

平成 28 年度第 2 回練馬区在宅療養推進協議会 議事録

1 日時	平成 29 年 3 月 29 日（水） 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; 出席者：武藤委員（会長）、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、干場委員、中田委員、新山委員 欠席：古田委員、小山委員</p> <p>&lt;事務局&gt; 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</p> <p>&lt;オブザーバー&gt; 欠席：久村様（東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課長）</p>
4 公開の可否	可
5 傍聴者	0 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<p>(1) 専門部会からの報告事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平成 28 年度在宅療養推進事業の成果報告</li> <li>2. 在宅療養専門部会からの報告事項</li> <li>3. 認知症専門部会からの報告事項</li> </ol> <p>(2) 平成 29 年度事業案について</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平成 29 年度スケジュールについて</li> </ol> <p>(3) その他</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 意見交換</li> <li>2. 次回協議会日程</li> </ol>
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 2 - 1 退院連携推進事業（中間報告）について</p> <p>資料 2 - 2 介護老人保健施設の調査研究（中間報告）について</p> <p>資料 2 - 3 平成 28 年度 練馬区死亡小票分析</p> <p>資料 3 - 1 地域包括支援センターの運営体制の見直しについて</p> <p>資料 3 - 2 医療と介護の情報サイトの開設について</p> <p>資料 3 - 3 練馬区認知症（もの忘れ）相談 平成 28 年 4 月～平成 29 年 2 月実績</p>

	資料4 平成29年度在宅療養推進事業スケジュール(案) 参考 在宅で生きる(12,2月号)
	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28年度在宅療養推進事業の成果報告

【資料1「平成28年度練馬区在宅療養推進事業成果報告」について事務局より説明】

(委員)

ありがとうございました。別紙1の「①医療と介護の連携」の事例検討会にある参加者数には、4回開催して「延べ327名/381名」とありますが、これは4回とも全部別々の方が参加されているのか、内容が違うため同じ方が何らかの方法で複数回参加しているのかについてご説明いただければと思います。今後、実施回数や内容について問題になってくるとお思いますので、「延べ327名/381名」という意味について教えて下さい。

(事務局)

事例検討会は地区ごとに、光が丘地域、練馬地域、石神井地域、大泉地域で開催しております。中には複数回参加される方もいらっしゃるのも事実でございます。症例検討については各地区共通のものもございますので、区では、事例集として4回の資料をまとめた冊子を配布しています。この中ではやはり何回かいらっしゃる方も実際にはいらっしゃいます。そうしたこともあり延べ人数と参加者数にずれがある状況でございます。

(委員)

わかりました。

### (1) - 2 在宅療養専門部会からの報告事項

【資料2-1「退院連携推進事業(中間報告)」について事務局より説明】

(会長)

参加されている委員の方は、病院で開催されてみていかがでしょうか。

(委員)

練馬地区では練馬総合病院で意見交換会を行っていて、今年度も第3回が4月11日に予定されています。これまでかなり具体的に意見交換をしています。資料はここにある通りで、よくまとめてあります。各地区でそれぞれ特徴がありますので、それをこれからの意見交換会を通じて反映させていけばいいのではないかと思います。

(会長)

そのほか、意見交換会に参加された委員はいかがでしょう。

(委員)

私も同じように、練馬地区の意見交換会に参加しておりまして、顔の見える関係性の中で、病院サイドと現場サイドで有意義な意見交換ができています。ただ、それを

区全体へと広げていく必要があるかと思っております。

(会長)

光が丘地区で参加されている委員はいかがでしょうか。

(委員)

高齢者相談センターという医療と介護を繋ぐ立場で参加させて頂いています。光が丘地区の場合は病院も大きく開院から間もないので、ケアマネジャー側は病院の中身の仕組みなどを理解できていません。また、病院側の方もケアマネジャーが出す書類のシステムの十分な理解はまだです。課題は大きいかなというのが私の印象です。

(会長)

ほかに何かございますでしょうか。退院連携はちょうど病院から地域への出口にあたる場所ですからね。

#### 【資料2-2「介護老人保健施設の調査研究（中間報告）」について事務局より説明】

(会長)

今老健は区内で13か所だそうです、これに関して何かありますでしょうか。

(委員)

資料2-2の裏のページ4の表についてです。私の病院では療養病床を持っています。そのなかで一番困っていることは、療養病床と特養との違いを、入院される患者さんのご家族が理解されていないことが多いことです。私たちの病院としては、区民向けにも特養と老健の違いだけではなくて、老健や療養病床についても啓発する資料を一緒に作ってもらえるとよいと思います。結局患者と家族が決めることだと思いますので、せっかく病院がいいと思ってきてもらっても、特養に入るのと同じような感覚で療養病床に入ろうとしてしまうと、特養とのコストや体制面の違いから患者さんやご家族の考えが変わってしまったり、逆に特養ではなくて療養病床にしようというように、2つの選択肢が変わることが結構多いです。啓発では事業者向けと区民向けで分けずに、すべて一緒にしてもらえるとよいと思います。

(会長)

老健、特養は介護保険施設ですけど、外から見ると分かりにくいというのはあると思います。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。(資料2-2の裏面4の表について)区民向けと事業者向けで真ん中に線を引っ張ってございますけど、まったく違うものだとは考えておりません。特養との違いだけではなくて、区民の方々がそれぞれ十人十色違う中で、一番よい選択肢を分かってもらうための、ひとつの啓発資料とっております。ただ今の療養病床に関するご意見も含めて検討させて頂ければと思います。また、区民の方は老健をあまり理解されていないというのと、在宅療養専門部会での議論の中でもケアマネさんから老健は特養の待機場所だという意見が聞こえてきますので、こうしたことにスポットライトを当てて検討するのは、非常に有意義なことだと思います。いろいろご意見を頂きながら進めて参りたいと思います。

(会長)

在宅復帰を目指す強化型の老健もありますし、同じ老健でも少し傾向が違いますよね。老健側の意見、何かございますでしょうか。

(委員)

今、ご意見がありました。老健がどのようなものかほとんど理解されていない。もちろん区民の方もそうですし、介護事業をしていらっしゃる方、たとえば居宅介護事業所の方でもあまり詳しくご存じないですし、医師の方はさらにあまりよくご存じない。病院関係者においても療養病床はもともと医療施設ですから比較的比較的理解があるとは思いますが、老健と特養の違いは全体的に啓蒙していく必要があると本当に思います。

(会長)

何かほかにもございますでしょうか。やはり老健のことを皆さんに知って頂くということでしょうか。

### 【資料2-3「平成28年度練馬区死亡小票分析」について事務局より説明】

(会長)

これに関していかがでしょうか。自宅での死亡が2015年の480人が2025年に924人へ約440人増加という推計です。

(委員)

こうしたデータを出して頂いてありがとうございます。これまでこうしたデータはあまり出ていませんでした。医師会でも看取りを含めて在宅を一所懸命やっています。しかし、これは保険制約上の問題ですけれども、在宅に手を挙げると、24時間縛られることもあり、ここまで大変になるのなら止めてしまおうという先生もだんだん増えてきております。自宅看取りと一言で言っても、家の広さや家族の問題で自宅に帰れない人、そういう方もいらっしゃると思います。区としてどこを増やして、どこを減らすということなしに、ただ毎年この推移を出して現状を説明するだけでは、データとしてもったいない気がするのです。そのあたりは政治も含まれるのかもしれませんが、こうしたデータをベースにして、大きな目標に向かって練馬区では医師会を含めてみんなで協力しましょうという方向に持って行きたいと思っております。

(会長)

資料2-3のスライド番号2ですけれども、練馬区外の医療機関が練馬区在住の方を看取っている場合もあるということですね。これは具体的にどのようなケースなのか。

(事務局)

自宅死というのは、練馬区内の在支診なり、訪問診療で見て頂いている方が最期自宅で看取られた場合が該当します。区外の機関が看取るケースも当然ございます。

(会長)

区外の医療機関が練馬区在住の方を看取っているということですか。

(事務局)

特に区境などですと、他の区の在支診の先生の方もたくさんいらっしゃるのです。そうした場合もございます。

(委員)

この区外というのは、たとえば周辺の杉並区などで在支診をやっているケースのように練馬区内に本拠地を持たない機関は非常に多いですし、むしろそちらの方が看取っているのではないかとされているのですが、これも含むのですか？

(事務局)

実際に医療機関ごとの看取り件数のランキングを見ていくと、練馬区の方をみて頂いている区外の在支診の先生も多くいらっしゃいます。そうしたことを含めると、2015年から2025年にかけて増える444人を練馬区内の在支診だけですべて補うのか当然議論があるかと思いますが。

(会長)

医師会の方では、区外から医師が来ているという実情は把握されていますか。

(委員)

実際にはこの資料が初めてです。私どもも、区民の方が亡くなった場合には練馬区へ死亡診断書を出しますので、区の方はそれを知ることができる、それからどこで亡くなったかは、死亡診断書に自宅と書いてあります。誰が死亡診断書を書いたかによって、練馬区の医者なのか、他区の医者なのか分かります。それは今あったように、このデータとしては出ていませんけれども、数を数えればすぐに分かると思います。今回の分析を参考に医師会内でも行おうと思います。

(会長)

こうした定量的データというのは、在宅ケアのサービスボリュームを今後推計していく意味でも非常に重要な指標になってくると思います。医師が区外から来られていることも含め、すべてを練馬区内の医療機関で看取るというのは難しいだろうと思います。

(委員)

今の話に関連して、資料2-3スライド26ページにある経年変化では、やはり区外での取り扱いもかなり多いということでございます。ただ、今後を考えたときに、スライド5ページにあるように現在の自宅看取り数から444人増加すると見込んでおりますけれども、これを区内区外問わず本当に在宅で看取ることができるのかどうかには、2つポイントがあるかと思います。ひとつは、やはりそれを受けてくれる練馬区医師会の先生方や区外の先生方に負わなければならない部分がどれだけ増えていくのか。もうひとつは、在宅での看取りはドクターだけでやろうと思ってもできないことなので、ご家族に対する啓発というのが大きくなっていくのかなど。その2つが大きなポイントだと考えています。

(会長)

これらから急激に増加する死亡数に立ち向かっていくために、まさに準備をしなくてはいけない状況です。何かご意見ありますでしょうか。

(委員)

資料2-3スライド5ページにある自宅看取りに対応するための将来の対策ですけども、一つ加えてもいいと思うのが、介護施設での看取りです。私の施設でやっているのかと聞かれると、正直なところあまりやっていません。大分増えては来てますけれど、年間数名です。しかしながら、私のところの関連の特養などはもう少し多いような気がします。練

馬区内に特養は 27 か所あるそうですけども、そこが年間 5 人ぐらい看取ることができればかなりの量を施設で看取れるということになります。これは教育と体制の構築が必要になってくるところだと思います。検討していただければと思います。

(事務局)

ありがとうございます。資料 2-3 スライド 4 ページでオレンジ色になっているところがまさに介護施設での死亡の数字だと思います。今後の体制づくりでは、今ご指摘頂いたような介護施設での看取りを考えなければならない、整理しなくてはならない課題だと考えております。加えて、先ほど医療機関の所在地別の話がございましたけども、少しその補足をさせて頂ければと思います。スライド 26 ページでございます。棒グラフでございますが、こちらは医療機関の場所別の自宅看取り件数の推移でございます。練馬区内在ブルー、区外がオレンジになっています。練馬区内在が 6~7 割、残りの 3~4 割を練馬区外の医療機関に看取って頂いているという実態もあります。併せてご参照頂ければと思います。

(会長)

ありがとうございます。ほかにございますでしょうか。

(委員)

今お話があった施設での看取りについて、老健に関しては介護度が中度ぐらいの方がメインの利用者になりますので、まだそれほど看取りは進んでいないかと思います。特養については平均要介護度が 4 で、区内に 27 施設、1,800 床ほどあり、年間 1 / 4 の方が退所しています。そのうちの半数の方が施設での看取りを選択しています。また、有料老人ホームはかつて軽度の方のための施設だったのですが、入居者の方がだんだん重度化しておりまして、今手元に数字はありませんが、有料老人ホームでも看取りが行われるようになってきております。施設での看取りは、今後も進んで行かだろろうと思っておりますし、介護報酬でもそうしたところがこれから評価されていくのだろろうと思っております。ただ、本当は施設に入りたくないという高齢者の方の強い思いもありますので、在宅で看取れる環境を作っていくというのは、これからやはり重要なのかなと思っております。

(委員)

老健などの施設で看取りになった場合に、家族がもう少しがんばって生かして欲しかったと感じて、看取りに納得しないケースはどのぐらいあるのでしょうか。老健に入居している介護度が 3 前後の人だと、もう少しがんばるという話をしている状況で突然亡くなりそうになった場合に、このまま死ぬのは納得ができないと病院に搬送されることが多いと思います。病院に来たときに、患者さんの家族などがいたら、このまま看取りましようか病院側から言うことはまず普通はありません。病院に連れてくる時には、何とか生かして欲しい、もう少し長く生きて欲しいという家族が多いと思うのです。ですから在宅で看取られることに納得している人たちはいいのですが、施設によって違いはあるとは思いますが、施設に入居されている場合では、看取られることをどのぐらい家族が納得しているかによって、医療者側、施設側も、状況によっては、これは医療事故ではないかということになってしまうこともあり得ると思います。家族と施設側がどこで看取るのか本当に納得していないと、取り返しのつかないことになってしまう可能性があるのです。単純に施設での看取りを進めて行けばいいわけではないと思います。先生のご意見も伺いたと思ったの

ですがいかがでしょうか。

(委員)

私どものところは老健ですので、入居者の介護度は低いですし、強化型を目指して在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設支援というランクでがんばっていますので、入居者の入退所が多く、主に在宅に帰すという性格の施設です。もちろん急変した場合は、すぐに病院などをお願いをしています。私どもの施設で看取るのは年間数人ぐらいしかいませんと言ったのは、介護度が軽い人が多いからなのです。介護度が軽いということは、あまり弱っていないということです。最初からなぜこの人は老健に入ってきたの？というぐらい状態が悪い人もいらっしゃいますが、看取りまで行くという人はそうした方ぐらいです。ただ特養の場合は、そこにいらっしゃればわかりますけれども、言葉をどんどん発しなくなるとか、そうした人たちが多いですから、どうしても看取りになる人が多くなると思います。

(委員)

そういう特養の入居者の方がたとえば誤嚥性肺炎などで当院に来たとしたら、最期までというのがどこまでなのかというのはあるのですが、家族から最期までやって下さいと言われることは意外とあります。これを特養でそのまま医療をしないで看取ると、どうしてちゃんとやってくれなかったんだと言われるのではと思うことはあります。先ほど言っていた人数(資料2-3スライド4ページによると練馬区では2015年に440名が施設で亡くなっている)の方が施設で亡くなった時に実際に納得されているのかどうか、ちょっと分からないものですから、ぜひそのあたりのことを教えて頂ければと思います。

(事務局)

特養ですと、ある程度今、看取りをやっているところがあります。そうしたところでは、ある程度死が近くなるとご家族へご説明をして、ご納得して頂いた方を看取するという形を取っているようです。無理に何が何でも施設で看取するというよりも、ご家族とちゃんとお話をした上で進めているというのが現状であると思うので、看取りをやっている施設に聞いた範囲では、それほどトラブルは起きていないのかなと思います。ある程度看取りが近づいてきたら、事前にどうしますかとご家族の方に聞きながら進めていると施設側は言っているという状況でございます。

(会長)

自宅、介護施設での看取りは、やはり家族や住人の方の理解や啓発が必要になってくると思いますね。

(事務局)

そうした意味で啓発というのは非常に重要だと思います。人が自宅で亡くなることを目にしたことがない方々が今大人になっているので、最期ぐらいは病院で死なせてやって欲しいという声を聞くことも正直でございます。やはり、病院至上主義というか病院なら安全というように、家族の皆様にも様々な意見があろうかと思っております。そういった観点からさまざま講演会等も行っているところではございますが、この死亡小票分析で、これだけさまざまご意見を頂くというのは、やはり重要なテーマなのかなと改めて思います。委員から特に、さらにこれを深掘りした分析をという叱咤激励を頂いているところです。

モデル事業的に実際にどういった形をとるのかという問題はございますが、生の声を反映していくのがこの場の大きなテーマだと思ってございますので、さまざまなご意見を頂きながら今後もやりたいと思います。

(委員)

ずっと在宅で看っていて最期の死亡だけを病院で判定することはあります。在宅で10年看っていたのを病院で看取ってそれが病院死になってしまうのは、あまりにもおかしいと思います。こうしたケースが自宅死と病院死のどちらに含まれるのかを検討する必要があると思いました。

(会長)

あと資料2-3のスライド4ページにある異状死、たとえば2015年では、一番下の811人という部分でしょうか。異状死は具体的にどのようなケースですか？

(事務局)

把握しているのは、検死・検案に回ったケースが異状死でございまして、亡くなったときに周囲に誰もいない独居とかの死亡の場合に異状死になるという認識でございます。具体的な内訳などは、今承知しておりません。

(会長)

異状死は今どこでも増えています。スライド4ページで見ると異状死は811人。在宅死480人の倍ぐらいです。たしか立川市では、年間千人亡くなっているうちの500か600人ぐらいが異状死でした。異状死が年々増えているのは、恐らく孤立死などが多いと思います。ですから在宅死というときは、今の統計の取り方から異状死の部分を除かないと正確な統計が出てこないと。今回の分析は、これはこれでいいと思うのですけど。

(事務局)

異状死の多数は事件性がないものだと思っておりますので、最期まで在宅でがんばったという意味では、異状死であっても在宅死として扱うというのものもあるのかなと思います。しかし先ほど冒頭で申し上げたように、あくまでも一つの切り口としてこうした整理をしているので、これを今後一つの素材として検討しながら、どのような深掘りをしていくかがテーマのひとつなのかなと思っております。

(委員)

スライド5ページで2025年には自宅看取りの数が今と比べてプラス444人ということで、医師会とか我々が大いに活躍しなくてはならなくなってくるだろうと予測するのですが、実際に在宅で診ていく場合には医療と介護の狭間にいるケアマネジャーの役割が非常に大きくなってくると思います。こうした統計をケアマネジャーの方々が分かっている、実際に動いていらっしゃるのかというのを知りたいのですけど。

(委員)

今、区内で500人ぐらいのケアマネジャーが活躍しておりますが、データを見てこうした状況で練馬区が推移しているという理解はまだだだと思います。ただ、事業者連絡協議会でも折に触れてこうした情報を出しながら、これから地域での看取りが必要になるケースが多くなっていくことは周知しています。ケアマネジャーの力不足というのがまだまだ問われていますけれども、このデータを踏まえてケアマネジャーが何をしたらいいのかはこ

れからも検討を続けていくところだと思います。

(会長)

孤立や異状死を防ぐには、やはり地域での見守りなどの活動が必要になってくると思います。

(事務局)

孤独死を避ける意味で区でも見守りを重要視しています。今、区では地域包括支援センターでいろいろな訪問などを行っておりますが、それだけで見守っていくというのは現実的ではございません。今、区内で活動されている介護事業者などの事業者、あるいは新聞配達、電気、ガス、水道などいわゆるライフラインの事業者、配食の事業者さんと見守りのネットワーク協定を結んでおります。普段の業務の中で何か異変に気づいたとき、地域包括支援センターに連絡を頂いて、そこから訪問をして、ケアをさせて頂いています。年間100件を超える通報を頂いて、実際の支援に繋がっているという現状があります。もうひとつ加えさせて頂きますと、独り暮らし高齢者というのはやはり複数でお住まいの方よりも要介護の認定率も高いですし、来年度からそうした方々に焦点を当てて、地域包括支援センターを拠点に積極的な訪問を行っていく事業を開始いたします。またのちほど個別に資料がございますので、ご説明させて頂きますけれども、来年度3か所でモデル事業を開始して、30年度から区内全体で展開して参りたいと考えているところです。

(会長)

ありがとうございます。死亡小票分析から見えてくることはたくさんあると思います。

(委員)

医師会の先生からも看取りの数が増えるという話が先ほどからありますが、在宅での看取りの時には訪問看護ステーションが関わる人が多いです。私どもの方に依頼が来るときに、例えば、ずっと地域の先生方に見て頂いていて在宅が必要になったときに練馬区内の先生の方に訪問看護の依頼、指示書をお願いするというケースが多いのですが、区内ではなくて都心の方の病院から急ぎ帰ってくるようなケースの時には、やはり主治医の先生をどこにするかをゆっくりと探せないこともあり、都心の大きな大学病院がよく連携を取っている医師の方に主治医が決まって帰ってくるケースが非常に多いです。そうした時に、訪問専門にやっている区外の医師が主治医になるケースが最近非常に多くなっていて、区外の先生とお仕事をする機会が増えています。また、最近、訪問看護ステーションで聞き取りをしました。現在練馬区内に50か所ぐらいの訪問看護ステーションがありますが、リハビリや精神に特化したステーションが多く、実際に24時間対応しているステーションの負担感が非常に大きくなっていて、看護師が疲弊してしまうのが問題になっております。看護職員フェアなどを開いて潜在看護師の発掘などをがんばって下さっているのですが、24時間支える在宅の看護師をもう少し増やしていけるような活動を考えていけたらなと思っております。

(会長)

50か所ある訪問看護ステーションの中で24時間対応はどのぐらいでしょうか。

(委員)

数は分かりませんが、実際には半分以上、6割ぐらいが対応しているのですが、小規

模のところ結構多く、24時間電話を持っている看護師が1人か2人ぐらいで回っていて、月の半分以上は電話を持たなければいけない状況になっています。もちろん大きなステーションはありますが、小規模のところが多くて難しいと思います。

(会長)

看取りには訪問看護ステーションの力が大きいですね。

(委員)

区では、訪看の人数をどのぐらいだと把握していて、今後どのようにしていこうと考えておられるのでしょうか。たぶん訪看さんは相当疲弊しているのだらうなと思います。この前、体調が悪くて病院に来られなかったという訪看さんが私の病院を受診しにきたので、時間調整をしてなるべく早く診察をしました。やはり訪看さんはそれなりに大変だと思いますし、一所懸命やってくれていると思います。

(事務局)

数字は言えませんというのが正直なところです。医療職、介護職、最近は保育士も含めて、少子化の煽りを受けてどの職種も人が足りない状態だらうというのは認識してはございます。先ほどございました看護職員フェアに私も参加させて頂いて、参加者と話したりしますけども、どのようにこの問題を抜本的に解決するのかは大きな課題だと思っております。数字についてはご勘弁頂ければと思います。

#### (1) - 3 認知症専門部会からの報告事項

【資料3-1「地域包括支援センターの運営体制の見直し」について】

【資料3-2「医療と介護の情報サイトの開設」について】

【資料3-3「練馬区認知症（もの忘れ）相談」について】

(会長)

この資料3-1～3までまとめて何かご意見やご質問はございますか。

(委員)

資料3-1で出ていた、独り暮らしの高齢者への訪問について聞きたいのですが、対象者が4万9千人もいるということで、どれぐらいの人員でどのぐらいの間隔で回られるのかというのをお聞きしたいのですが。あまりに間隔が空きすぎると、訪問する意味が薄れてしまうように思うのですが、このあたりはいかがでしょうか。

(事務局)

区の方に独り暮らし高齢者の実態調査の名簿がございまして、この4万9千人のうち、この名簿にある方を訪問させて頂きます。人員のお話がありましたが、25か所の地域包括支援センターがございまして、各所で2名、訪問にあたる職員を増員して対応して参ろうと思っております。これだけ高齢者を抱えている練馬区ですから、まず1回は訪問させて頂こうと考えております。訪問させて頂いた時のお話の内容によっては、たとえばですが、実は近所に親族が住んでいるだとか、定期的な交流があるといったように見守りが必要ではないケース、また反対に、たとえば悪質商法の被害に遭ったケースですとか見守りが必要になってくるケースが見られるかと思っております。専門の目でそういった方々を洗い出して、先ほど申した区民のボランティアの方を活用して定期訪問して参ろうと思っております。

います。区民の方をお願いをする定期訪問につきましては、月 1 回程度を目安にやって行ければと考えてございます。来年度、3 か所でモデル事業を始めますので、そこで実際の効果を検証して 30 年度から 25 か所でやって参ろうと考えております。

(会長)

何かほかにございますか。

(委員)

専門部会からの報告ということですが、専門部会でたくさん揉んでもらいたい事があります。たとえば資料 3-3 の認知症もの忘れ相談で、医師会として何人の医師がどこで相談に参加したかは把握していませんが、「相談」という言葉が、我々医療職にとって責任を取られるものなのか、それともあくまでも相談なのかをはっきりさせる必要があると思います。この相談に対してもし報酬が出ているのであれば、相談ではなくて仕事としてカルテを起こして記録を残さないとまずいと思います。そのあたりは医師会としても調べます。あと、たとえば資料 3-1、スライドの 3 番。これの左側の下段の方にある「30 年度からの実施の医療・介護相談体制の充実」について。ページの一番下に、地域包括支援センター 25 か所と医療機関の間に双方向の矢印があって、その下に「医療介護連携の強化」とありますけど、これは何をさせようというのかははっきり分かりません。たとえば、支援センターと高齢者・家族の間にある矢印の下には、「専門的な相談支援」というようにもう少し分かるように書いてありますが、医療機関についてはあいまいな書き方がされています。たとえば講師派遣の依頼をするのであれば医師会を間に挟んで推薦をして頂かないと困ります。この図では支援センターが個々の医療機関に講演会の依頼をするようにも見えますので、そのあたりを専門部会で検討して頂けたらと思います。

(会長)

今何か、答えられる例などはございますか。

(事務局)

認知症もの忘れ相談についてご質問がありました。練馬区医師会の認知症専門医 12 名の方の協力を得ています。そのうち 1 名が認知症疾患医療センターの院長です。報酬は出ておりますが、医療に対する報酬ではなく、あくまでも全国的に相談事業を行っているものです。たとえば初期集中支援チームの取り組みのように、相談事業として行っているものであって診察ではないという判断です。相談後には相談結果についてまとめて頂きますが、それはあくまでも診察ではなくて、相談内容を先生におまとめ頂いているものです。

(会長)

地域包括支援センターの医療介護連携の具体的な内容はどうでしょうか。

(事務局)

資料 3-1 のスライドの 3 番についてお話頂いていることについて、医療と介護の相談窓口については、今 4 つの本所がございまして、そちらで医療介護連携推進、たとえば退院連携、退院調整を地域の医療機関とご相談をさせて頂きながら対応しているところがございます。その窓口を平成 30 年度から 25 か所に拡張させて頂くというものでございます。講演をお願いするとかそうした内容ではなく、あくまでも区民と地域の医療機関を繋ぐ窓口が増えるというものでございます。

(会長)

ほかに何かございますか。認知症に関連する委員から何かございますでしょうか。

(委員)

相談窓口について、私どもも国のなかでコーディネーター事業に力を入れています。この相談員の方達が、相談に来た方を見て何が必要なかをきちんと判断するための知識と何か何か経験を積んで頂ければと思います。そうすれば相当数の相談をすべて医療へ繋ぐのではなくて、何か違う道筋も示せるのではないかなと思います。私どもは、今東京で若年性認知症について取り組んでいるのですが、その中で一番力を入れているのがコーディネート事業なのです。相談にいらっしゃる方は、どんなに軽い人であっても自分が一番重いと感じて相談にいらっしゃるのです。その時にしっかりとコーディネートしてあげれば、すぐに医療機関に行かなくても、もう少し我慢できることもあります。

先ほどの看取りに関しても、家族があまり理解していないと強く感じるのです。病院からもうできる治療がないと言われて次はどこへ行くかというときに、たとえば私の場合は特養へ戻って看取りをしてもらったのですが、そうした時に、医師から家族になぜそういうことになるのかきちんと説明があれば、意外と納得して頂けるのかなと思います。

若年性認知症の方達には、胃ろう、看取りについて、ものすごく悩んでいる方が大勢おられます。その時に何が一番大事なんだろうかと。在宅に戻られても現状では看取りができない方もおられます。そのときに長期療養とか特養に戻る場合があるのですが、その場合も家族の方へしっかりと話してもらえれば、私自身の場合もそうだったのですが、納得できるのかなと思います。先ほどあったように全部病院でというのはものすごく大きな問題だと思います。しかしそこは家族に対して説明をしっかりとする方がしっかりとすれば、きちんとできるのかなと思います。

## (2) - 1 平成 29 年度スケジュールについて

【資料4「平成29年度在宅療養推進事業スケジュール（案）」について事務局より説明】

発言なし

## (3) - 1 意見交換

(会長)

今日の話聞いて頂いて、今後練馬区が在宅療養を推進していくにあたって、何を重点的にやっていけばいいのかですとか、そうしたことに対するご意見を頂ければと思います。

(委員)

資料 3-3 についてお伺いできればと思っております。相談者が来て、未診断や対応困難というのがたぶん一番多いと思うのですが、そこがこの事業で一番関わる必要があるところになると思います。ここでの相談を受けて、病院に行かれたとか、支援センターのようなチームに継続して流されるのだと思います。

気になったのが、チームで支援を継続中というのは、これはどこまで支援しているのかです。要するに、未診断と対応困難となった相談者が 46 人ぐらい（資料 3-3 表 4 参照）いるわけですね。そのうちで初期集中支援チームが関わっているのが 22 人（資料 3-3 表

6) となってきたときに、ここが一番困るところですが、ここに一番支援が入ってきてもらいたいと思うのです。しかし、対応する時間の問題もありなかなか難しいと思うのですが、支援チームがそこに関わる時間が長くなるが多くなってしまうと、受け皿や入口が狭くなってしまわないか気になりました。現状はどのような感じなのでしょうか。

(事務局)

チームでの支援については、まず基本的に、相談を受けて医療機関あるいは介護サービスへ繋がったというケースであっても、6 か月間はチームがモニタリングをすることになっております。その方達が現状どのようになっているのかを追いかけている状況になっております。ここに書いている、まだ医療機関や介護サービスに繋がらずにチームで支援を継続しているというケースに関しましては、もう少し頻度が密になりますけども、高齢者相談センターの職員などが訪問をして対応にあたっております。いずれは、そうした介護サービスの導入であるとか、家族を説得して家族などと一緒に医療機関を受診したりというような結果に繋げていこうとしているところでございます。

(会長)

全体について、あるいは今後何を重点的に進めて行ったらいいのか、何かご意見はございますでしょうか。現在の練馬区における認知症の方がどのぐらいいらっしゃるのか、2025年に向けてどのぐらい増えるのか、そうした推計はやられていますか。

(事務局)

認知症のある方の推計なのですが、厚労省が発表している有病率から推計したものがございまして、区内で2万4千人程度いらっしゃるだろうと推計しております。厚労省の発表している有病率で計算すると、2025年には3万人を越えて、3万1千人ぐらいにはなるのではないかと推計しているところでございます。

(会長)

認知症もこれから、全国で言いますと、2025年には700万人という時代です。平成31年から新たな3か年計画が始まりますので、そこに向けてどのような事業に注力していくかなど、そのようなことをお聞かせ願えればと思います。

(委員)

どのような事業を行ったらいいのかという議論は沢山あると思います。在宅療養をやる上で非常に大事なものは人材の確保と研修を含めた育成になってくると思うのですが、あまり取り上げられていないと思うので、そちらの方も力を入れて頂けるとありがたいと思います。

それと、特養や老健はこれからもいくつか新しく造られる予定が区の方ではあるということですが、人材が足りなくてフルオープンできない施設が結構あります。そうしたことを考えると、あまり箱ばかり造っても、まずは人材の確保、育成にもっと力を入れないと、無駄遣いになってしまうのではないかと思います。そのところをよろしく願いしたいと思います。

(事務局)

まず人材の育成という観点では、先ほどの資料4にスケジュールがございまして、左肩、多職種の連携強化の下、サービス提供体制の充実の中に、たとえばケアマネジャーの

コーディネート能力向上研修であるとか、在宅療養の研修ですとか、こうした形でのスキルアップを含めた人材の育成というのを図っているところでございます。

一方で確保につきましては、先ほど潜在看護師の話もありましたが、非常に難しい部分だと思っております。各施設と協力し合いながら、一部では人材の奪い合いというものが区内でも起こっているのは認識してございますので、どうすればいいのかというのは皆さんも各施設で難しいところだと思うので、いい知恵があればというのを考えているところでございます。

(事務局)

人材の確保は非常に大きな課題だと考えております。区としましては、今後、第7期高齢者保健福祉・介護保険事業計画を策定する中で、介護人材の確保についてどのような取り組みをしていくべきなのか検討を進めておりますし、本年度から介護人材確保のためのさまざまな確保策を進めているところでございます。引き続き、人材確保策については重点的に取り組んで、第7期計画の中で、さまざまな検討をしていきたいと考えております。

(委員)

人材の活用、育成では、ケアマネジャーの方も力をもっと発揮しなければならないと思います。たとえば、2月14日に我々の事業者の協議会の方で、退院連携、入院時の連携の研修会を行いました。練馬総合病院の医療ソーシャルワーカーの方、順天堂練馬病院の退院支援の看護師の方、さらには保険者の方にも関わって頂いて研修を行っております。

その中でやはりケアマネジャーの仕事のしやすさ、例えば入院時の情報、連携の共通シートですとか、退院時にどのような情報を病院から得たらいいのか、そうした共有シートなども一緒に何らか形でやっていくことで、区民の方が入院してまた在宅に戻れる、そのようなことをこれからも考えていければと考えております。

(委員)

発言がありましたように、事業者がそういうことにもっと力を入れていくべきだと思います。区立の病院を造っているわけではありませんから、そこまでやって人まで集めるのは区の仕事ではないと思うのです。ですからもう少し事業者各々の努力如何で、最後は経営になってきますから、やっぱりそこを忘れてしまうと、みんな一所懸命やっているのに、質は上がったけれど底辺が広がって行かないとか、そういう話になってくると思います。医師会を含めてそうしたことに気を付けながらやっていこうと思っています。

(委員)

薬剤師会としても、在宅へのスムーズな移行では、服薬支援が重要なポイントになると思います。病院薬剤師の方に聞くと、病院から退院したあとに薬がどのようになっているかが全然分からないという話です。我々を退院時に呼んで頂ければ、服薬などの管理もしやすくなると思います。確かに患者さんがどこの薬局に行くかとか、そうしたことを最初に決められないところもあるかもしれませんが、もしかかりつけ薬局などがあれば、指定するという言い方は少し変ですけれども、そこを指定して頂くとか、そうしたことも含めて考慮して頂ければと思います。

(3) - 2 次回協議会日程

(事務局)

次回は10月を予定してございます。具体的な日程などについては、改めて事務局からご通知差し上げますので、よろしく申し上げます。