

議事録・議事概要

審議会等の名称	令和8年度 第1回阿見町地域ケア推進会議	
開催日時	令和8年7月30日（木） 10時00分から11時10分	
開催場所	さわやかセンター2階 大会議室	
議 題	(1) 新委員紹介 (2) 会長挨拶 (3) 議事 1：令和7-8年度地域ケア会議実施状況中間報告 2：町への提言（案）の検討	
参加者	・茨城県立医療大学：松田会長 ・民生委員：青山委員 ・土浦薬剤師会：金澤委員 ・特養セントラル阿見：伊藤委員 ・地域包括支援センター：高橋委員 ・高齢福祉課：栗原委員 ・阿見ケアマネ会：小田会長 ・茨城県立医療大学：藤田委員 ・社会福祉協議会：小林委員 ・特養阿見翔裕園：加川委員 ・地域包括支援センター：鶴田委員 ・健康づくり課：西澤委員	
欠席者	・茨城県立医療大学付属病院：岸本委員 ・茨城県歯科衛生士会：岩村委員 ・東京医大：加藤委員	
議事結果	(1) 新委員挨拶 (2) 会長挨拶 (3) 議事 1：令和7-8年度地域ケア会議実施状況中間報告 2：町への提言（案）の検討 会議資料説明 事務局：資料1は、令和7年度第2回地域ケア推進会議にて配布した資料に追加する形で、会議開催状況をまとめたものです。令和7年度第2回地域ケア推進会議では、事例127から事例142までの合計17件について、ご報告させていただきました。 地域ケア個別会議について、今年度においても、事例の提供を町内の居宅介護支援事業所からお願いをしております。事業対象者から要介護1程度の軽介護者までが事例対象となります。前回の令和7年度第2回地域ケア推進会議以降、令和8年3月から令和8年7月まで、計4回の個別会議が開催されました。 この個別会議では個別事例の課題解決方法を、続く評価会議ではそれらの結果から解決のために必要な資源についての検討を行いました。また、地域ケア評価会議については、令和8年6月19日に第1回目を開催し、事例143から事例148までの合計5件（事例144除く）について、評価会議を終了しておりますが、この5件が、本日の推進会議において検討する対象となります。 続きまして、お手元の資料2-1及び資料2-2についてご説明いたします。 個別会議の結果を評価会議でアセスメントし、なお残る課題との指摘があった	

	項目について整理したうえで、助言者からでた意見を分類したものが、資料 2-1 の地域ケア評価会議結果分類別一覧になります。 このアセスメントの視点として、資料 2-2 にあります介護予防のアセスメントの視点として有効とされる ICF の概念を分類手法として取り入れ、資料 2-1 の一覧表に分類しました。 一覧に記載されている助言内容の内、グレーの部分は、前回の令和 7 年度第 2 回地域ケア推進会議にて、町への提言をまとめる際に検討されていた事例となります。資料の右側には、令和 7 年度第 2 回地域ケア推進会議にて委員の皆様よりいただいた課題・改善案・必要とされた資源について、記載させていただきました。 また、今回の会議の目標としては、次回会議で提言書をまとめるようになりますので、町への提言案の下地を作ることになります。今後も、開催する個別会議・評価会議において、多職種の協力をいただきながら検討事例を積み重ねていく予定ですが、今回会議では、事例 148 までのこちらの資料をもとに、次回提言に繋がるよう、具体的に政策案にまで踏み込んだ形でご意見をいただけたらと思います。 会 長：今回新たに事例として加わったものも含め、考えられる課題・解決策について検討いただくことと、それを含めて町に必要な資源について、事例の内容を含めて提案いただければと思います。町に必要な資源として出た意見が、今年度末の提言案に盛り込む内容になります。進行上の都合、分類別で順番にご意見をいただければと思います。個人的に昔よりも環境因子に分類されている部分が増えてきていると感じています。地域ケア会議の検討が長年続いておりますが、個人因子というよりそれを取り巻く環境について課題が残っており、それらが最終的に町に必要な資源となるとと思いますので、特に環境因子について、時間をかけて進めさせていただければなと思っております。よろしくお願いいたします。 まず、「健康状態」の「病名と症状」について、前回会議から「入院理由等を客観的データを交えて家族にフィードバックする」が新たに追加されました。考えられる課題・解決策については「本人から医師に正確な情報を伝えることが出来ない」という課題について、メモや連絡ノートで活用するというご意見等がありました。委員の先生方から何かご意見等ございますか。 会 長：必要な資源として、メモや連絡ノートは町にありますか。 事務局：在宅ケア連絡帳という支援者の方々が申し送り等に使用できる冊子があります。 会 長：利用者の受診にケアマネージャーが同行することについて負担感が大きいと伺っています。また認知機能の低下等により医師に病状を伝えることが難しい方については、連絡帳を用いるという考えもあります。このあたりどのように
--	--

	解決するかご意見ありますか。 委員：実際には介護サービス事業所ごとに連絡ツールがあることが多く、実際に在宅ケア連絡帳を使っているのは社会福祉協議会の訪問介護と、通所介護事業所で1か所程度といったところです。情報が1冊にまとまっていないという状況です。受診同行に関して、報酬対象であり、独居の方や身寄りのない方、認知症状があって医師のお話がよく理解できない方、耳が遠い方等については、必要性に応じて、ケアマネージャーが受診に同行しています。各サービス事業所からケアマネージャーに困りごと等の相談があると、状況確認し、診察に立ち会った際にまとめて医師に伝えるいうことになっているので、統一されたシート等があるといいと思います。例えばデイサービスやヘルパー利用時の状況についてわかる統一された受診チェックシートのようなものがあるといいと思います。連絡帳に統一されたもので書いていただけると助かります。 会長：ありがとうございます。在宅ケア連絡帳にまとめて書けるようになっているのでしょうか。 委員：食事量や血圧を書く欄があったかと思います。他委員の事業所でも使っていますか。 委員：使っていないです。 委員：事業所ごとで使っているシートが異なるので、統一されたものがあると良いかと思います。 会長：ありがとうございます。それぞれの事業所で経過記録をとっていてそれをまとめてご家族等にお伝えするような感じかと思います。それぞれの事業所ごとに異なるため統一することは難しいことと思います。統一したデバイスで見られるものがよいか、或いはそれぞれの情報が一元化してここにあるとわかるようにする方法がいいのか。在宅ケア連絡帳に気になる部分についてを記載していただくとか、そういったツールを新たに作成するとかが考えられるかと思います。実際には、業務をしながら連絡帳等書きこむことは大変だと思います。 委員：町の在宅ケア連絡帳は基本手書きのため、その連絡帳を介入の終了時間までに書き込むことは難しい。当事業所では在宅ケア連絡帳と似た書式にパソコンで入力し、紙出力したものをリングファイルで止めるという形をとっています。訪問では基本的にスマホで記録をとっており、紙で印刷してほしいと希望されるご家庭には印刷して出しています。アナログからデジタルになり、施設ごとに使っている介護ソフトも異なるため、出力の仕方云々となってくるとそれを統一するのは難しいと思います。
--	---

	会 長：ありがとうございます。 委 員：当事業所も介護ソフトに入力し、利用者ごとにまとめて紙出力して、利用日の気になったことを追記したり、受診を進めたりするコメントも書き、送迎の時に口頭でお伝えしたり、ケアマネージャーに連絡したりという共有の仕方を取っています。確かに統一したものとなると難しいかもしれない。家族やケアマネージャーにわかるように記録に残しているの、受診時にそれを持っていくというようになるかと思います。 会 長：ありがとうございます。使っているソフトも異なるので全部一緒にするというのは難しそうですが、連絡ノートを活用するまたは外来受診で自分の今の状況をきちんと伝えられる方法はあるのかということですね。医師に伝えた方がいいことを伝える方法があるといいと思います。 委 員：在宅ケア連絡帳ですが、20 年以上前に作成されたと思います。在宅介護支援センターの時に、町主導で作ったものですが、今回と同様の問題が出た上で情報を統一しようと作成したものが在宅ケア連絡帳です。各事業所から集まり、どういうものであれば統一できるかというので折衷案を出し合い作成し、当初はある程度浸透したかなと思います。ただ時代背景に伴い、必要な項目が専門的になってきたということもあるため、そろそろ見直しの時期と思っています。元々病院にそのまま持っていけば、こういう流れで今こういう状態というのがわかることを目的に作成されたものです。電子化していることもあるため、各事業所が集まる機会を作って、共通したものを作っていけるといいのかなと思います。 会 長：ありがとうございます。20 年以上前のものということなんですね。町では在宅医療・介護連携推進事業の担当になるのでしょうか。 事務局：当時は在宅医療・介護連携推進事業はありませんでしたが、医療と介護の連携ツールにあたるとしますので、在宅医療・介護連携推進事業が担当になると思います。在宅医療・介護連携推進事業でも情報の連携が課題になっていて、協議会では統一した共有ツールがあるといいという意見が出ていますが、それぞれ使っているツールが違うので、実際難しいという話が出ている状況です。 会 長：ケアマネージャーが毎回受診に同行するのは負担が大きいと聞いていますので、目的としては、ケアマネージャーの業務負担の軽減となるかと思います。また、医師に情報を伝えて適切な医療につなげるという課題もあるかと思います。使っているツールが違うという難しさや短時間の業務内で記録を残すという難しさはありますが、どういう目的で連絡ノートを使うかがはっきりすればよいかと思います。紙媒体を電子化することができれば、そこで負担軽減ができる場合もあると思うので、そういうものが必要ということを提言として上げ
--	---

	るのはいかがでしょうか。 委 員：例えば事業所から血圧が高いので受診を勧めるという時にその数値のデータをいただければ、そちらを元に医師に相談したりできるので、ケアマネージャーが受診で医師に相談するときはまとまった情報が欲しいと思います。 会 長：ありがとうございます。提言としては情報連携の方法ですね。ノートがあるということですが、見直しも必要ではないかというところ検討いただければなと思います。 委 員：薬剤師の場合は訪問した後医師とケアマネージャーにレポート提出をするのが義務になっています。その時に、生活の状態やお家の中の様子を書いて提出しています。受診前に医師に郵送等に変えてほしい薬など、まとめて医師に報告するようにしています。他の職種はどうなのでしょう。他の職種の報告内容を見る方法がないので全くわからない。そこに無駄があるような気がします。ノートを使うと記録を二度書かなくてはいけなくなるので、現場の方も大変になるかと思います。例えばケアマネージャーにデータで集めてそれを統一して受診前に先生に届けるとか、そういう方法はないのでしょうか。もう少し多職種間でお互いの情報共有ができるといいなと思います。 委 員：薬剤師や訪問看護からケアマネージャーに報告をいただいていますし、看護師から医者へ報告も出しているかと思います。ただ薬剤師と訪問看護の情報連携はできていないかなと思います。 委 員：ベクトルが医師、ケアマネに向いており横の連携があまりないということは、ケアマネージャーのところにデータが集まるため、それをどういうふうの有効活用するか、効率よく使えるかが問題かと思います。 会 長：訪問リハビリも基本的に医師とケアマネージャーに実績報告をするので、全てケアマネージャーに情報が集約するといった感じで、医療と介護で横の直接のやり取りはないのだと思います。一元的にケアマネージャーに情報が集まるので、受診時等の必要な時に情報を医師等に伝えるということですが、たくさんある情報からどの情報を伝えるかという難しさがあるかと思います。連絡ノートを使って、こういう情報を伝えてほしいとか、こういう課題が残っていますということを、ケアマネージャーに集約して発信するという方法もあるかと思います。医療と介護の連携については課題とされていますが、指示系統が違うので分かれてしまうのだと思います。今の起こっている状況を関係者間で共有して、事業者や医師、看護師、薬剤師それぞれが、全体で共有できる方法を改めて検討する必要があるかなというところで、今回の提言でよろしいかと思います。ケアマネージャーに情報は集まるけれど、それをどう発信して行くかというところも含めて検討しないといけないと思います。
--	---

委員：今の話だとケアマネがものすごく大変になると思います。ケアマネージャーが情報を返すというのは何を書いていいかわからないから大変だと思います。そうではなくて医師に連携している中で共有できるデータについて、みんながみえる状態にする、報告したものが全部見えるようにするというのが一番いいんだと思います。

会長：ありがとうございます。それもまた難しいところがあると思うので皆さんに負担がないように情報が共有できるような方法があればいいかと思います。約20年経過しているということなので、連携の方法についてをこの会議で協議できればと思います。貴重なご意見ありがとうございます。

次の「心身機能・構造」については「食事量が低下しない栄養補助」や「訪問歯科の利用検討」が新しい項目ですが、今の状態を何らかの形で共有したほうがいいという話が出ているのでこれは「健康状態」の検討内容と同じかと思います。オーラルフレイルに関しては、給食だよりや食生活改善推進員の活動を継続することや、小中学生から食育が必要ではないかというご意見もいただいています。また、「活動」について、服薬に関してはお薬で困ったときの相談窓口が薬剤師会にあるので、窓口の周知を図る必要があるというところが、意見として出ています。具体的な支援内容や必要な資源について委員の先生方からご意見ございますか。

委員：相談窓口が土浦薬剤師会にあるというのは、一般市民に対しての窓口ではなくて、専門職に対しての窓口です。また一般市民に対しては茨城県薬剤師会で相談を受けています。

会長：ありがとうございます。対象者ごとに窓口が違うというところは改めてご理解をお願いします。他にはいかがでしょうか。

委員：かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師を持ちましょうという普及をしていますが、介護が必要な方で、同じ病院から薬をもらっていて、薬剤師が対応している方は問題ないと思いますが、そうでなくて地域でいろんな病院にかかっている方がかかりつけの薬剤師を持つというのは難しいと感じています。普段の病院の近くの薬局でお薬をもらうというのが一般的な流れになりつつあると思うので、その後介護が必要になった段階でお薬をどのようにもらったらいいのかとか、その流れのイメージがつきにくい部分もあるかなと思います。そこをどういうふうにお伝えしたらいいのか、また気軽に相談していいんだというところの周知が難しいと感じています。お薬をいろんなところからもらっている方はどの薬剤師に相談していいのかという疑問が生じる方もいらっしゃるので、難しいなと感じています。

委員：いろんなところでお薬をもらっている方の統一の仕方がお薬手帳になります。

	相談はどこの薬局でもできます。かかりつけは自分が信頼できる薬局を患者さん本人が決めればいいんです。薬局は、処方箋がなくても入っていい場所です。薬局は入りにくいと思われることがあります、そちらの部分の周知が足りないなと思っております。 会 長：ありがとうございます。いろんな薬飲んでる方もいらっしゃるの、一か所本人が行きやすい薬局を決める。そしてどのお薬でも相談してもいいということの周知が難しいと思いますが、イメージ図等を使って周知できるのかなと思います。他に何かご意見等ございますか。 意見なし 会 長：次に進みます。「参加」について、新たに「独居高齢者が民生委員の方や地域と繋がりをもつための体制整備」という意見が出ています。地域のボランティアの情報について、紙ベースではあるけれど、電子化が必要ではないかというご意見をいただいています。一人暮らしの方々が地域と民生委員の方とどう繋がっていけばいいかというお話が出たりしますが、何かご意見ございますか。 委 員：民生委員はお話をいただければ行きます。ただしどちらかというと見守りという立場なので、なかなか内部に入れないというところはあります。先ほどの連絡ノートというのは、本人が持っているものでしょうか。それを民生委員に共有するということはできないのでしょうか。 会 長：民生委員の方とやりとりをしている方で、本人が許可をして情報を共有するということとはできなくはないですね。 事務局：そうです。民生委員は守秘義務もありますし、必要な情報はお持ちいただくことができます。 委 員：ある程度、情報を掴んでいると、動きやすいと思います。 会 長：そこも含めてその連絡ノートや情報共有をどこまでするか、どういうところまでするかということについて今後検討が必要と思います。 基本的に見守りというところで町と連携しながらやっていると思います。そういう体制の整備の中の一環として情報を共有するかどうかという共通的な課題でもあります。他に参加のところで情報発信について、社協の方でボランティア等のマップづくりとかされているのでしょうか。 委 員：ボランティアに関してはあります。資源マップについて紙ベースだと更新が困難ということがありますが、電子のマップのデメリットについて、この間受けた研修で、東京都の体制整備事業で何千万円もかけてフォーマル・インフォ
--	--

一マルも網羅した電子の資源マップを開発して、ケアマネージャー等に周知したが、ケアマネージャーが実際にケアプランに載せて地域資源を使った例がまったくないという話がありました。電子で資源マップを作ったからといって、それが浸透していくかと言うと、周知の部分が大事になり、それが何年も課題となっているという話でした。紙ベースにしろ、電子にしろ、開発はできたとしても、そこをどう浸透させていくかが課題となると感じています。体制整備事業の第2層協議体での話し合いで、周知についてのグループワークもしていますが、広報あみやあみメール、チラシを病院やスーパーなどに置くことで周知していくという話は出ましたが、そこを皆さんに見ていただけるかというのは難しいところです。体制整備事業では全体に対する体制整備と個別課題に対するマッチングをやっていくのですが、全体に関する課題の資源のマッピングについて、完成させたとしても個別課題に行き通るかという、難しいところだなと感じています。

会長：どう伝えるかというのはとても大切だなと改めて思います。最近あみメールの発信が増えているなど感じています。そういう形で広報するというのも必要なと思います。

次の「環境因子」について、「介護者の負担を軽減するための支援」が必要であるとか、「同居家族と別居家族の役割分担をする」といった助言が新たに出てきます。ACPの普及啓発の取り組みを継続するということと、成年後見サポートセンターの周知という課題・解決策があり、本人だけでなくそれ以外の人たちのサポートという話が、前回出たかと思います。「デイサービスの送り出しが出来ない世帯の解決策」や、「SNSの活用」や、「ケアマネージャーを増やすための活動」や「ごみ出し支援事業の要件緩和」、「ボランティア団体等の交流」等が助言の内容として出ていますが、考えられる課題・解決策としては、高齢者になる前の若い世代から介護予防の意識付けを行うため、役所外との連携等を検討する。65歳になる前に、介護保険制度の説明について啓発活動を行う等ですね。前回会議で、阿見町は65歳到達者に介護保険の制度説明をしているという話がありました。それを活用して、健康に関する情報等を伝えるというものもあるのかなと思います。また、ケアマネージャーの業務過負担について、高齢福祉課窓口での説明を行うという話もありました。

事務局：ケアマネ会の方で、ケアマネージャーの業務内容について、できることとできないことという内容のチラシを高齢福祉課でも配布して欲しいというご要望をいただいております、今調整しているところです。

委員：ケアマネージャーに関して、毎年地域包括支援センターでケアマネージャーの充足調査を行っています。町内では、ケアマネージャー1人あたりに対しての件数が増加していますが、ケアマネージャーは充足しているという結果です。ケアマネ会は今までzoomで開催していましたが、昨年度から参集で行うように変わり、顔の見える関係性、ケアマネ同士の交流がある良い会になっている

と思います。

会長：ありがとうございます。充足調査で充足していてもその他の業務の負担の課題があるかと思います。何ができて何ができないということの周知も含めて整理が必要かと思います。顔が見える関係性だといろんなことが相談しやすいと思いますので、対面で行う大切さというのを改めて教えていただきました。

委員：ケアマネを増やすための活動について、高齢化率が進行した後のことを想定して発言しました。1人当たり44名を担当するというのは逼迫しており業務過多だという意見を聞いています。個別会議では、ケアマネージャーが事例を各専門職に紹介をし、助言を仰ぐという形で行いますが、その後の評価会議について、何年も参加していますが、ケアマネージャーからの意見の内容が重複していると思います。交通弱者に関することや、職種間の情報の共有が思うようにいかない、町の資源をどう活用していったらいいか、資源の情報がうまく入ってきていない等。そういったことを一つずつ解決していくことが、ケアマネージャーの業務負担の軽減になり、将来的に要支援者要介護者が増加していく時にも対応できる基礎づくりになるのかなというふうに考えています。個別事例に対する助言をシームレスに共有することができれば、同じような事例に対して相談しなくても、解決の糸口を手に入れることに繋がっていくんじゃないかなと思います。そのために、様々な情報共有のツールがあると思いますが、そこにケアマネージャーがいちいち情報を取りに行くということも大変なので、それを共有できるようなシステムが必要なのかなと思います。それがケアマネージャーに浸透していけば、ひいては地域住民の方も参加することができるのかなと。先ほど地域資源マップの話がありましたが、マップを作っただけでは、浸透していかないのだろうと思っていました。作るということは、ひとつめのステップであって、それを周知して、地域住民が行政に情報を取りに行くということの価値を、少しずつ根づかせていくということが必要なのかなと思います。例えば町のLINEもありますが、五月雨式にいろんな情報を発信してつぶさに情報を出していくと、自分に関係がある情報が目に止まるようになってくるのかなと思います。といいましてもスマートフォンやタブレットで情報を取るとなると、ある程度世代が限られてしまうかと思いますが、5年後10年後先を考えたときに、情報発信と、住民が行政に情報を取りに行けるということが必要なのかなと思います。少し話が大きくなり過ぎましたが、ケアマネージャーの間での情報共有と業務に対する負担軽減ということに、ぜひ取り組んでいただきたいなと思います。あとごみ出し支援事業に関して、要介護1以上の基準を少し緩和し、介護度が低い方でもサービスを使うことができれば、町で取り組んでいることに触れる機会が増えてくると思います。マンパワー的な問題もあるかもしれませんが、地域住民が町と関わる機会というものを作っていくことが必要なのかなと思います。それが例えば、介護サービスをそこまで入れなくても、地域に資源があって、それを活用していけば閉じこもり解消や認知症予防につながることや、地域住民との関わりを持つことにつながり、

	ケアマネジャーの課題の解決にもなるかと思います。地域資源をケアマネジャーが把握できるように情報発信について、取り組むべき課題ではないかと思います。
会 長	：ありがとうございました。業務過多の中で事例提供していただいているケアマネジャーに対して、この会議を行うことで結果的にどうなるかということを経理としてお話することができますので、希望があればケアマネ会で説明したいと思っています。また、交通弱者について、町の大きな課題であると思うので、支援について町でご検討いただきたいなと思います。
委 員	：多職種の方からご意見、ご要望等をいただきまして、町としてもできることは協力していきたいと考えております。福祉の事業については現時点で利用者がいなくても支援を必要とする人がいつ現れるかわからないというところで、事業がどんどん増えている状況です。ただし必要とされる事業は、新たに加えていくことが必要ですので、そこはマンパワーも確保した上で進めていきたいと思っています。ご意見があれば今後もお伝えいただければと思います。
会 長	：ありがとうございます。これまで挙げられました助言内容を含めて、全体を通して、なにかご意見ございますか。
委 員	：ケアマネジャーから、こういうものに協力して欲しいというような民生委員に求めるものというのは何かございますか。
委 員	：町の広報誌で、民生委員の電話番号が掲載されているため、2ヶ月ぐらい前にケアマネジャーとして困りごとがあった際に、民生委員からもお話を聞きたいなと思い電話したけれど、つながらなかったということがありました。民生委員たくさんいらっしゃるの、そこら辺の関わり方について相談したいと思う。
委 員	：民生委員とケアマネジャーの交流会のような会が欲しいですね。お互いに何をやって欲しいかということがあると思いますので、そういうことを話し合ってみたいですね。
委 員	：ごみ出し支援事業やシルバーカー購入費助成事業等の町事業についても、一緒に話を聞いて、事業内容の確認ができたらいいなかなと思います。
会 長	：ありがとうございます。職種間の連携について、顔を合わせるというのが相談しやすい関係性ができやすいと思います。 他に委員の方々からご意見等ございませんでしょうか。
	意見なし

	会 長：ありがとうございます。それでは議事は以上となりますので、進行を事務局にお返しします。 事務局：委員の皆様、ご審議ありがとうございました。皆様からのご意見を踏まえ、検討を重ねて参ります。次回の推進会議は 3 月頃の開催を予定しております。以上をもちまして、令和 8 年度第 1 回地域ケア推進会議を閉会いたします。ありがとうございました。 — 終了 —
--	--