

平成 30 年度 第 4 回練馬区在宅療養推進協議会 在宅療養専門部会 要点録

1 日時	平成 31 年 1 月 18 日（金） 午後 7 時～午後 9 時
2 場所	練馬区役所本庁舎 19 階 1902 会議室
3 出席者	<p><委員></p> <p>出席者：森田委員（部会長）、中村委員、山川委員、田中委員、會田委員、栗原委員、下山委員、奥出委員、宇田川委員、大城委員、山添委員、永沼委員、郡司委員、関委員、新山委員、中島（加）委員、今井委員（高齢者支援課長）、伊藤委員（介護保険課長）</p> <p>欠席者：枚田委員（地域医療課長）、中島（祐）委員（医療環境整備課長）</p> <p><事務局></p> <p>地域医療課</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 報告</p> <p>(1) 平成 30 年度在宅療養推進事業実施結果について</p> <p>(2) 死亡小票分析について</p> <p>(3) 退院連携推進事業について</p> <p>2 議題</p> <p>(1) 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 練馬区在宅療養推進事業（平成 31 年度から平成 32 年度）（素案）について <p>(2) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第 2 次みどりの風吹くまちビジョンについて ・ 在宅療養専門部会委員の任期の満了について
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 平成 30 年度在宅療養推進事業実施結果 （平成 30 年 12 月末現在）</p> <p>資料 2 平成 30 年度練馬区死亡小票分析 概要版</p> <p>資料 2 - 1 平成 30 年度死亡小票分析報告書（案）</p> <p>資料 3 退院連携ガイドラインの検証に関する報告</p> <p>資料 4 練馬区在宅療養推進事業（平成 31 年度～平成 32 年度）（素案）</p> <p>資料 4 - 1 練馬区在宅療養推進協議会委員所属団体の在宅療養推進に資する取組（案）</p>

	資料5 第2次みどりの風吹くまちビジョン基本計画【素案】 資料5-1 第2次みどりの風吹くまちビジョンアクションプラン (戦略計画)【素案】
	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—(1) 平成30年度在宅療養推進事業実施結果について

【資料1】の説明(事務局)

1—(2) 死亡小票分析について

【資料2】の説明(事務局)

(委員)

(資料2の)2050年から2060年に向けての在宅、施設での看取り件数が急激に増加しているのは、どうしてでしょうか。

(事務局)

これは、高齢者の人口がこの手前にピークの山を二つ迎えるような形になっており、それとほぼ同じような形となっています。

(委員)

相当な死亡者の増加が起きるとのことですね。

(事務局)

そうなります。基本的には高齢者の人口と生残率をもとに算出していますが、高齢者の人口とほぼ同じ形になっています。

(部会長)

推計にはさまざまな仮定があると思います。たとえば、病院での看取り数が一定の数というような条件のもとで算出しているのですか。

(事務局)

そうです。(資料の2の)図表の46ですが、病院での看取り数がほぼ変わらないという想定で推計すると図表47のように、病院以外での死が増加することになります。

(委員)

高齢者の計画の中でも練馬区の高齢者人口推計を行っていますが、後期高齢者は平成39年までは増加する見込みです。平成39年まで増加し、一旦減少します。それを踏まえると、その数年後に死亡者数の推計値も減少し、その後、平成67年頃にピークを迎えることになります。平成67年になると前期高齢者数がピークを迎えるので、その方々が75歳から80歳になった頃にまた死亡者数が増加すると考えています。後期高齢者の人口は、平成39年に一度ピークが来て、その後の上昇幅が大きいので、それに沿っていると捉えています。

(委員)

今の40代、50代が2030年に高齢者になるタイミングと重なると思います。練馬区は現在40代、50代の人口が多いということでしょうか。

(部会長)

いわゆる団塊ジュニア世代です。団塊の世代と団塊ジュニアという二つの山があるので、その年代が高齢者になると、どうしても高齢者人口が多くなる傾向はあります。

(委員)

人口規模からいくと、その年代はそれほど多くないですね。

(委員)

団塊の世代がピークになりつつある今はそれを支える下の世代もまだいますが、団塊ジュニアがピークになる頃にはそれを支える下の世代が更に減っているので高齢化率は上がるとのことだと思います。

(委員)

支える方の人口が少なくなってしまうのですね。

(委員)

花瓶の形のように下の世代が少なくなっていくます。

(部会長)

団塊の世代のときには、その下のジュニア世代というこぶができましたが、団塊ジュニア世代の下にはこぶができませんでした。それが少子化ということだと思います。二つの山がこれから来るとことが非常に大きな課題です。なおかつ、その下の世代が少ないので支え手が少ないという課題もあります。先ほど病院の話をしたのは、それを支えるスタッフの人口そのものが減っている、という意味合いもあるかと思います。

(委員)

あまりにも数が大きすぎるので、どう対応するのでしょうか。2017年の死亡者数と比べると、2060年の在宅での看取りがとても多いですね。この予測の合致率は良いのでしょうか。たとえば、今から20年ぐらい前に練馬区が推計していたように現在推移しているのでしょうか。

(部会長)

今回ご報告した内容は死亡の数の推計ではありますが、過去に区は何回か人口推計を実施しておりますが、長期的に推計通りになったことはありません。なぜかといえば、直近のトレンドに沿って推計するためです。その時点で将来を予測をして確実に反映するというのは極めて困難です。今の動向を踏まえた推計という制限はありますが、このままいけばこうなる可能性があるということを示していると思って頂ければと思います

過去の人口推計がどのぐらい当たっていたかを調べたことがあります。推計よりも人口が増加しており、推計を上回る人口増が長らく続いてきていました。最近の動向を踏まえると、最近の流入人口はとても多いので、なかなか人口がピークアウトしないという推計も出てきてしまいます。人口集中が練馬区だけ続くのかという疑問はあります。ただ、そういう可能性もないわけではないということです。

(委員)

分かりました。

(部会長)

このようになる可能性もあるということ踏まえて、在宅看取りが増えざるを得ない状況があるだろうということで、今後の事業も考えていければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

1—(3) 退院連携推進事業について

【資料3】の説明(事務局)

(委員)

事連協の居宅部会では、入院時の情報提供書と退院時の情報提供書を練馬区で一つの書式にして欲しいという声がケアマネジャーから多く上げられています。居宅部会では3年程度、情報提供書について検証を続け、各病院の相談員をお呼びしてカンファレンスをしたこともあります。各病院が情報提供書の書式を作成した経緯も様々あるかと思いますが、情報提供書の中身は8割程度は同じで、各病院の特色を踏まえた違いはおそらく2割ぐらいだろうと思います。

ガイドラインは、まず窓口を知りたいとか、利用者のケアマネジャーが誰かをお知らせするためのツールとすることも目的のひとつだと思います。できれば統一書式にして頂いて、まずどこの窓口には私たちは連絡したら良いかということが明確になれば、そこから電話などで深い情報の交換ができるのではないかとケアマネジャーとしては思っています。

実際、このモニタリングに参加できたケアマネジャーは4件ですか。

(事務局)

アンケートでは4件です。

(委員)

ケアマネジャーの方々に聞くと、ほぼ携わっていないと皆さんおっしゃっています。私の場合、練馬光が丘病院から受ける件数は毎月何件もありますが、対象になったものは1件もありませんでした。実証に足るほどのモニタリング件数がなかったのかと思うと、区内には600人余りのケアマネジャーがいるので、できれば一つの書式にして頂けた方がありがたいと思っています。

(部会長)

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

(委員)

認知症の専門病院も事業の対象とするのもいいかと思いました。

(事務局)

来年度事業では、区内の他の病院の入退院連携のガイドラインを作るにあたり、認知症の病棟がある陽和病院や慈雲堂病院も作成する予定になっています。

(部会長)

他はいかがでしょう。

(委員)

この入院連絡に関連して、ケアマネジャーが知らない間に利用者が入院することもあるということを踏まえて、医療・介護連携シートにケアマネジャーを記載するとか、薬局を記載するとか、そうしたことに区として取り組んでいるかと思っています。こちらを活用するかどうかは検討中なのではないでしょうか。

(委員)

入院時に必ず連絡しているわけではなく、こちらでケアマネジャーと何か情報共有をお願いしたいときは、入院するタイミングでご連絡することはありますが、大体は在宅復帰、ご自宅への退院が決まって、退院前カンファレンスの依頼の時に連絡を取るケースが多いです。

(委員)

医療・介護連携シートの意味を考えると、本来は入院したときにきちんとケアマネジャーとつながるためのものとして区が作っていますよね。

(委員)

医療・介護連携シートは、入院するときにつながるという意味合いもありますが、その後の退院カンファレンスでも何でも、その方がどこの病院、どのケアマネジャーに担当してもらっているかを伝えるためのものです。もちろん、入院するタイミングでケアマネジャーに伝わるのがベストとは思いますが、しかし必ずそうしなくてはならないということではもちろんありません。

(委員)

その確認でした。

(委員)

少し補足させていただきます。今年度4月の介護保険法改正で、実際に入院時に担当ケアマネジャーの名前を医療機関に伝えるように、利用者をお願いしなければならなくなりました。様々な国の規定や記載を見ると、そのときに使うツールとしてお薬手帳に付けるようなものだとご本人が医療機関に伝えやすいため、そうしたものを使うとあります。実際、区では医療・介護連携シートをお薬手帳に付けて使っているのです、それをご活用頂くのがよいのではないかと考えています。

(委員)

順天堂練馬病院では、ここには記載がありませんが、入院したらまずケアマネジャーに入院したことを第一報で電話しましょうと周知徹底するように努めています。まず、病棟看護師からもケアマネジャーにこういうことでお話ししましたという連絡はするように、第一報を早めにとという指示をしております。

(委員)

国の指針もあるので、この4つの病院では、そのように連携を取っていきましょうと言っていたらとありがたいかなと思います。

(部会長)

順天堂練馬病院は患者に対しては、入院時からの支援という活動を始められたと伺いました。

(委員)

そうですね。

(部会長)

練馬総合病院でも取組を進めていると伺っています。その一環として、必要な方については入院時にケアマネジャーへ連絡をすることを検討頂いて、ガイドラインにその内容が書いてあると皆さんが安心できると思います。

(委員)

取組が進んで改善されてきていますので、ガイドラインを作ったときと今とでは状況が変わっています。もうしばらく待つと、よりよいものができてくるのではないかと思います。

(事務局)

また、来年度総合的なガイドラインを作成するときに、4病院にも再度確認させて頂き、そうした内容も盛り込めればと思います。ありがとうございます。

(委員)

そうですね。お願いいたします。

(部会長)

来年度は対象の病院を更に増やしていくこととなりますので、引き続き、ぜひご協力をお願いします。おそらく様式の共通化というのが一つの課題になると思いますので、病院によって異なるところはあると思いますが、今回頂いたご意見を踏まえ、ぜひ良い方向に持っていければと思っております。よろしくお願いいたします。

2—(1) 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討

- ・ 練馬区在宅療養推進事業（平成31年度から平成32年度）（素案）について

【資料4】の説明（事務局）

(部会長)

これまでの協議会、専門部会でのご議論を踏まえ、ご提案をさせて頂いています。資料4-1は、皆さまが日常的に行っておられる在宅療養の推進に関わるさまざまな取組をまとめ、情報共有して、相互に参加、周知啓発するなどして利用できないかと考えております。委員だけでなく、区の医療・介護関係者の方から、あるいは地域活動団体等も含めて、そうした情報を提供して頂いてポータルサイトのようなものができると良いと考えております。まずはこの協議会の委員の皆さまからそうした情報を提供して頂けたらと考えております。皆さまのご協力を頂いて区が実施しているものもありますが、区民の方々が独自に実施されているものも多数あると思いますので、そうしたものもぜひこの在宅療養の推進に資する取組ということで、情報を共有し、活用させていただければということでございます。

それでは、まず事業についてご意見等ございましたら頂戴できればと思います。

(委員)

ケアマネジャーの育成に関する欄を設けて頂いています。ケアマネジャーの資質を向上のため、主任ケアマネジャーが初任ケアマネジャーの業務に同行する、地域同行型研修を3年行って、まさに今日、発表会が朝からありました。行ったことを必ずアウトカムするという意味でも、発表会をして、同士が分かち合うこともしています。また、地域カンファレンスでは、各地域から出したものを最終的に練馬区全体で、医師会の医師にも来ていただいて3年やっています。それを継続するという意味でいいですね。

(委員)

『第2次みどりの風吹くまちビジョン』では高齢者の施策の中で地域ごとの在宅療養ネットワークの構築を目指すというのを一つの取組として掲げております。この中で、先ほどの説明の中にありましたが、自主的な事例検討会の立ち上げを支援しますというのと併せて、主任ケアマネジャーによる地域同行型研修を実施する等、ケアマネジャーの育成支援に取り組むということがありまして、これまでの取組を今後更に充実させていきたいと考えております。ケアマネジャーは連携の要となりますので、資質向上については力を入れ

て取り組んで参りたいと考えております。

(部会長)

ご意見等ございますか。

(委員)

老健も摂食嚥下の支援をしまして、訪問歯科の歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士が関わっています。施設のケアマネジャーや多職種で摂食嚥下等の支援をしておりますので、その立ち位置も関わると良いと思っています。ただ、老健に入所されている方が退所するときに、医療情報を歯科医師にはあまり出さなかった状況があります。そちらについては持ち帰って検討してみたいと思います。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

この医療マップというのはどこに載っているのでしょうか。

(事務局)

こちらは、まだ公表されておられません。

(委員)

既存のものではなく、新たな医療マップを公表するという意味ですよね。

(部会長)

摂食嚥下の事業にご協力いただける事業所のリストはすでにあっただかと思えます。精密検査やリハビリを行っている事業所を摂食・そしゃくえん下機能支援推進協議会で調べて更新することになっています。老健の場合にもそうしたことができることは承知しています。ただ、在宅にいる方が老健で検査だけを受けられるかと言われると、それは当然できないので、そうした観点で、在宅にいる方が対応して頂ける事業所も含めて改めて整理をした上で、情報提供させて頂ければと思っております。このような理解でよろしいでしょうか。

(委員)

はい。

(委員)

最近、ケアマネジャーの方でも、オーラルフレイルなどの話題が出でます。歯科の協力を得たいとか、一緒に勉強したいという話が多く出ています。こうしたマップがあれば活用できると思いましたので、ぜひ早めに公表して頂きたいです。

(部会長)

この摂食嚥下事業にご協力いただける歯科医師のリストは、確か歯科医師会で作成頂いて、そちらはすでにありますよね。

(委員)

老健で実施していないと表現しているわけではなくて、あくまでも、医療機関マップは外来で嚥下の問題があった場合に受け入れる窓口です。医療機関マップとリストはまた違うということです。

(委員)

医療機関マップは歯科医師会のホームページに載っているのでしょうか。私達はどこを見れば分かるのでしょうか。

(委員)

医療機関マップは摂食嚥下の事業で評価を受けた方が受け入れ先を探すために作成しています。

(委員)

私たちが見て利用できるということではないというのでしょうか。

(委員)

今現在はそうですね。

(部会長)

今、摂食嚥下の事業というのは多くの施設や病院でも実施されていると思います。ただ、病院に入院していない、施設に入所・通所していない場合は、診て頂くのは難しいと思います。突然お願いできるのかを含め、資源として整理をさせて頂ければと思っております。

(委員)

分かりました。

(部会長)

医師会で摂食嚥下の研究会というのを組織して頂いて、研究のための講座も行われています。私どもも伺ったりしていますので、そうした活動も広がっていけば、新たな資源が出てくるのではないかと思っております。他にはいかがでしょうか。

(委員)

地域の支え合いの所の、「地域活動の見える化」がとてもアバウトだと思います。具体的にどのような活動を対象にしているのかとか、どのようなことをこれから新たに進めていくのか、あるいは街の中で草の根的に活動しているものをピックアップして援助していくのか、どう進めていくのかよく分かりませんので、教えて下さい。

(事務局)

認知症の家族の会、認知症カフェ等については情報をまとめたものがあります。第3回専門部会で少しお話をさせて頂きましたように、病院で行っているがん患者の交流の場、ALSなどの難病の方たちの会の情報の一覧がありませんので、そうした情報も見られるものがあればと思っています。自分と同じような立場の方と話せる場が検索できて、自分や家族からアクセスできる環境を整備していけたらと考えているものが、この在宅療養を支える地域活動のリスト化と考えています。

(委員)

新しいものを作るというのもプランとしてはあるのでしょうか。

(事務局)

まずは区にすでにあるもの見える化したいと思っています。正直なところ事務局としてはまだ把握しきれてないところではあります。

(委員)

せつかくなら、他区や他地域で取り組まれている先進的なことが区内にあるのかどうかも分かれば、今度は足りないものを補充していくという判断もできます。よいものがあれ

ば練馬区でどう広めていけばより在宅推進にプラスになるかも検討していけるとと思います。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

そうしたものを作って頂くのはとてもありがたいと思います。今は様々な冊子が細切れ状態であるので、できれば1冊にまとめて、誰でも広範囲の分野が見られるような冊子を作っていただければありがたいです。そうすると、こんなサービスもあるのかということに気づけます。今は本当に細かく情報が分かれています。街かどケアカフェ一覧表とか、認知症の一覧表とか、情報ひろばの一覧表とか、様々な冊子が作られておりますが、それではもったいないと思うので、一つにできるとよいですね。数年前にはなりますが、板橋区では全部が載っている冊子を見たことがあります。予防の方から他の病気の方までを知ることができます。そうすると、病気に関わることでなくても、ここも行ってみたいと思うので、ぜひ一冊にして頂きたいです。

(委員)

予算が問題かもしれません。

(委員)

まずは意見としてお伝えしました。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

『自宅ときどき老健』という老健ガイドを作らせて頂きました。昨年、老健連絡会の事例検討会、ケアマネジャーの研修でグループワークをさせていただきました。私のグループには、私の他にも老健の参加者がいてそれぞれの施設の比較ができました。あれはとてもよかったと思います。

(委員)

そうですね。

(委員)

そうしたことがありましたので、MSWの方とか、団体の方との事例検討に老健ガイドを出さしていただければと思いますので、よろしくお願いします。

(部会長)

ありがとうございます。先ほど、その冊子のお話がありましたが、住民の自発的な活動なので、固定的な内容というのが難しい場合もあります。先ほど、ポータルサイトみたいなものがあると良いと申し上げましたが、まずはそういう情報を集約して見られるようなものがあり、随時更新できるとか、そういうものも必要だと思います。

一方、紙の媒体でないご覧になれない方もいらっしゃるので、そういう方にはどういう方法が良いかというのは、ぜひ検討させていただきたいと思います。私のイメージですと、医療や介護の専門的なサービスだけでは、その人らしい生活というのは支えられない部分もあります。趣味活動や、ちょっとしたお困り事を解決してもらえとか、介護保険の範囲ではできないこともあります。そうしたことを手伝ってくれるとか、そのような自

発的な活動が、隙間となっているところも埋めていき、それで皆さんが地域の中で自分らしく生きることに資する活動がかなりあると思います。足りない部分もちろんあると思いますが、現状でもかなりサービスがあるので、それらが一覧できるようになり、例えば、地域包括支援センターでご紹介できるとか、そういった形でケアマネジャーや病院でも、ご活用いただけるような情報がちゃんと集約できればいいと思っております。他はいかがでしょうか。

(委員)

包括ケアシステムの中で地域づくりを主任介護支援専門員がお手伝いさせて頂いています。例えば、区民から、こういう団体でこういう研修をしたいのだが主任ケアマネジャーに来ていただいて研修を実施して頂けないかという要望があったとします。そうしたときに、先程の老健ガイドや、在宅療養ガイドブック、認知症ガイドブックなど、区で作って頂いたものを使うととても分かりやすいです。しかし、どこでこうした冊子をもらえるのかよく分からないと区民が感じていると言っている主任ケアマネジャーもいます。現状でも老健ガイドであれば包括にあるわけではありません。縦割りではなく、情報がまとまってあると助かると思います。

(部会長)

この分野に限らず、区民の皆さまから情報をまとめて欲しいというお話をよく頂きます。例えば私達の地域医療課や高齢者支援課までお問い合わせ頂ければ、まとめてご提供することができます。

(事務局)

地域医療課の場合は、ちょうど東庁舎の下の4階に介護保険課がありまして、そこに資料が揃っておりますので、職員が取りに行ってお渡しするということができます。あとは、認知症のガイドブックなどもご用意させて頂いているので、その場でお渡しできるようにはしています。

また、地域包括支援センターに集約されるのがいいとも考えております。『わが家で生きる』は、定期的に「足りていますか」とか、「必要ですか」ということをご案内させていただく他、医師会を通じて、またクリニックからもお配りできますというようなチラシを配っています。医師から依頼を受け随時郵送させて頂いています。認知症のガイドブックも同様です。

(委員)

医療と高齢というのはリンクしているものですので、どちらに言われても分かるようにはなると思います。

(委員)

障害はどうなりますか。

(委員)

障害についても、問い合わせてもらえれば、担当部署につないでそちらから送るか、併せてこちらから送るかは庁内で融通を利かせますのでそこまで縦割りではないと思います。部署でもいいですし、地域包括支援センターでも、どこか関係のありそうな部署にご一報いただければそこからつなげていきます。

(部会長)

他はいかがでございましょうか。お願いします。

(委員)

この多職種の顔の見える関係づくりの部分の事例検討会では ACP が平成 31 年度のメインテーマになってくると思います。まだ薬剤師の方も感覚的に、ACP が自分たちに近いテーマだという意識があまりないところだと思います。人生会議という名前が付きましたが、認知症で在宅で看取られる方もいらっしゃると思います。薬剤師が何を思っているかという、元気な頃のその方の人柄とか、窓口での仕草だったりお話ぶりだったり、性格とかいうのも把握しているのが、綿々と薬歴に記載されていますので、そういうことも意外と ACP に重要なのかと最近気が付きました。

ACP を絡めて事例検討会をやるということも資料に書いてありますし、そこで認知症のお看取りや、人生の最後を認知症で暮らした方のことも考えるというのを、難しいでしょうが、ぜひやっていただきたいと思います。がんももちろん多いですが、そういう方ばかりでもないの、各職種が自分に何ができるか、人生会議に関してももう少し距離感を詰めることができると良いと思います。

地域包括の方が医療・介護事業者による自主的な事例検討会の立ち上げを支援するというのは、とてもありがたいことです。その一方で地域包括の方がかなり今忙しくされているかも知っています。支援は確かにありがたいのですが、4 エリアで自主的な事例検討会を開催していた人たちが積極的に火種になって、各エリアでも開催するような形に持っていければ、地域包括の方の負担を少し軽減できるのかと思います。

何から何まで地域包括というのは確かにありがたいですし、私たちも実は薬剤師会の会員薬局の件数が今、200 を超えていて、全部地域包括に紐付けさせていただいて、25 班に分けようという考え方をしています。自分たちが必要だと思って動き出さないと恐らく行き詰まることが考えられるので、今年はず、大きい集まりでも良いので、そこから火種を生むような場にできればよいと思います。

(事務局)

事例検討会ですが、年に 4 回開催している中の 1 回は必ず認知症を採り上げさせて頂いて、家族会の方にもご協力いただき、家族がグループワークに入ってお話をするようにしております。来年度、ACP を取り上げることに向けて、今年第 3 回の事例検討会では、身寄りのない認知症の方の意思決定をどうするかというテーマで、トライアルではありますが ACP を扱わせて頂きました。非常に好評といたしますか、参加された方たちにはすごく深く考える機会になったというアンケートの回答を頂いておりますので、来年度もそのような形で認知症を採り上げて、認知症と ACP について深く考えるというような機会にできればいいと思っております。

あと、もう一点ですが、区民の方にもそうですし、多職種の方に向けてもそうですが、在宅療養ガイドブック『わが家で生きる』の改訂を考えております。先ほど、説明がりましたが、ACP に関するページを盛り込みたいと考えております。ACP とは何かということもそうですが、区民が自ら書き込むページなども考えております。ぜひ、この在宅療養専門部会の中で、以前『わが家で生きる』を作成したときと同じように、皆さまからご意

見を頂いて、どのようにACPを広めていくのか、どのように考えていくのかをご議論いただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(委員)

地域包括支援センターについて、コメントいたします。こちらに、資料4の網掛けの所の「自主的な事例検討会の立ち上げ、地域包括が支援します」という部分ですが、地域包括支援センターは昨年4月に運営体制を見直し、職員体制を強化しましたが、それでもやはり忙しい包括は忙しい状況です。ここで想定しているものとしては、立ち上げに関わることを何もかもお手伝いするというよりも、既に事例検討会を開催している団体や包括が、相談に乗りながら進められるようにしたいと考えております。主となって包括がリードするのではなく、皆さんの活動を側面的にお手伝いするイメージでいます。

このようなテーマでやってみたいとか、もっと小さな範囲で話したいとか要望があると思います。もっと小さな地域でつながりたいという要望もどんどん出てきていますので、そうしたお手伝いを地域包括支援センターも一緒になってできれば良いと思って書いております。

(委員)

この4月から居宅介護支援事業所の特定事業所では、必ず他法人と事例検討会をしなくてはなくなりました。私の事業所では、これまで10年ぐらい毎月事例検討会を開催しているので、ケアマネジャー同士の検討会ではなく、多職種を呼んで検討会をしています。薬剤師、お弁当屋、民生委員にも声をかけています。おそらく徐々に参加する職種が広がっていくのではないかと思います。ゆくゆくは、地域包括支援センターにお世話にならなくても、地域で本当に顔の見える関係の中でやっていけるようになる火種はありますので、よろしくお願いいたします。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

認知症の方の困り事の中に意外と多いのが嚥下の問題です。飲み込みにくいとか、ものがつかえてしまうとか、食べるものの量が減っていったということとか、そうしたことが多くて、喉に詰まらせて窒息死するというような状況でお亡くなりになることが多いです。

会員の事例ですが、体調不良で入院したが本人が家に帰ることを希望したケースで医師から「退院したらすぐに亡くなってしまう」と言われたこともありました。嚥下機能が低下していたので家族は吸引の勉強をして退院し、最期は在宅で看取りました。もちろんケアマネジャーがご協力してくださって、訪問看護とか使えるサービスを全て入れてということがあるので、そういう関係の事例が一つでも増えて行って欲しいと思います。

(委員)

誤嚥の問題は認知症だけではなくありません。パーキンソン病などの神経難病の方もいます。最後は、食べられなくなるということが一つの大きな基本的なテーマです。食べられなくなるということは、誤嚥性肺炎を繰り返すということです。肺炎になると入院して、医師は一生懸命治療してくれます。病院の方が延命が出来るけれどQOLが悪くなることもありますし、抗生物質を経口摂取できればそれが一番QOLが高いこともあります。医師も、

リスクとベネフィットをいつも考えながら診ていくということを非常に難しく感じています。病院医師とこうした対応を共有していく必要があることが大きなテーマだと思います。

今回は随所に ACP が入っています。かかりつけ医は、長年その患者といろいろな話をし、そういう中で ACP の基本ができています。病院では退院まで、2、3 週間というときに、医師が一生懸命になって急に ACP の話をしても、不自然な状況があります。だからこそ、町の診療所の医師も ACP を一緒になって考えていくことが必要なのだろうと思います。

(委員)

ACP に関しては、医師会でも話が出ています。いわゆるかかりつけ医や開業医が ACP を理解して、高齢の患者が来たときにお話しているとか、そういうものがあることを話せるようにしていかななくてはいけないという話をしております。

(部会長)

ぜひそういった医師の取組に役立てていただけるような媒体を区としても作成したり、情報発信や区民啓発していきたいと考えています。また、本日頂いたご意見も踏まえまして、進めさせていただきます。ここに書いてないことは全く取り組まないということでもありませんので、これからも在宅療養の推進に資する取組をぜひ皆さんと一緒に協力しながら進めていければと思います。

2—(2) その他

- ・ 第2次みどりの風吹くまちビジョンについて
- ・ 在宅療養専門部会委員の任期満了について

【資料5】【資料5-1】の説明（事務局）

以上