

会 議 録

会議の名称	令和3年度 第1回在宅医療・介護連携代表者会議及び認知症施策推進会議
開催日時	令和3年10月22日（金）午後1時30分～2時45分
開催場所	ZOOMによるオンライン会議（一部書面会議）
出席委員	岩崎委員、宮本委員、田代委員、松川委員、木野委員、奥山委員、大坂委員、長内委員、田中委員、立花委員、渋谷委員、池亀委員、土屋委員、生方委員、辻委員、犬飼委員、原藤委員、宮崎委員（計18人）
欠席委員	檜原委員、正岡委員、西委員、本多委員、中村委員、多田委員
内 容	<p>1 開会</p> <p>議事</p> <p>（1）令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の取組について グループワークによる意見交換</p> <p>（2）在宅医療・介護連携の推進、認知症対策の推進に係る計画について （志木市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画）</p> <p>（3）在宅医療介護資源等の実状について</p> <p>※（2）、（3）は郵送による事前書面報告とした。</p>
結 果	審議内容の記録のとおり （傍聴者0人）
事 務 局	朝霞地区医師会地域包括ケア支援室 菅田コーディネーター 長寿応援課 斉藤主査、吉本主任、高橋主事
審議内容の記録（審議経過、結論等）	
1 開会	
2 議事	<p>（1）令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の取組について</p> <p>2グループに分かれて意見交換を行った。</p> <p>Aグループ「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）支援について」 メンバー：医療3人、介護3人、保健1人、市民代表2人</p> <p>○ACPに係る各職種等における現状について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設で看取り、本人と家族の希望が一致する場合の方が少ない。本人の希望が在宅での看取りでも経済的理由で介護サービスを入れられない場合があり、民間や他のサービスと組み合わせながらできるだけ本人の希望に添えるようにしている。 ・本人が望む最初のプランから実際のサービスがかけ離れてくることもある。在宅で最期

を迎えることを希望する人を地域でどのように支援していけるかが課題。

- ・日頃の業務で、市民に接するなかで最期の迎え方まで話が繋がることは少ないが、本人が望む生活や在宅療養など希望を聞くことはある。
- ・訪問活動のなかで、できるだけ本人の希望や思いを引き出せるようにしている。話の延長で望む生き方など聞ける場合もある
- ・以前から院内でACP研修などを行い、理解して進めていけるように取組を行っている。
- ・リハビリに訪れる患者さんは、比較的元気な方が多く、人生の最終段階までの話までは話すことはほとんどないが、本人の望みや希望する生活などを引き出せるよう関わっている。
- ・保健所では指定難病医療費給付の手続きがあり、ALSの方など申請を受ける段階から、ACPを意識してはいなくても保健師等が本人の望む治療や療養について聞き取りをしている。県医師会が発行している冊子「私の意思表示ノート」を使用している。
- ・市民はACPという言葉の意味もわからないし、それ以前に介護保険の使い方などもよくわからない。集まりに来て話をしてもらうことは可能なのか。医療、介護職のみなさんが様々なことを学んでいることを知ることができた。
- ・ACPの捉え方が医療職でも職種によってさまざまである。医療目線での延命や最終段階を考えるだけではなく、もう少し広い捉えで生き方を考える自体がACPである。支援者側のACPの理解と市民への啓発と両側面を考えていかなければならない。

○今後について

医療職や介護職への理解促進と住民への普及啓発と同時に進めていく必要がある。

朝霞地区在宅医療・介護連携推進会議でもACPへの取組について、検討が進められており、11月に医療職・介護職を対象とした研修として、オンライン上映会を予定している。また、住民向けの普及啓発を進めるため、今年度から県による「ACP普及啓発講師人材バンク登録制度」が始まり、朝霞地区では各市で医師1名が登録した。その他、市の具体的な取組として、どのように進めていくか今後も本会議を中心に検討していきたい。

B グループ「朝霞地区入退院支援の手引き～入退院支援ルール～の活用について」

メンバー：医療5人、介護4人

○朝霞地区入退院支援に係る各職種等における現状について

現在、手引きを使用している委員はいなかったため、実際に使用しているツールや連携について意見交換をした。

- ・医療とのやりとりは電話が中心。MCSも活用している。こういうツールがあると連携しやすいと思われる。
- ・ADL表、採血データ、診療状況提供書等の情報を経て、受け入れの可否を判断している。(入院の場合)

- ・病院として、情報提供書は、ケアマネジャーからA4サイズ1枚のシートをもらっている。手引きの11ページにある「入院時情報提供送付状」の送付だけでも病院としては助かる。
- ・手引き7ページにある「連携にあたってのマナー・エチケット」は、具体的に書かれているので参考になる。ルールを活用はできていない。担当者とのやりとりが重要。入院してしまうと、コロナの影響でその後の経過が分からないことが多い。会議等でルールの周知が必要である。
- ・入退院も大事だが、退院した後の地域でのフォローが大事。包括と連絡は取れるようになってきた。
- ・薬局での活用はできていないが、トラブル等は特にない。
- ・歯科には、今のところ入退院連携に係る連絡はない。患者さんから退院したと連絡が来ることもある。シート沿って情報が記入してあるとわかりやすいと思った。
- ・連携するにあたり、入退院支援ルールの書式を使っている。朝霞地区ではなく埼玉県のものを使用している。
- ・病院では電子カルテを使用。その中に入っていないフォーマットだと使いづらいかもしれない。手引き11ページの「入院時情報提供送付状」の情報があると良い。
- ・退院時はサマリーを使用している。先方の要望に応じて、手引き18ページの「退院情報記録書」を作成している。退院前に、ケアマネジャーとオンライン面談することもある。
- ・退院時は情報提供書を作成。入退院支援ルールは活用できていない。あまり見たことがない。

○手引きの活用についての意見交換

- ・包括支援センターやケアマネジャーがまず率先して使えると良い。
- ・病院では医師の負担を減らすために、医師事務補助課がADL表、診療状況提供書、リハサマリー、看護サマリーなどを作成している。提供があった様式をカルテに取り込むことは可能と思われる。
- ・入院前が介護未申請で退院後にケアマネジャーがつくパターンが多いため、退院時の情報提供が多くなる。ワードやエクセルで使うのは問題ない。
- ・医療と介護の連携。途切れない支援を行っていく必要がある。

○朝霞地区入退院支援の手引きの今後の活用について

手引きは、朝霞地区の医療職や介護職で構成された作成委員で意見交換し、作成された。市のワークショップ等でも情報提供の共通した連携ツールがあると良い等の意見が多かった。ツールは活用されない意味がないため、出来るところから活用していく。今後、朝霞地区在宅医療・介護連携推進会議等でも手引きの活用に関して評価を行っていく予定。

(2) 在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進に係る計画について

－志木市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画－

事前送付による書面報告とした。

(3) 在宅医療介護資源等の実状について

事前送付による書面報告とした。

〈次回日程〉

未定。新型コロナウイルス感染症の拡大状況等踏まえ事務局で検討する。

以 上