

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会議録

日 時 令和3年10月8日（金）午後7時30分～9時05分

場 所 本庁舎 8階 第1委員会室

出席者

委 員：田口委員（会長）、城委員（副会長）、大越委員、佐藤委員、石川委員、中里委員、栗田委員、中村委員、小杉委員、古澤委員、大田委員、吉尾委員、本間委員、堀切委員、出山委員、柳原委員

参考人：野上氏

事務局：中井地域共生部長、新井保健医療部長、関地域共生推進課長、内田地域共生推進課副課長、鈴木地域包括ケア課長、小林地域包括ケア課調整幹、久保田介護保険課長、会田介護保険課調整幹、野口地域医療課長、山本地域共生推進課主査、佐野地域共生推進課主事、小松原地域共生推進課主事、浅野地域包括ケア課主幹、坂本地域医療課主幹、宮崎地域医療課主任

傍聴人：4名

1 開 会

司 会 皆さん、こんばんは。本日は大変お忙しい中ご出席賜りまして、誠にありがとうございます。

ただいまから令和3年度第1回越谷市地域包括ケア推進協議会を開会させていただきます。本日、司会を務めさせていただきます、地域共生部地域共生推進課の内田でございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

さて、議事に入ります前に、本日は令和3年度第1回目の会議となりますので、市を代表して、本協議会を所管いたします地域共生部部長の中井よりご挨拶を申し上げます。

地域共生部長 皆さん、改めましてこんばんは。本年4月より地域共生部長を務めております中井と申します。本日は大変お忙しい中、本協議会にご出席をいただきまして、ありがとうございます。

私も過去2年間、地域包括ケア推進課長を務めさせていただいたことがございまして、また今年から皆さんと地域包括ケアの推進に努めてまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

この協議会は、本年の8月から令和6年7月までの新たな委嘱期間となりま

した。本来であれば、8月6日に委嘱状の交付式と第1回の会議を開催する予定でしたが、8月2日から本市も緊急事態宣言の区域となりまして、市の施設の利用に制限を設けていたことから、委嘱状につきましては郵送により皆様にお届けさせていただいて、また会議につきましても本日に延期をさせていただいております。ご案内のとおり、この協議会は在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進に関する事項のほか、その他地域包括ケアに関する事項など、本市の実情に応じた地域包括ケアシステムの実現に向けて調査や審議を行ってまいりました。

委員の皆様には、今後3年間、医療、介護分野の専門的なお立場からご指導、ご助言を賜りますようお願い申し上げます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

司 会 初めに、お知らせいたします。本日の会議につきましては、新型コロナウイルスの感染状況を鑑みまして、オンラインによる参加も可能とさせていただきました。委員の皆様には、事前に参加方法を確認させていただきまして、オンラインでの参加を希望された委員の皆様には、ウェブ会議システムZoomを活用してご参加をいただいております。本日、会場の委員の皆様におかれましては、オンライン参加の委員の皆様が前方スクリーンに映りますので、そちらをご確認いただければと思います。

また、オンライン参加の委員の方におかれましては、お使いのパソコン、タブレット等で、こちらの会場内の様子が映るかと思っておりますので、ご確認いただければと思います。

続きまして、委員の皆様の紹介ですが、新たな任期の1回目の会議となりますので、本来であれば皆様より自己紹介をいただきたいところですが、時間の都合もございますので、事前に本日の資料と併せて送付させていただいた「委員名簿」をもってご確認いただければと存じます。ご了承ください。

そして、本日は委員総数16名のうち16名、全員が出席されております。越谷市地域包括ケア推進協議会条例第6条第2項の規定では、会議は委員の半数以上の出席で成立することになっておりますので、ここに会議が成立することをご報告いたします。

なお、越谷市地域包括ケア推進協議会条例第7条に基づきまして、越谷市から在宅医療・介護連携推進事業を委託しています越谷市医師会に設置された「越谷市医療と介護の連携窓口」の管理者であるAさんにもオブザーバーとし

て参加をしていただいております。よろしくお願いいたします。

次に、本市の組織改正についてご報告をさせていただきます。本市では、令和3年4月に組織改正が行われました。事前に郵送させていただいた資料のうち、右上に参考資料①と書かれた「越谷市組織改正に伴う福祉関連部局の変更について」をご覧ください。主な改正点といたしまして、表の左側、従前の「福祉部」から高齢者に関することや地域共生社会に関するものを分離し、表の右側中段になりますが、「地域共生部」を新設いたしました。

地域共生部には、地域共生推進課、地域包括ケア課、介護保険課の3つの課がございます。資料の下段、主な業務をご覧ください。まず、地域共生推進課では、地域共生社会の推進、地域包括ケアシステムの構築、高齢者の生きがい対策などを所管しております。地域包括ケア課では、市内各地域包括支援センターの運営、高齢者の総合相談、介護予防、認知症施策や地域ケア会議に関することなどを所管しております。介護保険課に関しましては、従来どおり介護保険制度に関するものを所管しております。

また、本協議会に関わる改正といたしまして、従前の地域包括ケア推進課が所管しておりました在宅医療・介護連携推進事業に関する事務を、保健医療部地域医療課に移管しております。以上が組織改正の説明となります。

続いて、本日出席している職員の紹介ですが、会議時間の都合もございましたので、先ほどの「委員名簿」と同様に、事前に送付させていただいた「事務局名簿」をもってご確認いただければと存じます。ご了承ください。

次に、配付資料の確認をさせていただきます。先日、郵送させていただきました、1点目、本日の次第、2点目、資料1「令和3年度第1回越谷市地域包括ケア推進協議会」、3点目、資料2「越谷市入退院支援ルール（案）」、4点目、資料3「埼玉県入退院支援ルール標準例」、5点目、先ほどご案内いたしました参考資料①と書かれた「越谷市組織改正に伴う福祉関連部局の変更について」、6点目、参考資料②「地域包括ケア推進協議会の概要」、さらに先ほどご説明しました本日会議の「委員名簿」と「事務局名簿」を送付しております。

また、以上に加えて追加資料といたしまして、会場の皆様は本日、机の上に入退院支援ルールフローチャート部分の作成イメージと書かれた資料を配付しております。オンラインの委員の皆様には、メール等で送付をさせていただいているところです。

以上になります。資料に不足のある方がいらっしゃいましたら、会場内の委員の方はお申し出いただきたいと存じますがよろしいでしょうか。

〔「はい」と言う人あり〕

司 会 また、委員の皆様にご覧いただきありがとうございます。

本日の審議において、ご発言の際には、会場内の委員の皆様におかれましては、挙手をお願いしたいと存じます。職員がマイクをお持ちいたします。また、オンライン参加の委員の皆様につきましては、発言がある場合は挙手をしていただき、ミュートを解除した上でご発言いただきますようお願いいたします。

そして、会議録作成のため、会議内容を録音いたしますので、あらかじめご了承ください。

会議の進行につきましては、地域包括ケア推進協議会条例第5条第3項に、会長が会議の議長となるとされておりますが、会長が選出されるまで、事務局のほうで進行させていただきたく、ご了承をお願いいたします。

議事に入る前に、傍聴者の確認をいたします。この推進協議会の議事内容につきましては、越谷市審議会等の設置及び運用に関する要綱第8条第1項の規定に基づき、原則公開となっております。

傍聴者はいらっしゃいますか。

事務局 はい、4名いらっしゃいます。

司 会 では、ご入場いただきます。

傍聴の方をお願いいたします。あらかじめお示ししました傍聴要領を遵守いただきますようお願いいたします。

2 議 事

(1) 会長、副会長の選出について

司 会 それでは、議事(1)の会長及び副会長各1名の選出を行いたいと存じます。資料1の1ページをご覧ください。当協議会の会長・副会長につきましては、地域包括ケア推進協議会条例第5条第2項に、委員の互選によって定められております。

どなたか、会長並びに副会長のご推薦をいただけますでしょうか。

B委員、お願いいたします。今マイクをお持ちいたします。

B 委員 会長には、これまで埼玉県立大学から選任していたこと、それから越谷市介護保険運営協議会の会長を務められていたことから、C委員を推薦したいと思

います。

続きまして、副会長についてですが、前期まで2期務めていただいている文教大学のD委員を推薦させていただきたいと思います。

以上です。

司 会 ありがとうございます。ただいま会長に埼玉県立大学から選出のC委員、副会長に文教大学から選出のD委員とのご推薦がございましたが、いかがでしょうか。

〔「異議なし」と言う人あり〕

司 会 それでは、特に異議がありませんでしたら、会長をC委員に、副会長をD委員にお願いしたいと存じますが、よろしければ拍手でご承認いただきたいと思います。存じます。

〔拍 手〕

司 会 それでは、C委員に当協議会の会長を、D委員に副会長をお引き受けいただくこととなりました。会長は前の席のほうへお移りいただきたいと思います。副会長につきましては、本日オンライン参加となっておりますので、そのまましばらくお待ちいただければと思います。

それでは、ここで会長から就任のご挨拶をいただければと存じます。

会 長 ただいまご推薦いただきました、埼玉県立大学のCと申します。今年からの協議会への参加ではございますが、しっかり勉強して推し進めていければなと思います。よりよい企画、意見を言っていければと。皆様方からのご協力もぜひお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

(拍手)

司 会 ありがとうございます。

次に、副会長よりご挨拶をいただければと存じます。

副 会 長 文教大学のDと申します。協議会の副会長にご承認いただき、ありがとうございます。C会長を補佐して、会が円滑に運営されますように努力いたしますので、皆様のご協力をどうぞよろしくお願ひいたします。(拍手)

司 会 ありがとうございます。

それでは、これからの議事進行につきましては、地域包括ケア推進協議会条例第5条第3項の規定に基づきまして、会長に議長をお願いしたいと存じます。よろしくお願ひいたします。

会 長 それでは、しばらくの間議長を務めさせていただきます。ぜひご協力のほど、

よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、次第に従ひまして議事を進行させていただきます。本日の会議は、9時までには終了するということを目途に進行していければと考えておりますので、活発なご意見をいただければと思ひます。

さて、本日の議事は「在宅医療・介護連携推進事業等」、それから「認知症施策の推進について」という2つが予定されております。ただ、実は私も含めて、今期より新たに委員になつた方も何名かおられるかと思ひますので、議事に入る前に、改めてこの会議の概要、それからこれまでの越谷市の地域包括ケアシステムの取組について、事務局のほうから簡単にご説明いただければと思ひますが、いかがでしょうか。

事務局 それでは、私のほうから説明いたします。地域共生推進課の山本と申します。それでは、着座にて失礼いたします。

参考資料②、「地域包括ケア推進協議会の概要」の1ページをご覧ください。右上に参考資料②と書かれた資料でございます。

この地域包括ケア推進協議会は、地域包括ケアに関する施策の推進を図るため、市長の附属機関として設置しているものでございます。

委員は16人以内で、任期は3年間、報酬は日額8,500円となっております。審議事項につきましては、1、在宅医療・介護連携推進に関する事項、2、認知症施策推進に関する事項、3、その他地域包括ケアに関する事項となっております。公開と傍聴につきましては、本協議会は原則公開とし、また会議の開催結果は、会議録を作成し、公表しております。

資料2ページをご覧ください。(6)、福祉分野の他審議会との関係につきましては、こちらに記載したとおりとなっております。一番上の越谷市社会福祉審議会については複数の分科会があり、それぞれ民生委員、障害福祉、児童福祉、地域福祉に関する事項を所管しております。なお、介護保険、高齢者福祉については、この社会福祉審議会とは別の審議会を設置しており、越谷市介護保険運営協議会では、介護保険事業計画の策定や地域包括支援センターの設置及び運営等に関して審議しております。最後に、地域包括ケア推進協議会につきましては、先ほど申し上げた3つの事項を所管しております。

続いて、資料の3ページをご覧ください。地域包括ケアシステムの取組についてご説明いたします。地域包括ケアシステムとは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となつても、住み慣れた地域で自分ら

しい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のことで、ページ中央のイラストのようなイメージとなっております。

地域包括ケアシステムの構築に向け、本協議会では先ほど申し上げたとおり、3つの審議事項を所管しているわけですが、なぜこの3つなのかということ、平成27年度の介護保険制度改正に伴う新規事業のうち、特に医療との関係が深く、専門性が高い「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議に関すること」、これらを審議することとしたという経過がございます。

続いて、資料4ページをご覧ください。3つの審議事項に関する取組について、これまで具体的にどのような事業を行ってきたのかということについて、4ページから8ページまでに記載しております。このうち「①在宅医療・介護連携の推進」につきましては、後ほど議事の(2)の中で、地域医療課からご説明申し上げます。また、6、7ページ、「②認知症施策の推進」につきましては、後ほど議事(3)の中で地域包括ケア課からご説明申し上げます。

続いて、8ページをご覧ください。「③その他地域包括ケアに関する事項」についてご説明いたします。この「その他」の事項では、これまで主に地域ケア会議に関することを審議してきた経過がございます。地域ケア会議とは、地域における包括的・継続的なケア体制の構築のため、医療や介護の専門職、民生委員、地域住民等を構成員とし、個別のケース検討や地域課題の把握等を行う会議でございます。

地域ケア会議には、こちらに記載した5つの機能があり、本市においては、この地域ケア会議を3層構造で実施しております。市全体レベルの会議を「地域包括ケア推進協議会」として、地区レベルの会議を「地域包括支援ネットワーク会議」として、個別レベルの会議を「ケース検討会議」として実施しています。個別レベルのケース検討会議には2種類ございまして、支援を必要とする高齢者等の具体的支援策などを検討する「支援困難型ケース検討会議」、サービス利用者の状態改善、重度化防止、自立支援の方法を検討する「自立支援型ケース検討会議」がございます。

以上、簡単ではございますが、地域包括ケア推進協議会の概要について説明させていただきました。私からは以上でございます。

会 長 どうもありがとうございました。ただいま事務局のほうから、主にこの協議

会の位置づけ等についての説明が中心だったかと思いますが、在宅医療・介護連携、それから認知症施策についてはこの後の議事にも入っておりますので、そこでもう少し詳しくお話ししていただくということになるかと思いますが。

ここまでの位置づけ等につきまして、ご質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

〔「はい」と言う人あり〕

会 長 それでは、次の議題のほうに進ませていただきたいと思います。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業について

会 長 それでは、議事の2つ目になります。在宅医療・介護連携推進事業についてということでございますが、まず事務局よりご説明のほうをよろしくお願ひしたいと思います。

事務局 それでは、議事(2) 在宅医療・介護連携推進事業についてご説明いたします。地域医療課の宮崎と申します。よろしくお願ひいたします。着座にて失礼いたします。

まず、今年度より新たな任期となり、新しい委員さんもいらっしゃるので、改めて在宅医療・介護連携推進事業について説明をさせていただきます。

参考資料の②、4ページをご覧ください。この在宅医療・介護連携推進事業につきましては、平成27年の介護保険制度改正に伴い、新たに取り組む事業として位置づけられ、越谷市でも実施しております。各市町村が取り組むべき事業として、中段の表に載せておりますが、アの「地域の医療・介護サービス資源の把握」からクの「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」まで8つの項目を実施することとされました。この8つの項目のうち、平成29年度までは、ウの「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」やオの「在宅医療・介護連携に関する相談支援」について、埼玉県補助金を活用して越谷市医師会で実施していただいております。

これが平成30年度以降につきましては、8項目全てについて、市町村が事務を所管して実施することとなりました。全ての事業を越谷市が直営で実施することに限らず、事業を委託して行うことも可能とされており、本市については、医療と介護の専門的知識を有する越谷市医師会に委託をさせていただき、「越谷市医療と介護の連携窓口」の名称で実施をしてきたところです。

続いて、5ページをご覧ください。第7期事業計画期間、平成30年度からの

3か年における取組についてです。計画の始期である平成30年度から越谷市医師会に委託し、事業を開始しておりますが、新たに始めた取組や強化した部分につきましては、カの「医療・介護関係者への研修」とキ、「地域住民への普及啓発」となります。これらについても、医師会や連携窓口の専門性を十分に発揮していただいたことにより、内容も充実したものとなっております。その他、具体的な内容については、表をご確認いただければと思います。

ここから資料1に戻りまして、議事(2)在宅医療・介護連携推進事業について説明をいたします。資料1、2ページをご覧ください。まず、「第8期越谷市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」における位置づけについてです。介護保険制度では3年を1期とする事業計画を策定することとなっており、第8期は令和3年度から3年間を実施期間としています。この第8期の計画の中で、在宅医療・介護連携推進事業に関しては、「医療と介護の連携」として、主要施策の一つとして位置づけられています。その中でも、網掛けをしております、「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)の普及」と「情報共有・提供体制の整備」については、主な取組事業として実施していく事業であるため、本日説明をさせていただきたいと思っております。

続いて、3ページをご覧ください。第8期計画期間の主な取組事業として、(1)人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)の普及です。近年、在宅や施設における療養や看取りが増大しているという実態を背景に、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や関係者と話し合うプロセスの普及が求められているところです。このACPについては、考え方の普及はもちろん必要ではありますが、医療・介護の専門職でも言葉や内容を知らない、分からないという方も多くいると伺っています。そのため、市民向けの講演会の実施や医療・介護関係者を対象とした研修会を継続して実施することで、医療・介護関係者、いわゆる支える側と、市民、いわゆる支えられる側の双方がACPに対して理解を深めていくことが必要だと考えています。

3ページ中段をご覧ください。今までも、本市では市民向け講演会、専門職向けの研修等を行ってきましたが、今年度より新規事業として、埼玉県が各郡市医師会への補助という形で「ACP普及啓発人材バンク登録制度」を始めました。内容は、市民からACPに関する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です。越谷市では医師会の先生方にご協力いただき、6名もの医師の登録をさせていただいております。登録医師は、

年1回以上の訪問を実施する予定としています。

事業のスケジュールですが、本来であれば、8月よりサロン等での講演が開始される予定でしたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響でサロン等が休止しているところも多く、実施できておりません。そのため、現在連携窓口が中心となり、再度、周知方法や登録医師と内容の調整を行っております。今後の状況を見ながらとなりますが、関係各所に周知をし、実施に向けて準備を行っていきたいと思います。ACPの普及については、今後も大規模な講演会を計画的に実施していきませんが、地域に出向く講演と組み合わせることで、広く浸透させていくことができるのではないかと考えています。引き続き、連携窓口を中心として、様々な方法でACPの周知を行い、普及に繋げていければと思います。今後、本協議会でも実施状況等を報告させていただければと思います。

次に、4ページをご覧ください。（2）情報共有・提供体制の整備（入退院支援ルールの作成）についてです。この項目については、第8期の計画の中で、具体的な取組内容として医療・介護関係者が連携を図るための情報共有システム「MCS（メディカル・ケア・ステーション）」の登録者数の増加を図り、利用を促すことや入退院支援ルールの作成を行うことが示されております。本日は、その中でも入退院支援ルールの作成についてご意見をいただければと思います。

そもそも、入退院支援ルールですが、医療・介護の専門職である委員の皆様はご存じの方も多いと思いますが、改めて説明をいたします。資料上段に記載のあるとおり、要介護・要支援者及び退院支援が必要な方が入院または退院するにあたって、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のことです。埼玉県が令和元年度に1年間かけて、有識者と協議しながら、令和2年4月に「埼玉県入退院支援ルール標準例」を作成いたしました。

この標準例ができた背景としては、入院の際に早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有して、双方が緊密に連携をして在宅復帰に向けた支援を重ねることで退院が早くなり、退院後も円滑に在宅生活を送ることができるということが挙げられています。この標準例を参考に、市町村、連携拠点、医師会等の関係者が中心となり、地域の実情に即した入退院支援ルールの作成が求められており、昨年8月の本協議会でも報告をさせていただきましたが、本

市でも作成に向けて進めているところです。

続いて、越谷市入退院支援ルールの作成経過についてです。令和2年4月に県標準例の提示があつてから、連携窓口を中心に検討が進められてきました。令和2年10月に、まず実態把握をするために入退院支援ルールに関するアンケートを実施いたしました。対象は越谷市内の病院、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の計118か所です。アンケートの主な内容は、各団体で役割をルールとして定めているかどうか、埼玉県標準例について、特定の入退院支援に関する情報共有の様式の使用についてです。

アンケートの結果として、1点目、ルールを明文化して定めているところは少なかった。2点目、埼玉県の標準例は必要な内容が盛り込まれており、使用できるという回答が多かった。一方で、「入院時3日以内での利用者情報提供は難しい」、「急性期病院と慢性期病棟のスピードが異なる」など課題も考慮する必要がある。3点目、情報共有の様式については、すでに何かしらの様式を定めているところが多く、新たな様式を採用するにはシステムの改修や院内ルールの改訂が必要となる。今までのソフトが使用できないと不便で書類が増えることになると、いう課題も多いということでした。

それらを踏まえて、令和2年11月より関係団体との意見交換会を始めました。本日までにケアマネジャー対象の意見交換会を2回、医療機関とケアマネジャーの意見交換会を4回行いました。また、医療と介護連携の会・世話人会、これは越谷市内に従事する医療と介護関係者が定期的に集まり、研修等を実施する会議を行っているのですが、そちらでも適宜報告・意見聴取を行ってきました。また、意見交換会では、埼玉県の標準例を基に、項目ごとに検討を行ってきました。

その後、越谷市内に従事する医療と介護関係者が定期的に集まる会議の中で、薬剤師やリハビリ職の方からもご意見をいただく機会があり、本年8月と9月に入退院に関する意見交換会を、越谷市薬剤師会や越谷市リハビリテーション連絡協議会とも実施をしました。

次に、越谷市入退院支援ルールについて説明をいたします。5ページ上段をご覧ください。まず、越谷市入退院支援ルール全体についての説明ですが、埼玉県標準例を基準として、意見交換会で出た意見や医療と介護関係者が定期的に集まる会議での意見を集約し、連携窓口でルールのたたき台を作成しております。入退院支援ルールの目的としては、「利用者（患者）の入退院がスム

ーズに行われるように多職種が連携すること」です。また、入退院支援の基礎・基本の視点で作成をしているため、入退院に必要な基本的な内容を盛り込んでおります。運用を開始した後も、定期的に運用状況の確認や評価を行い、その都度、意見交換会の実施や本協議会で検討し、改訂していくことを予定しております。詳細は、資料2の越谷市入退院支援ルール1ページをご確認ください。

次に、越谷市入退院支援ルールの詳細な内容についてですが、事前に配付しております資料2、越谷市入退院支援ルールの冊子と、資料3、埼玉県標準例で、そのうち本日の会議に必要な部分を抜粋したものになります。越谷市のルールの冊子の内容を掲載順に、県標準例と比較しながら説明をさせていただければと思います。

次に、資料1の5ページ中段をご覧ください。(1)入退院支援ルールの対象者についてです。この表にありますように、県標準例だと資料3の3ページと7ページ、越谷市ルールだと資料2の2ページ、3ページとなります。入退院支援ルールを理解する上で、ルールの対象者を明確にしておく必要があります。入退院支援ルールの対象者は、介護保険の対象者とします。その中で、ケアマネジャーがいる場合、いない場合で対応方法が分かれていくという流れになっています。この内容については、県標準例と同じです。

資料2の越谷市ルールの2ページをご覧ください。ケアマネジャーがいる場合には引き続き連携し、いない場合には退院支援が必要な患者の目安のア)またはイ)を参考に、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターに相談しております。掲載内容についても、意見交換会で検討し、その内容を反映しております。また、県標準例にはないところではありますが、ケアマネジャーがいないということはほとんどの方が介護保険の申請をしていないため、介護保険制度の説明と申請方法について掲載しております。

続いて、資料1の6ページをご覧ください。(2)入退院支援ルールのイメージ図とフローチャートについてです。県標準例と越谷市ルールともに4から6ページとなります。県標準例では、ケアマネジャーがいる場合、いない場合で作成され、時系列で職種ごとの役割を明記しています。越谷市のルールでは、フローチャートを掲載する前に、多職種連携のイメージ図を掲載し、まずイメージを持っていただき、入退院支援ルール全体を理解してもらえるようにしました。イメージ図については、資料2の越谷市ルールの4ページをご参照くだ

さい。

フローチャートについては、ケアマネジャーと医療機関と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」との意見があり、現在検討中です。各専門職団体、ケアマネジャー、医療機関等からも意見を聞きながら、現在たたき台を連携窓口で作成をしております。

ここで、本日の追加資料、右上に議事（２）在宅医療・介護連携推進事業追加資料と表記してある資料をご覧ください。言葉だけでは伝わらないところもありますので、現在考えているフローチャートのイメージ図を作成させていただきました。

追加資料の１ページをご覧ください。まず、フローチャートを作成する前に、入退院支援の各場面における目標を明確にするために、入退院支援の目指すべき姿と場面ごとに大切にしたい視点を入れました。そして、場面ごとに目標や実施すべきことを記載し、それぞれの場面で必要なことを実施していきませんが、場面ごとにつながりを持っているということを示しています。また、場面ごとの名称、例えば「入院期間中」になりますが、イメージ図の名称と合わせて作成をしております。

次に、フローチャートについてですが、県標準例のようにケアマネジャーがいる場合、いない場合で作成する予定ですが、追加資料２ページのように、在宅生活中または退院後、入院期間中、入院中などの場面ごとに目的を入れつつ、職種ごとに実施すべきことの抽出を予定しています。また、場面ごとに関係のある診療報酬・介護報酬の加算を組み入れていくことも検討しています。出来上がりましたら、本協議会で提示できればと思います。

続いて、資料１に戻っていただいて、６ページ、７ページをご覧ください。

（３）多職種の連携にあたっての心構え、（４）その他についてです。ここからの内容については、入退院支援ルール以外でも多職種連携にとって必要となる心構えや実際の業務の中で必要となる情報を掲載しております。

まず、（３）多職種の連携にあたっての心構えについてですが、県標準例だと資料３の９ページと１０ページ、越谷市ルールだと資料２の７ページと８ページとなります。まず、この項目のタイトルについてですが、標準例ですと、「連携にあたってのマナーエチケット」となっていますが、越谷市のルールでは「多職種の連携にあたっての心構え」に変更しました。内容については、標準例を基本として、入退院支援ルールの目的である「利用者（患者）が入退院

をスムーズに行う」ということを念頭に置き、より具体的で平易な言葉で表現をしております。

次に、7ページ(4)その他についてです。まず、地域包括支援センターの紹介ページを掲載しました。越谷市ルール、資料2の9ページ、10ページとなります。高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターの業務や役割を、介護保険に関する業務に従事していなければ分からない、知らない場合もあると伺っています。そこで、入退院支援の中で必要となってくる業務をピックアップして、越谷市内の地域包括支援センターの一覧とともに掲載をしております。

次に、在宅医療連携拠点の紹介ページについてです。越谷市ルール資料2の11ページと12ページになります。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」ですが、連携窓口の職員の地道な活動で設置当初に比べると周知は進んできておりますが、専門職の方へ更に活用いただくために、業務内容や活用方法について掲載をしました。また、市民が近隣他市の病院に入院することもあるため、専門職が相談できるように各郡市医師会に設置をしている連携拠点の一覧を掲載しております。

次に、越谷市内の病院連携窓口リストについてです。越谷市ルール、資料2の13ページとなります。医療機関とケアマネジャーの意見交換会の時に、ケアマネジャーより「医療機関とのやり取りを行うときに、連絡先が分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、追加しました。現在、連絡先については、市内の病床を持っている医療機関に確認をしております。

次に、通院・入院時あんしんセットについてです。資料は入院時・通院時となっておりますが、正しくは通院・入院時あんしんセットとなります。訂正をお願いいたします。県標準例ですと、資料3、8ページ、越谷市ルールですと資料2、14ページです。「通院・入院時あんしんセット」とは、通院や入院時に必要とされる医療保険証、お薬手帳、介護保険証などを袋やケースに入れてまとめて保管しておく、もしものときに慌てずに情報共有ができるようになるというものです。意見交換会のときに、ケアマネジャーより「あんしんセットを準備しておくことが大切ではないか」と話がありました。越谷市の入退院支援ルールの中では、患者・利用者に対して、専門職があんしんセットの準備をするように啓発するという内容が掲載されています。また、入退院支援ルールと並行して、周知に関するチラシの作成も行っております。医療と介護の関係

者が定期的集まる会議や、各専門職や医療機関とケアマネジャーとの意見交換会でもチラシのデザインについて意見を聞いたり、医療機関とケアマネジャーの意見交換会に出席いただいたケアマネジャーの方にご協力いただき、利用者へのアンケートを実施し、チラシのデザインの決定を行っていく予定です。

次に、入退院支援に関する情報共有の様式についてです。県標準例、資料3、11ページ、16から43ページとなっております。情報共有の様式については、医療機関とケアマネジャーとの意見交換会でも何度も検討された項目となっております。現状として、それぞれの医療機関、居宅介護支援事業所で異なる様式を使用しており、統一した様式を使用すると、システムの改修等が必要となるため、難しいとの意見がありました。現時点では、統一様式を作成し、運用していくことは困難と考えています。

次に、8ページをご覧ください。入退院支援ルールの中後のスケジュールについてです。現在、考えている内容としては資料のとおりで、運用としては、令和4年4月からを目標としております。運用までに、内容の検討、適宜、専門職団体との意見交換会の実施を行うことはもちろんのこと、専門職団体への周知、調整を行い、来年度からの運用を目指しています。

以上、在宅医療・介護連携推進事業のうち、第8期期間の主な取組について説明をいたしました。その中でも、本日は越谷市入退院支援ルールに絞り、ご意見をいただければと思います。

1点目は、入退院支援ルールの内容についてです。資料にも記載させていただきましたが、内容を理解していただけたかどうか、全体的な構成、提示した内容以外でこんな内容を載せたほうがいいのかなどの追加項目等ありましたらご意見をいただければと思います。また、追加資料で出したフローチャートについても同様に、本日の会議では入退院支援に関わっている方も多くいるので、業務の中で感じていることや追加してほしい事項等ありましたら、ご意見いただければと思います。

2点目は、入退院支援ルールの効果的な周知方法についてのご意見です。まず、活用する専門職団体への説明を行っていくということは検討しておりますが、そのほか効果的な周知方法があればご意見をいただければと思います。

長くなりましたが、以上となります。よろしく申し上げます。

会 長 ご説明ありがとうございました。詳細に説明していただいたので、かなり分かりやすかったかなと思います。

それでは、ただいま事務局のほうから、特に入退院支援ルールの作成というところも、連携窓口の方々と、それから世話人の方々と、かなりしっかりとまわっているという状況ではございますが、来年4月からの運用を目指しているということですので、ぜひこの場でスムーズな入退院支援ができるようなご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

先ほどありました、まずは内容について、それからフローチャート、そこについてのご意見をまずはいただければと思いますが、いかがでしょうか。足りない部分、分かりづらい部分とか、いかがでしょうか。オンラインの先生方も手を挙げていただければと思いますので。

E委員、お願いいたします。

E委員 よろしいですか。

会 長 よろしく申し上げます。どうぞ、E委員。

E委員 すみません。県の標準例もあるが、越谷なりに、内容的には非常によくまとめられていると思うのです。来年の4月から運用開始ということですがけれども、この運用してから毎年なり数年に1回は更新ないしアップデートというのが必要になってくると思います。特に診療報酬の内容が出ており、診療報酬は2年に1回改定がありますので、それに合わせて少しアップデートしていくのだと思うのですけれども、この辺どうお考えでしょうか。

会 長 これのアップデートについてはどうでしょうか。何かお考えありますでしょうか。

事務局 お答えさせていただきます。

アップデートに関して、連携窓口とどのタイミングでやったほうがいいのか考えてはいるのですけれども、E先生がおっしゃったように診療報酬のタイミングは必ずと考えています。やはり、初めての取組ですので、まだ具体的な期間は決まっていらないのですけれども、定期的な見直しと、専門職の方からのご意見を聞きながらやりたいと連携窓口の方とは常にお話はしている状況です。

会 長 E委員、よろしいでしょうか。

E委員 分かりました。ありがとうございました。

会 長 アップデートはやはりしていかななくてはいけないかと思しますので、タイミングを計っていただきたいと思います。

そのほか、内容についてご意見いかがでしょうか。

F委員、お願いいたします。

F 委員 質問させていただきます。あんしんセットというツールが重要ということで、資料2の4ページのところで在宅生活中からケアマネジャーがあんしんセットの準備のお手伝い、それをしっかりやっていくことが重要ということでございますが、今回初めてやるというところで、あんしんセットを用意する、ご協力いただける方と、いただけない方といろいろ出てきやすいかなと思うのですけれども、あんしんセットの準備については各家庭で自主的に求めていくという方針なのか。何か市の取組として、今後考えていきたい何かがあれば教えていただければと思います。

以上です。

会 長 ありがとうございます。あんしんセットの普及、準備ということでお願いいたします。

事務局 お答えさせていただきます。

あんしんセットについては、F委員さんがおっしゃったように、準備は各個人でしていただくというところがあるとは思いますが。その周知のためのチラシを今、作成中で、どこに配るかは、また皆さんで検討が必要になるのですけれども、チラシを配っていくというところを今検討しているような状況ですので、そういう形になるかなと思います。

以上です。

会 長 強制ではないのですよね、あんしんセットは。なるべくということですね。よろしいでしょうか。そのほかご意見いかがでしょうか。

薬剤師会のG委員さん、どうでしょう。

G 委員 資料2の16ページの報酬のところ、これは病院が中心になっているのですけれども、例えば歯科医の先生方や、薬剤師のいる薬局と連携になったときに、実際に報酬が発生していますので、報酬が存在するということを知らせていたほうが、例えばケアマネの方とか、ほかの方もイメージができると思うので、医科だけではなくて、歯科、そして薬局のほうについても載せていただいたほうがよろしいのかなと考えます。

会 長 ありがとうございます。薬局もということですね。

G 委員 歯科にも多分、薬局にもそういうものがございますので、メインは医科のほうだとは思いますが、そういうものが発生してやっているということを知ったほうがいいのかと思います。

会 長 ありがとうございます。これは広報的なところでしょうか、普及の部分で。

G 委員 実際には、その会議を経て連携をしたことに対しての報酬というものが出てまいりますので、それも分かるようにしたほうがよろしいのかなと思います。

会 長 ありがとうございます。失礼しました。

それでは、その他ご意見どうでしょうか。歯科医師会のほうからはどうでしょう。

お願いします。H委員。

H 委員 先ほどの周知方法なのですけれども、誰に何を周知するかということが非常に大事になってくると思うのです。例えばこれを来年から、令和4年から運用するのですけれども、入退院支援ルールというのがあるということをも市民のほうにも周知していくのか。例えばあとは、今出ましたあんしんセット、通院・入院時のあんしんセット、これは在宅生活中または退院後といろいろな場面が出るでしょうけれども、病気になる前に市民に周知するというのも重要だと思うのです。となると、周知方法というのは、今医療機関とつながっている市民に、まだ入院前の前触れの状態で周知をして徹底的に教育と啓発をするということもありなのかなと感じるのですけれども、その辺のところはいかがでしょうか。

会 長 あんしんセットについてですかね。

H 委員 あんしんセットも含めてですね。

このようなことを行う、入退院のルールというのがあり、安心して入退院をできますよという存在を知らしめることをするのかどうか。

事務局 地域医療課の野口と申します。今、H先生がおっしゃったこと、ごもつともだというふうに考えておまして、この入退院支援ルールについては、どちらかといいますと支える側である専門職の方向けのものということになってはおります。中身的にも非常に専門的な内容が散りばめられているということもございます。ですので、まずはこちらを使われる方として想定しているのは専門職の方ということで、そういった方にまずは周知をさせていただく、あらゆる方法を使ってと考えております。

一方で、支えられる側、いわゆる市民の方においても、こういったことは大切なことでもありますよということ、なるべく平易な形で、分かりやすい形でポイントを絞って、これもあらゆる手段を使いながら、チラシですとか、あるいはホームページですとか、さらには講演会というの、定期的には市民向けの講演会等も実施しておりますので、そういったような手法も使いながら、周知、

ご理解いただくというふうに努めてまいりたいと考えております。

以上です。

会 長 ありがとうございます。そうですね、やっぱり利用する側へもしっかり周知しておくというようなところも必要だと思います。

そのほかいかがでしょうか。地域包括支援センターも大分、関わると思いますが、I委員、いかがでしょうか。

I 委員 内容の関係ですと、包括の部分も、確かにあまりご存じないような方もいらっしゃるのでは、載せていただいたのはよかったかなと思います。

あと、入退院支援ルール2ページの入退院支援ルール対象者というところで、アのほうで1つでも該当すれば居宅介護支援事業所に相談してくださいということが書いてあるのもよかったかなと思います。明らかに要介護の方でも、まずは包括で相談されて、そのことで時間が取られてしまうこともあるので、直でケアマネさんに相談していいのですよということが分かりやすく書いてあるので、よかったのかなと思います。全体的に分かりやすい内容で、いいのではないかなと思いました。

以上です。

会 長 ありがとうございます。分かりやすい内容だということですね。

それでは、先ほど普及の話も出ましたけれども、普及も含めてどのような形でやっていこうかというご意見はどうでしょうか。

J委員、どうでしょうか。

J 委員 そうしましたら、例えばあんしんセットを普及させるために、何か袋とかいうのですか、具体的なそういうものを何か予算を取って作って配布するとか、そういうことはいかがでしょうか。

会 長 あんしんセットの普及の話ではございますが、何かここに描いてある袋の絵がありますが、予算を取って袋を配布するなどというように、これは予算の関係ですので、意見ということでもよろしいでしょうか。

そのほか、何か案はありますか。

K委員、いかがでしょうか。

K 委員 Kでございます。病院で勤める療法士なのですが、入退院に関してリハビリテーションの観点で退院支援等もしていくのですが、基本的に病院を退院する場合には社会福祉士（ソーシャルワーカー）、あるいは医療相談窓口というところがメインになってきます。越谷市内においてソーシャルワーカーの

団体がないものですから、その団体ごとにまとまってそれを周知していくというのは難しいところがあるかと思imasので、いわゆる病院の、急性期あるいは回復期等の病院、越谷市内の病院のソーシャルワーカーの方々にうまくこれを伝達していく必要があると思imas。大変すばらしい内容でござimasので、何とか普及させていければいいのかなと思imasと聞いておりました。

以上でござimas。

会 長 ありがとうございます。

そろそろ時間とはなってきましたけれども、訪問看護ステーションの立場からいかがでしょうか。

L委員。

L 委員 Lです。内容的には、すごく分かりやすくていいなと思imas。ただ、在宅側というか、私たち、ここにいる職種の人たちは分かるのだけれども、病院に入院していて、いざ退院後につなげる際に、実際に自分が今現場で思うのが、病院の中の看護師が、これを見たときに本当に中身まで理解できるのかなというところがあります。実際にうわべだけにならないよくなるといういいなというのが本音です。これを関係者に向けてやったところから、それぞれの病院の看護師に研修課題とか、在宅と病院の関係者同士での研修内容などで、盛り込んでくれるといいのかなと思imas。

会 長 ありがとうございます。確かにここにいる方々は、多分理解できるのだと思imasのです。実際には病院から退院してくる際に、病院の職員、スタッフにもかなり理解してもらわなくてはいけない。その研修という部分も考えていかななくてはいけないというご意見でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

そのほかご意見よろしいですか。

M先生、いかがでしょうか。

M 委員 この入退院支援ルールはよくできているなと思imasのですが、ただ最後にこれを運用していく上では、いろんなデータが相互でやり取りが行われるという形にはなろうかと思imas。そのときに、個人情報の問題はあるのですが、とにかくIT化を進めてほしいです。電子ファイルでやり取りできるような形をやらないと、結局いろんな書類があふれて、実際に運用する側が非常に疲れてしまうと。情報の共有が電子化でできるようになれば、いろんな仕事が省略できます。簡略化できるので、ぜひ最終的にはその辺を目指していただければと思imas。

以上です。

会 長 ありがとうございます。IT化というご意見というところで、参考までに、これは冊子だけでしょうか。それともデータとしてホームページに載せるという形も考えていらっしゃるのでしょうか。

事務局 ペーパーだけではなく、データで掲載したいと考えております。

会 長 ありがとうございます。

概ね皆さん方からは、内容については比較的分かりやすいと、よくできているというご意見だったと思いますが、そのようなところでよろしいでしょうか。あとは普及の方法をどうやっていくかというところですね。研修も含めてというところでご意見を伺ったというところでよろしいでしょうか。

それでは、まだもう一つ議事もありますので、とりあえず在宅医療・介護連携推進事業の入退院支援ルールについてのご意見はこれまでとしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

〔「はい」と言う人あり〕

会 長 それでは、今後出てくるフローチャートを楽しみにしたいと思います。

それでは、次の議事に進めたいと思います。

(3) 認知症施策の推進について

会 長 議事の3つ目になります。認知症施策の推進についてというところで、まずは事務局から説明をお願いしてよろしいでしょうか。

事務局 地域包括ケア課の浅野と申します。着座にて説明させていただきます。失礼いたします。

まず、参考資料②の6ページ、7ページをご覧ください。本市における認知症施策の取組ですが、介護保険法による地域支援事業に基づき、認知症グループホームの整備や認知症サポーターの養成に加え、後ほどご説明させていただきます認知症初期集中支援チームの設置や、地域の認知症施策の旗振り役となります認知症地域支援推進員の配置を進めてまいりました。詳細は割愛させていただきますが、本市では初期集中支援チーム及び地域支援推進員について、いずれも地域包括ケア推進の核となっております地域包括支援センターに置くことにより、地域における連携・支援体制の強化を図ってきたところです。

日本においては、2018年には認知症の方の人数は500万人を超えたとされ、65歳以上の高齢者の約7人に1人が認知症と見込まれています。この数字を越

谷市に置き換えますと、越谷市の高齢者人口が8万7,000人ですので、市内には約1万2,000人を超える認知症の方がいると見込まれます。認知症は誰もがなり得るものであり、家族が認知症になることを含めると、多くの方が認知症の方と関わることになると思われま

す。こうした現状を踏まえ、認知症になっても認知症のご本人が尊厳と希望を持って地域で共に生きることができ、**「共生」**の社会を目指していく必要があります。そのため、本市では**「共生」**を実現するための取組として、市の最上位計画である第5次総合振興計画及び第8期介護保険事業計画において、新たに**チームオレンジ**の設置について、目標に掲げたところです。本日は、特に**チームオレンジ**の取組について、委員の皆様にご意見をいただければと思います。

それでは、資料1、9ページをご覧ください。初めに、認知症初期集中支援チームの取組については、介護保険法に基づく地域支援事業の実施要綱の中で、チームの検討委員会を開催し、活動状況及び関係機関の協力体制等について検討することとされております。本市においては、本協議会をチームの検討委員会と位置づけておりますことから、今回令和2年度のチームの活動実績について報告させていただきます。

まず、初期集中支援チームの概要です。チームは、認知症の人や家族に早期に関わり、早期診断・早期対応につなげていくために、包括的かつ集中的に訪問支援を行う体制を構築することを目的としております。チームの構成員は、認知症専門医を1名として、本市では診療所佳境の福井院長にご協力をいただいております。そのほか各地域包括支援センターの医療・介護系職員各1名がチームの専門職として活動しております。支援の対象者は、在宅で40歳以上の認知症の診断を受けておらず認知症が疑われる方や、認知症の診断を受けてはいるものの、医療・介護のサービスを受けていない方や中断している方、サービスを受けているものの行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している方となっております。

次に、10ページをご覧ください。チームによる支援の流れを図に示しております。初めに、相談受付・対象者の把握とありますが、地域包括支援センターにおいて支援対象者に該当するケースを把握し、その後チームの支援対象者になり得るかの判断を受けます。対象者と判断された場合は、包括のチーム員が初回訪問を実施し、国で示されているアセスメントツールに基づき、認知症の観察、評価を実施します。初回訪問後は専門医にも出席いただくチーム員会議

において支援内容、支援頻度等を検討し、それに基づいた支援を行うこととなります。一定の支援を終えますと、チーム員会議において、支援の対応を終結するための引継ぎの内容等を確認し、終了の判断を行います。なお、チームは初回訪問から6か月を目安に支援の達成を目指します。

続いて11ページ、支援対象者の把握についてです。各地域包括支援センターでは、総合相談業務において受理した相談の中で、下記にお示ししました「対象者把握チェック表」を活用し、支援対象者になる方の把握を行っております。

続いて、12ページに支援チームではどのような方を支援対象者としているかというイメージ図をお示ししておりますが、支援チームでは横軸の緊急性は高くはないものの、専門性は高いケースを対象としている場合が多くなっております。

続いて13ページ、チームの実績について報告をさせていただきます。まず、支援件数ですが、これまで18件の支援を行ってきておりますが、昨年度の実績は2件というような形でした。今年度については2件の支援を実施中となっております。また、各包括の内訳については、ご覧のとおりです。

続いて14ページ、支援事例の概要でございます。詳細な説明については、時間の関係で省略させていただきたいと思いますが、事例①については、最終的には介護サービスの導入につながり、ケアマネに支援を引き継ぎ終了となっております。訪問件数が非常に多くなっているのは、本人が支援を受け入れるまで根気強く関わった結果によるものでございます。

続いて、15ページ、事例②の場合ですが、先ほどの事例も独居の事例だったのですが、この事例も同じく独居の方の事例となっております。この方についても、最終的には自宅前での転倒をきっかけに救急搬送、入院になり、最後は施設への入所となったということで、在宅の生活の継続ということには至りませんでした。連携体制を構築できていた結果、適切に家族の支援につなげることができた事例となっております。

続いて、16ページ、活動実績のまとめと今後の方向性についてです。まず、1点目として支援件数については、令和2年度は2件と昨年度より減少が見られました。その要因については、認知症の事例に対して各包括のほうで総合相談等の業務の中で十分な対応を取っていただいた結果だと思っております。そのため、チームの支援につながる事例が結果として少なかったと考えております。

2点目として、支援対象者については、いずれも例年の傾向と同様、家族の協力が得られない、サービス導入への拒否があるなど、支援の困難な事例が挙がっていました。

3点目として、支援の結果でございますが、いずれの事例も結果的には医療・介護のサービスにつなげることができました。

4点目として、本事業も開始から4年が経過し、支援事例も積み上がってきておりますことから、今後さらに効果的な実施につながるよう、活動内容を振り返っていくことが大切であると考えております。

そこで、今後の方向性ですが、チームの活動の充実と書かせていただきましたが、今年度は効果的なチームの資質向上を目指して、他市のチームとの事例検討を実施する予定としております。初期集中支援チームの活動について、報告は以上となります。

続きまして、17ページ、2、チームオレンジの構築についてご説明いたします。まず、チームオレンジの概要についてです。チームオレンジは、国の認知症施策推進関係閣僚会議により、令和元年6月に取りまとめられました「認知症施策推進大綱」にて初めて示されたものです。認知症施策推進大綱は、基本的な考え方として「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の支援を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進する」ことが示されており、具体的な施策として5つの柱が掲げられております。

チームオレンジは、4つ目の柱にあります、認知症バリアフリーの推進に基づく取組であり、一部抜粋にありますとおり、地域支援体制の強化を図ることを目的としています。具体的には、書かれておりますとおり、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を維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーターがチームをつくり、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をいいます。

18ページ、チームオレンジの要件として、3つの基本が示されております。1つ目は、ステップアップ講座、本市ではスキルアップ講座と称しておりますが、それを受講したまたは受講予定のサポーターで組織されていること。2つ目は、認知症の人もチームの一員として参加していること。3つ目は、認知症の人と家族の困り事を早期から継続して支援していることが求められておりま

す。数値目標として、国の推進大綱では、令和7年までに全市町村への設置を求めており、県が令和3年3月に策定しました認知症施策推進計画においては、令和5年度末までに県内半数の市町村への設置を求めております。本市においては、冒頭でも申し上げましたとおり、第5次総合振興計画において、令和7年度末までに2か所、第8期介護保険計画においては体制強化を目標に掲げております。

続いて19ページ、これまでの認知症サポーターに関する取組についてですが、本市ではキャラバンメイトを中心に、表にありますとおり、令和2年度末までに4万3,000人を超えるサポーターを養成しております。また、平成29年度からは認知症サポーターをボランティア活動等につなげることを目的としましてスキルアップ講座を実施しており、これまでに上級編まで受講された方は100名に上っております。

20ページ、上級編まで受講いただいたサポーターに対するフォローアップについてですが、令和元年度より活動状況や活動ニーズを把握するためアンケート調査を実施するとともに、サポーター同士の情報交換会を開催し、それぞれに取り組まれている活動の継続を支援しております。サポーターの実際の活動としては、オレンジカフェの運営や傾聴ボランティアの活動に取り組んでおられる方、日常生活の中で見守りをしているという方など、できることをできる範囲で皆さんが取り組まれております。アンケート調査では、サポーターとして取り組んでみたいことを尋ねたところ、「オレンジカフェをやりたい」という声が上がっております。

21ページ、上級編受講者の活動促進に向けた取組についてですが、先ほど申し上げましたようにアンケートの中の声を受けまして、令和2年9月よりサポーターが活躍できる場として、新たに市内2か所のふらっとにおいてオレンジカフェを開催することとしました。オレンジカフェについては、マップにありますように、現在市内に12か所ございます。ちょうど今月から、新たに若年性認知症の方を対象としたカフェも立ち上がっております。

22ページ、ふらっとでのカフェの実施体制についてですが、それぞれ月に1回、定期開催としております。サポーターに主になって運営していただき、認知症地域支援推進員が調整・協力をするという体制を取っております。これまでに7名のサポーターさんに協力をいただいております、実績は表のとおりで、がもうのほうは平均で10名程度、おおぶくろは25名ぐらいが参加されております。

サポーターは、参加される認知症の方が楽しく過ごせるように、さりげなく声をかけてくださったり、介護者の悩みを傾聴してくださったり、認知症の方や家族の心地よい居場所づくりをしてくださっています。

23ページ、チームオレンジの構築に向けてですが、ぜひこちらの内容について委員の皆様からのご意見を賜りたいと存じます。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、さらにはサポーターの活動拠点にもなる「交流拠点」の設置が求められています。

これまで説明させていただいた内容を踏まえまして、本市が考えている案でございますが、人材については、平成29年から取り組んでおりますスキルアップ講座の開催を今後も続けていくことにより、今後チームオレンジのメンバーとして活躍いただけるようなサポーターの養成をさらに行っていきたいと考えております。また、交流拠点につきましては、地域の方の居場所であり、なおかつオレンジカフェの開催を含めた認知症に係る周知啓発の場としての「ふらっと」を活用していくことを考えております。サポーターがふらっとを拠点としたオレンジカフェを運営していくことを通して、認知症の人やその家族がサポーターとつながり、認知症の人や家族の思いを聞き、それに対する支援につなげていくことで、チームオレンジの活動として発展させていくことが可能であると考えております。

さらには、今後必要な人が支援につながれるよう、オレンジカフェやチームオレンジの活動について、関係機関への積極的な情報発信が必要と考えております。この場を借りて、委員の皆様にもこの取組を広めていくための方法について、具体的なご意見等を賜ればと思っております。

事務局からの説明は以上となります。

会 長 ご説明ありがとうございました。チームオレンジというところにつきまして、少し絞って23ページのところにあります構築に向けてというところ、この部分でご意見をいただきたいと。人材、それから交流拠点、情報発信というところについてご意見をいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

N委員、特養でも認知症の方はいるかと思いますが、いかがでしょうか。

N 委 員 そうですね、認知症サポーターのほうで、スキルアップ講座100人ぐらい修了されているということなのですが、地域でのボランティア活動につながったという方というのは何名ぐらいいらっしゃるのでしょうか。

会 長 実際に行っている方ということですかね。先ほどアンケート調査するという話をしていたかと思いますが、人数的には分かりますか。

事務局 お答えいたします。

アンケート調査のほうは毎年、ここ2年実施している中で、100人のうち大体6割ぐらいのサポーターさんが、返信をしてくださっておりまして、活動の内容はそれぞれ、いつもオレンジリングをかばんにつけて、さりげなく地域の見守りをしていますよという方もいらっしゃいますし、もっと具体的な介護保険施設に行って傾聴ボランティアとして活動していますよという方もいらっしゃるのですが、情報交換会に参加されている方が大体20名ぐらいいらっしゃるのですけれども、その方についてはいずれかの内容で活動にご協力をいただいているような状況でございました。

会 長 ありがとうございます。20名ぐらいが実質のところでしょうか。

N 委員 ありがとうございます。

会 長 名簿も管理されているということですね、これらの場合。ありがとうございます。

そのほかご意見どうでしょうか。

○委員さん、いかがでしょうか。

O 委員 認知症サポーターのオレンジリングの養成講座というのが、なかなか周知されていないと思いますので、その辺を周知してサポーターを増やすことが必要になってくると思います。ほかの地域では大学で、薬学部なのですけれども、サポーター講座を毎年1年生で開催している大学もありますので、そういったことも含めて県立大学でもやっていただけたらなと思います。

会 長 分かりました。以前、私も1回やったことがあるのですけれども、失礼しました。

それと、P委員、いかがでしょうか。歯科の関係として。

P 委員 オレンジカフェをまちの活性化ということで、商店街の空き部屋とかそういうのをどんどん提供していただいて、広めていくのも一つの手かなと思います。お茶っこカフェってどこかで聞いたことがあるのです。

あと、せっかく小中学生を含めた、これからどんどん活躍していかなければならない人材が、こういったカフェでお手伝いしていくということは、地元の中で社会の中の一員として参加できるいい場所であるのではないかなと考えるので、ぜひ小中学生、高校生でもいいのですけれども、それと認知症をちょっ

と患ったような方と交流ができる、楽しい場所を考えていただけるとありがたいなと思います。

会 長 ありがとうございます。

それでは、Q委員、医師の立場からでいかがでしょうか。

Q 委 員 チームオレンジですね、こういった活動、カフェ等で必要になってくると思いますが、やはり今コロナ禍というのもあって、介護施設などはかなり気をつけているような状況で、PCR検査をやったり、そういう人が今お年寄りの世話をしているところがあります。そういったところから、カフェとかに参加していいものかどうかというところ、そこはまたちょっと時期を考えながら、どういう人が参加すべきなのかとか、ゆっくりやっていったほうがいいところもあるかなと思っています。

会 長 ありがとうございます。

そのほかご意見いかがでしょうか。情報発信ということについてはどうでしょうか。

講習会も大分開催されて、ステップアップ講座も実施するというところではございますけれども、この様子を見て、この後プラスアルファの施策が練られればというところでよろしいでしょうか。

コロナ禍でもあって、なかなか進んでいないところもあろうかと思えますけれども、今後は落ち着いて、また開催ができてくることを願いたいというふうに思っております。

それでは、認知症施策についてはこれでよろしいでしょうか。

〔「はい」と言う人あり〕

会 長 それでは、以上をもちまして、少し延びてしまいましたけれども、これで本日の議事は終了となります。どうも皆さん、ご協力ありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しいたします。

司 会 会長、ありがとうございました。

3 その他

司 会 それでは、次第3のその他についてでございますが、事務局より2点ほどご連絡をさせていただきます。

まず1点目、次回の会議についてですが、今年度内にもう一回、2月頃を予定しておりますが、具体的な日程や開催方法につきましては、改めて皆様にご

案内をさせていただきます。

次に、2点目です。本日の会議録ですが、後日作成できました段階で、委員の皆様へ送付をさせていただきますので、内容をご確認いただければと思います。会議録の確定につきましては、皆様からの校正を反映した後、事務局と、会長のほうで確認をさせていただきます。最終的な確定とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

事務局からの連絡事項は以上でございます。委員の皆様から何かご質問ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

[発言する人なし]

4 閉 会

司 会 それでは、質問等はないようですので、閉会に当たり、副会長のほうから閉会の言葉をお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

副 会 長 皆様、今日はお疲れさまでございました。それぞれのお立場からの貴重なご意見を頂戴しまして、ありがとうございました。次回も、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、第1回の協議会を閉会させていただきたいと思います。ありがとうございました。

司 会 以上をもちまして、令和3年度第1回越谷市地域包括ケア推進協議会を閉会とさせていただきます。皆様、大変お疲れさまでございました。

オンラインの皆様、退出していただいて結構ですので、本日はありがとうございました。