

令和 6 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 7 年 1 月 28 日（火） 19 時 30 分～20 時 30 分

2. 開催場所

市川市役所第 1 庁舎 5 階 第 1 委員会室

3. 出席者

【委員】

佐々木委員、福澤委員、大木委員、吉岡委員、面野委員、山賀委員、佐多委員、秋本委員、牧野委員、村尾委員、鈴木委員、橋本委員、山田委員、鶴飼委員

【市川市】

地域包括支援課長、保健医療課長、健康支援課長ほか

【高齢者サポートセンター】

高齢者サポートセンター宮久保・下貝塚

4. 傍聴者

0 名

5. 議事

(1) PDCA サイクルの設定について（協議）

6. 配布資料

- ・会議次第
- ・出席者名簿
- ・資料 1 市川市における介護予防・フレイル予防の取り組みについて
- ・資料 2 PDCA サイクルの設定
- ・フレイル予防を始めよう！チラシ
- ・健康長寿のヒケツ（フレイル予防に関するアンケートの解説）
- ・リハビリ専門職が集いの場で介護予防をお手伝いします チラシ
- ・市川みんなで体操 チラシ
- ・いちわかプログラム チラシ

・「きょういく」ところ見つけませんか？ リーフレット（北部、南部、東部、西部版）

7. 議事録

(19 時 30 分開会)

発言者	発 言 内 容
地域包括支援課長	1. 開 会 定刻となりましたので、令和 6 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。地域包括支援課長の奥野です。本日はお忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。 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、傍聴者はありませんので、このまま会議を進めます。 なお、本日、越田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、高齢者サポートセンターからは、高齢者サポートセンター宮久保・下貝塚より室様にご出席いただいております。 本日の会議は、今年度最後の会議となります。次年度の在宅医療介護連携の推進に向けた取り組みについて、是非皆様から忌憚のないご意見を頂戴できればと思いますので宜しくお願いいたします。それでは、議事の進行に移ります。 【市川市における介護予防・フレイル予防の取り組みについて】
地域包括支援課主幹	地域包括支援課の久木です。本日の議事進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。それでは議事に入る前に、第 2 回の本会議の中で、当課で作成しております「きょういくところ」の活用についてご意見がありましたので、ここで改めて、市川市における介護予防・フレイル予防の取り組みについてご説明いたします。資料 1 をご覧ください。 本市では、高齢者が要介護状態になることの予防、または介護状態の軽減や悪化の防止を目的とし、介護保険法に基づき介護予防に関する事業を実施しております。以前は、「介護予防」とは高齢者の「心身機能」の改善を目的とした内容が主となっていましたが、現在は「心身機能」だけでなく、「活動」「参加」それぞれの要素に働きかけることにより日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促すことで、QOL の向上を目指す

地域包括支援課 事務局	ものであると言われています。 本市で行っている介護予防・フレイル予防に関する事業は大きく分けて3種類ございます。まず、健康な高齢者を主の対象とする取り組みとしては、市内公民館にて実施しておりますフレイル予防講座の開催や、本日は皆様にお配りしている資料にもあるようにリーフレット等の様々な媒体を活用した普及啓発を行っています。 二つ目は、住民主体の介護予防に資する活動の支援です。「通いの場」となる住民主体の活動を圏域別に一覧にした「きょういくところ」を作成し、周知するほか、DVDを見ながら住民だけで行う「市川みんなで体操」の立ち上げや、活動の継続に向けた支援も行っています。 また、本日まで出席いただいております市川市リハビリテーション協議会をはじめ、市川市医師会の管理栄養士、口腔サポートセンターの歯科衛生士にもご協力いただき、住民の活動の場に講師を派遣し、活動が継続できるようなアドバイスをを行っています。 また、それぞれの事業では「後期高齢者の質問票」を活用し、高齢者のフレイル状態のチェックを行うとともに、保健師や管理栄養士より、それぞれの状態に合わせたアドバイスをを行っています。アンケートより早期の支援が必要と判断した場合には、訪問等による支援も行っています。 そして、フレイル状態の方への支援として、リハビリ専門職が3か月間集中して関わり、本人の意欲を引き出す働きかけを行うことで、可能な限り自立した状態に戻す支援として、短期集中予防サービス（通称いちわかプログラム）を実施しています。本日まで出席いただいております皆様にも、本市での介護予防・フレイル予防の取り組みについてご理解いただくとともに、周知にご協力をいただけますと幸いです。 それでは、議事に入ります。議題1「PDCAサイクルの設定」について事務局 近藤よりご説明いたします。資料2をご用意ください。 議題1. PDCAサイクルの設定について はじめに資料の構成についてご説明いたします。資料2の一枚目は、医療と介護の連携が必要とされる4つの場面「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」と、昨今の動向から「認知症への取組」
------------------------	---

	「感染症発生時・災害時の対応」について PDCA サイクルの設定として全体をまとめたものとなります。「感染症発生時・災害時の対応」は、これまでも連携が必要とされておりましたが、令和 6 年 8 月の国の地域支援事業実施要綱改正により、新たに追加したものとなります。資料の 2 ページ以降は、それぞれの場面の個表となり、令和 6 年度の実績結果とその効果、改善について具体的に記載しております。 それでは、個表を使ってご説明いたします。「日常の療養支援」についてご説明いたします。連携に係る課題への対応として、令和 6 年度の実績をご覧ください。専門職を対象としたものとして 7 月 3 日に、訪問看護ステーションと行政の意見交換会を、同職種間の連携を目的として実施しております。また、多職種連携を目的としたグループワークを取り入れるなど参加型の研修会として、7 月 27 日に「口腔機能維持と食への支援」をテーマに 60 人にご参加いただき、10 月 6 日には、「在宅医療・介護連携における薬剤師の役割」をテーマに 38 人、12 月 21 日には、「認知症の BPSD の理解と支援における多職種連携」をテーマに 43 人の方にご参加いただきました。また、3 月 19 日に、初めての試みですが、同職種連携として、「高齢者支援に携わる栄養士の集い」を予定しております。 評価としまして、それぞれの研修会参加者へのアンケートにより、連携が図られていると回答した割合は、平均 83% となっています。改善をご覧ください。研修参加者については効果が得られておりますが、改善として、研修参加可能人数に限られており、初めての参加者を募るなど、すそ野を広げていく必要がある。研修テーマ、開催日及び時間帯、研修方法の工夫、研修以外で連携を図るための工夫を挙げています。 次に、次ページの「入退院支援」をご覧ください。11 月 28 日に、病院と在宅との多職種連携を目的として「認知症の人の退院支援について」をテーマに MSW 等地域連携会議を開催し、58 人にご参加いただきました。評価としまして、参加者へのアンケートにより、参加をきっかけに多職種の連携が取りやすくなると感じた割合は 95% でした。改善としては、先程の日常の療養支援と同様に、参加可能人数に限られており、初めての参加者を募るなど、すそ野を広げていく必要がある。研修テーマ、開催内容の工夫、研修以外で連携を図るための工夫を挙げています。 続いて、「急変時の対応」をご覧ください。急変時の対応として、救急医療情報キットの普及啓発を行いました。令和 6 年度は 12 月末現在で 58 件の申請があり、延べ申請者数 305 件となります。令和元年から開始している事業となります。個別の状況に合わせた急変時の対応に関して、職種間での共有を進める取組みについては、まだまだ不十分であることから、
--	---

地域包括支援課 主幹	改善として、救急医療情報キットの普及を進めるとともに、個別状況に合わせた急変時の対応の流れを共有するための取り組みが必要と挙げております。 「看取り」に移ります。次ページをご覧ください。令和6年度は、市民への普及啓発として2月1日に「本人の意思を尊重した看取りの支援」を予定しております。本日現在150名のお申込みがございます。第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に係るアンケート調査の結果を見ますと、効果のところに記載しておりますが市民のリビングウィルの認知度が20%～25%という状況です。改善としては、市民や専門職へリビングウィルやACPを普及啓発していく必要がある。また、身寄りのない高齢者の看取り支援についてACPを行うことで連携を進めていく必要があると挙げております。 続いて、次ページの「認知症への取組」をご覧ください。再掲となりますが、11月28日開催のMSW等地域連携会議の中で「認知症の人の退院支援」について協議しました。12月21日の多職種連携の研修会については、こちらも再掲となります。11月19日には、主に市民を対象とした認知症講演会を「認知症と共に生きる」のテーマで行い、127人のご参加がありました。また、認知症本人ミーティング（仲間と話そう）を市内各地で年12回開催するほか、認知症ピアサポート活動として1月29日に開催予定である認知症サポーターステップアップ講座の中で、認知症本人の声を届ける予定です。効果確認としては、第2回の本会議でも出されましたが、MCI及び軽度認知症の方の把握が不十分であることから、改善として空白の期間が短くなるような体制を整備していく必要があると挙げました。 最後に、「感染症発症時・災害時の対応」をご覧ください。目指すべき姿は、「災害・救急時の対応等で医療と介護連携が図られる」としてありますが、救急時とは、平時はもちろん、コロナのような新興感染症蔓延時等も含まれます。今回のコロナ禍において在宅療養を余儀なくされた多くの方々への支援では、医療関係者や介護関係者の皆様はご苦労されたことと思います。この場面での連携も重要となります。この場面での取組みは今後進めていければと考えています。説明は以上となります。 それでは、ただいまご説明させていただきましたとおり、今年度の取組と効果を踏まえ、場面ごとに改善点を挙げておりますので、皆様から次年度以降の取組に向けたご意見をいただきたいと思います。まず始めに、「日常の療養支援」についてです。改善点としては、
-----------------------	---

	・研修参加可能人数が限られているため、新規参加者を募る等すそ野を広げていく必要があること ・研修テーマ、開催日及び時間帯・研修開催方法の工夫 ・研修以外で連携を図るための工夫 を挙げております。この課題を踏まえ、次年度以降の取組についてご意見をいただきたいと思います。秋本先生、今年度、口腔機能に関する研修会の講師をお引き受けいただきましたが、研修講師というお立場から、また歯科医師としてテーマ設定や開催時間、開催方法などについて改善点等はいかがでしょうか。
秋本委員	研修テーマについては、地域包括支援課から大まかなテーマを提供してもらえれば、面白そうな内容を作ろうと思っています。開催日や時間帯については、ある程度仕方ない部分があると思います。全ての職種の人が必ず参加できる曜日というのは存在しないと思うので、地域包括支援課の方で割り切って、「この日です」と確定してもらって良いと思います。それに対して、私も会員に声掛けをします。歯科医師会では、会長から「若い先生が参加できるように」と私から指示するように言われているので、開催日と時間帯をみて調整をしていこうと思っています。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。牧野先生、昨年に引き続き今年度も薬剤師とケアマネジャーの研修会を行いました。いかがでしたでしょうか。新規参加者の拡大など、すそ野を広げていくための方法についてご意見ございますでしょうか。
牧野委員	今、Z o o m等のW e bでの開催もできるようになってきているので、そうすると皆さん参加はしやすいと思います。会場に集まるとなると、やはり日曜日開催等になってしまうので、W e bでの開催を検討していただければと思います。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。鵜飼さん、今、W e bというお話がございましたが、リハビリテーション協議会では積極的に使われているのではないかと思います。そういった研修以外で連携を図るための工夫ですとか、研修の開催方法について、ご意見いただけますでしょうか。
鵜飼委員	リハビリテーション協議会ではコロナ禍からZ o o mでの研修会を年2回程度実施するようにしているのですが、先程お話があったように、逆に

地域包括支援課 主幹	今度は対面での集客ができなくなってきたという課題を抱えています。Zoomだけの研修会のみですとその先の連携までには至らない。今回こちらの課題でも職種間の連携という内容が入っていますが、今、研修会を開催することだけが目的になってしまっていて、実際の連携というところを踏まえるとやはり対面形式に戻していく必要があるのかなということで、今年度末に対面の研修会の開催は予定しています。ただどれくらい集客できるかというところは、まだ我々も模索中ではあります。
	ありがとうございます。他市でもハイブリッド式で開催する等工夫されていると伺っています。その他何かこのことについてご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。 では続いて、入退院支援に移ります。改善点として、行政主催のMSW等地域連携会議は開催回数が限られていることから、会議や研修の開催方法や内容、研修以外で連携を図るための取組について、ご意見をいただきたいと思います。村尾さん、ケアマネジャーは入退院支援に深く関わっておられると思いますが、病院と在宅との連携を進めるために、こんな研修があったら良い、こんな会議があると良いなど、連携をとるための具体的な取組についてご意見ございますでしょうか。
村尾委員	会議自体もう少し数を多くされた方が良いのかなと思います。今、医療の方でも介護の方でも、加算を取るためにいろいろなルール設定があります。個々のケースでやりとりをした時に、施設と病院との連携が取れていなくて、加算を取るためにやったけれども実はそれが加算の要件を満たしていなかった、ということもあったりするらしいので、そういう点でもお互いの状況等、理解を深めることが必要だと思います。 また、様々な会議や研修を開催していただいているのですが、参加される方が大体いつも同じメンバーということが多いと思います。ケアマネジャーの場合は市川市に事業所の申請をするということもあるので、例えば市主催の研修において、どの事業所は出ているけれど、どの事業所は出していない等のデータを把握していただいて、事業所方針もあるでしょうし事業所運営指導等もあるでしょうから、強制的には言えないですが、「ここ何年かあまり出てらっしゃらないですが、事業者の取り組みとしてはどうでしょうか」等とご意見を言っていただくことで、事業所にも「やはり出ていかなきゃいけない」「時間を作らなきゃいけない」というような認識を持たせる必要があると思います。以上です。

地域包括支援課 主幹	貴重なご意見をありがとうございました。事業所毎の把握というところまではできていないですが、出席者のリピート率を見ると、決してリピート率がとても高いというわけではないのですが、やはり事業所によって偏りがあるということはあると思いますので、是非参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございます。 また、数が多い方が参加の機会が増えて良いというご意見があったかと思いますが、大木先生、市川総合病院は地域医療支援病院として、在宅医療への支援や地域の医療関係者を対象とした研修を開催いただいておりますが、ケアマネジャーなど介護との連携に関して、病院として取り組まれていることなど、ございますか。
大木委員	恥ずかしながら入退院支援のところに関しては看護師が主体になっていて、医師の参加は限られてしまっています。本来でしたらやはり医師の参加はとても大事なことだと思っているので、積極的に医師の参加を募った方がいいと思います。知らない間にソーシャルワーカー等で退院前カンファレンスが終わってしまっているといったこともあります。先生方お忙しいでしょうから、と追いやられてしまうようなところもあるので、一体化できたらいい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。また新たな課題としてあげさせていただければと思います。そのほか、入退院支援における連携を図るための取組について、アイデア等ございましたらご意見をお聞かせください。 では続いて、「急変時の対応」に移ります。改善点としてあげました、救急医療情報キットの普及啓発については行っているところですが、個別の状況に合わせた急変時の対応に関する共有については課題として残っております。山賀先生、在宅医療を受けられているご本人ご家族を含め、訪問看護師やケアマネジャーなど支援者間で、急変時の対応に関する共有などは、どのようにされておりますでしょうか。
山賀委員	決まりというものが無いものですから、それぞれのクリニックが独自に動いているのでまとまらないという問題点はあるかもしれません。患者さんはその日その日その場その場で日々、行く度にやりたいことや方向性が変わっていく。特にがん末期の方等は変わることが多いです。だからこそ、それぞれの診療が終わった後に、診療のレポートをすべての事業所に送る。「こういう話をしましたよ」「このように考えていますから、何かあったらいつでもクリニックに連絡をもらって、そこで一緒に考えながら

	その都度相談していきましょう」ということを共有しています。クリニックやその先生のやり方や思いによるので、画一的にやることが良いことなのか私も何とも言えないところです。ただ、例えば、外来の先生とか、在宅のように入り込むところではない時にはこういったものは非常に有意義であるとは考えています。急変になった時にこういうものがあるということは、本人の想いを叶えるということになると思うので、在宅でしっかり医者が入り込んでいるところよりは外来通院中とか、そういったところには非常にメリットがあるのかなと思います。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。外来通院中というお話がありましたが、福澤先生、外来に通院していらっしゃる方で急変時の対応について、なにか関係者間で共有されている場面、もしくは患者さんとのやり取りということがあればお聞かせください。
福澤委員	歩いて来られる患者さんが中心なので、急変時のことをお話しすることはまずないです。数は少ないですが、訪問で診ている患者さんがいまして、去年お見送りしました。がんの末期や老衰の方だとか、通院ができなくなった時点で私がお伺いしますよという話をして、それまでに、最期どうしましょうかという話をして、家で看取りましょうという方向にいくのですが、通常の外来ではそういったことはないです。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。訪問看護の立場から橋本さん、急変時の対応について、医師との連携は図れていると思いますが、介護側との情報共有や連携についてはいかがでしょうか。うまくいった事例などありますでしょうか。
橋本委員	状態変化については、ケアマネジャーを通じて報告するようにしています。末期の方とか状態が落ちてきている方、また、独居の方で、ヘルパーが発見してしまう時もあると思うので、そういう時にびっくりして救急車を呼ぶことがないように、セコムの緊急電話を見えるところには貼るようにしています。事前に、「こういう状態になってきているので何かあればこちらに電話してください」とお伝えしています。実際、末期の独居の方で途中は大変だったのですが、最期までお看取りできたというケースはあります。やはり日々の情報共有をしておくこと、少し先を予測して「こうなったらこうしてください」と伝えておくことが大切だと思います。

地域包括支援課 主幹	ありがとうございました。今、状態変化についてケアマネジャーを通じて共有するというお話もありましたが、鈴木さん、急変時の対応の共有については主治医や訪問看護など医療側に情報をいただくことになるかと思いますが、こうしたら共有しやすい、情報をいただきやすいなど、具体的な方法はありますでしょうか。
鈴木委員	訪問診療や訪問看護が入っているご利用者様に関しては、急変時にどうするかというのは、支援者間で共有しやすくなっているような気がします。ただ、皆さんが訪問診療や訪問看護を使っているわけではないです。介護保険制度で、通院時情報連携加算というものが前回の改正でできたのですが、ご利用者様が診察を受ける時にケアマネジャーが同席して、ご利用者様の状況や生活環境等の情報をお伝えして、医師や歯科医師から情報を受けた上でケアプランに記録すると取れる加算です。そういうものが認められているので、ケアマネジャーが通院同席して、緊急時の対応等を伺ってそれを支援者間で共有できると良いと思います。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。通院時の付き添いというお話がありましたが、他に急変時の対応についてご意見ございますでしょうか。大木先生お願いします。
大木委員	救急医療情報キットがなかなか普及しないというところがあります。救急隊も探していないのではないかと思います。冷蔵庫を開ければあるわけですが、経験がないのだと思います。やはり普及が足りない。どうしたら救急隊が分かるのかと考えるが、ドアの表側に貼るのは難しいですし、なかなか良いアイデアが浮かばないところではあります。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。毎年、救急隊の研修会に出席させていただいて、救急医療情報キットのご説明と、ステッカーが冷蔵庫と玄関ドアの内側に貼ってありますというご説明はさせていただいているのですが、やはり処理されている側の在り処の徹底という課題もあると思いますので、引き続き両方の周知徹底を図っていきたいと思います。他にご意見ありますでしょうか。山田さんお願いします。
山田委員	救急キットですが、私達の事業所で何名かはいるのですが、意向を確認させてもらって救急車を希望される方や、延命を希望される方は、在宅の先生が入っていらっしゃらないことが多いので、そういう方に提案をする

地域包括支援課 主幹	ことがあります。独居やご家族が遠方であるとか、近所の方が見に来ることがある程度の方も、やはり必要なのでケアマネジャーさんに相談した上で準備します。在宅の先生が入っていると、まず私達は在宅の先生に相談するので、ほとんどの方は必要ない部分が多いです。対象者となると、在宅の方というよりもやはり外来通院されている方になるかと思います。ですから、アピールするところが違うのかなと思います。
	ありがとうございます。市の方では対象者の拡大として65歳以上でかかりつけ医がいる方であればお渡しします、と周知をしてお渡しさせていただいております。情報の管理という部分でやはり継続が難しいという課題があるので、そこをどうしていくかは行政としても考えていかなければいけないと思っております。ご意見ありがとうございました。 続いて、「看取り」に移ります。山田さん、ACPの普及啓発については、もうひとつの課題である身寄りのない高齢者の看取り支援に関しても、解決の一助になるのではないかと考えておりますが、ACPに関して、現場での実態についてもお聞かせいただけますでしょうか。
山田委員	ACPについては私達の事業所に関して言えば、市で作成している「私のリビングウィル」を必ず契約の時に、ほとんどの方にお渡しするようにしています。その場で書いていただかなくてもいいですし、いつでも書き直しもできますよと説明させてもらってお渡しします。最初はなかなか書いてくださらない方が多いのですが、訪問していく中で信頼関係ができてくると、いろいろお話ししてくださる中から、ご本人やご家族の意向等を汲み取るような形で、書面に残さなくても言葉でいただいたものを記録に残して、それを先生やケアマネジャーに共有しています。 身寄りのない方に関しても、お話できる方であれば「こうなったらどうしたらいいですか」のような言葉で聞いてみたり、「ご両親をどうやってお看取りしましたか」等、会話の中で聞いていくと、その人の思いが汲めることもあります。認知症等で判断できない方でも、少し前から関わっている方やご友人、ケアマネジャー等で長く関わっている方がいればそういう方から、「こんなことをおっしゃっていた」等と聞いたりします。自分達だけで考えずに、繰り返し先生やケアマネジャー、よく入っているヘルパー等から話を聞いて、どうすればその人にとって不安や苦痛がないのか話し合っていくのが良いと思います。後見人が入っている方もいらっしゃるのです。そういう方とお話しして、最期をご自宅で、ということであれば、困らないようにケアしていきます。

	医療情報等の連携が不十分という話に関しては、ケアマネジャーも動いてらっしゃいますし、ご家族が遠方で仕事をしている息子さんとか娘さんへの連絡等、不十分というよりはタイムリーにできていないというところは反省しています。そこは、カナミックやMC S等のツールができてきているので活用できれば良いと思います。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。面野先生、今年度、市民を対象とした在宅医療講座の中でも ACP について触れていただきましたが、課題としては、市民への普及と並行して、介護を含めた専門職への普及も必要であると考えています。普及していくための方法について、ご意見があればお聞かせいただけますでしょうか。
面野委員	すごく難しいということを感じていて、ACPの目的が目指すべき姿のままであるならば良いのですが、それぞれ自分の事情の使われ方になってしまっている。例えば、施設であればご家族に連絡がつかない時にトラブルにならないように、と全部取っておくとか、医師でも、例えば私が電話を受けたときに、私が回っていない患者さんの電話も全部受けるので、そこである程度判断ができるようにはっきり書いておいてもらいたいというところで、患者さんのためでもあるのですが、それぞれの人のためでもあります。ACPを見てみると、医学知識が授けられていない、判断材料がない中で選ばれていることがあります。本当はこの方は急変時に病院に行かない方が良いのに、「行く」と結論づいていたり、逆に、絶対に病院に行った方が良いという方が「最期まで家で」「何があっても」ということもあります。とても難しいと思っていて、もともとACPのスタートについても病院が満床になったり、救急車が難しかったりというところも絡んでのスタートだと思うので、そこが様々な人の立場があって、本当に患者さんの役に立つということができるのかと考えると、山賀先生が言うように何回か繰り返し行うとか、例えば長い付き合いがあるとか、病状ががん末期である程度予測がついているということであれば良いですが、今後これを、認知症の始まりの方や独居の方に活かしていくということは、どうやっていくべきだろうと自分でもよく分からないところです。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。佐多先生、先生は在宅でも積極的にリビングウィルを活用されており、ACP も実施されていらっしゃるかと思います。リビングウィルや ACP について、市民や専門職に向けた普及を進めていくための方法についてご意見をお聞かせいただけますでしょうか。

佐多委員	私のところは、リビングウィルに関しては最初の契約の時点でお願ひします。1回書いてはもらいますが、その都度その都度、みなさん気持ちが変わって揺れるので、また聞いてまた聞いてというふうにして、その様な会話が当たり前ができるような形にしておく、最期の最期で、もうみんな分かっているから、ということで看取れるケースもあります。よく言われることで、「正解がない」と。どういう形であれ良いと思うのですが、メインで看ている方が納得してくだされば良いなとは思ひます。そのためには時間を割いていくということ、ただ、家で独居の方や家で熱いご家族がいる方、施設で、等それぞれのケースがあります。市民の方への普及活動というよりは、医療関係者や介護の方等、関わるすべての職種が、これに対しての理解を深めていって、この人はどういう考えでどう希望しているかを理解できるようにした方が、広がっていくのではないかと思います。
地域包括支援課 主幹	貴重なご意見ありがとうございます。多職種間で理解を深めるとともに情報共有する機会を増やしていく、そのためにツールを活用していくというところを取り組んでいければと思っております。一方で、市民の方への普及に関しては、今週土曜日に山賀先生にもご講演いただきます市民向けの講座の中でも少し触れさせていただきたいと思っております。 その他、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。それでは次に移らせていただきます。続いて、「認知症への取り組み」に移ります。改善点として、認知症の人が支援を受けていない「空白の期間」が短くなるような体制を整備していく必要があると考えておりますが、このことについてご意見をいただきたいと思ひます。 高齢者サポートセンターの室さん、先日ご出席いただいた地域ケア推進会議でも、この「認知症」について正しく理解し、地域で共に暮らしていくために、地域でできることや取り組みの工夫について協議いただいたところですが、空白期間を短くするための体制整備として、こんな取り組みがあればよいというようなご意見はございますでしょうか。
高齢者サポート センター職員	例えば認知症の軽度の方と考えると、最初にご案内があったような「集いの場」が増えていけば、通っている方たちの中から把握ができたり、相談や受診に繋げることになっていくと思ひますので、空白期間が短くなることに繋がるのではないかと考えました。ただ、最近の困難ケースの傾向と言ひますか私たちが関わっている中で、この期間が長期化しているとい

	うふうに考える要因の1つに、治療や介護への拒否等のセルフネグレクトのような方がとても多いなという傾向を感じています。 先日、研修で東邦大の岸先生のお話を伺ったのですが、対応としては人への信頼の獲得が必要だというお話を伺いました。そこから支援に繋げることができるというお話です。そうすると、私たちができる方法としてはやはり関わり続けるしかないのかなということです。あとは、地域トラブルを起こす方がとても多いですので、地域から排除されないような、理解を求め続けなければいけないと思っていますところ。 空白の期間が短くなるような体制については、普段から、連携として行っていること、当たり前のことですがやっぱりカンファレンスを重ねるしかないと思います。一緒に方針を決定したり共有したり、時には地域ケア会議を活用する、そういった中で期間を短くしていく努力をするしかないと感じております。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。認知症の方を排除しない取り組みというところで、地域ケア推進会議でも、認知症の理解を広めるための取り組みについては、薬局や医院などの待ち時間を活用して周知用動画を放映したらどうか等、様々なご意見をいただいたところです。会議で出ましたご意見については、改めて本会議を通じご報告させていただければと思います。 医療拒否や介護サービスの拒否というお話ができましたけれど、吉岡先生、外来診療の中で、前回会議でもご案内しました「認知症ご本人ミーティング」や「ピアサポート活動」等、行政の取り組みについて、積極的に周知していただいているところですが、この空白の期間を短くするため、早期に相談や受診につながるための方法として、何かアイデアはございますでしょうか。
吉岡委員	室さんが言われていましたが、やはり取組みをやり続けることだと思っています。どうしても後手後手に回ってしまうことが否めないとは思いますが、もう少しそれを前に進めることが大事であって、先程、室さんが言っていたのは介護までの空白期間だと思いますが、もう1つ前の空白期間も大事です。診断を受けて、じゃあ次どうするか、という話になります。今、診断率が上がっていますので、その様な時に、本人ミーティングとピアサポートは良い試みだと思います。ピアとは仲間、と私は認識しております。診断された方が、自分の生きがいを見つけられる。せっかく作っていただいているので、どんどん伸ばしていただきたいです。ひとつ行政の

	方をお願いしたいことは、誰がこのピアサポートに参加したり、本人ミーティングに行っているかという情報は欲しいです。医師からの一言はやはり大事で、「ピアサポートでこんなことをやっているんですか、すごいですね」ということでも会話になります。個人情報ですから難しいかもしれませんが、例えばカナミック等で良いので、この人が参加されています、ということが分かれば、次の外来でうまく繋がると思います。この空白期間の最初の方は本人ミーティングとピアサポートを増やすことで補えるのではないかと、私は思っています。ですから、やはりやり続けるしかないと思います。以上です。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。認知症本人ミーティング、またピアサポート活動については引き続き力を入れてやっていきたいと思っておりますので、周知等にご協力いただければ幸いです。その他、認知症への取組についてご意見等ございますでしょうか。 それでは最後に、今年8月に改訂されました地域支援実施要綱の中で、在宅医療介護連携を進めるために、新たに連携が必要な場面として「感染症発生時・災害時の対応」が加わりました。この場面での連携に関しては、これまで議論したことはございませんが、災害時における医療と介護の連携についてご意見をいただければと思います。佐々木先生、医師会は先日も市と合同で研修会を開催するなど、災害時の対応について深く関わっていただいているところですが、災害時における医療と介護の連携を推進するため、まず必要である取り組みなど、ご意見をお聞かせいただければと思います。
佐々木委員	介護施設における災害時のルール決めということが絶対的に必要だと思っていて、これが起きた時にはこの様に動くといったルール決めをすること。あとは、搬送が重要だと思っています。自分で歩ける人、元々歩けない人、元々は歩ける人、状況により歩けなくなってしまった人、が、災害時にどの様にどこに行くのかということを決めておくことが大事だと思います。災害が起きた時にどうやってどこに行くか、ということは意外に皆さん知らない。まず、災害が起きた時にクリニックが閉まってしまうということを皆さんがどれだけ知っているか。病院が全て開いているかというところでもなくて、医療救護所があってそこでしか医療は行われなくなるということです。そして、どうやってそこまで行くかということになるのですが、もちろん命に関わる非常事態になれば救急車という選択肢がありますが、軽症な時に救急車を使われると大変なことになってしま

	う。その場合に、歩ける人は救護所まで近ければ歩いて行っていただくということになりますし、元々歩けない人はどうするかということについては、軽度の人は避難所に行ってくださいということになると思います。もちろん、周りの方が救護所まで運んで行けるのであればそれで良いのですが、そうでなければ避難所に運んで、避難所から力のある人間が救護所まで力を貸す等、そういった流れをそれぞれの介護施設や、在宅の方はもっと難しいとは思いますが、どういう風にするのかを事前に確認しておくということをやすべきだと思います。以上です。
地域包括支援課 主幹	ありがとうございます。この部分に関しては、それぞれの事業所でルール作りが必要というご意見をいただきました。またこの会議の中で課題として挙げさせていただいて、どういった連携体制を構築していく必要があるのかということは、引き続き検討していければと思います。 以上、4つの場面、そして認知症への取り組み、災害時における対応に関する令和7年度以降の取組について、ご意見を伺いましたが、全体を通して、改めて気づいた点など、ご意見はございますでしょうか。 それでは、議題3. その他について、事務局から報告がございます。
	議題3. その他
地域包括支援課 事務局	令和7年度の会議開催についてですが、今年度と同様に3回を予定しておりまして、第2回については認知症初期集中支援チーム検討委員会を兼ねた会議となります。日程が決まりましたらご案内させていただきます。また、来年度につきましても各団体より推薦をいただきますのでよろしくお願いいたします。
地域包括支援課 主幹	以上をもちまして、令和6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。ありがとうございました。

(20 時 30 分閉会)