

会 議 録	
会議名	29年度第1回在宅医療・介護連携推進協議会南部検討部会
日 時	29年4月27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>【委員長】秋葉 明 【副委員長】榎本 隆 【委 員】生田 利夫・宗形 信司・佐藤 真人・野本 康弘 曾篠 久子・白井 健志・猪瀬 茜・佐藤 厚志 白石 真奈美・藤井 なほみ・横堀 公隆</p> <p style="text-align: right;">見学者2名</p>
書記	地域包括支援センターみさと中央 横堀 公隆
検討課題	1. 事例検討2件(白井・猪瀬両氏) 2. 現在の南部MCSの運用状況等 3. サポートセンターより 4. 地域課題について
内容	<p>開会 (秋葉委員長)</p> <p>三郷市在宅医療・介護連携推進協議会の在宅南部検討部会を始めます。 生田医師は業務にて遅れていますが、時間になりましたので始めます。もう何回か開催し皆さん顔が見えるようになってきていると思うので、自己紹介はよろしいでしょうか。(異議なし)</p> <p>本日は、見学者が二人おります。三郷市の日常生活支援総合事業のほうで生活支援コーディネーターをされている坂口氏と独協医科大学付属看護専門学校三郷校の実習生の川上氏です。看護学生の実習生として三郷市のほうで受け入れているということで今日は見学しています。皆さんよろしいでしょうか。</p> <p>早速ですがMCSで事前にご案内はしたと思うのですが、今回は、検討部会のほうで事例検討を二つ行って、連携について検討してみようと谷口会長と話し合った。今回は、訪問介護事業所ファミリーケアみさとの猪瀬氏と三郷中央総合病院の白井医療相談員にお願いしている。猪瀬氏は在宅での部分と白井氏のほうは退院の部分の医療と介護の連携の視点で事例検討を行っていきたい。</p> <p>その後はMCSの現在の状況。サポートセンターの現状。実際、稼働しきれ</p>

ていない部分も多いとは思いますが。また、時間があれば地域課題を検討したい。その際は今回の事例に限らずご意見をいただきたい。そういった形で進めていきたいと思うがよろしいか。

まず、最初に三郷中央総合病院のほうで白井氏のほうでお願いしたい。皆さん事例を読み込んでいると思うので、簡単でかまわないので説明いただきたい。

1. 事例検討

白井委員事例報告

困難だったとか、成功したとかではないが、このようなケースだったという報告も含め、ご意見をいただきたい。

84歳男性、圧迫骨折で入院しリハビリをして退院した患者。

事例提出理由としては、もともと徘徊されて行方不明になり保護された。たまたま、病院の受診があったため、徘徊の中で受傷し、腰痛が発症し、骨折と診断を受け入院となった。これが入院とならなかつたら、そのような生活課題があることを病院側が把握することは無かったと思う。治療は問題なく行えたが、認知症については入院で解決するわけなく、認知症を踏まえて入所か在宅かという視点もあったが、家族の意向もあり在宅となった。どっちに転んでもおかしくなかったかなといったケースだった。退院を勧める際に入院当初から関わっていたケアマネジャーが経過も把握してた為、病院として退院の準備を進める際に迅速に動いてくれたため退院前カンファレンス、福祉用具など、次の予定次の予定と先を読み、その場でスピーディーに対応できた。その後、在宅で過ごしている。

中々、入院患者の在宅での様子は病院側で把握できない。通院時、医師や医療相談員としても病状のことは把握できても、家庭のことを把握し相談する場面が無い。家庭に問題が潜んでいるケースもあるのではないかな。潜んでいる課題をどのように把握すべきか、時々、ケアマネジャーより患者に対して相談があったり、主治医に訪問看護の指示書の要望などがあるが、それに至るまではノーマーク。もっと介護と連携をとりたいと思ったのが提出理由。

(秋葉委員長)

少し目を通していただいて、読み込んでから質問や意見交換したい。

(生田委員)

妻の年齢は？妻は介護認定を受けているのか。

(白井委員)

ほぼ夫と同じ年ぐらい。80代。夫よりは若い。介護認定は受けていない。2年前に妻が一時的に入院した事があり、その後の外来通院時に妻に、夫の対応は大丈夫なんですかと聞いたことがあった。MSWとしては徘徊ではな

いかなと感じた事があったが、妻は散歩しているんですととらえていた認識だった。

(生田委員)

入院前の介護サービスは？ケアマネジャーは？

(白井委員)

認定は受けていたが、介護サービスは受けていない。ケアマネジャーもいなかった。

2年前に地区の相談で、地域包括支援センターを紹介したところ、それでは地域包括支援センターがやりますとのことだった。今年の1月10日に市役所に相談があり本人が地域包括支援センターと間違え三郷中央総合病院に相談し、そこから居宅介護支援事業所を紹介した関係で事前にケアマネジャーがすぐに訪問してくれアセスメントできており、家の環境も把握していた。そのため、ようやく退院ですねといったところから話げできた。おかげでカンファレンス、家屋評価もスムーズだった。

(生田委員)

退院後家に帰るのが難しいのではないかなといった視点が病棟スタッフ内であったようなニュアンスだが。どういった視点で難しかったのか。

(白井委員)

やはり、徘徊し転倒リスクが高い。入院時も安静度がきちんと守れない状況だった。また転んだときに妻と二人暮らしのため、病院側としては妻が無理だという事であれば入所施設も検討するレベルだった。

(生田委員)

安静度が守れないとは、言ったことを覚えていないということか。

(白井委員)

そうです。騒いでしまって病院から出てしまうといったほどではないが。在宅では妻の負担が大きいと感じた。

(秋葉委員長)

その辺も考慮しながら入所施設も出てきた？

(白井委員)

急性期病棟であれば、とりあえず帰りましょうとなったとケースかもしれないが、回復期病棟だったので退院後の生活で施設を申し込むのであれば施設も考える時間が持てた。

(生田委員)

このケースであればどういう施設を案内するか？

(白井委員)

可能性としては老人保健施設ではないか。もしくはグループホーム。ただ、

金額的な視点も含め老人保健施設を提案したと思う。医療行為は特別になかった。

(秋葉委員長)

視点として連携の部分で意見を出して欲しい。ケアマネジャーとしては入院期間が気になる。今、回復期とか急性期とか先ほどあったじゃないですか。急性期からリハビリのほうに移ると3ヶ月くらいで退院なのかなといったイメージだが。病院側のほうで、こうなったらそろそろ退院だとか、見極めのタイミングはどうなっているのか。

(白井委員)

骨折とか脳梗塞なので判断は異なるが、回復期病棟に入院しリハビリでADLが上がる要素があるかどうか。退院後の介護サービスを含め生活が整うのであれば退院。整わないのであれば施設といった提案になる。今回のように回復期リハビリ病棟だと伸びしろがあるので退院後の生活も検討しやすい。本人や家族が帰りたいといったら帰る準備をするし、リハビリしたいということであれば期限内で調整している。

(生田委員)

腰椎圧迫骨折の病名から見ると90日まで入院の患者。脳梗塞だとリハビリも含めて150日など、疾患によって入院期間も決まってくる。そこまで入院しなくてはいけないのか。家では看れるのか。

知っているリハビリの医師はポータブルトイレが使えるようになったら自宅にもどすという極端な例もある。

(白井委員)

腰椎圧迫骨折も安静度からみて、家で看れるのであれば家でも良い。家で何か使うのであれば手配が終わるまでは入院していて良いよ。難しいようであれば施設も視野に入れるといった感じか。介護保険申請結果が出てから退院しましょうとか。それまではリハビリしましょうと。その段階で退院時のADLは変化していくと思うが。

(秋葉委員長)

他に何かあるか。自宅に戻る時点で家屋評価とかは実際に自宅にセラピストが来訪されてとかあったと思うが。順調に行ったのか。

(白井委員)

他の病院はわからないが、既にケアマネジャーがついている患者の入院の場合、定期的に経過を報告するケースと、退院間近になってからケアマネジャーに報告したりしている。早くケアマネジャーは知りたいのか。ちょくちょく報告しても、状況も変わる時がある。やはり在宅ではなく、老人保健施設に入る場合などもあるが。

	<p>(秋葉委員長)</p> <p>早いほうが良い。地域包括支援センターだと、どの位のタイミングでとかあるか。</p> <p>(白井委員)</p> <p>うちに限らず他の病院によって、介護事業者からみてこまめなのかどうか。病院によってなのか。新規だと本来何時連絡したほうが良いのか。最近、新規のケアマネジャーも見つからない。</p> <p>(生田委員)</p> <p>退院間際にケアマネジャーを見つけようとして見つからないと困っちゃう。</p> <p>(秋葉委員)</p> <p>それこそ急性期からリハビリに移った時点のタイミングでとかではないのか。</p> <p>(白井委員)</p> <p>家族の了解とか希望もある。それもまだ定かでない方もいる。退院が決まってから新規を探す。</p> <p>施設かもしれないけど並行し新規でケアマネジャーを探す。本人、家族の方向性が決まるまでズルズルといった事も多い。</p> <p>(生田委員)</p> <p>方向性がきまる段階はどこになるのか。施設を何箇所か当たったが、金銭面で断念し在宅かとかあるのではないか。</p> <p>(白井委員)</p> <p>費用的なものは入院時も退院時も変わらないと思うので早めに判断するが、リハビリによってポータブルトイレでできるのか、オムツが外れた時か等、それによって方向性がガラッと変わるので、家族の意向も頭に入れながら、病院としては基本在宅だが、次の他の方法も探しながら進めている。</p> <p>(生田委員)</p> <p>今回の事例は病気自体はシンプルのため、痛みはきついがリハビリをきちんと行えば終了となるが。</p> <p>(秋葉委員長)</p> <p>家族は退院については心配なのではないか。まだ、ADLが戻っていないからという方もいるのではないか。</p> <p>(白井委員)</p> <p>入院前からのケアマネジャーがいると、ケアマネジャーの側からも退院に向けて大丈夫ですよとサポートしてくれるので。</p> <p>(秋葉委員長)</p> <p>確かに、ケアマネジャーとして退院後の生活支援について提案している。医</p>
--	---

療相談員とケアマネジャーの連携がとれないと家族の理解も難しいのでは。

(曾篠委員)

施設か在宅か判断に迷っている状況で、妻と娘と孫と面談をしているが、本人はどういう希望だったのか、この文書ではそこが見えないが。

(白井委員)

本人、コミュニケーションは取れる。認知症はあるので記憶の部分は定かではないが、家に帰りたいと訴えるわけでもなく、帰りたくないと訴える場面も無かった。

(曾篠委員)

そうなる、家族の介護力がどうなのかが、今回の判断のポイントとなったのではないか。

(猪瀬委員)

自宅から自転車で外出されるのが何か目的を持ったものだったのか。そういうのがもう少し分かれば。徘徊といわれるものだったのか。そこが分かれば在宅でも支えやすいのかと思った。

(佐藤厚委員)

この事例がというよりは、一般的に市民は入院すると3ヶ月置いてくれるのではない、歩けるようになってもらわないと困ると言ったりとか、リハビリするととたんに魔法のように麻痺もなくなって歩けるようになるのではないかといった幻想というか、患者と受けての医療機関の思考のギャップがある。そこをどう連携で埋めていくか。一方で在宅でかかわっている情報をどうやって医療機関に情報提供すべきか。医療関係者と関係ができていれば連携もとりやすいが。迷うときもある。

診療報酬が細かく介護側としてもわかりづらいが、病院側としても介護認定を受けているのに何でケアマネジャーがいないのか質問される時もある。居宅介護支援の仕組みについて病院側も理解して欲しい。医療と介護がそれぞれのルールでやっている為分かりにくいのがハードルになっている。

退院調整は待たなし。やれるのかやれないのか。結局、患者を飛び越えて医療と在宅でぶつかってしまう構図がある。その隙間を埋めるのが地域包括支援センターでもあるわけだが、結構隙間が大きく、その狭間をどうやって埋めるか。医療介護連携という視点で言うと病院との連携はすごく重要性が大きいなと思う。この事例はそこを的確に表現している。

(横堀委員)

在宅での様子、入院時の様子、退院時の連携なり、情報の必要性が医療と介護でお互いに厚くなったり薄くなったりすると思うが、情報共有の際はMCSや連携シートにこだわりすぎずに、並行して電話や顔をあわせて、今こう

だよとかお互いに情報交換し連携する必要があるのではないか。

(宗像委員)

どのように考えるかは難しいが、入院した時、退院する時、病院のほうでも必要な情報をきちんと伝えていかななくてはと思う。

(生田委員)

結局このケースは家に帰ってどうなったか。徘徊等は？

(白井委員)

申し訳ないがその情報が無い。三郷中央総合病院の訪問リハビリが入っている。在宅自体は継続できている。

(白石委員)

本日は入澤氏の代理で参加させてもらった。最近、地域包括支援センターでも、退院後の生活が見えない、不安だ。回復期後は老人保健施設と決まっているが、その後はどうなるのかといった、先々のことまで心配している方の相談を受けたが。こういった方法がありますよといくつか提案し地域包括支援センターとして情報提供をしている。いきなり介護の必要性が出ると家族としてもどうしてよいか分からないという方が多いなと感じている。

(藤井委員)

サポートセンターでも退院前カンファレンスに参加させていただきたいという希望はあるが、現実一度も参加したことは無い。所属している事業所の訪問看護ステーションの退院前カンファレンスに同行し参加したことはあるが。サポートセンターの業務内容を病院側に理解してもらわなければならないといった問題でもあるが。

訪問看護ステーションとして、三郷中央総合病院が外来の患者の時から触手を伸ばそうとしているのはありがたい。家族が受診の時、認知症の部分をどうやって医師に伝えるべきか。一人で受診した時など、病院側が認知症の状況が分からないとき、認知症の人はとても外来時のコミュニケーションが長けている方が多いので困ってしまう。三郷中央総合病院には、この姿勢は引き続きよろしく願いたい。

(白井委員)

外来受診時、医師より薬の管理ができていないようだがと医師から呼ばれる事が比較的多い。

(生田委員)

三郷中央総合病院のほうでは、退院前カンファレンスは月何件くらい開かれているのか。

(白井委員)

一般病棟に関しては月で言うと片手。回復期病棟は20人くらい退院すると

した場合、10～15件くらい。ケアマネジャーのみの時もあるが大なり小なりカンファレンスは開いている。

(生田委員)

昨日、医師会で在宅部会の総会があった。とある先生から昔は退院前カンファレンスに呼ばれたが、最近は呼ばれていないので、病院は退院前カンファレンスをやっているのかしらといった意見があったが。

(白井委員)

医師までお呼びしてといった形はあまりない。

(生田委員)

確かに、開業医は忙しいので時間があうあわないといったことはあるが、一応開業医も声かけして欲しいといった意見もあったので。出られるかどうかはその時々でもあるが。病状が変わったときなど。

(秋葉委員長)

病院と在宅の連携といった部分で、今出た今回のような課題を引続き話し合えればと思う。

ケアマネジャーも医療相談員との顔が見える関係を作り、制度面やお互いの立場が理解し意見交換ができればと思う。よろしく願います。

猪瀬委員事例報告

96歳の女性。ヘルパーがかかわり約15年。要介護5。息子と二人暮らし。日中独居。

現在はオムツを使用、ほぼ寝たきり。週3回デイサービスや訪問看護、福祉用具を利用。障害のサービスと併用している。

経過の中で転倒を繰り返しながらADLが低下。現在は介助で車椅子に座っている。

身体を触られるのが嫌な方で、介助しようとする、叩かれたり、つねられたりする。一番初めのかかわり始めは微笑みもあり「ありがとう」といった発言が多かったが、最近は暴言も多くなった。手が出たりするため在宅でこうと関係者で共有しているが、最近ジョクソウができた。痛みの訴えが多くなったりしている中、ヘルパーが医療行為ができない為、訪問看護やデイサービスの看護師がジョクソウの処置をしており、ヘルパーはその準備を行っているがジョクソウの処置が変わったりしたときに、ヘルパーが把握ができないといった問題があった。ジョクソウもどんな状態なのか分からなかった為、看護師にスキンケアの学習会をしていただいたり、今こんな状態なんですと事例を通じて勉強をしてきた。最近は認知症もあり食べ物が認識できなくなったり、つまむ動作ができなくなったり、以前はお味噌汁が好きでおわんで飲んでいいがこのごろは残す事が多く、食事量も少なくなったため

食べやすい方法を工夫している。服薬方法も朝のエンシュアリキッドの中に薬を入れて半日かけて服用していただくなど、関係者と話し合いながらすすめている。

在宅で家族と一緒に生活を支える為にも、お互いがどのようなやり方をすればオムツ交換ができたり介助ができるのか、本人が安心して介助を受けるにはどうしたらよいか。担当者会議の場もあるが、家族抜きで話し合いたいときなどはMCSで話し合えるのは良いのかなと感じている。

(秋葉委員長)

質問はあるか。スキンケアの学習会はお願いしたのか？

(猪瀬委員)

やりませんかと訪問看護より声をかけていただいた。

(秋葉委員長)

ヘルパーは一人で入るのでこういった重い方だと不安だったと思うが。

(猪瀬委員)

家族が不安なときに大丈夫な根拠をヘルパーも理解していないと一緒にドキドキしてしまう。看護師や往診の医師などの記録を読むが、ヘルパーも慣れていないので理解が難しい。

(秋葉委員長)

連携はTELでしているのか。

(猪瀬委員)

TELやFAX。

この間デイサービスから処置の物品が違うよと言われたときに、初めてこんな状況だったんだと分かった。たまたま訪問時に往診の先生とぶつかるジョクソウの進行度が分かる。そこで初めて知る状態。

(秋葉委員長)

MCSで画像が見れば良いということか。

(猪瀬委員)

細菌性なのか床ずれなのか。薬がコロコロ変わる方がいて、どうしてこんなに変わるのか。何の為に使っているのか、変わったのかがある程度把握しておきたいと思っている。分かればやりやすいなあと思う。

(白井委員)

ヘルパーは、薬の情報や食事の形態や薬の変更はどこから情報を得るのか。

(秋葉委員長)

私は、ケアマネジャーが伝えるようにしている、最新のものは自信ないときもあるが。医師に往診の記録類も届くのでそれを見て、確認を取って伝えたりはしている。

(生田委員)

訪問診療からは直接ヘルパーに処置が変わったよとは伝えていない。訪問看護のほうには処置をどうするとかは伝えるが、直接介護の場合はケアマネジャーに先に伝えている。

(白井委員)

日中は家族も居なくて把握できない事も多いと思うが、このような時にヘルパーが頼りにするべく所はどこか。

(生田委員)

訪問診療の場合は報告書をおくようになっている。状態の変化や処置が変わるときなどはきちんと書くようにしている。そういうものを置いてあるということヘルパーは認識しているかどうか。

(曾篠委員)

このケースはみさと南訪問看護ステーションが入っているのだが、処置が変わると、基本は関わっている機関に連絡をするわけだが、関わっている機関が多いとタイムリーに連絡は行き届かないときがある。MCSだと解決していくのかな。

今回はデイサービスに処置や医療用具が変更したことは伝えたが、ヘルパーに医療用具が変わったことを伝えていなかった。

(秋葉委員長)

ケアマネジャーが伝える部分ではあると思うが。

(佐藤厚委員)

そもそも、ケアマネジャーが伝言ゲームに入るべきか。実際に介助もしていない、診療にも携わっていないとなると、どこまでケアマネジャーが情報に責任を持たなければならないのか。

(秋葉委員長)

ケアマネジャーはやりとりする段取りまでは準備する。

(生田委員)

MCSを本格稼働しなくてはと思う。診察をしたらそのたびに発信できればと思うが。必要最低限の情報を発信すべきだとは思うが。訪問看護には報告するが、ケアマネジャーまでは難しい。

(秋葉委員長)

MCSが使えれば、よいのではないかと思う。

(佐藤真委員)

このケースはうちも関わっている。薬の変更等、主治医とケアマネジャーには情報を出すようにしている。リアルタイムに伝える手段は無い。そう考えるとMCSがよいのか。今回ヘルパーに情報提供できなかった原因は薬局側

にもあったかもしれない。ヘルパーの訪問時間に併せて薬局が訪問するようにはしているが、変更等全部は伝えきれていない。最低限になってしまう。業務をしている最中にやりとりするととなると難しい。薬の管理の部分では薬局も積極的にかかわらなくてはならない。このケースは昔から薬の拒否する人だったが、その当時の担当していたヘルパーとは個のつながりだったため、事業所単位でつながっていなかった。

(白井委員)

この人に対しての飲み方、飲ませ方、エンシュアリキッドに混ぜることは誰が決めているのか。

(佐藤真委員)

本来は原則だめ。でもこの人の場合は難しいだろうとも考え、効果も減ることはあるだろうし葛藤はある。エンシュアリキッドを飲まなくなると困るし。その人その人でぎりぎりのラインを責めていく。

(野本委員)

私は実際こういったことは入っていけないが、一緒に暮らす介護する側の体調管理は、私達が少しはお手伝いできるのではないか。たとえば二つ目の事例で言えば、訪問ヘルパーが訪問している間に、私達が往診に行く事で、介護者の体調が整えられるのでは。要介護の人を看っていて疲れてしまうのを少しでも予防できれば良いのではないか。

(榎本副委員長)

リハビリでも機能訓練だけでなく、その人がどうやって生活をしているのか把握するのは必要。薬の飲み方にしろ、家族が安心して生活ができる事が一番。不安な部分をすぐに解決できればそれにこした事がない。情報の上げ方など詰める事で、MCSで解決すればよいが。良い事例だったと思う。

(秋葉委員長)

今回の事例を元に精査して共通した課題をまとめ引き続き検討していきたい。事例のほうは終了したい。

2. 現在の南部MCSの運用状況等

(藤井委員)

MCSの現状登録状況。登録人数は103名、内訳として事業所単位では登録数74事業所。残りは個人となる。医師と訪問看護はMCSに積極的。介護関係者の登録数が少ない。介護事業所としては9ヶ所のみ。

今年は生田医師の患者のグループが増える予定。

(秋葉委員長)

先日、三郷市介護支援専門員協議会で投げかけたが、介護事業所側に定期的に伝えていかないと登録してくれないか。運用ポリシーも渡しているが。

	<p>(生田委員) 訪問診療側がやりますからと、呼びしないと開店休業状態となってしまう。タブレットは貸与する方向性はあるのか。</p> <p>(藤井委員) 希望の法人があればタブレットは2台以上であれば貸与となる。月額利用料はかかるが。</p> <p>(生田委員) 主治医側から登録してねと伝えていかないと。タブレットの打ち込みは技術が必要。</p> <p>(藤井委員) 三郷市役所にも登録へ協力してもらいたい。</p> <p>3. サポートセンターより 平成28年度のサポートセンターの報告。</p> <p>(藤井委員) 医師の登録数は30名。患者は103名、登録機関数は58。 サポートセンターの後方支援ベッドの活用が少ない。年間5件しかなかった。在宅診療を行う医師が安心して在宅医療を続けるためのバックアップの役割だが、それぞれの医師は直接病院側に交渉しているのではないかと。後方支援ベッドの周知不足が原因。 サポートセンターの相談数としては一年間で30件相談があった。市民レベルまでは周知できていない。市の事業の為、三郷市役所でバックアップをして欲しい。</p> <p>(秋葉委員長) MCSは医師から伝えてもらうのが普及につながるのではないかと。南部と北部で状況も異なるが、今後も引き続き周知していきたい。三郷市役所にも相談して行きたい。</p> <p>4. 地域課題について</p> <p>(秋葉委員長) この場で地域課題について皆で検討したいことはあるか</p> <p>(白石委員) 課題が沢山あるのに長い間気づかれず、蓋を空けたら大変な状況だったといったケースが増えている。これからの課題ではないか。</p> <p>(佐藤厚委員) かかりつけ医がない。受診したいが行くに行けない。救急搬送の必要性があるが、家族の対応も難しい場合など、医師に駆けつけてもらうことも多い。急に勃発した人に対しての連携が広がればと思う。</p>
--	---

	<p>(白井委員) 日常生活支援総合事業は医療と介護の連携に関わってくるのか。</p> <p>(秋葉委員長) 生活支援コーディネーター地域の任意の団体やボランティア、サークルにつなげていく</p> <p>(坂口委員) 昨年の9月から生活支援の協議会ができた。現在、社会資源の団体が集まって地域課題を掘り起こしている。今年の4月から始まっている総合事業に関係してくる。地区サロンもそれぞれ個性的に活動をしている。どのような枠組みになるのかは市が検討している。私自身はフリーの立場でどのようなスタイルで支援していくか勉強している。地域で活動している様々な団体が総合事業でどのような役割を担っていくのか見つけていきたい。もちろん育成も望まれている。市役所で方向付けがまだ決まっていないため、生活支援コーディネーターとして、今回のような会議に参加させていただき参考にしていきたい。</p> <p>(秋葉委員長) 時間が来たので、今回で事例の分析を副会長とまとめていきたい。まとめたところでMCSで報告していきたい。</p> <p>次回、5月は予定していない。全体のが7月にずれるかもしれない。その関係でその前の6月あたりに南部の検討会になるかも知れない。日にちは調整させていただきMCSで案内していきたい。</p>
<p>次回開催日時 (予定)</p>	<p>平成29年6月頃</p>

<会議録記入について>

- ・書記は3地域包括支援センター輪番で担当して下さい。
- ・参加者は所属(病院名、事業所名等)と氏名を記入して下さい。
- ・発言の一語一句を記入するのではなく、各発言の要約したものを記入して下さい。
- ・次回の課題と開催日時(予定)を決めて下さい。
- ・会議録はおおむね1か月以内に地域包括係へメールにて提出して下さい。ただし、協議会の開催日が近い場合は、提出を早めていただくことがあります。

