

## 平成 27 年度第 3 回在宅医療・介護連携推進協議会 議事要録

■ 開催日時：平成 28 年 3 月 4 日（金）午後 1 時 30 分～3 時

■ 開催場所：たましんリスルホール第 6・7 会議室

■ 出席者：

### 【委員】

中村克久委員、山下明義委員、都築義和委員、金井克樹委員、根本陽充委員、齋竹一子委員、川田キヨ子委員、本山理恵委員、鶴岡浩樹委員、河西あかね委員、山本繁樹委員（敬称略）

### 【事務局】

諸井福祉保健部長、井田保健医療担当部長、加藤高齢福祉課長、清水介護保険課長、横塚健康づくり担当課長、

（高齢福祉課）宮澤介護予防推進係長、村田高齢者事業係長、守屋在宅支援係長、藤野主任、井上主任

### 【地域包括支援センター】

職員 5 名

欠席者：

### 【委員】

富上雅好委員

■ 傍聴者：5 名

■ 会議概要

1 あいさつ（福祉保健部長）

2 事務連絡

（1）第 1 回在宅医療・介護連携推進協議会議事要録（報告資料 1）について  
修正箇所がある場合、3 月 11 日（金）までに事務局まで連絡する。

（2）医師会の委員について

医師会の地域包括ケア担当（在宅訪問診療含む）が、平成 28 年度より富上委員から都築会長に変更になり、1 名体制となる。

3 報告事項

（1）認知症アウトリーチチーム事業について

平成 28 年 3 月 29 日に認知症疾患医療センターの国家公務員共済組合連合会立川病院と協定を締結し、4 月から事業を開始する予定。

#### 4 検討議題

##### (1) 地域の医療・介護サービス資源の把握について

###### <主な意見等>

- ・ エリアの区分けは、生活圏域ごと、または町ごとの区分けにする。
- ・ 地域包括支援センターなどの相談窓口も掲載し、市民が見て判断できるもの、相談窓口で活用できるものが良い。
- ・ 訪問看護や薬剤師など、何をやるサービスなのか役割を載せて欲しい。
- ・ 往診と訪問診療の違いがあるため、マップには訪問診療を実施しているところを掲載した方が良い。
- ・ エリアの区分けは、6か所の地域包括支援センターをベースにした方が良い。ケアマネジャーと連携しやすいためである。
- ・ 何に困っているかをフローチャートでたどるようなものが良い。
- ・ マップの全体のボリュームに関して費用など、財政状況は大丈夫か。  
→ 平成29年度予算に計上し作成したい。秋ごろのまでに、内容や部数などを決めたいと考えており、今後たたき台を示したい。  
マップ作成には、スケジュールと費用の2つの課題がある。スピードを上げて検討しなければならないことと、費用は予算の全体額が決められているため、マップ作成に費用をかけてしまうと、他の事業に影響するため制約があることである。他市では民間企業と協定を結び、マップを作成し課題解決を図っている。この点も考えねばならない。
- ・ 他区の在宅療養ハンドブックには、訪問看護など各サービスの役割が掲載されているので参考にいただければと思う。

###### <結論>

いただいた意見を精査し、事務局の方でたたき台を作成する。費用面は、民間企業の協力を得るか、官民一体で実施するか、今後議論していく。

##### (2) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援について

医療と介護の情報共有について、市内訪問看護事業所や市内総合病院の現状について報告。

###### <主な意見等>

- ・ 入退院時の連携と、在宅療養に関わる在宅チームの連携に関して、情報共有の仕組みづくりが必要。
- ・ 入退院時の連携は、東京都退院時支援マニュアルがあり、改訂版が3月に出される。各自治体の使い勝手に加工して良いことになっており、ケアマネジャーが入院時に情報提供する連携シートが簡素化され、退院時に医療機関とどう連携を取るかフローチャートで示されているので、立川市で活用出来ると良い。
- ・ 在宅療養の連携は、ICTに限らずさまざまな方法が並列にある。サービス担当者会議は顔の見える関係づくりとして重要であり、また日頃から多職種が学び

合っていく機会を作っていく必要がある。

- 今回の調査では、医療と介護の双方がカンファレンスを必要とする場合のことだったが、中には医療がこの程度の介護ならばカンファレンスは不要と判断した場合でも、地域にとっては必要であったという場合もある。どのような対象が、カンファレンスを持つと在宅で療養する上で有用となるかを、医療と介護が確認し合えると良い。
- 情報共有の基本は顔の見える関係づくりをいかに構築していくかであり、ツールだけの問題ではない。関係づくりの方法論としては、既存の会議や研修のほか、多職種による事例検討などのシュミレーションで情報の必要性を確認できることが良い。
- 入院時に医療機関に情報提供しても、治療の場として必要でないと判断されたり、退院時のカンファレンスもタイミングが合わず実施できない場合がある。
- 独居の方で離れている家族が関われない場合、誰がキーパーソンになるか、病院側もどこまで個人情報を出せるか、支援者はどこまで情報収集すれば良いか等、大きな問題がある。
- 入院時、地域でのどの情報が必要かを確認しサマリーを送ったり、退院時に地域としてこの情報が欲しいこと、この利用者にはこの課題を詰めたいと発信するよう心がけている。カンファレンスは貴重な機会であり、単なる情報提供の場でなく、利用者が在宅に帰っていくために充実した内容にしなければならない。立川市の共通の運用ルール等、考えられればと思う。
- 医療機関や在宅医療の先生とどう密に連絡をとっていくかが課題。それに ICT が結びつくのかどうか、まだはっきり判断できない。
- 基本的に、ヘルパーは退院後の生活面を支える役割であるので、カンファレンスの一員として必要であることを確認したい。
- 歯科医師会の訪問歯科診療では、ケアマネジャーにサマリーを依頼し、担当地区の歯科医師に訪問を依頼している。退院時カンファレンスや在宅の受持ち患者のサービス担当者会議にはなるべく参加するようにし、参加できない時はケアマネジャーに療養上の注意点等を伝える等、連携をはかっている。ただ、カンファレンスの機会を広げようとしても、日中の診療時間を削っての参加は難しいため、すべての歯科医師が参加できるかどうかは難しいところである。
- 情報の一元化は、サマリーをどこかセンターのようなところに保管し閲覧できるような形にできれば良い。ただ、職種間で連絡が取れない場合も出てくるので、課題があると思うが、市が入力し電子で挙げ管理してもらい、それぞれの支援者が閲覧しに行く方法しかないのではないかと。
- 入退院時の薬のことは、情報共有した方が良く考える。電子お薬手帳は、各薬局、病院ともシステムを組まなければならないため、すぐ実現は難しい。
- 一般的に医師は在宅に関してあまり関心がないと感じる。顔の見える関係は、個人同士はできていると思われるが、組織同士はできていないのではないかと感じられる。

- ・ 情報共有は、ネットやテレビ会議ができる方が良いのではないか。それぞれがネットをつないで、スカイプ（インターネットによる動画の電話サービス）が利用できるが一番良いが。
- ・ 情報共有は色々な方法が並行してあることが良くて、基本は顔の見える関係を作って、その先に効率的に ICT を使うということである。ICT だけでは問題が起きる。関係づくりには、多職種が学び合うことが重要であると思う。
- ・ 医師会でも ICT に関して委員会で話し合ったが、各機関でソフトやツールを使っているのが統一化は難しいが、国の指導もあり ICT 化をすすめていく方向性は確認した方が良いのではないかという意見が出ていた。

<結論>

ツールの統一化は難しい。ただし、さまざまな方法がある中で、情報共有のあり方など、継続して検討していく。

(3) 平成 28 年度の進め方について

平成 29 年度末に在宅医療・介護連携や認知症の各事業を実施するため、協議会内に 2 つの作業部会（医療介護連携部会、認知症部会）を設置し、短期的かつ集中的に検討する。作業部会の委員構成について確認した。

<主な意見等>

- ・ 訪問介護は医療介護連携部会へ。
- ・ 歯科は医療介護連携部会へ。
- ・ 薬剤師は両部会へ。
- ・ 地域包括支援センターは両部会へ。地域包括スタッフは調整してからにする。
- ・ 市民委員は、医療介護連携部会と認知症部会にそれぞれ 1 名ずつ参加する。
- ・ 訪問看護は両部会へ。

<結論>

いただいた意見をもとに、各部会の委員構成を修正したい。

5 その他

(1) 次回及び次々回の日程

○ 次回

4 月 22 日（金）13：30～医療介護連携部会を予定。会場は市役所 104 会議室。高齢福祉課窓口へ。

○ 次々回

5 月 27 日（金）13：30～認知症部会を予定。会場は市役所 101 会議室。

6 閉会