

平成 30 年度 第 3 回東郷町地域ケア推進会議：議事録

日時	平成 30 年 11 月 29 日（木） 14 時 00 分～15 時 00 分
場所	東郷町役場 3 階 政策審議会室
出席者	<p>委員 ※敬称略、順不同</p> <p>松浦誠司 医師（東名古屋東郷町医師会）</p> <p>岡松猛 歯科医師（愛豊歯科医師会東郷支部）</p> <p>佐藤裕美 薬剤師（東郷町薬剤師会）</p> <p>福島美佐子 訪問看護師（虹色訪問看護ステーション）</p> <p>土山典子 瀬戸保健所 健康支援課</p> <p>水野逸馬 東郷町地域社会福祉協議会</p> <p>土井肇 東郷町地域包括支援センター</p> <p>制野司 有識者（社会福祉法人 昭徳会）</p> <p>村井良則 有識者（東名古屋医師会在宅医療介護総合研究センターやまびこ）</p> <p>池田寛 有識者（豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし）</p> <p>近藤正弘 東郷町民生委員児童委員連絡協議会</p> <p>野々山清子 東郷町民生委員児童委員連絡協議会</p> <p>柴田典義 施設サービス関係（愛厚ホーム東郷苑）</p> <p>近藤修司 居宅サービス関係（エイジトピア諸輪）</p> <p>松山陽二 居宅介護支援事業所（もみの木）</p> <p>神脇和美 住民代表（第 1 号被保険者）</p> <p>海老原由美 住民代表（第 2 号被保険者）</p>
欠席者	森本美香 健康部 健康課
傍聴者	なし
事務局	<p>福祉部長</p> <p>長寿介護課長（進行）</p> <p>長寿介護課職員 4 名</p>
議題	<p>1 あいさつ</p> <p>2 報告事項</p> <p>(1) 平成 30 年度第 2 回及び第 3 回在宅医療・介護連携推進部会について</p> <p>(2) 平成 30 年度第 3 回～第 5 回地域支え合い協議体について</p> <p>3 議題</p> <p>東郷町の地域課題について</p>
配布資料	<p>次第</p> <p><b>資料 1</b> 平成 30 年度第 2 回及び第 3 回在宅医療・介護連携推進部会 報告書</p> <p><b>資料 2</b> 平成 30 年度第 3 回～第 5 回地域支え合い協議体の活動状況</p> <p><b>資料 3</b> 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ</p> <p><b>資料 4</b> 東郷町における地域課題検討シート</p>

## 1 あいさつ（委員長）

## 2 報告事項

### （１）平成30年度第2回及び第3回在宅医療・介護連携推進部会について

事務局	資料説明。資料(1)
委員長	事務局から説明を頂いた。委員から補足事項があればお願いします。
委員	第3回の資料にあるレガッタネットとうごうの報告について。合意書の締結について、これからは合意書がないとシステム上で全く連携できないということは確認した。
事務局	そうなる、不都合なことが多くなりますよね。
委員	そのため、できれば医療圏単位でシステム連携の合意書の締結をしてくださいということだった。
事務局	市町単位ではなく、医療圏でということか。
委員	はい。
事務局	締結の話は、東名古屋医療介護総合研究センターやまびこで進んでいるのか。
委員	まだ具体的には進んでいない。しかし、もし今後要望があればできれば医療圏単位で相談はしていきたいと思っている。

### （２）平成30年度第3回～第5回地域支え合い協議体について

事務局	資料説明。資料(2)
委員長	事務局から説明を頂いた。ご意見・ご質問はありますか。
委員	東浦町からの派遣は、県から推薦されたのか。
事務局	はい。県の助言者派遣制度があり、県に仲介してもらい先進的に行っている自治体の職員を紹介してもらった。
委員	また話を聞いてもらい、結果を教えてください。

## 3 議題

### 東郷町の地域課題について

事務局	資料説明。資料(3)、(4)
委員長	まずはケース1について。委員の中で考える課題や出た意見をスクリーンに出して見える形にしていく。先ほどの説明にもあったが、ここに出ている個別課題以外にも膨らましていくものがたくさんあると思うが、個別課題に拘ってしまうのではなく、一定量の課題が出たらその地域課題に話をもっていこうと思う。そしてもう少し大きいところで課題化をしていきたいと思う。 それでは、ここから先は意見を出していただきたいと思う。
委員	地域全体としてとらえる課題として、「介護サービスが導入されたことによって近所の方の訪問が減ってしまった。」とあるが、以前は近所の方が何をしていたのか。 また、往診医が、何が難しいと言っていたのかが重要だと思う。

委員	<p>往診医から、褥瘡ができていて介護者の手当が十分ではないため、在宅生活が難しいのではないかと連絡をもらい、地域包括支援センター（以下「包括」という。）の職員が訪問して、家族と話しをした。本人が元気な状態の時は、近所の人結構来ていて話し相手になっていたが、訪問看護やヘルパーなどのサービスが入ったことで、近所との付き合いが疎遠になってしまった。</p> <p>褥瘡についてはベッドに予防マットを敷いたり、訪問看護を週1回から週2回にしてヘルパーにも毎日来てもらったりすることで改善している。ただ、手足の拘縮や認知症の方はかなり進行しており、今後状態が悪くなった時に施設の利用も考えないといけないと思う。家族は在宅の生活を望んでいる。</p>
委員	往診医からスタートしたのか。今までは介護保険は何も使っていなかったのか。
委員	包括が訪問した時には、すでに介護保険サービスは使っていた。ただサービスの利用回数を増やした。
委員	包括がケアマネジャー（以下「ケアマネ」という。）として動いていたのか。
委員	いいえ。要介護認定者だったので、居宅支援事業所（以下「居宅事業所」という。）のケアマネが関わっていた。支援の状況としては、居宅事業所のケアマネが中心となって、要請があれば包括職員も同席して、訪問看護や訪問介護などのサービス担当者会議にて支援方法を見直しさせてもらっている。
委員	このケースは既に介護サービスが始まったうえで、まだ問題があったということが1つのポイントかと。介護サービスが入っている中で、往診医が発信であったので、普段のアセスメントや毎月の話の中で評価しながらということがいけなかったのか、弱点だと思った。
委員	担当者会議だけでは結論が出なかったということか。
委員	回数を増やすなど、支援は前よりは手厚くなった。息子夫婦や孫が毎週のように訪問しているが、あまり介護力がある家庭ではなくどうしても介護サービスに依存しているところが多い。往診医からも、家族では介護がとても出来ないのので、施設を利用してはどうかという提案がこちらにあった。こちらケアマネとそういう提案はしたが、本人や家族が施設入所を望んでいないため、今はこの現状をなんとか維持させている状況。
委員長	施設入所は家族も拒否しているということか。
委員	はい。本人が入所してしまうと夫が一人になってしまうため、夫も夫婦と一緒に生活したいと在宅を希望している。そのため息子夫婦も家でなんとか生活を維持したいと言っている。
事務局	委員の話にもあったとおり、介護サービスを一定期間利用していながらもケアマネが一人で悩みを抱え込んでいた部分があったので、何らかのケアマネへの後方支援を町としてもするという体制も必要かと思う。
委員	現在医師会で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の講習会を行っている。在宅生活の導入を簡易にできるシステムをどのように作るか。今は医師や包括だけで判断するという時代ではなくて、本人の意思を尊重しなければならないので、皆で話し合っ本人の意思をその都度確認して、今後の支援の方針を決

	<p>めていくという時代。町でも包括的なシステムを作ると良い。それには、多職種はもちろん、家族とか民生委員などを含めて皆で話し合いをしなければならない。そういうシステムを作ったらどうか。もちろん、往診医だけではいけないので、オブザーバーとしてさらに医師が必要であれば医師会に言ってもらえれば派遣するということはできると思う。</p>
委員	<p>システムのイメージが浮かばないのだが、どういうものを作れば良いのか。</p>
委員	<p>サービス担当者会議でも解決できない時に、現在は個別ケース会議や地域ケア会議をやっていると思う。これらはどちらかというオープンに皆で話し合っ事例として解決していくというもの。そうではなくて、第三者から見て公正な判断を下せるように、後から検証できるようなプロセスでご本人の意思を活かして支援をしていくというシステムであり、町でも利用したらどうかというもの。実際に現在やっている市町村もある。</p>
事務局	<p>どこの市町村がやっているのか。</p>
委員	<p>愛知県内ではやっていないが、世田谷区とかでやっている。そこでは、この地域ケア推進会議のようなメンバーで、本人の今まで生きてきた人生の記録などを参考にして、なるべく本人の意思が生きるような支援をしていこうという会議をしている。</p>
委員長	<p>そこにはある程度の権限などがあるのか。</p>
委員	<p>一応、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、そのような会議の裏付けになるような文言は書いてあり、今後そういう方向になるのではないかと、厚生労働省は考えているみたいだ。</p>
委員	<p>自分たちも在宅で困ると、包括に第三者的な動きをしてもらうように依頼することが多い。包括は、包括がいったん引き受けたものを居宅事業所に受け渡して、そこから介護保険サービスに入る。バックアップはその担当者がいると思うが、いったん居宅事業所に渡しながらバックにいてもらえるかなという期待と第三者の立場でという期待をしている。多職種でそこが見られるかという時に看護師が入っていないケースもあるし、往診医が入っていないケースもあり、すごく複雑で見えにくいというのが現実。本当にこのような困難事例はもっとたくさんあると思う。</p>
委員	<p>今は必要最小限のサービスが提供できており、本人の健康状態もなんとか維持できているので、包括で個別のケア会議を開催することもあるが、そこまではいたっていない。ただケアマネのバックアップは包括の業務の一つであるため、ケアマネからの相談受付やその後の状況確認はさせてもらっている。</p> <p>あとは本人や家族の希望と、こちらからみたその人らしい尊厳や覚悟のギャップが埋められていないというのはある。</p>
委員	<p>施設に入ってもらえたら安全だけれども、家にいたいというところを考えないといけないということですね。</p>
委員	<p>本人が飼っていた動物が死んでしまったので動物のノミやフンなどの衛生的な問題については解決している。居室環境はまだ片付いていないが、前よりは問題</p>

	<p>が解消できていると思うので、本人の容態が急変しない限り、今の状況でなんとか見ていかざるを得ないと思っている。</p>
委員	<p>前回の会議でもあったように、近くに家族がいなかったり、近くに居ながらも理解されていなかったり、キーパーソンがいらないということですね。若い年代の親族に、在宅介護についての理解をどう得るか。</p>
委員	<p>現在息子の嫁が金銭管理をしているが、その人自体も浪費癖があり、その家庭にも問題があるケースなので、ケアマネにもサービス利用に支障をきたさないようにしてもらっている。</p>
委員	<p>多職種連携という形で専門家同士の横のつながりについては結構話し合ってきたが、そこから近所や地域の人につなげていくという術がないと思うので、そういうところをもっと連携が必要だと思った。</p> <p>また、裏の家の人が一人暮らしの高齢者で見守りが必要なため、どのような形で選出されているかは分からないがその人の近隣の人が集まって、その人に何かあった時にどうしていくかという小さい会議みたいなものを地域で行っているという話を聞いた。そこまで手が回るかどうかは難しいと思うが、こういう形で、個別に必要なケースについて民生委員さんや近所の人と専門家も誰か入って話し合いができて良いかと思った。</p>
委員長	<p>民生委員はどうですか。</p>
委員	<p>民生委員として医学的なシステムなどは詳しく知らないのですが、訪問先で話を聞いたならその内容を、町や包括などに仕分けながら伝えている。実際にこのような時になったら、民生委員はどちらかというパイプ役なので、なかなかどうにかして解決するのは難しいが、このケースを聞くと、家族環境が良くない状況だと思う。ずっと付いて介護しないといけないものなのか、これくらいは自立でやれるのか、本人の介護度がどの程度なのかは私たちには分からないし、夫もどの程度介護できる状態なのか。息子の家庭をみても介護ができないという環境だとすると、民生委員としては社会的な制度で救ってもらうしか手がないのではと考える。</p> <p>先ほど話があった、地域の中で話し合うというのは、本当に今の時代は難しい。私たちもよく話を伺うが、あそこのおばあさんの顔を最近見ないけどどうしたのか聞いたら、数か月前に亡くなったよとその時に聞くくらいなので、一人暮らしの人を地域の中でどうするかというのはなかなか難しい。民生委員に話があれば訪問してどういう状態なのか聞いて、その状態に応じて包括などに話をして対策を考えてもらうが、個人的にはこれからどちらかという手が付けられない人については、社会的な施設に行ってもらった方が良いと思う。</p> <p>夫婦なので甘えがあり、本人がいなくて寂しくて嫌だという話かもしれないが、この夫が自分一人では困るということだが、夫の介護度でも生活は一人で出来るのではないのか。いずれにしろ気の毒な実態であり、息子たちがしっかりしていれば息子たちにもっと応援してもらえば良いと思うが、息子たち自体も応援しなければならぬ家庭なので、社会がある程度救うしかないのかなと民生委員の立</p>

	場からはそう考える。
委員長	<p>委員から話があったが、今は治まっている状況なので維持ができていくことだが、長期的にこの状態を維持していくにはという考え方で課題化していくか、施設になるべく早く移行していくという形での課題とするかで、随分違うと感じる。</p> <p>また、金銭管理など成年後見制度の周知というところまでも課題になっていると、いずれは施設への移行もやむを得ない気がするが、そこに至るまでの医療的なサポートや民生委員の活用を含めて地域で繋いでいく、という意見が今のところ出ているところでしょうか。</p>
委員	<p>今は本当に地域の人との繋がりが薄くなっている。このケースの、近所の人の訪問が減ってしまったというのは、以前は関わりがあったということなので、ここは強みだと思う。サービスが入ったことにより遠のいてしまったのであれば、例えば見守りなどのインフォーマルなサービスとして一役買ってもらえないかと思った。</p>
委員	<p>以前、がん患者を病院から受け取った時に、病院からはこの家庭は家では看られないと言われた。昼間は独居のような状況であり、夜は息子が帰ってくる。近所に家族はいるけれど、疎遠になっていて、もともと病識が子ども同士で意見が違っていた。何かあれば病院の緩和ケアでみると言っていたが、本人が点滴や入院が嫌で、どうしても家が良い・家で死にたいとハッキリしていたので、家族も了承し私たちも了解した。本人が家に帰ったら、近所の人が入れ替わり立ち代わり来て、それがすごく楽しみなようだった。そのことを病院に伝えたら、やはり家が良いですよと言っていた。家にいることで人がまた集まってくる環境になり、病院だったら多分このようにはならなかったと思う。医療者や介護者は他人だが、近所との関わりなどその人が生活してきた、私たちでも入れない楽しさや思い出があると思う。亡くなる2日前に車イスを借りて、酸素ボンベを使いながら近所巡りをしていて、最後の挨拶ができたのは良かったと思った。</p>
委員	<p>委員の話はとても素晴らしくて、すべてがそうなれば何も問題は起きない。民生委員として独居老人のところへ行くと、やはり寂しがる。1時間だけと言っても次から次へと同じことを繰り返して話をされる。この場合、ヘルパーなど介護サービスの愚痴の方が多い。書類では貰ったかもしれないが、要介護1のときはこういう買い物の手助けができるとか、そのようなことを民生委員として真剣に学んでいない。このケースだと、本人たち夫婦では出来ないと言っているし、息子も親の面倒が見られないと言っているのであれば、息子が自分の親に対してどういう気持ちを持っているかということ、先ほど委員が話していたとおり、第三者的な人に話をしてもらい、それでどこまで納得がいくか。</p> <p>無理に施設入れるばかりが能ではないので、もし家で看るのであれば、あそこに頼んでおこうとか近所の繋がりはどのようにしていくのか、そのような小さな力も必要であるということ伝えていくと良いのではないかと感じた。</p>
委員長	<p>ありがとうございました。委員からは本人の意思が好転した成功例の話だった。</p>

	<p>ただ、委員の話にあったが、全てがそのような状況になるわけではない。</p> <p>一度ここで終了したいと思う。たくさん話が出る中で、色々なことが見えてきた気がする。資料の中には地域全体として捉える課題がいくつかあがっているが、今回の会議で拾いきれなかったため、次回の会議で引き続きケース1の最終的なところと、その後ケース2, 3と進めていきたいと思うので、また一読をお願いします。</p> <p>その他ご意見がないようであれば、議題は以上とする。進行を事務局へ戻す。</p>
事務局	<p>今回あがった地域から見える課題を整理して、今後解決策などを見つけていければと思う。</p> <p>次回は、2月8日（金）の午後2時より役場3階政策審議会室で開催するので、出席をお願いします。</p> <p>本日はありがとうございました。</p>

以上