

令和7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7年7月3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、面野委員、山賀委員、佐多委員、秋本委員、西川委員、鈴木委員、村尾委員、山田委員、橋本委員、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、国保年金課長、地域共生課長、介護保険課長ほか

【高齢者サポートセンター】

高齢者サポートセンター市川第二

4. 傍聴者

0名

5. 議事

(1) PDCAサイクルの設定について（報告・協議）

(2) 令和6年度 実績報告

ア 在宅医療・介護連携に係る相談実績

イ 退院調整相談支援における困難事例

ウ 令和6年救急搬送の現状

エ 令和7年度版訪問看護ステーション一覧、病院連携窓口一覧

オ 令和6年度医療・介護連携における情報共有ツールの活用状況

カ 東葛南部6市担当者会議

(3) 多職種連携地域包括ケアシステムの活用について（協議）非公開

6. 配布資料

- ・ 会議次第
- ・ 出席者名簿
- ・ 資料1 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの Ver. 3 と Ver. 4 の共通点と変更点
- ・ 資料2 PDCAサイクルの設定
- ・ 資料3 在宅医療・介護連携に係る相談実績
- ・ 資料4 退院調整相談支援における困難事例
- ・ 資料5 令和6年 救急搬送の現状
- ・ 資料6-1、6-2 令和7年度版 訪問看護ステーション一覧、病院連携窓口一覧
- ・ 資料7 令和6年度 医療・介護連携における情報共有ツールの活用状況
- ・ 資料8 東葛南部6市担当者会議
- ・ 資料9 多職種連携地域包括ケアシステムの活用について（非公開）

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>定刻となりましたので、令和7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。</p> <p>本日議事進行を務めさせていただきます、地域包括支援課の樋口と申します。よろしくお願いいたします。</p> <p>はじめに、地域包括支援課長高橋より挨拶を申し上げます。</p>
地域包括支援課長	<p>皆様こんばんは。ただいま紹介いただきました地域包括支援課長の高橋でございます。本日は大変お忙しい中お集まりいただき、感謝申し上げます。また平素より、本市の高齢者福祉行政にご理解とご協力いただき厚く御礼申し上げます。</p> <p>皆様もご存じのとおり、2040年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護の両方を必要とされる高齢者が大幅に増加することが予測されます。このような中、切れ目ない在宅医療と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を充実させるとともに、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ころでございます。そのためには、医療と介護の連携強化を図りながら、地域の特性に応じた仕組みを整えていくことが重要であると考えております。本会議は医師会の皆様、歯科医師会の皆様、薬剤師の皆様をはじめ、在宅医療と介護を支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実現に向けた関係機関の連</p>

	<p>携体制構築を推進するために開催させていただいております。本日は主に令和6年度の実績報告と、今後の取り組みについて議題としておりますので、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ければと思っております。以上簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきます。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>それでは議事に入る前に、人事異動により事務局の体制が変わりましたので、自己紹介をお願いしたいと思います。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。</p>
	<p>参加者自己紹介</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>続きまして、厚生労働省より出されております「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」の改訂内容について、事務局近藤より説明いたします。資料1をご覧ください。</p>
<p>地域包括支援課事務局</p>	<p>この度、厚生労働省から出されております「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」につきまして、4年半ぶりに改定されております。バージョン3との変更点をご報告させていただきます。</p> <p>上段の表は共通点となります。事業の趣旨は変更ございません。事業の進め方としましても、PDCAサイクルに沿った取り組みを進めることや、在宅療養者の生活場面において医療と介護の連携した対応が求められる「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」の4つの場面を意識した取り組みを行うといった大枠は変更ございません。下段の表は変更点となります。今回第8次医療計画における在宅医療に必要な連携による拠点の位置付けが明記されました。これまで在宅医療介護連携推進事業の主体は高齢者だったのですが、子どもや障がい者の方も在宅医療を必要とされていますので、その方々も含めた拠点が位置付けられているところです。千葉市ではすでに子ども・障がい者・高齢者の連携拠点の一元化が図られておりますが、本市では今後の課題となっております。また、医療と介護の連携が必要な4つの場面に加えて、認知症や災害時の対応について、具体的な考えが示されたところです。</p> <p>その他、他市の事例やPDCAサイクルの各段階における具体的な取り組み事例の方が提示されております。説明は以上となります。</p>

<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>それでは議事に入ります。</p> <p>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。本日議題3が非公開となります。その他の議題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ます。</p> <p>議題(1)PDCAサイクルの設定について、事務局より説明いたします。資料2をご用意ください。</p>
<p>地域包括支援課事務局</p>	<p>では、PDCAサイクルの設定についてご説明いたします。こちらの資料は、PDCAサイクルの設定の中からプランを取り出したものとなります。まず、資料の構成についてご説明いたします。一番上段の連携場面については、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」、また昨今の動向から「認知症への取り組み」と、「感染症発生時・災害時の対応について」、6つの場面を設定しております。「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。それぞれの場面で目指すべき姿を記載しております。連携に係る課題については、昨年度、本会議の中で皆さんにご意見いただいた課題をまとめたものになります。それらを踏まえて、令和7年度の取り組みの方を計画させていただきました。</p> <p>まず「日常の療養支援」の中で連携に係る課題としては、職種間の連携が進んでいない場面があること、またACPを行っていないケースがあることなどが挙げられ、その対策として専門職を対象とした研修会を9月10月に実施いたします。9月21日には、日本アドバースケアプランニング研究会代表理事、医療法人社団オレンジ理事長の紅谷浩之先生を講師にお招きし、ACPに基づいた意思決定支援を考えるというテーマで、ご講演とグループワークを予定しております。改めて各団体に参加のご協力をいただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。また10月16日には市川市薬剤師会のご協力のもと、薬剤師とケアマネとの研修会を予定しております。さらに日時は未定ですが、昨年度に引き続き市内の高齢者支援に関わる栄養士を集めた意見交換会も予定しております。</p> <p>続いて「入退院支援の場面」では、病院と在宅の情報共有が不十分な場面があるという課題が上がりました。その対策の1つとして、メディカルソーシャルワーカーと多職種との連携を目的とした会議を開催予定と</p>

しております。テーマはこれから決めていきますが、課題解決に向けたテーマのアイデアなどがあればご意見をいただきたいと思います。

「急変時の対応」についての課題は、対応の流れが支援者間で共有できていない場面があるということで、それに対しては救急医療情報キットの配布を継続して参りたいと思います。

「看取り」の場面における課題としては、多職種間で医療情報の共有が不十分ということ、日常の療養支援の課題でも上がったACPを行っていないケースがあること、また身寄りのない高齢者の看取り支援についてをあげました。対策としては、先ほどの紅谷先生の講座を専門職向けの研修として再掲しています。また市民向けの普及啓発として、在宅医療講座「本人の意思を尊重した在宅療養支援と多職種連携」をテーマに、のへクリニック院長の三戸順子先生他、訪問看護師の田島様、はちまん薬局の川田様、ケアマネジャーのご講演をいただく予定です。また「認知症への取り組み」の課題としましては、認知症の疑いから診断までの空白期間及び、診断されてからサービスにつながるまでの空白の期間への対応ができていないことがあげられました。これに対しては、10月24日に市民を対象に「認知症と共に生きる、新しい認知症観を知ろう」というテーマで講演会を行います。内容は認知症疾患医療センター袖ヶ浦さつき台病院センター長の細井尚人先生と、ちばオレンジ大使の布川様にご講演いただく予定です。ちばオレンジ大使は認知症本人大使として千葉県が任命した方になります。布川さんは64歳ごろにレビー小体型認知症と診断されました。大勢の市民が集まる場での認知症当事者の方からの発信は、市川市では初の取り組みとなります。また、認知症地域支援推進員の活動を通じて「きょういくところ」など、社会参加活動の場の周知を進めるとともに、認知症本人ミーティングの開催や認知症ピアサポート活動を継続していく予定です。

最後に「感染症発生時・災害時の対応」の課題として、災害・救急時の対応等で、医療と介護の連携をどのように図っていくかについて協議がされていないことが挙げられ、それに対する対策として、令和8年3月14日に「災害時における多職種連携」というテーマで専門職を対象とした研修会を開催予定です。内容といたしましては、市川市医師会にご協力いただき、金沢医科大学救急医学講座特任教授秋慎司先生にご講演をいただくとともに、市川市の災害体制について危機管理課からもお話をさせていただきます。

P D C A サイクルの設定についての説明は以上となります。

<p>地域包括支援課主幹 村尾委員</p>	<p>それではご質問、ご意見はございますか。</p> <p>10月16日の研修は日曜日になっているが、この日は木曜日だと思う。日付と曜日どちらかが違うのでしょうか。</p>
<p>地域包括支援課事務局</p>	<p>日曜日開催ですので10月19日です。申し訳ございません、訂正をお願いいたします。ありがとうございました。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>申し訳ございません、ありがとうございます。「日常の療養支援」のところの②ですね。令和7年度の取り組み、10月16日となっておりますが、10月19日と訂正お願いいたします。他にご質問等はございますでしょうか。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>認知症の取り組みのところの10月24日の講演会というのはアナウンスはどのように行うのでしょうか。患者さんにも伝えたいと思うのですが。</p>
<p>地域包括支援課事務局</p>	<p>市民向けの講演会ということで、市民の皆様にチラシを配布したり、市公式Webサイトへの掲載のほか、市公式ライン配信などで周知を行います。専門職の方にも、メーリングリストを通じて訪問看護やケアマネなど各事業所にもご案内しております。医師会・歯科医師会・薬剤師会の先生方にもご案内させていただきたいと思いますがいかがでしょうか。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>わたしの一存で今ここでは決められませんが、市民を集めるのなら多くの方にお知らせしたり協力できればと考えています。</p>
<p>地域包括支援課事務局</p>	<p>ご相談させていただきます。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ありがとうございます。ほかにご質問、ご意見等はございますでしょうか。そうしましたら、11月27日に予定しております、市民を対象とした在宅医療講座についてですが、講師の先生方とはこれから内容の打ち合わせが入っておりますので、いろいろと先生方からのご意見を伺えればと存じます。面野先生、テーマが「本人の意思を尊重した在宅療養支援と多職種連携」となっておりますが、講話の中で盛り込んだほうがいい内容やポイントがあればご提案いただくと有難く存じます。</p>

面野委員	ちょっと思いつかないです。すみません。
地域包括支援課主幹	ありがとうございます。そうでしたら、山賀先生の方で何か盛り込んだ方が良いポイントなどあればお願いします。
山賀委員	どこも ACP っていうところでいろいろな講義の場が多いので、どこも同じような内容になってしまうので何かいい案があればと思うのですが、ちょっと考えさせてください。
地域包括支援課主幹	ありがとうございます。それでは佐々木先生、3月14日に予定しております「災害時における多職種連携」をテーマとした専門職研修会につきましては、おかげさまで市川市医師会に共催をいただき開催できることとなりました。災害時の連携としては初めての取り組みとなりますが、研修会に期待することや関心を持たれていることなど、ご意見をいただければと思います。
佐々木委員	ありがとうございます。前から申し上げているのですが、災害が起きた時の手順というかその時のルールをもう一回確認することが一番僕は重要だと思っているので、その施設としてどのような連絡を取るかとか、どういう所に行くかとか、それぞれ在宅とか施設の人がどういう動きを取るかということをしっかり確認しておく必要があると思っております。
地域包括支援課主幹	ありがとうございます。その他資料に記載のないことでも構いませんので、今年度の取り組みに加えることなどありましたらご意見をおねがいたします。ご質問、ご意見等ございますでしょうか。 ありがとうございます。ご意見を踏まえまして、今年度の取り組みに活かしていきたいと思っております。
地域包括支援課事務局	続きまして、議題(2)「令和6年度実績報告」に移ります。 報告ア～カについて事務局より説明いたします。資料3、4をご用意ください。 それでは、「在宅医療介護連携に係る相談実績」について、資料3をご覧ください。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す。 まず、市川市医師会地域医療支援センターでの相談実績についてです。

令和6年度の相談件数は57件で、内容といたしましては在宅医療医の紹介が34件ということで一番多くなっております。相談者の内訳としましては、ご本人及びご家族からが35件と一番多く相談が寄せられております。

続きまして、市川市高齢者サポートセンターでの退院調整支援に関する相談の実績です。高齢者サポートセンターに寄せられる総合相談のうち、退院調整として継続的に支援に携わった相談を抜き出し集計したものととなります。令和6年度の実績といたしましては492件、支援対象者の年代は70代の方が159人、80代の方が225人とこの年代で全体の78.0%を占めております。相談者の内訳はご家族からの相談が197件、医療ソーシャルワーカーからの相談が194件ということで79.5%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ということになります。

次のページをご覧ください。入院中の医療機関の内訳では市川市内の病院からが270件、市外の病院が222件と近隣市や都内の病院からの相談も多くなっています。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多くなっています。

続きまして地域包括支援課への相談件数については34件で、相談者の内訳としては本人、家族が合わせて25件となっております。相談内容の内訳といたしましては、救急医療情報キットについては10件、介護保険サービスや在宅医療についての相談が4件ずつとなっております。相談実績についての報告は以上になります。

続いて、退院調整相談支援における困難事例についてご報告いたします。資料4をご確認ください。1、2番目の事例についてですが、「認知症または認知機能低下がある独居の方が救急搬送された後の退院支援に関する困難事例」ということで、地域で孤立しがちな認知症のある独居高齢者の、退院後の生活再建や支援体制づくりの難しさが読み取れる事例となっております。3番目の事例については、同居している娘さんにも精神疾患があり、退院支援にあたっては支える家族も支援対象となるため、金銭面を整えるなど家庭内の調整から大変だったことが伺える事例となっております。4番目、5番目の事例については、退院後、介護サービスへつなぐ際に待機となり、苦情に繋がったケースです。6番目の事例は認知症や精神疾患が疑われ、近隣トラブルのある独居の方、7番目の事例は金銭管理が困難な方ということになっております。

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

	<p>所やサービス提供事業所、高齢者サポートセンターなどがきめ細やかな情報共有と協働を進めることで、その方の望む在宅医療の実現が可能となりますが、支える側であるご家族も何らかの問題を抱えていたり、複合的な問題から多方面での支援が必要になるケースも増えてきており、入院期間中から対応に向けた支援等を関係者が連携して行い、適切な介護サービスや生活支援につなげることで、その後の安定した在宅療養の継続に繋がってくると考えられます。</p> <p>退院調整相談支援における困難事例についての報告は以上となります。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ア、イについてのご質問、ご意見はございますでしょうか。</p> <p>高齢者サポートセンターでは多くの退院調整支援を行っていただいておりますが、白井さんの方で調整が困難となる原因や課題はどのようなことが多いかというところでご意見いただければ有難く存じます。</p>
<p>白井委員</p>	<p>原因や課題というところで、はっきりしたところはなかなか難しいんですけども、やはり認知症や疑いを含む精神疾患の方とか、ご家族の理解度が低い方などの支援が長期化する傾向が多いです。またその間に入れるサービスや見守りの手段も乏しいので、発見した段階の初期の段階で既に重篤化していることが珍しくない現状です。なので、本当は予防的観点で何かしらの介入ができていればと思っているのですが、そういった方々にとって入院というのは大きな介入ポイントと捉えられるため、支援が必要だと認識した際には早いタイミングで関係機関での情報共有とか支援検討を行うことが必要だと考えております。そして、事例4と5のところでも、要支援のケアマネジャーが現状見つからないという状況が続いております。そのため、福祉用具が必要だというご提案が医療側からあった際にも、介護保険でなかなか用具のレンタルが難しいので自費でレンタルをしたり、手すりが必要な方に関しては、住宅改修福祉用具購入などで代替案として対応できるかの確認をしております。また、継続したリハビリが必要ということでデイサービスのご利用を希望している方々に対してもすぐの利用は難しい現状なため、最近では生活支援コーディネーターと連携した上でインフォーマルサービスの活用なども視野に入れてご相談の対応にのっております。また、同様に退院支援の際に訪問看護の提案を受けることも非常に多いのですが、本当に真に必要な方については可能であればまず特指示から医療保険で導入をしていただくことも検討の一つですし、そして代替案としては医療保険で入りつつその間にアセスメントを重ねて、今後継続支援が必要か支援者と共に判断をしているような現状です。</p>

<p>地域包括支援課主幹 福澤委員</p>	<p>その後の区分の変更やそのほかの見守りのサービスのようなものというものを検討している現状ではあります。その上でどうしても介護保険への切り替えが必要だという場合も当然でございます。そういった場合、高齢者サポートセンターでもケアマネジャーを一生懸命探すんですけども、なかなか見つからないので、医療機関や事業所、時に主治医の先生から直接、居宅介護支援事業所に相談してなんとか繋がるといった現状ではございます。この点においてはどの高サポも頭を抱えてゴールが見えていない課題であると認識しております。以上です。</p>
<p>地域包括支援課主幹 福澤委員</p>	<p>ありがとうございます。ほかにご意見、ご質問等はございますでしょうか。</p> <p>医師会の医療支援センターで時間をかけて、昨年から医師会のホームページ開くと協力していただける医療機関をリストであげてあります。60 医療機関くらい載っているのですが、相談件数に関しては増えないんですね。以前は高齢者サポートセンターやケアマネジャーから、医療機関のどこが訪問診療してくれるのかとか、そういう情報が全く手に入らないと言われて、だいぶ責め立てられたんですけど、以前作って CD にして配布した。1 年後に調べたら全く利用されていないことが分かって、要するに人の入れ替わりがあるとその情報が継続していかないんですね。それがわかったので、医師会会員向けに 1 回情報をしっかり集めますよということを周知をして、最初はオープンにはしませんからということで情報を集めた。それで、集めてありますよということをアピールをしてこれぐらいの数になり、その後、去年から、ホームページ上でアクセスがあったらすぐ見えるような状況になっているんですが、閲覧数がほとんど変わっていない。皆様方にぜひ利用していただかないと我々がやってることがあまり反応がないとなると。更新も 4 月を目標にして毎年 1 回している、新しい医療機関が新規に加入したら追加するなど努力もしているので、ぜひお気軽に相談していただきたいと思います。特に、主治医をお探しになるときが中心になるだろうと思うんですが、ぜひよろしくお願いします。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ありがとうございます。改めまして、医師会のホームページの方に良い情報が載っているというところはこちらの方で改めて周知をしていきたいと思えます。心強いお言葉ありがとうございます。</p> <p>そうしましたら、他にご質問ご意見お願いいたします。</p>
<p>越田委員</p>	<p>今、だいぶ在宅医療の主治医の先生が増えてきまして、私たちがやり始め</p>

	<p>た頃に比べて在宅医療をやる先生が相当増えています。それに伴って、昔から私たちのように外来診療をやりながら在宅医療やっているところに、例えば東京のがんセンターとかそういうところが末期癌の患者さんの看取りまでやってくださいというような依頼があったものが最近全く来なくなりました。それはそれで別にいいのですが、そうすると対象は自分のところにいる患者さんの看取り、何年も前から来ていて、だんだん年をとって、来れなくなった患者さんを診るというようなスタイルに変わっていった、それは主治医ですから、そういう形の在宅医療もありだと思っておりますけれども。そういう時にその患者さんたちは、徐々にADLが下がっていきまして介護保険を申請するわけですね。そうすると、今介護保険の審査が厳しくなっていて、そう簡単に介護にはならないんですね。そうすると、大体支援から始まるのですが、先ほど高サポの方おっしゃったように、一部の問題は、支援の患者さんのケアマネが見つからないことです。知っているケアマネジャーさんに言っても、断られる。なぜ断られるのかというと、お金ならない仕事にならないで、それではどこへ頼めばいいんですかとなると、高サポの仕事だって言われる。でも高サポからは見ないとなると今非常に問題となっているのが、支援の患者さんのケアマネジャーが見つからないので、デイサービスであるとか、ちょっと簡単なところにいく患者さんがいないと。全然ケアマネがないというところが、私は一番問題になっていると思っていて、それは実感しておりますので、高サポも支援の1つの部署だと思っておりますので、その辺のところを最優先でやっていただきたい。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。地域包括支援課の課長のほうからお願いいたします。</p>
<p>地域包括支援課長</p>	<p>貴重なご意見ありがとうございます。高サポの人数につきましては、確かに以前から増やすようにとご要望いただいているところでございます。最近の取り組みとしては令和5年から6年度にかけて、地域支援コーディネーターを、15ヶ所に配置し、地域のニーズを掘り起こして、今お話にありました、なかなか市に繋がらないところを、何とか繋げられるようにする取り組みを進めているところでございます。今後、ちょっとご意見いただきながら進めて参りたいと思います。どうもありがとうございます。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ほかにはご質問、ご意見ございますでしょうか。では次にまいりたいと思います。「令和6年度救急搬送の現状」について、資料5をご用意くださ</p>

<p>地域包括支援課事務局</p>	<p>い。</p> <p>それでは「令和6年度救急搬送の現状」についてご説明いたします。資料5の方をご覧ください。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。なお集計時期については、令和6年の1月から12月となっております。</p> <p>まず初めに、救急医療情報キットの活用件数になりますが、令和6年の活用件数は0件でございました。参考までに、令和6年度末時点では、市内で205人の方が救急医療情報キットを利用しております。続きまして、令和6年、救急搬送の概要についてですが、救急搬送の件数は2万7,863件、救急搬送人員は2万4,201人でございました。救急搬送件数というのは、救急車の出動件数になります。その中で、医療機関に搬送したものが救急搬送人員となっております。救急搬送人員のうち高齢者が1万3,818人で全体の約57.1%でした。</p> <p>資料中段には、DNARに係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6年のCPA件数は990件、うちDNAR意思表示件数は49件となり、意思表示があった49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10件、書面提示がなかったケースは39件でした。なお、令和6年に意思表示があった49件のうち医療機関へ搬送されたケースは42件で、不搬送ケースは7件でした。</p> <p>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、また担当医師からの指示が明確であるが、担当医師に直接確認が取れない場合は救急活動中の指示、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。</p> <p>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。令和6年救急搬送の現状についてご報告は以上となります。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>こちらについてご質問、ご意見ございますでしょうか。</p>

大木委員	<p>前にもお話しさせてもらって同じことですが、DNAR をとるということ、ACPで意思を確認するのはいいんですけども、DNAR というのはまさに蘇生を行わないことですよね。ですので、それが自宅にいらっしゃる方に DNAR がくっついているというのは、ちょっと違和感を僕は多少持っているんですよ。やっぱり病院とか、在宅でもそうですけれども、もう終末期で数日以内にお亡くなりになるなという方が DNAR を宣言しますよということなので、元気に普通に生活してる方が DNAR とくっつけられても、なかなか救急隊がそこには対応できない。例えばがんの末期で在宅にいらっしゃる。心肺停止であったときに、そのがんの末期でその病状が進んで心肺停止に至ったのか、転んで心肺停止に至ったのかわからない。その判断は救急隊員ができないので、そこで DNAR がついているからと言って蘇生したのはおかしいというのは絶対言えなくて、むしろ逆に蘇生すべき。どんな経緯でお亡くなりになったのかわからないので、蘇生すべきと思っております。</p>
地域包括支援課主幹	<p>貴重なご意見ありがとうございます。ほかにご質問、ご意見ございますでしょうか。そうしましたら次にまいります。エ「令和7年度版訪問看護ステーション一覧、病院連携窓口一覧」について資料をご用意ください。</p>
地域包括支援課事務局	<p>資料6-1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ご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35ヶ所でしたが、今年度は37ヶ所となっております。続いて資料6-2をご覧ください。こちらは病院連携窓口一覧となります。こちらも毎年更新をしております。こちらは、ケアマネジャーや訪問看護師が病院と連携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。こちらの資料6-1及び6-2については、市公式ウェブサイトの方で公開させていただいております。また、この情報を公開しているということにつきまして、今後さらに広めていければと思っております。以上です。</p>
地域包括支援課主幹	<p>このことについて、ご質問やご意見はございますでしょうか。それでは次にまいります。オ「令和6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7をご用意ください。</p>
地域包括支援課事務局	<p>それではご説明いたします。こちらは各種連携ツールの活用状況について、令和7年3月に居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、高齢</p>

者サポートセンターに調査を行いご回答いただいたものをまとめたものになります。連携ツールには様々なものがあると思いますが、多職種の意見を伺い、行政で提供しているツールについて調査を行いました。まず初めに私のリビングウィルの活用状況についてです。全体としての活用は49.3%となっております。活用していない理由としては、居宅介護支援事業所では「少しタイミングと聞き方が難しい」という回答や、訪問看護事業所からは「医療機関で独自のものを利用している」、「診察時に立ち会いその場で話し合っていることが多い」などの回答がありました。

次のページは、救急医療情報キットについてです。こちらは市川市内にお住まいの65歳以上、または2号被保険者の方でかかりつけ医がいる方が配布対象となります。令和元年度から累計315件の申請があり、お亡くなりになられた方などを除いて、現在使用中の数は205件となっております。こちらにつきましては、45.2%の活用状況となっており、49.3%が活用していない5.5%は、キットの存在自体を知らないという回答でした。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は、キットの中の医療情報、こちらは処方薬の情報などそういったものの更新が必要で、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」「情報の変更や管理が困難」また「利用者の部屋の壁に連絡先を貼り付けている」など、救急医療情報キット以外のものを利用しているなどのご意見がありました。

続いて次のページの心不全手帳をご覧ください。心不全手帳については、現在、第2版となっております。手帳の中にあるセルフチェックシートを活用していただき、多職種連携のもとでセルフケアの重点を置いていただけるようになっております。令和6年度の配布数は661冊。主に東京歯科大学市川総合病院、行徳総合病院を通して、主治医の先生から配布している他、のへクリニックや小菅医院など市内の診療所数ヶ所の先生からも配布していただいております。また手帳の2冊目以降は、市の窓口で個別に取りに来られる市民の方もおられます。活用状況調査によると、全体の23.3%が「活用している」、49.3%が「知っているが活用していない」、残りの27.4%が「知らない」と回答しています。こちらも活用していない理由としては、「利用者が理解して活用するには内容的に少し難しい」とか、「医療機関から配布されるものであり、保有している人をなかなか見ない」などの声がありました。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のご報告は以上になります。

地域包括支援課主幹	<p>こちらに関して、ご質問、ご意見ございましたらお願いいたします。</p> <p>それでは伺ってまいりたいと思います。資料7の1ページ目の「私のリビングウィル」の活用状況について、活用していない理由として、居宅介護支援事業所のアンケート結果より「タイミングと聞き方が難しい」、また4ページ8行目にはリビングウィルの記載は「家族に任せているが項目によっては無記入になっている場合が多い」などのご意見があります。鈴木さんの立場から「医療の決定」の部分は医師や看護師が中心になるかと思いますが、見開きの右側にあります「私が大切にしていること」については、多職種で共有していただきたい部分であり、ケアマネジャーさんに活用していただき、ケアプラン作成に活かしていただきたいと考えておりますがいかがでしょうか。</p>
鈴木委員	<p>私の認識不足がありまして、この「私のリビングウィル」いうのは医師とか、訪問看護の方がご案内するものだと思っておりまして、なかなか自分から案内というのはしていなかったです。ただ開けて見てみますと、たしかに「私が大切にしていること」とかその辺は一緒に共有して、サービス計画に活かせるところだなと思ったので、これからは中をよく見て考えていきたいなと思います。なかなかこれはちょっと案内するものという認識がなかったものですから。そういうふうに思っている人が多いのではないかと思います。</p>
地域包括支援課主幹	<p>ご本人の意向を尊重していきたいというところでは、ますます活用していきたい方針でございますので、こちらとしても周知を強化して参りたいと思います。ご意見ありがとうございます。続きまして、心不全手帳につきまして大木先生のほうからご意見などございましたらお願いいたします。</p>
大木委員	<p>このアンケート結果を見ますと、特に知っているのに活用していないという状況があって、そのような理由は何とか解消したいなと思っております。使いにくいとかいろいろ言われているところでございますが、血圧手帳っていうのはどれぐらいの方使っているかわかりませんが、心不全手帳もそのような感じで気軽に自分でセルフチェックをすると、それだけで入院回数が減って生命予後が改善するという、その事実を広めていきたいなと思っております。</p>
地域包括支援課主幹	<p>ありがとうございます。それでは次に移りたいと思います。</p>

佐々木委員	<p>少しよろしいですか。今の心不全手帳に関してですが、市川市医師会が広報活動の中で、来年度に向けて YouTube での配信みたいなものを市とやっていたらいいかということで、先日広報課長とお話をさせていただきました。心不全手帳をテーマに YouTube を挙げさせていただきたいという話をさせていただきました。おそらく、地域包括支援課と市川市医師会と一緒にこういう内容でという相談がこの秋口にあると思います。そのあと撮影等を行いまして、来年の 2 月、年度内に市川市の YouTube から配信があると思いますので、またご相談させてください。よろしくお祈いします。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す。 大変喜ばしい取り組みだと思いますのでよろしくお祈いします。</p> <p>続きまして、次にまいります。カ「東葛南部 6 市担当者会議」について資料 8 をご覧ください。</p>
地域包括支援課事務局	<p>東葛南部福祉担当者会議の報告についてご説明をさせていただきます。東葛南部福祉担当者会議は、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。今年度は浦安市が幹事市となり、5 月 16 日に会議が開催されました。当日は東葛南部 6 市に加えオブザーバーとして千葉県及び千葉市の担当者にもご参加いただきました。</p> <p>協議事項について幾つかご報告させていただきます。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、鎌ヶ谷市では認知症の疑いのある方が歯科医院を受診した際などに、歯科医院から地域包括支援センターへ情報提供するためのツールとして、連絡票を作成しているというお話がありました。</p> <p>また習志野市では、疾患別に在宅医療のイメージが持てるような媒体を作成しているというお話がありました。そして浦安市からは、エンディングノートについて広報や自治会で周知して反響が大きかったという報告があり、活用状況の調査についても今後進めていきたいとのお話がありました。</p> <p>続いて多職種連携に係る情報共有システムについて、各市からは、利用開始する際に ID、パスワード登録などの書類提出が必要であり、登録まで時間がかかってしまうなどの点からハードルが高いと感じる専門職が多く、システムの利用者が限られた事業所にとどまっているという意</p>

	<p>見や、現在は様々な情報共有システムが開発されていて、各事業所でそれぞれ使用しやすいものを使用しているため、市として統一したシステムの普及に苦慮しているなどの意見もございました。</p> <p>最後に在宅医療に必要な連携を担う拠点についてです。千葉市は全世代型の在宅医療に関する連携相談窓口として、在宅医療連携支援センターを設置されました。実際には、高齢者以外の相談が大きく増えたというお話はありませんでしたが、今後も普及啓発を続けていくということでした。また千葉県からは、市町村における在宅医療連携拠点、或いは拠点に相当するものの設置状況について、調査はしたけれども、小児や障がい福祉にかかる連携が取れているかまでの把握はしていないというお話がありました。また、県としては、国からの地域医療構想ガイドラインに準じた対応となること、在宅医療を担う拠点として、高齢者だけでなく、小児や障がい分野を含めた在宅医療連携拠点の整備を保健所も巻き込んで進めていきたいというお話がありました。東葛南部6市担当者会議についてのご報告は以上となります。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>こちらに関してご質問、ご意見はございますでしょうか。鎌ヶ谷市では、認知症の疑いのある方が歯科医院を受診した際の情報共有ツールとして、連絡票を作成したということですが、市川の場合は、歯科医院から高齢者サポートセンターへの相談や連携の現状について何か情報共有していただける内容があれば、秋本先生にご意見を伺えればと存じます。</p>
<p>秋本委員</p>	<p>そこまで鎌ヶ谷市のような体制をとってなくて、認知症の疑いがあるという場合、本当に危ないなと思う場合はご家族に連絡を取っていくというのは、おそらく歯科医師会として動いてるわけではなく、歯科医の先生の判断によって進められているのかなと思います。僕の場合は一応家族だったり、独居の場合はその日のうちに対応できるように、例えばデイサービスに行っていたら、デイサービス先にちょっと聞いてお迎え来てもらえませんかみたいな話をしたり、個人で対応しているというのが現状だと思います。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ありがとうございます。高齢者の総合相談窓口として高齢者サポートセンターもございますので、引き続きこちらも周知をして参りたいと思いますのでよろしく願いいたします。</p> <p>それでは次に、議題(3)「多職種連携地域包括ケアシステムの活用について」です。事務局近藤より説明いたします。資料9をご用意ください。</p>

<p>地域包括支援課主幹</p>	<p style="text-align: center;">----- (3) の議事は非公開となります -----</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>先ほど高橋の方から説明させていただきましたが、今後の研修会につきましてまた皆さまのご協力をお願いすることがあるかと思っておりますがよろしくお願いたします。</p> <p>続いて、第2回目の本会議ですが10月頃を予定しておりますので、日にちが決まりましたらご案内させていただきます。認知症初期集中支援チームの検討委員会も兼ねた形で、認知症の議題が中心になると思います。以上です。</p>
<p>佐々木委員</p>	<p>それでは最後に全体を通して、佐々木先生ご意見、ご感想をお願いいたします。</p>
<p>佐々木委員</p>	<p>今回僕が気になったのは、先ほどもちょっとお話がありましたけれども、やはりケアマネジャーの数というのが、多分人口の変化によってこれからも確保が難しくなってくるだろうなということと、ケアマネジャーの資格を取るためのハードルが結構高いということから、なる人が少なくてそれで労働人口も少なくて、そうすると必然的に要支援の方がどうしても溢れてしまうということになってくるだろうと思います。</p> <p>これは市川市だけの問題じゃなくて、日本全国の問題であって、なかなか人員確保はこれから難しくなってくる中、やはり先ほどお話がありましたけれども、介護、医療ともに、DXとかAIを活用したものとかそういうところで、介護の負担を取って介護の方をサポートするということを考えていく時代にだんだんなってくるんだろうなと考えます。その辺についても、今後少し議題に挙げていただいて、国の方向性とか市川市の取り組みのようなものをこの中で話し合うことができればよろしいかなというふうに思っております。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ありがとうございました。これもちまして、令和7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。本日はお疲れ様でございました。</p>

(20時55分閉会)