

平成 29 年度第 2 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 9 月 26 日（火） 午後 7 時～午後 9 時
2 場所	練馬区役所本庁舎 7 階防災センター
3 出席者	<p><委員> 出席者：森田委員（部会長）、山川委員、田中委員、會田委員、栗原委員、下山委員、堀本委員、大城委員、山添委員、永沼委員、郡司委員、関委員、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） 欠席：宇田川委員、平木委員</p> <p><事務局> 地域医療課、高齢者支援課</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	7 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<p>(1)委員の委嘱 (2)議題 1. 老人介護保険施設の調査研究について 2. 在宅療養推進事業の今後の方向性について ① 練馬区医療・介護資源調査 速報版の集計について ② 平成 28 年度在宅医療アンケート（練馬区医師会在宅医療部会）について (3)報告 1. ケアマネジャー向け在宅療養に関する研修について 2. 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 (4)その他 ・ 「わが家で生きる」の修正について ・ 摂食・えん下機能支援事業について (5)次回日程</p>
7 資料	<p>次第 資料 1 介護老人保健施設の調査研究について 資料 1—1 介護老人保健施設の調査研究 ワーキンググループ報告会 資料 1—2 練馬区老健ガイド（案） 資料 1—3 練馬区老健活用ガイド（案） 資料 1—4 老健ワーキング報告会 実施報告</p>

	資料2 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討について 資料2-1 練馬区医療・介護資源調査 速報版集計（診療所）抜粋 資料2-2 練馬区医療・介護資源調査 速報版集計（診療所・病院）抜粋 資料2-3 平成28年度在宅医療アンケート（練馬区医師会在宅医療部会） 資料3 ケアマネジャー向け在宅療養に関する研修 資料4 第7期練馬区高齢者保険医療計画・介護保険事業計画について 参考 摂食・えん下機能支援事業のご案内 事例検討会事例集
	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. 介護老人保健施設の調査研究について

【資料1】 介護老人保健施設の調査研究について

【資料1-1】 介護老人保健施設の調査研究 ワーキンググループ報告会

【資料1-2】 練馬区老健ガイド（案）

【資料1-3】 練馬区老健活用ガイド（案）

【資料1-4】 老健ワーキング報告会 実施報告

（部会長）

資料1の裏面の一番下の部分で、本日助言を頂きたい項目として、作成した老健ガイドの効果的な活用方法と普及方法、顔の見える関係をどのように作り上げていくかを挙げさせて頂きました。事務局としては特にこの2点についてご意見を頂きたいと思っております。これらを含めてご意見を頂ければと思うのですが、いかがでしょうか。

（委員）

資料1-2の6、7ページ、施設によって記述欄の大きさに多少違いがあるので、大きさのバランスを取った方がいいと思います。同じページになりますが、認知症リハと訪問リハにだけタグがついています。資料1-3を見ると施設によっては他のことも出来るようですので、偏りがあるように感じます。資料1-2は事業所以外の方に向けたものだと思いますので、このあたりをもう少し平等に記載できればいいのかなと思います。

資料1-3には各施設の特徴が色々と書いてありますので、これが1冊あると私の病院で働いている相談員も随分と楽になると思います。

私自身が糖尿病を専門にしていることもありますが、インスリン注射が「△」になっている施設が多いのが気になりました。例えば資料1-3の「13 ミレミアム桜台」のページを見てみるとインスリン注射であれば「1日1回のみ」と備考欄にあります。もし「△」ならこのように理由をしっかりと提示した方が、患者さんに紹介する施設を選びやすいと思います。

（部会長）

ありがとうございます。では事務局お願いします。

(事務局)

区民ガイド(資料1-2)の各施設のコメント欄(P6、7)の大きさについては、配慮できるように進めたいと考えております。同じくP6、7にある認知症リハと訪問リハのタグについては、P4、5で認知症リハに触れていたため、作成しました。しかし混乱を招くようであれば、持ち帰って老健の方々と再度検討したいと思います。インスリンについて、「△」になっている施設については情報が中途半端だとは思いますが。

(委員)

備考欄に情報を書き込んでいる施設もあったので、どの施設も備考欄を埋められるのではないかと思います。

(事務局)

インスリンに限らず、「△」がついている要相談の項目については、できるだけ備考欄にどのような制約があるのかを書いてもらうように各施設にお願いしたいと思います。ありがとうございました。

(部会長)

他はいかがでしょうか。

(委員)

今の補足になりますが、「△」になっている部分については、「備考欄が詳細に書かれていないと各施設に確認する必要があり、逆に分かりにくい」というご意見も老健ワーキングの報告会ですすでに出しております。ただ、本日お見せしているのは老健ワーキング報告会での資料になりますので、今後の第5回のワーキングの中では、今回頂いた意見も検討したいと思います。ありがとうございました。

(部会長)

他はよろしいでしょうか。

(委員)

9月12日に開かれた老健ワーキング報告会に参加させて頂きました。非常に参考になりましたし、がんばっているという感じも受けました。老健を使う場合の医療面での問題点も色々あると思います。そうした医療面についての分かりやすさについて不安があるというのが一点。しかし、患者さんの状況によって施設側の受け入れ体制に差があって「△」というように曖昧な部分が出てくるのは仕方が無いとは思いますが、老健の場合は患者さんの重症度によって医療的な処置が難しい部分も出てくると思います。

もう一点は、リアルタイムな情報です。その時点で何パーセント入所していて、どのぐらいの状態の患者さんであれば受け入れてもらえるのかが分かれば、在宅復帰に向けて老健を挟むという判断もできてくると思います。これはお願いになってしまいますが、こうした資料(資料1-2、1-3)とは別に、ホームページ等を通じてリアルタイムの情報を我々が簡単に入手できる、例えば1ヶ月ごとに情報が更新されるような仕組みがあればよいと思います。人員の情報や受け入れ体制等の内容は変更があるものだと思います。今回の資料のように文章として作って進めていこうとなると、1回作って終わりにしてしまうと変化に対応ができません。そのあたりについてもし考えがあれば、あるいはそうした方向性も考えていければお伺いしたいと思います。

(委員)

ありがとうございます。おっしゃるように、こうした情報を紙に印刷したところで何の意味も無くなってしまうというのは我々も考えております。まずは段階を踏むことが必要だと思います。まずはこのレベルの資料をしっかりと作成することが必要だと考えています。それぞれのページに各施設のアピールポイントがございますが、これを区が作るとなるとなかなか難しい部分があります。各ページの下の方に「このページは各施設の責任の下に作成しています」とありますように、あくまでも各施設の内容を一旦整理した段階です。

ただ、ご指摘頂いたように、資料 1-3 の各施設のページに、ショートが何パーセント、ミドルが何パーセントというような情報があるものの、そこが今使えるのかどうか、空き室表示のようなものを集約できないかは議論しています。ただ技術的な問題や、各施設の事務も含めまして、色々と課題はあろうかと思っております。次の段階ではそれらについては検討をしたいと考えております。

(委員)

とても重要な取り組みだと思いますのでがんばって下さい。

(部会長)

他はいかがでしょうか。

(委員)

資料 1-2 の P6、7 についてです。「認知症リハ」という表記だと、一般の方に対して、認知症はリハビリをすれば治るというイメージを与えてしまうのではないかと思います。もちろんリハビリをして治る方もいらっしゃるかもしれませんが、リハビリが効かない方もいらっしゃると思いますので、この表記だと誤解を招いてしまうと思います。

また、資料 1-3 に掲載されている個別の老健で対応可能な医療行為の内容と、資料 1-2 の記載内容に若干矛盾がある施設がございます。

それから普及という点では、資料 1-2 の最後のページにあるフロー図で、ステップ 3 が入所のみになっているので、ショートステイも加えたらどうかと思いました。

(委員)

確かに認知症リハについては、このような記載にするとリハビリをすれば認知症が治ると思われてしまうことはあると思います。資料 1-2 の P4 の下の方に「一部の老健では、認知症のさまざまな症状の安定を目指したリハビリを実施しています」という記載がございます。資料 1-2 のタグについては、他の委員からご意見がありましたが、使いやすさ、誤解を生まないようにするという観点で、留意をしたいと考えております。

資料 1-2 と資料 1-3 とで記載内容に矛盾があるのではないかとのご指摘については、当然こうしたこともあろうかと思えます。特に資料 1-3 については、これから各施設に確認して頂くことになると思います。色々とご意見やご指摘を頂きながら、私どもとしても各施設に申し入れをして、適宜情報の更新をしていきたいと考えております。

(部会長)

ありがとうございます。顔の見える関係をどのように作っていくかについて、何かご意見はございますか。

(委員)

介護老人保健施設にもケアマネジャーがいらっしゃると思います。施設ケアマネジャーの連絡会、例えば個人で入れるケアマネジャーの会があるのですが、最近そうした所に施設ケアマネジャーの方が出て来て話をされています。また、練馬区の主任介護支援専門員の集まりで、施設の中での主任ケアマネの役割を考えようという動きが少しずつ出てきています。これまでケアマネジャー同士ですら施設ケアマネと顔を合わせることがなかったのが、少しずつ変わってきているのかなと思います。多職種連携のような連携の場にもますます参加して頂いたり、皆様が何かそうした場を企画される際にはお呼び頂ければと思います。

(部会長)

ありがとうございます。

(事務局)

ありがとうございます。介護老人保健施設のワーキンググループの方からも、皆さんが集まる場にできるだけ参加したいという声や、老健の方達が中心となって老健と地域の方達との連携のあり方について事例検討会等もできたらなという話があります。施設のケアマネジャーがキーパーソンになるのではないかという意見は、老健ワーキング報告会の中で、地域のケアマネジャー、訪問看護ステーション、高齢者相談センターからも出ておりました。積極的に参加して頂けるようにしていければと思います。ありがとうございます。

(委員)

居宅とは違って、施設のケアマネジャーの場合は、相談員がいてケアマネジャーがいる構造になっているので、居宅とは役割が違ってきます。そうした意味で、施設のケアマネジャー特有の悩みや共通点があると思いますので、施設のケアマネジャーの集まりができているのはとてもよいことだと思います。利用者の尊厳を守っていくというのは同じなのですが、居宅と施設とではケアマネジャーとしての役割は同じではないので難しい面はあるかもしれません。

(委員)

事業は違いますが、看護師の方でも、病棟看護師と訪問看護師の連携で訪問看護同行研修を行っています。同じ職種同士は連携ができていると思いがちなのですが、必ずしもそうではないので、ご指摘の通りだと思います。今のご意見も含めまして色々と検討をして参りたいと思います。

(部会長)

他はよろしいでしょうか。色々ご意見頂戴しましてありがとうございました。ただ今のご意見を踏まえまして、またワーキンググループの方で検討を進めさせて頂ければと思います。

(2)ー2. 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討について

【資料2】 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討について

【資料2-1】 練馬区医療・介護資源調査 速報版集計（診療所）抜粋

【資料2-2】 練馬区医療・介護資源調査 速報版集計（病院）抜粋

【資料 2－3】 平成28年度在宅医療アンケート（練馬区医師会在宅医療部会）

（部会長）

ありがとうございました。皆様の方からご意見ございますでしょうか。

（委員）

診療所の先生方は経営者であり医師でもあります。薬剤師にも同じように薬局の経営者でもある薬剤師もおります。やる気はあるけれど、24時間365日と言われるとどうしても二の足を踏んでしまうので、自分がもしだめだった時に下支えになるものがあれば、自信を持って引き受ける勇気が出る、という話はよく耳にします。

後方支援病床の存在や、万が一何かがあって医師がご自身で対応できない時にどうするかを、家族や訪問看護師と相談して決めておく仕組みがあれば、在宅医療を始めようという医師がもう少しいらっしゃるのではないかと思います。資料を見るとそうではないようです。

医療依存度の高い患者さんの場合ですと、私の勤める薬局でも紹介する医師をどうしても選んでしまいます。例えばターミナルの患者さんの場合で麻薬が効かなくなった場合、その次に何をするかを薬局で誘導しなくてはならない医師とは、出来れば時間の余裕がある時に組みたいです。自分の考えと医師の治療方針が同じになるぐらい経験のある医師と一緒にやるととても勉強にもなりますし、話も早いです。医療依存度の高い患者さんが私の所に来た場合には、何例か看取りを一緒にしたことがあるチームの訪問看護師や医師とまた同じチームで対応しましょうという話になります。新しく手を挙げてくれる医師を巻き込めないという状況も確かにあります。

研修すればできるようになるわけでもないでしょうし、あえて挑戦して頂いて経験を積み、私たち薬剤師の癖というか多職種と連携する難しさや楽しさを分かって頂くチャンスがないとなかなか難しいと思います。確かに若い医師であっても、そうしたことに取り組んで頂ける医師はいらっしゃいます。私どもも一緒に勉強をしながら支えさせて頂いていますが、最終的には患者さんやご家族を不安にさせない状況で最期まで一緒に走り切らせて頂くとなると、組みたい医師はいつも同じ医師になってしまうということがあります。

（委員）

ありがとうございました。資料 2－3 の P23 にあります、「練馬区医師会在宅医療後方支援病床コーディネート事業」について、私は訪問看護ステーションが母体にあるケアマネジャーなので、使わせて頂くことが多くあります。年間でどのぐらい使われているのか数字はありますか。

（委員）

件数で申し上げますと平成 27 年度は 82 件、平成 28 年度は 152 件となっており、ほぼ倍増しています。病院、有床診療所等、13 医療機関ございますが、今は医療機関によって受け入れに差がある状況です。

（委員）

実際に現場で使っていて、すぐにお願ひできるという感じではないイメージがあります。

（委員）

基本的には医師会の医療連携センターに医師等から申し込みをされて、医師会の医療連

携センターを通じ入院先の医療機関との入院調整をして入院が決まるようになっております。いわゆる緊急的に入るようなものではないという認識です。ただ、一昨年に少し手続きを緩和する等して利用促進を図っているところがございます。私が言うことではありませんが、色々と課題もあるかと思いますので色々とご意見を頂ければと思います。

(委員)

医師会の行っている後方支援病床コーディネート事業の課題は、例えば、週末等はあまり連絡が取れないことがあったりして困るところはあると思います。練馬区の協力を頂いて、紹介をして頂いた病院の方に入院した日に2万5千円入る仕組みになっていますので、依頼する側としては病院のためにもなるので是非ともお願いしますというスタンスになっております。ただこれから先、高齢者が増えて患者さんが増えていく中で、病院だけではなく有床診療所を利用されている方も中にはありますが、それだけでは実際には対応が難しくなってくる状況も出てくるかもしれません。しかし、まだ十分に利用されていないという一面も現状ではあると思いますので、この事業をまだ知らない医師には色々と提案をしていかなくてはならないと思います。

(部会長)

他にいかがでしょうか。

(委員)

ありがとうございました。最近では労働基準法もありますし、医師も24時間勤務するわけにはいきません。対応をして欲しいという要望もあるのでがんばって取り組んではいるのですが、病院の医師が疲れている状況を見ていると進んで手を挙げるのはなかなか難しい状況です。どうしても人的なサポートが必要になってくると思います。

病院でも主治医は24時間体制で診ていますが、そんなに長く働けない実情もあります。若い頃は働いて当然というような扱いでしたが、今はそうでもありません。労働基準監督署が入ってきてしまいますので、過度に働けない実情もあります。そうなった時に24時間どのように診ていくかとなると、やはりうまく負担をシェアできる仕組みを作らないといけないと思います。医師や薬剤師等それぞれの専門家が時間をシェアしていくのが今後大事になってくるのではないかと思います。いかがでしょうか。

(委員)

24時間365日対応するのは、誰にとっても負担だと思います。私の診療所は在支診を掲げていますが、夜間の対応が多いかと言われると、ほとんどありません。問題がある患者さんがいればなるべく昼間のうちに入院可能な医療機関へ送りますし、訪問看護へ指示を出しておきます。とにかく夜になって問題が起こらないようにという意識で対応を進めていると、看取りの時に呼ばれることはもちろんありますが、夜間の対応はほとんどありません。

しかし、在宅をやられていない医師は、とにかく24時間365日対応しなくてはと思っています。私自身も在支診の届け出をするまで、24時間365日対応の対応が負担だと思って届け出をしないでいようと思っていました。看取りの数がだんだん増えてきてしまって、そうした中で診療報酬上、在支診の届け出をしていかないと普通の訪問診療になってしまうので、届け出をした経緯があります。在支診を取らないで往診をしていると診療報

酬点数が低いわけです。そうしたところに厚労省がお金を出してくれればいいのですが、届け出の基準がとても厳しいので、届け出をしていない医師を安く働かせようとしているのではないかという発言が医師から出てくるぐらいです。

そんな状況ではありますが、いくら在宅で頑張っている最期は病院に行かなくてはならないという状況に直面します。この前あったことなのですが、患者さんの家族から嘔吐していると連絡がありました。その時は明日の朝まで待ちましようと言ったのですが、家族が病院に連れて行ってしまいました。そして胃薬をもらって病院から帰ってきました。次の日に私が往診をする前に訪問看護が入ったのですが、訪問看護の方が家族の方に病院へ行くことを促した、という経緯がありました。この患者さんは90代の認知症のおばあちゃんで、もし病院に行ってしまった場合、病院の医師は、今までどのような病気の背景があるのか、どのような生活をしていたのかが分かりません。在宅医をしている限りはそうした時に備えて診療情報提供書を持たせられるような準備をしておかなければならないと思います。在宅医と病院との連携は切っても切り離せないものなので、病院との連携をよくしていくためには色々と考えていく必要があると思います。

(委員)

訪問看護も24時間365日の対応をしております。同じように、いかに夜呼ばれないようにするかという対応をしております。昼間のうちに対応しておけば夜間に呼ばれることはそうそうありません。しかし緊急電話当番をしているだけでストレスになります。何か急なことが起こるかもしれないので、ストレスは大きいと思います。なかなか眠れないという職員もいます。その他、区役所の地下の研修室は電話の電波が入らないので緊急電話当番の時は研修があっても来られないのです。そういう時は別の職員に当番を代わってもらわなくてはなりません。緊急電話当番をすると、どこに行くかに気を配らなくてはなりません。こうしたことも発生してきます。

訪問診療を行っていない医師の中には、在宅のイメージが湧かないとか、実際にどうしたらいいか分からないという医師も多くいらっしゃいます。実際に訪問看護の依頼を頂いた時に、その利用者、患者がどの医師にかかっているかをお聞きして、在宅をまったくしていない医師であれば、まずは診療所に伺って医師と直接お話をし、指示書を頂いた場合に在宅でどのように対応すればいいのか相談しています。それで区内のすべての医療機関を回れるわけではないのですが、こちらもそうした努力をしていきたいと思っています。

(委員)

在宅で夜に呼ばれないようすると、職員が帰り始める夕方になって患者さんが病院に来て入院を受けるわけです。その患者さんが入院をして色々な情報を集めて落ち着いたあとの夜間の病棟には看護師は数人しかいません。ぎりぎりの状態まで在宅だった患者さんを病院でどう見るのかも考えておく必要があります。

昼間の間に判断をして状態が悪い人が早めに病院に来るのは分かります。夕方や夜間は家族の不安が募るので在宅の医師方や訪問看護師へ連絡が行く頻度が上がりますから、それだったら入院させしまおうという気持ちもよく分かります。しかし、どこでも厳しい患者さんを扱っている厳しい状況であるというのは理解しておいて頂きたいと思います。

例えば胸が痛いと言われた時に何を考えるかということ、逆流性食道炎や狭心症等、色々

な可能性を考えます。夕方ぐらいに病院に来た場合は、検査出来る範囲は限られてしまうのです。家ではぴんぴんしていても、病院に来て2時間後には亡くなるということもあるわけです。全然症状がなかったのに急性心筋梗塞で心破裂を起こして亡くなることもありうるので怖いとは思いますが。

しかし、在宅で看取りを掲げている以上、病気が悪くなった時にすべて病院に送ってしまうのでは、何のために在宅医療をしているのかということにもなると思います。どこまで家族が納得して家で看るのかを事前に相当打ち合わせておかないと、入院してきた時にできることはすべてお願いしますと家族から言われるのです。それは生かして欲しいということなのです。そうしたことを踏まえると、急性期病院に入院してきた時にどう処置するかは難しいと思うのです。なかなか家に帰れなくなってしまう、あるいは施設に行くのも難しくなってしまう。やはりお互いに話をしていくところが難しいのかなと思います。

(委員)

ケアマネジャーは介護のコーディネートをしていくわけですが、24時間、医療・介護の対応してくれる「定期巡回随時対応型訪問介護看護」や夜間のコールだけ受けてくれる「夜間対応型訪問介護」などのサービスもあります。夜間に病院に行く理由には、具合が悪い場合と不安が強い場合があります。不安で病院に行かれる方の中には医師にわざわざ来てもらわなくても夜間のコールセンターに問い合わせれば落ち着くという人も多くいらっしゃいます。私は独居の看取りを多くしていますが、24時間支えてくれる介護があるからこそ、看取りができていくという面もあります。ケアマネジャー側もいろんな勉強会をしながら、医師だけに頼り切っているという形ではなく、一緒に取り組んでいければいいのかなと思います。

(委員)

私の感想と課題認識、皆様がどのようにお考えなのかというところですが、訪問診療ないし往診、在宅療養をされる患者さんが高齢化に伴って増えるのは間違いがない話です。一方で医師と老老医療という話をしたことがあります。診ている医師もお年を召していて、患者さんもお老人の方が多いただろうと。

医師会の医師の中にも「在支診や訪問診療」イコール「大変、看取りもしなくてはいけない、その他にも多くのことをしなくてはならない」という捉え方をされている方の中で、こうしたアンケート（資料2-3）を実施されたのだと思います。この中（資料2-3 P14）にもあるように、老衰の方も非常に多くなっています。平成27年度の死亡小票分析でも自宅での死因の2位が老衰だったと記憶しています。そうすると必ずしもターミナルの痛みのケア等の専門的な処置ができなくても診られるというケースもあります。徐々に状態が悪くなっていく中で、例えば最期の部分は在支診の医師に診て頂いて、その前はそれ以外の医師に看て頂くとか、色々な連携というか協力ができるのではないかなと考えて、今日はこのような資料を用意させて頂きました。医師にお願いをするのは皆様なかなか難しいと感じる部分もあるかもしれませんが、これからより多くの高齢者をどのように支えていくかについて、色々なご意見を頂けるとありがたいと思っております。

(委員)

例えば、独居の方で、昼間は世田谷区の方に住んでいる娘が来て見てくれて、あとは訪問看護と訪問診療が看るというケース。老衰が進んで最期食べられなくなって、起きられなくなって介護ベッドを入れて寝たきりになって、それから1、2ヶ月経って穏やかに息を引き取られる。こうしたケースはこれから増えてくると思います。

緩和ケアや外科的な処置がある患者さんの場合はスキルが必要になってきますが、老衰のような自然な形の看取りはそんなに大変ではなくて、ごく自然な対応で済む看取りもあります。そうした場合は、ぜひともかかりつけの医師が担って欲しいところだと思います。専門的なところは在支診にお願いしていく方向になっていくのではないかと思います。

(委員)

私たちは地域包括支援センターで色々な相談を受けるなかで独居の高齢者の方であったり、高齢者のご家庭であったり、あるいは高齢者世帯で精神疾患の方のお子さんがいらっしゃるケースがとても増えている印象があります。また、ベースに精神疾患をお持ちで、加齢に伴って認知症的な症状が出てきている方も増えていると思っています。ケアマネジャーから精神疾患の方の往診をして下さる医師を紹介して欲しいというご依頼や、自宅でのバルーン交換に対応して下さる医師がなかなか見つからないという相談もありました。内科以外の精神科、皮膚科等専門科の相談が最近増えています。例えば、内科の在支診の医師にご相談した場合にどこに紹介すればいいのかわからないということで地域包括支援センターに話が来ることもあります。どうしても時間が掛かってしまうこともあるので、医師間の連携がもし取ればとてもありがたいなと思います。

在支診の医師だけでなく外来の医師であっても、患者さんのご相談に伺った時に他の科を紹介してくれる医師も以前より増えていますので、地域包括支援センターとしても動きやすくなってきていると感じています。外来の患者さんで、最近もの忘れが心配なのでこの方の様子を自宅に見に行ってもらえますか、という連絡も何件ありました。医師も何かあった時は地域包括支援センターへ相談という理解を頂いていると思いますので、大変ありがたいと思います。

(委員)

去年、地域包括支援センターに寄せられた相談は、3千数百件あり、その多くが医療に関係するものだと思います。医療に関係する困ったことについては、医師会の医療連携室等に聞いて対応して頂ける医師を紹介する連携体制を作っていく必要があると思っています。医療連携センターを利用して頂く方向も考えて頂ければと思います。

精神科の医師はどうして往診しないのでしょうか。以前医療受診拒否があったので、呼ばれて患者さんの所へ行って採血をしたり、患者さんと話をすることがありました。

医療は25か所の地域包括支援センターの区域の方で相談しやすい体制を作るとのことだと思います。医療面では、なかなか対応できないことも多いと思います。そこを医師会の医療連携センターがどのように担っていくのかということが大きな問題になってくると思います。

(部会長)

ありがとうございます。この話題はとても大変なことなので色々なご意見を頂きました。区としてできることもあると思いますし、東京都や都医師会でも在宅医療を進めるための

研修や支援等を行っている部分もございます。あとは練馬区医師会が医療連携センターを設けて対応して頂いていることもあり、それぞれでどのようなことができるのか、どのようなことが必要なのかを、今日の話を踏まえて引き続き考えていきたいと思っております。色々と工夫できること、ネックになっていること、こうすれば解消できるのではないかとすることはあると思っております。そうしたことを含めて皆様からお知恵を頂きながら具体的な仕組みや制度が出来てくるように取り組んで行きたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。

(委員)

今日は結論を出そうという会ではございませんので、なかなかこの場では言いづらかったこと等も皆様あると思っておりますので、私どもの方にお寄せ頂ければと思います。

(部会長)

私もこの職に就いてからテレビや新聞、医療関係の情報誌を見ていますと、色々と先進的な事例というのはございまして、仕組みをきちんと作れば 24 時間 365 日の対応が必要ではないとおっしゃっている医師もいらっしゃいます。そうしたことを含めて皆様と一緒に考えさせて頂ければと思いますので、よろしくお願いたします。

(3)ー1. ケアマネジャー向け在宅療養に関する研修について

【資料3】 ケアマネジャー向け在宅療養に関する研修

(部会長)

何かございましたらお願いたします。

(委員)

事例は実際に存在していらっしゃる方のものでしょうか。

(事務局)

実際にケアマネジャーが担当している事例となっております。

(委員)

事例の中でカンファレンスをして意見が挙がったことを、対象事例の方に対して何かフィードバックをしたりとか、その後の検証は何かなさっているのでしょうか。

(事務局)

フィードバックは今後の課題だと考えております。このカンファレンスは 1 日単位でのものになりまして、検証した結果を現場のケアマネジメントに生かして頂くという形になります。その後のフィードバックについては、代表事例は全体報告会において一定程度のフィードバックも可能だと考えております。

(委員)

事例の当事者の方に取り上げてもらってよかったと思ってくれるカンファレンスがいいカンファレンスだと思いますので、そのあたりは追跡して調査して欲しいと思います。

こうした話し合いをしていく中で、区内の資源や連携に関しての課題、こうしたものがあればいいのにといい意見、こことここがうまくいかないという参加者のご不満も出てくると思います。研修に対しての満足度は高いかもしれませんが、区内の支援に課題はあると思っいらっしゃる方も多いと思っておりますので、そうしたものも拾って頂けると検討す

べきことがらも出てくると思います。

実際に先ほどの意見を聞いていると、私は理学療法士の立場ですが、現場で医師に尋ねると簡単に教えて下さいますし、こうした経験をしてきて今に至っているという自負もあります。やはり顔の見える関係の中でいかに場数を踏めたかというのは大きいと思います。もちろんそうしたことをすべての方ができるわけではありません。先ほどあったように在宅医の数も限られていますから、必ずしも在宅医の医師とそうした場を経験することはできないと思います。こうした研修の場を通じて人の経験を生かすということが、多くの方に経験を広げるよいきっかけになると思います。ここにいらっしゃる方は皆様、こうした経験をしているからこそ言える方が多いと思います。こうした研修をできるだけ広げるためにもぜひお願いいたします。

(委員)

ありがとうございます。まさに介護のコーディネーター役であるケアマネジャーの支援力向上が重要だと考えております。今回、カンファレンス形式での研修を行わせて頂きました。自分や他の方が携わっているケースを共有して、色々な気づきに繋げていくことが非常に有効であったとっております。その中で、もっとこうした支援があればいいということを考えるきっかけにもなると思いますので、そうした意味でも有効な研修であったと思います。今回、医師会の医師、薬剤師会の方、訪問看護の方、理学療法士の方にもいらしてもらって、情報共有ができていますので、今年度の研修会は終わってしまっていますが、全体報告会で参考になる事例を共有してケアマネジャーの支援力向上に繋げていきたいと考えています。ありがとうございます。

(部会長)

他はよろしいでしょうか。

(委員)

この研修会なのですが、参加していらっしゃるケアマネジャーのメンバーは、大体いつも同じ方が多かたりするので、こうした場に出て来ないケアマネジャーたちの知識の底上げを何とかできるといいのではないかとよく思ったりしています。

(委員)

地域医療課がされている事例検討会と混同されているのかなと思います。今回、ご報告頂いたのは、現在、3年計画で主任ケアマネジャーに対して、ケアマネジャーをスーパーバイズするために行っている勉強会と関係したものになっています。

先ほどの研修に対する意見はとても貴重なものだと思います。今回の研修の目的としては、そもそも医療連携が難しいケアマネジャーに、個別の事例を普遍化して、例えば病院の医師にどのように話を持って行けばいいのか、個人の医師にはこうした話し方がいいよねというような、少し個別的なところからケアマネジャーが学んでいけるように、主任ケアマネジャーのスーパービジョン能力向上で、教えることがうまくなることも目的の中にあります。地域医療課が行っている4つの圏域の事例検討会と少し混同していると思いましたが、目的も踏まえてお話をさせて頂きました。

(委員)

ケアマネジャーの支援力向上ということで言いますと、区内では様々な関連団体、ひと

つが介護サービスの事連協ですが、その他はケアマネ連絡会、今お話があった主任ケアマネジャーの協議会等がそれぞれ様々な活動をしながら研修を実施されています。今回、区としても主任ケアマネジャーの協議会と協力させて頂いて、主任ケアマネジャーの役割の中に地域のケアマネジャーの支援力向上というのがありますので、そうした視点で研修を実施させて頂きました。このようにテーマを絞って取り組ませて頂きましたが、ケアマネジャーは多数いらっしゃいますので、他の団体とも話をしながら全体のスキルアップに繋がっていきたいと考えています。

(3)―2. 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・介護保険事業計画について

(部会長)

ご質問、ご意見はございますでしょうか。

(委員)

資料4のP14の「高齢者一人ひとりの医療と介護の連携を早期から実施するため、健康診査の時点から、かかりつけ医との連携強化を図る仕組みが必要である」という記述が唐突に出てきており、具体的なイメージが分かりません。今行っている高齢者健診のことでしょうか。その中でどのようなことをお考えになってこうしたことを書いているのでしょうか。

(委員)

こちらにつきましてはこれまで介護保険運営協議会という区長の諮問機関で、第7期計画に向けて検討を進めていたところでございます。区の方でこれまで様々な団体から頂いた意見を含めて考えを示す中で、会議体の中からご意見を頂いたものでございます。資料の中で下線が入っているものは、会議体から意見として頂いたものになります。具体的に施策として実施するというものではございませんが、医療介護連携のためにそうした段階からの連携が必要ではないかというご意見を頂いたので、頂いたものを返させて頂いております。

(部会長)

高齢者健診のことなのかと質問された点についてはいかがでしょうか。

(委員)

ご意見を頂いた段階では、特に高齢者健診に限らずお話をしているようですので、こうしたことは検討課題のひとつになってくると思います。

(委員)

実際に若い人は健診といったら会社で受けると思うのであまり関係がないと思います。

(部会長)

こちらの専門部会、協議会で頂いたご意見を反映して今後反映をしていくということで、引き続きご意見等ございましたら頂戴できればと思っております。

(4)―① 「わが家で生きる」の修正について

発言無し

(4) 一② 摂食・えん下機に能自事業

発言無し

(4) 一③ 第3回認知症フォーラムのPR

発言無し

(5) 全体について

(部会長)

それでは全体を通しましてご意見等ございますか。

(委員)

先ほどの「わが家で生きる」という冊子について、平成27年度は確か3万部刷っていると思いますが、配布状況はどうでしたか。

(事務局)

初版の3万部についてはすべて配布し終えております。その上で昨年度改めて1万4千部増刷しております。今のところすべてを今年度中に配布できるかどうかは分かりませんが、そのうちの4千部程度が配布できている状況です。

(委員)

どのような時に配布しているのですか？

(事務局)

高齢者相談センターの窓口で相談に来られた方に配布しているのと、ケアマネジャー、病院の相談室のMSWの方達に配布して頂いています。また、年に4回行われる講演会でテキストとして使わせて頂いています。その他、区役所のアトリウムに来られた方にはその場で持って帰って頂けるようにしています。9月から図書館等の一般の方が来られる区立施設で配布したいと考えております。

(委員)

冊子の中に金額を入れている箇所があったと思いますが、来年の4月の診療報酬改定があります。薬剤師の場合は居宅療養管理指導料ではなくて、医療で何う在宅業務の点数を金額で大まかに直して載せている所があるのですが、修正をかけるにしても、大きく跳ね上がったりはしないと思うのですが、概算の費用をお示しさせて頂くのがいいのかなと思います。それは看護師も医師も同じような状況だと思いますので、やんわりと書くようにしようと今考えています。

(委員)

医療介護報酬の同時改定がありますので、当然そうしたことは見越してということになるとは思います。そこは個別にご相談させて頂ければと思います。急に2倍になることはないかと思います。

(委員)

在宅で過ごすには福祉用具が必須なのですが、たしかイラストの輪の中に福祉用具が入っていなかったように思います。

(委員)

個別に対応させて頂ければと思います。

(部会長)

ありがとうございます。

(6) 次回について

(部会長)

次回の日程については、来年1月26日(金)19時より5階の庁議室を予定しております。

以上