

## 平成26年度 第3回 くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会 議事録（要旨）

I 日 時 平成26年11月11日（火）午後7時～

II 場 所 ウェルパルクまもと 4階会議室

III 出席委員 名（五十音順、敬称略）

浅見 直美、今村 文典、木村 浩美、後藤 慶次、佐藤 英一、園田 寛、  
田島 和周、野津原 昭、藤井 泰彰、古川 猛士、村田 秀博、村田 美和  
（欠席：跡部委員）

IV 次 第

1 開会 健康福祉子ども局総括審議員 挨拶

2 議事

（1）協議事項

・在宅医療の体制と課題について（急変時の対応と看取り）

（2）報告事項

・熊本市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について

・多職種連携に向けた取り組み（研修会、活動発表会）

・市民啓発の取り組み

（3）その他

3 閉会

V 議事録（要旨）

（1）在宅医療の体制と課題について

事務局より説明（議事略）

- ・（委員長）今日の協議事項は在宅医療の体制と課題について、特に急変時の対応と看取りについてである。看取りは別問題であるので、まず急変時の対応から話し合いたい。では、順に発言願いたい。

－急変時の対応－

- ・（委員）薬剤師が急変時の対応で直接呼ばれることはない。施設は医師が困らないように薬を置いていたりする。医師との連携が十分な所はまだ多くない。10%あるかないか位である。熊本市内で、24時間体制をとって在宅の医師と対応できる薬局はさらに少ない。
- ・（委員）訪問看護は患者の生活に近いところにいるので、日頃から想定できることを主治医と話し合って準備している（レスキューの薬での対応等）。しかし、想定外のことにどう対応するのかは難しい。急変時に地域包括ケア病棟に搬送すれば良いわけではなく、そこの専門性の問題もある。初期判断を誰がするのが難しい。常日頃から、情報を得て考えておかなければならない。
- ・（委員長）今の話で良かったのは、日頃から想定しておくということ。急変も想定

のひとつに入れておけば、慌てないということ。地域包括ケア病棟は現在熊本市でどの位あるのか。

- ・（委員）地域包括ケア病棟はかなりできているが、十分に稼動していないのではないだろうか。広報が十分行われていないと思う。
- ・（事務局）地域包括ケア病棟を持っているところが、7月末で8病院ある。病院の中にはこれから在宅に取り組む意欲を強く持っているが、在宅の医師とどの様に繋がったらよいのか分からないとの意見も聞いている。
- ・（委員）包括では急変時の対応にテーマを絞って活動はしていない。包括と居宅の連絡会などでは、困難事例があった時には事例検討して情報共有している。包括では、要支援1、2の軽い方を扱うので、病院にかかるのは風邪の時くらいという方もいて、住民自身が終末期について考えていない。独居で身寄りがない方等、いざというときに大変なので、日頃から緊急時の連絡先など確認しておくことが大切になる。
- ・（委員）「急変」と言っても、多分、介護職や家族には分からない。医師や訪問看護師などがゲートキーパーにならないと、救命救急センターへ搬送される現状は変わらないだろう。特に老人ホーム等の施設系のところ。今後は、施設の医療職、特に看護師の役割が重要になる。在宅療養支援病院の中にも、24時間対応していないところもある。地域包括ケア病棟の中には200床未満で在宅のスキルがないのに在宅療養支援病院に登録されたところもある。開業医が在宅に手を出さない中で、病院が在宅を頑張っていくと助かる。上手く組み合わせたり、上手く連携していくことで何とかやっていければ、全てを急性期病院に運ばなくても良くなるかもしれない。
- ・（委員）歯科では急変時対応に遭遇することはない。歯科に限った急変として、義歯の誤嚥、誤飲がある。かかりつけ医であればどんな義歯かわかるので、例えば国立病院歯科などで内視鏡下摘出などが可能である。在宅での義歯誤嚥などの急変については、連絡がない限りわからないのが現状である。
- ・（委員）特定施設では24時間の協力医療機関の届出が必要。住宅型有料老人ホームも同様なので、医療機関と連携がとれているのが前提である。有床か無床かは規定がない。緊急対応は各施設でマニュアル化して体制は整っているはずだが、実際に上手く活用されているのか、個別にどのような対応をされているのかは不明である。サ高住で必要なスタッフがおらず、居室で心肺停止し発見の遅れたケースや、夜間体制は基準がないので、40人を1人でみているところもある。事業所次第の側面はある。
- ・（委員）緊急時に自宅で対応できる場合と、病院での対応が必要な場合がある。前者は、在宅医と訪問看護師の連携で24時間対応できる。後者は病院担当医の理解があれば、在宅医が介入できてまた家に帰れるが、理解がないと在宅医が介入できず挿管されたりする。数年前、熊本在宅ドクターネットで救急病院や基幹病院へ在宅の話をしに行ったが、スタッフも替わっており、再度病院に働きかけていかないといけないと思う。

- ・（委員長）病院の医師も在宅の理解をされてきていると思うが、そのような働きかけは必要かと思う。
- ・（委員）介護福祉士会として、急変時の対応について研修会等をしたことはない。数は少ないが、会員の中には研修会の要望もあるので、今後考えていきたい。介護福祉士の仕事の場合は在宅と施設が多い。施設では、研修会やマニュアルがあったりするが、有料老人ホームを含む在宅では困っているのかもしれない。介護福祉士としてそういう場面に立ちあう可能性も大きいので、会としても考えていかなければならない。
- ・（委員）自分が訪問している施設で、熊本在宅ドクターネットで作成した事前指定書を活用したいというところがあった。家族が頻繁に来られるところばかりではなく、めったに来られないところは急変時の連絡がつかず困ることがある。最初の段階で、急変時にどうするか話し合うツールとして使ってほしい。
- ・（委員）事前に書類を書いてあるケースでも、その通りにならないことがある。実際の場面で家族に順番に電話をすると、ばらばらの希望を言われることがある。やはり、家族間の総意でよく話し合っしてほしいと思っている。
- ・（委員）看護協会で急変時の対応の研修会を行っているが、それはあくまで施設内の対応にとどまっていて、在宅ではどうするかというところまでの知識の伝達ではない。病院だけが療養生活の場ではないので、急変時の対応に加え連携して繋いでいくことも考えていかなければならない。「急変」という言葉のイメージに、家族・施設・病院でギャップがあるのではないだろうか。何をもって急変とするのかは、療養生活が始まった段階でちゃんと確認する必要がある。また、想定という話があったが、「何がどの様に」というところはある程度明らかにして考えていかなければならない。かかりつけ医制を進める中で、施設のキャパを越えて例えば土日夜間はどうするのか等、一つ一つ丁寧に考えていくことも大切である。日赤では地域スタッフを招いて事例検討を始めたばかりで、まだ上手く活用できていないが、連携するにはどうしたら良いか考えていきたい。
- ・（委員）日頃から予後予測してケアプランを立てるように伝えている。残念ながら未だにケアマネが医師と面談せずにケアプランを作ることがあり、急変時に医師に連絡せず、救急車を呼んで搬送していることもある。ケアマネも急変時は動揺すると思う。24時間対応の救急に対する相談システムがあればと思う。介護サミットでも、独居の人の状況を誰かが把握しておくまちづくりが必要との話があり、共感した。
- ・（委員）地域では「命のバトン」の活動が盛んに行われているところもある。服薬内容やかかりつけ医などを表示しているが、内容の更新については疑問もある。地域の見守りは、業務として関わっている者では限界があると思う。
- ・（委員）急変時の対応について、現場から聞いた話では、誤嚥性肺炎でも救急搬送されるため、救急病院が疲弊してしまうということであった。医師会の在宅医療委員会でも地域の中小病院を中心にベッドのバックアップを考えてみてはどうかと話している。現実化すれば、地域のかかりつけ医のバックアップができると思ってい

る。まだ始まったばかりだが、ネットワーク作りが進めばまた報告する。

- ・（委員長）それぞれの意見をまとめて、急変時の対応のマニュアルを作る等、行政で出来ることはないか。
- ・（事務局）急性期病院に在宅医療の意識を持ってほしいが、誰に音頭をとってもらうかが難しい。
- ・（委員長）先日行われた在宅療養患者等の救急医療等に関する検討会には各急性期病院から参加があったが。
- ・（事務局）病院の代表の方の参加だけでなく、例えば病院の医師の何割かは参加してもらえるような講演会が出来ると良いと思っている。
- ・（委員）中核病院の院内で、定期的にかつ強制的に退院患者の事例検討会を行うなどしないと無理だと思う。看護師の参加はあっても、医師は何か理由が見つからないと院外に出掛けてまで参加はしない。自分はある病院とはそういう方法で開催しようと話を進めている。
- ・（委員）院長命令でないと無理かもしれない。
- ・（委員）病院から在宅に移行した患者のデスカンファレンスを、何度かその病院に持ち込んで行ったことがある。病院での様子を病院スタッフが説明し、次に在宅スタッフが在宅での経過を説明して、死亡までの経過を追った。退院前カンファレンスは参加してもそれっきりになるので、家に帰ってどうだったのか見えるようにする機会を作ることは大切である。
- ・（委員長）病院にかかる人もかからない人もおり、まとめるのは難しい。
- ・（委員）今は各病院で定例的な勉強会を行っている。それと同じレベルで在宅医療の事例検討をやると決めれば動いていくのではないか。
- ・（委員長）公的病院と医師会の連絡会の議題にあげても良いだろう。何らかの形で話していきたい。

#### 一看取り

- ・（委員長）それでは次に、もう一つのテーマである看取りに移りたい。現状特に取り組んでいる事等あればお願いしたい。
- ・（委員）最近立て続けにあったケースであるが、介護施設のショートステイ利用者の緊急コールが施設から訪看にあった。訪問看護はショートステイに行けない。持っている薬を確認して対応したケースと、ショートステイ先で亡くなったケースがあった。施設が提携している病院は、ショートステイ利用者は診ない。在宅患者はショートステイを利用していることも多く、月に1～2日しか自宅にいないこともある。訪問には月1～2回しか行かないのに、緊急コールは毎日24時間受けている。今後も多くなっていくと思われるので、どう対応するのか意見をもらいたい。
- ・（委員）これはルールの間隙になっている。在宅で診ている医師がいたとしても、ショートステイに単発で往診に行くのは良いが、継続訪問して医療行為を行う事は出来ない。
- ・（委員）ショートステイ利用時は在宅扱いなので、利用者の主治医に連絡することになっている。主治医が24時間対応されない場合もあるので、そんな時に訪問看護

に連絡がいくのだろうと思う。

- (委員) 病院やホスピスには入れたくないが、家族も仕事があって家でずっと看ることはできない場合、ショートステイで長く過ごすこともある。そんな時先ほど言われたような問題が出てくる。
- (委員長) 今事例を1つ出してもらったが、他にはないか。
- (委員) 有料老人ホームで、「看取りはしない。医療機関に入院させる」というところがある。入居時は最期まで居て良いと言われたのに、肺炎を繰り返したりするとやっぱり無理と言われたりする。本人は自分の過ごす場所としてその施設を選んだのに、その想いを叶えられないことになる。本人の想いを大事にしたいと思う。
- (委員) 施設の長は、「看取りをやらなければ」というイメージだけは膨らませている。しかし、看ることができないのに看るといふ方が問題は大きい。高齢者は誤嚥性肺炎を起こすだろうし、そうなると看取りまでに夜間の吸引の必要も出てくる事等が、事前に想定されていない。高齢者が何も無く老衰で亡くなっていく訳ではない。
- (委員) 有料老人ホームでは、重度化した時の指針を契約書に謳わなければならない。自分のところでは積極的に看取りはしていないが、重度化した時は最善のところに繋ぐし、また状態が良くなったら受け入れるようにしており、必ず行き先を確保している。はつらつプランのアンケートによると、特定施設が特養の代わりになり得るかの質問に、①条件付で75%、②看取り加算を取っている施設は50%以下であった。重度化した場合受け入れられるかと言うと、看取りまで考えているところは半分以下と言うことになる。家族の同意・医療機関との連携・書類の作成などとハードルも高い。また、グループホームは1ユニット9名を3名のスタッフで対応している。その中で看取りをするとすると、人数的な問題が出て難しい。来年看取り加算の見直しがあっても、その点数で補充できるとは思えない。
- (委員) 亡くなる人が発生した時に、普段の人員でやろうとするのは無理。制度上の問題があるが、例えば、訪問看護が外部から入れるような仕組みにしないと、看取りは進まない。介護保険利用者の訪問看護は介護保険利用になるので、介護保険の枠を切り崩すことになり、施設経営が難しくなる。また、施設で訪問看護が入っていない場合、何かあったらすぐ医師に電話が入るので、施設に行く医師のモチベーションが低下している。
- (委員) 救いの手は救急車になって、救急車の出動が多くなる事になるので、そこもどうにかしていかなければならない。
- (委員) 住宅型有料老人ホームというのは、本来利用料や家賃等で経営が成り立つ方法を考えるべきであるが、併設しているデイサービスやヘルパーステーションの利用を入れて経営を考えているので、外部のサービスが入りにくくなっている。施設が介護保険限度額ありきの介護サービスになっていて、サービスを限度額いっぱい入れるところも多い。必要なサービスを必要のところだけ入れるようにしないといけない。制度上の問題もあるが、指導の面でも考えてもらいたい。
- (事務局) 今の話からすると、サービスの部分も想定して計算してある訳だから、

サービスが入れられないならば、家賃がもっと上がらないと成り立たないと言うことになるのか。

- ・（委員）その通り。
- ・（委員）ヘルパーのサービスは1対1なのに、サ高住で何室かの利用者を同時訪問しているケースもあり、それは不正だと思う。しかし不正なサービスだと思っても、ケアプラン上は利用者が望めば不正とはならない。介護保険は利用者本位なので、抜け道はある。
- ・（委員長）時間が足りなくなってきたので、ここで言っておきたいことがある方があればどうぞ。
- ・（委員）介護サミットの「看取りの場所について考える」はとても良いディスカッションだった。ああいった企画を熊本でもできないだろうか。多くの方に考えるきっかけになる場を設けたい。

## （2）報告事項

- ・熊本市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について  
事務局より説明（議事略）
- ・多職種連携に向けた取り組み（研修会、活動発表会）  
事務局より説明（議事略）
- ・市民啓発の取り組み  
事務局より説明（議事略）
- ・（委員長）報告について質問や意見はないか。  
特になし

## （3）その他

特になし

以上