

もくじ

- P1 副会長挨拶
- P2-3 特集1
知っておきたい！
診療報酬のこと
- P4-5 特集2
知っておきたい！
長崎大学病院
地域医療連携センター
のこと
- P6 特集3
知っておきたい！
多機能型地域包括
支援センターのこと
- P7 ケアマネ
かわら版
- P8 トピックス
- P8 事務局便り

長崎市介護支援
専門員連絡協議会

新たな宣伝活動に活用
していませんか！！

●料 金●

3ヶ月 ￥7500～
(長期契約にて割引有り)

●申込連絡先●

TEL (095) 898-5557
協議会事務局

<http://www.cmchanpon.net>

バナー広告募集

“副会長 ご挨拶”



長崎市介護支援専門員連絡協議会
副会長 吉川 光義

昨年5月の総会での役員改選により、大町会長はじめ新役員が選任されました。9人のフレッシュな人が加わり、新体制が始動して早一年近くが経ちました。事務局も青葉苑に移り、会長はじめ全員の協力で研修会や県・市とのやり取り、各関係団体との連携・協力、懸案だった県協議会の支部化など様々な課題をクリアしてきました。県協議会の支部となったことで、今後はより多くの会員の皆様の声を県や国に届けるとともに、研修の質や資格管理の面においてもより良いものが提供していけるものと確信しています。

介護支援専門員を取り巻く環境は、介護保険制度スタートの時点から数回にわたる制度改正を経て大きく変化しています。後期高齢者の増加、独居、認知症、医療ニーズの高い要介護高齢者の増加、精神疾患、貧困問題等、担当する利用者像も年々多様化し、複雑化している中、7割以上の方は介護が必要になっても自宅で生活したいと希望しています。

したがって、これからの介護支援専門員にはさらなる専門性の多様化や能力水準の高度化が求められます。

一方で、介護給付費の増大が避けられない中、適切な給付の根拠を示す仕事が介護支援専門員の専門性の一つとして求められています。地域包括ケアシステムを構築するにあたり、利用者とその家族、地域を支える上で介護保険のサービス事業所間だけでなく、医療との連携、インフォーマルなど地域内の連携の輪を広げ、保健・医療・福祉の諸制度と併せて「高齢者を地域で支える」効率的な支援が必要になってきます。これらの連携の要としての役割を十分に果たせる実践力を身につけるためには、ケアマネジメントの基礎理解や実践力、応用力に加え、関係法令や保険外サービス、地域の特性を知ることなど引き出しを多く持つことが課題です。市の協議会としても少しでも会員の皆様の資質向上のお役に立てるよう、会長はじめ役員一同頑張っ参ります。



社会医療法人

長崎記念病院

住所：長崎市深堀町1丁目 11-54
電話：095-871-1515

□通所リハビリテーションきねん

TEL 095-871-5050

□訪問看護ステーション

TEL 095-871-5006

□居宅介護支援事業所

TEL 095-871-5008

住所：長崎市深堀町1丁目 145-22

知っておきたい！診療報酬のこと

文責 田羽多暁 高橋由香

1.平成 28 年度診療報酬改定について

①概要

- 1.2025 年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
 - 2.地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。
- 以上のように、地域包括ケアシステム推進と医療機能の分化・強化、連携に関する項目が重点項目の一つとなっていました。

②改定の基本的視点

- 視点1 地域包括ケアシステムの推進と病床の機能分化・連携を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること。
⇒病床の機能分化・連携の推進、多職種の活用によるチーム医療の評価など、質の高い在宅医療・訪問看護の確保など。
- 視点2 かかりつけ医等のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること。
⇒かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価など。
- 視点3 重点的な対応が求められる医療分野を充実すること。
⇒質の高いがん治療の評価、認知症患者への適切な医療の評価、医療技術の評価など。
- 視点4 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること。
⇒後発医薬品薬価算定ルール見直し、退院支援などの取組による在宅復帰の推進など。

地域包括ケアシステムの推進にあたり病院の病床の機能分化・かかりつけ医の充実を図る。在宅復帰の支援を充実させ、地域で暮らす人を中心とした、質の高く効率的な医療を実現することが盛り込まれています。

入院している医療依存度の高い患者が自宅へ退院できるようになります。患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施していきます。

③退院支援の充実

- 退院支援に関する以下の取組みを評価。・病棟への退院支援職員の配置。・連携する施設の職員との定期的な面会。・介護支援専門員との連携。・多職種による早期のカンファレンス等。
- 在宅療養への円滑な移行を支援するための、退院直後の看護師等による訪問指導を評価。
在宅復帰機能が高い医療機関の評価 退院支援の充実。
- 高い在宅復帰機能を持つ有床診療所に対する評価の新設。
- 7 対 1 病棟等における在宅復帰率の基準の引上げと指標の見直し。
- 療養病棟（在宅復帰機能強化加算算定病棟）における、急性期等からの在宅復帰を適切に評価するための指標の見直し。

2.地域医療構想について

- 1.2025 年の医療需要と病床の必要量の推計
 - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の 4 機能ごとに推計
 - ・都道府県内の構想区域（2 次医療圏が基本）単位で推計
 - 2.目指すべき医療提供体制を実現するため施策
 - ・医療機能の分化・連携を進めるための施設の整備、医療従事者の確保・養成等
- 長崎県が策定した地域医療構想では、次のような推計結果が示されています。

医療機能	長崎県全体				
	2015 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
高度急性期	1,643	1,453	1,432	1,400	1,344
急性期	9,952	5,396	5,516	5,493	5,308
回復期	2,940	5,656	5,867	5,895	5,706
慢性期	6,811	4,342	4,850	4,946	4,807
小計	21,346	16,848	17,666	17,735	17,167

現在の病床数から減少する推計です。在宅医療へシフトしていきます。

※レイアウトの都合上、小数点は切り捨てています。

3. ケアマネにも関係のある診療報酬

今回の診療報酬改定の中でケアマネジャーも確認しておきたい項目について整理します。

① 退院支援に関する評価の充実

(新) 退院支援加算 1		(改) 退院支援加算 2	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	600 点	イ 一般病棟入院基本料等の場合	190 点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200 点	ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635 点

(算定要件・施設基準)	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	3 日以内に退院困難な患者を抽出	7 日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7 日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7 日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名(看護師又は社会福祉士)	専従 1 名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2 病棟に 1 名以上)	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関(20 ヶ所以上)の職員と定期的な面会を実施(3 回/年以上)	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	—

② 医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料について、評価の見直しがありました。

	改定前	改定後
介護支援連携指導料	300 点	400 点
退院時共同指導料 1 1 在支診の場合	1,000 点	1,500 点
退院時共同指導料 1 2 1 以外の場合	600 点	900 点
退院時共同指導料 2	300 点	400 点

③ 【在宅患者訪問栄養指導食事指導料】栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

外来・入院の在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含め、在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和。

	改定前	改定後
対象者	厚生労働大臣が定める特別職を必要とする患者	厚生労働大臣が定める特別職を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者
算定要件	医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、(略) 栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を 30 分以上行った場合に算定する。	医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、(略) 栄養食事指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を 30 分以上行った場合に算定する。

④ 介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図ります。要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設しています。

	改定前	改定後
要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料	本則の 100 分の 90 に減算	本則の 100 分の 60 に減算
維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合	所定点数の 100 分の 90 に減算	所定点数の 100 分の 80 に減算
(新) 目標設定等支援・管理料 1. 初回の場合 250 点 2. 2 回目以降の場合 100 点	目標設定等支援・管理料を算定してから 3 か月間は、1 月に 5 日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリテーションの併給が可能	

知っておきたい！長崎大学病院 地域医療連携センターのこと

取材・文責 松尾智香子 増山和隆

地域包括ケアシステムの中で、医療・介護連携が重要とされています。平成30年の医療、介護同時改定に向け、今回、長崎の中核的な病院でもある長崎大学病院地域医療連携センターの、歯科医師でもある川崎浩二センター長、向田圭介ソーシャルワーカー主査を取材させて頂きました。長崎大学病院の取り組みについて知り連携が少しでもスムーズになればと考えます。

Q 地域医療連携センターの成り立ちについて教えてください

A 平成15年4月に開設した当初は、川崎先生、看護師2名、事務1名でスタートしました。現在、医療ソーシャルワーカー7名、看護師6名、その他事務スタッフで業務しています。

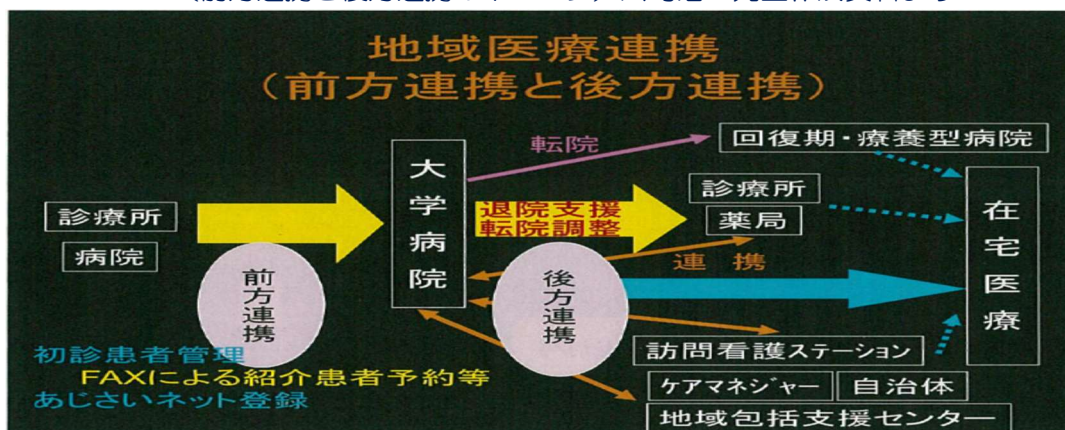
Q 業務内容はどんなことですか？

A 大きく分けて、前方連携と後方連携の2つの業務です。

前方連携は、FAXによる初診紹介患者予約とあじさいネット登録業務からなり、主に事務スタッフにて対応しています。

後方連携は、退院支援と転院調整が主な業務です。退院支援が必要な場合、在宅医療、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に繋ぎ、転院調整では、一般病院、回復期、療養型病院へ繋いでいます。

(前方連携と後方連携のイメージ) 川崎浩二先生作成資料より



Q 後方連携業務は、どんな内容が多いですか？

A 入院患者の転院調整が7割を占めており、小児から高齢者と幅広い年齢層の方々の支援を行っています。難病支援や在宅復帰、ターミナル患者の支援も行っています。特に化学療法が入院治療から外来での治療に変わってきており、そちらの支援も増えています。

Q 大学病院の平均在院はどのくらいですか？

A 入院患者数は年々増加しています。平成27年度は新規入院患者数が18,093人で、平均在院日数は14.4日でした。

(平成16年の平均在院日数は25.1日だったので11年で約11日短縮されています)

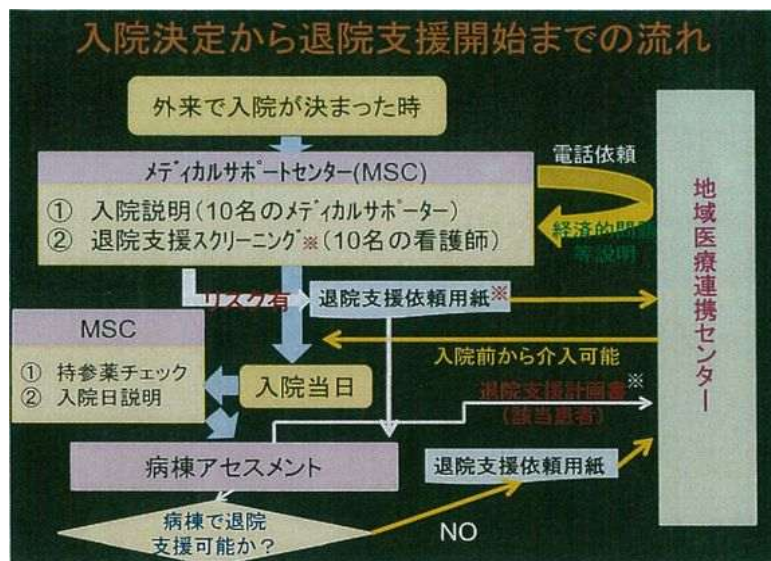
Q 退院支援を効率的に行うためにしていることがありますか？

A 入院時スクリーニングの徹底です。メディカルサポートセンター(MSC)は入院が決まった時点で入院時の説明を実施し、退院支援スクリーニングを看護師で行う。その時に、問題があれば地域医療連携センターに依頼(退院支援依頼用紙)が来て入院前から介入をしています。

入院当日にも病棟アセスメントを行い、看護師で支援が可能な患者と医療連携センターの支援が必要なリスク有り患者を振り分けるようになっており、支援が必要であれば依頼(退院支援依頼用紙)が地域医療連携センターに集約するようになっていきます。

また、入院決定時に体重低下や栄養面で問題がある時は栄養士介入も行い、全身麻酔でのがんの手術、開心術、臓器移植等、周術期口腔ケア対象の方への説明も行っている。

(入院決定から退院支援開始までの流れのイメージ) 川崎浩二先生作成資料より



Q 地域医療連携センターで力を入れていることは何ですか？

A 平成28年6月から退院支援加算1の算定を始めました。算定要件は入院から3日以内に退院困難患者を抽出し、7日以内に病棟で共同カンファレンスを実施することです。各病棟に専任の退院支援業務等職員を当センターから配置しています。施設要件の一つに連携する20以上の医療機関等と年3回以上面会し、転院・退院体制について情報の共有を行うことが必要とされています。

Q 医療連携シートの活用をしていますか？

A 入院して1週間以内に共同カンファレンスを実施しているので、その時に活用することもあります。しかし、受け取る看護師によっては、連携シートに対しての意識が薄い場合も見られ今後の課題と考えています。受け取りをチェックする方法や、内容、リスクの紹介などでもっと活用したいと考えています。

Q 大学病院の今後の課題は何ですか？

- A**
- 1) 大学病院の医療が高度急性期医療に特化してきていることです。患者を最終的に地域に戻して、生活できる視点が希薄にならないよう心掛ける必要があると思います。
 - 2) 外来化学療法や緩和ケアの外来が充実してきた反面、BSCになってから、地域医療連携部門へ依頼がくるなど、適切な在宅移行のタイミングを逸することがあります。
※BSC…ベストサポータティブケアのこと。積極的ながん治療をせず、痛みの緩和やQOLを高める治療を中心に行うこと。
 - 3) 大学病院内の緩和ケアと地域医療連携部門の連携や、病院の緩和ケアと在宅の緩和ケアとの連携をもっと密にする必要があると考えています。

Q 連携における課題は何ですか？

- A**
- 1) 多職種間、施設間での連携が十分に取れていないこと。
 - 2) 提供する情報が、受け手側が必要とする情報と異なっていることがあること。
 - 3) 医療や介護の専門用語をお互い理解しあえていないことがあること。

Q ケアマネジャーに望むことは何ですか？

A ターミナル期の患者で急に退院が決まるときがあり、暫定での介護保険サービスでの在宅生活支援を依頼することがあります。こちらでもできる限りの情報提供と支援を行いますので、ご協力をお願いします。



ありがとうございました！

大変お忙しい中、快く取材に応じていただきました川崎先生、向田様、大学病院地域医療連携センターの皆様にご心より感謝申し上げます。

知っておきたい！多機関型地域包括支援センターのこと

文責 増山 和隆

平成 28 年 10 月に多機関型地域包括支援センターが長崎市内に 2 箇所開設されました。高齢者だけでなく様々な課題を有する家族を支援しているケアマネジャーもたくさんいます。今回は、長崎市地域包括ケアシステム推進室に、多機関型地域包括支援センターについてのご紹介記事をお願いしました。

1.事業概要

少子高齢化や単身世帯の増加、地域コミュニティの希薄化などにより、福祉ニーズも多様化、複雑化しているなか、**高齢**、**障害**、**子育て**、**生活困窮**など、福祉に関する複合的な課題を抱えている方に、**アウトリーチ**で手を差し伸べ、**ワンストップ**でまると受け止め、**コーディネート**により支援し、**ネットワーク**を築く「多機関型地域包括支援センター」を長崎市に2箇所設置しました。

平成28年度、厚生労働省のモデル事業として全国で26自治体が取り組んでおり、長崎県内では初の取り組みです。

「長崎版地域包括ケアシステム」構築にあたり基盤整備として、高齢者、障害者、子育て世代、生活困窮など分野ごとの縦割りの窓口ではなく、横断的な窓口として地域全体の抱える課題に包括的に支援していく相談窓口になります。

多機関型地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターに併設していますが、端的に言えば、これまでの地域包括支援センターの対象者を高齢者だけでなく、障害者及び子育て、生活困窮など福祉的な課題を抱えた方まで拡大する取り組みです。しかし、あくまでも単独の制度で対応できるものは、それぞれの相談機関で対応できるため、複合的な課題を抱え、複数の制度にまたがるような相談に対して、それぞれの機関と連携・調整する役割を担っていきます。

2.事業内容

- ・相談支援包括化推進員(社会福祉士)を多機関型包括支援センターへ3名ずつ(計6名)配置。
- ・相談に対する支援の実施、地域における各相談支援機関等と連携体制の構築、個別ケースの対応や各相談機関のネットワーク構築のための意見交換等を行う相談支援包括化推進会議の開催、新たな社会資源の創出に取り組みます。

3.事業期間

平成 28 年 10 月～平成 30 年 3 月

4.支援対象者

- ①相談者本人の世帯に課題を抱えた人が複数存在する。
- ②相談者本人が複数の課題を抱えている。
- ③既存のサービスの活用が困難な課題を抱えている。
- ④課題が複雑すぎてどこに相談してよいかわからない。

5.支援の例

各相談機関と連携して対応していくコーディネート役を相談支援包括化推進員が担う。

- ・要介護高齢者の親と無職でひきこもり状態にある子どもが同居している世帯【8050問題】
- ・医療・就労ニーズを抱えたがん患者と障害児が同居している世帯。
- ・精神疾患の親子で、新聞の次々契約など消費者被害・精神疾患が疑われる世帯。
- ・ごみ屋敷で近隣トラブルを抱える認知症・精神疾患が疑われる世帯。
- ・不登校、いじめの問題のある子どもと親の介護問題、本人も疾患を抱えている世帯。

6.ワンストップ相談窓口

開所時間：南多機関型 平日 9:00～18:00

北多機関型 平日 8:45～17:30

相談費用：無料

休日・時間外も連絡がとれる体制となっています。
詳しくはお尋ねください。

多機関型地域包括支援センターの活動



◎南多機関型地域包括支援センター（大浦地域包括支援センター内）長松・一瀬・立石

住所 長崎市相生町 1-17 メゾンド田中 202 号 電話 095-801-0711

◎北多機関型地域包括支援センター（琴海地域包括支援センター内）平田・橋口・田中

住所 長崎市長浦町 2664 琴海行政センター 1 階 電話 095-840-7121

ケアマネかわら版

「知恵と工夫」

ペンネーム 冬は湯たんぽ

ケアマネの仕事は色々大変なことも多いですが、人生の大先輩の波乱万丈の人生をお聞きすることも多く、その話に感動したり、大変だったろうなと思ったり。
何より強く感じるのが、「知恵と工夫」を多く持ち、知っていることです。
戦前戦後の何も無い時代を生き抜いてこられた方々なので、当然なのかもしれませんが、物を粗末にしないことを利用者の方々から多く学びました。着れなくなった着物を仕立て直してお孫さん、ひ孫さんの綿入れ半纏を作ったり、大根の皮を天日干しにして自家製の干し大根にしたり。1本の紐で何でも丈夫に結ぶことができたり。自然に恵まれた地域でのケアマネなので、まだまだ沢山あります。
その知恵を自分に転換でき、活かせたらと思います。そして、誰かに話し伝えることができ、広がっていき、実践することで、知恵が受け継がれ利用者の方々の生きた証を残せるのではないかなと。
せっかく、ケアマネとして高齢者の方々と関わっているのだから、「その知恵頂きます！」

「大好きな人」

ペンネーム 横浜じゃん

何のとりえもない私に、今回ケアマネかわら版のからのオファーが舞い込んだ。ここは、折角とったケアマネの資格を活かして真面目に仕事面で書こうと思ったが、やはり私にはこれしかない！と先日行った横浜での福山雅治さんのコンサート、今でいうライブ。決行は平成28年12月20日だった。初めての一人旅、3度目の横浜パシフィコホール。周囲は私年齢のおばさんも多いが、「ましゅー、ましゅー」と若い子の黄色い声援も多かった。私も負けずに図太い大きな声で「福山くん」と叫んだ。スッキリした。デビューからずっと好きな福山くんだが、ファンクラブ歴わずか7年ほど、実際に会いたくなって入会、コンサートに行くと大勢のファンの中の一人ということに初めて気が付いた、ドン引きした瞬間だった。

よく他の人からどの曲が一番好きですか？と聞かれるが、すべて好きですと答える。でも今回、私の胸にしみたのがウエディングソング「家族になろうよ」だった。私の大事な子供たちの人生が左右されることがありそうだったから、涙がぼろぼろこぼれた。福山くんありがとう、と思いながらホテルに帰り夜景を見ながら「とりあえずビール」で幸せを感じた。

「6年目のつぶやき」

ペンネーム 白にゃんこ

ケアマネになり早いもので6年目に突入。
1年目は右も左も分からない？毎日で日々の業務をやり遂げる事が精一杯でした。
新人の頃はありえない失敗をしていたなあと、当初のエピソードを思い返すとギョッとします。
5年前の介護支援専門員の写真、鏡の前で自分の体型を見ては時の経過をひしひしとを感じる今日この頃。
(笑)
利用者さんに運動や食事の事などアドバイスをしていますが、自分はこの有様……。まずは「自分をどげんかせんばいかん！」ですね。
ケアマネは年数を重ね色々な事が見えてくる程、奥の深いものだと考えさせられる事の多い仕事です。
技量も必要ですが人間力を身に付けることも大切だと深く考えさせられます。
生涯勉強と言いますが、これからも自分の体調管理を行いながら、良い仕事ができるように頑張ります。
目指せシルバーケアマネ！

「ついに介護の分野にも 人口知能 AI 登場」

文責：八木 一夫

AI (Artificial Intelligence) とは？

数値や画像、言語など知識を学習し推論を導く知的機能を持つ、コンピューターの仕組み。

現在さまざまな業界で活用を試みており、例えば、AI がプロ棋士に勝利したり、小説を書いたりなど話題を集めています。大企業では AI やロボットを活用することで数人の監視要員だけにする自動設備などの研究開発が行われています。また、長崎ではロボットが接客するホテルの営業も始まっています。

介護業界においても AI を活用しケアプラン作成を行う研究が進んでいます。約1000人以上のケアプランなど大量の情報を AI が学習し、そのうえで要介護者の優先すべきサービスを決めながら、質のばらつきをなくし、自立支援に最適なプランを作成する。ケアマネジャーの個人差が少なくなるとともに、過剰なサービスの防止、プラン作成の時間が半減できるとのことです。今年1月より実証研究を始める自治体もあるようです。

2045年には、AI が人間の頭脳を超えと言われています。将来どうなるかわかりませんが、インターネットで情報を入力すると、後日プランが送られてくるようなことが起こるのでしょいか。今後の介護業界における AI の動向に注目していきたいと思います。

事務局 便り...

新年度より、事務局が完全に青葉苑へ移行します。何かありましたら、事務局へご連絡ください。

よろしくお願いいたします。

編集後記...

今通常国会において、介護保険法改正案（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案）が審議されています。

今回のケアマネちゃんぽんでは、地域包括ケアシステムにおいても重要である、医療との連携を軸にお届けしました。今回も盛りだくさんの内容となっています。

これからも皆様のお役に立つ情報をお届けできるよう努めてまいります。

文責：大峰 史子

	ブロック長	副ブロック長
南部	大町 由里 (青葉苑)	志岐美津子 (恵珠苑 居宅介護支援事業所) 和田 公一 (居宅介護支援事業所リエゾン長崎)
中央	松尾 史江 (ケアプランセンター ゆめライフ)	榑 寿恵 (長崎市江平・山里地域包括支援センター) 水頭 正樹 (居宅介護支援事業所 牧島荘)
北部	吉川 光義 (指定居宅介護支援事業者 光風台病院)	迫 久美子 (ケアサポート春) 吉田 裕 (指定居宅介護支援事業所 サンハイツ) 田中 秀和 (長崎市岩屋地域包括支援センター)
施設	野濱 真悟 (社会福祉法人 致遠会)	松原 尚也 (介護老人保健施設 ナーシングケア横尾)

編集委員会	委員長：松尾 智香子 (長崎記念病院指定居宅介護支援事業所)
	委員：田羽多 暁 (長崎ダイヤモンドスタッフ㈱)
	増山 和隆 (長崎市小江原・式見地域包括支援センター)
	高橋 由香 (長崎県看護協会ケアプランセンター)
	大峰 史子 (あいソーシャルサポートケアマネジメントセンター)
	八木 一夫 (長崎ダイヤモンドスタッフ㈱南部ケアプランセンター)
	笹田 典子 (介護付有料老人ホーム サンハイツ富士見)