

平成 28 年度 第 2 回 多治見市在宅医療・介護連携推進会議議事録

日 時：平成 29 年 3 月 3 日（金）

13:30～15:30

場 所：バロー文化ホール 2 階 練習室 2

出 席： 小栗武仁委員、瀨瀬昭司委員、後藤達彦委員長、鷺見紀子委員、
高橋加代子委員、田中ひとみ委員、棚村隆洋委員、原頼子委員、藤井和希委員、
水田隆俊委員、森節子委員、吉川幹委員、渡辺博貴委員（50 音順）

事務局： 杉村高齢福祉課長、春田リーダー、岩田、早瀬

課長 定刻となりましたので、ただ今から平成 28 年度第 2 回多治見市在宅医療・介護連携
推進会議（以下「推進会議」という）を始めます。本日は薬剤師の松原委員と多治見市
市民健康部長の水野委員、太平地域包括支援センターの関谷委員が欠席となります。
本日の資料確認をさせていただきます。

事務局 —資料確認—
追加資料（議題 3 の「在宅医療・介護連携における多職種研修」の報告）と訂正資料
（議題 4）の説明

課長 では、議事を委員長よろしくお願いします。

委員長 行政の方が在宅医療・介護連携推進について精力的に動いていただいています。医
師会ではなかなか波及していかないのが現状です。知恵を出し合ってチーム力で少し
でも前進したいと思っています。
議題 1）診療所医師とケアマネジャーとの連携について事務局より説明をどうぞ。

事務局 —議題 1 について資料 1 に基づき説明—
前回 8 月の推進会議で診療所医師とケアマネジャーの連携方法に関して実施してい
く方向となり、昨年 10 月 12 日に多治見市医師会理事会に諮らせていただき承認を
いただき、10 月 15 日に多治見市医師会例会で説明をさせていただきました。ケアマ
ネさんへは 11 月 18 日のネットワーク会議で周知しました。会議では、連携の趣旨、
診療所医師とケアマネジャーの連携方法、連携シート記入方法、医師・ケアマネジャー
連携履歴表、医師・ケアマネジャー連携履歴集計表を配布し説明しました。短い説明
時間だったので、十分伝わったかどうか不安を感じていましたし、「医師・ケアマネ
ジャー連携履歴表」が 2 月になっても一枚も提出がなかったため、2 月 8 日に再度、
同じ資料と依頼文書を郵送しました。4 月には全く使用していない事業所でも、「医
師・ケアマネジャー連携履歴集計表」の「その他の連携方法」の欄に日頃の連携状況
を記載し提出していただくことになっていきますので、次回会議では、連携状況が見え
てくると思います。連携を強化する目的は、“ケアマネジャーと医師による連携を通
じて、情報を補完し、在宅療養生活支援に役立てる” ことですので、この連携が現場
で活かされるよう、今後も活用を推進していきたいと思っています。何かご意見などあり
ましたらお願いします。

委員長 履歴集計表は市役所に FAX をするのですか。

FAX 番号の記入をお願いしたいです。

1 件ずつ記入するのですか。面倒ではないですか。

事務局 ケアマネ連絡協議会にお願いし了承は得られました。どのような方がどのような趣旨

で使用され、どのように介護に活用されたのかがわかるとよいです。

委員長
事務局
委員
委員長
事務局
委員
事務局

実際使われる方はいますか。面倒ではないですか。
包括さんかケアマネ事業所さんです。
FAX を送れば原本は残っているので、大丈夫です。
連携シートをそのまま送ったらどうですか。
中身がいろいろ記入してあるので心配です。
もれがあっては集計にならないです。バイアスの多い集計では検証ができません。
2月までに本当に0件だったのですか。本当に使用していなかったですか。
2月に再通知して5通ほど提出していただきましたが、1月に遡ってもってきてくださいました。事業所内でその都度記入いただけるよう周知していただけるとよいです。

委員

11月の説明では時間が短かったため、もう一度しっかり説明していただけるとよいです。

委員
事務局
委員長

メールで送るようにしていくとよいのではないのでしょうか。
ホームページに集計表は出ているので使用いただけます。
他はよろしいですか。
では、議題2に移ります。

事務局

—議題2について資料2に基づき説明—
「介護⇒医療情報連携シート（入院用）」の利用状況につきましては、県病院や市民病院に調査のご協力をいただきありがとうございました。
情報連携シートの使用目的は、利用者が入院した際、本人または家族が情報伝達を十分に行うことができない時に、病院へ情報提供し、入院治療や退院調整に役立てることです。前回8月の推進会議で、4月から6月の報告をいたしました。9月に再周知し、12月までの活用件数を県病院さん、市民病院さん、第一病院さんに出していただきました。9月の再周知後の活用率は増えていませんので、シートのことを知っていても使用していない事業所があるのではないかと推測しています。病院さんの方で、いつも違う用紙で情報提供される事業所がありましたら、使い勝手など聞き取りをしたいと思いますので教えていただけるとありがたいです。
情報連携シートの項目や記載内容についての要望はありませんでしたが、ケアマネさんへの要望は2件ありました。1件目は第一病院さんからの要望ですが、「もう少しこの連携シートを活用されることを希望します」と意見でした。本人や家族から話が聞けても、その情報が曖昧だったり間違っているようで、結局ケアマネさんに問い合わせることになるそうです。利用対象者を幅広くしてほしいという意見でした。
2件目は県病院からの要望で、退院前合同カンファレンス出席の後にカンファレンス内容を踏まえて作成されたプランの再提出をケアマネさんへお願いするものです。退院指導時に、在宅に戻ってからの介護サービスの説明や指導が行われますが、これにより病院側は介護支援連携指導料が算定され、ケアマネ側は退院・退所加算ができるようです。この2点について検討をお願いします。

委員長
委員

必ずほしいということでしょうか。
情報連携シートは入院する時から退院調整をする情報源になるので重要視しています。入院生活の状態を医療チーム、在宅チームと合同カンファレンスすることで情報共有して退院していただけます。

委員長
事務局
委員長
委員

この表は、在宅介護を受けている人のもれはないですか。
これは、この情報連携シートを使っているかどうかの表です。
病院側は入院した時点で在宅介護を受けていたかどうかわかりますか。
家族やケアマネから情報源になります。退院調整の介入率は高いと思います。ケアマネさんから情報連携シートをいただくとありがたいです。病院はケアマネさんとの会議ももち、情報シートが重要という話はしています。

委員
事務局

4月の県病院の3件は少ないです。

4月当初は、ケアマネさんが情報シートをもっていく場所が定まっておらず、集計は曖昧です。そのため、9月に再周知して、集計を12月までしました。

委員
委員長
事務局
委員長
事務局

入院患者と在宅介護者、シート利用者と並べると利用率がでると思います。

活用のPRをして徹底していきましょう。

周知はネットワーク会議で協力願います。

では議題3に移ります。

－議題3について資料3に基づき説明－

12月に開催した在宅医療・介護連携推進事業研修会の報告です。テーマを「終末期患者（利用者）の理解と多職種連携について」とし、チームとして終末期患者（利用者）の生死観を共有でき、尊重しあえる係わりを持てることを目指して行いました。水田先生の「当院に於ける在宅酸素療法の現状と課題」では、在宅酸素療法に関する知識や病態変化、患者同士がお互いの体験談を話し合える場で、死の受容をし、リビング・ウィル（生前に行われる尊厳死や意思表示）をしてみえる患者さんの話をしていただきました。また、柏木先生からは「終末期における在宅医療・介護」についてご講演いただき、終末期の患者さんとの向き合い方など実践を通じてのスピリチュアルケアについて伺いました。参加人数184名、アンケート回収126枚、回収率68.5%でした。アンケートからは88%の方が「理解できた」、「やや理解できた」という回答でした。民生委員の方にも、大変好評で、早めに周知して、多くの方が参加できるようにしてほしいという要望がありました。反省点としては、歯科医師会の研修会が重なったこと、12月は多くの研修会があり参加しにくい月であったことでした。次回は12月を避けて開催したいと考えています。委員の皆さんの意見やアンケート結果を参考に、今後の研修会に繋げていきたいと思えます。

委員

「在宅医療・介護連携における多職種研修」について報告願います。

－資料「在宅医療・介護連携における多職種研修事業報告」に基づき説明－

訪看ネットあすかで10月から月1回、2時間程度の事例検討会を開催しました。在宅医療と介護の提供体制の構築のため在宅医療従事者と介護・福祉職との相互理解を深め、顔の見える関係づくりやさらなる連携強化を図ることを目的に行いました。訪問看護サービスが組み込まれた在宅療養支援ケースを訪問看護師の視点から事例提示し多職種で検討しました。提供事例は在宅介護が一般的には難しいと思われるケースでした。延べ参加者129名、ケアマネさん47%、病院看護師19%、訪看、包括などとなっていますが、薬剤師さんや業者さんの参加もありました。9割の方に満足していただきました。意見として、知らなかった看護の視点や、多職種の思いがわかったという声が多かったです。看護師の問題の捉え方がわかった、精神的な支援や生きがいや楽しみをみつける支援をしてくれることがわかったなどがありました。その他の効果として、訪看への新規依頼が5件ありました。訪看の認知度があがったと思えます。

今後の課題として、幅広くPRし、医師、歯科医師などの職種を巻き込んだ企画を工夫していき、次年度につなげていきたいです。

委員
委員長

事例検討を医師会の中でやっていただけたらどうかと思います。

訪看を受けている患者さんは看護師が来ているのかヘルパーが来ているのか認識していますか。患者さんは看護師さんが来てくださると安心できます。

委員
委員長
委員
委員長
事務局

お金がかかるので看護師はいらないと言われる方もいます。

ウェアはどうですか。

普段着が多いです。白衣で来ないでほしいと言われる方もあります。

社会的な受け入れがまだまだですね。

この研修会はいろいろな人の意見が聞けるのがいいです。会を重ねていくことで医学的なこともわかるし、顔が見える関係を築くこともできます。県病院の看護師さんも

在宅に出ていかれるようです。また、認定看護師がヘルパーステーションに出向いて研修の講師をしていただけるようです。

委員 例えば褥瘡のある方に、病院から行っていただけますか。

委員 できます。報酬もありますが、当院を退院した方となります。

委員 訪問看護師さんはアクティブですが、マンパワーは大丈夫ですか。

委員 大丈夫です。今はがん末期や短期利用が多いです。訪看も7か所となり、7～8年前と比べると潤っています。

委員 10年も包括をやっていると、病院の看護師が在宅へ出てくるようになり変わったと感じます。

委員 医療職が訪問されると安心されます。訪看は重要な存在だと思います。

委員 看護師だとうまく介入できたというケースもあります。

事務局

次年度の研修会ですが、12月より前に実施したいと考えています。在宅医療をすすめるには家族への支援が必要です。介護と仕事の両立をしていけるよう「介護離職」について研修会ができないか検討しています。選んだ理由として、後藤先生からの発案もありますが、在宅療養生活や在宅看取りの実現には本人や家族の意思・同意・覚悟が必要で、医療や介護職がチーム員として、共通認識を持って、自宅で介護をしている家族への支援ができるよう、介護離職に係る知識を備えていく必要があるということと、医療・介護職自身も、家族の介護が必要となった時、仕事と介護の両立をしていけるようになることよからです。講師として考えているのは、認知症のお母様と同居しながら、「ワーク&バランス研究所」を設立し、「一般社団法人介護離職防止対策促進機構」を結成して、各所で講演に周り、「介護離職しない・させない」という著書も出版しておられる和氣美枝さんです。「介護離職しない・させない」の著書には、①介護が始まったら仕事を辞めないといけないと思い込んで介護離職してしまう人が多いが、実際仕事を辞めても介護は終わらない。無職・無収入・社会的孤立状態となり、経済的、精神的、肉体的負担がのしかかり、結局再就職先を探すことになる。②介護される側にとって大切なのは、介護者の笑顔であるため、家族の介護を優先するのではなく、自分の生活を優先しましょう。③家族の介護が必要となった時は、必ず独りで抱え込まず、包括に相談し、情報収集をし、同時に、勤め先にも介護人がいることを伝えましょう。④介護と仕事が両立できるような社会を作りましょう。といった内容です。和氣さんの講演会に行ってきましたが、介護休暇が取れるような雇用体制についての話や、介護と仕事の両立ができるよう支援するのが企業の役目である、といった内容でした。講師費用を伺ったところ大変高額（20～25万円）でしたので市だけでは予算的に難しく検討しているところです。研修会についてご意見をお願いします。

委員長 医師会と共同開催できると思います。

事務局 前向きにすすめさせていただきます。水田医師に情報提供していきます。

委員長 市民の方にも一般開放してもよいと思います。では、議題4に移ります。

事務局 ー議題4について資料4に基づき説明ー

在宅医療・介護連携に関する相談支援（オ）の「在宅医療・介護連携支援センター」の設置目的は、地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センターなどからの在宅医療・介護に関する相談の受付を行うことです。平成30年4月には設置し、運営を開始しなければいけません。設置にあたり多治見市の現状を記載しました。多治見市の高齢化率は2015年の国勢調査によると27.8%、2025年は33.3%と推計されています。平成29年2月現在の在宅者は、介護度が上がるほど少なくなり、介護度5の方のうち約70%が施設入所者で30%が在宅生活という状況です（ロングショートを含む）。10年後はこれ以上の方が在宅での療養生活を送ることが予想されます。次に、現在、相談支援センターに近い取り組みをしている「地域包括支援センターでの医療との連携件数」は

104 件 (H28.12 月)。包括支援センターでは、総合相談業務を行っており、医療との連携に係る相談の他、本人・家族・民生委員・警察・行政などからの相談支援や調整を行っています。12 月の総合相談件数は 1,155 件でした。医療との連携に関する相談は電話での相談が多く、医療機関の MSW やかかりつけ医との連携となっています。入院をきっかけに介護保険利用の新規申請をする方や、認知の異常がみられる方や医療方針についての確認が必要なときは同行受診したり、診療所医師からは在宅の様子問い合わせがあることもあります。地域包括以外の各職種で行われている連携は「その他、連携相談の機会」といった内容になります。現場では様々な職種が連携をし、切れ目のない医療や介護の提供をしていることがわかります。過疎地帯や、病院に MSW がいない地域では、地域包括や病院の看護師が MSW に代わって連携を図っているため、このような相談支援センターの設置は大きな役割を担うこととなりますが、多治見市では、多くの職種が身近に存在しているため、患者や利用者のニーズに合わせ相談することができるので、資源としては恵まれていると思います。今後の課題として、高齢社会に伴い、医療と介護を必要とする在宅高齢者が増加するため、特に医療や介護の依存度が高い方（介護 3 から 5 あたりの方）のニーズが高まると考えます。軽度の方には自立支援や予防の観点が必要視され、地域包括ケアシステムの確立のために、地域の人材育成などが重要となります。在宅医療・介護連携推進事業においては、今も実施していますが、①各職種の役割の理解、②医療や介護に関する知識の取得、③各分野の視点の理解と活用、④地域資源情報の収集・発信・調整などにより、在宅医療や介護に係る環境を相談支援センターを設置することでより強化していくことが必要と考えます。「在宅医療・介護連携に関する相談支援(オ)」について、適切な人材や設置場所など、皆様の意見をお願いします。

委員長
委員

1ヶ所でよいですか。

相談支援センターはどこかで必要だと思います。いろんな方との連携で作っていかねばなりません。包括は業務量が多く、医療度の高い方は連携してつなげていくことが必要で全部が包括の範囲ではないと思います。

委員
委員長
事務局

ケアマネさんもケースをもっているため、包括さんだけでは無理だと思います。

新たに人材がついてお金も出るのでしょうか。

検討して必要であれば予算も考えます。要支援や一般の方の相談は包括で、専門職も含めてより医療度の高い人の相談を専門的に相談できるところをどこかに設置するとよいかと思いました。電話や問い合わせに応じることになるので開設方法はいろいろ考えられます（毎日開設。時間設定など）。

委員長
委員

梅田医師は興味があるみたいです。活用できるかもしれないです。

訪問看護コールセンターが県委託事業にあります。岐阜県訪問看護ステーション連絡協議会会長が1つの電話を持って相談に応じている現状です。年間1000件くらいの問い合わせがあり、開業医や住民などいろいろな方からの相談です。在宅医療のことなどの相談はあすかの会でも相談にのることができ、地域に密着した形でできるのではないかと思います。

委員長
委員
委員長

111 などコールすると通じる場所をつくるとよいです。

相談内容は多岐にわたるので振り分けるとよいと思います。

話すことで悩みが和らぐこともあります。梅田医師に相談してコメンテーターなどになっていただくとよいのではないのでしょうか。

事務局
事務局

医師の協力がいらいますので、なんらかの形で考えていきたいと思っています。

小会議を開催しながらすすめていきたいです。包括さんや訪看さんなどに声をかけていきます。

委員長
事務局

次に移ります。

－議題5について－

皆様の任期が平成27年8月26日～平成29年8月25日の2年間となっています。次の任期

が平成29年8月26日からとなりますが、継続していただけるか、交替になるかは各出身母体によって事情があると思いますので、それぞれの実情に合わせて確認させていただきますので、よろしくお願いします。

委員長
委員

その他、ご意見はいかがですか。

訪問介護士は患者さんのところに直接行きますが、状態の良い人、悪い人いろいろです。役割の一つとして医療的なリスクを早急に察知して医療につなげることです。そこから、在宅生活が長くできるようになると思われます。ただ、介護職の医療の知識が少ないので、日々勉強していきたいと思いました。研修会などあれば参加を促していきたいです。しかし、研修会に参加しているとマンパワーがなくなり現場が回らなくなってしまうので、責任者クラスが勉強してきて広める形ならできます。資料をもらうだけでも違います。

委員
委員長

事業所に講師として伺ったこともあります。声をかけていただければ行けます。

嚥下性肺炎だけはさせてはいけません。啓発が必要です。口腔ケアも大切です。あと、入浴中の死亡もさせてはいけません。要支援1くらいの元気な人がなっています。交通事故死よりも多く15000人ほどいる。気をつけていきたいことです。啓発が大切です。

事務局
委員
委員長

歯科医師会での、在宅歯科連携室の相談件数は年間何件ですか。

連携室への訪問歯科の依頼は240件/年ありました。

ありがとうございました。これにて終了とさせていただきます。