令和８年度旭川市在宅医療及び介護連携推進検討会　会議録

・日時　　令和８年８月１３日（木曜日）午後６時３０分から午後８時００分まで
・場所　　旭川市総合庁舎７階　大会議室Ｂ
・出席者　委員１３名（板橋委員、伊藤委員、今本委員、尾形委員、木下委員、下間委員、白瀬委員、鈴木委員、高森委員、田島委員、垂石委員、星委員、米村委員）
※50 音順
事務局７名
・長寿社会課　宮川課長、星課長補佐、地域支援係　児玉、片岡
・保健総務課　村岡課長補佐、岡崎
・市立旭川病院地域医療連携課　佐久間
・欠席者　　０名
・傍聴者　　０名
・資料　　次第、参加者名簿、座席表、資料「本日の会議について」、報告事項各資料、検討事項資料

【内容】
１　開会
（１）本日の会議の目的について

事務局	旭川市で暮らす医療と介護を必要とする高齢者ができるかぎり住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう本市の在宅医療及び介護の連携に関する取組について意見をいただくことを目的に開催させていただいている。

（２）本日の会議の運営について
事務局から資料「本日の会議について」に沿って説明（片岡）

事務局	本日の会議については、資料のとおりとしてよろしいか。
一同	よい。

２　議事
（１）報告事項
ア　令和７年度の取組結果について
事務局から在宅医療・介護連携推進事業の構成（資料①）及び令和７年度の取組結果（資料②）に沿って説明

事務局	質問・意見等はあるか。
一同	意見等なし。

イ　令和８年度の取組について

事務局から令和８年度の取組について（資料③）に沿って説明

事務局	質問・意見等はあるか。
一同	意見等なし。

ウ　本市の評価指標項目について

事務局から本市の評価指標項目（資料④）に沿って説明

事務局	駆け足で説明させていただいたが資料の一つ一つや詳細について質問・意見等はあるか。
A 委員	指標３の場所別死亡状況の老人ホームは特別養護老人ホームのことで、有料老人ホームは入っていないということでよいか。
事務局	（介護付き、住宅型、健康型）有料老人ホームは、死亡診断書の「死亡したところの種別」において「老人ホーム」とされるため、介護施設等に含まれる。なお、グループホーム、サービス付き高齢者住宅は自宅となる。
A 委員	指標３の達成・未達成のパーセントについて、備考欄を活用し、分かりやすいようにして欲しい。
事務局	次年度の参考にさせていただく。

（２）検討事項

ア　本市における在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討について

事務局から検討事項資料アに沿って説明（星補佐・片岡）

事務局	質問・意見等はあるか。
B 委員	訪問看護及び介護が現場の最前線にいると考えており、施設に併設される訪問看護の施設は増えてきている。 現場における困難さの背景として、医師の忙しさや医師の数の減少による夜間の対応が難しいということがある。 就労・子育てをしながら両親の介護をするという部分で最後まで頑張れないことがある。 在宅のいいところは福祉用具貸与が充実しており個人のためだけ

に使えるという部分では良い在宅の看取りや支援につながると考えている。

訪問看護ステーションで在宅に行くところが少ない印象があり、特に介護で在宅に対応しているところが少なく、選択できるところが少ないためケアマネジャーも悩まれているのではないかと思う。

グループホームで看取る場合でも、看取りという範囲が癌だけでなく、入院する前段階の特別指示書の位置づけが、救急車を呼ぶような生死をさまようような場合でなければならないと思っているところがある。

医療保険でしか介入できない施設になっている特定施設の役割を十分に発揮できていないと感じている。

医療保険と介護保険を両方使って支援することができる有料老人ホームでの看取りというのも多様化している。

一人を看取ることで、多くの方がその施設で学習してくれることが看護の役割だと感じている。

医療費が緊迫しているなか、なってからケアではなる前のケアの充実が重要だと思うが、現状そこまでいっていないものの、課題解決という考え方から、予防という視点を重視するように変わってきている。

事務局

常々この事業でお話いただいているが、家で看取るというのが必ず良いというわけではなく、その方の意思になるべく沿っていくことが重要になる。

自宅の方に自宅訪問するヘルパーの逼迫というのもお話があったが、下間委員にどのように感じているかお話を伺いたい。

C 委員

３年前の報酬改定で訪問介護だけは報酬が下がったことで、訪問介護事業所の倒産が相次いでいる。

訪問介護について、施設併設と自宅にいくところがあるが、全体で施設数は２００を超えているが、そのうち、自宅にいくところがどれくらいあるか明確な数字は分からない。

軽度者を受け入れる事業所が少なくなり、要支援を受け入れる事業所の偏りが出てきてしまっており、介護を受ける権利のためにケアマネジャーも苦労されていると聞いている。

うちの施設は要支援を受け入れているが、要支援の方からの問い合わせが多くくるものの、要支援だけ受け入れてしまうと経営が成

り立たなくなってしまい、スキルも向上していかない。
　同じ訪問介護事業所を運営するなかで利用者をふるいにかけるようなことは、良くないと考えており、市のほうに要支援を受け入れていないことに指導ができないか聞いたことがあったが、難しいという回答だった。
　ふるいから落とされた方をどうやって支援していくかというのは課題だと感じており、どのようにすれば解決できるのか、併設型の事業所との話し合いが必要だと感じている。
　連絡会としても、有料老人ホーム併設の事業者との懇談会等も検討していければ良いと考えている。

事務局　ケアマネジャーさんも問題意識を抱えて久しいと思うが、どう考えるかＤ委員にお話しを伺いたい。

Ｄ委員　軽度、要支援者を受けたがらない事業所があるのも事実。
　市の認定事業者で軽度者を積極的に受け入れようとしている社会福祉法人も出てきているので、少し変わってくるのではないかと感じている。
　こちら側からお願いしていかないと在宅でヘルパーを入れていくのが難しい。
　要介護１や２で施設に入るという状況になってきている。

Ｅ委員　訪問リハビリについて、令和６年から退院時共同指導加算が算定できるようになったが、病院退院前カンファレンスに参加しないと加算がとれないため、病院側が退院前カンファレンスを実施するかどうかに加算をとれるかどうかが依存してしまう。
　入院中にリハビリの見学行く等、面談等退院前カンファレンスに該当しない情報共有等を実施することもあり、数字に表れない連携もある。
　退院時共同指導加算は点数が高く、介護度の低い利用者にとっては、サービスを圧迫してしまうことがあるが、連携は重要という点もあり、限度額内で納めなければならない部分と矛盾がある。
　予防事業がリハビリのなかでも重視されているため、重度になってから関わるのではなく、予防・軽度のうちから訪問リハビリを利用される方が増えると良い。

F 委員

看取りの患者さんに対しての退院時共同指導はよくあるが、施設側に入る場合に共同指導が全くない場合もあり、退院時共同指導自体がないクリニックもある。

在宅に帰る場合、ほとんど薬がない人はおらず、平均すると１５～３０種類くらいもって帰るため、緻密な情報を出してもらえると受けて側の薬局としては助かり、効率化につながる。

事務局

１５から３０というのは種類ということか。

F 委員

錠剤の種類が１５から３０種類になる。

B 委員

加算の問題はあるが、退院時に協働して誰がどんな役割をするのかというのは重要な事項になるので連携をお願いしたい。

医師の都合の良い時間に退院前に一度調節の機会を作ってもらうようなお願いをしたい。

訪問リハビリは予防に限らず悪化していても必要で、訪問や会議の際にはケアマネジャーにリハビリを提案させていただいている。

残薬の確認について、薬剤師が入ることで、具体的な働きかけができるようになり、冷蔵庫の中を見せてくれるようになるなど、改善されていくのを感じている。

事務局

市立旭川病院に在宅医療介護の相談窓口業務を委託させていただいているが、星委員に入退院の加算が創設されたことや退院時や入院時の連携についてどうとらえているか教えていただきたい。

G 委員

入退院支援についてだが、コロナでケアマネジャーや外部の人が病院にくることが閉ざされていたが回復しつつある。また、市が入退院のツールを作成したことで入退院支援についてはスムーズになっている。

介護連携加算については。ケアマネジャーも忙しいため直接病院に来れないケースがあり、ケアマネジャーは情報を送るだけで、加算の対象となるが、病院側はケアマネジャーに来てもらえないと加算がつかないというところはある。

退院時共同指導についても、カンファレンスを行って在宅に帰っていただきたいが、在宅の先生も忙しかったり、関係者の日程調整がつかない、患者さんの病状的に早く帰らなければならないというこ

とでカンファレンスを行わないで帰ったケースもいくつかある。
介護認定が遅れていて、暫定利用になることで要介護の認定が出そうな方についても、軽度者申請が必要になるため、先生の負担が大きくなっている。
また、サービスの調整が整わないことで、在宅に帰れないということもある。
看取りの場面について、全ての人に ACP を行っているわけではないが、日常生活の場面でも ACP が大事だと感じている。
入院したタイミングで皆さんどうしようと悩まれることが多いので早め早めの ACP を支援が必要と考えている。
施設に入っている方で状態が落ちてきて、最後で看取ることが施設で難しく病院で最期を迎えられる方もいる。

A 委員

社会福祉協議会のなかでいうと、ヘルパーは以前１００人くらいいたが、一昨年では５０人くらいになってきている。
ヘルパー連絡会で年齢調査をしてもらったところ、２年前でほぼ６０歳を超えており、７０歳を超えている方が身体介護をするという状況になっており、要介護者等の在宅を支えるヘルパーの派遣が厳しい状況になっている。
障害サービスでもヘルパーが足りないという状況になっているので、ヘルパー対策は喫緊の課題と感じている。
私が勤務する特別養護老人ホームにおいて、退所された方の約半数はお看取りなので、嘱託医が看取りの対応をしているが、病態が変化する初期段階では医療機関の判断が必要なことがあり、市内の医療機関でホットラインを設けているところもあるが日中のみの対応であり、医師が対応することになっているが、土日は医師が出れるわけではない。
最終的には、看護師からの連絡ではなく、医師と医師のやりとりになってしまうことで受け入れが厳しい状況が発生している。
介護認定の遅れが在宅と施設の分かれ目になっているので、施設と病院の連携をしていかなければ厳しい。
北海道は最低賃金が上がるため、ハードルが高い加算を取っていくことが運営の改善と利用者の利益につながると考えている。

C 委員

認知所や寝たきりの方については、誤嚥が死につながることが多く、歯科の方の介入が望まれているが、どれくらい市内で口腔ケアの

運用がされているか教えて欲しい。

H 委員

旭川歯科医師会として、連携室を立ち上げて、訪問を管理している。

問題は人の数で、担当の衛生士はいるが、年間で２２、２３回くらい包括や介護施設に訪問ケア活動や講演を行っている。

看護師への指導の依頼が来たこともあるが、人員の数の関係で難しいところがある。

自分の地区の歯科医院の派遣調整を連携室でできないか質問もくるがなかなかそこまでできる状況ではない。

歯科医師会として、摂食嚥下も含めて誤嚥性の肺炎につながらないように口腔ケアを広めていかないといけないと考えているが、どれだけの人数が動けるかが懸念事項。

旭川歯科医師会の会員は２６４名いるが、６０歳以上が約６５％なので、３０代の先生は７人しかいないため、１０年から１５年以内に歯科医院がどんどん減っていく。

歯科医師会として、派遣調整等について重要性は認識しているが、現実的に難しいところがある。

A 委員

特別養護老人ホームでは、嚥下評価ができないため、看護師や管理栄養士からは嚥下評価を望む声がある。

リハビリステーションにおいても、リハビリできないかという声もあるので検討していただきたい。

事務局

人材確保の関係で、在宅での生活が難しくなり施設入所が広がっていくのではないかという意見があったが、I 委員はどう感じているかきかせていただきたい。

I 委員

老人保健施設は病院と在宅施設の中間のリハビリ施設と位置付けられているが、自宅に帰られるのはごく一部という状況。

さほど私のこれからシートをみた記憶がないので、これが広まればリハビリ開始時にどのような方向で進めていくかヒントになると感じている。

老人保健施設は、PT、OT、ST 等により１日２０分間しか時間がないなかで、その人にとって何が必要か情報があれば、何に着目して能力を上げるのか判断できるため、事前の情報収集は重要と感じている。

	住み慣れた自宅で看取られるのはよいことだと思うので、老人保健施設の役割としては少しでも素晴らしい環境に近いものを提供できれば良いと感じている。 個室が限られているので、ターミナルケアが必要な方にとっては、最後に御家族と一緒に過ごすことができる環境を整えるようにしている。 国の加算についても、ターミナルケアをはじめやすいようになくなられる日の前日、前々日の点数が高く設定されているというところはある。 自宅では看取ることができないような方を受け入れていくことが重要だと認識している。
事務局	いただいた意見について参考とさせていただく。

イ　来期における場面の検討について

事務局から検討事項資料イに沿って説明（星補佐・片岡）

事務局	日常療養の場面と急変時の場面のどちらを先にフォーカスしていくかということに御意見あるか。
一同	意見等なし
事務局	意見等無いようなので、事務局案のとおり急変時の対応を先行して進めていきたい。 急変期の対応に関して御意見等はあるか。
C 委員	急変期はドクターと訪問看護の役割が大きいと思うが、各サービスすべての方も急変期の対応の指標が必要。 ACP について、当施設ではすべての方に最期場面を想定できるアンケートを実施しており、医師に提供して ACP に活用できる資料を作成している。 利用者も支援者も高齢化しているため協働し、日中に急変の兆しを発見し、医師と連絡がとれる時間に早めに対応する視点が重要と考える。
F 委員	薬局でも緊急時の対応をすることがあるが、独居のところに薬を

持っていくが、お金が回収できないことが増えていることが問題になっている。
介護認定が遅れてしまうと、請求が２か月後になってしまい、親戚などとトラブルになることもある。
緊急時でも、どれくらいお金がかかるのか概算でも分かるようなものがあると良いと思う。

G 委員　基本的にはかかりつけ医が急変のときは必ずみるというかたちに持っていきたいのか。

事務局　他都市の状況をみると、ACP の普及というところが一つ。
本人の意思決定をあらかじめ表示しておいて、救急を含めた関係者がいかに共有しておけるかという仕組みづくりになると考える。

G 委員　看取りの場面や日常両量の場面で ACP がしっかりしていれば、急変でも患者が望む最後の迎え方ができると思う。
夜に訪問の先生が行けなくて、施設でみとろうと思っていたのになぜか病院にきてしまったということもあるので、ACP は急変期にも関連していると考える。

J 委員　皆さんの意見を聞いていると診療報酬を絡めてそれぞれの各分野大変さが伝わってくる。
進んだ癌の患者をみることが多く、患者は家で過ごしたいという希望があるが、家の介護力が追い付かないことがあり、そういった際に、患者の希望を優先し在宅でみることが素晴らしいという発想になると家族が非常に大変になってしまうので、施設も大事な場所と感じている。
本人の意思確認が家族にも共有されていないと、急性期病院に運ばれてしまいなかなか家族に会えないということにもなってしまうので、施設入所の場面、退院の場面及び体調を崩した場面等でどういう生き方をしたいのか把握・共有することが重要と考える。
患者が最後の場面を望む場所で迎えることができるというのは、検討会に参加している全員の重要な仕事のポイントになると考える。

K 委員　地域の皆さんと連携を深めながら、質の高い退院支援をどのよう

に行っていくか課題に感じている。
急性期の専門的知識を持った看護師が地域に出ていくべきということを感じた。
急性期病院は短い在院日数のなかで、つなげるところが施設になってしまうのが現状であるが、入院をきっかけに ACP を患者が考えられるときにタイムリーに看護師・SW とともに患者の思いを見える化していくことが重要と考える。
国のイメージ図も急変が２階に分かれていて、実感としてもわかりやすい。
在宅での看取りについて、うまくいかなかった事例があると思うので、みんなで意見を出しあいながら、何が対策としてより有効か話合えると良いと思う。

A 委員　情報提供の依頼になるが、事務局のほうで様々な講習等を今後行っていくという話があったが、介護の笑顔の写真展を毎年イオンで行っていたが、総合庁舎１階でも行うかもしれないので、いろんな市民が来るのでパンフレットなども一緒に展示できると良いと思う。
旭川大学に北大で口腔ケア行っていた教授も来ているので、先ほどの口腔の話なども繋ぐことができると思う。
特別養護老人ホームで、聞こえにより QOL やその人らしさを守るということで、耳鼻科の先生に来てもらったところ、耳垢栓塞で９割５分くらいは何らかの処置が必要な状態で、処置後に補聴器がなくても聞こえるようになったケースもあった。
直接、会の論議にはのらないかもしれないが、QOL を考えるなかで皆さんと情報共有が出来ればよいと考える。

事務局　他に意見等はあるか。

一同　意見等なし

事務局　無いようなのでこれで検討会を終了させていただく。