

令和4年度

第1回 印西市在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議 会議議事録

日時：令和4年7月1日（金）午後2時～3時

場所：印西市役所 会議棟2階 204会議室

出席者：委員14名 欠席者：なし 傍聴者：なし

氏名	備考
河内 雅章	医療関係者の代表
飯塚 真司	医療関係者の代表
永井 美奈子	医療関係者の代表
佐久間 郁美	医療関係者の代表
杉山 光枝	医療関係者の代表
結城 みつ子	介護支援専門員の代表
蓮実 篤祐	介護関係者の代表
中田 玉枝	介護関係者の代表
吉川 貴雄	介護関係者の代表
伊奈 千春	介護関係者の代表
鈴木 誠一	印西地区消防組合の代表
村田 純子	認知症看護認定看護師
筒井 慈子	認知症コーディネーター
吉橋 崇	地域包括支援センターの代表

事務局 高齡者福祉課長：川嶋 将行
健康増進課：越川 洋男
高齡者福祉課包括支援係：小塚 典子・常川 知子・赤間 友佳子
印西北部地域包括支援センター：工藤 公憲
印西南部地域包括支援センター：太田 佳子
印旛地域包括支援センター：荒井 千景
本埜地域包括支援センター：鈴木 幸子

- 会議内容：
1. 開 会
 2. 委員自己紹介
 3. 会議録署名委員の選出
 4. 議 題
 - (1) 令和4年度在宅医療・介護連携、認知症対策推進事業計画について
 - (2) その他
 5. その他
 6. 閉 会

議事録 ： 4. 議題

議 長)

それでは議題に入ります。

議題（1）令和4年度在宅医療・介護連携、認知症対策推進事業計画についてを議題としますが、今回は事前に配布された資料に、それぞれの職種における医療と介護の連携の目指す姿についてご意見をいただけるよう記載されておりますので、みなさま現状を踏まえてご意見いただければと思います。

事務局説明をお願いします。

【資料1に基づき、事務局より説明】

議 長)

何か質問はありますか。

ないようでしたら、B委員に、昨日行われたオーラルフレイル予防講座について、内容や反響、オーラルフレイル予防について介護職との連携の可能性についてお話いただければと思います。

B委員)

昨日の講座ですが、1時間程度お話して、その後相談を希望された方には相談コーナーで相談を受ける形としました。

講話は、体全体のフレイルのことから始めましたが、フレイルは食べること、運動すること、社会参加することのバランスが崩れることで起こることをお話しました。

私のところに来る患者さんを診ていてもオーラルフレイルに陥っている人はたくさんいますし、入院患者さんはほとんどが義歯などを外してしまっていて義歯が合わなくなってしまいオーラルフレイルに陥っています。

また、退院されてからも合わない義歯を使っている方も多くみられます。普段利用者さんと接している介護職の方々には、義歯を使っているのか使っていないのか、噛めているのか、歯は噛みあっているのかなど、そういったところを確認していただければと思いま

す。

議 長)

本日追加の資料に、昨日の講座のアンケート結果がありますが、これは講座が終わってから記入してもらったものですか？

B委員)

そうです。参加人数が少なめなのは、コロナの感染予防ということで、募集の段階から人数を押さえて募集をしたためです。

また機会があれば開催できればと思います。

議 長)

これはどのような方を募集対象としたのですか？

事務局)

この講座は、市内に居住する65歳以上の方を対象に募集しました。

議 長)

フレイルというのは、口だけではなく体全体で進行するものなので、予防について学ぶということはとても大切なことだと思います。

秋には市民講演会があるとのことなので、そこでもまたお話いただければと思いますが、その時はもっと多くの市民の方に聞いていただけたらと思いますので、よろしくお願ひします。

それでは、E委員、資料1や6月17日に開催された多職種連携の研修会についてお話しいただけますか。

E委員)

今回行われた研修会で「看取り」をテーマに挙げたのは、ケアマネジャーが看取りに関わることが多くなってきたことが背景にあります。

今までは、看取りの支援は医療職が中心で、ケアマネジャーが主体的にプランを立てていないことが多かったのですが、これからは終末期でもケアマネジャーが中心となり、いろいろな職種を巻き込んで、チームで利用者さんに関われるようになると、よい在宅介護・よい看取りになるのではないかという考えからです。この考え方についてはケアマネジャーもよくわかっていることだと思うのですが、まだまだそのような視点でできていないところもあると思います。ただ、テーマとしては良かったとも思います。

私の話は30分という短い時間でしたが、2つの成功事例を交えてお話ししました。

1つ目の事例は、本人が支援拒否をしていた独居の方でしたが、「一人で死ぬ」と言って、強引に退院してきたという状況でした。ケアマネジャーはまず訪問介護サービスの調整を行いました。訪問介護の事業者も「いつ何が起こるかわからないので、医療が入っていないと困る」という意見があり、本人と事業者の間に入ったケアマネジャーは大変だ

ったと思います。最終的には訪問診療と訪問看護が入り、その翌日に亡くなったという事例でした。今後はこのような独居の方が増えてくるのではないのかなと思っています。

2つ目の事例は、在宅酸素が必要な方でしたが、ご本人の希望は「最期までタバコを吸いたいから酸素はらない」ということだったので、本人の希望を叶えるために、ケアマネジャーを中心にチームで支援した事例でした。

「看取り支援」についてはこれからも続くテーマですし、在宅で看取るということは支援体制が必要なので、その体制をどう作っていくかがこれからの課題だとも思っています。

議 長)

当日資料に多職種連携の報告があり、連携がうまくいかなかったという意見の方が多いようですが、医療や介護職と利用者さんの間にいるケアマネジャーには、今後も医療などの具体的な事例を含めて勉強していただくためにも、このような研修会を続けていただければと思います。

この研修には包括の方も参加しているようですが、何か意見はありますか？

N委員)

日々相談の現場で医療職と介護職の連携の必要性について感じているところです。このような研修会などで連携が密になると思ったので、ぜひ継続していければと思いました。

議 長)

ありがとうございました。

認知症の関係でM委員何かありますか？

M委員)

認知症以外の疾患について、なかなか情報が得られないことがあるので、そのような情報が得られやすいといいと思います。また、家族の介護力や病識についての捉え方にもよるのかもしれませんが、医師から家族にどのように認知症の診断や種別を伝えているのかによって、こちらも根拠立てて家族に伝えていく必要があるので、医療機関と情報を共有していきたいと思います。

議 長)

医療機関からの協力は得にくいですか？

M委員)

受診に同行することで情報を得られることが多いです。

議 長)

わかりました。

続いて、K委員、救急医療情報キットの普及が進んでいないという課題がありますが、キットの普及啓発やそれに伴う医療・介護職との連携について何かご意見がありましたら

お願いします。

K委員)

救急医療情報キットですが、構成市（印西市・白井市）と消防で定期的に会議を行っています。構成市で作成したリーフレットを、搬送中やちょっとした合間をみて家族や本人にお渡しして、市に申請をしてもらうようにお伝えしています。

先月は5件搬送を行ったうち4件は90歳以上の方でした。そのうちの2人は自立して生活できている方でしたが、高齢化が進んできていることを実感しました。その搬送をした方のうち1人だけが救急医療情報キットを持っており、ご自分でキットを持ちながら救急車に乗られたという状況でした。4人中1人がキットを持っていたということだったので、普及についてはそのような状況なのだと実感しています。

介護施設においても救急医療情報シートを記入していただいているので、医療機関との情報のやり取りには役立っているのかとは思っています。

先ほどE委員の方から多職種連携の研修会についてお話がありましたが、ぜひ消防も参加し、お互いに顔の見える関係を構築できれば、現場での介護と医療の連携がスムーズにできると考えています。

議 長)

窓口はK委員でよろしいのですか？

K委員)

私で大丈夫です。

E委員)

先日訪問看護の所長会議で災害の対応についての話を行い、消防の方からも2人来ていただきましたが、所長会議は訪問看護師だけでなく薬剤師や包括職員などの多職種が参加する等幅が広がってきているので、そういった場にも参加していただければと思います。

議 長)

リーフレットですが、5か所の包括にも置いていただけると有効ではないかなと思います。

C委員)

以前消防の方も参加されていた会議の中で、救急キットのお話が出たときに、薬局でもキットの周知ができるのではないかということになり、現在はリーフレットを置いているのですが、一つ問題があると思っています。

救急医療情報キットを実際にもらうためには、市に申請が必要だということです。キットの中の情報は、薬局でお薬手帳を見れば書けるような内容もあるのですが、高齢の方は薬局の窓口でキットに興味を示されても、市に申請が必

要ということになると、申請が大変だからやめるということになってしまう場合があります。

薬局などで手軽に渡せるような環境があればとは思いますが。

K委員)

確かに、キットの中身は高齢の本人には記入が難しく、ケアマネジャーやご家族、包括の職員などが書き加えないと情報がそろわないということもあると思います。

C委員)

例えば、申請は市だとしても、薬局に見本があるなどすれば説明しやすいと思います。

K委員)

普及を進めるための方法も市と検討したいと思います。

議 長)

この件に対して事務局は何かご意見ありますか？

事務局)

救急医療情報キットについては、同課の別係が主担当となっているため、いただいたご意見についてこの場で回答はできませんが、主担当に伝えて検討をさせていただきます。

見本を置いていただくということになると、市内の全体の薬局にお願いするという認識でよろしいですか？

C委員)

薬局には救急医療情報キットの普及のお願いをしてあるので、全体の薬局で大丈夫です。

議 長)

ありがとうございました。

資料中②の各職種における医療と介護の連携の目指す姿について、みなさんからご意見をいただければと思います。

それではD委員いかがですか？

D委員)

医療と介護の連携の目指す姿ということですが、私は病院に所属していますが、病院側と在宅の支援者との間に敷居があると感じています。その垣根が少しでもなくなる、本当はゼロになるということが目指す姿だと思っています。

そのためには皆さんと顔の見える関係ができていて、意見の交換ができる、聞きたいことが聞けるし言いたいことが言えるという関係性が理想だと思います。

議 長)

ありがとうございました。

続いてG委員お願いします。

G委員)

私は特別養護老人ホーム（以下、特養）の職員ですが、先ほどのお話にあった看取りの件について、最近では短期入所で看取りを行ってもらえないかという相談が増えてきています。

ただ、短期入所の場合、在宅の医療と連携が取れないと看取りという形は難しいのが現状です。特養は協力病院があるので、在宅の医療と連携が取りづらい状況があります。また、一度短期入所に入ってしまうと、ケアマネジャーや在宅の医療機関との連携を取る機会が減ってしまうのが課題になっています。

特養も短期入所等で関わっているケアマネジャーだけでなく、いろいろなケアマネジャーや医療関係者と関わり話をする中で、利用者さんが望む方向性を考えていかれるのではないかと考えています。

議 長)

ありがとうございました。

昔だと、特養に入所している人が急変した場合、救急車を呼んで病院に搬送するという状況だったと思いますが、今はどうですか？

G委員)

家族に看取りについての意思確認を行っており、施設での看取りを希望されている場合は施設でお亡くなりになるという方もいます。

議 長)

死亡確認は嘱託医がいらっしゃって行うということですか？

G委員)

そうです。

議 長)

私も施設を持っていますが、夜間に亡くなった場合は、そのまま朝まで安置させていただいて、明け方私が行って死亡確認をすることになっています。それは家族とのきちんとした信頼関係や取り決めができていれば可能です。今後印西市の特養を含めた施設でも徐々に広がっていかないといけないと思いますので、また今後実情などをお聞かせください。

それでは、H委員お願いします。

H委員)

私も特養の職員ですが、現在看取りは行っていません。短期入所の方が体調を崩されたりした場合は、嘱託医が診ることができないため、その方の在宅でのかかりつけ医に診ていただかないといけないのですが、受診はご家族が対応しなくてはならないため、なかなかスムーズにいかないこともあります。

一例では、疾患があり、熱発した際の受診する医療機関はあらかじめ決めて短期入所の受け入れを行った方がいたのですが、実際に熱発したときに決めてあった病院は受診を断られ、お薬をいただいていた病院からも熱発という理由で受け入れを断られ、施設の嘱託医も対応できる疾患ではなかったことから、結果的に救急車を呼んだということがありました。

特養にいれば医療との連携がうまくいっているような感じもするかもしれないのですが、実際は難しいこともあるなど感じています。

議 長)

よくわかりました。

次はN委員お願いします。

N委員)

私は包括職員としての発言となりますが、先ほどD委員がお話されたように、顔の見える関係を作っていくことが大事だと考えています。具体的に名前と顔がしっかりわかっていることや、相手の職種の考え方や立場がわかるような連携の取り方ができるといいと思いますし、相談をしたいと思ったときに気軽に相談できることが連携できていることだと思います。

例えば、困った事例ではないのだけれど医療的なアドバイスがほしいというときに相談できるような関係性ができているといいと思います。

先ほどE委員からお話があった、6月17日に開催された研修会のようなものの回数を重ねることが大事だと思います。

また、包括支援センターとしては、医療と介護の連携についてはもう少し幅を広げて、消防や警察、地域も含めて連携が広がっていくといいと思います。

議 長)

一番連携が取りづらいのは医師だとは思いますが、受診の際にケアマネジャーや包括の方に同行してもらえると、本人の状況がよくわかりますし、その場で支援者と医師との連携を図ることもできると思うので、問題を抱えていてより支援が必要な人は特にそのような機会を作ってもらえるといいと思います。

それでは次にF委員お願いします。

F 委員)

私は看取りについてお話したいと思います。

コロナ禍で入院していて面会ができない状態の方でも、自宅で看取りをしたという方が、昨年秋頃から4～5件ありました。全て病院の方で在宅に戻る際に必要な訪問診療や訪問看護の調整を行っていただきましたが、顔の見える関係としては医療機関とケアマネジャー等がリモートを使ったやり取りを行い、顔の見える関係は作れました。

介護経験のないご家族でしたが、何回も相談を繰り返すことで安心していただけましたし、ご自宅での期間が短い方もいましたが、とても満足した看取りができたと思います。

議 長)

ありがとうございます。

続いて I 委員をお願いします。

I 委員)

通所介護事業所は一番連携から孤立してしまうのかなと感じています。私が勤める事業所は重度の方の受け入れが多いのですが、何かあったときの相談先はケアマネジャーになります。私たちにできることは、本人の体調が悪そうなときに家族に受診を促すことや本人に体調を訪ねることくらいなので、そのようなときに相談できる場があるといいなと思います。

たまたま私は隣に同法人の病院があるため、本人の調子が悪そうであれば相談することもできますが、それができることの精一杯になります。

以前ですが参加した多職種連携の研修会で A 委員とご一緒したときに、A 委員がお話していたのが、医師の考えている支援と介護側が考えている支援には相違があるということでした。その相違を少しでも縮めることができればということで研修会のワーキングを行ったことがありましたが、現在はコロナでできていない状態です。

通所介護としてはケアマネジャー以外の相談先がない、医療側との相違があるというところが一番の課題ではないかと思います。

議 長)

在宅で介護を受けている人の異変について、最初の発見者となるのは通所介護か訪問介護の職員が多いです。そういう意味では、もし発見したときにどう対応したらいいのか決めておいた方がいいと思いますし、例えば家族や支援者間の連絡帳のようなもの使い、主治医の名前や連絡先を記載しておくといいと思います。

次は J 委員訪問介護の立場としてお願いします。

J 委員)

訪問介護事業所では、連絡帳を使い、他のサービス事業者等との情報共有に努めています。ただ、連絡帳だけでは状態の変化に対応できないことも多々あるため、できるだけ関係者間での情報を密にするようにしています。

密な情報共有を行う上でも、他のサービス事業所との信頼関係が保てるのが大事だと考えています。

議 長)

信頼関係の構築は実際の事例を通してできるものです。利用者一人一人の対応を通して連携を取り合うことが大事だと思います。

最後はL委員いかがでしょうか。

L 委員)

コロナ禍で面会ができず、家族が本人の状態をわからないという状況のまま退院ということになってしまうことがあります。家族に状況を説明する看護師も病院勤務だけだと在宅での生活がイメージできない人もおり、病院から在宅への移行がスムーズにできないという場合が出てきてしまうため、病院の看護師やリハビリスタッフも在宅での介護や生活について知るべきだとは思っています。

議 長)

ありがとうございました。

いろいろ参考になる意見もあったと思いますので、事務局は今後いただいたご意見をお役立ていただければと思います。

それでは議題（2）のその他について、事務局から説明をお願いします。

【事務局より説明後、在宅医療についての動画視聴】

議 長)

それではこれで議事の方を終了とし、司会を事務局にお返しします。

司 会)

それでは次第5のその他に入らせていただきます。

委員のみなさまから何もないようでしたら、事務局の方からご連絡させていただきます。

事務局)

本日の会議後に体調不良があり、万が一PCR検査等で結果が陽性となった場合は、事務局にご一報いただきますようお願いいたします。

司 会)

それでは、以上を持ちまして「令和4年度第1回印西市在宅医療・介護連携、
認知症対策推進会議」を閉会いたします。

本日はありがとうございました。