



<b>1. 開会</b>	
事務局	資料の確認。 それでは第一回三郷市在宅医療・介護推進協議会を開催する。次第に沿って進行する。
森部長挨拶	この会は3月末、6月末に準備会を開催し、その流れを受けて本日、今年度の介護保険法改正で地域包括ケアシステムの構築を求められており、その中でも医療と介護の連携は最重要課題としている。実りの多い会議にしたい。
<b>2. 委員自己紹介</b>	
事務局	委員名簿の順に自己紹介をさせていただく。今回は五十音順に名簿を作成した。
各自	(自己紹介)
<b>3. 事務局説明</b>	
<b>(1) 在宅医療・介護連携推進協議会について</b>	
事務局	資料1の通り。 10ページ以降で(ア)から(ク)の細かい内容を記載しているので参考にさせていただきたい。
<b>3.(2) 協議会設置要綱について</b>	
事務局	資料2の通り。質問等はあるか。 また、この会議では報償費の予算がなく、皆様に報償費や費用弁償を差し上げられないが、よろしいか。
一同	賛成。
平山氏	質問だが、この協議会の他に認知症の協議会も作る予定があるのか。 また、包括的な協議会も予定しているか。
事務局	資料1の4ページに記載している、地域包括ケアシステムの構築の4つの取り組みについて説明したが、今回の在宅医療・介護連携推進協議会は地域包括ケアシステム推進協議会の下部組織のひとつとしてこの会を作った。認知症関係はふくし総合相談室で取り組む。他の取り組みの協議会設置の予定は未定である。
<b>4. 議事</b>	
<b>(1) 会長及び副会長の選出について</b>	
事務局	議事に入るが、会長・副会長を選任したい。会長については推薦又は立候補はあるか。
穴戸委員	準備会のときから中心となって尽力されてきた三郷市医師会の谷口委員を推薦したい。

事務局	よろしいか。(賛同)みなさんの賛同を得られたので谷口委員にお願いしたい。この先の進行は谷口会長にお願いする。
谷口会長挨拶	ただいま会長に推薦してもらった。三郷市の在宅医療をどうしていきたいか、より良い意見を出し合いたい。 議事に戻るが、副会長の選任に戻る。会長を医療分野から選出したので、副会長は介護分野から、秋葉委員を推薦したい。
一同	賛成。
谷口会長	では、秋葉委員を副会長として進めたい。
秋葉副会長	介護支援専門員の立場から、三郷市民のよりよい生活を在宅から支援していきたい。
<b>4.(2)在宅医療(往診)実施状況調査結果報告</b>	
事務局	資料3の通り。
谷口会長	これは医師会だけではなく、他の医療機関も入っているのか。
事務局	入っている。
谷口会長	他の専門職域の調査は予定しているのか。
事務局	今回は医療分野だったが、それぞれの異なる分野にも改めて今後調査をしていきたいと考えている。
谷口会長	このアンケート等について意見や聞きたいことはあるか。
穴戸委員	接骨師会にもFAXを流した。
山崎委員	確認している。
穴戸委員	歯科医師会のほうでの往診状況は把握していて、往診している歯科医院は6割程である。
事務局	後程状況等について教えていただきたい。
秋葉副会長	ケアマネージャーからすると、サービス担当者会議等に往診医の参加してもらおうところまではなかなか促せていない現状がある。先生の診察の時間等の兼ね合いもあり調整が難しい。東京では、ドクターのケアマネタイムを作っているところもあり、決まった時間に面談して医療情報等を教えてもらい、その内容をサービス担当者会議等の場でケアマネージャーより伝えるというやり方をしている。三郷ではまだ行っていないが、今後可能になっていけば連携もとりやすくなると思う。ケアマネージャーでも、直接先生に話を聞きに行っている人もいれば、遠慮する人もいる。
谷口会長	訪問看護はケアカンファレンスに参加しているか。
石井委員	サービス担当者会議等にはできるだけ参加している。在宅復帰の際の退院前カンファレンスは、往診の先生の場合は同じ医療機関の看護師長

	等が出席し、情報交換をすることがある。往診医が参加するのは少ない。
谷口会長	往診医がカンファレンスに出席する会議に出たことがあるか。
穴戸委員	私は積極的に出ようと思っている。歯科の往診の時間に合わせて開催してほしいと頼んでいる。カンファレンスだけの目的で訪問するのは難しいが、週に1回であったり2週に1回と決まった日程で訪問するので、その際サービス担当者会議を一緒に行ってほしいと伝えている。歯科の往診は20分の時間制限があるが、他科の往診は時間制限がない。2週間から1か月前には歯科の往診の時間が把握できるので日程も組みやすい。
谷口会長	それはケアマネージャーに提案しているのか。
穴戸委員	それを行っているケアマネージャーもいる。地域包括支援センター早稲田や、まちかどひろば介護保険相談室が開催し、出席したことがある。
秋葉副会長	往診の時間だと次の予定があつたりするので、往診が終わる頃に時間を設定して、サービス担当者会議をすることがある。先生によっては時間を指定され、そこに併せて他の事業所や家族が集まり開催することもあった。
谷口会長	地域包括支援センター早稲田ではどうか。
星野委員	穴戸先生が参加されたサービス担当者会議では地域包括支援センター早稲田の職員も参加した。事前に先生がいつ来るか等の情報収集をしたうえで、それに合わせてケアマネが日程調整した。地域包括支援センターは要支援の利用者の担当ばかりなので、往診を必要としている利用者は少ない。要介護の方の利用のほうが多いと思われる。
谷口会長	訪問介護事業所のほうはどうか。
高木委員	利用者の状態が悪くなり、さらにそれに合わせてサービスの充実が必要になる方や、がん末期で自宅で看取りたいという状況になった方等、医師の往診の時間に合わせて私たちヘルパーも訪問させてもらい、医師の方針やケアマネ、家族と話し、支援者が一体化して関わるようにしている。
谷口会長	医師との話し合いをしたくても話せないとか、時間が作れない、医師に断られるとか、問い合わせの連絡がある等はあるか。
高木委員	ヘルパーが直接医師と話すことはないが、何かあればケアマネージャーを通して聞いてもらったり、往診を利用している方は訪問看護も利用していることが多いので、訪問看護の事業所を通じて聞いてもらうこともある。状態が重い利用者にはケアマネージャーがそういう流れを設定してくれるケースも多々ある。
谷口会長	それでも2割が参加しているという結果が出て驚いている。十分連携できている、という事業所等はあるか。

秋葉副会長	往診の利用者は訪問看護も入っていて連携が比較的しやすいが、通院の利用者は、介護度が重くても家族が動ける方は通院させたりするので、大きい病院だと話を聞く機会がなく、利用者に同行する機会があれば医師と話をする機会を持ちたいと思っている。退院前カンファレンス等も病院によって様々であり、本人の状態によって、カンファレンスを行ったり行わなかったりがあるようだ。本来であれば在宅へ復帰してからの方向性を定めてから退院としたいが、退院日が先に決まってしまっからの調整のケースが多い。通院の利用者は、急に何かがあったときの場合の対応に困ることがある。
穴戸委員	入退院時にケアマネージャーを呼ぶ病院は多い。みさと中央総合病院はわからないが、三愛会総合病院等でもそうしている。
谷口会長	みさと中央総合病院では行っているか。
白井委員	急性期病棟の患者は退院日が先に決まることが多いので、事業所に声をかける時間がないというのが現状。回復期病棟やりハビリ病棟を持っている病院は、どの事業所のケアマネージャーにも連絡したり、ケアマネージャーから連絡が来ることもあり、足を運んでもらい情報共有はしている。電話で状況を伝えるだけの場合とカンファレンスをする場合のパターンがある。往診医には紹介状を送るが、病院まで来てもらうことはほとんどない。訪問看護の事業所の方と情報共有し、往診医に伝えてもらうこともある。
谷口会長	ケアマネージャーと医師とのやりとりはあるようだが、訪問看護と医師とのやりとりはどうか。
石井委員	往診医とは往診の結果等を共有したりと密に行っている。通院や透析をしている方は往診が入らないので情報が伝わりにくく、共有に困ることがある。通院の医師にも状況が変わったとき等は連絡している。なにもなければ一度の報告で済むが、状況が変われば情報は伝えている。
谷口会長	訪問看護は指示書の兼ね合いもあるので定期的に情報が入っていると思う。
石井委員	訪問介護の事業所からも情報を聞いており、いつもと違う等の変化にすぐに気付けるよう連携している。その内容も含めて医師に報告するようにしている。
谷口会長	特別に訴えたいことや、やりにくいこと等はあるか。
石井委員	往診の結果の報告をいただけないと、どのような病状の変化があり、内服薬の変更がある等の、様子が変わったという情報を把握できない。こちらから往診結果を聞くようにしているが、変化があった際に教えていただければスムーズに支援していけるのではないかと思う。

谷口会長	医師から訪問看護にどんな内容だったか伝える手段が少ない現状ということか。
穴戸委員	ケアプランに居宅療養管理指導を組み込めば、ケアマネージャーへの報告義務があるため、医師も病名や往診内容を提出せざるを得ない。医師からの報告がほしければそのような手段もある。
谷口会長	訪問リハビリテーションはどうか。
森田委員	訪問リハビリテーションでも、主な連絡の手立てはケアマネージャーからの情報が多いのが現状。医師と直接のやりとりはうまくできておらず、大きな変化等あったときはケアマネージャーを通じて情報を得ている。他の事業所ともサービスが重なることはないの、情報を共有していくために訪問リハビリのサービスの終わり5分、10分重なるように調整することもある。1日のサービスの予定が狂ってしまうこともあるので多くは対応できていない。以前、介護支援事業所の連携加算について、埼玉県内全体でみても連携加算自体なかなかできていない。コストよりも連携をとるようにしたいのが課題である。
穴戸委員	私の体験談だが、母親が月に一度の往診を受けており、報告書類等も書いてもらっている。患者の立場からすると連携を密にとっていると感じている。
森田委員	往診の頻度に関して、1カ月に1回の往診はかなり多い方である。老健局が定めているのは、主治医となる医師の診療情報提供書を基に、訪問リハビリの事業所のある病院の医師が作成する、リハビリの指示書が必要であった。診療情報提供書が、3か月に1回としているので、その期間がベースになっている。
山崎委員	接骨師、整骨師、柔道整復師という私たちの業務だが、骨折、脱臼、打撲等の怪我が原因で関節硬縮等を取り扱う職種として、包括ケアシステムの中で貢献していきたい。地域支援事業において、運動機能の向上を必要とされた方に、また、そういう接骨院等を運動機能向上の拠点として活用させていただければと思う。
谷口会長	施設の往診等でお世話になっているところもあるので今後も連絡を密にとっていきたい。
穴戸委員	薬剤師会に変わって一点。私の患者でも薬の服薬し忘れが多く、病院は処方箋を出した場合は居宅に服薬指導をとってもらいたいと思う。薬を一包化したり服薬指導等を利用し、服薬し忘れを防止してほしい。
谷口会長	本日は医師会のアンケートだけであったが、次回はまた別の団体のアンケート集計から面白い結果がでてくればと思う。次回は10月頃を予定

	<p>しているということで、詳細は事務局より追って連絡する。 最後に委員の皆様から意見はあるか。</p>
穴戸委員	<p>質問だが、「訪問の先生」とは、訪問診療だけを行っている医師か、それともみさと中央総合病院なら病院内の医師が訪問するのか。</p>
石井委員	<p>訪問診療だけを主に行っている往診専門分野の医師もいる。</p>
穴戸委員	<p>遠いところから来るということか。</p>
石井委員	<p>それは、健和会で言えばまちかどひろばクリニックがその往診専門分野の病院にあたる。</p>
穴戸委員	<p>それは三郷市内なのでいいのだが、例えば江戸川区の先端だと16キロ離れてしまうので、違法になってしまう。</p>
石井委員	<p>南だと葛飾区から来てもらっていたり、北だと先日退院調整会議では越谷から来られていた。なので非常に増えていると思う。</p>
穴戸委員	<p>西は浦和まで、東は柏まで、南は瑞江まで、北は春日部では対象圏外となる。居宅療養管理だけをしに来る医師もいるが、訪問診療あつての居宅療養管理なので、気を付けてもらいたい。</p>
事務局	<p>資料4の追加の補足事項であるが、今回は医療機関への調査を行ったが、別の団体にも調査をお願いしたいのでこちらから連絡する。今後予定しているのが、ケアマネージャー、訪問看護、理学療法士をそれぞれ対象とした調査を行いたいと考えている。</p>
谷口会長	<p>それでは閉会の言葉をお願いします。</p>
秋葉副会長	<p>第1回在宅医療・介護連携推進協議会をこれにて終了する。</p>