

会議結果

次の附属機関等の会議を下記のとおり開催した。

附属機関等の名称	令和 8 (2026) 年度第 1 回みよし市地域包括ケア推進会議		
開催日時	令和 8 (2026) 年 5 月 2 5 日 (月) 午後 1 時 3 0 分から午後 2 時 3 0 分まで		
開催場所	オンライン又はみよし市役所 1 階 1 0 1 会議室		
出席者	【出席者】 翠健一郎、田代和久、大澤和貴 宮川咲枝、榊原啓之、 竹内鈴彦、島本哲也、石田憲治 (代理)、長尾みどり、石田愛子、 寺澤正記、山下明美 【みよし市民病院】 高橋総看護師長、土居訪問看護ステーション所長 【保険健康課】 中川保健師長、山村保健師 【事務局】 藤森課長、鈴木副主幹、近藤主任、江口主事		
次回開催予定日	令和 8 (2026) 年 9 月 2 8 日 (月)		
問合せ先	福祉部 長寿介護課 担当者名 近藤、江口 電話番号 0 5 6 1 - 3 2 - 8 0 0 9 ファクシミリ番号 0 5 6 1 - 3 4 - 3 3 8 8 メールアドレス choju@city.aichi-miyoshi.lg.jp		
下欄に掲載するもの	・議事録全文 ・議事録要約	要約した理由	別途議事録作成
審議経過	【協議事項】 1 保健事業と介護予防の一体的実施事業について 2 認知症総合支援事業について 3 医療介護連携推進事業について		

事務局（近藤）	定刻になりましたので、今年度第1回の会議を始めます。今年度につきましても私が担当になりますので、司会進行を務めます。あわせて今年度は認知症の関係も在宅医療と介護の連携の関係も私が主担当になりますので、ほぼ説明は私が行いますのでよろしくお願いいたします。 今日は第1回ということで、メンバーが半分ぐらい変わりました。今の画面上だと宮川さんと島本さん以外は、変わってないんですけど、名簿上だと半分くらい交代されました。ですから、今年からの取組というよりは、施策全体を例年より丁寧に説明をさせていただいて、今日の会議の目的としては、全体で共有ができるということと、それに対して御意見のある人からいただく、又は質問がある人からの質疑応答というような時間にしたいと思っております。よろしくお願いいたします。
保険健康課（山村）	次第に沿って進めます。最初は、保険健康課からの一体的事業になります。保険健康課の山村と申します。昨年度から一体的実施事業の担当しております。今年度も、どうぞよろしくお願いいたします。 会議の時間を少し頂きまして、本市の一体的実施事業の取組について情報共有させていただきます。今年度、担当が変わられたところもあると思いますので、改めて一体的実施事業について、説明させていただきます。 一体的実施事業とは、正式名称を「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」と言います。これは、これまで保健健康課と長寿介護課がそれぞれ独立して行ってきた健診等の保健事業や介護予防の取組を一体的に実施するものです。これにより質の高い支援につなげ、高齢者がフレイルを予防し健康に生活できるよう支援していくことを目指しています。 昨年度も長寿介護課、地域包括支援センター、医師会、歯科医師会、薬剤師会そしてその他関係団体の皆様には、一体的実施事業に御協力頂きまして、改めてお礼申し上げます。今年度も引き続き皆様の御支援と御協力をどうぞよろしくお願いいたします。 次の資料は、国が示している一体的実施事業の概要図となります。また御覧ください。 次の資料、こちらがみよし市における一体的実施事業の取組体制になります。保険健康課では、これまで高齢者の健康診査事業や保健指導、その他健康相談等を実施してまいりました。しかし、高齢者の皆様がフレイルを予防し健康に生活していくためには、1つの課の支援では十分ではなく、それぞれの組織や団体が連携し、情報共有を行いながら本事業を進めていくことがより重要だと考えております。 みよし市が行っている一体的実施事業は、大きく分けて2つのアプローチがございます。 1つ目は高齢者の集団的な支援であるポピュレーションアプローチ、もう1つは高齢者の個別的な支援であるハイリスクアプローチになります。 まず1つ目のポピュレーションアプローチとしては4つの事業を実施しております。 1つ目が、体力測定です。この取組は、日常生活圏域ごとに行っております。

事務局（近藤）	2つ目が、専門職が通いの場に出向いて教育を行う、通いの場の出前教育という事業を行っております。 3つ目が、フレイルサポーターを養成するためのサポーター養成教室を実施しています。 最後がフレイルに関する知識を普及するためのフレイル予防講座を実施しています。 これらの事業は、東海学園大学と共同で実施しております。 次に2つ目のハイリスクアプローチとしては、5つの事業がございます。 1つ目が栄養、2つ目が口腔のハイリスク、3つ目が服薬多剤、そして糖尿病重症化予防、健康状態不明者の支援事業になります。これらの各項目に該当された人に対して、電話や訪問、対面での健康相談といった方法で個別の支援を行っております。 それでは一体的実施事業の詳細を一部紹介します。市のポピュレーションアプローチの1つの体力測定の事業になります。こちら対象者は65歳以上とし、みよし市の圏域であるおかよし、きたよし、なかよし、みなよしのそれぞれで開催し、握力測定、開眼片足立ち、ツーステップ、TUGという4つの項目で測定を行います。その結果を3段階で評価し、東海学園大学の先生から説明いただき、結果に応じて、ゆったりとした強度の元気アップ教室という教室、がっつり筋力アップ教室という強度の高い、2つの教室でフォローしております。参考までに、昨年度の実施人数を記載しています。 次にハイリスクアプローチからも1つ紹介します。健康状態不明者の個別支援を紹介します。こちら対象者を前年度と前々年度の健診未受診かつ医療機関未受診者で、介護認定や昨年度までの把握者を除くものとし、地域包括支援センターの職員、そして市の職員による家庭訪問を実施しております。こちらも参考までに昨年度の実施人数を記載しています。そして訪問できなかった対象者に関しては次年度に訪問を実施しております。なので令和6(2024)年度に把握できなかった方は、令和7(2025)年度の訪問にて把握しております。 また、資料には記載がないですが、昨年度から薬剤師会に協力いただき、重複多剤服薬の人を対象に、薬剤師による訪問指導を令和7(2025)年度に実施していただきました。今年度もよろしくお願いいたします。 このような形で、各課各組織、団体に連携協力しながら一体的実施事業を進めています。この事業に対して、御意見等ございましたら、保険健康課にお願いいたします。保険健康課からは以上になります。何か質問等ございますでしょうか。 次は、認知症施策です。メンバーが入れ替わっておりますので改めて今の事業について説明をさせていただきます。資料は画面共有します。 まず、認知症サポーター養成の取組です。サポーターというと何かをする人のように聞こえますが、どちらかというと普及啓発を目的に国が2017年から進めている取組になります。認知症について正しい知識を持ってできる範囲で見守る支援する人を養成するものです。本市は、平成22(2010)年から小学校中学校を中心にこどもたちに多くの認知症サポーター養成講座を実施してまいりました。
---------	---

引き続き、小中高のこどもたち向けのものについては実施をしていきたいと考えております。また、企業向けや地域向けも実施できればと思っています。

次の取組で、キャラバンメイトと書いてあるのは先ほど説明しました認知症サポーター養成講座の講師として活動できる人のことをさします。このキャラバンメイトの活動を支援するところが2つ目の取組になります。キャラバンメイトさんはボランティアですので、しっかりと活動支援しないとなかなか継続が難しいというところと、令和6(2024)年1月1日施行の認知症基本法という法律が施行されまして、この基本法では、目玉として「新しい認知症観」というものが盛り込まれました。従来の認知症観は、認知症になったら何もできなくなるとか分からなくなるというものでした。このネガティブさを払拭して、認知症のまだ初期であれば、まだまだできることはたくさんある。また、中等度ぐらいでもできることがあるので、そういう認知症になってもまだまだ、ポジティブに生きられるんだというものを「新しい認知症観」と定義されており、認知症サポーター養成講座の取組を中心に、この「新しい認知症観」の普及啓発に取り組むと国の計画にもあります。従いまして、このキャラバンメイトの教育の仕方によって、新しい認知症観の醸成に支障が生じてしまいますので、本市については、新しい認知症観の普及に資する内容に昨年度それぞれ小中高大人版について、見直しを行い、その内容が適切に実施ができるように、キャラバンメイトさんと一緒にサポーター活動をしていきたいと考えております。昨年変えたばかりなので、引き続き丁寧にやっていきたいと考えています。

次はアルツハイマー月間です。これは、毎年9月がアルツハイマー月間というように認知症基本法に定められております。9月21日が世界アルツハイマーデーで、これを含む月間として9月がアルツハイマー月間になります。本市につきまして、アルツハイマー月間をとらえまして、図書館を使いまして、本を通じて、認知症の普及啓発に取り組んでおります。今年度につきましても、8月の下旬の図書館の本の整理をする日から9月下旬までを期間として、開催予定です。また、今年度から庁舎のライトアップも始めます。月間の初日である9月1日を予定しております。庁舎の一部をライトアップするという取組も、昨年、実は試行的に始めておりましたが、今年度からはしっかりと広報をして、始めていきたいと考えております。認知症のイメージカラーであるオレンジ色に庁舎を染める予定です。

続きまして、認知症ケアパスの内容充実になります。認知症ケアパスというのは、認知症の人やその家族が、認知症の状態で応じて受けられるサービスですとか支援の流れを作ることです。そしてそれを見える化して、情報を提供することを言います。見える化された冊子のことをケアパスというのではなく、ケアパスというのは、本来はそういう支援が途切れなくされるように流れをつくり、それを見える化して情報提供する一連のものを言います。

本市においては、高齢者福祉マップを、そのツールとして、認知症ケアパスの機能の中に盛り込みまして、市民の皆様、又は支援をされる皆様にお示しをしているものになります。今年度につきましては、新年度版を作成するに当たって、少し議論をしまして新しい認知症観も踏まえた内容のリニューアルをしていく予定です。3年に1回のペースで、大幅に内容を見直す計画で、今年度が

その年になります。

次の取組は、本人発信支援です。これは認知症当事者の声をしっかりと聞いて、やりたいこと、得意なこと、強みを活かして、誰かの支える側にする取組です。昔やっていたこと、好きなこと、やりたいことは、生き生きと暮らしていくために不可欠で、これは認知症になっても同じなので、地域の中でやれるようにするという取組になります。なかなか個人では自分の強みを発信するのは難しいですが、発信しないと誰にも伝わらないので、支える人になれないので、そこを支援することから「本人発信支援」と言います。国の計画にもこの言葉でしっかりと記載されております。先ほど新しい認知症観の説明をしましたが、本人発信支援で認知症の人が誰かの支える側になり、強みや得意を活かしている姿を周囲の人が見ることで、自然と新しい認知症観の醸成ができることになります。

本市につきましては、この本人発信支援のやり方をデイサービスに協力をいただいて、「プロジェクト縁」と名付けて、一昨年前から始めております。実際にデイサービスで声を拾っていただいて、その声を地域とつなげる支援を、何人もの人で実現しています。今年度につきましては、これをできるだけ、事例を増やせるようにし、その事例を見える化して、先ほどの図書館の展示ですとか、いろんなところで、発信していきたいと考えています。

次は、認知症の地域支援推進員の資質向上になります。認知症地域支援推進員というのは、平成 27(2015)年の介護保険法の改正によって盛り込まれ新たな役割を担う人のことで、認知症の地域支援なので、地域での仕組みですとか、今まで上げてきたこの取組ですとか、そういった各種取組を調整する人です。また、個別支援をする役割も持っています。

本市におきましては、私を含め、行政と市民病院と各地域包括支援センターに配置をしております。毎月 1 回、推進員が集まっていろんな取組の進捗を管理しながら、進めています。この認知症地域支援推進員の資質が向上されていかなければ、認知症施策が深化しないので、この資質向上というものにもしっかりと取り組む必要があります。ここにつきましては、愛知県が主催する研修を充てる予定です。愛知県は、とても力を入れていて、認知症研修・研究東京センター主催の研修のほかに、愛知県は国立医療研究センターに委託をして、国立医療研究センターが主催となって研修を企画してくれます。なので、これらの研修にしっかりと推進員に参加していただいて資質向上になるようにしていきたいと考えております。

次は認知症の初期集中支援チームになります。これは個別支援をするチームです。認知症の人や疑いがある人を対象に支援を直接的にするチームになります。本市では、市に 1 チーム置いています。他市町では、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターに委託する形で設置したり複数設置というような町もありますが、本市は市に 1 チームを置いて活動しています。活動は、対象者 1 人に対して基本 2 人の職種の異なる専門職を担当者とし、活動を行い、毎月 1 回、多職種で集まってケース検討するチーム員会議を行っています。チーム活動は、3 年前ぐらいまでは、件数が少なく、そこが最大の課題でしたが、昨年ぐらいから少しケースを支援する件数が増えてきております。その 1 つの

要因としては、DASC（ダスク）というアセスメントツールがありますが、これは認知症初期集中支援チームが介入する時に必ずしているアセスメントになり、基準値であるカットオフ値は 31 点以上のケースをチームに報告するようにルールを作りました。31 点以上あるということは、認知症の疑いあるいは MCI の疑いがあると判断されるものです。

報告を受けた相談ケースを引き続きチームで支援しようとなるケースがあるために、チームの支援ケースが増えていると考えています。

次の取組は、認知症疾患医療センターとの連携になります。認知症疾患医療センターというのは認知症サポート医や専門ではない先生たちを支援する機能を持っているセンターです。認知症初期集中支援チームの支援をすることやクリニック等で鑑別が難しい認知症や精神疾患の可能性がある人に対して、鑑別診断する機能を持ったセンターのことです。指定は、愛知県が行います。2 次医療圏に 1 か所以上置くというのが、県の計画で、みよし市は西三河北部医療圏に属していて、トヨタ記念病院が指定されています。ですから、トヨタ記念病院との連携を強化していくということになります。

認知症疾患医療センターは、年に 1 回会議を開かなければいけないとなつてますので、センターが主催するその会議に出席をしてしっかりと発言をしていくということと、センターが主催する研修に、皆さんが参加できるように周知して資質向上に努めていきます。

次の取組が認知症カフェの普及になります。認知症カフェは、認知症であってもなくても、認知症の人を含めて誰もが来やすいような居場所をつくる取組です。本市では、既存では 4 か所のカフェがあります。既存のカフェの支援として、毎月広報に認知症カフェのコーナーを設けて、毎月の催しを載せています。

続きまして、認知症カフェの開設支援です。認知症カフェは居場所をつくることが重要ですので、既存でやっている月 1 回程度のカフェを継続していくことも大事ですが、新たに開設されることも大事だと私たちは捉えています。そこで認知症カフェの開設支援をしていきたいと考えています。本市の場合は、資料に記載のあるように「自走するカフェ」を作りたいと考えています。カフェ、喫茶店にとどまらず、何か営業されているディーラーとか他の飲食店に働きかけて、そのスタッフさんたちに認知症サポーター養成講座を受けていただいて、認知症のことを理解している店舗を登録してもらって、そこが 1 つの居場所になっていけばいいと考えています。既存事業者が通常営業して運営されることから「自走する」と表現しています。従来型の月 1 回カフェは、主催者が必要になるため、担い手がないという課題がありました。そういう人がいなくても場所ができてくるというのが、自走するカフェのメリットで今年度からその地の枠組みづくりを本格的にしたいと考えています。

次はチームオレンジの取組になります。チームオレンジというのは、認知症の人の困り事をチームで支える取組です。困っている認知症の人の周りの人にチーム員になってもらって、認知症の人を支えるチームをつくるという取組になります。本市につきましては、三好丘緑の地域でグラウンドゴルフをみんなでやっている人でチームを編成して「チームみどりんオレンジ」と呼んでいま

す。

このチームの成り立ちは、グラウンドゴルフ仲間がコロナ禍を経て、1人の構成員が認知症と診断され、診断をきっかけに「みんなに迷惑をかけるから」とグラウンドゴルフに来なくなってしまいました。そのときに他の構成員からは「認知症になったら迷惑をかけるなんてことはないし、誰が認知症になってもみんなで続けられるようにしたい」という機運が高まり、チームで支えていこうとなりました。

チームが発足したら、ほったらかしではいけないので、伴走支援が必要であり、今年5月に、フォローのための研修会を開き皆さんでまた新たにチームとして活動していく意義を確認できました。

次の項目は、このチームみどりんオレンジ以外でも、同じように助け合うチームが発足するように、希望者が現れたときに適切に対応ができるようなマニュアルをつくっておりまして、このマニュアルに基づいて必要な支援を、新しいチームをつくれるように準備しています。

次は、あいちオレンジネットワークです。これは認知症による行方不明が発生した際に、相互協力するための市町の連携です。具体的には、本市、日進市、東郷町、長久手市、豊明市による5市町の連携です。行方不明発生時に目撃情報を集めるために配信しているメール配信の仕組みを、5市町とも保有しており、発生時には相互に送り合う協力関係を築いています。また、そのほかにも年1回情報交換のための会議を開き、必要な情報交換を行っています。

次は個別のケース会議です。本市では、この会議を「ささえあい会議」と呼んでいます。地域包括支援センターが主催して開催しますが、行方不明にならないように作戦会議に用いたり、発生したときはどのように対応するかを決めるための会議を開催しています。

もう1つの地域での見守り体制ということで、昨年までは各地域ごとに、行方不明の搜索模擬訓練をやっていましたが、声かけの仕方を勉強するものでしたが、これにつきましては、私が参加している国の研究の中で、行方不明を経験した認知症当時者のインタビューをさせていただく機会がありました。その際に、どこにいるかわからないときに急に声をかけられるのは迷惑だとはっきりと言われました。一生懸命、いつものルーティーンに戻したいと必死に頭を動かしているときに声をかけられると、かえって混乱してパニックになるそうです。このことは、愛知県の認知症希望大使である土赤さんも同様のことを話されていたため、よかれと思ってこれまでやってきた声かけ訓練は、当事者の声をもとに、無意味だとわかったのでやめることにしました。

次は成年後見制度の利用促進になります。本市は令和2(2020)年に成年後見支援センターを設置しました。必要な人に、成年後見制度が利用できるよう後見センターとともに進めていきたいと考えております。

次で最後です。消費者安全の推進になります。これは、この地域包括ケア推進会議の毎年第3回目で、担当部局である産業振興課から情報提供があると思いますが、高齢者は消費者トラブルに遭うというリスクが増えてまいりますので、担当課と連携をしながら支えていけるような仕組みを続けていきたいと思っています。認知症施策については以上になります。

島本氏	それでは、質問等あればミュートを外して御発言頂ければと思いますが、いかがでしょうか。もう一度部分的に説明してほしいや意見でも構いません。初参加でいくと、島本さんいかがでしょうか。 清水会ケアプランニングセンターみよし湯ノ前の島本です。よろしくお願いします。私は、ケアマネの立場ですので、その範疇でできることを考えるわけですが、要介護認定を受けている人でもまだまだやれることがあるのではないかとという視点で、連携できればよいかなと思いながら聞いていました。引き続きケアマネとして、何かできていけばと思ってます。
事務局（近藤）	はい、ありがとうございました。宮川様も参加ですので、自己紹介も兼ねて感想でもいいですがコメント頂ければと思います。
宮川氏	愛知県歯科衛生士会豊田みよし支部の宮川です。今回、みよしに仕事で戻ってきましたので、お声をかけていただき、参加することになりました。わからないことが多いので、意見は難しいですが、感想としては、たくさんのことをやっているんだなと思いました。歯科衛生士として何ができるかをこれから参加するといろいろ見えてくると思いますので、何かできそうだとすることがあれば、協力していきたいと思いますので、よろしくお願いします。
事務局（近藤）	ありがとうございました。その他はよろしいでしょうか。 では引き続き、医療介護連携事業の説明と質疑に移りたいと思います。 在宅医療と介護の連携の事業につきましては、1番左に大項目と記載があります。この事業を考える上で4つの場面で考えることとなっており、日常の療養支援、入退院支援、緊急時、看取りあるんですけど、この大きな4つの場面をとらえてそれぞれのところで医療と介護がしっかりと連携できるような体制をつくっていくのがこの事業になります。 日常の療養支援から説明します。常日頃から顔の見える関係をつくり相談がし合えるような環境をつくるのがここの部分の主なものになります。そのための取組として、クリニックや歯科医院、調剤薬局等の関係者と地域包括支援センターがしっかりと顔の見える関係を築くために包括の職員が各機関を訪問する活動を行っています。地域包括支援センターには、こんな相談ができるんだというのを、医療機関等の方に知っていただくことによって、必要な相談者が地域包括支援センターにつながれてくるというようなところですか、逆に地域包括支援センターが相談したいときに相談がしやすいような関係をつくるということを目的としています。年に1回訪問させていただいて少しコミュニケーションをとらせていただいています。しっかりと目標値も決めて取組をしてまして、おおむね100%以上なので、断られるところも一部あるんですけども、訪問希望のところには全件訪問させていただいて、継続的に4年目になります。 日常的な療養支援の3つ目としましては、豊田みよしケアネットというインターネット上で情報が共有できるツールの活用があります。この豊田みよしケアネットの利用率の向上のための取組になります。この取組の当初は、登録者数の増加や基本的操作ができる人を増やす目的で、基本的な操作や活用方法の研修会をやりました。その結果もあって、市内の介護事業所については、全件登録を頂いております。

島本氏	課題として、医師会や歯科医師会の登録数が少ないところです。そこで、この課題に取り組みということで、今年度につきましては、豊田市、豊田加茂医師会の共催のような形で、三師会向けに基本的な操作等の説明会ができないかと調整をしております。以上が日常の療養支援になります。 次に大項目の2つ目の入退院支援になります。これはどうしても高齢者になりますと、入退院というのが必要になってきますので、入院時も退院時も、病院のスタッフと地域のスタッフがシームレスにつながれて情報がしっかりと流れていくような引き継がれていくような仕組みをつくっていくことが目的です。そのために1つ目の取組として、入退院機能を持つ病院としっかりとコミュニケーションがとれるようになるために、年に1か所を決めて、地域側のスタッフと病院側の退院調整を行うスタッフの交流機会を作っています。昨年度は三九朗病院、その前は、愛知国際病院と行いました。随分前には市民病院や厚生病院とも行いました。今年度については検討中ですが、豊田厚生病院と久しく行っていないので、どうかということで調整を進めています。 この入退院支援のもう1つの取組として、昨年からはじめましたが、医療依存度の高い患者さんの受入れができる施設の情報をまとめることにしました。なかなか医療依存度が高いと、受けてくれない施設が多いので、医療依存度が高いのを、どの処置だったら受けてくれるのかを分かりやすくまとめて、持っておくと、ケアマネさんとか包括、病院も退院するときに役立つのではないかと思います。 続きまして、急変時の対応になります。急変時に対応するとなると、消防との連携が不可欠になります。消防との連携は、どのまちも苦戦しております。本市もなかなか進んでいませんが、今年度から豊田加茂医師会が主導している「豊田みよしウェルビーイングネットワーク」において、豊田消防署も尾三消防署も出席者として参加することになりましたので、進む可能性があります。その他の取組として、エンディングノートの活用も位置付けています。 最後が看取りになります。 先ほどのエンディングノートは本人の支援になります。 もう一つのものとして、普及啓発として、いろいろな人が人生会議という考え方を理解して、早いうちから、これはそろえたほうがいいなということ、分かってもらえるような周知する機会が必要になります。昨年度は、イオン三好店のセントラルコートを使って市民公開講座を開きました。今年度についてもイオンと話を進めてシニアフェスのような形で高齢者向けの情報を1日に凝縮して提供できる機会をつくりたいと考えています。 最後の取組として、相談ステーションを中心に、人生会議について理解するための勉強会をやりたいと考えています。説明は以上になります。 これらの取組について、質問等はいかがでしょうか。3月に同様に説明しているので、ここも新顔にコメントを求めたいと思います。島本さん、お聞きできればと思います。 感想でもいいですね。なかなか医療とは連携できてない部分も現場ではあると感じているので、このような取組が行われて、今後連携が進んでいけばよいなと思いました。
-----	--

事務局（近藤）	ありがとうございます。そのほか全体を通して、時間もちょうどいい時間になってきましたが、どうでしょうか、御意見がなければ、次回の御案内です。 9月28日月曜日1時半からオンラインになります。それでは、本日はどうもありがとうございました。
---------	---