

平成29年度第3回豊川市退院調整担当者会議次第

日時 平成30年3月14日（水）
午後1時30分～午後2時30分
場所 豊川市市民病院 講堂

I 議題

1. 協議事項

- (1) 豊川市における在宅医療の現状と課題
 - ① 医療依存度の高い人の受け入れ資源（病院・施設）資料を参照
安心して在宅医療を受けられる環境になっているか
それぞれの持つ機能と役割について
- (2) 退院調整機能の構築に関するルールについて
 - ① 回復期病院における退院調整の実態
 - ② 和歌山県のケース紹介
- (3) 来年度の研修計画案について（別添資料）

II その他

- ① その他の意見
- ② 来年度からの担当者会議運営について

平成29年度第3回豊川市退院調整担当者会議 議事録

日時 平成30年3月14日（水）
午後1時30分～午後3時
場所 豊川市民病院 講堂

出席者：別紙 座席表参照
委員4名欠席し、4名代理出席

はじめに

岩間委員（在宅医療サポートセンター 以後サポセンと略す）：今年度第3回目の退院調整担当者会議となる。今年度に入り後半から、短い期間に3回の会議を開催することとなり、皆さんの協力に感謝する。

会議次第に沿って説明。4項目の議題を提案する。皆さんから意見があれば、その他でお願いします。まず協議事項の（1）は豊川市における在宅医療の現状と課題である。資料は、A3版の用紙3枚で「医療依存度の高い人の受け入れ資源」を配付している。（2）は退院調整機能の構築に関するルールについてである。事前に回復期病院、病棟の担当者に退院調整の実態の報告をお願いしてある。別途、資料として、和歌山県の保健医療圏域での退院支援ルールを紹介する。（3）は来年度の研修計画案についてである。配付資料を基に、意見交換をしたい。最後にその他として皆さんから意見があれば出していただく。最後に来年度からの担当者会議の運営について提案をする。

I 1. 協議事項

（1）豊川市における在宅医療の現状と課題

—医療依存度の高い人の受け入れについて—

岩間委員（サポセン）：A3版のホチキスでとめてある3枚の資料は、医療依存度の高い人の受け入れに関する資料となっている。先日、介護保険関係事業者連絡町議会担当者会でも配付をした。一枚目は「豊川市内の病院の入院条件一覧表」で、豊川市民病院地域連携センターが作成し、昨年6月に更新をしている。今年3月に、サポートセンターがレスパイト項目を追加し、さらに、可知病院が輸血と不穏徘徊項目について、×から要相談への条件変更を申し出たので更新を行っている。二枚目は「在宅医療実施医療機関における医療依存度の高い患者の受入一覧表」である。三枚目は「高齢者入所施設における医療依存度の高い利用者受入一覧表」である。論点は、医療依存度の高い人が、安心して暮らせる環境になっているか、である。そういう視点でみると、呼吸器をつけた人の受け入れ可能な病院は共立荻野病院と総合青山病院の二か所であり、殆どどの病院は受け入れ不可能である。豊川市民病院の地域包括ケア病棟はまだ、呼吸器のレスパイト受け入れはしていない。急性期から送られる呼吸器を装着した患者は、殆ど荻野病院に送られるため、在宅からいつでもとってもらえる状況にない。総合青山病院は条件が整わず、断られることが多い実態にある。先日、呼吸器を装着した人が入院先を探したが、市内で見つからずに、豊橋の第二積善病院に受け入れてもらった。在宅医療を今後進めていく上で、この状況は厳しい。呼吸器をつけた療養

者が、レスパイトや一時入院を必要とした時の受け入れ先を作らなければならない。施設の一覧表でも受け入れ可能と回答したところは一か所、要相談が一か所となっているが、実際にはスムーズではない。

このような状況下で現在進めているのが、市民病院の集中ケア認定看護師と訪問看護師が連携して、呼吸器を装着して療養中の人の「家族向けのパンフレット」の作成。家族が安心して支援できるわかりやすいパンフレットがなかったために、今年に入り作成を始めた。パンフレットが完成したら、関係者向けの勉強会を開催し、意見交換をしたい。手伝うよと言ってくれている在宅医が既にいる。療養型の病院の看護師には特に参加してほしい。新しいことに取り組むのは大変だが、看護師が良ければ、うちの病院で呼吸器の患者をとってもいいと言ってくれている院長もいる。是非、このメンバーで、学習会を進め、市内全体の質を高め、呼吸器を装着している人の受け入れができる療養型の病院を増やしたい。

佐藤委員：院内でしっかりと同意が得られているわけではないが、相談員個人の思いでは、呼吸器をつけた人のレスパイトの機能を療養型が持つことを推し進めていきたいと考えている。パンフレットを使った学習会には参加を勧めやすいので、是非進めていって欲しい。

星野委員：2ヶ所の病棟で、2人ずつ計4名くらいなら呼吸器の患者の受け入れが可能。しかし、意識レベルの高い患者、状態が変化する可能性のある患者に対しては、医師が対応しかねる。看護師の夜勤人数も充足していない。しかしALSの患者の受け入れをしたいというジレンマがあり、もう少し受け入れ窓口を広げたいという思いがある。患者の死亡退院により、現在呼吸器の患者は2名、近く急性期病院から1名転入予定がある。

小林委員：いつも問題として議題にあがるのは、非常電源のこと。他の医療機関はどうなっているのか聞きたい。地震などで電源が落ちた時、呼吸器をつけている人はどうなるのか。発電機は用意しているが、病院自体に大きな電源はないので、吸痰とか他の電源を考えると、呼吸器に手を出しにくいという見解がある。

堀川委員：在宅の場合は、内部バッテリー・外部バッテリーがあり6時間はもつ。機材についている。呼吸器を持っている人は必ず、カフアシストを持っている。カフアシストのバッテリーを含むと、3つのバッテリーを持って入院なり入所なりする。車の変換機さえもらって常備しておけば、車で充電して時間を稼ぐことが可能となる。

新城委員：知識がないと不安になる。知識共有のための勉強会をして、非常時の対応を学ぶことができる。リース会社の対応はどこまでしてくれるのか情報の整理も必要。災害時、在宅ではどうするか、病院との連携でどの病院に搬送をするかなど、地域のルール決めをしておけば、レスパイトの対応はできるのではと思う。

木佐貫委員：最近、レスパイトで呼吸器装着の患者を受けた。その患者が急変して豊橋市民病院に搬送となった。こういうことがあると、どうしても消極的となる。救急内科の常勤医師がいないので、困った時に誰に相談するのか、医師自身も不安になる。看護師も人員体制が十分でないので不安になる。

堀川委員：その人はうちから送った、バイパップの患者で、気管切開をしていなかった人。気管切開の手術日は既に決まっており、それまでの数日間、妻を休ませようと、レスパイトをお願いした。呼吸機能は落ちていた。

木佐貫委員：あれから、不安に駆られるようになった。

新城委員：いい方向に考えると、状態の急変は想定内とした体制づくりの課題をもらった。

そういう可能性が考えられる人が在宅にいる。それを受け止める病院側も視野に入れる必要性の勉強をしたと捉えるべき。

堀川委員：気管切開をした人は安定している。吸痰さえしていれば問題ない。

木佐貫委員：毛嫌いしている傾向はある。正しい知識を共有できれば、積極的になれると考える。このケースに関しては、もう少し考えておかないといけなかったという意見があった。

近藤委員：当院には急性期の病棟があるが、呼吸器の患者は受け入れていない。どうしてなのか、という点を考えないといけない。

岩間委員：共通しているのは、どんなことが起きるのか、対処できるのかと、見えない不安がある。新しいことに挑戦するのは勇気がいる、ということなのかと思う。来年度は、このメンバーで勉強会を進めていき、スタッフに大丈夫と言えるようになりたい。訪問看護師、急性期病院の看護師、在宅医の協力を得て開催を計画していく。何回かに分けて、あちこちで数回開催できれば、どこかに参加してもらえるか。

(2) 退院調整機能の構築に関するルールについて

—回復期病院・病棟における退院調整の実態—

岩間委員：退院調整機能の構築に関して、本日は、回復期の機能を持つ、可知病院とさくら病院、総合青山病院の中の回復期病棟3ヶ所から、退院調整の流れについて、現状を説明していただく。可知病院とさくら病院からは、入院～退院までの流れのルールが書かれた用紙が配付されている。用紙を参考に報告を聞いてほしい。

竹原委員：可知病院では入院から退院まで、院内パスを利用する場合、2ヶ月用と5ヶ月用があり、基本的には2ヶ月用を多く使っている。入院当初、医師から本人と家族へ説明が入る。2ヶ月・5ヶ月どちらを使用するか決め、看護師・セラピスト（リハビリ師）MSWが立ち会い、介護保険の確認、入院前介護サービスの利用があれば、担当ケアマネジャー（以後ケアマネと略す）に連絡。介護保険申請が必要な場合は申請の仕方を説明。2週間以内にMSWが本人や家族に退院支援計画書の説明をする。この時点でMSWは、家族の理解度の確認と、退院先の意向の確認をする。入院して1ヵ月近く前にはリハビリカンファレンスを行う。医師、担当看護師、担当セラピストの多職種協働カンファレンスとなっている。このカンファレンスの内容を基に、ちょうど1ヵ月目にリハビリ面談を行う。本人と家族に治療の進捗の説明をするとともに、退院先の再確認をする。必要であれば、家屋調査を行う。調査の結果によっては福祉用具や住宅改修の提案、退院後のサービスの確認を行い、MSWが担当ケアマネに報告連絡をしている。2ヶ月目もリハビリカンファレンスは行われる。リハビリには、セラピストが中心で、IADL訓練も取り入れている。MSWが退院前カンファレンスと担当者会議の調整をし、退院に向けた調整を進める。退院後、当院の外来に受診する場合は、病棟から外来にサマリーや介護サービスについての情報を提供する形となっている。2ヶ月、5ヶ月どちらの入院期間であっても同様。

西崎委員：さくら病院では、入院後1週間以内に、多職種でのカンファレンスが行われる。2週間目以内に、家族を踏まえてリハビリの目標の確認や、どういう状態になれば自

宅に帰れるのか、家屋調査が必要な場合は自宅に伺う可能性があることを説明する。介護保険サービスを受けている患者は、担当ケアマネに来てもらい、目標の確認を一緒に行う場合がある。以後月に1回毎にカンファレンスを行い、多職種で、現在の目標の達成状況を確認、具体的にどのくらいで退院が出来るそうか話し合いをする。疾患によって退院予定は変わるので、ルール表記はX週と記してある。家屋調査は早目に行い、退院前遅くとも3週間前には、必要な人は改修工事に入る。新規の介護保険申請の人は、退院前2ヶ月前にはケアマネの選定を行い、退院前訪問にケアマネや福祉用具業者にも同行してもらい、退院調整を進めていく。自宅の生活で、具体的にどのような動作が必要なのかを評価の上、リハビリを進めていく。

木佐貫委員：総合青山病院の回復期病棟では、決まったルールの用紙はない。

大体2週間目で、リハビリの進捗状況、家族の意向を確認するための面談を行う。目標と、今後どのくらいの期間にどのような流れで、など通算して在宅の方々に情報提供する。在宅に戻る予定の場合、家族に家屋調査票を渡し、段差など写真を撮ってもらい提出してもらおう。改修工事が必要なら、その旨家族やケアマネに説明をする。どうしてもという場合は自宅に出向くこともあるが、十分でない職員数なので現実には厳しい。リハビリの進捗状況や家族の意向など、週1回のカンファレンスで、主治医・リハビリ師・相談員・看護師等で話し合いをしている。退院まで、そういったカンファレンスは継続し、退院前カンファレンスにもっていく。

岩間委員：回復期病院や病棟の、退院調整のルールは大きな違いはないことや、流れが出来ていることがわかった。説明の中では、ケアマネとの連携があることがわかったが、ルールの中に表記されていないので、明記されるとわかりやすい。

豊川市民病院の退院調整に関するフロー図を作成するにあたっては、意図的に介護関係者と連携する時期、方法を明記した。その結果、介護関係者との距離が縮まった。回復期は慢性期と違い、ある程度の期間の中で、計画的に進められていくので、介護関係者にとって、いつ、どのような方法で連携を進めていくのかが明記され、わかりやすくなることは、迷わず連携が進み、地域包括ケアを進めていく上で必要なことである。介護関係者ともお互いが承知しあい、公にルール化される状況を作るのが目標となるが、可能だろうか。

竹原委員：ケアマネには極力連絡を入れるようにしているが、皆が同じ手順でやっているかということそうではないので、院内で認識が出来るように努力する。

木佐貫委員：ケアマネに連絡は取るようにしているが、明確にこの時期に取るというのは統一されていない。ケースバイケースだが、疾患によっては決められる。患者にとっても、ケアマネにとっても、病院にとっても連携は良いことなので、出来るように持っていく。

岩間委員：患者主体に、皆がウィンウィンとなる。

平野委員：医療と同時に、介護保険の制度も変わる。入院したらケアマネの名前を伝えて下さいと、ケアマネや家族に義務付けされた。入院後3日以内にケアマネから病院に情報提供すると診療点数が上がる。国は入院から退院までの連携が進むように誘導しているので、今後もう少しお互いの距離が近づき、顔を出すことも必然的に増えてくるのではないかと。

能勢委員：加算の関係で、情報のやり取りは重要視されてくる。高齢者同士の世帯や独居

の世帯が増えてきたので、利用者が入院したら早く関わって、入院前の情報を病院に伝え、退院後の不安に感じていることを伝えるなど、利用者が安心して暮らせる形にできるといい。病院が突然退院を決めてきた、ということにならないために、ケアマネ自身もどうやっていけばいいか、圏域毎に話し合う研修を行うのもいい。

藤井委員：地域包括支援センターでは、病気を発症して初めて介護保険を利用するとか、生活状態がガラッと変わって、どうしていいかわからないという相談が多い。入院したのに、MSWを飛び越えて不安だからと相談が入り、こちらから病院に問い合わせ調整に入ることもある。MSWが入っていないケースで相談を受けて、フィードバックさせてもらったこともある。家族が支援者としての役割を果たせない、高齢者世帯が増えてきて、当たり前なのが理解できなくなっている。子供達を巻き込んでいかないと解決できないことも多い。病院側が包括に相談してくださいと伝えても、何のことかわからない。家族を含めた支援に関するアセスメントが必要である。要支援のレベルの人でも、病気に対する不安が強いために訪問看護を入れたケースもある。家族あつての支援なので、家族教育が大きな課題となっている。

—和歌山県の退院支援ルールの手引きについて（別紙参照）—

岩間委員：和歌山県的那賀保健医療圏域（2市・8病院）において作成された退院支援ルールの手引きに、ケアマネのルールが記されている。参考にしたい。

『入院前にケアマネがいる場合、◇ケアマネジャーは利用者と医療機関も含んだ個人情報共有に関する同意を得ておく。

◇ケアマネジャーは、利用者の入院に早期に気づくために、

i ケアマネジャーは利用者に名刺を渡しておく 以後省略』

『中略 ◇病院は、以下の方法によりケアマネジャーを確認する。

i 聴き取り等によってケアマネジャーの有無や事業所が分からない場合、地域包括支援センターに相談する。 以後省略』

このように、手引きには、病院職員と介護関係者双方の行動ルールが決められている。連絡がなくて困る、というのではなく、お互いが歩み寄るために、双方の努力が必要と認識しあっている。困るのは結局自分になるので、自分が困らないために努力する。資料の最後のページにある、病院運用ルール一覧表も参考になる。

病院名が左縦列、横列には、連絡方法や情報交換の方法、等の項目。全病院が全く同じやり方にはできないので、それぞれの病院（この圏域では8病院）のルールが一覧表になってわかる様に整理され、公開されている。

豊川市で、どのような方法が一番良いのか検討していくための材料にしたい。

（3）来年度の研修計画案について（別紙参照）

岩間委員：配付資料「平成30年度 病院と地域をつなぐ研修計画案」に沿って、説明。アンケートによる皆からの意見を基に、年間で6つの研修を開催する案を出した。これは、土日曜日以外で、時間帯は業務の後に1時間～1時間30分以内に開催することを提案したい。また、年間計画を速やかに皆に提出することで、個人が出たい研修に計画的に時間を作って出るといふ、負担感を減らした形にしたい。先に出ている呼吸器の勉強会は、1回では足りないかもしれないので、このあたりの

意見を聞きたい。

大谷委員：当院は、病院の中でも一番消極的だと思う。勉強不足なところがあり、呼吸器も、手術室でしか見たことがない看護師ばかりなので、積極的に声をかけていきたい。研修方法としては、土日曜日でなければ参加しやすいので、業務の後の1時間程度というのありがたい。

椎名委員：院内で勉強会を行っているが、積極的に外部の研修には参加するように、看護部長が声をかけているので、この研修案についても部長に報告をする。看護師だけでなく医師にも参加を呼び掛けるように、院長にも伝える。

倉本委員：平日の仕事が終わった後の研修は、家庭があり、子育てをしている人にとっては時間を取りにくい。是非参加してほしいという時は、人数を割り当てて参加するようにしている。以前と比べれば、学習に対する意欲は上がってきているが。

岩間委員：皆余裕がないと思うが、年間計画で出せれば、自分はここだけは出たいから、前もって空けるための動きをとっておくという行動が可能ではないか。人数割り当てで勉強会に出るのは、気持ち的に嫌だし、負担感が募る。看護師も介護関係者も看護や支援の仕事をしていけば、一生勉強が必要となる。家庭との両立はいつでも課題となる。

新城委員：私達看護師も、呼吸器装着の人に関わるのは怖いと多々思う。それで、業者に来てもらい勉強会をしてもらおうと、次々聞きたいことが出て、積極的に見聞きしている。呼吸器の勉強会は業者に来てもらって、各病院に出向いてもらおうと良いのではないか。その方が少しでも多くの人に参加してもらえる。代表者が集まってというより、現場の看護師が直接勉強をするためには、病院に行ってもらって行う方法を提案する。

岩間委員：良い案だと思う。

新城委員：次年度の豊川市の地域において、研修を踏まえてどういう形に作り上げていきたいか目標を決める。例えば、病院間でそれぞれルールがあっても、公表されていないので連携がされにくい。ケアマネを含めたルールを決めていくことを目標にして次年度は動くとか。

呼吸器装着をしている人のレスパイトを院内で検討してもらい、いくつかの病院で受け入れを整える方向を目標にするなど。

どの方向に地域が向かっていくか、来年度が終わるころにはどういう体制に持って行けたら、地域の問題の解決・家族の抱える不安や従事する者の不安が減るか？

その辺を皆で共有して取り組んでいくと、より速やかな連携体制づくりができると思う。

藤井委員：年々、ケアマネの医療職は減っている。10人に一人くらいとなっている。医療職でないと、医療用語や治療方針の理解や予後の見立てなど難しい。呼吸器の学習会もハードルが高いし、研修計画の内容も皆の支援が必要となる。是非参加したいという人もいるはずなので、お互いに頼りあったり、聞きあったり、チームで支援しあったりできればいいが。ハードルは高いために参加者は減るかと思う。

岩間委員：今回呼吸器のパンフレットを作成する背景には、高齢の呼吸器装着のご主人の支援をする妻を対象にしたパンフレットを作りたいという目的があった。そのパンフレット作成後の勉強会なので、ケアマネにハードルが高いというのはどうか。

藤井委員：医療に関することには敷居が高いかな。

岩間委員：そういう利用者のところにケアマネは行かないとは限らない。

佐藤委員：敷居が高いからこそ働きかけだと思ふ。包括支援センターからケアマネに働きかけてもらった方が良いのではないか。

平野委員：タイトルによって介護関係者は敬遠すると思ふ。「家族のための」とか「介護者のための」のようなタイトルにしたらどうか。

岩間委員：確かにその通りだと思ふ。

藤井委員：「事例を通して学ぶ」を入れてもらうのも出やすい。

新城委員：興味を持って参加してもらわないとね。

連携をするには、ダメ、はなし。ダメとなると、前には進めないし連携は取れない。じゃあ、現状がこうならどうするか、という視点でいつも行かないと広まっていけない。

II その他

(1) その他の意見

内藤委員：市民病院の地域連携センターとしての連絡。平成30年3月19日から、患者連絡票が新しくなるので、資料を配付した。内容は、これまで訪問看護部会や施設部会で使用している書式にあわせた。転院時に持参するもの、の項目に於いて一部変更点があるのみ。

もうひとつ、東三河ふれあいフォーラムのチラシを配布した。毎年5月に、看護の日に、東三河看護協会、東三河支部で開催している。是非参加してほしい。

(2) 来年度の担当者会議運営について

岩間委員：来年度の担当者会議の運営について提案が二つある。一つは、会議開催回数について。情報交換や共有が密になってきており、話し合わなければならないことが増えてきたので、6・9・12・3月の4回、開催を予定したい。可能か？

もう一つは運営方法について。今年度は、私が会議内容を提案し、運営をしてきた。一人の判断と進行を全て任せてもらうのは、あまり良くないと感じている。委員長・副委員長を選出してもらい、私は書記という形で支援させてもらう提案をしたい。

内藤委員：場所は、今のまま市民病院を使ってもらうのがいい。市民病院だけが運営に入るのはどうかと思うので、岩間さんを含めた代表を決めていくと良い。

岩間委員：来年度委員が変更になる予定はあるか。

竹原委員：可知病院は来年度、福尾に代わる。

能勢委員：居宅介護部会の部会長が林さんから倉田さんに代わる。

岩間委員：ではメンバーのその他はこのままということで、誰か、委員長・副委員長に立候補してほしい。

私ごと、挙手をするのも難しそうなので、個別にお願いをする方法を取る。

では、次回6月開催までに、報告・連絡・相談をする。