めれば相互に情報の緊密化
- ・できるだけ会う機会を増やすこと（ケア会議や・カンファレンス参加）

☆介護福祉に求められること

- ・医療への知識を深める
- ・わからないことは質問する習慣をつける
- ・利用者の要望を伝える、生活環境や日常の状況を伝える
- ・できるだけ会う機会を増やす

《課題2》 専門職種間と施設間の垣根の取り外し方

- ① それぞれの職種の専門性をたがいに評価すること、自分の専門性を高めること
相手を尊重し自己も研鑽したうえで互いに意見を求めあう
プライドと専門性をお互いに持ち対応することが肝要、これは職種間でも施設間でも同じ、それぞれが必要だから存在する
- ② 共通的なツールが必要
 - ・クリティカルパス、疾病ごとのパスでなく県内統一の地域連携パスが必要
 - ・かつ共通言語で記載

《まとめ・今後の課題》

☆国の施策・医療と介護の認識の差を埋める施策が必要

細かすぎる職種の設定、職種ごとや施設ごとでの制限の改善、垣根を取り払うことは、より健やかな療養にはかかせない、真に家族本人のためになる施策をもとめる
また、情報共有化には、個人情報管理も欠かせない、この点で国の施策を期待する

☆家族本人の意識改革

医療も介護も福祉もどの職種も施設も差はなくそれぞれに存在価値があり地域の健やかな療養にはかかせないことを今以上に理解していただく

☆専門職の意識

職種間での専門性の互いの評価と認識を深める

最後は、やはり「人と人」フェイスツーフェイス、情報交換のみでなく、直接会う機会の増加をはかりより有効な連携と有効な治療・処置・対応が図れるようにつとめる（藤澤伸彦）

第4グループ 欠番

第5グループ「地域連携パスの課題と工夫 1」

地域連携をするにあたって、「顔の見える関係」作りが大切であると皆の意見が一致した。そこで、まず、顔の見える関係作りをするために何が必要であるかを考えた。

最も必要と誰もが感じていたのは、連携先の情報である。どんな医療ができる施設なのかわかっていると連携先として選びやすい。また、得意分野が何であるかといったスキルがわかれば安心である。こういった介護情報サービス公表などのシステム作りが、望まれる。そしてそれらの情報は「検索」等で簡単に入手できるものであってほしい。

次に、個人情報の保護（本人・家族のプライバシー）も問題となってくる。患者さんの性格や理解力などといった文章にしにくい情報等も含め、個人情報を連携先にどのように伝え、共有するかにおいても配慮が必要となる。連携先と意思の疎通が図れていれば、（患者さんに目的を説明し、同意を得たうえで、）共有していくことが容易となるであろう。

また、現在、連携シートを活用している真庭の作本医師から、「真庭共通シート」の特徴と課題について伺った。1枚に1年間分が書き込めるようになっており、介護に関わる者が誰にでも簡単に書いて、しかも必要な情報が網羅されておりシンプルな書式であることが、最大の利点である。患者さんが介護保険を利用するにあたって、認定変更となった日常生活能力の変化があった時などにその経過を記録するようになっており、読む側にとってたいへんわかりやすくなっている。シートは今のところケアマネジャーが管理しているが、シートの保管を誰が行うかが今後の課題となっているとのことであった。

以上のことを踏まえて、顔の見える関係作りのための工夫について検討した。顔の見える関係を作るために、連携先の施設にたびたび足を運ぶことは有効で、地域性やケースを通じて自分から連携を作る努力が大切である。病診連携部会、ケアマネと医師会の研修会、多職種研修会といった研修会等に積極的に参加し、他職種の活動について学んだり交流を深めたりすることも大いに助けとなるであろう。今後も病院から地域の事業所へ研修会等情報を出してもらうことを望む。

そうした中で残る課題は病院勤務医との関係作りである。在宅関連の研修会等に開業医は集まり易いが、病院勤務医の関心が低く集まりが悪い。勤務医との情報のやりとりをどのように行うかについては、さらなる検討が必要である。しかし、介護保険関連24団体を

はじめ、近所の人やボランティアなど地域に貢献したいと思っている人材はたくさんおられるので、地域の中でネットワーク作りをするために、まず自分から一歩踏み出して行くのではないかとのコンセンサスが得られた。

医療・介護従事者が、患者本人・家族の気持ちを置き去りにすることなく、医療と生活をうまくすり合わせる支援を地域ぐるみで行い、自分自身が住み慣れた生きたいと思える、安心できる地域を作ることが地域連携の最終目標で関係作り」の為に、皆で話し、心を通じ合わせましょう！（中山弥生）



第6グループ「地域連携パスの課題と工夫」

1、地域連携パスについて

「地域連携パス」とはいったい何を指すのでしょうか？ ツールそのものなのか、関連している職種で情報を共有するシステム、あるいはその考え方を指すのか？ グループワークでも様々な意見が出ましたが、まだメンバーそれぞれのなかでも漠然としたイメージの方が多いようです。メンバー一人一人の意見交換では、多職種連携の必要性・重要性を認識していてもどこからどう手をつければいいのかわからないという意見が多く、それだけに「地域連携パス」に対する期待が感じられました。今後は漠然としたイメージを一歩先へ進めるために認識を統一して「地域連携パス」とは誰のためのものなのか、どのような使われ方がいいのか、そのためには誰が記入することが望ましいのか、記載内容も含めてしっかり議論を重ねなければならないと考えます。

現在運用されている疾患別の連携パスは急性期や回復期リハビリ病院の医療従事者が記

入し、医療情報とADLに関する情報が多い様式になっています。社会生活面での情報は少なく、本人や家族が希望する将来像に関する記載欄はないのが現状です。病院生活と比較すると自宅では、医療面だけでなく、社会的にも様々な問題を抱えている本人や家族を多職種が協力して生活を支援しています。自立を妨げている症状は複数の疾患による場合も多く、その点から考えて「地域連携パス」は疾患別でなく一人一人の患者ごとに作成されるべきだと考えます。そして関わっている主治医、歯科医師、薬剤師や訪問看護、ケアマネジャーや必要とされる介護サービス事業者等様々な職種が情報を共有できる「地域連携パス」が望ましいと考えます。うまく運用ができれば今までの連携の中で相談に苦慮することの多かった病院の主治医ともスムーズに連携が図れるのではないのでしょうか。

2、今後の方向性と課題

多職種が協働できる連携パスとは、医療情報だけでなく、家族も含めた本人の社会情報や環境を記入することで利用者の個別性が出ている・最低限の情報を記入することで共有できる・1枚のシートに多職種の意見を記載できること等が条件として挙げられます。スムーズに記入ができるのは、退院時のカンファレンスが考えられますが、ADLが次第に低下してサービスを使うようになった場合は自宅で初回のアセスメントを実施する事も多く、プランを作成するケアマネジャーが意見をまとめることが望ましいという意見も出ましたが、そこでどのように多職種の意見を入れて、その情報をまとめていくのかが今後の課題です。

運用が開始されても、継続して他職種が記入するには時間もかかり、情報也多岐になってきます。情報を誰がどのようにまとめて、プラン作成につなげるのか、またシートの保管や、情報のやり取りの中で、個人情報保護の問題が出てくる可能性があります。「地域連携パス」の記載で業務が増えることにならないよう配慮する必要も考えられます。そして現在のところ在宅では報酬がないために、モチベーションにつながらないという考えもありますが、できれば関わっている患者がよりよい生活を送るためにという志しで、専門職としての理念とプライドをもって今後も「地域連携パス」の作成に取り組んでいきたいと思えます。(丸田康代)



ワークショップのまとめ

(宮原伸二)

- 1 在宅療養を維持していくためには、患者（利用者）やその家族のために関わる全ての職種が共通の情報を得ながら専門性を発揮しながらも密な連携が必要である。そのためには各地域でキーとなるような人材を発掘し、集える場を積極的に作り、情報を共有する場所を意識的に作り、医療・福祉関係者が一体となる仕組みを作ることが大事。
- 2 連携先の情報（どんな医療ができる施設なのか）や得意分野が何であるかといったスキルがわかる介護情報サービス公表などのシステム作りが望まれる。
- 3 「地域連携パス」とは誰のためのものなのか、どのような使われ方がいいのか、そのためには誰が記入することが望ましいのか、記載内容も含めてしっかり議論を重ねなければならない。
- 4 現在運用されている疾患別の連携パスは急性期や回復期リハビリ病院の医療従事者が記入し、医療情報とADLに関する情報が多様式になっている。社会生活面での情報は少なく、本人や家族が希望する将来像に関する記載欄はないのが現状。療養在宅は、医療面だけでなく、社会的にも様々な問題を抱えている本人や家族を多職種が協力して生活を支援している。自立を妨げている症状は複数の疾患による場合も多く、その点から考えて「地域連携パス」は疾患別でなく一人一人の患者ごとに作成されるべきであろう。
- 5 関わっている主治医、歯科医師、薬剤師や訪問看護、ケアマネジャーや必要とされる介護サービス事業者等様々な職種が情報を共有できる「地域連携パス」が望ましいと

考える。うまく運用ができれば今までの連携の中で相談に苦慮することの多かった病院の主治医ともスムーズに連携が図れる。

- 6 多職種が協働できる連携パスとは、医療情報だけでなく、家族も含めた本人の社会情報や環境を記入することで利用者の個別性が出ている・最低限の情報を記入することで共有できる・1枚のシートに多職種の意見を記載できること等が条件として挙げられる。スムーズに記入ができるのは、退院時のカンファレンスが考えられるが、ADLが次第に低下してサービスを使うようになった場合は自宅で初回のアセスメントを実施する事も多く、プランを作成するケアマネジャーが意見をまとめることが望ましいという意見も出たが、そこでどのように多職種の意見を入れて、その情報をまとめていくのかが今後の課題になる。

これからの方針

- 1 日本プライマリ・ケア岡山支部会員がキーとなって医療・福祉関係者が一体となるような組織を地域に築く。小地域ケア会議などの既存組織を発展させることが大事。
- 2 日本プライマリ・ケア岡山支部会員が勤務する勤務先の情報（特色や利点など）を開示して、支部会で施設・サービスの紹介本など作成する。
- 3 「地域連携パス」の意義、パスの内容、使用方法、管理方法などは今後のワークショップで煮詰めていく。
- 4 ICF（国際生活機能分類）などを学び、利用者や患者の生活情報や思いが達成できるような記載方法を検討していく。
- 5 ケアマネジャーや訪問看護師が中核をなして多職種が活用可能で、ケアカンファレンスなどでも利用できる「地域連携パス」を考案していく。

推進年間計画

WS	WS	WS	WS	WS	WS
↓	↓	↓	↓	↓	↓
21年 11月	22年 3月	22年 5月	22年 8月	22年 11月	23年 3月
パス理論	試行パス 作業部会	改定パス1 <u>モデル試行</u>	改定パス2 作業部会 <u>モデル試行</u>	改定パス3 作業部会	パス完成