

甲府市在宅医療介護連携推進会議 第19回代表者会議 議事録

日 時 令和7年9月18日（木）午後7時00分～午後8時30分

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 1人

事務局 福祉支援室長、地域包括支援課長、長寿介護課長、医務感染課長、衛生薬務課長、
地域保健課長、地域包括支援課課長補佐、地域包括支援課係長、地域包括支援課担当、
地域包括支援課担当、地域包括支援課担当

（司会：地域包括支援課課長）

1 開会

2 議事

【座長による出席者数の確認】

委員19名中18名が出席しているため、本会議は成立。

議事（1）高齢者施設における看取りに関する調査の途中報告

（事務局）

市内の高齢者施設における看取りは、在宅と同様に増加傾向である。病診連携ワーキンググループの委員より、介護施設からの看取り搬送の実情を把握し、介護施設関係者と意見交換をしてはどうかという提案があった。令和5年に各介護施設に対しヒアリングを実施が、看取りへの対応について個別差があり、全体像が把握できないため今年度アンケート調査を実施するとした。

長期入所の方の家族は、施設内の看取りを希望する傾向がある。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機能をしているが、いずれの施設でも、高齢者が入所している中では、急変や看取りへの対応が求められている。介護施設側は老衰や自然死と分かっている、家族が治療を望む場合にやむを得ず救急搬送を行う場合がある。介護施設でも本人、家族、医療者、介護者におけるACPの取組が必要ではないかというヒアリング結果をまとめた。この結果より、第4回の病診連携ワーキンググループでは、対応に差があるため現状を把握して考えてほしい、問題点として共通化する作業が必要ではないか、施設側がどのように捉えているのか聞いてみたいという意見があがった。

3 ページは、本市における自宅死及び老人ホームにおける死亡の経年経過である。自宅死より老人ホーム死が少し上昇傾向であり、全国と比較し少し高くなっている。本市における訪問診療を実施する病院と診療所で、看取りまで実施する医療機関を示した。令和5年のデータでは、訪問診療する医療機関は診療所で31件、病院で2件。看取りは診療所で12か所、病院では0か所となっている。

今回のアンケート調査では、高齢者施設での急変や看取りの実態を把握し、課題を明らかにすることで、今後の施策に反映することを目的としている。調査対象は高齢者施設、医療機関とした。調査の期間は令和7年8月1日から31日までの1か月間、調査表を郵送し、インターネットで回答いただいた。

5 ページはアンケートの高齢者施設からの回答である。126施設中91施設から回答頂いた。回収率は72%であった。また「施設での看取りを希望する人を受入れていますか」という問いには、76%が受入れをしている、17%は原則的に受入れていないとの回答だった。受け入れていない理由は主に職員体制、ターミナルケアの知識不足が挙げられる。

6 ページは病院に対して行ったアンケートの結果である。市内7施設中回答頂けたのは4施設で、回収率は57%となる。高齢者施設からの救急搬送後の転帰別割合では、90%は入院、9%は診察をして施

設に戻っている。残りの1%がDOA（到着時死亡）またはCPA（心肺停止）だった。高齢者施設の救急搬送患者の受け入れに関して課題を聞き取った。①～⑦の選択肢から回答してもらった。選択肢以外で課題としては、施設の人員体制で退院日が決められない、繰り返しの入院でも本人や家族の意向が確認されず救急搬送されている、こと挙げられている。

7ページは甲府市消防本部からの回答になる。昨年度の救急搬送は、全体で1万2782人、65歳未満の方が39%、65歳以上の在宅の方は52%、高齢者施設の方は9%となっている。高齢者施設の救急要請、搬送と不搬送の内訳では、不搬送になったのが22件になる。理由は辞退（本人が搬送を辞退または拒否しかつ救急隊も搬送の必要がないと判断したもの）が19件、明らかな死亡が1件、他の車での搬送が1件、拒否（本人が搬送を辞退または拒否し、救急隊は搬送の必要があると判断したもの）が1件となっている。また高齢者施設から医療機関への搬送の多くが中等症で、軽症は21%だった。救急隊からはDNA Rの意思の確認、また特に軽症者等への体制強化が期待されていた。

本日は、単純に集計したものの途中報告になる。引き続き分析を進め、必要な取組は病診連携ワーキンググループで議論を進めていきたい。

（座長）

高齢者施設における看取り調査の途中報告について質問や感想はあるか。

（委員）

死亡場所に自宅と老人ホームとある。死亡診断書ではサービス付き高齢者向け住宅とグループホームの場合は、自宅死と書かれる。老人ホームは特別養護老人ホームや、有料型老人ホーム、小規模多機能である。自宅死の中にサービス付き高齢者向け住宅とグループホームがあり、自宅死には警察が関与している孤独死や事故が含まれている認識で良いか。

（事務局）

委員のおっしゃるとおりだ。

（委員）

どのようにして質問項目と選択肢を選定したのか。

（事務局）

富士東部保健所と九州地方の保健所で実施した施設に対する看取り調査を参考にし、病診連携ワーキンググループの委員からの意見を踏まえ作成した。

（座長）

調査結果には、高齢者施設から病院への救急搬送について病院側が感じている課題が記載されている。病院側では実態としてどう感じているか。

（委員）

施設で看取りを希望する人を受け入れると回答した施設が76%であり、肌感覚より高い。多くの施設が看取りを意識し、受け入れているのだと感じたが、実際看取りを行っているかは別問題。病院とすると、実際に当該施設が看取りを行っているかは不透明なところがある。救急外来で患者を受ける中では、施設で看取りが可能にも関わらず入院させてしまったり、施設とのコミュニケーションがないままに入院させてしまったり、看取りができないのに退院させてしまったりということが実態として少なからず起きている。今後より精査されたデータが提示されると思うが、各施設の考え方や看取りを希望する方の受入れ可能な施設が明らかになることにより、施設での看取りを可能にしたり、データをもとに退院

カンファレンス等で病院と施設が有意義な意見交換をできるようになると良い。

(座長)

高齢者施設での看取りが増えていることは肌感覚ではあったが、これまで病院と施設の連携は取り組まれにくかった。これだけ施設の看取りが増えてくることが想定される中で連携の在り方や、情報共有の進め方を検討する必要がある。

(委員)

現場を見ると意思決定支援が十分でないと感じる。家族が県外にいる場合が多く、話合いが電話になる。意思決定の場や診察に職員の同席がない場合、診察中に意思決定支援の話になっても、施設の職員と共有されないこともある。職員の同席は義務ではないので仕方ないが、施設によっては終末期の意思決定支援が非常に困難になる。診察の中で終末期になりつつある方は、施設と共同して意思決定支援が行われているかの確認が必要である。昨年4月から施設と病院の医療連携が求められており、年に最低1回、患者の状況や対応について協議し、会議録を残すことが義務づけられているが、具体的に話し合いの場を設け、記録を残しているかは施設によってかなり対応が異なる。それにより意思決定支援や看取りが十分になるとは言い切れない。そのような枠組みがあるため活用が必要。医療強化型の在宅療養支援病院では、施設との連携が義務であり、救急搬送を含め基本的に受け入れる体制が求められている。医療間連携の枠組みで診療報酬もあるので活用が大事である。

(座長)

施設で看取りを進める上で意思決定支援が重要である。遠方にいる家族は、本人の状況が分からず戸惑うため、終末期になる前から家族も含めて話合い、家族が心構えを持っておくことが大切である。

(委員)

早めのACPは、将来への不確定要素が多く意向が変わることがある。適切な時期に行うことが大事。ACPの話題は、患者や家族にとって非常にストレスフルな内容。行う側もストレスなので、時間や場所等の適切な配慮が必要になる。実際に医師が施設に来た時にでも、他の業務が重なると、情報共有が困難である。意思決定支援には時間も場所もお金もかかる。それに対して何の補償もないと日常業務までするという話になる。質的な評価を認めていくことも大事だと思う。

(座長)

ACPを導入する適切なタイミングを、誰がどのようにキャッチし、チームで共有していくかが大切なため、日頃見ている施設側の職員の意識啓発が大事になると思う。

(委員)

地域包括支援センターでは、エリア内の地域密着型事業所の運営推進会議に参加しているが、お互いの施設の取組を共有する機会もなく、施設同士の横の連携が少ない様に感じる。施設ごとに基準が異なり、入所時に意思決定や家族の考えを聞き取る施設もあるが、後手に回っている施設もあり差がある。また、調査結果に夜勤と日勤の職員では情報量が異なるという回答があったが、夜勤専従の職員や介護職員のダブルワークというような状況で、辛うじて職員を確保している施設も非常に増えている。どこかの施設も職員の確保は大変だが、その中でできることを施設同士で共有できると良い。

(座長)

施設ごとで取組が違うため情報共有が大切。今回のアンケート調査の結果を施設同士で共有し、意見交換できるような機会が持てると良いだろう。

(委員)

甲府市医師会の在宅医療相談室で、施設向けに積極的医療機関、看取り支援の在り方についての研修を企画予定である。そこに施設からの参加があれば、施設間の情報共有が増えるかもしれない。アンケートの返信が7割程度とのことだが、返信のない施設が様々な問題を抱えている可能性を危惧している。

(座長)

そのような機会が持てると、施設側の意識啓発や看取りの課題解決についてより具体的に検討できるのではないかと思った。

議事（２）積極的医療機関における看取り支援の取組

(事務局)

資料２をご覧ください。第８次医療計画を２０２４年から２０２９年で実施しているが、在宅医療に関する事項もこの計画に含まれおりこの中に、積極的医療機関が明記されている。

今後在宅医療の需要増加が見込まれており、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めていく必要がある。在宅医療において、積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置づけ、適切な在宅医療の圏域を設定することになっている。本県では積極的役割を担う医療機関は、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院から選定することし、医療圏域ごとで選定を行い、本市では市内２か所の診療所に決定された。

在宅医療に必要な連携を担う拠点には、拠点到求められる事項と同様の機能を市町村が果たしているため、山梨県では市町村に位置づけられている。在宅医療に必要な連携を担う拠点には、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること、在宅医療に関する人材育成を行うこと、在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと、災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うことが目標とされている。本会議は、介護保険事業計画に位置づけられる在宅医療介護連携推進事業となるが、非常に似ている点がある。在宅医療介護連携推進事業では、主に高齢者を対象に議論を進めてきたが、在宅医療の対象者は高齢者に限らない点が医療計画に位置づいている。本市では小児、精神、災害等については、庁内連携を図りながら横断的に検討を行う。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項として、在宅医療の提供及び医療機関の支援を行うこと、多職種が連携し包括的継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと、災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと、患者家族への支援を行うこと、と記載されている。必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時における診療の支援を行うことという点については、市内の２か所の医療機関が取組を開始した。複数の医師同士による看取りの支援体制として、令和７年４月から、積極的医療機関２か所を中心に、在宅患者の看取り支援を開始した。在宅療養支援診療所の協力を得て、２４時間３６５日のオンコール体制を組んでいる。２つのグループがそれぞれ体制を組み、まずは積極的医療機関の患者を対象に、看取りの支援を行うということで開始している。今後対象者を拡大や施設も含めるか、協力医療機関、積極的医療機関以外の在宅の患者にも拡大するか検討予定である。

(委員)

本市では積極的医療機関、協力医療機関として診療所が１１か所、病院は３か所が参加している。件数はどこの圏域も一桁台で増えていない。理由の１つは周知不足がある。どこの圏域でも周知が行き届いていない実情があると思う。また運用の仕方に慎重である点も理由の１つ。本市では１２か所の在宅

療養支援診療所の中で始め、ニーズを把握し今後の運用を検討するとしている。対象を拡大することで、日中は自分たちで診るが、休日や夜間対応は丸投げという対応が出てくる可能性がある。在宅療養支援診療所は、基本的に主治医は休日や夜間の連絡体制をきちんととっているが、対応ができていない医療機関が少なからずあるのではないか。施設も同様で、意思決定支援や休日や夜間対応をこちらに丸投げするような対応は取ってほしくない。そのような点が懸念され、適用拡大には若干課題がある。施設は連携や情報共有ができ、課題を乗り越えられる施設から看取り支援を始めることが、結果的に利用者、家族への対応になるのではないかと考えている。施設へ研修会を今年中に行う予定があり、今回のアンケート調査の結果を研修会の参加者と議論行えると、高齢者施設の教育支援が一步踏み出せるのではないか。積極的医療機関は今年度と来年度の運用だが、契約や当番表の作成等負担は大きい。再来年度以降、県からのサポートがなくなると体制の維持が大変で、制度が根付かず終わってしまう地域もあるだろう。

(座長)

在宅の看取りでは施設と医療機関だけでなく生活を支えるサービスも関わる。多職種連携ができていないと施設だけで看取りを実現していくことは難しいのではないかと思います。

(委員)

訪問看護師が施設に入ることはハードルがある。グループホームは基本的に看護師がいない。契約し、健康状態の確認等で訪問看護が入っていることはある。それでは急変時や終末期の対応は難しく、特別訪問看護指示書を出して医療保険で入る場合がある。最近のサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームに、末期がんや神経難病等の医療保険で訪問看護ができる疾病の方に限り入居し、併設された訪問看護ステーションを利用する形態も増えてきている。そのような訪問看護ステーションの活動が分からないのが実態としてある。特別養護老人ホームでは、亡くなる 30 日前と末期がん患者は、医療保険で訪問診療が可能になる。終末期の意思決定支援やターミナルケアが促進されており、疾病によるが外部の訪問看護師が入ることもできる。そのような仕組みを活用すると施設での看取り増えると思う。

(委員)

グループホームの場合、契約を交わして週 1 回の健康観察を行うことはある。関わっているグループホームでは、緊急時は主治医の対応である。医師が対応できない時は、訪問看護の対応になるがそこに対する報償はない。そのためグループホームでは、緊急時は救急搬送の対応になっていると感じる。訪問看護師の役割は多く期待されている点も理解しているが、経営も考えると対価が十分でないと感じる。

(座長)

訪問看護が入れない時に、施設困り救急搬送を選択している可能性がある。その際に医療が関与できると、不必要な救急搬送もなくなるのではないか。ただ施設には医療職が常駐しているわけではなく、対応に限界がある。訪問診療や訪問看護の報酬上の担保が検討されないと根本的な解決は難しい。

議事 (3) これまでの取組の報告と今後必要な取組

(事務局)

資料 3、2 ページをご覧ください。本市の在宅医療介護連携推進事業では、令和 5 年度から課題を抽出し、令和 6～8 年度のいきいき甲府プランに 3 本柱で位置づけ実施する方向性を示してきた。課題は、休日夜間を含めた高齢者の吸引や看取りなどへの対応、訪問診療を実施する医師の不足、市民の

在宅療養の理解、市民を主体とするACPの普及啓発が挙げられている。いきいき甲府プランの3本柱の具体的な取組を箇条書で記載した。4つの場面を意識する中で、必要な取組を議論し、医療や介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしく暮らすことを目指していくとしている。

4ページでは今年度の取組を報告する。在宅医療介護関係者に対する人材のスキルアップと定着支援になる。病院と診療所の合同勉強会は、病診連携ワーキンググループで、医師同士の連携が不足している課題に基づいて始めた。今年度は年6月20日（金）に開催した。市立甲府病院の職員を中心に60名参加の参加があった。がん患者の事例を通して、病院と在宅それぞれの役割や課題が話し合われた。顔が見える関係づくり交流会は、今年度も身寄りのない方の意思決定支援をテーマにし、183名の方に参加頂いた。今後の予定として、多職種の理解及び連携を学ぶ基礎講座を、9月25日、10月8日、11月19日に開催する。現在58名の申込がある。ステップアップ講座は12月頃に実施予定である。資源の見える化では、医療介護情報検索システムの運用を開始しており、今年度はインフォーマルサービスの掲載も始めた。また病診連携ワーキンググループで、病院機能の見える化のリーフレットを作成した。こちらは12月頃に更新予定である。

5ページは市民への普及啓発及び意思決定支援についてである。9月6日（土）に在宅医療認知症市民公開講座を甲府市医師会と共催で実施した。認知症と防災をテーマにして行い、294人の市民の参加があった。出前講座を今年度は2回実施している。平成31年からの累計で、461名の方が受講された。12月6日（土）にはACPの普及啓発イベントを開催する。「話しておこう 大切なことを 大切な人と。」のテーマで、前半は筑波大学の浜野医師の講演、後半は浜野医師、タレントの原千晶さん、高添医師によるトークセッションを行う。また、今年度は県央ネットやまなしの取組としてACPに関するポスターを作成する。ポスターに使用するキャッチコピーを看護学生に考案頂き、「話しておこう 大切なことを、大切な人と」と、「語ろう 最後まで自分らしくあるために」の2つを採用した。加えて広報11月号にACPの特集を掲載する予定のためご覧頂きたい。

6ページには改めて在宅医療介護連携推進会議、及び各ワーキンググループの目的を記載した。代表者会議は、地域住民が医療や介護が必要な状況になっても対応できる体制づくりの協議を目的としている。それ以外に4つのWGを設置して実施しているが、多職種連携ワーキンググループでは今年度からACP作業部会と事例検討作業部会に分け、より研修の企画やACPの取組を検討している。

7ページをご覧いただきたい。代表者会議また各ワーキンググループで議論してきた課題を日常の療養、入退院連携、急変、看取りの4つの場面に分けた。課題としてACPの理解不足が挙げられたため、ACPの作業部会で実践につながるための取組を検討していく。また在宅医療に関する実情等の理解不足については、市民に向け在宅療養のリーフレットなどを作成するとしている。入退院連携の取組である病院と診療所の合同勉強会については、在宅側と病院側とがよりその在宅医療についての理解を深める位置づけになっている。日常の療養の、多様なニーズ問題を抱える世帯への支援として、事例検討作業部会で交流会の企画へ反映し、より実践に伴うスキルアップを目指す方向性で行っていく。急変については、急変時の受入れにおける医療機関の機能の見える化リーフレットを作成し、今年度中に更新をしていく予定。看取りの支援では、複数の医師同士によるフォロー体制などを実施していく取組が始まっている。8ページには、顔が見える関係づくり交流会のアンケートで、4つの場面の課題に感じることをまとめた。4つの場面の全てで、意思決定支援に関することが共通している。

また連携に関することでは、日常の療養では、どのタイミングで医師と連携をとったら良いか、理学療法士からは、視点が違うため優先順位をつけることが難しいなどの御意見を頂いている。入退院連携では、退院のタイミング、調子が良い時に退院させたいなどの、入退院連携のスピード感を求められている内容の記載があった。急変時の対応では、休日は多職種と連絡がとれず不安、急変時に関係機関と

連絡をとれない等の記載があった。看取りでは、身寄りのない方への連携について挙げられている。ページでは、4つの場面に視点を向け、同職種、多職種、多機関連携の課題について整理した。本日は記載した以外で日頃感じる課題や必要な取組についてご意見を頂きたい。また今まで御報告した甲府市の取組についてもご意見をお願いしたい。4つの場面以外には身寄りのない方への支援、新たな担い手の確保、学生等へ、地域における医療介護連携を知ってもらう取組、災害時障害分野との連携の課題の洗い出しが高齢者分野からも必要と考えている。

10・11 ページは、高齢者いきいき甲府プランの中のアウトカム指標としているものを掲載している。成果指標は3本柱それぞれで考えており、訪問診療する医療機関数、連携がしやすくなったと回答する人の割合、市民の在宅医療の認知度を高めるとしている。専門職に対するアンケートで、連携がしやすくなったと感じるかという質問は、75%を目標としているが、令和5年64.2%、本年度、令和7年度は100%となっている。11 ページには、先程しめした表と同様になる。訪問診療をする医療機関は、診療所が31か所、病院が2か所となっている。医療介護情報検索システムの一斉調査で訪問診療を実施しているかを聞いた。関係者向けサイトでは、令和6年度は33件、令和7年度は34件だった。また、市民向けサイトでは、令和6年は6件だったが、令和7年は15件に増えた。こちらのアウトカム指標をも高めていくために、令和8年度まで取組を進めていく予定である。

(座長)

4つの場面で多職種がどのように連携して取り組めると良いか、ご意見を頂きたい。アウトカム指標で、医療介護関係者の連携のしやすさを実感している割合が100%である。連携の課題が全くないことはないが、実感としては連携しやすくなったと感じているのいかかがか。

(委員)

市民への在宅療養及びACPの普及啓発として、介護支援専門員協会甲府支部では、民生委員等に“もしバナゲーム”通じた普及啓発を行っている。昨年は高校生でもACPを考える必要があると、依頼を受け高校を訪問しACPや死生観について意見交換した。死をタブー視としてきた日本だが、高校生からACPを考え始める点では変化を実感した。このような活動が増えれば、ACPも自然と広がると思う。

入退院連携の退院のタイミングは重要。医師や介護支援専門員は状態が良いため家に帰したいと考えているが、訪問看護は環境が悪いため帰宅は難しいと判断があり、退院の時期を逃してしまった方がいた。医療側の自宅へ帰りたいタイミングと、在宅に帰れるタイミングの違いが難しい。

(座長)

退院のタイミングこそ在宅側と病院の連携が重要になる。医療機関側は生活の場が見えていない中で、退院のタイミングを見計らうことは難しいと思うのいかかがか。

(委員)

病院では、入退院連携ルールが1つの指標になっており、入院時の多職種連携、情報共有の重要性、中間カンファレンスについて提示されている。入院時の患者情報の共有や、病院が入院見込みを在宅側に提示することで、退院許可が出た時に在宅側が準備でき、スピード感を合わせることで調整が可能になる。また病院が退院可能と判断しながら、在宅で様々なリスクを感じている事例を、自分も数多く経験している。特に最近では身寄りがない事例や経済的困窮がある事例など等、臨床倫理の問題に数多く直面している。病院側と在宅側が適切に臨床倫理のカンファレンスを行えると理想だが、病院の臨床倫理委員会を上手く活用できないことや、一定の職種の意見で退院や方針が決まることがある。客観的な指標や外部のコンサルテーションの意見を用いて、現場で正しい判断ができると良いが、課題でもある。

(座長)

2040 年問題では身寄りのない人たちが増えると言われており、ここへの支援も課題である。地域包括支援センターでは、独居高齢者で身寄りのない方を支援していると思うが、実感としてはいかがか。

(委員)

医療の場面だけではなく、生活の維持や金銭管理といった部分の相談は市内の地域包括支援センターで非常に増えている。支援に時間も掛かり職員の経験やスキルも問われる。

(事務局)

令和 7 年 4 月よりあんしん終活サポート事業が、身寄りのない高齢者の方を対象とし開始した。総合相談窓口を社会福祉協議会に委託している。その中でノートを活用し、将来どのようにしたら良いかを各自で考え作成する支援をしている。8 月からは葬儀や納骨、財産処分などの相談を受け、民間事業者の紹介をしている。死後後の支払い等、法律的な手続きもあるため、弁護士や司法書士の団体とも相談をし、司法関係者や遺品整理事業者に登録をさせていただいている。また、もしもの時に緊急連絡先へする情報伝達するサービスも行っている。

(委員)

平成 31 年 2 月に県内の医療機関で、意思決定相談員に対する講習会が初めて実施された。講習会の監修は、筑波大学教授であり緩和ケア医療学会の理事長でもある木澤医師だ。その中に臨床倫理の内容もあるが、本人がどの程度意思決定ができるかの評価が非常に重要である。市民向けの ACP 普及啓発イベントで講演をする浜野医師は、木澤医師の元に所属されている。木澤医師と同じようなスタイルで話ができるだろう。ACP について話合う良い機会だと考えている。

また退院支援の中で、正式な手続を踏まない事案も発生している。正規ルートに乗らず医療介護の枠組みから漏れてしまう事例もある。介護認定なく地域包括支援センターも知り得ないところで話が進んでいたり、退院先として紹介した病院が受入れなかったり、精神と身体の両方の疾患がある方の精神科救急と身体の救急のたらい回しが数は少ないが発生している。多職種連携が本当に必要なのは、対象者が困難な時に支援者に対して絶望せず、生きる気力を失った時に支えられることと思う。そして質的な担保も必要。責任の所在や、安全上の問題は少ない人数では基本的に問題だと考えている。多くの人が関わり適切な協力体制下で、本人の安心安全な生活があるという視点を持つことが今後大切である。

(座長)

今後困難事例が増える中では、既存の連携の在り方でも、専門職だけで支え切れなくなっている。身寄りのない人への支援も、民間業者や弁護士等、様々な方と繋がり支援を考えていかねばならない。まず、専門職同士の連携や繋がりを土台にしながら、インフォーマルな人、これまで関わっていない関係機関との連携等、多職種によるチームの考え方をより広げて考えることが必要。また当事者にも勉強会や研修会に参加してもらい、意思決定と一緒に考えていくことも必要になってくるのではないか。

(委員)

他機関連携・多職種連携は、インフォーマルも含めていかないと支えきれない。円滑な多職種連携の研究をしているが、連携したい意欲を持っていても、相手が同じ情熱がないと連携は円滑に進まないと感じている。また司法関係者と保健医療福祉の専門職の連携に関する研究では、どのような土業でも同じ温度感での対応が難しい場合がある。司法関係者は個人経営の場合もあり、報酬がないとできない事情があることが分かりつつある。また連携のしやすさを実感した方が 100% という結果であり、嬉しい結果でもあるが、交流会に参加する方は連携する意欲があるが故の結果でもある。今後は、連携への意

欲を持ってない方や、機会がなく交流会等へ参加ができない方、連携を試みようかなと思っている方を掘り起こし、幅広く働きかけをすることで、限られた人だけでなく多くの人の協力を得られると良い。

（委員）

入退院連携で栄養士が入ることはまずない。食事に問題のある方がいるが連携が取れていない。人員不足等の問題もあるが、少しずつ入る必要があると感じる。病院から施設に行く方には情報提供書があり、加算が付くが現実にはほとんど使用していない。看護師は情報提供を当たり前のこととしているが、栄養は食事内容と栄養に関する情報程度で、栄養士や作り手としては情報が足りない。栄養情報提供書等が必要だが、今はそれすら連携がほとんどできてないという現状であるため、より栄養士が参画しなければならない。在宅の場合、調理機器を所有していない方もいる。家にどんな器具があり、使うことができるのかと考えると食事に関わる指導はできないが、栄養士まで報が来ないため、直接訪問するか、支援者からかなり情報を得なくてはいけない。その点ではまだ連携が足りないのかなと感じる。家庭状況は、他職種の方からも情報をいただき、連携が進むようにしていただけるとありがたい。

（座長）

その他はいかがか

（特になし）

3 閉会