

令和8年度第1回多治見市在宅医療・介護連携推進会議録

日 時：令和8年6月2日（火）13：30～15：00

場 所：多治見市役所駅北庁舎 第2・3会議室

出席： 後藤達彦委員、田中貴子委員、大前雄亮委員、二村洋代委員、西山知広委員、高須賀
香奈美委員、田中美樹子委員、松井太郎委員、（順不同）
事務局： 金子市民福祉部長、南谷高齢福祉課長、三浦、大中、馬込、成瀬、木村
欠席： 渡邊晃司委員

事務局	ただいまから令和8年度第1回多治見市在宅医療・介護連携推進会議を開会する。 本日はお忙しいところお集まりいただき感謝している。委員長互選までは事務局が 進行する。では、市民福祉部長よりご挨拶させていただく。 ～部長挨拶～ 委員会の構成を見直し、9名の会議体となった。委員委嘱後最初の会議であるので 順番に一言ずつご挨拶をお願いしたい。
各委員	～委員挨拶～
事務局	～事務局紹介・資料確認～ ～委員長互選～
事務局	これより議事に入る。委員長に進行をお願いする。
委員長	では、議題1「令和7年度 在宅医療介護連携推進事業報告」の説明願う。
事務局	～説明～資料1
委員長	資料1の「医師による相談支援窓口」の内容で、「65歳で障害から介護保険へ」は 自動的に移行するものか。
事務局	65歳になった時点で介護保険のサービスに移行するのが原則である。ただし状況に 応じて、障害サービスでないと対応できない場合は検討することもある。
委員長	具体的に何が問題で、窓口相談があったのか。
委員	おそらく、65歳になって介護保険に移行するにあたり、要介護の判定が出た際、今

まで受けていた障害サービスと同じような内容で介護保険サービスを使おうとすると、介護保険の限度額に収まらない場合がある。ケアマネジャーはどのようにサービスを調整するか相談したと思われる。

事務局

65 歳になる 3 か月前から介護認定の申請ができる。この対象者の場合は要介護 5 の判定であったが、要介護 5 に相当する分については介護保険サービスを使い 1 割の負担、超過した分だけは障害のサービスを組めることになる。65 歳以前の障害サービスをすべて無料で使える状況から大きく変わるため、費用面等を本人に理解してもらったり、サービスの具体的な調整するには 3 か月程度必要なのかもしれない。

委員長

結末は把握しているか。

事務局

障害のサービスの担当者と、ケアマネジャーが情報共有し、介護保険のサービス事業者とも連携し、サービスを組み合わせたとする。

委員長

障害サービスで生活してきた方が高齢になったら、制度上は介護保険に組み込まれていくということである。続いて、「訪看ホットライン」の「難病患者の 1 日 4 回の訪問看護」はどのような相談内容か。

委員

「1 日 4 回の訪問看護を行ってもよいか」という、制度のことを質問された。

委員長

訪問看護の決まりはあるだろう。

委員

4 回でも 5 回でも行けるが、3 回以上で医療保険上の管理料は打ち止めである。ケアマネジャーはその点が知りたく相談窓口で電話した。

委員長

また、「訪看ホットライン」の内容で、「往診の費用」は具体的にはどのような質問か。往診は医療であろう。

委員

そうである。往診と記載されているが、在宅訪問診療料の月額の問題であった。往診と訪問診療の違いを理解していないケアマネジャーもいるようだ。

委員

そのほか、相談内容の「指定難病の更新」は何か困りごとがあったのか。

委員

更新に必要な書類など、基本的なことを質問したと思う。

委員長

「訪看ホットライン」は、どのように相談を受けているのか。

委員	月毎に当番が決まっており、市内の訪問看護ステーションが順番に専用電話を持ち回っている。
委員	「口腔連携強化加算」のことを聞きたい。この加算は1か所の事業所しか取れないと思うが、どのように決定しているのか。
委員	訪問看護が毎回口腔ケアを実施していても必ず取れるわけではない。ケアマネジャーから「今回は〇〇事業所で加算してもらいます」と連絡がある。
委員	令和6年度の報酬改定で新設された項目で、訪問看護師やヘルパーが口腔ケアを実施すると50単位の点数が入るものだが、1回も携わったことがない。おそらく多くの事業所が加算を取っていないと思う。1人の利用者に訪問看護も訪問介護も入るケースが多いが、1か所の事業所しか加算が取れない。どこの事業所が加算を取るかについては、ケアマネジャーに決定権があると理解した。
委員	私の事業所も1回も加算を取ったことはない。評価をして、歯科医師や歯科衛生士と連携するという条件などもあり、なかなか難しい。
委員	連携して一緒にやりましょうと働きかけても、算定を取れないことがあった。
委員長	50点とは高い点数ではないが、適正に加算は取るべきだと思う。加算の有無にかかわらず、通常の業務はきちんと行っていると思うが、事業経営面においても認識しておかなくてはならない。ケアマネジャーと医療機関の連携シートは加算があるのか。
委員	ケアマネジャーは利用者が入院した際に、入院先の病院に連携シートを送付すると入院連携加算がつく。当日と3日以内とそれぞれ加算がある。
委員長	では、在宅歯科医療連携室に関して意見を伺いたい。機器の貸し出しはどのようなか。
委員	機器はポータブルレントゲンやバキュームなどである。
委員長	在宅歯科医療連携室について追加の説明はあるか。
委員	訪問歯科診療は増えていくだろうと見込んでいる。要支援であっても訪問はできるが、依頼件数が膨大となると対応しきれない可能性があり、多治見市歯科医師会としては対象者を要介護4、5として絞っている。
委員長	では、多職種研修会についてはいかがか。

委員	例年通り５月から隔月で開催し、市内クリニックのレスパイト入院の案内を皮切りに、外部講師を招いたハラスメントを考える企画、リハビリ職との連携のあり方、超高齢者のACP、終末期における家族支援の困難事例の研修を経て、最終回では在宅介護の限界点についての意見交流を行った。どの回においても、サービス提供者の誰もが経験する共通課題が出てきて、それに触れることができたのが大きな成果だと思う。限界点を上げるためにサービスの充足が必須であり、サービスの提供者間が密なコミュニケーションを図ることの重要性を改めて感じた。地域のインフォーマルな結びつきも強めて取り組んでいくことが課題だと考える。
委員長	すべてオンラインだが、年に１回、対面開催してはどうか。アドリブが入り、盛り上がる。熱量が伝わり、励みになると思う。
委員	ご意見有難く、参考にする。
副委員長	研修会の内容が具体的でよい。特に１１月の身体拘束のテーマでは、在宅でも身体拘束について多職種で考えられていることがわかった。入院中はやむを得ず身体拘束する状況もあるが、できるだけ抑制をしない方針であり、研修会を通して意見交換し、勉強できたことに感謝している。
委員長	では、議題１については終わりとする。続いて議題２について、まず事務局から説明をいただく。
事務局	～説明～ 資料２～５ 多治見市や岐阜県の現状について共通の認識を持つ、また職種間でお互いの現状を知り、理解することで連携を深め、多治見市の目指す姿を同じくしたい。
委員長	在宅療養には訪問診療や訪問看護が不可欠だが、「安易」に流れているのではないかと危惧している。患者が病院から退院し在宅療養となった場合、在宅診療を専門にしている特定の医療機関に患者が流れている。資料３のデータにあったように訪問診療を上位１０％の医療機関が占めている。外来診療所を持たず、電話と車とマンパワーがあればチェーン店のようにしている事業所がある。私は本人の思いや希望を反映した在宅療養ができているのか疑問がある。なかには商品を販売している事業所もあると聞く。申し訳ないが、この地域の病院から在宅に移行する際はよく吟味をしていただきたい。患者が流れ易きルートが決まってしまうと、小さな開業医は潰れてしまう。システムを持った大規模な訪問診療専門の医療機関に人は集まるかもしれないが、人の入れ替わりも激しく、カルテでは伝えきれないきめ細やかな訪問診療や訪問看護はできないという問題も内在していると思う。私一人の意見ではわからないの

で、事務局に統計を出してもらった。委員のみなさんは現場でどのように感じているか。

委員 経験では、主治医が月 2 回の訪問診療をするが、緊急時には、全く知らない医師が来て対処したケースがあった。薬や医療材料は豊富に払い出してくれるが、必要量か疑問を持つことがある。コミュニケーションは乏しく、大事な説明がきちんと行き届いていないこともあり、信頼関係は薄いと感じる。

委員長 高齢者は医療側の言われるがままになってしまう傾向がある。

委員 薬や医療材料が欲しい療養者や家族は特に苦情を言われませんが、心と心が繋がって最期の看取りをしたい家族は、医師と対話ができないと訪問看護師に訴える。頻繁に医師が変わるので、どの医師に相談したらよいのかわからないとも聞く。

委員長 業務として、医療として、さばいて対応しているだけであれば、在宅医療の目指すものの質が低下してしまうと思う。退院の際に患者や家族の選択肢として多様なものがあるといいと思うが、病院側も患者と家族の意向に沿っているか、立ち止まっていたきたい。退院支援は病院のどこの部門が担当するか。

委員 当院では入退院支援室である。入院時に大体の患者はかかりつけ医を聞いている。退院が決まったらまず、かかりつけ医に相談するように伝えている。

委員長 かかりつけ医と病院のやりとりはあるのか。

委員 もちろんある。かかりつけ医から現状の情報提供の依頼があるので、病院の主治医からの情報提供書を送り、受け入れの可否の相談や決定をする。

委員長 その選択が分かれ道になる。病院の相談員は、退院後の生活に関心をもっているのかどうかかわからないが、3 か月、半年と経過し、満足した在宅療養生活を送ることができているかまで考えてほしい。相談員は選択肢を提案したのだから、フォローアップしていかなくはないと思う。

委員 すべての相談員がフォローしているのかと問われれば難しいところではあるが、他の患者のカンファレンスなどで担当のケアマネジャーや訪問看護師と会った時に、担当した患者の経過や様子は直接聞いたりしている。

委員長 病院相談員もフォローしていると理解した。

委員	大規模な訪問専門の医療機関については、医師によって痛みの程度の捉え方が異なるためそれぞれ違う薬を処方された、という話を聞いた。その患者から訪問診療医を変えてもらいたいと相談を受けることがあった。
委員長	医療として、患者を救うことができているのだろうか。
委員	それぞれの医療機関が実際どのように訪問診療しているか把握していないが、診療は輪番医師でも、毎回同じ看護師が介助に入りサポートしているところもあるようだ。その点に納得するかどうかは療養者や家族によって違うかもしれない。
委員	在宅療養について、かかりつけ医に相談するというのが第一。かかりつけ医がいないという場合は病院から紹介せざるをえないが、かかりつけ医がいる場合はかかりつけ医に医療機関を紹介してもらう。
委員長	病院も悩ましいと思う。明言はしていなくても実際は在宅診療まで手を出せないという開業医もいる。
委員	往診は可能だが訪問診療はしません、などかかりつけ医からの回答を踏まえ、家族と相談しながら在宅での過ごし方を決めている。
委員	新しい主治医で在宅療養を始める場合、本人・家族とうまく意思疎通が図れていないケースも見受けられる。以前、医師は看取りとの判断をしていても、家族はそのような認識をしていない事例もあった。
委員長	入院する前からの長年の関係があるかかりつけ医とは信頼関係が違うと思う。
委員	医師に質問したくてもできなかったり、何をどのように尋ねたらよいかわからないのだろうと感じる。
委員長	病態が安定していれば、月1回の訪問診療でよく暮らせると私は考える。必要以上の訪問や検査をするようでは、医療費、税金の無駄使いになると思う。
委員	歯科においては、多治見市外の医療機関が訪問歯科診療を引き受けている。依頼している施設に理由を問うと、利便性がいいとの回答だった。連絡するとすぐに訪問してくれる点が利用しやすいとのことで、同様のフットワークの軽さで動けるシステムを多治見市歯科医師会で作ろうと思う。
委員長	訪問歯科診療を多く行う医療機関は、通常の外来診療も行っているのか。

委員	外来もあるが、訪問を主に行う歯科医がいるようだ。先ほどの話題と共通するかもしれないが、訪問のみの歯科医は、患者や家族とのコミュニケーション量は少なくなるだろう。
委員長	本来の医療は応急手当のような一時しのぎではないはずで、その点もわきまえた医療の未来があってほしい。効率的に、仕事だけ、という流れが全国的に広がったら便利に機能する世の中になるのかもしれないが、なにか大事なものを忘れてしまうと思う。
委員長	私の担当した事例で、新しい主治医で在宅療養を始めてみたものの、家族の意向となかなか合致せず、「退院時に病院ともっと話を詰めればよかった」と息子が悔やんでいた。家族で話し合い、最終的には、昔からの信頼しているかかりつけの開業医の先生に診てもらいたいとのことで主治医を変えた。
委員	退院の時に、家族、病院とケアマネジャーなど、元々のかかりつけ医が介入しないところで話が進んでしまう場合がある。どのサービスを利用するのか、ケアプランを作成するケアマネジャーも責任や自覚をもって対応願う。
委員	改めて、利用者や家族の立場に寄り添ってやっていきたいと思う。
委員	医学的に月1回の訪問で十分でも、利用者や家族が、「月に2回来てくれると心強い」、「きめ細かく対応してもらって有難い」と安心感を求めることがある。利用者や家族の満足のみでなく、本来の医療の在り方について考えさせられた。
委員長	話題を変えて、他に意見や事務局への要望などはあるか。
委員	多治見市の介護保険の認定を迅速に対応していただき、助かっている。他市では認定調査までに2週間待たなくてはいけないこともある。
事務局	新規申請はできるだけ早く対応している。退院の目途が立っていれば、何とか調査が間に合うよう心掛けている。
委員長	医師会にも主治医意見書は速やかに対応するよう周知している。他にあるか。
委員	認知症が疑われる高齢者で、本人が拒否してなかなか受診できなかったり、家族が支援しようとしても怒鳴られたり暴力を振るわれたり、困っているケースがある。認知症の症状がひどくて、家族が涙を流しながら相談されることもあり、いい方法がな

いかと考えている。

委員長

医者は気がかりな患者がいても、押しかけて診ることはできない。地域包括支援センターが、医師から電話があるかもしれない、など一言口添えしてくれると、かかりつけ医も介入しやすいと思う。

委員

私はダブル介護のケースを相談したい。以前、高齢者が子どもと要介護5の寝たきりの配偶者の介護をしていた。本人の体調も優れず、要介護1の認定が出たが、結局お金がかかるから介護サービスも受けたくない、病院にも行きたくないとの意向で、どのようにアプローチしたらよいか悩んだ。

委員長

お金がかかるから嫌だと本人が言うなら、その意向に沿ってよいのではないか。私に関わっているケースにも車で寝泊まりしている人など、さまざまな事情がある。

委員

特殊というべきか、困難ケースが増えていると感じる。独居も多いが、高齢介護者、病気を抱えている介護者、障害のある小児、精神科の患者が増加しており、日々の業務でも複雑な対応が求められる。一つの事業所だけで対応するのは到底困難であり、やはり多職種で連携していかなければならないと感じている。

委員

ヘルパーの利用者には裕福でなく、かつ介護力や介護知識のない方もある。今までの話でもあったように、老老介護や障害を抱えている方が最近ますます多い。そのような利用者の支えになれるよう、今後も多職種と連携してケアに携わっていききたい。入院前からの利用者に退院後再び介入すると、本人と家族の意見の相違など変化を感じることもある。その点もケアマネジャーや医療関係者と協力してよりよい在宅生活を送ることができるようにしていきたいと思う。

委員長

自身の健康に留意し、今後も励んでほしい。では、ご意見どうぞ。

委員

資料1の多職種研修会においてレスパイトのテーマがあったが、レスパイト入院は当院でも受け入れている。疲弊してしまう家族の中で、ニュースになるような事件が起きているので、これからの課題だと思う。介護者の被害妄想や嫉妬妄想に、ケアマネジャー、ヘルパーも遭遇したことがあるかもしれない。自身の安全にも気を付けてほしい。他院での受け入れが難しいような利用者も、当院に相談いただければと思う。

委員長

では、一通りの意見をいただいたので、事務局にお願いする。

事務局

～閉会挨拶～