

新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

(令和2年度第二回全体会) 議事録

■ 日 時

令和3年1月13日(水) 19:00から20:40

■ 場 所 オンライン会議 (zoom)

新潟市総合保健医療センター 2階 2-2会議室

■ 次第

1 開会

2 あいさつ

3 議題

(1) 新潟市医療に関する意識調査について

(2) 地域医療提供体制に関する実態・意識調査について

(3) 在宅医療・介護連携推進事業実績報告

(4) 在宅医療・介護連携推進事業 令和3年度業務計画案について

(5) その他

4 閉会

【質疑応答】 ○委員、オブザーバーの発言 ●事務局の回答

3 議題

(1) 新潟市医療に関する意識調査について

○医師会員対象の調査結果で在宅医療を行っているのが約2割でそれを担っている医師が高齢化しているのは非常にショックであった。医師会でも在宅医療を広めていかないと考えているが、今後どうしていくべきか大変だなという印象を受けた。市民対象の調査結果は、的確だと思うのでこれに基づいて今後考えていけばいいのではとの印象を持った。

○市民向けに訪問診療に対する意識づけをもう少し強くしていかないといけないと思う。市民に訪問診療がなかなか浸透していない現状を考えると医師会だけでなく、市から広報活動を積極的にやっていただくのがよいと思う。

○在宅医療においてはバックベッドの問題が出てくるかと思うが、例えば市民病院では在宅と連携をする際はバックベッドを必ず用意する。病院によってはバックベッドを用意してくれない所もあるのか。

○病院によってバックベッドを必ず用意できるわけではないと思う。したがって、在宅で何か起きた場合は別の病院に搬送するケースもある。

○家族の負担を考えると、最終的には施設などへの入所の話になる。ただ、その前にどれだけ在宅生活を維持できるかケアマネジャーのあり方や地域の社会資源を含めどのようなコーディネートの方がいいのか考えることが大切だと感じている。また、終末期医療における意思表示を事前に書面で作成しておくことへの賛否について、9割に近い方が「賛成」または「どちらかと言えば賛成」という結果が出ている。この結果を実現できる取組みを逆算的に考えていくのがよいのではないかと思う。

○本人より家族が大変だから、入院や施設入所を望むケースが多いように感じている。「家族に迷惑をかけたくないから将来在宅は無理」と思うのは、今、介護している人の年代なのかなと実感として思うところがある。また、8区別の分析がより進むと良いと思う。

○「入院継続や退院後の在宅についての相談先」で、家族や親戚が非常に多いのは分かるが、専門職への相談の割合が低い。本来、専門職へ相談することで在宅生活がしやすくなったりする。様々な専門職がたくさんいるのに相談先として調査結果に出てきていないことが大きな問題だと考える。退院にあたって病院では退院調整看護師もいるし、在宅になれば包括やケアマネジャーへ相談もできる。相談先として専門職の認知度がもっと上がるべきではないかと思う。

○在宅医療・介護の拠点としてセンターとステーションを作った。相談窓口として問い合わせができるのがステーションであり、今、本来の姿がズれてしまっている。拠点としての意味を再確認するべきである。

●ステーションというのは医療介護関係者からの相談窓口や対応をさせていただくということで整備されたと認識している。ステーションも窓口ではあるが、市民の直接的な窓口は引き続き包括支援センターというような制度設計になっている。ただいずれにしても、このような窓口機能というのは市民に分かりやすく周知していく必要があると考える。

○「かかりつけ医の種類」というところを見ていて、病院をかかりつけ医と回答した人が全体で2割くらいいる。こういうデータは新潟県の他の市町村と比較はできないのか。

●同じ内容を県が調査しているかまでは把握していない。設問や項目によっては同じ内容を聞いていることはあるかと思う。

○新潟市だけのことではないので、難しいことは理解しているが、地域的な特

性や医療資源なども含め比較できると良い。

○調査研究報告書の活用方法として、報告書という形で終わるのか、報告書に基づいて市の政策に反映していくのか、今後の流れを教えてください。

●まず、中長期的には新潟市医療計画第二期の策定材料、参考とする。短期的には、地区別に掘り下げ、在宅医療介護センター、ステーションで取り組んでいる研修会等の材料にしていきたい。

(2) 地域医療提供体制に関する実態・意識調査について

○病院の回収率が低いことが気になる。病院については送り方を工夫する必要があるのではないかと思う。毎年アンケート実施するようだが、少し負担になるのではないかと感じる。毎年が妥当なのか検討していただきたい。

●大きな組織の中でアンケートが迷子になった病院もあるかもしれないので、その点は確認が必要だと思う。調査頻度について、今回から県、県医師会、市がそれぞれ行っていた調査を合体し、調査の重複という意味では負担の軽減が図られたと考えている。今後は、内容を含め負担感を感じられないように気をつけて取り組んでいきたい。

○毎年アンケートの回答をしているが、病院内で手元に来るまで時間がかかる場合がある。送り先は「病院宛」で送っているのか。

●封筒は「病院 連携実務担当者」宛てにしている。

○個人票は、医師、病棟看護師、連携室担当者ということで、病院には3通送っているのか。

●そのとおり。封筒を3つ入れて個人票のご協力をお願いしている。

○1病院に対する数の決まりがあるのかもしれないが、様々な科の先生に調査票を配布する方法もあると思う。そのあたりはどう考えているか。

●病院といっても様々な機能がある中で1職種1人にご協力いただくのが妥当かという課題はあると思う。今後、県と県医師会と相談し、検討していきたい。

○今回は内容的に在宅との繋がりということで、内科系の先生に個人票を渡した。個人的には、数を多くするというのであれば、個人票をばらまいても良いのかなと思う。

(3) 在宅医療・介護連携推進事業実績報告

○出前学習は、非常にニーズがあるように感じる。医療・介護の連携について理解を深めてもらうことはもちろんだが、出前学習を受けたことでの子供たちの行動に変化があったかを知ることができたらより良いと思う。先生方にアンケートを取り、講座を受けた後、子供たちの様子に変化があったかリターンできる仕組みを作り、その結果を活用していくのが良いのではないかと思う。

○統一された内容で実施しているのであればある程度評価もできると思うが、

各学校によってオーダーが違う。私も実際に出前学習の講師をしたので、評価や成果を見たいと思うが、現状は難しいと思う。

○出前学習を見学したが、学校側には大きく分けてキャリア教育と福祉の勉強の2つの目的があると感じた。コロナの影響で外部での体験が難しかったため、来ていただいてありがたいとの話も聞いたが、それと同時にコロナに関わらず、ニーズはあると思うので、もっと学校へ積極的な働きかけが必要なのではないかとも感じる。

(4) 在宅医療・介護連携推進事業 令和3年度業務計画案について

○行政は縦割りで総合的な事業に取り組んでいくのが難しい部分がある。在宅医療介護連携推進事業と地域包括ケア推進課がうまく連携し事業を推進していければ良いのではないかと思う。

○フレイル予防事業について全市展開まで頑張っただけ協力していきたいと思っているが、「フレイルチェック」と「フレイルチェック」の間をどうするかというところに課題があると思うので、今後、相談しながら進めていきたいと考えている。

○認知症施策の推進について大変興味深く聞いていた。認知症に対してこの協議会の中で議題やテーマとして取り組む計画はあるのか。

●議題というよりステーションで認知症に特化した研修会を数多く行っていたので、現在、在宅医療介護連携推進事業の中で取り組んでいる部分と先ほど福祉部が見せた取り組みを連携して分かりやすく発信していけたらと考えている。

○この協議会も20名の地域の多職種の代表者が集まっており、認知症も今後国の施策として重要との話があったので、多くの委員の方々の意見を聞きながら勧めていくのが非常に重要はないかと思う。認知症について多方面からアプローチをしていくようなので協議会としても力になればと思う。

○認知症に関して様々な取り組みを行っていくのは非常に有り難い。若年性認知症の方が行ける場所が少なく、デイサービスもお年寄りばかりでなかなか行きたがらない方が多い。江南区も認知症カフェというのをやっていてそこには若年の方が結構いる。ボランティアでやっているので予算もなく毎回参加費を払っている。是非とも予算面でも援助していただけると有り難い。

○「フレイル予防事業」の中で、オーラルフレイルに対する予防対策というのは何か考えているのか。もし今後、広く事業を展開していくとういうことであれば歯科医師会も協力していきたい。

●オーラルフレイル事業は、保健衛生部で実施している。具体的には76歳の方に対する歯科の受診勧奨という内容だったと思う。フレイル予防事業とは少

し切り離してやっているのが現状である。

○今年度はコロナで対面型ができず苦労されたと思う。その一方で Zoom の方が非常に多く人を集めることができるとわかった。新潟市でもオンラインの仕組みが使えるようになったのは一つのメリットだと考えている。オンラインを活用しグループワークなどは難しいかもしれないが講演会や録画しておいたもの提供するオンデマンドとかそういったものも検討していったら良いと思う。

●実績報告のとおり、特に Zoom を使った研修会を数多く行ってきている。アンケートや意見を聞くとオンライン開催は非常に有り難がられていることがわかった。それに加えてこれまで参加できなかった施設の従事者や病院スタッフがその場で聞けることで、今のところは非常にいい成果が出ていると考えている。連携センター、ステーションと相談しながら、引き続きオンラインを活用した研修会等を開催していけたらと思う。

○認知症施策のところ「はいかいシルバーSOS ネットワーク」とあるが、これは全国共通の課題であり、ICT 等を活用した早期発見というところも少し考えていった方が良いのではないかと思う。市民講座で看取りを含んだ ACP に取り組むということで、認知症の方も含め、終末期医療に対する意思決定支援が今後必要になってくると思う。厚労省のガイドラインも出ているので、ぜひその分野も検討してはどうかと思う。

●はいかいシルバーSOS ですが、昨今いろいろな技術が発展し、そういったものも今後事業に取り入れながらより良いものにしていけるように検討していきたい。

●ACPについては令和3年度の介護報酬の改定で施設における看取りへの対応の充実ということで、人生の最終段階における医療・ケア決定のプロセスに関するガイドラインの内容に沿った取り組みを行うことが求められているので、そのあたりの流れも在宅医療介護連携推進事業の中で発信していければと思う。

(5) その他

○日本在宅ケアアライアンスで在宅医療について概念の整理を始めた。その中で入院医療、外来医療、そして第三の医療として在宅医療が位置づけられた。在宅医療の目的は QOL を維持向上する、そこに生きがいという形で新しく定義されている。今回の意識調査の結果を見ると在宅医療について市民が分からない、医師会の先生方の考え方が違うというのは概念が一致していないことにも原因があるのではないかと思う。日本在宅ケアアライアンスで整理された内容を参考に共通概念としての在宅医療をどんどん提示し、ばらばらなベクトルを一緒にしていくことが大事なのではないか考える。