

## 審議会等の会議結果報告

1. 会議名	令和2年度第1回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開催日時	令和2年10月13日(火)午後7時00分から
3. 開催場所	松阪地区医師会館2階大会議室
4. 出席者氏名	[委員](会場出席)長友会長、櫻井委員、小林昭委員、林委員、中村委員、藤井委員、志田委員、奥田委員、青木委員、川上委員、野呂委員、中西委員、小林正委員、高濱委員、村田委員、菌部委員、計16名 [委員](Web出席)谷川委員、清水委員、平岡委員、長井委員、太田委員、石田委員、濱口委員、市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、小林麻委員、山本委員、長島秀委員、植嶋委員、計15名 (欠席委員)齋藤委員、木田委員、長島喜委員、山口委員、鈴木委員、5名 [傍聴](Web)3名 [事務局]高齢者支援課:西山参事兼課長、藤牧担当監、上阪担当監、前川主幹、大西係長、稲垣主任、林主任、潮田、介護保険課:田中参事兼課長
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍聴者数	3名
7. 担当	松阪市殿町1340番地1 松阪市健康福祉部 高齢者支援課 電話 0598-53-4099、4427 FAX 0598-26-4035 e-mail kourei.div@city.matsusaka.mie.jp

### 1. 協議事項 テーマ「松阪市の在宅医療・介護連携の取組み」

～介護施設内における救急搬送の現状と課題について～

- 1) 介護施設代表者4名からの発表
- 2) 意見交換

### 2. その他

議事録 別紙

## 令和2年度 第1回 松阪市地域包括ケア推進会議 議事録

日 時 令和2年10月13日(火) 19:00～21:00

会 場 松阪地区医師会館2階大会議室

### ◎出席者【会場出席】

[委員] 長友会長、櫻井委員、小林昭委員、林委員、中村委員、藤井委員、志田委員、  
奥田委員、青木委員、川上委員、野呂委員、中西委員、小林正委員、高濱委員、  
村田委員、菌部委員 計16名

### ◎出席者【Web出席】

[委員] 谷川委員、清水委員、平岡委員、長井委員、太田委員、石田委員、濱口委員、  
市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、小林麻委員、山本委員、長島秀委員、  
植嶋委員 計15名

(欠席委員) 齋藤委員、木田委員、長島喜委員、山口委員、鈴木委員、 5名

[Web傍聴] 3名

[事務局]

◎高齢者支援課：西山参事兼課長、藤牧担当監、上阪担当監、前川主幹、大西係長、  
稲垣主任、林主任、潮田

◎介護保険課：田中参事兼課長

.....

## 事務局

令和2年度第1回松阪市地域包括ケア推進会議を開始いたします。昨年度末と今年度7月の2回の会議を中止し、久々の会議開催となります。コロナ禍のなか、委員の皆様方にはそれぞれの職場、地域に置かれましては、様々なご心配とご苦労が続いており、ご多忙の中、本日までご出席を賜りましたことお礼申し上げます。

本日この会場とリモートでご出席のほぼ半分ずつの会議は全く初めてで、リモート会議自体は、不慣れな環境で、聞き取りにくい、見えにくい等ご不便があると思いますが、最後までよろしく申し上げます。

本日の会議の内容は、「松阪市の在宅医療・介護連携推進のための取組み」についての協議で進めてまいりたいと思います。

## 会長

ハイブリッド型ということで、僕も授業は大方遠隔授業でやっていて、1人で全部やっている状態なので、今日手厚い体制でやっていただいていますので、何かがあっても、皆様のご協力で、この会議を乗り越えて、そして有意義なものにしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事項書に従って進めて行きます。2の新任委員の紹介を事務局の方からお願いします。

## 事務局

今回、異動等によりまして、4名の委員の方の交替がありました。

それでは事項書3の報告事項に移ります。松阪地域在宅医療・介護連携拠点より、介護施設の人員配置状況について報告します。

## 事務局

昨年度のこの推進会議の中で、救急の立場のお話しの時、介護施設というキーワードが出てきました。介護施設も種類が増えてきていて、よく分からないということも伺っていますので、医療関係者の人員配置、介護職の状況、夜勤帯に医療職がいるのかななどを、表に整理しました。アルファベットを付けているのは、別紙に資料のABCがそれぞれ対応するように、説明を入れています。

一番下のXの特定施設は、Eの有料老人ホーム、Fのサービス付き高齢者向け住宅、Gの養護老人ホームのうち基準を満たしているところが届出を出して、指定を受けたところで、特定施設であるE～H、特定施設でないE～Hまでの施設があるということです。

特定施設になりますと、この4つの施設、いわゆる居住型施設とよく言われますが、人員配置が異なっているので、日勤帯ですと看護職員がいる事例。夜勤帯ですと看護職員又は介護職員が配置されている施設になります。

常勤医師が配置されている施設は、基本的に老人保健施設のみというのが現状です。非常勤で医師がいる施設は、Bの特別養護老人ホームとGの養護老人ホームですが、常勤の施設はほとんどないですが、まれに常勤の先生がいらっしゃる特養もあるようです。

看護職員は、グループホームは必ずいるわけではないです。軽費老人ホームは、介護職員のみ。高齢者の施設と思われる施設、松阪市内にもありますが、それぞれに専門職のいる、いないことに大きな隔たりがあることをご認識いただければと思います。

F サービス付き高齢者向け住宅は、必ずしも高齢者が住んでいる建物に介護職、看護職員がいなければならない定めはないという決まりです。この住宅のみ厚生労働省管轄ではなくて、国交省の管轄の施設です。

協力医療機関は、何かあった時に、協力が得られる医療機関を定めてから届出をすることで、「要」と書いてあり、厚生労働省管轄のところは全て協力医療機関を定めたいうえで指定を受けています。

介護保険の訪問看護が利用できるかも表にしましたので、参考にさせていただければと思います。

別紙1は、松阪市内のすべての施設で、どの施設がどの種類に該当するか、サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームは、若干追加情報を添えて、運営する法人、関連する医療機関があるか、訪問看護や訪問介護が同じ法人の中に事業を持っているのかということも表に入れました。

5ページ6ページは、資料1の別紙2は、どの法律に決められているか要点をかいつままで整理をさせていただいたものです。

似たような施設ですが、職員の様々な配置がこれだけ違うということ、今日の本番の話の前段として、ご承知いただければと思います。

#### 事務局

事項書4の協議事項に入っていきたいと思います。会議規則第6条により会長さま、協議の進行をお願いいたします。

#### 会長

非常に解りやすい資料で、時間が足りない中で報告をまとめていただきありがとうございます。

それでは、今日は4名の発表をしていただいて、委員の方々から活発なご意見をいただければと思います。まず、有料老人ホーム代表の方から資料2を使ってご報告いただきたいと思います。

#### 有料老人ホーム代表

松阪市介護サービス事業者等連絡協議会で、今回“救急時のアンケート”をしましたので、ご報告も含めてお話をします。アンケートの全体の報告と、こちらの会からご要望のありました、4項目に分けてご報告をします。それと有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の部分を取り上げて、私から2点をお話しします。

アンケートの説明に入る前に、サービス付き高齢者住宅は、協力医療機関の規定も必要がない、夜勤の必要もないという介護施設になります。国交省の管轄の介護施設にあたりますが、こういった施設もあることをご認識下さい。

特定施設と名前がつきますと、その施設で雇用した職員が対応に当たります。その特定施設は、有料老人ホーム26施設のうち3のみ、サービス付き高齢者住宅は13あるうち0です。ということは、ほとんどの事業所が、外部のサービスを利用して、ケアマネジャーさんにお世話になりながら介護事業を行っている。そして夜勤帯は、介護職員が常駐しなくてもいいのも半数ある、という状況でのお話しだということ、ご理解いただいた上で全体の説明に入ります。

松阪市の介護施設は415あります。それが今61%、254の事業所が、松阪市介護サービス事業者等連絡協議会に加盟して活動をしています。昨今、5～7年ぐらい前までは、加盟率が80%ぐらいありましたが、この5～7年ぐらいの間に有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、デイサービスも含めて事業所が増えました。当然、松阪市も、我々も会に入って下さいと話しますが、なかなか加盟率は下がり続けて、今は60%になっているということです。

「介護施設における高齢者の救急搬送における現状実態把握のためのアンケート調査」に関しましては、会員事業所がお答えいただいています。会員でない事業所さんにもお送りしましたが、アンケートの返答は難しいのが現状です。

そして、こちらの会からご要望いただいた4つの項目に関して、全体のアンケートの結果と、その後会の対象事業所に対してご説明させていただきます。

まず、“救急搬送時に対応できるマニュアル”がありますか、については、右側の対象事業所は、今日発表させていただく、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム、小規模多機能、特別養護老人ホーム、老人保健施設等々

を含めた入所施設です。左側は、サービス全体ですから、ヘルパー、居宅、ケアマネ、デイサービスまでを含みます。救急搬送時に対応できるマニュアルが、あるかないかは、入所の事業所は96%の事業所が「ある」、デイさん等も含めた会員の事業所でも84%の事業所がマニュアルは「ある」という返答がございます。

② “保管場所” は、今日の返答において書いてありません。というのは、出ていけるところ、持っていけるところに、施設さんそれぞれで置いていることが多く、アンケートでまとめることができなかつたので、“共有できているか”という点に関して、②番でお答えしています。会員事業所が148のうち、「全て」「概ね」が121施設あります。148分の121ですので、ほぼ8割方ができている。また、52の対象事業所のうち、「完全」「概ね」できているのが49です。ほとんど9割方、職員だけの共有はできているという返答でした。

③番の“マニュアルは見直しができますか” は、会員に関しては、148分の100で、68%の方が「できている」、これは介護保険制度上、松阪市さんに指導をいただく際にも、「ちゃんと更新できていますか」と聞かれますし、また、消防訓練等もしますので、1年に1度くらいは、最低皆さんやっているということです。対象事業所に関しては、8割の事業所が更新できているという返答でした。

④番の“同乗できないときどうしていくのか” という返答を書きいただきました。「書類及び口頭で救急隊員さんにお伝えしている。」「行っていただく家族さんにサマリーや紹介状を渡している。」「同乗しないけれど別の車で」というのは、昨今コロナもあります、同乗していいものか分からない時は、別の車で。行ってから帰るまでに時間がかかるので、別の車で行くというご意見がありました。

2 ページ。有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅について、特定施設は、自分たちのスタッフで介護にあたっている、また夜勤もきちんという事業所は、有料老人ホームの26のうち3のみです。

そして、3項目に関して、有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅はどうかですが、加盟しているのが、有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅は62%の加盟しかありません。他の施設は、ほぼ8割入っていますが、60%程度しかない中で、“救急搬送時のマニュアル” は、ほとんどの施設で、マニュアルはあります。そして“共有ができているか” という点、ほぼ「している」、 “見直しをしていますか” については、事業所の8割9割の事業所ができていて、会員以外の残りの4割がどうかアンケートでは分からないということです。

そして、私のまとめとして特記に書きました。有料老人ホームの加盟率は50%で、サービス付き高齢者住宅に至っては23%しか協議会に加盟がありません。加盟している事業所に関しては、ご質問いただいた事項に関しては、できているのではないのかなということです。

また、施設ごとの特色や違いは、松阪市の介護保険の資料は実によくできていると思いますので、またそちらをご覧ください。

## 会長

それでは続けて、小規模多機能型居宅代表の方から、資料3についてご報告を

お願いしたいと思います。

#### 小規模多機能型居宅代表

小規模多機能型居宅介護というサービスは、松阪市内にも3箇所しかない事業所で、一般の方にも、何のサービスか浸透していかない、ご存じない方が多いというサービスなので、サービスの内容を説明させていただき、救急の実態や課題をお話ししたいと思います。

小規模多機能型居宅介護ですが、平成18年4月にできた、介護保険の中では新しい方のサービスです。『通い』を中心として、要介護者の様態や希望に応じて随時『訪問』や『泊まり』を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能居宅介護が創設された」ということで、自宅を中心に認知症になっても、介護が必要な状態になっても、その地域を離れずに生活していただくというサービスです。

イメージを持っていただきにくいと思いますが、私たちがよくご説明させていただくのに、「私の施設はさくらテラスです。」というのですが、「さくらテラスへ通って、泊まってそれからさくらテラスが来てくれる、それからケアマネさんもおるよ。」こういう説明をさせていただきます。要するに1か所でそれだけのサービスが受けることができる、場所も変わらない、お世話する職員も変わらない、そういう環境の中でサービスを受けていただくサービスになります。

もう少し詳しく表にしました。ご利用していただく方は、要支援1の方から要介護5に認定を受けた方になります。費用は、利用者負担はサービスの量に関わらず定額制、月額料金が定められています。ただし、これは介護保険の自己負担分であって、日常生活費、食費、宿泊費、おむつ代は別途料金になります。

各施設の定員は、事業所当たり登録制となります。1事業所当たりの登録は29名まで、宿泊の定員は、概ね9名以下。通いの定員は、概ね18名以下です。

医療の状況ですが、皆さんかかりつけ医のお医者様がいますので、基本そのかかりつけのお医者様を継続してご利用いただきます。そして必要な方は、訪問看護のサービスをご自宅で受けていただくことが可能です。

その他として、ここがネックですが、この小規模多機能をご利用いただくと、他の介護保険のサービス、例えば一般のデイサービスやショートステイと一緒に併用することは不可能になります。ただし、訪問介護、福祉用具を借りるサービスは併用することが可能です。

人員の配置ですが、管理者は、本体の代表者になりますので、事業所にいることはないのですが、管理者、実際に介護にあたる介護従事者、介護支援専門員、この3種類の職員がいる形になります。その中でも介護従事者は、日中と夜間で分かれており、日中に関しては、通いのサービスの方は、常勤換算法で3対1以上、訪問サービスは、常勤換算法で1人以上置きなさいという決めがあります。夜間については、夜勤の時間帯を通じて1人置きなさい。ただし、お泊りの利用者がない場合は、置かなくてもいいという決めがあります。また夜勤職員とは別に宿直職員を置きなさい、それは時間帯を通じて1以上、これだけ見ると、夜間

は常に2名以上いる形になりますが、宿直職員の方がオンコールの状態です。なので、自宅待機。宿直職員は何をするのかというと、訪問事業自体も24時間の対応になるので、夜間の急な訪問が発生した場合、待機となります。なので、施設でお泊りの方を実際に対応するのは、夜勤職員1名ということになります。

看護職員は、介護従事者の中に含まれますが、必ず1人以上。ただし、この1人以上は、常勤、非常勤問いませんという形になっています。

それと専属のケアマネジャーが1名になります。

その人員配置の中で、ご利用者さんの容体急変時に職員がどのように動くかということですが、まず、それぞれのかかりつけ医の先生方に連絡・相談をさせていただいてご指示を受けます。訪問のサービスで通院介助をすることも可能ですので、状況が許す限り、通院介助の方で、直接医院の方へお伺いして、診察を受けたり、ご指示を受けたりが大半になります。そこで、先生の方から必要であれば、救急要請という対応となってきます。ただ、かかりつけ医様に連絡が取れない場合、例えば休診日や夜間で、中には「24時間かけて来て下さいよ。」とおっしゃって下さる先生もおありなので、そういう場合は、お時間も言わずにご相談をさせていただきますが、連絡がとれない場合もあります。そういう場合は、施設の看護師又は管理者の方で相談、判断して、必ず家族に連絡してから救急要請という形になります。

夜間の場合は、連絡が取れる先生の場合はご相談させていただいて、取れない場合は、まず家族へ連絡相談の上、管理者、夜勤者で判断して救急要請をします。要請した後、救急隊員へ、救急車に乗る前に情報提供を詳しくさせていただき、場合によっては同乗させていただいて、搬送先の病院で情報提供させていただいて、病院にご家族が到着するまで病院待機をしています。

救急搬送の現状は、3施設に聞いたところ、マニュアルは全施設で「ある」ということで、“マニュアルの保管場所、内容について職員間で共有できているか”については、3施設とも「概ね職員に周知できている」ということでした。“マニュアルの見直しについて”見直しを行っているが2か所、行っていないが1か所。“職員が救急車に同乗できない場合、搬送先の医療機関への情報提供はどのようにしているか”ですが、それぞれの施設で状況も違いますが、概ね「その日の記録、アセスメント他をお渡しする」「症状をできるだけ詳しく伝え行先の病院まで自事業所の車で行く」という答えが戻ってきています。

救急搬送時における課題ですが、「かかりつけ医の先生に連絡が取れない場合の判断がとても怖い」というのが多かったです。看護職員がいる時間帯であれば、医療職である看護職員の指示や相談ができますが、看護職員がいない場合、管理者と介護従事者の者と相談しながら判断していかなければならないことが、ちょっと苦しいという意見が多かったです。

救急時のスムーズな受け入れが可能なように、救急医療情報が記載されたシートが共通様式で必要というのも挙がりました。今は情報提供には、普段使っているケース記録や、ファイルなどをそのまま持ち出したり、お話ししたりしている

状況ですが、例えば訪問先で、そのファイルがない場合や、ファイル自体が持ち出せない時もありますので、それに備えてシートは作る必要もあるということ。それからご利用者のリビングウイル・救急搬送時の医療希望について、意向確認、意思決定支援が必要ではないか。ただ、お元気な方から全介助の要介護5の方までいますので、元気な方にこれらの意思決定をというとなかなか難しい面があったり、その時に聞いても、いざとなった場合に、またお考えが変わったり、いろいろと問題があるということも出ました。

救急車へ職員の同乗という点について、かなりタイトな人員配置でいろいろな業務を行っております。その中で1名の職員が長時間拘束され、なおかつ同乗していくことは、帰りの手立てもない、それに対してまた職員も取られてしまうので、職員は不足している中で、きついという正直な意見が出ていました。

救急搬送については、ほとんどが管理者で対応しているのが現状です。介護職員・看護職員の人的余裕がないため、夜勤帯、日中帯構わず、管理者がほぼ対応しているというのが3施設とも共通している事項でありました。

訪問事業もありますので、例えば、訪問先で1人暮らしの方が倒れていたという場合に、次の訪問先への調整等が困難なので、この場合はどうしたらいいのか、まだこういう事例はないので、そういう課題としては、たくさんある状況です。

救急搬送の報告は以上で、アンケートでコロナウイルスの対応についてと、利用者様への影響、困りごとということで上げさせていただきました。

## 会長

実際に救急搬送については、管理者が対応しているということですね。

それでは続けて、グループホーム代表の方からお話をいただきたいと思います。

## グループホーム代表

“救急搬送時に対応したマニュアルの有無に関して”ですが、救急搬送時に対応したマニュアルは、各施設とも備え付けられている。またグループホームの場合、昼間の間、夜間の間、配置人員が異なるため、それぞれの対応ができるようなマニュアルが作られています。また、“保管場所、内容について職員間で共有されているか”ですが、各事業所ともにスタッフルームの見やすいところに貼りだしたり、吊るしたり、各職員すべてがいざという時に見られるような体制をとられています。内容に関しては、社内研修等も含めて、見直し等がそれぞれの事業所でされています。

“マニュアルは適宜見直し、使えるようになっているか”ですが、概ね救急搬送時の対応に関しては、一定の流れがございまして、適時不備はないかをチェックし、使える状態にするということで、常時書き直したりではなく、その時救急搬送のあった、何か不備はなかったのかを改めて、そういうような場面に見直されていくということでございます。

“職員が救急車に同乗できない場合、搬送先の医療機関への情報提供はどのようにされているか”ですが、大体は管理者等が駆けつけ、救急搬送先を確認して搬送先へ向かう対応がほとんどです。また、それも時間がかかる時には、救急隊

員に情報用紙を使い伝えて、第一報として伝えてもらう方法を取っています。

そういう対応をしていますが、“グループホームにおける救急搬送時の現状と問題点”ですが、施設の勤務体制で、当日勤務人員数が少ない、グループホームは、1ユニット当たり昼間の時間帯は概ね3名、グループホームの場合1ユニット9名の入所者でございます。3対1ということは、3名の従業者。また夜間は1名で対応しています。特に夜間は、救急車に同乗してくれと言われても1名しかおりません。2ユニットある場合は、2名おりますので、1名乗っても1名が何とかかな、非常に危険ですが、その間に他の職員が駆けつけるということです。1ユニットの場合は、1名乗ってしまうと、グループホーム自体が人がいない状況になってしまいますので、乗れない状況が発生するという事です。

対策として、ほぼ管理者とか、施設の上の者が駆けつけたり、また、救急先を確認して直接病院へ向かう対応になっている現状です。

その他の問題点としまして、例えば家族様が市内に住まれている方は連絡させていただいて、病院の搬送先をお伝えして来ていただけるんですが、市外・県外と非常に遠い所にお住まいの方もおみえです。その場合は、来てもらえずに、救急搬送して入院に至ることになりますと、その後入院が完了させるまで、職員の方がずっと対応していかなくてはならないので、施設内のケアに支障が生じることがあります。特に、夜間の搬送の時には、家族様の来院が、翌日でないとできないという事態もありまして、困惑する場合があります。

次に“施設の医療体制”ですが、グループホームの医療体制に関しては、協力医療機関のドクターと情報交換を常に行っています。また、協力医とも、入居者それぞれどのような身体状況での救急搬送を行うかという話し合いは、常に行われています。看護師の配置に関しては、各施設によって違いはあります。必ずしも看護師配置が必要ではないので、常勤で配置の場合もあれば、非常勤の配置、看護師配置なしという、ホームによって分かれているため、医療依存度の高い場合は、グループホームにおいて、生活が続けられるかが問題でございます。

一旦入院され、いざ病院の方では退院と言われた場合、退院後の身体状況、医療依存度がどれだけあるか、どれだけ我々の施設が対応できる体制になるかをすべて話し合いをしなければ難しいという部分もあります。そういった部分で、グループホームの困難な部分があることを知っていただきたいと思います。

また、緊急時の捉え方、急変症状をどのように理解しているか、各施設に一定の基準があればお知らせくださいと通知が参りましたので、改めて各施設に聞かせていただきました。そうしますと、各施設に確認したところ、概ね同様の回答という形になりました。

救急搬送はどのような時か、という基準は、転倒により明らかに骨折と判断される場合、頭部を強打した場合、意識喪失、呼吸困難、脳血管障害に伴う症状の出現、バイタルの極端な変化、酸素の急激な低下等がある場合は、直ぐにも救急搬送すると言われております。日常においては、主治医の先生と各入居者の身体状況の情報の共有をして、こういった場合に救急搬送が必要であるかを確認しており、

変化があるから救急要請を行うと判断に迷う場合は、主治医に報告をして、指示に従い救急要請を行っている。また看護師がいる場合は、看護師と相談して行っている状況でございます。

グループホームの場合は、常時看護師がいるわけではなく、医療体制が強いという施設ではございませんので、非常に難しい問題ではあると思っています。また、ご家族さんも、「何があっても救急車呼ばんといてくれ」という方もみえます。そういう場合、どうしていきべきか、命が大切なのか、ご家族さんの意思を尊重すべきか、という問題点もございます。これも我々とご家族さんの話し合いではなく、主治医の先生も交えた話し合いの下で、こういった場合はというような形で対応していくということです。

余談になりますが、ある時救急の要請をさせていただき、救急隊が来たときに、若い救急隊の方が「この方認知症ありますか。」と聞かれました。グループホームは、認知症がある前提で入る施設ですが、認知症に特化した施設であるという認識はされていないのかなと感じました。我々もまたそういったところで啓発が十分にできていないと感じておりますので、情報の交換をこれからもしていきたいと思っております。

## 会長

今おっしゃいましたように、情報の共有というのは、まさにこういった場でも進めて行きたいなと思っております。

それでは4人目の報告をいただきたいと思っております。特別養護老人ホーム代表の方からご報告をいただきます。

### 特別養護老人ホーム代表

この会議に参加させていただいて、本当に有益な情報をたくさんいただいております。最初に参加させていただいた時に、中央病院の先生が「施設はかなわんのさな」というお言葉をおっしゃって、施設は病院さんに対して困りごとを悲況しているのかという問題意識として持ちまして、それから先般の救急隊の課長のお話で、今順々にお話を出していただいた現状を、こういう場でお話しさせていただけるのは、企画をしていただいた方に御礼を申し上げたいと思っております。

2019年の施設数で、有料老人ホームが一番多いのです。今働いている方が40,579人、次にグループホームが12,124施設、働いている方が76,998人、特別養護老人ホームが7,891施設と、働く人は圧倒的に多く363,747人、食事から入浴から排泄から全部すべてのサービスが施設の中で完結しているので、必然的に職員の配置は多くなる。老健さんはその次に多いという施設です。

特別養護老人ホームの歴史を振り返ってみます。1929年、昭和4年に制定された救護法で、老衰の方々とか貧困の方々の養老院が前身になっています。その後昭和38年に制定された老人福祉法において、現在の特別養護老人ホームが位置付けられました。

当施設は、昭和35年に大黒田の西林に「カトリック養老園」として開設しています。その後昭和47年に県下で3番目の特養として阿坂に移りました。

特別養護老人ホームは、医師の常勤は義務付けられていません。従ってドクターが不在という施設がほとんどで、常勤の先生がいるのは3%ぐらいです。あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。また、あらかじめ、協力歯科病院を定めておくよう努めるという決まりがあります。

当施設は90名定員で3名の嘱託医の先生をお願いしています。介護士と看護師の配置基準は、最低限、介護士が100名で31人、看護職が100名当たり3名、いわゆる3対1と言われるのがこれです。

特養の医療体制の問題点ですが、看護師さんの確保が非常に難しいです。看護師さんの応募が非常に少ないです。

看護師さんの夜間対応がオンコールのみ、出てこなくていいということになっていますので、ほとんどの施設が夜間看護師不在。緊急時の対応に関しては、看護・介護と共同して勉強会をして、いわゆる介護職員のレベルアップを図っていますが、やはり夜間は不安だという職員が多いです。看護師さんは看護師さんで、夜中の3時に電話で必要な情報がうまく伝わらずに、そのあやふやな情報だけで判断しなければならない、大変なストレスを抱えています。中にはとんちんかんな電話をかける職員もおります。

当施設の現状ですが、医療提供を主目的とした施設ではないため、医療ニーズが高い利用者の方のサポート体制が十分ではございません。

急変した場合は、嘱託医の先生の紹介状がないと、大きな病院が受診できないため、忙しい診察の合間を縫って、紹介状等で総合病院へつないでいただき、スムーズに受診につながり、本当に助けていただいています。

ターミナル期の方は、病院の休みの日や、診療時間の合間を縫って診に来てくださっている、あるいは「どうやまだ大丈夫か」とか心配の電話もいただいています。本当にありがたく思っています。

昼間は看護師も先生もいらっしゃるのでも、ご家族にもすぐ連絡して、職員が救急車に必ず同乗して、救急隊の皆様にも状態の詳細を報告できています。

夜間の救急体制ですが、当施設の場合は夜勤5名、当直者が1名。夜勤者より宿直の看護師に状態、バイタル等を報告。そのバイタルという言葉自体が「バイタルって何なの」というレベルで、1から教えなければならないレベルです。同時に当直者にも連絡。当直者は現場確認をして、看護師より搬送の指示があれば、ご家族や消防署に連絡をして、救急隊のみなさんを待って、当直者が同乗して、現場には医療スタッフがいないので、申し送りが不十分な面は否めないのが確かだと思います。言語が多分違うと思うので、救急隊のみなさんが知っている情報と私どもが伝える情報が、「何言ってるの」というところがあると思います。

サマリーとか薬剤情報は、出来る限りその場で準備します。

搬送先でご家族と合流して、入院であれば病棟まで付き添うようにしています。

万が一同時刻に急変の方がもう一人出ることもありますので、そういう時にはとにかく夜勤の者が乗って行ってくれと、めったにないですが、年に1~2回はあります。特にラウンド時間に重なると、現場は混乱するので、救急隊のみなさん

や病院の皆様方には迷惑をかけている場合はあるかも知りません。

マニュアルについて、紙ベースのマニュアルを詰所にありますが、まず見ないです。看護師さんが手製で、「こういう時は電話してね」「こういう時にはとにかく命を救うために救急搬送してね」ということを絵で書いて、わかりやすい所に置いています。「宅直ナースに電話する前に」といって、だからそんなことで電話しないでと言いたいのですが、そこまでのレベルまで看護師さんは、介護士さんを高揚させたいという努力をしていますが、難しいのが現状です。

緊急対応という本を見たらどうと言われたので、緊急対応マニュアルを買いましたが、誰も見ないですね。ですので、夜間、具合の悪そうな方は、看護師さんが事前にサマリーを準備して、当直者がサマリーを持って、救急の場合は必ずそれを持って、また医療的に不明な点は、宅直看護師に電話して確認をするという体制を取っています。

現状に思うことは、病院は治療の場であって、施設は点滴すらまともにできないです。看護師さんは5時半に帰ってしまいますので、24時間点滴は出来ません。病院では認知症の重度の方でも、命を救うためだったら受け入れていることに本当に感謝申し上げたいと思います。MSWさんもよくやっていただき、退院時にも必要な情報を迅速に的確にいただけるので、本当にありがたく思っています。

特別養護老人ホームの制度ができて50年近くなりますが、看護師を含んで3対1の配置基準が、これだけ世の中の変動の激しい中で変わってないのですね。ちなみに一時は国でも議論になりましたけど、いつの間にか議論はなくなっちゃいましたけど、いるのかどうかも解らないという感じで。

どこの施設さんも、人材確保には大変苦労していると思われませんが、人員配置を変えない事には、自助努力では限界があります。

今の介護報酬では、ドクターに来ていただけるだけの介護報酬、看護師さん雇うだけでも四苦八苦しているところで、介護の質の向上と看取りの更なる推進を国はもっとやれと言ってくるんですけど限界があります。

このままの体制で25年問題を乗り切れるか非常に心配しています。今のところは当直者が救急車に同乗できていますが、これからの人材難で、今考えて行かなければならないところに来ています。

平均年齢90を超えた方々が、90名生活していますので、おそらく今この瞬間も何かが施設で起きているかも知りません。ですので、医療の専門家の方々が、特に先生ですね、ご協力がなければ、利用者さんの生活を支えることができません。施設の実情を少しでも分かっていたらだけの会議を持っていたことに感謝をしたいと思うとともに、救急隊の皆様、医師会の皆様方が、施設に対して、こういう情報は欲しい、こうしてほしいという事項があれば、また整理して、サ連協を通じて各施設に発信できればと思いますので、今後とも医師会の先生方、救急隊の皆様方、病院関係者の皆様方には、ご迷惑をおかけすることが多々あると思いますけど、今後ともよろしくお願い申し上げます。

会長

では、**有料老人ホーム代表**の方より、先ほどの報告に加えてお願いします。

### 有料老人ホーム代表

先ほどの報告に加えて、今回の救急アンケートと並行して、コロナ禍におけるアンケートも、松阪市介護サービス事業者等連絡協議会でしましたので、その報告も加えさせていただきたいと思います。

コロナのアンケートの前に、発表された僕以外の3名の方ありがとうございます。その中で、1つ僕の方からまとめたものを1つ言わせてください。

現場はどこでもそうですけど、人員基準もなかなか厳しいものがあります。そして今回の救急搬送の話で言いますと、例えば、日常の介護サマリー等は施設ごとにとらせていただいていると思いますので、例えば、急性期の病院さん、また救命士の方、救急車の方、是非「こういう情報は絶対持ってきてください」や、「こういう情報は必要ですよ」というのが、先生方、消防さんありましたら、例えば、松阪市の統一様式みたいな形で、“救急搬送シート”のようなものを作るといってお話が、今後できればと思いましたのと、事業種別によらず団体を含めまして、現場のスタッフはぎりぎりの数でしています。小耳にした話程度ですけど、実は介護事業所、救急車に乗らせていくという話が、全国的に聞こえて来るようなご時勢にもなっている、2025年に向けて、そのような話も出て来ているとチラッチラッと聞きます。ですから、この会でも、松阪市さん含め、介護職員の同乗ということに、サマリーとは別に、スタッフがどうしていけばいいのか、という議論をしていただければと思いました。

資料の3ページから4ページに至るコロナのアンケートですが、コロナ禍で、実は何に困ったか、と申しますと、実は、利用者さんやスタッフのメンタルケアが大変でした。また、我々何をしても、特にコロナ禍におきましては、知識と情報が全くありませんでした。ですから、実際にこの人は施設を利用していいのか、悪いのか、という事さえ判断がつかなかった。そこで苦勞してメンタルをやられていっちゃう。ですから、実際にコロナの対応に困ったという前の段階で、いっぱい困っていた。ということが分かります。

5のその他の部分、ご家族さんとの対応がなかなか大変でした。「息子帰ってくるんだけどどうしたらいい。」「息子が帰ってきたら利用はやめて」、そんな話が出たり、そういうところで苦勞しました。グループホームの話にも、先ほど救急搬送の時にも出ましたが、認知症の方にコロナ対策できません。ちょっと言葉悪いですけど、何を言ってもどこまで通じるのか。何かやって下さいと言って、そのままできる方ではない。そういう方に対策しろと言われても、なかなか難しい。

そして7番。9番なども意外なところで、在宅待機になればなるほど、私たちは慌てるどころがでできます。もしコロナではない方が在宅待機となりますと、そこにどうやって行ったらいいのか、そしてまた、マスクしてる等ぐらいはいいですけど、フェイスガードやガウンなどというと、ホームヘルパーのところには物がありませぬ。その中で在宅待機の方を見に行ってしまうということが、難しかったのと、サービス付き高齢者住宅はマンション、ケアハウスも高齢者さんが住

まわれているお家です。ですから、その家から出て行くなどは言えません。その状態を維持するのが難しかったです。

4 ページ目、先ほどの救急搬送と同じです。知識と情報を私たちも努力します。いろんな情報を教えてください。そしてまた勉強会をこんなコロナ禍ですが、よろしく願いいたします。コロナ対策に関しても、一定の指針を我々にいただけないでしょうか。こういう時は、こうして下さい。後は施設に任せますという話がありますが、それを施設で決めて実行するのは難しいです。松阪市として、三重県として、何か指針がありましたらありがたいので、こういう会議がございませぬので、こちらで報告させていただきました。

## 会長

コロナの調査の結果も踏まえてお話をさせていただきました。まさに自助努力ではなかなか厳しいという、いろんな具体的な提案をいただいたところです。

それでは意見交換に移りたいと思いますが、今までのところで、昨年11月にこの会を持ったときに救急搬送について、緊急時の対応をどうしたらいいのかということで、実際に救急搬送を担っている救急の方からお話しただいて、今回の会議も開催前に事前にお伺いしたところ、例えば先ほど出ましたけれど、夜間に急変時に同乗するスタッフがいなくてどうするか、リモートの対応や、そういうものができるのかどうか、というご提案もいただいたと思います。

また、実際に救急の方を病院で受け入れる側として、前回もお話ししていただきました済生会松阪総合病院の先生にお伺いしたところ、病院としても、施設の方でどこまで情報を把握しているのかも、病院の方が把握は難しいので、是非積極的に情報提供をしていただければというお話ですとか、リモート等の活用等で、固定情報以外の様々な情報を提供していただけるとありがたいという話もいただいています。

今日4名の方、お話しいただいたのは、委員の皆様方に事前に配布しております資料6に事務局の方でまとめていただいて、現状と課題ということで、今お話しいただいたところも、まとめていただいているところです。

それでは意見交換は、3点に絞って、1点目は“救急搬送時の対応マニュアルについて”2点目は“マニュアルの活用・更新について”3点目は“救急搬送先の医療機関への情報提供について”ということで、各委員の皆様方からご意見等、感想も含めてお話をいただきたいと思います。それではいかがでしょうか。意見等があれば頂戴したいと思います。また、リモートでご参加いただいている方は、挙手をいただければ、お話をいただきたいなと思います。

## 委員

僕は、かかりつけ医の立場ですけど、その施設の人から電話がかかって来たりよくありますが、いつも思うというか、要望したいのは、「どうしてほしいのか」という事を明確に言ってほしい。休みの日でも電話を受けますが、往診してほしいのか、病院へ診察を受けたいのか、相談だけしたいのか、というのを言ってもらわないと、例えばこちらから勝手に押しかけて往診するわけにもいかないの

すよ。お金がかかってきますので。まずそれを確実に言ってもらおうと、はいはいと言えるんですけど、「どうしたらいいんですか」と言われると、やはり「うーん」としか言いようがないので、まずそれを要望としては言ってほしいですね。

#### 会長

はい、ありがとうございます。この対応を、今何かうなずいていましたけど。

#### 有料老人ホーム代表

うちも夜間に、自分のところからかかってくるがありますが、全くうちの先生も同じことを言っていたので、うなずいていたのです。話し聞いてほしいの、8割方聞いてほしいだけで、9割方指示はしてあるという状態ですが、不安なんです。急変時だけに特に。なので先生に相談したいのです。実はかかりつけ医の先生、こういう状態だったらどうしなと言っていたと思いますけど、なかなかスタッフの中でできないので。

#### 会長

いざとなったら、動転されたりして、普段だったらたぶん耳に入っているけど、とりあえず先生に聞こうと、とりあえずということで、でも先生ご指摘の通り、どうしてほしいというのは、確かにうなずけるところですし。

#### グループホーム代表

先生にお電話させてもらうのは、介護の人間が、本当に判断がつかないから不安ですので、もらっている薬を飲むだけでいいのか、ちゃんと病院で検査していただくのがいいのか、また往診してもらうのがいいのか、まずそのきっかけを話したいと思うのです。介護の人間、特にグループホームの場合、職員が、全部介護の資格を取っているわけでもありません。そういう職員もみえますので、特に医療に関しては分からない部分があるので、不安は大きいということです。

#### 会長

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

#### 委員

私どもの施設の職員、例えばドクターと介護職などは、ケアマネジャーとドクターの会話とか、医療職と介護職などの会話を聞いていますと、思考パターンとかコミュニケーションの方法が、違うということが分かります。我々よく言うのは、医療関係者、特にお医者さんにお話を聞くときには、まず結論から言いなさい。結論を言ってから、どういう状況なのかを準備しておいて、質問を受けた部分だけ正確に答えられるよう情報を整理しておきなさいと話しをするのですが、私もそうなんですけど、介護職や社会福祉士は、今までのプロセスをしっかりと述べないと結論が出ないという思考パターンで来ているので、そのあたりコミュニケーションがうまくいかないのかな、たぶんそこなのかな、という気がしています。

#### 会長

文法の違いみたいなもので。僕も資格としては社会福祉士なので、プロセスをわりと大事にしてしまう傾向があったりしますが、英文でいうとサマリーというのがあります。短くまとめて簡潔に言うという。はい、他にどうでしょうか。

## 委員

僕は感想ということで、まず、言語が違うと言われますが、医療のことを介護の方が分からない。逆もあって、介護の情報を医療者は理解できない。その両方の言語の違いがあるのではないかと、今日の発表を聞かせていただいて、改めて反省の部分ということで、自分の中でも知らないことがたくさんあって、現場の方が困っているの、大いに反省しなければいけないなと思っているところもあります。

発表にもありました、やはりマニュアルですよ。それはやっぱり作った方がいいと思います。東京の高齢者施設のガイドラインがあるのですが、それにも先ほど医療情報シートを作りましょうというのがありまして、医療情報シートを作成するにあたって、医療情報を提供するというか、教育することで、大事なことをうまいこと、ある程度選べるようなことができると思いました。

その施設に任せにするのではなくて、やはり松阪市として医療情報シートの作成には、協力した方が、施設の方も負担は少なくなるし、そして市内の救急の先生方にも支持を得られるんじゃないかなと、それこそファイルができれば、大変ですけど、すべての診察の医者がそういうわけには行かないので、何らかそういう情報シートを松阪市さんの方でモデルのみたいなものを作ってもらうのがいいのではないかと、思って言わせていただきました。

## 会長

はい、先生ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

## 委員

今、在宅と施設をやっていますが、在宅の方は、介護の人や家族と連携をする。施設の方は、僕はお家だと思っています。それで僕はやはり連携、介護の施設の方など。今話を聞いて皆さんはぎりぎりの状態でやっているのだと分かりましたが、これが決して良くなるかといったら、今の状況では、すぐ簡単には良くなるということとは、医療でも介護の状態もですけど、そこで即できるということは、連携を深めて行くことが大切じゃないかと思っています。特にコロナがそれを分断するような状態になっていますから、これからどうしていこうかなと思うんです。

施設もうちと一緒かなと思います。僕も携帯持って、一応連絡してくださいって言ってありまして、携帯で駆けつけることはあるのですが、そういう時にはどうしたらええということをおっしゃる部分について教えています。

## 会長

先生ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

## 委員

救急搬送のマニュアルについて、これは本人の意思とか、その周りのことあるので、最近医師会でも、前々からいわれている、“もめんノート”を作って、これを作るときに皆で話し合うこともありますので、それを参考に。救急搬送マニュアルといっても必ずしも全部が全部マニュアル通りにいかないのであって、人

と人が対応する場合、マニュアル通りにいかないこともよくあるので、それはみんなノートを参考にしながら、その場その場で、ケースバイケースで考えていく必要があるのではないかと思います。

なぜそういうことを言うかという、僕も開業する前、勤務医していたときは、施設から送られてくると「誰もおらへんやないか。」「こんなんわからへんやんか。」と結構言っていたし、「何で帰す時に取ってくれないの」とか結構思ったこともありましたが、事情がそれぞれあるわけで、なかなか難しい問題なので、考えていかなければいけないということと、もう一つ、介護の人も、私は勤務医から上がって開業したときに、自分は真面目に施設を見ようと思って、夜でも悪かったら何時でも、こっちも心配なので電話をかけたりしていましたが、夜は1人なので、かわいそうになかなか出られない。バーッと走って来て出ていることが、患者さんが亡くなった、急変したときに施設に行って初めて知ったという、そんな程度でしたので、介護の人は確かに一生懸命になっていただいていると思います。

ただ、言語の話ですが、夜中に呼ばれて、呼ばれたのはいいけれど、結局救急車を呼んでいて、僕何したらいいの、僕が車で行ったら、救急車がずっと抜いて行くので、何なんかなと思ったら、救急隊が来てということがありました。「それならまず僕やなくて救急車呼んでええのと違う」と言ったら、その女の子、急変に慣れてなかったみたいで、何をしたいのか分からない状況で、「それをちゃんと伝えてくれと言っているやん」ときつく言ったら、ちょっとへこんでしまって、辞めたりはしなかったのですが。今介護業界の人も少ないです。病院でも婦長さんなど、その時に、その病棟で今働いている人で、“この人が言ったら行かなあかん”、という人がいると思いますので、そういう人を育てるようにして、施設の嘱託医をするのであれば、お医者さんも言語がつながるように、お医者さん自身も育てる必要があるのかなと。彼女たちは彼女たちで、本当に純粋な気持ちで頑張っている方も、確かにみえることも事実です。オムツ替えとかすごい、夜中呼ばれて、1人で走り回っている姿を見るとなかなか見えないのが現状です。

## 会長

他にいかがでしょうか。時間も迫ってきましたのでもし是非という方いらっしゃればお願いしたいと思いますが。

## 委員

療養型の代表として出ていますが、夜間救急時の対応は、大変難しいし、医療と介護の両方に私もタッチしていますが、いつも悩まされております。

在宅療養支援病院ですので、施設、自宅に在宅の方は、24時間診なければいけない施設なので、当然トリアージの体制は作っていますが、他の方よりうまくいっているかというところではないです。

一応夜間急変時は、よほどのことがない限り、三病院、急性期へは送らないで、当病院で対応しますが、深夜帯、介護の人材は、あまりストレスをかけると、やはり人材不足なので、夜間もあるし、管理者は何度も出て来いと、救急車乗りなさいというのも大変なので、トリアージとして、まずどんなことでも、気が付い

たことは、介護の当直者に連絡してきてくださいという体制を取っています。不安感を除くために。最初に受けるのは、当院の場合は、当直の夜間帯のナース、ナースが対応できないときは、当直の医師が受ける。医師ができない場合は、私の方に連絡するという三体制でやっています。これも、うまいこといってるのではなくて、夜間の当直の先生には「そんな診てない患者さんのことがわかるかい」「いちいちわからん」と言われることもあるし、それをどうしていくか。私がかかりつけ医になっている方の病状等のサマリー等をナースステーションに置いておくや、医局へ置いて見てもらうなどやっていますが、対応は様々です。

また当院だけで対応できない場合も当然ありまして、その時は急性期の三病院の輪番にお願いしますが、管理者から乗っていくと決めています。管理者も家にいますので、いろいろで問題があります。

現場が違いますが、こういう連携をいろんな例があると思うので、かかりつけ医の先生も、第一から第五までの包括も地域性もありますので、その中でマニュアルや、救急搬送シートも、幹事会の方でつめていって、またこの会で皆さんに見ていただき、ご意見をいただくようにしていただければどうかと思いました。

## 会長

最後の方に言っていた「救急搬送シート」という共通言語を作っていくことで、そういうものから広げていく方法で、更に事務局を加え、運営に関わる委員の皆さん、事務局の皆さん、お仕事が増えるのは忍びないですが、そういうことで進めていきたいと思いました。

最後に、今日救急搬送のところで新たに新任に委員として4名の方来ていただいています。松阪の消防組合から一言ご感想でも結構ですので頂戴できればと思います。

## 委員

高齢者の施設といいましても、様々に区分されて、配置されている職員の方も様々な条件の下にいる。救急隊員もそこまで事情はわからず、高齢者の施設ひとつくくりで捉えているところもあり、それぞれの事情があることを理解できたような気がします。

傷病者の方を医療機関に搬送する上で、情報をしっかり取ることは大事なところで、そこも隊員が抱える悩みの1つにもなっています。

傷病者の方の名前や生年月日あるいは主訴、既往歴、かかりつけ医の先生、家族への連絡の有無などを最低限聴取できれば、医療機関の選定、情報を共有できますので、早期に医療機関への搬送、連絡がつけられるということです。

今日発表の施設の方々は、いろいろ条件的にも厳しい中ですが、救急搬送に向けてご努力いただいていることに、改めて感謝しているところです。

私どもの救急隊員に聞くところでは、一部の施設と思いますが、救急隊が施設の方へ伺って職員の方と顔を合わせたときに、救急をなぜ要請したか、職員の方が分かっていたなかったことや、どの方を搬送するかを分からなかったという事案もあるということを聞いています。引き続きスムーズな搬送に向けてご協力の方

をよろしくお願ひしたいと思ひます。

#### 会長

それでは発表していただきました4人の方を代表して最後にお願ひします。

#### 特別養護老人ホーム代表

本日は、ご会場で我々の話を聞いていただいた先生方、本当にありがとうございました。またWebで参加いただいた先生方、本当にありがとうございました。お礼申し上げます。

先ほどの消防救急課のお話をお聴きして、どうして救急車を呼んだのか、というのには実際にあるんですね。

#### 委員

職員の方から交替で引継ぎがうまくなされていなかったなどがあったようです。

#### 特別養護老人ホーム代表

それは申し訳ありません。

別件ですが、私ケアマネ協議会にも関わっていて、ケアマネジャーも在宅も施設もサービスをつなぐ大事な仕事をして、県のケアマネジャーの加盟率が、四日市や鈴鹿は、圧倒的に人口が多いですが、松阪の会員数が圧倒的に多い。それで非常に勉強熱心で、研修の参加率も高い。この人口で3つの大きな病院がある幸せと開業医の先生方とこうやって顔を合わせてお話しできる機会は、多分他の市町村ではどうですかね、あまりないのでは。MSWとの研修もケアマネジャー通してやっていることは、いろんな形で連携が進んでいることで、今日も私もたくさんの方の事を勉強させていただきました。4人を代表して御礼を申し上げたいと思ひます。

#### 会長

引き続き皆様方のご協力をいただきまして進めていきたいと思ひます。それでは最後に医師会長にまとめていただければと思ひます。

#### 委員

皆さん今日は本当に貴重な時間を作っていただいたと思ひます。今日のテーマは、最初に各施設の人員配置等非常に解りやすくまとめていただいて、施設の運営、施設の中に関わる職種が、この情報を参考に現状を理解するのに役立つ資料だと思ひます。

4人の講師の方々の貴重なご提言をいただき、本当にありがとうございます。それぞれいろんな情報、いろんな困難の中で、印象に残ったのは、どんな状態になったら危険なのか、例えば息が苦しいときには、酸素飽和度を参考にしている、意識状態を参考にしているなど、それぞれの施設でマニュアルをきちっと作っておられる。本当に大事なポイントかなと思ひます。

でも、それを十分に活かすには、人員が足りないという問題を伺いました。何ともならないところもあれば、またそういういい情報をみんなで共有して、地域の施設にもアナウンスして発表していく、広めていくのが大事かなと思ひました。

それから情報共有していく中で、救急搬送する時の問題もありますし、過去の

この勉強会で出した、前回の救急搬送の問題点というところも、救急現場の先生方が、現場で何の情報が欲しいのかという最低限必要な情報があったように思います。それをどのように救急隊の方に伝えるかという取り組みの方法もあったように思います。冷蔵庫に入れておくとか、そういうのがこの地域で統一していないということも思い出しました。

いろんなヒント、今日の会議でもたくさんいただいたので、施設の現場での情報の整理の仕方、今の症状ごとのマニュアルや、救急現場で絶対必要な情報をシートにするとか、取り組むべきことが、実際に稼働していなのをまた反省したところでもあります。

今日の会議のことを、できれば幹事会で取り上げて、反省として、今後の形になるようにしていったって、この地域の連携が更に密になる、スムーズになるように、それぞれの施設で働く方々のストレスが少しでも減るような形にしていかなければと思った次第です。いろんなご提言をいただいて、いろんな貴重なご意見をいただきまして本日は本当にありがとうございました。

#### 会長

それでは本日これで会議を終えたいと思います。会場にご参加いただいた方、そしてオンラインでご参加いただきました委員の皆さまありがとうございました。それでは事務局の方をお願いします。

#### 事務局

最後は、少し連絡させていただきます。お手元に置かせてもらったアンケート、ご記入の方をお願いします。リモート環境で聞いていただいた方にもアンケートのご記入をお願いしまして、メールあるいはFAXでご回答いただけるとありがたいと思います。よろしくお願いいたします。

ちなみにリモート環境で聞いていただいた方、なかなかご発言の機会がなかったですが、よく聞いていただけたでしょうか。どうでしょうか。

もう1点、本年度コロナ禍で、この地域包括ケア推進会議に関するいろいろな事業がイベント等も含めまして、講演会や多職種勉強会も1回目の方が中止になりました。次回の推進会議の開催は、感染防止対策に気をつけながら、1～2月に開催を予定しています。また予定変更になることもあるかと思いますが、その点にはご了承いただきたいと思います。

皆様方のおかげで、最後まで今日しっかりと協議を進めていただくことができました。宿題もいただいたところですので。幹事会を中心に方向性を協議して、また多職種が寄っているこの推進会議の場で、またご検討いただき、少しずつ進めて行けばと思います。今後ともご支援をいただいて、この地域の医療と介護の連携が進んでいきますようにご指導いただければと思います。