

令和4年度
第2回三島市在宅医療介護連携推進会議 会議録

1 開催日時

令和4年10月5日（水） 午後2時～2時30分

（令和4年度三島市地域ケア推進会議と合同開催。同会議終了後、本会議を開催）

2 開催場所

三島メディカルセンター 医師研修室

3 出席者

(1) 委員

竹中委員（議長）、杉山（達）委員（副議長）、鈴木（孝）委員、堀口委員、鈴木（由）委員、眞野委員、酒井委員、米山委員、渡部委員、石代委員、齊藤委員、清水委員、増田委員、笠原委員、杉山（恵）委員、小野委員、小嶋委員

（欠席：戸塚委員、豊田委員）

(2) 事務局

<健康推進部>

臼井健康推進部長、

<健康推進部 地域包括ケア推進課>

石井課長、伊藤地域包括支援係長、福田副主任社会福祉士、久保田介護支援専門員
進士副主任保健師

<健康推進部 健康づくり課>

佐野課長（健幸政策戦略室長（扱））

4 会議の公開・非公開

公開

5 傍聴人

0人

6 会議の内容

(1) 議題

退院時の情報共有について

【事務局説明（要旨）】

- ・退院時の情報共有について居宅介護支援事業所にアンケート調査を実施。
入院した利用者のうち、8.5割弱は情報提供を受け、6割強はカンファレンスに参加している。カンファレンスは開催されているが人数制限があること、本人が参加できないことが多いこと、情報提供については医療機関によって内容に差があ

るなどの意見があった。

- ・部会では本人の意向の確認が難しいこと、退院後の生活の阻害要因について医療機関側・介護職側で認識のずれがあること、ADLの評価方法が異なっていること、看護サマリーの内容が医療機関内においても異なっていることなどの意見交換が行われた。
- ・看護サマリーは個人情報を含み、電子カルテから作成するため書式の統一は困難。介護支援専門員がカンファレンスに参加する際に情報整理を行うために使用している「退院・退所情報記録書」を整理し、介護支援専門員が必要としている情報を医療機関に伝えていくことができる様にしていく。

【質疑・応答・意見交換】

(委員) 退院時の薬の把握はどのような形で行われているか。

(委員：介護支援専門員) サマリーに記載されていたり、カンファレンスの場で確認している。

この記録書は介護支援専門員が聞き取るなどして把握した内容等を記載していくもので、退院退所加算を算定するときの根拠書類として残しておくもの。

(委員：訪問看護師) 退院サマリーや薬の処方状況等、日常生活レベルを含めてどのように介入していくか話し合いをすることが増え、具体的に本人の能力がどの程度あるかが分かるようになった。介護支援専門員が欲しい項目がチェック項目になっていて良いと思う。在宅側としたら排泄や入浴の状況などわかると次のサービスに直接つながりやすい。

看取りを検討しての退院の場合は、どのように過ごしていきたいかなど希望が記載されているとより良い。

(委員) リハビリ職としては、麻痺の有無や部位など大まかな情報・障害像をこの記録書で把握できるとよい。また、脳梗塞の既往がある方が骨折をして入退院をした場合、脳梗塞の後遺症で麻痺があると悪化していることが多いため、直近の情報だけではなく、入院前の情報や入院後の変化など知りたい。

ADLについては介助の有無について記載が欲しい。

本人が何を望んでいるのか、障害受容についての情報は、その後の支援方法が異なってくるため必要。

医療機関でリハビリを受けていた場合は実施計画書がある。計画書があると在宅でのリハビリを継続して行いやすい。

(座長) この1枚で全ての情報を集約することは難しそう。利用者の状態に応じて必要なサービスは異なる。ベースとなる状態像をこの記録書に落とし込み、追加してその利用者が必要とするサービスやそこに関わる職種の人に対して、情報を添付していく配慮が求められるのではないか。

(委員：介護支援専門員) このシート(記録書)が各サービスの事業所に情報提供されるというのではなく、医療機関と介護支援専門員が連携するとき最低限押さえておきたい情報やその根拠となるもの。これらの情報を基にアセスメントを行い各事業所に情報提供をしていく。

介護支援専門員は作成する書類が多く、煩雑になりやすいため、入退院など医療機関とのやり取りに関しては、どのような情報を必要としているかをお互いに把握し、カンファレンスでの情報提供に役立てていければと検討を行っている。

切れ目のない医療・介護連携体制の取組について

【事務局説明（要旨）】

- ・75歳以上の高齢者は2030年をピーク、高齢者人口は2040年をピークとし、介護保険の認定率も上がっていくため、医療・介護を必要とする高齢者が増えていくことが予想される。
- ・看取りの場所として自宅を希望している者は45～55%、高齢者向け住宅を希望している者が5%弱いるにも関わらず、自宅での看取りは15%程度。また、自宅で最期まで生活できると思うかとの問いに対して「わからない」と回答している者が半数となっている。この「わからない」と回答している者の不安が何によるものなのかの把握や不安が少しでも解消されるような支援が求められている。今後、看取りの場面について検討を行っていきたいと考えている。
- ・現在の看取りに対する取組は中学生の地域医療講座、出前講座等での看取りガイドの周知、広報みしまでの周知である。在宅での看取りについて予想される課題としては、看取りやそのシステムの理解不足、サポート体制の周知不足やそれに伴う不安の解消、看取りの意思の確認、医療機関・消防との連携があると考えられる。

【質疑・応答・意見交換】

(委員：在宅医療コーディネーター) コロナ禍で医療機関での面会が難しいということもあり、在宅での療養・看取りを希望する相談が増えている。訪問診療を専門に行う医療機関も2か所できている。調査では半数が希望している在宅看取りは、在宅医療と訪問看護が連携していけば、難しいことではないと市民に周知していくことが大切だと思う。ただし、在宅看取りを希望していても、やはり入院をと希望が揺れ動くことも多くある。ACPの普及や、家族の思いに寄り添い精神的なサポートを行う介護職の育成も必要。

在宅医療と医療機関の連携がスムーズにいくような仕組みづくりをしていけたらと思う。

(座長) 看取りについては一般市民への周知が重要なことだと思われるが、その方法について意見を受けたい。

(委員) 中学生に向けて講座を行っているが、高校生や大学生になった時に再度行うことで、受け止め方もかわってくるのではないか。また、福祉施設の職員向けに周知をすることはどうか。また、退院時に病院からの周知をすることができれば家族も身近に感じることはできるのではないか。

(座長) 海外のデータでは退院時に一番興味関心が高まっていると言われている。退院時に看取りについて考えてみませんかと家族に働きかけることはよいきっかけ

けだと思う。

(委員：医療機関) 最期のことについて話すことが不謹慎、話しにくいという風潮。人生会議の日という取り組みを付属の老人保健施設と共同で家族を対象に、認知症や最期の時のことを話す勉強会として行っている。お金のことやお墓のことは話すが、最期の時に自分がどうありたいかを話す機会がなかったという人が多い。医療機関でパンフレットを渡し、考えてもらう事は大切だと思う。家族への負担を懸念している、話をしていないため家族がどう思っているかわからない、家族がいなかったためどうしたらよいかわからない、在宅医療を行っている医療機関や在宅医療のシステムについてわからない、といったことから不安に思っている人が多いので市民への周知・啓蒙が必要。また、職員に対しても周知・啓蒙が必要だと思われる。

(委員：医療機関) 在宅看取りで退院ということも多い。家族も最初は納得しているが、看取りについてイメージできていないことも多く、右往左往していることも多い。看取りガイドを渡して説明をしているが、すんなり理解してもらえないケースばかりではない。介護支援専門員や訪問看護師が医療機関で説明しきれなかった部分をゆっくり説明して寄り添ってもらえるとありがたい。

(座長) 看取りの検討部会の設置については、部会メンバーを事務局で検討・選出し、一度部会を開催。そこでの話し合いの結果・様子で設置の継続を検討していく。