

令和 6 年度 第 1 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 6 月 27 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 3 委員会室

3. 出席者

【委員】

佐々木委員、福澤委員、越田委員、大木委員、吉岡委員、山賀委員、佐多委員、秋本委員、西川委員、村尾委員、鈴木委員、橋本委員、山田委員、鵜飼委員

【市川市】

福祉部長、介護保険課長、地域共生課長、地域包括支援課長、保健医療課長、健康支援課長、国民健康保険課長ほか

【高齢者サポートセンター】

高齢者サポートセンター大柏

4. 傍聴者

0 名

5. 議事

- (1) 令和 5 年度 在宅医療・介護連携に係る相談実績（報告）
- (2) 令和 5 年度 退院調整相談支援における困難事例（報告）
- (3) 令和 5 年度 医療・介護連携における情報共有ツールの活用状況 調査結果（報告）
- (4) 令和 5 年 救急搬送の現状（報告）
- (5) 東葛南部 6 市担当者会議の報告（報告）
- (6) PDCA サイクルの設定（報告・協議）
- (7) 令和 6 年度版 訪問看護ステーション一覧、病院連携窓口一覧（報告）

6. 配布資料

・会議次第

- ・資料 1 在宅医療・介護連携推進事業について
- ・資料 2 令和 5 年度 在宅医療・介護連携に係る相談実績
- ・資料 3 令和 5 年度 退院調整相談支援における困難事例
- ・資料 4 令和 5 年度 医療・介護連携における情報共有ツールの活用状況について
- ・資料 5 令和 5 年 市川市の救急搬送の現状
- ・資料 6 東葛南部 6 市担当者会議の報告（報告・協議）
- ・資料 7 PDCA サイクルの設定
- ・資料 8-1 令和 6 年度 訪問看護ステーション一覧
- ・資料 8-2 令和 6 年度 病院連携窓口一覧

7. 議事録

(19 時 30 分開会)

発言者	発 言 内 容
	1. 開 会
地域包括支援課 主幹	定刻となりましたので、令和 6 年度第 1 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の久木と申します。よろしくお願いいたします。なお面野先生は所用により欠席とのご連絡をいただいております。また、吉岡先生より少し遅れるとのご連絡をいただいております。はじめに、福祉部長 鷺沼よりご挨拶申し上げます。
福祉部長	皆様こんばんは。ただいまご紹介に預かりました福祉部長の鷺沼と申します。どうぞよろしくお願いいたします。本日はお忙しい中、在宅医療介護連携推進に関する会議にご出席いただきまして誠にありがとうございます。また、平素より本市の高齢者福祉にご協力ご理解いただきまして、改めて御礼を申し上げます。 本市でも高齢化が進んでおりまして、医療と介護の両方の支援が必要な高齢者が増加していく、その中で、切れ目のない在宅医療、介護の提供体制を構築するためには、地域の実情に応じた取り組み内容の充実とともに、PDCA サイクルに沿った取り組みを継続的に行うことが求められていると思います。そのためには、行政の力のみではなく、医療・介護の専門職間の連携強化を図りながら、地域の特性に応じた最適な仕組みを考えていくことが重要なことであると考えております。 本会議は、医師、歯科医師、薬剤師の先生方をはじめ、在宅医療を支

地域包括支援課 主幹	える多くの専門職の皆様にお集まりいただき、在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向けて、関係機関の連携体制の構築を推進するための会議ということで開催しております。 ぜひ皆様には、それぞれのお立場、ご見識から、忌憚のないご意見をいただき、この会議をより良いものにしていただければと思っております。短い時間ではございますが、どうぞよろしくお願いいたします。 本日は所用のため途中で退席をさせていただきますが、どうぞよろしくお願いいたします。 それでは議事に入る前に、今年度初めての開催となり、新しく委員になられた方もおりますので自己紹介をお願いしたいと思います。 昨年度末に市川市介護保険事業者連絡協議会が解散となったことから、今回より新たに千葉県訪問看護協会より訪問看護師2名の推薦をいただいております。それでは、恐れ入りますが本日お配りしました出席者名簿の順に佐々木先生からお願いいたします。 【参加者自己紹介】
地域包括支援課 主幹	続きまして、在宅医療介護連携推進事業の中で設置された本会議の位置付けについて、地域包括支援課長奥野よりご説明させていただきます。お手元の資料1をご用意ください。
地域包括支援課長	お手元に資料1をお願いいたします。まず、こちら目的でございますが、在宅医療介護連携推進事業は介護保険法により制度化されており、全国すべての市町村で実施されております。本事業につきましては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ることができるよう、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、住民や地域の医療、介護関係者と地域の目指すべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的としております。 続いて、2の事業のあり方でございますが、切れ目のない医療と介護の提供体制を構築するためには、地域の医療介護関係者が、地域の目指すべき姿を共有し、地域の実情に応じ取り組み内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿って取り組みを進めていく必要がございます。そこで本会議でございますが、企画立案時からの医師会等の医療関係機関や介護サービス事業所等との協働が重要と示されているとおり、本会議

地域包括支援課 主幹	につきましては、現状分析、課題抽出、施策立案から対応策の評価、改善策の立案を行う場として位置付けております。 以上、簡単ではございますが、在宅医療介護連携推進事業の説明とさせていただきます。
地域包括支援課 主幹	鷺沼部長におかれましては所用のため、こちらで退席とさせていただきます。 それでは議事に入ります。本会議は審議会等に位置付けられており、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、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。 それではまず初めに、議題 1 令和 5 年度在宅医療介護連携に係る相談実績について、事務局高橋よりご説明いたします。資料 2 をご用意ください。
地域包括支援課 事務局	議題 1. 令和 5 年度 在宅医療・介護連携に係る相談実績 本市では、在宅医療介護連携に係る相談を市川市医師会地域医療支援センター、高齢者サポートセンター、地域包括支援課の 3 ヶ所で受けており、まず、市川市医師会地域医療支援センターの相談実績についてです。 令和 5 年度の相談件数は 70 件で、内容としましては、在宅医療医の紹介が 50 件で、一番多くなっております。相談者の内訳としては、ご本人及びご家族からが 47 件と一番多く相談が寄せられております。 続きまして、高齢者サポートセンターの退院調整支援に関する相談の実績となります。令和 5 年度の実績は全圏域で 538 件、支援対象者の年齢は 70 代から 80 代の方が、それぞれ 177 人、241 人と多く、合わせて全体の 77.6%を占めております。相談者の内訳は、ご家族からの相談が 225 件、続いて医療ソーシャルワーカー、MSWからの相談が 188 件と、合わせて 76.8%を占めております。4 の疾患の内訳は、一番多い疾患としては、がんになっております。次のページをお願いいたします。 入院中の医療機関内訳は、市川市内の病院が 328 件、市外の病院が 208 件で、市外の病院からの相談も多いということが分かります。初回の相談内容につきましては、介護保険の申請に関する相談に続いて、ケアマネジャーの調整、紹介についての相談が約半数を占めております。

地域包括支援課 主幹	続きまして、地域包括支援課への相談件数についてです。相談件数は11件で、相談者の内訳としては、その他が6人、これは医療機関からの問い合わせということで、心不全手帳や介護サービスの相談等となっております。相談実績についての報告は以上になります。
地域包括支援課 事務局	それでは、在宅医療介護連携に係る相談実績について、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。 続きまして議題2に進めさせていただきます。議題2、退院調整相談支援における困難事例についてです。お手元の資料3、A3のものになります。こちらをご準備ください。事務局高橋よりご説明させていただきます。 議題2. 令和5年度 退院調整相談支援における困難事例 ご説明いたします。まず、1番目と2番目の事例についてですが、こちらは介護保険申請手続き及びサービスの暫定利用について対応に苦慮した事例、関係者間で情報整理が困難だった事例ということで、基本的な情報の確認や関係者間での共有など、多職種連携の難しさが現れている事例とも考えられます。 続いて、3、4番からサービス利用を拒否している呼吸器疾患の方の退院支援、サービス利用を拒否している精神疾患の方の退院支援についてですが、こちらは、ご家族の理解力やサービス導入の受け入れ対応に苦慮したため、関係者間で丁寧な対応が求められたという事例になります。 次の家族の介護力が乏しいがん末期の方の支援については、高齢者世帯であり、ご家族の協力が得られず在宅療養が困難となり、再入院となった事例です。 続いて、認知機能低下が見られる独居の方への退院支援は、ご本人の意向が定まらないため後見人へと繋ぎ、地域の方の協力が得られたという事例です。 最後の高齢者虐待の疑われる事例については、50代の息子さんの自立支援を促し家族の調整を行った上で、在宅療養が可能となった事例です。 入退院支援の際には、ご本人の意思を中心として、医療機関と介護事業所、サービス提供事業所、高齢者サポートセンター等が、きめ細やかな情報共有と協働を進めることで、その方が望む在宅医療の実現が可能

地域包括支援課 主幹	となりますが、ご家族の介護力の見極めや、複雑に絡み合う問題の整理、情報の共有等、役割分担しながらの多職種連携が求められていると言えます。ご報告は以上となります。 退院調整相談支援における困難事例は高齢者サポートセンターから挙げていただいた事例となりますが、こちらについて何かご質問、ご意見等はいかがでしょうか。 高齢者サポートセンターの長谷川さん、実際に多くの退院調整支援を行っていただいていると思いますが、調整が困難となる原因や課題等がもしあれば教えていただければと思います。
高齢者サポートセンター職員	1つはよく言われていることですが、病院の退院の調整は、高齢者サポートセンターの立場からすると、時間が短かったりとか限られていたりとか、この日時に来てくださいと言われてしまって、なかなか動きが厳しいということがあります。 あとは、先ほど事例の中で出てきましたけれども、我々からお渡しする情報量もそうですけれど、病院からいただく情報量も、齟齬がある場合なかなか厳しいかなというところになります。 また、医療と介護の間でのサービスに対するずれというか、実際に病院からはこういうことを入れて欲しいのだけれど、我々からするとちょっとそこは介護保険では入りづらい、或いは、入れたとしても費用がかなりかかってしまうというところで、すり合わせるのが難しいというケースもあります。 先ほど1番2番の事例で、暫定利用ということが出てきましたけれど、それとともに、これは介護保険課の個人情報に関わる問題ですが、他の市では認定が出た場合に、結果を教えていただくことが可能です。そうすると、ケアマネジャーを調整しやすかったり、或いは、サービスを入れるのにある程度想像がつくので、特に病院や我々に対しては融通を利かせていただけると助かると思います。恐らく担当するケアマネジャーも、実際に認定結果の通知が来ない限り分からないというケースがあるので、そうすると病院から自宅に帰るときに、スムーズにいかない部分があるのかなと思います。以上です。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。今のご意見について、先生方、何かございますでしょうか。尾瀬課長、介護認定の話が少し出たのですが、いかがですか。

介護保険課長	介護保険課長の尾瀬でございます。認定結果につきましては、個人情報観点から、皆さんに教えていません。他市では、電話等で教えている市もあるということを問い合わせ聞いてはいたのですが、電話ですと本当にそれが本人なのか、ご家族なのか、確認ができませんので、市川市ではそのような対応はしておりません。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。他にご意見ご質問はいかがでしょうか。また、今のご意見、長谷川さんからいただいた課題については、PDCAサイクルの方にも入れていけると良いのかなというふうに感じました。ありがとうございます。 続いて、議題3「医療・介護連携における情報共有ツールの活用状況調査結果」について、事務局高橋より説明いたします。資料4をご用意ください。
地域包括支援課 事務局	議題3. 令和5年度 医療・介護連携における情報共有ツールの活用状況 調査結果 こちらは各種連携ツールの活用状況について調査を行い、居宅介護支援事業所40ヶ所、訪問看護ステーション20ヶ所、高齢者サポートセンター15ヶ所より回答をいただいた結果になります。 まず、カナミックについてですが、活用しているという回答は全体の28.9%で、活用していない理由としては、「自社で別のソフトを使用している」「迅速な対応が求められたため電話でやりとりをした」などがありました。 続いて、救急医療情報キットについてです。令和元年度から、累計253件の申請があり、お亡くなりになられた方を除いて、現在使用中の数が170件となっております。活用状況は50%で、41.1%は、活用ができていない。8.9%は、救急医療情報キットを知らないということでした。キットの中に医療情報と、緊急連絡先を入れていただき、救急搬送時に在宅医療と救急医療の連携を図るための活用を目的としています。が、活用が進まない理由として、キットの中の医療情報、処方薬の情報などの更新が必要で、ケアマネジャーや訪問看護師などは「対応の時間が取れない」「管理が困難」「申請しないと配布できないため、使い勝手が悪い」というご意見がありました。 続いて、私のリビングウィルについては、訪問看護ステーションでは

地域包括支援課 主幹	70%が活用中と回答いただいておりますが、全体としての活用は 50%にとどまっています。活用していない理由としては、居宅介護支援事業所では、「医師や看護師に任せている」「タイミングが難しい」という回答や、訪問看護ステーションからは「使用しなくても情報共有ができている」「看取りまでの期間が短いため、状況の変化などもあり、タイミングが難しい」「独自のものを使用している」等の回答がありました。 続いて心不全手帳については、昨年度改訂し、現在、第 2 版です。セルフチェックシート部分のスペースを増やし、多職種連携のもとで、セルフケアに重点を置きお使いいただけるようになっています。令和 5 年度の配布数は 553 部。資料の配布先は、東京歯科大学市川総合病院、行徳総合病院、市川市医師会となっております。活用状況調査によると、全体の 24.4%が活用している、45.6%が知っているが活用していない、残りの 30%が知らないと回答しています。 最後に、残薬相談書についてですが、こちらは活用が進んでいないため、今後の検討課題といたします。ご報告は以上です。
地域包括支援課 事務局	それでは、情報共有ツールの活用状況について、何かご質問、ご意見等ございますでしょうか。アンケートの結果で、活用していない理由を具体的に聞かせていただくと、やはり他の手段を使っているとか、独自のものを使っているというようなご意見が出てきていると感じております。行政が情報共有を推進するために用意したツールではありますが、時代に合わせて変化しているところもあると感じておりますので、またこの部分については見直しを図っていきたいと考えております。 それでは、議題 4 に移らせていただきます。議題 4 令和 5 年救急搬送の現状について、事務局竹下よりご説明をさせていただきます。資料 5 をご覧ください。 議題 4. 令和 5 年 救急搬送の現状 議題 4、令和 5 年救急搬送の現状についてご報告いたします。本資料は、市川市消防局から提供された情報をまとめたものとなります。なお、集計時期は令和 5 年の 1 月から 12 月となります。はじめに救急医療情報キットの活用件数ですが、令和 5 年の活用件数は 1 件でございました。 続きまして、令和 5 年救急搬送の概要ですが、救急搬送件数は 2 万 8,844 件、救急搬送人員は 2 万 4,528 人でございました。救急搬送人員

	のうち、高齢者が1万3,347人で、全体の約54%でございました。資料中段には、DNARにかかる救急出動について、直近5年のデータを掲載しております。CPA件数、DNAR意思表示件数ともに増加傾向にあり、令和5年のCPA件数は926件、うちDNAR意思表示件数は38件となり、意思表示があった38件のうち、家族等の意思表示者から書面提示があったケースは8件、書面提示がなかったケースは30件でした。なお、令和5年に意思表示があった38件のうち、医療機関へ搬送されたケースは36件となり、不搬送件数は2件でございました。 続きまして、資料下段に記載しております本市におけるDNARの対応及び問題点について、ご説明いたします。本市の救急隊が蘇生処置を行わない要件としては、かかりつけ担当医師からの指示が明確で、かつ、直接電話で担当医師に確認が取れた場合、担当医師からの指示や明確であるが、担当医師に直接確認が取れない場合、救急活動中の指示、助言を担当する医師に直接電話で状況を説明し、蘇生処置を行わない旨の指示があった場合となっております。 最後に、DNARの問題点ですが、救命を主眼として、救急活動をする中で、家族等に救急隊の救命処置に対する理解を得ることに苦慮することや、蘇生措置を行わないことに対する法的責任等が挙げられました。議題4についてのご報告は以上となります。
地域包括支援課 主幹	それでは市川市の救急搬送の現状について、ご意見ご質問等はいかがでしょうか。大木先生、お願いいたします。
大木委員	東京歯科大学市川総合病院の大木です。DNARというのが、本来の意味からかなりかけ離れた意味合いで使われるようになって久しい。世間ではもうDNARということに関する認識というのはほとんどの人が間違った使い方をしている。それはやむを得ないと思う。DNARというのは本来、そもそも最終的な、本当の終末期に、これはもう不可逆的な状態であると判断して、その場でDNARを宣言するわけです。極端な話、外来通院している患者さんがDNAR宣言しているという人もいます。そのDNAR宣言している人が交通事故に遭ってもDNARだから救わないとか、池に落ちてもDNARだから救わないのかと、そういう問題になってしまう。間違った使われ方をしてしまっているのです。仕方ないのですが、ただ救急隊にしてみれば本来の使い方の意味合いで使っていると思います。ですので、持病がそのまま進展して、不可逆的な状態になったかどうかということを判断した上で、蘇生するかしないかから

	決めなきゃいけないということで、救急車を呼ばれてC P Aだとしてもそれが、その病気の終末像なのか他の病院で心肺停止になっているか分かるわけがないので、蘇生せざるをえないです。そういう問題がある。ですから、救急隊がもっと DNAR を拾って蘇生しないようにというのならば、救急キットにもっと明確に、この病気でこうなった場合はこうとか、こうなった場合はこうと具体的なことが書いてあって、その紙に従えっという状態だったら可能かと思います。以上です。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。消防にも共有させていただいて、救急医療情報キットの活用を進めていきたいと思います。他に何かご意見ご質問いかがでしょうか。
吉岡委員	活用件数は1件とありますが、この1件というのはあくまでも救急車が行って、その現場にキットがあるかないかの話であって、在宅の現場だと、ここに越田先生、佐多先生、山賀先生いらっしゃいますけれども、救急キットの中にリビングウィルが入っていますよね。キットの中にリビングウィルを保持している方が結構多くて、実際に呼ばなくて、そこで看取するというケースもあるかなと思います。亡くなっている方の中で、在宅死は結構増えていると思いますので、やはり1件だから少ないという解釈ではないと個人的には思っていますし、実際にリビングウィルがあると、結構スムーズには情報共有できていると思っています。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。実際のキットの活用自体はもっと件数は多いのですが、この1件というのはあくまで救急搬送の際に搬送された件数というような形で書かせていただいております。他にご意見は大丈夫でしょうか。 それでは、続きまして、議題5に進めさせていただきます。議題5 東葛南部6市担当者会議の報告について、事務局竹下よりご説明させていただきます。資料6をご覧ください。 議題5. 東葛南部6市担当者会議の報告
地域包括支援課 事務局	東葛南部6市担当者会議についてご報告いたします。在宅医療介護連携に係る関係市町村の連携を図ることを目的として、毎年、東葛南部保健医療圏6市の担当者による会議を開催しております。今年度は市川市が幹事市となり、5月24日に会議を開催いたしました。当日は、東葛南

地域包括支援課 主幹	部 6 市に加え、オブザーバーとして、千葉県及び千葉市にもご参加いただきました。協議事項についていくつかご報告させていただきます。 はじめに、在宅医療介護連携の推進に向けた各市独自の取り組みとして、もしバナカードを使用した参加者同士で語り合う形式の市民講座の開催、医療介護福祉職の紹介、健康相談・福祉用具展示等を複合した在宅医療介護イベントの開催、A C P が成立している人の不搬送に関するプロトコルの作成検討といった様々な取り組みに関する情報提供がございました。 続きまして、研修会の開催方法について、対面形式とオンライン形式があるが、対面形式は専門職同士で顔が見える関係が構築しやすいといったメリット、オンライン形式では、会場の確保が不要であったり、参加が難しい専門職も参加が可能となるといったメリットがあるなか、今後、どちらの形式で研修会を開催していくべきか悩んでいるといった声が上がりました。その中で、先ほど挙げたそれぞれのメリットを活かし、対面とオンラインを融合させたハイブリッド形式で研修会を行っているという自治体もございました。 続きまして、多職種連携に係る情報共有システムについて、システム導入自治体からは、書類提出や処理の時間等の観点から、導入のハードルが高いと感じる事業所が多く、システムの利用者が限られている、現在は様々な情報共有システムが開発され、各事業所で使用しているシステムが異なるため、市として統一したシステムの普及に苦慮している、といった課題が挙げられました。また、L I N E W O R K S といったビジネス用のコミュニケーションツールを使用している事業所もあるとの情報提供もございました。 最後に、本市からは、他市との合同研修会について照会を行いました。他市からは、研修のテーマや目的が一致し、予算確保といった点が解決すれば、検討できるのではないかといった意見が寄せられました。 今後も他市との情報交換を活発に行い、本市の取り組みや事業計画等に活かしていきたいと考えております。議題 5 についてのご報告は以上となります。 それでは、こちら東葛南部 6 市担当者会議の報告について、何かご質問、ご意見等はございますでしょうか。 では次の議題に進めさせていただきたいと思います。議題 6 P D C A サイクルの設定について、事務局近藤よりご説明をさせていただきます。資料の 7 をご覧ください。
-----------------------	---

地域包括支援課 事務局	議題6. PDCA サイクルの設定 それではPDCAサイクルの設定について説明させていただきます。 在宅療養者の生活場面のうち、医療と介護が共通して連携する必要がある場面を4つ挙げられておりまして、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りを意識することとされています。これに加えて、昨今の動向として、認知症の方の生活を支えるためにも、医療と介護の連携の推進が求められています。資料は、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を別建てとして加えており、それぞれPDCAサイクルを設定し、お示ししたものとなります。各場面の課題や対応策については、専門職の皆様からご意見いただいたものをまとめております。対応策としては、今年度取組む予定のものを記載してあります。課題として列挙した内容に付番している数字が、対応策と評価指標の番号に対応しています。ところどころ網掛けしている欄がありますが、これは、本日、皆様よりご意見をいただきたいところです。 なお、認知症への取組につきましては、第2回在宅医療・介護連携推進に関する会議で議題として取り上げたいと思いますので、本日はそれ以外の連携場面についてご意見をいただきたいと思います。 内容の説明をいたします。日常の療養支援の欄をご覧ください。課題として、令和5年度第3回目の本会議の中で歯科医の秋本先生より、②③の課題についてお話いただきましたので、対応策の一つとして、7月27日に研修会を開催することとしました。対応の評価指標として、市川市歯科医師会口腔サポートセンターへの相談件数といたしました。 続いて、入退院支援の欄をご覧ください。課題③薬局薬剤師と病院薬剤師の連携が不十分で、退院時に薬剤サマリーが薬局に届いていないことが多いと、薬剤師会より問題提起いただきました。対応策③として、退院カンファレンスや退院後のサービス担当者会議において、薬剤情報に目を向けていただけるよう、ケアマネや訪問看護師に提案していきたいと考えています。この対応に関しての評価指標も検討していきたいと思います。 次に、入退院支援の④在宅のリハ職と病院リハ職の連携が課題とされ、在宅でのリハビリの情報が提供される基準がないとリハビリテーション協議会より問題提起がありました。対応策については、今後リハビリテーション協議会と協議していきたいと思います。 続いて、急変時の対応の欄をご覧ください。課題①救急医療情報キッ
------------------------	---

	トの利用者が少ない。②救急医療情報キットの医療情報、お薬情報について最新情報への更新内容の変更等、定期的な確認が困難といった課題が提示されています。議題3でご報告したアンケート調査でも、活用していない理由として、ケアマネから、対応の時間が取れない、手が回らない、情報を更新することに負担を感じている等の意見がありました。対応策についてご意見をいただきたいと思います。 次に看取りの欄をご覧ください。課題①リビングウィルの活用が不十分については、対応策①として、これまで行ってこなかった施設への周知を予定しています。リビングウィルにつきましては、議題4の救急搬送の現状においても、心肺停止状態の方の蘇生の有無に関しても活用いたしますが、看取りの場面での医療の希望の他、療養生活において本人の希望に沿った支援を行うための情報としても活用いただければと思います。 次に、課題②の看取り後の薬剤回収について、薬剤師会より問題提起がありました。 また、課題⑦身寄りのない高齢者の看取り支援については、病院のソーシャルワーカーや行政の認知症初期集中支援チームから問題提起がありました。 課題に対する対応策が示されていない部分や対応後の評価指標がお示しできていない部分がございますので、皆様のご意見、ご提案をお聞かせいただければと思います。説明は以上となります。
地域包括支援課 主幹	それでは最初の日常の療養支援の方に戻りまして1つずつ進めていけたらと思います。網掛けをしている部分の対応策及び評価指標についてのご意見、ご提案をいただければと思います。また、こちらに書いてある以外にもこういった課題があるのではないかなというようなご意見がありましたら合わせてお聞かせいただければと思います。 まず、日常の療養支援の部分で、課題の②、③、⑦に対して7月27日に研修会を開催予定とお伝えさせていただきました。秋本先生、こちらの課題解決に向けてこの研修会を企画させていただいておりますが、この研修会に期待することや、目指すものというものがあればお聞かせいただきたいのですがいかがでしょうか。
秋本委員	歯科医師は口の中しか触ることができないのですが、やはり経口摂取を続けるからには、口腔機能というのは、常に最後の時まで維持して欲しいというのが僕ら歯科医師の強い思いがあります。ただ、僕たちの職

	種だけではどうすることもできないという現状があって、S Tさん、かなり強力な助っ人だと思っていますし、もちろん栄養士さん、要は食事の支援というのも非常に大事です。やはり僕らの知識では、解決することが間違いなくできない問題になっていると思いますので、その点、3つの職種で、活発な協議を進めてグループワークができればいいのかなと思っています。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。先生、あともう1つ評価指標について、市川歯科医師会口腔サポートセンターへの相談件数と書かせていただいているのですが、こちらについてはいかがでしょうか。もし、これ以外に何か別の評価指標等があれば、ご教示いただきたいと思います。
秋本委員	今のところ、特に評価指標はなくて、口腔サポートセンターのみというかたちになっております。
地域包括支援課 事務局	秋本先生ありがとうございました。秋本先生が今お話いただきましたように講師としましては、歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士の方にお話いただきますが、そのあとのグループワークは、訪問介護の方や高齢者サポートセンターの方、訪問看護師、ケアマネジャー、リハビリ専門職も含めて、多職種の方が、すでに50人ぐらいお申し込みいただいております。歯科医師、ST、栄養士がいない場面であっても、それぞれの専門職の話を聞いて、自分達はどうなことができるかを意見交換していただき、口腔に目を向けて支援の底上げに繋がればと思います。
地域包括支援課 主幹	それでは日常の療養支援の④、⑤の課題、ケアマネ、病院、診療所の連携、薬剤師、病院との連携についての解決策・対応策というところは、今、空欄になっているのですが、何かご提案はございますでしょうか。 では、次の入退院支援に移らせていただきたいと思います。こちら、入退院支援の課題の③、薬局薬剤師と病院薬剤師の連携というところで、西川先生より問題提起いただいております。この課題に対して、現状のご説明等いただければと思います。
西川委員	薬剤師会の西川です。薬局サマリーは積極的にお出しいただいている病院が増えているはずなのですが、退院前に薬局の話がほとんど出てないということと、ご家族や患者さんに渡されても主治医の先生から他の書類と一緒に渡されているケースが多いのではないかとということが想像さ

地域包括支援課 主幹	れることです。ですから、次の退院カンファレンスというところにも繋がるのですが、退院前に、薬局をどうするのかという一声があるほうが良いと思います。かかりつけ薬局もここ数年推進しているので、多分持っていらっしゃる患者さんは、多いと思います。 あと、退院時に何日分処方される予定なのか。薬剤によっては、入手に時間がかかるものや一定の手続きをしないと薬局が購入できないものもありますので、やはりまずは、退院後にこの薬はどこでどうやってもらうのだろうということが、重要なことだと思います。
村尾委員	ありがとうございます。退院カンファレンスの際にという解決策を提案させていただいているのですが、ケアマネジャーの鈴木さん、村尾さん、いかがでしょうか。実際、退院カンファレンスや、サービス担当者会議において薬局についてのお話のご提案が可能かどうかお聞かせいただければと思います。 居宅療養管理指導で、薬剤師の方が関わっているケースであれば話が出やすいのかなと思うのですが、関わってない方の場合ですとなかなか薬局の話が出てこないということが現状だと思っています。 また、情報の確認と先程お話ありましたけれども、例えばその書面をご利用者またはご家族にお渡しされたとしても、しっかりされている方であれば、書面がちゃんと経由する可能性はあるとは思いますが、キーパーソンの方がしっかりしていないとか、せっかく用意したのに書面が紛失してしまう可能性があるという場合もあるので、書類を用意されるのであれば、連携方法というか情報伝達の仕方という部分を考えていった方が良いと思います。 また、会議や研修の場において、ケアマネ、訪問看護師への提案というのはどんどんしていただいた方が、ケアマネもいろいろな方がいますので、全体の底上げのためにもそういうことが必要かと思います。また、そういった際に、私のリビングウィルや救急医療情報キット等、市のホームページで一覧になっているページがあるけれども、周りのケアマネジャーに聞いたところ、そのページの存在自体を知らなかったという方もいらっしゃる。この後の資料8も、せっかくこの訪問看護とか、病院の連携方法の情報もホームページに載っていますが、何かの研修のときに配られたから知っているけれども、更新されていることは知らない、もしくはそもそも知らない、というのがあるので、宝の持ち腐れかなと思います。定期的に発信していただけると、より情報共有が

地域包括支援課 主幹 橋本委員	高まるかなと思います。以上です。 ありがとうございます。訪問看護師さんからいかがでしょうか。 退院カンファレンスで議題に出すことは可能だと思います。でもケアマネジャーさんがおっしゃったように、訪問される薬剤師だったら、話に上がりやすかったり、あと、内服管理ができるかできないかによっても議題に上がりやすいかどうかの違いはある。それを全症例にした方がよければ、話に出すことは可能だと思うんですが、それが全て伝わるかどうかは難しいかと思います。病院と薬局の直接のやりとりということは不可能なのでしょうか。
地域包括支援課 主幹 大木委員	大木先生いかがでしょうか。 退院カンファレンスの時に、薬剤師も参加することもあります。病棟薬剤師はそれぞれ1人ずつ張り付いてますので、退院前にはしっかり説明をして、本人が分からない場合にはご家族を呼んで退院カンファレンスの時にお薬の説明をします。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。村尾さんからご指摘があったツールの周知がまだ不足しているというところは、こちらとしての対応策また盛り込んでいきたいと思います。 続きまして、課題の④で、在宅のリハ職、病院リハ職の連携というところで、リハビリテーション協議会の方から、問題提起いただいております。こちらについて、対応策として、リハビリテーション協議会と課題を共有する、協議するというふうに書かせていただいているのですが、現段階で考えられる対応策などを教えていただければと思います。
鶴飼委員	もともとリハビリテーションの領域の中でも、病院の中では疾患別のリハビリテーションが展開されている中で、どうしても介護保険サービスの領域のリハビリテーションですと疾患別というよりは生活に焦点を当てていたりですとか、より広い範囲でリハビリをしている。その中で、複数のところで、病院でのリハビリテーション計画書を入手していない状況でサービスの提供がされていたというような背景からこのような課題が提出されたかとは思いますが、まず病院から在宅というところに関しては、今回の診療報酬改定で、疾患別リハビリテーション料の算定

	要件の見直し等がありまして、介護保険サービスの事業所等が病院のリハビリテーション計画書を入手するということであつたりですとか、退院前カンファレンスにリハビリ職も参加して共同指導加算という形で病院でのリハ職、在宅でのリハ職が共同で指導することによって、加算を取るというような要件も組み込まれましたので、そういったところで情報の連携であつたりですとか、よりシームレスなサービスの継続というところには繋がるのかなと感じている次第であります。 ただ在宅から病院への情報連携というところに関しましては、よりタイムリーな中での在宅でどのようなリハビリテーションを提供しているかというところを、病院側に伝えるのは、かなり難しいところではあるのかなと思うのですが、こちらに関してはリハ職同士っていうわけではないんですけれども、ケアマネジャーの中で、入院時の情報提供連携加算というところで、在宅での生活の様子ですとか、ADLの状態というところを、入院してから3日以内7日以内というところで、病院に提出するようなツールがあるんですけれども、そちらをケアマネジャーさんと共同して、在宅のリハビリテーションの専門職が入院というタイミングで、適切にADL等の評価の情報をケアマネさんに伝えていくというところで、在宅での情報を病院に伝えるというところにはなるのかなと思っています。 ただ、どちらもこの令和6年度の診療報酬介護報酬改定で見直された部分にはなっているのでこれから実例を通して、課題や対応策は見ていく必要があるのかなと感じております。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。ちなみにこちらに関して、評価指標など、何かご提案ありますか。
鶴飼委員	実際にそういった形で、共同で指導に入れた実績の件数であつたりですとか、あと病院と在宅との連携というところで、なかなか退院してから早期にリハビリテーションの介入ができなかったりというところで、入退院時の状態から在宅でのサービスが介入する時点で、身体機能であつたり認知機能が低下した状態でサービスが開始するっていうところも1つの課題かと思いますので、退院からどれだけ早期に介入できたかっていうところの日数ですか、そういったあたりも1つの指標にはいいのかなと思います。
地域包括支援課	ありがとうございます。その他、入退院支援に関する課題や対応策に

主幹	ついてご意見ございますでしょうか。 では続きまして急変時の対応に移らせていただきます。課題としましては先ほどから話題に挙がっておりますが、救急医療情報キットの利用者が少ない。キットの医療情報、お薬の情報については最新への情報更新が難しいというような課題をいただいております。行政側の対応策としまして、配布窓口となる事業所への周知、市民への啓発というふうにさせていただいているのですが、それ以外に何か、こういったことをすると良いのではないかなというようなご意見がございましたらお聞かせいただければと思います。 先ほど皆さんの方から定期的な周知が必要ではないかというふうにご意見いただいておりますので、周知方法や回数など、見直しを図っていただけたらと思います。 では裏面に移りまして、看取りについてです。こちら①がリビングウィルの活用が不十分、②が看取り後の薬剤回収についてというところで問題提起いただいております。西川先生、薬剤回収の現状についてご説明いただけたらと思います。
西川委員	先ほど入退院の話と同じように、まだ薬局薬剤師の役割というのが、皆さんに明確に伝わってないのかなと感じている次第です。麻薬のみならず、未使用の医薬品、使用済みの医薬品も回収するということも薬剤師の大事な仕事だと思いますので、そのような相談がかかりつけ薬局にもっとあってもいいかなと思っております。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。看取り後の薬剤回収について、佐多先生、越田先生、在宅療養の現場ではいかがでしょうか。
越田委員	麻薬に関しては、残ったものは薬局に返すということを我々がやるということです。患者さんに任せると、なくなってしまうことがある。全部回収してきて、我々が責任をもって返す。ただそこで返金ということとはできないので、その辺は患者さんや家族に納得していただく。介護職とか家族がやるよりも、主治医がやるということが一番確実なのではないでしょうか。それ以外の薬に関しては破棄しています。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。佐多先生いかがでしょうか。
佐多委員	看取り後の薬剤の回収という意味合いでは、必要になるのは麻薬くら

西川委員	いだと思います。他の薬は本当に回収が必要なのかということもあります。ご家族が、余ったものを使っている時もありまして、その場合は気にはしますが、それ以外は特に行っていないというところが現状です。 どう捨てて良いか分からないという相談も薬剤師会にあります。当然のように、もらった薬局に「これ使わなかったんですけどいいですか」と、持ち込んでいただいて良いですよ、とそういった活動を普及していったら良いと思います。麻薬に関してはお声掛けいただければ、訪問薬剤師であれば回収に伺うことができますし、同時に残薬を回収し正規のルートで廃棄することが望ましいと思っております。
佐多委員	在宅療養の方に初めて訪問した時、袋がいっぱい山積みになっている方がいらっしゃる。ご家族が薬を取りに行き、結局それを飲んでいなくて山積みになっている。それに関して、全部回収してもらって、薬局の方で使えるものと使えないものと峻別してもらうこともありますが、老々介護であったりすると、どちらも理解力とか認知力が落ちているので、なかなか薬の管理が難しい。それを薬局が訪問に入った時、きっちりやってもらえると、現場とすれば非常に助かります。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。山田さん訪問看護の現場で何かご意見ございますか。
山田委員	今お話を聞いていて思ったことが、亡くなられた後に回収して下さったりしますが、私たちはあまり薬剤師の方に、「この方亡くなりましたので回収をお願いします」という情報を伝えていなかったなと思いました。薬剤の情報に関しても私たちは退院処方で何が何日分出ているということは必ず分かるので、そういう情報をお伝えする方がいいのかなと思いました。私たちが伝えていいものかどうか分からないので伝えていなかったのですが、もっと薬剤師の方とコミュニケーションを取って、情報を伝えていきたいと思いました。
高齢者サポートセンター 職員	麻薬については別ですが、普通のお薬が大量に残っている家があったとして、それを遺族が返すということは、法律的に何か問題にはならないですか。

西川委員	正しい捨て方をすれば、普通に捨てていただいて構わないです。
高齢者サポートセンター 職員	例えば、相続放棄したい方が勝手に例えば服とかでも勝手には捨てられないのですが、薬剤というのはどうなるか分からない。
高齢者サポートセンター 職員	遺産相続を放棄したい方の場合、相続しない人が勝手にご本人の例えば衣類だったりとか、そういうものを捨てると財産をその人が判断して捨てたということになるので、遺産放棄ができなくなってしまう。基本的には、手をつけないようにという形です。相続をしない場合には相続放棄すると、遺産相続管理人を頼むことになります。
佐多委員	独居の方が亡くなった場合に、死亡診断書や検案書が書かれた後に死亡登録を整理したりしますよね、遺留品の整理を職業にしている人達もいるので、そういうことを分かっているのではないですか。そういう極端なケースには出会ったことがない。
高齢者サポートセンター 職員	相続を放棄する親族は結構いらっしゃる。要するに、ご本人が負債を抱えてしまっていて、例えば奥さんがいて、ご主人が負債を抱えて亡くなってしまった。その時に奥さんが相続すると、負債も相続しなくてはならないのでそれを防ぐために、相続放棄するということはあります。
地域包括支援課 主幹	順番が少し前後しますが、身寄りのない方の支援というところで今お話があったと思います、課題の⑦にも挙げさせていただいておりますが、こういった方への支援で、福澤先生、医療の現場でそういった身寄りのない方への支援での課題など、もしあればお聞かせいただければと思います。
福澤委員	明らかに元気な時には特別なことはしません。認知症が少し出てきたのではという時には高齢者サポートセンターに連絡することがあります。フィードバックがないとその人がどうなったということは分からなくなってしまう。 話が戻りますが、自宅に残った薬に関しては、決まった法律はないようです。一番良いのは薬局に返すことですが、自治体が回収しているところもある。自宅で捨てる場合には包装から出して、袋に詰めて、要するにどの薬か分からないようにして破棄して構わないと。

地域包括支援課 主幹	福澤先生ありがとうございます。山賀先生、在宅療養している身寄りのない方について、いかがでしょうか。
山賀委員	訪問診療をやっていると身寄りの無い方も多くいらっしゃいます。ご本人の意思がはっきりしていて、ご自身でこうしたいということが分かって自分で考えられる方であれば、ご自身が将来的にこういう状況になった時にどのようにしたいのか、もしくはどのように最期を迎えたいのかということを、予め、家族がいる人以上により親身に聞いてあげて、状態が悪くなった時にそれに合わせてサポートする。もちろん医者だけではなくて、ケアマネジャーなり専門職と共有しながら、本人の意思を反映させて考えていく。本人の意思が反映できない方、認知症であったり、せん妄等によりレベルが落ちている方ももちろんいるかと思えます。そういった方は、例えば病院からの紹介であれば病院の情報であったり、あとはケアマネジャーが前から入っているのであればそこからだったり、どこかの情報から、元々どういう人だったのか、こういう人柄だったらどのように考えるのかなど、ご自身が本来望んでいたであろうことを類推しながら、それに合わせてアドバンスケアプランニングをしていくということになります。現実問題、なかなか難しくもあるのですが、できる限りそれに沿ってあげることが医師としてできることなのかなと思います。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。看取りの時期ということもあったかと思うのですが、課題⑥として看取りの時期に入ったことを医療側が本人・家族に伝えられていないと、介護側としては言い難いという課題提起をいただいております。前回の会議でも取り上げたもので、それを踏まえた対応策として、まず職種間の情報共有が必要となることから、看取りの時期に移行する段階で訪問看護師からの呼びかけによりサービス担当者会議を開催するのはどうかという形で取り組みを書かせていただいております。鈴木さん、こういった提案があった際にサービス担当者会議を開くということは可能でしょうか。
鈴木委員	介護の中で医療職に対する敷居が高い、なかなか入りにくいという意見がよくあります。ただやはり介護でも、看取りの時期に入浴や食事の場面等で、今の状況を知りたいと介護職も思っていますので、タイミングを訪問看護師から声をかけていただくと担当者会議もやりやすいと思

	います。時期が時期だけに、なかなか入りにくいのでそうしていただけるとやりやすいです。例えば今の状況でここまで飲み込んで良いとかその様な情報は介護側でも気になるので、やっていただけるとありがたいと思います。
地域包括支援課 主幹 山田委員	山田さん橋本さん、いかがでしょうか。 訪問していて、嚥下が落ちてきている等のことがあれば、主治医の先生と情報共有した上で、ケアマネジャーさんをお願いするようにしています。
鈴木委員	やはり主治医の先生と訪問看護が入っているとやりやすいのですが、例えば福祉用具だけだと、なかなか介護が入りにくいという声もあります。訪問看護に入っていただくとやりやすいということはあるので、早めに依頼をいただければ関係性もできるので、依頼をいただきたいと思います。 私たちが訪問していて、ヘルパーさんがお風呂に入れているけれどこの状況でよくやっていらっしゃるなと思うこともあります。食事介助も、本人の思いや家族の思いを汲んでヘルパーさんが頑張ってくださいていることもあります。ヘルパーさんから何か心配の声等は上がっていませんか、ということ聞かせてもらった上で、先生のお話を聞いて情報共有するという事はやっています。
地域包括支援課 主幹 吉岡委員	ありがとうございます。吉岡先生、いかがでしょうか。 確かに大事なことだと思います。家族の思いって、ケアマネジャーや訪問看護にポロッと話すことがよくあります。それを医師に教えていただけると、こんな思いだったのかということが分かる。医師と看護師で看取りのことを話しますから、看護師の情報をケアマネジャーが取り入れられるシステムを作っていくととても良いと思います。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。その他、全体を通して何かご意見、疑問点などございますでしょうか。 以上4つの場面における課題、対応策、評価指標についてご意見をいただきました。今日いただきました意見や対応策についてはまたこちらのPDCAサイクルに盛り込んで、作成させていただけたらと思います。

地域包括支援課 事務局	す。 それでは、議題 7 令和 6 年度訪問看護ステーション一覧、病院連携窓口一覧について事務局近藤よりご説明させていただきます。資料の 8 をご覧ください。 資料 8-1 をご覧ください。市内の訪問看護ステーションの一覧として、毎年更新しているものとなります。訪問看護ステーションを利用する際に参考にしていただければと思います。昨年度の調査では、サテライトを含め 30 カ所でしたが、少しずつ増えており、35 カ所ございます。 続いて資料 8-2 をご覧ください。病院連携窓口一覧です。毎年更新をしております。これは、ケアマネジャーや訪問看護師が病院と連絡を取る場合の各病院の窓口を一覧にしたものとなります。 資料 8-1 及び 8-2 については、市公式 Web サイトで公開しております。またこの情報を公開しているということにつきましては、今後、皆さんに広めていければと思っております。以上です。
地域包括支援課 主幹	それでは最後に行政から連絡が何点かございます。まず初めに保健医療課の方から、小森課長、お願いいたします。
保健医療課長	今年度から当課で始めました事業がありますのでご案内させていただきます。今日お配りしましたこちらのチラシの事業です。 若年がん患者在宅療養支援事業ということで、始めた趣旨は、介護保険ですと、2 号被保険者であれば末期がん患者の方が介護サービスを使えますが 40 歳未満の方は使えないので、その方々をフォローしようということで始めさせていただきました。近隣だと始めている自治体が多く、県も令和 5 年度から市町村への補助を始めておりまして、当市においては 1 年遅れて始めさせていただいております。 内容につきましては、40 歳未満のがん患者の方で在宅療養をされている方、回復の見込みがない方を対象に、補助金額ひと月あたり 6 万円を想定して 9 割を補助いたしますという制度です。内容に関しては介護保険にイコールではないですが、寄せて作っています。周知に関しましては、必要な市民の方にダイレクトに届けるということがなかなか難しいと思いますので、がん相談支援センターがある病院ですとか介護事業所、訪問看護ステーション、そういったところにメール等で案内を送らせていただいておりますので、必要な方がいらっしゃいましたら相談の

地域包括支援課 主幹	段階で結構ですので、当課担当までお繋ぎいただけると大変助かります。お時間いただきましてありがとうございました。以上です。 チラシはまだ余分がございますので、もし必要な方いらっしゃいましたらお持ち帰りください。それでは最後に、全体を通して佐々木先生、ご意見ご感想等お願いいたします。
佐々木委員	市川市医師会の佐々木でございます。私事ですけれども、前伊藤会長から先週引き継ぎまして、市川市医師会の会長を務めさせていただくことになっております。 この14年ぐらい医師会の役員を務めてきましたが、大変申し訳ないですが、この介護と医療というところに関しては、1度も務めたことがなくて、前伊藤会長のような非常にスペシャリストな会長から素人になってしまったというところでございます。ただ、医師会としては、この介護と医療の連携というところに関しては、もちろん重要なことと認識しておりますので、引き続き、スペシャリストはここに揃っておりますので、その先生達からの知恵を借りて、我々医師会として、ここにいらっしゃる皆様と協力して、非常に良いものに継続していければと思っております。個人的には、少しずつ勉強させて、皆様に少しでも追いつけるように努力したいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。皆様お疲れ様でした。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございました。それではこれをもちまして令和6年度第1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出席いただきましてありがとうございました。

(20 時 50 分閉会)