

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会
令和6年度 第1回在宅医療介護推進部会 会議録

開催日時	令和6年6月27日(水) 午後2時 00 分～
開催場所	生駒市役所 4 階 大会議室
出席者 (部会員)	萩原部会員(部会長)、井上部会員(副部会長)、北村部会員、池田部会員、久本部会員、森本部会員、山岸部会員、行徳部会員、三原部会員、高山部会員、倉本部会員、佐々木部会員、山口部会員、桐木部会員、上野部会員、宅見部会員、上原部会員
出席者 (関係者)	ジェイエムシー株式会社(支援業務受託者) 1人 生駒市在宅医療・介護連携支援センター 堀井氏
欠席者	吹留部会員
事務局	子育て健康部 吉村部長、地域医療課 水澤課長、天野課長補佐、高瀬 福祉部 地域包括ケア推進課 知浦課長、介護保険課 山本課長
傍聴	なし
案件	(1)報告 令和5年度第3回在宅医療介護推進部会グループワーク結果まとめについて 令和6年度在宅医療介護推進部会スケジュールについて (2)協議 ①入退院支援における多職種連携推進研修会について ②どこでも講座・私ノートのアンケートについて (3)その他
資料	【配布資料】 令和6年度在宅医療介護推進部会員名簿・会議次第・座席表 (資料1)令和5年度第3回在宅医療介護推進部会グループワーク結果のまとめ (資料2)ロジックモデル (資料3)ロードマップ (資料4)令和6年度在宅医療介護推進部会のスケジュールについて (資料5)アンケート3種 (チラシ)生駒市立病院シンポジウムのお知らせ 第9期介護保険事業計画(概要版) 令和5年度在宅医療介護推進部会の活動報告書
議事の経過	
発言者	発言内容
事務局	1 開会 それでは定刻どおり、ただ今から生駒市医療介護連携ネットワーク協議会「令和6年度第1回在宅医療介護推進部会」を開会する。 (課長あいさつ)

	(配布資料確認・新部会員紹介)
部 会 員	以前、お世話になっていたが、また今回から参加させていただく。よろしくお願いします。
部 会 員	こんにちは、はじめまして。どうぞよろしくお願いします。
部 会 員	以前、介護連携は参加していたことがあるので、また一緒に考えさせていただければと思う。よろしくお願いします。
事 務 局	ここからの議事の進行は、部会長にお願いします。
部 会 長	<p>今年度は今日からスタートとなる。昨年度は「私ノート」をリーダーを中心に仕上げてください、1年間で仕上げてください。医師会はもう1期ぐらいかかるのではないかと考えていたが出来上がってきたという状況である。今日もなかなかタイトな議題を与えられている。2時間の予定であるがよろしくお願いします。</p> <p>報告案件1、令和5年度第3回在宅医療推進部会グループワークまとめについて、事務局から説明をお願いします。</p> <p>2 案 件</p> <p>(1)報告 ①令和5年度第3回在宅医療介護推進部会グループワークまとめについて</p>
事 務 局	(資料1～3に基づき説明)
部 会 長	<p>質問などはないか。新しい委員もあり、普段耳慣れないロジックモデルとか、4つの場面とかいろいろ飛び交っている。特に資料1, 2を中心に説明していただけたが、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りと4つの場面があるという想定の中で、どう対応をしていくかが求められている。</p> <p>ロジックモデルではアウトプットとアウトカムで何をしたらどうなったということを明らかにしていって、これを令和9年度に初期アウトカム、令和12年度頃に中間アウトカム、そして最終アウトカムと実現していく。中身は主語をはっきりさせる。何がどうなったから、誰がどうなったかという結果を明らかにしていって論理的に進め、計画を立てていく。その中で、指標がでてくると思う。</p> <p>ロジックモデルとかロードマップは言葉はいいけど、とっつき悪いので、分かりやすい言葉にしていきたい。横文字では身構えてしまう。ここまではよろしいか。</p> <p>(1)報告 ②令和6年度在宅医療介護推進部会スケジュールについて</p>
事 務 局	(資料4に基づき説明)

	(2)協議 ①入退院支援における多職種連携推進研修会について
部 会 長	<p>今の報告を踏まえて全体協議に入っていきたい。</p> <p>全体協議は、4つの場面のうち特に入退院支援と看取りのことで、意見交換しようということ。入退院支援における多職種連携研修会について、生駒市の入退院調整マニュアルは平成30年4月に完成しているので6年前になる。実際、事業所の電話番号やファックス番号が変わっている。このままの形で訂正、改正がないのかも含めて意見はないか。</p> <p>病院側から運用されている点で何か今、不都合が出てきていること等はないか。退院された受け取り側として、うまく使って運用しているが、こういうところがあれば良かったという点などはないか。</p>
部 会 員	<p>ケアマネジャーからは生駒市様式とケアプランと、ケアマネジャーが作ったフェイスシートが届く。1枚ではなく、添付資料が5枚ぐらいありファックスで受け取ることが多い。結局、ケアマネジャーも1枚で伝えたいことが伝えきれていないとこちらは受け止めている。</p>
部 会 長	<p>ケアマネジャーの立場からはどうか。何枚かあるということは何枚も書くのか。</p>
部 会 員	<p>既存のものを添付していると思う。</p>
部 会 長	<p>本来それを統一すれば良いのではないか。この会はそこを目指しているのではないか。施設ごとに提出される書類は、差があるものか。大体一緒ということは、規定が何かあるかもしれないが、型を決めてしまえば生駒市のマニュアルとしては大丈夫か。書類の点数を上げているものか、やり取りをして点数は発生しないか。全体として点数は発生するが、書類ごとに、医療機関であれば診療情報提供書として扱うか、例えば、訪問看護指示書などは点数が上がっていくが情報提供の書類は何枚書いても点数的には一緒か。</p>
副 部 会 長	<p>連携をしたかどうかスピードの問題を今言われており、その書類の中身の良し悪しを問われることはないと思う。</p>
部 会 長	<p>ひな型を決めたほうがお互いに見やすいのではないか。ケアマネジャーはいかがか。</p>
部 会 員	<p>入院したらすぐに送ったほうがいいので、既存の書類をファックスさせてもらう方がいい。新たに書き起こすのは結構手間である。</p> <p>その時に担当のケアマネジャーが休みの可能性もあるが、休みだったら書類はあるのでファックスはできるので、ケアマネジャーとしては既存のほうがありがたい。</p>
部 会 長	<p>既存のものが運用できるので、既存のものをより似たものに作っていけばいいわけではないか。</p>

副 部 会 長	<p>今言いたかったのは多分ケアプランの様式なので、フェイスシートはそれぞれ事業所のアセスメントシートみたいなものがある。</p>
部 会 員	<p>フェイスシートやケアプランなど、直近の様子をまず送って、それからヒアリングしてもらおうと思うので、直近の様子を書く様式がケアマネジャーとしてのものが統一されればそれはいいと思うが、ソフトなどいろいろあると思うので、そこはどうなのか。</p>
部 会 長	<p>確かに既存のものを出すメリットはあると思う。お渡しするときに新たに文章を書くと、どうしても私たちでも作文してしまって型にはめて送ってしまうことがある。既存のものでやり取りしてスムーズに行き来するならいい。しかし、それが病院側で何枚もあって合わせなければいけないという作業が起こっているとすれば、結構な時間と選択するときに飛ばされる心配もある。これは簡素化できるようにという目的であるけど、役割として十分発揮できているのかどうか心配ではないか。</p>
部 会 員	<p>情報をもらうツール、手段としてはその紙があれば、こちらも良い。ケアプランだと、より一層、患者の様子が良く分かる。入院して間もない、ほとんど急性期のときは患者の在宅の様子が全く分からなく、入退院調整のときにそれをもう一回見直してというツールとして、とてもいいので、ケアプランをいただけることはありがたい。</p> <p>添付資料が多かったのも悪いということは一切なく、逆にありがたい。情報提供を頼むときに、これをくださいと頼みやすいということは病院側としてはある。</p>
部 会 長	<p>普段見ない疾患の人、例えばリハビリ中心の人でリハビリを専門にやっている病院だと丁寧に今の状態、できること、できないこと、ここまでと経過を詳しく書いてきてもらうと情報としてはありがたい。決まりきったものよりもたくさん情報が入ってくるのは確かだと思う。</p>
副 部 会 長	<p>ケアプランは必ず付けますみたいなルールはある。今言ったようにフェイスシートは多分、各事業所が使っている介護システムのフェイスシートになるけども、名前や住所、家族構成とか緊急連絡先などを付ければ、入退院調整マニュアルに書き込むべき最初のところを飛ばしても大丈夫なので、そういう意味である。各事業所が持っているもので、フェイスシートと言われるものにそんなに変わりはない。あとはマニュアルをそれがあれば飛ばしていいというルールをみんなが了解しているかどうかの話になる。</p> <p>フェイスシートも全部既存のものを付けるからマニュアルがなくていいのかといえば、それはとんでもなく情報が足りなくなる場合もある。</p>
部 会 長	<p>今それで一定、十分足りているかどうかの見直しをどうするか。毎年チェックはしてくれているので、そんなに運用上困ったことはないと思うがいかがか。</p>
事 務 局	<p>フェイスシートは、生駒市シートは参考様式として付けている。ソフトを入れていない方などは何にもない状況でフェイスシートを入れるのがしんどいということで付けているので、事</p>

事務局	業所ごとのフェイスシートがあれば、それで代用してよいというルールになっている。もしそこが周知されておらず、事業所のものを付けて、ケアプランも付けて、かつ生駒市のものまで付けているのであれば、生駒市のシートを作るのは非常に手間もかかっていると思うので、再周知が必要と思った。
部会長	入退院時についての多職種連携研修会とすると、病院側とケアマネジャーたちと集まって改良点がないか話し合う会になると思う。集まって研修会としてやるだけの中身があるかどうか大丈夫なのかと思って聞いていたが、年数が経ち古くなっているところがあるので変えてほしいというところがあれば変える必要がある。ただし、現場の声としてそれがいいのかどうか。今は運用しているので、それは補いながらやっていると思うが仕組みをつくれれば負担が減るのではないかとということを研修会とすれば、そういう面がメリットなのかと思う。
事務局	フォーマットだけでなく、更新が必要ではないかと心配しているのは、先ほど副部会長が言われたように提出期日の部分である。現状は1週間以内の提出とマニュアルはなっているが、今回の診療報酬の改定で当日でない一番高い点数が付かない、遅くとも3日以内とあるので、診療報酬にのっとった改定にしていかなければいけないかと考えている。
部会長	6月から改定しているが、そんなにまだ目立った動きはないのか。
部会員	うちの事業所に関しては特はない。変わったら変わったで、多分みんなそれに合わせていく。病院側がもう少しボリュームアップしてくださいとなれば、ケアマネジャーはそれに合わせるしかないかなというのはある。逆に今まで多過ぎたのもっと間引いてもいいので、減らすとしても病院側からになる。
部会長	中身は今のところ不満に思っていることはないのか。出席している人たちの中でもあるのなら、出席していないところをもっとあるはずで、そうすると研修会を大々的にやって拾い上げていかないと。ある程度形を作られてきたと思うので、形を作ってしまったから何気に使っているけど、ないところをもっと困っているよというところがあれば、こういうのを使えばすぐにできますよというものを作りたい。
部会員	地域包括支援センターは入院時の情報に関する加算は特になくて、情報をくださいと言われても基本包括に関わっている方は、自立度が高いので、本人もしくは家族に直接聞いていただいていることが多く、どうしても足りない部分は書面ではなく電話でお答えすることが多いが、包括によっても対応がバラバラだったので多分、病院に迷惑をかけているのだなというところはあった。この場で話すことではないかもしれないが、包括の中でも入退院時の連携の方法は見直す必要があると思った。もしこういう研修会で病院が困っている意見とか、お互いに情報交換ができればいいのかなとは思っている。私たちが思っていることと病院が思っていることは少しずれがあるかと思う。

部 会 長	病院の持っている情報は病気とか、状態のことで、介護関係の人は生活であったり、家族関係であったり、カルテには出てこないような情報が入ってくるので、それでやりやすくなるころはお互いにあると思う。その辺の意見交換の場にすが、マニュアル的には形が出来上がっているの逆で困っていないか。
事 務 局	どちらかというと、マニュアルに関する意見交換というよりは、ずれがないかなどの確認、相互理解の促進と考えている。今までの研修会はケアマネジャーや包括の方が多く、病院はあまり出席いただけなかったの、今回できるだけ病院の方に参集をお願いして、病院側と介護側と意見交換ができる形で工夫できたらと思う。
部 会 長	医療側はどうしても一歩引いて行動しているところがあるので、なかなか外へ出ていけないから中で待ち構えている、どちらかといえば受け身である。入退院支援について多職種連携研修会をする点では皆さん同意をいただけるか。多職種連携研修会で意見交換、特に病院側が少なくなるだろうが、人数も調整してできるだけ参加できる日程で開催する方向で進めていくことである。
部 会 員	副部長へ質問だが、ケアマネジャーの研修会をやっているが市と合同ですることはいませんか。それに病院側が参加してもらえば一回でできると思うがどうなのか。
副 部 会 長	研修の予定まではわからないので、こういう話がありますというのは会長に話是可以する。
事 務 局	居宅事業者協会の事務局と相談し、合同開催にしたいと話をさせてもらったが、今年は難しいかもというお返事だった。次年度以降、できればそういうのも一緒に検討できたらと思う。
副 部 会 長	そんなに回数もないからタイムリーに入らない。
部 会 長	多職種連携研修会のグループワークをすることになると思うので、グループの数だけ病院からの参加は確保する方向で計画を立ててもらい、直接やり取りできるところがあればいいだろうという感じで計画を練り直していただき、病院中心でプッシュしてもらおうことをお願いする。
部 会 長	2番の看取りの体制整備について、(1)多職種連携研修会、スケジュールで連携研修会をする方向で計画を立ててもらっており、案が1～3まである。案1は事業所から事例報告をしてグループワークを行う。案2は先進事例、講師をお呼びしてグループワークを行う、案3はそれ以外に何か案があればということだがいかがか。
部 会 員	どういうことを聞きたいかということ、何に困っているかがはっきりすれば、何をすればいいかもわかると思う。

部 会 長	<p>看取りについて何か困っていることはあるか。看取りの場においての場合もあるかもしれないし、看取りをしたときの職員について困っていることでもよいが。</p> <p>実際、生駒市で看取りは今後どうなっていくかという人数的なものとも知りたい気もする。何か困っていることとか、疑問があることはないか。それに伴って、明らかにしていく研修会を計画していくかということだと思う。</p>
部 会 員	<p>困っていることではないが、看取りをするときにケアマネジャーも結構、最終近くまで関わってくれており、ケアマネジャーが取れる看取りのマネジメント加算、亡くなる何日前の訪問をケアプランに上げるというところがあったかと思う。ただ現状としてケアマネジャーはそこを取っていないということがある。今年度、看取りに対して生駒市独自の予算も付けてくださっている。訪問看護はそういった療養費算定をしているが、ケアマネジャーに聞いたときに全然取ったことがない、ケアプランに看取りがなかなか書けないと聞いたので、すごく認識の差があると実感した。終末期であると、例えばがんの人だけではないが、しっかりと関わってくれているのに自分たちが一歩引いてしまってケアとしてできていないという認識がすごく多く、もったいないと思う。そういった報酬もケアマネジャーも取れる状況だが、意外と知らないと感じている。看取りに対する認識や自分たちのしているケアにもっと自信を持ってもらえばいいのに、自分たちはできていないとなってしまうところももったいないので、案件1に関していうと、ケアマネジャーや看取りのケースでヘルパーが一人暮らしの方も最後まで入っているの、そこで成功事例を紹介すると、もっと自分たちがこういうことをしていけばいいという自信につながるのではないかと。ヘルパーやケアマネジャーに対しての成功事例を出してもらえれば、もう少し看取りに対して意識が変わっていくのかと思った。看護師や先生だけが看取りをしているのではないので、そこが気になった。</p>
部 会 長	<p>私たちが点数の取り方はよく分からず、返戻をもらうが、いろんな決まり事もあるし、あまりその辺の情報ばかりをやるのもどうかと思うが、特別うまくいった事例でなくても当たり前こういう流れであるという事例報告があってもいいのかという気はする。今さらそんなのはいいという感じなのか、よそがやっていることを見れば、うちはこれができていなかった、もしくはうちがうまくやっているというのが見えていいのかと。去年は職種で分けて、職種報告とグループワークをしたと思うが、今回はそれを「看取り」という枠で決めて報告、場合によってはケアマネジャー、訪問看護、薬剤師、ドクターから見た看取りということで報告をもらって、そこからグループワークにつなげていくということがあってもよい。</p>
部 会 員	<p>いろんなケアマネジャーや事業所と看取りをすることがあるが、皆さん関わり方が大分違いがあると実感している。末期の方で2週間に1回とか、看取りが近づくと毎週とか週に2、3回行くが、安定している段階から2週間に1回、診察のときには必ずケアマネジャーが来られる事業所もあるし、そうでない方もいる。だんだん状態が悪くなってきて、そろそろという段階で密に連絡を取り始めるケースもある。私のところだと月2回ファックスはさせてもらっているが、その2回のうち1回目と2回目の間に結構変化があったり、2回目を行った後に看取り近付いてきたりみたいなきは、改めてファックスをすることはしない。そうすると、連携</p>

部 会 員	<p>するのもこの方はあと1週間ぐらいだとか、3日くらいかなというのは、私は分かるが、それをケアマネジャーに誰が伝えるかになると、診察のときに来てもらっていただければその時、もしくは割と頻繁に本人のところに来てもらっている、看護師からケアマネジャーに連絡が行っているかのいずれかだと思う。</p> <p>もう1つは、MCS や連携ツールの中にケアマネジャーが入っている場合は、オンタイム・リアルタイムに情報共有されていると思う。ケアマネジャーもそれぞれ忙しいと思うので、どれぐらい密に関わっているかはそれぞれのケースによって大分違うと思う。ただ、看取った後とか看取る前の段階でヘルパーやケアマネジャーは、家族・本人に密接に関わっているので、昨日ケアマネジャーが来てくれた、ヘルパーはこんなことをやってくれたというのは往々にして聞く話なので、非常に満足度は高くなると思うが、毎日連絡をするわけではないので、どういう情報共有がなされたらいいのかということである。</p> <p>診療報酬は、医療は知っているが、介護の点数は知らなかったなので、もう少し情報が取りやすい方法があったらいいとか、こうしてほしいというのはケアマネジャー側から、あるいはヘルパー側からあればよりレスポンスがしやすいと思う。現状は、月2回の FAX もしくは訪問看護経由の情報共有か、その場で診察に同席のいずれかしかされていないと思うので、やや置き去りになってしまうケースもある。</p>
部 会 長	<p>数やっている先生の中でも、連絡がうまくいかないことがある。</p>
部 会 員	<p>毎回、あと3日くらいかもしれないというのをわざわざ連絡するかというとそうではない。</p>
部 会 長	<p>結局それを解決しようと思うとツールしかない。</p>
部 会 員	<p>ツールがいちばん負担が少ないですね。</p>
部 会 長	<p>ツールがあつたらいけるというわけでもないだろうが、あつたらまだチャンスはあるのか。でもそのツールを誰がとなると、看護師は分かっているとすると、ケアマネジャー含め、それに関わる人みんなに伝わるツールになっているかどうか。</p>
部 会 員	<p>訪問看護師は奈良市の先生達とも絡んでいると思うので、比較的オンタイムで共有されていると思うし、ケアマネジャーが入っているケースもあると思います。</p> <p>わずかなニュアンスのことでも、家族にもうあと1週間以内かもしれないと説明したことは、ツールで家族に説明したと書いておくと、そういうことも分かる。それを知っているか知らないかでケアマネジャーが本人宅に行ったときの関わり方も変わる。先生からどういわれているかを知っていたら、伝え方も変わるし、予後のことを全然言われていない状態で行って話をするというのなかなか難しいとなるのも分かる。</p>
部 会 長	<p>ケアマネジャー、看護師などにかく割と近いところであれば、日常でやり取りできるだろうけど、それこそ事業所に帰ってきて、今日あかんかったと言えるけど、事業所が違つとち</p>

部 会 長	よっと難しい。その辺をうまく連携できれば。
部 会 員	そういう意味で先進事例は情報共有ツールがうまくいっている地域もあるかと。
部 会 長	今の意見からすると、案1のほうが割と即戦力というか、恐らく役に立つかと。葛西医院の先生の話も伺ったことがあり、いい話だったが、生駒でみんなが同じようにできるかというのには、またそう簡単にいかない面もあるので、長い目で見るとこういう講演を聞くのもいいと思うが、今立ち上がろうとするには案1の方がいい気がする。
副 部 会 長	市内であった事例の紹介みたいなことになるので、実感がわきやすく、一番自分のことに置き換えやすいので、そういうところはやってみようと考えやすいと思う。
部 会 長	できれば案1で中身を練りながら制度的なものと、対応がすぐできるかという部分や、ツールの問題など、いろんな側面からできることがあれば、いい知恵を拝借できればと思う。 次のどこでも講座、私ノートのアンケートについて事務局から説明をお願いします。
	(2)協議 ②どこでも講座・私ノートのアンケートについて
事 務 局	(資料5-1 から 5-3 に基づき説明)
部 会 長	趣旨は分かるし、実際運用していく上でどうか、これでは扱いにくいのでどうかという問題だと思うが、アンケートの中身、実際の運用はいかがか。
部 会 員	資料5-1だが、最初「どこでも講座」を拝見したときに、どのようにして講座に参加する方を募るのかと思った。対象の中で 10 名以上の参加者を集めることができる団体、グループと書いていたので、例えばエリクシールで 10 名以上集められるとなればお伝えして、そこに出張してきてもらうということであれば、参加している方が「どこでも講座」に参加した経緯は別にアンケートを取る必要はないと思った。もしこれが個人でも申し込みができるものになるのであれば、アンケートの中にどのような経緯で「どこでも講座」への参加意思を持たれたのか、申し込みされたのかは拾っていけば、経緯が今後追うことができるのかと思った。現時点では団体、グループからまとめた申し込みになるので、もしかしたらその項目を入れたとしても、会社でやるとなったからという回答にしかないかもしれないが、アンケート的には思ったところである。 5-2、5-3は大きな変更を加えることもなく、書いてくれる方をどこまで増やすことができるのかは本当にこれから大きな課題になってくると思う。今お聞きすると、ケアマネジャーとか訪問看護師とかが配っていただいているが、以前からどこで配ったのか分かる紐付けをしてはどうかと案も出ていた。現在そういうシステムはないと思うが、配布数と活用数、もしくは配布された後、活用された事例、どのように関連性を見ていくのかはどんどん詰めていかないといけない。配布して終わってしまうという以前からの懸念の中であったものに

部 会 員	なってしまうのではないか。その辺りは現時点ではいかがか。
事 務 局	現時点では配布したところで止まっているので、このアンケートを使いながら把握していきたい。「どこでも講座」が今、包括からの協力を得て介護予防教室やサロンで実施予定なので、参加者に対して例えば、半年後や何カ月か後に包括から書いてみたかという形でフィードバックをお願いできる形にしていけたらと思っている。
部 会 長	<p>「どこでも講座」はざっくりと20人程なので、アンケートを取るとしたら、ある程度まとめるほうが温度差は分かりやすいという気がした。</p> <p>「私ノート」の書き込むという率も問題だが、アンケートをどれだけ回収できるのかというのもなかなか難しい。例えば、これが返信用のはがきで送るとかであればだが、この紙を入れて、どう回収していくのかとなったときに、多く回収できないことが見込まれる。確かにアンケートで正しいことが分かるのだろうが、まとめて使ってもらえるところの意見とか、モデル地区みたいなどころで意見を吸い上げたほうが、意見が入ってきやすいかと。</p> <p>一定数出回っていると思うが、本当に書いている人というのは恐らく少ないかなというのがある。例えば「どこでも講座」の進め方として、1～10 までを説明するのではなくて、では名前から書いていきましょうとやっていって、もうスタートを切ってしまうとかやり方もあるのかとは思いますが、その辺はそれぞれ工夫しながらやってもらってはどうかと思う。</p>
副 部 会 長	それが一番とっつきやすいと思う。「どこでも講座」で人が集められるかどうかはまた別だが、そこでボードゲームとかいろいろ説明しながら一定程度した後、そしたら皆さん開いてみましょう、書いていきましょうと、全部書くことは難しいから、ざっくりどんな項目があるのか説明を受けて、書きましょうといっても皆さんのいるところでは書きにくいこともあるだろうから、続きは家でという形もできるかもしれない。連続版という形ですると、続き書きましょう、書いてきましたかと聞けるかもしれない。書き始めることをするのもいいのではないかとと思っている。
部 会 長	実際に受け持ちの方で運用し始めた、実際使用した例がある方はいますか。 なさそうですね。スタートを切れるように頑張りましょうか。
事 務 局	先日、どこでも講座の申し込みがあったので高齢者サロンでやってみた。カードゲームを1時間ぐらいして、気持ちが盛り上がってきたところで、皆さん30分ぐらい書いてみましょうという形で実施した。第1章の「私について」だけをみんなで一個ずつ項目を挙げながら書いていくと、その後、何人かお会いした方で話した家に帰って書きましたとか、またくださりと持って帰られたので、今話したようにゲームなどで気持ちをほぐしてから一回書くなど、やり方を工夫して広めたい。家に持って帰ってもどこか片隅に置いてしまう可能性は高いので、まず書いてもらうことが、確実と手応えを感じている。それを市職員だけだと限界があるので、できる限り皆さんに協力いただき、同じような形で言っただけの場面が増えれば、私たち1人、2人でやるよりは10人、20人でやったほうが広がるという希望的観測もあ

事務局	り、このようなスキームでどうかと考えている。
部会長	「どこでも講座」は、数カ所申し込みが既にあるようで、意識はだんだん動いて、向けていけそうな素地はあると思うので、ぜひ進めていく。「私ノート」もそうだが、ACPの普及啓発の進め方で、ファシリテーター養成とか、「どこでも講座」の活用もあるし、進めていけないかということである。ファシリテーターのざっくりとした人物像というか、どういう人をターゲットに考えているのか。一応、地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護師など医療介護従事者などを挙げてもらっているが、事業としてするならば市が包括支援センターの人を集めて全員ファシリテーター研修してはどうか。事業所は事業所の考え方があるし、少なくとも包括であれば多少の融通はきくのかと考える。
事務局	地域包括ケア推進課も包括のスタッフと勉強会や研修会をしているので、その機会を捉え、広めるためにどうすればいいか話し合えたらと思う。また、検討しながら進めていく。
部会長	ファシリテーター養成講座になると、ある程度、講座のマニュアル、講座の中身が必要になってくると思う。講師はどうするのか、誰にしてもらうのか、時間数は何なのかという規定があって始めて可能になると思うので、これはこれで進めていくことは意見があるか。どのようなやり方がACPの普及にとっていいのか。
部会員	部会長が言われているようにファシリテーターの定義がまだ決まっていない状態だと思う。例えば人生ゲームを一度やったからとか、ノートの内容を一通り目を通して自分で書いてみただけでファシリテーターとして認定しますよとなるのか、養成講座に参加したから、それでファシリテーターとして認めますよとなるのかも含めて。養成、育成はしないとイケないが、まだその中身のカリキュラムが本決まりではない状態と思うので、この方々を中心に普及啓発をしていくとなったときには、その礎となる何かしらの考え方や、規定はこれから急いで詰めていかないとイケないと思う。今のところ育成講座に参加をされれば、それでいいという感じなのか。
事務局	そういうイメージで進めている。
部会員	その方々が呼ばれたら出張して話をして、その方々が促進する立場として動いていく感じになるのか。
事務局	そうである。
部会長	これも作った方がいいが、動くか。ファシリテーターの資格を取りましたで完結するようになってしまう心配がちょっとある。
事務局	そうならない仕組みづくりは考えていきたい。イメージは認知症サポーター養成講座。プ

事務局	プログラムを準備しておくので、石井先生の研修を受けていただいた方には修了証を発行し、パッケージにのっとして講習会をお願いしますという形でできたらと思っている。
部会長	認知症サポーターは何か発行しているのか。
事務局	受講した人はオレンジリングをもらうが、講師はまた別で講師ができるという。
部会長	何か資格はあるのか、市だけではなく、もっと上のものはないのか。
事務局	サポーター養成講座の講師になるための研修がある。それは別に医師でなくても専門職もいれば、市民など、民間の協会がやっている研修を受ければサポーター養成講座ができるというのがある。
部会長	今の仕組みを使うと裾野を増やすのは負担が減るといえるか、その人自体がACPを普及する、この人たちには叩き込むという意識になるが、それでも既存のものを使うと、認知症もかなり人数が進んでいると思うので結構いいかもしれない。「どこでも講座」でもファシリテーターという名前で上げてもいい。本当に何かしてもらいたくてというのは、包括とかも仕事としてやるわけで、市が認定するまでもなく自分で勉強もされるし、やってくれるのでファシリテーターは、結局は意識のある市民の数を増やしていくという感じか。
事務局	<p>今後は市民も増やしていけたらいいのかと。市民独自で例えばサロンの責任者の人に養成の方になってもらうとサロンで年に一回必ずACPについて話をしてもらう会にするなど、仕組みになっていけばいいと思っている。</p> <p>あくまで元気な人が対象になるので、今後はケアマネジャーや、本当に看取り期に入った人に対する普及をどのようにしていくのかも、別で考えていかないといけないと思っている。</p>
部会長	まだこれよりも一歩手前の時期かと。ファシリテーターというよりは、まず身内というか。
事務局	今ノートを配っているので「どこでも講座」がたくさん来るかと想定しているが、件数が増えてくるとなると、なかなか行政側だけでは回り切らないところはある。一方で、ACPの普及を数値的にどう測っていくのかであれば、単純にノートを何冊配ったか、講座を何回受けてもらったか。ただ、配っただけではその先が分からないので、できる限り講座を受講して、書いている方を数字として取りたいというのがあり、そのようなスキームになっているが、もう一回練り直して、まずはその入り部分を整理できたらと思っている。
部会長	まだそこまで広がっていったいない。
副部会長	どちらかというと、「どこでも講座」を進行してくれる人をつくろうぐらいの話なのか。

事務局	<p>そうです。最終ゴールは、「どこでも講座」という市のメニューがあり、これでいかせていただくことにはなるが、別に「どこでも講座」を頼らなくても、それぞれの皆さんが活躍されているフィールドで、説明して、配るときに一緒に書いていただきたくことがあれば広がりをもっと展開していくかというのはあった。そういう意味で、話をできるベースを皆さん一緒に持ちませんかというのが発想としてはスタートになる。今回、そこが整理しきれないままに出していたところもあったので再度、練り直させていただいたほうがいいかと思う。</p>
部会長	<p>最後のところまで作っているからついついそういう話になっていくが、もうちょっと手前かと。「どこでも講座」はもちろん市の職員とか、医師会に投げ掛けて意見を聞くとか、それこそ薬剤師会、歯科医師会、今いろいろ口腔ケアについてもアピールが進んでいるみたいなので、その辺も内容として挙げればよいと思う。</p>
事務局	<p>医療介護の話になると、行政職員が言うよりもやはり専門職の皆さんが言っていただくほうが響くというか、参加者の満足度が高いのもあるし、参加者もそこで自由に普段聞くことができない話を直接質問ができる。部会長がおっしゃっていただいたように、協力をお願いしながら工夫して進めていきたい。</p>
部会長	<p>頼んでみたらいいと思う。 ちょっとまとまりのない話ばかりになったが、今年の事業を、話があったように進めていただいて、多職種連携研修会の企画をお願いしてやっていきましょう。その他、何か意見はないか。</p>
事務局	<p>連絡事項で、口腔ツールパックの件で案内があると伺っているので、お願いする。</p>
部会員	<p>QRコードが付いてる文書を配っていただいた。ここに書かれている奈良県在宅歯科口腔保健ツールパックについて紹介する。歯科医師会の先生も来られており、ご存知だと思うが、奈良県では各保健所において口腔保健ツールパックを推進していこうと進めている。簡単に説明すると、在宅で療養されている方や、自分で歯科医院に行けない方は、在宅で歯の状態がかなり悪くなっている中で、食べることができなくなったり、噛むことができないことで栄養価が下がっていくことがあったり、嚥下性の肺炎になったりと、いろいろなことがトラブルとして起こってくると思うが、そういった方を歯科医療に適切につなげていく必要があるため、このツールを作った。</p> <p>在宅を支援している方はいろんな職種の方がいると思う。ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師、そういった方が口腔の観察をしていただき、歯科医療につなげる必要があるという判断をしていただくツールがあるので、それをチェックしていただき、その様式を在宅を訪問してくださる歯科医院にもともとかかっている経歴がある方は、その先生に相談し、訪問していただく。もともとない方は、奈良県の歯科医師会に相談をすれば往診の先生を案内してくださる流れになっているので、そのような方法を使って、在宅の方の歯科口腔の改善を図っていくということ。</p>

部 会 員	<p>知っていただければ、使っていただく様式もあると思うので、QRコードから県のホームページに入っていくことになる。</p> <p>1つしかないが、これがチェック表になっており、これを見ていただくと、在宅の方がどの状態に当たるかをチェックしていただく様式がありますので、その様式をチェックしていただいて歯科医師につなげていただくか、歯科医師会につないでいただくかで、在宅で治療につながる。その結果、往診した先生は、その結果をケアマネジャーや、ヘルパーに返していただくと、それに基づいて日常のケアを継続していただくことになる。一度ホームページを見ていただければ、いろんな資料が載っているので、確認いただければと思う。</p>
部 会 長	いつから始まっているのか。
部 会 員	はじめは、吉野保健所から始まっているが、今は全部の保健所で推進しており、現在県内全ての地域で実施している。ケアマネジャー研修会や、保健所の研修会も含めて、制度の周知を進めているところである。
部 会 長	訪問歯科があると思うが、訪問のところならどこでもやられているのか。
部 会 員	訪問歯科をやっている先生が常に資料をお持ちになっているとは私は思えない。
部 会 長	必ずしもこれを使うわけではない。
部 会 員	一人の歯科医師として訪問歯科診療をやっている。
部 会 員	訪問診療をしていただいている患者のかかりつけの先生は、そちらに相談をして対応していただけるか確認する。そこができないということであれば、奈良県の歯科医師会の在宅歯科医療連携室に電話をすれば、近くの先生を紹介していただける流れに、歯科医師会との話になっている。
部 会 長	他は何かあるか。
事 務 局	地域包括ケア推進課だが、ネットワーク協議会で認知症対策部会の事務局をしている。7月に認知症部会を開催予定である。そこで今考えているのは、認知症に関する4つの場面でのロジックモデルをつくっていきたいと考えている。ネットワーク協議会全体として1つのロジックモデルが出来上がれば良いと考えているので、また進捗があれば、こちら、もしくはネットワーク協議会で報告させていただきたいと考えている。
事 務 局	<p>事務局から連絡がある。1つ目は先ほどの報告にあったトーテックの一斉調査について、7月初旬に皆さまの事業所にファックスが届くと思うので、協力をお願いします。</p> <p>2点目はチラシを配布している生駒市立病院のシンポジウムに関する案内。6月30日に</p>

事務局	<p>奈良県立医科大学の細井学長による基調講演と、生駒市立病院の遠藤院長より取組紹介があるので、時間が許せば参加をお願いする。場所は南コミュニティセンターになる。</p> <p>3点目、第2回の在宅部会について、今回はロジックモデルの指標設定に関する講義を松本先生からお願いする予定である。その上で第3回の在宅部会で指標設定のためのグループワークを行いたいと考えている。なお、今回はZOOMによるオンライン開催を予定。もし、事業所からの参加が難しい場合、市役所にて場所を準備するので事前にご連絡をいただきたい。</p> <p>5 閉会</p>
-----	---