

令和2年度 瑞浪市在宅医療・介護連携推進懇談会 議事録

日 時	令和2年7月21日（火） 13時30分から15時
場 所	西分庁舎 1階 会議室
出席者	<p>座長：勝股 真人 委員：矢野 元子 藤本 省三 山田 秀樹 田中 佐江子 伊佐地 薫 久保寺 由美 小倉 みゆき 梅村 奈美子 岩島 夕夏 岩井 美香 中村 俊之（欠席）</p> <p>【名簿順 敬称略】</p> <p>事務局：成瀬 良美（民生部次長） 豊崎 忍（高齢福祉課長） 小木曾友美（高齢福祉課高齢者支援係長） 松本 由佳（高齢福祉課高齢者支援係）</p> <p>傍聴人：1名</p>

次第

1. 開会
2. あいさつ
3. 議事
 - (1) ①令和元年度在宅医療・介護連携推進事業報告
 ②令和2年度の事業計画について
 - (2) 瑞浪市の現状と課題について
 - ①アンケートの集計結果について
 - ②在宅医療・介護連携推進の4場面について
 - ③4場面における連携の現状と課題について

【事務局】 議事（１）①令和元年度在宅医療・介護連携推進事業報告
②令和２年度の事業計画について事務局説明

【意見】 なし

【事務局】 議事（２）瑞浪市の現状と課題について事務局説明

- ①アンケートの集計結果について
- ②在宅医療・介護連携推進の４場面について
- ③４場面における連携の現状と課題について

【座長】 では、意見交換ということですので、まず退院支援に関係のある病院相談員さんからご意見を伺いたいと思います。田中委員、伊佐地委員、お願いします。

【委員】 退院時の情報提供として、看護情報提供書を病院の主任会で作成しました。かなり細かい内容となっていますが、ケアマネジャーから見て、わかりにくい点等があれば教えてほしいです。看取りの話になりますが、ご家族が希望されれば、看取りを実施いただける医師、訪問看護と連携を取って対応しています。最近では土岐市に開院されたクリニックで快く対応していただき、家族が喜ばれた事案がありました。逆に在宅での看取りを希望されても、間際に救急車を呼んでしまい、挿管して意識がない状態で２週間後に病院で看取られた事案もありました。その間、家族は泣いて過ごされていました。

【事務局】 これまでの専門研修において、在宅と病院の情報提供の在り方について意見交換したことがありました。その成果かどうかは断定できませんが、今回看護サマリーが改められることになったと伺っております。これはすでに活用しつつあるという理解でよかったですか。

【委員】 実際の運用については、まだ記載しにくいという意見も出ているので、今システムを修正している状況です。

【事務局】 ケアマネジャーが病院に提供する情報シートもお配りさせていただいております。医療と介護の面から視点の違いもあるかと思いますが、お互いが欲しい情報を提供し合うことが切れ目ない支援につながっていくと思います。

【委員】 大湫病院では、在宅に戻られる方の統計を取ったわけではありませんが、ほとんどいないように思います。大半は施設に行かれるか、病院で亡くなります。在宅に帰れそうな方でも、認知症を理由に地域から在宅に戻ることを拒否される場合もあります。病院と施設との連携はあります。また、入院中に内科の疾患で病院との連携もあります。看取りを含めて、家族の意向に添えればと思うのが現状です。

【座長】 市内での在宅医療は現状として難しい状況です。対応している診療所がないのですから。開業している場所に医師が住んでいないことも一因だと思います。介護の方で何かご意見はありませんか

【委員】 訪問介護を実施しています。ケアマネジャーから在宅に戻ってからの相談を受けることが多いです。情報提供書からは、病気のこと、認知症のことなどたくさんの情報を得ています。看取りでは、清拭など身の回りのことを支援させていただくことが多いです。緊急の場面でどのように対応したらよいのか、緊張感をもって対応することも多いです。そういった場合は、ケアマネジャーを介して連絡を取り合っています。病院との連携も、直接というよりはケアマネジャーを介しています。訪問看護とは直接連絡をして情報共有することもあります。

【委員】 陶の小規模多機能事業所で看護師をしています。患者様が病院から退院してみえる場合は必ず退院カンファレンスを行い、直接顔を合わせて、その方にとって何が必要なのか、今後の希望等を確認しています。退院カンファレンスは、大変重要な場であると感じていますが、薬剤師さんや、歯科医師や、担当医の先生が参加されることはありません。そういった先生方に参加していただけるようになると、集まって一度に情報共有ができ、希望されているサービスも受けやすくなるのではないかと思います。

現状として、退院カンファレンスが充実しているので困ったことはありません。私が不安に思っていることは、こちらから提供する情報に対し、病院側がどう思っているかということです。不足している情報等については、直接電話で聞き取ったりもしていますが、時間ももったいないので、情報シートを変えていくことで対応できたらとも考えています。

【委員】 連携については、ケアマネジャーを通して行っています。ヘルパーとは連携ノートを活用して、こちらが観察してほしい内容を記入したりしています。アンケートの集計結果を見ますと、訪問看護ステーションでは在宅での看取り・緩和ケアが対応できるのに病院、診療所ではできないと回答されています。訪問看護としては、在宅での看取りをやっていきたいと思っています。先生方にも色々な問題があるかと思いますが、診療所の先生方とは連携も取りやすいため、もっと診療所の先生方に積極的に介入していただけるとよいと思います

【座長】 先ほども申しましたように、診療所のある所に医師が住んでいないというのが大きな問題であると思います。個人的には対応しているのですが、先日取ったアンケートでも大半の診療所が9時から19時の対応となっており、自分の患者であっても時間外の対応はできないというのが現状です。

【委員】 自分も名古屋に住んでいますので、名古屋と日吉を行き来しているのが現状です。日吉町は地域がら最後は自宅で看取りたいという方もおられます。昨年度、訪問看護ステーションの協力を得て、看取りができた事案もありました。しかし、共稼ぎ、独居の方も増えており、こちらサイドが最後まで診るつもりでいても、遠方の家族が引き取られたり、家では看取れないと病院を希望されるケースもあります。今のところは、看護師がいない体制でも、訪問看護やリハビリの方とよく電話で情報共有させていただき、連携を図りながら対応している状況です。

【委員】 先ほど、開業医の先生方の自宅が名古屋だと聞いて、瑞浪病院の先生も自宅は市内ではないので、そういった意味では往診も難しいのかなと思います。看取りの件数そのものは少ないですが、何人か看取りを支援したケースがあります。往診をお願いするのは恵那や多治見の先生が多いです。つい先日も独居で看取りができたケースがありました。知人の協力もありましたが、体制を整えば、在宅での看取りも可能だと改めて認識しました。

【事務局】 委員の皆様のお話を聞く中で、訪問看護がキーワードだと感じます。介護の事業所にしても、医師にしても訪問看護がどの程度介入できるかが、在宅療養を支える要因だと思います。資料2にも訪問看護の事業所数、従事者数を記載させていただきましたが、マンパワー的にどのような状況なのでしょうか。

【委員】 瑞岐会訪問看護ステーションでは、スタッフ3名で24時間体制を取っています。利用者さんの数もそれなりに限界がありますが、できる限りお受けして対応しているところで

【事務局】 市内の他の訪問看護ステーションとの連携についてはいかがですか。

【委員】 複数の訪問看護ステーションを利用される方もありますので、そういった場合は連携があります。

【事務局】 どこの事業所も人材不足があると思います。在宅だけでなく、病院でも不足しているかと思いますが、もっとマンパワーを確保できたらという思いはありますか。

【委員】 あります。

【事務局】 陶でも訪問看護を立ち上げようという話がありました。なかなか実現しない現状についてお話いただけますか。

【委員】 昨年の懇談会で来年には訪問看護ステーションを立ち上げ、医療依存度の高い方の受け入れや、訪問、看取りを実施する予定でした。しかし現実には立ち上がっていません。背

景には人材不足があります。若い看護師が2名、退職してしまいました。訪問看護が充実すれば、在宅での看取りも進むと思います。現在は近隣市からの訪問看護に助けられているのが現状です。理想としては、地域に1ヶ所ずつステーションがあるとよいと思いますが、現実には難しいです。

【委員】 先日、訪問診療に行ってきました。認知症もあり、情報収集に大変苦労しました。背景が分からないままでは着手することはできません。別のケースでは、これまで通院できていた方が、体力低下等で通院できなくなり、入れ歯を見てほしいという依頼でした。色々な処置をした上で、型を取り直して義歯を作り直しました。この方の場合は、以前のカルテもありましたので、処置も進めやすかったです。食事も摂取できるようになり、大変喜んでいただけましたが間もなく誤嚥性肺炎で亡くなられてしまいました。

先ほど、退院カンファレンスの話がありましたが、私も大事な場だと思っています。退院時のカンファレンスにも参加したいと思っています。しかし歯科医としては診療時間とも重なってしまうので、なかなか出られないという声もあります。

【委員】 皆さんはお薬手帳をご覧になられたことはありますか。薬の記録が書いてあるだけの手帳が一人歩きしているのが現状です。お薬手帳は、薬の飲み忘れや、飲みにくいということや、検温結果等を記録して、次の診察時に活用していただくこともできます。先ほどの情報提供の様式には、ケアマネジャー、病院の双方の様式に薬についての内容がなかったことが残念でした。県立多治見病院では、退院カンファレンスへの参加要請が来るようになりました。持参薬管理センターがあり、そこで入院時に持参した薬の管理を行うわけですが、薬局への問合せも多くあります。問合せがあると、その方の食事の回数などを考慮した処方をしてもらっていたこと等詳しく情報提供する仕組みがあります。東濃厚生病院は院内処方になっており、自宅へ訪問すると何か月分も残ってしまった薬に遭遇することがあります。今、在宅を実施している薬局が3、4薬局ありますが、チームで24時間対応できるようにしています。お薬手帳に自分の状況を記入していただいたり、先生に伝えたいことを家族が記入したりと活用してもらえよう一生懸命取り組んでいます。

【座長】 東濃厚生病院はお薬手帳の活用はしていませんが、発行をお願いしたいです。

【委員】 シールを発行して、手持ちのお薬手帳に貼ってもらえるようにしたらどうかということを検討しています。

【座長】 薬局の先生から、薬が重複しているとご連絡をいただくこともありますので、東濃厚生病院の処方内容が分かると、開業医も助かると思います。

【事務局】 確認ですが、県病院からの退院カンファレンスでは薬剤師にも声がかかるが、東濃厚生病院からはそういった要請はないという認識でよかったですか。

【委員】 東濃厚生病院を退院して、開業医の先生に戻ってれば、退院カンファレンスも関係してきますが、退院後もそのまま東濃厚生病院に通院されるとなると、関与することがありません。

【事務局】 開業医に通院していて、入院となった場合、退院後は開業医に戻ってくるような市民への意識啓発も必要ということですね。

【座長】 大病院志向というものがありますね。それでは、これで意見交換を終了したいと思います。

【委員】 1点、お願いします。アンケートの集計結果ですが、自由記述にあります内容を考慮して、医療と介護と一緒に在宅医療をやっていくんだという認識で市も事業を進めていただきたいと思いました。

【座長】 他にご意見よろしかったでしょうか。
これで意見交換は終了とし、本日の議事を終えたいと思います。

【事務局】 閉会のあいさつ