第7回
在宅医療とみんながつながる会ご案内

平成26年度　宮城県第三期地域医療再生計画補助金事業

平成26年10月22日（水）　18:30～20:30

仙台サンプラザホテル 3階「クリスタルルーム」

仙台市宮城野区榴岡5-11-1　TEL.022-257-3333

内　容　講演「生きることの集大成を叶える在宅医療」

仙台往診クリニック　院長　川島 孝一郎

厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会」委員
日本生命倫理学会　評議員

情報提供「つながライン」について

ティータイム（グループの方と情報交換）

参加費　無料

対　象　医療・介護・福祉に携わっている皆さま

持ち物　名札（何でもよいです。必ずご持参ください。）
名刺（１枚頂戴します。グループの方ともぜひ交換を。）

申込み　別紙Fax送信票にて10月17日（金）までにお願いいたします。

ご案内　駐車場に限りがございます。また、駐車場のサービスはございませんのでご了承ください。

今回「ご自由にお持ちください」コーナーを作ります。事業所のご案内や研修会情報などお持ち込みください。事前に事務局まで内容をお知らせ願います。（但し、私的勧誘等、業務外の物はお受けできません。）

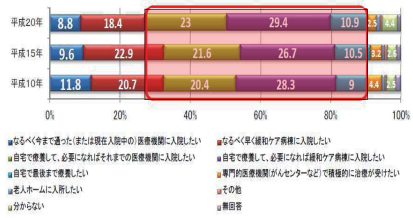
おだやかに、望む場所で最期の日まで暮らしたいと願う方々を支援するために、知っておきたい事柄について学んでみませんか。皆様のご参加をお待ちしております。

【お問合せ先】
平日9:00～18:00
仙台往診クリニック研究部
遠藤、鶴飼
TEL :022-722-3866(直通)
FAX :022-722-3877(直通)

在宅医療に関する国民のニーズ

○ 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると 60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した（上図）。
○ また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた（下図）。

■終末期の療養場所に関する希望



○調査対象及び客体
・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
○調査の方法
郵送法
○回収数
2,527人（回収率50.5%）

出典：終末期医療に関する調査（各年）

京都府長岡京市の開業医がALSの義母に告知をせず、死に至らしめた件

「ALS告知せず死亡ー長岡京の医師　義母の患者、呼吸器説明もなし」
京都新聞　2007年8月2日

見出し：ALS告知せず死亡　義母の患者、呼吸器説明もなし　長岡京の医師　学会指針を無視

見出し：「患者の尊厳無視」ALSの義母　治療"放棄"同じ病気の患者や家族　自己決定批判に怒り

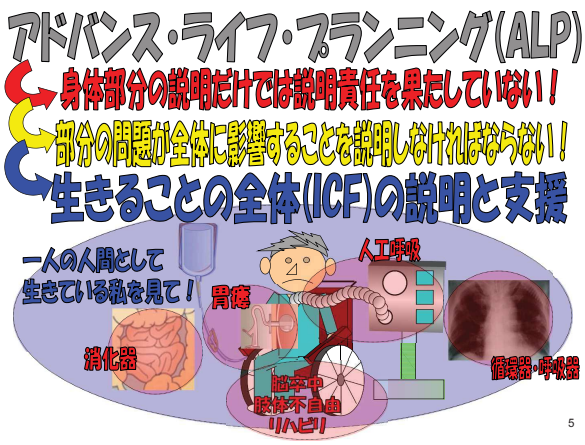
「人工呼吸器の説明せず難病の義母死亡　長岡京の医師」
朝日新聞　2007年8月2日

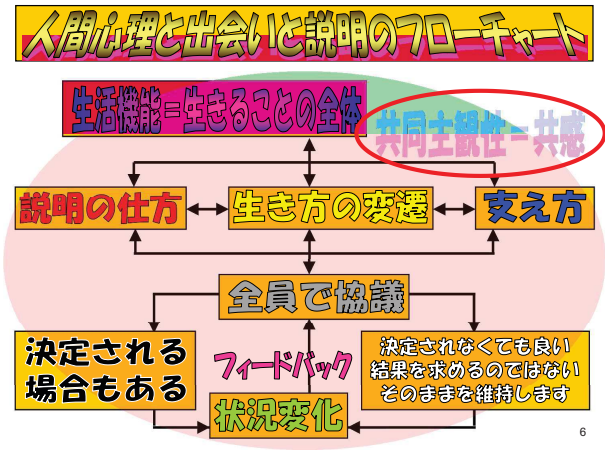
「難病のALS　患者の命懸け去り」
神戸新聞（社会部・田中伸明）　2007年8月11日

ＡＬＳ患者の呼吸器選択

患者	病院 選択	病院 治療	意思決定可能となる十分な説明と支援策の提示	在宅 選択	在宅 治療
A	N			N	
B	N			N	
C	N			N	
D	N			N → Y	T
E	N			N → Y	T → T＋V
F	N			N → Y	T → T＋V
G	N			N	
H	N			N	
I	N			N → Y	NIPPV → T＋V
J	N			N → Y	NIPPV → T＋V
K	N			N → Y	NIPPV
L	N → Y	T＋V	→	→	
M	N → Y	T＋V		→	
O	Y	T＋V	→	→	
P	Y	T＋V	→	→	
Q	Y	T＋V	→	→	
R	Y	T＋V	→	→	
S	Y	T＋V	→	→	
T	Y			Y	T → (T＋V)

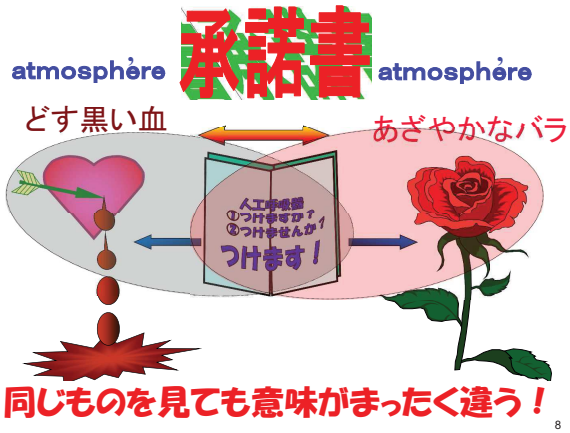
N：no,　Y：yes.
T：tracheostomy,　V：respirator,　NIPPV：nasal ventilation.

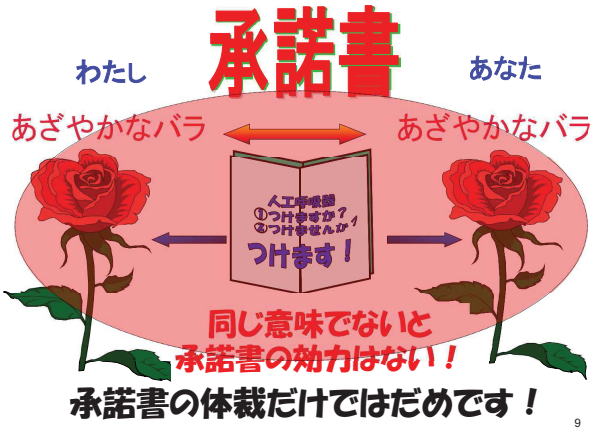


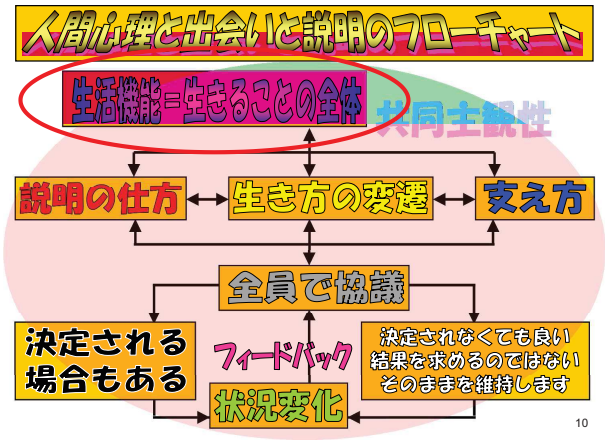


共同主観性

自分と他者達とが、相互に
主体として出会いつつ、
単一の世界を共有すること







自宅環境下での生活行為向上支援の強化
―通所の役割の明確化とケアマネジャーとの協働の強化―

リハビリテーションマネジメント加算（要件変更）	230単位／月（変更なし）

【要件の変更点】
・通所リハ事業所に、月4回以上通所していること。
・新規利用者について、利用開始後１月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること。

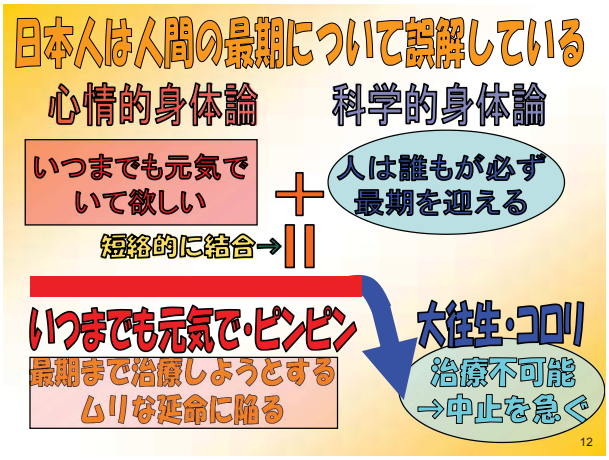
ケアマネジャーが策定する計画と通所リハが策定する計画が、「自宅環境下での生活行為向上」の視点で一致しているかが問われる。（サービス担当者会議が機能しているか？）

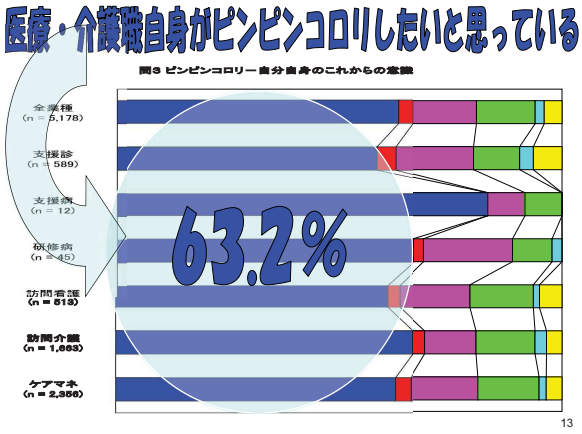
生活機能

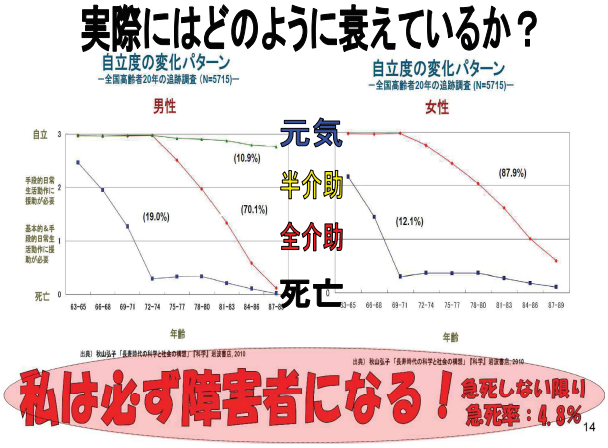
心身機能・構造	活動（している活動、できる活動）	参加
―運動機能 ―栄養・口腔機能 ―認知機能　等	―IADL ―ADL など	―家族との関わり ―社会との関わり ―役割 ―ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　など

（出所）介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定について」,2012.1.25を改変

11







私は必ず障害者になる！
急死しない限り
急死率：4.8%

障害を持つ人に十分な説明責任を果たし、最期の時まで「より良い生き方」を提示・支援できるかに懸かっている終末期医療のプロセスは、障害者の待遇改善や自立支援、意識の向上、社会制度の整備等と深く関連する

人生の集大成は障害者論である

国際障害分類を国際生活機能分類ICFに変更した
ICFの国際使用に関する第54回世界保健会議WHO総会決議2001年

15

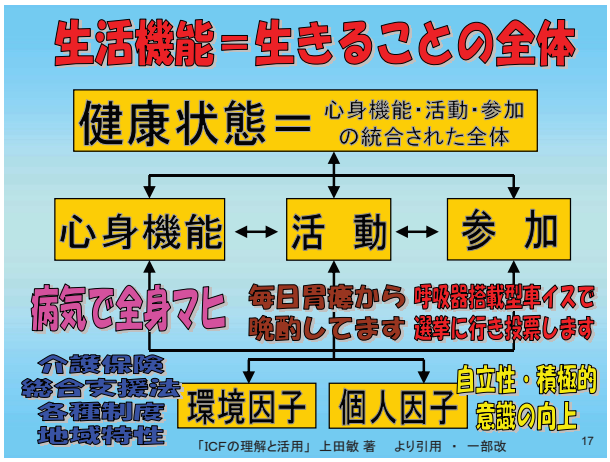
国際生活機能分類(ICF)

国際障害分類→国際生活機能分類
生活機能とは→「生きることの全体」です

①急死しない限り必ず障害者になる
②障害者が最期の日までより良く生きられるように計らう
③国際障害分類が国際生活機能分類ICFに改訂された
④生活機能＝生きることの全体から考える
⑤生きることの全体が支えられるための説明と支援を行う

ICFはWHOが2001年に提唱

16

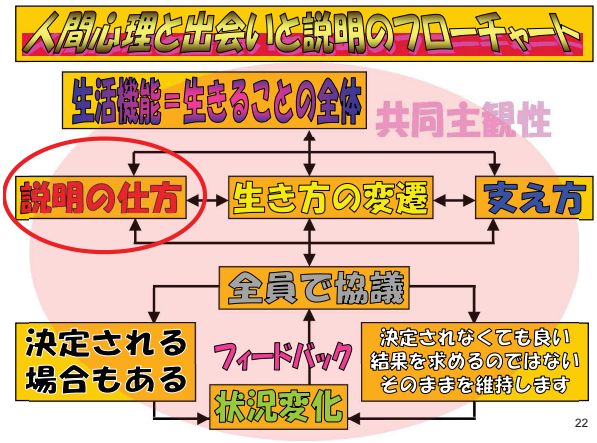


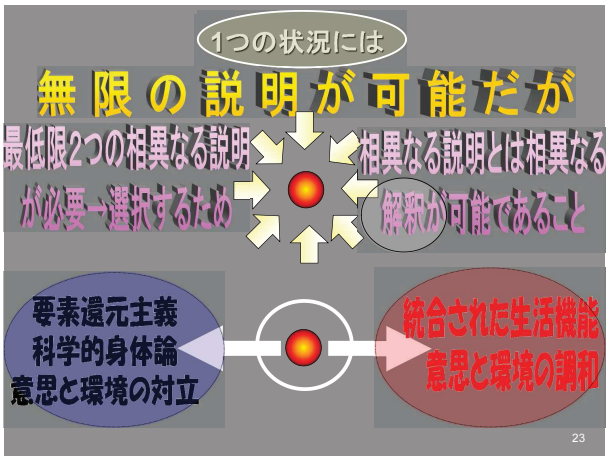
生活機能（生きることの全体）は五体不満足の思想である

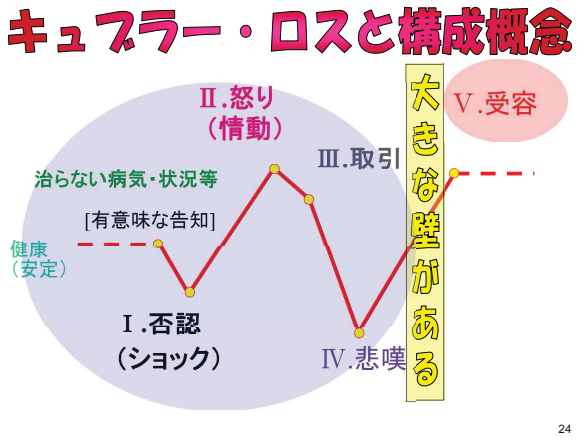
- 『五体不満足』
- 乙武洋匡　五体不満足　完全版　2008年6月　pp236～265
  あとがきより

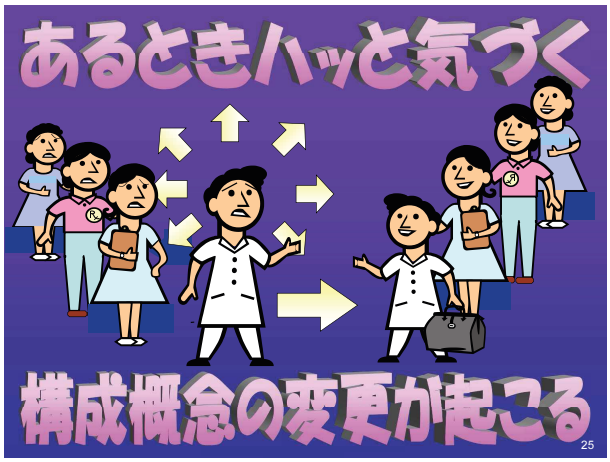
- 五体が満足だろうと不満足だろうと、幸せな人生を送るには関係ない。そのことを伝えたかった。
- 「障害は不便である。しかし、不幸ではない」
  ヘレン・ケラー

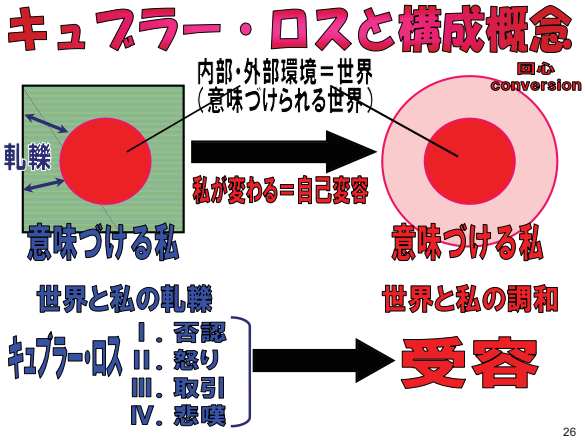
21

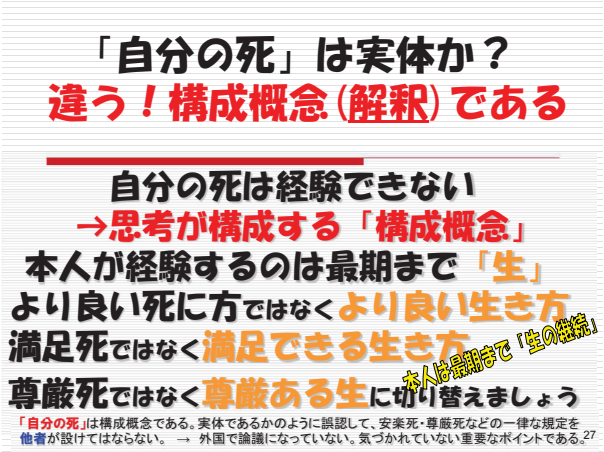


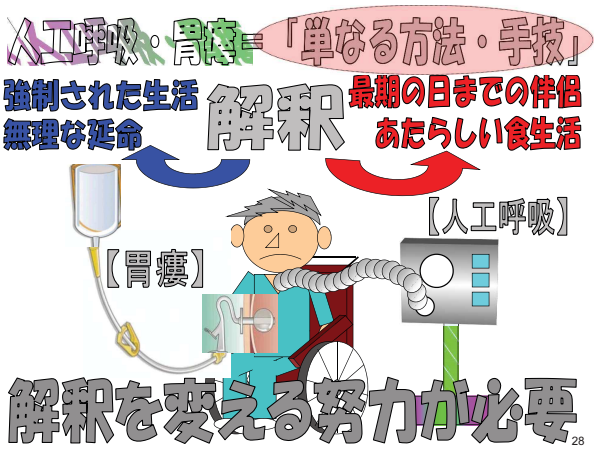


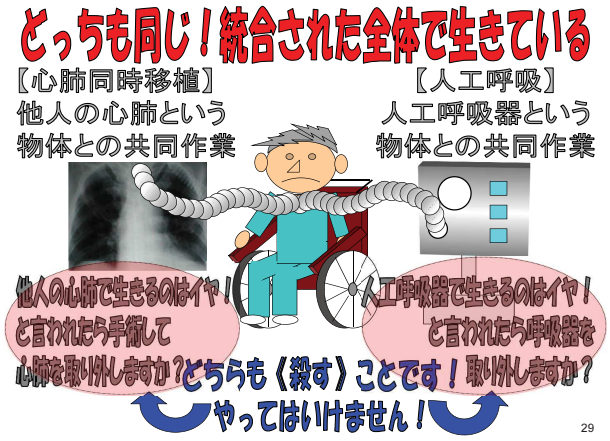



あるときハッと気づく
構成概念の変更が起こる
25

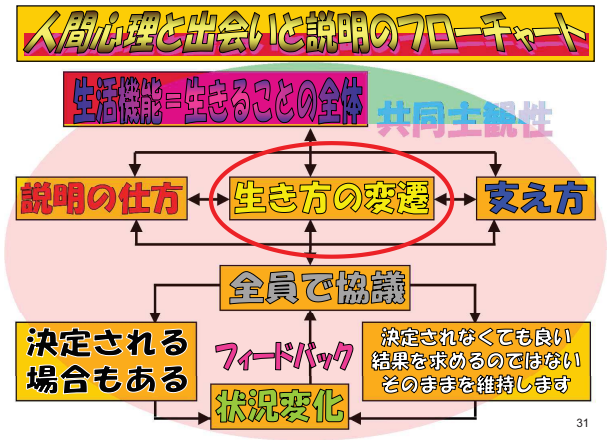

キュブラー・ロスと構成概念
内部・外部環境＝世界
（意味つけられる世界）
回心
conversion
軋轢
私が変わる＝自己変容
意味づける私
意味づける私
世界と私の軋轢
世界と私の調和
キュブラー・ロス
Ⅰ．否認
Ⅱ．怒り
Ⅲ．取引
Ⅳ．悲嘆
受容
26

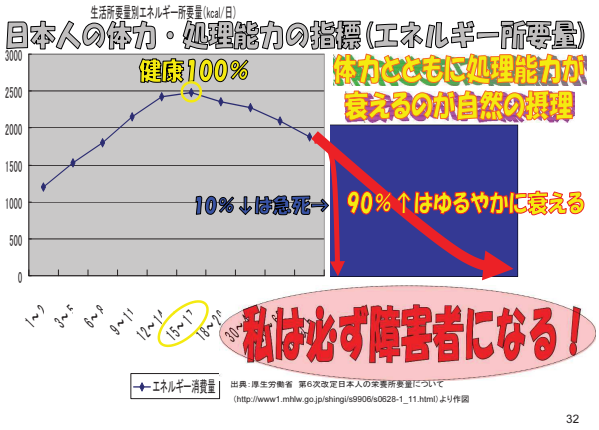

「自分の死」は実体か？
違う！構成概念（解釈）である
自分の死は経験できない
→思考が構成する「構成概念」
本人が経験するのは最期まで「生」
より良い死に方ではなく より良い生き方
満足死ではなく 満足できる生き方
本人は最期まで「生の継続」
尊厳死ではなく 尊厳ある生 に切り替えましょう
「自分の死」は構成概念である。実体であるかのように誤認して、安楽死・尊厳死などの一律な規定を他者が設けてはならない。 → 外国で論議になっていない。気づかれていない重要なポイントである。
27

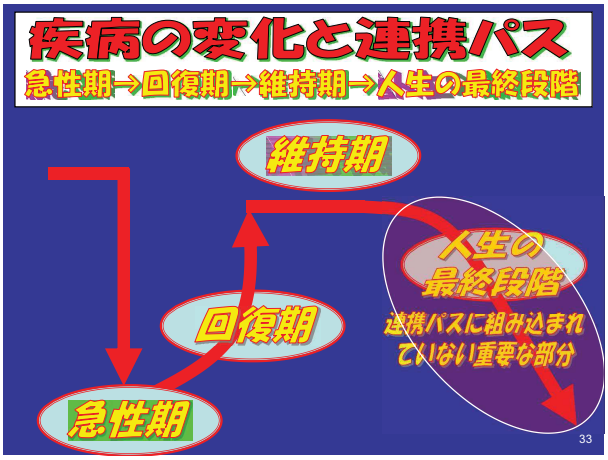

人工呼吸・胃瘻＝「単なる方法・手技」
強制された生活
無理な延命
解釈
最期の日までの伴侶
あたらしい食生活
【人工呼吸】
【胃瘻】
解釈を変える努力が必要
28


どっちも同じ！統合された全体で生きている
【心肺同時移植】
他人の心肺という
物体との共同作業
【人工呼吸】
人工呼吸器という
物体との共同作業
他人の心肺で生きるのはイヤ！
と言われたら手術して
心肺を取り外しますか？
人工呼吸器で生きるのはイヤ！
と言われたら呼吸器を
どちらも《殺す》ことです！取り外しますか？
やってはいけません！
29

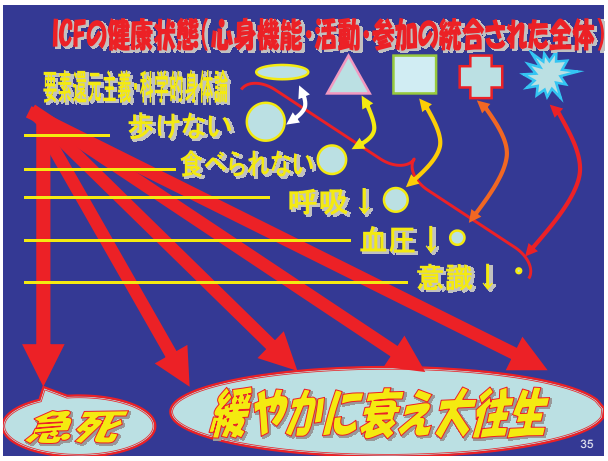
どっちも同じ！統合された全体で生きている
【胃瘻】
胃瘻のチューブ
という物体との
共同作業
【小腸移植】
他人の小腸という
物体との共同作業
胃瘻で生きるのはイヤ！
と言われたら胃瘻を
取り外しますか？
他人の小腸で生きるのはイヤ！
と言われたら手術して
小腸を取り外しますか？
どちらも《殺す》ことです！やってはいけません！
30


人間心理と出会いと説明のフローチャート
生活機能＝生きることの全体
共同主観性
説明の仕方
生き方の変遷
支え方
全員で協議
決定される
場合もある
フィードバック
状況変化
決定されなくても良い
結果を求めるのではない
そのままを維持します
31

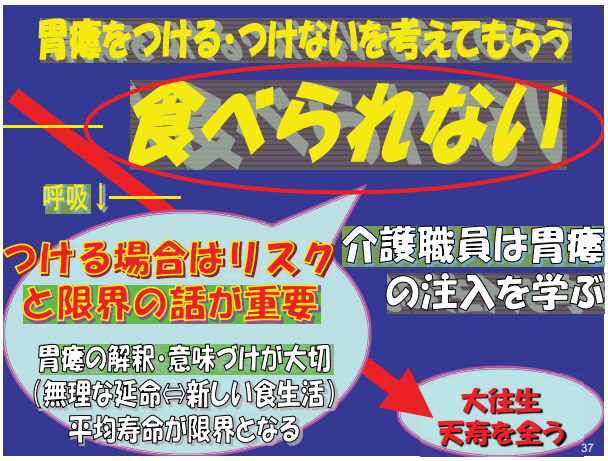

生活所要量別エネルギー所要量(kcal/日)
日本人の体力・処理能力の指標（エネルギー所要量）
健康100％
体力とともに処理能力が
衰えるのが自然の摂理
10％↓は急死→
90％↑はゆるやかに衰える
私は必ず障害者になる！
エネルギー消費量
出典：厚生労働省　第6次改定日本人の栄養所要量について
(http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9906/s0628-1_11.html)より作図
32

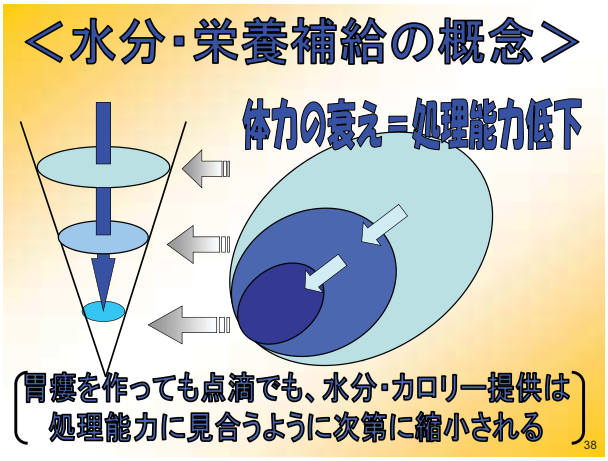

疾病の変化と連携パス
急性期→回復期→維持期→人生の最終段階
維持期
人生の最終段階
連携パスに組み込まれていない重要な部分
回復期
急性期
33

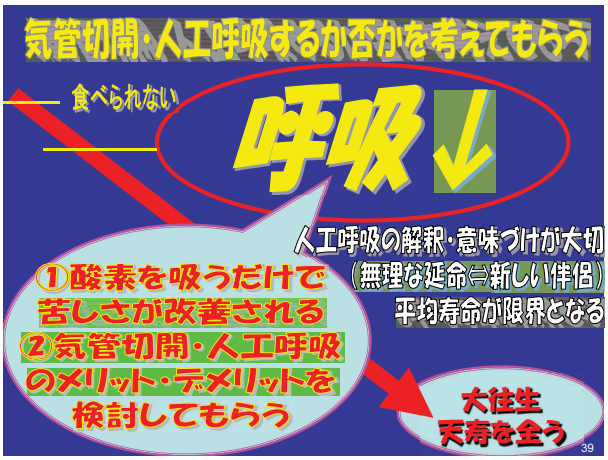
人の生き方(看取り)緩急の図
①緩やかに衰える＝大往生(90%↑) ②急死(10%↓)
歩けない
食べられない
呼吸↓
血圧↓
意識↓
急変・急死
救急車を呼ぶ
救急車を呼ばない
在宅医が診る
在宅看取り
大往生
天寿を全う
34

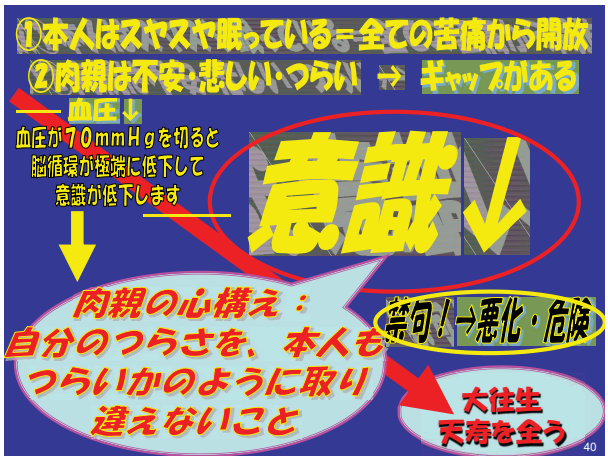

ICFの健康状態(心身機能・活動・参加の統合された全体)
歩けない
食べられない
呼吸↓
血圧↓
意識↓
急死
緩やかに衰え大往生
35

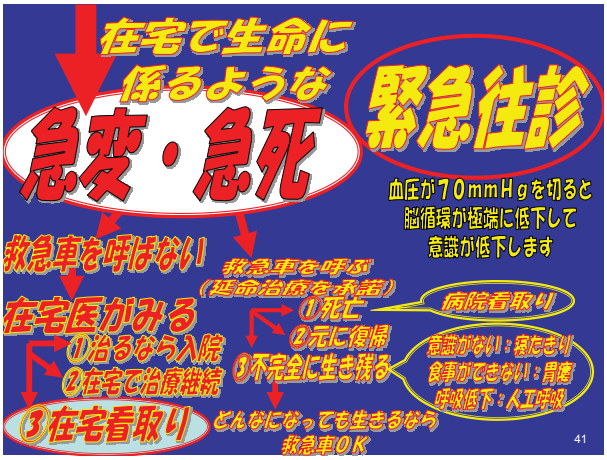
体力の衰えとともに筋力も衰える
歩けない
食べられない
呼吸↓
①介護保険②自立支援
③全身性障害者等指名性介護助成
④生活保護⑤生命保険
⑥行政単独事業
①つかまり歩行・介助歩行
②車イス ③臥床状態
大往生
天寿を全う
36

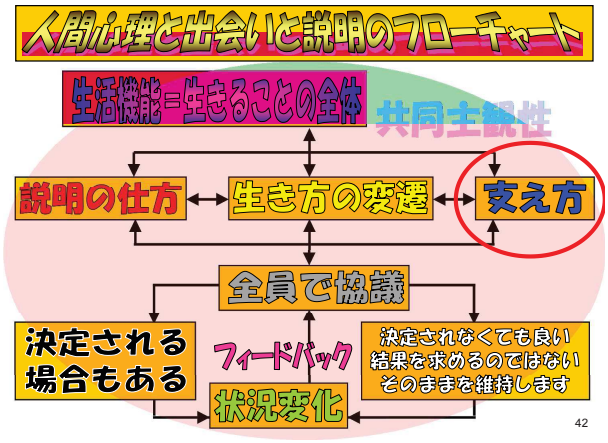

胃瘻をつける・つけないを考えてもらう
食べられない
呼吸↓
つける場合はリスクと限界の話が重要
介護職員は胃瘻の注入を学ぶ
胃瘻の解釈・意味づけが大切
(無理な延命⇔新しい食生活)
平均寿命が限界となる
大往生
天寿を全う
37

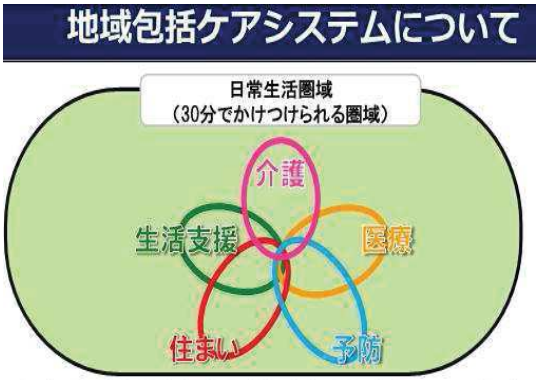

＜水分・栄養補給の概念＞
体力の衰え＝処理能力低下
胃瘻を作っても点滴でも、水分・カロリー提供は
処理能力に見合うように次第に縮小される
38

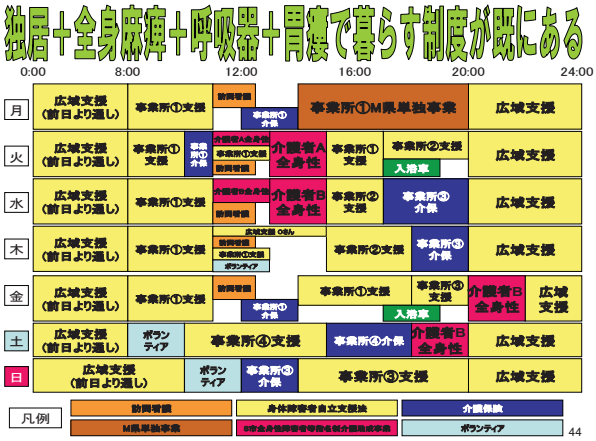

気管切開・人工呼吸するか否かを考えてもらう
食べられない
呼吸↓
①酸素を吸うだけで苦しさが改善される
②気管切開・人工呼吸のメリット・デメリットを検討してもらう
人工呼吸の解釈・意味づけが大切
(無理な延命⇔新しい伴侶)
平均寿命が限界となる
大往生
天寿を全う
39

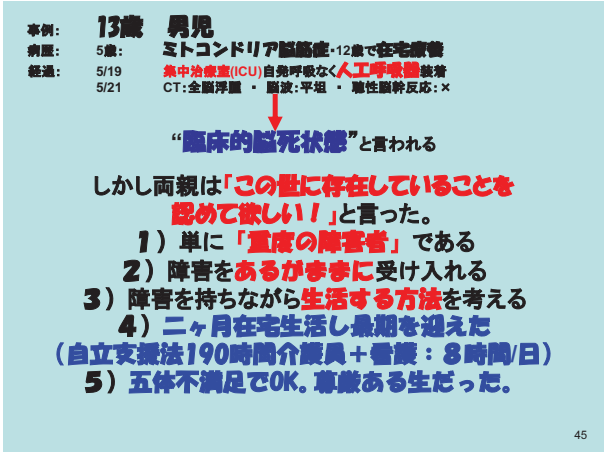

①本人はスヤスヤ眠っている＝全ての苦痛から開放
②肉親は不安・悲しい・つらい → ギャップがある
血圧↓
血圧が70mmHgを切ると
脳循環が極端に低下して
意識が低下します
意識↓
肉親の心構え：
自分のつらさを、本人もつらいかのように取り違えないこと
禁句！→悪化・危険
大往生
天寿を全う
40

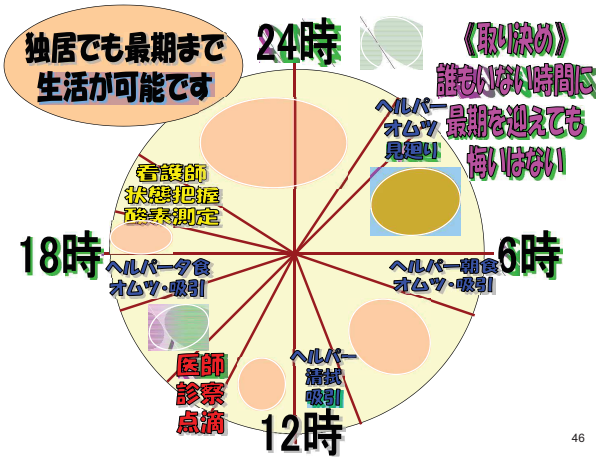












在宅医療の検査と治療

採血・検尿・心電図・血液ガス・X線撮影
内視鏡・気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

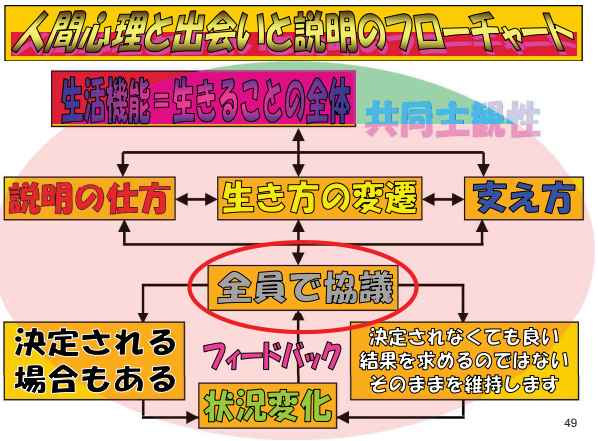
在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻
輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴・腹膜還流・人工透析

47

あらゆる制度に精通しなくてはならない！

医療保険：看護は毎日訪問できる！
（厚労大臣が定める疾患、床ずれ・気管切開の吸引、特別指示書　等々）
身体障害：総合支援法による介護
（特別障害者手当、医療費助成等々）
生命保険：生きていて全額もらえる
その他：全身性障害・・・、生活保護等々

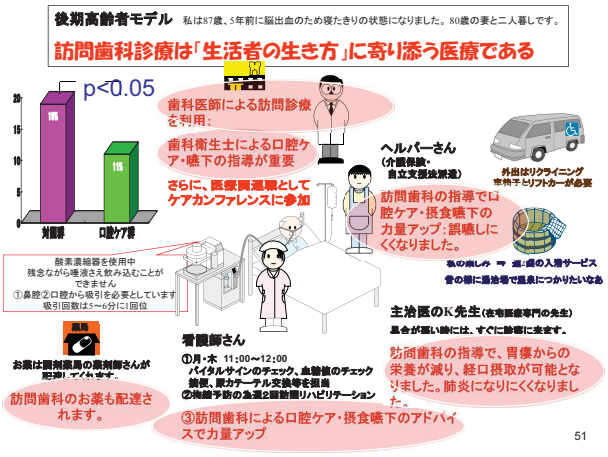
48

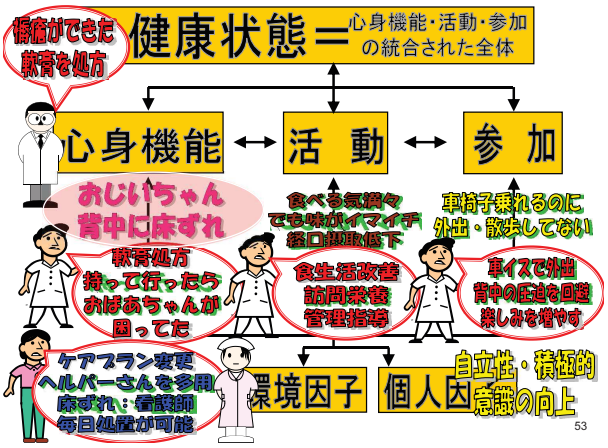


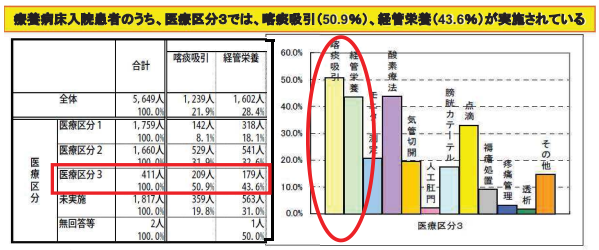
①「在宅医　―　生活者」　「　」
②（ケアマネージャー　―　生活者）　（　）
③【看護師　―　生活者】　【　】
④＜訪問リハビリテーション　―　生活者＞　＜　＞
⑤『ヘルパー　―　生活者』　『　』
⑥{入浴サービス　―　生活者}　{　}

対面する職種・人によって生活者像が異なる。ケアカンファレンスで同一性を保つ。

50







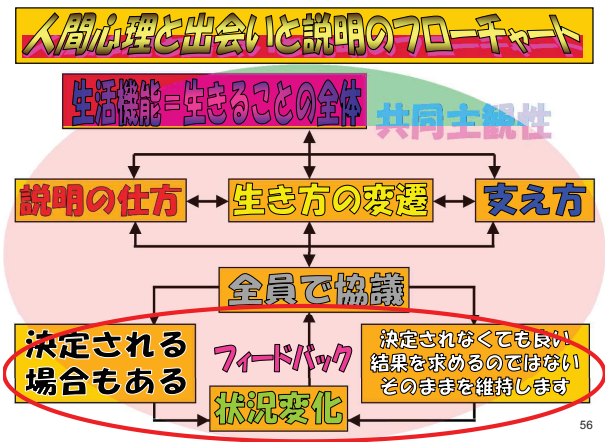
平成24年から介護職員が行える（法制化）
食べられない→胃瘻
呼吸↓でタン→吸引
介護職員必須の行為
できるのが当たり前

54

ヘルパー活動記録（T・O様）

8:20	訪問・挨拶・引継ぎ・記録確認、代筆	9:25	吸引	11:23	尿器セット
8:30	モニタリング	9:26	吸引ピン洗浄	11:27	後片付け
8:33	点眼・目やに取り	9:30	水分補給終了・片付け	11:28	洗濯する
8:34	文字盤	9:34	ギャッチダウン	11:30	昼食準備
8:39	洗面準備	9:35	吸引	11:36	点眼
	※奥様仕事へ	9:36	点眼	11:37	メガネかける
8:43	髭剃り	9:37	洗髪・清拭・着替え準備	11:42	吸引
8:47	顔拭き	9:49	回路水切り	11:43	パルスオキシメーター測定（昼食時20分おき）
8:50	吸引	9:50	眼鏡はずす		
8:52	化粧水塗布		※ヘルパー訪問	11:44	散歩準備
8:53	顔皮確認	9:52	吸引	11:49	手足マッサージ
8:54	顔拭く	10:02	洗髪開始	11:52	文字盤
8:55	ベビーオイル塗布	10:20	洗髪終了	12:02	パルスオキシメーター測定
8:56	吸引	10:21	吸引	12:03	洗濯干し
8:57	リップクリーム塗布	10:22	ドライヤーをかける	12:12	回路水切り
8:58	眼鏡掛ける	10:28	顔皮に化粧水つける	12:13	吸引
8:59	回路水切り	10:29	尿測・尿処理	12:22	パルスオキシメーター測定
9:00	ギャッチアップ	10:36	吸引	12:35	点眼
9:01	洗面片付け	10:37	点眼	12:44	パルスオキシメーター測定
9:02	お茶準備	10:38	全身清拭・Ｙガーゼ交換・クリーム塗布・体位交換・タッピング・衣類交換・吸引3回	12:45	吸引
9:07	胃ろうより水分補給				
9:08	文字盤				
9:10	掃除機がけ	11:20	吸引		

55



57

都道府県別在宅死亡率 2013年　平成25年

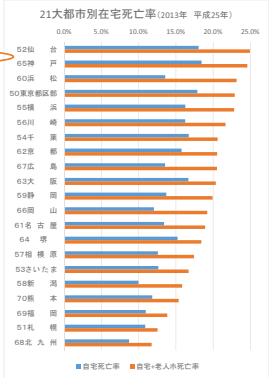
順位		死亡者総数	自宅死亡者数	老人ホーム死亡者数	自宅死亡率	自宅+老人ホ死亡率
	全国	1268436	163049	66919	12.9%	18.1%
1	28兵　庫	54366	8901	3417	16.4%	22.7%
2	13東　京	110507	18493	6195	16.7%	22.3%
3	14神　奈　川	72970	11345	4659	15.5%	21.9%
4	20長　野	24303	3075	2135	12.7%	21.4%
5	29奈　良	14029	2251	736	16.0%	21.3%
6	31鳥　取	7270	909	633	12.5%	21.2%
7	22静　岡	38393	5351	2746	13.9%	21.1%
8	37香　川	11512	1509	778	13.1%	19.9%
9	26京　都	25332	3737	1286	14.8%	19.8%
10	12千　葉	53603	8447	2079	15.8%	19.6%
11	24三　重	19690	2590	1258	13.2%	19.5%
12	27大　阪	81864	12466	3505	15.2%	19.5%
13	19山　梨	9441	1235	605	13.1%	19.5%
14	32島　根	9572	1030	830	10.8%	19.4%
15	15新　潟	28383	3323	2167	11.7%	19.3%
16	30和　歌　山	12773	1685	785	13.2%	19.3%
17	04宮　城	22214	3255	1014	14.7%	19.2%
18	09栃　木	20591	2688	1263	13.1%	19.2%
19	25滋　賀	12233	1772	570	14.5%	19.1%
20	21岐　阜	21518	2776	1257	12.9%	18.7%
21	34広　島	29358	3568	1894	12.2%	18.6%
22	06山　形	15029	1679	1109	11.2%	18.6%
23	07福　島	23611	3249	1008	13.8%	18.0%

順位		死亡者総数	自宅死亡者数	老人ホーム死亡者数	自宅死亡率	自宅+老人ホ死亡率
24	47沖　縄	10956	1452	472	13.3%	17.6%
25	23愛　知	62395	7738	3149	12.4%	17.4%
26	33岡　山	21199	2393	1259	11.3%	17.2%
27	03岩　手	15969	1975	765	12.4%	17.2%
28	02青　森	17112	1918	1002	11.2%	17.1%
29	18福　井	8764	999	489	11.4%	17.0%
30	38愛　媛	17480	2204	757	12.6%	16.9%
31	10群　馬	21661	2322	1307	10.7%	16.8%
32	35山　口	18459	1976	1045	10.7%	16.4%
33	44大　分	13874	1171	1058	8.4%	16.1%
34	17石　川	12223	1150	794	9.4%	15.9%
35	11埼　玉	60264	7252	2323	12.0%	15.9%
36	45宮　崎	12906	1146	881	8.9%	15.7%
37	36徳　島	10014	999	533	10.0%	15.3%
38	08茨　城	30368	3411	1186	11.2%	15.1%
39	43熊　本	20237	1960	1076	9.7%	15.0%
40	42長　崎	17225	1584	892	9.2%	14.4%
41	16富　山	12547	1158	595	9.2%	14.0%
42	05秋　田	14824	1376	682	9.3%	13.9%
43	46鹿　児　島	21162	1915	1005	9.0%	13.8%
44	41佐　賀	9640	840	473	8.7%	13.6%
45	39高　知	10244	1113	260	10.9%	13.4%
46	40福　岡	49456	4478	1598	9.1%	12.3%
47	01北　海　道	59432	5185	1379	8.7%	11.0%

58

21大都市別在宅死亡率 2013年　平成25年

順位		死亡者総数	自宅死亡者数	老人ホーム死亡者数	自宅死亡率	自宅+老人ホ死亡率
1	52仙　台	8082	1458	557	18.0%	24.9%
2	65神　戸	14741	2719	906	18.4%	24.6%
3	60浜　松	7517	1020	720	13.6%	23.1%
4	50東京都区部	75332	13467	3783	17.9%	22.9%
5	55横　浜	28959	4710	1898	16.3%	22.8%
6	56川　崎	9984	1622	541	16.2%	21.7%
7	54千　葉	7694	1287	298	16.7%	20.6%
8	62京　都	13892	2189	664	15.8%	20.5%
9	67広　島	9655	1308	672	13.5%	20.5%
10	63大　阪	27339	4559	1005	16.7%	20.4%
11	59静　岡	7418	1017	461	13.7%	19.9%
12	66岡　山	6426	774	460	12.0%	19.2%
13	61名　古　屋	20181	2707	1112	13.4%	18.9%
14	64　堺	7799	1187	249	15.2%	18.4%
15	57相　模　原	5215	656	253	12.6%	17.4%
16	53さいたま	9510	1202	386	12.6%	16.7%
17	58新　潟	8226	820	483	10.0%	15.8%
18	70熊　本	6434	761	228	11.8%	15.4%
19	69福　岡	10849	1188	314	11.0%	13.8%
20	51札　幌	16844	1834	278	10.9%	12.5%
21	68北　九　州	10613	925	321	8.7%	11.7%



59

第7回　医療とみんながつながる会　アンケート結果

No.	職種	所属	「つながライン」の説明を聞いてつながラインへのご意見ご要望など
1	介護職	訪問介護	今後、活用していきたい。
2	看護職	訪看リハ	400件以上の登録数とのことですが、一度も多職種連携で活用できていません。今後、積極的に活用できればと思います。
3	事務職	医薬品卸	限定された任意のメンバーのグループメール的に、使用できますか？
4	介護職	訪問介護	個人で入れるようになって良かったです。
5	薬剤師	薬局	ちょっと文字ばかりに見えて・・・。
6	介護職	GH	私も参加してみたいと思いました。
7	ケアマネ	居宅	ぜひ参加したいと思います。
8	歯科助手	歯科診	とても活気的なシステムと感じました。ぜひ利用したいです。
9	歯科医師	歯科診	機能していないと思います
10	薬剤師	薬局	川島先生の講演そのものをネットで配信していただけると、忙しくてなかなか会に参加できない人達にも、この活動の主旨が伝わるのではないかと思います。

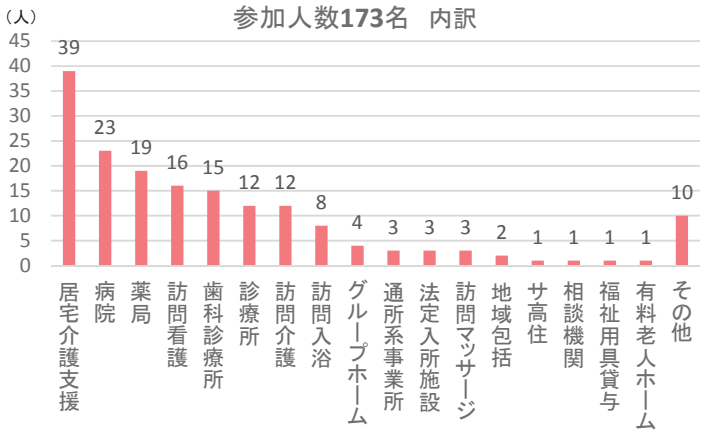
No.	職種	所属	「生きることの集大成を叶える在宅医療」を聞いての感想
1	相談職	病院	参考になることがおおかったです。患者さん、ご家族へのお話しのしかたの参考にさせてもらいたいです。
2	事務職	訪問マ	非常に理解しやすく、ためになりました。
3	薬剤師	薬局	自分自身の考え方も大変変わりました。解釈の仕方がいかに大事なのか感じました。
4	歯科衛	歯科診	歯科の実際は、関れている事が少なく、とても勉強不足だと感じました。
5	ケアマネ	居宅	病状があることで、生活にどのように関係するか、説明することが大変。
6	ケアマネ	居宅	どう生きるかを考えていくことで生活のQOLが変わってくる。
7	介護職	訪問介護	病気や障害の部分だけでなく、生きることの全体を支えることの大事なことを学んだ。
8	薬剤師	薬局	自分の考え方を変える良い機会でした。充実した在宅医療の実際のケースを聞くことができて、勉強になりました。考え方ひとつで余生を満足に過ごすかどうかが決まるのだと思いました。
9	保健師	訪看リハ	在宅医や大規模病院のDrにはALPを行って下さるDrも増えているように感じます。しかし、まだまだ少ないのが現状です。弊社のNsで独自に冊子をつくり、Nsの視点でALPを行っています。今後もこの活動をつづけNsの意識向上につなげたいです。
10	ケアマネ	診療所	思っていることを表現して頂きよかったです。
11	薬剤師	薬局	今後の患者様とのかかわりにおいて、とても参考になりました。
12	看護職	居宅	ICFを頭に入れて対応していきたいです。
13	医師	診療所	久しぶりに川島先生のお話しが聞けてうれしかったです。
14	薬剤師	薬局	仙台市が自宅死亡率№1だと初めて知りました。今回の勉強会で第7回目なので、川島先生が中心になって育ててきた、大先輩の方々の努力のたまものだと感じました。
15	事務職	訪看リハ	充実した内容で今後に役立てたいと思いました。
16	看護職	診療所	Drの説明が大切だと思うが、ロベタのDrの場合は一緒にいる看護師のフォローもして、Faと生活者が理解しているかも確認することは必要だと思います。
17	看護職	訪看リハ	ICFの考え方が良く分かり大変良かったです。
18	マッサージ	訪問マ	生活機能の考え方、説明責任
19	看護職	診療所	本人様の意見を尊重することが大切であると改めて思いました。
20	相談職	病院	意思決定にIcがどれ程の影響力をもつのか、改めて感じました。
21	介護職	居宅	親を介護しているので、とても参考になりました。
22	事務職	医薬品卸	生きる選択枝を皆様が多く示せるよう（障害、生命保険）等の知識も勉強したいと思います。
23	介護職	訪問介護	考え方で、胃ろうや呼吸器についてのおもいが変わる。
24	介護職	訪問介護	生活機能をケアとして考えた時は難しいと感じたが、「こういう生活ができたら満足そう」という家族目線や自分がどう生活していて楽しいかという目線にかえると、色々な見方ができると思った。
25	介護職	訪問介護	1人でも多くの人達が同じ考えで向き合っていけたのなら、よりよく「生きる」事が出来ると思いました。
26	ケアマネ	居宅	お話しを聞けたのが2回目でしたが、前回より、より内容が理解できました。
27	薬剤師	薬局	患者さん、家族への接し方が変わりました。
28	薬剤師	薬局	患者様への「解釈」仕方で生きることの意欲、最後まで生きたと感じてほしいと私自身も思ってほしいと思い、今後の業務に活かしていきたいと思います。
29	看護職	診療所	なかなか現実はむずかしいところが多々ありますが、日々努力していきたいと思いました。
30	介護職	サ高住	考え方を変えるだけで生き方が違う事が解った。
31	相談職	病院	生活面を重視していくこと、何が幸せか、満足とは何か、再認識致しました。
32	相談職	相談機関	ICFの考え方が良く分かりました。地域で支える体制を作っていくためにネットワークを作っていく事が大切だなと思いました。
33	ケアマネ	GH	講演時間をもう少し長くして欲しかった。
34	介護職	GH	最後までどう生きるかが大切。亡くなるまでのプロセスとその間の本人と家族の思いのちがい。大変勉強になりました。
35	相談職	病院	仕事の中で「在宅」をイメージする事の大切さを改めて考えさせられました。
36	医薬品卸業	その他	医師含め、患者と係る方々は、患者が意思決定をできるまできちんとした情報提供をしなければならないのはあたり前ですが、むずかしいことだと共感させて頂きました。
37	事務職	診療所	相手に対して理解をしてもらいながら、生活を続けていくことが、大切だと感じました。
38	ケアマネ	居宅	現在、在宅医療との関わりがないので、これからのために勉強になりました。
39	歯科助手	歯科診	患者様やご家族様への説明のしかたの重要性を改めて感じました。
40	看護職	訪看リハ	参考にはなりましたが、疑問もあります。
41	ケアマネ	居宅	観点がかわった。
42	ケアマネ	居宅	死をどう考えるかに重きを置いてきましたが、”生”をどう生きていくのかを重視していく必要がある。
43	ケアマネ	居宅	他職種の連携が在宅でできるだけ長く生活できるポイントになることと、「解釈」の仕方で、ものの見方が変わることを今後の仕事に活かしたい。

44	リハ職	歯科診	多職種で患者様、利用者様のQOL向上が必要であると感じました。
45	ケアマネ	居宅	死にむかうことを生活機能の変容としてとらえるということが大変印象に残りました。
46	薬剤師	薬局	まだ当薬局では、このレベルでの在宅に携わっていないため、実感しにくい部分がありますが、患者さんの立場に立って考えると、とても素晴らしい事だと思います。
47	相談職	病院	初めて聞いたので、考えさせられることが多々あった。その人らしく生きるために、生きていくために、自分に何ができるかを考え支援につなげていきたいと思った。
48	その他	歯科診	とても参考になりました。
49	薬剤師	薬局	すばらしかったです、目からウロコでした、全ての人が、そう最期をむかえられたらと思いました。
50	歯科衛	歯科診	考えることが大切だと実感しました。充実した生にするために、プラスに考える。
51	歯科衛	歯科診	色々な支援がある事を知りました。知識がないとより良い生き方が出来ないと思いました。多職種の方と情報交換をして、知識を身につけていきたいと思います。
52	薬剤師	薬局	川島先生のお話しはいつも大変わかりやすく患者様への深い愛情を感じます。
53	医薬品卸	その他	どのように生きるか、死生観を考えさせられました。ありがとうございました。
54	薬剤師	薬局	医療に関る者として、正しい認識を持ち、患者自身やその家族がより納得できる選択枝を説明する責任を痛感しました。
No.	職種	所属	今後取り上げてほしいテーマ
1	医師	診療所	実際にどう生かしていくか。
2	介護職	訪看リハ	Drとの連携　具体的
3	介護職	訪問介護	連携について。
4	薬剤師	薬局	在宅医療に関わる保険の勉強会
5	ケアマネ	株式会社	障害関連（総合支援法等）
6	介護職	居宅	認知症の対応について
7	事務職	医薬品卸	服薬指導に期待すること（看護師、ケアマネさんから）
8	介護職	訪問介護	ALSの方や重度の方やその家族のメンタルの変化やおもい（病名が分かってから、自宅で過ごすまで）
9	相談職	入所施設	看取り・福祉用具・身体拘束・食形態
10	薬剤師	薬局	各職種のエキスパートの方の考え方を伺ってみたいです。
11	介護職	サ高住	老後について
12	医師	診療所	退院前カンファランス
13	歯科助手	歯科診	成功ケアプランの事例集やケアの仕方例など。
14	看護職	訪看リハ	制度についての情報を知りたい。
15	ケアマネ	居宅	利用者さんが考えている話を直に聞いてみたい。
16	看護職	訪看リハ	実際のケアの提供の部分でも連携がはかれるツールがあればいいなと思いました。
17	事務職	その他	ターミナルケアについて。
18	介護職	訪問入浴	介護業界の改善について
19	歯科医師	歯科診	口腔ケア、良い義歯入れる事により、認知症等治ります。
20	リハ職	歯科診	嚥下障害について
21	相談職	病院	今後のネットワークの展望
22	リハ職	訪看リハ	病院⇔在宅の連携（退院時）
23	薬剤師	薬局	”在宅支援”に障害となっている制度上の問題点
No.	職種	所属	ティータイム（情報交換会）に参加してティータイムへのご意見ご要望など
1	相談職	病院	もう少し長い時間があると、意見交換できたと思います。
2	歯科医師	歯科診	もう少し時間が長いと良いかと思います。
3	事務職	訪問マ	席がえがあれば、なおOK。
4	ケアマネ	居宅	グループワークの席の配置ですが、他の区の人と組み合わせも考えてほしい。
5	介護職	訪看リハ	ティータイムの時間を長くしてほしいのと、職種をばらけてほしい。
6	薬剤師	薬局	時間はもう少し長くあっても良いと思います。
7	看護職	居宅	いろんな職種の方とお話しできて楽しかったです。
8	薬剤師	薬局	地区ごとの席だったので、これから連絡できるかもしれない。
9	看護職	診療所	とてもいろんな話ができてよかったです。
10	ケアマネ	地域包括	もう少し時間が欲しかった。
11	介護職	居宅	名札をつけていて、初対面でもわかりやすかったです。
12	事務職	医薬品卸	もっと時間があると良いですね。
13	介護職	訪問介護	業種としての意見や、家族側としての意見などきけて参考になった。
14	ケアマネ	居宅	慌しく会話しましたが、普段関わらない職種の方との意見交換は、毎回新鮮です。また参加したいと思います。
15	看護職	診療所	とても充実していて、よかったです。（他業種がそろっていたので
16	相談職	病院	他職種の意見を聴くことができて良かったです。
17	医薬品卸	その他	もっと話したかったので、また参加します。
18	歯科助手	歯科診	沢山の職種の方のお話しを聞けてよかったです。
19	看護職	訪看リハ	発表はないほうがいいと思います。
20	ケアマネ	居宅	話がまとまらなかった、6人位の方が良いと思います。
21	管理栄	行政	他職種の方々と話しが出来良かった。
22	ケアマネ	居宅	職種が違う方々の話しや、同職種の方々の意見が聞けて参考にもなり、励みにもなってよかったです。
23	歯科医師	歯科診	皆さんと話せて良かったです。
24	相談職	病院	多職種の方の事業所内容を知ることができて良かった。今後の連携につなげられたらと思う。
25	薬剤師	薬局	特にテーマを設けずとも（皆さんすでに顔見知りだったり）自由に情報を交換できていた様です。初めて参加の私には新鮮で有意義でした。

第7回 在宅医療とみんながつながる会 ご報告

開催日時：平成26年10月22日（水）18：30～20：30　　会場：仙台サンプラザホテ

内容
【情報提供】
「つながライン」について
【講演】
「生きることの集大成を叶える在宅医療」
仙台往診クリニック　院長　川島 孝一郎
【情報交換】
ティータイム　キーワード「今日の講演を聞いて」



みなさま、お仕事帰りの疲れている中、おいでいただきまして、本当にありがとうございます！

県医療社会事業協会八重樫様に、開会のご挨拶を頂戴しました！

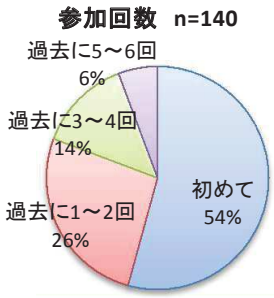
自分が経験できるのは、死ではなく生きている今です。どう死ぬかではなく、どう生きるかが大切です。

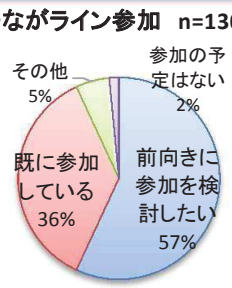
ティータイム、盛り上がりました。時間が足りなかったとの声多数。次回はもう少し長く時間を取りたいと思います！

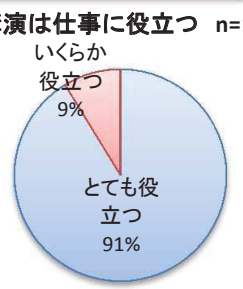
「ご自由にお持ちくださいコーナー」好評でした。次回皆様からの情報持込みお待ちしております！

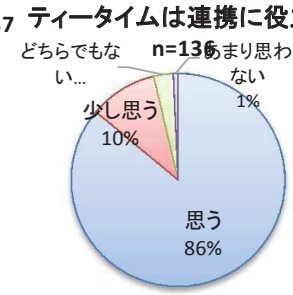
にじむすびの大沼様に、閉会のご挨拶を頂戴しました！

当日アンケート結果（抜粋）









「生きることの集大成を叶える在宅医療」を聞いて

- 病気や障害の部分だけでなく、生きることの全体を支えることの大事なことを学んだ。
- 最後までどう生きるかが大切。亡くなるまでのプロセスとその間の本人と家族の思いのちがい。大変勉強になりました。
- 自分の考え方を変える良い機会でした。充実した在宅医療の実際のケースを聞くことができて、勉強になりました。考え方ひとつで余生を満足に過ごすかどうかが決まるのだと思いました。
- 医師含め、患者と係る方々は、患者が意思決定をできるまできちんとした情報提供をしなければならないのはあたり前ですが、むずかしいことだと共感させて頂きました。
- Drの説明が大切だと思うが、口ベタのDrの場合は一緒にいる看護師のフォローもして、Faと生活者が理解しているかも確認することは必要だと思います。
- 死をどう考えるかに重きを置いてきましたが、"生"をどう生きていくのかを重視していく必要がある。
- ICFの考え方が良く分かりました。地域で支える体制を作っていくためにネットワークを作っていく事が大切だなと思いました。
- 生活機能をケアとして考えた時は難しいと感じたが、「こういう生活ができたら満足そう」という家族目線や自分がどう生活していて楽しいかという目線にかえると、色々な見方ができると思った。

ティータイムの時間について

- 多職種の方の事業所内容を知ることができて良かった。今後の連携につなげられたらと思う。
- 職種が違う方々の話しや、同職種の方々の意見が聞けて参考にもなり、励みにもなってよかったです。

第8回
在宅医療とみんながつながる会ご案内

平成27年度　宮城県第三期地域医療再生計画補助金事業

平成27年6月17日（水）　18:30～20:30
フォレスト仙台　2階「フォレストホール」

仙台市青葉区柏木1-2-45　TEL.022-271-9340

内　容　情報提供「在宅ケアの診療報酬と介護報酬」

仙台往診クリニック　院長　川島 孝一郎

厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会」委員

日本生命倫理学会　評議員

情報提供「つながライン」について

ティータイム「在宅医療と介護の報酬を軸に在宅ケアのことを考えてみよう」

参加費　無料

対　象　医療・介護・福祉に携わっている皆さま

持ち物　名札（何でもよいです。必ずご持参ください。）
名刺（１枚頂戴します。グループの方ともぜひ交換を。）

申込み　別紙Fax送信票にて6月11日（木）までにお願いいたします。

ご案内　駐車場のサービスはございませんのでご了承ください。

今回も「ご自由にお持ちください」コーナーを作ります。事業所のご案内や研修会情報などお持込みください。事前に事務局まで内容をお知らせ願います。（但し、私的勧誘等、業務外の物はお受けできません。）

昨年は診療報酬が、今年は介護報酬が変わって、皆様の所はどのように対応していますか。是非情報交換しましょう。
皆様のご参加をお待ちしております。

【お問合せ先】
平日9:00～18:00
仙台往診クリニック研究部
遠藤、佐々木
TEL :022-722-3866(直通)
FAX :022-722-3877(直通)

平成27年6月17日　第8回在宅医療とみんながつながる会　資料

平成27年

介護報酬改定の概要

2

増収のポイント

- 看取り
- 重症者受け入れ

- 処遇改善
- 介護福祉士増員
- 看護職員増員

3

看取り介護加算
特養

- ① 看取り介護加算
- 入所者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、介護福祉施設サービスにおける看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCA サイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30 日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。
- 死亡日以前4 日以上30 日以下 80 単位/日 ⇒ 144 単位/日
- なお、死亡日の前日及び前々日・死亡日については、現行と同様

4

看取り介護加算 新要件
特養

- ハ　医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。

5

看取り介護加算利用者 要件
特養

- イ　医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ロ　医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
- ハ　看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

6

看取り介護加算の充実
グループホーム

- 看取り介護加算については、利用者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、認知症対応型共同生活介護事業所における看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30 日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。
- 死亡日以前4 日以上30 日以下 80 単位/日 ⇒ 144 単位/日
- なお、死亡日の前日及び前々日・死亡日については、現行と同様

7

看取り連携体制加算
小規模多機能

- 看取り期における評価の充実
- 看取り期における評価として、看護師により24 時間連絡できる体制を確保していること、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容について説明を行う場合等についての評価を行う。
- 看取り連携体制加算（新規） ⇒ 64 単位／日
- （死亡日から死亡日前30 日以下まで）

8

算定要件等
小規模多機能

（利用者の基準）

- 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- 看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等入所者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者であること

（施設基準）

- 看護職員配置加算（Ⅰ）（常勤の看護師を1名以上配置）を算定していること。
- 看護師との24 時間連絡体制が確保されていること。
- 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録又はその家族等に対して、説明し同意を得ていること。

9

医療連携強化加算
短期入所

- 重度者への対応の強化
- 重度者の増加に対応するため、急変の予測や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合には、新たな加算として評価する。
- **医療連携強化加算（新規）⇒ 58 単位／日**

10

医療連携強化加算の算定要件
通所介護

（事業所要件）
以下のいずれにも適合すること。
- 看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。
- 急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること
- 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、
- 緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていること。
- 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていること。

（利用者要件）
以下のいずれかの状態であること。
- **喀痰吸引を実施している状態。**
- **呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態。**
- **中心静脈注射を実施している状態。**
- **人工腎臓を実施している状態。**
- **重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態。**
- **人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態。**
- **経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態。**
- **褥瘡に対する治療を実施している状態。**
- **気管切開が行われている状態。**

11

在宅生活の継続に資するサービスを提供している事業所の評価
通所介護

- **認知症高齢者や中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、介護職員又は看護職員を指定基準よりも常勤換算方法で複数以上加配している事業所について、加算として評価する。**
- **認知症加算については、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者に対して加算として評価し、中重度者ケア体制加算については、事業所の利用者全員に対して加算として評価する。**

12

認知症加算
通所介護

- 認知症加算（新規）⇒ 60 単位／日
- 算定要件等
- 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。
- 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が100 分の20 以上であること。
- 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を修了した者を1以上確保していること。

13

中重度者ケア体制加算
通所介護

- 中重度者ケア体制加算（新規）⇒ 45 単位／日
- 算定要件等
- 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。
- 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100 分の30 以上であること。
- 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1以上確保していること。

14

訪問体制強化加算
小規模多機能

- 訪問サービスの機能強化
- 訪問サービスを積極的に提供する体制として、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1月あたり延べ訪問回数が一定数以上の事業所を評価した加算を設けるとともに、利用者の在宅生活を継続するための支援を強化する観点から、当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。
- **訪問体制強化加算（新規）⇒ 1,000 単位／月**

15

訪問体制強化加算
小規模多機能

- 算定要件等
- 指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置していること。
- 指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスの算定月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が1月あたり200 回以上であること。
- 指定小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の建物に集合住宅(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。)を併設する場合は、登録者の総数のうち小規模多機能型居宅介護費の同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合を算定する者の占める割合が100 分の50 以上であって、かつ、これを算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月あたり200 回以上であること。

第8回在宅医療とみんながつながる会　アンケート結果

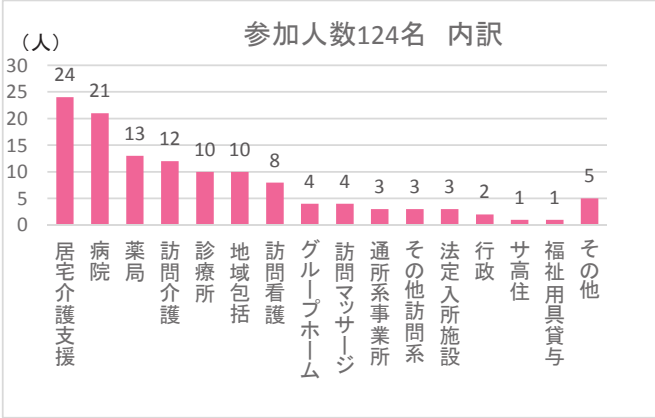
No.	職種	所属	「つながライン」の説明を聞いてつながラインへのご意見ご要望など
1	ケアマネ	居宅	いつもいろいろな内容で教育して下さってありがとうございます。心より感謝申し上げます。ピンコロの話が大好きです。
2	事務職	病院	高齢の方も使えるよう分かりやすくしてほしい。ネットを使っていない方も多いと思う。
3	管理栄	県栄養士会	個人ですが参加したいと思います。
4	介護職	訪問介護	また続けてほしい。
5	相談職	通所	他事業所とつながれるのが良いですね。
No.	職種	所属	「在宅ケアの診療報酬と介護報酬」を聞いての感想
1	リハ職	訪看リハ	今日頂いた資料の他に30分用の簡潔な資料を作って頂ければもっとgood。
2	相談職	病院	勉強不足だと改めて思いました。資料をもとに勉強いたします。
3	ケアマネ	居宅	希望がありません。3年後の改定でも下がります。モチベーションを上げることができずにいます。
4	ケアマネ	地域包括	もう少し時間をかけて話して欲しかったところです。医療の分は言葉としてわからない部分も多いので。
5	リハ職	県PT会	在宅医療の分野でも、状態像に応じた報酬が定められる方向性であるということが良く分かりました。
6	管理栄	病院	自分の勉強がまだ足りないと思いました。
7	介護職	訪問介護	やはりどの事業所も報酬の下がった事で困っているようです。
8	相談職	地域包括	あまりにも急ぎ足の説明で残念。もう少し先生のお考えも伺いたかったです。
9	社会福祉士	地域包括	多職種の意見交換が出来たのが良かった。
10	看護職	地域包括	もう少し先生の話を聞きたかったです。
11	薬剤師	薬局	今後の報酬の傾向と他職種の方々の意見を伺えて貴重な時間を頂きました。
12	リハ職	訪看リハ	危機感。
13	歯科衛	歯科診	もう少し時間をとって頂けると良かったです。
14		医療系出版社	時間が若干短めでしたが参考になりました。
15	ケアマネ	居宅	業種が違うので内容的には参考になりました。
16	管理栄	法定入所施設	他の職種の業務が分かった。
17	ケアマネ	居宅	資料は参考になります。
18	相談職、ケアマネ	診療所	在宅へと言いながらも報酬を下げるのはおかしい。
19	ケアマネ	地域包括	診療報酬について先生の資料を読みます。
20	ケアマネ	地域包括	介護報酬引き下げで要支援認定の方々の受け入れが薄くなっている。時間短縮とか入浴なし等。地域支援事業の移行がはたしてスムーズに行われるのかとても不安です。
21	管理栄	教育	勉強します。
22	介護職	訪問介護	少々、ビックリしております。
23	薬剤師	薬局	今後報酬がどうなっていくか、という話は大変興味深かったです。
24	薬剤師	薬局	まだ分からないところが多いが、少しずつ理解していきたい。
25	相談職	通所	重症度に応じた評価は大事だと思います。
26	介護職	通所	認知症ケアの連携。
27	相談職	病院	介護報酬の現状を知る機会がなかなか無いので良かった。
28	相談職	病院	報酬を効率良く取得しながら、質の担保ができるようにしていきたいと思います。
29	看護職	診療所	なかなかむずかしい問題です。
30	薬剤師	薬局	質の向上が求められているなと感じた。
31	ケアマネ	居宅	ティータイムでの話が良かった。
32	ケアマネ	居宅	もっと話を聞きたかったです。
33	ケアマネ	有料老人ホ	詳しい説明が欲しかった。
34	ケアマネ	地域包括	もう少し時間をかけ聞きたかった。
35	相談職	訪問マ	まだまだ勉強不足なので非常に勉強になりました。時間をかけて網羅したいと思います。
36	ケアマネ	居宅	定期巡回、随時対応型訪問介護看護。
No.	職種	所属	今後取り上げてほしいテーマ
1	介護職	GH	認知症の方を地域でみることについて
2	管理栄	病院	初心者でもわかりやすい在宅医療について
3	介護職	訪問介護	痰吸引
4	相談職	病院	医療と介護の連携
5	ケアマネ	居宅	老々と独居の方の看取り、遠距離介護上手くいっているケース。
6	薬剤師	薬局	多職種連携に関して。
7	社会福祉士	地域包括	家族がいない人への在宅医療。
8	薬剤師	薬局	各職種へのそれぞれの要望や期待。
9	ケアマネ	居宅	医療と介護の連携。
10	介護職	訪問介護	介護と医療の連携について

11		医療系出版社	病院と在宅との連携の充実について
12	相談職	病院	地域包括ケアシステムの実現をするには？
13	リハ職	通所	リハの処遇改善加算の見直し。
14	事務職	行政	在宅医療に従事する人を増やしていくための施策は？行政へ期待する事。
15	医師	診療所	院内で同じ話をしてほしい。
16	専門相談員	薬局、福祉用具	薬局、福祉用具
17	ケアマネ	GH	地域包括ケアシステム、総合事業等。
18	介護職	訪問介護	現実的なお話をこのまま続けて話して欲しい。
19	介護職	福祉用具貸与	在宅でも支援で、一番いい形とは。
20	相談職	病院	看取り、地域包括ケア。
21	相談職	病院	在宅医療の課題。
22	相談職	訪問マ	地域医療連携について
No.	職種	所属	ティータイム（情報交換会）に参加してティータイムへのご意見ご要望など
1	リハ職	訪看リハ	地域別が良いです。（今日は近い事業所の方だったので良かったです。）
2	ケアマネ	居宅	お金を払いますので、少しでいいので夕食を付けて下さい。ビールもできれば出して頂けたら嬉しいです。
3	ケアマネ	居宅	いろいろな意見がきけて、とても参考になった。
4	事務職	病院	多職種の様々な意見を聞けて良かった。現場の素直な話が聞ける貴重な場でした。
5	介護職	訪問介護	色々話し合いがあり良かったです。
6	相談職	地域包括	偶然ですが、Ns、主任CM、DS、薬剤師と同席でき有意義でした。話はまだまだ尽きませんが。
7	薬剤師	薬局	他職種の方の意見が聞けてよかった。薬剤師に対する質問も頂けて、相互理解に繋がりました。
8	看護職	地域包括	いろんな立場から意見や動向などを伺うことができて勉強になりました。
9	管理栄	県栄養士会	話題が豊富で視野が広がった。
10	ケアマネ	居宅	普段話せない方々と交流できて良かったです。
11	歯科衛	歯科診	いろいろな意見がきけて勉強になりました。ありがとうございます。
12	介護職	訪問介護	多業種の方と意見交換できてとても有意義な時間でした。
13	ケアマネ	居宅	グループワーク以外の人達との会話の時間が欲しい。（いろんな人がいるので。）
14		診療所	テーマの細分化が必要かも。
15	ケアマネ	居宅	MSWの方が多かったため参考になりました。
16	管理栄	入所施設	職種の幅が広がった。グループ発表にて、他のグループが話し合った内容の方が気になりました。
17	専門相談員	薬局、福祉用具	普段仕事以外で話す機会が少ないので良かった。
18	相談職	診療所	いろいろな話ができ良かった。
19	ケアマネ	地域包括	グループワーク、席など工夫されていました。真似をしたいです。
20	介護職	訪問介護	薬剤師の方がお薬を持って訪問し、説明し、薬の区分けを行うと聞きました。認知症の方は薬をたくさん貯めているので指導して頂ければと思う。
21	ケアマネ	居宅	お菓子を持ち寄ったりしたら如何でしょうか。
22	ケアマネ	地域包括	他職種の方々の意見が聞けて良かった。次回も参加したいと思います。
23	管理栄	教育	大事な時間だと思いました。
24	介護職	訪問介護	皆様6名様とお話ができ、大変良い会話ができました。
25	介護職	訪問介護	大変勉強になりました。
26	相談職	通所	お茶を飲みながら、雑談を交えながら、和やかな雰囲気での情報交換が出来て良かったです。勉強になりました。ありがとうございました。
27	相談職	病院	いつも話し合いができる場があることに感謝です。ありがとうございました。
28	看護職	診療所	業種がバラバラ過ぎて内容に合う話がなかなか出来ない。出来れば同業種の意見交換の場がほしい。
29	薬剤師	薬局	テーマが少し難しかった。
30	ケアマネ	居宅	異業種連携の大切さをもっと勉強したいです。
31	ケアマネ	有老ホ	意図的に職種を配置したグループ分けが面白いと思う。
32	相談職	地域包括	お互い意見を出しあい話ができ、良かったです。
33	相談職	訪問マ	もう少し時間が欲しいです。
34	ケアマネ	居宅	参加できて本当に良かったです。ありがとうございます。是非、また参加したいです。

第8回 在宅医療とみんながつながる会 ご報告

開催日時：平成27年6月17日（水）18:30～20:30　会場：フォレスト仙台

内容
【情報提供】
「在宅ケアの診療報酬と介護報酬」
仙台往診クリニック　院長　川島 孝一郎
【情報提供】
「つながライン」について
【情報交換】
ティータイム キーワード「在宅医療と介護の報酬を軸に在宅ケアのことを考えてみよう」



今日はお茶のくじ引きですか！

昨年新しくなりました、仙台市立病院連携室長の阿部様に、開会のご挨拶を頂戴しました！

ティータイム、報酬のことをテーマに、皆さま真剣に話をされています。

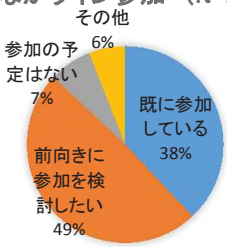
介護報酬改定のポイントは、看取りまで行う体制があること、重症者の受け入れです。

今日はありがとうございました。名刺交換、次につながりますように！

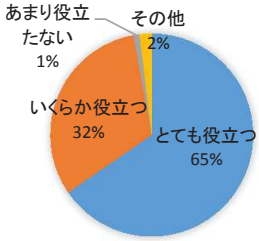
グループホーム協議会長の蓬田様に、閉会のご挨拶を頂戴しました！

当日アンケート結果（抜粋）

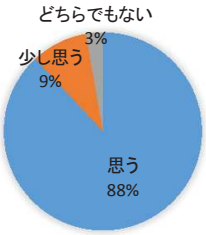
つながライン参加　（N=100）



情報提供を聴いて　（N=104）



ティータイムは連携に役立つ　（N=109）



「在宅ケアの診療報酬と介護報酬」を聞いて

- 在宅医療の分野でも、状態像に応じた報酬が定められる方向性であるということが良く分かりました。
- 今後の報酬の傾向と他職種の方々の意見を伺えて貴重な時間を頂きました。
- 在宅へと言いながらも報酬を下げるのはおかしい。
- 介護報酬の現状を知る機会がなかなか無いので良かった。
- 重症度に応じた評価は大事だと思います。
- やはりどの事業所も報酬の下がった事で困っているようです。
- 介護報酬引き下げで要支援認定の方々の受け入れが薄くなっている。時間短縮とか入浴なし等。
- 報酬を効率良く取得しながら、質の担保ができるようにしていきたいと思います。
- もう少し時間をかけて話して欲しかったところです。医療の分は言葉としてわからない部分も多いので。

ティータイムの時間について

- 多職種の様々な意見を聞けて良かった。現場の素直な話が聞ける貴重な場でした。
- 他職種の方の意見が聞けてよかった。薬剤師に対する質問も頂けて、相互理解に繋がりました。
- 職種の幅が広がった。グループ発表にて、他のグループが話し合った内容の方が気になりました。
- 薬剤師の方がお薬を持って訪問し、説明し、薬の区分けを行うと聞きました。認知症の方は薬をたくさん貯めているので指導して頂ければと思う。
- 偶然ですが、Ns、主任CM、DS、薬剤師と同席でき有意義でした。話はまだまだ尽きませんが。
- 業種がバラバラ過ぎて内容に合う話がなかなか出来ない。出来れば同業種の意見交換の場がほしい。
- グループワーク以外の人達との会話の時間が欲しい。（いろんな人がいるので。）
- 意図的に職種を配置したグループ分けが面白いと思う。
- テーマの細分化が必要かも。
- テーマが少し難しかった。

たくさんのご意見ご感想をありがとうございました。次回の参考にさせていただきます。さて、県の補助金による「つながる会」は、あと1回を残すのみとなりました。今後どのように維持、運営していくか、次回はご意見を頂戴したいと存じます。それでは来年1月の第9回目も皆さまのご参加お待ちしております！（事務局より）

仙台往診クリニック　研究部　022-722-3866