

令和7年度 第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会議事録

日 時:令和7年11月25日(火) 午後7時00分～8時30分

場 所:i プラザ2階 ふれあい交流室3

出 席:委員13名

傍聴者:なし

1 開会

■事務局

本日はお集まりいただきまして、ありがとうございます。

ただいまから、令和7年度第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会を開催いたします。早速ですが、次第に従って進めさせていただきます。まず、委嘱状の交付をいたします。

2 委嘱状交付

(委嘱状交付)

3 部長あいさつ

■健康福祉部長

本日は、大変お忙しいところ、また、日中の業務でお疲れのところ、第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会にご出席賜りまして、誠にありがとうございます。皆さまにおかれましては、日頃から本市の医療保健行政にご尽力いただきまして、感謝申し上げます。

また、本協議会の委員をお引き受けいただきまして、医療介護連携を推進するため、皆さまの専門的な知見・視点をお借りできること、大変心強く感じております、よろしくお願いいたします。

団塊の世代全員が75歳を迎えるという2025年を迎えまして、次は2040年、その先を見据えて健康寿命延伸の取組を推進しつつ、医療や介護サービスを必要とする状態になっても、安心して磐田で暮らし続けられるように、様々な策や体制整備をしていかなければならないと考えております。

国でも、新たな地域医療構想の検討がされており、その動向を注視しつつ、医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的に在宅医療・介護を提供していくことが更に必要となってまいります。

日頃から、顔が見える関係づくりをしていただいているところですが、本協議会におきまして、それぞれの立場から忌憚の無いご意見、専門的なご助言をいただきまして、更なる体制の構築を進めて参りたいと思います。

本日の議題は、高齢者実態調査項目、シズケア*ささえあい連携シートの活用、在宅医療の連携拠点の指定についてとなります。活発なご審議を賜りますようお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。

4 委員自己紹介

■事務局

今回、委員の皆さまの改選がございまして、新たに委員となられた方もおりますので、簡単に自己紹介をお願いいたします。

■各委員

(各委員より自己紹介)

5 会長・副会長選出

■事務局

要綱によりまして、会長、副会長は各1名で委員の互選により定めとなっておりますが、いかがでしょうか。

■委員

(会長・副会長選出)

6 会長・副会長挨拶

■会長

2025 年もとっくに過ぎて、次は 2040 年という話題になっていまして、実は在宅医療がどれくらい増えるかという試算が、静岡県の方で出ています。今、磐田市は 700 名くらい患者さんがいます、それが 2040 年は 280 名増えるという試算になります。

僕らの施設も一生懸命やっているつもりですが、磐田市内の方だと 180 名くらいで、市内全体の4分の 1 程度しか見ていないのですが、増えるのは 280 ですから、もしかしたら同じようなクリニックが2個か3個、必要になってくる可能性があります。

若手を育てるなど考えてはいますが、全て解決できるとは思っておらず、介護分野との連携等、お力が必要かと思っておりますので、よろしくお願いします。

■副会長

忌憚の無いご意見等を頂戴しながら、勉強させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

■事務局

ありがとうございました。これより議事に入りますので、要綱第5条に則り、議事進行を会長にお願いします。

7 報告事項

(1)本協議会について(資料 1)

■会長

それでは、次第に沿って進めて参ります。まず、報告事項(1)の本協議会について、事務局より説明をお願いいたします。

■事務局

(資料 1 について説明)

■会長

それでは、ただいまの説明に対して、意見、質問はありますでしょうか。

意見、質問が無いようですので、次の議題に移ります。

(2)在宅医療・介護連携推進事業について(資料 2)

■会長

次に、報告事項(2)の在宅医療・介護連携推進事業について、事務局より説明をお願い

いたします。

■事務局

(資料 2 について説明)

■会長

それでは、ただいまの説明に対して、意見、質問はありますでしょうか。

私と家族の安心ノートというのは、しっぺいくんのマークが付いた、エンディングノートの正式名称ということでしょうか。

■事務局

仰る通り、冊子形式の物になります。昨年度、これに加えてあんしんレターという手紙形式の物を新たに作りました。内容を絞り込み、簡易的に作成できるような様式を用意しております。

■会長

ありがとうございました。他に意見、質問が無いようですので、次の議題に移ります。

(3)マイナ救急実証事業の結果報告について(資料 3)

■会長

次に、報告事項(3)のマイナ救急実証事業の結果報告について、救急課より説明をお願いいたします。

■事務局

(資料 3 について説明)

■会長

それでは、ただいまの説明に対して、意見、質問はありますでしょうか。

令和6年は2か月間、令和7年は6か月間やって、実数としては減っている。また、通常、診療所でマイナ保険証を持っている人は、おそらく2割か3割くらい上がっているが、救急に係る人は更に少なく1割くらいに感じます。普段から準備していないような方に限って、救急に頼っている方が多いのかと感じます。外来の数字から見ると、一段低いように見えます。現場から感じる印象で構いませんので、教えてください。

■委員

救急要請の3割~4割が75歳以上の高齢者で、その中でも、生活水準が低かったり、家の中が荒れているような方など、情報が欲しい人こそ、情報が得られない、ということがよくある印象です。

■会長

在宅と救急の学会で、マイナ保険証をデザインした先生が課題として、搬送時にマイナ保険証にアクセスして情報を見ることができて、搬送先の病院が事前準備のために見たくても、アクセス数の関係か、病院到着後に改めてマイナンバーを読み込まないと情報確認できないことを聞きました。

伝達に関しては、救急隊で得た情報を、病院に口頭で確認されていますか。同時アクセスができれば、受入先の病院も準備が出来そうですね。

■委員

口頭で病院には伝えています。令和6年は、磐田市立病院のIDを付与されてアクセスして、救急隊が情報を見ていたので、病院と救急隊が同時に見れていました。

令和7年からは、救急隊側にアクセス権が与えられましたが、情報を閲覧して病院に口

頭で伝えなければ、病院側は確認が出来なくなっていました。

■会長

本当は、病院と救急側が同時に確認できることが大切に感じます。

救急隊からの口頭伝達も、もちろん大事だけれど、医療機関としてのフィルターを掛けて情報を得るというのも大事なように、学会の講演を聞いて感じていました。

■委員

あくまで主観ですが、救急隊は搬送時間の短縮、一刻も早く医療を提供するというテーマをモットーにしているため、マイナンバーカードを事前に病院側で閲覧できるようにしてもらいたいです。

病院到着後も、救急隊がマイナンバーカードをお預かりして良ければ、病院側に引き渡すことで、初期診療の間に情報閲覧するという流れができれば良いのかなと感じます。

■会長

ありがとうございます。他に意見、質問はございますでしょうか。

無いようですので、協議事項に移らせていただきます。

8 協議事項

(1)高齢者実態調査の調査項目について(資料 4)

■会長

それでは、。(1)高齢者実態調査の調査項目について、事務局より説明をお願いします。

■事務局

(資料 4 について説明)

■会長

それでは、ただいまの説明に対して、意見、質問はありますでしょうか。

この調査によって得られた情報を、どのように活用していくかが大切です。例えば、ACP という言葉の認知度を把握する調査を繰返して、ACP が浸透した事を裏付けたいなど、そのような視点でご説明いただけますか。

■事務局

これまで、ACP という名称を知っているかを問う設問は無く、ACP にあたる行動をしているか否かを問う設問のみでした。

これから、普及啓発を進めるにあたって、まずは名前が知られることからだと考えておりますので、名称の認知度を問うことで、普及啓発結果を計る指標にすることを目的としています。

■会長

ありがとうございます。

それでは、訪問看護ステーションの立場から、要介護認定者の方に、このような調査票が届いたとして、書けそうでしょうか。

■委員

高齢者同士の家族が多くなっているため、家族だけで答えられない家庭もあると思います。

■会長

息子さん、娘さんやその配偶者であれば答えられるでしょうが、高齢者のみ世帯や、認知症同士など、世帯状況によっては質問票の理解や、回答が難しいということが課題か

もしれません。

この他、ケアマネの立場でいかがでしょうか。

■委員

医療の経管栄養、ストーマというような言葉がわかるか気になります。要介護でも軽い方もいるため、専門用語が理解できるか心配です。

■会長

これは、ケアマネさんから説明が必要な内容でしょうか。

■委員

まず、アンケートが届いただけでも、答えて良いアンケートなのか不安になる方が多いです。ケアマネや看護師に周知しておいていただけると、ご本人さんから聞かれた時に、説明したりできると思います。

■会長

③はかなり具体的な項目で、介護者の配偶者が答えるような場合は難しいため、例えば、介護認定の方はケアマネさんに相談してみましよう、といった配慮が必要でしょうか。

■委員

介護、看護職でも、急に相談されるとわからない場合もあるため、調査前にご説明いただけると良いと思います。

■会長

ありがとうございました。

歯科医の立場から、ACP はここ数年でかなり啓発が進められて来ていますが、前もって相談する事が、広がっている感覚はありますでしょうか。

■委員

歯科では ACP は見掛けることが無いです。介護者、軽度認知症の方には、口の中で今後どうしたいかを、家族と相談してもらいたいため話をします。

ACP って何?と聞かれることはほとんど無く、まれに聞かれれば、やっといた方が良いよという答え方はしていますが、業界として周知するという部分は弱いように感じています。

■会長

ありがとうございます。

歯科患者は比較的元気な方が対象ですね。どちらかと言うと在宅サービス利用者予備軍のような。もちろん、在宅サービス利用者も、歯科の先生の力に助けられています。

ただ、通常のクリニック運営をしていると、ACP が話題に上がることが少ないかもしれませんね。

市民団体の立場から、このようなアンケートが急に届いたとして、どうでしょうか。

■委員

ケアマネさんの仰る通り、なにが届いたのか分からなくて心配になるか、ほったらかしになるかのどちらかだと思います。

計画策定に向けた調査で、このように設問が用意されたのは、啓発活動している立場として嬉しく思います。果たして、言葉を知ったうえで、理解してもらえるかは心配です。

啓発活動を通して、最近では関心を示してくれる方が少しずつ増えているように感じます。

■会長

啓発イベントも色々あって、今月もイベントがありましたね。

■委員

磐田市・森町の看護とみんながつながる会で、啓発イベントが開催されます。

(2)シズケア＊ささえあい連携シートの活用について(資料 5)

■会長

それでは、(2)シズケア＊ささえあい連携シートの活用について、事務局より説明をお願いします。

■事務局

(資料 5 について説明)

■会長

ありがとうございました。

これは、静岡県医師会で作られたシートです。ポイントとして、人生の最終段階ではなく、その一歩手前の状況、病気があって治りにくい、入退院を繰り返しているといった状況を想定しています。

このような方は、必ずしも在宅に限らず、入院や、施設への入所など様々な可能性が考えられます。そのため、多職種が関わる時期とも考えられます。

療養型で診ていると、亡くなるまで入院という患者さんもいらっしゃると思いますがいかがでしょうか。

■委員

当院では独自の ACP シートを作成しており、入院時にご家族と共にシートを作成し、場合によりますが、ご本人様に伝えて最後の迎え方を確認しています。重度の方も多く、本人の意向が確認できない場合が多いですが、回復して元気になれば、相談をするようにしています。

■会長

今、使われている院内のシートにシズケア＊ささえあい連携シートを、一歩手前のシートとして使うことはできそうでしょうか。

■委員

療養病棟の在り方という点で、厚労省の考え方では終身療養をする場所では無いと定義されており、亡くなられた方を除いての在宅復帰率を求められています。

回復が確認できた場合には、ご家族・ご本人の意向を確認しながら施設、在宅医療の案内をしている状況です。

■会長

ありがとうございます。

では、特養を代表して、状態の悪い方を多く見ると思うのですが、その中で、改めて話してみると、家に一度は帰りたいなどの希望が出て来た場合に活用の可能性があると思いますが、そのような話題は出るのでしょうか。

■委員

特養には、介護度3以上から入れるという制限があるため、本人の意思がハッキリしていないことが多いです。元気な内にこのようなシートで本人の考えを残しておいてもらえると、家族や我々施設の判断の助けになります。

施設として、終末期にどうしたいかという意向を家族に確認しており、最終段階では、

主治医も含めて説明し、看取りの同意書にサインをもらっています。この時に、家族が後悔の無い判断をする材料になると思われるため、在宅にいる時から、考えてもらえると良いなと思います。

30 年働いていますが、在宅に帰るというのは、1 件もありませんでしたので、とても難しいことだと感じています。

■会長

ありがとうございます。貴重なご意見でした。

では、小規模多機能はまさに、施設に決め切れなくて、場合によっては通いの場であったり、様々な機能を持っていると思いますが、そういった意味で、シズケア*ささえあい連携シートというのは、揺れ動く部分を支えるツールとして、非常にぴったりかと思いますが、いかがでしょうか。

■委員

私は、小規模多機能の職員ではあるのですが、弊社の 3 階、4 階はサ高住になっていて、比較のお元気な方が多いです。そのため、人生の最終段階をイメージしている方、お話をされる方は少ないです。

ざっくりした意向確認はしていますが、決まった様式はありません。死が近づく前の段階で、こういったシートを活用すると、色んなことが明確になり、小規模多機能やサ高住の職員が同じものを共有できるため、情報の共有という点でも活用ができるかと思います。

■会長

ご意見ありがとうございます。

どうしても医師が病状を見た感じで決めていくんですけど、実は作ったドクターが、聖隷の循環器の先生で、心不全によくそういったケースがあります。ご自宅で診て、ちょっと心不全で悪くなって入院して、自宅に帰ってを何回か繰り返すんです。そういった中で、じゃあ今度は病院に行かないで、最期家で診ましょうという時に、病院の先生、在宅医の先生の目で、なるべく入院しないために体重管理をこころみましょうとか、色んな軌跡を辿りながら、本人の納得するところに持って行くというのがイメージされているのかと思います。

当院でも試験的に始めていて、神経難病の方に対してやっています。胃ろうを作る、気管切開をするなどによって予後が変わる、例えば、食べれない、飲み込めなくなる病気を、胃ろうを入れればクリアできるようになる。ただし、介護は非常に長い期間に増えるのがどうなのか、家族に迷惑をかけるのではないか、ということで揺れ動く気持ちがあるので、使えないかと思いました。

浜松医大から神経内科の先生が来ているので、浜松医大から紹介があった人や、磐田市立病院から紹介があったときに、ドクターとやり取りできればということで、まだ始めたばかりで 2 事例しかできていないのですが、症例を選んでやっていくと上手くいくのかなと思っています。

副会長どうでしょうか、在宅の人が緊急で入院で入って来て、入院したくないと言っていたけど、救急車で運ばれてますという状態のとき、シートがあると有用なんでしょうか。

■副会長

その患者さんの意思を把握するという点では役立つと思います。救急の場で、この患者さんが入院か外来かギリギリの患者さんだと、より役に立つと思います。

そこまでの治療を希望されていない方を、無理に家族の強い希望で入院させたけれど、入院により廃用が進んでしまい、どちらの希望した結果でもない状態になってしまっていて、どうしようもなくなり、退院や転院となることは十分に起こり得ることなので、入院が分

水嶺になってしまうような患者さんには、かなり有用になるのではないかと思います。

■会長

ありがとうございます。

薬剤師の立場からどうでしょうか。僕らは在宅安心ファイルというバインダーで情報共有していて、家に置いてもらってるんですが、それを持って薬局に行くかという何とも言えないんです。家に置いてあって、薬剤師さんが訪問でもしないと見れないと思いますが、どうしたいかのご意向って話をされることがありますか。

■委員

通常の、窓口に来られる患者さんとは、正直そういった話はしていないです。

在宅で行ってる薬局に関しては、そういった話をしていることがあると思いますが、私たちの薬局では経験してないので回答が難しいですが、その辺は在宅療法を多くやっている所と、通常の所で差が出ていると思います。

窓口に来る方は比較的元気ですが、ACP を知ってるかどうかということから聞くことは大事かなと思いました。

■会長

ありがとうございます。

今日は包括からも来ていただいています。シートを作る試みに関して忌憚なき意見をください。

■委員

包括が関わる方は、認知症がかなり進んでいることもあり、家族がいらっしゃる方であれば、その方がどんな考えでどんな人生かを聞けますが、中にはご家族がいらっしゃらない方もいます。関わったヘルパーやデイサービスの事業所の皆さんと、どんな方が、何を想っていたかの情報をもらって医療の選択をすることがあるため、想いの記録というのは良いと思います。

認知症になる前に渡されていれば書いておけるし、なった後でも関係者が記録を取って、意向を残せるので良いと思います。

■会長

ありがとうございました。

■委員

私の立場では、学生に対して ACP という言葉を授業の中で触れているので、学生は ACP が何かをわかっていますが、具体的に話をどう進めて行くのかというイメージはありません。このようなシートがあれば、イメージしやすいため、ツールとして非常に良いと感じました。

運用として、どう書き込んでいくか、状態が変わってきた時にどう書き留めるのかという、実務面の活用の仕方は、個人差も出るため工夫が必要と感じました。

■会長

実際、ACP について患者の息子さんに聞いても、いやあ～考えてないらあ～みたいな感じで、息子さんが決めつけてしまって、でも実際、本人はそんな事無いってことがあるんですね。

ある程度、言語化できる力が必要で、医療従事者はそういった所を敏感に聴収できるから、そこが代わりに言語化してあげようという狙いだと思います。

学生さんなんかは、非常にわかりやすくなると思います。いろんなところで ACP と言われるようになりましたが、形式は統一されていないので、意思をどう引き出すかを試行錯

誤していると思うので、有用なシートになるのかなと思います。

■委員

少しいいでしょうか。実はこれを作るにあたって、浜松医大の竹内先生から地域医療いわたにご相談があって、意見交換を2回ほどしていました。

完成物を今年いただいて、特に富士山を登るという、前向きな形が良いという話をしたり、私たちも見ていて気付きがあって、良いシートができたなと感じました。一般市民として安心できるという感覚を受けました。静岡の方言カルタというカード付きでいただきました。

■会長

ありがとうございます。

では、盛り上がって参りましたが、次の協議に進ませていただきたいと思います。

(3)在宅医療に必要な連携を担う拠点の指定について(資料6)

■会長

それでは、(3)在宅医療に必要な連携を担う拠点の指定について、事務局より説明をお願いします。

■事務局

(資料6について説明)

■会長

ありがとうございます。

地域の関係者による協議の場の開催というのが、まさにこの会もその一つなのかなと思います。内容としては、磐田市で今も開催しているわけですから、在宅医療に必要な連携を担う拠点としての役割というところで、既にやっていることかなと思います。

申請が、令和8年で少し先のように感じますが、予算のことなど色々あるんでしょうね。

■事務局

令和8年の2月なので、今年度中に指定の申請を行います。

■会長

ありがとうございます。

包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整というのは、わかるようなわからないような難しいところですね、具体的にまた読み解きながらやっていくんでしょうかね。

昔、わくわく研修会という会で、健康増進課の皆様と市内の在宅医療に関わる事業所の方々が、活動発表、活動報告のようなことをしていました。当時、いろんな職種から進行業務についてくれる職員がいて、医師でも看護師でもない人が一緒に回ってくれて、車を運転してくれたり、整備してくれたり、電話をかけたり、サービスを紹介したり、そういった会でまさに顔の見える関係ができたかなと思っています。

これは、市の方で肅々と進めていただいて、この協議会に、協議の場というテーマが入り、変わっていくんじゃないかという理解でよろしいですかね。この議題についてはご意見ありますでしょうか。

よろしいですかね。では、進行にご協力いただきまして感謝申し上げます。進行を事務局にお返しいたします。

9 閉会

■事務局

会長、ありがとうございました。

委員の皆さまにおかれましては、活発なご意見いただきまして、誠にありがとうございました。いただいた意見を参考とさせていただきながら事業を進めていきたいと思いをします。

以上をもちまして、令和7年度第1回在宅医療介護連携推進協議会を閉会いたします。