

会 議 録	
会議名	平成 29 年度第 3 回在宅医療・介護連携推進協議会南部検討部会
日 時	平成 29 年 9 月 28 日（木） 13 時 30 分～15 時 00 分
会 場	鷹野文化センター 大会議室（B）
参加者	<p>【会 長】秋葉（ケアサポートみさと）</p> <p>【副会長】榎本（三郷中央総合病院）</p> <p>【委 員】生田（まちかどひろばクリニック）、宗形（むなかた歯科）白井（三郷中央総合病院）、野本（野本整骨院）、横堀（地域包括支援センターみさと中央）、曾篠（みさと南訪問看護 ST）、藤井（医師会訪問看護 ST）、佐藤（たかの薬局）、猪瀬（ファミリーケアみさと）、水野（地域包括支援センターみさと南）、入澤（地域包括支援センターしんわ）</p> <p>欠席：尾崎（モモカデイサロン）</p>
書記	地域包括支援センターしんわ 入澤 光子
検討課題	<p>1．8 月 3 1 日の全体の協議会の報告</p> <p>2．事例検討会 事例提供 包括みさと中央 横堀氏</p> <p>3．退院前カンファレンス チェックシートについて</p>
内容	<p>1.協議会の報告</p> <p>【秋葉】北部では訪問リハの指示書を書いてもらえなかった事例を検討。訪問リハ導入の経緯が先生にわかりやすいようにフォーマットが必要かは今後の検討課題。南部では訪問薬剤の事例を検討した。検討部会のお話合いの内容が周知されていないので、周知するために MCS で介護側のグループを作ってはどうかという意見が出た。検討部会で出てきた課題を市の事務局が整理した。課題は今日の議題にもなっている。10月21日と12月9日の他職種連携研修のグループ分けをした。</p> <p>2.事例検討「身寄りがない市民の方の医療受診の支援について」</p> <p>【横堀】</p> <p>提出理由：市内の病院に通院されていたが、主治医から市外の大学病院での精密検査を勧められた。現在は包括支援センターの職員が通院の支援しているが、医療と介護の連携で工夫できることはないかと思い提案した。</p> <p>本人は、70 歳代、主たる疾患は脳梗塞、高血圧。今年の 4 月に肝臓に影があるという事で精密検査が必要と言われた。ADL は室内は杖歩行、</p>

100メートル離れたコンビニに往復歩いて行ける。IADLは自身で行っている。買い物は介護保険でヘルパーが入っている。40代で離婚。60歳代で脳梗塞発症し、年金をかけていなかったので生活保護となった。お子さんとは音信不通。今後の継続受診についての支援が課題となっている。ワーカーが出来ないと言うと感情的になってしまう。医師とのやり取りは、頭の中で共鳴するというので、自分ではできないと言われる。「手伝ってくれないと困る」という事で生活保護のワーカーと相談し、包括が支援することになり8月 日に大学病院を受診した。手術が必要という事だったが、ご本人が拒否をされて市内の病院に戻っている。

ももとの本人のキャラクターの問題もあり、通院を手伝ってくれる友人等はいない。

【白井】脳梗塞のときは一人で受診できていたんですか。

【横堀】できていた。友達はなく、大家はいるが大家は、通院の支援はしない。軽い右麻痺だが、失語症の診断はない。やり取りはできるが、ご本人は元気なころの百分の一だとおっしゃる。市外の病院の受診時はタクシー使用。車椅子で電車に乗るのはみっともないとおっしゃる。

【秋葉】要介護なら介護タクシー使えるが、要支援なので使えないんですね。こういうケースはほかにもあると思うが、生保のワーカーさんはどうなんですか？

【横堀】ワーカーさんは基本的に自分たちはやらない。自費のヘルパーの提案があったが高い。

【猪瀬】大学病院の受診は本人が望んだのか。精密検査を勧められても、こういう方って「いいんだよ、このままで」という方も多いですが。

【横堀】かかりつけの先生からの勧めで、本人は納得されていた。積極的な治療を本人は望んでいたと思う。受診するとき入院準備をしていた。

【白井】自分でタクシーで受診して帰ってこれそうな人ですか

【横堀】見立てでは、タクシーを使えば自分で受診できると思われるが、本人が「できない」という。それで、無理にお願いすると「それなら行かない」となってしまう。

【白井】大学病院側から、誰か一緒に来てほしいと言われたのか。

【横堀】大学病院側から誰か一緒に来てほしいというわけではない。本人が「できない」の一点張り。感情的になるため、手を差し伸べるようになる。今は市内の病院に通院。本人は通院も煩わしいと言い、往診に切り替える調整をしているが、病院側が受診してくださいという話になり、また同じ繰り返しになる。本人を突き放すことはできないが、支援すると時間も取られる、包括の本来の業務なのかという判断も難しい。市内の病院の

受診は、またヘルパーが同行している。

【佐藤】本人が聞き取りできないとか話ができないというのは本当にそうなんですか。往診になったとしても往診中はどうなんでしょうか。

【横堀】やり取りはできると思う。

【秋葉】制度的に、付き添うとやってできないですね。

【横堀】完全に突き放すってことはできない。支援が必要なところは支援しなければいけないが、そこをどうすればいいか。時間と、これは役割なのか、という矛盾を感じながら支援している。

【秋葉】私も介護の人で身寄りのない人の支援をしたことはある。結局、癌で動けなくなって入院した。

【水野】みさと南でも、身寄りのないケースは結構ある。生保だとワーカーがついているが生保でなければ相談する相手もない。どうしても時は包括が動くが、継続となると、どうしたらいいかと悩む。状態が悪化して介護になればケアマネに引き継ぐ。「一人でタクシーで行ってね」と言っても病院側から誰か来て、と言われることもある。

【横堀】医療と介護がもう少し重なることができないか、もっと効率よくできないか、検討したかった。

【白井】病院で、病院スタッフがずっとつきっきりは難しい。また、ついてきている人が自費のヘルパーか友人かも病院側は分らない。

【秋葉】市役所からケアマネ側にアンケートがあった。通院介助に困っているケアマネが多いというアンケート結果だった。本当は制度的に何かあればいいんでしょうけど。

【榎本】非常に困った事例だと思う。リハビリしている中で、杖はいいけど、4点杖はみっともない、シルバーカーはおばあちゃんが使うもの、という人もいるが、この方は歩行補助具の提案はどうだったか

【横堀】提案はしたが受け入れられなかった。ADL 的には要支援。本人の訴えが強い。がん末期で難しい状況だが認知症ではない。

【生田】がんは診断が出た時は元気だったりしますからね。

【藤井】要支援と要介護のとらえ方の違いもあると思う。介護の方の場合、自分と一緒にいくタイプだが、支援の方でここまでやるのはつらいですよ。先生とのやり取りは全体を知っているケアマネがいいと思っている。身寄りのない方、生活保護の方について、病院の対応は？

【曾條】在宅で身寄りがないかたはワーカーが整理する。通院介助ができる制度についてですが、障害の移動支援は利用できるのでしょうか。

【秋葉】私も障害については詳しくわからないが、介護保険だと、生保の人は介護タクシーで受付のところまでの支援になる。

【藤井】障害は丸め。障害の方は長時間動いてオッケー。でもこの方は該当しない。

【生田】こういうケースはざらにありそう。今後増えると考えられる。もともとの友人、宗教の繋がりなどあればいいが。認知症もなく、ただ、一人で行くのが不安で誰かについてきてほしい、ということですよ。

【白井】自費ヘルパーのお金出せるなら、民間の会社のパックサービス(家政婦)がうまく合えば、自費の方法もある。いいとか悪いとかは別にして。

【藤井】総合事業でそういうものを立ち上げてもらえないだろうか、と期待しちゃいますね。

【秋葉】総合事業で出来ないか、協議会から提案してみる。都内ではごみ出しを行政がやるところもある。色々なやり方が有るらしい。個別回収をしてもらうのがいちばんいいですね。

【宗形】この事例の2枚の文章だけから見ると、医療費を使ったりするのはどうか、とってしまう。制度云々の前に、この人がどんな人なのか。もっと困っている人がいるのではないか、と思う。

【入澤】総合事業で通院介助ができるとは考えにくい。介護保険が縮小の方向となっている今、制度を使っていくという事を検討するのではなくて本当に治療を必要な人に受けてもらうという動きになっていかなければならないのではないかと。治療を受けたいと言ったら、お金がなくてすでに公費の方なのに、さらに人件費もかけてやるのか。誰でもすべての人にできるようにしていくと考えるのではなくて、お金がかかるといふ観点もないがしろにはできなと思う。今回の事例は本当に難しい問題を抱えていると思う。

【秋葉】今日の検討内容は協議会にはまとめて報告しておく。

3.退院前カンファレンスシートについて

【秋葉】27年からやってきた、専門職が共有すべき情報整理シート。参考の横須賀市の退院前カンファレンスシートのようなものを三郷でも作ったらいいのではないかと、ということで検討した。病院のMSWに書いてもらうという事ではなく、在宅に戻る時に情報に漏れが無いようにするという目的。入院中のADLとケアの説明事項に追加してもらいたい項目あるか。あれば提案してもらいたい。

デイから「入浴可能な血圧はどのくらいか」などが出ることもある。

【曾條】医療処置、経管栄養、インスリン、等が新しく始まったりして自宅に帰ってからの消耗品があったら、どこから購入するのか医療機関が出すのかなどを明確にするのがいいのでは。

【生田】病院側の経過と治療の所で話が出るのではないかと。特に欄を増やすのではなく、そこから聞き取って必要な事をメモする。病院側からの発信は項目別にはしないので、全体像の話の中から拾ってもらいたい。病院と在宅の興味関心の違いがある。医療はこれだけの治療をしたことを伝えたい。在宅は食事、排泄、風呂は最低知りたい項目。病院サイドも、これだけは言っておかなければならないという気持ちでやって欲しい。

【秋葉】入院中はこうしてました。在宅ではこう変えます。それでいいですか、のキャッチボールができればいい。

【榎本】リハでも医療側と在宅側のとらえ方がある。

【佐藤】薬については、ざっくりならこれでいいが、退院後の通院のことまで退院前カンファで踏み込むべきなのか。薬の管理をヘルパーをお願いしてるとかは必要だと思う。

独居の場合と家族がいる場合でケースによって求められることが違う。

【生田】退院カンファで、あまり細かいところまでは難しいのではないかと。共通で知っておかなければならない情報の共有。家族が初めて聞いた内容だと決められなくなってしまう場合もある。

【藤井】服薬管理はどうします？くらいで良い。

【佐藤】患者によって、どこをツッコまなければならないかが違ってくる。

【白井】退院後の外来はどうなるか。予約は、などをケアマネからよく聞かれる。

【猪瀬】ヘルパーとしては排泄の事を聞く事が多い。病院では何時間おきにおむつ交換に入る、などが在宅ではできない。入院中に、朝までオムツが持つか試してもらったこともある。

【秋葉】薬については、在宅を想定しての調整を入院中にしてもらいたいのが望ましい。

【生田】質疑でのやり取りから、拾って記入するしかない。退院前カンファから退院までが時間があまりないことが多い。

【横堀】退院前カンファをする人としらない人の仕分けの問題があるのでは。

【藤井】ケアマネから、入院した時にMSWに、この人は退院前カンファをお願いします、という事もある。

【白井】新規のケアマネの時は開くが、もともとケアマネが付いているときは開かないことも多い。特に急性期だと、そうなる。30分

	<p>程度で出来る内容となる。</p> <p>【秋葉】ケアマネからの発信があると病院もやり易いのか？</p> <p>【白井】医療系サービスについて、載せるか。診断書、指示書が必要かにもよる。</p> <p>【秋葉】意見を入れて、一回作ってみる。MCS にアップするので、意見があったら出して下さい。期日を決めて締め切らせてもらう。デイが来ていないので、MCS で回答をもらう。訪問入浴など、会議に参加していないところからも MCS で参加してもらって、協議会で作って行く。</p> <p>11月16日に全体の協議会があるのでよろしく。</p>
結論	<p>・退院前カンファレンスシートについては、本日検討した内容をふまえ、秋葉氏が原案を作成し MCS の掲示板にアップする。意見を出してもらって、全大会までに作成する。</p>
次回検討課題	<p>・検討課題、次回開催日時については 12 月か 1 月に MCS で案内する。</p>
次回開催日時 (予定)	

<会議録記入について>

- ・書記は 3 地域包括支援センター輪番で担当して下さい。
- ・参加者は所属（病院名、事業所名等）と氏名を記入して下さい。
- ・発言の一語一句を記入するのではなく、各発言の要約したものを記入して下さい。
- ・次回の課題と開催日時（予定）を決めて下さい。
- ・会議録はおおむね 1 か月以内に地域包括係へメールにて提出して下さい。ただし、協議会の開催日が近い場合は、提出を早めていただくことがあります。