

令和6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6年7月3日（水） 午後1時15分～午後2時30分

2 開催場所

三島市医師会館3階医師研修室

3 出席者

(1) 委員

金木委員（議長）、加藤委員（副議長）、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、
堀江委員、笠原委員、杉山委員、
小野委員、山田委員、千葉委員、渡邊委員

(2) 事務局

<社会福祉部>

西川社会福祉部長

<健康づくり課>

浅見課長

<社会福祉部 長寿政策課>

石井課長、伊藤課長補佐、田神副主任保健師

4 会議の公開・非公開

公開

5 傍聴人

2人

6 会議の内容

(1) 依頼状交付

社会福祉部長から、委員代表として堀江委員に交付

(2) 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

(3) 議題

1 令和5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

・令和5年度は2回開催した。

- ・ 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。退院時における情報共有シートの作成についての報告及び看取りケア支援検討部会の設置についての報告と検討を行った。
- ・ 2 回目は地域ケア推進会議と同時開催で、事業の中間報告及び下半期の計画、各部会の進捗についての報告を行った。

○ 入退院支援検討部会

- ・ 課題に対する検討と取り組みの評価のためのアンケートを作成し、実施した。アンケート結果についての詳細は議題（3）部会について、にて説明する。

○ 情報共有支援会議

- ・ 令和5年12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*かけはしは機密性の高いものやセキュアメールの利用価値が高いが、緊急性が高い場面では使いづらいこと、使用用途に使い分けて使用継続をすると良いという意見であった。
シズケア*かけはしの登録施設数は伸び悩んでいる。メールを見るという習慣づけや登録事業所が増加をすることで、利用しやすくなるため、事業で活用していくと良いという意見であった、

○ 多職種連携研修会

- ・ 令和6年2月に三島市、市民生涯学習センターで半田歯科医院の半田歯科医師を講師に迎え、「訪問歯科診療について知ろう！」をテーマに講演を行った。

○ 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、自分らしく生きられるような意思を送りたい、本人の意思を尊重して寄り添えるようになりたいなどの回答があり、看取りガイドやアドバンス・ケア・プランニングの普及に繋がったと考えている。

地域住民向けの出前講座は、11回395人に実施。

○ 三島市医療介護連携センター相談実績（在宅医療コーディネーター）

- ・ 令和5年度は127件の相談あり。実件数は72件（R4 67件）。少しずつ増加している。
- ・ 「90代の母が自宅に帰りがたっているため、相談したい」「他市町の親を引き取りたい」といった内容の相談が家族からあった。広報みしまに掲載された時には、「今は元気だが、いずれ具合が悪くなった時にどうしたらよいか」、ケアマネからは、難病の方の支援方法や人工呼吸器をつけている方の相談があった。
- ・ 対応としては、傾聴や医療資源の紹介、担当窓口の紹介にとどまることが多い。
- ・ 在宅主治医の紹介希望は、実人数9名、うち7名に紹介。開業医に5名、訪問診療専門医2名お願いした。

○ 全体研修会

- ・ 3年ぶりの開催だった。令和6年1月に三島市の市民生涯学習センターにて、三島市医師会より講師を迎え、「アドバンス・ケア・プランニングを考える」をテーマに講演、個人ワークとグループワークを実施した。

情報共有と、課題解決に向けたグループワークを行い、顔が見える関係づくりを促進した。

○ 看取りケア支援検討部会

- ・検討部会の前に、設置に向けた検討会を令和5年8月に実施。令和5年11月と令和6年3月に2回の部会を開催。設置に向けた検討会では、事業の説明及び部会設置についての目指すべき姿や現状課題、また委員選任についての意見交換を実施した。

○ 三島市在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

- ・令和5年度の事業の取組状況をまとめた。

【質疑・応答】

(議長)

- ・長生きとなり、働く時期が終わった後に地域でどうやって暮らしていくのか。病気等で暮らせなくなった時に、どこへ相談するかが今後とても大切になってくると思う。医療介護連携推進会議はとても大切なセクションとなる。各委員はその分野のリーダーであるため、色々な場で交流し、他職種について知ることにより良いリーダーとなっていきたい。

(委員：訪問看護師)

- ・ACPが話題になっているが、どの段階でどのような話をするかが難しい。入院の際に話すと看取りの話がメインと受け取られて怒る方もいる。地域の方に話す機会を作る方が良いのかと考えている。

(議長)

- ・同意。今までは病院が担ってきた部分を家庭で担うための準備をしているところ。少しずつ各分野のリーダーの方々から浸透させていくということになる。

イ 令和6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を実施していく。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。
- ・専門部会については、日常の療養支援、入退院支援、急変時対応、看取りの4つの場面のうち、専門部会のない日常の療養支援、急変時の対応について意見交換を行いたい。
- ・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3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。

【意見交換】

(委員：医療相談員)

- ・6月から介護医療の診療報酬改定で病院も取組みをしているところ。医療機関と介護分野が連携をすることが国からも求められている。急性期の病院としては、特別養護老人ホームや老人保健施設と連携し、施設の方からも診療報酬改定に沿い、すり合わせをしているところ。

居宅介護支援事業所のケアマネをはじめ、介護施設や病院の職員が、その患者にとって連携をどの程度しているかも求められている。新たに病院でも連携について取り組んでいるところである。

(委員：訪問看護師)

- ・介護施設と病院の連携に対して加算がつくようになった。在宅でも看護、介護とも連携加算がつき、評価が点数化されたことが盛り込まれたことは承知のことだと思う。連携の実際や連携するためにどのようにしているのか、モデルケースがあると取り組みやすい。令和5年度の半田歯科医師の訪問歯科の取り組みも併せてタイミングを見て実施したい。看取り部会の内容を深める研修会も良いと考えている。

(議長)

- ・令和5年度の半田歯科医師の講演は、地域に根差して仕事をされていることがよく理解できた。今後も多職種研修会は実施していきたい。

(委員：薬剤師)

- ・一つの職種に焦点を当ててという部分が良いと思っている。薬局では居宅療養管理指導を行っているが、認知されにくい。介護保険か医療保険課分からない、電話をしても断られるということを知る。こういった社会資源の共有ができるが良いと考えている。

(議長)

- ・令和6年度が多職種連携研修会については、薬剤師をテーマに実施していく。

(参加者同意)

ウ 部会について

【事務局説明（要旨）】

○ 入退院支援検討部会・看取りケア支援検討部会

- ・入院時情報提供の実態に関するアンケート調査結果について報告。入退院支援検討部会の今後の取り組み、検討の参考資料としていく。
- ・在宅医療の4つの場面において、場面ごとに達成すべき目標を設定することが重要であるとされている。「入退院支援」「看取り」については、すでに検討を進めているところ。今後取り組む必要のある場面として、「日常の療養支援」「急変時の対応」がある。

- ・令和4年度高齢者実態調査の抜粋より、介護が必要となった場合、どのように介護を受けたいかの問いに対し、一般高齢者、要支援認定者、総合事業対象者のいずれの場合にも、介護福祉サービスを使いながら自宅で介護してほしいが最多となっている。

○在宅医療の現状について（在宅医療コーディネーター）

実際には、在宅診療している医師は増加していない現状。以前は在宅診療していても、高齢になり、在宅診療を辞めてしまった場合もある。

- ・病院は、以前から行っている三島中央病院、三島総合病院、三島共立病院が行っており、増加はしていない。在宅専門医院は2件あったが、令和6年6月で閉院になった。沼津、裾野市に在宅専門医院が増加してきており、三島市も範囲と聞いている。実際には増加してはいないが、在宅訪問診療医がおらず、困るという相談は以前に比べては少なくなってきた。
- ・新しく開業される医師のところに訪問診療の可否について尋ねると、積極的ではないが、通院している患者への訪問はあるとの回答聞かれるため、普段からかかりつけ医を持つということが大事だと感じている。

○入退院支援検討部会・看取りケア支援検討部会の進め方について

- ・在宅医療の4つの場面は重なりあっているため、場面ごとの新規の部会を立ち上げずに現在の部会で目指すべき姿に向けて意見交換から具体的な設定案を考え、次回の推進会議で提案していきたい。

各部会での検討イメージは、各部会で目指すべき姿について意見交換を行い、課題分析に必要なデータ内容についての検討や取り組みの方向性を決定したいと考えている。

- ・令和7年度以降は、現部会の評価を行う中で部会の体制に変更を検討し、目指すべき姿に向けてPDCAサイクルに沿って取組みを行いたい。
- ・本日は、「日常の療養支援」「急変時の対応」における取組にあたり、部会体制と現部会についての意見、また日頃の業務の中で感じていることや検討したいことを伺いたいと考えている。

【意見交換】

（議長）

- ・普段先生方が仕事をしている上で感じられていることをご発言いただきたい。

（委員：包括）

- ・急変時の対応について、普段地域をまわっているため、独居や身寄りがいない方やいても遠方に住んでいる方の対応に苦慮しているため、話ができるとよい。

（委員：包括）

- ・包括の中で身内がいても、遠方高齢や連絡が取れないなど、急変時にすぐこちらに向かえないという現状があり、各包括同じだと思う。包括の状況、包括の活

動の中でかかりつけ医がない方がいるため、広報活動を行った方が良い。

(委員：包括)

- ・居宅の介護支援専門員、その地域の包括支援センターが関わる場所が多い中で、医療依存度の高い医療的なケアを必要とする方が、病院から在宅へ戻ってくるという傾向が多くなっていると感じている。

体調不良時に、どこへどのように連絡をしたらいいかという認識ができていない、サポートできる体制が整っておらず、救急要請もすることができない状態で相談を受ける、対応するということもある。サポートする体制についても、検討が必要だと考えている。

(委員：包括)

- ・日常の療養支援に関しては、ある程度時間にも余裕がある中での連携体制の構築や普段の顔の見える関係性を作りながら、その関係性の構築に力を入れる必要があると感じている。

急変時の対応というところは今日意見があったが、安否確認を頼まれて行ったときにはかなり悪化している状態で発見し、かかりつけ医がない、或いはいてもちょっとその対応ができる時間帯ではないことがある。その時に感じているのが、日頃から関係性を作っている病院、連携室の職員であれば、対応していただけるのかもしれない。関係性を作れば、スムーズにそこにすぐに連絡でき、時間がない中でも対応をお願いできるということがある。やはりその辺も含めて、日頃から包括支援センターと医療関係者との関係性を作っていくことがとても大切であると感じている。

(議長)

- ・患者の具合が悪くなった時に、医療機関とのコネクションが必要であることは4機関とも言っている。組織的に要請があった場合に担当の病院でなくてもサポートできる体制を作っていく必要はある。しかし、現実と目標には今の時点では差があると思うため、持ち帰り議題が出た際にはできるだけ対応したいと思っている。

(委員：医療相談員)

- ・先ほど言ったように関係性ができていると頼みやすいことはあるが、自宅に見に行ったときに、発熱や食事をしていない状態の場合、受診のタイミングを迷うことがあると思う。どのタイミングで病院にかかった方がいいかなど、話し合える場があったら良いと思う。
- ・悪化した状態で受診をすると治すのに時間がかかる他、高齢者であると入院期間が長引くなど、回復にも時間がかかる。できれば早いうちに、かかりつけ医への受診や病院に入院する必要がある。今は地域包括ケア病棟があるため、そういうのを活用しながら、早い段階で治していく方が良い。
- ・3次救急に救急車でいってしまうと、そっちも逼迫すると思うため、早めの段階で病院受診する必要があると思う。病院の体制もそうだが、考えていかなければならないと感じている。

(委員：医療相談員)

- ・包括支援センターの職員の地域での対応にいつも頭が下がるような思いでいる。退院するときの連携にはいつもとても感謝している。訪問した際の、悲惨な状況は理解できる。三島中央病院は2次救急の医療機関のため、路上で倒れている方を行政と一緒に連携しているため、顔の見える関係づくりで、ぜひ相談していきたいと思っている。
- ・ケアマネより受診相談があり、受診した患者は、普段外科で3カ月に1回程度の受診頻度の方であった。入院適応であったが、やることがあるため本人が「死んでもいいんだ」と帰宅したケースがあった。後日受診予定としたが、悪化する前に地域包括ケア病棟を活用していただきたい。空きがない場合には、医療機関間で連携し、入院先を調整することもある。

(議長)

- ・病院は通常の診療に加えて救急対応も行っており、大変さが分かる。先ほどより顔の見える関係とあったが、接点を多くし、スムーズに病院から、地域、地域から病院、この移行がうまく進むようにしていく必要がある。

(委員：介護支援専門員)

- ・ケアマネジャーの立場から、在宅の方を支援していく中では色んなサービス事業者の方と連携をとることが多い。日頃の情報共有と連携が非常に大切だと感じている。在宅で療養、生活していく中で、確認・注意事項がある方が多いため、情報共有しながら通所や訪問の事業所と連携している。訪問看護も頼りになる。急変時の対応にも繋がるが、定期で訪問しているため、変化があればすぐに報告や受診勧奨がある。今後も連携を大切にしていきたい。
- ・病院の連携室のソーシャルワーカーや開業医、介護報酬の加算が増加してきているが、非常に連携はとりやすくなってきていると感じている。今は連絡票があるため、日頃何かあれば、相談するということが習慣づけられていると感じている。
- ・終末期迎える方について、今までは病院に通院ができていた方が、身体状況悪くなり、大変になるときがある。家族としては最後までできる限り自宅で看たいという際には、訪問診療を行っている医師に、つなげたほうがよいか。かかりつけ医と、訪問診療の医師の連携をスムーズにやっていくには、どうしたらよいか伺いたい。

(委員：在宅医療コーディネーター)

- ・かかりつけ医の先生に、「具合が悪くなったらどうしましょうか」とをまず聞いて欲しい。かかりつけ医であれば、訪問できる医師であれば訪問が可能であるが、訪問できない場合には、かかりつけ医から別の医師の紹介をしてもらえる場合もあるため、相談すると良い。どうしても訪問診療医が見つからなければ医療介護連携センターにて相談対応を行うことが可能。

(委員：リハビリ)

- ・ 日常の療養支援という形で普段関わっている。どうしても急変対応があるが、基本的に訪問看護ではかかりつけ医がおり、そこから指示を受けているため、かかりつけ医に連絡する。入院が必要になったときに、診療所の医師の場合、入院施設の検討の際に受け入れ先の場面でよく感じている。
- ・ 三島市は訪問医が増加していない現状ではあるが、往診でなければ診られない場合があるため、医療介護連携センターへ相談できるということが分かり良かった。一般の方は相談先が分からない場合が多い為、相談時に紹介できるように情報を共有しておくことが大事だと感じた。

(委員：訪問介護)

- ・ 訪問介護員は直接主治医とのやりとりはほとんどない状態ではあるが、訪問看護師やケアマネジャーとは密に連携をとり合っていてやっていきたいというふうに考えている。退院後間もない方や体調を崩しやすい方が最近多いと感じている。ご家族のサポートの状況は様々であるため、支援者間の顔の見える関係性は大事だと考えており、密に情報共有していきたいと改めて感じた。

(議長)

- ・ 意見をまとめると、いかに顔の見える関係を作っていくことが大事か。そういう関係をこの推進会議で積み上げていくことが大切だと感じた。いかに連携していくかがポイントとなる。

(事務局)

- ・ 委員の意見は今後4つの場面での部会の課題にあたると考えられるため、部会での検討の議題としていきたいと考えている。

(議長)

- ・ 現在ある2つの専門部会で、4つの場面をそれぞれ検討していくということへの意見はあるか。了承ということでよいか。良ければ、事務局にて対応をお願いしていく。

(委員：健康づくり課成人保健係長)

- ・ 健康づくり課では、健診を5月から始めている、高齢者の方もすべての市民に健診の受診カードを送付している。健診を何年も受けてない人かつ、高齢者世帯のみの人で医療も介護もずっとかかっていない人については、地区担当の保健師が包括等に照会をかけながら訪問している。去年の実績で100人以上が1年間以上医療、介護、にかかっておらず、健診についても数年受けてない、かつ高齢者のみの世帯という方に訪問に行くが、なかなか会えない状態である。そういう人は多分どこにも繋がってないと、考えられる。訪問した際には元気で、「元気だから病院なんて行かないんだよ」と言っているが、何かあったときにはこういう場で困ってくると感じている。
- ・ 5月から健診が始まっているため、健診がまず受診のきっかけになると思うため、健診の受診勧奨をお願いしたい。

エ その他

○第10次三島市高齢者保健福祉計画及び第9期三島市介護保険事業計画について
(事務局)

- ・資料に基づき、計画を説明。