

松戸市地域ケア会議会議録

令和5年度第1回

令和5年度第1回 松戸市地域ケア会議 会議録

日時：令和5年8月3日（木）

午前9時30分～11時30分

会場：松戸市役所新館7階大会議室

○出席委員：20名

星野 大和 委員（会長）	山田 雅子 委員（副会長）
中澤 伸 委員	鈴木 麗子 委員
小泉 裕史 委員	佐藤 勝巳 委員
沼田ゆき江 委員	中村 亮太 委員
横澤 晋也 委員	齊藤 裕史 委員
小川 早苗 委員	平川 茂光 委員
石塚 夏香 委員	山岸 大輔 委員
畠山 桂介 委員	阿部 桂 委員
恩田 忠治 委員	小林 慶司 委員
丸山康一郎 委員	藤間 佑太 委員

○欠席委員：2名

多田 真弓 委員	寺田 幸夫 委員
----------	----------

○オブザーバー：1名

岩 崎 徹 氏

○事務局出席者

福祉長寿部	松本部長
地域包括ケア推進課	有山課長 守田保健師長 小野課長補佐
	岡主任保健師 小西主任主事 笠井主任保健師
	吉田主事
高齢者支援課	川鍋課長 加藤課長補佐

介護保険課	横山専門監
障害福祉課	藤谷課長
福祉政策課地域福祉担当室	芦田室長
こども家庭センター	川上所長

傍聴者：3名

議事内容 1) 松戸市地域ケア会議の実施状況について
2) 地域レベルの会議より抽出された地域の課題と市の課題について
3) 整理された市の課題についての議論と今後のテーマについて

司会

定刻となりましたので、ただいまより、令和5年度第1回松戸市地域ケア会議を開催いたします。

本日はお忙しい中、会議にご参加いただきありがとうございます。本日の司会を務めます地域包括ケア推進課の〇〇と申します。どうぞよろしく願いいたします。

まず初めに、事前にお送りした資料の確認をさせていただきます。

次第、委員名簿、資料1、資料2、資料2別添1から3、資料3、また、参考資料1、2として、多機能コーディネーターについて、令和4年度生活支援コーディネーター活動報告書をお配りしております。会場のほうで不足がございましたらお申出ください。オンライン出席の方におかれましても、不足がございましたらチャット機能をご使用いただき、事務局までお知らせくださいますようお願いいたします。

次に、会議と議事録の公開についてご報告いたします。

当会議は、松戸市情報公開条例第32条に基づき、公開を原則としております。また、議事録につきましては、発言内容を要約して記載し、発言者は個人名ではなく「委員」と記載するとともに、資料、議事録とも個人情報保護等に十分配慮の上、松戸市ホームページに公開いたしますことをご承知おきください。

続きまして、委嘱状交付についてご案内いたします。

本来、この場で本年度より委員となられた皆様へ委嘱状及び辞令の交付を行うところですが、本日は会場とオンラインのハイブリッド開催のため、会場の方は机の上に、オンラインでご出席の方は事前にお送りさせていただきました。ご了承ください。

任期は令和5年4月1日から令和7年3月31日までの2年間となりますのでよろしくお願いいたします。

続きまして、松戸市福祉長寿部長、〇〇より皆様にご挨拶申し上げます。

福祉長寿部長

おはようございます。私、福祉長寿部長の〇〇と申します。座って失礼させていただきます。

本日はお忙しい中、令和5年度第1回地域ケア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、日頃より本市の高齢者福祉行政に多大なるご支援、ご協力を賜りまして、心より感謝申し上げます。

本日は、本年度の第1回目の地域ケア会議ということでございまして、当方自身がそうなん

ですけれども、今回から始めてこの会議にご参加される方もいらっしゃると思いますので、改めてこの会議の趣旨のほうを申し上げさせていただきます。

地域ケア会議につきましては、介護保険法に基づきまして、地域包括ケアシステムを実現するための一手法として位置づけられた会議でございます。高齢者の介護予防や、要介護となった後も可能な限り自立した生活を営むことができるよう地域の課題の解決策を検討するということを目的としているものでございます。

高齢者に関する課題につきましては、認知症、介護予防、生活支援や見守り体制に加えまして、地域共生等の多分野の課題が複合的に絡み合うものでございます。これらの課題につきましては高齢者福祉の分野だけでは解決できないものも多く、各関係機関や他の会議体とも緊密に連携しながら、様々な視点や情報から検討を行う必要があると考えているところでございます。

この地域ケア会議で、各分野でご活躍されております皆様の英知を集約させまして、本市の課題解決に向けた検討を進めていきたいと考えているところでございます。

本日もぜひご忌憚のないご意見をいただけると幸いです。

以上、簡単ではございますが、私からのご挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしく願いいたします。

司会

それでは次に、本日の出欠についてご報告いたします。

本日は、〇〇委員、〇〇委員より事前に欠席のご連絡を頂戴しております。そのため会場とオンラインで合計20名のご出席となっております。

なお、松戸警察署生活安全課、〇〇委員の代理で〇〇委員がご出席される予定であることを伺っております。

それでは、委員の皆様より自己紹介をいただきたいと思っております。

今年度第1回目の会議でございますので、皆様より順番にご所属とお名前をお願いいたします。

机の上にありますマイクにつきましては、発言時にマイク手前にある銀色のボタンを押していただき、赤いランプが点灯しましたらご発言をお願いいたします。ご発言が終了しましたら、再度ボタンを押して、赤いランプを切っていただきますようお願い申し上げます。

オンラインで参加の皆様は、指名を受けてからミュートを解除しお話しくださいますようお願いいたします。また、この後の会議中のご発言の際は、画面に向かって合図をいただくか、

挙手をする機能をご使用いただくようお願いいたします。

それでは、会場の皆様から席順に、〇〇委員からお願いいたします。

委員

おはようございます。

東京中央区にございます聖路加国際大学で看護師の教育を担当しております〇〇と申します。今回もどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

司会

続きまして、順番にお願いいたします。

委員

名簿2番になります神奈川県川崎市から参りました社会福祉法人川崎聖風福祉会の〇〇と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

私は今は地域包括支援センターの仕事はしていませんが、長年在宅介護支援センターや地域包括支援センターの仕事をしていまして、地域ケア会議をたくさん運営してきた関係で、声をかけていただいたものと思います。2期目になります。どうぞよろしくお願ひいたします。

委員

皆さん、初めまして。

松戸市医師会で在宅医療を主に担当しております、理事をしております〇〇と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

委員

おはようございます。

松戸歯科医師会の〇〇です。よろしくお願ひいたします。

委員

おはようございます。

前回から、松戸市訪問看護連絡協議会副会長の〇〇と申します。

ふだんは松戸市内で訪問看護に従事しております。よろしくお願ひいたします。

委員

おはようございます。

松戸市消防局救急課長の〇〇でございます。よろしくお願ひいたします。

委員

おはようございます。

松戸市矢切地域包括支援センター、センター長の〇〇と申します。今期から初めて委員になりました。よろしくお願い申し上げます。

委員

松戸市商店会連合会副会長を務めさせていただいております〇〇です。よろしくお願いいたします。

委員

おはようございます。

松戸市町会・自治会連合会の会長の〇〇でございます。よろしくお願い致します。

委員

おはようございます。

松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会の〇〇でございます。ふだんは高齢者事業と障害者事業の運営管理をしております。よろしくお願いいたします。

委員

松戸市認知症高齢者グループホーム協議会副会長の〇〇と申します。ふだんは松戸市内グループホーム4か所をはじめ、高齢者福祉施設を中心に運営をしております。今期初めての着任となります。どうぞよろしくお願いいたします。

委員

松戸市民生委員児童委員協議会、〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

委員

おはようございます。

松戸市社会福祉協議会の〇〇でございます。どうぞよろしくお願いいたします。今回は初めての参加になります。

司会

ありがとうございます。

そうしましたら、次にオンラインでご出席の方の自己紹介をお願いいたします。

名簿順にこちらからお名前をお呼びいたしますので、順番をお願いいたします。

〇〇委員、お願いできますでしょうか。

委員

名簿のナンバー3番でございます千葉県松戸健康福祉センター副センター長の〇〇と申します。一般的には松戸保健所と言ったほうが皆さんに認知されていることが多いかと思えます。

住民の方の健康を守る中核機関として機能しております。よろしくお願いいたします。

司会

ありがとうございます。

続きまして、〇〇委員、お願いいたします。

委員

薬剤師会の〇〇と申します。今回も継続ということで、またよろしくお願いいたしますと思います。今回、ちょっと諸事情により現地参加できなくて、ウェブでの参加になってしまいましたが、よろしくお願いいたします。今後ともよろしくお願いいたします。

司会

ありがとうございます。

続きまして、〇〇委員、お願いいたします。

委員

松戸市リハビリテーション連絡会の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

司会

よろしくお願いいたします。ありがとうございます。

続きまして、〇〇委員、お願いいたします。

委員

おはようございます。

松戸市介護支援専門員協議会の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

司会

ありがとうございます。

続きまして、〇〇委員、お願いいたします。

委員

小多機・看多機連絡協議会の〇〇と申します。今回初めて参加させていただきます。よろしくお願いいたします。

司会

よろしくお願いいたします。

続きまして、〇〇委員、お願いいたします。

委員

聞こえていますでしょうか。

名簿の21番になります。明第2西地域包括支援センターで今年度から多機能コーディネーターになりました〇〇です。よろしくお願いいたします。

司会

ありがとうございました。

次に、事務局職員を紹介させていただきます。

それでは、地域包括ケア推進課、〇〇課長からお願いいたします。

事務局

松戸市の地域包括ケア推進課の課長の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

事務局

地域包括ケア推進課、〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

事務局

おはようございます。高齢者支援課長の〇〇と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局

高齢者支援課、〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

事務局

そのほか、オンラインの出席者といたしまして、介護保険課、〇〇専門監、障害福祉課、〇〇課長、福祉政策課地域福祉担当室、〇〇室長、こども家庭センター、〇〇所長、地域包括ケア推進課、〇〇課長補佐が出席しております。

また、ただいま松戸警察署生活安全課、〇〇委員の代理で〇〇委員が先ほどご出席、会場にいらっしゃいましたので、ご報告をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

司会

続きまして、会長の選出に移ります。

松戸市地域ケア会議等設置要綱にて、委員の互選により定めると規定されております。

どなたかご意見はございますでしょうか。

〇〇委員、お願いいたします。

委員

前回は松戸市医師会の会長に務めていただきましたので、〇〇委員にお願いしたく存じます。

司会

ただいま〇〇委員に会長をお願いしたいとのご意見がございましたが、皆様、いかがでしょうか。

委員（多数）

異議なし。

司会

異議なしということでございますので、〇〇委員に会長をお願いしたいと思います。

〇〇委員は会長席へご移動をお願いいたします。

それでは〇〇会長より一言ご挨拶を賜りたいと存じます。

会長

ただいまご選出にあずかりました松戸市医師会の〇〇でございます。

この松戸市の地域ケア会議は前任の〇〇会長の時代から大きく2つの流れがあると認識しています。1つは、地域包括ケアシステムの進化、深めるというような深化という観点から、皆様が好事例の取組を紹介することだけではなくて、さらに横展開等を目指しながら深い検討や議論をされておられました。

2つ目の流れとしては、地域共生社会の構築という観点から、高齢者のみならず、高齢者が本丸ではあるんですけども、そのみならず、若年や障害という幅広い世代に検討を広げて検討されてきました。

このような2つの大事な流れを維持しながら、継続しながら、議事の進行に努めていきたいと考えております。ただ非常に困難なテーマではありますので、委員の皆様方のご協力が不可欠となっております。どうぞよろしくをお願いいたします。

司会

ありがとうございました。ここからの進行につきましては、会長に議事を進めていただきたいと存じます。

〇〇会長、よろしくをお願いいたします。

会長

それでは、議事を始めさせていただきます。

引き続きまして、副会長の選出を行いたいと思います。

副会長については、委員の互選により定める松戸市地域ケア会議等設置要領に規定されております。よろしければ、副会長、〇〇委員をお願いしたいと思います。皆さん、いかがでしょうか。

委員（多数）

異議なし。

会長

異議なしということでございますので、〇〇委員に副会長をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

それでは、〇〇副会長より一言ご挨拶いただければと思います。

副会長

改めまして、おはようございます。副会長に選んでいただきまして、今回、誠にありがとうございます。

何期目になるか、数えられなくなりましたが、ご縁がありましてこの役を頂戴し、3層に分かれている地域ケア会議のそれぞれに参加をさせていただきながら、その全体がうまく回っていくようなお役を果たしたいと思っております。

私自身は親が要介護状態でございます、看多機にお世話になっており、介護離職をせずに済んでおります。そんな関係で、家族介護者としての経験と、それから看護師教育をしている経験と、それから、訪問看護に長年携わっていたという、そういう経験から、この会議の中でうまいこと多様な人々が手を取り合いながらネットワークを深めていくことのお手伝いできればと考えております。どうぞよろしくお願ひいたします。

会長

〇〇副会長、ありがとうございました。

それでは、始めてまいります。

まず、本会議は公開になっておりますが、本日傍聴を希望される方はいらっしゃいますでしょうか。

本日は、〇〇〇〇様ほか2名、合計3名から、本日の会議を傍聴したいとのごことでございます。これを許可してもよろしいでしょうか。

委員（多数）

異議なし。

会長

異議なしということですので、傍聴者の方はお入りください。

それでは次第に沿って進めてまいります。

初めに、お手元の資料1、松戸市地域ケア会議の実施状況について、続けて、資料2、地域レベルの会議より抽出された地域の課題と市の課題について、参考資料1と2をお手元に置き

ながら、事務局より説明をお願いいたします。

事務局

それでは、事務局よりご説明を申し上げます。

初めに、松戸市地域ケア会議の機能と実施状況について、資料1、1ページ目をお願いいたします。

地域ケア会議は、上段記載の5つの機能を有しており、市レベルの会議として開催しております。

図の中の青い矢印でお示ししているように、本市のケア会議につきましては、地域レベルで話し合われた内容を取りまとめ、市レベルの会議で話し合うだけでなく、この場で行われた議論を踏まえ、地域レベルの会議に展開していく循環型の会議を目指しております。

2ページ目をお開きください。

本市の生活支援体制について図でお示したものとなっております。地域活動を行う上で表出した課題について、地域ケア会議等を通じ関係者間で共有するとともに、より効果的、効率的に課題解決を行うための体制整備を行っております。今年度より左側にある2層ワーキングについて、メンバーが生活支援コーディネーターから多機能コーディネーターに変更となっております。多機能コーディネーターにつきましては、後ほどご説明をさせていただきます。

3ページ目、4ページ目は、地域ケア会議の実施スケジュールとその実績について記載しております。本日の議事は、令和4年12月から令和5年5月までに開催された地域個別ケア会議28回、自立支援型個別ケア会議4回、地域包括ケア推進会議14回の計46回の議論を経て市全体で対応すべき課題についてご議論いただく場となっております。

続きまして、参考資料1及び参考資料2をご説明いたします。

事務局

では、参考資料1、一番後ろについているかと思いますが、参考資料1と2をお手元に用意をお願いいたします。

今年度、各地域包括支援センターに、1名ずつ多機能コーディネーターを配置いたしました。多機能コーディネーターの多機能とは、3つの機能を兼ね備えるコーディネーターということで、名づけております。基礎資格などの要件は特にございませぬ。

1つ目の機能といたしまして、生活支援コーディネーターの機能でございます。これは、昨年度までNPOに委託をしていた事業でございます。地域資源の開発や地域関係者とのネットワークを構築し、生活支援のニーズと取組のマッチングなど、地域づくりにより各地機で高齢

者の生活を支援しています。その取組については、参考資料2として青色の冊子でお配りしているものでございます。

内容につきまして、地域の方の助け合いによる移動支援ですとか、生活支援の取組、災害に対する取組、多世代交流が行われる居場所づくりの取組など、各地域で取り組んだ内容が掲載されております。

この部分は後ほどご覧いただければと思います。オンラインでご参加の方につきましては、申し訳ございませんが後日お送りいたします。

2つ目として、今年度からの取組となりますが、就労的活動支援コーディネーターとしての機能を有しております。就労ではなく、就労的な活動でございまして、役割がある形での高齢者の社会参加を促進する業務でございます。例えば、地域資源の運営側で活躍することですとか、市内の産業、農業、商業などの場で高齢者が就労的な活躍をするということを考えております。

具体例で言いますと、例えば昨年度の生活支援コーディネーターの活動事例で、地域の方の互助による助け合い活動がありますが、高齢者がサービスを受ける側ではなく、サービス提供する側、利用者を助ける側の活動をする場合などが就労的であると考えております。また、他市では認知症の方が自動車販売会社で洗車をするなどの事例もございます。

3つ目といたしまして、認知症地域支援推進員としての機能でございます。既に各地域包括支援センターの方が認知症地域支援推進員として、活躍しておりますが、多機能コーディネーターもこの活動に加わることとなります。コーディネーターには推進員向けの研修を受けていただくことや、専門職の推進員と共に活動していただくことをお願いしております。認知症地域支援推進員の業務としては、認知症に関する相談業務や普及啓発の取組を行っておりますが、特に地域づくりの活動で構築したネットワークを生かした普及啓発など、コーディネーターの得意とする部分で力を発揮していただくことになっております。

スライド番号、右下に2番と書いてありますけれども、多機能コーディネーターに対する研修を市で行ったときに使った資料の一部でございます。詳細な説明は割愛いたしますが、コーディネーターのミッションとビジョン、裏面にいきまして、3ページ、4ページの部分はコーディネーターの配置の意義や期待される役割などについてまとめたものでございます。コーディネーター業務の基本的な部分が記載されておりますので、こちらも後ほど見ていただければと思います。

それと、資料1に戻っていただきまして、資料1の2ページ目、先ほどの生活支援体制整備

の事業のイメージという図をご覧ください。

多機能コーディネーターの活躍する場ですが、図の真ん中の地域包括ケア推進会議とその左側にある2層ワーキングについて、簡単にご説明いたします。

地域個別ケア会議で、地域レベルの課題とされたものは、地域包括ケア推進会議に上げられます。地域包括ケア推進会議は地域包括支援センターが事務局となり、医療や介護の専門職が多く参加する会議でございます。一方、その左側にある2層ワーキングは、地域包括支援センターに配置されたコーディネーターが中心となりまして、住民が多く参加している会議です。これまでも生活支援コーディネーターが同様に会議に参加していましたが、今年度からはコーディネーターが地域包括支援センターに配置されたことで、2層ワーキングでの活動は地域包括内で常に共有されることによって、2つの会議体がより連携するものと考えております。多機能コーディネーターに関する説明は以上でございます。

事務局

続きまして、資料2をお手元をお願いいたします。

地域レベルの会議における主な議論のまとめについて説明いたします。

地域包括ケア推進会議と個別ケア会議、自立支援型個別ケア会議において、話し合われた内容を1から12のテーマに分類しまとめたものになっております。地域レベルの主な課題として、1ページの認知症、3ページの多分野・地域共生、7ページの見守りに関する内容が多く、地域から孤立する方への支援や他分野との連携の重要性について検討がされております。テーマごとに抽出された市レベルの課題につきましては、後ほど資料3で説明をさせていただきます。また、各事例の概要につきましては、資料2の別添資料をご参照いただきますようお願いいたします。

以上で、資料1、資料2、参考資料1、2の説明を終わります。

会長

事務局、ありがとうございました。

それでは、ただいまの資料1、2に対する説明におきまして、何かご意見、ご質問等、皆様からありますでしょうか。

では、〇〇より幾つかコメントさせていただきます。

資料1の2ページ目になります。

生活支援体制事業のイメージということで、この絵すごく大事な絵だと思うんですけども、特にこの市地域ケア会議から推進会議、そして、市地域ケア会議から2層ワーキング、これに

2つの矢印が下ろされています。この矢印非常に大事だなと思うんですけども、やはりこの地域個別ケア会議から上げていくだけではなくて、この会議で話されたことをしっかりと2層ワーキングにも下ろす。そして、地域ごとによってさらに深い検討をしていく。そんなことが明瞭に示されているなどと思います。

もう一点が、ちょっと事務局に確認なんですけれども、このような形で矢印が2つの会議体においては相互に関連する、循環する、そんなことが局所に示されていますけれども、この絵の目指すところ、この地域ケア会議の目指すところは上部の市地域ケア会議とこの下部の個別ケア会議が全体として大きく循環していくことを目指していくという理解でよろしいでしょうか。

事務局、お願いします。

事務局

ご質問、ありがとうございます。

〇〇会長がおっしゃられるとおり、市の地域ケア会議で話し合われた内容につきましては、地域包括ケア推進会議、またその下に位置する地域個別ケア会議などに循環をしていくという形の体制図を想定しております。今後そのように努めていきたいと考えております。

会長

ありがとうございます。

ぜひ今回、この資料3という最後の資料のところ、重たいテーマがありますので、それを今回議論しますけれども、それをしっかりと地域に下ろして、そしてまた地域でもんでもらって、またこの会で議論したいなと思っております。ありがとうございました。

ほか、委員の皆様からありますでしょうか。

この件に関しては大丈夫でしょうか。

それでは先に進めていきたいというふうに思います。

続きまして、資料3、整理された市レベルの課題と解決に向けた議論について、事務局より説明をお願いいたします。

事務局

それでは、資料3についてご説明いたします。

資料3では、資料2でテーマごとに検討を行った地域ケア会議について記載するとともに、分類された課題を今年度の推奨テーマ、フレイル・認知症などのリスク状態の早期発見、早期

対応及び地域共生社会の実現に向けた取組に沿って整理いたしました。

2 ページ目をお願いいたします。

初めに、フレイル・認知症などのリスク状態の早期発見、早期対応に関連した課題について、認知症の理解、リスク状態の早期発見、早期対応に向けた取組、地域からの孤立の3つに分けて整理をいたしました。

地域からの孤立につきましては、認知症や障害等の暮らしにくさを抱える方が地域から孤立している事例が検討されています。疾患への理解や受容が必要であること、また、早期発見や早期対応に向けた地域、医療、介護の関係者等の見守りの体制や連携の必要性について、議論が行われております。

3 ページ目をお願いいたします。

先ほどの地域での議論の内容から、議論1、推奨テーマ1つ目の課題として、認知症などによる問題行動、地域からの孤立などリスクを抱えた方の早期発見、早期対応のために必要な取組についてご意見を頂戴したいと思います。よろしくお願いいたします。

会長

説明、ありがとうございました。

ただいま事務局より、市レベルの課題として、この推奨テーマであるフレイル・認知症などのリスク状態の早期発見、早期対応と地域共生社会の実現に向けた取組に関連した課題がそれぞれ抽出されたとの説明がございました。

まず初めに、フレイル・認知症などのリスク状態の早期発見、早期対応について、議論を深めてまいりたいと思います。時間も限られておりますので、また、多くの皆様にご発言いただきたいので、発言いただく際は1人につき3分程度でお願いしたいというふうに思います。

それでは、今、説明がありました資料3の3ページ目、議論の1、認知症などによる問題行動、地域からの孤立などリスクを抱えた方の早期発見、早期対応するための視点や工夫についてというテーマについて、議論を進めていきたいと思います。

まず初めに、議論を進めるに当たりまして、皆様から取組であったりだとか、ご意見について伺っていきたいというふうに思います。

初めに、地域包括支援センターの見守りに関する取組について伺いたいと思いますが、矢切地域包括の〇〇委員からご発言お願いできますでしょうか。

委員

矢切地域包括支援センター、〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

見守りに関する取組について、申し上げます。

現在、地域包括支援センターが行う各種事業ですとか、例えばオレンジパトウォーク、これに関しては1時間地域を見守るという取組でございます。その方のフレイルの防止もメインであるところではありますが、併せて地域の見守りを兼ねて、地域住民の方と必要時、個別訪問をすることがございます。多くの見守りに関しては、個別の一般相談から民生委員の方々ですとか、あとは町会、ケアマネジャーさんなどと連携して役割分担を行いながら支援につなげることが多いかなと感じております。

その中で、民生委員さん、町会、地域住民からの早期相談を図れるようなネットワーク構築をどのようにつくっていくかが重要であると感じております。具体的には、各種相談を通しての連携ですとか、あとは地域の課題解決を目的に行います生活支援体制整備事業ですとか、あとは生活支援コーディネーターとしての顔の見える関係づくり、また、民生委員児童委員協議会の参加ですとか、地域の防災訓練、盆踊りなどの各種地域活動への参加及び出店などを通してネットワーク構築を強化しております。

その連携の中で、1つ事例をご紹介します。当センターであった事例でございます。

おひとり暮らしのご高齢の男性で、最近、当センターの管轄地域に引っ越しをされたばかりのケースです。その男性が頼れる友人、知人がいらっしゃらないということで、民生委員さんに何かとお願いをすることが多かったみたいです。それがだんだん依存的になりまして、通院、入退院の手続ですとか、あとは各種行政手続の補助、また、日常的な買物ですとか、あと家具の移動など対応し切れない状態になっておりました。ごみ出しの問題などに関しては、その町会長さんとも話されたようですが、本人の依存的な要請に改善が見られない状態とのことで、当包括支援センターに民生委員さんから相談が入りました。

包括支援センター側でも訪問しまして、介護保険制度、もしくは医療受診、社会福祉協議会が行っております金銭管理サービス等、ご本人のニーズによって対応する機関を役割分担いたしました。そして、生活の安定を図り、包括支援センター、民生委員さんや町会の方々で見守りを行いながら各機関の負担を軽減し、本人さんの課題に対応する形を取りました。結果としては、地域全体としてその方に関わられたのかなと感じております。

以上のように、早期発見と早期相談、ネットワーク構築は密接に関係する重要事項として捉え、日々、地域包括支援センターとしてその強化を行っている次第です。

以上でございます。

会長

ありがとうございました。

今の〇〇委員からのご発言に対して、どなたかご質問であるとか、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

副会長、お願いします。

副会長

〇〇さん、ご報告ありがとうございます。

今、言葉として依存的という言葉をお使いになったんですけれども、それは対応されていた町会長さんでしたっけ、どなたでしたっけ。

委員

民生委員さんの方です。

副会長

民生委員さんは、感想的には困ったなという感じだったんですか。依存、頼られ過ぎちゃって困ったなという、そういうネガティブな体験だったんでしょうか。

委員

民生委員さんの相談の内容としましては、やはり民生委員さんの業務と言ったらあれですが、範疇を超えた頻度だったり、あとは内容ということで、なかなか精神的に負担であるというような相談でございました。

副会長

ちょっとしたおせっかいというのは、この地域包括ケアシステムの中では欠かせない存在であって、民生委員さんたちがリーダーシップを取られていくんだと思うんですけれども、それで頼られ過ぎて困るという、そこは頼られてよかったという経験になったらいいなというふうに思いますので、この地域で対応できた事例というふうにおっしゃいましたが、そうなるっていくプロセスで民生委員さんたちが、何ていうんですか、腰が引けないような、ああ、ちょっと関わればこういうふうにつながっていくんだというポジティブな体験になるようなプロセスをたどられていたらいいなというふうに思いました。いかがでしょうか。

委員

ありがとうございます。

民生委員の方ともいろいろ打合せをして、当センターのほうでも専門分野である介護ですとか医療、そういったところで支援に入的过程中で、町会長さんともやり取りをさせていただいて、

役割分担といいますか、民生委員さんの強み、専門職の強みを生かして、その方の課題は解決できたという部分と、やはり民生委員さんの方もそこまで介護保険制度ですとか、医療のほうはなかなか精通していないというようなご不安もありましたので、その部分の不安は解消されたことによって、民生委員さんのほうの活動もより前向きになられたというようなお話、伺いましたので、よかったかなと思います。

以上です。

会長

〇〇委員、お願いします。

委員

〇〇でございます。

私も民生児童委員協議会の会長ということで、矢切さんの事例ということなんで、これ、民生委員さんの、その地区の会長さんだったらいろいろと処理できると思うんですけども、そういう包括支援センターさん等ができたときから、速やかにつなぎなさいと、それで自分でそれを抱えるものではないということをやはり我々のほうでは、そういうふうな指導でもないんですけども、方向性を持って動かしようということは統一した見解として活動することになっているはずなんですけれども、ただ、私なんかそういう事例は持っていて、やはりその方、特に高齢の方等については関わりを持ちますと、その民生委員に対して関わりを持つぐらいでしたら、非常に積極的に地域との交流をしたいというような考えはあるんですけども、ただ、包括さんみたいな行政関係のサービス機関と最初から入り込んでいく高齢者さんも少ないんです。ですから、民生委員が頼りにされていると思うんですけども、民生委員の場合には、そういう事例があったらすぐにでもそういう各関係機関につなぎなさいというのが基本的な我々のルールで活動していますので、そちらの包括さんもぜひそういう考えで民生委員さんの共通の認識を持っていただきたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

以上です。

会長

ありがとうございました。

今の〇〇副会長、〇〇委員のご発言、大変大事なことが含まれていたと思います。つまり民生委員の方、町会の方が対応される、そして、包括の方が対応される、それは明瞭にくっきり分かれていることじゃなくて、やっぱりグラデーションなのかなと思うんです。こういったところはまず民生委員の方が対応される。こうなってきたら包括の方が対応される。間は一緒に

対応する。どんな形だったらばどういう対応するのかというのが、各地域の包括であったり、民生委員さん、町会の方によって大体の目合わせができていくといいのかなと思います。

〇〇委員にちょっと追加でお聞きしたいんですけども、民生委員の方がそういった課題を抱えている方を覚知したときに、こういった要素があれば、やっぱりこれは包括に相談したほうがいい、何かそんな要素みたいなものってありますでしょうか。

委員

これにつきましては、我々も高齢者から全てのいろんな児童まで支援をするという決まり事があるわけなんですけれども、ただ、我々民生委員の気質といましようか、やはりいつも案件を抱えますと、それを何とか解決してやらなきゃいけないというのは、まず頭の中に浮かぶと思うんです。ですからそういうところから、いつの時点で、虐待であれば当然これ、そういう機関対象につながなきゃいけないし、フレイル等のこの案件であれば、市の包括支援センターの担当、そういうつなぎ場所については、民生委員は全ての人がこれを全部分かっているとは言いきいんですけれども、ある程度我々も研修等で、非常に多い研修、講演会等を開催しておりますので、また行政のほうからの協力で、そういう教育は受けておりますので、適切に対応できると思っております。

ただやはり、人様を扱うので、パソコンを打つみたいにはいかないんです。途中までいい方向で進んでも、途中でやはりやめましたとか、そういう案件も非常に多いんで、民生委員のほうも一人一人担当になれば苦勞している状況でございます。

ですから、我々は見守り活動というのは、何もこういう今言われるフレイル等を取り上げたことよりも、我々の先人から我々の見守りは仕事だと思っておりますので、それをどこにつなぐかということが、今、包括さん等が出てきましたので、それは楽になったと思っておりますのでございます。

会長

ありがとうございました。

一つ大事なところも含めていただいたと思います。やはり虐待であるとか、フレイル、介護が必要なとき、そういったものがある、そんなことを要素として、課題としてお持ちの方は包括と早い段階から連携すべきなんだ。そんな早期覚知というか、早期対応の一つの例が示されたと思います。

もう一点だけ〇〇委員にお伺いしたいのが、オレンジパトウォーク、今、松戸市全域でも拡

大していると思いますが、パトウォークで行った方から個別の包括の支援につながれる方、そんな方はどんなところに着目すると、ああ、この方は個別に支援したほうがいいな、パトウォークだけではちょっと難しいかな、そんなパトウォークにおける早期覚知のコツというか、目線、視点、そんなものって何かありますでしょうか。

委員

やはりパトウォークを行う中で2点ほどあるかなと感じております。

1つは定期的開催しておりますので、その方自身のお体の状態、歩行の状態ですとか、運動機能の状態から見ていって、準介護状態といいますか、お体の悪化に合わせて適切な事業に結びつける。例えばですけれども、体操教室でセルフケアを促したほうがよろしいのか、介護制度を使ってデイサービスで機能訓練をしたほうがいいのかという部分についてです。あと2点目が物忘れの部分です。やはり定期開催とはいいまして、その時折の天気ですとか、あとは気候、時間帯もずれることもありますし、その方の活動の中での認知面の低下を見ながら、直接一緒に考えていくということもあるんですが、それ以上にやはり大事なのは、その方が持っている地域のつながりですとか、地域情報、なので、先ほどの個別訪問といった部分もあるんですが、地域の方がこの方はおひとり暮らしで心配なのよとか、そういった部分でいきなり包括支援センターが元気ですかと行くよりかは地域の方を間に挟ませていただいて、つないでいただくというところの早期相談、そこからサービス等を検討していくというほうがかなり有効に働いているのかなと感じます。

以上です。

会長

ありがとうございました。

定期的な訪問するからこそ分かる変化、そんなところから着想、総合事業等への支援に結びつけることができると理解しました。ありがとうございます。非常に大事な取組だと思いました。

お願いします。〇〇委員。

委員

今、連携ということでお話もあったと思いますが、我々が一番気にしているところは、やはり個人情報と人権の問題なんです。これが共有、どこまでできるものか。民生委員としては我々が持っている情報については、人権、それから守秘義務の観点から、あまり出してはい

けないというのがある程度のルールになっているわけなので、全部じゃないですけども、ですから、そういうところから包括さんと情報交換するのは非常によろしいと思うんですけども、これはある程度目的が同じような、我々も協力団体になっておりますので、ただ、一般の住民の方と一緒にこういう行動をして、支援を行うというときには、情報の管理等をどうしようかということ、また人権の問題はどうしようか、また守秘義務的なものをどう持っていこうか、その辺がちょっと悩みなところがあるんですけども、ただこれはいいことをやれば別に構わないんじゃないかという問題ではないと我々も考えておまして、その辺の壁を、いいことをやるんだからいいんじゃないかというようなやり方で果たしていいのかどうかということを、我々もこれからは課題として考えているところでもございます。

会長

ありがとうございます。

重要な課題を提起していただきました。このご本人合意というところが、どこまでこういったところで得られるかどうか、そういったところも含めて、今後ちょっと議論していく問題かなというふうに思います。ありがとうございました。

それでは続きまして、歯科医師会の〇〇委員より取組のほう、発言いただいてもよろしいでしょうか。**委員**

歯科医師会の〇〇です。

取組と言いますか、結局、私どものほうでは、歯科医院のほうで来院される患者様で特に見られるのは、口腔衛生状態が不良になっている方です。どうしてもやっぱり基本的に口腔衛生状態が不良になると、全身の疾患にもつながっていきますので、特に最近では当然、歯科に関しては治療というよりも予防の観点で一生懸命診療させていただいているんですが、やはり来院される患者様の中で定期的に口腔ケアに通っている方でも、どうしても来るたびに口の中が不潔な状態で毎回来院される患者様が結構多くいらっしゃるもので、そういう方に関しては、なかなか自分でケアをするというのが難しくなってきますので、当然そういう意味ではご家族の方にいろいろご説明をするようにして、それでご家族の方がご理解いただける方であれば、当然、一緒に口腔ケアのほうも介助して下さったりということがあるので、非常に助かるんですが、なかなかあとは一番の問題としては、ご本人がすごく拒否をされる場合、その場合が非常にむずかしく悩んでいるところでもございまして、どうしても病院のほうに連れてきて下さったりはするんですけども、どうしても拒否をされてしまうと、だんだん今度は足が遠のいていってしまって、その後はもうちょっとどうなっているか分からないという状況も結構多く

あります。

それとあと、もう一点、認知症の方で非常に難しいのは、うちのクリニックの中でも遠方から来ているような患者さんも結構いらっしゃいまして、特に独居の方で、結構ご高齢になっても車で来ちゃう方が結構いらっしゃるんです。そういう方で、せっかくうちに来ていただくので、来るとも言えませんし、できるだけうちのほうからいろいろご説明することに関しては、遠方の方であればご近隣の診療所をご紹介するような形を取ったりして、車なんか、特に高齢ドライバーの事故なんか最近多くありますので、その辺もこちらとしては心配ですので、極力車に乗らないようにということをご説明はしているんですが、それがうまく結びついているのかは分かりませんが、そういう方ですとふらっと来院されなくなってしまうということもございますので、とにかくご理解ある方に関しては非常にご家族の方がご理解いただいている方に関しては、特に何の問題もなくスムーズにはいっているんですが、そのあたりに関しては、今後また対応をちょっと考えていかなくちゃいけないかなというところと、こういう会議の場でいろんなほかの方にご意見を伺いたいところでございます。

あともう一点、フレイルのほうに関しまして、特にフレイルの初期段階としてオーラルフレイル、要するに口の中に食べこぼし等の機能低下というのが見られるのがフレイルの前段階ですので、歯科医師会の対応としましては、昨年度から成人歯科健診の検査項目の中に、高齢者歯科健診と同じような項目を入れております。要するに、まず問診票のところ、当然、今言ったような食べこぼし、飲み込みづらさがあるとか、硬いものがかめなくなっていますかというふうな項目を入れて、あともう一つ検査項目としては、パタカラ、あと嚥下テスト、そこにフレイルの評価の項目を入れて、結局成人歯科健診ですので、もう二十歳以上の方、全ての方でその項目を入れて検査をするようにしておりますので、基本的に高齢者、特に75歳以上になってから、フレイルになってからそのフレイルを発見してもしようがないと思いますので、特に早期の方です。やっぱり40、50歳ぐらいの方で、早期に発見すれば当然防げることになりますので、対応としましては今そういうふうな成人歯科健診の検査表を少し改めさせていただいたので、あとはその成人歯科健診というのが年に1回無料で受けられるということがある程度、もうちょっと認知されてくると、特にこういったフレイルの問題にもつながっていくのかなと思っております。

以上です。

会長

ありがとうございました。

今の歯科医師会の〇〇委員のご発言に対して、何かご質問、ご意見ある皆様いらっしゃいますでしょうか。

〇〇副会長、お願いします。

副会長

ありがとうございます。

成人歯科健診、年1回無料ということを知りました。市民に対してどういった広報をなさっているのか教えてください。

委員

今のところ成人歯科健診に関しましては、まず広報まつど等でアピールをしているということと、あともう一点は、各歯科医院にポスターを貼ったり、20歳と30歳の方に関しては、おはがきで健診のお知らせというのを市のほうから送っていただくということも、していただいていますし、あと88歳の方に関しては、米寿の健診というのも市のほうから連絡をして、一応そういう形でやってはおりますので、やっぱり市のほうから連絡がいくと、健診数というのはぐんと上がるんですが、おっしゃっていたように認知されていなくて、なかなか健診の数というのが上がっていきませんので、本当はその辺をうまく認知できるように広報ができればいいかなとは思っております。

副会長

ありがとうございます。

フレイル予防の話を昨年度からキャンペーンのように広く地域包括のほうでも情報提供されていたと思いますが、今のお話の中の口腔フレイルまでは扱っていなかったように思うので、そういったルートでもフレイル予防って足だけじゃないよというお話も併せて広くお知らせできるといいなと思いました。ありがとうございます。

会長

ありがとうございます。

確かに健診というのが一つの早期覚知のスキーム、仕組みの一つなんだというところを改めて認識しました。そしてその歯磨き、口の中というのはまさにその方の、本当にセルフケア能力を端的に示すことなんだなと思います。医師の立場で言うと、外来の診察室に来た方、大抵、身ざれいでしっかりされたように見えますけれども、いざやっぱり口の中を見ると、そしてそれを歯科医だとか、衛生士の方が見れば一目瞭然なんだなというところを改めて思いました。

そして、そこで覚知したこの人、ちょっとセルフケア能力が足りないかもしれない、認知症

の初期かもしれない、そんな方をやはりどこにつなぐべきなのか、歯科医院が全部受け止めるということでもないと思います。一義的にはそういった高齢の方というのは、地域包括という形に情報提供があれば、そこで介護保険申請であるとか、そういった枠組みが進んでいくかなと思いますけれども、それに関して〇〇委員、いかがでしょうか。

委員

おっしゃるとおり、口腔フレイルに関しては、なかなか地域包括支援センターでPR、もしくは個別に検討するという機会が、確かに少ないかなと思いますので、やはりそこは今後考えていく部分かなと思いますし、地域ケア会議の中にも歯科医師の先生がいらっしゃることはあるんですけども、やはり個別の歯科医院さんからご相談とか、逆に包括のほうから歯科医院さんにそういった働きかけという部分ももしかしたら薄いのかなと思いますので、今後検討していきたいと感じます。

会長

一つ大事なルートになっていきそうかなというふうに思いました。ありがとうございました。

それでは、続きまして、薬剤師会の〇〇委員より、薬剤師会の見守り協定の取組について、ご発言いただきたいのですが、今回、初めて参加される委員もいらっしゃいますので、先に事務局から見守り協定について、説明お願いできますでしょうか。

事務局

高齢者支援課でございます。

見守り協定は、平成27年より始めたものでございまして、民間事業者などの方が日常業務において、高齢者だけではなく障害者、子どもなどを含めて市民を見守っていただいて、異変を察知した場合、状況によって110番ですとか119番はもちろんなんですけれども、例えばいろいろ先ほどのような変化といいますか、フレイルや認知症などを察知した場合には地域包括支援センターですとか、市役所の関係各課、適切な公的機関につないでいただくということで、市民生活の見守りの目を増やすという取組でございます。

会長

ありがとうございました。

それでは、薬剤師会、〇〇委員より薬剤師会の見守り協定の取組についてご発言をお願いいたします。

委員

薬剤師会の〇〇と申します。よろしく申し上げます。

今、平成27年からこの高齢者等見守り活動が実施されているということだったんですけれども、薬剤師会のほうは2020年9月から協定を締結させていただきまして、現在は、今、55の薬局が参加して活動をしております。

実際に昨年の報告なんですけれども、こちらのほうは55施設、毎月どのような報告があったかというのを全部薬剤師会のほうに上げて、それを市のほうに、高齢者支援課のほうに定期的に報告している内容なんですけれども、昨年度は47件、そういう報告がありまして、地域包括のほうにつなげたり報告したのが56%、市役所が4%、警察が2%、消防が4%と、大体これは年度ごとに同じようなパーセンテージだと思います。その中に34%のその他というのがあるんですけれども、その他としてはケアマネジャー、民生委員の方、セコムの方、訪問医療の医療機関というふうなところに報告しているような状況です。

事例としてはいろいろ好事例も上がってきているんですけれども、独り暮らしの人にあんしんほっとラインにつなげたというようなこともありますし、患者さんからごみの分別ができなくなってきた近くの人がいるとか、ごみの分別ができなくなって薬局にどうしたらいいかという相談があって、それは地域包括のほうにつなげたということもあります。また、今まで毎日来局していた患者さん、点眼薬の介助をしていた患者さんが来局しなくなったので、どうしたのかなということで連絡してみて、ちょっと認知症が疑われるようなことがあったので、包括につなげて介護認定につなげたというような事例もあります。

薬局の特性としては、かかりつけ薬局、薬剤師となると、患者さんを点より線で見ることが多くなってくるので、そうすると経時的な認知症の早期発見とかフレイルなんかも早く見つけられて、できるだけそういう指導を、対応をできるようにということで、この活動に協力させていただいております。

簡単ですが、こういう状況です。

会長

〇〇委員、ありがとうございました。

今の取組について、ご発言、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

それでは、〇〇より質問させていただければと思います。

47件、昨年報告があった、取り組まれたということで、大きなお仕事だと思います。この中でどんなことが報告しようという契機になったんでしょうか。今例示していただいたのは来局しなくなったとか、あとごみの相談をされたとか、そういったところがあったと思うんですが、ほかにはどんな薬剤、薬務関係ですと、きっかけというものが有り得るのでしょうか。

委員

先ほど言いました薬局の特性ということで、結構、残薬状況をいろいろ確認したりしていくと、その残薬が生じる理由が何なのかということ、こういう55薬局が協力してくれているところは、その辺を少し会話ができるような状況になっているので聞いていくと、ちょっと認知症が始まっているのかなというふうなきっかけにもなりますし、以前にもフレイル予防ということで、いろいろと事業をやっていたときもあるんですけども、そういうような流れでそういう患者さんに対して、いろいろ予防的なことを話していくと、実はこうなんだということで、そういうのがきっかけとなっていていろいろと包括の支援に相談したりとか、それなりの対応ができるように進めてきた経緯はあります。

会長

ありがとうございます。今の歯科医師会のご発言で、口の中でセルフケア能力が分かるという話がありましたけれども、今のやっぱり残薬だとか、内服の仕方、いわゆる内服のコンプライアンスというところから分かることだと思います。つまり、複数の薬剤を適切に飲むという、一見複雑な作業をあえてしていただくと、やはりその方のセルフケア能力が浮かび上がってくる、そんなところを多分薬剤師の方、カウンター越しで真摯にされているのではないかなというふうに思いました。

そして、もう一つが、点より線で見るというふうに、今、〇〇委員からご発言がありました。これも大事な早期覚知のポイントかなと思います。先ほど〇〇委員からあったパトウォークもそうだと思います。単発の訪問ではなくて、定期的に線で追っかけていくことで何らかのほころびを早期覚知としてきっかけになり得るんだというところは、先ほどの〇〇委員も〇〇委員も同じような発言なのかなというふうに思いました。ありがとうございます。

それでは、続きまして、松戸市消防局の〇〇委員のほうから取組についてご発言いただければと思います。

委員

消防局救急課、〇〇でございます。

救急課と申しますと、どうしても救急車で実際に扱わせていただいたことからの情報になるんですけども、注目したのが、救急車を頻回に呼ぶような方が最近増えてきたということで、それを調査しております。

それで、定義上、1年間でお1人の方を5回以上、救急車を呼ばれたという方を調査いたしまして、令和4年の1年間で5回以上救急車を要請した方は131名いらっしゃいました。

様々な理由はあるんですけども、年齢別で調査すると、65歳以上の方が約4割で、65歳未満の方が6割。様々な理由はあるんですけども、どうしても認知症とか精神疾患というのは、ご自分からの訴えがない限り、私たちも把握が困難なんですけれども、その中でも把握できたのは、精神疾患をお持ちの方が多かったように感じています。65歳以上の方ですと約2割、65歳未満の方ですと3割が精神疾患をお持ちであったと。あとご家族に連絡がついて認知症という方も7名ほどは確認できていますけれども、救急隊も疑いを持つんですけども、確定まではいかないという状況です。

この131人の方から119番を受けて救急車を出動した件数は1,075件になっています。このうち実際に医療機関に搬送に至らなかった件数が4割になっております。ご家族がいらっしゃって必要ないとか、そういう状況もあるんですけども、特にお1人で21回以上救急車が行ったという方も数名いらっしゃいまして、その件数が167件、そうすると病院に行かない確率が50%を超えてきています。お1人様で救急車の要請の回数が増えれば増えるほど、病院に行かない確率も多くなってきているというデータが出ております。

消防側の問題点といたしまして、一番困るのは、何らかのケアを受けていない高齢者の方や精神疾患をお持ちの方のときに、ご家族への連絡とか、何らかの連絡方法を何とか確保しなくては行けませんので、そこが一番困っています。というのは、その時間を費やして処置に遅れが出たり、搬送に遅れが出たり、いろんな障害も出てきますので、ケアを受けている方というのは意外とすんなりとそのご家族なり親戚なり、サポートしていただいている方に連絡がつけば何とかなるんですけども、その点が危惧をしています。

あと、もう一点、介護をしている方、要介護者がいて介護をしている方が具合が悪くなって呼ばれたときに、その介護されている方が急を要する、病院に搬送したいんですけども、介護されている方、特にベッド上で生活している方をお独りで残すわけにはいきませんので、昼間は緊急ヘルプネットワークというのが、松戸市ではあるんですけども、夜間にちょっと苦労して、もう一台の救急車を出してどこかにというふうな方策を取ったり、いろんなことをやっていますので、その夜間のそういう状態のときには危惧を抱いている状況でございます。

以上でございます。

会長

ありがとうございます。

今の消防の〇〇委員のご発言に対して、何かご意見、ご質問ある方いらっしゃいますでしょうか。

非常にこのコロナ禍と、今はこの暑さの中で、ただでさえ搬送の要件が多い中で、これぐらいの頻回な搬送、そして頻回な不搬送というところを経験されたという、具体的なデータを出していただいております。

そして、課題としてやはり何らかのケアだとか、支援を受けている方はもともと枠組みがあったりして、家族の連絡先だったりをご家庭に貼ってあったりする。そういったところがあるわけですが、問題はそうではない方だったりする。そういったケアの枠組みがない方の場合には、主介護者が独りで、介護を担っている場合がありますので、やはりそこも通常の支援があるかないかというのが非常に大事になってくると思うんですけども、例えばですけども、このような頻回な搬送、頻回な不搬送、そして、例えば独居であったり、そんなリスクが高いと思われる方、そんな方を消防の方が覚知されたときに、何らか、例えば先ほどの例ですと、包括であったりだとか、市のほうに何か情報提供するというか、支援を依頼する、そんな仕組みというか、スキームはございますでしょうか。

委員

一応、市のほうに連絡を取らせていただいて、担当課の、例えば夜ですと守衛室さんのほうにつながるようになっていきますので、そこでご紹介をいただいたり、そういうシステムは取っております。ただ、どうしても救急車、緊急を要するときはもう出発しちゃいますので、ほかの職員を呼んでそこから手配をしていくので、そこでタイムロスが出てしまうというのが事実でございます。

会長

ありがとうございます。

なので、まずは不搬送で、例えば日勤帯で不搬送になった。今回は不搬送だけでも、また次もあるかもしれない、それを予防するために何らかのケアを導入したい。そういったときには、例えば市のほうに連絡をして、市や地域包括のほうで取組を開始する、例えばですけども、徘徊等のような問題については、そのようなスキームがあったというふうに認識しているんですけども、事務局何か事例というか、今までの取組についてご発言いただけますでしょうか。

事務局

高齢者支援課です。

警察さんからの情報提供を受けております。徘徊の方が交番等で保護されることが多いんですけども、松戸警察さん、松戸東警察さんからどこでどう、誰が保護されて、その方の住所

はどこかという情報をいただいております。それを包括支援センターに情報を提供いたしましたし、さらに包括さんのほうでケアマネさんだったり、ご本人、家族のほうにまた連絡していただいて、今後の対応、またフォローしていただくという仕組み、文書でやり取りをしているスキームになっております。

会長

ありがとうございます。

このようなスキームに対して、警察のほうから、〇〇委員、このスキームの運用の状況であるとか、何らかのメリットというか、好事例だったりであるとか、何かそんなご感想等ありませんでしょうか。お願いします。

委員

松戸警察生活安全課の〇〇といいます。

この情報提供に関しましては、恐らく10年くらい前から行っていることと思います。それと高齢者の虐待についても同じように情報提供をしております。この件につきまして、同じ人に対しても何度も情報提供したいということで、市役所さんには大分ご負担をかけているところもあるのかなとは思いますが、その回数によっても重要さも、多分認識できていけるかなということがありますので、情報提供に関しては、情報共有ということで非常に私たちも大事に扱っているところであります。

その情報提供は文書で行っておりますので、記録として残りますし、過去のデータも把握できておりますので、その点については警察としても過去の記録も把握できますし、また、市役所さんとしてもその情報提供書があれば、その扱いの内容についても喚起しておりますので分かるかなというふうに思っております。

また、この情報提供に関しましては、扱いがあればということになるんですけども、この場合、介護保険受けていない、本当に最初の徘徊で保護した場合などについても情報提供を行っております。中には独居で介護保険受けていない保護をされた方についても帰宅の立会いということで、包括さんに帰宅立会いをお願いしたりとか、そこから関わりを持っていただくというような運用もしておりますので、早期発見ということについては認知症の方、あとはこれに関わる市の方や包括の方、ひいては市のためにも大分貢献できているかなというふうには思っております。

今後この制度はずっと続いていくと思いますので、そういった情報共有という面についてはどんどん私たちも活用していければなというふうに思っております。

会長

ありがとうございます。

重要なお発言だったと思います。独居であるとか、やはり徘徊においても何らかのケアや支援を受けていない方というのが、次、何回も徘徊を繰り返す傾向にあるということだと思えますので、そういった方を徘徊というのも早期覚知の一つのきっかけなんだ、切り口なんだというところですし、あとそれを市と協働するという、こんなスキームが有効に稼働しているということだと思えます。

こんなスキームがもしかすると頻回要請、頻回不搬送、そういったものにも日中において援用されていくのではないかなと思いますし、頻回に救急車を呼ぶ方でも不搬送な方、それも一つの早期覚知というか、そのきっかけ、切り口になれるのではないかなというような認識をいたしました。勉強になりました、ありがとうございます。

それでは、続きまして、町会・自治会連合会の〇〇委員のほうから取組、ご発言いただけますでしょうか。

委員

町会・自治会の〇〇でございます。

この3年間コロナ禍で、町会活動も思うように進まなかったということで、今年、4年ぶりということで、いろいろなイベントが各町会等で開催をしております。

私の地元の町会、3町会で連合会を組織してございます。その中でこの春、町会のイベントを開催したところ、町会の会員さんを対象にしたイベントを地元の県立高校のグラウンドを借りて開催をしたわけですが、そのイベントに車椅子で、家族で参加をしたという光景を見まして、今までこういった障害の方が町会のイベントに参加をするということ、ほとんどなかったわけで、今回、家族で見えていただいたと。イベントには参加はしないんですけれども、そのイベントをご覧になって、県立高校という中でグラウンド一面に芝生でございまして、緑で周りが木がずっと植えてございまして、非常に環境のいいところで、イベントを見ながら時間を過ごしていただいたということで、町会としても今後やはりこういった形で参加された場合に、つながりを取るためにいろいろ対応策も講じていかなければいけないのかなと思います。

また、7月、先月ですけれども、22日に地元で盆踊り大会を開催いたしました。その盆踊り大会に準備、非常に昼間、暑い中、役員の方がみんな協力していただくわけですけれども、役員もほとんど高齢者が多いわけで、その中で目立って動いている方を見まして、首からその

ネームをぶら下げている方で、後で伺ったところ、近隣に知的障害の施設があるということで、その入所者が盆踊り会場の準備に協力していただいたと。本当に感動しました。準備と同時に翌日片づけも9時ぐらいから始めたわけですが、その片づけにも見えていただいたと。年齢的に65歳ぐらいで、周りの役員からすると若い方で、非常に積極的に動いていただいたということで、もう本当に町会としてもお礼を申したくてございますが、そういった中で、やはり町会のイベントを開催するに当たっても、多世代という中で、また障害を持った方も一緒に携わっていただいたということで、本当に、今後、こういった形も同時に広めていただければいいのかなと思います。非常に感動したイベントでよかったなと思っております。

以上でございます。

会長

ありがとうございます。その話を聞いただけで私も感動しました。ありがとうございます。

非常に好事例が幾つも詰まったところだと思うんですけども、やはり企画の立て方とか、見せ方、仕込みの仕方、そんなものにちょっと気を配る、そんなところにちょっと世代を広げるといっただけで、集まる人が違うんだなという、この後議論しますけれども、地域共生社会にもつながっていく話だなというふうに思いますし、やはり孤立だとか孤独を防ぐという意味で早期発見の一つなのではないかなというふうに思いました。

ご意見、ご質問ある方いらっしゃいますでしょうか。

では、同じような取組として、明第2西の〇〇委員から取組、ご発言いただいてもよいでしょうか。

委員

明第2西包括多機能コーディネーターの〇〇です。

町会と包括と一緒に活動している見守り事例2つ紹介させていただきます。

一つは明第2西地区では、2つの町会さんと一緒に週1回のラジオ体操を公園などを利用して共同開催しています。町会の掲示板に案内ポスターを告知してもらっているほか、町会長さんを中心にできるだけ隣近所、声をかけ合って、特になかなか家から出ようとしない出不精の方にこそ誘って一緒に来ていただけるように配慮していただいております。毎回20名ほどが参加していただいています。ラジオ体操できるぐらいの比較的元気な高齢者と、包括が日頃からつながっていることで、何か問題が発生したときに、早期に相談が始まることがあります。ラジオ体操に急に来なくなった人から包括に連絡があって、転んで歩けなくなったけれどもどうしたらいいかという相談があり、介護申請につなげたり、あるいは普段一緒に来ているお友

達の方からいつもラジオ体操に来ている人がちょっと鬱病が悪くなって、家から出てこない。自分たちじゃ言っても、誘っても来ないので、包括の人が行って話聞いてください言う方がいて、訪問してその後精神科に入院につながった事例などがあります。

もう一つ、町会サロンへの包括の参加です。町会さんが開催している高齢者サロンに時々包括職員が参加して、今でしたら熱中症の予防の話とか、あるいは介護保険の話とか、認知症の話などをやる機会をよくいただいております。その際、高齢者いきいき安心センターがどんな仕事をしているかを紹介させていただくことで、身近な高齢者の相談先であることをPRさせていただいたりしております。

以上です。

会長

ありがとうございます。

今の明第2西の〇〇委員のご発言に対して、ご質問、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

今のお二人のご発言伺っていきますと、やはりラジオ体操であったり、グラウンドゴルフ、盆踊り大会、住民サロン、そんな地域とのチャンネルにうまく包括がコミットする。ちょっと同席する、コラボする、そういうことによってそこに多くの世代の方をお呼びできればより早期覚知のチャンネルというか、早期覚知の場になり得るんだなというふうに思いました。結果的にそれは町会の活性化にもつながっていくのではないかなというふうに期待します。

ほか、ご意見大丈夫でしょうか。

ありがとうございました。

それでは議論1のほうはこれで終了とさせていただきますけれども、今回、この議論1においては、孤立、孤独、口の中、内服状況、徘徊、頻回搬送、頻回不搬送など早期覚知の切り口を幾つか皆様に教えていただきました。ただこれ以外にも、例えばですけれども、介入に拒否をする、もしくはごみ屋敷に住んでいる、頻回に詐欺に遭う、そんな方も早期覚知の契機、きっかけになるのではないかなというふうに思います。そんな小さなきっかけから覚知をして、そしてみんなで取り組みながらその人に潜むリスク、本質的なリスクというものを検討していければ重症化予防に役立つのではないかなというふうに認識しました。

そのためにはやはり地域の支援者それぞれが、それぞれの立場でアンテナの感度を高めていく、そんな日々の取組が必要なのではないかなというふうに思いました。

今、事務局からの見守り協定の話がありましたけれども、この会議体に参加しているような

職能団体に属する方は、全てが見守り協定に入りながらアンテナを高めながら日々活動していくと、もっと住みよい街になっていくのではないかなというふうに思った次第です。ありがとうございました。

では、引き続いて次の課題に移ります。

事務局から説明をお願いします。

事務局

それでは、資料4ページ目をお願いいたします。

次に、地域共生社会の実現に向けた取組に関連した課題を障害福祉分野との連携、制度の理解、多問題を抱える世帯への支援の2つに分けて整理いたしました。

障害福祉分野との連携、制度の理解につきましては、障害福祉サービスから介護保険サービスへケア移行する事例が検討され、分野の違うそれぞれの制度の理解や連携の必要性について議論が行われました。

今後必要な取組としまして、相互に制度を学ぶ機会や顔の見える関係の構築が必要であることが話し合われました。

5ページ目をお願いいたします。

こちらではケア移行についてご説明いたします。

ケア移行は身体状態等の変化により療養の場所が移行し、ケアの提供者が変わることで、例えば、在宅から病院、施設に移行するだけでも多くのケアの提供者が変更となります。ケア移行は療養の場所の移行以外にも年齢によって生じる場合もございます。

6ページ目をお願いいたします。

年齢によって生じるケア移行について、ご説明します。

障害福祉サービス利用者が、65歳を迎えると制度の変更により障害福祉サービスから介護保険サービスが優先になり、それに伴いサービス利用者支援する専門職も変更となります。サービス利用者の困り事としましては、長く使用していた事業所が変わり、ケア提供者が変更となること、制度の違いから自己負担が生じること、制度の違いからサービスの目的も変更となることなどが挙げられます。

介護支援専門員の困り事としましては、障害福祉サービスの知識や経験が少ないこと、円滑な引継ぎのためには65歳になる前から関わることも必要であるということが挙げられております。

7ページ目をお願いいたします。

議論2についてご説明いたします。

議論の内容としまして、ケア移行の際には、サービス利用者の受容やケア提供者等の専門職の円滑な引継ぎ、連携の必要性が議論されています。そのことから、多分野連携による適切なケア移行の支援についての現状や課題、今後必要な取組についてご意見を頂戴したいと思います。よろしく申し上げます。

会長

ご説明ありがとうございました。

地域共生社会の実現ということで、広く高齢者のみならず、若年の方も含めて広い市民の方というものを念頭に置きながら、例えば5ページ目は、その方が療養の場が移る。場所が移るということでケア移行がある。移行するということには何らかの支援が必要になってくる。6ページ目は場所ではなくて年齢が変わる。年齢が変わると使うサービスが障害福祉サービスから介護保険サービスに変わる。関わる方も相談支援専門員から介護支援専門員、いわゆるケアマネジャーに変わっていく。やはり変わるときには何らかの支援や気配りが必要なんだろうというふうに思いますし、そこに対して苦慮しているということが推進会議等から抽出されたということになります。

それではこの課題について、議論をしていきたいと思います。

まず取組について、お伺いできればというふうに思います。

まずはオブザーバー参加していただいていますけれども、明第1地域包括支援センターの〇〇さんから、明第1の推進会議の議論の内容についてご発言をお願いしますでしょうか。

オブザーバー

5月に開催しました明第1地区の推進会議についてご説明のほうをしていきたいと思います。

まず、個別のケア会議のほうで、障害のある高齢者とその家族に障害のある世帯の方を検討していた中で見えてきた課題としまして、高齢者、障害者分野の関係機関の関わりが希薄であって、連携が十分ではないという問題であったり、あと65歳到達時の障害サービスから介護サービスへの引継ぎの際の相互理解という部分の課題が出てきまして、そのあたりを中心に議論のほう行っております。

会議の開催に当たりましては、担当圏域の障害関係の事業者さんのほうをお伺いさせていただきまして、この推進会議の開催の趣旨をお伝えしまして、当日の会議のほうには障害サービスの事業所の方々多数、10名ぐらいの方々に参加をいただきました。会議の中では、基幹相談支援センターのC o C oさんであったり、障害福祉課さんのほうから障害サービスについて

のご説明をいただきました。例えば言葉の問題、短縮して就Aとか就Bという言葉とか、そういった部分が介護関係の方、よく分からないといった部分で、そういった説明であったり、あと障害サービスの事業所さんからは、現状の報告という形で報告をいただいたり、あとは事例を通しましてグループワークという形で、事例検討のほうを行っていきました。

そういった中で、明第1地区の障害分野の社会資源を知るきっかけとなって、お互いの顔の見える関係づくり、ネットワークの構築の足がかりになったのではないのかなと思っております。それからあと7月に開催しました個別ケア会議におきましても、再度この65歳を迎えたことにより、障害サービスから介護サービスの移行の事例を取り上げまして、再度個別ケア会議の中で検討のほうを行っております。

以上となります。

会長

ありがとうございます。

今の〇〇さんの発言に対してご質問、ご意見ありますでしょうか。

非常に推進会議を丁寧に仕込むことによって、多くの登壇者をお招きすることによって、高齢と障害分野の関わり、相互理解、サービスの理解、そこが大事なんだということと、キックオフの意味があったのかなというふうに思います。ほかの地区の包括にとっても大事、参考になると思いますので、ぜひほかの包括にも共有をしていただきたいなというふうに思います。

それでは、先に進めます。

続きまして、介護支援専門員協議会の〇〇委員のほうからご発言お願いできますでしょうか。

委員

聞こえますでしょうか。大丈夫ですか。

会長

大丈夫です。

委員

先ほど6ページのほうで説明があったとおりなのですが、平成30年に導入された共生型サービスの指定を受けることで、介護保険と障害のサービスを同じ事業所で一体的に受けることができるようになっていきます。また、利用者の負担金についても軽減されるような仕組みも得られています。障害から介護保険に移行するこの65歳の壁の問題があったからこそそのサービスというのが増設されたのかなと思います。こちらに6ページにも書いてあるとおり、先ほどの話あったように、障害の相談支援専門員から地域包括や介護保険のケアマネに依頼があった

際に、課題となることとしては、ケアマネ側が障害やそのものとか、あとサービスを知らないということが課題かなと思っています。もちろんケアマネジャーは年を取ることによる病気や障害や介護保険や高齢者サービスについては専門ですが、中途障害や生まれつきの障害や難病についてケアをしてきた経験も知識や技術もない人がほとんどです。身体障害は比較的受け入れているようですが、精神や知的障害となるとケアマネが専門外になってしまうケースが多く見られます。特に精神障害ですとか、知的障害については、意思疎通ができなかったり、重度心身障害については、文字盤の会話が必要になったりとか、専門的な技術も必要になると思っています。

そのため、その共生型サービスもそうなのですが、介護保険のサービスが障害のほうに寄っていくというよりも、障害のサービス、事業者が介護保険も対応できるように寄ってきてくれているというのが現状かなと思っています。そのため、今回ちょっと事例を集めようかなと思ったんですけども、ケアマネの依頼も結構障害サービスと併用している居宅に話が多くいくことが多いので、今回ちょっとあまり件数は集まらなかったんですけど、その中でもうまくいった事例として幾つか紹介したいと思います。

障害の相談支援専門員は先ほど説明あったとおり利用者が65歳の誕生日が来る半年以上前から本人には介護保険の説明をして、今のサービスが使えなくなってしまうということを何度も説明して理解してもらって、さらに誕生日直前だとケアマネが見つからないことが多いので、3か月前ぐらいからそのケアマネさんを連れて利用者さんのところに同行して関わってもらったり、本人を知ってもらうことでうまく引き継ぐことができたというケースがありました。

このケースでうまくいった要因としては、介護保険のケアマネもやっている事業所の相談支援専門員だったため、介護保険のこともよく理解していたため、その利用者さんに説明ができたということかなと思っています。ここで課題となったのが、その関わってもらった3か月間というのは、ケアマネも相談支援専門員も無報酬で結局ボランティア的な活動になってしまったのかなというところなんです。時間をかけて引き継いでも報酬がその期間がないので、ケアマネ不足の中、それだけ連携を取ってくるケアマネさんがどれだけいるのかという問題もありました。

また、障害区分を定める認定においても介護保険の認定とは方向も基準も異なるため、障害のときは重度の全盲で認定が下りていたのに、介護保険になると要支援1のほぼ自立になって、サービスが使えないなどの弊害が生じたケースがありました。もちろん臨機応変に対応することと国も言っているので、何とかサービスが使えないかケアマネが市役所の窓口に何度も通っ

て、サービスを使えるようにしたりと、例外にしてもらうためにはそれなりの手間が必要となっています。障害者が年を取れば基本的に考えるともっと大変になるのに、なぜ使えるサービスが減ってしまうのか、納得できないという利用者の訴えはもっともだなと思っております。

また、障害、介護保険だけではなくて、生活保護ですとか、医療ですとか、多数サービスを使っていると、結構優先順位が変更してしまって、退院時に生活保護で介護保険の認定が下りた2号被保険者65歳未満の方を担当していて、しばらくして実は障害の手帳があったんだということが分かって、介護保険が使えないということに気がついたり、本人すら自分が何のサービスが使えるのかというのは分からないというのが、ちょっと複雑なところというも状況かなと思っています。利用者本人も仕組みを理解した上で、支援側も双方の仕組みを理解していることができれば、なかなか上手に生活を支援することが難しいのかなと思っています。それでも担当したケアマネは自分でいろいろな機関と連携を取りながら何とか使えるサービスを探して、利用者が安心して生活を送れるように支援をしてくれています。

地域ケア会議の委員にも障害分野の方もあまりいないのかなというものあるし、今後はさらに障害、介護、行政、医療、地域とたくさんの異業種が関わっていくことが住みよい地域づくりになるのかなというのを感じました。

以上です。

会長

ありがとうございます。

重要な実態とその課題についてお話しいただいたと思います。

今の〇〇委員のご発言に対して、ご意見、ご質問ある方いらっしゃいますでしょうか。

同様のことを医師会の在宅ケアを担当する在宅ケア委員会でも同じように話題になりました。課題としては今の委員のご発言と同じで、65歳のもっと前からこの障害のある方の個別性、理解の仕方、度合い、そういったものに着目しながら、もっと前から理解を丁寧に説明する必要があるんだということ。そしてやっぱりケアマネジャーが相談支援専門員に直接相談したり、検討する、そんな場が欲しいという意見などがありました。

今の〇〇委員のご発言聞いていると、特に精神障害であったりだとか、知的障害の方はそのコミュニケーションの仕方というところから含めて、引継ぎは丁寧にされるといいのかなと思います。そして、今、好事例が発表されましたけれども、ケアマネもやはり介護保険認定前から先行して関わるということ、それによって移行がスムーズになるんだということが分かりました。一方で、その関わりは無報酬であるという課題もありますので、このことは抽出された

課題として今後市としても受け止めていただいて、検討していただければというふうに思います。

また、この65歳問題は、障害分野の市の会議体であります松戸市障害者計画推進協議会でも議論されていると思いますので、その点についても共有等お願いできたらと思います。

〇〇副会長、お願いします。

副会長

今のご報告の中で、全盲の方が介護保険だとほぼ自立になるというお話でしたけれども、それは何でそうになってしまうのかがよく分からなかったんですが、追加で教えていただけるとありがたいです。

委員

全盲なので、障害の度数としては重度という形にはなっていますけれども、もうずっと全盲なので、ある程度身の回りのことができてしまうというところで、介護保険では自立、認知症があるわけでもないし、会話ができるしというところで、ただ、やはり一歩外に出たりだとか、そういったところに関しては支援がないと生活が難しいというところなんですけれども、家の中で自立ができちゃっていると、そこで介護度的には特に大きくつかないというところで、軽く出てしまったという感じですかね。

副会長

分かりました。ありがとうございます。

会長

ありがとうございます。それも一つの制度の壁として大事な視点かなと思います。社会参加を目的とする障害福祉サービスと自立支援、重症化予防を目的とするこの介護保険サービス、これはそもそも目的が違う中で、どのように移行というか、ある程度の違いはあるけれども、それが断絶ではなくてスムーズな、なだらかな形で移行できるといいのではないかなと思います。一つ大きな課題をご指摘いただきましてありがとうございます。

それでは続きまして、特別養護老人ホーム連絡協議会の〇〇委員のほうからご発言、お願いいたします。

委員

すみません。特別養護老人ホーム連絡協議会の〇〇でございます。

私のほうからは、今の介護支援専門員さん、それから包括の方から制度の話だったり、制度上の課題とか、移行に対する連携の内容というのは話があったと思いますので、私のほうは施

設の現場の話です。たまたま私が特養と障害者の生活介護と就労支援等の事業所を管理していたので、その中でちょっと感じたことを少しお話させていただきます。

私も長年、もう25年ぐらい特養のほうで、現場で頑張っていますけれども、ケア移行については、やはりすごく連携力が病院さんだったり、在宅や施設、その連携がすごく高まったんだなというのは、身をもって感じているところです。特に看取りに関しても、もうスムーズに、みとり、本当に15年前ぐらいはなかなか難しかったですけれども、今じゃ当たり前のように各施設が病院さんと連携したり、ケアマネジャーさんと連携したり、やれることがすごくスムーズになっているかなと思っています。

ただ一つ、今、非常に難しいなと思っているのが、この6ページにもあります障害福祉サービスからの介護保険サービスへの移行です。これに関してすごく、頭を悩ましているのが現状になっています。

この6ページの中に、利用者の困り事、介護支援専門員の困り事とあるんですけども、個人的には、なぜここに介護サービス提供者の困り事がないのかなと思うところがちょっとあります。実際に受け入れてから支援していくのは現場の職員、介護福祉士であったり、そこで働く看護師であったり、それを職員が見ていくことになりますので、その困り事が今すごく私の中では一番悩み事になっています。

まず一つが、先ほど会長のほうからお話がありましたとおりに、制度、法律が違うので、もうその目的が違う状況でやり取りをしなくちゃいけないというところです。例えば生活介護、この6ページを見ると、障害の生活介護というところがまず絵で、イラストで入っていて、そこから65歳になったら介護の通所介護のほうに太い矢印があるので、そちらに行くべきだという流れになっていると思うんですけども、そもそも論、障害のほうは、社会参加というところがどうしても法律上出ていますので、やはり生活介護の中でも、その中で生産活動という部分がどうしても入ってきています。それを頑張りながら自分で、しかもそれは工賃等が発生する事業所がありますので、その工賃を生活の糧にしながらやられている方も中にはいる可能性が高いです。なので、それが介護サービスに行くとなくなってしまいます。そこでもう大きく社会参加というところと、障害サービスの法律のほうの内容と、介護保険上での内容が少しずれてしまっているんで、そこでも一つ問題が出てきてしまうというところはあります。それがどのような問題につながるかは、その個人の家庭環境によって変わってくると思うんですけども、多々、いろんなパターンがあるのかなと思います。

あとは、現場の職員です。現場の職員、生活介護のほうに行くと、社会福祉士の方だったり、

障害のほうは障害福祉というところを学んだ方が多くそこで働いています。ただ、介護現場になると、介護、高齢者という部門を学んだ介護福祉士が多く働いています。ここでも大きな問題が出ていて、私が2つの事業所、2つの障害と介護の両方の事業所の職員のことを見守って、どのような違いがあるのかなと試して、いろいろ今やってきているんですけども、やはり、認知症、高齢者の介護施設のほうは認知症はすごいスペシャリストなんですけれども、障害の方の知的障害であったり、重度心身障害者であったり、強度行動障害の方たちは全く知識がない方が多いんです。なので、うちは地域共生型サービスということで、頑張っているいろんな方を介護していこうということで、1回共生型サービスを立ち上げたんですけども、特養の職員のほうが障害の方の受入れがスムーズにできるようにならなかったんです。何でかなと考えてみて、私が現場のほうに、障害のほうに顔を出してみたら、やっぱり対処の仕方が全く違うということに気づきまして、あとは、介護福祉士のほうが勉強する時間が、障害の科目というのがあるんですけども、その科目の時間がそれほど長くないので、どうしても高齢者寄りになっているので、そこで知識や技術などにすごく不安を感じているところがあるのかなというところがあります。

なので、様々ないろんな課題が今抱えているんですが、ただ、制度上どうしても、共生社会ということはすばらしい形だと思いますので、進めていかなくちやいけないという中で、どのようにすれば障害福祉サービスから介護サービスへの移行が、連携力がアップしてスムーズになって、それが当たり前になるのかなということを、今、考えながら日々、ちょっと両方の事業所を見ているような状況になっています。

私からは現場の困り事というか、そんな内容を少し話させていただきました。すみません、ありがとうございます。

会長

ありがとうございます。

今の〇〇委員のご発言に対して、何かご質問、ご意見ありますでしょうか。

〇〇副会長、お願いします。

副会長

ご報告、ありがとうございました。

私も障害福祉のほうは疎いのでございますが、教えていただきたいのが、この資料の6ページの実線と点線のところなんですけど、点線なので必要があれば移行後も使えるのかなというふうなイメージを持ちましたけれども、先ほどの生産活動で幾らか生活の糧にしている方が、こ

こは全く点線にもならない、線が引けない状態になってしまうという、そういう理解でしょうか。

委員

介護保険サービスが優先になるということですので、太字になってそちらに行くのは流れになっていると思うんですけども、そこまで強制をもって全く切り替わってしまうというわけではないと私は解釈しているので、今の障害のほうの制度でのサービスを使いたいという方は、そちらに行くという方もいる状況ではあります。

副会長

よかったです。全く途切れてしまうということではないですね。その辺の知識がある人がいれば、もっと有効に今の制度が使いこなせるということなのか、制度自体がそごがあって、介護と障害福祉の間の溝が深いのか、どっちなのかなと思いました。

会長

追加のご発言ありますでしょうか。

委員

そうですね、今後ですけれども、やはり両方、制度上であったり、どうしても介護と障害の中で似たような制度になってきてはいると思っています。介護保険だったり、障害者総合自立支援法だったり。同じような形になってきているのは目に見えて分かるんですが、まだ受け入れる側として、その特性に合わせた知識がそれぞれ認知症だったり、知的障害の方の介護だったり、それぞれの特性に合わせた知識をもうちょっと持てるような連携、知識、技術、その相互の向上を高めていくことが必要になっているのかなというのは、現場での実感としては体感しているところです。

会長

ありがとうございます。

今、断絶という大事な話があったと思うんですけども、やはり65歳になる中で、双方のケアマネジャー、相談支援専門員、うまく連携を取りながらその方をきっちりアセスメントして、65歳以降もやはり障害福祉サービスを上乘せする必要があるのかどうか、そのところをしっかりと65歳で議論できる、そんな時間的な余裕であったりとか、制度の理解であったり、そんなものが必要かなと思います。そういったものがないと、今、〇〇副会長言われたような断絶というところがあって、ご本人に不利益が被りかねないかなと思いました。ありがとうございます。

ほかよろしいでしょうか。

それでは、続きまして、訪問看護連絡協議会の〇〇委員から取組のご発言をお願いいたします。

委員

訪問看護連絡協議会の〇〇です。

訪問看護の現場からケア移行の現状や課題というところでお伝えできるところは、在宅にいる患者さんが入院するであるとか、入院していた患者さんがお帰りになる、もしくは在宅の方が施設に行かれるということでケア移行の場面で訪問看護が関わるといときには、一番の強みである身体状況であるとか、病態像とか、必要なケアについて何らかの申し送りをするということをやっていますが、その中で双方に看護職がいても、それぞれの専門的な部分が違っていたりとか、制度の理解が違っているというところで、なかなか最初はうまくいかないんですけども、カンファレンスというのを開いて、対話をしながら、移行をした後はこういうふうな生活になるから、こんなサービスを支援していこうとかというのをそれぞれが話し合いの中で決めていくということをしているんですが、コロナ禍で結構退院前のカンファレンスであるとか、担当者会議だとかが丸々中止になることが多かったので、顔の見える関係性であるとか、対話の中で調整をしてくという、そういうところをまたコロナが明けて、強めていけたらいいのかなと思っているところです。

65歳問題に関しましては、訪問看護、障害者で身体障害のある方に関しては、医療保険で入っていることが多くて、年齢問わず65歳を超えてもサービスを継続できるというところで、年齢が変わったところでも同じ事業所でサービスが継続できるという強みがあるのと、担当者が変わった中でもチームの中には顔が知っている人が続くというところの強みはあるかなという一方で、やっぱり制度の壁はありまして、障害分野でいっている間は結構医療保険で、かつ医療費ゼロ円とかで訪問ができることがほとんどなんですけれども、病気によっては認定を受けると介護保険の中でサービスを提供しなければならないということで回数の制限であるとか、突然、自己負担がすごく増えるというところで、同じサービス、同じ顔でいけるんだけれども回数であるとか料金とかに違いがあって、そこでやっぱり話し合いをすごく要するという経験は日々しております。

会長

ありがとうございます。

今の〇〇委員のご発言に対して、ご質問、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

このケア移行、退院支援という療養の場が変わるという移行、そして65歳という年齢が移行するというもの、この2つについて、やはり訪問看護は非常に大事な役割を担っていらっしゃるんだなと思いました。例えば、退院支援という療養の場の変更ですと、病院の言語というか、病院の話し方というのと、在宅の話し方、やっぱり違うと思うんです。例えばでいうと、病院の先生の言っていることを翻訳して、例えばケアマネジャーさんであるとか、そういったところにきちんと伝える。逆もしかりです。そういったものを何か翻訳というか、橋渡しというところもあるのかなと思いました。

そして、65歳問題においても、訪問看護の事業所は移行する、残ることが多いということでしたけれども、それも障害というのと、介護という分野の橋渡しというか、そういったものになり得るのかなと思うんですけれども、そういう翻訳者というか、そういった立場を担うことがあり得ると思うんですが、何かそういったときのコツというか、何かそういったものっておありでしょうか。

委員

日々ケースごとに、調整でどこが問題かなというのと考えながら、本当にその場で必死に取り組むということが多かったので、〇〇会長がおっしゃったとおり、病院の立場も分かるし、在宅の立場も分かるしというところで、情報共有がなされているか翻訳するというのは、確かにそうだなというのを思いました。あとは、病院にいる方々が在宅の生活をイメージできないというのはとても大きな問題で、それをいかにこんなふうに家で暮らしているんだというのを、逆にお伝えできたらなと思いました。

会長

ありがとうございます。

では引き続いて、松戸リハビリテーション連絡会の〇〇委員からご発言をお願いします。

委員

リハビリテーション連絡会の〇〇です。

聞こえていますでしょうか。

障害福祉とか、若年、65歳とは少し別なんですけれども、ケア移行時、いわゆる退院時の引継ぎ、連携ということで、お伝えさせていただければと思います。

退院時、主にはリハビリが多く関わる場所として、先ほどからも話に出てきています担当者会議というのがあると思うんですけれども、入院時のスタッフ、ご家族、ご本人、場合によっては医師、あとは退院後のサービス事業者、ケアマネジャー等が参加をする担当者会議があ

と思うんですけれども、やっぱり一番大事なのは担当者会議が肝かなというか、大事かなというの思っております。加えて、当院の試みとしては、一応入院時から、当院訪問リハビリを実施しているんですけれども、入院時から訪問リハビリのスタッフがなるべく関わるように心がけています。退院してから訪問を利用される方に関しては、入院中から実際にリハビリをしていただいたりとか、あとは訪問のスタッフがカンファレンスに参加したりとか、退院前の訪問、ご自宅に伺って家屋調査を行ったり、担当者会議にも参加していただいたりということで、退院してから利用する訪問リハビリを入院中から、早期の段階から介入していただいて、患者さんにも退院後の訪問リハビリのスタッフの顔を見てもらったりとか、そういったところで少し安心感が与えられるのかなというふうに思っております。

また、退院して訪問リハビリが始まったら、逆に今度は入院中のスタッフが少し関われるような形で、先ほど〇〇会長もおっしゃっていたグラデーションのように、そこでばすっとサービスが変わって、担当者等も変わるのではなくて、少し重なる部分があればより利用者さんにとってもいいですし、サービスとしてもいいかなというふうに思っております。ケアマネジャーさんの話にもあったように、なるべく先行して関わるように、あとは入院中のスタッフも延長して関わるように、なかなか全てが診療報酬でコスト的に得られるものではないんですけれども、可能な限りなるべく重なりを多くできるようなことで、サービス提供ができればというふうに思っております。

以上です。

会長

ありがとうございます。

重要な好事例だったと思います。院内で切れ目のないようなリハビリテーション行われている。将来的には例えばですけれども、院内だけではなくて、松戸市全体として切れ目のないような病院リハビリと訪問リハビリテーションの接続、松戸市医師会は地域を一つの病院のバーチャル病院だというふうな理念を持って活動していますけれども、そんなところでリハビリも切れ目のないような形でできたらなというふうに思います。ありがとうございます。

では、〇〇委員、お願いいたします。

委員

申し訳ありません。川崎に戻らなければいけないので先に一言。

特に、今、障害福祉サービスから介護保険でというところで、一つ私コメントさせていただきますと、副会長からも先ほどお話ありましたが、これは実は厚労省から一律に機械的に移行

するなという文書が出ているんです。それは、介護保険と障害福祉の適用関係という通知になっていまして、3つほど条件というか、状況説明があつて、必要としている支援が介護保険制度で賄えるのかどうかということ、あと必要量が賄えるのかということ、あと介護保険制度だけでその必要な支援を確保できるのか、この視点で必ず点検をした上で、移行が適切なのかどうかを必ず見極めてくださいという通知が出ているんですけれども、実は川崎の中でもこの6ページの資料もぱっと見ると基本的に移行しなきゃいけないという雰囲気があるんですが、社会保障も原則としては保険優先なんですけれども、こういったケアの中身によって、必ずしも移行しろということではないという、これが実は川崎でもあまりに行政内とか、支援者内で徹底されていなくて、先日も介護保険に移行した方を結局障害福祉に戻したという、利用者さんにとってもかなりのストレスだったと思うんです。特に障害と介護保険と大きな違いがあるのはグループホームがかなり違って、グループホームはうちも精神特化型もやっているんですけれども、ただ介護保険になると認知症のグループホームしかないわけです。そうするとグループホームは移行できないという、新しい住まいに移らなければならないという問題もあつて、こういうのは結構、かなりあつて、そういう意味では、しっかり移行する前に点検をしておく必要があつて、そこでやっぱり川崎でもすごく感じるのは、先ほど申し上げたように支援者の認識度と、あと行政の認識というのかなり重要で、特に障害福祉サービスの場合は、受給者証の発行とか、要はサービス料の決定とか、サービス調整会議とか、行政が関わる要素というのはかなりあるんです。その中でやっぱり移行した場合に、今の支援が介護保険とどうなのかというのは、ある程度、行政側のイニシアチブも必要なのかなと。現場任せにしないところがかなり重要なのかな。その上で、そういった、また戻すようなケースがないようにする必要があるので。

実はこの問題、介護保険が始まった2000年からずっと、古くて新しい問題で、以前からあるんです。ところがやっぱり最近、しっかり障害の方が高齢期を迎えるようになって、増えてきたんでまたこういうことになっていると思うんですけれども、原則に立ち返った中で、果たしてというのを移る前にしっかり検討するということが必要なのかなというふうに思いました。

すみません、一言、ごめんなさい。

会長

ありがとうございます。大事なお指摘をいただきました。

最後に1点だけ、この多分野、このような連携の基本として、どんなふうにチームで介護と

障害と向き合っていけばいいのか、何かそんなコツみたいなものがありますでしょうか、川崎のご経験から。

委員

コツはないんですけども、多分その制度とか、行政の仕組みの中で考えることと、僕ら従事者同士がやる必要があることがあると思っています。僕らが自主的にやっているのは平成26年9月から毎月今でもやっているんですけども、児童、障害、高齢、あと外国人支援とか、あとリハビリテーションとか、そういった人たちが自主的に事例検討をしているんです。そんなときはどうするんだという連携のシミュレーションを事例を通してやっているんです。ですから、そういう意味では、例えば先ほど〇〇委員もおっしゃいましたが、個人情報の話とかも出てくるんですけども、第一原則は本人同意というのは絶対揺るがないところなんですけれども、例えばその中でも虐待のケースについては守秘義務を上回るとかというルールがあったり、地域ケア会議にも守秘義務が関わって1年以上の懲役か100万円以下の罰金とか、あとそういう条例とか、いろんなものを少しちゃんと一律で無理だと思わないにはどうしたらいいかなというのは、結構事例を通して考えることかなと。つくづく僕らが思うのは、法律とか、条令のせいにしてしまうことが多いんですけども、現場レベルで一番大きいのは、この人信用できるかという関係性だということがあって、私、守秘義務ありますと言われても知らない人にそんな共有なんかできなというのが現実問題。だとすると、ちゃんと守れる相手なのかとか、お互いを知っておくということも日頃から関係をつくっていくのは、これは制度でも、行政でもなく、我々の現場レベルでできることなのかなと思って進めているところですよ。

会長

ありがとうございます。大変勉強になりました。事例検討一つ一つを積み上げながら信頼関係をつくっていくということですね。ありがとうございました。

ではあとよろしいでしょうか。

それでは、この事例に65歳退院、そのような年齢や療養の場の変更に際して、様々なケアの移行があって、それには丁寧な支援が必要なんだ。そんな事例や課題を今日、共有することができました。ありがとうございます。

では、最後になりますけれども、事務局のほうより松戸市地域ケア会議課題に対する方向性について、簡単にご説明お願いいたします。

事務局

8 ページ目についてご説明いたします。

令和4年度第2回松戸市地域ケア会議にて課題に対する今後の方向性として、令和5年度の推奨テーマは、フレイル・認知症などリスク状態の早期発見・早期対応、地域共生社会の実現に向けた取組とさせていただきます。今年度各地域包括支援センターで実施される地域包括ケア推進会議での検討や、2層ワーキングでこれらの推奨テーマを意識した取組をできればと考えております。また、本日までご出席いただきました委員の皆様におかれましても、各ご所属団体で本日の議論を踏まえた取組について、ご協力をお願いできればと存じます。

8 ページ目についてのご説明は以上となります。

会長

ありがとうございます。

本日の議論を踏まえまして、各地区、圏域におきまして、さらに取組を深めたり、異なる世代に援用したり、そのような展開を期待したいと思います。

またこの資料3の1ページ目にありますとおり、12のテーマがありますけれども、例えば4番の国際や12の地域包括ケアシステムに関しては、あまり推進会議、個別ケア会議でも取り上げられていないテーマになっておりますので、ぜひこのようなテーマにも議論をしていただきながら、地域ケア会議に上げていただければというふうに思います。

この件に関して、皆様、ご意見、ご質問大丈夫でしょうか。

それでは、最後に、〇〇副会長から総括としてコメントいただきたいと思います。

〇〇副会長、お願いいたします。

副会長

お疲れさまです。

時間を過ぎているので、急いで手短かに言います。

今日も素晴らしい実践の報告が多数ございまして、これまた心強いなと思ったところですが、それをさらに面として広げていくという活動に、さらにご尽力いただきたいなと思いました。

例えば見守り協定の話で、薬局が55薬局加盟されていると聞きました。それは、薬局全体の何%なんですか。それを増やすことはできないでしょうかということです。

また、歯科の〇〇委員からお話がありました口腔フレイルの見守りもできると。これももしかしたら見守り協定の下で広めていくことができるんじゃないかなと思いました。

そして、町会と包括の協働です。これも素晴らしいと思いました。それぞれが情報を共有し合いながら、包括で課題だと思っていることを町会を通して周知していくというようなことを

地道にこつこつやるということが、住民にいろんな情報が伝わってくる一つのラインになるのではないかなと思いました。

最後に、消防局からご提案、危惧がありますとおっしゃっていた介護している人が救急搬送されて、要介護の人が残される夜間帯が危惧されるというふうにおっしゃいました。そのあたりの議論が今日はちょっと深められなかったので、今後の課題にしてもよろしいのかなというふうに思いました。

以上でございます。ありがとうございます。

会長

すみません。迅速にまとめていただきまして、ありがとうございました。

最後にすみません、1分だけいただきまして、ホットなニュースをちょっと共有させていただきます。

8月1日、3日前です、閣議報告されました厚生労働白書の内容について共有させていただきます。

23年度版の白書のテーマは、つながり・支え合いのある地域共生社会がテーマになっています。そのような社会の実現に向けて必要とされることが何点か明記されていたんですけども、2つありまして、1つが、潜在的な支援の必要性を早期に発見するために、申請をただ待つという受動型から、能動型への転換をするということ。まさにこれは議論1で話した早期覚知、早期対応のことだと思えます。2つ目に書かれているのが、高齢や障害といった相談者の属性を問わない包括的な支援の促進ということです。これも議論の2です。高齢だとか、若年だとか世代を問わないということが重要と書かれています。

まさにこの松戸市地域ケア会議で重要視しているテーマと国レベルの議論で議論された重視テーマというものが一致したわけになります。これからも松戸市としては、粛々とこのテーマを続けながら、議論をしながら、松戸市がこのつながり、支え合いのある地域社会のモデルになればというふうに思っております。

本日は建設的なご議論ありがとうございました。

それでは、これで本日の議事を終了いたしまして、事務局に進行をお返しいたします。

司会

〇〇会長、ありがとうございました。

最後に、事務局より事務連絡がございます。

次回は、令和6年1月25日、木曜日、午前9時30分からの開催を予定しております。よ

ろしくお願いいたします。

また、会場にお越しの皆様でお車でご来場の方につきましては、駐車券の処理をいたしますので、職員までお申しつけください。

以上をもちまして、令和5年度第1回松戸市地域ケア会議を閉会いたします。

本日は予定時間を越えての開催となりましたことをおわび申し上げます。

本日はご参加いただき、また多岐にわたるご意見を頂戴し、誠にありがとうございました。