

(菊地委員) 医療連携の取り組み、地域連携の取り組みを聞き、大変素晴らしいと感じた。収益改善にも資するような取り組みということで、質問だが、地域連携シートというのは、独自で作られているシートか。それとも千葉県がやっていた地域生活連携シートか。

(松井師長) 地域生活連携シートである。

(菊地委員) 所管課ではないが、もし使いにくい話があれば、ぜひこんなふうにしたらいいと意見としてあげてもらえると、改善に役立つ。

(岡住院長) このシートに関しては、最初の第一歩で書かれるところは、加算である。事業者が加算を始め書いてくれる。滑り出しはいいが、途中で次から次へと患者さんが行く場合は、途中で使われなくなる。その点が指摘されていた。すべてが、加算されるという状況であればよいができてない。ただシートの内容は、非常に重要な内容が含まれているので、上手に利用したい。

(串間委員) 高齢者の対策を考えた時に、どこの病院も同じように課題かと思っている。独居高齢の方がこれからもかなり増えていくとさらに課題が顕在化してくるのではないかと感じている。伺いたいのは、マルチプロBLEMの方が多と思うが、属性とかこういう方は困難だなと感じるとあれば、教えていただきたい。

(松井師長) 経済的にとても困窮している方だと家に帰るしかない。でも家が物にあふれて、療養環境に適切ではないとなると本当に先行きが決まらなと感じた。あんしんケアセンターにも尽力いただいている。どの人が難しいかという、高齢でご家族が近くにいない方は、総じて難しいと感じた。

(岡住委員長) 背景として、千葉市は、日本一救急車の収容時間が長いということで、不名誉なワースト1を更新していて、救急車は搬送先の病院が見つからない。年末年始は、10何件はざらで、30件目に当院に来たのもあった。その背景として、治療は難しい患者さんではないが、受けた後にその患者さんの段取りをするのが大変で、お金がない身寄りがない独居で、動けない方もいる。そういう方ほど、社会的弱者とも言われるが、健康的にも弱くて、年末年始の風邪が流行ったときに、肺炎になりやすいという方は、救急車をたくさん利用していて、かつ受け手が尻込みをするので、結局千葉市から搬送できなくて、他県に行った例とか、あるいは、他市町村の救急車を千葉市が呼んで、119番に対応してた。そういうことが起こっていたことが、この年末年始だった。救急隊が問題を認識して、12月消防署長がなんとか対応をとということでした。当院はがんばりますという返事をしたが、その後も難しい現状が続いているようだ。

先ほども、下り搬送の話があったが、最後の砦で受入れているのが、千葉大学病院。千葉大学病院の救急センターに、対応困難で入ったが一通り調べて、年齢的な異常しか見つからなくて、千葉大で治療するような疾患ではないということで、当院に連絡があった、これに対しては、イーリンクを活用して、下り搬送のところは今後進んでいくと思う。問題は、受け手の救急車から最初にどこに入るか、どのような患者さんでも病院に入った後に病院が難渋しないような段取りをある程度用意できるようにシステムが大切だと思う。

(内山委員) 当センターでは、入退院支援の手引きを作っており、昨年行われました報酬改定を反映したものがあって、見てもらいたい。あんしんケアセンターと、地域の多職種を集めた会議を行っているので、出席してもらえればと思う。また、訪問看護の話したが、基本的に高齢の方が多いと思うが、精神の方や小児のケア的な方への対応について教えてもらいたい。

(大塚副看護部長) 現状では、精神の方とか小児の方はいない。当院は、精神科と小児科も対応していないため、介入できていない。

(小柳委員) 入院患者さんのお断りについて、病院はお断りができるが、在宅はお断りができないので、病院に入れなかった患者さんや、急遽病院を出ざる得なかった患者さんの相談が私どもに入って、その日のうちに私どもは、三職種という主任看護支援専門員と保健師または、保健師に準ずる看護師、社会福祉士の3つの職種が必ずいないといけないという決まりがあり、私どもの看護師が行って状況を観察して、必要な手当をして、在宅の環境を整える件数は、確かに増えている。病院とつながっていなくて90代で介護保険使いたいけどかかりつけ医がない方も増えている。今年に入って、孤独死孤独死の件数が立て続けに3件あった。在宅の環境としては、独居、経済的な困窮、地域や親族がいても親族からのつながりを拒否されている高齢の方がとても増えている。現在、当センターに初めて相談をしたという方が480件を越えていて、毎年相談件数が更新されている。そこには、一度でも相談した履歴のある方とか相談を継続されている方の件数は、プラスされていないので、全部を合わせると相当な人数、相談件数をこなしている状況である。どう地域と病院と役割を分担しながら進めていけるのか。行き先がないから、病院として入院は難しいことは、重々理解はできるが、今この状態で在宅にてこのままにしたら、恐らく死んじゃうような患者さんもいて、現場は疲弊している状況なのと、昨今の人手不足があって、今ケアマネージャーの方、要支援の方を担当するケアマネージャーさんは探せない。ほぼ皆無である。要支援の方は、あんしんケアセンターが担当してケアプランを立てて、在宅サービスを提供するという決まりになっているが、私たちも千葉市の方から上限の規制がかかっている。一人当たり20件しか担当できない。一人頭20件で、うちのセンターで10人職員がいるが、200件を越えて、201件を担当したとすると201件の1件目については、私ども無報酬になる。

報酬返還をしないといけない。私たちも報酬返還してまで担当するのは難しい。担当したとしても、うちのセンターでも、要支援の方がいるが、ヘルパーさんの事業所は要支援の方の仕事を受けることはなくて、その方たちは、買い物を近所の方に頼んだり、お弁当で命をつないでいるというギリギリで生活をしているという状況が、年々ひどくなってきている。これは、ヘルパーさんの報酬が前回の報酬改定で大きく下がっているということが影響しているので、国の方も動き出してはいるが、次回の報酬改定までまだ年数があるので、その間にどれだけヘルパーが減る、ケアマネが減るといった状況にある。施設を探すにしても、こちらの病院ではないと思うが、病院によっては、あんしんケアセンターさんはなんで探さないんだ、探してくれないからできないと言われることがある。私たちの役割はここまでですとお互いが言ってしまうとその隙間に落ちる人たちがかなりの人数が増えてきているので、その隙間に落ちないように、センター、病院どちらも少しはみ出した支援をしなければならぬ。現場がこの先疲弊しないで動いていけるために、もう少し柔軟にお互いがお互いを理解して、話し合いが進めていけるといいと日々の業務の中で感じている。職種連携会議必ず年に2回開催義務があるので、訪問看護ステーションだけではなく、先生方のご参加もできるので、現場の生活者の現状を理解してもらえるとありがたい。

(松井師長) あんしんケアセンターには、かなりの無理を言っているのが正直なところだと思う。当院も退院できない人がいれば、なるべく長く置いて退院の調整がつくまでということはあるが、包括ケア病棟とかに入りますと、日付のしぼりがあるって、かなり無理を言っているというのは、今実感している。私は、三職種会議にも参加しているが、ワーカーが最近出ていないので、声掛けをして、一緒に関わっていくようにしたい。

(岡住院長) 当院の6階に包括病棟があるが、99歳の患者さんが2人いまして、家族は、リハビリして家庭生活ができるようにと希望しているが、無理はきかないし、無理すると転んで骨折もあるので、退院したらこの人たちはどうなるのか。家族の元に帰っていく人は、幸せだが、そうではない方は、受け入れ先として、入院の時点からデザインできれば一番いいが、今は受ける時は、デザインの無い状態で受けて、その後いろいろと考えます。昔と違って今は、入院した瞬間から、考え出すシステムになっているが、なかなか難しい状況である。

(岡田委員) 松ヶ丘で開業しており、内科と小児科をやっているが、患者さんは、かなり高齢80代後半ぐらいの方が多い。小児もいる。その合間の働いている方は、日中いないので、患者層としては、高齢者か小児の方だが、やはり独居の方や老々介護されている方が非常に多い。問合せの電話がくるとびっくりすることが多く、うちのじいさんばあさんが動けなくなってしまったと、どうしたらいいか相談したい、入院できる施設があるのかどうか聞きたいということが意外と多い。それプラスお金はないが、なんとかなるかというケースも結構

ある。中には、透析した方がいい腎臓機能の悪い方もいる。私は、糖尿病の専門医を持っているが、すでに注射を打たないといけないが、家族が打てない、本人も打てない、どうしたらいい。という質問もよく受ける。特に訪問看護の力を借りることがあればと思うような地域だと思っている。そういう潜在的な患者さんかなりいるが、受け入れのキャパシティーなどは、千葉病院に教えてもらいたい。

(松井師長) 病院として在宅困難な人を断ってしまうことがあると言ったのは、たぶん前年度ぐらいのことで、現院長は緊急の患者さんも取りまとめて、受けることにしてるので、近々のクリニックからでも患者さんを断わることはほぼない、たまに満床になることが稀にあるが、看護部長と相談して連携して、どこかのベッドを探しているので、近隣の先生方の困った患者さんは、院長は取る方針にしている。もしかして明日にということはあるが、絶対うちは無理ですということはないと思う。

(岡住院長) 訪問看護の方はどうか。

(大塚副看護部長) 少し余裕はあるかと思うので、連絡をもらいたい。こちらからも伺う。

(岡田委員) 後はよく緊急でお願いするようなケースもあるのですけれども、以前も担当いただけたケースもあったのでありがたい。

(尾崎委員) 本年度、病棟が落ち着いた頃から、無理な患者さんの入院を受けていただいた。活動内容にしても、昨年度から本年度にかけて、非常に飛躍的にいい感じの急成長だと地域の外側から見て思っている。先日の連携会議の方、うちの職員が参加して、非常によかったと言って帰ってきた。今後とも継続していただきたい。今、中央区だけではなく、若葉区も高齢者が多い。世帯数も単身世帯が4割強、老々世帯合わせると7割は、高齢世帯なので、正直言って、マーケットの患者さんは、高齢者である。あえて言うと認知症で、自身の意思決定ができない人たち、夫婦そろっていても2人ともできない人たちが、現場ではすごく増えているなという印象。なので、入院の際の手続きで、何日か時間をいただくシステムがあればいい。ケアマネが代行するのも、土日とか夜間にも緊急で電話を受けるが、夜中に入院手続きのために伺うのは、働き方改革がケアマネもあるので、その辺ご容赦いただきたい。後、もう1点、訪問看護ステーションが3.6人の看護師の換算で300件越えの訪問件数というところかなり職員さんのストレスが溜まっていると思うので、院長先生にストレス発散ができるような何かをお願いしたいと思う。

(岡住委員長) 300件ですと、だいたい何人ぐらいが適切な人数か。

(岡崎委員) 述べ件数で考えて、1人が110越えてくるとストレスが発生する。病院の中と違って、守られてない所で仕事をするという観点からすると看護師さん1人1人が、ダメージとか受けてるストレス量が多い。先生がお菓子とかの差し入れがあると癒されるのではないかと思う。

(白井看護部長) 訪問看護ステーションは、本当にストレスが多いところで、何かモチベーションあげるような何かがないとだめと思っている。実は、現在今紙カルテで驚かれると思う。ようやくタブレットとかの購入に見積を取るところ。紙カルテからタブレットに変えると残業時間が大幅に減るので動き出した。ステーションのスタッフがすごく喜んでくれて、導入が順調に動き出しているのも、皆は気持ち上がっているところ。可能であれば、もう1人2人増やして、老々の方とか、単身の方とか、認知症の方とか、夜間不安の方がたくさんいるので、電話対応しかできないが、それでも違うかなと思うので、がんばりたい。

(小柳委員) ケアマネの入院手続きのお話がありましたが、シャドーワークが問題になっている。ケアマネの役割というのは、介護保険に関わることであって、介護保険の枠を超えるものに関しては、業務範囲ではないという、業務範囲を明確にしていくというのが、厚労省の方でも取り組んでいる。例えば入退院の手続きに関しては、保険外業務そして、有料でおこなえないかとの協議がされているので、医療同意、入院手続きは、ケアマネは基本的にはできないと思って、病院が取り組んでもらいたい。独居の方、生活保護の方はまだケースワーカーがいたり相談する先があるが、生活保護もないある程度年金もあるけど独居で、一人も身寄りもない方は、ご自身で、同意する能力があれば、本人同意で入院の手続きをしてもらいたい。ケアマネにお願いするのは、今後の傾向としては、業務範囲を行政と話して、知をはかっていると思うが、理解いただけたらと思う。

(岡住委員長) 実際に患者さんが手続きをできない時の担い手というのは、どの方にしたらいいのか。みんな仕事の枠外に手を差し伸べないとその人の手助けができない現状である。

(小柳委員) ケアマネージャーたちは、飛んで行ってる。救急車も同乗しているし、救急車に同乗すると入院同意のところまで帰らないでと言われて、4時間5時間拘束されるのが現状である。見直しましょうという方向ができていて、ただやはりそうは言っても独居の人はいかにないといけないというのが、ケアマネの中ではある。お互いの話しの中で、ここまではやるというのはあると思うが、だからと言って、全員に対してすべてができない。やはりイレギュラーな誰もいない人たちのところに、ケアマネさんが手を差し伸べているという現状を理解しつつ依頼をしてもらおうとか、誰もいないですけどケアマネさんどうですかかって、依頼をするのでなくて相談をしていただくとか。この辺りではないと思うのですが、入院したので明日までにDKシート持って病棟に来てください。その時に入院同意の書類に

全部サインをしてくださいと言われた時に、これまでケアマネがやってきたので、それが通常業務みたいになっているというケアマネ側の原因があると思うが、どうしてもイレギュラーの時は動いているという現状を理解いただければ、病院からの依頼もお願いの仕方が変わってきたりとかすると思う。

(岡住院長) さも当然のように扱われる。かつ、不備があると怒られるような立場ではないということを理解しないといけない。私も救急車で付添いの方どなたですかと救急隊員の方に聞くと、その方に全部お願いしてしまう。きちんと手続きしてから帰ってくださいと言うことあるが、その方が仕事外でいるのかもしれないので、わかるような仕組みが必要かもしれない。

(小柳委員) ケアマネは、処遇改善加算という形で、ベテランの介護福祉士さんだと月8万円程度給料にプラスされているが、ケアマネの処遇改善加算は0で、国が何をしたかというところ、35件まで持てますという件数を44件にあげて、件数を増やして自分たちで稼ぎなさいということと、外来に同行した時の同行加算が500円、3～4時間付き添っての金額なので、ケアマネたちは働いて自分たちの食い口を稼げというのが、国の方針で。昨日もストライキやっていた。

(岡住委員長) その点は、皆自分の職種への理解はあると思うが、他職種の理解が重要だが、そこが進んでない。この会議も一つの機会だと思いますので、事項を残して、周知するようなことにしたい。

(積田委員) この会議の返信を出す時に、2点ほどお願いをしている。1つはWi-Fiを導入してもらって大変ありがたいが、無料にならないかということ。それと新病院になってATMがなくなったが、ATMがあってもいいかなと思ってお願いをした。この病院の計画の時に、Wi-Fiと各ベッドにテレビを設置してもらいたいということで、お願いをしたところ、両方とも入れていただいた。テレビは病棟でもカードを使うので、仕方ないかなと思うけど、Wi-Fiも有料になる。一日180円というのは、微妙なところで、13回通うので、月に、2300円は、医療費は心配なくできるが、だが、通院もそれぞれ皆さん結構かかっている。できれば透析中、快適に、あまり煩わしいことはなしに、使えたらいい。後、また、前に、売店で電子マネーを使えるようにしてほしいとお願いしたところ、すぐに入れてくれた。今はクレジットカードも使えるようになっているので、確かにATMはなくてもいいのかなという思いもあるが。その2点お願いした。

(大串事務長) まずWi-Fiの方なんですけど、有料になった経緯を今確認している。無料にできるかどうか検討する。ATMは、銀行がいくらお金を払っても入れてくれない。ただし、

病院の費用負担で、5月ぐらいにローソン銀行のATMが入る。もうしばらくお待ちいただきたい。あと売店にクレジットカード決済ができなかったのは、電波状況がよくなかった。携帯電話会社がアンテナを設置してくれたため、入るようになった。Wi-Fiの件は、もう少しお待ちいただきたい。

(岡住委員長) たくさん、ご意見ありがとうございました。では、全体を通しまして、もう一言追加しておきたいということありますか。

(菊地課長) 在宅医療に関して、ストレスの話が出たが、県に相談センターを検討している。まだ決定ではないが、相談については、どなたからでも受けるようにしようと思っている。いわゆるカスハラというところで、対策、悩んでいる方の相談を受けられるようなものを今ちょっと考えているので、完成したらお知らせする。ぜひご活用いただきたい。

(河野副院長) 患者さんすべて受けられれば、もちろんそれが一番いいが、例えば、高度な認知症の方とか、あるいは、精神疾患のある方とか、それから、行き先がない絶対退院できないなどわかっている方とか、正直なところ受けにくい。ただ、そういう方々も極力受けたいこうという所存である。循環器で、副院長だが、急性期やっている。急性期を診ながら、高齢者を診る。両方診るのはとても大変だが、できるかぎり両方診る。その辺もご理解いただきたい。

(村岡委員) 私は、消化器外科の方を専門にやっている。検査や千葉市の健診とかもやっている。開業の先生方とか、検査が必要であれば、なるべく簡単にFAXで、検査の依頼を受けられるシステムを作っているの、町の検査室の感じで簡単に使っていただきたい。

(水口委員) 私も副院長の河野と同じ循環器内科を専門としているが、循環器疾患というのは、急性期の治療、慢性期の治療が続くことになり、患者さんを他の紹介の先生に返したりするが。この人はちょっと返せないという人は、そのまま外来で引き受けることになる。最近、心不全が多くなりまして、いかに心不全をおこさないようにフォローするかというと、訪問看護の職員も理解してもらって、患者さんを診ているが、紹介を受ける際、看護師とかケアマネのこと、本当によくわかるし、うちの職員もかなり大変で、お互い大変な感じである。紹介の場合は、より細かい診療情報が必要なので、我々だけでやっていくのはどうしても厳しいので、訪問診療の担当医の先生とかそういう先生が詳しい状況をつかんでおいてくれば、我々としても診療しやすいし、退院する日もお任せしやすくなるので、訪問診療の医師も交えるようにして交流できればと思う。