

令和2年度 第7回 座間市在宅医療推進協議会 議事録

日時：令和2年10月13日 午後6時30分～午後8時

場所：サニープレイス多目的室

欠	松山 斉久氏	○	佐久川 拓郎氏	○	吉田 勝重氏	○	根岸 このみ氏
○	須藤 真行氏	○	富山 浩平氏	○	坂間 大介氏	○	大石 立子氏
○	吉永 耕子氏	○	石黒 宏昭氏	○	筒井 すみ子氏	○	落合 純一氏
○	藤川 純子氏	○	石川 孔明氏	○	嶋崎 優氏	○	小林 孝行氏
○	野中 京子氏	事務局：小林係長、田中副技幹、板倉主事					

1 開会

2 在宅医療連携支援室より1か月間の活動報告（嶋崎委員）

ア）地域の医療・介護の資源の把握

医療機関用の調査票の見直しを行っている。医療機関と特にケアマネ、座間市の介護支援専門員協会に依頼し、今月中に意見をまとめて頂き、来月の医師会定例会で承認をもらう予定。

カ）医療介護関係者の研修

9月18日ハーモニーホール大会議室および各事業所でリモート研修会を実施した。会場参加者9名、リモート参加者19名、合計29名参加。今年度中にあと2回の研修会を計画している。第2回は多職種連携について、介護支援専門員との共催を予定。グループワーク形式で、入院時診療情報提供書を作成後2年経過し、現状どうなっているか、それに伴い入退院時の課題にまで話が及ぶと望ましい。

キ）地域住民への普及啓発

今年3月に延期した人生会議について、市民参加型のオープン研修予定。講師は座間総合病院の田所先生に依頼している。

ク）在宅介護に関する関係市町村との連携

前回市から示された手引きの改定によって市の業務ではなくなりましたが、その他という位置づけで近隣市町村5市とは引き続き連携をとっていく。11月27日に開催予定であり、出席者は連携室から相談員1名、介護保険課職員1名で計2名参加予定です。

3 ワーキングチームより活動報告

9月17日 石黒委員、石川委員と会議の性格や会議が目指していく方向についての話し合いを実施した。新メンバーの加入でデイサービス連絡会、MSWの連絡会の早期設立を目指す。今までの流れを確認している状況。年度内に何かアクションが起こせ、報告できたらと思う。

4 在宅医療における課題の抽出

・事務局より、課題抽出についての補足

(須藤委員)

前回の会議から今日の会議までに、気になる2つのケースがあった。1つ目は70歳男性、妻と二人暮らし。妻がほぼ寝たきりで夫が介護しており、行き届かない部分も多いが夫はどこにも連絡していない様子だったため包括へつないだ。

2つ目は、母78歳と娘51歳の2人暮らし、娘は統合失調症あり。以前は二人でメンテナン스에来ていたが徐々に娘が来られなくなり、引きこもりの状態になっているということだった。年齢的に包括の守備範囲ではないため、どこに連絡すべきかわからない。高齢化や8050問題が歯科診療現場でも問題になった。

(高間委員)

1つ目のケースは立野台包括につないだ。2つ目のケースは娘の支援であれば座間市生活援護課の自立サポートへ。

(須藤委員)

迷ったら包括支援センターに相談でいいか。

(高間委員)

包括から適切な部署につなぐ。

(大石委員)

訪問看護師が看取りに介入する場合医療保険の場合が多い。座間市では在宅での看取りはあまり多くないのが現状。割合は末期がんの利用者が多く、看取りが始まるとあれよあれよという間に1～2ヶ月程度で終了するという場合が多い。先日、末期がんの方が退院し、その日に急変したため計3回入らざるを得なかった。その日のうちに亡くなったが、退院当日の介入はできないことになっているため請求はどこにもできない。まれな例ではあるが事業所の自腹になる。

発熱で緊急対応・訪問が増加している。熱があると、受け入れ先の病院に限りがあり、入院調整が難航する。往診医が入っている場合は、先生がPCR検査を依頼したり、スムーズに話が進み、入院先がすぐに決まる。座間でも救急車で1～2時間待たされるといことはあるが、往診医が関わっていれば10～15分で入院先が決まるため往診医がいるとありがたい。

(嶋崎委員)

往診医がいない訪問看護もあるか？

(大石委員)

往診医のいない訪問看護のほうが多い。病院やクリニックの先生から訪問看護指示書を頂き、その依頼とケアマネのプランニングがあれば介入可能となる。

ご家族の介助や自分で病院に行ける方は往診医がつかないので、往診医が介入している

方は在宅が長い方や外に出られない方に限られる。座間は往診医も少なく、松山先生や4～5人の先生が活躍していますが、先生方も大変な思いをされていると思う。

(嶋崎委員)

そういう方の場合、紹介された病院に戻れない？紹介して終わりになる？連携というところではどうでしょう。

(大石委員)

先生とは毎月報告書等で報告をしたり、外来に行く際に手紙を持って行ってもらうこともある。クリニック等の小規模な病院では直接電話で話すことも可能だが、国立病院や大学病院等大きな規模の病院では先生と直接話すことは難しい。医療連携担当のソーシャルワーカーや看護師を通して連携をするという状況。ご家族と本人と病院との間で緊急時は病院に戻るという約束ができていれば戻れることもある。先生が非常勤であればつかまらないことも多々ある。緊急当番の病院があり、指示書に搬送時は当番病院優先と書いてくる先生もいるので、自分のかかっていた病院に必ずしも行けるわけではない。

(嶋崎委員)

在宅で訪問看護を受けている人のシステムがきちんとあると、救急隊も訪問看護事業所も楽だと思う。一般の人と同様で当番病院に搬送されるということは課題だと思う。

(石黒委員)

日常生活のちょっとした困りごとに関してわかりやすいパンフレットとかあるといい。市の案内は高齢者に分かりにくいことが多いと感じる。包括では当たり前持っている情報かもしれないが、我々事業所も答えられるツールがあると便利だと思う。

(高間委員)

おむつや個別収集等市でやっているものは高齢者保健福祉のしおりというのが毎年あるので事業所に一つ置いてもらうといい。行政以外の移送サービスやお困りごとに関しては包括に聞いてほしい。

(藤川委員)

末期がんの方を4人担当しているが、4人とも在宅での看取りを希望している。コロナ禍で面会が制限されているため、最後まで家で過ごしたいと希望される方が多い。以前より看取りの対応をしてくれるところも増え、在宅での看取り自体も増えている印象がある。

老夫婦世帯や介護者に支援が必要なケースが多いと感じる。ご本人の支援のためだが、家族の支援が増えているのが現状。

先ほどの大石委員の話にもあったが、訪問看護が入っていて往診の先生がいない場合、急変し心肺停止で搬送されると、全く知らない病院だと搬送された時点で死亡診断書を書けないと言われ、遺体検案書を作成するため横浜の病院に搬送され警察も介入する。自然に亡くなった場合でも警察が介入するということはお家族にとって抵抗が大きい。かかりつけ医はとても大事だが救急医療の当番制ということもあって必ずしもかかりつけの病院に搬送されるとは限らない。

医療連携室の研修会を一緒にやらせてもらっているが、訪問看護の方からよく聞くのは、入院時サマリーを書いても退院時のサマリーがもらえない。退院してから退院しましたという連絡をされる場合もある。

週末や連休、年末年始になると退院時支援ナースやMSWが休みに入ってしまう連携ができないということはあるが、入退院時の連携に関しては7、80%くらい情報を提供すれば退院のタイミングや先生の考え等を教えてもらえる入院時診療情報提供書があることで助かっている。

(落合委員)

認知症の方が増えている中で、退院後のゴミ出しやゴミ屋敷問題で地域から排除されてしまうこともあると思いますが、退院時の支援はどのようなになっているか知りたい。

(高間委員)

認知症の独居の方はキーパーソンがいないということでどこの病院のソーシャルワーカーも対応に苦慮している。こちらの対応としては介護保険につなげるところは繋ぎ、ケアマネにつなげるところはつないでいくという形をとっている。しかし、認知症の方に介護保険の説明を理解・同意していただくのは難しく、結局何もなしのままソーシャルワーカーから退院するから地域で見守ってねと電話がかかってくる。見守ってねって言われても見守り切れない状況です。何かあれば近隣住民から包括に連絡が入るという感じです。その方がまた再入院するとか、地域に思い切り迷惑をかけるとか大変な状況にならないければ物事が動かないと常々感じている。

(石川委員)

退院支援の時に地域包括支援センターやケアマネに頼らざるを得ない状況です。病気に関しては退院後も支援できますが、生活支援となると病院は踏み込んではいけない。介護保険については、ソーシャルワーカーからも説明し、その場では了承されていても、いざ認定調査となると、そんなものは必要ないと言ってしまったりする。ご本人の意思となると難しい。その部分の強制力が変わっていかないと難しいと感じている。

(筒井委員)

小規模多機能は24時間365日体制で在宅を支援している。利用者の9割が認知症の方で重度の方も多く、家では対応できないと言われ在宅に帰ることができない状況。インフルやコロナの心配があり、どこまでやるかということは事業所として引き続き考えていなくてはならない課題である。

看取りについては、在宅で看取るか、事業所で看取るか聞くと事業所での看取りを希望される方が多い。在宅のサービスなので事業所で看取ることに對し、迷いもあるが利用者からの希望があるのが現状。在宅と施設との中間という立場であるため、どこをどうやるかということ、これからどうするかということを常に考えている。

(富山委員)

ヘルパーの視点からも看取りが増えている。ヘルパーが看取りに立ち会う機会も増えて

おり、ヘルパーの負担増を感じる。急変時に救急搬送を希望されている利用者のご家族がいて、ヘルパーに対し急変時の対応をしてほしいと要請がある。ヘルパーでは看護師とは違いその判断は難しい。

（吉永委員）

薬局には入退院の連絡が来ない。退院翌日からの薬がないという状況が訪問して分かり、処方箋には一言、本日中の訪問をお願いしますと書かれている。

訪問して退院時処方と同じように出ているかを現場で確認をしている。退院時ケアマネがついていることが多いのでケアマネから一報を頂けると事前に確認ができるのでお願いしたい。

看取りに関しては、居宅療養は24時間対応しなくてはならないが、薬局は少ない人数でやっており難しい。薬局自体の横のつながりもなく、連携のなかでも浮いた存在だと感じている。ICTでつながっていて、いきなり家族が薬を取りに来られなくなったので持って行ってほしいと言われ、訪問すると「指示が朝出たけど知らなかった？」と言われた。ICTでつながっていること自体知らなかったという状況だった。

（坂間委員）

急変時、在宅だにご家族がいる場合が多いが、施設ではご家族に連絡が取れないことがある。先生によっては電話で連絡が取れているならばと電話で先生自ら対応して下さる先生もいる。臨機応変に対応して下さる先生が増えるとありがたい。

救急車だとその場で心肺蘇生をしてくれるが、さらに踏み込んだ高度救命救急医療、点滴や挿管等、治療を望むかどうかというところで判断を迫られるときもご家族と連絡が取れていないと困る。急変時に救急隊にスムーズに情報提供できるよう書類を作成中。

看取りに関しては、老衰期の方に限定している。看取りを開始する時期の判断が難しく、看取りを開始した翌日に亡くなるケースもあれば、看取りを開始したものの元気にされているということもある。看取り委員会を通じて看取りのケアについても方法を検討しているところである。

以上