

## 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
傍聴者数		3 人		
非公開の場合はその理由				
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いき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ありますように、当日資料の新しい会議様式というのを配ってあると思うのですが、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ないけれども。

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、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す。

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のか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、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と、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移っていかっ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、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、私自身も理解していません。

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、次の事業計画的なと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ますので、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

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、そここ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のではないかと。

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しまう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をお願いします。

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。

# 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

## 次 第

日時：令和2年（2020年）8月5日（水）18時30分～

場所：つくば市役所本庁舎2階 職員研修室

### 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

## つくば市在宅医療・介護連携推進協議会委員名簿

飯岡 幸夫	つくば市医師会
田宮 菜奈子	筑波大学教授
小室 伸一	つくば市保健福祉部
吉場 勉	つくば市社会福祉協議会
志真 泰夫	つくば市医師会
成島 淨	つくば市医師会
加園 真樹	つくば市歯科医師会
根本 知砂子	つくば薬剤師会
荒井 富江	つくばケアマネジャー連絡会
芥川 知己	つくば市特別養護老人ホーム連絡会
斉藤 秀之	茨城県リハビリテーション専門職協会
岩本 美香	茨城県訪問看護ステーション協議会
中川 広子	茨城県ソーシャルワーカー協会
濱野 淳	筑波大学 医学医療系
下村 千里	筑波メディカルセンター病院
小關 剛	市民委員 医師
室生 勝	市民委員 医師
児玉 智之	市民委員 医師
飯泉 孝司	市民委員 民生委員
松浦 幹司	市民委員 NPO法人

任期: 令和4年(2022年)3月31日まで

# 第8期つくば市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

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

# つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケートについて

◎つくば市高齢者福祉計画策定のため、市内に居住する高齢者及びケアマネジャーの現状を把握し、計画の基礎資料とするために実施（高齢福祉課）。

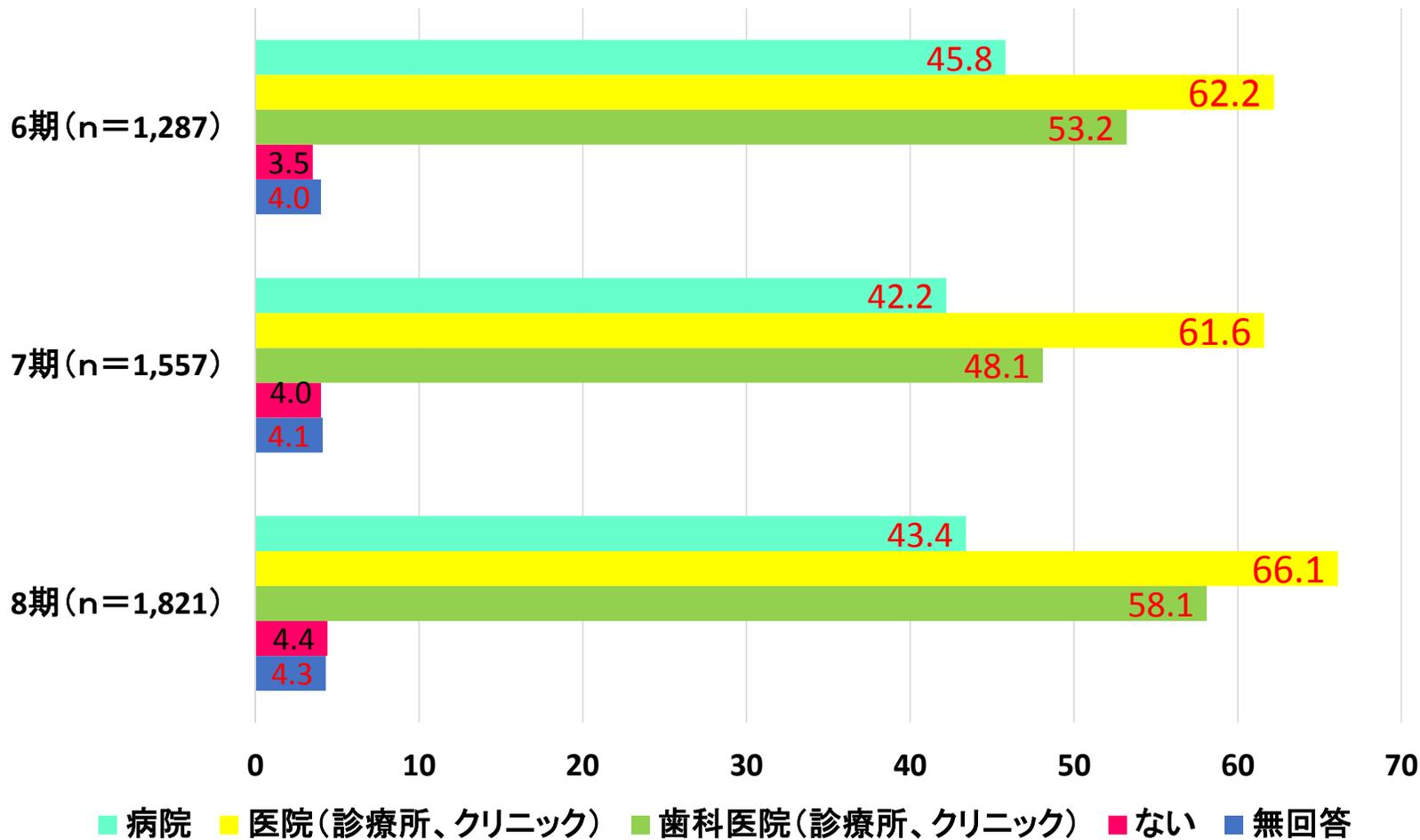
第8期つくば市高齢福祉計画策定のためのアンケート調査結果の概要 → 資料1-2参照

◎アンケート結果は、在宅医療・介護連携推進事業において、医療と介護の進捗を図る上で参考になる資料。現状の把握・成果・つくば市の強みと弱み等、課題の抽出や今後の施策を検討する際に活用する。

協議会でアンケート結果共有 → 医療と介護の連携の課題について整理  
医療と介護のありたい姿の目標に近付くために必要なことを確認

【参考】各調査期間 8期 令和2年1月15日～2月17日  
7期 平成28年12月22日～平成29年1月20日  
6期 平成26年2月7日～2月21日

# かかりつけの病院・医院・歯科医院はありますか(いくつでも) 一般高齢者



【かかりつけ医は医院の割合が高い】

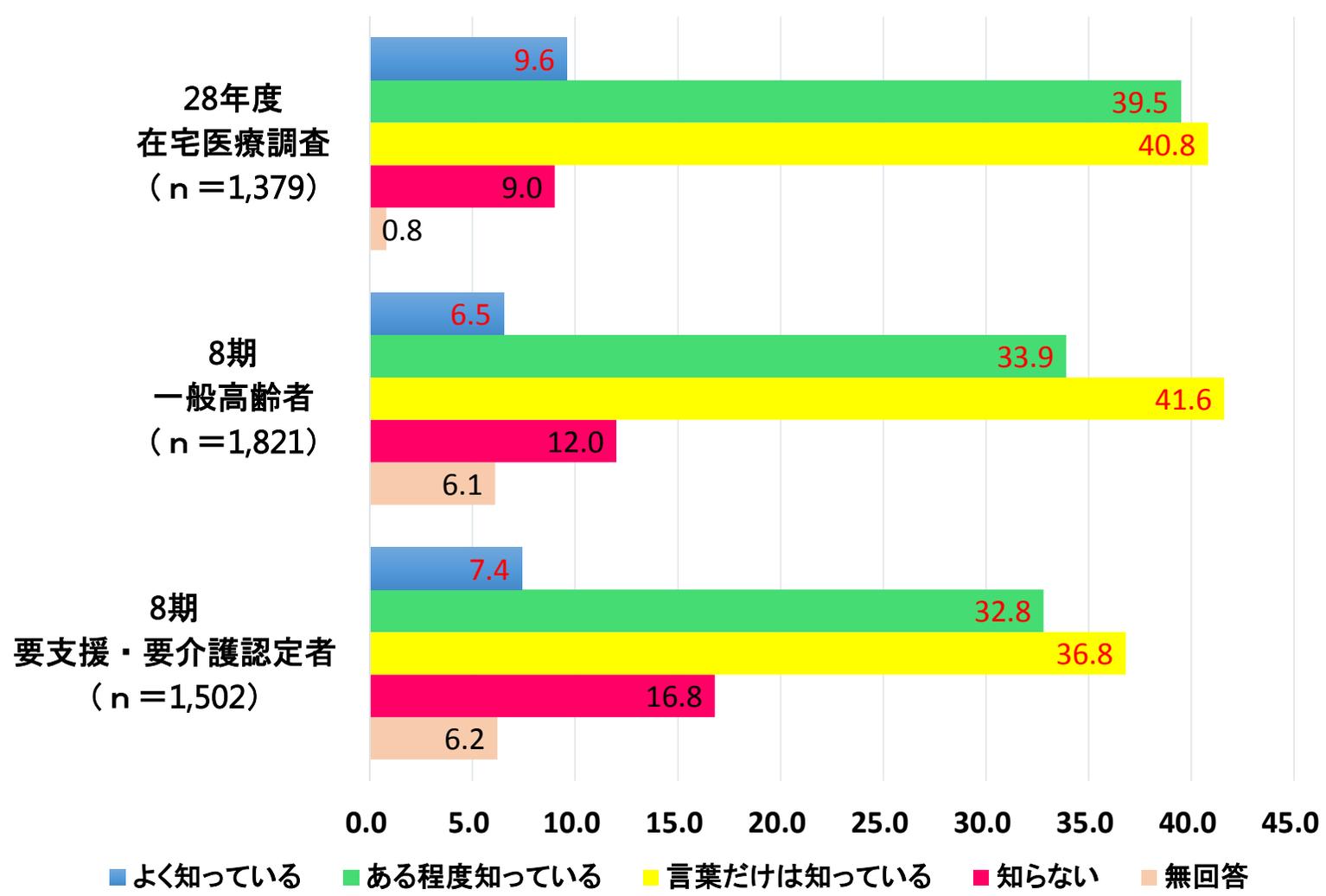
複数回答であるが、調査全てにおいて、医院(診療所、クリニック)をかかりつけとする高齢者が多い。また、病院をかかりつけ医とする高齢者は毎回40%台。

※8期 病院・医院(診療所、クリニック)に通院していますか。

はい 79.6%  
いいえ 16.7% (n=1,821)

# あなたは在宅医療についてご存知ですか。

一般高齢者、要支援・要介護高齢者等



【在宅医療の認知度は半分以下】

8期は28年度の調査時より「よく知っている」「ある程度知っている」が減少。

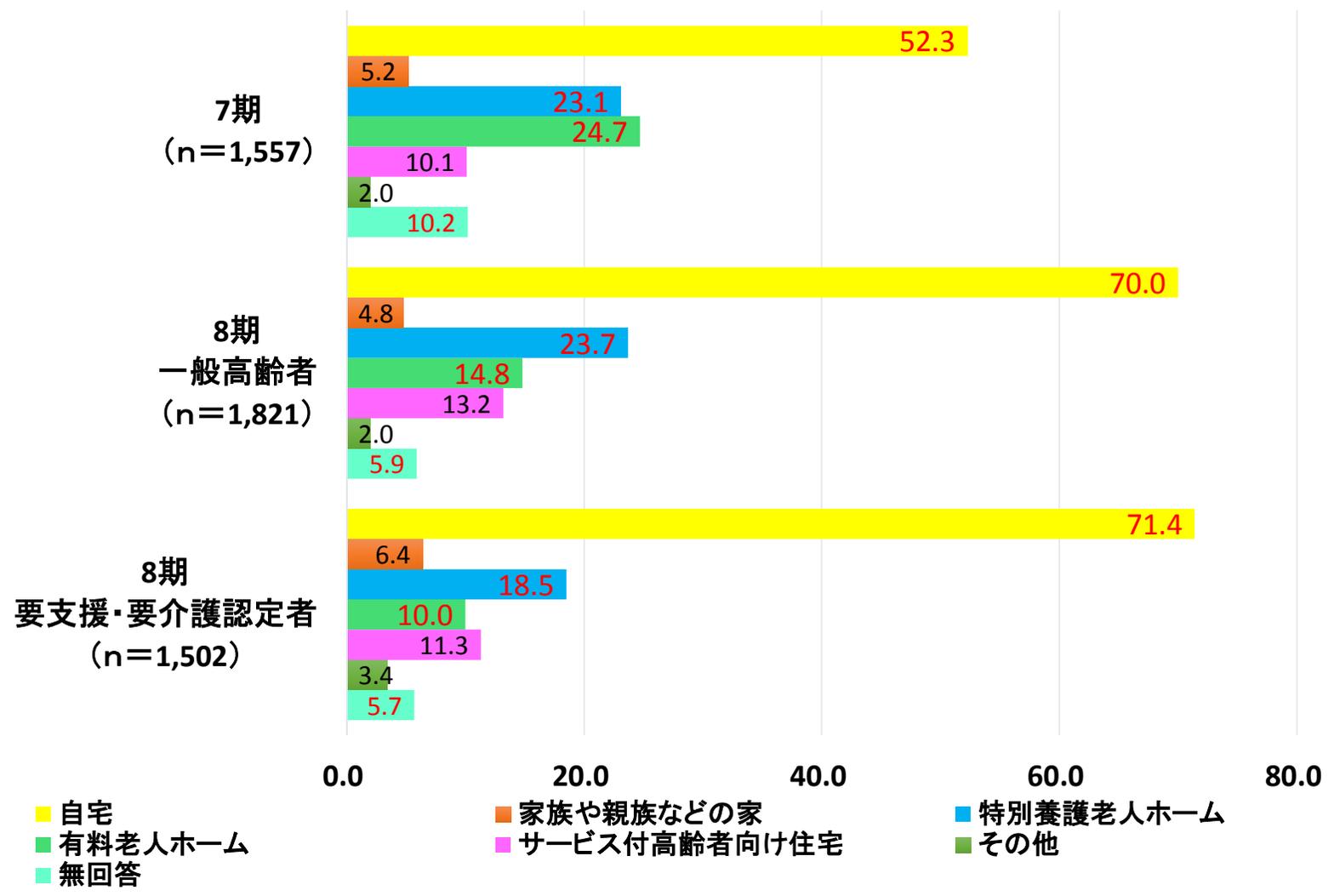
要支援・要介護認定者と一般高齢者の認知度は大きな差はない。

8期要支援要介護 よく知っている  
 全体(要支援1～要介護5) 7.4%  
 要介護5 32.1%  
 要介護4 14.5%

※7期、6期は在宅医療の認知度は未調査。  
 ※28年度在宅医療・介護連携推進事業意識調査では対象者が市民、20歳以上の無作為抽出であり高齢者福祉計画と対象者が異なる。

あなたは、自身が今後、要介護（要支援）状態となった場合、暮らしの場所がどこが良いですか（いくつでも）。

一般高齢者・要支援・要介護認定者



【在宅志向の強まり】

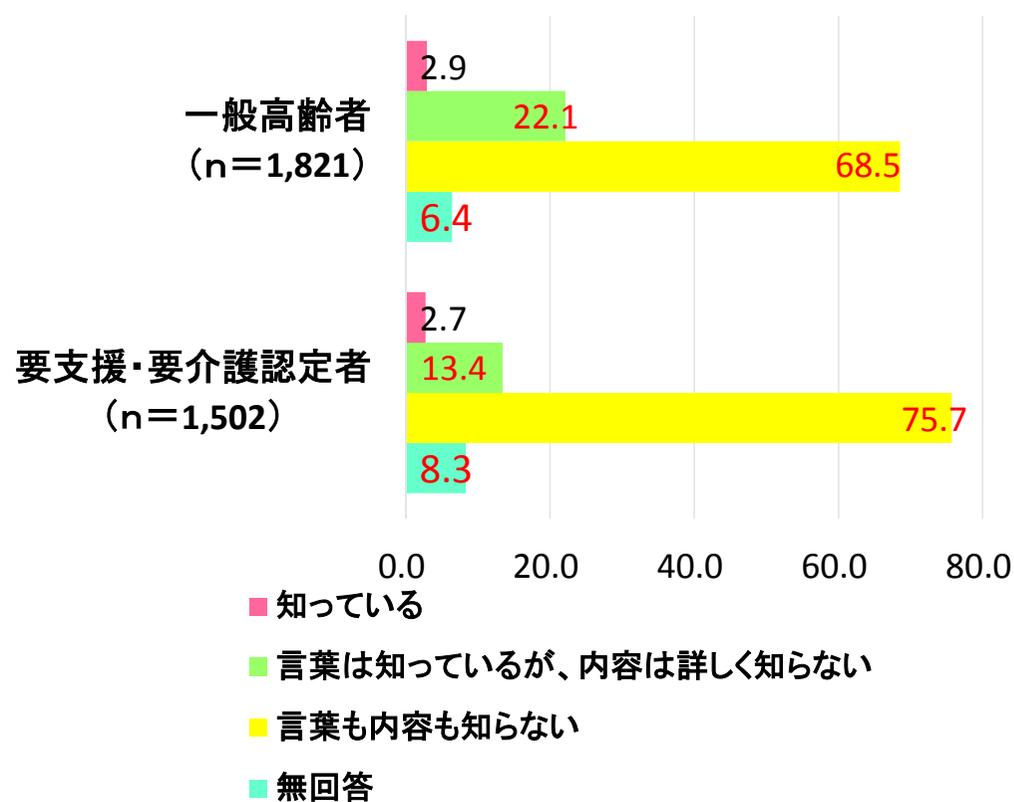
7期、8期共に自宅を希望する割合が高い。8期の要支援・要介護認定者が自宅を希望する割合がもっとも高くなっている。

8期 要介護状態の暮らしの場が自宅が良いと回答した割合

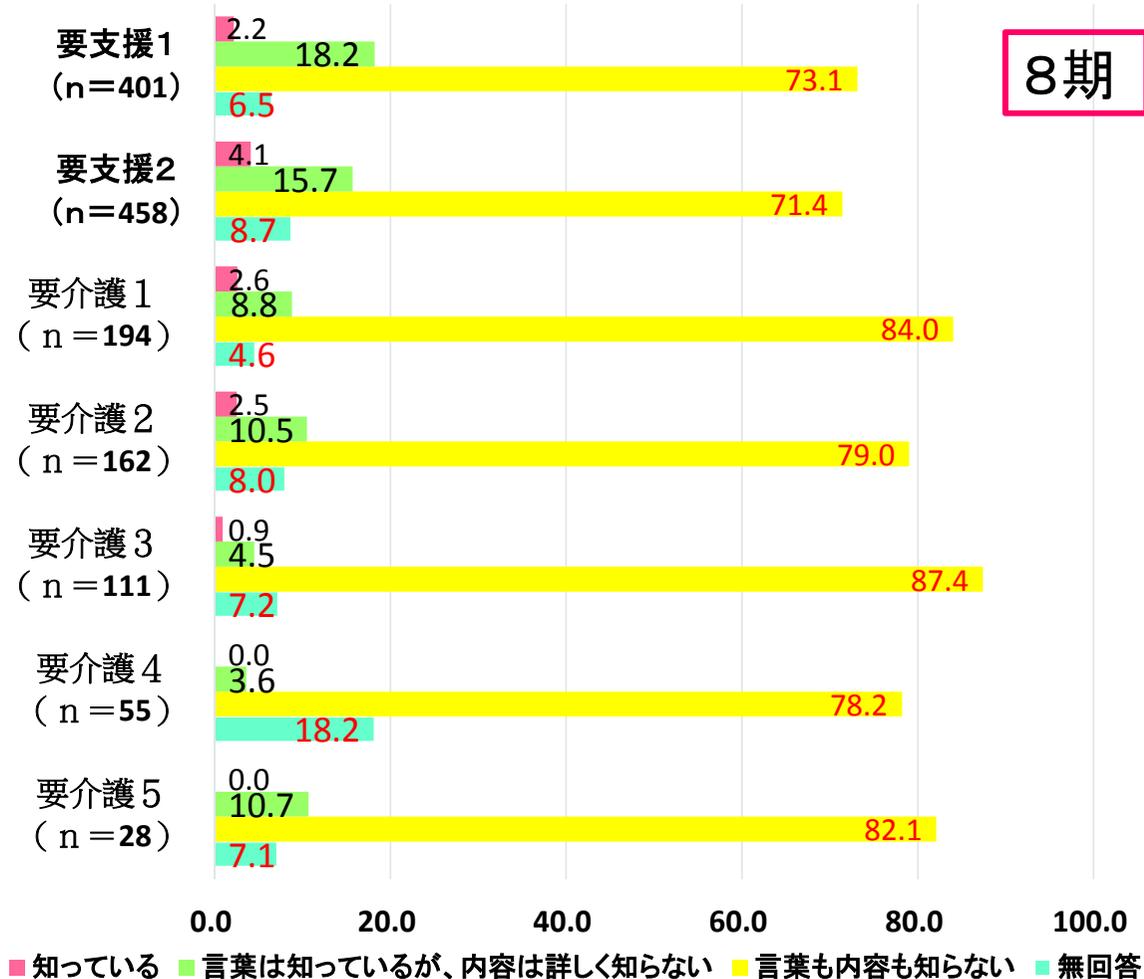
- 40歳代 (n=341) 60.7%
- 60歳代 (n=151) 66.2%
- 前期高齢者 (n=877) 70.0%
- 後期高齢者 (n=937) 70.1%
- 要支援1 (n=401) 71.6%
- 要支援2 (n=458) 74.7%
- 要介護2 (n=162) 79.0%
- 要介護3 (n=111) 57.7%
- 要介護4 (n=55) 63.6%
- 要介護5 (n=28) 71.4%

# ACP(アドバンスケアプランニング)について言葉を知っていますか。

8期 一般高齢者、要支援・要介護認定者



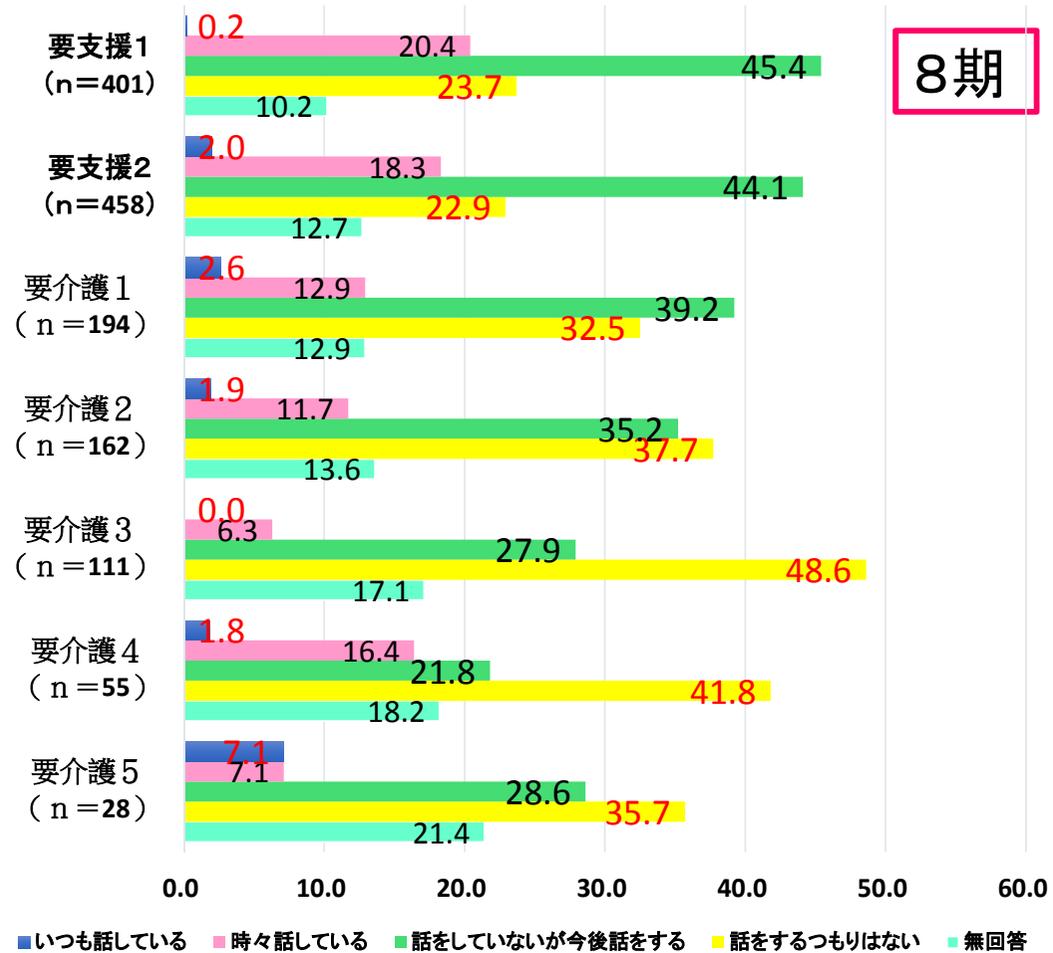
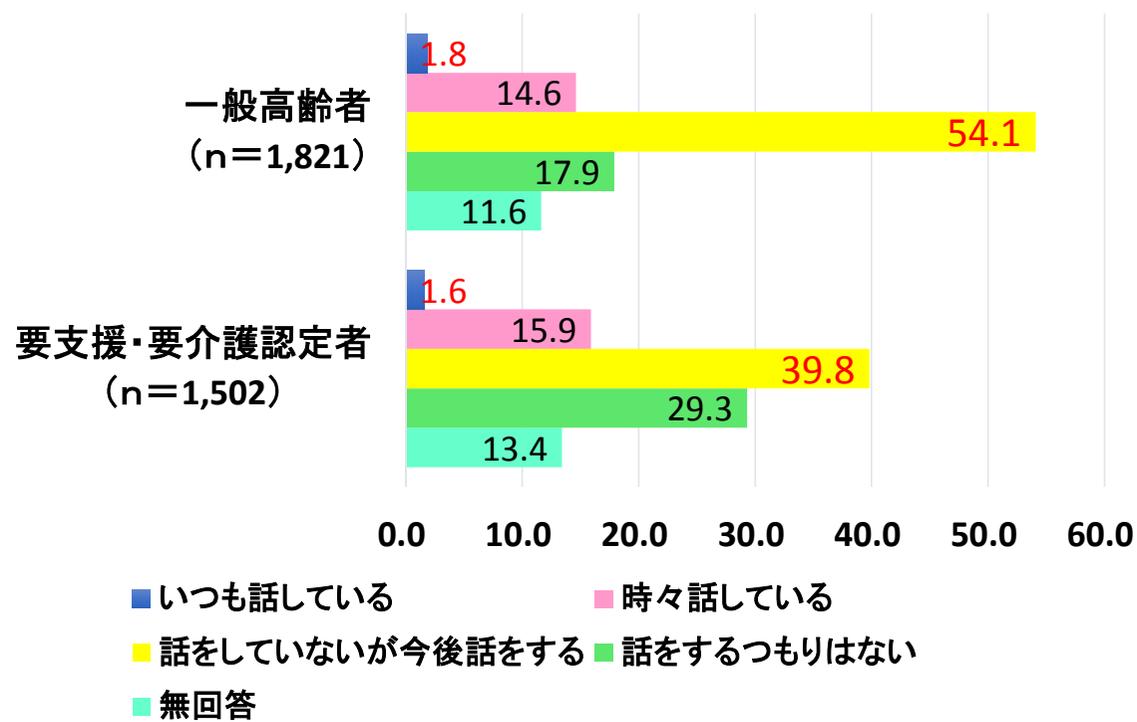
一般高齢者と要支援・要介護認定者の7割は、言葉も内容も知らないと回答しており、ACPの認知度は低い状況にある。介護度別では、介護度が低い方が認知度が若干高い。



8期

# 将来に備えて、ACP(アドバンスケアプランニング)や人生の終わり方について家族や知人、サービス関係者と話し合ったことはありますか。

8期 一般高齢者、要支援・要介護認定者



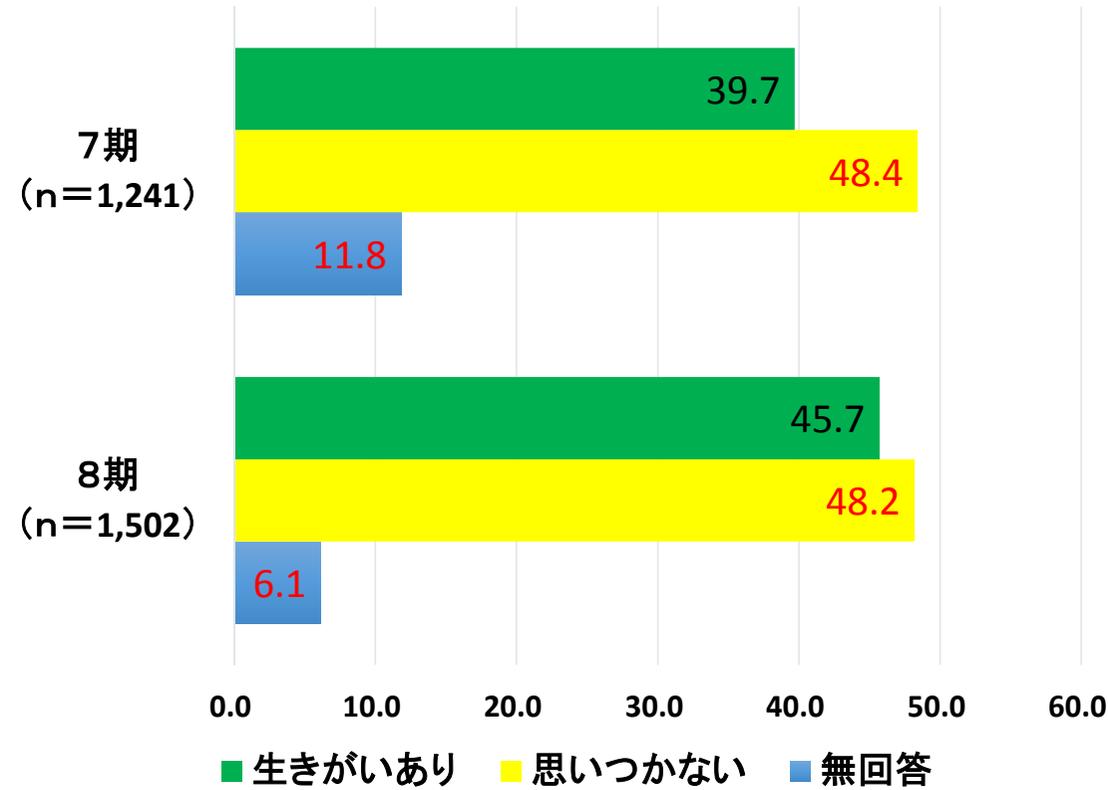
8期

一般高齢者、要支援・要介護認定者共に、話をしていないが今後話をする割合がもっとも高い。一般高齢者の方が、今後話をする割合が高い。  
介護度別にみると、いつも話していると回答した割合でもっとも高いのが介護5。

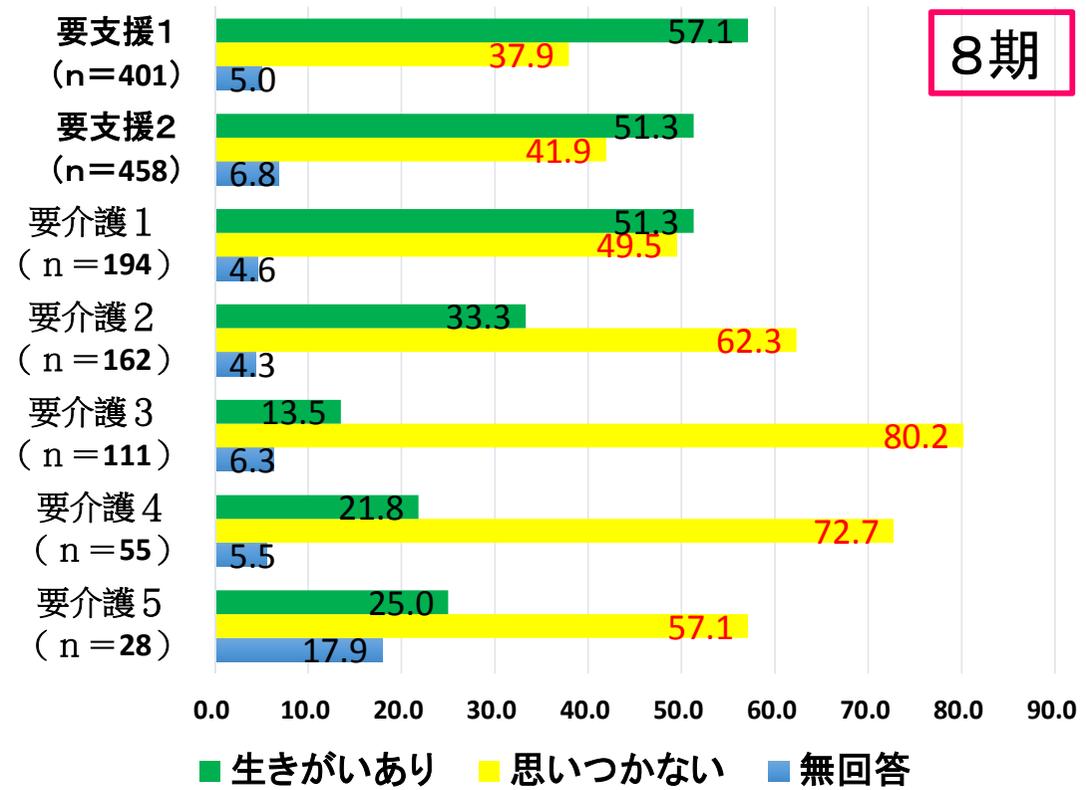
# 生きがいがありますか。

要支援・要介護認定者

8期



8期は7期より生きがいありと回答した割合が高い。

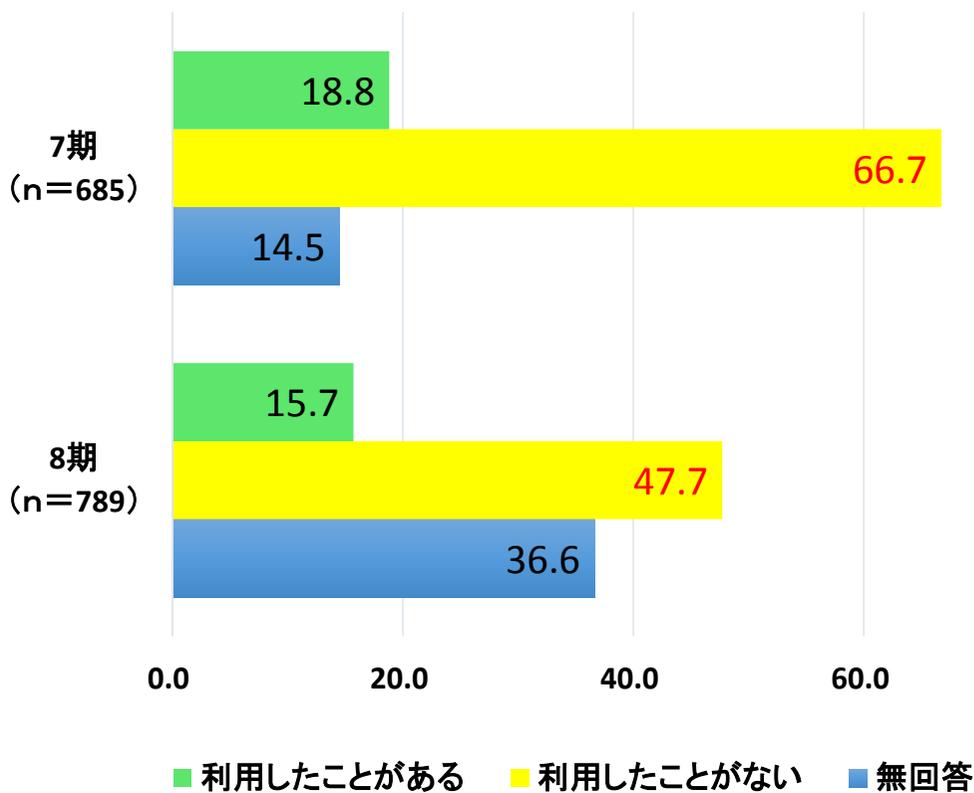


介護度別では、介護度が低いほうが生きがいがあると回答した割合が高い。

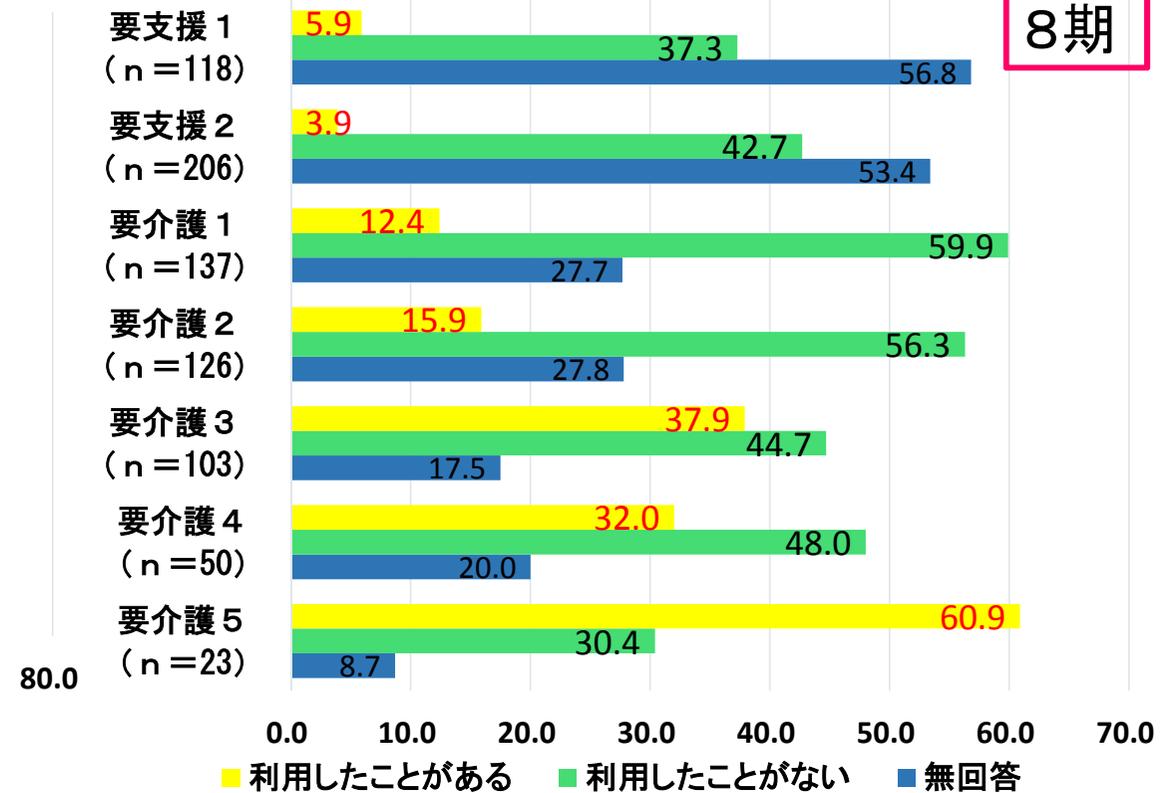
# 御家族の事情などにより予定外で緊急で短期入所（緊急ショートステイ）を利用したことがありますか。

要支援・要介護認定者

8期



在宅療養において、いざという時に短期入所利用ができる  
と家族の安心にも繋がる。8期は7期より利用したことがあ  
る、利用したことがない、どちらも回答が減少している。

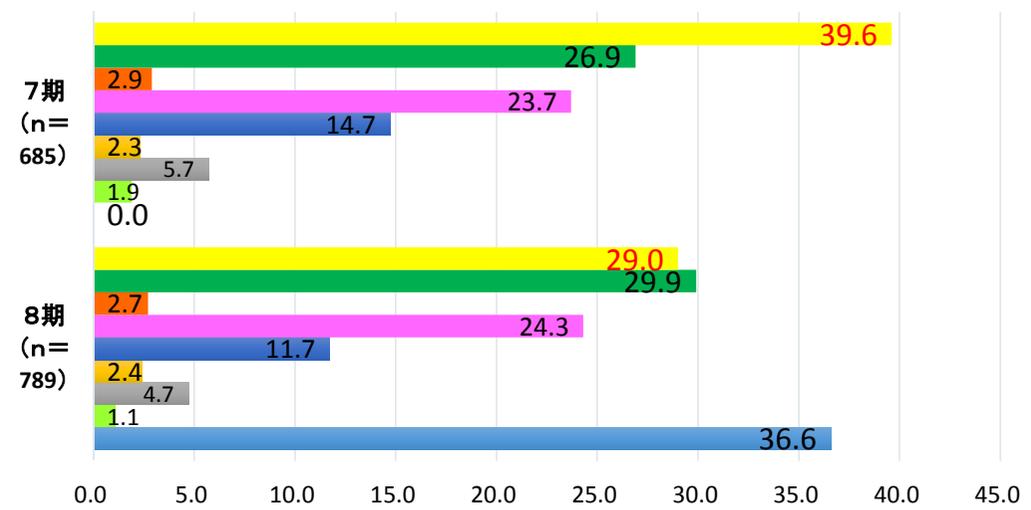


介護度が高くなればなるほど、利用したことがあると回答し  
た割合が大きくなる。

あなたは、要介護者の方が今の要介護(要支援)状態が続いた場合、要介護者の方の暮らしの場所はどこが良いと思いますか。(いくつでも○、最も希望するものに1つ◎)

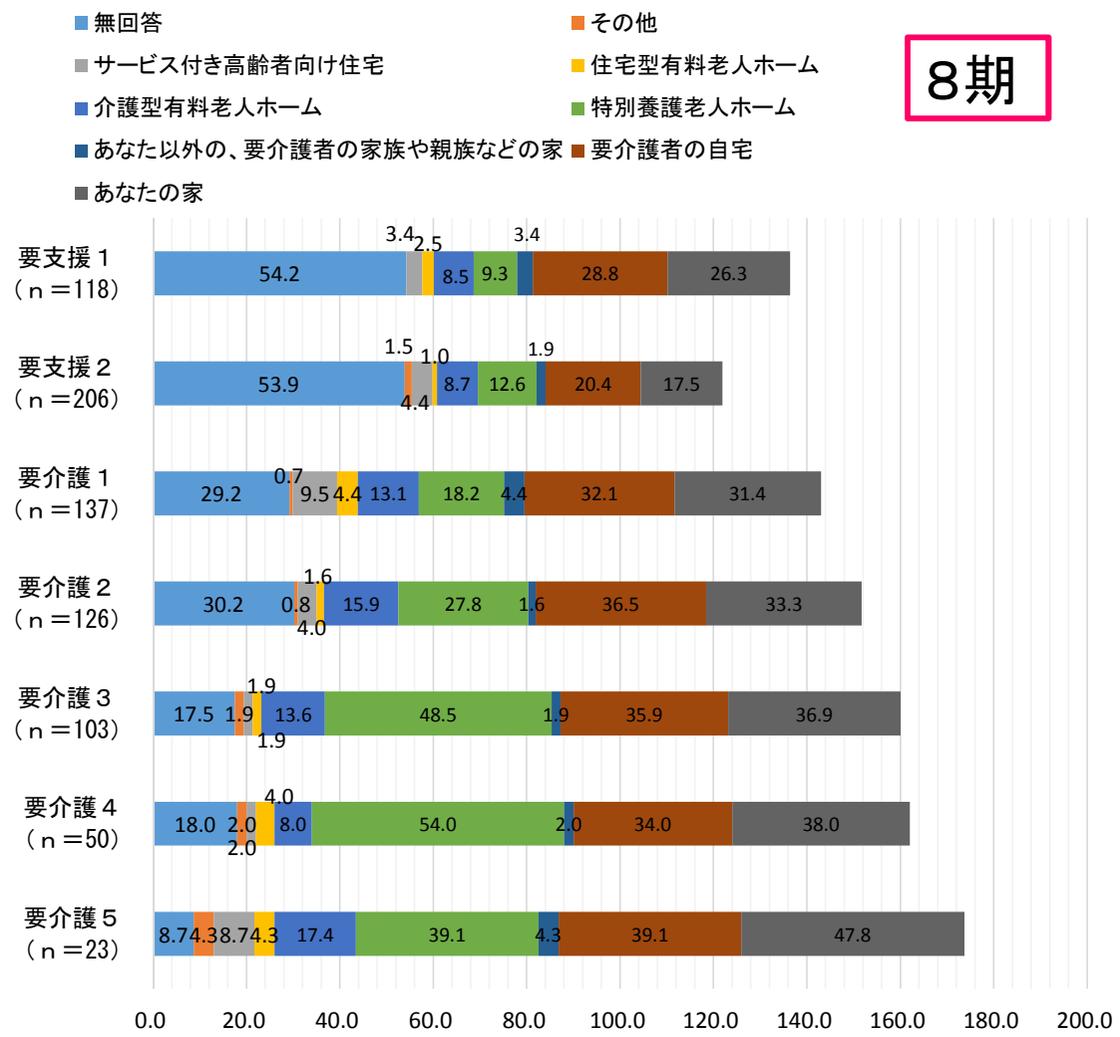
要支援・要介護認定者

8期



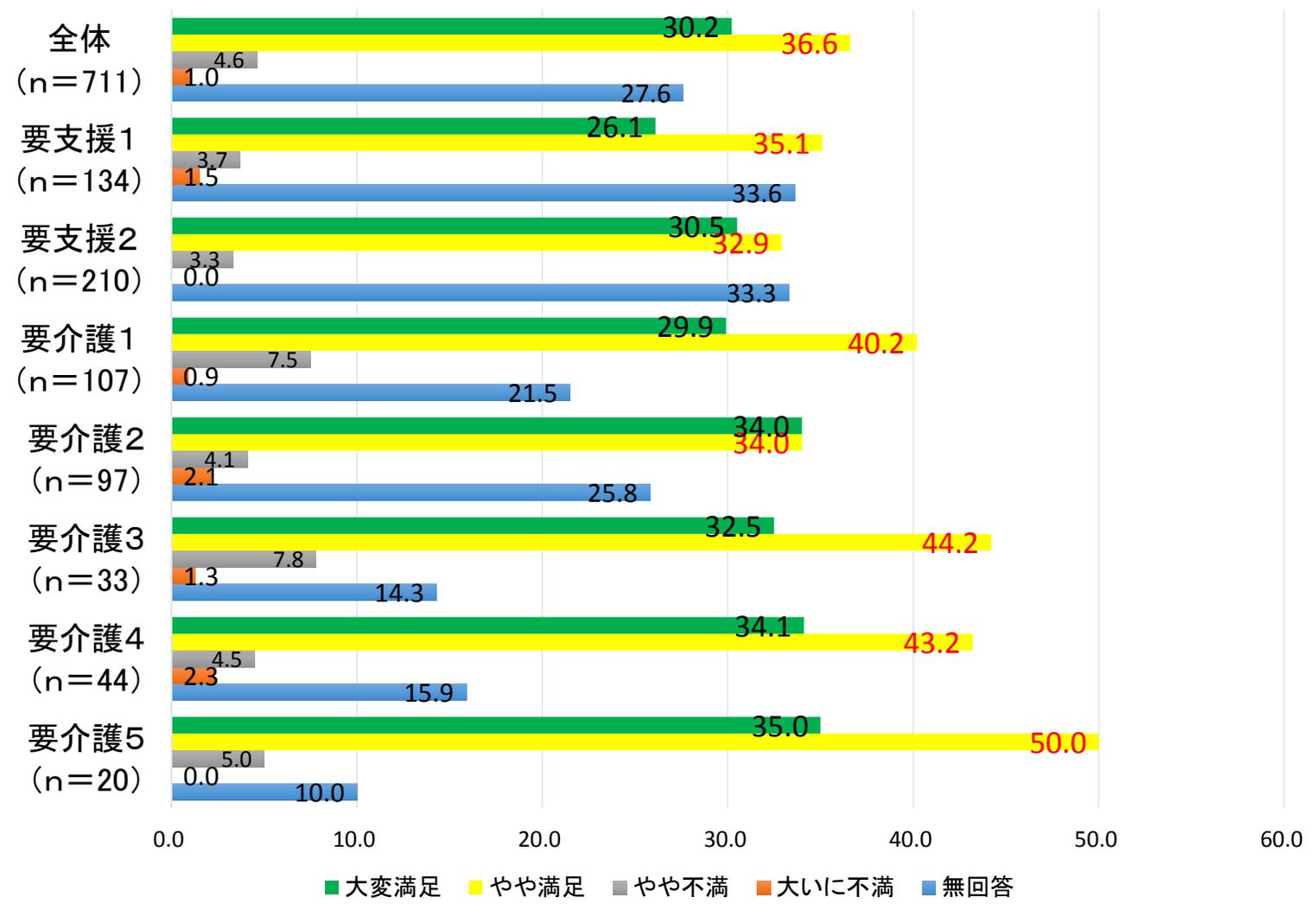
- あなたの家
- あなた以外の、要介護者の家族や親族などの家
- 介護型有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- 無回答
- 要介護者の自宅
- 特別養護老人ホーム
- 住宅型有料老人ホーム
- その他

あなたの家、要介護者の自宅、親族等の家を希望する割合は、7期では69.4%、8期では61.6%。8期は無回答の割合が36.6%として最も高かった。8期では、「要介護の自宅」が29.9%と最も多く、次いで「あなたの家」が29%、「特別養護老人ホーム」が24.3%となっている。  
 ※最も希望するものでは、「要介護者の自宅」が8.8%と最も多く、次いで「あなたの家」4.8%、「特養」4.6%、無回答79.4%となっている。



# 利用した介護保険サービスに満足していますか。

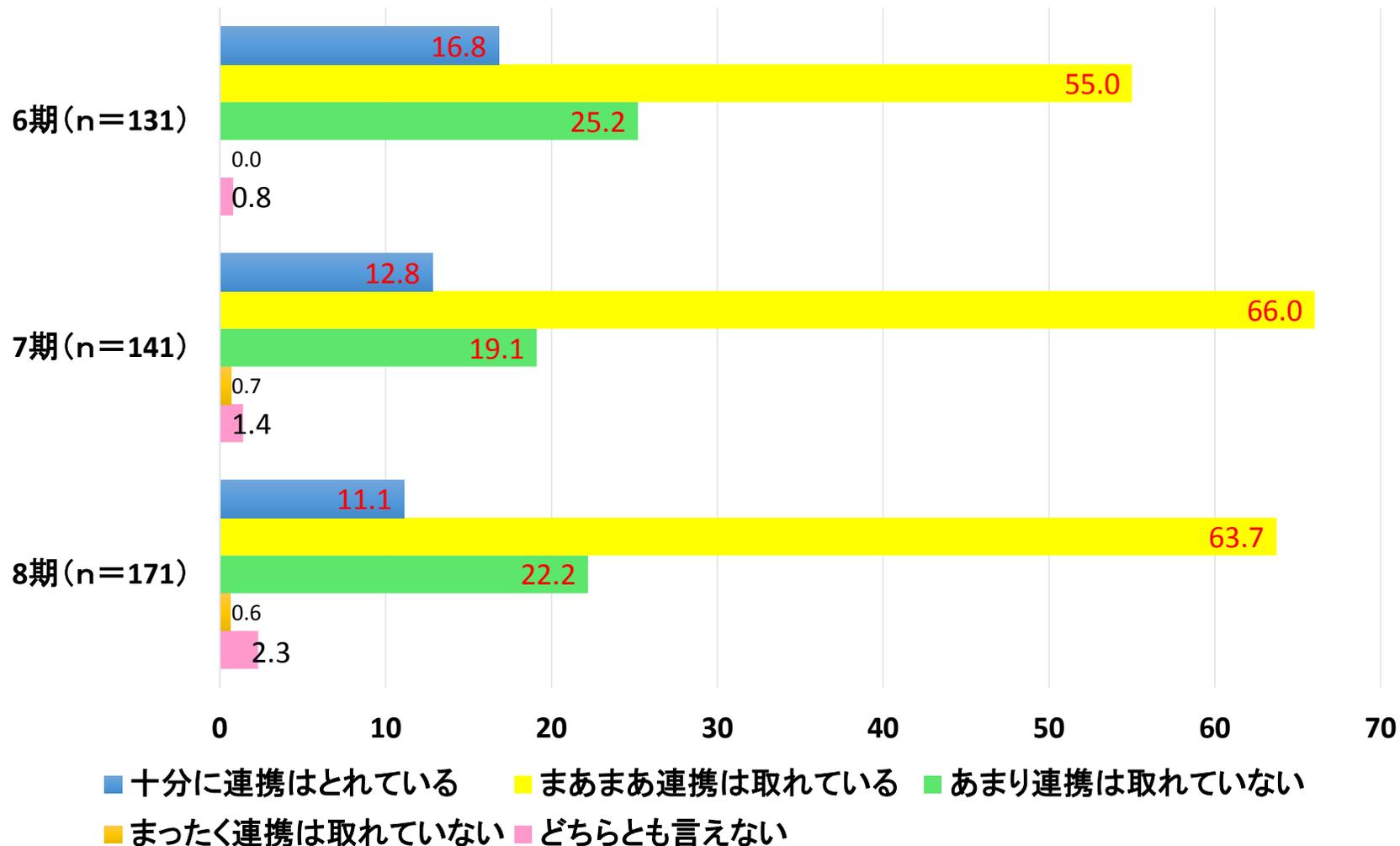
8期 要支援・要介護認定者



利用した介護保険サービスに満足しているかでは、「大変満足」「やや満足」を合わせた『満足』が66.8%となっている。

介護別では、要介護5では、『満足』と回答した割合が高く、大いに不満の回答数がゼロ。

# 医療との連携は取れていますか



十分に連携は取れているが、調査毎に減少傾向。「まあまあ連携はとれている」も8期は7期より減少。  
7割のCMは連携は取れていると思っている。

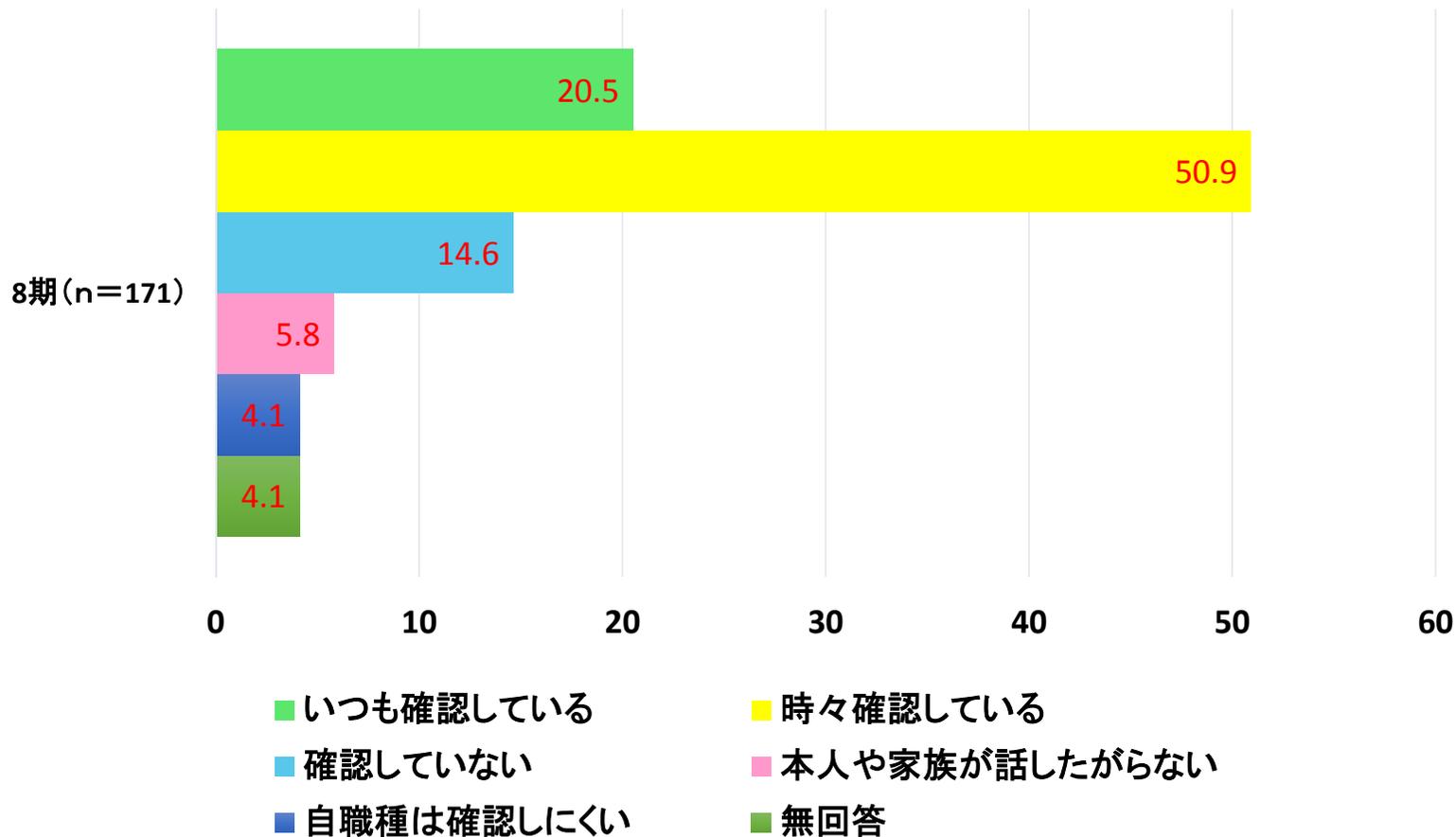
8期 連携が取れていない理由

- ①医師が忙しく日程を調整することが難しい 53.5%
- ②自身の医療的知識の不足 51.2%

【どのような連携が必要】  
利用者の病気だけではなく生活をどのように送っているかの情報の共有を図りたい(自由記述)

# 日常の支援において、本人の終末期における医療や介護、生活や家族への希望等、ACPについて、本人の意向を確認していますか

8期のみCM



「いつも確認している」「時々確認している」を合わせた『確認している』は71.4%。  
「確認していない」が14.6%

8期CM/ ACPIについて言葉を知っていますか(n=171)  
①知っている 67.3%  
②知らない 32.2%

# 高齢者福祉計画アンケート結果から考える 「医療と介護のありたい姿」に近づくために、これから本事業で進めること

アンケート結果	これからすること
市民の在宅医療の認知度はまだまだ半数	在宅医療介護啓発講座の地域別開催を継続実施。在宅医療介護啓発講座に協力いただける専門職を増やしていく。
ACPは「知らない」「言葉だけを知っている人」が多い。	市民にACPの周知啓発を継続実施する。医療職も福祉職も本人が大切していること、望んでいることを共有する理念や技術・経験が必要。各専門職団体や本事業の研修会等で継続してACPについて理解する場を設ける。
暮らしの場所は自宅が良いが7割	在宅療養の充実がますます重要。指標を通して、現状や地域資源等を確認する。関係団体や関係各課と共有し、協議検討
介護保険サービスの満足度は7割弱。	在宅継続に必要な体制整備と、制度を支える専門職の技術向上を事業を通して実施する。
7割のケアマネジャーは医療との連携は取れていると考えている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CMが考える連携不足の要因は、医師とのコミュニケーション不足と自身の医療的知識の不足。連携タイム活用を医師会及びCM連絡会等に再周知。医療的知識の研修会はCM連絡会と共に協働企画、実施する。</li> <li>・ケアマネジャー以外の他専門職の連携状況と課題を調査</li> </ul>

## 協議事項

8月5日の協議会では、アンケート結果を踏まえ、本事業で必要なことについて御意見をお願いいたします。

## 参考

第8期つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査報告書

⇒ 8月1日よりつくば市HP掲載予定

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

⇒ トップページ > 子育て・福祉 > 高齢者福祉 > 地域包括支援センター > つくば市在宅医療・介護連携推進事業 > 意識調査

# 第 8 期つくば市高齢者福祉計画策定のための アンケート調査【概要版】

## 1. 調査概要

### (1) 調査目的

本調査は「つくば市高齢者福祉計画（第 8 期）」策定のため、市内に居住する高齢者及びケアマネジャーの現状を把握し、計画の基礎資料とするために実施したものです。

### (2) 調査対象および調査方法

調査実施日：令和 2 年 1 月 15 日～令和 2 年 2 月 17 日

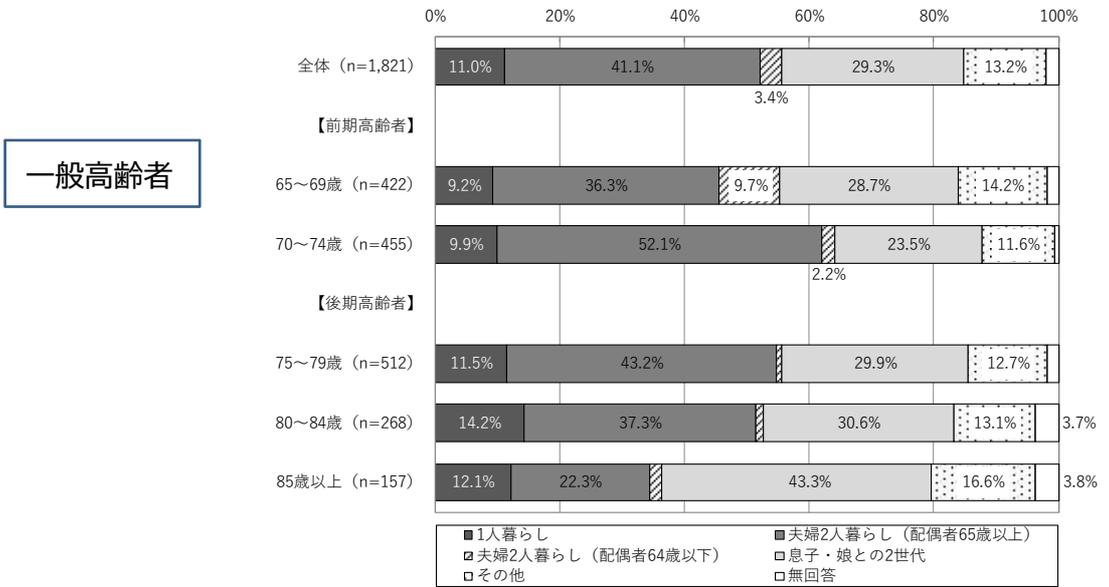
対象者	配布数	回収数	有効回収数	有効回収率
一般高齢者	3,000	1,821	1,821	60.7%
要支援・要介護認定者	3,000	1,502	1,502	50.1%
若年者	2,000	806	805	40.3%
ケアマネジャー	250	174	171	68.4%

## 2. 一般高齢者調査、要支援・要介護者調査、若年者調査結果抜粋

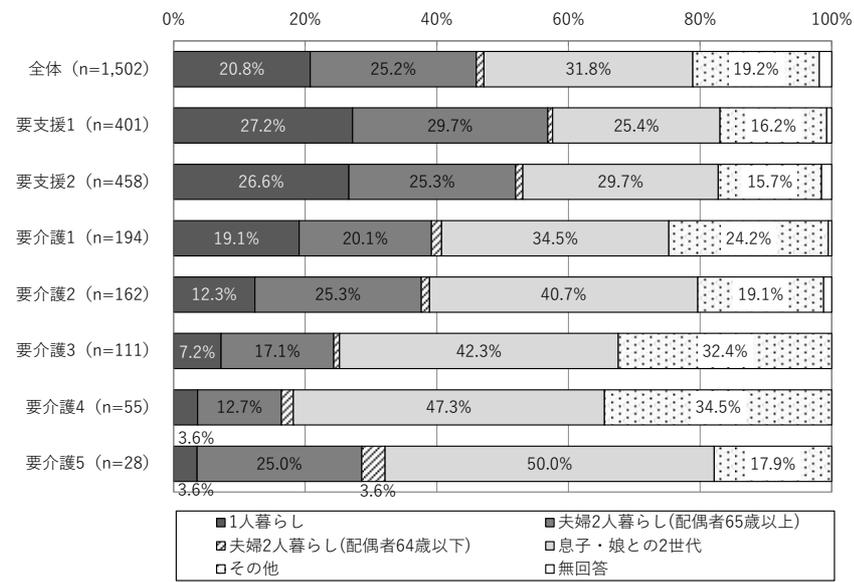
### (1) あなたの御家族や生活状況について

家族構成について、一般高齢者では「夫婦2人暮らし」が4割と最も多く、要支援・要介護者、若年者では「息子・娘との2世代」が約3～4割と最も多くなっています。

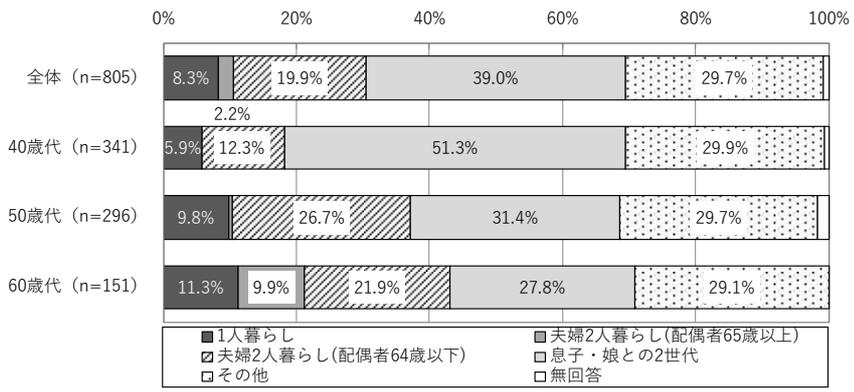
【家族構成】



要支援・要介護者

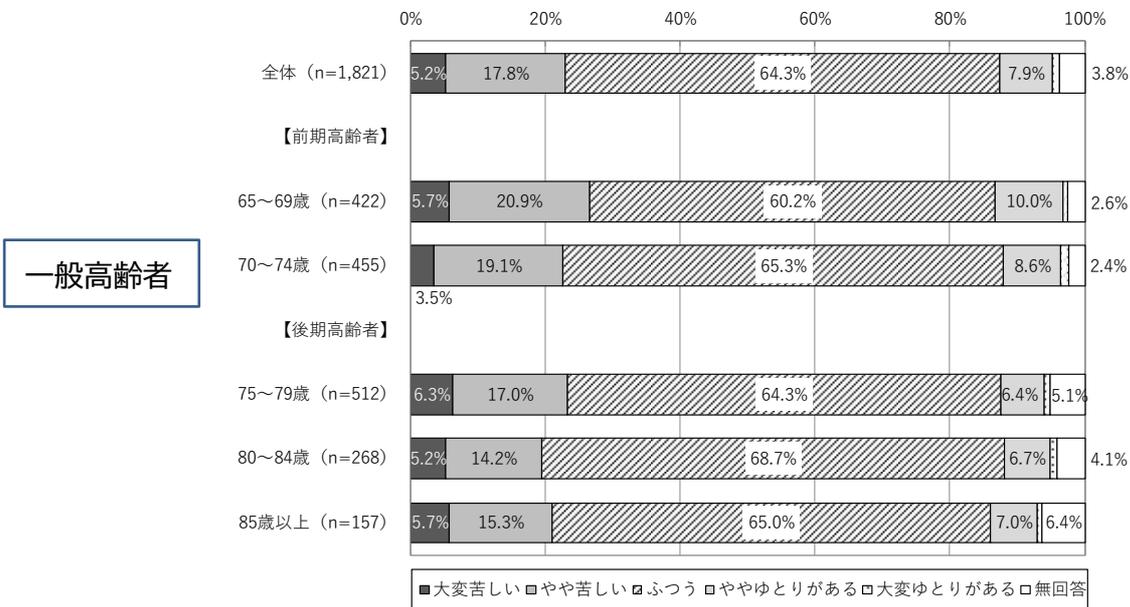


若年者

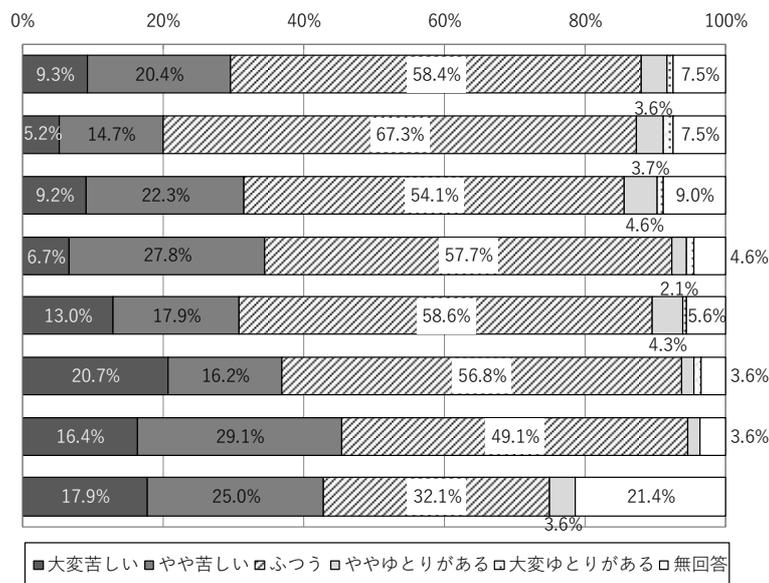


現在の暮らしの状況では、「ふつう」がどの調査でも最も多くなっていますが、要支援・要介護者において「大変苦しい」、「やや苦しい」を合わせると約3割となり、他の調査と比較するとやや多くなっています。

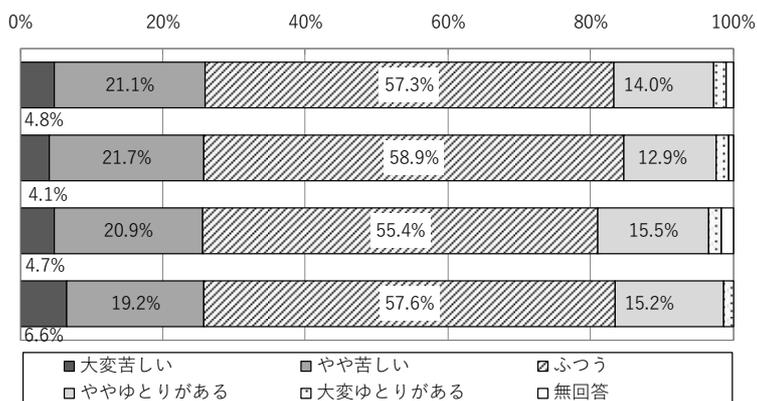
### 【現在の暮らしの状況】



### 要支援・要介護者



### 若年者

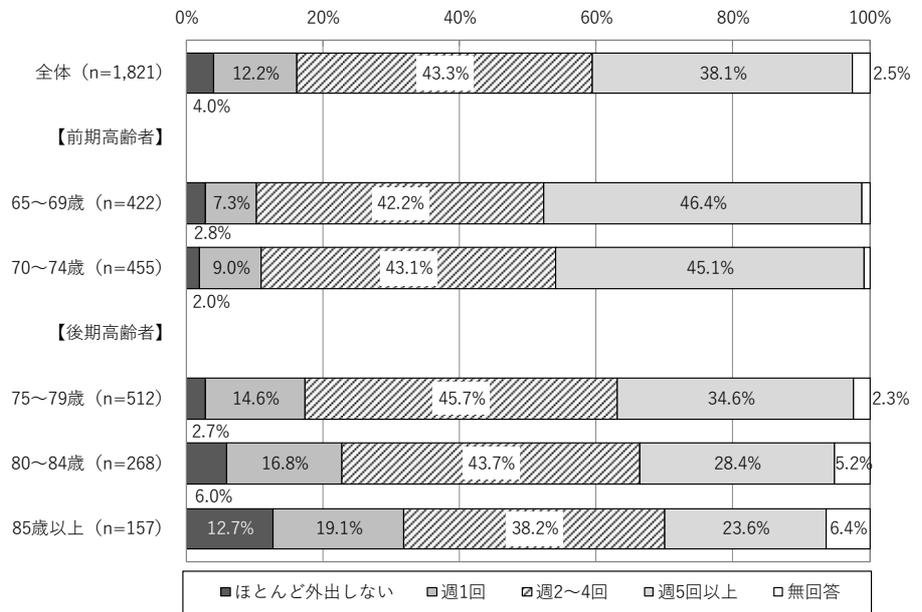


## (2) からだを動かすことについて

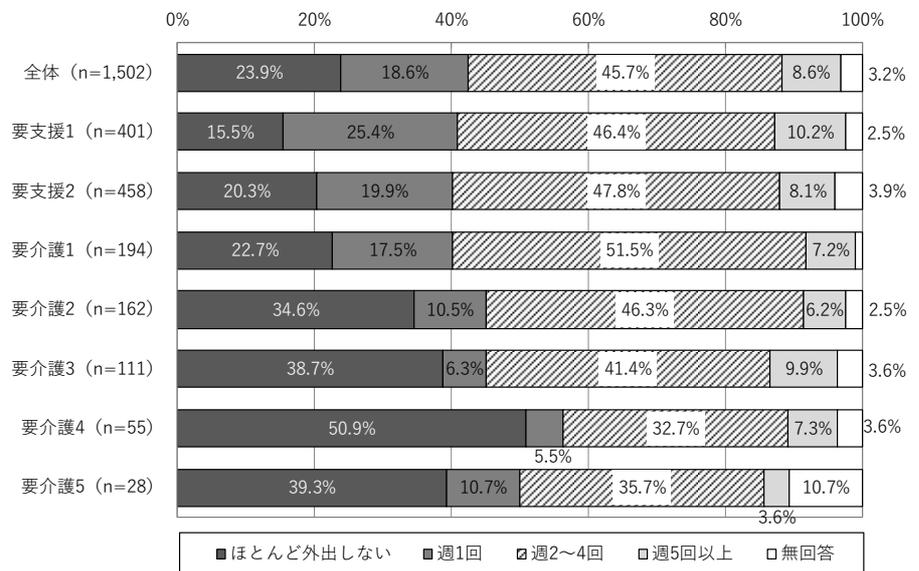
週に1回以上は外出しているかでは、一般高齢者、要支援・要介護者ともに「週2~4回」が約4割と最も多く、要支援・要介護者では「ほとんど外出しない」が約2割となっています。

一般高齢者

【外出の有無】

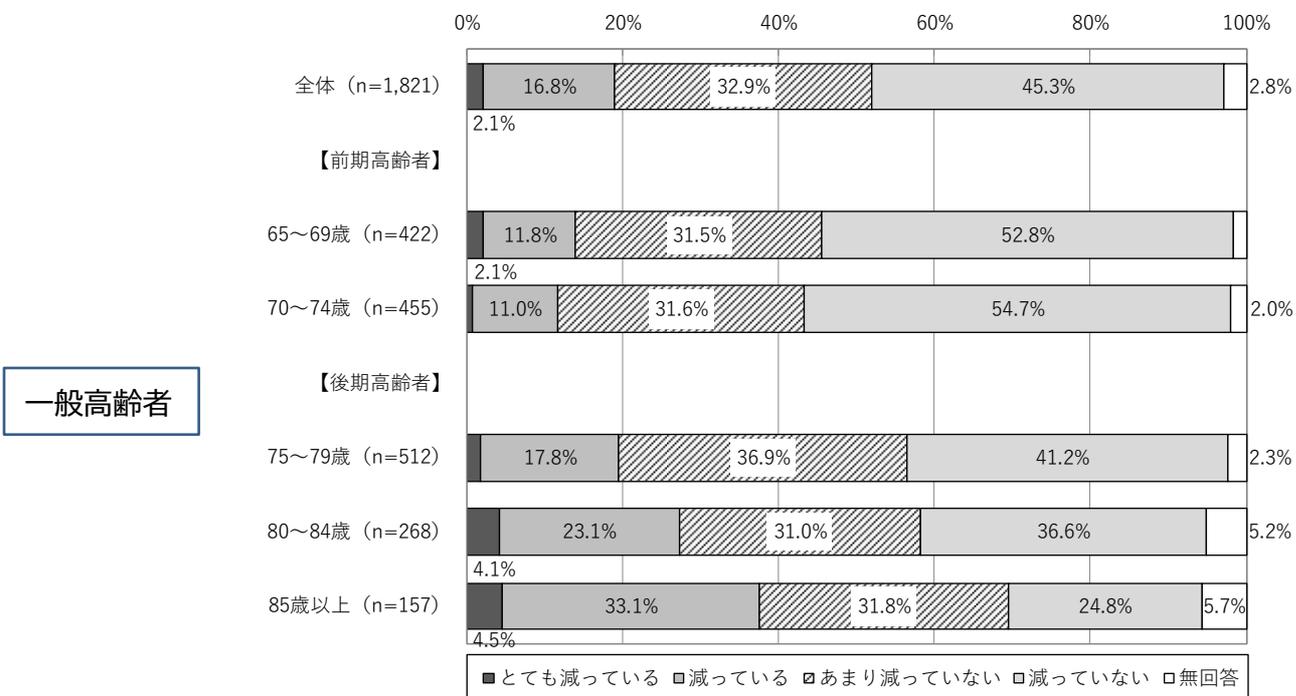


要支援・要介護者

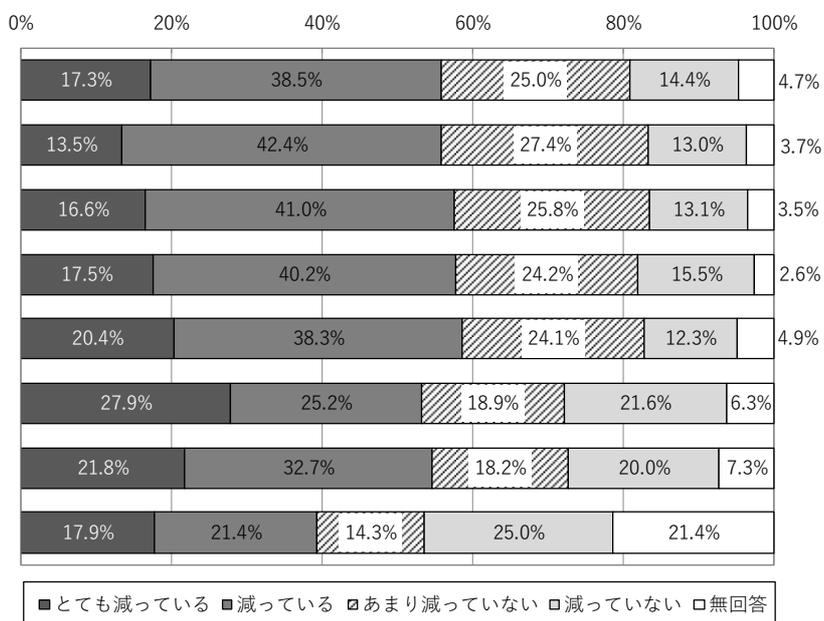


昨年と比べて外出の回数が減っているかでは、一般高齢者では「減っていない」が4割と最も多く、要支援・要介護者では「減っている」が約4割となっています。

### 【外出の回数】



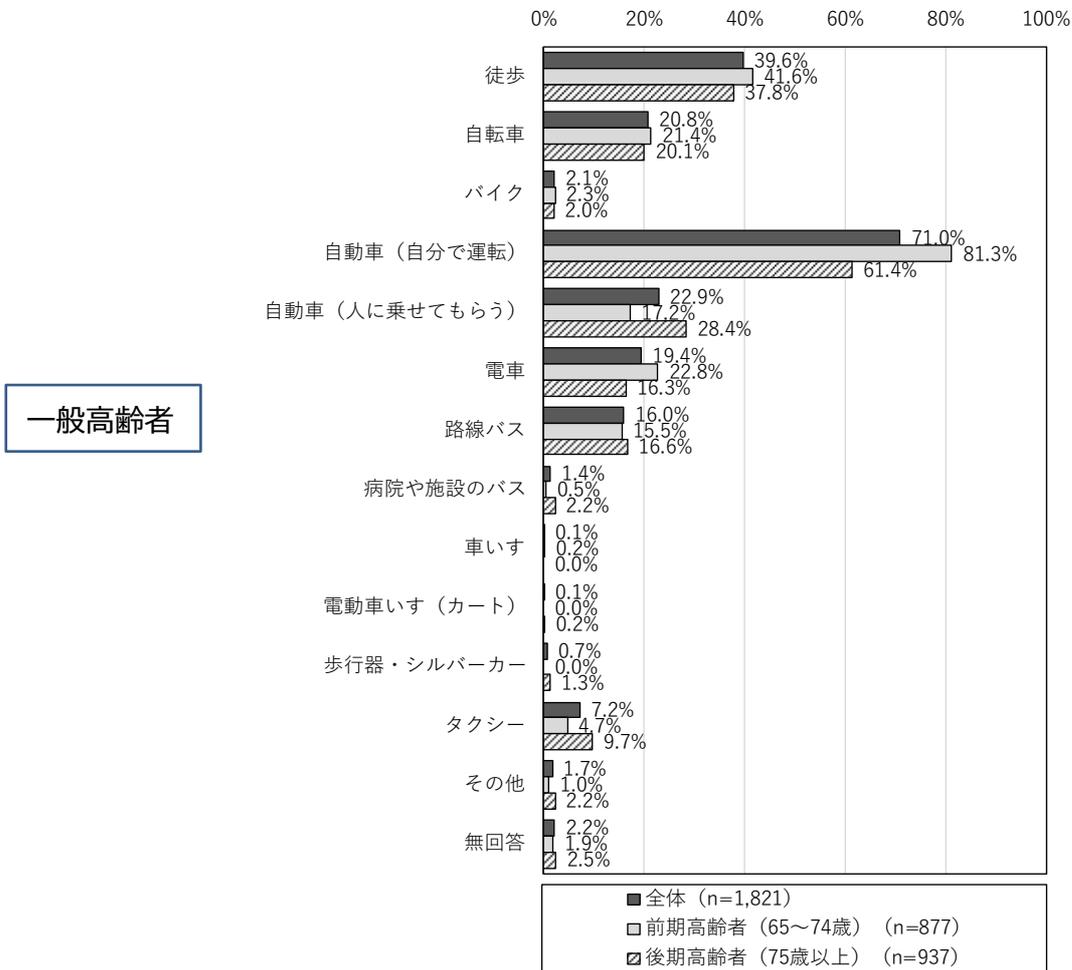
一般高齢者



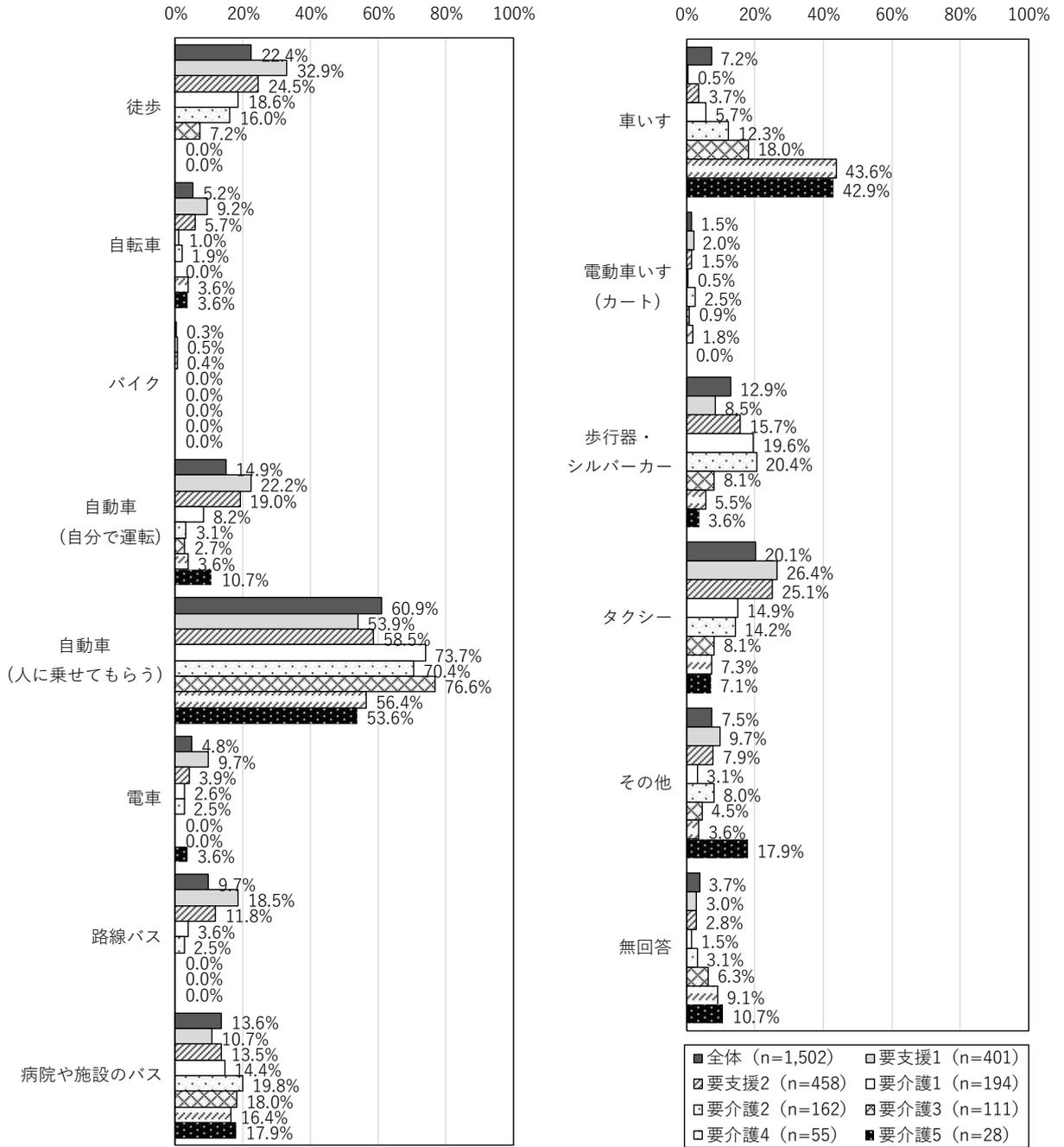
要支援・要介護者

外出する際の移動手段をみると、一般高齢者では「自動車（自分で運転）」が7割と最も多く、要介護者では、「自動車（人に乗せてもらう）」が6割となっています。

【外出の際の移動手段】



## 要支援・要介護者

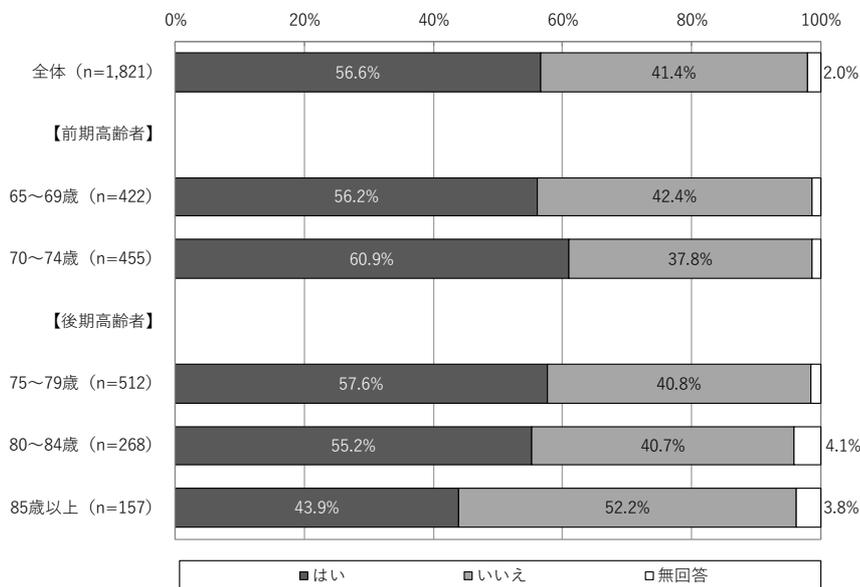


### (3) 食べることについて

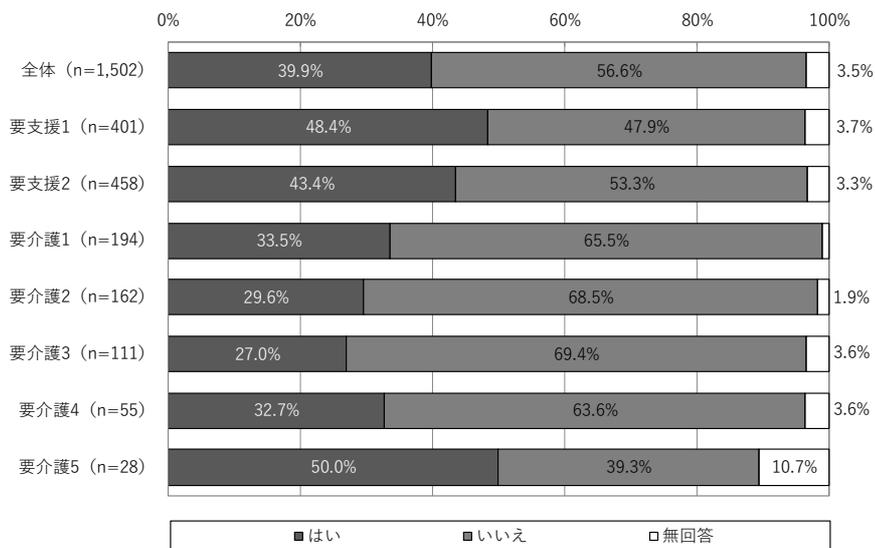
定期的に歯科受診（健診を含む）をしているかでは、一般高齢者と若年者は受診しているが約5割となっていますが、要支援・要介護者では、約4割となっています。

【定期的な歯科健診の受診】

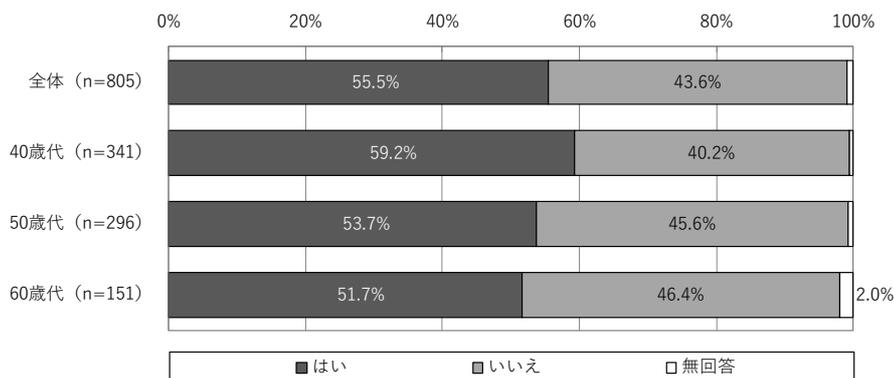
一般高齢者



要支援・要介護者



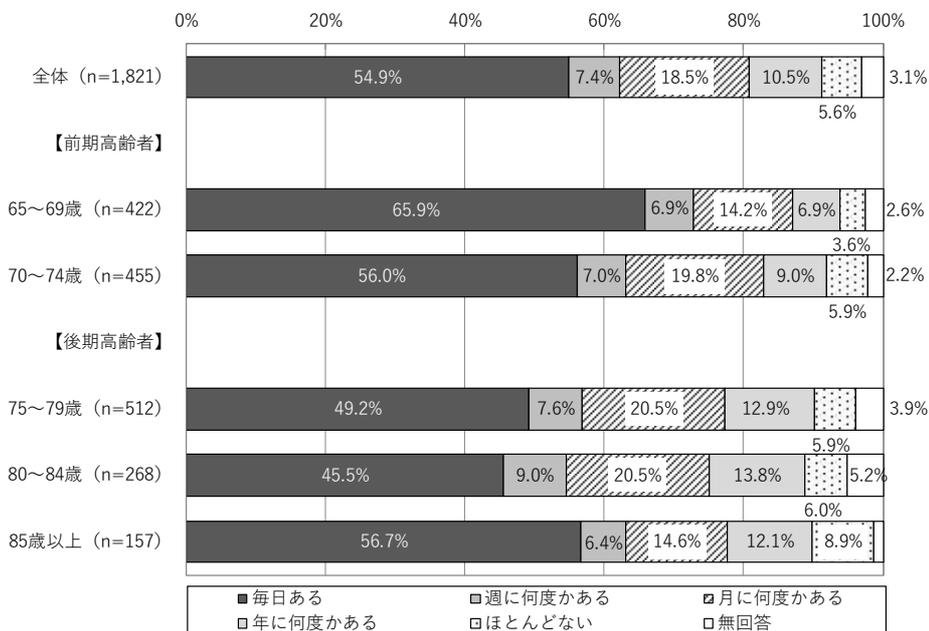
若年者



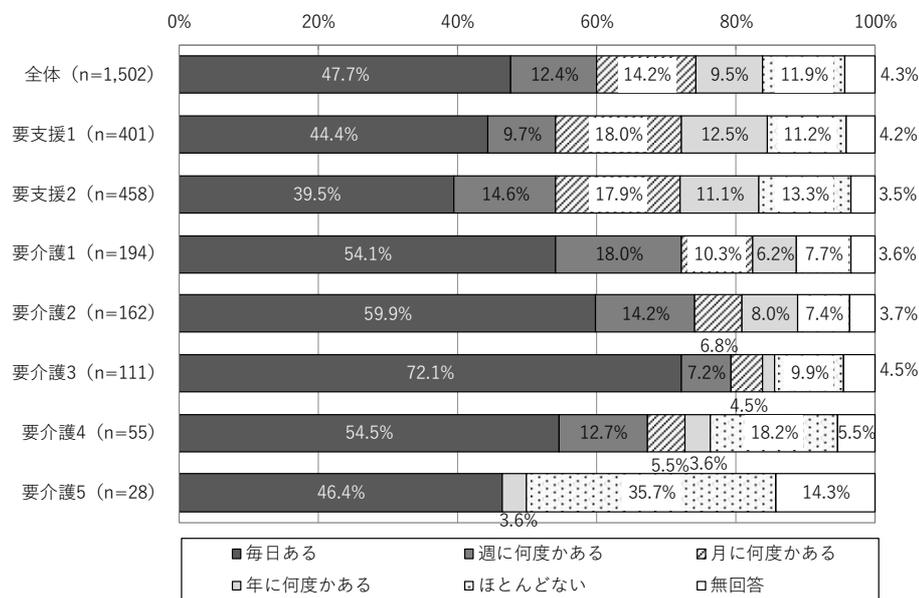
共食の機会について、一般高齢者と要支援・要介護者を比較すると、「毎日ある」の回答は一般高齢者のほうが高くなっています。

### 【共食の機会】

一般高齢者



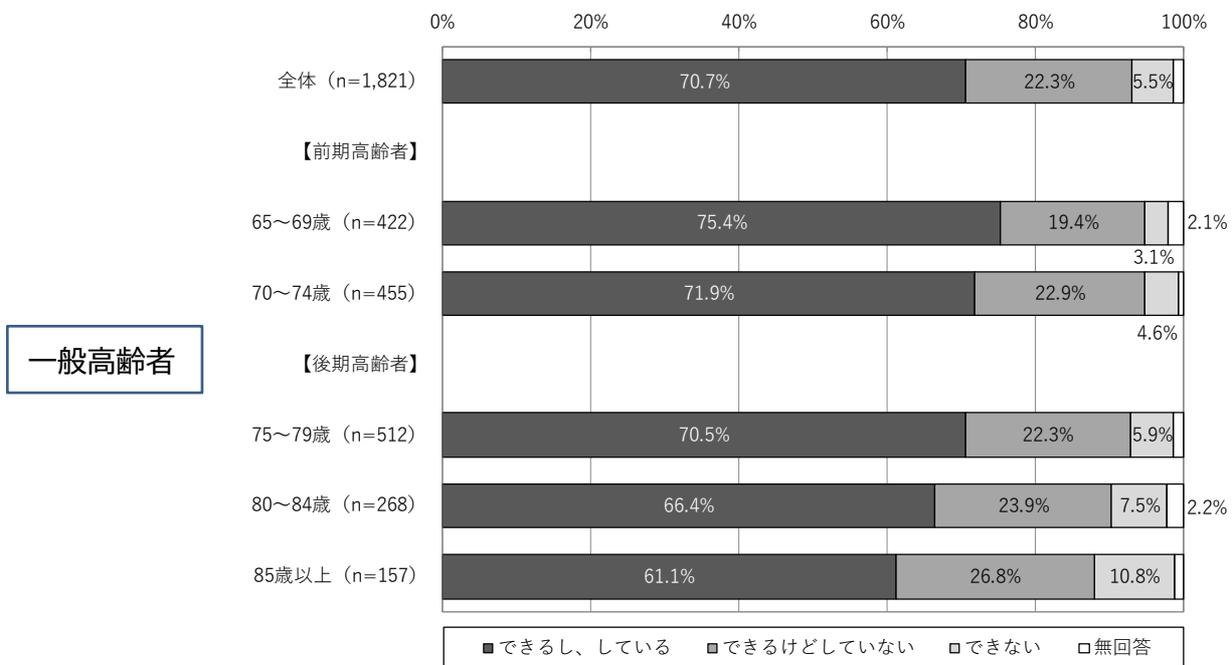
要支援・要介護者



#### (4) 毎日の生活について

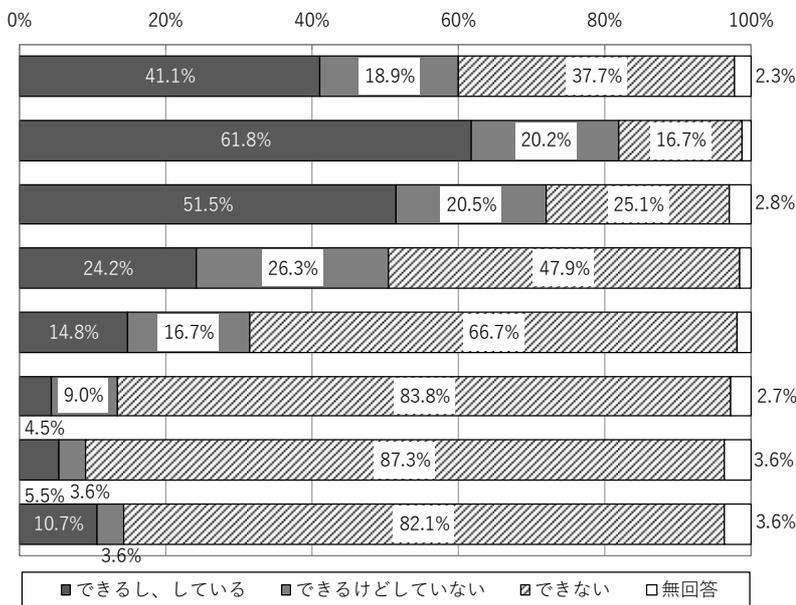
自分で食品・日用品の買物をしているかでは、「できるし、している」の回答は、一般高齢者が多く7割となっており、要支援・要介護者と比較すると約30ポイント高くなっています。

【買い物等ができていますか】



一般高齢者

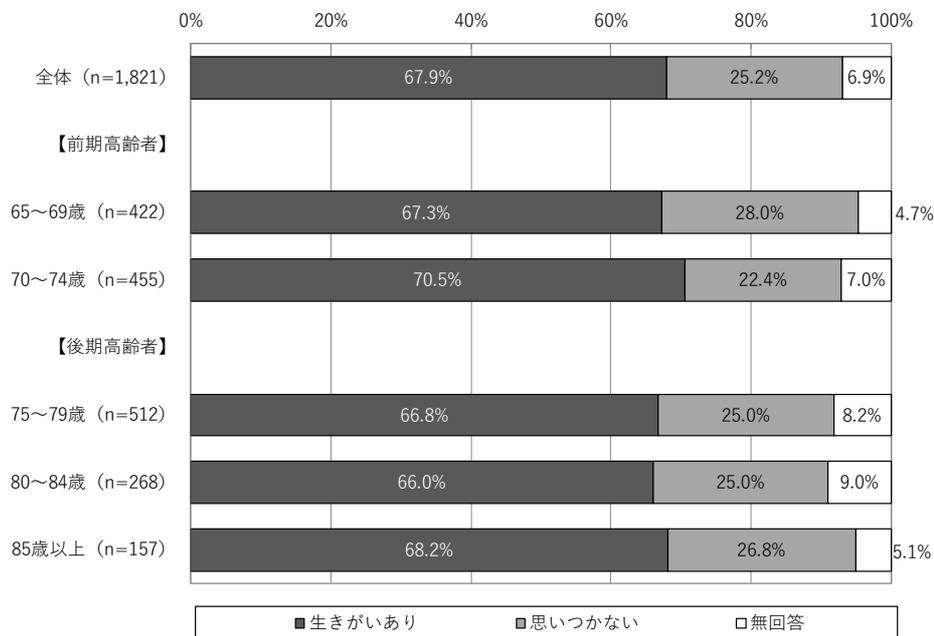
要支援・要介護者



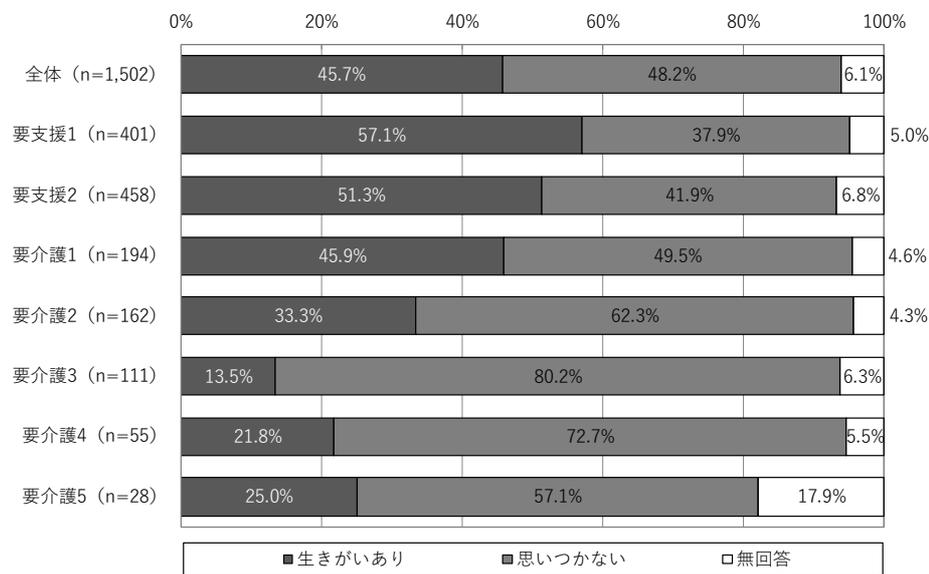
生きがいの有無について、「生きがいあり」は一般高齢者では約7割、要支援・要介護者では約4割となっています。

### 【生きがいの有無】

#### 一般高齢者



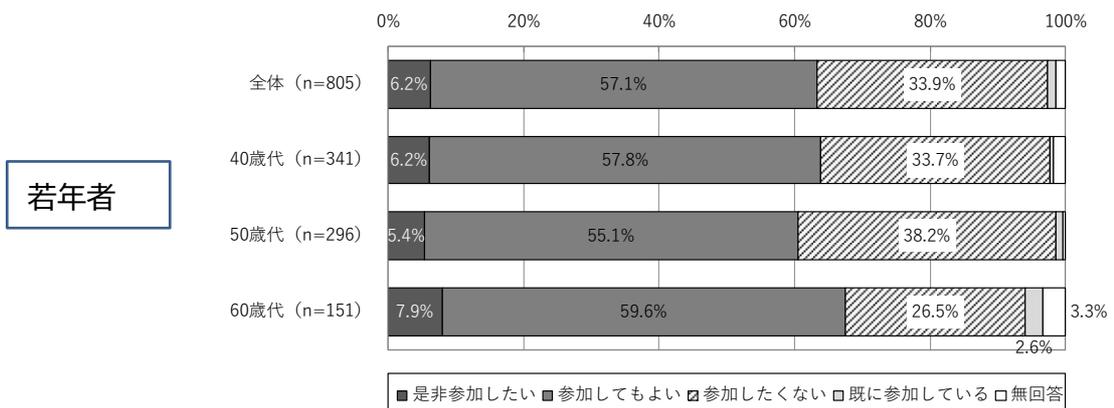
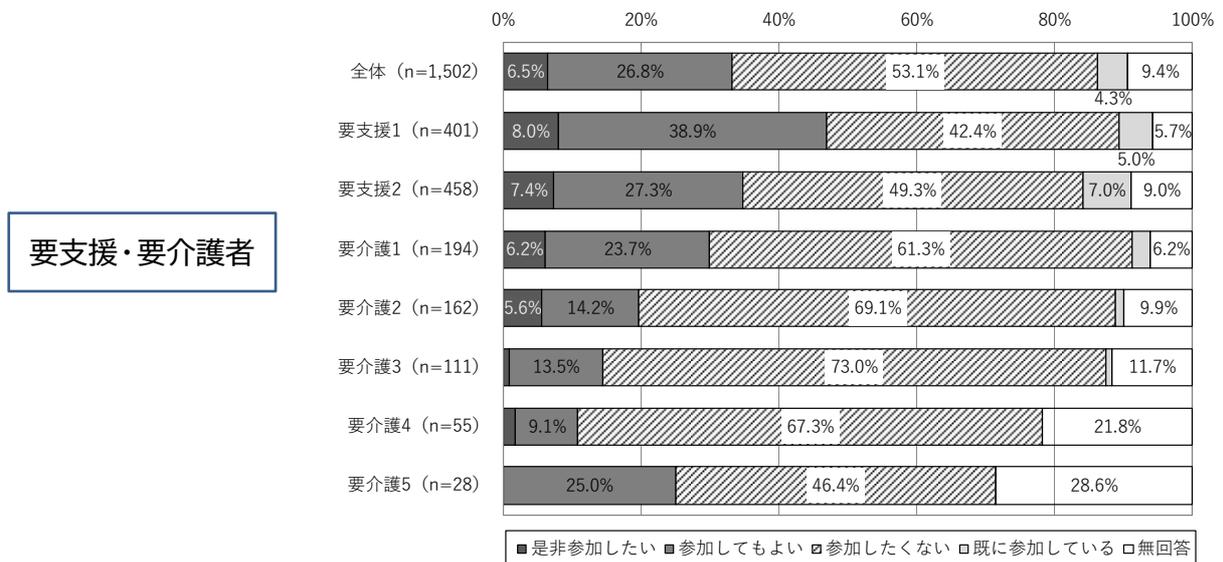
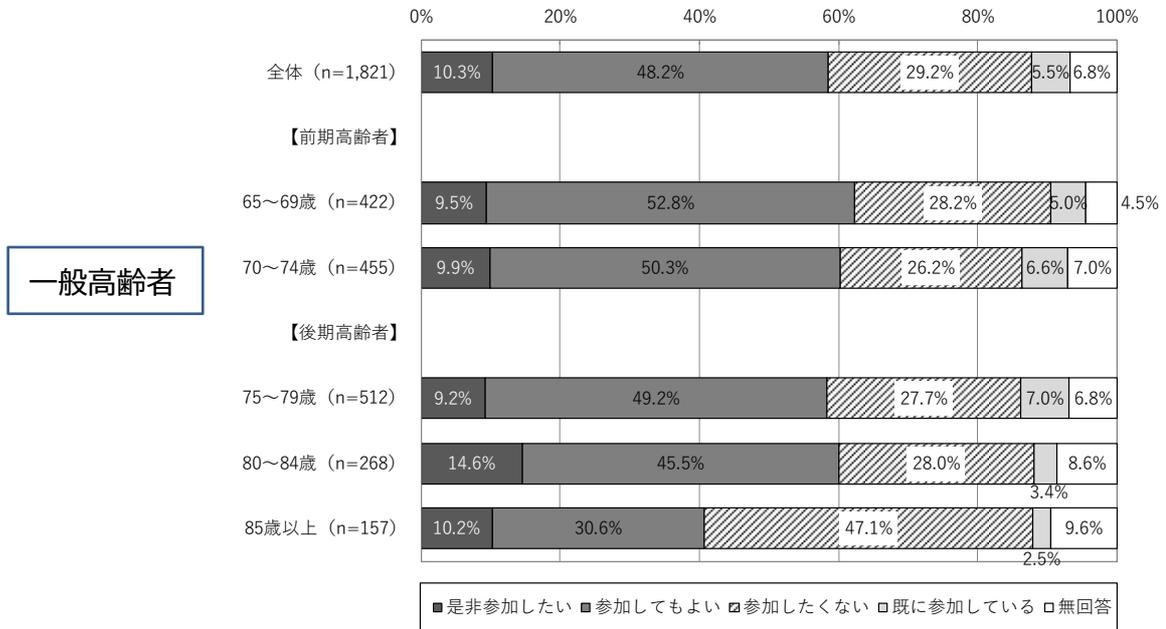
#### 要支援・要介護者



## (5) 地域での活動について

健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加について、一般高齢者、若年者では、「参加してもよい」の回答が多く、要支援・要介護者では「参加したくない」が約5割となっています。

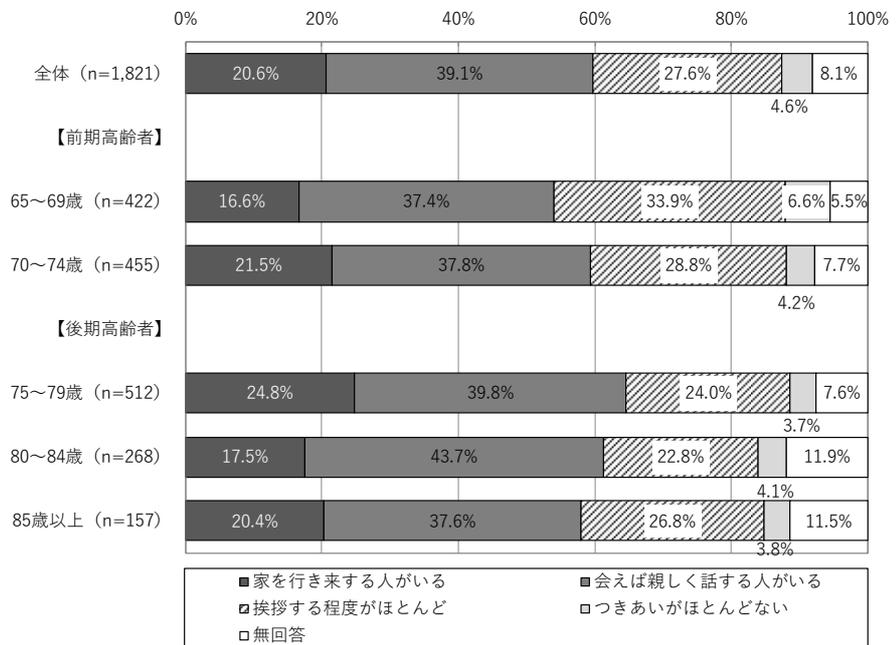
### 【趣味等のグループ活動への参加について】



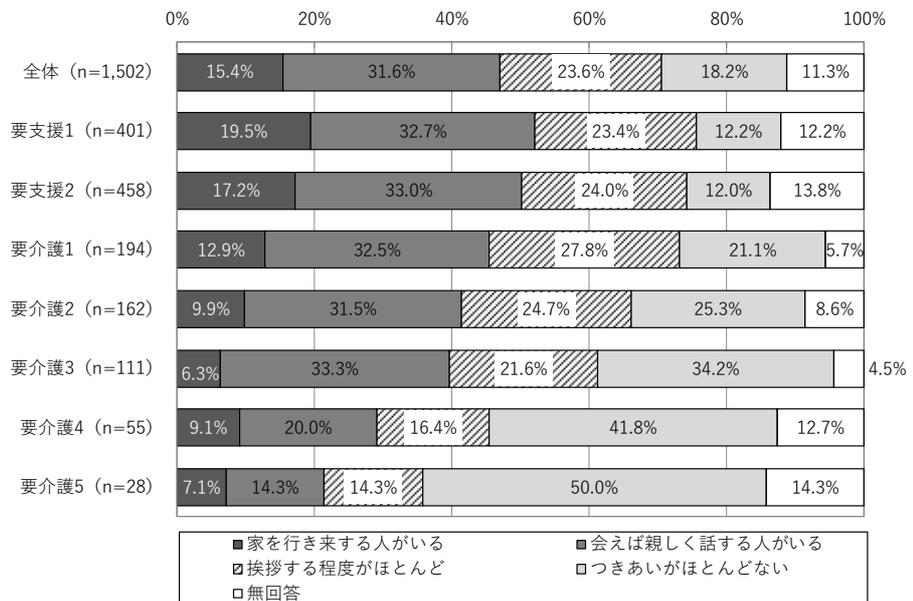
近所付き合いの有無は、一般高齢者と要支援・要介護者では、「会えば親しく話す人がいる」が最も多く、若年者では「あいさつする程度がほとんど」が約5割と最も多くなっています。

### 【近所付き合いの有無】

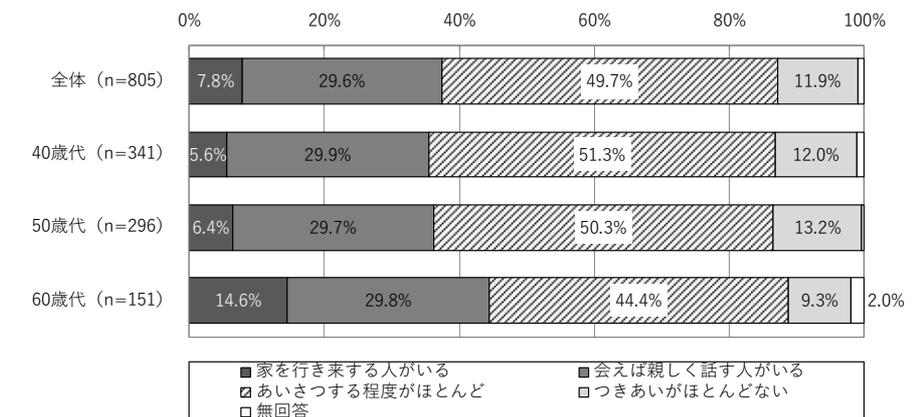
一般高齢者



要支援・要介護者



若年者

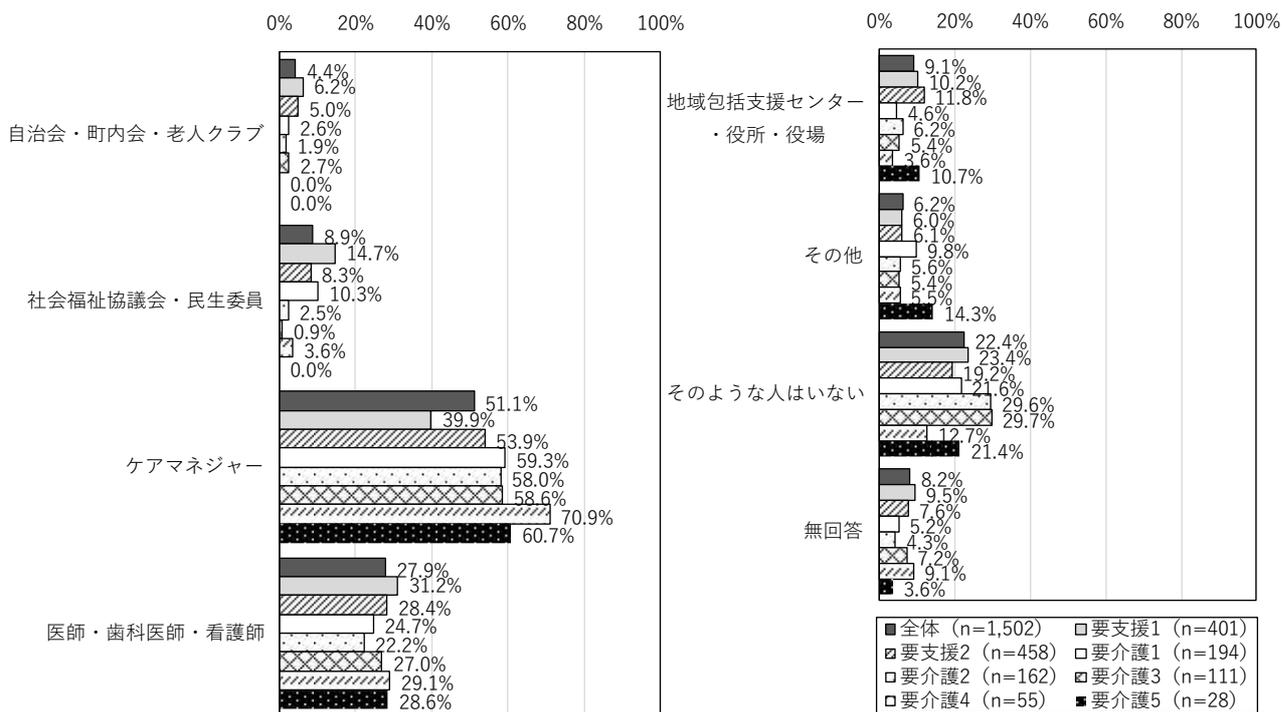
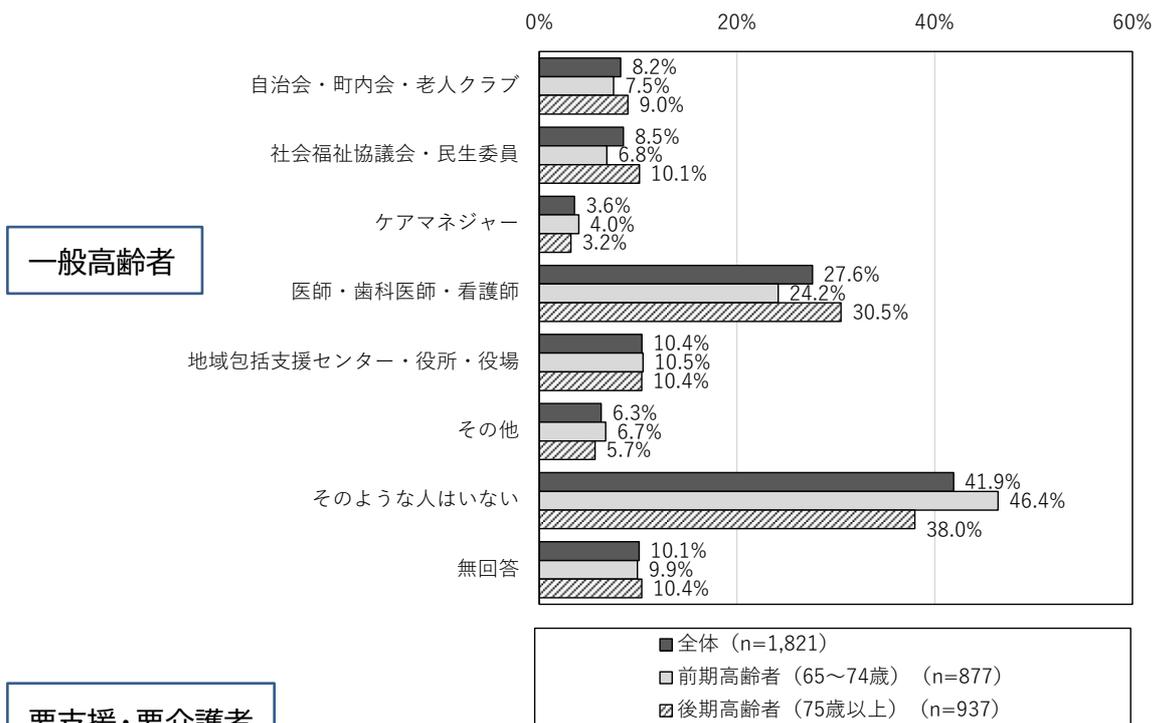


## (6) たすけあいについて

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手については、一般高齢者では、「医師・歯科医師・看護師」が約3割、要支援・要介護者ではケアマネジャーが約5割となっています。

また、一般高齢者では「そのような人はいない」が約4割となっています。

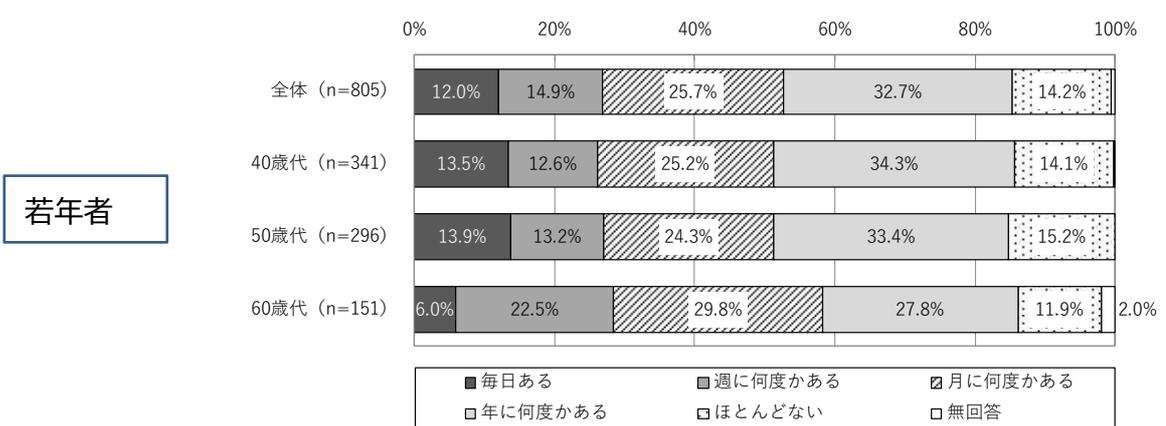
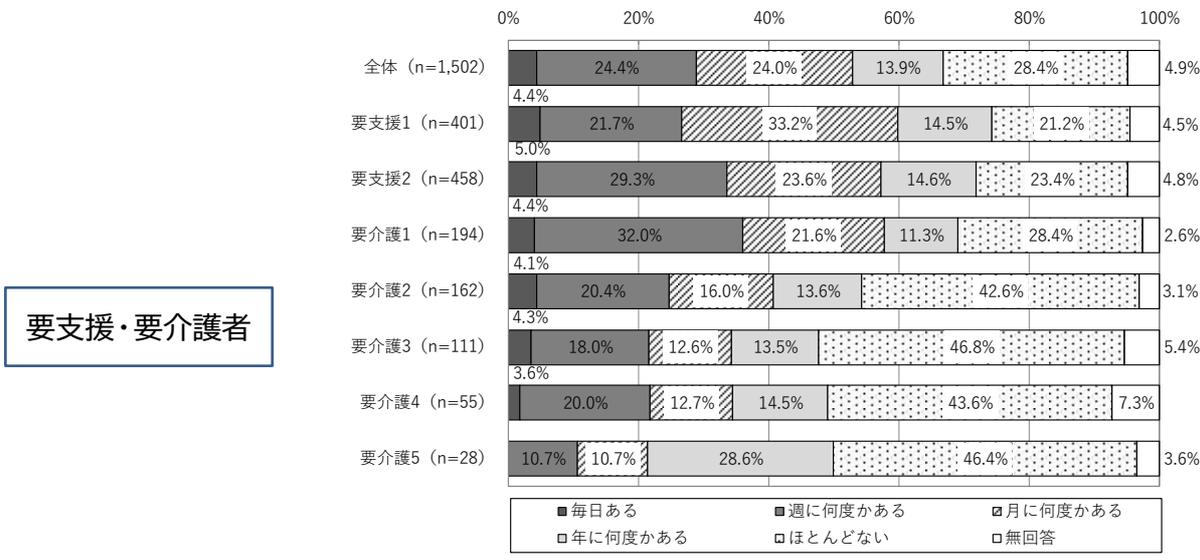
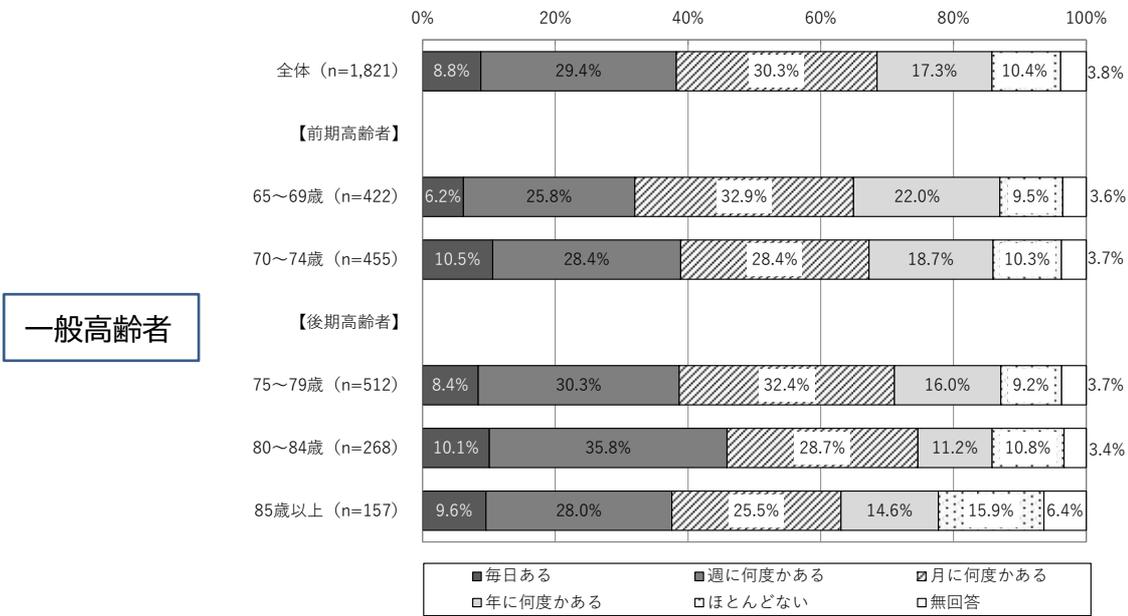
【家族や友人以外の相談相手】



友人・知人と会う頻度について、一般高齢者では「月に何度かある」が約3割、若年者では「年に何度かある」が約3割となっています。

要支援・要介護者では「ほとんどない」が約3割と最も多くなっています。

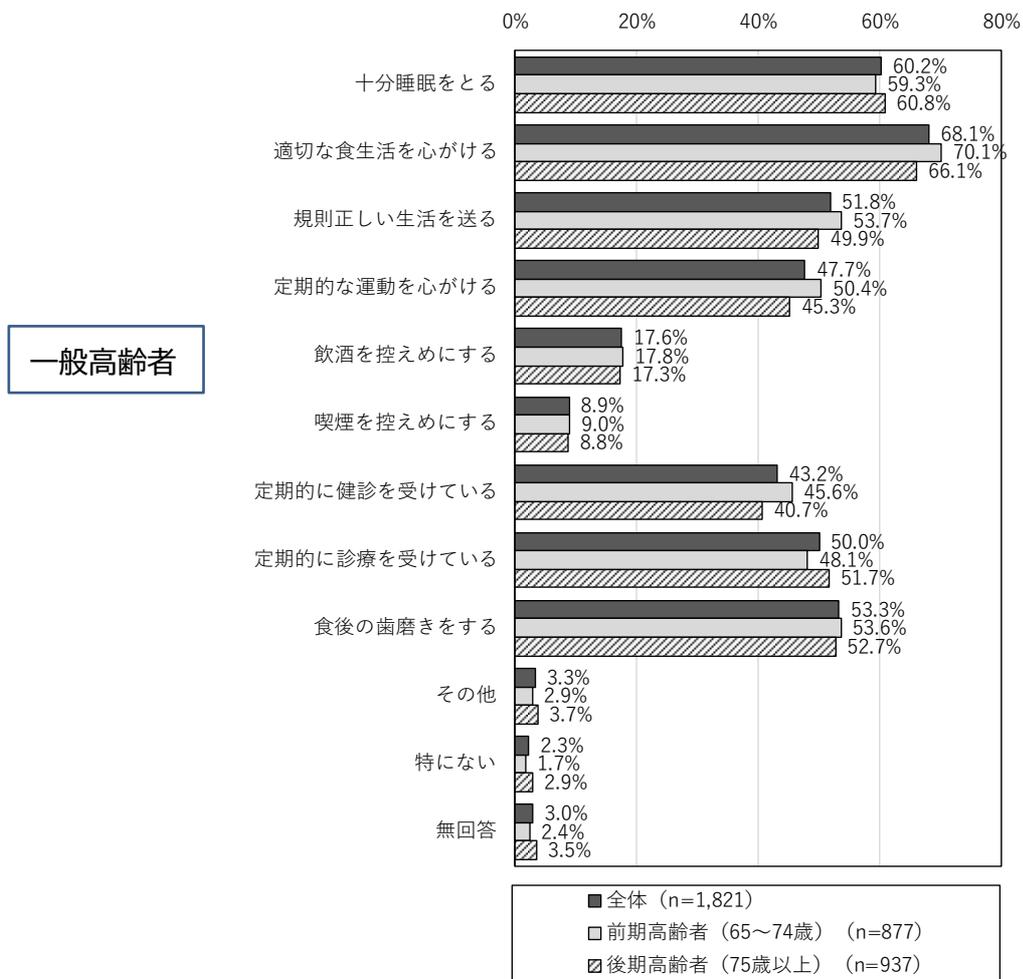
### 【友人・知人と会う頻度】



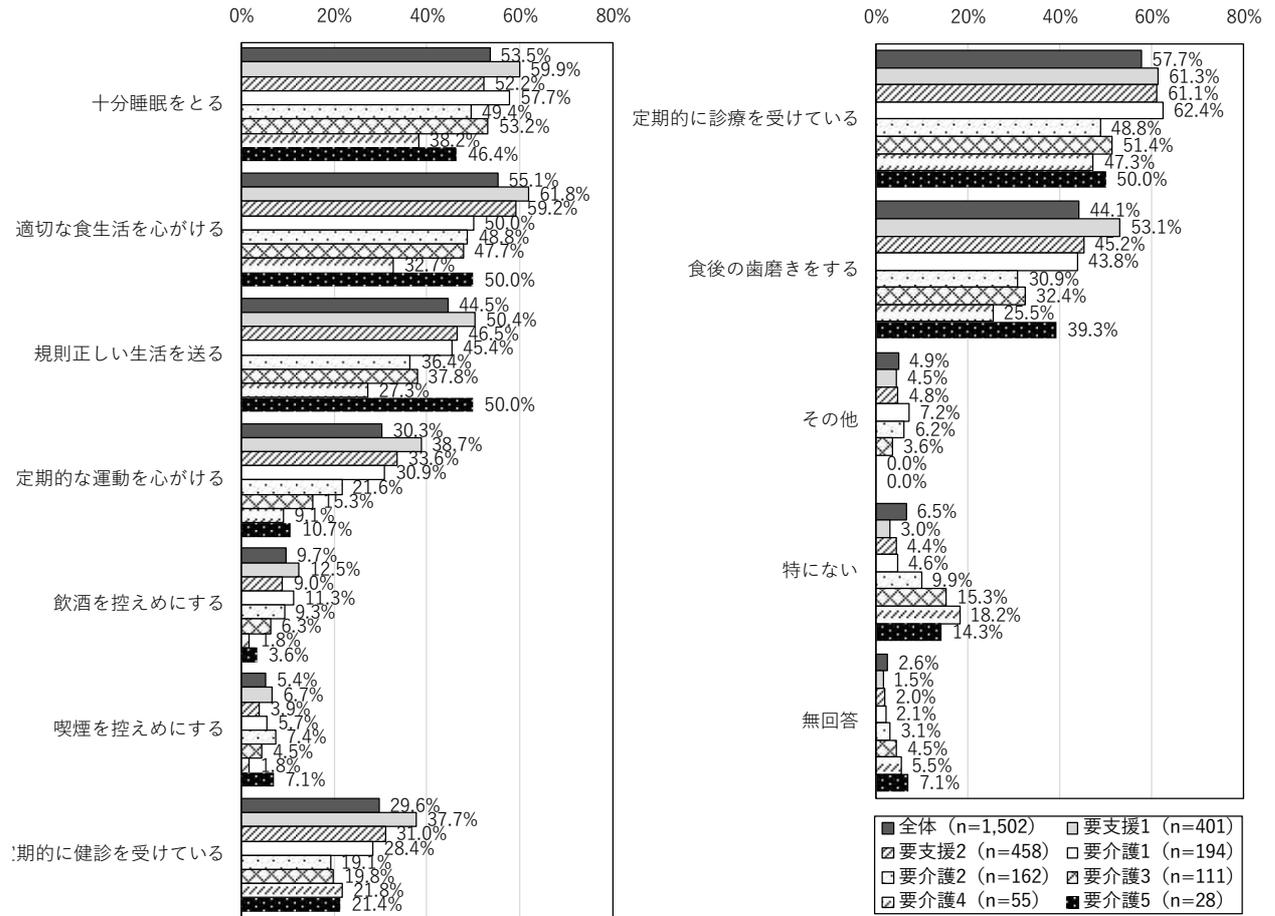
## (7) 健康について

健康保持や疾病予防のための取り組みは、一般高齢者及び若年者では、「適切な食生活を心がける」が最も多く、要支援・要介護者では「定期的に診療を受けている」が約6割と最も多くなっています。

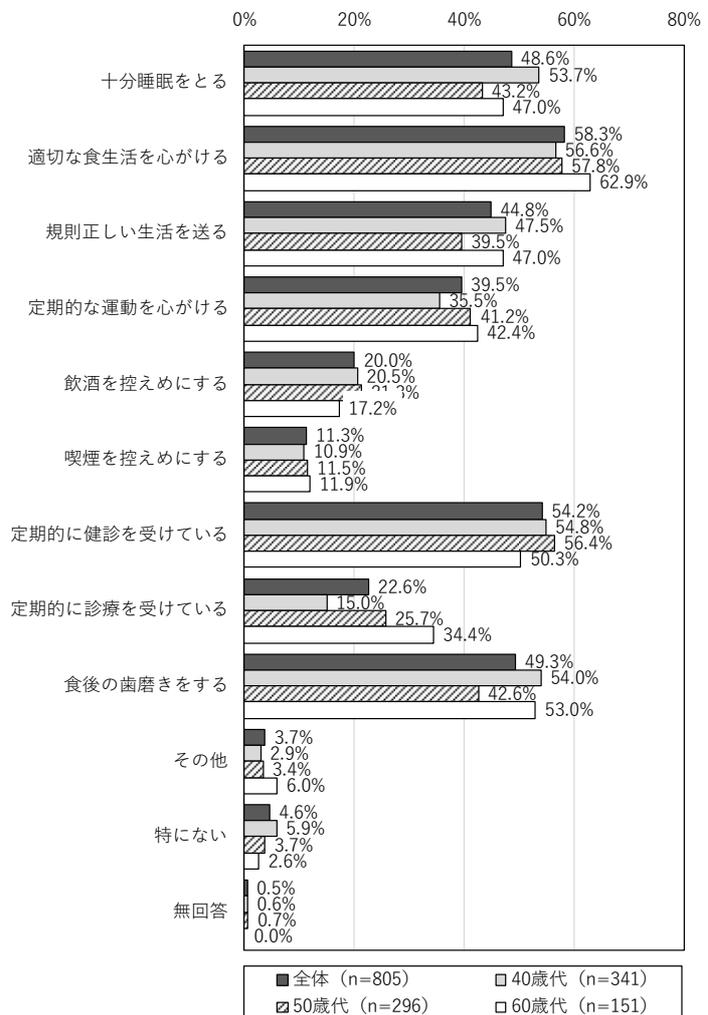
【健康保持や疾病予防のための取り組み】



## 要支援・要介護者



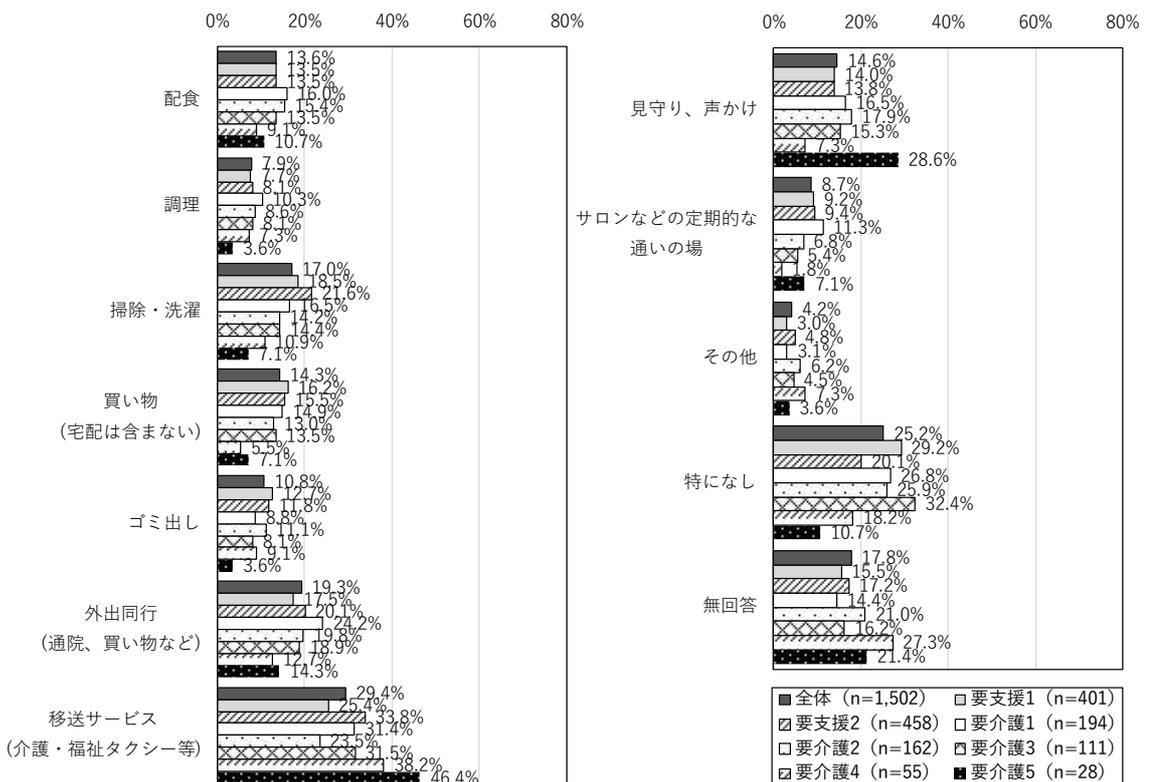
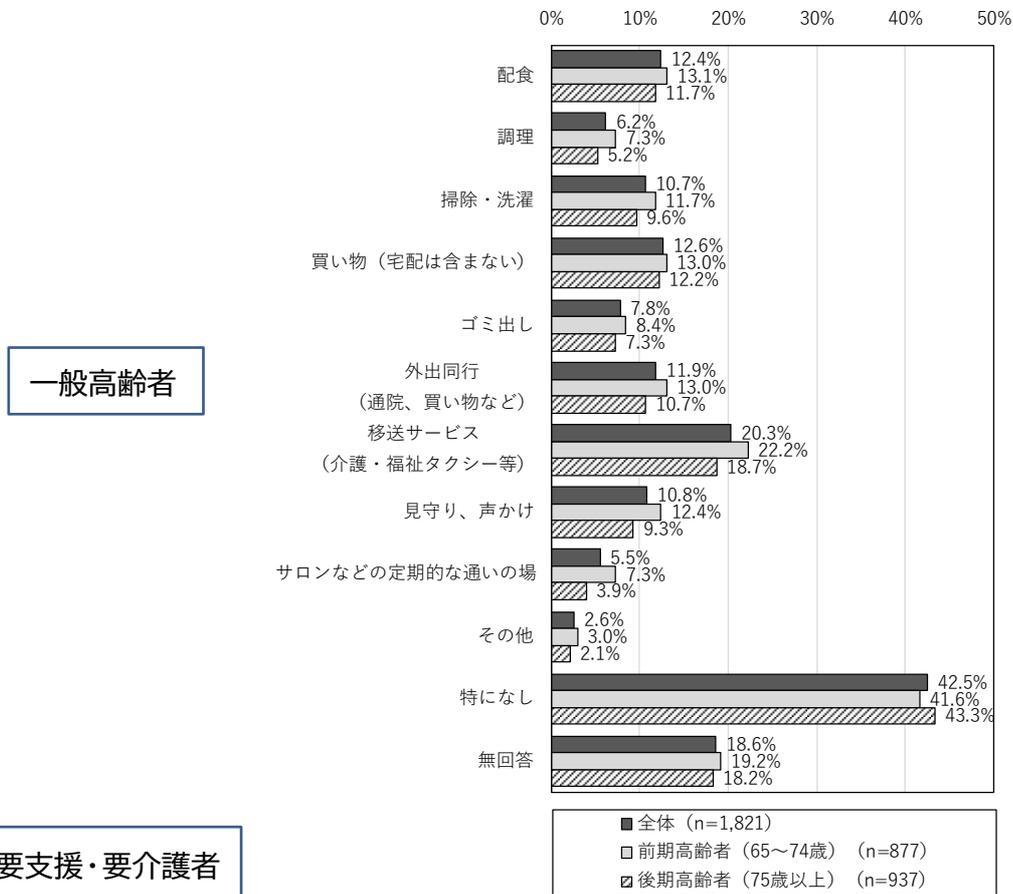
## 若年者



今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が一般高齢者では2割、要支援・要介護者では3割となっています。

また、一般高齢者では、「特になし」が約4割と最も多くなっています。

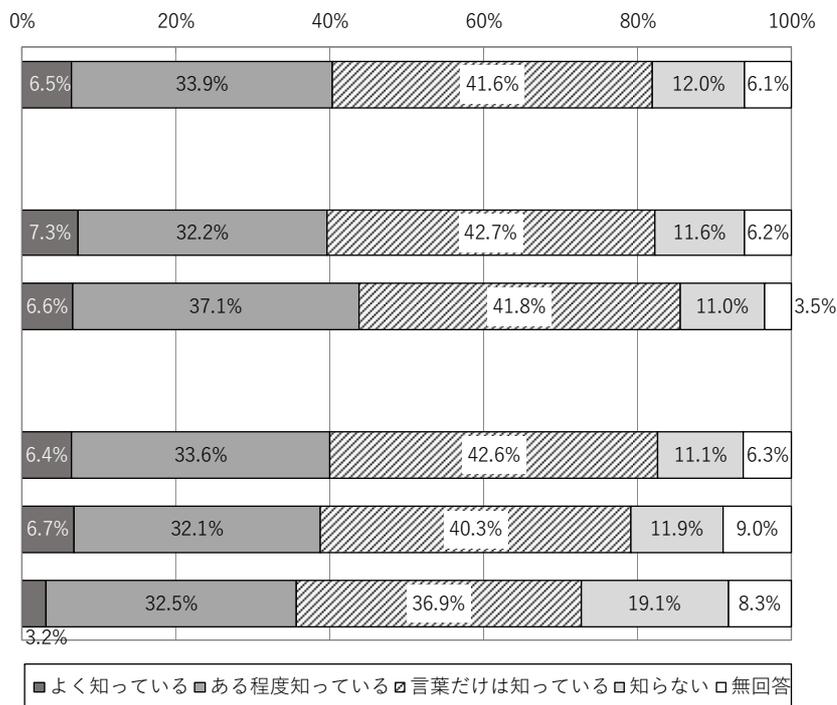
### 【在宅生活の継続に必要と感じる支援】



在宅医療の認知について、3調査ともに「言葉だけは知っている」が最も多くなっていますが、要支援・要介護者において「知らない」の割合が16%とやや高くなっています。

**【在宅医療の認知】**

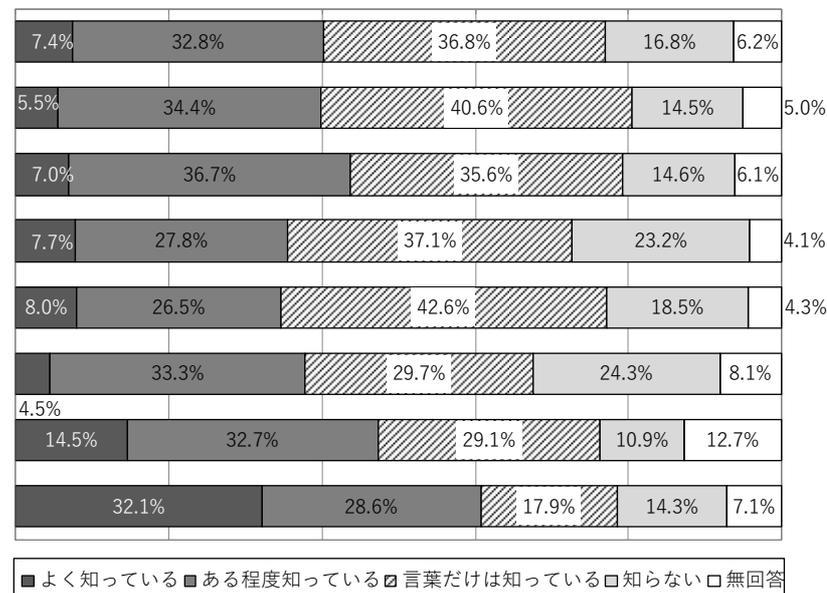
一般高齢者



0% 20% 40% 60% 80% 100%

■よく知っている ■ある程度知っている ▨言葉だけは知っている □知らない □無回答

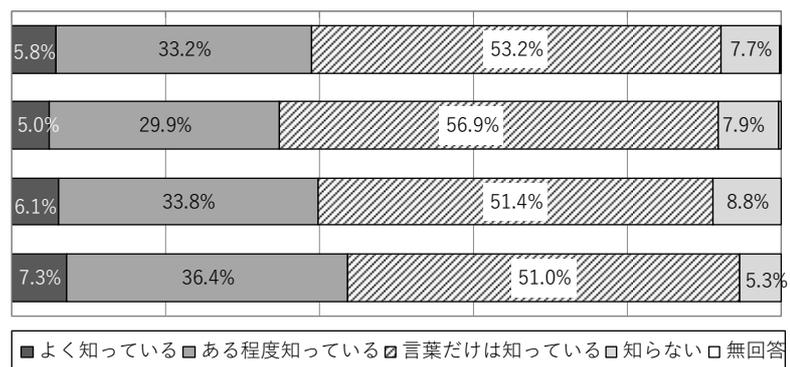
要支援・要介護者



0% 20% 40% 60% 80% 100%

■よく知っている ■ある程度知っている ▨言葉だけは知っている □知らない □無回答

若年者

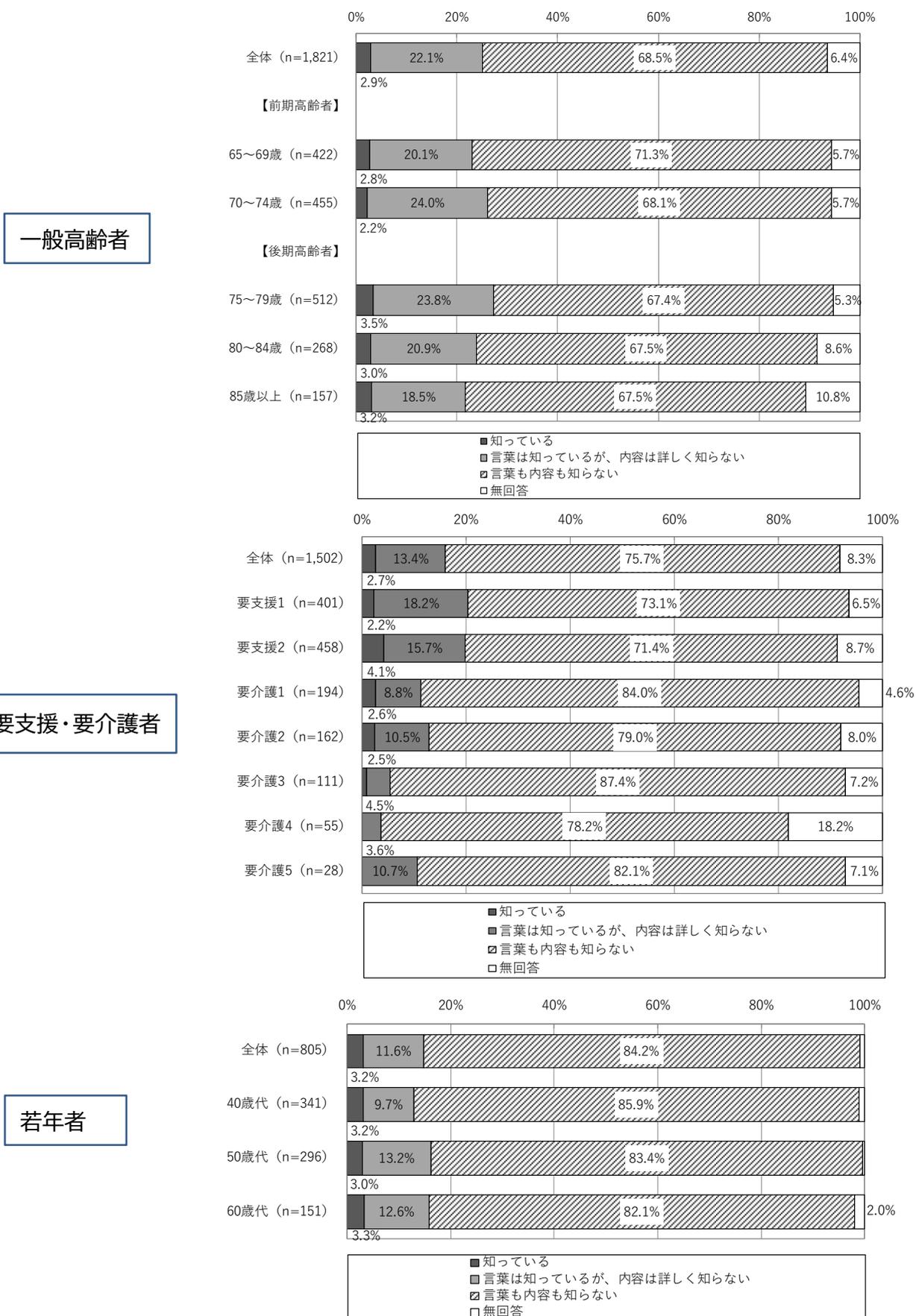


0% 20% 40% 60% 80% 100%

■よく知っている ■ある程度知っている ▨言葉だけは知っている □知らない □無回答

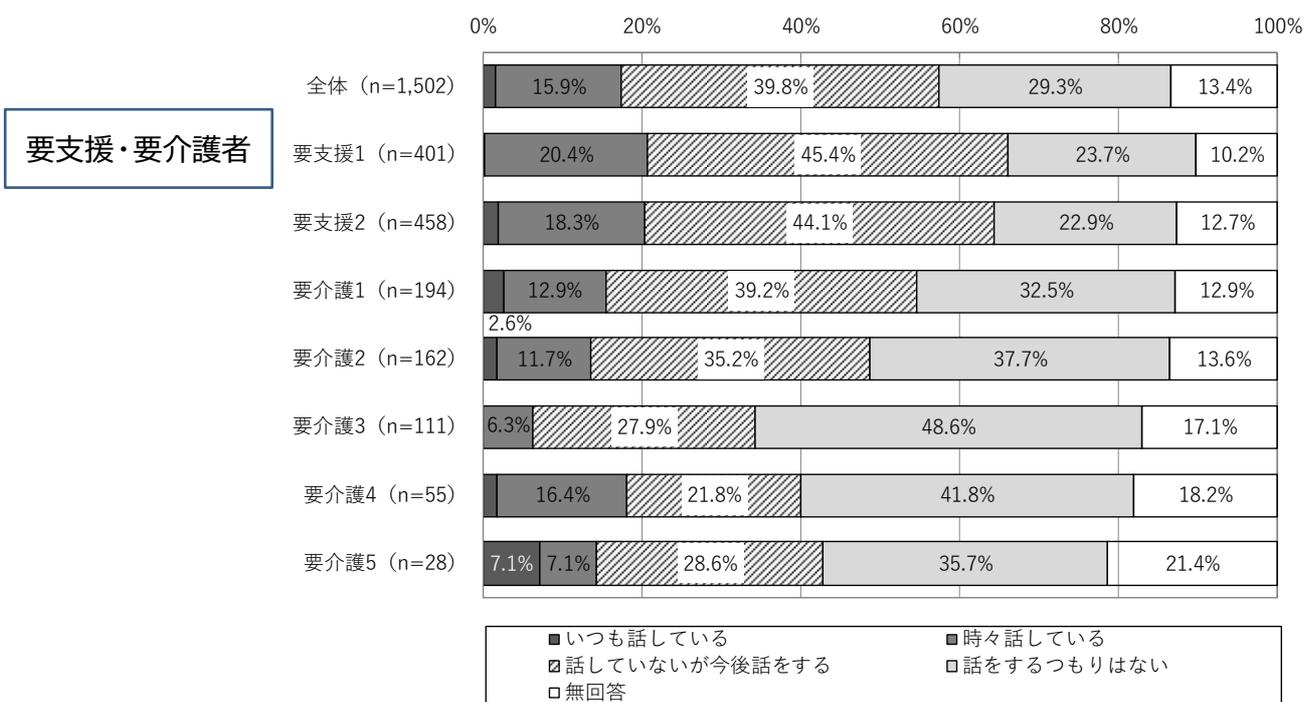
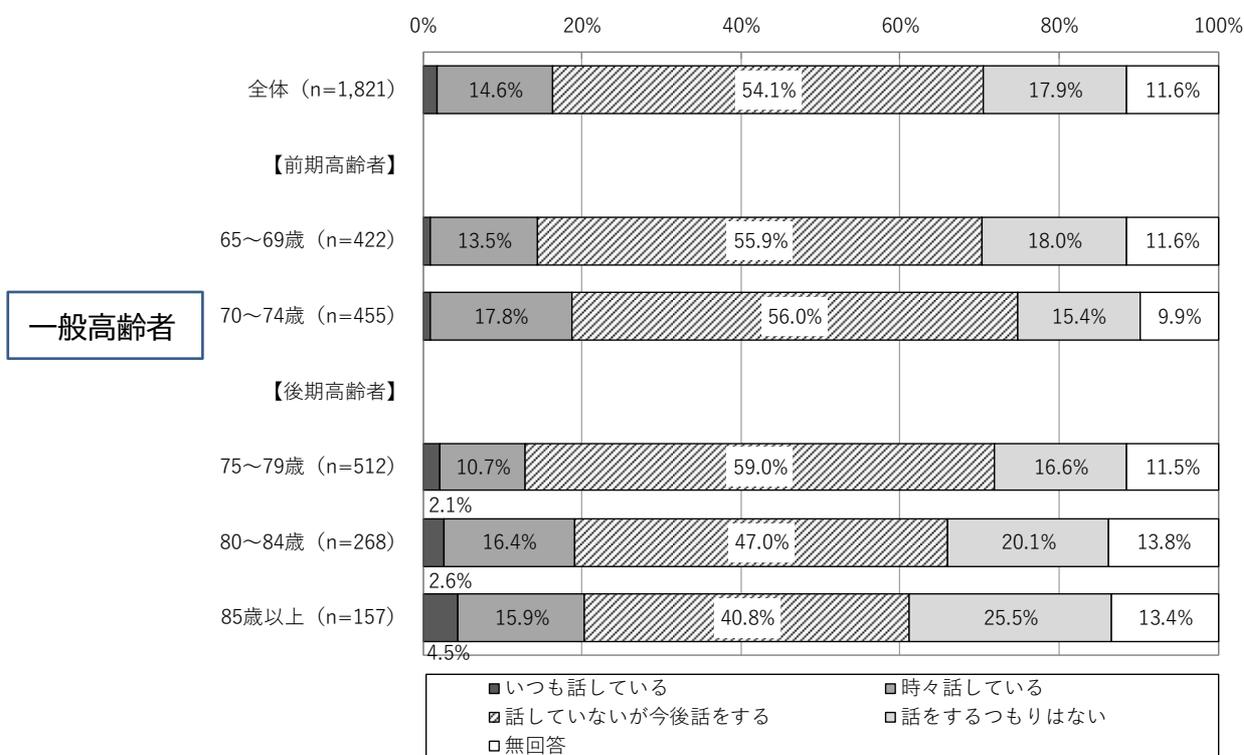
ACPの認知について、3調査全てにおいて「言葉も内容も知らない」が最も高くなっていますが、一般高齢者と若年者を比較すると、その割合において15ポイント以上の差があることがみてとれます。

### 【ACPの認知】

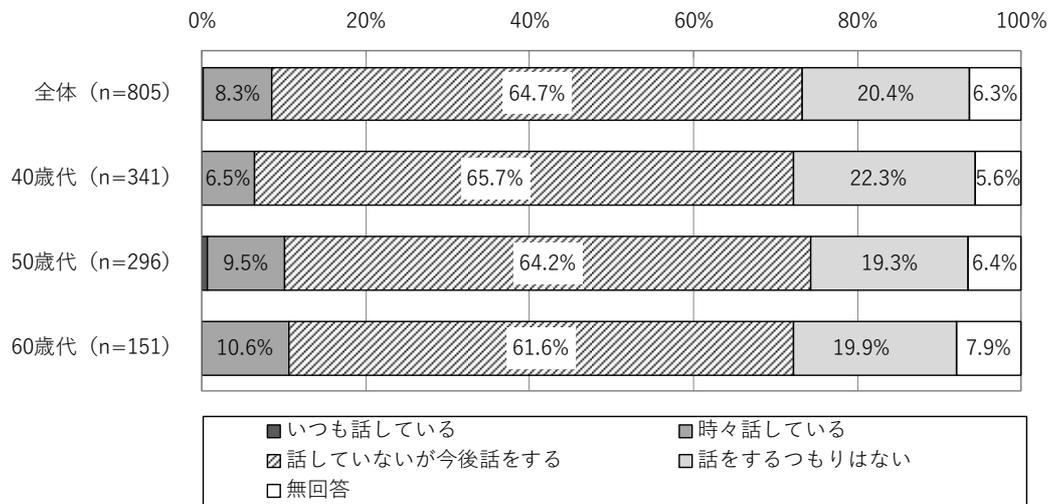


将来への意思について、3調査全てにおいて「話していないが今後話をする」が最も高くなっていますが、要支援・要介護者と若年者を比較すると、その割合において25ポイント程度の差があることがみてとれます。

### 【将来の意思決定について】



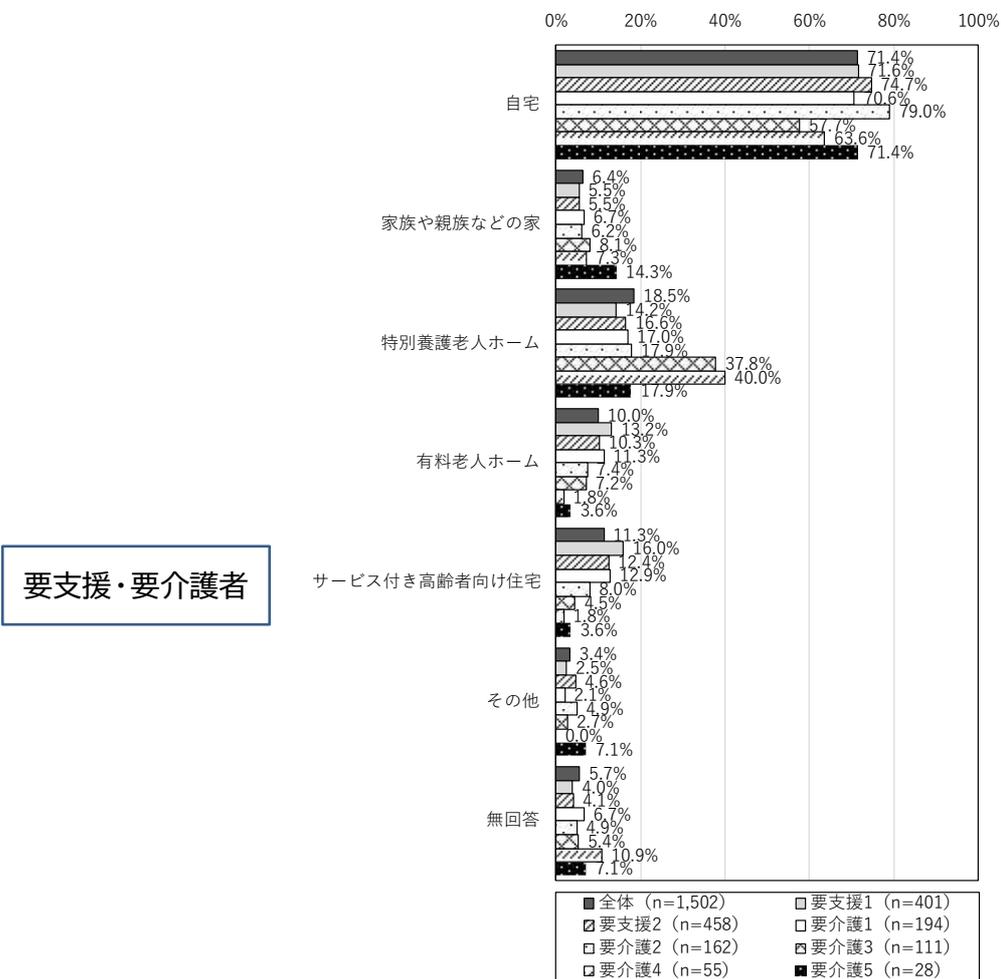
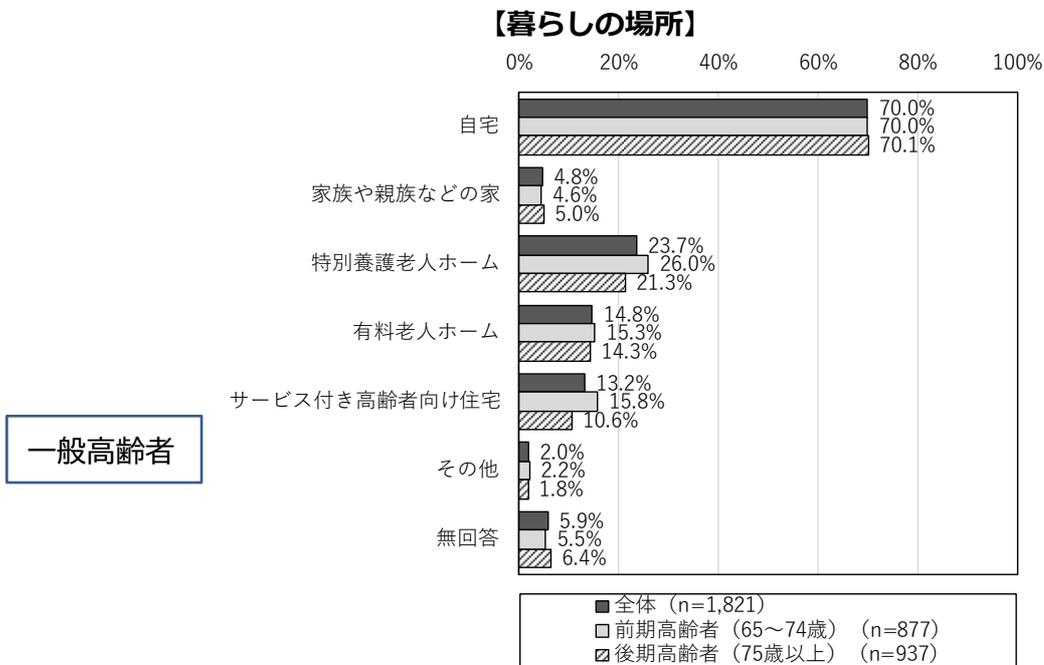
若年者



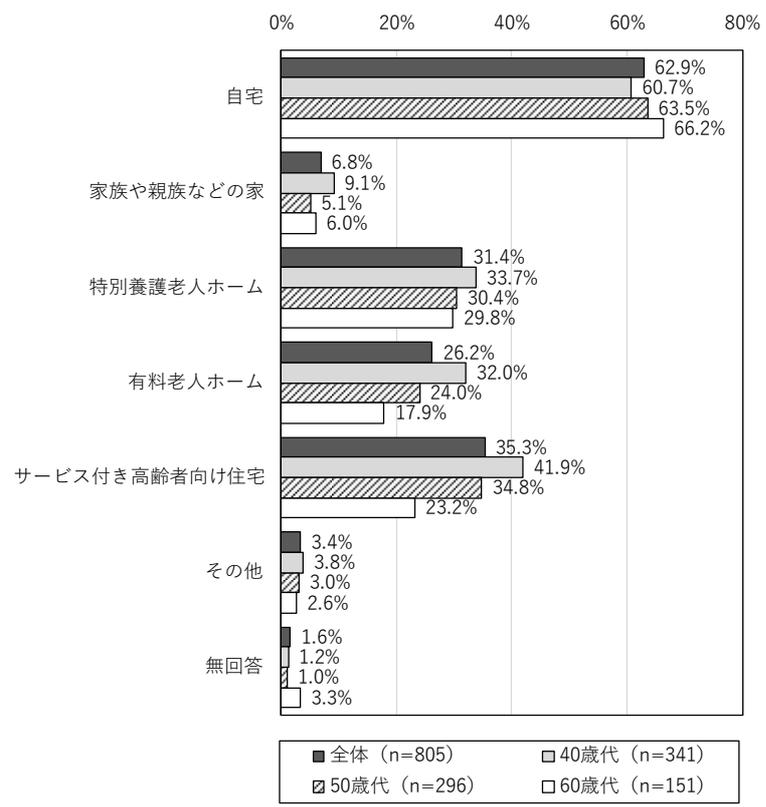
## (8) 住まいについて

自身が今後、要介護（要支援）状態となった場合の暮らしの場所について、3調査全てにおいて「自宅」が最も多くなっており、次いで「特別養護老人ホーム」が一般高齢者、要支援・要介護者では約2割となっています。

若年者では、「自宅」に次いで「サービス付き高齢者向け住宅」が35%となっています。



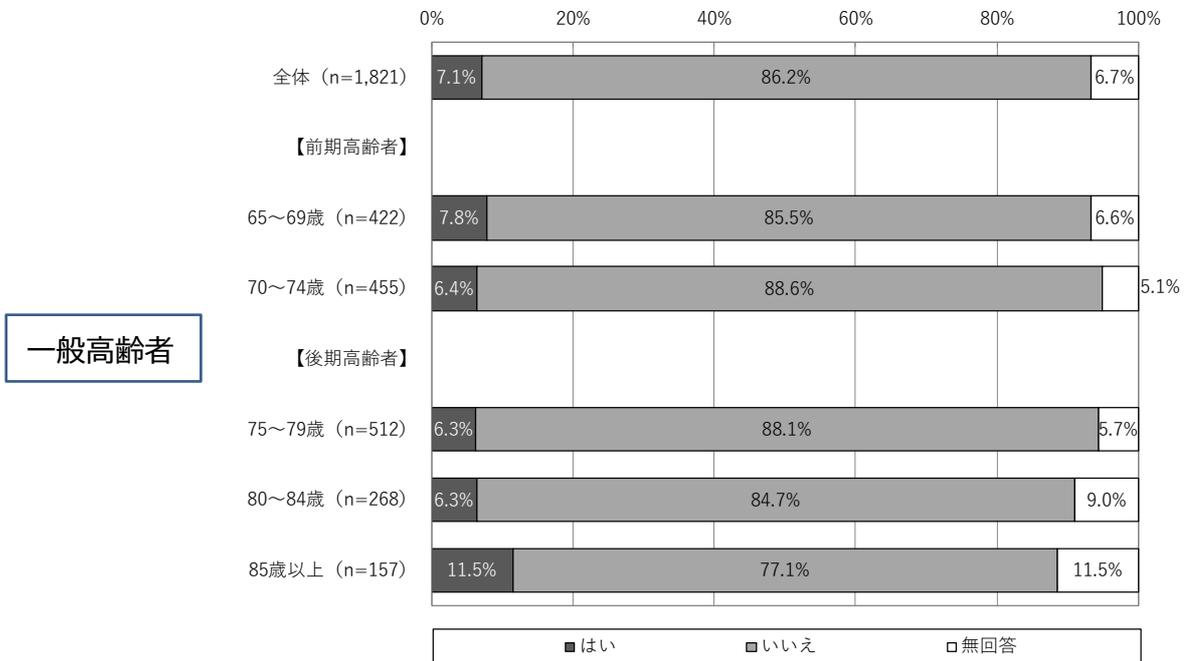
若年者



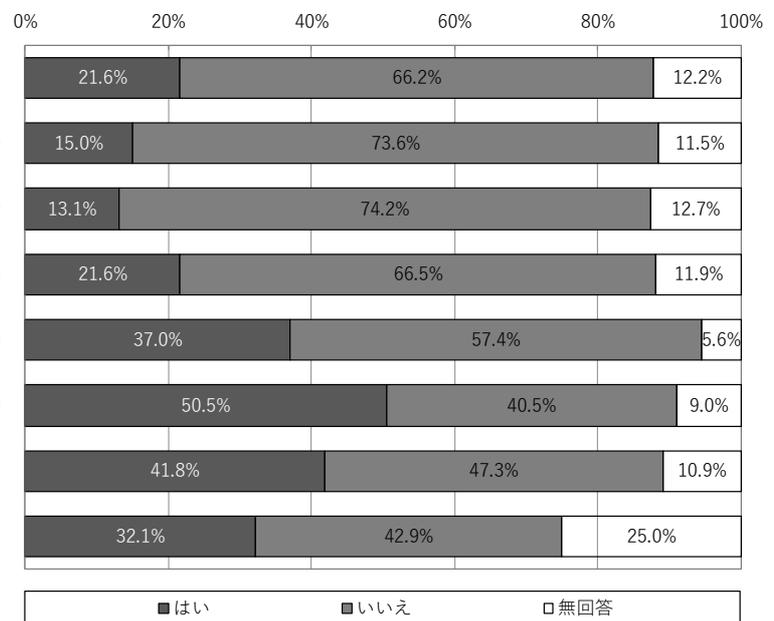
## (9) 認知症にかかる相談窓口の把握について

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいるかでは、3調査全てにおいて「いいえ」が多くなっていますが、要支援・要介護者において、「はい」が約2割となっています。

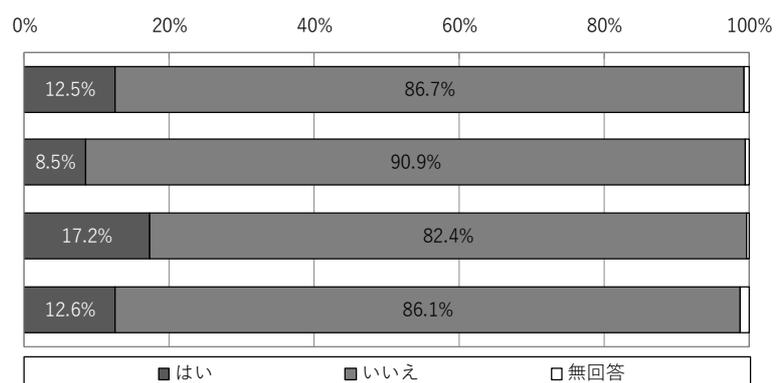
【認知症の症状】



要支援・要介護者

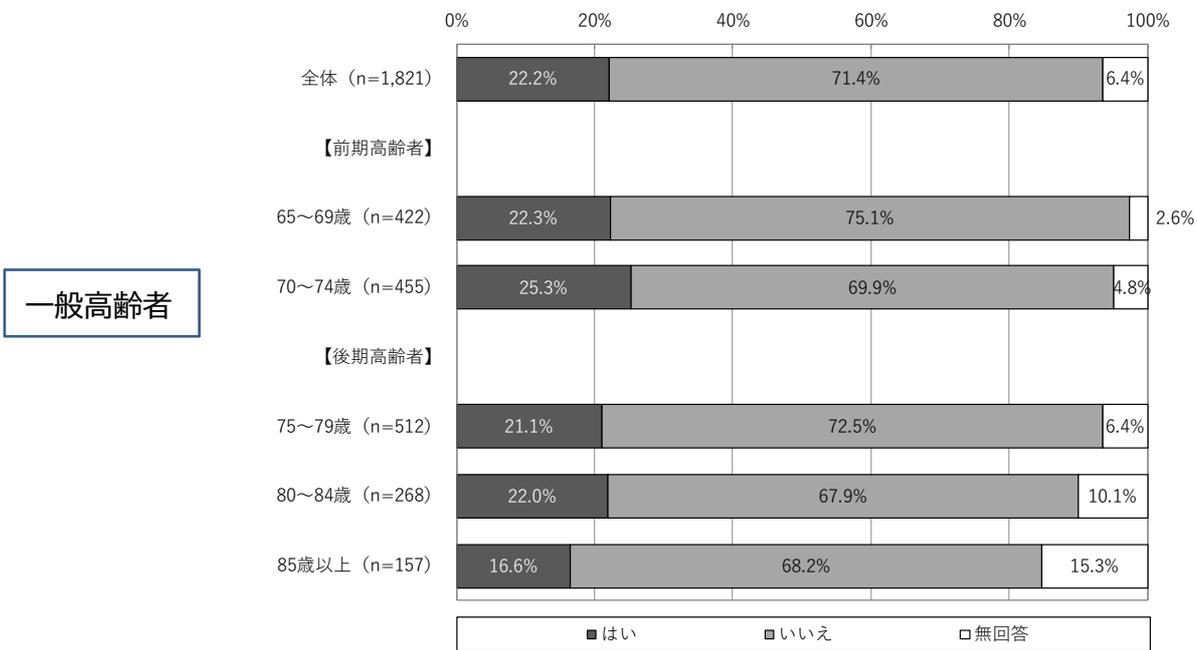


若年者

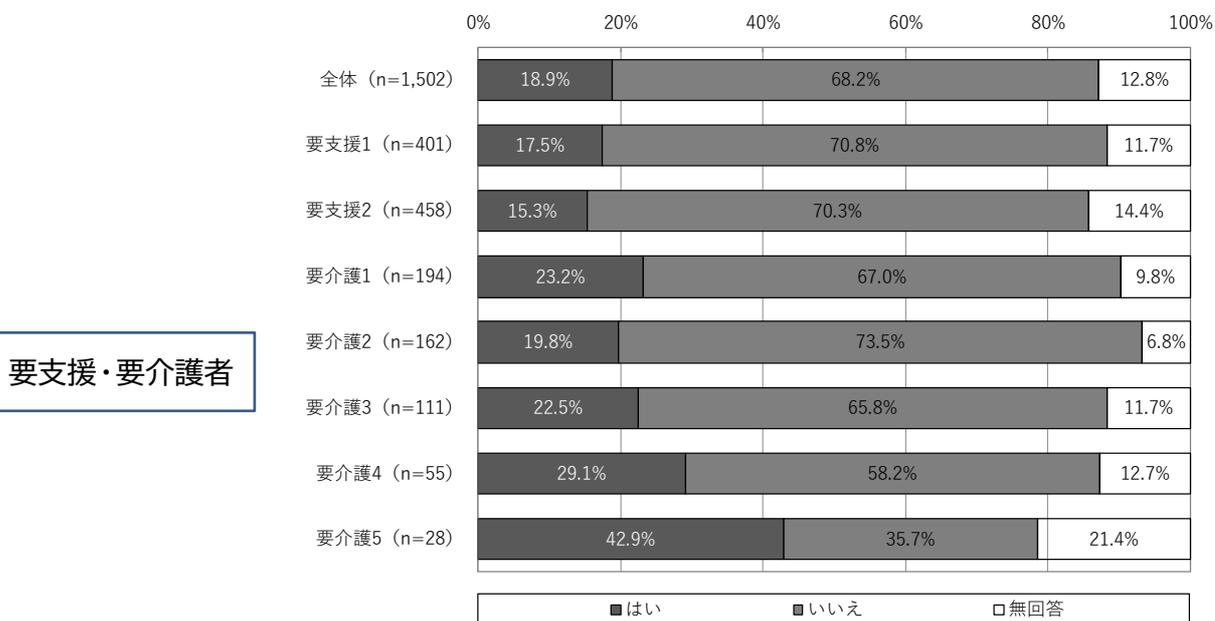


認知症に関する相談窓口の認知については、3調査ともに大きな差はありませんでしたが、要介護5において約4割の方が認知していることがみてとれます。

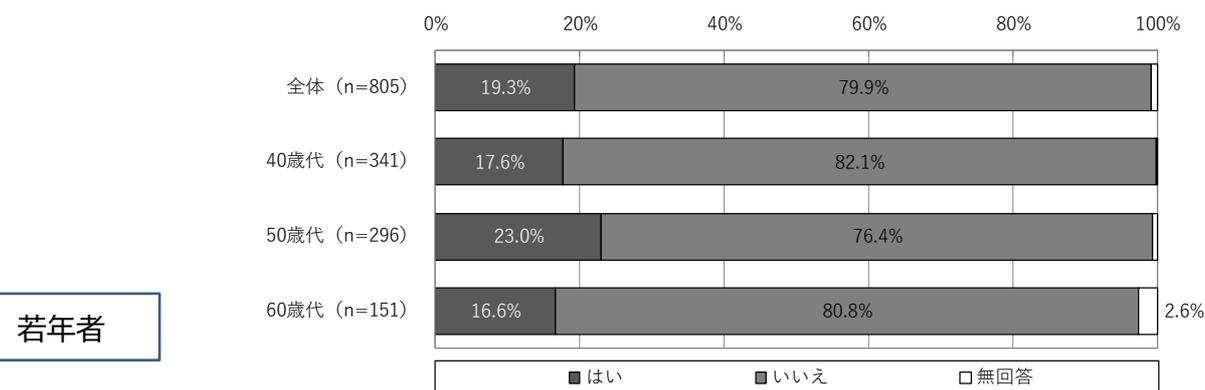
### 【認知症に関する相談窓口の認知】



一般高齢者



要支援・要介護者

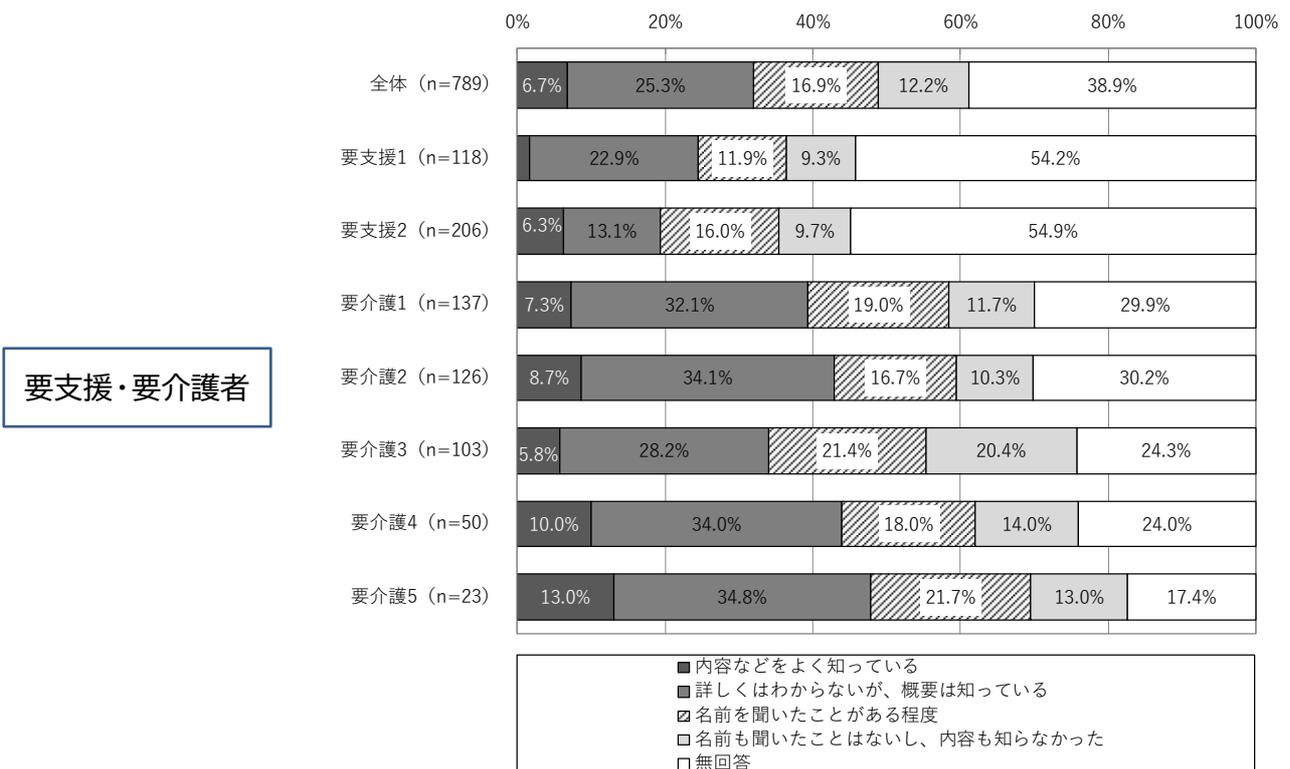
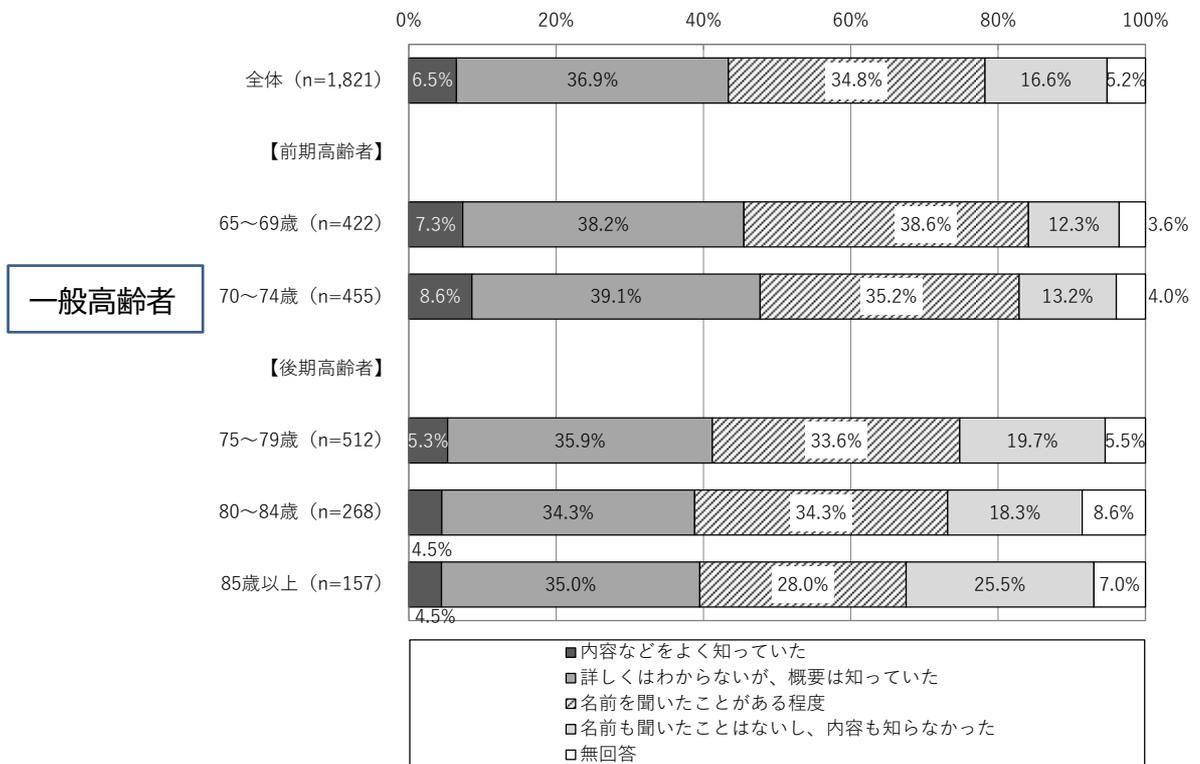


若年者

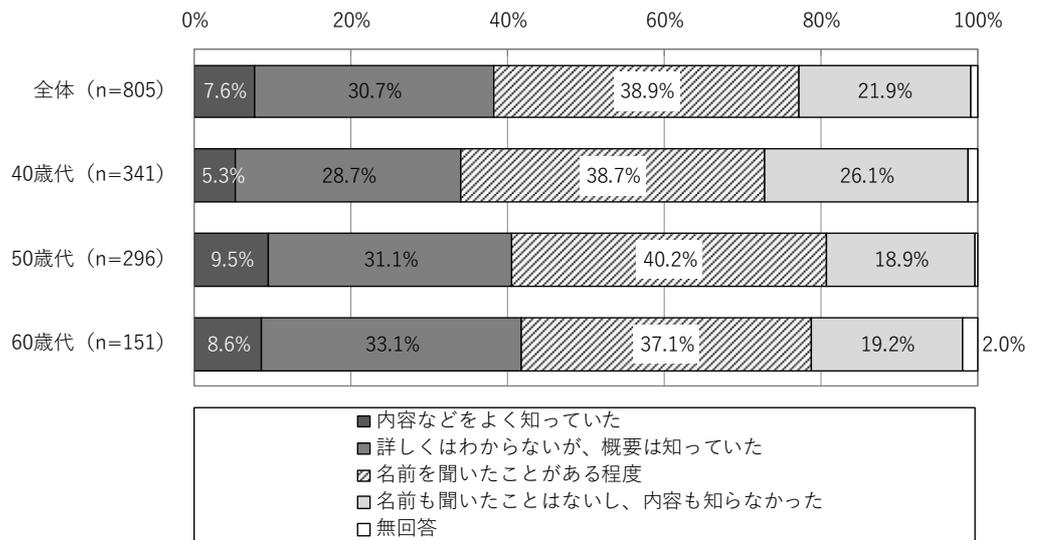
## (10) 成年後見制度について

成年後見制度の認知について、3調査を比較すると若年者においてやや「名前も聞いたことはないし、内容も知らない」の割合が高くなっています。

### 【成年後見制度についての認知】



若年者



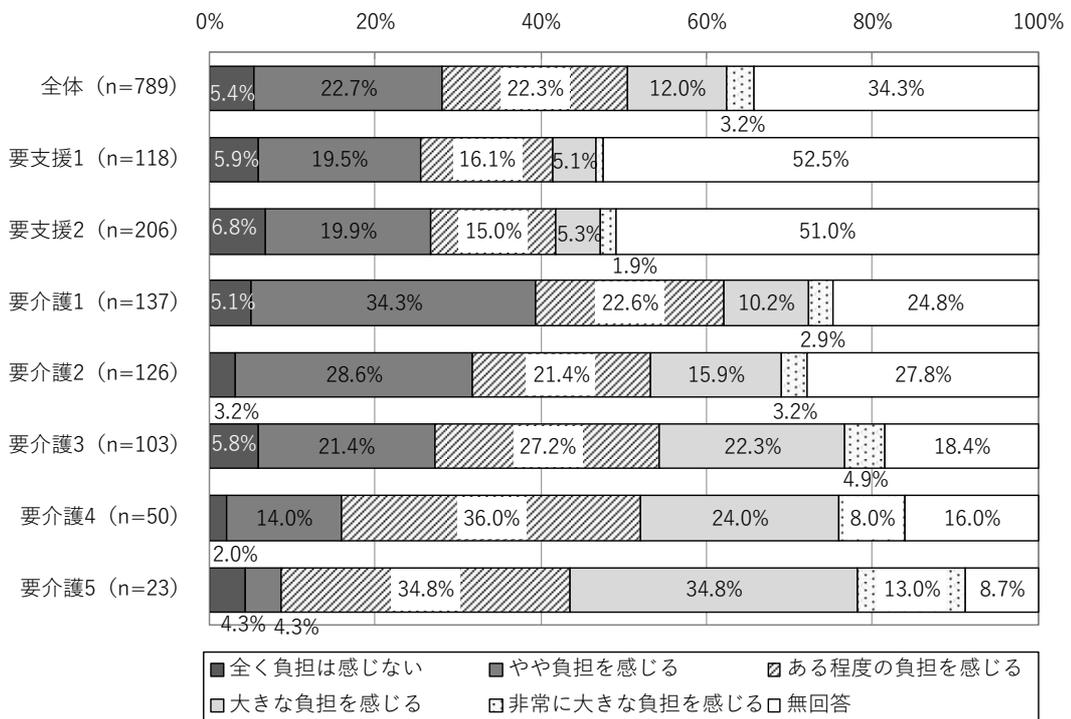
## (11) 在宅の介護者について（要支援・要介護のみ）

介護の負担では、「やや負担を感じる」「ある程度の負担を感じる」「大きな負担を感じる」「非常に大きな負担を感じる」を合わせた『負担を感じる』が6割となっています。

また、要介護5では約半数の方が大きな負担を感じていることがみてとれます。

### 【介護についての負担】

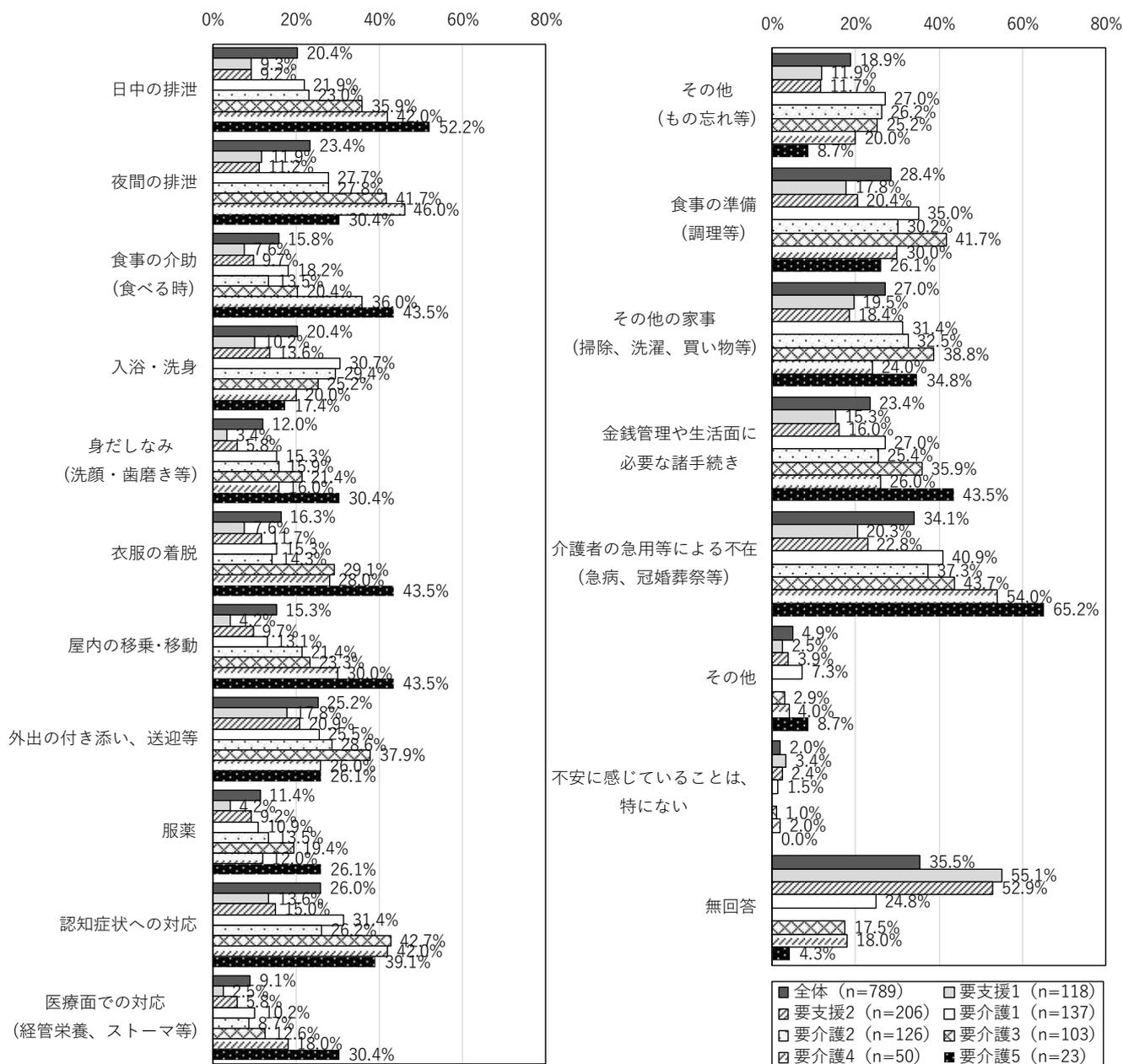
#### 要支援・要介護者



現在の生活を継続していくにあたって、不安を感じる介護等では、「介護者の急用等による不在（急病、冠婚葬祭等）」が34.1%と最も多く、次いで「食事の準備（調理等）」が28.4%、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が27.0%となっています。

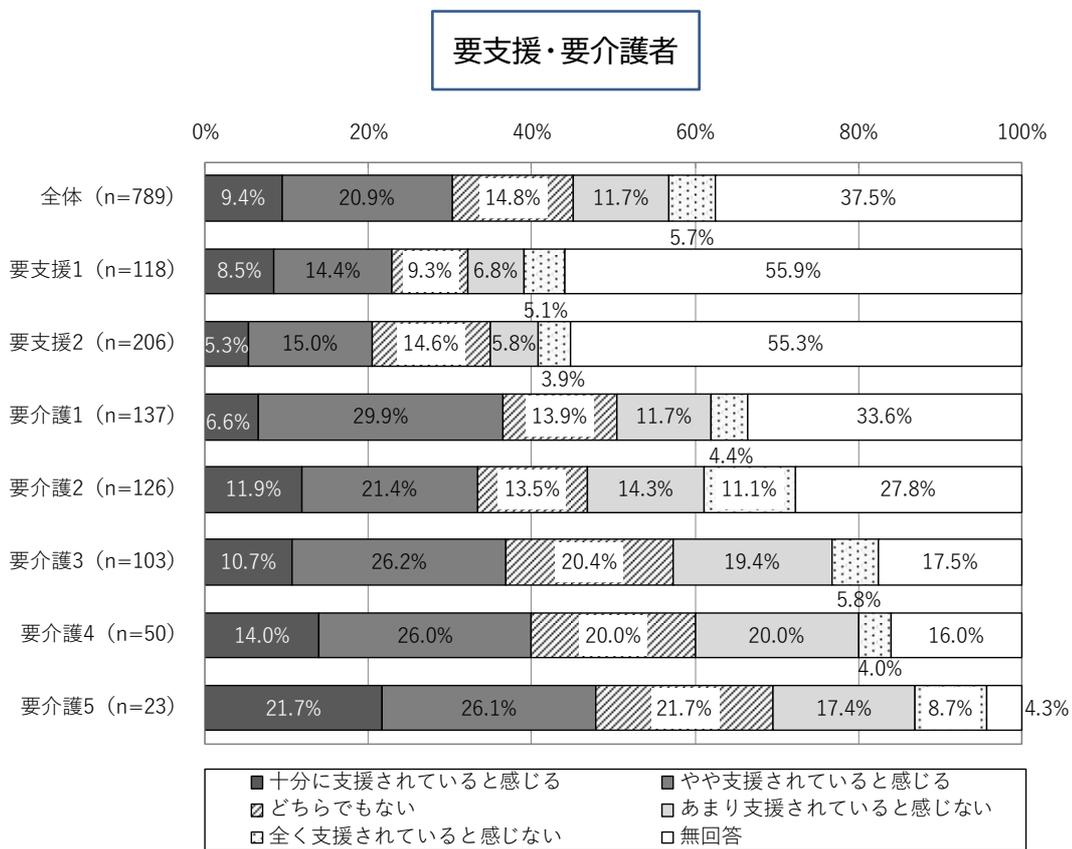
### 【不安を感じる介護】

#### 要支援・要介護者



介護をしているあなた自身に対して、支援されていると感じるかでは、「十分に支援されていると感じる」「やや支援されていると感じる」を合わせた『支援されていると感じる』が3割と なっています。

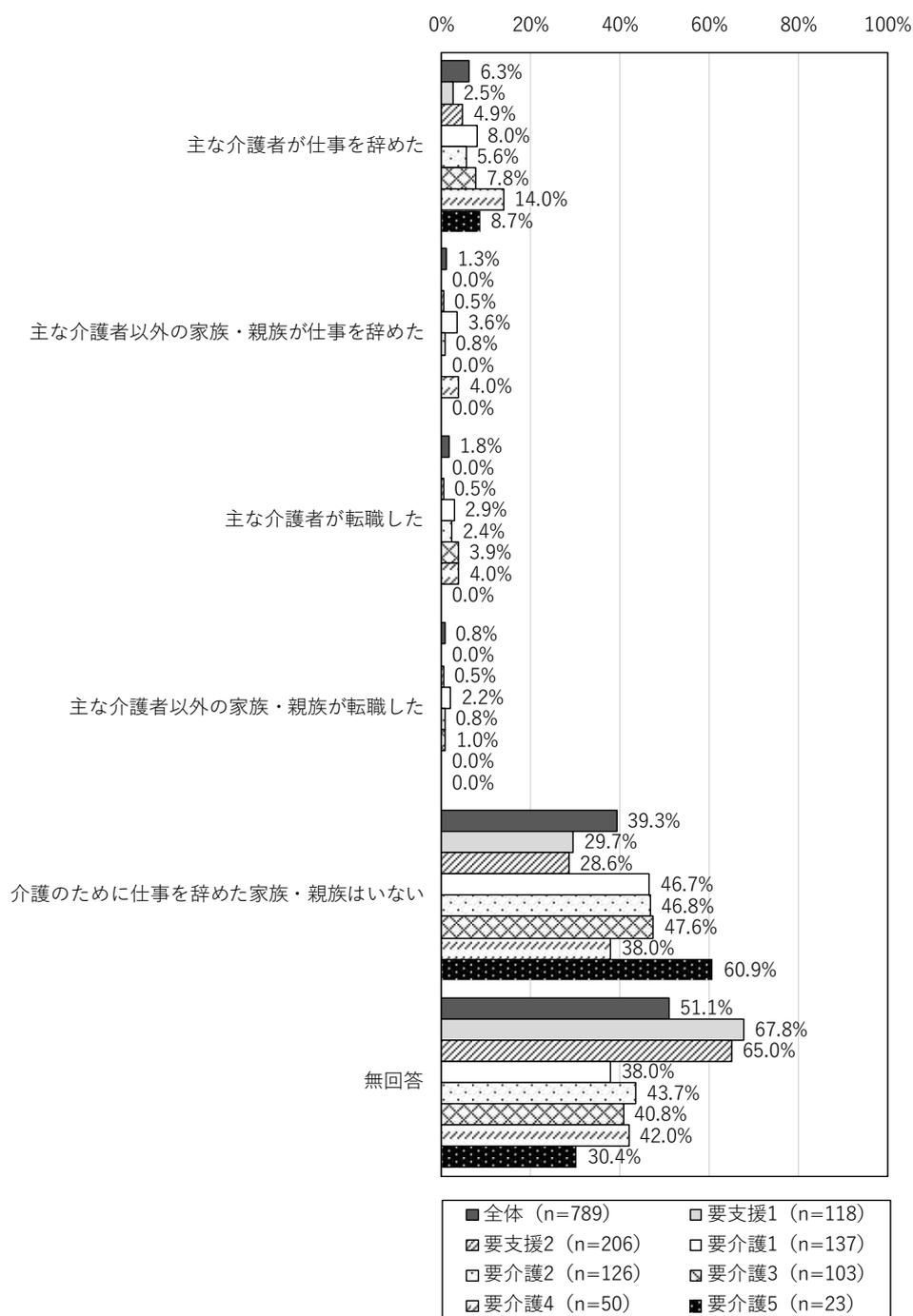
### 【介護についての支援】



家族や親族の中で、介護を必要とする方の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいるかでは、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が39.3%と最も多く、次いで「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」が6.3%、「主な介護者が転職した」が1.8%となっています。

### 【介護離職について】

#### 要支援・要介護者

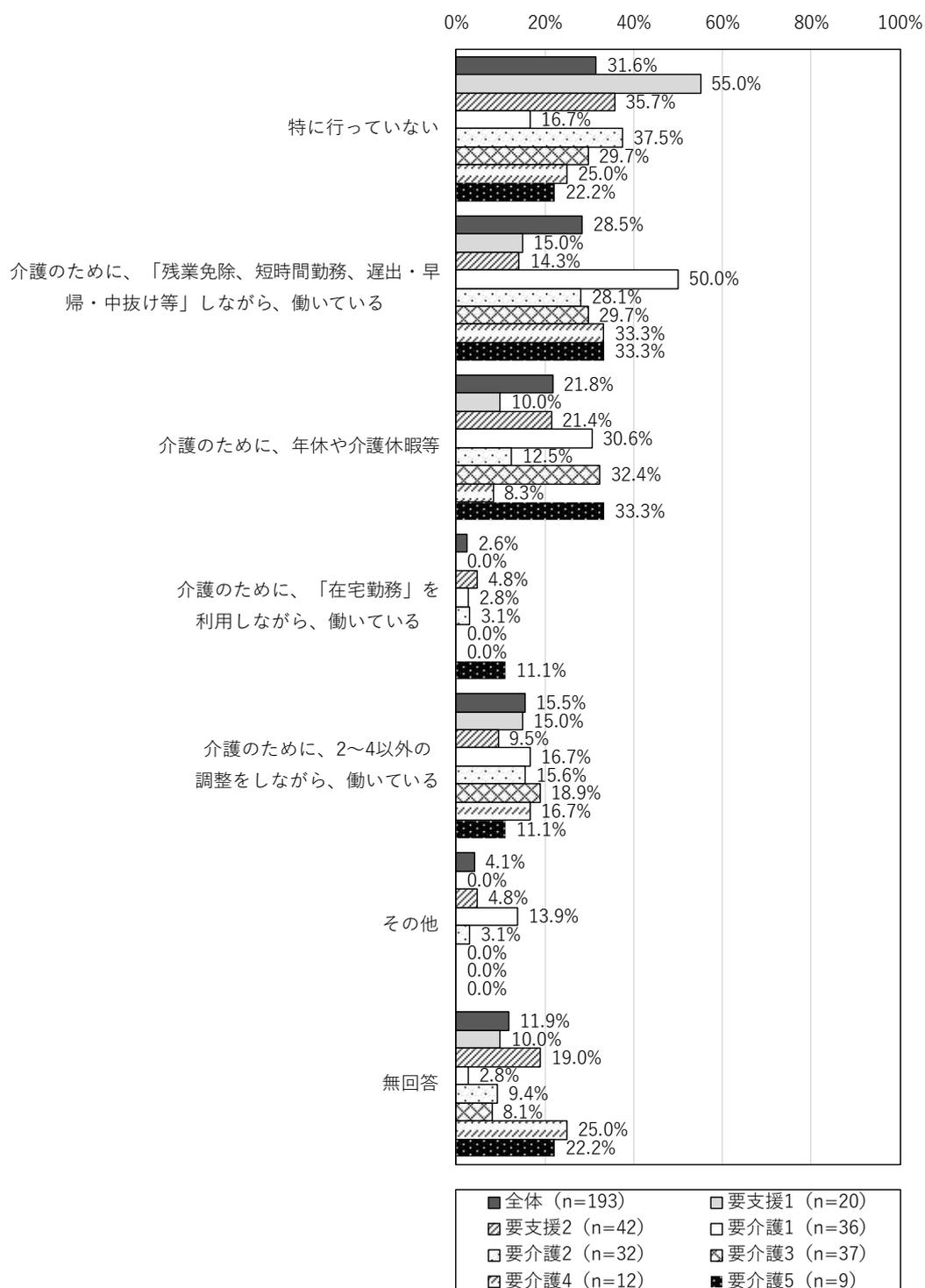


介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしているかでは「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」が28.5%と最も多く、次いで、「年休や介護休暇等」が21.8%となっています。

また、「特に行っていない」の項目をみると、要介護2以上になるとその割合は減少してることがみとれ、働き方において何かしらの調整をしていることがうかがえます。

### 【介護にあたっての働き方の調整】

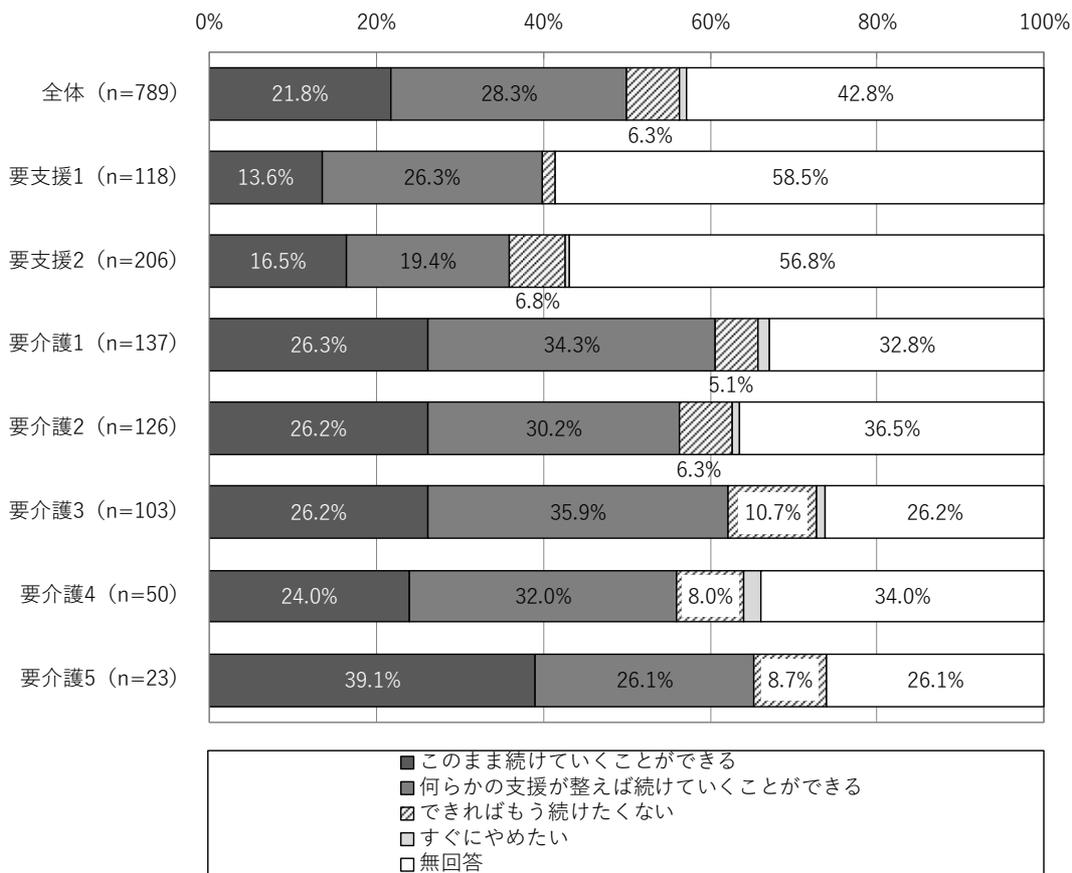
要支援・要介護者



全体を通して、今後介護を続けることについての考えでは、「このまま続けていくことができる」「何らかの支援が整えば続けていくことができる」を合わせた『続けていくことができる』が5割となっています。

### 【介護の継続について】

要支援・要介護者



## (12) 市への要望や意見

### 一般高齢者

- 今後自分そして家族のためにも市の介護や福祉の話を聞きたいと思う。近い将来に備えていきたい。
- 介護予防のための通い場をもっと充実してほしい。
- 介護認定を受けたいが、どうしたらよいか？認定を受けたらどのようなサービスが受けられるのかの案内を送ってほしい。
- 現在は健康に問題はないが、将来のために介護関連の情報が欲しいと思っています。
- 自動車に乗れなくなると移動手段がなくなるので買い物、通院、外出が不便になる。「福祉無料バス」を希望。
- 現時点では切実感が無いので要望、意見はありませんが、今後しっかりと検討する予定です。今回のアンケートは自覚への良い刺激となりました。
- 高齢者福祉サービスはなくてはならないものですがその人の生活状態、精神生活などでかなり年齢的に差があると思います。モチベーション、アイデンティティーによってかなり異なります。全ての人を一括りにしてみないようして下さい。
- 軽い運動、筋力増強など老化の進行を抑える様な施設や運動公園（小規模）が近くにあれば気の向いた時に利用したい。
- 健康づくり教室や施設の充実。文化施設や教室の増加。
- 階段の手すり他、高齢者に必要な設備と設置する際の助成金の対象者の幅をもっと広げてほしい。
- 筋力が低下しないように、無料で筋力トレーニングができる施設を増やしその情報を分かりやすく流して欲しい。
- 今は何もありません。現在良い生活をしています。
- 自家用車の代替手段（使いやすい）が急務と思います。
- 高齢者の健康づくり（シルバー体操等）に参加しているが非常に良い事と思うので、より多くの人達が参加できる環境づくり（情報の提供、予算の充実）に努めてほしい。

主に上記の意見がありました。

## 要支援・要介護者

- 移動手段の充実を図ってほしい。
- 高齢になると理解しづらくなるので、介護保険制度や健康づくりの分かりやすい冊子を出してほしい。在宅で介護している人に分かりやすい冊子もほしいです。
- 個々のサービスのみでなく、総合的な相談出来る場がほしい。
- 日頃一人暮らしで（娘も東京にいますけど）近所に知り合いがなく、介護の方々が来てくれる事は本当に嬉しいです。感謝しています。そしてそのおかげで私は生きられています。本当に有難う。
- 介護を受ける者にとりメリット、権利（利用する）がある物は積極的に教えてほしい。申請待ちではなくもっと利用するのにわかりやすく、わかりにくく利用しづらい。
- 地域の高齢者に対してどのような支援サービスが受けられるかの説明を民生委員の方にしてほしい。
- 老人ホームに入所希望ですがなかなか条件が合わず入れません。ぜひご紹介いただければ有難く存じます。手首を痛めており日々の生活に困っております。何卒ご配慮のほどお願い申し上げます。
- 徒歩で行ける範囲に高齢者のカフェのような集まれる場所があったら出かけて行きたいと思っています。
- 昨秋は台風が度々あり、高齢の独り暮らしは不安でした。台風通過するまで他の方と一緒に過ごせる場所に居たいと思いました。家族とも相談し考えることにしています。なお、市からの緊急避難警報が携帯に入りましたが、メールしない高齢の方には入らず、知らせてあげました。市からの情報について希望します。頼りにしています。地方に住む知人の様子を聞くと、つくば市は恵まれていると思います。
- 情報を欲しいと思いますが、高齢者にも分かりやすい、見やすい「内容、デザイン」にしてほしい。応募する方法もインターネットよりも「ハガキや電話」にしてほしい。
- ツクバスの充実（細部に行き届いた）。最寄りに気軽に立ち寄れる公的施設の設置。

主に上記の意見がありました。

## 若年者

- 他の自治体の成功事例を調査し、良い所をとり入れてはいかがでしょうか。また民間の大手といっしょに開発をすすめるとよいのではないのでしょうか。
- あまり現在は関心を払っていないので、情報や福祉がどの程度カバーしているのかわかりませんが、収入や年金の額が低い人でも、身寄りがない人でも、安心して老後を生きていけることを望みます。
- デイサービスを老人特有の行きにくい施設ではなく、知的な活動や体力づくり健康管理ができる場にしてほしい。イメージで行きたがらない老人が多いのを何とかしたい。(ジムのようなカルチャーセンターのような)若い人も同じ空間で活動している施設に。
- マンションが自治会に入っておらず民生委員の管轄外であり住人同士の付き合いもあいさつ程度で希薄であるため将来もっと歳をとったときを考えると不安がある。
- 家の近くで健康教室などが開催されれば参加したい。つくたくは利用しづらくつくバスは家の近くに停留所がない(遠い)ためもう少し利用しやすい形が整うことを願いたい。
- 一人暮らしをしていますが、生活が経済的に苦しい、市営住宅に住みたいが、なかなか条件にあわず入れず、歳をとってもずっ〜と働いていかないと生活が成り立たない。
- 一定の年齢の人には認知症検査を受診する補助なり受診券なり発行してほしい。軽度のうちに発見したほうがいい。独身や単身の人には注意してくれる人がいないし家族でもお勧めしにくい検査ゆえ市から券が来たからと足が向きやすくなる。
- 介護をしていると八方塞感があるので話を聞いてもらえるところがあれば助かります。

主に上記の意見がありました。

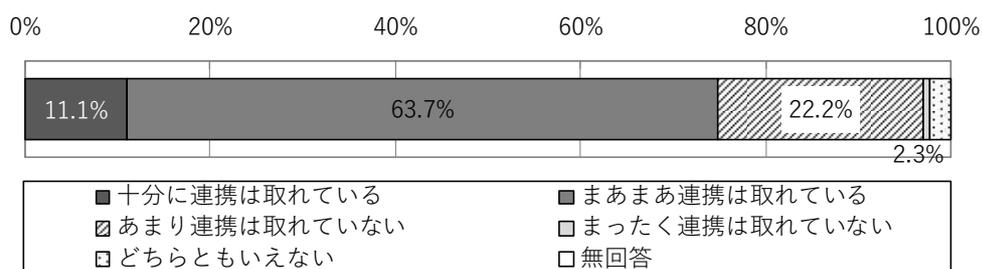
### 3. ケアマネ調査結果抜粋

#### (1) 関係機関との連携について

医療との連携は取れているかでは、「十分に連携は取れている」「まあまあ連携は取れている」を合わせた『連携は取れている』は74.8%となっています。

また、「あまり連携は取れていない」「まったく取れていない」を合わせた『連携は取れていない』は22.8%となっています。

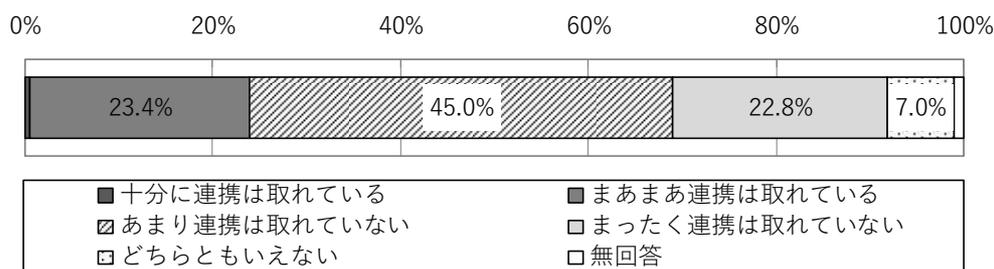
【医療との連携について】



区会、民生委員との連携は取れているかでは、「あまり連携は取れていない」「まったく取れていない」を合わせた『連携は取れていない』は67.8%となっています。

また、「十分に連携は取れている」「まあまあ連携は取れている」を合わせた『連携は取れている』は24.0%となっています。

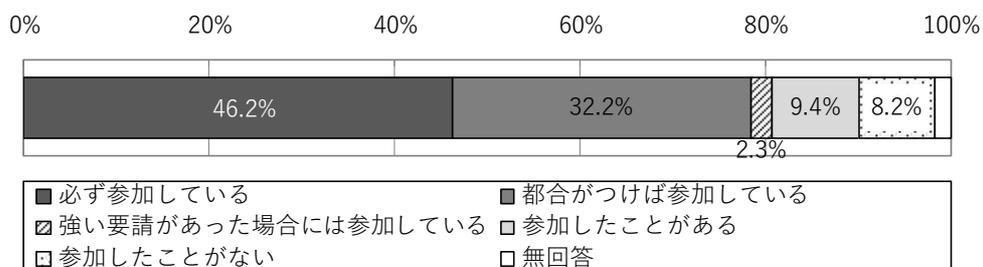
【区会、民生委員との連携について】



## (2) 入退院時について

退院前カンファレンスへ参加しているかでは、「必ず参加している」が46.2%と最も多く、次いで「都合がつけば参加している」が32.2%、「参加したことがある」が9.4%となっています。

【退院前カンファレンスへの参加】

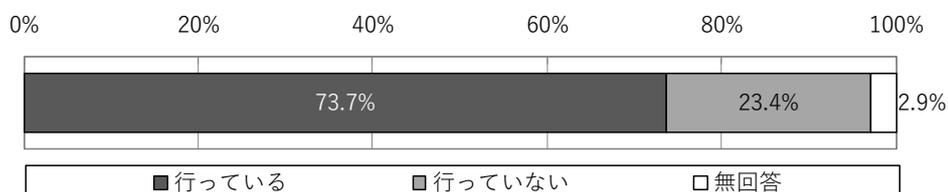


n=171

## (3) 看取りについて

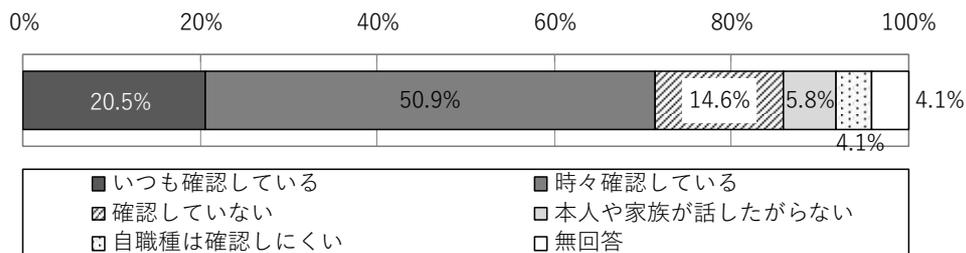
看取りを行っている・関与しているかでは、「行っている」が73.7%、「行っていない」が23.4%となっています。

【看取りについて】



n=171

日常の支援において、本人の終末期における医療や介護、生活や家族への希望等、ACP（アドバンスケアプランニング）について、本人の意向を確認しているかでは、「いつも確認している」「時々確認している」を合わせた『確認している』は71.4%となっています。

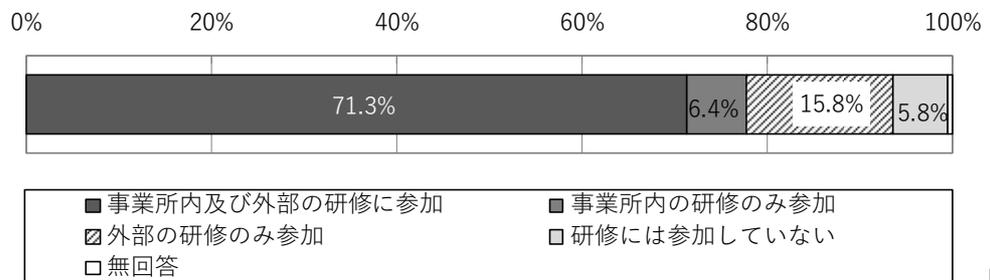


n=171

#### (4) サービスの質の向上について

サービスの質の向上に向けた研修に参加しているかでは、「事業所内及び外部の研修に参加」が71.3%と最も多く、次いで「外部の研修のみ参加」が15.8%、「事業所内の研修のみ参加」が6.4%となっています。

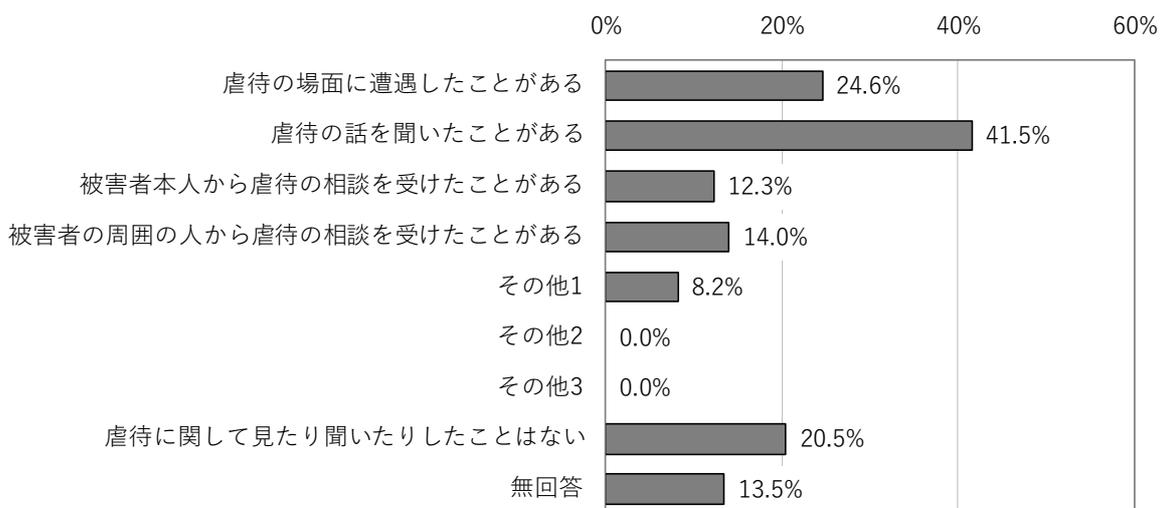
【サービスの質の向上について】



#### (5) 虐待について

これまで、高齢者虐待が疑われるような場面に遭遇したり、話や相談を受けたことなどがあるかでは、「虐待の話を聞いたことがある」が41.5%と最も多く、次いで「虐待の場面に遭遇したことがある」が24.6%、「被害者の周囲の人から虐待の相談を受けたことがある」が14.0%となっています。

【虐待について】



## (6) 市への意見

- つくたくは高齢者にとって利用し難い点が多く「買い物に行けない、病院受診が困難」等の声が多く聞かれる。つくたくの利用がもう少し利用者サイドに向けた方向性を期待する。買物難民に対しては、大手スーパーと市が提携し利用者宅からスーパーへの送り迎えが可能になれば生活の質も改善していくと思う。行政が介入し、介護保険横出しサービスを導入する事で介護保険利用の押下の歯止めにもつながると思われます。何よりも本人の意欲向上、社会性の維持につながる効果は大きい。
- 介護人材の不足は深刻であり、少ない人材が日々疲弊しながら高齢者ケアに臨んでいます。介護保険の今後の健全な運営を考える上で人材の確保は不可欠な要素であり、事業所単体で解決できる問題ではありません。保険者として、つくば市には、是非この問題の解決に向けた努力を続けて頂きたいと考えます。
- 困難なケース等について、積極的に情報を共有して一緒に動いていただけると助かる。ケアマネにかかる負担が大きい。
- 細かい法令遵守があるため、その業務に時間がとられがち。負担も多く感じる。ケアマネの一連の仕事（サービス担当者会議、アセスメントの内容など）、もうちょっと簡素化できないものではないでしょうか。違反とされた時の減算なども厳しすぎるように感じています。
- 認定調査時の基準が人によってバラバラであり、特に委託されてきた事業所のケアマネは理解してくれるが市の調査員は厳しく判定する傾向があり、介護度にバラつきが出ている。
- 負担限度額制度の使用できる範囲が広がれば、収入が低く介護度も低い人が救われます。
- 他市町村の介護窓口と比較してとてもやりやすい。

主に上記の意見がありました。

## 医療と介護のありたい姿 ロードマップ（案）

「つくば市の医療と介護のありたい姿」は、医療や介護を必要とする状態の高齢者でも、住み慣れた自宅で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」を推進するために、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会において協議・作成したものです。

本ロードマップは、その達成のため、在宅医療・介護連携推進事業等において取り組む内容と 2025 年の目標、2040 年の理想についてまとめ、専門職、関係機関、行政等が連携・協力するための指針になるものです(第 8 期市高齢者福祉計画に掲載予定)。

### つくば市の医療と介護のありたい姿

#### ありたい姿 1 本人を第一に考えた多職種連携

専門職は、つくば市のありたい姿を共有し、本人・家族や地域の状況を踏まえ、共に最善のアプローチを考え、対応することができている。

#### ありたい姿 2 希望の看取りを共に考える

本人や家族の希望に応じて、自宅を中心とする地域の中で安心して最期を迎えることができている。

#### ありたい姿 3 多様な生活の場の提供

本人は、在宅でも介護施設でも、自分らしく暮らすことができている。

#### ありたい姿 4 専門職のスキルアップとやりがい

医療・介護の専門職は、働きやすく、やりがいがある環境で専門性を発揮し、本人や家族が望む生活の継続を支援することができている。

#### ありたい姿 5 相互に支え合う生活支援・介護予防

住み慣れた地域には健康づくりや住民同士がつながる場所があり、高齢になっても、介護が必要になっても地域の中で役割がある。

#### ありたい姿 6 認知症になっても安心して暮らせる地域

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる。

#### ありたい姿 7 誰一人取り残さない

誰一人取り残されず、一人ひとりの安心が守られ、地域の隅々まで医療と介護、生活支援がいきわたり、自分らしく生きることができている。

## **ありたい姿1 本人を第一に考えた多職種連携**

専門職は、つくば市のありたい姿を共有し、本人・家族や地域の状況を踏まえ、共に最善のアプローチを考え、対応することができている。

(多職種は、専門性の背景を超えて、本人の希望や望ましい生活を第一に考えて知恵を出し合う関係)

### **2025年の目標**

専門職は、医療と介護の専門職間のコミュニケーションをとることへの苦手意識が低くなっていて、各専門性を十分に発揮し、本人を支援する連携ができている。

### **2040年の理想**

医療と介護、病院と診療所、診療所と診療所など、地域包括ケアを担う専門職間の連携が、特別な負担なくできる仕組みが完成している。専門職間の顔が見える関係は維持されており、互いに相手の専門性や価値観に敬意を払い尊重しあう関係がさらに深まっている。

## **ありたい姿2 希望の看取りを共に考える**

本人や家族の希望に応じて、自宅を中心とする地域の中で安心して最期を迎えることができている。

(終活やACPを通じた本人の意思と多職種の理解)

### **2025年の目標**

ACPや人生会議を専門職が理解し、当たり前のように本人や家族に説明し、日常的に話題にするようになっている。

### **2040年の理想**

市民は健康な時から自身の最期のあり方を考えることが当然になっており、看取りの時期までにはそれを専門職と確実に共有することができている。

## 医療と介護のありたい姿 ロードマップ（案）

### ありたい姿 3 多様な生活の場の提供

本人は、在宅でも介護施設でも、自分らしく暮らすことができている。

（本人が安心して在宅療養できる医療・介護サービスの充実と自宅生活の延長としての特養等での生活の充実）

#### 2025 年の目標

専門職は、各種の介護施設や介護サービス事業の特色を利用者の視点に立って分かりやすく説明でき、利用者の価値観にあったサービスを選択することを支援できるようになっている。

#### 2040 年の理想

施設サービスの質がさらに向上しており、地域の中で介護施設が今以上に身近な存在となっている。その結果として介護施設に入居後も自宅と変わらないような生活が送れるようになっている。

### ありたい姿 4 専門職のスキルアップとやりがい

医療・介護の専門職は、働きやすく、やりがいがある環境で専門性を発揮し、本人や家族が望む生活の継続を支援することができている。

（医療と介護の専門職は、やりがいのある魅力的な職種であり、燃え尽きることなく、成長し続けることができている）

#### 2025 年の目標

専門職を対象とした魅力的な研修活動がさらに充実しており、積極的に参加する人が増加している。ケアマネジャーの幸福度をはじめとする専門職のやりがいの指標が向上している。

#### 2040 年の理想

若年人口が減少しても、専門職（特に介護専門職）はやりがいのある職業として、認知され、能力・やる気のある人材が地域の医療・介護を支えている。

## **ありたい姿5 相互に支え合う生活支援・介護予防**

住み慣れた地域には健康づくりや住民同士がつながる場所があり、高齢になっても、介護が必要になっても地域の中で役割がある。

(世代を超え、支え合うコミュニティが地域の身近にある)

### **2025年の目標**

地域の身近な場所で、住民主体による介護予防や助け合いの取り組みの参加者が増えている。

### **2040年の理想**

市民は、地域の互助による自発的な活動に参加していて、若い世代も介護予防や助け合いの活動に積極的に参加している。

## **ありたい姿6 認知症になっても安心して暮らせる地域**

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる。

(地域住民・医療介護の専門職・行政等の総力による認知症の人や家族との関わり)

### **2025年の目標**

各専門職が携わっている認知症の方の変化の気付きや対応力が向上し、本人を支援するチームの支援力も向上している。

### **2040年の理想**

地域での見守りに加えて、ICTやロボットなどのつくば市ならではの技術を実装活用することで、多数の認知症の人が住み慣れた場所で安心して生活することができている。

## 医療と介護のありたい姿 ロードマップ（案）

### ありたい姿 7 誰一人取り残さない

誰一人取り残されず、一人ひとりの安心が守られ、地域の隅々まで医療と介護、生活支援がいきわたり、自分らしく生きることができている。

（医療や介護を拒否する人でも支援に繋がり孤立している人がいない）

### 2025 年の目標

地域包括支援センターは市民、民生委員、専門職等と連携して、地域の潜在的な課題を発見し、予防的に支援することができている。

### 2040 年の理想

全ての高齢者は、地域包括支援センターと顔が見える関係で繋がっていて安心して生活できている。

※ 専門職＝医療職、介護職（福祉職）の総体

※ 「2025 年の目標」と「2040 年の理想」について

現在、団塊の世代が 75 歳以上となる「2025 年」を見据えて、医療・介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。また、団塊のジュニア世代が 65 歳以上となる「2040 年」には、高齢人口がピークを迎えると共に、医療・介護ニーズの高い 85 歳以上人口が急速に増加することが見込まれています。団塊の世代（1947（昭和 22）年～1949（昭和 24）年生まれ）／団塊のジュニア世代（1971（昭和 46）～1974（昭和 49）年生まれ）

【 医療と介護のありたい姿の評価指標 】

1 本人を第一に考えた多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーの連携状況の認識</li> <li>・地域包括支援センターの相談数</li> </ul>
2 希望の看取りを共に考える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅看取り回数</li> <li>・死亡者数に占める自宅死（老人ホーム死の割合）</li> <li>・死亡患者数／合計診療患者数</li> <li>・市民の在宅医療の周知度</li> <li>・市民の ACP の周知度</li> <li>・市民のエンディングノートの作成度</li> <li>・要介護高齢者の介護への満足度</li> <li>・家族の介護負担</li> <li>・在宅療養を希望する市民の割合</li> </ul>
3 多様な生活の場の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供事業者・訪問看護ステーション数</li> <li>・訪問診療回数、訪問看護実施数</li> <li>・通所系サービス・施設サービス・居住系サービスの要支援・要介護認定者一人あたり定員数</li> </ul>
4 専門職のスキルアップとやりがい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種連携のための意見交換会、ケアマネジャーや地域リーダー研修会の参加者数</li> <li>・ケアマネジャーの仕事満足度</li> </ul>
5 相互に支え合う生活支援・介護予防	
6 認知症になっても安心して暮らせる地域	
7 誰一人取り残さない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター相談数</li> </ul>

## 医療と介護のありたい姿 ロードマップ新旧対照表

	新	旧（令和元年度第3回在宅医療・介護連携推進協議会）
ありたい姿1 本人を第一に考えた多職種連携	<p><u>専門職は、つくば市のありたい姿を共有し、本人・家族や地域の状況を踏まえ、共に最善のアプローチを考え、対応することができている。（多職種は、専門性の背景を超えて、本人の希望や望ましい生活を第一に考えて知恵を出し合う関係）</u></p> <p>2025年の目標 <u>医療と介護の専門職間のコミュニケーションをとることへの苦手意識が低くなっていて、各専門性を十分に発揮し、本人を支援する連携ができている。</u></p> <p>2040年の理想 <u>医療と介護、病院と診療所、診療所と診療所など、地域包括ケアを担う専門職間の連携が、特別な負担なくできる仕組みが完成している。専門職間の顔が見える関係は維持されており、互いに相手の専門性や価値観に敬意を払い尊重しあう関係がさらに深まっている。</u></p>	<p><u>高齢者が自宅で日常生活を送るための医療・介護サービスと、その多職種連携の充実</u> <u>（医師やケアマネなど、誰でも顔が見えて、腹を割って話せる関係づくりと関係者が共通の目標に向かって行く関係づくり。）</u></p> <p>2040年の理想 <u>各医療機関、事業所、そこに属する専門職、行政等の連携が強化されている。</u></p>
ありたい姿2 希望の看取りを共に考える	<p><u>本人や家族の希望に応じて、自宅を中心とする地域の中で安心して最期を迎えることができている。</u> <u>（終活やACPを通じた本人の意思と多職種の理解）</u></p> <p>2025年の目標 <u>ACPや人生会議を専門職が理解し、当たり前のように本人や家族に説明し、日常的に話題にするようになっている。</u></p> <p>2040年の理想 <u>市民は健康な時から自身の最期のあり方を考えることが当然になっており、看取りの時期までにはそれを専門職と確実に共有することができている。</u></p>	<p><u>自宅で生活する高齢者の看取りに向けた環境作り</u> <u>（終活やACPを通じた本人の意思と多職種の理解）</u></p> <p>2040年の理想 <u>市民も専門職も自宅での看取りを幅広く行っている。</u></p>

<p>ありたい姿3 多様な生活の場の提供</p>	<p>本人は、在宅でも介護施設でも、自分らしく暮らすことができている。 <u>(本人が安心して在宅療養できる医療・介護サービスの充実と自宅生活の延長としての特養等での生活の充実)</u></p> <p>2025年の目標 <u>専門職は、各種の介護施設や介護サービス事業の特色を利用者の視点に立って分かりやすく説明でき、利用者の価値観にあったサービスを選択することを支援できるようになっている。</u></p> <p>2040年の理想 <u>施設サービスの質がさらに向上しており、地域の中で介護施設が今以上に身近な存在となっている。その結果として介護施設に入居後も自宅と変わらないような生活が送れるようになっている。</u></p>	<p><u>介護施設や介護サービスの利用が選択肢となることの周知(自宅生活の延長としての特養等での生活)</u></p> <p>2040年の理想 <u>専門職が介護施設や介護サービス事業所の特色を理解している。</u></p>
<p>ありたい姿4 専門職のスキルアップとやりがい</p>	<p>医療・介護の専門職は、働きやすく、やりがいがある環境で専門性を発揮し、本人や家族が望む生活の継続を支援することができる。 <u>(医療と介護の専門職は、やりがいのある魅力的な職種であり、燃え尽きることなく、成長し続けることができる)</u></p> <p>2025年の目標 <u>専門職を対象とした魅力的な研修活動がさらに充実しており、積極的に参加する人が増加している。ケアマネジャーの幸福度をはじめとする専門職のやりがいの指標が向上している。</u></p> <p>2040年の理想 <u>若年人口が減少しても、専門職(特に介護専門職)はやりがいのある職業として、認知され、能力・やる気のある人材が地域の医療・介護を支えている。</u></p>	<p><u>医療介護関係多職種のスキルの向上によるマネジメント力の強化</u></p> <p><u>(医療、介護、福祉に携わる人材育成の強化)</u></p> <p>2040年の理想 <u>本人の意思を尊重し生活を支えることができる力量を持っている。</u></p>

## 医療と介護のありたい姿 ロードマップ新旧対照表

<p>ありたい姿 5</p> <p>相互に支え合う生活支援・介護予防</p>	<p><u>住み慣れた地域には健康づくりや住民同士がつながる場所があり、高齢になっても、介護が必要になっても地域の中で役割がある。</u> (世代を超え、支え合うコミュニティが地域の身近にある)</p> <p>2025年の目標 <u>地域の身近な場所で、住民主体による介護予防や助け合いの取り組みの参加者が増えている。</u></p> <p>2040年の理想 <u>市民は、地域の互助による自発的な活動に参加していて、若い世代も介護予防や助け合いの活動に積極的に参加している。</u></p>	<p><u>高齢者に関する地域での支え合いと介護予防の強化</u></p> <p><u>(地域でのつながりや介護予防事業の適切な実施により高齢者が活動を継続)</u></p> <p>2040年の理想 <u>介護予防の取り組みが地域の身近な場所で受けることができている。</u></p>
<p>ありたい姿 6</p> <p>認知症になっても安心して暮らせる地域</p>	<p><u>認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる。</u> (地域住民・医療介護の専門職・行政等の総力による認知症の人や家族との関わり)</p> <p>2025年の目標 <u>各専門職が携わっている認知症の方の変化の気付きや対応力が向上し、本人を支援するチームの支援力も向上している。</u></p> <p>2040年の理想 <u>地域での見守りに加えて、ICT やロボットなどのつくば市ならではの技術を実装活用することで、多数の認知症の人が住み慣れた場所で安心して生活することができている。</u></p>	<p><u>独居高齢者の見守りや認知症高齢者の適切な対応</u> (支援が必要な独居や認知症の高齢者への行政・事業者・地域による支援)</p> <p>2040年の理想 <u>一人暮らしでも認知症になっても、ICTやロボット等を用いて、安心して生活することができている。</u></p>

<p>ありたい姿 7 誰一人取り残さない</p>	<p><u>誰一人取り残されず、一人ひとりの安心が守られ、地域の隅々まで医療と介護、生活支援がいきわたり、自分らしく生きることができている。</u> (医療や介護を拒否する人にも支援に繋がり孤立している人がいない)</p> <p>2025年の目標 <u>地域包括支援センターは市民、民生委員、専門職等と連携して、地域の潜在的な課題を発見し、予防的に支援することができている。</u></p> <p>2040年の理想 <u>全ての高齢者は、地域包括支援センターと顔が見える関係で繋がっていて安心して生活できている。</u></p>	<p><u>医療介護サービスにつながらない高齢者を見つけていくためのコミュニケーションの強化</u></p> <p>(医療介護サービスの利用を進めるための地域内のコミュニケーション力の向上)</p> <p>2040年の理想 <u>本人も家族も専門職も地域の支え手も地域で顔が見える関係ができている。</u></p>
<p>ありたい姿 1〜7</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 本人を第一に考えた多職種連携</li> <li>2 希望の看取りを共に考える</li> <li>3 多様な生活の場の提供</li> <li>4 専門職のスキルアップとやりがい</li> <li>5 相互に支え合う生活支援・介護予防</li> <li>6 認知症になっても安心して暮らせる地域</li> <li>7 誰一人取り残さない</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <u>医療介護サービスの充実と多職種連携</u></li> <li>2 希望の看取りを共に考える</li> <li>3 多様な生活の場の提供</li> <li>4 専門職のスキルアップ</li> <li>5 相互に支え合う生活支援・介護予防</li> <li>6 <u>独居高齢者と認知症高齢者</u></li> <li>7 誰一人取り残さない</li> </ol>
<p>注釈</p>	<p>※ 専門職＝医療職、介護職（福祉職）の総体  ※ 「2025年の目標」と「2040年の理想」について  現在、団塊の世代が75歳以上となる「2025年」を見据えて、医療・介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。  また、団塊のジュニア世代が65歳以上となる「2040年」には、高齢人口がピークを迎えると共に、医療・介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・団塊の世代（1947（昭和22）年～1949（昭和24）年生まれ）</li> <li>・団塊のジュニア世代（1971（昭和46）～1974（昭和49）年生まれ）</li> </ul>	

# 医療と介護のありたい姿を踏まえた評価指標(案)

設定した指標は、在宅医療・介護連携推進協議会へ定期的に提示、報告し、事業内容の改善に活用します。

	つくば市の医療と介護のありたい姿を踏まえた指標		
	ストラクチャー／人や建物や資源	プロセス／それらがどう活動するか	アウトカム／結果として
つくば市 評価指標			
オープン データ	・在宅医療提供事業者&訪問看護ステーション数 (在宅医療にかかる地域別データ集)	・訪問診療回数、在宅看取り回数、訪問看護実施数 (市内の医療機関による報告数、在宅医療にかかる地域別データ集)	・死亡者数に占める自宅死・老人ホーム死の割合 (e-stat)
	・通所系サービス・施設サービス・居住系サービスの要支援・要介護認定者一人あたり定員数 (地域包括ケア『見える化』システム)		・死亡患者数／合計診療患者数 (市内の医療機関単位の集計、在宅医療にかかる地域別データ集)
つくば市で 把握	・認知症カフェ数	・多職種意見交換会、ケアマネジャーや地域リーダー研修会の参加者数	・要介護高齢者の介護への満足度、家族の介護負担、在宅療養を希望する市民の割合 (高齢福祉計画策定のためのアンケート)
	・認知症初期集中支援チーム相談数		
	・認知症サポーター数	・ケアマネジャーの仕事満足度・連携状況の認識、市民の在宅医療の周知度・ACPの周知度・エンディングノートの作成度 (高齢福祉計画策定のためのアンケート)	・「つくば市には高齢者が安心して住み続けられる環境が整っているか」(市民意識調査)
		・地域包括支援センター相談数	・医療受診も介護認定もない後期高齢者の割合 (KDBシステム、圏域別)
		・認知症初期集中支援チーム支援件数	
	・後期高齢者医療の受診率と一人あたり医療費 (KDBシステム、圏域別)		
情報はある が集計体制 がない		・在宅患者訪問診療料、訪看看護料、ターミナルケア加算、退院時報連携加算の算定割合 (医療介護レセプト、つくば市民、圏域別)	
情報収集する 仕組みが ない			・在宅看取りの満足度 ・高齢者全員からのQOLアウトカム収集

※指標にフレイル予防と生活支援は含めていない。情報の収集頻度、アンケートの標本誤差と回答者の代表性、アンケート項目は年度により変更の可能性あり。

比較的集計しやすく重要な指標案。協議会で検討。

重要であるが、集計体制がない。今後の活用を検討していきたい。

## 医療と介護のありたい姿の相関図

	生活	介護	医療
協議体	つくば市在宅医療・介護連携推進協議会		
	つくば市地域ケア会議・生活支援体制整備推進会議		
		つくば市認知症初期集中支援チーム検討委員会	
	つくば市地域包括支援センター運営協議会		
ありたい姿1〜7	[ありたい姿1 本人を第一に考えた多職種連携] 専門職は、つくば市のありたい姿を共有し、本人・家族や地域の状況を踏まえ、共に最善のアプローチを考え、対応することができる		
	[ありたい姿2 希望の看取りを共に考える] 本人や家族が希望すれば、地域で安心して最期を迎えることができる		
	[ありたい姿3 多様な生活の場の提供] 本人は、在宅でも介護施設でも、自分らしく暮らすことができる。		
	[ありたい姿4 専門職のスキルアップとやりがい] 医療・介護の専門職は、働きやすく、やりがいがある環境で専門性を発揮し、本人や家族が望む生活の継続を支援することができる。		
	[ありたい姿5 相互に支え合う生活支援・介護予防] 住み慣れた地域には健康づくりの場所や住民同士がつながる場所があり、高齢になっても、介護が必要になっても地域の中で役割がある。		
	[ありたい姿6 認知症になっても安心して暮らせる地域] 認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる		
	[ありたい姿7 誰一人取り残さない] 誰一人取り残されず、一人ひとりの安心が守られ、地域の隅々まで医療と介護、生活支援がいきわたり、自分らしく生きることができる。		

## 令和 2 度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 実務部会の設置について (案)

部会名称	部会目的	実務委員 (議長○)
ケアマネ・地域リーダー研修の企画・実施・評価部会 (カ) 【6月30日第1回開催】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修企画及び実施及び評価</li> <li>・9月15日ケアマネジャー向け研修会「ACPにおけるケアマネジャーの役割」と題しリモートで開催。</li> </ul>	荒井委員 下村委員 ○ 児玉委員
在宅医療介護に関する市民啓発講座検討部会 (キ) 【7月3日第1回開催】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R2講座のトピックスについて</li> <li>・市民への情報発信について</li> <li>・講座で活用する在宅医療・介護のパンフレットの見直し</li> </ul>	飯岡会長 成島委員 ○
多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの評価検討部会 (ウ) (エ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、新型コロナウイルス感染拡大に備え、平時の医療介護の連携においてもICTを活用した連携の重要が高まると想定される。ICTを利用する専門職間のルールや今後の連携ツールについて協議検討したい。</li> <li>・多職種連携のための意見交換会において、エチケットと退院情報共有シートをテーマに実施予定</li> <li>・意見交換会前に部会委員に協力いただき、病院カンファ時に活用。活用のシミュレーションと、関係者からのヒアリングを実施しエチケットと退院前情報共有シートを評価。評価後、意見交換会でエチケットの活用を提示</li> <li>・部会委員に意見交換会での講師、ファシリテーターを依頼</li> </ul>	成島委員 加園委員 根本委員 荒井委員 岩本委員 斉藤委員 中川委員 濱野委員 下村委員 児玉委員 菊池委員 (協議会外) 大石委員 (協議会外)
つくば市における対応可能なケアの情報集約部会 (ア)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域資源の把握、既存情報の評価等必要な情報の整理</li> <li>・GH、老健、訪問リハの特徴</li> <li>・WEB サービスを活用した地域情報の見える化の活用を検討 (事業者や団体や病院の特徴や研修情報の発信等)</li> </ul>	成島委員 荒井委員 岩本委員 芥川委員 児玉委員
お薬手帳評価検討部会 (ウ) (エ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お薬手帳を活用した連携の評価と検討</li> </ul>	成島委員 根本委員 濱野委員 小關委員

(開催予定順)

【在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取り組み】 (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 (カ) 医療・介護関係者の研修 (キ) 地域住民への普及啓発 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

資料3-2

令和元年度第3回つくば市在宅医療・  
介護連携推進協議会資料

# 令和元年度 在宅医療・介護連携推進事業 実績報告

令和2年3月31日現在

令和元年度第3回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

(ア) 地域医療・介護資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

(エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修会

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

## (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報とリスト又はマップを作成、活用する

- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及【市民向け】 3,000部配布
- ・介護保険情報誌ハードページの普及【市民向け】 3,000部配布
- ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識2019 900部配布
- ・在宅医療・介護連携推進事業のホームページの随時更新

・クリニック・訪看・特養等における対応可能なケアの情報集約部会の開催  
(令和元年11月12日)

### 概要・ポイント

つくば市の医療と介護の既存情報の評価と必要な情報の整理と集約化について協議・検討を行った。連携タイムやサービスマップ等の既存情報の見直しを行うと共に、病院の専門職窓口一覧や特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの特徴を新たに調査し、専門向けの情報誌(ミニ知識)に追加できるようにした。

- ・つくば市内病院のケアマネ等専門職窓口一覧の調査※資料3
- ・医師と連携しやすい時間等を掲載した連携タイムの調査※資料4
- ・訪問看護ステーションの特徴の調査(集計中)
- ・特別養護老人の特徴の調査(集計中)



## (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

### ・在宅医療・介護連携推進協議会にて課題の協議・検討

第1回 在宅医療・介護連携推進協議会	第2回 在宅医療・介護連携推進協議会	第3回 在宅医療・介護連携推進協議会
(1)平成30年度 在宅医療・介護連携推進事業報告について (2)令和元年度 在宅医療・介護連携推進事業計画について	(1)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 (2)医療と介護のありたい姿と本年度の事業計画について	(1)医療と介護のありたい姿のロードマップと指標について (2)令和元年度 つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告 (3)令和2年度 つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画(案)
令和元年6月20日	令和元年11月18日	令和2年3月11日予定

・課題検討の場として実務部会を設置 → 詳しくは各項目で説明

(キ)在宅医療介護に関する市民啓発講座検討部会

(カ)ケアマネ・地域リーダー研修の企画・実施・評価部会

(ウ)(エ) 多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの作成検討部会

(ア)クリニック・訪看・特養等における対応可能なケアの情報集約部会

(ウ)(エ) お薬手帳・連携ノート等在宅生活時における情報連携ツールの在り方に関する検討部会

# (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

## ・医療・介護関係者の参画する会議

- 1 つくば市地域ケア会議及びつくば市生活支援体制整備推進会議(3回開催/年)
- 2 圏域別ケア会議＋各圏域ケアマネジャーの意見交換会(毎月開催)

令和元年度 圏域別ケア会議参加者

圏域	通知送付			参加機関			参加人数		職種	医師	研修医	歯科医師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	機能訓練指導員	鍼灸師等	看護師	薬剤師	退院調整看護師	医療S W	精神保健福祉士	介護従事者	介護支援専門員	生活相談員	支援相談員	在支援相談員	福祉用具専門相談員	民生委員	生活保護C W	ボランティア	その他
	医療	介護	合計	医療	介護	合計	参加者	合計																									
合計	332	1299	1631	116	357	473	627	652	17	2	6	1	48	17	6	3	1	14	38	21	6	11	4	13	347	27	22	9	14	10	1	0	14

令和2年3月31日現在

## 3 自立支援型個別ケア会議(毎月開催)

要支援者等の生活行為の課題等について、医療・介護の専門職種からの助言によるケアマネジメント支援から、自立支援、重度化予防及び生活の質の向上につなげることを目的に開催

### 概要・ポイント

#### <地域ケア会議の目的>

地域ケア会議は、個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題抽出、資源づくり・資源開発及び政策形成の5つの機能を果たすことを目的に開催している。

#### <(イ)における課題抽出と解決方法>

圏域別ケア会議の開催を重ね、医療保険や介護保険以外にリハビリテーション専門職種の介入がないという制度上の課題が抽出されたことを受け、令和元年度、つくば市地域リハビリテーション活動支援事業の事業化につながった。

## (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取り組みを行う。

## (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者肝の情報共有の支援を行う。



### ・令和元年度第1回多職種連携のための意見交換会（令和元年8月23日開催）

講演「つながりづくりと、その先」講師 筑波大学附属病院 医学医療系 リハビリテーション科 上野 友之 氏  
グループワーク「連携のために明日から専門職(自分)そして、多職種でできること」

**(概要・ポイント)** 講演では「医療と介護と福祉でつながる会」の立ち上げ、取組みについてご紹介。地域共生社会を目指していくためには各々が「自分の役割」を考え、具体的な行動を起こすことの重要性について提示をいただきました。グループワークでは「実際に取り組んだこと、取り組むことができなかったこと」をグループで共有。事例から取り組めたことの促進要因、取り組めなかった阻害要因について協議。また、「連携のために明日から専門職(自分)そして、多職種でできること」をテーマに「明日から」「半年後」誰がやるのか「医療職」「介護職」「行政(その他)」について、協議、グループ発表。先生からは、3人集まるだけでも「多職種」であり、敷居を低くして小さなことから自分たちで始めることが大切であること、また顔の見える関係の一步先に何を願うかが大切であると提示いただきました。

・医師：6名	・介護支援専門員：10名	・作業療法士：3名	・社会福祉士：12名	・医療ソーシャルワーカー：2名
・理学療法士：6名	・歯科医師：4名	・福祉用具専門相談員：2名	・歯科衛生士：6名	・訪問介護員：1名
・介護福祉士：3名	・事務職：6名	・薬剤師：6名	・その他：6名	・主任介護支援専門員：16名
・介護職：1名	・看護師：3名	・保健師：3名		<b>参加者合計：96名</b>

### ・令和元年度第2回多職種連携のための意見交換会（令和2年3月12日予定）

・多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの作成検討部会（令和元年10月28日、12月19日、2年2月14日）

・お薬手帳・連携ノート等在宅生活時における情報連携ツールの在り方に関する検討部会（令和2年1月14日）

## 多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの作成検討部会

・在宅医療・介護における 本人・家族のための多職種連携で気をつけたい10ポイント(エチケット)と退院前情報共有チェックリストを作成しました。 ※資料2

①令和元年10月28日	つくば市における連携の課題について、実務部会でグループワークを実施。他市を参考につくば市のエチケットに向けた協議を退院調整看護師とヘルパーの代表にも入っていただき開始した。
②令和元年12月19日	1回目の課題と協議も基に、つくば市のエチケットと、退院前カンファレンスシート(案)を作成。
③令和2年2月14日	2回目の内容を各種別団体等で協議いただいた上で再度内容を検討。カンファレンスが本人と家族の意向と在宅側が知りたい情報を確認できるように情報共有チェックリストを作成した。

## お薬手帳・連携ノート等在宅生活時における情報連携ツールの在り方に関する検討部会

・お薬手帳の活用を啓発するチラシとポスターの作成 ※資料1

- ・平成30年度推進協議会等において、緊急時のお薬手帳の有効性が提示される。
- ・つくば薬剤師会と協議を重ね、おくすり手帳活用のための啓発チラシ、ポスターを作成。市内薬局窓口にてチラシの配布、ポスター掲示いただくことで合意。チラシ・ポスターについては2月末より市内薬局90箇所に送付。

令和元年1月14日 平時からの情報連携ツールの在り方に関して協議。ICT活用は将来的には広く普及すると考えられるが、現時点では平時の連携も含めてお薬手帳が広まっていることを踏まえれば、その活用が直近では有効ではないかななどの意見あり。



## (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。

また、必要に応じて、退院の際の地域医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護関係者相互の紹介を行う。

### ・各地域包括支援センターにおいて、地域の医療・介護関係者からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施

【令和元年度(H31年4月～R2年3月)相談実績 延件数】

つくば市地域包括支援センター	2,003
筑波地域包括支援センター	1,869
大穂豊里地域包括支援センター	1,118
谷田部西地域包括支援センター	1,433
荃崎地域包括支援センター	2,400

- ・本年度は大穂豊里・谷田部西地区に地域包括支援センターを設置。地域住民にとっても近い相談場所、専門職からの相談・対応もより連携強化できる体制を整備
- 4月からは桜水会が筑波病院敷地内に桜地域包括支援センターを設置
- ・地域包括支援センター在宅介護支援センター一定例会での情報共有

## (カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために他職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

### ・ケアマネジャー向け研修会(令和元年11月26日開催)

#### 概要・ポイント

講演「看取り体験を語り合おう！聞いてみよう！」

～人生の最期に向き合う専門職として、利用者と家族に悔いが残らない支援のために～

- ①居宅介護支援事業所、施設から看取りの体験事例の提示
- ②グループワーク 看取りの場面でうまくいったこと、困ったことの共有

講師 筑波大学附属病院 患者相談センター 馬場 玲子 氏

参加者 ケアマネジャー 44名



### ・地域リーダー研修会の開催(令和2年2月23日開催)

#### 概要・ポイント

内容「アドバンス・ケア・プランニング人生会議(実践編)～もしバナカードとロールプレイ～」

講師 せせらぎ在宅クリニック 清水 亨 氏

参加者 医療・福祉関係に関わる多職種: 20名

前半はグループでもしバナカードを実践。もしバナカードを知らない参加者が多数でしたが、人生会議を気軽に取り組む一つのツールとして有効であるとの感想が挙がりました。後半は3人1組で、延命治療を実施するか否かを必ず決定するロールプレイを実施。意思決定支援の難しさを体感することができました。



## (キ)地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する

### ・令和元年度在宅医療介護啓発講座(市内6圏域開催)

#### 概要・ポイント

市民が、在宅療養を選択肢のひとつとして考えることができるよう、医師・ケアマネジャーを講師とし、それぞれの立場から在宅医療と在宅介護の基本的な内容について講義いただきました。参加者のアンケートでは、「日頃から知りたいと思っていた情報を(特に在宅医療)について丁寧に説明いただいたことに感謝します。」「人生の最終を考えるキッカケになりました。」「困った折どこに連絡するか分かった。」「今までつくば市の在宅医療の情報が少なかったので大変参考になりました。」等の声をいただきました。



地区	場所	講師(医師)	講師(CM)	日程	時間	参加者
谷田部	市民ホールやたべ 大会議室1	小田内科クリニック 有田圭介先生	ケアパートナーつくば 野澤亮子CM	9/22(日)	13:30~15:30	28名
荃崎	荃崎交流センター 研修室	成島クリニック 成島浄先生	介護保険センター くきの里 鈴木啓之CM	11/17(日)	9:30~11:30	39名
桜	桜交流センター 2F ホール	みなクリニック内科呼吸器科 陶山時彦先生	アイシーネット介護センター 沼田久江CM	12/8(日)	9:30~11:30	24名
豊里	豊里交流センター 2F 研修室	飯岡医院 飯岡幸夫先生	美健荘 居宅介護支援事業所 皆見聡恵CM	12/15(日)	9:30~11:30	13名
筑波	市民ホールつくばね 2F 会議室	飯田医院 飯田章太郎先生	居宅介護支援事業所なかよし 岡野浩明CM	1/18(土)	13:30~15:30	10名
大穂	大穂交流センター 研修室	柴原医院 柴原健先生	居宅介護支援事業所なでしこ 飯田真弓CM	2/9(日) ※大穂会場は台風のため10月13日から日程変更	13:30~15:30	29名

## (キ)地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する

- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及【再掲】
- ・ハートページの普及【再掲】
- ・つくば市救急医療情報便ツクツク見守りたいの普及
- ・**健康フォーラムつくばの開催**(令和2年2月8日 イーアスホール 参加者78名)  
講演「人生会議」をはじめよう～「もしも」の時に備えて～  
講師 筑波メディカルセンター病院 廣瀬由美先生 木野美和子先生 田中久美先生



### 概要・ポイント

廣瀬医師の講義・進行のもと参加者が個人ワークを通して考える市民参加型のフォーラムでした。ワーク中は木野先生、田中先生が参加者からの質問に対応し、ワークをサポートしていただきました。参加者からは「考えるきっかけになってよかった」、「家族にも伝えたい」というお声が聞かれました。

### ・つくば市職員による在宅医療啓発講座

高野台シルバーレインボークラブ (24名) 令和元年7月18日

ミニサロン赤塚東山 オリーブの木(18名) 令和元年7月22日

### 在宅医療と在宅介護

住み慣れた家で人生の最期まで・・・



## **(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携**

同一の二次医療圏内にある市町村や隣接する市町村等が連携して、広域連携が必応な事項について協議する。

- **武蔵野市副市長と健康福祉部との意見交換会**(令和元年5月31日)
- **広島県尾道市、呉市視察**(令和元年8月22-23日)
- **土浦市社会福祉協議会意見交換会**(令和元年9月18日)
- **常総市(きぬ医師会病院、水海道さくら病院)視察**(令和元年10月31日)
- **令和元年度度市町村介護予防事業担当者研修会及び在宅医療・介護連携推進事業担当者研修会並びに情報交換会**(令和元年11月11日)
- **結城市(特養青嵐荘)視察**(令和元年12月26日)
- **常総市(水海道厚生病院視察)**(令和2年1月27日)
- **近隣市町村勉強会**(令和2年2月19日)

上記以外にも、市外医療・関係機関に出向きお話しをお聞きする機会をいただきました。

**令和元年度 事業報告は以上です。**

資料3-3

令和元年度第3回つくば市在宅医療・  
介護連携推進協議会資料

令和2年度

# 在宅医療・介護連携推進事業計画

令和元年度第3回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

## (ア) 地域医療・介護資源の把握

- ・在宅医療・介護連携推進事業のホームページの随時更新
- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及【市民向け 3,000部】
- ・あんしん介護保険の普及【市民向け 2,500部】
- ・介護サービス事業所ガイドブック2019 ハートページの普及【市民向け 6,000部】
- ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識2019の普及【専門職向け 900部】
  - 連携タイム、つくば市内病院のケアマネ等専門職窓口一覧、特養・訪看の特徴、気をつけたい10のこと、退院前情報共有チェックリストを追加

### ⇒ 重点目標

- ・評価指標の分析からつくば市の現状を確認する。
- ・CMや訪問看護師等に連携タイムの活用を周知すると共に医師にも連携タイムの運用を協力してもらう。

## (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ・つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を開催し、実施事業の検討・評価
- ・生活支援体制整備事業、圏域別ケア会議、各圏域ケアマネジャー意見交換会、自立支援型個別ケア会議等で抽出された課題とその対応策の検討

⇒重点目標

- ・住民や医療・介護関係者と「医療と介護のありたい姿」を共有し、市民の理解と専門職の意識・機運を醸成する。

## (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

## (エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・多職種連携のための意見交換会の開催
- ・地域包括支援センターと病院関係者等(SW、退院調整看護師)との意見交換会
- ・お薬手帳の活用強化 チラシとポスターにおける周知
- ・「本人・家族のための多職種連携で気をつけたい10ポイント」、退院前情報共有チェックリストの周知

⇒重点目標

- ・「気をつけたい10ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の運用について、多職種・病院に周知し、活用してもらう。
- ・お薬手帳の活用を市民・多職種に周知する。

## (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・地域包括支援センターにおける医療と介護関係者からの相談受付
- ・**地域包括支援センターと病院関係者との意見交換会【再掲】**
- ・相談窓口としての各地域包括支援センターの啓発と機能強化
- ・在宅介護支援センター定例会での情報共有

⇒重点目標

どの圏域の地域包括支援センターでも、地域の医療関係者と介護関係者からの相談を迅速適切に受けることができる。

## (カ) 医療・介護関係者の研修会

- ・地域リーダー研修会を開催
- ・ケアマネジャー等の（医療やリハなどの）研修会の実施
- ・**種別団体や関係機関の研修情報の発信**

⇒重点目標

- ・まず専門職がACPや人生会議について理解し、市民に伝えることができる専門職が増えるようにする。
- ・関係団体と研修情報の共有を行う。

## (キ) 地域住民への普及啓発

- ・地域の医師・CMによる在宅医療・介護啓発講座の市内6圏域開催・各複数回開催の検討
- ・在宅医療等に関する市民向け講演会（健康フォーラムつくば等）の開催
- ・つくば市出前講座 在宅医療・在宅介護啓発講座等
- ・看取り、お薬手帳、ツクツク見守りたい等の普及啓発
- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及
- ・介護保険情報誌ハートページの普及

⇒重点目標

時事情報を追加しながら引き続き啓発講座を継続して、市民に周知する。

## (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

- ・近隣市町村との会議等による情報共有

⇒重点目標

つくば市の課題を解決するため、引き続き近隣市町村や保健所等と連携を強化する。

## Structure

・人や建物や資源

病院・診療所  
介護事業所  
専門職数

↑  
高齢福祉課（介護施設）  
茨城県（医療計画）  
国（厚生労働省）

## Process

・それらがどう活動するか

ありたい姿

**当事者の希望に合わせて最大限に資源を活用する**

- ・専門職同士の連携
  - 心理的連携（顔が見える関係・エチケット）
  - システム的連携（制度や仕組みのバリアを下げる仕組）
- ・専門職と本人・家族
  - ニーズを把握できるコミュニケーション力の養成
  - 選択肢を提示でき、決定を援助できるスキルの養成
- ・新たな概念を広め、本人らの潜在ニーズを引き出す活動
  - 在宅医療やACPなど浸透していない選択肢の理解を

**在宅医療・介護連携推進事業のメインはここ**

## Outcome

・結果として

本人の幸福感・満足度  
介護者の幸福感・負担  
在宅療養期間  
在宅看取りの割合

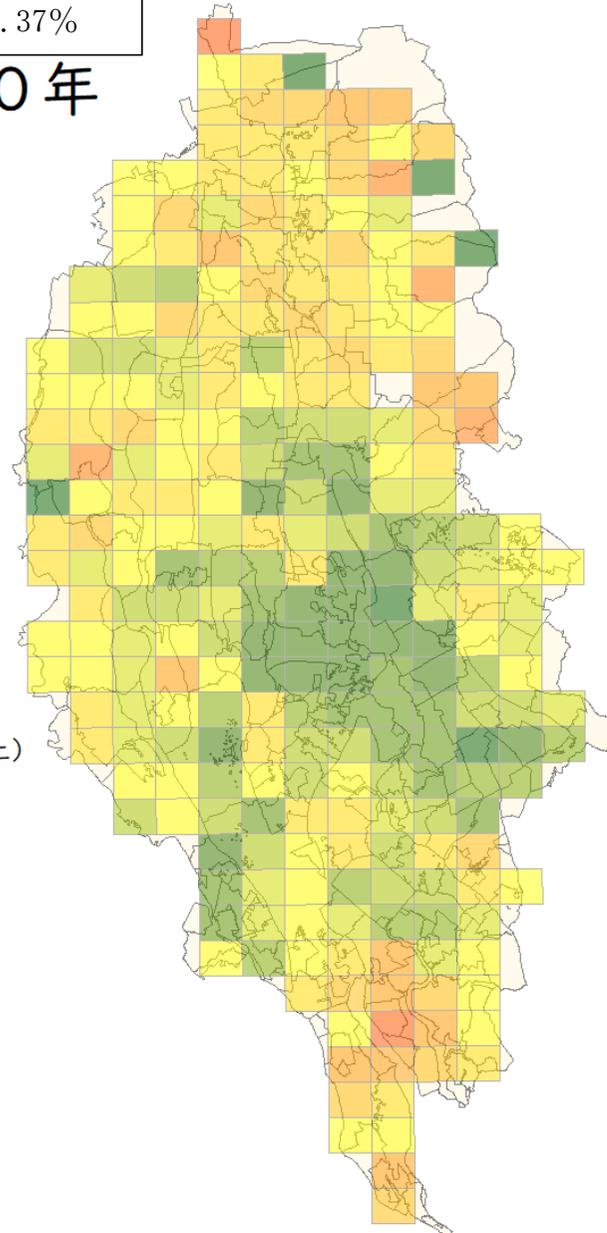
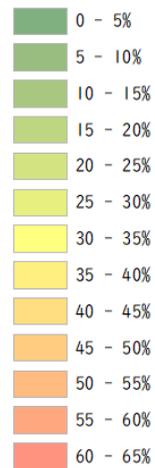
## 隣接する重要領域

生活支援体制の事業  
（独居・つながらない人）  
認知症対策  
交通手段の確保

市高齢化率 19.37%

2020年

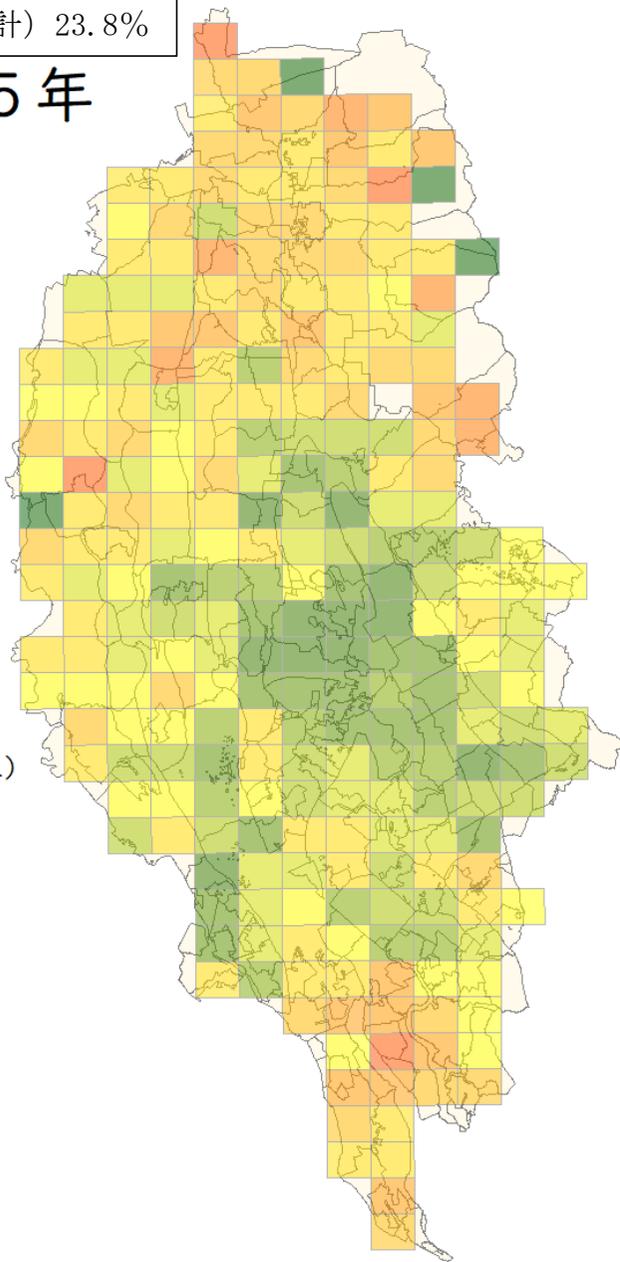
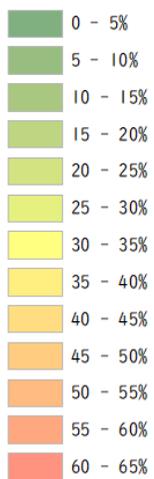
高齢化率 (65才以上)



市高齢化率（推計）23.8%

2025年

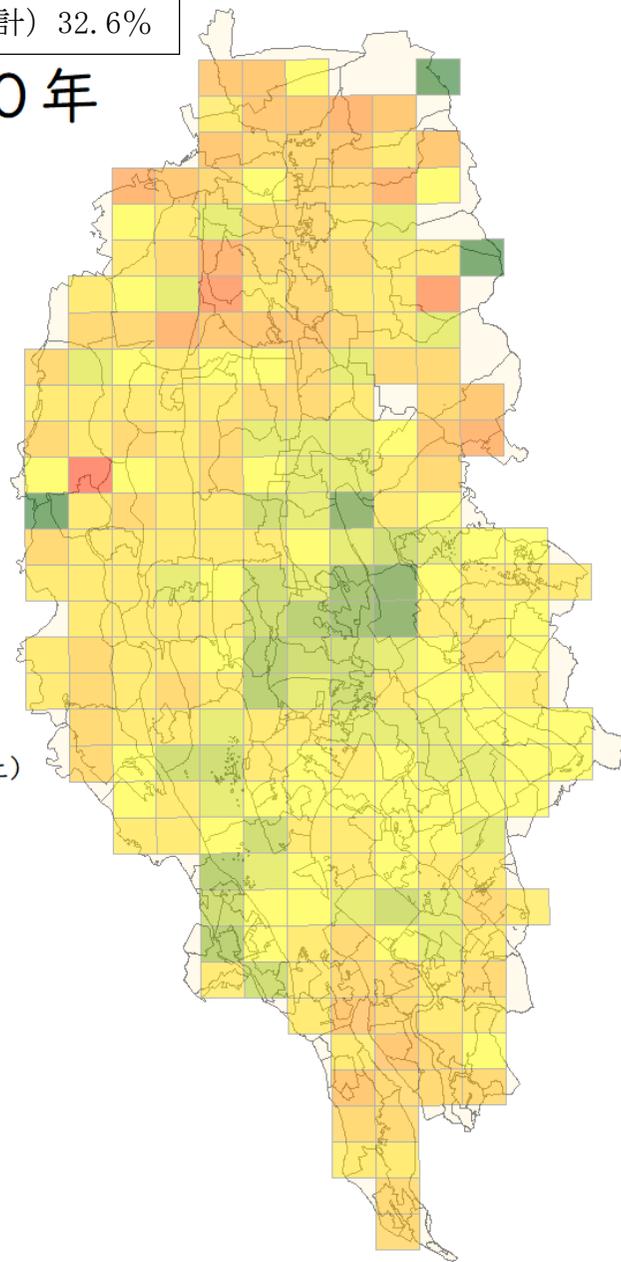
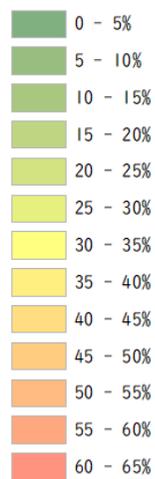
高齢化率（65才以上）



市高齢化率（推計）32.6%

2040年

高齢化率（65才以上）



## 会 議 録

会議の名称		令和2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		令和3年(2021年)3月8日(月) (書面郵送)		
開催場所		書面会議により実施		
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 伸一副会長、吉場 勉委員、志真 泰夫委員、成島 淨委員、加園 真樹委員、根本 知砂子委員、荒井 富枝委員、芥川 知己委員、齊藤 秀之委員、岩本 美香委員、中川 広子委員、瀨野 淳委員、下村 千里委員、小關 剛委員、室生 勝委員、児玉 智之委員、飯泉 孝司委員、松浦 幹司委員		
	その他			
	事務局	地域包括支援課：会田課長、中島師長、柳田係長、藤田社会福祉士、村田保健師		
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人
非公開の場合はその理由		緊急事態宣言による書面会議への変更のため、傍聴不可。		
議題		(1) 令和2年度 事業報告について (2) 令和3年度 事業計画について (3) その他		
会議次第	1 議題	(1) 令和2年度 事業報告について (2) 令和3年度 事業計画について (3) その他		
	2 会議資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料1 令和2年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 事業報告</li> <li>・資料2 令和3年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 事業計画(案)</li> <li>・資料3 つくば市医療と介護のありたい姿の評価指標検討のため収集した数値の一例</li> <li>・資料4 医療と介護が共通する4つの場面ごとに整理した指標図</li> </ul>		

書面により、委員から以下のとおり御意見をいただきました。	
(1) 令和2年度 事業報告について ※(資料番号-頁) 内容	
下村委員 事務局	(資料1-5) ハートページは患者さんがよく持っていけます。介護情報が伝わりやすくよいと思います。 引き続き市民にとって有用な情報提供ができるよう活用してまいります。
下村委員 事務局	(資料1) 新型コロナで退院前カンファレンスがほとんど実施されず、チェックリストは活用されていない。 退院前カンファレンスに限らず、多職種が利用者の支援を検討する場において活用されるよう、退院前情報共有チェックリストの周知について、実務部会で検討し、普及啓発を図ります。
志真委員 事務局	(資料1) 新型コロナウイルス感染症の流行の下で5つの実務者部会を課題ごとに設けて、2回の意見交換会、2回の研修会を実施できた実績は評価するが、在宅医療・介護でCOVID-19にどのように対応したか、あるいはしなかったか、記載がないのは残念です。 本協議会において、COVID-19に直接対応することはございませんでした。
荒井委員 事務局	(資料1-5) 連携タイムの周知や、お薬手帳・ツクツク見守りたい等の普及啓発についてですが、社会資源というテーマで来年度のケアマネ連絡会で研修が持たれそうなので、その中で一定時間を割いて話し合う時間を持つても良いのかもしれませんが、折角の貴重な資源が多忙な業務の中で埋没しがちでもったいなく感じます。自戒の念をこめて。 ご提案ありがとうございます。ケアマネジャー連絡会と協働で普及活用できる体制を整えていきたいと考えています。
松浦委員	(資料1) マネジメント手段として、PDCA サイクルを取り入れたことはよいことだと思います。 PDCA サイクルに沿った取り組みを継続的に行うと記されている、そうであれば、令和2年度の事業計画がどこまで出来て、何が出来なかったかをチェックすることが必要です。そのためにはア〜クの活動項目に対してその年度の到達目標を出来るだけ数値化しておくことが必要です。

事務局	<p>事業計画の到達度を確認、評価しながら、次年度の事業計画を策定してまいります。事業の評価指標に関しては引き続き実務部会で検討してまいります。</p> <p>(ク)に関しては、在宅医療・介護連携推進事業の見直しがされ、関係市区町村の連携から、都道府県主体の役割(保健所等の活用)に変更からされました。</p>
成島委員	<p>(資料 1-12、17) 実際には診療現場で市の準備したお薬手帳をみたことがありません。患者の持参したお薬手帳の 1 ページに患者情報記入欄がありますがほとんどが未記入でした。</p>
事務局	<p>事務局では、情報共有・連携ノートを協議会等で意見を受け作成しましたが、平成 30 年度にケアマネジャーに対して実施した調査で活用されていない状況でした。現在はお薬手帳の活用を推進しています。</p> <p>R2 年度実施したお薬手帳活用に関するアンケート結果からは市民、専門職ともお薬手帳の患者情報記入欄の記載への意識は低いことがわかりましたので、普及啓発に努めます。</p>
児玉委員	<p>(資料 1-15) ○○ケアマネジャーの所属は、「いちほら介護支援センター」では？それとも同姓同名ですか？</p>
事務局	<p>誤記載です。正しいご所属は「いちほら介護支援センター」です。</p>
斎藤委員	<p>(資料 1)</p> <p>1) 情報集約、ケア会議の課題は例年通りの印象。北茨城市のようなワンストップのセンターを設置して、セクトとヒトを集約・配置していくようなダイナミックな施策を講じる時期ではないだろうか？</p> <p>2) 相談内容の分析からその傾向を知りたい。</p> <p>3) ACP のみに傾注している印象が強く、中重度者の生きがいや生活支援を検討するため、対応策を検討するような事業が見えない。そうした事業が必要ではないか？</p>
事務局	<p>1) 実務部会は課題に応じて設置することから、それぞれの部会の必要性を検討し再編しております。</p> <p>2) 地域包括支援センターが全圏域設置されましたので情報を整理し相談内容の分析をしていく予定です。</p> <p>3) 本事業で優先順位が高い取り組みは医療と介護の専門職の連携、ACP や在宅医療の普及啓発と考えております。課題に応じて</p>

	在宅医療介護連携の推進に必要な内容を検討しながら取り組んでまいります。
濱野 淳 事務局	<p>(2) 令和3年度 事業計画について</p> <p>(資料2-6) ACP 出前講座の目的は、改めて検討が必要でしょうか。また、内容についても吟味が必要かと思えます。行政のメッセージとして受け取られることを認識する必要があると思えます。</p> <p>在宅医療介護啓発講座部会で内容を検討してまいります。また、委員、協議会外の専門職にも意見聴取してまいります。</p>
下村委員 事務局	<p>(資料2) オンライン研修は好評だったので、さらに充実させていくといいと思えます。</p> <p>オンライン形式により、今まで参加が難しかった方にもたくさんご参加いただきました。引き続き内容を充実させてまいります。</p>
下村委員 事務局	<p>(資料2) 新型コロナの家庭内感染が増えています。在宅の高齢者を守るためにサービス提供者の感染対策が重要です。研修、防護服の供給など至急取り組みましょう。</p> <p>感染症対策の強化、業務継続の取り組みについては、主任介護支援専門員連絡会で対応いたします。防護服の供給等の取り組みについては、当事業での実施は検討しておりませんが、現場の現状や課題について、関係各課と情報共有いたします。</p>
志真委員	<p>(資料2) 「ホームページの随時更新」となっていますが、医療介護職向けの内容と市民向けの内容が混じっており、ホームページの構成の見直しが必要ではないか。</p> <p>2) 「課題に応じた実務部会の設置」となっているが、現在5つある実務部会の整理も含めた見直しが必要ではないか。</p> <p>3) お薬手帳の活用、在宅医療・介護における 本人・家族のための多職種連携で気をつけたい 10 ポイント、退院前情報共有チェックリストが現場でどの程度活用され、浸透しているのか、評価が必要ではないか。</p> <p>4) メディカルケアステーションという名称が出ているが、ほかの情報ツールも含めて情報連携ツール検討部会で検討する必要があるのではないか。</p> <p>5) 医療介護職向けの意見交換会、研修会（どこの部会が担当で</p>

事務局	<p>すか?)と市民向けの出前講座、健康フォーラムつくば(市民啓発部会)とは計画と部会を分けて記載したほうが良いのではないかと。</p> <p>6) ACPについては医療介護職への普及と啓発と理解が十分とは言えず、市民啓発に広げるのは慎重にしたほうが良い</p> <p>1) ホームページの構成について内容を分かりやすく整理します。</p> <p>2) 実務部会の設置については課題に応じ設置、再編を行います。</p> <p>3) お薬手帳に関してはR2年度にアンケートを実施しました。市民・専門職ともお薬手帳の活用状況は依然浸透していない状況でした。周知・活用について実務部会において検討していきます。</p> <p>4) 地域包括支援センター間において個人情報取扱わず、MCSをイベントや研修情報の掲示板として利用しています。その他の情報共有・発信の仕方について実務部会で検討してまいります。</p> <p>5) R2年度は意見交換会を検討する部会は設置しておりませんでした。研修会については研修部会が担当です。今回の事業計画はPDCAサイクルを主軸にそれぞれの対応した旧ア〜クに分類して記載させていただきました。R3年度部会の設置(案)については別途作成しております。</p> <p>6) ありがたい姿2の評価指標として「市民のACPの周知度」を挙げています。ACPについては専門職への実務における啓発・普及と市民への周知啓発について、実務部会や協議会外の専門職へのヒアリング等により検討いたします。</p>
荒井委員	<p>(資料 2-2、2-5) つくば市の医療と介護の現状分析の為の現場の専門職からのヒアリングについてですが、多忙な現場スタッフに行うに当たっては、効率的で負担ならない方法を講じていく必要があると思います。</p>
事務局	<p>協力いただく専門職の負担を最小限に、作業方法を検討してまいります。</p>
荒井委員	<p>(資料 2-5) 地域の医師・ケアマネによる在宅医療・介護啓発講座とつくば市出前講座が重複しているように感じますが、出前講座は少人数・対象者下限定というイメージでしょうか? また啓発講座を複数回とありますが、先の見えないこのコロナ禍において現実的でしょうか。</p> <p>在宅医療介護啓発講座は本協議会独自の事業です。</p>
事務局	

	<p>出前講座は主管課（生涯学習推進課）が生涯学習の推進、市政に関する理解、地域づくりへの参加の促進を目的とし、市民から依頼を受けて市職員が依頼内容に合わせた講座を行うものです。住民の方からは対面での講座を希望するお声もあります。市のイベント開催方針に基づき少人数制で実施していくことが望ましいと考えております。</p>
松浦委員	<p>（資料2）今年度の活動目標が昨年とほぼ変わっていないので、PDCA サイクルに沿って言えば、資料1の実績報告がどのように資料2につながっているのかが読んで分かるようにすることが必要と思います。</p>
事務局	<p>改善に努めてまいります。</p>
成島委員	<p>（資料2-5、6）情報共有支援でICT活用は必要ですが、MCSに限定してよいのでしょうか。県医師会が主導した情報共有システムもあるのですが。</p>
事務局	<p>地域包括支援センター間において個人情報取扱わず、MCSをイベントや研修情報の掲示板として利用しています。その他情報共有・発信の方法については実務部会で検討してまいります。</p>
斎藤委員	<p>（資料2）</p> <p>（イ）8期計画など各種計画での課題も加味して、課題を見直すべきではないか？</p> <p>（ウ）退院支援のパターンを類型化する事業を構築してはどうか？それによって、多職種連携の形見えてくると思う。</p> <p>（オ）相談支援の内容を類型化してはどうか？</p> <p>（カ）神経難病や在宅呼吸器管理の方々に対する職種ごとの対応を研修会で開催してはどうか？</p>
事務局	<p>（イ）各種計画と連動した事業運営を行っております。</p> <p>（ウ）実務部会の協議事項で退院支援の類型化について提示します。</p> <p>（オ）相談支援の内容は類型化しております。相談支援における課題を整理しております。</p> <p>（カ）本事業で実施すべき研修内容について、実務部会で検討してまいります。</p>
	<p>（3）その他</p>

志真委員	<p>(資料 3、4)</p> <p>1) 資料 3、4 に示された指標はすでに決定されたものですか</p> <p>2) 黒田参事、浜野委員など専門家による部会（評価指標検討部会）で集中的に検討して、その結果を協議会で合意する手順を踏んでほしい。</p>
事務局	<p>部会での協議の途中経過をお伝えするための資料です。実務部会の協議内容を協議会で説明し、委員の皆様からご意見をいただき合意を得て事業を進めてまいります。</p>
成島委員	<p>(資料 3、4) ACP に関し周知を図るのは結構ですが、聞かない選択もあるのではないのでしょうか。</p> <p>特に終末期に近い場合本人、家族の希望に配慮が必要です。可能であればその点に関してのアンケートもお願いします。</p>
事務局	<p>ご指摘のとおり、ACP の啓発には十分な配慮が必要と考えます。啓発内容・方法について委員また協議会外の専門職に意見聴取し検討いたします。またアンケートの実施に関しても内容・方法を検討してまいります。</p>
斎藤委員	<p>資料 4</p> <p>日常の療養支援：訪問リハ、通所リハを加えるべき。</p> <p>入退院支援：退院支援にリハビリテーション専門職の関与を入れるべき。特に急性期病院については必要である。</p>
事務局	<p>資料 4 は事務局で収集し得るありたい姿の事業評価指標を手引き記載の 4 つの場面に分類したものです。入退院支援の現状や課題については、今後とも入退院時に関与する専門職間の意見交換会を実施してまいります。本年度は退院調整看護師、医療ソーシャルと地域包括支援センター職員で意見交換会を実施しましたが、今後も課題に関与する専門職と協働で実施を進めてまいります。</p> <p style="text-align: right;">以上</p>
<p><b>連絡事項</b></p> <p>いただいた御意見を踏まえ、本事業で実施する内容について整理し、優先順位を考慮します。令和 3 年度の事業計画（案）を再度作成し、令和 3 年度の推進協議会においてお示しいたします。</p>	

資料1

令和2年度第2回つくば市在宅医療・  
介護連携推進協議会資料

# 令和2年度 在宅医療・介護連携推進事業 実績報告

令和3年3月8日  
現在

令和2年度第2回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

(ア) 地域医療・介護資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

(エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

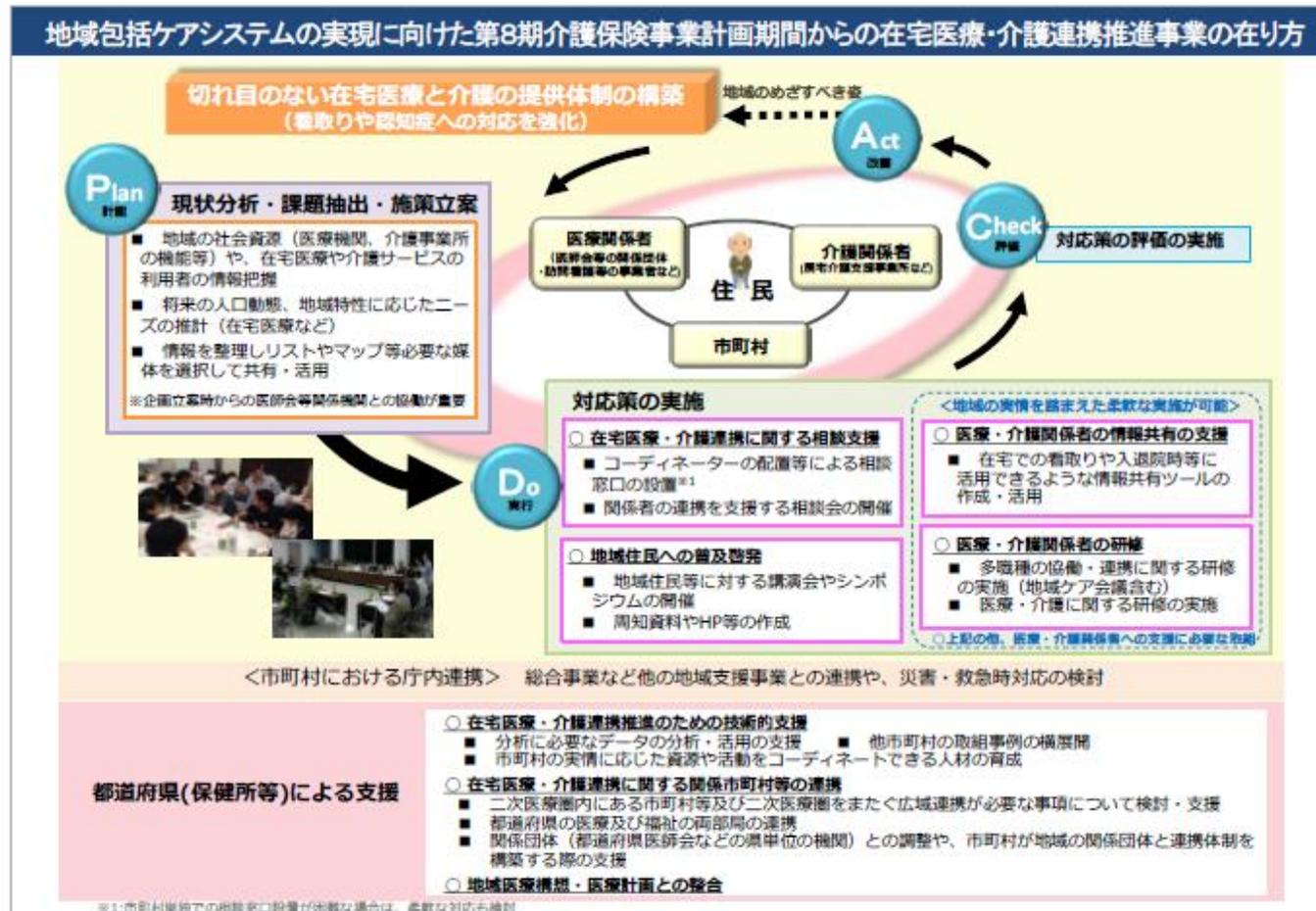
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修会

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

従来の在宅医療・介護連携推進協議事業の手引きでは  
 事業の推進を図るために必要なア～キの8つの基本的事項が提示されていました。（前頁の通り）  
 令和2年9月より、PDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって地域の実情に応じため  
 ざす姿の実現がなされるよう手引き（Ver.3）が改訂されました。



# PDCAサイクルとは＝課題改善に向けた継続的取組



参考：（令和2年9月8日）在宅医療介護連携推進事業に向けた研修会資料  
「事業マネジメントの基本的考え方と進め方」

## (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報とリスト又はマップを作成、活用する

### R2年度の重点目標

- ・ 評価指標の分析からつくば市の現状を確認する。
- ・ CMや訪問看護師等に連携タイムの活用を周知すると共に医師にも連携タイムの運用を協力してもらう。

### つくば市医療と介護のありたい姿の評価指標検討部会（令和3年1月28日 オンライン開催）

つくば市の医療と介護の現状を把握するためのデータについて事務局において収集。アウトカム、プロセス、ストラクチャーに分けて整理しました。（資料3、4参照）また重点指標、および関連して把握していくべきデータについて意見交換しました。在宅医療・介護連携推進事業の手引きに提示されている医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）の視点で検討し、特に入退院時における連携について退院時共同加算等の数値をレセプトにおいて確認することで評価につながるのではないかの意見が提示されました。

今後は重点指標、および関連する数値について全国、同規模自治体との比較や、現場の専門職からのヒアリング等により、収集したデータを言語化し、その上で目標値を設定して参ります。また継続的に収集するための仕組みを検討して参ります。

- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及【市民向け】 3,000部配布
- ・介護保険情報誌ハートページの普及【市民向け】 6,000部配布
- ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識2020 500部配布
- ・在宅医療・介護連携推進事業のホームページの随時更新



## つくば市医療と介護の情報集約部会（令和2年11月18日）

### 概要・ポイント

つくば市の医療と介護の既存情報の評価と必要な情報の整理と集約化について協議・検討を行った。連携タイムやサービスマップ等の既存情報の見直しを行うと共に、昨年度調査した特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの特徴を専門向けの情報誌（ミニ知識）に掲載し、関係機関への周知を行った。また新たにグループホームと介護老人保健施設の特徴を調査した。

- ・つくば市内病院のケアマネ等専門職窓口一覧のミニ知識への掲載
- ・医師と連携しやすい時間等を掲載した連携タイムのミニ知識への掲載、情報更新
- ・ミニ知識への訪問看護ステーションの特徴、特別養護老人施設の特徴の掲載、情報更新
- ・グループホームの特徴の調査（集計中）
- ・介護老人保健施設の特徴の調査（集計中）

### ⇒R2年度事業対応策の評価

- ・つくば市の現状値を分析するための数値を収集したが数値からつくば市の医療と介護の現状分析するためには現場の専門職からのヒアリングを行い、さらなる考察が必要である。
- ・事業運営の中で医師と連絡を取りづらいという声が挙がっている。引き続き専門職への連携タイムの周知と、医師への連携タイムの活用の周知、運用への協力を呼び掛ける必要がある。

# (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

## R2重点目標

住民や医療・介護関係者と「医療と介護のありたい姿」を共有し、市民の理解と専門職の意識・機運を醸成する。

## 在宅医療・介護連携推進協議会にて課題の協議・検討

第1回 在宅医療・介護連携推進協議会	第2回 在宅医療・介護連携推進協議会
(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) 令和元年度 在宅医療・介護連携推進協議会実務部会について	(1) 令和2年度 つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告について (2) 令和3年度 つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について
令和2年8月5日（会場開催）	令和3年書面開催

課題検討の場として実務部会を設置 → 詳しくは各項目で説明

(キ)在宅医療介護に関する市民啓発講座検討部会

(カ)ケアマネ・地域リーダー研修の企画・実施・評価部会

(ウ)(エ) 多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの評価検討部会

(ア)つくば市における医療と介護の情報集約部会

(ア)(イ) つくば市医療と介護のありたい姿の評価指標検討部会

(ウ)(エ) お薬手帳・連携ノート等在宅生活時における情報連携ツールの在り方に関する検討部会

# 医療・介護関係者の参画する会議

1 つくば市地域ケア会議及びつくば市生活支援体制整備推進会議(3回開催/年)

2 圏域別ケア会議+各圏域ケアマネジャーの意見交換会(毎月開催)

令和2年度圏域別ケア会議参加者

会議名	職種	医師	研修医	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	機能訓練指導員	鍼灸師等	看護師	薬剤師	退院調整看護師	医療SW	精神保健福祉士	介護従事者	介護支援専門員	生活相談員	支援相談員	在相談員	福祉用具専門相談員	民生委員	生活保護CW	生活支援コーディネーター	ボランティア	その他	市包括	委託包括	合計人数	
第1回合計		2	0	1	1	7	2	0	0	0	1	7	16	1	1	1	2	33	1	1	2	0	2	2	3	0	2	14	13	0	115

↑令和2年2月29日現在

## 3 自立支援型個別ケア会議(毎月開催)

要支援者等の生活行為の課題等について、医療・介護の専門職種からの助言によるケアマネジメント支援から、自立支援、重度化予防及び生活の質の向上につなげることを目的に開催

### 概要・ポイント

地域ケア会議は、個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題抽出、資源づくり・資源開発及び政策形成の5つの機能を果たすことを目的に開催している。圏域別ケア会議の開催を重ね、外出や買い物困難が地域課題としてあがった。福祉車両を活用した外出支援の仕組みを構築することで、高齢者の閉じこもり防止、下肢筋力維持の効果も期待出来る。

### ⇒R2年度事業対応策の評価

- ・専門職への「つくば市医療と介護のありたい姿」の周知が必要。
- ・市民への「つくば市医療と介護のありたい姿」の発信ができていない。
- ・圏域会議等で提示された課題との連動が弱い。本事業以外の協議体と情報共有し、つくば市の在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出を継続して実施する必要がある。

## **(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進**

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取り組みを行う。

## **(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援**

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者肝の情報共有の支援を行う。

### **R2重点目標**

- ・「気をつけたい10ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の運用について、多職種・病院に周知し活用してもらう。
- ・お薬手帳の活用を市民・多職種に周知する。

## **つくば警察署と地域包括支援センターの意見交換会（令和2年11月18日）**

講演「高齢者支援における緊急時の対応（①高齢者虐待②行方不明③医療・介護職の訪問時の呼びかけに  
応答がない）について、つくば警察の対応と現状について」

講師 つくば警察署 生活安全課人身安全対策 係長 塚田広輔 氏

### **事前アンケートに基づき意見交換及び質疑応答**

専門職が在宅訪問時に高齢者の緊急時に立ち会う事例が増えてきたと課題提示があったことを受け、緊急時の基本的な対応について、警察と地域包括支援センターの意見交換会を実施。互いの役割を理解し、共通認識を持つことを目的とした。意見交換会では、高齢者本人が応答がない場合等、具体的な対応について警察の方と対応の質疑応答を行った。今後、互いに不安や迷いが生じた場合は、連絡・相談することを確認。その際は十分にアセスメントを行ったうえでの相談とする。意見交換会の内容は、各包括で実施する地域ケア会議等で参加する多職種に伝える等、情報共有に努めた。

## 令和2年度多職種連携のための意見交換会（令和3年1月29日 オンライン開催）

多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの評価検討部会委員に御協力いただき、医療介護種別団体に向けて「多職種連携のために気を付けたいこと10」「退院前情報共有チェックリスト」の周知・活用を目的に開催しました。また会では新型コロナ流行下における在宅ケアの課題について提示されました。

講演「多職種連携のために気を付けたいこと10、退院前情報共有チェックリストの活用について」

講師 成島クリニック 成島 淨 氏（つくば市在宅医療・介護連携推進協議会委員）

グループワーク「コロナ禍における多職種連携の課題とその解決法」

### 概要・ポイント

講義では地域のありたい姿に向けてPDCAサイクルに沿った継続的な取り組みが必要であること、医療と介護の連携した対応が求められる「4つの場面」についてお話いただきました。またつくば市在宅医療介護連携推進協議会における多職種連携のために気を付けたいこと10、退院前情報共有チェックリスト作成等の取り組みをご紹介します。コロナにより急激に変化した環境下においても、継続した医療介護関係者間の連携が重要であることをご提示いただきました。グループワークではコロナ禍である現在含め、コロナ以前からの課題の解決について①入退院支援の場における多職種連携について、②日常療養生活支援の場における多職種連携についての2つの場面に絞り協議しました。

種別団体の代表者、地域包括支援センター代表者に出席いただきました。

医師：2名	歯科医師：3名	薬剤師：2名	医療ソーシャルワーカー：3名	主任介護支援専門員：5名
看護師：1名	訪問看護師：3名	退院支援看護師：3名	保健師：2名	
理学療法士：2名	言語聴覚士：1名	作業療法士：1名	社会福祉士：3名	参加者合計：31名

# 病院関係者と地域包括支援センターの意見交換会（令和3年2月17日 オンライン開催）

ファシリテーター：つくば市保健福祉部 参事 黒田 直明 氏

オリエンテーション：退院調整看護師、医療SW、地域包括支援センター職員の  
代表者より各々の役割について説明



グループワーク「本人が医療機関に入院、地域で今まで繋がりがなく地域包括支援センターの関与もなく親族とも疎遠。本人の状態が不安定で自己決定が困難な事例において、本人と関わる各機関が現状で困っていることと対応策や役割分担について協議」

\*開催にあたり、入退院時の連携状況のアンケート調査を実施。連携はできているが、退院時が定まらず、急な退院になることもあり、入院時の有機的な連携や個人情報取り扱いについて課題があることを確認した。

## 多職種間における事業所等連携マナー・エチケットの作成検討部会

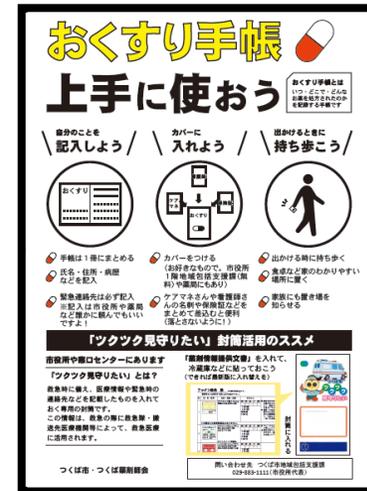
在宅医療・介護における 本人・家族のための多職種連携で気をつけたい10ポイント（エチケット）と退院前情報共有チェックリストの周知を実施

- ・種別団体等関係機関への周知（各圏域地域包括支援センター、ケアマネジャー連絡会、訪問看護ステーション協会、リハビリテーション専門職協会等）
- ・高齢者地域包括ケアのためのミニ知識への掲載
- ・多職種連携のための意見交換会において、本実務部会委員に運営の協力をいただき、種別団体代表者への周知【再掲】
- ・病院関係者と地域包括支援センターの意見交換会において種別団体への周知

# お薬手帳・連携ノート等在宅生活時における情報連携ツールの在り方に関する検討部会

## お薬手帳の活用を啓発するチラシとポスターの周知

- ・ 昨年つくば薬剤師会と協議の上作成したおくすり手帳活用のための啓発チラシ、ポスターについて2月末、12月に市内薬局90箇所に送付。
- ・ 市内医療機関156箇所に送付。
- ・ 種別団体への周知（ケアマネジャー連絡会、訪問看護ステーション協会、リハビリテーション専門職協会等）
- ・ 各圏域民生委員児童委員協議会に出向き、内容の周知を実施。
- ・ 消防本部・分署での周知協力を依頼。
- ・ お薬手帳の活用に関するアンケートを実施。（対象：市民、ケアマネジャー、薬局、クリニック、病院、消防）
- ・ 市民のアンケート結果よりお薬手帳自体の認知度は高いが、中身をきちんと記入するなどの意識は低い。一方救急現場での連携や医療機関と薬局間の平時の連携ではお薬手帳が重要な情報源として活用されている。市民や関係機関へのチラシ内容の周知を強化していくことが重要である。アンケート内容を受け委員から意見聴取を行い次年度計画策定予定。



### ⇒R2年度事業対応策の評価

- ・ 専門職への「多職種連携のために気を付けたいこと10」「退院前情報共有チェックリスト」の周知継続が必要
- ・ 市民・専門職へのお薬手帳活用の周知継続が必要
- ・ お薬手帳を有効活用するためにお薬手帳への本人情報の記載の支援が必要

# (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。  
また、必要に応じて、退院の際の地域医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護関係者相互の紹介を行う。

## R2重点目標

どの圏域の地域包括支援センターでも、地域の医療関係者と介護関係者からの相談を迅速適切に受けられることができる。

各地域包括支援センターにおいて、地域の医療・介護関係者からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施

つくば市地域包括支援センター	1,634
筑波地域包括支援センター	1,595
大穂豊里地域包括支援センター	1,288
谷田部西地域包括支援センター	1,426
谷田部東地域包括支援センター	685
荃崎地域包括支援センター	2,216

【令和2年度（H2年4月～R3年1月末）相談実績 延件数】

- ・本年度は10月から谷田部東地区に地域包括支援センターを設置。全圏域に地域包括支援センターが設置されたことで、地域住民にとって近い相談場所、専門職からの相談・対応もより連携強化できる体制を整備。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター一定例会での情報共有。

## ⇒R2年度事業対応策の評価

- ・医療介護専門職への地域包括支援センターの役割について周知が必要
- ・医療介護関係機関と地域包括支援センターの顔の見える関係づくりが必要

# (カ) 医療・介護関係者の研修

人生会議（ACP）についてさらに理解を深め、介護支援専門員が支援の場で人生会議（ACP）を活用できることを目的として研修を実施。受講者は講師からの事前課題に取り組んだ後、オンデマンド配信で研修を受講し理解を深めた。

## R2重点目標

- ・まず専門職がACPや人生会議について理解し、市民に伝えることができる専門職が増えるようにする。
- ・関係団体と研修情報の共有を行う。

## ケアマネジャー向け研修会（令和2年（2020年）9月15日（火）～9月30日（水））

講演 「人生会議（ACP）におけるケアマネジャーの役割」 オンライン（オンデマンド形式）で実施

講師 一般社団法人茨城県介護支援専門員協会 理事 関谷 美香 氏

研修前課題

- ・あなたの「ACP(アドバンスケアプランニング)」の取り組みについて400字程度でまとめてください。

研修後の課題

- ・人生会議（ACP）を行うための課題を考え、目標や、目標達成のための取り組みについてプランニングして下さい。
- ・自分の価値観や死生観について考えてみて下さい。できれば信頼できるだれかと話してみましよう。

参加者 ケアマネジャー 144名

## 地域リーダー研修会の開催（令和3年（2021年）2月27日（土）開催）

内容 「多職種連携におけるACPの実践にむけて～高齢者の人生会議（ACP）に多職種がどのように関わるか～」

講師 医療法人社団双愛会 つくば双愛病院 認定看護管理者 退院支援看護師 大石 嘉子 氏

参加者 医療・福祉関係に関わる多職種： 52名

講師から「ACPの定義について」講義を受け、高齢者の退院時を想定し、グループワークでは支援者としてACPIにどう関わってきたかの振り返りを行う。また、地域で実践できる具体的なACPの取り組みを検討する。医療・介護職がACPIについて話し合いを重ね地域に発信していくことで、シームレスな連携を構築していく。

## ⇒R2年度事業対応策の評価

- ・専門職に対してACPの周知をR元年度、R2年度と実施しているが引き続き周知が必要。ACPの理解度に応じた研修の実施が必要。
- ・関係団体との研修情報の共有について、各団体からの情報発信の強化を依頼したり、メディカルケアステーション等のツールの運用を検討する必要がある。

# (キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する

## R2重点目標

時事情報を追加しながら引き続き啓発講座を継続して、市民に周知する。

## 令和2年度在宅医療介護啓発講座

### 概要・ポイント

今年度6圏域開催の予定でしたが、新型コロナウイルス感染症流行により3会場が中止となりました。開催した会場では、市民が在宅療養を選択肢のひとつとして考えることができるよう、医師・ケアマネジャーを講師とし、それぞれの立場から在宅医療と在宅介護の基本的な内容について講義いただきました。参加者のアンケートでは、「在宅医療の詳細について話が聞けて良かった。」「自分の今後を考える時に参考になることがたくさんありました。」等の声をいただきました。



地区	場所	講師（医師）	講師（CM）	日程	時間	参加者
大穂	大穂交流センター 研修室	柴原医院 柴原健先生	いちほら病院介護支援センター 浅野裕美CM	9/27（日）	10：30～12：00	11名
荃崎	荃崎交流センター 研修室	成島クリニック 成島浄先生	つくば市社会福祉協議会 大塚俊実CM	10/11（日）	14：00～15：30 <small>*10/11は台風接近のため2/7延期, 2/7は新型コロナウイルス感染予防のため中止</small>	中止
谷田部	市民ホールやたべ 大 会議室1	みなものクリニック内科呼吸器 科 陶山時彦先生	憩いの森居宅介護支援事業所 鈴木 真美CM	11/8（日）	14：00～15：30	14名
桜	桜交流センター 2F ホール	飯岡医院 飯岡幸夫先生	ケアプランセンター長寿館 荒井富枝CM	11 /15(日)	14：30～16：00	25名
豊里	豊里交流センター 2F 研修室	小田内科クリニック 有田圭介先生	ウエルシア介護サービスつくば 岩崎学CM	12/20（日）	14：00～15：30 <small>*新型コロナウイルス感染予防のため中止</small>	中止
筑波	市民ホールつくばね 2F 会議室	飯田医院 飯田章太郎先生	居宅介護支援事業所ひまわり 森本匡博CM	1/16(土)	14：30～16：00 <small>*新型コロナウイルス感染予防のため中止</small>	中止

- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及【再掲】
- ・ハートページの普及【再掲】
- ・つくば市救急医療情報便ツクツク見守りたいの普及

⇒R2年度事業対応策の評価

- ・市民が人生の最終段階における医療・介護・生活について早い段階から考えることができるよう、在宅医療、看取り、ACPの啓発を行う必要がある。
- ・オンラインの講習会等を検討しつつ、必要な人に必要な情報が届くような啓発方法を検討する必要がある。

## 令和2年度事業対応策の評価のまとめ（再掲）

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ・つくば市の現状値を分析するための数値を収集したが数値からつくば市の医療と介護の現状分析するためには現場の専門職からのヒアリングを行い、さらなる考察が必要である。
- ・事業運営の中で医師と連絡を取りづらいという声が挙がっている。引き続き専門職への連携タイムの周知と、医師への連携タイム活用の周知、運用への協力を呼び掛ける必要がある。

### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ・専門職への「つくば市医療と介護のありたい姿」の周知が必要。
- ・市民への「つくば市医療と介護のありたい姿」の発信ができていない。
- ・圏域会議等で提示された課題との連動が弱い。本事業以外の協議体と情報共有し、つくば市の在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出を継続して実施する必要がある。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進      （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・専門職への「多職種連携のために気を付けたいこと10」「退院前情報共有チェックリスト」の周知継続が必要
- ・市民・専門職へのお薬手帳活用の周知継続が必要
- ・お薬手帳を有効活用するためにお薬手帳への本人情報の記載の支援が必要

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・医療介護専門職への地域包括支援センターの役割について周知が必要
- ・医療介護関係機関と地域包括支援センターの顔の見える関係づくりが必要

### （カ）医療・介護関係者の研修

- ・専門職に対してACPの周知をR元年度、R2年度と実施しているが引き続き周知が必要。ACPの理解度に応じた研修の実施が必要。
- ・関係団体との研修情報の共有について、各団体からの情報発信の強化を依頼することや、メディカルケアステーション等のツールの運用を検討する必要がある。

### （キ）地域住民への普及啓発

- ・市民が取り組みやすいような在宅医療、看取り、ACPの啓発を行う。
- ・オンラインの講習会等を検討しつつ、必要な人に必要な情報が届くような啓発方法を検討する必要がある。

令和3年度事業計画（別紙資料）において以上の課題の改善に取り組んで参ります。

令和3年度

# 在宅医療・介護連携推進事業計画（案）

令和2年度第2回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

# つくば市の医療と介護のありたい姿

令和3年度において、地域のめざす理想像を市民、地域の医療・介護関係者とつくば市の地域のめざすべき姿を共有し、つくば市の実情に応じた、PDCAサイクルに沿った取り組みを行ってまいります。

合わせて、令和2年度に開催した各種意見交換会や研修会でのアンケート、収集した評価指標案の数値（資料3，4）を基に令和3年度事業計画（案）を策定いたしました。

## ありたい姿1 希望の最期を共に考える

本人や家族の希望に応じて、自宅を中心とする地域の中で安心して最期を迎えることができている。

## ありたい姿2 本人を第一に考えた多職種連携

専門職は、つくば市のありたい姿を共有し、本人・家族や地域の状況を踏まえ、共に最善のアプローチを考え、対応することができている。

## ありたい姿3 専門職のスキルアップとやりがい

医療・介護の専門職は、働きやすく、やりがいがある環境で専門性を発揮し、本人や家族が望む生活の継続を支援することができている。

## ありたい姿4 認知症になっても安心して暮らせる地域

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる。

## ありたい姿5 多様な生活の場の提供

本人は、在宅でも介護施設でも、自分らしく暮らすことができている。

## ありたい姿6 相互に支え合う生活支援・介護予防

住み慣れた地域には健康づくりや住民同士がつながる場所があり、高齢になっても、介護が必要になっても地域の中で役割がある。

## ありたい姿7 誰一人取り残さない

誰一人取り残されず、一人ひとりの安心が守られ、地域の隅々まで医療と介護、生活支援がいきわたり、自分らしく生きることができている。

# Plan 現状分析、課題抽出、施策の立案

## (ア) 地域医療・介護資源の把握

- ①将来の人口動態、つくば市の特性に応じたニーズ等を推計するため、KDB等から現状値を確認する。
  - ・つくば市の医療と介護の現状分析するために現場の専門職からのヒアリング
- ②専門職の連携に必要な情報提供と照会・協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにする。
  - ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識2021の普及 【専門職向け 900部】
- ③市民の医療・介護へのアクセスの向上支援
  - ・在宅医療・介護連携推進事業のホームページの随時更新
  - ・在宅医療と介護のサービスマップの普及 【市民向け 3,000部】
  - ・あんしん介護保険の普及 【市民向け 2,500部】
  - ・介護サービス事業所ガイドブック2021 ハートページの普及 【市民向け 6,000部】

# Plan 現状分析、課題抽出、施策の立案

## (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を開催し、実施事業の検討・評価
- 課題に応じた実務部会の設置
- 生活支援体制整備事業、圏域別ケア会議、各圏域ケアマネジャー意見交換会、自立支援型個別ケア会議等で抽出された課題とその対応策の検討

## (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- 多職種連携のための意見交換会の開催
- 病院関係者（SW、退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会
- お薬手帳の活用強化 チラシとポスターにおける周知
- 「本人・家族のための多職種連携で気をつけたい10ポイント」、退院前情報共有チェックリストの活用

# Do 対応策の実施

## (工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・ **メディカルケアステーション（MCS）を利用した種別団体や関係機関の研修情報の発信**  
\*メディカルケアステーション（MCS）：医療介護関係者向けの非公開型SNS

## (才) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・ **各圏域地域包括支援センターごとに在宅医療・介護連携の相談支援における課題の整理、地域包括支援センター間での意見交換の実施**
- ・ **病院関係者（SW、退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会（再掲）**

## (力) 医療・介護関係者の研修会

- ・ **専門職に向けた在宅医療や地域包括ケアに関する研修会の実施**
- ・ **ACPの理解度に応じた専門職向けの研修会の実施**
- ・ **種別団体や関係機関の研修情報の発信（MCS）**

## (キ) 地域住民への普及啓発

- 地域の医師・CMによる在宅医療・介護啓発講座の市内6圏域開催・各複数回開催の検討
- 在宅医療等に関する市民向け講演会
- **健康フォーラムつくば+において市民向けの啓発映像配信**
- つくば市出前講座 在宅医療・在宅介護啓発講座等
- 看取り、お薬手帳、ツクツク見守りたい等の普及啓発
- 在宅医療と介護のサービスマップの普及
- 介護保険情報誌ハートページの普及
- **圏域別民生委員児童委員協議会にACP出前講座の実施**
- **シルバークラブにACP講座のACP出前講座の周知と実施**

## つくば市医療と介護のありたい姿を踏まえた指標として収集した数値の一例

(全41項目収集。収集できるものについては前回値、前々回値まで収集しました。)

O：アウトカム、P：プロセス、S：ストラクチャー

	項目	分類	分子	分母	数値（最新値）
ありたい姿1	在宅療養を希望する市民の割合	O	自宅と回答した人	一般高齢者	70.0%
	家族の介護負担	O	やや・ある程度・大きな・非常に負担を感じると回答した人	1) 若年者のうち介護をしている人 2) 要支援・要介護者	1) 83.2 2) 60.2
	本人の介護サービス満足度	O	大変満足・やや満足と回答した人	要支援・要介護者	66.8%
	市民の在宅医療の周知度	P	よく・ある程度知っていると回答した人	65歳以上の一般高齢者	40.4%
	市民のACPの周知度	P	知っていると回答した人	65歳以上の一般高齢者	2.9%
	自宅死の割合	P	自宅死亡者数	全死亡者数	14.2%
	老人ホーム死の割合	P	老人ホーム死亡者数	全死亡者数	8.0%
ありたい姿2	ケアマネジャーの連携状況の認識	P	十分に・まあまあとれている	-	74.8%
ありたい姿3	各種研修会への参加者数	P	多職種連携のための意見交換会 ケアマネジャーや地域リーダー研修会の参加者数	-	88名
	ケアマネジャーの仕事満足度	P	満足度0-10の6以上	ケアマネジャー	53.5%
ありたい姿4	他事業・協議体での重点事項				
ありたい姿5	認定者一人あたりの入居系全施設定員	S	介護保険で定義される施設の定員+有料老人ホームやサ高住の定員	65歳以上高齢者人口	3189/45963
ありたい姿6	他事業・協議体での重点事項				
ありたい姿7	地域包括支援センター相談数	P	地域包括センター相談数	-	8823

★収集した数値の全国、同規模自治体との比較、高齢者の将来推計、現場の専門職からのヒアリング等による現状評価と目標値設定が必要。

### 連携による目指すもの

- ・ 本人の介護サービス満足度O
- ・ 高齢者が住みやすいという住民意識O
- ・ 家族の介護負担O

・ 幸福度

※ O：アウトカム、P：プロセス、S：ストラクチャー

### 日常の療養支援

- ・ 在宅療養支援診療所数S
- ・ 在宅療養支援病院数S
- ・ 訪問看護ステーション数S
- ・ 訪問看護ステーションの看護師数S
- ・ 認定者一人あたりの施設系サービスの定員S
- ・ 認定者一人あたりの通所系サービスの定員S
- ・ 認定者一人あたりの居宅系サービスの定員S
- ・ 認定者一人あたりの入居系全施設定員  
(見える化システム+α) S
- ・ 在宅医療の受療率P
- ・ 訪問看護の受療率P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問診療回数P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問看護総数P
- ・ 認知症カフェ数S
- ・ 認知症サポーター数S
- ・ 認知症初期集中支援チーム相談数/支援数P

### 入退院支援

- ・ ケアマネによる医療への情報提供P
- ・ ケアマネによる退院前の医療機関との面談P
- ・ ケアマネージャーの退院前カンファレンスへの参加状況P
- ・ ケアマネージャーの医療との連携状況の認識P
- ・ 在宅医療の受療率P
- ・ 訪問看護の受療率P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問診療回数P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問看護総数P

### 急変時の対応

- ・ 市内在支診・在支院による往診回数P
- ・ 在宅医療の受療率P
- ・ 訪問看護の受療率P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問診療回数P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問看護総数P

### 看取り

- ・ ケアマネによる医療への情報提供P
- ・ ケアマネによる退院前の医療機関との面談P
- ・ ケアマネージャーの退院前カンファレンスへの参加状況P
- ・ ケアマネージャーの医療との連携状況の認識P
- ・ 自宅死の割合
- ・ 老人ホーム死の割合
- ・ 病院死の割合
- ・ 在宅看取り率
- ・ 在支診・在支病による在宅療養担当患者数
- ・ 在宅医療の受療率P
- ・ 訪問看護の受療率P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問診療回数P
- ・ 市内の在支診・在支院による訪問看護総数P

### 連携を支えるもの

- ・ 各種研修会への参加者数P
- ・ ケアマネージャーのサービスの質の向上にむけた研修参加状況P
- ・ ケアマネージャーの仕事満足度P
- ・ 区会、民生委員との連携の認識P
- ・ 地域包括支援センター相談数P
- ・ 地域包括支援センター相談数（高齢者人口当たり）P

- ・ 健康状態が一切把握できない高齢者の割合P
- ・ 市民のACPの周知度P
- ・ 市民の在宅医療の周知度P
- ・ 市民のエンディングノートの作成度P
- ・ 医療のSCR P
- ・ 介護のSCR P

- ・ 介護離職
- ・ 初回認定年齢
- ・ 圏域別の一人当たり医療費・入院と外来の受診率
- ・ 医療介護連携マニュアルの提案項目
- ・ 初回認定介護度