令和４年度　第２回君津市在宅医療・介護連携推進協議会

日時　令和５年２月１５日（水曜日）
午後７時～午後８時３０分
場所　君津市保健福祉センター
１階集団指導室

１　開会

２　挨拶

３　議題

（１）地域の医療・介護の資源の把握について

（２）医療・介護関係者の研修について

（３）地域住民への普及啓発について

（４）在宅医療・介護関係者に関する相談支援について

（５）医療・介護関係者の情報共有の支援について

（６）認知症初期集中支援チームについて

４　その他

５　閉会

議題１

地域の医療・介護の資源の把握について

1. 目　的

1) 地域の在宅医療・介護連携の現状を理解し、医療・介護関係者の連携支援に関する課題解決策の検討に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深める。

2) 地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が照会先や協力依頼先を適切に選択・連絡できるようにする。

3) 地域の医療・介護の資源に関して把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援する。

2. 内　容

以下の調査機関について、対応地区、提供内容、時間、料金等、必要な情報を収集し、分野ごとに一覧表形式で整理する。

<調査機関>

医療機関	病院・診療所・歯科医院・薬局 ※「医療なび」より収集
介護保険事業所・施設	居宅介護支援事業所、通所介護、訪問介護・看護、施設介護サービス、福祉用具事業所　等
介護保険外施設	サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム　等
民間事業所　等	相談窓口、移送サービス、配食サービス、見守りサービス、家事手伝い、入浴サービス　等

3. 運用開始

令和３年度より活用を開始

4. リストの配布先

本庁及び各行政センター、コミュニティセンター、公民館、４包括、
市内居宅介護支援事業所、第１層、第２層生活支援コーディネーター

5. 令和４年度の実績

令和４年４月版から各種情報の更新とコミュニティセンターサークルの情報、医療機関情報に訪問診療、往診等の情報を追加した。

6. 令和５年度の計画

令和５年度版の情報を更新し、令和６年４月頃に配布する。

議題２　　**医療・介護関係者の研修について**

１　目　的

高齢者の在宅療養や在宅介護を支援するために多職種が一堂に会し、連携体制を構築することにより、効果的な医療介護サービスの提供を目指す。

２　これまでの取り組み内容

令和元年度
・講演「多職種で終末期の備えについて考える」 講師　きみつ成年後見支援センター　土橋　登志夫氏 ・君津市における在宅医療・介護連携推進事業について説明 ・在宅医療・介護の連携の現状と課題をテーマに多職種での意見交換を行った。
令和２年度
新型コロナウイルス感染症の感染状況を勘案し、参加者及び関係者の健康と安全を最優先に考慮し、協議会にて開催中止が適当であると判断になった。
令和３年度
・講演「多職種における口腔ケアの重要性」 講師　君津木更津歯科医師会会長　原歯科医院院長　原　比佐志　先生 ・ＺＯＯＭを利用してオンラインで開催した。 ・在宅医療・介護の連携の現状と課題を書面で意見収集を行った。
令和４年度
・医療、介護関係者の情報共有の支援について説明 ・「バイタルリンク」について帝人ファーマ（株）伊藤氏から説明 ・ＩＣＴツール活用の現状と課題をテーマに多職種での意見交換を行った。

３　今年度の多職種研修会のアンケート結果及びグループワークの意見

資料１、資料２参照

４　次年度について（案）

・実際にＩＣＴツールを活用して情報共有が行われている場面を知り、ＩＣＴツールについて具体的にイメージすることで、より多くの医療・介護関係者が利用しやすいようにしていきたい。

・君津市における高齢者の健康状態の特徴や疾患や治療を理解し、合併症の発症や症状の進行などの重症化を予防する必要性を、医療・介護関係者間で共有して患者・利用者の自立した生活に向けた支援が行えるようにしていきたい。

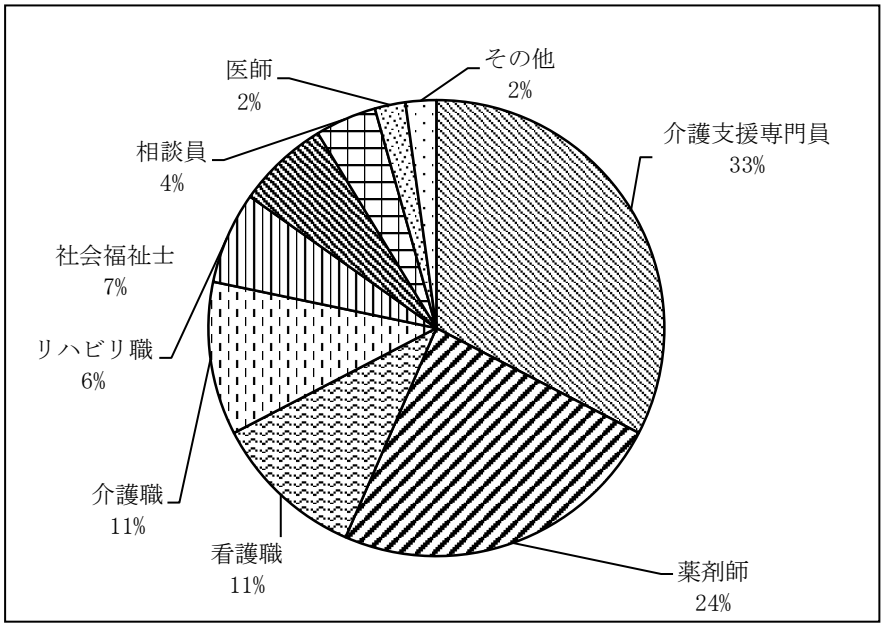
・医療・介護関係者の理解が得られるように意見を聴取するため、意見交換をする時間を設けたい。

資料１

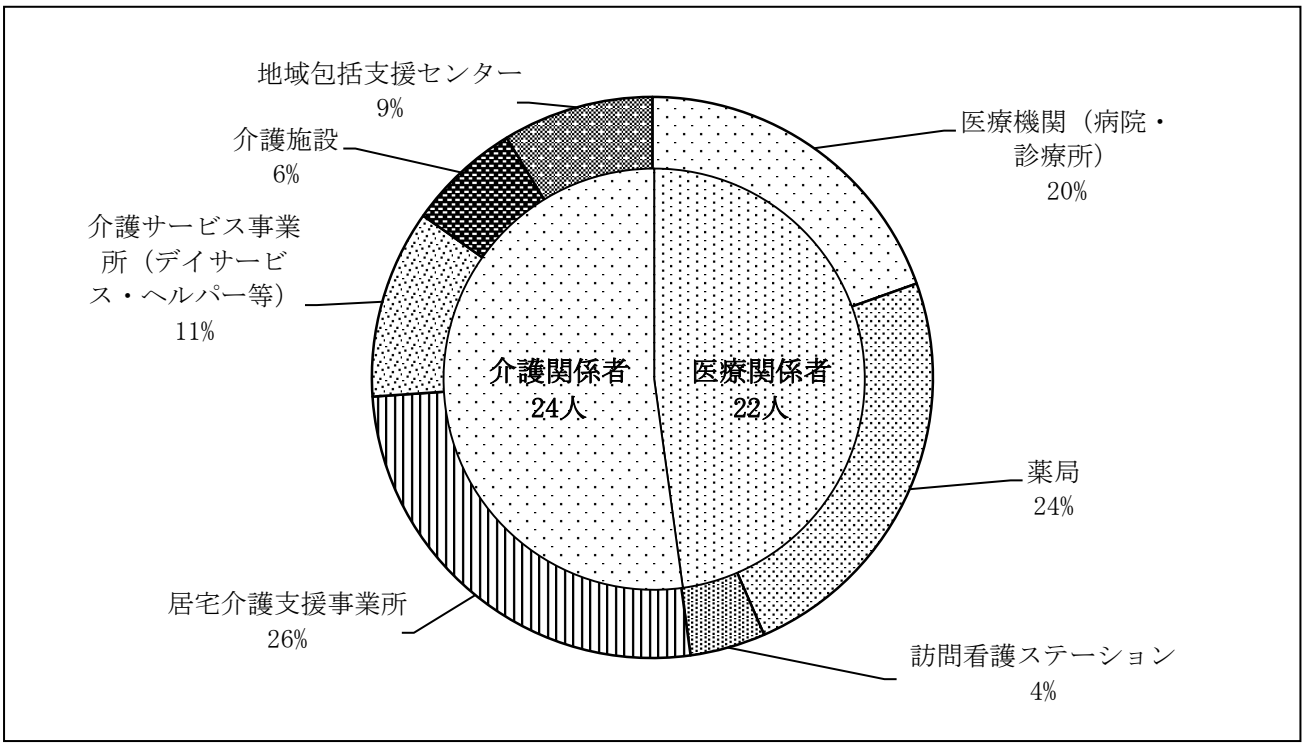
君津市在宅医療・介護連携推進多職種研修会

実　施　日　時　　令和４年１１月１日（火）　１８：３０～１９：４５
場　　所　　君津市保健福祉センター１階　集団指導室
参　加　数　　５２人（内スタッフ２名含む）
アンケート回収　　４６／５０人中（回答率９２％）

問１　参加者の職種、所属先について



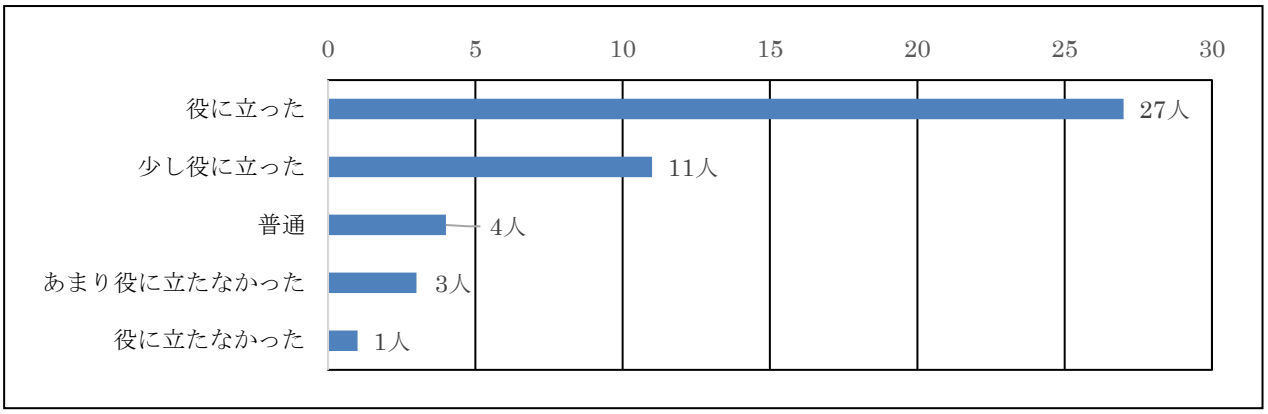
・居宅介護支援事業所から介護支援専門員の参加が最も多くなりました。薬剤師の参加が増え、幅広い職種の方々が参加されました。



問２

（１）本日の研修の満足度について

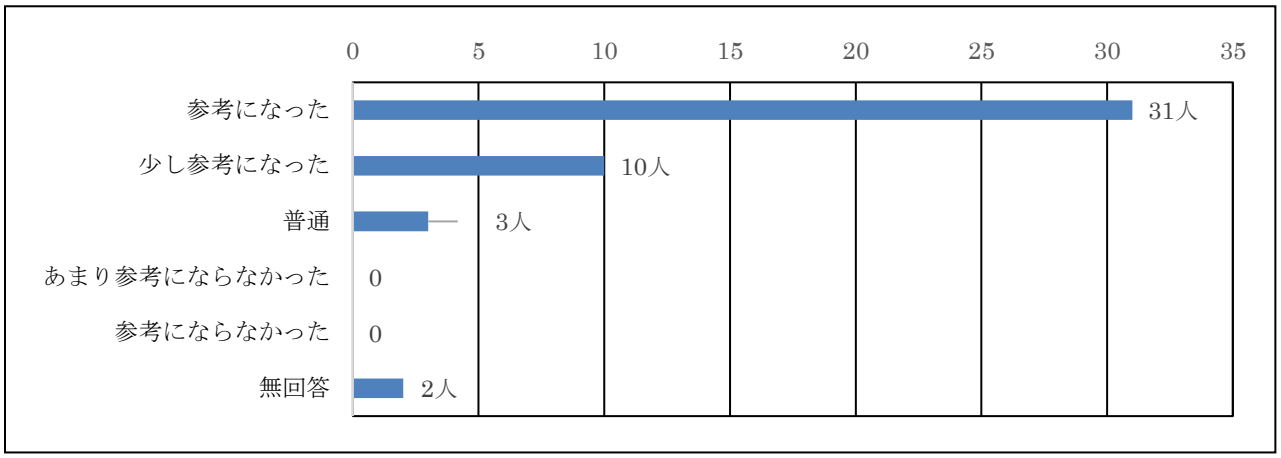
研修に参加した多くの方が、本研修が役に立ったと回答した。



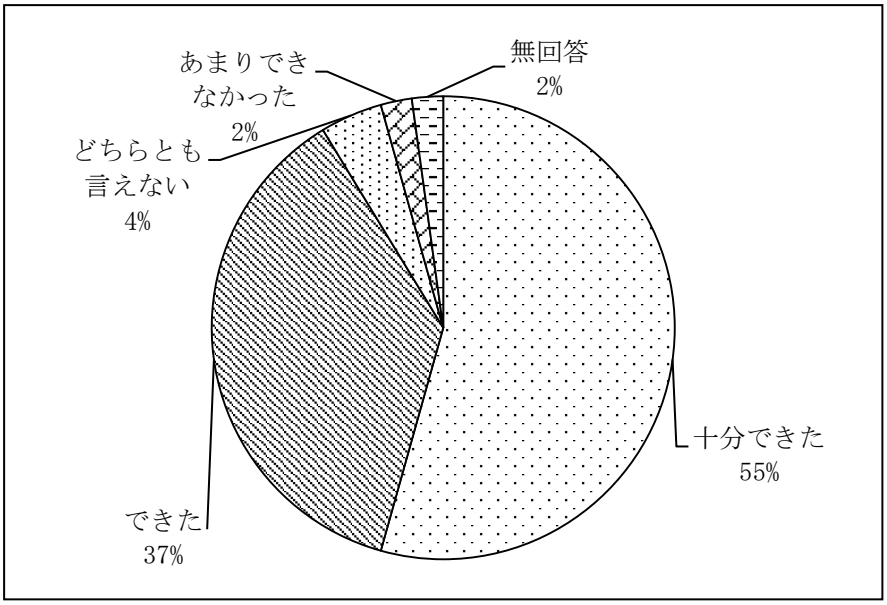
（自由記載）

・利用の実際が聞きたかった。（バイタルリンクの存在は知っていたので）

（２）情報共有に関するテーマについて



（３）グループディスカッションについて、どの程度話し合うことができたか



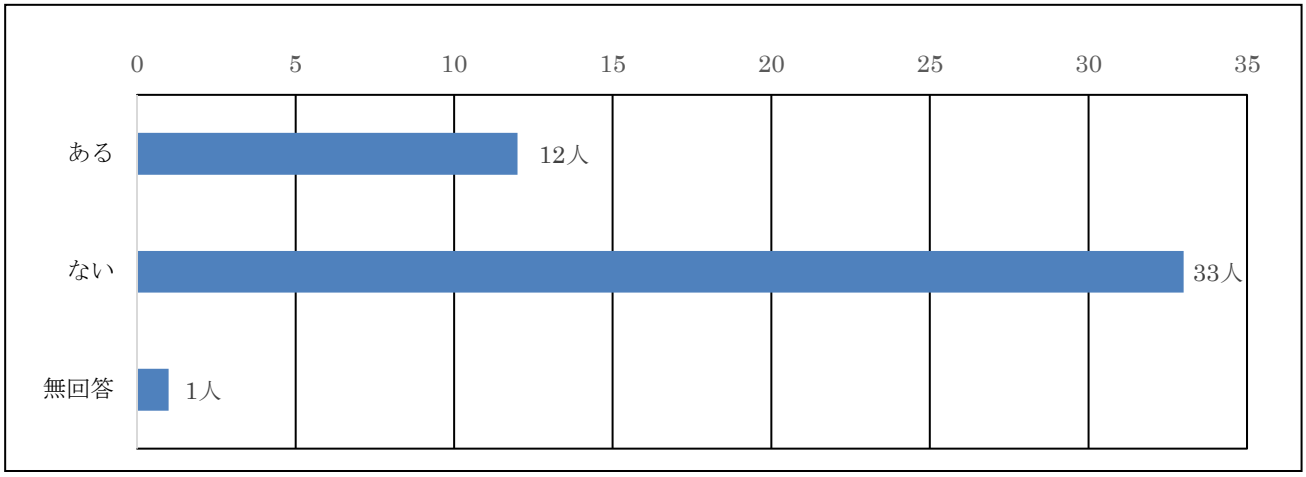
回答者のうち、約９割の方が話し合うことができたと回答しており、グループディスカッションでの話し合いは効果的であると認識できた。

（自由記載）

・今回のような形式で行えてとても有意義でした。

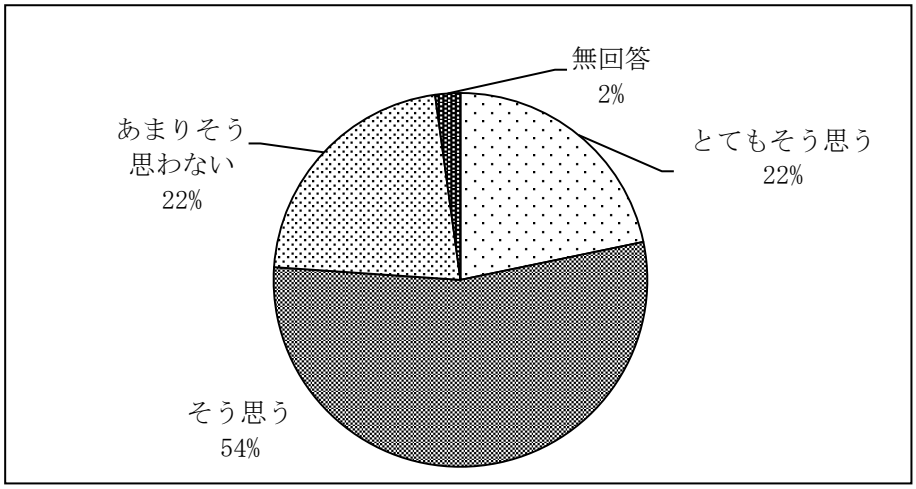
・グループワークの時間はもう少し長くても良いかと。
・様々な意見が聞けたので有意義と感じました。
・ＺＯＯＭ以外の研修が久々でした。感染に配慮していれば対面もよいですね！
・他の職種の方と意見交換が今後もしたい。
・このような機会をありがとうございました。直接、顔合わせて意見が聞けたことは良かったです。全体的にみなさんがどのような話しになったか、直接の声で聞きたかったです。
・グループワークで今やっていること以外の状況も良く知れて勉強になりました。
・グループディスカッション、楽しかったです。
・他の職種の方と意見交換が今後もしたい。
・様々な意見が聞けたので有意義と感じました。
・自由に意見交換ができて良かった。
・グループワークで今やっていること以外の状況も良く知れて勉強になりました。
・このような機会をありがとうございました。直接、顔合わせて意見が聞けたことは良かったです。全体的にみなさんがどのような話しになったか、直接の声で聞きたかったです。

（４）ＩＣＴツールによる情報共有システムを活用して多職種と連携した経験はあるか



約７割の方がＩＣＴツールによる情報共有システムを活用した連携の経験なしと回答している。情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなど継続した取り組みが必要である。

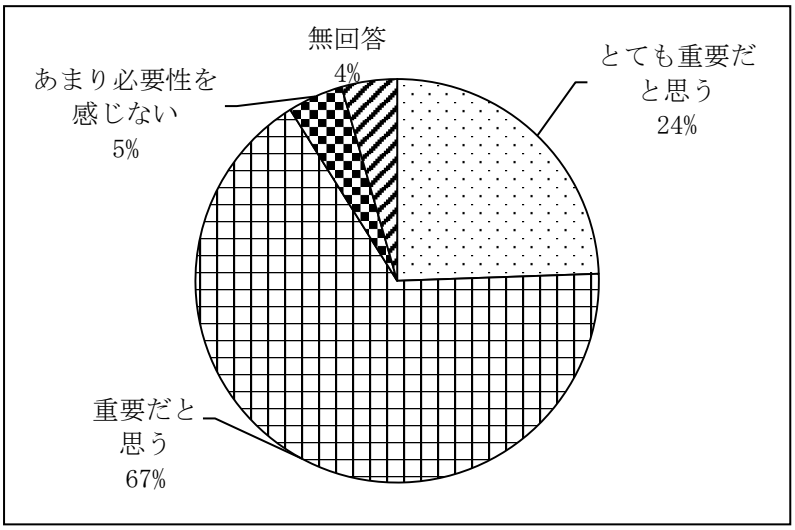
（５）ＩＣＴツールを活用しての多職種連携のイメージがついたか



全体の７割以上の方に連携のイメージが伝わったと考える。活用例などを交えた説明を入れることで、さらにイメージしやすくなると思われる。

（自由記載）
・利用の実際がわからなかった。

（６）ＩＣＴツールの活用による多職種連携の必要性についてどう思うか



回答した約９割が必要性を重要だと考えており、ＩＣＴツールを活用した情報共有の必要性が強く認識された。
（自由記載）
・ツールの活用については業務の効率を踏まえて促進できるのであれば重要と思います。
・便利性を評価するか逆な面を嫌うか（クレーマータイプの人が多いとき）悩む。

問３　研修全般に関する意見・感想等
・スクリーンがもっと大きければ見やすいと思います。
・バイタルリンクの実際の活用例を知りたい。
・ＩＣＴで他の業者とも共通の部分で、どのＩＣＴ業者でもリンクして情報が渡せる事こそ、介護医療では必要ではないか。管理者等の業務記録など今も多いので改善が図れるものが非常に必要と感じる。業者間の垣根を超えて欲しい。
・バイタルリンクは管理者権限をもっと広く持てるようにした方が進むと思います。皆さん、バイタルリンクが何に役立つかが明確に具体的になっていない様に思いました。
・君津市がアカウント取得し（担当者を配置）権限付与してもらえるとよい。
・料金がかからなければ、すぐ導入したいと思いました。
・便利性とイメージは判ったけど、乱雑な情報や多重になった時や、必要以上に不適切な時間（いつでも）が逆にあだになりそう。
・定期的に開催して欲しいです。
・君中に入ってもらいたい。
・他の職種の方とＩＣＴとＩＣＴツール活用の課題について、ざっくばらんに話をすることができて、とてもおもしろかったです。もっと簡易に情報共有できる掲示板のようなＩＣＴツールで他社と相互性があると、とても利用しやすそうなのにと思いました。
・今までは医師主導で動いていたバイタルリンクを今後は地域包括にも主導になって進めることで活性化すると思います。
・ＺＯＯＭ以外の研修が久々でした。感染に配慮していれば対面もよいですね！

資料２

実際に連携した場面
・リアルタイムで様子が分かった。 ・訪問診療の患者さん中心に行っている。医師が中心（主導）ケアマネ、訪問看護等。依頼がない人からすると難しい？必ずしも医師がいなくても、ケアマネが入っていれば、問題ないのでは。ケアマネが入っていないと意味がない。なかなかケアマネが入ってくれない事が多い。 ・FAX や電話の手間が省ける。 ・先生に電話する程でもないけど伝えておきたいこと。後で見てもらうことができることが一番のメリット。緊急の場合は電話で良い。例）37 度台の微熱がある等毎回電話されても困る。 ・担当者会議等でも医師の意見をもらえる。 ・診療所は MCS。居宅介護支援事業所も加わって何かあればすぐ共有している。電話番号が分からないということがなくリアルタイムに連携できる。第三者は見れないように保護されている。情報共有は家族も含めて関わるみんなとできている。24 時間、夜中でも送れる。受けた人はその場で確認できる。患者からしたら安心。 ・LINE でつながっている。1 対 1。LINE、ショートメール、メール、FAX などバラバラ。 ・施設では連携うすい。医療必要時は提携医へつないでしまう。 ・院内では電子カルテ。介護部門は含まず。記録は紙ベース。緊急であれば、すぐ病院につなげることができる。 ・電子カルテ+ＩＣＴは負担大 ・在宅診療所の紹介でヒモ付け ・情報がタイムリー（転倒、体調不良など）皆をまきこんで、対応できる。 ・本人の意図や憶測は入らない。事実のみ載せられる。不明なこと、知らないことが明らかになる。 ・その場でできる。すぐに発信できる。 ・会社用の端末でやりとりしている。 ・介護保険証の情報など写真ですぐに共有できる。 ・ペーパーレスも進められる。 ・クラウドでやりとり ・見られる人が見られる。ロックのかかったカルテ ・よろけた動きの動画を撮ってみて複数の視点で分析できる。 ・流動的なカルテ ・入退院すぐわかる。診察予約など。 ・個人病院で使用していた。 ・病院からケアマネへチャット形式で受診を促す ・現在バイタルリンクをトライしてみたが、今もよくわからない。事務所ごと 6000 円/1 か月くらいの費用 ・要介護 5 のケース 病院受診できにくい。2 階に住んでいた。認知で動けなくなってしまった。家族がかついで病院へ。病院よりケアマネに MCS の登録依頼があった。病院の訪問看護よりケアマネに状況報告が多かった。チャットの内容はＤｒの指示を受けたナースが発信していた。対応の責任の所在。一方的なオーダーに

なっていた？多くのケースだったら対応できないのでは？
・報告する側としては、医師はどう思っているのだろうかと思ってしまう。
・電子カルテとちがう。自宅ノートパソコンなど使っているならいいかも。
・メールだと感じ方が違う。
・言葉の空気感
・医師としては、その時言われたことに答えることの方が楽だと思う。
・報告は電話になる。
・柏市、コロナで在宅療養等に使っていた。
・入退院の情報が薬局には入ってこない。情報がないと薬を持って入院してくるから、病院から薬局に問い合わせをしている。1ヵ所に入れられれば1ヵ所で読める。
・1ヵ所の薬局のみと連携。他の薬局ともつながりたい。
・院内3つの診療所で情報共有
・夜間往診依頼があったら位置情報を送っている。
・薬局にオンラインで処方箋を送って活用。電波悪いと使えない。
・ケータイで使用しているが画像が小さい。
・使用しているところでは退院時カンファの際に利用、参加できなくても情報見れる。
・受診同行した家族が医師の話を理解できないまま帰ってくることもある。その時に共有ツールがあると便利。医師に自分の訴えを言えない、言わない人もいる。その時も共有ツールがあれば日頃の状態や様子を知らせられる。
・薬局としてはフェイスシート見れると状態把握できるため助かるかも。
・情報が集まりすぎてもまとめるのが大変になるかも。
・千葉北部の事業所では利用している→有効活用できているらしい
・退院カンファしやすくなることで加算も取りやすい。
・まずは基本情報だけでも見れると便利。例）アレルギー、家族構成、服薬など
・現状情報の見える化ができて良い。

ICT ツールへの意見
・記録が増えてしまうのではないか。 ・介護ソフト別々だと記録が手間になる。 ・ICT ツールを共通にしてほしい。 ・入りたくない人も入りたいツールにして欲しい。 ・コストを落として利用しやすくして欲しい。 ・カードに個人情報（介護保険証、負担割合証等）をいれて、関係者間で情報共有できるものがあれば便利。 ・別会社 ICT ツールだと、情報共有できない。連携が上手くいかないのではないか。共通できるものがあれば良い。 ・使っている先生から教えて頂けるのが一番早いのでは。 ・MCS は無料だがバイタルリンクの費用との兼ね合い。 ・慣れている人から招待してもらって慣れてもらうしかない。 ・サイバーセキュリティの心配あり！！電子カルテは情報がもれることはない。 ・情報がもれることが一番不安。ネットにつなげない方が安全。 ・大きければ大きいほど入りにくいかも。 ・新しいものを導入するのは不安。 ・あったら便利だと導入されにくいかも ・呼ばれれば参加する気持ちはある。 ・使いこなせるか。 ・必要になる人、決まってくるのでは？ ・リテラシーは必要。利用者のためにも。 ※リテラシー：適切に理解、解釈、分析し、改めて記述、表現する ・急に入院したなど、電話の方が早い時はある。 ・どの程度の報告をしていくか？→そのメンバー間で決めていけば良い。 ・どこまでを参加者にするのか、ヘルパーがたくさん入っている人など ・いっぱい利用者がいたら入力大変→多職種間の連携が必要な人 ・必要になった時に導入、変化の流れの中で変動が起こった時に使う。 ・今まで使っているツール+バイタルリンク（よその人むけの連絡ツール）仕事量ふえる？便利アイテムと思えば良い。 ・パソコンにアクセスするタイミングが難しい。 ・ケアマネに多くを求められても対応できない。 ・厚労省の情報の共有ツールとの関係性は？ ・操作スキルを求められても難しい。 ・カタカナや用語が難しい。 ・より単純に簡単に！ ・現場のリアルが ICT で把握できるのか？（やっぱり訪問） ・自分達が使っているソフトが一元化されたらいい。

・他病院と連携してカルテが見れると良い
・市内 24 時間在宅医療が 1 ヵ所のため、もっと増えて競合できると発展するのかも。
・医師同士の連携もできると良い
・君中のような大手が引っ張ってくれると乗っかりやすい。
・共有のための記録と事業所用の記録の二度手間になってしまうのでは？それでは手が出しにくい・・・。
・様子の記録だと主観が入ってしまうため判断悩むのでは。
・誰かがやってくれて招待されれば利用するイメージ
・会社 1 コバイタルリンク登録。軌道にのってくれば各アイパッドやるが。
・行政が権限をみんなが広く使える権限があるといいのではないか。その方が使いやすい。
・色んなシステムを使う。また増える。あれもこれも、うまく使えるのか。
・管理者権限が医師、有料会員あまり活用できない。
・医師と共有ツール、ターミナルの患者とか
・県の上の地域は行政中心で医療介護の連携積極的
・何をして、何をめざすのかが見えない。
・実際にやってみないとわからない。
・先生が入れないと編集できない情報が多い。看護師等の立場からも入力できるといい。
・電子証明はそんなに難しくなかった。
・自分の利用者が積極的な医師でないと招待されない。
・医療者向けのツールの様に感じる。日々の状態の変化にスピーディーな対応を望むには電話の方が早いのでは
・どのタイミングでどういった事で ICT ツールを使用するのか。ルール化してもらえれば使用しやすい。
・スマホで情報を共有しているが医療との連携がとれるとありがたい。
・直接連絡が取れると早い対応ができる。ワンクッション手を省ける分助かる。顔を見て話し合いの場は大切だが日に何本もの電話と FAX では情報がまとまらない。情報が皆で共有できれば、何が必要かが分かり、誰が何が大切かわかりあえる。
・気をつかい合って、はっきりした情報がわからない。何をやっているか、わからない。
・システムは良いが使いこなせるか難しい。
・システムを導入しているかの周知が必要
・システムがあれば事前共有ができる。
・市が率先してシステムの導入を促してほしい。

議題３

地域住民への普及啓発について

１　目　的

住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になった時に必要なサービスを適切に選択できるようになることを目的とする。

また、自分自身や家族が元気で健康なうちから、介護や人生の最期に直面したときのことを考える機会となることを目的とする。

２　これまでの取り組み内容

令和元年度
「考えてみよう！親の老後～知っておきたい在宅医療～」 講師：上総在宅診療所　重山勇医師 ◆　実際に看取りした家族からも話していただきました。 参加者：８２人 ◆　平均年齢は６６歳。５０歳代が最も多く、極端な年齢の偏りはなかった。
令和２年度
新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため中止
令和３年度
緊急事態宣言が発令されたため講演会は中止とし、講演予定であった介護予防に関する内容の動画をホームページに掲載
令和４年度
「人生会議ってなぁに～もしもの時に家族が困らないように～」 講師：小櫃診療所管理者兼所長　望月崇紘医師 ◆ 第１部　人生会議（ＡＣＰ）について解りやすく説明 ◆ 第２部　参加者に人生会議を実施するためのシートに記入をしてもらった。 参加者：７５人 ◆　７０歳代が最も多く、次いで６０歳、８０歳の参加も多かった。 ◆　アンケート回答者の９５％が人生会議を必ずする・しようと思うという回答だった。

３　来年度ついて（案）

二部構成で開催　（９０分）

第１部（３０分～５０分）

フレイル予防や腰痛予防などの講演会（体操含む）

または、口腔ケアの重要性の講演会（糖尿病や認知症の予防）

第２部（３０分～５０分）

終末期についての講演会

- 実際に人生会議を開催した事例を話してもらう
- アンケート内容から抜粋

看取り介護

今後の地域医療について

訪問医療、看護の現状と利用について

医療の受け方、医者の選び方、ホスピスとケア施設の相違

資料３

令和４年度在宅医療・介護連携推進事業　市民向け医療講演会

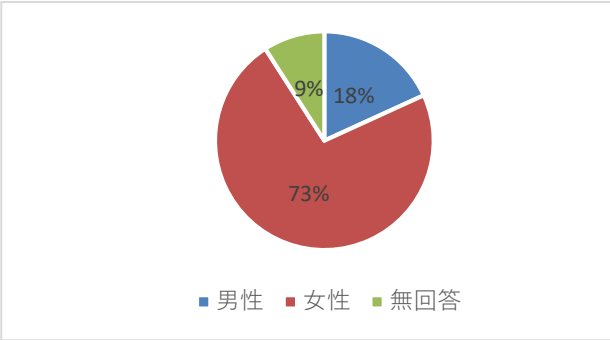
『人生会議ってなぁに～もしもの時に家族が困らないように～』

第一部　人生会議ってなぁに?エンディングノートとの違い
第二部　もしもの時に受けたい医療について考えてみよう

実　施　日　時　　令和４年 10 月２０日（木）13：00～15：00
場　　所　　君津市民文化ホール　中ホール
来　場　数　　75 人

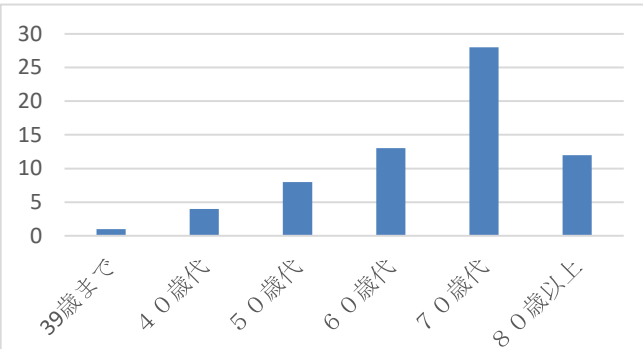
①　参加者の性別と年代

参加者の性別



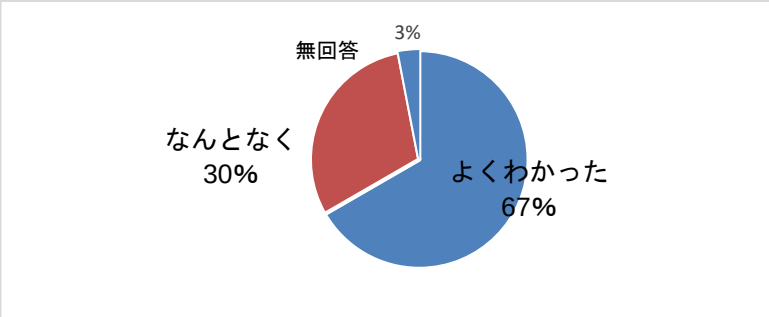
✧　参加者の約２割が男性、約７割が女性という結果でした。

参加者の年齢層

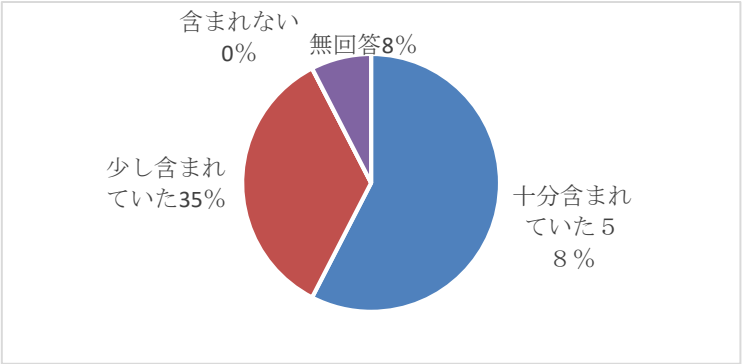


✧　年代別では、70 歳代が最も多く、次いで６０歳代、８０歳代の参加も多かったです。

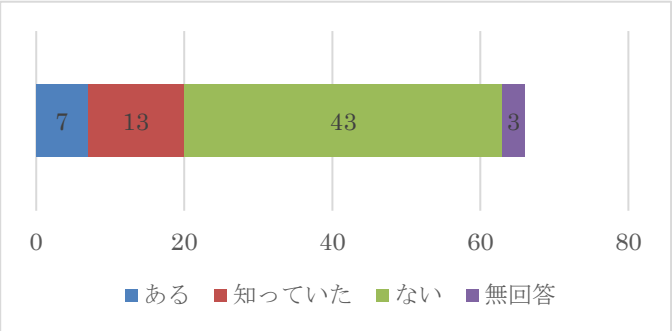
②　人生会議について理解できましたか



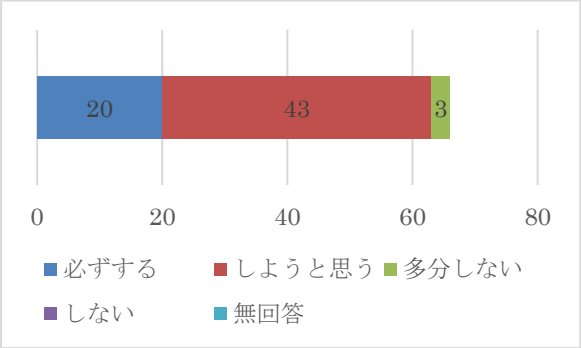
③　講演会で知りたかった内容は、含まれていましたか



④人生会議を行ったことがありますか？もしくは知っていましたか？



⑤　講演会全体を通じて、人生会議をしてみたいと感じましたか？



しないと回答した人はいませんでした。
また、たぶんしないと回答したのは３人で、理由は「その段階にない」というものでした。

⑥　医師の講演についての感想

- わかりやすいお話しありがとうございました。（多数）
- 聞いただけでなくて帰ってから行動することが大切だとのこと。是非よく考えて話し合ってみたい。（多数）
- 日頃から事あるごとに家族に話をしているが、今日の受講で ACP の必要性を確認し、理解深められた。
- 今まであまり死について考えたことがなかったので勉強になりました。いろいろ考えさせられました。
- 信頼する人の思いを代弁できるイタコになるための準備を積んでいこうと強く思いました。くり返し話し合っていくことの大切さも痛感しました。
- 妻と参加させてもらいました。妻と話し合ういい機会を与えていただきました。家族と

してお互いのことを知らなさすぎだと思います。いざという時に何を伝えたら良いのか話し合い、共有をすることが大事であると思います。私も両親の自宅介護をして入院したとき医師に聞かれたことに的確に答えられたのは普段より両親を見てきたからだと思っています。もっとお互いを信頼してよりそうことが大切であると思います。

- 独居で暮らしているので周りに迷惑をかけない最期を望んでいるので子供たちと話し合うきっかけができたかなと思います。
- 自分の終末期についてはまだまだ先のことと思っていましたが、やはり時をみて子供に自分の終末期の希望を話しておく必要を感じました。
- 話し合う必要性はわかったが、今元気な親にどうやって切り出すか、エンディングノートを渡す前にステップ０～を参考にしながらやってみたいと思います。
- 考える機会をあえて持たなかった、死に対しての不安があったためだが、人生をどうすごしていきたいかを考えるときでもある、改めて考えさせられました。このような人生会議、話をする時間を持てるようにしたいと思いました。迷惑をかけないというところからも、きちんと共有する、知ってもらうことは大事だと思いました。
- 気になっていたことだったので参加してよかったです。主人と一緒に参加してよかったです。この場ですぐお互い「イタコ」と決めたので帰宅したら早速話し合います。
- 今まで受けた講演と違うので自分の知識不足で言葉や内容が頭に入りにくかった。
- もっと医療的な知識を期待していたので少しガッカリ

⑦　今後、講演会のテーマとして取り上げてほしい内容（自由記載）

看取り	看取り介護、亡くした介護者へのケア
	ホスピスについて詳しく知りたいのでもし講演してもらえればと思う。
医療	今後の地域医療について
	訪問医療、看護の現状と利用について
	医療の受け方、医者の選び方、患者の心得、ホスピスとケア施設の相違など
介護	老々介護の日常生活のしかた
	自分の介護者がいない
経済的な問題	財産管理、相続について
認知症	認知症
地域	市内にどんな病院・施設があるか知りたい。（テーマでなく）
	君津市を中心とする地域のケア施設の現状、問題点について、費用について
市	こういう時にこういう対応で行政がかかわる等具体的な方策がわかる講演会、学習会など
その他	高齢でもよりよく生きるには老齢学？人生学のような内容のもの。
	筋力を維持するためのヒント・運動について
	高齢者の医療制度について
	人生どういう死に方から選べないのでもう少しどういう状況がありえるか知りたかった
	高齢者の支援に関するテーマ
	独身者で保証人が遠隔地にいる場合の問題について

議題４　在宅医療・介護関係者に関する相談支援について

１　目　的

医療介護連携サポート窓口（相談窓口）を設置し、地域の医療・介護関係者から在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等により支援する。

２　設置場所　市内４か所

地域包括支援室、中部地域包括支援センター、小糸・清和地域包括支援センター
東部地域包括支援センター、

３　医師会の支援体制

医療に関する相談について、医師参加型の相談支援体制として、４市８名の地域相談サポート医を指定。月１回、地域相談サポート医が集まり「医療相談検討会議」を開催、医療・介護関係者へ助言や情報提供等を行う。

４　対象者　　医療関係者・介護関係者

５　事業開始時期　　平成３０年１１月１日

６　周知方法　　在宅医療・介護連携多職種研修会など

７　基本的な相談の流れ

①　相談窓口は、医療・介護関係者から医療・介護に関する相談を受け付け、相談シートに入力する

②　地域相談サポート医の支援が必要な相談は、地域包括支援室が取りまとめ、地区担当の地域相談サポート医に相談シートを持参する

③　地区担当の地域相談サポート医が相談内容を精査し、初期対応できる内容は対応。地域包括支援室は、相談シートを持ち帰る

④　「難事例」判定を受けた相談を４市８名の地域相談サポート医へ送付。毎月第３木曜日の午後、医師会にて全ての地域相談サポート医による、「医療相談検討会議」を開催し、相談対応を行う

⑤　対応結果は、口頭及び文書で当該相談窓口へ返送する

８　相談件数　（１２月末現在）

実件数　８０件　延べ件数　２４５件（うち地域相談サポート医へ提出　１件）

【内訳】

地域包括支援室　実３８件　延１１２件

中部地域包括支援センター　実９件　延１０件

小糸・清和地域包括支援センター　実１８件　延２４件

東部地域包括支援センター　実１５件　延９９件

９　相談内容

相談者	件数	介護保険申請状況	相談内容
薬剤師・看護師 病院医療相談員	７８件	未申請・申請中　５１件 認定あり　２５件 不明　２件	・介護サービスの調整 ・退院後の環境整備 ・病識が薄い本人、家族への対応 ・受診に関する対応
介護支援専門員	１件	申請中　１件	・退院後の環境整備
地域包括支援室	１件	未申請　１件	・介護サービスの調整

１０　地域相談サポート医へ提出した事例

議題５　　**医療・介護関係者の情報共有の支援について**

１　目　的

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われるよう、情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備する。

２　内　容

令和２年度より四市共通の連絡連携シート「君津圏域医療・介護多職種連携エチケット集」を「君津市医療情報一覧」と合わせて市内の居宅介護支援事業所に配布し運用を開始しました。

活用状況については、令和２年度に市内の居宅介護支援事業所、令和３年度に医療機関へアンケートを行っています。

また、令和３年度から君津木更津医師会が中心となり、千葉県の補助を受けて情報共有システムであるバイタルリンク（帝人ファーマ株式会社）が導入されています。

３　令和４年度の実施内容

「君津圏域医療・介護多職種連携エチケット集」については、看取りに関する項目とＩＣＴの活用に関する項目を追記しました。また、合わせて配布していた「君津市医療情報一覧」を「君津市サービス資源リスト」の医療情報と共用にしました。

君津木更津医師会により導入されていますバイタルリンクの活用を進めていくため、４市共通の「君津圏域多職種連携情報共有システム（バイタルリンク）利用の手引き」を新規に作成しました。

また、多職種研修会で「君津圏域医療・介護多職種連携エチケット集」等の周知を行いました。

４　令和５年度の予定

修正された「君津圏域医療・介護多職種連携エチケット集」と「君津圏域多職種連携情報共有システム（バイタルリンク）利用の手引き」を市のホームページに掲載します。引き続き、ＩＣＴツールの活用について多職種研修会等で周知していきたいと考えています。

議題６

認知症初期集中支援チームについて

１　目　的

認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わり、早期診断・早期対応に向けた支援体制をつくる

２　実施方法

地域包括支援センターに寄せられた、認知症に関する相談の中から、家族の訴えなどにより、認知症が疑われる人などを複数の専門職が訪問し、本人と家族が安心して生活できるように、おおむね６か月間、集中した支援を行う。

３　チーム員構成

専門医	玄々堂君津病院　永嶌嘉嗣医師（認知症サポート医）
専門職	君津市地域包括支援室 保健師２名、社会福祉士２名、主任介護支援専門員２名

４　活動状況

【平成３１年度】

チーム員会議　１０回

【令和２年度】

チーム員会議　３回

【令和３年度】

チーム員会議　３回

【令和４年度】

チーム員会議　８回　（R5.2.15 現在）

５　認知症初期集中支援チームの対象者

・認知症が疑われるか、診断されていても、介護サービスにつながっておらず家族等が対応に困っている事例

・日常生活に支障をきたすなどで認知症が疑われるが、受診を頑なに拒否している事例

・初期とは、認知症の進行度として早い段階という意味合いだけでなく、認知症の人への関わりの初期と言う意味も持ち、認知症がある程度進行している人であっても医療や介護サービスを受けていない人も含まれる。

６　事　例

7　効　果

・医師を含めて検討を行えることにより、医学的な意見を聞くことができる。
・チームで関わることにより、多職種の視点でアプローチの方法を見出すことができる。

8　現　状

他者の関わりを拒否しているケースが多く、関係性を築くところから始めるケースが多い。チームとして関わっても必ずしも解決につながるとは限らず、ご本人の状況の変化（入院する等）がなければ導入につながらないことがある。

9　課　題

・家族は困っているが、本人に病識がないことから、支援を拒否する場合がある。
・家族が本人の認知症を受け入れられず、協力が得られないことがある。
・初期の認知症の場合、本人も家族も自覚していないからか、なかなか相談ケースとして上がってこず、症状が重症化して初めて相談ケースとして上がってくる。
・対象になりそうなケースが見つかっても、家族がいない方が多く、本人の同意が取れずに初期集中支援チームの対象ケースとしてあげられない場合がある。
・認知症の方の相談がありましたが、タイムリーな支援が求められ、総合相談にて対応し、初期集中支援チームの対象にならないケースがある。