

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会
平成 30 年度第 4 回在宅医療介護推進部会 会議録

開催日時	平成 31 年 3 月 16 日（土） 午後 2 時 00 分～午後 4 時 10 分
開催場所	生駒市役所 4 階 大会議室
出席者 （部会員）	溝口部会員（部会長）、林部会員（副部会長）、嶋司部会員、月川部会員、加藤部会員、霜田部会員、倉本部会員、世古部会員、吹留部会員、工藤部会員、井上部会員、辻村部会員、喜寿部会員、今西部会員（代理：森田）、田中部会員（代理：後藤）
出席者 （関係者）	株式会社オフィス・オルタナティブ（支援業務受託者） 2 名
欠席者	高山部会員、山口部会員、吉藤部会員
事務局	福祉健康部杉浦次長、健康課吉村課長、地域医療課石田課長、桐坂課長補佐、高瀬
傍聴	
案件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 平成 30 年度入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの活動報告について 2. 第 3 回 在宅医療介護推進部会グループワークのまとめについて 3. 平成 31 年度 事業計画（案）について 4. 平成 31 年度 在宅医療介護推進部会員の構成について 5. 在宅医療介護推進部会員としての 3 年間の振り返り 6. その他
資料	座席表 資料 1 平成 30 年度 入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの活動報告 資料 2 第 3 回在宅医療介護推進部会グループワークのまとめ 資料 3 平成 31 年度 在宅医療介護推進部会のスケジュール（案） 参考資料 平成 30 年度 在宅医療介護推進部会員名簿
議 事 の 経 過	
発言者	発 言 内 容
事務局	1 開会 配付資料確認
部会長	2 案件（1）入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの活動について 皆様、本日はお忙しい中お集まりいただき、ご苦労様である。今年度最後の部会であり、3年間の集大成の部会となる。皆様には、立ち上げ当初から部会員として色々な取組提案を立案していただき、実行していただいた。医療介護連携の構築が少しずつできており、当部会の立ち上がりとしては良いものだったと思う。それでは、次第 2 案件（1）の「平成 30 年度 入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの活動について」の報告を事務局から願います。

事務局	<p>次第2 案件(1)の「平成30年度 入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの活動について」の報告を行う。</p> <p>資料1をご確認ください。</p> <p>(資料1に基づき説明)</p> <p>報告は以上である。</p>
部会長	<p>ただ今の報告内容について、ご意見、ご質問等あるか。</p> <p>ご意見がないようなので、案件(2)「第3回在宅医療介護推進部会グループワークのまとめ」の報告を事務局から願います。</p> <p>案件(2) 第3回在宅医療介護推進部会グループワークのまとめについて</p>
事務局	<p>案件(2)「第3回在宅医療介護推進部会グループワークのまとめ」についてご説明する。資料2をご覧いただきたい。</p> <p>(資料2に基づき説明)</p> <p>以上で、報告を終了する。</p>
部会長	<p>最後に話が出たACPはエンディングノートに近いものであり、家族と話し合えるツールとして使える。入院の時から退院の時までACPをやっていただき、渡していただければ開業医としてはありがたい。心不全やがん末期の方でもACPを取り入れてやっている。</p> <p>ただ今の報告内容について、ご意見ご質問等あるか。ないようなので、案件(3)平成31年度事業計画(案)について説明をお願いする。</p> <p>案件(3) 平成31年度事業計画(案)</p>
事務局	<p>今年度、部会員の皆様にて生駒市の課題と、今後の取組提案についてグループワークを行った。その意見をもとに、平成31年度の実業計画(案)を作成したので、ご説明する。平成31年度は、新たな取組として市の職員が地域に出向いて、市内の医療介護従事者に対して在宅医療介護推進事業についての普及啓発を進めていくということを目指している。部会員の皆様には、各団体の代表としてご参加いただき、施策に対するご提案をいただいたり、その内容を持ち帰った上で現場の皆様にご周知いただいたりしたと思う。しかし、すべての人に普及するという事は難しく、部会員の皆様も業務を抱えながらなので手一杯かと考えられる。今後は、部会員の皆様のお力を借りながら、行政職員も一緒に働きかけを行い、よりよい医療介護連携体制の構築に繋がればと考えている。</p> <p>資料3をご覧いただきたい。</p> <p>(資料3に基づき説明)</p> <p>以上で事務局からの説明は終了である。</p>
部会長	<p>何かご意見などあるか。ないようなので、事業案に関するご意見を順番に伺う。</p>
部会員	<p>今回新たに導入を検討しているケアマネタイムは、特定の病院とケアマネジャーがつながるだけでは、あまりにも意味がないと思う。医師会で市内の病院に周</p>

部会員	<p>知してもらふことができれば、医療と介護は今よりもっと強固な連携になる。ケアマネタイム導入に当たっては、賛成かどうか、病院の時間が取れるか等、病院にアンケートを取るのに時間がかかるので、スケジュールを前倒しでもう少し早く動いてもらいたい。市内の病院に対しての講座の実施も、9月からではなく、もう少し早くしてもらえたら。</p>
部会員	<p>事業所でケアマネタイムは「すごい助かる」との反応。 ケアマネの講習会は多くあるが、介護職が集まっての講習はあまりない。実施されたからと言って参加できるだけの時間に余裕があるかが一番の課題になるが、やっていただいて、試してみるのが大事だと感じた。</p>
部会員	<p>入退院調整マニュアルだが、合同会議は、市内の介護事業所41か所、市内の病院6か所は網羅されているが、居宅の事業所は入退院マニュアルを使っているのか。</p>
事務局	<p>事業所の中でも使っている方、使っていない方がある。半年前の調査では90%使っているとの意見があった。今回、回収の中で「使用していない」に印を入れているところが若干増えている印象がある。それには、新しい事業所が入っているということと、ケアマネの入れ替えがあったこともあるのではないかと考える。</p>
部会員	<p>先ほどから出ていたように病院の中では浸透しにくい。ケアマネの方に一生懸命普及させても立ち消えになってはいけないと思うので、何が障壁になるのかを考える。ケアマネは助かるものだと思うが、一方通行だといつものまにか使わなくなって、病院ごとの様式に振り回されるのではないか。どういう風に変化させれば全体的に普及するのか。具体的に「こうだから、病院では普及しにくいですよ」という話は今出ていたが、「どこが」というのはよくわからなかったので確認をお願いします。</p>
事務局	<p>医療側に比べるとケアマネ側はマニュアルが普及している。医療側は、連携室や退院調整看護師は意識を持っているが、病院内にて医師が「今日、退院」となると、マニュアルを超越している部分がある。説明会をすることによって、病院の意見を聞き、集約して検討の資料とする。</p>
部会員	<p>入退院マニュアルを作っている市が出てきましたという記事を見た。生駒市は進んでいる印象を持った。しかし、マニュアルの定着には至っていないので、定着させるための取組を続けなくてはならない。介護職の人を対象に研修を進めていくのは良いことだと思う。</p>
部会員	<p>同じく介護職の研修を進めていくのはありがたいこと。研修会のスケジュールは毎年この流れになるのか。</p>
事務局	<p>入退院調整マニュアルに関しては、1年毎で見直しをかけていく。人材育成と市民への普及啓発は、毎年この形で行う予定である。</p>
部会員	<p>郡山保健所管内では、西和7町や大和郡山市でも取組を進めている。マニュアルルールの定着は、西和地域7町でも課題。病院内で積極的に教育をしていく体制をとっていただいたり、ケアマネの定着が頭打ちになっており、80%を超えることが難しい。マニュアルが医療と介護の連携のツールの一つであるので、ぜひともマニュアルを使って良かった事例を挙げてもらいたい。病院サイドやケアマネが良かったこと、困ったことに傾きがちなので、ぜひとも、利用者、患者が良かったという視点からの事例を積み上げて普及し、講座の中にも入れてほしい。</p>

部会員	<p>地域包括ケア推進大会について、今の時点で考えているのは各事業所から代表の方に出ていただき、実行委員会方式で6月くらいから検討していきたい。介護の人材確保に向けた取組を大きなテーマとして、例えば15年勤めている人の表彰、各事業所の事例発表、介護ロボットの展示等の市民啓発、中学校の職場体験の事例発表やすべての年齢層の方に参加いただけるようなイベントにしたいと考えている。その節はよろしくお願ひしたい。</p>
部会員	<p>入退院調整マニュアルや多職種連携研修に関わった中で、多職種と連携する上で、自分のことは分かっているけど、お互い、相手のことが充分、分かり合えていないと感じた。例えば包括はどういう仕事をしているのか、居宅はどういう仕事をしているのか。病院も急性期病棟があったり包括ケア病棟があったり、いろいろ特色がある。自分のルールだけで押し切っていくと、トラブルが出てくる。相手の仕事が見えてきたら、スムーズにうまくいくのではないかな。出前講座をすることなので、例えば病院で、介護事業所はこういうことをやっているところですよ、ときめ細かく知らせる。ケアマネと包括は全く同じ仕事と認識されている人も病棟にいるので、どういう立場の人がどこで働いているかということ盛り込んでいただきたい。介護側の人には、例えば病院の特徴を知らせていただくとうれしい。</p>
部会員	<p>フォーラムの2月は決定か。インフルエンザの流行時期なので、考慮していただきたい。また、医師会と薬剤師会は「ポリファーマシー（多剤併用）」に着目している。日本では薬がたくさん服用されており、それによって認知症状があがったり、介護が必要になったりしているのだから未然に防ぐために、いかに薬を減らすかに躍起になっている。入院した時がチャンスで、7個の薬を2個くらい減らして、退院したが、自宅に帰るとまた薬が元に戻っていることが多くなっている。入退院調整マニュアルに入っているか定かではないが、退院カンファレンスの時に、地域の薬剤師や医師を呼ぶのは大変かもしれないが、呼んでもらえたら。退院時にどれだけ薬が減ったかで病院は評価されるので、病院の薬剤師や医師から「こういう理由で減らしました」と伝えてもらえると思うので、介護士も含めて、そういうところを研修会で伝えておいたほうが良いと思った。</p>
部会員	<p>誤嚥性肺炎になる方が多いので、奈良県歯科医師会では希望があれば出張サービスとして歯科衛生士が口腔ケアの方法を教える。1人でも2人でも、呼んでもらえば「マナボット」を持って行く。個人的なことでも良いので、口腔ケアで何かお役に立つことがあれば奈良県歯科医師会又は、生駒市歯科医師会に連絡いただきたい。</p>
部会員	<p>入退院調整マニュアルの定着は難航している。患者支援センターの看護師5人、ソーシャルワーカーには周知徹底しているが、病棟の400人弱の看護師にどう話をしていくか。看護長、主任レベルの看護師には話がいつているが、医師には話がいっていない。医師はこういうルールになっている、というのが全くわかっていない状況なので、ぜひ来ていただいて、講座を開いていただきたい。回数も多めにしていただけたら嬉しい。病院内で「聞きたい」という意見も多々あるので、早急にお願ひしたい。</p> <p>また、在宅看護専門看護師が一人来たので、フォーラムや会議、話し合いの場に参加可能なのでお声かけください。</p>
部会員	<p>当院でも入退院調整マニュアルの定着は難航している。ある医師に定着しないことで何が困ったのかと言われた。「退院が急に決まったから困った、だから定着していないというのは違うだろう」と。医師は色々な病状を診て、家族と話して、状況をふまえて、医師なりの退院調整をしているという意見が上がっている。出張講座では、マニュアルを説明するだけでなく、医師の意見、看護師の意見など</p>

部会員	<p>を聞いていただき意見交換をできるものになればよい。</p> <p>今年度、グループワークは14時～16時の時間帯が多く、病棟の看護師はその時間帯は忙しい。他の時間帯も、来年度は検討してほしいとの意見がある。</p>
部会員	<p>市の方に来ていただくことで、一定の効果があるのではないかと。共通言語にあたる医療と介護の真ん中を取るような形でのシステムであるということを知ってもらうためには、積極的に動いていただくと、こちらもこういう動きに関わってきたとアピールしやすいので、是非ともお願いしたい。</p> <p>来年度ケアマネタイムの意見がでていたが、院内で医師を捕まえるのもかなり難しいのが現実。どのあたりの質問項目を持ってくるかが検討項目に挙がってくるかと思うが、疾患のこととか、他で調べたらわかるような質問をぶつけてしまうと、それは自分で調べて、となる。その方にとって何が大事なのかは医師でしか答えられないポイントに持っていかなければ意味がない。そういうことが次の検討課題に挙がってくるかと思われる。</p> <p>先日、奈良県の介護保険の集団指導説明会に行ってきたが、人材育成もそうだが人材確保するのが相当大変な状況。奈良県の介護保険側もハローワークと連携して、職場復帰の工夫をしている。</p> <p>生駒市内でも高校生の職場体験、我々スタッフが出前講座で学生に対して介護保険の分野で「こういう働き方があるんだよ」という人材発掘までする必要はあるかと思う。10年後、どれだけ同世代の方が地域に住んでいるのか心配である。</p> <p>外国人留学生の受け入れを真剣に考えないといけない。介護するということ、看取りということも教育できる部分で受け入れる。60歳以上の方は、自宅に介護のために外国の方に来られたらギャップがあるかもしれないが、慣れてくるとという事例があった。ちゃんと教育される方の選別をしていけば、介護される側、する側というところの馴染みや、そのことが常識になってくれば市の人材確保や新しい教育の流れに繋がる。そして、自宅で看取りとなると、地域で支え合うことが必要。地域に人がいないと支えることも出来ないで、人をいかに確保するかということでも悩むこともあるが、いろんな形で介護・医療の現場を目指していきたいという話し合いが来年も続けていけたらいいと思う。</p>
部会長	<p>入退院調整マニュアルは医者への普及が一番問題。森田部会員が言ったように、そのマニュアルがどういうふうにかかったのか悪かったのか、事例を挙げながら周知していただきたい。</p> <p>多職種で何をやっているかということ、利用者が便利なように過ごせること。診療医は長くいるわけではないので、多職種で1人の方を見ながらケアマネジャーやヘルパーなどの方が時間をずらして訪問しているので、極端にいうと独居の方でも看取りが出来るシステムにしないと行けない。看取りは難しいけど、これからは行けない時期になっている。嶋司部会員が言ったように、介護職の人材確保が必要。多職種で独居の方を支えるシステムを考えていけたら。</p> <p>案件(4)の「平成31年度 在宅医療介護推進部会員の構成について」事務局から説明をお願いします。</p>
事務局	<p>案件(4) 平成31年度 在宅医療介護推進部会員の構成について</p> <p>続きまして、案件(4)についてご説明する。資料4をご覧いただきたい。初めに溝口部会長から話があったように、3月31日をもって、皆様の任期は終了となる。3年間、部会員としてご尽力いただきまして誠にありがとうございました。次年度以降の部会員につきましては、平成31年4月頃に各関係団体や所属施設に対して、部会員の選出をご依頼したいと考えている。</p> <p>なお、メンバーの構成に関しては、今年度とほぼ同様にしたいと考えている。変更が</p>

事務局	<p>あるのは、行政の職員である。これまで地域包括ケア推進課が入っていたが、行政職員としては部会員と言うより事務局側になる。今後は、在宅医療介護連携推進事業を進めるにあたり、救急隊との連携は必須になってくることが予測される。また、死亡診断のための看取り搬送や、施設や在宅での救急車を呼ぶ基準も難しいということから市内での救急搬送に対する体制作りを行っていく必要があるのではないかと考えている。</p> <p>次年度は、入退院調整マニュアルや出前講座などがメインとなるので、消防の方にはオブザーバーとしてご参加いただき、平成32年度以降からは部会員として参加いただくことを検討している。</p> <p>以上で説明を終了する。</p>
部会長	<p>3年ほど前に新聞記事で読んだが、65歳以上の方に「緊急連絡先」「かかりつけ医」「持病」などの情報を記入した用紙を容器に入れ、冷蔵庫に保管するプラのケース【救急医療情報キット】がある。生駒市は先端的なことをやっていると感じたが、それが普及していない。救急隊も利用できていない。</p> <p>あれは65歳以上の方全員に送っているのか。要望があれば送るのか。エンディングノートの中に入れておくのも良いのでは。</p>
事務局	<p>65歳以上の高齢者だけの世帯の人、それに準じる世帯の人に配布。</p> <p>「既往歴」「緊急連絡先」「かかりつけ医」「持病」などの情報を記入した用紙を容器に入れ、設置を示すシールのマグネットをセットにしたものであり、冷蔵庫に保管することで、もしものときに迅速な救急活動につなげる。申請があった人に対して配布している。</p>
部会員	<p>ケアマネとつながっている人はだいたい持っている。希望者であれば、高齢者世帯だけでなく、障がい者にも必要と思う。</p> <p>案件（5）在宅医療介護推進部会員としての3年間の振り返り</p>
部会長	<p>案件（5）「在宅医療介護推進部会員としての3年間の振り返り」を行う。皆様には、この3年間に様々な検討や取組を行っていただいた。そのことに対するご感想や取組内容に関する課題等をお話いただく。</p>
部会員	<p>私は元々、急性期病院から回復期、訪問、在宅、市町村の自立支援事業に関わってきた。部会員となって皆様の幅広い視点、医療側は疾患の治療、機能障害へのアプローチ、介護側は日常生活の援助、身体能力や周辺の人的資源・環境の活用に視点がある。一人の利用者に対する視点が違うので、共通言語を生み出そうとマニュアルを作成することは有意義であった。</p> <p>生駒市の人口構成、法律、色々なものが変わるが、それに合わせて医療や介護関係者の共通開催、グループワークで発展したと思う。ぜひとも定期的に続けていただきたい。</p> <p>【在宅医療介護資源集】を改めて見直すと平成29年の3月発行になっている。できれば年1回の更新が必要では。主催が生駒市医師会になっていて、インターネットをみれば最新情報が載っているかもしれないが、見る方の視点を考えれば、冊子の更新もいるのでは。それはどこがやるのか、を今後の検討事案。市町村なのか、こういった協議会なのか。皆様の目に触れて、医療サービスが使えるようになれば良い。</p>
部会員	<p>在宅部会や入退院調整マニュアルの作成に関わって多職種の方の意見を聞いたことは良い経験につながった。これからも様々な取組に対して積極的に関わっていきたい。ありがとうございました。</p>

部会員	<p>長年、大学病院でしか働いたことがなくて、介護サービスをどのように受けているか、まったく見えなかったが、グループワークの中で、いろんな施設があり、役割があるということが少しずつわかった。当院の看護師や職員はわからないところで連携していることがあるかと思うので、今後、会議やグループワーク等があれば病棟の看護師を参加させてもらって、情報共有、知識を増やすことができたらと思っている。私自身も未熟だがこの出会いを活かして、包括や介護事業所と連携をしていきたい。3年間ありがとうございました。</p>
部会員	<p>歯医者は大きな病院で仕事をするのではなく、個人で開業することが多い。また、在宅診療を行っている歯科医も少ない。地域性もあるのかもしれないが、在宅で来てくださいという患者が少ない。奈良県は、北部よりも南部のほうが在宅を希望されている。</p> <p>歯医者が看取りをすることはないが、口腔ケアをさせていただくことによって、死ぬ間際まで口から食べることでその方の尊厳を守るという使命があると思う。入れ歯で前の歯があれば、見た印象も全く違う。入院や在宅、施設にいる方を見れば、ほとんど入れ歯を外されて、食べる時だけ入れている。それは人間の尊厳が失われているのではないかと思う。入れておくことによって飲み込んでしまうといったことがあるかもしれないので、口の中の管理は二の次になってしまうのではないか。</p> <p>口腔ケアをすることで、いつまでも美味しく食事ができ、長生きできることもあるかと思うのでそういうことを普及していただきたい。</p> <p>誤嚥性肺炎は、予防はできるが、肺炎になってしまったら治療はできない。100%防ぐことはできないが、一生懸命やっていたら、その人の顔もほころぶ。</p> <p>個人、団体に関わらず、口腔ケアについて考えていただければ、連携によってプラスにつながると思う。3年間、色々と勉強させていただき、ありがとうございました。</p>
部会員	<p>介護職の方と一緒に勉強をさせてもらえたことに感謝している。看取りで痛みがなく最後を迎えられるとフォーラムなどで話す時「本当ですか」と患者から言われることが多く、それが印象に残っている。薬剤師が表に出ることは少ないが、この3年間で少しは薬剤師の役割が周知できたかと思う。私はこれで終わるが、薬剤師会から、次は別の薬剤師が来ると思う。</p> <p>薬剤師は薬を見たら医師の処方理解できるので、看護師と相談すれば医師がどういうことをしたいのかが言える。薬を通して介護、色んなところが見えるので、地域の薬剤師をうまく活用していただきたい。3年間ありがとうございました。</p>
部会員	<p>地域包括支援センターは65歳以上の方の総合相談窓口で、日々色んなところから相談の電話が入ってくる。そんな中で今回、入退院調整マニュアルの作成に関わった。</p> <p>3年前は重篤な介護の方とか相談があって、この先どうなっていくのかと不安だったが、生駒市が関わるようになってマニュアルの整理をしたことで、相談の数は増えているが、適正な対象の方の相談になり、ほぼ落ち着いてきた。生駒市の在宅医療のホームページを作っていただいたことで、遠方の家族や他市町村の機関からの問い合わせがあった時にケアマネ選定について案内もできるようになった。3年間ありがとうございました。</p>
部会員	<p>平成28年に何も無いところからこの部会がスタートして、部会員も事務局も3年間一つ一つ積み上げてきて、今年度ACPや看取りなどについての研修が実施できたこと、大きな目標に向かって進んでいることを実感している。また、入退院調整マニュアルの作成にあたっては、みなさん忙しい中、何度も議論を重ねて生駒市オリジナルのマニュアルができたことと思う。まだまだ道半ばだが、今後ともよろしく願います。</p>

<p>部会員</p>	<p>保健所としては、部会へ県内の状況を紹介し、情報共有しながら具体的な連携をしてきた。医療と介護、違いを認め合いながら、人材が不足している中でも多職種が自分たちの役割にプラスになっている。</p> <p>生駒市は、来年度の事業計画を住民も巻き込みながら立てていただいていると感じる。</p> <p>入退院調整マニュアルは連携のツールの一つである。例えば大和郡山市でも、連携のツールとして入退院調整マニュアルを作っている。</p> <p>それにプラスとして今年度から母子保健を所管し、働き盛りの世代を支援している保健センター、介護保険や国保担当課と大和郡山市庁内で連携を図りライフステージをまたぐような形で切れ目のない取組で市民の健康を支えていこうとしている。予防、小さいときからの健康づくり、介護予防につなげる取組である。生駒市でも連携を図り、フォーラムなど庁内で工夫をしているところである。今後とも他の地域の取組を紹介しながら、こちらも支援させていただければと思う。</p>
<p>部会員</p>	<p>私は昨年4月から参加。私のほうが勉強になることが多かった。1年だったが、みなさまとの関わりの中で、連携しようとしているのが実際にわかった。入退院調整マニュアルは、実際に使ってこういうものがあるというのがわかりやすく良かった。課題が残っている分もあるということですので今後も協力させていただきたい。</p>
<p>部会員</p>	<p>今日は霜田先生、また加藤看護師から大変心強いお話を聞かせていただいた。施設内でも口腔ケアや在宅看護の研修なども含めて、ぜひ連絡を取らせていただきたい。</p> <p>この3年間で国の方針も変わった。今日の資料の中にもACPが随所に出てくる。これまでは看取りケア、あるいは終末ケアとか終末看護と言っていたような。それがACPになったということで良いのか。ACPはナイーブな倫理的な問題も含まれている。</p> <p>先日、東京の病院で透析中止をして、何人も死にました、と人殺しをしたみたい報道されているが、あるところで医師たちが「あれは当たり前だ。透析なんか、はやめなあかんわ」と話しをされていた。患者自身の苦しみとか、実は言いにくいけど、医療費の問題もあると。</p> <p>われわれは高齢者の介護や看護に携わっている。ACPは倫理的な問題も絡んでくるので難しい。</p>
<p>部会員</p>	<p>3年間ありがとうございました。家族が早く退院させたいとかもあるかもしれないが、病院の医師と家族の話で「明日、退院させます」と突然退院という事が年に何度かある。そういうことが年に何度かある。それが、入退院調整マニュアルが進めば防げるかと思った。今日の話の中で、グループワークのまとめがあったが、ここを見ていけば集約されている。医療側も介護側も、市民も意識がもっと変わっていかないと簡単には進まないだろう。</p> <p>生駒市は団塊の世代層が多い。介護職も高年齢化し、若い世代が入ってくる量は少ない。次世代の育成と、普及が進んでいって、意識も変わらないと、在宅で、ということもうまく回っていかないと思う。継続してコツコツと言いつけるとうか、進めていかなくてはと改めて思っている。</p>
<p>部会員</p>	<p>3年間、勉強させていただくことも多くありがとうございました。</p> <p>平成12年、介護保険ができた時にはヘルパーが40代だった。その人たちが50代、60代になってきて、退職するものが増えてきている。新しい人材が入らない中で、利用者が増加。ヘルパーをする、続けている人は、この仕事が好きな人、人に接することが好きでこの仕事にやりがいを感じられる人が多い。今の若い人たちにも、きっとそういう人たちがいるはずなので、その人たちを呼び込むためには何がいるのか、やっぱり最初は収入なのかなと考える。</p>

部会員	<p>私は日本ヘルパー協会の奈良県支部の役もしており、介護職について考えるがなかなか難しい。</p> <p>3年前は、退院前カンファレンスが全然できてなくて、退院する前に「明日から毎日ヘルパー入れて」と言われても「やりません」ということができない。人数的にはよその訪問介護事業所よりは多いのと、お断りはしたくないというのをいつも基本に置いてきたので。この3年の間に少しは改善してきていると思う。これがもっと進まない、私たちが困るといより、患者、利用者が困る。ちゃんとしたケアにすぐに入っていけないのは申し訳ないので、そこが進むことはありがたい。最近では看取りに関心が多いが、問題になるのは限度額。要介護5の認定がある人はいいが、急な病状の変化があった場合は変わっていない。</p> <p>私たちの機関でなんとかできることではないので、国・県・市などが、看取りに関する件だけは限度額を増やせるようになるとか、ちゃんとしたケアができるようになればいいなと思う。</p>
部会員	<p>3年間ありがとうございました。医療、介護、多職種の方たちと話し合いができて、医師や薬剤師は介護の方たちともっと接したかったんだと、とても参考になった。多職種の方たちと建設的な話ができしたのは、自分の財産になった。グループワークでファシリテーターをさせていただき、能力的にも少し上がったのではと、ありがたく思う。がんばった点は休まずに参加できたことと、地域の介護職の意見を吸い上げて発言できたのではと思っている。</p> <p>私共の法人は、大東・四條畷の医療と介護連携ネットワークを構築しようとしている。大東市と四條畷が合同でやっているの、双方の医師会がなかなかうまくいかないようで、その点に関して、本部からどうしてるかと聞かれる。生駒市はすごくスムーズに流れている。資源集は大東、四條畷が最初に作り上げて、いいのができたと思うのでそれを見本にしながら、生駒市のほうもいいのが出来上がった。それから進歩して情報ナビ、他の地域にはないような試みだったので、生駒市の話をする、すごく褒められることが多かったの、良かった。</p>
部会員	<p>もう3年たったかと思う。滋賀県の高島市に行って先進的な取組を見せてもらった。まずその時の感想は「こんなんできんのかなあ」と。</p> <p>私は色々な部会員会や審議会に顔を出す、ここが一番しんどい部会員会。グループワークにて、課題や意見をだすことが多かった。</p>
部会員	<p>すごいメンバーが集まったので、これが実現することで色んな制度が複雑化して、様々な仕事が集まってきた。これで、省力化し、仕事が減るようになればいい。在宅も施設も老々介護の一手手前の状況からしたら、それを助ける一つの柱になったらいいと思う。</p>
部会長	<p>吹留さんが言われたケアマネタイム、医師会等で一度病院へ当たってみる。嶋司部会員が言われた資源集の更新、医師会でやる。</p> <p>ACP、28年の12月24日クリスマスに奈良医大でACPの講習会が朝から晩まであって、基本的な目的は、患者と介護者と医者と、その人を良く知っている他人を交えてよく話しなさいということだった。患者と奥さんだけなら、ご主人が何も言わないと奥さんの意向で決まってしまう。もともと患者さんが本当に考えている方向をくみ取って決定しなさい。文書にしなくても、絶えず話し合いを行い、更新し、患者が望むところに持っていきなさいとその方の人生相談みたいなものである。ACPは病院の入院から始まって、退院時のACP、在宅のACPで、患者に最良の方向付けを行うことが必要。いちばん困るのは、本人が話せない状況になってしまった時であり、その時は、介護者の意向が強くなってしまふ。本当は病院で、退院までに十分にやっておいて、退院時のACPで方向付けるのが一番良い。在宅に帰ってきてACPをするのは、状況が変化するので時間がかかる。3年間、ありがとうございました。また来年もよろしく願います</p>

部会長	<p>それでは、事務局から案件（6）その他についてお願いいたします。</p> <p>案件（6）その他</p>
事務局	<p>前回の部会の時に、ケア倶楽部に関するアンケート調査をお願いしていた。調査結果を配布しているので、皆様の方でご確認ください。アンケートにご協力いただきありがとうございました。</p>
部会長	<p>何か質問はあるか。ないようなので、これで平成 30 年度第 4 回在宅医療介護推進部会を閉会する。ありがとうございました。</p> <p>それでは、事務局、よろしく願います。</p>
事務局	<p>皆様、たいへんお疲れ様でした。3 年目という事でひとつの節目を迎える会議となった。平成 28 年から取組を進めさせていただき、入退院調整マニュアルの件があったり、事務局のほうでも手探りの状態の中、どのようにしていくのが一番好ましいのかを模索しながら続けていた 3 年間だった。部会員の皆様にはご不便をおかけした事例も多々あったかと思うが、振り返ると成果として皆様からの意見を伺えたことは感謝している。入退院調整マニュアルは、定着など、色々課題もあり、発展していくことが重要かと感じている。課題を解決していくには本日お集まりいただいている皆様をはじめ、色々な関係機関の協力があって完成していくもの考える。</p> <p>本日をもって交代される皆様、大変お疲れ様です。引き続き、第 2 期という形で引き継がれる部会員の方、ご協力をよろしく願います。第 2 期として事業展開を進めてまいりたいと考えているので、今後ともいろいろな形でご協力のほど賜るようお願い申し上げて、事務局のお礼とさせていただきます。ありがとうございました。</p>
事務局	<p>以上で、第 4 回在宅医療介護推進部会を終了いたします。ご参加いただきましてありがとうございました。</p>