

会 議 録

会議名	平成30年9月全体会		
開催日時	平成30年9月26日(水) 19:00~20:46	開催場所	南小国町自然休養村管理センター 大会議室
議 題	1. 「小国郷地域包括ケアシステムの再定義」 ※小国郷の地域包括ケアシステムの現状とビジョンについて 報告 小国公立病院、小国町・南小国町地域包括支援センター、小国町・南小国町社会福祉協議会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、施設、介護支援専門員、その他 2. その他 ※各チームからの連絡 ※若者会からの連絡 ※縁がわ小国より報告		
記 録 者	南小国町役場福祉課 下城孝浩		
出席者	関係者多数		

No	議 題	内 容
1	「小国郷地域包括ケアシステムの再定義」 ※小国郷の地域包括ケアシステムの現状とビジョンについて各団体等からの報告	(司会) ・今日は、第6回の小国郷医療福祉あんしんネットワークの全体会です。小国郷地域包括ケアシステムの再定義ということで、小国郷の地域包括ケアシステムの現状とビジョンについて各機関より話をさせていただきたいと思っております。 (小国公立病院) ・最近、地域包括ケア病床が導入されたり、訪問診療を充実させようとしたり地域包括ケアシステムの方に比重を大きく置きつつあるということで、公立病院の今の取組みを紹介させていただきます。いろんなところで地域包括ケアシステムといわれていますが、この構築というのが難しいというのが、医療とか介護とか行政、ケアマネにしても地域包括センターにしても、住まわれている住民の方にしても、立って居る位置によって見え方が違うというのが、このシステムを構築するのが難しい理由だと思っています。医師は病気を治すことが仕事ですし、看護師は病気の方のお世話をすることが仕事なんです。医師と看護師でさえ見え方が違う。介護層の方は生活のお世話となると、病気のお世話と生活のお世話と見え方が全然違う。皆さんの思惑が違う。行政の方はお世話でなく、自立させることが命題ですし、住民の方は病気とか介護とかじゃなくて人生だとか生活の方を大事にしたいという方もおられるし、皆さんそれぞれ思惑が違って誰が正しいというのはなくて、皆さんそれぞれの立場で正しいことを言われる。見えている方向性が違うために思惑が一致しないというのを、どのようにすり合わせをしながら中心にいらっしゃる住民の方々のために落としどころをつくるということが、とても難しいということで地域ケアシステム、難しい命題を地域に投げられているというふうに思います。

No	議 題	内 容
		<p>従来、地域包括システムの中で外来診療や急性期一般診療と老健があり、訪問看護ステーションがあり、こういうもので地域包括ケアシステムの一翼を担っていたわけですが、今年度から地域包括ケア病床をつくる。訪問診療を充実させる。地域連携室の職員の増を図り連携を推進する。ということでこの3つのことを本年度から充実させてきましたので中身についてお知らせします。</p> <p>地域包括ケア病床というのは、3つの受入れ機能がある病床です。中核機能にホストアキュート機能とサブアキュート機能、あと周辺機能です。これは地域包括システムの受け皿として病院の中につくると評価され、算定点数が高くなります。小国公立病院では8月から導入し運用を開始しました。ホストアキュートというのは、急性期病棟から移動して退院支援とリハビリテーションをするというものです。サブアキュートは治療の道筋がある程度決まっている軽い肺炎とか、こんな治療をすれば良くなっていきますという疾患です。周辺機能は、介護施設や在宅医療のバックアップ機能で、ちょっとした病気になったときにいつでも入院できる機能です。それと糖尿病教育入院とか緩和ケアとかレスパイト入院とか、今まで算定点数が低く受入れがなかったものの点数が増となり評価が高くなったため、生活に密着した機能ということで担うことができるようになりました。これをやるには、ある程度の施設基準があり、リハビリを1日2回以上、在宅復帰率が70%以上というのが必要となります。あと訪問診療、看取りの方針を作成することにより一般病床よりかなり評価の高い病床になり、8月、9月は90%以上の病床利用率になっています。1ヶ月半やってみた印象ですが、施設からの、急性期からの受け入れた患者さんは、地域包括ケア病床の守備範囲なので患者層が変化したということはありませんが、在宅復帰率の問題とリハビリの問題がありますのでサービスを提供できる理学療法士等の人材確保が必要となります。また、包括ケア病床は60日まで入院料が下がらないので長く入院してもらえばそれだけ病院の収入は上がりますので、本年度は入院期日が長めになっております。病院利用率も上がっているため、患者ベッドの移動も頻繁になってスタッフの仕事量がかなり増えていますが、その分収入も増えており昨年度と比較して月に400万円ぐらいの増収になっています。それからレスパイト入院についてですが、レスパイトケアという言葉があって、一時的に一定期間、介護者の事情により病気を持つ患者さんを入院させ、介護者の方を支援する入院がレスパイト入院になります。介護事業所では、ショートステイで対応が困難な医療ニーズがある方を対象とした入院がレスパイト入院と定義づけられています。公立病院の現状としましては、現在、満床に近い状況ですけれども本年度末か来年度頭には、あと10床ぐらい増やせると思うので状況によっては受入れが可能になると思います。入院日数は、基本的には14日までとしているところが多くて、沢山は受けられないと思いますが小国郷の状況を鑑みてショートステイがうまく入らないときに、受け皿として相談に応じて受けなければいけないと思っております。</p> <p>訪問診療について、今、運用が始まっていて8月は延べ件数が20件、対象患者さんは14名、9月も14名で内、1名は看取りをしまして、今年になって5人ぐらい看取りをしているという状況で、ニーズがあれば相談に応じていきます。</p>

No	議 題	内 容
		<p>在宅支援診療所、在宅支援病院というのがあり、在宅支援病院の機能強化型を取ると点数が上がるようになっており、ここを目指して連携していこうというふうなことを以前お話したことがあります。24時間往診体制をつくらなければいけないので、そのためには小国郷のクリニックの先生方も含めてご協力いただければ、24時間体制ができるのではないかとお話を始めたところです。また現在、地域医療サポートセンターというものをつくれと県から医師会の方に言われておまして、阿蘇圏域で1つか2つ、つくっていいということになっておまして、小国につくったらどうかということが理事会で決まり、小国につくるうえで、公立病院で受けるのか安心ネットワークで受けるのかという状況になっております。大体、年間、250万円ぐらいの予算が付くということです。やらなければいけないことは、公立病院と安心ネットワークでやっていることです。公立病院はネットワークの中の1つの担当と考えており、ネットワークで受けているいろんなことをやっていくというのも1つの手かなと思って、今、代表と話しているところです。</p> <p>(公立病院・地域連携室)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今、連携室の中で、在宅と要介護をつなぐというところで、最初入院した時に病院スクリーニングを行い、情報収集ということでケアマネさんとか施設の方々から入院前の状況を確認させていただき退院までの支援をしていただくという連携のつながりを、病棟外来というところで行っております。支援計画書をつくり、その中で退院時期に家族、本人さんの意見を聞き、施設の方やケアマネージャーさん、訪問看護、外来のところ、ドクター、病棟看護師と多職種で、退院前のカンファレンスを行って退院を目指していきます。退院後について、今まではつながってなくて、それをつなぎフィードバックするのに、在宅とか施設訪問をしていきたいところなんです。そこまでの調整ができず、ケアマネさんに状況を聞いたり、外来のところでお見かけしたときに、お声かけをさせていただいて退院後の状況を確認している次第です。連携室の中ではつなぐというところを目指して頑張っています。 <p>レスパイト入院なんです。包括病床に1月、14日というところに入って次の月も14日お願いしますというのは出来なくて、カンファレンスを書かないとできないところがあるので、そこは相談に応じて対応を考えていきたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。</p> <p>(小国町地域包括支援センター)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの業務について、説明させていただきます。センター長は福祉課長で、保健師2名、社会福祉士1名、社会福祉と主任ケアマネ1名の5人体制です。主な事業としては介護予防生活支援サービス事業の通所型サービスで8月よりリハスタジオ緑の森が、旧北里小学校クラブハウスで週1回、リハビリに特化したミニディサービスを行っています。通所型サービスCの元気が出る学校では、木魂館で週1回、運動機能の向上や栄養改善が必要な方に、保健、医療の専門職による短期的な指導を行うミニディサービスを行っています。訪問型サービスでは、訪問型サービスBで有料ボランティアによる訪問介護、週1回お助け隊による買い物や掃除等の生活援助を行っています。通所型サービスと訪問介護サービスの対象者は、要支援1・2、基本チェックリスト事業対象者と判定された人です。その他の生活支援サービスでは、要支援1・2で買い物や調理が困難な人に対し

No	議 題	内 容
		<p>て安否確認や栄養改善を目的とした配食サービスをしています。介護予防支援事業は、介護予防ケアマネジメントで予防プランの作成を行っています。一般介護予防事業は、介護予防の啓発教育や、介護にならないために必要な体力を知ることができる介護予防検診を行っています。元気プランでは衰えてきた体力を取り戻し、はつらつ元気な毎日を送れるよう運動や筋トレ、ストレッチ、口腔機能、認知症予防などを中心とした高齢者向け健康教室を行っています。元気クラブの養成では、地域の高齢者を地域住民で支えていくための元気クラブの運営や社会参加及び健康づくりを兼ねているリーダー養成講座です。脳の健康教室では、認知症予防で、公文学習療法の教材を利用しています。ポールウォーキング教室では、ポールを使用したウォーキング効果や歩き方を学んでいます。包括的支援事業は、包括支援センターの運営、総合相談支援事業、権利擁護の中に高齢者虐待、高齢者 SOS ネットワーク等の事業を行っています。他に包括的支援、継続的ケアマネジメント事業、地域ケア会議の開催、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症接遇などを行っています。任意事業では、介護用品の支給で要件を満たす方に、紙おむつ等の支給を行っています。成年後見制度では認知症高齢者、知的障害者、精神障害者について、条件により町長が後見開始の申し立てを行うことができます。認知症サポーター養成講座は地域の住民や小・中学生等に対し講座を行っています。その他に介護者手当の支給で、要件を満たす方に対して手当を支給しております。以上です</p> <p>(南小国町地域包括支援センター)</p> <p>・介護保険制度なんですけども、介護給付、予防給付、地域支援事業の大きな3本立てで制度があります。地域支援事業の中の包括支援事業に地域包括支援センターの運営があり、大きな4つの柱で第1号介護予防支援事業、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括継続的ケアマネジメント支援業務というのがあります。この4つを実践していくうえで、それぞれの総合事業であったり、社会保障の充実や任意事業、そういったものも同時に行っていくところが包括支援センターです。地域包括ケアについて、本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのような心構え持つかという地域生活を継続する基礎を更に捉え、生活の基盤となる住まいを基本とし、その中に満たされた介護生活支援、専門的なサービスである要看護等が必要です。包括支援センターで特に重点を置いているのは、本人の生活と本人・家族の心構えと住まいと生活支援、この土台が成り立っていないと支援が進みませんので、本人さんがどういった生活を望まれているのかに対して、どういった支援ができるのか、家族の方が本人さんにどれだけの支援ができるのかという基礎のところを固めていけるような支援というものに重点を置いているところです。包括支援センターは、高齢者の方が住み慣れた自宅で、いつまでも元気で生活できるように、主任ケアマネと社会福祉士等が様々なことを、年間、支えていくことで地域包括ケアをやっていく機関です。大きく4つのことをやります。総合的な介護の相談、介護給付だけでなく色々な制度の利用ができますので、その方にあった支援を、相談を受けながら実践していくことが介護相談ですね。要支援1・2の方の予防プラン作成ということで第1次介護予防の支援事業で、ここのところが、ケアマネジャーさんや施設等の相談連携が包括的継続的ケ</p>

No	議 題	内 容
		<p>アマネージメント料に入ってきます。一般介護予防事業は、週一回の介護予防の教室を行う、いきいき元気アップ事業教室の運営補助、地域の方で自立して週一回の体操を行う、生き生き百歳体操の普及活動を行っています。健康に対する相談、本人・家族の実態把握も行っています。それと認知症の人と家族を支えるサポーター養成講座の開催、地域ケア会議の開催、個別支援相談会の支援者間ネットワークの形成支援というものをやっております。高齢者の権利を守る権利擁護事業は、介護保険関係の生活全般の総合相談、地域ケア介護の開催、成年後見制度の説明、申し立ての支援、市町村申し立ての実施というものをやっております。本年度より、南小国町社会福祉協議会への委託から南小国町直営ということで福祉課に所属して、現状が、今、2人でやっているんですが、これだけの事業をやっていくので不備がでるところもありますので、福祉課の中で協力しながら、町民課の保健師とも連携しながら事業を行っているところです。以上です。</p> <p>(南小国町社会福祉協議会)</p> <p>・南小国町社協は、地域住民、行政、各施設、それから阿蘇郡内の社協と協力しながら福祉の充実を図るために様々な事業を行っています。本日は地域福祉権利擁護事業の中身を説明させていただきます。まず何をするかということで、福祉サービスを安心して利用できるようにお手伝いをします。大切な印鑑や通帳などを安全な場所でお預かりし、お金の出し入れをお手伝いします。サービスの利用について、私たちにご相談を頂いたらご自宅を訪問してお話をお伺いしまして、本人の同意を何度も確認しながらチェックシートに基づいて、利用者として適切かどうか判断しながら支援計画を作成し、契約を進めていきます。支援計画を本人様に見ていただいて確認を頂きましたら、県の社協に契約を結びたいということで支援計画から預かるものすべてを県社協にデータとして送り、進んで良いと返事が来てから本人との契約になり、それから支援計画に基づいた援助の開始となります。利用料について、相談は無料となっており、生活支援員による援助を受けた場合、1時間当たりの利用料金が発生します。南小国町の場合は1回あたり900円で利用を行っています。利用できる対象者は、認知症、知的障害、精神障害などにより判断能力が低下されている方で、生活に不安のある方で本人がこのサービスを利用する意思があり契約の内容がある程度理解できる方です。熊本県の今の状況ですが、平成14年に事業が始まりまして、当時、利用者が67名だったんですが、平成29年度で857名となっております。利用者は認知症高齢者が多かったんですが、最近になって精神障害者の方も増えております。南小国町でも現在、5名の利用があっており、1名が認知症高齢者、4名が知的障害者という状況になっており、少しずつ利用者が増えているという状況です。皆さんの周りに金銭管理が難しい方がいらっしゃったら、包括支援センター、役場、社協の方へご連絡いただくと助かります。以上です。</p> <p>(小国町社会福祉協議会)</p> <p>・社会福祉協議会は、自助、互助、共助、公助の役割分担の中の互助の部分のお手伝いをする機能です。事業計画として、地域福祉計画と活動計画の推進について小国町役場さんと話し合いをして福祉の計画を立てて、それに基づいて活動しているところです。次に、やまびこネットワーク活動推進は、阿蘇全体の社協とか</p>

No	議 題	内 容
		<p>警察とか公共のところと話し合いをしながら見守り応援隊というものをつくっています。次にサロン活動事業で、各公民館に、割と元気な人を集めて健康チェックから始まり、レクレーションとか出前講座等の案内をしているような活動をしています。地域福祉座談会の開催は、各部単位で地域の人達とその地域の問題を発見したり解決方法を発見したりとか、座談会の開催等のお手伝いをしています。小国町のボランティアセンター事業というのは、わかりやすく言えば公園の草刈りなどをボランティアでしています。次に福祉教育推進事業というのは、ボランティア活動に対する子ども達の理解と関心を高めるために、ワークキャンプ事業でホームレス支援の実施で小国高校生に声をかけて年2回ほどしています。ボランティア協力の指定と活動支援は、小国小・中学校と門松づくり等を一緒にしています。生活困窮自立支援事業というのは、生活困窮者の相談を受け自立支援計画を作成して、各種支援が包括的に行われるように関係機関と連携、調整を行って自立を促していく支援を行っています。次に役場と協力をしながら、町にないようなサービスとか、援助する人達を養成しながら住民の皆様が困らないような支援を行う生活支援コーディネーターというのを、役場から委託を受けてやっています。地域権利擁護事業というのは、南小国町社協の方がお話しされたとおりの内容を、小国町もやっています。生活福祉金貸付事業というのは、県社協が実施する生活力福祉貸付事業の窓口業務を行っており、働き口を探したりとか、自立した生活が行えるようなバックアップも行っております。熊本県の共同募金とか日本赤十字社の分会とか赤い羽根募金の募金だったり、そういう募金活動の窓口業務をしています。民生委員協議会の事務局では会議、研修等の手伝いをしています。福祉協力員連絡会議というのは、小国町では小字ぐらいの単位で、地域の隅々まで届くようにと福祉協力員さんを町で任命しており、事務局を社協でやっています。シルバー人材センターは、高齢者の方に登録してもらって、草切、墓の掃除とかいろいろな仕事の派遣業の事務局をしています。有償ボランティアに、地域通貨という50円分の金券みたいなものをあげて、フレインだったりマルミアだったり、いろいろな商工会の事業所で使える金券の換金を行う地域通貨運営会事務局もしています。あとは、小国郷医療福祉安心ネットワークの事務局をやらせてもらっています。以上です。</p> <p>(歯科医師会)</p> <p>・安心ネットワークにおける役割を考えてみました。歯科医師会の一般的な活動で8020は皆さんご存知だと思います。オーラルフレイルこれをやっっていこうと、それと歯と口の健康、これは全身疾患の関係をやっっていこうと、もう一つ歯科検診の勤めで、これは各地域でやっっておりまして後期高齢者の歯科検診を進めているところです。それともう一つ、地域包括ケアによる歯科医療健康の推進ということも当然、やっているわけです。役割が、介護予防・地域ケア講演会における歯科の役割、在宅診療における歯科の役割、介護保険施設における歯科の役割、認知症対策における歯科の役割、こういうのがいわゆる地域の歯科に関連する事柄です。簡単に説明しますとまず第1に、介護予防とケア会議における歯科役割で、社協がやっておられる日常生活支援で協力、啓発活動をやっています。それと歯科医師会としては情報交換、それと口腔観点からの提言ですね。それと関連職種との連</p>

No	議 題	内 容
		<p>携をやっているところです。2番目に在宅医療における歯科の役割で、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、医学療法士、管理栄養士、こういう口腔とか食に関するところの強い方と連携を進めています。3番目として介護保険施設における歯科医療で、誤嚥性肺炎とかそういうものに対して施設との連携ですね。それと全身疾患、医療機関と施設に入所されている方も知らないで関連しています。あと認知症対策における歯科の役割で、健康という方は歯が多く、認知症の方というのは嚙む回数が少なくなるとか、そういうことが関係して認知症との関係があるということです。認知症の発症リスクとして、歯がほとんどなく義歯を利用していない人は、20本以上の歯が残っている方よりも1.9倍多いということです。全体的には、そういう形で取組みをやっておりますが、とりあえずやっていただくのは、掛かりつけ医師に相談してください。後期高齢者の歯科検診で説明をしておきます。対象者が75歳以上で、年1回です。保険証と一緒に送ってきていますから受診を進めてください。実施方法につきましては、掛かりつけの歯科医院に保険証と受診証を持っていかれて受診してください。お金は一部負担金の400円がかかります。まず、アンケートを受付で出していただいて、お口の中がどういう状態かというのを調べて、例えば飲み込みは良いとかかそういうのを調べます。最終的には、こういうところに気を付けてくださいというものを、お渡しする形になっております。一番言いたいのは掛かりつけ医に相談してくださいということです。どうしても対応できない場合は、社協でも施設の担当者でも話されてみて、そうすれば小国では3軒あります。どこかで対応しましょうということになります。それでも対応できない場合は、在宅専門のところに相談したりとか、そういう形で対応しようと歯科医師会として考えております。以上です。</p> <p>(薬剤師会)</p> <p>・薬局というところは、基本的に薬を提供する施設というところが大きな役割で、これは当然、機能として一番、ベーシックなところなんです。地域的に、というところを踏まえると、熊本市内の病院とかに行かれた後に、こちらで薬を受け取られたりとか、こういうのが欲しいというところに供給がしっかりできなければ、この地域で機能をちゃんと果たすことができないというのが、他の都市部の薬局と比べると個別の薬局、それぞれの責任が大きいところかなと思っており、このあたりは、地域包括ケアにおけるということもかかわってくると思います。体が不自由で薬局に薬を取りに来ることができない方がおられたら、処方箋をいただいて調剤したお薬をご自宅に持って行って説明をしたりとか、管理のお手伝いの提案をしたりとかご自宅での服薬指導というのをやったりします。このあたりが、薬剤師が行う在宅医療分の一番の入り口のところで、小国調剤薬局でも、ゆう薬局さんでも、それぞれ何名か担当してやっております。あくまでも適切に薬を服薬、管理してもらうようにお手伝いするところが一番、ベースになるので、ただ、届けるだけではないということをご理解いただければと思います。あと飲み方について、薬を飲みやすい状態にして提供するというようなことを提案したり、これは居宅業務だけに限らず外来業務でもしているんですけども、そういった方法も含めて適切な管理が出来るようなお手伝いをするということが、薬剤師訪問の機能になります。また喉につかえるなど必要に応じてお医者さんに相談など、これも本来、薬局が持っている業務機</p>

No	議 題	内 容
		<p>能であるんですが、先生方へ実際の利用状況等、併せてご提案したりとか、場合によっては薬を粉碎したりとか溶かして飲ますことができますよと、ご提案したりとかいろんなやり方があります。あとは、薬の飲み合わせとかについての情報提供も行います。副作用のチェック、そういう可能性が出た場合は医師に相談した上で対応の相談を試みたり、変更の提案を行ったりとか補助的に行っております。また、消毒薬の紹介、取り扱いをしますなど、消毒薬に限らず衛生用品とかちよつとしたものが時期によって必要になってくるので、必要に応じて取り寄せたり提供するということが必要な機能としてやっております。基本的に物品の供給というところが、一番大きいところになっているんですが、地域包括ケアにおいて、薬局、薬剤師が大きく言っているところは、対人業務をもっと強化していくということで、患者さんそれぞれに合わせた仕方であったり、情報提供であったりとか、あとは情報発信ですね。薬の持っている性質だったりとか注意していただくことを、皆さんに考えていただく、把握していただくためのお手伝いをするというのが、大きな仕事になるかなと思っています。以上です。</p> <p>(阿蘇保健所)</p> <p>・今日は、阿蘇地域の現状と保健所の取組みについて説明します。まず現状ですが、在宅医療を取り巻く状況として、平成29年熊本推計人口調査で阿蘇圏域の人口は68,827人で、内、65歳以上の人口は23,218人で高齢化率は37.6%、県平均は30%となっております。住まいの地域で在宅医療や在宅介護のサービスを受けることができますか。という問いなんですが、これは平成29年3月に実施した保健医療に関する県民意識調査において、阿蘇圏域の在宅医療に関わる回答になります。在宅医療や介護について十分な体制が整っているためサービスを受けることができると回答した人が25.2%、在宅医療や介護の情報がわからない人は28.6%でした。掛かりつけ医、掛かりつけ薬局について聞いた問いになりますが、掛かりつけ医がいると回答した人が71.4%、病院が47.6%、診療所が49.5%という回答になっています。阿蘇圏域に比べて県の方が掛かりつけ医がいると答えた人が75.6%で県平均の方が高い状況にありました。病院や診療所でもらった処方箋を持っていく、掛かりつけ薬局掛かりつけ薬剤師を決めていますかというところでは、決めている人は46.3%、いない人は47.6%と半々でした。県平均では決めているのが48.4%で、これも県平均の方が高いという状況にあります。長期療養になった場合、どこで療養したいかでは自宅が25.2%で、高齢者向け住まい・介護保険関係施設を含めると74.8%が在宅希望という結果になりました。終末期に対する調査では、人生の最後まで療養生活を送りたい場所は自宅が最も多く53.5%という結果になりました。しかし、実際、自宅で生活できると思うと回答したのは、8.2%で、できない、分からないと回答した方が86.4%もいる結果となり、その理由は家族に負担がかかる、急変時に入院できるか心配、症状が急に悪くなった時の対応に不安がある等の声が聞かれました。在宅医療介護連携について、阿蘇地域では既存の阿蘇在宅医療システム研究会をもとに、在宅医療と介護の連携を展開しているところです。現在、小国郷ブロック、阿蘇中央ブロック、阿蘇南部ブロックの3つに分かれて、地域の実情に応じて事例検討会やワークショップ等々を開催しています。平成28年度に7市</p>

No	議 題	内 容
		<p>町村で阿蘇圏域在宅医療介護連携推進協議会をつくり、阿蘇在宅医療システム研究会との連携により在宅医療介護連携推進の充実を図っており、保健所はオブザーバー的な役割でかかわっています。在宅療養、生活に関わる住民向けの啓発リーフレットを配布するなど取り組んできたところですが、在宅医療や介護の情報がわからない人が多いことから、住民の啓発を更に進めていく必要があります。訪問看護利用率については、全国、県平均に比べ低い状況ですが徐々に増加しております。しかし、利用率の管内市町村別を見ると市町村に差がみられます。訪問看護利用者を見てみても、小国地区では他の地域に比べて要支援者の利用が多いなど、地域に差が見られ、医療機関の方や訪問看護師の声として、まだ訪問看護の理解が進まないとの声を受け、写真や絵を多用化した啓発スライドというものを作成しました。これまでの阿蘇保健所での在宅支援体制づくりの取り組みは、医療数の少ない阿蘇管内の在宅医療体制づくりのため、平成26年度から訪問看護推進に向け医療機関や資料を載せた阿蘇地域在宅医療支援資源マップの作成やチラシの配布、またシンポジウムの開催など進めてきました。平成28年度に、「見てわかる訪問看護誌」を作成し、29年度には医療機関への啓発スライドについての講習会を実施し、資料を医療機関へ配布しました。また、介護申請、認定の啓発スライドを作成して、本年度は介護支援専門員の医療介護支援について、包括支援センター、社協を回って啓発スライドを配布しているところです。以上です。</p> <p>(施 設)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の役割としては、高齢者になっても住み慣れた地域で、自立した生活を最後まで送れるように必要な医療、介護、福祉サービスを一体的に提供し、支え、支えられる町づくりが必要ということが文献に書いてありました。地域における住まいということで、有料老人ホーム介護付きは、リハセンター緑の里と、柿の木の家で食事の提供、入浴、排泄、病院受診等の日常生活を24時間、介護支援行うところです。有料老人ホームの住宅型は、ケアホームネオさん、ハートハウス一歩、朝日が丘になっており、介護サービスは外部サービスを利用します。あと小規模多機能施設です。これは柿の木の家のA型で、通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせるサービスで、地域包括ケアシステムの中心的サービスになります。次に認知症対応型共同生活介護、グループホームで、なごみさん、森園さん、福寿苑さんで、認知症の方を支えます。重度になってもなじみのところで最後が迎えられるということが特徴です。次に小国老人保健施設さんで、ここは在宅介護の拠点になるということで利用サービス、介護サービスを提供しており、在宅復帰、短期入所、デスパイトの役割もしなければいけないということです。次は特別養護老人ホームの悠清苑さんで、高齢者の住まいの位置づけで、重度の要介護者の終末期を含めた暮らしを支えます。次に養護老人ホームの悠和の里さんで、住まい・食事の提供でサービスは外部から行います。ここは、生活困窮者のための施設で阿蘇郡全体での会議で入居が決まります。以上です。 <p>(介護支援専門員)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネが現在、行っている連携についてお話しします。連携を行っている場所として、病院、役場、地域包括支援センター、各事業所、入所施設、民生委員、警察

No	議 題	内 容
		<p> 等などと連携しています。病院では、主治医の先生にケアマネで担当になったことを伝え、小国公立病院入院時には、小国郷ケア同行シートやケアマネが口頭で、事業所情報を伝えたとき記録に残し、連携加算等を貰っています。小国公立病院1回の入院には、ケアシートを郵送する時もあります。そしてできるだけ利用者の確認に病院へ行き看護師、相談員に話を聞きます。通院時にカンファレンスに参加したとき、カンファレンスに参加して情報を得た上でケアプランを作成し調整を行ったときに加算を貰っています。病院により様々ですが、退院後のケアプランの提出依頼があれば提出しております。病院から退院後にどうなっているか、サービスに変わりはないかなどチェックシートを用いて尋ねられることもあります。また、病院退院後に数か月の調査を行い、その結果を伝えることもあります。居宅療養管理指導で、薬剤師さんに訪問してもらうこともあります。役場には、介護認定結果や負担割合、負担限度額証の情報を貰っています。地域包括支援センターには、新規の利用者の紹介を行ってもらい、困難事例の場合は相談し必要に応じてケース会議を開催してもらっています。サービスの利用がない場合は、地域包括支援センターに相談して、報告してつないでいます。通所サービス、訪問介護、訪問看護、福祉用具、配食サービスは何かあったときに連絡を貰っています。ヘルパーさんは定期的に家に入るので、ヘルパーさんからの情報でケアプランを組むことがあります。福祉用具の展示会等にも出向いて新しい情報も入れています。安否確認などお薬の確認なども行ってもらうことがあります。老健退所時のカンファレンスに小国郷ケア情報を用いて入院時の説明があります。家族へのケア情報は回収していますが、ケアマネはその時にコピーを貰っています。施設入所では、小国郷ケア情報シートを利用し、情報を渡すことがあります。サービス調整で、依頼するときは出来るだけ事業所に出向いて利用者の受入れをお願いしています。また急ぎでサービス利用になる場合もあるので、その時は出来ている部分だけのシートを渡して事業所側の聞き取りの時に、一緒にアセスメントする場合もあります。民生委員、近所の方には、特に一人暮らしの高齢者ですね。避難などがあったときに何かとお世話になることがあるので、担当になったときに挨拶にいきます。シルバーヘルパーさんに情報をお伝えすることもあります。サロンで介護保険の使い方など、説明を依頼されたときは出向いてお話をすることもあります。警察にも必要であれば情報のやり取りをします。その他、家族ぐるみの支援が必要な方も最近、増えており、ケア会議等で、児童相談所や教育委員会などとも連携を取っています。入院されて、困っていることなど情報を早くからケアマネにお話をいただければ、早めに必要なサービスの選定ができますが、中には入院からそのまま入所になるケースがあり、利用につながらないケースもあります。最後にケアマネが1人で背負うと答えが見つからないこともあり、その時は各専門職に相談することで糸口が見つかりサポート力も養えると思います。より良い支援をするための連携だと思っています。ケアマネ同士もいろんな話をしながら情報交換を行っていくことが大切だと思っています。小国郷で生きていくために、広い視野で利用者を導けるようにネットワーク自体をスムーズにして、ケアマネージャーなどの経験などから知識を得て、ケアマネージャーの力量を上げていくことを目指しています。以上です (司会) </p>

No	議 題	内 容
		<p>・このビジョン発表の総括を片岡副代表よりお願いします。</p> <p>(片岡副代表)</p> <p>・いくつかの事業所の方、病院、薬剤師会、歯科医師会等、いろんなところから発表がございましたけれども、何か聞きたいことはないですか。地域包括ケアシステムの姿というものが、厚労省から出されておりました、これを安心ネットワークでやっていくためにはシステムの姿をどうしたら小国郷らしくなるのか、ということを考えていかなければいけないと思っています。どのように結び付けていくのか、落としどころをどこに持っていくのか、全体のシステムとして捉えられるようにするにはどうしたらいいのか、みんなで考えていかなければいけないというふうに思っています。</p> <p>今、自分のところはどうあるということで、一つ一つ出てきましたけども、それをつなぐことが、皆さんの顔はつながってきて、どこで何をしようというのは分かっているので、何かもう少しわかりやすいシステムをつくっていけないのかなと、思っているところです。そのために、今日のような情報共有はとても大事であって、今日、つくっていただいた資料はPDFにして安心ネットワークのホームページにアップしようと思います。全体を一つの像として捉えられるようなPDFにして、誰でも見れる形で共有していこうと思います。結局、今の時代背景を考えると地域包括ケアシステムの構築というのは、町づくりになっていくのではないかと考えています。生活があり、これを支える自治会、青年会とか婦人会とかひっくるめて支えるものがあり、医療があり、介護があり、それをコーディネートする人がいる。そういう町づくりというのを、医療・介護を中心とした町づくりを小国町・南小国町でやってくださいというのではなくて、素晴らしい資源がある小国町・南小国町の町の生活に医療・介護が溶け込んでいかないといけないような感じがしている。縮小している地域の中で、コンパクトシティ・メディカルモールこういうものが、概念が縮小していく社会には大事なのではないかと思う。小国郷で地域包括ケアシステムをつくっていくうえで、重要になってくるのではないかなと思っています。金沢では、250m四方の中に、介護施設とか、児童福祉施設とか、あと大学の学生さんの宿舎とかいろんなものを一つにまとめてしまって、温泉がありミュージックパーなどペンションみたいな形で利用しているところがあります。小国町はどうかというと、250m四方の中にいろんなものが入っている。コンパクトな町なのでコンパクトシティだとかメディカルモールという要素が元々あり、南小国町もメディカルモールとして成り立っているところがあります。このようなところを結びつけることができるのは、安心ネットワークかなと考えているところです。ただ、そこそこのメディカルモールとして成り立っているところですが、不足しているものが沢山あるということです。不足しているものを皆で共有することによって一つの大きなメディカルモールが出来るのではないかなと思っています。それともう一つ、この前、燃えてしまったところが大きな空き地になっていて、医療・介護の協会としては、どういものがここにあるといいんじゃないかということを提案しなければいけないのかなとっていて、先ほど話したような小国らしい良いモールが建つと不足しているものが補われて良いネットワークが出来ていくのではないかと考えているところです。それから安心ネットワークのロゴマークを作りましたけども、ステッカーを一つのアイデンティティとしてこのデザインをいろんな施設に配布することによって、小国郷の医療・福祉界が一つの</p>

No	議 題	内 容
		<p>ストーリーでまとめあげるデザインが出来れば良いなと思っているところです。地域包括ケアシステムは、地域というキャンパスにその土地の将来をデザインするアートであるということですね。今年中にステッカーを作って、いろんなところに貼ることによって、デザインを統一してシステム化していくということは、やっていきたいなと思っています。</p>
2	<p>その他 ※各チームからの連絡</p> <p>※若者会からの連絡</p>	<p>(事例検討チーム)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・10月に事例検討会を行いたいと思っております、25日、木曜日に予定しております。その時にグループワークを伴う検討会にしたいと思っておりますので、事前に参加という意向をいただければと思っています。メーリングの方で出欠を取るなどさせていただきたいと思っております。以上です。 <p>(出前講座チーム)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・10、11月については、近いうちにメーリングリストであげようと思っておりますので、よろしく願います。内容については、今日、お話をされたようなことを、各施設とか、そういう関係者の方が各サロンに行ってお話していただければいいかなと思っておりますので、よろしく願います。 <p>(患者情報共有チーム)</p> <p>進捗状況で、7月末にチーム会議を行い小国郷ケア情報シートの見直しを行いました。チーム以外のケアマネさんに出席いただきいろんなご意見をいただきましたが、まだケアシートの修正が出来ていないため、修正案が出来次第、チーム会議を行うようにしています。また、患者情報の共有ができるメディカルケアステーションについて操作の説明会を開催する予定でしたが、開催できておらず申し訳ありません。操作の説明会は、メーリングリストでお伝えしたいと思いますのでよろしく願います。</p> <p>(認知症カフェチーム)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明日、認知症カフェがあります。小国署のお巡りさんに来ていただいて、高齢者の交通事故防止について講話をしていただくようになっています。 <p>(美鳥チーム)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ありません。 <p>(広報チーム)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ないです。 <p>(若者会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若者会の名前ですけども、前回の全体会でふさわしくないのではないかという意見がありましたので、今後は次世代安心ネットワークという名前に統一させていただこうと思います。今回の分会についてなんですけども9月28日に三軒家で、13名ほど集まって交流会ということで開かせていただきます。会の趣旨が、横の関係をつくるという形なので安心ネットワークの方からお金を頂くというのは難しいのかなと、考えておりますので自分たちのお金でやらせて頂こうと思っております。今後は、各事業所に安心ネットワークの次世代会の代表者を1名か2名ほど選んでいただきまして、現在、うちと縁がわで行っている企画運営というのも各事業者ごとに回していけたら、今後の安心ネットワークの次世代の方も良くなっていくと思います

No	議 題	内 容
	※縁がわ小国より報告	<p> ので、代表者が決まりましたらメールの方を連絡していただければと思っております。 </p> <p> (縁がわ小国) </p> <p> ・この度、管理者をやっていただいた高野さん、ケアマネの(安川)さんが退職することになりました。私、川原<small>川原</small>といいますけども、私の方が管理者、それからケアマネは、山田の方で管理者をやっていた同じ川原<small>川原</small>ですが担当することになっております。今からこの地域での活動をやらしていただきたいと思っておりますし、このネットワークに関わらしていただけたらと思っております。どうぞよろしくお願い致します。 </p> <p> (司会者) </p> <p> ・これから各機関、強固なつながりで小国郷が盛り上がっていきたくらいなと思っております。 </p> <p> これで終わります。お疲れさまでした。 </p>