

## 令和2年度 第11回 座間市地域包括ケア会議及び在宅医療推進協議会（親会議）報告書

次の通り報告します。

### 1 活動報告（各子会議より）

#### 1) 地域包括ケア会議

- ・ 第10回座間市地域包括ケア会議録にて報告

#### 2) 在宅医療推進協議会

- ・ 在宅医療・介護連携支援室より活動報告と今後の予定（嶋崎委員）

医療機関、薬局、介護事業所にむけ2月1日に366件に調査票を送付した。変更点は医師に対し追加として、ケアマネジャーの業務内容をどの程度理解しているかなどの状況を調査する。その他薬局に対しても介護関係項目の一部変更あり。詳しい内容については、回答を頂いてから報告させていただく。

今後の予定としては、3月26日に令和2年度第2回研修会として、医療機関とケアマネジャーの入退院時の連携について「医療と介護 顔の見える関係づくり交流会」をオンラインで開催する予定。コロナ禍で医療機関もケアマネジャーも忙しいが双方に協力いただけることになった。このような状況だからこそ、顔の見える関係づくりを意識しながら連携について考えていきたい。

また、入院時診療情報提供書の運用が開始して2年が経過し、使用状況や使用する上での問題点、追加・変更すべき項目についても意見がもらえたらと考えている。

### 2 新たな課題の抽出と検討について

#### 1) 危機管理課との意見交換会に向けて事前質問（地域包括別紙1）

##### ②（歯科医師会 須藤委員）

座間の防災の歴史を講義していただき、実際に過去の歴史でどこの地域でどれくらい被害があったのかを教えてください。

##### ④（ざま介護支援専門員協会 藤川委員）

避難所では、車いす対応や酸素供給のための電源確保は可能か。車いす使用の方は、階段昇降はもちろん、床からの起き上がりや立ち上がりが困難な場合が多いが対応してもらえるか。

##### ⑤（病院ソーシャルワーカー 石川委員）

水害・土砂災害等、複数の災害が広域にわたって起こる可能性があるかと思います。災害マップに示されております各避難所の収容人数はどの程度になりますでしょうか？

満員の場合、他に回されるケースもあるかと思いますので、周知しておくのも大事かと思います。

##### ⑥（座間市訪問看護ステーション連絡協議会 大石委員）

特にありません。

##### ⑨（通所介護事業所 石黒委員）

通所介護施設として

- ・ 通所中、送迎中の災害（地震、火災）の対応と事前準備
- ・ 災害時の通所施設提供等の可能性と想定事項、事前準備等

⑩（小規模多機能 筒井委員）

小規模多機能の通いは1日15名を受け入れています。座間市の全域からきている利用者ですが、避難場所は事業所のあるところでもいいのでしょうか？

⑪（座間グループホーム連絡会 根岸委員）

⑫（特別養護老人ホーム相談員 坂間委員）

台風19号の際に、コミセンなどの避難所（一次避難所）が解放されたかと思いますが、今までにあまり避難をした例がなく、避難所の様子がわからないため、利用する立場としては利用しづらいと思います。必要時にすぐに避難できるようにもう少し情報があると利用しやすいのではと思いました。例）避難後どうなるのか、持参した方が良いものがあるのか、飲食物などはあるのか、など。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

実際に災害が起きた時に情報弱者と思われる独居の方、高齢者の方の避難の周知はどのような方法があるのか？

⑭（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

以前の防災マップと今回の防災マップの違いについて。

⑮（相武台地域包括支援センター 川南委員）

高齢者や障害者が避難するときの心構えは？

⑯（相模が丘地域包括支援センター 後藤委員）

今のところ特にございません。

⑰（立野台地域包括支援センター 松永委員）

- ・コロナ禍での避難における留意点や避難時に準備しておく物品等を教えて下さい。
- ・今回の防災マップを作るにあたって何を大切にしましたのか教えて下さい。

⑱（ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員）

- 1、避難場所と避難所（食事や布団の提供、準備するもの、期間、対象者、ペットの対応）
- 2、避難の周知
- 3、一人で自宅から動けない方の避難時方法
- 4、コロナ禍での対応

⑲（栗原地域包括支援センター 金子委員）

災害時の情報はどこから入手すればよいですか？（いさまメール以外でも情報入手できるものがありますか）

⑳（座間市地域在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員）

- ・在宅介護の高齢者が、避難する際の方法、手順を教えてください。
- ・平時において、事前準備しておくこと（持ち出し品以外で）にしておくことは何か、
- ・誰に連絡をすればよいか、（例えば、市に連絡すれば良いのか）また、近くに家族等の協力者がいない場合は、どうすればよいか、さらに、協力者をどのように作るか、などを教えてください。

㉑（座間市地域在宅医療介護連携支援室 野中委員）

一人では避難することができない独居高齢者に対する対応策は？

## 2) その他（自由記載）

### ③（座間市薬剤師会 吉永委員）

防災については、住んでいる人全員が対象であることが理想だと思います。

子ども、障害者を含め、全員に情報を把握しておいてもらわなければ、ならないと思います。また有事の際は、一般の方の手が必要となります。しかしながら、いきなり大きく広げすぎると収拾がつかなくなるので、まずは高齢者対象から進め、行く行くは住民全員のものとなるよう発展させると良いと思います。

### ④（ざま介護支援専門員協会 藤川委員）

台風19号の際、座間高校に避難した方の経験談では、階段が登れず複数人で担いで2階にあげてもらったという話を聞いた。一方、公民館に避難した方はエレベーターが使えてよかったという話があった。避難先によってできることや環境が異なると思うが情報があるといいと思う。話を聞いた方皆さんが共通して避難所のスタッフの対応がとても親切でありがたかったとおっしゃっているのはこの機会にお伝えしたい。

### ⑥（座間市訪問看護ステーション連絡協議会 大石委員）

訪問看護では、契約の際に緊急避難所はどこか確認しているが、わからないとおっしゃる方が大半である。再確認のためにも防災のための係わりは必要だと思います。

### ⑧（訪問介護事業所 富山委員）

台風19号のときに在宅で出た課題の一つに、大災害のときの独居で動けない方の避難方法、または支援の仕方でした。震災のときなど、介護士や看護師などがすぐに訪問できなくなった時の対応、だれが見に行くのか。など、有事のときの具体的な対応は、事が起こってからではなく、東北の震災のことを聞くなどして備えておく方が良いと思います。

### ⑩（小規模多機能 筒井委員）

認知症の人が避難場所に行って過ごす事が出来るのかどうかよくわからないでいます。状況が理解できないため、環境が違うことで不安になり、BPSDが現れるケースも少なくないと思います。認知症の人の対応にはそれなりの知識がある方か専門職の対応が必要になります。小規模多機能のような事業所が受け皿になった方がいいのでしょうか。

### ⑪（相武台地域包括支援センター 川南委員）

時間に余裕があれば座間市のこれまでの取り組み、コロナ禍での他市の取り組みなども時間に余裕があれば聞いてみたい。

## 3) 在宅医療推進協議会で頂いたご意見から抽出した6つの項目に対し、具体的な対策の提案、意見

### （1）ICT、Web活用の促進

#### ②（歯科医師会 須藤委員）

ICTはマイナンバーとリンクさせて、個人の医療情報を一元化させない限り活用は難しいと思われます。ただの情報交換ならばLINE等で十分。国もしくは市単位で情報管理しなければ、3件の医院や介護事務所での個人的な活用までにとどまってしまう。

③（座間市薬剤師会 吉永委員）

I C Tで患者（利用者）が、繋がっている情報が少ない。

訪問していても、I C Tの中に入っておらず、患者の情報が入ってこない

④（ざま介護支援専門員協会 藤川委員）

医療系サービスが主体となる利用者については、比較的I C T、W e bを活用することが多いいが、介護が主体となる利用者については、うまく活用ができていないと思う。

また、担当者会議は、照会や電話での聞き取りなど事業所によって差がある。今回のようなコロナ禍の状況でも対応できるようw e b会議は今後必要だが、w e b環境が整わなければ、活用はできない。正直居宅は、どこも赤字だと思いますので、I C Tの活用を推奨するなら、タブレットの貸し出しや支給、購入の助成制度などを検討して欲しいです。

⑤（病院ソーシャルワーカー 石川委員）

リモート会議等ではどうしても各事業所の設備により、参加可能な事業所とそうでない事業所が出てきています。市の方でいくつか用意しておき、申し出のあった事業所に対して一定期間貸し出し等ができるようにはできないものか。

⑨（通所介護事業所 石黒委員）

I C Tは、情報の共有化の為、官民、大小を問わず、積極的な導入に賛成。

（環境の整備が重要）W e bについても同様。

⑩（小規模多機能 筒井委員）

I C T、W e b活用がよくわからないので教えてもらわないとわからない状態です。でも活用出来たらいいと思います。簡単にできればいいのですが慣れていないので不安はあります。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

サービス担当者会議、退院カンファレンス等他職種、他事業所の連携にI C TやW e bを活用できる環境があると迅速に連携できてよいと思うが、個人情報の問題や各事業所のW e b環境の調整などいろいろハードルが多いように思う。医療と介護の連携では特に医療（医師）主導の方がスムーズに運べるように思う。

⑮（第一層協議体 生活支援コーディネーター 落合委員）

I C T、W e b活用の必要性・メリット・流れ等の説明会の実施、関係各所のネット環境調査

⑯（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

今後は必然的にオンラインでの会議や研修という事になると思う。事業所毎に環境を整えるための力の入り方が異なるため、市が主導で（補助を出すとか…）働きかけてもらえばありがたい。

⑰（相武台地域包括支援センター 川南委員）

事業所によっては慣れていない

⑱（立野台地域包括支援センター 松永委員）

共通のクラウド型サービス（例キントーン）の導入。座間市内全事業所が同じクラウドを利用できる状況が整えば、情報共有は進展するのではないかと。月間福祉2月号 地域包括ケアシステムの進化に向けてーICTでつながる多職種連携を参照。

⑳（ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員）

特にコロナ禍においては、オンライン会議ができると感染のリスクが減る。ただまだ十分にオンライン会議になれていないので、まずは使い方のレクチャーから必要かも。

㉑（栗原地域包括支援センター 金子委員）

できれば、共通のソフトを使用し、操作方法なども学ぶ機会があればよいと思います。

㉒（座間市在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員）

在宅医療・介護連携推進事業の委託業務として、現在、帝人ファーマーのICTシステム「バイタルリンク」を運用しているが、その中にWeb会議システムもあり、今後活用できると考えているが、現状の参加事業所は、一部であり、市全体に普及はしていない。また、システムに慣れていない事業所も見受けられる状況から、Web会議に使用して慣れることで、今後、もっと活用して頂けると思われるが、具体的な方法等については、未定であり、検討が必要である。

㉓（座間市在宅医療介護連携支援室 野中委員）

現在は一部の方しか登録していない状況。ICTの存在すら知らないケアマネや訪問看護師等が多いと思う。もっと周知し多くの方にICTを知って頂き、まずは登録をしていただきたいと思う。コロナ禍でのweb会議等にも利用して頂きたい。使用方法等の説明会を開催したい。（野中委員）

（2）家族・介護者への支援

②（歯科医師会 須藤委員）

認知症の在宅での介護はその症状にもよりますが、ご家族には大変な労力がかかります。

症状により、グループホームだけではなく、段階的に症状が低い人から高い人まで対応できるような施設や仕組みがあると助かると思います。

③（座間市薬剤師会 吉永委員）

家族、介護者の情報（勤労状態等）、介護者が分かるとかなり参考になる。薬局にも家族状況等情報が欲しい。

④（ざま介護支援専門員協会 藤川委員）

ケアマネは、利用者の支援が主ですが、生活が困窮している家庭は、利用料がかかってしまうため必要なサービス提供が出来ないことがある。ご家族は障害があるのか？性格なのか？不明だが、生活に困窮していることすら気づかず、誰にも相談もできず、生活保護の申請方法、相談窓口も分からない、説明を聞いても分からない方が多く、生活保護の申請や障害の認定などの支援が多くなってきている。

そこを支援しないと必要なサービスが受けられないためやらざるを得ない状況。

サービスに対して、ご本人よりもご家族からのクレームが多い、モニタリングに行っても本人の話よりも家族の話の方が多いのも現状。

⑤（病院ソーシャルワーカー 石川委員）

「経済的な負担」よりも「精神的な負担」の方が大きいと調査結果では出ておりますが、経済的な理由で本人に合ったサービスを利用できず、その為、家族が疲弊しているケースをも多く、座間市での社会資源を新たに作ることはできないだろうか。

⑥（座間市訪問看護ステーション連絡協議会 大石委員）

利用者様が入院前と退院後の状態が変化している事があります。介護されるご家族様が困惑し不安を抱えています。「訪問看護って何をしてくれるの？」こんな質問に対し導入前に説明させて頂き、状態管理だけでなく、効率よい介護の手順についても援助しています。

⑦（訪問リハビリ 佐久川委員）

家族介護者への支援については介護負担の軽減や、ご家族の疼痛等に関しての相談等、臨機応変に対応する事で、ご利用者様の目標達成の為に重要なアプローチと捉えていますので、継続していきます。

⑨（訪問介護事業所 石黒委員）

専門職だけの支援では不十分。地域との連携を強化し、介護者の負担を軽減する具体策の検討が必要。

⑩（小規模多機能型居宅介護サービス事業所 筒井委員）

小規模多機能は24時間365日対応の事業所なので利用者・家族の必要な時の対応はできています。病院から退院してきた場合、病院と自宅での生活の違いがあるので自宅での生活の練習として泊まりを利用し、在宅での生活が利用者だけでなく家族にも準備ができるようにサポートしています。

⑫（特別養護老人ホーム相談員 坂間委員）

現状、ご家族との連絡方法として電話が主となっています。LINEなどを活用することでスムーズに連絡が取れ、また、写真や動画などご利用中のご様子なども簡単に添付できるため、連絡

の幅も広がると思います。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

どういう援助があるのかわからない、自分一人で抱え込んでしまう等の問題があるように思う。病院、居宅支援事業所、包括等から対象者だけでなく、その家族・介護者にも積極に関われるアプローチ方法があると良いと思う。

⑮（第一層協議体 生活支援コーディネーター 落合委員）

在宅に戻ってきた場合の支援として、地域のゆるやかな見守りや社会参加（ボランティア活動や就労等）の機会を設ける等、事業所や地域との連携体制を構築していくことが必要。

⑯（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

家族や介護者に対しては個で支える部分と組織として支える部分、又、地域全体の問題点として支える部分等、課題が多い。包括として一番に取り組みたいのは介護（認知症）に備えるということと、経験者につなぎ役となり、地域を支えてもらうということと考えている。

⑰（相武台地域包括支援センター 川南委員）

病院MSW、包括、ケアマネの連携が大切。

⑱（相模が丘地域包括支援センター 後藤委員）

病院の声掛けで、退院時のカンファレンスなど、ご家族にもご参加頂いて、その頻度は以前に比べて増加している印象だった。給付制限など、経済的な問題で本来必要なサービスが導入できないことが、これも増加傾向と感じている。

⑲（立野台地域包括支援センター 松永委員）

家族の認知症の理解を深めるために、認知症の人と家族の思いをより深く知りたいあなたへ（発行元 公益社団法人 認知症の人と家族の会）を配布する。資料内容が認知症の初期や受診について触れられており、参考になる事が多い。

⑳（ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員）

ケアマネ等で病院の相談員とご家族とで十分な連携を図っていく。

㉑（栗原地域包括支援センター 金子委員）

家族を交えての退院時カンファを行っても、退院後家族（特に老々介護の場合）の理解が不十分なため早期に再入院等されてしまうことがあるので、今まで以上に丁寧な対応が求められると思います。

㉔（座間市地域在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員）

家族・介護者の具体的状況が、不明確（情報不足）と思われる。もっと事例等の情報が必要であり、その情報を共有することで支援のかたちが見えてくるのではないかと。話合いの中で事例としてよく出てくるが、協議会としての客観的データとしての話がまとまった情報整理が不明である。また、その情報の項目、整理の方法等も現場介護事業者の意見を収集する必要がある。

㊥（座間市地域在宅医療介護連携支援室 野中委員）

家族が何をすべきかわからないのは当然の事で、その為にケアマネが居る。ケアマネと家族・介護者とのコミュニケーションが十分でない事が多いように感じる。例として、ケアマネは家族が利用者の住所を変更した事を知らず、サービスは継続利用。後日介護保険対象外で自費扱いとなってしまったとの相談があった。ケアマネの資質向上が必要と感じる。（野中委員）

（３）在宅医・協力医の重要性

㊦（座間市歯科医師会 須藤委員）

医療資源には限界があるため、すべての患者に対して医師同士が情報交換すること自体が難しいと思われます。これこそＩＣＴを活用し、いつでもどこでも医療従事者が患者の個人情報を見られるようにするべきだが、法律もあるため、そこを変えていかないと。

㊧（座間市薬剤師会 吉永委員）

在宅医との連携がスムーズにしていることを患者が感じ取ると、在宅での看護医療に対する安心感が本人・家族とも高まる。

㊨（ざま介護支援専門員 藤川委員）

在宅医は２４時間、協力医は主治医が不在の時があるため、日頃の患者の状態がわからないため一から説明をしなければならない、状況によってはかかりつけ医であっても救急の受け入れができないこともあるため主治医が外来で出していない時は、通常の診察も受けられないこともある。ケアマネにとっても往診の先生の方が相談もしやすい。

㊩（病院ソーシャルワーカー 石川委員）

現在設立に向けて動いている“医療連携連絡会”（ワーキンググループ）を有効利用し、病院と在宅クリニックのつながりを強化していくのが理想的ではないかと思います。また、その情報共有により、周囲の社会資源をフル活用できるような繋がりを構築する。

㊪（訪問リハビリ 佐久川委員）

訪問リハビリは指示書がなければ加入する事ができませんので、在宅医・協力医との連携は不可欠です。上記㊦の項を活用促進し、シームレスな連携を今後も図っていく事が重要と考えます。

㊫（通所介護事業所 石黒委員）

サービス事業所と医師との連携はほとんど無いのが実態。連携し、情報の共有化の必要性を感じ



ることが多いが、まだまだ敷居が高く、機会も乏しい。

⑩（小規模多機能型居宅介護サービス事業所 筒井委員）

小規模多機能は在宅医・協力医との連携をとっています。日々の医療処置、急変時には相談できる。必要な時は往診の対応をしてくれたり、紹介状を書いてくれたりととても助かっています。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

主治医、かかりつけ医がいる、いることがわかっていると色々と連携が図りやすい。むしろ、いない人をどうしていくかを考えていく必要があると思われる。

⑮（第一層協議体 生活支援コーディネーター 落合委員）

やっていると思うが医師同士の連携、情報の共有が大切だと思う。

⑯（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

在宅医の数はまだまだ少なく、利用するようになって業務の多忙さを心配してしまうようなこともある。ただ一度つながりが出来ると安心して療養生活が送れるというのは、何ものにも代えがたく、もっと市内の在宅医が増えることを期待したい。協力医の存在がよくわからない。

⑰（相武台地域包括支援センター 川南委員）

特になし

⑲（立野台地域包括支援センター 松永委員）

救急搬送時には、かかりつけ医の情報や既往歴等の情報により、受け入れ状況が変わる事もある。昨今はコロナ禍もあるので、2週間程度の体温の推移や行動歴等、様々な条件が整わないと搬送先が決まらない状況もあるので、在宅医や協力医の重要性を痛感している。

⑳（ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員）

在宅医・協力医同士の普段からの関係性。在宅医・協力医と介護職の普段からの関係性が必要。

㉑（栗原地域包括支援センター 金子委員）

在宅別紙3③のとおりだと思います。

㉔（座間市地域在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員）

在宅医・協力医の重要性は従来から認識されているが、具体的にどのように事業を進めるかが不明確であった。（国の手引きでは、地域の実情に合わせての一言で説明されているが）座間市の場合は、どのように進めるかが不明であり、現状、市の医師会に丸投げの状況ではあるが、もっと市が関わり、当協議会などを通じて主導性を強める必要がある。なお、連携支援室としては、医

療機関の介護職に対する意識調査を令和3年2月に実施した。今後報告する予定。(本来は当協議会の指示で行うべき内容と考える)

㊤ (座間市地域在宅医療介護連携支援室 野中委員)

施設や在宅での契約医が緊急時に搬送先病院との連携を行って下さると救急搬送がスムーズに行えるとの事だが、その連携が不十分な場合が多い。日頃から緊急時の連携体制の確認を施設職員やケアマネが契約医と行い、誰でも対応できる様にマニュアル化できると良いと思う。

(4) 消防との連携・情報共有、救急キットの普及

㊤ (座間市歯科医師会 須藤委員)

これもICTで情報を一元化・クラウド化して連携をとるしかないが、そもそも国が考えるべきで地域で検討しても改善はほとんどできない。厚生労働省が今の医療制度、法律を変えない限り地域でできることはほとんどない。

㊤ (座間市薬剤師会 吉永委員)

救急キットは、きちんと運用すれば、素晴らしいものになると思うが、救急キットの中に処方薬の説明書または薬手帳を保管更新するのにも救急キット利用者なのかどうかと情報がない。

㊤ (ざま介護支援専門員 藤川委員)

入院時の情報提供書が緊急時の情報提供書併用できれば業務の簡素化ができるのではないかと、心肺停止の場合往診医だと死亡診断書を記載してくれるが、往診が入っていない場合救急要請をおこなわなければならない。蘇生を希望しなくても救急車を呼んだ時点で蘇生はおこなわれるため嫌な気分になられる方や本人の意思を尊重できないことがある。(藤川委員)

㊤ (病院ソーシャルワーカー 石川委員)

救急キットの知名度が低い。小田急線の駅等の人目のつく所に展示などとはできないだろうか。

㊤ (座間市内訪問看護ステーション連絡協議会 大石委員)

他部門と連携が取れている事は利用者様にとって有効です。緊急時の家族からの情報提供は十分ではありません。当訪問看護はご自宅に緊急連絡票を作成し置いています。ご家族から救急隊員に渡してもらいます。表中には近隣の様子も書いてあります。

㊤ (訪問リハビリ 佐久川委員)

訪問リハビリでは、転倒リスク等を伴う運動療法を実施する事もありますので、あらかじめ有事の際のフローチャート等を作成し、速やかに対応できるよう準備している。

㊤ (通所介護事業所 石黒委員)

救急隊への情報提供シートは作成しているが、タイムリーなメンテナンス(服薬等)に課題有り。

⑩（小規模多機能型居宅介護サービス事業所 筒井委員）

小規模多機能での救急搬送時には救急隊への情報提供シートを活用していますのでスムーズに対応できています。緊急搬送時には家族も協力してくれるため特に問題はありません。

⑪（座間グループホーム連絡会 根岸委員）

消防の方への情報提供書を使用しているため救急搬送がスムーズに感じる。独居の方や在宅の方々に救急キットの普及、重要性を説明する機会を増やしてみれば・・・。

⑫（特別養護老人ホーム相談員 坂間委員）

救急キット（情報提供書）について、施設向けに『救急隊への情報提供書』が座間市の HP 上にもありますが、施設によって書式が異なっているかと思います。救急隊が欲しい情報は決まっているかと思うので統一できないかと思います。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

必要性の高い人以外にも救急キットをもっと普及してもらおう。（例えば70歳以上の人は用意して冷蔵庫に入れておきましょう！等）。救急隊にもキットの存在やよく置いてある場所の例など認識も広めていく必要があると思う。

⑮（第一層協議体 千勝支援コーディネーター 落合委員）

救急搬送時の対応や救急キットの情報について、消防と統一のルールやスムーズに進む流れを考えたほうが早いのでは。こちらの求めるものや円滑に進ませるための擦り合わせ等。救急医療キットや「あんしん自分登録」など登録するものが多い。一本化できれば普及率も上がるのでは。

⑯（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

救急車の要請が増えている為、搬送される病院側としても抱える問題が多いことは仕方がない部分だと思う。医療全体の問題ということにもなるが、利用する側の心構えという部分も考えてみたい。救急キットの活用はされていないと日々感じており、利用する側もここに全て記入しているという意識で備えられなければ意味のない物なのではないか？

⑰（相武台地域包括支援センター 川南委員）

法的な整備が必要なこと。

⑲（立野台包括支援センター 松永委員）

今後、あんしん自分登録を全市展開する中で、消防隊からも、あんしん自分登録しているから、連絡先が少なくともある人という点で、搬送先がスムーズに見つかる体制整備を図る。

⑳（ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員）

あんしん自分登録事業を案内した方に救急キットの登録・更新をしてもらう。

②（栗原地域包括支援センター 金子委員）

かかりつけの病院と救急搬送される病院が異なる場合、かかりつけの病院が分かれば各病院間で情報のやり取りができるようになると良いと思います。救急キットについて、あんしん自分登録と一つで十分効果があるものにならないものかと思います。

④（座間市地域在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員）

現状、かかりつけ医といっても、風邪の時に行く診療所あるいは持病の薬を処方してもらう診療所であり、介護保険の訪問診療を行っている利用者以外は、介護保険上のかかりつけ医との差があると考えられる。よって、緊急時の連携ができず、介護関係職の負担となっていると思われる。今後としては、訪問診療利用者以外の医療依存度の高い高齢者をどのように位置付けて支援していくか検討することが必要と考える。現状は自己申告による救急キットの活用のみであり、更新されず不十分である。（連携支援室としては令和元年に有料老人ホーム等へ、介護保険課作成の「救急隊への情報提供書」の普及活動を行った。）

⑤（座間市地域在宅医療介護連携支援室 野中委員）

高齢者入所施設（住宅型有料・サ高住）と消防との連携に課題があると感じる。消防への情報提供の強化（救急隊への情報提供書の普及、施設の契約医の対応含む）と、救急キットの設置や情報更新対応を再度ケアマネに周知する必要があるのではと思う。

（５）認知症・精神疾患の方の緊急入院・入所調整に関して

②（座間市歯科医師会 須藤委員）

ICTで症状のランク付けをしておいて、ランクによって診療所が選別できるようなシステムにするしかないが、これも根本的な解決をしない限り、変えることは難しい。今までも様々な連携は包括支援センターがやっていた。

③（座間市薬剤師会 吉永委員）

あんしんノートを役立てて欲しい。必ず、あんしんノート利用者であれば、持参して欲しい。

④（ざま介護支援専門員協会 藤川委員）

認知症や精神疾患がある方の入院は、かなりハードルが高い。救急車の中でも認知症があるのかどうか聞かれることがある。あると答えた場合、個室対応で良いか聞かれることや認知症の度合いによっては、その夜に帰されることもある。日頃から、病院との関係づくりをおこなうことでスムーズに入院できることもあるので、認知症や精神疾患の方も対応できる病院の把握も必要となる。

⑤（病院ソーシャルワーカー 石川委員）

症状にもよるが、市内での受入には限界がある。支援室により相談可能な所をリストアップしておいていただくと助かるが、入院の場合は広域で、入所の場合は有料施設を含めてで、作成し

ていただけるとよいのではないかと思います。

⑦（訪問リハビリ 佐久川委員）

入院・入所先への情報提供、又予後を踏まえて在宅復帰等の可能性があれば、入院・入所先との生活環境変更の有無や環境整備・介護方法の変化等、早期より連携を行っており、今後在宅介護が増加すると見込まれる現状では、とても重要と考えます。

⑨（通所介護事業所 石黒委員）

受け皿となる施設がどの程度あるのか、知識が不十分です。いざという時の為に一覧表などの作成が必要？

⑩（小規模多機能居宅介護サービス事業所 筒井委員）

小規模多機能では認知症で入院して対応に困った場合は受け入れる体制になっています。医療が必要でなければ退院してしばらく泊まりを利用するケースもあります。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

すぐに受け入れてくれる病院、施設のリストがあるならば非常に助かる。認知症・精神疾患の方の受け入れは当施設でも緊急入所は困難。ハードルが高い。

⑮（第一層協議体 生活支援コーディネーター 落合委員）

在宅別紙3にもありますが、対象施設・医療機関との関係づくり、統一のルール・支援を円滑に行うための体制づくり

⑯（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

一般病棟とは異なるのは、それが入院治療に値する状態なのか否かというのが数値化されず、レスパイト的な役割も含めてのものになるためだと思う。病院側の受け入れ条件で退院し在宅となる時の見通しというところが具体的にないと良いのではないかな？

⑱（相模が丘地域包括支援センター 後藤委員）

例えば、市内及び近隣市の認知症も含めた精神科ベッドの空き状況、受け入れ状況などを月単位や、週単位で把握しているセンターのようなところがあれば理想的です。認知症疾患センターはこのような考えについてどのようにお考えか？

⑲（相武台地域包括支援センター 川南委員）

入院・入所調整を支援室で行える環境が必要。

⑳（立野台包括支援センター 松永委員）

包括への相談で精神症状が出ており、自宅での生活が困難かつ、精神科での受診歴がない、あるいは受診や服用中断というケースで、緊急に対応をしなければならない事例が増加している。入

院の相談時に条件を付けずにある程度の対応をしてくれる病院の情報が欲しい。

⑳ (ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員)

フローチャート的なもの、対応していただける病院のリストがあるといい。

㉑ (栗原地域包括支援センター 金子委員)

緊急入院・入所調整の情報が掲載されているリスト等があると有難いです。

㉒ (座間市地域在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員)

認知症・精神疾患の方の状況が、不明確（データとしての基準や情報が不明）であるので必要ではないか。例えば、認知症の自立度による入院基準（めやす）ができれば、入院時の連携の一助となると考える。現状は、介護度を定めるための判定基準はあるが、入院に求められる判定基準がなく、もしあれば、病院側の対応もスムーズになるのではないかと考える。（一市だけでは難しい課題かもしれないが）なお、アンケート実施時に介護認定時の判定基準のどの程度ならば入院が可能かという調査項目を作ってもいいかもしれません。（現状のコロナ禍であり、連携支援室での調査は難しい状況）

㉓ (座間市地域在宅医療介護連携支援室 野中委員)

コロナの状況によるが、近隣の対象医療機関を訪問、MSW等と直接お会いし顔の見える関係を築き、困った時に相談できる体制を作る。（連携支援室相談員が訪問）

(6) 看取り時の医療と介護の連携に関して

㉔ (座間市歯科医師会 須藤委員)

看取りを在宅でやるということは、医療従事者の訪問が必須になると思います。そこまで憔悴した状態を何日自宅で看病できるのでしょうか。それをケアマネや介護の方でどこまで見ることができるのでしょうか。

㉕ (ざま介護支援専門員協会 藤川委員)

看取り時短い期間だったら、家族も頑張れるが長くなると家族の生活がかなり制約されるため家族も疲れきってしまう。通常の介護とは異なり、看取りとなると精神的な負担がかなり大きい、特に高齢者世帯の場合、夜不安を感じるごときが多くみられるので、巡回型サービスやレスパイト入院がもう少し簡単に気軽に利用できると家族も何かあった時と思えるかもしれない。

㉖ (病院ソーシャルワーカー 石川委員)

急変時の対応のにもあるが、救急車を呼ぶべきかの判断をヘルパーだけでは判断できないと思う。そのため、看取りの為の対応同意書のようなものを市内の共通書式として作成し、往診医が介入する際に家族へICをおこない、前もって家族の意向を確認しておく。その中にはヘルパーが急変時に立ち合わせた場合の対応についても載せておく。なお、医療要素が強いので、医師会で書

式作成をして頂く事は可能なものか。

⑥（座間市内訪問看護ステーション連絡協議会 大石委員）

訪問看護介入時に、全員に看取りの確認をしています。「まだわからないと」仰る事が多いのですが、機会をみては傾聴しながらお聞きしています。ご本人様ご家族様のその時の状態に応じて看取りへの気持ちの変化があります。ご本人様ご家族様ACPは大切だと思います。

⑦（訪問リハビリ 佐久川委員）

現状、リハビリ職はこの項に関しては大きく関わっていないので、今後こういった関わり方をしていけるか今後要検討です。

⑨（通所介護事業所 石黒委員）

通所施設なので看取りは想定しにくいですが、研修会等があれば。

⑩（小規模多機能居宅介護サービス事業所 筒井委員）

看取りのカンファレンスで医師や家族、事業所関係者と話し合いをしています。その方の最期の向かい方、心がまえ等話し合うことで、かかわる人たちの意思統一が出来てそれぞれの分野でのかかわり方の確認が出来安心して看取りをしていけます。

⑪（グループホーム連絡会 根岸委員）

座間市として看取りの方針を作って頂けないかなと思う。口頭説明ではなく指針に沿ってケアをしていくことに家族・医療介護の方々が同意の上で行うことが一番ご本人のためだと考える。

⑫（特別養護老人ホーム相談員 坂間委員）

施設で看取り介護を行うにあたり、NS、CWでケアに対する思いのズレ（どこまで食事提供をするのかなど）が生じる事もある。市内で看取り介護をされている施設スタッフで情報交換できる環境があれば、様々な情報の中から各施設のケアの方法も良い方向に変えることができるのではと思います。

⑬（介護老人保健施設 吉田委員）

当施設の場合、自宅での看取りを提案しても家族の負担が大きく否定的なことが多い。往診医や訪問看護等家族が安心できる様サービスが充実していることを示せると増えていくのではないかな。例にもある対応の手順、マニュアル、フローチャート等があると積極的に推進しやすい。

⑭（新田宿地域包括支援センター 高間委員）

看取りは本人・家族・医療・介護で作っていくものだと思う。それぞれの考えを出し合えば理想だが、方向性が異なる時や本音が聞けない等、上手く最期を迎えられなかったケースや理想通りにいけたケース等、検討しつつチェック項目等あれば良い。

⑰（相武台地域包括支援センター 川南委員）

病院以外で他界しても何も不自然なことではないという世間的な認識。

⑱（立野台包括支援センター 松永委員）

看取りのチャートではないですが、日本能率協会総合研究所 社会環境研究事業本部発行（2020年3月）人生の最終段階における意思決定支援事例集が、医療と介護の連携の参考になりました。

⑳（ひばりが丘地域包括支援センター 平原委員）

それぞれの職務ごとのマニュアル・フローチャートがほしい。

㉑（栗原地域包括支援センター 金子委員）

最近少しずつACPの研修会が増えてきていますが、今後も継続的に研修回答を開催していき、普及啓発していけると良いと思います。

㉒（座間市地域在宅医療介護連携支援室 嶋崎委員）

現状の看取りの課題も上記の緊急時対応と同様の状況であり、訪問診療を行っている医療依存度の高い利用者は、看取りを進められているが、それ以外の高齢者については、不十分である。今後は、ACPの普及をすることでの看取りへの考え方、向き合い方の知識が必要と思われる。結果として医療依存度が高くなって看取りへの考え方、向き合い方の知識が必要と思われる。介護事業所もACPを十分理解する必要がある、普及の進め方に検討が必要かもしれない。（専門職から普及するか、市民から普及するか、同時に普及するかなどの検討）

㉓（座間市地域在宅医療介護連携支援室 野中委員）

看取りといっても、それぞれ違う環境や状況で、マニュアル通りには行かないことが多いと思うが、ケアマネ基本マニュアル等があれば経験の浅いケアマネの不安が軽減されるのではと思う。  
（医療職との連携の仕方等含む）

4) Web会議の実施に向けて

基礎調査票にて、各事業所のインターネット環境に関する状況調査を実施。各委員から回答を頂く。

以上