

会 議 録

会議の名称		平成 30 年度第 2 回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会	
開催日時		平成 30 年 11 月 1 日 開会 18 : 45 閉会 20 : 35	
開催場所		つくば市役所本庁舎 2 階 2 0 3 会議室	
事務局 (担当課)		地域包括支援課	
出席者	委員	【協議会委員】 飯岡会長、田宮副会長、加園委員、奥野委員、志真委員、斉藤委員、中川委員、山本委員、久保谷委員、宮本委員、大塚委員、吉場委員、本多委員、水野委員、成島委員、野堀委員、下村委員、室生委員、濱野委員	
	その他	【欠席委員】小關委員	
	事務局	小室保健福祉部次長、会田課長、板倉課長補佐、飯島係長、竹内保健師、藤田社会福祉士、金山主任介護支援専門員、古矢保健師、上岡保健師、酒井臨時職員	
公開・非公開の別		<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 一部公開	傍聴者数 0 名
非公開の場合はその理由			
議題		会議次第による	
会議録署名人		確定年月日	平成 年 月 日
会議次第	1 開会 2 あいさつ 3 協議事項 (1) 情報共有・連携ノート アンケート結果について (2) 在宅医療・介護連携推進事業における共通認識と評価指標について (3) 28 年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業意識調査の結果と実績 (4) その他		

様式第 1 号

< 審議内容 >

事務局：事務局説明

会長：ありがとうございます。ただいまの報告について何か気になった点、あるいは疑問な点等ありましたら挙手の上よろしくお願いします。

委員：問 7 の今後の利用についてというところについて。利用者というのは実際に連携ノートを使った当事者ということですね。家族とかご本人ということですか。

事務局：こちらの利用者に関しましては今回のアンケートのケアマネジャーの内、こちらの連携ノートを実際に使った方の集計結果になります。

委員：要するに医療介護の関係者ということですね。

事務局：ケアマネジャーの方の結果になります。

委員：ケアマネジャー、その隣の問 7 は何ですか。

事務局：問 7 について説明をさせていただきます。今後の利用についてという左側の表に関しては未使用者、使用者含めての回答を示したもの。右側に関してはケアマネのうち実際に使用したという方の結果をまとめたものを示しております。

委員：ということいづれにしても使いたいと答えたのは 1 名ということですか。これパーセントじゃないですもんね。できれば使いたいというのは実際に使った方の中で 3 名だと。このアンケート全体を見て感じたのはパーセントで言われると印象違うのですが、実数で見るとノートの使用は 13 冊ということで、全部で 176 冊配布して回収できたのが 62 冊のうち実際に使われたのは 13 冊ということですよ。

事務局：こちらアンケートの配布を 176 で行わせていただいて、そのうちアンケートの回収が 62 枚。そのアンケートに答えていただいた方で実際にノートを使われた方が 13 人いるということになります。

委員：ということは実際ノートを使われた 13 人のうち使いたいと答えた人は 1 人だけだったということですね。これ数的に言ってもパーセンテージで処理するよりは実数処理していただいた方がリアルな結果になるとこれを見ていて思いました。問 7 よく意味がわからなかったので質問させていただきました。

事務局：ご意見ありがとうございます。

委員：前回の会議に出ていたと思いますが、今回この連携ノートを作る背景となった理由がその課題抽出の資料 No3 見させていただいて課題抽出のどこの部分で対応してこれが作られたのかそのバックグラウンドがわからなかったもので、その目的がこれは何を目的にしているのか教えてい

ただきたい。

事務局：ご意見ありがとうございます。今回多職種の方いくつか課題としていただいたうちの一つですが、退院時支援調整についてやはり病院の退院入院の際になかなか連携が病院ととりにくいという課題をいただいたところがありました。こちらは退院時支援③でございます。その中でつくば市共通の連携ノートや見守りカレンダーの作成の検討というところで一つ案として皆さんからご意見をいただきまして連携ノートを作成したという経緯がございます。

委員：ありがとうございます。病院側としては大変ありがたいことですが一方でケアマネさんの評価が一致しなかったのは現場では横の連携が比較的進んでいたりするところこういうものがもう実施されていてノートへの移行があれだったかちょっとわからないですけど病院側としてはありがたい。

事務局：既に各事業所さん等でも連携ノートというものをお持ちかと思いますが、今回試行的というところで私共の方がケアマネさんに対してのみ連絡会で使っていただきたいという説明を差し上げたこと。それ以外の団体様にもしっかりとご説明を差し上げてこちらの連携ノートの趣旨というものははっきりと伝えるべきだったという課題をこのアンケート結果を得て事務局としては理解しております。今後ケアマネさん達に使っていただきたいと考えておりますが、他の団体の方にもご意見をいただき、こちらを活用していただけるように周知を図っていきたいと思います。

会長：ありがとうございます。

委員：1点だけすみません。もしこのノートを病院側で使うときに可能であれば開いて1ページ目の介護保険の要介護度というところに主治医意見書を書いている先生の名前がわかると我々退院支援側としては誰に連絡したらいいかがわかってたぶんこの右側のかかりつけ医がたぶんそうだろうと想定した場合でも主治医意見書を書いている先生がわかるとありがたいなど、病院側としては思います。

事務局：ありがとうございます。

委員：今の委員のご指摘は一致してない部分があります。主治医意見書とかかりつけ医が全く同じとは言い切れない。委員がおっしゃるように主治医意見書を書いた人とかかりつけ医と別々に書かないといけない。それから基本的には僕は前々から多職種が連携するためのツールであって、もう一つはやはりサービスを受ける人たちの声も入れたい。ですから先ほど事務局が説明した通り各職能団体に周知徹底しないとこれは無理だ

様式第1号

と思います。

会長：その他に。

委員：13人の実施のうち、多分自分は2名やりました。こんなに少ないということに関してかえって驚いています。連絡会でこの連携について2回くらいは話をしているのですが、やはりケアマネジャーは日々の仕事に追われて1ページ2ページ目をまず入れることが二度手間であってなかなか大変な作業になります。そんなに強制力がないならみたいな話でみんな流れてしまってやらなかったのかなという反省点が正直あります。以前からA4のノートで大学ノートのサイズでとかいろいろやってみたりしたこともあった。最初のこれはやる必要があるというプレゼンがいかにこの広まることになるのかなというのは感じています。

会長：ありがとうございます。その他。

副会長：アンケート厳しい結果なのでこれに基づいてなるべく改善していかないと。お話しされたかもしれないですけど私気になった点が2点あります。1点目は家族の負担の拒否感が一番使用しなかった理由で多かったですね。これに関しての改善案は何だったのか。あともう一点は委員がご存知かもしれないのですがACPについて通称を募集していましたよね。結果はご存知ですか。

委員：まだ厚労省がパブリックコメントを求めているこれから出てくると思います。

委員：間に合えばそれに変えたほうがいいかと思います。これは事務的な話です。

委員：そうですね。ただ、タイム的に。

委員：ACPって英語だしね。もっと親しみやすいものを募集してパブコメになっているということはもう候補がいくつか出ているのですか。

委員：公募していて厚労省が集めていてそれを今審議しているのではないかと推測はしているのですが。

副会長：パブコメも出ている？

委員：ご意見をくださいというようなアナウンスが出ている。

副会長：それもう締め切り終わりましたよね。

委員：はい、終わっています。ただその先はまだ。

副会長：間に合えばその方がいいかなと。最初の方はどうですか。家族の負担について。

事務局：ご質問ありがとうございます。家族の負担感に関して、ノートの使用率が低いということで今回総括的に考えさせていただきました。家族に

関しては連携ノートの使い方について、資料 1 - 3 を見ていただきますと今までは連携ノートの使い方について本当にシンプルに書かせていただいたのですが、今回はご利用者様へ、ご家族へという欄を作らせていただいて、どういう意義を持ったものなのかをわかりやすく説明するという対応を取らせていただきました。

副会長：今まではそういうものはなかったのですね。ご家族様へというものは。
事務局：はい。

副会長：ありがとうございます。

会長：結局、家族の方でこう見ますと病状の介護度の高い方、低い方といういろいろいらっしゃると思いますが、どうしても病状の介護度が高ければ多職種に連絡を入れる、相談する、あるいは医療関係者にも相談しなければいけないというたくさんの項目があるような感じはするのですけれども。これが介護度の程度によって、この部分は書かなくても十分だよとかそういう部分はないのですか。

事務局：今回送った方なのですからけれども要介護度 3 以上で、在宅でサービスを受けている方のケアマネさんに送るような形だったので介護度が軽い方は特に今回送った方にはいないような形になっております。

会長：はい。分かりました。これ見ますとノートに書くのが面倒くさいですね。なかなか文字を書くのに負担があるような感じはする。この辺をどういう風にして、書くよりも丸つけるとかもっと負担にならないような方法も考えたほうがいいかもしれない気がします。文章を書くよいうとなかなか筆不精で書くのは嫌だよって人もいます。その辺検討していただけたらと。その他何か。

委員：これは質問ではなくて意見なのですが今会長指摘されたようにやはり家族が書くっていうのは非常に負担感があります。これまでも同じようなノートを私共の方でもやったことがあって。これはがん患者を対象にしていたのですがやっぱりほとんど書かれないです。パンフレットを挟むとか、もらった検査の記録をファイルするとかそういうことはされるのですが、何かを書くというのは非常に負担感があるということ。それから今度は使われるケアマネジャーとか医療従事者も自分たちの記録と介護保険の記録とかそういうものとまた同じことを書かないといけない。これもまた負担だと思います。それをやはり乗り越えないとなかなか現場では受け入れられないのではないかというのが私の意見です。この前の多職種の意見交換会でたまたま私一緒になった救急隊の方が言っていたのは救急で行って大体持っておられるのはお薬手帳です。お薬手

様式第1号

帳ありますかと言うと中身はどうあれ一応は持っておられることが多い。お薬手帳は何を飲んでいるかそれで何を飲んでいるかということがわかればどういう病気かというのが大体想定がつく。情報量が非常に多いということです。それともう一つは、あれはシールでペタッと貼ってやるのでいちいち書く必要がない。そういう意味ではそこをもうちょっと活用できないかと。例えば基本情報もこれまたシールを作る手間はあるのですがシールを作って貼るとかそういうやり方。それをできればこの介護ノートとお薬手帳がドッキングできれば一番いいと思うのですが。ドッキングできなくても何かやれるようなやり方を考えていけたらなと思います。

委員：調剤薬局さんに大変申し訳ないのですが、そういうシールを二つ。これはお薬手帳に貼ってください、もう一つは介護連携ノートに貼ってくださいということはお願ひできると思います。今、製薬指導等かなり薬剤師さん積極的ですからそういうことは可能だと思います。だからシールがお薬手帳に貼るのと同じものがもう一枚家族に渡す。そうすると家族がそれを連携ノートに貼るということは可能だと思います。

会長：あとはもう一つはお薬手帳をシール貼るだけじゃなくて何か介護連携に関するスペースをもう少し改善して違う欄を作ってそこを利用するという手もあるかもしれない。それぞれ2枚やるというのは手間もコストもかかるという部分もあると思うので何か手帳を薬剤師会で改善してそれを在宅の介護3以上なのか2なのかわかりませんがそういう人にはまた違った部分の手帳を配布してそれを利用してもらおうという手もあるかもしれない。これで見るとお薬手帳とか診察券とか保険証はちゃんとケースに入れて持ち歩く方多かったとありますので。だからお薬手帳を確かにみなさん持って歩いて何飲んでいると聞いたら、どこでこの薬もらいましたと出てくるので利用価値が非常に高い。お薬手帳を薬剤師会で考えてそれを共通の項目として利用するという手も改善できるのであればそれもあかなと思います。

委員：要介護2だから必要ないではなくて、結局はたくさんの方々のサービスを使っていると、多職種連携がなかなかうまくいかない。もう一つは認知症の方です。ヘルパーの受け止め方とナースの受け止め方、医師の受けた感じというのはまた違うのですね。それぞれの職種でもって多くの人が関わっているケースにおいては、連携ノートは絶対に必要。介護度に関係なく。慣れれば書ける。それから書く癖をつければ長く書く必要はなくて少なく済む。たまに書くからものすごく書かなくてはいけない。

その辺は努力するしかないのではないかと。だから要介護度云々よりもサービスをたくさん使っていて関わっている人が多い場合に必要です。

委員：先ほどのお薬手帳の件ですけれども前にも他のところでもお薬手帳を活用するメリットがかなりあるのではないかということも議論したことがあります。無料配布というのではなく、基本情報について、お薬手帳は使うお薬が変わるごとにまた新しいものになってしまうのでその変わらない部分は何らかの形で残しておくような形を取る。医療と介護の連携の時に、お薬手帳の中に例えば医師の方がお薬手帳の中に簡単にコメントみたいなものを書いていただく。介護の方法とか言葉で聞いた内容をメモ程度に書くという形で連携できると少し情報が今まで以上にお薬手帳の中に情報が集まるという話をしたことがあります。ただまだ具体的には決まっていないところではあります。やはり患者さんの支援をしっかりしたいと思っていられる方が多くなっているかと思っておりますので、お薬手帳を活用するというのは非常に良いアイデアかと思っております。

委員：ちょっとこの質問戻ってしまうかもしれないのですが、この 13 名の中には初めてサービスを使う方っていらしたのですか。既にサービスを使われている人ばかりだったのですか。

事務局：要介護 3 の方を抽出したもので、初めてではなくて既に使っている方だと思います。

委員：たぶん既に書き込むもの既存のノートがあるとケアマネジャーさんは全部いろいろ情報とか持っている中で、あえてこれを一からやる大変さも結構あったかと思っております。その中に初めてケアマネジャーがついてそれでこれからサービス調整して介護サービスをやっていく人たちがいればこれを一から使うこともできてその評価っていうのにも繋がるのかと思っておりました。改めて書き直すというのは、しんどいなと。これから使う人にやってみても、そこでの使い分けというのも評価になるのかと思っておりました。

委員：先程の質問に戻っちゃうのですけれども、今、議論している目的は在宅スタッフとの共有なのか、病院と共有かによって論点がずれると思っております。これを作るのはすごく大変だったと思っておりますし、ケアマネさんがおっしゃっていたようにこれを書くのはすごく大変で、もし、病院側に対しての情報提供で、病院側からのリクエストでこういうものを考えているとすると平成 28 年にやられた時と、ここにも書いてあるように診療報酬が変わり、入院するときかなり積極的にケアマネさんからの情報提供が FAX で送っていただいたりして、我々病院側が必要な情報は

様式第1号

かなり必要なタイミングで送っていただけているようになっているということを感じております。しいて言えば送っていただける情報が統一されているか、どのケアマネさんからも送られている様式がすべて一緒とかであれば管理する側としては楽かもしれません。いずれにしても情報についてはかなりいただいておりますので、この使う目的によって議論が変わるのかなと。

会長：ありがとうございます。今配られたこのノートなのですがこれは一番初めの提供はどこがするように考えているのですか。医療機関ですかそれともそうじゃなくて施設あるいはケアマネ。どこが一番初めに提供するのですか。

事務局：在宅でサービスを使っている方でケアマネさんに提供していただく形となります。

会長：一番初めはケアマネさんがこれを持って家族なりみんなにという形になるのかな。その他何かないですか。

委員：この医療介護連携ノートを見せていただきましたところ日常生活の状況だとか支援の記録とか別枠も書くところはありますが、この方のケアプランですよね。今この方はどういうケアプランが提供されていてそれを目標達成するためにどういうことが行われていてそれを介護の方と医療の方が連携しながら支援していくというところが見えてこない気がしたのですけれどもそこについては。

事務局：基本的にこのノートはケアマネが誰であるか、主治医が誰であるか、他にサービス使っているかということを中心に目的としております。例えばケアプラン知りたいときはこれに書いてあるケアマネさんに連絡していただいてそれで電話などで確認してもらう形が一点。それとこのお薬手帳と名刺が入るところがあるのですがこちらのところは前の課題にもありました通り病院などで緊急に入院とかなった場合に介護保険サービスを使っているかどうか、ケアマネが誰かわからないという意見もありましたので名刺やお薬手帳の連携という形でこういうものが挟めるようなものという形でこの連携ノートを作成させていただきました。

会長：ありがとうございました。

委員：このページを見てみますと委員が言った通り基本情報が全然なく、かかりつけ医とか医師の名前があつてそのあとすぐに連携内容ですから基本情報を乗つけるためには、先程委員も発言しましたがこれから始める人からじゃないと。これを途中で渡されても誰が埋めるのか。大変なのです。もう一つはサービスの問題に関しては今 A4 版で表を必ずケアマ

ネさん作ります。それがこのバインダーを A4 版にすれば綴じこむことができる。例えば 10 月からサービスを始めたなら入れればいいという風に情報を同じ書式でもって A4 版で統一すれば他の特にケアマネさんが持っているサービス内容、日程表とかも入れることができる。そういう風に、サイズがこれでは絶対小さく A4 版にしてそういうものが入り込むようにする。基本情報がある程度様式を作って入れて、始める人からやるということをやらないとなかなかこれは定着しない。

委員：基本情報がもし病院で必要なものであればその情報は医師しか書けない情報なので他の市町村でもやっているように医師が例えば主治医意見書を書いているような医療情報とかを書いたそのあとにケアマネさんがサービスのことを書くような。いくつかの職種で書かないとすべてケアマネさんでというのはすごく大変なので。ただそういう運用が実際に可能なのかというところ実現可能性を考えると。どこまでこのノートで達成していくかというのが検討課題かなと。あまり個人的には、会長とこの前大学と連携の会議をし、大学の働き方改革という面ではなるべくみんなの負担が増えない中でどうやったら最大の効果を得られるかを考えていく中で現場はかなり忙しいと思うので。なるべくその負担は増やさずに今あるものを活用して、もし病院側が情報を取れないということを行っているというならそれは病院側の怠慢だと思いますので病院側がもっと努力してということになりますけど。あまり現場にいろいろな情報をもっとというところちょっと大変だなと個人的に感じています。

委員：この連携ノートについては皆さんご存知の通り経緯があって県医師会の方から 4 師会で作成したノートの提案がありました。かなり細かい情報で医師が書くところ、歯科医が歯の配列が書いてあってそこに治療歴とか全部書くようになっていて。各職種が全部記入する。逆に情報が多すぎる。管理は誰がするのか。今委員がおっしゃったように 4 師会のノートは医師が管理者。主治医になる。そうなったときに主治医がこれに責任持てるのかという問題が出ました。今回、僕もノート作成に関わった。やはりシンプルな方がいいだろうと。事例によって柔軟に変えていけるところは変えていいだろう。ほんとに症状を載せた方がいい人は追加すればいくらでもいいです。逆に最近在宅でやっていますと認知症の人もいますし介護者が残念ながら精神疾患の人も少なからずいます。その人たちにあまり事細かに情報が入るとかえって問題が出る。おそらくケアマネジャーさん達はその苦労がありがたいと思います。どこまで知らせた方がいいのかという問題もあるので、その辺りはケースバイケー

スなので逆に全部これを埋めなくちゃならないという方がかえっている問題が多いのではないかと。また、最近はややくお薬手帳をみんな持って歩く習慣が患者さん家族も出てきました。多分これは軽いからだと思います。これが A4 のノートになるとなかなかそれを持ってきていただけるのかとなるとやはり先程、言ったように情報の管理をどうするのかというのは微妙な問題がありまして。特に高齢者世帯とか独居世帯が多いのでその管理を、やはり主治医がそこまでおうとなると、主治医ははっきり言ってそこまで関わりきれないのではないかと問題があります。なるべくシンプルで、もし追加するものがあるればそれはその人に応じてしていけばいいように、ある程度フリーの部分大きくしてかつハンディタイプの方がいいのではないかと。確かにちょっと小さかったかなというご指摘があるのも分かりますけれども。あまり大きいと逆に持って歩けない。もう一つ言えるのは、これは最終的には電子手帳への移行までのつなぎであろうと電子手帳とか ICT 使ったものであればおそらくパスワードなりを回してあと制限をかけることによってかなり閲覧制限をかけられます。職種によって、これだとどうしても誰でも、極端に言うと隣のおじさんだつて来てパッと見ることができるところですよね。それだとかなり病名とかもしガン末期とか出ると微妙なものもあると思います。ICT を使ったものであればそのあたりはかなり事細かに記入できるしもう一つはやはり電子カルテになってくる医療機関も多いのでそれを貼り付ければ比較的手間もかからなくなってくるであろうと。やはり先進地域ではやはり医療と介護は連携していますし、そのあたりで閲覧の制限もかけてかなり情報交換もうまくできていると思いますが、やはり紙ベースの場合だと逆にあまり情報を多くするとどうしても負担も大きくなる。各職種の残念ながらはっきり言ってこれはお金になりません。他はヘルパーでも訪問看護でも書けばそれはある程度収入につながる部分ですけど、これは全然収入につながらないので患者の情報をみんなで共有しようというある意味ではもっと高いレベルの話をするためのものなので。そこをみんなで共有するのって実はなかなか簡単なようで現場では難しいのかなということもあります。なので、なるべくシンプルにした方がという思いがあって、その方がまだ入ってくるのかなと思って始めてみたという経緯があります。

委員 : 将来的には IT 化が必要だと思います。今委員のお話聞いていて思っていたのですがこのサイズも非常にいいなと思いますし、このカードサイズで入る情報も大切だなと思います。もしかしたらさっきのお薬手帳

様式第1号

と抱き合わせで母子手帳にカバーをかけて診察券を入れているカバーが多分皆さんあると思うのですが、ああいうものをお薬手帳に被せる。あの後ろに皆さん診察券入れているのであそこにケアマネさんの名刺とか、あとは診察券があるだけでかかりつけどこかわかるので高齢者の皆さんは診察券をバラバラであったりするのでお薬手帳にカバーを被せて診察券とケアマネさんの名刺とかを全部入れてこれだけ持って病院行けば大丈夫。保険証入れられるような深いカバーもありますし、そこに丸福の保険証を入れる。多分母子手帳みたいなカバーみたいなものを何かお薬手帳に対応する感じにするとあまり手間はかけないけど情報は集約化できるかと。そういう大きさがあるかわからないですけど。

委員：先程、委員が言われたようにケアマネジャーは入院された場合に患者さんが3日以内に、決まったフォローシートで情報をやるということでFAXが4月から多くなったと。ここでも言っているように診療録に記録いただくようになりましたので厚労省バージョンとつくば市で考えたバージョンで二つ様式があるのですけどそれを渡すようにしているということで病院と連携はメディカルの相談員の方が言っていたのですが4月からはすごく連携が取れるようになってきていると。ケアマネジャーの顔が見えてきていると言ってくさっています。4月に改定の中でケアマネジャーは利用者様に必ず入院された場合にはケアマネジャーの氏名を病院に告げることというのが運営規定に明記されるようになりまして。私たちは重説の時に必ず患者様に入院されたら担当の名前を言ってくださいねというのを伝えています。この間実は支援2の方で入院されたのですが、いざ言おうと思ったら名前が出てこなくて名刺はおかあちゃんが持っていったから言えなかったのだよと。三日後に私がなんとなく電話したら入院して名前が出てこなかったのだよと言われて。入院中だったので事なきを得て連絡が取れたということがありました。やっぱり持ち歩くとか目の前にないと月一回ですけど名前が出てこないというのが高齢夫婦ではあるのかな。やっぱり持っていることというのが、名刺なりなんなりそういう形の方がいいのかなと思います。

委員：今言っていたように入院の患者さんは早く連絡が取れるようになりまして。28年度の際は確かに名刺サイズのもので持っていたきたいと意見をさせていただきました。ただ、やはり外来の方わかりませんので、先程、委員が言っていたように母子手帳風にお薬手帳に入れていただけるとありがたいです。先日救急隊の方もいざ行ったときに一人暮らしとか老夫婦とか先生もおっしゃったように家族も精神だった

りしたときにどこにかかっているのかどうかを知りたいときにお薬手帳に診察券ですとか名刺が入っておりますと救急隊もとてもありがたいと言っておりました。その方向でやられるといいのかなと思います。

会長 : 薬剤手帳を母子手帳風にやればいいのかという意見あったのですが今 100 円ショップに行けばケースはあります。108 円でわざわざそれをやるよりはおうちの人に 100 円ショップでケース買ってきてと言えば丈夫な奴あるはずなのです。実際あります。そういうので十分足りるだと思います。何円もするものならともかく百円くらいでしたらあまり負担にならないのではないかと思います。大きさは A4 もあるし小さいものもあるし文房具のコーナーに行けばたくさんありますので僕はそれでもいいのではないかなという感じはするのですがね。チャックでちゃんと閉じられるようになっていきますから。色々異論はあると思いますが、母子手帳も持ってきて、子供さんのを見ると開けたとたんにはぼろぼろとなって落ちる方もいますし。なくさないようにするには何か考えないといけないと思いますけど。色々ご意見出ましたが協議事項の 1 番については以上で締めたいと思います。

委員 : 会長、作業部会での検討が必要では。

会長 : 引き続きこれは検討しないとしょうがないですね。

事務局 : はい。今、いただいた意見を参考に改正を進めさせていただきましてまた皆様にご報告させていただきます。

会長 : それでは協議事項 2 在宅医療介護連携共通認識と評価指標について。資料 2 番ですが事務局よりお願いします。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業における共通認識と評価指標について

事務局 : 事務局説明 (資料 2)

会長 : ありがとうございます。ただいま共通認識と評価指標についてたたき台ということで事務局からご説明ありましたが、質問あるいはご意見等お願いします。

委員 : 意見としましては持続可能なというのはすごく大事なメッセージだと思っていて、こういうことを実現するために評価指標として何が一番必要なのかを考えた時にストラクチャーのところは施設数書いてあるのですが一番の問題は医療介護福祉に従事する人が減ること。ストラクチャーとしては事業者数もそうですけども医療介護福祉、特に介護福祉に携わるスタッフや在宅のスタッフが増えているか離職率が低いとか。そういう人材育成をここに入れておかないと構造としてはなかなか成りゆかないのかなと。収集できるデータという意味では診療所の数とか事業所の数とか

収集しやすいと思いますが、本来はストラクチャーとしては人材が大事だと思しますのでそこをちゃんとフォローをできるようにしていただいて、つくば市として医療介護福祉で働ける人がハッピーであることが大事であり、持続可能な体制づくりには必要になるのかなと思います。ちょっとそこを検討いただければなと思います。

会長 : ありがとうございます。その他に何かご意見等ありませんか。つくば市で様々な事業計画あるいは地域包括の中で連携とかいろいろやっている。案は、この間も市の方と話しましたが、受けるのは市民であって、市民の方がある程度 100%はいかないまでも、ある程度の受けて良かったというような部分が得られないと。やはり介護と医療という問題は長続きしないだろうと。これをどういう風にして、それをどのようにして患者さん本人あるいは家族の意見をどういう風な形で引き出して、それに沿った医療ないし介護をやっていくか。先程の委員の意見でもありましたが全部いろんなそれぞれ受ける看護、やる看護あるいは医療もありますのでそれぞれ大変なのですが、最終的に市民があるいはここで暮らせるようにできる限りのそれぞれにあった医療介護が実現できるような努力が必要だろうと思っています。

委員 : 会長がおっしゃったように主役は市民ですし医療でいえば患者さん、介護でいえば利用者なのだと思います。やはり市民全部というのはなかなか大変じゃないかと。僕は実は検案医もやっけていまして看取りを検案に行くわけですね。実は今年になって非常に多くてこの 10 か月で 40 人、僕でさえ 40 人行きました。多分メディカルの先生はとんでもない数やっけています。そうしますとここ最近経験したのは、一例は脳卒中に 10 年前になった 60 代前半の女性でかなりの極度の肥満で医療通院はほとんどされていないと、家族はいるけど日中独居、それでその方家族が帰ったら夕方亡くなっていた。どういう治療されたのか全然わからない、それは本人の意思なのか通院できなかったのかわからないまま亡くなってしまった。もう一例は乳癌で、胸膜肺に転移で胸水たまっているのがもうわかっていて、その方も結局お布団で亡くなったと。これはきちんと通院していたみたいなのですが医師の方からそれに対するどういことが起こるといことをきちんと話をしていなくて亡くなるということを予想だにしていなかった状況だと。やはりその辺りは医師の責任も僕は大きいと思います。一つは専門職の意識改革も大事だと思うのですが逆にトップダウンで今日ここに参加している人たちは多分意識も高いし、十分わかっている人たちがいると思うわけけど。言い方申し

訳ないですけどピラミッドの下のほうで全然そういうのがわからないどころにいいかわからない。だから医療機関に関わっているとか訪問看護入っているとか訪問介護入っているケアマネついている人はまだいい方でそれに引かかかってない人が実はけっこういるのではないかとこのことがあって。それが、僕が検案に行くたぶん事例だろうと思ってます。そういう人をどうやって見つけていくのかなというのが何かいい方法あるかなと実は自問自答していて。なかなか難しい。その辺りはこまめに地域で、前にも言ったことあると思いますが、市民公開講座は何回かお手伝いさせていただいています。非常に意識が高く元気な高齢者ばかりなのですよね。本当に必要な人たちは多分ここには来ていないのだろうなというのが現実だと思います。その本当に必要な人に対してどうやってこういうやり方あるのだよと。困って地域包括支援課の窓口に来る人はまだいい方で、どうしていいかわからないまま日々の生活に追われていてそのままいっちゃうような人達はまだまだたくさんいるのではないかと。その人たちに僕たちどうやってと提供していくかということやはりこまめに地域でそういう機会を設けていくしかない。ここにもそういう出前講座とか専門職派遣による講習等、やはり小さな形で、地域でやっていくしかないのかと。現状では。それと同時に関わる人の意識改革でその人たちもレベルアップしていくしかないのだろうと思うのですが。だからありがたい姿の中で多分4、5って比較的行政が絡むし多分できるだろうと思うのですよね。やっぱり2の高齢者の在宅も含めた看取りの場所を選択できる環境というのは、そういう意識を持って去年市民公開講座で看取りのこと話した時にその後何人かの患者さんが先生あのお話を聞いてから実はエンディングノートを書き始めましたよという方が何人かいて。少しは役に立ったのだなと思いましたが。そういう人たちは放っておいてもと言いは悪いけど大丈夫だろうと思えますけど。そうじゃない人たちをどうやって見つけていくのかという意味では2番の高齢者でやはりフレイルというか体力が落ちて外にも出なくなって籠っている人たちに対してどういう風に我々がお手伝いできるのか支えられるのかというのを少し。地域包括支援課や介護福祉課じゃなくてどちらかということ高齢福祉課で把握している情報もかなり多々あるのだと思うのですよね。高齢者世帯のどういう問題があるのかか民生委員の方たちとも訪問年一回はしているらしいですからそういうのを共有して早期に入っていければと思いますので。5番の認知症初期集中支援チームもチーム員としてお手伝いしているわけですけど、そうしますと認知症の人た

ちで全く医療介護が介入してない人も結構いるのだなというのが始まってみて実感しています。なんでこの人たち今までどこにも行かなかったのというのが素朴な疑問なのだけに行っていないのですね。そういうことでいろいろ問題あるかと思うのでその辺りは、これは非常にいいと思うのでただともかく一番難しいのがたぶん 2 だと思うのでこれをなんとかうまく考えられればと思います。

委員：先程の委員とお話がダブるところもありますけれども。私は引退して時間がありますので色々話を頼まれるのですけれども。荃崎に 2 か所と谷田部に 1 か所。この 6 月 7 月にやりましたけれども。どういうことを話しているか、かかりつけ医の最後の関わり、認知症になったときにどうなるか。やはりそこに行きますと民生委員さんが参加されます。もう一つはですね今社協で見守りネットワーク事業ってやっています。そういうところから、早期の認知症が発見される。それから先程委員が心配するような事例に陥らないような人がひっかかってくる。そういうことで社協の見守りネットワーク事業はものすごく意義がある。もう一つは成島先生おっしゃったように専門職が各地域で在宅医療の話をしないと最後の看取りの問題までいかないのですね。ですから是非これは 28 年度事業から言われていることですが。6 圏域で 2 か所くらい医師と看護師、ケアマネジャーが講師になって話をする。そういう地域に出て、小さな集団じゃないですよ。そこに行けばおそらく 50 人くらいはちゃんと PR すれば集まると思うのですよね。そういうことをこまめにやらないと最後の意識の話だってなかなかでてこない。そういうことで、地域で啓蒙活動をやってもらいたい。私委員だったらいくらでもやります。けれどもこれも各先生方に任すのでなくて、ある程度シナリオが出来てくるのですね。やはりこういう話をしゃべる人が違っても大体内容が似ているとなれば、市全体の市民の共通した考えになる。そういう風に思います。

委員：身寄りのない方とか一人暮らしの方が運ばれてきて初めて困っているということがわかるということがすごく最近増えてきています。予防というのも大事なのですが、そうってしまった後の体制というのを包括でもない高齢福祉課でもない社会福祉課でもないというような、こぼれてしまうような方がすごく増えてきている。そこの仕組みというか、そういうことも合わせて、そういう方は社会参加もされていないし、どんな生活をしているか全くわからない。誰にもわからないという方が多くて民生委員の方も苦労しているお話を聞いており、もう少し何かある

様式第1号

といいなど。可能であればご相談に乗っていただきたいというところで意見を出させていただきました。

委員：私も同じように税金も払えないような人とかそういったところからもお金がかかります、施設入れません、ケアマネジャーのサービスいいですとなるとそこから関われないということがすごく多くて。つくば市は介護保険料が茨城県では高い方になっていて払えないというのが実際あるのではないかなと思っています。そういうので年金とか税金払えない状況の人を別の切り口からアプローチできないかなというのがあります。

会長：民生委員の意見、いかがでしょうか。

委員：先程の委員の発言は非常にわかります。というのは介護度が5でも今入院させろとか施設に入れろと言ってもその家族がそれに応じないので。うちは古い集落でございまして、本家、新宅、親族がいます。そこに行って説得してくれと言っても説得に応じない。介護度5でおばあちゃんが一人で自分の始末をしているような状況です。それから今高齢者世帯が6家族あるのですけれども、一つ長男夫婦も次男夫婦も海外に行っている。連絡がつかない。でも高齢70代後半認知症があるとそれから定期的にそういう方のところに伺う。それ以外に生活保護を受けている方。それから生活保護を受けるまでに大変で3年も4年もかかる。生活保護を受けるように。何回言っても近くの川の堤防の草を食って私のところにきて米を持って生活をして生活保護を受けると自分はどん底の人間だという風にその人は思っている。それから私は命に関わるような救急の、私が行ったときに脳血栓だったり大腿骨骨折したり6人私のちょうど行ったときにそういう風な状態になった人がいます。それからお金が月1万で生活している人も何人もいます。雀荘に行って。生活保護を受けられませんか。博打をやっていますから。そうすると入院させたときにどういうことが起きたかという結核だったのですね。法定伝染病ですからお金かからないものでメディカルセンターに行ってその足で知人のところに報告に行く。誰も保証人になってくれない。民生委員さんになってくださいと言われても私は民生委員ですから絶対なるわけにはいかないもので。それから舌癌発症してホームに転移して。ずっとでも私のところに住所を置いてくれて。親戚誰も保証人になってくれない。病院にかかるまでが大変。かからせるまでが大変なのです。八十何歳で、一人で屋根穴開いていても絶対施設には入らない。とにかく民生委員が何回言っても、私は大丈夫って言って施設にも病院にも入らない。

そういう人が地域にはたくさんいる。だからこういう医療介護連携ノートを書けて言っても高齢者になんてこれは書けないのですよ。私も10月30日までに高齢者台帳作りますけれども大体、民生委員が行って書くような状態。こういう風なノートを作って一体誰が管理するのかって先生が言ったとおりに私共は病院から帰ってきた方のおうちに行きます。大体数か月で終わります。お金がないのです。認知症症状があり、かかりたいけどかかれないのですね。病院に行ったりこういう風なところのサービスを受けたりという方が高齢者の中で少ない。私は民生委員24、5年やっていますけど入ったばかりは6人私の担当に寝たきりの方がいたのですね。それで2年後に私足を捻挫してその後鎖骨を骨折して2年間の間行く機会が少なくなってしまって、その間に6人とも全員亡くなってしまった。行かなくなったら家族が医者にみせないのですよ。それで6人とも亡くなってしまっていて。その後に家族が縁遠くなっちゃうのだよね。みんな、どういう形で病院に入れるかというのを親戚以上に問い合わせるのですけど。なかなか介護負担がある。今では誰も自宅に残っている人いません。みんな施設に入っております。みんな施設で亡くなるというのが現状じゃないかなと思っております。

会長：ありがとうございます。実際につくばの中央と筑波地区、桜地区も、そうなのですが周辺との差がありますよね。田舎は田舎独特の考え方はありますし。それを無視して強制的にとというのはなかなかできない。あと代が変わるにしたがって周辺の旧村というか昔からのところは若い人みんな上に上がっていきますのでお年寄り世帯とか単身の高齢者が多くなってきているのでその辺がまたちょっと今後考えないといけない部分かなという感じはします。つくば市という形でとらえるのかそうじゃなくてももっと細かい部分で捉えて考え方というやらなくちゃならないのかという感じはしますが。いろいろこれに関しては難しい部分があります。看取りの問題もありますし、先程、言われたように地域の問題もありますし。非常に難しい問題ありますので今後いろいろ検討していかなければいけないだろうと思います。その他何かありますか。

副会長：評価指標の話も今のお話しの中でいいのですか。それとも共通理解の話はここまでですか。評価指標についての議論があまりまだされていないのですけど、その話について意見あったのですけど。共通認識まで今だいぶ煮詰まったと思いますが評価指標のことコメントいいですか。最後のほうのスライドの二つのところですよ。今のあったような議論を組上に上げて評価してどうしたらいいのかっていうことをやるためにこ

の評価指標ってすごく重要だと思うのですよね。それで今2点気づいたことがあって、これは国が出してきたのかと思うのですけど。今のお話しだとつくば市らしくという一つは介護者を大事にしようって、無理な介護者はもう施設にちゃんと入れるとかそういう意味では他の地方とかまだ介護者の指標がちゃんと指標化されているところがないのですね。でもつくば市は今までの認知調査とかでも介護者に気持ち聞いたりしてきているので。なんとか介護者の気持ちというのをこの指標の中に入らないかなと思って聞いていました。私の知っている範囲ではイギリスでは地方の指標として介護者の満足度とか介護者の社会実現、自己実現できているかとかを聞いてそれがある程度のパーセントに達していないと改善策を国に提出しなければいけないとかまでいっているのです。つくばはそこまでいなくても何か介護者に対する指標ができればいいなと思ったのですけど。あとは先程委員のお話しを伺って思ったのですけど私は孤独死の研究を法医学と一緒にやって、今お話があったような何にもどこにも関わってなくて一人で亡くなっていく方というのは法医学の最後の最後に出てくるのですね。だからアウトカム評価も究極のアウトカムはそれなので先生方が何かそれをこういう風に数字で出たりするのを誰か検視で見に行き、その中でまったくどこにも関わってなかった死亡数みたいな、そうしてそれがどうしてどの段階で誰がかかわればこんなことにならなかったのかみたいな。そういう振り返りをしながら指標化していくことができるとつくばの今の議論にあう指標かとその数値はどうやって集まっていくかはわからないのですけど指標化について2点コメントしました。

会長 : 今の意見どうでしょう。

委員 : 指標化の問題ではなくてたたき台のありたい姿についてなんですけれども。実は在宅医療介護連携拠点事業の厚労省が最初に始めた時に私もメンバーになったのですけど。そこで今言われたことが問題になったのですね。医療の網にも介護の網にもかからない人をどうするか。厚労省が出したモデルというのは実は退院支援から始まっている。つまり医療が関わったことが前提になっている。医療が関わって介護にもつながって日常生活の支援がされて急変時は救急車、急変時は救急病院が対応してそして看取りを最後チームですするというそういうモデルなのです。だからその中で今論議されたようなことは残念ながらほとんど上らなかった。それともう一ついわゆる高齢者施設サ高住とかです。有料老人ホームとかこれらの人をどうするかというのは残念ながら全然論議に上ら

なかった。だからこのありたい姿ということの中で医療の網にも介護の網にかからない人たちをじゃあつくば市はどうするのだという論議をするということであればやはりそれは1項目入れなければいけない。それからいわゆる施設、介護施設それをどうするのかということをもし入れるのだとすればこの中に入れないといけない。今私どものメディカルセンター病院の救急で一番問題なのは介護施設からの救急患者さんです。この人たちが一番いろいろな問題を抱えている。おそらく、これから長いスパンで考えるといわゆる自宅でやられる方よりも高齢者は施設でやられる方がずっと増えているのだらうと思います。推計でもそういうデータが出ています、なのでそういう意味では在宅医療介護連携事業が始まった時よりはそういう問題がどんどん増えてきている。ありたい姿の中にそこをどうするのだという論議を、もしつくば市であればその2点を追加しないといけない。それは非常に難しい問題。例えば評価指標をどうするのだと先程委員が問題提起しているところ。非常に難しい、つまりデータが取れない。例えばストラクチャーじゃなくて構造指標はほとんど今あるデータベースですよね。介護保険とか医療保険も、そこから取ってこようという発想ですからそうすると全部漏れちゃう。データがほとんど取れない。そうなってくるとプロセス指標を独自に考えないといけないと思います。だからそれは一度置いておきましょうと。例えばさっき委員が言われたこと、そういう現実もあるけどとりあえずこの事業では外に置いておきましょうという論議になるのであればこれでいいかもしれないと思います。

委員：今、介護施設ということで出ましたけれども資料にもありますけれども、もしもの話とか縁起でもない話をする習慣がないとございますけれども私の施設では入所した方はまずここからスタートします。入所契約した時にまず看取りが必要になった場合の看取りをされる場所は施設を望まれるのでしょうか、家を望まれるのでしょうか。また急変された場合の延命はどういうところまで希望しますかというのを聞くようにしました。実はそういった習慣はなかったのですが近年は救急車を呼びます、すると救急隊員は職員に聞いてくるのですね、延命はどうされますかと。職員は何も持っていないわけです。そういった今までの経験を積んだうえでそういうシートを作ろうということで入所の方は全員そういった形で意思表示をしていただいて、お考えが変わられましたらいつでも申し出てくださいと、書き換えますよということにしています。例えば急変時であれば人工呼吸器とか輸血とかどうしまされますかと。そういうの

を申し出ていただいて救急隊員にそれを求められた場合にはそれを見せるように定着はしています。課題はショートステイ。デイサービス。例えばデイサービスで車の中で急変されたケースもありました。あとショートステイで来られた方がその晩に急変されたこともあったのですね。それでその連携ノートの中になかなか確かに入所の方はほとんどの方は在宅に帰れる方は本当に稀です。もしくは医療機関で最期を迎える、悲しいですが近い方が入所されます。もちろん平均年齢がうちの施設 85 歳ですので、既に平均寿命超えた方ですのであえて突っ込んで、もう入所したその時に急変に対する向き合い方を確認することを事務的に処理ができますけれども。これがショートステイやデイサービスの契約初日に急変になったらどうされますかどこまで医療機関にというところまでは実際踏み込みづらいというのが現状という部分は抑えてもらっていただきたいです。

会長 : 先程、委員が言われたことに関して市の方はどうなのでしょう。考え方として国の方では入院から退院の後に関してこうやっているわけである程度医療のルートがもうついている人が対象、それ以外に漏れた部分をつくば市としては今後検討していくのかそれともそれをどういう風に考えているのか聞かせていただきたい。

委員 : なかなか難しいという話がありますけれども、今の議論の中で言われたようになかなか医療も介護も関わってない方そういう人達が一定数いるというのは事実だと思います。そういった人たちも含めながら一項目としてもあるかなど。やり方がどういう形でやっていくのかがいいかはなかなか難しく。つながりが無いのは、あえて言うのであれば地域包括支援課が担当は担当だと思います。そういう人を見つけていくのも一つの仕事かと思えます。それも簡単ではない。なかなかどう追っていくのかなど。ただこの中だと5番の地域での独居高齢者の見守りとかこういうところで多少はそういう部分も含んでいるような感じで私の頭では考えていました。あるいは確かに施設の話は特段在宅を念頭にしていまして、在宅医療介護だったので、思いつつもつながっている部分も多いので。それぞれやっていく手段というか簡単ではないのでどうするのかという難しい問題はあるなどは思っています。先程、委員もおっしゃっていたように私どもの方でも、施設で看取りの契約書。契約書というところあれですけど使っているのかというのも市内の全施設に呼びかけて。話が出たサ高住とか有料の方はあまりでしたが、特養とかは基本的に作成しており、一法人だけは作っていませんでしたが、大体作っておられて。医師

協会モデルをベースにされ使っている、そんな感じでありました。そういうところは一定程度対応していただいている状況であります。お話し伺っていても最初のところで1番書きましたけれども医師やケアマネの方々を中心にしながら多職種連携というような在宅医療介護の方では非常に重要なところと再認識しております。そこの連携ツールとしてのノートも用意していろいろやっています。けれどもそこもそんなに評判がよくなかったということでまだいろいろ考えなければいけないというような感じはしております。あともう一点だけすみません。介護保険料は県内で一番高いです。ただ一方で介護サービスがたくさんあることの結果でもあるのでそれは悪いというわけでもないというのは思っています。金額は高いというのがありますけれども、ただ全国で比べると100円くらいしか変わらなくて、全国の順位も全国千七百分市町村分の五百何番なので三分の一なので、そのようなものかと思っております。

会長：それでは時間も押していますので次の議題に、市のほうで検討していただくということでよろしいですか。それでは最後の3番の平成28年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業意識調査の結果と実績についてということで事務局お願いします。

(3) 28年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業意識調査の結果と実績

事務局：事務局説明（資料3）

委員：4番の日常の療養支援についての対応実績のところなのですが連携タイムをホームページに上げていただいているのですがデータを更新していただいているかどうかということと。とても小さくてなかなか見えないのですがあまり市民に見せないでケアマネさんに見せるために小さいのかどうなのかなと思っておりますということと。ここにきて聞いてみますとクリニックの先生方とは連携取れますけどやはり病院の医師となかなか連携をとれないということがよく伺います。病院の医師と直接聞ける時間を聞くのか、ソーシャルワーカーさんが対応できる時間を聞くのか、市内の病院との連携タイムなども追加して記載していただけるといいかと思えます。以上意見です。

会長：その他にご意見ありますか。

委員：今、委員から出ましたが連携タイムの問題なのですが、これ医師会のホームページから市がそれを移しているという形です。けれども全然これは改定されていないように見受けられます。実際入っていない医療機関がある。それともう一つは病院の方はやはりどこか窓口を作らないとなかなかケアマネと連携あるいは、話しをしても連携は難しいのではな

いかと。これは前々から私はお願いしているのですが全然進んでこない。それから圏域ケア会議にもう少しドクターが出てくるかなと思って、一時、夜の開催をしてもあまり出席がない。これをなんとかしないとイケない。それからもう一つは今、地域包括支援課で地域ケア会議を非常に時間をきちんと 3 時に終わるように、1 時半から 3 時までには終わるようにしています。医療的な問題を説明するのであれば例えば 2 時から 30 分間いてもらってお話ししてもらえば済む。そうするとお忙しい開業医先生は時間を指定することによって参加することができる。大体 30 分いてもらえればいい。そういう工夫を地域包括支援課の方で地域ケア会議をやっている。是非そういう面もありますので開業医の参加をお願いしたい。それからもう一つは啓蒙活動の方で 30 年度は一部圏域で試行的に実施予定。ここが非常にさみしい書き方です。一部圏域で試行的に実施予定。これはもう 28 年度からの問題になっていますから本格的に地域包括支援課で各圏域の先生方をお願いしてケアマネジャーと一緒にやっていただくようなやり方をぜひお願いしたいと思います。以上です。

委員：今委員がおっしゃってくれたことですが、圏域別ケア会議は医師の参加が少なく在宅ケアに関わる私としては非常に申し訳ないと思っています。先日地域包括支援課と相談し、少しでも増やしたいという努力はしている。それと同時に逆にお手間だとは思いますが、圏域別ケア会議は、今は一応施策で、日本全国津々浦々で行われていると思いますが各市町村の圏域別ケア会議で医師の参加は他の地域は実際どうなのかなと少し興味があったもので。確かに、つくば市は少ないからあまり大きな声で言えませんが、他は出席率どうなのかということ。後もう一つはそのあたりで参加者を増やすためにどうすればいいかということで参加できないまでも少なくとも圏域別ケア会議は医療と介護の連携なので医療の部分がはっきりしないと、根底から話が変わってしまうことがあるので。診断とか誤りがある場合不十分な場合には、主治医はわかっていると思うのでその主治医に事前にシートを出してせめて書いてもらう、出席できないのであればせめて書くことの依頼をお願いできないのかと。出席依頼もしてもいいと思います。そのあたり少し工夫をしてみてもらえればと思います。あと以前もお話ししましたが、試行ですが医療福祉事例検討会を月一回行っていますので一緒にやってみようという形でそのあたりうまくすり合わせができればなと思っています。

事務局：地域包括支援課でケア会議を担当しています。他市町村の医師の参加率というのは把握ができておりません。今後どういう状況なのかという

のは他市町村とも連携をしていければいいのかなと思っております。主治医との連携というところなのですけれども以前にお話ししていることを踏まえて主治医との連携をとれる範囲でとらせていただいています。いただいた意見に対してご返答ができるような形で今進めさせていただいているところです。以上です。

委員：資料3だけでなく全体にも関わることで今後の議論でぜひご検討いただきたいことなのですけど先程2名の委員からもお話がありました、資料2にありました評価指標というのは大事な部分だと思いますのでこの検討は是非緻密に進めていただきたい。あと先程、委員からありました施設に入った時に意向を聞くということは大切なことでもありつつ、諸刃の剣ということもありましておそらく何をどう聞いていくかとかタイミングで何を聞いていくかというのは非常にセンシティブな問題だと言われていて。他の地域だと研究ベースで進めるくらい倫理的に慎重に進めていくことでもあります。例えば決められない方もいますし答えたくない方もいるのでそういった方は担保できるようにすること。また先程、委員がおっしゃったように繰り返し聞くとかですね。あとはよく言われているのは一般の方は具体的な医療の内容がよくわからないので、点滴する延命することより頑張って病気を治すことを目指したいのか、苦痛なく過ごしていきたいのかという、そのアウトカムを何に置きたいかということ聞いていく。プロセスで何をしたいかというよりはより本人の意向に寄り添えるのではないかというのがあります。もし、つくば市として指標の考えの中で先程のようなACPに関することも盛り込んでいくのであれば、そこは是非全体として統一された認識コンセンサスの基でやっていく方がよりうまくいくかなと思いますのでぜひそこはご検討いただければと思います。

会長：ありがとうございます。それでは時間も押しておりますので質問がないようでしたらこれで。

副会長：指標の話が出たのでいくつかこの指標は介護保険と医療のレセプトで算出できます。先ほどの施設から医療の受領の仕方とかそれからまったくかわりのないケースがどのくらいいるかというのはそこから出せません。ただ個人にはおいつかない。この人がどうだからというのはできないのです。つくば市の中でどのくらいいるかは出せる。現実的にも費用的にも。

会長：その辺も含めて市で検討して、次回でも全部出してもらえればと思います。

委員：茨城県つくば保健所でございます。私の方からは県内の医療の進捗状況を報告させていただきたいと思っております。つくば市は医療資源介護資源が非常に充実していることが特徴であるというお話がありました。確かに私はつくば常総 6 市町村管轄していますが、つくばのこういった会議に参りますと皆様方活発な議論を交わされて本当に資源がたくさんあるなと感じているところでございます。そして県のほうでは平成 29 年から 3 か年計画で医療提携施設とグループ化の推進事業というのをやっております。昨年が 12 グループ、今年が 13 グループ県内で合わせて 25 グループ化県内ということになります。つくば市医師会では 3 つというグループ化が進んでいるようなところでございます。県内ではまだ一つもグループ化が進んでいないところもありますので非常にこの辺りも進んでいるところかなというところで皆様のご協力のおかげでこうして在宅医療の方進んでいるのだということを再認識させていただいております。あともう一つご報告でございます。先ほどから何回か看取りというお話が出てきたかと思っておりますが平成 30 年度在宅医療救急医療連携セミナーというご案内が来ております。これは 12 月 9 日と 2 月 3 日ということで 2 回 12 月 9 日の方はもう 1 か月ちょっとしかないのですが。これは 1 地域 3 名ですね。自治体職員と在宅医療の関係者そして救急医療の関係者 3 人が 1 チームとなって参加していただきたいというようなセミナーでございます。3 人を集められるところというのはすぐには見つからないのかなと思うのですが私の管轄している市町村の中ではつくば市さんならできるのかなというような気もいたします。在宅医療の関係者として出席されるものの選定については市医師会と相談することが望ましいということですのでご相談いただければと思います。もし成島先生とか 12 月 9 日、2 月 3 日とかですね、もしお時間があつたらいいなと思っております。そして救急医療関係者として参加する者は MC 協議会、メディカルコントロール協議会の委員で地域の救急医療体制の構築に関わっていることが望ましいとなっております。この地域のメディカルコントロール協議会委員長はメディカルセンターの河野先生がお務めになっております。河野先生も大変お忙しいところかと思っておりますが、委員長でなくてももし可能でしたらメディカルコントロール協議会の中からは是非人材の方を考えていただければなと思っております。以上でございます。

委員：歯科医師会で在宅療養歯科支援診療所、現在 11 診療所あるのですが、前回と重複する人もいるのですがデータをアンケートというか希望を取

様式第1号

りましてそれも含めて14名確実に今後訪問事業に協力できますということを確認いたしました。いつこちらのホームページなりに反映したらよろしいですか。

事務局：ありがとうございます。私ども、地域包括支援課で医療と介護のサービスマップ等を作成しておりまして、そこに在宅診療を実施する診療所を掲載させていただいており毎年調査を行っています。調査をするときに委員にご相談させていただいき、調査を進めさせていただきたいと思いますのでどうかよろしくおねがいします。

会長：事務局に返します。

事務局：閉会