

令和7年度防府市医療・介護連携推進協議会 会議録

令和7年12月18日（木）午後2時から

防府市役所本館2階共用会議室2A

○協議内容

（1）在宅医療・介護連携推進事業の概要と防府市の現状について

【資料1】に沿って事務局から説明

議長 防府市の特徴として、医療機関と介護支援専門員間の情報提供がよくできているとあるが、いかがか。

H委員 ここ5年から10年で病院との情報のやりとりは定着してきたように思う。今は入院したという情報が病院から確実に入り、ケアマネジャーからの患者情報の提供を希望されることがルーティンになっている。

議長 訪問診療する医療機関は多いが、看取りの医療機関は少なく、看取りの医療機関が少ないので、在宅で亡くなる患者さんが多い。その理由の1つとして、在宅療養支援診療所等以外で往診を行う医師がいることが挙げられるかもしれない。数少ない医師が、在宅医療を支えているという現状かもしれない。最近、閉院が増えており、1人医師が辞めると、大変な状況になる可能性はある。将来を見据えるとその辺の計画を立てる必要があると感じた。訪問歯科診療の話も出ているがいかがか。

A委員 歯科は通院する患者が多く、予約がほとんど取れない状況である。歯科医院も減っており、団塊の世代の歯科医師がどんどん引退してきている。今後一層歯科医師が足りない状況になるので、訪問診療はほとんどできなくなるのではと予測している。

議長 人的な資源が、地方では非常に少なくなっているという現状がある。在宅診療、在宅医療に関しては非常に懸念するところが多い。また色々な指標を考える上で、医療資源や連携を考えていきたいと思う。

（2）各団体の今年度の取組について【資料2参照】

議長 今年度の取組について、転院調整システムの現状を教えていただきたい。

F委員 転院調整システムはクラウド上でチャットとPDFファイルを使用し行うものである。昨年10月から始動し、市内の病院は精神科単科の病院を除いて全て参加、山口県内では42の医療機関が参加しており、周南市、下関市で導入が進んでいる。最近の転院調整はほぼこのシステムを使用するため、電話やFAXを使うことが少ない。このシステムを提供している会社が訪問診療、訪問看護にも使えるようシステムを拡張しているので、是非とも参加いただけだとよい。

議長 今後、そのシステムについて説明会等は予定されているか。

F委員 現状患者の情報をやりとりするためのツールだが、打診する側が料金を負担するシステムで、受ける側は無償となっている。双方向の情報のやりとりは完全ではなく、病

- 院から連絡したその患者についてはやりとり可能だが、訪問診療のクリニックや訪問看護ステーション側から別の患者についての問合せはできない。説明会は予定していないが、興味のある方には実際に見ていただき説明等することはできる。
- 議長 システム導入後、患者情報を共有する手間は省けているか、医療機関側のレスポンスが早くなった等はいかがか。また、病床数のコントロールに役立った等のメリットはあるか。
- F委員 自分の時間が空いているときにチャットでやりとりができる、手間が省けていることが一番のメリット。FAXと違い、PDFで送るため細かい検査データの数字も潰れず、正確なデータのやりとりができる。また、転院先を調整する際、1人の患者のデータを入力すると複数病院を選ぶだけで同じデータが一斉に送られるので、1件1件同じことを説明しなくていい。転院調整に要する日数の短縮とそれにかかる職員の手間の削減の2つのメリットが大きい。
- 議長 今年度の取組で、オンライン診療の現状はいかがか。
- I委員 昨年10月から夜間オンライン診療を開始し、開設後半年間は、週2回夜間オンライン診療を開設、今年度は週4回開設している。合計で100人程度の利用があり、20代～40代の利用者が多く、60代、70代の方の利用者が1割程度。本人を病院へ連れて行くことなくその場で診療を受けることができ、薬は支援者や家族が取りに行くことができるため、施設入所者等で、症状が対象の場合などにも活用していただきたい。
- 議長 身体が動かせない患者の家族から、オンライン診療で薬を出してもらって助かったという話も聞いている。施設などで利用できるのであれば活用していただきたい。
- C委員 先ほどの説明で、退院時共同指導の算定回数が少ないというデータがあった。薬剤師会でも薬剤師が日頃から関わっている患者の退院時カンファレンスに参加したいという意見がでているが、コロナ後、開催されていない。退院時カンファレンスに参加することで、医療ソーシャルワーカーや医師、病棟看護師、ケアマネジャーなどと一緒に、病院でどのように薬を管理していたか、今後の服薬管理等をどうしていくかなど細かい話を聞くことができる。ぜひ退院時共同指導を開いてもらいたい。
- 議長 なぜ退院時共同指導が減ったのか。
- E委員 当院ではコロナ後、退院前カンファレンスは行っているが、この退院時共同指導加算はいろいろ規定もありとっていない。退院前カンファレンスは月2、3回程度行っていることもある。在宅側の参加メンバーはケアマネに任せている。薬剤師の参加は当院では今までないため、ケアマネにも声をかけていこうと思う。退院時、必要な場合は開催していきたい。
- 議長 退院前に患者を中心としたカンファレンスを行えると、退院後の話が早いこともある。ぜひ私達医療機関も呼んでもらえたらと思う。

(3) 高齢者施設等との連携について

【資料3】に沿って事務局から説明

- 議長 高齢者施設は協力医療機関を定めているのか。コロナのときに感染症でどの医療機関に診てもらうかということで結構問題になった。その辺の紐づけなどはどうか。
- 事務局 今回資料でお示しした高齢者施設等のうち、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や地域密着型の特別養護老人ホーム（特養）については、協力医療機関として医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していると把握している。
- 議長 大変だったのはサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）だったと思うがいかがか。
- 事務局 サ高住については、市の方で情報がないため把握できていない。
- 議長 実際に救急で問題になっているのはどういう介護施設で、どういう情報か。
- 事務局 消防からは、有料老人ホームやサ高住など夜勤職員が1人のため、救急搬送が必要な方のかかりつけ医や受けている治療、処方薬などを職員が把握できておらず、情報がすぐに出でこない、施設を空けられないため救急搬送のときに同乗してくれる人がいることなどが問題になっていると聞いている。
- 市の取組としては、「救急要請の手引き」を特別養護老人ホームや一部の有料老人ホーム等に配布しており、サ高住や有料老人ホームでも本人の情報等がすぐ出せる準備をしていただけけるよう周知を図っている。
- 議長 ほかに何か意見はあるか。
- L委員 高齢者施設はどこも人手不足で、夜勤は派遣やバイトという施設も多くあり、緊急のときに利用者の状況をどこまで渡していくのかが精査されてない。特養であれば、看護職員はオンコール体制をとっており、家族と連絡がつかなければ、オンコール対応の看護師が病院へ付き添っている施設が多いと思う。施設入所した時点ですでに看取りの状態の方は、職員に周知し対応していると思うが、ショートステイ利用の方など、急変されたときは情報がないまま救急要請するしかない。
- 協力医療機関も無償で引き受けてくださる場合もあれば、報酬が発生することもある。グループホームなど小さい施設はその費用が捻出できないのも大きな課題かと思う。
- 議長 委員が言われたとおり、夜間だけ仕事をされる職員も増えているため、その場合利用者の情報の把握が難しいと思う。高齢者施設等の意思統一を図るという点で、それぞれの職種の団体と行政が話し合いをする必要があるよう思うが、いかがか。
- 事務局 本協議会に介護施設の委員がおられないため、十分に協議できていないのが現状である。今後、どのように把握していくか、どのように進めていくか協議するため、介護施設にも協議会に委員として参加してもらうなど、検討していきたい。
- 議長 職員によって経験の差があるため、緊急時の対応等について教育の機会を設け、各職種団体で話をしていかないといけない。特に救急搬送の問題、心肺停止の場合どこまで対応するかは、きちんと家族と話をし、入所時からある程度の可能性があればもう心肺蘇生をしない、搬送しないということを徹底させる必要があると思う。

- D 委員 私の法人はアパート型の施設を運営しており、先ほど言われた通り、夜間職員が1人の時に救急車を呼ばないといけない場合どうするかが問題になっている。備えとして職員の連絡網を作っているのと、救急隊を呼ぶ場合は入居者の意識レベルや呼吸状態等、正確な情報を救急隊に伝えられるよう指標を作り、どの職員が救急要請をしても、曖昧な言い方や職員の主観とならないようにしている。また、利用者の日頃の状況を共有できるよう当施設ではLINEのオープンチャットを利用している。
- 議長 実際患者を受けられる病院側として、何か問題を感じていることがあれば伺いたい。
- E 委員 当院は輪番医ではないが、かかりつけの患者や協力医療機関としての患者は救急搬送を受けている。施設で看取りを希望している患者もいるが、施設職員の判断で救急搬送だろうと来られることもある。その場合、当院が協力医であるためお受けしている。
- F 委員 当院は三次救急であるため、比較的症状が重い患者が搬送されてきており、患者の状態が悪ければ施設との連携等に関わらず引き受けている。そのときに施設職員が一緒に来られて患者の情報をいただけるととても助かる。ただ、手術の同意等は家族でなければ難しいため、家族がすぐに来ることができず困ることがある。
- 議長 身体に侵襲を伴う手術の場合、どなたに保証してもらうか問題になることがある。また、施設の対応については、施設の種類にもよるし、夜間のスタッフの問題、医療関係者がどれぐらいいるのか等の問題もある。今後、意思統一して、物事を運んでいくということを考えていくことが必要と感じる。

（4）意見交換（「入退院支援」の場で感じている課題等について）【資料4】

- K 委員 最近入院時に必要な病衣やタオル、日用品、紙おむつなどを日額定額制でレンタルできるCS（ケアサポート）セットを導入している病院が増え、患者側としてありがたい一方、低所得者には金銭的負担になっている。しかし、CSセットを頼まないと身寄りのない人や親族等が近くにいない人は、洗濯等が困るというジレンマを感じる。
- J 委員 以前は病院でお茶が出ていたがコロナで無くなり、CSセットにつけないとお茶も出なくなった。細かいところまでセットに入れると月4万～5万かかることがある。低所得者や身寄りがない人、自分でお金がおろせない人の支払いの問題が出ている。
- 議長 CSセットなどは病院の人員や手間の問題を考えると導入せざるを得ないことはよくわかる。包括はどのように対応されているか。
- L 委員 利用者に契約能力があれば独立型の社会福祉士と契約してもらい、利用者が入院するときに支援をもらう。支払いが難しい利用者については、費用について病院側に分割で支払いをお願いすることがある。
- E 委員 当院もCSセットが主流である。お茶は出しており、費用を抑えるようにしている。
- F 委員 CSセットは医療従事者の労力の緩和のために導入した側面もあると同時に、患者からの強い要望や反対があり紆余曲折の上で導入した。当院は衛生上の問題等でお茶を廃止したが、病棟に自販機を設置し、自分でペットボトルを購入してもらい料金を安

く済ませる工夫もしている。患者からの要望でWi-FiをCSセットのコースに含む対応もしている。CSセットの提供は外部業者が行っており、費用の請求について利用者と業者のやりとりに病院は入らず業者にお任せしている。

H 委員 特に退院支援では、以前より退院時カンファレンスが増え、栄養士や理学療法士など多職種が集まって話ができる機会が増えたと感じている。医療従事者側と患者・家族側の認識のズレが退院後のトラブルに繋がることがあるため、説明の機会を増やすと同時に、患者・家族が理解しやすいよう、医療従事者側が専門用語をかみ砕いて説明する必要があると感じている。

議長 言葉や回数の問題もあると思うが、委員は何か工夫していることはあるか。

H 委員 まずは回数を重ねること。またケアマネジャーの言うことは聞かないが、医師の言うことは聞く場合があるため、説明する人を変えるなどしている。

議長 いろんな職種の方が入り、包み込むように説明するしかないと思ったがいかがか。

H 委員 それぞれ専門職が専門的な知見を持って説明をすることは大切である。ただ、様々な職種の専門用語をかみ砕くため、退院前カンファレンスを開催する前に支援者で会議を行えればいいが、その手間がかかるのは大きな課題だと思う。

議長 例えばオンラインとかでやるのは難しいのか。

H 委員 できると思う。しかし介護業界の一番の課題はデジタルツールの活用であり、使い方がわからないという人も多い。

議長 今後、多職種でコミュニケーション取れるデジタルツールを活かしていくければ良いのではと思う。

(4) その他

事務局より在宅医療の手引きの追加・修正について説明