

令和8年度 第1回介護・施設サービス等向上ワーキンググループ 摘録

日 時 令和8年6月10日（水）午後1時30分～午後3時
場 所 京都市役所 本庁舎1階 第3会議室 （オンライン併用）
出席委員 小柳津部会長、麻田委員、笠原委員、河嶋委員、児玉委員、佐々木委員、
中村委員
欠席委員 河野委員、清水委員、藤松委員
事務局 中川課長、山田課長、藤井係長

（開会）午後1時30分

＜司会＞藤井係長

＜開会あいさつ＞山田課長

＜会議成立の報告＞藤井係長

＜議題＞

在宅医療・介護連携の推進について

＜事務局説明＞

資料に基づき説明

＜意見交換・質疑＞

○論点1 高齢者が、自らの希望に基づき、住み慣れた地域で医療や介護サービスを利用しながら暮らし続けることができ、可能な限り、今お住いの場所で最期まで看取することができる体制を構築（＝地域包括ケアシステムを深化・推進）するためには、在宅医療、介護をはじめとする多職種が連携し、高齢者の状態に応じた適切な支援を一体的に提供できる体制を一層強化していく必要があるが、どのような取組が必要か。

（小柳津部会長）

我々医師とケアマネジャーとの連携については、ケアマネジャーがかかりつけ医と連携をとりやすいよう、連絡しやすい時間帯などを設定したケアマネコアタイムを設けているが、連絡を遠慮されるなど実際にはうまく稼働していない。また、患者の状況を記載する連絡票についても、医師側の多忙をお気遣いいただいてか「一言だけでも」と依頼されることも多いが、顔と顔の見える関係は

非常に大事であり、お話しすることで構築されと考えているので、遠慮せず医師のところへお越しいただきたいと考えている。

訪問看護ステーションとの関係についても顔の見える関係が重要だと思う。訪問看護ステーションの数が増えてきており、協議会に所属しないステーションもあるかと思うがいかがか。

(佐々木委員)

数は増えてきている印象であるが、協議会に所属しないステーションも多い。半分も入会していない区域もあり、入会を勧められるメリットをつくれたらと検討しているところ。

(小柳津部会長)

医師会に入らない医師も増えてきている。在宅の現場では、医師、訪問看護ステーション、ケアマネジャーのトライアングルの関係での情報共有は非常に重要であるが、3者ともどの団体にも所属していない場合も考えられる。団体を代表して会議に出席しても、団体に所属していない方には会議の内容が伝わらないし、今後そのような方が増えることも想定される。また、働きかけても会議の場に出てこられない方も一定数いるのが実情。

施設での看取りの状況はいかがか。

(児玉委員)

施設での静かな看取りを希望する家族も多く、施設での看取り数は増えている。施設の嘱託医は開業医1名で対応いただいているが、夜中の対応については申し訳なく、懸念しているところ。コロナ禍においては、施設玄関で救急車が数時間動かないこともあったが、嘱託医の対応に加え、在宅の医師にも往診いただけるシステムを作っていただき大変ありがたかった。

連携の好事例を申し上げますと、グループホームやショートステイを利用されている方10数人の主治医の都合がつかなくなった際、山科区在宅医療・介護連携支援センターに相談し、医師の割振りを調整してもらえたという事例があった。

(麻田委員)

老人保健施設はリハビリ施設であるため在宅生活に戻ることが前提であるが、最近では看取りのケースもある。見守りセンサー等の新しい機器を取り入れて対応している。最期を迎えたいと希望する場所は自宅が多いが、家族や地域性などの社会的環境で、最後は病院に行きたい、また、病院にいかざるを得ないとい

う状況もあるはず。

認知症の方が地域で生活することはかなりハードルが高い。特養も含め、施設は空きが出てきているが、認知症の方をケアする施設は足りていない。医療面でも介護面でもケアが多く必要となることがハードルになり、最後まで入れないという状況がある。

理学療法士が在宅生活に関わるのは施設系の訪問リハビリテーションか訪問看護ステーションの職員としてであるが、先ほどの要素がクリアできず、最終的には病院に入るというケースがある。このような課題は、どこかがハブになって動かないと解決しないため、在宅医療・介護連携支援センターのこれまでの成果を活かし、センターが全般的なハブになっていけるといいのでは。

(小柳津部会長)

認知症の患者は今後も増えることが予想されている。認知症疾患医療センターが京都各地で設置されている。また、認知症の方の居場所であったり、医療と関わりのない方に認知症の症状が出てきた時の初期集中支援もかなり進んできている。

(麻田委員)

初期集中支援チームはかなり成果を上げており、医療との橋渡し役としてすごく機能していると感じる。

(笠原委員)

所属しているNPO法人では、介護保険について他人事ではなく自分事として考え、利用できるよう市民向けの講座を開いている。その中で、介護保険サービスが利用しにくくなったとの声が増えた印象。

(河嶋委員)

医療と介護が連携しても、本人がそこにつながらないという課題がある。周囲の家族等が必要と感じても、本人が必要と思わなければ医療や介護につながらない。子どもの3歳児健診のように、例えば75歳健診を実施し、健診に来ない方には連絡するといった網のような仕組みが必要ではないか。

(小柳津部会長)

認知症の疑いのある方を医療につなげることには難渋している。日頃の短時間の診察では大丈夫と感じる方でも、24時間一緒に過ごす家族からは認知症の疑いがあるので診てほしいと言われることもある。患者本人の尊厳を守りつつ、

誘導していくのは難しい側面もある。

京都市でも特定健診や健康診査を実施しているが、内科健診の機会を活用して認知機能をチェックし、機能の低下が見受けられればそこから診療につながるという方法は考えられると思う。

○論点２ 医療・介護の担い手確保が懸念される中、より効果的・効率的な連携を図るため、例えば ICT の活用等、連携の質を高めることが重要と考えられるが、どのような取組が必要か。

（小柳津部会長）

京都府医師会では京あんしんネットを運用している。関係者全員が使用すればうまく機能すると思うが、活用する人が少ないと効果も薄くなる。うまく活用されている事例もあるかと思うが、活用状況等はどうか。

（事務局）

細かい活用状況は承知していないが、京都府医師会事務局からは、活用が十分に進んでいる状況ではないように聞いている。また、在宅医療・介護連携支援センターも同じような感触を持っている。地区医師会で積極的に取り組んでおられる地域もあり、システムを有効に活用し、効果的な連携が図れている事例もあると伺っている。

（小柳津部会長）

効率化に繋がるツールであれば使っていくことが本筋であると思う。全国では ICT 化が進んでいる先進的な地区もあるが、京都市の現状として、医療・介護従事者の数は平均値と比較し恵まれている。医療・介護資源が乏しい地域であれば、ICT ツールがなければ業務が回っていかず、そうしたツールが必要になると思うが、京都市で ICT 化がなかなか進まないのは、なくても回っているというのが実情ではないか。また、運用にあたっては、24時間365日共有される連絡にどう対応するのか、これは在宅医療の永遠の課題だが、情報共有の時間帯についても現実的なハードルになっていると思う。

（麻田委員）

病院では ICT 化が進んでおり、議事録や医師の記録のサマリーも AI を活用しているが、介護、在宅の場面では FAX が主となっている。ケアプランデータ連携システムについては、無料キャンペーンが実施されたこともあり導入が進んだ。当該システムはケアプランの共有のみであるが、既存の京あんしんネットであ

れば、病院から在宅生活復帰に向けての調整期間など介護サービスを利用しない期間においても、関係者間で情報が共有できる。導入につながるインセンティブがあれば進んでいくのではないか。部会長の御発言のとおり、活用しなくても業務ができていると導入は進まないのも、活用が必要になるような形にすることも考えられる。共通のものを使用することで、それを見れば分かるという状況になれば、申し送りが不要になるなどロスが減ると思う。海外に比べるとその辺りは著しく遅れていると感じる。

(小柳津部会長)

今回の診療報酬改定でも、連携は重要視されている。医療 DX 関係の加算が新設され、地域医療情報連携ネットワークがあれば加算がとれるものがある。京あんしんネットは対象外のようなのだが、どのような加算かわかるか。

(事務局)

診療報酬については詳しく承知していないため確認しておく。

(小柳津部会長)

「やったほうがいい」から「やらなければいけない」という状態にシフトすれば、もう少し取組が進むと思う。システムについては既存のものを使用するのがよい。そのうえで、京都市と特徴が合致する他地域を参考にして、使いやすい形に変えていくのがよいのではないか。

(中村委員)

京あんしんネットについて、運営は京都府医師会だが、医師会に入っていない医師も含め、すべての開業医が利用するようになれば連携が進むのでは。また、ケアマネコアタイムについては、医師会に入っていない医師であればそうした情報が届かないため実際に活用が難しく、また、介護保険に精通されている医師ほど指定された時間帯に往診されている場合が多く、FAX で連絡をとるのが実情。

(麻田委員)

組織率について、理学療法士会は 10 年前まで 94%ほどあったが、今では 80%を下回っている。加入のメリットや会費がハードルになっている。

(児玉委員)

京都市老人福祉施設協議会は、社会福祉法人の施設は全加入である。魅力ある情報提供を心掛けるほか、行政と密に連携し、政策提言に繋げる取組も行ってい

る。

ケアプランデータ連携システムについて、会員法人の中には居宅介護支援事業所を運営しているところも多いが、導入率が低いのが残念である。また、施設においても、介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援として、マイナンバーカードのカードリーダー購入経費の助成制度があり、そうした制度も活用し、取組を進めていかなければいけないと考えている。介護情報基盤の導入に向けた市町村の対応状況を見ていると、他都市では導入予定日が明記されていたりするが、京都市では未定となっている。そのような状況もあり取組が進んでいかないのではと感じているが、京都市の展望はあるか。

(事務局)

担当に確認する。

(小柳津部会長)

訪問看護ステーションでの京あんしんネットの使い勝手や使用率はどうか。

(佐々木委員)

京あんしんネットについて、所属事業所では、看取りの方を含め複数の利用者と使用している。ただし、在宅医は使用しておられるが、病院の医師は使用していないため FAX 対応となっている。FAX の送付はするが、医師の目に届いていないこともある。京あんしんネットは、医師、ケアマネジャー、ヘルパーすべての支援者に内容が届くため、いいツールだと思う。

(河嶋委員)

人生の終末を自宅で迎えることを希望されている方が多いという説明があつたが、自宅で亡くなると警察が来ることがある。自宅で亡くなることを希望していても、家族等に迷惑をかけることになるなら躊躇してしまうと思う。

(小柳津部会長)

御家族がいても、自宅で亡くなった際に救急車を呼べば、事件性がなくても警察が来る。独居ならなおさらである。警察の理解も進んできて、死亡検案書ではなく死亡診断書を発行したケースも経験しているが、今後ますます増加する独居の方への対応を社会でどうしていくのか、行政等の緊急通報サービスのようなサービスも広がっていけばよいと思う。

(笠原委員)

主治医が往診医ではない場合、自宅で看取ると警察が来るというが、どうしたらいいのか。そういう面も ICT があれば解決されるのか。

(小柳津部会長)

自宅で亡くなり、医師が駆け付ける前に警察が来ていれば検案になる。また、例えば、主治医が看取りに対応できない場合に、代わりの医師が対応できるよう当番制度を作っている医師会もある。離島などのへき地の看取りであれば、ICT を活用した死亡診断があるとは聞いている。

○意見のまとめ、方向性

(小柳津部会長)

論点 1 については、既存の多職種が集まる会議・研修等の継続はもちろん、会議等に参加しない層にどう対応するのか、もう少し踏み込んだ検討が必要。顔の見える関係については、会議等で顔を合わすことも大事だが、個々に顔を合わせる機会を作っていくことも非常に重要と思う。児玉委員からご紹介のあった、在宅医療・介護連携支援センターの調整による連携の好事例などを踏まえ、今後、ますます連携を強化していく必要がある。認知症については初期集中支援事業が成果を上げており、こうした医療・介護につなぐ取組も必要。

論点 2 については、ICT に関しては、現実的に京都市で活用が進んでいない状況があり、どのように進めていくかという議論に今後繋がっていけばよいと思うが、まずは既存の京あんしんネットを使用する、そして、多くの関係者が活用するための周知も含めた仕組みを作る。そのうえで、他地域の好事例を参考にアップグレードしていくような形がよいのではないか。

以上