




会 議 録

会議の名称	行田市在宅医療・介護連携推進協議会 患者情報共有・ICT 部会	
開催日時	平成29年10月12日(木) 開会； 19時00分・閉会； 19時50分	
開催場所	行田市産業文化会館 管理棟 2B会議室	
出席者(委員)氏名	藤井尚子、松原克彦、藤野貴士、斎藤 祐、石島弘美、千島万里江、木村洋良、湊上通子、大山恵巳、吉岡隆秀、加藤里美、川島治、溝上俊亮	
欠席者(委員)氏名	野口智子、栗原 肇、江袋文紀	
事務局	行田市高齢者福祉課地域包括ケア担当 行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑	
会議内容	患者情報の共有の方法(ノート式)と ICT(メディカルケアステーション)について	
会議資料	(資料名・概要等)	
その他必要事項		
会議録の確定		
確定年月日	主宰者記名押印	
29年11月9日	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>藤井 尚子</p> <p>溝上 俊亮</p> </div> <div style="text-align: center;">   </div> </div>	

発 言 者	会議の経過（議題・発言内容・結論等）
藤井委員	<p>開会</p> <p>前回、MCS に関しては部会や研修などで実際触ってみようという動きがあった。情報共有は、医療と介護が連携する上でどのような情報が必要か意見を聞き、どんな課題があるかイメージ作りができるとうい。情報共有に使われているツールとして「私の療養手帳」、前橋市医師会で作成された「私の人生ノート」、認知症疾患センター作成の「私の手帳」を配布した。他のツールとして、ケアマネと病院との連絡文書、行田市ケアマネ会で作成された医師との連絡帳を配布した。専門職の方から意見ををお願いしたい。</p>
松原委員	<p>どんな情報があるとよいか？</p>
藤井委員	<p>前回、例えば、医師から緊急時にキーパーソンが変わっていて困った事があった等、在宅患者さんの家族背景の情報が必要との意見があった。患者さんが自宅で生活している中で、支援者として必要な情報が何か出してほしい。</p>
溝上委員	<p>往診医や訪問看護師より、ヘルパーが利用者の自宅に行く回数は多い。ヘルパーから医師への利用者情報が分かりやすいとよい。MCS など ICT を入れる意図は、今後人手不足が見込まれる中で、どう効率よく在宅の高齢者を看ていくか、どう情報共有していくか、その一つの手段として MCS がある。また、法人間の垣根を超え情報共有するか、医師であれば治療へ繋げる情報を、介護側からもらえることができればいいのではないかと思う。</p>
松原委員 	<p>今のところ思いつかない。</p>

藤井委員	歯科医師の立場から意見をお願いします。
藤野委員	薬はお薬手帳を持っているのでだいたい分かるが、介護の方からだとかみ食など食事形態の情報があるとよいと思う。
溝上委員	咀嚼ができていられるかどうかなどの情報にも繋がりますね。
藤井委員	薬剤師の方をお願いします
斉藤委員	訪問の依頼があった時に、病院で持っている最新の検査データを 確認できると有難い。診療情報提供書でも確認できるが、服薬コ ンプライアンスが正しく行なわれているか見た上、副作用を確認 したい。その他、嚥下機能により錠剤が飲めなければ粉でお出し できる。ケアマネのケアプラン情報も必要。リアルタイムで MCS 上でのヘルパーからの情報は何でも頂きたい。訪問時のバイタル チェックの情報も有用。細かく正確な情報ほど良く、写真、動画 などでもよい。
藤井委員	服薬コンプライアンスとは？
斉藤委員	薬が正しく飲めているかどうか。 認知症など様々な要因で、薬が正しく飲めない。体の機能の低下 により薬を包装から出せない。包装自体を口に入れてしまう事も 報告されている。
溝上委員	病院だと医師と薬剤師が連携とれるが、在宅の場合、その連携 をどのようにしたらいいか？
斉藤委員	実際にあった例だと、お薬カレンダーを使い、例えば、午前午後

	と 2 回ヘルパーが行く場合、薬はその時間帯の分しか本人に渡さない。眠剤は夜分しか渡ないようにする。飲用したかどうかは、薬の殻をとっておいてもらう。完全ではないがそれ多量服薬などの誤飲を確認できる。
藤井委員	ケアマネからお願いします。
石島委員	在宅計画のプランを立てるとき、幅広い情報が必要。 医療面の情報として身体的なもの、治療方法、服薬状況が必要で、次に、生活動作の ADL、生活面の IADL、家族情報、キーパーソン、本人や家族の希望、困り事、サービスをいれていく上で性格や生育歴も必要。「私の療育手帳」は、量が多いが、幅広く情報が網羅されていると感じた。
溝上委員	ケアマネの情報を管理する方法は？
石島委員	アセスメントシートに全て入れ込んでいる。
藤井委員	ケアマネの事務量は多いと思うが、こういった事が更に加わった時にどの辺までできるか？
石島委員	作成は大変だが、見る分にはとても良い。
藤井委員	訪問介護からお願いします。
千島委員	利用者が通院から帰ってきて、医師からの指導を尋ねると大事な事を覚えていない。後で訪問看護に確認すると内容が違っていたりする。また、「次回病院に行く時に医師に相談して」とお願いしても忘れてしまう。MCSがあれば医師に情報を伝えられる。塩分

藤井委員	制限のある方が、塩分を取り過ぎた時に相談できるとよい。  リハビリからお願いします。
木村委員	秩父市の様式6、入浴、趣味、外出、買物の頻度、掃除や洗濯をしているかなどあった方がいい。
藤井委員	秩父のものに更に加えた方が良いとの意見がありました。訪問リハビリをお願いします。
淵上委員	リハビリの目標をどこにおくかということを示してほしい。在宅のリハビリ状況、どんな生活をされて、どこまでやれているかヘルパーによく見てほしい。血圧、糖尿病の薬のコントロールについて、薬の調整中なのかどうなのかを知りたい。生活上の制限も必要。本人が認知症で伝えられないこともあるため、色々配布して頂いた中で認知症の方には「私の手帳」が一番良い。
藤井委員	通所介護をお願いします。
大山委員	デイサービスでの入浴の前にバイタルを測るが、血圧が高い、脈が速い、傷のある方が入浴出来る状態なのか、医者からの指示が得られるとよい。利用者の様子が普段と違うと感じる時がある。食事や水分があまり取れていないのか、原因が何か把握するため、家族やヘルパーから前もって情報を頂けるとよい。
吉岡委員	通所介護の役割としては、通所された時に気付いた事をMCSに載せていくことだと思う。訪問系のサービスが入っていない方など、送迎時、家の様子なども把握できる。

藤井委員	在宅医療支援センターお願いします。
加藤委員	受診時、家族が連れてきたときに、実際本人と別居していて、本人の生活を知らない状況で、デイサービスからこう言われたと、医療的な事を聞いてくる家族がいる。家族を通して聞くより、直接デイサービスから問合せ頂きたい。
川島会長	MCS に即効性はない。24 時間いつでも問合せられるものではない。入浴の件は医療機関にその時に問い合わせる必要がある。かかりつけ医にリアルタイムで今聞きたいというのは無理である。返事は 2～3 日後、普段の生活上で聞きたいことなど、急ぎでない返事に対して MCS を使う。
藤井委員	<p>皆さんからは、MCS と別の情報共有ツールと 2 通りのご意見をいただいている。MCS が日常的な様子を伝えるツールだとすれば、情報共有ツールは、指示書とか紙ベースで持つという趣旨。どこまでのものを求めるか。秩父市の「私の療養手帳」が広く市民に使われている理由は、自分のことを、自分で決めて、細かい事を書き込めるというところである。</p> <p>忙しい医療と介護の現場では、最期についてじっくり話を聞く事は難しいと聞く。自分と向き合って書くという点では、「私の人生ノート」がよい。ただし、専門職間の情報共有としては限られるという印象がある。</p> <p>「私の手帳」は認知症という限定的なものだが、自分で書き込める様丁寧に作られている。しかし、部分〃でケアマネや看護師が手伝う必要がある。「私の療養手帳」よりシンプルで比較的書きやすいと思った。</p> <p>手帳的なものを作るか作らないかという選択肢もあるが、作るとしたら、MCS 以外でどのようなものが良いか、意見をもう少し</p>

<p>松原委員</p>	<p>ただきたい。</p> <p>「私の人生ノート」みたいなものがあるといいと思うが、すごく手間のかかったものを作っても、内容がすぐに変わる事がある。作って終りということではない。</p>
<p>藤井委員</p>	<p>秩父市の「私の療養手帳」は差替え式になっている。バージョンを変えていく必要がある。</p>
<p>溝上委員</p>	<p>専門職それぞれ欲しい情報は違う。例えばケアマネが認知症の簡易テストを行なったら少し進行していた事を載せ、その情報を必要とする者に伝わる。そういう使い方は如何か？</p>
<p>松原委員</p>	<p>難しい。毎回、誰が担当で、物事を確実にやっておかないとならない。</p>
<p>溝上委員</p>	<p>最低限、基本的な情報だけを載せておけばよい。皆で共通して欲しい情報だけを載せるというルールをつくるのもよい。一つのアイテムをどう有効に使っていくか、アイデアを出していただきたい。</p>
<p>川島委員</p>	<p>今までは、おまかせで、先生のいう通りということも多かったと思う。これは、自分の死に方を考えていくことを広める意義もある。医師会のフォーラムでも自宅で亡くなるというのはどういう事かというのをテーマに行ない、エンディングノートに近いものを市民に配る。実際それがどこまで使えるかは別として、一度市民に死を問いかけるのは意義があるのではないかと思う。</p> <p>ただし、記入に負担がかかり過ぎるのも考えものだと思う。</p>

吉岡委員	前橋市や秩父市の方は、情報共有ツールとして持ち歩いているのか？保管しているのか？
松原委員	そもそも医療の連携の為の情報共有ツールとして作成した訳ではないですよね？
藤井委員	エンディングノートの意味が強い。「私の手帳」に関しては、お薬手帳のように、薬が変わった時だけシールを張り変えて下さいという書かれ方をしているので、携帯して下さいといったもの。
吉岡委員	携帯しているのか？
藤井委員	秩父市は家においてある。
淵上委員	秩父と比べると皆野は普及していない。書くよう促されている患者を見たりした。携帯は人それぞれ。
吉岡委員	広めようとするならば、持ち歩かないと意味がないのでは？特に情報共有ツールとするならば、携帯した方がいいのではないか。
淵上委員	紛失してしまったら大変。
川島委員	入院時、初めて施設に行く時に渡して書き、控えをとり急変した時に指示が分かればよい。普段携帯しなくてもよい。
吉岡委員	家保管では普及の面でどうかと思う。
藤井委員	イメージが在宅療養の最初にある。退院した時の状態とか、割と変化が大きい方、数日で病院に逆戻りすることも結構ある。そい



	<p>った方を専門職でどうで支えていけるかというのが趣旨。すでに様々なところで情報共有はやっていると思うが、入退院の繰り返しの場合など、紛失のリスクを考えたら要所、要所で使えばよい。</p>
松原委員	<p>基本、家においておき、入院時に使用すればよい。</p>
藤井委員	<p>初対面で、死に方や最期の話をするのは意外と聞きづらい。ノートを持っていれば確認出来る。</p>
松原委員	<p>私はどんどん聞く。結構皆さんの内容は変わる。揺れ動く。</p>
藤井委員	<p>気分で変わる時がある？</p>
松原委員	<p>あります。</p>
吉岡委員	<p>終末期の方、リハビリしている方、認知症と、幅が広すぎると思う。</p>
溝上委員	<p>エンディングノートは一つのものであって、病院での死、施設での死、自宅での死、死について考えてもらえる良いきっかけになる。それによって、大きな病気にならないように予防にもつながるのではないか。</p>
松原委員	<p>健康な人は在宅療養ではない。通院をする、施設に通っている。</p>
溝上委員	<p>健康意識が高い方は大丈夫だが、そうでない方をどう促していくかを今話し合っているところ。医療と介護を必要とする方の情報を共有し、効率よく在宅で最後の死を迎えさせてあげられるかというのをどう連携していくか？今の話だと二つに分かれてくるの</p>

藤井委員	<p>かなと思う。</p> <p>情報共有ツールとしては、まだ意見はまとまらないが、イメージが共有されてきていると感じた。患者に安心して自宅での生活を送っていただくというところにゴールがあると思う。そのために私たちが必要な情報は何か、今後、良いものができればよいと思う。</p> <p>メールで野口委員から MCS 使用の可否の問いかけがあったが、野口委員へ直接返されている方もいると思うのでこれは割愛させていただきます。他に何かありますか？</p> <p>本日は有難うございました。</p> <p>閉会</p>
------	--