

さぬき市在宅医療・介護連携推進協議会 令和7年度第2回会議 会議結果

- 1 会議日時 令和8年2月16日（月）18：30～20：00
- 2 会議場所 さぬき市寒川庁舎 1階多目的ホール
- 3 出席者 [委員] 南 篤・植村麻里・宮本明子・宇山真奈美・防越一美・  
穴田美知子・寺島理香・神前政季・都築昌悟・清原真規子・  
辻よしみ・中川勝幸  
[事務局] 木田恵美子（大川地区医師会在宅医療介護連携支援セン  
ター相談員）、高西恵（長寿介護課長）・藤田宏江（包括支援  
センター所長）・飯原由布子（包括支援センター）  
[傍聴人] なし
- 4 議 題 (1) 令和7年度在宅医療・介護連携推進事業の事業報告について  
(2) 令和8年度在宅医療・介護連携推進事業の事業計画について  
・令和8年度「在宅医療・介護普及啓発講演会」に伴う事業について  
(3) 意見交換  
・「入退院支援」場面について
- 5 資 料 さぬき市在宅医療・介護連携推進協議会令和7年度第2回資料

## 6 会議要旨

発言者	意見概要
事務局	<p>本協議会は、地域の医療・介護関係者に参画いただき、在宅医療・介護連携の課題の対応策についての検討することを目的として設置している。</p> <p>開会にあたり、南会長に挨拶をお願いする。</p> <p>(会長挨拶)</p>
事務局	<p>会長がこの会議の議長となるため、議事の進行は南会長をお願いする。</p>
議長	<p>議題（１）令和７年度在宅医療・介護連携推進事業の事業報告について事務局から説明を求める。</p>
事務局	<p>(事務局説明)</p>
議長	<p>議題（１）について、意見や質問はあるか。</p>
議長	<p>見える化システムからのグラフ資料を見ると、さぬき市における高齢者の増加と労働人口の減少の傾向が見てとれる。高齢者を支える側がどれくらいいるかが大事なように思うが、介護事業、特にヘルパー等の労働人口は把握しているか。</p>
事務局	<p>具体的な数は把握できていないが、事業計画を作る際にはヘルパー等介護人材の必要量に基づく計画になるものと考えている。また、特に地域に出ていくヘルパーが不足していると聞いており、ケアマネ業務をする中で依頼を受けてもらえなかった経験もある。</p>
委員	<p>訪問介護事業所では、募集しても応募がなく、人材不足を実感している。特に、食事の時間帯などにニーズが集中するため、人手が足りていない。新規の事業所が開設されたという話も聞くが、同じ人材が事業所間を異動しているだけの場合もある。また、ヘルパーの高齢化が進んでおり、定年を79歳まで延長して何とか調整している。厚生労働省もヘルパー育成を推進しているが、資格を取るまでの時間とお金がネックとなり新規参入者が少ない状態が続いている。</p>
議長	<p>続いて、議題（２）令和８年度在宅医療・介護連携推進事業の事業計画について事務局から説明を求める。</p>
事務局	<p>(事務局説明)</p>
議長	<p>講演会に伴う事業について、令和５、６年度は協議会の事業として、展示紹介</p>

事務局	<p>を行った。令和8年度の実施についてその内容を含めて意見ををお願いしたい。</p> <p>令和5、6年度の講演会では、本協議会主催で協力事業所による医療・介護に関する展示紹介を、6年度は寒川高校看護科の学生による展示紹介を併せて行った。会場のロビーが華やかになり、良い雰囲気で開催につなげることができた一方で、協力事業所にはボランティア的に参加いただいたことから、負担をかけたのではないかと思う。</p> <p>次回のテーマが認知症であるため、市内の認知症カフェを行う支援センターやユマニチュードに取り組む介護施設への声かけや協力事業所を募って実施したいと考えている。</p>
委員	<p>認知症にテーマを絞ると、令和5、6年度のような華やかな展示は難しく、コンパクトな展示になってしまうのではないかと。</p> <p>また、認知症カフェを実施しているが、認知症に特化しているわけではないがよいか。認知症の人だけでなく、過去に寝たきりの人を介護していた人も含まれていて、居場所的な場となっている。活動そのものの紹介をすることは可能である。</p>
委員	<p>さぬき市で唯一の認知症対応型デイサービスをしているため、展示にはぜひ協力したい。</p>
委員	<p>認知症について一般の方から、「どうすれば良くなるのか」や「どのようにすれば症状が落ち着くのか」という質問をされることがよくある。認知症に特効薬はないこと、同じ認知症であっても人によって症状は違うということを地域の人に伝えられるようにしたい。</p>
事務局	<p>本日いただいた意見を踏まえて今後検討していきたい。認知症について正しい理解を深められるような講演会にできればと考えている。</p>
議長	<p>続いて、議題（3）意見交換について、事務局より、①中・長期的な事業計画の確認及び、②「入退院支援」場面について、意見交換のテーマにしたいとの提案があった。</p> <p>ここからの進行は、事務局に願います。</p>
事務局	<p>まず、①中・長期的な事業計画について、厚生労働省作成の在宅医療・介護連携推進事業の手引きにおいて、在宅医療と介護の連携した対応が求められる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）が示されている。そのうち、③急変時の対応について、第1回目の協議会で協議した内容を追記したため、確認をお願いしたい。</p>

	<p>今回は、②「入退院支援」場面（②）について、意見をいただきたい。前回の協議会で③急変時の対応場面を検討する中で、身寄りのない人への対応や情報共有の方法等といった入退院場面での課題についても話題に上がったことから、意見交換を行いたい。事前に委員のケアマネジャー及び病院関係者にヒアリングを行い、資料2を作成した。関連事項や追加事項があれば意見をお願いしたい。</p>
<p>委員</p>	<p>身寄りのない人の場合、受診の付き添いや入院の手続き・準備等をケアマネジャーに求められることがあるが、利用者のことをよく知る立場ではあっても家族ではないため、治療方針の決定や契約書へのサインはできない。現在、ケアマネジャーのシャドウワークが問題になっており、正義感や責任感から、本来の業務から逸脱した専門外のことまでしてしまう人もいる。過剰に期待に応えようとする行為は、トラブルの原因となるリスクの高い行為だということを理解して動かなければならない。また、この件について市をあげて改善に取り組んでほしい。</p>
<p>委員</p>	<p>連携しやすい病院もあれば、情報のやり取りが難しく情報を伝えにくいと感じる病院もあり、病院ごとの対応の差を実感している。最近レスパイト入院をさせてくれる病院も増えて助かっている。カンファレンスでは、多職種が集まって情報共有できたり、本人を目の前にしてどれぐらいのレベルで今動いているかを把握しやすかったりと、以前に比べてスムーズな連携ができるようになってきた。</p>
<p>委員</p>	<p>情報連携がうまくできるかは担当者によるところが大きい。この家族は配慮が必要だというような公式の書類に載せにくい情報を別紙に記載して渡したところ、十分に読んでもらえず共有できていないことが度々あった。これらの情報が上手に連携できていないと、最終的に様々なところに飛び火する可能性がある。</p>
<p>委員</p>	<p>病院では、入院日数等の基準があるため長期の入院は難しく、市民病院では平均在院日数が、急性期病棟で12～16日、地域包括ケア病棟では21日となっている。地域の住民が求めるときに入院ができ、また救急依頼があった時には受け入れできる体制が求められるため、病床回転率を上げていく必要がある。そのため、入院当初から退院支援を行う必要があるが、入院早々に退院の話を行い、患者や家族が憤怒することもあった。ACPの研修（人生会議サポーター養成講座）に参加し、本人の思いや大切にしているもの、今後どうなりたいかを把握したうえで退院支援を行うことが適切だと気づかされた。「退院支援」という言葉が独り歩きしないよう、本人の生活をよく知るケアマネジャーや地域の各職種の方と情報共有しながら、本人や家族が納得したうえで生活したい場所に戻れるように手助けしていきたい。また、このような勉強の場をスタッフにも提供できるようにしていきたいと考えている。</p>
<p>委員</p>	<p>調剤薬局では、入退院支援のカンファレンスに参加できないため、詳しい病名</p>

	<p>や手術内容などが把握できない。そのため、カンファレンス後にサマリーをFAX等でもらえると、おくすり手帳に記載することができ、退院後の服薬管理をスムーズに行うことができる。</p>
<p>委員</p>	<p>市民病院在宅療養支援室では、地域で暮らす方への訪問リハビリや訪問看護、訪問診療を提供している。他病院の医師の指示が受けられないため、院内に入院していた方のみが支援対象になる。院内のため、介護は病棟から、リハビリは院内リハビリからと情報も得やすく、また退院前カンファレンスでは全職種で開催しているため、退院後のチームが顔の見える関係となることから、スムーズに連携ができており、連携の面で困っていることはない。</p>
<p>委員</p>	<p>訪問介護では、人材不足が一番の問題である。入院当初から退院支援が必要となるため、入院してもすぐに退院後の段取りをしなければならず、そのスピード感にスタッフが苦勞している。また、段取りをしてもすぐに再入院となるケースもあり、人手が足りない中で何とか段取りしても徒勞に終わる場合がある。</p>
<p>委員</p>	<p>訪問看護では、在宅の方の情報はケアマネジャーから、退院して在宅に戻る方の情報は病院から得ている。退院時の情報連携については、以前よりも密に行われており、退院前カンファレンスに参加しなくてもよいぐらいの情報をFAXでいただいている。また、在宅担当の医師への引継ぎがきちんとできているため、後々のフォローが以前に比べ簡単になっている。入退院支援に関してはアセスメントしやすい状況のため、連携に関する困り感は特にない。</p>
<p>委員</p>	<p>通所施設でも退院時にはカンファレンスやケアマネジャーとの協議があるため、連携部分では特に困っていない。入所施設としては、入所者が入院して空きベッドが出た場合は、それをショートステイとして活用するなどの調整を行っているため、入院期間の見通しを示してもらえるとありがたい。</p> <p>身寄りがない方については、病院に同行しても施設では何も決められず、同意書へのサインもできない。一人暮らしかどうかや身寄りの有無については、ケアマネジャーが把握していると思われるため、そのような方に対しては早めに後見人の話をしていく必要があるのではないかと。</p>
<p>委員</p>	<p>通所介護では入退院支援に関して困った経験はない。独居の方の場合、1日の3分の1程度を1週間ほぼ毎日施設で過ごす場合があり、施設であるが半分在宅のような状態となる。カンファレンスに参加できれば、退院後は普通食に戻してほしいというような本人や家族からの要望を直接聞く機会となり、それらの要望に対応することができるためありがたい。カンファレンスがない利用者や家族が忙しく連絡が取れない場合には、状態も本人の意向も分からず、施設として利用者により時間を提供できずに困る場合が多い。</p>

	<p>退院後に独居の方等が薬の管理ができず、家に薬が多量にあって飲めていない状況の時にどうしたらよいかわからず困っている。服薬ができていないせいで血圧が高く、施設での入浴ができない場合もあるため、特に独居の方について退院後の連携ができれば助かる。</p>
<p>委員</p>	<p>そのような場合、かかりつけの調剤薬局に相談してもらえれば、自宅に訪問して残薬を確認の上、医師に報告することができる。薬で困っていることがあれば気軽に相談をしてほしい。</p>
<p>委員</p>	<p>カンファレンスをしっかり行っても退院後に在宅での生活を開始すると、薬がたまるなどの困りごとが発生することはよくある。以前に、病院が1か月程度本人の退院後の生活を様子見して状況把握してくれたり、入院中に日帰り外出して自宅での生活状況を病院と共有し、退院後の生活環境や必要な医療について病院と調整したりできたという経験がある。本人と病院との関わりについて、入院中や退院後の外来だけではなく、そのような部分でも今後は関わりが持てるようになればよいのではないか。</p>
<p>委員</p>	<p>ヘルパーや高頻度で通っている通所施設などは家族の知らない側面を知っている場合があり、ケアマネジャーより持っている情報量が格段に多い。重症度によって劇的にADLが変わる場合があるため、初回カンファレンス時にヘルパー等に参加してもらえると、在宅での生活について以前と同じ生活に戻れるか等の方向性や院内でのケアがしやすくなるのではないか。</p> <p>後見人について、ケアマネジャーとして担当している方の中に身寄りがないも同然の方がおり、問題が多くなり昨年夏に後見人をつけた方がいる。先日自宅で一人で亡くなったが、訪問診療の医師や後見人、ヘルパーと相談しながら様々な支援を入れていたため、通常よりシャドウワークが少なかった。この件では各担当が後処理を粛々と進めることができたことから、後見人に関する情報提供や発信も大事だと気付かされた。</p>
<p>事務局</p>	<p>身寄りのない人については包括支援センターでも困ることが度々ある。包括支援センターでは、成年後見制度について、日常生活自立支援事業の利用を社会福祉協議会に相談する等、関係機関と連携して取り組みを進めている。また、葬儀会社等でも終活支援に関する個別相談や契約を行っていると聞いているため、公的機関だけでなく、民間団体の情報も含めて紹介していけるような体制づくりをしていきたいと考えている。</p>
<p>委員</p>	<p>ここ数年で医療と地域がつながってきたように感じる。それぞれが高い意識を持ち、本人が今後どのように生活をしていくのか、本人に何かあった時にどうしたらよいかなど、想像力を持ち、先を見据えながらどうしていくかというところ</p>

	<p>まで考えながら支援できている。</p> <p>しかしながら、様々な職種がいる中でそれらをうまく活用できていないところがあるとの課題も見えてきた。近年増えている調剤薬局の有効活用や、第1次に活躍しているヘルパーからの情報を集約することなどにより、本人の状況をより適切に把握することができるだろう。また、後見人についても早くから手続きできていれば、様々な場面でよりスムーズな対処をすることが可能になるだろう。皆、自分がやっていることは見えていても、前後の動きまでは把握できていないことが多い。そのため、保健師が全体を見てうまく調整ができればよいのではないか。保健師でなくても、それぞれが支援をする際に想像力を働かせ、今までの関わりの中で考えて連携していけば、よりよい連携が続いていくだろう。</p> <p>課題はあるものの、以前より連携はできている。改善できた部分を皆で共有しながら、よりできることを増やしていくことが重要である。また、先ほど話題にも出たが、退院後しばらくしたときに様子見をする人等が今後は必要になってくるだろう。そうなった場合、介護職種だけでなく、本人の友人や近所の人等を活用しながら連携していくことが必要になってくるのではないか。</p>
議 長	<p>以前は職種間の連携がうまくできておらず、協議した際には様々な要望が多く上がっていた。以前と比べると職種間の連携が密にとれるようになってきたように感じる。課題はたくさんあると思うが、今後も職種間でうまく連携をしながら支援していきたい。</p>
事務局	<p>これまで取り組んできた顔の見える関係づくりや研修などが基となって、今のよい関係性につながっているのではないか。この協議会でも委員がそれぞれの立場で気づいたことを言い合える関係・連携ができており、これを地域全体に広げていきたい。病院の連絡会でも意見をいただきながら、よりよい連携ができるよう少しずつでも進めていけたらと考えている。</p> <p>以上で本日の議事を終了する。</p> <p>活発な意見交換をありがとうございました。協議内容は、大川地区医師会及び東かがわ市と連携し、今後の事業運営に活かしていく。</p> <p>次回の協議会は、例年どおり5月頃を予定している。</p> <p>以上で、令和7年度第2回さぬき市在宅医療・介護連携推進協議会を終了する。</p>