

令和3年度（2021年度）
第1回越谷市地域包括ケア推進協議会

日にち 令和3年(2021年)10月8日(金)
ところ 本庁舎 8階 第1委員会室

目 次

	ページ
2. 議事	
(1) 会長、副会長の選出について	1
(2) 在宅医療・介護連携推進事業について	2～8
(3) 認知症施策の推進について	9～23

2. 議事

(1) 会長、副会長の選出について

(1) 会長、副会長の選出について

会 長

副会長

●越谷市地域包括ケア推進協議会条例（抜粋）

（会長及び副会長）

第5条 協議会に会長及び副会長各1人を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。

3 会長は、協議会を代表し、会務を総理し、会議の議長となる。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

2. 議事

(2) 在宅医療・介護連携推進事業について

(2) 在宅医療・介護連携推進事業について

- 1 「第8期越谷市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」における位置づけ
・「第8期越谷市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」（計画期間：令和3年度～令和5年度）において、主要施策として「医療と介護の連携」を位置づけている。

【第8期越谷市高齢者保健福祉計画・介護事業計画】

主要施策1 高齢者の社会参加の促進と健康寿命の延伸

主要施策2 地域で安心して暮らせる支援体制の充実と介護予防の推進

主要施策3 介護サービスや住まいなどの基盤整備

主要施策4 介護人材の確保・育成

主要施策5 医療と介護の連携

施策の柱 (1) 在宅医療の推進

① 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

② 訪問看護系サービスの充実

③ **人生会議（ACP:アドバンス・ケア・プランニング）の普及**

施策の柱 (2) 多職種による連携の強化

① 医療と介護の連携拠点の機能充実

② 専門職の資質向上と多職種の関係強化

③ **情報共有・提供体制の整備**

④ 救急情報提供書の周知

施策の柱 (3) 地域医療構想を踏まえたサービス提供体制

① 在宅療養等の場となる施設整備

② 在宅支援のためのリハビリ提供体制の充実

主要施策6 認知症と共に生きる施策の推進

2 第8期期間における主な取組み事業について

(1) 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及

背景	近年の超高齢社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の普及が求められている。
目的	ACPの普及により、終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて市民や関係者の理解を深め、本人の意思をできるだけ反映したサービスを適切に選択できるようにすること。
内容	市民を対象とした講演会を開催するほか、医療・介護関係者を対象とした研修会を開催し、ACPの考え方を普及する。

新規 ACP 普及啓発講師人材バンク登録制度（埼玉県の補助事業）

○ 内容

- ・市町村や住民から ACP に関する地域での座談会などでの講演依頼があった際に、高齢者サロン等で講演をしていただける医師の登録制度を立ち上げた。
- ・令和3年5月、郡市医師会ごとに医師が登録され、越谷市は6名の医師が登録した。登録医師は、年1回以上の訪問を実施する。
- ・令和3年度より3年間は埼玉県の補助事業として実施し、令和6年度からは市町村事業として実施予定。

○ スケジュール（令和3年度）

	4月	5月	6月	7月	8～2月	3月
埼玉県医師会			登録医師向けの会議の開催			登録医師向けの会議の開催
連携拠点 (越谷市医師会)	登録医師3名の調整(5/7まで)	登録申請 登録医師の決定		周知用チラシ作成	登録医師の派遣(ACP普及の講演)	登録医師の派遣(ACP普及の講演)
越谷市		情報共有			派遣依頼 申込(随時)	申込(随時)

高齢者サロンなどへ周知

※新型コロナウイルス感染症拡大のため、高齢者サロン等が休止している場合もあるため、状況を見ながら、周知対応する。

(2) 情報共有・提供体制の整備（入退院支援ルールの作成）

入退院支援ルールとは

要介護・要支援者及び退院支援が必要な方が入院又は退院をするにあたって、病院等と在宅関係者が円滑に連携し患者情報を共有するための標準的なルール

○ 越谷市における入退院支援ルール作成の経過について (R3.9月現在)

日 程	内 容
令和2年 4月	○埼玉県が「埼玉県入退院支援ルール標準例」を作成
5月	○越谷市における入退院支援ルール作成の課題と進め方について協議 参加者：越谷市医療と介護の連携窓口職員、市職員
10月	○越谷市入退院支援ルールに関するアンケートを実施 対象：病院、診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護、地域包括支援センター
11月	○ケアマネジャー対象の意見交換会を実施
12月	○第1回越谷市入退院支援ルール意見交換会の実施 参加者：越谷市内医療機関の医療ソーシャルワーカー・退院調整看護師、ケアマネジャー、 歯科医師、薬剤師、越谷市医療と介護の連携窓口職員、市職員
令和3年 1月	○ケアマネジャー対象の意見交換会の実施
	○第2回越谷市入退院支援ルール意見交換会の実施 ・埼玉県入退院支援ルールの各項目を検討
3月	○第3回越谷市入退院支援ルール意見交換会の実施 ・埼玉県入退院支援ルールの各項目を検討
8月	○越谷市リハビリテーション連絡協議会との意見交換会の実施 参加者：越谷市リハビリテーション連絡協議会会員、越谷市医療と介護の連携窓口職員、 市職員 ・入退院時のリハビリ職員の関わりの中での問題点、課題について
	○第4回越谷市入退院支援ルール意見交換会の実施 ・越谷市入退院支援ルールの冊子の内容について検討、入退院支援ルールのフローチャートに関して、グループワークを実施し、意見をいただいた。
9月	○越谷市薬剤師会との意見交換会の実施 参加者：越谷市薬剤師会会員、越谷市医療と介護の連携窓口職員、市職員 ・入退院時の薬剤師の関わりの中での問題点、課題について

※ その他、医療と介護連携の会・世話人会（年4回実施）において、適宜、意見聴取や報告を実施した。

(2) 入退院支援ルールのイメージ図・フローチャート

埼玉県入退院支援ルール標準例 (P4~6)	越谷市入退院支援ルール (P4~6)

- ・イメージ図を作成し、入退院支援ルールの全体を理解してもらえるようにした。
- ・フローチャートについては、**第4回の意見交換会の中で、「いつ、誰が、何をやるのか、具体的に示してほしい」と参加者の中から意見が出たので、現在検討中。**

(3) 多職種連携にあたっての心構え

(埼玉県標準例：連携にあたってのマナー・エチケット)

埼玉県入退院支援ルール標準例 (P9, 10)	越谷市入退院支援ルール (P7, 8)

- ・埼玉県の標準例を基本とし、入退院支援に関わる多職種へ向けた心構えを作成した。
- ・埼玉県の標準例と同様、職種別に作成した。文言については、より具体的で平易な言葉で表現をしている。

(4) その他

- ・地域包括支援センターの紹介ページの追加（越谷市ルール・P9、10）

➡ 介護保険に関する業務に従事していなければ、地域包括支援センターの業務内容が分からない場合もある。そのため、主な業務内容と市内の一覧を掲載した。



- ・在宅医療連携拠点の紹介ページの追加（越谷市ルール・P11、12）

➡ 医療・介護の専門職向けの相談窓口である「越谷市医療と介護の連携窓口」の業務内容や活用方法について掲載した。

- ・越谷市内病院連携窓口リストの追加（越谷市ルール・P13）

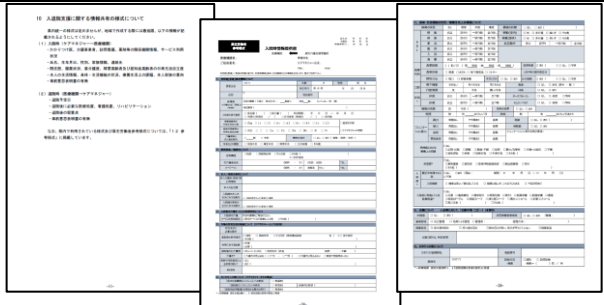
➡ 意見交換会の時に、「医療機関（病院）の窓口があらかじめわかっていると、スムーズな連携が取りやすい」との意見があり、項目を追加した。

- ・入院時・通院時あんしんセット

埼玉県入退院支援ルール標準例 (P8)	越谷市入退院支援ルール (P14)
	

・意見交換会の中で、「あんしんセットをそろえていくことが大切ではないか」という意見がケアマネジャーよりあった。そこで、啓発のためのチラシ作成を行い、入退院支援ルールの中に啓発内容を掲載した。

- ・入退院支援に関する情報共有の様式

埼玉県入退院支援ルール標準例 (P11、P16～43)	越谷市入退院支援ルール (なし)
	<p>統一様式は作成しない</p> <p>➡ 現在、医療機関や居宅介護支援事業所で異なる様式を使用している。統一様式を使用すると、システムの改修等も必要となり、現時点では統一様式を作成し、使用していくことは困難。</p>

○ 今後のスケジュール（案）について

日程	内容	
令和3年 10月～12月	<p>令和3年度第1回 地域包括ケア推進協議会（本日） →入退院支援ルールについて、出席している皆様から意見をいただく。</p> <p>●<u>会議結果をふまえて再検討</u> 推進協議会での検討をふまえた調整</p>	適宜、関係各団体との意見交換会の実施
令和4年 1月～3月	<p>●<u>各専門職団体への周知、調整</u> 入退院支援ルールに関わる医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等への説明</p> <p>●<u>令和3年度第2回 地域包括ケア推進協議会(予定)</u> 内容（案） 経過報告とルールの内容について</p> <p>●<u>会議結果をふまえて再検討</u> 推進協議会での検討をふまえた調整</p>	
4月	越谷市入退院支援ルールの運用開始	

- 入退院支援ルールの冊子についての意見
 - ・入退院支援ルールの内容の理解
 - ・全体的な構成
 - ・内容の追加 等

- 入退院支援ルールの効果的な周知方法についての意見
 - ・各団体への説明会等の実施 等

2. 議事

(3) 認知症施策の推進について

(3) 認知症施策の推進について

1. 認知症初期集中支援チームについて

○認知症初期集中支援チームの概要

認知症初期集中支援チーム

認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期診断・早期対応に向けて、包括的かつ集中的に訪問支援等を行う体制を構築する。

本市における認知症初期集中支援チーム … 平成29年2月～

チームの構成

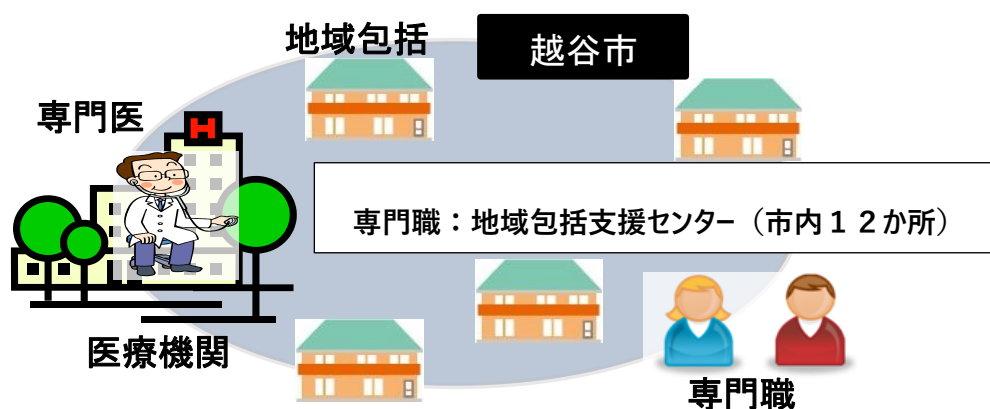
認知症専門医1名と各地域包括支援センターの医療・介護系職員各1名（2名×12地域包括支援センター）で構成

支援対象者

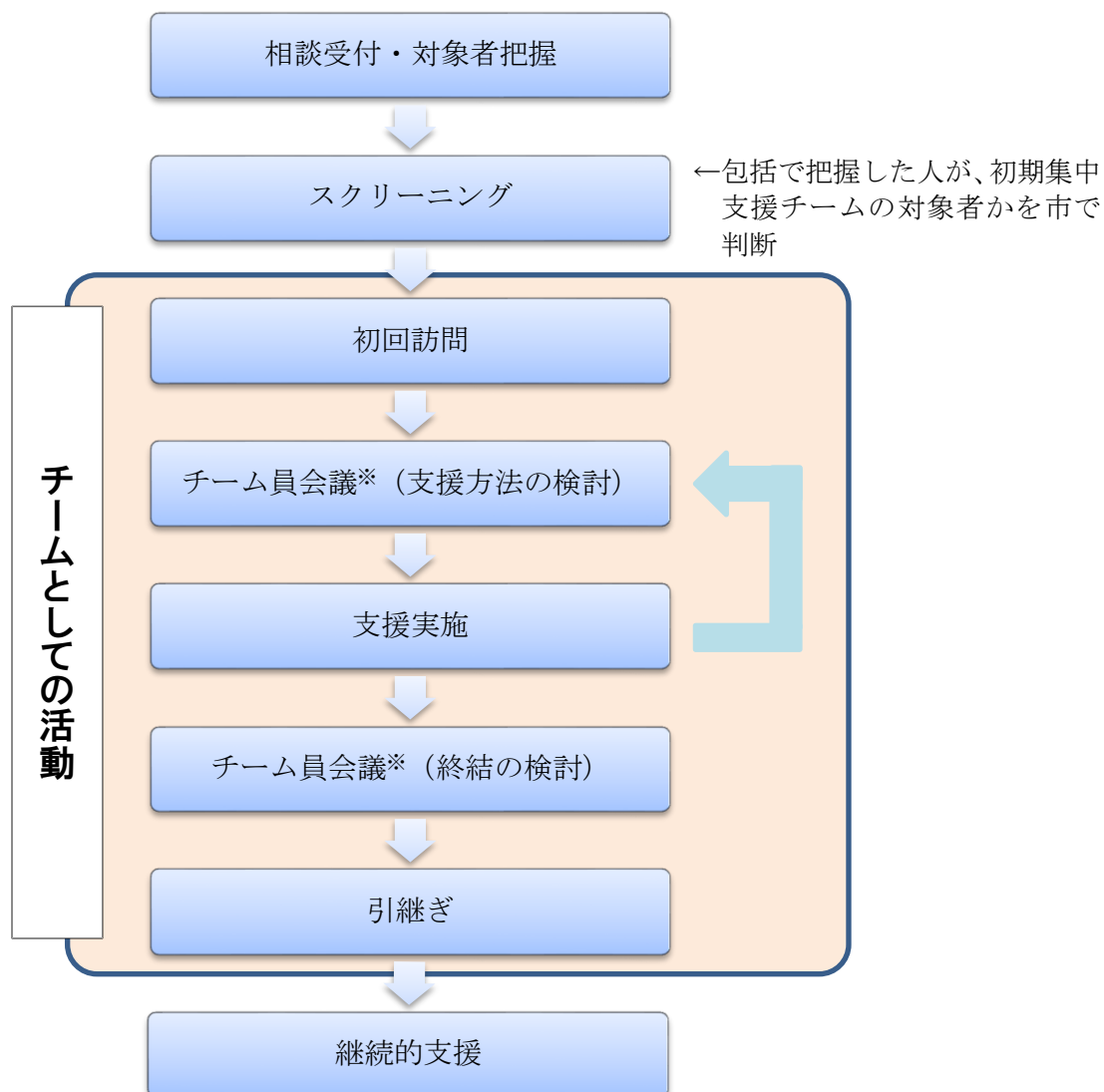
在宅で40歳以上の認知症が疑われる人や認知症の人で、次のいずれかに該当する人

- ①医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人
- ②医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に困っている人

チームの設置体制



■ 初期集中支援チームの流れ



※チーム員会議

出席者 専門医、チーム員、市、その他

検討内容 (1) 支援方針・支援内容・支援頻度等の検討
 (2) 引継ぎ内容等の確認 など

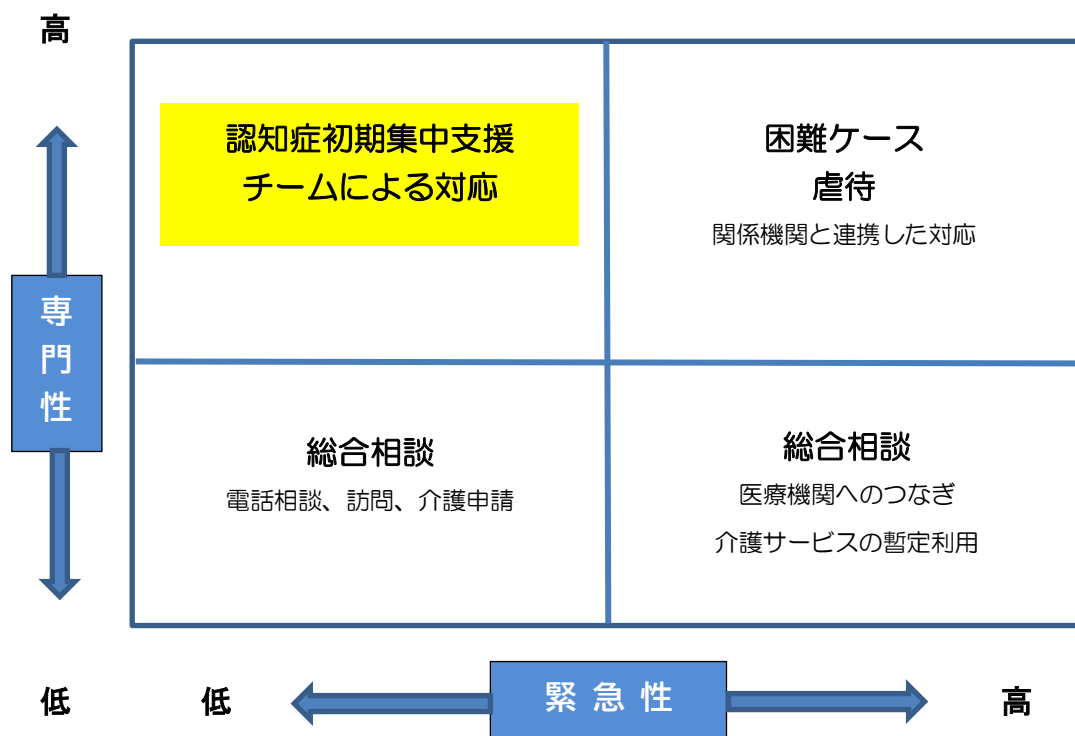
■ 支援対象者の把握

各地域包括支援センターが総合相談業務において受理した相談の中で、下記の「対象者把握チェック票」により、認知症初期集中支援チームによる支援対象者となりうる方を把握している。

第2号様式		対象者把握チェック票	
		確認日	
		対象者	
訪問支援対象者は、原則として、市内に居住する在宅の40歳以上の者で、かつ、認知症である者又はその疑いのある者であって、以下の大項目1、2のいずれかに該当するものとする。			
大項目	項目	チェック	細目
1 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	(1) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者	①	認知症について専門医療機関を受診したことがない。
		②	認知症であろうと考えて、薬物治療を受けている。
		③	主治医から受診を勧められているが専門医療機関受診につながっていない。
	(2) 継続的な医療サービスを受けていない者	④	以前は定期的に通院していたが、最近通院が途絶えている。(概ね3か月以上)
		⑤	時々健康診断や予防注射などを受けに行く以外医療機関を受診していない。
		⑥	本人の受診拒否が強い。(例：家族だけが薬をもらいにいっている)
		⑦	家族に関心がない。
	(3) 適切な介護保険サービスに結びついていない者	⑧	本人・家族が介護サービスの必要性を感じていない、拒否している。
		⑨	経済的な問題がある。
		⑩	十分なケアが受けられていない、あるいはケアマネジメントが困難である。
		⑪	サービスの受け方がわからない。
		⑫	適切な介護保険サービスが見つからない。(若年性認知症など)
	(4) 介護サービスが中断している者	⑬	本人・家族が介護サービスの必要性を感じていない、拒否している。
		⑭	経済的な問題がある。
		⑮	十分なケアが受けられていない、あるいはケアマネジメントが困難である。
		⑯	サービスの受け方がわからない。
		⑰	適切な介護保険サービスが見つからない。(若年性認知症など)
2 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・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		⑱	

本市では、認知症初期集中支援チームにおいては、緊急性が高くはないものの、専門性が高いケースを対象としている場合が多い。

【イメージ図】



○越谷市認知症初期集中支援チームの実績

■ 支援実績

年度	H28 ^{※1}	H29	H30	R1	R2	合計
支援件数	0件	2件	9件	5件	2件	18件
支援終了		2件	9件	5件	2件	18件

※1・・・平成29年2月から事業開始



<拠点ごとの内訳（支援件数）>

包括名	H29	H30	R1	R2	合計
桜井	0件	1件	1件	1件	3件
新方	0件	1件	0件	0件	1件
増林	0件	1件	0件	0件	1件
大袋	0件	2件	1件	0件	3件
荻島・北越谷	0件	1件	1件	0件	2件
出羽	0件	0件	1件	0件	1件
蒲生	0件	0件	1件	0件	1件
川柳・大相模	1件	1件	0件	0件	2件
大沢	0件	1件	0件	0件	1件
越ヶ谷	1件	0件	0件	1件	2件
南越谷	0件	1件	0件	0件	1件

事例①

年齢・性別・・・74歳・女性
 世帯状況・・・独居
 把握ルート・・・生活福祉課ケースワーカー→包括→チーム
 訪問回数・・・14回
 チーム員会議回数・・・2回
 チームによる支援日数・・・134日

情報収集	<p>医療 通院なし</p> <p>介護保険 申請なし</p> <p>DASC-21 41点 DBD-13 16点</p> <p>・元夫及び娘に対する被害妄想があり、警察も介入したことをきっかけに包括への相談につながった。</p> <p>・自分で買い物に行き食事はできているが、入浴・掃除・洗濯が行えておらず、適切な衛生行動がとれていない状況だった。</p>
チーム員会議での検討内容	<p>精神疾患も疑われるため、本人と支援関係を構築していく中で、特に生活歴についての情報収集を行ってはどうか。</p> <p>まずは中断している内科受診につなげるとともに、生活を整えるため介護保険サービスの導入をすすめていく。</p>
集中支援の開始	<p>支援関係構築のため定期訪問を行う中、ライフラインが途絶えたことをきっかけに本人からSOSを発信、それが介入のきっかけなり、他者による支援を受け入れるようになった。</p>
集中支援の終了	<p>・内科受診及び精神科の往診につながった。</p> <p>・介護保険サービス（デイサービス・訪問看護）導入につながり、担当ケアマネジャーへ引継ぎを行った。</p>

事例②

年齢・性別・・・ 87歳・女性
 世帯・・・・・・・・・・ 独居
 把握ルート・・・・・・・・ 知人→包括→チーム
 訪問回数・・・・・・・・ 2回
 チーム員会議回数・・・・ 1回
 チームによる支援日数・・・ 192日

情報収集	<p>医療 認知症以外の通院あり 介護保険 以前は利用あり（要支援2） DASC-21 33点 DBD-13 24点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れや物盗られ妄想、家族に対する暴言がみられていた。 ・てんかんなど他疾患の受診はしているが、認知症の相談・受診に至っていない状況。 ・介護保険サービスの利用も拒否があり、定期的な利用につながっていない。
チーム員会議での検討内容	<p>本人が支援を必要とするサインを出したときに、適切に介入ができるような体制整備が必要。</p> <p>そのためには、本人に起こりうるリスクについて想定しておく。また、サインを速やかに把握できるように、本人に関わっている民生委員や大家との情報共有を密に行っていく。</p>
集中支援の開始	<p>本人の気持ちにムラがあったが、本人の希望に寄り添いながら、サービスの提案を行った。</p>
集中支援の終了	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が自宅前で転倒し救急搬送となった。入院をきっかけに家族の支援も得られるようになった。 ・要介護状態となり、施設への入所となった。

○活動実績のまとめと今後の方向性について

- 令和2年度は、支援件数が2件であり、支援件数は令和元年度よりも少なかった。
本市においては、認知症の事例に対し、地域包括支援センターの総合相談等の中で対応がとれているため、チームの支援対象者となる事例が少なかったものと思われる。
- 支援対象者については、令和2年度も例年と同様に、独居で家族から支援の協力が得られない、医療・介護サービスの利用を本人が希望しないなど、いわゆる「支援困難な事例」があがっていた。
- 初期集中支援チームでの介入により、専門医への受診や介護サービスの利用開始に結びついた事例があった。
- 今後は本事業の効果的な実施に向けて、活動内容の検証が必要である。

今後の方向性

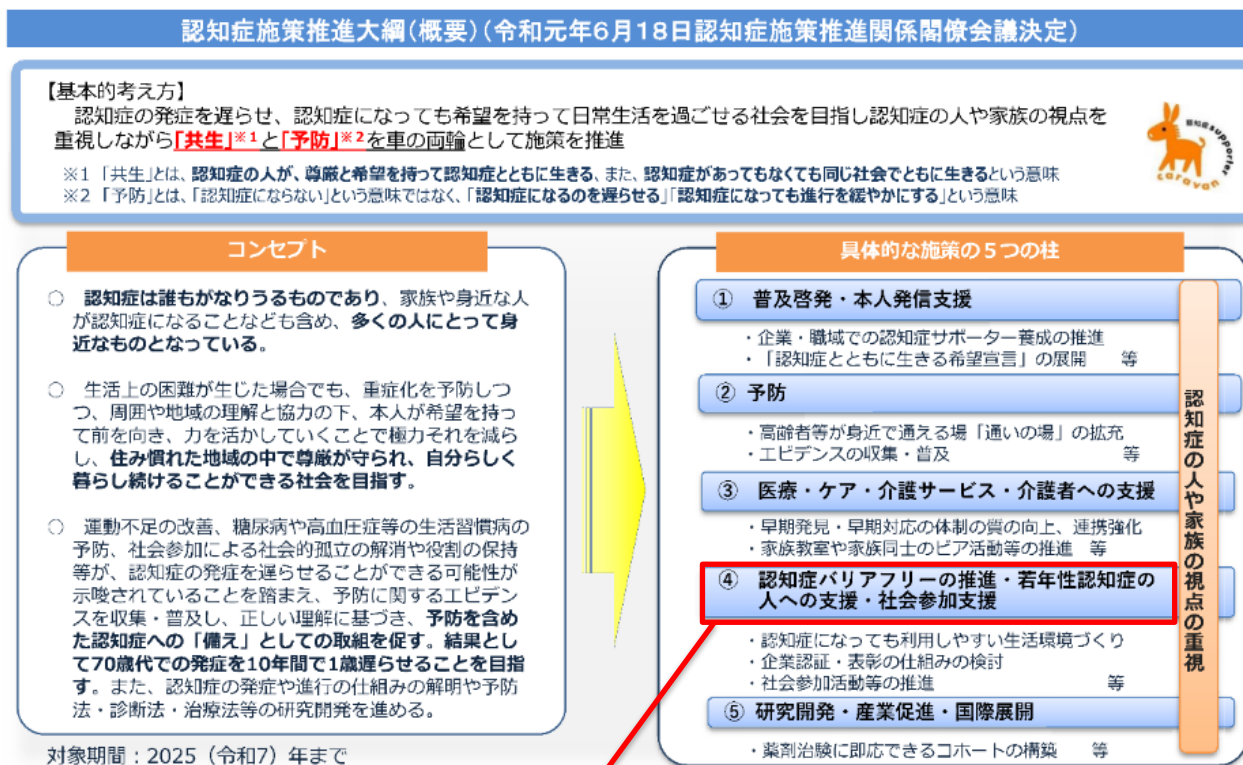
- ・ チームの活動の充実
適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、令和3年度については他自治体との事例検討会を実施予定。

2. チームオレンジの構築について

(1) 国の方針

認知症施策推進大綱

平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。



【一部抜粋】

(1) 「認知症バリアフリー」の推進

⑤ 地域支援体制の強化

○認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（「チームオレンジ」）を地域ごとに構築する。

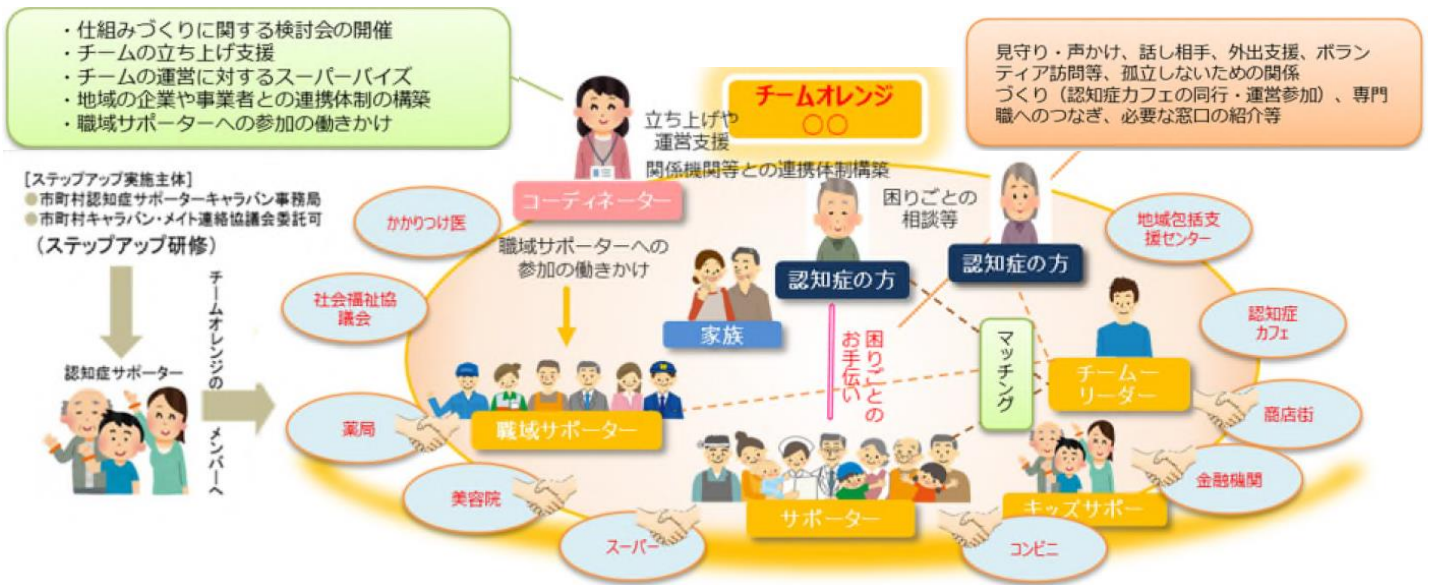
(2) 「チームオレンジ」とは

「チームオレンジの三つの基本」

- ① ステップアップ講座※修了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
- ② 認知症の人もチーム員の一員として参加している。（認知症の人の社会参加）
- ③ 認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる。

（「認知症サポーターチームオレンジ運営の手引き」より）

ステップアップ講座※…本市においては、「スキルアップ講座」と称して実施している。



【数値目標】

国	認知症施策推進大綱	全市町村（令和7年）
県	埼玉県認知症施策推進計画	0市町村（令和2年度末） ⇒ 32市町村（令和5年度末）
市	第5次越谷市総合振興計画 前期基本計画	累計2か所（令和7年度末）
	第8期越谷市介護保険事業計画	認知症の人とその家族を支える 地域支援体制を強化

(3) 本市の認知症施策

○認知症サポーター養成講座について

サポーターを養成するキャラバンメイトとして越谷市地域包括支援センター職員が中心となり、小中学校を含めた多くの市民に「認知症サポーター養成講座」を実施している。

年 度	～令和元年度	令和 2 年度	合 計
回数 (回)	893	42	935
養成数 (人)	41,229	2,299	43,528

○認知症サポータースキルアップ講座について

平成 29 年度から、認知症サポーターにより深く実践的な知識を身につけてもらうためのスキルアップ講座～入門編～を実施。

さらに平成 30 年度からは、入門編受講者を対象に、地域でのボランティア活動につながることを目的としたスキルアップ講座～上級編～を実施している。

【入門編実績】

年 度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
開催回数 (回)	2	3	2	1
受講者実人数 (人)	75	56	64	33
累積養成数 (人)	75	131	195	228

【上級編実績】

年 度	平成 30 年度	令和元年度
開催回数 (回)	1	1
受講者実人数 (人)	50	50
累積養成数 (人)	50	100

○上級編受講者の活動促進に向けた取組み

認知症サポーターの新たな活動場所として、市内2か所の「ふらっと」でのオレンジカフェの開催を計画し、協力可能なサポーターを募集。

→令和2年9月よりオレンジカフェを開催

オレンジカフェ

認知症の人や家族、地域の方や専門家などが、自由に参加・交流できる集いの場
(令和3年10月現在 市内12か所で開催)

越谷市オレンジカフェ MAP

～令和3年10月現在～

①開催場所 ②開催日時 ③問い合わせ先

※感染症拡大の影響により休止もしくは内容の変更をしている場合がございます。詳しくは、問い合わせ先にご確認ください。

☕
オレンジ
カフェ
開催中

こちらの
のほい旗が
目印です！

【「ふらっと」おおぶくろ】

①「ふらっと」おおぶくろ
(袋山 1435-16)

②毎月第3金曜日
午後2時～3時30分

③963-9163
(地域包括ケア課)

【みちみちカフェ】

①特別養護老人ホーム
みちみち(船渡 2046)

②不定期開催

③979-5381

※参加費: 100円

【オレンジカフェとも】

①新方地区センター「なのはな」

②毎月第1月曜日
午後2時30分～4時30分

③974-0619(代表: 鮎澤氏)

※参加費: 500円

【オレンジカフェ「つなぐ」】

①ウエルシア越谷大房店
(大房 1108-1)

②毎月第2水曜日
午後1時30分～3時

③975-6341(代表: 川合氏)

※参加費: 100円

【晴れカフェ】

①介護老人保健施設とまりや
(谷中町 4-293-1)

②偶数月第3土曜日
午後1時30分～4時

③963-8700
(グループホーム晴苑)

【カフェハイジア(越谷)】

①越谷駅前鍼灸整骨院
(弥生町 3-30)

②毎月第3水曜日
午前10時～11時

③951-4666

※参加費: 100円

【カフェハイジア(南越谷)】

①新越谷駅前鍼灸整骨院
(南越谷 4-4-2)

②毎月第3水曜日
午後1時30分～3時30分

③972-5560

※参加費: 100円

【「ふらっと」がもう】

①「ふらっと」がもう
(蒲生寿町 17-12)

②毎月第4水曜日
午後2時～3時30分

③963-9163
(地域包括ケア課)

【コミュニティcafé そらはな】

①コミュニティcafé そらはな
(蒲生本町 1-10-101)

②毎月第3木曜日
午後2時～4時

③940-5097

※参加費: 100円

【カーヤカフェ】

※ 若年性認知症カフェ

①コミュニティcafé そらはな

②毎月第1土曜日
午後2時～4時

③963-9163(地域包括ケア課)

※参加時、ワンドリンクオーダー

【Nego Café】

①特別養護老人ホーム
越谷なごみの郷
(川柳町 3-55-1)

②毎月第1水曜日
午前10時～12時

③987-0753

【「ふらっと」でのオレンジカフェの実施体制】

がもう・・・第4水曜日 14：00～16：00

おおぶくろ・・・第3金曜日 14：00～16：00

従事者：認知症サポーター、推進員（市・包括職員）

※これまでに7名のサポーターが協力

【令和2年度 開催実績】

	回数（回）	参加者数（人）
がもう	4	45
おおぶくろ	4	107



(4) 本市におけるチームオレンジの構築に向けて（案）

チームオレンジの構築には、

- ・ 認知症の人や家族を支援するための活動ができる「人材」の育成と、
- ・ 認知症の人や家族の居場所となり、さらにサポーターの活動の拠点にもなる「交流拠点」の設置が必要。



- ・ 「人材」については、スキルアップ講座の実績を重ねることにより、協力サポーターの拡充を図っていく。
- ・ 「交流拠点」については、認知症の方を含む地域の居場所であり、認知症に係る周知啓発の場としての機能を持つ、ふらっとを活用していく。



- ・ オレンジカフェの取組みについて更なる「情報発信」
市内事業所や医療機関等への周知を積極的に行い、必要な方がこの場に繋がれるようなネットワークの構築を図っていく。

