

令和5年度 第3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6年1月25日（木） 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2委員会室

3. 出席者

【委員】

福澤委員、越田委員、大木委員、吉岡委員、佐多委員

秋本委員、西川委員、鈴木委員、四ツ屋委員、石丸委員、高木委員

【高齢者サポートセンター】

高齢者サポートセンター曾谷

【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

4. 傍聴者

0名

5. 議事

- (1) 第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）について（報告）
- (2) PDCAサイクルの設定について（意見交換）
- (3) その他：多職種連携地域包括ケアシステムのセキュリティ強化

6. 配布資料

- ・ 会議次第
- ・ 資料1：第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）について
- ・ 資料2：PDCAサイクルの設定について
- ・ 資料3：多職種連携地域包括ケアシステムのセキュリティ強化
～令和6年度電子証明書の導入予定～

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>それでは定刻となりましたので、令和5年度第3回市川市在宅医療・介護連携推進に関する会議を開催いたします。本日議事進行を務めさせていただきます、地域包括支援課小松崎です。よろしくお願いいたします。開会に先立ちまして、地域包括支援課長奥野よりご挨拶申し上げます。</p>
地域包括支援課長	<p>皆さんこんばんは。本日はご多忙のところまた大変お寒い中、今年度第3回となる在宅医療・介護連携推進に関する会議にご出席いただき誠にありがとうございます。本日の会議は、現在策定を進めております来年度からの高齢者福祉計画・介護保険事業計画にも位置付けさせていただきますが、高齢になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療と介護に携わる関係者の皆様方の連携を推進し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築していくことを目的としております。</p> <p>本日も限られた時間ではございますが、それぞれの議題を通して忌憚のない意見交換をいただき、今後の円滑な連携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お願いいたします。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>本日、伊藤委員、面野委員、長澤委員は他の業務と重なっておりまして、欠席とご連絡をいただいております。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。本日の傍聴者はいらっしゃいますか。</p>
地域包括支援課 事務局	<p>傍聴者はありません。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>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。議題1 第9期市川市高齢者福祉計画介護保険事業計画（案）について、事務局竹下より説明いたします。</p>

地域包括支援課 事務局	<p>2. 議 題</p> <p>議題（１）</p> <p>第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）について</p> <p>地域包括支援課の竹下と申します。議題1 第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）についてご説明いたします。配布資料1をご覧ください。</p> <p>第8期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の実施期間が今年度で終了することに伴い、現在、令和6年度から令和8年度までの3年間を実施期間とする第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の策定作業を行っております。第9期計画の実施は令和6年4月からとなりますが、本計画には在宅医療・介護連携の推進等に向けた基本目標や各施策を位置付けていることから、それらの点を中心にこの場をお借りして現時点の計画案等をご報告させていただきます。なお、第9期計画は市川市社会福祉審議会、高齢者福祉専門分科会にて審議が行われておりますが、本日ご出席の福澤委員にも当審議会及び分科会の委員を務めていただいております。</p> <p>それでははじめに、第9期計画策定に係る国の動向についてご報告いたします。資料1ページをご覧ください。厚生労働省開催の第107回社会保障審議会介護保険部会にて、第9期介護保険事業計画の基本指針（案）が示されました。介護保険法の規定により、国は介護保険事業計画策定のガイドラインとなる「基本指針」を定めることとされています。第8期の基本指針では「在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備」がサービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項の1つとして位置づけられましたが、今般、第9期計画に係る基本指針の見直し案として、「在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備」を引き続き基本的事項として位置付けたうえで、その中に「かかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果を考慮した医療・介護連携の強化」「PDCAサイクルに沿った事業展開を行えるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等の重要性」の2点を新たに追記する旨、示されております。</p> <p>なお、参考資料として、在宅医療・介護連携に関連する第9期計画基本指針案の全文を5ページに、基本指針への追記が提言された、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討について現時点で厚生労働省が示している概要資料を6ページに掲載しています。今後も改正介護保険法や基本指針等の動向に着目し、本市の高齢者福祉行政へ適切に反映できるよう努めてまいります。</p>
----------------	--

つづきまして、第8期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の振り返りをさせていただきます。資料2ページをご確認ください。第8期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画では「個人として尊厳が保たれ その人らしく自立した生活を送ることができる安心と共生のまち いちかわ」を基本理念として掲げ、基本目標の2として「医療・介護の連携推進と提供体制確保に向けて」を設定し、本目標に関する施策の1つに「在宅医療・介護連携の推進」を位置付けておりました。施策の進行管理事業としては「在宅医療の地域住民への普及啓発」「在宅医療・介護関係団体の連携促進」を、取組の効果を示すアウトカムには、中間アウトカムとして「多職種連携の実現」を、最終アウトカムとして「住み慣れた地域・居宅での自立した生活の維持・継続」を設定しておりました。進行管理事業及びアウトカムに対応する指標は資料右側にお示ししたとおりです。

最後に本題となりますが、第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（案）についてご説明いたします。資料3ページをご覧ください。まず、第9期計画の基本理念ですが、第8期計画と同様、「個人として尊厳が保たれ その人らしく自立した生活を送ることができる安心と共生のまち いちかわ」としております。第9期計画ではこれまでの基本理念を引継ぎ、超高齢社会に対応する「地域包括ケアシステム」の構築、深化・推進に努め、高齢者の自立と尊厳を支えるケアを確立することや、地域共生社会の実現に向けた取組みの推進を掲げております。基本目標は、地域包括ケアシステムの構築、深化・推進において、住民、支援者、行政に期待される役割を踏まえ、その1「自分らしく自立した生活を送る」、その2「尊厳ある暮らしを支える」その3「安心と共生の基盤をつくる」の3つを設定し、うち基本目標2「尊厳ある暮らしを最期まで支える」に係る施策の1つとして「在宅医療・介護連携の推進」を位置付けております。

つづきまして、施策「在宅医療・介護連携の推進」の具体的な内容についてご説明いたします。資料4ページをご覧ください。医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や医療・介護関係者と地域の目指すべき姿を共有しつつ関係者の連携を推進することを目標に、①4つの場面・認知症への対応を意識したPDCAサイクルの展開及び連携推進、②地域の医療・介護関係者間の連携推進を目的とした多職種対象の参加型研修会の実施、③医療・介護関係者間で速やかに情報が共有できるよう、情報共有ツールの普及・活用の支援、④地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるように、また、人生の最終段階におけるケアの

	<p>在り方や在宅での看取りについて理解できるようにするため、講演会の開催やパンフレットなどの配布の継続の4点を今後の方針として設定いたしました。また、これらの方針を明示化したものである主な事業や取組みを4ページ右側に記載しております。上から順に「在宅医療と介護の切れ目ない提供体制の構築」「医療・介護関係者の研修」「医療・介護関係者の情報共有の支援」「地域住民への在宅療養の普及啓発」また、他課の所管事業となりますが「在宅医療支援事業」「在宅療養者等口腔保健推進事業」の計6事業を位置づけております。主な事業や取組みの内容は資料に記載しているとおりとなります。議題1のご説明は以上となります。ご清聴ありがとうございました。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ただいまの説明について、ご質問がございましたら挙手をお願いいたします。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>4ページの地域住民への在宅療養の普及啓発ありますけども、確かに市民の方に在宅療養を知っていただくのは大事だと思うのですが、実際、今後どのような形で考えているのか、予定はあるのでしょうか。以前グリーンスタジオであった在宅医療のことを広めるという活動は非常に良かったと思うのですが、具体的に今後の案があれば教えて欲しい。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>以前グリーンスタジオで行ったイベントは、評判は良かったのですが、行政だけの予算ではなく、補助金を活用した経緯があります。翌年も申請したが却下されてしまい、1回限りになってしまいました。あのようなイベントについては来年度予算については計上していないので、来年度は難しいとは思いますが、今後、そういった補助金等が出てくれば活用できると思います。</p> <p>後ほど説明する予定でしたが、資料2の2ページ目、一番左の下に、地域住民への普及啓発の欄に、今年度の取組みを記載しております。認知症講演会、在宅医療講座を3回開催、テーマは、「人生の最期どう過ごしますか」というもの、また、「私のリビングウィル」の配布、在宅療養パンフレットの配布などで、目的として、在宅療養が必要になった際に、どのような資源があるのかを知っていただくこと。「訪問看護師はこんなことをやっている」「訪問薬剤でこんなことをやっている」というように、専門職がどう関わって療養を支援しているのかということを知っていただきたいということが一つです。また、元気なうちからご自身の最期はどう過ごしたいかという意味を皆さんに伝えることが大切です、ということ。その二本柱で普及啓発を行っております。</p>

吉岡委員	ありがとうございました。
越田委員	資料にいろいろ書いてありますが、内容は第8期と第9期で同じことを求めているように思う。結局、第8期と第9期で何が変わるのでしょうか。内容の中には、もう何年もやっているということもある。一言で言うと、何が変わるのでしょうか。
地域包括支援課長	本当に一言で言うと変わらないです。多分こういった取り組みについては、ゴールというものが無いと思っています。ですから、先生のご指摘の通り、「これ、何年も前から取り組んでいる」というのは、それだけ、前から重要としているけれどもなかなか進んでいかない、そういったところを踏まえて、大切な取り組みであるけれども、引き続きやっていく必要があると。新たなものについては、順次追加していくという形になっていますので、代わり映えしないと云われればご指摘の通りという部分はございます。
越田委員	ということは、同じことをずっと繰り返しやっていくということなのですか。
地域包括支援課長	細かい事業の部分で、新たな取り組みが増えてきてはいますが、大きな項目として見たときには、あまり代わり映えしないというところはあります。
越田委員	なるほど。例えば社会福祉協議会等でも、高齢者の居場所をどうするか等の取り組みをやっていると思う。そうすると、一体どこで新たにフレッシュな気持ちで、「今年はこれをやるんだ」というような良い施策があるのか。行政で新しい方策がありますか。
地域包括支援課長	<p>新規で取り組むべき事業というものは、在宅医療の部分にはないのですが、先ほどご指摘いただいたような高齢者の方の居場所づくりに繋がるものや、あとは今年度途中からスタートしたのですが、コロナ禍で外出を自粛した方々、外出できなかった方々に、ぜひ元気に外出していただきたいということで、75歳以上の方々の外出を支援するためのバスとタクシーの利用に使えるチケットの支給も始めております。</p> <p>来年度、目玉となりうるかは不明ですが、そういった形での、高齢者の方々が社会参加をするための支援策というものが新たな事業として予定しているものはございます。ただ、この在宅医療の部分で、新たな施策というものは見えにくいと思っております。</p>

越田委員	了解いたしました。
地域包括支援課 主幹 福澤委員	<p>ありがとうございました。その他、ご意見ございますでしょうか。</p> <p>これは意見ではないのですが、施策の体系の「基本理念」の部分で、第8期と第9期で全く同じことが書いてありますが、途中で一字空いているのは意図的なものなのかどうか。</p>
地域包括支援課長	特に意図したものではございません。
越田委員	そうですか。第9期の方が見やすいと思う。
地域包括支援課 事務局	細かい部分までは修正ができてないので、1文字空けた方がわかりやすいというご意見は担当に伝えて、できるだけそのようにさせていただきます。
地域包括支援課長	見やすいという部分と区切りがいいというのが確かにあるかと思っておりますので、このままでいければと思っております。ありがとうございます。
地域包括支援課 主幹	<p>その他、ご意見ございますでしょうか。</p> <p>それでは、次の議題2、PDCAサイクルの設定に移らせていただきます。資料2をご覧ください。事務局近藤より説明いたします。</p>
地域包括支援課 事務局	<p>それではご説明いたします。在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、連続性を持った継続的な向上を図る、いわゆるPDCAサイクルに沿って事業マネジメントをすることが求められています。PDCAサイクルとは、Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）を繰り返すことで業務を継続的に実施・改善していく手法です。</p> <p>資料2は、前回の会議でお示しした、各団体で認識している課題を基に、4つの連携場面と認知症への取組、そして地域住民への普及啓発の6つの場面について、PDCAサイクルの設定を表にしたものとなります。一番左側に参考として、令和5年度に実施した取組を記載しました。6つの場面では、それぞれ目指すべき姿があり、その姿を一番右側の欄に記載しています。目指すべき姿を実現するための課題として、各団体から出された課題と行政が感じている課題をお示しし、その右の欄に課題に対する対応策と対応の効果を図るための評価指標の一部を記載しています。</p>

	<p>1例として、日常の療養支援の場面の課題をご覧ください。行政が感じている課題として「⑨市内栄養士による連携不足」をあげています。現状では管理栄養士・栄養士が集まる機会がないこと、管理栄養士による居宅療養管理指導が行われていないことなど連携を図る場面がないことから課題としています。そこで、在宅療養者にとって大切な栄養に係る支援に影響がでることのないように、対応策として、まずは市内に勤務する管理栄養士・栄養士の集いを開催できればと考えています。その指標としては、集いでアンケート結果により、連携を深められると回答した割合としています。</p> <p>本日は、それぞれの場面での対応策と、評価のために何を指標とすべきかについて、皆様のご意見をお聞きしたいと思います。次年度以降の会議では、対応策を実施した内容とその効果について検証し、改善策を考えていければと思います。説明は以上となります。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ただいまの資料2の説明について、何かご質問ございますか。</p> <p>資料の左端にあります4つの項目につきまして、項目毎に課題が挙げられていますが、それぞれの対応策として、どのようなものがありますでしょうか。ご意見をお聞かせいただけたらと思います。また、新たな課題等がございましたら、適宜追加していきたいと思っておりますので、ご提案いただければと思います。</p> <p>それでは、一番最初の項目、「日常の療養支援」のところで、こちらの場面において、他の職種との連携や同職種同士の連携を課題としていますが、それぞれの課題解決のための対応策について、いかがでしょうか。</p>
<p>福澤委員</p>	<p>カナミックについてですが、日常の療養支援の取組みのところ、以前の会議でも出たと思いますが、今在宅やっている人達はカナミックがなくてもやっていますが、まだ推していくのですか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>推していくということではなく、カナミックの事務局は続けますということです。活用されている先生もいらっしゃいますので、それを全面に出すわけではないですが、他のシステムがない先生で、これをお使いになる場合にはいつでも事務局としては開けていますという、手段の1つとして掲載しています。ですから、全面に推して、「ぜひこれで」ということではないです。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>他にご意見等ございますか。歯科医師会 秋本先生、日常の療養支援の課題のところ②、③、⑦のところが歯科と関連する課題となっておりますが、⑦にあります「歯科とケアマネの連携」についてであるとか、②の「在</p>

秋本委員	<p>宅における口腔内のチェックと口腔ケア」、③の「食事現場での摂食嚥下評価を多職種で行い、歯科治療の必要性を評価する」が課題として挙がっていますが、この課題についてそれぞれどのような対応策が考えられますでしょうか。</p> <p>昨日、歯科医師会で「口腔ネットワーク会議」というものを開催したのですが、吉岡先生にもご出席いただきました。②の「在宅における口腔内のチェックと口腔ケア」というものに対しては、市川市役所でやったグループワークで歯科医師や歯科衛生士の参加がそもそも少なかった。私も理事になって初年度で状況を知らなかったのも、反省すべき点ではあったのですが、そういう所にももう少し歯科医師と歯科衛生士が参加できればグループワークの時に口腔内の重要性を伝えたり、訪問看護師等の口腔内を触る職種の方が参加しているのであれば、歯科医師や歯科衛生士からアドバイスすることもできる。そのようなことが対応策のひとつにはなっていると思います。</p> <p>③の「摂食嚥下評価」というところも、口腔ネットワーク会議で挙げたのですが、なかなかこれを得意とする先生が市川市の中で多くないということが正直なところではあります。歯科医師会の中では訪問診療の協力医というかたちで、登録制でリーフレットがあるのですが、結構な数の先生が登録されていますが、「摂食嚥下」ということになってくるともしかしたら片手で収まるくらいの数の先生しかいないかもしれない。摂食嚥下は患者さんの命に関わってくるところでもあるので、その評価というと、歯科医師だけではなく、在宅STや医師会の先生等の多職種の総合的な評価が必要になってくるころなので、歯科単独で全てを評価するということはリスクが大きいと思っています。そういった点でも、行政で行っている医療介護連携のグループワークの中や、別枠で摂食嚥下に関する研修会というものを歯科医師会か行政でも実施すると、普及に繋がっていくと感じている。⑦の「歯科とケアマネの連携」に関しては、個人間でのやりとりが非常に多いので、今すぐには答えがでないことが現状です。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございました。介護支援専門員協議会の鈴木さん、今の秋本先生のお話を踏まえまして、ケアマネと歯科の連携、また、⑥の薬剤師との連携、⑤の病院との連携につきまして、対応策等ございましたらお願いいたします。</p>
鈴木委員	<p>居宅療養管理指導を取っているところだと、歯科医師や薬剤師の方と比較的情報共有がしやすいのですが、そうではないところだとなかなか連携する機会が少ないです。先日の研修でも歯科医師と薬剤師の方がグループワーク</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>に入っていて、歯科や薬の話が聞いてよかったと参加したケアマネジャーから聞いています。以前、薬剤師会とケアマネジャーとの研修があって、そのような機会もよかったという意見もあるので、研修会や多職種の集まりがあると良いと思います。</p> <p>病院との連携については、コロナ禍ではなかなか対面でできなかったが、最近では退院前カンファレンスができるようになってきているので、連携が進んできていると思っています。</p> <p>ありがとうございました。その他、「日常の療養支援」についてご意見がある方いらっしゃいますでしょうか。</p>
<p>福澤委員</p>	<p>課題の⑨「市内栄養士間の連携不足」のところで、地域医療支援センターに管理栄養士がいるので、その方を中心に栄養ケアステーションを立ち上げて、やっていこうかという話が出ています。実際動けるかどうかというところに関しては、千葉県の勉強会に管理栄養士に出てもらったりであるとか、いま横浜市青葉区で実際に立ち上げてやっているようなのですが、その立ち上げに関与した関東学院大学の教授を講師として動かそうとしているところです。今回初めて、栄養士の課題がでていると思うのだが、なぜ出てきたのかというところを教えていただけると今後役に立つと思うのですが、教えていただけますでしょうか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>実は、地域医療支援センターの管理栄養士の方とお話させていただきました。前向きなお考えをお持ちの方で、やりたいことはいろいろあるが誰に声をかけたら良いのだろうか、と話していました。素晴らしい志をお持ちでも、ひとりでは難しい。そこで、行政として何かできるとしたら、栄養士さんが集まる場を設け、そこから広がればよいのではないかと考えました。</p>
<p>福澤委員</p>	<p>うまくいくかどうかは分かりませんが、前向きに動き始めております。地域医療支援センターの大きな目標になっております。</p>
<p>地域包括支援課 主幹 大木委員</p>	<p>貴重な情報をどうもありがとうございました。</p> <p>心不全手帖のことが書いてあるので、一応一言お伝えさせていただきます。心不全手帖を改訂していただいて、記入するところが分かりやすくなったということで、訪問看護師さん等も記入していただけるようになってきて利用率が上がってきたのかなと感じています。なかなか活用してくれないと</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>いう問題も多少ありましたが、地道な活動で、「デイサービス等でも見せてね」等とお伝えしながら、徐々に活用してもらえようようにして、少しよくなってきていると思います。心不全に限らず、健康手帳のようなかたちで、皆で使って良いのかなとも思っています。最近、製薬会社でも血圧手帖も発行しなくなってきているので、血圧手帖の代わりに心不全手帖を使っているという方もいますし、活用を広めるということも良いのかなと思います。</p> <p>貴重なご意見ありがとうございます。その他、「日常の療養支援」のところでご意見や対応策ございますか。</p>
<p>西川委員</p>	<p>質問です。薬剤師なのですが、多職種連携について、市川市も広いので、地域によっては市をまたいでの連携が今後も増えていくと思います。他市との連携がどのようになっているのかという現状把握や、市をまたいだお互いの活動を知る研修会であるとか、そのような予定はありますか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>2次医療圏を意識して在宅医療介護連携に関する会議が年1～2回、東葛南部6市で行われています。その中で、現在はまだ実現できていないですが、市川市と浦安市の合同研修等の話題は出ているので、そのような会議を通して、他の市町村にお話してみることはできると思います。心不全手帖等については、2市で同じものを使う等、6市の中で協力していく体制はあります。また、6市に加え千葉市や柏市が参加したり、県の方に出席していただくこともあるので、連携に関しての提案はできると思います。</p>
<p>地域包括支援課主 幹</p>	<p>その他ご意見ありますでしょうか。それでは、「入退院支援」のところで、訪問看護部会の四ツ屋さん、課題②で「訪問看護師と病院の連携」のところがありますが、これについて対応策等あればお願いいたします。</p>
<p>四ツ屋委員</p>	<p>先ほど鈴木さんもおっしゃっていた通り、コロナが明けてから退院前カンファレンスが少しずつ多くなってきているので、連携は取れてきているのではないかと感じています。今まで通り、会議や研修会をやっていただければ、顔の見える連携に繋がっていくのではないかと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。「入退院支援」の課題の③として、「薬局薬剤師と病院薬剤師の連携」がございしますが、西川先生、このあたりはいかがでしょうか。</p>

西川委員	<p>コロナが明けて、薬局薬剤師も呼ばれることが増えてくると、より患者さんのためになるのではないかと考えています。研修会等もやっていきたいと思っています。</p>
地域包括支援課主幹	<p>2つの項目を通して、病院と訪問看護師や病院とケアマネジャー、病院薬剤師と薬局薬剤師等、病院と在宅の様々な職種の連携が課題になってきていますが、大木先生、それぞれの連携についてご意見や対応策はございますでしょうか。</p>
大木委員	<p>研修会を開いて、顔の見える関係を作ることですけれども、お互い影響し合っているのです、意見や要求があると思います。研修会にプラスして、「もっとこうして欲しい」というお互いへの要求や意見を出し合えるような会があると良いと思います。</p>
地域包括支援課主幹	<p>ありがとうございます。今年度も研修会を開催しておりますが、そこで多職種が顔を合わせる機会になり、顔の見える関係になると、意見を言いやすくなるということも感じております。</p> <p>「入退院支援」につきまして、他にになにかご意見等ございますでしょうか。高齢者サポートセンター曾谷、大蔵さん、連携を推進するために何か対応策はございますでしょうか。</p>
高齢者サポートセンター職員	<p>高齢者サポートセンターは、入院時はほぼご家族が対応するので病院と連携することは少ないのですが、退院の時は、病院相談員から支援を依頼されることがあります。高齢者サポートセンターは支援を繋ぐ立場です。例えば、必要であればケアマネジャーを紹介します。ただ、病院側で相談員さんの情報が少ないと、高齢者サポートセンターはご本人にお会いしているわけではないので、うまく連携が取れないこともある。ですから、カンファレンス等に声をかけていただいて参加させていただけると、ご本人の状態を見て適切な支援に繋ぐことが可能なのかなと思います。</p>
地域包括支援課主幹	<p>ありがとうございます。介護認定の申請手続きですとか、準備ができてから退院という流れが望ましいとは思っているので、退院が迫ってからのカンファレンスというよりは、余裕をもったカンファレンスやご本人の状態を見るということが必要と感じていらっしゃるということでしょうか。</p>
高齢者サポートセ	<p>時々あるのですが、病院の相談員さんから、介護認定の申請は病院でした</p>

センター職員	<p>のだが必ず要支援がでます、という情報をいただくことがある。ただ、高齢者サポートセンターはご本人に会っていないですし、本当に要支援が出るのかどうか分からない。実際に退院してきて数カ月経って、非該当になる方もいらっしゃる。その方々はサービスを利用していなかったのが良かったですが、そういったところでうまく連携が取れていないと感じることも、正直多々あります。退院支援というところでは、病院の相談員さんと高齢者サポートセンターが密に連携を取っていないと、地域の住民の方に迷惑をかけてしまうことになると感じています。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございました。このことについて何かご意見等ございますでしょうか。</p> <p>それでは続いて、「看取り」の項目に移らせていただきます。裏面をご覧ください。「看取り」の場面の課題⑥、「看取りの時期に入ったことを医療側が本人家族に言ってくれないと介護側としては言い難い」という課題に対して、四ツ屋さん、鈴木さんからのご提案として、サービス担当者会議の開催を昨年10月の会議の際に伺っていますが、このことについて具体的にはどのようなご提案だったかご説明いただけますでしょうか。</p>
四ツ屋委員	<p>今まで看取り期に入った時に、ケアマネジャーと一緒に担当者会議を行う機会が少なかったということがありまして、昨年の会議で鈴木さんと、これから一緒にその場面で担当者会議ができれば良いですね、という話をさせていただきました。</p>
鈴木委員	<p>看取りとなると、介護側は介入しにくいということがよくありますので、看護師さんが担当者会議開催の声掛けをしていただけるとケアマネジャーも入りやすいというところがあります。あとは、亡くなる2週間前に2回以上訪問するとターミナル加算が取れるという算定基準もあります。医療が中心になってしまっていて、なかなか入りにくいこともあるので、そのような機会があればきっかけとなるので、看取りに対して一緒にやっていけるのではないかと感じています。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。越田先生、看取りの場面に入った際に、多職種の情報共有が実際にどのような形で行われているのか、ご意見いただけますでしょうか。</p>
越田委員	<p>看取りに関しては、在宅の主治医や、在宅医療ではない場合もその患者さ</p>

<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>んを診ている医者が、患者さん本人もしくは家族に話をしないことには何も解決しないと思っています。このPDCAサイクルというのは、かかりつけ医は入ってこないのでしょうか。</p>
<p>越田委員</p>	<p>対応策については、今は全部埋めてはいないので、ご意見をいただきながら埋めていきたいと思っています。皆様のご意見を反映させていただきながら対応策を膨らませていきたいと考えておりまして、一部のみの記載となっています。</p>
<p>越田委員</p>	<p>例えば、「リビングウィルの活用が不十分」とありますが、リビングウィルを患者さんに書いてもらうかどうかというのは、主治医がなんらかの形で関わって、当然、「何の医療をするのですか」という部分も出てくるでしょうし、②についても、訪問薬剤師が入っていれば話は別ですが、看取りの後、例えば末期がんで残薬がある場合は、返してくださいというのは医者が言わなければならない。伝えないと捨てられてしまいますから。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>それから、⑤の「自宅での看取りの経験が少ない」というのは、これは誰が言っているのですか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>これはケアマネジャーです。</p>
<p>越田委員</p>	<p>医者が「自宅で看取りますよ」と、「最終的に在宅医療で最期まで自宅で亡くなるまで面倒みますからね」という方向性があれば、それに関わってくるケアマネジャーやヘルパーといった多職種も一緒についてくる。退院時にも、例えば「末期がんで余命は半年間程だけれども、住み慣れた家で家族に囲まれて看取られてください」と伝えるのも、おそらく病院の医者か、それを受けた在宅の医者である。必ず医者に関わってくるはずですが、ここに入っていないのでお伝えしました。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>先生方からの情報が、訪問看護は指示書が出るので伝わるが、ケアマネジャーや介護の方には伝わっていないことが多いということが課題になっています。ですから、先生からの情報を先生から直接、または訪問看護師からケアマネジャーに伝わると、その情報が他の職種にも伝わるので、看取りに関しては医療しか繋がっていないことが現状では多いだろうということで課題として出させていただいています。今後、先生方にケアマネジャーにも伝えるということが浸透していけば改善されるのではないかと考えています。</p>

越田委員	<p>そもそもこれからの時代というのは、在宅での看取りがありきの時代になってきている。例えばサ高住のように自宅になっていけば、そこでも医者が行って看取りとなる。これから、家で亡くなることがスタンダードになってくる。そうすると当然、そういうステージに入る時、医者が入って多職種の方達をまとめて一緒にやっていかないことには成り立たない。ですから、入院から在宅に戻る時に多職種を呼んで会議をやることや手続きが行われることは普通のことだと思っているので、当たり前のことが書いてあると感じます。</p>
地域包括支援課事務局	<p>既に日常的に行っている先生からみると当たり前のことかもしれませんが、市内の全ての医療機関に向けてもっと発信をしていきたいと思っております。</p>
大木委員	<p>医師会の中でも話題になっていたのですが、施設で急変するとなんでもかんでも救急車を呼んでしまう。看取りの状況であっても、「何か変わったことがあったら救急車呼べと言われている」と。結局病院へ来て、蘇生が行われてしまう。救急医療情報キットの活用ということですが、これは、救急隊が活用するものですよ？</p>
地域包括支援課事務局	<p>救急隊が搬送時にキットを病院まで運び、救急課の先生にお渡しするものです。</p>
大木委員	<p>そうですね。救急隊を呼ぶということありきになっている。救急隊を呼ぶと救急隊は救うことが原則になるので、看取りとその辺りをもう少し整理した方がよいのではないかと思っている。病院側としても対応に困ったり、救急車も時間をとってしまう等、活動を妨げることにもなりかねない。</p>
地域包括支援課事務局	<p>住民への普及啓発がもっと必要です。在宅の先生が訪問診療に入っていられれば緊急時の対応もご説明してくださっているが、そうではない方は救急車を呼んでしまう。その辺りは整理が必要だと思います。ご意見ありがとうございます。</p>
地域包括支援課主幹	<p>ありがとうございました。今のお話は施設での急変時ということでよろしいでしょうか。</p>
大木委員	<p>例えば自宅でもあると思います。救急キットを救急隊に渡してください</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>と、救急で使うものを持っているけれども使わないとなると、これは救急車を呼ぶことと矛盾しているようにも感じます。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>ありがとうございます。その他、看取りの場面で何かご意見ございますでしょうか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>施設での看取りということですが、実際、施設で看取りを行うことも増えてきていると感じています。話がきちんとできていればスムーズですし、もしかしたら何かあった時に救急車を呼ぶというケースも減ってくるかもしれないですけども、実際、施設でどれくらい看取りの数が出ているのかというのは行政で把握しているのでしょうか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>看取り加算を取っている施設があります。看取りを行う施設が増えており、施設数や、どこの施設が行っているかということは、県からのデータで確認できます。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>実際にそのような施設が増えてきているということですね。介護施設なので24時間やっているの、夜中等に呼ばれることも増えるということは事実ですが、施設でも看取れるということを皆に分かってもらえると患者さんにとっても不安が和らぐ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す。その他にご意見ございますでしょうか。佐多先生、看取りの場面の対応策として、連携会議や研修会を挙げているのですが、どのようなテーマ、内容があると良いか、ご意見・ご提案等あればお聞かせいただけますでしょうか。</p>
<p>佐多委員</p>	<p>私は全部の患者さんに最初にリビングウィルを聞いています。その上で、状態が変わった時に何度も聞いていく。そのタイミングによって、看取りの方向で考えていても、例えば施設で物を詰ませたとか、意思とは反するところで救急隊を呼ぶこともある。なにがなんでも全部救急隊を呼ぶということではなく、状況に応じて変わってくると思います。施設の件数の話も、死亡診断書はサ高住やグループホームは自宅扱いになるのでそこからは分からないと思う。自宅で亡くなると言っても孤独死の人も自殺の人も入っているし、統計として細かく見られるのであれば是非見てみたいです。</p> <p>看取りの勉強会という意味では、施設で働いている方や訪問介護の方等、皆同じレベルで患者さんに接して、同じレベルで、人が亡くなるということ</p>

地域包括支援課 事務局	<p>や、このようなことがあったらこう対応した方が良い、こうしたらいけないといったことを研修でしっかりやって、レベルを上げていくということが大切だと思います。</p> <p>ありがとうございます。看取り加算の数はわかりますので、自宅・施設全部で、看取って亡くなられた方が何人かという数は出せています。それをもとに、分母が医療保険の市川市の被保険者、分子がそのうちの看取り加算を取った人数という形で、看取り率を出す予定です。ただし、それが、自宅なのか施設なのかは分かりません。事故死や不審死は除かれています。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>訪問介護部会の石丸さん、看取りの場面ではヘルパーさんの関わりもあるかと思いますが、今、先生からも研修会のご提案もありましたけれども、ヘルパーさんを対象とした研修会等につきまして何かご提案がありますでしょうか。</p>
石丸委員	<p>訪問介護部会全体で看取りの勉強会をするという機会はあまりないです。ただし、看取り時期に入った方に訪問介護提供が決まった時点で、担当者会議に出席してどういうご意向でいらっしゃるか等、情報共有しながら最期までしっかり対応できるようにしていくというところです。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございました。続いて、次の項目の「認知症への取組」です。通所介護部会 高木さん、認知症への取組について、デイサービスの場面で認知症の方の意思決定支援について、ケアマネジャーやデイサービスの職員間との連携の中で課題となっていることはございますでしょうか。</p>
高木委員	<p>情報はケアマネジャーからいただいて、その方に合ったケアがデイサービスで行われるようにしています。デイサービスは通常型と認知症対応型がありますが、通常型のデイサービスにも認知症の方はいらっしゃいます。その場合、認知症でない方と活動することになります。やはりケアマネジャーからの情報をしっかり把握して対応することと、送迎の際にご家族に状況をお聞きして、それをまたケアマネジャーに報告するというをやっております。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございます。ケアマネジャーやご家族と情報共有しながらご本人の意思決定の支援をしていらっしゃるということですね。</p> <p>吉岡先生、課題①のところで、「認知症の方への理解の促進が不十分」ということが挙げられているのですが、何か対応策としてご提案等ございますで</p>

<p>吉岡委員</p>	<p>しょうか。</p> <p>難しい問題だとは思いますが。一番問題になるのは、認知症でないと思われている方が問題を出しているときだと思います。どこへ行っても対応が大変になってしまいます。ですから、早期診断が大事になってくると思います。例えばレビー小体型認知症だった場合は少し転びやすかったり、そういうことは対応できますから、やはり早期診断、早期介入につけるのかなと思っています。支援チームで関わっていても、受診はされているが診断がついていないという方もいますから、地道にやっていくしかないのかなとは思っています。何が言いたいかという、認知症ではないと言われている方が認知症になった場合に皆が困ってしまうということがあると思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。その他、認知症についての取組みに関しましてご提案等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。</p> <p>そうしましたら、議題2については終了させていただきまして、議題3に移らせていただきます。事務局柏原からご説明いたします。</p> <p>3. その他</p> <p>○多職種連携地域包括ケアシステムのセキュリティ強化</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>株式会社 カナミックネットワークのシステムの電子証明書の導入についてご説明いたします。資料3をご覧ください。多職種連携地域包括ケアシステムである株式会社 カナミックネットワークのシステムのセキュリティ強化のため、令和6年度中に電子証明書を導入する予定となっております。これまで、一人につき1つ付与しているIDとパスワードを入力することで、システムを利用することができましたが、今後、電子証明書をインストールしたパソコンやスマートフォンでのみ利用ができるかたちとなります。クライアント認証をしたうえで、IDとパスワードを入力することでセキュリティ強化につながることから、令和6年度予算で要求しているところとなります。今後、IDとパスワードを持っていらっしゃる関係者の皆様へ導入方法等が決まり次第、ご案内いたしますのでよろしくお願い申し上げます。</p> <p>○2月28日開催の在宅医療講座について</p>

<p>地域包括支援課 主幹 福澤委員</p>	<p>続きまして、市民を対象とした講座についてご案内いたします。令和5年度市川市在宅医療講座を「人生の最期をどのように過ごしますか」というテーマで、2月28日、全日警ホールで開催を予定しております。</p> <p>本会議にご出席いただいております佐多先生とセコム市川南訪問看護ステーション 所長 橋本弥生様にご講義いただきます。1月22日より申込を開始しておりますが、現在88名の方からお申込みいただき、関心の高い講座となっています。そのため、定員を80名から100名へ拡大いたしました。</p> <p>○次年度の在宅医療・介護連携推進に関する会議について</p> <p>続きまして、次年度の本会議についてご説明いたします。次年度も今年度と同様に、3回の開催を予定しております。第1回は5月下旬頃を検討しておりますので、よろしくお願いいたします。</p> <p>以上で、その他の報告とさせていただきます。</p> <p>最後に全体を通して、福澤先生ご意見いただけますでしょうか。</p> <p>活発な議論ができたかなと思います。</p> <p>4. 閉 会</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。これもちまして、令和5年度第3回市川市在宅医療・介護連携推進会議を終了いたします。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。</p>

(20時50分閉会)