

会 議 録

会議名	平成28年度第2回在宅医療・介護連携推進協議会北部検討部会
日 時	平成28年12月8日（木） 午後1時30分～3時
会 場	健康福社会館501会議室
参加者	<p>【会 長】谷口 聡（たにぐちファミリークリニック）</p> <p>【副会長】外館 伸也（三郷藤光苑デイサービスセンター）</p> <p>【委 員】海老原 英之（はまなす薬局）、福田 兼次（早稲田整骨院） 石井 久美子（新三郷訪問看護ステーション）藤井 なほ美（三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター）、宗形 信司（むなかた歯科医院）、瀧上 晃弘（三郷ケアセンター） 前田 紗都美（三愛会総合病院）、池上 昌子（福祉のニッカ） 伊藤 洋子（ケアサービスみさと）、矢口 賢治（三郷ケアセンター）、矢口 明美（地域包括支援センターひこなり北） 星野 巳佐子（地域包括支援センター早稲田）、加藤 泰子（地域包括支援センターみずぬま）</p>
書記	地域包括支援センターみずぬま 加藤 泰子
検討課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事例検討 医療と介護の連携に関する困難事例 2. MCS の運用状況 3. 情報交換
内容	<p>1. 事例検討 医療と介護の連携に関する困難事例</p> <p>(1)池上委員事例</p> <p>①入退院時の病院とケアマネや介護事業所との連絡調整ができていないことから、在宅での生活に困難が生じ、ご本人自身が自信を喪失し、自宅での生活が困難となったケースであった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関としても、全患者に介入できていない状況である。入院前と大きく状況が変わっている方は事前にケアマネと連絡を取り、退院カンファレンスを行っている。 ・退院時に、ご本人に自宅での生活をイメージできる働きかけが必要ではないか。病院での生活と自宅での生活は大きく違う。ADL が回復したからといっても、自宅に戻り、冷蔵庫が開けられない等、日常生活動作ができない方も多い。また、自宅に戻ったら車いすでの入室が難しい。 ・退院前にカンファレンスがあれば、自宅に戻ってからの生活について、

	<p>ご本人が詳細にイメージできるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・南部でも3日間でADLが低下してしまって、在宅困難となるかたがいた。もう少し早く連携ができればよかったという事例があった。情報がうまく伝わらないことがある。 ・事業所側からも短期の入院であっても、状態が変わる方がいる。情報を求めても必要としている情報が手に入らない、担当ケアマネが退院後の状況を把握できていない場合もある。その辺が今後スムーズになれば、連携がスムーズになるのではないか。 <p>②主治医から在宅生活は無理といわれ、先入観により在宅生活が困難となってしまったケース。娘さんから「在宅生活は無理と言われたが、独居なので食事管理と服薬管理をお願いしたい」と相談があった。ヘルパーだけでは、医療管理が難しいので、訪問看護を導入した。介入したときは、医療関係者と連携をとり、事例を交えて今後のことを説明しながら、もう少し本人の意向を引き出せるとよかった。主治医との話し合いの場の設定が難しかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前の会議でも谷口会長が、関係者と話し合える時間や場所があるといいとおっしゃっていた。診療されている時間にどのように連絡をとらせてもらうか悩んでしまう。 ・ベテランのケアマネであっても、主治医の先生が忙しいと思うと「こんなことを聞いてしまっていいのかな」と気が引けてしまう。訪問看護サービスが介入してくれるとありがたい。 ・本人の意思を確認していくために、医療と介護と一緒に動く方が効果はある。 <p>(2)石井委員事例</p> <p>①強制的に「とりあえず帰す」という場合、うまく行った例はないと思う。事前に本人と関係者が連絡調整をしっかりする必要がある。その反面、ご自分の意思を持ち、ご自宅で亡くなられたかたがいる。退院し、ご本人の意思を確認し、ご本人の意思のと通りの生活を叶えるには、本人の意思の確認や関係機関間の連絡調整が重要であると感じた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医の「退院していいよ」と「自宅で生活できるか」は違う。 ・退院カンファレンスに出席すると、病院と在宅を担う側の温度差があると感じる。気持ちは前向きであるが、実際に身の回りのことや生活が困難であるかたがいる。入院中に退院後の実際の生活をシミュレーションが必要ではないかと思う。
--	---

	<p>・あとは在宅でどうにかしてほしいというケースもある。事前調整なく戻ってきても、病院に逆戻りしてしまい、残念なケースがある。</p> <p>本当にこの人が家で生活できるのか、という見極めが入院中にあるとよい。</p> <p>(3)星野委員事例</p> <p>①医療側とご本人やご家族の思いがかみ合っていない例。退院後、どうしたらよいのかがわからなくて生活の不安が大きく、退院時、ご本人や家族が取り残されてしまった印象。医療機関との連絡不足であった。</p> <p>家屋調査があるも、病院のスタッフは病院では歩ける方なので、今後在宅生活の中で調整してくれればよい。ご本人や家族は理解しておらず、訪問した包括職員に怒りをぶつけられることもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括には、医療機関より「明日退院するのでよろしく」という連絡がある。 ・病院の中のフラットな環境では、歩行は問題なかったが、自宅には細かな段差があり、すぐに日常生活動作が困難となってしまう。 ・入院時の ADL と自宅での ADL は違うという認識が薄い。生活視点が不足している。退院後に病院のリハビリスタッフが自宅を訪問する等、退院前に利用者の生活の場を確認し、早期にリハビリを進めていくと効果があがるのではないか。訪問リハビリとしては、退院前から介入しご本人の状況を確認することも大事であると感じた。(退院前の訪問は、介護報酬の加算はない) ・自宅に戻るにあたり、誰が中心となって調整するのか、役割分担をしっかりと行う必要があったのではないか。関係者がばらばらに進めていたのでは、ご本人やご家族の理解不足につながり、不安を強くさせるのではないか。 <p>2. MCS の運用状況</p> <p>谷口会長：ようやく始まった。4人の患者の部屋を作った。実稼働は2人。医師、ケアマネ、訪問看護の3人でうまく動いている。まず、参加してもらうために、アドレスを登録してもらいホームページを見て欲しい。医師会でタブレットの貸し出しを行う予定である。現在、貸出希望者は16人。患者を登録するときに、病態をどこまで記載すればいいか迷うときがある。全員が見なくてもよい情報がある。必要な人が必要な情報を見られる機能があるとよい。会議の連絡等も MCS でできるので、ぜひ登録してほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人携帯でやり取りしていると、個人のメールも入ってくるので、事業
--	---

	<p>所の個人登録（個人ツール）の方がよいのではと思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所でスマートフォン等がない。 ・パソコンは持ち運びしないので迅速性に欠ける。 ・事業所として方法を検討している。 <p>3. 情報交換</p> <p>藤井委員：昨日草加保健所での勉強会があった。今後に向けてこのような事例検討会をスピーディにやりましょうという会議であった。こういった取り組みを通じ、全体がレベルアップしていけたらよいと思う。</p> <p>谷口会長：先日の MCS の説明会が DVD になっている。見たい人は三郷市在宅医療・介護連携サポートセンターへ。</p> <p>池上委員：県立大の看護学部の教授より、病棟と在宅のすれ違いをどのように看護学生へどのように伝えていくか難しいとの話しがあった。現場でやっても難しい。ざっくばらんに話しができる機会があるといいなどと思う。それぞれの専門性があるが、それを知るともっと連携がスムーズになるのではないか。</p> <p>海老原委員：来週の水曜日に県立大学のヒアリングがある。どうやったら連携がうまくいくのか。うまくいかない理由はあるのかを検討する。草加保健所の所長が MCS でやっていこうと言っていたので、どんどん情報をやり取りしていれば、うまく行くのではないか。私は個人スマートフォンに Gmail のアカウントを2つ持っている。</p> <p>外館副会長：今後北部の検討会の日程等、MCS での連絡を行う予定。ぜひ登録してもらって、見る習慣をつけてもらいたい。</p>
結論	<p>1. 事例検討</p> <ol style="list-style-type: none"> ①早期の関係者間の連絡調整と介入。 ②医療・介護両方からの自宅での生活ができるかどうかの見極め。 ③退院後にご本人とご家族が自宅での生活をイメージできる働きかけ。→自信喪失や病院への U ターン等を防げるのではないか。 ④退院時の役割分担。誰が中心となって支援を進めるか。支援の進捗管理。 <p>2. MCS の運用状況</p> <ol style="list-style-type: none"> ①各事業所における運用方法を検討するとともに、ぜひ参加してほしい。 <p>3. 情報交換</p> <ol style="list-style-type: none"> ①このような事例検討の場や共有の場があったらよい。取り組みを行なっていく。

次回検討課題	<ul style="list-style-type: none">・引き続き、医療と介護の連携に関する困難事例について検討。・MCS の運用について
次回開催日時 (予定)	未定

会 議 録	
会議名	平成 28 年度 第 2 回在宅医療・介護連携推進協議会南部検討部会
日 時	平成 28 年 11 月 24 日 (木) 13 時 30 分～15 時 00 分
会 場	鷹野文化センター 大会議室 (A)
参加者	<p>【会 長】秋葉 明 (ケアサポートみさと)</p> <p>【副会長】榎本 隆 (三郷中央総合病院)</p> <p>【委 員】生田 利夫 (まちかどひろばクリニック) 宗形 信司 (むなかた歯科医院) 畑 千晶 (みさと南訪問看護ステーション)</p> <p>藤井 なほ美 (三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター)</p> <p>尾崎 由美 (モモカデイサロン) 佐藤 真人 (たかの薬局)</p> <p>山崎 光一 (山崎整骨院) 佐藤 厚志 (地域包括支援センターみさと南) 入澤 光子 (地域包括支援センターしんわ)</p> <p>欠席：白井 健志 (三郷中央総合病院) 横堀 公隆 (地域包括支援センターみさと中央)</p>
書記	地域包括支援センターしんわ 入澤 光子
検討課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療と介護の連携が上手くいった例、いかなかった例 2. MCS の活用について 2. 南部の地域課題について
内容	<p>はじめに 秋葉 (南部検討部会部会長)</p> <p>前回は南部の地域課題も出た。今回は医療と介護の連携の部分で上手くいった例、いかなかった例をみなさんから挙げていただきたい。</p> <p>宗形：患者の家族から、口腔癌のおばあちゃんが病院にかかろうとしないという相談があった。訪問してすぐ病院に行くよう話して、紹介状を書いたことがある。</p> <p>秋葉：ケアマネが居宅療養管理指導としてケアプランに載せることはあるか。</p> <p>宗形：ケアマネから頼まれて往診に行くことはあるが、居宅療養管理指導は手続きが煩雑なのでしない。歯科医で請求している人は少ない。宍戸先生は請求していると思う。往診は医師から直接の依頼が多い。薬のことがわからないと治療ができないので、薬の状況を聞いてから往診に行く。</p> <p>秋葉：私は地域的に健和歯科が多い。先生同士でやり取りしていただくが、ケアマネがケアプランに載せてサービス担当者会議も開く。</p>

	<p>佐藤（みさと南）：訪問歯科協会にお願いしたことはある。八潮の先生が来てくれた。支払いが増えるし、説明も必要なので慎重になる。</p> <p>宗形：居宅療養管理指導を請求しようと思うともものすごく大変。時間もない。ほとんどの歯科医がそうだと思う。</p> <p>藤井：定期的に訪問していただくことは可能か</p> <p>宗形：歯科医院は一人でやっているところがほとんどなので、休みの日しか行けない。私は月に一度まとめて一日だけ往診している。</p> <p>歯科の業者が入って、行き過ぎて迷惑をかけていることもある。彼らはそれが専門。厚生労働省も動いてきてはいるが、誰も手が出せず、歯科医としては申し訳なく思っている。</p> <p>生田：概ねうまくいっている。がんの末期の患者さんの場合、状態が悪くなった時のサービス調整が難しい。元気なうちは必要ないという家族も多い。末期になると日ごとに状態が悪くなるが、訪問看護が入る事について患者本人、家族になかなか理解してもらえないことがある。医師と同行する看護師がいるのでいいじゃないか、と言われる。訪問看護との違いがわかってもらえない。</p> <p>訪問診療の場合、ケアマネが包括が関わっているケースがほとんど。何も関わっていないケースは少ないので、依頼されたら事前に状態を確認できる。</p> <p>秋葉：訪問診療の先生と訪問看護は医療ということで、密接にやり取りしていると思うが、訪問入浴や訪問介護など、介護との連携はどうか。</p> <p>畑：上手くいかないときは紙でのやり取りではなく、直接お会いするか、電話で話すと分かり合える。ベストは顔の見える関係。ベターは電話連絡。うちはまちかどひろばクリニックの患者が大半。うまく行っているのは密に連絡を取っているからだと思う。都内の大病院などは困難さを感じる。指示書は出してもらえるが、先生と直接話せない。報告書など書類のやり取りになる。医療連携室や相談員を通すことになる。</p> <p>生田：医師の指示書はかなり簡略。入院などの大きな変化がないと毎月は見直さない。指示書を書く欄も細々していて書ききれない。</p> <p>佐藤（薬局）：まちかどひろばクリニックが8割がた。みさと南訪問看護も多いので小まめなやり取りは遠慮なくできる。お互いに理解しあっている。どこまで誰がやる、などが分かっている。うちの薬局は居宅療養管理指導を取っているが、やっていない薬局がある。ケアマネの担当者会議に呼ばれるかはケアマネによる。報告書は出している。薬局の必要性について、あまり感じてもらえていない。退院</p>
--	---

	<p>調整会議にも呼ばれないことが多い。退院時に薬局が決まってい ないことが多い。後で家族に生田先生が必要性を説明してくれること もある。</p> <p>生田：訪問時家族がいて処方箋を渡せばいいが、なかなかできない。ケ アマネが誰かわからないこともある。</p> <p>畑：薬のことで困っていることをケアマネさんやヘルパーさんが気づい てくれるとよい。</p> <p>秋葉：薬局さんに訪問してもらえるとケアマネは助かる。</p> <p>榎本：訪問リハビリの場合は主治医が当院の医師であることが多い。退院 から、いかにスムーズに訪問リハビリにつなげるか。入院中の指導 内容と在宅の生活の乖離が焦点になる。退院前の、他職種との連携 がうまく行くとスムーズにいく。ケアマネと連絡を取り、そのかた の生活を見据えての福祉用具との連携が課題。ケアマネとケアプラ ンを作る上で情報共有が上手くいけばうまくいく。入院中のゴール は退院。利用者は三郷中央総合病院を退院した人が多い。入院中の セラピストから訪問診療のセラピストへの情報提供はある。外部の 先生だとコミュニケーションが課題。</p> <p>生田：医療職間は診療情報提供書で情報を渡しているが、ケアマネには病 気の情報を渡していない。訪問看護から病気の情報を回しているの が現状。医療機関がケアマネに病気の情報を渡すべきなのかな。</p> <p>畑：先生が情報を要約されていてわかりやすいので、情報共有ができる といいなと思う。医師会で進めているMCSが上手く活用できれば、 関わる人みんなが共有できるということか。</p> <p>生田：MCSに載せるのは情報の内容にもよる。それぞれの医者ごとにど こまで情報を開示するか、どこまで共有するかということ。MCS を利用している人については情報を共有できることになる。それ以 外の場合、ケアマネから医療情報をくださいと言っていい時代にな ったと思う。</p> <p>藤井：ケアマネから「ケアプランを作るので情報ください」と言って良い。 主治医の意見書とはまた違う。</p> <p>尾崎：切れ目のない医療と介護の連携のために、共通のルールがあった方 がいいといつも感じている。通所側から在宅で必要な情報が十分で はないと感じることがある。急性期から回復期、老健を挟んだとき、 どんなリハビリをしたのか、どの程度運動していいのかななどが受け 手の私たちにわからない。80歳代90歳代の方だとお子さんも高齢 者。十分に医療情報を理解し、伝えることができないことがある。</p>
--	--

	<p>医療と介護の間で共通のルール、シートがあるとよい。元気だったのに、脱水による3日間の入院で急激に状態悪化した例がある。退院と同時にショートステイ利用の調整となった。一時的な身体機能の低下だったのにもかかわらず、家では普段トイレにも行ける人だということが伝わらず、ちょっとしたタイムラグで状態がうまく伝わらなかった。ちょっとしたタイムラグで、家族も含めた本人の生活の質が低下してしまいそうになった、という例があった。</p> <p>秋葉：連携シートの活用は？私は病院に渡すようにしている。</p> <p>尾崎：入院期間が短くなっていて、3日目には退院となってしまった。土日を挟むとケアマネからの情報も、退院に間に合わない事がある。共通の連携シートが必要だと思う。癌の末期の方を在宅で看取る場合が増えることも想定して、連携シートがあるといい。</p> <p>藤井：それを整備するのは無理。</p> <p>生田：急性期では3~4日で状態が落ち着いたら返したい、ということがある。認知症の方が入院中に転倒するというようなこともある。地域包括ケア病棟というカテゴリーもあるので、家で看られるADLになるまで看ることもいい。医者はそこまで看られない、看護師の役割になる。</p> <p>藤井：病棟の看護師としては、そこまでのサマリーを書くのは厳しい。</p> <p>畑：共通の情報といっても、それぞれの視点によって異なる。難しい。</p> <p>秋葉：訪問マッサージにケアマネからの連絡はあるか。</p> <p>山崎：ケアマネからの連絡はない。手術が終わり、リハビリが終わって、帰ってきて、介護保険ではない場合のケア。医者の手が離れた後も完全に治っているわけではない。訪問リハビリが終わって、医師の紹介や指示書があれば助かる。担当者会議に呼ばれることはない。</p> <p>藤井：訪問マッサージを頼みたいときはどこに頼めばいいのか。</p> <p>山崎：事務局はないので、もともとかかっていた接骨院に相談するか、三郷市接骨師会（担当は山崎氏）に連絡していただければ紹介する。地域を6分割している。健康保険を使うので依頼がないと利用できない。</p> <p>佐藤（みさと南）：健和クリニックは大きいので非常勤の医師も多く、入れ替わりもあるのでコミュニケーションがとりづらいのかもしれない。医療者同士も案外苦労しているようだ。ケアマネからはそのつなぎの意味も訪問看護に期待している部分がある。病棟の看護師もサマリーを書くのは残業らしい。患者がケアマネの名前を知らないと、病棟看護師から「ケアマネはきちんと関わっているのか」と</p>
--	---

	<p>見られることもある。お互いが、「きちんと向き合っていない」という捉え方になるのは残念。</p> <p>生田：訪問診療としては病院との連携で健和病院と定期的に協議している。病棟から退院の報告は欲しい。病院では「家族に言ったのだから、家族からケアマネに連絡が入るでしょ」と思っている。</p> <p>秋葉：入院したら会いに行くようにはしている。動きが早いほうがいい。</p> <p>藤井：家族からの連絡がなく、気が付いたら退院していた、ということもある。</p> <p>秋葉：家での状況をもっと伝えれば、病院とも顔の見える関係になる。自分の場合、健和病院とは連携できていると思うが、三郷中央総合病院との連携はいまいちで、三愛会総合病院とは今はぜんぜん付き合いがない。健和病院と同じようなやり方ができるかはわからない。</p> <p>尾崎：顔の見える関係が大事だが、三郷の場合、その関係作りの場はどこになるか。ソーシャルワーカーとケアマネの連携は大事だが、ソーシャルワーカーが関わっていないケースもある。入院すると病棟の看護師の考えになる。三郷の中の会議でどんなことが行われているか、見えてこない。</p> <p>秋葉：医療と介護の連携については12月に総合事業等の説明会で事務局から伝えてもらうと思うが、他職種連携に向けて県立大学でプログラムを作っていただくための職種ごとのヒアリングが始まっている。顔の見える関係作りはゆっくりであるが進んでいる。医療などの他職種の勉強会にも参加して顔の見える関係を作るのもいい。</p> <p>尾崎：地域包括支援センターの機能の中の地域ケア会議、ケース検討会などがその役割ではないか。その圏域の中の顔の見える関係ができるのではないか。どうなっているのか事業所にはわからない。顔の見える関係作りはそこでできると思うが。</p> <p>佐藤（みさと南）：三郷の場合、個別地域ケア会議で個別事例について行っている。定例化されていない。施策に反映されるものにはなっていないという課題がある。学習会などの取り組みはやっているので取り組み自体は行っているが疎通は難しい。包括が地域ケア会議を行ったからといって、夢のようにコミュニケーションがよくなるわけではない、というのが実情。健和会の中でも私自身が病院とは距離がある。顔が見える以前のことがある。</p> <p>尾崎：仕組み作りが地域包括支援センターの役割なのでは。流山の包括では、来られても来られなくてもケア会議に事業所に案内を出していた。どなたでもいいから来ていただくということで、成果はあった</p>
--	--

	<p>と思う。地域で何が起きているかをディスカッションする場となっていた。連携シートやサマリーについては難しいということだったが、連携シートについては、研修に出たので資料もある。地域密着型の通所介護事業所の連絡会を立ち上げたが、みんなそのような場を待っていたのだと思う。相談員も全部の集まりに出られるわけではない。包括主催の勉強会などがあっても、相談員は配置基準として提供時間はいなければならない。</p> <p>入澤：顔の見える関係作りという点については、包括しんわでは地域ケア会議を開催するに当たって、今後、市内の居宅のケアマネージャーに傍聴していただくことを考えている。尾崎委員のご意見から、ケアマネだけでなく、介護事業所の方にも傍聴していただくようにしたい。</p> <p>連携について、介護保険に結びついていない困難なケースも多く、最近緊急に入院が必要なケースが続いた。医療にずっとかかっているが、介護保険を申請したくても主治医の意見書を書ける先生がいないケースがあり、地域包括ケア病床で入院を相談していたが、整形的な疾患があることがわかって入院ができなくなった。訪問診療以前に、地域包括支援センターの場合、受け入れていただく病院が必要という場合がある。一時的に入院し、生活の調整をする時間が欲しい場合がある。そういうときにどうすればいいか難しいと感じる。専門性がそれぞれの病棟で分かれているので相談の仕方も変えなければならない。</p> <p>佐藤（みさと南）：地域包括支援センターは、総合相談で勃発した困難ケースをどうつないでいくかに日々追われているところがある。</p> <p>生田：中途半端に相談をかけると、どこの病棟に入院するか、何科ですか、という話になってしまう。それがわかるなら苦労しないという話にはなる。</p> <p>秋葉：本日検討できなかった地域課題については引き続き検討する。市のほうでも、社会資源の不足についての介護保険の計画もあると思うが把握はどうなっているか。地域に認知症対応型デイサービスなどが足りない、など。</p> <p>元井：計画自体は長寿生きがい課がやっていることだが、特別養護老人ホームみたいにニーズはあるが県の認可が必要なこともある。計画を市が作っても、市が作るのではなく民間にお願いするので、報酬単価を下げられると、参入してもらえないということもあると個人的には考える。</p>
--	--

	<p>生田：利用料の問題もある。小規模多機能型居宅介護など、便利だが料金が 高く、利用したくても勧められないこともある。ニーズがあることと実際に使えるかは別。</p> <p>畑：それこそ地域ケア会議で上がった事例で統計を取るのでは。</p> <p>佐藤（みさと南）：個別地域ケア会議を積み上げて、そこから地域課題を抽出するというデザインはまだできていない。</p> <p>畑：個々で言うだけではだめだけど、地域ケア会議で積み上げることで課題が見えてくるということになるのでは。</p> <p>秋葉：介護保険運営協議会で議題に出たりするのか。</p> <p>元井：介護保険運営協議会は特別会計。影響力があるのはそちらかもしれない。地域包括支援センター運営協議会からも、出た意見は介護保険運営協議会にも流そうと思うと流せる。</p> <p>秋葉：北部と南部で地域課題は異なると思うので、話し合ったことを伝えてもらいたい。地域課題については次回の検討部会で話し合いたい。総合事業の説明会資料があるので、見たいかたは見てください。</p> <p>元井：ホームページにもアップしている（12月21日）。</p>
結論	引き続き地域課題については検討していく。
次回検討課題	・地域課題の抽出
次回開催日時 (予定)	未定