

参考様式 1 (開催概要)

平成 28 年度 足立区地域包括ケアシステム推進会議
第 2 回 医療・介護連携推進部会 会議録

会 議 名	平成 28 年度 足立区地域包括ケアシステム推進会議 第 2 回 医療・介護連携推進部会		
開 催 年 月 日	平成 28 年 8 月 24 日		
開 催 場 所	足立区役所 8 F 特別会議室		
開 催 時 間	14 時開会 ~ 16 時 01 分閉会		
出 欠 状 況	委員現在数 19 名 出席委員数 15 名 欠席委員数 4 名		
出 席 者	太田 貞司	酒井 雅男	山中 崇
	須藤 秀明	花田 豊實	鈴木 優
	鷗沢 隆	浅野 麻由美	伊藤 俊浩
	縄田 陽子	緒方 邦子	村上 光夫
	橋本 弘	和泉 恭正	大高 秀明
事 務 局	事務局：地域包括ケアシステム推進担当 絆づくり担当課、福祉管理課、高齢福祉課、介護保険課、衛生管理課、社会福祉協議会		
会 議 次 第	別紙のとおり		
会議に付した議題	<p>【報告・検討事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 部会長および副部会長あいさつ 2 地域資源マップ作成の進捗状況について 3 多職種連携研修会の実施状況等について 4 先進自治体視察報告について（千葉県柏市） 5 その他 6 事務連絡 		

地域包括ケアシステム推進担当課 皆様、こんにちは。定刻でございますので、ただいまから平成 28 年度足立区地域包括ケアシステム推進会議 医療・介護連携推進部会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、また、お足元の悪い中、御出席いただきまして、まことにありがとうございます。

私は、本日の司会を担当いたします地域包括ケアシステム推進担当課澤田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

では早速でございますが、本日の会議は、足立区地域包括ケアシステム推進会議医療・介護連携推進部会設置要綱第 6 条によりまして、委員の過半数の出席により成立することとなっております。現在、過半数に達してございますので、会議が成立いたしますことを御報告申し上げます。

本日は、皆様からの活発な御意見、御質問等をいただきたいと思います。迅速な会議進行に御協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

初めに、新しい委員の紹介をさせていただきます。地域のちから推進部長でした井元委員が本年の 3 月 31 日をもって御勇退となりましたため、4 月より地域のちから推進部長でございます和泉委員が前任の任期を引き継いで就任となりました。和泉委員、よろしくお願いいたします。

和泉委員 和泉でございます。よろしくお願いいたします。

地域包括ケアシステム推進担当課 ありがとうございます。

続きまして、認知症疾患医療センター長でした西島先生から松井先生に引き継いで御就任いただくこととなりましたが、本日は御欠席でございます。

同じく、社会福祉協議会事務局長でありました日比谷委員でございますが、3 月 31 日をもって御勇退となりましたため、4 月より儘田委員が就任となりました。本日は欠席でございます。

次に、資料の確認をさせていただきます。

本日の次第が A 4 一枚でございます。それから、右上に「資料 1」と書いてありますホチキスどめのものになります。この中に資料 2、3 と続くような形になってございます。1 ページから 17 ページまでございます。それから、本日の委員さんの名簿、席次表、最後に「在宅療養資源マップ」という冊子でございます。不足、乱丁、落丁等がございましたら、事務局のほうにお申し付けいただきますようお願いいたします。よろしいでしょうか。

なお、この部会の会議録につきまして区民の方等へ公開する関係上、御発言の前にはお名前をおっしゃっていただいた上で御発言をお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、太田部会長より挨拶をお願いいたします。

太田部会長 皆さん、雨の中、お集まりいただきましてありがとうございます。

きのう、私、仙台に行ってまいりまして、台風と一緒にいったんです。大変な気候になってしまって。東北のいろんな方々が集まりまして、介護関係の方が集まったのですが、地域包括ケアシステムについての関心は大変高くあります。そういう意味では大変重要な会議だなと思っております。

また、最近ですと台湾の台中の方が来られました。今、台湾でも介護保険にするか、あるいは税でやるかという議論になっておるようですけれども、日本のようにコミュニティベースでやる、地域ベースでやるというのがやはり基本的な考え方でありまして、日本の地域包括ケ

アシシステムに大変関心を持たれておりました。

そういう意味ではいろんな関心が高まっている。しかも、地域包括ケアシステムの理念については、大体どんな方々も合意されてきたのではないかと思います。ただ、中身をどうつくるかというのは地域ごとにいろいろ考えなければいけないし、課題もたくさんありますので、ぜひ皆さんの活発な御議論をお願いいたしたいと思います。

私のほうからの挨拶はこのぐらいにさせていただきまして、続きまして、副部会長の挨拶をお願いしたいと思います。

地域包括ケアシステム推進担当課 ありがとうございます。

では、酒井副部長さん、一言、御挨拶をお願いします。

酒井副部長 本日は、きょうの話の中で先進地区ということで柏市の調査の報告があるということで非常に楽しみにしています。その理由は、今、部会のほうで地域の資源はどんな資源があるのか、当然検討しているのですが、先進地区のものがやはり参考になってきて、それを見て足立区独自のものが見えてくるかなと思いますので、きょうの会議は非常に楽しみにしています。本日はよろしく願いいたします。

地域包括ケアシステム推進担当課 ありがとうございます。

続きまして、山中副部長、一言御挨拶をお願いいたします。

山中副部長 山中です。前回の部会で連携に関してさまざまな指標とかツールがあることを知りました。それらを有効的に活用して、本日は柏の話も出てまいりますけれども、柏も参考にしながら、足立区独自の連携のあり方というのを考えていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

地域包括ケアシステム推進担当課 ありがとうございます。

それでは、以後の議事進行は太田部長をお願いしたいと思います。太田部長、よろしくお願いします。

太田部長 それでは、報告、議事に入りたいと思います。主なものは3つございます。先ほどもお話がありましたように、柏市の報告もございます。

まず、最初に地域資源マップの作成の進捗状況について、資料1に基づいて御報告をお願いしたいと思います。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 江連地域包括ケアシステム推進担当課長の江連と申します。よろしく願いいたします。

それでは、私から資料1「地域資源マップ作成の進捗状況について」と、最後に「在宅療養資源マップ」がございますので、こちらの御説明をさせていただきたいと思います。

まず、地域資源マップですけれども、昨年この推進部会でもお話をさせていただいて、それが完成したのものとして御報告させていただきます。

この地域資源マップということに関しましては、厚生労働省が在宅での医療・介護連携に関して8つ事業項目を具体的に示しています。その中に「地域資源の把握」という項目があります。今回の冊子の発行に関しましては、足立区全域で地域資源の把握をする前に、まずどのような形でどのような内容を周知するのか、それが区民や関係機関にとってどれだけよりよい効果があるかというものを、そのニーズを確認・検証したいということで、冊子の一番右の中段ぐらいに「基

幹地域包括支援センター管轄地域編」として、梅島、島根、中央本町とありますが、昨年度、試行的につくらせていただいたものになります。掲載内容に関しましては、通常の所在地や開いている時間帯・曜日などのほかに、在宅医療を特化しているという部分も加味したところで情報を掲載しております。

具体的に在宅医療の観点としましては、23ページ、24ページあたりを見ていただきますと、まず病院のところが出てきています。病院に関しましては、下の段の「往診」というところに青字で書いてありますが、往診ができる、できないというものを載せてあります。やはり在宅医療、看取りの部分、末期がんの部分に関しましては、往診がどれだけの先生ができるかというところがまず相談の第一歩となりますので、医療に関しては往診ができるかどうか、その地域がどこかというところを載せてあります。

続いて、歯科診療所に関しましては、同様に口腔ケアということで訪問の診療ができるか。これが32ページからになりますけれども、同じように青字で訪問診療ができるか、何曜日の何時ならできるかというところを全て載せてあります。

1ページめくっていただいて、35ページには薬局の情報が載っておりまして、薬局のほうに関しましては、訪問薬剤管理指導ということで、これはケアプランによる管理指導の部分ができるかどうか、こちらの記載が青字で載っております。なので、ケアマネジャーさんを含めてこれから検討していくときに、こういう情報を見ながら、どこの先生なら来られるよというところを見ていただければと思っております。

介護の分野に関しましては、基本的には在宅サービスが主になりますので、一般的な情報になりますけれども、特に在宅で大事な部分は、訪問介護の24時間対応ができるかどうかというところで、39ページからが訪問介護になります。これは青字ではないのですが、39ページですと一番下の「かるがも」さんというところが、「24時間対応・連絡体制」というのが「 」となっております。ここで「 」となっている部分に関しましては24時間での対応が可能だよということで、今、多くの訪問介護さんはこれができるような形にはなっているのですけれども、この情報をあわせて在宅療養資源マップということで、そこを加えて書き足しております。

今回1,200部刷りまして、区域内の各機関に配布しております。加えて、自治会さんであるとか薬剤師会さん、歯科医師会さん、介護事業所さんの各部長さんにもお送りしたいと思っておりますので、それで1,200部となっております。ですので、今回、区域内の区民の方一人一人にはお出ししないという形で作成しております。

その中で、この内容につきまして一定期間を置いた上で、アンケート調査という形で、この内容で不足がないか、よりよくするにはどういう視点が必要かという部分を、各分野の皆様から御意見をいただきまして、それを踏まえて全区展開をしていくということで、今後の方向に入っていきたいと思っております。

きょうのきょうでお出しした部分ですけれども、在宅医療資源マップをごらんになって、何か専門分野も含めて御意見があればと思っておりますので、御意見を頂戴できたらと思っております。

私からの説明は以上になります。

太田部会長 ありがとうございます。

今、御説明いただきましたが、新しい試みとして一つの地域でやって、それで各関係者にアンケートをとって、できれば全体でやりたいということで、御質問、御意見等があれば、お気づきの点でも結構です。

須藤先生、お願いします。

須藤委員 医師会の須藤です。このマップ自体は毎年更新されるのでしょうか。といいますのは、介護施設というのはどんどん建ってきていますので、新しい施設がどんどんふえてくる。一回出してそれで何年も出さないというのでは余り意味がなくなってしまうので、その辺の予定はどうか、見込みというか、その辺を教えていただきたいと思います。

太田部会長 お願いします。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 昨年度、基幹の部分を出しまして、今年度から全区展開するのですけれども、紙で全区分を各戸に配布するとなると、それだけの金額が出てしまう。毎年このレベルで全部出せるかというところにやはり一つ課題があるのかなと思っております。

ほかの区さんの事例を見ますと、インターネットサイトで情報配信している区さんが非常に多くなっておりまして、ことしに入って足立区のほうにもその売り込みというか、どうですかという話が何件か来ております。その中で、情報発信をインターネットでするということは、今、須藤委員がおっしゃったように、新しい情報を新鮮な状態で費用をかけずに更新できるということで、非常にその部分に関してはメリットがあるのかなと思っております。ですので、費用対効果の部分も含めて検討していく、その更新状況についても更新していくというのが回答となります。

須藤委員 ぜひよろしく御検討お願いしたいと思います。

村上委員 このマップを見まして一番感じたのは、私たち受けるほうの立場でいきますと、訪問診療をやっていただけるかどうかというのが一番知りたいところなんです。ところが、ここに載っている大きな病院にしても診療所にしても、訪問診療がオーケーというところが非常に少ないように感じるのですけれども、こういった資料をせっかくなつくついでにいただいても、訪問診療をしていただければ在宅診療するほうとすれば非常に不安が残るのではないかと思うので、その辺をもっと充実していただきたいなと思います。

というのは、私、老人クラブですから、今回、雑誌にどうやって書こうかなと思って終末医療のことをちょっと勉強しました。そうしましたら、自分の周りでも実際に起きたんですけれども、朝起きたら死んでしまっていた。救急車を呼んでも、もう死んでしまっているからだめですよ。病院に連絡すると、連れてくれば死亡診断書を書くよと。こういう事例がありましたので、やはり近くでかかりつけのものがあれば、そういったときに警察の検死まで行かなくても死亡診断書があれば非常に助かると思います。こういった訪問診療がもっと充実されていけば、そういったことが防げるのではないかと思いますので、もう少し充実したものができ上がればと思うのです。

太田部会長 ほかに、いかがでしょうか。

山中副部会長 非常に見やすい資料だなと思いました。一点質問ですが、訪問看護の資源がマップングされていないように思うのですが、今後どのように扱われるのでしょうか。

太田部会長 事務局、お願いします。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 訪問看護も載せるのですが、ここの管内に訪看の施設がないのかなと思います。

太田部会長 事業所がないということ。たまたまない。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 そうです。ですので、ある区域には載っています。

山中副部会長 承知しました。

太田部会長 ほかにいかがでしょうか。

鶴沢委員 居宅介護支援部会の鶴沢です。

エリアが足立区だと25カ所の圏域で今回モデル的に基幹さんということですよ。モデルで今後広げていく上でも25カ所それぞれにつくるという想定でよろしいのでしょうか。そうするとこれが25冊あって初めて……。

橋本委員 では、私のほうから。

太田部会長 はい。

橋本委員 あくまでモデル的にこれをつくって、先ほど江連が申しあげましたように、これにもっとこういう情報が必要なのではないかという意見をいただくためにつくったものであります。

これを25冊つくるかということ、先ほど須藤先生のほうからお話がありましたように、更新が非常に厳しいのと、毎年のように印刷しなければいけない。それは費用も非常に大きなことになるので、基本的に今後は25に分けながら進めるのですけれども、インターネット上の中でデータを集積したような形にして、それを地図上に落として検索することもできるのをメインで行っていきたいと思っています。

ただ、どうしてもインターネットだけにアクセスできる人ばかりではないし、訪問介護事業所の現場の方々自体、インターネットに常にアクセスしながらやっていくということもなかなか厳しい部分もあるかと思うので、紙ベースでもその中から地図に落とし込んだものを出していく。それで少し簡便的に、特に重要な情報である訪問診療を受けられるか受けられないのか、そういうことについては色を変えるとか、そんな形で簡便版みたいな地図のマップみたいなものを出していくのが今有力な方法ではないかと検討しているところです。

太田部会長 よろしゅうございますか。

ほかに何かございますか。事業者のほうはいかがでしょう。浅野委員さん、何かあれば。

浅野委員 初めて私も在宅資源マップのほうを今回見させていただいたので、先ほどエリアの問題があったので、今すぐ皆さんが見てどこを直したほうがいいというのは、利用する人の立場で誰にこれが渡るかというところを一番に考えていかなければいけないので、自分がもし利用する側だったら何と何が載ってほしいかなというのを、ちょっと時間はかかるのですけれども、アンケートをとっていただけたらと思います。

ただ、これは基幹包括でできた部分ですけれども、梅島、島根、中央本町一丁目までなので、医療というと利用する側は余りエリアにこだわらないと思うんですよ。訪問診療も往診も通院に関して、特に一番近いところに行こうということではなく、自分の通える範囲で薬局も歯科もそうだと思うんですね。通える範囲でいったらもう少し大きく見たいなという、今見た段階ではそういうふうに思います。だから、「あら、これだけしかなかったのかな」と思ったらエリア外にいっぱいあったりということで、私たちはわかるんですけれども、利用するとなったらもう少し広域に見られないと、眼科が1軒しかないとかになってしまうので、そこのところをリサーチ

できたらと思います。

太田部会長 どうぞ。

橋本委員 先ほどのようにインターネット上でやろうとするとエリアを越えてできる形になるので、それは基本としてやった上で、地図もつくるときはもう少し大きなベースで全区的にカバーできるような形に。第一、基幹のエリアでいうと基幹介護支援センター自体がこのエリアの中にないというふうな異様な事態になっていて、確かに浅野委員がおっしゃられたみたいに、その地域包括だけで完結するような話ではないので、そういう意味では地図としてこれを発行するときにはもう少し工夫が必要なのかなと思っています。

太田部会長 よろしゅうございますでしょうか。

大変わかりやすくいいと、こういうものは必要だという皆の意見だと思います。ただ、何を伝えるかという目標をはっきりさせるのと、更新していく工夫と出し方の問題ですね。そんな検討をしてもらえないかという意見がありました。よろしゅうございますか。

それでは、またアンケートをとっていただいて、工夫していただくということをお願いしたいと思います。

それでは、2番目の事項に移りたいと思います。多職種連携研修会の実施状況等について、資料2に基づいて報告をお願いしたいと思います。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 引き続き、江連のほうから御報告させていただきます。27年、28年の多職種連携研修ということで報告させていただきます。

この多職種連携研修ですが、医師会さんと足立区が共催でやっておりまして、27年の6月16日を皮切りに、27年は4回、28年は計6回を予定しております。

まず、4ページの27年のほうから報告させていただきたいと思っております。昨年度は在宅医療の総論部分に関しまして、グループワークをしたり講義をしたり、切り口を変えながら4回行いました。かつ、グループワークを行いまして、グループごとにお医者さんとケアマネさんと包括といろんな多職種の方が一つのテーブルを囲んで行うグループワークを8カ所か9カ所つくりながら検討するというので、ほかの職種の方の意見を聞きながら、何の課題があるかということころをグループワークで発表するという形式をとらせてもらっております。

この連携研修は、須藤委員、鶴沢委員にも御参加いただいておりますが、医療・介護の関係者以外にもこの部会から緒方委員にご参加いただきましたり、総合事業の推進部会のほうから足立委員にご参加いただいたり、積極的にかかわっていただいて非常にありがとうございました。また、この中で意見交換が行われていることに関しまして非常に有意義かなと思っております。

昨年度は、会議の話し合いの結果概要ということで載っているのですが、大きく分けて2つの多数意見があったかなと思っております。1つが、連携面の意見です。ここに関しましては、やはり医療・介護の部分のコミュニケーション不足であるとか相談ルートの確立ということたくさん意見が飛び交ってありました。

連携研修を行うたびにアンケートを皆さんに頂戴しているのですが、**「この研修でお互いの考え方がわかった」「有意義だった」という意見が多数を占めております。**現在、毎回全区域からお集まりいただいて、医師会の研修所を使わせていただきまして会議を行っているのですが、そうすると同じグループに近い先生はいるけれども、一緒の包括圏域にいる病院と介

護職が集まっているという状況がなかなかつくりづらいということで、今後は同じ地域で実際に対応している医療と介護の関係者が集まれば、顔が見えて関係を築くことで即実践に生かせる。そのような研修会にするにはブロック単位で先生を集めていく。先生とケアマネさんとか歯科医師さん、薬剤師さんに集まっただいて、本当に明日からこのメンバーでやるんだよというようなグループワークができると、さらに地域の中の実践形式で顔が見える関係がつかれるのかなと思っておりますので、今後の宿題となるのかなと思っております。

もう一つが、在宅医療を区民に広めていくためということで、例えば第3回の上から3つ目とか第1回の上から3つ目、やはり家族の意識に働きかける。家族と本人の意識のギャップがありますよということ、在宅医療に関する考え方が立場立場でまちまちだということが対応していると感じたという意見が多くございました。この点に関して、きょう何かをしたから明日から効果があるということは非常に難しいのかなと考えておりますが、その理由として、現在、老老介護であるとか介護離職とか、介護に関しての負担感に関しては非常に重く感じている方が多いのかなと。特に要介護4以上の寝たきりに近い状態になったときに、現在、施設や病院への依存度が非常に高い。先ほどもあったように、看取りの件数というのは昔に比べて非常に低くなっている。家族介護が非常に少なくなっている中で、病院であったり施設であったりということでお亡くなりになる方が非常に多いということで、それをどう変えていくかということです。そこに関して意識啓発、普及啓発をしていく必要があるのかなと思っております。

もう一つ、安心感を与えるためということですがけれども、国と東京都で訪問介護の24時間対応の制度であるとか、クラウドシステムという末期がんや看取りの患者さんに対する情報連携のシステムを導入したりして、在宅にしながら医療と介護が安心して受けられる、家族が安心感を持てます、心から安心できるという状況を伝えるのは非常に難しい部分ではあるのですが、粘り強くこちらも対応していかなければいけないかなと。その2点がこれまでの研修の中で多く出ていた部分だと思います。

今年度28年度に関しまして、2ページに戻っていただくのですが、今既に1回目と2回目を行っております。ここに関しましては、昨年同様、在宅医療の部分の総論ということで講義及びグループワークを行いました。今後、3回目、4回目に関しましては、認知症を中心に研修テーマを決めたいと思っております。第3回に関しましては、服薬の部分で薬剤師会さんに御協力いただきたいと考えております。第4回は11月2日に認知症の疾患医療センターである大内病院さんと連携して研修を行いたいと予定しております。第5回が1月になってくるのですが、第5回、第6回は嚥下機能ということで、第5回に関しましては歯科医師会さんのほうに御協力いただきまして、口腔ケアの部分の講義を行いながらグループワークを行う。第6回は嚥下と少し離れてしまうのですが、整形外科の先生にフットケアやリハビリも含めて在宅医療の考え方について講義をいただきたいと思っております。28年度は同じテーマの切り口というよりは、テーマをそれぞれ変えながら、新鮮味を出しながら、やはり2年目になってくると同じ方が参加することも考えられますので、少しテーマの色を変えながら、新鮮味を持ちながら継続していきたいと思っております。

3ページ目の第5回が28年の1月になっているのですが、こちらは29年の1月の間違いです。申しわけありません。訂正させていただきます。29年の1月17日でお願いしたいと思います。

以上、江連のほうから報告させていただきました。ありがとうございます。

太田部会長 ありがとうございます。

いつも御案内いただいているのですが、私、4月から京都の大学に移ったものですから、なかなか参加できないのですが、連携研修会そのものは随分定着してきたのではないかというふうに事務局の方のお話を聞いて思っております。いかがでしょうか。2つの点の今後の課題もお話がありましたけれども、御出席している皆さんもおられると思いますので、ぜひ感想なり御意見をいただければと思います。

須藤先生、お願いします。

須藤委員 これは希望ですけれども、ぜひ、このテーマの続きとして、嚥下機能のところでは実際に喉頭鏡やそういうものを使った嚥下機能の見方についてのレクチャーを入れていただきたいことと、それから、NST も含めて栄養について皆さんいろいろな職業的にどういうふうに見えるのか、その辺の意見交換もあつたらいいなと思いますので、その辺のテーマも今後入れていっていただければと思います。

太田部会長 よろしいでしょうか。すごく栄養の問題がクローズアップされて、とても大事になってきていると思います。食べること自体がかなり総合的ですので、ぜひそういう問題も含めてお願いできればと思います。

ほかにはいかがでしょうか。

鶴沢委員さんは何度か出られているのではないかと思います、様子も含めてお話しいただければありがたいと思います。

鶴沢委員 私、たまたま都合がつかずに今年度の2回は出ていないのですが、部会の役員を中心にエリアごとに集まれる顔の見える関係ができればとお話は聞いていたので、なるべくそれに沿うように役員の中から推薦していたのですが、ここにもあるように、土曜日の参加人数を見てもちょっと少なかったのだなと思います。確かに土曜日のほうがゆっくり時間もとれて内容を濃くできるからいいなと、出たいなと私も思っていた反面、ちょっと出席のしづらさがどうしても出てくるのかなというところを感想として思ったところです。

あと、認知症が今回3回目、4回目とあります。今、認知症施策全般に取り組んでいかなければいけないとケアマネジャーたち自身も思っておるところですので、認知症そのものの勉強自体もそうですけれども、では足立区の中でこれだけの資源が集まるのにどういう対応が求められるのか、できるのか、次にどんな形をつくっていくべきなのかと、少し素案でもいいのでアイデアが出せるような会になるとすてきだなと思いました。

太田部会長 浅野委員さん、いかがですか。出られていると思うのですが。

浅野委員 訪問看護部会の浅野です。

顔の見えるというところでは、去年1年間を通してかなり広がったなというのが自分の印象です。限られた人数しかその会議室やホールには入れないので、全員集めたら、もっと入れる人をふやしたら、大きくするのがいいのか悪いのかとは思いますが、先ほども出ていたように、地域別になるというのがネットワーク的にはいいのかなと思います。

28年度の予定を見ていると、認知症では先ほど江連さんからあったように、薬物のほうに向くのだったら薬剤師さんが中心。これは要望になるんですけども、今までの案内のところには

グループワークをしますよというところしか出ないので、誰が出れば一番適切かなというところがなかなか難しくて同じ顔ぶれになってしまうので、認知症で薬物療法とか薬剤の話になります、薬剤師さんが中心になると思いますよという案内を出してくれば、それに関連した興味のある方を集められたり、例えばセンターのほうで大内病院の先生が中心になって認知症の話をするよというテーマを大ざっぱにでも入れていただければ、今度はネットワーク的に中心になれる人が集まるのではないかなと思いますので、ちょっとテーマを絞って、誰が中心に話をして、どういうテーマになるかということまで案内に載せられればいいと思いました。やはり人数が限られるので。そうすると集める側にしても人選もしやすくなるかなと。部会で私も集めるほうの一人なので、そうすると選べるかなと思います。どの職種を多くしたほうがいいとか、どっちを少なくしたほうがいいとか、新たに栄養士さんも入れたほうがいいとか、衛生士さんを入れたほうがいいかというのがわかりやすいかと思います。

太田部会長 昨年度1年やってみて、顔と顔の見える関係は大分前進したと、そんな評価ができるということでよろしゅうございますか。

花田先生、それから薬剤師の鈴木先生、いかがでしょうか。どうぞ。

鈴木委員 薬剤師会の鈴木です。

今の御意見で、薬剤師会としてはこの多職種連携についてはなるべく多くの人間に出させようということで、当初はこちらで人選を行っていたのですが、このところは事務所を通して公募する形になっています。なるべく広く大勢の人間に経験してもらおうということなのですが。

そこでちょっとネックになるのが、先ほどのブロックごとの研修会というのにもつながってくるのですが、会員の薬局にしか伝わらないわけです。入会していない薬局にはこの情報が伝わらない。さっき資源マップを見ていましたら、今手元に名簿がないからよくわからないのですが、この薬局は会に入っていたところも散見されましたので、そのような事情を御理解ください。薬局が全部一枚岩であるわけではないということですね。

太田部会長 どんな人にどんなふうが集まってもらうかということですね。その辺は事務局のほうで、この研修会の狙いと、さらにテーマごとにまた広げていく狙いというのがあると思いますが。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 かしこまりました。その辺考慮の上対応させていただきます。

太田部会長 山中先生のほうで何かコメントございましたら。

山中副部会長 私も今年度は第1回しか出ることができておりませんが、グループワークでは的を射た深い議論がされているように思いました。

後ほど柏のお話も出てくると思うのですが、内容を深めるということと連携を横に広げるということを同時にやるのは難しいところもありますので、柏では多職種連携研修会と顔の見える関係会議とを別々に開いているように思います。顔の見える関係会議はエリアごとに開いて、最初はたしか名刺交換から入ると思うのですが、ということでネットワークづくりというところに特化して開催されているというような、そういうスタイルもございますので、足立区は非常に広い範囲で大勢の事業所ということを考えますと、医療と介護の質といたしますが、内容の伝達ということと横に広げる連携の展開を考えるというところを、少し分けて考えたほうが

いいのかなというふうにも思っております。

太田部会長 ありがとうございます。少しやり方の工夫を御検討お願いしたいと思います。

あと、昨年度のところで、家族の思いのギャップとか、家族の意識の問題がかなり出てきているのですが、その点について緒方委員さん、何か御発言ございましたらお願いします。

緒方委員 あだち1万人の家族会の緒方です。私もこれは一回しか出ていません。夜なのでちょっと足元が悪いので、一回は出ましたけど。

実は介護を抱えている家族のケアということがこういう問題には何も出ていないですね。そのケアはすごく大切だと思うのです。

今、例を出しますと、私の友人がアルツハイマーの御主人の面倒を見ているのですが、今まで奥さんと一緒にしか外へ出たことがない人が、最近、奥さんがちょっと居眠りしている間に外へ出てしまったんですね。急いでケアマネさんに相談したら、もう一つ鍵をつけたらいいのではないかとということで、東急ハンズとかいろいろ行ってみたけどないので、ケアマネさんが今インターネットで何かいい方法がないかということ調べていただいているそうです。奥さんは絶えず旦那さんの行動に目を向けていなければいけないということで、すごく今悩んでいます。むしろ私のほうがストレスがたまって病気になるのではないかと、そういうふうな状況もありますので、抱えている人たちにももうちょっと話し合いをしていただきたいと思います。

太田部会長 ありがとうございます。家族介護の問題もぜひテーマに入れていただきたいと思いますということでございます。

ほかにはございますか。施設の関係の老健・特養の方で何かございましたら。どうぞ。

伊藤委員 千住桜花苑の伊藤です。

多職種連携ということですが、どうしても施設機能的に施設内で生活されている御利用者の方に対する施設職員の多職種の連携ということが中心になってしましまして、在宅で生活されている方に対する多職種連携という意識がなかなか向かないという事実がありますので、これまでの研修会の課題などにつきましては、特養を初めとした施設が、どう地域の方に対する連携をとれるのかということが施設でも非常に課題にはなっておりますので、御意見などをいただければ、ぜひさまざまな形で御協力をさせていただきたいと思っております。

太田部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

縄田委員 老健ホスピア東和の縄田と申します。

私のほうもまだこの研修会のほうには参加したことがないのですが、今の特養さんと一緒に、施設内でのケアというところになってしまいますので、今後、老健の役割として、実際にうちでも在宅に変えられる方もいらっしゃると思いますので、在宅の方と部会の方々がどんな連携をとって、どんなことで話し合いを進めているのかということでは、今後3回、4回とあるので、できるだけ調整して参加していこうと思います。よろしくをお願いします。

太田部会長 ありがとうございます。ぜひ、老健としても在宅復帰率を上げるという課題と、地域でどのように支えていくかという課題もありますので、そういうテーマとか、あるいは特養の場合も、最後の看取りをどうするかとか、医療との関係とか、地域の中での役割みたいなものがまた検討の課題だろうと思うのですが、そういう面も含めて少しずつですが、顔と顔が見える

関係をつくっていくということで御検討いただく。そういうことでよろしゅうございますかね。

それでは、ほかにもございましたら。はい、どうぞ。

鈴木委員 先ほどの多職種連携の件ですが、もし可能であれば、地域の警察を入れるといいかなと思います。以前、包括の千住西で薬剤師会の役員と近隣の包括の担当者、あと千住警察が集まって話し合いをしたことがあるのですが、認知症の徘徊等において警察ができることに非常に限りがあるそうです。私どもでも薬局内で認知症の徘徊を保護したことがありますけれども、警察よりも圧倒的に包括支援センターのほうが解決のスピードが速かったという経験がありますので、ぜひ警察の参加も御検討ください。

太田部会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。それでは、次の議題に移らせていただこうと思います。

次は、先ほどからお話が出ています先進自治体としての柏の視察をしていただきましたので、その報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いいいたします。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 地域包括ケアシステム推進担当課長 江連のほうから、7月6日に柏市のほうに行きましてお話をお伺いしてきましたので、その報告をさせていただきます。資料は5ページからになります。

まず、柏市でございますが、人口が41万人ということで、足立区の約3分の2の規模の自治体になります。高齢化率は24.5%ということで、ほぼ足立区と同等の状況になっております。特に今回視察しました豊四季台団地、御存じの方もいらっしゃるかと思いますが、1964年ごろから入居を開始した団地で、既にもう50年を経過した団地になっております。建物も非常に老朽化しているのですが、50年たつとやはり皆さんお年を召されてくるということで、高齢化率が40%を超えている非常に高齢化が進んだ団地になっております。

柏市の中で明らかに課題のある団地ということで、豊四季台団地を中心に在宅医療を推進するというので、次の6ページの下の方ですが、平成22年から東京大学と提携を結びまして事業推進を図ったということになります。東京大学と連携しまして推進体制を構築し、医療と介護の連携した協議会を設けるとか、足立区と同様に多職種の研修を開催し、顔が見える関係づくりということで名刺交換会を行っています。あと、介護予防に関して、小さい字で見づらいのですが、次の7ページの下に少し書いてあります。介護予防を行っている2,000人の追跡調査を行っておりまして、その中で地域包括ケアシステムを、市民の意向を確認しながらシステムの構築全般に関して提案・助言を行っているというのが東京大学との連携になります。

冒頭に述べましたとおり、柏市は在宅医療の推進に非常に力を入れております。結果から見ていただけたらと思うので、10ページの下の方になります。どれだけ成果が上がったかなというところで、これが僕も視察に行ったときに非常に驚いた数字だったのですが、下の数字が過去5年間の自宅での看取り件数の推移ということで、柏市は一番左の棒グラフですが、見ていきますと、2010年（平成22年）で15件だった自宅看取りの件数が5年後の2014年（平成26年）には186件まで、2.3倍まで伸びています。件数でいうと140件近く伸びているということで、非常に効果が上がっているのかなと思っております。

中身を見ますと、この白い四角のくくりに入っているのですが、末期がんの患者です。

このグラフが全部白黒になっていて見えづらいのですが、一番下の部分で2010年が15件、2011年が31、60、98、113と伸びている部分が悪性新生物（がん）ということで、がんの患者さんの看取りの数が100件ほど伸びています。ですので、140件近く伸びているうちの100件は末期がんの患者さんということで、ここに関して非常に成果が出ています。

末期がんの患者さんというのは、御高齢の患者さんで要介護4、5の方もいらっしゃいますけれども、比較的若い元気なうちにがんにかかってしまう方が多数いるかと思えます。僕もケースワーカーの経験がありまして、受給者の方でがん患者の方がたくさんいらっしゃったのですけれども、やはり看取りであったり、家族が介護している方よりも自宅で生活したいという方の割合が非常に高いのかなと。そういう方に対してピンポイントで対応しながら、自宅で看取ることが柏のほうでは行われているのかなと思っております。

どうやって変わっていったのか。ちょっと戻っていただいて9ページを見ていただければわかるのですが、理由が2つ大きくあるのかなと思っております。

1つは、在宅で看取る体制を整備するということになります。9ページの上の図が「在宅療養支援診療所」ということで、こちらは往診をする病院さんの数になります。こちらの登録が22年4月1日、連携当初は14病院だった部分が5年間で28カ所、28年の3月には31カ所ということで、まず往診できる病院、先ほど村上委員からもお話がありましたけれども、まず診るお医者さんがいなかったらやりたくてもできないという部分が、非常に伸びているということになります。

加えて、近年になって特に往診の先生が、見ていただくとわかるのですが、平成25年まではぐぐっと伸びているのですけれども、そこから先がなかなか伸びない。やはり関心のある先生はばっと集まるのですが、そこから経営状況も含めて出ていけないお医者さん、そこ広めていくのが難しいという課題がどうしても出てくる中で、柏市はその下の訪問看護ステーション、次にこの数をふやしていきましょうということで、2番目の矢として訪問看護ステーションの増加に対して力を入れました。そうしますと、ここが平成25年3月、ちょうど往診医が伸びなくなってきた時期に訪問看護ステーションに力を入れたということで、3年間で倍増、12カ所が23カ所ということで、訪問看護ステーションと往診医が連携をして在宅で診ていきましょうよということが、柏市が行ったまず在宅での体制になるのかなと。

加えて、つくただけではなく、その往診に手を挙げてくれたお医者さん、訪問看護の看護師さん含めて連携の機能を鍛えていくということで、足立区でも行っております多職種連携の研修、こちらをこれまで通算7回、355名（うち、医師54名）ということで、この研修を行っています。

その説明の中でもあったのですけれども、お医者さん一人一人が患者さんもしくは家族の方に対する説明、安心させられるだけの説明をしっかりとできるということを柏市の担当の方もおっしゃっていました。その研修の資料も東大と一緒に作りながら、どうしたら効果的に提供できるかということも含めて研修を行ってまいりました。この研修は、足立区は2時間1本を1回で行っているのですけれども、土曜と日曜に講義を行いながら、希望者に関しては訪問に同行するというようなプランも組み込みながら、より実践に近い形で研修を行っているということで、通算7回、うちもう8回、同じ回数なんですけれども、より深く周知をしているというか、こ

ういうところは見習う部分なのかなと思っております。こういった連携を非常に強めています。

あとは、先ほど山中副部長からもあったように、名刺交換会をあわせて行っている。研修だけではなく名刺交換で顔をつなぐだけの会、本当に連携するだけの会、そういうものをあわせながらやっているということで、効果と効率性を両立しながらつくっているというのが印象に残りました。

また、先ほど僕少し説明しましたが、看取りの方や末期がんなどの患者さんに、特に9ページの一番下の図で、「多職種連携 ICT システム ID 発行数」と書いてありますけれども、これは何かといいますと、クラウドシステムという iPad を使いながらネット上の環境に関係機関が情報を落とし込んで行けるような、簡単に言うとホームページだったり、チャットのページだったり、そういったイメージの部屋をつかって、そこにお医者さんが連携しますよ、訪看が連携しますよ、ヘルパーさんだったりケアマネさんが見にきますよ、という部分のクラウドシステムというのを柏市のほうで取り入れておまして、こちらに関しても 808 人、263 事業所に発行し、これを活用しているというような実例もありました。こういった中で、末期がんの患者さん、単身の高齢者も含めて在宅で看取るといったところの安心感を非常に高めているということになります。

もう一つ安心感の点でいいますと、資料にはないのですが、柏市さんは主治医と副主治医制ということで、1人の患者さんに2人の往診医をセットしているということがあります。これは厚生労働省も推進している部分ですが、主治医の先生が今不在です、どこかに往診に行ったら連絡がとれません、といったときでも緊急事態が起こるもので、そういったときに常に情報連携しているもう一人の副主治医がいるということで、何か緊急事態に主治医の先生がいないときでも対応できる。2人体制で先生が診ているということが柏市の事例でありました。

ただ、副主治医の先生が行くことはどのくらいありますかという質問をしたんですけども、副主治医の先生が出かけることはほぼないと。主治医の先生がほとんどカバーできているというのが実情なんですけれども、安心感という意識の部分ではそういった体制をとることで家族の方、本人の安心感というのは非常に高まるのかなと思っております。

在宅の看取りがふえたという大きな理由のもう一つが、地域医療連携センターというものを柏市はつくっております。11ページの上の資料です。在宅医療の中の柏地域医療連携センターというものになります。こちらは、平成26年に柏市医師会、歯科医師会、薬剤師会の共同で柏市豊四季台団地のURの土地の上に建てまして、それを市のほうに寄附し、その後は市のほうで管理運営を行っているセンターになります。

こちらのセンターでは、先ほど申した研修であるとか、クラウドの普及であるとか、市民向けの講演会であるとか、そういった意識啓発・普及啓発から、市民の相談窓口として、例えば来週中に病院を退院しなければいけないという方が地域包括に相談に行っても明確な答えはなかなか難しい。病院さんの連携室があっても、介護の例えば老健さんを探すというところまで対応がなかなか難しい。特に在宅をこれから進めていくという中でしっかりと説明をどこでするのがかというところが、柏市ではこのセンターが担っているということになります。市の職員では相談に乗るのは限界があるということで、病院のソーシャルワーカーを経験した方を非常勤として雇用しておまして、その中で相談対応を行い、能力の向上を図っているということが、在宅医療

が進む一つの要因なのかなと思っております。

簡単ではありますがけれども、以上が柏市の在宅医療の視察に行きました報告になります。

太田部会長 ありがとうございます。

10 ページを見ますと、在宅医療で看取りの数がぐんと上がっているというデータが出ておりますが、山中先生、いろいろかかわって補足がありましたら。

山中副部会長 後でいいですか。後にします。

太田部会長 はい。御質問等とか、この辺をもう少し説明が欲しいというのがございましたら、どうぞ。

須藤委員 人口 40 数万人ということですが、柏市の家族形態というのは足立区と一緒にしょうか。足立区の場合はかなり単身世帯とか老老世帯、ひとり暮らしの世帯が多いと思うのです。どうしても在宅療養というと、家族がいなくなかなか遂行しにくいのですが、その辺のところはどうでしょうか。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 資料のほうには載っていないのですが、口頭での説明の中では単身世帯が非常にふえていると。柏もベッドタウンとして成長している都市ですので、やはりそこから子どもたちが出ていってしまうという部分で単身世帯が多い。特に豊四季台団地は単身の世帯が多く、かつ階段での団地なので、本当に 5 階から 1 階に下りられないという方も非常に多いというお話がありました。

橋本委員 例えば柏市の 1 世帯の平均人口、世帯数はどのくらいですか。

須藤委員 後で教えていただければ結構です。

それと、どうしても私、在宅医療を推進していく上でマンパワーというのが非常に大切な遂行要因になると思うのですが、それが今の足立区でどれだけかなえられるのかなという問題。今後の見込みとしてどのくらいまで在宅で看取りができるのだろうと。それは医師の数そのものだけではなくて受け皿の問題ですね。それから、遂行する上で大切な家族の理解も大事ですけれども、マンパワー的な問題が本当にどのくらいあるのか。そこが無理になるとどうしても施設とか病院での看取りというのがふえていくわけで、今ちょっと私の感じでは、施設の中でかなり疲弊してきているのではないかなと。特に介護職と看護職がうまくいっていればいいのですけれども、介護職が看取りの勉強をしてくるわけがないですから、介護の国家試験を取るにしても看取りでどういう状態になっているかというのをそこまで勉強はしていませんので、そういったときにどうしても拒否反応的になってしまう介護士の人もいるでしょうし、逆に看護師も、「こんなことできないの」というような目線で見ってしまう看護師がいると、そこで壁ができてしまうんですね。ですから、在宅療養も大事なんですけども、施設の中の多職種連携のいろんな研修というのも医師会としては非常に大事なことはないかなと思っております。すみません、ちょっと関係ないところになりました。

太田部会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがですか。御質問とか気がついたところでも。

どうぞ。

鵜沢委員 私は今の須藤先生のお話を聞いて、ケアマネジャーですと「看取りとは」みたいなことで勉強する機会はあるのですが、私は主に在宅の方を見ているものですから、例えば終末期

において身体的なケアは最後まで続くわけですが、現場のヘルパーさんたちがその辺の研修を受ける機会というのは、この終末期のことに限らず、なかなか時間が取れていないのが現状かなというところ、また、さらにこういうことを推進したいからこのことについて勉強しようといっても、かなりの労力で、その工夫が必要なのだろうという問題は先にどうしても考えざるを得ないというところは感想としてあります。

あと、この資料の中から、9ページのところでステーションの数も5年間で上がっているというところがあるのですが、足立区の現状を見ても、ステーションやヘルパーステーションの数自体は、私も長年部会にいますから大体イメージはついているのですけれども、数自体はふえているんです。ただ、そこで働いている方の総数は変わっていない。足立区は特に小さな事業所がたくさんぼこぼこできているというところでは、やはりこれから看取りをふやしていきたいというときには、支え手側の問題は本当に避けて通れないところかなと思いますから、大きな視点での人材確保はあわせて必要なのだろうと感じます。

あと、私がケアマネジャーの立場で思うのは、御本人、御家族様の御理解というか覚悟というか意気込みというか、そういった実例が足立区の中でたくさんあればそういうふうを考えていただけなのか。どちらが先かわかりませんが、もちろん事業者側もその努力はするけれども、やはりそういった啓発活動というのは、当事者たり得る方たちへのアピールも何かしらの形で必要なだろうと思います。

太田部会長 ありがとうございます。

この後、その他のところで皆さんに自由に今後の足立区のあり方についてご意見をいただこうと思っておりますが、ここで何か御質問ございましたら。どうぞ。

村上委員 柏市の御報告を受けているのですけれども、時期でいきますと新しくできます花畑団地がこれに該当するんですね。花畑団地もやはり高齢の単身所帯の人が圧倒的に多いというような状態だと思うのです。

それで、看取りの件数がだんだんふえてきていると言いますけれども、これは豊四季台団地と離れたほうがいいと思うんですね。柏市の一般のほうがこれだけふえているのではないかなと私は解釈しています。豊四季台のほうですとまず在宅でみる状態ではないですから、花畑団地と同様だと思うんです。ですから、これは柏市の一般の家庭の問題ではないかと思えます。豊四季台は余り強調しないほうがいいのではないかと思います。

太田部会長 ありがとうございます。実際に豊四季台の状況と地域全体といろいろあるのではないかということですね。

どうぞ。

伊藤委員 ちょっと記憶違いだったら申しわけないのですが、UR 豊四季台ということで、恐らくは産官共同作業的な考えで計画的に運営が始まったと記憶しています。例えばサ高住だったら学研さんに入ってもらったり、トータルコーディネート为例えば長岡福祉会さんにやってもらったり、そういう形で今回の豊四季台さんの運営が始まっていると思いますので、もともとある力プラス企業さんの力を借りて、計画的な都市開発とはまたちょっと違うとは思いますが、そういった医療と介護のシステムをつくられたような記憶があります。もしかしたら逆に豊四季台の医療の水準が上がったのかなというふうに私は解釈をしたところではあるのですが、かなり民間

さんを誘致されたようなお話を聞いたことがありますので、ちょっとその辺がどうなのかなというふうに感じました。

山中部会長 今回の点に関しましては、豊四季台をモデルとしてつくり上げようということで、柏市とURと東京大学という3者が組んで、最初は在宅医療で始めましたけれども、在宅医療だけではなくてフレイル（虚弱）予防、それから生きがい就労というふうな社会的なところまで支援を広げて整えていこうという、そういう対象のモデル的なエリアということになります。

この5年間自宅看取り件数の推移ということで、47件から189件にふえていると。そのかなりの部分が悪性腫瘍（がん）であるという御説明がありましたけれども、柏にはがんセンターの柏病院がございまして、柏病院の先生もこの柏地域医療連携センターの嘱託員的な形でコンサルテーションに入ったりしているというようなこともございますので、在宅医療に取り組む医師がふえたということがまず一つと、ふえたところが均等にがんの方を診ているかということと必ずしもそうではない印象がございまして、積極的にやるところがぐっと伸びている。その後押しというか、地域を支えているがんセンターがかなりサポートしてくだっているというような背景があるように見えています。

太田部会長 ありがとうございます。

質問ということではよろしいですか。残りの時間は少し自由に今の議論を踏まえましてお一人お一人の御意見をいただこうかなと思っています。

荒川区で実は同じような在宅医療の推進会議の座長をさせていただいているのですが、荒川区は23区で一番看取りの人口割合が低いというのが最初報告されまして、全体に下町ではそうなのですが、とりわけ荒川区ではそういう状況でございます。それをきょうのように皆さん集まっていたいて、ぜひ仕組みづくりをしようということで少しずつ着手しているところです。ぜひ皆様方も、看取りだけではないと思いますけど、今、山中先生がおっしゃったようにいろんな対象の問題があると思うのですが、どんなふうに足立区として進めていくのか。足立区といっても広くあります。豊四季台のようにターゲットをやるという方向もあると思いますし、それから拠点的なところをどうするかという議論もまたございます。ちょっと御自由に御発言いただければありがたいなと思いますが。

それでは、3番目の「その他」、これは資料なしでありますので、御自由に思うところをお話しいただければと思います。

縄田委員さんのほうから、よろしゅうございますか。気がついたことでも結構です。後でまた追加で御発言されても結構です。トップバッターで突然で申しわけないのですが。

縄田委員 ホスピタ東和の縄田です。

今、柏のお話を聞いて、地域医療連携センターという窓口的なところで要望とか希望とかを受け付けて、困っていることなどに対応しているとあったので、そういった形で足立区でも整っていけばいいかなと感じました。

太田部会長 ありがとうございます。

それでは、緒方委員さんでございますね。お聞きになった感想でも結構でございます。どうぞ自由に。

緒方委員 あだち1万人の家族会の緒方です。

在宅医療と申し上げましても、私は千住地区に住んでいるのですが、訪問医療をしてくれる病院がどれだけあるかということと、医院が結構あるんですね。その医院の先生は、お昼 12 時から 1 時まで外来をやって、次に 4 時に診療するまでの間、自分でも食事をしなければいけない、2 時間ぐらいの間に何軒の訪問をできるかということですね。そういう先生がどのぐらいいるかということ。現に私は目の前でそういう医療を受けていた方を見ているんですけども、本当に先生がちょこちょこっと来て血圧をはかって、もう次があるからと急いで帰るといような状態です。やはり自宅で看取るといことは、最終的に最後は病院に運ばれてしまうんですね。それで最期を看取るとい形なので、在宅医療というの、うちの主人も在宅でと言っていたんですけど、最終的には病院に運ばれて亡くなりました。やはりこれはゆっくり考えてやるべき問題ではないかなと今思います。

太田部会長 ありがとうございます。

では、村上委員さん、お願いします。

村上委員 老人クラブの村上です。

老人クラブの場合ですと、老人クラブの会員は元気ですから問題はないんですけども、会員以外の方で自分の地域でも在宅でみている方が 5 軒ほどあります。やはりその人たちは家族がいるからみられるわけです。家族がいらないような人たちは在宅では絶対みられないと私は思います。家族がいるにしても、先ほど言いましたけれども、ぐあいが悪くなって救急車を呼べる状態のときはいいのですが、死んでしまってから気がついたときは処理の問題が非常に難しく、大塚のほうまで持っていかれてしまったとか、そういった問題が結構あるものですから、そこを何とか、地域に訪問医療センターみたいなものがあって、そこへすぐ連絡をとって来てもらえるようにしていただければ、最悪のときに普通の病死でもって扱えるのではないかなと、今それを一番痛切に感じているんです。現実には持っていかれてしまうとお葬式がすごく延びてしまうんです。それと精神的にもすごく大変だと言っていました。疑われたり何かして。そういった問題があるものですから、訪問医療センターみたいなものが地域にあれば、後々地域でもってみる人がふえるのではないかなと思います。

太田部会長 ありがとうございます。

それでは、鈴木委員さん、お願いします。

鈴木委員 こちらの「在宅療養資源マップ」のところでは薬局のところを眺めていまして「あれ？」と思ったことがありまして、居宅療養管理指導に横線が引いてあるところが多いんですけども……

太田部会長 何ページをごらんになっていますか。

鈴木委員 34 ページから始まっている薬局のリスト一覧の部分です。この居宅療養管理指導というのは、診療所も同じだと思うのですが、保健法上みなし指定ということになっておりまして、開設許可とセットでついてくるものなんです。うちは絶対に居宅療養をやらないよというところが取り下げ指定をして初めてなしになります。つまり薬局である以上、開設許可を受けている以上、これは「 」のはずなんですね。なぜこれを、「 - 」というのはやったことがないという意味の裏返しかもしれませんが、ちょっとそこが不可解な点であります。

太田部会長 この点だけ先に何か、今の段階でおわかりになれば御回答願います。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 これは各薬局さんのほうにアンケート調査をしまして、どういう状況ですかという回答をそのまま載せているものなので、薬局さんが「 - 」と書いているものに関してはそのまま載せている状況なので、本当はできるんだけど、やったことがないから斜線を書いたという薬局さんもおありになるかもしれないということです。

鈴木委員 はい、理解しました。

太田部会長 これをまたさらに広げるときには、工夫をしてからということになります。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 みなし指定のこともなかなか存じていなかったのので、その辺も含めてこれから対応をしたいと思います。

太田部会長 それでは、花田委員さん、お願いいたします。

花田委員 特にありません。

太田部会長 特にありませんか。もしございましたら、また後でも結構でございます。

花田委員 はい。

太田部会長 須藤委員さん、お願いします。

須藤委員 実は足立区の医師会の中ではセンター構想が出ておりまして、行政の方々、江連さんなんかと何回か御相談させていただいております。構想としては柏の例とよく似ているのですが、情報センターと研修センター、これを同時にできるような器をつくりたいという方向で、今、特別委員会をつくって検討しております。特に研修のほうに力を入れていきたいと思っております。ヘルパーさんの吸引の資格とかそういうものもそこで取れるように、できれば足立区版として足立区で認定できるようなカリキュラムをつくって、看取りに対してのこれだけの研修をやりましたよという、介護士さんに足立区の資格を差上げるとか、そういうものができればいいのかなというふうな形で構想を考えております。

それから、先ほどから出ているクラウドですけれども、これももう4年ぐらい前から足立区医師会では2つのグループでやっております。全員の訪問患者さんにやっているのではなくて、先ほどから出ているように、本当に末期とか重症の、いつ入院になるかわからないような方を中心にやっております。足立区の考え方としては、4～5人の訪問診療をやっていただけるドクターと、その連携をしてくれている病院とグループになって、そして何かあったときには病院へすぐ優先的に入院させてもらえるようなシステムをつくっております。

これが患者さんあるいは家族のすごく安心につながっております。主治医に連絡がとれないときには、連携病院のほうにもう患者さんの登録が行っていますので、連絡するとそこで診療していただけるというようなシステムづくりで、今はまだ2グループだけですけれども、それが今後行政の方たちといろいろ連携をとりながら、こういうのも足立区全土に広まっていければいいのかなと。

グループの中で、主治医の先生がどこか学会へ行ったとか、そういったときにグループの誰かが看取ってくれるというようなことも当然出てくると思いますし、施設の中でも施設で管理医ということで我々ドクターは関係してきますけれども、そこでどうしても看取りが出た場合に、そういうグループの先生にお願いするということもできるのではないかと考えております。まだ今構想の段階で、これからそれをどういうふう実現していったらいいかということで、そういうことも含めていろいろとご相談していければと思っています。よろしくお願いいたします。

太田部会長 ありがとうございます。

副部会長には後で御発言いただくとして、鶴沢委員さんからお願いします。

鶴沢委員 多職種連携研修会、先ほどもちょっと触れましたけれども、私も去年まで参加していて、顔の見える関係ということで、とてもこれはいいなと。今度からブロックごとという話が出ている中で、今ケアマネジャーの勉強会の中でもそうなのですけども、これだけの大所帯を一つの箱の中でというのはなかなか難しい点もあるので、ちょっと運営が大変なんですけれども、小さなエリアごとに分けて、地元に着したほうがより密度の濃いやり方、関係が築けて、また、より深まるなというふうな感触は居宅介護支援部会の中でも同じようなことをやっております、できたら足立はちょうど5ブロックというものがあるものですから、その中でより深めていけるといいなと思っています。実は参加の呼びかけのときも、自分の地元でやるのだったらぜひ出たいというような意見も多数出ているものですから、今後そんな検討もしていただけるといいのかなと思います。

あと、いろいろな医療機関さんで独自に地域に向けた研修会というのを開いていただいている、ところどころ私も出たりするのですが、先ほどの認知症の話にもちょっと関連して、そこにどう、当事者はなかなか難しいにしても、家族の方、サービスの受け手側と一緒にやっていけるかということも、最終的にはそれが看取りの準備まで含めての下地になるだろうなと思いますので、サービス事業所、サービス提供側のほうが何となくこなれてきた段階で、今度はぜひ受け手側のほうに何か向けて取り組みができるといいなと感じています。

太田部会長 ブロックレベルの、少し具体的にサービス側とその家族、地域のひと。

鶴沢委員 はい。

太田部会長 ありがとうございます。

それでは、浅野委員さん、お願いします。

浅野委員 私も皆さんの意見を聞いていて思ったのが、やはりユーザーというか利用する側と、認知症もこれから問題になってくると思いますけれども、緒方委員さんから出ていたときに、やはりみている方がこういう話し合いというか、多職種連携だけでなく家族会とかそういうところで私たちが意見を聞けるためには、24時間みている人がどうすればそういう会をつくれるのかなというので、ちょっと考えさせられるところがありました。できればそういう方の意見を、介護者の意見ってすごく大切だと思うのですが、なかなかその部分は聞けなかったところが、ちょっと抜けていたのかなというふうにも思いました。それが一つ。

あと、柏のお話の中で、プロジェクトの中で将来的にどこを考えたらいいかということで、結構13ページぐらいから将来的な計画が出ていましたけれども、やはり元気な高齢者のセカンドライフとか、高齢者の住まいとか社会参加ですね。予防とそういうところ、それから働く人間ですね。介護として働く私たち人間とこれからの未来を背負っていく小さなお子さんたちも含めて、足立区に住んでいてよかったとか、安心して住めるとかというところが最終的な目標になって、多くの人間がここに住み着いていただけるといいまちになるのではないかなと思いました。そこは忘れてはいけないところだなと思っています。

太田部会長 ありがとうございます。

では、伊藤委員さん、お願いします。

伊藤委員 看取りというところだと、少し前は特養の入所者の多くの方々が、老人病院だとか老健さんとか、特養に入るまでの入所待ちのような形でいらっしゃった方が多かったように記憶しているのですが、最近の入所傾向を見ますと、在宅からの入所の方がふえてきたということが実感としてあります。在宅で介護されている御家族の方も介護力が劇的にふえているということはないと思いますので、恐らくぎりぎりまで介護と医療の連携によって在宅での生活が今はかなり可能になってきているのではないかなと感じております。それでもどうしてもやむを得ずということで、特養の入所者も在宅からの方がふえてきているのかなと思っております。となると、特養の役割も大分変わってきて、ぎりぎりまで在宅で生活できるようになると、どうしても要介護度4以上の方が中心になって入所されてくるということで、看取り介護がどうしても必須になってくる。やはり積極的に看取り介護は行っていくべきだろうと思っております。

実際、協力病院の先生方も熱心な方が多くいらっしゃいますので、死後の診断書、以前はなかなかこれが課題であったのですが、その辺の課題についてはクリアできるようになってきました。逆に今現場での課題となっているのが、先ほど須藤先生のほうからもありましたけれども、介護職の疲の吸引だったり、介護職が今後担う医療的な行為について少しずつスキルを上げていかないと、在宅がどうしても限界があって、施設に入ってきた方の最後の終末の場としての役割が担えないのではないかなと考えておりますので、在宅生活をされて、最後やむを得ず特養でという方に対しても、より在宅に近い看取りのあり方を考えていかなければいけないというふうに、きょうの皆さんのお話を聞きながら感じたところです。

太田部会長 ありがとうございます。

それでは、橋本委員さん。

橋本委員 実は私も、今、伊藤さんがおっしゃったような話のことをずっと考えていて、基本的にこれから出てくるのは、療養型病床群という形で今までやってきたものについては、ほとんどこれは期待できない。これは国の財政関係からしてもそういうものを減らして行って、看取りというのは最終局面の状況で、できる限り在宅でぎりぎりまで暮らして、緒方委員もおっしゃられたように直前になって入院して亡くなるみたいな、そういう形態。あるいは、そのまま在宅で看取りをする、そういうことを目指していくのがこの地域包括地域ケアにおける医療・介護の連携の役割だと思っています。

そういう意味では、特別養護老人ホームとか老人保健施設に対して、看取りに対して区はどのようなスタンスをとっていくのか検討していく必要があるだろうし、須藤先生がおっしゃっていただいたような研修の考え方であるとか、全くそれについてはインセンティブがなくていいのかという問題も含めて検討していく必要があるのだろうと思っています。

柏の、さっき須藤先生に聞かれて、すぐに答えられないというのは余り芳しくないことであって、柏がある意味目指すべき位置にあるとするならば、柏と足立区の状況を比較した一表みたいなものはやはりきちんとつくっていく。人口規模がどのくらいであって、何があちはできていて、何がこちはできていないのか、あるいは、医療連携センターについてはこういうふうなトライしている部分もあるとか、そういう分析をしたような表が必要だろう。

当然のように高齢世帯の単身化率であるとか、一般世帯の一戸当たりは、多分足立区は2.1 幾つぐらいまで来てしまっていると思うのだけれども、そういう変化表であるとか、訪問看護ステ

ーションは多分足立区は柏よりもより多くのものを抱えているのではないかと思う。そういう数の比較とかも、やはり到達点をきちんと分析した上で、どこが弱点かと。理想形を目指すには何を考えていくのか、そういうものの考え方をしていかなければいけないのだろうなというのは、私も含めて反省の意味で最後に発言させていただきました。

太田部会長 また次回にでもちょっと資料を出していただければ。

橋本委員 そうですね。柏のできていること、足立がここまで到達していること、そういう比較した表、それから基礎データについての比較表みたいなものをきちんと示して。

太田部会長 ありがとうございます。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 一つだけすみません。人口の1世帯当たりの人数ですけれども、柏市が2.34で足立区が2.04です。

橋本委員 2.04まで来ちゃったか。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 はい。

太田部会長 少し背景が違うかもしれません。

江連地域包括ケアシステム推進担当課長 それらの比較は、次回お示しさせていただきます。

太田部会長 お願いします。

それでは、和泉委員さん。地域の取り組みなどの視点も含めてお話しいただければありがたいと思うのですが。

和泉委員 地域の取り組みというより、去年、僕ここに出ていないので感想でよろしいですか。

太田部会長 はい、結構です。

和泉委員 先ほど話のあった多職種連携研修会というのを去年やったというお話がありましたけれども、こういうことをやることによって新たな課題が見えてくるのだろうなと思います。参加されている方たちもプラスになることもあるかもしれませんが、そこから出てきた課題というのをよく分析して、次の研修につなげなければいけないのかなと思うのです。それによって今後の在宅などのことにプラスになってくるのだろうなと。プラス思考で考えていかないと多分いけないのかなと。ここに出た方はお医者様であったり歯科医師の先生方であったり、現場で介護のお仕事をなさっている方であったりということで、自分たちの仕事は自分たちが一番よく知っているかもしれませんが、ほかの方の仕事というのは多分話をして初めてわかって、じゃあ、そこでどういう課題が見えてくるか、そこが一番大事であって、そこがきちんと把握できないと次に行かないのかなと感じました。

実は、私の親がこの春からやっとなり特養に入れたんですよ。それまで在宅でみていたので、すごく複雑な気持ちでお話を聞いていました。

太田部会長 よろしゅうございますか。ありがとうございます。

では、大高委員さん、お願いいたします。

大高委員 私の母親も特養に入って、その後、容体がよくなって隣の病院に今入院中です。親父もやはり認知症が進んで要介護5で在宅でいますので、そういった意味でいうと家族会そのものですけど。

先ほど、緒方委員からお話があった、看取りのときにどうしても病院に運ばれてしまうということ。きょうは酒井先生がいらっしゃるので、法的な問題をきちんと整理しておかなければいけ

ないのだろうと思います。本人は病院に入って医療効果が上がらないから在宅に戻りました。当然、在宅に戻ったときに、例えばがんが末期であれば、もうお家で死にたい、看取ってほしいんだという意味を持って在宅になった。在宅になって意思がしっかりしているときに、看取りをやってくれという意思表示をきっちりするかしないかということが重要なのだと思うのです。意識が昏迷してしまって、わけがわからなくなって虫の息になったときに、家族が大変だということで救急車を呼べば、また病院に運ばれてしまう。これは当たり前のことですから、そこら辺はエンディングの仕方について足立区ルールみたいなものをきちんとつくるべきだと私は従来から思っていました。

その部分はさておいて、区内の地域包括ケアシステム、特に在宅医療については、例えば須藤先生であったり、柳原病院の訪問医療をやっている特定の診療所であったり、それから、病院が訪問看護ステーションを抱えているような、例えば等潤病院の伊藤先生のようなところがあったり、現実には長々とやってきている歴史がありますから、そういったところの先生方のお話をしっかり聞いて、今現在どういう課題があって、何がリソースとして足りないのか。または、本当だったらそこで在宅医療を受けている家族の方にインタビューをして、何が困っているんだということを集めるということ。柏のリポートもこれはこれで貴重ですけども、やはりそれを事務局のほうでしっかりやるべきだと思います。

それを踏まえた上で、例えば須藤先生のような診療所の規模だと、在宅の医療、在宅の看護が1週間何人ベースでできるんだということを集めれば、足立区全体として今現在のリソースの中で在宅のケアが一体全体何人までできるんだというリミットも出てくるのだろうと思います。そうすれば需要と供給の曲線の均衡しているところまではオーケーなんですけど、これから在宅のケアが必要になってくる人が爆発的にふえるということを考えると、均衡点が左ずれ、ないしは右ずれするわけですから、その乖離している部分をどうやって埋めるんだという具体的な議論になってくるのだと思います。柏に行くのはいいですが、自分の足元をしっかり見るべきだと思います。これは事務局のほうに強く要望したいと思います。

それから、資源マップの関係ですが、これは区が情報を収集してつくるのは全く意味がないと思います。なぜかということ、その資源として登録されている事業者であったり医療機関は日々更新をしていかなければいけない状況になるのだろうと思うので、フォーマットをつくるのは役所がやってもいいと思いますけれども、そのフォーマットに従ってそこにデータを入れていくような内容を埋めていく作業というのは、それぞれの事業者、それぞれの主体がきちんと責任を持ってやっていただくという仕組みにしていけないと、いつまでたっても情報の整合性がとれなかったり、または、いつまでたっても正しい内容になっていけないということが、行政として責任を負い続けなければならないようになりますから、やはりそのデータの持ち方の仕組みについては、よくよく考えるべきだと思います。

最後になりますけれども、やはり在宅を可能にするためには、橋本部長の話としてちょろっと出ていましたけど、やはりまちづくりであったり住宅政策なのだろうと思います。これは行政がしっかり責任を持ってやらないといけないと思います。特に3万戸を超えるような集合住宅を抱えている区内ですから、しかも公営住宅のレベルを考えると、誘導施策的にその公営住宅の中でしっかりとした在宅医療、在宅看護が受けられるような住宅づくりに誘導していくという責任は

絶対区にあるわけですので、そこは我々行政として腹を据えてやっていかなければいけないのではないかなと思います。多少耳障りなことを申し上げましたけれども、以上が所感になります。

太田部会長 ありがとうございます。

副部会長さんには後でまた。今までの議論で、何か追加でちょっとこの辺をもう少しというご意見がございましたらどうぞ。

須藤委員 実際に私も訪問診療、往診をしておりますけれども、先ほど大高部長さんからお話がありましたように、主治医としてしっかりとどういう方向で見ていくのかというのを我々としては常に家族の人と話し合っていきます。その中で、末期の人はそういうことで病院に行ってもしょうがないねと、お互いに同じ考えを持ちやすいのですけれども、やはり COPD とか呼吸不全で在宅になった人は、これ以上よくなれないけれども入院すれば治るのではないかなというような気持ちを持っておられる家族の方もいらっしゃいます。そういうときに、突然窒息してしまったりすれば家族はびっくりして救急車を呼んでしまう。ただ、そういうときに主治医がしっかりしていれば、この前、私の患者さんで救急隊が駆けつけたんですけども、救急隊を帰して、そのとき事切れていたものですら、そこで看取りをやったということもあります。

それから、喘息の患者さんで、やはりこれも肺炎と窒息だと思うのですが、介護の方が来たら倒れていて呼吸がとまっていた。で、救急車を呼んだ。病院で死亡確認された。警察が介入して、主治医でこういう方がいるということで連絡がありまして、警察署でどうも傷害は考えにくいということになったときに、主治医が呼ばれていって警察署で死亡診断書を書きました。その方は警察からおうちに戻られたというようなさまざまな事例がありますので、そういうものを知っていただいて、そのときそのときで一番いい方法がとれるようになっていくのが一番いいのではないかなと思っております。

それから、訪問診療をしてくださる医師がまだ足立区は本当に少ないと思うのですが、アンケートをとりますと、自分の知っている患者さんなら、往診としてだったら行ってもいいかなというふうに考えられている先生も結構いらっしゃいます。そういう先生が少しでも在宅医療ということに関心を持っていただければいいのかなと。これは、これから我々医師会の仕事、在宅医の育成というのが一番の仕事ではないかなと思っております。

太田部会長 ありがとうございます。

ほかに何か追加で御意見があれば。

鶴沢委員 先ほど吸引の話が何度か出ていたのでつけ足しますけれども、現場の所管としても必要なことだろうし、在宅の方でも今は家族なり一部の業者さんしかできないという現状の中で、はがゆい思いでヘルパーさんたちもいるというのはあるのですが、もちろん研修を受けなければいけない。その研修自体が高いハードルだということもあるのですが、例えば認知症の問題として、これについて先ほど橋本委員さんもおっしゃっていましたが、何かインセンティブがないと、なかなか事業所としては、そのリスクをとって今の研修体制の中でやるにはまだ一つハードルがあるのだらうかなと思いますので、そういった研修の体制をつくと同時に、実際に実行する上ではもうひと工夫必要なんだろうなと感じているところです。

あと、人材育成のところですけども、今後、学校なんかも足立区にできるところで、どこの団地が忘れちゃったけれども、やはりプロだけが介護人材ではない、地域のコミュニティもまた今

の形でどうつくるかというところが大事というふうに感じているところですので、例えば若者層を取り込む上で、あいている団地をリノベーションして学生さんに安く貸して、その団地の中の一部をちょっと手伝ってもらえるような仕組みをつくるとか、土地の面とか物価の面とかも考えて、いろいろできることが足立区にはあるのかなど。なのでいろいろな方向から検討していくことが最終的には医療・介護の連携というか、利用者さんの QOL を高める結果になるのだらうなというふうに感じています。

太田部会長 ありがとうございます。

花田委員さん、何かありましたら。

花田委員 多職種連携研修会に僕も何度も参加させていただいているのですが、そこでよく歯科に対する要望で、口腔ケアをお願いしたいというのを聞きます。歯医者の方も、訪問診療というと、ふだん自分が診療所でやっている入れ歯をつくるために型をとるとか、歯を抜くとか、虫歯を削るとか、それとまるっきり同じことを施設なり患者さんの自宅でやるのが訪問診療だと思いついて入っている人が多いです。そうすると、歯の診療に通うことができないような人は、全身のリスクなりがあって、おうちではふだんやるのと同じことはできないので、そういう方に関してはせめて口腔ケアをお願いしたいという要望があって、でも歯医者の方は、いざ訪問診療に行ったら歯を削らなければいけないんでしようというふうに思いついて入っている人が多いので、その辺を歯科医師会のほうとしては、いつも訪問診療に行ってもらう先生には、入れ歯の処理ぐらいでしたらリスクは少ないですけれども、実際に行つてふだんと同じようなことをやってくださいと言うわけではなく、できることをやってくださいというのを周知しているのですが、なかなかその辺が伝わらないところでもあります。要望としてあるのは、先ほど申し上げましたように、歯の治療をしてくださいというよりは、口腔ケアをしてくださいという要望が圧倒的に多いので、そうすると歯科医師会に訪問診療の申し込みがあったときにも、口腔ケアというのはこの程度のこと この程度という言い方はよくないのかもしれませんが、こういうことをしてもらえればいいんですよというのを歯科医師会の歯医者の方にこれからちゃんと周知しなければいけないですし、実際に虫歯が痛いから来てくださいという依頼に対しては、できることは限られますよということも、申し込みがあったときにお話ししていかなければいけないところかなと思っています。

太田部会長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。

では、酒井委員さん、お願いします。

酒井副部会長 きょうは柏の調査ということで見させていただいて、確かにすばらしい人や物、お金を投入しているというのもあるのかと思うのですが、ないものねだりはできない。その中でも結果的にこのような在宅看取りというものがふえているということは、やはり足立区においても可能なのだらうなというふうにも思いました。

それから、今もう既に医師会とかの中で、クラウドを利用したシステムとかそういうものができていて実践されていて、これを広げていくことで柏のような数字だつて出せる基盤はつくれるのかなというふうに思っています。そのときにやはり大事なものは、不審死と思われるような在宅看取りの現状に近いので、そのような状況であれば在宅看取りを勧めても当然受け入れてはもらえないのかなど。そうすると、先ほど鶴沢委員が話していたように、やはり体制をつくって用意

されていますよと言わなければやはり乗っていただけないので、卵が先か鶏が先かですけれども、やはりこれは先に体制を整えてご提供しないとふやせないのかなというふうには思いました。

あと、資源マップに関してですが、安易に現状の気持ちがあらわれている。往診にしてもそういった点でやる意識とかが出ているという部分だと思うのですが、これは各医院とか団体が自分たちのホームページで最新のこういう情報を載せてくださいと区のほうから言っていけば勝手に最新情報を載せていくので、そういう意味では、フォーマットを考える際のいい資料になったのかなというふうに思っております。足立区は侮れないので、多分時間はかかると思うのですが、足立区自身を見ていけば、委員からいっぱい出ていましたけれども、見ていけば柏に負けないいい看取りは達成できるというふうには思いました。

太田部会長 では、山中先生、お願いします。

山中副部会長 私は皆様方の意見をお聞きしまして、大高部長さんの言うとおりでなと思って聞いていました。柏市は、資料7ページ、8ページにありますけれども、在宅医療に取り組むぞということで、それがいいか悪いかというよりは、それを推進するモデルなんだということで始めたと理解しています。

在宅医療の上から2行目のところに、「在宅医療を行う医師等の増加」というのを最初に掲げていますけれども、行政と医師会が在宅医療を引っ張らないと在宅医療は普及しないという、そこに多分原点があったというふうに理解していますので、多職種連携研修会のやり方もおのずと在宅医療に参入する医師をふやすというところに主眼があって、いろいろな職種が連携するということは確かに大切なんですけれども、みんなで連携して医師会の先生方をサポートする、援助するからやってくださいというような、そういう機運をつくろう、盛り上げようということが恐らく原点だったのではないかと思います。それが何年も続けているうちにだんだん発展的に広がってきているというふうに理解しております。

ですから、その視察の報告でも、多職種連携研修会のやり方が違うというのは、狙っているところが違うということがあるので、そこが大きいかなと思いました。医師会に頑張ってもらいたいということもあると思うのですが、8ページの柏市在宅医療介護多職種連携協議会の下にいろいろな3つの部会が置かれていますけれども、その3つの部会長はたしか柏市医師会の先生方に担っていただいていると思います。なので、いろんな部門においても、医師会の先生がリーダーとして引っ張ってくださいというメッセージとしてこのような体制がつくられているという背景がございます。

そういうふうに考えますと、柏市と足立区の状況というのは違うのではないかなと。人口密度も若干こちらのほうが多いのは実感できますし、人口構成ですとかその辺も違いますし、利用できる医療資源、介護資源というのも違うと思います。そこで、恐らく柏市が参考になるとしたら、お手本にするというのではなくて、柏のようにどういう政策・戦略を立てて進めていくのかというところをしっかりと話し合う、立案するということが大切だろうというふうに考えております。柏はそういう事例もあるということで、一つの視察ということでよろしいのではないかなと捉えておまして、これから必要なのは足立区の政策、在宅医療、高齢者に対する政策・戦略をどのようにつくっていくかということにあるのだろうと思っております。

太田部会長 ありがとうございます。戦略的な意識が必要なのではないかとということでござい

ます。

ここまでの経過で何か御意見ございましたら。

それでは、きょうは推進会議そのもののあり方について大変議論が深まったような気がします。もう少しこの推進会議でやるべき内容というものを明確にしたほうがいい。しかもここで全てやるというよりも、柏市から学ぶのだったらこれの中に部会とか何かのこともあるだろう。また、この推進会議の中に家族の問題をやはり位置づけるべきだと。それから、人材育成の問題、特に介護職ですね。恐らく足立区が地域包括ケアシステムを5年先動かして行くためには、何万人という介護職が必要ですよ。維持しないと。それをどういうふうにつくっていくのか。そういう意味では若い人の理解とか、いろんな理解も必要ですので、人材のことも部会の中で少し検討すべきではないかと。

それから、研修のあり方についてもかなり具体的に御議論いただいたと思います。研修の全体の位置づけと、もう少しほかのほう、それから本体の位置づけを戦略とあわせて位置づけをしたほうがいい。多分いろんな意見を区のほうで集約されて計画されていくと思うのですが、その中で何人か作業部会なんかもつくって御意見をいただいて、それを具体化するということでもいいかなと思ったりしました。

それと、全体とブロックでもうちょっと何かできないか。私も江戸川区にかかわったことがありますが、50万、60万、荒川は20万弱ですので、10万、20万の市とはやはり違うんですよ。だから、もう少し地域的にどうするかということも検討課題で、地域的に行う上でもそれぞれの介護の先生とか、それから介護の事業所でもかなり実践をしたり、地域の活動でいろいろ活発にやっているところもあると思うのですが、そういう実態も含めてここに出してみんなで学んでいくという、そんなことをやりながら少しずつ各ブロックに落とししていく。しかも、本当はできれば足立区のモデルのように一つやりながら、またほかの地域にも進めていくという、そんなことも考えてもいいのではないかなという感じがいたしました。

地域づくりも含めてこの推進会議を進めていく。そんなことで少し事務局のほうとも御相談しながら論点をまとめさせていただこうかなと思っております。大変実りのある会議だったと思います。後でまたマップのアンケートが来ます。その後に方向が皆さんに提示できると思いますので、また次回にでもそれを御審議いただこうかと思います。

以上で終わりたいと思います。ちょうど4時、4時前に終わるつもりでしたが、大変皆さん活発な御意見をいただきましたので、延長になりました。どうもありがとうございました。

では、事務局のほうにお返しします。

地域包括ケアシステム推進担当課 長時間にわたり御議論いただきありがとうございました。

次回の開催につきましては、詳細が決まり次第、御案内させていただく予定でございます。

区から謝礼をお支払いいたします委員の方で書類がまだお手元にある方は、事務局のほうまで御提出をお願いいたします。また、お車でお越しの方、駐車券の御用意がございます。あわせて事務局にお申しつけください。

それでは、これにて閉会をさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。