


会 議 録

会議の名称	行田市在宅医療・介護連携推進協議会 病院・有床部会	
開催日時	平成30年6月14日(木) 開会：19時15分 閉会：20時00分	
開催場所	行田市産業文化会館 管理棟 第2A会議室	
出席者(委員)氏名	川島 治、渡辺直子、石井義則、山本武司、岩村高志、藤山諒、仲上由佳	
欠席者(委員)氏名	川嶋賢司	
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	入退院調整ルール(行田市版) 病院と地域との連携 今後の連携方法、部会開催について	
会議資料	(資料名・概要等) 次第 行田市入退院調整手引き(案)	
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7月12日	川島治 

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>市内の病院・有床部会に参加ありがとうございます。病院さんに、在宅医療と言うと、ぴんと来ないイメージかもしれないが、入院生活から在宅は始まっている。入院、退院の所に在宅が密接に関わる。安心して住み続けられる我が町行田の実現には、入院中から協力頂きたい。去年の9月14日から、10ヵ月掛け入退院のルール作ってきた。入院、退院時にスムーズに在宅生活が出来るように各医療機関内で浸透して頂きたいという事で、今日集まってもらった。協議会の作業部会で、行田総合病院からは寒河江さん、馬渡さん、仲上さん、石井クリニックからは桜井さんに協力して頂いているが、更に一層、協議会、市が在宅医療に取り組んでいる事を、院内で是非周知してもらい、安心して住み続けられる我が町行田を実現していきたい。協力お願いします。</p>
事務局（春日）	<p>今日は司会進行をする。議題の1点目、入退院調整ルールについて。市で地域包括ケアシステムを構築するに当たり、医療と介護の連携が核になると思っている。在宅医療と介護の連携推進事業を市で進めており、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進がある。この中で、入退院調整がスムーズにいき、在宅復帰が円滑に行われるようにしていきたいと思い、入退院調整部会の中でルール決めを行っている。手元の資料「入退院調整の手引き」、この中に入退院時における連携方法が書かれている。「入院時情報提供シート」、様式2「退院時共同指導・介護支援連携指導」。このシートのやりとりで連携をしていきたい。规则的には、手引きの中に書かれている。入院時の情報提供シート、在宅の関係者から来る情報シートが病院側にとって良いシートなのか、この情報で良いのかを話し合い確認して欲しい。退院支援のシートは病院から在宅の関係者に出してもらおうシートなので、病院にとってこのシートは書ける物なのか。持ち帰り話</p>

川島会長	<p>し合う必要あるかもしれないが、確認して欲しい。</p> <p>まずは入院時の情報シート、様式 1 を見てもらい、春日さんからあったが、入院する際にこういう情報を持って入院するが入院生活で上手く活かせるか。ケアマネジャーが入院の前に情報を記入しておくので、医療機関の方で活かせるのか加えてもらいたい事があれば検討して欲しい。</p>
石井委員	<p>基本、介護と医療は別々の保険制度。こういうのは拡大しすぎて話がまとまらなくなると困る。こういうシステムは医療であれば、主治医や掛かりつけ医の先生、介護はケアマネジャーが責任を持ち、例えば 1 人 35 人なら 35 人決まっているので、その二者に加えて当事者、利用者や家族を含めて三者がしっかり話をまとめれば何の問題もない。出だしの文で書いてあったが、上手く介護提供されなければ、具合が悪くなり入退院を繰り返すという話になった時、入院を担当された方、MSW も含めて、その方とケアマネジャーの連携が上手くいっていなかったという話。難しい話ではなく、掛かりつけ医の先生とケアマネジャー、当事者あるいは家族の三者がこの立派なシート持っていれば問題なく話が進む。運用していく上で、不具合があれば適宜中身を変える事で十分対応出来るのではないか。ここにいる皆さんが大事な時間を 2, 3 時間使って話し合うものではないと思う。</p>
川島会長	<p>石井委員の発言は当然と思う。10 ヶ月掛けて情報提供シートが出来たので各医療機関で使ってもらい、ここが使えないとか、加えて欲しい所があれば、使いながら修正していく。ケアマネジャーと入退院の担当者と患者、家族が話をしていく。これを持って、入院する時に上手く病院、診療所の中に活かせるか、今この場で全部をチェックするのは難しいと思うので、2 週間程度の期間で、持ち帰り検討してもらえればと考えている。看護師さん達は、この内容で、入院生活がスムーズに送れ、手間がはぶけるか</p>

仲上委員	<p>検討をお願いしたい。</p> <p>入院時に必ず看護師に確認する。自宅でどのような生活を送っていたのか分かるので良い情報をもらえらると思う。</p>
渡辺委員	<p>入院した時は、入院前より悪い状態に来ているので、入院前にどういう状態だったか、この入院時の情報提供シートで網羅されているので、その後、この状態から退院時にどう変わっていくのか、参考になるので大変良いと思う。</p>
川島会長	<p>まずは使ってもらい検討を。</p>
石井委員	<p>うちは、制限があるのでこれを使う事はまずないと思う。内科的な管理が出来ない。ここで1つ確認したいのは、何故介護保険制度が出来たかという、20年前1999年までは、結局介護だけが必要なのに、それが出来ず入院が長引いていた老人病院があり困るので始まった。結局、そこの方で協議会を作るのは良いが、病院も、在宅に戻る方、家族に対して説明不足なのは、介護施設に入所すると病院と同じレベルの事が出来ると勘違いが多い。病院は看護師がいて医療看護が出来、それなりの報酬もある。同じ延長線上で入所してくる人や家族が考えてしまう。残念だが、我々の所に、ショートステイがあるが、緊急対応が起こった時に医療機関ではないから、間違った考えが起こる。医療の必要がなくなり、介護だけが必要になった方を、介護保険では面倒見ようというもの。行先が在宅になった場合、今は病院のシステムが変わり、入院期間が短くなってきたので病院には置いておけないという時、行先の場所が在宅では駄目。医療の必要があれば、ずっと医療機関で見なくては駄目。介護を受ける方々が医療と介護を勘違い混同している所がある。あくまでも介護、在宅をメインにしている施設に関しては、自宅に居るのと同じ。急変しても医療行為は出来ないこと。地域包括の方々を含めて、元々そ</p>

ういう主旨だから、もっとそういう事を利用者にカルチベイトしていかないと。扱う担当の人間だけが分かっている、実際利用者は分からない。ケアマネジャーも、利用する方に良い顔をしようとする事が多く、利用者側の言う事を全部聞き、介護している所に押し付けてくる。ケアマネジャーは両方の意見を聞き、上手くコントロールする。例えば介護保険制度が使えず、介護度がどんどん悪くなったという話になると、ケアプランを立てた人達が月や週に1回、システムとして動いているかどうかの確認を含めて、医療と介護の関わりというのをある程度明確に。もう少し我々だけでなく、介護を受ける家族も含めて制度を。ここに住み最後までやるとなった時に、やはり押し付けではなく、家族も含めて、当事者は自分達だという意識を、よりカルチベイトしていかないと。利用する方々が要求し、間違っって解釈する事を含めて、制度疲労が起こってくると思う。その辺を全体で考えていかないと。

川島会長

市民に医療と介護を混合され、介護に医療を押し付けられても困るという感じか。

石井委員

そこを分けて考えていかないと。病院である程度治療が終り、後は介護だけと言われ、入浴と食事と排泄だけで良いとなったのに、その辺を含めて市民に対して、事業者の主体は行田市だから、もう少しカルチベイトするチャンスを確保してもらわないと。地域包括を利用している方々に定期的に指導するようにしないと元に戻ってしまう。介護保険出来る前の制度の負担に。

川島会長

是非そういう話をして欲しい。

石井委員

そういう意味で、ケアマネジャーを含めてもう10回以上ケアマネの勉強会をやっている。我々が出来る事、つまり両手を動かしたらよいか、移乗能力を落とさないよう、5年位年2回位講習

をやっている。こういう話がまとまり、折角良いシートが出来たのだから、早く運用してもらい、それと同時に必ず入れるのは地元の担当医の先生と、ケアマネジャーと当事者とそういう所で運用してもらえば。ケアマネジャーも、医療の知識がなくて不安だと思うが、主治医、掛かりつけ医に聞いてもらう。うちのショートステイの場合、急変したら医療機関を必ず入所時書き、すぐ連絡取るようにさせる。そうしないと、介護、施設等大変だと思うが、負担が減るだけでも違うと思う。入院時、退院時含めかかりつけ医はここだと、必ず家族を含めて、ケアマネジャーか担当医が分かれば、そこに連絡して下さいというだけで、家族の不安がなくなると思う。病院の先生方は、シートからすぐ連絡取れるようになり助かるのではないか。

川島会長

担当の方。山本さんは入退院支援についてはどうか。

山本委員

ADL、入院に関してはそこまで活用出来るか難しい。実際使ってみて、マイナーチェンジしていくというのが一番。マニュアルを作っても、最初に使ってみてこれは違う、人によっても感じ方が違う。その部分である程度土台になっているものを、マイナーチェンジしていくのが活用としては確実にになっていくと思う。連絡の所在先は、中々しっかりしていなかったりするので、緊急連絡先に関しても、時間帯によって細かく、昼間ならこの人、夜間はこの人というようにすれば。1人だと負担が非常に高くなってしまう。入院時には連絡先は、主に2人設けているが、不安ならもう1人。そういう対応があると良いと思う。

岩村委員

リハビリ科の岩村です。前の2人はドクターとナースだったので、様式1の話をしたと思うが、リハビリとしては様式2の方を見たが、現場レベルではこれをきっちり取ってもらえれば、退院した方が介護でこうやってリハビリやっていけば良いのだと分かりやすいと思う。使う人次第だと思う。

川島会長	<p>退院後の在宅のリハビリ、通所のリハビリに向けて。他の施設に入院した方が、これを持って在宅に出た時に活かせる情報が大体入っているか。</p>
岩村委員	<p>吟味していけば少し多いが、これで十分。個人的には、右下のフリーで書く所。介護は「急性期」「回復期」「維持期」があれば「維持期」となるが、リハビリは回復を目指してやっている。デイやショートでも。少し良くなり自宅に帰り、またショートに来てもらうという事があり、右下のフリーの所に、これが獲得出来れば施設に入らなくて良いという、自宅での生活が続けられる、何かが自立出来る等、自尊心が保てる等そういうのがはっきりしているとやりやすい。</p>
川島会長	<p>排泄が出来れば在宅に居られる等か？</p>
岩村委員	<p>そこが退院し介護保険を使いリハビリするとなった時に、ぼやける事が多い。リハビリはそれを知りたいので、右側を書いてもらえれば良い。</p>
藤山委員	<p>リハビリ科の藤山です。ショートの主任している。情報共有のシート見て、内容的にはこれよりも薄い内容になっている印象。細かく書いてあるので、自分としても先程話しがあったように、リハビリに入った時にスムーズに入れると思う。右下のリハビリの目標を、詳しく具体的に書いて欲しい。</p>
川島会長	<p>支援しやすく、プラン立てやすくなる。実際にこれは、医療機関で書いてもらう設定になる。石井クリニックに入院し在宅に出る時に書いてもらうのは可能か。退院の支援の所で。</p>
山本委員	<p>うちではあまり該当しない所がある。</p>

川島会長	埋められる所は埋めてもらう感じでよい。在宅に出ていく時に医療機関だけではなく、介護事業所や色々な所で情報を参考に活用したい。
山本委員	なるべくチェックで終わるのが、現場としては活用するのに良い。そういう所がある程度、チェンジ出来ると良い。
川島会長	退院の方に話がいったので、退院シートについてはどうか。
仲上委員	正直大きく、書く所が多い。ナースサマリー、リハビリサマリーも退院時は渡す。重なる部分が多く有り、負担が多いと思う。
川島会長	なるべく共有出来る所は情報を共有するため、それでこういう最大公約数的な項目的になったと思う。MSW かナースが書くのか。
仲上委員	まだそこは決まっていない。MSW が書くと思う。
石井委員	現実的に月に何人位いるのか。退院情報シート書くのは。
仲上委員	介護支援とっているのは、70, 80 件位。
川島会長	中央総合病院はどうか。
渡辺委員	様式に関しては A4 位のサイズにまとめるのが良い。退院時に書くだけでなく、病院側が情報提供としてケアマネジャーと。介護支援連携指導 1 回目と書いてあるように、このシートを使い何回も情報を渡すと考えている。その都度、半分以上の内容は重複してチェックしていく形になる。内容はコンパクトにまとめたい。退院時には、リハビリサマリーやナースサマリーも必要と

川島会長	<p>なると、情報が重なってしまうので何とかならないか。</p> <p>月に何件くらいあるのか。10, 20件か。誰が書くのか。</p>
渡辺委員	<p>件数は把握していないがもっとある。実際には聞き取り、相談員が書く。</p>
川島会長	<p>市はどう考えているのか。</p>
事務局（春日）	<p>市は、これが上手く活用しないと切れ目のない在宅医療介護の提供になっていかないと思うので、活用が出来る形にしていきたい。無理を言っても活用出来ないと駄目。病院内で一度これを共有し、どういう形なら書けるか意見集約して欲しい。それから、ケアマネジャーが介護の部分についてはマネジメントしていくが、介護分野はマネジメントするまでに時間が掛かる。要介護認定にも時間が掛かる。多職種が在宅では関わるので、多職種への調整というのも必要。いつのタイミングでやるか。迅速かつ、退院時に渡されても間に合わない。時間のルールもこれから決めていかないとならない。</p>
川島会長	<p>退院前に準備しておかないと在宅のプランが立てられない。</p>
事務局（春日）	<p>病院と違い在宅は多職種が関わる。さらに退院しても通院という形で、医療が必ず関わる方が多いので、そこでの連携の為にこのシートを使っていきたいと考えている。病院でこれを持ち帰ってもらい、集約して欲しい。こういう形が良いという意見を出してもらえれば。</p>
川島会長	<p>期限は、今月末までで良いか。7月12日にまた部会がある。あと2週間、6月29日をめどに、市へ提出してもらいたい。行田総合病院は、直接担当者に部会に出てもらいすり合わせを。</p>

事務局（春日）	見てもらい、市の方へお願いする。提出後どうするかは後で。
川島会長	使えないものを作っても後で皆さんが大変になる。これなら出来そうな意見出してもらい、手直しを掛けながら良い物作っていきたいと思う。期限は6月29日までという事で。その他何かあるか。なければ次の議題「病院と地域の連携」について。外から見ると連携担当が声をどのように掛けたら良いか難しい。市から担当部署を入退院の手引き等に記載させてもらいたいという意見がある。
事務局（春日）	在宅の関係者から、病院へ繋ぐ窓口を明らかにしておいてもらった方が、連携しやすい。連携担当について、それぞれ病院の担当を今日確認させてもらえればと思う。
川島会長	各部署の名前は。担当変わるので個人名ではない方が良いか。
仲上委員	「病床管理室」という所。MSWが8名いる。病棟ごとに担当者が決まっている。
事務局（春日）	在宅から最初に入院した時に、連携するのは病棟になるのか。
仲上委員	「病床管理室」の中にMSWが8名いて、一人ひとり病棟が決まっている。どこの病棟に入院するのかにより担当者が決まる。
事務局（春日）	入院はしたが病棟が分からない時は。
仲上委員	その場合には「病床管理室」の相談員に繋いで欲しいと言って貰えれば大丈夫。
事務局（春日）	そうなると、全体的には病床管理室という部署で大丈夫か。

川島会長	直通番号はあるか。
仲上委員	ない。代表番号に電話してもらい「病床管理室」。
事務局（春日）	中央病院の最初の連携窓口は。
渡辺委員	入院した時か。「地域連携室」。
川島会長	個人名でない方が良いか。代表番号は。
渡辺委員	「地域連携室」直通番号がある。553-2060。
川島会長	石井クリニックは。
石井委員	個人で山本さん。ほぼいる。
事務局（春日）	これが保管されるものになるが、山本様で大丈夫か。
山本委員	「看護科」の山本。
川島会長	面倒を掛けるがよろしくお願ひします。2番はこれで。3番は今後の部会開催についてだが、入退院がスムーズに流れれば、部会を細かくやらない。大きく変更ある時は調整させてもらう。
事務局（春日）	入退院時の情報が決まり、これが動き出し不都合があり、病院に共通認識を持ってもらう必要が出た場合には、また声を掛け、顔を合わせて話し合いをさせてもらいたい。
川島会長	不定期で。他の部会は定期的にやっているが、担当者が2、3人集まる機会作る事もある。他にないか。市は何かあるか。

事務局（春日）	<p>特にはないが、今後地域包括ケアに向けて医療と介護職が顔を合わせる顔の見える関係を構築していくというのをやっている。色々な研修を計画し、市の方で講演会や意見交換会等も行い、市民をなるべく在宅で、住み慣れた家で最後まで過ごして頂くという目標でやっているの、顔の見える関係作りの為の研修にも是非出てもらえればと思う。</p>
石井委員	<p>先程も話したが、行田の医師会は高齢化しているが、実際在宅の人が入院になった時に基本は担当医だと思う。そういう医師をどう巻き込んでいくか。訪問医を含めて。その辺をしっかりとやっていかないと、ケアマネジャーが「入院しなさい」とは言い辛い。在宅に主治医、担当医、掛かりつけ医に床ずれを見てもらい、「入院してもらって」というのを構築していくのは大事だと思う。若手の内科の医師が多くいると良いが、皆自分より上の年齢ばかりで難しいが、どう巻き込んでいくか。ケアマネジャーの負担を少なくして、尚且つ切れ目のない連携。イニシエーション、医師が気を付けると病院へ紹介しやすい。そういう働きかけを。マンパワーや年齢的に難しいと思うが。</p>
川島会長	<p>間に私が入る。書類で作るより人間関係で顔が繋がって行くのが一番良い。</p>
石井委員	<p>ケアマネジャーは大変だと思うが、担当医にマメに顔を出して貰い上手く連携が出来ると良い。</p>
川島会長	<p>今日はお忙しい所ありがとうございました。</p>
全員	<p>ありがとうございました。 【閉会】</p>