

令和5年度
第1回三島市在宅医療介護連携推進会議 会議録

1 開催日時

令和5年6月30日（金） 午後1時～午後2時30分

2 開催場所

三島市役所本館3階 第1会議室

3 出席者

(1) 委員

金木委員（議長）、半田委員（副議長）、加藤委員、堀口委員、臼井委員、
眞野委員、高木委員、米山委員、久保寺委員、石代委員、幸野委員、笹原委員、
楨氏（増田委員代理）、笠原委員、杉山（恵）委員、
戸塚委員、千葉委員、松田委員

(2) 事務局

<健康推進部>

佐野健康推進部長

<健康推進部 地域包括ケア推進課>

石井課長、伊藤地域包括支援係長、岩田保健師、高井保健師

4 会議の公開・非公開

公開

5 傍聴人

0人

6 会議の内容

(1) 依頼状交付

健康推進部長から、委員代表として金木委員に交付

(2) 議長選出

- ・出席委員の互選により、金木委員を議長に決定
- ・金木議長の指名により、半田委員を副議長に決定

(3) 説明

事務局が、在宅医療・介護連携推進事業の概要について、資料に基づき説明

(4) 議題

1 令和4年度事業報告について

【事務局説明（要旨）】

○ 在宅医療介護連携推進会議

- ・医療・介護関係団体等の代表者で構成し、連携を推進する上での課題抽出と対応策を検討することを目的として、令和4年度は2回開催。
- ・1回目は前年の事業報告及び当該年度の計画について報告。また、入院時における情報共有シートの作成及び連携に関するルール作りの報告を行った。
- ・2回目は地域ケア推進会議と同時開催で、退院時の情報共有についてと切れ目のない医療・介護連携体制推進のための取組みについて報告を行った。

○ 入退院支援検討部会

- ・3回の部会を開催、退院時における情報共有シートの作成及び連携に関するルール作りを検討。作成したシートは、22ページのA3版の書式。

○ 情報共有支援会議

- ・令和5年3月にシズケアかけはしの活用について意見交換を行った。シズケアかけはしは、多職種がかかわるようなケースや、困難事例や突発的なことが起こった時に、その都度チームに情報共有できるところが良いとの意見が出た。4ページのとおり、シズケアかけはしの登録施設数は伸び悩んでいる状況。利用してよかったという口コミを増やしたり、モデル事業として手上げた事業所に、期間を区切って補助することができるとよいといった意見が出た。

○ 多職種連携研修会

- ・令和5年3月にZoomを用いてオンラインで、「在宅療養について理解を深めよう」とのテーマで在宅医療コーディネーターと主任介護支援専門員によるトークセッションを行った。

○ 普及啓発

- ・地域医療講座を2校で実施。全校生徒を対象に体育館や各教室にて講座を開催した。アンケートでは、自分の最期についてよく考えることができた、家族と将来について話すことが大切と感じた、などの回答があり、看取りガイドやアドバンス・ケア・プランニングの普及につながったと考える。

地域住民向けの出前講座は、11回342人に実施。

○ 三島市医療介護連携センター相談実績

- ・相談者としては家族から、居宅介護支援事業所からの順で多く、相談形態としては電話での相談が多い。
- ・相談内容としては、例年通り在宅療養に関する相談が最も多い。退院に関する相談件数が伸びている。対応としては例年通り、傾聴、担当窓口の情報提供・紹介、家庭訪問の順で多い。在宅医療開始ケースは6件、昨年と比べると相談件数、在宅医療開始ケース共に若干減少している。
(委員：三島市医療介護連携センター 在宅医療コーディネーター)
- ・相談実績は令和4年度は延べ114件と前年比増だが、実件数は67件。1つのケースにつき多方面から相談が入る。一番多かったのは1件につき18回の相談。最近は県外からの相談や複雑な家族関係等、困難ケースが増えているように思う。
- ・初めの相談が病院やケアマネであっても、家族の意向をうかがうために、家族から電話をしてもらうようにしているので相談件数が増えている。

- ・相談内容別集計について令和4年度はコロナのため面会ができないから退院させたいという相談が多い。相談を受けてから半年かかってやっと退院できたケースもある。そのため、退院に関する相談が多い。
- ・主治医の紹介は延べ14件だが、実件数は10件。先生は受け入れてくれても、途中で入院したり結局退院できなかったというケースもある。
- ・皆さん切羽詰まった状態で相談に来るため、在宅医療開始ケースが6件になっている。関係機関の皆様には早め早めに相談してもらいたい。

○ 三島市在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

- ・令和4年度の事業の取組状況の一覧及び8つの事業項目との関係をまとめた。

【質疑・応答】

(議長)

- ・多職種連携研修会ってすごく顔の見える関係ができていいと思う。去年まではzoomを使わざるをえなかったが、コロナさえよければ、現場で顔を合わせたりする方が良いと思う。アンケートより薬剤師について知りたいとの希望が多い。今後、地域医療を担っていただけると助かる。
- ・中学生の地域講座は非常にレスポンスがいいと聞いている。中学生にやるところがいい着眼点だったと思う。中学生にとって死はかなり遠くて、家族のことを重ねて話に乗っていけると思う。引き続き続けていただけると良い。

イ 令和5年度事業計画(案)について

【事務局説明(要旨)】

※ 時間の都合により、一部の事業計画を取り上げて説明

- ・切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を地域のめざす理想像としてPDCAサイクルに沿った取り組みへと事業のあり方が変更され、現状分析、課題抽出、施策立案についてのア～ウ、対応策の実施としてエ～キを行っていく。
- ・(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進についての現状分析や課題抽出、また(エ)医療介護関係者の情報共有の支援について対応策の実施として、入退院支援検討部会を2回開催し、入院・入所時の情報共有シートの活用によって連携のしやすさに変化があったか検証を行っていく予定。また、令和4年度に作成した退院・退所時の情報共有シートを病院や居宅介護支援事業所に周知し、活用を促す予定。
- ・(キ)地域住民への普及啓発として、今年度も中学生の地域医療講座を2校で実施予定。地域住民への出前講座は随時実施し、看取りガイドやACPについて周知を行っていく予定。

ウ 部会について

【事務局説明(要旨)】

○ 入退院支援検討部会

- ・令和2年度第1回連携推進会議において、病院と介護支援専門員との情報共有の課題について協議し、個別の課題を検討する専門部会として設置。
- ・入退院の件数が多い3病院の入退院支援部門のスタッフと三島市介護支援専門員連絡協議会所属の主任介護支援専門員の6人で構成。オブザーバーとして、医療、介護両方の視点から助言いただくため、医療介護連携センターの在宅医療コーディネーターに協力をお願いしている。
- ・入退院支援検討部会は推進会議同様、委員の任期が2年。本年度委員改選となっている。三島市在宅医療・介護連携推進会議設置要綱において、専門部会に属する委員は議長が指名することになっており、すでに議長により委員の指名を得ている。本日追加で入退院支援検討部会委員名簿を配布した。
- ・部会での取り組み内容について、入退院支援検討部会は、入院と退院とを分けて検討を進めている。
- ・入院時については、入院時にケアマネジャーが病院に情報提供する統一したシートを作成し、昨年度医療機関や居宅介護支援事業所に周知。今年度は、シートの活用状況を把握するため、情報提供時にケアマネジャーが算定する介護報酬「入院時情報連携加算」の取得状況のデータを一つの指標として考えている。また、加算を取得していなくてもシートを活用している場合が想定されるため、実際の入院時の連携数を測っていききたい。
- ・退院時については、令和4年度情報共有シートを作成。介護支援専門員が記載することを想定しているが、医療機関、介護支援事業所ともに周知を行なっていく予定。退院カンファレンス等において、病院側と介護支援専門員双方が在宅への移行に向けて欲しい情報を共有し、円滑な連携が図れるようにするためのツールになると考えている。また、介護支援専門員が退院後の生活の調整のために早めの連絡が欲しい事項が医療機関と共有できるようになると考えている。

○ 看取りケア支援検討部会

- ・令和4年度第2回推進会議にて、4つの場面のうち、入退院支援の場面に続き、看取りの場面について検討を行っていくこととなった。
- ・入退院支援検討部会同様、推進事業の事業項目の「ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」と「エ 医療・介護関係者の情報共有の支援」を主に検討していくことになると思う。検討された課題や対応策を在宅医療介護連携推進会議に報告し、市内の医療・介護関係団体等で共有しながら、歩調を合わせて取り組んでいくことを目指していきたい。
- ・進め方について、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」の課題解決に向けた展開プロセスを参考に、まず、全員で看取り場面の「目指す姿」を共有。これが、取組を進める上での目的になる。
- ・「目指す姿」のイメージを具体的にするため、令和4年度までに明らかになっている連携の課題を説明。
- ・「看取り」場面において想定される連携の対象は、医療機関や介護事業所、訪問

介護/看護、消防機関。加えて本人・家族と意思の共有を図っていく。

- ・市内で在宅看取りに対応している診療所・病院について。

(委員：三島市医療介護連携センター 在宅医療コーディネーター)

- ・センターで紹介する輪番体制の医師は15人だが、長い付き合いの患者に対応する医師もいることから計22名。日頃からかかりつけ医を持つことが大切だと思う。
- ・訪問診療を専門としている診療所は在宅看取りについても積極的に対応してくれると思う。

(事務局)

- ・三島市高齢者実態調査にて集計した「どこで最期を迎えたいですか」との質問に対する回答と人口動態統計から集計した死亡場所の集計の比較。令和2年度時点では、約70%が在宅での看取りを希望しているにも関わらず、在宅での死亡場所は約15%にとどまっている。
- ・最新の三島市高齢者実態調査の結果は令和4年度中に実施、抜粋したものは事前資料として配布した。今回の調査では、看取りの場所として自宅を希望している方の割合は以前よりも低くなってはいるものの、45%前後程度の希望。一方、自宅で最後まで生活できると思うかという問いに対しては「わからない」と回答している人が約半数となっている。わからないと回答している人たちの不安の原因の把握や、不安が少しでも解消がされるような支援が求められていると考える。
- ・駿東田方県域における看取りの状況。三島田方地域は、駿東地域に比較しても自宅死亡者数は低い値となっている。
- ・現在の看取りに対する取り組み。中学生の地域医療講座、看取りガイドの配布及び説明を実施している。今後、見取り場面における課題と解決策を検討するなかで、取り組み内容についても考えていきたい。
- ・切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築に向けて施策立案を行うためには、地域の医療・介護の現状を把握した上で、在宅医療・介護連携の課題を抽出することが必要。課題については、見取り場面において目指す姿を明確にし、現状との差は何かを確認していくことで、その差を課題として抽出していく。
- ・まずは地域の目指す理想像、すなわち目的を共有することを、本日の推進会議で行っていきたいと思っている。
- ・目指す理想像は、(案)として、在宅医療・介護連携推進事業の手引きから、「地域住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する」と引用。
- ・続いて、部会を設置するにあたっての検討事項。
- ・①部会の名称は、案として看取りケア支援検討部会としている。
- ・②部会での検討内容のイメージについて、第1回は本日明らかにした見取り場面での目指す理想像をもとに、理想像と現状との差を明らかにするため必要なデータ内容について検討していく。第2回は、第1回での検討内容をもとにデータを洗

い出し、本会で提示し、目指す姿と現状の差を課題として認識。その後の対応策について検討。第3回は、第2回までの進捗状況により検討。

- ・③部会を構成するメンバー案。在宅看取りを支援する職種から検討している。
- ・本日は、「看取り場面」における取り組みをしていくにあたり、(3) 目指す理想像についてと、(4) 検討事項にあります①部会の名称、②部会での検討内容について、③委員構成についてご意見をいただきたいと思っている。

【意見交換】

(議長)

- ・まずは実際、医療から介護へ移行する場面での問題点について意見を聞きたい。

(委員：医療相談員)

- ・病院に来ることの敷居が高いのか、重症化してから病院に来ることが結構ある。もっと循環良く在宅、病院、施設を利用できるような仕組みができるといい。
- ・入院を契機に訪問診療に移行することが多いと思う。在宅での医療体制を整えたいという目的で入院してくるケースもある。入院を契機に身体機能が下がって、家に帰る際にももとの通院先に通えず、そこの地域で訪問診療をしているところにつなげたりして退院調整していくような場面もある。

(委員：訪問看護師)

- ・在宅から病院に行く場面において、入院にするきっかけになるのは転倒とか急に病気が悪化する場合が多い。家族の介護力がなかったり、医療知識がなくて重症化して入院することが多い。治療したときにそこにまた戻れるかどうかを見極めるのが難しい。再入院をしないために、退院時カンファレンスを必ずやって、在宅スタッフと連携をとるがうまく回らないこととかもある。ある程度高齢になってから入院してしまうと、円滑に在宅復帰するのが難しい。少ない人員で迷いながら看取り支援をしなければならない。

(議長)

- ・現場の方々が苦勞しているなと思う。こういうところで顔を繋げて、あそこのステーションに頼んでみようかなという連携が少しでもできたら良いと思う。

(委員：リハビリ)

- ・病院内で行われていたリハビリが在宅では継続できず、ますます悪化していくケースと、在宅という場面で機能を良くして状態がよくなっていく方と大きく分かれる。キーポイントとしては、在宅に戻るときに、退院前の会議を行っていたり、ケアマネジャー等が頑張ってサービスをうまく入れられたケース、ご家族の方の理解が得られているケースに関しては、うまくいくような印象がある。在宅でのリハビリテーションは同業種が少なく、在宅リハを受けるのに回数制限や人手が足りないという状況があったりして、関わることでいけないケースを多く見受けている。いずれにしても、リハビリテーションを受ける機会っていうものを関わる方たちが提示をしていただくことが大事。利用者が十分に理解されていないケースはたくさん見られる。これから関わっていただける方たちにはそのあ

たりは重々に説明していただくようにしていただければなというふうに思う。

(議長)

- ・自分の職域のことは皆さんスペシャリストだが、職種が違ったりすると、どういうサービスがあるかは勉強していく、またはその専門家に少し相談していくように連携を持っていくことは必要なことだと思う。

(委員：介護支援専門員)

- ・入院時の情報提供はもちろんだが、退院して帰ってくるときに同じ状態で帰ってくるっていう方はまずいない。身体状況も悪くなっている方が多い。退院前のカンファレンス等で情報共有・調整を行うが、病院の中で話し合ったことが在宅でうまくいくことは稀で、いろんな問題が出てくる。日々、本当にもう調整に追われている。また、生活していく中での限界点っていうのがあると思う。その方の限界点というのがどこなのかケアマネとして見極めていかなければいけない。本人家族の意思はもちろんだが、各専門職の方々の情報共有とかご指導っていうのが参考になる。

(委員：訪問介護)

- ・訪問介護でも、今の困り事に対しての相談を受けても、その先をどう考えていくのかというところが薄かった。また、在宅リハを受けても、生活の中でどう生かしていくのかというところの生活機能向上連携にも働きかけていかなければ、暮らしに繋がっていかないと実感した。

(委員：包括)

- ・包括では直接担当する方の支援という方より、ケアマネジャーの後方支援が多い。病院がリハビリが十分じゃないからもうちょっといた方がいいって言っても本人が帰りたいというケース。何度も関係職種と家族でリスクや緊急時の対応を話し合ったが、実際自宅を見たときに怖くなって思う場面が多々あった。退院した後、引き続き連携をとっていくことが必要と思った。最近、独居の方で在宅復帰時に支援をする手がすごく少ないにも関わらず、どうしても家に帰りたいって言って帰るケースがあると包括関わるっていうことが多い。
- ・もともと多分生活を在宅されているときに、ぎりぎりのところで生活している状況から入院されたりすると、元の生活に戻るのは本当に難しい。包括としては早い段階からぎりぎりの生活をしてらっしゃることをキャッチしていかないと、いざ退院というところになったときには支援が大変な状況になっていくと感じる。
- ・入院に関しても退院に関しても、どちらも連携がスムーズにできていると感じる。包括支援センターは、初めてお会いする方や把握のない方を対応することがあるので、個人情報には注意している。必ず家族に同意をもらった上で、連携をとるようにしている。変わっている家族がいたりして、連携取るのが難しかったり、受診に繋がらないケースもあったりするので、市とも相談しながらやっている。連携に関しては、ここ何年かの中で図れるようになってきていると感じている。

(議長)

- ・看取りケアの検討部会について、名称や検討内容はこのままでよいと思う。人選

まで進んでいるか。

(事務局)

- ・人選はこれから。推進会議で意見を図り、決定していく。特に委員については、部会がスムーズに進行していくかを踏まえてご意見いただきたい。
- ・こういう部署があったほうがいいのかという具体的なご意見をいただければ、変更を柔軟にしたいかなというふうに思っている。

(委員：医療相談員)

- ・ここでの看取りは在宅をイメージするというところで良いか。医療相談員だけでいいのか、老健施設とかもある。誰を出したらいいか。
- ・在宅であれば訪問診療や訪問看護を選出するが、看取りの場面ってたくさんある。気になるのは訪問看護師。24時間の緊急時加算をつけて、寄り添って、駆けつけてくれる。それを踏まえて検討しても良いと思う。
- ・自宅で最期まで過ごせるかどうかってわからないっていうのが非常に多かった。ここに重きを置く。こういう死に方があるよという情報から道筋を立てられるようにする。在宅で支える人員が少ないので、不安も多いし、イメージがつきにくい。在宅に来て、看取りをしたいと思ってもできない人もいるし、看取りたくないと思ってもお金がないからしなきゃいけない。でも不安がいっぱいみたいな人もいる。そういう人が安心して生活できるようになると良い。

(議長)

- ・看取りって簡単に言うけど、とても大変なこと。それを現場で感じている訪問看護師のような意見はとても必要なのでぜひ加わってもらいたい。できれば医師会からも1人、よく訪問に行くような医者を入れたいが、差し当たり1回推進会議議長が出て、他の先生に勧めるようなことでも良いのでは。医師会枠も一つ入れていただけると良い。
- ・検討内容は、実際に看取りをやっている人たちを集めて、問題点や連絡のつきにくさ等の把握から始めていいのでは。専門家をまず集める。

(在宅医療コーディネーター)

- ・委員案について、最近施設で看取ってくれるところが増えている。民間の施設も良いのでは。

(委員：薬剤師)

- ・薬剤師会は、県の薬剤師会のホームページに在宅訪問が可能な薬局のリストがあるので、三島市で困ったことがあれば調整させてもらおう。

(7) 事務連絡

- ・次回の会議、10月5日午後、場所は調整中。地域ケア推進会議と合同開催の予定。