

平成27年度第2回府中市在宅療養環境整備推進協議会 会議録

1 日 時 平成27年8月6日(木) 午後6時から午後8時30分

2 会 場 府中市役所 北第一会議室

3 出席者〈委員〉

太田会長、櫻井委員、松尾委員、米田委員、宮田委員、森委員、
鈴木委員、山岡委員、清野委員、中山委員、岡本委員
〈事務局〉

福祉保健部：遠藤次長

高齢者支援課：安齋課長、鈴木課長補佐、石谷主査、保坂事務

4 欠席者 4名 山口副会長、長瀬委員、松本委員、正木委員

5 傍聴者 2名

6 議事前 開会

本日はご多忙のところご出席いただき、ありがとうございます。

ただ今から、平成27年度第2回府中市在宅環境整備推進協議会を開催させていただきます。

委員の欠席につきまして、山口副会長、長瀬委員、松本委員、正木委員から欠席のご連絡をいただいております。

なお、本日の開催につきましては、当協議会の設置要綱第6条第2項に基づき、15名中11名の委員にご出席をいただいておりますので、過半数に達しておりますので、本日の協議会は有効に成立していることを合わせてご報告申し上げます。

続きまして、本日傍聴を希望されている方が2名おります。傍聴の許可について、当協議会の判断をお願いいたします。

傍聴が認められましたので、これより傍聴者に入場していただきます。

7 議 題

(1) 多職種参加の事例検討会について(報告)

会 長 第2回では、第1回の振り返りを行い、今後について考えたい。
始めに、レジメに沿って資料1の「多職種参加の事例検討会」
について事務局より報告をお願いします。

事 務 局 資料1をご覧ください。

7月14日に行いました、多職種参加の事例検討会について報告させていただきます。

今回、COPD悪化状態で日中独居の高齢者を支える事例を通してというテーマで事例検討会を開催しました。

申込みが事務局の予想を上回り160名以上の申込みがあり、会場のスペースの問題で、130名に調整をかけさせていただき、職種ごとに5～10名、18グループに分かれ、グループワークを行いました。

事例検討会の進行については、清野委員にお願いし事例紹介のあと、各グループに「ケースの方向性」「支援体制」「多職種

との連携」についてグループワークをしていただきました。

発表に関しては、各職種1グループずつにお願いし、他のグループから補足や意見等がありましたら追加で発表していただくこととしました。発表については、「他の職種の意見が聞けて良かった」「多職種・同業種の意見について貴重に感じた」「多職種の視点の違いをグループワークの発表を通じて意識することが出来た」等の感想がありました。

その後、アドバイザーの武蔵国分寺公園クリニックの名郷先生から総評や、名郷先生が取り組んでいらっしゃる在宅医療の支援感についてお話しいただきました。

名郷先生の例えですが、「床屋で死んでもいいんじゃない」というありのままを受け入れるといったお話が、多くの受講者の印象に残った様で、沢山の方が感想に記載していらっしゃいました。「もっと先生の話が聞きたい」「続きが聴きたい」といった感想もありました。今後の多職種の研修会について事例検討会や、名郷先生の講演会等の意見がありましたので、アンケートを参考に検討していきます。

また、多職種との連携の中で、サポートしてほしいことや、聞きたいことについては、事務局がそれぞれの職種に意見を聞き、結果を受講者に返していきたいと思っています。

会 長 事務局として参加された、清野委員、宮田委員、鈴木委員、山岡委員、感想を聞かせていただきたい。

G委 員 司会を担当。ケアマネジャー中心の場面が多いが、日頃から会う機会のある、通所・訪問介護事業所の方も大勢出席しており良かった。

F委 員 参加者が予想以上に多く、また時間が短い事による消化不良が否めなかった。次回に上手く繋げて行ければと思う。せっかく多職種の意見が聴け、自分達の職種は多職種にどうサポートして欲しいか等をもっと詰められる時間があればもっと良かった。

I委 員 消化不良位の方が次回集まりやすい。充実していたけど一歩足りない辺りがちょうど良かった。余計に次回に期待するコメントが多く感じられたのではないかな。事例自体は、落ちていくのかなと思わせておきながら、皆で工夫していったら良くなったケース。

名郷先生は、「落ちるもんなんだから何処でもいい。人間いつかは落ちる」とコメントしていた。そこで落ちるか、工夫したら治っただけではなく、チームで意向を固めもう少し工夫出来るところが無いか考えてみることや、ソフトランディング出来るように向かって行くなど、チームで意向を揃えていくんだという光の道筋が見えたのではないかな。各職種が頑張るだけではなくみんなで方向性を揃えて一つの方角に向かって一緒に協働していくヒン

- トの種がまかれた感じがした。
- B委員 事例提供したが、困ってみんなの意見が聴きたいといった事例検討ではなく、それぞれの専門職が関わっている以上、何かの際には専門的な意見が簡単に聞ける関係性の構築が図れる検討会になった。
- 会長 160人の応募と、ここまで多くの人が集まったのはなぜでしょう。
- F委員 ケアマネ連絡会で主催した多職種が集まりや、ワールドカフェもあり意外に興味を持ち始めていると思う。
- G委員 検討会などには出席するという流れが出来始めている。定員の削減では、ケアマネ事業所1名にした。他の職種も予想以上の出席で驚いている。中でも、薬剤師が多く出席しており、意見や見解が斬新であった。
- 今やっと繋がった輪が今は一重だが、場所場所ではそれが少し太くなっていたりする。名郷先生は、歯科医師会がたくさん出ていることに驚いていた。日頃より、歯科医師会の方が多く参加してくれ嬉しく思う。
- I委員 専門職の立場で言えば、新しい所が増え地域に繋がりを求め出しており、参加が多かったように思える。
- 連絡会がコンスタントに開催されることにより、周知の声掛けをした所、各ステーションというよりは、一つのステーションから複数名参加するとか、リハビリの方の集まりが無いが、訪問リハの参加が多く特徴的であった。ステーションは、時間帯でやる集まりが無かったが、今では多職種連携で繋がっていきこうと気風が変わってきた。
- 会長 他の市長村と比べどうか。
- I委員 行政がかなり主導的に動いている所は桁が違うが、各職種で自主的に連絡会が行われ、風土の空気が変わってきた。
- B委員 専門職の立場になってしまうが、医療との連携が苦手ですら良かったら良いか常に悩んでいる。多職種（医者・薬剤師）と今まであまり関わっていない人にとっては、参加があると聞いただけで、「参加したい」といった気持になったのではないかと。少しでも関わりが出来て、「この先生なら話が出来る」「この薬局にだったら頼める」「自分の業務がやりやすくなる」と考えての参加も多かったのではないかと。
- M委員 在宅支援診療所の先生が出席されており、話の中で、施設中心ではあるが、これからは在宅も手掛けて行こうと考えていた。複数の先生と話せ有意義ではあったが、もう少し在宅支援診療所の先生が出てくれれば話しやすい。府中市には、あまり大きい在宅支援診療所がない。名郷先生の話では、5人の医師で150人の

在宅を抱えている。これだけ大規模な在宅支援診療所があると多職種の連携もより進めやすい。

J 委員 8名参加し、色々な職種の方と事例を通して検討できてよかった。B委員の話にもあったように、医療職との繋がりには主治医が中心になり広げていけると良い。嚥下から口腔ケアの体制が整うようにしていくので利用して欲しい。

L 委員 大勢の多職種が参加していたので、参加出来ると良かった。

E 委員 事例が良かった。プロフィールが、旦那が借金と女を作って出て行き、息子と本人が懸命に働いた。息子と本人の思いがある中で、こういった家族のストーリーが、医療と介護の連携の中でどの様に思いが実現していくのか、市民の方に伝わっていくことがこの先必要である。

会 長 この事例を取上げた理由は。

B 委員 事例選びの話し合いをした際、出来るだけ色々な職種が関わっていて、最初駄目だと思っていたが、諦めないで皆の力が合わさり元気に復活したあまり例のないケース。

I 委員 重度で看取りかもしれない状況の中、日中独居で、皆ひやひやしながら関わっているようなケースであった。ヘルパーがみっちり入り、ナースやドクターが頻回に入るといったように、多職種を投入すればいいということだけではなく、この家の何を大事にしていくか共通認識を持って関わった所が事例として特徴的であった。

会 長 市民や家族にこのような事例があり、暮らし方がある事を知ってもらうことで、家族もこの位であれば出来ると思う。機会があれば委員にも参加してもらえればと思う。次回はいつ行うのか。

事務局 今後も四半期に一回程度勉強会・事例検討会を開催していこうと考えております。次回については、名郷先生に続きの講演を行っていただく事も踏まえ、準備会で決めていく予定でおります。

会 長 多職種の事例検討会が定着したように感じた。また、市内の在宅支援診療所の先生が出やすい条件や、先生の力をどの様に引き出して協力してもらうことが出来るかを講演会でも構わないので検討してほしい。

I 委員 複数名体制で24時間対応可能だから良い在宅医療を提供してもらえとは限らず、そこのチームワークが上手くいっていないと難しい。在宅支援診療所で複数の先生が関わる事にも良し悪しがあり、一人で開業している先生の方が細かく、家族も含めて診てもらえる場合もある。その為、大規模でないと駄目というわけではなく、医師会によってはクリニック同士が協力している場合もある。一歩踏み出しやすいように工夫し、より良いケアが市内の中で提供できればと思う。

(2) 府中市における在宅療養を考えるについて

事務局 前回の協議会では、委員の皆様より、府中市における在宅療養に関しての現状と課題、理想とあるべき姿についてそれぞれのご意見をいただきました。今回は、皆様から頂いた意見を大まかな分類でグループ化しています。資料2は、委員の皆様からいただいたご意見を大まかな分類でグループ化したものでございます。本日はこの府中市の現状と課題について、「府中市はどんなところが問題で改善すべきか」、「この部分が不足しているので力を入れて取組んでいくべき」など、より具体的になるよう皆様にご意見をいただきたいと存じます。

会長 報告書をまとめたいと思う。ネットワークに関することは、定着してきており、資源調査も進み、窓口についても包括で作られてきている。課題と思うことを出し、今後どういう所を煮詰めたいか意見を出し合ってほしい。

介護保険の制度改正で地域支援事業の中に生まれ、新しい体制になってくると言っているのか。

事務局 地域支援事業の中に、在宅医療介護連携推進事業ということで位置付けられますので、いつから開始するかはっきりとお伝えすることは難しいのですが、30年4月を待たずに準備できた時点で、地域支援事業に移行していく予定であります。

会長 協議会は、今年度で任期になるが、方向として地域支援事業の中に位置づけられていく。

C委員 在宅の医者が少なく、病院の立場だと総合病院から一般病院は割と円滑に移行されている。在宅にも行っているが直接連絡してくることが少なく、どのへんに困っているか伝わってこない。情報は訪問看護から入ってくることが多い。訪問看護を媒体として情報が入って来るのはいいことだが、ある程度形が出来ている所から徐々に始めていくのも一つではないかと思う。

アンケートでは訪問医療はあまりと言っているが、往診を実施している医療機関は多数あり、多いように思える。往診医に枠をもう少しとってもらえると。恐らく、急性期の病院からそこに働きかけるところが難しい。そこに医師会なりがどの様に連携をとっていかうかが大事かと思う。

B委員 ケアマネジャーが無理だという壁を作ってしまったのではないかと感じる。

会長 退院前のカンファレンスに入りにくいのか。

B委員 退院前のカンファレンスの声掛けがあれば参加出来るが、病院にお願い出来ないケアマネジャーが多く、課題でもある。

I委員 ある程度在宅サービスを使っていて訪問看護などが入っていた

りすると、病院で入院前の状態より悪くなった時に在宅は無理ではないかと思うが、カンファレンスがあれば、「こうしたら家で過ごすことが出来るかどうか」とフィードバック出来る。しかし、生活や医療をアセスメントして持っていく目線が無いと、家族がこの様な状態では連れて帰れないとなる。病院側も、重度な状態になったとしても帰れるイメージを、もう少し病院と在宅の距離を縮めていくことも課題である。病院側も、この状態で帰せると思っていない事が多々ある。

また、何を優先にするか。病気の管理としてはよくないかもしれないが、患者の人生を考えた時に、治療の質は落ちるが家での生活を大事にしようなどの選択肢を出せるかどうかで全て決まる所もある。もう少し多職種交流でのネットワークで「退院時の連携」とあるように、病院等との距離感を縮めていく必要がある。実績があると、「こういう状態の方が帰られましたかどうですか？」と、病院からもケアマネジャーに働きかけることも出来、多職種の会議を通じて重度の方でも在宅で暮らせると知り、スキルアップしていけば少し提案も変わっていくのではないか。多摩総合医療センターが重度でも末期でも色々な所に繋いで在宅に帰していく。むしろ地域の中核で健闘している病院やクリニックの方が、連携室の環境が整っていないからか、連携が不十分である。多摩総合医療センターや大学病院の地域連携室が関わり、退院支援に慣れた人達がスキルアップしていけるような所があるとやりやすい。両方が歩み寄りなければいけないのかと思う。病院側は早期退院をさせなければいけない保険上の背景などがあり、患者にとっても長居していいことがあるとは思えないので、まずはお互いの状況を知ること。多職種会議で連携するとき病院を巻き込めればと思う。

会 長 ここまで出来るという確信がないと進んで行かない。そういう意味では、前回会議のあるべき姿にあった「たまに入院、ほとんど在宅」のケースが実感してわかる。たくさん事例が積み重なってくると確信になる。

I 委 員 在宅が選択肢として凄くアンバランスな状態にあるのかと思う。24時間チャイムを押したらヘルパーが来てくれるとか、環境が安心という方は、療養型や有料を選び、家は必ずしも自宅ではないので、暮らせる場所であれば何処でもいいのではないか。

今の現状だと、在宅でここまで出来るという所が選択肢になりきれしていない気がする。一部だけが頑張っている。他では、本当は家にいたいけど選択肢が示されないがゆえに入所や入院するしかない。経済的に余裕のない人達も増えて来ると思うと、病院もキャパがあり経済的にも難しいとなった時に「お金が無いから家に

居る」人達の生活の質を何処まで担保出来るかが課題になってく
ると思う。

会 長 在宅のところは、サービス付き高齢者向け住宅とか有料とか小
規模、老健を含めて仕組み作りをどのように広めていくかが課題
となっていく。

G委 員 多摩総合医療センターの近くの包括で、50代の方がご自宅で
亡くなられたという連絡が、3件くらい立て続けにあり、そのつ
どお医者さんや、看護師さん、多摩総さんに初めに繋いでから、
「後はケアマネだけ探して」と言われる事が多い。末期がんの方
の在宅介護が増えているのが実感であるのと、平均寿命が上がっ
てきているから90越え、だんだん具合が悪くなり、普段は家に
いるが、風邪をひいて肺炎になって2～3か月ほど入院し、良くな
ったから自宅に戻ってきて…のサイクルが短くなり、たまに入院
の期間が縮まってきて最後亡くなる方が実感として増えてきて
いる。

病院側がお膳立てしてくれた医療機関をそのまま使わせていた
だいている分には、包括としてはケアマネを探すくらいしかやる
ことがないのですが、お膳立てして頂けない遠方の病院から戻さ
れてくる方に、「府中の事はわからないので、そちらでお願い」と
相談されるケースもあるので、在宅をして下さるお医者さんがい
るとか、訪看ならこういう人達がいるなどのまとめられた情報だ
けではなく、その人達がどういう風にして下さるのか、実際に1
ケース1ケースきちんとやって、わからないと駄目なのかなって
思っています。

会 長 ある程度、具体的なケースを想定しながら事例を作っていくの
か。

C委 員 恐らく医者立場から言うと、在宅に戻りますといった所で、
「何処までしていいんだろう」。看取りといっても、肺炎を繰り返
すような人を入院させるかどうか。熱が出てきたから肺炎かもし
れない。治るかもしれないし、治らないかもしれない。在宅で診
ていて万が一を考える。我慢したがゆえに絶命されると万が一と
なる。医者のコンセンサスもとれていない。在宅で、どれを看取
りと判断していくか、医者同士それぞれの意見の相違がかなりあ
る。そこにも問題がある。医療における支持の発信源が医療機関
によってさまざまであり、そこにも問題がある。

I委 員 何処まで治療を踏み込んで行かうか、何処まで看取りなのか難し
く、在宅で診ていても老衰に近いような、誤嚥性かなと思われる
ような肺炎を繰り返す方に、何処まで一時的な連携を止めて点滴
をし、駄目かと思ったら改善することもあり、エビデンスを揃え
づらい人達にとっては、医学的にどうかではなく、本人達がどう

したいかに尽きる。

在宅で、不安定な波を繰り返している方には、節目節目で病院行ったらこういう治療で帰れないこともあるかもしれないし、帰れるかもしれないので、この辛さを一時的に入院して取ってもらうことも出来るけどどうするといった話もする。それでも入院したくないのであれば、在宅で出来る範囲の治療だけで留める。医学だけで考えにくい要素も含まれており合議的にいくような形になるのかと思う。

G委員 最近多いのは、90越えの人達を60代の家族が介護されているケースで、親が亡くなると思っていない。家族は、「よくしよう・よくなれ・認知症を治せ」と言ってくる。「治らない」と言うと怒り出す事もあった。あるべき姿や在宅療養のアンケートにも多々あるが、人が亡くなることに対して非常に弱い。いずれ亡くなることを認識として、「人は亡くなる」ことを真剣に話していかないと、「何で助けられなかったんだ」と追及してくる家族にケアマネジャーや医者が遭遇すると凄いショックだと思う。この人はいつ亡くなるか分からないが、いずれ亡くなることをしっかりと理解してもらえそうな話が市民と出来るといい。

I委員 市民団体の勉強会で名郷先生に講演をしてもらった。亡くなるまでの過程をどのように過ごすかであり、90越えでも最新の治療を受けたいという方も中にはいる。その方に、「年だから辞めなさい」というのはおかしく、リスクを伝えたくて決めてもらう。

在宅看取りが着実に増えてきているが、まだ在宅で過ごせると認識がない方も多く、家でやれることやれないことをもっと広げていく必要があり、市民にも知らせていくことが大切である。

B委員 私達に関わるときは、在宅に帰ることを決定している方が多く、決める前の家族の不安を解消するための相談支援が必要に思う。

I委員 そんなに「大変大変」と心配しなくて平気と思える感覚が持てればいい。

会長 専門職だけの問題・理解ではなく、市民・家族の理解が必要である。

L委員 最期は病院での意識が強かったが、在宅で最期を迎える意識が少しずつ出て来ているように感じる。

会長 若者や子ども達の教育が凄く大事であり、発信出来る場を府中市の中でどう作っていくかが課題としてあるかもしれない。

J委員 日本は超高齢時代に入った。医療の進歩のおかげだと思う。欧米であれば寝たきりが少ない。日本の場合は平均寿命と健康寿命の差が大きく、その間の人々が介護を必要としていると言われている。徐々にそういう見方も減っては来ていると思うが、そういうところを一般市民の方が、病気になったら完全に医療機関で治し

てもらい植物状態になっても病院に居る、といった任せっきりの考え方ではなく、市民の皆さんの意識を改革し、名郷先生のような話を多く行うことにより在宅で最期を迎える意識を持った市民の人数が増える。

F 委員 家族の方達の考え方によって左右される所で大変な思いもしているが、意識が変わっていければと思う。しかし関わっている人達次第の所もあり、バラバラで行えれば家族も本人も上手くいかない可能性が高く、皆が同じ方向を向いて行えば家族も同意し、本人にも伝わる形にもなるかもしれない。

ヘルパーは在宅と決まってから入る。これから在宅に戻るという時、「病院で、家族含め多職種と話が出来て帰る場合と、出されてしまい、とりあえず帰る場合」の方とでは全く違う。

最初の説明や途中経過における関係者の説明の仕方、もっていきかたが大事に思う。その中でヘルパーの立場からすると、他の職種よりは回数多く入れる立場なので家族の気持ちを汲み取ったり、本人の状態を診る事が出来たり、気持ちを汲み取り方向性にも乗せられる立場でいければと思う。

会 長 訪問介護も医療との連携を学んだりする機会が増えて来たように思う。家族介護者や周りの人達の理解が無いと介護職も大変である。家族との間に入ってやり切れる介護職を育てないといけない。

F 委員 医療的な所にはいないので、逆に言えば家族と同じ立場で悩みや不安を共有し、医療職に繋いで行ければと思う。

I 委員 一方では、多職種の関わる中でハードルを下げて風通しをよくし、連絡をし合えるヘルパーさんが見かけた状況や家族の不安を聞いたりして、抱えている課題などを皆でシェア出来るようにすることや、機関ごとに退院支援をスムーズにしていくこと。また、なぜ地域包括と言われるようになったかといったら、区域で空気が違うからだと思う。中心部で割と若い世代も入ってきていて、呼び寄せ介護もあり、近所との繋がりが無いエリアや、農家が中心で介護者が比較的居るが地域の間も逆サービス入れづらい。

しかし、医療職であれば入りやすいなど地区ごとに必要なサービスが違うように思える。それぞれ求めるものが違うので、地区ごとの特徴とそれに合ったチーム作りを進めていかないといけない。

H 委員 社会福祉協議会の立場としては、支援者側が主人公ではなく、クライアントと家族が主人公である。事務局から話がありましたように、この会そのものが、間が空かないような形で地域支援事業に移行出来ればと思う。

理想と方向とあるべき姿で、自分の生き方や人生をしっかりと
言える方がいいが、判断能力が無くなったらどうするかといった
所があるので、元気なうちから終活や未来ノートの用意等の手立
てを発信していく必要がある。

会 長 上手く行かない人たちの支援をどうするか。柱みたいなのが出
来てきているように思う。

E委 員 在宅療養の窓口が4月から地域包括支援センターに置かれた。
効果があったのか、どの様に変わっていったのかが無いといけな
いと思う。現状、目に見えたものは無いかもしれないが、まとめ
ていく事により「やってみた結果どうだったのか」「ここにもう少
し力を入れていきたい」などの評価が必要かと思う。

G委 員 相談項目に、在宅療養に関することを追加し集約している。半
期や今年行ってみた結果で、在宅療養に関する相談が増えたのか
取りまとめられてくると思う。看護職連絡会で話をしながら窓口
が動き出したところである。

会 長 集計はまだかもしれないが、半期で報告してほしい。

事 務 局 相談件数についてはまとめる予定です。看護職連絡会の中で、
在宅療養に関しても退院支援や往診医などの相談といった複数の
項目があり、使いにくいといった意見があり、項目を精査して集
計がとりやすい状況にし、府中市にどういった相談があるのかを
相談の状況からも分かる様にして行きたいと考えています。

会 長 事例検討会もそうだが、多職種の実例検討が必要であり、課題
をまとめて次回の会議で煮詰めていきたい。

〈課題〉

- ① 病院と在宅との関係をもう少し具体的な検討が必要
- ② 医療機関・関係者の合意形成が課題（どの様な仕組みにするか）
- ③ 市民と一緒に考える機会
- ④ 地域ごとの特性をどう掴むか（特徴を掴むための資源配置）
- ⑤ 判断出来ない人たちの声を受け止める仕組み
- ⑥ 窓口の評価（資源調査の評価も入る）
- ⑦ 事例検討会の評価をどうするか

M委 員 地域ごとに様々な家庭環境があると思うが、医師会には在宅を
行っている医師が数十名居るので、地区を分け、在宅が必要にな
った時にまずは地区の医者に診てもらえるか確認してほしい。各
地域包括支援センターの担当エリアの中にどれだけか在宅を診て
もらえるかかかりつけ医がいるか分かるような医者のマップがある
と少し動きやすくなる。

緩和ケアの場合には、かかりつけ医での対応では難しいと思う
が、かかりつけで診ていた患者さんが在宅で看取りとなった場合
には、ある程度の間人間関係は構築出来ていると思うので対応も可

能かと思う。

- 会 長 マップはある程度できそうか。
- 事 務 局 地域資源調査を活かしたマップを作成したいと思っております。
超高齢社会の街作りフェスタを行う予定で、NPOが実際に取り組んでいますが、その中で、地域資源のマップ（医療・介護の連携）の要望があり、市役所で作成することになっております。
- 会 長 地域ごとの特性を工夫していくことが大事であり、次回の会議では資料として出してほしい。
- C委 員 地域特性が明らかになると話しやすく責任も感じるのではない
か。開業医も、地域で誰も看取ることなく亡くなったケースがあると心苦しい所があるかと思うので、個々に啓発からのアプローチをしてもいいのかと思う。
- 会 長 各包括支援センターで地域ごとの特性は分析しているのか。
- G委 員 高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画の協議会で、各地域包括支援センターごとに地域診断を行っている。
- 会 長 地域包括支援センターの地域と地区社協の地域配置しているのか。
- H委 員 一致していない。
- 会 長 資料として、地区の特性があると議論できる。
- 事 務 局 府中市では、生活圈域6市区で動いており、地域包括支援センターも東部・中部・西部で区域を分けそれぞれのまとまりで活動することも多くあります。
地区社協については、違う圏域で区割りが異なるので、地域包括支援センターの圏域としてまとめた地区特性として出していきたいと考えています。
- 会 長 地区割りについてはお任せしますが、社会福祉協議会の持っているデータも含めて作るといい資料になる。

8 その他

(1) 在宅療養に関する資源調査について（中間報告）

6月に各医療関係機関に資源調査の調査用書類を送付しております。現在の回収率については、診療所・病院 78.6%、歯科医療機関 76.6%、薬局 90.6%訪問看護ステーション100%、全体としては、81.7%となっております。

また、約20%の医療機関から返信が無く再度依頼をしており、ご返信頂いた後、集計して資源調査をまとめさせていただきます。今回、医療連携ガイドを作成するにあたりまして、居宅支援事業所の情報も併せて掲載する予定になっております。

(2) 市民向け講演会について

昨年度の最後の協議会の際に市民向け講演会ということで、ケアタウン小平クリニックの山崎院長にご講演いただきたく依頼いたしました。来年の2月27日の午後の予定で調整を行っております。

(3) 超高齢社会の街づくりフェスタ2015について

昨年度ワールドカフェ等と一緒に行いました、多摩総合医療センターの芝先生が中心となり、府中市市民提案型協働事業として実施を予定しております。NPOが中心となり、医療・介護の協力を頂いた方と打合せを重ねております。

(4) 第3回の協議会については、10月又は11月を予定しています。後日、日程調整に関して、調査票を送付させていただきます。