

桑名市地域医療対策連絡協議会平成23年度第2回医療と福祉、介護等との連携部会

平成23年7月25日（月）

【事務局】 それでは、少し早いですけれども、始めさせていただきたいと思います。

座って失礼します。では、会議に入ります前に、配付資料の確認をさせていただきます。

まず、1枚物の次第と、それから、その次に、在宅医療及びケア研究会立ち上げに向けた進捗状況についての資料、それから、在宅医療及びケア研究会運営委員会要綱、それから、在宅医療及びケア研究会運営委員事務局名簿、それから、委員の資料①②、委員の資料、それから、本日の席次表となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、早速ですけれども、議事に移りたいと思いますので、部会長、よろしく願いいたします。

【部会長】 皆さん、こんばんは。今日は、こんな天気の中、ご参加いただきありがとうございます。今日は、医療系の薬局と訪問看護の報告ということになっています。

それでは、議事に入りたいと思いますが、その前に、かねてから会議で出ておりました在宅医療及びケア研究会について、進捗状況の報告をしていただくということですので、事務局のほうからよろしく願いいたします。

【事務局】 それでは、資料に基づきご説明させていただきたいと思います。資料は、次第の次の2枚目になります、在宅医療及びケア研究会立ち上げに向けた進捗状況をごらんください。

まず、6月10日に、その次の資料としてつけております、在宅医療及びケア研究会運営委員会要綱のとおり、在宅医療及びケア研究会運営委員会を設置させていただきました。運営委員会の委員につきましては、別紙、その次につけてあります運営委員事務局名簿のとおりでございますので、よろしく願いいたします。

続きまして、7月7日に第1回目の在宅医療及びケア研究会運営委員会を開催いたしまして、その運営委員会での決定事項といたしましては、研究会の開催頻度につきましては、当初は、年3回から4回ぐらいでどうかと。そして、軌道に乗れば、必要に応じて回数を増やして、年間6回以上、2カ月に1遍ぐらいの開催も視野に入れてやっていこうということになっております。

それから、開催日、時間帯につきましては、基本的に木曜日、ただし、医師会様の木曜

サロンと重ならないように、第1、第3木曜を基本に調整して、時間としては、午後7時から8時半までの90分程度とするということになっております。

場所につきましては、くわなメディアライヴの2階、健康教育室ということで、この場所ということになります。

周知の方法については、各職種に応じまして、組織を通じて周知していただくということを基本にお願いしたいというふうに考えております。

次に、第1回目の在宅医療及びケア研究会の内容につきましては、開催時期としては9月ごろを予定して、内容といたしましては基調講演的なもので、講師としましては、在宅医療、ケアの重要性について包括的に話をしていただけるような方を現在事務局のほうで探しております。

そういったことが決められておまして、今後も、運営委員会の会長さんをはじめ、委員の皆様と密接に連絡を取り合います。必要に応じて運営委員会を開催し、9月には第1回の在宅医療及びケア研究会を開催したいというふうに考えておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

【部会長】 ありがとうございます。

ただいまの報告につきまして、ご質問、ご意見はございますでしょうか。よろしかったでしょうか。

では、議事に入りたいと思います。

議事につきましてはお手元の次第に沿って進めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、議事事項1の在宅医療における調剤薬局のかかわりについて、前回会議と同様に、まず委員のほうからご説明をお願いいたします。

【委員】 桑名薬剤師会の水谷です。今日はお時間をいただきましてありがとうございます。

今日は、まず、在宅における薬剤師の役割について話をさせていただきます。その後、桑名市内の薬局の現状、そして、最後に、今後の課題についてお話をさせていただきます。

最初ですけれども、在宅医療の薬剤師の役割について話をさせていただきます。

この資料が、日本薬剤師会の薬剤師向けにつくった資料なので、ちょっとわかりにくい

部分もあるんですけども、在宅での薬剤師の役割と、どんな実例があるかというのが上手に書かれていたのでこれを利用させていただいておりますので、よろしくお願いします。

1枚目の下の段になりますけれども、在宅における薬剤師の役割ということになっていきますけれども、在宅で薬剤師の役割というのは、薬剤師が関与することで、患者さんに薬をきちっと飲んでいただいて、その結果、病気の状態が改善したりとか、日常生活で行う動作のお食事、排せつや入浴などがスムーズに行えるようにしたりとか、薬を飲むことで生活の質を上げることが役割になります。

その役割を満たすために、ここには1、2と書いてありますけれども、1つ目が、薬の服用状況が悪いというのは、その理由を探って服用状況をよくすることと、あと、2つ目のほうが、患者さんが抱えている病気の症状であったり、ADL、QOLというのが、薬が影響を与えて悪くしていないかどうかということの評価を行って、解決のために対策を立てるということが、大きく2つ、薬剤師ができることなんです。

次になりますけれども、裏側です。裏側は、少し細かい内容がいろいろ書いてありますけれども、先ほどの1番、服薬状況が悪いときに、主な理由とその対応策ということがありますけれども、これは、後々、書いてある中身を詳しく話をさせていただきますので、ちょっと飛ばさせていただきますして、次の、下ですね、残薬や併用薬が多くなり過ぎて整理がつかなくなったために飲めない場合の対応の方法ですけれども、それは、右上の、長野県薬剤師会の実例というのが次のページにあるんですけども、このように、患者さんが複数の病院にかかっている場合というのは、どうしても、患者さん本人には整理がつかないという状態があるみたいです。そのときに、薬剤師が患者さんのお宅にお伺いして、複数の薬を1つに合わせてつくるよというのが対応の方法になります。

その下に書いてある一包化というのは、薬の、朝、昼、晩というのが大体書いてあるんですけども、朝の分を1つにまとめ、昼の分をまとめて、夜の分を1つにまとめるというのが一包化という方法になります。

管理をするときに、1つに一包化で入れるんですけども、それを患者さんに飲んでもらわないといけないので、そのときによく使うのが投薬カレンダーという、朝飲むところに日付を入れて、入れると。ホワイトボードと磁石というのが真ん中にありますけれども、これは、市販のカレンダーではできない場合とかなどに、お薬カレンダーというのは、どうしても費用がかかる場合がありますので、そういうのを補う場合にも、ホワイトボードと磁石を使って、それと関連したりとか、あと、左側のところも一緒ですけども、ティ

ツシュの箱に仕切りを入れて分類するといったものを使ってやるというのも1つの方法で、それはその状況に応じて使い分けてやるというのがこの方法になります。

次のページですけれども、一応、そこに残薬整理や多剤管理のためにお薬手帳を利用してもらおうというのが書いてありますけれども、この前の震災のときでもそうでしたけれども、どうしても、お薬手帳があると、在宅においてもすごく有効性が高まりますので、ここはお薬手帳を上手に使ってくださいというのが書いてあります。

次の場合ですけれども、何のお薬か理解していないために飲まない場合というのが対応としてあるんですけれども、それも、次のページの理解度を助けた服薬支援の実例というのが書いてありますけれども、この方の場合は、錠剤が大きいとどうしても飲めなかったりとか、何の薬かわからなくて、興味のある薬しか飲まなかったりとか、あと、どうしても片麻痺があるので、とりにくかったりとかというのがあるので、分包するというのが問題になるんですけれども、それを回避するために、薬を、何の薬か、いつ飲むかというのをわかるように管理することで、患者さんが飲むようにしてくれたというのが例になります。

次になります。今のは例なんですけど、あと、薬の副作用が怖いので、どうしても飲まないという方も当然みえますので、副作用について、ただ患者さんに伝えるだけじゃなくて、副作用が出るかもわからないけど、それにプラスして治す効果があるよということをしつかり納得して服薬するようになりたりとか、あと、特に体調が悪いため飲まないという方も、よく話は聞きますけれども、血圧が高くても、薬は飲まなくても全然自覚症状がないので飲みたいくないという方がたくさんみえるんですけれども、そのような患者さんにこの薬を飲むことが必要であるということを理解していただくことも、薬剤師の役割という形になります。

次の、薬が飲めない場合の対応策ということでいろいろ書いてありますけれども、大きな流れで今お話しさせていただいた内容は、理解力が悪かったりとか、服薬拒否があるとかという場合は服薬指導をさせていただきますし、嚥下能力が下がっているとか、そういう方に関しては、錠剤をつぶすのか、水に溶かして飲ませるのか、あと、ゼリーにまぜて飲ませるかという方法を提案させていただく形になると思います。あと、一番最後の、とろみとか栄養補助食品とか、服薬補助ゼリーも、飲み込めないようなときにどういうふうにするかということも提案するというのが薬剤師の仕事ということになります。

次の2番の、患者の病状、ADL、そして、QOL、難しい問題ですが、薬が与える影

響をアセスメントするということですが、これは先ほどちょっとお話しさせていただきましたが、薬を飲んで、副作用が出て食事ができないとか、便秘をしてしまうとか、下痢をしてしまうとか、薬を飲んで寝られないとか、ふらついて動けないとかということ、薬剤師の立場からとしては、薬がこれを与えている、影響があるのではないかと、このことをまず第一に考えさせていただいて、その薬が患者さんの生活の質を下げているかということ、それを判断して、それに対応させていただくのが薬剤師の仕事ということになると思います。この評価した結果を、お医者さんであったりとか、訪問看護師さんであったりとか、介護支援専門員の方に情報を提供させていただいて、それをもとに日ごろのケアに役立てていただくということが薬剤師の1つの仕事になると思います。

次ですが、そこからちょっと薬剤師向けの内容のところなので、その次の次のページもなんですけど、まとめとしては、薬剤師の在宅における役割をしっかりと伝えていただいて、薬剤師自身がこのことを実践していくことが大切ということになります。今のところが薬剤師の役割という形になります。

続いて桑名市での現状なんですけれども、三重県の薬剤師会のほうでアンケートを実施しまして、薬剤師会としても、介護、在宅のほうにどんどん進出してくださいというのが命題になっていますので、それが、今回、三重県の薬剤師会でアンケートをとっていただいたデータを今度いただいて、それを桑名市のものを出していただきましたので、それをもとに今回はまとめさせていただきます。

桑名市内の薬局全部にとりあえずアンケートはさせていただいたんですけれども、回収率は86%で、若干集まらない部分もありましたが、訪問指導の応需、応じる薬局が幾つあるかということになるんですけれども、基本的に58件のうちで44件。不可と、状況によって応じるというのと、可というのがあるんですけれども、状況に応じて可の件数を合わせると44件応じてもらうということになります。ですが、今現在、実際に行ってもらっている薬局というのは8件しかありません。この8件というのは、実際に行っている件数と書いてありますけれども、薬局が動いて点数をもらっている件数が8件です。ただ単に田中さんのおうちに持っていったりとか、制度として何も点数をとっていないというのを含めるともう少し増えるわけなんですけれども、法的に出ている薬局の件数は8件になります。

次です。あと、退院時カンファレンスに参加ができるかということを知っているんですけれども、これも36件は、可及び状況に応じて可ということになります。朝から退院時

カンファレンスに参加できる薬局というのが、逆に、可と答えた12個しかないんですけども、状況に応じてできるというので、時間を午後にしていただくとかということにしていただくと、退院時カンファレンスにも参加することが可能だという件数を合わせると36件ということになります。

当然、退院時カンファレンスというのにどうしても参加をしないことには、情報が薬局のほうにもともとない情報なので、それをもとに動けるということで、とてもすごく有効なことにはなりますけど、その結果としては36件できるということで、どんどん、逆に依頼をかけていただくと、薬局としては助かるということになります。

次の、終末期医療への参加という書き方がしてありますけれども、全部で58件のうち33件、麻薬の免許自体は持っているんですけども、実際に今現在持っている薬局というのは20件になります。あと、注射薬の調整を行える薬局というのは、現実的には今2件しかありません。あとは、輸液とか、経管とか、栄養剤の対応というのは23件なら応じてくれる。あと、輸液ルート、カテーテルの対応に関しても、24件なら応じるということになります。実際は、薬局というのは、麻薬を持っている件数というの、薬局さんによって種類がまちまちです。2個しか持っていないとか、半分しか持っていないとかという機関もありますし、もっとたくさん、20個とか持ってみえる薬局もあるのが今の現状だと思います。

次の問題点ということになりますけれども、先ほどお話をさせていただいた、幾つか持っている薬局もあれば、全然持っていない薬局もあるのが今の現状なんですけれども、麻薬に関して言うとなんですけれど、土日、祝日が、どうしても麻薬が全く動かないので、患者さんが土曜日であったりとか祝日に来られてしまうと、どうしても動けないというのが薬局の状況です。ですので、かかりつけ薬局とここに書かせていただきましたけれども、もともと患者さんが薬局を決めておいていただいて、その患者さんと麻薬の管理を一緒にすることができれば、土日とかにかかってなくなるというのを前もって計画を立てられるということにもなりますので、患者さんによっては、麻薬を使うという状況になったときに、ある程度かかりつけ薬局を持っていたりしていただいたほうが良いという形になると思います。

あと、その下の多職種連携というの、当然、そういう情報で、前もって、このときに麻薬が切れるかもわからないという、継続で出したり、教えていただければ、それに合わせて前もってやらせていただいて、出していただくという形にもできると思いますので、

そういうふうには、今のところは、すべての薬局が土日、祝日に麻薬が出せるかと言われると、正直、難しい問題が多いですので、このように対応していただいたほうがいいかなと思っております。

あと、輸液や経管栄養などに対応している薬局というのも、先ほど、可能という件数は二十何件と少ない状況なので、今、中心静脈栄養を使ってみえる患者さんというのはまだほとんどみえないですけれども、もし、今後、こういう患者さんが出てきた場合に、どこで対応していくかということも、終末期医療に薬局ないし薬剤師が参加していく上では問題になるのではないかなと思います。

次の、桑名薬剤師会での対応ということですが、桑名薬剤師会としては、今現在、在宅に関する研修会を開催させていただいているのと、あと、今回のアンケート結果を、今、どこの薬局が受け付けてくれて、どこの薬局が麻薬を取り扱ってくれてというのを、回収は三重県のほうでしています。今後、桑名市としてどうしても公表を控えてくれという薬局もありますので、それに関してはカットさせていただくんですけれども、公表がオーケーだよという薬局に関しては公表する方向で検討していくところです。

あと、一番下の、病院薬剤師と薬局薬剤師間での連携の強化とありますけれども、これは、先ほどの退院時カンファレンスでも、病院の薬剤師の先生と薬局の薬剤師のほうで連携を密にすることによって、病院での薬の管理の方法であったりとか、退院後の家での薬の管理にもつながってくると思いますので、そのために今、下では合同勉強会とありますけれども、どっちかという問題点を言い合うという状況です。これは今までに2回行われているんですけど、今後も定期的にこれを行って行って、まず病院の薬剤師と薬局の薬剤師が密に連携をとれるといいなというので、今、桑名薬剤師会のほうでは活動をしています。

次のページですけど、最終的に今後の取り組みという形ですが、基本的には、在宅を進めていきたいというのを薬局としては持っているわけですが、今回は、在宅ケア研究会を立ち上げていただいているということで、どっちにしてもこれに参加をしていく方向で、多職種との連携を促進していただいて、どんどん言っていただけるような状況をつくっていくということが大事だと思います。

あと、2番目に、三重県の薬剤師会が回収したアンケートを公表する方向ということになりますけれども、薬局の在宅訪問業務の応需状況の把握と情報公開を今後はきちっと詰めていくということになっております。

あと、次が、薬局の役割や機能について、薬局が在宅に何をしてくれるんだということをしっかり福祉の関係者の方であったり、お医者さんであったりに周知徹底させていただいて、少しでもPRをしていただけるようにしていくということも今後の取り組みであると思います。

あと、先ほど途中で出ました、退院時共同指導や在宅医療移行後のカンファレンスに薬局がどんどん参加していくというのもすごく重要なので、それもどんどん進めていこうと思っています。

あと、先ほど少し出ましたように、薬剤師間、病院の薬剤師と薬局の薬剤師、それと、当然、薬局同士の薬剤師の連携も促進させていただいて、先ほどの輸液の問題も、薬局間同士で連携を進めることによって、自分のところではできないだろうと思う薬局では輸液は調整してもらえらるというのを、自分で動いてやるというか、患者さんに動いてもらうんじゃないくて、自分で動いていただくためにも、連携を促進させていただいて、そういうふうに対応していけるといいというのが今の今後の取り組みなので、そういう方向で考えさせていただきます。

あと、最後に、在宅医療に取り組む薬局、薬剤師というのは、どうしてもまだ、薬局であったりとか、薬剤師によって全然対応がまちまちで、まだ一回もやったことがない薬剤師さんも当然みえるので、そういう人をいかに、こういう形でできますとか、やっている人を呼んできて、そういう人を養成して行って、最初は初めてでも、どういうふうによればできるよということも、手順書などをつくって進めていこうというのが薬剤師会のほうで考えていることなんです。

以上です。

【部会長】 ありがとうございました。

今の水谷委員のご説明について、委員さんのほうからご質問、ご意見をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

【委員】 薬局さんの役割って、すごく専門的なことから、それと、もっと初歩的なことから、ものすごく幅が広いと思うんですよ。どういうことかといいますと、例えば、私自身もそうだったんですけど、自分の父親を介護に何かしなくちゃいけないと思ったときに、どこへ相談しようか結構迷ったんですよね。そういうふうな家族を抱えていると、よく薬局に市販の薬を買いに行ったりとかするんですよね。そこに何かチラシみたいなことで、そういうものがあれば、ほんとうのさわりでもいいですから、もしこういうふうなこ

とで悩みがあればこうですよという説明があれば、わざわざ歯医者にそんなものを聞きに来る人はまずいませんし、お医者さんも、なかなか、自分が悪くなきゃ行かないだろうし、風邪薬の1つや傷薬の1つは、やはりどなたでも買いに行くから、広い意味での窓口として、何かそういう役割といいますか、敷居を低くして、だれでも聞きやすい窓口としての役割をとというふうに考えると、薬局さんの役割というのは、専門的によらず、そういうところの足がかりというのは、市民の皆様にはものすごく役に立てるんじゃないかなとは思いますが、勝手な考えで申しわけございません。

【部会長】 いかがでしょうか。

【委員】 日本薬剤師会のほうなんですけれども、一応、薬局が介護の窓口という、介護の相談を受けていこうという流れで、随分前にはなるんですけれども、そういう看板をつくって、相談をしてくださいという形にはなっていることはなっています。けれど、それを、現状、今幾つ相談を受けているかというのは、全然データもないですし、全然今の現状はわかっていないんですけど、基本的に、相談は、薬局の場合は、忙しい薬局さんもたくさんみえますけれども、それでも、相談を受けたときに話をしていくのが薬局の薬剤師の仕事だろうなというのがやっぱりありまして、当然、お医者さんのように診察室で診察をされるような状況だと、どうしても話しにくかったりすることがありますので、先ほど先生のお話があったように、市販の一般の薬を買いに見えたときにいろんな相談をするという動きが正直やっぱり多いと思います。だから、今、現状、薬局の中でも、全く一般の医薬品を置いていない薬局もなかなかあるので、そこの辺はどうするかというなかなか難しい点もありますけれども、やっぱり人に来ていただいて、その患者さんに問題がないかということの話であったりとか、介護のお話をさせていただくというのは、すごく重要なことだと思っておりますので、これからも、その辺りはやっぱりきちっとさせていただければいいなと思っておりますので、よろしく申し上げます。

【部会長】 よろしかったでしょうか。関連した質問で、ほかにご意見はありませんか。

【委員】 座って失礼いたします。こちらの部会に出させていただくまで、訪問薬局というか、そういうふうなシステムがあるということも実は全然私は存じ上げておりませんので、私も高齢の母がおりますものですから、毎月、お医者様のほうに伺いまして薬をいただくわけなんですけど、整形外科のお薬あり、内科のお薬あり、心臓のほうのお薬ありと、やっぱり服用する薬がたくさんあるものですから、薬剤師さんのほうからご指導いただいて、この薬を先生から処方していただいているけどいいですかというふうなことで、薬剤

師さんが担当の先生のほうに問い合わせていただいたりということが多々ありまして、今、おっしゃられたように、ほんとうに患者さんにとって一番の窓口というのは、やっぱりお薬を扱う薬剤師さんというのは非常に身近な存在ですので、その点はほんとうに、訪問薬局というふうなことがあるということ、これから在宅というものがだんだんと進むに当たって非常に重要だと思っておりますが、何せ市民の立場からすると、そういうのは、なかなか周知というか、知る機会というのはないものですから、以前、桑名の市民病院でも、市民に、何とかフェアといって、中でいろんな、こういうふうな手術の機械がありますよとか、血圧をはかるとか、そういうふうなフェアがあつて、そちらのほうにも参加させていただいて、ああ、こういうふうになっているのかなというふうなことを知る機会があつたんですが、そういう場も、訪問歯科とか、あるいは訪問薬局というふうなことがどういうふうなことをされるかというふうな周知をしていただくために、ぜひそういう場でいろいろとお話しただけたり、あるいはまた、講演会とかシンポジウムとか、そういうふうな中でも、訪問歯科とか訪問薬局の役割というものをもっと広く市民に訴えていただけたらなと思ひました。

以上です。

【委員】 先ほども、お話しさせていただいたんですけど、訪問薬局、訪問管理指導ができるというか、それを社会に周知徹底させていただくということはすごく大事なことだと思っておりますので、薬剤師会の課題として周知徹底をしていこうというのがとりあえずありますので、そちらのほうに進めていきたいと思ひます。

【委員】 医師会の木曜サロンの勉強会で、薬剤師会と一緒にものを年2回ぐらい開催しています。講師による講演形式ですけど、実際は情報のコミュニケーションまでは行っていません。せつかく医師と薬剤師、一番関連が深いんですけど、もう一つ課題かなと思ひます。

それと、在宅医療の保険点数ですね。なかなか薬剤師の在宅医療が進んでいないのは、やっぱり、院内でもらうよりも調剤薬局で買うと若干高いんです。また、それが訪問になるともう少し高くなるので、費用的な問題が考えられます。どのぐらい上がるのですか。

【委員】 正直、院外薬局に出すと、処方箋自体を取り扱うだけで薬局には点数が、正直、技術料としてかかります。幾らぐらいと言われると、とても幅が広くて難しい話になってしまうんですけども、3割負担の方で200円か300円ぐらいだと思います。あと、1割負担だと100円ぐらい、純粹に技術料だけを考えると上がる可能性が高いと思ひ

ます。

あと、先ほどの一包化というのがありますけれども、そのようにしたりすると、また薬局のほうで機械でつくる加算がいただけるので、そういう点数で高くなったりとか。

あと、在宅のほうで、ただ薬を配達するだけではなかなかそういうふうにとれる点数はないんですけれども、先ほどのカレンダーにセットしてくるとか、そういうことまでをすると、それは1回に当たり500点、5,000円になる。患者さんに売るときは1,000円ぐらい、1割の人だと500円、1回にかかるという計算になると思うんです。

あとは、患者さんの数と薬の種類にも応じて、値段が少しずつ違いますので、異なってきます。

【委員】 500円を高いと見るか安いと見るかということですね。本来は、薬や服薬の説明ってすごく大事です。処方する側も、なかなか細かいところを説明する時間もないし、やっぱり薬局で説明するのは非常に大事です。技術料を支払ってもメリットがあるんだということを患者さんがわかるような説明の工夫とか、その辺をお願いしたいと思いません。

それから、あと、残薬というのが問題で、よく患者さんが亡くなってから、家族の方がたくさん余っている薬を持ってみえたりします。私も、外来で薬をちゃんと飲んでいましてかと聞いているのですけれども、どう確認したらいいのでしょうか。

【委員】 正直、うちの薬局に来てみえる、うちの個人的な話になってしまうんですけども、患者さんに薬を飲んでおるかと言うと、正直飲んでいないと言われる方もみえるんですけど、大半の方は飲んでいられると言われますね。先ほど、薬局が在宅の患者さんを把握する1つのきっかけとして、薬局のほうから患者さんのおうちにお伺いして、薬を見せてくださいという言い方をすると、実は飲んでいなかったという話になることのほうがやっぱり多いと思うんです。なので、残薬を把握する1つの薬局の薬剤師のツールとしては、完全な無報酬ですが、お願いして、行っていいですかというお伺いを立てて行くんですけども、行って、それを見させていただくことが、一番、残薬を把握するのにはいいかなと思っています。

【委員】 できるだけ、在宅医療の方へ薬局さんがシフトしていただくといいと思います。

【部会長】 ありがとうございます。

残薬については、訪問看護のほうもかなり把握されているんじゃないでしょうか。どの

ような対応をされているんでしょう。

【委員】 私たちも、最初にかかわったときというのは、なかなか正直に言っていただけないので、その方とコミュニケーションをとりながら、ご理解をいただきながら、薬を飲んでいるかとか、昔の塗り薬とかもほんとうにたくさん、皆さんもつたいないとか言って、飲めないのにとっぴらっしゃる方がいるので、その方には、私たちが信頼してもらってからはなりますけれども、お伝えして、これはもう飲めないから捨てましょう、目の前で廃棄させてもらったりとかしていますけれどもね。訪問看護がかかると、後でもお話しするんですけれども、残薬の確認というのは必ずさせてもらって、水谷先生がおっしゃったように、1週間分の服薬のチェックをしてきたりとかして、次に行ったときにそれが残っていないかとか、そういうことをさせてもらって、どうしても、昼が飲めない、朝が飲めないとかいう方もみえるので、そういう方は、先生にお伝えして、1日3回のところを2回にできないでしょうかとか、まとめてとか、確実に飲む方法はないかとか、そういうことはそうさせてもらっています。私たちがかかわる患者様だけでもほんとうにうまく飲めていない方が多いので、かかわっていない方って、一般の方というのは、ほんとうに飲めていないのが現状だなとつくづく思っていますので、薬剤師さんの役割というのは大きいものがあつたなと思いますので。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見どうでしょう。

【委員】 素人意見なんですけれども、飲んだかどうか、後で薬の袋回収とかというのはどうでしょうね。実は、うちの母ががんで末期のときに、麻薬ですよ、飲むんですよ。そうすると、その入れる袋とか、あれを必ずとっておいてくれと言われて、知らずにごみ箱に捨てたら大騒ぎで探して、飲んだやつを訪問看護に渡してやっていたんですけれども、袋を破って捨てる人はなかなか少ないだろうから、後で袋回収といたらちゃんと飲めないでしょうかね。どうでしょう。

【委員】 すごく大事というか、飲んだか飲んでいないかをチェックするというのも、それも大事で、回収をして、ほんとうに麻薬のような感じで、とても難しいですけど、あと、患者さんの理解度にも当然よと思うんです。当然、薬剤師が一番最初にやるべきことというのは、飲んだか飲まなかったかのチェックをするというよりは、まず納得してこの薬を飲んでもらえるかということが一番最初にさせていただいて、あと、麻薬のように、痛みが取れるよと。痛みが取れる場合も、麻薬に対する偏見があると、その患者さんとい

うのはどうしても飲んでくれない状況が多かったりすることが多いので、まずそれを最初に取り除くことを考えて、その次に、飲めなかったときに、何で飲めないんだろうということを考えていきながら、その段階で、あと、飲まなければいけないということになれば、チェックをシートでするというのもすごく大事な方法にはなってくると思うんですけど、今、薬局の薬剤師のほうでも、飲み忘れるというのはすごく重要になることが多いので、薬の袋に飲んだ日付を書いてもらうとかというのは、いろんな人がやっていたりとか、あと、先ほどのカレンダーでやったり、あと、一包化のところに日付を入れてしまうことによっては、飲み忘れた日付の分が残ってくるので自分でもわかるというふうな方法も当然あるので、それぞれがいろいろと考えることはいっぱいあるんですけど、今でもやっぱり薬剤師が薬局として患者さんと接するときに、飲み忘れをいかに減らそうかと思ったときに、最初にやるべきことは、これを飲んだらどういういいことがあるよとか、そういうことを説明してあげることのほうが薬剤師としては重要なのかなというのを今思っているところです。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにどうですか。

【委員】 私どもも、病院のほうで、退院に向けて、服薬は、入院中から飲み忘れがないとか、まずは1回ずつお食事のたびにお渡しするというところから始まり、もちろんできる人は最初からお任せするんですが、できない方についてはそのように1回分ずつお渡しをして、もう少したってくると、1日分ないし、朝、昼、晩と分けたような形で、手づくりの何かの空き箱をテープでくっつけて、朝、昼、晩としたものに日付を書いたものを入れていく。ちゃんと飲んでいるかを確認しながら、それで、退院のときには、同じ方法で、これでいけるなと思ったら、そのままお土産のように手づくりの箱を持って帰って、そのまま、見なれた状態で、練習した方法で在宅へ引き継いでいくというような方法をとっていますので、それも入院中から、病院の中の薬剤師と病棟の看護師が連携しながら、ご本人さんご家族さんへのご指導をさせていただいているという連携をとっておりますので、在宅の薬剤師さんのほうにも、その状態で、介護保険がかかっていたらケアマネジャーさんが橋渡しになってくれるでしょうし、そういうところで連携をとっているのです。今のところ院内では問題がない。在宅でうまくできているのかという結果が戻ってくるわけではないので、今、在宅の状況を知って、入院中からしっかりしていかなきゃいけないなというのを痛感している状況です。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見は。

【委員】 ちょうど説明いただいた委員の意見で、理解してもらおうという、最初の段階として非常に大切だと思ひまして、うちの父親のときでも、薬を、ちょっと日にちがあいてくると、最初は大事だと思うんですけども、そのうち忘れて、勝手な解釈をし始めて、薬を飲まなくなるようになってしまいましたね。家族が言ってもなかなか言うことを聞かないんです。ところが、ほかから言ってもらおうと、すぐ言うことを聞いて、また飲み始めてくると。だけど、また何日かすると徐々に忘れてくる。ですので、定期的な薬剤師の訪問というか、そういうのをさせていただいて、若干、家族じゃない方からも意見というか、そういうのが非常に大切だなというのは実感しています。

【部会長】 ありがとうございます。

包括のほうでも、やっぱり認知症の患者さんがすごく増えていて、アリセプトとか大事なお薬が出るんですが、ほかにもお薬が出ましたけれど、なかなか毎日飲めない方がみえるんですけど、そういう方については、服薬のシートをつくっても、どうしても定期的に飲めない方がみえるんですけど、その方の場合って、何かいい案がありますか。

【委員】 難しいですけど、認知症の方だと、認知ぐあいによって全く変わってくるんですけど、ほんとうに認知症が進んでいる方というのは、とても難しく、変な話、薬局が毎日、正直、行くわけにいかないのであれば、医師が毎日行っていただける、ということであれば、そのあたりをお願いをするということも1つ。飲んだか飲まなかったかを確認するということはすごく大事なんですけど、それを薬局が毎日チェックすることは基本的に不可能なので、だから、認知症の認知度が進んでしまった方に対して、周りの方というのはとても悩ましいですけど、だから、ケアが何日入っているかという方向にもありますので、とりあえず薬の管理をする場所をいかに少なくするかということもすごく大事なことで、その点はとても、やはり1つの場所にまとめるかということも大事かなと思ひますけど、それ以上なかなか今思いつくことはないので申しわけないですけど。

【部会長】 何か張り薬とかも研究されて、発売されたんでしょうかね。そういった方法もあるかと思うんですけども、あともう一つお尋ねしたいのは、介護用品等の購入にみえたりとか薬局を訪れたときに、ちょっとこの方にはセールのご紹介とかをしたほうがいいんじゃないかなと思われるようなケースがあった場合って、介護保険の申請のご案内だとか、いろんなサービスがありますよというような案内はされることあるのでは

ようか。

【委員】 正直、逆にそういうのが多くて、本人さんがまずすることはないですけど、家族の方が見えて、こういうことにすごく困っているということをやっぴり聞かれることが多いので、そのような患者さんには、そうしたら、まず介護度をとりに行こうと。市のほうに連絡をしていただいて、介護度をまず申請していただいて、介護度をもとにケアマネジャーの方に相談をしていただいてということで、順番というか、順序立てを説明することはやっぱり多いんです。

本人さんは当然気づいていないというか、介護が必要ということは全然本人さんはわからないので、家族がやっぱり訴えられて、最近困ってしまうことが多いんだけど、どうしたらいいだろうということ聞かれることが多いので、そういうときはやっぱりそういう順番でお願いして、その後でお医者さんのほうにいろいろ、こうしていただいてという方向のお話をさせていただくことは多いです。それは、やっぱり、どこに行くか決めていないわけじゃないんですけど、最初に市役所のほうにお越しをしていただいて、市役所様のほうでどこどこの施設が利用できますという案内のものもあるみたいなので、まずその窓口としてそういう電話番号があるので聞いてみたらどうですかということは、そんなことはしょっちゅう、多いです。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見、どうでしょうか。よろしかったでしょうか。

では、次のほうに移らせていただきたいと思います。

では、次に、議事事項の2、訪問看護ステーションの役割について、委員のほうから、よろしくをお願いします。

【委員】 訪問看護ステーションをやっています。よろしくをお願いします。

では、私のほうからは、訪問看護についてお話しさせていただきます。資料に沿ってやらせていただきますので、お願いいたします。

まず、訪問看護の仕事の内容になりますが、在宅療養中の方が安心してご自宅で過ごされるように、療養者様、ご家族様の思いとか希望を理解し、さまざまな相談に対応しています。そして、療養者様の苦痛とか不安を和らげ、介護に当たるご家族様の苦労とか不安が軽減できるよう支援しています。また、ご自宅での最期を迎えるための支援を行っています。

具体的な内容としまして、療養者様を客観的に観察し、療養者様、ご家族様からの聞き

取り、ケアマネジャー様やほかのサービス事業者様からの情報等を得ることにより全体的な把握に努め、そのときに必要な処置、ケアを提供し、本人様やご家族様に必要な指導を行っています。医師の指示書及びケアマネジャー様の計画書に基づいて訪問看護は動いています。

さらに具体的な内容ですけれども、1から22まで書かせてもらいました。順番に読みます。

まず、①検温ですが、これはよくご存じと思います。体温、脈拍、血圧、呼吸状態といった状況を判断し、健康状態、病状の観察をいたします。

②栄養状態としまして、食欲、食事の摂取量、食事の内容、体重測定などを定期的に行って、その変動を見ながら栄養状態の確認をしています。

③服薬管理。内服薬、座薬、貼付薬といったものについて、その服薬、使用状況について確認と残薬の確認、次回の処方日の確認とその指示、薬の効果、副作用について把握しています。状況に合わせて医師に報告し、指示を仰いだり、薬剤師さんに相談したりしています。

④医療的処置として、床ずれ、打撲等の創、胃瘻等の処置を医師の指示に基づいて施行しています。

⑤点滴注射。医師の指示のもと、ご自宅での点滴注射も行っています。

⑥各検査。血液、尿、便、たん、皮膚などの必要な採取を、これも医師の指示で行っています。

⑦各機器管理。人工呼吸器、在宅酸素療法、中心静脈栄養、吸引、吸入、経管栄養として胃瘻チューブ、腸瘻チューブ、膀胱留置カテーテルといった医療機器の管理及び指導を行っています。

⑧清潔支援としまして、清拭、手足の部分浴、洗髪、陰部臀部洗浄、入浴またはシャワー浴介助、口腔内ケア、つめ切り、耳掃除、ひげそりといった、その方の状況、ご家族の介護力に合わせてケアを選択し、提供しています。

⑨排せつ支援。排尿とか排便の状況、必要に応じては導尿、かん腸、摘便、医師からの下剤、整腸剤等の指示などを仰いでいます。人工肛門とか人工膀胱といった管理指導を行っています。

⑩疼痛に対する看護。疼痛の緩和、座薬の指示とその使用状況の確認。効果と作用を把握し、医師に報告しています。麻薬の増量とか副作用への対処の指示などを仰いでいます。

⑪終末期看護。がんの末期の患者さんのみとり、必要に応じた医師の往診依頼、ご家族様の支援を行います。

⑫精神的支援。お話を傾聴し、不安の軽減を図っています。訪問時以外にも、電話やステーションに来所での相談にも応じています。

⑬リハビリテーション。理学療法士、作業療法士、看護師の訪問による機能回復、機能維持の訓練、関節拘縮予防のための訓練、安楽な体位の工夫、言語聴覚士による口腔内ケア、嚥下訓練・指導を行っています。

⑭認知症の方の看護としまして、生活リズムの調整、事故防止のアドバイス、服薬管理などを行っています。

⑮介護者様の支援。介護者様自身の健康状態の把握、健康相談、身体的負担の軽減、精神面の配慮、話を十分に伺い、問題と感じたときは適宜対応しています。

⑯福祉用具選択の相談、効果の判断。介護用のベッド、床ずれ予防用具、車いす、リフト、浴室やトイレの段差の解消など、ケアマネジャー様及び福祉用具業者様に相談して提案をしています。

⑰療養者様にかかわる各種事業者との連携としまして、医師、病院の看護師、理学療法士等、ケアマネジャー、ヘルパー、デイサービス、ショートステイなどのサービス担当者様に報告や相談を行います。医師からの指示があれば、その指示内容を伝えています。

⑱こちらは、看護師以外でも、ほかの訪問サービスの方とか家族の方が行う処置やケアに対して、必要な物品や介護しやすい方法、道具の工夫の紹介などを行っています。処置やケアの方法などの指導、アドバイスも行います。

⑲状態悪化時、緊急時の対応について。主治医へ連絡し、指示を仰ぐよう指導しています。緊急時には、救急車を依頼してから主治医に連絡するよう勧めています。看護師が訪問中に状態悪化と判断した際は、看護師のほうから救急隊に状況を説明したり、主治医に連絡をとっています。主治医の考え方もそれぞれありますので、あらかじめ主治医と相談しておくことが望まれます。

⑳定期受診、臨時受診のときは、医師に対して、看護師からも必要な情報を報告しています。

㉑、入院中の患者様に対してですが、自宅で療養生活をスムーズに送るための準備、調整を行っています。

㉒、その他としまして、各ステーションの特色とか方針がありますので、上記内容につ

いても考え方とか方向とかが違うこともありますし、上記以外にもさまざまあると思われます。毎月、その方に適した計画を立て、必要に応じた回数で上記内容の訪問看護を行い、主治医に報告し、新たな指示を仰いでいます。病院での看護師の業務内容とほとんど同じですが、基本的に、看護師1人で訪問しますので、その場での判断及び適切な対処が必要となり、その責任は重いと感じています。

次に、日常業務の中で思っていることとしまして、①がん末期の療養者様やご家族様が最期までご自宅で過ごされることを望まれても、24時間支援していただける医師がいなかったり、その主治医が不在のときにフォローしていただける体制がない療養者様の場合、状態が悪化したりすると、結局そのまま入院して最期を迎えることが多くあります。その場合、入院を決意するときのその時期の選択がこれでよかったのか、もう少しご自宅で過ごされたのではないかと、後悔したり、悩んだり、つらく感じていることがあります。

②在宅を見越しての病院看護師による入院中からのフォローアップが不足していると感じています。介護認定を受けてケアマネジャー様が支援している療養者様は、ある程度の準備ができていますが、そうでない方は、何も準備のないまま退院され、即困ってしまうケースがあります。そういう方は、介護保険についても何も知らない方がおられます。

③医師、病院の看護師、病院の関係者、ケアマネジャーなど各職種の方々の訪問看護に対する理解不足もまだまだ深刻だと思われています。人工呼吸器、創傷の処置など、医療依存度の高い患者様には必要と感じて理解していただけますが、状態の観察、服薬管理・指導、精神的看護、介護者支援などに対する必要性は理解されにくいのが現状です。かなり悪化してから依頼されるケースも少なくはなく、もっと早く依頼があればと残念に思うケースも多々あります。予防も含めて訪問看護の必要性を理解していただきたいと思っています。

④訪問看護依頼から退院までの期間が短く、準備が整わないままに退院される場合もあります。できるだけ早くにご連絡いただくと、入院中から主治医、病棟の看護師からの情報をいただけますし、処置やケアの方法等についても指示や申し送りを受けることができます。患者様や家族様とも在宅療養に向けての事前の相談ができ、準備が整った上での退院となれば、在宅療養の導入がスムーズになると思われれます。

⑤療養者様やご家族様が希望される医師が訪問診察を受けていただけないケースがあり、本人様の意向と主治医の間で悩み、迷うことがあります。

次に、ケアマネジャーさんやヘルパーさんとの連携の状況。

①療養者様の支援にかかわる各事業者との関係は、ケアマネジャー様を通して行うことが多いです。ささいなことでも必要と感じたことはケアマネジャー様に伝達し、ケアマネジャー様から関係する事業所へ伝達してもらっています。場合によっては、ケアマネジャー様に報告してから、あるいは事後報告となることもあります。私たちが直接関係事業者様に連絡をとり、話をさせていただくことも多々あります。

②顔の見える関係づくりの大切さからも、サービス担当者会議に出席しています。担当者会議が行われるのは、ほとんどが年に一、二回程度です。療養者様にかかわるメンバーは1つの事業所でも複数名になることがあるため、実際にはお互いの顔を知らないままに看護とかケアが行われているのがほとんどだと思います。すべての関係者の気持ちを統一することが難しいと感じています。

③必要に応じてデイサービス、ショートステイ、訪問入浴等のサービス利用時に見学をさせていただき、担当者から話を伺うこともやっています。

④電話、ファクス、郵送等による文書連絡以外に、各療養者様宅に用意していただいた連絡ノートの活用も情報の共有に役立っていると思われます。

最後に、他の職種にお願いしたいこととしまして、①訪問看護に対する理解を深めていただきたいと思います。医療依存度の高い、低いにかかわらず、訪問看護として支援できることがあると思います。たとえ訪問看護につながらなくても、困ったときには一度ご相談ください。何かしらお手伝いできることがあるのではと思っています。

②昨年は、ケアマネジャー様の勉強会に桑名地区の訪問看護管理者が参加させていただき、訪問看護に対する理解を求めました。そのときは、グループワークで直接顔を見て話げできましたので、少しは理解していただけたかなと思っておりましたけれども、実際にはまだまだだなどと思っています。ケアマネジャー様が必要性を理解していただければ、療養者様、ご家族様への説明、主治医の先生への指示書の依頼、病棟看護師の理解にもつながると思っています。

③皆様はそれぞれ業務が多忙です。お互いの連携を図るための時間をつくるのは、たとえ電話であってもなかなか難しいのが実情です。そのコーディネーターはケアマネジャー様に託されています。ケアマネジャー様は、訪問看護だけではなく、各事業所の業務を適正に判断し、各事業所間をつないでいただけるようお願いしたいと思います。

④上記の2、日常業務の中で困っていることの中でお話ししたことの改善を望んでいます。

最後に、⑤として、他職種の方へのご理解を得るために三重県訪問看護連絡協議会の事業の中で、今年度、うちの桑名ブロック内で広報理事を担当することになりました。多くの職種の方々に訪問看護を知っていただくために、理解を得ていただくためにを目標に、まずは病棟看護師に対しての理解から求めていくために活動する予定です。

以上、各ステーション管理者の方々をお願いして、この資料を作成させていただきました。上記内容に関しましても、各ステーションによって対応、体制に違いがあることをご理解ください。

以上です。

【部会長】 ありがとうございます。

では、ご意見をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

【委員】 2ページ目の、状態悪化、緊急時には救急車依頼をしてから、これはケース・バイ・ケースと思いますが、その方が在宅で最後までというふうにもし決まっていたら、できたら訪問看護ステーションにまず連絡してもらおうといいのではと思います。桑名、員弁を含めて24時間の電話連絡体制というのができているのは2つのステーションだけです。できたら、どのステーションでもそういうことができるというふうに頑張っていたくと、全体の訪問看護ステーションのレベルが一定化すると思うのです。訪問看護ステーションに夜間連絡ができないということは、主治医としては、大変です。電話で済む場合も結構あるわけですので、どのステーションもその体制にさせていただくことが今一番の希望です。そうすると在宅医療へ進みやすいと考えます。我々の出番というのは、ほとんど最終の段階が多いです。

それと、2ページの最後のほうの日常の困っていること、この方は最期まで在宅で見ようということ家族の方、ご本人に近い方は思っている、病状悪化してきて、親戚一同が集まってくると、ほうっておいてどうするという形で入院になってしまう。できるだけ家族の方へ前もっての説明を丁寧にきちんとして、この方は在宅で最後まで見るんだというふうに、これは主治医の責任もあるのですが、詳しく話をすべきです。ただ、救急対応をせざるを得ない状況もありえますので、それも前もって、話をしておくことも大事です。例えば呼吸不全などで呼吸困難が強くなって、それは見ているのも確かにつらいので、入院が必要になることもあります。その方の行く末をある程度推測して、前もって話しておくことが必要かと思います。私の経験では、呼吸不全の最期はなかなかつらく、麻薬でも管理できない。ところが、がん末期の次第に弱っていかれる方は、あまり痛みもなく、

麻薬管理さえきちんとやれば、大体看取りという形ができると思います。

【部会長】 ありがとうございます。

では、委員。

【委員】 まず、24時間連絡体制に関してなんですけれども、訪問看護ステーションの人員が一番問題になるかと思うんです。例えば、うちの場合だと、常勤が2名、非常勤が3名いますけれども、常勤でも、私ともう一人なんですけど、子供さんが小さくて、24時間連絡を受けても対応することは、実際に行って訪問が必要と判断したときに、訪問することができない。私1人だけになってしまうんですが、そうすると、24時間、365日ということになって、とても受け入れできないということで、前は4人の常勤がおりましたので、そのときは体制をとっていたんですけれども、人数の減少とともにそれが不可能な状況になっています。多分、桑名市内のほかのステーションさんも、それがほとんど原因じゃないかなと思っています。

先生がおっしゃったように、できればいいなとも思うんですけれども。ですので、私のところで言えば、予測される方、がんの末期の方ですけれども、その緊急の方に関しては、うまくやれていませんけれども、在宅でみとりたいとおっしゃった方に関しては、私は携帯を公のものを持っていませんので、まず病院に連絡していただいて、病院から私のほうに連絡していただいて、必要があれば訪問させていただくとか、最期にそうやってみとりをさせていただいた方も何人かおみえになりますので、努力はしているつもりなんですけれども。

そうですね、緊急時の対応については、それぞれの方で違いがあると思いますので、また考えながらやっていきます。

訪問看護が始まったとき、すぐにはなかなか最期のみとりをどうするかという話には持っていけないので、先生のほうから話をさせていただいて、訪問看護師に相談するような形にさせていただくんですけれども、それでも、まだ信頼関係がなかなかとれないうちというのは、死ということを話すことすらちょっとはばかれることがありますので、訪問を重ねるうちに、なるべく、どうやって最期を迎えるかということの説明していくようにはしています。ただ、早いケースの方は、なかなかそれが間に合わないという方もおみえになって、どこで迎えるかを結局家族で決め切れないままに亡くなってしまうというケースもあります。

【委員】 言い忘れたのですけれども、この地区は名古屋に近いですから、名古屋の大学病院とか大きい病院では、がん末期の方でも新しい薬を試したいとか、まだ何かできるという形で結構主治医が頑張るんですね。病院主治医がすごく頑張って、とうとうもうこれでギブアップというときになって、ほとんど動けないぐらいの状態になってから、突然桑名に帰る。本人さんがもう帰りたい、帰りたいということで、やっと帰ってきて、大学病院に地域連携室があるので、そちらとこちらが連絡し合いながら準備をして、帰ってきた途端に1日で亡くなられるとか、全然こちらがコミュニケーションをとれないままにというケースはどうしても多いので、やはり総合病院の主治医に考えていただきたい。桑名の病院の場合はお互いにある程度知っているもので、そういうことを話しています。訪問看護も、先ほどおっしゃったように、早く来られれば、元気な間から徐々に最後の生活にかかわっていきけるんですけどね。

【部会長】 もうちょっと早く帰ってきていただければと思うことはよくありますよね。ほかにご意見はございますか。

【委員】 先ほどの河合さんのお話の中で、24時間、365日対応するというのは、非常に今の現状では難しいというお話だったんですけども、実際、患者さんの方が病状が急変してどうしようもないといった場合は、主治医の先生にほんとうに連絡をとるというふうな流れというものはあるのでしょうか。

【委員】 うちで言わせていただくと、病院がありますので、まずは病院に電話をしていただいて、主治医に連絡をとっていただくか、当直の先生にすぐ診ていただくというふうに説明してありますけれども。

【委員】 万が一、指示が仰げないというふうな場合は、やっぱり救急車で搬送というか、そういうふうな形になるわけでしょうか。

【委員】 そうですね。それがほとんどだと思います。

【委員】 ありがとうございます。

それから、よく新聞等に出ているんですけども、介護保険と医療保険によって訪問看護の枠が違うというふうなことが多々新聞紙上に出ているんですけども、私たちの患者サイドというか、そちらのほうからすると、介護保険と医療保険、先ほどの水谷さんのお話の中にも、介護保険においてのというふうなお話があったんですが、そこら辺の枠組みというか、その違いというのがいまいまいちよくわかっていないものですから、わかりやすく簡潔にちょっと言っていただければと思うんですけども。

【委員】 こちらの資料を見ていただければある程度わかるかなと思うんですけども、介護認定を受けた方は、介護保険がほとんど優先されますけれども、疾患によっては医療保険が優先されるということがあるんですね。こちらの6ページにあるんですけども。

【委員】 そうですね。介護保険と医療保険、これが、認定を受けると介護保険になるわけですか。

【委員】 優先されます。

【委員】 優先されるわけですか。

【委員】 介護認定を受けられた方は、介護保険が優先です。

【委員】 そうですか。それで、医療保険の5番のところの要支援、要介護者のうちで、この症状に当たる方に関しては、これは医療保険を適用されるということですか。

【委員】 はい、そうです。

【委員】 これは、利用しないとわからないということですね、実際の話が。

【委員】 そうですね。だから、訪問看護だけがそうやって介護保険と医療保険の二本立てになっていますので、その説明にはすごく苦慮していますけれども、私自身もちよつと難しさを感じるころなんですけれども。

【委員】 わかりました。ありがとうございました。

【部会長】 ほかにご意見はないでしょうか。

【委員】 先ほど私がしゃべったときもあつたんですけども、在宅の看護師さんが、すごくいまだによく聞かされるんですけど、服薬管理に時間がとられてしまってほかの看護ができないという話をよく聞くんですけども、今まで、現状、薬局であつたりとか薬剤師に訪問管理指導というか、訪問をお願いしたというのはあるのでしょうか。今まで、薬剤師に、薬局と連携でというよりは、依頼をかけて、例えば、これを訪問して在宅のいうか、管理をしてほしいよということをお話されたことというのは今まではありますか。

【委員】 うちの病院の中に薬局がありますので、薬剤師の先生に相談はしていますけれども、訪問までは相談できていないのが現状です。ただ、えがおさんとかは依頼があつたりするのか、反対に聞くんですけども。多分、うちみたいな病院をバックに持っていないところとかは、依頼というのもかけるんじゃないかなと思います。

【委員】 薬局のほうには、院内で出していない病院の場合は依頼がされていることがあります。そこで、訪問看護師さんのお話を聞いたときに、私は看護師さんと話す機会があつて話を聞いたときに、何とか薬局なり薬剤師がしてくれないかということをお話された

ので、今の現状はどうなのかなと。僕自身はそんなにたくさん受けることはほとんどないので、現状はどうなのかなということでお聞きしたかったんですけど。

【委員】 薬が飲めていない方なんかは、担当者会議などを行って、訪問看護からというよりは、ケアマネジャーから薬剤師、薬局のほうへお願いすることはあります。

【委員】 ありがとうございます。

【部会長】 ほかにご意見はいかがでしょうか。

【委員】 先ほど、療養者様やご家族様が希望される医師が訪問診察を受けていただけないケースがあつて、本人様の意向と主治医との間で悩むことがあるというふうなことの一文があつたんですけども、それは、ケース的には多いわけでしょうか。

【委員】 今回、このアンケートをほかのステーションの管理者の方に送って、返事が来た中にこちらのケースというのがあつたんですけども、私は、ちょっと詳しいことはわかっていないんですけども、うちの病院で言えば、ほとんどないです。在宅を希望して、往診を希望すれば、往診を受けてくれる先生にお願いしたりとかはできますので、大体受けていただいているんですが。

【委員】 ありがとうございます。

【委員】 各ステーションによって対応が違うというか。

【委員】 はい、わかりました。

【委員】 大体は希望どおりと思うんですけどね、訪問診療できる主治医の把握しかない。

【委員】 大体は受けていただける。

【委員】 大体はいいと思います。

【委員】 大きな病院のお医者様というのは、なかなか、外来の患者の方がいらつしゃつて、訪問診療というふうな時間というのは、普通の診察の時間とか、あるいは入院患者様のお時間とか、そういうふうなことがあつて、訪問診療というふうなのは、なかなかその時間をつくるのは大変だというふうなことを以前、先生はおっしゃられていたので、その点はどうかと思ひまして。

【委員】 そこはやはり病診連携で、大きい病院の医師は、主に入院の患者さんの診療が主になりますので、それは在宅訪問診療できるかかりつけ医というか、そういう医師に任せるというか、連携でらせていただくという形をとっていったほうが一番理想的だと思うんですけど。

【委員】 そうですね。実は、よくかかりつけ医を持ちましょうというふうなことがよく書いてあるんですが、かかりつけ医というものの定義というのは何かなど、非常にすごく疑問に思いました、かかりつけ医って一体何なんだろうと思って、大病院にかかって、そこにかかっている先生は主治医であり、かかりつけ医じゃないのかなど。

【委員】 そうです。そのとおり。

【委員】 でも、いざこういうふうに住宅医療というか、在宅訪問になってくると、そのかかりつけ医は病院の先生じゃなく、病診連携で診療所の先生のほうにというふうなことをおっしゃられると、じゃ、一体かかりつけ医というのはどういうふうなことを、どのお医者様をかかりつけ医と私たちは患者サイドから考えればいいのかなど、非常に疑問に思うようなところも多々最近ありまして、ぜひ教えていただきたいなと思います。

【委員】 ですから、今かかっているれば、かかっているところが、その時点でかかりつけ医です。ただし、病院でも、両方やってみるところもあるわけです。一般的には、大きい病院ほど、ほとんど訪問診療というのはやらないですね。

【委員】 じゃ、桑名においての大きい病院と言われる3病院において、訪問診療というふうな形はなかなかとられることが少ないという。

【委員】 でも、一応尋ねてみればいいんじゃないですか。市民病院も、そのドクターによっては往診に行かれています方もいるようです。

【委員】 お医者様によってはということですか。

【委員】 そうです。特に緩和ケアというか、がん末期の方だと、やっぱりずっと診てみえた場合に行かれていますケースもあるようです、桑名に関しては。ただし、これが大学病院とかになると、また話が違うんですけど。桑名の場合は、訪問診療している病院の先生もみえます。

【委員】 じゃ、やっぱり病院と診療所ということで、桑名においては診療所というような位置づけが非常に大事になってくるというふうなことになると思いますか、かかりつけ医においては。

【委員】 在宅に関しては、私どものような診療所は頑張りたいと思っています。

【委員】 ありがとうございました。

【部会長】 いかがでしょうか、ほかに。

かかりつけ医というのは、その方の状況にもよると思うんですよね。ほんとうにいい開業医の先生にかかってみえたり、大きな病院にかかっている、それでよければ、もうかか

りつけ医だし、通うのが大変になってきて、それで往診に来てもらっているんだけど、バックベッドは大きな病院とか、そうすると2つのかかりつけ医になるわけですね。状況によって相当変わってくるのかなというふうに。

【委員】 ですから、両方かかるというケースもあります。病院には、例えば3カ月とか半年に1回かかって、近くの診療所には毎月かかるとかですね。そうすると、2人主治医制みたいな形になるので、一番それが理想的ですけど、それを何とか進めようと思っているんですけど。

【部会長】 ほかにご意見はいかがでしょうか。

【委員】 四日市とか愛知県のほうから、ターミナルとか医療依存度の高い方なんかは訪問看護を受けて、最期は在宅でみとりを行いたいというような相談があるんですけども、まずそこで一番困ってくるのが、訪問診療してくれる先生を見つけることなんですけれども、家の近くの先生からという形で、四日市とか愛知県の医療相談室の方なんかは、情報がないので、ケアマネジャーさんとか訪問看護の者に紹介してほしいと言って、その方の住んでいる近くの先生にお願いしていくような形なんですけれども、やっぱりなかなかすぐには見つからないですね。それで、そういうことをしているうちにどんどん時間が過ぎてしまって、退院の時期を逃してしまったり、退院が遅くなったりすることが多いんですけれども、今までも、何とか先生のほうにお願いしていくことはできているんですが、例えば、私どもは医師会なので、医師会なり訪問看護ステーションを持っているので、いろんな情報をもあって先生にお願いするんですけども、一ケアマネジャーがそういう相談を受けた場合というのは、情報が少ないので、そういう相談窓口として、例えば医師会とかに相談することは可能でしょうか。

【委員】 医師会へ電話してください。そういうケースで私のほうに回ってきた方もあります。ただ、ターミナルケアは難しく、訪問診療を開業医はやりませよとは言いましたが、現実には、いわゆる高齢の方の訪問診療と、ターミナルケアというか、がん末期の若い方だと全然違うのです。何倍も大変です。何人か抱えて、もう目いっぱいになっていると、もうそれ以上抱え切れなくなる。全国的には在宅医療専門のクリニックがところどころできています。四日市にも、最近できた在宅専門の診療クリニックがありますので、私としては、少しすみ分けというか、主にターミナルの方はそちらの先生、桑名の方も受け入れてもらえるという話ですので、そういう在宅専門のクリニックにお任せしたほうがいいのではないかと考えています。病院でも在宅をかなり重視する流れにもなってきてい

ます。でも、そのために、また話は訪問看護に戻るのですが、訪問看護がもっと充実して、どこの訪問看護ステーションも24時間できるようになると、在宅主治医は楽になります。そうすると、何人も重症の人を抱えても、まず訪問看護ステーションの看護師さんが何かのときには行ってもらってという、役割分担ができるので、まずそちらのほうがいいかなと思うのですね。訪問看護ステーションを充実させたほうが在宅医療の中では一番充実した医療ができるのではないかなと思います。

【部会長】 委員のほうからも説明があったんですが、病院のほうで7対1の基準をとったので、夜勤のできる看護師は病院にかき集められて、訪問看護ステーションに就職する看護師というのは、夜勤のできない看護師ばかりなんですね。夜勤のできない看護師というのは、子供さんが小さいとかいろんな理由があって、なので、その中で、管理者が頑張って24時間やっている、1人だけでやっているところもあるんですけど、やっぱり数が少ないと、24時間、365日、プライベートな時間をすべて拘束されるというのは難しいところがやっぱりあって、なかなか動けない理由です。

【委員】 ちょっとわからないところがあるんですけど、医師が家に行って、訪問をして往診する場合と、ケアの人が車に乗せて連れていく場合があるじゃないですか。この線引きというのはどこかあるんですか。要は、どのぐらい動けなくなったら担当の先生に来ていただいて、こういう状況だったらまだ車に乗って、車いすに乗せてタクシーに乗せて行けるのかというところは、どこか、何かあるんですか。これ以上後では動きにくくなるなどか。

【委員】 そんなに厳密な線引きはないですけど、とりあえず、動けなくなった方は在宅医療が中心になって、ただし、ほとんど寝たきりの方でも、場合によっては、検査が必要なときは、車いすや寝台で連れていってもら場合もあるわけです。主に、動けなくなった方は在宅で、きちんとした線引きというのはないです。

【委員】 先ほど、部会長のお話の中で、訪問看護ステーションの看護師さんの勤務状況についてちょっとお話があって、それを初めて私もお聞きして、24時間どうしてできないのかというふうな疑問を持ったところなんですけれども、それは、全国の全体的な医師会とか、そういうふうな法律か何かで定められたものなのか、あるいは三重県の中で、桑名の中でというふうなことで決められたことなのか、そちらのほうはいかがですか。

【部会長】 病院の基準については全国的なものです。三重県のやつじゃないです。だから、全国的に訪問看護ステーションの看護師は不足していると思います。閉鎖する事業

所も増えてきたので、2.5人という基準を見直そうという動きもあったんです。

【委員】 ありがとうございます。

実際に現場にいらして、なかなか大変なのではないかなと。今ちょっとお聞きしていると、訪問看護ステーションへいらっしゃる看護師さんの意見というのがいろいろ反映される場というのが、実際あるんでしょうか。こういうふうなことで、今、この場所だといろんなことが出てきて、こういうふうな文章で出てくるんですけども、いざ個々のステーションの看護師さん一人一人の持っていらっしゃる問題というものが、実際お医者様のほうに伝わるといふような場というものはあるんでしょうか。

【委員】 ここにも書いてありますけれども、私たちステーションは、ほとんど三重県の訪問看護ステーション連絡協議会に属しているんですね。地区によってブロック別に分かれていまして、私たちは、桑名と北勢、員弁だとかそういったブロックに位置づけられるんですけども、桑名ブロックでいえば、2カ月に1回、管理者会議というのを持たせていただいて、そこで話し合いをさせてもらって、地区の代表が必ず毎年1人出ますので、それで県のほうの連絡協議のほうで出したりだとかします。

【委員】 実際にそういうブロックで出た意見というのが、県じゃなくて、桑名の医師会のほうに行くといふようなことは、そういう流れはないわけですか。

【委員】 それは今までなかったと思いますが。

【委員】 実際、そのところが一番連携が必要なんじゃないか、県に上がるよりも、市の中で一番大事なところというのが県に上がっちゃうというのが、ちょっと今違和感を持ったんですけども。

【花井部会長】 制度そのものを変えていかないと、これってなかなか改革できないんですね。だから、やっぱり県のほうで上げて、そこから国に入る。だから、全国の訪問看護の事業協会だとか全国の訪問看護の事業連盟から議員が出たりして、そして、国のほうへ働きかけていくという動きはしています。

【委員】 いろいろ勉強になります。ありがとうございます。

【部会長】 ほかにご意見はないでしょうか。

よろしかったですか。

では、ご意見が出尽くしたようですので、議事事項の3に行きたいと思います。

議事事項3のその他について、何かご意見はございますでしょうか。

【委員】 この間、市の広報のところで、差し込みで、小児医療について、こちらの在

宅医療とちょっと離れるんですけども、小児医療についてのお知らせとご理解、ご協力
のお願いというふうな紙が入りまして、それでは、8月1日から、小児用救急、入院の受
け入れが制限されるというふうなことを知る機会があったんですけども、それに関して、
実は桑名市役所のホームページにこのことが載っているかなというふうに検索させていた
だいて、小児医療における検索のキーワードでは出たんですけども、実際、小児医療、
小さいお子さんを抱えていらっしゃる方というのは、実は子育て支援のほうと連携してい
まして、子育て支援のところのページを見る機会が非常に多いんですけども、このこと
に関しての情報が、実は地域医療のところには載っていませんで、地域医療対策室のほ
うが管理されているということもあるんですけども、実際に子供さんを持ってみえるお
母さん方が見られるというのは、子育て支援のメールマガジンとか、あるいはすくすくだ
よりという紙が毎月出ているんですけども、そちらのほうとか、子育てに関係するところ
のページを見られる機会がすごく多くて、実際、こういうふうなことが8月1日からあ
るというのをこの紙で見られたらわかるんですけども、見られないお母さんというのは、
なかなか、8月1日以降、夏風邪のヘルパンギーナとかプール熱で高熱が出たときに、か
かりつけのお医者様に行かれて、これはもう入院だと言われたときに、桑名市ではちょっ
と無理ですよという、えっというふうなことにもなりかねないので、市民にわかるとい
うふうなことで、子ども家庭課とリンクしていただいて、子育て支援のほうのホームペ
ージにもこのことをちょっと載せていただけたらなと思ひまして、今日はお願ひしたいと思
ひます。よろしくお願ひいたします。

【事務局】 わかりました。それと応急診療所の件につきまして、実は、7月15日ご
ろの広報に折り込みをしたんですけども、その時点では、応急診療所の対応が医師会さ
んのほうがまだ協議していただく最中ございまして、決まっていなかったというところ
もございまして、一応現状のみのお知らせということで、例えば子育て支援のページとか、
そういったところとのリンクは、その時点ではできない状態でした。ですので、市として
は、ホームページのトップのお知らせというところには、内容については掲示をさせてい
ただいて、皆さんに見ていただけるようにする。

先週の末に、医師会さんのほうから、正式に、応急診療所の対応についてお返事をいた
だきまして、現状、応急診療所については、今毎日やっておるんですけども、それがち
ょっと維持できないような状況になりまして、具体的に言いますと、土曜日の夜間と日曜
日、祝日の診察をしていただけるということになります。したがひまして、月曜日から金

曜日までの夜間については、応急診療所は一時休診という対応になります。この件につきましては、8月1日ごろの広報はちょっと間に合いませんものですから、8月15日ごろの広報、並びにホームページについては早急に掲載する予定でございます。

それとあわせて、応急診療所の対応は一時休診ということになりますものですから、市としても別の対応、これは健康・医療相談ダイヤルといったものを新たに、これも時期的には9月からになるんですけど、そういった対応も考えておりました、これは議会の予算の議決が必要ですので、それを待たないと正式にはホームページ上には載せられませんもので、それらも含めて、応急診療所も含めて、8月15日の広報には載せるようにしたいというふうに考えておりますのと、医療機関様の窓口とか、そういった形で広報活動をしていきたいというふうに考えております。

【委員】 わかりました。ありがとうございます。

【部会長】 ほかにございませんでしょうか。

ありがとうございました。

それでは、本日の議事につきましては以上でございます。あとは事務局のほうからお願いいたします。

【事務局】 どうもありがとうございました。

それでは、本日の会議を閉じたいと思いますけれども、今後の部会の日程につきましては、また部会長さんともご相談させていただき、改めてご連絡をさせていただきたいというふうに思います。

本日は、どうも長時間にわたりましてありがとうございました。以上をもちまして本日の会議を閉じたいと思います。ありがとうございました。

— 了 —