

【 テーマ 】 現在の医療介護の現場で起きている連携に関する課題について

- ◆ 施設にいらっしゃる方が入院となったとき、その職員さんは普段の様子をよく知っておられるが、後見人や保佐人は金銭、財産管理での関わりとなり、普段の様子はどうかと聞かれても分からない。入院時の契約などはできるが、医療同意は出来かねる。住むところの多様性に社会福祉士だけでなく医療系専門職の関わりがない場合があり、そういった時の良い方法、情報共有できる方法がないのかということ意見を出した。医療機関の方からは、食事や服薬状況のことも聞かれる。
- ◇ 私も成年後見人をしており、医療機関の方が成年後見人の仕事を誤解されていると感じることはある。日常生活に関しては日頃世話をしている人に話をしてもらう事が圧倒的に多い。専門職は月1回程度の訪問なので日常生活のことはその時に聞き、その程度であれば話が出るが、直近に悪くなった場合は話す事が出来ない。身寄りのない方の入院時の心得のようなものを厚労省が出しており、医療同意権は成年後見人にはないため同意を強要しないように、成年後見人の仕事について理解いただきたいといった内容。医療機関の方へ成年後見人をどのように説明するか、医療同意については今年の5月にでたものを持って示すようにしている。
- ◆ 私達も、できることできないことをしっかり説明しながら被後見人さんの不利益にならないようこれからもやっていきたい。
- ◆ 全体的な共通の取り組みはこの会で報告されているのだが、各市町の状況にあった個別の取り組みはどのようになっているのか、圏域全体の中でよく掴めないなど感じている。もう一点、地域住民へのACP啓発活動は地域とともにということでもとても良い取り組みだと思っているが、そこに行って話をしたあと、その地域が地域包括ケアということでもどのように変わっているのかがよく見えない。用瀬では社協さんが頑張って地域の取り組みをおこなっていると聞いたことがあるが、成果を上げている地域、圏域全体でなく地域包括ケアの考えでいけば、日常生活圏域の中で地域と言う目で見たとき、成果が上がっているところが見えてくるとみなさんも元気がでるのではないかなと感じている。
- ◇ 効果を上げている取り組みはないというのが実情。小さな町で単独で、医療と介護の連携を組織的に行うことは難しいと感じている。推進室があることで東部1市4町あわせて共通した課題に取り組んでいけていることは心強いなど思っている。
- ◇ 大きな成果はないが、年に一度、啓発活動のひとつとして寸劇を行っている。介護医療連携ということではないが、住民の方へも住み慣れた地域でさいごまでという雰囲気作りの意識づけができていけるのではと感じている。
- ◇ 取り立ててこれといった取り組みはない。介護予防の観点からいくと介護予防体操を重点的に行っている。
- ◇ 地域連携が重要であり、民生児童委員、地域ささえあい推進員、ケアマネを対象とした研修会を昨年から行っている。地域から課題を見つけ、それをどのようにすればよいのか考え話し合う。また顔の見える関係づくり、情報共有できるような関係づくりが目的。まだ2回目ではあるが、地道な活動が必要なのかなということでも計画している。どのような成果があるのかはまだ分からないが、少しずつそういった関係づくりをしていければと思う。
- ◆ ACP啓発活動で住民や専門職に浸透してきた中で、どうやってその中でいかに自分らしい生活をしていくか、特に住民同士がどのように助け合っていくかの仕組み作りが重要となってくる。それは介護予防・自立支援だったりするのだが、リハビリテーションの考えや仕組みを併せてできるとなるとよいなと。未来像に向けてどう生活していけば良いか、住民をどう巻き込み地域をどうしていくかの観点の中に、自立支援・介護予防を入れていく事が良いのではと思っている。
包括支援センターの介護予防の企画は単発の体操などイベントごとで終わっている事が多い。また絆研修のような継続した取り組みに出てこれる人は良いが、出てこれない人にむけて、住民を巻き込んでの取り組みができればより良いのかなと感じている。茨城にはシルバーリハビリ体操というのがあり、それは住民が住民を教育して行くような、鳥取市であればじゃんしゃん体操の指導員さんのような、取って終わりではなく介護医療の多職種がフォローアップを行ったり、住民さんが出てこられない人に声掛けしたり、住民主導で行っていく取り組みを行っている。そういった仕組みも併せて何かできると効果的なものがうまれるのではと思っている。
- ◆ 退院に向けてご本人が、極端に言えば在宅か施設かという希望を聞き取ってほしい。退院後の処遇を検討するにあたって情報が欲しい。また、退院が先に決まり在宅に帰られる方の生活プランが決まらないうまま退院が決まることがある。病院から家族へ話をされ、ケアマネが家族から聞くと、正確な情報が

伝わらないという現状。全てというということではなく、こういった事例があった。連携については情報提供の様式であったり、間もなく決まるルールなど、そういったものを十分に活用できるようになればよいなと思う。

- ◇ 入退院の状況、連携についてのことだと思う。本日報告した病院とケアマネの連携の手引きが完成し周知されればあらかた解決される問題だと考える。連絡がうまくいっていない問題については以前からうかがっている。現在、各病院に地域包括ケア病棟ができてきているのでそのあたりのお話を足立先生よりお願いします。
- ◇ 今後、国も入退院の情報共有を充実させていくことを考えているようで、診療報酬の中にも、必ず意向を確認し、帰る前に情報提供しなさいと備考欄程度ではあるが記載してある。今後は書式としてきちんと提出するような見直しになると思う。本来は診療報酬で片づける問題ではないと思うが、政策的に誘導されていく事象になってくると思う。
- ◇ 同じようなことが数年前に当事業所でも起こったが、行政、社協、病院が隣接しており病院との関わりが多いため、行政もあわせ、連携方法について何度か話し合いを行った。結果、厚労省が出している入院時情報提供書の中に、独自で退院調整時にはケアマネまで連絡をくださいとか、本人家族の意向についても事前に情報提供をおこない、入院前と同じような生活をしていただくために退院時には入院前の状況に合わせて欲しいといった意向を記載し連絡をすることで、割とスムーズに連携が取れていると思う。
- ◇ 主旨は良く分かるが、入院中の病状変化についてどの程度のことを求めておられるのか教えてほしい。
- ◆ おそらく都度都度でなく、退院に向けての前提の中で、とご理解いただければ。
- ◆ 訪問介護事業所の人材確保が困難。若桜町では訪問介護事業所が1か所事業所廃止となった。利用者を他の事業所へ受けていただくよう努力してきたものの、やむなく施設入所になったり負担が増大したご家族もいる。訪問介護の現任教育、担い手の発掘に力をいれてほしい。
- ◇ 松江で開催されたマネジメント学会で、松江の包括の方が同じようなことをおしゃっていた。訪問介護の給料の問題もあるが、サ高住のほうが作業効率も賃金体系も良いということでヘルパーの引き抜きが行われているようだ。小さい施設のヘルパーが引き抜かれ、地域の人手が不足しているとのこと。今後こういったことは地方から起こってくる可能性が十分あり、なんらかの対策が必要なのではと感じている。
- ◇ 地方になればなるほどサービスも少なく、特に訪問介護は数も増えてはいない。家で生活していく上では訪問系サービスが必須ではあるが減っている。施設も人材不足のため入所定員を減らす状況。そうなると希望者は入れなくなる。今後、中山間地やサービスの少ない地域の方は大変になると思う。都市部ではサービス過剰になり廃止となるところもでてくる。ケアマネの成り手もない。先ほども連携の話が出たが、ケアマネの質を問われても締め付けが厳しい。医療系の先生と連絡をとったという証拠を残すなど追加されることも増えた。先生と連携を取るのには介護保険が始まってから行っており、当たり前のこと。ただ書面に残していなかった。ではその証拠をどうするのかとなると紙に残す。そうすると先生に負担がかかる。ですが、幸い鳥取市は残す必要はないとのことなので、監査室で統一見解をしておいていただければケアマネの締め付けも緩くなる。問題は実地指導が入った場合で、人が変わると言う事が違うということが発生し、ケアマネも苦労している。そのため何らかのかたちを残そうとして先生にお願いをしている。わたしの経験上、先生が書くものは基本的に医療系に向けた指示書になるので、なぜ医療系でもないあなたに書かなければ?となり書いていただけなかったことがある。介護保険が始まって時間もち、ケアマネもやるべきことはやってということも分かります。そしてケアマネも創意工夫すること。必ず先生には会えます、受診日や往診日に先生に会って聞けば良い事であり、紙にこだわると自分の首をしめることになるので、統一見解がでたのであれば保険者さんに認識してもらった方がケアマネも楽だと思う。あとは病院ごとの指示に従って行えば良いと思う。近々の課題は人材不足。地域包括ケアシステムを作ろうにもこういったサービスがなくなれば困難になる。
- ◆ まれに何の連絡もなく退院されることがあり、今後もより一層の連携の継続をしていく必要がある。2つ目、腎機能障害や糖尿病など在宅での栄養管理が必要な方の支援について、指導内容を理解できないご家族や老老介護などで継続することが難しく、また配食弁当や訪問介護では費用面で導入できないケースもある。在宅に関わっていただける管理栄養士の存在が必要である。
- ◇ 食事療養の継続が必要な方は退院時に指導していないわけではない。本人や家族が理解、継続できるかどうかは問題ではあるが、少しでも不安がないように医療機関の管理栄養士は携わっていると思

う。問題解決には関わるスタッフが情報共有し進めて行く必要がある。在宅で関わっていける管理栄養士については、医療機関も福祉も正規雇用の管理栄養士が少ない。薬局に関しては、以前は在宅訪問管理指導料がとれていたが、診療報酬改定で認められなくなった。島根では人材派遣システムを運用しており、委託、指導依頼を受け、栄養士会に在籍しているメンバーが対応を行っている。人材育成していく必要もあるが、そうすれば問題解決にもつながるのではと当会会長も話している。島根県に学んで鳥取県も医師会と栄養士会がともに取り組んでいければと思っている。

- ◆ ①退院支援が各職種とも忙しく MSW 任せになっており、厳しい労働条件になっている。MSW 任せにせず多職種で関われるようにしていかなければいけない。②比較的小さなエリアでその実情にあった連携を進めて行くという個別性を重視した対応が必要ではないかと思う。③先日県内4公立病院の再編論議が国から定義されたことについては反対。
- ◇ 鳥取の平井知事が全国知事会の医療部門委員長になられたので協力に反対運動を進めていかれるのではと期待している。
- ◆ 全国的に問題となっている DNAR、心肺蘇生を望まない方への対応が今後東部地区でも増加するのではと思っている。そのとき、家族や施設の方と救急隊がスムーズに情報交換でき連携強化を進めていきたい。施設で様態が悪化したとき、特に夜間のとき、情報共有がうまくできず現場滞在が長くなるという傾向がある。DNAR だったかどうかの確認で時間がとられる事案もある。救急隊は呼ばれたら必ず病院へ運ぶ。DNAR があるが心肺蘇生を望まない方であろうが CPR (心肺蘇生と人工呼吸) は必ず行いながら病院へ向かう。もしくは主治医に連絡し主治医の到着までその場所で CPR を続ける。県の取り決めとなっているので皆さんご理解いただきご家族や施設の方にご説明をお願いしたい。指令システムについては電話をかけていただくと地図が画面上に出て指令書というかたちでプリントアウトされ、AVM システムから経路を出しながら現場へ出勤する。システムの中でシンボルマークの情報を入れているのが小さなお子さんのアレルギー症状、エピペンを持っている方にはご家族と学校長の同意を得て情報提供いただき学校とご自宅を登録している。もし何かあれば出勤時に分かるため、救命士はエピペンを打てるので用意いただいたりもできる。ハイリスク患者は救命処置を病院医師より事前に指示いただき、先生に連絡がとれなくてもハイリスクの紙があるので救命措置ができる。情報提供できるようであれば今後活用して行ければと思う。
- ◇ 東部消防から市立病院の絆ノートについてもシンボルマークに入れていただけるといことで、有効活用したいと取り決めを進めて行きたいと思っている。米国ではポルストといって DNAR であるということをも主治医がサインした書面を交わしていれば搬送しないといったことを行っている。日本集中医療学会は時期尚早、日本臨床倫理学会はやったほうが良いという見解。日本ではコンセンサスが出ていないが、書面はすでにあるのでもしこの地域の中で浸透してくれば、そういう書面を主治医の指示のもとに行ったといことで、シンボルマークをあげることも将来的にはコンセンサスを得ればできることだと感じている。
- ◆ 先ほどお話した身寄りのない方の入退院に関するガイドラインについて。先日、中央病院でこの話をしたが、ほとんど知られていなかった。これは今年5月に出了たもので、成年後見がついている場合とついていない場合にはっきり分けた内容となっている。緊急連絡先の問題や入院費や物品準備に関する事など入院時の問題に対する解決案などが書いてある。そして医療同意について。実際は同意を求められる事が多く、同意がないと手術できない、同意しなければ倫理委員会にかけねばならないと時間がかかると言われ、私がサインしても法的効果がないのでサインしてしまうこともある。このような実態を考えながらこのガイドラインには強要しないようにと書いてある。医療側で倫理委員会のあり方を、例えば成年後見人に説明したことを証明すればすぐに通るといったような制度改革が必要ではと思う。本人同意が得られない場合どうするか、医療関係者もこの辺りをきちんと理解いただきたい。もう一つはケアマネと医療との関係。顔の見える関係をどう作るかが大事である。例えば通院時に会うとか、私たちは個別ケア会議で成年後見人と医師とケアマネと、医院での開催をお願いしたこともある。ケアマネと主治医がどう連携をとっていくかが医療介護連携の一番の課題であると感じている。
- ◆ 私は公衆衛生を行っている立場から、先ほどお話されたりハビリの視点や自立支援、介護予防などを含めて考えていかなければいけないということに同感。また、医療介護連携を通して厳しい状況が見えてくればくるほど人手やマンパワーが必要となってくるので、もっとそこにいかないまでの地域の取り組みを進めて行かなければいけないのではないかと。本日は1市4町もお越しなので、自治体の介護予防やリハビリも含めたこれからの取り組みが、長い目でみると必要なのではないかと思う。