

令和３年度第２回平塚市在宅医療介護連携推進協議会会議録

日 時 令和３年１１月１１日（木） １６時００分～１７時００分

場 所 オンライン開催 （平塚市役所本館 ４１０会議室）

出席者

○ 委員１５名

高山委員、倉田委員、宮本委員、三觜委員、長谷川委員、草島委員、渡辺委員、稲瀬委員、赤星委員、松原委員、高橋委員、庄司委員、遠藤委員、富岡委員、島本委員

○ 事務局６名

岩崎福祉部長

地域包括ケア推進課（久保課長、相原医療・介護連携推進担当長、澤野主査、塩谷主査、日高主査）

○ 平塚市在宅医療・介護連携支援センター３名

遠藤氏、石井氏、泉谷氏

開 会

１ あいさつ

２ 議題

議事に入る前の報告事項

平塚市在宅医療介護連携推進協議会規則第５条第２項により、定足数である過半数の委員の出席を得て、本協議会は成立いたしております。また、本協議会は平塚市情報公開条例第３１条により公開となっており、会議の傍聴につきましては、平塚市附属機関の会議の公開に関する要綱のとおり、取り扱うことといたします。会議の傍聴者は０名です。

<以下、進行は会長>

議題 （１）平塚市の在宅医療・介護連携推進における課題の抽出

<事務局>

資料１に基づき、説明を行った。

◎ 意見・質問

<会長>

コロナ禍の急な入院について、ケアマネジャー・地域包括支援センターが病院内に入れず、病院との連携が難しい状態が続いています。病院の看護師も、患者様の入院前の状態がよくわからない時も連絡が取りづらく連携がスムーズにいかないケースが増えていると思います。

先日、急性期病院と地域包括支援センターとの情報交換会をオンラインで実施しましたが、Web であっても話し合うと比較的にスムーズに解決しそうな内容もありました。

関係機関で直接は会えなくても Web を活用してこのような意見交換を繰り返し行うことができるよう、きちんと連携ツールを活用していけると良いと考えます。

委員の皆様の中で何か困ったことや、このような方法で行ったらスムーズにいったケース

等があれば教えてください。

<委員>

病院から訪問診療や訪問看護など丁寧に説明してくださっていて、私自身、普段特に困っていることはありません。1つ困る事と言えば、コロナが始まる前は一度病院に伺い患者様とお会いして面会等、挨拶ができました。今は会えないという事ですが、必要な患者様とは関係機関が一人ずつ15分病室に入って御挨拶等できています。病院の退院支援看護師も丁寧にケアマネジャーに対して説明してくださっています。

<会長>

入院に際して、ケアマネジャーは病院へ患者様の情報をFAXや郵送等で渡さないといけないと思いますが、コロナ禍の状況でもその方法で情報は足りているのでしょうか。

<委員>

ケアマネジャーが情報発信し、情報の書式を病棟の看護師に渡していますが、その情報が病院の欲している情報と合致しているのか、という不安があります。書式は病院連携室MSW（医療ソーシャルワーカー）と在宅医療・介護連携支援センター、居宅ケアマネジャーと協議して作成しました。

<会長>

病院に送った情報に関して、病院からは不足している情報の質問はないのでしょうか。

<委員>

重篤な方や家族状況が複雑な患者様については来ますが、ほとんど病院からのバックはないです。本当に活用されているのかという心配がケアマネジャーの中にはあります。

<会長>

お互い話し合いをして必要があれば変えていく必要があると思いますが、なかなか仕組みができていないのでバージョンアップや改善点を見つけるのは大変かと思います。

入院に向けて市民病院では入院前から患者・家族様と面談をおこない、患者様の状態を把握し、予定どおり入院して元の生活に戻ることを意識した取り組みをしているという事ですが、入院前の話し合いにケアマネジャーや入院前から関係している介護関係者等も参加する場合はあるのでしょうか。

<委員>

市民病院ではPFM（入院する前の、外来の時点から入退院支援をする取組）を始めていて、現在は消化器内科のESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）のパス入院、循環器内科の心カテ入院、泌尿器科等いくつかの科で始めています。

外来で主治医と患者様が話し合って入院と決定したら、主治医がパスのオーダーを書くと外来の看護師や薬剤師・事務で話し合い、家族関係やアレルギー歴、既往歴等、病棟で聞き取りしていた内容を入院前に情報を得るという、入院後の病棟での負担を減らす方法で、現在のところスムーズに実施できています。

強いて言うならば施設等からの入院となった場合は、共済病院も同じような情報が欲しいと思いますので、ある程度フォーマットやテンプレートがあれば、前もって患者様毎に作成しておいていただき、入院とわかった時に渡してもらえればスムーズにできると思います。

今は科を狭めて行っているので、スムーズに実施できています。

<会長>

今は割と健康な方を主な対象でやられていると思いますが、在宅医療を行っている患者様に対しては、あらかじめ入院する前から病院が必要とする項目を記入しておいていただき、入院しても病院側に早く情報が伝わるようにすれば、退院に向けて役立つのではないのでしょうか。

<委員>

自分であり表現できない患者様ですとか、家族がいない患者様等は、ある程度地域のほうで情報をまとめたものを作成しておいていただければスムーズにいくのではないかと思います。

<会長>

書式を市のほうにオープンにできれば、在宅医やケアマネジャーが参考にできると思うので、可能であればお願いします。

<委員>

わかりました。

<会長>

オンラインでの退院時カンファレンスは、各病院やカンファレンスに参加する方の環境が整っていない面もあると思うので、まだまだ試験的に実施していくしかないと思いますが、前回の協議会から何か変わったことがありましたら教えてください。

<委員>

以前一度実施しましたが、その後はありません。技術的にはできる事はわかりましたので、セットアップを関係者で行えばいつでも可能だと思っています。

<委員>

病院の環境だけではなく、先方の環境の関係もありまして、今一つ進んでいない感じもありますが、互いに慣れてくると広くできるようになってくると思っています。少しずつ実施してはいます。

<委員>

私の患者様に対しては、最近は行ってはいません。コロナで多少控えている部分もありましたが、退院支援室では通常どおり実施していると思います。

<会長>

次に、「退院して在宅に戻るにあたり、住環境の整備、コーディネートなどが必須となるので病院側の方との協力、調整が必要。ADL表やアセスメントなどその日からのケアが流れよく出来るような対応相談受口の一本化」と記載がありますが、以前、共済病院で退院時模擬カンファレンスを実施していただきましたが、なかなかすぐにはケアマネジャーや介護関係者さんにはこのような情報が伝わらないと思います。相談窓口は病院によってそれぞれ連携室になると思います。ケアマネジャーや介護関係者が連絡すると対応いただいていると思い

ますが、介護関係の皆様は病院の連携室に連絡をすれば比較的スムーズに情報を頂けているのでしょうか。まれには個人情報関係で伝えられないなど言われてしまうこともあるかもしれませんが、いかがでしょうか。

<委員>

退院支援の看護師さんやソーシャルワーカーさんから在宅に向けて必要な福祉用具やADLなどは詳しく教えていただけて、大体の介護支援の見通しがつきます。最終的には、ケアマネジャーが御本人・御家族の御希望を聞きながら詳細を詰めていきますので、さほど困ることはありません。

<委員>

訪問介護の方々は、ケアマネジャーから情報を得てから退院に向けて必要な機材はコロナ禍でもスムーズ揃えることができているのでしょうか。

<委員>

概ね器材は確保できています。時折、病院で指導を受けた器材と実際に福祉用具から運ばれている器材が違う場合もあるので、退院時のコーディネートをしっかりお願いしたい。

訪問介護職員が一番回数多く訪問に入りますので、情報は直接看護師さんに聞ける場合がありますが、基本的にはケアマネジャー経由で情報を頂いています。

お客様が退院してすぐにスムーズに生活支援に入るためには、退院時共同指導も含め訪問介護職員も話し合いの場に参加できるように積極的に今後なっていくと、お客様が退院したその日からより良いサービスが開始できるのではないかと考えられますので、ぜひ訪問介護も呼んでいただきたいです。

また、情報の一本化に関しましては訪問介護職員も能力差がありますので、口頭ではなく文書やフローチャート等を使用して情報共有の一本化ができるように考えていかなくてはならないと思います。

<会長>

退院時カンファレンスができるようになり、訪問介護の方々も参加できれば、情報の共有ができ迅速により良いサービス提供につながるということですね。

<会長>

次に、在宅療養に関することですが、在宅療養が困難になり、病院に連絡するケースが非常に多くなっていると思います。これを減らすことは難しいことだと思いますが、在宅療養が困難なケースについて、ケアマネジャーや訪問看護の皆様は療養型の病院等に入院させることは多いのでしょうか。

<委員>

在宅療養が困難になってしまう状況をあらかじめ見通せる場合と、緊急的に課題があがった場合とでは変わってくると思います。前者は関わっていく中で在宅療養が難しくなってきた状況となれば療養先の話もしていきますが、緊急的な場合は対応が非常に難しいです。

がんの方や看取りの場合は、先に自宅ではなく緩和ケア病棟の話も出ています。療養するにつれて在宅療養ができるケースも多いので、私たちが「無理」という事ではないといつも

感じています。

最近のケースは、看取り予定の方の介護者が急に具合が悪くなり入院することになり、本人（看取りの方）をどうするのか非常にドタバタしたケースがありました。

この方の場合、関係機関がそれぞれ協力し合うことで、患者様は入院できましたが、緊急時の方が、事前の用意がない状態で連携をどうするのがまさに課題です。

<会長>

緊急時の対応はどうしても病院にお願いする形になってしまいますが、救急病院の対応でなくてもよいケースは、救急病院の負担にならないよう、少しでも開業医や在宅ケア関係者の努力で、不要な入院を減らせるようにすることが大切だと思います。

<会長>

次に看取りについてですが、希望があるケースについては独居であっても訪問診療、訪問看護ステーションがあり、老健、特別養護老人ホームなど看取りができる体制が整ってきていると思います。病院の先生方に伺いたいと思いますが、ここ数年で救急病院での看取りは少なくなっているのでしょうか。

<委員>

市民病院ですが、私が患者様を診ていて、訪問診療・在宅医療を行う開業医の先生方が非常に増えたので、10～20年前から比べるとターミナルケアの患者様を在宅でずっと診ていただき、そして看取ってくれる方々が増えました。病院での不要な看取りという意味ではないですが、看取りはかなり減った印象を持っています。

<委員>

先ほどの市民病院と同じ印象で、確実に減ってきていると感じています。済生会湘南平塚病院に看取りで御依頼があるのは、急性期病院からこれ以上の治療ができない状態での依頼で搬送によりお受けするケースくらいだろうと感じます。

<会長>

例年医師会では、在宅医療を主に行っている医師に年1回アンケートを実施しています。それによると令和2年7月から令和3年6月までの1年間で在宅医療患者様が625人亡くなっています。病院以外の自宅や施設等で亡くなった方が469人、病院で看取りを依頼した方が156人の内訳になります（病院での看取りが約25%）。

7年前は病院の看取りが33.5%、自宅や施設等の看取りが66.5%でした。また、昨年が一番少なく、病院の看取りが19.4%、自宅や施設等で看取りが80.6%です。このデータからも徐々にですが、在宅医療で看取っている患者様の数は増えてきている印象があります。

3 報告

報告（1）医療・介護関係者の研修について

～「急性期病院と平塚市地域包括支援センター 情報交換会」開催報告～

<平塚市在宅医療・介護連携支援センター>

資料2に基づき、説明を行った。

◎ 意見・質問

なし

報告（２）平塚市在宅医療・介護連携支援センター運営について

<平塚市在宅医療・介護連携支援センター>

資料３に基づき、相談の傾向や相談事例などの説明を行った。

◎ 意見・質問

<会長>

コロナ前に比較して相談件数が減っていると思いますが、連携支援センターが医療・介護関係者の情報をまとめた冊子を作成し、ケアマネジャーや施設に配布した効果が出てきているからでしょうか。また、伊勢原市などの近隣市の状況はどうでしょうか。

<平塚市在宅医療・介護連携支援センター>

当センターでは４年前より市内の介護施設が対応できる医療内容や病院の医療対応できる内容を一覧にまとめた冊子を、ケアマネジャーや包括支援センターに配布しています。毎年情報を更新してこの冊子を配布することにより医療・社会資源のお問い合わせは減ってきていると思います。

また、他市とも連携している部分もありまして、他市に関しましてもやはりコロナの影響なのか相談が徐々に減ってきていると連絡をいただいています。

４ その他

（１）今後の予定について

<事務局>

次回の平塚市在宅医療介護連携推進協議会は３月にオンライン開催を予定しています。

◎ 意見・質問

なし

閉 会

以 上