

# 令和3年度第2回多摩市在宅医療・介護連携推進協議会

## 要点録

### ○協議会概要

開催日時	令和3年3月10日（木） 19時00分～20時00分
開催方法	Web開催
出席委員 (会場)	<p>新垣 美郁代 会長 入江 幸子 委員 浅井 英夫 委員 影近 卓大 委員 岸野 美由紀 委員 三浦 未来 委員 柘淵 正 委員</p> <p>渡邊 郁子 副会長 斎藤 伸介 委員 後藤 靖治 委員 前山 英之 委員 藤村 秀光 委員 小林 啓子 委員</p> <p style="text-align: right;">(計13名)</p>
事務局	<p>健康福祉部長 小野澤 保健医療政策担当部長 伊藤 保険年金課長 松下 高齢支援課長 伊藤 介護保険課長 廣瀬 地域ケア推進係長 定石 介護保険担当主査 高山 主任 中村 主事 菊池 主事 青木</p> <p>多摩市高齢者在宅療養支援窓口 相談員 淵野 石岡</p> <p style="text-align: right;">(計12名)</p>
公開区分	公開
傍聴者	新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から無し

## ○議事内容

### < 報告事項 >

#### **(1) 医療・介護関係者の研修（令和3年12月1日開催）実施報告**

---

##### 【事務局】

資料1－①③を用い要点を説明。

- ・研修部会を開催し、MCSの研修Webで開催。
- ・様々な職種85名の方が参加し前回より20名参加者が増加。Web開催のため参加がしやすかったことが考えられる。

##### 【委員（歯科医師）】

- ・MCSを利用して口腔機能の状態や本人家族の状態を共有して支援できたケースがあり、MCSの利用は非常に良いと思っている。往診しなくても歯に関する相談があれば、MCSで問い合わせただけであれば答えていきたいと思っている。今後も広く周知していきたいのでMCSに関する研修は行って頂きたい。

##### 【委員（薬剤師）】

- ・薬剤師は日頃他職種と関わる機会が少ないので、薬剤師としてMCSは非常にありがたいツールだと思う。研修についてもWeb開催が非常に良かった。研修で取り扱った事例もMCSを上手く利用できて良かった。

##### 【会長（医師）】

- ・実際に使ってる方と使っていない方では差はあると感じているが、非常にいいツールであると感じているので、これからさらに広めていければいいと思っている。

#### **(2) 多摩市高齢者在宅療養支援窓口実績報告**

---

##### 【高齢者在宅療養支援窓口】

資料2－①②を用いて要点を説明。

- ・専門職の相談が59%市民の方からの相談が41%。今までにない薬剤師さんからの相談があったり、ケアマネジャーさんからの相談件数が増加したりと、専門職向けの相談窓口としての周知度が高まってきた。
- ・近隣5市（日野、八王子、町田、稲城、多摩）で窓口相談連絡会をオンラインで開催。地域資源の集約方法やICT関連の情報共有等を行った。また近隣5市でMCSグループを作成し、医療情報の情報共有を行っている。

## < 協議事項 >

### (3) コロナ禍における認知症高齢者の事例検討

---

#### 【事務局】

資料3-①を用いて、コロナ禍における認知症高齢者の事例検討行う。  
事務局から資料3-①についてケースの概要を説明。  
検討事項に沿って各委員からご意見を伺う。

#### ①更に必要となる情報や確認したいことは何か

##### 【副会長（介護支援専門員）】

- ・本人が介護認定を受けているかいないのか。
- ・詳しいADLについて。
- ・親族の関係について。

##### 【委員（医師）】

- ・各サービスを入れるにあたって家族との関係性や了解が取れる状態なのか。

##### 【委員（保健所）】

- ・お金の管理ができる状態なのか。
- ・生活が一人のできる状態なのか。買い物や家の中の家事ができるかなど。
- ・骨折した後の身体や精神面の現状。
- ・犬の世話ができる状態か。入院中は誰がお世話をしていたのか。

##### 【委員（歯科医師）】

- ・BMIを含めた健康状態。
- ・誤嚥性肺炎などの問題が予想されるので、何を食べているのか等食事面の情報

##### 【会長（医師）】

- ・今まで委員の方が挙げていただいた項目の中でも、やはり親族の状況確認が大事になってくると思う。長女も知的障害があってグループホームに入所しているとのことなので、連絡先の確認は重要になってくる。
- ・経済状況についても、お金の管理ができる状態なのか、貯金はあるのか等確認していく必要がある。
- ・ご主人が介護サービス利用時に、ケアマネジャーと本人が折り合いが悪かったとのことなので、地域での生活状況を確認することも必要だと思う。

#### ②今までの（医療・介護関係者の）関わりの中で、振り返りが必要であると感じたことや介入した方がい いと思ったポイントはあるか。

##### 【委員（訪問看護）】

- ・ご主人が亡くなった時点で、残された家族がどうなっていくか、健康状態のチェックやメンタルのケアなどあったらよかった。

##### 【委員（小規模多機能施設）】

- ・ご主人がデイサービスを1ヶ月で辞めたりヘルパーを何度も変えている時点で、早期に困難ケースとして地域包括支援センターと連携して関わりを開始できればよかった。
- ・リハビリ病院へ転院した時にも、自宅へ帰る準備がきちんとできていたのか確認する必要があった。

#### 【委員（訪問介護）】

- ・ご主人と関わっていた時点で、本人ともっとコミュニケーションを取ればよかった。
- ・本人が搬送された大学病院でも、医療連携室と連携を密にして、在宅復帰した際にサービスに繋げていければよかった。

#### 【委員（地域包括支援センター）】

- ・地域ケア会議等開催して、関係者で早期に情報共有を行い、支援の方向性を定めることができればよかった。
- ・入院した時点で認知機能が低下していたので、在宅へのつなぎかたを丁寧に進めていく必要があった。
- ・知的障害がある娘がいて家族関係も複雑なケースであるため、キーパーソンが誰かということも早めに把握する必要があった。

### ③本人の今後の支援のためにどのような対応が必要と考えるか

#### 【委員（病院相談員）】

- ・右大腿骨の手術を行っていることや、アルツハイマー型認知症の検査（MMSE15点）を受けている現状を踏まえ、身体状況や認知面について具体的サービスを提供する検討がされているのか確認する必要がある。
- ・主治医がリハビリ病院への転院を勧めているということで、ADLが戻る見込みがあるためそれを踏まえた支援を考える必要がある。

#### 【会長（医師）】

- ・大きい病院だとどうしても在宅サービスへのつながりがはっきりしないまま退院してしまうことがある。その分地域に密着した病院だと、顔の見える関係ができており、スムーズに支援を繋げることができていると感じている。

#### 【委員（薬剤師）】

- ・独居で認知症の方は服薬の管理が難しいので、訪問診療を導入して服薬の支援を行う必要がある。
- ・まだあまり普及しておらず、費用も掛かるので対象は限られるが、服薬支援ロボットを導入して管理するという方法もある。

#### 【委員（理学療法士）】

- ・きちんとリハビリを行えばADLは戻ってくるかと思うが、自宅に戻った後にどのような生活を送りたいかを考えることが大事。
- ・地域とのつながりを考えられるような支援を行っていきたい。
- ・住環境や生活機能の評価を行うことでより具体的な支援を行えるようにしたい。

#### 【副会長（介護支援専門員）】

- ・自宅での生活を開始する前に、なぜご主人の支援に関わる専門職を変えたかなど、本人が原因の場合はしっかり分析する必要がある。
- ・認知症が進行すると地域の人との協力だけでは対処できなくなる可能性があるため、見守りキーホルダーや位置情報サービス等取り入れて、支援する必要がある。

#### 【会長】

委員の方から様々なご意見を頂いたが、やはり親族の確認はポイントになってくると感じた。また住環境の整備や地域の見守り体制の構築、介護保険の申請や地域包括支援センターとの連携が必要である。

#### **(4) 認知症高齢者本人・家族向けのリーフレット作成について**

---

##### **【事務局】**

- ・資料4について事務局より説明。
- ・今いただいたご意見を踏まえて、リーフレットの内容についてご意見ある場合は3月18日までに事務局まで連絡を。
- ・リーフレット完成後は在宅医療に関する普及啓発に役立てていきたいと考えている。

##### **【事務局】**

- ・参考資料について事務局より説明、動画再生。
- ・市内医療機関が作成したものであり、在宅医療に関する普及啓発として見やすい動画なので参考として共有する。

#### **(その他)**

---

##### **【事務局】**

次回の日程は7月を予定しているので改めて調整をする予定

以上