

令和5年度 第2回

「松本市在宅医療・介護連携委員会議事録」

松本市在宅医療・介護連携委員会事務局

令和5年度 第2回松本市在宅医療・介護連携委員会 次第

日時 令和6年3月13日(水)  
午後1時30分～  
会場 議員協議会室

1 開会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 報告事項

ア 令和5年度事業報告

【資料1】

イ 第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

【資料2(別冊)】

(2) 協議事項

ア 令和6年度事業計画(案)

【資料3】【資料2(別冊)】

イ 各所属団体の取組み状況

【資料3-1】

4 連絡事項

(1) 認知症思いやりパスブックについて

(2) 令和6年度第1回在宅医療・介護連携委員会 6月上旬頃開催予定

5 閉会

(1 開会)

事務局 午後1時30分、開会を宣言した。(委員11名のうち9名の出席があり、委員会設置要綱第6条第2項に基づき、会議は成立した)

(2 あいさつ)

会長 訪問介護事業所の赤字経営や訪問介護事業所の倒産が過去最多となり、経営状況が厳しい状況や訪問介護報酬の基本料が来年度より減額されるなど、訪問介護事業を取り巻く状況は厳しいものとなっている。

松本市は高齢化率が高く、今後も増加していくことが予想される。高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるようにするためには、在宅における医療と介護の多職種連携の推進が重要となってくる。

能登半島地震を踏まえ、災害発生時に備えた医療介護連携体制を早期構築、ICTを用いた医療介護ネットワーク作りも重要な課題である。皆様のご協力を賜りながら、将来的には地域BCPの策定が進められればと思う。

本日の委員会は、松本市における在宅医療介護連携を推進していくうえで重要な会議である。活発なご意見交換をお願いしたい。

(3 会議事項 (1)報告事項 ア)

議長 議長は報告事項の説明を求めた。

事務局 資料1に基づき、「令和5年度事業報告」について説明した。

(意見・質問)

議長 議長は報告事項について、委員から意見・質問を求めた。

委員 資料1-1の表2「人生の最後の迎え方を家族等と話し合った経験の有無」について40%近くの方が「あった」と回答している。医療現場ではあまりないことだが、調査対象者を教えてほしい。

事務局 松本市高齢者等実態調査の結果であり、調査対象者は、要介護・要支援の認定を受けていない元気な高齢者である。

(3 会議事項 (1)報告事項 イ)

議長 議長は報告事項の説明を求めた。

事務局 資料2(別冊)に基づき、「第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画」について説明した。

(意見・質問)

議長 議長は報告事項について、委員から意見・質問を求めた。

議長 質問・意見がなかったため、議事を進めた。

(3 会議事項 (2)協議事項 ア)

議長 議長は協議事項の説明を求めた。

事務局 資料3、資料2(別冊)に基づき、「令和6年度事業計画(案)」について説明した。

(意見・質問)

議長 議長は報告事項について、委員から意見・質問を求めた。

議長 意見がないことを確認し、協議事項について協議会として了承した。

(4 会議事項 (2)協議事項 イ)

議長 議長は協議事項の説明を求めた。

事務局 資料3-1に基づき、「各所属団体の取組み状況」について説明をした。

(意見・質問)

議長 議長は協議事項について、委員から意見・質問を求めた。

委員 入退院支援として、入退院カンファレンス等への出席をしてきた。しかし、各店舗出席状況に差があるため、なくなるよう検討したい。

日常の療養支援体制として、担当者会議等への参加をあまり積極的にしていなかった。今後は、多職種連携を図るため、顔の見える関係づくりの機会を増やしたい。また、薬剤師自身の在宅に関する勉強会を予定している。

急変時の対応として、急な対応ができない場合もあり、薬局間の連携を取り、薬局全体で対応できる方法がないか検討していきたい。

人生の最終段階における支援として、かかりつけ薬局は浸透してきたように感じるが、引き続き、必要性を周知していきたい。

委員 協会としての取り組みではなく、当院等での取組みとして発言したい。

入退院支援として、できる限り早期のリハビリ介入が在宅生活の継続の可能性が高くなるので、早期リハビリ介入の啓蒙していく。訪問リハのみ利用している場合、ケアマネ等への入院情報の伝達を進めていく。

日常の療育支援体制として、自宅での生活継続のための多職種間のシームレスな情報共有を進める。また、認知機能低下の方への対応、誤嚥に関しては、入院時、訪問リハ介入で身体機能、認知機能評価を早期に行うことで、嚥下機能や服薬能力などを把握することができる。評価方法として、MMSE、EAT10等が考えられる。身体機能も早期に評価できるとよい。

急変時の対応としての連絡手順や対応方法は統一できていないため、図れるとよい。

人生の最終段階における支援として、会員や職員が、ACP について不勉強であり周知が必要である。また、利用者や医療介護関係者に対して、緩和ケアや終末期の方にも、リハビリの提供が可能なことを周知していく。

## 委員

入退院支援に関しては、入院中から病院や主治医と相談しながら退院後の対応をしている。必要時は、訪問看護による緊急対応等、調整している。救急車をタクシー代わりにするような経済的な困窮がある方は、行政と連携を図り対応していきたい。ケアマネが知らないで入院とならないよう、事前に利用者に説明していきたい。薬剤師や歯科との連携は、担当者会議の出席、居宅療養管理指導での関わりを持っていきたい。

療養支援体制に関しては、訪問診療や往診等の必要な方は主治医と相談し体制を整え、調整をすること、また日頃から主治医とは関係作りに努めるようにしていきたい。認知症の独居で見守りが必要になる場合は、利用者様の残存能力に合わせてサービスの調整、地域での見守り体制も大切になってくるため、地域との連携も図っていきたい。薬剤師の担当者会議依頼は居宅療養管理指導を使っている場合は、声をかけ、薬の相談ができる体制にしていきたい。歯科は食事との関連があるため、課題のある場合は受診を促しや、必要時、訪問歯科診療を行っている医院に相談している。口腔機能訓練等を行っている事業所へ、繋げるように心がけている。

急変時の対応としては、経済面の支援、訪問看護も検討したい。

人生の最終段階における支援として、ACP が広がってきているが、自宅での見取りは、家族や、本人の気持ち等様々な条件が必要である。主治医やサービスの説明をしっかりと伝えたいうえで、望まれる方は自宅で最期まで過ごせるようにご支援していきたい。

## 委員

入退院支援に関しては、例えば、退院後、受診が滞ってしまっている方には、主治医、医療事務、外来看護師から連絡があり、対応するケースがある。個別に連絡をしたり、終末期だが状態が進んでしまったような方には、本人や家族に相談し、一から往診してくれる医師を探している。もともとのかかりつけ医であれば受けてくださる場合もあるが、新規の場合は断られる医師が多い。一分一秒を争う中、往診の医師を探すことに難渋している。今後の取り組みとしては、今でも心がけているが、退院時に本人家族に今後起こり得ることを説明し、現時点では当院に受診可能でも、いずれ通えなくなった際、どうしたいのかを早めに確認しておくようにしたいと思う。当院の外来と並行して、往診を依頼し、同時に併診する選択肢も提示しながら、対応していきたい。タクシー代わりに救急車を使う方を患者さんとして受け入れた場合は、その段階で経済的な面を一度確認し、入院日当日、市の生活保

護ケースワーカーにと連携を取り対応している。なかなかすぐに解決できることではない。ケアマネが知らないうちに入院している件については、事前に入院の予定が入っていて入院支援ができる患者の場合は、事前にケアマネがわかるが、緊急時や夜間入院の場合は家族や本人から申告されないと、ケアマネがついてるかどうかわからないのが現状である。大半はケアマネから文書での情報提供を受け、それをカルテにも取り込み、多職種と共有するようにしているが、ご本人や家族がケアマネには連絡しないで欲しいと言われるケースもある。その場合、対応が難しいと感じる。基本的には、家族からケアマネに入院したことを連絡してもらうことが一番自然で、連携が取りやすい。ただ、家族とコミュニケーションをとることが大変だと思うケースもあるのが現状である。

療養支援体制に関して、訪問事業、往診、訪問看護の体制として、終末期の看取りの際は、早急に各関係機関に連絡を取り、カンファレンスを行っている。往診医師や主治医を交えてのカンファレンスも開催している。今後も同様の対応を続けたい。認知機能が低下への服薬については、ケアマネや訪問看護が介入していれば連絡を取り合い、服薬カレンダーにセットし、週に一、二回訪問の中で飲んでいるか確認したり、写真に撮り、現状を外来時、医師の診察時で現状を伝えている。服薬に関してはやはり難しさを感じている。試行錯誤中だが、入院中から内服カレンダーや箱での活用を試しているが、難しい。主治医に相談し、減薬、一方化対応もしている。歯科医への受診は、体の機能が衰え、階段が昇れない、病院まで行かれないこともあり、受診ができない場合もあると感じる。

急変時の対応としては、病状説明時、予後が短いと判断がされ、本人や家族に説明する段階でソーシャルワーカーから最期の迎え方の選択肢や転院や施設も含めて情報提供するように努めている。在宅で最期を迎えるだけが全ではないという体制で対応している。様々な事情で自宅での看取りができないことを責めることのないように配慮している。事前に打合せし、自宅へ帰った場合も、家族が躊躇し、看取れず、救急搬送することになる可能性も予測して、訪問看護をお願いしたいと、退院調整している。

## 委員

退院後、訪問診療を受け入れてくれる医師を探すことが難しいと発言があったが、医師会として、なるべく在宅訪問できる医師の裾野を広げる努力はしていく。在宅療養の専門医師がいるが、その医師のサポートも行っている。対応できるようにネットワークを作りたいと思っている。松本市立病院では現状いかがか。

委員

終末期に限らず、往診をお願いすることはある。西部地区や朝日村、山形村の医師は、もともと往診を対応している医師であれば、受けてくださる。

委員

看護協会の訪問看護として報告をさせていただく。入退院支援に関して、タクシー代わりに救急車で入院する方への対応として、ケアマネに相談をし、なるべく、大きな病院への緊急搬送ではなく、かかりつけ医がいれば、そこへタクシーで行くことも提案したことがある。また、介護タクシーの提案もしている。訪問看護が介入している方については、今後も緊急対応について考えていきたい。ケアマネが知らずに入院していることへの対応は、訪問看護が介入している場合、必ずケアマネに連絡するように伝えている。

療養支援体制については、様々な状態の方が訪問看護を利用しているが、見取りまで家族やご本人が、視野に入れていないような方もいるが、その場合も、最後まで私達は自宅で過ごす場合、支えることが可能であることを一言添えて、契約している。訪問看護の人員不足もよく聞く話だが、学生の中には、訪問看護を希望している学生もいる。これまでは、看護師の経験を経て、訪問看護を行うルートが通常ではあったが、訪問看護をやりたいと思っている学生を新卒で受け入れられるよう取り組みを行っている。そのため、看護協会で作成プログラムを作成し、当ステーションでは2025年度から採用できるように目標を立て、準備している。また、経験を積んでから訪問看護を希望している場合や病院に就職しても進路変更、転職等考えている看護師へも門を広げたい。さらに、在宅での生活の実際を知ってもらえるよう、訪問看護ステーションのない病院の看護師に訪問看護ステーションに一時期出向してもらい、訪問看護を知ってもらうことも、入退院の支援にも役立つと考え、取り組みたいと思っている。認知機能が低下している方への服薬支援について、意欲的に関わってくれる薬剤師もいる。訪問看護に連絡票を使い、情報提供してくれる方もいる。皆で見守る体制が広がっていくとよい。

人生の最終段階における支援として、看取りについて講義形式ではなく、数名の住民や多職種が集まり、語り合うことを昨年度は6回行った。様々な看護ステーションでできるように呼び掛けている。在宅がベストと伝えているわけではない。普段から自分の考えを知る機会、周りに知ってもらう機会、在宅はこういったところだとわかってもらえ機会であるとよい。包括、ケアマネから依頼を受け、看取りについての講義を2回行った。訪問看護契約の際、松本市版のリビングウィルを本人、家族に声を掛け、渡している。在宅療養することを決めて自宅に帰ってきた場合も、身持ちが揺れることがある。そういった気持ちに寄り添い、病院や多職種と情報交換し、これからもやっていきたい。

委員

入退院支援について団体としての取組みはしていないため、各事業所に任せている。ケアマネが入院を知らないことがないよう、知りえた情報は伝えるようにしている。退院カンファレンスはリハ介入があれば、情報提供をしている。

療養支援体制については、市民公開講座の開催（オンライン）やOTがいない事業所を対象に出前講座を行っている。IADL、認知機能等について情報共有を行っている。今後も同じように取り組んでいく。

急変時対応は団体としての取組みはなく、各施設での対応となるが、一度、介護タクシーでよい状態であったので案内をしたが、介護タクシーがつかまらない状況があった。

人生の最終段階における支援としては、各所属に任せているが、施設ではポスターでの周知、病院では退院支援の方に任せ、周知している。

委員

入退院連携ルールの運用状況調査の結果を居宅、包括、行政、県医師会で情報共有している。11月実績の結果は、3月下旬から4月上旬にお知らせできる。今年度、医療機関にアンケートを行っている。結果はまとまったところで情報共有していく。結果を踏まえての対策を連携して考えていきたい。

人生の最終段階における支援としては、県の9期計画にも記載している。研修等、松本地域でこういったことをしてほしいと希望があれば連絡がほしい。

委員

人生の最終段階における支援としては、家で看取ると本人が決めているのにもかかわらず、それを知らない関係者、家族等が119番した時の対応だが、現在は、明らかに死亡している、または医師に引き継ぐ、医師が臨場現場に来なければ、原則、病院に運ぶことになる。しかし、来年度、変更できないかを松本市医師会と検討をしている。事前指示書に署名している代理人および主治医に搬送について直接確認し、心肺蘇生を中断する。なので、主治医に電話が繋がった場合、心肺蘇生を中断し、その主治医が、その現場に臨場することを確認できた場合には、主治医の臨場を待たずに、現場を引き上げる調整をし、主治医から家族等に説明をしてもらう。なので、主治医に救急隊が電話をして電話が繋がったら、家族に電話を代わってもらい説明してもらう。救急隊は、指示を得ている信州大学医学部附属病院か、相澤病院の医師に報告するとともに家族等に救急搬送辞退書への署名を依頼し、その場から引き上げることになる。正式に決まれば、この場でも伝えたい。

また、ヒートショックについて、過去、5年間浴室における救急事案について情報共有したい。平成30年1月1日から令和4年12月31日までのデータになるが、月別の搬送人数は、1月、12月が多い。年代別は、80代が圧倒的に多く、次いで70代90代と高齢者が多い。時間は午後5時から午後9時までの間に多い。傷病程度は、死亡が8%ある。浴室による救急事案で、全ての救急事案の8%の方が死亡しているということは、かなり高



い確率である。

議長  
事務局

議長は事前に受けた欠席者の意見を事務局へ求めた。

前回の委員会での内容に、年に1回以上の歯科検診・歯科医院の受診者（要支援・介護高齢者:39.5%、元気高齢者:77.6%）とある様に歯科の高齢者に対する役割はある程度感じていますが、救急時の対応や、看取りに関しては歯科医師の範疇ではないと感じます。歯科医師会でもオーラルフレイルの委員会を作り、指導医を増やせるように活動を始めています。

在宅医療・介護医療に関して、歯科医師は比較的、初期の方に対応が出来ますが、症状が進行している方や、救急時、末期の看取り看護の対応は出来ないのが現状です。

事務局

入退院の支援については、平均在院日数の短縮、在宅復帰率等の評価より、効率的な入院医療が求められているが、完璧に行われていない現状を感じている。「入退院支援加算」の効果について医療現場からの様々なデータを分析していければと思う。現在は、退院後の受診についてケアマネと訪問介護の連携の中で気づいたらつなげる努力をしている。今後は、気づいたらつなげていき、ケアマネへの報告は後追いでも良い法律ができればよいと思うが、難しい。生活は継続しており、現状が困っていれば待ってられない。スムーズな連携が必要である。薬剤師会と歯科医師会の合同の勉強会は、介護現場でも開催したい。

日常の療養支援体について、現場での声を上げていく場所をつくっていくことが必要だと考えている。医療と介護の連携だけでなく、市との連携も必要である。担当者会議に介護福祉士が出て直接発言ができるよう、事例によっては参加してきた。現場の声を一つ一つ解決していくことが重要だと考えている。かかりつけ医の問題は、深刻である。在宅での看取りあたり、連携は必須である。地区単位での医師の協力が求められる。今までの取り組みとして、具体的に行えたことは事例として浮かんでこないが、介護職の立場からは、気づきの提起はしてきた。どうつなげていくかが課題である。

議長

保健所長にまとめとして、意見を求めた。

保健所長

在宅生活支えるためには、各団体同士顔の見える関係づくり、そして、いかにお互い共通した情報をもつことが中心の話題である。

能登半島地震の避難先では、いちから情報を得ていかななくてはならなく、避難者の負担や必要な人に支援が届いていない可能性も目の前にした。日ごろからの情報共有をどうするかが大切と捉えている。来年度計画ではICTの活用の研究となっているが、情報連携の在り方について意見を伺いつつ、それ以前に、どう連携するか本来の核を作りながら、ご協力をお願いしたい。

ACPに関して、本人、そして家族の認識も非常に重要である。幅広い年齢層への周知啓発が必要であり、皆様の協力を得ながら行っていきたい。

議長 他に意見がないことを確認し、議事を終了した。

(4 連絡事項)

事務局 その他、連絡事項の説明を求めた。

事務局 認知症思いやりパスブックの概要、VOL8改定内容、各委員で必要な際は事務局へ連絡ほしい旨を伝えた。

事務局 令和5年度の本協議会は本日が2回目で終了となる。次回日程は来年度6月上旬予定となることを伝えた。

事務局 閉会を宣言し、午後3時08分に散会した。