

令和 3 年度

第 2 回在宅医療・介護連携推進協議会

会 議 録(要旨記載)

日時:令和 3 年 11 月 25 日(木)午後 1 時 30 分～
会場:オンライン (事務局:防災センター)

1 出席者

<委員>

伊 藤	健	(浜名医師会)
鈴 木	隆	(浜名医師会)
塩 野	州 平	(浜松市薬剤師会)
内 山	大 輔	(介護老人保健施設まんさくの里)
鈴 木	織 江	(浜名病院地域医療連携室)
夏 目	志津子	(市立湖西病院在宅支援室)
前 田	幸 代	(訪問看護ステーションはまな)
松 井	喜 恵	(湖西市訪問看護ステーション)
内 藤	加代子	(地域包括支援センター湖西白萩)
浅 井	恵 子	(ケアプランセンター陽菜)
稲 本	直 子	(サンシティあらい)
吉 田	朝 子	(湖西市社会福祉協議会 介護センターこさい)
山 下	いづみ	(有識者 浜松市医師会)

<事務局>

牛 田	知 宏	(浜名医師会)
石 田	裕 之	(健康福祉部高齢者福祉課長)
琴 岡	文 乃	(健康福祉部高齢者福祉課地域包括ケア推進係長)
尾 崎	里佳子	(健康福祉部高齢者福祉課保健師)
松 井	美智子	(在宅医療・介護連携支援センター相談員)
村 越	正 代	(健康福祉部健康増進課長)
小野田	健 児	(健康福祉部健康増進課課長代理)

2 会議次第

1 開会 挨拶

2 議事

- (1) 訪問診療自給率を上げるための取り組みについて ……資料 1
各立場からの受け入れ困難の事例・要因(疾病・状況等)
- (2) 在宅医療データベース調査及びお助けブックについて ……資料 2
- (3) 湖西市の地域医療の状況について(健康増進課)
- (4) その他 ……資料 3

3 次回案内

次回 2月 24 日(木) 予定

3 会議内容 午後 1 時30分開会

開会

1 あいさつ

高齢者福祉課長）今日は、ご多用のところ、湖西市在宅医療・介護連携推進協議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

それでは、ただいまから、湖西市在宅医療・介護連携推進協議会を開会させていただきます。それでは、議事の進行については伊藤先生よろしくお願いします。

伊藤会長）私は本日、司会を務めさせていただきます浜名医師会会長の伊藤でございます。宜しくをお願いいたします。

最初に資料の確認でございますが、事前に資料を送付させていただきましたが、皆様ご持参いただいておりますでしょうか。ご持参いただいていない場合は画面にて資料の共有をしていきますのでそちらをご覧ください。

2 議題

(1) 訪問自給率を上げるための取り組みについて

伊藤会長）それでは議事にはいらさせていただきます。

議事（１）の「訪問自給率を上げるための取り組みについて」事務局から説明をお願いします。

事務局説明 資料 1)

前回の協議会后頂いた意見を対応分類別にまとめた。今回は自給率の部分を配った。まずは情報収集として NO.1 に記載があるようにどのような対応を求められることが多いとか、対応が難しく受けられないのはどのような事例かなどの意見を委員の皆様からいただければと思う。

伊藤会長）事務局の説明は終わりました。各立場から受け入れが難しかった事例や要因、もしくは、受け入れを断られた事例等を伺いたいと思います。

まずは事務局の牛田先生から。

事務局 牛田医師）受け入れについて困った事例として ①病状の受け入れができないまま在宅に戻ってきた。もともと診ていなかった事例。痛みコントロールもできていなかった。帰ってくれば不安が強くなり病院に帰りたいとの繰り返しであった。②今まで診ていなく把握できていない事例に対し、訪問看護事業所 2 ヶ所導入することになり指示書を書くことが困難な状態にあった。（仕組みの問題）③癌末期（小児）で両親へ余命告知がされていなかった事例。結局は病院から告知したが退院後 1 週間で誤嚥し再入院となり病院で亡くなった。

内容を精査しないと簡単に受けられない。特に今まで診ていない事例に関

しては、余計に精査が必要。

伊藤会長）続きまして順番にご意見をいただきたいと思います。

鈴木隆委員）医師の立場から言うと困った事例は特にはない。保険請求の問題。細かい決め事があり難しくやってみて初めて分かることもあり敷居が高い。もっと簡単だと参入し易い。

事務局（牛田医師）昨年多職種研修をしていただいた磐田の福本先生のとこが訪問診療に詳しく、事務職向けに個別のレクチャーや見学ができると聞いている。今後すすめていきたい。

鈴木織江委員）病院側としてできることは、急変した場合レスパイトや在宅を希望されていても大変となり病院に戻られる場合、できる限り受け入れができるように考えている。浜名病院の課題としては、救急対応が院外や整形外科医等が多く、予測できる救急対応なら良いが、脳梗塞等予測できない場合の受け入れが困難となることが多く、他の病院で亡くなる場合もあるため対応策について話し合いを重ねている。

夏目委員）湖西病院の緩和ケア外来での訪問診療を開始し、少しずつ実績を作っている。往診ができないので、対象は自宅で過ごしたいが、最後の看取りは病院を希望する方になる。現在は太田医師1人の対応になる為、癌の患者が中心になっているが、いずれは呼吸器疾患や心不全の患者のターミナルケアにも対応できるようにしていきたいとは考えている。自宅での看取りを考えている方は、ケアマネから、検討する往診医を提案してもらうことが多かったが、自分たちの方から働きかけできると良いと思っている。シズケア＊かけはしの在宅チーム共有システムは利用していてとても情報の把握がし易い。いずれ活用してケアマネや薬剤師と連携していければ良いと考えている。

前田委員）訪問看護としては、人員に問題がなければ、どんなケースでも対応できる。末期の方は特に先生達との仲介役が必要かと思うので病院から細かい情報収集（看々連携にて行い）伝えることを心掛けている。医療度が濃く複雑なものは、ケアマネから病院看護師を紹介してもらい直接やりとりして、かみ砕いて内容をケアマネに伝えることができると思っている。末期になればなるほど、薬剤も多くなる。事務もエキスパートでないと大変。他の市町だと、医師会や行政がその役割を担っている。

塩野委員）薬局が訪問に行く前に断られるケースがまだ多い。薬が届けば

それで良いと思っているご家族が多い。癌末期の方等は余計にどのように使うか、管理するかを丁寧に説明して理解してもらうことが必要となってくると思うが、薬局で薬をもらうだけになってしまう。主治医、ケアマネ、訪問看護師から必要性を話してもらい「薬剤師に入ってもらうね。」と話してもらうようになることが良い。症例を重ねていくことが大切だと思っている。

内山委員) 訪問リハは家から出られるために行うことが多いので、寝たきりの方は少ない。可動域訓練が主。家で生活ができるだけ長くできるようになりハビリ。痛くならないようにリハビリをとの希望が多い。

稲本委員) 小規模多機能だともともと在宅での看取りを希望する人が少ない。最後は病院を希望する。在宅だとどの医師が診てくれるのか勉強が必要。薬局に訪問してもらっている方はおられるので、薬剤師とは話ができ、主治医に相談する等の対応はできている。これが進めば訪問診療につながっていくこともあるのかとも思っている。

山下委員) どのタイミングでの訪問自給率を上げるのかでも対応が違ってくる。末期で家で暮らせる間だけと思っている方、まだまだ療養期間がある方、もともと看ているチームがある、主治医だけに訪問してもらう場合等様々。湖西の目指すところはどこか。腕も腹も見える関係作りができるチームが作りやすくなると、最近の研修で聞いた。この規模の市町なのでお互いの顔が見える関係づくりはできつつあると思うがそれが深みを増していくと良いと思う。訪問診療は主治医だけではなくチームメンバーが整わないとOKとは言えない。地域包括ケアシステムの構築がどこまでできているのか、どこができていないのかを整理する必要があると思う。。

浜松は訪問診療をしている医院が多いので在宅での看取りは非常に多い。ただ、患者さんとのコミュニケーションが取れないまま見送るケースも多いと聞いているので受ける場合の情報提供は大切だと思っている。

松井委員) 訪問看護としてすごく困ったことはない。湖西市は訪問診療される先生方の負担が大きいと思っている。先生の負担が軽くなるような訪問看護の入り方があればと考えている。ICTが進んできているので、訪問看護が行き画像で医師と連携できれば、負担の軽減も図れると思う。シズケア*かけはしを活用し、潤活にできればと思う。

吉田委員) いつまでも住み慣れた所で生活するという意味では、できればかかりつけ医に最後まで診てほしいという意見があり、訪問診療していない場合どうすればよいかと相談を受けることがある。少しでも訪問診療が

やり易い方法があると、地域の方がありがたい。

内藤委員) こちらの包括や居宅圏域については訪問診療についても、かかりつけ医がそのまま診てくれているのでありがたい。山下さんが言われたようにシチュエーションは様々だが、病院に行くのが困難になっている方は増加しているので、訪問診療について理解してもらう必要がある。訪問診療についてのパンフレット、紙面をもって説明し理解してもらったほうが良いと思う。今回、他市の病院から2名ターミナルの紹介が包括にあったが、病識がないまま、退院カンファレンスなされず、介護保険の受け入れもできていない、身寄りすら分からない状況での紹介。今後が心配されるが、私たちもどの様に関わっていけば良いかまだ決まっていない。病院から在宅への連携をしっかりとしていかないと、訪問診療もできかねると感じている。

浅井委員) ケアマネとして在宅の患者さんをみていると、かかりつけ医に最後までみてほしいが訪問は断られると次の訪問してくれる先生を探すところから始まる。利用者として関わりが長い方はケアマネとの信頼関係もできているが、突然の病院からの受け入れになると、コロナの関係もあり退院カンファレンスもなく、病院の相談員の方とだけの話だけでの受け入れとなる場合も多い。関係性もない上、病院から主治医を決めてくださいと言われると、ケアマネとしてすごく困る。湖西病院の緩和ケアと繋がり良かった事例もあった。かかりつけ医に診てもらえるとありがたい。訪問診療医と訪問看護(緊急時加算があれば、看護師が最初に訪問してくれる。)に連携してみただけしているのはありがたい。

伊藤会長) 湖西市で連携が密にできるように、湖西市ルールを整えていければ良い。ご意見ご質問のある方はいらっしゃいますか。

山下委員) 癌の末期のケースは多いですか。

前田委員) 化学療法後とか、県立がんセンターからの紹介は点滴希望で毎日行ったり、24時間対応の医師にお願いするケースが多い。クリニックではポンプ類の調達が難しい。薬剤に関しては、薬局の訪問診療との連携で助かっている。ぜひ市役所の方、医療機械の調達について先生達が困らないようにして欲しい。

山下委員) 麻薬利用を痛み止めでの使用となると、医師薬剤師共に資格が必要。調整をしている間に患者が亡くなることもある。

(2)在宅医療データベース調査及び
お助けブックについて

事務局) 連携支援センターへの相談は個別のケースではないが、病院相談室から、癌末期で、訪問診療してくれる先生についての相談が、多々ある。癌末期の患者は、訪問看護についても介護保険ではなく医療保険での介入になる。病院より診療所の先生に患者情報を提供した上で受けるか受けないかは決まる。センターとしては訪問診療している先生の紹介のみとなる。サービス利用については、家族の介護力やお金の問題も発生するため、前に3人のケアマネが言っていたように家族背景・家族力や住環境の確認も重要になってくると思う。病院から在宅に戻る場合は、病院相談室等からの情報提供や連携が重要だと思う。

伊藤慎一委員) <書面代読> 歯科の立場から受け入れ困難な事例は、①完全寝たきりの状態にて口腔清掃難しく、さらに清掃を行うことで誤嚥するリスクが高い場合 ②重度認知症にて意志の疎通が難しく、更に解除を交えても開口が困難である場合 ③肝炎、H I V等の血液を介して感染リスクのある疾患のある場合、訪問での感染対策は難しい。④心、肝、腎疾患等の多数の疾患のある場合は免疫低下による易感染性が心配され、処置がかなり限られる。⑤上記疾患及びそれに伴う抗凝血系の服薬をしている場合はほぼ抜歯等の観血的処置は困難と思われる。(止血困難のため)

伊藤会長) 事務局から説明をお願いします。

事務局 資料2) 1. 在宅データベース調査は、皆様の意見により毎年行い実施については例年同様とする。薬剤師会については、依頼先を塩野先生か薬剤師会か、現在調整中。

データベース調査については、アンケート用紙を添付している。1か所修正があり、歯科の4行目の尾崎歯科医院を伊藤歯科医院に修正。

調査項目については昨年同様としているが、ご意見ありますか？

無い様なので ⇒ご協力をお願いします。

2. 湖西市在宅医療・介護「連携お助けブック」修正・追加内容については資料のとおり修正を予定している。19～23 在宅シュミレーションの介護サービス単位数については、現在一部の委員の方に修正を依頼している。宜しくお願いします。

また表には記載がないが、C-2 歯科医師会一覧、あさくら歯科医院、湖西歯科を削除する予定。その他公開までに変更があればその都度追加予定。用紙については改めて送付する。

伊藤会長) ご意見ご質問ありますか。

一同) 質疑応答なし。

(3)湖西市の地域医療の状況について	<p>伊藤会長) 事務局から説明をお願いします。 事務局 健康増進課 資料 3) について説明</p> <p>伊藤会長) ご意見ご質問ありますか。 一同) 質疑応答なし。</p>
(4)その他	<p>事務局) 20 年間湖西市が所管している訪問看護ステーションについて、県の指導により保険者である市が直接事業に関わるのは宜しくないとの意見、令和 4 年 4 月より新規加入する事業所が 2 事業所あるため、令和 4 年 4 月より休止後、廃止となる。</p>
3 次会案内	<p>次回 2 月 24 日 (木) 予定 宜しくお願いします。</p>
4 閉会	<p>それでは以上をもちまして、湖西市在宅医療・介護連携推進協議会を終了させていただきます。</p>