

# 令和7年度 吹田市在宅医療・介護連携推進協議会議事録（概要）

## 1 開催日時

令和8年（2026年）1月28日（水） 午後2時00分開会～午後3時45分閉会

## 2 開催場所

吹田市立千里市民センター 大ホール

## 3 出席委員

- 新居延 高宏 委員 （一般社団法人 吹田市医師会 副会長）  
中埜 秀史 委員 （一般社団法人 吹田市歯科医師会 副会長）  
大谷 綾子 委員 （地方独立行政法人 市立吹田市民病院 患者支援センター副センター長）  
東 秀彦 委員 （社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会吹田病院 福祉医療支援課 課長）  
越智 真依 委員 （医療法人協和会 協和会病院 地域医療福祉連携室 主任）  
真木 裕子 委員 （吹田市介護保険事業者連絡会 居宅介護支援部会 副部会長）  
星 久美子 委員 （吹田市介護保険事業者連絡会 訪問介護部会 副部会長）  
金平 恭子 委員 （吹田市介護保険事業者連絡会 訪問看護・訪問リハビリテーション 訪問入浴部会 部会長）  
田久保 多賀子 委員 （吹田市介護保険事業者連絡会 小規模多機能型居宅介護・看護 小規模多機能型居宅介護部会 部会長）  
岡田 敦子 委員 （吹田市千里丘地域包括支援センター センター長）

## 4 欠席委員

- 岡村 俊子 委員 （一般社団法人 吹田市薬剤師会 会長）

## 5 事務局（市職員及び地域包括支援センター職員）

福祉部		健康医療部	
高齢福祉室室長	竹本 和倫	保健医療総務室室長	中村 忠司
高齢福祉室参事	村山 靖子	保健医療総務室参事	濱本 利美
高齢福祉室主幹	三浦 いずみ	保健医療総務室主幹	廣瀬 智恵子
高齢福祉室主査	石田 安喜		
高齢福祉室係員	板谷 智史		

吹田市千里山西地域包括支援センター 園田 衣里

## 6 案件

- （1）令和7年度在宅医療・介護連携推進事業に係る体制について
- （2）令和7年度吹田市在宅医療・介護連携推進事業の取組について
- （3）令和7年度在宅医療推進に関する取組について

- (4) 令和7年度吹田市ケアネット実務者懇話会の取組について
- (5) 令和8年度在宅医療・介護連携推進事業の取組（案）について

## 7 議事の経過

〔開会〕

〔傍聴者の報告〕

**事務局：**

傍聴者は1名です。吹田市在宅医療・介護連携推進協議会の会議の傍聴に関する事務取扱要領には、原則公開としています。入室していただいてよろしいでしょうか。

**委員：**

異議なし。

〔委員紹介〕

〔案件（1）（2）：令和7年度在宅医療・介護連携推進事業に係る体制、令和7年度在宅医療・介護連携推進事業の取組について〕

**事務局：**

（令和7年度在宅医療・介護連携推進事業に係る体制、令和7年度在宅医療・介護連携推進事業の取組について説明。資料P1～3参照）

**委員長：**

ご質問、ご意見はありませんか。では、次の案件に移ります。

〔案件（3）：令和7年度在宅医療推進に関する取組について〕

**事務局：**

（令和7年度在宅医療推進に関する取組について説明。資料P4～6、参考資料6参照）

**委員長：**

ご質問、ご意見はありませんか。

それでは私から、吹田市在宅医交流会についてですが、参加された先生方から非常に好評でした。訪問看護師さんが4名の出席でしたが、開催前に訪問看護師さんにはどのようにアナウンスしたのでしょうか。また、令和8年度も開催の予定はあるのでしょうか。

**事務局：**

訪問看護師さんには、介護保険事業者連絡会を通して、アナウンスしました。

令和8年度についてですが、アンケートを取らせていただき、医療機関や病院、関係機関との連携も深めていきたいという意見がありましたので、そのあたりを踏まえながら、開催したいと考えております。

**委員長：**

病院のソーシャルワーカーさんも出席していただけると連携が取りやすいと思いますので、そのあたりもよろしく願います。

では、次の案件に移ります。

**〔案件（４）令和７年度吹田市ケアネット実務者懇話会の取組について〕**

**事務局：**

（令和７年度吹田市ケアネット実務者懇話会の取組、医療・介護資源の把握について説明。資料 P7～9、参考資料 8 参照）

**委員長：**

事務局から説明がありました。訪問診療を行う診療所及び歯科診療所や訪問看護ステーションが増加傾向とのことでしたが、実態はいかがでしょうか。ご意見等お願いいたします。

**委員：**

歯科医院については、新規医院の開院が増えている印象もなく、団塊の世代の歯科診療所の閉院もあり、歯科医院が増えている実感はありません。訪問歯科診療の増加については、既存の歯科医院が対応しているかと思われます。

**委員：**

訪問看護ステーションは現在 100 か所近くあります。在宅の訪問看護師として働きたいと考える方が増えてきていることが一番の要因ではないかと思います。

とは言え、病院と訪問看護ステーションで、看護師の取り合いになっている側面もあるようですし、訪問看護ステーションの数は増えても、小規模のステーションの増加であって、実際に働いている看護師の数が増えているわけではないのが実情かと思います。

**委員長：**

訪問看護ステーションは、個人事業主だけでなく、大手の株式会社等の参入もありますが、ステーションの割合はどうでしょうか。大手の方が、経営が安定している等の理由で、そちらに流れるような傾向はありますでしょうか。

**委員：**

実感としては、個人事業主が多いです。病院で働いた後、思いを持って、ステーションを立ち上げる方が多い印象です。大手は大手なりの大変さがあるのかとも思います。

**委員長：**

病院や診療所の数の報告がありましたので、こちらについて発言します。

病院については、他市では、私立の病院の経営が厳しく、倒産している病院も出てきていると聞いています。診療報酬の改定がプラス改定であったため、病院には手厚かったと思われるのですが、実際のところは人件費に費やし、建物の建て替えやインフラ整備まではできない状況です。

参考ですが、厚生労働省が、令和 6 年度から、各病院・診療所の、医療機能に関する情報を把握で

きるよう、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が開始されました。（\*参考資料7参照）

**委員長：**

では、次の案件に移ります。

**事務局：**

（在宅医療・介護連携に関する相談支援について説明。資料P9～12、参考資料9参照）

**委員長：**

事務局から説明がありました。病院への在宅医療・介護連携に関するアンケート結果から、「ある程度連携が取れている」割合が高いものの、連携について困難を感じていることは「事業所間の認識のずれ」の割合が高い結果でした。医療機関と居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと連携する場面について「連携について困難と感じていることと、困難への工夫点」及び「今後、連携を促進するための対策の提案」についてご意見等お願いいたします。

**委員：**

事業所間の認識のずれについてですが、急性期病院の場合は、医師が「退院」と言えば、その日に退院することになりますので、本人・家族に説明して、退院という流れになってしまいます。そのため、ケアマネジャーさんに退院の連絡時には、本人が在宅で過ごせるようサービス等整える準備期間がないというところがあるのかと思います。

ソーシャルワーカーや在宅支援看護師は、1人、1病棟から2病棟担当しています。つまり、1人、50人から100人ぐらいの患者さんを担当している状況のため、タイムリーに退院に関する情報が入ってこない場合もあります。

ケアマネジャーさんにご迷惑をおかけしているところはあると思いますが、例えば、入院前と変わらない状態で退院する場合は詳細な情報は連絡していない等の当院の連携に関する状況や、看護サマリーに必要な情報等、共有する場が必要かと思います。現在「在宅をともに考える会」やセミナー等を始めていますので、こういった場で共有できるような関係を作っていきたいと思います。

**委員：**

緊急入院されてきた患者さんで、状態が悪くても、家に帰りたい、家で看取りたいと言う方が増えてきているように感じます。できるかぎり、患者さんや家族の思いに沿った対応をしたいので、ケアマネジャーさんに状況を伺うため連絡していることもあり、ご迷惑をおかけし心苦しいと思っています。

病院としましても、地域の関わりを知っていないといけないと思っています。そこで今年度から、退院後カンファレンスを始めています。訪問看護ステーションの看護師さんがとても忙しいことはわかっているのですが、Zoomで退院された患者さんがどのように過ごされているのか、病院での支援はどうだったか等意見交換をしたり、退院前カンファレンスを行った患者さんについて、ケアマネジャーさんや訪問看護師さんに連絡して、在宅でどう過ごされているのか等聞き取り、病院での支援の振り返りを行ったりしています。

**委員：**

連携について困難と感じる点について2点あげたいと思います。1点は、当院は急性期病院ではないので、リハビリ終了後等の患者さんが退院することになりますが、病状により、在宅で過ごすことが難しい患者さんもいらっしゃいます。患者さんや家族が施設入所を希望されない場合は、在宅へ戻る支援をすることになりますが、在宅側の支援者に「この方は在宅で過ごすことは難しい」と言われることもあり、同じ方向を向けず支援が難しいと感じることがあります。また、事業所によって、対応の差異を感じることがあります。在宅側の支援者からすると、当院がサービス等に関する適切な認識を持っていないと感じていることもあると思いますので、当院の考え方についても課題があるのかとは思っています。

連携の工夫としては、退院前カンファレンスよりもっと前の段階である、医師から家族等への病状説明時に、ケアマネジャーさんに入ってもらったり、実際にリハビリの現場を見てもらったりしています。医療処置のこと等は、ソーシャルワーカーとケアマネジャーさんでは情報共有がしにくいことがありますので、その際は、看護師も介入し、訪問看護師さんと情報共有しています。

2点目は虐待ケースの対応です。患者さんが、病院にいるということもあり、逼迫した状況ではないため、地域包括支援センターや高齢福祉室に、親身に対応していただけなかったことがあります。最終的に、病院で、成年後見人の調整をしたということもありました。

今後、顔の見える関係づくりの構築に関する提案としては、医療機関、行政、地域包括支援センター、訪問看護等、多職種での事例検討会や意見交換会が定期的にあるといいと思います。

#### **委員：**

皆様のご意見のとおり、事業所によってスキルが違う等色々あるかと思いますが、多くのケアマネジャーは、利用者さんを支えたい、家族を支えたいという気持ちはあり、退院日まで、在宅側の準備が整う時間が少なくても、その限られた時間で支援しようと思っています。また、急性期病院で、医師が退院と言えば即退院となることについても理解しております。一方で、対応が難しい場合もありますので、その際は、お力をいただきたいと思っています。

ケアマネジャーとしても、家族に、入院中の利用者さんの様子を確認したり、直接病院へ電話をして様子を聞いていいか同意を得て、連絡をしたり、工夫はしております。連携については、ケアマネジャーだけでなく、訪問看護、ヘルパーさん等みんなで、介護保険事業者連絡会等で協力して支援していきたいと考えています。

また、利用者情報提供シートを、市と一緒に介護保険事業者連絡会の居宅介護支援部会で作っていますが、その内容について、こういった情報を入れた方がいい等の意見がありましたら、ご意見いただければと思います。

#### **委員：**

医療と介護の連携で困っていることは、退院時の急な連絡があげられます。今年度、当地域包括支援センターと吹田徳洲会病院と意見交換会を実施しましたが、その件について話をしました。病院からは、病院内での連携を強化し、できるだけ早めに地域包括支援センター等に情報を伝えることができるよう頑張りますというお返事をいただきましたが、どの病院も同じような状況であることがわかりました。在宅療養に向けてしっかり準備したいケアマネジャーの気持ちもわかりますし、本人や家族に寄り添う病院の気持ちもわかりますので、今後もうまく連携できればいいかと思います。顔の見える関係づくりは重要であるため、地域包括支援センターとしても、交流会や意見交換会等、企画していきたいと思っています。

**委員長：**

退院の対応は大変だということを理解しました。医師は、患者さんの状態等良くなっている徴候はわかりますので、医師も早めに、ソーシャルワーカー等に退院の目安を伝えるのは大事だと思いました。

他にご意見はありませんか。それでは、次に移ります。

**事務局：**

(地域住民への普及啓発について説明。資料 P13～14 参照)

**委員長：**

事務局から説明がありました。地域住民へ、ACP についてまだ浸透されていない印象があるとの意見も聞いております。ACP に関して、「どのような場面で、話すことがあるか」、また「多職種で、ACP について話す機会は持ったことはあるか」等の経験等による意見ですとか、今後「地域住民への ACP の啓発方法の提案」について、ご意見等お願いいたします。

**委員：**

ACP については、だいぶ周知が進んできたと思います。介護を受けている方には、話が受け入れやすいとは思っていますが、お元気な方にお話することはまだ抵抗感があります。

周知についてですが、例えば、最初のサービス利用の契約のときに、ACP の話をしてみてもどうかと思います。関係性ができてから話す方がいいのですが、始めに、どのようにお考えですか、といった感じで聞いてみるのも、ACP について考える一つのきっかけになるのではないかと思います。

また、ACP の話をしようと思っても、時間が取れないということや、信頼関係を壊さないように話さなければいけない等、考慮すべき課題はまだあると思います。

**委員：**

現場で利用者さんに、ACP のお話をすることはありますが、色々なきっかけを作って、声を掛けますが「まだ大丈夫」と流されてしまっているということが現状です。

どうすれば、皆様に興味を持っていただけるかと思って調べてみましたが、海外では、医師が説明している等もあるようです。最初に病院にかかったときに、医師から説明していただければ、一番入りやすいのかと思いました。利用者さんは「先生が言っていたからやってみる」と、ACP に限らず、取組まれる傾向にあります。

また、若いうちから、小中学生や高校生ぐらいから、周知していくこともいいのかなと思いました。

**委員：**

当施設は、地域交流の機会もあり、地域の方とお話する機会がありますが、人生会議について、相談等あったことはないです。

施設でも、利用者さんの病状が少し悪化したときに、本人の意向を把握しておらず、先生の話が家族が聞き、家族が今後どうするか考えるという状況になっているのが実情です。最期を迎えるときに話をするというのは、本人や家族はものすごく悩まれて、こうかもしれない、こうじゃないかもしれないと思いを巡らせて話し合っておられます。先ほどの意見のように、子どものころからの周知もそ

うですし、還暦を機にそういう話をする等習慣化されないと浸透は難しいかと思えます。

また、サービスが開始される際の、はじめのサービス担当者会議がチャンスでもあると思えます。今までの生活歴等伺った上でサービスは開始されますので、そういったときにACPの話ができるといいのかなと思えます。

**委員長：**

家族のために、子どものために、孫のために、銀行口座のことや資産のこと等もあるので、ACPについて考えようという声掛けの工夫もできるといいかなと思いました。

それでは、次に移ります。

**事務局：**

(医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修等の医療・介護関係者の支援について説明。資料 P14～19 参照)

**委員長：**

事務局から説明がありました。まず1点目ですが、入院時情報連携加算、退院・退所加算の請求状況は横ばいですが、居宅介護支援事業所と病院との連携状況の現状について、横ばいの要因はどのようなことが考えられるか、ご意見等お願いいたします。

**委員：**

入院の予約が入っており、ケアマネジャーさんが支援している患者さんについては、患者さんの了承を得て、利用者情報提供書等を送ってもらえるようケアマネジャーさんに依頼していますが、入院されて3日以内等期間は考えずに入院前から依頼していました。ケアマネジャーさんは加算の算定はできているのでしょうか。

**委員：**

入院時情報連携加算は、入院日以前の情報提供を含みますので、入院前に情報提供しても加算は算定できます。

**委員：**

入院前から情報をいただくのはご迷惑だったかと思っておりましたが、大丈夫とのことですので、院内のスタッフにも周知しておきます。

**委員：**

横ばいの要因についてですが、ここで示されている数字は、算定をしているものになります。入院時情報連携加算については、情報提供が間に合わず算定できない等、実際に請求できなかったケースは含まれないことになります。

退院・退所加算については、この加算とは別に、初回加算というものがありますが、初回加算は、新規で介護サービスを利用する方等が対象で、退院・退所加算に比べ、算定額はやや低いものの、期限も長く、算定のしやすさがあります。また、退院・退所加算と初回加算は、併用はできないため、退院・退所加算ではなく、初回加算の算定に流れているということもあるかと思えます。

こういったことで横ばいという結果が出ているかと思いますが、横ばいという結果が、連携が進んでいないという結果ではないと思います。多くのケアマネジャーは加算が算定できなくても、病院とやりとりし、利用者さんのために動いています。ケアマネジャーは1人、35人~40人くらい担当していますので、すべて、そういった算定ができればいいのですが、限られた時間の中で動いていますので、算定を前提とした時間の調整や確保が難しいといったことも課題かと思っています。

**委員長：**

次に2点目ですが、多職種連携研修会についてです。研修すると良いと思われる場面について、ご意見等お願いいたします。併せて、顔の見える関係づくりを促進できるための方法の提案があればお願いいたします。

**委員：**

今年度の研修会に参加いたしました。テーマが急変時の対応でしたが、歯科医師は、対応する場面があまりないので、お声がかからないと介入ができないという点があります。そのため、多職種の方から、こちらにボールを投げただけであれば、ありがたいと思います。

また、歯科医師会では、訪問歯科健診も実施していますので、そういったことから、介入ができるのではないかと思っています。

**委員：**

今年度は参加していませんが、アンケート結果等見させていただきました。以前は介護職の参加が多かったですが、今回は医療側の参加が増えていました。ヘルパーの参加は少ない状況でした。

医療制度に関しては、私たちは、医師や訪問看護師さんから学び、現場に出っていますが、医療側は介護保険制度については理解できていないと感じます。在宅医療と介護の連携で常に課題だと思うのは、医療側が介護側より上になっていることです。ヘルパーは何ができるのか、介護側は何ができるのか等そういったことを研修していただかないと、常に介護職はお手伝いさんとしか見られません。

もちろん、そういった方ばかりでなく、状態が悪くなった利用者さんが軽快したとき、サービス担当者会議で、ヘルパーさんが頑張ってくれたおかげで元気になったと言ってくれる医療職もいらっしゃいました。

もっとそういった関係が広がるように、また、皆様が参加しやすいように、そして、同じ人ばかり参加にならないように、興味を持ってもらえる研修になればいいなと思います。

**委員長：**

ケアネット実務者懇話会の取組全体をとおして、他に何かございませんか。

**[案件（5）：令和8年度在宅医療・介護連携推進事業の取組（案）について]**

**事務局：**

（令和8年度在宅医療・介護連携推進事業の取組（案）について説明。資料P20参照）

**委員長：**

本日の案件はこれで終了しましたが、全体を通して何かありませんか。

全体をとおして、委員長職務代理者からのご意見をいただければと思います。

**委員長職務代理者：**

今日は貴重な意見を皆様からいただけたと思いますし、短時間ではありましたが、本音の部分もお話できたのではないかと思います。これからも医療と介護が良い関係性でいられることが、利用者さん、患者さんのためになると思いますので、引き続きよろしく願いいたします。

**委員長：**

本日いただいた委員の意見を踏まえて、来年度の具体的な取組に向けて事務局で調整をお願いします。それでは、次の案件に移ります。

**[案件3： その他]**

**事務局：**

次回の協議会の開催予定は令和9年2月、ケアネット実務者懇話会は令和8年7月の開催を予定しております。

本日委員の皆様にご意見を踏まえて、具体的な取組については令和8年度のケアネット実務者懇話会において共有、意見交換を行っていきます。

**委員長：**

それでは本日の協議会をこれで終了いたします。

**[閉会]**