

会 議 録

会議の名称	平成30年度第1回在宅医療・介護連携推進協議会及び実務部会		
開催日時	平成30年6月7日 開会18:30 閉会20:25		
開催場所	つくば市役所本庁舎2階201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、小關委員、室生委員 【実務部会委員】 大曾根委員、小林委員、會田委員、大久保委員、野堀委員、田村委員、入村委員、平松委員	
	その他	【欠席委員】 監物委員	
	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、中川主任、竹内保健師、藤田社会福祉士、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	1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	1 開会		
議	2 あいさつ		

様式第 1 号

次	3 協議事項
第	(1) 平成 30 年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について
	(2) つくば市在宅医療・介護連携推進事業の評価指標について
	(3) 平成 31 年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業意識調査について
	(4) その他

<審議内容>

事務局：資料 1 に基づき説明

会長：ありがとうございました。ただいまの資料 1 に関して、在宅医療介護連携推進事業計画、平成 30 年度事業計画案ですけれども、それについて質問等ございましたら挙手の上よろしくお願ひします。あくまでも今年度の事業計画なので、今のうち何か要望や確認、追加事項等をお願ひします。

委員：緊急ショートステイの空所情報の把握と書いてあります。これは高齢福祉課の方でと書いてありますが、ネット上で管理される予定でいらっしゃるのか、何かそういう具体的な話が出ているのかどうか、ちょっと教えていただけたらなと思うのですがいかがでしょうか。

事務局：高齢者福祉計画を中心に担当しております。緊急ショートステイの空所情報の把握につきましては介護者支援も含めた事業として、高齢者福祉計画の中で推進していく旨織り込ませていただきました。昨日 6 月 6 日水曜日、今年度はじめの特別養護老人ホーム連絡会において、民間の株式会社 INFOCOM さんの協力のもと、WEB 上のカレンダーを使ってショートステイ事業所の職員が空所情報を入力し、それを直接ケアマネージャーが把握できるような連携強化を目的とした事業を開始させていただく旨報告させていただきました。7 月初旬を目途にショートステイ事業

様式第1号

所及び、居宅介護支援事業所に事業に協力していただく旨通知を発送させていただきます予定です。

会長：ありがとうございました。

委員：今お聞きした理由はですね、例えばショートステイということで、一つでショートステイと言ったらそれまでですけども、いざショートステイで介護施設の方をお願いをする。以前違う方からご質問あったのですが、いわゆる医療介入が必要とか、いわゆるメディカルショートステイみたいな状況が必要だという時に、例えば地域包括ケア病棟が活用できるかというのはあると思いますが、その辺を連携して情報把握ができると、ショートステイというのを例えばケアマネさんが頼むときに頼み方の幅が広がるかなと思ひまして、その辺を広く情報把握のシステムを、もし考えていただければありがたいなと思ったので質問させていただきました。ありがとうございます。

会長：ただいまの緊急ショートステイについて他にご意見なり質問等あれば承ります、いかがでしょう。

委員：メディカルショートステイの話が委員から出ましたが、地域包括ケア病棟がなくてもそれが可能かどうか。病院によって事情があるので、やはりその辺を病院の中で連絡会作ってやるとすればまとめられる。もう一つは老健施設、老健施設はそこまで医療依存度があるのか主治医によりますけどもショートステイの引き受けとかその辺も同時に考える必要がある。

会長：事務局その点どうでしょう。

委員：そのことは体制整備部会で、体制整備委員で少しに煮詰めてもらう必要がある。事務局にポンと渡しても難しい。

事務局：今委員からありましたことは、体制整備部会でということなのでその辺は体制整備部会の方で検討させていただければと思います。

様式第1号

会長：体制整備部会の方でその辺よく検討して、また報告よろしくお願ひします。ありがとうございます。

委員：ケアマネさんは実際緊急ショートステイになった場合、どういった考えで行動されているのか、その代わりショートステイだけじゃなく先ほどの地域包括ケア病棟だったり老健だったりどれほど視野に入れてやっているものなのか、その辺教えていただきたい。

委員：緊急っていう意味がよく分かりませんが、常日頃、医師との連携を取り、そういう危険性がある場合にはショートを取れるところと連携をとっているんで、常日頃からの計画の中で対応しています。今、すぐに、緊急では入れたことはあまりありません。

委員：時には介護者が倒れて緊急ですとか、認知症がひどくなって緊急ですとか、そういうことが多くはないですけどあります。その場合の探す方法としては電話をかけまわります。状態によって受け入れられる、受け入れられないというのがわからないので、空きの状況があったとしても「こういう症状で」と言うと、「受け入れ難しい」と言われることもありますので、電話で片端からという言葉がいいかわかりませんが探します。

委員：あとこの緊急ショートという言葉というかそういう枠で、普段空いていなくても特養さんは受けてくれるようなシステムになっていますので、そこはありがたい枠です。あの緊急っていう理由がちゃんとしていれば定員以外でも取ってくれるっていう、空いてなくても取ってくださるっていうかそういうことをやってくださるので、普段からの特養との付き合いが実を結ぶような状況です。

会長：ありがとうございます。よろしいですか。やっぱり緊急の取り方なのでしょうかね。対象者の状況なのか、それを見ている周りの人の緊急なのか、それによってまた考え方が違うのかもしれないですよ。本人の状態が悪くなって、あるいは先ほど言いました認知症がひどくなって困る

よという緊急なのか。本人は意外と落ち着いているけれども先ほどの不測の事態で明日からどうしても出なきゃならない。そういう場合になんとか2、3日預かってくれないかと、そういう場合の緊急の部分でやっぱり頼まれる方もまた考えがあるし、先ほど言ったように空いていてもいやちょっとまずいねって場合もあるし、あるいは空いていなくてもなんとか無理して預かりましょうというものもあるから、現場としては電話しまくって、それこそ今までの関係を頼りながら、こう手繰っていくという形が実際は現実なのかもしれませんね。現実にはショートステイでもなんでも、空所がたくさん空いている施設は本当に少ないのではないですかね。現実には空いてないと思うのです。そういう中で見つけるのは本当に電話しまくるといのがちょうどいい表現なのかもしれません。現場ご苦労様です。その他に何かありますか。

委員：退院調整看護師とそれから MSW 医療ソーシャルワーカー、在宅ケアチームとの意見交換会、これは、退院調整は病院側ですね。それから MSW も大体病院側が圧倒的に多いですね。私が前から心配しているのは病院の医師とケアマネがどうやってコンタクトを持つかというのを非常に考えなくてはいけない。病院医師との連携をどう取るか、例えばクリニックは連携タイムというのが自治体のホームページに出ていますし、ケアマネさんは利用している。じゃあ病院の医師とケアマネがどうやって連携を取るか、その間に入るのが医療福祉相談室であるとか MSW さんが入ってくれるのか、これをやっぱり体制整備の方で煮詰めなければいけない大きな問題だと思います。

委員：ありがとうございます。私たち先ほどケアマネ幹事会で、今回居宅の介護支援専門員が運営基準の中で医療系のサービスを入れるときには先生にご意見を求めて、意見を求めた場合には必ずケアプランを先生に交付することが義務付けられまして、申し訳ありませんが先生の所に3枚5

様式第 1 号

枚と厚い資料が、もしかしてケアマネが送り付けているというかそんな状況なのかもしれません。これは私たちが運営基準の中でケアマネが今までやれていなかったことということで、こういう今回の改定で運営基準として、ケアマネージャーの仕事として義務付けられました。開業医の先生たちにはお名前でお渡しできるので、そういうケアプランに一言添えてお渡しすることができるけど、大きい病院だとその書類自体がどこに行くのか、その行き先もまだはっきりしていないし、きっと病院も困っているだろうし、私たちもこれを今ペーパーレスの時代なのに5枚も6枚も送っていいものなのか、果たして先生が欲しい情報でもないのに送り付けていいのかということで、ケアマネージャーも悩んでいる状況です。先生たちこういう形で私たちは一応連絡とか情報を取り合う努力をなさいと言われていて、一つの手段なのですがこういうことがにわかになら問題になっているかもしれません。現在進めていますのでつくばの場合はケアプランじゃなくてこういうようにしたよと、もしかしてそういう用紙でもいいよとか先生たちに言っていただければそれはそれでいいのかなとは思いますが。とりあえず運営基準の中ではケアプランと言われますとケアマネージャーは1表2表3表と3種類の用紙を言うものですから、5、6枚送らせていただくことになってしまうかなと思います。よろしくをお願いします。

会長：病院の方がどこに行くかわからない。病院がどこ行くかわからないらしいです。

委員：たぶん市内の病院の話だと思うのですが、おそらく病院の場合にルートがはっきりしてないということを言いたいと思います。それぞれ決まりはないので病院ごとにやり方が違うと思います。例えば当院の場合では基本的にMSWが連携室におりますので、そういうものに関してはそこを通過して連携室を担当している医師がいるので、そこもしくは病院長

様式第1号

を通過して、そこから担当した患者さんの主治医へという風な流れが通常の流れになります。ただおそらくケアマネージャーさんと、ドクターの方って、特に若い先生達は各病院にいき、いろいろ動いていることがあるので、その時はそれを書けたとしてもそれを更新するときにはそこにいないということが多々たぶんあるかと思います。そういった意味で当院は基本的にワーカーを通して病院長または地域連携の担当医師にいつてから地域に送っていただくという流れには、たぶんまた病院が違くと変わると思います。

会長：委員の病院は、MSWが束ねているという形になるのですね。

委員：それは今度診療報酬に関わりますか？その情報は、診療報酬には関わらないか？

委員：医療の方は関わらず、ケアマネージャーの方は関わります。

委員：介護報酬に関わる。だとするとたぶん病院は、それが診療録にきちんと収録すべき、つまり診療記録に準じたものかどうかによって扱いがずいぶん違ってくると思います。それが診療記録に準じたものであれば例えば電子カルテとかもスキャンしてカルテに収納する、通常紙カルテのところも紙カルテに収納すると。だからそういう位置づけをつくば市は、これは診療記録に準じたものと、だからカルテに収納してくださいという風に合意して、各病院に通知すればそれぞれの主治医の手元に行きます。先程、委員も言ったように主治医はどんどん変わってしまうので、病院の場合は、記録はあるけど誰も読んでないとか申し送りがされていないということは起こるでしょうね。だからとにかく診療記録にきちんと入れてもらうということ、例えばこの協議会で話をしてそういう扱いにしましょうということにすれば各病院はたぶんそういう風に扱うようになるかと思うのですが。

会長：ありがとうございます。よろしいですか。その辺よろしくお願いします。

様式第1号

委員：緊急ショートのことに戻って恐縮なのですが、介護保険を持っている方はケアマネージャーさんがいらっしゃいますので、たとえ胃瘻であっても気管切開であってもなんとか探してくれるのですが、介護保険を持ってない方、例えば人工呼吸器をつけている方々のショート先というのが非常になくて困った経験があります。ALS（筋萎縮性側索硬化症）だと難病支援の中で探せますが、難病に該当しない方の人工呼吸器とか、そういう医療頻度が高い方のショート先というのをなんとか確保できないものかというのがすごく困ったことがありましたが、市の方でどこか市内の病院とかに委託とかそういうことはできないでしょうか。

会長：市の方どうでしょう。呼吸器つけて緊急の場合にそれを扱ってくれる場所、施設として本当に限られますよね。どこでも良いというわけにはいかないですよ。そうすると自然にいくつかって風に施設の名前も決まってしまうわけで、その辺どうでしょう市の方としては。

事務局：ちょっとそういうのは想定してないというかわからないのですが、例えば先ほど委員のお話しされていた地域ケア病棟とかそういうところでの対応というのはできないでしょうか。

委員：基本的にたぶん今おっしゃったのは介護保険を使ったものではないケースですよ。医療保険においては地域包括ケア病棟で受けることは可能です。ただその方が実際病状的に、実は治療介入医療介入がさらに、いわゆる一般の入院適用の状態であるような方の場合には、急性期病棟に入ることも多少あるでしょうし、ただ地域ケア病棟に関しましてはそういう社会的適用のケースプラス、肺炎や軽度の治療、および軽度の処置対応ができるとしていますので、そういうところに関してはその人のその人工呼吸器という一つの枠には同じでも、それに付随する状況によってかなり医療介入度は変わりますので、それによって受けるべき場所ってというのはちょっとずれてくるのではないかと思います。人工呼吸器の

気管切開がある方というよりはそれだけの話なのか、それが落ち着いている状況なのかによっても今の医療保険上扱えるところが変わってくるという現実はある。基本的には介護保険を持ってなくて医療保険の状況であれば、それがもし例えば社会的入院という意味合いではただ人工呼吸器をつけていて社会的入院が必要だという場合には、地域ケア病棟の検討は可能です。

会長：よろしいですか。ありがとうございます。その他にないですかね。

委員：今の問題ではなくて急変時の対応のことですけれども、急変時マニュアルの作成という項目が挙がっていてそれは意見交換会でしたっけ、そのことが話し合われるということ8月31日ですね。先ほど説明がございました。急変時というのは必ず救急が絡んできます。前の協議会でも申し上げたと思いますが、急変時は医療を提供する側だけの問題ではなくて家族側というか在宅の問題でもあるわけですよ。だから急変時対応というのは両方から考えないとまずうまくいかない。つまり医療側だけマニュアル作っても、こういう時はこういう対応しましょうと言っても相手側がちゃんとそれに対応するようなものがないとうまくいかないと思います。特に医療側で急変時の対応マニュアル作る時は、救急医療の関係者をその中に入れないとたぶんうまくいかないと思います。最近救急医療の方もだいぶ変わってきていまして、救急医療と在宅医療の連携っていうのは学会のシンポジウムでも組まれる時代ですので、もちろん意見交換会の中でそういう意見も出ると思いますが、是非具体的にマニュアルを医療者側の、こちらのマニュアルを作るときには救急医療の関係者を是非入れていただきたい。これは医師だけではなくて、例えば救急医療専門の看護師もおりますのでそういった人たちも入れて是非作っていただきたいと思います。例えばこういうことについては、トリアージでかなり色々なことが、ノウハウが蓄積されていますのでそういった

ものも活用する必要があると思います。それから患者家族側、要するに在宅側のことでいえばやっぱり起きた時に慌てないようにどうするかという、きちんとその仕組みを作っておくべきではないかと思うのですね。その場合、前も申し上げましたけどつくば市でやっている救急医療情報シートをもっとしっかり活用する必要があるって、他の自治体ではかなりそういうものを巻き込んでですね、そういうプロジェクトをやっているところも出てきておりますので、こちら側のマニュアルだけではなくて、在宅側のそういう対応の仕組み、つくば市でいえばそういう救急医療情報シートといったようなものを整備していくということを同時にやっていただければという風に思います。

委員：委員のお話の続きですけれども、シートとおっしゃったのはツクツク見守りたいと我々は名付けてやっている。緊急時に消防の方が活用できるように緊急連絡先とかが書いてあるシートになっているもので、私も急変時の対応マニュアルと書いておまして、どういうものやっっていくかというのはまだこれからではありますけれども、その中の一つとしてまさに先程委員がおっしゃったようにトリアージという内容を、この今A4の1枚で表裏に色々な情報が書かれているものではあるのですが、その中にトリアージの要素を取り込むような形で、実際他県でもやれているところもあるのでそういうものを使いながら、少しでもトリアージというか、トリアージは要するに家族側なり本人側の意思決定に近い形になりますので意思表示でありますので、うまくこの紙にまとめられればというのが一つのアイデアとして持っていますので、その志真先生の思い描いているものほど立派なものになるかどうかは別ですけれども、そういう意図でこの会議に向けて準備をしていきたいという風に思っています。

会長：ありがとうございます。これは急変時の問題は本当にデリケートな問題

で、やはり本人はともかく、家族あるいは見る方よりもむしろ家族の気持ちというものを本当に大事に扱っていかないとうまくいかないだろうと思います。先程委員が言われたように、やはりトリアージというのはむしろ家族の代弁みたいなもので、それをどのような形で医療側あるいは救急側が見て判断しなきゃいけないかという部分だろうと思います。目の前にその例えばがんの亡くなり方と脳梗塞とか肺炎とか色々な問題の亡くなり方っていうのはおのずと違うわけですね。意識がなくなっただけでずっと見ていて亡くなるという場合と、がんみたいに一日から二日で急に病態変わるという場合とでは、やはり本人もそうですが家族も受け止め方っていうのはだいぶ変わってくるだろうと思います。意外と本人元気であるのに「急変した場合どうしますか」と言われたら「こんなに元気になっているのに何で亡くなるなんて言うのか」という方もいるかもしれませんし、その辺の攻め方っていうのは本当に難しい問題で、マニュアルだけでできるのかというとなかなかうまくいかとも思います。

委員：関連いたしまして、今のようなことが在宅の方では少しずつ前に進んできているし話も出ているなど思うのですが、在宅、居宅扱いの施設さん、サ高住さんですとかそんなところから急変して病院に運ばれてくる方が今増えてきておましてご家族もいない、施設の方も聞いてなかったりして、そういうところから運ばれてくるのはちょっと近々で私課題が増えてきたかなと思っております。

会長：そうすると単身者とか身寄りがいないとかそういう場合には本当に困ってしまいますよね。どういう風にするかわからないわけで、身寄りがいれば誰かいればいいですけれども。それをどういう風に持ってくかっていうのはまた別な課題かもしれませんね。

委員：この問題ちょっと体制整備部会で色々な問題があるので検討してください。いろいろ聞きたい事あります。3つ質問していいですか。これは前

回の時に言った ICT を使っているところ、地域団体はなかったと聞きました。これどうでしょう。あったのですか。ICT をやっているところは、一か所だけあったのですか。増えたのですか。ICT を使った関係職種の情報共有の実施。この時に連携ノートでいいのではないかという話になりましたよね。

委員：ICT を使ったものはいわゆる市での今の推進会議にあるように、つくば市医師会が受託した拠点事業の際に一例、パイロット的に行いました。そのあとおそらくこれはつくば市内では行われていない、あと周辺では常総市と取手市では、ICT を使った情報でそれが今度 13 日に今度茨城県内でそれを広めていこうということで医師会主導してそういう ICT を使った情報共有ということで、具体的に言いますとタブレットを利用するわけですね。つまり個人のスマートフォンを使うわけにはいきませんので、セキュリティの関係から。ただやはり当然一台 5 万から 10 万しますもので、それを各医療機関だけではなくて介護関係に配るということだとやはり財政的な制限があるということで、常総市は具体的には災害医療との連携という形で医療福祉は二年前に水害がありまして、あの時に孤立した老人ホームとかありましたのでその辺りの問題があって積極的に行政も介入してやりましょうということでそちらの方から財政の出動がありまして一応やれました。

委員：つくば市はないということでもいいと思いますが。これは体制整備の方で他の市町村の情報で今後どうしたらいいかを検討してください。

委員：結局今回いろいろ議論していて僕体制整備部会に関わるものとして色々な仕事がどんどん生まれてきました。それをただ逆に言うと市はどれくらい財政的にあるのかと、30 年度は決まっているわけですよ、使える額が。その中である程度の会議なんかの講師の部分はクリアできるのではないかと、ただ ICT を本格的にやろうとするととんでもない額が、ソフ

様式第1号

トだけで数百万します。それも更新が必要。それでは逆に言うとおそらく私が考えているのはつくば市単独では無理。それを今回県医師会が一応このソフトを、おそらく愛知県で作ったものだと思うのですが、それを数百万かかってかなりセキュリティ的には高い。安いものもいくつかありますが無償のものとか、しかしセキュリティ的に問題があってやはりそれは難しいかなど。それで来週説明会があるのでそれを確認しながらおそらく体制整備の方でも ICT を、ただ具体的にどれくらい財政的に、つまり連携ノートにしてもこれをもっと進めていくと、先程の急変時のマニュアルにしてもそうですが、包括の方たちと話した時に連携ノートの中にそういう部分を入れてもいいのではないかと。色々な種類の書類が多くなると、ツクツク見守りたいに関しても更新されない問題と、結局書いたのは書いたけど何年も放置されて、かつどこにあるかわからない。いざ救急隊が搬送しようと思ったときに患者と一緒に移動しないと意味がないのに全然移動できないというのが現実問題として出ていました。であれば一緒に移動できる可能性が高いのは、一つの案として連携ノートがあるのではないかと、連携ノートにそういう部分を利用者の相談加えられれば。やはりあと先ほど何度も皆さんから出ているようにアドバンスケアプランニングという考え方だと思いますけど、医療介護すべてのものをやはり患者さんと家族ときちんと話をして、想像力じゃないですけどどういことが起きるかもしれないよということを言いながらやっていってステージステージで変わるわけですね。誰でも年取れば病気になるかもしれないし。先程委員が言ったように、その時にやはりそこに関わっている医師なり介護者がきちんと話をしてそういうものを整理していれば、たぶんだいぶ違って来る。かつそれを、そういうものが一緒に移動できるものを確実に患者さんと移動する。連携ノートにはだからできればお薬手帳的なものも、つまりなぜかという医療関

係者はお薬手帳から飲んでいる薬見ると大体その人の疾患イメージが湧きます。大体どんな病気かわかる。どんな状態か。心不全にしてもがんにしても認知症にしても、そのあたりを一緒に動けるように、ただこれも個人情報になるのでどこまで載せていいものか。やはりどういう感じにするか、なかなかやっぱり難しく、一斉によいどんで全部の情報載せた連携ノートを作るのは難しいだろうと思います。やはり両方考えながら了承得ながらやっていって、それでも良いですよって家族なり患者さんにはそれを載っけて行きながら整備していって、体制部会ではそういう風に考えます。

委員：ありがとうございました。あと二つばかり質問があります。課の医療介護関係者の研修会、圏域別ケア会議の充実と書いてありますが夜間に開催するっていうのは昨年度も行われました。今年度のスケジュールではこれは各圏域 6 回のうち 2 回くらいですかね、1 回かな、そんな多くないよね。

事務局：1 回です。

委員：1 回ですね。だからそれは昨年度やってみただもあんまり出席はないです。結局他の多職種の人たちは昼の方が出やすいという声が多くて、だからどうしても昼主体になる。これもやはり僕はクリニックの先生方あるいは病院の医師も含めて、その事例の主治医が出ていろいろ説明してもらわないと、私は筑波以外の 5 圏域に関してはなるべく出るようにしていますけども、先程お話しがありましたが、病名と処方内容でもってその人をイメージーションするわけです。これはだいたいこういう疾患ならこの薬を使っているのでは心不全が早々に来るよ、先生はそういう風に考えているのだなと想像します。これが当たっているかどうかわからない。本来ならばその事例の主治医が来てきちっと説明してくれないと本当のケア会議できません。これが僕は圏域別ケア会議の医療側の

方の情報が少ないのが一番困る。是非これは医師会の方で、医師会だけでなく皆さん方もそう思ってもらえるでしょうからこの会議を通じてですね、各クリニックの先生に出ていただくようにメッセージを送りたい。もう一つ次のページの地域住民への普及啓発というところで、出前講座をなさるとおっしゃっているのですが、前は小さい単位でやろうとなっていた。これは随時となっていますよね。やはり僕は、これは6圏域がその医療に関わっているクリニックであるとか病院の医師であるとか、あるいはできれば訪問看護師も入って在宅医療というものを基本的に知ってもらわないといけない。それに伴う介護がどんなものが必要か理解してもらわないといけない。これは28年度のアンケート見ますとみんなそれを知りたがっている。それは情報誌だけではなかなか伝わりません。実際情報誌の中には書いてありませんから。だから是非そういうパンフも必要だろうし、やはり1圏域ごとに年間3回くらいは場所を変えて、例えば皆さん市民が出やすい土曜日の夜とかですね、場合によっては日曜とか、それくらいやらないと市民に啓蒙できないと思います。これは毎年毎年この課題は先送りになっているのです。是非これはきちんとやらないとだめだと思いますね。そうすることによって地域の先生方も、いかに在宅診療は自分が外来診療やっている延長線上で、うちに通えなくなった高齢者は、やはり少しでも訪問診療しなければいけないという意識が芽生えてくる。まだまだその辺が僕はまだ開業医の先生方はわかっているが、だけど実行に移せない。

会長：ありがとうございました。これは医師会というより医師各個人個人の考え方だと思います。だから在宅に関わらないといけないという意識はある程度皆さんお持ちだと思うのですね。ただ医師会で強制的にやれって言われてもやらないのはやらないわけです。現実には学校診療もやらない休日診療もやらない。そういう先生は結構多々いるわけです。その中で

様式第1号

在宅医療だけやれって言っても絶対無理ですよ。これはつくば市だけじゃなくて全国共通だと思います。その中でどういう形でつくば市が在宅医療を進展させていかなければいけないかというのは非常に難しい問題なので、それはともかく今いろいろと指摘された体制の問題あるいは意見交換部会の問題はその部会の方でよく検討していただいでいくようにお願いします。

委員：お願いというか要望ですが、先ほど急変時のところで私も他の救急隊の方の意見と施設の方、施設からの救急も多くて救急隊の人も実は困っているとかあったので、検討素材にその人の意見や実績を見ていただいて検討していただくのが一つと、専門職から専門職への相談助言とか、単純に言うとケア会議で出た色々な課題がたぶんここに網羅されている想定とした場合に、私も去年何回か出ましたが、どちらかというところオフザジョブで研修するという形が多いのですが、例えばケアマネさん要介護重たい人微妙な人とかに、今日お越しの歯科医師さんとか栄養士さんとか薬剤師さんとか我々リハ職がアウトリーチできる一緒に同行していただけるような研修とシステムがモデル的にできれば、なんかそんな話があったような気もしたのですが、そういう話で医師の時間を少しでも密に。何でもかんでも医師の方に行くのも大変だと思うので、何か食い止められるような方法を何か考えていただければ、別に今年じゃなくても来年以降でも構わないですけど。要望でございます。

会長：ありがとうございます。事務の方でよろしく申し上げます。時間来ていますので、2番のつくば市在宅医療介護連携推進事業の評価資料、資料2にあたりますのでそちらの方事務局から説明よろしく申し上げます。

事務局：資料2に基づいて説明。

会長：ありがとうございます。ただいま事務局の方から資料2についての説明がありました。今後進めていくうえでいろいろあるけども、理想像を皆

さんから伺ってそれに対してどういう形が一番推進するのに良いか、実際この数字で見るとつくば市の参考資料の中に今後の地区の老化あるいは高齢化率とかいろいろ書いてありますけれども、そういうのを見ながらどういう形がいいのかなと、皆さんご意見があれば伺いたいのですが、よろしいでしょうか。

委員：非常に重要な問題だと思います。ただ理想像という言葉が使われてしまうとどういう風に考えたらいいのかという戸惑いがありますので、理想像という風に言うよりは地域包括ケアシステムというか、地域包括ケアという考え方は既にある程度厚労省が提示していますし、例の植木鉢の絵ですよね。あれはある一つの地域包括ケアのモデルというか概念モデルだと思います。ですからあれをベースにして、そこに個々のつくば市の具体的な考え方を盛り込んでいくというのが私は良いのではないかと。それは、理想かどうかはわからないのであって、そういうものをここで論議するのは非常に大事ですし、あの中にいくつかの葉っぱがありますけれども、その葉っぱはつくばの場合はどうなるとか、それからこの土壌はどういうふうにするか、そういう論議の進め方をできればしていただきたいということが一点。もう一点は地域包括ケアのその植木鉢モデルの中に、ずっとはっきりしなかったのが最後の人生の最終段階のイメージですね。それをどう考えるか、地域包括ケアの中でどう考えるのかずっとはっきりしないまま来ていたのですが、一昨年の地域包括ケア研究会の報告書の中にやっぱりその人生の最終段階という言葉を使ってそこにおける地域包括ケアの役割というのが書かれている章ができたのです。でそういう意味で最後の看取りの状況を、っていうのをどういう風に考えるのかというのを是非その論議の中でも取り扱っていただきたい。ただこれも言葉で非常に難しく、一般の方に看取りっていうと亡くなるその時っていうイメージされる方が多いですね、でも医療従

事者の中では看取りというともう少し前の段階から含めて看取りという風にイメージすることが多いですね。一般の方の考えているイメージと医療とか介護に携わる方のイメージは必ずしも一致しない。その地域包括ケアのイメージもたぶんそう、なかなか一致はしないだろうと思うのです。だけどとりあえず介護とか医療を提供する側がどんなイメージを持つのかっていうことを植木鉢のモデルを一つのベースとして論議をしていって、その時にはその看取りということもその中に入れて論議をしていただきたいというのが私の要望です。

会長：ありがとうございます。その他に何かご意見ございますか。

委員：こういうやはり評価項目を作るのは大事だと思います。事業としてやっていく上では、ただ、結局地域包括ケアという言葉自身もいわゆる厚労省とか国が結局、今の社会皆さんご存知のように、国家予算の三分の一が社会保障、これが 2025 年問題といわれるように、団塊の世代が後期高齢者に差し掛かるときにもっと激しいいわゆる都市型高齢化が進んで例えば神奈川、千葉、埼玉だけで 400 万人の高齢者が出てくる。その人たちにどうやったら対応できるか。看取りを含めて。それが既存の施設病院含めてだけじゃ無理だろうということで、たぶんこの地域包括ケアが出て、ただやはりアンケート調査を 28 年に推進事業の意識調査やっていますが、結局意識調査でみると少なくとも一般の人たちは家で死ぬのはなかなか大変で、介護も大変だっちはつきりある程度、これは何年も前から何回やってもこれはほとんど変わらない。これをそのまま受け入れて、その理想としてこちらがそういうサービス提供しようっていうのは無理だよ、ということでたぶん地域包括ケアって形が出てきていると思うので、逆に言えばどうすり合わせていくのかということだと思います。そうすると、そのためにはたぶん我々行政もそうだし医療介護関係すべての、やはりここに今日いる人たち皆さんがある程度意識改革じゃ

様式第1号

ないけど、住民の皆さんの意識改革を図って行って、あと先程話がありましたように、看取りというのもそうなのですが、結局僕終末期に関わっていますので、比較的僕は非がんなのでおとなしいですけど、静かに比較的きれいに亡くなる方が多い。やはりがんの終末期なんかでやっぱり吐血したり血が出たりもう家族が見てられないほど痛みとか、だいぶ緩和医療進みましたからそこまではいかないと思うのですが、そういう面を全部最後まで家族に背負わせるのは、僕は無理だと思う。在宅の看取りを上げますよというのはわからないでもないですが、わかりやすい数値だけど現実には僕はそういう本当に大変な場合はやはり最終的には医療機関でいいじゃないかと思います。それまでの期間、途中経過を在宅で過ごせばある程度目標は到達したのではないか、もしもそのあたりが可能であればそういう数値目標を持つことも例えば単に看取った数が在宅で増えたってだけではなくて、もう一つその辺りが評価できる数値目標出していただくと僕たち在宅医療やっているものとしても、何が何でもとにかく家で死になさいとはなかなか家族にも言えませんそれは。やはり、いよいよになったらしょうがないよ、ただそれまでは僕たちも手を尽くしていろいろ頑張るし、みんなで、多職種でお手伝いするから支えるからということと言える。ただその辺りをどういう風に、難しい部分はあると思いますが評価していただけるようなものにしていただければもう少し違うのではないかなと、そのアウトカムに関しても。あとはやはり意識改革を図らないと、なかなかこの地域包括ケアの中で在宅を中心にするのは難しい。これはつくば市もそうだし国の調査を見ても、結局は例えばがんを見てもある程度落ち着いているときは在宅で、でも終末期には施設がいいとか、認知症も重症になったらもうみんな施設がいいとかそういうアンケート調査は何回やっても同じ結果が出ているので、それはおそらく変わらないかと、ただこれは現実ではこれもな

様式第1号

かなか難しい部分が出ているということも皆さんに知ってもらうしかないのかなと、住民の方に、これをどうやっていったらいいのかなというのはここで、みんなで知恵を集めていくことになると思います。

会長：ありがとうございます。

副会長：指標というのはすごく重要で、ただちょっと私流れを確認させていただきたいです。この指標具体的につくば市に対して評価をして、数字を出してやっていこうというのはこの委員会に託された課題とっていいのでしょうか。そうであると実際どうやって計算するのかというのが具体的にわからないですよね。そういうのをこれからじゃあ考えていくということになりますか。そうであれば私学術的な立場にいるのでちょっと一言。私たちもどうやって地域包括ケアを図ったらいいのかというのはすごくやっていて、例えばこの間、厚生省の指標というのには載せたのですが、全介護保険利用者のうち何人が一回も家に帰ってないのかっていう数字と、それから何日家に居られたかという数字は、計算することは介護レセプト使うとできますので、それを全国の市町村に対して算出して都道府県別の結果とかを論文にしました。そういうのを開発する立場にいるので、せっかく委員に加えていただいているので、もしよろしければそういうところをやらせていただくことはできるかなと思って伺っています。その場合、介護保険のレセプトというのがマテリアルになるので、それがあれば色々な数字を出すことはできますのでもしよろしければ、考えていただければ、それから満足度がすごく重要でこれはなかなか今までの指標の中で指標化されていないものなので、本当にこの満足度出すということであれば、あと看取りの満足度とかもいろいろやらなければいけないと言われていつつ、できないでいるので市でこれはというものを作るということであれば学術的にこんな風な聞き方がいいのではないかというのはお伝えできると思います。

様式第1号

会長：市の方はどうでしょうか

事務局：是非お願いしたいと思います。また満足度とか連携できているかという多職種の満足度に関しては28年度に第一回のアンケート調査を行いました。このあとまた31年度のアンケート調査に向けての話もありますが、そこでの比較などをしながらこの3年間でどのくらい伸びたかなどを31年度でお示しできると思いますので、31年度以降の協議会でまたそれを参考に話し合いをしていただきたいと思います。

会長：ありがとうございます。やはりこの指標は野村総研のやつを参考にしたいと思いますが、先程委員が言われるように構造的な問題というのは、いわゆる地域構想の中でも示されている、急性期とか色々な区分あるいは慢性期あとは療養的な問題も含めて、筑波地域としてはある程度満足じゃないけど、施設としては充足している。ただ慢性期とか一部少ない部分はありますが、この2次医療圏として考えればまあまあ整っているところがあると、ただそのあとの中で多職種の連携の問題とか、それは先程資料1の中で検討して体制整備部会あるいは意見交換部会の中でいろいろ整備していかないといけない問題もまだ多々ある。そういうものを含めてですね、最後にいわゆる満足度がどうなのかと、満足度が悪ければじゃあどこを直していかなければいけないか、というのにまた帰るわけですけども、そういうのを見ながらやっていかないといけないのかなという感じもしますけど。まあ今ある施設の中でどういう形でそのお互い連携取りながらより良いサービスを提供できるかという部分なのかなという感じがしますけども。他何かご意見ありますか。

委員：先程委員がおっしゃった、在宅で診るといふことの方で、一ケアマネとして苦い経験をしていまして、やはり在宅で看取るというイメージが病院の治療されているときの診療の合間でのお話と、やっぱり開業医の先生たちがいっぱい経験豊富な中、あと家族構成もご理解して

様式第1号

いる中でのICの違いというのをすごく感じていて、二人体制というか先生が二人で説明してくださるというようなタッグを組んでもらえるようなケアマネージャーにお力をいただけるといいなと思う時もありますが、そういう協力というのは難しいというか、どうでしょうか。

会長：委員どうでしょうか。

委員：これは会長もよくご存じだと思いますが、介護審査会で介護認定やっていますけど、つくば市かなり特徴的なのでいわゆる大きい病院、筑波大、記念病院等が主治医のところがあります。極めつけは眼科とか皮膚科の先生が主治医のとき、そうすると主治医の意見書が出てきたときに当然のことながら診た疾患しか書いてない。でも実はこの人介護サービスなんのために必要なのというのと全然的外れな、でも医者がそれしか見てないから全然そこのピントが合っていない。まるで乖離している状況が非常に困っていて。それが一番顕著な筑波大学のほうにお話し申し入れをして、ただ逆紹介に関しても若干我々が考えているものとはちょっとずれていて、大学病院のほうはどちらかというたとぶん今の医療改定での外来とか入院の比率とか、いわゆる専門疾患でもちょっと返したいっていうのも関わって、どっちかというといわゆる専門疾患でも返したい。僕たちが在宅で介護を受けたような人たちがケアマネージャーはじめとした方々が情報、さっきも出ましたけどどうやって情報収集したらいいかわからない。連携室整備されてきたのでだいぶ違うと思いますが、その辺りがあったので、委員も前からおっしゃっているように二人主治医制というか、いわゆる専門主治医と在宅の主治医というのがあればいい、ただ現実的にはなかなかそこまでは進んでない。でもそれを今進めようと医師会、会長はじめとして頑張っているのももう少し時間いただければという風に思っています。

委員：ケアマネージャーとして2点、1点は先程委員から話がありました主治

様式第1号

医とはちょっと違うかもしれないですけど、ターミナル期がん末期の方の認定結果が要支援出たり要介護1出たりということがあります。致し方ないのかもしれませんが、一気に体調が変わっていく中、区分変更したりどうしてもベッドマットレスが足りない状況で要介護1の方に対応しますので、軽度者申請という形をとったりしますが、がん末期で今回の介護報酬改定でサービス担当者会議を省いてもいいというようなこともありますので、審査会での結果を、ここでいう話ではないのかもしれませんが、もう少し考えていただけないのかなというのが1点。あと在宅医療介護の地域包括ケア作りの中の最後の部分ですけれども介護報酬改定の問題でもあるかと思いますが、ここ3、4年くらいでヘルパーステーションが相次いで閉鎖しています。今のところ何とかケアプランに位置付けられて相談はできていますが、近いうちにまた一社閉鎖するというのも聞いていますのでその辺どうにもならないのかもしれませんが、一番介護を担うヘルパーステーションのところに何かいいアイデアとか支援はないのかなというのは感じているのですみません発言させていただきました。

会長：私も介護審査会出ていますが、僕ら意見書を書いてあとは調査員の調査票を見ながら審査しています。確かにがんの末期というよりも、がんである程度転移があったとか、そういうのもありますが、そうするとこの人がこういう状態だったら一か月でひよつとしたらって言うのですが、現時点でその調査を提案された時点での動けますよとかをいろいろ食事とれるとか、色々なことを考えちゃうとコンピューターは決まった評価しかしないわけですよ。そうすると介護1だとか要支援2だとか来るわけです。でもそれは、しょうがないのかなという感じです。もし状態が変わった時点で至急にやってもらえれば市のほうも早急に審査会にかけてくれると思います。週に4日ですよ、たしか。週4日やっています

様式第1号

から、介護は前もって請求あればさかのぼってその体制はできますので手間はかかりますが、そういう形で対応しなければいけないのかなという感じはします。現場見ているとこれちょっと大丈夫なのかなと言って将来見越して介護3にしましょう4にしましょうということは現場ではなかなか審査会の状況ではできない部分です。あと後半については何でしたでしょうか。

委員：ヘルパーステーションです。

会長：市の方どうですか。そのことに関して。

事務局：ヘルパーステーションが閉鎖の原因というのは何なのですか。

委員：介護報酬が下がったということや疲弊した後に辞められた後の補充がきかなかったというのを聞いています。

事務局：市では在宅医療の基盤整備事業というのを行っております。訪問看護ステーションなどでしたら補助する制度は茨城県の補助制度がありますが、ヘルパーステーション自体は今のところないので今後検討していきたいと思います。

会長：おそらく一つは人数の問題もあると思いますが、例えば心理的に維持できて、ある程度利益が上がるのであれば頑張ると思います。介護報酬というのは皆さんご存知の通りそんなに十分な財政的な支援はない。かなり厳しい状況でやっているのに報酬改定でどんどん下げられるというのがあるので、経営状況も非常に厳しい状況があると思います。国になんとかしてもらわないといけないですが、何しろ財源というのは財務省が握ってしまっていて、財務省と厚労省の駆け引きで決まるみたいですね。だからましてや高齢者がどんどん増えてきますからどうしてもその部分の財源には厳しくなってくると思います。

委員：追加ですけれども生活支援サービス、これがかなり緩くなって、これは地域包括支援課に言っていますけれども要するにヘルパーの介護福祉士

の資格がなくてもそれに準じた研修を受けたサービスを提供する。たとえば、NPO とかあるいは地域のボランティアとか、そういう支援サービスが今荃崎地区をモデルにして市はやっていますので、それが具体的に出てくれば訪問介護の中でヘルパーさんがやることが減らすことができる。だからその辺しかないと思う。国の介護者なかなか上がりませんし、そうすると現在のヘルパーの過重労働を減らしていく。本当に必要などこだけあとは地域の補助とか、あるいは NPO の生活支援サービスを使用する。そういう風になると思います。

委員：介護申請の話ですけれども、いま緊急ルートというものはあるのか、例えば委員を前にして、末期のがん患者さんの言うのもあれなのですが、そういうその介護申請の段階変わっていくというしょうがない現実がある中でもう一回申請し直す時にその特定の疾患に対しては行政のほうで、通常時間がかかるじゃないですか申請をし直すと、そこを緊急ルートじゃないですけどそういうサポートというのは行政のほうで何かありますか。

会長：それは僕が知っている範囲では、例えば状態ある程度落ち着いていて介護 1 だったと、ところが不測の事態起きて介護度アップしたと、家族のほうからこういう風にしてくれって、その時点で再審査請求すればある程度介護度アップしたサービスを受けられるはずですよ。そういう風に理解していますけれども。

委員：もしそういうのがあればなんですけども、そういう質問が出るっていう、現状皆さんしょうがない部分もあると思いますが、もう少しそういうルートがあるのであれば情報公開情報共有を、行政もそうですし現場のほうに伝わると、こういう時はこういう風にしたら、すればこの期間は、特別って言い方はよくないかもしれませんが、できるよっていうのがちょっとあれば相談ができるということじゃないかな、と

様式第1号

ということだと思います。この辺の会長がおっしゃったそういう可能性があれば情報公開ができればなど。

会長：ありますが、あくまでも主治医と調査員の意見所のマッチした部分がないと審査できないです。だから例えば調査員が次の日に書いてくれても主治医がどんどん書かないで1週間も2週間も書かなければどうしても審査日は遅れるわけですね。翌日書いてくれって言っても主治医はなかなか書いてくれませんので、ただとにかく状況見てかなり介護度がアップしているなど思えばその時点でケアマネはある程度、介護度に見合うサービスを提供して、それであれば遡ってできるはずですよ。市のほうはどうでしょう。

事務局：以前、介護保険課のほうにおりました。委員からありました件について、結論から申し上げますと緊急のルートは特段設けておりません。急変した時に区分変更の申請をしていただいて、調査員が速やかに調査に行ければ区分変更申請したときから新たな介護度ということになる。がん末期の方だと調査にすぐ行けなかった場合残念なことに亡くなられてしまったというような場合には調査未了になってしまうので、認定を出すことができないというようなことが現実的にあるのかなと思います。介護保険課としてはがん末期の場合については審査会に追加等して、速やかに出していただくようにはしているところです。以上です。

委員：補足的に言うと、最後事務局から話がありましたが、申請の審査のスケジュールが普通にある中で、追加的に1週間とか2週間後だけど、明日やりましょう、という意味では緊急のルートはありますが、事務局が言いましたが、会長の話でそれ以前の資料がそろっていないとそこにのせられないというのは、それはそうだねというところがあります。それぞれの事案ごとの状況によって違うとは思いますが。

委員：審査会をやっていますが、我々のグループではがん患者さん出てきた際、

様式第1号

必ず緊急で、だいたい状況を見て、主治医の意見書と調査票を確認し、緊急性、必要があれば介護度をアップして審査します。そういう形でしています。

会長：ありがとうございます。審査していて難しい部分結構ありますよね。調査員の方が、意外と良いではないですが、日常生活ある程度送れているし確かにどうかという部分ありますが、あくまでその時点での部分の評価というのがこの介護の状況なので半年後一年後を考えて評価するというものではないので、その時点での評価はちゃんとしなければいけない。ただ緊急の場合にはなるべく速やかに、ただがんの場合は2、3日で急変しますので、それを評価してほしいと言われるとこれはちょっと無理があるかもしれないですね。脳梗塞とか他の肺炎とか色々な問題あればもう少し時間はありますが、がんの場合は数日で変わってきますので、それを予想して先程委員が言われたように介護3がいいとかあるいは4がいいのかと言われるとなかなかそこまで介護度アップできるかどうか、やっている者としては疑問ですね。あくまでも現時点での評価というのが介護度の基本だと僕は思うので、状態が悪くなればまた出してもらうというのがやり方だと思います。

委員：区分変更では間に合わない。

委員：特に若い方、50代60代ぐらいのがんの方を感じるのですが、本当にぎりぎりまでお仕事にもいらっしゃったり無理しても歩かれたりする人いらっしゃいますので週単位でぐっときます。ダメだと思うのですが例えば主治医の意見書の中で月単位とか病気予後が予測されるとか何か書いていただいたりしたら。せめてぎりぎりの最後に終日ベッド貸していただけたらって思う事例が多く感じます。

委員：介護審査会に関わるものとして、会長も今おっしゃったように基本的にはその時の介護度の積み重ねなので、疾患の重症度ではないというのは

様式第1号

皆さんお分かりかと思います。確かに急変の可能性とかベッドが必要な
のか、何のために必要なのか。それが主治医意見書の特記事項に書いて
あれば全然違うと思います。だからその辺のきちんと記載がある意見書、
僕たちが上げる動機となるものが入れば十分それはもちろん対応しま
す。ただ何も通り一遍でがんを治療しています、バーツと書いてあって、
この人は一応自立していますとなるとたぶん支援1とか支援2になるこ
とがあります。これは僕たちの責任かもしれませんが、主治医意見書
をどれだけちゃんと書くか。特に特記事項をどれだけ書くか。あと、ケ
アマネは腕の見せどころもあるのでしょうか。例えば医療あれば当然訪
問診療することもあるでしょうし、それからあと例えば特別指示書で訪
問介護の医療のほうで対応できると思うのでベッドが一番大きいと思う
ので、やはりベッドがなぜ必要かというのを特記事項にきちんと記載あ
れば、あまり問題なくその状況みてこれは介護にしたほうがいいよねと
かになるだろうと思います。だから全く記載がない、逆につらいかもし
れませんが逆にケアマネのほうから主治医に、結局区分変更入った時
にも主治医は全然区分変更何故したかわからない状況で書いてある意見
書もよく見かけます。これは逆に区分変更が主治医を通さない、とい
うか言ってないままでなされているのではないかと思う時もあります。審
査会で区分変更見えていますけど明らかに主治医が理解せず内容書いてあ
ることもありますが、書いてないのもいっぱいあります。そのときそれ
でじゃ我々はどうしようもない。ほとんど変わってないこともあります
ので結局却下というのもあります。だからケアマネージャーの側として
も先生この状況だからこの部分ポイント置いてと言ってもらったほうが
助かります。

委員：早速委員が言われたケアマネージャーのその心構えというか先生にちゃ
んと話をするという事は申し伝えたいと思います。ただ今までの会議

様式第 1 号

の中でもケアマネージャーがやらなければいけない仕事が大変増えてきて、課題ばかり増えていて途中状況変われば区分変更申請すればいいと言われても、書類とか面倒くさいというか、月頭で変わればいいのですが、2段階になったり、やり方がすごく大変な状況であったり、ベッドを借りられるのは介護2以上なので2以上がいいと思ひまして。あとは審査会でそこら辺は全部知っていただいているとばらつきがなく皆さんその辺ご了解いただけるとありがたいなって希望です。よろしくお願ひします。

会長：検討の余地がありますね。がん全部介護2以上にしたらえらいことになりますからそれはもう無理だと、主治医の意見書によく書いてもらって「これこれ、こうでこういうことがあるからよろしくお願ひします」ぐらいしかないのかもしれないですね。時間も迫っていますので3の平成31年度つくば市在宅医療介護推進事業意識調査について資料3ありますが事務局より説明お願ひします。

事務局：資料3に基づいて説明

会長：ありがとうございます。調査ですね。来年度。今年協議事項いろいろ煮詰めまして来年に31年度に意識調査を実施すると、3年ぶりの実施ですかね。そういうことになっていますけど何かご意見ありますでしょうか。

委員：これは対象についてお聞きしたいのですが、どういう基準でこの職種を選んだのか。例えば医師というのは、看護師は訪問看護師限定されているのですが医師は在宅診療に携わっている医師なのか。これはどういうことなのか。右の備考のところでは産科、眼科、耳鼻科は除くと書いてありますけど例えばリハビリのセラピストなんかは入れたりしていないのか。

事務局：この28年度の調査の時は第一回の初めての調査でありましたので、医師も訪問を行っている医師、診療所ですかね、で歯科医師、ケアマネー

様式第 1 号

ジャー、訪問看護師となっております。この時にもご意見いただいたのですが、リハ職であるとか薬剤師であるとかそういうところにも是非行ってほしいというご意見もございましたので、今回この協議会でその対象ですかねどういうところに増やしたらいいのか、それとももっと減らしていいのか色々な意見があると思いますので是非この協議会の中で特に対象の団体についてご意見をいただきたいと思います。

会長：ありがとうございます。他に何か。

副会長：この間の時にご意見少しさせていただきましたが、調査がすごく多いです。高齢福祉課のほうでも私も委員長していて、この間したので。どんどん調査をやっても住民が大変なので、例えばこれもこの間の調査結果がどうで、その課題がどうで、それはどうなっているのかっていうのをまず把握して、そして調査が本当に必要なのか、それで必要ならばこれは必ず聞いてということを経験していないと、正直言ってこの前の調査の結果もこの委員会の中できちんと把握して活かされているかというところ、ちょっと疑問なんじゃないかなと思います。それだったらこの間の調査結果を、もう一回ここで見直して皆さんで議論するとか、そうするとおのずとどういう先生を対象にしたらいいとか、そういうことは後で出てくると思います。ちょっと私それを提案したいと思います。

委員：すみません私この会議の資料いただいたときに平成 28 年度のアンケートを過去の資料を見返してみたのですが、やはりこの時にアンケート結果とかがきつと部会のところまで降りてきてなかったということで共有できていない、それからたぶん今後何回かに分けて設問の設定とかを協議する予定にはなっていると思いますが、28 年度にやった時にその設問に対してもしかしたら色々なご意見も、これは答えにくいとか、色々なご意見がもしかしたらそこにもあったと思うので。そういうことも資料化していただけると今後の議論に活かせるのではないかと感じましたので

様式第1号

発言させていただきました。

会長：ありがとうございます。何か他にご意見ないですか。

委員：私も副会長の意見に賛成です。例えば一般市民の方の色々な意識というのはほぼ5年の間、例えばこういう在宅医療に関するものですとか終末期に関わる意識はそんなに変わらないということがこれまでの調査で大体わかっていることです。ですから一つは副会長

が言われたような方向性、つまり前回の結果の共有をしてその中で足りないものは何かということをはっきりと明らかにしていくのがいいということと、もう一つはやっぱり職種はもうちょっと増やした方がいいかなと、そういう意味では同じ職種にやるかどうかということも含めて検討したほうがいいかという風に思います。例えば薬剤師の方はこの間積極的に訪問薬剤師等出ようというところも増えてきていますので、やっぱりそういう方たちの、そういう薬剤師の方の意識っていうのをきちんと把握するとかですね。同じことを継続してやるっていうことのプラス面と、これまでやってないところをどうするかというような検討と両方されたほうがいいのではないかと思います。

会長：ありがとうございます。その他に意見ございませんか。では今出た意見事務局はどうですか。

事務局：地域包括支援課としてはできれば3年前と今度の31年度でどのくらいの連携ができたかとか、市民が在宅医療に関してどれくらい認知度が増えたか、というこの3年間行ってきた事業に対しての変化評価を踏まえて28年度に行った対象のところにはできれば行ってその差を調べたいと思っております。

会長：ありがとうございます。追加する項目、あるいはこの職種でいいのかどうなのか含めてこの協議会でまた検討し、今年度中にまとめて来年度また意識調査をそれに基づいて実施という形にしたいと思っておりますので、そ

様式第1号

れでよろしいですかね。ここの場では結論出ないと思いますのでもう一度検討するということにしたいと思います。その他何かトータルで何かないですか。よろしいですか。

委員：今日の配られた資料の中にある、出前講座で使うという冊子がありますよね。在宅医療と在宅介護住み慣れた家で人生最後までという。これはですね、この3月に改訂された人生の最終段階の意思決定に関するガイドラインというのが厚労省から出ておりまして、そのガイドラインから見るとちょっと不十分かなと、やはり今の基本的な考え方を十分踏まえたうえでこういうのは作らないと、誤解を生んだり、色々な問題が起きたりすると思うのです。例えば具体的に言うと、このエンディングノートということについても厚労省の検討会でかなり論議がありまして、こういうものを一律にやる必要があるかどうかと、そういう意見も多々出ています。全国的に言うといくつかの自治体では自治体がエンディングノートを配るというところも出てきまして、これは賛否両論ありましてかなり批判を受けているところもあります。ですからこのパンフレットは十分このメンバーの中で検討してそういうガイドラインを踏まえた形にちょっと変えていただいたほうがいいかなというように思います。これはついでになってしまって話題が飛ぶのですが、先ほど病院の医師とか在宅をやっておられる先生と二人の主治医がいいという提案がございました。私も基本的にはそうだと思いますが、そのためには医師が変わらないとなかなか難しい。これはちょっと時間がかかる。今度診療報酬も介護報酬も人生の最終段階に関するガイドラインが、診療報酬の要件として盛り込まれている。ですからそれぞれの医療機関でやはりこれはきちんと研修させないといけない状況になってきています。ですから今度この事業の中でもそういったことの研修会をやると聞いておりますので、そういったつまりこれは医師会の先生も当然そういうガイドライン

様式第1号

面というのは大きくなって今特養だけなのではないでしょうか。でも特養だけじゃなくて今地域包括ケア病院のメディカルショートとかの話もありましたし、小規模多機能の話とかもありますので、これは小さい地域から小さいところで実現してくというのが一歩進んだのがすごく大きいことだと思います。ですから是非これをきちんと定着させて、いかにそれによって介護者が役に立ったかみたいなことも、もし同時に評価することも事業として最初から設定していただけると、日本でここまで設定しているところまだないですし、またさらにメディカルショート含めるとここならではのものになると思うので、お礼とともに是非これから展開してほしい。それから評価もしてほしいと思っております。以上です。

会長：では事務局をお願いします。それでは時間も来ましたのでこれで終わりにしたいと思います。あとは事務局の方で何か伝達事項ありましたらよろしくをお願いします。

事務局：閉会あいさつ