

【福祉保健部会議録フォーマット】

平成 30 年度第 4 回狛江市医療と介護の連携推進小委員会会議録要旨（案）

- 1 日 時 平成 31 年 2 月 7 日（木） 午後 6 時 30 分から午後 7 時 35 分まで
- 2 場 所 狛江市役所防災センター401・402 会議室
- 3 出席者 委員長 吉川 哲矢 副委員長 大谷 美樹
委 員 大橋 晃太 織田 朱美 渡邊 聡 玉虫 千恵 永井 仁子
小川 智行 森 玲子 以上 9 名
事務局 健康推進課長（浅井 信治）
健康推進課健康推進係長（保田 朋信）
健康推進課健康推進係主任（小口 隼人）
健康推進課健康推進係（青柳 浩行）
地域福祉課地域包括ケアシステム推進担当
（野村 淳一郎）
- 4 欠席者 委 員 花岡 一成 工藤 敏和
- 5 資 料 【資料 1】在宅療養後方支援病床確保事業について（案）
【資料 2】切れ目のない医療と介護の提供体制の構築について
【資料 3】在宅医療提供側の体制
【資料 4】二人主治医制を導入しています
【資料 5】臨床倫理の四分割法の研修の進め方
【資料 6】臨床倫理の四分割法の研修の進め方（ファシリテータ事前
配布）
【資料 7】臨床倫理の四分割法（お土産）
【資料 8】事例検討シート
【資料 9】臨床倫理四分割法参考事例
【資料 10】医療と介護の連携研修スケジュール
【資料 11】平成 30 年度第 3 回狛江市医療と介護の連携推進小委員会
会議録要旨
- 6 議 題 (1) [報告事項] 在宅療養後方支援病床確保事業について
(2) [審議事項] 主治医・副主治医制について

- (3) [審議事項] 第3回多職種連携研修会の企画案決定について
- (4) その他

7 議 事

(1) [報告事項] 在宅療養後方支援病床確保事業について

(事務局)

<【資料1】を元に、平成31年度事業(案)について説明>

以前から審議いただいていたが、今回、平成31年度予算案に計上されたので報告する。審議時点からの変更点としては、利用対象者の要件のひとつ「訪問診療又は往診を受けている方」の前に、「狛江市内の医療機関による」を追加した。これは、来年度はモデル事業的に月に1件の限定実施を考えており、利用できる病床の数が少ないこと、また、まずは事業内容をしっかりと周知することが必要であることから、要件を追加したものである。事業を実施する東京慈恵会医科大学附属第三病院と利用方法等について調整し、3月下旬、来年度予算成立後に各医療機関に事業案内等を送付したい。

(委員長)

在宅療養中の方を対象とすることになるが、慈恵第三病院や医師会と調整しながら運用していくことになると考える。

議題(1)はここまでとする。

(2) [審議事項] 主治医・副主治医制について

(事務局)

<【資料2】、【資料3】及び【資料4】を元に、これまでの議論等について整理及び情報提供>

議論の前提として、主治医・副主治医制は、在宅医療介護連携推進事業8項目(ウ)の取組みの一つとして例示されているもので、必ず導入しなければならないものではない。前回の議論を踏まえると、主治医・副主治医制を急いで制度化するのではなく、周辺自治体の動向も見ながら、切れ目のない医療と介護の提供体制の構築に向けた他の施策・課題と合わせて検討を進めていきたい。本日は、そのための議論として、実現可能性は置いておいて、狛江市の理想とする姿について話を伺いたい。

(委員長)

前回の意見を踏まえて、狛江市の規模、医療機関の数や体制から考えると、

【福祉保健部会議録フォーマット】

現時点では、開業医の医師を巻き込んだ主治医・副主治医制を準備できる段階にはないと考えられる。現状の連携体制をより深めていくことが現実的な形だと思う。それを前提として、今日は、切れ目のない医療と介護の提供体制について、検討すべき課題や意見をもらいたい。

(委員)

医療と介護を結びつける、訪問看護を担っている人の役割は重要であり、強化が必要であると考え。情報の面ではメディカルケアステーション等を利用して大分風通しは良くなっているが、等しく広範に情報が行き届くような体制づくりができれば良い。

(委員)

例えば認知症で独居の人などで、認知症の周辺症状が悪化して問題行動が出てきて、内科のほかに精神科も受診しようという時に、誰が通院に同行するのか、誰に相談するのかということはいつも課題になる。今のところケアマネジャーが初診の通院に同行しているが、そもそも通院自体が難しいこともあるので、継続的な治療が難しい。

(委員長)

内科系の在宅主治医と外来精神科医との連携について、難しい感じはあるか。

(委員)

精神科の外来と内科の往診がある場合、精神状態が落ち着かない、徘徊が止まらないといった時に、精神科と内科でどう連携してくれるのか。ケアマネジャーとして、どちらにお願いしたら良いのか分からない。

(副委員長)

精神疾患があって、他の病気も合併した場合に、精神科へ行くにも合併症があるから受診できないし、もう一方の診療科にも診察してもらえない。職員が受診に同行するにしても、患者本人が受診を拒否してしまって、更に病状が悪化する場合があるため、現場では苦勞している。

(委員)

精神科の治療と内科の治療とでの専門性の違いが分からないので、内科の訪問の先生が良いのか、それとも専門医に連れて行った方が良いのか迷う。

(委員長)

認知症であれば、在宅医の経験を積めばほぼ対応できるが、それでも本当に困るケースでは、精神科医に依頼することもある。一方、外来精神科医が家族の意向とか倫理的な背景とかを斟酌せずに薬の処方をすることもある。答えがあるわけではないが、精神科医に狛江市のクリニックの非常勤医として登録してもらって、月に1日でも相談・往診してくれるような体制があるとありがた

【福祉保健部会議録フォーマット】

い。

(委員 (複数))

そういうことがあると助かる。

(副委員長)

要介護3の人で、元々精神科の病院にかかっていたが、医師が高齢になって治療が中断となり、自宅近くの内科にしか行けなくなってしまった。内科では認知症であろうということで薬を出してもらったが、更に悪化したので1回元の精神科で診てもらったところ、実は双極性障害で、そのための治療薬を出してもらったら症状が良くなった。精神科の見立ては大事だと思う。

(委員)

認知症でも他の病気でも、介護しきれない範囲であればなんとかできると思う。病気を治してほしいというわけではない。

(委員)

夜間の体制について、医療と看護は比較的動ける体制ができているが、介護側は、人手の問題が大きいため、途切れてしまう。ここにもう少し何か手があると、重度の人でも在宅で見られるケースが増えていくと思う。

(委員)

夜勤ができるスタッフの確保が難しい。

(委員)

現状では、全体として薬剤師は他の職種とつながっておらず、個人と個人のつながりになってしまっている。薬剤師会としての動きも足並みがそろっていない。訪問看護や医師が主軸という過去からの流れがまだあって、薬剤師としての存在意義や価値が出せていないと思う。

(委員長)

精神疾患合併の患者のケースからしても、安定的な薬物治療はとても大事である。

(委員)

精神科につながった患者で、精神科の薬をもらったのは良かったのだけれど、元々薬剤師による居宅療養管理指導を行っていたのが、精神科だけ別の薬局になってしまった。

(委員)

同じ薬局の方が望ましい。運用面上は、居宅療養管理指導サービスを行うところがコントロールできれば良い。もし薬局を変えられるのであれば、どこかにまとめた方がトラブルは防ぎやすくなる。

【福祉保健部会議録フォーマット】

(委員)

1人でいろいろな病院にかかっている場合も、薬は1箇所からもらう方が安全である。

(副委員長)

5箇所ほどの薬局から薬をもらっているケースがあつて、同じような薬が自宅に大量にあることもある。薬局同士がオンラインでつながっていれば良いと思う。

(委員)

レセプトコンピューターがメーカーにより違い、ネットワークが完全ではないので、現状は紙のお薬手帳が基本となっている。電子版お薬手帳もあり、患者からワンタイムパスワード等を聞いて薬を確認することもできるのだが、パスワードを教えてもらえなかったり、手帳を持ってこない人だったりすると把握が難しい。病院ごとに手帳を作っていたりすると意味がない。軸になる薬局を見つけて、相談しながら薬の管理を進めていただければ良い。

(委員長)

多科受診の取りまとめをどうするかということが課題である。

(委員)

認知症で独居の人が転倒した場合など、身動きがとれないけれど自分で動いてしまうような患者について、緊急のショートステイで対応してもらえるとありがたい。

(委員)

周辺症状が出て徘徊を繰り返す場合などに、どこかに泊めれば良いと言われるが、緊急の場合は、受け入れる側としては本当に困る。明日から2、3日と言われても、そもそも受け入れるところの絶対数が少ない。また、訪問も、夜間に見に行けるヘルパーがなかなかいないので、ケアマネージャーが背負い込むケースも多い。内科的なものはあまりなく、認知症の周辺症状だったり、夜間のものだったり、近隣に迷惑をかけてしまう場合が多い。

(委員)

現状では、看護師が泊まることもあれば、電話を頻繁にかけることもある。そのときの体制や余力による。疾患自体が病院対応で良いものについては、医療機関にお願いする場合もある。

(委員)

転倒して歩けなくなって一人暮らしが維持できないような場合など、狛江市内にはないが、緊急短期入所受入加算のある介護老人保健施設にショートステイをお願いしている。

【福祉保健部会議録フォーマット】

(委員長)

医療への依存度は高くないけれど、ちょっと困ったのですぐ預かってほしい、というときの場所がない。病診連携では解決できない。有床診療所は少しハードルが下がるので、1泊2泊している間にショートステイを探す時間を稼ぐことはできる。

(委員)

制度に合致するところを探すのが一番大変である。有料老人ホームの短期入所の方がすぐに受けてくれることがある。正式なショートステイとなると書類をそろえなければならず、手続きの手間や時間が増えてしまう。

(委員)

地域包括ケア病棟はすぐ入れる。

(委員)

急ぐときには、医療的ニーズがなければ介護老人保健施設のショートステイをお願いする。

(委員)

あるいは小規模病院や有料老人ホームのショートステイか・・・

(委員長)

つながりでも良いので、フットワーク良く臨時に対応できる受け皿があると良い。

(委員)

病気のことについて確認しないなど、良くないところもあるので見極めは必要である。

(委員)

地域包括ケアが出てきたときに、訪問看護の役割としては自宅で亡くなる人の看取りが一番重要と考えたが、実際のところ、独居や生活保護の人などの最期を自宅で看取るのは難しいところである。看護小規模多機能型居宅介護は、狛江市ではどうなのか気になる。

(委員長)

狛江市内には、看護小規模多機能型居宅介護はない。小規模多機能型居宅介護は一応あるが、利用はあまり伸びていない。看護小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護は、利用を開始した時点で既存のそれまでのサービスと切り替わってしまう。

(委員)

看護小規模多機能型居宅介護が必要な人がいて、近隣の看護小規模多機能型居宅介護に打診したのだけれど、狛江市民でも調布市・世田谷区の施設に受け

【福祉保健部会議録フォーマット】

入れてもらえなかった。

(委員長)

ここまでの議論で多くの課題が挙がった。意見出しとしてはここまでとする。

(3) [審議事項] 第3回多職種連携研修会の企画案決定について

(委員)

<【資料5】から【資料10】までを元に、企画案及び当日の進め方について説明>

(委員長)

今回の研修は、サービス提供責任者の参加もある。倫理的な配慮についての場面・トレーニングに慣れていない人もいると思われるので、グループ分けについては、医療職や関連職種の人をファシリテーターや場面ごとの司会に据えようと、メンバー構成を検討中である。準備委員の方々には、引き続き、詰めの作業をお願いする。

(4) その他

特になし

<閉会>