

令和8年度第2回安城市地域ケア推進会議
安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会
安城市認知症初期集中支援チーム検討委員会

日時 令和8年7月16日（木）

午後1時30分～午後3時

場所 社会福祉会館 3階 会議室

1 会長あいさつ

最近2040年問題についてよく耳にする。本日の新聞に老老介護が75%、独居高齢者が933万人と掲載されており、いろいろな問題を抱えた方が増えてきている。一方で、看護師の志望者が減るなど地域医療を支える人口が減ってきている。少子高齢化が進んでいる中で我々はこれからも地域医療を支えていかなければならないという現状があるので、DXやAIを活用して効率化しつつ、顔の見える関係を続けて支えていきたい。

2 議題

(1) サルビー見守りネットについて（資料1）

資料1に記載の訪問介護事業所についてサルビー見守りネットの利用承認をしてよろしいか。
(承認)

(2) 認知症初期集中支援チーム検討委員会（資料2）

・認知症初期集中支援チームとは
事務局)

(資料2-1) に沿って説明

・認知症初期集中支援チームの活動報告
認知症初期集中支援チーム)

(資料2-2) に沿って説明

(意見交換・質疑応答)
ケアマネット部会)

本人課題に加え家族課題も大きく、抱え込まずに関係機関で共有し知恵を出し合う重要性を感じた。往診医の関与・紹介状作成などのプロセスが参考になった。

保健福祉部会)

精神科受診が必要と判断したタイミングと受診に至った経緯は。

認知症初期集中支援チーム)

奥さんが「怖い」と言ったことが、精神科受診が必要と思ったきっかけ。支離滅裂な発言があり、制止しようとするとう攻撃的な目や言動が見られた。ただ、BPSDが顕著で精神科入院後に寝たきりになったり、転倒したり、肺炎で亡くなる方、そして家族がこれでよかったのかと後悔される場面を見てきて、精神科受診を勧めることに悩みがあった。

近隣から苦情が入ったわけではないが、家の外に出て大声で叫ぶなどがあり、奥さんが『近所に何か言われたらどうしよう』という不安が強くなったことが受診へ動くきっかけになった。

医師会部会)

こういったケースは本当に難しいと感じるが、約1年間、何とか在宅生活を続けられたこと自体、支援チームの皆さんが生活を守った面が大きいと思う。医療者は『もっとできたのでは』と自分を責めがちですが、支援者を支える視点も大事だと感じた。

デイネット部会)

デイサービスでも症状の強い方の対応でスタッフが病んでしまう、怖くなってしまう、トラウマになることがある。地域の資源を活かしてそれぞれ得意分野で支える形が必要だと思う。例えばデイサービスのスタッフが関わることで、その方が安心できる言葉や記憶、落ち着くポイントを探ることもできるので、連携ができるといいと思った。

保健福祉部会)

報告の中で、一人歩きの末に事故で亡くなられた方の話があった。地域支援の立場から、見つけるつながるネットワークの啓発は地域でもできるし、町内単位での搜索模擬訓練なども進められると思う。居住地周辺で見つけて、遠くへ行く前に支える取組ができるといいと思った。

衣浦東部保健所)

精神疾患に関する相談について、保健所では精神保健福祉相談員による相談ができる。本人でなくても家族や支援者の相談も多い。月1回、医師による無料相談もあり、公的事業で無料なのでぜひ活用していただければと思う。

認知症初期集中支援チーム)

精神科受診は良くないという個人的な思いもあったが、このケースを通して、必要なケースもあると学んだ。今後も症状や環境を観察し、環境調整や家族への介護指導で改善することもあるので、アセスメントして必要に応じて精神科受診も勧めていけたらと思う。

(3) 在宅医療・介護連携の安城市のめざす姿と取り組みについての検討(資料3) 事務局)

(資料3)に沿って説明

在宅医療介護連携推進事業について、市としての『目指す姿』を明確にし、関係機関で共有した上でPDCAを回す必要がある。特に重要な4つの場面(①日常の療養支援、②入退院支

援、③急変時の対応、④看取り）ごとに、場面別の目指す姿・目標を設定したいとして、グループワークを実施。

〈グループワーク意見〉

【日常の療養支援】

- ・めざす姿に「本人の意向に沿って」とあるが、本人と家族の思いが異なるケースも多い。本人と家族両方が主語になっているとよい。
- ・「疾患や介護度に応じた」というのは大切だが、同じ疾患や同じ介護度でも、在宅の環境や家族の支援体制によって、紹介するサービスや選択肢は大きく変わってくる。
- ・在宅療養のイメージがつかない人も多い。在宅医療ガイドブックを市で作成している。ガイドブックについて民生委員は知らなかったため、知識として周知できるとよい。福祉センター等にもおいてあるが、認知度は低い状況。
- ・民生委員は地域住民で在宅生活が大変等の相談があれば、包括を紹介している。

【急変時の対応】

- ・めざす姿に、本人だけでなく「家族の意向」も大事。
- ・本当に困るのは身寄りのない人への対応
- ・初期アウトカムに「救急隊との連携」の記載がない：救急隊のとのやり取りがもう少しスムーズにいくとよい。
- ・施設・小多機では、搬送時家族がいないと、職員が必ずついていかなくてはならない現状だが、施設の体制によっては同乗が難しい状況もある。
- ・本人情報や本人の意思が示されたツールがあると、搬送時に情報がスムーズに消防隊に伝わる。
- ・不搬送の同意書の活用がされていない。
- ・わたしノートに記入があり、在宅希望があっても、状況が変わると本人や家族の希望が変わる。その時々状況の変化をどう把握していくかが課題→ケアマネジャーがケアプランにその都度反映させてくれるとよい。
- ・わたしノートは元気なうちに記入し始めることが大事。
- ・アウトカム指標に数値評価の設定がない。
- ・在宅診療のキャパシティがわからないので、在宅診療に対応できる状況が整っているのか判断できない。
- ・心不全で入退院を繰り返す人が問題。再入院の予防が大事。薬の管理ができていないのは退院時の連携ができていないのか、患者さん自身が管理できていないのか、見極め必要。
→再入院が減っていけば、連携できている指標になる。

【入退院支援】

初期アウトカムについて

- ・入退院時に情報提供をするのはケアマネジャーのみでなく薬剤師等も行っている。

→「患者を支援する多職種が」に変更するとよい。

- ・在宅に戻れるかどうかは家族の体制が大きく影響してくる。
- ・スムーズに情報連携をするには ICT の推進が必要。
- ・入院時に院内ではだれが情報収集するか。患者にケアマネジャーがついているかはすぐには判断できない。何度か同じ情報を本人や家族に聞くことになる。うまく情報が共有できるとよい。
- ・退院前カンファレンスの有無は加算の算定要件に該当するかしらないかによる。
- ・病院によっては退院後訪問があり、病院看護師と訪問看護の看護師が同日に訪問したケースもあり、引継ぎができることで患者にとっても安心感が得られる。

【看取り】

- ・看取りについて考えている利用者はあまりいない。10%くらい。きっかけが無いと考えない。看取りについて考えようといっても漠然としていてイメージがわからないので、まず、どんなお葬式にしたいか考えてもらい、ACPにつなげていくと話がしやすくなる。
 - ・わたしノートを書くタイミングは身近な人の死など。そのタイミングでわたしノートなど看取りについての情報とつながるかどうかが。タイミングが大事。
 - ・書くこと自体が大変。みんなで書きましょうという機会があればいいかもしれない。
 - ・わたしノートを病院に取りに来る人が多いので、普及はされていると感じる。
- 書いているかどうかは把握できない。
- ・施設ではわたしノートにある本人の好きなことなどの情報はとてもほしい情報。入所者全員に書いてもらったこともある。好きな食べ物は希望を叶えやすい。
 - ・わたしノートを書く、施設で叶えてもらえる場合があると広まれば、書く動機づけになると思う。
 - ・グループホーム入所時、今までにわたしノートを持参された利用者が1人いた。グループホームに入所される時点では、記入できない状態。元気なうちに記入が必要。
 - ・わたしノートを持っても、書いた日が5年前だと、再確認が必要になる。定期的な更新が必要。
 - ・急性期かそうでないかで対応は変わる。がんで余命2か月な人と、心不全で余命まで長い人とで看取りの支援も変わる。本人、家族もあと2か月なら延命治療はやめようということもあり、医師として正確に余命を出せるように努めている。
 - ・余命がわかれば、薬を減らすという選択肢がとれる。薬剤師が相談に乗ることができる。
 - ・本人、家族だけでなく、ケアマネジャーなど支援者も急性期の看取り、そうでない場合の看取り、段階を経た看取りについての知識を持つとよい。
 - ・選択肢についてもっと詳しく知りたいと思う。看取りの場所のイメージがわからない人が多い。
 - ・以前、病院・特養・グループホームなどそれぞれでどこまで看取り（医療）に対応できるかをケアマネジャーの研修で情報共有を行った。市民やケアマネジャーが看取りの場所の選択肢について知ることができたらよい。
 - ・めざす姿や目標の項目、文言については異議、意見なし。

今後、多職種向けのアンケートを実施予定。グループワークとアンケート結果をもとに、次回会議で目指す姿・目標を示す予定。

3 各部会からの情報共有

【ケアマネット部会より】

厚労省より示された『シャドーワーク』の課題を踏まえ、業務環境整備について高齢福祉課とも相談しながら検討中。他部会とも意見交換しつつ、理解促進・具体化を進めたい。

4 連絡事項

・おれんじフェスタ2026 in アンフォーレ

日時：令和8年9月5日（土）午前9時30分～午後3時

場所：アンフォーレ1階

・地域包括ケアフォーラム（市民向け）

日時：令和8年11月18日（水）午後2時～午後3時30分

場所：総合福祉センター 多目的ホール

内容：フレイル予防に関する講話と体操

・多職種研修会

日時：令和8年10月31日 午後2時～午後4時

場所：八千代病院

内容：ポリファーマシー対策はなぜ難しいのか ～八尾市の取り組みから考える～

講師：八尾市立病院 事務局 事務局長 小枝 伸行先生

・保健所より結核研修会についてご案内



↑会議録確認
できます！

次回 令和8年11月19日（木）午後1時30分～3時 社会福祉会館 3階 会議室