

1. 柏市全体の取組みの方向性（案）に対するご意見

4つの場面	ご意見	委員名
<p>入退院支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> 特に退院時に家族や本人も含め、医療関係者だけでなく多職種の人も含めてZoom等を用いてしっかりと退院時共同指導を行ってから、在宅への移行をしていただきたい。 在宅医師がないケースでの病院医師との連携の構築。 書面では伝わり切らない点についての改善策や病院へ赴く事が普通ではない視点を大事にしてほしい。 在宅の関係者での問題意識のすり合わせや課題意識の共有は着実に進んでいますが、病院と在宅の関係性が相対的に立ち遅れていると感じます。医療・介護に通ずる在宅関係者と病院関係者の間で具体的にどこに認識のずれがあり、どう対応したらよいかについて、恒常的に話し合うシステムを検討していただけるとありがたいと思います。 タイミングの整理には、診療報酬・介護報酬制度のチグハグさが原因になっているものがあり、整理のポイントになるだろう。 	<p>医師/平野委員</p> <p>薬剤/齊藤委員 訪看/杉山委員 学識/辻委員</p> <p>学識/竹内委員</p>
<p>日常の療養支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医師がないケースでの病院医師との連携の構築。 医療保険、介護保険の枠内ではない、インフォーマルなサービスとの連携や、ケアプランに組み込む前の事前の相談など、制度の隙間にある部分についてのコーディネート機能が必要と思います。 在宅医療を受けていた方が入所される時、書類のみ（診療情報提供書）で医師と相談員、ケアマネが連携する場面が少ないようです。何かしら繋がっていられる仕組みについてお考え頂きたい。 医師会の的確な課題認識に深く敬意を表するとともに、一点私見を申し述べます。開業医のキャパシティが限界となり開業医がご苦労されていることをお察しした上で、かかりつけ患者さんに在宅医療の必要性が生じた場合（かかりつけ患者さんが入院した場合の退院時を含む）、かかりつけ医自身が在宅医療をできなくとも、かかりつけ医が在宅医療を行ってくれる診療機関を紹介し、きちんと引き継ぐなど、患者をかかりつけ医として見守る体制を確保するという方針を医師会として確認していただければ、市民が安心できるまちづくりの推進につながるのではないかと考えます。既にそのような体制にあるのであれば、勉強不足をお詫びいたします。 制度と実際の間で、施設や事業者、ケアスタッフが板挟みになっている。様々な制度は、ケア提供側にはなじんでいるが、市民にはなじんでいない。それをケアスタッフの課題として捉えてよいか。 	<p>薬剤/齊藤委員 リハ/橋本委員</p> <p>介護/横尾委員</p> <p>学識/辻委員</p> <p>学識/竹内委員</p>

1. 柏市全体の取組みの方向性（案）に対するご意見

4つの場面	ご意見	委員名
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none">在宅医師がないケースでの病院医師との連携の構築。在宅の関係者での問題意識のすり合わせや課題意識の共有は着実に進んでいますが、病院と在宅の関係性が相対的に立ち遅れていると感じます。したがって、医療・介護に通ずる在宅関係者と病院関係者の間で具体的にどこに認識のずれがあり、どう対応したらよいかについて、恒常的に話し合うシステムを検討していただくとありがたいと思います。倫理的な問題として、構造化して考えることができるものがある。また、資源とのマッチングの問題もあり、固定されたものではないことを意識して取り組むことが必要ではないか。	薬剤/齊藤委員 学識/辻委員 学識/竹内委員
看取り	<ul style="list-style-type: none">看取りは本人の意思確認を出来るだけする必要があり、状況により再度確認をしながら行っていくことを繰り返す事が必要と考える。時代の変遷、世代ごとの意識の違いなどを理解する機会が乏しいため、すれ違いを避けられない。話し合いの機会だけでなく、背景について考察する機会が必要ではないか。	医師/平野委員 学識/竹内委員

2. 優先して取組むべき事項

4つの場面	ご意見	委員名
入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> • 退院時共同指導の充実が必要。 • 病院と在宅チームでのオンライン会議のためのプラットフォームを確立させる。 (セキュリティや通信環境など、それぞれの情報を取りまとめて、利用しやすい環境を整えて周知、活用できるようにする) • 病院との同職種連携。 • 連携に必要な情報の整理。 • ケアマネジャーとMSW等、医療機関窓口との定期的な意見交換の場づくり。 • 病院と在宅との相互理解・課題解決の場づくり。 	医師/平野委員 リハ/橋本委員 栄養/中村委員 包括/橋本委員 包括/橋本委員 学識/辻委員
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> • カシワネット等を用いた担当者会議等を行い、連携を密にする事が必要と考える。 • コロナ禍でハードルもあるが、在宅医療介護を経験した家族と話ができる場や、同じ悩みを抱えている介護者の会の開催。 • 各職種の中での対象者の方向性や対応の共有化が必要で、同じ方向に向かうことが必要。 • 連携に必要な情報の整理。 	医師/平野委員 リハ/橋本委員 栄養/中村委員 包括/橋本委員
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> • 連携に必要な情報の整理。 • 病院と在宅との相互理解・課題解決の場づくり。 	包括/橋本委員 学識/辻委員
看取り	<ul style="list-style-type: none"> • 本人、家族への意思確認の義務化。 	薬剤/齊藤委員

3. その他

資料No	ページNo	ご意見	委員名
資料 4	6ページ	<ul style="list-style-type: none"> 在宅での支援が難しいケースの多くが、単身や老老介護のケースです。そのため、高齢者数の推移のデータだけでなく、世帯の状況や推移が把握できると、より具体的な支援の形が描けるのではないかと思います。 	リハ/橋本委員
資料 4	32ページ	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍におけるDNARの判断に、これまでの事前指示書をそのまま適用できるのか？ コロナ感染では、救命により助かる可能性があるし、それも高くなっていて、がん患者などの終末期医療と同じではない。とはいえ、より現実的に判断が求められる経験の場が増える機会になった。 	学識/高林委員
資料 3 資料 4	4ページ 15ページ 16ページ 17ページ 20ページ 21ページ 22ページ 23ページ	<ul style="list-style-type: none"> 市民関心度ピラミッドに違和感がある。 関心の高低はあると思うが、低いところが最も多いのか。割合は今後どう変化するのか。 訪問診療医の頭打ちについて、高度化や専門化が進んでいるからではないか。 →教育システムの再構築を必要としていないか。 疾病との関連を考えてはどうか。 各種の連携に電話主体・FAX主体であることが障害になっていないか。イノベーションの余地はないか。 IT化の遅れは栄養領域のデータ化が不十分だからではないか。研究や開発としての取り組みを期待したい カシワニネット以外の活用については、制限する必要はないが、連携を促進するようなルール（作法やマナー）が築かれることが望ましいのではないか。 インフォーマルサービス支援の減少は、把握が困難な新たな主体が登場したり、ケアやサービスの類型が登場したりしている可能性はないか。 問題の多くには、各施設の役割や独自文化が背景にあり、担当するスタッフの努力で解決できないこともある。病院同士のつながりの強化という視点を積極的に進めてほしい。 	学識/竹内委員