

参考様式 1 (開催概要)

平成 27 年度第 1 回足立区地域包括ケアシステム推進会議
医療・介護連携推進部会会議録

会 議 名	平成 27 年度第 1 回 足立区地域包括ケアシステム推進会議医療・介護連携推進部会		
開 催 年 月 日	平成 27 年 12 月 14 日		
開 催 場 所	勤労福祉会館		
開 催 時 間	14 時 00 分開会 ~ 16 時 00 分閉会		
出 欠 状 況	委員現在数 19 名 出席委員数 15 名 欠席委員数 4 名		
出 席 者	太田 貞司	酒井 雅男	山中 崇
	須藤 秀明	花田 豊實	鈴木 優
	鵜沢 隆	浅野 麻由美	伊藤 俊浩
	縄田 陽子	西島 久雄	緒方 邦子
	日比谷 松夫	橋本 弘	井元 浩平
事 務 局	事務局：高齢サービス課 絆づくり担当課、福祉管理課、介護保険課、援護課、こころとからだの健康づくり課、足立保健所中央本町地域・保健総合支援課、社会福祉協議会		
会 議 次 第	別紙のとおり		
会議に付した議題	<p>【報告・検討事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 部会長及び副部会長あいさつ 2 在宅医療・介護連携における取組みについて 3 地域資源マップについて 4 多職種連携研修会について 5 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討について 6 事務連絡 		
<p>依田高齢サービス課長 皆さま、こんにちは。</p> <p>定刻でございますので、ただいまから「平成 27 年度第 1 回足立区地域包括ケアシステム推進会議医療・介護連携推進部会」を開催させていただきます。</p> <p>本日、皆さまにおかれましては、先日ご提出いただきました専門部会参加希望書に基づき、医療・介護連携推進部会委員としてお集まりいただいたものでございます。</p> <p>年末のお忙しい中、ご参加いただき、誠にありがとうございます。</p> <p>私は、本日の司会を務めさせていただきます高齢サービス課長の依田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>初めに、この会議でございますが、足立区地域包括ケアシステム推進会議医療・介護連携</p>			

推進部会設置要綱第6条により、委員の過半数の出席によって成立することとなっております。現在、過半数に達しておりますので、会議成立となります。

皆さまからの活発なご意見、ご質問をいただくためにも、迅速な会議進行にご協力をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

まず、本日の資料の確認をさせていただきます。

本日の資料は事前に送付をさせていただいております「次第、資料1、資料2、及び本机上に配付いたしました資料2部」、追加で何部かお配りしておりますので、後ほどご確認をいただければと思います。不足する場合には、挙手いただければ係の者がお配りいたしますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

なお、この部会の委員名や会議録につきましては、区民の方に公開することとなっております。記録の関係上、ご発言の前にはお名前をお願いいたします。

続きまして、部会長の就任についてでございます。足立区地域包括ケアシステム推進会議条例施行規則第4条により「部会を設置する場合は会長が推進会議の委員のうちから部会の委員及び部会長を指名する」こととなっております。今回、諏訪会長の指名により、太田委員に部会長にご就任いただくこととなりました。

また、同様に、要綱第4条に基づき「部会には部会長の指名により副部会長を置くことができる」となっております。今回、太田部会長の指名により、本日欠席ではございますが、諏訪委員、酒井委員、山中委員の3名の方に副部会長をお願いすることとさせていただきました。よろしくお願いいたします。

それでは、太田部会長、就任のご挨拶をお願いいたします。

太田部会長

座って失礼させていただきます。

今、お話がございました部会長という大役をうまくできるかどうかわかりませんが、皆様のご協力で務めさせていただきたいと思っています。

私は、今、浜松の大学なのですが、もともと東京でソーシャルワーカーなどをしていました。山中先生がおられたところ、荒川区の保健所の神経難病の人たちとか、高齢者の相談員を、非常勤なのですが、80年代に10年ほどやっておりました。その関係で、医療の方々から随分学びながら福祉を勉強してきましたが、今も社会福祉の担当なのですが、医療と福祉の接点みたいなことをずっと考えてきました。

後でまた申し上げる機会があるかもしれませんが、この間、地域包括ケアシステムの中で、医療と介護の連携、連携というより協働だと思うのです。協働が極めて大事だと。後で須藤先生のほうからもあるかと思うのですが、すごく大事だと。しかも、病院の改革が随分進んできています。ですから、それに対応する地域の体制をどうつくるかということが、医療と福祉、医療と介護、福祉と一緒にやっていくということが必要だということが随分と言われるようになってきました。

そこで、私も東京都社会福祉協議会で、退院支援のプロジェクトの委員会でいろいろ勉強させていただいたり、その過程で荒川区の医療と介護の連携の会議とか、府中市とか、江戸川区とか。前に神奈川の大学にいたものですから、鎌倉市とか、そういうところで少し

いる医療と介護の連携について勉強させていただきました。

感じているのは随分地域地域で違うなと思っているのです。しかも、大事なものは、多くの人の声をどう集められるかというのはものすごく大事で、しかも専門職だけでなく、地域のいろんな方々と一緒になってやるということがとても大事だなと思っていますので、その意味で皆さんのご協力で進めさせていただきたいと思っています。

どうかよろしくお願ひしたいと思います。

依田高齡サービス課長

ありがとうございました。

続きまして、酒井副部長、就任のご挨拶をお願いいたします。

酒井副部長

足立法曹会の酒井雅男です。

今日は、地域包括ケアシステムの構築ということで、足立法曹会としてどのように関わっていくことができるのかなというのが非常に課題でして、まず、私はこの地域包括ケアシステムの会議の中でいろいろなものを吸収して、法曹家、法律家としてどういう協力体制を組めるのかということ、まず、足立区で確認して。また地域の法曹会のほうに発信していくことができれば、本当の意味で法曹会が地域に密着していっていると、敷居が高くないと認めていただける存在になるのかなと思っています。

今回、地域包括ケアシステムというもののの中に、どうにか法曹家も関わっていくことによって、ある意味がちがちではなく、でも、何かあったときには頼りになる、スムーズに、円滑に進めていくことができるという、そういう一翼を担っていけるような法曹会の役割を探していきたいと考えております。

今日は、報告資料の中に、既に足立区医師会、歯科医師会、薬剤師会、各介護事業者の方のいろいろな研修会が進んでいるということです。ただ、法曹会というものは、ちょっと傍観しているというのを、この研修会報告書を見て、茫然としているところなのです。どうにか法曹会の立ち位置というものを見つける一助にしたいと思っています。

よろしくお願ひいたします。

依田高齡サービス課長

ありがとうございました。

続きまして、山中副部長、就任のご挨拶をお願いいたします。

山中副部長

東京大学医学部在宅医療学拠点の山中と申します。

私は、もともと女子医大の東医療センターの在宅医療部というところで訪問診療、往診を行っておりまして、病院がある荒川区、足立区エリア、北区という3区にまたがって訪問しておりました。ということで、ある程度の土地勘と環境は理解しているつもりでございます。

足立区多職種連携研修会の報告が本日ございますが、この第1回、第2回研修会に参加させていただきまして、第3回は残念ながら、学会のために欠席となりましたが、2回の研修会を見ておりまして、順調に走り出しているように思います。

顔の見える関係をつくるという当初の目的は達成されつつあると、これを拡大していけば

よろしいのかなと思っております。

最終的に現場に必要なのは、サービスがあるだけではなくて、それぞれの専門性がしっかりしてあって、同じ方向を向いている。理念を共有して取り組んでいるということが、最終的に大切になるかと思っておりますので、そういう方向に向かって、この連携研修会が回を重ねていくといいなと思っております。

この多職種連携研修会並びにこの部会などを通して、地域包括ケアシステムの構築に少しでも協力できればと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

依田高齢サービス課長

ありがとうございました。

それでは、議事に入ります前に、本日、一番初めに足立区医師会会長 須藤秀明先生より「地域包括ケアシステムの構築に向けて 足立区医師会の取り組み」ということで、ご講演をいただきたいと思っております。なお、パワーポイントの資料につきましては、席上に配付をさせていただいております。ご参照いただければと思っております。

須藤先生、よろしくお願いいたします

須藤委員

ただいまご紹介いただきました、足立区医師会の須藤でございます。

貴重な時間をいただきまして、本当にありがとうございます。

地域包括ケアシステムの構築ということで、足立区医師会が取り組んでいるもの、また、今後、足立区医師会が考えているもの、これをこの場をおかりしまして話させていただきたいと思っております。30分弱ですが、お付き合いいただければと思っております。

もうそちらのレジュメに別のところに出ておりますが、高齢化率や何かのいろいろな推移ですね。グラフとして出ております。

日本の高齢化の現状というのは、皆さまよくご存じのように、少子高齢化になっているということです。医療の現場ではどうなっているのかというのをちょっとお話しさせていただきたいと思っております。

高齢者人口が増えてくれば、当然のことながら、死亡者数の増加につながってきます。病気を持っていないくても、その人の寿命として亡くなっていく。高齢者人口が多ければ、当然そうってきます。

このグラフの色が濃いところまでは実際の数値で、その後は推計値を出しております。そうしますと、2030年には年間で約160万人の方が亡くなるだろうと推定されています。現在は約120万人ということになっております。

結局、その分の数が増えるわけですけれども、では、これらが今、どこで看取られているのかという問題になってきます。そうすると、この縦棒が色分けされておりますけれども、グリーンの濃い棒の部分は病院での看取りを表わしております。それから、この青いところが介護施設、オレンジ色のところが自宅ということになっております。

この棒グラフを見てみても、1975年には自宅での看取りと病院での看取りが半々ぐらいの状態でした。私が開業したのは1988年ぐらいです。ですから、まだ開業したときには年間で3人から4人の患者さんを自宅で看取らせていただきました。現在はというと、1

人、2人あるかないかという段階でございます。それだけ病院での看取りが増えているという現状でございます。

では、他国ではどうなのかということで、病院での死亡の各国の比較でございますが、日本は実に81%の人が病院で看取られている。それに反して、多少年代が数年異なりますけれども、オランダは35.3%の人が病院で看取られる。残りは在宅か介護施設で看取られている。スウェーデンは42%、フランスでさえ58.1%、アメリカが41%ということで、いかに日本は病院での看取りの数が多いのかということが表わされております。

そうすると、どういうことが起きてくるか。高齢の患者さんが増えてくる2025年に向けて、今回、推定は2030年ですが、国は医療機関の病床数は増加しませんとっております。これ以上増やしてもしょうがないでしょうと。では、どこで看取り場所をつくっていくのかという問題になってきます。

介護施設での看取り、今、特養とか老人ホームで看取るようにしましょうという方向で動いておりますが、現在の2倍整備しましょうと。自宅での看取りを現在の1.5倍に増加しましょうと。増加した数がこの人数でございます。

この3つを足してみても、160万人にはならない。実に40万人が看取りの確保が困難であるところで表されております。

では、この約40万人をどこで看取ればいいのかというのが、今後、2025年に向けての大きな課題の一つになっているわけでございます。

2025年、国はどうしましょうかということで出てきたのが、病院機能の細分化でございます。今までは急性期医療をやっている病院でも一般病棟とか、さまざま、ごっちゃになっていましたけれども、それをもっときれいに分けましょうということで、現在は一般病床という一つのくくりで括られていますが、それを、もう始まっております高度急性期医療の病床、一般急性期医療の病床、今でいう一般病床が移行していくわけでございます。亜急性期、いわゆる回復期病床、そして、長期療養の病床としっかりと分けていきましょうということです。

介護型の療養病床はなくしていきましょうと。そして、介護施設を充実させて、それから、居宅サービス、在宅サービスも充実させて、なるだけ在宅のほうへ転換していきましょうというのが国の考え方でございます。

さらに、これは現在ですが、2025年に向けてしっかりとした高度急性期病床、一般急性期病床、亜急性期病床、長期病床と、こういうことをしっかり分けようということがイメージとしてつくられております。

その病院のところ、医療機関側からすれば、自分のところは何をすればいいのかという選択がここで起きてくるわけです。そして、機能分化、同時に、介護のほうでは24時間の巡回型サービスとか、介護職員による喀たん吸引ができるかどうかとか、そういう問題が起きてきて、地域包括ケアに向けた取り組みが現在行われているということです。それら医療と介護が一緒になってやらないと、今後、同じ一人の患者さんを診ているわけですから、さっき太田部会長がおっしゃられましたように、協働作業として一人の利用者の方、医療側でいえば患者様を診ていかなければならないということになっております。

先ほど、太田部会長が地域地域によって全然違うのだということをおっしゃっておりましてけれども、まさにそのとおりでございます。

国が考えている、そこで出てくるのが医療構想というものです。どういう病床群がどの地域にどれだけあればいいか。そして、例えば先ほど言いました、高度急性期病床はこの地域にどれだけ病床数としてあればいいのか。亜急性期、回復期病床はどのくらいあればいいのか。そういうものを医療構想という言葉で考えるようになってきております。

ただし、この問題は、大体国が考えているのは、20万から30万の人口のところにとどのくらいの病床数があればいいかという考え方なのです。それを考えると、足立区はもうそれだけで70万人近くの区民がいるわけで、それをまた分断するのかということにもなりかねないということで、東京都医師会に私は毎月1回行っておりますけれども、東京全体で考えまじょうと、東京都医師会はその考えで押しております。そうでないとやってられないでしょうということです。

これから、患者様の流出、流入のお話をさせていただきますが、どれだけ文京区に高度急性期病床が多いのか。皆さま、よくおわかりになると思いますが、大学病院がいっぱいあって、公的病院もいっぱいある。では、足立区はというと、公的病院が全くない区です。高度急性期病床、どこが足立区内で受けるのかという問題が起きてくるわけで、足立区は70万人ですけれども、国が考えている20万～30万人のところにつくりなさいというのは到底無理な話でございます。

そういうことで、今、東京都医師会が考えているのは、東京全体を一つの医療構想の地域として考えていきたいと思いますという考え方でございます。

今、医療の地域であまり聞かれたことがないと思いますが、二次保健医療圏というものがあります。これは、各ブロックに分かれておまして、足立区はこちらの区東北部という地域に属しております。区は足立、荒川、葛飾の3区でございます。そのほかに、例えば、文京区などが入っております区中央部保健医療圏というものもありますし、幾つかのブロック分けがされております。そして、西多摩とか、北多摩西部というふうに、都下のほうのグループ分けもされておると、これが今の二次医療圏ごとの分類でございます。

このブロックごとに何床の病床数が必要なのかというのを考えていきたいと思いますという考えです。そして、東京都の考え方は、先ほど言いましたように、高度急性期病床はその考え方を外しましょうということです。

では、足立区の実際の現状はどうなのかというと、これはちょっと古いですがけれども、足立区の医療機関数は444施設あります。一般病床が579.5床、療養病床は169.5床ということで、23区の平均からすれば、一般病床が668.4床ですから、少ないわけです。まだ足立区内でそういう意味で多少増やす余裕があるということ。それから、療養病床に関しては意外と多いと。23区平均が122.9床で、169.5床あります。精神科病床は非常に多い。幸いなことに、そういう意味で非常に恵まれております。

184.7床、23区平均で87.2床ですので、多いということです。

そして、診療所の数はというと、10万人当たりですが58.9施設、区東北部の平均で71.2施設です。23区平均では107.4施設ということで、これから見ると足立区の

特色というのはベッド数の少ない小規模病院が多く、しかも、診療所の数が少ないというのが特徴でございます。

これが先ほど言いましたように、足立区には公的病院、大学病院がなく、急性期病院が非常に少ない現状です。そして、300床以上の病院は3施設しかございません。ですが、そのうち2施設は精神科施設でございます。そういうことで、非常に病床数に関しても、また、特に診療所の数に関しては少ないという現状がございます。

先ほど言いました、この二次保健医療圏、足立、荒川、葛飾の3区、患者様が高度急性期医療を必要としたり、あるいは特殊な治療を必要としたりして、他区から区東北部、足立、荒川、葛飾の医療機関を目的として入ってくる人たちは何パーセントいるのかということですが、それで見ますと、26.9%と非常に少ないパーセンテージでございます。先ほど言いました、区中央部、大学病院が非常に多い区は、実に他区から76.5%の患者さんが利用しているということになるわけです。

逆に、今度は出ていくのはどのぐらいいるのか。足立区が入っている区東北部は実に半分近くの患者さんが他区のほうへ出ていっております。これはやはり足立区内に公的病院がない、大きな病院、専門の病院がないということが一つの原因になると思います。

そうすると、出ていく患者さんが47.2%で、入ってくる患者さんが26.9%、この差はどこに行ってしまうのということです。結局、出て行ったきり、あまり帰ってこないという現状がございます。

ところが、患者さんも高齢化してきていまして、なかなか通いきれなくなってくる。通いきれなくなったときに、近くでどこに行けば私の治療を継続してやってくれるのかという不安が非常に常にあるわけです。こういう現状が今、足立区にはあるということを知っておいただきたいと思います。

そういう医療の面から見た現状をざっとお話しさせていただきましたけれども、それでは、2025年に向けてどういうことに医師会として取り組んでいこうかということになるわけで、一つは、足立区における医療・医療機関情報の共有という問題がございます。これはかねて私と副会長の天沼先生が前から提案してきたことなのですが、せっかく足立区に住んでおられる方は、何とか足立区で完結できるような医療をつくっていかうのではないかとというのが目的でございます。

そうすると、大体診療所の先生方は、得意分野が必ずあるわけです。大学病院で研修を積み開業されるということで、消化器を専門にやっている先生もいらっしゃる、私は循環器が得意だよという先生、そういう先生がいらっしゃるのであれば、それぞれ得意分野を活かした診療をしていただくのではないかとというのが一つの考え方で、それであれば、各診療所の医療情報を共有できないかどうかということです。

それから、在宅医療の現場における円滑な多職種連携、これはまさに地域包括ケアの問題になってきます。

また、高齢化とともに、増大してくるのが認知症の患者さんですが、認知症サポート医の育成と、地域包括支援センターの連携をいかにやっていくか。現在、もの忘れ相談ということ地域包括支援センターでやっておりますが、そこには認知症サポート医という資格の先

生方に参加していただいております。そういう連携をしていかなければならない。

それから、在宅医療にかかわる多職種のスキルアップ。お互いにお互いのことを知ろうではないかと。そして、医療のことはこういうところはちょっと知っていてほしいとか、在宅の介護面でこういうところを我々は知っておかなければいけない。そういう情報を共有しあって、お互いにスキルアップしていこうということ。

それから、ちょっと飛ばしましたけれども、訪問診療に対応できる医師の育成。これは本当にこれからの非常に大きな問題だと思います。おわかりのように、我々も年齢をとってきます。私も10年後は70歳を過ぎます。そうしたときに、本当に今の状態で往診ができているのかどうか、そういう問題が起きてきます。

私は、東京内科医会という組織にも所属していますが、そこで先生方の何パーセントが往診をしているのでしょうかというのをアンケート調査しましたところ、半分ぐらいの先生がやっていますよということで。

では、月に何件ぐらいやっていますかという、ほとんどが月に1件から6件ぐらいまでですね。一部の専門にやっているところが1つに1,000件ぐらい診ていますとか、本当に両極端に分かれてしまう。

ただ、数件をやっている先生方は、多分、開業医の先生方だと思いますので、患者さんを診ていただいている先生方が高齢化してくると、なかなか外に出ていくというの難しい問題になってくるので、やはり医師の人材育成というのは本当に重要な問題になってくると思います。

これらのことを兼ねて地域包括ケアの構築に参加できればいいなと思っております。

先ほどの1番、情報共有。どこの診療所が何を得意なのかというのを目的としたものが、疾患別情報ネットワークでございます。医師会の中に、今、これだけのネットワーク事業が動いております。毎年、賛同して積極的にやってみたいという先生方が、このネットワークの中に入れていただいております。

この情報は、このCD-ROMに毎年更新しております。これは大体周辺の公的医療機関にお渡ししているのですが、大体が診療部長止まりでなかなか外来まで下りてきていないということで、紹介をどこにしたらいいのかということになりますと、なかなかこれがまだ活かされていないという状況にあります。

それから、在宅医療の分野では、在宅の訪問往診可能な医療機関とか、在宅支援診療所はどこにありますかとか、強化型の医療連携グループ、緩和ケアをやってくれる医療機関はというのは、これもアンケート調査をして、一覧でCD-ROM化しております。

こういうことをやっておりますが、あくまでアンケートでとるので、やはりこういうことを区が行政としてしっかりと調査していただけると、より正確な情報ができるのではないかと期待しておるわけでございます。

もう一つ、これもICT (Information and Communication Technology) という、ネットやコンピューターを使った医療と介護の連携ということで、医師会では平成24年から東京都の委託事業として在宅と総合支援体制構築事業というのですが、そこでやっております。

24時間診療体制の現状の問題点とか、活用できそうな医療・福祉資源等、現在、在宅に関

しての強化型病院4施設と診療所12施設の5グループでスタートしまして、今、実際に2つのグループが動いております。医療と多職種連携クラウドを利用した在宅医療・在宅介護の情報共有事業という名のもとに、要支援者、要介護者のケア情報を共有化しております。

ご覧のようなケアマネさんとか、訪問介護士さん、薬剤師さん、歯科医師さん、そういう職種の人たちに入らせていただいております。まだ介護職の人たちまでは入っていないというのが現状でございます。

クラウドコンピューティングというのは、皆さん、ご存じのように、どのような端末からもアクセスできるということで、ICT導入によるクラウドネットワーク研修会というのでも2回開催させていただいております。

これをやることによって、1人の患者さんの情報をみんなで共有していきましょうということで、今まで紙ベースでいろいろやっていると、なかなか連絡を取り合うのに時間がかかりますが、ネットを使って更新すれば、こういう情報が共有化できますということです。

ただ、ここでいつも問題になるのは個人情報の問題になります。この場合ですと、医療安全で1つの引き出し、例えばたくさん引き出しがあって、1人に1つ個人の引き出し、その引き出しに入れるのは限られた人だけということで、暗証番号を入れて、認められた人だけ入れるというような安全管理をしておるということで、これは国が認めた安全管理をきちっと達成した会社がやっております。

これは、在宅介護ノートというのでも、介護保険課でつくっていただきました。実際、今、こういう医療機関が行っていますよというのを載っていますが、なかなかそれもまだ周知されにくくて進んでおりません。

それから、認知症サポート医というのがあります。認知症サポート医というのは、認知症にかかる地域医療の体制構築に中核的な役割を伴う医師のことですね。目的としてはア、イ、ウの3つがございます。これのサポート医の会というのもあります。

来年度、医師会の事業の中に一つ、サポート医が地域包括支援センターに、基幹介護センターに行くということは現在も、やっておりますが、なかなかそこからもっと足を伸ばして、同行して来られない人にも行ってみてはどうかということで、その事業を来年度立ち上げる予定でございます。

そのほかにも、ご覧になったように、同行研修、こういうことを訪問診療でやっていますよということを実際に見ていただきたい。

それから、シンポジウム・意見交換会、災害時にどうしたらいいのかということ、寝たきりの人が取り残されて、どうなるのだろう。こういうことについても話し合っております。

この場合、やはり先ほど言いました、ICTの導入が地域全体でなされていると、これが一般的に、平時のときは個人情報ですので、周りの人は見られませんけれども、災害時に限っては、災害時の個人情報の扱いということになりますので、この辺は法曹会の先生方にもご相談させていただいて、東京都の大地震が起きたとき、何とかその情報を活かしてほしいということも思っております。

これは常に情報が動いておりますので、一番新しい情報が常にその中であるわけで、この患者さんはこういう病気で、こういう薬を飲んでいてという最新の情報が例えば被災した方

がほかの病院に移ったときに、こういうものをオープンにというか、医療安全上の問題ということで見る事ができれば、個人情報の垣根を超えて、その人の役に立つのではないかと考えております。

あとは、足立区との協力事業で、先ほどの3回行われた他職種連携事業にも、協力させていただいております

私を含めた足立区医師会の夢としては、これらの情報を共有して、区民の方々の問い合わせや何かにぜひ答えられる。照会できるような、そして、区外に流出した患者様の、区外医療機関から区内に戻る場合の医療や介護に対するコンシェルジュ的な役割のできるどころ、情報センターをつくりたいと考えております。2025年までにつくれればいいかなと考えております。

そして、また、センターの中では、地域医療の介護研修センターも行われ、先ほど言いましたスキルアップ、お互いにスキルアップしていこうということで在宅栄養、NSTの問題とか、リハビリの問題、歯科のことを我々も知ろうという、いろいろな研修ができるセンターを構築しようということで、去年から特別委員会をつくりまして、今、検討しておるところでございます。

長時間にわたり、現在、足立区医師会として考えている内容を説明させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

依田高齢サービス課長

須藤先生、ありがとうございました。

いま一度大きな拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

それでは、以後の議事進行を太田部会長、よろしくをお願いいたします

太田部会長

それでは、進行をさせていただきたいと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

まず、次第に沿いまして、資料1、地域資源マップについてと、資料2の多職種連携研修会に取り組みられていますので、この2つの報告を依田高齢サービス課長さんのほうからお願ひしたいと思います。よろしくお願ひします。

依田高齢サービス課長

それでは、改めまして、高齢サービス課長の依田でございます。私のほうから資料1と資料2について説明をさせていただきます。

地域包括ケアシステムの推進にあたりましては、地域資源マップの作成ということで、一つお題目が挙げられております。私どもも春からいろいろと検討してまいりましたけれども、足立区はものすごく広いということもありまして、今年度につきましては、基幹地域包括支援センターの管轄地域においてテスト的に作成していきたいと考えております。対象となる事業所につきましては、医療機関ですとか、介護事業所等々の地域資源を踏まえて、現在、検討を深めております。

年度内に完成をする予定でございますけれども、1,200部程度を作成して、関係機関にお配りをして、そこでまたご意見をいただきながら、来年度以降、どのような形にしていくなのか、検討を進めていきたいと考えております。

次に、資料2をご覧くださいと思います。足立区多職種連携研修会の報告でございますけれども、足立区医師会と共催という形で今年度から始めさせていただいております。既に3回終わりました、4回目を平成28年2月16日の夜に開催させていただく予定となっております。

参加のメンバーでございますけれども、こちら正直、手探りでやっておりますので、なかなか一気にわっと広がらないところですが、1回目につきましては、医師会さん、歯科医師会さん、薬剤師会さんと地域包括支援センターで98名。

お題につきましては、具体的な事例として、記載をさせていただいておりますけれども、そのような方がいた場合に、どう対応して、どう連携していくべきか、結果をまとめ発表させていただいております。結果概要については、そちらに記載をさせていただいているところでございますが、主な発表内容としましては、関係機関、お互いの役割の理解不足ですとか、本人・家族との良好な関係が難しいとか、やはり関係者の顔を合わせる事が重要だということなどが主な内容となっております。

2回目につきましては、先ほど申し上げました方々に加えて、居宅介護支援部会の方ですとか、訪問看護部会の方に入らせていただいて、合計で75名の方、こちらにつきましては、もう少し大きい漠としたお題で「医療と介護の連携における問題点・課題」でやっていただきました。こちらについても、グループワークの結果として発表させていただいておりますけれども、まとめにあるように、コミュニケーション不足ですとか、習熟度に差があるとか、いろいろなところがありますが、先ほどから少しお話も出ていましたけれども、法的対応等の相談窓口の設置なども必要ではないかとか、いろいろなお意見をいただいております。

また、3回目につきましては、さらに参加の方を増やさせていただきまして、事業者連絡協議会の通所部会ですとか、訪問部会の方にも参画をいただいて87名の方、こちらにつきましてもグループ討議をしていただいて、テーマは「在宅医療におけるリハビリの適応と課題」ということで検討をしていただいております。また、発表もしていただきまして、記載のとおりですが、こちらにつきましては、リハビリの概念がなかなか千差万別ということで、リハビリに対する意見の違いがみられたということがございます。

ただ、1回目から3回目を通して、私もずっと同席しておりますけれども、私のほうで感じているところで申し上げてさせていただきますと、発表の内容はほぼイコール、テーブル10個つくっていただくという形で、12というときもありますけれども、やらせていただいて、どこの班も発表の内容はほぼ同じかなと思っております。ですから、課題は共通認識をしていて、その課題にどう取り組んでいきますかというところの具体的なツールですとか、そういったものが必要になってくるのかなと思っております。

また、席上に先に配付をさせていただきました「高齢者分野・認知症に関する基礎的な情報」ということで、第1回推進会議本会議のときにもう少し数字が欲しいということでご意見をいただいたものの、今、間に合う段階での数字をお出ししたものでございます。

この中で、私どもとして注目しているのは、4ページ目にあります85歳以上の高齢指数と高齢化率ということで、85歳以上の方々の人数がどんどん増えていきますよということで、今、1万7,000人程度ですが、10年後にはほぼ倍、その後もどんどん増

えていって、4万人を超えていくという話になっております。こちらのほうが一番特に注目をしなくてはいけないところかなと思っております。

簡単ではございますが、私からの説明は以上でございます。

太田部会長

ありがとうございました。

今のご説明で、ご質問とかをお受けしたいと思うのですが、その前に、山中先生は実際に出ておられて、何か補足とかがございましたら。

先ほどもちょっとお話が出ましたが。

山中副部会長

足立区が多職種連携研修会に2回参加させていただきまして、先ほどお話しさせていただいたとおり、関係職種の顔が見える関係をつくるということに関しては、順調に滑り出しているのではないかと考えております。

そのところでは、医療職、介護職が連携を図るということですがけれども、もう少し大きな括りの中では福祉。医療と介護と福祉という3つの分野が有機的につながることが必要かなと思っております。

以上です。

太田部会長

ありがとうございます。

ほかにも出ておられる方がおられるのではないかとと思うのですが、いかがでしょうか。

では、ぜひ補足をしながら、大分共通認識が出てきたという話で、ちょっと補足をしていたければありがたいと思います。

鵜沢委員

居宅介護支援部会の鵜沢でございます。

この研修会には2回目、3回目と出席させていただきまして、これだけの人が集まれるのだというのが、まず、正直な感想というか、印象を持たせてもらいまして、やはり班で話し合っって。先ほどおっしゃっていたように、出てくる答えは大体似通っているのです。

足立区はとにかくケアマネもそうなのですけれども、広い地域でやっておりますので、あいった形のものがエリアごとに本当にどう広げていけるか、その土壌はもしかしたらできているのではないかという予感すらさせるような盛り上がりではなかったかなと、個人的には感じております。本当に自分たちが日々業務をする中で関係している方たちと、今後はより関わっていけたら。そのベースにこの研修会がなれるといいのかなと感じております。

太田部会長

もう少し小さなアイデアという意味ですか。

鵜沢委員

そうですね。日々の業務の中で携わっているところでできていくと、また次の段階に進むのかなという予感がしております。ありがとうございます

太田部会長

ほかにも出ておられる方がおられるのではないかとと思うのですが、いかがでしょうか。

お願いします。

鈴木委員

薬剤師会の鈴木です。

その会もそうなのですが、薬剤師会でもまたちょっと別な動きがありまして。

千住地区に帝京科学大学があるのですが、そこに看護学部がありまして、この9月に薬科大学の5年生を実習で受け入れたときに、その看護学部にも実習生が来ておりまして、学生同士で連携のディスカッションをやったという例が一回ありまして。あと、先月11月に今度は現役の訪問看護師と会員の薬剤師とで、やはり在宅について話し合ったということもあります。

ですから、今後の多職種連携というのは、既に第1段階は発進されたと思うのですが、では、それぞれの、例えば薬剤師とヘルパーだけとか、看護師だけとか、そのようにもう少し絞ってやってみてもいいのかなと。

それぞれあまり相手が多いと話題が絞りにくいというところも逆に出てまいりますので、ある程度相手を特定した会を、いろんな会を数多くやるといいのではないかと、そういう感想を持っております。

太田部会長

地域ごとにもそうですけれども、それぞれにある程度職種も募って、両方に。私も帝京の看護大学で看護の非常勤講師を2年ばかりしていました。すごく学生の関心が高かったので、よくわかります。

ほかにはいかがでしょうか。おられませんか。

依田高齢サービス課長

事務局から少し補足をさせていただきたいと思います。

一部自治体では、今、鈴木委員のお話のように、職種を絞った会ですとか、逆に、一般の区民の方に入っていたら、同じような連携の会議をするということもたくさんありますので、今、いただいた委員のご発言を参考にさせていただきながら、28年度以降については検討していきたいと思っております。一般の方が入るとどうなるのかなというの、ちょっと実際自分たちもまだ見ていないので、これからしっかり勉強させていただきたいと思っております。

太田部会長

ありがとうございます。

退院の支援はやはり住民の考え方とか、家族の考え方というのがすごく大事で、どんなふうに一緒にやっていくのかということが大変大事で、特に看取りの問題は地域の方、家族の考え方抜きには済まないと思いますので、そのための検討課題となると思いますが、ぜひ、いろいろ皆さんのお知恵をいただきたいと思っております。ほか、いかがでしょうか。今の報告についてのご意見とかご質問ございますか。

先ほどの須藤先生のご報告でも何かご質問とかございましたら、どうぞ。

よろしゅうございますでしょうか。

どうぞ。

緒方委員

あだち1万人の家族会の緒方です。

私、ちょっと個人的な問題も入ると思うのですけれども、うちの母が93歳で特別養護老人ホームに12年目で2年前に亡くなりました。その亡くなる1年前から毎週1回訪問の先生にいらしていただいて、ケアマネジャー、いろいろな担当の方と5、6人で3カ月に一遍ずつ看取りについての相談会をやったのです。

もう98歳にもなっているので、母はこのまま静かに私は死なせてほしいと、でも、死ぬ1日前まで母は食事をしました。死ぬその日に私に電話がかかってきて、私が来るまではもつかどうかわからないよと言われたのですけれども、もったのです。最後にスプーンに1杯アイスクリームと蜂蜜をなめて、それでころっと亡くなったのです。

これを思うと、やはり母にはすばらしい介護ができたし、施設長さんをはじめ、施設の職員さんがとても良くしてくださったのを今さらながら感謝しています。

それと、もう一つは私のお友達なのですけれども、本当に老老介護で、ご主人が90歳で奥さんが88歳、それで、死ぬ寸前まで自宅でありとあらゆる介護を受けていました。アルツハイマーで5年間寝たきりでした。でも、床ずれ一つできず、なくなる2日前に病院に運ばれて、病院の先生が、もうあしたは無理だから泊まりなさいということで、奥さんが泊まって。一人ではかわいそうだといって、私も泊まったのですけれども、それも最後、本当に静かにずっと逝った看取りをとりましたけれども。あれは今、考えると、何も病院に入れなくても訪問の看護師さんで十分できたのではないかと、今はそう思っています。

看取りというと、皆さん本当に嫌がるのですね。

ですけれども、これは大切なことなので、私たち一人の人間として、これからよく皆さんと話し合っ、考えていかなければいけない。私もあちらこちらでいろんな本を買って読んではいますけれども、やはり自分で現実に2人も看取ったので、これはすごく大切だということをつくづく考えています。

以上です。

太田部会長

ありがとうございます。

ご意見をちょっといただきたいと思っているのですが、お手元に簡単に今、私がちょっと考えていたことを簡単にお話しさせていただきたいと思います。ほかの区の、あるいはほかの市の経験も少しお話しさせていただければと思っております。

お手元に「地域包括ケアシステムの構築と医療と介護・福祉の連携」。連携というより協働なのですが、そのことをどう理解をするかということですが、私は、地域包括ケアシステムというのは国の施策ですけれども、足立区で何を指すのか。これがすごく大事ではないかと思っているのです。

もちろん財政の問題もあります。

もう一方、先ほど須藤先生からもお話がありましたように、かなり高齢化が進む。新しい地域づくりをどうするかということが避けられないテーマであります。そういう意味では、何を指すのかということがとても大事ではないかと。

これも地域ごとにより違う。沖縄から北海道を見れば、それぞれ違うと思うのです。足立は足立で違いますし、今、鎌倉とか、ほかの地域で少し関わっているのですが、それぞれ目標は違います。そここのところをぜひ一緒に考えたい。

ただ、今の医療の状況を見ると、先ほどの2人を看取った経験を緒方さんのほうからお話しいただきましたけれども、退院支援とか、看取りの問題は抜かせないと思うのです。ですから、地域包括ケアシステムは介護だけの問題ではなくて、医療の問題でもあると私も思います。

それと、もう一つ同時に、地域の中の、地域支援事業というのが出ているのですが、これは狭く捉えられないで、もう少し広く、仕組みづくりみたいなものだと思うのです。これは、特養とか、拠点の病院も含めてですけれども、仕組みづくりをどう考えるかということが、大事だろうと考えています。それを進める上でも、足立区の先ほど須藤先生がお話ししていましたように、あるいは研修会でいろんな声が出ているように、地域の現状をつかまえるということがとても大事だろうと、その共通認識をしていくことがとても大事。

同時に、人材の育成、先ほど須藤先生が、医師の問題をおっしゃいました。医師、看護師、それから介護職の育成が決定的に大事になってきていると思います。今、国の介護職のキャリアパスをつくる仕事を私はさせていただいているのですが、ちょっと非正規も入れますと、1万人当たり400人ぐらい必要だというのが国の試算なのです。足立区はこれを70倍しないといけないのです。そうすると、かなりの数ですね。

1万人の町内で400人ぐらいの人が介護職でやるという仕組み、それから、何らかの形で介護の問題にもかかわるといような体制を20年後、30年後につくれるかどうかということなのです。

ですから、そういう意味では、介護ということだけを狭く捉えないで、もう少し広く考えなくてはいけないと思うのですが、この人材抜きには、地域包括ケアシステムは、どんなことを描いたって絵に描いた餅です。そうすると、やはり施設がたくさん必要だなとか、もっと都外に。東京都に住めないからほかのところという話になります。足立区の中でできるだけ完結型と先生方はおっしゃいましたけれども、完結できる仕組みをどうやってつくるかということが、大きな課題ではないかと思います。

私も荒川区で今、介護保険の策定委員長をさせていただいております。同時に、この医療と介護の連携会議の委員長もさせていただいているのですが、山中先生たちのご努力をいろいろ集めながら、新しい体制を作っているのですが、ようやく少し顔と顔が見える関係ができた段階です。それで、一緒に考えましょう。

ただ、医師の問題、介護職の育成の問題は緊急の課題です。しかも、ご存じのように、荒川区の介護保険料は23区で一番高かったのです。今回、第6期でちょっと下がりましたが、もう保険料を払えないという住民の声がたくさんあるのですね。

ですから、そういう中で、区民の人たちも一緒になって考えるということをしつづやってきました。そういう中で、医師会の先生とか、薬剤師さんとか、医師会の先生とか、ケアマネとか、訪問看護師さんとか、一緒になって先進地域を勉強しに行こうとか、そういうふうに3年か4年ぐらいかかりまして、ようやく一緒に話ができるようになりました。

恐らく先ほどお話を聞きましたら、研修会でもうこんなふうに広がっていますので、共通課題も大体わかってきたと。顔と顔が見える関係もかなりできるつつあると考えていいのではないかと思います。これをどのようにしていくのかというのは、ぜひ皆さん方のご意見をいろいろいただければありがたいと思います。

そういう意味では、先ほども何度もお話がございましたように、専門職同士の結びつき、多職種の結びつき、地域の人たちと専門職との結びつきがすごく大事で、特に貴重な看取りの経験をお話しされましたけれども、やはり看取りのことはやはり経験しないとわからないですね。それをどう、今の若い人たち、それから、子供たちに伝えていくのかというのは、共通に課題としてあるのではないかと思います。ぜひ一緒に考えたいと思います。

裏のほうに、今、関わっているところ、荒川区と、江戸川区と、府中と、鎌倉と、首都圏では大体このぐらいのところなのですが、あとは過疎地域でいろいろ少し、1万人ぐらいの町で、それから、離島とか、そういうところでどうつくるかというのが私の仕事で少し関わっているのですが、それぞれ地域で違います。ぜひお知恵をお借りしたいと思いますので、ご意見いただければと思います。

それでは、少し順番に。どうぞ。

鈴木委員

先ほど看取りの話が出たのですが、須藤先生の発表の中にも、自宅で死ぬ方が少なく、病院で死ぬ方の比率がどんどん増えているというデータが出てまいりましたね。私は、病院で死ぬことのほうが簡単だからではないかと思います。逆に言うと、自宅で死ぬことは難しいわけですね。そのことについて、改めて。本日に限りませんが、どこかでお勉強の場、教えていただけたらと思うのです。

特に孤独死とか、あと、私がちょっと聞きかじったところでは、他殺の可能性を全否定しなければ認められないとか、そういった話も聞いたことがございますので、ぜひこれはお願いですが、よろしく願いいたします。医療面と法律面からということですね。

太田部会長

これからの課題ということで、受けとめさせていただいてよろしゅうございますでしょうか。

ほかはどうですか。

酒井副部会長

酒井です。

須藤先生の講演を聞きまして、やはり各国の現状を知れたというのが非常に大きかったと思っています。当然、今、自宅で看取るのがいいのか、病院で亡くなるのがいいのかという大きな問題はあるのですが、圧倒的に病院のほうで看取りを続けることが困難であるという現状を知れたというのが大きかったです。

それから、看取ることについては、重いものがある、でも、委員の中からもお話があったとおり、看取ることの大きな意味、達成感、そういうものもあるのだということを知って、いろんな法的な問題がさまざまある中で、自宅で看取るといのが、今後、一つの大きな地域包括ケアシステムの中の大事なものなのだなというのが、今日、よくわかりまし

た。

また、資料2を見たときに、研修会がいっぱい行われていまして、これは私も参加したいと思っていたのです。仲間はずれかなとちょっと思ったぐらいなのですが、先ほど介護事業の方の委員の話を聞いて、これは地域包括ケアシステムを担っていく人たちもある意味、中核者の顔合わせ、基礎をつくっていく研修なのだということも知れました。そういった意味で、この地域包括ケアシステムの基礎的な基盤整備に当たっての情報を知っていったというのが、今のこの段階の私の成果であると、ちょっと一言話をさせていただきました。

太田部会長

この研修会は、委員の方々が希望すれば参加できるものですか。

依田高齢サービス課長

もちろんそのようにさせていただきたいと思います。

酒井副部会長

大体夜なのですね。

太田部会長

では、皆さんにも周知を。

それでは、4時までですが、少し皆さんにお話しさせていただきたいと思いますので、申し訳ないのですが、順番にちょっとお話しただければありがたいと思います。

緒方委員からでもよろしいですか。もう一度。

緒方委員

私は先ほど言ったから、先生から。

太田部会長

もう少しいろいろお話ししたいことがあると。

どうぞ。

西島委員

大内病院の西島です。

ざくばらんにちょっと私の個人的な印象も含めてお話ししたいのですが、精神科の病院で、私自身は認知症病棟をずっと担当してしましてもう20数年になりますが、一つ問題と思っているのは、地域での生活ということが言われていますが、実質的には自宅に退院する方は年々落ちてきていまして、今、ほとんどいらっしゃいません。

一つは、介護保険が導入されてから、施設サービスを利用する方が増えたということと、もう一つは、介護する方の年齢が下がってきているということです。今、在宅、在宅と言っていますが、自宅で誰が介護する主体なのか。今、国が考えていることは違いますね。介護職をいかに増やすか。それで施設サービスを大々的に打ち出していますね。ということは、この地域包括ケアシステムの構築とは、実は介護をする人たちは65歳を過ぎたのですね。実質的に働き盛りが終わった方たちが介護していくと考えていいのでしょうかと、私はそこを伺いたいのです。

だから、働き盛りにある人たちは、基本的には今後、介護する側から外すべきなのか、その中で、地域包括ケアシステムを考えていくべきなのか。そこのところが今後、課題にな

ってくるのではないかと私は考えています。

太田部会長

では、順番にどうぞ。

もうちょっと長目のお話でも構いませんので。

鈴木先生もどうぞ。ほかのこともありますので、全体的にこういうことを考えたいというご提案があれば。

鈴木委員

先ほどの続きになってしまいますが、例えば自宅で、家族が今、まさに死なんとするときに、それを死ぬまで何もしないで黙って見ていたら、何か罪になるのかということですよ。すぐお医者さんと呼ぶとか、救急車を呼ぶとか、何か命を救う手だてをしないといけないのだろうか。救急車で搬送されて、結局病院で死亡が確認されて、病院での死亡ということになるわけですね。

私の母親がそうでした。ある朝、起きて、朝食の支度をして、洗面所に行ったら、そのままどたっと倒れて。父親から電話がありまして、息をしていないので救急車で搬送するという話で、日医大のICUに入りまして。

どうしても死因がわからない。何で血圧が上がらないのかがわからない。医者のほうもいろいろ検討した結果、最後の最後にMRIを撮ったら心臓大動脈解離で、もう結局倒れたときには死んでいたわけなのです。

ただ、その原因を特定できないと、死亡と認められなくて、生命維持装置を外して、そこで初めて医者が死亡宣告をしたわけなのです。それがもし、家であったらどうなのか。発見が遅れたらどうなのか。いろんな状況の変化があると思います。こちら辺は医学の面と、法律の面と、両方から聞きたいというのが、先ほどの質問をももうちょっと掘り下げた部分であります。

花田委員

歯科医師会の花田でございます。

看取りとかという話になりますと、歯科医師の立場としては、通常開業医では接することはまずないので、今、皆さんがお話をされていることから少し話はずれてしまうのですが、多職種連携研修会に毎回参加しておりましたので、そのことについて歯科医師会の立場としてお話をさせていただきたいと思います。

先ほど、どなたかのお話がありましたけれども、歯科医師会、歯医者の方としては、医師会の先生とか薬剤師会の先生とお会いすることはたまにあるのですが、地域包括支援センターの職員の人ですとか、介護職員の人というのは、実際に自分が訪問診療に行った先ではケアマネジャーさんとよくお話をすることがあるのですけれども、その他の業種の方とはお話をするというのも、ファクスで書面をやりとりする程度のことです。直接顔を合わせてお話しすることはないので、そういう方と、いろんな方と顔を合わせることができたのが、顔を合わせて、それぞれの立場で歯科に対してどういう要望があるかというのをいろいろ詳しく聞かせてもらったのが、多職種連携研修会に参加してすごく良かった点であります。

実際に、歯科のほうに要望されることというのは、お話を幾つかというか、結構、数を聞

くのですが、今、歯科医師会のほうで、歯科の訪問診療をすぐにできるというところはなかなか少ないのでそれを増やしていこうというのが、今のところ歯科医師会としての急務なのですが、現実的には訪問診療だけをやっている歯医者さんは足立区では結構多いのです。そういうところだと、患者さんのほうとか、ケアマネジャーさんが個人的に知っていれば、そういう医療機関に連絡をしてすぐ来てくれるということが多いのですが、残念ながら歯科医師会に入っていない先生がほとんどなので、なかなか、患者さんにとっては歯科医師会だろうが何だろうが関係ないので、行っていただくのはいいのですが、それをちゃんと責任のある立場として歯科医師会のほうから出せるようにこれからいろいろやっていきたいと思っていますところ。

太田部会長

ありがとうございます。

須藤先生、先ほどにつけ加えることがございましたら、どうぞ。

須藤委員

やはり看取りの問題ですけれども、私も在宅で何年も看取らせていただいております。それから、施設でも今、管理をやらせていただいておりますので、特養の看取りも、ただ、施設での看取りというのは本当にこれから増えてくると思いますし、私、今年、もう4件看取らせていただいております。

在宅での看取りもそうですけれども、やはり常にリビングウイルを必ずとっておくということが大事ではないかと思えますし、それが3カ月に一遍とか、決めてとるのもいいのですけれども、病態が変化したときに、必ず確認をするということが重要だと思います。

特に、私が印象深いのは、肺がんの在宅で、50代でまだ若い患者さんなのです。水が溜まってきて、でも、自分は緩和ケアで家で死にたいという意向があって、在宅での看取りを想定して動いておりましたけれども、やはり人間というのは呼吸ができなくなるというのが一番つらい。酸素が入ってこない状態ですから、それを周りの家族が見ていられないということで、この方は結局在宅での看取りを断念して、病院へ看取っていただいたという例もあります。ですから、必ずしも在宅で看取らなくてはいけないとかも、施設でとか、病院が多い。

その人がそのときにどういう選択肢があるかというのを、我々が提示して、それで家族も含めて皆さんで話し合っ、その時点でのリビングウイルを確認し合っていくことが大事なのではないかと。そのためには、多職種も含めた、お互いにその患者さんの情報を共有し合っ、この人がどういう道へ進むのが一番いいのだろうかということ、それを話し合うコミュニケーションの重要性というのが出てくるのではないかとこのことを感じております。

以上です。

太田部会長

ありがとうございます。

では、こちらのほう。

鵜沢委員

居宅介護支援部会の鵜沢です。

ケアマネジャーの立場ですと、今、お話を聞いていて考えたのが、どんな場面で連携ということ強く意識するのだろうかということを考えていまして、もちろん、看取りのときもそうですし、ケアマネジャーのサービスが始まる時イコール医療はかかっていることが前提になりますから、何かしらもちろん医療のニーズを抱える方、どのようなケアプラン、ケアマネジメントをするかということを考え始めるときに、まず、医療者との連携が一番必要な場面の一つ、看取りのとき。導入時。あと、入退院、入退所のときも強く意識するところだろうと思っています。

足立区は、先ほどお話がありましたけれども、例えば近所のかかりつけにかかっている方、それこそその方のご家庭のこと、ご家庭の中のことまでよく把握していらっしゃる先生にかかっている方、あるいは、本当に都心の大病院しかかかっているような方でも、同じように介護サービスは始まりますね。そうすると、どうしてもケアマネジャーで同じようなアプローチを先生にかけても、いただける情報は本当に差が出てくるということは実感しています。

全ての場面に、今、言った看取りのときも、導入のときも、入退院のときも、どの医療者、医療機関なのかということと、やはりこちら、ケアマネジャーとしても、どのような働きかけでもって有益な、必要な情報をスムーズにいただけるかということのを常に工夫しながらやっているつもりですけども、まだその辺も統一されたルールというか、そういったものはない中で、お互いが工夫するしかないのだろうなと感じているのが課題の一つかなと思います。

特に看取りのところに関しては、私も現場のケアマネジメントをしている者の一人としては、ついこの間あった例としては、それこそ、すぐその時期だよという先生からの詳しい説明があって、自宅でも、私が考える、サービス提供する側が考える体制があると思っていたのを、最終的にはご利用者よりご家族が、どうして怖い、ご自宅で亡くなるということに対する恐怖感。実際、例えばもっと具合が悪くなって、意識がというときに、どんな体制でサポートをしてくれるのだろうか、いくらこちらが言葉で説明を尽くしても、なかなかご本人、ご家族の抱える恐怖心まで取り除けないところがあったなというところがあります。

今、須藤先生のおっしゃったりビングウイルという考え方で、事前にその辺のご意向なり考えを聞いておく、日ごろからというか、その時期にそろそろということでは、その辺に積極的に介入をして、心の準備なり不安を取り払えるようなサポートを積極的にしていけるような考えや、仕組みや、対応が積み重なっていくと、もしかしたら在宅での看取りということも増える一助になるのかなと感じております。

ちょっとまとまりませんが、そんなところです。

太田部会長

ちょっとお聞きしたいのですが、地域の人とか、いろんな関係職種の方が、看取りについて学べる場が足立区はかなり広がってあると考えていいのでしょうか。今、できつつあると考えて、余りないと考えていいのでしょうか。

鵜沢委員

サービス提供者側がそのことを学ぶ場面があるかどうか。

太田部会長

両方ですね。

鵜沢委員

介護従事者だけで申し上げますと、そんなに数多くとは言えないかもしれませんが、そういった企画をすることも自分たちとしてありますし、地域包括支援センターの学習会の中に取り込まれることもありますし、今回のこういった研修というところでは出てきてはいますかね。

太田部会長

もう一ついいですか。

入退院問題という大きな問題が今、この10年になってきて、在院日数が短くなって、それでかなり地域で入院が決まってすぐご連絡があるとか、なかなかうまくいかないという問題が随分言われたのですが、その辺はかなり改善されてはきていると見ていいですか。退院の連絡は。

鵜沢委員

そうですね。個人的な感想になってしまいますけれども、今、病院の中で、いわゆる地域連携室、ソーシャルワーカーの設置が大分進んできたのかなという印象がありますので、ひと昔前と比べれば、退院時の支援というのは割とスムーズになってきたかなという印象は持っていますが、もちろん、依然として突然であったり、時間のないなかでマネジメントの調整をせざるを得ないケースは多々ありますね。

ただ、それは特に入院時、入所時における課題かと思えますけれども、在宅からそういった病院、施設に入る際の情報提供のあり方というのがケアマネジャー側からもまだまだ課題が多いと。

何年か前に、介護保険法上で、そういった連携をとった場合にそのことに対する加算がつくというときに、では、その方の基本情報、介護保険でいうところのケアプランを病院に提供しましょうという約束事はできましたが、単に書面だけ送っても、なかなか本当の意味での連携はできないのだなというのが、この間、重々把握されてきたところなので、その方の生活にとって、今回の病院に入院してしまったことがどういうことなのかというのは、そういった書面ではわからない、伝えきれない部分も言葉にして、連携をとらなければいけない。それができたときに初めて、いい連携がとれたかもと実感するケースがありました。

太田部会長

それでは。

浅野委員

訪問看護部会の浅野と申します。

私からは、大きく分けると2つの意見を言わせていただきます。

1つは、連携についてなのですが、私も病院で以前は働いて、今は訪問看護師、来年で20年になるのですが、介護というのができて15年ぐらい。医療と介護と福祉というのは、一昔前の問題というのは、平行線で交わらないというところが、太田先生から福祉との連携というのはあったのですが、やはり協働できないという何かのこだわり

がお互いであって、比較的病院では福祉と医療というのはずっと平行線だったのです。

やはり合理化を求める医療と、人情に絡み過ぎる福祉というような、はっきり言えばそういうのが昔あって、例えば医療に人情がないかということ、そういうわけではないのだけれども、そういうところがなかなか交われなかったというのが昔にあって、そういうことだったのですけれども、このように、今、介護が入る時代になってきて、こういう多職種連携というので顔の見える勉強会とか研修会ができるようになって、私はすごく交わるところができて、看護師の立場からということ、すごく福祉と交わっていいなという、こういうものが進んでいけばという、平行線でいったのが大きな課題だったのではないかと考えています。だから、これを地域で広めていければという、自分たちの課題も含めていけたらと、正直、思っているのが一つ。

それから、もう一つ、看取りのほうの問題なのですけれども、在宅で訪問看護をやっていて、在宅で看取れた方で悪い死に方をしている方は、私の経験では多分一人もいないです。

確かに在宅死というのはすばらしいものだと思うのですけれども、必要なものというのは、須藤先生からも話があったように、足立区の特徴というのがあると思うのです。小中期規模病院が多い、大規模病院がない、地域の診療所が主になっていかなければいけないというところでは、だんだん在宅療養診療所も増えてきていますし、そういうことも考えたり、施設の数も多分足立区は多くなってきたり、訪問看護ステーションも多分23区で大田区に続いて2位ぐらいで、多いところなのです。

その施設の数とか、いろいろなことを考えると、緒方委員からもあったように、どんなにおうちで亡くなられたことが良かったかという話はすごくわかったのですけれども、本来だったら施設でも病院でも、同じように良かったなという亡くなり方をしなければいけないのかなということだと思うのです。

おうちがいい、おうちがいいということではなく、施設でも同じようなナチュラルな、その人の望む亡くなり方ができたり、家族が望むような亡くなり方が同じようにできるという、おうちで亡くなることだけではなく、施設がそういう努力をしていくことも、人間らしく亡くなるために必要なのかなと思います。

先ほども話をした連携のところもそうですし、意外と職種での立場を考えてしまうのですけれども、皆さんからも出ていたように、自分の家族だったらどうだろうと思ったり、自分だったらどうだろうと思って、立場を変えて考えると、利用者からは医療も福祉も介護も同じだと思うのです。使うほうから考えたら。だから、同じようにやっていかなければならないのと同じで、看取りも亡くなるほうと看取る家族から見たら、どこで亡くなっても同じようにならなければいけないという考えでいます。

これは目標なので、すごく遠くになってしまふ、長期の目標になってしまふかもしれないのですけれども、そういう地域になればいいなと私は考えています。

以上です。

太田部会長

ありがとうございました。

伊藤委員

特別養護老人ホーム管理者の伊藤です。よろしくお願いいたします。

先ほど太田先生のお話の中で、足立区で完結できるシステムづくりというお話がありましたけれども、本当にそのとおりだと、本当に重要なことなんだなと思っております。

ただ、やはりそのためには、地域にまだまだ潜在化しているニーズの発掘が必要であろうと考えております。ニーズを捉えてこそ専門職種だけではなくてインフォーマルな、例えばボランティアさんとか、地域住民の組織化というのでしょうか、そういったものも必要ではないのか。専門家プラス地域の方の組織された力をかりて、初めて多職種連携がうまく起動していくのではないかと学ばせていただきました。

あと、看取りにつまましては、やはり今、特養のほうでも少しずつではあるのですけれども、数は増えてきているのは事実です。ただ、やはり介護職員3交代ということで、職員は24時間一人の職員が一人のお年寄りを見るという環境ではないですね。やはり8時間労働で、それ以外の時間についてはリフレッシュというのでしょうか、看取りの場から多少距離をおける時間があるというのが在宅でご家族の方が看取りの環境に置かれている場面とかなり大きく違うのではないかと考えております。

テレビなどで、介護疲れからちょっと傷害事件というのでしょうか、殺してしまったというようなお話を聞くと、かなりご家族の心労もピークに達していたのだらうなということで、同情のニュースだらうなというところですので、やはり在宅で看取るというのは、ご本人の最後の自己実現だとは思いますが、それ以上にご家族のフォローをいかにしていくか、ご家族の方の精神がいかに健全で、最後までご本人を看取れるかというのは、非常に大きな課題ではないかと思っておりますので、介護職員、特養の職員でさえ、やはり看取りの場面に立つとトラウマ的な体験になったりもする厳しさもある中で、ご家族が見るというのは非常にストレスもあるのだらうなと感じていますので、いかにそれを専門職種が連携して支えていってあげられるのかというのが、これからの大きな課題ではないかと感じております。

以上です。

太田部会長

ありがとうございます

では、縄田さんですね。

縄田委員

お願いします。介護老人保健施設ホスピア東和の看護師長をやっております縄田と申します。医療と介護の連携の中で、まだまだ老健施設についての理解が浸透していないのかなと感じているので、老健施設としての役割を地域の方々に知っていただく、開示していただく必要があると思っています。

単なる高齢者の施設ではなくて、病院と地域社会での生活というところの中間の施設というところ、もうちょっと明確にしていく必要があって、老健施設においては医療的なサポートを受けられるとか、高齢者にとってのリハビリ機能がある、生活支援をしていくというところを今後も皆さんに理解していただく必要があると思っています。

足立区内で老健は十数あると思うのですが、それぞれの老健に特色もありますし、アピールもしていると思います。在宅を強化しているところもあれば、リハビリを重視していると

ころ、老健でも看取りというところで支援もできるといっているところもありますので、そういったところ、足立区内の在宅支援事業所ですとか、病院さん、ソーシャルワーカーと連携をすることで、それぞれが情報を共有して、選んでいただく、老健施設それぞれ役割を理解していただいて、必要なときに必要な時期を選んで利用していただくという立場になっていけばいいのかなと思っています。

私のいるホスピア東和は、東和病院と併設している施設ですので、実際、東和病院さんとの関わりの中で、相談室同士での関わりもあるのですが、実際、看護の私と、病院の看護部長さんと、直接お話をしていくことで、高齢者にスムーズにサービスが提供できるという取り組みもしていますので、足立区内においてもそういった専門職種の連携というのも、また具体的になっていけばいいのかなと思っています。

看取りについても、やはり老健施設はまだなかなか難しいのですが、私たちの施設でも介護職員に機会を持って勉強会等をして、心構えではないですけども、亡くなっていく人数が増えていきますので、やはり病院だけではなかなか看取りというのは抱えていけないと思うので、特養だけではなく、老健も求められる時代が来るのではないかと皆で学びを深めております。

以上です。

太田部会長

ちょっとお聞きします。

私もあまり役に立っていないのですが、全老健の人材確保対策部長をさせていただいているのですが、足立区では十幾つあるのですか。

縄田委員

10か11だと思います。

太田部会長

それぞれに特徴があると思うのですが、在宅復帰率を高くしようとしているところもあると思うのですが、なかなかそれがうまくいかないものもありますね。そのあたりの課題もちょっとお話ししていただくとありがたい。

縄田委員

在宅強化をとっている施設もあると思うのですが、実際、ホスピアのほうではとっていません。ホスピアは172床あるという大きな施設というところもありますし、実際、利用者さんの機能が上がって、ご自分でできるようになっていても、やはり帰る環境がないというか。先ほどもありましたけれども、若い世代の方、子供の世代の方は働いている世代ですので、なかなか日中の時間だとか、夜間の問題ということもありますし。独居であったりとか、キーパーソンが高齢者であるということがあって、なかなか積極的にそこは数もいないですし、ニーズとしてないというところが私たちの施設でも現状ですね。

そして、特養は今、要介護3以上ですので、私たちの施設は要介護2とかという方が、機能が上がるとどうしても介護度がそうになっていきますので、なかなか次の支援というのが難しいというのがあります。なので、私たちの施設は少し長期化している人も現実にはいます。ただ、ご希望で在宅という方に対してはきちんといたサービスも計画的に行って、実際に社

会復帰していただくということもしております。

太田部会長

ありがとうございます。

日比谷委員

社会福祉協議会の日比谷です。

私からは2点ございます。

1点目は、先ほど須藤先生から医師会のお話ございましたけれども、在宅医療現場のクラウドネットワークをはじめ、非常にこのようなことをやっているのだということを知りまして、敬意を表する次第でございます。特に、足立区医師会地域医療連携情報センターを2025年度までに立ち上げるのだということにつきましては、私どもとしても、社会福祉協議会地域包括支援センター、基幹型と関原を受託している身としては、地域包括支援センターがどのように関われるかというところを社協のほうで議論をしたいと思っているところでございます。

もう一点は、太田部会長は昔からいわゆる退院支援、その責任論ということで、区市町村がきちんと責任を持っていかなくてはならないという論を展開されているかと思っておりますけれども、このいわゆる医療と介護の連携のポイントの一つは、退院支援かなと思っているところでございます。この部分については、ちょっと私、勉強不足なもので、太田部会長が都社協の退院支援の手引きを示されておりますので、勉強していきたいと思っております。

私からは以上です。

橋本委員

福祉部長の橋本です。

太田先生からも山中先生からも、医療と介護の連携だけではなくて、福祉も入れてほしいというお話がありましたけれども、この場合の福祉というのは、多分児童福祉とか障害福祉とか、あるいは高齢福祉は既に地域包括支援センターを経由して高齢サービス課、介護保険外業務も入っているので、多分、この場合の福祉とは低所得者の福祉だと思うのですが、実は、生活保護世帯の中でも高齢者世帯の数が非常に増えておりまして、その実施体制をどうしようか。場合によっては、生活保護の高齢世帯だけ切り分けて、専門の担当員がやったほうがいいのではないかと。そうすると、一方でデメリットもあると、いろいろ部内でかんかんがくがくの議論をやっているところなのです。

いずれにしろ、福祉事務所を含めて低所得者の対策する部門がここに関わっていかないと、とりわけ足立区の場合は低所得者が多いという実態を踏まえた状況がありますので、なかなか解決ができないことがあるのではないかと思います。

実は、12月2日に自民党議員から本会議場で質問があったのはこういうケースでございます。特別養護老人ホームに入れられないから退職になって、離職をせざるを得なくなって、極めて生活上厳しい中で介護していて、ノイローゼになっている人がいるけれども、こういった人は施設に入るまで生活保護を受けることはできるのか。もう一つが、こういう経済上困った人は、優先的に特別養護老人ホームに入ることはできないのか。

後者はなかなか難しいのですけれども、前者は可能だとお答えしました。

そういう意味では、現時点で厳しい状況にあるとき、一時的な状況を切り抜けるためにお子さんとか家族が生活保護を一時的に受けるようなこともあり得ることだし、積極的に適用していかなければいけないことなのだろうと思っております。

もう一点は、生活困窮者自立支援法というのができまして、この範囲の中では、生活保護に至る前の人も支援をしていくと決められた内容で、来年以降、アウトリーチも含めて相談体制を強化していますので、第一義的には今後、先ほどの部会等のほうが研修会等のほうにも、そういう生活支援課の職員も参加させるようなこととかも考えていく必要があるのかなというか、あるいは、生活支援課のほうにつないでいただければ、そこで場合によっては生活保護を適用するかどうかを含めて判断するので、一つの地域包括ケアシステム、支援、医療、介護の連携の輪の中に組み込むことが必要なのではないかと、お話を聞いて、私は思いました。

太田部会長

ありがとうございます。

鎌倉でも低所得者問題はかなり大きな問題です。ぜひそういう学べる場をまた検討できればありがたいと思います。

では、お願いします

井元委員

地域のちから推進部長の井元です。

私も医療職の一人なので、その立場から少しお話ししたいと思います。

医療のネットワーク、あるいは福祉のネットワークは既存のものがあって、うまくいっていけばうまくいくわけですから、うまくいかない部分、どういう人たちのためのケアシステムなのかをはっきりさせないと、何となく議論が散漫になってしまうのかな。

医療から見て、介護福祉サービスをつける必要があった場合、どこに連絡すると、どういうツールを使って情報共有をして、サービスが提供されるのか。

その最たるものが退院時ですね。地域に主治医がいない、あるいは介護福祉サービスが全くわからない。どこに行って話をすると医療サービス、介護サービスがお互いに情報共有してサービスが共有されるのかというような、具体的な、何かツールの検討でもいいですし、あるいは窓口の検討でもいいですし、そういうことをやっていかないと、議論がずっと散漫になり続けるのかなという感じで聞いていました。

看取りの問題は、本当に文化の問題、あるいは家族力の問題もありますが、私は24時間どういうサービスが提供できるのかなと、医療も24時間といっても、主治医の先生も非常に大変なので、24時間サービスを本当に医療でできるのか、できないのか。看護はそういうこともやっているところはありますけれども、それが可能なのかどうか、そういうことも問題になるのかなと。

あと、鈴木先生が言われた突然死の問題。異常死の判定の問題というのは、ターミナルとはちょっと違う次元だと思うので。ターミナルだと大体主治医がいて、診断がついているものですから、突然亡くなってもその場で異常死と判定されないの、そこら辺はちょっと違う議論でやったほうがいいのかと聞いていました。

とにかく、介護・福祉を新たにつける必要があるときに、どこに行き調整してもらえるのか。医療もそうですね。医療サービスも例えば介護事業所から見て、今、主治医はいるのだけれども、歯科のものをつけるときにどういうものが必要かとか、あるいは、今、内科の先生にかかっているのだけれども、どうも外科のほうの先生が必要だと。内科の先生から行くというネットワークがあればいいわけですが、そういう具体的な窓口とか、情報の共有のツールとか、そういうものを一個一個潰していくと、まずは根幹のシステムができていくと思うのです。それから割と個別の例外的なことをやっていくと、かなり分厚い議論になれるのではないかと、今日は聞いておりました。

以上です。

太田部会長

ありがとうございます。

少し皆さんのご意見をお聞きしまして、山中先生に、議論をお聞きになって、いろんな各地の経験とか、先生のお考えをもう少しお聞きしたいと思います。よろしくお願ひします

山中副部会長

発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。

ちょっとその前に一つだけ須藤先生にもし、展望があれば教えていただきたいと思うのですが。

といいますのは、今日、区のほうで用意していただいた高齢者人口の推計を見ますと、確かに依田さんがおっしゃるように、85歳以上の高齢者数が現在1万7,042人から47年でとどまらず、72年には5万7,000人まで増えてしまうという状況になります。

一方、須藤先生の資料の2ページ目のところのその他不足分が42万人というところを強調してお話いただきましたけれども、現実、施設が、特養ができて100人とか200人単位でしか入れないという事情がございます。ここで、推計人口を見ますと、何万人単位で85歳以上の人が増えてくるという状況を考えますと、この須藤先生のところにある不足分四十何万人という数を将来どこで見ていくのが現実的なのかという、医療的な観点で何かご展望、サジェスションがあれば教えていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

須藤委員

先ほどお話しの中でもちょっとさせていただきましたけれども、やはりどこで看取るかというのは我々が決めることではないというのが一つありますね。やはり家族と本人の、特にターミナルになってくると、家族が見られるのかどうかということも問題になってきます。ですから、いろんなアクセスできる場所をとっておかなくてははいけない。

一つ、在宅で見られない場合はどうするか。施設に入っていれば、施設で見られるかどうかという問題になりますけれども、そこで今、一番大切なのは、バックアップ病院の存在ではないか。要するに、我々が訪問診療している診療所をバックアップしてくれる病院、いわゆる急変あるいは入院が必要になったときに、すぐに受け入れてくれるようなバックアップ機能を持つことがとても大事なのではないかと、思っております。

そういうのが足立の中で訪問診療を積極的にやってくれる先生方、実際にはこの先ほどのクラウドネットワークの組織図も、強化型の病院がバックアップをしてくれるというもに

五、六人の訪問診療をやっている先生が1グループをつくっているという形になっております。ですから、そういう場合、その病院にはこの先生から相談を受けたら必ず入院を受け入れるようにというような契約というか、決め事の中で動いている。

そういうバックアップしてくれる病院があると、我々もやっていて安心なのです。その辺の組織づくりも今後やっていかななくてはいけないのではないかと考えております。

山中副部長

ありがとうございます。

今日、いろいろな先生方のお話を聞かせていただきまして、考えを深めることができました。在宅医療を20年前に手がけましたときには、病院の医療をいかにして自宅にもちだすかというところで始まったように思います。退院支援というのもそこからの発想なわけですが、この資料にもございますように、これからは高齢者、特に75歳を超えた高齢者が増えてくるということで、病院の医療を持ち出す在宅医療だけではなくて、認知症の方が増えてくる。それから、虚弱、フレイルといいますけれども、虚弱な高齢者が増えてきて、医療はさほど必要でないかもしれないのですけれども、援助、支援なしには生活できないという方の在宅医療が圧倒的に増えてくるという、医療の質の変化にどのように対応するのか、そのところも考えた対応をつくっていかないといけないのかなと考えております。

その中で、高齢者世帯、老老介護のところはどうしても外して議論することができませんので、そのような場合にどこで誰がどのようにケアしていくのかというところを正面から議論していく必要があるかと思っております。

あと、看取りにつきましては、大昔の日本は医療技術も発達していませんでしたので、自宅で見ても、医療機関に連れてきても、受けられる医療は同じという状況であったのではないかと推察いたしますが、そういう時代では、当然、自宅で亡くなる方は多いというのはあるような気がします。

その後、医療制度が整備されて、日本の医療、医学知識も医療技術も世界的にも先端を走っていると思いますけれども、そのようにして治療ができるようになってきますと、もしかしたら治療で助かるのではないかとということで、やはり医療にかなり委ねる部分が多くて、そこで亡くなるぎりぎりのところまで医療に委ねて、チャレンジして、治るものは直してということで、ずっときたのがこれまでではないかと思っております。

そこで、今、転換点を迎えているといえますのは、この資料にありますように、高齢者が増えてきて、認知症の方も増えてきて、この資料にもありますけれども、将来的には4人に1人が認知症になるという時代を迎えますと、天寿を全うするというのですか、自然に中でも寿命を全うして亡くなっていくという姿に近づいてきたときに、果たして医療がどの程度介入するのがいいのか。どこで亡くなるのが自然でよいのかということを考えていかないといけないのだと考えております。

私自身、特別養護老人ホームの嘱託医も足立区内でしておるのですが、10年近く前と最近と比べて、やはりご家族も施設で看取ることに関してかなり肯定的になってきているかなと考えておりますし、実際に高齢者の方に余計な医療を加えずに自然に。食べられなくなったらそのまま口から入る量で、点滴などはせずに見ていくということをしていきますと、余

計な医療を加えないとそれほど苦しまずにいというのですか、自然に息を引き取ったように見えるという状況も何例か経験しておりますので、これまでの徹底的に病気と闘いながら在宅医療を展開していくという流れとはもう一つ違う高齢者への医療をどうあるべきかというところで、在宅医療というものも捉えないといけないのかなと思っております。

それを考えていく上では、先生方、須藤先生からもありましたが、どこで誰が医療を提供するのかというのは、別に我々医療者が決める問題ではないということもございましたけれども、最も大切な住民啓発というところではないかと思えます。

この会は、医療・介護連携推進部会ではありますけれども、そこでこれからどのように対応していったらいいか、恐らく対応していく中で、医療だけ、介護だけでは解決できないので、連携を推進して対応していくことになりましてけれども、その延長線上で住民にどのように働きかけていくかというところまで視野を広げて取り組んでいく必要があるように感じました。

いろいろなご意見を聞きながら、勉強させていただきました。ありがとうございました。
酒井副部長

本当に今日は情報共有の大切さをよく理解させていただいたと思います。

法律的な観点から言うと、看取りというものを考えたときに、やはり看取る人が確保できるのか、自分ができるのかという問題と、現実的にちゃんとした医療をさせていなかった。治療を受けさせていなかったということを親戚、縁者、身内の者に現実問題ではたたかれる、そのおそれ、不安というものがあると、そういったものが背景にありつつ、在宅での医療・介護を進めていかなければいけないのだなということを感じさせていただきました。

次回以降、連携推進というものがより深まっていくと今日確信できました。

太田部長

ありがとうございます。

たくさんのご意見をいただきまして、ありがとうございました。

きょうは意見をまとめて報告を出すという場ではございませんので、でも、かなりいろいろな論点が出たように思います。研修のあり方とか、家族の方とか、看取りの問題、人材育成とか、退院支援の問題。それから、医療をどうこれから見るかという住民の啓発の問題も含めて考えなければいけないという、山中先生のお話もありまして、少し問題を整理させていただいて、次のときにちょっと副部長さんにご相談して、方向を出したいと思うのですが、よろしゅうございますでしょうか。

何か最後、ちょっとご意見がございましたら、どうぞ。

よろしゅうございますか。

4時までということだったので、ぎりぎりになってしまいまして、大変申し訳ございませんでした。私の運営の不手際でございます。お許しいただければ。

どうもありがとうございました。

依田高齢サービス課長

長時間にわたり、貴重なご意見をたくさんいただきまして、誠にありがとうございました。本日いただきましたご意見を参考に少し具体策に着手してまいりたいと思っております。

次回の開催につきましては、まだ決まっておられませんけれども、詳細が決まり次第、ご案内をさせていただきます。

途中、委員の方からご質問のありました、2月の多職種連携研修会の参加ということにつきましては、もちろんお受けしたいと思っておりますので、また別途ご案内をさせていただきますと思います。

以上で本日の専門部会を終了させていただきます。本当にありがとうございました。