

審議会等の会議結果報告

1. 会議名	平成28年度第2回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開催日時	平成28年11月24日(木)午後1時30分から
3. 開催場所	松阪市産業振興センター3階研修ホール
4. 出席者氏名	<p>【出席委員23名】 長友会長、小林副会長、桜井委員、長井委員、長島委員、藤井委員、齋藤委員、志田委員、木村委員、岡村委員、近田委員、泉委員、奥田委員、青木委員、小田委員、岡崎委員、竹田委員、大戸委員、松本委員、山口委員、鈴木委員、濱口委員、三宅委員</p> <p>【オブザーバー9名】 松阪保健所：丸山地域増進課長、第一地域包括支援センター：1名、第二地域包括支援センター：2名、第三地域包括支援センター：2名、第四地域包括支援センター：2名、第五地域包括支援センター：1名</p> <p>【事務局8名】 高齢者支援課石川課長、松田担当監、介護保険課田口課長、地域包括支援室西山室長、森本主任、大西主任、稲垣、奈良</p>
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍聴者数	9名
7. 担当	<p>松阪市殿町1340番地1 松阪市健康ほけん部 高齢者支援課 担当者：西山 電話 0598-53-4099、4427 FAX 0598-26-4035 e-mail kaigo.div@city.matsusaka.mie.jp</p>

協議事項

1. あいさつ
2. 報告 認知症ケアパス
3. 認知症における地域支援体制について
 - 1) 事例紹介
 - 2) グループワーク
 - 3) 先進地の取り組み紹介(玉城町：野口美枝氏)
4. その他

議事録 別紙

平成28年度 第2回地域包括ケア推進会議 報告書

開催日時	平成28年11月24日（木）午後1時30分～3時30分
開催場所	松阪市産業振興センター
出席委員	桜井委員、小林委員、長井委員、長島委員、藤井委員、志田委員、齋藤委員、岡村委員、木村委員、近田委員、泉委員、奥田委員、青木委員、小田委員、竹田委員、岡崎委員、大戸委員、長友委員、松本委員、山口委員、鈴木委員、濱口委員、三宅委員 計23名
オブザーバー	松阪保健所：丸山地域増進課長、第一地域包括支援センター：1名、第二地域包括支援センター：2名、第三地域包括支援センター：2名、第四地域包括支援センター：2名、第五地域包括支援センター：1名 計9名
長友会長	1. 挨拶
事務局	2. 報告 認知症ケアパスの作成過程報告 3. 認知症における支援体制について 1) 事例紹介 ①「物忘れ相談会」の状況報告 ②事例「認知症ではないかという人への早期介入・支援」
6班に分かれて、グループ討議	2) グループワーク ①Aさん家族にどのような支援をすればよいか ②今後も安心して地域で暮らすための支援とは何か グループワークの内容：別紙①
事務局	3) 認知症初期集中支援チームによる支援について説明（平成30年4月から設置）
玉城町 野口美枝	4) 先進地による取り組み紹介 ～玉城町の認知症における医療介護連携について～ アドバイザー 玉城町認知症地域支援推進員 野口美枝氏 玉城町の人口は約15,400人で松阪市に比べると約10分の1だが、人口は増え続けている町で、高齢化率は25.4%です。町内にある介護施設は資料のとおりです。 玉城では認知症施策を平成16年度から実施している。国が目指している認知症初期集中支援チームを立ち上げた背景は、医療機関の相談に来るのは早期でなく、PTSDが発症してから医療機関に相談に来るケースが多く、認知症のアセスメントが不十分で、医療、介護につながっても密接なケアができていない。 そのため、認知症初期集中支援チームを作って、集中的に、包括的に診断早期発見して適切なケアにつなげていくことが望まれている。 平成15・16年にこのことに気がついた。平成16年度から南勢病院の医師に来ていただき、町立の病院を活用して、もの忘れ相談を開催した。 認知症サポーター養成講座を開催したのが平成17年で、名称が痴呆から認知症に変わり、このあたりから国は力を入れ始めた。 平成18年に高齢者虐待防止の取り組みをした。高齢者虐待防止ネットワークのアンケートでわかってきたのは、認知症の対応能力の低さという地域の実態だった。

認知症に対する啓発をしなければいけないということで、平成18年から認知症サポーター養成講座を開催した。

積極的なサポーターを作って、認知症になっても安心して住民が生活していける仕組みを作らないといけないということで、認知症自主活動グループを平成20年に立ち上げ活動した。

平成21年からサポーターのフォローアップ研修を始めた。

認知症に対する予防施策、ケアパスモデルの事業に参加したり、認知症地域支援推進員の運営を24年度から行い、認知症施策に取り組んでいる。

平成26年度から地域ケア会議の定期開催をしている。医療機関、サービス事業所に声をかけて認知症について行った。3つグループができて、このうちの1つが医療と介護の連携部会。医療と介護の連携のなかで、認知症についてのキーワードはファーストタッチで主治医がきつと絡んでいる。ただし、最初に行きつけるのは主治医かもわからない。

主治医が患者から相談を受けられると一番良いこともあり、主治医の認知症の対応能力をつかんで行くというのが大切。

医療と介護が連携していくには、共通の連携シートがあるといいという話があった。平成27年度に認知症本人、家族、地域の住民が入っていける場所を開設した。

平成27年度から認知症初期集中支援チームを立ち上げたが、元々はもの忘れ相談があった。

同じテーブルでチームとして共通した話をしていることはないので、連携ができていなかった。それが課題であった。

もの忘れ相談から平成30年4月までに認知症初期集中支援チームに切り替えていく。最初に考えたのは医療と介護の連携をできるように、認知症初期集中の相談、継続的な支援ができればいいと考えた。

地域ケア会議の中でかかりつけ医の認知症に対する対応能力、関心、理解をどう高めるかが課題に挙がっていたので、町内の4医療機関の医師にこのチームに入っていただきたいという思いがあった。

チームの構成は、精神科の専門医にお願いいただき、認知症疾患医療センターのサポート医に加わっていただき、その医師をアドバイザー医にしている。

アドバイザー医師と認知症疾患医療センター医師、地域のかかりつけ医の3名の医師に認知症サポート医になってもらった。

チームの対象者は在宅にいる認知症の疑いのある人となっているので、地域の介護サービス事業所、ケアマネジャー、訪問看護師などに入ってもらい、認知症地域支援推進員、地域包括支援室の職員が入り、チーム構成としている。

チームの内容は国が決められている通りのことをしているが、違うのは、本人中心のアセスメントをもとに同じ課題について話し合っている。

もの忘れ相談からチームに変えて平成27年6月から毎月1回開催している。

医療と介護につながっていないケースもあるが、医療と介護につながっているが対応が困難になっているケース、若しくはその他の精神疾患との判別、神経内科との判別が必要なケースを中心に関わっている。

平成28年4月から現在まで資料を用意した。

チームに変えてからの参加者の意見は、精神科受診に拒否反応があり、受診を進めても専門医療機関につながらない。チームにかかりつけ医が入ることで、アドバイザー医に資料の相談や治療以外のケアの相談できる。

専門医とかかりつけ医が情報交換する関係ができる。ケアマネジャーが主治医に報告や相談できなかったが、患者の情報を医師に伝えられるとともに相談ができるようになった。

この会議を通して専門医からかかりつけ医にいろんなアドバイスをもらうことで、同じように向き合えるようになったなどの意見を聞かせていただいた。

同じテーブルで主治医とケアチームが一つのことに対してアドバイスを受けられ、情報が共有出来たり、今後の支援方法の確認ができ、目標が明確になり、主治医、支援者、家族がもう少し踏ん張ってみようかということで、平成27.28年度で入院につながったケースがあり、もの忘れ相談とは違ってきていると思っている。

今後の課題は、参加していない地域のかかりつけ医に対してどうやって参加を促すか、最近介護保険の申請時に相談し、専門医に受診しているケースが多い。

包括支援センターに相談に来るのは、生活に支障が出てきた時に相談に来ているので、専門医に受診している情報が包括支援センターに入ってくればいいと思う。

他の診療科との連携、住民に対するチームの啓発不足、チームがあっても受け入れられる地域がなかったら受け皿はない。地域づくりに力を入れていかないといけない。といった課題がある。

地域ケア会議、第7期介護保険の計画をつくっていくための介護保険推進協議会がある。そのラーニンググループでチームが参加している。この会議は医療、介護に関心のある方ならだれでも参加ができる。

ここから出てきた課題、アイデアは介護保険推進協議会に提言ができて地域の課題が形になる仕組みができています。

会議で話し合われた課題などが反映される仕組みがあると良いのではないかと。

6班に分かれて、グループ討議

5) 玉城町のお話を聞いて、グループワーク
グループワーク内容は、別紙②

4. 終了