

## 第 1 回 医療介護連携に関する専門部会議事要旨

1. 日 時 平成 29 年 12 月 13 日（水）13：30～15：33
2. 場 所 三宮研修センター 801 会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり
4. 議事内容・主な意見

### 【地域包括ケア推進部会における「医療介護連携のあり方専門部会」の位置付けについて】

- ・ 3 月の地域包括ケア推進部会で、専門部会の設置について了解をいただいたこと、専門部会の構成員については、会長と相談の上、別途定めることとなっていることを説明。
- ・ 必要な検討項目、設置する専門部会、今後の進め方、スケジュール案等の説明。

### 【医療介護連携の現状と課題について】

- 連携とは言っているが、多職種連携会議には同じメンバーが参加し、実際に現場で動いている人の顔の見える関係性が希薄である。医療と介護が横の連携ではなく縦で動いている。看護師として、ヘルパーやケアマネジャーに声かけして自分たちの思いを伝えることができていない。医療保険で入っている訪問看護師は、ケアマネジャーが招集する担当者会議に呼ばれないことがあるが、利用者にとっては医療も介護も一緒なので、全員で課題解決をしていかないといけない。
- 非がん慢性疾患の終末期は、どこまでが終末期かがはっきりしないため、最期は急性期医療を受けながら亡くなるのが定番である。このような中、たくさんの無念に触れ、非がん高齢者の終末期の意思をどう実現するかということに 13 年間取り組んできた。非がん高齢者の場合、ケアマネジャーがケアプランを立てるが、ケアマネジャーの約 9 割がもともと介護職で看取りの経験がない状態でプランを立てるのは役割過多である。救急車を一番呼びたいのがケアマネジャーであるのに、制度設計のミスではないかと思う。非がん疾患の終末期の意思をどう実現するかということは今後もやっていきたい。須磨区で医療介護連携の交流会を 5 年続けて、医療介護サポートセンターに引き継いだ。毎回 100 名以上集まる会ができたことは有意義だったが、専門職しか集まっていない。今後の課題は専門職だけでなく地域住民と共に勉強していくこと。
- ケアマネジャーは定期的に担当者会議を行う。末期がん等では医療保険適用となり、医療が重要であるため、訪問看護師も声かけしているが、処方だけの薬局や歯科医までは声かけしていないため、全体では足りていない部分もあると思う。細かい処置内容や薬の変更があっても、ケアマネジャーまで情報がもらえないため、利用者から聞かなければわからないことがある。もっと情報共有を密にしないといけない。

○薬の変更など、ケアマネジャーにどこまで（医者のお話を）咀嚼することを求めるのか。介護のケアマネジャーと医者との幅はすごく大きい。看護師はその間の通訳ができるのではないかと思ひ、病状、本人の意向、目標、家で亡くなりたいのか、などをまとめて、今年から「訪問看護シート（通訳の表）」を試行的に作り、毎月、ケアマネジャーにも送付している。医療の目線や医師の方針をケアマネジャーに理解してもらうことは、訪問看護にとっても、利用者にとっても良いことである。シートはケアマネジャーからも好評を得ている。

○ケアマネジャーやヘルパーに医療のことを理解せよ、勉強せよと言っても、難しいのは当然である。訪問看護シートのような形で利用者情報を共有できたら、わからないことも直接聞けるので、一つの手段だと思う。

○介護の側から言うと、情報共有が難しいと感じる。現場からケアマネジャーに患者情報を十分に伝えることができず、往診で薬を処方されても、ケアマネジャーに情報を伝えられていないので、情報共有できるように改善していかないといけない。現場から救急搬送する際、利用者をよく知っているスタッフが行けばスムーズに対応できるが、夜間で普段接していないスタッフが行くと、質問されても答えられないことがある。例えば挿管するかどうかを聞かれることがあるので、本人の医療に対する意思決定や意向を載せてもらおうと、色々な場面で共有できると思う。普段、利用者の意向はケアマネジャーからの情報しかないが、この訪問看護シートは、医療面での利用者の意向が詳しく載っている。ただし現場の人間もレベルを上げていかないと、対応できない可能性はある。

○医療介護サポートセンターの役割と相談実績を説明。

訪問看護師と医師は連携ができていのように感じるが、採血結果のデータが訪問看護師に伝えられないことがあるため、薬の処方でも想像するしかないと聞いたことがある。病院では患者のカルテは全員が見られるが、在宅医療ではカルテが診療所内にあり、共有しづらい部分がある。ヘルパーが連絡ノートに「食事の量が少なかった」と書いてあっても、医師からすれば、具合が悪かったのか、食事がなかったのかが分からないので、もっとちゃんと書いてほしいと言っていた。どういう情報が必要なのかをヘルパーと共有することが大事である。また、この時代に紙だけで情報共有するのはどうかと思う。

○ICTの話は賛成できないが、情報共有の課題を話したい。在宅医療の中で顔が見える関係ができない原因は、医者が連携の場に出て行かないということがある。市医師会で「在宅医療塾」をやっているが、開業医の参加者が増えない。

また、病診連携の問題だが、在宅医療で診ている患者が入院している間に、経鼻栄養や胃ろうができて、在宅に戻ってくることがあり、誰が診るのか、ということもある。ケアマネジャーは医師が知らないような、本人の収入など深い情報をたくさん持っており、主治医意見書も見ているので、情報を持っていないということではなく、共通言語・用語の問

題である。ケアマネジャーの報告書に「CM」と表記しているが、何のことかわからなかった。ケアマネジャーの報告書には全然わからないことばかり書いてあり、あまり読まないケースもある。訪問看護師のレポートは医療と介護の両方が書いてあるので読める。最近、ケアマネジャーとメールやLINEで連絡するようになり、体重が何キロ増えたとか、サービスでごはんを沢山食べているとか、そういう情報を入手できるようになり、とても役立っている。そういうことがこれからのICTの中で、うまく利用できればよいと思う。

○資料集にある他都市の資料で「かかりつけ歯科医」が入っていないものが多い。歯科医師会として今まであまり口腔フレイルや口腔ケアに力を入れてこなかったが、徐々に、訪問歯科医師の派遣や、歯科衛生士の派遣などを進めている。嚥下・咀嚼障害が誤嚥性肺炎を引き起こすほか、BP製剤(骨粗しょう症の薬)を服用した状態で抜歯すると、顎骨の壊死が起こることがあると言われており、歯科領域でも多職種連携は必要である。「かかりつけ医」だけでなく、「かかりつけ歯科医」や「かかりつけ薬局」の推進もお願いしたい。今、歯科医師会で問題になっているのは、歯科医師会未入会で訪問専門の医師がおり、月4回も入り、患者の金銭的な負担が大きいことである。

○在宅医療では、主治医を通して必要性を感じたら、歯科医師や薬剤師が入るといった流れがあったが、今はアクセスが自由で、いろいろな訪問が入るため、ごった返している。老老介護の静かな暮らしとのバランスを見ないといけない。

○実際のケースで、家族が訪問歯科を頼んだが、ケアマネジャーも主治医も知らなかったことがある。個人的には看護師やケアマネジャーが把握し、主治医につなぐことが必要と思う。

○市薬剤師会では訪問できる薬剤師を育てるため研修をしているが、制度がわからない、関係性を作るのが難しいとの声がある。薬剤師は薬局に閉じこもりがちなので、連携が進みにくい。担当者会議に出席すると、ヘルパーやケアマネジャーからは「実際はこうだが、ドクターに意見が言えず困っている。薬剤師さんから言ってくれないか」ということをよく言われる。医療に引け目を感じ、ヘルパーやケアマネジャーの持っている情報が医療に生かせていない。中核を担える立ち位置にいるのが薬剤師や看護師だと思う。私のところは、医師の電子カルテをパソコンで確認できるし、訪問看護の履歴を閲覧できるので、患者は何回も同じ質問をされなくて済む。訪問看護ステーションから、訪問のたび、患者の情報がわかるメールをくれるので、私も訪問したときにメールをしている。看護師やヘルパーからの働きかけがあると、情報共有の場が作りやすい。

○救急医療の立場としては、薬や家族構成、介護サービスなどいろいろな情報が必要となる。そのとき、キーパーソンとしてケアマネジャーの持っている情報は大きい。お薬手帳も有効である。そのあたりを充実させていけば救急の現場は機能的になる。入院されたときに

はお金の管理など成年後見人が出てくる。成年後見人が何をして、どう関わるかなどについても、この会議で確認すべきである。介護保険の意見書は書くが、その後の連携をとるのは難しい。会議に出席できない場合、FAXで追加情報のやりとりをすることがあるが、忙しい中で、もう少しうまく連携がとれる方法があればと思う。また、ドクターから患者やヘルパー、ケアマネジャー、看護師など、相手の立場を考えて理解されるような説明の仕方ができればよいが、まだまだできていない。色々なサービスがあるが、患者がどういう生活を望んでいるかという視点がないと、サービスの押しつけになる。

### **【その他】**

○専門部会の名称について、「あり方」では概念的すぎるので見直してはどうか。