

平成 28 年度 第 1 回 多治見市在宅医療・介護連携推進会議議事録

日 時：平成 28 年 8 月 17 日（水）

13:30～15:30

場 所：精華地域包括支援センター2 階

出 席： 小栗武仁委員、瀨瀨昭司委員、後藤達彦委員長、鷺見紀子委員、関谷早苗委員
高橋加代子委員、棚村隆洋委員、原頼子委員、藤井和希委員、松原泰彦委員
水田隆俊委員、水野義弘委員、森節子委員、吉川幹委員、渡辺博貴委員（50 音順）
宮川委員（田中委員の代理）、渡辺和也歯科医師

事務局： 杉村高齢福祉課長、春田リーダー、岩田、早瀬

事務局

定刻となりましたので、ただ今から平成 28 年度第 1 回多治見市在宅医療・介護連携推進会議を開催いたします。大変お忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。昨年委員長をさせていただきました加納先生が退任されましたので、委員長が互選されるまで司会進行をいたします、高齢福祉課の杉村です。よろしくお願いいたします。

本日は滝呂地域包括支援センターの看護師田中委員が欠席で、代わりに社会福祉士宮川委員に出席していただきました。また、議題 4 にありますが、歯科医師会から渡辺歯科医院院長の渡辺和也先生にもお越しいただきましたので、後程お話していただきます。

会議資料につきましては事前に郵送配布させて頂いておりますが、資料 1、資料 2、資料 3、資料 4-①、資料 4-②、資料 4-③、資料 5-①、資料 5-②となります。不足がありましたら、お申し出ください。また、資料に訂正がありますので、説明させていただきます。

資料 4-①②③について修正しましたので、差し替えをお願いします。資料 4-①のアスタリスクのケアマネジャー連絡協議会の説明がありますが、6 行目のケアマネジャー連絡協議会を「サービスネットワーク会議」と変更しました。同じ資料の「案 1 主治医連携シートに関する意見」ですが、内容は変わりませんが、順番を変更しています。裏面の「今後の活動予定」と「目標」に「案」をそれぞれに加えました。資料②③は脱字と言い回しの変更で内容は変わりありません。

それでは、次第に沿って進めさせていただきます。資料 1「多治見市在宅医療・介護連携推進会議設置要綱」をご覧ください。多治見市地域包括に精華地域包括を今年度、新たに設置しましたので、要綱の一部に変更がありました。帯線の部分の「第 3 条 2 項の（8）地域包括センターに属する者 5 人以内」のところですが、以前は 4 か所 4 名の方に出席して頂いておりましたが、新たに精華地域包括看護師の森さんが増員となりました。その他、各委員の所属先にて組織編制がありましたので、資料 2 推進会議委員名簿のとおり新たに委嘱させていただきました。医師会の加納先生が多治見市医師会長となられまして、退任するという旨を頂きましたので、水田先生が新任されました。次にケアマネジャーからの代表ですが、ケアマネジャー連絡協議会会長の任期が切れたことにより退任するという旨を田中委員からいただきましたので、小栗氏が新任されました。さらに、社会福祉協議会内にて配置交代があり、南姫地域包括支援センターの唐木委員に代わりまして鷺見委員が新任されました。各委員の方へ既に委嘱状をお渡しています。任期につきましては、要綱第 4 条にありますとおり前任者の在任期間となりますので、来年の 8 月 25 日までとなりますのでよろしくお願いいたします。では、自己紹介をお願い致します。

委員

－委員自己紹介(全員)－

－事務局紹介－

事務局	続きまして、「多治見市在宅医療・介護連携推進会議設置要綱」第5条1項の規定に基づき、委員長の選出をお願いします。選出方法は、委員のうちから互選することになっておりますが、どなたか推薦等ございますか。
委員	－特になし－
事務局	事務局一任ということであれば、事務局に案がありますので、発表させていただきます。それでは、後藤委員にお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。
委員	－異議なし－
事務局	それでは、後藤先生に委員長をお願い致します。副委員長は引き続き棚村委員よろしく申し上げます。 では、ここからの進行は、委員長の後藤先生にお願い致します。
委員長	あいさつ 平成29年度から総合事業が始まります。要支援者の支援については包括支援センターさんにご協力をいただきながら仕事をしていかないとスムーズに移行していかないと思いますので、この一年間、非常に知恵がいると思いますがよろしく申し上げます。 それでは、議題1に入ります。議題1「介護⇒医療情報連携シート（入院用）活用状況調査結果」について、事務局から説明をお願いします。
事務局	－資料に基づき説明－（資料3） 資料3裏面をご覧ください。昨年度の段階では、「介護⇒医療情報連携シート（入院用）」の活用状況集計について、県病院さんからもご協力いただけることになり、3つの医療機関から集計することが出来ました。ありがとうございます。資料3の表が活用状況調査の結果となります。県病院さんの活用率100%のカッコ書きにつきましては、「介護⇒医療情報連携シート（入院用）」を「病棟で受け取り、退院調整室に届けられる」という方法をとるようになったのが4月からということで、その流れが十分に周知されておらず、以前の届け先であった保管庫に行ってしまう可能性もあるというお話でしたので、カッコ書きになっています。確実な評価にはならないかもしれませんが、入院時のケアマネジャーからの紙媒体での情報提供件数が45件、このシートの利用件数は43件。想像していた件数より、情報連携数そのものが少ないという印象です。そこで、包括と高齢福祉課窓口で聞き取りをしたところ、サービスネットワーク会議の周知の際に欠席した事業所はご存じでなかったり、日ごろこのようなケースがあっても、医師からの情報提供や看護師から伝達されているため、ケアマネジャーからはしていない方がみえたり、入退院を短期間で繰り返しているような方はある程度わかっているのに、電話でのやり取りの方が便利という意見や、何で入院したか、どれぐらいの入院になるかわからないため、入院先から連絡があった時だけ情報を伝えている、自由記載のところを書くことで、入院先に「在宅でここまで出来ていたのだから、入院後もここまで回復させて」と要求しているような気がして書きづらい、ホームページ内のシートの閲覧場所が探せなかったという声も聞かれました。このようなご意見から、状況や必要性に応じて電話や病院に出向き紙媒体での連携をしているところもありますが、そもそも何のための情報提供なのか、ホームページのどこからシートの様式がダウンロード可能なのか、本日いろいろとご意見を伺った内容も含め、9月に再周知していく予定です。
委員長	このシートは表だけですか。
事務局	はい。
委員長	ケアマネジャーが記入するものですね。
事務局	そうです。

委員長
事務局 医者には目は触れなくて、入院を前提として、突然の入院もありますよね。突然の入院があると、予定通りプランが入らないので、事業所にいらっしゃらないと連絡があり、もしかしたら入院したのかなとケアマネさんが動くことはあります。

委員長
事務局 入院前に在宅どのような生活をしていたのかを記入するものですね。

委員長
事務局 そうです。

委員長
事務局 ケアマネジャーはこのシートのことをだいたい知ってみえるのですか。

委員長
事務局 だいたい知って見えますが、一部、周知の際に欠席された事業所はご存じなかったです。

委員長
事務局 どんどん推進していこうという意向ですか。

委員長
委員 いろいろ施設によりバラバラなシートはありましたが、用紙を統一することで、入院先の方々に円滑に情報が提供できるように統一しました。

委員長
委員 病院としてはあった方がいいですか。

委員長
委員 ケアマネさんが伝えたいことなど参考になります。

委員長
委員 保管庫にしまわれたというのは。

事務局 以前は、最終的にどこに保管されるのかが決まっていなかったが、最近は退院調整室に集まるようになってきました。

委員長
事務局 県病院は紙媒体で来たものでも、必ず電子媒体にされるので、関係者の方は情報を見ることはできます。用紙の保管先を退院調整室の看護師さんのところに集められるようになったので、把握できる状況になりました。

委員長
事務局 閲覧できる状態で、看護師さんや医者は見えていますか。

委員長
事務局 看護師さんは見えます。

委員長
事務局 医者は見えないかもしれない。

委員長
委員 7月の県病院の退院調整会議でこのシートについての感想を伺ったが、このシートを読み取って、退院後の生活、どこまでをゴールとしてめざすのかなど役立ててくださっていると看護師さんより聞きました。

委員長
委員 市民病院はどうですか。

委員長
委員 市民病院はカルテも紙媒体です。ケアマネさんが連携室に来て提出されます。いままでバラバラの様式が統一された感じはします。11件と少ないのですが、看護サイド、リハビリサイドと参考になっています。食事形態やADLについてなど活用できます。また、医師の情報も病気の状態や介護面・生活面など入院前との比較の判断材料として参考になります。

委員長
事務局 入院からみると、これを書く事例は何例くらいありますか。ケアマネがいる人しか書けないですね。

委員長
委員 家族に伝達能力のある家族はこのシートは必要ないので、伝達能力のない家族にケアマネさんが生活状況など伝えるために記入します。

委員長
委員 入院前にケアマネがついていないと書けないですね。包括さんも関わっていますか

委員長
事務局 関わりますが、件数としては少ないです。

委員長
委員 3か月で45例は市としては少ないと思ったわけですね。

委員長
事務局 県病院さんがちょっと少ないのかと思いました。

委員長
委員 市民病院はこのくらいの人件だと思えます。

委員長
事務局 県病院は3件から20件と幅があるので、保管庫にいつてしまったものもあり、少ないと分析しました。

委員長
委員 これは、ケアマネが記入するシートですね。訪問看護の場合は看護師が記入するシートもありますので、二重手間になるのではないですか。

委員長
委員 浜田先生のところでは、二重になるのでケアマネさんは出していないと聞きました。

委員長
委員 だから少なくなる。原さんのところではどうですか。

委員長
事務局 違う様式で記入して出しています。

委員長
事務局 このシートでは生活状況なども記入するので、看護の視点とは違う部分を情報提供す

委員
委員
事務局
委員
委員
委員
委員
事務局
委員長
委員
委員
事務局
委員長
事務局

る意味はあると（浜田先生のところの）ケアマネさんは話されました。
何枚も同じようなシートが来るのは病院も大変ではないですか。
2枚来ているところもありますが、有料老人ホームなど開業医の先生が施設医をして
みえるところでは、ケアマネさんからの情報はありますが、施設からの情報はないで
す。ところによっては、このシートで統一されているようです。
看護サマリーとケアマネのシートと突き合わせて提出されていないと思います。
ケアマネと訪看と2枚出しているの、受け取る側としては1枚でいいのかなと思
います。
退院するときも同一シートですか。
各病院の様式で看護サマリーは出ます。
退院するときも同じ様式にするというのでは。
このシートの目的は在宅からの情報を統一したものにするということでしたので、病
院から病院での入院生活を在宅に伝えるときには、それぞれの病院で決まった様式が
あるので難しいと思います。
このシートは入院時のケアマネさんからの情報提供という主旨で作成したものです
ので、看護師さんのサマリーや退院後のことまで想定したものを作成していません。
昨年からの会議は開始しましたが、手始めに、入院時の情報提供シートがバラバラ
だったので統一したものを作成することからはじまりました。病院から在宅に帰って
くるときにはどうするのかという問題がでてくるので、様式の問題など、病院さんの
状況などもお尋ねしながら次の段階で検討していく課題であると思います。
歯科の分野ではどうですか。
あまり関わり合いはないです。
入院時の状態から退院後まで、1つのシートで、看護師、ケアマネ職種を問わず記入
できるシートができるとよいです。
このシートは引き続き使用していきますのでお願いします。
ケアマネさんによく周知していただくようお願いします。
次は議題2「主治医とケアマネジャーとの連携についての進捗状況」について説明お
願います。
—資料に基づき説明—（資料4）
資料4-①をご覧ください。主治医連携シートに関するケアマネジャーとの意見交換
会は、主に多治見市ケアマネジャー連絡協議会の役員の方々で行ってきました。まず、
「多治見市ケアマネジャー連絡協議会」について説明します。ケアマネジャー連絡協
議会とは市内のケアマネジャー（平成28年7月現在140名）が会員となる自主組織で
す。ケアマネジャー連絡協議会をバックアップし、共に一年間の計画を立て活動して
いるのが各地域包括支援センターの主任ケアマネジャー5名です。ケアマネジャー連
絡協議会には5名の役員（任期2年）と3つの部会（話す部会・学び合う部会・深める
部会）で構成され、毎月1回役員会を開催しています。役員会で話し合われたことは、
2か月に1回のサービスネットワーク会議にて伝達周知されています。今年度から新
しい役員に変わりましたので、これまでの経緯をお伝えして、今年度も引き続き、ケ
アマネジャー連絡協議会役員会にて連携に関する検討をさせていただくこととなり
ました。その話し合いの内容が、資料4-①【意見交換会の開催】の4/12になります。
笠原包括の主任ケアマネの高橋委員が事務局とケアマネジャー連絡協議会との繋ぎ
役として、お話しいただきました。その後、5/19にサービスネットワーク会議に
て、資料4-②の裏にあります、昨年出されました「案1 主治医連携シート」につ
いて、ケアマネジャーさんから意見徴収をお願いしました。期限までに一人の方からし
か意見が出ませんでしたので、事務局で聞き取りを追加してまとめたものが、資料下
にあります「案1 主治医連携シートに関する意見」となります。昨年は「1」のご意
見は聞かれたこと、昨年5月のアンケートで共通様式があるといいという希望を聞い

ておりましたので、このシートの活用について進めてきましたが、表にありますとおり今年度出てきた意見を見ますと、ケアマネジャーが医療との連携が苦手という理由で、信頼関係も形成されぬまま、安易にFAXでお願いしてしまい、先生方に対し失礼な運用になってしまうことが懸念されました。そのため、再度、どのような事に対し連携をとっていききたいか、

また、どこまでできそうか、ケアマネジャー連絡協議会役員会にて再確認し、目標設定をして進めていきます。資料4-①裏の【今後の活動予定】と【目標】は案となります。また、ここでの主治医との連携は、病院ではなく多治見市内の診療所との連携を想定しています。さらに、「主治医連携シート」について、7/14の後藤委員長との話し合いで、資料4-②の表「案2」が最新となります。FAXでの連携だけではなく、資料4-③のとおり、日ごろの連携方法も示してくださいましたので、これらを基に地域包括関係者の方々とケアマネジャー連絡協議会役員会と連携をとりながら深めていきます。

委員長
事務局

今は使用していますか
使用していません

事務局
委員長
事務局

今は、電話や診療所を尋ねたりなどそれぞれの方法で連携をとっています。

ケアマネから熱望されたものですか。

昨年からはじめた医療連携の会議で、連携についてなにか困っていることはないかと投げかけたことから出てきたものです。案1については、何年か前に包括さんより提案されていたものですが、運用するまでには至っていませんでしたので、今後実用化していきたいと聞きましたので、検討してきました。

委員

ケアマネとして、医師と連携するのに共通するものがなにかあるといいのではないかと思います。

委員長
委員

医師に電話をするなど直接では敷居が高いのですか。

いきなりFAXではマナー違反ですので、まず連絡を取ったうえで、入院シートのように統一したシートがあると先生方に迷惑がかからないのではないかとケアマネさんからの意見がありました。

委員

確かに診療中に電話するのは気が引けるし、休憩中はいないしで連絡がつかないです。FAXで直接来ても問題ないと思います。いろいろな医師がみえるのでわかりませんが…。

事務局

FAXのシートのことを話し合う中で、いきなりFAXでは問題があるのではないかと懸念もありました。しかし、先日、後藤先生より資料4-③についてお示しいただき、FAX連携シートは連携の中の一部であるという捉え方をしています。

委員
事務局

最初に連絡が取りたいからとFAXを流すのは問題がありますか。

資料4-③のように、FAXを流し先生に事前にこの方について連携を取らせてくださいと連絡をとれば、やりやすいと思います。

委員
事務局

前もってFAXをいただいておけばカルテも出しておけます。

先生の状況にあわせて、こちらも動くことができるので、このようなやり方でやらせていただくとケアマネジャーさんも助かります。

委員
事務局

なにか問題があるかまたは、なにがあるのですか。

安易に使うのはよくないと思います。

顔の見える関係があり、信頼関係ができたらいいと思いますが、中にはこの様式ではないですが、いきなりFAXをして怒られたという方もあります。

委員
事務局

なにを理由に怒られたのですか。

いきなりなんだということだと思います。ケアマネジャーさんもいろいろみえますので、弱い方は怯んでしまっています。

委員
事務局

これでやっているという様式があるといいですね。

このような様式でやっているというものがあるとやりやすいです。

委員長 なぜこのようなことと思うようなことでも聞きにくることもあり、指示書をもらう時も、始めは少し会話があると思いますが、何が聞きたいのかははっきりと伝えることが大切だと思います。臆することなく試練に耐えていただくとよいと思います。

委員 ケアマネジャーでも、新任からベテランまでさまざまであるため、新任のケアマネジャーが先生を尋ねて相談するのは難しいです。このような流れでFAXで連絡をとらせていただいただけると、新任のケアマネジャーもやりやすくなりますので、ご協力をお願いします。

委員長 切実な希望ですね。医師にもいろいろな方がみえますので辛い立場になることもあるかもしれませんが、患者さんのためと思ってやっていただけるとよいと思います。

委員 訪問介護は医師と直接やり取りすることは少ないです。ケアマネジャーさんから情報提供してもらうことが多いですが、ケアマネジャーさんの敷居が高いところもあり、上手に連携をとっていかねばと思っています。

委員長 そんなに反対意見はないので使用していくという方向で、医師会の方に話されたらよいと思います。入院用シート下段に「多治見市在宅医療・介護連携推進事業様式」とあるように、「医師会様式」などあるとよいです。医師には使用して慣らして理解していただくとよいですね。

委員 歯科医との連携は歯科医師会連携室へ連絡いただけるとよいです。このシートは歯科医との連携には使用しますか。

事務局 このシートについては歯科医との連携は想定していません。

委員長 案1、案2の違いはなんですか。

事務局 案2を採用します。今は、どのようなケースに使用するのか検討中です。

委員長 使用しながら修正すればよいと思います。主旨は賛同されると思われるので、いつごろまでに開始しますか。

事務局 ケアマネジャー連絡協議会さんの中でも承認を得てからになりますので、今年度内を目途に開始したいです。

委員 周知だけはしっかりしたいので、もう少し時間をいただきたいです。

事務局 具体例をしっかりと示して使用したいです。

委員 もう少し速やかに開始されたらどうですか。

委員長 医師会には2回くらい説明にきていただかないといけないと思いますが、早めに開始されるとよいと思います。

事務局 早めに準備し医師会へ依頼に伺います。よろしくをお願いします。

委員長 では、議題3「医療・介護関係者の研修」について説明をお願いします。

事務局 —資料に基づき説明—（資料5）

資料5-①をご覧ください。3月2日の研修会では委員の皆様にご出席いただきまして誠にありがとうございました。12月の推進会議後、加納委員長や後藤委員長にもご指導いただきまして、目的を「多職種連携状況を把握することで、課題の抽出を行い、今後の業務におけるヒントやアイデアを導きだせる研修会を目指す」とし、テーマを「住み慣れた地域で、その人らしい暮らしを人生の最後まで続けられるように」としまして、資料5-②の内容で行いました。出席者173名、アンケートは159件回答いただきました。医師の考え方が伺えたことや限界点を高められる支援について多くの方と認識しあえたことが成果であったと思います。研修に関するご意見は“在宅生活を支えるために専門職として出来ることを行っていきたい。そのためにも、身近な事例を通じて各専門職の方々と交流をしていきたい”という意見が多くありました。多職種連携に関して考えて頂く機会となりましたし、前向きなご意見がほとんどでし、6～7割の方が講演会に対し「満足・ほぼ満足」という回答ういただきました。全体評価としてはよかったのではないかと思います。

今年度の研修ですが、資料5-①の裏面にありますとおり、平成25年から27年にかけて医師会さんで「在宅医療推進のための医師・多職種連携研修会」として5つの題

目について実施して頂きました。昨年は 各職種の介護に関する考えを通して、連携について考える機会となったと思いますので、今年度はできるだけ皆さんの要望に近い物として、資料の【問い合わせ中・調整中】にあります3の在宅医療・介護連携における多職種連携研修について、市内の訪問看護ステーションをまとめてみえます原委員と調整をさせて頂いています。医療との連携を必要とする要介護者のケースを紹介することを通じて、各専門職の視点や在宅生活を維持可能としていくポイントが得られ、“在宅生活における限界点”を高められる研修を委託をお願いしているところです。きっかけは、医療・介護連携推進事業の「(オ)在宅医療・介護関係者に関する相談支援」について、「たじみ訪看ネット」の集まりにご相談に伺ったことからです。

“在宅生活における限界点”を高めるには、今の介護に医学的な視点を増やし、介護者が安心・安全に介護が提供できるようになることが大切です。在宅生活を送る利用者について、気軽に相談できる顔の見える関係づくりが必要ではないかという話になり、訪看さんが扱っているケースを紹介し、質問・相談ができる研修会を開催することから始めることにしました。原委員には、初回 10/12(水)、二回目は 11/9(水)、今年度全 6 回をお願いしています。場所は精華地域包括支援センターで 13:30 から 2 時間程度で、介護関係者には 9/15(木)のサービスネットワーク会議で周知していく予定です。プレテストを 8/18(木)に行い、具体的なケースや進行方法を検討していくことになっています。介護関係者中心の話となると思いますが、医学的な視点でアドバイスもいただきたいので、3 医師会の先生方や病院関係者の方々にも、9 月中に詳細案内を送りますので、ご参加をお願いしたいと思います。

委員長
事務局

遠藤先生に声をかけられましたか。

遠藤先生からは平日夜ならよいとお聞きしていますが、土曜日はどうですかと尋ねていますがまだ返事はいただけていません。土曜日は訪問看護さんも動いてみえるので、日程的にも検討中です。

委員長
事務局
委員長

遠藤先生は有名な先生です。

遠藤先生は、先日、根本地域力の方でも講演され、大変わかりやすくよかったです。熱意を伝えるとよいです。在宅で酸素吸入をやっている人の問題ひとつでも対応はいろいろあります。ビックネームの方でなくても地元の医師というのもよいと思います。地元の医師になにか頼むとなれば段取りもいりますが、そういうことが大事だと思います。ビックネームの方との抱き合わせでもよいです。水田医師はどうでしょう。おもしろい話がよいと思います。また考えておきます。

委員
委員長

なにかご要望があればお願いします。

事務局

総合事業については周知してみえますか。

サービスネットワーク会議などで決まったことについて順次説明しています。今後、事業についてしっかり周知する予定です。先ほどお話ししました 10 月からの研修会についてご案内を出しますので、ご参加いただきますようお願いいたします。

委員

訪問看護ステーションの管理者が集まってできた訪看ネットあすかがあります。横のつながりが少なく、いろいろ情報共有や悩みを話し合う場として 3 年くらい前に立ち上げました。2025 年問題に向けて、なにをしたらよいのか検討する中で、多治見市の訪問看護の需要数や在宅看取り数の目標値など数値で把握するような作業から、訪問看護が地域にどれくらい貢献できるのかを 2 か月に 1 度だが話し合っています。今後、入院や施設に頼れない時代になるので、家で最期を迎えるためにはもっと訪問看護を利用していただくための事例検討会を定期的にやろうと企画しました。

在宅では訪問看護、介護を入れてどのくらいのコストでできるのか。在宅看取りを広めたいのなら、コスト面も医師にも教えていただけると医師も納得すれば、在宅も増えると思います。在宅で看取っても最終的には救急車で運ばれます。ほっとした反面、一生懸命やってきたので落胆感もあります。在宅死は難しいです。

委員

うちで看取る件数は年間 40~50 例ある。一般の人は病院で亡くなるのだと思ってい

る。一般市民向けに啓蒙活動が必要だと思うので、うちの地域（大畑町）でワークショップを開催します。コスト的には私見ですが今より少ないか同等でないといけませんと思います。というのは、サービスは今以上提供できないがサービスを受けたい人は増える時代になるので、地域で見ていくという地域をつくっていかねばいけませんと思います。往診をしていない医師に年間1件でもよいので往診をしていただけると在宅看取り数が増えると思います。

委員

1人診療なので訪問看護に対する敷居が高いです。忙しいですよ。診療所に属する訪問看護でないと、診療所を変わらなければならないというところもあります。専門的に行う診療所が増えるといいです。

委員

介護者がいないから、入院、施設しかないという選択は今後なくなってくると思いますので、できる限りの啓蒙をしていきたいです。

委員長

議題4「各職種からの伝達事項」についてお願いします。

委員

岐阜県歯科医師会で歯科的観点における多職種人材育成テキストを作成し研修会を瑞浪の訪看で2回、ケアマネ向けに1回開催した（H27年度実績）。今年度も研修会を予定している。OHATは写真を見て口腔内の状態が共通に確認できるようになっている。口腔を見ていただくツールとして活用してほしいです。変化をみていただきたい。本来はその後歯科受診を勧奨していただきたいのですが、多治見市は在宅訪問診療・口腔ケアについても県内でも積極的に実施している地域で手一杯の状態です。ケアマネさんや、看護師に口腔ケアを実施していただき、悪化した時に歯科医師に依頼していただきたいです。8020で表彰される方は歯磨きなど自己管理がされています。研修会などの講師は私が引き受けますので、口の中の汚れから誤飲性肺炎になる可能性もありますので、口腔ケアをお願いしたいです。

委員

5月19日に開催した多職種事例検討会では、多くの方に参加いただきました。その中でも医師・歯科医師の先生方にも8名ほど参加いただきありがとうございます。口腔機能についての気づきがなかったことに気づかされました。このような場が持てて有意義な研修会であったと思います。

事務局

7月2日に「東濃ブロック看護師会議」に出席しました。多治見市の“医療連携の取り組み”などを発表し「医療と在宅のつなぎ役として、看護師は非常に重要」であることを伝えてきました。7月13日に行われた県病院の退院調整会議でも在宅を意識した打ち合わせも進めていただいているようです。県病院から開業医さんへと動きが広がってきているようです。今後もよろしくお願いします。

委員長

なにか質問はありませんか。では、次回までの小会議・会議内容についてお願いします。

事務局

次回会議は、2月ごろと考えています。各職種からの伝達事項がありましたら、最初をお願いしたいと考えています。今回と同じく、「介護⇒医療情報連携シート（入院用）」の活用状況、主治医とケアマネジャーとの連携についての進捗状況、「在宅医療・介護連携における多職種連携研修」についてです。

委員長

では、平成28年度第1回多治見市在宅医療・介護連携推進会議を終わります。