

平成 30 年度第 1 回練馬区在宅療養推進協議会 要点録

1 日時	平成 30 年 11 月 2 日（金） 午後 7 時～午後 8 時 30 分
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p>&lt;委員&gt;</p> <p>出席者：武藤委員（会長）、古田委員、齋藤委員、中村（光）委員、市川委員、関口委員、尾崎委員、下山委員、中村（治）委員、大城委員、山添委員、中村（哲）委員、安井委員、中田委員（高齢施策担当部長）、森田委員（地域医療担当部長）</p> <p>欠席者：栗原委員、永沼委員（神野氏代理出席）、干場委員（寺田氏代理出席）</p> <p>&lt;事務局&gt;</p> <p>地域医療課長、医療環境整備課長、高齢社会対策課長、高齢者支援課長、介護保険課長</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	0 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<p>(1)委員の委嘱</p> <p>(2)報告</p> <p>1. 平成 30 年度在宅療養推進事業スケジュールおよび進捗状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死亡小票分析について（速報版）</li> <li>・ 老健ガイドブックについて</li> <li>・ I C T 推進事業について</li> </ul> <p>2. 平成 31 年度以降の在宅療養推進事業に関する検討について（中間報告）</p> <p>(3)基調講演「在宅療養を取り巻く新しい展開～A C P と幸福～」</p> <p>齋藤 文洋（練馬区医師会委員）</p> <p>(4)その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 次回協議会日程</li> </ul>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 平成 30 年度死亡小票分析 速報版集計</p> <p>資料 2 事業者向けの老健活用ガイドの取り扱いについて</p> <p>資料 3 練馬区在宅療養のための I C T 推進事業補助金について</p> <p>資料 4 在宅療養推進事業の現状と課題、論点（検討資料）</p> <p>資料 4 - 1 平成 31 年度以降の在宅療養推進事業に関する検討について（中間報告）</p> <p>資料 5 在宅療養を取り巻く新しい展開～A C P と幸福～</p> <p>参考 1 練馬区老健ガイド</p>

	参考2 練馬区老健活用ガイド
	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

---

### (2)ー1. 平成30年度在宅療養推進事業スケジュールおよび進捗状況

#### 【資料1】平成30年度死亡小票分析 速報版集計の説明（事務局）

(会長)

ありがとうございます。大変興味深い報告ですがご意見・ご質問はございますか。

(委員)

2点教えていただきたいのですが、まず、死亡総数のピークになる年とその数は推定でどのくらいでしょうか。2点目は、この会の目的をキャパシティに限りがある病院以外での看取りを増やしていくことであると理解しているのですが、行政として目標とするパーセンテージがありましたら教えてください。

(事務局)

今後、練馬区では、人口が15年後くらいまで伸びていく予想ですが、高齢者の人口はその後も伸びていきます。25年後の2045年くらいまで高齢者の人口は伸びていくと考えられますので、死亡者のピークもその前後になっていくと思います。キャパシティに関する目標は特に設定しておりません。

(委員)

死亡総数が年間5,109人ですが、倍増することも考えられるのでしょうか。

(事務局)

在宅看取りの推移に関して申し上げますと、平成27年に自宅や施設で看取られた方の数が920名、在宅看取りは480名でした。それが今後、平成47年（2035年）では990名以上ということで、おおよそ倍になる見込みです。

(事務局)

高齢者に関する質問は私からお答えします。後期高齢者の人数は2025年にピークを迎えます。その後、高齢者全体は増えてますが、後期高齢者の数はいったん減り、2045年から再び後期高齢者が増えてまいります。これは団塊の世代と団塊ジュニアの世代構成の違いによるものですので、後期高齢者がピークに達した少し後から死亡者数が増えると推計しております。

(会長)

総死亡者数のピークは何年くらいでしょうか。

(事務局)

後期高齢者の少し後にまたピークが来て、その後、後期高齢者の数は減りますので、高齢者のピークは少し遅れてくる形になると思います。

(会長)

資料では異状死が除かれているのですが、異状死は何件くらいで死亡場所はどちらでしょうか。

(事務局)

異状死もあわせた総計が2017年は5,999名ですが、約890名が異状死です。

(会長)

異状死はほとんどが孤独死、孤立死で、見守りの関係が非常に重要です。

(事務局)

異状死の内訳について、場所別の検案になった件数では多くが自宅で見つかっています。在宅で亡くなっている死亡検案書の件数が 301 件で、在宅看取りの 30%を占めております。その他に検案になっている件数は病院などで 5%あります。

(会長)

異状死に関してさらに詳しく知りたいと思います。

【資料 2】事業者向けの老健活用ガイドの取り扱いについての説明（事務局）

【参考 1】練馬区老健ガイド

【参考 2】練馬区老健活用ガイド

(委員)

練馬のすべての老健から代表を送り、区の主導のもと話し合っ作りしました。現在、ケアマネジャーや事業者向けの講演会で配布しています。当初、1,500部を均等に配分いたしました。原稿はそろっていますので増刷も検討しています。特に、老健とは何かということがあまり理解されていないようです。区民だけでなくケアマネジャーからも「わかりにくい」というご意見のあった、各施設で可能な医療行為を解説しています。広告に当たる部分にご注意いただきたいのですが、非常に使い勝手が良いものができたと思います。老健でどんなことができるか、利用者さんの立場に立って検討できる点で非常にありがたいものを作っていたいだいたと思っております。

(会長)

特に医療機関のみなさんから「老健とはいったい何なのか」という声をいただきますが、内容をよく知っていただくことができるということでガイドブックについてはよろしいでしょうか。

【資料 3】練馬区在宅療養のための ICT 推進事業補助金についての説明（事務局）

(会長)

ありがとうございました。これに関して何かご意見はございますか。現状はいかがでしょうか。

(委員)

これは具体的には SNS のひとつで、セキュアに保たれたシステムです。現在、医師会でも ICT を数年前から推進していますが、それほど進んでいません。使っている先生はほとんどが在宅医療で、私も使っていますがなかなかスムーズにいかないところなんです。ただ一度使ってみれば、やはり情報共有としては使いやすいです。少し気になった箇所リアルタイム性について書かれていますが、ICT はリアルタイム性はほぼないです。なぜかと言えば、見る人がいないと情報が伝わらないため、見ないと情報がいつまでも伝わらないからです。その点も考慮する必要があり、互いに意識していれば違う

のですが、意識しないで情報共有だけするのが、本当は一番使い勝手が良いと思います。これからの課題であると考えています。

(会長)

実際に使われた方でご意見、ご感想はございますか。

(委員)

当院の循環器内科の医師がフットケアの患者に取り入れています。当初、病院全体で導入するという話もありましたが、受け手側の医師の負担が少し大きすぎるという意見がありました。それはつまり、情報が送られたときに「送ったのになぜ見ていないのか」ということになります。見なければ手当が遅れるということになると、24時間、365日常時見ていなければいけない。見るほうは時間ができたときに見ることができますが、見なければいけない状況になってしまうのは少し厳しいという事情があります。希望者でICTを使いたいという医師にはトライアル的に使用していただき、徐々に問題点等も浮き彫りにしながら進めていくという取り組みを現在行っております。

(会長)

他にございますか。難病の在宅の患者さんに対して使用しているというお話を聞きましたが、何かノウハウがあればお願いします。

(委員)

社内でヘルパーにタブレットを携帯してもらい、情報共有のために社内で使っています。システムでリンクしている他の事業所では同じようなソフトになってしまうと思います。MCSも以前から使っていましたが、社内でパソコンが1台しかないと特定の人しか見ることができないため、タイムリーな情報共有には至っていません。

(会長)

現状でMCSを使っているユーザー数はどのくらいですか。

(事務局)

区内でMCSを使っている事業所の数は把握しておりませんが、医師会の事業では6人くらいの先生がお使いになっていると思います。件数も200件くらいのケース数を見ていらっしゃると思います。MCSの導入状況は23区の多くの医師会でMCSを使っています。カナミックだったところでMCSに切り替えているところもいくつかあると聞いています。市のほうの詳細は不明です。

(会長)

よろしいでしょうか。何かありましたら、後ほどご意見をいただければと思います。

## (2)ー2. 平成31年度以降の在宅療養推進事業に関する検討について（中間報告）

【資料4】在宅療養推進事業の現状と課題、論点（検討資料）の説明（事務局）

【資料4-1】平成31年度以降の在宅療養推進事業に関する検討について（中間報告）の説明（事務局）

(会長)

2つの専門部会について報告をいただきました。最初に、在宅療養専門部会についてご

意見、ご質問はありますか。どういう専門職が地域包括支援センターにいるか、顔の見える関係は大事だと思います。病院薬剤師と薬局薬剤師の間の情報提供の仕組みはどのようなものですか。

(委員)

退院するときに紹介状や診療情報提供書という形で病院から在宅医に情報が入りますが、薬局への情報についてはほとんどそういうものはありません。病院の薬剤師としても、患者が退院するときに地域の薬局と情報を共有したい意向はあります。そのための手段として、現時点で薬薬連携という形はありますが、情報提供のツールがないということで今回お話しさせていただきました。薬局から処方医へ、たとえば病院や地域の医療機関のほうに情報提供することはあります。最近では薬剤師としての情報提供書のようなものとしてトレーシングレポートをつくっています。薬剤師会としても、齋藤先生にも加わっていただき、練馬の3病院で情報共有を進める取り組みを行っています。

(会長)

トレーシングレポートはだいぶ形ができてきましたが、病院から薬局への情報共有はいかがですか。

(委員)

医療情報の提供段階で参考になるところはありますが、薬に関する情報共有の範囲について不十分な点があります。その点については、やはり病院薬剤師からの情報提供をいただければと思っています。

(事務局)

地域包括支援センターの名簿についてですが、今週の月曜日に区の医師会で認知症の医療に携わっている方々との意見交換会があり、区の地域包括支援センター25か所の認知症地域支援推進員の名簿を共有いたしました。今後、顔の見える関係を築いていきたいという趣旨です。それ以外の職種についても順次進めていきたいと考えております。

(会長)

ありがとうございます。認知症専門部会のほうで何かご意見はございますか。

(委員)

認知症専門部会でも顔の見える関係や医療・介護の連携が話題になることが多いので、テーマは共通しています。

(会長)

認知症疾患医療センターは現在、区内には1か所ですか。診療所など地域型の認知症疾患医療センターは区内にはありますか。

(委員)

現在各区市町村に設置していますが、練馬区では慈雲堂病院に設置されています。地域連携型認知症疾患医療センターには病院、診療所どちらのタイプもあります。

(会長)

どちらも含まれているということですね。現在、診療所タイプの地域連携型認知症疾患医療センターが注目されているので、ぜひ検討していただきたいと思います。この件で質問はございますか。医療機関における認知症対応能力の向上が主張されますが、病院側で

認知症ケアチーム加算を取っているのでしょうか。

(委員)

加算2は比較的容易に取ることができますが、加算1は医師と看護師など専門職が必須ですのでハードルは高いと思います。一定程度以上の規模のところは取っていると思います。

(会長)

病院での認知症対応能力向上につながると思います。

### (3)ー1. 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討

#### 【資料5】在宅療養を取り巻く新しい展開～ACPと幸福～（齋藤委員）

(会長)

質問ですが、救急隊員が来てもご家族が拒否する場合はどうしたらよいのでしょうか。

(委員)

ACPを実施するというのが答えですが、練馬区でも5、6年前に遺書や病名を事前に記入して冷蔵庫に保管するという取組みがありました。最終的に全体には普及しませんでした。そのような「どうしたいか」という意向を確認していくことはやらざるをえないと思っております。

(会長)

ACPは4月の報酬改定で介護連携加算が入ったのですが、研修はどれくらい実施していますか。

(委員)

研修はあまり聞かないです。医師会で1回開催したと思いますがほとんどありません。

(委員)

勉強会は国立長寿医療研究センターや東京都で行っています。

(会長)

病院も含めて、施設、在宅すべてに介護連携加算が反映されたほうがよいと思います。ACPを普及するだけでなく、研修等を考えなければいけないと思いますが、いかがでしょうか。

(委員)

もちろん行う必要があると思います。私の病院でも地域包括ケア病棟はプランニングを取っているのですが、研修をすることにしていますが、使っているのは先ほど紹介した「私の意思決定」という少しあいまいなものです。また、病棟についてはどうしても難しいので、全員できるとは限りません。まだ今後の課題ですが、なんらかの形で院内の研修も考えています。医師会あるいは介護と合同でやっていかなければならないと思います。

(会長)

ACPそのものも今後、医療従事者だけでなく誰もが取り組んでいかなければならないと思います。

(事務局)

医療・介護関係者の方にご理解いただくことはもちろんですが、区民向けにも推進していく必要があると思います。区としてACPの普及も考えています。練馬区が発行する「わが家で生きる」という冊子が好評で多くの場所で配布していますので、ACPも含めて改訂していければと考えていますが、いかがでしょうか。

(会長)

これから年間死亡数も増えていく時代ですから、ご意見がありましたらどうぞ。

(委員)

区民の方々はそういう場面になったときに、とにかく「わからない」という方が多いので、その前にみなさんで話し合っただけだとありがたいです。ただ情報の格差があり、私たちは理解しているけど区民の方にはわかりません。窓口で説明を1、2回したところで、やはりわからないです。実現できるかどうかイメージできないのが高齢者だと思えます。先生方がお話ししてくださったとおり、区民の方も事前に知る機会を広く持っていただくと一緒に考えることができると思います。

「わが家で生きる」は本当に簡潔に「病気になったらどうなりますよ」ということが書かれています。私も窓口相談で使っていますが、対象となる方々は今を生きることで精いっぱい、次を選ぶことがなかなかできない方が多いと実感しています。専門職の立場から、みなさん幸せになりたいのは本当にそう思っていると思いますけれども、先生がお話しされたソーシャルキャピタルとのつながりというのは本当になくて、孤立している方が非常に多いと感じています。

それはなぜかと言いますと、この春から見守り訪問事業というのが始まり、おひとり暮らしの方、65歳以上の高齢者のご夫妻の元を各包括の職員が2人体制で回らせていただいています。北町地域包括支援センターには630名の対象者がいらっしゃいますが、元気な方はとても元気で、サークルに参加されている方はとても参加されていますが、ひとりの方というのが10人に1人くらいです。親族ともつながっていない、友だちもない、出かける場所もないという方が本当に多くいらっしゃいます。そういう方々は健診にも参加されていない方がやはり多く、どこにもつながっていない方が非常に多いと思っています。孤独死の話もありましたが、孤独死の方々を見つけるのは近所の方だったり、見ている人はいるけれど実際につながっていない、という方が非常に多いと実感しています。ちょっと話が逸れてしまいましたが「わが家で生きる」をこれからも使っていきたいと思っています。

(会長)

ちょうど時間も来ておりますので質疑を終了します。問題提起を含むご講演でした。ありがとうございました。

## ■次回日程

(事務局)

次回の第2回在宅推進協議会は平成31年3月11日19時から5階の庁議室で開催させていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

(会長)

今日は、みなさまから大変良い意見を多く頂戴しました。事務局で整理し会議録を作成しますので、今日の会議で発言できなかったことがあれば追ってご連絡いただきたいと思います。

以上