

会 議 録

会議の名称		令和 2 年度第 1 回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会		
開催日時		令和 2 年 8 月 5 日 午後 6 時 30 分～		
開催場所		つくば市役所本庁舎 2 階 職員研修室		
事務局（担当課）		保健福祉部地域包括支援課		
出席者	委員	飯岡幸夫会長、田宮菜奈子副会長、小室伸一委員、吉場勉委員、志真泰夫委員、成島浄委員、加園真樹委員、荒井富江委員、芥川知己委員、斉藤秀之委員、中川広子委員、濱野淳委員、下村千里委員、小關剛委員、松浦幹司委員		
	事務局	安曾保健福祉部次長、黒田参事、会田課長、板倉課長補佐、中島保健師長、柳田係長、藤田社会福祉士、村田保健師、大津主任、加藤会計年度任用職員		
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
非公開の場合はその理由		傍聴者数 3 人		
議題		(1) 第 8 期つくば市高齢者福祉計画アンケート結果について (2) 医療と介護のありたい姿と評価指標について (3) 令和 2 年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会実務部会について (4) その他		
会議次第	1 開 会 2 あいさつ 3 協議事項 (1) 第 8 期つくば市高齢者福祉計画アンケート結果について (2) 医療と介護のありたい姿と評価指標について (3) 令和 2 年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会実務部会について (4) その他 4 閉 会			

様式第1号

<審議内容>

飯岡会長：これから会議を始めさせていただくのですが、会議に入る前に、市政運営の透明性ということがありまして、それに関するつくば市の附属機関の会議及び懇談会等の公開に関する条例というのがありまして、それによりまして、つくば市今回のこの会議が要綱の第5条第2項に基づいて会議を公開ということになっておりますことをお伝えさせていただきます。

また、皆さんのところに配っておりますように、当日資料の新しい会議様式というのを配っておりますので、会議時間をなるべく短くして内容の濃い会議にしたいと思っておりますので、会議の運営に皆さんの御協力をお願いしたいと思います。

それでは、これから協議事項に入りたいと思います。

協議事項の1の第8期つくば市高齢者福祉計画アンケートの結果についてということで、事務局のほうより説明をよろしく申し上げます。

事務局：配布資料に基づき説明。資料1 資料2 説明

飯岡会長：ありがとうございます。ただいま事務局のほうから、つくば市の高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査結果についてということで説明がありましたけれども、委員の方、何か御質問あるいは御意見等がありましたらお伺いしたいのですが、どなたかございませんでしょうか。

今日、僕、読売新聞のほうで、このACPとかいろいろあって、3人の先生方が一面に載ってました。それをちらっと見てきたのですが、日本では、やっぱりACPとかそういうものに関しては、まだ年月が浅いと。諸外国では、もう約半世紀、それについて、いろいろな患者さんとか、家族とか周りとか、本当にいろいろな協議をやって、いろいろな壁にぶつかりながら進展して、やっとここまでたどり着いたというのが現状みたいです。

そうはいっても、超高齢化は、日本は世界で一番進むのが早いので、先進諸国でやったことを踏み台にして、最良の方法をやる必要はあるとは思いますが、このACPについては、本人だけじゃなくて、もちろんケアマネ、医師もそうなのですが、それ以外に、本当に心から話せる友人とか周りの人とか、もちろん家族、それから、そのほかいろいろな人が協力してその人の生活を支える、あるいは、どういう形でその人の生活あるいは最期を迎えるのを、最期をサポートするというのは変な感じですが、本人の望むような人生の終わり方というのもかなえられるのが、これだと思うのですが。

ともすれば、最後は人工呼吸器つけないよとか、あるいは終末はこういうことはしないでくれ、それをやればもうACPだという形で誤解あるようなのですが、もっとそういうことじゃなくて、やっぱりその人がどういう形で考えているか、あるいは人生の終わりをどういうふうに迎えたいかというのが、人間というのは生まれて必ず亡くなるものなので、その辺の考え方を、今後は先進諸国のいろいろな対処の仕方を見て、やっぱり日本はまねるところはまねるし、改善するところは改善するという方向で行かなきゃいけないのかなと、今日新聞を読んでいて、ああ、なるほどなど。まだまだ日本は、考え方としてちょっと違

うのかなというふう感じた次第です。読売の真ん中一面に3人の先生の声がか
載っていましたので、もし読売を取っている人がありましたら、読んでみると非
常にいいかもしれない。何か御意見等。

田宮副会長：きれいにまとめていただいて、しかも経年まで見せていただけたこと
を、すごく参考になったと思います。ありがとうございます。

それで、関連して2点コメントなのですけれども。一つは、この経年変化が本
当にどういう意味かなというのを見る場合に、ちょっと気になるのが回収率で
すね。今回の回収率とその前の回収率がもし分かれば、どこだったか、すごく回
収率が低いときが、5割切ったところもあって、そうすると、関心がある人が結
構高い場合、セレクトされているというバイアスがちょっと大きいので、そうな
ると完全に比較はできないときもあるので、せっかく経年変化を出していただ
いたので、その各年の回収率がもし今後分かればありがたいなと思います。それ
もまた調べておいて、すぐに分かるのかもしれませんが。

それともう一つ、今の先生のおっしゃったACPのことで、私、この結果を見
て気になったのが、7ページの「話をするつもりはない」というのが3割近く、
要支援・要介護認定者でいらっしゃるということなのですね。これは、本人がお
答えになっているわけですよ、きつとね。そうすると、もう話をするつもりが
ないと要支援・要介護認定の段階ではおっしゃっている方が結構いらっしゃる、
その分、「話をしていない」「今後話をする」という人も、一般高齢者に比べ
ると減っているのですよね。7ページ。

そうすると、やっぱりこれは早い段階に、今、会長がおっしゃったように、日
本ってアンタチャブルな感じもあって、既に要介護・要支援になった方は、そ
ういう話はもうしたくないということを表明している人が結構いらっしゃるの
で、早いうちに進めていくことがすごく重要だなと思いました。

同じように早いうちにとというのは、在宅のほうでもそうで、結構、要支援・要
介護認定の方でも知らないという方がまだいらっしゃるので、ここはちょうど
書いてくださっていたように周知を早めにしておくということが一つ。

それと、本当にACPについては、要支援・要介護になっているともう話をし
たくないという方が意外と多いということは、すごく読むべき結果かなと思
いました。ありがとうございました。

事務局：田宮副会長すみません。高齢福祉課のほうで分かる範囲で、回収率、御報
告できるものがございますので、今御報告させていただいてよろしいでしょ
うか。

田宮副会長：はい。

事務局：高齢福祉課の大江と申します。アンケートの回収率についてお答えさせ
ていただきます。

順番に申し上げます。一般高齢者、平成29年度の調査になります、51.9%。
続きまして、要支援・要介護認定者42.9%。続きまして若年者、平成29年度、
36.3%。続きましてケアマネジャー、58.0%となっております。

田宮副会長：それは第7期。

様式第1号

事務局：これは、第7期の計画のアンケート調査です。

田宮副会長第8期は。

事務局：第8期につきましては、お手元にごございます資料1-2の概要版のところにごございます。

田宮副会長：今度のほうがいいですね。

事務局：そうですね。回収率は上がっています。

田宮副会長：上がっていますね。そうすると、よりセレクトされていない人が入ってくるという感じですよ。多分7期、結構低かったですね。要介護者42.9でした。今回、50行きましたね。こっちのほうが良いかもしれません。ありがとうございました。

そうすると、7期のほうがよりセレクトされた、よい方向の答えが多かった可能性はあるので、それを少し差し引いて見たほうがいいのかもかもしれません。だから、知らない人が今度増えたというのは、アンケートの回収率が上がったことがあるかもしれない。知っている人だけが答えたというのは、セクションが多分、前の28年のほうが高かったのでしょうか、きっとその4番とか。

ありがとうございました。方向が分かってよかったです。今回は、回収率が前より高いということは、より真実に近いと考えていいと思います。ありがとうございました。

委員：濱野です。資料の14ページにありますアンケート結果とこれからすることという1対1の対応表ですけれども、恐らくこの会議で以前議論になったのが、多分お手元の資料の2-3という医療と介護のありたい姿を踏まえた評価指標（案）というのがたしか作られて、今回のアンケートは、恐らく一番右側のアウトカムというところに近いのかなと思うのですが、そのアウトカムを経て、これからすることということに1対1対応ができるかどうかというところは多分議論が必要かなと思っていて、多分そのためにストラクチャー、プロセスの指標をつくって、この黄色で網がけしてある比較的集計しやすく重要な指標案というのが多分あって、これらを含めてアウトカムを解釈して次のプロセスに進めるという議論が以前あったように記憶しているので、今回、15ページの裏に協議事項として、アンケート結果を踏まえて本事業で必要なことについて話し合うとあるのですけれども、恐らくアンケート結果は、これは大切なデータだと思いますが、話し合う土台になるような、ほかの客観データがなかなか今後何をしたいかというのは、話し合うのが難しいかなと思ったのが1点。

もう一点だけ、すみません。ACPに関しましては、田宮先生がおっしゃったように、早期からというのも非常に大事なことである一方で、なかなか目的が分からない中で何を話し合うかというのも、かなり今けんけんがくがくな、会長がおっしゃったように、日本ではまだ十分根づいていないので、ACPという一言で進める、進めないとか、早期からとか、その辺を議論していくと皆さんの思いがちちょっと混乱してしまいそうなので、少し要望を整理しつつ、つくば市として何を目的に話し合いを進めていくかというところをしっかりと議論した上で、事業展開をしていくほうがいいかなというふうに思いました。以上です。

様式第1号

飯岡会長：ありがとうございます。今やったのは調査結果についてなので、今後、これから2番の医療と介護のありたい姿と評価指標ということ、皆さんの資料2-1と2-2等ありますけれども、多分その中に、今後やりたい今のACPもそうなのでありますけれども、いわゆるこういう形にすれば、介護も少しACP先進国というか、外国に近づける方法が少し見えてくるような気がします。いろいろロードマップ書いてありますけれども、それについて、ほかに御質問あれば、またまとめて伺います。

とりあえず、事務局のほうより(2)の協議事項、医療と介護のありたい姿と評価指標についてという項目の説明していただいて、それをもとに御質問を伺いたいと思いますので、よろしくをお願いします。

それでは、事務局よろしくをお願いします。

事務局：配布資料に基づき説明。資料2-1、資料2-2、資料2-3、

事務局：保健福祉部で参事を去年から務めております黒田です。

多分、最後にとじ込んでいる、参考資料1という白黒で横長で、矢印で三つのプロセスが写してあるようなスライドみたいな資料がありますので、最初にそちらを御参照いただきながら聞いていただけたらと思います。

資料を作るに当たりまして、ありたい姿1対1で対応させるようなやり方と、もう少し包括的に全体を網羅するような少し抽象度の高い指標の作り方と、いろいろな方法を私のほうで検討してみました。今日御提示する事務局側の提案としましては、あまり細かいところまで行き過ぎるよりかは、まず一目でなるべく分かるような形で全体像を構成してみたいということで、鳥瞰図というような全体を俯瞰した見取り図として、前回、志真先生のほうから、ドナベディアンストラクチャー、プロセス、アウトカムという三つの要素で評価したらどうかという御提案を頂きまして、私のほうで考えて、やはりこれがいいのではないかというふうに、この図を作成してみました。

まずストラクチャー、Sの部分ですけれども、これは人ですとか人材ですとか、建物ですとか設備ですとか、そういった部分の評価になります。

ただ、人とか建物とか設備があるからといって、在宅医療ですとか介護サービスのよいものが提供できるというふうに一概にそういうわけではありませんので、そういった資源、リソースがどういうふうに活動していくのかということが非常に重要で、そこが真ん中のプロセスというところに当たります。

最後はアウトカム、これが非常に一番大事なところですが、アウトカムというのは、結果としてどういった効果が得られているのかというのがアウトカムになります。

まず、アウトカムの部分ですけれども、大きく分けまして質と量と二つの視点が欠かせないというふうに思いまして、あと介護の質のアウトカムを、何を選ぶかということになりますと、いろいろな海外の事例ですとか、国の方向性ですとか、慢性疾患の質の評価というインディケーターをいろいろ調べていったりした結果、やはり御本人の幸福度ですとか満足度、ですから介護の場合は、介護してらっしゃる御家族の幸福感や介護負担、この辺が一番重要なアウトカムの質

の部分として取り上げるのがよいのではないかなというふうに考えております。

一方、質だけではなくて、全体としてボリュームが確保できているということも大事だと思いますので、ボリュームのほうとしましては、亡くなられている方の中で、在宅で亡くなっていらっしゃる方の人数というのが、一つボリュームの指標になるかなというふうに考えております。

次、左側に戻りまして、プロセスのほうですけれども、プロセスはいろいろたくさん字が書いてありますけれども、今回の医療と介護のありたい姿というのをよくよく読んでみますと、そこに書いてある文言を、このストラクチャー、プロセス、アウトカムにプロットしてみると、ほとんどがプロセスの部分のことがありたい姿の中に書いてあります。これはある意味当然で、医療と介護がどう連携するのかというのは、専門職という人材がどういうふうに働いていくのかということとほぼイコールですので、このプロセスの部分は非常に重要な指標になってくると思います。

ありたい姿に書いてあるのは、じゃあどういうプロセスかということのを少し整理してみますと、専門職同士の連携がなされるというところと、それから専門職と御本人あるいは御家族との連携というか、コミュニケーションといいますか、がきちんとニーズが把握できていて、それに対応するようなものができているというようなことが二つ目。

それから三つ目は、在宅医療ですとかACPといったような、まだ浸透していないような概念といいますか、そういうことを広めていって、そういうサービスを受けたいと思う人だけを増やしてくような、潜在的なニーズを掘り起こしていくような、ここも一つのプロセスに入るのではないかなというように念頭に置きながら、指標を少し選択してみました。

次に、資料2-3です。資料2-3、医療と介護のありたい姿を踏まえた評価指標（案）というものがこれに書いてあるのですけれども、この表も、左からストラクチャー、プロセス、アウトカムという点で、先ほどの図と配置をそのまま踏襲しています。

一方、縦軸のほうですけれども、指標として使えるデータというのは、いろいろなところにデータが分散して散在しているものを、いろいろなところから集めてきてここに集約するという感じですが、上からオープンデータとして国が集計し公表しているもの、その次が、つくば市で把握できるもの、その次が、情報はありますが、集計する体制を整備しないと、ずっとそれを継続して指標として活用することがすぐには容易でないかもしれないもの、一番下が、情報収集が今現在はされていないけれども、本当は非常に重要じゃないかと思われるようなものという感じで、マトリックス上でまとめてみています。

当初は、これの二、三倍ぐらいのありとあらゆる指標をいろいろなところから調べて出てきまして、一旦リストにしてみましたけれども、それを全部御提示するとかなり混乱をしてしまうと思いましたので、私と藤田さんのほうである程度セレクションをさせていただいたものを、ここに提示しております。

それぞれの指標は、一長一短それぞれありまして、これが完璧というものは一つもないと思います。ですので、複数の項目を見ながら、単にこの数字が増えた、この数字が減ったというだけではなくて、専門知識を持った皆様といろいろ協議する中で、全体をどういうふうに移行していくのだろうかという判断が必要になってくるということが一つ前提だろうと思うことと、あとは、今後よりよい指標があれば、それと交換していくような柔軟さですとか、あるいは新たに、これはどうしても重要な指標なので何らかの努力をしてそれを収集していくというような姿勢も必要だというふうに思っております。

個別に少し御説明しますと、まず一番右側のアウトカムの部分です。これは先ほど申し上げたとおり、在宅の死亡者の割合とか死亡数というような値で、これは公的なデータで、e - S t a t という国のホームページからダウンロードできるデータですとか、あと厚生労働省が公表している在宅医療にかかる地域別データ集とか、この辺から取ってくるのが比較的容易にできます。

その一方で、ちょっと細かいものを言うと、バイアスのかかった数字になっていまして、例えば自宅で亡くなる方の数というのは、これは必ずしも自宅で看取られている方とは限らなくて、人口動態統計上、死亡場所が自宅となっている方も反映されてくるので、恐らく孤独死という形で亡くなってらっしゃる方とか不審死みたいなことで亡くなっておられる方も混ざってしまいますので、これが在宅医療の結果としてということになると、数を過大評価してしまうことが考えられます。

二つ目の在宅医療にかかる地域別データ集というのも、やっぱり医療機関ごとに、つくば市にある医療機関にそれぞれ報告していただいたものを集計しているものですので、つくば市の医療機関は、恐らくつくば市以外の近隣の自治体に訪問診療行ってらっしゃるケースが多くあると思いますので、これも人数としては過大評価になってしまうような指標であることに留意が必要かなというふうに思います。

アウトカムで下のほうへ行きまして、ここは満足度ですとか家族の介護負担ですとか、その辺のことで、これは高齢福祉の計画の先ほど藤田さんが御紹介したアンケートの結果から一応取り出すことができます。

ところが、こちらのほうは、やはり回答率が、田宮先生から御指摘があったように、大体 50% ぐらいしかないというので、必ずしも全体を代表しているとは言えないという問題があることすとか、あとはサンプルのエラーというか、偶然の誤差で、あまり細かい 0. 何% 増えたとか何とかといいますが、細かい比較に意味があるような数字では必ずしもないという点で、データの収集の仕方については、今後検討が必要かなと思います。

真ん中のカラムに行きまして、プロセスの部分ですけれども、これは活動の仕方ですとか活動の量という部分ですけれども、これも公的なデータやアンケート、あと市のいろいろ事業の参加者数がどのぐらいいるとか、その辺がここに含まれています。

ここの部分でちょっと補足したいのが、緑の線が引いてあるところで、レセプ

トデータから取ってこられるようなデータが、このプロセス指標として結構有効なものがたくさんありまして、例えば在宅患者訪問診療料ですとかターミナルケア加算ですとか、こういったものの算定数ですとか、高齢者の方を分母としたときの算定数の割合ですとか、これは非常によい指標にはなるのですがけれども、レセプトデータからこの辺の数字を引っ張って出してくるというのは、市役所の中のデータ処理力では、ルーチンでやるのはかなり難しいものがありまして、過去5年間の分に関しては、筑波大学のほうに共同研究という形で提供しているものがありますので、そこから今年、来年ぐらいにかかったものは引っ張れるのですがけれども、今後、さっき言ったように、それを続けていくためには工夫が必要で、私の仕事といえば私の仕事なので、全体を見たいとは思っておりますけれども、ちょっとこれはなかなか今の環境の中では努力が必要になってくるということです。

最後、一番左のストラクチャーの部分に行きますけれども、ストラクチャーとしましては、いろいろ事業所の数ですとか、それから通所系サービス、施設サービス、居住系サービスといったような介護サービスの要支援・要介護認定者1人当たりどれぐらい定員があるかという、キャパシティがどれぐらいあるかということになると思うのですがけれども、このストラクチャーに関しては、つくば市というか、市町村がこのストラクチャーを増やすとか、市町村がこれをつくるということはなかなかできないので、これは国の政策ですとか、介護の計画ですとか。どっちかという、国ですとか県がこの辺をマネジメントしていく役割だとは思いますがけれども、今後つくば市も高齢者の方の人数はどんどん増えていきますので、これが1人当たりの定員がどんなふうに推移しているのかというのは、市のほうとしてもしっかりモニタリングするとともに、高齢化率の予測というのはある程度つきますので、圏域ごとに今後どんな高齢者の方が増えて、もしそうなる、仮にこういうサービスの事業者数ですとか、現時点での定員がそのまま増えなかったとすると、1人当たりの定員数はどのぐらい減っていくのかとか、そういう予測もしていかなきゃいけないのかなというふうに思っております。

ストラクチャーのほうは、市でやっているストラクチャーというのはあまりないのですがけれども、認知症カフェとか認知症サポーターですとか、こういった人材が一応養成しようと努力しているところはありますので、そのストラクチャーの増え具合といいますか、それもモニタリングしていく必要があるかなと思っております。

医療と介護のありたい姿というのは、結構幅広いことを含んだことがたくさんあってありまして、この指標の中に入れ切れていないものがあります。それはどういうことかといいますと、下に、小さいアスタリスクマークで書いていますけれども、フレイル予防の部分と日常生活支援、つまり介護状態にならないように予防するというのと、介護状態まではなっていないのだけれども、運転免許を返納された方の交通手段の支援ですとか、ごみ出しをどうするとか、そういう日常生活で、介護サービスで賄えない部分が、ここも非常に大事になってはく

様式第1号

るのですけれども、これがちょっとややこしいのですけれども、市のほうでも幾つか協議体がありまして、ここは医療と介護の連携に関する行動ですので、このフレイル予防と生活支援の指標も、全体としては非常に重要で私も取り入れたいなと思っているのですけれども、その指標までこの医療と介護の連携推進協議会の中で見ていくと、ちょっとここが全部やっているみたいな感じになって、そこまでやる必要は恐らくなくて、ここは市の中で横のつながりを評価していきながら、全体としてはきちんと見ていけるような形に持っていきたいなというふうには思っております。とりあえず一旦。

飯岡会長：ありがとうございます。今の医療と介護のありたい姿と評価指標について、何か御意見。

委員：非常に分かりやすく、頭が整理されて大変助かりました。ありがとうございます。

この資料2-3の裏にございます相関図というのは、これはまた何かの意味があるというのはありますでしょうか。というのは、恐らく先生は、もう既に考えられたかもしれないです。多分、ありたい姿1から7にそれぞれ呼応するようなこういうモデルをつくるのか、包括してこれでやっていくのか、重複する部分はあるとは思うのですけれども。

黒田参事：私が決めるというわけではなくて、いろいろ今後このことについて半年ぐらい考えてきた私なりのアウトプットを、ここで皆さんにお示しするというのが目的ですけれども、この相関図を藤田さんに作ってもらった理由が、ありたい姿が結構、あっちの領域、こっちの領域というのが含まれておりまして、どの指標をつくらうかということと、このありたい姿、例えば1の指標をつくると、その指標はほかのありたい姿の指標ともかぶっていて、あるありたい姿だとこれはプロセスですけれども、別のありたい姿から見るとこれはアウトカムになるとか、非常に因果関係の図が錯綜するような部分がありまして、なるべく一つのありたい姿で示している。運営的にはこういった一つになるように、重複しているものを整理してもらったというのが、ありたい姿を今回修正させていただいた僕なりの一つのリクエストを藤田さんにさせていただいたということがあります。

そうはいっても、やはり生活、介護、医療ということに、ありたい姿がまたぐというのがありまして、この裏の相関図、どういう意図があったかといいますと、ありたい姿というのは、結構いろいろな生活、介護、医療の領域をまたいでいるということをお示ししたいということが一つと、それぞれの領域を主に統合化しているといいますか、ディスカッションする機会として、市の中でこういった協議会が今動いていて、その中で、この協議会の主な位置としては医療と介護の部分であるという全体像を皆さんと共有していきたいなということです。

飯岡会長：よろしいですか。そのほかに何か御意見等ありますか。

委員：前回に比べて、非常に分かりやすくなっていると読ませていただきました。

そういう中で一つ、評価というか、ありたい姿の中でいろいろやられていることについて、ロードマップがありますけれども、2025年、2040年をめぐるとい

う形で、ここに行き着くためにどれぐらいのお金が必要かというような予算的なものを入れるのかどうか、私、民間出身の人間なものですから、つついその辺が、進めるというか、そのロードマップをつくって実行されるのにはお金が相当要るわけで、その辺がこういったものに入れる必要があるかないかは分かりません。皆さん方で御判断していただきたいなと思っております。

それから、ロードマップの中でちょこちょこ出てきた言葉で、自分らしい生き方、自分らしく生きるということはどういうことなのかなということ、ちょっと分かりにくい、もっと別の表現があったほうがいいのではないかなど。個々それぞれ違うと思いますので、その辺をどう捉まえるか、包括的に言えば自分らしさで表現できるか分かりませんが、果たして自分らしさはどうかということは、私自身も理解しておりません。

さらに、評価指標で今説明いろいろ出ておりましたけれども、こういったことをやることによって、今の社会的には介護離職の問題が叫ばれておりますよね。そういう介護離職者数の推移が、やはりこういったことをやることによって、いい方向に行かないといけないじゃないかと、そんな感じがしております。

それからロードマップ、ありがたい姿を進めることで、認知症のそれぞれのクラス分けというか、級数、要介護3とか4とか5とか、そういう方々の評価というか、要介護3の人が要介護2になったとか1になったとか、そういう捉え方も必要じゃないかなど、そんな感じがいたしましたので、感じたことを申し上げました。

飯岡会長：ありがとうございます。どうですか、市の方。

事務局 それでは、ロードマップと予算的などころですけれども、ロードマップ自体は今後目指していくということでありまして。それで、次の事業計画的などころもありますので、予算的には、今年度予定している事業計画、これから説明になるわけなのですけれども、そこで予算化はしているというところで、ロードマップ自体に予算的などころは入れなくていいかなというふうに事務局では考えています。

あと、自分らしくという文言が随所にあるわけですけれども、これも難しいというか、自分らしくというふうなのが一番分かりやすいかなということを入れていますが、この辺につきましては検討できればというふうに思います。以上です。

委員：で離職者の問題についてはどういう具合に、こことは関係あるのかとか。

飯岡会長：老人ホームの芥川委員、どうでしょうか。現場で、離職者、途中で辞めちゃうという結構な数いらっしゃいますか。

委員：介護離職って、要は介護職の離職じゃなくて、多分全般的なものですよ。実際いますね。やっぱり施設に入れなくて、うちで見なきゃならないときの家族の状況であったりとか、あと実際自分の職場でも、そういう介護の仕事をしている中で、要は家族を見なきゃならないので、自分が非常勤になったり辞めるという方もいて、そこには本当に在宅で生活する中での受け皿というか、家族がほとんど存在しないというのも変ですけれども、そういう中でのサービスがどこま

様式第1号

で質と量が保てるかというところは、すごく感じるころはあります。

飯岡会長：ありがとうございます。下村さんは、どうでしょう、現場で、病院なんかでも。

委員：私どものところでは、自分のところも在宅サービスがございますので、職員がそういったものを利用するようなこと、私は中川さんなんかには相談してくれて、できるだけサービスを使って仕事を続けるというようなことはできる人は多いかと思えます。

でも、そういった環境にない方のほうが、実際市内には多いのではないかなとは思っています。やっぱり親の面倒を見なきゃならないのでパートになるという方も、本当に今どのくらい、そういう方が市内にいらっしゃるかは分かりませんが、たくさんいらっしゃるようになっております。

飯岡会長：市のほうはどうですかね。そういう離職とか、あるいは常勤からパートに変わるとか、そういう勤務形態が変わるとか、そういう形というのは結構いらっしゃるのですか。

私ども、年取ると親を面倒見なきゃいけないってどうしても辞めてしまうとか、いろいろな事情で職場を離れるという方はいらっしゃると思うのですが、老人は増えるし介護が減るといって、なかなか思いどおりにはいかない部分がありますので。

小關先生、どうでしょうか。記念病院なんかでは、やっぱりその現場を離れる人というのは、ある程度、毎年、毎年いらっしゃるのでしょうか。

委員：確かに一定数はいるかと思えます。というのは、例えば当院であれば、急性期から慢性期、介護、外来というふうに分かれているので、そういう形態によって、御自身の介護をしている方の負担であるとか、そういうものを変えていくことで対応するというのには一定数ありますけれども、例えば介護施設であれば、もう介護施設だけの組織であれば、それ以外の人々の勤務形態を少し変えるだけでしか増えていけないところがありますので、それでやむを得ず、最初はパートにして、勤務形態を変えて見ていきますけれども、それでもなかなか難しいということで、どこまで働き方の幅を持たせるかということも限度があるので、ある程度そういうケースが生じてしまっているのは当院でも見受けられるかなと思えます。

そちらについて、例えば今度は逆に、その部分にあまりフォーカスを当て過ぎて、結局、国が介護職に対しての手当なんかをつけたりすることで介護離職をとどめたりすることがありましたけれども、それで今問題になっているのは、ほかの多職種の部分側の不均衡が生じてしまって、それによって、違う職種もまた不均衡が出てきてしまっているという状況なので、そこは地域の自治体との連携をどういうふうにしていくかを話し合っていく必要があるのかなというふうに思います。

飯岡会長：ありがとうございます。国は、ある部分でスポットがあるとそこにつき込んでやると、結局凸凹ができちゃうのですよね。だけれども、そこを離れてしまうという部分はあるので、やるなら全体を少し底上げしていかないと駄目だ

ろうと思うのですけれどもね。でも、国としては予算がうまくいくかどうかの問題であろうと思いますが、難しいですよ、本当にお金の問題はね。

委員：3点、意見と提案ですけれども、1点目は、この医療と介護のありたい姿の相関図というのが、これが一応このありたい姿の中でのありようを捉えているとすれば、やはりこのつくば市在宅医療・介護連携推進協議会が関わる黄色いところ、これを上のほうに優先順位を上げたほうがいいじゃないかと思います。

ありたい姿の6は黄色く塗っていないのですが、これは黄色く塗って、やっぱり認知症のこれは上のほうに上げるというふうな、順番を変えたほうがいいのではないかというのが1点目です。

もう一点は、このありたい姿の文言は、いろいろ皆さん御意見はあると思うのですが、1は、要するにパーソンセンターというか、当事者を中心にして多職種が連携するという、これは国際的にも大体そういう考え方になっていますので、そういう当事者を中心にした多職種連携の体制をつくるということだと思うのですね。

2番目は、これは看取りと言っちゃっているのですけれども、要するにアドバンス・ケア・プランニングのことだと思うのですよね。ですから、これはいきなり看取りというよりは、そういうふうな意味合いの言葉に替えたほうがいいじゃないかと。

さっき飯岡会長が、海外は進んでいるところもあると言われていたのですが、私が知っている限りでは、アジアで一番進んでいるのは台湾なんですね。台湾は、既に法律でこのアドバンス・ケア・プランニングを位置づけて、そして動画をどんどんテレビで流している、CMみたいな形で。ですから、日本は、新型コロナのときもそうですけれども、法律で何かを決めてやるということにどうも消極的ですね。でも、それは良し悪しであって、法律で決めて、テレビのCMのようにどんどん流すというのが果たしていいかどうかという議論はあるので、ただ、考え方としては、法的な強制力を持たなくても、やっぱり動画を活用するとか、そのような形で、もう少し一般の方にアプローチするやり方を考えれば、ありたい姿2はいいのではないかと。

ありたい姿4は、これは要するに教育と研修ですよ。専門職の人の対する教育体制をしっかりとつくるということで、6が、認知症になっても安心して暮らせる地域ということで、これは厚労省も認知症を非常に重視しているので、それはメインだと思うのですね。

あとの3と5と7については、やっぱり優先順位が落ちるのではないかといいうふうに思います。ほかに取り組んでいる協議体というか、あれがありますので、それが、そういう提案としては2点目ですね。この優先順位を少し変えたほうがいいのではないかといいことと、それから、このありたい姿の文言については、はっきりこういうことを言いたいのだということ、むしろ出したほうがいいのではないかといいことです。

3点目は、ストラクチャーとプロセスの評価指標のことなですけれども、これも非常に整理されてよくできていると私は思います。特に軸になるのは、この高

様式第1号

齢福祉計画策定のためのアンケートですよね。これを組織的に活用していくということと、それからKDBシステムというのは、これは介護と医療のデータベースということですね、それを活用していくという、その二つを軸にしていくのがいいのではないかというふうに思います。

在宅看取りというのを、いつもこういうもののアウトカムにするのですが、在宅看取り率とか、在宅でどれぐらい亡くなるのかということ、これからそんなに、これは、いろいろ御意見はあると思いますが、そんなに重視する必要があるのかなと最近は思います。やっぱり亡くなる場所の多様化というのは、もう始まっていると思うのですね。いろいろな施設で亡くなっていく方もいますし、ですから、そのところはここの協議会でぜひ議論をして、在宅での看取りの数とか、そういうこともどの程度のアウトカム指標として位置づけるのかということをよく検討して、皆さんの御意見も一応見て、位置づけていけばいいじゃないかなと思います。

指標も、だからそういう意味では、ある意味、優先順位というんですかね、重視するものから、それほどでもないものまでというような並べ方をしたほうが、多分分かりやすいというか、事業を進めるに当たっての目安となるんじゃないかと。

ちょっと細かいことですが、エンディングノートの作成度ってどうやって取るのかなと思いましたが、これも含めて、ある程度、重要な指標とまあまあでもない指標と並べられるといいかなと思います。

飯岡会長：ありがとうございました。

委員：今の意見に接続していますけれども、恐らくこの資料2-3をベースにこの協議会が動いていけると今後見通しが立つのかなと思う一方で、一つ、志真先生がおっしゃっていましたように、評価項目も大事ですけれども、尺度を何にするかとかを、ある程度、この協議会でやるのか有識者を集めたスモールグループでたたくのかはちょっと分からないですけれども。ただ尺度を決めて、スタートする前の前値といいますか、開始前のデータがある程度取っておかないと、プロセスを始めた後の変化が取りにくいので、今の時点でできる尺度を何するか、さっきのKDBとかも取れるのかは分からないですけれども、そういったものを、ある程度始められるものと、だんだんと評価を、指標を集めていくものに分けて、この相関図にあります黄色いところから始めていくとか、何かできそうなことを一つずつ積み上げていけるような気がしたので。今後この協議会の進め方として、それを、議論をここでやるのかとか、あとはそういう少しスモールグループでやっていくのかななどが検討できたらいいかなということをおもいました。

それをすると、多分恐らくお金がかかってくると思うので、スモールグループをもしやるとか、あとデータ抽出とかなると。だから、先ほどの松浦委員からあったお金の問題とかに関わってくると思うので。

飯岡会長：それでは、斉藤委員。

委員：参考資料1の、いろいろ考え方はあるけれども、こういう整理の仕方は一つだということに理解していたのですけれども、それと評価指標のプロセスとか

相関図を見たときに、事業の建てつけでこうせざるを得ないということも理解しました。そうすると、この事業の対象を層別化する、要するにアンケート結果見ると、要介護3、4というのは、ほかと違って、傾向がちょっと違うような気が、僕は若干していて、要支援と要介護1、2と、例えば要介護3以上って、そもそも在宅医療・介護連携って、多分重症の人の対象だというふうに私は理解しているので、この事業が、今の相関図を見ても、今、志真先生もおっしゃいましたけれども、重度の方を重点的に見るという理解の進め方でこういうのを機能していく。僕もそれでいいとは思ってはいたんですけども、そういう趣旨なのかなという気がちょっとしたのですけれども、そういう意味ではない。人としては、そうはならないと思います。全部に生活もあるし、介護もあるし、医療もあると思うので、こういう切り方はできないと思うのですけれども、現状こういう形にしていかれたのかなというのを確認。そのほうが何か分かりやすいかなと思ったりもしたのですけれども。

飯岡会長：どうでしょうか。

黒田参事：幾つか私がお答えしたほうがいいかなと思うことがあるんですけども、まず今頂いた御質問ですけれども、重たい人を意識してつくったつもりは、実はあまり明確にそのことは考えていなかったのですけれども、結果的にそうなっているところはあるかもしれないですけれども。

一応医療と介護という意味では、介護が必要な人をメインのターゲットで想定したのですけれども、介護が必要な人の中でも軽い人から重たい人までいるという点の中で、特に重たい人を意識したわけではなくて、この協議会の守備範囲としたら、おおむね介護が必要な人あるいは介護が必要かどうかの境界状態にある人まで一応視野には入れるのだけれども、どっちがメインかという介護が必要な方で、医療と介護に両方、そういうサービスを受けてらっしゃる方をイメージしています。

委員：そうすると、何となくやっぱり対象は層別化せざるを得ないと僕はするもので、重たい人かなと思って。それは、今後の議論でいいと思います。

私の立場からいくと、どうしてもリハビリテーションとかそういう職種って、よくなるとか軽い人の予防とかにも入るのですけれども、さっき御意見がありましたけれども、重症化を遅らせるとか重症化を予防するという考え方もちょっとあるのではないかなと思って。もしワーキングか何かができるときには御検討いただければと、これはお願いでございます。以上です。

飯岡会長：ありがとうございました。そのほか。

田宮副会長：ストラクチャー、プロセス、アウトカムできれいにまとめていただいて、とても分かりやすいと思いました。

一番思ったのは、参考資料の1で、プロセスでどういう活動をするかというところが、これこそこの会議のメインはここに書いてあるのが、割と腑に落ちたというか。この会議は、これだけ多職種が集まっていて、いろいろな利用者側の方、いろいろな職種なので、それに呼応した評価指標って多分一番大事なところは黄色のところ、つくば市で把握という、その一個一個いろいろなことをどうするの

かと確かに私も思いますけれども。この黄色の真ん中のプロセスのところは、もうこの会議ならではというふうに思って、整理できた気がしました。

それと、この緑に、青かな、になっているところは、KDBの多分レセプトとかから算出できるので、そこは我々、共同研究で委託させていただいて貴重なレセプトデータを筑波大学でお預かりしているので、ちょうどレセプトというのはプロセスが一番得意ですね、請求書ですから。何をやったかというのが得意なので、退院時の共同加算とか、連携に関係するプロセスを数で出すことはできるので、ぜひその辺は協力させていただいて、この緑の部分はそのデータによって、そしてこの会議ならでは黄色の部分のプロセスのところを強めていけばいいなという整理ができたので、とても有効だと思います。

ただ1点、細かいことなのですけれども、ちょっと気になったのが、今の多分、予防的なものをどう位置づけるかということと近いかと思います。ここは、やっぱり医療と介護なので、どうしてもある程度、介護予防とかは別のテリトリーなのでよね。だから、それで整理しておいたほうが分かりやすいと私も思いました。

このアウトカムのつくば市で把握の一番下にある文言なのですけれども、医療受診も介護認定もない後期高齢者の割合と書いてあるのは、これ、もうよしとしているのかどうかちょっと。結構、私、つくばとか茨城とかは、まだまだ早いうちに介護に認定されたくない人がいらっしゃるような気もするので、これがそのまま元気という意味なのか、それとも周知されていないと要介護認定は大分後になるので、やらないという人が多いような気もするので、そこを多分データで初回認定の要介護度とかを見れば分かる気がします。その辺、細かいところがちょっと気になってしまう。

黒田参事：最後の御指摘のところですが、説明不足で僕もはしょってしまいましたが、ありがたい姿の中の誰一人取り残さないという最後の部分を反映させた指標で、医療受診も介護認定もないけれども、市役所で実は把握できていない方というのは一定数いらっしゃっていて、そういう方をどう認知していくかというのが、ここはそういうテーマになっていまして。一応KDBシステムの中で、今年とか去年とか年ごとで、一回も医療もサービスも受けていない人と介護認定も受けていない人とかというのは、一応抽出できるので。今、そこには中島師長を中心に、地域包括の方が実際に行ってみて、すごい元気な方なのか、本当は医療が必要なのに受けていない方なのか、どっちかを見て。こういう方が、なおかつ、医療受診もなく介護認定もなく元気だったらいいのですけれども、そういう場合だったらゼロにしていくというような意味での指標です。

田宮副会長：分かりました。両方あり得るなと思ったので、そういう意味なら。そういうふうに分かりやすく、もうちょっと書いたほうがいいかもしれない。これがよしというふうに見ちゃうと、やっぱり取り残しちゃうことになるので、そこを、気をつけていただいているということをよく分かりました。ありがとうございました。

飯岡会長：それでは、時間も押し迫っていますので、3番の令和2年度つくば市在

宅医療・介護の実務部会について、市のほうよりよろしくお願ひします。

事務局：配布資料に基づき説明。資料3-1、資料3-2、資料3-3

飯岡会長：ありがとうございます。それでは最後に、4番のその他、委員の方あるいは事務局のほうから何かありますでしょうか。

委員：今、事務局から何度も新型コロナの感染禍という話がありました。これは大事だと思います。リーダー研修と市民啓発講座は、もうちょっと集合で、対面で行うのは無理だと思います。高齢者を公民館に集めてやるというのは、相当なリスクがあると思います。

恐らく2025年までは、こういう状態は短くても続くと考え、やっぱりこのリーダー研修と市民啓発については、ウェブでやるかオンラインでやるか、動画を活用するかというような非対面、非接触のやり方を考える必要があるのではないかと思います。

例えばですよ、こういうアイデアがいいかどうかは分からないのですが、お薬手帳とはこういうものですよという5分の動画を作ればいいのではないかと思いますよ。それは、もちろん高齢者の方にどうやって見てもらうのかということを検討しなくちゃいけないのですが、例えばケアマネさんがタブレットを持って行って見てもらうとか、あまりいいアイデアじゃないかもしれませんが、どうやって動画を見てもらうかということはみんなで検討しなくちゃいけないと思うのですけれども、少なくとも二つの実務部会については、やっぱりこのコロナ禍で方向的に考え方を変更したほうがいいのではないかと思います。

同じように連携ツールも、やっぱりこの感染の中でどうやって情報交換をするのかということを検討する必要があるのではないかと。私どもの病院も、在宅ケア事業から病院に行けないのです、なかなか情報交換ができない。これは、やっぱりもうタブレットとかそういうものを使わないとうまくいかないという、そういう状況だと思います。ですから、そういうことを含めて、ぜひ検討していただきたい。

それから、さっき濱野先生から御提案のあった評価指標についてのワーキングは、ここをどこか改組するなりして、そこでやったらどうでしょうか。今までのものをそのまま続けるというよりは、評価指標の絞った形で専門の方を加えて、田宮先生とかに入っていていただいて、それでもうちょっと短期間で今年度検討するような、そういうワーキングをつくったほうが、緊急性があるような気がいたします。以上です。

飯岡会長：ありがとうございました。事務局、いかがでしょうか。

田宮副会長：今のワーキングのお話を出していただいて、私もそれもう少しお話しさせていただこうと思っていました。これを見ると、つくば市における対応可能なケアの情報集約部会というのは、既存情報の評価等必要な情報の整理というのが一応あるので、もしかしたらここから派生し、何かするのかなとは思っています。別に新たにをつくっていただいてもいいです。

ただ、これはKDBというデータ、医療と介護のレセプトが一人一人に連結さ

様式第1号

れて、それをつくば市民の分を私たちはお預かりしているという非常に貴重なデータでもありますので、ぜひ、この皆さんの御意見とかを伺って、そのデータがあればこそ、こんな分析をしたらいいじゃないかとか、そういう逆にお知恵を拝借したいなと思っています。

ここで結構整理もある程度していただいているので、そんな何度もなくともいいと思うので、医療と介護のレセプトが一人一人追えたらこんなことが分かるじゃないみたいなことを、皆さんから本当にお知恵を頂いて、できることとできないことがあるのですけれども、できるだけ指標にしていきたいと思うので、ぜひ御検討いただきたいと思います。

委員：もう一つ。今の医療と介護のレセプトデータに加えて、今多分、多職種連携とか、あとKOL評価というかなり評価指標がバリデートされているものが結構出ているので、もしよければ、量データと質は、もちろん評価尺度で評価しますけれども、そのバリデートされたものをタイアップさせていくという取組で、今ここにある指標もそうですし、あと、評価できそうな質評価指標も一緒に検討できる場があればいいかなというふうに思いました。

飯岡会長：よろしいでしょうか。じゃあ、ないようですので、ありがとうございます。それでは、事務局のほうに進行よろしくお願いします。

事務局：ありがとうございました。以上をもちまして、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を閉会としたいと思います。本日は、長時間にわたり御協議いただき、ありがとうございました。