

令和5年度
第2回いわき市地域包括ケア推進会議
議事録

保健福祉部 地域包括ケア推進課

令和5年度第2回いわき市地域包括ケア推進会議議事録

1 日 時 令和6年1月26日（金）18：30～20：00

2 場 所 いわき市文化センター 3階 大会議室

3 出席者

(1) 委員（敬称略）

箱崎 秀樹	須釜 初恵
渡邊 健二	上遠野 拓
園部 義博	木田 佳和
齊藤 隆	板東 竜矢
安齋 光昭	長谷川 秀雄
中里 孝宏	吉田 澄江
赤津 雅美	荒川 正勝
篠原 清美	菅波 香織
鎌田 真理子	園部 衛
新家 利一	

（※ 欠席 木村 守和、中山 大、田子 久夫、川口 信哉、金成 克哉、味戸 智子）

(2) 事務局

保健福祉部 次長兼総合調整担当	鵜沼 宏二
保健福祉部 次長兼健康づくり・医療担当	志賀 大祐
保健福祉課 参事兼課長	松本 祐一
障がい福祉課 参事兼課長	山廻邊 直人
健康づくり推進課 課長	草野 秀智
地域医療課 課長	鈴木 英規
在宅医療・介護連携支援センター	吉野 優子
地域包括ケア推進課 課長	大谷 奈美
介護保険課 課長	木村 大輔
保健所総務課 参事兼課長	鈴木 浩貴
平地区保健福祉センター 参事兼所長	矢吹 和義
小名浜地区保健福祉センター 所長	佐々木 とも子
勿来・田人地区保健福祉センター所長（代理）	渡邊 修
常磐・遠野地区保健福祉センター 所長	松川 司
内郷・好間・三和地区保健福祉センター 所長	加藤 高明
四倉・久之浜大久地区保健福祉センター 所長	江口 貴恒
小川・川前地区保健福祉センター 所長	國井 秀則
介護保険課 主幹兼課長補佐	佐藤 文彦
介護保険課 主任主査兼長寿支援係長	小針 忍
介護保険課 介護保険係長	鈴木 雅人

地域医療課 課長補佐	古 市 裕 美
地域医療課 事業推進員	猪 狩 僚
地域包括ケア推進課 課長補佐	堀 川 優 朗
地域包括ケア推進課 企画係長	後 藤 美 穂
地域包括ケア推進課 主査	長 風 友 香
地域包括ケア推進課 事務主任	小 鍛 治 勇 斗
地域包括ケア推進課 主事	佐 藤 裕 介
地域包括ケア推進課 主事	渡 辺 ゆ の か
平地域包括支援センター 管理者	片 寄 美 由 紀
小名浜地域包括支援センター 管理者	加 藤 幸 恵
勿来・田人地域包括支援センター 管理者	早 川 明 美
常磐・遠野地域包括支援センター 管理者	松 田 和 枝
内郷・好間・三和地域包括支援センター 管理者	小 岩 洋 子
四倉・久之浜大久地域包括支援センター 管理者	緑 川 し の ぶ
小川・川前地域包括支援センター 管理者	永 井 千 晶

※事務局職員の一部は、オンライン（ZOOM）参加

4 議長選任

いわき市地域包括ケア推進会議運営要綱第3条2の規定に基づき、会長（園部 衛 保健福祉部長）を議長に選任。

5 会議の公開について

市民への公開を原則とし、議事の内容を市ホームページへ掲載

6 議事録署名人の選任

渡邊委員、G委員を選任。

8 会議の概要

	<p>【報告事項】 第10次いわき市高齢者保健福祉計画素案について</p> <p>1. 計画の概要について</p> <p>《 地域包括ケア推進課 後藤係長より説明 》</p> <p>市高齢者保健福祉計画は、健康寿命の延伸や地域包括ケアシステムの深化、介護サービスの基盤整備等について推進を図るため具体的な目標を定めたもの。</p> <p>計画期間は、令和6年から令和8年の3ヵ年。市の現況と将来推計から、高齢化率は、今後も上昇傾向にあり、要支援者、要介護者の認定率も上昇傾向が続く見込み。</p> <p>現行計画位置づけ事業については、新型コロナウイルス感染症の影響があったものの概ね目標値に達成できた一方で人材不足や物価高騰等の影響により、一部目標を達成できない事業もあった。</p> <p>計画策定に当たり実施した市民アンケート調査から課題を把握し、課題解決に向けた施策の柱を「自分らしく暮らす」「安心して暮らす」「健康でいきいきと暮らす」と整理し、各種取り組みを位置づけ計画を推進する。</p> <p>パブリックコメント実施後に介護保険運営協議会での協議、市長提言を経て本年3月に策定の見込み。</p> <p>2. 地区別の取組みについて</p> <p>《 地域包括ケア推進課 後藤係長より説明 》</p> <p>市では、地域の特性、多様化・複雑化する福祉ニーズ等に対応できるよう属性や世代を問わない協議の場として地域ケア会議を設置。</p> <p>地区保健福祉センターが主催する中地域ケア会議では、個別ケア会議や小地域ケア会議での検討により抽出された地区の共通課題を整理し、その課題に対する取組みや、地域資源の創出について検討。</p> <p>地区別の取組みは、次期計画の策定に当たり今後3年間、中地域ケア会議において重点的に取り組む事項についてまとめたもの。</p>
事務局	
園部会長	<p>次期計画の概要、地区別の取組みの説明があった。地区保健福祉センターが行っている中地域ケア会議を経て作成。計画に記載する都合上、端的な記載としているが、ご了承いただきたい。</p> <p>中地域ケア会議で実施している取組みと一緒にやっていける、又は、既に取組みを行っている等の意見があれば発言願いたい。</p>
A委員	<p>中地域ケア会議は、関係者が課題として認識することではなく、地域で暮らしている方の困りごとを集約し一つ一つ解決に繋げることで、暮らし続ける地域を作っていくもの。</p>

ここに、向こう3年間の取組みが固定されていることに驚いている。

事務局

計画期間3ヶ年の重点的取組み事項として記載しているが、それに捉われるということではなく、現時点で把握する課題に対し、中地域ケア会議として重点的に取組む内容。

新たな取組みとして、常磐地区の「地域資源と連携した買い物支援の取組み」が挙げられる。小地域・個別ケア会議と住民アンケート調査から「スーパーの移転による買い物」と「商品を自宅まで運ぶこと」が困難になっている高齢者の課題を把握し、地区内の社会福祉法人や介護事業者等の地域資源を活用した買い物支援の仕組みの創出を検討するもの。

継続的な取組みとして、介護予防の参加者を増やすことや担い手を新たに発掘するための取組み等がある。

A委員

前回会議で、中地域ケア会議に出てきた各地区の課題は高齢者本人の声ではなくて、関係者の方の声ではないかということを示したが、只今の事務局の説明によると関係者の方の声ではない（高齢者個人の声）と理解してよいか。

また、市が作った地域ケア会議マニュアルというものは、地域の中で暮らす人たちの困りごとを一つ一つ積み上げ、それを客観化し、関係者で解決していくとされている。

マニュアルと、これ（地区別取組み）はどういう整合性を持つのか。

関係者の方の声ではなくて、市民や地域で暮らす高齢者の方の声を積み上げ、その結果であるとの理解でよいか。

事務局

中地域ケア会議の課題の抽出にあたっては、個別ケア会議や小地域ケア会議の中から課題を積み上げていくことで、地域の課題を把握するというような仕組みを定めている。

今回取り上げられている課題が全て、高齢者個人の方の声で、ボトムアップ形式によるものとは言い切れないが、中地域ケア会議に参加する関係者が、日頃高齢者と接する中で捉えている地域課題をいくつか抽出し記載している。

A委員

これまで、本人が望んでいることを関係者が真摯に受けとめてきたのか。例えば、ほとんどの方は自宅で暮らしたいという気持ちがあるが、それを選択できずに施設に入所する。それらを前提とした上で、関係者が出してきた答えが、本当に高齢者自身の思いを代弁したものなのか。

前回会議で、ミスマッチが起きていないかということを示したが、もう一度原点に戻って、市が作った地域ケア会議のマニュアルに基づいてやりませんかという旨を申し上げた。

後日、（地域福祉ネットワークいわきが）案を作り地域包括ケア推進課に提出。必要があれば、中地域ケア会議の実施主体である地区保健福祉センターに説明をさせて欲しいということを示した。

少しでも高齢者が暮らしやすい地域ができればと思っている。高齢者自身の声を拾っていかないといけない。関係者の方の声だけで動いてきたから、ずれ

ていってしまった。

B委員

表現を変えると、個人の困り感を地域普遍の共通の課題としてとらえ直しをして、その課題を解決するためにどのような資源を作っていたら良いのかというのが、本来の地域ケア会議あり方である。

A委員が言う、この表現や地区の課題というのは、当事者視点ではなく外部から見た視点に過ぎないということ。

この表現で、次のアクションとして資源が作られる表現になっているのか。地域ケア会議は社会資源を作るためのステップで、そういう表現の視点に変えていただくということ。

ここから、課題を地域普遍の個人の声として、普遍の課題として捉え直しをするのか、そこをもう一度原点に戻っていただけると、次の資源づくりに繋がるのではないかなと思う。

事務局

今回の計画は、基本的に中地域ケア会議の協議を経て提出されているもので、そのすべてが個別課題の積み上げになっているかということそうではない。

しかしながら、各地区で記載のあるフレイル予防や、介護予防については、つどいの場やシルバーリハビリ体操の実施団体数などが確実に減ってきている状況で、共通する課題に対する地域の戦略的な取組みとして位置付けている。

頁の都合上、細かい説明を省略したが、買い物支援など個別のケースを積み上げてきている取組みには、地域資源等を作っていきたいという地区の思いも記載している。

A委員

これ以外の地域で見えてきたものがあるとすれば、それはしっかり受けとめているという理解でよいのか。

個別ニーズの積み上げがソーシャルワークの基本。そこに支援者側の意見を入れてはいけない。個別支援の基本は本人の意思。人生会議の基本も、まずは本人の意思。

いろいろ申し上げたが、（地区別の取組みの内容が）根本的には立ち位置が支援者側になっている。本来は本人の側に立った計画にならなくてはいけない。そこはご理解いただきたい。

園部会長

高齢者や障がい者も本人がどのように考えているか、どのようなことを望んでいるか、声をしっかりととらえ、仕組みとして作っていくことを考えていかなければならない。

地区保健福祉センターの所長には、現場のほうがどういう形で声を聞いていくかということが非常に大事であるため、そのような取組みをお願いしたい。

今の意見を踏まえ、今後の中地域ケア会議のあり方については、それを踏まえたところで、取り組んでいただきたい。

3. いわき市認知症施策推進計画について

事務局

《 地域包括ケア推進課 堀川補佐より説明 》

急速な高齢化に伴い、認知症の方が増加する中、国ではこれまで認知症施策推進大綱等を策定し取組みを進めてきた。

認知症の方が尊厳を保持しつつ、社会の一員として尊重される共生社会の実現を推進することを目的とした認知症基本法が令和6年1月1日に施行された。

認知症基本法施行後、国では認知症施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、認知症施策推進基本計画を策定することとし、市町村は国の基本計画を基本として、地域の実情に即した市町村計画の策定に努めることとされている。

現時点では、国の基本計画は策定されていないが、本市の認知症施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、国の大綱や認知症基本法を踏まえ独自に本市の認知症計画を策定し、今回の市高齢者保健福祉計画に一体的に位置付けるもの。

なお、今後国が基本計画を策定した後は、次期市高齢者保健福祉計画において、市町村計画として拡充していく。

本計画の概要は、基本計画として、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会を目指し、共生と予防の考えに沿った総合的な認知症施策を展開する。

重点的取組み事項として、国の大綱や認知症基本法の考えを踏まえ、認知症の方の視点に立って、本人や家族の意見を聴きながら、施策を推進していく。

基本施策については、5つの施策で構成。

第9次市高齢者保健福祉計画の取組みを引き続き継続していくとともに、今回新たに、基本施策2の認知症の人の意思決定に関する取組みの推進や、基本施策5のチームオレンジの整備、スローショッピングの取組み拡大などにも新たに組み込んでいくもの。

園部会長

第10次市高齢者保健福祉計画の中に当該計画を位置づけ、認知症施策を推進していく。

続いて、協議事項。医療と介護の連携について。ACP（アドバンスケアプランニング）の普及啓発について事務局より説明をお願いしたい。

【協議事項】 ACP（アドバンスケアプランニング）の普及啓発について

事務局

《 在宅医療・介護連携支援センター 吉野保健技師より説明 》

医療と介護連携促進部会より、医療・介護関係機関ばかりではなく、市民の皆様と関わる方と行政の課題を共有し、ワンチームとして官民共同で対応策を講じる必要がある内容という観点から協議事項とした。

～以下、別紙2【協議事項】医療と介護の連携についてACPの普及啓発により説明～

(1 ページ) 国の在宅医療・介護連携推進事業の手引きバージョンⅢを県・市町村向けに作成したものから抜粋。国手引きバージョンⅢから在宅療養者の生活の場において、医療と介護と連携した対応が求められる場面として、「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」の四つの場面を意識した事業展開が示された。

(2 ページ) 国の提示を踏まえ、部会では令和4年度から四つの場面を意識した協議を進め、場面ごとに、医療と介護連携の目指すべき姿、次に評価指標の設定、次に課題と常に課題に対する要因分析、優先すべき場面についてまで協議を重ねてきた。

(3 ページ) 高齢化時代、命の危機が迫った場面で7割の方が自分の意思を伝えられなくなる。単身者、高齢夫婦、認知症、身近に親族がいない、もしくは判断能力が不十分な方も増加している。本人の意向が反映されない医療やケアを本人が受けることになる可能性があるということが想定され、他の三つの場面にも影響を及ぼすとの理由から優先的に協議する場面を「看取り」とした。

(4 ページ) 国が5年に一度実施している「人生の最終段階における医療ケアに関する意識調査」の概要版から興味深い内容についてグラフ化したもの。

「ACPについて知っている」割合。本市は全国より割合が高いが、それでも1割に満たない状況。全国の数値は国の調査結果。

本市の割合は、令和5年1月に福島県が実施した調査で、モデル地区として、都市部がいわき市、郡部を南会津に設定した統計結果。本市は、平、小名浜、常磐地区の内科の医療機関へ通院している患者を対象に実施。

(5 ページ) 「人生の最終段階について話し合ったことがしっかりある、一応ある」と回答した方は3割。

(6 ページ) 「話し合ったことがある方」の中で、話し合うきっかけとなったことは、ご自身もしくはご家族の病気、あるいは介護など。

(7 ページ) 「話し合ったことがある方」の中で、話し合う時期があるとすると、いつ頃がよいかについては、年齢は関係ないと回答されている方の割合が一番多い。

(8 ページ) 「最後をどこで迎えたいか」については、自宅を望む方が一番多い。

(9 ページ) 「最終段階における治療は、どこまで望むか」については、点滴だけを望む割合が高く、他の項目は望まないと回答した方が多い。

(10 ページ) 結果を踏まえ、部会では「看取り」の場面の課題を四つに絞り、その中で、ACPの普及啓発を最優先に対策を講じる事項とした。

(11 ページ) 市民一人ひとりがACP、人生会議の認識を深めることで、支援者は本人の意向をしっかり受けとめ、医療と介護職が連携し支援できる。

(12 ページ) 国の人生会議の進め方を示したもの。

(13 ページ) 現在の市民へのACPの普及啓発の取組みについての説明。

(14 ページ) 当連携支援センターのウェブサイト「思いをつなぐノー

ト」に関する情報を掲載。

(15 ページ) 死をタブー視する意識が高いこともあって、ご家族も支援者もアプローチに苦慮しているような状況。これから裾野を広げていく必要がある。皆様には現在、それぞれの団体や事業所などで取り組んでいる現状と、今後に向けて団体や事業所として取り組めること、また、他の団体や市などに取り組んでいただきたいことがあればご意見をいただきたい。参考資料は、統計資料と ACP 等に関する先進的な広報活動をしている自治体の情報。

園部会長

ACP については、医療とか介護の関係者だけではなく、市民の方々に広く知っていただくこと、そして実践していただくことが重要。

市民の方々へ広く知っていただく。普及・啓発についてももしっかり考えていきたい。

それぞれの団体や所属する法人の中で、今、ACP に関してこんな取組みをしている、今後こんなことを実施していこうと考えている、市に対してもこのように進めて行ってもらいたい等のご意見等を伺いたい。

医療の現場から、医療と介護連携促進部会副会長の C 委員から発言をお願いしたい。

C 委員

市と医師会では、昨年 7 月と 11 月の 2 回、中央公民館にて、ウェブと参加型で講座を開催。印象として集まる職種が決まっており、本当に聞いてくれる人が固定されている。

講座を開催しているものの、ACP を認知している一般市民のうち ACP を開催したことがある方が 20%。どういう人に広げていったほうがいいのか、本当に市民まで向けて拡大していったほうがいいのかどうか。

在宅医療について出前講座を開催している中では、認知症や ACP についていくつか加えた内容で話をしている。

3 月に医師会で会議があり、来年度の活動については、医師会としての意見を踏まえながらメンバーと相談しながらやっていきたい。医師会でも、在宅医療・介護連携支援センターの方にも、ACP に関しての希望等があれば教えていただきたい。

少しでも市民が分かるようにして、その人の意思をどのようにして述べてもらうか。我々が当てはめて内容を引っ張っていくのではなく、本当にその人の意思をどのように尊重するか。そして実際に ACP をやるときに、自分が何でも話せる人を作れるか。自分がその人のことをよく知っていて、支援者だと思っている人でも、患者自身からすると 3 割ぐらいしかわかってない。話が出る関係づくりもやっていかななくてはいけないのではないかと。皆さんの力を借りて、医師会としても行政と相談しながらやっていきたい。

園部会長

医師会の皆様には、出前講座や研修会等のいろいろな場面で ACP 関係の事業を実施していただいている。

医師会や市に対し、いろいろご意見をお寄せいただきたい。

在宅医療現場から D 委員お願いしたい。

D委員

ACP 会議には積極的に私たちが参加しており裾野を広げていきたい。
現場で動く中で、日常の療養支援、入退院事業支援、急変時の対応、看取りの対応、その場その場で先生方と関係する在宅の方と一緒に ACP の機会を設けて、今後について話し合うということを地道に展開している。
微力だが、そのような機会を多く持つていくこと。訪問看護自体は、市内に 35 事業所あり、連絡協議会に所属しているのは 24 事業所。意識を高く持っていきたい。同職の仲間にも研修会等へ積極的に参加するように勧めていきたい。

園部会長

様々な関係者が集まり、事例を出し人生会議を開催するというような視点。関係者が継続し実践する事で広がっていくのかと思う。
介護施設でも看取りが進んでいると認識している。ACP の進め方について考えがあれば、E 委員お願いしたい。

E委員

ACP は開催するタイミングで、だいぶ考え方に違いが出る。
自立している場面で病気になり病院に入院し癌と宣告され、そこで ACP を実施した場合には、いろいろな在宅サービスの提供が検討できる。
要介護やフレイル状態後に介護が必要と判断された後、施設に入るのか、自宅で見るとかの判断が必要。老健施設はリハビリをして家に帰す。または高齢のため看取りを目的で入所する場合もある。
本当に最後、人生の最終段階の最後はどこで亡くなるかについて、私の施設では、申込書で自分は最後にどこで亡くなりたいか。自宅なのか、病院なのか、施設なのかをまず聞いている。
本当は帰りたくても、子供たちに迷惑をかけたくないから帰らないという高齢者もいる。自宅に帰るのか、施設で最後を送りたいか。本当に一言で言えば医師の ACP だと思う。
近年、老健施設では看取りをする状態が多くなっている。何かで転倒し、骨折してしまう。転倒は防ぐことができない。転んでも骨折しないような環境を整備しても、何かあったときの家族への相談や、本人はどうしたいのか。施設に入所する高齢者で認知症がひどければ自分で意思表示もできないし判断もできない。そのため、家族の要望を確認することになる。マンパワーがあって家で見るのか、または一切見ないのか。
そうすると、その都度都度、高齢者施設では最後の最終段階で、最期をどこで安らかに送るのか。というような話になってくる。
先ほどのアンケートのように、施設の場合には入所の段階で、水分だけの点滴にするのか経管栄養をするのか心臓マッサージをやるのかも、エンディングノートや市と医師会で作成したノートに必ず書いてもらっている。
施設では何かあったらその都度、在宅対象判定会議を開いて、本人に認知症があっても自分の希望を聞き、家族の希望も聞きます。介護関係の施設では、介護保険制度が始まりケアプランを熟知しているので、それも一種の ACP の流れに沿っている。介護関係の職種の人には ACP を知らずに（意識せずに）やっていると思う。今後、いわきでも、医療の最前線のドクター、介護

関係のケアマネージャー、訪問看護、介護施設等の別々の立場によって後方支援をしていくべき。

自立・要支援・要介護者に対して、人生最終段階にあたり、まったく同じ内容のACPの指導はできない。

開催するそれぞれの時期で話す内容も違い、引き出しも違う。それは、専門性を持った各団体に任せて、それを市の方で、束ねたやり方がいいのではないか。

あとは個別に医師会で開催する出前講座等で市民に啓発する意味で、様々な段階で、考えていったほうがいいのではないか。

C委員

補足として、市の統計で令和4年度と5年前で、在宅で亡くなる患者さんは450人から510人と約2割増。

在宅の看取り、本市は全国に追いついて16%程度。本市で自宅での看取りが増加しているのは、特養や老健ではなく、有料老人ホームとかグループホームでの件数が増加しているから。最近の統計では、在宅医療が16%、施設等では約10%、合計で約27%程度になる。

医師会としても、施設等の医師に働きかけを行い、最終的には介護施設にACPの普及を図っていかなければならない。

今後、介護保険制度の改正で、特老で嘱託医を決めなければならない事も出てきますので、そういう事も含めて展開していけたらいいと思う。

園部会長

いろいろな場所での看取りの状況をお話いただいた。施設の入所申し込みの時点から最終段階の意向を確認、変化する場面に応じて、ご本人やご家族の考え方が変わってくる。場面ごとにどのような最期を送りたいかをしっかり聞いているということで、各施設でやっていただければ、次に進んでいくと思う。

F委員

ACPについて、医療関係者の方々にはちょっと話づらいようなことも、リハビリテーションという立場で寄り添っていると、看護師さんや医師になかなか言えないようなことをポツと言ってくれることもある。これらは非常に重要なのではと思い進めていきたい。

疑問に思っていることとして、ノートにまとめていくという過程。実際に緊急事態にどれだけ記載した内容を見て判断されたかどうか。また、記載したものの、どこにあるかもわからない等、結局取りまとめたものが有効に活用されない事例もあるのではないか。

例えば、老健や病院等、関係者、救急隊が、一度書かれたものをデジタルベースで保管できれば、その場できちんと意思確認ができるのではないか。記載したノートなどアナログで書いたものをデジタル化し、データベースにすれば、誰もが即座に緊急時にも確認できると思う。そのような仕組みの構築が必要かと思う。

園部会長

確かに救急の現場で活用できなければならない。作られたものを上手に活用する課題もある。作られたものが活用できるように、それを踏まえた対応

ができるような仕組みも考えていきたい。

介護現場ということで、老人福祉施設協議会のG委員から施設の対応について伺いたい。

G委員

私どもの施設は、ほとんどが人生の最終段階として入所される。

ACPに関しては、施設入所の際に、こういったことを話し合っ、すでにそれを書面やエンディングノートのものにまとめて来ていただくと、新規の入所者を介護する上で非常に役に立つツールになってくる。

そのような意味でも、市にはこれを進めていただきたい。

園部会長

エンディングノートや人生会議があるということを普及することは大事で、普及啓発は進めていきたい。

どのような形で普及していけばいいのかについて、何かご意見があればお願いしたい。

H委員

障がい福祉の立場からだと、だいぶ違う感覚である。ALS 難病団体の事務局長として20年間各地で相談活動に携わっている。病状が進行していくと医師から人工呼吸器をつけるかどうか問われると「つけて欲しい」となるが、その意思を書面で記してほしいと言われる。しかし本人は書くことができない。どうしたらいいだろうとなり、毎回同じパターンとなる。人工呼吸器イコール延命装置と言ってくるが、それは少し違うのではないか。

人工呼吸器をつけながら議員として活動した方もいた。

延命チューブとは何を指すのか。人工呼吸器や胃瘻をつけると、ベッド上の生活で苦しいだけの毎日だというイメージがすごく強い。

最終的な自己決定といっても、ネガティブなマイナスイメージの中で行う自己決定が、本当に自己決定なのかという気持ちがある。私はいろんな選択肢があって良いと思う。

様々な経過で選択する患者さんが最終的に自分で選ぶことになるが、マイナスイメージ一色だと感じる。障がい福祉でやっていく中で、障がいは不幸ではないということは何回も言われてきた。色々な障がい者がいる中で、健常者で生きてきて障がいを持つことは嫌だ、そうなったら不幸だという思いがあって、そうなるとは避けたい、そうなったら終わりだねという感覚がある。

そのような感覚の中で自己決定されると、当然一つの方向しか無い。もう少し手前の手前でいろいろな体験等に触れ、いろんな選択肢がある中で選べるようにすることが、社会福祉の担い手としての私達の責務かと思う。

もう一つは社会資源がない中で、本当の気持ちでは生きづらい、家族の負担が増えてしまう。本当の選択をして生きたいと言っても、それは家族の時間が無くなってしまふから、言えない事はどうしてもあるように感じている。本市より社会資源がない地域に行くと自己決定といっても一つしかない。社会資源がないと言われるが、私は社会資源を作りましょう、一緒に作りましょう、ヘルパーステーションがなければ、自らでも、あなたの知り合いを探してヘルパーをしませんか、個人事業主としてヘルパーをしませんか

と。

その方に時間をとってもらい、ステーションに登録してもらい、あなたの介護をしてもらうのはどうか。それが無いのであれば患者さん自らが福祉法人を作って前に立って欲しいと、なんならヘルパーステーションを立上げましょうと。地域に無ければ作っても良いのではないか。無いと言うだけでなく自分たちも作る側に立ってみて、その一つが自分のこれからの生きがいになるのではないか等の話をしている。

皆さんからすると、ACPについてとんでもない話をしているように聞こえるかもしれないが、障がい福祉の担い手とすると、そういうふうにも感じている。

園部会長

障がい分野では場面ごとに本人の考え方が変わることが多いのかなと感じた。また、社会資源の話もあったが、本人がどのような形を望み、それを実現することが大変だということ。そのような現実を踏まえ、本人の声を聞いてどのような仕組みを作るのか、との意見。

その他、皆様の方からのACPに関し何かご意見等あれば、お願いしたい。

A委員

ぜひ、その（H委員の意見の）ように取り組んで進めていただきたい。取り組みの中で、私達自身が変わっていかなくてはならない。

私の母は末期癌で要介護認定を受け自宅で療養中。以前、病院からの病状や治療方針、終末期について説明を受けた際、終末期についてはご家族の方で検討してと言う。私は、家族の方より本人だと思いながら聞いていた。

また、知人は父親が生前自宅に帰りたと言っていたのに、帰せなかった事が心残りだと話していた。病院から「家に帰ったら大変、やめておきなさい」と言われた。病院というインパクトは大きく、わずかな情報だけでは、家族は家では無理だとの選択をした。

基本は本人の希望。さらに、家族が選択する際に様々な情報がないと難しいこと。

私たちはこの世界で仕事し情報を持っている。母親の意思を確認し叶えられるのは、様々なサービスを知っているから。

通常であれば、本人の意思をケアマネ等にしっかり伝えていかないと難しいことだと思う。

私たちがやることは、家族の意向を聞いて、さも本人の意思であるというように受け取ってきたところを、しっかり本人の意思を確認していくこと。

さらに家族も不安がないように、しっかりと情報を伝えていくということ。

それからH委員の意見のように、それを実現していくためには地域を作っていかなければならない。

それらを実現していく中で、みんなで一步一步前に進めていくことができたなら、少しでもよりよい社会になるのではないか。

実際に意思を確認するためにどのような形が良いのか、実現に向けていくなかっていうことは、皆さんで知恵を出し合いながら、仕組みを作っていくなくてはならない。

園部会長	<p>本人がどうしたいかが重要で、家族も含めることになる。ACPについて話し合う場、自分の意見を共有するような場所等があるということを広めていき、その先に進んでいかなければならない。どのような形で進めていくかについても考えていかなければならない。</p> <p>その上で情報を本人や家族に伝え、どのように最期を看取るのかをしっかりと考えながら、場面に応じて考えていただくというのが重要になる。</p>
I 委員	<p>在宅や施設で亡くなる方の看取りの仕方について話を聞く中で、家族がいて自宅で看取ってやりたいという方は結構いるのではないかな。</p> <p>その一方で、一人暮らしの方、在宅では誰も見てくれないことになると、施設や病院で全部やってもらうことが大事になるのではないかな。</p> <p>民生委員の活動のなかで高齢者を看取ることに関しての話は難しくできない。専門的な知識を持った方々を中心に組み込んでいくのが良いのではないかな。</p>
園部会長	<p>普及・啓発についての意見をお願いしたい。</p>
B 委員	<p>普及は保健師の仕事に関わる領域かと思う。</p> <p>例えば、ソーシャルキャピタルを活用して、地域の住民の人たちでACPを話題にする。</p> <p>C委員の中央公民館での研修の件、そのソーシャルキャピタルに働きかけ、近所の仲間でACPについて話をするとか。特定健康診査等、保健の問診票の中の質問項目の中に加えること、チラシを差し込むなど、日々の保健師の活動でアイデアを出し取り組むことが普及につながるのでは。</p> <p>以前、大学で市民向け講座を開催し、1990年代フランスでは植物状態の高齢者を高齢者虐待であると位置付ける法律を作っていたという話をしたところ、強く興味関心を示していた。国内外の状況等も含め、いろんな形で啓発や情報提供をしていく。個人の選択肢が非常に尊重されることはきちんとしておく必要がある。</p>
園部会長	<p>地域活動の中など様々な場面で話していくことが大事。保健師活動も含めてACPを広げていきたい。</p>
事務局	<p>本日いただいた意見を集約し、3月開催予定の部会で今後の展開や方向性を決め、推進会議でお示ししたい。</p>
園部会長	<p>部会の検討結果について、当会議をもって委員の方と共有させていただく。</p>
<p>【その他】 認知症初期集中支援チームについて</p>	
事務局	<p>《 地域包括ケア推進課 堀川補佐より説明 》</p>

認知症初期集中支援チームの検討委員会を兼ねる高齢者生活安全部会の委員からの今後の対応、取組みについての意見があり回答するもの。

当該事業の概要は、複数の専門職が、認知症が疑われる方や認知症の方及びその家族の方を訪問し、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うもの。

平成28年6月に設置し、現在は医師をはじめとする39名のチーム員が、地区担当制で活動している。

事業対象者は、40歳以上で在宅生活をし、かつ認知症が疑われる方、または認知症の方で、医療・介護サービスを受けていないまたは中断している方。または、医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が謙虚なため対応に苦慮している方。

各地域包括支援センターに相談が寄せられたケースのうち、医療や介護サービスに繋がらないケースで介入拒否ケース等、社会複合的な課題を抱え、地域包括支援センターのみでの対応が困難な事例について、チームに情報を提供し対応。活動状況は資料8ページ(2)表のとおり。

部会やチームの検討委員会から、地域で孤立や潜在する認知症の方を早期に把握していくことが必要であるという意見をいただいた。

今後は、相談窓口、市民への普及啓発の継続、早期発見ネットワークを強化し、地域包括支援センター職員による戸別訪問を通して状況把握に取り組んでいく。

園部会長

認知症初期集中支援チームの現状や課題などの説明について、質問等あればお願いしたい。

【その他】社会福祉連携推進法人について

事務局

《 地域包括ケア推進課 後藤係長より説明 》

令和4年度第2回会議にて、当該制度についての周知が足りないのではないか、市側の担当窓口が明確になっていないとの意見を受け、現状と今後の対応について説明。

社会福祉連携推進法人制度は令和4年4月1日施行。社会福祉法人等が社員となり、福祉サービス事業間の連携協働を図るための取組みを行う新たな法人制度。

当該法人は、2以上の法人を社員とし、社会福祉業務や地域福祉支援業務、人材確保業務等から一つ以上の業務を行うことで設立することができるもの。国は当該制度を活用し福祉介護人材の確保や、法人の経営基盤の強化、地域共生の取組みの推進などを期待している。

現時点での本市における相談窓口は、10ページの表のとおり。法人にて、当該制度を活用した取組みについて考えがある際には、該当する分野の担当課へ一度相談をいただきたい。

担当課では、ビジョンを共有し事業の内容が具体化、法人設立の段階まで

話が進んだ時点で保健福祉課法人指導係へ引継ぎ、設立に向けた準備について対応する。

また、今後の取組みとして当該制度の説明会の開催を予定。

説明会の開催にあたり、事業・制度の周知についてアンケートを実施。説明会后に、改めて、制度の活用しについてどのように思われている等の意向や関心について調査しニーズを把握したい。

園部会長

今回、担当の窓口を決め、説明会を実施していくとのこと。連携推進法人に取り組みたい等があれば、担当課へ相談いただきたい。

全体を通して、皆様から何か意見があれば伺いたい。

J委員

認知症初期集中支援チームに関して、作業療法士として認知症初期集中支援チームに関わっている。地域により検討会議の頻度にちよつとばらつきがあるかなという印象はある。

マンパワー不足で、ケースが拾えてないのが理由なのかとか、或いは実際その認知症初期集中支援チームの対象となるケースが、その地域にあまりいないからなのかというところ、その辺りの分析ができていればお聞かせ願いたい。

事務局

背景としては、地区内の社会資源や連携体制が作られているところは、認知症に関する相談件数が上がっても、その既存のネットワークの中で解決が図られていると捉えている。

しかしながら検証は必要で、本当に潜在する認知症の方を適切に把握できているのかどうか。各地区の相談件数や傾向を把握しながら、地区ごとの社会資源や連携の体制によって違うのではないかと考えている。

J委員

実際に関わる中で、もう少し早くわかっていれば、もっと何とかできたのではないかというケースある。いかに拾って来られるかというところも。

地域資源や連携体制の構築、今後の課題として、我々もできることがあったら協力したい。

F委員

能登半島地震の対応について。石川県七尾市、珠洲市、志賀町では、本市でも取り組むシルバーリハビリ体操がここ2、3年で普及している。

JRAT（日本災害リハビリテーション支援協会）から、避難所で指導士が自主的にシルバーリハビリ体操をどんどんやり始めているという報告があった。

背景を確認すると、災害が起こる前に、指導士会のフォローアップ研修会で災害時の対応について行政職員を招いて学んでいた。広島県尾道市や熊野市でも取り入れている。

研修内容を指導者が自ら実践するという、非常にいいケース。実際有事の際に我々専門職の動きには限界があり、他県からの支援もすぐにはいかない。ぜひ本市でも同様のフォローアップ研修等を考えていただきたい。

園部会長	本市では台風 13 号の被害があったが、避難所での取組みなどがあれば。
事務局	<p>昨年の台風の際、長く開設された避難所は内郷コミュニティーセンターの 1ヶ所。そこへ市のシルバーリハビリ体操コーディネーターを派遣し実施した。</p> <p>災害がもっと広域、或いは点在するような場合も想定されることから、災害時の対応について、事前に指導士の皆さんと相談しておくという方法は、あるのかもしれないと感じている。</p>
園部会長	災害の際には支援が必要になる。広く実施できる体制を作っていきたい。
B委員	<p>消費者庁が 2014 年に法律を改正し、見守りネットワーク、正式名称「消費者安全確保地域協議会」を設置できるようになった。</p> <p>県や県消費者センターから、本市にも設置して欲しいということで、私も市議会議員等にも働きかけてきたが、これ以上会議は増やせないということで断られた。消費者庁が求めているのは、認知症や障がい者等、消費者被害に遭っている人について、民生委員や地域の方からの情報を、本人の同意を得ずに、弁護士や司法書士等の専門職が見守りネットワーク会議のテーブルに乗せ、本人に確認し消費生活センターに結びつけるもの。福島県の浜通りは原発の補償金の問題もあり、名簿も出回り全国から一番消費者問題で狙われている。高齢者は金と命を守って欲しいと希望している。</p> <p>ぜひ当該会議をどこかに付随させ設置しスタートして欲しい。</p>
園部会長	保健福祉課で所管する「いわき見守りあんしんネット連絡会」がある。国の法制度で当該ネットワークの活用も了としされている。先日、連絡会を開催し、消費生活センターからも説明を受けた。当該ネットワークを活用し、徘徊等は高齢分野の担当へ、消費者被害があれば、消費生活センターへつないでくださいと説明したところ。
K委員	いわき見守りあんしんネット連絡会は、1月24日に文化センターで開催。消費生活センターから被害防止の話もあり、連絡会に参加する94団体（警察を含む）が、互いに連絡を取り合っ情報把握や共有に努めていくこととなった。
A委員	<p>この会議の運営方法についての提案。地区の課題とあるが、ほぼ共通して、高齢者の外出・買い物等に関する情報発信、移動手段の確保がある。</p> <p>そうなると、特定の地域の課題ではなく、市全域の課題だと認識する。もう中地域レベルで検討するのではなく、市全体として、例えば行政の中の関係課が集まるとか、この分野に係る市内のメンバーの方が集まり、本格的に考える時期なのかと。中地域で一定程度、出てきた課題を解決できればいいが共通の課題であり、中地域で難しいことは協議をして、1日も早く少しでも良い形を作っていくことを考えるべき時期ではないか。</p>

<p>事務局</p>	<p>ただいまのご意見はまさにその通りだが、地域の中で、地域資源も地域の状況も違う。地域の状況も違うというところで市内一律にと言うのは難しいというところが現状。</p> <p>ただ、新聞報道等のおりバス路線が廃止になり交通、移動の支援に関して危機的な状況。</p> <p>私ども保健福祉部だけではなく、総合交通対策室と連携しながら、進めているところ。庁内の関係課が横断的に情報共有し、或いは地域の方たちに入ってもらっていただき協議会を開催する。協議会に地区保健福祉センターや包括支援センターの情報を提供する、或いは一緒に話をしていくもの。各地区の状況に合わせて開始している。</p>
<p>A委員</p>	<p>いつまでに何を実現するのかについて戦略として考えていかななくてはならない。</p> <p>各地区で検討すると同時に幾つかの事例を集めながら、地域に合ったものを選択できるような情報を提供し、それを行政がバックアップする。</p> <p>もう少しスピード感を持って取り組んでほしい、現にいま起きている課題や地域の特性は分かっている。でも、地域の特性を地域任せにしている限り解決出来るだろうか。</p> <p>バックアップや情報提供、共有すべきものは共有していかないと厳しいのではないか。</p>
<p>事務局</p>	<p>交通の課題については、令和8年度を目指して進めているところ。</p>
<p>C委員</p>	<p>平地区中地域ケア会議に参加しているが、毎回同じ議題で前に進んでいない印象。</p> <p>地域の特性はあるが、共通している問題もある。</p> <p>市全体で話をした方が前に進むこともあると思う。課題の交通整理をして共通なものは何なのか、そして、地域の特性を生かしながらのサポート体制を、どういうことをしていったらよいのかももう一度検討していただきたい。</p>
<p>園部会長</p>	<p>中地域ケア会議だけでは解決できない市全体の課題は、この会議で検討していく仕組みである。改めて中地域ケア会議の課題を整理した上で、バックアップの話も含めて、市がどのような対応をしていけばいいか、検討させていただきたい。</p>

本議事録に相違ないことを証明するため、ここに署名する。

令和6年3月26日

議事録署名人

渡邊 健二 ⑩

議事録署名人

上遠野 拓 ⑩