

令和7年度 第1回在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会会議報告書

1. 開催日時 令和7年5月22日（木） 午後2時から3時20分まで
2. 開催場所 市役所東庁舎1階 会議室101
3. 出席者 森谷委員、筒井委員、近藤委員、土橋委員、野田委員、廣瀬委員、日野口委員、福岡委員、山崎委員  
事務局 福祉部 金井部長  
高齢者福祉課 奥村課長、安岡係長、齋藤、椿本  
健康課 竹内課長、戸田課長補佐  
白井駅前地域包括支援センター 櫻田、西白井駅前地域包括支援センター 独古  
白井中央地域包括支援センター 村上
4. 傍聴者 3名
5. 次第  
令和7年度第1回白井市在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会会議  
内容  
(1) 令和6年度在宅医療・介護連携推進事業及び認知症総合支援事業の実績報告  
(2) 令和6年度認知症初期集中支援チーム実績報告  
(3) 令和7年度在宅医療・介護連携推進事業及び認知症総合支援事業計画  
(4) 意見交換  
「入退院時の医療と介護の連携について感じること」
6. 内容 以下の概要のとおり

|     |                                                                                                          |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事務局 | ○第1回白井市在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会<br>委嘱状交付（人事異動により変更となった委員のみ）<br>事務局職員の自己紹介（人事異動のあった職員のみ）                      |
| 会長  | 会長あいさつ<br>○内容1 令和6年度在宅医療・介護連携推進事業及び認知症総合支援事業の実績報告についてとする。事務局より説明を求める。<br>（事務局より、全体資料及び資料1に関する取り組みについて説明） |
| 会長  | 実績報告②の多職種連携研修会の急変時対応講習会について、講師をされた委員に感想を伺いたい。                                                            |
| 委員  | 介護施設職員向けに、救急救命士の実習をはじめ施設で急変が起きた時の対応について講義した。急変は突然起こるものなので、実技はBLS（一次救命処置）になるがこういった機会は非常に大切だと感じる。          |
| 会長  | こういった講習会開催によって、介護施設の方と救急隊員が情報共有できる場になったり、介護施設のほうから消防署に講習を依頼するきっかけになったと感じるので、とても良い会だったと考える。               |
| 会長  | 実績報告③の救急医療情報キット配布数について、活用がとても進んでいると思うが救急搬送現場で感じることはあるか。                                                  |

|           |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 委員        | 十数年ぶりに白井市勤務となり、印西市においてもキットの活用はあった。まだ感覚的な部分にはなってしまうが、白井市ではキットを持っている方は多くとても周知が進んでいると感じている。                                                                                                                       |
| 会長        | 実績報告④の認知症サポーター養成講座について、学校での実施状況、内容はどういったものか。                                                                                                                                                                   |
| 事務局       | 認知症の理解や対応の仕方について、講話と DVD 視聴にて小学生向けの内容で実施している。また、ボランティアセンターとの協力で車いす体験も行っている。今年度は中学校からも依頼があったので、幅広く周知を進めていければ良い。                                                                                                 |
| 会長        | 認知症の理解や対応といった部分では、昨年度実施した認知症みまもり訓練に参加された委員に話を伺いたい。                                                                                                                                                             |
| 委員        | 今年度も訓練は実施予定でいる。昨年度は、認知症役が女性の方ばかりだったので男性も入れたほうが良いのではないかという意見があり、今年度調整していけると良いかと考えている。                                                                                                                           |
| 会長        | ○内容 2 令和 6 年度認知症初期集中支援チームの実績報告についてとする。事務局より説明を求める。<br>(事務局より、資料 2 に関する取り組みについて説明)                                                                                                                              |
| 会長<br>事務局 | 実際にどのようなケースがあるのか伺いたい。<br>90 歳の独居の女性、銀行の通帳やキャッシュカードを失くしたという相談から支援が始まり、物盗られ妄想が家族に向いてしまったため家族からの支援が十分に受けられないケースがいる。自宅内は書類等が散乱し入浴も半年ほどできておらず、医療にもかかれていない状況だったため、訪問診療を導入し、現在ケアマネージャーさんと介護保険サービスの調整をしている段階というケースになる。 |
| 会長        | ○内容 3 令和 7 年度在宅医療・介護連携推進事業及び認知症総合支援事業計画についてとする。事務局より説明を求める。<br>(事務局より、全体資料及び資料 3 に関する取り組みについて説明)<br>質疑なし。                                                                                                      |
| 会長        | ○内容 4 意見交換「入退院時の医療と介護の連携について感じること」とする。事務局より説明を求める。<br>(事務局より、全体資料内これまでの入退院時連携の取り組みについて説明)                                                                                                                      |
| 会長        | 自身の考えとして、まず入院ということは本人、家族ともに大変なこと、健康や身体への意識が変わることだと思っている。入院をきっかけに在宅医療への意識を強めてもらうタイミング、チャンスと捉えてもらえるようになると良い。また、在宅診療を行う立場としては入院中の様子や ADL、その方の生活背景等を教えてもらえると非常に助かる。                                                |
| 委員        | 訪問歯科医の立場からは、入退院時の連携といった部分で大きいものはないが、入院前または退院後に歯を治したいといった声は聞くので、そういった部分でケアマネージャーさんの役割が大切になってくると感じている。                                                                                                           |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 委員                   | 行政では、連携の課題に対して入退院時連携ルール BOOK 作成等これまで多くの取組をしてきたと思うが、常に良いものに更新を、と続けているような感じがしていつまで更新を続けていくのか、関係者も含め疲弊しないかと心配ではある。                                                                                                                                                                             |
| 委員                   | ヘルパーとして退院時カンファレンスに参加することもあるが、入院中の情報を聞きそれをどのように在宅で活かしていけるのか疑問に思うことが多い。病院と自宅では環境も異なるので、情報共有をどの時点で誰と行うかが重要だと思う。                                                                                                                                                                                |
| 委員                   | 民生委員として活動する中で、独居の方が孤独死された事例を知っているので、退院後に地域や近隣の方などの見守りがあると安心だと思う。                                                                                                                                                                                                                            |
| 委員                   | 救急搬送現場では、具合が悪いのに受診をしないという人に受診を促したり、独居で頼れる身内の人もおらず受診につながらなかったり、ということがあるので地域の見守りや受診につながる関係性のある人などがいると良い。                                                                                                                                                                                      |
| 委員                   | 数年前と比較すると、入退院時の連携でケアマネージャーが困るということは少なくなったと感じている。千葉県地域生活連携シートの活用も増えており、忙しくて電話でのやり取りが難しい場合でもシートは手元にあるという状況。コロナ流行以後退院カンファレンスの参加など顔を合わせる機会は減っているが、病状など必要な情報は双方で伝わっている。また、先ほどの委員の発言のように、担当ケースの増加により疲弊しているケアマネージャーの話は聞く。介護福祉分野の人材不足が深刻な問題になっていると思うので、その部分が改善されるともう少しスムーズに活動が出来るようになるのではないかと考えている。 |
| 委員                   | 現在所属の事業所は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がおり同事業所内のため連携がスムーズに行えている。別事業所となると、どこで事業所で誰が担当者なのかがわからず対象者の身体状況や筋力、リハビリ内容が把握できないことがあるため、その点は課題だと感じている。                                                                                                                                                             |
| 委員                   | 訪問薬局で、対象者の自宅まで薬を届け薬のセットや管理をすることはあるが、節約のため訪問はなしで家族が対応するというケースが増えている。そのため連携そのものが少なくなっているが、お薬手帳で把握はできるので特に問題とはなっていない状況。                                                                                                                                                                        |
| 委員                   | 病院の診療医として患者さんの退院後の生活まで考えることは難しいので、病気のこと、薬のことを的確に訪問診療医に情報提供することが役目だと思っている。医療と地域の連携がスムーズにいかないことが関係者の疲弊につながってしまうと思うので、良くしていくための働きかけはずっと必要なことだと考える。                                                                                                                                             |
| 白井中央<br>包括支援<br>センター | 当センターでは、スムーズな連携につながるよう救急医療情報キットの普及に力を入れている。病院の相談員と連携することもあるが、顔がみえる関係になってきていると感じている。包括支援センターとしては、ケアマネージャーの調整に関して市外の方に打診したりと大変な部分はあるが、一方で訪問看護事業所が増えてきたりと在宅医療及び看護の体制は整ってきていると感じる。                                                                                                              |
| 白井駅前<br>包括支援<br>センター | 千葉県の地域生活連携シートを、もう少し簡素化できると使い勝手がよくなり普及するのではないかと感じる。入院時のシートの活用はあるが退院時は看護サマリーが来ることが多いので、本当に必要な情報が何なのかを精査し、効率化を考えシートの白井版を作成しても良いのかもしれない。                                                                                                                                                        |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事務局 | <p>本日欠席の委員からも、事業所内職員の意見として感じていることについて、事前にいただいているので紹介する。</p> <p>ケアマネジャーの立場からは、医療のことがあまりよくわからないためわかりやすく教えてほしいという意見があり、退院時カンファレンスで病気のことなどわかりやすく説明すると良いと感じる。また、入院中の患者で介護サービスを利用している方は今後のサービスを立てる必要があるので、入院後ある程度経過したら現在の状態及び見通し等連携が取れると良い。</p> <p>看護師の立場からは、病院の退院時看護サマリーが施設によって内容が違うのは仕方ないが、生活面についての記載が少ないことが多いので入院中から生活面の状態を把握してサマリーに記載してほしいという意見があった。</p> <p>その他、退院時カンファレンスを開催し看護師、ケアマネジャー、他関係者を呼んでもらいたい、介護保険が必要になりそうな方は早めに申請を促してもらえると良い、といった病院への希望等があった。</p> |
| 事務局 | <p>市として、これまで入退院時の連携については様々な取り組みをしてきたが、関係者同士の関係づくりやスムーズな連携といったところを考えると、今後も継続した取り組みは必要と考えている。委員の方からいただいた意見をもとに今後の事業展開に活かしていきたい。</p> <p>以上で、本日の会議を終了する。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |