令和元年度第１回平塚市在宅医療介護連携推進協議会会議録

日　時　令和元年８月２９日（木）　１３時３０分～１４時５５分
場　所　平塚市役所本館　４１０会議室
出席者
○ 委員１３名
　髙山委員、小宮山委員、小川委員、三觜委員、泉山委員、小村委員、山崎委員、吉井委員、女屋委員、高野委員、深堀委員、梶山委員、宮崎委員
○　事務局５名
　津田福祉部長、中村地域包括ケア推進課長、相原医療・介護連携推進担当長、塩谷主査、宇山主査
○　平塚市在宅医療・介護連携支援センター２名
　遠藤氏、泉谷氏

開　会
１　委嘱状交付
２　福祉部長あいさつ
３　委員自己紹介
４　事務局紹介
５　会長及び副会長選出
６　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１名です。

＜以下、進行は会長＞
議題　（１）協議会の概要と平塚市の取組について
＜事務局＞
資料１－１、１－２、１－３に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
＜会長＞
現場で感じた課題や意見などを各委員の方々にお聞きしたいと思います。
まだまだ病院からの退院に際し、器材の用意や対応可能な施設を選ぶことは大変だと思いますが、この約２年間で早く進むようになったことや早く見つけやすくなったということはあるのでしょうか。

＜委員＞
以前に比べ病院から退院の情報は早く在宅へ知らせが来るようになりました。今は無くなりましたが、昔は「明日退院するので来てください」ということもありました。今は病院も在宅の準備が確実にできたら連絡をいただき退院の日を決めると言ってくれます。病院での退院時カンファレンスの回数も増え、その場に訪問介護の職員も呼ばれます。逆に呼ばれないと、例えば車椅子の移動をナース２人で行っていたのに１人で行うといったことや痰の吸引を家族に教えると言ったものの在宅へ戻ってきたら出来なかったというケースがあります。
昔に比べれば情報の提供もされており、スムーズに在宅の受け入れも出来てきていると思います。
＜委員＞
以前より早く帰したいという話をする機会が増えてきたと思います。理由として、断らない救急をするためにはどうしてもベッドを空けなくてはならないので、早く地域に戻れる方には戻っていただくということが病院の姿勢の一つとしてあります。
患者さんによくお話することは、急性期病院では危ないと抑制してしまうために入院しているとＡＤＬが下がっていくことが間違いなくあり、患者、家族にとっても早期の退院が望ましいので早目の御連絡をすることが増えているとお伝えしています。
また、独居の方が増えてきたと実感しており、その方々の行き場が難しいと感じています。
＜会長＞
独居の方の御家族と連絡を取ることも難しい。施設に行くにしても話が進まないケースが多いのでしょうか。
＜委員＞
施設もお金の管理をする人や最終的に体を引き受けてくれる人がいない人は受け手がない。その方たちは病院の在院日数が非常に伸びる傾向があります。
＜委員＞
市民病院や共済病院と違って済生会病院は慢性期の病院になります。急性期の病院は医療経済の問題でベッドの回転を早くしなくてはいけません。昔に比べ高齢化が進んでいることや家庭の事情などで急性期病院からすぐに在宅へ戻れるかというと難しい問題があります。
済生会湘南平塚病院では９月１日から４つの病棟のうち２つを回復期リハ病棟に変えました。疾患にもよりますが、特に高齢者にはクッションのような段階が必要だろうと思いますので、３か月から６か月間のリハビリを行って、ある程度は社会で生活ができる状態に戻して、在宅につなげるため、積極的に市民病院や共済病院からの患者さんを引き受けています。在宅へ戻すにしても、施設へ行くにしても本人、御家族が安心して移行できるような体制を平塚市全体の医療システムとして充実できればよいと思っています。
当院も長い間入院をさせておくことはできないので、入院している段階でケアマネ、訪問看護、訪問介護とも十分な連絡を取って、御家族の希望にあった状況で適切な行き場所を探さなければなりません。また、在宅医療の先生方にも引き続き患者さんの引き受けをお願いしていかなければならないという現状もあります。これからも当院ではより中間的な立場で医療と介護の結びつきを強化していかなくてはいけないと思っています。

＜会長＞
　リハビリの人をもう少し受け入れられればいい。
＜委員＞
　地域包括ケア病棟もありますので、十分なリハビリが必要でない患者さんもある程度、時間稼ぎではないですが、受け入れます。
＜会長＞
　介護している方も高齢になってきています。病気で介護している方は済生会に入院をお願いすることになります。
＜委員＞
　女性の社会進出が進み、活躍されていますので、高齢の方が家に帰っても面倒が見られないということがあるかと思います。帰られた時には御家族は仕事と介護の調整に時間が必要になりますので、入院期間とその準備に使っていただければと思います。
　地域包括ケア病棟は２か月という縛りはありますが、回復期リハ病棟は脳卒中のリハビリに対しては最大６か月在院が可能なので、ゆっくり方向性について検討する時間もあると思います。
＜委員＞
　共済病院は急性期病院でＤＰＣ病院です。ＤＰＣ病院は請負で、例えば盲腸では何日と決まっていて、それを超えると逆にマイナスになってしまいます。そのため、早期に退院を目指していますが、高齢化や病気が慢性期を繰り返している患者さんは直ぐには退院できません。
　この２年間で変わったことは、病院のソーシャルワーカーの数が増えました。また、入退院調整ナースを配置して活躍しています。疾患の目途がある程度ついてから次の行き先を探すのではなく、入院時に背景を見つけ出して、例えば独居だとか核家族で介護の手がないとか、入退院調整ナースが拾い出して対策を入院の時点でやっています。そのため、退院する時は以前よりスムーズにいくことが多くなりました。
　その他に資料１－１の「医療・介護関係者の研修」とありますが、私共の病院は急性期病院ですが地域医療支援病院になっています。地域の介護施設や医療機関やクリニックの方々と一緒に患者をみる仕組みになっています。ですので、病院で完結しているわけではなく、地域全体で完結を目指しています。そのために「医療・介護関係者の研修」をよく行っています。例えば麻薬の使い方の研修を毎年行っています。また、医療機器の使い方は医療機関以外に介護施設の方も出席いただいて痰の吸引や酸素の使い方、人工呼吸器の方などいろいろな医療機器の勉強会を行っています。好評でして技師が中心となって医師と一緒に年に３、４回開催しています。医療と介護を結びつけることがこの２年間やってきました。
　次のステップとして、どこの医療機関、介護施設がどういう患者さんを引き受けるか、今は紙ベースで行っていますが、ＢＩＧｎｅｔで出来ればさらにスムーズになると思います。
＜会長＞
　地域包括支援センターでは普段から地域の住民の方から困ったことの相談を受けていると思いますが、この２年間でスムーズになったことやまだまだな所はあるでしょうか。

＜委員＞
　病院のソーシャルワーカーの数を増やしたとか、入退院調整ナースを配置された話がありましたが、病院との連絡は取りやすくなりました。病院側でも事前のアセスメントとして家族構成や家に戻った時の介護力はどうかなどを基に評価していただいてから相談があるので、非常に対応しやすくなっています。課題としては一人暮らし、身寄りのない一人暮らしですとか、身寄りはいるけど協力が得られない人が突然発見される時の対応は苦慮しています。
＜会長＞
　なかなか救急疾患以外で引き受けていただく施設がないということですね。
＜委員＞
　退院支援ナースの方から直接御連絡を受けることが多くなりました。在宅へのイメージングとしてやりやすくなってきました。御相談の中ですぐに介護保険につながって在宅支援サービスが入る人は病院から直接ケアマネジャーへスムーズにいくのですが、そこが上手くいかなくて連絡がくることが多いです。セカンドオピニオンのように「病院の相談員に相談しているのですが、このように紹介されるけどこれでいいのか」と言ってくる在宅の御家族からの相談も増えていると感じています。この場合は病院の相談員と相談を進めてください、その上で困難があるときにこちらに御連絡してもいいですよと一旦お返しします。また、御了承を得てから病院の相談員と相談しながら在宅を進めています。退院した後のイメージングや終末期について、皆さんになかなかイメージとして入っていないと感じています。
＜会長＞
　前回の会議で終活事業についてエンディングノートを配布している包括支援センターが書き方などの説明をして配っているとのことでしたが、他の包括支援センターも行っているのでしょうか。
＜委員＞
　それぞれの包括支援センターでそれぞれのエンディングノートを使っています。現在、平塚市で包括支援センター職員を含めてエンディングノートなどの検討を行っています。
＜会長＞
　ＢＩＧｎｅｔが進んでいると思いますが、２、３年後に検索できる項目も増えていき、インターネットでやり取りできることで、使い勝手が良くなっていくと思いますが今の状況はどうでしょうか。
＜委員＞
　湘南西部病院協会で進めていただいており、今年度の後半では介護保険事業所に対してＢＩＧｎｅｔシステムを知っていただく研修会を開催する予定です。特に病院から退院していく先の施設系の方に知っていただいて、登録していただく施設を増やしていく方針で協力をしています。
＜会長＞
　歯科医師会でも冊子などを作成していますが、医療と介護の連携などはどうでしょうか。

＜委員＞
　この２年間で多職種連携の研修会などを行っています。訪問や病院からの依頼にしても徐々に増えてきており成果が出始めてきていると思います。安心ファイルに訪問診療の申し込み書類を入れたり、細かいことが把握できるよう書き込めるようになりましたので、これを進めていけば更にスムーズに連携が図れると思います。
＜委員＞
　少し要点と違うかもしれませんが、施設へ赴く薬剤師はいるのですが、個人の居宅へ従事する薬剤師が少ないことが問題だと思っています。そこは薬剤師会としては、皆さんのお力を借りてやっていければと思います。
＜会長＞
　認知症になって単身という方は薬を飲んでくれといってもなかなか飲んでくれません。薬を出す側としてもどこまで出していいか難しいです。
＜委員＞
　医師会、在宅医として意見を言いますと、２年前も平塚市は他の地域に比べて定量的には言えませんが病院の数や事業所の数など恵まれている場所だと思います。それがベースとなって連携がまったく出来ていないというわけではないと考えています。連携支援センターを立ち上げたときも分かっていて、連携支援センターの目的もリソースはあるけど繋がっていないことが問題点としてあったのでそれを目的に動いてきました。
　病院もウェルカムな体制が出来てきて、在宅の職種でも多職種の繋がりをセンター事業で行い、顔の見える関係づくりが実際の現場の患者さんに対しての連携がスムーズにいくようになっているので、一層発展していければいいと思います。
　医師の立場ですと、平塚市は在宅医の数が少なくはないですが多いわけでもありません。それほど増えているとも感じていないことが問題かなと思います。慢性疾患に関しては飽和的になっており、在宅医の中での役割分担として、慢性疾患の方を見る先生と独居で看取りたいという方やがん末期で麻薬を使う方などは受け入れるところが少ないので中心に受け入れていくといった在宅の中で役割を意識しながら、他と連携を進めていくことが今後の課題として上げられると思います。センター自身のつながりを見える化をして、スムーズに連携を進めていくことが医師会やセンターの役割だと感じています。
＜委員＞
　病院で退院支援が推進されており、入院中から退院後のことを見据えた依頼がくるようになっています。看護管理で他の地域と比べると平塚市は意外と資源があると感じています。先生方も好意的にサポートをしてくれます。課題としては、介護をする方もご老人になってきており、認知症を発症したり、精神疾患を発症したりすることが少しずつ多くなってきていると思いますので、訪問看護として在宅療養を継続している方だけではなく、それを支える介護する方たちを含めた看護が必要なのかと思います。また、独居で認知症もあって行くところがないので帰らなくてはいけない場合は、訪問看護を活用していただく方は多いのです。薬が飲めていないという課題はあるにしても、自宅で長く生活ができるようにサポートしていかなければいけない。そのために訪問看護部会の中では事例を出しながら、独居の方

などの様々な看取りをどんな方でも自宅で最後まで頑張れることを病院のナースたちに御理解いただけるような活動をしていく方針です。

７　報告

報告（１）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２に基づき、説明を行った。

◎　意見・質問

＜委員＞

２点質問があります。相談件数２２６件ということですが、他の市町村にも在宅医療介護連携支援センターがあると思いますが、そこと比べて多いのか少ないのか。

また、困難事例、困難ケースと一括りにされていますが非常に分かりにくくて、何をもって困難事例としているのか。もし内容を教えていただけるのであれば、困難事例と一括りにしないで、例えば介護力がないとか、ゴミ屋敷だとか具体的に教えていただければと思います。

＜事務局＞

県内市町村の相談件数としましては、１か月１０件に満たない市町も多いと聞いています。また、実績自体を数えていないところもあります。一概には言えませんが他と比べて相談は多く寄せられていると判断しています。

具体的には他の自治体でもケアマネジャー、地域包括支援センターからの相談が多くを占めると把握しています。

＜平塚市在宅医療・介護連携支援センター＞

３０年度困難事例の一例として、失語症の方が退院するのだけれどもどうしたらいいかという相談やがんセンターからがんの告知について、総合事業について主治医がなかなか理解してくれないなど幅広く困難ケースとして入れさせていただいています。

＜委員＞

センターの定例会議では数字だけではなく、その月の目立つ症例を報告いただいています。件数について、市町村によって直接患者さんから相談を受けるスタイルと平塚市のように従事者から相談を受けるところがあるので、それによって数の差はあります。確か小田原市は直接相談を受けるので件数は相当多いと聞いています。直接受けないところの中では多いと感じています。

困難事例ですが、大きく分けて２つあり、患者さん自身の社会的問題や困難なケースだと包括支援センターでも処理しきれないで相談にくる。この場合は案内や助言である意味仕事の一環として処理できます。連携支援センターでしかできない困難事例は、連携をとっていく中で連携する事業者同士の意見が違ったり、対立したり、病院や医師が立場が上なことが多く、上から高圧的に言われたが利用者、患者さんの為にならない時にどうしたらいいかという困難事例があります。直接病院や医師に言えない時に医師会がバックアップしているので、問題を整理して医師会から解決方法を伝えることもできます。センターでしかできない

連携を調整する役割を担っている困難事例だと思います。
＜委員＞
　７月１７日に済生会病院とケアマネの方々との合同の連携の会を持ちました。看護師は訪問看護師もいたのですが、病棟の看護師が参加しており、分かったことの一つが意外にお互いの仕事の内容が理解できていないことです。そのため綿密な医療と介護の連携をしていくには、もうふた山くらい越えないとスムーズな連携が図りにくいという印象を持ちました。済生会病院ではこれを１回目として、テーマをもって２回目、３回目も行い、お互いをよく知ってよりよい連携の土台となるようしていきたいと思います。
　困難事例の話ですが、困難事例になる認知症の患者さんは非常に多いと思います。そうならないようにするために認知症初期集中支援チームが設置されました。早期に認知症を見つけよう、それを医療に結びつけようとしています。困難事例が多いことは手遅れでもあると思います。平塚市としてシステムをしっかり作って、困難になる前に対応できるような医療介護の連携システムを作らなくてはいけないと思います。症状が軽いときに介入できるシステム作りを高齢化する日本において一つの柱として前向きに作っていく必要があるという印象を受けました。

報告（２）ひらつか安心ファイルについて
＜事務局＞
資料３に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
　なし

８　その他
（１）今後の予定について
＜事務局＞
　今年度の平塚市在宅医療介護連携推進協議会はあと２回の開催を予定しております。第２回は今年の１１月に予定しております。第３回については年が明けた３月に予定をしております。

閉会

以　上