

然別のものだったりします。MCS等を活用して、もっと日常の細かい情報を共有できればいいですね。例えば、嚥下困難の患者さんに関しては毎日の食事の内容を見られることが有効になります。患者さんの生活やお人柄が見えることで、かかりつけ医としても成熟していくと思います。

【小柳津】 医師以外の職種の方と接しておられる時の情報の方が役立つこともあります。MCS等のツールの活用はこれからの大きな課題になると思います。

【松田】 患者さんからすると、自分が主体になっていないという違和感があるように見受けられます。かかりつけ医というの、自分から医師に依頼するのか、訪問診療や外来に長く通ってれば、その医師がかかりつけ医になるのか？患者さんが「この先生は自分のかかりつけ医」、医師は「この患者さんは自分がかかりつけ医」とお互いに認識しなくてはならないと思います。『お薬手帳』と同じように『かかりつけ医手帳』みたいなものを作って、かかりつけ医の名前を書いてもらい、担当の訪問看護師が日々の記録をしておけば、救急車で運ばれるようなことがあっても、その患者さんの状態がすぐにわかります。面の中心に患者さんがいるという意識づけにもなるのではないのでしょうか。

【小柳津】 それは、医師としても、記載されている項目に沿って、必要な情報を引き出すなど、工夫して活用できると思います。

【藤澤】 かかりつけ医機能を発揮してもらえるように、先生方をサポートできるのが訪問看護師という存在にならな

ければと思っています。先生、看護師同士、介護などの多職種の方々と繋がりを持つことが大切で、そのためには報告・連絡・相談が常にできる環境を整え、コミュニケーションを円滑にすることで、顔の見える関係を作っていきたいですね。

【伊藤】 訪問看護がこれだけ増えてきているので、地域としてもどうやって活用するかが、地域医療を考える上で非常に重要になります。病院の退院調整を円滑に行うためにも、訪問看護ステーションの使い方をしっかり伝える必要があります。そうすると、病院も、地域の受け皿となる開業医も、訪問看護ステーションもウィンウィンの関係ができるんじゃないかなと思います。

【市田】 みなさま、貴重なご意見ありがとうございました。



京都府医師会

在宅医療・地域包括ケア サポートセンター news

Vol. 52

2024年10月15日

京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
〒604-8585 京都府京都市中京区西ノ京東桐尾町6番地 京都府医師会館3階 tel.075-354-6079 fax.075-354-6097

※当センターホームページにてバックナンバーがお読みいただけます。

Main menu ◆ Talk Session 面としてのかかりつけ医機能の実現に向けて(P1~4) ◆ 令和6年度 研修会予定のご案内(P4)

Talk Session

面としてのかかりつけ医機能の実現に向けて



今年度の在宅医療・地域包括ケアサポートセンターニュースは、現在、府医会長諮問事項「京都で求められる面としてのかかりつけ医機能を実現するために必要なこと」の答申作成についてご協議いただいている地域ケア委員会の皆様から「面としてのかかりつけ医機能」に対する実現に向けたお考えなどをお聞きします。第2回目はおかやま在宅クリニック 岡山 容子先生、まつだ在宅クリニック 松田かがみ先生、訪問看護ステーション右京医師会 藤澤 泉利様にお話を伺いました。是非、ご一読ください。

(聞き手) 地域ケア委員会 委員長 伊藤 照明氏
地域ケア委員会担当理事 市田 哲郎氏
在宅医療・地域包括ケア担当理事 小柳津 治樹氏

多職種連携のために実践していること

【市田】 「面としてのかかりつけ医機能」の実現に向けて、多職種連携の必要性を感じておられると思います。多職種連携のために実践しておられることを具体例なども交えてお聞かせいただけますか。

内での感情のもつれなどは本当に難しいので、話される方に「わかってもらえた」という気持ちをもってもらえることが大事だと思います。

【岡山】 多職種連携のコツとして、カンファレンスに参加して発言される方の話を丁寧に聞くことを意識しています。発言内容を簡潔にまとめて「こういうことですね」と反復して返しています。それだけで発言した人は、大事にしてもらえたと感じ、最初は尖った雰囲気だった方が、穏やかになってくるのを実感します。カンファレンスでは、人数が多いので、「3分間ずつ」と発言時間を決めて、お話しいただいています。医療的な問題は対応策の決定が早いのですが、経済的なこと、家族



おかやま在宅クリニック
岡山 容子氏

【小柳津】 医師としては、患者さんの話を傾聴することを心がけていますが、岡山先生のおっしゃるように、多職種連携においては、患者さんやご家族、医療関係者などの発言を反復して返すことで、双方の理解が深まると思います。

【松田】 診療所や病院などの医療と介護の間には、なんとなく壁があり、病院の先生には話しにくいというケアマネジャーの声もあります。バリアフリーで連携できるよう、医療者から介護職の方へ手を差し伸べるようなコミュニケーションを心がけること、MCS (Medical Care Station) 等のツールやカンファレンスなどで情報をうまく共有することを実践しています。また、お互いの顔の見える関係づくりのために、病院の先生と開業医、病院の看護師と訪問看護師が交流できる場を設けるなど、さらに一歩進んだ連携の

令和6年度 研修会予定のご案内

■ 総合診療力向上講座(Web開催) 対象:医師

日時	講師・テーマ	申込
10月26日(土) 14:30~16:00	京都府立医科大学 総合医療・地域医療学教室 助教 松原 慎氏 テーマ 「頻用薬による薬剤性疾患 ~印象深い症例を思い出してみました~」	
令和7年 2月15日(土) 14:30~16:00	京都大学医学研究科 医学専攻外科学講座消化管外科学 教授 小濱 和貴氏 テーマ 「調整中」	令和7年 1月6日 申込開始

■ 京都在宅医療塾 探究編 対象:医師・多職種

日時	講師・テーマ	申込
11月9日(土) 14:00~16:00	東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長 同オレンジほっとクリニック 東京都地域連携型認知症疾患医療センター センター長 平原 佐斗司氏 テーマ 「認知症の人への緩和ケアアプローチ ~苦痛評価からACPまで~」 ※参集型グループワーク	
12月14日(土) 14:00~16:00	京都府立医科大学 リハビリテーション医学教室 テーマ 「調整中」	11月1日 申込開始



まつだ在宅クリニック
松田かがみ氏

構築が必要だと思います。現実的なところで言うと、もっと積極的に訪問看護が導入できればと思っていますが、その発想がまだ浸透していません。医療も緩和ケアもとことん行き詰まって、在宅医に依頼が来る場合があります。早期に訪問看護が介入することで、在宅医と病院との間をつなぐ役割を果たせるのではないのでしょうか。

【市田】 我々医師が思っている以上に、多職種の方はコミュニケーションの難しさを感じておられるのですね。看護師の立場としての連携について、藤澤さんお聞かせいただけますか。

【藤澤】 右京区では、京都府の地区医師会在宅医療・地域包括ケア拠点事業の補助金を活用して、年1回多職種研修を計画しています。地区内の病院の先生に講師を務めていただくことで、その病院の先生方も参加して下さるので、聴講される地域の先生や他の医療・介護関係職種が交流する機会になればと考えています。しかし、参加するのはいつも同じメンバーで、新しい組織の方、新しい顔ぶれの方を誘引するのが今後の課題です。京都府内の訪問看護ステーションは令和5年には409か所、令和6年4月時点で448か所と増

在宅での看取りができるかかりつけ医を

【小柳津】 在宅医療の延長とも言うべき、「在宅での看取り」について、多くの医師に新たに取組んでもらうにはどのような働きかけが必要でしょうか？

【岡山】 元々、在宅医療をするつもりで開業したわけではない先生は、後から修正しようにも、クリニックとしての動き方も決まっています。スタッフからの抵抗などもあり、運営面で難しいように感じます。「動けなくなった患者さんのところへ行きたい」と往診はしていても、看取りとなると途端に難しいと感じて、結局入院となるケースもあるようです。一方で、在宅を専門にしている医療機関もあります。ランチャイズ化して、事務部門は本部に集約、先生方は診察に注力するという体制で、今後そういう流れができてくるんじゃないのかなと考えています。プライマリ・ケア連合学会などを中心に意欲的な若い先生を輩出されていますし、決して悪いことではなく、既存のルーティンが出来上がってしまっている体制を無理に動かすよりも、新しい流れを素直に応援する考えがあっても良いと思っています。

【松田】 質が担保されるのであれば、在宅専門医療機関もマンパワーになると思います。看取りのできる開業医を増やすのは、私も難しいのではと感じています。ただ、「長年診ていた患者さん1人、2人を看取りました」という先生もお

加の一途を辿っています。そのうち京都府訪問看護ステーション協議会に入会されているのは約半数以下です。協議会では、災害時等の緊急時に近隣のステーションで協働する関係が構築されており、協議会に入会していないと横の繋がりが取りにくいという状況にあります。

【小柳津】 患者さんのための連携を考えると横の繋がりは不可欠です。協議会に入っただけは重要な問題だと認識しています。

【岡山】 協議会に入会しなければ横の繋がりが損なわれるというデメリットを感じていないのだと思います。災害時には、薬剤も物品も不十分になり医療機関単位では何もできなくなります。地域BCP(Business Continuity Plan)として貢献できることを認知してもらえるように、京都府医師会の中でも大きく取り上げていただければと思います。それは「面としてのかかりつけ医機能」の拡がりにも繋がるでしょう。

【小柳津】 京都府医師会としても「面としてのかかりつけ医機能」を実現する上でBCPについての周知が必要だと思います。

られて、1人2人であっても、それができる先生が増えれば、結構な力になるでしょう。私のように1人で在宅医療をやっている医師もいれば、大きな組織やチームで取り組む医師もいるし、これから次世代の開業医が出てくるかもしれません。どんな時代になっても、患者さんにとっては、住み慣れた家で過ごし、往診してもらえるということに価値があり、そうした経過を経て、家で看取る・看取られることの幸せ感というものは受け継がれていくべきだと思いますし、ノウハウを伝えていくことも必要です。私自身も緩和や看取りについての知識を増やしたいですし、これから看取りに取り組もうという先生や訪問看護師さん、薬局の薬剤師さんなどに声をかけて、月に1回勉強会を開催して、ともに学び、情報交換をしています。

【市田】 勉強会は新しい情報を吸収でき、横の連携も強化できますね。藤澤さんは看取りの現場でどんなことを感じておられますか？

【藤澤】 右京医師会では、訪問診療や看取りの経験がない医師に、訪問看護師が同行するというサポートシステムがありますが、往診される医師、在宅看取りをされる医師は圧倒的に少なく、なかなか浸透せず、活用事例が少ないことが残念です。先日、看取りをした患者さんは、父子二代にわ



訪問看護ステーション右京医師会
藤澤泉利氏

たって、かかりつけ医として、診てもらっていたのですが、最後は他の地区の在宅診療所の先生が看取られました。「本当はあの先生に看取ってもらいたかった」とご家族の方はとても残念そうに話しておられました。かかりつけ医になぜ看取りができなかったのかを聞いてみると「医院での診療もあって時間がない」との返答でした。時間を作ってもらうために、訪問看護に何ができるのか、同じ地区医師会の医師同士で協力できないか、患者さんの望む看取りをどうすればできるのかを考えています。

ACPへの理解を拡げるためには

【小柳津】 看取りのフェーズではACP(Advance Care Planning)が重要になりますが、ACPについてはどのようにお考えですか？

【岡山】 在宅と病院が求めるACPは乖離しています。在宅では「患者さんの人生観を共有すること」を重視しますが、病院に救急で運ばれた時などは、「延命治療をするのかどうか」という話に終始してしまいます。令和4年度の診療報酬改定で在宅療養支援診療所の施設基準として、「今後のケアと医療の希望」を聞いておくことが追加され、私共は実施しています。しかし、救急で運ばれるような状態ではご本人に聞くことは難しく、代理意思決定人となるご家族も、初対面の医師にいきなりケアや治療の希望を聞かれるというのも心の負担になります。患者さんのお人柄や生き様から「本人ならこう言うだろうな」という言葉を代弁してもらったり、「あなたに全責任がかかっているわけではありません」という言い方を心がけるなど、ACPに携わる現場の医師が、実際の心情に寄り添った接し方を勉強しなければならないと思っています。

【小柳津】 おっしゃるように在宅と病院のACPは質が違います。病院では切羽詰まった状況で、重要なことをすぐに決定することが求められますから、意思決定代理人に負担がかからないように、在宅医にできるフォローを考えていきたいですね。

【松田】 「がん緩和病棟の予約待ちだったが、このまま家に居たい」「点滴はしないつもりだったけれど、やっぱり欲しい」というように、ご本人やご家族の意向が変わることがあります。ご本人の意思が聞けなくても、関わっている方々が状況を見て話し合い、残された時間をいかに幸せに過ごせるかをいっしょに考える。それができるのが在宅の良さであ

「面としてのかかりつけ医機能」実現に向けての提言

【市田】 「面としてのかかりつけ医機能」を実現するための現状の課題や改善点についてみなさまのご意見をお聞かせください。

【小柳津】 かかりつけ医が最後まで診るというマインドを醸成していけるような発信の場を設けることも大切かもしれませんね。



り、在宅のACPです。元気なうちに自分の歴史や人生観を見つめ直して「どんな風に生きたいか」「どんな最期を迎えたいか」を考え、周りの方と共有しておくことは、病院に運ばれた時のスムーズな決定にも繋がります。宇治久世医師会では「わたしの想い」という医療やケアに関する意思や希望を示す事前指示書を作成し、出張講座も行っています。在宅医療についてご存じない方も多く、ご家族が病気になったりして初めて介護保険や延命治療について知るという方もおられます。早い段階から、ご自身やご家族で知っておくこと、考えておくことの大切さをもっと伝えたいと考え、出張講座を行っています。

【小柳津】 私が関わっているグループホームや訪問看護ステーションでも「わたしの想い」を活用しておられます。松田先生のご尽力は現場の成果として実ってきていると感じます。

【藤澤】 右京医師会でも「ACPについてのシート」を作成しました。家では「こうしたい」と望んでいることが、病院に行った時にちゃんと伝えられない方もいらっしゃるのではないかと感じていました。訪問看護で最初に伺った時に「一度書いてみて、病院に行く時に持って行ってください」と説明してお渡ししています。ACPにプラスして災害時のBCPや、防災についての具体的なアドバイスなども記載して作りました。昨年からの取り組みですが、時間をかけて浸透させていきたいです。

【市田】 患者さんやご家族と近い距離感で関わっておられる訪問看護師さんが、早期の段階でこういう取り組みをして下さるのはすごくいいと思います。右京医師会から、京都府全体にも広げていけるとさらにいいですね。

【岡山】 点と点が繋がった線が3本ないと面にはなりません。医師と看護師、患者さんの生活が3つの点になると思います。患者さんが私たち医師に見せてくれる顔は、生活の一部で、ケアマネジャーやヘルパーの方に見せる顔はまた全