

平成 27 年度第 2 回東名古屋医師会地域包括ケア検討委員会 議事録

平成 27 年 6 月 8 日(月)

午後 2 時～

於：東名古屋医師会事務所

出席者(順不同・敬称略)

委員長：笹本 基秀 (東名古屋医師会 会長)
副委員長：牧 靖典 (東名古屋医師会 副会長)
委員：水野 正明 (名古屋大学 総長補佐 教授)
都築 晃 (藤田保健衛生大学 地域包括ケア中核センター)
村居 巖 (愛知医科大学 医療相談部)
石井 学 (愛豊歯科医師会 会長)
福井 正人 (瀬戸歯科医師会 長久手歯科医会 代表)
平井 佳彦 (瀬戸旭長久手薬剤師会 副会長)
森 道成 (日進東郷豊明薬剤師会 会長)
水野 隆史 (日進市地域福祉課 課長)
柏木 晶 (日進市地域福祉課 課長補佐)
横山 英治 (日進市東部地域包括支援センター 主任ケアマネージャー)
加藤 知恵美 (日進市中部地域包括支援センター 保健師・主任ケアマネージャー)
梅原 寛子 (日進市西部地域包括支援センター 主任ケアマネージャー)
水野 敬久 (長久手市福祉部長寿課 課長)
松村 香織 (長久手市福祉部長寿課 医療ソーシャルワーカー)
服部 志津子 (長久手市 愛知たいようの杜 地域包括支援センター センター長)
深谷 美砂子 (長久手市社会福祉協議会 地域包括支援センター 保健師)
加藤 健治 (豊明市高齢者福祉課 課長補佐)
松本 小牧 (豊明市高齢者福祉課 地域ケア推進担当係長)
田中 貴教 (豊明市南部地域包括支援センター 社会福祉士)
山本 正幸 (豊明市北部地域包括支援センター 主任ケアマネージャー)
近藤 克也 (東郷町長寿介護課 課長)
森本 美香 (東郷町長寿介護課 介護予防係長)
中村 安裕 (東郷町地域包括支援センター センター長)
金澤 陽子 (在宅医療中核センター コーディネーター)
永井 修一郎 (東名古屋医師会)
金山 和宏 (東名古屋医師会)
松浦 誠司 (東名古屋医師会)
田貫 浩之 (東名古屋医師会)
木下 雅盟 (東名古屋医師会)
嘉戸 竜一 (東名古屋医師会)
村井 良則 (東名古屋医師会 在宅医療サポートセンター コンダクター)

(1) 委員長挨拶

(委員長)

- ・今回二回目の会合となります。皆さんも昨今の報道等でご覧になっていると思いますが、今後 10 年～20 年後に向けて地域包括ケアシステムの構築は待った無しの状況です。介護や医療、またこの地域の独自性や特色について検討～議論が必要であります。さらに多職種の諸問題に対しても相互に情報を共有してこれらの問題を解決していきたいと考えています。皆さんのご協力を得て、この会を充実したものにしていきたいと願っております。

[資料]東名古屋医師会地域包括ケア検討委員会規約（案）

- ・ 前回提示しました当委員会の規約について
→賛成多数、承認された。
- ・ 9 条により次回 8 月は休会。

(2) 「在宅医療に関するアンケート調査票（医療機関向け・訪問看護ステーション向け）」の集計結果

(A 委員説明)

[資料]「在宅医療に関する調査票（医療機関用）集計結果（概要版）～（詳細版）」

- ・ 医療機関用について。速報版からの訂正として調査施設数 154 施設と訂正。回答 127 施設（回収率 82.5%）。
- ・ 質問 1.在宅医療を実施 43 施設(33.9%)、未実施 84 施設(29 施設は意向あり)。
- ・ 質問 2.未実施の理由としては時間の確保不可能が 50%。

[質問 3～13 は実施医療機関の回答]

- ・ 質問 3.対象範囲を決めていないが 59%。
- ・ 質問 4.対応する時間は外来時間内対応と 24 時間対応がほぼ同数（34%～36%）。
- ・ 質問 5.従事者数は 126 名（医師 63 名、看護師 54 名）。
- ・ 質問 6.対応可能なものについては、6 割以上の施設が可能なものを列記。
- ・ 質問 7.終末期医療の限界については、可能な限り自宅で看取りまでが 56%。
- ・ 質問 8.在宅療養支援病院、診療所については、届出済が 6 割（従来型 43%）。
- ・ 質問 9.届出をしていない理由は、24 時間対応可能な体制を確保不可能が 68%。
- ・ 質問 10.連携したことがある機関は訪問看護ステーションが多く、その次に病院～薬局と続く。
- ・ 質問 11.訪問看護ステーションとの連携では 4 割近く（36%）が困ること有り。理由としては情報がなく指示しにくいのが約 7 割（69%）。
- ・ 質問 12.薬局との連携では困ることがないが 80%。
- ・ 質問 13.薬局との連携で充実したい内容について回答の多かったものを列記。

[質問 14 は全医療機関からの回答]

- ・ 質問 14.勉強会で希望のテーマについて回答の多かったものを列記。今後在宅

医療サポートセンター事業の研修事業のテーマの参考とします。

- ・質問 15.自由意見では、実施している医療機関からは「体力的負担が大きい」や「連携する上での課題」「Dr 一人でやることの難しさ」等の意見。「患者さん～ご家族～地域住民への啓発の必要性」等の意見もあり、今後検討していくべき課題が多数あります。詳しくは詳細版を参照下さい。

(委員長)

- ・全国的にそうだが、機能強化型在宅療養支援診療所で 24 時間きちんと診るのは個人のクリニックだけでは体力的にも精神的にも厳しい。副主治医制や医師会でのグループ制等の検討や試みも必要。しかしながら患者さんが突然主治医以外の Dr では驚くのではとか、Dr によって治療方針が変わるのではないかな等の意見もあります。今後、医師会では行政や他職種の方々の意見を伺いながら検討～改善していきたいと考えています。

[資料]「在宅医療に関する調査票（訪問看護ステーション用）（概要版）～（詳細版）」

- ・前回配布したものと内容は変更なし。実施は 5 月から。16 施設のうち 15 施設から回答有り。
- ・質問項目が多いので、ポイントを絞って説明。
- ・質問 1.運営組織の種類については列記した通り。
- ・質問 2.訪問看護体制（平成 27 年 4 月 1 日現在）については、従業員数は常勤～非常勤合わせて総計 169 人（看護師 101 人～PT54 人～OT4 人）。勤務形態については列記した順で、定期夜間訪問体制は 1 施設のみ。現行以上の受け入れ可能数は、5～9 人が 6 施設、1～4 人が 5 施設、10 人以上が 2 施設。
- ・質問 3.利用者の状況（平成 27 年 4 月 1 日～4 月 30 日）について、年齢区分では 75 歳以上が約 6 割（58%）で 65 歳未満でも約 2 割近く。保険区分では介護保険のみが 70%。介護度区分では要介護 2 が 19%と多いが、他区分でも各 12～15%有り。疾病別では、がん 91 人、精神疾患 68 人が多い。紹介については、病院 59 件、居宅介護支援事業者 47 件が多い。
- ・質問 4.医療機関との連携については、訪問指示を受けるうえでほとんどの施設が困ること有りと回答。その理由は「指示書を書いてもらうまでに時間がかかる」が多い。医師以外に直接連携する職種に関しては、「病院地域連携室担当者」「医療ソーシャルワーカー」、「病棟看護師」がほぼ同数。連携について思うことについては、意見が多数有るので詳細版を参照下さい。
- ・質問 5.医療機関以外の関係機関との連携については、概ね他施設とは連携できているが、特養・老人福祉施設とは関わりが少ないので連携できていない（8 施設）。定期的な情報交換～事例検討や困難事例を相談する場合は、7～8 割の施設で行われている。連携で困難に思うことでは、医師に対する遠慮や担当者会議に参加が少ない等との意見あり。
- ・質問 6.薬局との連携による充実したい内容については列記した通り。
- ・質問 7.協議会～連絡会のような組織の有無については、有ると無いが同数。

- ・質問 8.経験の無い医療技術や分野への対応については、「断る場合がある」が 7 施設。
- ・質問 9.「断る場合がある」の対象者としては、「精神疾患」「終末期ケア」「小児」が挙げられ、その医療技術は列記した通り。
- ・質問 10.今後医師会に求める提案や率直な意見については、列記している内容の研修会～勉強会の開催と他職種連携会議～交流会の開催の希望等多数あり。
- ・質問 11.電子@連絡帳について。
すでに導入済みの豊明・長久手地区からは、全施設活用していると回答。利点は、「複数の機関で情報共有できる」「写真等で情報を伝えやすい」など。欠点は、「情報の内容が限られてくる」「活用しない Dr が多い」「福祉関係者は情報のやり取りが無い」「同意が困難」など。
これから導入する日進・東郷地区からは、「説明会を開催してほしい」「導入が決まれば検討したい」など。
- ・質問 12.こちらには理念や理想～将来の夢等を沢山記載して頂いております。詳しくは詳細版を参照下さい。他ステーションとの情報交換の必要性は感じるが実際はそういう機会が少ないなどの意見あり。最も困っていることは圧倒的に多いのが人材不足のこと。

(委員長)

- ・どうも Dr との間に敷居あるようです。Dr に聞いたら怒られるのではと遠慮してしまう事もある。Dr からの訪問看護指示書が遅くなることへの不満の声もあるようです。サービス担当者会議でも Dr は忙しいから無理だろうと最初から Dr への声かけ無しの場合もあると。このような事は普段から互いにコミュニケーションが取れていないからだと思います。今後は様々な問題等を提示してもらい、Dr サイドからも要望や意見を申し上げていきたいと思います。

(B 委員)

- ・アンケート結果～情報は HP 等の Web で開示する～閲覧できる形にする予定はありますか？ 現場の貴重な意見～情報なので何らかの形で開示して頂きたい。

(A 委員)

- ・現時点ではまだ開示する予定はないです。回答の内容の全てを 100%理解出来ていませんので、そういった問題等をクリアできたら何れかの時点で HP に載せる事は可能かと思います。今後検討いたします。

(委員長)

- ・このままの形では、地域の特定や個人情報の問題等もあるので、内容を吟味して御報告できるように今後検討します。

(3) 在宅医療サポートセンター事業計画（案）

【資料】「在宅医療サポートセンター事業計画（案）」

(C 委員説明)

1.医療資源の把握及び連携推進のための調整会議

- ・各支部で医療機関各 2 名を選出、1 ヶ所のステーションを選別。医師合計 8 名とステーション 4 名の 12 名で問題点を話し合う。(医師会事務所)
- ・問題提起を整理して、ステーションと医師会員に周知する。

2.在宅医療導入研修

- ・アンケートの結果等の希望研修内容に応じて、適宜講演会等を行う。
- ・調整会議での討論等を傍聴参加して導入研修とする。

3.かかりつけ医普及啓発講習会

- ・住民対象の講演会。医師会長笹本先生にお願いして日進市で開催してはどうか？

4.相談窓口

- ・医師会事務所かホームページで適宜設ける。

5.瀬戸旭医師会（コーディネーター）との連携

- ・合同会議等を適宜開催。

6.具体的企画（案）

- ・「地域包括支援センター」と「ケアマネージャー」の役割分担について。(7/4(土)にハートフルハウス所属ケアマネージャー「加藤圭子」様の講演が決定)
 - ・在宅医療のノウハウ、マネジメントを理解することを目的とした講演会。
 - ・大学病院との連携についての会議
 - ・認知症サポート医の講演
 - ・かかりつけ薬局、院内薬局と院外薬局、先発品と後発品等の問題について薬剤師会からの講演
 - ・医師-医師連携、主治医・副主治医の問題について
 - ・在宅医療における口腔内ケアについて歯科医師会からの講演
 - ・管理栄養士からの講演（大学の講義室を利用して大学の管理栄養士の講演）。
- 7.「在宅医療・介護連携推進事業」（市区町村が実施主体）と「サポートセンター事業」との整合性及び情報交換について
- ・詳細は資料を参照下さい。

(4) 豊明市「いきいき笑顔ネットワーク」及び「在宅医療・介護連携推進事業」の現状について

[資料]在宅医療・介護連携推進事業項目、電子@連絡帳に関して（市町）

(D 委員)

- ・電子@連絡帳の稼働状況について。登録機関：113 機関、登録 ID：200 人、登録患者数：411 名、記事の累積：4041 件。
- ・在宅医療・介護連携推進事業について。地域包括ケア推進協議会の中の入退院部会において施策の変更～協議。今年度の目標として、急性期病院入院 Pt が順調に地域に移行できるよう実証事業をする予定。具体的には藤田保健衛生大学病院入院中で新規要介護認定申請した Pt に対して早期にチームを編成し、市～地域

包括支援センター～大学病院地域連携室で協力して、地域ケアにつなげて行く。
半年間追跡して地域連携のあり方～課題等を整理する。

(5) 長久手市「愛・ながくて夢ネット」及び「在宅医療・介護連携推進事業」の現状について

[資料]在宅医療・介護連携推進事業項目、電子@連絡帳に関して（市町）

(E 委員)

- ・電子@連絡帳の稼働状況について。登録機関：97 機関、登録患者数 285 名。
今年度の重点目標。現在は長寿課が担当で対象は高齢者のみ。障害者や小児の在宅ケースに対しても関係部署（福祉課、子育て支援課）と調整して、電子@連絡帳を活用していきたい。
- ・在宅医療・介護連携推進事業について。今年度の秋頃をめやすに入退院調整部会を設置していきたい。愛知医大～訪問看護ステーション～居宅ケアマネ等で協議を開始した。その他の事に関しては、具体的にはまだ未定。

(C 委員)

[資料]都市型モデルの地域包括ケアシステム（柏市、和光市の取り組み）

- ・資料の中に出ていますが、介護保険課と高齢者福祉課を統合し長寿あんしん課を新設して総合的な高齢者施策を行っているとのこと。参考になればということ。提示致します。

(6) 日進市の「電子連絡帳導入進捗状況」及び「在宅医療・介護連携推進事業」の現状について

[資料]在宅医療・介護連携推進事業項目、電子@連絡帳に関して（市町）

(F 委員)

- ・電子@連絡帳については、今年度中に試行的な導入を予定している。今後本格的な実施をと考えている。導入に向けて運用方法等について協議するためのネットワーク会議を今後設置する予定。
- ・在宅医療・介護連携推進事業については、具体的にはまだ未定。来月に学識者～医療関係者で構成する組織を立ち上げて、地域包括ケアに関するものを具体的に検討していく予定。

(7) 東郷町の「電子連絡帳導入進捗状況」及び「在宅医療・介護連携推進事業」の現状について

[資料]在宅医療・介護連携推進事業項目、電子@連絡帳に関して（市町）

(G 委員)

- ・電子@連絡帳については今年度導入予定。現在利用規約等を作成中。夏ごろには

協議会を立ち上げ、諸規定の精査～利用者への周知を行い、秋～冬に実際に導入する予定。

- ・在宅医療・介護連携推進事業について。昨年度より勉強会を「在宅ケアを考える会 TOGO」として毎月 1 回開催。他職種の方々が集まってテーマを決めて意見交換している。先日は電子@連絡帳の導入に向けてデモを行い意見交換した。また、愛知県の市町村対象相談体制整備事業として行われた在宅医療・介護連携推進事業勉強会に参加して情報を得ていきたい。

(8) 3 市 1 町における「認知症ケアパス」の現状について

(H 委員)

[資料]認知症ケアパス関係資料

- ・旧オレンジプランの流れの中で、認知症のケアをいかに効率的にスムーズに行うかをパス形式でやろうというもの
- ・今年の 3 月までに作成する事を各自治体に厚労省がお願いしていた。
- ・基本目標は「ケアの流れ」を変えること。この基本目標を実現するために、7 つの視点に立って、今後の施策を進めていく。
- ・「気づきシート」と「社会資源シート」の二本柱を作る。「気づきシート」では各地域の認知症の方の現状を把握する。「社会資源シート」ではどういう所でどういうサービスが受ける事が出来るかを把握する。
- ・具体的には「気づきシート」では、データ（人口～65 歳以上人口～高齢化率等）を出して介護のサービスや予測人数を生活の自立度に分けて予測して、どのサービスが平成 29 年度までに足りないかを把握する。
- ・自治体で公表されているはずだが、「社会資源シート」では、こういった状態の認知症の人に、どういう支援を行なっているか、どこで行なっているか等を住民に公表する。
- ・例えば若年性認知症患者は非常に少ないが（18～64 歳人口 10 万人に 47.6 人）、特殊なサポートが必要です。せっかく 3 市 1 町が集まっているので、この「認知症ケアパス」を使って、在宅医療サポートセンターで効率的な支援の助けが出来ればと思います。

(F 委員)

[資料]認知症ケアパスに関して（長久手市）、[資料]長久手市認知症ケアパス

- ・4 月に作成して地域包括支援センターの窓口やホームページで公開しています。まだ周知が十分でないので、今後は医療機関等も含めて周知に努めていきます。

(D 委員)

[資料]認知症ケアパスに関して（豊明市）

- ・本市は、まだ「認知症ケアパス」を作成しておりません。平成 28 年度中に認知症初期集中支援チームを整備する予定で、それと合わせて作成していく予定です。

(F 委員)

[資料]認知症ケアパスに関して (日進市)

- ・昨年度に作成し認知症ケアパス概念図をホームページに掲載しています。今後は地域資源マップの充実を図り、認知症ケアパスの精度を高めていく予定です。

(I 委員)

- ・(東郷町) 3 月に作成しました。「認知症の段階に合わせたサービスが分かる一覧表」「認知症の段階に応じた介護保険や高齢者の福祉サービスの詳しい一覧」「介護保険サービスの一覧」の三つの内容で、ホームページに掲載しています。周知としては 5 月に事業所への説明会を実施しました。その場で質問～意見が有りましたので今後反映していきます。
- ・本年度から認知症地域支援推進員を配置することになったので、認知症ケアパスを使って周知してもらい、さらに認知症ケアパスをより良いものに充実させたい。

(委員長)

- ・認知症の患者さんが徘徊で行方不明になった時、医療機関や薬局等に情報が回り比較的すぐに見つけることが出来ています。認知症ケアパスの効果の一つだと思います。地域全体で検討して、更に充実した支援～サービスが出来るように今後お願いします。

(9) 藤田保健衛生大学から一言 (情報提供等)

(J 委員)

- ・豊明団地の中の町の相談室「ふじたまちかど保健室」。一ヶ月間で約 360 名が来室され、健康に関する教室に約 180 名、個別の相談は約 80 件でした。予想より多くの方に来室頂いた。相談内容は、「お薬のこと」や「医療機関で詳しく聞きたいが遠慮して聞けなかったこと」等で、平均の相談時間は 30～40 分です。日常の診療ではこれだけの時間を割くことは難しいと思います。医療職 (co-medical) でじっくりとお話しや説明をして、必要に応じて主治医に確認するよう対応しています。
- ・電子@連絡帳については、電子カルテとの Link という難しい問題があります。今回モデルケースを豊明市と一緒に病診連携室で立ち上げて、ここから出てくる問題を検討して、電子@連絡帳との連携への第一歩としたい。大学病院の年間 2 万 5 千人の退院 Pt のうち 4% しか連携室が関わっていないので、大多数が病棟から退院していく。退院してから市役所より改めて問い合わせが来ることもあるので、課題解決の一端になればと考えています。

(10) 愛知医科大学から一言 (情報提供等)

(K 委員)

- ・院内の講義室を使って研修会等の開催をしています。4/26(日)に長久手市主催で長久手市医療介護福祉ネットワーク研修会を開催しました。「施設～特別養護老人ホーム～有料老人ホームにおける多剤耐性菌保菌者の受け入れに関してどこまで可能か？」について本学の臨床感染症学の三嶋先生にご講演頂いた。今後ともご要望に応じた研修会ができればと考えております。また近隣の名古屋市名東区の会等にも参加しております。複数の地域～複数の医師会と活動～協力していくことになると思います。

(C委員)

- ・在宅医療を受けている患者が肺炎を起こして大学病院に受診する際に、救急の現場で「気管切開しますか？」「人工呼吸しますか？」「心臓マッサージはやりますか？」等の話が出てくる。患者の家族が聞いても分からない。時間に余裕が有って入退院する場合はカンファレンス等が出来るが、実際に救急の病気になった時に家族が望む形で医療が行われていくのかは非常に難しい問題である。時間に余裕がない場合も含めて、救急の現場の Dr と在宅医療の現場との接点を作り、そういうテーマで研修会～レクチャー等もお願いします。

(1 1) 地域包括支援センターから一言(課題、要望等)

[資料]在宅医療と介護の連携に関して(地域包括支援センター)

(L委員)

- ・通院が困難な場合、「経済的負担等」～「本人が拒否する」の場合対応に苦慮。

(委員長)

- ・国や県が力を入れて、認知症～精神障害に対応～入院出来るできる施設である認知症対応病院の指定が行われています。この地区では瀬戸の陶生病院です。今後こうした対応が可能な人材や施設～病院が多くできればと思います。

(M委員)

- ・電子@連絡帳を活用されている先生が少ない。登録されていない Dr や登録されていても活用されない Dr が多い。医師会の今後の展望をお聞かせ下さい。

(委員長)

- ・その件については詰めて行かなければならない諸問題があります。全 Dr が登録するのは難しいとは思いますが、今後の課題として考えさせていただきます。

(N委員)

- ・顔の見える関係づくりを交流会や勉強会などで強化をはかりたい。
- ・日進市でも ICT～電子@連絡帳の方も進めていく方向なので、十分に活用してい

きたいと考えています。

(O委員)

- ・介護保険制度の考え方や理解において、主治医とケアマネで意見のすれ違いがある。主治医とケアマネの話し合い～連携が上手く出来ていない事が多い。
- ・介護保険における福祉用具レンタルの例外給付制度は、主治医のご意見有りきで始まるサービスなので、主治医が法的に基づいた内容に沿ったところでの意見を頂かないと始められない。最初に主治医の意見を頂かないと利用が開始できない。急ぎの場合にはご協力をお願いします。
- ・医療保険との併用で制限があるサービスについて（医療保険でのリハビリと介護保険によるリハビリなど）、医療機関に確認したいので連携のご協力をお願いします。

(P委員)

- ・現場では、まだ医療～介護の連携が進んでいない。医療サイドと福祉サイドの視点の違いがあり、専門性の相互理解ができていない。今後、お互いの分野の情報交換や顔の見える関係づくりの勉強会～研修会等をやっていききたいと考えています。

(Q委員)

- ・電子@連絡帳を利用して連絡しても主治医の閲覧遅い～閲覧しても返信がない事がある。電子@連絡帳の利用～活用について再度周知を要望。

(R委員)

- ・ケアマネとの連携で Pt の病状について主治医との意見の違いが出る事がある。認知症ではなく年のせいと言われる。主治医が認知症の専門医への紹介状を書いてくれない等。
- ・電子@連絡帳で主治医に連絡しても返信がない。
- ・生活面の事は家族～本人が遠慮して主治医に言えない場合が多いので、担当のケアマネもしくは包括支援の担当者が受診に同席して主治医に伝えるようにしている。
- ・サービス担当者会議の照会の回答が欲しい。
- ・主治医に病状～治療方針を聞きたい時の連絡方法を教えて欲しい。
- ・顔の見える連携を希望している。

(副委員長)

- ・藤田保健衛生大学の看護部と「未来の会」という看看連携の会をやっているが、看護師だけに限らず、医師～ケアマネ～他職種の方どなたでも参加できます。次回は 9/12(土)の予定です。年内は 11 月にも予定しています。詳細は広報します。今まで 2～3 回開催して 120～130 名位の参加がありました。情報交換会で相談

ができて、顔が見える関係を築けます。参加費はタダですので、積極的にご参加下さい。

(S 委員)

- ・今までは主治医に連絡する際にタイミング～方法～連絡先に困る事があったが、今後電子@連絡帳の導入によって改善される事を期待しています。

(1 2) 歯科医師会・薬剤師会から一言

(T 委員)

- ・現在は医師～主治医からの依頼で、在宅歯科診療や周術期～認知症の口腔ケアを進めていくような対応になっている。昨年から長久手市の長寿課の依頼で職員向けの「口腔ケア教室」を歯科衛生士と共に行っているが、なかなか「口腔ケア」の重要性の周知～アピールは進んでいかないのが現状です。
- ・是非とも医師の方々に歯科の重要性をアピールして頂けたらと思います。

(U 委員)

- ・長久手地区では上手く電子@連絡帳を活用できてないのが現状です。関わり～連携の出来ていない顔の見えない薬局が多いように思いますので、今後は会員の皆さんにも他業種交流の会議などに積極的に参加してもらおうと考えています。

(V 委員)

- ・在宅部会を立ち上げた。まず目標は各薬局で一人は在宅の Pt のお世話をする。また知識レベルを共有化するために定期的な勉強会を開催する。顔が見える連携のために薬剤師会が発進元となって皆さん方に対して勉強会を企画したい。そういった事を考えて今進めております。
- ・愛知県薬剤師会のホームページに在宅薬局リストが有りまして、そこに在宅医療に対応できる薬局が閲覧できます。無菌調剤や対応時間～まちかど相談薬局等の情報も載っていますので、ご活用下さい。
- ・ご提案頂いた後発薬品の講演会については、薬剤師会の方からお願いしたいくらいです。後発薬品の適応と実際の病名～病状などの情報のすり合わせは非常に有用～重要な問題ですので、宜しくお願いします。

<総括>

(W 委員)

- ・まず最初に在宅医療の調査について。こういう制度を展開していくために絶対的に不足しているのは人材。人材を確保するのが非常に重要です。
- ・現在市町村毎に検討しているが、高齢者の見守りは市町村では不十分で、もっと広域で考えないといけない。いわゆる広域連合における連携の強化が非常に重要

になってくる。もう一つのポイントは、医師～歯科医師～薬剤師～様々な包括ケアの人たち～行政、これらの **counter part** になるのは社会福祉協議会。社会福祉協議会というのは行政から離れた組織で民間の組織～住民を代表する組織で、これをいかに活用するかが **key**。自分たちの市町をしっかりと見つつ広域を見て、広域を見ながら市町を見る。そういう連携が数多く進んで行くことで良い方向性になっていく。例えば「未来の会」のような未来を語るような会議。実際に他の地域の方々も参加すれば非常に良い勉強になる。良い所を是非共有頂きたい。

- ・国側の制度として在宅医療サポートセンターが出来てきて実際に機能する。機能しなければならないのだが、求められている調整会議というのは、ほぼこの会議がそれに準じている。これだけ大きな会議が二次医療圏で行われているのは愛知県内では珍しい。この会議は「東名古屋医師会地域包括ケア検討委員会」ですが、検討が終わって制度が出来ると、今度は制度の運用会議になってくる。まさにこれが調整会議となる。新たに国は待った無しでアレやれコレやれとどんどん会議を出してくる。それに応じて会議を増やしていくと、どんどん増えていって結局回らなくなるので、現行のものを是非活用頂きたい。この会議が調整委員会に、そして調整会議になっていけば、十分な機能が発揮できます。また、この会議は各地区でやっている「いきいき笑顔ネットワーク」や「愛・ながくて夢ネット」などの運用母体の主部になるわけです。ですから、すでにこの「東名古屋医師会」というのは結構進んでいる所なのです。そういう意味で是非ともそういう方向性を出して頂きたい。
- ・次にやって頂きたいのは「認知症ケアパス」です。これは共通する部分がほとんどなのです。各地区で外れることがほとんどないのです。特別に認知症疾患ケアセンターがある地域以外ではほとんど共通するはずです。ですから「認知症ケアパス」を全体の中に上手く作っていくと、各自治体が個別に独自に作るより良いものが出来る可能性があるし、それで是非連携をして頂きたい。この観点が広域なのです。今まで足元だけ見て頑張ってきた。これが今広域も見れるかもしれないという所にきていますので、その方向性を探して下さい。
- ・電子@連絡帳については、私自身も **communication** をとる **tool** の一つだと思っているので、皆さんも様々な **modality** を活用頂きたい。現在、電子@連絡帳で主治医に直接飛ぶシステムもあるので活用すれば、ケータイを使って着信したのが直ぐ分かるような形になっているので活用頂きたい。ただそう言っても **human communication** 出来なければ何にもならないので、今日言った御意見を是非とも他の医師や関係者にぶつけて少しでも良い関係と作って頂きたい。

(13) その他

①次回の開催日について（予定）

8月は休会 10月5日（第1月曜日）

②その他