

会議の名称	令和5年度加東市在宅医療・介護連携推進協議会
開催日時	令和5年6月27日（火） 午後1時30分から3時15分まで
開催場所	加東市役所2階 201会議室
会長の氏名	森下智行
出席委員の氏名	森下智行 小野圭三 逢坂悟郎 北吉由紀子 石田三有希 山口香 浅井歩 橋本雅樹 藤村由美 細川公代
欠席した委員の氏名	坂本泰三 森下和理
出席した事務局職員の氏名及びその職名	高齢介護課長 井澤彰子 副課長 高濱さおり 係長 櫛原ひろみ
議題、会議結果、会議の経過及び資料名	<p>議題、会議結果、会議の経過及び資料名</p> <p>1 開 会</p> <p>2 委員紹介</p> <p>3 会長・副会長選出</p> <p>会長に小野市・加東市医師会の森下智行委員、副会長に兵庫県介護支援専門員協会加東支部の石田三有希委員を選出</p> <p>4 議題</p> <p>(1) 令和4年度加東市在宅医療・介護連携推進事業報告について</p> <p>【資料3】</p> <p>事務局から資料3に基づき令和4年度加東市在宅医療・介護連携推進事業報告について説明</p> <p>会長：説明が終わりましたので、質疑応答に入ります。何か質疑のある方は挙手をお願いします。</p> <p>委員：介護支援についての意見が一つと質問が3点あります。一つ意見というのは、資料3の表の方のア地域の医療・介護の資源の把握の部分で、地域資源マップの改訂や事業所紹介の冊子を作ってくださいだったので、大変活用できております。利用者の方には、これまでは私たちがこの方にはこういう所が合うのではないかと何ヶ所か提案して、そこから選んでいただいていたのですが、まずその冊子を渡して、この中から興味のある所を選んでくださいというようにできたので、大変よかったと思っています。資源情報では、今後も加東市にお住まいの方が1日でも長く、安心して生活していくために看取りをできるようになるのは一つ必要ではないかと思えます。在宅生活を支えてくれる訪問介護の事業者さん</p>

は、5つあるのですがその中で働いている方がとても高齢化されている。訪問入浴が加東市にはなく、近隣でもあるのは三田市と近くは二つくらいしかないと聞いています。今後厳しい状況になるのではないかと思います。そのことを話し合うのはこの会議ではないかもしれませんが、どこでどうしていくのかという話し合いが必要になるのではと考えています。

次からは質問ですが、資料3の裏面、ウの北播磨圏域要介護者における入退院支援に関するアンケート調査では、どんなことが分かってどういうところがいいところであったり課題であったりするのを持ち帰りたいと思っています。

その次のエの医療・介護関係者の情報共有の支援というところで、口腔ケアチェックシートと薬剤師との連絡票の二つ、このシートについて、それぞれの担当の方は、現状どのように思われているのかそれもケアマネ協会に持って帰れるものならと思います。

会長：質問についてどうでしょうか。

事務局：ありがとうございます。

三つの質問の一つ目、入退院支援に関するアンケート調査については、また後程、今年度の計画のところから引き続いて加東市の在宅医療・介護関連データ資料5の最後の方でアンケート調査の結果をお示しさせていただきますので、そこでご意見をいただけたらと思います。情報共有シートの口腔ケアのチェックシートは、小野加東歯科医師会の方で、前から作っていただいている部分ですが、活用について、何か把握されてますでしょうか。

委員：加東市で申し込みがあった場合、私のところに全員連絡が来ますが、今年確か3件だったと思います。申し込みがあった方は誰かが入るようにしており、歯科医師会の方で担当しておりますが、どの程度のことまでできているかは把握できておりません。3件のうち1件は当院で担当させていただき、口腔ケアをしてほしいという事で話がありましたが、たまたまご主人が治療に来られており、お話を聞いて、ただご主人がケアマネさんに言われたのと、私達に伝わったことと若干違いがあって、その患者さんは当院に通院されてきました。

事務局：ありがとうございます。薬剤師の連絡票に関してはいかがでしょうか。

委員：この連絡シートの作成に関わらせてもらい、連絡票を作っていただきまして、やりとりしたことはあります。でも個々の薬局でのことなので、どのぐらい活用されているかというのが、薬剤師会ではなかなか把握できる機会がないので、活用していらっしゃるかどうかは、ケアマネさんの方が把握されているのではないのでしょうか。教えていただきたいと思うのですが。うちに関する連絡票の活用は1例だけなので、他のところで、活用されているかというのは、把握ができておりません。

委員：ありがとうございます。ケアマネ協会全体で薬剤師さんとの連絡票がどれくらい活用できているかについては、把握ができていません。薬剤師さんとしては、書面で来るのと電話での相談が来るのとどちらの方がやり易いかはありますか。

委員：人員体制がギリギリな状態でどの薬局もやっていると思います。業務中に相談があっても外来の対応がありますので、その内容に十分対応できるかわからないので、まずチェックシートでご相談いただいてから、時間帯をとり急ぐのか、じっくりお話できるかというのはあるだろうと思います。直接お電話いただいてというのは、その十分な対応ができるかどうかはわかりません。

委員：まずは書面でさせていただいて、その後ご相談する形でさせていただきます。ありがとうございます。

会長：以上ですが、他にありますか。

委員：副会長さんが最初に言われたヘルパーさんの高齢化の問題は、全国的に進んでいまして、というよりまず全国的にケアマネ不足が起こっています。北播磨全域でケアマネ不足になっています。ヘルパーについては、皆さんご存知のように、サービス計画責任者が常勤ですが、皆パートなので新人が入ってこないということです。鹿児島県とか或いは北海道のちょっと田舎では、ついにヘルパー不足で、ヘルパーも新しく探すのに3か月かかるようです。デイサービスもなかなかとれない状況です。市町村では、在宅療養者が今からあふれ、一方では、同時に不足する介護職、介護サービス、在宅医療サービスでどう対応するのか、日本は今2025年問題が本当にきてしまったという状況になり、構造的な問題が起きています。だから平和な感じで今を過ごしている市町村はやばいぞと思わないといけない。

会長：他にありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

会長：質疑はないようですので、この議案について異議はございませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

会長：異議がないようですので、御承認いただいたものとさせていただきます。ありがとうございます。

## **(2) 令和5年度加東市在宅医療・介護連携推進事業計画（案）について**

### **【資料4、資料5】**

事務局から資料4及び資料5に基づき令和5年度加東市在宅医療・介護連携推進事業計画（案）について説明

会長：令和5年度加東市在宅医療・介護連携推進事業計画（案）について説明が終わりました。

会長：説明が終わりましたので、質疑に入ります。質疑のある委員の方は、挙手をお願いします。

委員：まず、7ページの要介護・要支援認定者数ですが、下から0より下になっているように思います。平成29年3月末は少なかったのに以降増加傾向にあるというのは、どうい

う背景があるのでしょうか。

事務局：なぜ増えたかという分析はしていませんが、高齢化に伴い要支援も増えてきたという認識はありました。

委員：3ページに戻りますが、北播磨の市町は、みんな同じような顔つきをしていて、同じような生活をされているような気がしていたのですが、多可町は特別かもしれませんが、高齢化率に差があるなど。三木市が35.1%、その中で、加東市が低いという背景には何がありますか。

事務局：一つの要因としては外国人が考えられます。実際数字としては、把握はしていませんが、外国人の方が増えてきています。

委員：小野市と加東市、ものすごくベトナムの方が多いですよ。その影響と考えればスムーズですね。次9ページの下ですが、訪問診療と言えば、定期的に在宅医が予定した時に行く患者数ですよ。KDBデータを扱ったことがないので教えてほしいのですが、これは加東市で訪問診療を受けた患者数と緑のグラフを見て思っただけですか。

事務局：加東市です。

委員：加東市民ですね、そうすると重大なことに、要支援と逆なのですが、2015年に2000人在宅医療を受けている患者がいたのに、普通はどんどん85歳以上の人口が増えると、上がってくるのですが、500人下がってしまったというのはすごいことです。必要な人がいたにもかかわらず、供給不足が起きているということになるのです。85歳以上が急に通院困難になって、その人たちはみんな在宅を受けますよという全国平均の需要率があるのですが、85歳以上の人口は、普通2035年から2040年まで直線的に増えているはずなのに、減っているということは、在宅医療を受けたいと思っている人たちが施設に行っているか、あるいは供給不足で受けることができなかったかを示しています。現場としてはどのように感じていますか？

会長：僕も訪問診療をしているのですが、確かに亡くなられて、今まで行っていた人がどんどん減っていったというのが一つです。それと加東市がちょっと特殊な状況で、一人の先生が8割ぐらい訪問診療に行かれています。

委員：少数の方が業務に出るので、その人の働き方によって、人数が左右されるのではないかと。

会長：そういうところが近いと思います。

委員：自宅死亡率が2020年の15.8%から上がっているが、在宅看取りが進んだのかチェックしている方がいいかもしれない。

委員：地域医療構想の会議に私も市の方から出席させていただいておまして、先程事務局の方から訪問看護がこの2年ほどで2カ所から7カ所に増えたという説明もありましたが、この死亡者の在宅で亡くなられている方が増えているのは地域の訪問看護の力や影響が考えられるのでしょうか。

委員：地域医療構想調整会議で在宅医療のことも全病院・医師会等が集まってしまいましたが、訪問看護について、24時間対応をしている場合、5人であったら、週に2回スマホを持って帰って、24時間対応をしている事になり、疲れ果てている。ターミナル加算をとっている訪問看護はどのぐらいあるのかは調べないとわからない。訪問看護は、独立して起業しても、大体5年ぐらいで廃業するという事を繰り返す。ビジネスモデル的にはかなり厳しいが、しかしそれでも何とかできる方法はないかを考えておかないと、いきなり在宅療養者が増えた時に、特に看取りは訪問看護が必要になる。事業所にヒアリングをすると実態が分かります。

委員：確認が1点、質問が2点あります。まず1点目、資料4のエの医療・介護関係者の情報共有の支援のところ、前年度は薬剤師さんの連絡票の項目が入っていたが、今年度はいいのか。2点目、7ページの要介護認定者数の推移のところ、認定率の折れ線グラフと、色がついてる棒グラフの間に隙間があるのですが、これは何を表しているのか、非該当なのか、それが何人くらいなのかと思いました。3点目、11ページの死亡者数と死亡場所の推移のところですが、このグラフについて、詳しいことがわかってないのですが、病院の病床率とかが少なくなっていく中で、病院で看取ってもらってる方のパーセンテージが高いという状況ですが、根本を見据えると、もうこれで大丈夫なのかなというところ。また、今の病院の退院、本当は家に帰ってもらいたいけど、それが繋がりにくいか、別に今は困っていないとかこのグラフが示す状況と今後、この患者のなだらかな下がり方だとずっと高いままなのかなと思うのですが、そこに何か課題があるのでしょうか。

委員：病院死亡率が80%から70%になってきた。60%が目標だから、厚生労働省は2035年までに今から15年くらいかけて、加東市はあと、9.6%で何とかなるという事です。そういう意味では、病院死亡率が減ってきていることは、いいことです。この傾向が続けば、十何年経てば40%から60%には、いくでしょう。だからこの数字だけは、いい傾向です。

ただし、施設看取り、老人ホーム死亡率があまり上がってないということが普通のところと違って、普通は、施設看取りが上がり、自宅看取りが少ないのですが、病院内が上がっています。これが正しければ、施設は、施設看取りをあまり頑張っていない。一方、自宅死亡率が上がってきているが、訪問診療が減ってきている前提で考えた場合に、自宅で看取られないのであれば、病院ではないかと読むことができます。

委員：ありがとうございます。

会長：他にありますか。

事務局：先ほどの質問の要介護認定者数等の7ページの推移のところ、質問がありました。認定率というのを、棒グラフと折れ線グラフのことを言われていたと思いますが、折れ線グラフの部分は認定率になりまして、65歳以上の高齢者に対する認定率になっています。棒グラフの方については、それぞれの年度ごとの認定者数ということです。ここの開きに

については、認定者数と認定率の違いから発生してくる隙間になってきますので、この折れ線グラフが上がるほど利用者が増えるような見方になってくるかと思います。人数については、今現在、認定を受けられている方の人数、それぞれの介護度別の人数の割合として見ていただけたらと思います。よろしくお願いします。

委員：令和3年3月から認定率が上がらなくなった原因について何か考えられましたか。コロナではないかと思っているのですが。市町が認定率を下げる努力をされたのなら、教えてほしいと思いました。急激ではないですよ。ベトナム人を除けば、加東市は高齢化率がどんと上がる。高齢の人はあまり変わらないとすれば、認定を受けなくなった原因は何か考えられるか。急に認定審査会を厳しくしたとか、介護認定を受けない運動をしたとかそのようなことがないのであれば、コロナだなと思います。

会長：結構、加東市は厳しいですよ。

事務局：可能性としては、コロナによる分母の問題になるかもしれませんが、認定の受け付けについては必要な方に必要なタイミングで受けていただいております、認定審査会の仕方は変わっていません。

委員：確かに現状の認定率は全国に比べると低いですね、大阪はもう19～25%を突破しているのではないですかね。優秀だと思います。

事務局：もう一つの質問の薬剤師さんとの連絡票は、こちらが掲載出来ておりませんでしたので、後日追加をさせていただきたいと思います。活用状況の把握は先ほどのやりとりがありましたように、ケアマネジャーさんから薬剤師さんに連絡票をとったかについてそれぞれに確認できれば、把握できそうでしょうか。

委員：協会に入っている人には聞いてわかるのですが、協会に入っている事業者さんばかりではない。ケアマネジャーから薬剤師にというシートになっているのですが、逆に薬剤師さんからケアマネジャーに連絡したいなという事があるのか、こういう矢印なのでお互いに使えたらいいですね。

事務局：年に1回健康福祉事務所さんでケアマネジャーさんのアンケート調査をしていただいておりますが、市独自の項目を追加することは可能なので、薬剤師さんとの調整というものも、そこで把握することができると思います。

委員：毎年これはやらないと、健康福祉事務所から提案させてもらって、だけど市町の当事者間が大事なのできちんと調査をして分析をしてまとめるように前向きにするようにしました。医師とケアマネジャーの連絡票のことをアンケートで聞いておられるのは、はじめて見ました。素晴らしいことだと思います。地域ルールというのは、作って3年くらいすれば絶対になくなるものなので、みんな知っていることはすごいので、この1か月で何回使いましたか、優良可という返信に対する満足度を医師からも聞いておくと完璧なデータだと思います。

委員：医師とケアマネジャーの連絡ということに関しては、在宅でケアプランを立てるにあ

たって、連携を必要とするということがありますよね、だからよく使われています。ところが薬剤師に関しては、在宅訪問と言っても、ケアマネジャーさんがどれだけケアプランに薬局の利用を盛り込んでいるかを把握できていない。また、少ないのではないかと。在宅の薬剤師・薬局の利用という事に関してのケアプランが盛り込まれれば、連絡票を活用するということは増えてくると思う。薬剤師が在宅に入るには、医師の指示が必要ということになりますので、医師からの必要性をケアマネジャーさんがどれだけ抽出しているかということにかかってくると思います。薬に関しては、主に訪問看護さんが代役をして薬に関して関わってしまっている現実があるということを感じますので、薬剤師が在宅の方に進出をしたいということも思っているがなかなか現場としては活用されていない現状があるのではと思います。連絡票とか連携を強めるにはケアマネジャーさんがいかに薬局をご利用していただけるプランを立てていらっしゃるかというところは、非常に気になる場所です。

委員：はい。ありがとうございます。おっしゃる通りで、個人的な話になりますが、お薬の管理を訪問看護師さんに私がお願いしているところがあるので、訪問看護さんは訪問看護さん、薬剤師さんは薬剤師さんともっとその役割とか専門性を生かせるような認識を持ちたいと思います。そのベテランケアマネさんたちは、認識を持って在宅療養型指導や、薬剤師さんとの連携をしていらっしゃるのではないかなと思います。そういう状況を改善していくためには、今どういうことしたらいいか高齢介護課や地域包括さんと相談していったらいいですかね。

委員：連携することが目的ではないです。少なくなる医療人材の介護人材が、多くの高齢者を見ていくのだから、連携することでできるだけ効率化するためにやっているのだから、下手にシートを一杯送ると迷惑ですよ。かかりつけ医さんにシートを一杯送るのも迷惑ですよ。できるだけ消エネでどうしたらいいのか、がんの末期については、まず、どこの市もだいたいそんなことを言われていたのだから、他に事例があれば、もちろんそれも紹介して、癌の末期を見ているケアマネは、ホーム薬剤師のところに直確認するなどして、聞いたらそれでいいのではと思います。

委員：癌の末期で言いますと、私が少し遠目で見ていた事例がありまして、痛みがひどくなりました。訪問看護さんが入っていらっしゃいます。薬剤師は入ってないんです。痛みが強くなるので、フェントステープが入っています。フェントステープというのは即効きません。まずレスキューでというのが基本だと私は思ったのですがけれども、どんどんフェントステープが増えていって、最後は痛みがとれて亡くなったのかわかりませんがこんな事例がありました。使い方はちょっと違うなというのがありました。薬剤師さんは、レスキュー＋フェントステープの増量という形でパターンがありますので、訪問看護さんもベテランだと思いますが、やはりそういう点では見解の違いというのは感じるがありました。

会長：いいですか。そこで少し意見を言いますと、本当に癌の末期でレスキューにならないようにするには、徐々に増やして行ってそこまで行かないようにするというのが手腕といったら語弊があるかもしれないけれど、そういうふうに麻薬を上手く処方するように、いいお医者さんにかかるといいと思います。できるだけ早いうちから癌の末期の患者さんは、そういう麻薬を使って、もう絶対に痛みを出さないように最初のうちから、徐々に徐々に増やして行って、もうたくさん量でも構わないから、レスキューにならないようにするというのが、手腕かなと個人的には思っています。

委員：主治医の意見書に余命〇か月と書いてあるにも関わらず、動作として動ける場合、要支援1・2が出るが、その後、ガタガタと悪くなる場合がある。エアマットを使うために区分変更をしても間に合わなかったケースを聞いたことがある。認定調査の基準の考えがどうなっているのか。

事務局：ターミナルの方の場合、認定の加減が難しい。できるだけ早い対応を心がけていく。状態が著しく変わるといふ意見書や検討が必要になると思う。

会長：この議案について異議はございませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

会長：異議がないようですので、御承認していただいたことにいたします。ありがとうございます。

### (3) その他、意見交換

会長：その他意見交換に入ります。

委員：訪問診療について、在宅診療は増えているのでしょうか。

委員：コロナの影響はあると思う。家族が出会えないのを良く思われない一方、本人も寂しい、家に帰りたいたいという思いを持たれている方も多い。

委員：施設内の介護職が少ない現状がある。積極的に看取りができていない状況ではないが、今後、施設でも看取りをしていこうと考えている。

委員：施設看取りが少ない状況である。医師との連携もとれていない。この3年間は、コロナの影響でターミナル研修が実施できなかった。24時間医療との連携ができない状況。

委員：認定審査の時に、末期がんの方で痛みの看護等が上手くいっている場合、要支援1・2の判定になり、最後バタバタとしてしまうことがある。

委員：主治医の意見書に書いてあっても、介護的には自立なら要支援で出てしまうことは仕方がないと思う。これを変えるには、疼痛看護をしている場合は介護度を見なくてよいという国のレベルの話が必要だと思う。末期であってもそれぞれのパターンによって対応していくことが必要。

委員：加東市に特養はいくつあるのか。



委員：3つある。2030年まで持つかどうか。この1年で団塊世代が退職したが、新卒は入ってこない状況。職員数が厳しい。県内でも閉じる所が出てきている。

委員：ベトナム人はどうか。

委員：インドネシア人が6名いる。

委員：現在、中国がお金を持ち始めている。今後、中国で働く外国人が増える可能性が出てきた場合、本当に在宅介護をどうしていくのか、課題が大きい。

委員：3年間面会禁止の期間があった。在宅で診てもらおうケースもあり、病介連携が必要だと感じている。

会長：ほかに御意見、何かございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

会長：それでは以上で終了します。

## 5 閉 会