

# 平成 29 年度 久留米市在宅医療・介護連携推進協議会（第 2 回）会議概要

日時：平成 29 年 11 月 22 日（水） 19:00～20:30

場所：本庁舎 3 階 305 会議室

出席者：別紙のとおり

傍聴者：なし

資料一覧：次第

協議会要綱

資料 1 久留米版退院調整ルールの手引き（案）

資料 2、3 終末期療養に関する市民啓発について

## 議事の概要

### 1.開会

挨拶

### 2.議題

#### (1) 退院調整ルール策定について

資料 1 に基づき、事務局より説明

(会長)

非常に分かりやすく、見やすくなっている。

(委員①)

ケアマネジャーや医療連携室など現場の方に作成して頂いたもので、比較的使いやすい様式になっている。一番大きな問題は、この情報化時代のなかで、これだけのものを手渡しなれないこと。そのあたりを今後、国が検討することを期待する。

#### <質疑応答・意見交換>

(委員②)

退院時に必要な情報を病院側からケアマネジャーに発信する際、多くの病院が電子カルテなので、決まったフォーマットで、入力が自動化されたら非常に楽である。しかし、経済的負担がかかるので、必要な情報だけをピックアップして行えるとよい。当院では、サマリーを 2 週間以内に完成させることがルールである。実際には 90 パーセントしかできていない状況であるが、このルールだと退院日までに出来上っておかないといけない。対象者数にもよるが、地域包括ケア病床をたくさん持っている病院であれば、当日、前日までに作成するのは大変ではないか。病院側は、この流れをスムーズに行うための工夫が必要である。

(会長)

事務局から委員に対し質問・説明はあるか。

(事務局)

現在、医療機関用に作成している様式は、それぞれの医療機関で使用されているサマリーなど、カンファレンス等で使用する資料の上に表紙的に添付するもので、資料の中身に関してはまだ統一した様式はできていない。まずは病院と介護の連携を進めていただくことから始めていきたい。

(委員②)

退院時に総合評価をすると加算が取れる。しかしそれには資格が必要で、できる医師は少ない。総合評価をするうえで、評価のパターンや情報をまとめる手段が病院ごとで違う。その総合評価の情報をそのまま流すことができれば手間が省ける。

(委員③)

退院調整ルールで入院時情報を頂くのは月に 1、2 件。当院では、退院支援情報連携シートがきちんと使用されていない。これから増えていくと思うが、周囲に広げていきたい。当院は退院支援の患者数が多く、短期入院の患者についてはケアマネジャーへの連絡が出来ていない状況。今後運用していく中で検討していきたい。

(副会長)

実際にケアマネジャーとしてシートを使用している。大学病院では月 1、2 件と、思った以上に少ない。10 月に 3 件入院し、翌日には病院から連絡があり、在宅情報提供書を持参する日程調整を行った。病院側もこのシートの認知が出来ており、少しずつ広がっていると思っている。退院時のサマリーに関しては、最近退院日には頂いているため、退院後のサービスを調整する上で、各事業者との情報共有に役に立っている。

(委員④)

【資料 1】P30 に「退院調整に関する診療報酬・介護報酬」の退院時共同指導料 2 は、退院調整ルールにおけるケアマネジャーをいれてのカンファレンスも対象となるのか、別物なのか。

(事務局)

退院時共同指導料 2 は、3 職種以上との共同により加算され、その職種として居宅介護支援事業所の介護支援専門員も含まれているため、ご質問のカンファレンスも対象となると考えられるのではないかと。

(委員③)

事務局の説明の通り、対象となると思う。

(委員④)

在宅医療にスムーズに移るには、薬に関する引継ぎが必要な時もあるので、退院時共同指導を兼ねて、この場で同時に行うことが可能であれば、呼んでいただけるのかと思い質問した。

(会長)

決議事項:平成 30 年度より久留米市が策定する「久留米版退院調整ルール(案)」について承認する。

(2) 終末期療養に関する市民啓発について

資料 2、3 に基づき、事務局より説明

<質疑応答・意見交換>

(会長)

非常に難しい議題。みなさん意見交換をお願いします。

(委員⑤)

非常に難しい問題。患者というより、家族とのコミュニケーションが難しい。特に独居で家族とのコミュニケーションがないこともあるので、対応について困惑する場面もある。施設の場合は責任問題もあるので、救急車を呼び、救急隊が気を利かせて大病院に運ぶケースもあり、まだまだ検討する必要性がある。

(委員⑥)

高齢者の患者や、認知症等があれば尚更、緊急時の判断は難しい。家族に判断を委ねるも、40、50代であっても親が亡くなることに現実味を持っておらず、経験がないと判断できないこともある。そのため、前もって「死」や「看取り」について市民に情報提供・啓発していくことが重要。

(委員⑦)

自分の親、自分自身の最期をどうするかは想像がつかないし、家族ともそういう話をしたことがない。このような内容の啓発があれば、自分も考えていかなければならないと思うので、市民に啓発していく必要性があると思う。

(委員⑧)

末期がんの患者で積極的治療を希望せず、家族も同意していた。最初は家事支援のためヘルパーが入り、状態が悪くなるにつれて、訪問介護・看護を利用し、その後中間施設として小規模多機能型居宅介護支援事業所に入所し、その後緩和病棟に移り最期を過ごした。その途中経過で問題になったことが、早朝・夜間に入ることができるヘルパーがいなかったこと、最終的に在宅医が決まらなかったことであった。最後まで自ら病院に受診していた。在宅医を提案したが、本人が最期までその医師に看てもらいたいと言うので、その意志を尊重した。最終的に医師から本人に緩和病棟を提案し、移ることになった。様々な場面で、市民が終末期療養に関する情報を知ることが重要だと思う。

(委員⑨)

年間 15～25 件の在宅での看取りをしている。経験上、初めから最期まで自宅で看取ると決めている利用者、家族は多くない。自宅で看取りを行ったケースは、訪問する医療従事者の関わり方が大きく影響していると思う。早期から信頼関係を作る期間を確保し、不安要素をマネジメントし、適切なサービスを調整するマネジメント力・調整力がケアマネジャー、退院調整看護師・訪問看護師に必要であると思っている。

60 代の前立腺がんの患者は、3 人の娘はそれぞれ別居で仕事をしており、日中独居の状態であった。サービスとして、訪問診療・デイサービス・訪問入浴・訪問介護・訪問看護を導入していた。終末期の

ため状態が刻々と変わっていき、訪問診療・訪問看護は 24 時間の対応が必須の状況だった。デイサービスに行けるかどうかも当日決まるような状態で、行けない日は訪問看護・介護で代替していたので、即座に対応できるようにヘルパー事業者も 3 か所、訪問看護ステーションも 3 か所で対応した。事業所が多数関わることで、家族に代わり日中の時間を支えることが出来たので、家族は仕事を続けることができたし、利用者を多数の人が支えてくれているという安心感と心強さがあったので、最期まで看取ることができたと思っている。様々なサービスを適切に使えば、家族の介護負担も軽減でき、独居でも最期まで暮らすことができるということを、私たちが事例を通して市民に発信することが必要。また、費用の面で不安があると思うので、高額療養費・高額介護合算療養費についても啓発していくことが重要だと思う。

(委員⑩)

退院時カンファレンスの際に、患者・家族が「こんなに多くの人に関わってくれるのか」と驚く。また、家に来てくれる医師がいることも知らない人の方が多い印象。実際に自宅に帰ると、一番変わるのは患者の表情。病院のなかでは、個室に入っているだけでも緊張感がある。自宅に帰ると何かに包まれているような安心感があると言う人もいる。患者が何を求めているのかが関わり方を考える上で大きな問題になる。

実際の診療の中で困るのが、病院で比較的予後を長めに説明されていること。自宅に帰って、患者の状態を話しながら、予後の説明を行うようにしている。十分な予後の説明をしておくことで、家族は覚悟することができ、落ち着いて最期を迎えることができる。その点は ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の重要性であり、普及啓発活動が必要。

(委員⑪)

自宅で看取ると、警察を呼ぶ必要があると思っている人が多く、啓発が不十分。そばにいるキーパーソンだけでなく、遠方にある家族にも早めに在宅医療の説明をすることが大事。

(委員⑫)

終末期において「美味しいもの、好きだったものを、食べさせたい」という家族の要望が多いが、経管栄養で摂取の方が経口で摂取できるかということが問題になる。退院時から歯科が関わることができれば、少しは経口摂取できるように介入できるのではないかと思う。歯科医・歯科衛生士も早くから関わっていければと思う。

(委員⑬)

学生の講義で「加齢と老化と死」があり、その中で終末期の患者への対応を教えている。医療機関の中には、ホームページにリビングウィルや生前指示書の様式を掲載している所があり、興味がある人はそれを記載して持参する。意志がはっきりと確認できれば、医療従事者も治療を尊重できる。しかし数はまだ少なく、国が進めている取組みを地域版として、情報を取り入れながら作成し、普及していくことが重要だと思う。

久留米市は医療が非常に豊富であり、市民は何かあればすぐに病院に行ける安心感がある。その反面、自分や家族で考えることが苦手な部分がある。多くの人が自分の死について考えることは嫌だと思うが、大事なことなので、少しずつでも、小学生からでも、「死」を考えて、それが「生」を考えることにも

なるので、この会を中心に、何らかの形で具体的なアクションができればと思っている。

(会長)

決議事項：市民啓発について、次年度以降も本議会において継続課題とする。

### 3.その他

- ・産業医科大学において分析中の在宅医療・介護に関する医療介護データからの課題分析に関する報告予定。
- ・次回の本協議会の前日 18 時から難病に関する会議を開催
- ・次回の本協議会を 3 月 5 日（月）19 時予定

### 4.閉会

H29. 11. 22

## 在宅医療・介護連携推進協議会委員名簿

敬称略

No.	所属団体名	役職名	氏名	備考
1	(一社)久留米医師会	理事	あさくら としあき 浅倉 敏明	出席
2	(一社)小郡三井医師会	理事	おごう よしお 淡河 喜雄	出席
3	(一社)大川三潯医師会	理事	いしばし ゆうじ 石橋 裕二	出席
4	(一社)浮羽医師会	監事	べつき しげふみ 戸次 鎮史	欠席
5	(一社)久留米歯科医師会	理事	おか こうじ 岡 浩司	出席
6	(一社)大川三潯歯科医師会		やまさき けんたろう 山崎 健太郎	欠席
7	(一社)浮羽歯科医師会	副会長	うすき もとひさ 臼杵 源久	出席
8	(一社)久留米三井薬剤師会	副会長	あおき かずこ 青木 和子	出席
9	大川三潯薬剤師会	理事	うちだ まさみつ 内田 政光	出席
10	浮羽薬剤師会		おがわ ひでのり 小川 英則	欠席
11	(公社)福岡県看護協会		こだま たかこ 小玉 孝子	出席
12	特定非営利活動法人久留米市介護福祉サービス事業者協議会(訪問看護部会)	副部長	はらだ みさこ 原田 美佐子	出席
13	特定非営利活動法人久留米市介護福祉サービス事業者協議会(介護支援専門員部会)		きたはら くみこ 北原 久美子	出席
14	特定非営利活動法人久留米市介護福祉サービス事業者協議会(訪問介護部会)		なしま まさお 南島 政雄	出席
15	久留米大学病院医療連携センター		いしばし のりこ 石橋 紀子	出席
16	(一社)久留米医師会(病院関係)		まつくま のりと 松隈 則人	出席
17	特定非営利活動法人くるめ地域支援センター	理事長	しばた はじめ 柴田 元	出席
18	久留米大学医学部 環境医学講座	教授	いしたけ たつや 石竹 達也	出席
19	(一社)久留米医師会(在宅療養支援診療所関係)		にしおか すすむ 西岡 進	出席
20	久留米市保健所	保健監	うらべ ふじこ 浦部 富士子	—

○委嘱期間：平成28年8月25日～平成30年3月31日

計 20人