

東名古屋医師会

在宅医療実施医師と訪問看護ステーションとの合同会議 議事録

平成27年11月28日(土)

午後2時30分～4時15分

於) 東名古屋医師会事務所会議室

出席者(敬称略)

医師会

市町	出席者	クリニック名
豊明市	牧 靖典	牧医院
日進市	笹本 基秀	笹本内科医院
	田貫 浩之	たつらクリニック
	井手 宏	愛知国際病院
長久手市	永井 修一郎	永井内科クリニック
東郷町	松浦 誠司	松浦医院
	木下 雅盟	祐福寺内科

訪問看護ステーション

市町	出席者	事業所名
豊明市	日比野 保子	前原 訪問看護・リハビリテーション 豊明
	野中 あかね	ひまり訪問看護ステーション
日進市	鈴木 功子	訪問看護ステーションえまい
	林 志津子	医療法人大医会訪問看護ステーション 心のポケット
長久手市	岡本 和江	愛知たいようの杜 訪問看護ステーションふれあい
	松井 登世美	有限会社ハートフルハウス 訪問看護ステーション
東郷町	中村 万季	東郷町国民健康保険東郷診療所 訪問看護ステーション
	福島 美佐子	虹色訪問看護ステーション

1. 開会あいさつ

本会地域包括ケア検討委員会 委員長（笹本会長）

- ・本日はお忙しい中ご参加ありがとうございます。日頃よりの当医師会に対してのご理解ご協力を感謝いたします。
- ・地域包括ケアシステムの構築ために医師会は数年来取り組んでいます。特に本年4月より在宅医療サポートセンターを設置して、地域包括ケアの推進のため様々な活動を医師会として行っています。その一環として本日皆様方に集まって頂きました。
- ・在宅医療において訪問看護ステーションとは密接な関係がありますが、今まで直接このような会議を行って来ておらず、問題点等について話し合う機会がありませんでした。先日施行したアンケートのご回答についてや、日頃訪問看護を行う上での問題点やご要望等について、活発なご意見ご質問を頂いて充実した会議にしたいと思います。よろしくお願い致します。

（進行：永井先生）

2. 在宅医療に関する調査（訪問看護ステーション）より提示された課題について

（資料：訪問看護ステーションからのアンケート結果に対する回答集）

(1) 主治医から訪問指示を受けるうえで困ること

①主治医がいない場合に調整に時間がかかる

- ・本人・ご家族の意思が最優先であるが、もし、「探してくれ」ということであれば、最寄の医療機関もしくは当該疾患の専門医ということになる。

②主治医が訪問看護の必要性を感じていない

- ・指示書を書くのは当然主治医であるから、「何故必要性を感じていないのか？」「感じていないということは、訪問看護無しでも、本人の治療が可能と判断する根拠は？」という視点から話し合うことが必要である。
- ・主治医側の意識の改革も必要。

③複数の主治医がいる場合、どの医師に判断を得るか難しい

- ・在宅医療であれば、複数の医師が関与しても、主治医は一人であり、その他の医師は副主治医となる。基本的には、指示書を書く主治医の判断が基本であるが、その時々病態によって、副主治医が適当と判断すれば、その医師の指示を受ければよい。その場合であっても、担当副主治医・主治医・訪問看護師の3者間で、情報共有することが前提となる。この点に関しては、「電子連絡帳の活用」がベストである。
- ・日進市と東郷町は電子連絡帳未導入だが、導入している地区では主治医～副主治医～訪問看護師～施設～家族で意思の疎通ができ、discussion が全て見えるので現場はやりやすくなっています。

④主治医のいる病院が遠いため連絡しにくい

- ・愛知県内の多くの地域に「電子連絡帳」の導入が予定されている。名古屋市も決定したので、今後、病院との情報共有と情報交換には、この連絡帳の活用が役立つことになる。
- ・今はまだ、各自治体でサイトがバラバラですが、統一化される方向へ調整中です。

⑤指示書を書いてもらうまでに時間がかかる

- ・医師会として会員に啓蒙する必要を感じている。
- ・指示書の作成に常軌を逸脱した時間がかかるようであれば、病院なら病院長に、開業医であれば、該当地区医師会代表に連絡して改善要求をしてもらえばよい。現場の訪問看護ステーションが、「困っている！！」という現状を積極的に訴えて頂けるようお願いしたい。
- ・電子連絡帳に指示書作成の依頼を記入できる。

⑥指示書の内容が薄く、情報が把握しづらい。

- ・医師会としてしっかり内容の読める指示書の作成を啓蒙することが必要と感じている。
- ・今後、連絡帳で指示書が書けるようになると、この点は改善される余地がある。

⑦指示書そのものの重要性を理解していない医師が存在する事実を重く受け止めている。医師会として会員に指示書の持つ意味を周知徹底していく。

(2) 医療機関との連携について困ること

①病院の規模が大きくなればなるほど主治医との連携が希薄になってしまい、確認や返答までに時間がかかりすぎてしまうことがある。

- ・今後、病院に置かれた連絡帳を活用することで、「困っている！！」内容を掲示して、速やかな情報交換が可能になるように、医師会として、要望・要求していく。
- ・実際の現場で発生した事例を医師会に連絡してもらえれば、その都度、対応を検討していきたい。その第一歩として「在宅医療サポートセンター相談窓口」を今後活用してもらいたい。
- ・大学病院では、電子連絡帳が地域連携室に一つだけで各主治医のもとには無いので、連携が取り難いのは事実です。大学病院等と改善に向けて調整中です。

②カンファレンスの時間調整が難しい

- ・一番多忙な職種は主治医と思われる。内容にもよるが、緊急性が高い事案であれば、主治医の夕診診療後、主治医の待合室での開催が最適と考える。本人の参加が無理であっても、ご家族には、夜の時間帯の開催が必須であることを承諾してもらうことになる。
その他の時間帯となると、午前診終了後の正午過ぎからの開催（これも開催場所としては、ご自宅よりも、主治医診療所の待合室が好都合かと思われる。
- ・新しいサービスの利用や区分変更申請の場合等でケアマネからの依頼が多い。突然予定が決まり主治医が出席出来ない場合も多い。（主治医）医師会とケアマネとの問題で、来年には話し合い～合同会議を予定しています。

③直接医師と連絡することが少ないこと

- ・緊急性が無い場合は、「電子連絡帳の活用」がベストと考える。もし、なかなか連絡帳を見てももらえない医師の場合は「連絡帳をご覧下さい。その後、速やかにご返答を掲示願います」という内容のファックスを送信しておけば確実である。

④病棟の看護師との連絡・連携が円滑に行えないケースがある。

- ・連携室に設置された連絡帳の活用範囲が未だ狭いために、なかなか主治医や担当看護師とのリアルタイムな情報交換が困難な現実があることは確実である。今後の大きな課題である。事あるごとに、改善の方向性を模索していきたい。

⑤電子連絡帳に入っていない利用者について連絡相談方法に戸惑う

- ・今後、登録可能対象患者さんの枠を徐々に広げていく方向で各自治体と話を進めていく方針である。実際、少しずつ、壁が崩れてきているので大いに期待したい。

⑥特に大きい病院の場合、相談窓口がどこかわかりにくい

- ・地域医療連携室が窓口になっているケースが多いと思われる。

⑦緊急時の連絡・報告・指示を頂くのに時間がかかる

- ・主治医のモラルの問題である。医師会として会員の緊急に対する意識レベルを高められるように啓蒙していく。

⑧救急搬送時に家で看取る時期ではないかと言われたが、在宅医もつないでいない。いつでも病院に来ていいと言われていたのに、家族も困り訪問看護師も対応に困り、病態が悪いのに時間がかかりすぎるがあった

- ・終末期であったと思われる。在宅での看取りが推奨されるようなケースであれば、ケアマネを中心として、普段から「急変時の対応」を、主治医を含めてカンファレンスしておくことが肝要と思われる。

⑨医療材料の提供が的確ではない。相談しても出されないの、自費で買われるケースがまだある。

- ・医療材料が、管理料に包括されている場合は、患者さんには無償で提供することが原則となる。訪問看護師が「不信」と感じたら、今後は、「在宅医療サポートセンター相談窓口」に連絡してもらえればよい。

(3) 訪問指示以外に医療機関から情報を得る場合の問題点

- ・断られたケースにおいては、「どのような形でアクセスすれば、情報入手が可能になるか？」という質問を相手側に相談することが肝要に思われる。その上で、理不尽な回答しか得られなかった場合は、「在宅医療サポートセンター相談窓口」に連絡してもらえればよい。

(4)連携対体制強化のため、貴ステーションが、今後医師会に求める提案・意見について

①認定看護師さんによる技術指導

(資料:「看護師特定行為」で医師の仕事はどう変わる?)

- ・看護師の特定行為研修制度が、今年10月から開始となる。昨年の保健師助産師看護師法改正により、看護師の診療の補助のうち、特に専門的な知識と技術が必要なものを「特定行為」と明確化し、安全に実施するための研修制度を創設することになった。研修を終了した看護師は、医師の判断を待たずに一定の診療の補助を行うことができるようになる。厚労省としては、2025年には、少なくとも10万人規模の修了者(全看護師の6~7%)を育成したい考えである(介護施設に1人はいる、訪問看護の場合はステーションに勤務する看護師の7~8割が研修を修了している想定)。研修を修了した看護師には、受講した特定行為区分を明記した「特定行為研修修了証」が交付される。特定行為の研修機関は初回は9都道府県14機関となる。共通科目として315時間、区分別科目として15~72時間が必須となる。

例;呼吸器関連:人工呼吸療法や気道確保や気管カニューレ交換等に係ること

循環器関連:ペースメーカー関係や心嚢ドレーン抜去等

ろう孔関連・栄養カテーテル関連・褥瘡関連・透析関連・血糖関連・栄養と水分管理等

但し、この制度で研修が義務付けられているのは、手順書を使って38行為を行う場合のみであり、手順書を使わずに従来通り医師の直接指示下でこれらの行為を実施しても良いことから、研修制度の必要性そのものを疑問視する声もある。

将来的には、各ステーションにも、上述の研修を終了した看護師が配置される方向になろう。現実的には、医師会(サポート事業の一環)として、病院看護師との連携による研修機会の場を促進していく。実際には、豊明市医師会が、藤田保健衛生大学と連携して、「みらいの会」として活動している。

②難病者に対して多職種連携

- ・難病者・障がい者等の枠を越えた連携がゴールと理解している。
- ・長久手市では、電子連絡帳登録可能対象者に障がい者の方々も含める方向性が出来ている。

③病院看護師が訪問看護(在宅医療)を知るための研修

- ・実際には各地で展開されてきている。当地区には2つの大学病院があるので、病院からの要望があるのかどうか?地域包括ケア検討委員会でも打診していきたい。

④先生方との交流会(ケアマネジャーを含む)を通して、各医師の特性とか得意な分野等を知りたい。どの程度在宅医療に思いがあるかも知りたい。

- ・在宅医療サポートセンターのホームページ上で、東名古屋医師会管内在宅医療実施医療機関の詳細な内容を掲示しています。また、愛知県医師会の在宅関係のサイトにもアクセス出来ます。ご

活用願いたい。また、例えば、長久手市の場合、毎年電子連絡帳新年会として１月に親睦会を行っている。電子連絡帳登録機関及び市役所担当部署やケアマネジャー等が一同に介する顔の見える関係作りが実現している。３市１町の広域に及ぶ範囲での交流会の実施は難しい。それぞれの地域での多職種が一同に介する交流会を企画願いたい。今後、日進・東郷にも連絡帳が導入されるので、長久手と同様に、連絡帳関係者の新年会あるいは忘年会の形で開催されてはいかがか？

3. 訪問看護ステーションに対する意見・要望・質問について（医師会より）

（資料：訪問看護ステーションに対する意見・要望・質問）

（資料：訪問看護ステーションに対する意見・要望・質問（回答一覧））

(1) 「訪問看護」は「医療保険１本化」であるべきでは？

- ・訪問看護の導入に対して、介護保険限度額を目一杯使いたいために、躊躇するケースがある。これは、医療面でのサポートを障害してしまう。また、経済面での負担軽減という観点からは、現行の利点もあるが、訪問看護と訪問介護の役割の違いという認識を本人・家族に持ってもらうという意味からも医療保険単独が望ましいのではないか？

(2) 看護師訪問日と医師の訪問診療日が違う日程で調節されていることが多いです。同一日に一緒に訪問する意義は？

- ・医療保険の場合、原則、訪問看護療養費と在宅患者訪問診療料の同一算定は不可というコメントを頂きましたが、これは、１つの医療機関から医師と看護師が訪問するケースでのことで、一般に医師が他の訪問看護ステーションと連携しているケースでは該当しない。
- ・どのステーションもその意義を認識されている。
- ・家族にも連携を認識してもらえ。

(3) ステーションの所属が病院である場合

①退院前に事前に院外在宅担当医師と連携しておくシステムは？

- ・地域医療連携室が調整役となっていて、退院が近づいた時点で、退院前後の容体の変化等の医療的な情報交換（病院主治医と在宅主治医）のみならず、ケアマネも含めて、カンファレンスが必要である。病院に出向くのか？それともＩＣＴ上で行うのか？

②入退院前後で、ステーションが変更になる場合では、必ず、在宅主治医の了解を確認する必要がある。在宅医療（外来のケースも含めて）に従事する医師にとって、訪問看護は片腕である。よって、本来、ステーションの選別は、医師がまず行うことが優先されるべきであり、ケアマネや地域連携室が本人あるいは家族の意思あるいは「どこでもいい」と言われた時を含めて、担当医師にまず選別を依頼して、その医師が「どこでもいい」と言われたら、現場の判断で選択するという方向性が重要と考える。

(4) ナースハラスメントに関して

- ・男性看護師がまだ偏見の眼で見られていることがわかった。
- ・恐らく同様のトラブルは、ヘルパーでも一部同様と邪推される。
- ・事が極端なケースの場合、看護師が相談する窓口はあるのか？実際に、訴訟等に至ったケースはあるのか？

→実際の現場では、まだ大事にまでは至っていないとのこと。

(5) 訪問リハビリ関連

- ・「訪問マッサージ」が医療保険であるために、介護保険枠がいっぱいあるいは限度額以内に種々サービスを組み入れる必要性から、安易に訪問マッサージを計画するケアマネが多くみられる。主治医の了解を得ずに、「書類にサインを御願います」と郵送されてくるケースもある。連絡してみると「本人や家族の希望がありましたので」と回答されることがある。「気持ちがいいからマッサージしてもらいたい」ということであれば、それは自費扱いが妥当である。医師が署名することで、医療保険になる場合は、「鍼灸の同意書」も同じである。この同意書のケースでも「本人あるいはご家族の希望優先」という理由付が多い。いずれにしても、医療が絡む訪問系のサービスの場合、まず、第一に担当医に相談して、意見をもらい、それから、動く・・・あるいはご本人やご家族から希望があっても「主治医と連絡をとって、必要性を医師が認めるかどうかを確認します」という初期対応をお願いしたい。つまり、サインする医師側にとっては、責任を背負うからです。

(6) ICT活用に関して

- ・最新の情報に更新していく必要性のご指摘があるが、いわゆるホームページとは違い、時系列に交信履歴が残るので、それがこの電子連絡帳の魅力である。
- この連絡帳には即時性が無いので、ケースバイケースで、電話・FAX・メール等と使い分けて頂ければいい。
- ・今後の連絡帳の大きな課題のひとつは、病院医師と在宅（外来）医師との交信が1対1で可能かどうかである。例えば、愛知医大の場合、医療相談室に1台のみであり、情報の交換が極めて限定されてしまう。

(7) 薬剤師の訪問と看護師の役割について

- ・どのような役割分担がいいのか？その場合、どうしてもお互いにバッティングする内容もあるので、利用者側の混乱が懸念される。かといって、あまりにも精密に役割分担をすると、利用者側からは不便ということになる（例：質問を受けた場合に、それは薬剤師さんに聞いてください・・・となる等）また、何か不都合が発生した場合に、どちらが責任を問われるか？等問題点も多いと思う。これは、院外処方のケースで間違いがあった時に、処方箋を書いた医師あるいは出した薬局、そのどちらが責任を負うか？と同じ意味合いがある。

→現場では役割分担～棲みわけは出来ているとのこと。

- ・利用者側にとって、経済的負担が増すことになる。訪問看護師の現場において、「訪問薬剤師がいないとどうにもならないケース」の体験があるのかどうか？もしないとなると、利用者側に訪

問薬剤師導入理由を説明する場合に、どのように納得してもらうのか？懸念される。「私たちの負担が減るのでお願いしたい」では通らないでしょう。あるいは、「看護師さんでは無理ですか？」と問われた時に、言い返せる根拠を持っていないといけない。

(8)③患者サイドから訪問看護ステーションを選択することは可能か？

- ・もし、患者さんサイドから、直接訪問看護の依頼があった場合は、まず、主治医と連絡をとり「このような申し出が当ステーションに入ったが、どのようにお考えでしょうか？」とお伺いを立てて欲しい。患者さんサイドには「私たちは主治医の指示書に基づいて訪問看護を実践しているので、ご希望はありがたく承りましたが、医師と連絡を取って、指示を仰ぎますので、しばらくお時間を下さい」と対応してもらいたい。
- ・ケアマネがステーションを特定して、主治医には「後出しじゃんけん」というケースは絶対に避けてもらいたい。

(8)⑥報酬対価について

- ・結局、訪問看護が介護保険と医療保険の2本立てになっているために、患者サイドの負担金額も違ってくる。極端に言えば、同じ時間、同じ訪問看護をしても、負担が違ってくる。医療保険1本化になれば、このような矛盾もなくなる。
- ・午後の診療時間終了後に何度も待合室にて、大勢でカンファレンスをすることがある（本人不在のケースではご家族のみの参加もある）。これは、1時間以上に及ぶことがあるが、全く医師の収入にはならない。我々の仕事には全て対価がつくわけではない。
- ・医療関係者の使命感で行っている無償の尽力が、在宅医療を底流で支えていることが一般には知られていないが、それでも我々は全力を尽くすわけで、裏返せば、そのことが「我々医療従事者のプライド」と思っている。

4. その他

○フリーディスカッション

- ・意識のある主治医は良いが、まだ医療材料出してくれない先生がいる。ステーション側からは強く言えない～敷居が高い。壁を取り払いまず主治医と膝を突き合わせる事が大事だと思います。
 - ・対応時間や専門性、ケアマネとの関係等が主治医によって差が大きい。
- 在宅医療はまだスタートライン。今後改善していきたい。

（電子連絡帳について）

- ・電子連絡帳で提案型の要望が増えた。要望が出しやすい。内容～回答の掲示が残る。
- ・電子連絡帳で認知症の方の情報が事前にわかる。
- ・ヘルパーさんやケアマネさんにも活用して欲しい。ただヘルパーさんは時間外対応が難しい。
- ・職種によって職業意識に違いがある。

- ・現場の患者さんの姿がかなり把握できる。
- ・公営のステーションなので縛りが多く柔軟に動けない。そのため困難事例が多い（精神疾患や介護力のない場合や経済的に難しい場合とか）。連携が上手くいかず訪問がスムーズに進まないことも多くて困ることもある。電子連絡帳にこの辺の問題が改善されることを期待しています。
- ・主治医からの指示が曖昧で、何をすれば良いのか分からない事例がある。

（ナースハラスメントについて）

- ・介護者である息子さんに問題があり、一人で訪問するのは危険な例もあった。このような場合相談窓口がなく、主治医に相談しても良いのかも分からない。
 - ・密室であり証拠が残り難い。猥褻行為の実証等、法的には難しい。すぐ逃げれるようすとか、複数人で訪問すとか対策している。
- 現時点では医師会としては明確な回答はまだないが、法的な対応等も含めて今後検討したい。

- ・大学病院（愛知医大）の先生が主治医になっていることが多いので連携が取りにくい。
- ・主治医によって指示書の受け渡しに差があるので、統一してもらえると有り難いです。
- ・資格認証の問題がまだあるが、指示書もいずれ電子連絡帳で出来るように検討中です。
- ・主治医によって専門的な高度過ぎる指示～要求がある時があり、相談できる所～意見が頂ける所が欲しい。

（訪問看護ステーションどう決めている？）（ケアマネジャーをどう決めている？）

- ・ケアマネは行政が機械的に決めていることが多い。
 - ・訪問看護を入れる前提で、包括支援センターからの相談を受けることがある。
 - ・家族の希望ということが多いが、家族は詳細が分かっていない場合が多い。
 - ・適性、地域によって集中する場合がある。
- 公平に考えると主治医にお伺いも立てながらが良いと思います。

- ・急変時または急変とまでいかない状況で支援診療所の主治医に連絡つかない場合、主治医の処置が必要であるが主治医が多忙である場合などで、主治医以外に相談出来る連携医～専門医の存在があれば有り難いと思います。

- ・褥瘡、薬剤変更は主治医に意見して良いか迷うことがある。

→電子連絡帳に写メール付きでコメントをもらうと、現場の感覚を尊重することがあります。電子連絡帳の良い活用方法の一つだと思います。

- ・主治医が大学病院の先生の場合に指示書を貰うのが大変です。
- ・重症心不全等で大変な思いで大病院に通っている患者さんを看ていると、在宅医の導入を進めていけるシステムができれば良いのにとおもいます。

→大学病院と併診で可能で、電子連絡帳のメンバーに大学病院を入れてしまうと急変時にも対応出来ます。

→大学病院の主治医と在宅医との良好な情報交換は絶対必要。

- ・独居の方への訪問看護で、亡くなられた場合第一発見者が訪問看護師となる場合が出てくると思います。警察沙汰～死体検案等で時間を取られるのは大変です。在宅医療と警察～救急隊との連携が出来ていればと思います。

→東名古屋医師会死体検案検討委員会というのを年間2回やっています。警察と話し合っているんです。死体検案になるのを避けるにはどうしたら良いか、日頃から家族や主治医も巻き込んで話し合っておかねばならないと思います。

- ・どう看取るかを家族や主治医ときちんと決めて連携取ってあればスムーズに出来ると思います。
- ・ステーションによって得意分野が違うので、ステーション間でも情報交換が必要だと思います
- ・在宅での看取り希望しても老老介護の場合など介護力によって出来ないことがあるので、多職種で上手く連携が出来るシステムが必要だと思います。

（５）閉会あいさつ

本会地域包括ケア検討委員会 副委員長（牧副会長）

- ・皆さん達の熱い気持ちが伝わってきて非常に良い会議でした。今後も顔の見える連携の会を開催して行きましょう。