

平成 29 年度第 1 回練馬区在宅療養推進協議会 在宅療養専門部会 議事録

1 日時	平成 29 年 5 月 24 日（水） 午後 7 時～午後 9 時
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p><委員></p> <p>出席者：森田委員（部会長）、平木委員、山川委員、田中委員、會田委員、栗原委員、堀本委員、大城委員、山添委員、永沼委員、郡司委員、大野委員、中島委員、伊藤委員（介護保険課長）、屋澤委員（高齢者支援課長）、枚田委員（医療環境整備課長）、清水委員（地域医療課長）</p> <p>欠席：下山委員、平良委員、関委員</p> <p><事務局></p> <p>地域医療課、高齢者支援課</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	5 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<p>(1)委員の委嘱</p> <p>(2)議題</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 平成 28 年度在宅療養推進事業成果報告について 2. 平成 29 年度在宅療養推進事業スケジュールについて 3. 練馬区高齢者基礎調査報告書(速報)抜粋について 4. 第 7 期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について 5. 医療施策検討委員会について 6. 医療・介護資源調査について <p>(3)その他</p> <p>(4)次回日程</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 平成 28 年度練馬区在宅療養推進事業成果報告</p> <p>資料 1－1 平成 28 年度在宅療養推進事業実施結果</p> <p>資料 2 平成 29 年度在宅療養推進事業スケジュール</p> <p>資料 2－1 平成 29 年度練馬区在宅療養推進協議会・同専門部会予定案件一覧（案）</p> <p>資料 2－2 平成 29 年度事例検討会・多職種交流会について（報告）</p> <p>資料 2－3 平成 29 年度在宅療養講演会について（報告）</p> <p>資料 3 練馬区高齢者基礎調査報告書(速報)抜粋</p>

	<p>資料 3 - 1 練馬区高齢者基礎調査報告書(速報)</p> <p>資料 4 第 7 期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 施策④医療と介護の連携強化 検討資料</p> <p>資料 4 - 1 第 7 期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 施策④医療と介護の連携強化 参考資料</p> <p>資料 5 練馬区医療施策検討委員会の設置について</p> <p>資料 6 医療・介護資源調査について</p> <p>資料 6 - 1 医療・介護資源調査について 質問票骨子 (たたき台)</p> <p>参考 「在宅で生きる」 2 月号、最終号</p>
	<p>練馬区 地域医療担当部 地域医療課 医療連携担当係</p> <p>電話 03-5984-4673</p>

(1)委員の委嘱

(2)―1.平成28年度在宅療養推進事業成果報告について

【資料1「平成28年度練馬区在宅療養推進事業成果報告」及び資料1-1「平成28年度在宅療養推進事業実施結果」により事務局から説明】

(委員から特に発言なし)

(2)―2.平成29年度在宅療養推進事業スケジュールについて

【資料2「平成29年度在宅療養推進事業スケジュール」、資料2-1「平成29年度練馬区在宅療養推進協議会・同専門部会予定案件一覧(案)」、資料2-2「平成29年度事例検討会・多職種交流会について(報告)」及び資料2-3「平成29年度在宅療養講演会について(報告)」により事務局より説明】

(委員から特に発言なし)

(2)―3.練馬区高齢者基礎調査報告書(速報)抜粋について

【資料3「練馬区高齢者基礎調査報告書(速報)抜粋」により事務局から説明】

(委員)

「3在宅療養―③在宅療養が難しいと思う理由」という設問で「在宅でどのような医療や介護が受けられるか分からないから」という理由が挙げられていることについてです。私が勤務をしている周辺でもこうした疑問がよくあがります。個々の薬剤師が動いてもいいとは思いますが、近隣の多職種に声をかけて小規模な説明会をしようという動きも多くあります。

そこで病院の方にお聞きしたいことがあります。以前、基幹病院の退院患者で在宅療養の見込みがある方に対して、退院後の在宅サービスを紹介する出前講座をしてくれないかとお願いされたことがありました。その時は実施まで至らなかったのですが、もしご用命があれば詳しい薬剤師を派遣して、たとえば院内の糖尿病教室のように在宅療養に関連するサービスの説明会をすることで、これから在宅を受けようという患者さんに安心してもらえるのではないかと考えていますが、いかがでしょうか。

(部会長)

今、ご意見を頂きましたが、何か病院で取り組んでおられることや、お考えがあれば頂戴できますでしょうか。

(委員)

当院では、退院支援として、薬剤部や地域連携室、病棟の連携を進めていこうと考えています。今までは、退院支援の業務フローの中で、薬剤師がどの程度入るのか、リハビリテーションをどうするかという議論がちょっと弱かった部分がありました。今年は、訪問

看護師やケアマネジャーだけではなくて、退院するときに薬剤師などと一緒に退院支援カンファレンスができるような体制を作ることをテーマに掲げています。

薬剤師会が非常に熱心なので、当院で勉強会をする時には多くの方が参加してくれています。薬剤科の科長も非常に熱心にやってくれています。一緒にそうした取り組みができたらなと思っています。一度モデルケースとして当院で取り組んでみて、良さそうであれば区でも取り組んでもらえたらと考えています。乞うご期待ということでよろしくお願ひします。

(部会長)

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

(委員)

「3 在宅療養－①在宅療養の希望」で約3割が「そう思う」と回答しています。以前、厚生労働省が行った同じようなアンケートでは5～6割がそのように回答をしていたように記憶しています。調査する対象による違いなのでしょう。

(委員)

「3 在宅療養－①在宅療養の希望」についてですが、抜粋版(資料3)ではなく本編(資料3-1)で補足させていただきます。本設問は「脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期療養が必要になった場合に病院などへの入院をしないで自宅で療養をしたいかどうか」という聞き方になっています。長期療養が必要になった場合という前提がついているので、このような数字になったと認識しております。もしかすると委員がおっしゃった調査とは質問の仕方が違ったのかなと思います。

(委員)

いえ、同じようなものでした。「もしあなたが末期がんになったら」というような聞き方だったと思います。むしろそうした状態になった人の方が在宅で過ごしたいと答える人が多くなるのではないかという気がします。

(委員)

別の調査で前提のない聞き方をされていて違う数字が出ていたのは目にしたことがありますが、今回練馬区で行った調査ではこのような結果が出ているという状況でございます。在宅療養が可能だと考えている方が前回の調査よりも若干増えている傾向が見られますので、在宅療養の普及が進んでいると認識しております。

(委員)

「3 在宅療養－③在宅療養が難しいと思う理由」については以前から同じだと思います。「家族等に負担をかけるから」、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」という項目は以前から数が多いと思います。

去年から始まった小規模講演会では、ご家族やこれから在宅療養を迎える人を含めて、在宅でどのようにして最期までいけるのかを啓発する意味で非常に意義のある取り組みです。いわゆる地域包括ケアの植木鉢の図がありますが、その鉢の受け皿のところは、個人や家族がどのように最期まで生きるのかという価値観が一番重要になってくる場所です。

独居の方などは在宅で最期までというのはなかなか難しいと思われがちです。しかし、

例えばある事例では、娘さんが最期の最期になって1、2か月来てくれました。そういう家族の援助の仕方も在宅をやっていく上では非常に助かるのです。あるいは、24時間一緒に住むことができなくても、昼間だけ来て夜は帰ってということでも、老衰で亡くなることは十分に可能です。介護する人に対してそうした理解を求めることも非常に重要なことだと思っています。

(委員)

ありがとうございます。今挙げられた小規模講演会については、区民へアンケートをした際にやはり自分の家から近いところで練馬区の先生から話を聞きたいという意見が多数ございましたので、もともと大規模で行っていたものを、試みとして各地区で小規模講演会を実施させて頂きました。私も4回行った小規模講演会にすべて参加させて頂きました。そのなかで皆さんの声を聞いていますと、やはり「興味はあるけど本当にできるの?」「本当はお金かかるんでしょ?」といったご意見を頂くことが多くありました。今年度も医師会の先生方にご協力を頂いて引き続き講演会を開催できることになったのは非常に大きいことだと私は考えております。

また、先ほどの「3在宅療養－①在宅療養の希望」について、私は委員がおっしゃるようにもう少し高い数字が出るのではないかと予想しておりましたが、結果としては高齢者一般では在宅療養を希望する割合の数字が4ポイント減って25.3%になっています。ただし、要介護高齢者では増えていますので、これはいい兆しなのかなと思います。私どもとしては、在宅について分からないと思われることをできるだけ減らしていきたいと考えております。先ほどの小規模講演会やガイドブック「わが家で生きる」を含めて、広く周知していかなければならないと改めて痛感したところでございます。また引き続き皆様のご協力を頂ければと思います。よろしく申し上げます。

(部会長)

今、委員から申し上げたとおり、せっかくいろいろな取り組みがあるのをご存じないということで、在宅療養のことをよく分からないままに判断されてしまうのは大変残念な状況だと思っています。こうした講演会は理解をして頂くための取り組みの一つであり、お知恵をお借りしながら他にも様々なツールを使って取り組みを今後進めていければと考えております。ほかにいかがでしょうか。

(委員)

調査票の回収率は大体6割ぐらいでしょうか。パーセンテージと補正をしての有効パーセンテージというのは大丈夫でしょうか。回答率や回収率が違ってくると数値の意味合いが変わってきて、数値で言うと数%というのが埋没してしまわないのかというのがあります。資料で赤丸が付けられているところが微妙なところで、数値が良くなったといっても本当にそうなのか、ほとんど変わっていない恐れがあるのではないかと思います。そのあたりを統計でどのように見ているかを教えて頂きたいと思います。

(委員)

調査の概要については報告書に記載させて頂いております。おっしゃるとおり、回収率は大体6割程度でございます。3年に1回同様の調査を行っていますが、ほぼ前回と同様

の回収率だと聞いております。統計上は有効なものだと認識をしております。

(委員)

資料3で赤丸が付いているところは比較的良いデータということだと思います。悪かったところを改善する視点に立ったときに、ここはやっていたけれど思ったよりも改善しなかったことなどをぜひ聞きたいと思います。ここに書いてあるのは比較的良い話が多い。これから取り組みを進めた中では、もっとここを良くした方がという部分もあれば良いかなと思いました。

(事務局)

まさにそのとおりでございます。このデータを見て残念だったところは、「3在宅療養①在宅療養の希望」で高齢者一般の数字が下がってしまったことです。これまで普及啓発活動が続けてきて、多くの区民に、在宅療養の現状、独り暮らしであっても在宅療養で看取りまでできること等を伝えられるように取り組んで参りました。ここで数字が下がってしまったのは非常に残念なことだと思います。

一方で、赤丸を付けさせて頂きましたが、要介護高齢者のポイントが上がったのは、高齢者一般が下がったこととは意味合いが違うと思っています。要介護高齢者はこれから在宅での医療が必要になる可能性が一般の高齢者よりも高いにも関わらず数字が上がったということは、よりリアリティを持って在宅を希望したのではないかと考えています。ただし、それを裏付けるデータが他にはないので、そうであればいいなという域に留まっています。私としては数字が上がったことを一つのモチベーションとして次に繋げて行きたいと考えております。ご意見ありがとうございました。

(委員)

対象は無作為抽出で選んだのでしょうか。

(委員)

無作為抽出で選び、高齢者一般、要介護認定者などに分けて分析を行っております。

(委員)

このような分析をする場合は無作為ではだめなのではないのでしょうか。要介護とはいつでも1から5まであるわけです。その部分についてはどのようにしたのでしょうか。例えば層化多段抽出法という手法があるのですが、そういった配慮はされたのでしょうか。少なくとも要介護度別に考えないと結果に影響を与えてしまうと思うのですが。

(委員)

今回の調査は別の担当で行っているものになりますが、私の方では今回は統計学的に有効な方法で行っていると聞いています。今のような抽出法があるということをお知らせしたので、担当の方に話をさせて頂きたいと思います。ありがとうございました。

(委員)

具体的には、要介護1と5では考え方が違うのではないかと思います。また、要介護5の人はご本人が回答するのが難しいでしょうから、一体誰が答えているのかという気もします。そのあたりはいかがでしょうか。

(委員)

手元に正確な資料がなくて恐縮なのですが、私が聞いているところでは、要介護5の場合は、当然ご自身で回答をするのは難しいので、ご家族などの支援を受けながら回答をしていると聞いています。

(委員)

つまり、回答者自身で判断ができないことも多いだろうと普通は思うので、そういう場合はどうするかを考える必要があると思います。

(委員)

そのような場合には付き添いが必要になってくると思います。

(部会長)

今回の資料は全体の傾向しかまとめていないので、例えば介護度別にどのような傾向があるのか、いくつかクロス分析を行うことでまた違ってくるのではないかと思います。そうするともう少し有効に使える部分もあるのかもしれないと思います。そのあたりはいかがでしょうか。

(委員)

今回お示ししたデータは、まとまった形になっているものですが、今後、要支援1・2、要介護1・2、もう少し重い要介護3・4・5という方について類別してクロス集計をしてお示しをするという予定もございますので、そちらを反映したものを提示させて頂きたいと思います。

(部会長)

赤丸を付けた部分のポイントの上下については、非常に微妙な差の場合は、良くなった悪くなったという判断をしかねる部分もあると思います。フラットに受け止めて分析をしていくことも必要だと思います。在宅療養の取り組みをしていることの一つの基礎的なデータとして受け止めて頂ければと思います。

(2)ー4. 第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について

【資料4「第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 施策④医療と介護の連携強化検討資料」及び資料4-1「第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 施策④医療と介護の連携強化 参考資料」により事務局より説明】

(部会長)

さまざまな観点でご質問、ご意見を頂戴できればと思います。

(委員)

医療・介護連携進員というのがこのプロジェクトの肝だと思うのですが、25か所の地域包括支援センターで推進員が機能しないと事業が成り立たないと思います。この人達の人材教育の目処はどのようになっていますか。

病院の中でも退院支援を一所懸命やっていますが、実際にはそんなに簡単にはうまくいきません。在宅を希望する方の割合が3割程度(資料3「3在宅療養ー①在宅療養の希望」)になっているのは、なかなか難しいという認識があるからだだと思います。人材を置いて専門的な知識からアドバイスをしてその通りに動いてもらうことはとても難しいことだと思

います。実際にここにおられる多職種の方々も毎回それで苦勞をされていると思いますし、病院の中でも退院支援看護師の立場からしてもうまくいかないことの方が多いのが実情だと思います。そのあたりはどのようにお考えでしょうか。

(委員)

人材についてのご質問ですが、退院時の調整などが大きなところのため、現在区内の4か所の医療介護相談窓口に従事している医療・介護連携推進員が退院前カンファレンスなどに参加させて頂いたりしています。今後、地域包括支援センターを25か所に再編するにあたって、支所にはすでに専門職種が従事されています。主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、看護師がいらっしゃいます。今回の配置については、こうした方々の兼務という手法も含めて考えているところでございます。

医療と介護の相談窓口では、年間3,000件程度の相談を受けています。その相談内容についても我々で分析を進めている最中でございます。今までも地域包括支援センターの25か所ある支所の窓口で相談が解決に至ることが一番割合も多く占めています。そうしたことから地域の支所は、退院連携を始めとした医療と介護の連携や相談対応には非常に力を発揮してくれていると考えております。そちらを受けて、医療と介護の連携推進では、先ほど申し上げたような兼務も含めて対応をして、25か所の地域包括支援センターと病院、地域のクリニックと連携をしていければいいのかと考えております。

(事務局)

医療・介護連携推進員に関しては、在宅医療コーディネーターという研修がございます。これは2か月に渡る7日間の研修です。こちらを受けて頂いて、コーディネートの手法を学んで頂きます。そのほか、実際に訪問看護の現場に足を運んで実践をすることも研修に含んでおります。今言われたような専門職にも今年度研修を受けて頂くことで、25か所に一人ずつ医療・介護連携推進員を配置できる見込みになっております。

(委員)

実際に相談を受けている中で、30年度に向けて25か所すべてに推進員を配置することを不安視する声も医療職からあがってきています。今年度それに向けた取り組みで、大泉、石神井、練馬、光が丘では、各圏域で本所・支所の医療職の連絡会を月1回程度持つようにして、そこで業務などについて情報交換などをしております。この会が始まってから1年程度になります。

(部会長)

ほかにいかがでしょうか。

(委員)

ケアマネジャーからすると、虐待や認知症などのアウトリーチのところは支所ももちろん頼りにはなるのですが、最終的には本所とやり取りをすることが多いです。そのあたり、今後25か所が今の本所と同じようにやれるようになって考えてもよいのでしょうか。

(委員)

虐待の対応などにつきましては、地域の圏域の総合福祉事務所の中に高齢者支援係という担当の係があります。そちらと連携して対応させて頂いているところでございます。今

回の見直しについても、地域包括支援センターと圏域の総合福祉事務所が連携して対応していくこととなります。認知症の対応についても、そちらに専門職がおりますので、そちらと連携してアウトリーチをして対応をしていくこととなります。

(委員)

それは25か所の地域包括支援センターではなくて、総合福祉事務所と取り組むということでしょうか。

(委員)

はい。総合福祉事務所の担当係と連携をして対応していくということになると思います。

(委員)

25か所の地域包括支援センターというよりも、総合福祉事務所が対応するというようになるのですね。

(委員)

高齢者支援係はそれだけ人材が多いということなのではないでしょうか。高齢者の虐待は本当に多いです。大丈夫なのかなと思います。(資料4-1 P.7の図)下は委託事業で、上は直轄で行うということですよ。現在、思っている以上に虐待で帰せないというのが結構多くて問題になっています。大丈夫でしょうか。

(委員)

心配しているのは、虐待は区の判断がないとなかなか取り組んでいけないのが理由です。事業の受託側では判断ができない部分があるのかなと心配しています。

(委員)

区内の虐待対応やそれに伴うものは、これまで区の窓口と連携して取り組んでいたところでございます。そちらについては引き続き同様に対応させて頂きたいと考えております。人員の心配なども頂きましたが、そちらについては区の職員課と調整を進めながら、圏域の地域包括支援センターを十分にご活用していただけるように準備を整えているところでございます。

(委員)

アウトリーチする認知症初期集中支援チームについて話が出てきませんが、それについてはどう考えたらよいのでしょうか。

(事務局)

認知症の初期集中支援チームについては、先生方のご負担もありますので25か所すべてに配置するのは難しいと考えております。総合福祉事務所に認知症初期集中支援チームを配置しまして、これまでと同様に先生を配置します。その下に高齢者支援係の保健師などがチームとして入ります。さらにその下に各地域包括支援センターの認知症地域支援推進員がメンバーとなってチームを構成していくことになると思います。

(委員)

今までも試験的に行われていますが、事例を見ると重度の対応困難な事例ばかりという状況です。事業の大きな目的としては、もう少し早い時点で見つけて良い方向に持っていくことがあったと思います。そうしたことがこれからとても大切になってくると思います。

軽度の方までなかなか手が回らないのが現状ではないでしょうか。

来年、診療報酬と介護報酬の同時改定がある中で、介護保険がどんどんスリム化されていきます。急性期の病院に入院をして在宅に帰るといった流れの中で考えて欲しいのです。どのようにして下流の方で受け皿を構築していくかという中で、介護保険であっても重度の方に焦点が行ってしまっている。認知症も介護の現場では、Ⅱa、Ⅱbなどの軽度の方が切られてしまう方向です。我々医師としては、これから在宅で医療依存度の高い重度の患者さんを見ていかななくてはならないという意識を持っています。我々も質の高い医療をどうすれば提供できるのかを研究する会を立ち上げようという提案を医師会の方に行っています。医療の方で難易度の高い重度の患者を見ていく必要があるとなると、まずは訪問看護の看護師にそうした会に出てきてもらうことが必要になってくると思います。多職種で集まって情報を共有するのも良いとは思いますが、もう少し細かい単位で集まってお互いの専門性を尊重し、その専門性を高め合うようにしないといけないと思います。そうした中で、相談センターの仕組みを作っていかななくてはならないと思います。ただ推進員を置けば良いという問題ではないと思います。たとえばケアマネジャーが医療のことでどこの医療機関に連れて行ったらいいのかという相談をどこですればいいのかですとか、そうしたことも踏まえて相談センターの仕組みを作っていかななくてはなりません。退院時の連携の話がこの場でよく出てきますが、実際に外来をやっている医療機関の先生は連携の場に全然行くことができないのです。今はケアマネジャーが中心となってやっている仕組みづくりで、結局そのあたりをどうするかという問題があると思います。やはり医療が重要なのです。そういう場に医者が行かなくていいのかというところに戻って検討をして欲しいと思います。

(委員)

ケアマネジャーのお話も頂いております。もともと地域包括支援センターと地域のケアマネジャーとで連携する機会がございます。それとは別に、本日の冒頭に資料1にあった昨年度の事業の報告の中で、ケアマネジャー向けの在宅療養に関する研修というのがございます。地域カンファレンスの全体会ということで、医師会の先生方にも参加して頂いてケアマネ向けの研修をやらせて頂きました。これがまさに医療と介護の連携という観点からの研修ということで医師会の先生からお話を頂いたものでございます。

地域のケアマネジャーの声を聞くと、医療とどう結びつけたらいいのか、どの診療科目でどのように相談をすればいいのかなどが分からないということがありましたので、実際に事例を持ち寄って先生方からアドバイスを頂くことで、かなり満足度の高い実のある研修になったのかなと思います。地域のケアマネジャーの育成も大きなテーマとして、こうした取り組みも引き続き行っていかななくてはならないと思っていますのでございます。

今回、医療と介護の連携ということで話をさせて頂いておりますが、ご意見の中には認知症に関わるものが非常に多くありました。今回の第7期高齢者保健福祉計画には、今回お示ししている施策④のほかに施策⑤がございまして、そちらの方で認知症の対策について議論をしているところでございます。在宅療養推進協議会にも認知症の専門部会がありますので、そちらの方にも今回と同様に資料をお示しして参考意見を頂こうということで

動いているところでございます。そうした資料が必要であれば、こちらの専門部会でも参考として提示することを考えさせて頂きたいと思います。

(委員)

もう一度私がお伝えしたいことは、介護保険事業計画でぜひとも検討して欲しいのは、今すでに相談窓口がありますが、一般の区民からだけではなくて、たとえば介護・医療の困難な症例についての医療機関やケアマネジャーからの相談も受け付けようにして欲しいということです。そうした仕組みを導入して連携を進める考え方も入れて欲しいと思います。

(委員)

軽度な患者さんたちの受け皿を構築する必要性、重度な患者さん達を在宅で支えていく体制づくりに対する問題意識がお示し頂けたのかと思います。私どもの認識としても、平成30年の医療と介護との同時改定は大波であろうと思っています。新聞など様々な情報がございいますが、切られる部分と充実させられる部分が出てきてメリハリがついてくるのだと思います。その中でも医療依存度の高い療養病床から在宅への移行ということで、外来患者を含めて多くの方が地域に戻ってくるのかなと思っています。その時にどう対応するかが問題になってくるかと思っています。前回の専門部会でもお示ししましたが、看取りの実数が今後さらに増えてくるわけですが、それをどのように医療・介護の体制で対応していくのかは非常に大きな課題だと思っています。只今お示し頂いた内容について、事例検討会などでは様々な多職種の方に集まって頂いて顔の見える関係作りを進めて参りました。しかし、先ほど人材の確保や研修について説明がありました通り、実際に困難事例にどのように対応するのかという、能力の向上は大きなテーマであると思っています。こちらは在宅療養推進事業計画の中でそのようなものを皆さんと議論するなかで反映して実行されるものにして参りたいと思っています。

(委員)

認知症の場合は、地域で生活を維持していくことが一番の課題であると思います。資料3-1(P45)を読んでいたならば、特養へ入所している方の疾患の中で、ほとんどが認知症を患っているというデータが出ていました。今後認知症の方がどんどん増えていく中で施設を作っても追いつかないと思います。やはりいかに地域で生活をしていくかが必要だと思います。介護者がギブアップしない体制、いわゆるレスパイトの体制を作っていくことが重要なのではないかと思います。資料3-1(P42 ②在宅療養生活を継続するために必要なこと)のデータの中で、いつでもショートステイを利用したい時に利用できるという要望も出ていましたし、データにはないのですが家族会などでは、介護者である自分が倒れた場合の心配をされる方がとても多いです。

そのほか医療との関係では、パーキンソン病を患った方がレビー小体型認知症を発症された場合に、薬のちょっとしたことで※BPSDがものすごく激しくなって家族が真っ青になって急遽入院処置となるケースもたくさん聞いています。その辺、訪問看護や医師、ケアマネジャーとの連携もとても大切ではないかなと普段から思っております。

※BPSD…認知症に伴う周辺症状のこと。例として暴言、過食、妄想、抑うつ等が挙げられる。

(委員)

ありがとうございます。介護者を支援することはとても重要だと思っております。今まさに介護をしている方が介護できない状況になってしまうのは避けなくてはならないと思っております。介護者の支援は今回の施策の検討の中でもお示しをしています。要介護者の多くで認知症の傾向が見られるということも把握しているところでございますので、そこを含めて介護者の支援を検討して参りたいと思っております。

(委員)

介護保険は何でも契約が必要です。たとえば急性期の病院から退院してケアマネジャーが付くとします。その時はケアマネジャーの事業所と契約書を交わします。その中で個人情報情報の承諾書が本人のものと家族のものがそれぞれ必要になります。訪問看護、福祉用具、デイサービスなどのサービスを利用する場合もそうですし、施設であってもショートステイを利用するときには契約書が必要になります。個人情報だけでも各事業所で2枚ずつ契約書が必要です。それがないと実地指導や監査で指摘されます。そんなことで家族介護者の負担を作ってしまうのは違うのかなと思います。そのあたりのことも練馬区として考えてもらえるといいなと思います。

(委員)

非常に率直なご意見だと存じております。練馬区としても条例を作りまして、個人情報保護については全国でもかなり厳しいものになっております。実際のところ、私達がお邪魔していろいろと見させて頂く中で、個人情報についてはきちんとやらせて頂く体制は取らざるを得ない現状もございます。一方で今のお話も含めて、職を離れた一個人として見た時、果たして現状のあり方がどうなのかなという思いは持っております。法の番人という立場として、今のお話につきましては参考にさせて頂きながら、発言の機会が与えられた時にそのような実際のお話もあるということもお話させて頂ければと思います。受け止めさせて頂きたいと存じます。よろしくお願い申し上げます。

(委員)

現在、ケアマネジャーの方で主任介護支援専門員の協議会ができています。技能を上げていかななくてはならないという国の現状もありますので、練馬区の場合は昨年から3年計画で、主任ケアマネジャーが一般のケアマネジャーを教育するスーパービジョン研修などを始めております。来年まで東京都から補助金を頂いている事業だったと思います。

(委員)

そうですね。先ほどもお話しさせて頂いた主任ケアマネジャーの方々が中心となったケアマネジャーの育成は、3か年で行わせて頂いております。

(委員)

その中で、こちらでお話が出ているような退院連携をはじめ、在宅の先生、病院の先生、薬剤師、訪問看護、施設などの皆さんとの連携の仕方、どうすれば皆さんの意見を聞いて進めていけるのかという勉強も始めています。まだ始めて1年なのでまだ結果というところまでは行き着いてはませんが、そうしたことも取り組み始めています。その中で退院連携に関連して事例検討を地域包括支援センターともやっていくことになっておりますので、

またご協力をお願いいたします。

(委員)

急性期病院で退院調整をしています。先ほど委員がおっしゃっていたことがまさに私どもの病院の中でも起きています。自宅に帰っても医療の提供が必要な方は非常に多く、看取りとなった時も、家族も自宅で見ていく自信が持てないため、ぎりぎりまでどうするか決められません。そうしたなかで在宅へ移行するまでの時間が短く、家族がどうするかを決めて気持ちを整える時間がないのが現状です。そうした時に地域にいらっしゃる在宅医の先生や訪問看護ステーション、ケアマネジャーの力がすごく大事になってくるということを、私も調整を始めてまだ3年ぐらいで経験が浅いのですが、すごく感じているところです。

今の話を聞いていて、早期に退院前カンファレンスを開いていかななくてはならないと思います。また、病状の理解という意味ではケアマネジャーに少しでもわかりやすく情報の提供をするように心がけなくてはならないと思います。技術に関してもどんどん新しいことが起こっているので、訪問看護ステーションの方にも実際に病院に来て技術を見て頂いてから帰ってもらうことを実際にはしています。病院としてもこうしたことを広く受け入れられる体制を今後作っていくことをすぐに検討をしていかななくてはならないことを感じております。

(部会長)

これから計画を策定するまでの間には、今日頂いたご意見も踏まえまして検討をして頂ければと思います。この専門部会の中でもう少し議論をして頂いて具体的な取り組みに繋がっていかなくてはならない部分もあるのかなと思っております。

(2)―5. 医療施策検討委員会について

【資料5「練馬区医療施策検討委員会の設置について」により事務局より説明】

(委員)

検討委員会の内容はこの会では扱わないのでしょうか。

(委員)

検討委員会の内容につきましては本専門部会とも整合性を取っていかなくてはならない部分もありますので、検討状況に応じて報告ができればと思っております。

(委員)

医療施策検討委員会の参加者では、在宅医は山川先生のみということですか。

(委員)

メンバーとしてはそのようになっております。

(2)―6. 医療・介護資源調査について

【資料6「医療・介護資源調査について」により事務局より説明】

(委員から特に発言なし)

(3) その他

(委員)

関東厚生局に届け出ている在支診はどなたでも分かるのですが、在支診を届け出ていても必ずしも在宅医をやっていない現状があります。区で厚労省のシステムを利用して作ったリストがあり、そちらは23区の中で練馬区が初めに出したものだだと思います。そちらには医療機関だけで400近く記載されており、その中で在宅をやっている医療機関がどこなのかを一般区民が調べるのは非常に大変なことだと思います。せめて地域別に分ける工夫が必要だと思います。医師会のホームページで、在宅医療、訪問診療をやっている機関がどこなのかを出せるような方向で進めていますので、それを参考にして検討して欲しいと思います。1か月後ぐらいにできることになっています。

(事務局)

厚労省のシステムについては、厚労省に改修をお願いしているところでございます。医師会のホームページで医療機関の情報が更新されるということであれば、それに基づいてこちらで更新をかけていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

(4) 次回日程

(部会長)

次回の専門部会の日程は、9月26日(火)19時からと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。