

令和4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4年8月19日（金）

立川市福祉保健部高齢福祉課

事務局 定刻になりましたので始めさせていただきます。  
それでは、会長、よろしく願いいたします。

会長 それでは、令和4年度第2回在宅医療・介護連携推進協議会を開催いたします。  
コロナ禍のために、できるだけ簡潔、手短によろしく願いいたします。

事務局 それでは、事務局から事務連絡をいたします。  
まず、本日の出席状況のご報告です。  
全委員11名に対し、出席、今現在で8名となっておりますので、本協議会は成立していることをご報告いたします。  
本日の議事は、報告事項が4件、協議事項が2件でございます。  
資料につきましては、事前にお送りした協議会次第と協議会資料の冊子となっているものと第9次高齢者福祉計画・介護保険事業計画のA4の表紙と調査票冊子が3冊、それと本日机上配付させていただきました立川市地域包括支援ネットワーク循環図の、委員におきましてはカラー刷りのA4横の資料になります。  
不足等ございましたら、事務局のほうへお知らせください。  
事務局からは以上になります。

会長 審議に入る前に、本来であれば、保健所からA委員が出席予定でしたが、今日欠席ということで、もう一方、主任介護支援専門員連絡会のB委員が今日から参加ですので、一言お願いいたします。

B委員 主任介護支援専門員連絡会幹事会より、前任のC委員より引継ぎをさせていただきました、社会福祉協議会の居宅介護支援事業所でケアマネジャーをしていますBと申します。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

会長 ありがとうございます。  
議事に入りたいと思います。  
事務局から報告事項、説明をお願いします。

事務局 本日の報告事項は4件でございます。  
初めに、報告事項①についてご報告いたします。  
協議会資料の、1ページおめくりいただきまして、まず報告事項①、新型コロナウイルスワクチン接種についてでございます。  
新型コロナウイルスワクチンにつきましては、3回目の接種完了から5か月を経過した方を対象に、5月26日から4回目のワクチン接種を開始しております。対象者の方は、60歳以上の方、18歳

以上59歳未満で基礎疾患をお持ちの方、または重症化リスクが高いと医師が認める方を対象となっております。

資料につきましては、7月25日現在のものとなっておりますので、少し時間が経過しており、健康づくり担当課長から補足、ご説明あれば、お願いいたします。

健康づくり担当課長 現状を簡単にご説明いたします。

今、市では主に4回目の接種というのを行っています。5月から始めたんですけれども、およそ1か月前に、先ほどご説明あったように対象が追加されたということで、医療従事者とか高齢者施設従事者をプラスしたということで行っています。7月は、なかなか予約が取れない状況もあったんですけれども、今はそういった60歳以上の方も、比較的皆さん打ち終えて落ち着いている状況です。

今後についてなんですけれども、皆さんも報道等で知っている方もいると思いますが、国では10月半ばから、新しいオミクロン対応のワクチンというのを手配して、それを、今のところ1、2回目接種が終わった全住民の方を対象に接種するというのを前提に準備を進めるということで行っています。市としても、それに向けて準備、また今の1、2回目、3回目、4回目を接種していない方もいますので、そういった方の接種を、医師会等の協力をいただいて進めているところでございます。

現状の概略は以上でございます。

事務局 ありがとうございます。

続けて、報告事項の②、広報たちかわ10月10日号について報告をいたします。

例年、広報たちかわ10月10日号で、在宅医療・介護連携の特集記事を掲載しております。昨年度は、かかりつけ医によるもの忘れ相談、出張暮らしの保健室、まちねっとカフェ「よろず相談室」、健康体操応援リーダーの事業紹介と地域福祉市民フォーラム、出張暮らしの保健室リモート後援会のイベント周知を掲載いたしました。

今年度につきましても、協議会資料にありますとおり、事業やイベントの記事をメインに掲載する予定としておりますが、掲載希望の記事等がございましたら、事務局までお知らせください。

なお、広報たちかわの掲載依頼の締切りが8月25日、来週の木曜日と短くなっておりますので、期間が短く大変恐縮ではござい

すが、前日の24日頃までにご連絡をいただけると幸いです。

また、次回の在宅医療・介護連携推進の特集は、例年どおり4月25日号に特集ページを予定しております。来年度前半に実施の講座などは、掲載希望は2月の協議会にてお伺いいたします。

報告事項①、②につきましては以上でございます。

会長

ありがとうございます。

報告2件について、特にご質問等ございませんでしょうか。

ないようでしたら、報告事項③をお願いいたします。

事務局

ありがとうございます。

続きまして、報告事項の③、多職種研修についてでございます。

前回、第1回の協議会で継続協議となりました令和4年度の多職種研修につきまして、各委員よりいただいたご意見を資料にまとめております。冊子の協議会資料、多職種研修についての表になっているところの次のページになっております。

研修の実施に当たりましては、資料に掲載されている目的の欄にも掲載しておりますが、高齢者を支える医療職、介護職が相互の理解を深め、医療と介護が連携したサービス提供を行うこと、また退院時における在宅医療の円滑な移行を目的として実施することとしております。

各委員からのご意見を基に、今回ご協議をいただきまして、研修内容の調整を行いたいと考えておりますので、ご議論のほうをよろしくをお願いいたします。

会長

今回、皆さんいろいろ意見をいただいたんですけども、今までの在宅医療・介護連携推進協議会を含めてやった、D委員が中心になって、ケアマネジャーとのオープンディスカッションも含めて、いろいろ立川ではいろんなことをやってきましたが、今回この中で、新たに何か、新しくというものがあるかなとちょっと感じました。

E委員、何かありますか。

E委員

これ、①番のは実は私なんですけれども、歯科から見ると、歯科の摂食嚥下とかに特化した先生の講演とか講習会とかというのがあるとは思いますが、実際に、介護職の方、ヘルパーさんとかケアマネジャーさんが、実際に我々サイド、医師、歯科医師にどういったところを望んでいるのか、あるいは、なかなか医師の方に話しにく

い部分があるということはよく聞くので、そういうのも含めて議論というか、1回ちょっとお聞きしてもいいかなと、そういう機会があってもいいかなという意味で私はこれを書きました。

会長

ありがとうございます。

オープンディスカッションみたいな形でやるのも少しいいのかなと思っているんですよね。前回、F先生のとときに、10人ぐらいのケアマネジャーと、あとは医師、薬剤師会さんで、6回でしたっけ、D委員、その中でそれぞれ事例で困ったことであるとか、いろいろ我々医療者の文句も聞きながら、考えさせてもらったところはあるんですけれども、そういうふうなほうが、グループワークより少しいいのかなとも思いますね。

ケアマネジャーのほうからは何か、どうですか、B委員。

B委員

ありがとうございます。

幹事会のほうでもお話しさせていただいたところで、やはり相互理解という割には、受ける側、こちら側は受けるということが多いよねという話が出ていまして、もちろん講師として研修を受けるとい形はとても学びになるんだけど、果たして介護職側の仕事のスタンスとか役割というのを、どこまで医療側が理解してくださっているかなという話も出ているので、連携にするに当たっては、各役割の仕事内容とかもお伝えできる機会があってもいいかなという話はお話に出ていました。

うちは、⑦番を、一応幹事会からは出させてはいただきましたが、特化して訪問診療ということになってはいますけれども、病院との連携するときにも、やはりこれはケアマネの立場としては、これはケアマネジメントではないよねということを要求されたりもするので、どこまで理解というか、浸透しているかなというのはお話が出ていましたので、そういうことでオープンディスカッションはともいいなということはありません。

以上です。

会長

今のB委員の意見に対して、ちょっと違うなと思うのは、立川に関して言わせてもらえば、非常に病院側が門戸を開いてくれて、ハードルが低いんですよ。だけれども、やっぱり都内とか区部のほうの病院でなかなか難しい。それでいて、ケアマネジャーさんに丸投げしている部分が多いというのも聞いております。

ただ、地方の東京以外の地域のケアマネジャーの会議に、この間

参加させてもらったときに、ケアマネジャーの役割というのは、マネジメントであるということ考えたときに、ある意味何でも屋で、そこから振られてから、自分たちが、これは私たちの範囲じゃないから、訪問看護師さん手伝ってとか、居宅でお願いしますとかと振っているのが事実なんだと思う。

立川のケアマネジャーさんたちは、研修を、僕ずっと一緒にやっていただいて、はっきり言わせてもらおうと、自分たちの壁を取っ払っていない。その中で、ケアマネジャーが継続して同じ人が来ているところはどんどん実力アップしているんだけど、なかなか居着かないで、人が変わっているところというのは、申し訳ないけれども、俺たちがもう一回リセットしなきゃいけないというのは非常に無駄が多いんだ。それはやっぱり、主任ケアマネ会議とかで次のステップを考えていかないといけない時期だと思うし、もう2025問題というのは、もう今から動いていなきゃいけないときに、そこが一番弱いんじゃないかなと、厳しい話をする。

一部の人たちに頼めば、正直言って全部、3言え、1言え10まで進んでくれちゃうんだよ。それが、1言うとゼロからもう一回説明しなきゃいけないというような事実があるので、そうするとそこには頼みにくいよね。その底上げをもう一回考えなきゃいけないんじゃないかなと。研修を受けるんじゃないかと、自分たちが逆に、僕はそこを僕たち側に講演してもらってもいいのかなと。ただ、そうするとあまりにもプレッシャーをかけてしまって、またちょっと違う方向に行くかなと思って難しいなと思うんだけど。

D委員、その辺はどうですかね。

D委員

そうですね、本当に今、E委員やB委員、会長のお話をよく、そうだなとは思いますが、やはり私はオープンディスカッション、ケアマネジャーさんたちとのオープンディスカッションは、実際、私も訪問看護という仕事に従事している中、やはりあそこの場面を通じて、あそこからまた距離が縮んだという印象はすごくあるんですね。

ですので、やはりお互いに知り合うというか、交流するというか、そういう場はすごく大事だと思いますし、何も、だから多職種オープンディスカッションみたいな形でやってみたらどうかというふうにはちょっと思ったりします。

会長

どこまで広げるかだよ、多職種を。

1回、グループワークをやったときに、たしかSOMPOのところでやったときに、各グループに開業医の先生がいて、いろんな職種でやったんだけど、どうしても、医者も歯医者もいい意味でお山の大将多いからさ、難しいんだよ、そこのところが。なかなかそこでは言いにくいというケアマネジャーも多かったし、そこをどういうふうに考えるかだよ。もう一回検討してみましよう。

さらには、実はもう一つ、コロナ禍における在宅での感染症予防ですね。ここの部分、G委員、どうでしょうかね、実際。

今日、実は僕、朝、ある1軒へ行ったときに、ちょうどおむつ交換をヘルパーさんがしてくれていたんですけども、きちんとされた換気、感染予防がされていなくて、まず換気しろと、ここで飯食うんだから、この人はという話をしたときに、きょとんとしていたんだよね。特にコロナ禍において、これだけ換気が言われている中で、もちろん最初コロナが始まった頃、いろんな防護服も、いろんなものがないない尽くしだったけれども、今はある程度いろんなことが分かってきてとなったときに、ここの感染予防に関しては、一度きちんとしたレクチャーを、例えば感染症の専門看護師だっけ。

D委員  
会長

認定看護師。

認定看護師さんから、一度やってもらったんだけど、残念ながら、居宅の参加者がウェブであったにもかかわらず非常に少なく、実際問題、そこに一番、全国の会議でもどうやって居宅の人を巻き込むかというところなんですけれども、どうですかね、その辺。

G委員

ヘルパーは、もちろんコロナの感染者のお宅に、今はかなり件数は少ないですけども、濃厚接触者だったり陽性者のお宅に訪問するというケースもこれまでもあったんですが、ヘルパーは生活援助のプロではあるんですけども、感染症予防のプロではないですよ。もちろん、知らなければいけない知識なんですけれども、今まであまり、そういう防護服を着て感染者のお宅に訪問するという、まず経験が今までそういうことがなかったのも、なかなか事業所としてもヘルパーにいろいろなことを徹底させるのが難しかったというのはあります。

ただ、もちろん厚生労働省からもこういったマニュアルも出ていて、各事業所で研修なども行っていますので、事業所ごとにはそういった対策は取っているんですけども、なかなか、それこそ本当

に医療側からのいろんな知識の提供だったりとか、情報の提供というのとはなかなかこのコロナ禍でなかった現状もあるので、本来であれば、そういった研修をヘルパーさんが受けたいなというか、専門的な知識をもっと知りたいということはたくさんありました、このコロナ禍において。

なので、これも⑨番、⑩番は、訪問介護事業者連絡会から出た意見ですけれども、各自、訪問介護事業者もこういったコロナ対応で、感染症対応をどうしたらいいのかというのは困っている事業所が結構ありましたので、ちょっと意見を出させていただきました。

会長

どうすれば居宅の方、あるいは一人一人のヘルパーさんがそういう研修に参加してくださるでしょうかね。非常にそこが一番の今懸念されているところ、今、G委員がおっしゃったように、感染症のプロなんて、医者だって歯医者だっていないんですよ、ほとんど。今回のコロナの専門家だって、これだけ専門家、専門家出て、誰一人予想も何も当たってなくて、何にもできていないというのが本音ですから、その中で、自分たちも感染しないようにするということの延長の中にあればいいと思うんですけれども、その部分でないがしろにして、自分たちも被害に遭ってしまうことが多々ある。自分のこととして感じなきゃいけないんじゃないかなと僕は思うんですけれども、そこをどうすればもう少し居宅の人に協力してもらえるのかなと思ったんですけれども。

G委員

ヘルパーが全員研修に参加するというのはなかなか難しいんですが、ここにちょっとこういうふうにしたのは、マニュアルというのが出ているんですけれども、なかなか読み込めないというか、書いてある意味が分からないという部分もあったりして、それを看護師さんや医療職と一緒に読んで、これはこういう意味なんだよ、こういうふうにすればいいんだよというのがちょっと確認できれば、全員じゃなくても、事業所の責任者が出て確認できれば、またヘルパーにも伝えられるのかなというのを考えています。

会長

ユーチューブでも出ているんですよ、厚労省から具体的なものとか、そういうのを10分なり見ていただくというのは一つの手なのかなと思うんですけれどもね。気づいてもらえばいいんですけれども、どうしても在宅の医療、介護、看護の場って、ほかに人がいないので、家族しか見ていなかったり、あるいは独居の方であると、誰も見ていないところでやるというのは、非常にリスクですよ。



もしかしたら、その人が感染源であちこち伝播しているかもしれないというふうに考えなきゃいけないので、そこをもう少し認識が必要なのかなと思うんですね。

ただ、そこに介護だけは加算がついていないというのが現状であって、例えばコロナのところに我々とか訪問看護師さんが行くとすると加算がついているんですけども、介護については加算がどうしても国がつけてくれないんですね、要望しても。その部分に関しては、考えていかなきゃいけない。

ただ、いろんな防護服等を含めて、それは市のほうも考えてくださっているので、ぜひ協力をさせていただきたいと思います。

では、⑨番、⑩番の、この⑩番のACPのことですね。この部分に関して、やはり出てきたと思うんですけども、今度、研修会、H病院でいろいろ考えていらっしゃるんですけども、Iオブザーバー、どうですかね。

どうしても対象が、あの文章を見ると、医師会だったり、訪問看護師さんだったりするところがあるんですけども、ケアマネ、あるいは居宅事業所も含めて下りてきてもいいんじゃないかなと思うんですけどもね。

Iオブザーバー 今年度、今企画させていただいているACP研修、一応多職種で、参加者も入ってのシンポジウム形式を考えているんですが、一応医療、福祉関係者ということで、今回は、ヘルパーさんだったりということも、介護に携わっている方々にも入っていただくというところは考えています。

この資料を読んだときに、ちょっと私たちの中で、この想定は見えていなかったというか、こういうことが問題として挙がるんだなということ、ちょっとこの資料からは気づかせていただいて、ちょっと病院のほうでも話合いをしてみたところではあるんですけども、病院としてどんなことができるかみたいなのは、まだ全然ちょっと見えていないんですけども、こういうことも含めて、研修会の中でいろんな職種の方の困り事に、いろんな知識を持った方々で考えられる場になればいいかなというふうに、今のところ考えて、今企画を進めております。

以上です。

会長 今、Iオブザーバーに質問したんで、ちょっと戻るんですけども、⑤番のところこういう意見があったということで、病院の医

療と訪問看護、介護の連携が十分とは言えないというところですので、このACPも含めて、医療と介護の連携強化というところで、病院側でももう少し考えていただければいいかなと思いますし、今日、今、J委員が来ていないんですけれども、いわゆる病診連携とか、あと訪問診療、訪問歯科には意外に情報提供されるんですけれども、薬薬関係、病院の薬剤師さんと、いわゆる町の開業薬局との連携がうまくいっていない。

どういうことかという、病院で使っているお薬と、開業薬局が使っているお薬、ジェネリックも含めて、同じタイプの薬であっても、やっぱり少しずつ違っていると、患者さん自身が不安になってしまうというところで、その連携がきちんとされていけばいいのかなと思うところは、多分彼が言いたいところかなと思いますので、ぜひお願いいたします。

どうですか、民間の方の、K委員、何かこういうことに対して。

K委員

私は実際介護のヘルパーの仕事をしていまして、やっぱり一番、高齢者と身近なところにいまして、自分も気をつけなきゃいけないし、自分から感染しないように、マスク、手洗い、換気は気をつけております。事業所からも研修等でいろいろ感染症については勉強していますし、でも、やっぱり実際に詳しいこととか、そういうことはちょっと、医療のことは分からないので、ぜひ医療のほうでそういうのを教えていただけるなら、受けたいと思いました。

そういう熱のある方とか、そういう方に対しては、1セット、ビニールのエプロンから、手袋から、いろんなものを1セットにして事業所からは配られています。そんな感じです。

会長

コロナって分かっている人だったらそうなんだけれども、だけど、実は行ってみたら、昨日からおばあちゃん熱が出ているんですよとか、実は孫がコロナでというのが一番怖いですね。

K委員

そうですね。

会長

そこに関しては、正直言わせてもらおうと、国とか東京都がいけないのかなと。自治体ももっとコロナに対しての啓発を、皆さんほとんどワイドショーからの情報のほうが9割なんですよね。そうじゃなくて、正しい情報として、こういうところからの感染があるから、逆に家庭内で気をつけて、人が来るときはというのをもう一回やってもらわないといけないのかなと思いますね。

社会福祉協議会のほうからは、何かご意見は。

L 委員            ずっとお話を聞いていて思ったんですけども、私たちは訪問を  
させていただいて、相談をするというところで、知識としては換気  
という部分と、マスクをする、距離を保つ、そういった部分の知識  
はもちろんあって、もちろん介護の方はもう少し距離が近くなるの  
で、多分会長が先ほど指摘されたような、もう少しという情報も必  
要なんだと思うんですけども、我々というか、福祉の側の人間は  
どうしても、K委員もおっしゃっていただきましたけれども、結構  
医療のほうからの安心感というか、自信というか、そういうことを  
聞いた、マニュアルを読むだけじゃなくて、そういう話を聞いたと  
いう安心感が次の仕事につながったりとか、次の訪問につながり  
たりというのはあるのかなと思うので、多職種連携でどういう方々が  
そういう意見を交換するのがいいかとは思いますが、そういう現場  
で働く人たちが、安心であったり、安全だったりとか、自信を持っ  
てちょっと臨めるという会になるといいなというふうに感じまし  
た。

以上です。

会長            どうですかね、ウェブのほうが皆さん聞きますかね。どうです  
か、ヘルパーさんなんか。

G 委員            集まったほうが、集合形式のほうが多分いいんだと思うんです  
けれども、参加しやすいのかなと。

会長            集合形式のほうが。

G 委員            ウェブ、結構ご高齢のメンバーさんが多くて。

会長            ただ、参加する時間が難しいですよ。そこをね。

G 委員            そうですね。

会長            一つは、ウェブでやって、それを市のほうで記録として残してお  
いて、ユーチューブなり何かアクセスすれば見られるという形を取  
るのも、例えば皆さんの昼休み10分、15分を使って、今日はこう  
いう研修を見ますよというのもありなのかなとは思うんですけど  
も、そういうのだったらどうですか。

G 委員            そうですね。それだったら参加しやすいかなと思います。

会長            どうですか、市のほう、事務局として、例えば多職種研修の提案  
に、一つ、やはりコロナ禍の在宅での感染症対応というのは入れた  
ほうがいいんじゃないかなと思うので。ウェブ会議で、例えば20  
分なり30分なりそういうのを話し、なるべく短く話してもらった  
ほうが、皆さんの昼休み中に見られるとかね、週に2回見られるよ

という形のほうがいいのかなと思うんで。

事務局

ありがとうございます。

最近、東京都ですとか厚労省も動画で、オンデマンド配信で、受ける側が時間を限定せずいつでも見たい時間に見られるということで、そのほうが視聴するほうの数というのは確実に多くなりますので、動画をどこに載せるかというところで、例えば今うちで運営しているサイトであったり、場所はちょっと検討が必要かとは思いますが、そういった形のほうが受け側の数はかなり増えるかなと思いますので、動画で提供していただくというのは、方法としてはありがたい方法だと考えます。

会長

ウェブで1回研修をやったやつをそのまま録画しておいて、流すという形のほうがいいのかなと思うんですよね。

事務局

ただ、オンデマンドでちょっと問題になるのが、講師側というか、提供側のほうの権利といいますか、著作権というか、そういったところがまた問題になるので。

会長

大丈夫。それはこっちで話するから大丈夫。

事務局

そこをクリアできれば。

会長

大丈夫です。

何かほかにご意見は。

どうぞ。

D委員

今の動画の配信というか、オンデマンドはとてもいいなと思ったんですけれども、できれば今回のこの10番のACPの視点からというような中で、具体的な内容が出ていて、すごく現場のヘルパーさんは何に困っているんだろうとかというのがすごく分かりやすかったなと思ったんですけれども、同じように、感染対策という中でも、どこの事業所も皆さん感染対策の研修を受けていらっしゃるという話も聞いています。その中で、実際に現場に行ってみて、こういったことも困ったんだとかという、そういう内容を少し拾い上げていただいて、あらかじめそういう内容も、講師なり、その場でそこに答えていけるような内容だと、ヘルパーさんたちも見てみようという気持ちをより持っていただければいいかなと思うので、そんなこともご検討いただけたらと思います。

会長

ACPというのは、どう最期まで自宅で暮らすかということよりは、今言われているのは、どう生きたいのかなということ言われているような傾向になりましたので、どうしても最期、亡くなる場

所、それは家であっても、病院であっても、施設であってもいいんですよ。どうそこまで生き切るかということのほうが、今、大事なんじゃないかなとちょっと思うんですよね。

その中で、やはりこういうことが起きたときに、かかりつけ医がない方がかなり立川市の老人も多いと。例えば緊急入院して、そこで初めて介護保険を使うということで、主治医意見書が出されるのが緊急入院した病院の先生と。その先生だって決してかかりつけ医でもなくて、主治医意見書を見ると、病院の先生がかなり立川も多いよねというのが、委員会で今、医師会のほうで言われていることです。やはり、その部分で、最初からもう少し地域の先生と皆さんがつながりがあれば、少しは相談ができて違うのかなと思って、どうすればいいだろうと、今いろいろ考えるところです。

これ、全部につながることもなんですけれども、この立川市の地域包括支援ネットワーク、ゼロ次予防ということにもいずれ繋がると思いますし、そうすると、この訪問したヘルパーさんが、倒れて意識ない人を見つけても、この先生、主治医誰だ、かかりつけ医誰だったよねというのが分かれば、土日とか夜まで連絡つく医者なんてそうはいないから、そこは難しいんですけども、少し次のことが考えられるんじゃないかなと思います。

特に、どうやってそれを、医療・介護と高齢者を、特に医療を使っていない人たちとつなげるかというのが、これからの2025年までの課題なのかなと思います。

この下の時間・場所も含めて、その辺が同じようなことにつながりにもなるんじゃないかなということで思います。

各委員からの意見もそろいましたので、事務局で取りまとめて、再度調整をお願いいたします。

それでは、次は、報告④、お願いします。

事務局

報告事項の④番に移らせていただきます。

報告事項④、「立川市高齢者福祉介護計画」策定に向けた事前アンケートについてでございます。

高齢者介護福祉計画は、老人福祉法に基づく市町村老人福祉計画と介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定するもので、現在は令和3年から5年度の3か年の計画期間中となっております。次期の計画は、令和6年度からとなりますが、策定準備として事前アンケートを実施することから、今回協議会でご報告い

たします。

別紙資料の2をご覧ください。

アンケート調査につきましては、令和4年、今年の11月から12月を予定しております。対象は、要介護者を除く65歳以上の市民3,000名、要介護者及びそのご家族1,500名、こちら無作為抽出での依頼となります。介護保険事業サービス事業者、300事業者も対象となります。

内容につきましては、冊子でお配りしているものが3年前の前回のアンケート内容となっております。

今回のアンケート実施に当たっては、国で定めている調査項目や経年で比較が必要な項目が主な内容となりますが、前回の協議会でもご報告いたしました、立川市の地域包括支援ネットワーク循環図、本日机上に配付しておりますが、こちらでもお示ししたとおり、政策形成に当たっては、協議会や地域ケア推進会議等が相互に連携していくこととしております。在宅医療・介護連携推進協議会への報告並びにご意見につきましては、可能な限り、反映させていただきたいと考えております。本協議会でいただきましたご意見につきましては、最終的に介護保険運営協議会に諮り、決定することとなりますが、アンケートについてご意見等がございましたら、よろしく願いいたします。

説明は以上になります。

会長

皆さん、これは事前にあったもの、いかがでしょうかね。何かご意見。

アンケートを取る意味を、ちょっと市としては一度考えてほしい。どういうことかという、内容、これちょっと見させてもらって、非常によくできているのかなと思いつつ、ちょっと杓子定規だな。

さっき言ったように、例えばこれを無作為に介護保険認定を受けている人1,500人、高齢者の中から無作為に3,000人と書いてあるんだけど、正直言って、間を分けて医療につながっていないところをもっと拾い上げなきゃいけないということを、今後の国の医療計画、介護保険事業計画もなっているところで、これはほとんどもう受けている人のほうが多いよね、この内容を見ると。やっぱりそこを拾い上げないと、多分3年前やったこととあまり大きな変化がないのかなと。あるとしたら、コロナ禍においてのひきこもりと

いったら失礼かもしれないけれども、やはり外出するのは怖いからという高齢者が、コロナフレイルになってしまったりというところが少し特色として出るかもしれないけれども、ちょっとそれ以上のものが出ないんじゃないかなと予想はできるよね。

せっかくこの地域包括支援ネットワークの循環図を作ったのであれば、ゼロ次予防の対象の人たちのところに、少し、3分の1でもそれが行くように、無作為に選ぶというのは大前提でよくあるけれども、そうじゃなくて、医療につながっていないところに、やっぱりこのアンケートをしてみるという価値があると思うし、さらには、紙ベースではなくて、少し皆さん持っているスマホベースでできるようなものも作ったら、費用をかけないで対象を増やせるんじゃないかなと思うんですけども。

どうですか、民間委員のK委員。ヘルパーさんじゃなくて、民間委員で今日はお願いします。どうでしょうか。

K委員            そうですね、スマホ結構お使いになっている方もいるので、スマホでもいいと思いますね。

会長                何でスマホと言ったかということ、実は今回のコロナ禍で、マイハースというのがあったんですね。ハースに登録して、感染する人がマイハース、携帯持っていれば。そうすると、マイハースを使うのは高齢者大変じゃないかといっても、大体使えなかった人が30%ぐらいで、7割ぐらいは高齢者も使えたというレベルで、さらには使えない30%は、実は同じ家の中で感染、一緒にしちやっているお孫さんに教わりながらできたんだって。

ということ考えたときに、今回これを少しスマホとかでアンケートを取るのには、本人だけでできなければ、周りに協力してもらおうと思うんだよね。例えば自分のお子さん、あるいはそのお子さんのパートナーであるとかお孫さん、そうすると、その人たちが一緒にやってくれることによって、底辺が広がって、拾い上げるところがもっと増えるんじゃないかなと思うんだけど、市としてはそこまで考えていないかな。

費用的にはそんなにかからないはずだよ。紙ベースより、東京都医師会でやっているのは、紙ベースよりそっちのほうが費用対効果がいいし、低いという話が出ているんで。

介護保険課長    調査の回答をスマホでというようなことなんですけれども、国のほうでもそこまで考えていなくて、特に私の個人的な考えもあるん

ですけれども、今回のコロナのワクチンの申込みに対しても、やっぱりスマホを利用できなくて、市役所にわざわざお見えになって、スマホの操作方法について教えてくださいというような高齢者の方がかなりいらっしゃいましたので、まだスマホを使って調査回答するのは、もうちょっと時間がかかるのかなというふうに思っているところです。

(1)の調査については、一般高齢者が中心でありまして、3つの調査の中では、かかりつけ医について聞いている質問がありますので、ここで医療との関わりがある程度分かるのかなというふうには思っておりますけれども、それ以上のことについては、設問では分かりかねますので、このところについて、今後どれぐらい内容を、質問を増やしていくのか、そういうところで医療との関わりについて把握する方法もあるのかなというふうに思っております。

調査の(2)のほうについては、厚生労働省では、認定する際による聞き取り調査を基本とするというようなことを言っておりますけれども、市のほうでは、なかなか認定する際の聞き取りができない状況ですので、郵送で行っているというような状況です。

ただ、郵送で行っておりますけれども、ある程度認定結果ともリンクをしたような形で、返ってきた回答について、まず回答などについて精度を高めるようなことを行っていきたいなということを考えているところです。

以上です。

介護給付係長 介護給付係のMと申します。失礼します、発言します。

一応できるかどうかはまだ分からないんですけども、電子申請の形を使ってできないか、今、介護保険課長、申しあげましたとおり、対面するものと、今までどおりの郵送するものと、電子式のものを3つ併用できて、少しでも増やすことができないかということで検討はしております。

ただ、技術的にちょっと、質問、項目であるところが、電子申請のフォーマットに合うかというところが分からないので、まだ検討中ではありますが、今、だから、できますというお話はできないんですけども、検討はしておりますので、そこをご理解いただければと思います。

会長 ありがとうございます。

医師会のワクチン担当として言うけれど、高齢者がいっぱい市の



ほうに来てと言ったけれども、立川市はほぼ少ないほうだよ。

高齢者がワクチン、ネットでできなければ、ケアマネジャーさんたちがみんなすごいサポートしてくれたんだよ。在宅で連れていけないといたら、我々医師会の先生たちがみんな家まで行って、国がまだ駄目だというときに行っているんだよ。そのとき、市がすごい協力してくれて、俺たちは感謝しているんだけど、一部にそうじゃない人間がいたら、この先何もできない。

もう一回検討してくれ、これ、アンケートは。

介護保険課長  
会長

はい、分かりました。

ほかに皆さんのほうから意見ありますでしょうか。

N委員、何か。ほかの地域も含めて、こういうの、ぜひ、やっているでしょうか。

N委員

前回と比較するのであれば、同じ質問で良いと思いますが、先ほども意見が出ているとおり、このアンケートでACPの問題が高齢者、家族にどのくらい浸透しているかを深掘りする目的あればされて、もう少し掘り下げた質問が必要かと思いました。

それと、「かかりつけ医」に関しては、先の立川市にご協力いただいた私の研究アンケートの中でも「かかりつけ医」と病気以外の生活面まで相談できるような関係が深い人が、最期まで自宅で療養、看取りが出来ると自分の意見を持てる人になっていました。最期を自宅で迎えるか、病院で迎えるという結果にはあまり意味がなくて、その選択が自分の意思でできたかどうかというのが、まさに地域包括ケアの目的なので、そういう意味で、その自分の意思表示が出来るようになるために、知識を持つためにかかりつけ医の先生が非常に大きな影響を与えているという結果が出ています。

最期まで自宅で暮らし続けられるという自信を持っている人は5人に1人ですが、かかりつけ医が訪問診療してくれるとか、かかりつけ医が生活のことまでちゃんと話ができるという関係が出来ます。基本的にかかりつけ医というのは、英国のGPの様に、歩いていけるぐらいの本当に近い距離でなくては、高齢者の最後に必要なかかりつけ医とは言えないので、この質問自体に、隣接県にいる人にかかりつけ医という表現がちょっと不自然に感じます。そういうのは専門医としてかかっている人がいるかもしれないですけども、市のアンケートとして地域で分けるのであれば、立川市内のどこの圏域の人かというのは分かるわけですから、そのかかりつけ医

がいる圏域とか分かると、立川市でかかりつけ医の弱いエリアも分かるかと思います。

会長

出ています。それは出ています、どの地域というのは。

N委員

かかりつけ医に対して深掘りをしていくというのは、今まさに国が掲げている、医師会も掲げている大事なテーマなので、立川市が先行して「かかりつけ医」対策に示唆を与えるアンケートになるのが良いと思います。

昨日も社会福祉協議会の人と話して、訪問診療はしないけれども、訪問看護の人達が依頼すると往診してくれるような先生も少なからずいると伺いました。そういう人が自分の住んでいる近所にいることを高齢者の人に分かってもらえれば、高齢になってまでわざわざ都心の病院まで行かなくて大丈夫だということの答えが出せるような質問があれば良いと感じました。

会長

ありがとうございました。

今、N委員が言っているかかりつけ医に関しての意見に関して、事務局はどういうふうに考えていらっしゃるんですか。例えば皮膚科とか耳鼻科とか眼科にしか通っていない高齢者が、かかりつけ医が、眼科の誰々先生、耳鼻科の〇先生ですと言われたら、〇先生、僕困るよとはっきり言われたんですよ。正直言って、かかりつけ医は内科系の先生がやはりメインだと思いますし、その人がそういう疾患を持っていなければ、なかなかかかりつけ医、その人がかかりつけ医だと思っていたとしても、医者の方はそういう科はかかりつけ医ではないよという話になってしまうので、その部分をもう少しこの質問票に入れたほうが、次につながるのではないかなと思いますよね。

例えば、ワクチンをまずかかりつけ医で打ってくださいという話をしたときに、私、かかりつけ医がいないんですという意見が医師会のほうにも来ました。よくよく聞いてみると、今お話ししたように、眼科の先生のところでは打てないので、私、眼科で白内障で行っているだけなんですとか、そうなってくると、なかなか難しいですよ。

そこをぜひ質問の中に入れてほしい。あるいは通院しているのがどういう疾患、何科であるのかというのが分かれば、その振り分けができるのかなとも思うんですけども。

ほかにご意見ございませんでしょうか。

よろしいですかね。

なければ、協議事項について、事務局よりお願いいたします。

事務局

ありがとうございます。

今の計画のアンケートについて、ちょっと補足させていただいて、かかりつけ医、個人レベルでかかりつけ医があるかどうかというのは、ご本人の感覚というか、判断によるところもある、複数科受診されているところはあると思うんですが、一応データとしましては、介護保険のレセプトデータを基にした、国が提供しているシステムがございまして、実を言いますと、個人レベルでこの人はどういう病歴で、どういうところにかかって、どれだけかかってというものがデータで見られるものがありまして、基礎データとして行政側で収集できるものについては、こちらのほうで分析させていただいて、なかなか数字に表れてこない、例えばご本人の幸せ度だとかというのは、たまに市政調査でやるんですけども、そういった数値化できないところですか、データで拾い切れないところをアンケートのほうで抽出させていただいて、計画のほうに反映していくといった流れになっておりますので、計画の中で、今いただきましたご意見、検討させていただいた上で、あとはデータとしてもすんなり行政のほうで抽出できるかどうかということも含めて、検討させていただければと思います。

保健医療担当  
部長

担当部長のPでございます。

ご議論いただきましてありがとうございます。会長からもいろいろと苦言いただきましてありがとうございます。実は今日の午前中に、このアンケートにつきましては、次期、9次・9期の高齢者・介護事業計画は今後の施策の方向性を大きく左右する非常に重要な計画であると。当然、2025年の問題がありますし、例えば住まいの問題、安全・安心の問題、また移動支援の問題など、諸課題があるというところでは、どんな調査ができるかと、調査しただけでは駄目で、調査した結果がどう施策に反映するのか、意味のある調査にしなければならない。それにはいろんな手法を考えなければならない。あわせて、国と都の動向も捉えようと、そんな議論をしたところなんです。

ですので、介護保険課長を含めて、我々十分に皆さんの意見を伺いながら、いいアンケート、いい計画にしたいという強い思いを持っていますので、ぜひそこはご理解いただければというふうに思い

ます。今後もこの会での議論を踏まえて、丁寧な策定作業を進めていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

会長

補足させていただきますけれども、僕も東京都のほうの委員をやらせていただいています、次のこの9次高齢者福祉・介護保険事業のほうの、いわゆる国への要望に関しては、東京都医師会では、今、委員として、いろんなものをまとめているところなんですけれども、その中で、先ほど言ったようなことが、もう少し踏み込んだものが必要じゃないかと。特に、東京都というのは一番かかりつけ医が薄いところじゃないかというのはコロナ禍で分かったので、そこをもう少し丁寧にやっていかないといけないんじゃないかと。

地方の場合は、正直言って、医療従事者数が少ないですから、1人の先生がいろんなものを診て、いろんな方を診てくださっているし、かかりつけ医という考えが比較的浸透しているんですけれども、都会については、そこが難しい。

例えば立川市民であっても、3分の1の急性期の疾患は区部に行ってしまうている。例えばがんであったり、心臓疾患の難しいものは。だけど、慢性期になったら多摩地区に戻ってくるという明らかなデータがある中、そうするとかかりつけ医が都内にいる、あるいは60歳、65歳が定年退職したときに、会社の近くで診ていた大学病院とか大きな病院からこちらへ戻ってきたときに、かかりつけ医、どこなんですかといったら、〇〇病院の〇〇大学病院ということと言われる方が多いということも現実としてある。

特に、2025年問題に向かっては、そういう高齢者が、立川というのはある程度はベッドタウンですから、多くなってくると思うんですよね。そこを見据えて質問を考えていかないといけないんじゃないかなと、多摩地区は思います。

区部に関しては、その辺は、明らかにもういわゆる仕事場に、電車1駅、2駅で行けるからということで目をつぶる、同じ二次医療圏でいっているということで目をつぶれるんですけれども、やはり多摩地区に関しては、二次医療圏を超えて受診している方が多いということ踏まえて、こういうアンケートを取らないといけないんじゃないかなということが、東京都では我々意見しているところでもあります。それを踏まえて見たときに、ちょっとここ、立川市の内容としては弱いかなと非常に思いました。

先ほど、係長が介護レベルで見られるという話をされていたんで

すけれども、介護保険を使っている方というのは、もう正直言ってこのアンケートから外したっていいようなレベルの話だよね、使っていない人たちを、次使う可能性のある人たちを拾い上げないと、この間、僕メールで送った立川市の孤独死のデータが、実は非常に細かいのを分析させていただいて出したんですけれども、やはりその部分を拾い上げていかないと、どんどんそのざるから漏れてしまった人が増えるんじゃないかなと思います。

P部長が今言うように、非常にそういう検討がされているのは分かるんですけれども、地域特性をもう少し考えていただきたいなと、意見を述べさせていただきます。

次、協議事項の①です。

事務局

ありがとうございます。

続きまして、協議事項の①、医療と介護に関する地域課題ということなので、かかりつけ医に相談していたが精神科受診がスムーズに進まなかった事例についてでございます。

先ほども申し上げましたが、立川市の地域包括支援ネットワークにおいて、個別会議、小地域ケア会議、専門職会議、専門職支援会議、地域ケア推進会議と課題の共有、検討を行っていく中で、立川市全体における医療・介護連携の課題について、本協議会にご報告するとともに、各委員の専門的見地からご意見をいただきたく、今回議題提起をさせていただいております。

一例といたしまして、資料のほうに記載させていただいておりますが、脳梗塞の既往があり、かかりつけ医に定期通院していました。ところが、徐々に妻に対して暴力・暴言が出てきたことで、妻はかかりつけ医に相談し、軽い向精神薬を処方してもらっていました。しかし、暴言・暴力が収まらないことから、妻は地域包括支援センターに相談し、地域包括としては、精神科受診が必要と考えましたが、かかりつけ医と調整している途中で刃物を使用したため、警察へ通報、結果として精神科入院となりました。

ほかにも、未受診のみならず、かかりつけ医がいたとしても、症状が徐々に悪化している場合、もしくはもともと昔から精神症状が疑われているケースなどは、専門医につなげるタイミングが難しいことがあると考えられます。認知症もそうですが、急になる病気ではありませんので、医療につなげていくタイミングが図りづらく、早期受診が課題と言われております。

地域課題として、特に一般の方が受診しづらく、検査データや数値に表れづらい精神科という専門医については、受診をスムーズにつなげることの困難さを地域包括として感じているということです。

本議題につきましては、個別ケースということではなく、地域課題として抽象化しておりますので、最終的な結論をこの場を出していただくという趣旨ではございませんが、協議会の委員の皆様にご意見を求めたい内容といたしまして、早期受診につなげる立川市のシステムや在り方について、どんな支援があったらよいか、在宅での医療と介護のより円滑な連携を図るという観点からご意見をいただければと思います。

概要につきましては以上でございます。

会長

ありがとうございます。

事例①の説明がありました。委員より質問、ご意見があれば、お願いしたいんですけども。

どうですか、G委員、どちらが問題かということ①のほうですかね、G委員としては。

G委員

事例の①のほうで、こういうご家庭、実際に私も実は、ご夫婦で暮らしているお宅で、ご主人から暴言を受けている、奥さんが暴言を受けているようなご家庭に、実際ヘルパーとして入っているんですけども、奥さんが認知症のご主人の介護をされていて、入浴介助なども家でやっていたんですけども、ずっと暴言があり、なかなか介助させてくれなかったりとかということがあって、ヘルパーに依頼が来て、ケアマネから依頼が来て、実際、私がやっているんですけども、私が訪問しているんですけども、僕が入浴介助をするようになってから、大分その2人の夫婦の関係性というのが変わってきてまして、要するに第三者が入ることがかなり大事だなというふうに感じたんですね。

それから、さらにご主人もデイサービスに通ったりして、かなり暴言などが収まってきたということもあります、今現在はですね。

やはり、今、この事例では、本当に刃物を持ち出して警察に駆け込むという状態になってしまいましたけれども、この前の段階、どのぐらい、何か月こういう状態があったのかちょっと分かりませんが、その前の段階で、介護が、介護も医療もそうですけれども、関わって、第三者が自宅に入るといったことが、こういう状態を防ぐた

めには一番大切なのかなというふうに感じました。

会長 G委員、今のこれ、ちょっと具体的な話だけれども、そういうふうに行っていらっしゃるところに関しては、G委員が1人で行っていらっしゃるんですか。それとも、複数で。

G委員 1人で訪問しております。

会長 リスク、ないですか。

G委員 逆に、第三者に対しては、ご主人、すごいここにこされているんで、社会性というのがある、残っている方は、何と言うか、外面がいいというか、奥さんに対してはすごい言うんですけども、第三者に対してはすごい丁寧に接してくれるところがあるので。それが、定期的に介入するというのが、多分この、そういったご夫婦に対しては大切なのかなと感じました。

会長 D委員、何か。

D委員 この①のお話の方なんですけれども、やはり夫婦分離の必要性はあるというふうに地域包括支援センターで考えた時点で、やはりもうすぐに動けるような体制だったらよかったんだろうなというふうには思いましたが、具体的にどうすればというところまで、私もちょっとそこはうまく考えられなかったんですが、訪問看護、立川市の訪問看護ステーションの中に、精神科をほぼ専門としているステーションも何か所かあります。そういったところに、今後ということを考えてときに、こういう個別の事例もそうなんですけれども、断続的になのか、すぐに相談できるというか、何かそういうような連携、体制を取ることってできないのかなとすごく思いました。

あとは、もしくは訪問看護のそういう精神をやっているところとか、それからあと精神科のクリニックの先生方とか、そういったところで、包括なり、何か地域で困ったときにちょっと助けてくれるというか、アドバイスが求められるような、そういったところを何か確保できていたらいいのかなというふうに思いました。

あと、中には、立川市ではないんですけれども、訪問診療で、精神科の先生たちの訪問診療に携わっているというクリニックもあるので、そういったときの緊急避難というか、緊急的に、なかなかこういう方を受診という、もうかっとなっちゃいますし、精神科とか言っただけでもう怒り始めちゃうし、本当に受診、その人を連れていくというのがすごく難しいと思うので、そういう先生方に来ていただいてというところで診ていただくというのも一つだったか

などと思いますし。

それが、認知症初期集中チームの先生方の中にもいらっしゃると思うので、そういったところにすぐにつないで、すぐに動いてもらえるような、そういうようなシステムができるといいのかなというふうに感じました。

以上です。

会長

ありがとうございます。

そうですね、いきなり精神科じゃなくて、これ、一番最初の段階で認知症のサポートチームが入れば、もう少し違った事例なのかなと。特に、立川南、北、ありますので、そういうのも必要があればいいのかなと思うんです。

ケアマネジャーさんのほうから特にご意見ありますか。

B委員

ありがとうございます。

おっしゃられたとおり、第三者が入っていかれるのがとてもいいかなと思うのと、本当に精神科受診ってものすごくハードルが高くて、内科の先生に相談しても、精神科につなぐということはほとんどないかなというところなので、周りが、ケアマネジャーだったり地域包括支援センターが情報を提供して家族につないでということ、先生に持って行ってもらうというケースはあるけれども、内科医に、かかりつけ医でも相談しても、ちょっとそこから精神科ってつなげにくいんじゃないかなというふうに思いました。

あと、ご本人の配偶者だったり、ご家族が、主治医とのやり取りの中で、症状だったりを的確に、ここが困っているんだということ、を伝えられるかどうかというところはちょっとあるので、できればやっぱり地域包括支援センターのほうももう少し介入して、支援者として、クリニックとの直接的な連携だったりしていかないと、家族と先生だけだとちょっとスムーズにはいかないのかなと考えています。

また、訪問診療に、本当、精神科の先生がいてくれるとどれだけ助かるかなということは、みんな思っているかなと思います。なかなか精神のほうも診てくださる先生が、D委員おっしゃったように、行くのは難しいんだけど、来てもらうという方向で進められれば一番いいんじゃないかなとは考えました。

以上です。

会長

地域包括支援センターのほうで、それでどういうふうな関わりを



持てるかというところが、そこはどうですかね。一歩中に入るとい  
うところが難しいことは、もちろん重々承知なんですけれども。

L 委員

そうですね。地域包括支援センターの中にも、多職種の中には医  
療職がいて、その中で検討の中ではいろんな意見があったというの  
は実際されるんですが、システムとしてということでは、今言っ  
ていただいたようなところで、訪問をしていただける精神科医の先生  
という意見も出ましたけれども、我々という、具体的な事例でいう  
と、やはり保健所というところと、あとはやはり、ちょっと他市で  
今は思い浮かぶところがあるということなので、先ほど立川市でと  
いう、今後必要なシステムの中には、今言っていたようなと  
ころは必要になるのかなと。

どうしても地域包括支援センターは、こういう場合は、奥様が緊  
急避難的に避難できるかできないかとか、例えばご家族のところを  
含め、立川市は駅周辺はビジネスホテルも含めて夜間でも入れる場  
所もあったりもするので、そういう社会資本も見ながらとなります  
が、やはりこのタイミングというのが、数か月前であったりとか、  
私は逆に本当に助言をいただきたいなというところなんですけれど  
も、先ほどケアマネジャーのB委員もおっしゃっていただいたよう  
に、なかなか先生同士というところでも、つながりというか紹介と  
いうところは、私もハードルは高いように感じていますので、どう  
いったシステムというか方法が、こういうケースの場合、包丁を持  
ち出す手前での対応ができるのか、若干現状を考えると、こういう  
何か事が起きたときの対応に行きがちかなという現状であります。

以上です。

会長

非常に難しいですよ。今一つ、B委員が言った訪問診療で精神  
科をやっているところ、私も幾つか頭に浮かぶんですけども、本  
当の精神科じゃない。でも、頼るところはそこしかないというのも  
分かるし、手に負えなくなったらもうほったらかしにされて、最終  
的には警察扱いになってしまっ。

東京と大阪に精神科救急のコールセンターが1つずつあるんだけ  
れども、それ以外、全国的にないんですよ。非常に難しい。措置  
入院にまでつながれば、ちょっと違うんですけども、この辺は、  
多摩地域というのは意外に精神科の病院が多いので、意外にこうい  
う方は受けてくれる可能性があるんですよ。

特に警察扱いになった部分、今、3月までのデータで、大体どこ

の警察も週1人ぐらい、こういう方の逮捕者が出ているんですよ。どういふことかという、精神を病んでいる旦那さんが奥さんに暴力を振るって、DVということで、今DVはほとんど現行犯逮捕されますので、そうすると、その間に、この人、精神科だよねということで、留置のドクターが判断したときには、すぐ措置入院をお願いできるような形を取っているんですけども、それがそこで済めばいいんですけどもね。それ以上になってしまうと難しい。

逆に、この事例とは逆に、奥さんがやきもちをやいて、我々の訪問診療とか看護のほうに手を出しちゃった。さっき言った第三者が入ったときに、女医さんとか女性の看護師さんたちに、何やっているのと包丁を持ち出した方もいらっしゃる事例も、立川はありまして、非常にそれは、第三者が入ることがいいことなのか悪いことなのか、1人で行ったほうがいいのか、複数で行ったほうがいいのかというのは、事例、事例だと思うんで、非常に難しいなど。

ただ、精神科受診をスムーズにつなげるということというのは、ほとんど開業医の先生というのは、精神科で開業している先生はメンタルヘルスのほうがメインで、なかなか、いわゆる本当の精神科というのは専門病院でないと難しいのも現実でありますよね。

非常にこれは、こういうケースというのは今後増えてくるであろうという中、1つ、レスキューができる窓口を行政に、相談窓口が1つあれば、そこから末広がり、情報を持っているのが行政と分かれば、相談しやすいのではないかなと個人的には思います。

2のほうの事例に関してはどうでしょうかね。

Iオブザーバー、どうですか。

事務局

会長、すみません。そうしたら、②のほうの補足を私のほうから先に。

会長

どうぞ。

事務局

すみません。事例②のほうで、退院調整がうまくいかなかった事例について、こちら事例一例として協議会資料に載せておりますが、詳細につきましては、こちらに記載しておりますが、立川市民の方が市外の病院に入院した際の、この方、入院態度に問題があり、治療も終了していたことから、早く退院を進めたかったという事情で、退院先を探す際、病院より市へ退院調整の依頼がありましたが、その際、病院の地域医療連携室は関わっておりませんでした。市としましては、地域医療連携室へ対応を相談したものの行わ

れず、結果、市の職員が退院調整を行い、介護老人保健施設への入所となりました。

こちら、課題といたしましては、退院調整は病院の地域医療連携室が主に行っており、病院や地域の関係機関が協力しながら、本人の意向に沿った退院先を調整し、安心して暮らせる地域を目指す必要があると考え、議題提起をしております。

ご意見いただきたい内容と、こちらにあります。退院調整を行う際の現状といたしまして、病院側の立場と在宅側の立場ということと、今回は立川市内の病院ではありませんでしたが、市民が退院後も安心して過ごしていくために、関係機関が連携して支援を行う必要があります。病院、関係機関がそのような意識を持つことができるようにするためには、どのような支援が必要かということでご意見いただければと思います。

会長                   これ、独居なんだよな、たしか。独居でしょう、家族がいるケースじゃなかったんだよな。

事務局               この方は独居……はい。

会長                   家族がいるケースだったら、家族がもう少し関われるんだけれども、そうじゃないと非常に難しいし、病院側が早く退院を進めたいというのは、立川以外の病院は普通だよ。立川の病院は、うちのほうのQ先生が、そういうことをしたら怒鳴り込んでいったから、昔。だから、非常に立川の病院はこういうことないんだけれども、ほかのところはいまだにあるよ。

I オブザーバー、どうですか。

I オブザーバー   正直、この事例を読んだときに、今もこんなところがあるんだなという、ちょっとびっくりしたんですけども、当院の場合は、お1人ですと自宅に帰れない方に関しては、もう100%地域医療連携室が介入して、退院調整看護師なり、ソーシャルワーカーなりが必ず入っているんで、こういうことは起きないかなというふうに自負はしているんですけども。

やはり、今、予定入院に関しては、入院前にもう1回面談を患者さんやご家族として、どういうふうに退院後過ごしていきたいとか、退院のときにどういう状態になっているから、こういう支援が必要かみたいなのを、もう入院前から話し合っ、入院を迎えて、入院中に様々調整をするという形になっているので、今回のような、緊急入院だと、もともと予定としてそれが難しいですけれど

も、緊急入院も入院した日、もしくは翌日には必ず地域医療連携室のスタッフが介入するので、なかなか退院が決まってからこういうふうに動くケースというのは、現状はないし、病院として、今の立川市で患者さんをお帰しするときに、市役所さんであったり、ケアマネジャーさんであったり、本当に連携が取れていて、困ることはあまりないので、立川市としては、市内の病院に関しては現状で十分なのかなと思うんですけれども、やっぱりこういう病院が今もあるということであれば、ちょっと病院さんとやっぱり連携を取れる、何ができるんでしょうか、難しいなとちょっと思ったんですけれども。

でも、こちらの病院のこの地域連携室が関わらないということは、やっぱりすごい問題だなと思うので、ちょっとそこを突いていくしかないのかなと思ったりしました。

会長

D委員、どうですか。

D委員

立川市に関しては、会長やIオブザーバーがおっしゃったとおりで、地域連携医療は、地域医療連携室は必ず関わっていただいています。それでも、訪問看護という立場で、退院しても看護が入る場合ももちろん退院前カンファレンスが、ほとんどの場合、開催されていますし、それから、私どもが訪問しているような利用者さんが入院した、そのときに、その後どうしようというときにも、必ず地域医療連携室のほうから連絡があって、やり取りをして、ケアマネジャーさん含め相談するというケースがほとんどになってはいます。

やっぱり私も、なぜ地域医療連携室が関わらなかったのかなというところは、ちょっと甚だ疑問で、少し強く言って、地域医療連携室で入ってほしいということを強く要望していったりだとかしていただくしかないのかなというような気がしましたけれども。すみません。

会長

これは、本来であれば医療法違反なんですよ。地域医療連携室が関わっていなければ、加算が病院取れないので、1か月分返戻になりますので、本来であれば、この事例があれば東京都医師会とか東京都の厚生局に言えば、その病院、数億円の多分返戻を求められるので、ぜひ立川市としては言っていたきたいんですけれども。

正直言って、今、IオブザーバーとかD委員が言ったのが本当であって、立川は恵まれているなというのと、ただ、実は最近、コロ

ナ禍において、高齢者がコロナになったときに、認知症で結構家族が大変なんだけれども、コロナになったから、それでもH病院とかR病院とか、S病院が取ってくれた後に、引き取らないんですよ、家族が。これ入院しちゃったから、じゃその後、どこか施設探してとか。それやられちゃうと、ベッドコントロールができないので、最近はもう、そのかかりつけ医であったり、開業医の先生に、医師会のほうから、入院させるんだけれども、10日目には問題なかったら帰すから、あとは自分たちで考えて、家族でと。それだったら入院させるよと言ったら、結構うまくキャッチボールができるようになって、病院側からもそういう文句が出なくなったので、ある程度そういうことがもともとこの地域は出来上がっているのかなと思います、コロナ禍でも。

それを考えるときに、これをどういうふうに考えろと言われたら、立川の場合はうまくいっているから、ほかの行政と話し合うべきかなと思います。区部からうちのほうに訪問診療依頼来るときも、地域医療連携室通すんですけれども、やはり結構いい加減なところは多いです。いい加減なところが多いとどうなるかと、困るのは患者さんですから、こっちはしつこいぐらい何回も聞く代わりに、いろんな報告書も出して、最後は主治医と話をして、なるべく間を空かないようにしていますので、そこまで立川ってやるんですねとよく言われるんですけれども、それが、ここは普通だと思っても、ほかのところでは普通じゃないというのが現実的にあるということ、市がもう少し理解をさせていただければ、非常に恵まれているんだなと思っていただければ、少し幸いです。もちろん行政がいろいろやってくれているからなんですけれども。

どうでしょうか、N委員。

N委員 私も作ってきた中に、先生と同じように、これは明らかに診療報酬の算定違反になるので、組合か国保連合会に名指しで出したほうがいと書いています。

会長 それは、本当に大事なことなんだよ。そういうことをやることによって、向こうが、次はできないと分かるから。多分、これ病院あたりだと、月6,000万とか1億ぐらいになる。

N委員 立川市の病院では今回の様な事例はないので本当に良いですが、立川市内で開業医さんもかかりつけ医もいて、これだけ大きな良い

病院がたくさんあるのですから、立川市民は市内の開業医と病院で全部完結できますということを、立川市のほうから市民に、入退院の連携の仕組みなどを広報特集号で十分伝えたら良いと思いました。

1点だけ、前にも立川市の病院と在宅関係者の入退院時の連絡フォームが病院ごとに異なるフォームがあるというのを、3年ぐらい前に私は指摘しました。町田市は20病院が全部同じフォーマットでやり取りしているそうです。もし、多職種の方々が不便を感じていなければ、私、現場の人では無いので良いですが、もし市内の全病院が同じフォームで開業医、訪問看護ステーションなどと入退院の連絡をやり取できる仕組みが出来ることで、皆さんが助かるのであれば、考えてはどうかと思います。

町田市は訪問看護ステーション連絡会とケアマネ連絡会がそういう要望を出して、市の職員の人が病院と調整したということをお聞きしております。

会長 補足ですけれども、東京都にもあるんですよ。それを町田市は使わないで、独自の方法でやられているようで。

N委員 そうですか。

会長 どういうことかというのと、町田市の方が、多摩地区なんで、区部に行ったときに全く情報がないということをおっしゃっていたので。特に町田は大きい病院がないので。

N委員 立川市は共通の都の連絡フォームを使っているのでしょうか？

会長 東京都のを使えばいいんですけれども、皆さん使わないでもう成り立っているんです。町田は病院がないので、大きいのが、T病院しか。たしか、あれU病院も入ってくれたんですよ。V病院とか。だから、それこそ他の市の病院を入れるということが必要かどうかという話になっているんですよ。

ただ、もう一つ、今東京都は東京医療ネットワークというのを、この辺だと今はR病院が入って、今度はH病院もたしか入るんですけれども、その人のデータを、例えば訪問診療とか開業医さんが紹介、逆紹介したときに、データを全部見られるという、1つのカルテで共通でできるということが今始まっています。2025年には、多分東京全域でということで、今東京都と東京都医師会でやっておりますので、恐らくそれを延長として使えるんじゃないかなと思います。

N委員

もう1点だけ、事例①に関して、地域包括支援センターの中の、3役の中の社会福祉士は、精神社会福祉士の方もいらっしゃいますよね。非常に数が少ないので、埼玉県の志木市は、高齢福祉課という名前を変えて、今は地域包括ケアから地域共生社会への意識変革の意味でも地域共生課という名前に変えました。そこで今までは高齢者を扱う介護保険、精神なり障害保険の人の縦割りもあり、また、介護保険の人数、高齢者のほうが多いので、精神科領域をやっている障害関係の人たちの連携と知識が蓄積しないという弊害を無くすために全員で一緒に地域共生課で、障害関係の人たちも、介護保険関係の人たちも全て組織も含めて合同でやるという仕組みにしたそうです。結果的に介護をやる人たちも、障害をやる人たちの連携も非常に良くなったそうです。そういう意味では、先ほどD委員が言われた「仕組みをつくる」という意味では、6圏域の中の精神福祉士の人が多ければいいのかを市で把握して、できれば、もし6圏域1人ずついないのであれば、窓口の様な形で、その精神福祉士の人が多ければこういう事例の窓口になる。それで、アウトリーチの、この事例では、認知症でよかったかもしれないけれども、もっと強い精神の人の場合には、アウトリーチのチームの中に精神科もできる、そういう人を入れて、グループ化みたいなことをしておくのがいいんじゃないか。

さらに、WさんやXさんの様に精神専門の訪問看護ステーションもありますので、そういうところもそのグループに入っているということが、一つの方法になるかと思いました。

会長

ありがとうございます。

では、よろしいでしょうか。本日、各委員から出た意見については、地域ケア推進会議及び連絡会等で共有してください。

議題については以上となります。

事務局から連絡事項の前に、次は11月25日ですよね。その前にたしかH病院で研修会あるんじゃない。何月何日だっけ。

I オブザーバ

もうちょっと後、12月。

ー

会長

12月、じゃ後でいい、ごめん。

よろしくお願いします、事務局。

事務局

ありがとうございます。

次回の協議会は、今、会長からご案内ありましたが、11月25日

金曜日の、時間は1時30分から、場所は今回と変わらしまして、1階の101会議室、正面から入ってすぐ隣の会議室となります。

本日も、円滑な会の進行にご協力いただき、ありがとうございました。

会長

では、これもちまして、第2回在宅医療・介護連携推進協議会を終了いたします。

どうも長い時間、ご苦勞さまでした。