

第4回キュア神戸会議 要旨

開催日時：2022年12月14日（水）15時～16時30分

開催場所：ハイブリッド形式 委員(Web)

事務局(三宮研修センター805号室)

出席者：別紙

【内容】

1. 開会

- ・東山 洋 神鋼記念病院院長（新任）

2. 議題

(1) ワーキングの進捗状況について（心不全パイロット運用等）（北井委員）

- ・11/14 キックオフミーティングをパイロット運用に関わる先生30名前後で行った。
- ・神戸大学の平田先生、中央市民病院の古川先生を中心にやっている地域のネットワークがあり、全面的に連携しながら進めていく。
- ・現在、参加施設で、急性期病院は中央市民病院だけであるが、今後は神戸大学病院など他の急性期病院にも広げていく予定。まずはパイロット（試験運用）ということで、中央市民の患者さんから開始する。

①バイタルリンクの使用方法の確認

- ・バイタルリンクに個別にデータを入力して、バイタルリンクの中でわかりやすいようにサマリ形式にすることができる。
- ・これまでの診療、簡易サマリを作ったり、紹介状を作ったり等はこれまでの記録方法をとるという形になっている。
- ・理想形としては、各病院の電子カルテで打ったデータがバイタルリンクにそのまま取り込まれる形になって、バイタルリンクで出来たサマリ形式をまた電子カルテに取り込まれるという方法をとれば、データの重複入力がなくなる。ただ、電子カルテ間の関連もあるため、すぐに解決することが出来ない。そのため、従来通り、電子カルテに2回入力し、バイタルリンクにも入力をする。

②CURE-KOBE 参加、および VL 使用に関する同意書の確認

- ・バイタルリンクの使用に対して、同意書が必要。
- ・患者さんに対しての同意説明文章、バイタルリンク利用申込書の作成が完了している。
- ・細かい文言などは現在調整を行っており、ほぼ完成段階である。

③パイロットを始めるに当たって、残された課題

- ・各種書類の最終調整が必要で、キュア神戸と各病院との間で契約が必要になる。
現在最終調整を行っている。
- ・実際に動かすにあたり、中央市民病院の中でも具体的な運用にもう少し時間が必要である。
- ・誰がいつどのようなタイミングでバイタルリンクの入力をするか等の役割分担、地域連携を含めて病院全体でやっていかないといけないので院内での調整が必要である。

● 細谷議長

- ・第一例目の人はまだ出ていないが、大きな問題はなく、実施できそうなので試運転してみたい。

(2) 全体研修計画について（北井委員）

- ・情報共有と人材育成がキュア神戸でキーとなってくる部分であると考えている。
- ・医療者に対する人材育成は、まず講習を行い、演習、実習の3つの段階で考えている。
講義・演習で約33時間じっくり時間をかけて行い、実習は病院で行う。
- ・演習や実習はコロナの関係で、やりにくいところがあるため、少なくとも演習に関しては、動画を作成してビデオ演習とする予定。1月中には作成して、2月には演習を開始できる予定。
- ・講義に関しては、オンラインで予定している。5項目がすでに決まっている。
1回の講義が約2時間程度
第1回目：1月12日（木）
第2回目：1月26日（木）
対象は医師やあらゆる職種（看護師、介護士など）
- ・演習に関しては、オンラインで予定している。
動画を見て演習をしてもらう。2月から運用開始予定。
- ・実習に関しては、現地実習が望ましいが、コロナの影響もあるため、2月まではビデオを撮影し、それを見ていただく。できるようになり次第、現地実習を考えていく。
- ・1月12日の講義のチラシを作成した。この講義は誰でも参加可能で、広く参加を呼び掛けようと考えている。
- ・どうやって宣伝していくか：現在キュア神戸のホームページを作成しており、ホームページ内にある受付のフォームを作成していく予定。オンラインで受付をすると、受講状況も確認できるため、すべて受講した先生方には、修了証を発行する。

【各委員の意見】

- ・急性期を含め、さまざまな医療機関が協力し合う、素晴らしいプランであると考えている。

今後、前向きに取り組みたい、そして自院の医師にもこの計画を紹介していきたい。

- ・回復期のオンザジョブを引き受けられる施設というのは小澤先生しかいないため、北井委員によく研修計画を練っていただき、十分に議論していただきたい。
- ・生活期リハを充実するために、在宅ではされないのか。
- ・在宅リハや様々な人が入らないと、患者さんのサーベイランスが非常に弱くなってしまうと、再び心不全を起こすという確率が高くなってしまう。生活期リハ、特に訪問リハをされる方の研修をしっかりとしないといけない。
- ・研修計画については非常に良いものが出来つつあるなど感じる。私たちも回復期以上に在宅でケアしているセラピストの研修体制というものは、とても難しくて重要だと認識している。より多くの在宅で働く理学療法士がこの研修の中で、できればオンジョブでの研修体制があればと考えている。
- ・よく出来ていると感じる。ただ、記録するのが煩雑になるのではないかと心配している。
- ・六分間歩行でもちゃんと評価をして、それを入力するのはセラピストの方だったり、なかなか自動的に電子カルテから飛ばないところだったりもあると思うので、評価項目を入れるという作業はなかなか大変だと感じる。よく検討する必要がある。
- ・セラピストが全員参加するとかかなりの時間がかかる。職場からなんとか業務として参加できないかという意見であるが、よく理解ができる。セラピストが丸一日勤務すると、18単位施術することになる。実際に実習をはじめると大きな問題になると思うので、ワーキングの方で考えていただきたい。

(3) 呼吸不全リハビリテーション検討チームからの報告（石川委員）

- ・心臓リハビリテーションと呼吸リハビリテーションのプログラムを可及的に統合する。一部、それぞれの特有のところもあるが、共有できるところはできるだけ共有するというのを念頭にプログラムを検討したい。あとはキュア神戸の本来の目的に準じている。
- ・呼吸器リハで例えば、COPD など増悪を起こして、急性期病院に入って、回復期のクッションをおかないで在宅に直接連携する場合もあるため、そのあたりの運用を今後検討していきたい。
- ・呼吸器専門の評価項目等については意見交換をしているところで、バイタルリンクの専門的なセットアップはもう少し時間をかけて検討しようと考えている。
- ・対象疾患は、原則呼吸リハビリテーションが必要な患者。
- ・呼吸器疾患の場合、特有の検査方法があるため、最低限でも必要なものは入れ込むことが必要だと考えている。
- ・セルフマネジメントについては、達成、進行中、未達成でチェックしていった方が良く考える。

【各委員の意見】

- ・在宅でケアしている方にお聞きしたところ、状況が悪くなってくると、リハをすぐストップされて、セラピストは積極的に「もうちょっとできるのに」と思っているのになかなか進められないという現状もあると聞いている。先ほどの説明の中に、息切れが強いという言葉が発してしまうと、どのレベルの息切れが強いなのかわかりづらく、そこを整理していただけると、現場は助かると考えている。
- ・対象疾患が逆に絞られてくる可能性があるため、この辺の文言はもう少し検討したいと考えている。
- ・セルフマネジメントが出てきたが、心不全でも言えるし、非常に良いものだと感じる。どんどん丸が付いたり、未達成のものがわかったり、ご自分で自身の状況を見るということは、PHRに近い概念で非常に素晴らしいと感じた。全例にお配りするのか？
- ・基本的にそれを考えている。共通の部分は心リハとも共通すると思うので、将来的に共通部分と心リハあるいは呼吸リハ特有のところにして、セルフマネジメントの項目をチェック欄でできればと考えている。

(4) 議長報告

- ・2023年3月頃に心不全を本格運用できないかを考えている。
- ・参加施設が現在20施設（急性期1、回復期4、クリニック6、訪看9）
この数ではオール神戸とは言えないため、施設リクルートをして本格運用する。
- ・キュア神戸委員より、自薦もしくは他薦で施設を推薦してほしい。
- ・費用面は現在のところ、ボランティアベースで進んでいる。
- ・現時点で参加する場合、費用は発生しないが、本格運用が始まって、参加施設が増えた場合には、運営費の分担が発生すると思われる。その場合は後日の議題とする。
- ・会則改定の中で弁護士から、協議会ではあるが事業と目的をしっかりと明文化して欲しい、予算決定・決算の承認を行い参加施設の総意を反映する総会を作って欲しいと助言を頂いた。

【各委員の意見】

- ・通常の学会であれば、理事に監事がついているが、弁護士からその指摘はなかったのか。
- ・監事は必要だと思うので、確認する。

(5) 看護職によるミニレクチャー（成田委員）

- ・日本看護協会が10年前に、2025年に向けた看護の将来ビジョンというものをだした。
その中で行っていく看護として、いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護ということで、看護は医療の視点と生活の視点、両方をもってケアしていける。
- ・2025年にむけてどういう看護師が必要かということで、急性期における看護師を出して

いる。高度な実践力が必要であり、在宅では病院以上に個別性が高く、総合的な看護の力が必要。その理由としては、病院では医師を含めたチームで動くが、在宅では看護師1人が判断して対応する場面が多くなるため、看護のアセスメント力が求められる。また、患者さんそのものが身体の状況、精神面の状況、社会面の状況が複雑化してきており、そのような情報を統合して、判断して対応する必要がある。

【各委員の意見】

- ・訪問看護師が担う役割は高齢社会を迎えて非常に大きいと感じているが、訪問看護師の数が全然足りておらず、持っている介護保険のレベルで運用ができなかったりと制度上の問題がかなり存在している。現状では、ヘルパーの方がそこを担っているのが現状であると感じている。
- ・人材育成で色々な知識を共有していく中で、看護師が本来やるべきことをヘルパーの方に「こうやってください」とお願いすることに問題があると感じてはいるが、現状看護師にお願いしても出来ない事がある。国に仕組みを変えてもらうようお願いしても時間がかかると思われるので、我々神戸としてどうやっていくのかということにご意見を頂きたい。
- ・訪問看護師のグループを作っており、アセスメント力や知識をレベルアップしていくと現場に行ったときに、ヘルパーの方に指導が出来ると思われる。いきなりヘルパーの方に指導しても、医療の知識がなくわからない事が多いと思われるため、在宅の医師による訪問看護師に特別指示を出せるようにすれば、少しは前に進むのではないか。
- ・正しい訪問看護の使い方をケアマネの方と相談させていただく。
- ・慢性疾患で落ち着いている時に患者さんのセルフモニタリングをして頂けるようなアプリや、開業医の医師のところに情報がいく仕組みがあればまた変わってくるのではないかと考えている。
- ・必ず PHR の方向に心不全や呼吸不全、次の腎不全でも、そこが大きな問題となるため、ちゃんとしたアプリを使用して仕事をまわすと発展していくのではないか。
- ・健康寿命の延伸というのは、神戸市の中でも非常に重要な施策として行っていく事が必要。
- ・今年度調査費を予算で確保して、全国の専門家約 20 名や中央市民病院の先生方に話を聞き、調査を進めているところ。
 - ①民間の回復期病院で対応が出来ていない内部障害の問題をもう少し対応していく必要がある。その中でも心リハであれば心臓のことが分かるような人材が回復期病院にいない、呼吸器リハをするのに呼吸器の専門医がいないので、怖くて手が付けられていないという問題が非常に大きい。人材の問題が半数を占めていると先生方から指摘があった。
 - ②急性期から生活期までを繋いでいく今までのような病気の期間毎ではなく、本人に対

して思うようなリハビリに切り替えていくべきであり、今までの概念から変えていく必要があると指摘があった。特に急性期から退院して自宅に帰る場合に、フレイル状態のまま帰る方が多数いるため、今までの直していくリハビリだけではなく、予防的な観点をもったリハビリをして、再入院を防止することが必要である。

- 神戸市に1つの課題があり、独居の高齢世帯の全国平均が約27%であり、神戸市は10%高い37%である。政令市の中でも大阪に次いで2番目に高く、原因は不明。ひとりで暮らしているため、介護認定を受けて、要支援の方や要介護1を持っている方、ホームヘルパーを利用している方が非常に多い。その方が入院した場合、自宅復帰しても1人なので、なかなか帰りづらく、帰ったとしても1人なので悪化するということが全国的にも神戸はかなりの課題となっている。
- キュア神戸の取り組みと、神戸市が過去にしてきた施策、これからしていく施策を上手く組み合わせる。国が介護保険の取り扱いを要支援は報酬がかなり落ちたが、要介護1や2も今のままでいくのかどうかという検討をしており、要介護にならないための取り組みが必要となってくるため、神戸市としてもこの取り組みを強化していきたい。