

令和7年度 第2回
蓮田市地域包括ケア推進代表者会議録

【日時】令和8年2月18日(水)
19:00~21:10

【場所】蓮田市役所 303~305会議室

【出席状況】

・委員顧問

| | | | | | | | |
|----|------|--------|----|----|----|--------|----|
| 委員 | 座長 | 多ヶ谷 淑美 | 出席 | 委員 | 委員 | 原 綾子 | 出席 |
| | 座長代理 | 吉川 陽子 | 出席 | | 委員 | 佐藤 晶喜 | 出席 |
| | 委員 | 本田 英明 | 欠席 | | 委員 | 午来 直之 | 欠席 |
| | 委員 | 上田 朋範 | 出席 | | 委員 | 茅野 俊幸 | 出席 |
| | 委員 | 吉田 浩二 | 欠席 | | 委員 | 大塚 武夫 | 欠席 |
| | 委員 | 真辺 紀子 | 出席 | | 委員 | 宮下 よね子 | 出席 |
| | 委員 | 稲橋 秀樹 | 出席 | 顧問 | 顧問 | 須田 秀利 | 出席 |
| | 委員 | 佐々木 祐子 | 出席 | | 顧問 | 外山 哲也 | 出席 |
| | 委員 | 岩田 尚明 | 出席 | | 顧問 | 小川 孔美 | 出席 |

・事務局

山口市長

健康福祉部

森上部長

長寿支援課

鈴木課長、大熊副主幹、五十嵐主任、関田主事

【傍聴者】2名

1 開 会 鈴木課長 諸注意、資料確認

2 あ い さ つ 山口市長

3 議 事

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

～通院支援・院内支援アンケート結果報告～

多ヶ谷座長により進行。

《資料 1-1. 1-2》に基づき、事務局より説明。

●質疑応答 なし

●意見交換

(委員からの意見)

・ケアマネジャーが支援を依頼された際に断ることも可能だが、特別な事情がある場合に限り、一部の利用者に対して対応を実施する場合がある。ただし、この対応は永続的なものではなく、訪問診療、訪問看護、介護タクシーなど他のサービスへの移行を前提とするものもあり、また対応している支援以外に断っている場合もある。対応する主な理由は、主治医との直接情報交換が必要な場合などが挙げられる。

・障がい者手帳を所持している場合、障害サービスの移動支援サービスを使うかたがいる。また、社会福祉協議会では、車いすのまま乗り降り出来る軽自動車2台の貸し出しを実施しており、運転可能な人が利用している。アンケート結果から見たケアマネジャーの対応に関しては、それぞれの関係者が、自分の範疇外のことにも取り組むことで、少しずつ皆さんの暮らしが改善されていくのではないかと感じた。訪問診療の普及によって、課題が少しでも

減少する可能性があると考えている。

- ・以前は介護施設も少なく、介護は家族が仕事を辞め、親の介護者と全てを担ってきた。そのため、支援を関係者が協力し合い、情報を共有しながら実施するようになってきたのは大きな進展だと思う。
- ・通院支援や院内支援には、「交通手段や車両乗降などの支援」、「主治医との受診時に普段の様子を伝え、判断する支援」、「院内でのリスク回避（転倒予防など）」という3つの要素がある。ケアマネジャーが病院に同行する際には、特に2つ目の「普段の生活を把握し、治療にどう結び付けるか、主治医の指示した治療内容をどれだけ守ることができるか」が主な役割だと思う。しかし現状では、「交通手段」や「リスク回避」についても、ケアマネジャーに依頼している現状だと思う。交通手段は、介護サービス一環としてタクシーなどでも支援も可能であり、それぞれの支援内容を分割してスムーズに提供できる仕組みを整えることが、将来的に必要なと思った。
- ・患者と接する中で、子どもに迷惑をかけたくない、自分はまだ病院に行けるから大丈夫といった声を耳にすることがある。病院での治療を継続することや、主治医との話し合い内容を覚え、それを日常生活で実践できるかといった課題について、支援の依頼先がケアマネジャーに集中している現状が見られる。
- ・院内支援について、院内のサポートスタッフの数は潤沢とは言えず、患者家族に支援を依頼している現状がある。また、夜間の救急対応では医療スタッフも少ない体制で運営しており、搬送業務を担う消防の支援も得ることで院内支援を実施している。一方で、平日の日中における来院時には看護助手が検査への同行や車椅子移動などの支援をおこなうことが可能であるため、活用してもらえればと思う。

医師の立場として、ケアマネジャーから直接話を伺いたい事もあるため、対面形式に限らず、電話や紹介状といった形で一定の情報を共有したうえで、さらに深掘りが必要な場合には、改めて電話などで連絡を取る対応も可能だと思う。

通院支援については、ケアマネジャーの負担が大きい状況と感じている。この点について、他医療機関で実施されているような、自前の救急車を用い患者送迎をおこなうことを検討している。ただし、この取り組みを実現するには、数年規模の計画で準備する必要があり、時間もかかると思うが、この方向性を目指していきたいと思う。現行この取り組みを実施している医療機関の情報も活用していただき、ケアマネジャーの負担軽減につながればと思う。

(事務局より)

- ・たくさんのご意見をありがとうございました。アンケートでは把握できなかった部分について、各職種の現状を伺うことができた。本日いただいたご意見を踏まえ、さらに掘り下げた検討を進めるとともに、他の職種の現状も把握しながら、引き続き現状把握と検討を継続していく。

(2) 認知症総合支援事業（認知症初期集中支援チーム検討委員会）

～認知症初期集中支援チームの活動について～

多ヶ谷座長により進行。

≪資料2、別添資料≫に基づき、事務局より説明。

●質疑応答 なし

(認知症初期集中支援チーム員 稲橋委員より補足)

- ・この事業は、本人もしくは家族の同意を得て訪問開始するもの。同意が得られない場合には介入ができず、本人や家族が支援を必要としておらず周囲が支援の必要性を感じている場合、介入が困難になるという課題がある。そのような狭間の状況に対しては、チーム員としてではなく病院の職員として相談に対応するという形で、事業と同様の対応をおこなう場面もあり、実際の訪問件数はもう少し多いと考えられる。

本日4事例を報告したが、関係機関の対応力が非常に向上している印象を受けている。一方

で、狭間にいる人たちが入院対応せざるを得ないような状況になるまでSOSが表面化しない状況が増加している印象もある。早期に介入できていれば、自宅でより長く生活を続けられた可能性があると感じるケースもある。

サービスで介入しているかたが、この時期に相談して良いのかと思うほど、認知機能低下の初期段階から訪問して関わりを持つことができれば、この認知症初期集中支援事業の目的に合致すると思うので、各関係機関との連携を深められたらありがたいと思っている。

●意見交換

(委員からの意見)

- ・相談を受ける際には、すでに症状が進行しており、入院か施設入所という二択を迫られる状況が多い。認知症を疑われるかたが受診し、医師から「初期」と診断された場合、深刻に捉えるよりも、初期であるためまだ問題ないと受け止めることが多く、その先の介護予防や認知症予防といった行動変容につながるケースは少ない印象がある。この事業の効果をさらに高めるためには、認知症について住民に正しく理解してもらうための取り組みが重要である。加えて、認知症の早期発見を目的に、健康診断の仕組みの中にうまく組み込むことも検討いただけると効果的であると感じた。
- ・相談の時点で症状がかなり進行していて、入院か救急搬送か、施設での緊急ロングショートのいずれかという選択肢になるかたが多い。また一度相談につながっても、大きな問題がなかった場合、サービスを利用しない選択をする家族が多く、次の相談時には救急搬送となることがある。もう少し初期の段階で、狭間のかたの対応をできればと思っている。
- ・救急現場でも、認知症状はないとおっしゃるが、認知症を疑われるかたの搬送がある。しかし搬送先の医療機関からは、認知症の既往や同伴者の有無について聴取されるため、救急要請の段階で救急隊が簡易的な問診をしている。認知症が進行しているかたの救急要請は、受け入れ先の選定が困難な状況もあるため、現場に臨場しているケアマネジャーに、同行を相談することあったため、本日の意見交換内容を現場と共有しようと思う。
- ・薬剤師会では、年1回の「薬剤師認知症対応力向上研修」にて連携先を検討するようなグループワークを実施している。ただし、研修に参加できない職員もいるため、前年度この会議でいただいた認知症ケアパスを活用し、相談先の共有をおこなっている。日常業務において、薬を服用したかわからない、薬をなくした、薬を捨ててしまった、受診を忘れた、といった問い合わせが多くあり、地域包括支援センターに相談しているが、対応に悩むこともある。家族が同行している時は、対象者の状況をご家族に伝え相談先を紹介するが、単身で受診されているかたへの声かけについて、稲橋委員にうかがいたい。

(認知症初期集中支援チーム員 稲橋委員より回答)

- ・個々のケースにもよるが、一人暮らしで何か生活の中で困っていることはありますか、と尋ねることで、あると返答がある場合には、相談先を紹介し相談先への仲介を提案することがある。また、何も困ってない、と回答があった場合には、ご飯は毎日3食食べられていますか、日中は活動的に動いていますか、とさらに具体的に質問をすることで、ご本人が挙げられた困り事に対する相談先を紹介している。受診拒否や認知症状の否定があった場合も、本人が困っている、と回答できるような質問をすることで、介入の必要性を感じもらう契機となるため、意図的な声かけをおこなっている。

●顧問より助言

- ・この医療体制が、社会の末端まで広まっているか、困った人に有効性があるのか考えていました。厚生労働省が効率化を図っていますが、取り残されるかたたちが多すぎると感じています。通院支援については、ケアマネジャーに負担がかかっている状態になっているため、前向きに体制を立て直していく必要があると思います。これだけの資源がある国なのに、うまく資源を活用できていないのではないのでしょうか。今一度みんなで課題解決していた30年40年前の時代を踏まえ、前向きに考え、解決策はたくさんあると思いますので、有効に動

けるよう前向きな日本を取り戻してほしいと、皆さんの話を聞いていて思いました。

- ・通院支援、院内支援について、ケアマネジャーの業務で在宅介護が成り立っている現状が見えたと思います。通院支援が必要になることを理由に、訪問診療を導入することは多いです。無理に通院しなくても医療サービスを受けられるかたはいらっしゃるので、関係職種で認識を共有することで、サービスにつながることも可能だと感じました。一方、通院が必要なかたも一定数いると思いますので、自治体として介護保険外のサービスに取り組んでいる例などを知りたいと思いました。院内支援については、その有無が通院先を決定する一つの要素になると思います。患者が、医療機関の院内支援の有無を把握し、通院先を決定できるような情報の集約と公開が必要だと思いました。

認知症初期集中支援チームを十分活用するためには、認知症状がなんとなく気になるという初期段階で地域包括支援センターに相談して良い、という認識を広く持っていただくことが、非常に大事なことだと思います。軽度であっても認知症が気になる時には、地域包括支援センターに相談するという流れがつけられる必要があるのではないかと感じました。

- ・認知症初期集中支援チームの話に絞って助言いたします。「事業と実際の困り事の狭間」、「相談時には入院、施設、救急搬送、施設のロングショートという選択肢」という状況が、支援チームメンバーの大変な部分だと思いました。先日、虐待対応の専門職にお話をうかがう機会があり、支援を受けようとしなにかたへの対応について考えてまいりました。認知症に対しての拒否が強いかたもいるため、稲橋委員のお話しされた、困り事をつくって見つけてあげる、という関わりのきっかけづくり自体に皆さん困難を感じているのではないかと改めて痛感しました。また、認知症サポーター養成講座をはじめとした、認知症を理解し寄り添うという視点の研修は多くありますが、認知症の本人や家族を対象とした対応能力を上げる研修は今あるのでしょうか。高齢化が進行し単身世帯も多い今、「認知症状の進行で起こりうる場面伝える場」を提供する必要性があるのではと思いついてお聞きしておりました。

(3) 事業報告

多ヶ谷座長により進行。

・在宅医療・介護連携推進事業

～急変時等課題共有にかかる情報交換会の開催について～

《資料 3-1. 3-2》に基づき、事務局より説明。

●質疑応答 質問なし

(ファシリテーターを務めた外山顧問からの補足)

- ・急変時対応という漠然としていますが、方向性がぶれないように、蓮田市として何ができるかを考えながら、話を進めています。急変時のニーズは個別性が高いため、ACPを基本として、状況に応じて適切に対応できるようシステム化することを考えています。

(委員からの意見)

- ・本日の議題に共通点として、対象者は自分は受診、認知症、急変時の支援が必要にはならない、と思っていると感じた。様々な意見が出たが、診察が必要な際、医療介護関係者同伴のもとオンライン診察を受けるといった選択が可能になるし、マイナンバーカード活用開始に伴い、薬剤情報閲覧が容易になり、救急要請時に紙情報がなくとも、処方薬の把握が可能になると思う。また高齢者に関することも、学校教育と共同し若い世代に向け、両親が病気になった時にどうするかというテーマを提供することで、広い世代の考える契機となり、エンディングノートなどの活用も拡大すると感じた。ケアマネジャーやヘルパーのマンパワーにも限りがあるため、現行の高齢者事業を継続するには、ICTと活用やより広い視点での事業検討が必要と感じた。

4 その他

鈴木課長により進行。

●会議録及びホームページへの公開について

●次期委員委嘱および令和8年度第1回会議の開催時期などについて

5 閉 会 吉川座長代理