

会議録

会議の名称	西東京市介護保険運営協議会第5回会議
開催日時	平成26年5月22日（木曜日） 午後1時から2時40分まで
開催場所	西東京市役所 防災センター6階 講座室2
出席者	委員：市川委員長、安倍委員、荒井委員、石井委員、伊藤委員、梅田委員、海老澤委員、椛島委員、北澤委員、小林委員、指田委員、清水委員、高岡委員、高橋委員、丸木委員、向山委員、吉岡委員（欠席：須加副委員長） 事務局：福祉部長、市民部参与、高齢者支援課長、介護保険担当課長、以下5名
議題	議題1 第4回会議録の確認 議題2 アンケート調査から見えた課題と方向 議題3 地域包括ケアシステムの推進「医療と介護の連携」
会議資料の名称	事前送付資料 西東京市介護保険運営協議会第4回会議録 資料1 アンケート調査から見えた課題と方向 資料2 地域包括ケアシステムの推進「医療と介護の連携」 当日配付資料 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）策定のためのアンケート調査報告書及び概要版
記録方法	全文記録 <input type="checkbox"/> 発言者の発言内容ごとの要点記録 <input type="checkbox"/> 会議内容の要点記録 <input type="checkbox"/>
会議内容	

## 議題 1 第 4 回会議録の確認について

委員長：

第 4 回会議録について、内容の修正・変更はあるか。

委員長：

修正・変更なしということで承認いただいた。

## 議題 2 アンケート調査から見えた課題と方向

○委員長：

それでは「アンケート調査から見えた課題と方向」について、説明をお願いします。

事務局：

(資料 1 の説明)

○委員長：

9 ページ、医療と介護のさらなる連携の強化で、フリーアンサーはあるのか。

事務局：

調査報告書の 312 ページで医療や介護に対する意見・要望をまとめている。

○委員長：

緊急時入院できる病院や往診の議論、そして誰が、どこの病院がやってくれるかというそれぞれの課題が出てくる。また、違う支援のやり方もあると思うので、そこを少し詰めていかなければいけない。

○委員

在宅医療は非常に幅が広い。高齢者の場合、脳卒中、がんのターミナルケア、あるいは障害をお持ちの方の医療、また保健所がかかわっている方であれば認知症の方、難病の方等がある。訪問診療と往診の体制は厳密には違うが、そこをどのようにしていくのかをきちんと担保していくことによって、例えば慌てて救急車を呼ばなくて済むとか、在宅での看取りの仕方、残される方も穏やかに過ごせるということもあるので、どのようにシステム化していくか。在宅医療を安心して先生方にやってもらうには後方病床のバックアップがないと難しい。

包括のケアマネの多くは福祉職で、医師と共通言語を持って、この部分はソーシャルワーク、生活支援でやっていく、先生はこの部分をお願いしますと、わたりあっていく経験がなかなかない。一方で、医師も在宅について、本人を診るだけではなくて家族のメンタルも含

め、場合によってはソーシャルワークが必要な場面もある。全部医師会や歯科医師会の先生方に負える話ではないので、多職種の中で地域でどのようにベストミックスさせていくのが課題である。そして、専門職だけではなく、地域の気付き、ちょっとした見守りを誰がどう担うのかを考えていかなければならない。

○委員長：

数字が多い、少ないで判断し切れないところも調査結果にはある。例えば心配はないという人が 60 パーセント、心配があるというのが 20 パーセントのときに、大部分が心配ないという回答にするか、もしくは 20 パーセントもやっぱり悩んでいる、その割合でそれをどうするかという視点、両方の視点がある、その都度、分析においては使い分けて進めていくことが必要である。

### **議題 3 地域包括ケアシステムの推進「医療と介護の連携」**

○委員長：

地域包括ケアシステムの推進「医療と介護の連携」について、説明をお願いします。

事務局：

(資料 2 の説明)

○委員：

介護資料 2 の 2 (1) 4 番目、在宅療養支援歯科診療所が 3 か所とあるが、恐らくこれは在宅診療専門の業者が 3 か所だと思う。3 ページの日常生活圏域別の施設等の社会資源のところ、歯科医院が 24 とか 9 とか 13 となっているが、ここで在宅診療を任せていただく。それで医師会と協力し、安心・安全をモットーにやっている。

歯科は生命と少々離れた存在である。歯科医療を生活を支える医療と位置づけ、15 年位前から活動している。在宅歯科医療連携事業は医師会と共同の東京都の助成金事業で、マニュアルにより摂食嚥下を含めてやっている。これは介護保険とか健康保険にかかわらずやっている。それと同時に、在宅歯科診療事業を 10 年程前から、在宅の方で診療へ来られない方を中心にやっている。このように以前からやっているにもかかわらず、市民の方々はほとんど理解されていなかったのも、また考え直していかなければいけない。特に 7 ページ、「口腔ケアや歯科診療が受けられない」が 5.8 パーセントある。9 ページの「医療と介護のサービスがばらばらに提供されている」も、三師会がスクラムを組んで活動をしているのが現状だということを知っていただきたい。

○委員：

医師会でも 2 年ほど前から大きな柱として、後方支援ベッドの確保を公益事業として始め

ている。在宅で看ている家族も疲弊しているため、時々休めるということを1つポイントにしている。胃ろうの交換等、定期的に在宅でできる検査は限られているので、2週間程度の入院を市内病院と連携して行っている。今年度からは東京都の補助事業として継続している。

また、クラウド事業として、タブレット端末を使って、包括、ケアマネ、訪問看護、医師等で情報を共有しながら実践するシステムの構築を始めたところである。

歯科医師会、薬剤師会との連携のもと、三師会を10年前に立ち上げ、共通の勉強会を年に2度程行っている。最近のテーマは在宅にかなり偏ってきている傾向にある。また、在宅医会といって、在宅をやっている医者が集まって在宅に特化した勉強会や、コメディカルの方も参加するような勉強会を2月に1度開催している。また、市内にある5つの基幹病院と、有志で支援病院の登録をした。というのも、西東京市は北多摩北部の中で救急を断るケースがトップで、その理由としては、ベッドが満床状態にあるためだ。その対応も課題である。

○委員長：

医師の役割がいろいろ多様であるということをみんなで共有できる仕組みをつくって、介護、地域包括のかかわりをそれぞれが提案していくことが大事である。

在宅療養支援診療所が30か所あり、24時間対応ということだが、難しくないか。

○委員：

携帯電話に転送という方法でも良いことになっており、医師が病院に泊まっているわけではない。私自身も看取りを含め24時間対応しており、苦勞するケースもあるが、今までのところできている。診療している中で非常に大きな柱になっているのは、訪問看護師である。私が平均月2回程訪問診療し、看護師は週に1回で月4回位。かなり細かなところまで早めの対応ができる。ご家族の不安を取り除く介護者の教育というのが大きな点になる。末期患者には、医師・薬剤師・看護師がタッグでかかわっており、連携、情報の共有が大事だと感じている。

委員：

訪問薬剤指導実施薬局が54となっているが多いのではないかと。現在会員が60薬局、そのうち13ぐらいが在宅医療に取り組んでいる。薬剤師の行う在宅医療とは、患者が在宅で薬を安全に正しく飲んでいるのかどうかを管理するということになる。薬を届けることと、薬がちゃんと飲んでいるかを確認している。残薬についても確認し、次の処方に活かしている。また、薬だけを管理というわけではなく、患者をできる限り診るようにして、主治医にフィードバックするようなことも行っている。

○委員長：

情報の共有について、何かしているか。

○委員：

基本的には、在宅にかかわれば報告書があるので、ケアマネや主治医には報告する。その報告書以外に日々の報告が情報共有の一番の問題かと思う。患者のところに、必要に応じて、連絡ノートを置いたりして、連絡し合うこともやっているが、これでは意外とタイムリーには情報が得られない。その辺を何か解決するようなツール、先ほどのクラウドを利用したスマホのアプリでお互いにタイムリーに情報交換ができるシステムがあるといい。民間では既にそういったアプリは幾らでもあるのだが、個人情報の問題がある。その辺を解決し、信頼性のあるものというのと、やはり行政がかかわってくると良い。

委員：

介護資料2で在宅療養支援病院が0か所とある。医師会との取り組みの中で後方支援事業を田無病院も担っている。今年度中に在宅療養支援病院になることを目標としている。

入院から在宅に戻るまでの課題、特に多職種連携の課題という点で話をさせていただく。入院から在宅に戻ると一口で言っても、どこからどういう人が入院して、どこの病院に入院して、どういう病気でどういう治療を受けて、そしてどこに帰るのかというこの一連の流れに実はさまざまなパターンがある。入院から在宅に戻るまでどんなパターンがあるのか出してみるのも面白いと思う。情報共有の部分では、退院支援は入院のときから始まると捉え、地域連携の事務スタッフと、医療ソーシャルワーカーを同じ部署としている。

在宅利用者が救急搬送された時点から情報が切れている。家族構成やケアマネはいるのかいないのか、地域包括支援センターはかかわっているのかなど、救急隊はそういう情報が全然手元にない中で、とにかく患者を搬送する。そこから情報を集めていくことになるので、退院支援に向かっていく流れの中での情報共有が非常にできていない。

病院はどんどん入院期間が短くなっており、病院側のスピードと退院してくる患者を受け入れる在宅体制を整えるスピードがうまく合っていない。その狭間に患者が挟まれていて、相談がトータルにできる場所がないので、結果的にこの相談はこっちの相談室に行って、この相談は行政の窓口に行って、というような状況がある。在宅退院に向けての実践的な支援体制が地域の中にある。資料2の2ページ、想定する事業項目の一番下に、6.在宅療養支援窓口の検討とあり、これがもし地域の中にできたら良い。平均在院日数の問題等で、病院は病院側の都合で退院日を決定する傾向にある。病気はみるけれど生活はみる時間的余裕がない。退院調整にかかわる看護師もできてきているが、それは在宅に帰ってからの看護の技術的な指導に留まっている場合が多い。暮らしをトータルで支援し、暮らしの中の医療をどうやってつないでいくかという実践的な支援の体制がない。

高齢多死時代を迎えていく中で、病院で亡くなることはなかなか叶わない。できるだけ在宅で最期までという意識や覚悟がまだまだ足りないと感じている。高齢者は病気が完全に治癒することはなかなか難しく、ちょっと良くなったら家に帰るという覚悟が患者や家族にできていない。家族は不安になるので、ケアマネに相談し、在宅は無理なので入院させてほし

いと、結局入院の継続につながってしまう。患者・家族の心配と不安の連鎖が結局は在宅を支えるチームのメンバーにも伝わっていき、在宅を最後までやろうという腹のくくりができない状況もあると感じている。また、在宅を最期までやろうと助言する人というのも体制が整っていない。あと、共通言語の問題等、あまりにも広すぎてたくさんあり、この辺でやめておくが、1点だけ。医療と介護の連携はずっと前から言われ続けている。ケアマネジャーの8割から9割の基礎資格は介護・福祉系である。医療者との接点の経験がないまま医療と連携しなさいと言われるので、なかなか苦手意識が払拭できないまま、結果的に距離をどんどん広げていってしまっているような傾向にあり、そこも課題である。

○委員長：

今日言い切れなかったことは、文章を出していただき、共有させていただきたい。この在宅療養支援窓口はどういうことをイメージしているのか。

事務局：

例えば新宿の病院に入院されていて、いざ在宅に戻るときに、西東京市でどのように主治医を見つけるのか、どういう形で暮らしていくのが非常にイメージしにくい。そこでこの窓口相談してもらい、この主治医に相談したらどうかみたいなことや、ケアマネ等が在宅支援をしていく中で困ったことを相談する、などを想定している。

○委員長：

寄り添っていくケアが必要になってくる。地域ケア会議なのか、もしくはケアマネジャーなのか、主治医なのか、そこら辺は相手のニーズによって役割が違ってくる。重篤で医療が全面に出なくてはいけない時にケアマネよりも医師が軸になる場合は当然ある。その中でどう協力を維持していくか。今まで歩んだプロセスを把握できる従来の情報共有できる部分と、今ある方をどう支援していくのかという広がりチームアプローチという議論の2つがあり得る。重なるところもあるが、一応考え方として2つ分けておいたほうが良い。

○委員：

病院から受け入れる側としていくつか意見を言わせていただくと、いろいろな状態の人を受け入れ、中にはすぐ救急車を呼ばなければならない人もおり、家族もみんな目的は異なる。家に戻すのか。うちは家に帰ってきてほしくない。特養に入れるまでの滞在という方もいる。病院から受け入れるにあたり、老健として、できるだけ受け入れるようにしているが、いろいろな点で苦労している。送られてくる際に、不都合な点をあまり触れない人もいて、入ってきたら、書いてあることと大分違うということもある。リハビリもやっており、在宅復帰率3割はと思っているが、現状ではまだ3割を超えていない。

○委員：

医師会では、もう1つ、在宅療養の支援に向けて、それぞれの職種がどうしていきべきかを検討するため、これも東京都の補助金を活用し、今年度、在宅療養推進協議会を行政とともに立ち上げる予定である。

○委員：

施設、特に特養で入所されるほとんどの方は病気を持っていて、薬の利用も100パーセントに近い。看取りのケアも進められてきている。診療報酬も下がる中で、先生との協力体制は医療依存度が大きくなっていく中では厳しいのが現状である。施設の中で、点滴等医療的なケアが必要な方は増えていく。特に看取りを推進していくとますます増えていく。先生方に協力していただくしくみとして厳しい現状がある。住まいの視点では、看取りケアとして、在宅と同じように入居者も家族も最期はここでということ希望される方がどんどん増えており、そういう部分での連携も必要である。ただ、配置医がおられるので、入所前の主治医との違いや、要望どおりにはいかない面もあるかと思う。

○委員：

ヘルパーということではないが、高齢の方の生活の中で、地域の方々の支援はどうしても必要になる場面が出てきている。認知症が進んだ方で、薬を飲むことを忘れてしまうとか、そういったところを地域の人たちに求められている現状がある。その部分だけをお願いしますという形になっていて、住民の方々が支援をする上で、果たしてそれだけでいいのかという問題が出てきている。薬が飲まれているかどうかだけではなく、もう少しその人の生活全体にかかわっていくような支援も住民側としては望んでいるが、情報共有の視点では、住民側に情報が流れてこないという課題を強く感じている。そういったことを解消していかないと、地域の中で住民を巻き込んだ一人の人の生活支援というのはなかなかやりづらいという気がしている。

○委員：

医療を提供する側と受ける側の認識とか情報共有は裏腹の関係で不可欠だと思う。東京都もいろいろな意識調査をしていて、家族を思うあまり在宅は選べないという方もいる。言い尽くされたことだが、かかりつけ医を事前から持っている方は、どこでどのように生きていくのか、がんになっても安心して療養できる地域、そういうところが最終的につながっていないと、提供体制側からの論理だけでは進めづらいと感じている。

○委員：

ヘルパーの視点から情報共有、提供、連携での視点から発言したい。ターミナルの場合、連絡ノートが自宅にあるが、結構1日に何回もいろんな業種が入るので、情報が連絡ノートだけでは伝え切れないという問題がある。ターミナルを受け入れる場合、担当者会議が行われるが、今後どういう症状になっていくのか、不安に思っているヘルパーが結構多い。ター

ミナルと聞くとヘルパーは少し怖がってしまう。今後、この患者はどうなっていくのか、担当者会議でよく話し合い、こういう状況になったら看護師へ連絡、こういう時は水分アップ、あるいは座薬等、細かいところまでしっかり決めていけば、ヘルパーとして不安解消につながる。

○委員長：

担当者会議をどうイメージするのか。地域ケア会議を強化しているからそこに位置付けるのか、かなり議論がある。また日常的にかかわりがないと連携できない。顔を見せるから、お願いしますと言える。コミュニケーションがなく全くわからないところでは難しいので、日常的な部分や緊急時を含めた、医療との連携を具体的にしていかないと、今までは抽象的に終わっており進まない。行き詰まってしまうので、難しいという視点も踏まえて、しかしこういうやり方、こういうことも可能ではないかといくことを模索することが必要だ。

○委員：

高齢者は、市が介護講座をやるが出てこない。なぜ出てこないかと考えたら、耳が聞こえない、目もだめで、年をとって出てこられない。現状に関心を持って認識してもらいたい、そういう願いを込めてかるたと紙芝居をつくり、5人やら10人の会合に出て檄を飛ばしている。

家族のきずなも、地域のきずなも失ったとき、1人で死ぬときに、2025年に向かっていろいろ変わっていくわけだが、その間に亡くなっていく方たちが安心していられるような西東京市であってほしい。

○委員：

在宅療養支援診療所が30か所、支援病院がゼロとなっているが、市民の立場からはもっとたくさんあってほしいと思うが、30か所で足りているのか。それとも医師がいないのか。

○委員：

手挙げ方式で、診療所の医師が申請する。30か所しか往診いないというわけではない。ただ、24時間連絡が取れるようにといった縛りがあり、24時間対応可能な医師だと、患者負担の軽減につながる。医者立場として患者に伝えたいのだが、全てを勉強し医師になっており、患者は専門志向があって、私は脳外科で、物忘れが始まったときに相談に来る。その前にかかりつけ医に相談したか聞くと、循環器専門だからという捉え方である。かかりつけ医は全てのことを相談できる医者だという認識を持ってもらう必要がある。

○委員：

ケアマネジャーの医療知識の点について、医療と介護事業者の連携を図るために中心になるべき人というところで、6割がケアマネジャーというアンケート結果が出たので、身が引



き締まる思いである。実際に私も福祉系であり、医療が苦手で、先生や訪問看護師は敷居が高く、周りにも同様に思っている人が多い。苦手だが少しずつやっていくことが必要であり、これが本当の課題だと思う。医療知識とともに、誰にどう連携するかということを確認することも大事だと思う。

事務局：

医療から医療情報をどう介護の担当に伝えていくかということについては、今までも当然取り組んでいただいているところだが、介護とどうつなげていくのかについても、今後検討していかなければいけない。

○委員：

ケアマネは医療の知識が確かに不足しているが、補おうというモチベーションが高い人もいる。勉強会に参加する顔ぶれはいつも同じで、その人たちはどんどんスキルアップしていくが、出ない方は現状維持で、差が開いていく。そういう人たちをどう取り込むかが課題となっている。

○委員長：

意見を今後どう文章化できるか。そして、文章化の前に仕組みとして組み込めるかがポイントとなってくる。完全にできないということはわかっているので調整していただく。美辞麗句を並べても効果がなかったら市民に届かない。また、介護予防、地域づくり。これはかなり大変な事業である。地域をどう支え、作って、守っていくのか。それについては、次の議論として意見をいただきたい。

できれば、提案型で、こういうこともやっている。こういうことも効果があるということも出していただいて、できるところからしていくということも大事だと思うので、お示しいただきたい。

それでは、引き続き、高齢者保健福祉計画検討委員会を開催する。