

報告書

第1回在宅医療連携推進委員会 (主催:西部医師会)

1 日 時 令和6年1月17日(水) 19時30分 ~ 21時05分

2 場 所 鳥取県西部医師会館1階 会議室1-1

3 出席者 出席者名簿の通り

4 背景

今年度保健医療計画の策定があり、西部医師会が在宅医療連携を担う拠点として定められた。今後の在宅医療体制について議論する場として、西部医師会を中心に改めて在宅医療に関する会議を開催する方向となった。R5年10月に医師会役員と保健所担当者で準備会を開催し、課題について議論した。準備会を受けて、歯科医師会、薬剤師会、急性期病院の地域連携室、訪問看護、ケアマネジャーを委員会のメンバーとし、第1回として本委員会を開催する運びとなった。

5 趣旨

各委員より在宅医療について各職種の抱えている課題や要望について報告があった。また、各職種の情報共有の状況や連携会議の開催状況についても報告があった。急性期病院との連携の課題として、在宅療養患者急変時の対応について協議し、急変時の事前指示確認ができていないこと、事前指示を確認していても急性期病院内で連携がとれていない事例があること、ACPに関する患者家族の認識不足の話があがっていた。訪問看護ステーションの現状(大規模化が困難である理由)や、訪問サービスの広域対応が困難(市内から郡部への訪問など)といった意見もあった。

6 内容

(1) 挨拶

【仲村委員】今回の会議で在宅医療に関する問題点を多職種で協議し、今後の方向性を決めていきたい。それぞれで開催している連絡会の情報など、情報の集約化もはかれたらと考えている。

【藤井所長】今年度保健医療計画の策定があり、今後の在宅医療体制について議論する場が必要と考え、西部医師会を中心に、改めて在宅医療に関する会議を開催して頂くことになった。

(2) 協議

①各職種における情報共有の体制について

●連絡体制の確認【資料参照：西部地区における各組織の連絡体制について】

- ・訪問看護→鳥取県訪問看護支援センターが県内すべてのSTを把握。訪問看護連絡協議会は任意の会で、各圏域に支部を設置。訪問看護支援センターを通せば、すべてのSTへ連絡可能。
- ・ケアマネジャー→ケアマネ連絡協議会は鳥取県社協が事務局。各圏域に支部を設置。協議会への登録は事業所単位ではなく、個人での登録。すべての事業所への連絡は市町村から行う流れ。
- ・歯科医師会→各圏域に地域歯科医療連携室を設置し、個別事案へ対応。全体の窓口としては歯科医師会事務局。
- ・薬剤師会→薬剤師会を通せば、各委員長へ連絡が入る。薬剤師会に所属している薬局(8-9割)へ周知可能。

●各職種の連絡会について

- ・鳥大、医療センター、労災病院、博愛病院の連携協定がある4病院の連絡会(地域連携室、Ns、MSW)
- ・西部在宅ケア研究会(西部医師会が主催している在宅医療・介護に関する多職種連携の会)
- ・西部圏域在宅医療連携に係る意見交換会(各市町村が持ち回りで担当、月に1回程度の開催)
- ・医療介護連携に係る調整会議(保健所主体で開催、入退院調整ルールの運営状況・見直しを実施、年1回開催)
- ・西部圏域実務者会(鳥大、鳥取県西部・安来市の17病院が対象、年2回程度の開催?)
- ・地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の連絡会

②在宅患者の急変時対応

●急性期病院との連携について

- ・基本的などの病院にもスムーズに受け入れてもらっているが、当直医によっては受け入れ困難な場合がある。(医師)
- ・早めに在宅医へ紹介していても、病院の入退院を繰り返すと、結局紹介先を受診されなくなることがある。(医師)
- ・急性期病院から直接訪問看護指示書をもらうことはあるが、医師へ相談する際の窓口も明確化されており、外来や外来師長を通してスムーズに話をすることができる。(看護師)

●終末期がん患者への対応について

- ・がん患者の場合、在宅に戻ってからの生存期間が短く、在宅医と患者・家族の関係性を構築する時間がない。(医師)
- ・がん患者の場合、死期を把握することが難しく、急変が多いのは仕方がないと思う。(医師)

●患者家族の事前指示の認識不足

- ・家族が急変時の事前指示について把握をしておらず、救急車を呼んでしまうことがある。(医師)
- ・患者急変時に家族から訪問看護へ連絡が入ったが、その時点で家族がすでに救急車を呼んでいるケースもある。(看護師)
- ・病院側から在宅での看取りと聞いていたケースについて、多職種での話し合いもしていたが、患者が急変した際に家族が救急車を呼ぶと言ったことがあった。(ケアマネジャー)

●ACPの重要性

- ・ACPの話は家族を前にしてしづらいこともあるが、予想外のことがないためにも必要な取り組み。(医師)
- ・各職種の担当者が集まる最初の顔合わせの際に、最終的な方向性を明確にしておくことが重要。(ケアマネジャー)
- ・DNARを確認していても病院内部での連携不足で蘇生をしてしまったケースがあった。事前指示確認済の方については、病院のオリジナルシールを保険証や自宅の冷蔵庫等に貼ってもらう取り組みをしている。それでも確認が難しい場合もある。(看護師)

●人材不足の問題

- ・ある病院から、看護師の配置が難しく、救急車対応を並列で行うことは難しいと聞いた。(医師)
- ・最終的に地元へ医師が戻ってきてもらえるような体制づくりが課題。県全体で考えていく必要がある。(医師)
- ・訪問看護師の成り手不足。子育て中の30-40代の看護師への教育の必要性。(看護師)

③診療所相互の連携・補完

- ・診療所のマッチングについて再編成を検討(医師)。
- ・歯科医院は代診で対応できない場合は休診することが多い。(歯科医師)
- ・歯科医師の長期の療養等の場合、以前は鳥大の口腔外科からの派遣で対応して頂くこともあったが、現在は対応が難しいと聞いている。(歯科医師)
- ・薬局の場合、患者との契約段階で協力薬局として相互応援体制を構築している。(薬剤師)

④訪問看護体制について

●訪問看護ステーションの廃業について

- ・令和5年は西部で訪問看護STが6件の廃業。(医師)
- ・体制の問題でステーションの維持が困難となっている。看護師3名など小規模でステーションを立ち上げると維持が難しい。人員の問題で、夜間対応ができない等があるが、加算がとれず収支が合わなくなる。サ高住に併設されたSTが多くできているが、施設外の利用者でもどんどん利用できるわけではなく、基本的に法人内で完結している。法人内で人員確保が難しくなると、STを閉めることになる。(看護師)

●訪問看護ステーションの大規模化について

- ・大規模化するとしても、機能強化型の加算要件が厳しい(年間での看取り件数25件、小児への訪問実績など)。要件を満たすのは病院併設の訪問看護STでも難しい。
- ・収益は一つ一つの加算の積み重ねであり、計画的な人員増も難しい(看護師)。

⑤医療資源不足エリアへの対応

- ・遠方の訪問先では早急の急変対応が難しく、採算も合わない。地域の保健師、地域包括支援センターと連携をとって、まず様子を見に行ってもらうこともある。市内にSTが密集している状態で、対応がなかなか難しい。(看護師)
- ・新規のSTの立ち上げもあり、大山町や境港市の訪問にも対応してもらっている。(看護師)
- ・郡部では特定の在宅医への紹介が多くなり、在宅医の負荷増大を懸念している。(看護師)
- ・訪問診療、訪問看護も16km圏内の対応が原則。市内から郡部への訪問が難しい。特に日野郡などの対応が難しいと考えている。そのあたりは公立病院がカバーせざるを得ないのではないかとも思う。(医師)

(3) その他

今後のスケジュール・方向性について

- ・本委員会であがった課題を整理し、3か月後頃に次回委員会を開催予定。
- ・次回以降の委員会では、各組織や団体へのアンケート調査、プロジェクトなどの取り組みについても検討予定。