平成31年度 第1回
立川市在宅医療・介護連携推進協議会
議事録

令和元年5月24日（金）

立川市福祉保健部高齢福祉課

■ 日 時 令和元年5月24日（金）午後1時30分～3時00分

■ 場 所 立川市役所302会議室

■ 出席者 （敬称略）

[立川市在宅医療・介護連携推進協議会委員]

医療従事者（医師会）	荘司 輝昭（会長）
医療従事者（歯科医師会）	金井 克樹
医療従事者（薬剤師会）	根本 陽充
介護サービス事業従事者（訪問看護事業所）	齋竹 一子
介護サービス事業従事者（介護支援専門員）	谷崎 智子
介護サービス事業従事者（訪問介護事業所）	川田 キヨ子
市民	中村 克久
市民	山下 明義
学識経験者	鶴岡 浩樹（副会長）
地域包括支援センター	小澤 真治

[オブザーバー]

医療従事者（病院地域医療連携室）	沼里 綾乃
医療従事者（病院地域医療連携センター）	宮岡 豊子

[市職員]

福祉保健部長	五十嵐 智樹
保健医療担当部長	吉田 正子
福祉保健部高齢福祉課長	小平 真弓
福祉保健部介護保険課長	白井 貴幸
福祉保健部健康推進課長	鈴木 眞理
福祉保健部健康づくり担当課長	田村 信行
福祉保健部保険年金課長	森田 雅代
福祉保健部高齢福祉課高齢者事業係長	久保田 耕一
福祉保健部高齢福祉課在宅支援係長	石垣 裕美
福祉保健部高齢福祉課介護予防推進係長	杉山 裕一
福祉保健部高齢福祉課介護予防推進係	大串 亜希子
福祉保健部高齢福祉課介護予防推進係	久野 明子

[地域包括支援センター]

ふじみ地域包括支援センター	鉢嶺 由紀子
はごろも地域包括支援センター	新妻 雪絵
たかまつ地域包括支援センター	野田 美輝
わかば地域包括支援センター	野呂 美緒
さいわい地域包括支援センター	加藤 雅子
かみすな地域包括支援センター	秋間 さや子
認知症地域支援推進員	水村 安代

■ 欠席者

[立川市在宅医療・介護連携推進協議会委員]

多摩立川保健所

[認知症地域支援推進員]

柳澤 智仁 (代理出席 渡邊洋子)

兵藤 千穂

会長 では、定刻となりました。令和最初の第1回在宅医療・介護連携推進協議会を始めさせていただきたいと思えます。

 まずは、事務局のほうからよろしくお願いいたします。

A係長 こんにちは。お待たせいたしました。事務局の高齢福祉課介護予防推進係長のAです。よろしくお願いいたします。

 協議会の開始前ですが、次回、第2回の日程変更のことでご報告いたします。ホワイトボードにもありますように、前回、2月の協議会のときに、1年間の日程をご報告いたしました。そのときに8月30日の金曜日というふうにお伝えしたんですけれども、都合で8月23日の金曜日ということで、時間が1時15分から14時45分ということで変更したいと思えますが、皆様よろしいでしょうか。次回の第2回の協議会、8月23日の金曜日、1時15分開始でお願いいたします。

 続きまして、今年度本協議会のオブザーバーに変更がございましたので、ご紹介いたします。オブザーバー、これまでBからC副師長が来られておりましたが、今回より後任としてD看護師がオブザーバーとして着任されております。

 D様、一言ご挨拶いたします。

Dオブザーバー Bにて退院支援看護師をしていますDと申します。まだまだ4年目と若輩者ではございますが、見知った顔がいる中でこういった会に参加させていただき、私自身もいろいろと勉強させていただければと思っております。

 よろしくお願いいたします。

A係長 ありがとうございました。

 本日、I保健所のE委員が欠席となっております。代理で保健所長のF様が代理出席ということでご連絡いただいておりますが、まだお越しいただきませんので、お越しいただきましたら、一言いただきたいと思えます。

 続きまして、事務局員のほうにも人事異動がありましたので、新任部長・課長を紹介いたします。

 G福祉保健部長。

G部長 皆さん、こんにちは。

 4月より、福祉保健部長を拝命しておりますGでございます。今後ともよろしくお願いいたします。

A係長 H保健医療担当部長です。

H部長 Jの後任でまいりました、保健医療担当部長Hと申します。どうぞよろしく願いいたします。

A係長 K高齢福祉課長です。

K課長 Lの後任で、高齢福祉課長のKです。よろしく願いいたします。

A係長 M健康づくり担当課長です。

M課長 Nの後任で、健康づくり担当課長のMと申します。よろしく願いいたします。

A係長 O保険年金課長です。

O課長 Mの後任で、保険年金課長になりましたOです。よろしく願いいたします。

A係長 本日は、今年度第1回目の協議会となりますので、事務局側を代表いたしまして、保健医療担当部長のHよりご挨拶をさせていただきます。

H部長 それでは、改めまして、皆様、こんにちは。
4月に着任いたしました保健医療担当部長になりましたHでございます。

私、実は市役所に保健師として入りまして、健康推進課（健康会館）に一番最初に入りました。実は、その当時老人保健法に基づき訪問指導ということで、在宅の高齢者の訪問、相談にずっと当たっておりました。そのときに、そのころはまだまだサービスも何もなくて、本当に市の職員が寝たきりの高齢者のところへ行って、そこにエアマットを敷いたり、ベッドを入れたり、そんなことをお手伝いしていた時代に、在宅に長くかかわっておりました。

いろいろな部署を経まして、この4月、保健医療担当部長ということになりました。こういう形で医療と介護の連携の会議が立ち上がったということで、大変うれしく思っています。私からすると、連携をしなければいけないぐらい色々なサービス、いろいろなものが出来て来たんだというふうに感じて、感無量でございます。これから、ますます高齢者に限らず、在宅で療養していく方が増えていくかと思いますが、その一人一人がより良い在宅が過ごせるように、みんなで力を合わせて支援していけたらというふうに思います。お知恵を拝借しながら進めていきたいと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。

A係長 今、F様が来られました。本日、E委員が欠席ですから、代理として出席いただきます。一言ご挨拶をお願いいたします。

F 所長 遅くなりまして、申しわけございません。
保健所のFです。本日は代理でまいりましたので、お手やわらかにお願いいたします。

A 係長 ありがとうございます。
それでは、協議会を始めたいと思います。
これからの進行は、会長、お願いいたします。

会長 では、本年度もよろしくお願いいたします。
平成31年度第1回令和元年に在宅医療・介護連携推進協議会を開催します。
事務局より、連絡お願いいたします。

A 係長 改めまして、事務局のAです。
事務連絡をいたします。
本日の出席状況ですが、現委員11名に対し出席10名、欠席1名となります。よって、この協議会は成立していることをご報告いたします。
本日のスケジュールは、報告事項6つと協議事項1つとなっております。委員の皆さまは、お忙しい中お集りいただいておりますので、午後3時までに閉会を予定しております。
まず、机上配布の資料の確認をいたします。次第ですね。平成31年度立川市在宅医療・介護連携推進協議会委員構成名簿になります。あと、広報たちかわ4月25日号の介護保険のお知らせ、エンディングノート、認知症ケアパスの冊子になります。A6サイズの小さい黄色のチラシと看取り支援講演会、赤いチラシになっております。事務局と傍聴席には、エンディングノートは配布しておりませんので、ご了承ください。
不足の部分、資料ありましたら、お声がけください。大丈夫でしょうか。
事務局からの事務連絡は以上になります。
議事をお願いいたします。

会長 では、今報告がありました議事に入ります。
事務局から、報告事項の説明をお願いいたします。

A 係長 本日、報告事項6つありますので、続けてご説明させていただきます。
まず、報告事項の1つ目、資料の1ページ、2ページをご覧ください。

立川市在宅医療・介護資源マップについての変更事項のお伝えとなります。

ご存じのように、このマップは平成29年度当協議会で作成し、協議していただきまして作成した紙のマップが、29年10月に市内65歳以上の全世帯に郵送しております。それと同時に、電子版のマップも作成いたしまして、現在立川市のホームページに関連リンクとして掲載しております。現在も毎月5,000件を超えるアクセスがある状況でございます。

このたび、変更事項が2つあります。資料1ページの下段に記載しております。1点目、今まで立川市のみマップだったんですけども、昨年度からP市とQ市が同じマップを使うようになりまして、共同運営となりました。今までは、立川市の地図の部分しか見られなかったんですけども、この3市が市境を越えて医療機関の情報が見られるようになっております。

2点目が、Q市も入ったということで、Q市のほうで画面のところに解説が見られるような仕様になっております。2ページのところ、ちょっと見づらいんですが、右の上のほうに「Q市市内施設について 項目解説」というふうに書いてありまして、そこをクリックしますと、Q市のホームページに移って、Q市が作成した使用上の注意と他市との情報の整合性、専門用語の解説が確認できるようになっております。また、一番下のところに、お問い合わせ先というのがありまして、立川市とP市とQ市が記載されているんですけども、そこをクリックすると、それぞれの市のホームページに移るようになっております。

そのような変更がありました。

続きまして、報告事項の2つ目になります。

3ページをご覧ください。

広報たちかわ4月25日号の介護・高齢関係の特集ページとして、「介護保険のお知らせ」というのを発行いたしました。皆様にもお配りしているものです。

一面の右上に、R委員から言われた訪問看護のイベントを掲載しておりまして、その下にBの市民講座を載せております。中段の右側には、当協議会でもご意見をいただきました認知症ケアパスについて、下段のところに今年度の新規事業の看取り支援事業講演会の記事と、一番下に地域包括支援センター等の相談窓口の連絡先を掲

載しております。

今年度も、秋の通常の広報に、在宅医療・介護連携の特集を組む予定となっております。

報告事項は以上です。

続きまして、報告事項3つ目に移ります。

4ページをご覧ください。

平成30年度に実施しました、医療と介護の連携強化に関する介護支援専門員研修の実績報告となります。年度が終わりまして実績が出ましたので、受講者数と受講生の感想を記載しております。

講義研修は5回で114名の参加がありました。現場研修は12カ所で21名のケアマネジャーさんに参加していただいております。今年度と来年度も3か年でやります。今年度も同規模の研修を予定しております。今後も進捗状況についてご報告をさせていただきたいと思っております。

続きまして、報告事項の4点目、5ページをご覧ください。

認知症の初期集中支援チーム事業とアウトリーチ事業についてです。30年度の実績、31年度の予定ということで報告いたします。30年度の実績と31年度の予定としては、初期集中支援チームは、北エリアが30年対応件数2件、30年度中にそれは終了しております。今現在継続件数、新規の件数はないという状況です。また、南は対応を5件しまして、年度内に5件終了しております。南も同じく新規の案件はないという状況です。

アウトリーチは30年度5件の対応を行いました。年度内に5件とも終了で、このアウトリーチチーム事業は、初期集中支援チーム事業で取り扱われないようなところをアウトリーチで行うということになりますので、こちらも新規ゼロという形になっております。

このように、対応件数が少ない状況が続いており、市も課題と感じております。3月のチーム員の合同会議で専門職参加の皆さんと話し合い、なぜこういった現状なのかを考えました。状況としては、本人や家族の利用に対する同意を求める必要があったりとか、会議に上げるための書式が煩雑で事務負担が多いとか、チーム員会議月1回しか行われずタイミングが合わない、その前にご家族のほうで対応したりということがあったり、包括のほうでも、チーム員会議に上げなくても対応できているという事例もありました。この状況は今後検討するというところで、31年度はこういう正式な書式がそろ

っていないケースでも、チーム員会議に相談をして、”こんなケースはどうですか” というような相談をできるような形で運用していきたいと検討しております。

報告事項4つ目、以上となります。

報告事項の5点目、6点目は、高齢福祉課在宅支援係長のSよりご説明いたします。

S係長

改めまして、いつもお世話になっております。高齢福祉課在宅支援係長のSです。

資料6ページと黄色いA6サイズのチラシをご用意ください。

市内薬局向けのチラシの配布についてです。前回の協議会でも、地域ケア会議という会議を月に1回定例で行っているというご報告はさせていただいておりますが、その中で、こういった取り組みはどうかというようなことが出ましたので、早速協議会のT委員にご相談させていただいて、立川市薬剤師会協力のもと、この連休明けからこのチラシを100枚一束にしまして、市内の薬剤師会会員の薬局に、地域包括支援センター、福祉相談センターからお配りさせていただいております。

地域ケア会議の中で、医療保険につながっている人・病院にかかっている人はかなりたくさんいても、介護相談につながっている人が少ないのではないかという話題があがりました。そうであれば、お薬の処方を受けるときに、よくスーパーで知らない間に特売のチラシが入っていることがありますので、そんなイメージで薬剤師にご協力いただいて、薬の袋の中にチラシを入れて、介護相談窓口の案内をしてもらったらどうかということで、お願いをしています。

まず、100枚という数なので、大きな薬局とすれば、1日や2日でなくなってしまう数かもしれませんが、ちょっと社会実験的にやらせていただいて、今後効果があるようなことがあれば、また考えていきたいと思っています。

あわせて、薬剤師会に入っていないドラッグストアにも、個別に地域包括支援センターが回らせていただいています。ドラッグストアでおむつを購入している介護者が非常に多いのではないかということで、特に男性の若い方、おむつ買われるときに、ちょっと一声かけていただいて、相談先があるという案内をしてほしいというお願いをしています。

今のところ、このチラシを持って地域包括支援センターに相談に

来たという報告はありませんが、こういうものはちょっと効果が出るまで時間かかるとは思いますけれども、できることはやっていきたいと考えて、取り組みを始めております。

続きまして、報告事項の6番、7ページ、8ページ、「今日から始める私の人生会議」のチラシ、あと、マイエンディングノートをご用意ください。

平成30年度協議会で、看取りに関して丁寧に協議していただきましてありがとうございます。31年度の事業を形にするということで、看取り支援事業を新規事業で始めることとなり、市民向け講演会が各日常生活圏域で2回、介護支援専門員等専門研修が各圏域で1回開催することにしました。

まず、7ページに開催予定が書かれているかと思いますが、実は5月22日、U先生に一番初めにご登壇いただきまして、私も感動の余り泣きそうになりましたけれども、とても勉強になるお話が聞けました。W地域包括支援センターのVさんのほうからご報告をお願いしたいと思います。

V係長

W包括支援センターのVです。いつもありがとうございます。

このピンクのビラの一番上のところが、5月22日、おとといですね、Xのほうで「今日から始める人生会議」ということで、U先生のほうにお願いをして、「あなたは大切な人に何を遺しますか」というテーマで講演をいただきました。参加者の方は市民の方、関係者の方、合わせて40名ちょっとでした。

とても優しい口調で、人生これからこんなふうになるんだよという話がありまして、また、最後の質疑応答では、今まさに看取りの最終段階のご家族の方から、先生のほうに悩み相談みたいなこともちらっとあったんですけども、先生のほうからも、本人を知らないところであんまり言えないけれども、こういう考え方をしたらどうでしょうかというお話とかアドバイスがあり、その方は何かとても納得してというか、ありがとうございますという感じで帰られました。ほかの方も、ああ、こういうふうに見取っていくんだなというのが実体験の話もあり、参考になったという声が聞こえる講演会になりました。先生、ありがとうございます。

以上です。

S係長

ありがとうございました。

このマイエンディングノートなんですが、官民共同で作成しまし

て、Y市の株式会社Zというところに無料で作成していただきました。ただ、いろいろと広告が入りまして、これは31年度広告契約をこの株式会社Zとしたものですので、来年度以降は、配布ができないという状況になります。お手元にある方は、今年度中に配布を終了するようにご協力お願いいたします。

一昨日のU先生の講演会でも、とても上手に市民の皆様はこちらのエンディングノート、使い方についてご案内していただきました。書いてあるだけでは誰にも知られないと。必ず誰かに書いたよと見せてくださいねとお伝えいただきまして、活用していただければと思っております。

それから、ちょうどあしたになりますけれども、AA会館で「迷惑をかけない生き方（逝き方）設計」ということで、AB地域包括支援センター準備していますので、進捗状況等をご報告お願いいたします。

ACセンター長 AB地域包括支援センターのACです。明日、5月25日、AA会館のほうで「迷惑かけない生き方（逝き方）設計」ということで、AD病院、副院長のAE先生のほうにお話をさせていただくことになっております。皆様、定員の100名近く応募がありまして、来ていただける皆さん、楽しみにして来ていただけるのではないかなと思っております。

以上です。

S係長 ありがとうございます。

こちらの医師の先生方のご協力につきましては、U先生と医師会の事務局にご協力いただき、先生のご紹介をいただいておりますので、今後ともよろしく申し上げます。

それから、8ページの⑧番、AFですが、すみません、AHという字は削除していただきたいとのことでした。株式会社AF、相続診断士のAG先生ということで訂正をお願いいたします。

現在9カ所の開催が決まっております、これ以降はAIクリニックのAJ先生のご登壇が予定されています。また、会場を、AK小学校の体育館を借りることができましたので、多分学校を通じて若い世代のお母さんお父さんにも、あとはもしかしたら高学年の小学生にも参加いただけるといいなと考えておりますので、また、状況等につきましては、ご報告させていただきたいと思っております。

長くなりましたが、報告は以上です。

A係長 報告6点、以上となります。

会長 ありがとうございます。

では、今の報告について、何か委員の方からございますでしょうか。

ちょっと僕のほうから、報告事項4、認知症の初期集中支援チームのこれが伸び悩んでいるということが、A係長のほうからあったんですけども、その理由というのは具体的に把握していますでしょうか。この地域の会議に出たときに、いろんな意見を聞いたんですけども、どうでしょうか。

A係長 先ほど説明でもありましたけれども、やはり書式に書くのに本人の同意が必要というところで、なかなか前に進まなかったりとか、あとは、実際に月1回しか開催していないので、その前に対応しなければいけないということで、包括支援センターのほうでも対応して、医療だったり介護につなげたりというところで動いているというところと、包括のほうでも対応ができているというところ。あとはやっぱりこちらの会議は書式がもう決まっていて、それをつくる事務負担というのがかなり出てきてしまうので、それよりも先に動いてしまうというところがあるのかなというところ。

実際に認知症の方は多いので、実際に埋もれているというのは多分あると思うんですね。そこら辺をどう発見していくかというところで、ケアマネジャーさんが抱えていたりもあるでしょう。また、初期集中事業なので、もう医療とか介護につながっていれば初期集中の対象ではないと判断されている場合も多分あると思います。たとえば、病院にはつながっていても実際適切な介護が受けられていないとか、ケアマネがいるけれども適切なプランが立てられていなかったりということで、本人も周囲も満足な状況ではないという場合もあると思うので、今後ケアマネジャーさんに連絡会等を通じて、こういうケースがあったら出してくださいと働きかけをして、正式な書式じゃなくても、こういう相談ケースみたいなことを初期集中支援事業のチーム員会議に上げていただければ、と提案したいと考えております。

会長 もう少し突っ込んだ言い方をしますと、ほかの立川以外の地域なんかで、何でこれが進まないかということになると、何かが起こってから、例えばヘルパーさんが救急車を呼んで病院につながる。そうすると、病院のほうで1回入院させて退院調整がサポートして、

それが在宅につながっているので伸び悩んでいるという事例ももちろんある。あるいは、ケアマネジャーがこのシステムを十分理解していないために、今A係長が言ったように、病院、あるいはどこか医療につながっているから、そこでとまってしまって、逆にこの委員の先生たちをお願いしたのですが、先生たち、会議終わったら、その後この人はどうなったか知っているかと聞いてみたんです。そしたら、振り返り事業がされていないんです。特に、このサポート事業に関しては、ぜひ支援チームがその事例事例によってここで終わるのではなくて、振り返りをきちんと行わないと、それが次につながらないと思いますので、そこはきちんとやっていただくように医師会では言っていますけれども、行政のほうからもよろしく願いいたします。

これは、多職種全部がそうです。失礼ですけれども、特にケアマネジャーたちがその辺の認識が非常に弱いと感じています。この間ざくばらんに話をさせていただいたときに、その事例はその後どうになりましたかと聞いたときに、そこでとまってしまっている。こういうことが多々あるので、ぜひ多忙中申しわけないんですけれども、よろしく願いいたします。

意外に、そういうところできちんと振り返りができているのが訪問看護師さんたちなので、ぜひ一緒になってやっていただければいいのかなと思います。

T委員

会長、いいですか。

会長

どうぞ。

T委員

すみません、薬剤師会のTです。

これは情報提供なので、記録は大丈夫なんですけれども、今、U先生からお話があったところにちょっと関連するのかなと思ったので、お話しさせていただきたいんですが。

ちょうど今、S係長から、こちらのチラシの紹介をしていただいて、薬局で配るようにしています。ところで、つい先日、ちょうど自分の薬局に、認知症のお薬を飲んでいて、毎月受付でだいぶ促しても保険証を毎月必ず持ってこないという患者さんがいらっしゃいました。この方は再発行とかしても、結局ずっと四、五カ月ぐらいずっと持ってこないの、これ、どうしようかなと思っていたときに、一応エリアのところの包括さんのほうに連絡させていただいて、包括さんのほうに動いてもらってもいいですかということでお話し

させていただきました。そのときには、ちょうど包括さんのほうの担当者いっしょになかったんで、折り返し連絡いただいたところ、「前もその動きをさせていただいたんだけど、実は要らないって言われた」とかという話で、（包括も）かかわらなくていいということ言われたらしいんですが。やっぱりこういうところって、初期集中支援というか、その後のフォローというところが動かないと、結局やりっ放しというか、ことになっちゃっているなというのがあると思います。今後その辺は、薬局も気づいたら連絡するようにするんですけども、多分その後恐らくその私がかかわった方に関しては、訪看さんだったりとかが入らないと、長男さん一緒に住まわれている家ですけども、結局かかわっていないというところなので、ちょっとそこは注意しなきゃいけないのかなと思いました。

会長

ありがとうございます。

特に今在宅、訪問看護師さんと訪問医が行っているようなところで、僕もこの間あったのは、ヘルパーさんから気づかされたことがあるんですね。

実は薬を飲んでいる、薬局もきちんと設置してくれているんですけども、その後、本当に飲んでいるかって、ヘルパーさんが目の前で飲んでもらえるように確認するという話をしたら、先生、空き袋ばかりあったけれども、隣のごみ袋にあったというんだから、これで、やっぱりそういうところでどういうふうにつながるかというところをみんなでフォロー、多職種でやっていかなきゃいけないと思います。

ただ、先生、どうなんですか。ほかの地域でこれ、こういう認知症の事業に関して、振り返りというのはやっているんですか、公的に。

A L 委員

公的にやっているかはどうかはちょっとわからないです。

1つ意見としては、訪問系の専門職が入っているところはよしとして、その医療につながらないで、拒否しまくっていて、なかなか表に出てこない方々が、きつとうじゃうじゃいると思います。そういったところの見守りの体制とか、何かのタイミングとか、どうすればいいのかというの進めていただければと思いました。

以上です。

会長

ありがとうございます。

さらには、このチラシを配ること、すごく良いと思うんですけど

ども、前も言ったように、自治体の広報板というんですか、掲示板なんかにもっとアピールを各地域包括ですべきだと僕は思います。

実は昨日、私の患者さんで介護ベッドをずっと入れない人がいるので、きのうお話をして、何で入れないのって聞いたら、ケアマネジャーもついている方なただけけれども、「買わなきゃいけないから。そしたらこのベッドをどうすればいい？」ということを言われたんですね。

リースであるとか、そういうサービスが、実はケアマネからきちんと説明されていないということがあったんで、ちょっと怒ろうかどうか迷ったんですけれども、僕が怒ると非常にまずいので、ご家族からもう一度ケアマネジャーを呼んで、どういうサービスが受けられるか、説明してもらおうと思いました。どのような状態でどういうサービスを受けられるかというのを、その病状病状に応じてやはりケアマネジャーさんたちは伝えてほしいなど。

なかなかプランを立てた後、その振り返りというのが行われていないことがありますので、そこのところ、例えばヘルパーさんたちから、先生こういうの借りれないかなと聞くこともあるんで、そこで意外に、実は相談するとケアマネジャーさんって、いろんなアイデアを出してくれるんですよね。ただ、その前の段階、ちょっとつながらないところがあったんで、ぜひその振り返りをよろしくお願いいたします。

あと、どうぞ。

S係長

ケアマネジャーの質の問題なんですけれども、ここにいらっしやっているAM委員はベテランだから、こういう協議会にお越しいただいていると思っています。立川市で働くケアマネジャーが、全員AM委員みたいに優秀ということではない。きのう、ちょうど平成31年度に、立川市で新しくケアマネジャーとして着任した方を対象に、ケアマネジャー新任研修を行いまして、出席者が大体45名でした。

きのうが行政研修で、介護保険課から要介護認定の方法ですとか、介護給付関連、どのようにベッドが借りられるとか、これだったら何単位だとか、間違えて請求してしまったときにはどうやって返戻するのかというような実務的な部分が午前中で、午後が高齢福祉課の担当で、A係長から介護予防や認知症施策の話、AN係長から高齢者の一般施策の話、私から権利擁護の話をさせていただいて、そ

の後、社会福祉協議会の権利擁護センターですとか、生活支援コーディネーターの話、地域福祉コーディネーターの話をして、1日目が終了。もう9時半から5時まで詰め込みです。しかも、休憩は2回しかないというような過酷な研修です。

もう一回来週ありまして、来週はアセスメントの方法とか、ケアプランの立て方の実習ということで、地域包括支援センターの主任介護支援専門員と、あと居宅介護支援事業所に主任介護支援専門員もいますので、そちらの主任ケアマネにも協力していただいて、新任研修をしていくという形にはなっております。

A O 委員 詰め込みの状況はちょっと、あまりわからないですけれども。ケアマネ研修が今S係長がおっしゃったことをやっていて、ケアマネとしての質を高めていくということでは、今、主任ケアマネジャーが位置づけられているので、立川では昨年から主任ケアマネジャー連絡会を組織して、今後はそこが軸になっていくような形で取り組んでいこうかというふうには考えてはいます。

認知症初期集中支援チームとアウトリーチのことは、A係長からもご説明があったんですけれども、やはり会議自体が月1回だけということもあるにはあるとは思いますが。それで、この事業に北エリアと南エリアに認知症地域支援推進委員が配備をされていて、南エリアのほうでは、立川社協の中にあるんですが、籍自体は包括の、W包括の中に置いてあるんですね。AT、AP包括支援センターとも密に連絡し、会議等も出させていただいたりしています。A係長の説明にもあったと思いますが、包括支援センターに連絡が入ってきた中で、連携をそれなりにとって進めていくようなことも今後はできていくかなと思って、全てが埋もれてしまっているということもないかなとは思いますが、ところで、ともかくせっかく出席しているんで、一言いただいてもいいかなと、急に言って申しわけない、実感しているところは・・・とか発言をいただければと思うんですけれども。

A Q 推進員 北側の認知症地域支援推進員をさせていただいておりますAQと申します。

私が考えているところではあるんですが、国のガイドラインで、対象者を”認知症が疑われるが適切なサービスや医療につながない方”実際には”サービスや医療につながっているけれども、やはりBPSDがちょっとひどくて困っているというケース”とい

うところが、いろんな話を聞いていて散見しているな、というところを感じていまして。

なので、4月から初期集中支援チーム懇談会という形で実際にサービス等つながっているけれども、そのBPSDで対応困難なケースについて今度話し合っていく、あと、アセスメント訪問のところで、医師の先生に同行いただき、チーム員会議にかける前に、先生におうちにアウトリーチしていただくというようなことで検討しております。今、ちょうどそれでAAエリアからケースが出ていまして、対応を今、現在進行形でやっております。

以上です。

会長

非常にすばらしいですね。頼もしいです。

実は補足させてもらおうと、僕、介護保険審査の会議のときに、主治医意見書の中で認知症と書いていなくて、主治医が認知症と把握していないようだけど、いろいろ中の内容を見て、調査員が調べると、どうも虐待に近いような、保護に近いような事例を見つけたことがあるんですね。すぐそれを、そこで一回会議をストップして、「これは保護症例だから、介護保険の申請じゃなくて、すぐ行政があすにでも動いてください」ということをお願いしました。正直言って、その後につながっていないということが、埋もれているのが、変なところから出てくることがあるんで、それでは非常にまずいのではないかなと思います。

それともう一つ補足ですけれども、先ほどS係長が言ったような研修ですよ、ケアマネジャーの研修。実は、何かAR委員とかT委員とかR委員と一緒に講義研修、オープンディスカッションでやったときに、その研修でどうも請求の仕方を教われると思ってきた方がいたり……。それと全然違うじゃないですかって言われたんですけれども、ちょっと待ってくださいと。僕、AM委員にも、AO委員にも、どういう研修をやるか、皆さん伝えてくださいという話を多分したと思うんですけれども、そのこのところで、この一番下書いてあるように、何をわかればよかった研修なのかわからなかったという方が、僕は逆にその人に、上の人から何を聞いてきたんですかと言いたいところがありますので、ぜひここで話したことというのは、自分たちのところの職員含めて、ぜひ何の意味があって、何の意義があってこれをやるのかということをやぜひ伝えてください、AO委員。よろしく願いいたします。

ことしもまたやるんですよね。よろしくお願ひいたします。

ほかに委員の方から、特にございませんでしょうか。

なければ、次の報告のほう、事務局より、次は協議事項ですね、お願ひいたします。

A係長

協議事項に入ります。

9ページをご覧ください。

今年度の本協議会の協議テーマとしまして、「看取るまでと看取った後の家族への支援」ということで挙げさせていただきました。

少子高齢化、核家族化が進行しておりまして、現に立川のみならず、日本全国で老老介護、認認介護、障認介護等が加速している状況です。また、8050問題も深刻化を増しておりまして、80歳代の親のために介護離職した50代の息子が、親を見送った後の再就職に困難を感じ、生活再建できずに追い詰められていくというケースもあります。

平成30年度は、この協議会、看取りをテーマに協議していただきまして、市民への普及啓発と専門職への普及を目的に看取り支援事業をやって、多職種への専門職の研修ということで行っておりますが、それに関連して、今年度は今介護をしている家族が、この先も前向きに患者の在宅療養を支えられるように、介護を終えた家族が環境の変化に対応して、自分自身の生活を再建が果たせるようにということを念頭に置きながら、家族に対する支援について検討していきたいというふうに考えております。

委員の皆様には、事前に10ページにあります意見をご記入いただいて、お持ちいただいていると思っておりますので、皆さんから意見をいただいて、この場で共有させていただければと考えております。

事務局の説明は以上です。

会長

では、ありがとうございます。

ただいま、事務局から協議事項の説明がありました。

ご自身の視点で課題と感ずることをきょうご用意くださっているかと思ひますけれども、では、順番によろしくお願ひします。

じゃ、AO委員から。

AO委員

AOです。

マイクをここに置かれたんで、私だなと思ひました。

今回、議案も早目にいただきましたので、せっかくなので6圏域ある包括にもちょっと、各包括から意見を聞いてきたところなので、

それも含めて報告といいますか、させていただきます。

こちらの2例について、事例的なことをちょっと交えますけれども、包括支援センターであると、”急に退院してきたケース”の対応が多いので、病院での説明において、今後の見立てとかどういったことが起こるかということを理解してもらっていることが大切なんだと思います。包括だと、在宅中は普通に生活され介護サービスはつながってなくて、退院と同時にサービス開始ということが、希有なケースではないということです。

それから、看取りの期間は読めないのですが仕方がないんですけど、例えば家族の外出の際の見守りを希望されるケースというのものもある。それそのものはケアにつながる内容ではなくて、ただ見守りということになるので、それは自費になってしまう。自己負担になってしまう。家にいても、24時間見ているのは実質的に無理なので、時にはその家族がちょっとトイレに行っている間とかということでも、そこで亡くなるということもある。そういうことがあり得る覚悟が、家族ともに必要というようなこともある。

また、亡くなった後に職員がご挨拶に行くこともあるけれども、ちょっとゆっくり話を聞いたり、希望される方にはサービス終了後も話ができますという声かけや、一度きりにならないような流れがいいかなという意見もあります。

また、夫を看取った妻からのご相談で、”悔いが残る”と、家に閉じこもってしまった方がいました。その方に傾聴のボランティアとか、地域活動とか、グリーフケアの団体を包括が紹介し、息子さんもグリーフケアについて関心持たれたこともあって、妻の方は地域活動にその後参加するようになったという報告も聞いております。立川でも、グリーフケアの団体の周知があればいいのかなと感じました。

それから、これもまた事例的なことですが、妻ががん末期で、夫が看取りをしたんですが、妻が亡くなるまでの精神状態に波があり、夫婦げんかが絶えなかった。妻が亡くなった後は、夫から死にたいという発言が続いて、今まで一緒に住んでいた場所にいらなくなってしまったと。夫はしばらく消息不明になったけれども、半年後に帰ってきてその後は落ち着きを取り戻した、ということもあったそうです。

あとは、ご本人主体の支援ですね。当然でありますし、本人の意

思決定によって、本人がどうしていきたいか、どこで亡くなりたいということも含めてですけれども、そういったことは、支援者として当然大事なことではありますけれども、家族に求めることが多くなってしまうと、家族が無理し過ぎてしまうことがあるのではないかと。専門職としては、本人支援と家族の支援というのが両輪であって、それを両立させるというか、専門職としても揺らぎながらの部分があるかと思うんですけれども、そういう負担感というのをくみ取りながら、支援していくのは大切なことかなというふうには思います。

以上です。

会長

ありがとうございました。

よろしいでしょうか。すみません。

F氏

なかなかちょっと保健所というところが、ダイレクトに対象者の方々に接するというのではなく、体制支援側であるところをご承知おきいただきたいということと、こちらの実際の委員であるEのほうが、いわゆる地域の医療体制の部分に関してを所掌しているというところもあり、Eと話をしながらやってきたところです。一般論的に、やはりご家族に対してのグリーフケアというところ、ソフトな支援というのが、現場では本当に必要なのではないかと。ところは、我々の本来業務とは違う部分でいろいろ話が出たところです。

保健所として何ができるかという本来の部分におきましては、看取りに至るまでの地域かかりつけの方とか、そういうところがこの会議でも話題になっていたと思うんですけれども、やっぱり遠方のかかりつけ、遠方のその在宅に来ていただく先生のやっぱり、それと地域の中の近くのかかりつけ医を選ぶ、そのメリットデメリットとか、そういう部分においては、災害が起きたときとか、そういう視点から、保健所としてそのそういう意味での特性を説明することは、いろんな場面で我々ができる役割だというふうに考えております。

ということで、ケアマネさんの研修会とか、ご要望がりますれば、その医療機関や薬局との選択に関連する市民に対しての何らかの講演会とかそういうようなときに、何で近く医療機関や薬局が、歯科医師会がいいのかって、歯科医院がいいのかって、そういうような視点とかのお話を、第三者的にすることができるのは、我々の

役割かなというふうにはちょっと思っています。

すみません、ダイレクトに看取りとか看取り後というところに関しての直接のアプローチは、ちょっと私どものところでは所掌できておりませんので、外部を支援する、そういったところで思っております。

会長

ありがとうございます。

AS委員、お願いします。

AS委員

介護職は、日々ご利用者さんや家族の人と接している、より身近な存在であるというところなんです。それで、家族の方の思いとして、在宅でしっかりと看取りができた人というのは達成感のようなものがある、ああすればよかったかなというような悔いは余り残っていないかなというのは感じています。それと、あとは、でも、最後の部分で病院や救急で運ばれたりした場合の看取りもあるんですね。そういうとき、その方は、本人の思いはこれでよかったのかな、最後痛い思いをさせたのかなというような、ちょっとした思いをめぐらす場面があるかなというのはありました。

あと、日々接する介護職という専門職としては、終活の部分について、多職種で全体をそれを共有するということは大事かなと思っています。最後の本人や家族の意思決定が、その時々体調のいいとき、だんだん悪くなったとき、本当に悪くなったとき、それによってやっぱり変わってくることもあるんですね。本人の思いと家族の思いが、やっぱり違ってくるという場面もあるんですが、それはそれできちんと受けとめながら、1つの情報として、例えばヘルパーさんが体を清拭なんかしているとき、実はね息子にああ言ったんだけど、私はやっぱりうちがいいのとか、何かそういう思いをぽろぽろと漏らすときがあるんですね。そういう思いというのを一つ一つ大事に受けとめて、それを職種間で共有するように。こう言っていましたよということ、ダイレクトに言うのか、会議の場で言うのか、それは医者に言うのか、ケアマネに言うのか、そういう場面にきちんと伝えて、共有していくことが、やっぱり大事かなというふうに思っています。

特に介護職というのは、より身近であるために、壁もなく、率直に本音が出されることがあるので、その一つ一つをこぼさずにきちんと受けとめましょうということで、今指導しています。

それで、どうしてもご本人はご家族に遠慮するという傾向はあり

ます。こんなに迷惑かけるんだったらねとか、息子も大変だからと、そういうときに、その思いがちょっと我慢しちゃう。自分の思いをちょっと控えることがあるんですが、その思いをかなえられるように、何とか寄り添って、働きかけていきたいなと思っています。そのことを家族の方にも穏やかに伝えて、支援できたらなと思ったんです。

それと、最後の看取りが終わったときには、できたら全体でのグループケアの形で、全員ではないんですが、やっぱりもたれるということは大事かな。最後、残された家族が穏やかな時を過ごせるようにできたらなというふうに思っています。

T委員

Tです。

薬剤師として、まず、この議題というかテーマとして考えたら、この協議会の名前にもある医療と介護というところで、言いかえると、治療とケアという感じなのかなと思っています。薬剤師って治療のところにもかかわるし、ケアのところにもかかわってくるというところの、このバランスがすごい難しいなと思っています。

看取るというところを考えると、やっぱり最後のエンディングのところに行く。でも、エンディングまで行くまでに、人生の中で、今人生100年と言われるので、治療をやりながら、いずれかの段階でケア入って行って、治療とケアが混在して行って、最後にケアというようなイメージなのかなと、自分は思っているんですけども。

そのタイミングというか、その部分で本人がどう思っているのか、それと、治療をしている医師がどう思っているのか、ケアする側はどう思っているのかというところをしっかりと聞き取ることがすごく大事なかなと思っています。治療しているときも、今最近コンプライアンスというよりアドヒアランスなんて言われるところがあって、その治療に対しても、ただ単に医師から処方された薬を飲むんじゃなくて、これは飲むことが自分の体にいいことだというふうに認識をしてもらって、納得をしてもらって飲むということがやっぱり大事なところなんですけれども、なかなかそこまでいけていないというところもあるんで、それも含めて薬剤師が足りていないところというのは、実はその聞き取りの部分をもう少し突っ込んだところを聞き取らないといけないということと、聞き取ったことを医師だったりとか、ケアマネジャーさんたちにしっかり伝えていかないと、

この人こういうふうを考えているようですよというところを情報交換するということは、もう少し必要なのかなと、自分は思っております。

AR委員

歯科医師会のARです。

僕たちは、非常に専門的な部分になってしまうんですけれども。まず、看取りにいくちょっと手前までの段階で感じるものが、その方の持っている口腔機能と実際に食べたり飲んだりしているものの乖離というのかな、実際これだけのものを食べられないのに無理に食べさせてしまっているようなこと。あとは、逆にお医者さんのほうからの禁食ということ、病院のほうですね、病院のほうから禁食で来て、ずっとそのままそれを維持していて、実際にはある程度回復してきて、食べられる、簡単なものはお楽しみ程度のものは食べられるような機能に回復しているような方もいらっしゃいます。

その辺をやっぱり僕たちは、実際に入っていればいいんですけれども、入っていないところの場合は、ケアマネジャーなりその介護の方が、逐一そういったことをケアマネのほうに上げてもらって、ケアマネのほうから、今度その上のほうにどこか行くような形をとらないと、ちょっとその辺がなかなか進まないのかなというふうに思います。

だから、やはり歯科もそういったことでいろいろ介入していけば、結構お役に立てることはあると思うので、ぜひ歯科のほうも入れていただきたいということと。

あと、実際今度は看取りのほうになってくると、大体の方は看取りになってくると、経管栄養、あとは胃ろうとかになっている方が多いんですけれども、そういう方は口から食べないから、口の中別にどうでもいいよと、そういう考えの方が多いうんですけれども、実際はそうではなくて、経管経鼻の方の何もしない口管の咽頭部の汚れというのはすさまじいものがありますので、その辺もやはりちょっとケアマネの方とか、介護の方にもちょっとご理解いただいて、そういったことが必要であれば、歯科のほうに連絡していただければ、できるような形でお役に立てるのではないかというふうに思います。

それと、あとは実際に今度もう危ないなというときに、その方が総義歯で何も口の中に、無歯顎で何も入れていないような方の場合はエンジェルケアといって、簡単なワックスでつくった入れ歯みた

いなのを入れて差し上げるとか、そういうこともできますので、ちょっとそれは前もって言っていたかないと、きょう来て、やってくださいと言われてもちょっと難しいところもあるんですけども、その辺もご協力できるのではないかなというふうに思います。

あと、あとはご家族に対するケアというのは、なかなか僕たちのほうはちょっと難しいところがあるんですけども、一応今のところ、僕たちができるのはそのぐらいかなと思います。

それと、あと8020という歯科医師会が推奨している運動があるんですけども、あれも寝たきりとか認知症になった方にはとんでもない話で、逆にゼロのほうがすごくケアはしやすいんで、それを無理に8020にこだわって、ぐらぐらしている歯を何とか残してくださいとか、そういった誤解がちょっとあることがあるんで、その辺もケアマネないし介護の方とか、担当しているお医者さんのほうもちょっと何かあったら見ていただけるといいかなと思います。

以上です。

AL委員

グリーンケアのことは、皆さんが言われたとおり僕もそのように思いました。あと、フォーマルな社会資源とかはマップとかパンフレットとかで皆さんに行きわたっているんですけども、インフォーマルな社会資源がどうなっているのかよくわからないので、それを発掘して、情報収集して、何か提供できるような仕組みができればなと思いました。

あとは、看取ったご家族の活躍の場という意味で、例えばなかなか登壇してもらえないですけども、市民講座なんかでその体験をしゃべってもらおう。僕は、AU区のほうでも同じような会議にずっとかかわって、また、今度でまた5年目になってしまったんですけども、年に2回か3回、AW氏が主導で、看取った家族の方を壇上に上げて、かかわった専門職で、区民向け講座というのを年に2回か3回やっていて、もう10年以上ずっと続けています。これ、来られる方少ないときもあるんですけども、でも、それを見て、家で看取りたいという方が、10年たって去年あたりから出てきたということで、粘って続けるのは結構大事なんだなというふうに思いました。

あとは、住民向けには、死の教育というか、教育という上から目線になってしまうんで、何か専門職の方が死のプロセスを伝えるとか、そういうようなオープンにしゃべれるような啓発の場をつく

ったり、あと、専門職側のほうは、ディスカンファレンスはやっぱり先ほど会長がおっしゃっていましたが、専門職の振り返りの文化が育つと、地域全体が学習する、何か学んでいくというような成長するような、学習するコミュニティーみたいな感じになると思うのでいいかなと思いました。

以上であります。

A X 委員 自分は、医者でも何でもないので、自分の経験を話をしたいと思うんですけども。

うちの家系は、みんな長生きの家系なんですね。ひいばあさんが94で、うちのおじいさんが90、その連れのおばあさんが85、うちのおふくろが90まで生きているんで。うちの親父だけが交通事故で早く亡くなったんですけども。見ていると、本人の生きざまだと思うんですよね。一番最後にあらわれるような気がするんですよね。それと、四、五人ずっと子供のころから見てきていますけれども、やっぱり昔からの家系なもんですから、やっぱりじいさん、ばあさんとその孫たちというか、その形でずっと過ごしていましたので、みんな全員看取りとはいかないんですけども、最後はやっぱり老人ホームみたいなところへ入って、亡くなっていったんですけども。やっぱり今思うと、みんな死ぬちょっと前まで、みんな働いていたんですよね。うちでずっとうちにいて生活していないで、やっぱり外に出ていろいろなことをやっているとなんか認知症になる確率も少ないし、大変楽に亡くなっていったんじゃないかと思います。自分もそういうふうにしたいと思ひまして、今、いろんなところの会議とかそういうのに出席していますけれども、自分の家でずっと静かにしているのが、一番苦勞して亡くなっていくんじゃないかなという気がしますね。ということで、死ぬまで働きましょう。

A Y 委員 傾聴ボランティアをしていて感じることです。独居の末期の患者が、昼間は人前で平気そうに装って我慢していても、夜になると、死ぬことを思うと怖くて眠れないとか、治らないなら早く死にたいなど叫びをよく聞くことがあります。

進行がんと闘いながら、がん対策基本法の成立を目指した国会議員、故A Zは、「日本のがん医療への提言・救えるいのちのために」という著書で、次のように訴えています。

「根本的で最も重要なことを最後に訴えたいと思います。症状が進み、治療の選択肢が狭まる中で、私がつくづく思うことです。そ

これは、がん患者が最も必要とするものは、寄り添ってくれる人の存在であるということです。医療者はもちろん、今の社会はみんな忙し過ぎるのではないのでしょうか。病気で困っている人に、目を向ける余裕なんてないという人もいるかもしれません。そういう人にこそ、あえてがん患者の思いをくみ取ってほしいのです。なぜなら、2人に1人はがんにかかる時代には、誰もががんの当事者や、その家族になるからです。そういうときに、ひとりぼっちにされてしまうことは、何よりもつらいことです。人間は小さいことも含めて、いろんな目標を持って生きています。希望と言いかえても良いでしょう。そういう希望があるからこそ、人は自分らしく生きていけるのです。そのためには、やはり苦しい自分に寄り添ってくれる誰かが必要なのです。」と書いています。

私も、在宅問題の一つは、やっぱりこのような感情の訴えに寄り添う市民の存在であると思うんです。確かに専門職の方が、それぞれ一生懸命やっつけらっしゃるのはよくわかりますが、やはり時間に限られている。こういう患者さんの苦労とか人生をしっかりと聞いてあげるといえることではないですね、ほとんどないと思います。

そういうことで、私たちは医師には言えないことも、場合によっては訪問看護師に話すこともありますし、担当の看護師に言えないことを、私どもボランティアに話すこともあります。このような私たちの得た情報をカンファレンスで使っていただいて、医師が総合的に患者さんを理解していく姿勢が、患者にとっても私は良いのではないかと思っています。

そこで、医師や看護師を中心とするコメディカルたちに、心の痛みというスピリチュアルなケアを理解していただくと同時に、傾聴ボランティアやいのちの電話、がんピアサポーターなどを現に行っている市民を対象に、患者の心に寄り添うための研修の支援を行って、医療・介護の連携に仲間入りさせていただきたいと願っています。

以上です。

AM委員

ケアマネジャーのAMです。

同じ事業所のケアマネにも話を聞きながらまとめてきました。

介護をしているご家族への支援というところでは、支援の流れとか変化のイメージがつくような説明を受けられている方とそうでない方と、気持ちの持ちようが随分違うように感じます。多分、退院したときの説明とかは、きっとどこも同じようにあると思うんです

けれども、その後、在宅の先生（医師）になったときに、折に触れて、今後こういうふうになっていくよとか、折に触れてそういうのを言ってもらえるところというのは、どこかでご家族も冷静な部分を保てるところが多いような気がします。

夢中になって介護をしていると、亡くなっていくところを忘れて、介護のところではいっばいになって、具合悪くなってちょっとパニックということもあるので、そういうふうに感じました。

あとは、在宅という重圧というのを感じます。在宅の看取りの話なんで、それを言うのもどうかとも思うんですけども、在宅がダメなら施設とか、ダメなら病院という説明の仕方しかないけど、でも、家族の体調とかで、どうしても在宅選べなくなっちゃったケースのときとかに、すごいやってあげられなかった罪悪感とか、親戚にも顔向けできないとか、だったら自分が潰ればいいやぐらいなところまで思われる方もいらっしゃるんで、もうちょっと在宅以外が悪くない感じの説明もあって、在宅が選べて、そうじゃなかったときには、ダメだからこっちというよりは、次の選択肢としての病院とか施設というふうを考えられるような考え方ができると、ご家族も気持ちが楽に介護できるのかなと思います。

あとは、AO委員もおっしゃっていたんですけども、介護者が気を抜ける環境とか、家をあげられる状況というのはつくりにくいというところが、ちょっと問題かなと思います。

体調が安定している認知症の方ですと、ご家族の時間をつくるためにデイサービスとかショートステイとかというところがあるんですけども、看取りの時期というふうになると、そもそもショートステイ自体をちょっと難しいと言われてたりとかというところで、ご家族が自分の通院もちょっと控えたりとか、そんな事態も出てきたりというのを目にします。

誰かにそばにいてあげてほしいというのが、ご家族の気持ちであるんですけども、ヘルパーさんがそれだけの時間、じゃ、いてくれるかというのと、やっぱり介護保険ではできない。でも、ほかの自費だとえらい金額になるというところで、ご親戚が少ない方とか、そこで苦労されているのを見ますので、そこが何とかなるとおうちでも見やすいかなというところで感じます。

あと、専門職が工夫できるのではないかと思うことというところでは、さっきからも出ているグリーンケアというのが必要なんだろう

うなと思います。お亡くなりになった後にご挨拶に行ったりとか、ご家族の思いを聞きに行ったりとかというところはするんですけども、多分この方法がいいとわかってやっているというよりは、ちゃんとした知識をしっかりと持ってやっているかということ、そこはちょっと薄いところもあるかなと思うので、専門的な知識を持ってグリーフケアができるといいのかなと思います。

あとは、さっきからケアマネジャーに言えばとか、ケアマネジャーがキーになってとかといっぱいお聞きして、まさにそのとおりだと思うんです。ちょっと代表して怒られに来たような気がしているぐらい、ちょっとお聞きしたと思うんですけども、多分現場でもそう思われることがあるかもしれないと思います。

ただ、そのときに、ご家族とかの前で、だからケアマネはみたいなどか、ケアマネに言えば何とかなるのにとか思ってもちょっと飲み込んでいただいて、陰で怒っていただけるとありがたいかなと、怒るのではなくて教えていただくということになると思うんですけども、その専門職同士が行き違っているのを目にするだけで、多分ご家族ぐらつくと思うし、そんな場面を見せないようなケアマネになるのが一番なんですけれども、成長の途中としては、そこも一緒に成長させていただきたいと思うので、まずはご家族とかご本人に不信感を与えないような、何かそんなふうにできればいいかなと思いました。

以上です。

R 委員

訪問看護連絡会のRです。

訪問看護の中で、今回のこのいただいたテーマは、非常に実は難しく、うちの事業所でもみんなでちょっと話し合いをしたりとかする中で、幾つか上がった意見を発表させていただきたいと思います。

皆様方のご意見と重なる部分も幾つもあったなというふうには思っております。やはり、介護者が1人で介護をして行っている中、疲労困憊してくると、やはり暴言や暴力につながってしまうとか、そのはけ口になるような場所や人がそばにすることが必要なのかなと思ったりとか、レスパイトの提案だったりとか、そういったこととかというのが、また工夫できることには上がるんですが、なかなかそういうことがすぐには受け入れが難しいということは、関係していらっしゃる皆様方にご存知のことかとは思っています。

また、ご家族は看取りを前にして、これから大切な家族とお別れしなければならないという、すごく大きなやはり不安もあり、また、毎日の介護などで疲労が重なり、神経が高ぶっているときもあります。急に自信をなくしたり、泣き出したりだとか、精神状態が非常に不安定にもなる時期もあります。そこを支えることがすごく大事だなと思っておりますし、先ほどAY委員がおっしゃったように、そういう傾聴ボランティアの皆様方とか、そういった方々の力をもっと一緒にすることで、チームは強くなるかなというのは、先ほど思いました。

また、そんなとき訪問看護師としては、看護師が行くよという、訪問するということですか、いつでも駆けつけるよという、そういう体制で私たちはいるからねということで、また実際に伺うことで、安心感が得られるようにというふうに努めてはいます。

あと、またケアマネさんのことを言うつもりであるわけではないんですけども、看取りですとか、そういったこととちょっと離れるかもしれませんが、在宅療養というところで、独居ですとか、老老介護、それから認認介護の方、本当に多くなっているなというのは実感してまして、訪問看護をされていてすごく困るのが、そういう方々が何か急な状態の変化、よくあるのが転んで頭を打って切ったですとか、そういったときに、受診が急に必要になって来るんですね。そのときに、付き添ってくれる人がいないというところで、非常にどなたに頼んだらいいのかということに迷う場面が多いです。ご家族は遠いですとか、今働いているですとか、すぐにお呼びできなかったり、時間がたって、明日でもいいよというようなことでしたらいいとは思うんですけども、やはりちょっと今すぐ受診をしてほしい、骨折の有無を確認しなければならないといった場合に、どうしようかなというのは、そのときに、もちろんケアマネジャーさんに相談するんですが、一緒に行ってくれるケアマネジャーさんもいれば、それはできませんからというケアマネジャーもいらっしゃるし、じゃ、ヘルパーさんに何とか急に頼めるかということ、ケアプランになれば急にヘルパーさんに入ってもらわなければならないし、そんな初めて来たヘルパーさんとうまくいくとは限らないしというところで、こういったことに対しても、事前、できれば事前に対応を話し合っておくと、一番いいんだろうなというふうには思います。

初回ですとか、最初はサービス担当者会議が開催されていきますが、なかなか今ある問題というところで、長期目標であったりとか、短期目標だったりとか、先ほどS係長から、ケアプラン立案とか、そこについての研修会もこれから開かれるということをお聞きしたときに思ったんですけども、リスク対応とかというの、ケアプランの中に、そこでさっきAS委員も言ったように、みんなが共有した情報になる、みんながいる場面の中で、どういうふうにしていこうかというのが話し合われるのが、本当は一番いいんじゃないかなというふうに思ったりします。

急な病状変化が起こっても、安心して過ごすことができるためとか、そういったところで、何かそんなのは幾らでも文字にはできるんじゃないかなって、そういうところもみんなで考えられるサービス担当者会議とかというのだといいのかなというふうにちょっと思いました。

以上です。

Dオブザーバー 当院の場合は、急性期病院であり、がん診療拠点病院ということもあり、がんの治療や、これから看取りを始める、今まで介護をしてきた家族というよりは、これから（看護・介護自体を）始めるというような方も支援をさせていただくことがちょっと多いのかなと思っています。

ただ、その中でやはりこれらの当院としての問題だと思うんですが、緩和ケアを受けることに当たり、積極的治療を終えて、これからということを経験したり、医療者側から曖昧な病状の説明であったりとか、もしくは、自宅でこの家族やこの対応者（スタッフ）だけでは自宅で見ていくことができそうもないという医療者側からの一方的な思い込みであったりとかで、結局在宅ではなくて、転院や施設につなげてしまうというようなケースもあるのが、こういうような問題を感じているところです。

ただ、やはり、こういったことも少しずつ変えていくところもあるので、最近では退院後訪問だったりというところで、在宅はこういうことができるんだ、こういう体制で皆さん臨んでいただいているんだというのを病院の中でもしていかないと、やはり私たちのような退院支援看護師だけの介入で、全部のケースを救っていくということができないので、病院全体としての体制を変えていかなければという取り組みにもつなげていければと思っているところです。

患者さん、家族の思いに寄り添った退院支援を行っていくということを、今課題として考えています。

BAオブザーバー BBです。

当院も急性期の病院ですので、今まで委員の皆さんからの質問の中にいろいろ出ていたんですけれども、最後がどうなるのか想像できなくて不安を感じていらっしゃるご家族の方もやっぱりいらっしやあって、在宅で看取りたいんですけども、病院で「状態が変化したら？それはやはり怖い。在宅で最期を看取るのは怖くて。結局は病院で。」というふうにおっしゃる方もいらっしやるということです。

専門職として、やはり家族がきちんと説明、理解できているかというところを丁寧に説明しながら把握していく必要性もありますし、理解されていなくて在宅につなげた場合、そのことを地域にしっかりとつないでいく必要があるのかなと思います。

医療行為がある場合も、訪問診療とか介護が入っていても、いざというときに入院できるという安心感だったり、そういうことが体制が整っていると、安心だと話されることもありますので、そういういざというときの受け入れ先の確保であったり、介護しているご家族への支援で足りていないと感じるところとしましては、やっぱり介護しているご家族の方が困ったときの受け入れ先、そこを考えていく必要があるのかなと思いますし、あと、病院の中のやはりデスカンファレンスをしっかりやって、振り返りをやって、次につなげていくことが大事かなと思います。

以上です。

会長

各委員、ありがとうございました。

ただいま、各委員からさまざまなご意見が出されました。事務局では、それをまとめていただき、次回のためにアンケート形式で尋ねたケアマネの意見も含めて、協議会で共有して課題にしていきたいと思っています。

共通の皆さんのご意見の中で今必ずあったのが、1つは振り返りという言葉がかなり出てきたと思います。先ほど、AL副会長のほうから出た、例えば遺族の方の振り返り、立川の場合は、先生、実はもう遺族は登壇していたり、傾聴ボランティアに入っていたり、非常に進んでいるご家族がいて、AUに負けないようにやっています。

さらには、実は私皆さんの意見の中で唯一出ていなかったと思う

んですけれども、ここの多職種の方、皆さんそれぞれの協議会、あるいは連携会の代表の方が出てきて、お話がそれぞれ共通していることがあったんですけれども、そこで出てこなかった言葉が行政という言葉が出てこなかった。なぜだろうと。ここで幾ら頑張っても、行政のほうは協力してもらえなければ、絵に描いた餅になってしまう。

実は、この間、僕、A係長には直接ご相談をしたんですけれども、ここは医療・介護連携推進協議会なんです。制度として、18歳以下ですと、医療的ケア児に関しては小児の在宅医療・末期がんの40歳以上、あるいは65歳以上であれば、介護保険が利用できるというのがあります。けれども、その間、BC先生が言うところのオーバーエイジ、僕たちはすき間世代と呼んでいる18から64までの方の介護というのは、相変わらず介護保険では手は出せない。でも、実際そういう年齢の障害者がいて、さらには医療を必要とする方がいる。そういった方に対してのサポートというのは、全くもって立川では、ケアマネに相談しても、ケアマネさんはやはり介護保険じゃないから難しい。訪看さんと連携していても、医療であればいけるけれどもということが意見が出る。

これは、やはり、きょうここには高齢福祉課、福祉保健部の中では高齢福祉課がメインでやってくれていますけれども、障害福祉課であるとか、ほかの部署がこの医療・介護連携推進会議には、僕はぜひ協議会には参加してもらわなければならない、その協議会を新たにつくるのであれば、そういったことも必要になってくる。

日本だと、たしかBDのBE市ではこの予算がちょっとだけ、200万ちょっとだけついて、何とかそういうところに支援ができる。この間訪問入浴をお願いしようと思った30代のそういう障害者の方なんですけれども、訪問入浴、介護保険なので難しいと。そうすると、ご家族の力でできないかということだったんですけれども、僕ぐらい大きい方で、訪問看護師さんと家族でやって、自宅のお風呂に入れるのは難しい。でも、機械浴だと、もっと少人数で危険がなく出来ると。その人は気管切開もあってという、高度医療が必要だということまで、これが行政が現場に行ってもらってわかってもらえれば、非常にスムーズにサポートができるんじゃないか。

先ほどDさんが、病院の退院調整看護師さんが訪問の現場に行くと、そこで初めてそういうことをやっていることを知る。でも、そ

れを病院全体に知ってもらわなきゃいけない。A Y委員が言ったように、我々もそうですし、一般の市民の人たちも同じレベルでいろんなことを知ることが大事じゃないのか。それをぜひ行政にも現場に足を運んで見ていただいたり、知っていただくことが、一番大事なんじゃないか。皆さん、ここでいろんな連携、いろんなことを今お話ししたんですけれども、そこに行政という言葉が入ってくれば、もっとスムーズにいろんなサポート、振り返り、連携ができるんじゃないかと僕は思ったので、ぜひ事務局としても、ここでの課題を施策に持っていく前に、自分たちの縦の行政じゃなくて、横の行政として、ぜひ考えていただきたい。

特にここにいらっしゃる方は、自分たちがいつ介護世代になってもおかしくない方だと思いますので、それをぜひ立川市役所の中で考えていただきたいと僕は、今皆さんの意見を聞いて思いました。

すみません、余計なことをしゃべってしまいました。

事務局のほうから、連絡事項をお願いいたします。

A係長

どうもありがとうございました。

2回目以降は、またケアマネジャーさんという話になってしまいますが、アンケートをお出しいただいて、一番現場に近いということで、どういう状況かというのを情報共有をしていきたいと考えております。

本日お持ちいただいた意見の用紙は、できればそのまま置いておいていただければと思います。コピーが必要な場合は、お申し出いただければ、こちらでコピーしてお持ちいたします。よろしく願います。

次回の予定、冒頭でも言いました、8月23日金曜日、13時15分、いつもより15分早めて行います。場所はこちらではなくて208・209会議室となりますので、お間違いのないようお願いいたします。

最後にご案内です。報告事項の1点目で在宅医療・介護資源マップを利用している3市、立川市とP市とQ市で利用しているというご報告いたしましたが、そちらの3市の医師会と株式会社BFのほうで、共催でシンポジウムを開催されるそうです。、「在宅医療における入退院連携を考える」と題して、7月29日の月曜日、19時から、たましんR I S U R Uホールの小ホールで開催されるということですので、ご報告いたします。

以上です。

これで、第1回在宅医療・介護連携推進協議会を終了いたします。
どうもありがとうございました。