



会 議 録

会議の名称	行田市在宅医療・介護連携推進協議会 研修部会	
開催日時	平成30年3月22日(木) 開会； 19時30分・閉会； 20時15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	阿久津彰良、笠原利子、堀内 規、島田 喬、小林雅世、馬渡夏美、本木瑞穂、鈴木武則、澤田千尋、鳥塚智子、加藤里美、川島治、溝上俊亮	
欠席者(委員)氏名	古田 和也、小林永治、原 寛和、嶋田由紀子	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度の研修について ① 認知症研修 ② 摂食嚥下研修 	
会議資料	(資料名・概要等) 次第 研修に関する意見	
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	
30年 4月 23日	阿久津 彰良  笠原、利子 	

発 言 者	会議の経過（議題・発言内容・結論等）
川島会長	<p>開会</p> <p>3月8日の多職種合同意見交換会に390名の参加、介護保険のパブリックコメント138名、ありがとうございました。今期は私の配慮不足で予算が無く、今、議会で来年度の予算や研修の方を検討している。罪滅ぼしという訳ではないが、医師会の方でVR研修、ゴーグルをつけて認知症の方はどういう世界を見ているのかという研修に助成が下り、出来る事になった。夏頃予定している。是非、現場の皆さんに参加してもらい、現場で活かして欲しい主旨。また追って連絡する。</p>
阿久津委員	<p>今回の議題を話し合いたい。議題としては認知症と摂食嚥下、その過程もメールで送ったが、皆さんから特段意見がなかったのでこの二つを議題とした。認知症について、研修方法はグループワーク、皆で話し合う。地域課題解決の形としての研修をこれから進めていきたいと考えている。单元ごとや、認知症は今こういう事を現場で困っている等、皆で意思統一した方が良いのではないかと、医療と介護が連携して動いていく為にはどのような事を学び、共有や協働をしていった方が良いのかを挙げて欲しい。意見ある方どうぞ。馬渡委員から資料もらった。目を通し確認して欲しい。馬渡委員から説明してもらいたい。</p>
馬渡委員	<p>課題という事でもらった。私が訪問で行っていて事例的にはたくさんある。基本的な所の基礎の疾患の事等、思いつくままに書いた。個人的に私がやりたいのは、現場で困っている事例を一つ取り上げてテーマを挙げながらやれば行ければ良いと思う。実際に体験した所では、糖尿病でインシュリン管理、内服管理をしているが、認知症があり食事のコントロールが取れず、ヘルパーが</p>

阿久津委員	<p>入っても対応に困るケースがある。そのような事例検討を、糖尿病のコントロールについては医師、内服の管理や注射に関しては薬剤師、生活の援助に関してはヘルパーの視点からという様に多職種の視点から、総合的なディスカッションが出来ればと思った。そこに向かう前に、基本的な知識の共有、单元ごとに学習会をし、最終的にそういう事例に取り組めれば良いと思う。思いつくままに挙げているので、ここで皆が困っている事等詳しく情報共有出来れば、こうした方が良いと挙げて、絞り込めれば良いと思った。</p> <p>現場で困っているが皆どうしたら良いか、事例を通してやるという話をしたが、その方向で良いか。現場で困っている症例を実際挙げてみて、それを皆で話し合ってもらおう。</p>
溝上委員	<p>認知症の件を自分で勉強しており、世間で認知症の誤診問題が大分増えている。せん妄、精神疾患と間違えて診断されて適切な治療を受けていない。病院で認知症の治療に繋げるのは周りの方。本人は認知症を発症していると自覚がなく、認知症の治療に繋がられない。周りが認知症について知らない。対応の理解が必要。元となる病気も色々ある。水頭症があり、治療が可能だったりすると認知症でも中身が違ふと知る事が良い。</p>
阿久津委員	<p>以前認知症の対応能力向上研修を川島会長にやって頂き、医療別と介護別で、介護別に関しては資料を確認したが、基本的な所は対応の仕方が主体、認知症の具体的な病態は余り載っていなかった。そこからやるのか、一回対応能力向上としてやったので、今回は方法Ⅱにいこうと考えている。Ⅱをやった時点で、介護、医療の方から「ここ分かっていない」というのが見つかったら、そこをⅠにしてやっていくというイメージでいる。私単独の意見。そういう事も全部皆さんで討議したい。まず認知症というのをど</p>

ういう方向でやるかと考えていきたい。認知症に関しては近々でやるのではなくイメージを作った上でやっていく形。当面の課題は次の摂食嚥下が近々の課題になってくる。認知症についてはどういう風に組み立てて研修会をやっていくか、ⅠでやるのかⅡでやるのか。今回はⅡとして提案している。リセットしてやる気持ちで討議してもらえたら良いと思う。会議の席で方向性とか決められないので。

澤田委員

私もⅡが良いと思うが、いきなりグループワークだけだと覚えていない方もいると思うのでさらっと復習し、各グループで事例を分けて考えてもらい、それを発表してまとめるという形の方が色々な事例を共有し合える。色々な事例を話し合うよりは、一つのグループごとに一つの事例で話し合った方が短い時間で多くの事を共有していくのに繋がる気がする。一つのグループに一つだと少ないので、二つずつ等分けていけば良いと思う。2 症例から 3 症例を、色々なグループで行い、一部は共通しているから大体一つの症例を二つのグループで。ABC という症例があれば AB と BC、AC という形。5 症例ある場合、一つのグループで 5 症例話すと長い時間になってしまうが、その内の 2、3 症例に分ければ話し合う時間も短くて済む。その中で発表してシェアする。もし全員が発表するのが難しいなら議事録として起こして後で参加した方に配って考えを共有してもらおうのも一つと思った。

馬渡委員

時間の割り当てはどの位か。

阿久津委員

大体、1 時間半を一つの会議の時間単位としている。集中力も欠けてしまう。最大 1 時間半。発表を 1 班 5 分。1 時間で 2 症例という形になるか、今の提案だと。30 分単位で 1 症例。今は色々な形を見た方が良いのだと思うが。外枠、どのように進めていくか

<p>小林委員</p>	<p>という話になった。単元はまた後で。研修方法Ⅱで事例検討という形で進めていく方向で良いか。後は大雑把だが、1 症例か 2 症例にするか、何班位にする等まで決められれば今日は良いか。</p> <p>課題提起になってしまうかもしれないが、医療側、生活側である介護側から見る認知症の温度差の共有。忘れて困るものは何だろうから、逆転の発想で安心して忘れても生きていけるには、という目線で一つの単元として、行田で忘れても安心して暮らす為には、研修参加したら何を忘れたら困るか。忘れた分をどうやって補っていくかという所から、アルファケアプランニング、エンドグラフケアとか、情報共有のグループの意見も聞きながら、エンディングノートっぽい感じにも持っていけるといいうかなり大きいイメージになってしまうが。</p>
<p>阿久津委員</p>	<p>最終目標的な感じになっている。</p>
<p>小林委員</p>	<p>後は地域課題の盲点。自分の訴えが出来なくなった時でも、こういう時はこうする等、予め医介の視点からするとあったら嬉しいと思う。</p>
<p>阿久津委員</p>	<p>医療も介護ももしくは介護職も医療職もそれぞれ同じ職種の中で温度差がある。ある程度共通化させていく、地ならしではないがそういう事も必要。今、どれだけ差があるか把握する事も出来ていない。差異を確認していくというのも一つの作業。現状で難しいイメージを持つ。それが出来たらそういう方向で進んで行くのも面白く良いと思う。確かにその通り。最大公約数を見つけるような意見出しても、中心軸が見えなくなってしまう。</p>
<p>溝上委員</p>	<p>前回先生の方で中核症状やり、グループワークで事例検討だと</p>

澤田委員	<p>内容的に「困った、大変だ」という事で終わってしまう事を考えるとあれを上手く中核症状の対応に。介護士が怖いのはどうしたら良いか分からないのが怖い。事例検討を組み込んでいかないと。そちらで上手く中核症状を見なくてはいけないというのに持っていければ、病症作るのはいかがでしょうか。話し合いだけだとそうになってしまう。</p> <p>それも含めて私がさっき言った症例からいくつか出すというのは、例えばアルツから2症例、レビーから2症例こっそり出しておき、これは何の症例だったのか、特徴を見ると復習や前もって軽く復習しておけば、レビーは幻視、幻聴があるというのも繋がると思う。色々なアルツとレビー合わせて前頭、側頭で合わせてというように2症例ずつあるとその差が分かって良いと思う。</p>
阿久津委員	<p>疑似体験、イメージトレーニング。</p>
馬渡委員	<p>事例を作る時にこの症例に関してはここが狙い目でここがポイントという所があると思うのでそこをしっかりと練り込み、症例のグループワークの中でそこが自然に議題に出て話題になったら、それは私達の作った事例の効果があると判断。事例を作る方のスキルにもなる。川島会長の講義の時にも、ポイント分かっていたら事例の中にも生活で対応に困っている事など出てくる。</p>
澤田委員	<p>アルツで糖尿病なのか、レビーで糖尿病なのかで声かけが変わってくる。</p>
馬渡委員	<p>薬の使い方もレビーでは慎重にしなければならない等。実際に糖尿病でインシュリン打っているがご飯を食べないとか食べ過ぎるとか、現場のヘルパーからのどうしたら良いかという声がある。</p>

阿久津委員	<p>ヘルパーの「あるある」というのをケースの事例の中に盛り込めれば皆が食いついてくると思う。</p> <p>二つ位決めたい。時間は1時間半位、症例検討で良い。規模、対象者。当然医療連携なので全団体が対象。ある程度ファシリテイトする人が必要。その方は委員長。</p>
川島会長	<p>医療職は専門用語を知っている。知識が圧倒的に違う。認知症を理解しろと言うのは残念ながらハードルが高く、難しい。その為病気を全部抜いて対応だけでこういう風にしようという話をした。そこのレベルを一緒にやろうとすると医療職と介護職の相互構成をきちんとしておかないと「勉強に来ました、教えてもらいありがとうございました」ではもったいない。事例検討するのは良いと思うが、その中で生活課題を介護職から出してもらい、それを返していく形。色々なキーワードを入れてもそれを介護職が全部やると大変。</p>
阿久津委員	<p>イメージはそういう方向で進めていくという事で、期日は未定。方向性のみ決まれば。次の課題、摂食嚥下に関して。協議会の中で7月開催位が出来たら良いという所で進めている。それまでの間にどういう風にやれば良いか、どのように連絡を取り合えば良いか今から進めていかないと7月辺り開催が難しくなってしまう。これからどういった内容で進めていくか、中身に対して考えていきたいと思う。研修の方法は、認知症もそうだが、介護と医療の知識の違いがどうしてもあるので、ひとまず研修方法1としてやっていきたい。共通言語の理解、摂食嚥下の基本的な所から進めていかないと無理と考えている。私の意見。一つずつ片づけていく。研修内容について研修方法Iでやっていく事で良いか。メールで伝えた通り、題目の提案としては「摂食嚥下の基礎知識と技</p>

島田委員	<p>術、環境整備」。環境整備というのは、摂食をする上での準備。食べる為の準備、環境の設定。そこまで含めてやるかどうか。それよりも摂食嚥下をもっと理解しようという所にポイントを置き、実技よりも知識に重点を置いてやるか。意見を願います。資料をもらった馬渡委員からは奥が深いと、技術整備はそういう事。</p>
阿久津委員	<p>議題をメールでもらった時、漠然としか理解出来なかったもので、阿久津委員にメールをした。Iでは同じように知識ではないが、情報の共有を図ってもらいその後、差や対応という風に発展させていくのが良いと思う。個人的にメールのやりとりをしてそう実感した。興味がある分野なのでお願いしたい。</p>
鳥塚委員	<p>今の意見では基礎知識に重点を置いてやるという事で良いか。</p> <p>この問題提起された理由は、入院中は食べられたが在宅になるとまたすぐ誤嚥性肺炎になって入院という所だと思う。なぜ、きちんと咀嚼が出来るのに嚥下の所に来ると駄目なのか。きちんと飲み込む事、飲み込むというのはどのような事なのかから始めていかないと、気管を閉じてきちんと食道に入るという所から改めて勉強し直すというかここが駄目だから誤嚥になるという所をやって行くのがまず一番だと思う。</p>
阿久津委員	<p>誤嚥してしまうのはポジションが絶対条件として大切。その前段階で、摂食嚥下という所だけにポイントを置いて、機構を学ぶ。医療系は分かっていると思うが、そこを改めてもう一度やっておく。サポートをしていくように考えてもらえれば良い。基礎知識の所で専門職に聞き、調査した。歯科衛生士、言語聴覚士、看護師、作業療法士、管理栄養士に教育課程の中で専門的に学ぶという職種を聞き、歯科衛生士は全部だが特に準備期、口腔期を担当。</p>

	<p>準備期は咀嚼をして食塊を作る事、口腔期は口腔から咽頭へ食塊を送る所。ここは歯科衛生士の専門的な所。言語聴覚士は認知期、もしくは潜行期、認知機能口腔期が専門分野。作業療法士は認知期と準備期。管理栄養士は準備期、というようになっている。そこで歯科衛生士は全部。理学療法士と看護師は全部だが、特に誇れる専門性、学校で特段学ぶというのはいらない。そういう所で一応職種は挙げさせてもらったが、ここで選択をしておきたい。当然医師は全部入る。話の始まりは歯科医師の提案なので、歯科医師中心でいけたら良いと考えている。今の情報を基にどうか。こちらで考えているのは歯科衛生士と言語聴覚士、作業療法士でどうか。</p>
<p>澤田委員</p>	<p>知識メインでやる場合もそこまで入れるのか。それとも知識としては歯科医師メインでやるのか。</p>
<p>阿久津委員</p>	<p>なぜ選んだかという、今回始めて調査して分かったが、守備範囲が分からなかった。という事は、介護士も守備範囲が分からないと思う。守備範囲を皆で共有する事も一つの研修と考え、摂食嚥下に関わる職種というものを知った方が良い、それぞれの専門性がどこにあるのか知った方が良いと考え、職種を選んだ。当然栄養士も入る。重なる部分も多くあるので、その調整が必要かもしれない。</p>
<p>澤田委員</p>	<p>これだけ専門職がいると 1 時間半で収めるのは難しいのではないか。</p>
<p>阿久津委員</p>	<p>やりとりの時間が掛かり大変。7 月開催だから今からやろうかと。</p>

澤田委員	<p>基礎知識をやり、その後早い段階で研修方法Ⅱを持って来ないとあまり意味がない。特に嚥下に関しては。職種によっても目線が変わる。言語聴覚士は安全に食べられれば介助だろう、出来れば自分で食べられれば良いだろうとなるが、作業療法士はADLだから自分で食べられる事を目指す。視点の差がある。どこをどう持ってくるのか1時間半で、と思うと歯科医師が話せば、(他の職種は)出番はあまりないのではないかという気持ち。</p>
阿久津委員	<p>医療介護連携、お互いに顔の見える化、話し合いを通してお互いに充実させていく事も一つの狙いとしてある。</p>
澤田委員	<p>基礎知識をどこまでの基礎知識とするか。</p>
阿久津委員	<p>そのコーディネーターを歯科医師にお願いしたい。</p>
笠原委員	<p>課題が高齢者の誤嚥性の肺炎。</p>
鳥塚委員	<p>まずはそこから。</p>
笠原委員	<p>繰り返しているというのが出ているので、色々研修会をやる中で目から鱗だったのは、歯科衛生士、歯科医、言語聴覚士の話で高齢化するとどういう所がどのように高齢化していくかという話。</p>
鳥塚委員	<p>行田市内の歯科医師で講師役を引き受けてくれた先生がいるという事か。それでは、先生を中心にどのような人がいたら自分としては伝えやすいというのを言ってもらった方が良い。</p>
阿久津委員	<p>裏で話は出来ているが、皆さんからの意見を受けた上でどうし</p>

<p>笠原委員</p>	<p>ようか考えたい。</p> <p>口腔衛生、飲み込み、義歯、口の体操出来るので分担しやすい。</p>
<p>阿久津委員</p>	<p>ひとまず研修Ⅰに関しては一回完結。私の持っているイメージはⅠとⅡを交互に繰り返してと考えている。そんな時間はないと思うが。もしくは、Ⅰが終りⅡをやる。Ⅱをやって不安な所は窓口、研修会を開催したスタッフがたくさんいるのでそこに聞きに来て欲しい。名刺交換をし、交流して聞いていくというのも自主練習として良いのではないか。次の研修会はしないで、お互いに顔の見える化で連絡を取り合う関係が出来れば良い。改めて会を作らなくても良いのではないか。</p>
<p>澤田委員</p>	<p>館林邑楽で口のリハビリ相談会の研修会があった。ⅠとⅡを同時進行でやっていた感じ。2時間の会議で1時間は歯科医師の講義、1時間グループワークをする形。行った時はたまたまグループワークでお口関係のレク、認定の看護師が講師。グループワークは講師を持ち回りでナースと言語聴覚士、作業療法士、理学療法士も含めて順番に回っていて2時間セット。今はⅠとⅡで関係性があまりない感じで面白い。先生を呼ぶとしたらかなり前から準備しているようで年に4回位開催していると思う。</p>
<p>阿久津委員</p>	<p>医療介護連携以外の場面でやってもらっても、関係が出来上がってそういうチームを作ろうというのも良い。歯科医師の講師料も必要。皆からの意見を聞きたい、意見出して欲しい。</p>
<p>川島会長</p>	<p>研修をやるなら今日覚えた事を活かし、話を聞くだけでなく、ポジショニングで少し食べさせてもらおう等、以前の研修会に参加して体の大きい人を起こせたように皆が「専門職の人は凄い」と</p>

阿久津委員	<p>座講だけに終わらない、次に勉強したい事が出来るような気がする。スプーンを口に落とす位置や座る位置でも全然食べさせやすさが違う。専門職の凄さを聞いてみようと思ってもらえれば良い。</p> <p>会長の意見は先程出してもらった意見と全く同じだったが、その方向で良いか。Ⅰ、Ⅱがミックス。半分がⅠで半分がⅡでまず一回やってみる。学習が足りないならまたⅠとⅡをやっていくという形でどうか。一応、7月開催予定。方向としてはⅠとⅡを組み合わせで進めていく。後は、専門職に関してはどうか。歯科医師が選択してもらえれば講師一任で良いか。</p>
松井委員	<p>今日は古田委員が体調崩し欠席。この話を聞いた時のイメージは、在宅で介護は家族がメイン、そこに色々な専門職が関わってくる。食事は毎回取る。家族のそれなりの知識が必要。それを歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士だけではなく、そこに関わる方々が少しでもアドバイスしてあげられれば少しでも違うのではないか。その為の研修であれば良いと思う。難しい事をやる必要はない。食べるというのは無意識に日常的にやっているが、物を認識してから飲み込むまでというのは色々な筋肉の活動が関わり、認知症や障害があると、そこはどの項目に問題があってというのが大まかな所。先程、姿勢の話があったが、姿勢だけで違う。お茶も体勢によってむせる。ちゃんとした姿勢を体験してもらっただけでも、利用者、患者を見た時に「これではむせる」と言える。その基礎的な知識は私達がやる。後は、イメージとしては、STにはちょっとしたリハビリ的なもの。こういう風にやると刺激になる等。栄養士には家族にこんな料理に気をつけてもらおうと誤嚥しづらいというような一般的な方が実行出来る事を我々が伝えられるようにする為の研修であれば良いと思う。難しい話はない。突っ込んだ話なら何回かやれば良い。川島会長が言ったように「こ</p>

	<p>の姿勢が問題だった。飲み込んでみましょう」とその場で実習しても良い。ペロを出す練習、訓練があればやってみても良い。</p>
阿久津委員	<p>職種としてはどうするか。</p>
松井委員	<p>最初は歯科医師、S T、栄養士ならバランスが良いと思う。</p>
阿久津委員	<p>皆さんどうか。</p>
堀内委員	<p>この中で体験も交えながらやっていく。後半は困った人はどうすれば良いか。</p>
阿久津委員	<p>コーディネーターを歯科医師にお願いして良いか。</p>
松井委員	<p>グループごとか。手伝う、一緒に。</p>
阿久津委員	<p>研修会を進める為のイメージ、進め方。市はどうか。</p>
事務局（春日）	<p>時間の配分、内容含めて、市の方も口腔の関係でやった方が良い内容の研修がある。自立支援型の地域ケア会議をやると口腔アセスメントが全く出来ていないケースが多々ある状態。口腔アセスメントが出来ないと歯科医師からのアドバイスがもらえず困るケースが多い。口腔アセスメントのテストを含めてやってもらえるような形で歯科医師と話し合いながら研修を組み立てたい。</p>
阿久津委員	<p>ケアマネジャーも必要だと思う。</p>
事務局（春日）	<p>介護、通所、訪問型も出来てない。全体に関わる問題だと思う。</p>

松井委員	<p>それが入ると充実する。検査は簡単に出来、見方が変わるが、時間的にそこに押し込められるか。</p>
阿久津委員	<p>このような形で良いか。今後は進捗状況やこのような形で研修が進んでいるという形を発表していく。</p>
事務局（春日）	<p>他の部会から研修した方が良いという内容が出てくると思う。手帳やルールが決まる所なのでその使い方の研修が入ってくると思う。</p>
阿久津委員	<p>他に何かあるか。では、終了します。</p>
全員	<p>ありがとうございました。</p>
	<p>閉会</p>