

令和6年度 八千代市在宅医療・介護連携推進会議 議事録

1 開催日時

令和6年12月3日（火） 19：30～20：45

2 開催場所

八千代市役所2階 第1・第2会議室

3 議題

議題1 会長選出

議題2 令和5年度・令和6年度の取組経過報告

議題3 令和7年度の重点取組及び取組内容（案）

議題4 その他

4 出席者名簿

＜委員＞計12名（敬称略・名簿順）

加瀬会長，櫻川委員，中村委員，中澤委員，松本委員，富川委員，神原委員
山下委員，日高委員，白濱委員，大門委員，小林委員

＜事務局＞計6名

山本健康福祉部長，田中健康福祉部次長

（福祉総合相談課）春田課長，石橋主査，品川主査，溝口主任保健師

5 公開又は非公開の別

公開

6 傍聴者数

0名（定員5名）

7 配布資料等

・会議次第

・委員名簿

・席次表

別紙1 令和6年度八千代市在宅医療・介護連携推進会議 資料

別紙2 身寄りが無い方の支援時の課題

別紙3 八千代市在宅医療・介護連携ガイドブック（体系図）新旧対照表

8 会議内容

「令和6年度 八千代市在宅医療・介護連携推進会議 会議内容」のとおり

令和 6 年度 八千代市在宅医療・介護連携推進会議 会議内容

事務局（春田）

それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和 6 年度八千代市在宅医療・介護連携推進会議を開催いたします。本日司会を務めます、福祉総合相談課長 春田と申します。よろしくお願いいたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいなかお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。また、令和 6 年 5 月から令和 9 年 4 月末までの新たな任期となりましたが、大変ご多忙の中委員をお引き受け頂き、心より感謝申し上げます。

本会議は「八千代市審議会等の会議の公開に関する要領」第 4 条の規定により、会議を公開するとともに、会議録作成のため、会議の状況を録音させていただきますので、あらかじめご了承ください。

なお、傍聴希望の方はいらっしゃいませんでした。

また、録音機器とマイクを接続している関係から、発言する際はマイクのボタンを押して、マイクのランプが点灯してから発言をお願いいたします。

それでは、本日の会議資料の確認をさせていただきます。

まず、事前に送付させていただきました資料として

①次第

②委員名簿

③【別紙 1】令和 6 年度八千代市在宅医療・介護連携推進会議 資料

④【別紙 2】身寄りが無い方の支援時の課題

⑤【別紙 3】八千代市在宅医療・介護連携ガイドブック(体系図)新旧対照表

こちらは、お持ちをいただいておりますでしょうか。

続いて、本日机に置かせていただきました資料となりますが、

⑥席次表

以上、6 点です。

事務局に予備がございますので、不足している場合はおっしゃってください。ほかの資料とあわせ、配布漏れがないか、ご確認ください。

では、本会議の開催に当たりまして、健康福祉部長の山本からご挨拶申し上げます。

事務局
(山本健康福祉部長)

健康福祉部長の山本でございます。

本日はお忙しい中、令和 6 年度八千代市在宅医療・介護連携推進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、日ごろより本市の保健、福祉行政に対し、ご理解とご協力を賜り、この場をお借りして、厚く御礼を申し上げます。

在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険法の改正により、平成 27 年度から市町村が主体となる地域支援事業に位置づけられ、本市では、平成 28 年度に本会議を設置するなど事業に取り組んでまいりました。

高齢化が進展し、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が予想される中、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が、ますます求められているものと認識しております。

そのためにも、住民のニーズに基づき、地域の目指すべき姿を、医療・介護関係者で共有し、多職種による協働・連携を円滑に進めることが何より重要

	となりますので、委員の皆様には、引き続きネットワークの強化と事業推進へのご協力をよろしくお願い申し上げます。 昨年度に開催しました会議では、本市の在宅医療・介護連携を推進する上での、目指す姿と課題を整理したところですが、本日は、今後の取り組み内容について検討いただく予定ですので、忌憚のないご意見を賜りますよう、お願い申し上げます。 本日は、どうぞよろしくお願いいたします。
事務局（春田）	それでは、次第に沿って進めさせていただきます。 はじめに、次第2、委員の皆様をご紹介します。 お名前をお呼びいたしますので、恐れ入りますが、（会議の時間の関係上）一言だけご挨拶いただきたいと思います。
事務局（春田）	八千代市医師会から、加瀬 卓 様
加瀬委員	加瀬です。よろしくお願いいたします
事務局（春田）	同じく、櫻川 浩 様
櫻川委員	よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	同じく、中村 明澄 様
中村委員	中村です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市歯科医師会から、中澤 正博 様
中澤委員	中澤です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市薬剤師会から、松本 孝章 様
松本委員	松本です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	東京女子医科大学附属八千代医療センターから、富川 由美子 様
富川委員	八千代市在宅医療・介護連携支援センターの富川です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市訪問看護師会から、神原 智子 様
神原委員	神原です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市リハビリテーション協議会から、山下 哲谷 様
山下委員	山下です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市介護サービス事業者協議会から、日高 和枝 様

日高委員	日高です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	やちよケアマネ・ネットワークから白濱 徳之 様
白濱委員	白濱です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市八千代台地域包括支援センターから、大門 恵 様
大門委員	大門です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	八千代市阿蘇・睦地域包括支援センターから、小林 奈津子 様
小林委員	小林です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	以上でございます。ありがとうございました。 なお、八千代市介護サービス事業者協議会 田村様につきましては、欠席する旨ご連絡をいただいておりますので、ご報告いたします。 続きまして、次第3「事務局職員の紹介」をいたします。
山本健康福祉部長	健康福祉部長 山本です。よろしくお願いいたします。
田中健康福祉部次長	健康福祉部次長 田中です。よろしくお願いいたします。
事務局（石橋）	福祉総合相談課 石橋です。よろしくお願いいたします。
事務局（品川）	福祉総合相談課 品川です。よろしくお願いいたします。
事務局（溝口）	福祉総合相談課 溝口です。よろしくお願いいたします。
事務局（春田）	福祉総合相談課 春田です。よろしくお願いいたします。
	以上でございます。 それでは、次第4の「議題」に入らせていただきます。 まず、議題（1）本会議の会長を「在宅医療・介護連携推進会議設置要領」第3条第4項の規定に基づき、委員の互選により選出したいと思います。 どなたかご推薦いただける方がおりましたらお願いいたします。
富川委員	前期からの引き続きで、加瀬先生にお願いできればと思います。
事務局（春田）	富川委員から、加瀬委員との推薦がございましたが、皆様いかがでしょうか。 異存がないようでしたら、拍手をもってご承認願います。 （拍手）

	皆様にご承認いただきましたので、加瀬委員に会長をお願いできればと思いますが、よろしいでしょうか。
加瀬会長	はい。八千代市医師会の加瀬です。会長をお引き受けいたします。
事務局（春田）	それでは、在宅医療・介護連携推進会議会長は、加瀬委員をお願いいたします。会長が選出されましたので、以降の議事進行につきましては、加瀬会長をお願いしたいと存じます。加瀬会長は会長席へご移動をお願いいたします。
加瀬会長	ご指名をいただきました加瀬でございます。会長職をつとめさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。 それでは、議事を進めさせていただきたいと思います。 次第に沿いまして進行させていただきますので、よろしくお願いします。
事務局（溝口）	では、早速「議題（２）令和５年度・令和６年度の実施経過報告」について、事務局より説明をお願いいたします。
	事務局よりご説明させていただきます。 議題（２）及び議題（３）が関連していることから、併せて説明させていただきます。【資料１】を用いて、ご説明いたします。 まず、昨年度（令和５年度）の会議にて、どのような協議がされたか振り返りをしたいと思います。 昨年度は、コロナ禍を経て４年ぶりの会議開催となりましたので、本事業が市町村が行う事業として地域支援事業に位置付けられた平成２７年度からの取り組みの振り返りを行った上で、改めて八千代市の目指す姿と課題を共有しました。 そこで、令和５年度・６年度は、４つの場面のうち「入退院支援」及び「急変時の対応」を重点取組として、事業推進していくことが決まりました。 「入退院支援」及び「急変時の対応」を重点取組とした理由としては、MSWが集まる近隣医療機関連携会議及び訪問看護師会から、問題提起があったことが大きな理由です。 重点取組及び４つの場面に応じた令和５年度・６年度の実施内容になります。この中で、重点取組である２つの場面の取り組み内容について、詳しくご説明いたします。
	重点取組①である「入退院支援」についてです。 身寄りの無い方の支援においては、４つの場面で課題が挙げられるのですが、MSWの会議で「身寄りの無い方が入院・退院する時の支援で苦慮することが多い」との話だった為、場面を「入退院支援」とし、推進しております。 取組内容としては、大きく３つ。 １つ目が、専門職向けのアンケート調査です。身寄りの無い方の支援に際して、各職種がどのような場面で課題を感じているのか回答していただきました。 また、２つ目のやちけあ交流会でも「身寄りの無い方の支援」をテーマとして設定していただき、専門職が感じている生の声を聞くことができました。 そこでの課題をまとめたものが「【別紙２】身寄りがない方の支援時の課題」になります。

別紙2をご覧くださいと、各職種が様々な場面で課題を感じていることが分かりました。

そこで、特に課題を挙げた「MSW」「ケアネ」「地域包括支援センター職員」を対象に、八千代市在宅医療・介護連携支援センター主催で、③多職種交流会・意見交換会を行いました。

課題としては、入院時の必要書類の手続きをする人がいないことや支払が滞ること、入院時の必要物品の準備を行う人がいない等の課題が挙がっております。

今回、課題を整理する中で、身寄りの無い方の支援時に感じている課題は制度の狭間で起きている課題が殆どで、各専門職が自身の業務以上のことを担っていただいているからこそ、身寄りの無い方の生活が成り立っている現状があることを改めて感じたところです。

交流会・意見交換会の内容としては、前半で課題の共有をした後、利用できる制度の1つとして「任意後見制度」の講義を受け、後半で「自分たちができること」をテーマに多職種交えたグループワークを実施いたしました。

制度を作ることは簡単なことではないため、今できることとして、まずは各職種が感じている課題を共有し、出来る業務の領域を皆が少しだけ広げ、地域全体で身寄りの無い方を支えていこうという共通認識ができれば良いなと思い、交流会を開催する運びとなりましたが、その目的は達成できたのかなと思います。

続いて、重点取組の2つ目「急変時の対応」についてです。

①専門職向けアンケートの結果については、別紙2の「急変時」の部分をごらんください。

今回、訪問看護師会からの問題提起をきっかけに「救急搬送時の同乗」に特化して現状把握をしましたが、訪問看護師だけでなく、医師・薬剤師・ケアマネも同様な課題を挙げておりました。

そこで、救急搬送の担当部署である消防本部警防課と情報共有いたしました。

救急隊員は、「消防法第35条の10」に沿って同乗を依頼しているそうです。法令の内容としては、緊急の必要がある時は、傷病者の発生した現場付近に在る者に対し、救急業務に協力することを求めることができるというものです。協力を求めることができるという表記である為、強制力は無いのですが、救急隊員が同乗を求める理由としては、大きく3つあるとのことでした。

(1) 搬送先の医療機関から同乗を求められる (2) 殆どの医療機関が、同乗者不在だと収容不可と断られる (3) 救急活動の担保を取るため
救急隊員としては、傷病者の「早期搬送」及び「治療」が大きな役割です。同乗者がいることで医療機関の受入状況が良くなる為、そこに居た専門職に同乗を求めることがあるそうです。

今回の情報共有にて、現場で同乗を強要されることがある実態を知った為、同乗の強制はしないことを消防本部内で今一度周知することになりました。

また、救急搬送の実態についても、情報共有しましたので報告いたします。救急活動状況の推移をご覧くださいと、折れ線グラフが「救急車が出動した件数」、棒グラフが「病院に搬送した人数」となります。

こちらをみていただくと、救急車が出動した件数に比べ実際に病院に搬送された人数の方が少ないことが分かります。

つまり、救急隊員が現場に行ったらけれど、不搬送になったということです。

そこで、不搬送の状況をみると、令和5年の不搬送件数は、3,201件であり、その内、2,666件が辞退や拒否となっております。

辞退の理由の一部として、救急要請したものの搬送先の医療機関が自宅から遠い為、自宅までの帰路が大変ということで救急搬送を辞退。次の日に近い医療機関で診てもらおう等もあるとのことでした。

次に、救急搬送された方の傷病程度別の内訳です。

大まかな目安となりますが、中等度・重傷者は「入院」となることが多く、軽症者は「入院対象外」となることが多いそうです。

高齢者の内訳をみていただくと、5259人中2135人 約4割が軽症者であり、基本的には救急搬送されても治療が終われば自宅に帰っていただくこととなります。

独居の方や高齢者のみ世帯でお迎え対応が難しい方は、帰宅の手配の支援が必要となります。

高齢者の軽症者で多いものとして、「入院させてほしいから」「傷病者を自身で病院へ連れていくことができないから」「昼間から調子が悪かったが夜間になり不安となったため」「どこの病院が診療しているかわからないため」「早く診察してもらいたいから」などがあるとのことでした。

この理由を聞くと2135人の方は、救急搬送しなくても、かかりつけ医や在宅医で対応できた方かもしれません。

救急要請したが故に、専門職の同乗や病院での待機が必要となり、結果的に専門職の業務に支障をきたしたケースとなった可能性が考えられます。

この現状から考えられることとしては、「#7119の活用が周知しきれていない」「かかりつけ医に相談すれば、対応可能だった場合も、救急要請したことで、搬送や対応に苦慮」「在宅療養している方の急性増悪時の状況や対応を本人や家族が理解できていない」ということです。

あくまでも仮説となりますので、現場の声として実態をお聞かせ願えればと思います。

以上、議題（2）令和5年度・令和6年度の取り組み経過報告です。

引き続き、議題（3）令和7年度の重点取組及び取組内容（案）についてご説明いたします。

令和5年度・6年度、2つの場面を重点として推進してまいりましたが、担当としては令和7年度も引き続きこの2つを重点取組として推進していきたいと考えております。

そこで、令和7年度にどのような取組を行いたいのか、事務局が考える原因等を含めた形で報告いたします。

まずは、重点取組①「入退院支援」についてです。

引き続き、身寄りの無い方の支援をテーマに取り組みを行っていききたいと思っております。

目指す姿を「身寄りが無くても、本人の希望する場所で医療や介護が受けられる」とし、現状を明記しております。

その中で考えられる原因を4つ挙げ、最も大きな原因として「身寄りの無い人に特化した制度も少ない中、支援者にかかる負担感も大きい為、対応が困難と感じる」としました。

その対策として、4つ考案いたしました。

まずは、原因①の本人の希望が不明という部分において、エンディングノートを活用を考えました。

対策1を本人に対してエンディングノートの活用を、広報やちよにて周知することを挙げておりますが、今年の11月1日号の広報特集ページにて在宅医療・介護の記事を掲載し、エンディングノートの活用について記事を掲載したところです。掲載後、市民からの問い合わせや配付部数も多くなり、反響を感じております。定期的に広報等により周知し、市民への普及啓発に努めていきたいと思っております。

ただ、自分自身で中々動き出せない方もいると思い、必要な方に情報を届けられる対策として、1人暮らしの高齢者と関わりの深い民生委員さんにエンディングノートの活用方法を伝えることを対策2といたしました。

対策3、4は専門職向けです。対策3の9月に開催した意見交換会での内容を市のホームページ等で公表できればと考えております。そうすることで、不参加だった方や他の専門職とも情報共有でき、身寄りの無い方の支援をチームで支えられることに繋がるのではないかと考えております。

制度等の整理は簡単にできることはありませんが、八千代市の専門職間で円滑な連携が出来たり、特定の支援者に負担が偏ることなくチームで支えていこうという認識を持って皆で支援する体制づくりはできていると思っております。身寄りが無くても本人が望む暮らしの支援が可能になるよう、事業内容を検討していきます。

続いて、重点取組②「急変時の対応」として、目指す姿を「救急搬送時、専門職の同乗が最低限になる」としました。現状としては、同乗者がいた方がスムーズに受け入れ先が決まることや救急搬送された方の内、約4割が軽症者で入院対象とならないことが分かりました。

原因①については、本人の基本的情報が書かれた情報共有ツールを八千代市で確立したとしても、救急搬送先は市外もあり、広域的な対応が必要になることと、原因②・③については、医療機関側の受入体制にも関わってくるため、早々に対応・解決が難しく、消防との話し合いも平行線で進んでおります。

そんな中、対応・対策が検討できそうな原因④も仮説として立てました。

本日の会議の中で救急要請でなく、かかりつけ医に相談すれば良かったのに…という事例がどの程度あるのかどうか、実態を教えてくださいたいです。

もし、そのような現状があるのであれば、在宅療養中に本人や家族・専門職での「急変時の対応の共有の必要性」を伝えていたり、急変時に備えての専門職間のスムーズな連携が取れるための方法等について、改善のために協議できることがあるかと思います。

令和7年度に向けて、もう少し現状把握に努め、対応策を検討していきたいと考えております。

最後になりますが、令和7年度の取組(案)のまとめです。

事務局からの説明は以上です。

加瀬会長

ありがとうございました。

では、まず重点取組①の「入退院支援～身寄りの無い方の支援」について委員の皆様よりご意見をお伺いしていきたいと思います。

ご意見のある方は、ご発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

では、富川委員。9月18日に開催された意見交換会での印象やご感想を伺ってもよろしいでしょうか。

富川委員

久々の対面の研修でしたが、約 70 名強の方が集まり、活発に議論や意見交換をしていただきました。

身寄りのない方の支援に関しては、やはり明確な解決策がない課題も多分にありますので、まず、今できるのは「共通の課題に対する相互理解」と「課題と一緒に取り組む関係づくり」が必要だと考えます。今回の意見交換会・交流会がその 1 歩になったのではないかと考えています。

今回は MSW(医療機関)、ケアマネ、地域包括支援センターに声をかけました。医療機関に関しては日中の時間帯ということで、八千代市内だけだと参加人数が少ないかと思い、近隣の船橋、習志野、佐倉、千葉市の医療機関にも声をかけさせていただきました。実際、津田沼中央病院や谷津保健病院、済生会習志野病院、東船橋病院、最成病院、東邦大学医療センター佐倉病院の方々が参加していただきました。

意見交換会後、他市の方に「八千代市はこういう取り組みをされていて、すごいですね」という声をいただいたり、「近隣医療機関連携会議のメンバーに入れていただくことは、できないのですか」という問い合わせがありました。

また、同じグループだった方同士で連絡を取り合い「制度に関して、どのように考えるか意見を聞きたい」という情報共有が出来たという声も聞かれ、顔が見える関係ができたことによって、実際の業務にも繋がったという実感できたかなと思っています。アンケートの結果からも大変有意義な会で、定期的に開催して欲しいという声もあったので、ぜひ、年に 1 回でもやっていきたいと思っています。

加瀬会長

ありがとうございました。

では、白濱委員。身寄りのない方の支援のサービスに関わる専門職全体のチームとして、連携を取って支援するということが重要かと思いますが、白濱委員の立場から、必要だと思うことやご意見があれば伺いたいと思います。いかがでしょうか。

白濱委員

私も 9 月 18 日参加させていただき、中々解決するものではないと思うのですが、その中で、それぞれの職種がどういうことを考えているか、どういう支援で悩んでいるのかという部分が、実は意外と知らなかったと気づけたことが、今回、顔の見える関係づくりとしてすごく有意義な会だったと思います。

アンケートの方にも、共有・協力・交流という言葉がよく出てきており、共有できた、協力できる体制が見えてきた、良い交流会だったと。

参加する人数の割合も非常によかったんだと思います。MSW が 24 名で、ケアマネが 38 名、地域包括職員が 14 名。どこかの職種の人数が非常に偏ってたわけではなかったので、そのような調整も含めて、第 1 回目の顔合わせた意見交換会としては、非常に有意義な時間で次回に続けられたらなと思います。

この会に参加して、解決しない課題の中、円滑な連携をとっていくために必要だと思ったのは「相互理解」と「お互いをねぎらい合う」ところなんじゃないかなと思いました。

相互理解として、お互いのことをねぎらう、枕詞、例えば「大変だけど、お願いします」や「いつもすみません」と、お互いに言える関係性を作っていくというところから始めていくというのが大事なのかなというのを感じたところです。以上です。

加瀬会長	ありがとうございました。 松本委員に伺いたいと思います。薬剤師の先生方も、身寄りのない方に服薬指導されるかと思います。何か特別な対応したり、気にかけていることはありますか。また、薬剤師会の中で、身寄りの無い方の対応で問題点等が挙がっていたら伺いたいと思います。
松本委員	身寄りのない方々の対応は、普段、薬局に来ていただいている把握できているパターンとそうではないパターンがあります。 前者のパターンですと、把握しているケースが多く、かかりつけ薬剤師の機能を果たしているとスムーズに移行できることが多いです。この段階でケアマネジャーさんが支援者の情報や介護認定の情報等を把握できていることもあり、情報も繋がりやすいです。 後者の場合は、初めましての薬剤師が訪問するため、薬剤師を認識してもらえない事もあります。多職種と一緒に訪問して、認識してもらうよう紹介してもらうことからスタートします。中には非常にハードルが高いケースもあり、1回の訪問では覚えてもらえていないこともあります。多職種の方々と方向性を合わせて取り組むように心がけています。 以上です。
加瀬会長	ありがとうございます。 では、続いて神原委員，訪問看護師会としての立場として意識していたり気を付けていること、いかがでしょうか。
神原委員	身寄りがない人の場合には、例えば、状態が変化した時に、どの人に頼ればいいのかということを考えます。訪問診療医の先生が担当で、その先生が、おうちで最後まで看取るっていうことであれば、その訪問診療医の先生と連携を取るようにしています。 ただ、実際には、病院で最期を迎えるという方は、病院の先生から、最期は病院でみますよと言ってくれる先生もいます。 そうすると、病院の方でも、もし夜間帯に状態が変化した場合には、当番医の先生にも情報共有していただく場合もあります。 ですので、身寄りの無い方や急変の可能性のある方は、特に、状態が変化したときに、どうするかっていうことを想像して、できるだけ連携のとれる人達と話し合いを持つように、心がけています。
加瀬会長	ありがとうございます。 山下委員はいかがですか。身寄りの無い方の支援の際、気を付けていることはありますか。
山下委員	八千代市リハビリテーション協議会の中では、そこまで話ができておりません。私が所属する訪問看護ステーションでの話になりますが、身寄りの無い方への支援時、訪問させていただいた時の急変時の対応は先生に連絡させていただくこともあります。一番はケアマネさんに頼らせていただき、対応をお願いしているのが現状です。今回、聞かせていただいた＃7119の利用者さんへのアナウンスは足りていなかったかなというふうに今実感しているところです。
加瀬会長	ありがとうございます。

	その他、何かご質問・ご意見等ございましたら、ご発言いただきたいと思います。 ます。 他にございませんでしょうか。
中澤委員	診療単独で来られる方もいらっしゃるんですが、高齢の方・同居高齢の方等は、継続して来ていただけるよう、メンテナンスに移行していただくようにしております。 1 か月に1回、2 か月に1回…と、継続して管理させていただく中で、いらっしゃるなくなった方に、もしくは無断キャンセルするような方の場合には、こちらからご連絡させていただいています。連絡が取れなくなった場合には、地域包括支援センターに依頼して、行っていただくようなこともしております。
加瀬会長	ありがとうございます。 その他に何かご意見等ございますか。
中澤委員	1 つ質問があります。身寄りのない方の支援を、受け入れ側が受け入れたくない理由として支払いが滞るといのがあったと思います。 それに対しては、生活保護への加入を積極的にお伝えする等はされてるんでしょうか。
富川委員	まずは、経済的な状況がどうなってるのかを確認させていただいています。 生活保護基準になる方に関しては、病院が市に連絡をした日から対応できない為、それをまず第1にやっています。一番困るのは、年金が入っていて、銀行に振り込まれている身寄りの無い方。 ご本人の意識レベルが低くなっていると、銀行から下ろすっていうことができません。ただ、預金はあるため、役所としては、それはお金があるっていうふうに見るんですね。ですので、生活保護の対応はできないことになります。ただ、お金は動かさない。お金を動かす為には、成年後見制度を進める手順にはなりますが、手順が煩雑だったり時間がかかったする為、一番大きな問題としてとらえてるところです。
白濱委員	生活保護の対象になる方はいいんですが、そうじゃない方が結構多いという実情の中で、9月の多職種意見交換会の際に、任意後見制度の講義を受けました。任意後見制度を利用するのもハードルが高いのですが、任意後見制度の研修会をやったことによって、日常生活自立支援事業の方に繋がったり、任意後見制度の利用が難しいようであればこういうのもあるよと、別の支援を提案できたという事例もありましたので、お伝えさせていただきました。
加瀬会長	ありがとうございます。 その他に何かご意見等ございますか。 無いようなので、続きまして、重点取組②「急変時の対応～救急搬送時の同乗～」について、委員の皆様よりご意見をお伺いしていきたいと思います。 他に何かご質問・ご意見等ございましたら、ご発言いただきたいと思います。
中澤委員	実は当院で、先日救急搬送してもらいました。診療台に座って、横になってもらい、歯科衛生士がお口の中を洗浄していたら、目を閉じて意識がなくなり、半分いびきをかくような状態になって、これはいけないなと思いまして一応、救急車を呼び、すぐに来てくれました。

加瀬会長

救急車には乗せたのですが、医院のすぐ横で2時間ほど救急車が停まりっ放しになったんですね。

要するに引き取り先、搬送先が、決まらないのかなと思ってたんですが、ただそこに対して、専門職の同乗の依頼はありませんでした。

もし、どなたか、理由が分かったら教えていただければと。

基本的に、医療機関から転院搬送ということになると、看護師や医師が同乗することになります。

実際には、看護師が同乗していくことが殆どだと思うんですが、建前上は医師が同乗するのが本当なんですよね。

ただ、患者さんの状況によって同乗がいないというのは、診た医師や歯科医師の判断になるのかなと。時々、救急隊が、大変なので同乗を求められることが無い訳ではないですけどね。

あと、やっぱり2時間もそこに居たということは、搬送先が見つからず、ずっと放置されたということですかね。

例えば、中澤先生から直接、女子医大等の救急に電話をしてお願いすることは難しかったのですかね。

中澤委員

その時は難しかったです。一応、SpO2等は測定したりしたのですが。

加瀬会長

分かりました。他に、ご意見等ありますか。

では、医師会の櫻川委員に伺いたいのですが、訪問診療を行ってる患者さんが在宅で急変したとか、連絡受けたり、目の前で具合が悪くなった時の対応や、今後このような状況が起きたら、こうすべきじゃないか等、何かご意見ありますか。

櫻川委員

がんの終末期のような方の急変の時の対応と、高齢者が脳梗塞の後に在宅で療養されている方が肺炎等で急変している時とでは、対応は異なると思います。ただ、先ほど議題にあった身寄りのない方の支援と多少通ずると思いますが、基本的にはご本人やご家族の希望を多職種の間で共有することが1番必要かなと思っています。それに合わせた方向で動きたいですが。

ただ、急変時ということで、がんであっても治療で治る肺炎であれば治してあげたいのに、がんということが障害になって救急搬送が難しくなったり。最期まで、お家で過ごせるように皆で話して、多職種連携も取れ、家族も納得したけれど、いざ目の前で呼吸が止まっちゃうと、救急車呼んじやうとかもあり。そういうことで、中々意思の統一がスムーズにいかないことは多々あるなと思いつつ。

ただ、どういう方向性を向いているのか、患者さんと家族と看護師とケアマネ、我々が共有して、同じ方向を向かなきゃいけないというのは、いずれの場面でもあると思います。

前回も少しお話させていただいたかもしれないですが、診てる患者さんの呼吸が止まって、ご家族が救急車を呼んだ時、救急隊は呼ばれたら病院に連れて行って、死亡の場合は死亡確認をそこで取らなきゃいけないんだと思うんですね。

がんの終末期であっても心臓マッサージしながら救急車に乗って病院へ行った方もいました。中には、救急隊から連絡が来たときに、その方は在宅で亡くなりたいと言っていて、僕が1時間以内で行けるから、搬送せずにそのままにしておいて、と話して救急車を待たせたこともあります。

その時は、患者さんも家族もそう希望していたからと思いつつも、自分が行

くまでの1時間、ずっとそこで救急車を待たせて、救急車が1台動かせない状態になっちゃう。電話でなく直接会って大丈夫、ありがとうございますと言うまでは、救急隊も動けないんですね。僕としては在宅の患者さんの意思を…と思ってやったことですが、良くなかったのかなと思うところもあります。

加瀬会長

ありがとうございます。
最後の例で言いますと、やはり患者さんのご家族が救急車を呼んじやったところに問題があったんでしょうかね。本当は先生ところに連絡するのが良かったのでしょうか。

櫻川委員

そうですね。ただ、いくらそれを伝えていても、目の前で呼吸が止まったり、苦しがつてると、中々スムーズにはいけない実状もあります。私の説明不足もあると思いますけど。

加瀬会長

ありがとうございます。
同じ質問ですが、中村委員に伺いたいと思います。救急搬送を要するような事例について、大変だと感じてらっしゃる状況やお困りのこと、ご意見がありましたら伺えればと思います。

中村委員

今、櫻川先生がおっしゃっていた事に関連しますが、亡くなる時の事を話していても、ご家族が認知症の方等がいらっしゃるって。電話する先が分からなかったり、電話しても繋がらなかったって言っていたけど携帯を見たら薬局さんにかけてたとか。本人の情報や緊急連絡先が書かれたシートを冷蔵庫の中に保管するとかの対応があった方がいいかなって思ったケースは何回かありました。
あと、遠い親戚が来てて救急車呼んじやうとか、呼んじやったり。家族は、私達に連絡しようとしたんだけど、たまたま通りがかった郵便局の人が救急車を呼んだケースもありました。
数年前は、救急車を呼んだら絶対心肺蘇生が止められないと言われていたんですが、最近間違えて呼んでしまった時に、電話で「私が行くので」と話して、救急隊は帰ったというケースもありました。リーダーによるんですかね。
あとは、今入院しないといけない状況で、救急車じゃなくて良いのだけど、介護タクシーは空きがなくて。病院も救急車で来てくれと希望された時の救急車の利用が自分の中では悩みだったりします。
また、夜間にがんの終末期の方へはバックベットのがあるんですが、そうでなく本当に突然の救急搬送必要時、私も色々な病院に当たって受入不可で、救急車の中で2時間に待機対応した事もあります。

加瀬会長

ありがとうございます。
神原委員に伺いたいのですが、急変時、家族等が医師に連絡する前に、訪問看護師さんに連絡したりすると思うんですよね。その時、急変した患者さんを実際に見に行かれて、救急要請するべきか、主治医に連絡すべきか等、対応で心がけていることや問題があったところを教えてください。

神原委員

これまで訪問看護やっていて、本当はお家で看取る予定だったのに救急車を呼んじやったというケースもあります。明らかに、状態が低迷していて、もしかしたら危ないかもしれないという状況が、家族や私達に感じられる時に

は、1番は訪問看護ステーションの番号に連絡くださいって訪問の度に何度も伝えてあります。その日言ったから、もう明日は言わないとかではなくて、訪問行った時に必ず私たちのところに1番に電話くださいねって。

そう伝えていると、何か変化あった時に連絡をくれて、1回かけてくれると、今回と同じように、また連絡くださいねと伝えと、意外と連絡くれるような気がします。

だけど、やはり今先生たちのお話聞いていて、家族が認知症の方や連絡が取りづらい方へは、大きく紙に貼って連絡先が分かるようにする等の対策を考えていかなければと思いました。

加瀬会長

ありがとうございました。

次に、日高委員に伺いたいと思います。やはり、施設ですと、急変でどうするべきか、救急車呼ぶかの判断が求められる場面が結構あると思うんですよね。

一部の事業所からは、救急車を呼んでも同乗を求められ施設が回らなくなり非常に困るという意見も聞くのですが。ご意見や現状をお伺いできますでしょうか。

日高委員

特別養護老人ホームというのは、24年の介護保険法の改正に伴い、介護報酬で、医療連携が強くなりまして、協力病院を必ず持たなきゃいけないと義務化されつつあります。スムーズに入院対応ができる、常に相談ができる等の条件があります。基本的には夜間帯、看護師体制をとっていけばオンコール体制ができるというのがもう決まり事になってます。主治医に意見や指示を仰げない場合には、オンコール体制により、必ず相談員や看護師が、実際に施設に来て、判断することになっています。

ですので、24年になってからは、協力病院との連携体制がスムーズにいつて夜間帯も比較的受け入れていただけています。

また、特別養護老人ホームの入所の際に意思確認をするのが今は、常になっています。要は、救急搬送するのか、蘇生するのか、看取りをここですのか。常時、変わるのは当たり前ですけども、入所時に必ず意思確認をとるのが規定の中に入ってます。その部分では、今は慌てずに、看取りであれば静かに看取るという形になっているのが現状です。

ある意味では、国が基準を厳しくしてきているので、我々はそれに追いついていくような状況です。

ただ、救急車を呼ぶときに、内科か外科しか書いていないので、一応特別養護老人ホームの中では、専門でないと連れていけない為、何かそこへの対策が立てられると非常に良いなという議題はあります。

以上です。

加瀬会長

ありがとうございます。

他に何かご意見はありますか。

白濱委員

日高委員のお話についてですが、特別養護老人ホームは、法的な定めがあるのですが、民間のサービス付き高齢者向け住宅や、住宅型有料老人ホームとグループホーム等が、特養特別養護老人ホームと同じ位のレベルでやれているのかという課題があると思います。民間の施設からの救急要請の時に、スムーズにいかないことや職員の同乗を求められて困るケースというのがあると感じています。

また、それとは別に、本当に救急要請が必要なのかというところもあると思

います。資料の9ページの、不搬送理由の辞退拒否が2666人いるということも問題なのかなと思います。

私のケースでも、救急車呼んだけど実際乗って行かなかった方がいて、救急要請した理由が、かかりつけの病院がお休みだった、夜間だったから。

誰か医療の方に繋がっていれば気持ちが落ち着いて、もしかしたら救急要請しなくてもよかったかなというようなケースでも救急要請をしちゃってる事実というのは、あると思います。

例えば、ケアマネジャーとして意識していかなきゃいけないのは、既往をみて急変する可能性があるような方を担当する場合は、訪問看護ステーション等の導入を考えていたり、支援する関係者を早い段階で広げておき、1人で抱え込まないようにすること。「かかりつけ医が休診日でも、かかりつけ薬局はやっていたら、薬局に相談してみたらどう？」という提案ができ、本人が安心することが出来れば、結果的に救急搬送の数が減り、色々な事態が変わってくるのではないかと感じているところです。

以上です。

松本委員

白濱さんの言っていた通りですが、薬局の方も定期的に訪問する際に、薬の服用に対しての判断基準が時間の経過と共に曖昧になってきてしまう患者さんがいます。定期的に確認すると共に、訪問看護ステーションの方々や先生にも確認する必要があると考えます。なるべく確認しながら、お薬をお渡しするっていうのは心がけています。

人生の最期を迎えるにつれて、関わる登場人物が多くなってきて、その方々各々の価値判断も増えてくると思うので、改めて、ここはこういう意味合いの判断で扱うものですよと振り返るようにしています。

加瀬会長

ありがとうございます。

では、大門委員に伺います。重点取組①身寄りの無い方への支援、②急変時の対応について、何かご意見等ありましたら、お伺いできますでしょうか。

大門委員

包括支援センターの業務として、制度につなぐ役割を担っていると考えます。近隣住民の方から「新聞が溜まっているから、訪問して欲しい」と依頼され、訪問したところ、ご自宅で倒れていて、その方の情報が分からない中で、救急搬送をしなければならない時もあります。

まだ、ケアマネジャーさん等に繋がっていない方々において、医師等の誰に相談していいのか、救急要請して良いタイミングなのかを悩みながら支援をしています。そして、救急搬送時に同乗を求められた時に、包括支援センターとしてどう対応するか、模索しながら支援にあたっています。

加瀬会長

ありがとうございます。

道端で人が倒れているときに救急車呼んだら、有無を言わず救急搬送してくれるんでしょうけど、全く情報を持ち合わせていなくても、専門職が関わっていると、救急隊や受ける医療機関は色々と求めてくると。そこは非常に困ったところでありますよね。

では、同じ地域包括支援センターである小林委員は、いかがでしょうか。

小林委員

私が感じたのは、先ほど救急搬送で不搬送の方が多く、事前にかかりつけ医に相談ができたらいいのではないかっていう話についてです。実態として、かかりつけの病院の予約が中々取れなくて、相談がしづらいところもあり、具合が悪い日にかかることが難しいパターンがあります。

	包括としては、救急要請するほどでも無いけど、1人暮らしで心配な方や病的に心配な方に対して、本人の希望を聞いた上でかかりつけ医以外の医療機関で診てもらうか、一晩様子を見て、かかりつけ医に予約を取っていくかの判断をしなくてはいけない時があります。 その辺りのところを、何とかかかりつけ医の先生に相談できたら良かったなと思いました。
加瀬会長	ありがとうございます。 他にご意見ありますか。
白濱委員	最近、リハビリテーション病院から退院されるケースで、ケアマネを担当して欲しいということで連絡をいただきました。その方は、今までどこの病院にもかかったことがなく、脳梗塞で急に倒れて救急搬送されて、リハビリテーション病院を経由して退院するという流れとなり、退院後かかりつけ医がないので、どこがいい病院ありませんか、というのを相談されるような方が、数名いらっしゃいました。 他のケースの同居家族でも、もし何かあった時のかかりつけ医が居ないと答える方が結構いらっしゃいます。 今まで、健康診断はどうしてるのか聞くと、全く受けたことがなかったと。医療との繋がりのおかげとして、ぜひ行政の方々には、八千代市の健診の受診勧奨をもっとやっていただいた方がいいのかなと感じています。
加瀬会長	健康づくり課の方で、主治医探しという意味において健診の受診勧奨はしていただいています、浸透しない部分もあるでしょうね。 他にご意見ありますか。 無いようであれば、以上で議題（3）を終了いたします。 最後に、「議題（4）その他」について、事務局より説明をお願いします。
事務局（溝口）	八千代市在宅医療・介護連携支援センターが作成している「八千代市在宅医療・介護連携ガイドブック」について、今年度情報を更新し、作成を進めております。 その中で、本事業の目的別集約体系図を明記しているのですが、修正をしたい部分があり、その内容についてご意見いただきたいと思います。 【別紙3】をご覧ください。修正部分は、中目標の「退院支援」の部分です。現在、国が作成している「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を基に事業を推進しております。 その手引きの中で、医療と介護がより連携を求められる場面として4つの場面が設定してあるのですが、「中目標」がその場面にあたります。 手引きには、「退院支援」ではなく「入退院支援」の場面が設定されておりますので、八千代市の体系図もその明記に合わせた形で修正したいと考えております。 内容も、現在は「退院と同時に患者が理想的な介護を受けられる」となっていますが、「入退院と同時に患者が理想的な医療や介護を受けられる」に修正したいと考えております。 委員の皆様から、この場でご意見いただいて、新バージョンとして発行したいと考えております。ご意見お願いいたします。

加瀬会長

ありがとうございました。
ただいまの事務局の説明に対しまして、ご質問・ご意見等ございましたら、ご発言いただきたいと思います。

特に無ければ、こちらで進めていただければと思います。

これで、予定していた議題に関する議論は終わりになりますが、最後、何かありますか。

中澤委員

僭越ですが、“NPO法人やちけあ”の、立ち位置を行政の方たちに、検討していただければと個人的な意見として思ってます。

現時点で、やちけあで色々なセミナーをやっていたりしています。多職種の立ち位置で色々な勉強会として、より情報を共有できればと思っております。

そこには、やはり行政が絡んでいただき、できれば行政からの援助もいただき、やちけあというものをもっと八千代市の中で確立した立ち位置にしていただけると、我々も今後活動がしやすいと。

来年の2月2日にも、第2回やちけあフェスをやります。そこも、ほとんど手弁当でやっておりますので、もう少しご理解いただければと。

よろしくお願いします。

加瀬会長

ありがとうございました。他にご意見ございますでしょうか。

質問がございませんので、これをもちまして令和6年度八千代市在宅医療・介護連携推進会議を閉会いたします。長時間にわたり、ご協力を賜りありがとうございました。