

会 議 録				
平成30年度第3回 在宅医療・介護連携推進 会議	日 時	平成31年2月21日(木) 午後7時00分～	場 所	小金井市役所 第2庁舎 8階801会議室
事務局	小金井市福祉保健部介護福祉課			
出 席 者	委 員	齋藤委員長(小金井市医師会) 橋詰委員(小金井市歯科医師会) 森田委員(小金井市薬剤師会) 大山委員(小金井太陽病院) 高塚委員(みずたま介護ステーション小金井ケアプランセンター) 岩井委員(のがわ訪問看護ステーション) 関本委員(アビリティクラブたすけあい) 日高委員(東京都多摩府中保健所)		
	事務局	高野(小金井きた地域包括支援センター) 高橋(小金井ひがし地域包括支援センター) 田口(小金井みなみ地域包括支援センター) 久野(小金井にし地域包括支援センター) 鈴木(高齢福祉担当課長) 濱松、松原、佐藤(介護福祉課 包括支援係) 川崎(小金井市医師会在宅医療・介護連携支援室)		
傍聴の可否	◎可・一部不可・不可	傍聴者数	0人	
傍聴不可・一部不可の場合の理由				
次 第				
1 高齢福祉担当課長 挨拶				
2 議題				
(1) 平成30年度お元気サミットin小金井について(報告)				
(2) 小金井市の在宅医療・介護連携推進事業が目指す理想像の設定(検討)				
3 その他				
在宅医療・介護連携推進会議委員の任期等について				

1. 高齢福祉担当課長挨拶

2 議題

(1) 平成30年度お元気サミット in 小金井について (報告)

(事務局・濱松)

平成30年度お元気サミット in 小金井につきましては、先週の2月13日水曜日と2月14日木曜日に、小金井 宮地楽器ホールの大ホール、小ホールを使用して行いました。

初日の13日につきましては、宮地楽器ホールの小ホールで、午前中、午後とも認知症の関連のイベントを行いまして、午前中は講演会、午後はシンポジウムを行いました。

2月14日につきましては、午前中は小ホールで生活支援の発表、昼間にマルチパーパススペースでリハビリ連絡会にご協力をいただいで無料の測定会を実施しました。測定会と並行して、小ホールでさくら体操の実演も行いました。

医療・介護の部分ですけれども、2月14日の午後に大ホールを使用して行いました。来場者は107名いらっしゃいました。

2日間の延べ参加人数が366名ということで、去年は360数名でしたので、ほぼ同数という結果になっております。

(齋藤委員長)

私、看取りのシンポジウムだけ見せていただきましたけれども、大井先生は看取りの実際について具体的にお話をいただいて、その後のお三方は市の体制についてもお話ししてくれたり、ご自分の体験をお話ししてくれて、非常にわかりやすかったと思いました。大変いいシンポジウムだったと思いました。

(事務局・久野)

シンポジストとして、14日の午後、お話をさせていただきました。看取りの場所ということで、介護保険サービスのこととか、小金井市の特徴というところで、今は看護小規模多機能もできたというところをご案内させていただきました。

あとは、何より医師会のほうでかなり勉強会も活発にされていて、顔の見える関係が構築されてきているので、そのことがいずれ市民の方に還元されるだろうというところでお話をさせていただきました。

(事務局・川崎)

寸劇の練習期間があまりなかったのと、全員そろった機会もそんなになかったので、当日のリハーサルまでどたばたとしましたが、終わってみれば、演者の皆さんも楽しかったという意見で終わったのでよかったかなと思います。次回はもう少し早い段階

から練習ができるといいかなと思います。

(2) 小金井市の在宅医療・介護連携推進事業が目指す理想像の設定（検討）

(事務局・濱松)

本日、このように設定させていただいた意図を私のほうから簡単に説明させていただきたいと思います。

本会議が創立されて2期4年を通じまして、また地域支援事業のほうにいわゆる(ア)～(ク)の取り組みが定められてもう2年経つのですけれども、本格実施とされた平成30年4月までに、皆様のご協力もいただきまして、(ア)～(ク)につきましては小金井市については取り組むことができた現状ではなっております。

今後、さらに医療・介護連携を推進していくためには、厚労省が示している手引等に沿って、PDCAサイクルの枠組みを構築していくことが重要とされており、定量的な現状把握、定性的な部分の把握はある程度できてきていると認識しております。

ただ、目指す理想像の検討ができていなければ、実際にどういうところを目指して課題を抽出していくのか、現状と理想のギャップというものが浮き彫りとなってこないのではないかということで、国のほうでも理想像の設定はしていくべきではないかと考えております。

平成29年に示された国の手引の中で、国も参考にしている野村総研の報告書でも、理想と現状のギャップが浮き彫りになるためには、理想像の設定は必須であると示されており、行政と医療・介護関係者が設定することが重要であるとされています。

また、理想像とは別にキャッチコピーのようなものがあつたほうが、よいのではないかと考えています。

続きまして、目指す理想像を達成するための課題ということで、理想像を達成するための課題があらわになってこなければ、理想像とのギャップが埋まっていけないというところがあります。

続きまして、進捗を把握するための指標の設定でございます。進捗状況の確認と、どれだけ目標に迫っているのかの確認のためには、指標のデータを設定して、経年的に把握していかなければ、医療・介護連携の推進がどこまで進んでいるのかというのが、感覚でしかはかれなくなってくるので、指標を設定していくことが重要であると、医療・介護連携推進の手引の中でされております。

指標のイメージとしては、地域の課題や取り組みに応じて必要な評価指標を検討、選択することが重要であるとされております。この指標の設定につきましては、報告書の中でもとにかくやってみることが大事なのだと書いてあります。何を指標にするのかというのを迷っているのであれば、まずはとにかくやってみて、経年的にデータ

をとっていくことが大事だとされております。

事務局といたしましては、まずは先進市の中で示されている指標プラスアルファ程度で、データを取り始めてみて、経年的な経過を追って、皆様に改めてお示ししていくような形で、小金井市の医療・介護の推進状況というのが数字で見てもわかるような形になれば、今後、P D C Aという形で回していくことができるのではなかろうかと思っております。

(齋藤委員長)

最初の課題は理想像の設定ということですが、皆さん、これはどうでしょうか。

(高塚委員)

理想像というのは、在宅で看取りができる環境を作るということなので、目標というのはそこに限るのかなと。そのために必要なことで目指すということであれば、まず小金井市が生活圏域の中で、現状のデータ化をやらないと、目指す理想のものに近づけるためのものがないのではないかと思います。

(齋藤委員長)

私の意見と近いところがありました。やはり理想像を作るにはデータが必要。市民の要望のデータも、医療資源等々のデータも必要で、そこから課題を出して、目指す姿も出てくるということでしょうね。

(日高委員)

介護保険事業計画を2年ごとにつくらなければいけないので、第7期のときの時の市民アンケート、関係機関アンケート、あと人口動態統計に使ったデータの分析とか、それが既にあると思うのです。今度は8期を来年度またやられるのではないかと思いますので、ある数字を使うというところからやったほうがいいなと思って、介護保険事業計画のデータは使えるのではないかと思います。

(森田委員)

理想像を掲げておいて、動き出して、逆にその理想像は違っている方向を向いていたとしても、ちょっと違うのではないかというのを比べる指標にもなるのかなと思うので、何かしらキャッチコピーは市としては作ったほうがいいのではないかと思います。

既にさっきの資料にあった「住み慣れた街に住み続けるために」という感じのキャッチコピーだと、介護予防の部分も、市民の皆さんも協力しないとできませんよという意味にもとれるかなと思うので、それでもいいのではないかと思います。

(齋藤委員長)

キャッチコピーや理想像は別につくって、それとこのデータ等をかみ合わせて、合わないところをまた修正していけばいいという、現実的な意見ですね。

(事務局・久野)

2016年の小金井市の死亡数は総数886で、病院が651、診療所が2、老健が12、老人ホームが65、今言ったいわゆる施設内の合計が730。施設外で、自宅が147、その他として9ですけれども、施設外が156という数字で挙がっていたのです。

私はこれを見せていただいたときに、結構在宅の看取りってあるのだなと正直思いました。

(齋藤委員長)

在宅の中には、実は孤独死が入っているとされているのですけれどもね。どれぐらいの割合かというのは警察に聞かないとわからないところですが、調布は西田先生が一生懸命調べて、最近、在宅死がふえているように見えるのは、孤独死が増えているからであるというのがわかりましたとおっしゃっていました。

(事務局・田口)

データを見ることは絶対必要だと思うのですけれども、圏域ごとの課題はどういうふうな抽出方法がいいのか、どうしたらいいのかなと考えたのですけれども、在宅で看取りをされている方というのは、ケアマネジャーさんが関わっている方が多いと思うので、ケアマネにアンケートなどを定期的にお願ひして、看取りにかかわった件数はどれぐらいあるのか、どういうところに課題を感じたのかというところを出してもらおうというか、意見をいただくことが必要かと思いました。

(齋藤委員長)

在宅医療・介護連携は看取りが最終目標ではないので、そこに至るまでの在宅療養ということも含めた目標やキャッチコピーにした方が良いでしょう。「住み慣れた街でいつまでも」というのが東京都医師会のキャッチコピーだったと思います。いつまでもということ、最期も含むけれども、過程も含むということなのだと思います。

(岩井委員)

医療もかかわるとなると、やはり療養生活になってくるのかなと思っていて、これからの方針としては在宅看取りをどんどん推進することにはなっていくのですが、そういう方法もあるけれども、それを選択しない人の気持ちも大事にしたい。いろいろな方法があるのだよというところで進めていけるといいのかなと思っています。

(橋詰委員)

「住み慣れた街に住み続けるために」というのを、去年10月ぐらいに市民向けの講演があったので、スライドで使わせてもらったのです。このまま使うか、使わないかはこれから決めていくと思うのですけれども、理想的には、キャッチコピーもあってからのほうが動きやすそうな感じがしました。

(関本委員)

最近、在宅、在宅とすごく言葉には出てくるのですがけれども、現実、本当に在宅って難しいなというのを感じます。

初めはこの家で暮らしたいとほとんどの方がおっしゃって、でも最後はやはり入院になってしまったり、施設になってしまったり。私たち事務所では夜の訪問はできないというところで煮詰まってしまうというのが現実です。

例えば看取りではなくても認知症の方で、認知症が進んできてお一人になったとき、本当に進んできたときにやはり最後までこの状態で一人は難しいねとなって、施設の方に進んでいる方は割といるのです。昼間は何とかなくても夜の不安というのが、今、うちの事務所では私たちではどうにもできない課題であります。

(齋藤委員長)

何も全て在宅に持っていかなくてもいいと。多様な療養方法、多様な生き方、多様な死に方があるということですね。それも一つの地域包括ケアシステムの理念だから、そういうことになるのかなと思います。

(大山委員)

いろいろな指標があって、課題が何なのかということ具体的に抽出した上で、数字を出してその推移を見ていく。進捗状況を確認するための指標とありましたけれども、まず、統計を出して、それについて課題はこれだ、それがどう動いていくのかを見ていくというのができないといけないなと思うのだけれども、介護と医療と若干ごちゃごちゃになるので、何ををもってそれを課題としていくのかなというのがわからなくなってきた。

それこそ包括さんで同じ指標を持ってケア会議などをやっていただく中で、地域ごとの課題というのはもちろんあると思うのだけれども、同じものがないと、物差しが別々だとわからなくなってしまうので、何かできたらいいなと。

(事務局・高野)

何日か前のニュースで、救急車を呼ばれても、本人が乗りたくないと言って、それを家族が同意したら今後乗せなくてもいいのではないかという話が出ていたかと思うのです。やはり急変を起こすと家族は動揺してしまって、本人が家でと言っているも救急車を呼んでしまう。そして、病院に搬送されると、管をつけられてということが多くあって、みんながそれに沿って考えていくということが出来る指標が一番のかなと思っています。

(齋藤委員長)

データの分析は過去のものも含めて経時的に見ていくということはやっていかなければいけないと思いますが、理想像を作るとすれば、地域包括ケアシステムの中にある在宅医療と介護の連携についての理想像、最終的には希望者、それぞれ多彩な要求に沿った形をつくっていくということを含めた理想像は設定していったほうがいいと

いうご意見でよろしいでしょうか。

理想像といっても、過去のものを持ってきて、これとこれをつけてというわけにはいかないけれども、事務局のほうで、理想像をイメージできるようなキーワードを出してもらって、それから考えていったらどうかということをおっしゃっているのだけれども、そんな形がやりやすいでしょうか。

例えば、ここに出ているのを見ると、住みなれた、自宅で、看取り、在宅療養。もちろんこの中に病院も入ってくるわけですね。最後は病院でという人もいるわけだし。

(事務局・濱松)

在宅に引っ張られないで多様性みたいな部分は、出された議論の中では、ほかの自治体にもない非常にいいワードなのかなと感じたので、例えばそういったものを拾って、月並みな表現になるとしても、小金井市らしさみたいなワードが入っていれば良いと思います。

(齋藤委員長)

どうしても入れたいというキーワードはありますか。

(日高委員)

先ほど、ご本人は家に帰りたけれども、家族の方が病院にそのままいてほしいというのがありました。小金井の人がどんな療養を望むかというのを自分で決められるまち、そういうところが根底にあるのかなと思います。

(岩井委員)

今、日高さんがおっしゃったように、その人の人生なので、私も基本的にその人の意思を尊重すべきだなと思うのですが、今もいろいろ関わっていると、家族の気持ちが意外と主張されることがあるので、やはりそれはどんな形であれ、本人の意思を尊重する看取りであってほしいなというところが一つ。

あとは、誰もが望むのが、最期は苦痛なく穏やかに過ごせるというところを大事に。気持ちの穏やかさ、痛みもコントロールして穏やかにということも含めて、その人の意思を尊重できるというのかなと思います。

(齋藤委員長)

「穏やかに」というキーワードが出ました。

最初は「多様な選択肢」でしたか。本人の選択と家族の希望がせめぎ合うというか。

(日高委員)

自分で決めて生きていく。それを尊重する。尊重するためには、支える側の人的な確保が絶対的に必要になってくるので、そういうところも含めて。

(事務局・久野)

キーワードという意味で言うと、「療養の場の選択」というのは先日のシンポジウム

で大井先生もおっしゃっていたので、そこも自己決定の中で使ってもいい言葉かなど。

(事務局・高橋)

相談を受けている中で、選択できる材料がなくて、結局、周りから言われてこうなっていくという相談がやはり多いのかなど。最期をどう迎えていくのかという情報がない中で、そこを選んでいるのかなど感じる事例もあるので、そういった意味では、選択する手段があって、選択したことで本人なり家族が、自分らしく最期が迎えられたよねという感じが迎えられたらいいなと思うのですね。選択をした結果、自分らしくみたいなものが出てきたらいいなと思いました。

(齋藤委員長)

キーワードとして「自分らしく」。

自宅療養をしたくないという人の理由の多くは、家族に迷惑をかけたくないということですからね。なかなかその辺は自分だけの希望で決められないというところはあると思います。

(日高委員)

どれだけ家族が大変になるのか、どれだけのサービスの量や種類を備えれば、家族もそんなに生活を変えないで、一緒にずっと住めるのかとか、どうしてもサービス量とか質のこととか、そここのところを上げていかないと、選んでもそれが実現できないということにならないような小金井市に向かってやっていくという感じかなと思います。

(齋藤委員長)

家族のことも考えた上での選択をサポートするような体制を我々が作りましょうということですね。

(高塚委員)

私も一言でまとめられないのですが、おうちでやろう、施設でやろうというのが本人も家族もすごく変わるのです。サービスも大切なのですが、そこに行く選択をするためのサポートをする体制というのがあると、ある意味、ご家族たちは本当にちょっとしたことで気持ちが揺れるのです。そういうところをサポートできたり、気持ちが変わったときにいつでも受けられるような医療体制とか相談窓口があり、連携がとれるような体制づくりがあるといいなと感じました。

(森田委員)

自分が看取りの現場にいるということはほとんどないので、経験も本当に1回か2回ぐらいしか私はないのですが、終わった後もやはり揺れていて、でもそれを肯定しないと前に進めない。後からよかったねと思えるような選択ができるような感じの小金井市になればいいなと思います。

(事務局・久野)

市民目線で考えたときに、家族に迷惑をかけるということはどういう意味で言っているのかなというのを考えるときがあります。病院ではモニターもつくし、点滴もする、そういうイメージを持っていて、それをおうちでそのままされるのかなと思っっているような市民の方も結構いらっしゃるのかなと思うと、そういうこともおうちでするかもしれないけれども、そういうことをしない選択肢もあるということ、うまくキャッチコピーなり、フレーズで伝えればいいのかと思ったりします。

難しいとは思いますが、みんなすごく構えている感じがするから、構えないでいいよが伝わるようなことを盛り込んでもらえるといいかなと思います。

(日高委員)

市民の方が在宅療養ってどんなふうなのかとか、人って終末に向かってどんな経過でどんな状態になっていくのかとか、そういうことを知るといのがないと、イメージできないし、家族に負担をかけるというのも、必死になっておむつを1日何回もかえなければいけない負担感をそう言っているのか、そこのところがイメージがついていない。市民が在宅療養のことをイメージができていない。

(岩井委員)

何か看取りとなると、すぐがんの末期のイメージになるのですが、そうではなくて、がんの末期の看取りは意外と短いので、看取るほうも、覚悟は必要だけでも、そんなには苦労しないのだけでも、そうではない病気のときが大変ですよ。その部分で考えなければいけないのかなと思ったりします。

(齋藤委員長)

選択の多様性だけではなくて、疾病の多様性もあるということですね。

(日高委員)

保健所で、ALSで人工呼吸器をつけるつけないの選択から関わったり、病気がどうやって進行しているとか、そういうところを先に診断されている患者さんと診断間もない方を引き合わせることがあるのです。自分は今後どうなっていくかそれで呼吸器をつけるつけないの選択を自己決定する支援というのを保健所がやるのですが、どんな疾病であろうが、老衰であろうが、そういうのができるといいのですが、イメージができるということは大切です。

(齋藤委員長)

先ほど、高橋さんがおっしゃっていたのは、どういう生き方があるのかというチョイスを皆さんに示さないとわからないでしょうという話にもつながっていきますね。多様な選択肢を与えられる、また教えられる小金井市。

キーワードはたくさん出ました。

(事務局・濱松)

今、ご意見を出していただいたところで、例えば穏やかであるとか、多様な選択、

多様性、自分らしく、療養の場の選択という発言がありました。また、看取りの部分にもなってくるのですけれども、よかったと思える、構えなくていい。イメージを組み合わせるということはできるかなと思っています。ただ、このニュアンスの中に看取りを入れるか入れないかで、かなり表現は変わるかなと個人的には思います。

あと、自己決定という話を日高委員からいただきましたけれども、在宅療養も当然含まれてくると、認知症の方への配慮というのが入ってくると、言葉狩りではないですけれども、自己決定とか本人の自主性という言葉については、認知症が進んでいらっしゃる方は、もちろんその方らしさというのは残っているのですけれども、自己決定とか自分で選択というようなワードを入れていくことについては、認知症の方を念頭に置くと、もう少し違う表現のほうがいいかなと事務局としては思ったりします。

(日高委員)

認知症になり、自分で決められない状態になる前から考えなければいけない問題だとして考えると、メッセージとしては自分で元気なうちから、自分はこれからどうしていこうかということを経験しながら、自分の気持ちも、家族の気持ちも決めていけるというような土台がこの市には必要だよということを伝えられればいいかなと。そうすれば、言葉のことはクリアしていけるのかなと思います。

(事務局・濱松)

例えば、主語は自分と家族というふうにするということで、主体性があるうちにといいニュアンスを入れていくという作業になってくるかなと。

先ほどから皆さん、看取りの部分を念頭に置かれていたのかなと伺っていたのですけれども、こちらについては、行政も一緒に考えるというふうになっております。私がこの議題を設定させていただくときに考えていたことといたしましては、看取りについては今回はお元気サミットのテーマとして設定させていただいたものでもありますし、今、東京都の補助金で先駆的な取り組みという位置づけの中で、看取りの講演会を大井先生に2回やっていただいで、市民向けにもされているという話も聞いています。前回のMCSの説明の中で、齊藤先生が看取りの内容を事例に挙げていますので、看取りがきちんとできる体制というのは、在宅療養がきちんとできる体制なのかなと。イコールではないにしろ、ニアリーイコールであるのは間違いないのかなという思いは個人的にありましたので、いろいろな選択を市民の方にさせていただく中で、病院以外に、看取りという選択肢があってもいいのかなと思って、今回、議題を設定させていただきました。この委員会として、看取りに関するワードを入れるのであれば、そういうワードで作ってみようと思いますけれども、いかがでしょうか。

(齋藤委員長)

理想像については、今のキーワードを入れて、一般的な理想像からそう外れないもので作っていくということによろしいかと思いますが、キャッチコピーはその中で作

ればいいですか。

(事務局・濱松)

理想像を設定したら、そこからのほうが決めやすいかなと思っています。

(齋藤委員長)

では、次に理想像を達成するためには、どのような課題が考えられるかという点です。小金井市の課題と言うからには、今、達成されていないものですかね。

(事務局・濱松)

イメージとしては、今、取り組んでいる中で、理想像を達成するために重点的に取り組んだほうがいいようなものがありましたら。

(齋藤委員長)

私の課題としては、近い将来、在宅医が不足するということは考えております。在宅を担当する医師が足りないということは大きな課題だと思っております。

(岩井委員)

それを支える訪問看護師が少ないです。やはり在宅では見られないと思います。そこは増やしていかないと。

(日高委員)

厚生労働省が出している地域医療構想の関係のデータの分析が出ていて、10万単位で65歳以上の人口の数字を出すと、小金井は訪問看護ステーションが少ない。従事者数が少ないのです。訪問診療をするドクターも少ないのですけれども。

もう一つ、介護職の方々も2～3年で入れかわるという話をよく聞くのですけれども、みんなそこが少ないのではないか。その数字を出さなければいけないのかなと思います。

(齋藤委員長)

課題の一つとして、在宅医療、在宅介護を支える人材不足ということですかね。

(事務局・高橋)

今の先生のご発言に関連してですが、高齢者のところにはいろいろな情報が届くのですけれども、その高齢者の家族のところには情報が届いていないことがあるので、高齢者の世代だけではなくて、もう少し若い世代の方々に情報を伝える仕組みは大事ではないかなと思います。

(齋藤委員長)

そうですね。場合によっては、中学生とか高校生にそういったことを教育する場があってもいいかという議論もあるみたいですし。世代を超えた啓発ですね。

(齋藤委員長)

今日あった地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会の中でも、豊島区の取り組みが入退院支援というか、後方ベッドの確保のために、区内の12病院と契約をして、

その空床を全部毎日報告をして、在宅療養で重症になったり、レスパイト検査入院なんかでも受けてくれるような体制をとっているということを言っていました。そういう体制を小金井も作っていかねばということですね。

また分析をすれば、いろいろほかの課題も出てくると思いますが、今考えられている課題としてはいかがでしょうか。

あと、小金井市ではICTの普及がいま一步遅れているかなと。隣の市がすごいので。でも、武蔵野市も苦労しているという話ですけどね。そういったICTの利用というのは、やはり課題としていいのではないかと思います。

(岩井委員)

これは誰にも言えることですが、いろいろなことのデータ化を意識的にしないと、評価がしていけないと思うので、きちんとデータを取って出していくということも忘れずにしないといけないので、課題として出してもいいのかなと思いました。

(齋藤委員長)

割と常識的な課題になったけれども、小金井独自の課題というのは何かありますか。あとはデータから課題がまた見えてくるかもしれませんし、そんなところでよろしいですかね。

最後になりますけれども、進捗状況の把握のために指標を設定し、数値による評価が必要となるのですけれども、その指標として何を選んだらいいかということです。

(事務局・濱松)

今、先進市の指標として少ないものとしては、横須賀市のものになっております。横須賀市につきましては、人口と高齢化率、要介護度別介護認定者数、在宅医療を行う診療所数、訪問サービスを行う施設、病院数・病床数、救急医療体制、人口10万人対医師数。あと、死亡場所別死亡数・自宅看取りという指標がありますけれども、こちらは先ほど日高委員がおっしゃった、人口動態のデータを見ているものだと思いますので、正確には自宅の看取りという数字ではないかもしれませんが、どこの自治体も在宅で亡くなる方の指標として使っているものかなと思っております。この辺の指標をとることで、ほかの市との比較ができるというのがあります。

あとは、先ほど先生からお医者さんが少ないという話がありましたが、お医者さんの数と診療所数はイコールではないかもしれませんが、診療所数が増えてくれば、成果として捉えられる指標として恐らく設定されているものだと思います。

続けて、先ほど課題として挙げていただいた中で、人材不足、啓発、検証部門、入退院支援、ICTなどが出てきたように思っております。

人材不足のところにつきましては、厚生労働省で要介護の推計ツールみたいなものを出していたり、あとは柏市のほうで推計値の出し方などを出しているのです、推計値とニーズの量というのは出す方法はあるので、その差を埋めていくというようなデー

タの出し方になるかなと思っております。

また、先ほど委員長がおっしゃっていましたが、今日出た東京都の会議の中でも、推計値などを東京都が出して市区町村に提供していく。推計値を出すのが非常に難しく、柏市なんかは東京大学が入っているので、かなり細かい数字まで出せるのですけれども、報告書の中でもはっきり難しいと書いてある。それに倣ってやればできるのではないかという書き方をしているのですけれども、今日は東京都のほうはそういう言い方をして、新年度の取り組みとして考えているという話があったので、東京都がこういった推計値を出してくるのかというのをにらみながら、指標としては設定できると思います。

啓発の部分につきましては、研修の回数とか参加者数というのが、ほかの自治体の指標の中にもありましたので、研修については参加人数とか回数が指標とできるかなと考えていますあと、啓発については、市民向けの講演会としてお元気サミットの参加者数とか、ほかの団体で行なっている普及啓発のイベントの参加者数というのは目安にできるかなと思っております。

入退院支援の部分につきましては、入退院時情報連携加算と退院・退所加算というのが介護保険のほうにありまして、こちらの数字ですと、市の被保険者の数字が出せるということなので、市民の方の入退院のときにどのぐらい連携しているかというのは、この辺の数値を拾えば確認できるかなと思います。ただ、医療保険の連携加算とかになると、広域連合と国保と社保が出てきてしまうので、正確な数字がとりにくくなってしまいますので、恐らく介護保険のほうが高齢者の方の入退院の連携の指標としては適切なかなと考えておりますので、そういったところで指標の設定としてはできるかなと思っております。

最後のICTの利用の部分については、先生が中心になってMCSをかなり進めていただいております、本当に遅ればせながら市のほうも参加させていただいたところですので、例えば参加者数とか、実際にとれるかどうかかわからないですけれども、アクセス数みたいなものは、今後、川崎さんのほうとの相談になってくるかと思えます。利用率というのがICTの普及の目安にできるかなと、今、思っております。

指標の部分というのは、先ほど申し上げたように、何をとっていくかとか、どういうリソースがあるのかというのは、この場で決めていくというのは難しい部分がありましたので、今、私が申し上げたようなものを指標として設定させていただいて、またお示しするという形をとらせていただくのがよろしいのかと思っております。

(日高委員)

診療報酬は難しいということだったので、国保連合会からもらっているデータがあるはずなので、それは65歳以上の診療のデータとしては参考になると思います。

(齋藤委員長)

MCSをどれほど使われているかというのを、今度、医師会のほうで行なう在宅療養協力医療機関アンケートには入れてあります。どれぐらいの比率で登録しているかということがわかると思います。

それから、さっき日高さんからお話があったように、地域医療構想のデータというのが今すごく細かいので、それを見ると大体のことはわかってしまうような気がするのです。

この前、行なわれた地域医療構想の在宅療養ワーキングの資料を見たところでは、そこが在宅医療支援診療所の数と人口の65歳以上の比率とか、訪問看護ステーションの比率も出ていたし、そういったデータがいっぱいあります。もう他市との比較が、この圏域の6市の中での比較はできていたので、そういうのも利用できると思います。これについても、こんなことを指標に入れといてもいいかというものがあつたら、また濱松さんのほうへメールでお知らせ願いたいと思います。

3 その他

在宅医療・介護連携推進会議委員の任期等について

(事務局・濱松)

先ほど少し触れたのですけれども、本会議の任期につきましては、今年度の3月31日までとなっております。

また、改めて皆様が所属している団体に推薦依頼を出させていただきますので、引き継ぎ等のある方は引き継ぎのほうの協力、また引き続きお受けいただける方は、改めてご協力いただければと思いますので、よろしく願いいたします。

(鈴木高齢福祉担当課長)

ここで任期が一区切りということになりますけれども、継続がもし可能ということでありましたら、ぜひ皆様方にはこのまま続けていただきまして、議論を深めることができればと思っております。

地域に皆様方のようなすばらしい専門職の方々がいらっしゃるということで、私ども行政も非常に心強く感じているところでございます。任期期間中、至らない点が多々ございましたけれども、皆様のご協力で今年度を終了することができました。本当にありがとうございました。(拍手)