

平成 28 年度第 1 回練馬区在宅療養推進療養協議会 議事録

1 日時	平成 28 年 10 月 19 日（水） 午後 7:00～午後 8:30
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p><委員> 出席者：武藤委員（会長）、古田委員（副会長）、小山委員、本多委員、市川委員、関口委員、栗原委員、尾崎委員、下山委員、中村治委員、大城委員、山添委員、今村委員、中村哲郎委員、安井委員、中田委員、新山委員 欠席：干場委員</p> <p><事務局> 介護保険課長、高齢社会対策課長、医療環境整備課長、高齢者支援課長、地域医療課長 <オブザーバー> 欠席：久村様（東京都地域医療担当課長）</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	2 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<p>(1) 委員の委嘱 (2) 練馬区在宅療養推進協議会および専門部会について (3) 平成 27 年度練馬区在宅療養推進事業成果報告 (4) 平成 28 年度在宅療養推進事業スケジュールについて (5) 在宅療養・認知症専門部会からの報告事項 (6) 在宅療養推進のための取組について（意見交換） (7) その他</p>
7 資料	<p>次第 資料 1 練馬区在宅療養推進協議会および専門部会について 資料 2 平成 27 年度練馬区在宅療養推進事業成果報告 資料 3 平成 28 年度在宅療養推進事業スケジュール 資料 4 平成 28 年度新規事業の進捗について 資料 5 練馬区認知症（もの忘れ）相談 資料 6 在宅療養推進のための取組について（意見交換） 参考 「在宅で生きる」（4, 6, 8, 10 月号） 参考 平成 27 年度 事例検討会・多職種交流会 事例集</p>
8 事務局	練馬区 地域医療担当部 地域医療課 医療連携担当係 電話 03-5984-4673

会議の概要

1 委員の委嘱

【事務局より新たに協議会に参加頂く委員の紹介】

2 練馬区在宅療養推進協議会および専門部会について

【資料1「練馬区在宅療養推進協議会および専門部会について」により事務局から説明】

(会長)

事務局からこの会議体の概要についてご説明頂きました。この件に関して何かご質問あるいはご意見はございますか。

(委員)

資料1の5、「今後のスケジュール（予定）」は、専門部会での話というご説明でございました。特にこの5の今後のスケジュールにある「死亡小票分析の実施」や、最後のページの「4 在宅療養の現状の経年的把握 ②看取りの実態の把握」で、練馬区民の死亡場所や死因、看取りを行った医療機関等のいろいろなデータを把握することは非常によろしいことです。ぜひやって頂ければと思います。それに加えてレセプトを調べて頂きたい。これはもちろん一定のルールのもとですが、レセプトを調べると、どういう経緯でそういうことになったのかが全て把握できます。ただし、調べられるのは練馬区の国民健康保険の患者のレセプトだけで、社会保険の情報は区にはないと思いますが、こうしたデータ等を基にしてよりよい医療介護の提供を行って欲しいと思います。ぜひ、この区を持っている情報を一定のルールのもとで我々にも使わせて頂きたいと思います。

(会長)

今の委員の発言に対して何かございますか。

(事務局)

今まきにおっしゃって頂きました死亡小票の分析は、今年度の特色とさせていただきます。実は平成26年度にも死亡小票の分析をしております。その時は3か年の分析を行いました。今年はその3か年に続いた2か年分の分析を行い、今あるデータに加えて経年的な変化も把握できるように取組を進めていくつもりでございます。3月の協議会ではこちらの分析結果もお出しできるかと思いますので、今しばらくお待ち頂ければと思います。

(事務局)

レセプトについては、先ほど委員からご指摘頂いたように、具体的にレセプトのデータを見ることで様々な有用なデータが取れるのではないかと考えております。当然個人情報の壁というものがございますけれども、統計等の情報であれば一定の分析は可能であると考えております。ただいま国保の話がございましたけれども、たとえば75才以上の後期高齢者、これはこれでいろいろとハードルがあるわけでござ

います。その中から出来る部分につきまして前向きに検討させて頂ければと思います。

3 練馬区在宅療養推進事業成果報告

【資料2「平成27年度練馬区在宅療養推進事業成果報告」により事務局から説明】
発言なし

4 在宅療養推進事業スケジュールについて

【資料3「平成28年度在宅療養推進事業スケジュール」により事務局から説明】
発言なし

5 在宅療養・認知症専門部会からの報告事項

【資料4「平成28年度新規事業の進捗について」により事務局から説明】

(会長)

退院連携推進事業と老健研究事業についてご説明がありました。何かご意見、ご質問はございますでしょうか。

(委員)

来年度への要望でもよろしいでしょうか。

(会長)

はい。

(委員)

先日、介護老人保健施設第2回ワーキンググループがありました。その意見交換で出た意見が資料4の17ページの事業者向けコンテンツのところに書いてあります。ここには載っていませんが、当日の議論で、事業者向けに空床情報や待機情報など、どれぐらいで施設に入れるのかという情報を事業者の人たちに共有して頂きたいというのがあります。また、東京都の老健協会では会長が推進しようとしている緊急ショートステイについて、練馬区内の13施設がそれぞれ受け入れ可能かどうか、そういうことをこれから検討しているかも分かれば、来年度の資料に入れて頂ければありがたいと思います。

(事務局)

ありがとうございます。今ご意見を頂きましたように、空床情報は事業者側も出したいし、使う病院側も知りたいというご意見を頂いています。しかし、そうした資料をどういった形で作成するかはまだ決まっておりません。もし紙媒体で作って配布となると、その時々空床状況をお出しするのはなかなか難しいという思いもございます。来年度につきましても、引き続き老健の職員の方にお集まり頂いてワーキンググループを開催していきます。どのように空床情報を事業所から病院に伝

えていくかについては、その際に議論させて頂きたいと思っております。

(委員)

確か八王子市では空床情報がインターネットで見られるのではないかと思います。

(事務局)

厚生労働省で介護サービス情報公表システムというものがございます。これから練馬区のホームページとのリンクを考えており、そちらに介護サービス事業者の情報が入っております。その中には練馬区内の老健の情報も 13 か所入っております。情報の新旧はありますが空床情報も入っております。新しいところでは 8 月末の段階での老健の空床情報が入っておりました。そのようにして、今、国の方で調査をかけて、情報の更新をしている状況でございます。

(事務局)

今の厚生労働省の公表システムを使ってということでしたが、在宅療養協議会の事業に医療と介護の連携があります。区としては、その中でウェブサイトの構築に取り組んでいるところでございます。厚生労働省の公表システムのフォーマットには空床情報も入るため、そうしたものを活用して準備をしているところでございます。スケジュールには記載していませんが、今年度中には形を整えて区民の皆様、事業所の皆様にも公表できるように準備を整えているところでございます。

(会長)

練馬区の中には老健が 13 か所もありますが、空床が目立つということは、せっかくの資源が有効に活用されていないということでしょう。老健を使う側、病院関係者や介護系の方からご意見はございますか。やはり老健に対する周知がまず必要なのではないでしょうか。

(事務局)

空床情報については先ほど職員の方から回答した通りですが、ワーキングの中では、個別の事例にはなりますが、近隣の病院に空床情報をファックスで逐一送付して利用を促す老健もありました。このようにそれぞれの老健でいろいろな取組をして頂いているのだと思います。事務局からありましたように、現在インターネットなどを使えば空床情報を把握できる状態にはありますが、それを使う側のMSWやケアマネジャーが知らないと利用に結び付かないのが課題だと思います。先ほど委員からあった緊急ショートステイへの議論も含め、どのように情報を提供するかについて、多角的な検討は必要だと思っております。来年度以降もそうした点を踏まえながら前向きに進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(会長)

はい。よろしいでしょうか。

(委員)

自分で言うておいてなんですが、空床情報や待機情報を流しても、受け入れる側で判定会議などの手続きがあります。判定会議の頻度が少ないとか、緊急ショートを申し込んでも判定会議まで待ってくれ、ということがあります。私は緊急ショートの希望者をとにかく受け入れるよう職員に言っていますが、そうしたことを区の方からも指導をして頂きたいと思っております。判定会議をもっと頻繁にやるだとか、判定会議なしでも受け入れ側の責任者が出向いてご本人を見て受け入れを判断するだとか、そうしたことを指導して頂きたいです。自分の施設で受け入れられるかどうかはご本人を見れば分かるはずですが、うちでは副所長がやっていますが、区の方からそういうことをやってでも皆様のニーズに応えるようにしなさいと指導があれば、ある程度言うことを聞いてくれるのではないかと期待をしています。よろしくお願ひします。

(事務局)

老健を指導する部署ではないのでこれはあくまでも私の意見ではありますが、老健を使う側の多職種からは、やはり判定会議が煩わしいという声はございます。ただ、それを簡略していかについては、私は専門部署ではないので判断が付きませんが、そういった点も含めて指導することはなかなか難しいかもしれません。そういった声も含めていかに理解して頂くかというところが重要なと考えております。

(委員)

病院側には退院後に在宅か老健かという患者さんが度々います。家族が老健を希望したり迷っていたりする際に老健に話を聞きに行ったりしますが、入るまでには時間が結構かかります。ご家族が最終的に在宅に戻る方向性で考えていれば老健も受け入れやすいと思いますが、なかなかそうではなかったりします。たとえば悪性疾患などがあると徐々に状態が悪くなっていきます。現状ではいいけども、先のことを見通すとなかなか厳しいと言われてしまうことがあります。その辺をもう少し整備して受け入れがスムーズになるとよいと思います。やはり病院側としては在院日数が1週間、2週間、3週間と延びることが当たり前になってしまうと、病院としては厳しいところもあると思います。そういう高齢の患者は、入院前は在宅でぎりぎりまで家族が看ている方が多いです。そのため、ケアマネジャーがついていても家族が家に帰るのが難しいと感じてしまい家に戻る道筋が無くなると、老健か療養型病院という選択になってしまいます。練馬区の中で老健にもし余裕があるのであれば、そうした患者を積極的に受け入れるような仕組みができるとよりよいのではないかと思います。

(会長)

ありがとうございます。老健の問題も引き続き検討して頂くということでよろしいでしょうか。それでは議事次第の5の(2)の物忘れ相談事業について事務局からご説明頂きます。

【資料5「練馬区認知症（もの忘れ）相談」により事務局から説明】

(会長)

ありがとうございます。確認ですが、この初期集中支援チームは練馬区内の4か所の高齢者相談センターに1チームずつあるという理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

4か所の高齢者相談センターが中心になって、地域連携型だと慈雲堂病院が拠点になっていますので、そちらにご相談をしながら個人を支援するチームを編成しているということです。

(会長)

今の認知症の相談事業に対して、ご意見やご質問はありますか。

(委員)

今の話ですと、医療支援と生活支援を目的にしている事業だと思います。こうした事業は初年度は相談件数もたくさんあると思います。事業を続けて相談件数が落ち着いてくると、高齢者数に比例した練馬区の相談件数がある程度分かってくると思います。単年度ではなくて過去と比較して今年は少ないのか多いのか、そうしたことが分かってくると、もう少し困難な相談対応がいろいろできると思います。せっかくデータを出して頂いていますので、この事業を単年度で終わらせずに継続していくことで、将来的には、同じように相談をやった場合には区内での相談件数が年間に何件ぐらいというような予想が立つと思います。そうなった場合、資料5の表8にございますが、たとえば「①医療機関の受診」の率もだんだん落ち着いてきて、「②介護保険申請」だとだいたいこの率ぐらいはいるのではないかとということが分かり、いろいろと次に繋がってくると思います。せっかくこうしたデータがありますので、この相談の評価や判定があるといいかと思えます。「相談後の対応」で終わってしまわず、挙げている①から⑥についてその後どうなったか記述があるといいなと思いました。今は受診させたところで終わってしまっているの、相談された本人または家族が相談したときの満足度やその後どうだったのかについて、どこかで出して頂くとこの事業が続くと思います。ただやっただけだとなかなか続かないと思います。

(事務局)

今年度は初年度ということで、こうした形で数字を記載させて頂きました。先ほど委員がご指摘された通りだと思います。こうした数字を蓄積していき傾向を把握していくことが必要になってくると思います。また、相談後というお話もございました。初期集中支援チームでは、6か月というのを目安にやっております。そのあとまたモニタリングなどが入ってきますので、委員から頂いたご意見も参考にしながら、そちらもしっかりと蓄積をして参りたいと考えております。

(会長)

ありがとうございます。この件に関して、いかがでしょうか。

(委員)

初期集中支援チームの方は、国から半年でモニターするように決められており、事業自体がそうになっています。物忘れ相談の方は、認知症専門部会で出た話ですと、たしか相談件数が少なかったのを、医師会の先生方の協力でこの数まで増やしたと聞いているので、今後落ち着くと考えています。

(会長)

認知症、特に相談人数から初期集中支援チームについて、他にございますでしょうか。全国的に見ると認知症の方は2025年には700万人という膨大な数になるということです。これから認知症に対する施策が必要だと思います。何かご意見はありますか。

(委員)

認知症の方の人数を練馬区ではどのぐらい把握しているのでしょうか。また、今後どのような見通しなのでしょう。区、または練馬区の近隣の区の活動状況など、そうしたデータがあれば参考になると思います。

(事務局)

認知症の方でいうと、有病率を前提に推定しまして、区内に2万4千人程度いるのではないかと考えております。

(委員)

この事業の対象者は何人ぐらいいるのですか。現状では18人というのは数的にはあまり多くはないと思います。大切なのは今後の見通しですね。数が増えてきたときに、区の予算はあるのかないかとか、そのあたりはどうなのでしょう。

(事務局)

現在推計人数がどのくらいいて、そのうちどのくらいが実際の診断に結び付いているのかというはっきりとした統計は持ち合わせていません。ただし、これから一人暮らしや認知症の高齢者が増えるのははっきりと見込まれていることとございます。そうした中で相談しやすい体制を作っていくというのは当然の責務と認めてございます。前段で説明させて頂きました物忘れ相談の方も1人あたりだいたい40分ぐらいお時間を頂いており、どうしてもお待ち頂くという場面があります。認知症専門部会でも、相談に来た人に対応し切れていないとのご意見を頂いております。そうした現状も見ながら、医師会の先生方にご協力頂きながらやらせて頂いていますが、今後の施策をしっかりと検討していきたいと考えてございます。

(会長)

認知症の問題というのは、未受診や未診断の方が多ということでしょうかね。今後どうやってそうした人を初期集中支援チームで掘り起こして受診に繋げていくか、というのは大きな課題だと思います。

(事務局)

1つの方法としては、有病率から推計するという方法もあると思います。さきほど委員からあったレセプト情報の活用というのも可能であれば取り得る手段なのかなと思っております。ただし、認知症初期集中支援チームで対応している方は恐らく後期高齢になった方が多いのかなと思うと、そのデータは区で持っていません。そうした障壁はありますが、1つのやり方ではないかと思います。

(会長)

考えられるのは疫学調査ではないでしょうか。全国的な疫学調査はすでに行われていますので、そのデータを使って、練馬区の推計患者数、レセプトデータから認知症薬を処方されている方のデータを比べてみると、かなり未受診あるいは未診断、未治療が多いのではないかと思います。そうしたことも可能性として今後考えられますので、調査をしていければと思います。何かございますか。

(委員)

今、会長がおっしゃったように個人的には疫学調査だと思うのですが、医師会は研究機関ではないので疫学ができません。どこかでチームを作ってしっかりとやらなければ疫学として意味がないような気がします。そうなってくると研究になると思いますけど、ぜひ疫学を中心にした研究をお願いしたいと思います。

(会長)

認知症についてどうですか。かなり未診断が多いということですが、いかがでしょうか。

(委員)

おそらく未受診や未診断が占める割合は多いと思います。ただし、それは区でもしっかりと実態を把握できていないのと同様に、我々現場の者も把握ができていません。日頃来られている方々を拝見していて「どうもあやしいな」と思って診断を確定させるために専門機関をご紹介しようとする場合があります。しかし、なかなかご本人あるいはご家族の了解が得られず、そのまま立ち消えになってしまうケースも多いです。相当数の方が実際は医療的な支援を受けなければいけない状態なのに、それがされていないのだと思います。先ほどの疫学調査にしても、実数を把握するためにはいろいろな角度からアプローチしなければならないと思います。疫学データも認知症の問題だけではなく、他の問題についても現在医師会で取り上げているところです。やはり先ほどの後期高齢者のデータにしても練馬区が持ってないものはなかなか手に入りません。練馬区が持っていると思われるデータでも、種類によってはそれは区民のものだから練馬区のものではないと考えている方もいたり、アクセスが十分にできないものもあります。あとはいろいろな細かいデータは患者に属するので、病歴の扱いなどにしても、そもそも最初の段階で患者の了解を得ない限りは、我々としても診療以外のことに使うことができないという動きも出てきて

います。そうしたことを解決していかないと、医療だけではなく全体的な社会問題としての対策が取れません。こういうところから、疫学調査やその他いろいろなデータの収集の必要性を強く訴えていく必要があると思っております。

(会長)

確かに個人情報の問題もありますから、十分に留意しながらということになると思います。

(委員)

認知症の推計患者は2万4千人いると言われていますが、実際のところは、委員の皆様が仰っているように分からないというのが現状です。どうしてもご本人の受診拒否ですとか、認めないですとか、そういったことが現実の問題としてあります。支援の方針としては、認知症の診断の有無に関わらず支援が必要だと判断した場合は、介護サービスに繋いでいくことを基本にしております。この相談事業の実態としては、その受診拒否のケースや、周辺症状によるトラブルへの対応についての相談を主に受けています。先ほど説明がありましたけど、初期集中支援チームでも、困難事例を扱っております。そのあたりのトラブルは認知症高齢者の増加に伴って今後増えていくと思っております。一方で、その体制については、データを蓄積し、それを見ながら拡充について検討をしなければならないと思います。支援については、引き続き診断の有無に関わらず速やかにやっていきたいと思っております。

(委員)

病院や診療所では物忘れ相談や初期集中支援、その他紹介などを受けられるシステムは、現在充実しているのでしょうか。たとえば私も病院で診療をしているので、10年以上も診療をしていると、やはり高齢になってくるとちょっと認知症が進んだかな、物忘れがきたかなという方や、家族がすごく心配してくる方、あるいは半年ごとに来ている人でもがらっと変わる方がいます。そういう方々がもっとそうしたサービスを利用できるような分かりやすいシステムが必要だと思います。たぶん、受け身だとそういうシステムをうまく活用できないと思います。パンフレットなどを使ってどのぐらい浸透しているのか、それについて教えて頂けますでしょうか。

(事務局)

高齢者の相談につなぐ中核機関が高齢者相談センターになります。圏域に4つある高齢者相談センターの本所に認知症の地域支援推進員を配置して、特に率先して相談を受けています。物忘れ相談についても、そこを拠点にやらせて頂いています。今は少ない箇所数でやっていますが、今後の高齢者人口の増加を見込むと強化が必要だというのがまず一点です。そしてその体制については、地域に散らばった最前線の窓口として25か所の高齢者相談センターの支所がございます。こうしたところでもすでに専門の職種が相談を受ける体制がございます。こちらの高齢者相談センターの体制も高齢者の増加を受けて、我々としても強化ということ考えて参りたい

など考えております。

(委員)

どんどん紹介しても大丈夫だということによろしいですか。

(事務局)

生活の不安などがある場合は高齢者相談センターにご紹介頂ければそこから医療に繋ぐことはできますので、どんどんご紹介頂ければと思います。

6. 在宅療養推進のための取組について

(会長)

さまざまな取組を行っておりますが、さらなる取組、あるいは今後課題とすべきことをぜひともこの資料6にあるテーマ例を眺めながら皆さんからご意見を頂ければと思います。

(委員)

私も知識がないのですが、初期集中支援チームはどういう人が対象なのでしょう。一般でもこういう相談は多くあるわけで、その人の中からこの人達が選ばれた経緯や手順を教えてくださいませんか。

(事務局)

高齢者相談センターなどでの相談の中から特に支援が必要な方について、拠点である慈雲堂病院と相談しながら主に困難ケースを繋いでいます。繋いだ方は全員ご案内して実際に地域で生活できるようにチームを組んで対応しているという状況でございます。

(委員)

疑問だったのは、受診相談を初期集中でやる必要があるのかどうか、ということです。重要な案件だけをやるのであれば、暴力や家族での対応が困難なものに集中してもいいのかなと思います。一般的な相談と比べてたしかに重症な部分が多いとは思いますが、割合が少ないと思います。どういう基準で相談を受けたのか、その基準がちょっと今の説明では分かりません。私も外来で暴力の相談や、実際に本人が来て家族から暴力を受けているケースなどがあります。たとえば生活保護の患者とかで一人暮らしの方の場合は、その担当者に連絡することで分かります。一方で、ご家族だとなかなか認めてもらえないこともあり、そういうケースではどうしたらいいかなと思うことがあります。こうした難しいケースの場合は練馬区に相談出来るとか、そうしたことが分かれば、臨床はやりやすいかなと思います。

(事務局)

初期集中支援チームについては、国で要綱が定められておりまして、その中に対象者というものが明記されています。その対象者は、40才以上、在宅生活をしている、認知症が疑われる人または認知症の人で以下の基準（ア）、（イ）に該当する人

とあります。基準（ア）は、「医療サービス、介護サービスを受けていない者または中断している者で以下のいずれかに該当する者。認知症疾患の臨床診断を受けていない者、継続的な医療サービスを受けていない者、適切な介護保険サービスに結び付いていない者、診断されたが介護サービスが中断している者」となっております。基準（イ）では、「医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動心理症状が顕著なため家族や支援者が対応に苦慮している者」となっております。

(委員)

これは国の初期集中支援チームの要項で、それに沿っておそらく練馬区もやっています。軽症か重症かというのはあまり問題ではなく、先ほどの基準に引っかかる方はどなたでも対象になると考えられます。BPSD（認知症の周辺症状）が顕著な方の相談の場として、初期集中支援チームもひとつの方法ですし、そのほかにも区に相談するといくつか都の事業も含めて紹介されると思います。先ほどありましたように、高齢者相談センターに問題となるケースがあれば上げてもらうことを期待していると思います。

(委員)

そうした話を踏まえると、相談件数と比べて「医療機関への受診のすすめ」がだいぶ少ないのかなと思います。区も職員の数が限られるためなかなか対応が難しいと思います。認知症の対応は、私も外来をやっていますが、診断をするまでの時間がすごくかかります。私も一般の内科医としては、気づいたら専門医への受診を勧めはしますが、診断までの時間はないというのが実際です。そういう病院に紹介することもあります。重症な案件に集中してやってもらえると少しいいのかなと思います。相談を受けた後に吸い上げて行くのがいいのかなと私は思います。あと、さっきもお話が出たのですが、認知症の相談所がいろいろなところにあるのは私も知ってはいるのですが、実際にぱっとリストとして名前が出て来ません。私は糖尿病の専門ですが、医師会で作っていると思われる糖尿病専門医のマップのようなものがあり、どこにどのようなクリニックがあって、どういう診察や治療できるのかが分かります。認知症についても、そのようなマップを練馬区の方で作って頂けると、直接電話をしたり、ここに相談してみてくださいと言ったりしやすいと思います。そうしたことは実際に診療していて思います。

(会長)

そういう資源マップのようなものが実際にあれば、わかりやすいとは思いますが、いかがでしょうか。

(事務局)

まずは高齢者相談センターにお話頂ければ、そこが橋渡しになって相談先を紹介しているのが現状でございます。先ほどお話しにあった医療と介護の連携サイトですとか、そうした資源情報が見られるような取組を進めています。それに併せて

マップのお話も含めてさらに検討を進めて参りたいと考えております。

(会長)

いずれにしても認知症初期集中支援チームはまだ始まったばかりですので、この役割や機能の周知が必要だと思えます。他に何か気になることなどあれば、意見交換をしたいと思えますが、いかがでしょうか。

(委員)

区民への情報提供についての意見です。資料3の3ページに「区民への啓発、家族への支援」として講演会や、「わが家で生きる」、「在宅で生きる」という冊子を作って配布して頂いております。しかし我々が現場でケアマネジャーとして関わっていますと、家族の方、認知症や在宅療養中の高齢の方は冊子を理解するのが難しかったり、現実的に自宅での介護することが難しかったりするケースが少しずつ増えてきております。また、独居高齢者の数も増えており、何らかのサービスを必要としながら生活をせざるを得ない方々が増えております。たとえば区民への啓発を町会単位ぐらいのもう少し小さな単位で行うことや、認知症や在宅療養の方を地域で支えられる取組があればいいのかなと思っております。練馬区では全体的な仕組みづくりを検討しておりますが、やはり地域で住んでいる方にはそれぞれ住み慣れたところの風土や文化への愛着もあるかと思えます。そういうところとうまく連携しながら、下からのボトムアップと上からのしっかりとした支えが構築できたらと期待しております。そうした議論ができればと思えます。

(委員)

テーマ例で「看取り事業」というのがあります。先日、老健大会があつて区からも出席して頂きました。その発表で2030年度に47万人に死に場所がない、というデータを示しました。それは2030年度に亡くなる人のだいたい1/3弱ぐらいだと思います。今現在、看取りが行われている場所は、80%ぐらいが病院、あとは在宅になっています。病院で看取りをこれ以上増やすことは多分不可能だと思います。そうすると居宅や介護施設等で看取らなくてはならないわけです。医師会のうちどのぐらいが在宅をやっているかをはっきりとは知りませんが、在宅をやっている方は内科、外科、整形外科、婦人科の方が多いと思えます。その中でまだやってない方もたくさんいらっしゃるし、やりたくてもやれない方もいらっしゃいます。たとえば在宅療養支援診療所を取るとなると、「24時間365日連絡可能であること」という高い要件があります。これが在宅をやりにくしているところがあると思えます。そうした状況を踏まえて、どうやって在宅診療をやっている方に看取りを行って頂くかを考えていかないといけないと思えます。それについて区の方で問題点は何かを調べて頂きたいと思えます。施設の方も「うちも看取りをやっている」と言っても実はあまりやってない。当老健では年間10件ぐらいやっているのかと思つて確認したところ、2,3件くらいしかやっておりました。介護職の方の意識の中には、

人が目の前で死ぬのが怖いなどということもあり、看取りができていません。老健では医療行為があまりできないこともあります。特養はもっと看取りをやっていきますけれど、特養は基本的に医者がおりませんので、夜間に急変した時に医者がいるところへ搬送したり、嘱託医が夜中に駆けつけたりします。法的な問題もありますし難しいところがあるので、そこを何とかしていかないと、47万人の看取り難民は救えないと思われれます。

(会長)

まずは実態調査ということで、死亡小票の方を進めています。そのあたりについて事務局から説明をお願いします。

(事務局)

今ご指摘頂いたように、そもそも戦後は病院で死ぬ方はほとんどいなかったのが今は逆転している状況です。在宅療養を推進する中でも、自宅で亡くなることを望んでいる区民がいるという一面はありますが、正直なところ、死に場所として病院を増やすことが難しいという側面もございます。今会長からもございましたけども、現在死亡小票の分析を進めております。前回の3年分と今回の2年分で計5か年の経過を追えます。この3年で見ますと、在宅で亡くなった方の割合というのは、1%ずつではありますが、8%、9%、10%と少しずつ増えています。ただそうは言っても、当然特養や老健で亡くなる方もいらっしゃいます。どのように看取りを行っていくかは、ひとつのテーマだなと思います。この「看取り事業」というのは、東京都に前回の協議会の場でご説明いただき、前任の医師会の委員からもいろいろとご発言があったので載せたテーマです。今後どのように行っていくかは検討事項だと思います。また専門部会では、直前まで在宅療養をしていても救急車で運ばれて亡くなると病院死になってしまうという矛盾も指摘されております。そういったところをどのように実態を含めて考えていくかというのは大きなテーマだと思います。今後の検討課題にさせて頂ければと思います。

(会長)

在宅についていかがでしょうか。

(委員)

在宅看取りは、さっき委員がおっしゃったように、看取りに関わる医師の数を増やし、裾野を広げるのが大事です。今現在の規則では、在宅療養支援診療所に手を挙げる診療所は非常に少ないのが明らかな状態です。やはり制度を弾力的に運用し、もう少し在宅医療の現場に一般の診療所の医師が入りやすい環境づくりをしなくてはなりません。これは行政の方々のご協力がないとできないと思いますので、そういうことができれば若干の改善にはなると思います。

(会長)

ありがとうございます。他にございますか。

(委員)

今日の会議に参加させて頂いて、行政の方ですでに区民の方への啓発、情報発信を始め様々な取組をされているということが分かりました。私としては、住人の方の意識改革が一番大事だと思っております。その理由として、かかりつけ医を持つように住人の方にお願いと、「(自宅から遠い医療機関であっても)私のかかりつけはここですよ」と言われます。そうではなくて「近所の病院をかかりつけにしてください」と言っても、「ここが近所なんですよ」と言われます。多くの一般区民の方は、ある病院のある医師にかつたらそこにずっと生涯かかるんだ、浮気はしません、とおっしゃられます。ずっとそこで任せるという意識を持っている方がまだまだ多いと思います。実際には医療や介護は、様々な事業者や特色のあるところがみんな地域を守っていくことだと思います。しかし、それがまだご理解頂けていないと感じます。モデルケースではないですが、ぜひ劇のような感じで、あるAさんという方が病気になって急性期の病院に行ったらその後はこういう所へ行くんですよ、そしてその後はこういう所ですよ、というようにいろいろな事業所を回るのをドラマ仕立てのような感じで理解を得ることをされてはどうかと思いました。

(委員)

意見交換のためのテーマの追加ではないのですが、ひとつの案として挙げたいと思います。在宅で患者が急変した時に何を利用するかというと、救急車を利用します。地域で支える中では救急隊も非常に大きな役割を果たしています。しかし、実際に在宅のチームと救急隊の人たちとの意見交換はあまりされてきませんでした。先日、私の病院で症例検討会をした時に練馬消防署の救急隊員や救急団員の方々と在宅や病院の方々とで意見交換をしましたが、そういう機会がすごく大事だと感じました。ここにいる方にも何人か参加して頂き、いろいろと意見を言って頂きました。在宅療養をやっている、患者家族が不安を抱えているケースではすぐに救急車を呼んでしまいます。委員がおっしゃっていたように、患者家族も教育しなくてはいけません。どのように患者が支援されているのか、それをどのように全体で追っていくのかを、それ地域単位で見えていかないといけないので、もう少し幅を広げて見たらいいと思います。

(会長)

救急隊員も非常に重要なメンバーになっていると思います。

7 その他

(事務局)

次回の日程は事務局で調整して改めて連絡いたします。

(会長)

これにて終了とさせていただきます。本日はお疲れ様でした。