太田課長	それでは「第３回地域包括ケア推進会議」を始めたいと思います。次第に基づきまして協議事項（1）認知症施策検討作業部会について、事務局よりご説明させていただきます。
事務局	資料１をご覧ください。認知症施策検討作業部会について進捗状況をご説明させていただきます。 本年度の認知症施策検討作業部会は、認知症カフェ、認知症サポーター養成講座、認知症ケアパス、認知症初期集中支援チームについて検討することとしており、前半は認知症カフェと認知症サポーター養成講座についての検討をしてきましたが、後半は認知症ケアパスと認知症初期集中支援チームについての検討をしておりますので、今回はこの２つについてご助言をいただけたらと思います。 始めに認知症ケアパスについてですが、ご存知ない方もみえると思いますので、簡単にご説明させていただきます。 認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを、あらかじめ標準的に決めておくものであり、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みでもあります。 平成 27 年１月に国が策定した、新オレンジプランの７つの柱のうち、「②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の中でも「認知症ケアパス」についての取り組みが示されています。 右に付けさせていただいた図は、認知症ケアパスの概念図として国が示しているものです。 横軸は認知症の進行度合いを表しており、左から「認知症の気づき～診断まで」「日常在宅ケア」「急性憎悪期ケア」というように、認知症の進行を表しています。 また縦軸は大きく「介護分野」と「医療分野」に分かれており、認知症の進行状況によって、各分野でどんなサービスやケアが受けられるかといったことが表されています。 認知症は、進行と同時に身体機能も低下していく傾向がみられます。つまり、疾患の進行にともなって、必要となる支援が徐々に異なっていきます。そのため、進行に合わせて、地域でどういったサービスや支援を受けることができるかをあらかじめ具体的に、認知症の人とその家族に提示するものが、認知症ケアパスです。 みよし市の現状としては、市の介護保険サービスや高齢者福祉サービス、また市内の公共施設や医療機関、介護サービス事業所等の情報を１冊にまとめた「みよし市高齢者福祉マップ」の４、５ページに、認知症ケアパスとしてのページを設け、相談のあった際は医師会の作成する「ひまわりノート」と合わせて、必要な方にお渡ししています。課題として、高齢者福

	祉マップのケアパスのページがわかりづらいこと、多職種や市民の認知度が低いこと、などが作業部会で話し合われ、実際に地域包括支援センターでも上手く配布・活用ができていない現状があることがわかりました。 　そこで、今回、認知症ケアパスの見直しを行うことと、認知症の方を取り巻く支援者に認知症ケアパスとひまわりノートについて知っていただくことについて、やって行くこととしました。 　資料１－１をご覧ください。こちらが、作業部会で意見を出し合って作成した認知症ケアパスの案になります。案の作成にあたっては、豊田市を始めとする他市町の認知症ケアパスを参考にし、みよし市のサービス等を落とし込んでいきました。 　簡単に説明させていただきますと、横軸が認知症の進行段階を表しており、左から右に行くにつれて症状の段階が重くなっていきます。また、上の段は認知症になった本人の状況の変化や家族の気持ちの移り変わりが段階ごとにわかるようになっており、それから下の部分については、相談機関、医療介護、予防、生活支援・見守り、家族支援集い、住まい　と分けて、それぞれの認知症の段階でどういった支援やサービスがあるかを、ひと目でわかるように表にしました。こちらを見ていただいて、こういった支援やサービスもあるのではないか、といったご意見があれば是非いただきたいと思います。特に、初めて手に取る市民の方が、わかりやすい表現やレイアウトになっているか、どこに相談したらよいかがわかりやすくなっているか、など、実際に内容を知っている地域包括支援センターや市が話し合って作ったものですので、どうしても専門職目線になってしまっているところがあると思いますので、ここはこうしたら良いのではないか、というところを是非教えていただけたらと思います。 　また、ケアパスとひまわりノートについての支援者への周知につきましては、地域包括支援センターには既に配布していますが、先日、ケアマネジャー連絡会でもひまわりノートについての周知をさせていただきました。また、今週水曜日にある、豊田市と合同開催する認知症多職種ブロック研修会でも、ケアパスの活用について、事例検討を交えて話し合う機会を設けていますので、今後、うまく活用に結びつけて行きたいと考えております。 　続きまして、認知症初期集中支援チームについて実績報告を統括保健師の木暮さんから説明をしていただきたいと思います。
木暮氏	資料１－２です。みよし市認知症初期集中支援チームのまとめということで、出させていただきました。平成 29 年度のものと本年度の上半期のものを合わせて書いてあります。平成 29 年度中の相談件数は 17 件、うち申請等が通り、支援決定をして、支援をしたのは６件になります。平成 29 年度中に支援が終結したものは４件、平成 30 年度上半期には平成 29 年度分の６件すべて終結しています。平成 30 年度上半期につきましては、相談件数は 10 件、うち申請があって通ったものが１件で、いずれも支援は終結しています。２支援決定者の概要ですが、発見と介入の状況だけ載せさせて

	いただきました。発見・相談者は家族が多く、介入前の状況はＢＰＳＤが顕著で対応に苦慮したという方が多くいました。また医療のサービス利用状況も認知症での通院は２件のみで、残りの方は認知症の診断はおりていませんでした。３対応の概要としましては、チーム員の職種の内訳と終結までにかかった期間を出していますが、終結までにかかった期間としましては、最長７か月、最短で２か月となっており、大体、３、４か月で１件のケースが終了するという形になっています。４支援終結時の状況につきましては、ＡからＦまでが、平成 29 年度、Ｇの方が平成 30 年度上半期の分です。チームが入るまえに、DASC と Zarit を実施した結果です。介入後に実施したものとの数字の変化を出しています。Zarit というのは、主に介護者の負担がどれくらいあるのかをみるもので、介入後の方はほぼマイナスになっており、家族の負担が減っています。モニタリング前に転居された方と死亡された方がいましたので、介入後まで数字がとれたケースとしましては４件になります。支援後の状況としましては、受診・内服を開始された方、地域包括支援センターの見守りとなった方、入所、入院された方等がみえました。以上です。
事務局	チームの実績からみた課題の一つ目としましては、チーム活動の同意に至らないケースが多いことがまずあげられます。各地域包括支援センターからチームにケースを上げようと思った際に、本人や家族に同意をとる必要があります。しかし、その同意をとりづらいケースが多々あるということが、地域包括支援センターからの聞取りでわかりました。今後の対応策として、同意の取り方を検討していく必要があるということをチーム員会議で話し合いました。その結果、例えば、地域包括支援センターがチームにあげたいケースで、なかなか同意をとるのが難しいケースの場合は、チーム員が訪問に同行し、DASK などのスケールもとりながら、認知面の評価をし、地域包括支援センターとともに同意をとる方向で支援する、といった対応策を今後とっていくことにしました。 また、課題の二つ目として、市民のチームに対する認知度が低いのではないか、といった意見もありましたので、これについても地域の集まりに出向いてチームについて知っていただいたり、民生委員などの地域で見守ってくれている方たちに知っていただくなどの市民への周知活動も今後行っていけたらと思います。 チームの活動については日ごろから翠先生も相談にのってくださっており、色々なご助言をいただきながら進めているところです。しかし、チームを市民や専門職の方に上手く活用していただきながら、必要な支援ができるようにしていきたいと考えていますので、活用が進むにはどうしたら良いか、ご助言等いただけたらと思いますので、よろしくお願いいたします。 以上が認知症ケアパスと認知症初期集中支援チームのご説明になります。

太田課長	ありがとうございました。今、協議事項の１でケアパスと初期集中支援チームの話題を出させていただきました。まずケアパスついてご意見いただきたいと思います。よろしくお願いします。
翠氏	家族の気持ちと対応について、認知症の重症度で、とまどい・否定、混乱・拒絶、割り切り、受容と書いてありますが、こういうかたちにはいかないと思います。軽度であっても、とまどいはあり、癌とは違って認知症はこうはいきません。家族の気持ちの欄は、人によっても、家族構成によっても違います。認知症はパスになりにくい疾患ですので、家族の気持ち対応の欄はあまり適していないのではないでしょうか。他の方の意見もあると思いますが。 むしろ前のパスの方が良いと思います。あまり難しいことよりも簡単な図があって、家族には直接ことばで説明してはどうでしょう。ここに載せるのは、相談機関が何処か、例えば地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームなども入れると良いのではないでしょうか。
太田課長	ありがとうございました。他にご意見があればお願いします。
宇田氏	関係者が使うだけであれば良いのではないでしょうか。家族が見て便利なのは、現在使っているケアパスの方だと思います。
翠氏	これは支援者用ですか。
事務局	違います。認知症の方や家族を対象としたものです。
宇田氏	支援者が家族に説明しやすいという点では、一覧になっていた方が良いと思います。
太田課長	ありがとうございます。他にご意見はありませんか。
成瀬氏	私は翠先生の意見に賛成で、ただ、ひまわりノートが分かりやすく書いてあるので、それとあわせて考えていくと良いと思うのと、かかり付けの先生に相談しながら、場合によっては認知症初期集中支援チームの支援もあるということが、マップの中にわかりやすく入れられるのなら、改善点としてはあるのかなと思います。ただ、色がたくさん入っていると、複雑な図は分かりにくいと思います。完璧な説明書を作る必要はなくて、概念が家族や本人にわかれば良いと思います。何処に相談に行ったら良いのか書いてあると良いと思います。例えば今のマップの一つ目の「ＳＴＯＰ」の所が地域包括支援センターだと良いかもしれません。今回のケアパス案は、地域包括支援センターの職員が持っているには便利かもしれませんが、家族、本人にはわかりづらいかもしれません。

翠氏	相談機関について、どこに相談したらよいか知っていれば良いですが、知らない人が見たら、たくさんある相談機関の中でどこに相談して良いのか分からないと思います。最初の相談窓口は、地域包括支援センターだけでしょうか。
事務局	ふくしの窓口もあります。
翠氏	ある程度、相談窓口を一本化した方が良いのではないでしょうか。
成瀬氏	窓口は、地域包括支援センターで一本化してはどうでしょう。
太田課長	ありがとうございます。やはり情報が多すぎて、どこに目をやったら良いのかわからないということが１つあると思います。また、翠先生が言われたように、誰に最初に見てもらいたいかという視点を大切にした形で見直しをかけていくということでいいでしょうか。 また、宇田先生ありがとうございました。大切な意見として第４回の時には、もう少し見やすくして、皆さん見ていただきたいと思います。 次にもう１点認知症初期集中支援チームにつきまして、ご意見をお願いします。作業部会の意見では同意に至らないケースがありますという課題と、市民、必要とする方への周知が足りない、という課題と一部解決策をご報告させていただいております。ご意見いただければと思います。
宇田氏	同意がいただけないというのは、具体的にはどういうケースになりますか。
木暮氏	個人情報の同意がいただけないケースとしては、家族がいないケースや同居していないケース、家族が遠方にいて同意がもらえないケースがあります。また、同意書をとってまでは、と尻込みされてしまうケースです。
成瀬氏	相談のきっかけになった発見者や相談者は、29 年度だと６人おられて、本年度の上半期だと１人、別居の家族が相談されていますが、これはチームに繋がったケースですか。
木暮氏	チームに繋がったケースです。
成瀬氏	これは身内の方が必要性を感じていらっしゃったということでしょう。そうすると残りの相談件数 10 件の内、９件は身内がいないか、身内が何も考えていないかではないでしょうか。身内がいなければ同意書は取れないと思います。チームのケースに係る職種、職員は国家資格を持っていて、守秘義務や個人情報は守る職種であるのが前提な人達ではないですか。
木暮氏	コアメンバーとして動くメンバーはそうです。

成瀬氏	実際ご本人とお話しされる方は、保健師、看護師、社会福祉士といった職種の人ですよね。 チームに繋がらなかったのは、同意が得られなかったから、動けなかったという説明だったと思いますが、皆、職業倫理上守秘義務等は持っている人達が対応しているので、あとは話の持って行き方ではないでしょうか。杓子定規に動いていては、出来ないことはたくさんあります。私たちでも、外来に来たくない人達を一生懸命説得して、「やはり治療は必要ですよね。」という話をしながらやっています。病院、診療所の門をくぐったということは、その段階では何か相談したいことが前提で、我々も個人情報はもちろん守りますし、権利も守って相談にのっています。その入口で引き下がったら、認知症初期集中支援チームは成り立たちませんので、そこを改善すれば良いのではないでしょうか。
翠氏	認知症初期集中支援チームの同意は，一般的に統一されたものですか、みよし市独自のものですか。 基本的に同意書などの書類が多ければ多いほど、煩雑になってしまいます。困っている人の対応をするのであれば、同意書の簡略化や同意書を書面でとらない方向もあるのではないでしょうか。家族がいなくて困っている人や、わざわざ東京に住んでいる息子に書かせるのは無理ですよね。地域包括支援センターの職員が関わるのには同意書はいりませんよね。なぜ、認知症初期集中支援チームになると細かい書類が生じて、同意書で動きにくくなるのですか。改善しないとケースが増えないと思います。例えば配られる資料にも名前は書いていないけれど毎回回収されてしまいます。市のルールだと思うのですが、メモをしても資料を回収されてしまい、わからなくなってしまいます。市の倫理規定かもしれませんが、厳しすぎると会議しにくくなってしまいますし、症例も増えません。他地区では同意書を簡略化しているかもしれないので、調査した方が良いのではないでしょうか。
事務局	今までは同意が絶対にないと支援チームが動けなかったのですが、チームが関わった中で、上手く同意に結びつける方法はあると思いますし、他地区の状況も確認して、同意書なしでもやっているところがあるのか、調べながらやっていきたいと思います。
成瀬氏	頭が痛い、胸が痛いという場合は、本人に病識があれば病院に行きますが、病識がないのがこの病気の特徴です。客観的に誰かが、「これは心配だ」と思ったことが支援の必要性があるということだと思いますので、是非考えていきましょう。
太田課長	ありがとうございました。部会の方も事務局の方も他の市町の状況を確認しまして、対応策を考えていきたいと思いますので、よろしくお願いします。

	あと２点目の課題としましては、市民への周知があります。例えば包括の現場において、こういったことが出来るといいな、ということはありませんか。きたよし地区地域包括支援センターの鈴木さんいかがですか。
鈴木氏	まず一般市民の方に知ってもらいたいのと、ケアマネジャーなどの支援者の方も知らない方が多いので、まずは支援者から知ってもらってから、一般市民に広げて行くことが大事ではないかと思いました。実際周りのケアマネジャーさんも知らない方がいます。ことばは知っているけれど、実状はどうなのか、どんなことをしてくれるのかを、まず支援する人達が知らなくてはいけないかなと思いました。
太田課長	ありがとうございます。なかよし地区地域包括支援センター棚澤さんはいかがですか。
棚澤氏	鈴木さんと同じで、ケアマネジャーでも知らない方が多いので、チームにどういう感じでお願いしたら良いのか、どういうことをしてくれるのだろうか、といったことを周知出来ていないかなと思います。
太田課長	安田さんはいかがでしょうか。
安田氏	多分、ケースの中でケアマネジャーに引き継いだケースがあると思うのですが、引継いだケースはどれぐらい初期集中支援チームが関わっていて、どのくらいの時に認定を受けられて、引き継いだのか、また結構早い段階から、地域包括支援センターやケアマネジャー等が関わっている、というケースはありますか。
木暮氏	初期という名前が付いていますが、困難ケースが上がってくることが多いです。医療にもかかっていない、サービスも受けていないという人を地域包括支援センターとチームが関わって医療にどう繋げていくか、介護認定に繋げていくか、そして認定が付いた後にケアマネジャーに繋げていく、そういうパターンが多いです。
安田氏	前段階から関わっていくケースはあまりなくて、認定を受けてから引き継ぐときに、こういう風に動いていましたと情報共有をするような感じでしょうか。
木暮氏	そこの情報共有はきちんとやっています。
安田氏	ケアマネジャーも知っていなくてはいけないし、早いうちから、相談出来るようにしていけると良いと思います。
太田課長	ありがとうございました。実際携われて気づいた点などありましたらお

	願いします。
成瀬氏	我々は繋いでいただいて、来ていただくのですが、実際は繋いでもらってもこの方々は、予約日も忘れてしまいます。比較的繋ぎが上手くいっているのは、薬剤師さんが服薬指導に入っている場合です。これは薬剤師さんがすごくマメにしていただいているので、良いと思います。ところが受診されなかったケースについて地域包括支援センターに聞くと、地域包括支援センターもこの人の受診日を把握していない場合がありますし、ケアマネジャーも把握していないことがあります。今後の課題ですが、認知症初期集中支援チームは医療に繋げるのがポイントですが、その後チームが降りた後、どうやってそれを維持していくか、ある程度こまめに「今日は受診日だけどどうですか。」といったように、親切すぎるかもしれないけれど、朝に声を掛けたりしてもらわないと、多分通院は難しいかなと思います。当面は薬剤師さんに活躍してもらいながら、ケアマネジャーさん達もそういったことを理解していただきたいと思います。そうすると、どういった時に初期集中支援チームが役に立つか、ということも理解していただけると思います。
太田課長	小島さんいかがでしょうか。
小島氏	当たり前のように、認知症の人は受診日を忘れてしまうので、薬局は電話したり、服薬状況を確認しています。また、認知症初期集中支援チームでどういう支援が受けられるのかは、私も薬剤師なのですが、名前は聞いたことはありますが、実状はわからないという状態なので、こういう仕事をしている者にもわかるような、研修会などがあればいいかなと思いました。
翠氏	初期集中支援チームの一番のいいところは、多職種で同じ場所で集まって話し合えるところです。地域包括支援センターの人が関わるケースにたくさんの人で話し合うことができ、その場で意見が言えるので、そういったメリットをケアマネジャーなどに周知してもらって、上手く活用してもらいたいです。その場で服薬管理に訪問薬剤指導を利用しよう、といった話もできます。豊田市は多職種ではやっていないですよね。それは本来の初期集中支援チームではないので、たくさん例をやっているかもしれませんが、本来はやはり多職種で話し合えるところが良いところだと思います。初期というのは病気の初期ではなくて、困っていることに対して短期間で集中して話合って支援をして、困りごとを減らしていこうというのが元の発想だと思うので、そういったメリットをみなさんに周知すると良いと思います。BPSD の多いケースについて、診断が何なのか、薬をどうしたらいいのか、どうやったら服薬をきちんとできるのか、介護サービスをどうしたらいいのか、といったことを、その場で話し合えることがメリットだということをケアマネジャーに周知した方が良いと思います。

太田課長	ありがとうございます。多職種の人が一同に会するのはとても大切なことで、その人を皆の手で支えるということが一番大切だと思います。
翠氏	多職種で支援するみよし市のチームの構成は良いと思うので、ケースを増やして行く必要があると思います。
太田課長	ありがとうございます。以上で認知症施策検討作業部会の報告と協議のほうを終わらせていただきます。 続きましては、協議事項（２）在宅医療介護連携対応施策検討作業部会の報告を、事務局よりご説明させていただきます。
事務局	資料番号は２番になります。２点報告させていただきます。１点目は、在宅医療サポートセンター事業について、２点目はエンディングノートについてです。 まず在宅医療サポートセンター事業についてですが、今年度豊田加茂医師会と豊田市、みよし市それぞれが委託契約を結んで、事業をやっていただいております。事業内容としましては、大きく３つ柱があります。１点目は在宅医療に携わる医師の確保・育成の推進、２点目は在宅医療に係る医師の負担軽減の推進、３点目が多職種連携の強化ということで行っていただいております。そちらの進捗状況を報告させていただきたいと思います。資料番号２－１になります。今年につきましては、重点項目を６つ上げさせていただきました。そちらに対して豊田市、みよし市、豊田加茂医師会で話し合いながら進めております。 １点目の重点事業につきましては、在宅医療スキルアップ研修というかたちで、在宅医療を始めるための医師の教育であったり、実際に行って頂いている医師のスキルアップ、あとは多職種のスキルアップを行っていただいております。本年度の状況は豊田市とみよし市の合計になってしまいますが、医師の方はそれぞれの数字になっております。課題としましては、在宅医療を始める医師の参加が進んでいないこと、スキルアップ研修を開催しても、参加率が伸びていないことがあげられています。 ２点目の重点事業としまして、在宅医療スタート支援というかたちで、新規で始める在宅医療を始める医師の各種届出や院内掲示等の様式例の整備、保険請求などの事務実務の支援とQ&A集の作成ということをお願いしております。本年度につきましては、介護保険「居宅療養管理指導費」について契約書等必要書類の提供、請求の支援、在宅療養支援診療所について届出書類の説明と支援、往診時の駐車場「警察署長の駐車許可」「特定の業務に従事する車両に対する除外指定車標章」の発行の支援をしていただいております。こちらの課題は、対応のマニュアル、各種様式の作成の方で、サポートセンターの事務量が一時的に増加してしまうことや業務が多忙なため、各種届出等に時間が取れない等の理由で支援を必要としている潜在的医師の把握が進んでいないということで必要性があるとあげられて

	います。 ３点目の重点事業としまして、機能強化型在宅療養支援診療所・支援病院の連携支援というかたちであげていただいております。豊田加茂医師会の方で、機能強化型の支援病院を進めていただいており、そちらの支援というかたちでやっていただいております。連携型のグループについては豊田地域医療センター、みよし市民病院の参加を前提にしていただいておりまして、今年の 10 月に届出を出していただいて、11 月から算定されたと聞いております。みよし市内では、みよし市民病院を核に参加の方が、３医療機関していただいていると聞いております。今後とも強化型を目指す支援療養所を増やすようにお願いしております。 重点事業の４点目で訪問診療医決定支援ということで、こちらは主に有料老人ホームの居宅系施設の訪問診療医の決定の支援というかたちでお願いしています。例えば有料老人ホームが新たに新設される時、豊田加茂医師会の方を選んでいただけるように、申請時にお願いをしているということでやっております。 重点事業の５点目としまして、在宅医療の相談窓口の充実ということで、入院患者だったり、外来診療から在宅療養に移行する際の医療機関との相談対応の連携支援をお願いしております。本年度の相談件数は４月から８月まで豊田市とみよし市の合計で 62 件相談いただいているということで報告があります。課題としましては、医療機関との連携において、各機関での相談窓口・対応方法が異なり、相談内容・相談ルートが多岐に渡るため、対応職員に医療・介護等の幅広い知識が必要となっていることと、サポートセンターの機能について、ケアマネジャー等多職種の理解不足により、的確に繋がっていない可能性があるということで課題が上がっております。 最後６点目としまして、医療資源の把握ということで、在宅療養に関する病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションのデータ活用方法について検討と見直しということで、西三河北部医療圏の資源調査で検討会を行っております。それぞれサポートセンターからアンケートを取っていただきながら、このデータを収集していただいているかたちでやっております。以上でサポートセンター事業の報告を終わらせていただきます。 続きましてエンディングノートについてご説明させていただきます。本年度地域包括ケア推進会議の中で皆様にご意見いただきました。第１回の会議でエンディングノートの作成の意図を説明させていただきまして、続けて在宅医療・介護連携対応施策検討作業部会で掲載項目、配布対象者、配布方法の検討をしております。そして第２回地域包括ケア推進会議では、皆様に作成案の意見等をもらっておりました。その際に意見をいただいて部会でも検討していました。 みよし市は平成 30 年の２月 27 日からみよし市とあいおいニッセイ同和損保と包括連携協定を結んでおりまして、そちらから終活フェア開催をご提案いただきました。エンディングノートを作成しておりまして、そちら

	も提供できるということで、資料にもつけさせていただいた「想いを届ける、ライフプラン＆エンディングノート」を実際に配っているというご提案でした。実際に終活フェアをどんな風にやっているのか、今年の 11 月 11 日に豊川市で開催されるものについて、見学させていただけるとのご提案いただきましたので、視察に行ってきました。 　会場は市の総合体育館で、終活フェアと地域包括ケアの情報展が一緒に開催されており、会場の中で、終活に関するブースを設けられていました。講演会が１時間ぐらいあり、終活を迎えるにあたっての備え、エンディングノートを使いながらどういうことをやっていこうというお話がありました。仏具屋さんだったり、葬儀屋さんで入棺体験といいまして、棺に入る体験ができるブースを設けたり、弁護士による法律相談、運転適性検査をやっていたり、不動産屋による高齢者の入居相談、司法書士による年金相談もありました。 　今後の展開というかたちで、ご意見をいただきたいと思っているのは、本年度作成でご意見を頂いていたのですが、まず平成 31 年度にあいおいニッセイ同和損保がやっている終活フェアを開催したいと考えています。こちらでは、あいおいニッセイ同和損保のエンディングノートを使わせていただいて、実際に使い勝手や項目を平成 31 年度に再度検討や見直しをし、みよし市版を作成することも含めて検討させていただいて、みよし市のエンディングノートをどうするかを決めさせていきたいと考えています。
太田課長	在宅医療サポートセンターの話とエンディングノートの話を続けて説明をしました。少し戻りますが、最初に在宅医療サポートセンター事業についてご意見ございましたらお聞かせください。従来愛知県が主導で委託をかけていたものが権限移譲ということで、豊田市とみよし市に降りてきたものを同じ委託先にお願いしてまとめているというものです。今お配りしておりますのは資料２－１です。まだ進捗中なので数字等がまとまっていないところもあります。だた評価課題についてはしっかり出来てきているところもあります。今後しっかり煮詰めていくべき事業という認識のもと事務局の頑張っているところであります。何かここをもう少しこうしたら良いのではないかというご意見があればと思います。
翠氏	６番の重点事業で、みよし市において在宅医療をどこがやっているか、訪問歯科をやっているところはどこか、訪問看護ステーションで 24 時間対応しているところが、どこにあるのかといった医療資源をわかりやすくすることをしておいた方が良いですね。例えば 24 時間対応の訪問看護ステーションは一つしかないですよね。
事務局	訪問看護ステーションは３事業所ありますが、24 時間やっていただいているのは、みよし市の訪問看護ステーションだけです。
翠氏	そういう情報をまとめてみると良いと思います。みよし市として情報を

	把握し、資料としてまとめると良いと思います。他の項目については医師会とサポートセンターがやっていくと思いますが、みよし市としては、訪問看護が足りているのか、といったことを考えてもらいたいです。成瀬先生か伊藤先生にお聞きしたところ、この数年で訪問看護ステーションのスタッフは２人しか増えないと聞いていますが、それで足りるのか、といったことを考えていく必要があります。
太田課長	ありがとうございました。重点事項の１の逆三角形のところにあるように、新規に在宅医療を始める医師の参加が進んでいないということがあり、これは豊田市と共通の課題なのですが、こういったものはどう開拓していくと、芽が開いていくのでしょうか。
翠氏	これは難しい問題です。医師会とみよし班で話し合っていく必要があると思います。今後不足してくるかどうかもわかりませんが、いずれ不足してくるでしょうから、訪問看護ステーションも検討していく必要があると思います。
成瀬氏	みよし市が在宅医療の需要をどの程度と把握しているかということ、需要がどのぐらいあるのか、ということが１つのポイントだと思います。それについては市がアンケートをしたり、いろいろとしているので、ある程度市民のご希望がどの程度あるのか、ということで市の方から、医師会の方にこれくらいみなさん在宅医療をやって欲しいと思っておられますのでよろしく、というアプローチはあってもいいかなと思います。なのでそのあたりの所を把握して、今後５年、10 年スパンで、とりあえず 2025 年、みよし市としては 2040 年なのかもしれないですが、その時にどのくらいのニーズがあるのかは出してもらったほう良いと思います。
太田課長	ありがとうございました。今後の課題としていきます。他にご意見はありますでしょうか。
宇田氏	在宅医療のニーズがどれくらいあるのかがポイントで、ずっと掘り下げていくとあると思うのですが、困っていて何とかしてくださいと患者さんが思っている状況ではないのかなと感じています。昔はよく往診をしていたのですが、結構遠くまで、名古屋市まで行っていました。豊田市内もあちこち行きました。この辺りは病院がそれなりにあり、みよし市民病院があるし、豊田厚生病院、藤田医科大、豊田記念病院、名古屋記念病院、おりど病院などもあります。それなりに病院の数があるので何とかなってしまっているというのが現状ではないでしょうか。ただこれから何ともならなくなる時はやってくると思います。豊田加茂医師会としては、往診だけをやるドクターをあまり好んでいませんが、名古屋市などでよくあるのは、往診はするけれど、緊急時は看護師の電話対応から始まるなど、なかなかベストではないですが、企業のようにやっているところがあります。いず

	れ困る日が来るので、それまでに何とかしなければいけないのが現状で、在宅医療に携わる医師が増えてこないのも現状です。2040 年ごろに大変困っているかもしれません。現状としてはそこまでの切実さはまだないことと、クリニックをやっている先生の数が割と少なくて、外来で手がいっぱい、という現状が今のような状況になっており、もう５年ぐらい過ぎるとまた変わってくるかもしれませんが、こういう活動を続けていき、流れが出てきたら、進めて行く形になるのかなと思いますし、現状が進まないのは、納得できるかなと思います。
翠氏	家で看取ることが増えてきた時に、癌は早く亡くなってしまいますが、認知症高齢者が最後に家でどうするか、家で死にたい人が増えてきているので、必然的に在宅医療のニーズも増えてきます。その際にずっと診てきたかかりつけ医が診た方が本人のためには良いと思います。急に遠くから今まで診たことが無い先生が現れて診るよりも、ずっと高血圧で診ていた先生が最後診てあげた方が、本来の昔ながらの姿で、今後もそれを求められているかもしれません。最近は家族も介護力がなくて、最後はケアマネジャーも特別養護老人ホームを勧めて、最後は、施設で死んでいく人が多いです。認知症患者をたくさん診ていますが、「まだ家で診れるな」と思っていても、特別養護老人ホームが空いたら入って行く人も結構います。家族が最後看たいなと思っても、施設の部屋が無くなってしまうと言われてしまうと家族もそうしてしまいます。そういった人が家で診て行くようになれば、在宅医療は必要になります。今回みよし市民病院と連携が出来、レスパイトもやっていただけるとのことなので、みよし市の在宅医療も変わるのではないかと思います。
太田課長	ありがとうございました。では２つ目のエンディングノートの方に移らせていただきます。事務局からもお話ししたように、エンディングノートにつきましては、平成 31、32、33 年とステップを踏みたいというイメージを持っています。平成 31 年はお配りしたあいおいニッセイ同和損保の方を、まず広めていき、その結果を受けてみよし市独自のものが何か出来ればという考えを持っております。ご意見等いただければと思いますので、よろしくお願いします。深谷さんどう思われますか。
深谷氏	前回の話の中で定年退職者をターゲットにということでしたが、あいおいニッセイ同和損保と地域づくりでエンディングノートを広めていくということでしょうか。
太田課長	あいおいニッセイ同和損保がまちづくりでメニューを持っており、その中に終活フェアの関係でエンディングノートというメニューもありましたので、そういった話を出させていただきました。
事務局	対象については、前回定年直後ということでご意見いただいた中で、今

	考えているターゲットというのは、ひとり暮らし高齢者で登録されている方が 502 人と、本年度の実績から推計するみよし市の地域包括支援センターが実態把握として高齢者のお宅に訪問している数を推計すると、年間で大体 450 人になるので、これらの方にまずお渡しするというかたちです。ひとり暮らし登録という方と実態把握で訪問する方に地域包括支援センターからご紹介していけたらと考えております。
太田課長	安田さんどうでしょう。
安田氏	これは地域包括支援センターが窓口になりますか。
事務局	そうですね。今検討させていただいているのは、その形で広げて行こうかと思っています。
安田氏	ケアマネジャーがこういう物を渡した方が良いと思ったときは、地域包括支援センターに相談すれば良いですか。
事務局	地域包括支援センターでもふくしの窓口でもどちらでも構いません。
安田氏	地域包括支援センターやふくしの窓口で広めていき、ご自由にどうぞというかたちでもやっていく感じでしょうか。あとは全部書かなくても、まずは見てもらってという感じですか。
事務局	そうですね、あいおいニッセイ同和損保が作った物はかなりボリュームがあると思います。こちらで検討していただいた中で、最低限度のものをというかたちで検討いただいたのですが、こちらを書いていただければほぼ問題ないくらいの量が、すべて埋まれば支援の面ではかなり有益になるかなと思います。また、書けるところを書いてもらうと良いと思います。それで平成 31 年度使わせていただいて、使い勝手や実際に渡した方が書いていただける気持ちになるのか、それが「ボリュームがありすぎてどこから手をつけたらいいのかわからない」というお話があるのか、というところを検討させていただき、必要であればみよし市版のエンディングノートでもう少し簡略化されたものを作らせていただくということを考えております。
太田課長	中島先生いかがでしょうか。
中島氏	これが必要十分と言うか、すべて入っていると思いますが、細かいので、これを渡して書いてと言っても、書けないと思います。誰かが付いて書くとか、講習会などをを開催しないと、独居の人に渡して書いておいてくださいと言っても何人の人が書いてくれるのか、少し難しいのかなと思います。

事務局	地域包括支援センターが訪問させていただくケースについては、手渡しをさせていただいて、そこで実際書いてみようかなとなると、地域包括支援センターが相談にのりながらできると思います。実際どこまで書いていただけるか、講習会という形ではないですが、終活フェアの中で、講師の方も来ていただけるということで、あいおいニッセイ同和損保からも聞いておりますので、そちらの方で、説明というかたちで紹介していただきながら、使っていただきたいと考えております。
翠氏	絶対必要な項目があると思います。みよし版を作るのであれば、絶対にここだけは書いて欲しい、というところはわかるようにした方が良いと思います。あと、独居の人に渡す時、その人が書く認知機能があるのか、書いたものの信頼性があるのか、検討する必要があると思います。本当にその人が書いたものが ACP としてよいのか。認知機能がどのくらいであれば ACP が可能なのかわかりませんが。
事務局	確認しておきます。
成瀬氏	ACP については、今の考え方だと、どの時期でも良いと思います。ある程度認知症が進んできた人については、過去に言っていたことなどの情報を収集しながら、みんなで話し合って、多分これがご本人が考えられていたことだったんだろうと、みんなで相談していくという流れになっていくと思います。それから MCI となった時に、その段階から出来るだけご本人や家族から主治医やケアマネジャーが聞き出してくるところから始まると思います。
翠氏	聞く方も、誘導尋問のようになってしまうのはいけないですね。
成瀬氏	そうですね。 民間企業が、終活フェアで実施するのは問題ないですが、翠先生が言われたような、判断能力が無くなっている方を対象にして、これを用意するとなると、その場合にはこういったエンディングノートがどこかの悪徳業者に見られたら、その人が身ぐるみはがされてしまうような情報ではないでしょうか。そうすると危なくて渡せません。逆に言えば書いてもどこかになくしてしまうかもしれない。そうなった時に市がやるべきエンディングノートはどうあるべきかというと、ＡＣＰを最終的にやっていくプロセスの一環としてやっていくのが良いのではないでしょうか。個人的な感触からいくと、昔東京の先生が作った、「わたしの手帳」というエーザイが無償で配布しているような、どんなところに人生の意義をもっていて、どんなことが大事に考えていたかを、書いておいてもらったほうが、安全かなと思います。また、いざとなった時に、誰に連絡してほしいかということです。医療関係者としては、ひとり暮らしの方の登録は 500 人ということ

	だと、いざという時にどなたに連絡をしたら良いのかということは困りますし、市役所も突然何かあると、誰に連絡して良いかわからないと困るので、そういうことは書いておいてもらわないといけないと思います。地域包括支援センターから積極的に配布して、それを利用して悪徳業者が悪いことをしてしまうと、社会問題にもなってしまいます。この書類の安全性は大事になってくると思いますので、そのところは一工夫が必要かと思います。民間業者が終活フェアで配って、退職した人が利用するにはとても参考になると思いますが、それを含めて考えていきたいと思います。
中島氏	財産や相続の部分はかなり気をつけなくてはならない部分だと思います。
太田課長	ありがとうございます。個人の情報についてはどう保護するかが大切だと思います。配布先や配布方法、その際に書いていただく方への注意事項を含めて、再検討させていただきます。 以上で本日の協議事項すべて終わりということにさせていただきます。 次回は2月25日（月）の午後1時30分からになりますのでよろしくお願いいたします。 以上を持ちまして第3回地域包括ケア推進会議を終わります。最後に礼の交換をさせていただきます。