

平成29年度 第2回豊山町地域包括ケアシステム推進協議会 議事録

1 開催日時 平成29年3月2日（木）午後2時00分～午後3時00分

2 開催場所 豊山町保健センター 2階 研修室

3 出席者

(1) 委員 9名

能城充弘委員、鈴木泰男委員、堀場誠委員、岡本和士委員、高田好美委員、池山豊子委員、桶口ひとみ委員、大住洋子委員、寺町智津代委員

(2) 事務局 2人

高桑保険課長、
地域包括支援センター 長友保健師主任

4 議題

(1) 平成28年度の進捗状況について

(2) 平成29年度の事業計画（案）について

5 議事内容（要点筆記）

【保険課長】

本日は、大変お忙しい中、ご出席を賜りましてありがとうございます。定刻となりましたので、ただ今より平成29年度第2回豊山町地域包括ケアシステム推進協議会を開催させていただきます。私は、本日の司会を務めます保険課長の高桑です。よろしくお願いたします。

はじめに、ご挨拶申し上げます。地域包括ケアシステム推進協議会は、昨年6月に皆様方に委員にご就任いただきました。介護保険のこれからのあり方の一つである住み慣れた自宅で長く生活をするための地域包括ケアシステムの構築のために、皆様方からの知恵を拝借いただきながら進めていくという形で立上げさせていただきました。今年度は、8月に電子連絡帳、地域資源マップを豊山町も導入する形になりましたので、その進捗状況と来年度新たに地域包括支援センターの事業として始めます認知症初期集中支援チーム等を含めた事業について報告させていただくということで、進めて参りたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

それでは、協議会に先立ちまして能城会長よりご挨拶をいただきたいと思います。会長よろしくお願いいたします。

【会長】

能城でございます。この地域包括ケアシステムは、3年間の間に途切れのない医療から介護までのシステムを作り上げることを目的とし、国の音頭の元で動き始めている事業です。この地域の医師会でもシステム作りに尽力している状況で、これまでの

2年間やるべきことを進めてきており、医師会の事業としては後1年で終了ということになります。その1年経過した後というのは、行政主導という形になります。これまで、行政と医師会との関係性について私自身あまり見えていませんでした。多くの場合、行政の主導の下で医師会も委託をされながら、あるいは歯科医師会、薬剤師会なども加わりながら、介護施設や訪問事業、福祉などと協力して皆で支えていく形になります。現在、医師会では在宅専門にしている医師が2人いまして、その方々に多大なご協力をいただいて、何とか成り立っているという実情があります。本来、地域包括ケアシステムの主役となるのは、普段のかかりつけ医ということで国が目指しています。そのかかりつけ医が24時間在宅の人を支えていくということが、国の目論見としてありますが、なかなかそれができない状況です。開業医は、日中の診療があって昼の間は休んだり、検査をしたり、事務仕事をやったり、終わった後書類作成したりします。その状況で、在宅の人を受け入れられるのかについて、医師たちは不安に思っています。在宅の先生はどうかというと、在宅の人を受けるといっただけでも大変な状況で、キャパを超えてしまった例もあるほどです。在宅の先生にかかりつけ医をやりなさい、普段の診療もちゃんとやりなさいと言っても絶対に出来ません。なので、私が常々考えている地域包括ケアシステムのかかなり大きな問題点というのは、かかりつけ医に過大な期待を国が持っていることであり、本当にそれが出来るのかという問題が出ていないのではないかと考えます。今後、どこまで歩み寄りが出るのかということを見つけていくことが、今後の1年に必要であると思っています。在宅専門の先生は、かかりつけ医ではありません。しかし、その方たちの力も借りながら、既存の開業医にも力を出してもらい、訪問看護やケアマネなどの協力や支援がないと成り立っていかないと思います。この状況で、どうやっていくのかなど、皆さんの声を聞きながら議論していただければと思います。

【保険課長】

ありがとうございます。会議に入ります前に、配布資料の確認をさせていただきます。本日配布させていただいた資料の会議次第、名簿、豊山町地域包括ケアシステム推進協議会要綱、事前に郵送させていただきました、資料1「平成28年度の進捗状況について」、資料2「豊山レインボーネットの閲覧方法について」、資料3「平成29年度の事業計画（案）について」、資料4「豊山町認知症初期集中支援チーム対応のフローチャート（案）」でございます。不足等はございませんか。

次に協議会の議事録について、お話させていただきます。町では、情報公開の一環として平成20年10月から協議会等の議事録をホームページで掲載させていただいております。協議会の議事録につきましては、発言者の個人名を伏せ、「要点筆記」にてホームページで掲載させていただきます。議事録の内容につきましては、委員の皆様の確認が必要となります。後ほど、会長から議事録署名委員が指名されますので、指名されました2名の方と会長を併せ3名で、議事録の内容を確認していただき、署名をお願いします。

それでは、これからの協議会の議事進行につきましては能城会長をお願いします。

【会長】

それでは、ただ今から、議事の進行をさせていただきます。議事録の署名委員ですが、「高田委員」と「寺町委員」を指名いたします。議事録の署名については、事務局が本日の議事録を作成後、署名のお願いに伺いますので、よろしくお願ひいたします。

続きまして、次第3の「議題」に入ります。「(1)平成28年度の進捗状況について」事務局からの説明を求めます。

【保健師主任】

議題(1)「平成28年度の進捗状況について」について資料1・2に基づき説明した。

【会長】

説明が終わりました。ただ今の説明についてご質問・意見のある方は挙手をお願いします。

【委員】

地域包括ケアシステムを進めていく上では、レインボーネットに登録した患者さんでなければ、システムの中には入っていけないということでしょうか。

【保健師主任】

電子連絡帳をご利用していただくためには、患者さんの登録をしていただく必要があります。連携が必要な方への専門職の一つの連携の場として、ご活用していただいています。

【委員】

ある意味、介護が必要になったという時に、レインボーネットで取り上げていかないことには安心につながっていかないということですよ。自治体の方もとても大変だと思いますが、登録してもらえる医療機関を増やしていく必要があると思います。また、地域を越えた在宅専門の先生との連携については、レインボーネット豊山に登録する必要があるということでしょうか。

【保健師主任】

電子連絡帳の運用ルールにおいて、西名古屋医療圏を一つの単位としています。清須市、北名古屋市の先生が、以前より登録されていればすぐご利用いただけます。西名古屋医療圏以外の先生につきましては、今の運用ルール上ご利用出来ないことになっていますが、やはり広域的な連携を取ることにしましては効率的ではないと考えています。尾張中部医療圏在宅医療介護連携推進協議会では、尾張中部医療圏の在宅

医療の推進や電子連絡帳の運用についても検討しておりますが、医療圏を越えた連携が必要だという声が上がっておりますので、今後広げていけるように希望を出させていこうと思っております。

【委員】

私は、北名古屋市と清須市の会議にも参加させていただいております。両方の市でも、名古屋と連携が取りたい、小牧と連携が取りたいといったご意見があります。来年度は、両市の会議でもさらに協議を図って運用ルールを見直していこうと今進めている状況です。

【委員】

先日小牧市民病院から往診の依頼の電話があったケースのことになるのですが、初めの方であり、処置が対応できない方でしたので、他のターミナルケアも出来る病院にお願いしました。病院の先生は、窓口をご存知ないということがあり、いきなり地域の先生に電話がかかってくると、その先生が知ってる情報だけで対応しようとするようになってしまうので、やはり病院の方への何かしらの周知というのが必要なのではないかと思えます。在宅で支援が必要な方が現れた時に、病院の方から西名古屋医師会なり、豊山町地域包括支援センターなり、ここに連絡を取ればいいんだという周知が必要だと思いました。

【委員】

今の場合ですと、ケースワーカーを通して対応すべき例だと思います。そこから地域へ繋いで、地域はどこに振るのかということになると思います。そのところは、町から申し入れしてケースワーカーの人から繋げるべきだと思います。そうしなければ、いきなり医者のところに来てしまうと、何もわからないまま、情報もないまま受診ということになってしまいますので、やはりケースワーカーに入ってもらった方が良いのではないのでしょうか。この場合、町の方から病院の方へ連絡するなど、組織同士でキャッチボールした方が良いのではないのでしょうか。

【保健師主任】

小牧市民病院では、地域連携室が機能しており、日々連携を取っております。今回のように直接医師の方に連絡が来るといのは意外なことでしたので、連携方法について相談していきます。

【委員】

退院後の先生については患者さんの方からの病院を指定されることもあります。患者さんはもちろん地域の現状から連携のあり方を考え直す必要があると思えます。

【委員】

今回の場合は特例だと思います。いつもはケースワーカーよりケアマネジャーに連絡が入り、退院後は往診か通院を利用するのか、また地域に受け入れてくれる病院はないか等の相談をします。

【委員】

先生同士の直接のやり取りはあるとは思いますが、基本的には、医療連携室を通して退院支援を行うと思います。

【会長】

意見、質問も出尽くしたようですので、続きまして、「(2)平成29年度の事業計画について」事務局からの説明を求めます。

【保健師主任】

議題(2)「平成29年度の事業計画(案)について」について資料3・4に基づき説明した。

【会長】

説明が終わりました。ただ今の説明についてご質問・意見のある方は挙手をお願いします。

【委員】

認知症初期集中支援チームはとても良い方法だと思います。豊山町では認知症の人が約500人いると推定される中、介護認定を受けている人が約200人という報告がありました。残り約300人について、漏れているということになり危惧します。認知症の診断をどこかでする必要があると思いますが、どこでしてもらうか、どのように診断するかという問題があります。家族からの訴えがあれば支援する人も動けませんが、民生委員や友人、知人という人が地域包括支援センターに認知症の疑いを報告するというのは、プライバシーを侵害することになり、個人情報の取扱いをしっかりとしないと認知症初期集中支援チームが成り立っていかなくなる恐れがあります。このことについて、どうしていくのか方策はありますか。

【保健師主任】

第3者の方から情報をいただく場合の心配点として、情報を行政に伝えることによって、支援が必要と思われる方が嫌な思いをし、第3者の方との関係が壊れてしまうおそれがあると考えています。そのため、情報をいただき訪問を行う時には、あからさまに他の住民の方から聞いたことは出さずにアプローチするようにします。地域包括支援センターの業務として、65歳以上の高齢者のお宅を訪問し健康相談や介護予防に関する普及を行っておりますので、そのような介入方法で、実施させていただこうと考えています。

【委員】

認知症の疑いのある方の情報を自治体にお送りするシートがありますが、それほどのように関連させていけばよろしいでしょうか。

【保健師主任】

医療圏の中で統一した連携シートを、医療機関と地域包括支援センターの連携方法として使用しています。介護保険サービスが必要と判断された患者さんがいる場合、ご連絡いただければ制度のご紹介などさせていただきますので、今後も連携方法の一つとして使用をお願いします。

【委員】

漏れているという話がありましたが、今まで診ていた患者さんで、認知機能の低下がみられるようになっても、介護認定を受けていない方がみえますので、医療機関としても情報を上げさせていただこうと思います。

【会長】

意見、質問も出尽くしたようですので、以上で議題を終了します。続きまして、次第4の「その他」に移ります。事務局から何かございますか。

【保険課長】

平成29年度の協議会につきましては、平成29年7月頃と来年のこの時期、2回の開催を予定しております。事前にご連絡をいたしますので、よろしくをお願いします。

【委員】

地域資源マップのことについて、町内にある全ての医院など自動的にマップに載るようになっているのでしょうか。

【保健師主任】

西名古屋医師会、西春日井歯科医師会、西春日井薬剤師会の各事務局から登録の確認をして了承の返事をいただいた医院のみ載せさせていただいております。今後、さらに多くの医院を載せていただけるよう普及に力を入れていきたいと考えております。

【会長】

これで、本日の日程はすべて終了しました。これをもちまして、平成29年度第2回地域包括ケアシステム推進協議会を終了します。ご協力ありがとうございました。

上記のとおり、平成29年3月2日（木）開催の地域包括ケアシステム推進協議会

の議事の経過及びその結果を明確にするためにこの議事録を作成し、会長及び出席委員2人が署名する。

平成29年3月23日

会 長 能城 充弘

署名委員 寺町 智津代

署名委員 高田 好美

平成 28 年度の進捗状況について

1 地域包括ケアシステム構築へ向けた施策の推進

平成 26 年度の介護保険法の改正により、以下の事業が地域包括ケアシステム構築に向けた施策として地域支援事業（包括的支援事業）に位置付けられた。

主 な 改 正 点	事 業 名	本町の事業開始時期
在宅医療・介護連携の推進	在宅医療・介護連携推進事業	平成 28 年 4 月 1 日
生活支援サービスの充実・強化	生活支援体制整備事業	平成 28 年 4 月 1 日
認知症施策の推進	認知症総合支援事業	平成 29 年 4 月 1 日

2 在宅医療・介護連携推進事業について

(1) 目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するための支援を行う。

(2) 事業構成及び進捗状況

	項 目	実 績
ア	地域の医療・介護資源の把握	・平成 28 年 8 月より豊山レインボーネット（地域資源マップ）をインターネット上で公開（資料 2）
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・豊山町地域包括ケアシステム推進協議会の開催 ・尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会及びワーキング会議への出席
ウ	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	・尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会及びワーキング会議への出席
エ	医療・介護関係者の情報共有の支援	・平成 28 年 8 月より豊山レインボーネット（電子@連絡帳）をインターネット上で公開（資料 2）
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・相談業務の実施 ・退院の際の地域の医療機関と介護関係者の連携の調整 ・西名古屋医師会在宅医療サポートセンターとの連携
カ	在宅医療・介護関係者の研修	・尾張中部医療圏在宅医療・介護連携研修会 （実施主体：医療圏在宅医療・介護連携推進協議会） 参加人数 101 名 テーマ「認知症患者の在宅医療・介護連携を考える」

キ	地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療推進講演会 参加者数48人 ＜講演＞ 「かかりつけ医を持ちましょう ～知って防ごう脳卒中・認知症～」 講師 おぐりクリニック院長 小栗大吉氏 ＜在宅医療に関するご案内＞ 「訪問歯科診療の本当の目的を知ろう」 西春日井歯科医師会 森 清人 氏 「薬との上手な付き合い方」 西春日井薬剤師会 星野 一 氏
ク	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会、ワーキング会議への出席

3 豊山レインボーネット（電子@連絡帳、地域資源マップ）について

(1) 事業の進捗状況

平成28年6月の第1回豊山町地域包括ケアシステム推進協議会での協議を経て、8月より豊山町レインボーネット（「電子@連絡帳」、「地域資源マップ」）の運用を開始した。

(2) 協議会意見についての取組み

情報漏洩対策としてレインボーネットに登録し患者情報の共有をする方には、誓約書の提出を求める。

(3) 利用実績

ア 電子@連絡帳

(ア) 利用者

(平成29年1月末時点)

対象者	介護度	運用開始	診断名	支援機関	所在地
82歳 (女性)	要介護2	H29.1.12～	小脳出血（H18） ペースメーカー埋込み術（H27）	医療機関 居宅介護支援事業所 訪問介護	町内 町内 町内

(イ) 関係者の登録状況

(平成29年1月末時点)

項目	登録数	内 訳
施設数	9施設	病院 1件 歯科医院 2件 訪問介護事業所 1件 居宅介護支援事業所 4件

		福祉用具事業所	1 件
利用者数	1 2 人	医師	1 人
		歯科医師	3 人
		介護福祉士	1 人
		介護支援専門員	6 人
		福祉用具事業者	1 人

(ウ) 今後の課題

- a 豊山レインボーネットの普及
各専門職への周知、介護支援専門員研修で説明（3月開催予定）

イ 地域資源マップ

(ア) 登録状況

(平成29年1月末時点)

項目	登録数	内 訳
医療施設	1 2 施設	病院 1 件 歯科医院 7 件 薬局 4 件
介護施設	3 9 施設	居宅介護支援事業所 7 件 訪問看護事業所 4 件 訪問介護事業所 5 件 通所介護事業所 1 0 件 ショートステイ 4 件 グループホーム 1 件 福祉用具事業所 8 件

(イ) 今後の課題

- a 住民や関係機関への周知
b 登録事業所数の増加

4 生活支援体制整備事業について

(1) 目的

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者の増加に伴い、これらの高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために必要な生活支援サービスについて基盤整備を推進する。

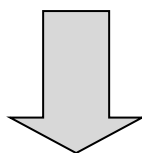
(2) 進捗状況

社会福祉協議会、シルバー人材センター、保険課高齢者・介護係、地域包括支援センターの職員から構成する研究会を開催し、生活支援サービスの課題を検討した。

豊山レインボーネットの閲覧方法について

インターネットで「豊山レインボーネット」と入力し検索

<https://rainbow-net.aichi.jp/toyoyama/>



在宅医療・福祉総合ネットワーク

豊山
レインボーネット

電子@連絡帳

資源マップ

豊山レインボーネットとは

ポータルへ戻る

▼本文へ / ふりがなをつける / 読み上げる / 文字サイズ 小/大 / 印刷 / 戻る

助け合い 支え合う
健康であたたかなまち

はじめに

豊山町では西名古屋医師会、西春日井産科医師会、西春日井産科併合及び在宅医療福祉に関わる事業所等が豊山町地域包括ケアシステム推進協議会を設立し、名古屋大学医学部附属病院 先端医療・臨床研究支援センターが開発した電子連絡帳システムを活用し、豊山レインボーネットを立ち上げました。

豊山レインボーネットは、豊山町内の医療・福祉・介護等の在宅医療に関わる事業所等が、多職種間における連携を回

平成 29 年度の事業計画（案）について

1 在宅医療・介護連携推進事業について

- (1) 電子@連絡帳、地域資源マップの普及啓発
- (2) 在宅医療や介護サービスの利用に関する相談支援の充実、各関係機関との連携
- (3) 住民向け在宅医療推進講演会の開催
- (4) 尾張中部医療圏多職種連携研修会の開催

2 生活支援体制整備事業について

現行の医療・介護サービスのみならず、地域における高齢者の日常生活上の支援体制の充実及び強化を図るため、以下の事業を実施する。

(1) 協議体の設置

町が主体となり、高齢者の生活支援サービスを担う多様な関係団体と必要な生活サービス（支援）の現状把握や課題を共有し、必要なサービスの協議を行う。

◆ 構成員

- ・ 町の職員
- ・ 生活支援コーディネーター
- ・ 社会福祉法人、ボランティア、民間企業、地縁組織等の生活支援サービスを担う事業を行う団体又は個人
- ・ その他町長が必要と認める者

(2) 生活支援コーディネーターの配置

地域の多様な主体による取組みの調整及び地域での一体的な活動を推進するため、関係団体との連携を図りながら協議体で検討した課題に沿って、新たな生活支援サービスの開発やサービスの担い手の養成等を行う。コーディネーターは地域包括支援センター職員が兼務する。

資源開発	ネットワーク構築	ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域に不足するサービスの創出 ・ サービスの担い手の養成 ・ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係者間の情報共有 ・ サービス提供主体間の連携の体制づくり等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング等

3 認知症初期集中支援推進事業について（新規事業）

（1）目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるために、認知症の者及びその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを配置し、早期診断及び早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

（2）支援対象者

町内に在住し、在宅で生活する40歳以上の者であって、かつ、認知症の者又は認知症が疑われる者で、次の各号のいずれかに該当し、豊山町認知症初期集中支援事業の利用に本人又は家族が同意した者とする。

- ◆医療サービス又は介護サービスを受けているが、認知症の行動又は心理症状が顕著であるため、家族等が対応に苦慮している者
- ◆医療サービス又は介護サービスを受けていない者又は中断している者で、次のいずれかに該当する者とする。
 - ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - イ 継続的な医療サービスを受けていない者
 - ウ 適切な介護サービスに結びついていない者
 - エ 介護サービスが中断している者

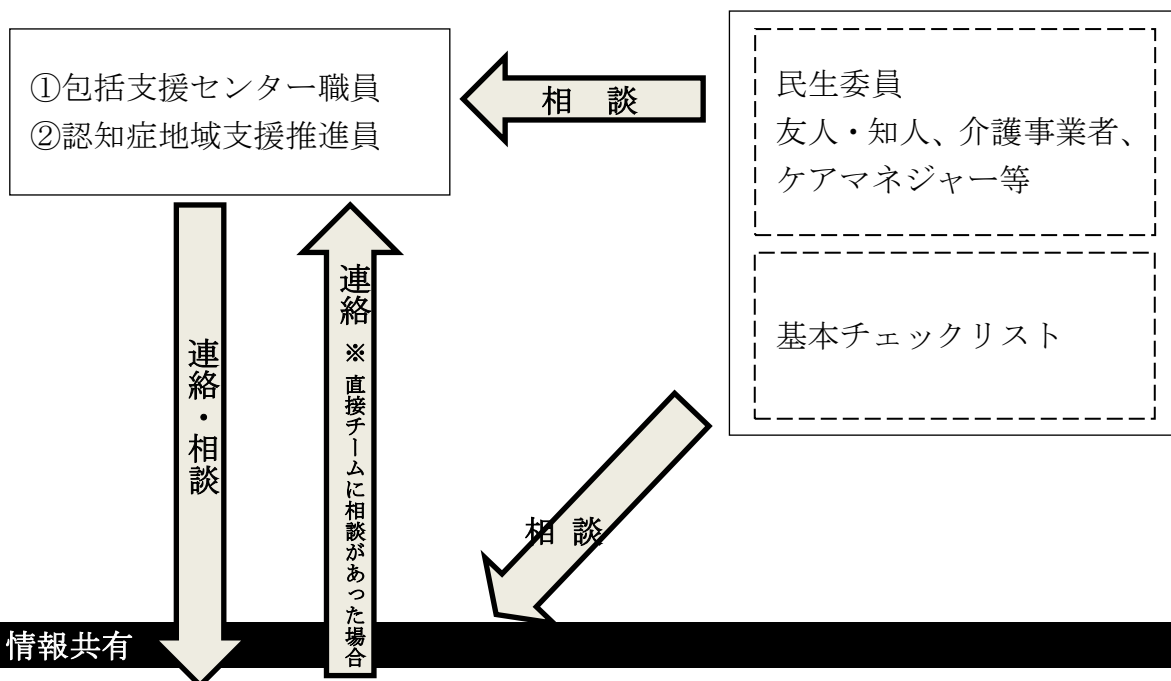
（3）実施方法

認知症初期支援集中チームを済衆館病院に委託する。

（4）実施内容

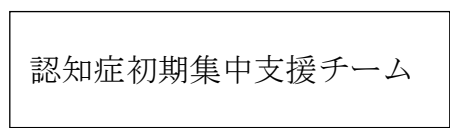
家族等の訴えにより支援対象者及びその家族を訪問し、観察及び評価を行い、医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の支援を行う（資料4）。

1. 訪問支援対象者の把握（相談受付）

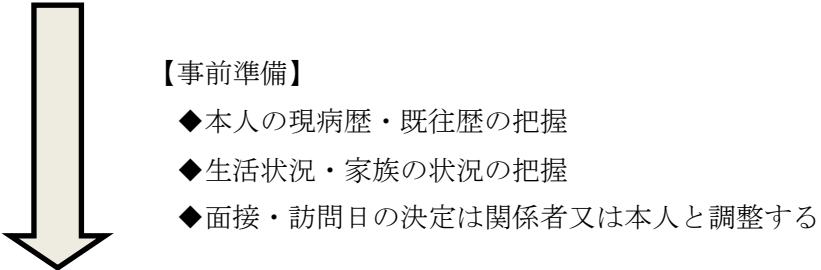


【対象者】 ※対象者把握チェック票で確認
 40歳以上で在宅で生活し、認知症の疑いのある人または認知症の人で、
 ◆認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 ◆継続的な医療サービスを受けていない者
 ◆適切な介護サービスに結びついていない者
 ◆介護サービスが中断している者
 ◆医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著のため対応に苦慮している者

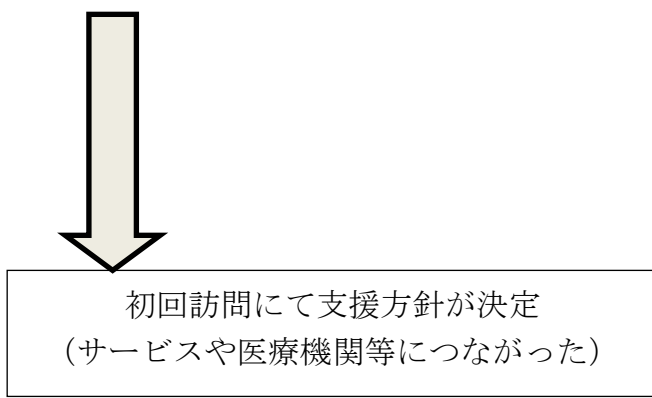
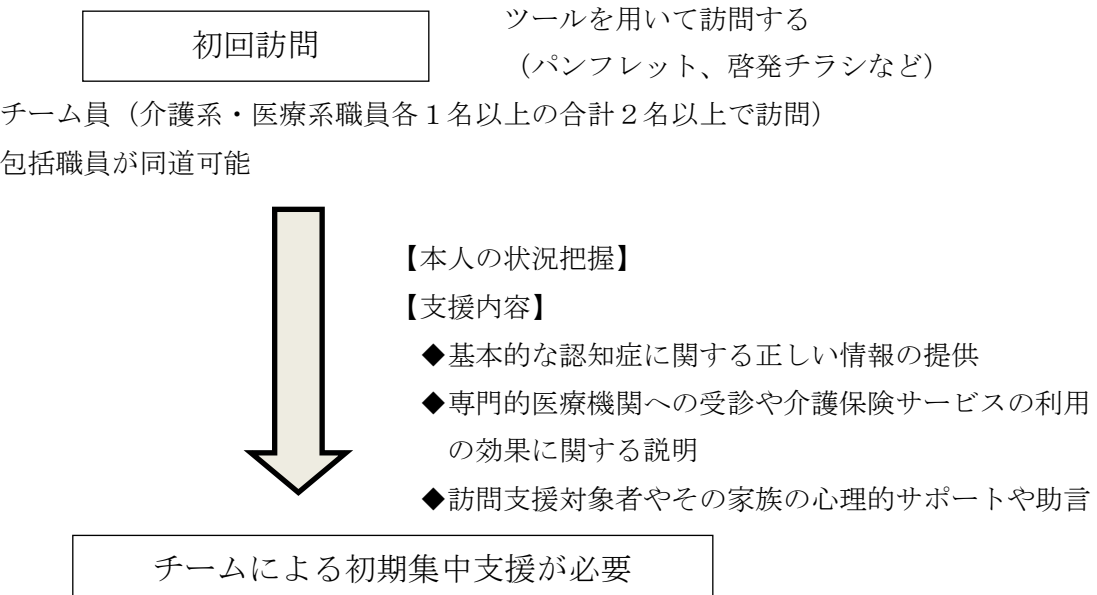
2. 情報共有



3. 情報収集及び観察・評価

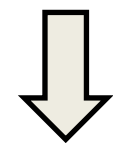


4. 初回訪問



5. 専門医を含めたチーム員会議の開催 平均3回

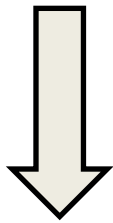
- ◆訪問支援対象者ごとに観察・評価内容を総合的に確認
- ◆訪問支援対象者への支援方針、支援内容、支援頻度等を検討
- * 支援チーム + 包括職員 認知症地域推進員
- ※必要に応じて医師、歯科医師、ケアマネジャー等へ参加依頼



6. 初期集中支援の実施（概ね6カ月以内） 訪問平均5回

- 【支援内容】医療・介護サービスによる安定的な支援に移行するまで
- ◆医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付け
 - ◆継続的な医療サービスに至るまでの支援
 - ◆介護サービス利用等の勧奨・誘導
 - ◆認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善など

関係機関等と連絡調整、支援



7. 引継ぎ後・モニタリング 平均1～2回

- 【内容】
- ◆初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合包括や担当ケアマネジャーなど同行訪問することにより円滑に引き継ぎをする。
 - ◆引継ぎ後の概ね2カ月後、チーム員会議を開催し、サービス利用状況等を評価し、必要に応じて随時モニタリングを行う。

8. 記録の保管（5年間）

9. 完了届の提出