

審議会等の会議の記録

会議の名称	令和7年度第2回伊勢崎市在宅医療介護連携推進会議
開催日時	令和8年3月26日(木) 午後2時～2時40分
開催場所	市役所東館5階第4会議室
出席者氏名	(委員) 都丸副会長、町田副会長、今井委員、岡部委員、高橋委員、見田野委員、井上委員、榎谷委員、小見委員、惣名委員、小澤委員 (事務局) 長寿社会部長、長寿社会部副部長、高齢政策課長、介護保険課長、健康づくり課長、在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら、地域包括支援センター所長、所長補佐、主幹、地域包括支援センター職員
傍聴人数	0人
会議の議題	報告事項 (1) 令和8年度 在宅医療・介護連携推進事業計画について (2) 人生会議の意識調査アンケートの報告について 議事 (1) 私のノート
会議資料の内容	第2回伊勢崎市在宅医療介護連携推進会議資料

<p>会議における議事の経過及び発言の要旨</p>	<p>1. 開会</p> <p>2. 副会長あいさつ</p> <p>3. 報告事項</p> <p>(1) 令和8年度 在宅医療・介護連携推進事業計画について</p> <p>【事務局】</p> <p>令和8年度 在宅医療介護連携推進事業 事業実施計画書です。切れ目のない在宅医療・介護連携体制の構築のため、地域の実情に応じたP D C Aサイクルに基づき、「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」の4場面を軸として医療・介護の関係機関の連携を強化するとともに、地域の目指すべき姿を共有していきます。</p> <p>1つ目といたしまして、日常の業務についてです。</p> <p>①在宅医療・介護連携に関する相談支援です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・伊勢崎佐波医師会 在宅医療介護連携支援部会。 ・伊勢崎佐波医師会病院 医療相談室。 ・訪問看護ステーション等と連携しながら対応してまいります。 <p>②地域の医療・介護の資源の把握です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護関係者の情報収集やリストやマップの更新。 ・ホームページでの情報発信を継続します。 ・また、多職種チーム名簿の整備や、必要に応じたアンケート調査を実施し、地域の連携状況の可視化を図ります。 <p>③医療・介護関係者の情報共有の支援です。</p> <p>M C S「いせ・たま多職種ネットワーク」の運営を継続し、円滑な情報連携を支援します。</p> <p>④医療・介護関係者の研修です。</p> <p>介護職向け医療研修および、いせたま研修会を開催予定です。内容については現場の声を反映しながら検討してまいります。</p> <p>⑤地域住民への普及啓発です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防フェスタへの協力。 ・伊勢崎市・玉村町公開講座を、令和9年1月16日（土）に予定しております。 <p>2つ目の日常の療養支援です。高齢者が住み慣れた地域で療養を継続できるように支援します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーと医療機関が連絡を取りやすい時間である「ケアマネタイム」の協力機関の一覧の更新。 ・M C Sを活用した訪問診療との情報共有・支援を行います。 ・また、相談内容に応じて多職種へのアンケート等を実施し、課題整理につなげてまいります。 <p>3つ目の入退院支援です。退院調整ルールメンテナンス会議の開催、退院調整ルールの手引きの周知、ホームページ掲載を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院調整ルールメンテナンス会議では、県が実施した令和7年度退院調整状況調査の結果報告と、病院相談員とケアマネジャーとのグループワークによる情報交換を予定しております。 ・また、県が実施する令和8年度退院状況調査について、伊勢崎市・玉村町や関係者への通知および周知を行います。 <p>4つ目の急変時の対応です。医療・介護・消防が円滑に連携できる体制づくりを継続します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在支診ネットワークカンファレンスへの参加。 ・急変時に対応できる医療機関の情報整理や情報提供を行います。 ・訪問診療医の紹介依頼システムの運営を行います。
---------------------------	--

・現場に応じた必要な情報を整理して速やかに活用できる体制整備を進めてまいります。

5つ目の看取り・ACPの推進です。人生の最終段階において、本人の意思が尊重される体制づくりを重点的に進めます。エンディングノートの内容検討を継続し、多職種へのACP意識調査も引き続き実施します。また、医療・介護関係者向けACP研修の開催を検討しております。

6つ目の多職種・多機関連携の推進です。顔の見える関係づくりを大切にまいります。

- ・いせたま多職種研修会の開催をいたします。
- ・今回の伊勢崎市在宅医療介護連携推進会議や玉村町自立支援型地域ケア個別会議への参加を継続します。

・訪問活動や広報を通じて、現場との密な関係構築を図ってまいります。最後にその他です。

- ・在宅医療介護連携支援部会や在支診ネットワークへの参加。
- ・他圏域との情報共有「つなぐんま」への参加。
- ・MCSを活用した他地域との連携も継続します。

連携センターいせ・たま運営会議は原則毎月開催し、事業の進捗管理と課題整理を行います。令和8年度は、特に「ACPの実践的推進」と「円滑な多職種間の情報共有や質の高いアプローチ」を、さらに意識しながら取り組んでまいります。

(2) 人生会議の意識調査アンケートの報告について

【事務局】

資料は、ケアマネジャー・訪問看護師向け 人生会議についての意識調査アンケートと結果です。

在宅医療介護連携センターでは、エンディングノート作成の取り組みの一環として、ケアマネジャーや訪問看護ステーション看護師、地域包括支援センターの皆さんが、日々業務の中で、人生会議にどう向き合い、どんな風に関わっているのか。実際、どう感じて、どう動いているのかという現場のリアルな姿を知り、人生会議をすすめていくためには、どのようにしていけば良いのか検討するために実施いたしました。

調査対象は、居宅介護支援事業所、小規模多機能型・看護小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーの方、地域包括支援センターの方、訪問看護ステーション看護師の方です。

本日は詳細な数字ではなく、結果から見えてきた傾向と現場の声を中心にお伝えします。

アンケート結果から、人生会議について「知っている」「聞いたことがある」という回答が多かったですが、実際に関わった経験のある方は少人数でした。

その理由として多く挙げたのが、時間的な制約がある中で、どのように話を切り出し、複雑な内容を分かりやすく説明すべきかを苦慮している状況ということでした。

今回のアンケートを通じて、現場の皆さんが決して人生会議に消極的なわけではなく、「大切だと思っているが、どう踏み出せば良いのか迷っている」という実態です。「やりたくない」のではなく「きっかけ」に悩んでいること、「もしも」の時という、限られたタイミングや日常に溶け込ませることの難しさでした。実際に人生会議に関わった場面としては、入退院時や病状悪化時など、どうしても限られたタイミングに集中していました。日常的な関わりの中で自然に行うことは、現場では難しいと感じている方が多い結果でした。

自由意見の中には、次のような回答がありました。ケアマネジャーのご意

見として

- ・人生の最終段階の話をなかなかすべての利用者とお話しできないのが現状。ご家族や利用者の入院など、そういう状況になって初めて真剣に検討することになる状況が多い。
- ・エンディングノートを介護保険証と同様に全員が持っていれば、話が切り出しやすいと思います。
- ・人生会議については、なかなか話し出すきっかけが難しく、話題にならないのが現状です。

地域包括支援センターのご意見として

- ・利用者様との関わりが始まる際には、利用者・ご家族の今後（エンディング）についての意向確認を行うようにしています。
- ・ご本人へ話をするきっかけ、タイミングについては気を遣う話題と感じている。どのような言葉を使ってどのようなことを確認すればよいか、もう少し学びが必要と感じている。
- ・人生会議＝何かを決めることというイメージを持っている方が多いと思います。何かを決めるのではなく、話し合うプロセスの重要性について、一般市民・専門直で共通認識を持つことが必要だと思います。

小規模多機能型・看護小規模多機能型のご意見として

- ・人生会議の進め方や活用法など、これから学んでいきたいと思います。など、これらのご意見から、人生会議が「特別な場で、何かを決めるもの」として捉えられていることが、実践のハードルになっていると感じました。

現在作成しているエンディングノートは、全部書かなくてもよい。何度書き直してもよいといった考え方を大切にしています。

今回のアンケートから見えてきたのは、「人生会議をしたくない」のではなく、「どう始めれば良いかきっかけが分からない」という現場の本音です。

今後は、今回の結果を踏まえ、人生会議を特別なものではなく、日常の会話の延長として使えるようなエンディングノートとなるよう、見直し・工夫を進めていきたいと考えています。

【議長】話し合っていくプロセスこそが一番重要ということです。きっかけとして、介護保険の申請をした時やデイサービスに行っている時など、日常的に本人や家族、関係者と意向を共有できると良いと思います。

4. 議事

(1) 私のノート

【事務局】

伊勢崎市、玉村町、在宅医療介護連携センターいせさき・たまむらで作成をすすめていますエンディングノートを「私のノート」と題しまして「4つの場面」に分けて整理いたしました。その考え方について、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の視点からご説明いたします。

ACPとは、愛称を「人生会議」と言い、将来の医療やケアについて、本人・家族・医療介護関係者が話し合い、本人の意向を共有していく取り組みのことです。「最期の選択」を書き残すことではなく、「これからどう生きたいか」というご本人の願いを、周囲が理解した上で共に支えていく、また気持ちや環境等の変化に応じて繰り返し話し合うプロセスそのものになります。

先程、報告事項（2）でご説明いたしました「ケアマネジャー・訪問看護師向け 人生会議についての意識調査アンケート」の結果から、実際の現場では、急な入院や予期せぬ急変、ご家族の気持ちの変化、医療者等の判断の難しさということもおこっていて「事前に少しでも共有していれば」と感じていることも多いようです。

医療・介護の現場では、医療チームが医学的な妥当性とご本人の希望をすり合わせ、最善のケアを提供することが大切だと思われま

す。予期せぬ急変への備えとしまして、自分自身の気持ちを言葉にできなくなった場合等に、それまでの人生会議がご本人の意向を知り得ることに繋がります。また、ノートを整えることが目的でなく、このノートを手段として、ご本人を中心にご家族、医療者、介護者が話し合いを重ね、ご本人の意向を確認することやご本人の代わりに「一番大切にしたいこと」を周りに伝える道しるべとなると考えます。

残されたご家族が「これで良かったのだろうか」と迷うことがあるかと思いますが、人生会議を重ねることで意向や希望を知り、その希望に沿うことは、残されるご家族にとって、何物にも代えがたい「心のお守り」になると考えます。

そこで人生会議を日常の延長線上で考えるための手段の1つとして、私のノートを作成したいと考えました。ノートは、国の指針を参考に、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの「4つの場面」に整理し、人生の流れとしてイメージして考えていけるように作成したいと考えています。

1つ目の場面として、日常の療養支援として住み慣れた場所での暮らしについてご説明させていただきます。ここでは、ご本人の基本的な情報や状況、生活で大切にしていること、楽しみにしていること、困ったときに相談したい人、自分の思いを代弁してほしい人などを整理しました。ご本人らしい生活を支えるための人生会議の出発点になります。日常のご本人や価値観を共有することが、将来の医療・ケアの方向性を決める土台になると考えます。

2つ目の場面として、入退院の支援になります。病院に行くときにご家族が慌てずに済むように、そして医師や看護師がご本人を理解しやすいようにまとめておくページになります。入院・退院は、医療と生活が大きく関わる重要な局面です。自宅に戻りたいか、施設も選択肢とするか、誰に説明を受けたいか、何を大切にしたいか、など様々な方向性を選択しなければならぬ場面となります。

ご本人の希望が事前に整理されていることで、医療介護関係者・ケアマネジャー・地域包括支援センターなどの多職種が、方向性を共有でき、ご本人の意向に沿った一貫性のある支援体制を構築することが可能になると考えます。

3つ目の場面として、急変時の対応になります。急変時は、時間的余裕がなく特に救急の現場では、本人の意思確認が困難な状況も多くあると予測され、その際、事前に人生会議が行われているとご本人の思いや意向をご家族が伝えることで、救急・医療・介護が連携しやすくなると思われ、ご本人の希望を叶えるための土台となります。ノートは、本人の意思を尊重した選択を支えるための手段になります。また、ご家族があとから振り返って「あの判断で良かったのか」と後悔することを減らすことにもつながると考えています。

4つ目の場面として、看取りになります。最期の時期をどう過ごしたいかという問いは、人生会議の中でも特にデリケートで大切な領域になります。大切なのは「今」の気持ちとして、どこで、誰と、どのように迎えたいか。周囲への「道しるべ」として、少しでも「こうありたい」という思いを共有しておくことで、ご家族や支援者は、「本人の思いに沿った支援」をしやすくなります。だからこそ、体調や気持ちの変化に合わせて、繰り返し話し合い、更新していくことが大切と考えます。

このように、私のノートを「4つの場面」に分けることで、人生会議は特別なものではなく、日常の延長線上に位置づけることができます。「書くこ

と」も大切ですが、「関係者と対話すること」が重要です。ご本人、ご家族、そして支援者が、これからの生き方について語り合い、思いを通わせるための「共通のツール」になります。ご家族をはじめ、医療・介護・行政・消防など、関わるすべての職種がこのノートを通じてご本人の思いや希望、意向を共有していくことが重要と考えます。人生のどの局面においても、「本人の意思」が尊重され、途切れることなく支え続ける支援体制が重要と考えます。私たちは人生会議を通じて、そんな温かい地域包括ケア体制の実現を目指しています。

【議長】配布は、どのタイミングで、どこで、誰が行う形になりますか。

【事務局】ホームページへの掲載や、相談対応を行う機関への配布を考えておりますが、現在検討中でございますので、今後検討してまいります。

【委員】エンディングノートの大切さについて改めて感じました。ご本人の考えをまとめ、それを支える方々が共有するという意味で、非常に必要なものだと思います。大変良い取り組みだと思います。2点ございます。

1点目は名称です。「私のノート」よりも、「私の気持ち」「願い」「思い」「人生」などが入ると、より伝わりやすいのではないかと感じました。

2点目はページ構成です。人によって書きたい内容は異なるため、自由に記載できる余白や白紙ページがあると、活用しやすいのではないかと感じました。

【委員】母親が入院して亡くなった経験があります。お金のこと、葬儀のことなど、書いておく時のタイミングや、一回書いて終わりではなく、見直す機会を設けることが大切だと思います。母親は何度も気持ちが変わっていったので、何度も確認する機会を設けた方が良いと思います。治療をどの程度行うかなど、実際経験してみて初めてわかることもあります。各自が違うので、書いた後も家族で見直す機会をつくった方が良いと思います。

【議長】エンディングノートの目的の1つは、書いた内容を皆で共有することです。見返す中でご本人の考えが変わることもあるため、定期的に見直す機会が必要だと思います。

【委員】「私のノート」は、いつ頃から活用される予定でしょうか。現場としては、救急時などに活用できると非常に助かると感じました。

【議長】内容を十分に検討し、早期に作成していただければと思います。私から感想ですが、「私のノート」ということで本人が記入する形式ですが、家族の意見を書く欄があっても良いのではないかと感じました。

【事務局】ご意見ありがとうございます。今後検討し、内容の充実を図ってまいります。

【委員】理学療法士の立場からお話しします。特別養護老人ホームでは、入所時に同様の確認を行っています。急変時と看取りの間に「重症化した時にどうしますか」という質問もしています。チェック方式でご家族に伺うのですが、実際には矛盾することが多くあります。例えば「緊急時には対応して欲しいが、最期は看取りにして欲しい」、「AEDは使って欲しくないが、重症時にはできる限りの治療を希望する」などです。良い悪いではなく、現場ではこのような状況があるということをご共有できればと思います。

【議長】ありがとうございます。現場での実情として参考にしていただければと思います。内容については今回確定するのではなく、作っていくことについて皆様の同意を得て、内容については吟味していく形としたいと思います。

5. その他

6. 閉会