

令和元年度第 3 回多摩市版地域医療連携構想策定協議会の議論のまとめ

1. 在宅医療について

- 訪問診療にも色々な場面がある。敢えて言えば4つに分類して、医療では在宅でも診たい人はやって欲しい医療とある程度の範囲の医療がある。もう1つの横軸には生活面のサポートが非常に重要視される。医療だけでなく生活のサポートが重要である。それは非常に強いのとそうでないケースと目的によって分かれる。多摩市の現状をみると生活サポートを訪問診療と同時にしっかりやれているかは疑問が残る。訪問診療でも医療面だけでなく生活支援の部分も含めて様々なニーズがあるのに対し、全てのケースでしっかりサポート可能か否かのミスマッチがあると、結果として訪問診療への不満が出る場合がある。
- 総合力がないと解決できないと事例も経験上ある。例えば、認知症夫婦高齢者の所に別居の娘の依頼であったが、本人はADLも良いので、「必要ないです」と玄関を敢えて開けてくたさらない。認知症のため、ニーズがそこに理解されていない。そうなるとアプローチは先ず娘の同席を依頼するとか、生活支援の面から先ずアプローチし、後から医療が付いてくるのも良いと思う。
- 訪問診療というのは、患者さんを巻き込みながら段階的に進んでいき、その場所毎の専門家が必要であることを理解する。

2. 歯科診療について

- 口腔ケアが健康寿命の根幹にも関わらず、介護や生活支援の手間暇の関係でどうしても医科の方が優先されてきている。
口腔に関しては、未だ未だケアの事前からできていなく、残念ながら医科も口腔ケアにあまり関心がない。患者本人はもっと関心がない。
- 自身の体験では、団塊世代なので「歯科診療＝痛くなったら行くもの」ということで予防の概念は殆どなく、削って治療することで本当に完全に歯を治せなかったのだが、20代になって上京したことをきっかけに同じ歯科医院にずっと診て貰っている。半年に1回先方から予防に来院依頼のハガキを貰う。お陰で20代前半以降歯の痛みを経験したことがない。娘が4人いて4人の娘が1人も歯の痛みを経験させずに皆成人迄対応できた。歯科医師は凄く身近に、かかりつけ医を持つと健康が維持されるのを痛感している。より一層そういうことを市民としてアピールしていきたい。

3. 入院退院時連携について

(情報の連携)

- ケアマネージャーであるが、入院・退院時では、主治医と連絡を取っているが、医療・医師側はどんな情報が伝わると入院・退院時に連携しやすいのかを知りたい。

○八王子や町田にはあるが、多摩市では病院との連携ツールのシートがない。ケアマネジャー同士で話し合っただけで統一する件は決まっているが、現実できていない状態である。そうしたシートがあり、何日以内に病院に提出するとなれば全体的に情報が均一になるし、ケアマネジャーとしての使用の有無が表記されるので、それも解決すると思う。ある程度のケアマネジャーの質の差は仕方ないが、いつ迄に揃えて出すということなら可能なので、統一した情報を最速で共有できる良い方法だと思う。

○長野市等では市の共通のシートを作り、病院からケアマネジャーへの連絡が各項目決められているとのことだ。

○ケアマネジャーと家族とのコミュニケーションの為に医療からのメッセージやコミュニケーションを少し分厚くして貰いたいとの話でもある。単なるチェックシートではないものの必要性ある。

○シートの内容にも知恵を出すべきで、かつ、元々退院時カンファレンスとはそのことを調整するための仕組みだったと思うが、実際に退院が決まって患者の所に家族がいる場合は、初顔合わせの時に関係者が各々違うことを議論したらまとまらない。そのことを事前に調整可能にするという泥臭い関係の構築でも良い。

(患者の家族との関係)

○実際の業務では、連携、特に退院時の連携の難しさを感じている。病院側からすると在宅は難しいという判断が多いが、本人は自宅へ帰りたいとの希望も強い。一方、現実をみると在宅生活、特に単身は垣根が高く、施設の検討にもなるが施設の場合には経済的な状況も考慮しなくてはならず、なかなか難しい。

○後遺症などを残さないためにも早期治療というスピードが大事であるが、そのままのペースで退院まで話が進むと家族・本人が驚くこともある。前もってこのスピード感を家族に持ってもらえるよう、生活背景も慎重に情報を取って貰う。そうしないと川の流れるようにどこかで止まってしまう。

○在宅側からは、担当の利用者があと3日後の退院だよと言われると急なので「退院だよ＝相当スピードが必要」との意識を市民に持って貰い、スムーズに流せる方策を考えるべきである。

○スムーズに退院できる回路を作る為には、資料2-2はあくまでケアマネジャーサイドの様々なカンファレンスや地域ケア会議を題材にされたが、病院サイドからの働きかけがあるとやりやすいのではないかと。

○家族への理解を促して欲しいとも話があったが、恐らくケアマネジャーにしてみれば、家族とのコミュニケーションを自分達だけが引き受けるのは厳しいということもあるのではないかと。

(医療側と介護側の考えの相違、ケアマネの早期の介入の必要性)

- 介護認定を未だ受けていない人だと退院支援は大変難しく、支援する際に施設ではワンクッションある。私はそれを利用するのもそのケースには良いと考えている。老健や様々な小さな所があるが、介護認定だけは早めねばならない。ケースバイケースですぐ退院できそうな人達をジャッジするのが病院なのだが、要介護認定が未だという重度脳卒中の方はワンクッション置かなくては難しいとの話である。

- 病院のソーシャルワーカーとケアマネージャーの考えの違いも大きいので、すりあわせられる作業が必要である。相手は相手で知らないので躊躇することがある。ソーシャルワーカー同士のグループができたので参加したいと思うが、生活と医療の考え方の差があまりにも激しいことがある。

- 医療は完結型なので、それと介護要件を合致させた枠内できちんと見ていかねばならないが、各々の情報の行き来があるもなかなか上手くいかない。あくまで病院側では患者さんの治療が完了したものとして出す形である。そこに退院調整やソーシャルワーカー達が入って如何にマッチングさせるかが肝心だが、なかなか上手くいかない。

- ケアマネの立場で、退院時にケアマネ側にきちんと情報が来ない。むしろ退院して在宅に帰る時に、その中で主治医や訪問看護ステーション等の所の連携が大事だと考えても、ケアマネがそこに欠落するとケアマネだけに情報が来ない件について、先ず大事なキーパーソンとして認識して欲しい。或いは実際にケアマネの立場で、在宅に行き来できる人は早めに整えて復帰させたいが、病院側が主治医或いはソーシャルワーカーがその面で温度差があり、それが上手く進まないという話だったと理解。

- 入退院に対する考え方を医療関係者：特に病院の主治医・ケースワーカー或いは在宅主治医・ケアマネ・訪問看護師等にそういう認識が共有可能な共有の場が必要との話もあった。

- 病院の入退院に関するケアマネージャーのコミットメントをさせて欲しい件では、顔の見える関係という大きい枠組みを今後重視してやるべき課題だと思う。それはケアマネもグループを作っている訳で、介護事業者連絡協議会のケアマネ部会がそれに当たるかは不明だが、その件もケースワーカーのグループともコミュニケーションを図る等、やっていく必要があると考える。

(急変時の病院での受け皿)

- 5年程前に比べ明らかに違うのが、病院もスピードを出してやるが在宅に行ったらまた具合が悪くなるケースが出る。(急性期病院でも) 受け皿としては再入院の受け皿をきちんと整えねばならない。

- 再入院の受け皿は、入院完結型から地域完結型への正に肝の部分で難しい問題である。

(行政から市民への広報)

- 急性期病院では、患者が来る時＝救急車に乗って来るか突然の事態で運ばれて来る。これを事前に入院の連携の部分にあるが市民に解りやすくというのは不可能でもある。その人にそのニーズがあるとは限らない。このため、自治体が急性期・回復期・在宅につながるのだと分かりやすい案内図を作って、病院間の連携はかなり密にできている旨が書き込まれれば、医療側は患者に渡すだけでかなり理解が進む面ある。多摩市のお墨付きの有無で全然違う。公的な案内が解りやすくなっているとはいえ、例えば外国の方も最近散見されるので、是非その視点で多摩市版の急性期疾病からの流れが解るものがあると良い。

○患者家族や市民が、我々が考えるあるべき医療と介護の連携のプロセスについても理解を深めて貰いたい。その件では行政がパンフレットを作って欲しい。市民に対しては行政も是非深くコミットして、できたところで各病院が統一して使えるパンフレットを作って欲しいとの話が出た。

- ケアマネが付いているなら早期の内に介入していれば良いし、急性期病院は在院日数が決まっているので、その中で急性期病院で完結するのはあり得ないと始めから思う。病床で役割分担は明確に整備されているので、そこで急性期から直に在宅に行かないと判れば、早期にケアマネを導入させる形をとると、病院でソーシャルワーカーが在宅のイメージすら湧かない状況になるので、それはなかなか難しいと思う。全部が全部、早期介入することが適当ではない。

- 退院時カンファレンスで、その件を話し合えば良いのではないか。病院を振り返ると、緩和ケアの退院時カンファは家族も巻き込むから結構上手くいっている。しかし科により退院時カンファレンスは凸凹があり過ぎる。地域の病院としてもっと退院時カンファレンスを病院でしっかり行わねばならない。

- あまり押し付けがましくない形でフォーマットを実際に提供することが共通して大事である。

4. 周産期・小児医療について

(周産期・小児の災害医療)

- 平時の南多摩地区の周産期・新生児医療にとって、日本医大永山病院の果たす役割と今後更に強化する必要性で、それを受けて新病院の機能を充実させるとの話だが、実際に災害が起こると通常の医療支援の中では周産期の妊婦等がなかなかDMATでカバーし切れない。その中でそんな拠点病院の能力が高いと非常に大きな助けになる。何故そう言うかということ、実際に日医大の計画通りの機能を果たす時に、是非災害医療面でもその機能が非常にプラスになるとの認識をこの会議で共有することが非常に大事だ。

- 日医大多摩永山病院は、災害拠点病院に指定され相応の備えがあるが、もう1つ災害時小児周産期リエゾンという小児科・産科の周産期のコーディネーターが指定されている。妊婦は

移動手段が多くないので、地元に当該施設があると良い訳で、病院更新に当たり対災害対策を大一義的な優先課題に災害と救急が優先課題で、当然それに付随し周産期も持続可能な施設になる予定の為、その件もカバーしたい。

- 医療関係者同士の連携も強めて貰うと同時に、報告書自体も災害というフレームをどう規定に沿えるかも非常に重要な課題であり、地域医療連携構想の前提として位置付ける必要があると考える。
 - 報告書の書き方については、災害対応を含めて市内急性期病院の役割分担や相互補完機能についてもリアルに記載があった方が良い。
 - 市民に対する解説書としてはなかなか難しいが、市民が読んで自分が被介護者や周産期や災害時にどんな項目があるか、どこ迄準備が進んでいるか、何が課題かが判るのが非常に大事である。
 - 災害に関して小児に入るのだが、在宅の把握が物凄く大事で都でも不十分だ。施設毎のデータ位しかないので全体把握はされているのか、これは凄く大事で、呼吸器につながる児の人数やバッテリーがなくなると大変なことになるので、多摩市規模なら先程の人数込である程度抑えられる。そこを明確にした方が良い。小児の様々な災害時は、主として小児の場合施設間搬送・施設間のトリアージが今検討されている。入院中の重症の小児をどう搬送するか市内での連携が進めば、ある程度のことは可能と考える。それ以外の通常の災害に記載された小児は通常の搬送と同様のルールで実施されるのは、東京都の計画と同じだと思う。
 - 災対法で避難時の要配慮者の名簿作りは義務付けられる一方、周産期等の領域はピックアップされていないと思われるが、具体的にどんな把握のし方が良いか？
 - レスピレーター等停電すると参ってしまう機器の使用人数迄分かっている必要がある。
 - 保健所サイドで多摩市障害福祉課と共に、医療的ケア児数の問題や東日本の後からだが、バッテリーの所有量、バッテリーが消えた際の対応等、個別支援計画として完成とはいかずとも実施するのが現状である。
 - 大震災の時に計画停電があったが、その影響でレスピレーターが止まることがないように対策がなされたと聞いている。把握に時間がかかったとも聞いているので、平常時の対応が大切
- (障がい児と保育等)
- 直接的なテーマではないが、実際に多摩市の出生率がかなり落ちてきているが、環境を整えれば安心して子育てできる環境を地域で作り出せれば、親は比較的働きながら次の子どもの準備ができるので、将来のまちづくりの中できちんと押さえる必要がある。医療的ケア児に関してもそんな医療との連携を既に行っている保育園はある。

○保健・医療・福祉・教育との連携の項目への論点だが、周産期のみならずその先の子育て支援の内容が自治体の出番である。如何に支援を提供可能かが非常に重要になり、せつかくそれ以前で救って貰った命がその先できちんと受け皿がないと空回りする。フィンランドには「ネウボラ」との言葉があり、周産期から保育児迄一貫して自治体がパッケージ化しているサービス提供方法である。いくつかの自治体で始まっているが、一環したサポートをいつ迄可能かが、出生率上昇にダイレクトにつながる機能なので、是非狭義の医療に限定しないで考えたい。

(医療的ケア児)

○医療的ケア児を診る件に関し、多摩市は今後の課題が沢山ある。小児科の先生はなかなか小児在宅の実施が不可能とのことだ。15年程前に小児在宅を少々やったが、成人担当の在宅医は小児の在宅医になれるかも知れない小児とは成長するものであり、「成育」というワードは、終末期医療を担当する普通の在宅医にはないので、それを担保する小児科の専門的な先生方の支援と、急変時に引き受け可能な3次医療まで行かずとも救急体制迄の支援病院が絶対不可欠だ。今の多摩の医療状況で「いざ小児在宅を」となっても不可能なのが正直な感想だ。19歳迄が医療的ケア児となれば、私達は17歳は扱うがそれ以下の児は難しいと私自身感じている。一番問題なのはコーディネーターがいない。成人はケアマネージャーがいるが小児はいない。それを私達スタッフがやらねばならないのはハードルが高い。障がい児は地域で生活するので、保育園・学校に通うにも今看護師を1人増と言っても、吸引なら「お母さん来ててください」との要請が現状だ。本格的に取り組むには、課題は沢山ある。。

○現状、発達系を主とした子どもの外来がクリニックも少なく、島田にどうしても負担が大きくなる。発達系の外来は例えば1年または長いと3年待ちが現状なのが、最大の課題である。

○これは一市だけで解決すべき物ではない。都や国全体でもケアマネの不在が国全体の問題点である。多摩市には、その分野の優れた施設があるので、他市の施設とも十分連携し補完していくのが現実的である。

○市内診療所の先生の中で大変詳しい経験のあるクリニックがある。市が当該児の存在をやつと保健所で聞いて判る状態なので、当該ケースを医師会の在宅部門に相談すれば対応する先生はいる。先ずスタイルを作るのではなく、徐々にマッチング的に行う方が早いと思う。

○島田のケースは地理的に隣なので、重症患者でこの人は要医療の判断ができる主治医がいるのですぐ利用して貰い、身体合併症の場合身体疾患だけを治療後バトンタッチとの連携は、重症患者対象で島田療育センターと長年やっている在宅の件で誰がそれを決めるのかというコーディネーションもなく、その辺をドクターが行っているのが現状である。