

令和7年度 第1回在宅医療・介護連携推進会議

次 第

日時 令和7年7月10日（木）午後7時から

場所 Web会議及び小金井市役所第二庁舎801会議室

1 開会

2 議題

- (1) 在宅医療・介護連携推進会議について【資料1】
- (2) 認知症施策進計画の策定について【資料2】
- (3) 令和6年度在宅医療・介護連携各事業の実施状況について【資料3】
- (4) 令和6年度小金井市在宅医療・介護連携支援室の実績について【資料4】
- (5) 令和7年度在宅医療・介護連携各事業の実施予定について【資料5】
- (6) お元気サミット・介護みらいフェス合同事業について
- (7) 各部会における検討状況について（会議録）【資料6】

3 その他

- (1) その他
- (2) 次回開催予定

令和7年10月 日（木）午後7時から

4 閉会

【配付資料】

- (1) 在宅医療・介護連携推進会議の概要について
- (2) 認知症基本計画の概要について
- (3) 令和6年度における在宅医療・介護連携各事業の実施状況について
- (4) 令和6年度小金井市在宅医療・介護連携支援室の事業概要について
- (5) 令和7年度における各事業実施予定について
- (6) 小金井市在宅医療・介護連携推進会議各部会における検討状況について（会議録）

在宅医療・介護連携推進事業の背景

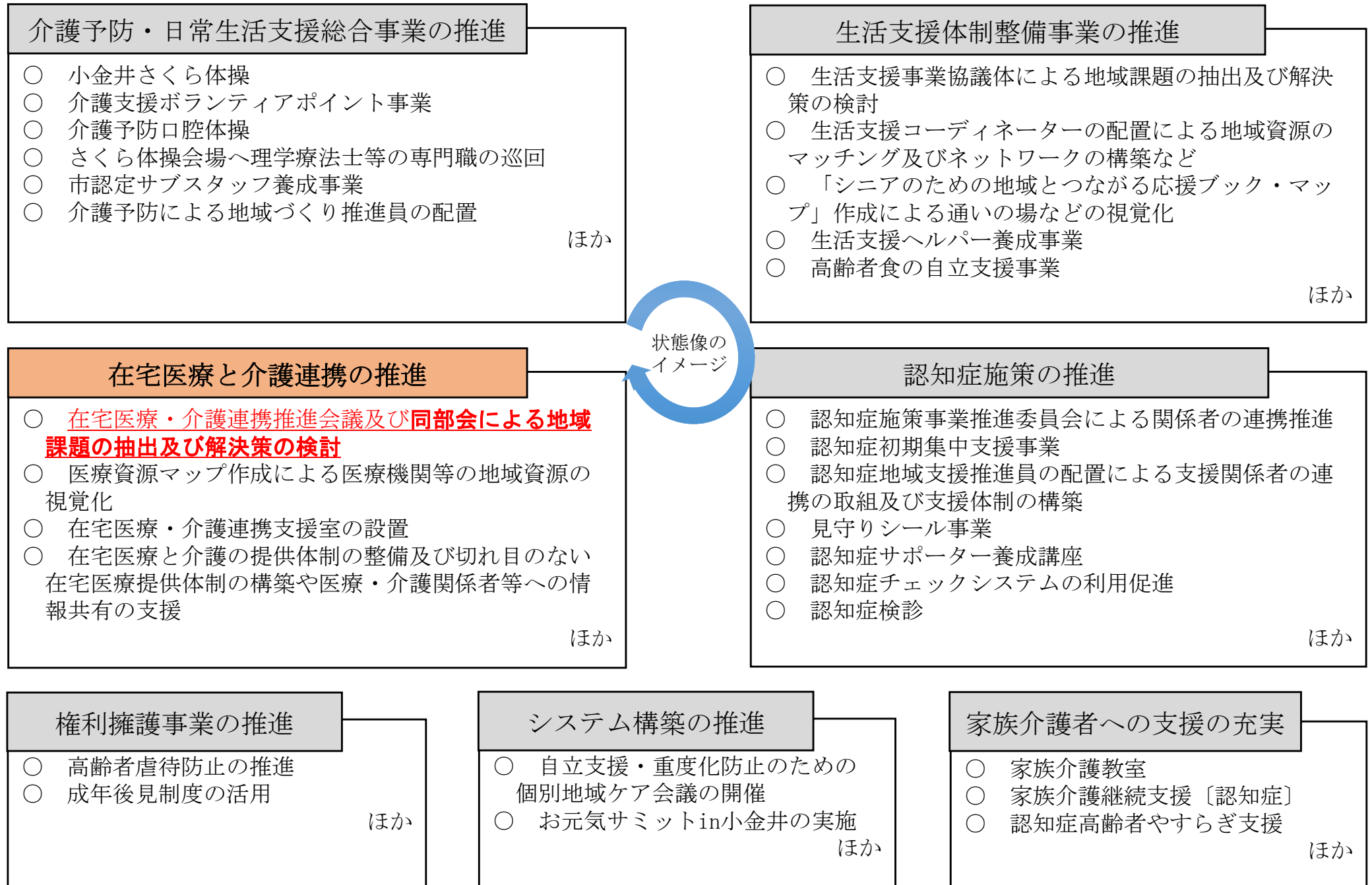
2025年（令和7年）：団塊の世代が75歳以上となる段階にはいったため、医療や介護の需要が増加することが見込まれる。また2040年（令和22年）には団塊世代の子等も65歳以上となり、人口・世帯構成等がさらに変化することから、在宅患者数がピークになると見込まれる。これに伴い、医療・介護双方のニーズがさらに高まると予想される。市町村主体で医療・介護の核となる人材の育成を図りつつ、医師会と協働し、在宅医療・介護連携等の推進を図ることが必要である。



在宅医療と介護連携の推進の促進

要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制、地域包括システムの構築が重要視される。

在宅医療・介護連携の推進に係る主な事業



在宅医療・介護連携推進会議、各部会の関係について

○ 令和2年度まで

親会議
地域包括ケアシステム研究会※ (医師会中心)

部会
多職種連携推進・研修部会
入退院後方支援部会
ICT連携部会
認知症部会
介護予防部会

※ 地域包括ケアシステム構築のため、医療、介護、学識、行政等により組織された任意団体



○ 令和3年度から

親会議
小金井市在宅医療・介護連携推進会議 (市が設置)

部会	検討細目
日常療養支援・多職種連携研修部会	・日常療養時における課題と解決策の立案 ・在宅療養の普及啓発・ACPの推進 ・多職種研修に関する立案
入退院支援部会	・入退院時における課題と解決策の立案
急変時対応・看取り支援部会	・急変時における課題と解決策の立案 ・看取り期における課題と解決策の立案 ・ACPの推進
ICT連携部会	・ICTの利活用における課題と解決策の立案

在宅医療・介護連携推進事業の目指す姿

小金井市の在宅医療・介護連携推進事業が目指す理想像

医療と介護双方の需要がある高齢者等が住み慣れた地域で、いつまでも自分らしく穏やかに暮らせるよう、地域の医療・介護関係者が連携し、本人の自己決定を支えていく小金井市を目指す

小金井市の在宅医療・介護連携推進事業が目指す理想像のキャッチコピー

いつまでも 住み慣れた小金井で

日常療養支援 の目指す姿

本人が安心できる場所で専門職の支援を受けながら穏やかに暮らすことができる。

入退院支援 の目指す姿

入退院の際に、医療機関・介護事業所等が情報共有を行うことで、本人・家族が望む場所で、不安なく穏やかに日常生活を過ごすことができる。

急変時・看取り支援 の目指す姿

各ステージで食支援に対応できるチームが増えるとともに、本人・家族が納得できる看取りに向けて準備ができる。また、自宅か病院かで心が揺れていても、希望に応じた選択ができるように体制を整える。

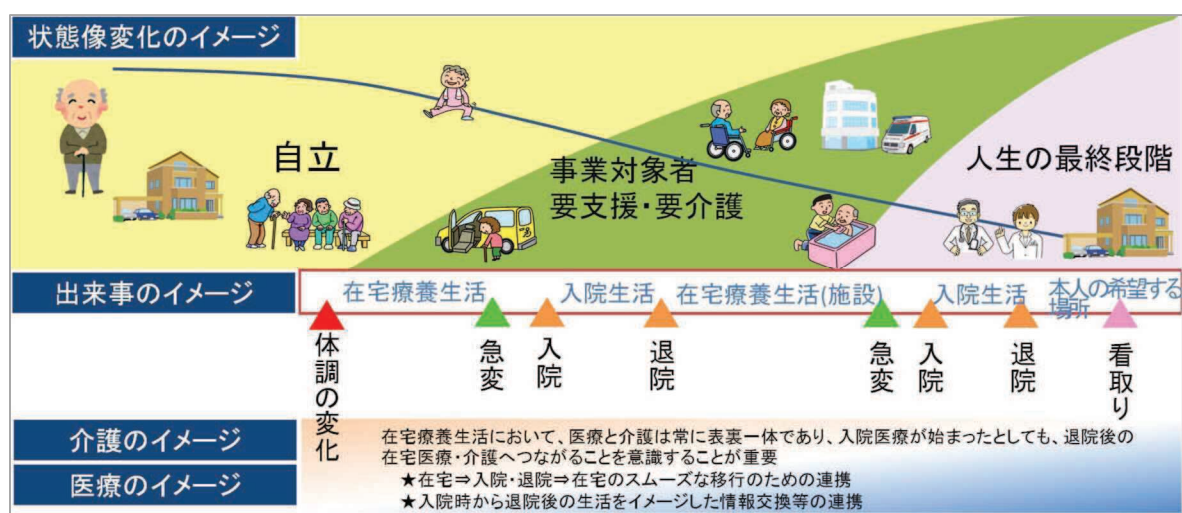
I C T連携 の目指す姿

医療と介護の連携をI C Tの導入により円滑に行う体制を構築する。

3. 場面毎の検討

- 人生において常に健康状態は変化するが、特に、高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもある。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定される。ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるように支援していく必要がある。

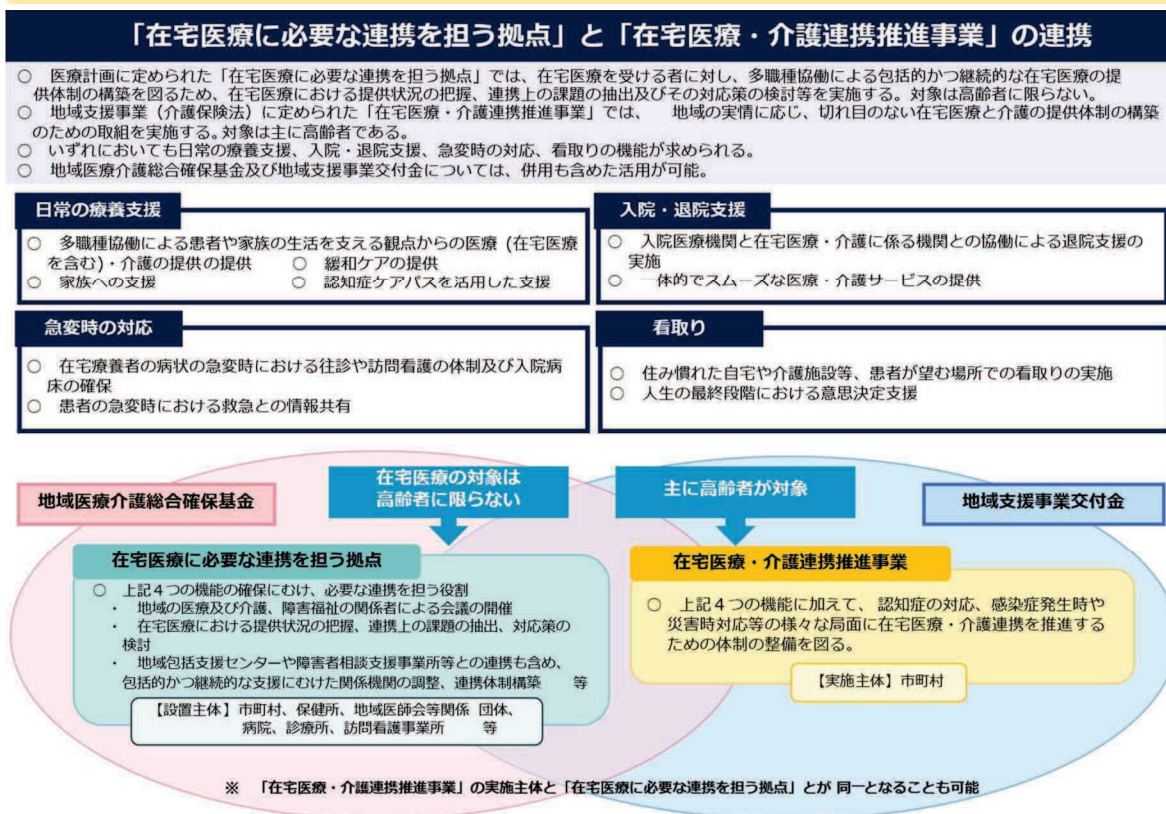
図 24 状態像変化・出来事・介護・医療のイメージ



- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護が主に共通する4つの場面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。在宅医療・介護連携推進事業においては入院支援も含めて入退院支援を実施することとしており、（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）としている。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- なお、第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとしており、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とも連携を図ることが重要であるとしている。
- 都道府県が主体的に実施する「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村が主体的に実施する在宅医療・介護連携推進事業は、実施事項を整理し、互いの役割を明確にした上で実施することが重要である。

- 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、都道府県が活用可能な地域医療介護総合確保基金（医療分及び介護分）、市町村が活用可能な地域支援事業交付金等を効果的に活用し、実施することが可能である。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の連携については、「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」（令和7年3月）も参照されたい。

図 25 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携



「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携の例

- （例1）二次医療圏を超える退院支援や急変時対応や災害対応等について「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、課題や取組について検討・実施する。
- （例2）高齢化する障害福祉サービスの利用者について、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、課題や取組について検討・実施する。

認知症施策推進計画 の策定について

1 背景・経過

- ☆ 令和6年1月「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」
(以下「認知症基本法」) 施行

国 → 「認知症施策推進基本計画」の『策定義務』
都道府県・市区町村 → 国の基本計画をベースに「認知症施策推進計画」
の『策定努力義務』

※ 都道府県・市区町村が計画策定の場合

- ① 5年ごとの見直し
- ② 当事者・家族などの意見を聴く
- ③ 介護保険事業計画等との調和

【国】 令和6年12月 「認知症施策推進基本計画」を閣議決定

【都】 令和7年 3月 「東京都認知症施策推進計画」を策定

2 認知症に係る基本施策

認知症施策の方向性は一致

認知症基本法	小金井市介護保険・高齢者保健福祉 総合事業計画
基本施策（自治体の実施責務） ①認知症の理解増進 ②認知症の相談体制整備 ③認知症の方の社会参加機会の確保 ④認知症の予防 ⑤保健医療・福祉サービスの提供体制整備 ⑥意思決定の支援と権利保護 ⑦認知症の研究等推進 ⑧認知症の人のバリアフリー化推進	基本施策『認知症施策の更なる推進』 ①認知症の理解促進 ②認知症の相談・支援体制の充実 ③認知症の早期診断・対応 ④認知症連携会議の継続 ⑤チームオレンジ整備 ⑥地域の居場所づくり ⑦やすらぎ支援の充実 ⑧徘徊高齢者事業の継続 ⑨介護者の負担軽減

3 認知症施策推進委員会での協議事項

- ☆ 認知症施策を協議する**小金井市認知症施策事業推進委員会**で
「認知症施策推進計画」について協議（令和7年3月）

協議事項	認知症施策事業推進委員会での意見
市町村における認知症施策推進計画の策定は、努力義務となっているが、小金井市として計画を策定すべきか。	認知症施策推進計画を策定すべき ※ 市の認知症施策に対する理念や事業の明確化
策定すべきとした場合、単独で「認知症施策推進計画」を策定するのか、既存の行政計画と一体的に策定するのか。	介護保険事業計画と一体的に策定すべき ※ 介護保険事業計画と認知症施策推進計画の方向性一致

4 「認知症施策推進計画」策定に対する市の考え方

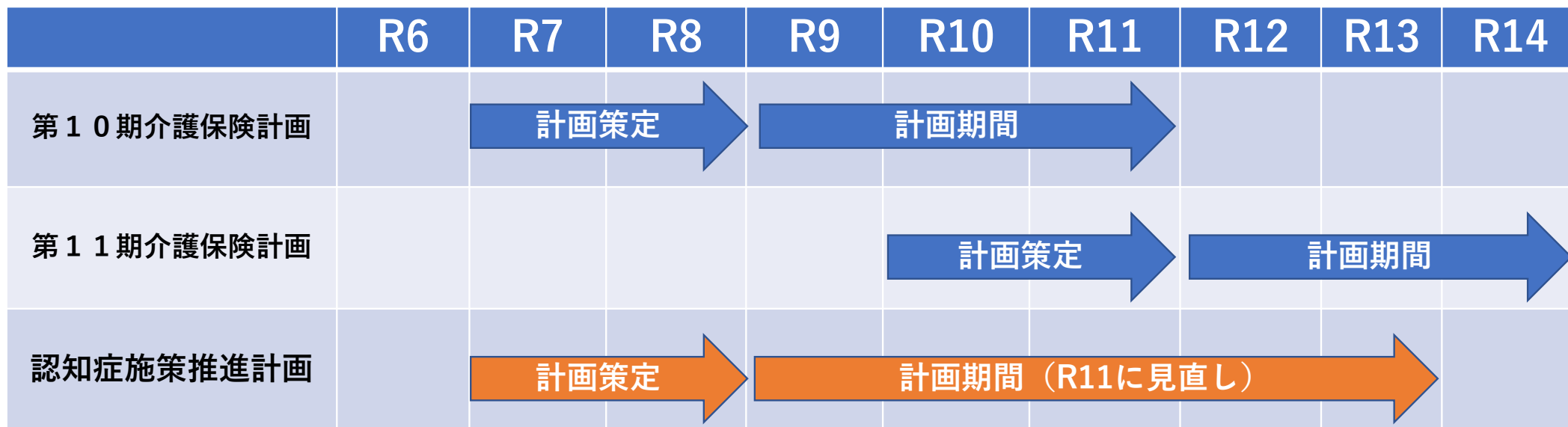
**これまでの認知症施策との継続性や
他の高齢者施策との一体性を考慮**



**第10期介護保険事業計画と
認知症施策推進計画を「一体的に」策定**

- ※ 「認知症施策推進計画」の策定に当たっては、
国の基本計画と都の推進計画との整合に留意

5 今後のスケジュール



令和6年度における各事業実施実績について

※ 評価基準

- A：ほぼ事業内容を達成した。
 B：改善、検討を要する点はあるが、事業内容をある程度達成した。
 C：事業内容を達成したとは言えず、現状について大きな課題がある。
 D：未実施

No.	取組	事業概要	事業区分	令和6年度 実施予定	評価	実施実績
①－1	小金井市医療資源マップの作成	市民に医療資源に関する情報を共有するため、医療マップを作成の上、配布する。	ア 地域の医療・介護の資源の把握	配布・検討	A	改訂作業を行うとともに、市HPへの掲載、関係機関への配架依頼、市民への配布等を実施した。
①－2	介護サービス事業所一覧の作成	市民に介護資源に関する情報を提供するため、介護サービス事業所一覧を作成の上、配布する。	ア 地域の医療・介護の資源の把握	配布・検討	A	事業所の新設・廃止等の都度改訂。介護福祉課窓口で配布
①－3	ACP(看取り等)に関する研修・講演の実施	将来の変化に備え、本人や家族等の希望に応じた医療・ケアが受けられる環境整備のため、研修・講演等を実施する。	ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	－	A	看取り講演会を2回実施 資料2－2のとおり
②－1	在宅医療・介護連携推進会議の実施	地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討する。	イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	実施	A	在宅医療・介護連携推進会議を3回実施 また各部会を計15回実施
②－2	小金井もの忘れ相談シートの活用	認知症に関する家族・相談機関が連携して支援を続けるための相談シートの普及啓発を行う。	エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	運用・普及啓発	A	市ホームページで普及啓発を行うとともに、民生委員による75歳・80歳訪問の際に「高齢者福祉のしおり」を配布しており、そちらにも掲載し、普及啓発を図っている。その他介護福祉課窓口等にて配布
②－3	主治医連絡票の活用	主治医とケアマネジャーが共有し連携を取りやすくするため、連絡票の普及啓発を行う。	エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	運用・普及啓発	B	市ホームページに掲載し、普及啓発を図った。 令和3年度から「介護支援専門員(ケアマネジャー)向け書式等」のページを作成し、もの忘れ相談シート等と併せて普及啓発を実施
②－4	ケアマネタイムの活用	医師と連絡が取りやすい方法、曜日、時間帯等を示した一覧の周知を行う。	エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	運用・普及啓発	A	4月に医師会から情報提供を受け、同月中にケアマネ向けにメールにて配信済み。希望者には介護福祉課窓口でも配布

No.	取組	事業概要	事業区分	令和6年度 実施予定	評価	実施実績
②－５	情報共有研修会の実施	医療・介護事業者等の関係機関の情報共有に関する研修の開催、関係機関同士の情報共有の支援等を行う。	エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	実施	A	別紙「資料２－２」のとおり
②－６	在宅医療・介護連携支援室の設置	在宅医療・介護連携に関する相談窓口を設置・運営することにより、連携の取組を支援する。	オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援	実施	A	支援室を設置し、医療・介護関係者からの相談等に対応 詳細は、別紙「資料４」のとおり
②－７	在宅医療ケア勉強会の実施	医療・介護事業者等の関係者に対して在宅医療・介護連携に関する研修等を実施する。	カ 医療・介護関係者の研修	３回以上実施	A	６回実施 詳細は、別紙「資料２－２」のとおり
②－８	北多摩南部保健医療圏リハビリテーション実施機関ナビの作成協力及び普及啓発	北多摩南部保健医療圏地域リハビリテーション支援センターが作成する実施機関ナビの作成協力・普及啓発を行う。	ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	普及啓発	B	更新に係る確認依頼等がなかったため、特段の対応なし。必要に応じて市民等へ案内を実施
②－９	近隣市在宅医療・介護連携支援室等との情報交換	近隣市の在宅医療・介護連携支援室職員との情報交換を行い、自治体間での連携を強化する。	ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	実施	A	支援室にて、電話・訪問・MCSのグループにて連携・情報共有を行った。 東京都在宅療養支援窓口取組推進研修に参加し、他自治体の事例について学ぶとともに、グループワークにて他自治体の支援室等と情報共有を行った。
③－１	お元気サミットin小金井の開催	在宅医療・介護連携に関する情報の普及啓発のため、講演会、シンポジウム等を開催する。	キ 地域住民への普及啓発	講座満足度 78%	A	令和6年１月１２日及び１３日に小金井 宮地楽器ホールにて「お元気サミット・介護みらいフェス」を実施 来場者 人 講座満足度 %
③－２	在宅療養についてのリーフレットの作成	在宅療養に関する普及啓発のため、在宅療養リーフレットを作成の上、配布する。	キ 地域住民への普及啓発	配布	A	令和２年度に改訂を行い、市ホームページへの掲載及び介護福祉課窓口等にて配布 「看取りについてのリーフレット」を改訂し、市ホームページへの掲載及び介護福祉課窓口等にて配布

令和 6 年度小金井市在宅医療・介護連携推進に係る研修の実施状況について

1 在宅療養推進事業

No.	開催日	名称	内容	講師 (敬称、所属等省略)	参加人数
1	令和6年10月11日	第 1 回ICT連携部会勉強会	MC S のお悩み解決しましょう！	にじいろ薬局 森田氏 株式会社エンブレース 小倉氏 松尾氏	24人
2	令和7年3月3日	第 2 回ICT連携部会勉強会	令和 6 年診療・報酬改定における I C T の利活用	M I C T コンサルティング株式会 社 代表取締役 大西大輔氏	26人
3	令和7年1月15日	看取り講演会（第 1 回）	「これからの日本に医療・介護を考える～ACPを踏まえて縁起でもない話をしませんか～」	東京都医師会理事・立川在宅ケア クリニック院長 荘司 輝昭氏	52人
4	令和7年3月13日	看取り講演会（第 2 回）	「ACP・看取りにまつわるみんなの心配ごと～介護現場のこと・病院でのこと・在宅でのこと～」	おおい在宅緩和ケアクリニック院 長）大井裕子氏 株式会社土屋 定期巡回サービス 土屋小金井 大岩謙介氏	47人
5	令和6年11月27日	第 1 6 回多職種連携研修会報告書	高齢者の虐待対応について」 ～実践での解決までのアプローチやポイントを学ぶ～	かわさき社会福祉士事務所 所長 川崎裕彰氏	52人
6	令和7年3月19日	第 1 7 回多職種連携研修会報告書	医療・介護従事者の高齢者へのコーチング（コミュニ ケーション）について	（株）インソース社 木元栄子氏	30人

2 在宅医療・介護連携推進事業

No.	開催日	名称	内容	講師 (敬称、略歴省略)	参加人数
1	令和6年4月16日	第 3 4 回在宅医療ケア勉強会	「定期巡回サービスって実際どんなサービス？どんな人 に必要？医療との連携は？」	株式会社土屋 定期巡回サービス 土屋・管理者 大岩 謙介氏	27人
2	令和6年6月13日	第 3 5 回在宅医療ケア勉強会	「高齢者の精神障害と認知症」	医療法人社団碧水会長谷川病院 在宅診療部アウトリーチ科 富樫 剛清氏	39人
3	令和6年8月22日	第 3 6 回在宅医療ケア勉強会	「管理栄養士がいない場合、どうやってチームで栄養管 理したらいい？～気付きと実践～」	大岩 謙介氏（株式会社土屋 定 期巡回サービス土屋・管理者）	11人
4	令和6年10月10日	第 3 7 回在宅医療ケア勉強会	①排泄管理ってどうしてる？ 講師：「便秘薬ってこう効いてるんですよ」 ②「お食事からの改善の提案」	①にじいろ薬局 森田洋彰氏 ②多摩小金井栄養ケア・ステー ション 斎藤恵子氏	21人
5	令和6年12月11日	第 3 8 回在宅医療ケア勉強会	「在宅療養における言語聴覚士（S T）の役割」	えいる訪問看護ステーション 渡 邊光氏（言語聴覚士）	11人
6	令和6年4月21日	第 3 9 回在宅医療ケア勉強会	「これって副作用？～薬で変わる生活のあれこれ～」	にじいろ薬局 森田洋彰氏（薬剤 師）	22人

小金井市在宅医療・介護連携支援室 令和4年度 事業概要

資料4

1 在宅医療・介護連携に関する相談件数

医療機関				介護事業所				合計
病院	診療所	歯科	薬局	ケアマネジャー	訪問看護	訪問介護	その他	
4	3	0	4	14	4	0	10	39

2 在宅医療・介護連携に関する研修の実施状況

	開催日時	内 容	参加者										合計
			医療関係者					介護関係者					
			医師	歯科医師	薬剤師	看護師	MSW	その他	ケアマネジャー	訪問看護	介護職	その他	
第1回	令和6年4月15日	「定期巡回サービスって実際どんなサービス？どんな人に必要？医療との連携は？」	2	0	3	0	0	0	14	3	5	0	27
第2回	令和6年6月13日	「高齢者の精神障害と認知症」	0	0	2	0	0	0	24	5	4	4	39
第3回	令和6年8月22日	「管理栄養士がいない場合、どうやってチームで栄養管理したらいい？～気付きと実践」	0	0	2	0	0	0	6	1	1	1	11
第4回	令和6年10月10日	排泄管理ってどうしてる？	1	0	2	0	0	0	7	5	2	4	21
第5回	令和6年12月11日	「在宅療養における言語聴覚士(ST)の役割」	0	0	1	0	0	0	4	2	3	1	11
第6回	令和7年3月13日	「これって副作用？～薬で変わる生活のあれこれ～」	1	0	5	0	0	0	7	2	3	4	22

3 関係機関の情報共有に関する研修の実施状況

	開催日時	内 容	参加者									合計	
			医療関係者					介護関係者					
			医師	歯科医師	薬剤師	看護師	MSW	その他	ケアマネジャー	訪問看護	介護職		その他
第1回	令和6年10月11日	「MCSのお悩み解決しましょう！」	3	4	5	0	0	0	5	1	1	7	27
第2回	令和7年3月3日	「令和6年診療・報酬改定におけるICTの利活用」	5	6	2	0	1	0	5	1	2	3	26

4 その他

- ・在宅医療ケア勉強会(旧ケアマネ勉強会)開催(4/15,6/13,8/22,10/10,12/11,3/13)
- ・会議等出席(小金井市在宅医療・介護連携推進会議、三市看護責任者及び地域医療支援会議、武蔵野赤十字病院会議杏林在宅医療緩和ケアカンファレンス、ほか)
- ・視察等(武蔵野市・西東京市・国分寺市・三鷹市ほか)
- ・部会運営(日常療養支援・多職種連携研修部会、入退院支援部会、急変時対応・看取り支援部会、ICT連携部会)
- ・多職種連携研修会の開催準備等
- ・看取り講演会開催 等
- ・在宅療養支援窓口の会(窓シナの会)開催、その他適宜関係機関との連携

小金井市在宅医療・介護連携推進会議各部会における検討状況について

	日常療養支援・多職種連携研修部会	入退院支援部会	急変時対応・看取り支援部会	I C T連携部会
開催日	令和6年度第3回：令和6年3月15日（金） 令和7年度第1回：令和7年5月21日（水）	第1回：令和5年5月16日（木）	令和5年度第4回：令和6年3月13日（水） 令和6年度第1回：令和6年5月29日（水）	令和6年度第3回 令和7年度第1回：令和6年9月3日（水）予定
目指す姿	本人が安心できる場所で専門職の支援を受けながら穏やかに暮らすことができる。	入退院の際に、医療機関・介護事業所等が情報共有を行うことで、本人・家族が望む場所で、不安なく穏やかに日常生活を過ごすことができる。	各ステージで食支援に対応できるチームが増えるとともに、本人・家族が納得できる看取りに向けて準備ができる。また、自宅か病院かで心が揺れていても、希望に応じた選択ができるように体制を整える。	【部会としての目指す姿】 医療と介護の連携を I C T にてそれぞれ円滑に行うようにする。
検討状況の概要	【令和5年度第4回】 ①令和5年度多職種連携研修会の振り返り（高齢者虐待研修）について共有した。 ②令和6年度多職種連携研修の方向性について検討を行った。 ②日常療養時における目指す姿達成に向け、検討課題の設定を検討した。 【令和6年度第1回】 ①令和6年度第1回多職種連携研修の研修内容について検討を行った。 ②日常療養時における課題の検討を行った。	退院支援・退院調整フロー図について、以下のとおり共有、検討を行った。 ①ケアマネジャーヒアリング報告 ②フロー図以外の情報共有の資料の作成について	【令和5年度第4回】 ①令和5年度お元気サミットの振り返りについて共有した。 ②令和6年度の部会の活動内容について検討を行った。 【令和6年度第1回】 ①令和6年度のお元気サミットの内容について検討を行った。 ②看取りリーフレットの改訂について、内容を検討した。 ③食支援にかかるアンケートについて、内容を検討した。	①退院時カンファレンス研修の振り返りについて共有した。 ②令和6年度の I C T 研修会について検討を行った。
決定事項等	令和7年度第1回多職種連携研修については前回の多職種連携研修の実施状況を踏まえ、前回に引き続き高齢者にかかるコーチングをテーマにした研修とする方向性で決定した。開催方法はハイブリッド形式としオンライン参加者もスムーズに研修に参加できる方法での実施方法を検討することとした。	ケアマネジャーが取得する「退院・対処加算」について、実態として取得可能な事業所が多いであろうことから、市（保険者）として取得支援を行う。 また、ヒアリング結果等に基づき、具体的な情報連携シートではなく、まずは入退院時における各職種の動き等がわかる資料を作成することとなった。	今年度もお元気サミット・介護みらいフェスにて市民講座を実施する。 看取りリーフレットについて、軽微な修正を加え、改訂する。 食支援にかかるアンケートについて、内容の確認を行い、三師会、事業者連絡会等を通じて調査依頼を行う。	ICT研修会を次のとおり実施予定 ①MC S 研修会 日時：令和6年10月11日（金）午後8時から 場所：小金井市薬剤師会 講師：I C T 連携部会 ②ICT研修会 内容：令和6年度診療・介護報酬改定におけるICTに関する部分について 日時・場所：未定 講師：調整中
次回	第2回：令和7年7月15日（火）	第2回：令和6年9月19日（木）	第2回：令和6年8月27日（火）	第2回：令和7年7月17日（水）

会 議 録				
令和 7 年度第 1 回 急変時対応・看取り支援部会		日 時	令和 7 年 5 月 2 0 日（火） 午後 7 時～午後 7 時 5 0 分	場 所 W e b 会議
事務局		小金井市福祉保健部介護福祉課		
出席者	委 員	部会長	大井 裕子（小金井ファミリークリニック）	
		副部会長	東元 亜希（えいる訪問看護ステーション）	
		部会員	宮本 諭（宮本内科医院）	
		部会員	飯塚 央子（武蔵野中央病院）	
		部会員	黒田 俊太郎（黒田歯科医院）	
		部会員	高橋 賢晃（日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック）	
		部会員	長澤 由起子（薬剤師会）	
		部会員	赤池 美都子（ケアプランたいじゅ）	
		部会員	大岩 謙介（定期巡回サービス土屋 小金井）	
	部会員	高橋 徹（小金井ひがし地域包括支援センター）		
事務局		小金井市在宅医療・介護連携支援室 川崎 恵美 介護福祉課主査 加藤 勇一 介護福祉課包括支援係主事 原 千咲		
欠席者				
傍聴の可否	◎可 ・ 一部不可 ・ 不可		傍聴者数	0 人
傍聴不可・一部不可の場合の理由			－	
次 第				
1 開会				
(1) 部会員紹介				
(2) 部会長・副部会長選出				
2 議題				
(1) 在宅医療・介護連携推進会議について				
(2) 前任期の振り返り				
(3) 今任期の活動について				
① 食支援への取り組み、展開について				
② その他				
3 その他				
次回日程				

1 開会

事務局から配布資料等の確認と連絡事項の説明、及び部会員紹介を行った。部長は昨年度までに引き続き大井氏、副部長は東元氏に決定。

2 議題

(1) 在宅医療・介護連携推進会議について

(資料 1) 委員の改選に伴い、本部会の意義について「在宅医療・介護連携推進の手引き（令和 7 年 3 月改定）」の内容も含めてご説明する。地域包括ケアシステムの構築及び在宅医療・介護連携の推進を図る背景として、2025 年に団塊の世代が 75 歳以上となったこと、さらに 2040 年には団塊の世代の子世代も 65 歳以上になることで、ますます医療と介護双方の需要が増加することが見込まれることでその必要性が生じている。市では、介護保険における給付以外に、介護予防、生活支援体制整備、認知症施策、在宅医療と介護連携の推進が地域包括ケアシステムの推進にかかる主な事業となっている。この事業の一環として、在宅医療・介護連携推進会議及び部会を設置し、地域課題の抽出と解決策の検討を行っている。本部会での検討項目は、「急変時における課題と解決策の立案」「看取り期における課題と解決策の立案」「ACP（アドバンス ケア プラン）の推進」となっており、「各ステージで職支援に対応できるチームが増えるとともに、本人・家族が納得できる看取りに向けて準備ができる。また、自宅か病院かで心が揺れていても、希望に応じた選択ができるように体制を整える。」ことを目指している。

(資料 2) 令和 7 年度在宅医療・介護連携推進会議の各部会開催スケジュールは、親会議が 7 月・10 月・2 月の年 3 回を予定しており、各部会とも今後第 1 回の会議が予定されている。最大年 4 回まで開催可能で、各施策等の検討状況により今後のスケジュールは決定していただければと思う。

(2) 前任期の振り返り

(資料 3) 前任期では、看取りパンフレットの作成、看取り市民講座の開催、医療・介護職者向け看取り講演会の実施、食に関するアンケートの実施について議論・実施した。前任期最終回（第 4 回）では、食支援アンケート結果の精査と今後の展開などについて議論いただき、今後の検討課題にもなっている。

ア これまでの活動内容の補足である。市民向けリーフレットを作成することが前任期の大きな仕事だった。食支援についてはまだ具体的なことはできていない。お元気サミットでは毎年看取りの講演会を実施し、過去 3 年間はその前段

部分でお母さんを看取った娘たちの視点の朗読劇を行っていた。

(3) 今任期の活動について

① 食支援への取り組み、展開について

前期最後の部会で介護職（訪問介護）の方への食支援アンケートについて議論いただいた。アンケートの再度の実施がよいか、実施するとすればその内容について検討が必要か、またアンケートの回答からも現場での困りごとは一定数あり、このことを課題として話し合うグループワークのような取り組みができないか等の意見をいただいた。それを踏まえ、今期の食支援についての取り組みを検討いただきたい。

ア 改めてアンケート結果を拝見すると、多くの方が食事の介助中に利用者さんがむせたことがある、服薬時の錠剤の飲みづらさについても感じていると回答した人が多かった。一定数の困りごとはあるが、現場で何とかしていることがうかがえる。窒息時の対応についても質問しているが、回答はそれぞれで、ベースの知識があって対応ができる必要があると思う。適切な対応法を多職種に周知するためのマニュアルが出来上がるとよいと思う。（参考資料）事例検討部分について、部会で内容を検討し、わかりやすいものを作成するのはどうか。

イ 参考資料のどの部分か。

→第3章に記載がある。これを参考にして、文字だけではなく図を入れて施設向けではなく在宅向けに作成したい。

ウ 作成するもののイメージはできるが、具体的に何から取り組めばよいか。

エ このようなものが作成したら素晴らしい。実際に経験した患者さんをケースに落とし込むのか、モデルケースを仕立てて作成するのか。

→一般的なケースと、例として、体重90kgの利用者が窒息し介助者1人で体勢を起こそうとする場合などのアドバンス的なものも加えて作成するのはどうか。

→職員への教育に使用できるものが完成するとよい。

オ 相談できる看護師がいない施設などで、まず自分たちがどんな対応ができるかがわかると助かると思う。

カ うまくいかなかった例や、こうしたからうまくいかなかった、こうすればよかった、などの内容も盛り込みたい。臨床ではそれが参考になったりする。

キ まずは、参考資料にあるケースを在宅で対応できるような内容に作り変えてみるのではどうか。そこにこうしたらうまくいった、うまくいかなかった等の例をイラストなども含めて分かりやすく記載したい。

ク 介護職のアンケートの回答に一定数の困りごとがあることがうかがえるのは興味深い。その内容に対してもマニュアルの中でカバーできるとよいのではないかと思った。

→もう一度アンケートを見直して、困りごとを改めて整理し、それをもとにマニュアルを作成できるとよい。

→MCSで再度アンケート結果を共有する。

ケ 最初から全部のケースを包括したもの作るのではなく、徐々に困りごとのケースのパターンを増やしていけるといいと思う。

コ アンケート結果をもう一度見直してみたいと思った。

→以上を踏まえ、まずは、在宅版の窒息含む食べることで困っている人のためのマニュアルを作成することで決定。

② その他

ア お元気サミットについて、前年度までの3回は朗読劇を行ってきた。今年度は一旦この形を終わりにして、在宅でALS患者さんを多く診ているオギノミエコ先生が地域の人と一緒に活動している場で、劇で在宅での看取りを伝える活動をしている。方法としては、役割を決めてそれぞれが台本を読む形式。今年度はすでにある台本をお借りして実施するのはどうか。現在、使用許可をいただけるようお願いしている。

→この内容で決定。台本が入手できたらまた共有する。

イ 今年度のお元気サミットの日程は11月13日(水)、14日(木)。本部会の枠については、11月13日(木)の午後で決定。

→次回部会是对面で実施し台本の読み合わせを行う。必要があればお元気サミットまでの期間でさらにもう一回部会を実施する。

3 その他

次回予定 令和7年8月5日(火) 午後7時から(対面会議)

会 議 録				
令和 7 年度第 1 回 日常療養支援・多職種連 携研修部会		日 時	令和 7 年 5 月 2 1 日（水） 午後 7 時～午後 8 時 2 0 分	場 所
		対面及び W E B 会議		
事務局		小金井市福祉保健部介護福祉課		
出席者	委 員	部会長 伊藤 直樹（みずたま介護ステーション） 副部会長 田代 誠子（在宅介護サービスエンゼルの会） 部会員 穂坂 英明（前原診療所） 部会員 黒米 哲也（西の久保歯科） 部会員 宮下 直也 （日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック） 部会員 田村 亮一（みなみ調剤薬局） 部会員 中村 紀美 （あんず苑訪問看護ステーション サテライト小金井） 部会員 三原 英嗣（デイサービスふく福） 部会員 久野 紀子（にし地域包括支援センター）		
	事務局	介護福祉課包括支援係主査 加藤 勇一 介護福祉課包括支援係主事 原 千咲 小金井市在宅医療・介護連携支援室 川崎 恵美		
欠席者				
傍聴の可否		◎可 ・ 一部不可 ・ 不可	傍聴者数	0 人
傍聴不可・一部不可の場合の理由			－	
次 第				
1 開会 (1) 委員自己紹介 (2) 部会長・副部会長選出				
2 議題 (1) 在宅医療・介護連携推進会議及び地域包括ケアシステムについて (2) 部会実施スケジュールについて (3) 第 1 8 回多職種連携研修会について (4) 日常療養時における課題に対する解決策について				
3 その他 次回日程について				

1 開会

事務局から配布資料等の確認と連絡事項の説明、及び部会員紹介を行った。部長は昨年度に引き続き伊藤氏、副部長は田代氏に決定。

2 議題

(1) 在宅医療・介護連携推進会議及び地域包括ケアシステムについて

(資料1) 委員の改選に伴い、本部会の意義について「在宅医療・介護連携推進の手引き（令和7年3月改定）」の内容も含めてご説明する。地域包括ケアシステムの構築及び在宅医療・介護連携の推進を図る背景として、2025年に団塊の世代が75歳以上となったこと、さらに2040年には団塊の世代の子世代も65歳以上になることで、ますます医療と介護双方の需要が増加することが見込まれることでその必要性が生じている。市では、介護保険における給付以外に、介護予防、生活支援体制整備、認知症施策、在宅医療と介護連携の推進が地域包括ケアシステムの推進にかかる主な事業として実施している。この事業の一環として、在宅医療・介護連携推進会議及び部会を設置し、地域課題の抽出と解決策の検討を行っている。本部会での検討項目は、「日常療養時における課題の抽出及び解決策の立案」「在宅療養の普及啓発・ACPの推進」「多職種連携研修に関する立案」である。

(資料3) 昨年度の部会の検討状況については、多職種連携研修会を2回実施後、「日常療養時における課題の抽出・解決策の立案」等について議論いただいたところである。

(2) 部会実施スケジュールについて

(資料2) 令和7年度在宅医療・介護連携推進会議の各部会開催スケジュールは、親会議が7月・10月・2月の年3回を予定しており、各部会とも第1回の会議が予定されている。最大年4回まで開催可能で、各施策等の検討状況により今後のスケジュールは決定していただければと思う。昨年度は部会を3回、研修会を2回実施した。

(3) 第18回多職種連携研修会について

ア 前回の研修会の報告について

(参考資料) 当日、WEB参加の方が参加しにくい研修になってしまっていた。ブレイクアウトルームは使わないという話だったが、当日はグループワークが多く、置き去りになってしまっていたことが気になった。次回以降は、講義形式なのか、グループワーク形式なのか、より検討・擦り合わせが必要だと

思う。せっかく参加したのに、あまり意味がなかったという感想もあり残念である。

- (ア) 現地参加者としては有意義な研修だったが、WEB参加者が蚊帳の外になってしまっていたことは否めない。開催の方法については反省材料である。
- (イ) グループディスカッションは有意義だったが、今度は現地参加もWEB参加も一律で講義形式のコーチングに関する研修を同じ講師の方に依頼して行うのはどうか。また、歯科医も参考になる研修をまた企画していただけると嬉しい。

イ 次回の研修会の検討について

- (ア) 前回のコーチング研修は興味があったものの都合が合わず参加できなかった。是非第二弾を企画していただけると嬉しい。また、ACPが個人的には大変難しいと思うのでそれに関する研修があったらよいと思う。
→ACPに関しては、急変時対応・看取り支援部会が担当している。また、看取り講演会も企画している。
- (イ) カスハラをテーマにした研修については、医療・介護関係者のみではなく、窓口担当者も参考になるもので良いと思う。改めて、「多職種連携」であることを認識し、専門的な内容は他の部会に任せ、この部会では、横の繋がりを構築できるような研修を検討していきたい。
- (ウ) 木元講師にもう一度依頼できるのであれば、前回よりも参加しやすい講義形式でコーチング研修第二弾を実施するのは良いと思う。
- (エ) 前回の研修は対面参加でないと内容を習得しにくいと感じた。再度同様の研修を実施するのであれば、WEB参加者はブレイクアウトルームを設定するなどの工夫が必要だと思う。WEB参加者には対面参加できなかった理由があると思う。WEB参加者が多いのであれば、講義形式の研修が望ましい。以前実施したワールドカフェ形式の研修では参加者も大変多く職種も様々で、多職種連携が体感できた。そこで顔の見える関係性ができていて良かったので、そのような多職種が参加できる研修を企画したい。
- (オ) コーチング研修はまた実施してほしい。グループワークがあるのであれば対面が良い。多職種連携研修なので、他の職種がどのようなことをしているのかを共有し学ぶような内容の研修も良いと思う。
- (カ) 全体会として対面でできると良いと思う。

→以上を踏まえて、次回研修についての決定事項は以下の通り。

- ・ 内容：コーチング（コミュニケーション）
- ・ 開催方法：ハイブリッド形式

→講師と調整しブレイクアウトルームを設定するか講義形式で実施

※ハイブリッド形式での実施が可能かどうかも含めて確認・調整

・時期：9月中旬の火曜日または木曜日

・講師：木元講師を第一候補とし、ハイブリッド形式での実施が難しい場合は
前回候補にあがった他の2名も検討

→事務局で調整する。

(4) 日常療養時における課題に対する解決策について

(資料5) 前期の部会で、「目指す姿の達成に必要なこと」として、「本人・家族のニーズの詳細な把握、役割の明確化」について展開していくことと決定した。これについて、「現状」「課題」「課題が生じている背景や原因」について意見いただいた。資料はそれらの課題と課題へのアプローチを改めてまとめたものである。昨年度は資料のSTEP5「具体策の検討・実行」で高齢者に対するコーチング（コミュニケーション）研修を実施した。また、もう一つの視点である高齢者の意思・希望の把握をすることについてまずはその必要性を周知し、ACPやエンディングノートの作成の必要性を周知するなどの実施法を検討した。東京都においては「わたしの思い手帳」を発行しており、ホームページ上に掲載されているため、その案内や周知が可能である。ただし、本内容については急変時対応・看取り支援部会の内容とも重複する部分があり、今後連携していくのか、あるいは本部会としての「本人・家族のニーズの把握」という目的に沿って新たな展開を目指すのか議論いただいてもよろしいのではないかと思います。

ア 例えば、ニーズに関するアンケートを実施するのか、その場合どの職種の人がどの立場の人に聞くのかなどの検討が必要なのか、また、どのような方にどのような方法で情報提供すればいいのか、不明である。今後、議論をどのように進めてよいかわからない。議論の進め方についても意見いただきたい。

イ 医療介護連携推進会議全体の視点で見ると、各部会の担当範囲はそれぞれに高齢者のライフステージと重なる部分があり、流れになっていると思う。本部会については、日常療養を受けている（クリニックには通院しているが、普通に自宅で生活している）方を担当範囲としていると思う。そのため、本部会では広く浅くちょっとした支援や情報提供を行い、日常療養を受けている方が安心して生活できるように検討していけば良いのではないかと。医療・介護には一見関係ないように思う警察などの詐欺の注意喚起も、ヘルパーがそれを聞いて利用者に情報提供ができれば、それは立派な支援なのではないか。

ウ この部会に参加していることで多職種連携がスムーズにできた。広く浅くでも得られた情報を患者さんや利用者さんに活用できれば良いと思う。

エ ACPに向かって考えてみると、それに付随して枝葉のように検討事項が抽

出できるのではないか。

オ 少し病気があっても普通に生活している人たちをどのように支援し、悪化しないようにするかを検討し、それをモデルケースとして各職種の関わり方や情報提供の方法を含めて作成してみるのも良いのではないか。

カ 本部会は、介護予防の段階よりは後、まだ元気な方をどのように支えていくかを検討し、終末期以前の方に対してACPの普及や備えという意味で意識啓発的に情報提供ができればいいのではないか。

キ やはりSTEP5を深堀りするよりも、今一度STEP1～2に立ち戻ったり、特に「市民のための多彩な支援の充実」を検討してみるのも良いと思った。

ク 今後の本部会の議論の深め方や方向性を引き続き検討したい。

3 その他

次回日程について 令和7年7月15日（火）午後7時から

会 議 録					
令和 7 年度第 1 回 入退院支援部会		日 時	令和 7 年 5 月 2 9 日（木） 午後 7 時 0 0 分 ～午後 8 時 0 0 分	場 所 W e b 会議	
事務局		小金井市福祉保健部介護福祉課			
出席者	委 員	部会長	竹田 遼（小金井 竹田内科・小児科・在宅クリニック）		
		副部会長	高橋 愛（訪問看護ステーション トータルケア武蔵小金井）		
		部会員	山本 みゆき（小金井リハビリテーション病院）		
		部会員	菊田 拓也（菊田歯科医院）		
		部会員	水越 新人（日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック）		
		部会員	佐藤 雅彰（アトム薬局）		
		部会員	佐久間 美織（ケアプランこきん）		
		部会員	高野 美子（小金井きた地域包括支援センター）		
	事務局	介護福祉課主査		加藤 勇一	
		介護福祉課包括支援係主事		原 千咲	
小金井市在宅医療・介護連携支援室		川崎 恵美			
欠席者		部会員 瀬口 秀孝（桜町病院）			
傍聴の可否		◎可 ・ 一部不可 ・ 不可		傍聴者数 0 人	
傍聴不可・一部不可の場合の理由			－		
次 第					
1 開会					
(1) 部会員紹介					
(2) 部会長・副部会長選出					
2 議題					
(1) 在宅医療・介護連携推進会議について（資料 1 ・ 2 ）					
(2) 前任期の振り返り（資料 3 ）					
(3) 小金井市退院支援・退院調整フロー図に係る検討（資料 4 ・ 5 ・ 6 ）					
3 その他					

1 開会

事務局から配布資料等の確認と連絡事項の説明、及び部会員紹介を行った。部長は竹田氏、副部長は高橋氏に決定。

2 議題

(1) 在宅医療・介護連携推進会議について（資料１・２）

（資料１）委員の改選に伴い、本部会の意義について「在宅医療・介護連携推進の手引き（令和７年３月改定）」の内容も含めてご説明する。地域包括ケアシステムの構築及び在宅医療・介護連携の推進を図る背景として、２０２５年に団塊の世代が７５歳以上となったこと、さらに２０４０年には団塊の世代の子世代も６５歳以上になることで、ますます医療と介護双方の需要が増加することが見込まれることでその必要性が生じている。市では、介護保険における給付以外に、介護予防、生活支援体制整備、認知症施策、在宅医療と介護連携の推進が地域包括ケアシステムの推進にかかる主な事業として実施している。この事業の一環として、在宅医療・介護連携推進会議及び部会を設置し、地域課題の抽出と解決策の検討を行っている。本部会での検討項目は、「入退院の際に、医療機関・介護事業所等が情報共有を行うことで、本人・家族が望む場所で、不安なく穏やかに日常生活を過ごすことができるように入退院時における課題の抽出及び解決策の立案を行うこと」である。

（資料２）本部会のスケジュールについて、これまで年３回程度開催している。

(2) 前任期の振り返り（資料３）

昨年度までの本部会の検討事項として、入退院支援時における「目指す姿を達成するために必要なこと」を取りまとめ、その「現状」、「課題」及び「課題が生じている背景や原因」から、「多職種間で、どの時点で、どのような情報を共有していくか明確でない等」を課題と設定し、課題解決のため小金井市版の入退院支援・入退院調整フロー図を作成した。昨年度の部会でフロー図については一定完成したものと承知している。

(3) 小金井市退院支援・退院調整フロー図に係る検討（資料４・５・６）

（資料６）昨年度一定完成したフロー図について、今期はケアマネジャーのいない方の場合を検討する方向性で議論を進めていただいていた。そのため、案を基にして想定できる場面や必要な情報の連携などについて意見いただきたい。事例として、最初の段階では介護認定がなく、まずは地域包括支援センターとの連携を行い、その後介護認定等を受ける例がみられる。どのように地域包括支援センターと連携し支援を行っていくのか、最終的に退院時には介護保険申請が必要になってくる場面も想定できるため、詳細についても意見いただければと思う。

ア フロー図の対象としているのは高齢者の方か。

→認識のとおりである。

イ 導入の時点で、基本的に介護保険対象者及び介護サービスが必要だと思われる方には申請をしていただけるよう支援し、必要に応じて地域包括支援センターと連携を取っていく。介護認定が出たら、ケアマネジャーの選定を病院で手伝えることもある。

ウ フロー図としては内容が細かく、文字が多いため視認性が低いと思う。もう少し分かりやすさを重視して作成しても良いのではないか。

エ 入院時ケアマネジャーがいない場合という場合で大きく流れは変わらないように思う。入院時にケアマネジャーがいればより円滑ではあるとは思いますが、情報収集という観点からすればソーシャルワーカーが協力・連携し行うことができる。フロー図においては、ケアマネジャー（ケアマネジャーがいる場合）と地域包括支援センター（ケアマネジャーがいない場合）を分けて作成するのではなく、ケアマネジャーの欄に地域包括支援センターも一緒に記載し内容は1枚にまとめた方が良いのではないか。そうすることで、ケアマネジャーがいる場合といない場合の動きがより明確化されると思う。もし、分けて記載するのであれば、さらに要支援・要介護で分ける必要もあると思う。

オ ケアマネジャーがいる・いない場合で分けて作成すると分かりづらく、まとめて作成すると文字が多く見づらいものになってしまうと思う。前期までフロー図について検討していた部会員は経緯が分かっているため、初めてこのフロー図を見た方がどこまで理解できるものなのかは不明である。視認性という観点から改めて手を加えても良いかもしれない。

カ 前期の検討段階で、もっと情報量が膨大だったものをここまでコンパクトにした経緯があり、使ってみないとどのような効果があるかは分からない。もし、この内容で分かりづらいのであれば、再度精査しても良いと思う。

キ 多職種がそれぞれどのような動きをしているのか、入退院時に必要な情報は何か、それぞれ分かりやすくまとまっている。ケアマネジャーがいない場合については、既存のフロー図のケアマネジャーの欄に地域包括支援センターを付け加えるのはどうか。介護度が要介護以上であれば、病院から直接ケアマネジャーに依頼をいただく場合もある。

ク このフロー図で多職種の動きがわかるのは良いと思った。入院を機に要するサービスの度合いが異なることもあると思うが、退院のタイミングでケアマネジャーがいて、ある程度自宅の状況も目途がついていると安心して退院できると思う。先ほどの話から、病院でも介護認定の支援やケアマネジャー手配の支援もしているということが分かり、在宅療養に対する安心感に繋がると思った。

ケ 介護認定があるかないかで、ケアマネジャーに繋がるか、地域包括支援センターに繋がるかが異なる。認定がない方が急激に体調を崩して入院された場合

は、病院から地域包括支援センターに家族が申請に行く旨の連絡があることもある。また、認定が出るまでの間、ある程度の入院期間で状態が分かった場合は、在宅復帰に向け地域包括支援センターも自宅の環境整備のための家屋調査に立ち会うことがある。病院の見立てで要介護認定が出ることが見込まれる場合には、ケアマネジャーにも声をかけ、家屋調査やカンファレンスにも参加してもらおう。比較的自立度が高く要支援が見込まれる方の場合は、地域包括支援センターが関わっていくことが多い。

コ このフロー図は、利用者が入院してから退院するまでの間に、他の職種が何をしているのかを知るためのものであることが前提である。内容は細かいが、新人のケアマネジャーがこれを見れば他の職種の動きもわかり、今、自分がどのような動きをすれば良いのかがわかるように作成した。地域で入退院支援をしていくうえで、支援レベルの個人差が出ずに、利用者に迷惑をかけずに、スムーズに行われることを目指して、その内容を示している。その点についてご承知おきいただいたうえで次の議論に移りたい。

→どのような目的で誰が誰に向けて作成したものかが分かった。

→他自治体でも、ケアマネジャーと地域包括支援センターを分けずに記載しているものがある。小金井市でもそのような形で作成するのはいかがか。

→以上を踏まえ、事務局で、見栄えよりも必要な情報を記載することに重点を置いたうえで既存のフロー図に地域包括支援センターを付け加えた案を作成し、次回部会までにMCSで提示し、意見をいただくことと決定。

3 その他

次回予定 令和7年9月11日（木）午後7時から