

新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

(平成30年度全体会) 議事録

■ 日 時

平成31年3月19日(火) 19:00から20:45

■ 場 所

新潟市総合保健医療センター 2階 講堂

■ 次第

1 開会

2 あいさつ

3 議題

(1) 平成30年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会活動報告 資料1

①市民の理解を深める分科会

②医療と介護の連携を深める分科会

(2) 平成31年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会について 資料2

4 閉会

【質疑応答】○委員、オブザーバーの発言 ●事務局の回答

(1) 平成30年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会活動報告

①市民の理解を深める分科会

○在宅医療介護連携を推進していくためには、医療介護関係者だけでなく、広く一般市民から理解してもらうことが当初から課題で、それをどのように進めていくかということで、分科会でさまざまな提案をされ、検討してきたところである。特に、在宅医療介護が必要な人だけでなく、広く啓発をしていくという点では、教育委員会とか、今までとは違う分野との連携をとりながら、小中学生やそれを通してPTAと連携するとよいのではといった提案があったところである。

○おきがる座談会の1団体につき1回という文言を取りはらうというのは、今年度からか。

●H31年度からになる。

○今年度のおきがる座談会の申込数と内容などを教えていただきたい。また、小中学生高校生向けのセミナーを実施した会場は資料で1校でているが、他のところの状況を知りたい。

●資料1-3をご覧いただき、実施回数は65回、延べ参加者数は1,221人。内容については、在宅医療や認知症、健康寿命に関すること、歯科関係など、他にもACPに関することなどさまざまなテーマで実施した。小中学生高校生向けのセミナーは、小学校からの依頼が2校で、中央区と東区の小学校を会場に実施。他に小中学生対象に募集して、デイサービス会場と病院を会場に実施した。

○おきがる座談会の回数は、各区でだいたい同じ回数で実施されているか。

●だいたい同じであるが、西蒲区では他区よりも多く実施している。

○人生の最終段階における医療についての啓発については、検討してこのようなシートになったが、ご意見などあるか。

○確かに、最初はもう少し固いシートであったが検討した結果がこれである。ACPの前段である「もしもの時」の普及部分をどうするか、市民の意識を変えていくためには、状況にあわせて使用していくべきものと思う。

②医療と介護の連携を深める分科会

○具体的に活動ができるようになってきた印象がある。

○来年の事業で、市からセンターに移った事業がいくつかあるが、理由などを説明していただきたい。

●業務計画書1-9、21番、23番については、今年度初めて実施するというので、市の方で進めてきた。次年度は在宅医療・介護連携センターを主体に進めてきたい。いずれも、周知に関しては行政のほうでしっかり実施していきたい。

○センターから市に変わった部分としては、「2実態調査の分析」と「10ステーション業務マニュアル管理」で、市の方が得意とするものであるという理由。また、市からセンターに変わった部分は、「21働く人のための医療介護セミナー」「23小中学生高校生のための医療介護セミナー」、これは講師の依頼の関係で医師会を通じたセンターのほうが追認しやすいという理由かと思われるが、それでよろしいか。

●その通りで、講師の方を医療機関の方をお願いしたいことから、医師会からお力添えいただきたく、センターを主体とした。

○新潟市の在宅医療に関する将来推計について、国はどこまで進めているのか。

●先ほど、事務局から説明にもあったが、「見える化システム」は行政の担当が使っていくシステムで、みなさんにもご覧いただくことはできる。来年6月以降に、在宅医療関連のレセプトデータが最小市町村単位でデータを搭載する予定。詳細については国の方で整理をしている状況。もう少し詳細な情報が出たら情報提供していく。

○まだ、厚労省のホームページには載っていないのか。

●載っていない。

○連携ハンドブックについては、病院側の方と介護側の連携について、非常に有用なツールかと思われる。作成に関われてよかった。この間新潟県のワーキンググループに出た時に、入退院のルール作りをなさいと言われており、そこで書かれていたのが新潟市は入退院支援のルール作りができています、とあった。誰がどう答えてそうなったのかわからないが、ルール自体は現在ないと思うのだが、今後新潟県が求めている入退院支援のルール作りに関して今後ハンドブックを使ってルール作りをしていくつもりなのか、それとも新たに何か検討していくのか聞かせていただきたい。

●各地域で入退院支援のルールづくりが始まっているところがある。西区では、統一した入退院支援時の情報シートを作っていこうという話が出ている。そのようにやっていただいているいいところを、各地域に広めていければよいかと考えている。確かに、新潟市では全体的に入退院のルールが既にできているとは聞いていない。

○今後、新潟市では新潟市全体でルールづくりをしていこうという考えはあるのか

●各地域に入りながらルールを作り、それを全体で実施できるようにしていければ、と考えている。

○そのベースづくりにハンドブックを使っていくということか。

●その通り。

○県は、ルールづくりというのはその地域地域の特性に応じたルール作りをせよ、ということか。

○国がルールづくりをするようにといった文書を出した。そのため、県はルールづくりをしますと言っているが、現状把握した中では、県が率先して音頭をとってルールづくりをしているという感じではない。実際、三条市では各病院が集まって、地域のルール作りをしたとのことだが、地域によってはかなり温度差があるようだ。

○ルールづくりを地域でという流れは国から言われていることだが新潟県は広いし、地域によって違うので、結構大変なのではないかと思う。福井が充実していると聞いているが、それが実際機能しているかはわからない。

○ハンドブックはダウンロードできるが、どれくらいダウンロードされているか、どの部分をダウンロードしているのか種別などわかたら教えてほしい。

●ダウンロード数をこちらでカウントしなければならないと今の質問で再認識した。改めて報告させていただく。初年度なので、ハンドブックは増刷して、できるだけハンドブックの冊子を配っていくという体制をとってきた。今後はダウンロードも積極的に使っていただくということをしていきたい。

○ホームページにハンドブックをアップしてから、新潟市以外から問い合わせとか照会などないか。

●何件か視察等で来られた時に説明しているが、このハンドブックはどういったあたりを推奨しているのか、といったあたりをよく聞かれる。私たちは、ルールとして掲げて

いるわけではなく、地域ごとのルールづくりを推奨していくためのベースであるということを説明している。

● 県外の研修に行った時に、新潟市のハンドブックをダウンロードして見させていたでいるといった声をいくつか聞いている。県外の方も新潟市のハンドブックを注目していることが伺えた。

○ 退院支援のことで、基本的にこれは病院の機能評価につながっていて、これを作らないと機能は認められない。病院ごとに違っている。病院が集まってその中で共通となる部分を突き合わせれば、共通項というルールとしてできていくのではないかと。

○ ハンドブックは、ダウンロードして、大学の多職種連携の部分でお話させていただいた。この周知一覧をみると、教育機関が非常に少ないと感じる。教育機関にも積極的に案内し活用していただくことを考えていただきたい。

○ 在宅医療に関連する新しい言葉や概念も出てきている。バージョンアップする必要がでてきている。冊子のほうはなかなか変えられなくとも、ホームページに掲載する部分に関しては変えていく必要がある。例えばACPなどは、載っていないと思う。人生会議やDNARなど、英語の略語も多いが、新しいものをどんどん載せていく形がよいと思う。

● ぜひ、検討していきたいと思っている。分科会で意見をいただきながらやっていきたい。

○ CanCan ミーティングでは宇都宮先生を呼んで実施しており、参加したこともあるが、訪問看護師の参加が少なく、開催時間に参加が難しいと感じた。この研修会に参加していくと、同じ看護職どうしの接点が見えてくるので、何が足りなくて何が共通なのかわかるため、続けていく意図はすごく大きいと思っている。また、地域での看看ミーティングで研修会などが行われるようになっていくといいのかと思う。

○ 開催時間は午後1時半から4時半なので、一番忙しい時間帯、夜、あるいは土曜日など時間を選んでいただいたほうがよいかもしれない。

● この CanCan ミーティングは3年前から実施しており、講師からも、次のステップとして、看護師とケアマネジャーとのディスカッションを深めていくといった意見をいただいているので、次年度の開催に向けて宇都宮先生と協議していきたい。

○ 新潟市在宅医療・介護連携推進事業施策指標マップの成果指標として要介護高齢者の生活満足度QOLとあるが、実際に出せる指標なのか。今現在出せている指標なのか。

● まず、成果指標の中ほど中期的の部分では、上段の方はほとんどレセプトデータになるので、確認していくことができる。下の方は、既存のアンケートから出すことができる。既存のアンケートは3年ごとに実施しているものあれば5年ごとに実施しているものもあるので、これらの見方については、整理が必要であると思っている。右の最終アウトカムの長期的な成果指標の要介護高齢者の生活満足度QOLだが、下の成果指標データソースの例えば健康とくらしの調査とか介護予防・日常生活圏域ニーズ調査とかこ

ういった既存の調査の中で見ることはできるが、じゃあそれをもってきてこの事業の指標ということは、そのままではできないと事務局も考えている。いったん掲げてはいるが、考え方とか把握の仕方とかはもう少し整理が必要かと思っている。

○数値化できるものはできるだけ数値化していくということか。

●このあと実績をみて、そのあと3年、5年の目標値というのをできるだけ数値化していきたく考えている。

○国では在宅在宅といっているわけだが、実際のところ将来的に市としてはどこでの看取りをめざしてこういうことをやっているのか。現在ロングショートステイがすごく問題になってきているが、そのへん見通しとしてはどうなのか。

●見通しとしては、正確な数字は持ってきていないが、最近調べたのは人口動態統計の死亡場所別死亡者数で、過去5年までさかのぼってしてみた。ここ3年ほどの変化だが、死亡者数の絶対数は増えており、場所別に見ると病院での死亡者数の割合としては減ってきている。大きく増えたのが、統計上は老人ホームといった項目にくくられている特別養護老人ホームとかになるが、そこが大きく増えている。区ごとに見ると、老人ホームでの死亡が増えている区と増えていない区があり、なぜなのかは不明。自宅で亡くなった死亡者数はほぼ横ばい、総括すると老人ホームで亡くなる方が今増加傾向にあり病院は抑制傾向で、自宅はほぼ横ばいの状況。後日、委員のみなさんにデータを送りたいと思う。市としては、病院以外の場所での看取りが、これからの多死社会の方向だと受け止めている。私が危惧しているのは、人材不足が施設の開設や病床にマイナス材料に働くのではないかということで、そうすると自宅で亡くなる方向性を今後強くしていく必要があると思っている。その対策と言われると今すぐでてこないが、今後勉強して新たな対策を講じていかなければと感じている。

○今後、施設で亡くなる方向にいくのではないかと私は思っている。そうすると、全体の施設のレベルアップをしなければならないし、方向性がないと。

●施設の入所期間というのをどの程度とれるのかわからない部分があるので、少なくとも病院の在院日数は、今より1.4分の1にはならないと、つりあいがとれなくなるのでその分在宅医療等での期間が長くなるだろうと思われる。おっしゃる通り、介護施設の職員のスキルアップなども必要だし、医療と介護の施設を行ったり来たりする頻度も増えるので、やはり今以上に連携関係が密になるような関係づくりが必要だと感じている。

(2) 平成31年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会について

○90歳代の入院の方がめっきり増えており、特に今年はインフルエンザで体調を崩される方とか、そのような方がその後どこまで何をするか話し合われていないと、かなり濃厚な医療を行わざるを得ない。その結果、今までできていた機能が全て失われて、次の生活場所に困るといったますますの悪循環になるので、何か方法等があれば助かる。

○なかなか話し合っていたとしても、その場になると気持ちが変わったりと、難しいこともある。この間、うちの職員が地域の病院の勉強会でシルバーカードの運用を始めた取組みを聞いてきた。今お話しされていることと同じような事かと思うが、大事なことだと思っている。

○以前、静岡医師会から来ていただいて、在宅安心カードのことを聞いたが、グリーンカードとシルバーカードとイエローカードなどがあると聞いた。たぶんその辺のアイディアから来ているものかと思う。病院の主治医と在宅の主治医と2人いて、それが理想的だが、全部の患者さんがそうできるわけではないし、あまりICTは使っていないようだったが、仕組みとしてはいろいろあると感じた。

○確認させていただきたいが、ワーキンググループというのは、資料の連携セミナーのところに書いてある通り、連携のグループづくりをするためのワーキンググループということ認識してよろしいか。

●目標としては、連携ルール策定ということを目指していきたい、そこまでのプロセスでやるべきことが沢山あり、例えば施設の実態把握とか、その具体的な進め方というのを1回目のワーキングで委員から意見をいただきたいと思っている。

○今、われわれが所属しているのは、在宅医療介護連携推進協議会になるが、救急の方に協議体があると思うが、ワーキンググループのメンバーは、そこうちの協議体からも出ているが、バランスもあると思うがその辺は大丈夫か。

●その他参考人招致という部分で、柔軟にお入りいただける余地を持っている。おっしゃるとおり、重なる協議の部分もしっかり重ねていきたいと考えている。

○ワーキンググループについては、事務局と一緒に検討し新たな協議体を作ったらどうかという意見もあったが、実際、この在宅医療・介護連携推進協議会の中でも議論している多職種連携のことやACPなどもう既に取り組んでいる。この在宅医療と救急医療の連携については、ACPなど重要になると考えている。この2つの分科会と有機的な連携を持ちながらワーキンググループを進めていくことが重要であると考えていて、ワーキンググループで出た意見をそれぞれの分科会で協議していただくとか、ワーキンググループもいろいろなテーマで話しあうと考えられることから、各分科会の委員からも参加していただく機会を設けたりすることをワーキングの中で相談していきたい。この2つの分科会と有機的につながっていくワーキンググループでありたいと考えている。

●事務局より、救急分野の情報を提供したい。新潟市の救急搬送患者は平成29年の1年間で3万6千人ほど、その6割が高齢者。消防局が将来推計をしたところ、2035年頃は4万人程に搬送件数が増えるだろうと予測している。対して、新潟市の病院勤務の医師数は平成28年12月の調査で1,500人ほど、そのうち医師の育成機関の教官や研修生の医師数は250人ほどで結構ウエイトを占めている。その中で新潟市の医療が支えられていて、かつ病院の医師の平均年齢は政令市では最高齢の下から3番目か4番目くらいで高い状況。人口ピラミッドも作ってみたが釣り鐘型であった。新潟市の

病院の医療は40代50代の医師が中心となって支えている現状がある。新潟市は2035年に高齢化のピークを迎えるが、その頃には医師の年齢がもう少し若返っていないと、病院医療の維持機能は非常に厳しくなる。今後、医師確保計画を県が策定することになるのでそこで協議されると思うが、そういう実状にある。病院にアンケートをとると、医師が高齢化して患者を受けにくいとか、また救急を担える看護師の確保・育成が困難で患者数を受けたいが受けられないという声があちこちから聞こえてくる。一方で、病院と特養や老健など協力関係のある施設からの救急搬送は積極的に受け入れたい声もある。そういうところはバックアップ体制の機能を強化し、また在宅等での急変時の患者さんをどう流していくかというのは救急医療側の検討課題になっている現状がある。

○在宅医療・救急医療連携ワーキンググループを作って検討するのは、大変意義のあることだと思っている。本人の意思に反した救急搬送がされるというが、何をもって意思に反したという根拠はどうか、グレーゾーンもある。本人の意思だけに任せておくのではなく、成年後見の指針でも、本人情報シートを活用しようという話もある。可能であれば招致の中に法曹関係も入れていただくとよいのではないかな。医療サイドだけでなく、その辺も参考にさせていただきたい。

○関係機関へのヒアリングを実施するということが、関係機関の範囲とか、どれくらいの数をするのか、今の段階でわかることを教えてほしい。

●実はまだ全然決まっていない。ただ、漠然とアンケートをとってそれで実態把握できるかという点で、まずヒアリングで伺ってお話を聞かせていただいてから進めていければ、また範囲も進めていく中でお示しできればと思っている。今後も委員よりご指導いただきながら進めていきたい。

○精神科への救急搬送はなかなか難しい。本日も、もうお仕上げと言っているのに、それは地域で支えるケースですねとか言われた。介護保険の認定を受けている方の8割以上が認知症に関係しているということなので、救急病院の関係の方にも入っていただければと思うが。

●3月23日、この会場で、一般診療所科の医師・医療関係者と精神科の医師・医療関係者とのディスカッションを企画している。そこで、それぞれの立場から色々な意見が聞かれるかと思う。また急性期の精神科の対応については、別の場所でも検討がされるようなのでまた、情報提供していきたい。

○この在宅医療・救急医療連携セミナーは毎年全国で1回くらい会議があって、なにかガイドラインを作る予定などあるのか。

○全国的なガイドラインを作ることが目的ではなく、ゆくゆくは全国的な考えを広めていこうということと地区ごとで協議をして、その地区にあった救急医療と在宅医療の連携を深めるような形を作ってもらいたい、というのが厚労省の考え方なのではないかと思う。

○セミナーに先進地区が参加されていたと思うが、松戸市のふくろうプロジェクトの山岸先生はこの研修会の講師に来ていたとのこと。山岸先生は次回の新潟市在宅医療ネットワークの情報交換会に講師として来ていただく予定なので、ぜひ情報交換会に参加していただき、実状を聞いてほしい。

●在宅医療ネットワーク情報交換会は6月9日に開催を予定している。連携センターが企画して進めており、山岸先生から基調講演をいただく予定。松戸市のプロジェクトリーダーであったり、ACP研究者であったり、在宅医療介護連携推進事業のモデルとなる拠点事業のおおもと、厚労省で企画をされた方でもあり、色々な顔をお持ちの方である。貴重なお話をネットワークのみなさんに聞いていただけるものと思っている。

○在宅医療・救急医療連携ワーキンググループを在宅医療・介護連携推進協議会の中を含むグループとして設置することについて意義はないか。事務局の考え通り進めていただくことでよろしいか。全体を通して、何か発言があれば。

○これからたぶん、いろいろな連携を市のほうで策定されると思うが、できれば、画像データもデジタルデータ化して共通項目で公開できるようになっていると非常に適用が楽であるが、残念ながら紹介状に関してはテキストデータではなくて、紙運用がベースであり、それを病院側が受けそれをもう1回忙しい外来でテキスト化するという処理は大変なので、できればデジタルデータとしてまわす仕組みを最初からシステムに入れていただくと非常に助かる。

○確かにもう少し簡単にデジタルデータに入れ込むシステムを市の方でも考えていただくとありがたい。

○がんの患者が非常に多い。40歳以上のがんの患者が介護認定を受ける時非常に時間がかかる。実は西東京市だと、がん末期と書いてあると要介護認定2と自動的に出てくる。介護保険も医療介護と一緒に検討していただければと思う。

○大事なことだと思うが、がんはケースバイケースで、けっこう難しい点もある。この辺が強調されていれば早く認定してもらえるとといったことがあればありがたい。

○確か、がん末期という表記は外れたと思う。

○先日、摂食嚥下のネットワークの会議があり参加したが、今現状の評価というか実態調査の部分がかったが、実態調査の中に、どこでどれだけの嚥下の評価ができていいのか、どういうところにつないでいったらいいのか流れみたいなのが見えるといいのではないかというのがその場でも出ていた。なかなかその辺は、どこも調査をしていない部分になるので、全体調査の中に入れてほしい。