

平成31年度 第2回
立川市在宅医療・介護連携推進協議会
議事録

令和元年8月23日（金）

立川市福祉保健部高齢福祉課

■ 日 時 令和元年8月23日（金）午後1時15分～2時45分

■ 場 所 立川市役所208.209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）	莊司 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
福祉保健部健康推進課長	鈴木 眞理
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	兵藤 千穂
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

柳澤 智仁

[市職員]

福祉保健部介護保険課長

白井 貴幸

福祉保健部健康づくり担当課長

田村 信行

福祉保健部高齢福祉課高齢者事業係長

久保田 耕一

A係長 皆様、こんにちは。定刻になりましたので始めさせていただきます。事務局の高齢福祉課介護予防推進係、Aです。

本日は、開始時刻の繰り上げにご協力いただきまして、ありがとうございます。

それでは、協議会を始めさせていただきます。

進行は、会長、お願いいたします。

会長 それでは、平成31年度第2回在宅医療・介護連携推進協議会を開催します。

まず事務局から、事務連絡をお願いいたします。

A係長 事務連絡をいたします。

本日の出席状況ですが、現委員数11名に対し、欠席はB委員1名ですので、協議会が成立していることをご報告いたします。

本日の議事は、報告事項5つと協議事項1つとなっております。本日、この会場、午後3時から別の会議で使用いたしますので、2時45分には閉会を予定しております。申しわけありませんが、終わりましたら速やかにご移動をお願いいたします。

また3時から、立川市出張暮らしの保健室の打ち合わせがございます。参加される方は104会議室で行いますので、職員がご案内しますので、よろしくお願いいたします。この会議が終わり次第、職員と移動をお願いいたします。

本日の配布資料の確認をいたします。次第と資料の正誤表です。アンケートの自由記載の用紙が1枚とチラシ1枚、ございますでしょうか。

協議資料につきましては、先日お送りしておりますが訂正があります。正誤表をご確認の上訂正をお願いいたします。

事務連絡は以上となります。

会長 ありがとうございます。

では、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5つあります。一括して説明いたします。

まず、報告事項1つ目、資料1ページをご覧ください。

立川市看取り支援講演会について、担当のC在宅支援係長よりご報告申し上げます。

C係長 皆様、こんにちは。お世話になっております。在宅支援係長のCでございます。よろしくお願いいたします。

まず、資料の1ページをお開きください。

前回の協議会でもご報告させていただきましたとおり、31年度新規事業ということで、看取り支援事業に取り組んでまいりました。おかげさまで前半が終わりました。①の市民向け看取り支援講演会は、9回実施済みとご報告させていただきます。

第1回目、「あなたは大切な人に何を遺しますか」ということで、会長にお願いをいたしました。続いて、医師会の先生方にご協力いただきまして、どの回もほぼ満員で終わっております。

今後につきましては、2ページ目、あと10回から16回まで残っております。こちらに関しましても、各地域包括支援センターがいろいろな創意工夫をして、また医師会や歯科医師会にご協力をいただきまして、プログラムを組んでおります。

特に、15番の11月20日、ふじみ包括が行います「健康に生きるための口腔ケア」は、当協議会委員のD委員にお願いをしております。本日、チラシをご用意しておりますので、ぜひ委員の皆様も、D委員のお話を聴きにきていただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

立川市民は、口腔ケアに関して少し意識が低いということがありまして、周知には歯科医師会にご協力いただきチラシを1,000枚お預けしております。歯科医師の先生方に、ご自身の患者様にも広報・周知活動をしていただきますようお願いをしておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。

また、2ページの②番のところでは、介護支援専門員等専門職研修ということで、9月から各生活圏域の中で、医師会の先生のご協力と接遇研修、こちらは育て上げネットという若者サポートステーションの職員で、元キャビンアテンダントの方に接遇研修をお願いをしております。

市民向け講演会は、当初、各地域包括支援センターで2回ずつということで12回の開催を予定しておりましたが、いろいろな取り組みの中でもう少しできるということで、合計16回の開催になりましたことをご報告いたします。以上です。

A係長

続いて、報告事項2つ目です。

3ページをお開きください。

昨年度に引き続き今年度も、医療と介護の連携強化に関する介護支援専門員研修を立川市医師会に委託して実施します。

オープンディスカッション形式の講義研修を5回、現場研修を12回実施する予定、としております。現場研修の方は、参考に昨年度の協力いただいた医療機関を掲載しております。こちらの研修状況につきましては、またこの協議会で随時報告をしていきたいと思っております。

続いて、報告事項3点目です。

4ページになります。

多職種研修について、多職種研修は今年度で3年目となります。今年度は、立川市医師会に委託して研修を実施する予定です。

4ページをご覧ください。まず上の表の(1)医療介護連携推進多職種研修ということで、シンポジウム形式とグループワーク形式をそれぞれ1回ずつ実施します。

シンポジウム形式のものは、年明けの1月11日、たましんりスルホールの小ホールで開催します。ぜひ今から予定しておいていただければと思います。グループワーク形式については、日程と会場を調整中です。

次に、下の表の看取りに関する多職種研修、在宅療養実践講座です。昨年度の当協議会の看取りに関しての協議の中で、専門職への看取りの普及啓発も必要であるということになりましたので、それを受けて、今年度は看取りに関する多職種研修をここで実施いたします。

在宅療養実践講座ということで、6回シリーズで実施いたします。こちらの資料には9月以降下記6項目の内容と書いております。一応、第1回は、10月30日水曜日、18時半から20時の予定で、市役所の101会議室で「看取りについて」を予定しております。第2回は「終末期に使用する様々な物品・薬品などについて」11月6日・同じ時間で101会議室。第3回は「嚥下・オーラルケアについて」11月20日水曜日、時間と場所は同じです。第4回は「在宅リハビリについて」12月4日水曜日、18時半から同じ時間で101会議室、第5回は1月29日、時間と場所は同じで「家族支援と死後事務・グリーフケアについて」。第6回の2月12日は「入退院支援」ということで、6回シリーズで予定しておりますので、今後医師会からご案内をさせていただきたいと思っております。

会長

すみません。メールで送ったんですけれども、決定事項ではまだないので。順番が変わるかもしれません。

A係長

はい。一応内容も日時とも予定ということで。よろしくお願いいたしますします。今後また調整させていただきます。

続きまして、報告事項4点目です。

5ページをお開きください。

今年度も広報たちかわで、在宅医療・介護連携、認知症等、高齢者の施策に関する特集ページを予定しております。10月10日号の掲載の予定となっております。

委員の皆様には、7月末にお送りした協議会の開催通知で、市民に周知したい内容がありましたら、お知らせくださいとお願いしております。E病院、F病院さんからは既に周知依頼を頂戴しております。いつもご協力ありがとうございます。

10月10日号の記事の提出期限が迫っております。その他PRしたい内容等ありましたら、締切は8月26日、もう来週の月曜日になってしまうんですけれども、それまでに事務局にお伝えいただければと思います。

続いて、報告事項の最後になります。5点目、当協議会委員の任期について、です。

6ページをご覧ください。

当協議会の委員の任期は2年となっておりますので、本日の協議会で今期の任期が切れるということになります。

それに際し、まず市民委員の募集を、8月25日号の広報たちかわにて、させていただく予定です。

要綱では再任を妨げないと定めておりますので、現市民委員のG委員、H委員、お二人につきましては、ぜひ再度の応募をお願いできればと思っております。

選任スケジュールは、6ページの中央に記載してあるとおりでございます。

市民委員以外の委員の皆様には、来週8月26日以降に、事務局から関係団体へ推薦依頼を送付いたします。

新委員の任期は、全員、ことしの10月1日から2年間となります。次回の第3回の協議会で、委嘱状を交付する予定です。

報告事項の説明は以上となります。

会長

ありがとうございました。

ただいま事務局より報告が5点ありました。委員の皆様、報告事項について何かご質問等ございますでしょうか。

特にございませんか。

では、会長のほうから一言、この1ページ、2ページのほうに、今回、市民向けの看取り支援講演会及び看取り支援講演会の今後の予定があります。立川市役所が非常に一生懸命組んでいただきました。特に左側の医師会の先生方の講演というのは、全国の医師会でいろいろレベルの差はあれ、いろいろやっているんで、それについては僕は何も言いません、言ってもしょうがないと思いますので。

右側のほうですね、これ、例えばこの看取り士の方とか、人生会議の「いきたひ」この映画の上映、あるいは在宅医療学会でもかかわった「ピア まちをつなぐもの」上映会というのは、これ結構先進的な街でしかやっていないんですね。

どういうことかということ、実は「看取り」という言葉は、今回、看取り支援事業と、はっきり立川市は出してくれましたけれども、全国の市町村の中で、はっきりこの「看取り」という言葉を使って、こう在宅医療・介護連携会議をやっているところというのは、先生、少ないですよ。

I 委員
会長

そうですね。「看取り」という言葉は使っていない。

まだ実は、まだACPとか、その前の家族を支えとか、このまちで暮らすためにという、2つ3つおくらしているのが、今の日本の現状であります。

それを最初から、立川市は看取り支援ということもやっているといったときに、先日の学会でも非常に驚かれまして、よく市の方がついてきますね、行政も含めて、市民の方も含めて、これは今までのここにいた方々の非常に目まぐるしい努力で、これがまかり通っている。一部の地域で出すと、つまり「看取り」という言葉を行政が出すと、「こんな縁起でもないことを」ということを言う地域がまだあるそうです。

H委員、G委員、ぜひ市民の方々にも啓発して、「積極的に看取りをしてください」ということではなくて、“看取りは日常生活の中にある出来事”と、もっと知らればいいかと思います。

ぜひ、それでこの実は、支援講演会の中でもっとJ委員、実はヘルパーさんの一部の方から、僕のほうに1回連絡が来まして、もっとこういうことを自分たちのところに情報が欲しいということがありました。

特に今回、土曜日のところもありますので、ぜひ、聞きに行っ

いただけると、ありがたいと思います。肩肘張った研修ではないので、それを、僕も会長のほうからお願いしますので、各団体の方、ぜひご協力をお願いいたします。すみません、余計なことを言ってしまうしました。

では、続きまして、協議事項に入ります。

事務局より説明お願いいたします。

A係長

協議資料の7ページをご覧ください。

今年度の協議のテーマである「看取るまでと看取った後の家族への支援」ということで上げております。

前回5月の協議会では、委員の皆様からも主に3種類の課題を挙げていただきまして、「家族自身が負担に思っていること」、委員がそれぞれの視点で「家族への支援が足りていない」ということ、「専門職が工夫できるのではないか」ということ、の3点を表出いただきました。5月に出た課題は7ページ、8ページにまとめております。ご確認いただければと思います。

続きまして9ページをご覧ください。

このたびの、5月の協議を受けて、市内のケアマネジャーを対象に、看取りを行う場合と看取った後に、家族にどんな支援が必要かというところで、アンケート調査を行いました。

質問項目は、先ほどの7ページ、8ページに記載しております委員の皆様から出た課題をもとに、支援項目という例として用いて、どんな支援がより優先度が高いとケアマネジャーが感じているかを聞きました。

支援項目の例として上位に挙げたのが、「医師からの、予後の予測などの病状についての丁寧な説明が必要である。」あと、「看取りに至る前の安心安全な医療体制の提供に関する案内が必要である。」「レスパイト先（ショートステイ、入院等）の紹介が必要である。」「丁寧な退院支援（療養生活がイメージできるようなコメディカル全員での支援）が必要である。」「療養生活中の変化（死への変化イメージ）への繰り返しの説明が必要である」という5点です。

別紙で、その他の自由記載として書いていただいたものをまとめております。委員の皆様は、こちらもお目通しいただいていると思います。

本日は、この結果を踏まえて、委員の皆様それぞれの視点で要因

を分析し、支援の実現のために何かできるかを考えていただければ
と思っております。何が要因でこのようなことが起きているのかを
状況分析して、解消するためにはどんなふうにしたらいいかという
ことで、協議いただければと思います。

事務局からの説明は以上です。

会長

ありがとうございました。

ただいま、事務局から協議事項の説明がありました。

アンケートの結果から、なぜこのような結果になったか、それぞ
れの委員の視点でということだったんですけれども、想定内の答え
かな、と思います。

立川の現在のケアマネジャーには失礼ですけれども、議事録で起
こしておいて構いません。レベルからいいますとこういう答えが出
るのが当然かなと。どういうことかという、ねえ、K委員。わか
っていらっしゃると思うんですけれども、いわゆる看取りに積極的
なケアマネジャーと、あえてそれにかかわらないケアマネジャーの
差がここにあるのかなと。

例えばここにある1位、2位、3位、4位、5位の答えが、K委
員だったら出るかなというのが、僕の本音です。彼女のように、し
っかりそういうところをやっていらっしゃる方は、こんなのもう私
は知っているわよと心の中で思っているんじゃないかなと半分思い
ながら、と思うんですけれども、そういうことを言ってもしょうが
ありません。

これについて、じゃ、ぜひ病院の方々、まずLさんから、どのよ
うに感じられますかね。

Lオブザーバー このアンケート結果を読ませていただいて、あと現実
に病院の現状とかを考えると、やはり患者さんや家族へのわかりやす
い説明、病状説明というのが、やっぱり不十分かなというところ
はあります。

ちゃんとされている先生もいらっしゃいますけれども、今後の見
通しであったり、どうなっていくんだよというところをわかりやす
く、こう説明していく必要性があって、それでそれに伴って、やっ
ぱり看護師も回診の際には同席が必要ですし、それを患者さんがど
ういうふうに受けとめているのか、家族がどういうふう理解され
ているのかというのを考えながら、意思決定支援をしていく必要
性があります。その人がどこで最後を迎えたいと思っているのか、家

族や患者さんの思いを引き出して、その実現に向けて、いろんな職種と協働して在宅チームにつなげていくのが病院の役割かなと思っています。

病院のほうでも、緩和ケアの研修会とかそういうのを年に2回とか行っているんですけども、また、色々な先生方が参加してくださっているんですけども、まだまだ十分ではないです。その辺、病院側も、看取りについて勉強していかなくてはいけないかなと思っています。

あるいは病状によって、いろんな痛みとかが出てくるんですけども、そういった症状の緩和のコントロールであったり、そういうこともしっかりしていかないと、やっぱり在宅で見えらっしゃるご家族にとっては不安が大きくなったり、どうしたらいいんだろうとかという苦痛も出てきたりもします。やはりそういった意味では、私たちは病院側としては、退院支援をしっかりしていく必要性もありますし、在宅ケアチームに残された問題であったり、そういったことをつなげていく、継続していく必要性もあると思います。

病棟のスタッフも看取りについて学びながら、一つ一つの事例に関して看取りの、病院で看取った後もデスカンファレンスなどを行いながら、その患者さんにかかわったことがどうだったのかと、自分たちの振り返りもしていく必要性があるのかなと思いました。

会長

うち、Mクリニックと、F病院さんからご紹介された方で、グリーフケアカンファレンスというのを実はE病院ではやったことはあります。ほかの病院でもやったことはあるんですけども、グリーフケアカンファレンスというのはどういうことかという、在宅で亡くなった方のデスカンファレンスをそこの紹介病院でやる。N病院とか、この辺だとあとはO病院がやっていたんですけれども、ぜひF病院さんも、そこまで踏み込んで在宅のほうに寄っていただければと思います。またご協力いただければと思っています。

Lオブザーバー こちらこそ、よろしくお願いします。

会長 では、Pさん。

Pオブザーバー E病院のPです。

今回の議題、議事事項につきまして、当院のような、治療を積極的に行うような医療機関でのかかわりが重要なことなんだなと感じております。

Lさんもおっしゃっていたように、かなり先生の病状説明には差

があるのかなというところです。「今は治療ができる体調ではないけれども、自宅で療養して元気になれば、また治療しましょうよ」みたいな曖昧な病状説明を受けて、納得もいかないまま治療を中止され、緩和ケアへ移行するなんていうそんなことを、よく目にすることもあるんですね。

そういった中で、やはりフリー記載にもあったような「病院に見捨てられた」みたいな感情につながるのかなと思っています。どのような経過をたどるのか、予後はどうなのか、病院は見放すのではなくて本人と家族がこれから生きていくために、必要な医療に橋渡しをしていくよということを、医師からの説明が必要でありますし、それを医師からだけではなくて、認定看護師の私たちも、退院支援看護師といったものが一緒に入っていく中で、患者さん、家族の方がしっかりと理解できるような説明をしていければなというふうに思っています。

実際に看取り支援はどういったことができるのかという、実際、今、何をしているのかなと考えたときに、この立川市では病院と地域が顔の見える関係づくりができていますので、入院してから退院するに当たって、地域の皆さんがすごく協力してくださって、カンファレンスを行ったり、本当に安心して帰っていけるように、これからは頑張っていけるようにという支援をできているのかなと思っています。

アンケートの、重要だと思われる・・・2番から5番かな。退院支援看護師やソーシャルワーカーといった専門職が入ってケアはしているところですが、やはり専門職だけでどうにかできるお話でもないで、前回の委員会のときもお話があり、病院全体でも広がりを取り込んでいけるようにと、今、頑張っているところです。

地域がん診療拠点病院ということもありますので、地域に向けての例えばACP研修であったりとか、あと普及活動も大事だなと思っています。

以上です。

会長

ありがとうございます。

じゃ、訪問看護師の立場について、Q委員、お願いします。

Q委員

RのQです。

今回このアンケートを見せていただいて、改めてご家族の不安軽減とそれから介護負担軽減に向けて、どう支援していくかが重要で

あると、改めて認識できたかなと思っています。

また、医療者側の姿勢が問われているなというふうに、私は感じました。これからどのような経過を経ていくのかわからないことに対しての、わからないということへの不安がその根底にあり、そこに対して、では私たちは何ができるんだろうということを考えてみました。

私たち訪問看護師は、老衰であれ、がん末期のターミナルの方であれ、やはりそこにケアマネジャーさんたちと一緒に仕事をしていますし、そのケアマネジャーと日々連絡を取り合いながら、情報交換はしているんですけども、家族支援に向けてさらに何ができるだろうと、この結果を見て考えました。私も訪問看護に携わり幾多の最期を見送らせてきていただいています。

その課程の中で、それががんであれ、非がんであれ、やはり在宅看取りを可能にするのというのは、やはりそれぞれの覚悟だなというふうに思うんですね。その覚悟が定まるまで、それからその後どういうふうに、こういうふうに変わっていくよ、こんなことも起こるよというような、そういった症状の変化だったりとか、そこをどう支えているか。

でも、いろんな、こう揺れ動いて悩んでというところから、ある意味覚悟が定まると、何かこう迷いが吹っ切れるというか、そうすると、私たちも率直に話ができるいくというところがあるんですね。

訪問看護師は、訪問の医師の先生方と一緒に、本当に現場のそのど真ん中にいるんですけども、とはいえ、私たち看護師はそういう場、今、本当にACPですとかそういったところの研修も多いですし、学ぶ機会もあるんですが、いざ一対一であったりだとか、その中である意味人間力だったりするんです。

どんな言葉をかけようか、だったりだとか、今何を伝えればいいんだろうかだとか、そういったことですごく悩んだり、やはり戸惑ったり、その力がまだまだ私などにしてもそうですけれども、足りないなと思うことがあります。そんなときは先生に助けを求めたりだとか、この次に行ったときに担当の先生からも話をしてほしい、だったりだとか、そんなふうにしていくんですけども。その看取りへの覚悟をどのように支援するかと。

それから、ご本人、ご家族の覚悟と、やはりそこを支える関係職種の覚悟が、全体的に必要なというふうに私は思っています。

今回こういうふうに立川市は、他市に例のないというようなお話が先ほど会長からありましたけれども、ここまで看取り支援事業として行政で踏み込んでいただいているので、さらにもう一步踏み込んでというか、そののところ、そこに携わる職員たちが、どのようにしていけばそこに向かっていけるのかというか、そこについての研修だったり、意見交換をしていただきたいなと、私は今回のアンケートを見させていただいて思いました。

提案したいなと思ったのは、看取りを行っている先生に、”向き合う姿勢”のご講義をいただいたらどうかと。どんなふうなときにとか、どういうふうに話をするかだったり、何かちょっとそこははっきり言えなくて申しわけないんですけども、あとはやはり医療者側の姿勢というところでは、医師、看護師間でのあくまでも建設的なディスカッション、カンファレンスの場を持っていただきたいなと思っています。やはりともにというところで言うと、やはり重要な関係だと思っています。

また、医師や看護師のみならず、ケアマネジャー、それから通所介護もそうですし、訪問介護の皆さんとか、それぞれの連絡会とかあると思うんですよね。訪問看護連絡会もありますけれども、そういった場所でもっと突っ込んだところが、みんなこんなことが困っていませんかだったりとか、ほかにこういうことをやったらうまくいった、じゃないんですけども、そういう同じ職種間でのそういう話し合いというか、そういったことをしながら、そこに向けて、看取りに向けて、というところで、お互いに大変なところを、どんなふうにやっているんだろうというような意見交換も必要かなと思っています。

あと、情報共有というところでは、ICTで立川市はメディカルケアステーション、医師会を初め、訪問看護ステーションもそうですけれども、活用してきていると思います。随分増えてはいますが、なかなか介護保険事業者の皆様方の参加はそんなに増えてこない。

まだ狭いことなんですけれども、私がかかわるケアマネジャーさんだったりだとか、皆さんに、その都度声をかけているんですけども、まだまだ去年、一昨年の答えと何ら変わらない。「事業所で、それはまだできないと言われている」、「個人的にはやりたいけれどもできない」というところを、何とか皆さんも参加していただけるように、行政のほうからもぜひお勧めいただけないかな、と今回

思いました。

参加していただいたケアマネさんたちからは、やっぱりよかったという声のほうが多かったように思いますし、看取りとなったときに、特にがん末期などはそうかもしれませんけれども、医師、看護師で終結してしまうことも多いんですね。

介護保険サービスの中で、独居の方なんかだと本当にヘルパーさん方の力で何とか成せると思っていますけれども、そういったところで、そういうがんの看取りなどの場に、実際にこうケアマネさんがうまくかかわっていけないというか、実際に入っていくにくいというところもあるので、こんなふうにしてのやりとりの中で進められていくよ、というのも、ある意味メディカルケアステーションを見ていく中で、知っていてももらえるかなと。

そこで、悩んでいく私たちのこう気持ちの変化だったりとか、そんなのもその行間から感じていただくこともできるのかなと思うので、関係者がお互いにやはり発信し合える関係づくりというところに、行政の力をぜひ、今回看取り支援事業ということで、立川市は打ち出している、そこまでこう踏み込んで、さらに関係者の人たちの力がこう何でしょうね、前に向いていけるような支援をしていただきたいなと思いました。

会長

ありがとうございます、大変具体的な意見で。

ぜひそのためには、この今回の6回シリーズの在宅医療実践塾、訪問看護ステーション連絡協議会の方全員参加していただくぐらいの気持ちでいただければ、今のことは解決できるかなと。一部の所長だけではなくて、末端の人々と言ったら失礼ですけども、新人の方もぜひ参加して勉強していただきたいと常に思います。

K委員はあとでまたお願いします。すみません、だって当事者だから。

H委員

私はこのアンケートを見まして、ちょっとレポートを書いたんですが、読ませていただきます。

私は、8位、家族が不在の際に使える見守りサービスの紹介、9位、グリーフケア紹介、12位、地域のインフォーマルな資源情報の紹介、13位にボランティアなど、寄り添ってくれる人の紹介などに見られる回答に関心を持ちました。

言うまでもなく独居高齢者が自宅で療養できるのは、生活支援サービスを受けられるからという前提があります。しかし、この現場

を支えるヘルパーの不足と求人難や、せっかくのヘルパー派遣の申し込みを断らねばならない実状、さらに専業主婦が減り在宅介護を担う家族の不在を聞くと、在宅介護と看護の崩壊の予兆を感じます。

ひとり暮らしで介護や看護を受ける在宅患者はこれからますますふえます。当然ながら医療・介護の専門職のすき間はボランティアに頼らねばなりません。それとも専門職の皆さんは、人材不足を解消する何か妙案をお持ちなのでしょうか。

どんなよいケアプランをつくったとしても、現場を担う人材がいなくては絵に描いた餅です。商店会やら町会の盆踊り、祭り、子供会や老人会活動など、地域社会のあらゆるところにボランティア活動が行われています。しかし、残念なことに福祉や介護のボランティア活動は活発とは言えません。

その意味で、高齢福祉課で始めた一部有償可能な生活支援サポーターの拡充は喫緊の課題です。自治会などの協力を得て、生活支援サポーターへの参加の啓発を行ってほしいと同時に、少なくとも介護施設や看護・介護ステーションでは、これらプログラムと連携しボランティアの募集と育成、努力していただくことが望ましいと思います。

さらに、介護は「D o i n g」より重要なことは「B e i n g」（スピリチュアルケア）だと思います。今回の専門職の研修においても、このスピリチュアルケアという観点が抜けていることが私は残念だと思います。見守りボランティアとしての傾聴ボランティア、生活支援ボランティアなくして、在宅介護や看取り介護は成り立たないと、とにかく人材が非常に不足している状況だと危惧します。

以上です。

会長

ありがとうございます。

G委員、どうぞ。

G委員

自分は、一応何人か家族を看取ってきたんですけども、やっぱり病院で亡くなったのと、自宅で亡くなったのでは、心の持ち方は全然違うんですね。最期はどうしても自宅でどうしても看取ってほしいなと思っています。だもんで、それにそういうふうにするには、どうしたらいいかというのは今ここで話し合っていることだと思うんですけども、難しいですよ……。

会長

G委員、答えは出るわけがないんです。出ないんで、じゃどうすれば、そういうことがいろいろな人に伝わってできるかなというこ

とで、決してこれは100%の答えを出す議論ではないので、今のそういうご意見で十分だと思いますよ。

G 委員
会長

はい。

ありがとうございます。

続きまして、また後でちょっとお願いしますね。

I 委員
D 委員

はい。

歯科のほうでは、やはりご協力できることというと、やはり口の中をきれいに保つためにはどうしたらいいかということ、ご家族と一緒に手を取り足とりやっていただくということぐらいしかないんですけども、あと実際、我々がこの現場に行って感じることは、ある程度で15分ぐらいで終わったとして、そのあとの30分ぐらい、その方の生活状況について介護なさっているご家族から、こうでもないああでもない、いろいろな話を聞くことがすごく多いんですよね。

それで、それに対して例えばその病状に対する変化とかその辺に関しては、ちょっと我々はちょっと余り口出して言えることではないと思うので、余りそのことはお話ししないんですけども。口の話、口腔の話以外にも、こういうものをこうやって食べさせていいのかどうかだとか、そんな話とか。あとはその方をケア、世話しているときにいろんな問題が起こることに対してのいろんな話を聞かされます。いいんですそれは。そういうことである意味ガス抜きになればいいのかな、ぐらいな、そういう感じの支援しか、ちょっと歯科のほうではなかなか難しいかと思いますので。

あとは先ほど、今出たスピリチュアルなケアですとか、その辺に関してはちょっと我々がやるべきではないなと思いますし、あとはその辺は福祉ですとか、そういった方をお願いするような形になってしまうのかなと感じています。

S 委員

薬剤師会のSです。

薬剤師として、やっぱり看取りのところというのは、ターミナルとかになれば大分関わってくるかと思うんですけども、基本的にはその病状によって大分関わり方が違ってくるのかなというのは思っております。

日ごろからやはり先生方が処方されていたお薬に関して、安心して飲んでもらうというか、いわゆるアドヒアランスのところの、ここをしっかりとあげていただかなきゃいけないというところの支援は、

私たちもしっかりやっていかなきゃいけないのかなと思っています。また、このお薬、そのお薬の情報に書いている内容とは違ったりとか、それを補足しなきゃいけないところは多々出てくるところを、薬剤師がもう少しかかわっていかなきゃいけないのかなと。

そうすると、先生方が意図した目的でこのお薬を飲んでほしい。こういうことだから、これはずっと続けて飲んでほしいというところが出てくるところなので、やっぱりそういうお薬の説明の部分だったりとか、病状のところでのこれからどういうふうになっていくのかというところのフォローを、薬剤師がしていかなきゃいけないのかなと思っています。薬剤師としては、やっぱり先生方と訪看の方々、それから歯科の先生方との連携というのが、自分たちがしっかりやっていかなきゃいけないところかなと思っています。

J 委員

TのJです。

6月に訪問介護事業者連絡会がありました。そのときに、立川市ではこの看取りについてもやっていますよと、私もこの中の委員になってずっとこうしていますということで、みんなでちょっと話し合いの時間はとれなかったので、アンケートをとりました、その参加者に。

そのときに、Q委員も訪問看護としてご出席されていたんですけども、そのアンケートの中で、こういうふう在宅にいる人を支えているヘルパーさんは、率直に言えばどこもかしこも人がいないんです。先ほどH委員もおっしゃったんですけども、ヘルパーさんは不足しています、介護職は集まりません。

そういう中で、でもそれであっても、利用者さんが在宅でどうしても、これきつと最期を過ごさせたい、在宅で終わりたいという課題に関しては、本当に一生懸命、私たちは少ない人数をやりくりしながら支えています。本当にぎりぎりなところで支えています。

そういう中で、やっぱり人材不足については、前からずっと私はこの会議で訴えているんですが、他市では初任者研修、今、介護職の有資格は初任者研修からになったんですけども、それに対する市としての助成がきちんと位置づけられてきているんです。U市、V市、W市ではケアマネのことまでできているんです。

そういう、ここまで立川市が頑張っているんだから、東京都ももちろんやっているんですけども、より身近な市として、そういうふうに、そこまで立川市も足を出してもらいたい。支え切れ

ませんよ、在宅の人を。今ヘルパーさんは本当に高齢化しているし、高齢化しているヘルパーさんは、本当に高齢者の気持ちとかは年齢が近くなっているからよくわかるんです、話を聞いていてね。でも、やっぱり体がそこまでいかないので、なかなか厳しいんですが、それでも支えている。そこをよく見ていただいて、ぜひ政策の中に入れてもらいたいなというのは、私は前から思って話していることです。

それと、事業者連絡会の中で、全ての事業所ではないんですけれども、ほとんどの事業所が出てきている中で、一番大事なのはやっぱり多職種の連携です。訪問看護、ケアマネジャー、あと福祉用具、それと在宅ではもちろんドクターもそうなんですけれども、そこでの本当に連携がないと、本当に在宅を支えるのは厳しいです。

在宅を支えているときに、家族も本人も本当に困難にぶつかってくると気持ちが揺れてくるんですけども、それをやっぱり一番身近で一番本当にこの利用者さんにとっては平らな関係であるヘルパーのところに、ものすごくこう訴えてくるんです。

それをやっぱり全部こう聞いて、それをケアマネジャーとか訪問看護に伝えるようにしているんですが、往々にしてそういう在宅に慣れている、看取りに慣れているケアマネジャーはよく受けとめられるんですけども、慣れていない方は申しわけないんですけども、そういう方はやっぱりちょっと「えー」とかという感じで、なかなか相談がかみ合わないときがありました。率直に言って。

あったんですけども、それとグリーフケアのことをね、終わってから家族に対する支援は本当につくりたい。とても大事です。職員のサービス提供責任者とかそういう人は会に出られるんですけども、ご家族の方はやっぱり一番身近なヘルパーさんと話したいんです、思い出をね。

でもこれは、申しわけないが介護保険上の報酬にないから、事業所の持ち出しになっちゃうので、本当にそこは事業所のやりくりの中でかなえているというような形です。なので、これも何かこう、できればやっぱり、「こういうふうにしたときにこういうふうだったよね」とか、いろんな話し合いをしたときに交流になるかなと思っています。本当に全体的には多職種間の連携が対等に本当にこう密にできていると、在宅の看取りとケアはできるかなというふうに思っています。

訪問介護は全体的にどこも不足しています。それは行政もわかってもらいたい。不足しています。本当に足りないです。本当に厳しい中でみんな頑張っていますので、雨の日も雪の日も、お盆のときも皆さん休みでも、ヘルパーは休まずにやっているんで、そういうところも見てもらって、やっぱり職員、人づくりに、ぜひ市もかんでいただきたいなと思っております。お願いします。

X委員

よろしいですか。

私のほうでは、事務局の方が早めに質問用紙を送っていただきましたので、各包括にも意見を求め、その内容で意見をまとめました。ちょっと要約しようと思ったんですけども、包括職員たちの熱い思いが入っているので要約しないままで、ちょっとこちらで読ませていただきます。幾つか重なってしまうところ、感想も入りまじっていますが、ちょっとご容赦くださればと思います。

「アンケートを読んで感じることにして、アンケートの上位5位には、精神的極限状態の家族が必要としている支援としての体制が十分ではないのでは、と思いました。また看取った後の家族が、他人とかかわりを余り求めていないと感じましたが、看取りはそれぞれ違うから、いろんな支援の窓口が必要かと思います。グリーフケアにつながるのかと思います。」

それから、「家族の支援で、支援者側が提供することも大事だけれども、まず家族の気持ち、支援そのものの思いが大切ではないか」と。押しつけの支援にならないようにと。

それから、「介護を終えた方々に対して、包括でも支援が途切れないようにしてはいきたい。法令上はそういうものが特段、義務とかはないと思うけれども、していきたい。」と。みずからがというか、介護を終えた方が活躍できる場づくりなどに転換したりとか、グリーフケアに本当は力を入れていきたいと。

また、エリア内、包括のほうはこの市内6圏域ですけれども、そのエリアのことを含むんですけれども、どれだけ看取りを行っているか、それでどれぐらいの人がサービスを使っているかというのは、データとしてちょっと定かではないかなという、そういうのが書かれているなということがございます。あるのかどうかわかりません。

次に、家族の介護に支えられているところが大きいかなと。「上位5位のアンケート結果を見ても、医療と介護の連携強化と全スタッフでの情報共有が重要かと思う。それと同じに在宅で看取るとい

っても、いつでも入院や施設へ入所できるような体制を整えていく必要があるというふうに考えてます。」急変時の医療機関の確保と、それを介護関係者でも共有していく、ということ。

続いて、「在宅で最後を迎えたいと望む本人と、看取りたいご家族に対して、どのタイミングで在宅チームがかかわり、関係づくりをしていかれるかによって本人・家族の支えになり、不安を和らげ、死を迎えるに当たり、同じ認識をしていく過程が変わってくるかなと思います。」

それから、「在宅で看取りをするかどうか、これは家族の覚悟と気持ちが大前提にあると思います。何が何でも在宅とは、支援者として醸し出してはならないと思う」と、そんな意見もあります。病院で亡くなりたい人の思いも酌んであげてほしい。そういうことが押さえられた上でもし在宅で看取りたいと決めたのであれば、全関係者で共有して支援していきましょと、支援していききたいということ。

それから、①、これはアンケートの項目の①番になりますけれども、①番について、アンケートの中で、緩和ケアに切りかわった際に、「病院に見捨てられた」との話が出ていましたが、このような家族の意見は、病院側にフィードバックで伝わっているのでしょうか。伝わっているとすれば、次にそのようなことが起きないように検討などをする機会があるのでしょうか。病状についての丁寧な説明は大変に神経を配ることではないだろうか、と思うので、経験を糧にする機会があればいいんじゃないかなというご意見があります。

それから、アンケートの③番のレスパイトについて、「ケアマネだけではなく、病院もNSWやその他の支援関係者で、医療依存度の高い方の受け入れをしてくれる施設などの情報を持っているものが、ケアマネに積極的に提供する体制があるといいと思う」ということで、なかなか難しい面があると。

それから、介護を終えた家族への支援についても、やはりグリーフケアなど3つの取り組みということが出ております。

「⑤番のほうで、療養生活中的の変化につながるのが、その過程の中で家族への日常としての情報提供もしていくのがケアマネなのか包括なのかその他の機関なのか、ということで、介護を終えた家族への支援につながると思うが、手法に関してはさまざまな意見、支援者の中で信頼関係がある人が行っていくことがいいのか、事務的

にかかわったほうがいいのかというものがあるかなと思います」ということでございます。

最後、あと私自身は基幹包括ということで委員に出ておりますが、社協の視点としては、支援活動をされている方から、グリーフケアに関して取り組みたいという相談も一部が寄せられ始めています。これを市民とともに取り組みを進めたり、各種連絡会の方に協力をいただいたりしながら、いろんな方法で取り組む形にはなるかとは思っておりますので、そういう検討は始めていきたいなというふうには考えてはおります。

以上です。

会長

じゃ、K委員、どうぞ。

K委員

ケアマネジャーです。

医師からの、予後の予測などの病状についての丁寧な説明というのは多分、どんどん丁寧になってきているように、一緒にご家族と聞いていて感じます。

ただ、丁寧過ぎて落ち込むというか、ショックというか、多分説明は上手なんだと思うんです。なんですけれども、それを言う側も何分までに終えなきゃいけないというテンポの中でして、最後にこう「質問は？」と聞いてくれるけれども、家族はショックのあとで（あり、説明されたことを）受け入れるというのは結構大変だから、そこでは質問は出ないという場面を何回か見えています。

ケアマネジャーとしては、その説明を一緒に聞かせてもらったら、その内容もなんですけれども、ご本人とかご家族がどう受けとめたかも含めての把握が必要になってくるかなと。それを病院側に伝えるとか、そんなことも必要に……。病院とか先生とかに伝えていくことが必要かなと思いました。

あとは1番のところと、5番目の療養生活中の変化の繰り返しの説明と両方になってくると思うんですけれども、先生がどんなふうに説明をなさったかという内容はもちろんなんですけれども、それをご本人とかご家族がどう受けとめたかというところも含めて、確認をしていって、それを在宅で支えているいろんな職種の方に共有していって、同じ言葉で説明を繰り返せるようになると、ご家族とかご本人が、イメージがぐらつかないで準備ができるのかなというふうに思いました。それができることかなと思いました。

あとは、丁寧な退院支援のところですか。退院前のカンファレンス

だといって、ケアマネジャーを呼んでいただけることがもう結構増えては来てきております。そこで、”じゃ帰るとき、帰ったらどんな生活にしようか”という相談をさせてもらえるんですけども、そんなときに大体病院のほうが、”じゃ在宅医の先生にするなら、その先生にかえましょう。あと看護師さん、訪問看護はこういうふうにどこどこに頼みましょう？”みたいな、このあたりまではつけていただけるんですけども、そのあとの”こういうことと、こういうことはヘルパーさんに”とかという話になるんです。

ヘルパーさんだったり、福祉用具さんだったり、あと訪問入浴だったりとか、いろんなサービスがかかわってくるんですけども、それが入院前から使っているものだったら、大概のカンファレンスに来てもらえるんです。来てもらえて、病状も一緒に聞いてもらって、そこで意見が出ないにしても、「一緒に聞きました。一緒に支えますよ」というのを見ていただいて、安心していただくことができるんですけども。

例えば、退院のところから、”退院したらこのサービスを入れましょう”という新しいサービスを入れるとなったときに、さっきJ委員がおっしゃっていましたが、ヘルパーさんならヘルパーさん、この用事をヘルパーさんをお願いしたいんですけども、そのタイミングでヘルパーさん、この会社のヘルパーさんが派遣できるかというのが、すごく難しい場合が多いんですよ。

気持ちはすごいあっても、何ていうのか、ご本人の病状とか生活もあるんですけども、おうちに入ってくるサービスはご家族の生活にも関わってくるから、どのタイミングで入るかということも結構デリケートなところかなと思って、なので何なんでしょうか、だから本当は退院前のカンファレンスに、ヘルパーさんの事業所にも一緒に来てもらいたい。

なんだけれども、たぶんヘルパーさんのなり手がいっぱいあれば、事業所さえ決めれば一緒に来てくださり済むんですけども、来てもらったはいいけれども、ごめんなさい、その枠は入れませんとなったら、申しわけない限りなので、ケアマネはちょっとびくびくしながら、どうだろうとか、どんな回数入れるだろうかというような、へんてこなことになってくるんですよ。

”結局ヘルパーさんと会うのが、おうちに帰ってからになりました”みたいなケースはいっぱいあるわけで、となると……

会長

実態なんだよ、それは、実態。実態だから。

K 委員

事前にちゃんと。実態ですね。はい。

なので、それを考えると、退院前カンファレンスに声かけていただく前に、一旦ケアマネジャーに声をかけていただいて、ちょっと病状とか教えてもらって、それで退院前カンファレンスのための準備というのをしてから、ヘルパーさんとかいろんな事業所の当てをつけて一緒に会議に出るとというのが、チームをつくっていった安心してもらおうというのが手順かな、というふうに思います。

大体退院前カンファレンスに出ると、じゃいついつ退院ともうそこで決まってしまうことが多いので、そこからヘルパーさんの手配となると、結構厳しかったりとかというのがあります。そこで何とかな、ケアマネジャーがおうちに帰るための準備をするには、このぐらい時間がかかりますよというのを、病院に伝えていくのもケアマネジャーの仕事かなというふうに、このアンケートを見て考えました。

あとは、レスパイト先のところなんですけれども、これは本当にもう情報があつたら、どこかで機会をもって共有したいものだなという感じでしか……。もし例えば、それはどこがどういう情報を持っているかわからないんですけれども、一覧表でもあれば飛びつくという感じでしょうかね。

泊まりに行かれれば多分ご家族が安心できる。そこで例えば主治医の先生の「泊まっても大丈夫ですよ」の一言があれば、もっと安心して利用させてもらえるかなということと、あと見守りというところで、介護保険はできないから、そこでもしかしたらボランティアさんなのかもしれないし、そうじゃない何か市のサービスになるかわからないんですけれども、そういうのもあると、ちょっと安心、ご家族、ご本人が自由にできる時間がつくれるかなと思いました。

以上です。

会長

今の全体的な会議を聞いて、どうでしょうか。

副会長、お願いします。

I 委員

皆さんのご意見もとてもかなと思いました。

僕はこのアンケートの結果を見て、1位と2位が医療者側の問題かなというふうに思っていて、立川市は、多職種連携ですごく進んでいて先進的なのに、あれ？というふうな印象を持ちました。

よくわからないんですけれども、会長を初め、すごいです。都内

の先進的にこうやっておられるグループと、あとはあんまりこう看取りとかに関係ないとか、興味を持っていない医療者の方もまだたくさんおられて、そういったところで、少しこう意識の高い先生方と、それほど意識を持っていない先生方が偏在しているような状況なのではないかというふうに、アンケートを見て思いました。

会長がおっしゃるように、ケアマネさんの質ということも確かにあるかもしれないのですが、医療者側の説明が伝わっていないというふうに見てもいいのかなと、ちょっと厳しいですけども、そんなふうに思いました。

1つは、会長が先ほどおっしゃっていたように、病院で亡くなったとき、デスカンファレンスとか、あとグリーフケアのカンファレンスを在宅側の人たちが病院に行って、そこで病院の方々と一緒にケアマネさんなども含めてやるというのは、結構両者の意見がミックスするので、すごくいいアイデアだなというふうに思いました。

あとは、病院側のドクターとか看護師さんとかが、在宅医療とか訪問看護ステーションとかを体験できるような、何かそういった仕組みをつくったりするというのもいいかなと思ったり。

あるいは若い先生を媒体として、研修医とか、今、内科の専門医になるためには在宅医療を回らないといけないと、こういう仕組みは、きっと会長のところも学生さん、ではなく内科の研修医の先生方が沢山、2年目、3年目、4年目ぐらいの方が、病院のほうとか大学病院から来られているかと思いますので、そういう人に、在宅の看取りとかの良さを伝えることで、その若い先生たちが、病院の上司たちに「よかったです」みたいな感じで伝えてくれることが、結構地道ですけども結構効果的なんじゃないかなと思いました。

あとほかの地域とかでは、主任ケアマネじゃないと事業所がどうのという問題で、立川市はどうか知りませんが、結構、居宅介護支援事業所が潰れてきているというような深刻な状況なので、これまで、特に今年はケアマネさんの質というような話が結構メインになったんですけども、できればこう何かこうエンパワーメントするような形で、こういった結果を見て盛り上がっていただければいいのかな、と、そんな印象でございます。

会長

どうもありがとうございます。まとめていただいて。

会長として、皆さんの意見を聞いていてまず思ったものは・・・。
まず先ほど副会長が言ったような、医者の方、在宅医療をやる方の

質ですよ。医師会にもやはり連絡が来るのは、” 緊急時に連絡がつかない”、” 夜中に連絡がつかない”、” 土日に電話がつかない”、” 最終的には救急車を呼んでしまったので、病院で看取りというか、もう死亡確認されてしまって、警察扱いになってしまった” などです。

やはり家族は残念ながら、その医師会の在宅をやっている先生のところに家族ごとどなり込んで、そのあと医師会にも文句を言いに来たという。「（看取りをすると）言ったからには（本当に最期まで）やってくれ」と、その先生にも思ったんですけども、やはり在宅医療の質というものは、まず問われると思います。

ただその前に、あまりに質を問い過ぎてしまうと、立川市の場合は、絶対数が足りていない、開業医の先生も含めて。例えば耳鼻科であると、Y会長は16校の学校の校医をやっているというところでもない状態です。そういう状態でなので、J委員が、介護ヘルパーさんがいないということももちろんわかる。それからQ委員の、看護師が足りないんです、も。病院も同じこと、看護師さんが足りない、医者も足りない。

どうするんでしようというところで、国は苦肉の策として、少しでもお金を出そうということでごまかそうとしています。例えば、今日新聞に出ていたのは、花粉症の薬をもう全部一般薬に変えること。湿布、風邪薬、あるいはほかの薬を変えると、花粉症の薬だけで600億、ほかの薬を合わせると1,000から2,000億のお金が浮くということになって、国民の負担はふえるけれども、それを介護のほうに持ってくるべきじゃないかという意見が、有識者会議で出ました。

確かにそのような意見があるとして、でも、ただお金だけあっても人がいなければどうしようもない。じゃさっき言ったように、人の代理ができるところは機械に頼るしかないという。

例えば見守り、この間我々が行っているところも、独居の方だと、離れて住んでいるご家族が、ペットの犬を見守るカメラというのがあるんですか、僕知らないんですけども、あれをテレビの前につけておいて、ご家族がスマホで何回か確認をして、独居の方の対応をしていると。それも僕はありなんじゃないかなと思います。アプローチをつけておいて、最期のときを必ず誰かが近くにいるようにするとか、いろんな方法は出てくると思います。

ただ、そういう方法もあるし、先ほどX委員が言ったように、X委員が述べたことに関して、恐らく立川では、メディカルケアステーションなどを使って、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師さんは、その患者さんについての情報は、結構深いところまで知っているにもかかわらず、残念ですけれども、先ほど言った事業所が入ってきてくれないので、見えていないと。そうすると、一からもう一回こっちが説明しなきゃいけない。

例えば、さっきK委員が言った病院の情報、レスパイトなんかに含めると、僕たちはもうはっきり言いますと、訪問看護師さんに投げています。どういう状況だったらどういう病院がいいのと聞くと、こういうふうなところというと、じゃということで幾つか病院のほうのMSW、いわゆる調整看護師と連絡をとって、そういうところを保険で必ず訪問診療をしながら、そこにも一応面談に行っておいてねということができる。情報は、訪看さんすごい持っています。

実はそれも多職種連携につながりながら、もう少し立川市は足りないかなと、僕は感じておりました。きょう先ほどI副会長が言ったように、ここに来ていらっしゃる方は意識の高い方、けれども、同じ職種でそうでもない方もいらっしゃいますし。

さらにグリーンケア、ボランティアに関しては、立川は亡くなった方、看取りを終わったご家族が、実は今ボランティアに参加してくださるぐらいのまちの風潮になって、かなりそういうところは高くなっているんで、もう一度、実は同じ我々の業種の中で、それぞれがそれぞれのプロとして連絡、もちろん認識を持って、さらには今までやっていないからという言葉・前例がないからという言葉はなしにして、やっていけば一歩も二歩も先に進むんじゃないかなと、皆さんの意見を聞いて思いました。

では、今日は大分発表がありました。これについては、事務局として、今のご意見を集約して、また再度報告、あるいは支援講演会などに生かしていただきたいと思います。

最後に協議したい事項として、地域課題があるということですので、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

C係長

貴重なお時間ありがとうございます。在宅支援係長のCです。

地域の課題としまして、私ども高齢福祉課と地域包括支援センターと、あと立川市社会福祉協議会の地域づくり係、生活支援コーディネーター、地域福祉コーディネーターが所属する係ですが、こち

らと2カ月に1回、介護予防業務連絡会という連絡会を開催しております。

その席でちょっと課題ということで上がりまして、こちらの協議会の皆様のご意見を伺えたらなと思っております。

課題となっているのが、在宅の高齢者の方で、身寄りがない独居の高齢者です。かかりつけ医がおられません。今まではお元気だったので、風邪をひいてもそれこそ市販薬を飲んで治すといった方だったのですが、段々と生活力が低下し、自力で受診ができないような状況になってしまいました。ですが、救急車を呼んでどこか大きな病院に行くというほどでもない、という方でした。

この方が介護サービスを受けるにしても、ご存知のように主治医意見書がいりますので、何とかかかりつけ医の先生を見つけないといけないという状況があります。そんな中、本人は病院に行けない・救急車を呼ぶほどではない・事前に相談できる家族もいない、こういった場合に、初診で内科の先生もしくは整形外科の先生が、在宅に来てくれて、診てくださるかということをご相談したいなと思っております。よろしくお願いします。

最近では、眼科の往診してくれる先生がいなかったか、皮膚科の先生はいなかったか、やっぱり多いのは精神科の先生も、成年後見制度を利用するときに裁判所に出す診断書がありますので、そういったものを書いてくださる先生はいらっしゃらないかということで、自宅に来てくれる先生を、私ども高齢福祉課と地域包括支援センターは非常に求めているといいますか、どうやったら見つかるのかを含めて、ご協議いただけたらと考えます。よろしくお願いします。

会長

今のことは・・・、多分、日本全国全く共通の問題で、はっきり言いますと、孤独死になる一歩手前の方が多いと思いますが、結論から言うと行政が手を出していかないと、我々医師法で医療法では手を出せない問題です。いきなり見たことのない人のうちに行って往診してくれというのは、これはちょっと難しい話で、やはり初診という形になると、基本的には医療というのは準契約ですから。しかも開業医の先生方は、その自分の診療所でまず診察をするということが大前提として契約事項となるので。

今いったような方に緊急で医師を派遣するというのは、東京のほうで、ファストドクターというコンビニエンスドクターがいて、非常に問題になっているんです。電話1本で来てくれるけど、実際、

医者が行ったら症状が悪すぎて、すぐ救急車を呼びなさいといって帰っちゃったとか、あるいはもう亡くなっている方のところに行っちゃったとか、そういったことがあるので、非常にその辺が難しいので。

いわゆる提案としては、地域包括の方がかかわっているのであれば、今、認知症サポート医というのが余り名前だけで機能していない立川の場合、そういうこともありますけれども、同じような形で、地域包括ケアセンターにそれぞれ医師会のほうに相談医というものを配置して、まずその先生にサポートしてもらう。

じゃ、まずうちに連れてきなさいよとか、あるいはこういうところにまず1回お願いしようとか、外来に何とか連れてきてもらうとか、救急車で中小病院でもいいし、1回かかわってもらって、次のことを一つ考えようというサポートをできるサポート医制度というのはどうかなということは、これは医師会だけじゃなくて、歯科医師会とか薬剤師会でも一応その意見が今出ていまして、そこに関しては、あとは市の、また行政の施策についての協議になると思いますので、いいアイデアかなと思っています。

そういうことがまず第一歩じゃないかと。何でその人が今まで医療にかかっていないのか、単に病気ではないから医療にかからなかったのか、あるいは経済的な問題があったのか、あるいは宗教的、あるいは・・・そういったいろんなことが出てくる、もしかしたらその人は実は戸籍がない人だった、保険がない人だった、あるいはちょっとこれは事件性があったんですけれども、その人ではなかったということも実は十分あり得る。今はこういうご時世ですので、最初からそれを医療者にお願いするという前にワンクッション、行政が入ることによって担保ができることによって、かかわれると思うんですけれども、どうですか、I 副会長。

I 委員
会長

おっしゃるとおりで。

多分そうだと思います。特に立川は、より向こうの都内の某区なんかはそういう方ばかりで、同じ保険証の使い回しが最近出ていましたから。はい。できてしまいますからね。

よろしいでしょうか、そんなところで。

C 係長

委託料などが絡む話なので、まだすぐということではないと思うんですけれども、その相談窓口の先生をもしお願いできるとすると、その先生が往診に行ってくれて、主治医の意見書を書いてくれ

てみたいなイメージができそうな感じでしょうか。

会長

認知症サポート医と同じ考えであって、往診に来るだけではなくて、配置医としての立場で診にいて、その次の段階を指示するという、その先生が主治医としてそこでやっちゃうというと、今度はあっせん業となってしまうので難しいので、その先生が、じゃ一番いいのがじゃ1回これはうちに連れてきましょうとか、誰々先生にお願いしようという話になって、そういう配置で、マネジメントするという。そのときにぜひケアマネジャーさんも一緒にいれば、マネジメントができると思うので。

C係長

在宅医療連携相談窓口から意見があれば、お願いします。

Z推進員

在宅医療介護連携相談窓口担当のZです。いつもお世話になっております。

立川の現状としてかなり地域性が違う、6地域包括支援センターがあるんですけれども、地域性がかなり違うというのが根底にあります。病院とかクリニック等に歩いてすぐに受診できる地域もありますが、真逆で、本当に何々町全体に病院もクリニック等も全然ないという地域がありまして、今の話はそのないほうの地域です。医師の先生に往診に来ていただくにしても、移動距離が非常に長い、ほとんど五日市街道をもう本当に横断していただくみたいなそんな地域もあるということで、今のお話は、課題が実際に出てきているという現状があるということです。

あとはサポート医の先生に関しては、認知症サポート医の先生に、初期集中のほうでいろいろお世話になっているということでは、急なものもサポート医の先生に直接、私が電話して相談した経緯があって、その先生から”じゃあ疾患医療センターに紹介するよ”みたいなお話をいただいているので、マネジメント機能として、お願いできるのであれば、すぐかというと、市の調整等がこれから多分必要になると思うんですけれども、非常にありがたい制度だなというふうに思います。

C係長

ありがとうございました。すぐに事業化できるかどうかは別として、そういう方法もあるということで考えていきたいと思います。緊急でそういうような相談が入ったときには、医師会にもご相談しながら、対応させていただきますので、よろしくお願いします。

会長

ありがとうございました。

今のを11月の協議会で話すのは、ちょっとないですね。

C係長 はい。

会長 じゃ、本日は以上になりますけれども、事務連絡のほう、あとお願いいたします。

A係長 事務連絡をいたします。

 東京都の福祉保健局が、在宅医療介護連携推進のためのDVDを作成いたしました。作成目的は、市民向けに在宅療養に関する具体的なイメージを持ってもらい、実際の在宅療養に関する知識と理解を深めてもらうということです。

 内容は、在宅療養中の90歳の母親を支える娘さんの体験談と、60歳代の妻を在宅で看取った夫の体験談などが入っております。ロングバージョンで22分、ショートバージョンで12分です。ご覧になりたい方がいらっしゃいましたら貸し出しをいたします。市役所に3枚ありまして、包括支援センターと保健所と保健センターにも届いているそうですので、どちらの場所でも市民向けのPRツールとして活用することができます。

 また、今、1階の市民多目的スペースで認知症パネル展をやっております。ぜひご覧いただければと思います。

 次回の協議会の予定です。11月29日金曜日、1時半から、場所は3階の前の302会議室になりますので、よろしくお願いします。

 本日は、どうもありがとうございました。

会長 ありがとうございました。

 ではこれで一応、第2回在宅医療・介護連携推進協議会を終了しますが、今のDVD、出張暮らしの保健室事業の中で、ぜひ市民の方に見ていただければいいんじゃないかなと個人的には思いました。

 どうもありがとうございました。