

令和5年度 第2回 在宅医療・介護連携推進に関する会議 会議録

1. 開催日時

令和5年10月24日(火) 19時30分～21時00分

2. 開催場所

市川市役所第1庁舎5階 第4委員会室

3. 出席者

【委員】

伊藤委員、福澤委員、越田委員、大木委員、吉岡委員、面野委員、佐多委員
秋本委員、牧野委員、鈴木委員、四ツ屋委員、石丸委員、高木委員、長澤委員

【高齢者サポートセンター】

高齢者サポートセンター国分

【市川市】

地域包括支援課長、健康支援課長、国民健康保険課長ほか

【その他】

認知症初期集中支援チーム専門医2名

4. 傍聴者

0名

5. 議事

- (1) 令和4年度認知症初期集中支援チームの実績について
- (2) 認知症初期集中支援チームに関する高齢者サポートセンターへの調査結果及び今後の方向性について
- (3) 連携に関する各職能団体の取組から課題と対応策の検討
- (4) 令和4年度在宅医療・介護連携に係る相談実績及び退院支援に係る困難事例について

6. 配布資料

- ・ 会議次第
- ・ 資料1：令和4年度における認知症初期集中支援チームの実績について
- ・ 資料2-1：認知症初期集中支援チームに関する高齢者サポートセンターへのアンケート調査結果および今後の方向性について
- ・ 資料2-2：認知症初期集中支援チーム対象者選定基準と支援の流れ

- ・資料 3：医療・介護連携に関わる各職能団体の取組
- ・資料 4-1：令和4年度在宅医療・介護連携に係る相談実績
- ・資料 4-2：令和4年度退院調整相談支援における困難事例について

7. 議事録

(19時30分開会)

発言者	発言内容
地域包括支援課 主幹	<p>1. 開 会</p> <p>それでは、令和5年度第2回市川市在宅医療・介護連携推進に関する会議を開催させていただきます。なお、今年度より認知症初期集中支援チーム検討委員会を本会議に統合して実施することといたしました。認知症初期集中支援チーム検討委員会は、認知症が疑われる高齢者の支援体制の構築に資するため、チームの活動状況等を協議する場となります。今回は統合して開催させていただきますのでご承諾くださいますようお願い申し上げます。</p> <p>改めまして、本日議事進行を務めさせていただきます地域包括支援課の小松崎と申します。よろしく願いいたします。開会に先立ちまして、地域包括支援課長よりご挨拶申し上げます。</p>
地域包括支援課長	<p>改めまして皆さんこんばんは。地域包括支援課長の奥野と申します。どうぞよろしく願いいたします。また本日はお忙しいところ、市川市在宅医療・介護連携推進に関する会議にご出席賜り誠にありがとうございます。</p> <p>本日の会議は、在宅医療や在宅介護に関わる関係者の皆様の連携推進を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるような地域社会の実現を目指すための会議に位置付けてございます。</p> <p>今回の議題につきましては、お手元の次第の通り昨年度の認知症初期集中支援チームの活動実績や、認知症初期集中支援チームに関する高齢者サポートセンターへのアンケート調査と今後の方向性、また、医療介護連携に関わる各団体の取り組み、在宅医療介護連携に係る相談実績の状況と退院支援に係る困難事例についてのテーマで開催させていただき次第でございます。</p> <p>限られた時間ではございますが、本日の情報共有と意見交換が、関係者の皆様のさらなる連携推進に繋がることを祈念しまして、私の挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしく願いいたします。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>本日、医師会の佐多先生は所用のため急遽、遅れてのご参加となると伺っております。それでは議事に入る前に、今年度初めて出席される方が4名い</p>

	<p>らっしゃいますので、簡単に自己紹介をお願いしたいと思います。高木さんからお名前とご所属をお願いいたします。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p style="text-align: center;">【参加者自己紹介】</p> <p>本会議は「審議会等」に位置付けられることから、「市川市審議会等の会議の公開に関する指針」により原則公開となります。本日、非公開とする議題はありませんので会議は公開といたします。</p> <p>本日傍聴者はおりませんので、このまま会議を進めさせていただきます。それでは、議事に入ります。資料1をご覧ください。</p> <p>2. 議 題</p> <p>議題（1）</p> <p>令和4年度認知症初期集中支援チームの実績について</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>議題1、令和4年度認知症初期集中支援チームの実績について、事務局より説明いたします。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>令和4年度認知症初期集中支援チームの実績について報告いたします。</p> <p>はじめに、令和5年3月31日現在の本市の概要についてです。人口49万2,489人に対し、65歳以上の人口は10万5,972人で、高齢化率は21.5%となっております。要介護認定者数は1万8,974人、要介護認定者の主治医意見書を基に算出した認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の方は、6,935人となっております。コロナ禍における認定更新の臨時的取り扱いによって主治医意見書なしで更新している方も含まれることから、実態より少ない数字となっております。</p> <p>次に、チーム員構成及び活動実績です。支援対象者は25人、支援終了者は21人でした。訪問回数は、北・西・東部、南部、合わせて232回、支援平均期間は約120日でした。</p> <p>続きまして支援対象者の概要となります。支援対象者の性別を見ると、女性が7割と、男性に比べ女性の割合が多くなっています。年齢別にみると、約8割が75歳以上の後期高齢者となっております。世帯構成としては、独居世帯が半数となっております。「その他」の内訳としては、精神疾患等を抱えていたり、未婚である息子との同居といった支援力が弱い家族と同居しているケースが見受けられます。</p>

次に、支援対象者の区分をご説明いたします。「医療・介護サービスを受けていない、または中断している」ケースが最も多く、中でも「認知症の臨床診断を受けていない」方が多くなっています。

支援対象者の把握時の日常生活自立度は、Iが最も多く障がい高齢者の日常生活自立度をみると、8割以上の対象者が日常生活は自立しています。

次に、医療の受診状況については、把握時に通院していた方は7名、以前通院していた方は5名、通院していない方が9名でした。以前通院していた方、および通院していない方14名については、支援の結果、8名を医療への継続受診につなげることができました。また、介護保険や成年後見人の申請のためだけの受診は6名でした。

次に、認知症の診断についてです。把握時に認知症の診断を受けていない方は15名と、ほとんどの方が診断を受けていませんが支援により、12名の方が、認知症の診断に至っています。

次に介護保険の状況です。把握時に介護認定のある方・申請中の方を合わせても6名で、ほとんどの方が未申請の状態でしたが、支援により、認定有の方が17名、申請中の方が1名と、合わせて約8割の方が要介護認定につながっています。

次のページです。介護保険サービス等の利用状況です。把握時に要介護認定を受け、介護サービスを利用していた方はおりませんでした。支援により、新たに要介護認定をうけ、サービスにつながったのは8名でした。介護保険サービスの内訳としては、デイサービス、訪問看護・介護などで、支援者の在宅での生活を支援するためにヘルパーを導入したり、閉じこもりを予防するため、デイサービスの利用につながりました。また、インフォーマルサービスについては、認知症カフェにつながりました。

続きまして支援者の引継ぎ及び目標達成状況です。支援終了者21名のうち、「在宅継続」が18名と8割以上の方が在宅での生活を継続できています。目標達成状況としては、医療につながった、介護サービスにつながった方が多く、支援終了者の多くの方が目標を達成できました。

次のページです。こちらは、令和4年度から集計を始めた、「生活のしづらさの改善」の状況です。下にある項目について、支援開始時と終了時に評価しました。支援終了者21名のうち、「改善」18名、「維持」1名、「悪化」2名で、約8割以上の方が「改善」しました。

以上で、令和4年度における認知症初期集中支援チームの実績とさせていただきます。

地域包括支援課
主幹

議題1につきましては、ご意見、ご質問は次の議題2と合わせて伺いま

<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>す。続きまして、議題2 認知症初期集中支援チームに関する高齢者サポートセンターへのアンケート調査結果および今後の方向性についてについてご説明いたします。資料2-1、2-2をご覧ください。事務局よりご説明いたします。</p> <p>議題（2）</p> <p>認知症初期集中支援チームに関する高齢者サポートセンターへの調査結果および今後の方向性について</p> <p>はじめに、高齢者サポートセンターへの調査結果の、調査概要についてご説明いたします。令和5年8月下旬に高齢者サポートセンター全15カ所を対象に、アンケートを送付し、15カ所、18件の回答をいただきました。基本的には、高齢者サポートセンター1カ所につき、1枚のアンケートをご回答いただきましたが、複数の職員からの回答が寄せられた高齢者サポートセンターがありましたので、18件となっております。</p> <p>アンケート結果です。</p> <p>① チームに期待する役割として、困難ケースへの対応、早期介入、集中的な支援、医療や介護サービスへのつなぎ、アセスメント・課題整理・方針決定・目標に向けた高齢者サポートセンターとの協働、専門医による評価・アドバイス、医療連携の橋渡し役、住民へのチーム活動の啓発が挙げられました。</p> <p>② 現在のチームが①の役割を果たしているかについては、半数以上の高齢者サポートセンターが「十分である」、「まあ良い」に回答している一方で、「どちらともいえない」が4件、「やや不十分である」が1件、「不十分である」が1件という結果でした。</p> <p>③ これまでチームに依頼したことのない高齢者サポートセンターの意見としては、高齢者サポートセンター内での相談や協議で対応できており、今後のケースによっては依頼したいという回答でした。</p> <p>④ これまでチームに依頼したことのある高齢者サポートセンターの意見として、良かった点としましては、医療受診につながった、チームの関わりの報告などタイムリーな情報共有、関わりが薄く認知症の理解が乏しかった家族への対応、市の事業という安心感があり、家族の受け入れがよい、本人の生活状況がより把握でき、見守りや支援の強化につながったことが挙げられました。</p> <p>一方で悪かった点としましては、高齢者サポートセンターの負担軽減にならなかった、具体的には、毎回高齢者サポートセンターが同行同席のケース</p>
------------------------	---

がある、何度も確認の打ち合わせがあった、期待した頻度の訪問ではなく、高齢者サポートセンターが動くことが多かった、状況が変わらず支援終了になった等の意見があげられました。また、タイムリーな情報共有が不足し、チームの支援状況がみえなかった、依頼したが断られたという意見があげられました。

次に、⑤チームに依頼してよいか迷ったことがあるかについては、「ある」が11件、「ない」が6件、「依頼しようと思わない」が2件となっています。

⑥ チームに依頼して良いか迷ったことがある、依頼しようと思わない理由として、精神疾患の可能性のあるケースを依頼してよいか迷う、依頼して断られたことがあるため躊躇する、意欲をなくした、受け入れ可能なケース基準が曖昧である、どの段階で相談するべきか悩む、チームの動きがみえず、高齢者サポートセンターとともに支援するのではなく報告のみだったなどがあげられました。

⑦ 今後チームに求めることとして、ケースによっては高齢者サポートセンターとチーム員の役割分担も必要である、家族の認識が乏しいなど支援に消極的な家族への支援、拒否が強い本人や家族への介入力、高齢者サポートセンターとの連携を密にし、支援終了後の引き継ぎがスムーズに行えるように配慮してほしい、民生委員や医療機関、市民などへのチームの活動周知の強化があげられています。

今後のチームが目指す方向性としましては、資料2-2にあります、チーム訪問支援対象者に該当する方であれば、精神疾患の有無や、本人・家族の同意の有無を問わず、まずはチームに相談をしていただき、チーム員会議にかけたうえでチーム員が対応していくかどうかを検討していくこと、高齢者サポートセンターとの情報共有を密にし連携を図っていくことをより強化していきたいと考えております。

次に資料2-2チーム支援対象者選定基準と支援の流れをご覧ください。高齢者サポートセンターへの調査結果を参考に、認知症初期集中支援チーム対象者選定基準の流れを一部修正しましたので報告いたします。

昨年度、第1回認知症初期集中支援チーム検討委員会にて承認をいただきましたフローチャートからの修正点としては、高齢者サポートセンターからすぐに依頼書を受け取るのではなく、まず相談を受け、必ずグループ内で情報共有し、支援対象者かどうかを検討してから回答することとしました。これは、チーム員個人の判断で断ってしまったり、高サポ内で依頼できるかどうか悩んでしまい依頼前に断念してしまうことを防ぐため明記いたしました。

	<p>また、依頼書への基本情報の記載については、高齢者サポートセンターが総合相談支援業務として活用している（株）カナミックネットワークのシステムでの情報を活用することで記載の手間を省き、負担軽減につながるようにと考えております。加えて、チーム員会議で終了の判断を行う際には、必ず高齢者サポートセンターへ終了の方向性を伝え、合意形成をはかったうえで会議にかけることとし、支援終了後の引き継ぎもスムーズに行い、支援対象者が困惑しないよう配慮していきたいと考えています。</p> <p>以上で、議題2 認知症初期集中支援チームに関する高齢者サポートセンターへの調査結果および今後の方向性についての報告とさせていただきます。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>それでは、議題1、議題2を合わせまして、ご質問、ご意見ございますでしょうか。チームの専門医であります吉岡先生いかがでしょうか。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>資料ありがとうございます。最初の資料、支援対象者概要の4番のところですが、医療・介護サービスを受けているがBPSDにより対応に苦慮している、いつもこの数は少ないです。認知症として対応していると、困っている状況もうまく対応できているのかなという実感を持っています。</p> <p>それから、情報は高齢者サポートセンターに集まってきますので、意見を聞いたのは貴重なことだと思います。その中で、④のところ、皆さんも気になると思うのですが、悪かったという点もあると思います。支援チームの方も頑張っていると思いますけれども、お互い役割分担も大事だと思いますので、こういうところは聞いてよかったと思います。市の事業という安心感があり家族の受け入れが良い、と書いてありますが、まさにこの通りです。やはり市川市の名前をだすと、一歩目がすごく入りやすいので、これはとても貴重な意見だと思います。また、個人的なことを言えば、山賀先生にも新しく入っていただいて、北西東部はやりやすくなったと感じています。以上です。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。同じくチームの専門医であります平川先生いかがでしょうか。</p>
<p>認知症初期集中支援チーム専門医</p>	<p>高齢者サポートセンターのアンケート調査、非常に勉強になりました。この結果を踏まえて、我々も考えながらやっていければ良いと思います。</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>今年度から、チームの専門医としてご協力いただいております 山賀先生いかがでしょうか。お願いいたします。</p>
<p>認知症初期集中支 援チーム専門医</p>	<p>私はまだ始めさせていただいたばかりですけれど、在宅なので認知症の方 を対応させていただくことが多いですが、本当に高齢者サポートセンターの 方々が頑張っていて、認知症初期集中支援チームが入らない方もいろいろな 方を抱えていらっしゃいます。吉岡先生もおっしゃるように、市がバックア ップして総合的に入っていくとご本人だけではなくて、周りの、例えばマン ションの住民の方とか、協力的に動いてくれるので、うまく棲み分けをし て、どういうふうに動いていくかということが大事だと思います。認知症の 方は非常に多いし、悩んでいる方も多いので、こういった症例を高齢者サポ ートセンターと病院や我々診療所でやっていくのか、こういった症例を初期 集中支援チームにかけて市というバックアップの中でやっていくのか、そう いったところがうまく振り分けできるような体制ができれば、皆さんのため にも患者さんのためにも良いのかなということを感じております。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>先生方、貴重なご意見ありがとうございました。 今回、高齢者サポートセンターのアンケート結果をご報告いたしました が、回答していただきました高齢者サポートセンター国分の高村様ご意見ご ざいますでしょうか</p>
<p>高齢者サポート センター国分 管理者</p>	<p>今回、チーム医の先生方のお話を伺ってよかったなというところが一つで す。やはり依頼をするにあたっては、どのタイミングで、どういうケースを 依頼させていただくかということは、悩むところです。自分たちができない ところを頼むという意識があったものですから、このケースを頼んでいいか ということについては、高齢者サポートセンター内で悩むところでした。国 分では、高齢者サポートセンター内で検討して、まずは聞いてみようという 形で打診をさせていただいて、それからケースを依頼するという流れをとっ ていたのですが、そうすることでスムーズに連携が取れたという印象があり ましたので、今回のような形にさせていただくことで、よりスムーズに依頼を していけるのかなと思っています。なかなか自分たちでできない、きめ細や かな訪問をしていただけるというところで、支援チームと関わっている部分 がたくさんありまして、資料を読んでいく中で、もっといろいろな方が対象 になるのかもしれないと感じ、勉強していければと思います。</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。先ほど事務局から説明した通り、今後のチームの方向性としては、高齢者サポートセンターはじめとした、関係機関と密に情報共有を図り、連携を強化することを目指していきたいと考えております。方向性に付け加えることなど、チーム専門医以外の医師会の先生、何かご意見ございましたらお願いいたします。越田先生、いかがでしょうか。</p>
<p>越田委員</p>	<p>認知症については専門外というところもありますが、結構前から患者さんを初期チームにお願いしたこともあり、うまくいっている経験はあったのですが、実際に、活動状況をデータで示してもらえて、ゆっくりなのかもしれませんが、続けていくということしかないのかなと思っています。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。それでは、次の議題の方に移ります。 議題3「医療・介護連携に関わる各職能団体の取組」について、事務局より説明いたします。</p> <p>議題3 医療・介護連携に関わる各職能団体の取組について</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>資料3につきましては、第1回の本会議の際にお示ししましたものと同じものとなります。令和5年3月に、医療・介護連携に関わる各団体の取組として、行う必要を感じているが行えていないことについて調査させていただき結果をまとめたものとなります。本日は第1回で触れていない、「医療・介護連携に係る認知症の取組」の課題と対応策についてご意見をいただきたいと思っております。よろしくようお願いいたします。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ただいまの説明のとおり、各団体にご協力いただいた調査のうち、本日は資料3の表、一番下の項目にございます「医療・介護連携に係る認知症の取組」について、「行う必要を感じているが、行えていないこと」を、各団体よりあげていただいた課題をご説明いただき、その後、意見交換を行いたいと思っております。</p> <p>それではまず、市川市薬剤師会牧野先生、あげていただいた「病院とケアマネジャーとの連携について」の説明をお願いいたします。</p>
<p>牧野委員</p>	<p>市川市薬剤師会の牧野です。今回あげさせていただいたことは、薬の内容がメインになっているのですが、残薬について、認知症の方は飲み忘れも多いです。訪問していれば見られるのですが、どうしても、患者さん本人からの聞き取りでしか情報が得られないので、本人が飲めている、大丈夫としか</p>

	<p>言わないというケースが多々あって、蓋を開けてみると、ケアマネジャーさんやご家族の方から、薬が全然飲んでいなかったと慌てて連絡が来るというのが多々あるケースなので、その辺の連携をもっとうまくできたらなと思います、今回これを載せさせていただきました。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。裏面の方ご覧ください。介護保険事業者連絡協議会訪問看護部会の四ツ屋さん、お願いいたします。</p>
<p>四ツ屋委員</p>	<p>認知症の方が地域で暮らしていくため病院側との認識の差を感じる、ということが挙げられております。これは、入院することでADL低下、せん妄、BPSDが出現することもあります。住み慣れた自宅に帰ることで、ADLが向上したり、しばらくすると落ち着くことが多いです。生活を工夫しながら、元の環境で暮らせると感じていますが、在宅は無理と病院で言われて、施設に行ってしまうことがあるという意見がありました。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。それでは、介護保険事業者連絡協議会訪問介護部会 石丸さん、お願いいたします。</p>
<p>石丸委員</p>	<p>認知症の方で自宅の周りを徘徊したり、例えば近所のお宅のドアホンを押してしまって、近隣の方々に困ってしまう方がいらっしゃる。お伺いしたヘルパーが、この方は認知症なので、と言うのは、個人情報にも関わってきてしまうことなので、非常に悩むことが多いと聞いています。ですから、どういう方法で、例えば近隣の人のご理解が得られれば、在宅生活が長く続く可能性が高まると思うんですけど、その辺の情報共有の仕方を考えていかなければという声が上がっています。また、これもよくあるのですが、鍵をかけずにふらっと外出してしまったり、夜間でも鍵をかけずにお休みになってしまう。事件に繋がることも想定し、この辺も考えていかななくてはならないことなのかなと思います。以上です。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。介護支援専門員協議会 鈴木さんお願いいたします。</p>
<p>鈴木委員</p>	<p>認知症の方本人の意思決定支援が重要なことだと分かっているんですけども、やはり理解が難しい方の意思決定支援をすることよりも介護しているご家族の意向に引っ張られてしまうことが多いという意見があがっていました。また、理解が難しい方の支援に対して、先生からの指示がなかなかうまく</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>くその方の支援に結びつかないことがあるということがあがっています。</p> <p>ありがとうございます。それでは、リハビリテーション協議会 長澤さん、お願いいたします。</p>
<p>長澤委員</p>	<p>在宅生活の人の認知症に関するフォローは行えていないという意見に関しては、施設側のリハビリ職から出た意見です。実際、在宅の中でどういう生活をしているか、どういうことが問題になっているか、というところがなかなかフォローできていないという現状があります。介護の方では、施設側でどういう治療をしてきているか等の情報共有や、情報共有をする手段や取り組みが不足しているという意見が多数出ておりました。また、高齢者サポートセンターやケアマネジャーに負担が寄っているという意見がでておりました。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。それでは、これらの課題につきまして、対応策のご提案をいただきたいと思います。</p> <p>薬剤師会からの課題についていかがでしょうか。薬剤師会からは、残薬や飲み忘れの状況をご本人から聞き取っても、それが正確な情報ではないこともあるということで、ケアマネジャーや家族から実際の状況を聞く必要があるという課題をお聞きしましたがけれども、大木先生、病院側の立場で、在宅療養における薬剤師との連携における課題について、対応策は何かございますでしょうか。</p>
<p>大木委員</p>	<p>病院薬剤師と薬局薬剤師の間の薬薬連携というのか、そういった部分の発展があまりみられていないのではないかと感じています。最近、医師同士の連携はかなり良いですが、薬剤師同士の連携があまり取れてないのかなという印象はあります。薬剤師会の中に、病院薬剤師も入っており、薬薬連携と言われるようになってきているけれども、まだ推進されてないようなイメージを持っています。病院での薬剤情報がスムーズに移行するようにした方がよいと思います。病院では、入院患者さんがどれだけ飲めているのか家族の支援がどれだけ入っているとか、結構情報は得ています。これが在宅に移行できているのかどうかといったところです。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。大木先生からいただいたご意見で、薬剤師会の中でもそういった課題等、ございますでしょうか。</p>

<p>牧野委員</p>	<p>今の薬薬連携に関しては、以前はカンファレンス等に入れなかった経緯もあって、薬の情報が引き出せなくて急に在宅になるというケースもありました。今は改善されてきているけれども、確かに、病院の薬剤師との連携というのは、個々の医院はそれなりにやっているところもありますが、薬局ごとに病院ごとに、というのはまだできていないので、確かに課題だとは感じております。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。それでは、鈴木さん、ケアマネジャーの立場で、こういった認知症の方の薬剤に関する連携について対応策はいかがお考えでしょうか。</p>
<p>鈴木委員</p>	<p>病院に入院されている方で、居宅療養管理指導を取っている薬剤師さんとは割とスムーズに連携できるのですが、そうでないとうまく伝わらなかったり、いくつも薬局を使われていて、お薬手帳をいくつも持っていらっしゃる方がいらして、お薬が把握できず薬剤師との連携がなかなかできなかったりするので、一つになるような方法があったら良いなと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>それについて、薬剤師会さんいかがでしょうか。</p>
<p>牧野委員</p>	<p>薬局の方ではお薬手帳の意義をお話しして、1冊にまとめることによって全部の情報が見られるので、どこへ行っても同じサービス同じ医療が提供できますよというのをお伝えします。かかりつけ薬局と言われるように、できれば薬局を絞っていただきたいということはあります。ただ、お薬手帳をたくさん持っている方はこだわりを持っている方もいらっしゃるって、2冊出してきて、ここの薬局はこっちに貼ってと言う方がいらっしゃるって、毎回そのお話はさせていただくんですけど、2冊持ってきてしっかり記録が見えているのでよしとしている部分もあります。お話をしているけれども、こだわりがあって難しい点があるので、妥協案をうまく模索しながらという形だと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。導入された保険証資格認証の活用というのは進んでいらっしゃるのでしょうか。</p>
<p>牧野委員</p>	<p>保険証の番号等は分かるんですけども、まだお薬の内容までは反映されていないので、今後、国の方がシステムを構築する形になるかと思います。</p>

地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。大きい病院の薬剤師の連携についての課題があがりましたが、地域の診療所と薬剤師間の認知症の方の薬剤に係る連携の現状としてはいかがでしょうか。吉岡先生いかがでしょうか。</p>
吉岡委員	<p>門前の薬局はいくつか決まった所がありますので、そこでの連携はできやすいです。やり取りはFAXで行っています。やはり一番引っかかるのは薬の管理です。薬剤師さんが変だなと思うことは間違いないので、そういった情報というのは、大事にしています。おそらく個々のクリニックはそのような感じで門前の薬局と連携を深めているのではないかと考えています。薬局では特に、お金の支払い等でつまづく部分が多いと思います。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございました。それでは、次の訪問看護の課題で、四ツ屋さん、現場の認識の差を感じておられるということでしたが、どのような問題が実際に起きているのか具体的によろしいでしょうか。</p>
四ツ屋委員	<p>先ほどもお伝えした通り、入院によってADLが低下したり、せん妄によって、家に戻ればよくなっていく事例もあるのですが、施設という選択肢になってしまうというところです。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>四ツ屋さんから出ました課題についての対応策について、皆様から何かご提案ございますでしょうか。四ツ屋さん、何かこうなったら良いとか、アイデアでございますでしょうか。</p>
四ツ屋委員	<p>退院前に、カンファレンスもそうですけれども、生活状況を見ていただくとか、そういうことが必要なのかなと思っています。ケアマネジャーや高齢者サポートセンターが、この人が帰ってきて生活できるという判断をすることが必要だと思います。また、その人が本当に退院できるのかということです。退院前カンファレンスに出ることもありますが、カンファレンスへの参加はボランティアなので、帰ってこないと私たちもお金にならないということもあります。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。病状だけで判断するというのではなくて、戻ってくる生活環境だとかサポート力、そういった受入体制も含めて、退院カンファレンスを事前にした方が良いのではないかとということによろしいでしょうか。</p>

四ツ屋委員	はい。
地域包括支援課 主幹	大木先生、何かご意見ございますか。
大木委員	<p>入院してせん妄になるということは初期によくありますが、そこから例えば院内の認知症チームが介入して、落ち着くようにとやっているうちに、人によってはADLが下がってしまう、おとなしくなって寝たきりになってしまうという方も中にはいらっしゃる。四ツ屋さんが言うように家に帰った方がむしろ戻るかもしれないので、帰った方がよいのではないかというふうに言うこともあります。その辺の判断は主治医が決めることになってしまうことも多いので、やはりもっとケアマネジャーとかご家族と、病院にいる間に相談していきたい。今まではコロナのこともあってなかなか院内に入れなかったですが、これからは、もっと入ってきてもらって病状が落ち着いたあたりでどんどんカンファレンスを行いたい。実際の状況を見てもらいつつ、みんなと相談するというのを病院の中でやっていくと良いと思います。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。それでは、次に移らせていただきます。続いて訪問介護からいただきました個人情報の保護に関する内容といたしまして、ご意見や対応策等ございますでしょうか。高村さんいかがでしょうか。</p>
高齢者サポート センター職員	<p>本人やご家族の了解が取れないとお話ができないというのは、私ども高齢者サポートセンターの総合相談でも同様で、困っているのは確かなのですが、何らかの形でお返しするということができないことがあるというのが個人情報の関係であると思います。</p> <p>その場合、解決して欲しいことに直接触れられないということも多くあり、解決したいことに辿りつかないというもどかしさがあります。了解を取れば一番良いですが、開示したくないというご家族もいらっしゃるのので、やはり、認知症の方とか判断能力が落ちてきたときに、周りの協力を受けて暮らしていくという認識がないとなかなかご家族がいいよとは言ってくれない。周りの方も認知症かもという考えもなく、何か大変なことが起きているという理解になってしまうと思うので、直接的な答えにはならないですけど、皆さんが温かい目で見えていけるような、幅というか許容ができるといいのかなと思います。ただ個人情報ということはやはり大事なところなので、同じように悩んでいるということが現状です。</p>

地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。どこまで情報共有ができるかということは大切な部分だと思いますが、鈴木さんはケアマネジャーのお立場から、どのようにお考えでしょうか。</p>
鈴木委員	<p>ご家族の同意がないとやはりなかなか難しいですけど、お1人で暮らしていくには、地域の方の協力がないと難しいという時があるので、そういう場合、民生委員さん等にもご協力いただかないといけないので、私たちだけでは難しい時には高齢者サポートセンター主催の地域ケア会議を開催していただいて、民生委員さんやご近所の方に、情報共有していただくようお願いすることがあります。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございました。このことについて何かご意見がある方いらっしゃいますか。よろしいでしょうか。</p> <p>もう一つ、訪問介護の方から、防犯強化ができないことに関して記載がございましたけれども、こちらについて医療介護連携として対応策のご提案等ございますでしょうか。通所介護部会の高木さん、独居の認知症の方のケースで、送迎時とか、鍵の問題とか、どのような対応を取られているかや工夫されている事例がありますでしょうか。</p>
高木委員	<p>迎えに行く時に鍵を預かるということはあります。鍵を締めてデイサービスに来ていただいて、また夕方鍵を閉めてポストに入れておくことを、ご家族や本人との約束でやっています。利用する時は家族やケアマネジャーとどういうふうにしていくかということをもとに決めてから利用していただくようにしています。緊急の時にはどこに連絡したら良いかということも決めています。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。それでは次に、介護支援専門員の方からあがっています認知症の方の意思決定に関する課題について、いかがでしょうか。認知症の方の意思決定について、ご家族の意向に引っ張られてしまう傾向があるということですか、先生の指示とか治療方針について理解が難しい方がいらっしゃるということでしたけれども、認知症の方の意思決定に関する問題で工夫点ですか、ご意見、ご提案ございますでしょうか。面野先生いかがでしょうか。</p>
面野委員	<p>このケースは具体的にどのような方ですか。</p>

鈴木委員	<p>ご家族が介護で困ってしまっているのので、そちらを優先してしまったりすることが多くて、本来のご本人の意思を確認することをせずに、ご家族が、生活が楽になるように引っ張られてしまうことが多いということです。</p>
面野委員	<p>例えば家族の意向で施設に入るとか、そういうことですか。</p>
鈴木委員	<p>はい、そうです。</p>
面野委員	<p>確かに全体的にご家族の意向になりがちです。アドバンスケアプランニングも推測しようということですけども、在宅の現場だとやはりご家族の考えになっていたりとか、ご家族の想いを伺って、これは本当に本人の意思なのかな、と疑問に思うこともある。ただ一方で、お金を払うのはご家族だったり、労力がかかるのもご家族なので、ご家族の意向に引っ張られてしまうのも仕方がない部分かもしれないとも感じます。答えになっていないかもしれませんが、私もそういうところがあります。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。難しいテーマですね。認知症の方の意思決定はもちろん大切にしたいところですが、その対応されているご家族の想いもあるというところで、なかなか解決策ということにはすぐには難しいと思いますが、ご提案ありがとうございます。認知症の方の意思決定支援につきましては平成30年に厚生労働省から、認知症の人の日常生活、社会生活における意思決定支援ガイドラインが出されています。市川市では、今年度、10月13日に初めてこのテーマで市民対象の講演会を行いました。また、12月には、専門職対象で、同テーマで、研修会を行う予定になっております。</p> <p>本年6月に公布された認知症基本法の中でも、基本理念として「認知症の人の意志決定の支援が適切に行われるとともに、その意向を十分に尊重し、その尊厳を保持しつつ、切れ目なく保健医療サービス、福祉サービスその他のサービスが提供されること」とされていますので、市として今後取り組むテーマであると考えております。</p> <p>続いて、リハビリテーション協議会からの課題ですが、長澤さん、リハ職として、認知症に関するフォローは行えていないという解釈でよろしいでしょうか。どのような形になればよいとお考えですか。</p>
長澤委員	<p>今、認知症のケアに限らず、施設は施設、病院は病院、在宅は在宅で、治療、リハビリをしていくという形が強い現状があります。その中で、各機関がうまく横の繋がりを作れていない現状があることが、リハビリ職としては</p>

	<p>課題だと思っています。医師だと診療情報提供書、看護師だと看護サマリーのような習慣があると思うんですけど、リハビリ職には決まった報告書がないので、リハビリに関する情報がうまく連携が取れないということが現実的にあるということで、課題になっていると思います。将来的にどうなるかというところで、何かツールができればそれを活用して情報共有することが理想だと思っています。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>特に、認知症の方に限りというか、認知症の方に焦点を当てるといかがでしょうか。</p>
<p>長澤委員</p>	<p>認知症の方に焦点を当てると、私の不勉強のところもあるんですけど、認知症初期集中支援チームにリハ職がいるのかどうかによって、情報共有が変わるのかなということを思っています。まだまだ取り組まなければいけないことがたくさんあるのが現状だと思っています。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。チーム員の構成の中にリハ職がいるかというところですが、作業療法士がおります。</p> <p>少し戻ってしまいますが、歯科医師会の秋本先生、認知症の方の歯科診療について、治療に関する意思確認や治療や連携についてなど、何か課題などございますか。</p>
<p>秋本委員</p>	<p>基本的には、歯科治療自体は、医師に比べて、これはこれっていう決められた治療方法がなくて、千差万別です。先生によって全部やり方が違うということがあります。極端な言い方かもしれないですけど、僕らの治療は生命に関わることはよほどのことがない限りないので、ただ、やはり一番多い意見は、家族から、食べられるようにしてほしいという意見です。そうするとやはり入れ歯を作るという形になってくるんですけど、そこで問題になってくるのが、認知症で初期でも進んでいる方でも、やはり異物なので、嫌がって使ってくれない。家族は作って満足だけれど、でも、実際使うのは家族ではなくご本人なので、そこで僕らが考えたのは費用対効果が全くない、むしろマイナスだったのではないかと僕は思うんです。診療は口の中を触られる時間が長いので、かなりストレスだし、それによって結果はどうなの、使っていない、無くしちゃう、捨てちゃうとなってくると、僕は申し訳なさしかないなので、その連携というか、うまくやる方法というのは、永遠の課題になってくるというところ。そういった部分で歯科治療はかなり難しいです。</p>

地域包括支援課 主幹	<p>現状がよくわかりました。ありがとうございます。普通の内科受診等に比べて、口腔というのはすごくハードル高いなというふうに思っていたので、認識できて良かったと思います。</p> <p>それでは、次の議題に移らせていただきたいと思います。</p> <p>資料4-1、4-2をご覧ください。議題4「令和4年度在宅医療・介護連携に係る相談実績及び退院支援に係る困難事例について」事務局より説明いたします。</p>
地域包括支援課 事務局	<p>議題4</p> <p>令和4年度在宅医療・介護連携に係る相談実績および退院支援に係る困難事例について</p> <p>毎年ご報告させていただいている相談実績となります。</p> <p>まず、市川市医師会地域医療支援センターでの実績ですが、相談件数65件、相談の内訳は在宅診療医の紹介が51件と最も多くなっています。相談者は本人及び家族や医療機関が多くなっています。相談の結果、センターで完結したものが56件でした。</p> <p>続いて、高齢者サポートセンターでの実績ですが、資料に記載漏れがありました。この実績は「総合相談のうち、入退院支援に関するもの」となります。相談件数は15箇所の合計で566件、圏域ごとの件数はお示しのとおりです。支援対象者の世帯では、独居と高齢者世帯を合わせて344人と半数以上を占めています。相談者の内訳は、家族、MSW、看護師が多くなっています。看護師は退院調整看護師を含んでいます。疾患の内訳は、がんが最も多くなっています。裏面をお願いします。5の医療機関の内訳は資料のとおりです。6の初回依頼内容は介護保険の申請、ケアマネジャーの調整や紹介が多くなっています。7の支援結果はケアマネジャーへの引継ぎが最も多くなっています。</p> <p>最後に、当課での相談実績ですが、相談件数は32件、認知症に関する相談などがありました。高齢者サポートセンターが15カ所に増えた段階から、直接行政にかかってくる相談のお電話が少なくなっております。</p> <p>続いて、資料4-2をご覧ください。高齢者サポートセンターによる令和4年度の退院調整相談において支援が困難であった事例をいただき、その一部まとめましたので報告いたします。表は、事例をテーマごとに分けてまとめたものです。</p> <p>① として、コロナ禍に起因する困難事例がございます。</p> <p>これは、皆様もたくさん経験されたことと思いますが、病院の中に在宅の支</p>

	<p>援者（高サポやケアマネ等）が入れない状況が続き、情報共有に苦労したこと、感染者への支援に対応していただける事業所が限られていたことなどが困難の要因でした。</p> <p>② は、意思決定能力に問題があるケースです。</p> <p>1つ目の80代男性の事例は、入院中に認知機能が低下した独居の方の退院調整です。疎遠にしていた親族への働きかけや、本人の住まいであるマンションの管理人から、管理組合に負担がかかるため施設入所を頼まれたりと、苦労が大きかったのではないかと想像されます。</p> <p>その他、独居で医療処置が必要であるが自己管理が困難であることに加えて、自宅がごみ屋敷になっており、自宅での支援が難しい方などの事例がありました。</p> <p>③は、病院との情報共有・連携がうまくいかなかったケースです。入院の際の情報共有や退院に向けて必要な情報が得られなかった事例です。</p> <p>④ は、介護保険申請後、認定が下りる前にサービスを利用する、暫定利用に関するケースです。暫定利用の場合、介護度によっては自己負担が発生するリスクがあることなどから支援が困難だった事例でした。</p> <p>説明は以上となります。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ただいまの説明につきまして、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。鈴木さん、ケアマネジャーとして退院調整の困難事例等につきましてご意見はございますか。</p>
<p>鈴木委員</p>	<p>コロナ禍ということもあったからだと思いますが、退院の直前のお知らせが多くて、なかなか在宅支援に繋げるのが大変だったので、退院直前ではなくて、入院中に早めに訪問看護やご家族に状況を教えていただいて、退院に向けて在宅の支援ができたならもう少しスムーズに進むかなと思います。暫定利用に関しては、最近、特に増えていますので、どうしてもオーバーしてしまうことを考えると最小限のサービスになってしまうので、そこはどうしたらよいかと困っているところではあります。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。四ツ屋さん、退院カンファレンスのご経験等からご意見ございますでしょうか。</p>
<p>四ツ屋委員</p>	<p>帰りたいとおっしゃって退院カンファレンスになると思うんですけども、なるべく叶えて差し上げたいと思いますので、ケアマネジャーはじめサービス事業所が集まってカンファレンスして、退院に結びつきたいなどは思</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>っています。</p> <p>ありがとうございます。福澤先生、医師会として困難事例について何かご意見ございますでしょうか。</p>
<p>福澤委員</p>	<p>この数字を見て、地域医療支援センターの依頼は、以前より増えたんですが、ちょっと少ない。病院からの相談は高齢者サポートセンターへ集中しているのかなという印象。困難事例であるほど早めに主治医を見つけると組織は動きやすいはずです。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>地域包括支援課に相談があった方にも、高齢者サポートセンターにもお話をしていますが、主治医の紹介をして欲しい等のご相談は全て地域医療支援センターをご紹介してお繋ぎするようにしています。介護申請をしたいとか、それ以外もいろいろな相談を高齢者サポートセンターで対応して下さっていると思いますが、主治医の紹介については、地域医療支援センターをご案内しております。</p>
<p>福澤委員</p>	<p>以前の話ですが、大きい病院で働いている医師というのは、退院後のことはあまり考えないです。どういう生活環境に戻っていくのか、独居なのかご家族がいるのか、住宅環境等に関しても差があるんですね。それは、どれが良い悪いという話ではなくて、患者さんひとりひとりに与えられたものなわけで、そこが少しでも垣間見えないと、なかなか退院後の対応を考えることは難しい状況だった。ところが、病院の中に、相談室や連携室を作ったりとか、クリニックとの連携をしていこうというところをビルドアップしていったら、退院後の生活が垣間見えるようになってきたという流れですね。答えはひとつではないし、患者さんひとりひとり、それぞれ環境や抱えている病気が全然違う話なので、答えを見つけ出すということはなかなか難しい。でも、今やっているようなことをきちんとやっていくということが大切ですし、こういう会議を持てているってということ自体を、病院の連携室とか病院の先生方にぜひお伝えしていただきたいと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。大木先生いかがでしょうか。</p>
<p>大木委員</p>	<p>私は市川総合病院の患者支援センターのセンター長をやっておりますので、まさにそこら辺のところは、院内でやっていこうと思いますが、市川総</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>合病院の場合には、やはりそれぞれの科の特性があります。中枢神経の病気だったり、がんだったり、退院後の様子とかフォローの仕方もそれぞれ変わってくるので、市川総合病院の場合には各病棟に必ず1人ずつ、退院調整ナースが専門として付いているわけですね。福澤先生がおっしゃったように、医者がそこまでなかなか介入しきれないので、ほとんどが退院調整のナースの腕にかかっているというわけです。全員に退院調整ナースが入るわけではないです。入院時に特定の条件を満たした患者さんが、病棟の中から、患者支援センターに調整をお願いしますという依頼が来た方が対象になります。そういったシステムでそれぞれに動いているとは思いますが、市全体として、どのように動いてるとかはあまり医者は分かっていないかもしれません。ですから、医師に啓蒙するように、どうやっていったらよいか考えていきたいとは思っています。</p> <p>ありがとうございます。佐多先生、ご意見ございますでしょうか。</p>
<p>佐多医師</p>	<p>遅れてきてしまって、状況が理解しきれていないんですけども、多職種連携という大きな部分で、この数年間コロナでいろんなことが途絶えてしまったので、これからまた徐々に、行動制限がなくなってくると思うので、病院に退院調整ですとか、そういう感じで参加する機会も増えてくると思います。この数年間は本当に少なかったもので、介護の皆さんとかケアマネジャーの方と顔を合わせるということが極端に減ってしまったので、それがまた復活してくると、もう少し市川市の多職種連携というのが充実していくのかなと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。今後、顔の見える関係というのが、連携にとってはとても大切だと思っております。ありがとうございました。</p> <p>これで議題についてはすべて終了となります。</p> <p>次に次第3、その他として、10月20日に行われました「都道府県・市町村担当者等研修会議」について、市職員2名と本日まで出席の四ツ谷さん、鈴木さんが参加されましたので、事務局よりご報告いたします。</p> <p>3. その他</p> <p>○令和5年度都道府県・市町村担当者研修会について</p>

地域包括支援課 事務局	<p>地域包括支援課の竹下と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。</p> <p>10月20日に開催されました、令和5年度都道府県・市町村担当者研修会につきまして、この場をお借りして、ご報告させていただきます。配布しておりますプログラムとワークシート2枚をご参照いただければと存じます。本研修は、厚生労働省主催の研修となっております、東京都の新橋において、対面形式で開催されました。北は東北から南は九州まで、多くの地域から、60人以上の参加がございまして、市川市からは、本日の会議に出席されております四ツ屋さん、鈴木さん、そして地域包括支援課から、近藤、竹下の計4名で参加いたしました。</p> <p>研修内容は、本日お配りしたプログラムの通りとなりますが、研修の一つといたしまして、4つの場面に応じたPDC Aサイクルの実践に関するグループワークがございました。看取りをテーマといたしまして、市川市として目指すべき姿の設定、現状把握、課題抽出及びその対応策といった事項の検討を行いました。具体的には、お配りした資料の、ワークシートに沿ってグループワークを行いました。多職種の方々と一緒になってPDC Aサイクルに沿った検討を行うことで、より多くの視点から議論が行われまして、課題の可視化であったり効果的な対応策の設定等に繋がるとともに市川市として目指すべき姿の共通理解、共通認識が得られたのではないかと感じております。</p> <p>本研修での学びを活かしまして、在宅医療介護連携のさらなる推進に取り組んで参りたいと考えております。事務局からの報告は以上となります。ありがとうございます。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>その他、事務局から連絡事項ございますでしょうか。</p> <p>○令和5年度第3回在宅医療介護連携推進に関する会議について</p>
地域包括支援課 事務局	<p>事務局から1点、連絡事項となります。令和5年度第3回の在宅医療介護連携推進に関する会議につきましては令和6年の1月下旬頃の開催を予定しております。連絡事項としては以上となります。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>それでは最後に全体を通しまして、伊藤先生、ご意見いただけますでしょうか。</p>
伊藤委員	<p>いま医療DXというものを進めていますよね。今のオンライン資格確認をもとに、それを拡充して行って、おそらく全国版の医療情報プラットフォーム</p>

ムというものを作っていくとなった時に、認知症だけではなくて全ての病気がそういう形のフロー図で行っていくのかなという気がしています。複数の医療機関がひとつになって臨むということがこれから求められていくのだろうと考えた時に、今日話題になった薬薬連携は良い例だと思うんですけど、病院の薬剤師さんというのは、個々の患者さんに対して担当薬剤師という人がいるわけではないですね。そこが大きなネックになっていて、先ほどの薬薬連携のことになると、病院の薬剤師さんと地域の薬剤師さんが連携できるようになるのかなと。オンライン資格確認ではお薬手帳が見られますよね、他の科だって耳鼻科だとか皮膚科の薬も見ることができます。持ってくる人はまだまだ少ないですけど、これが広がっていけばかなり今日のお話もクリアできるのかなという気がしています。さっきの退院カンファレンスで気になるのは、患者さんを病院にお願いしてその患者さんがどうなっているのかケアマネジャーに聞いてみると、他の都道府県の施設に入っていると、そこで初めて知るような部分があります。前回の会議でも、大木先生にお話したのが、入院した時に担当した先生が、在宅にも少し目を向けて在宅の状況も少し気にしてもらえると、リアルタイムで情報共有できるのかなと、それが薬剤師さんの方でもできればいいのかなという気がしていました。やはり、担当の人が誰かいないと繋がっていかない。それを目指して国はプラットフォームを作ろうとしているのかもしれないけれど、この辺は、課題かなと改めて感じています。頑張ってもらいたいのは、担当のケアマネジャーが、退院カンファレンスに顔を出していただいて、情報を出していただければ、いきなり施設に入るとかではなく、とりあえず在宅で頑張っているという案もできてくるのかなということを考えていました。ありがとうございました。

4. 閉 会

地域包括支援課
主幹

ありがとうございました。今回も皆様の貴重なご意見を伺いまして、とても意義深い会議になったかなと思います。

これをもちまして、令和5年度第2回市川市在宅医療介護連携推進会議を終了させていただきます。本日はお忙しい中ご参加いただきまして、誠にありがとうございました。