

平成26年度 第1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5月1日（木）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 11名（五十音順、敬称略）

浅見 直美、今村 文典、緒方 美穂、木村 浩美、佐藤 英一、園田 寛、
田島 和周、古川 猛士、村田 秀博、後藤 慶次（オブザーバー 野津原 昭）

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）在宅医療の体制と課題について

（2）平成 25 年度実績報告

（3）平成 26 年度事業計画（案）

（4）その他

・熊本市高齢者保健福祉計画・介護保険事業について

・第 15 回介護保険推進全国サミットinくまもとについて

・医療・介護サービスの提供体制改革のための財政支援制度について

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）それぞれの立場から全員に意見を願います。
- ・（委員）4月の診療報酬改定で、在宅支援診療所の医師が何人かやめられた。特に住宅型の施設では問題となっており、急変時の対応が不安。24時間対応ができず、在宅から遠ざかることにならないか心配している。
- ・（委員）退院支援の試みについて紹介する。訪問看護師の退院支援への関与が有効だと言われているが、複数の訪問看護ステーションがチームとなり、1つの病院の退院支援に関わっていくようなモデル的な取り組みを実施しようと考えている。外部の力を活用した退院支援やそれに伴う情報交換をおこなってみよう計画しているところ。
- ・地域での看取りについて。施設が増えて、家ではない終の棲家に医師や訪問看護師が入ることが多くなっている。看護協会でも情報交換等について研修会を行ったところ。施設にも医師や看護師がもっと入り、看取りにも関わっていきたい。そうすることで施設スタッフも心の準備ができて、不必要な救急車利用の減少といった効果が生まれると思う。
- ・（委員）診療報酬改定の件で補足。施設での数十名単位の訪問診療によって粗利を

得たり、紹介業者へのキックバックなどが問題になって、施設へ訪問する場合の在宅医学時総管理料が4分の1に切り下げられた。施設を中心に訪問していた医療機関には厳しい改定であり、全国的には診療所を閉めたところもあると聞いている。結局は、施設入居者が憂き目を見ることになる。新しい施設では、入居者の主治医のなり手が見つかりにくく、急変時の対応と日常療養も手薄になることが考えられる。

- ・ 施設での看取りについて。施設では、介護士が看取りに対応しているが、人が亡くなっていく経験がないので、経験や教育が必要になる。夜間のサポート体制や、ホスピスなどから教育を受けることも大切だろう。施設での看取りの場合、1例目が大切となる。支援チームを作ってサポートし、2例目に繋げていく必要がある。
- ・ また、退院支援については、特に拠点病院では以前に比べて良くなっている。ドクターネットなどでは、在宅側が共有する情報のスタイルを統一する話をしているところ。求めている情報が何か伝えられるようにしたい。
- ・ 患者情報の共有については、各職種間での共有に無駄が多いと思う。患者宅にノートを置いて、関係者が書き込むようになっていたが、患者宅でしか見ることができない。アナログでなく電子で情報共有ができればいいと思う。共有ツールはすでにシステムとして出来上がっているのに、財政的な支援があれば活用できないか。市内で統一して使えればありがたい。
- ・ (委員長) あまり予算がないだろう。
- ・ (委員) 開発すれば多額の予算がかかるが、すでに出来上がったものを使えばそれほど費用はかからない。運用の仕方だと思う。
- ・ (事務局) ネットでの情報共有については耳にしているが、実際の運用ではカルテのほかにも入力する手間がかかるので、根付かないという意見もある。
- ・ (委員) スマホからカルテに転記できる、またはその逆であると良い。
- ・ (委員) ここ数年で急性期病院も在宅の視点を少しずつ持てるようになってきた。連携室経由だけでなく、病棟でも介護と連携するようになってきている。医療と介護の相互理解と連携では、いくら講演会を開いてもなかなか実際の支援に結びつかないという問題点があるので、症例を通して院内で研修をしていくのが効果的だと思う。病院でも地域との情報交換の場をもっと作っていったら良いと考える。退院前カンファも以前より開催されるようになり、緊急時の対応や看取りについても確認しているので、退院後の困りごとは減ってきていると聞いている。
- ・ 小児在宅について。以前は、NICU退院後の医療依存度の高い患者の在宅医が見つからなかったが、ドクターネットやそれ以外の内科医が4～5ヵ月の呼吸器をつけた患児を受けてくれる例もあり、良くなっている。ただ、病院の在院日数が短く中で、ずっと入院していきたい、家では無理と言う患者も多い。その意識を変えるためにも市民啓発が必要だと思っている。
- ・ (委員) 医師会と公的病院の連絡会で、救急病院の受診の仕方が話題になった。本当に救急医療が必要なかわからない例があるということ。施設での看取りの取り組みや、事前指定書を活用して患者や家族の意思を確認していくことが必要ではな

いかと考えている。急変時に入院できる病院（基幹病院以外）のネットワーク作りについても話し合っていきたい。

- ・（委員）在宅でも施設でも、介護福祉士が一番利用者に近い立場だと思う。看取りについては特養ではそれなりに進んでいるが、それ以外では難しい状況がある。施設の形態別研修などが必要かと思う。人材不足は一番の問題で危機感を抱いている。処遇の改善を求めるなど、早急な取り組みが必要であるが、その為には介護職員の資質向上を行わなければならない。
- ・（委員）退院支援について。診療報酬改定に伴い、病院の在宅復帰率のしびりがでてきたため、これまでリハビリを受けていた人ができなくなったり、在宅復帰が見込めない人が受け入れてもらえなくなる可能性がある。これは退院支援を考えていく上で重要だと思う。
- ・ 日常の支援について。介護と医療の連携では、介護保険と医療保険で線引きがあるため、出来ることと出来ないことがある。例えば、ショートステイやデイサービス利用中に具合が悪くなったとき、かかりつけ医が往診することができるのかははっきりしないところがある。
- ・ 急変時の対応について。本来、事前指定書は本人が元気なうちに書いておくものであって、家族が書くものではない。また、医療者側の逃げ道になってはいけないと思う。事前指定書については、市民に理解してもらわなければならないが、時間がかかるだろう。
- ・ 看取りについて。岸和田のデータでは、死亡場所が病院は75%、自宅は16~18%。自宅での死亡のうち48%は死体検案を受けている。本当の在宅看取りは半数以下の44%であり、本当の在宅死が増えているとは言い難い。がんの在宅死は増えているが、高齢者の在宅死は増えていない。また、都道府県別で見ると東北のほうが在宅死数が高い傾向があるが、市町村別で見ると、地域に熱心な医師がいるところが高く、その分布はバラバラ。看取りを増やすためには、地域に熱心な医師を増やし、ある程度集約することで働きやすい環境を作ることが必要ではないか。熊本には大規模在宅診療がないので、診療所どうしのネットワークと病院との連携が鍵になると思う。
- ・（委員）退院支援の相互理解について。多職種連携会議で聞いた意見だが、介護側は病院の連携室に担当者がいると連絡が取りやすく、安心との声が多く、連携室からは患者にケアマネがついていると安心と言われた。また、患者は担当ケアマネを知らなかったり、介護保険を申請したかさえ分からないことがあるため、介護保険のこともすぐに分かるシステムがあると良いと思う。リハスタッフからは在宅での生活情報もほしいという意見があった。連携シートによる主治医との情報共有だけでなく、最初から生の情報を直接聞きたいし、退院後の情報も聞きたいとの意見があった。今後は、研修会を個別課題の解決をしていくような場に発展させてほしい。
- ・（委員）4月に熊本リハビリテーション病院、熊本機能病院、熊本託麻台リハビリテーション病院と歯科医師会で病診連携の協定を結んだ。退院患者の歯科訪問をすることとなり、入院時から患者状況を把握して退院後も主治医として継続するか、

近隣の医師に引き継ぐという形を考えている。

- ・（委員）ケアマネの立場から。ケアプランは、日常療養のアセスメントだけでなく、急変や予後予測、最期はどこで過ごしたいかということまで視野に入れて行わなければならない。しかし、利用者が自宅での最期を希望した時に、かかりつけ医が対応しないとなると誰に相談して良いのか分からなくなる。また、急変時には家族の意向で大病院を受診されることもあり、その結果、本人の希望が叶えられないこともあり、やはり事前指定書の活用が必要と考える。本人だけではなく、家族と一緒に何度も見直して考えることが良い。どこまでの家族が共有するかも大切。身近にいる家族が分かっている、突然帰ってきた家族にひっくり返されるケースもある。
- ・ 看取りまで考える場合、医療スタッフからケアプランへの助言が必要であるが、どんなに研修を重ねても上手く連携が図れないことがある。研修に出席される医師は在宅医療に熱心なので、研修でのやりとりでは問題はないが、実際の場面になると、往診しない医師もいて相談できないこともある。医師間でも在宅医療の情報共有をしてもらって、ケアマネへの助言方法を研修してほしい。
- ・ 利用者が急性期病院に入院されると、ケアマネは情報提供書を持っていくが、その後、回復期病院や維持期病院に転院された場合、ケアマネからの情報が止まることもある。情報が流れるように教育をしてほしい。また、現在は地域医療連携室だけでなく病棟でも退院支援を行われている。病院でのケアマネのコンタクト先がどこなのか、どこに情報を持っていけば活かされるのか分かりやすくしてほしい。
- ・ また、利用者にはどんなことでも何度でも説明する必要がある。状況に応じて理解が深まったり、タイミングが必要なこともある。利用者の状況に応じてどのように説明するか、ケアマネに対する研修や教育が必要だと思う。
- ・（委員長）皆さんの立場からいろいろ話していただいた。内容は事務局で集約してもらってまた検討する事としたい。

（２）平成25年度実績報告

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）平成26年度事業計画（案）

事務局より説明（議事略）

- ・（委員長）平成25年度から多職種連携研修会を行っているが、研修会を契機にして、連携の会が出来ている地区もある。全体の底上げの為には研修会を継続したほうが良いと思うが、行政がどこまでやればよいのかという問題もある。
- ・ 市民啓発や看取りについても意見はないか。
- ・（委員）熊本にはホスピスが多くあるが、ホスピスや緩和ケアを行っている病院や診療所で、くまもとホスピス緩和ケア協会を立ち上げている。看取りの実践的教育をする場合は、ホスピスで実際にスタッフに教育をしている人が講師としてふさわしいと考えている。すでに協会メンバーには講師の了解を得ている。効果的に教育

を行うためには、対象者を絞り、出前講座的に行うことが良いのではないかと考えている。

- ・（委員）各区で世話人会を開いており、そこが中心に動くのかと思うが、その中に今の情報を流すと相乗効果が生まれてくると思う。

（４）その他

事務局より説明（議事略）

以上