

## 甲府市在宅医療・介護連携推進会議

### 第17回 代表者会議

#### 議事録

日 時 令和6年7月29日（月） 19:00～20:00

会 場 甲府市役所本庁舎6階大会議室

出席委員 18人（内1名委員外）

欠席委員 2人

事務局 保健衛生部長、保健衛生総室長、健康政策課長、医療介護連携担当課長、健康政策係長、地域保健課長、生活衛生室長、医務感染症課長、衛生薬務課長、健康政策課担当者

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 保健衛生部長あいさつ
- 3 会議の目的と推進体制
- 4 議長及び副議長の選任
- 5 議事

委員19名中18名（内1名委員外9）が出席しており、過半数を満たしているため、本会議は成立。

#### 議事（1）甲府市の在宅医療・介護連携推進の現状と取組

##### 【事務局】

資料1 2ページをご覧ください。本会議は、「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域や自宅で自分らしい暮らしを続けることができるよう、本市における在宅医療と介護の連携を推進し、多職種の協同による包括的かつ継続的な在宅医療と介護の支援体制の構築を目指す」ことを目的としている。在宅療養者の生活の場における医療・介護の連携場面として、日常の療養、急変時、入退院連携、看取りにおいて多職種の連携が円滑に行われるよう協議を行うものである。

本代表者会議の他、4つのワーキンググループを設置し、協議をしている。病院同士の連携を協議する病病連携ワーキンググループ、病院と診療所の連携を協議する病診連携ワーキンググループ、診療所同士の連携を協議する診診連携ワーキンググループ、多職種の連携を協議する多職種連携ワーキンググループの計4つとなる。ワーキンググループの取組状況を本会議で報告し、ワーキンググループの取組などに対して意見をいただき、反映させていくことで連携体制を充実、強化する役割を担う。

資料1 3ページをご覧ください。甲府市在宅医療・介護連携推進事業の取組は、介護保険事業計画の実施期間を1つのサイクルとしてPDCAサイクルで回していく。3つの柱で実施しており、「切れ目のない提供体制構築に向けたネットワーク形成支援」「医療・介護人材のスキルアップ・確保・定着支援」「地域住民への普及啓発及び意思決定支援」となっている。赤字でアンダー

ラインが引かれている箇所は、令和6年度の新たな取組、もしくは現在ワーキンググループ等で検討中の取組である。

資料1 4ページをご覧ください。甲府市在宅医療・介護連携の推進体制の全体像を図にした。下の部分に、代表者会議とワーキンググループの記載がある。本会議、ワーキンググループは取組を支える基盤としている。また、甲府市医師会の在宅医療相談室運営委員会などの機関と連携を図ることを基盤としながら、連携を支援するツールも取り入れながら職種連携を進めていく体制を、甲府スタイルとして考えている。

資料2 2ページをご覧ください。

人口推移と一人暮らし高齢者の推移である。甲府市の令和22年（2040年）の生産年齢人口比率は57.0%に対して高齢者比率は33.9%となっている。一人暮らし高齢者の割合は、高齢者人口に対し、29.9%となっている。1.7人の現役世代が1人の高齢者世代を支える社会構造であり、一人暮らしなどの環境で、医療介護が必要な状況である。

資料3 3ページをご覧ください。

自宅死及び老人ホームにおける死亡状況である。全国と甲府市を比較したものであり、いずれも増加している。また、全国と比較し甲府市は、自宅死、老人ホーム死は多くなっている。

令和5年度に高齢者施設に看取りに関するヒヤリングを特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホームの7か所に実施した。抜粋して紹介するが、2つ目の、「施設に長期入所している方の家族は、施設における看取りを希望する傾向があう。本来グループホームは共同生活の場であり、老人保健施設は病院と在宅の中間リハビリ施設としての機能を主とするが、いずれの種類の施設であっても、高齢者の急変や看取りへの対応が求められている。」「介護施設側は老衰（自然死）と分かっている場合、家族が治療を望んでいる場合は、やむを得ず、救急搬送を行う場合がある。介護施設においても、本人、家族、医療者、介護者におけるACPの取組が必要。」と伺っている。介護施設においても本人、家族、医療者、介護者におけるACPの取組は必要である。

4ページをご覧ください。

「訪問診療を実施する病院及び診療所割合について」は全国と甲府市の比較である。全国と比較し甲府市の割合は少ない。「甲府市の訪問診療を行う病院及び診療所の数」は、24時間体制の在宅療養支援診療所を届け出をしていない病院も含む。令和2年は、病院が1か所、診療所が33か所となっており、これをアウトカム指標としている。令和8年までには1件でも増加させたい。

5ページをご覧ください。

甲府市の医療介護関係者と地域住民の認識についてである。専門職に対し「ここ1年で医療と介護の連携が進んでいると感じるか」は、感じる20.7%、やや感じる43.5%、あまり感じない34.8%、感じない1.1%である。「感じる」「やや感じる」は計64.2%となっている。令和8年度までに「感じる」「やや感じる」を計75%まで引き上げていきたい。

市民に対し「あなたは『在宅医療』という言葉や内容について知っていますか」は、「利用したことはないが、内容は知っている」が47.3%と多かった。市民が選択肢を知るという意味では、在宅医療に関する機会も令和8年度までに60%まで引き上げていきたい。

一般高齢者の方（元気な方）・総合事業（少し機能低下がある）・要介護認定者に対し「人生最期をどのように迎えたいか、家族又は知人等に伝えてありますか」は、「伝えていない」が一番多かった。

6ページをご覧ください。

甲府市の課題をまとめた。高齢者いきいき甲府プランは、3本柱で取組を進めていきたい。

1つめの柱「切れ目のない提供体制の構築に向けたネットワーク形成支援」は、「訪問診療を実施する診療所の増加や在宅医療・介護の連携強化が求められている」という取組を進めていく。2つ目は、「高齢者の急変や看取り等、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築」という取組を進めていく。

2つ手目の柱「医療・介護人勢のスキルアップ・確保・定着支援」は、「ICTを活用した効率的な情報連携」を踏まえ、「連携体制の強化、医療・介護人材のスキルアップ・確保・定着の支援」を進めていく。

3つ目の柱「地域住民への普及啓発」は、「本人を主体とした在宅医療介護の普及啓発、ACP」を進めていく。

資料の7ページをご覧ください。

「顔の見える関係交流会」は、多職種の連携を目的とした交流会で、平成28年から実施している。今年度は7月16日（火）に実施し、178名が参加した。テーマは「身寄りのない方への支援の在り方」である。参加職種はケアマネジャー、社会福祉士等が多くなっているが、弁護士、司法書士など司法関係者も参加した。また甲府市生活福祉課の、身寄りのない方の遺体の引き取りをしている担当部署の職員が参加した。アンケートでは、アウトカム指標である「多職種連携、他機関連携は、回りやすくなったと感じるか」という問いについて、そう思う66%、ややそう思う26%、計92%となっている。「4つの場面（日常の療養・急変時・入退院・看取り）の中で感じる課題」については、日常の療養についてはタイムリーな情報交換ができるとよい。急変時については、高齢者施設からの急変の対応、また土日祝日などの連絡体制等が挙げられている。

8ページをご覧ください。

人材育成の、「基礎講座」については、今年度は9月19日、10月4日、11月14日に実施する。定員人数は70名。既に定員を超える申込状況である。今回は、2日目「ACPと他職種の視点」に、「成年後見人等の役割を知る」新たな講座を追加した。また、「ステップアップ講座」は、12月18日（水）オンラインで実施する。ACPと看取りがテーマとなっており、横浜市立大学総合診療医学 日下部明彦医師が講演をする。

基礎講座の参加職種は、ケアマネジャー35%、社会福祉士19%という割合になっている。多職種の交流を目的としているため、参加職種に偏りがあるところは課題である。講座の内容、周知の方法の工夫等について皆様に意見をいただきたい。

人材確保・定着については、昨年度作成した在宅療養普及啓発動画について、資料の場所にて放映周知を行っている。

9ページをご覧ください。

市民に対しては、出前講座、わたしの想いノート（以下、ノートと記載する）、医療・介護情報検索システムの運用等を進めている。

出前講座は委員に講師をお願いし、今年度3回実施した。アンケートより、「夫を在宅で10か月看ました。訪問看護、国立病院2名の医師、整体師、先生のケア等で安らかに送ることができました。しかし、私がずっと一緒に片時も離れることなく過ごしたため、もし私の時はと思うと不安があります。」「一人暮らしでどこまで在宅医療が可能か不安です。ずっと誰かが近くにいるわけではなく、いざという時どう対応できるか心細いです。」など单身になった時、いざとなる時の不安が挙がった。

ノートは、ACPを円滑に実施するためのツールとして配布している。また、医療・介護情報検索システムは、資料の通りである。ツールを積極的に活用してもらうための取組はどのようなことがあるか意見をいただきたい。

10ページをご覧ください。

令和6年9月28日（土）甲府市医師会と共催で「在宅医療・認知症市民公開講座」を実施予定。内容は、第1部「模擬担当者会議 最後まで穏やかな在宅生活」と題し、介護支援専門員協会の鷲見よしみ会長が講演した。第2部「認知症の『治療』とは？～家族の物忘れに気づいたら～」と題し、山梨大学の進藤敦彦医師が講演した。

令和6年12月1（日）「ACPの普及啓発・映画上映及びトークセッション」を実施予定。映画「いのちの停車場」を上映後、在宅医師の古屋聡様、映画を撮影している成島出様（甲府市出身の映画監督）、映画のプロデューサーの富永理生子様、医療監修をした鶴岡優子様トークセッションを行う。

今後の効果的な取組についてご意見をいただきたい。

**【議長】**

何かご意見はあるか。

**【委員】**

令和6年1月25日にしんげんネットの研修会を実施した。今年度の日程は未定だが、令和7年1月～2月頃と思う。現在しんげんネットは、医師のみ患者グループの作成が可能であったが、今後はケアマネジャーと訪問看護師も作成が可能となった。新規アカウントの作成の際は、個人名だけでなく、事業名も追加したい。活用が広がっており、使用の仕方に各々の解釈が異なる部分もあるが、ICTを用いた連携は診療報酬会議にも挙がっており、多職種連携や病診連携が必要である。

ICTの仕様について感じている課題を、各々が甲府市に示し、甲府市在宅医療相談室で協議し研修会等に反省していきたい。この場でご意見があればいただきたい。

**【委員】**

しんげんネットは使いやすいイメージがある。例えば、情報と画像を共有する時に活用している。ただ、医師によっては新たなシステム（ネットワーク）を使うことが難しい現状があり、患者グループが作成されない。ケアマネジャーとその他の職種が情報共有するという部分で使われている。

ケアマネジャーが患者グループを作成した場合は、「医師を招待する」決まりがあり丁寧に活用すれば広がっていくのではないかと。

**【委員】**

しんげんネットを活用できていない側の課題を共有させていただく。当病院は独立行政法人地域医療機能推進機構であり全国に57か所ある。しんげんネットが広がってから、利用者の登録はしている。だが、運用を本部に推進し何度も却下されている。理由として、しんげんネットの約款と個人情報保護のポリシーが当機構のセキュリティーポリシーと一致しない。当機構の規定が厳しい部分もあるが、申請しても却下ということが長年続いている。

ただ、リスクはあるが、最終的に地域のニーズに答えるかどうかは各病院の責任によって行ってくださいという指示がある。様々な理由で運用ができていない医療介護関係機関がある。その際に医師会から、「地域の患者のメリットにつながる良いシステムであるのため、今一度利用してください。」というような依頼や周知があると、それを根拠に再度申請作業を行っていききたいと思う。

**【委員】**

今年度の中央社会保険医療協議会にて、他の病院からも、病院と診療所の間にもデジタルの情報共有、地域概念等の課題が挙げられている。セキュリティー上の解釈等の問題で活用できず、病院や診療所にとっても非常にもったいない。しんげんネットの利用規約と各々の医師の利用規約をすり合わせをする作業も必要であるが、具体的にどのように行うのか検討が必要である。病院に「しんげんネットを活用してほしい」と呼び掛けても病院の担当者に伝わらない。

あとはメディカルケアステーションの業者の担当者に、他自治体でそのような課題をどのように解決したのか情報をもらい、甲府市在宅医療相談室の委員会で検討していきたい。

**【委員】**

資料1 4～5ページの「令和8年度までに〇%」と記載があるが、目標が達成しそうな数値にしているのか。この目標数値の根拠はあるのか。例えば、甲府市の訪問診療を行う病院及び診療所数では、「1件でも増加」という思いは分かるが根拠があるのか。

**【事務局】**

実のところ100%に設定できれば良いが、これまでの実績を加味し、実際の数値よりも少し高い目標で設定している。訪問診療については、医師との兼ね合いもあり安易に実現できない現状がある。診診連携ワーキンググループで、医師が感じている負担を軽減できるようにするためには、どのような取組が必要かという議論も行っているため、今後も体制づくりを進めていきたい。

**【委員】**

資料1 4ページのデータについて、令和2年までの記載となっているが、厚生労働省「地域別データ」は3年に1回調査とある。甲府市の訪問診療になる病院と診療所の数が、現在はどのように推移されているのか。令和4年度に複数の病院で訪問診療を開始している。多少増加していると実感しているがいかがか。

**【事務局】**

項目によって毎年調査されている内容はあるが、訪問診療の実施については、令和5年度の実績はまだ掲載されていない。ただ県内で在宅療養支援病院等の指定を取っている病院があるため、実際の数字は上がる。

**【委員】**

病院と診療所がそれぞれ1件増加する目標設定の理解でよろしいか。それとも合計1件か。

**【事務局】**

それぞれが1件増加する目標設定である。

**【委員】**

資料1 5ページ。「人生最期をどのように迎えたいか、家族又は知人等に伝えていきますか。」の間について、回答項目の「自分の心」は伝えていないのではないかと。「伝えている」の数値に入れていいのか。自分の心から口頭やACPノートの書面につなげることが目的であると思う。そのため、「自分の心」というのは、「準備をしている」又は「考えている」というカテゴリであればじっくりくる。「利用したことはないが、内容は知っている」47.3%を、令和8年までに60%、「知っている」か「自分の心の中で考え始める」そして「口頭で誰かに伝えていきながらACPノートに落とし込んでいく」流れが良い。

しっかりとした分け方をするとACPノートを活用できているかどうか、取組の方向性が明らかになるとともに、成果を上げていくことに繋がる。

**【事務局】**

ご指摘の通りである。ただ「伝えている」の回答者の項目に「自分の心」という選択肢があるため、回答項目を検討する必要がある。

**【議長】**

ACPに関連して、甲府市がACPを推進するために、ノートを作成している。事務局がノートの活用を促進していくために、どのような取組を行うのが良いかという投げかけについてご意見はあるか。

**【委員】**

ACPの普及啓発は、ボタンの掛け違い理論があり、手順を間違えると誤った認識や考えが広がってしまう。ACPは特別なことではないが、例えば、ノートは基本的に自分で書く。自分で書く場合は基本的にアドバンス・ディレクティブ（ある患者あるいは健常人が将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること）、事前指示にあたる。アドバンス・ディレクティブとACPは概念が全然違う。

10年以上前にアメリカで問題になった話であるが、リビング・ウィル（人生の最終段階における事前指示書）で自分の生命維持・延命治療をしないという例は、最後の土壇場で50%ぐらいが選択を変えることが臨床研究で分かっている。医療環境の変化や画期的な治療法が出れば、延命治療をしてほしい意思が変わるかもしれないし、抗がん剤を使用している患者であれば、新たな治療方法が出ることで試したいと希望するかもしれない。このようなものに引きずられることは基本的にしないほうが良い。

2000年頃にサポートスタディといった形で、アメリカで看護師がACPを進め、患者と家族と意思決定についてサポートした結果、食い違いが減ったことが証明され、そこからACPという概念が広まった。大事なことは、基本的には本人の意思優先であることがACPの考え方である。ノートはACPに使えるツールであるが、書かれていることがACPではない。ここは認識したうえで議論を進めてほしい。

**【議長】**

ACPの考え方は、これからツールを活用していくうえで共有していく必要がある。ノートが

本人の意思表示全てではなく、ツールをきっかけにして、本人と家族が話を進められるように活用していけると良い。

#### 【委員】

ノートを行政が中心となり作成されたことは評価できる。ただACPを広めるには手段が必要。その中で物語を歩いていく1つのきっかけづくりにノートが活用されれば良い。委員が言っていたとおり、ACPは自分の意思が最優先されるべきで、自分が認知症になったり、はっきり言葉で意思表示ができなくても、状況が変化している中でもある程度推定して本人の意思を尊重し、周りの人と話し合うということ。ACPはシェアード・ディジジョン・メイキング（SDM：共同意思決定）のように、様々な人が本人について考え、情報を共有し、本人にとって何が一番良いかを積み重ねることである。

当院では、ノート患者全員に渡している。また地域活動として、会合や自治会連合会の集まり等の場所にノートを持って出向き話をする。そうすることにより、持っている人が増えていった。ノートを全部書いてないとしてもまだ良いと思う。持っていることで、自分のことを少しずつ考えてみるなど、1歩ずつの積み重ねである。ACP作業部会の意見である「いつでもどこでも持っていける」「気持ちの変化も書ける」ということが反映されている。ノートを書いたからゴールだということではなく、まずは考えるきっかけになれば良い。

#### 【議長】

ノートのコンセプトに、いつでもどこでも書けるということで、例えばお薬手帳と同じサイズにし、バッグの中に入れて、様々な場面で共有できるようにした。そのような意味では、専門職が活用する場を考える必要があり、市民にも普及していくために、地域組織で話す機会を持ったり、出前講座の中でもノートについて話をする機会があった。草の根のような取組も必要になってくる。

想いのマップというものも、中北管内で作成していたがいかがか。

#### 【委員】

想いのマップの作成の経過は、当初、家族の想いが前面に出ており、本人の声が聞こえず本当の思いが汲み取れないということから、各関係者がその都度本人の思いを確認するのではなく、本人の気持ちを整理して、どのように支援するか考え、確認をしていくというもの。

先程挙がっていた「どのように終末期を迎えたいか」の部分で、病名の告知や延命治療というワードがノートの中に出てきており、浸透してきていると思いながら、やはりかかりつけ医と十分に話し合っていくことが大切だと改めて感じた。委員が言っていたとおり、「意思表示そのものを示すものではない」という話や、介護施設からの救急搬送が多いという現状もあり、本人の想いを如何に確認しているのかは今後にも必要な視点になると思う。

#### 【委員】

ノートのコンセプトは「本人の意思を尊重しましょう」であり、突然意思が伝えられなくなったり、施設に入居した際に本人の意思が反映されないところがある。ノートを一つのきっかけにしてほしいが、年齢によっても捉え方が変わる。ノートに更新用ページがあり、表紙はNo. も記載できるため、想いの変化に合わせて更新してもらおう。ツールにするとこのような形になってしまうが、最終的には本人の意思の尊重につながると思っている。

## 【議長】

「想い」は一度決めたら変わらないということはないため、揺らいだ時に専門職がどのように支えていくかを考えていく必要がある。

他にご意見はあるか。

(なし)

## 議事（２）各ワーキンググループの進捗報告

### 【事務局】

各ワーキンググループの取組の方向性と優先事項が高いものの協議状況を報告する。

資料３ ２ページをご覧ください。

新たに立ち上がった４つのワーキンググループの取組の方向性をまとめた。病病WGの①②は、課題の中で患者の状態と病院機能が合っていないということが挙げられた。例えば、高齢者が急変し高度急性期にかかるが、その患者が軽症～中等症なのではないか、などである。このことから、①高齢者の急変時に対する各病院の強みの明確化、②急変時の医療機関ごとの機能（強み）等について医療介護関係者と情報共有となった。③は転院時における情報共有について課題があり、③転院時の各医療機関における受入基準の見える化と情報共有する内容や方法等の検討となった。④は病院内の連携で、例えば、外来と入院についての課題が挙げられ、④ACPによる本人の意思決定支援を含めた院内患者像の共有となった。

病診WGは、休日夜間を含めたネットワーク形成を目的とした会議である。初めの取組は３つ。まず、本人が在宅に戻ると本人や家族の在宅療養のイメージが異なっていたという課題から、①本人・家族が在宅療養が分かる資料の作成となった。また医師同士の顔の見える関係が不足している課題から、①家族背景を含めた退院前カンファレンスの充実、病院主治医と在宅主治医による意思疎通の機会の充実となった。また本人が退院後、その後の経過が分からないという課題から、①院外との研修や症例検討・交流会等を実施となった。先程挙げられていた看取り搬送の件で、②介護施設等における医療との連携体制の強化、また、ACPを踏まえた急変時、看取りの対応が必要という課題で③ACPの普及啓発の取組を実施となった。

診診WGは、現状では取組の優先順位は決まっていない。課題は、まず在宅医療に関する実情が知られていない部分で地域住民に向け在宅医療・介護の普及啓発を実施していく。次いで、新たに在宅医療に参入する医師への支援として情報を共有をしていく。在宅医療に対する医師の負担感や医師個人のネットワークでは限界があるという点で、訪問看護ステーションとの連携、医師同士による専門科外相談等のサポート体制、しんげんネットを活用した効率的な連携ルール、複数の医師同士によるフォロー体制となった。

多職種WGは、課題として、各専門職同士の相互理解が不足している、各職能団体の取組が互いに明確になっていない、ACPの普及啓発が挙げられた。取組の方向性は、①各専門職種における役割や専門性の相互理解、②地域住民、医療介護関係者に対するACPの普及啓発、③日常で関わる医療介護関係者によるACPの促進、④多様なニーズ・問題を抱える世帯への支援困難感への対応強化となった。

具体的な優先順位は以上のとおりである。

資料3 3ページをご覧ください。

病病WGは「高齢者の急変時の対応に関する病院機能の明確化」が挙げられている。現在「病院機能を明確化」する資料を作成しており、作成後は診療所医師、訪問看護師、ケアマネジャー等が利用することを想定している。病院機能の明確化では、「高齢者の誤嚥性肺炎、尿路感染症、骨折、脱水等の軽症、中等症の患者が増加」「医療・介護従事者による入院調整の円滑化が必要」が課題となった。市内の医療機関に相談をする目安として、病院11か所、有床診療所3か所を一覧にし掲載をしていく予定。資料の構成内容は3ページのとおりであり、実物はA3両面を想定している。WG内で案を作成し、更に情報を追加していく。

4ページをご覧ください。病診WGは「病院と診療所等との顔の見える関係づくり」ということで、6月28日に第1回目を開催した。参加者は54名、内医師17名（病院医師10名、診療所医師7名）、看護師24名（病院14名、診療所1名、訪問看護ステーション9名、看護小規模多機能1名）、他は資料のとおり。初回であり医師同士の関係づくりを意識し、今回は主に医療に関わる専門職に絞った。年1回開催予定で、来年度以降も病診WGの5つの病院で実施し積み重ねていきたい。また、病院から診療所へ求めたいことでは「◎顔のみえる関係が大切」「◎紹介後の経過を教えてほしい」という意見があった。診療所から病院に求めたいことでは「◎紹介状に病気の発症時期をいれていただけるとありがたい」「◎退院直前で起きたエピソードは包み隠さず教えてほしい」という意見があった。その他で訪問看護師より「◎できるだけ救急搬送しないで済むように努めているが、板ばさみになることがあり悩んでいる」という意見があった。アンケートの詳細は別紙1をご覧ください。

5ページをご覧ください。診診WGは、働きかける対象を3つ（医学生・研修医、病院医、診療所医師）に分け取組を進めている。医師同士の連携は甲府市医師会の在宅医療を実施している医師と共に協議を進めていく。医学生研修医は在宅医療に触れる機会がない、病院医は興味があるが見る機会がない、診療所医師は24時間365日の対応に負担感があるなどの課題がある。新たに在宅医療を実施する医師は、在宅医療に興味関心を持ってもらえる取組ができると良い、在宅医療を既に実施している医師は、既に甲府市医師会で進めている取組もあるため、それを踏まえ進めていく。

6ページをご覧ください。多職種WGは、各専門職の相互理解は本市事業の顔の見える関係づくり交流会や基礎講座等で理解を深めていきたい。また、各職能団体において他職種を意識した取組を多職種WGの中で依頼している。ACPの普及啓発では、専門職には引き続き研修等でお伝えをしていく。また、地域住民へはあらゆる手段で普及啓発を実施していく。多様なニーズへの対応強化はどのように進めていくか検討中であるため、ご意見をいただきたい。参考に、地域包括支援センター（以下、包括と記載する）から挙げられた多様なニーズ、複雑化しているケースの例である。

#### 【委員】

多職種WGの多様なニーズ・複雑化しているケースについて、ぜひ甲府市でも取組について考えていただきたいところ。現在全国的に4つの包括支援体制（高齢者・障がい者・精神障がい者・児童）が進められているところだが、その部分は複雑化しているケースに絡んでくる。4つが縦列で

動いている印象があるため、その部分についても協議できれば良いと思う。

**【事務局】**

各分野で協議の場があるが、庁内の中では庁内連携会議として、あらゆる角度から進めているところ。だが、なかなか連携しながら進めるということが難しい部分もある。今後どのように庁内で進めていくか検討していきたい。

**【議長】**

先程の委員意見は非常に重要と思う。1つの事例の中に、高齢者の問題や介護を担う子どもあるいは障がい者・精神の問題がある。1つの家族の中で、多様なニーズが複雑に絡み合っている問題に対して解決を図っていかなければならない事案が増えている。その部分の支援体制を構築する際、縦割りではなく横の連携が大切である。

**【委員】**

多職種連携に付随して、本日様々な立場の委員が出席しているためお願いをさせていただきたい。全市版顔の見える関係づくり交流会は平成28年度から継続して開催されている。昨年度より、各包括で、形は様々ではあるが、エリア版顔の見える関係づくり交流会を進めている。経年的に継続開催している包括もあるが、未開催の包括もある。今後各9包括からエリア版顔の見える関係づくり交流会への協力の打診があると思うため、ぜひご協力をいただきたい。

**【議長】**

顔の見える関係づくり交流会は甲府市の方で進められているが、参加者に偏りがあったり、医療機関の専門職の参加が少ないなど課題があったと思う。その辺りで、各職能団体はいかがか。

**【事務局】**

顔の見える関係づくり交流会について、甲府市全域での開催にメリットを感じている参加者もいるが、多様なニーズ・支援困難感が出てきていることから、事例検討など具体的な解決策について深めたいという意見もある。そのため、包括エリアごとでも取り組んでいるところ。様々な職種の視点で、参加だけでなく企画の段階からもご協力をいただきたい。

**【議長】**

多職種WGの中でも、専門性の相互理解に課題があったところ。地域ごとの関係づくりの場にも参加することで、課題解決につながると思う。

**【委員】**

病院のセラピストで入院患者を看ている場合、例えば、そのような場で自分はどのような役割で何ができるのかイメージができておらず、あまり参加につながらないのが現状である。日々現場の中で、訪問・通所のセラピストからケーススタディの形で在宅をイメージできるような学習会を実施しているものの、大々的な交流の場には目が向かない。企画の段階からという話もあったため、医療現場のスタッフが参加に向く、スタッフがその場でどのように意見できるかのイメージが持てる企画があると良い。

**【委員】**

研修会・交流会については、甲府市だけで解決できる問題ではない。全国的には、例えば、山梨県・長野県・新潟県の合同で在宅医療推進フォーラムがあった。ただ、県主体であり、甲府市の場合は山梨県、医師会の場合は県医師会になる。大事なことだが、それぞれの職能団体で発信

する場を作っていくしかない。互いが参加、各職能団体の代表が自分達の抱えている問題を伝えるような場を作っていかなければならない。ぜひ、互いが情報発信をする、みんなが集まるフォーラムのような場・機会を作っていただきたい。また各職能団体内でそのようなニーズはあるだろうか。専門職が互いを理解し合うのは、そのような場でないと難しいと思う。また甲府在宅ネットワークなどもあるが、点と点がつながらない。様々な場で何かしら活動があり、それらをつなげてくような作業が必要ではないか。

**【議長】**

先程委員が言っていたが、医療機関の専門職は、そのような交流会の場に参加する意義を見いだせないと伺ったが、交流会は、病院に入院している患者もいずれは在宅に戻ると考えると、病院内の支援だけでなく、患者が在宅に戻った時にどのように支援がつながっていくのか知る機会になる。地域でどのように患者を支えているのか知ること、病院内での関わり方も変わってくるのではないか。そのような意義を伝えてもらおうと良いと思う。

**【委員】**

病病WGの課題は、入ってくる部分が主になっているが、そこから出るという視点も入れてもらえると良い。

資料2 10ページの12月1日の映画上映会の会場は、なぜ南アルプス市なのか。

**【事務局】**

病院の入口について主に協議が進められているが、出口については病院WG内で、退院を見据えて病院と診療所の互いの理解を積み重ねていきたいと考えている。

12月1日映画上映会は、昨年度より9市1町の自治体間の連携を強化するという、ACPの取組も合同で進めているところ。会場の確保という点で甲府市内では難しく、今回は730名入る会場で実施することとした。

**(3) その他**

**【委員】**

資料3 10ページで、多職種WG部分に社会福祉士が抜けているかと思うため追記をお願いしたい。

**【事務局】**

大変申し訳ない。

次回の会議については令和7年1月頃を予定している。また各ワーキンググループの取組について報告させていただきたい。

(その他、意見なし)

**6. 閉会**