

## 第Ⅰ期 第1回 中野区在宅療養推進協議会

日 時 令和7年7月30日 19時30分～  
場 所 中野区役所 7階 701・702会議室

### 【委員】出席者:18名

三五委員、高根委員、篠田委員、花井委員、芦刈委員、妹尾委員、村上委員、丸本委員、宮原委員、黒木委員、穂苅委員、渡辺委員、白岩委員、種田委員、森川委員、井田委員、水口委員(区)、石井委員(区)

### 欠席者:3名

竹重委員、畠野委員、神野委員

### 【事務局】 高橋課長、立石係長、小崎、大野

## 1 開会

- 石井部長より開会のあいさつ
- 事務局より出欠状況の報告

### 1) 中野区在宅療養推進協議会について

- 事務局より資料2説明

### 2) 委員委嘱について

- 委員より自己紹介
- 事務局より自己紹介

### 3)会長・副会長の選出

- 中野区在宅療養推進協議会設置要綱第5条に基づき、
- 三五委員を会長に選任。
  - 篠田委員を副会長に選任。

### 4) 運営要領(案)について

- 資料3中野区在宅療養推進協議会の運営要領(案)につき、委員より承認あり。本日より施行。
- ※中野区在宅療養推進協議会運営要領に第4条に基づき傍聴者の入室を許可する。

## 2 議 事

### 1) 令和6年度中野区在宅療養推進協議会準備会 結果報告

#### 2) 第Ⅰ期中野区在宅療養推進協議会について

- ・検討課題と今後の方向性

- ・テーマ別検討について

○事務局より、資料4説明

### 3) 意見交換

#### 〔訪問診療所について〕

##### 高根委員：

○感想と実体験について。私は6年前に小さな診療所を始め、高齢の方の「自宅で最期まで」という希望により、訪問診療を始めた。最初は2、3人の患者様から始まり、他の職種とも連携が取れるようになってきた。一人の医師が全て対応するのは難しく、自身は先輩や後輩の医師と協力しているが、夜間は自分で対応している。また、訪問の同行看護師や相談員の設置など、小さい診療所なりに組織を作っているが、現在、受け持ちは患者は100名程度おり、電話は24時間365日対応するのには、気合が必要を感じている。

○自宅での看取りは、医師が訪問し死亡診断を行わないと警察による検案になってしまう。最期は、看護師にきれいにしてもらい、送り出す。とても意義のあることを感じる。ただ、資料4「国の動向」にある③急変時の対応と④看取りなど、やはりハードルがあり、すぐにやろうという医師は少ない。

○資料4「国の動向」にある①退院支援と②日常療養支援の説明であったが、「今まで治ってから退院だが、これからは治らなくても退院」という話について、医療側にいると病床数や病院が減り、患者の受入数も減っていると感じる。これは国の方針もあるのではないかと思う。入院は費用もかかり病床数も減っていることから、病院の運営も大変であるため、病院側から訪問診療を行っている診療所に早めにバトンタッチするというのも大事。逆に訪問診療側から、病院側に在宅復帰を促す働きかけも必要。我々は肺炎の回復期や肺炎でも在宅で治療する。

○ケアマネジャーとの連携について。資料4にもあったが、24時間緊急時に即応できる体制の整備について、連携の必要性は話し合っているが、そのためのシフトを作ると管理が難しいなどの課題がある。

##### 三五会長：

長年診てきた患者でも専門外の疾患が重症化してから、在宅専門の医師に依頼することもある。在宅専門の診療所でも専門性の高い医師もいる。また、大きな病院においても、往診は報酬の観点で薄利であるが、来てくれる医師もいる。小さなクリニックも連携を取れれば、少ない負担で訪問診療を行っていくのではないか。

##### 妹尾委員：

病院は明らかに減っており、中野区内も少なくなっていると感じる。一方で、訪問診療する医師が不足しているとの話だが、数は多くいるように感じている。訪問看護ステーションの開設の挨拶も対応しきれないくらいに増えている。

三五会長：

自身も訪問診療医は増えている印象だったので、資料4の「東京都 東京都在宅支援診療所及び在宅療養支援病院 定例報告」の「増えていない」との結果は意外であった。

事務局：

資料は在宅支援診療所としての数を出しているので、届け出がされていないところはカウントされていない可能性がある。

**[病院とかかりつけ医の連携について]**

三五会長：

我々診療所が、一番辛いことのひとつに、これまで診てきた患者に、別の在宅の診療所が入るケースがある。担当患者の入院時には、入院先の連携室に診療情報提供書を提出し、自院の患者であるアピールをしているが、入院先で要支援になった場合、患者自身もかかりつけ医が訪問診療も行っていることを知らず、メディカルソーシャルワーカーの勧めで別の訪問診療所を利用する事例はよくある。診療所としても日頃から患者に、診療所の専門と関係ない症状による入院でも必ず連絡するよう伝え、退院後に訪問診療ができるなどを伝えておくことが大切だと考えている。

妹尾委員：

その件は病院としても気を付けているが、なかなかならない。我々もかかりつけ医がいる場合は、何かしらコンタクトをとるようにしている。

芦刈委員：

患者とかかりつけ医の連携について。患者が入院中は、面会時間の都合で家族が病院に行く時間も限られ、地域連携室の連絡先もわからない。家族が地域連携室に連絡することは、余程のことがないといふ。逆に、診療所では、外来で患者と対話する機会があり、症状に応じたかかりつけ医の紹介など地域連携がしやすい。病院の場合は、家族からアプローチする機会が少なく、病院から積極的に関わってくれないと、連携していくのは難しいのではないか。

三五会長：

入院中の患者から、病院にコンタクトがとりたいと相談されたとき、窓口としてメディカルソーシャルワーカーを案内するも知らない方が多い。病院では、メディカルソーシャルワーカーの存在を周知していると思われるが、一般の方には何をする人なのかわからない。家族も、夜のみの面会しかできない方だと十分な情報が得られないのではないか。入院中は地域連携が難しいと感じる。

妹尾委員に質問ですが、メディカルソーシャルワーカーが介入していない患者もいますか。かかりつけ医がいなくて外来が必要ないと判断されたらそこから連携は難しい。

妹尾委員：

病院の中で入院から退院まで線でつながるような支援体制の整備は長い課題にはなっている。だが、限られた人

数で全ての患者を把握するのは困難なため、当院では入退院の支援、地域との連携など役割分担をしている。

相談の窓口の周知は常々行っているが、一般的に皆様が知っているレベルにはなっていないと感じる。

#### 三五会長：

一方で、病院から、主治医がないという相談はよく受ける。主治医意見書が必要なこともあるが、メディカルソーシャルワーカーがいる病院は、その時点で地域の診療所に患者を振り分けてもらえると繋がるのではないか。

#### [医療、介護の連携について]

##### 宮原委員：

○在宅医療と介護の連携だが、訪問介護は多くの外国人の方が技能実習で入ってきており、連携時に、専門用語のような難しい日本語や複雑な仕組みは伝わらない。また、日本人の訪問介護についても、その扱い手は60代や70代が中心で、難しい制度や仕組みはなかなかついていけない。制度自体ももっとシンプルにしていかなくてはならないのではないか。

○ケアラー支援について。介護事業所を支援しきれないとその負担はケアラーに回っていくことになり、ダブルケアラーやビジネスケアラーの問題も出てくるため、介護事業所や外国人をしっかりと支援することが必要。

新宿区は20年くらい前から認知症の家族の支援として1年間で24時間、区が1時間3,000円の券を配布し、家族の休養のためにヘルパー派遣を行っている。そのような取組を進めてもらいたい。

○医師とケアマネジャーの連携について。今、「主治医意見書」→「審査会資料」を電子申請できるが、受け取りは紙で、「診療所」→「区役所」まで出向かなくてはならない。郵便でのやり取りについても、最近、介護保険証や負担割合証の誤配達などがあるため、セキュリティ対策が万全なメディケアネットを利用してやりとりができれば、確実で効率的であると考える。

#### [本人支援について]

##### 白岩委員：

○ケアラー支援はもちろん大切であるが、「本人支援」も大切なのではないか。私が関わっている中では認知症の方ご本人が自分の言葉で自分の思いを発信し、活動につなげられる場が必要と考える。区が大きなところで方向性を示さないとそこが進んでいかないと感じるところがある。

○認知症初期集中チーム員会議においては、独居の方の対応に包括も大変苦労している。これからますます増えしていくため、認知症に関わらず、一人でどのように療養していくのかというところはどこかで検討してもらいたい。

#### [ケアラー支援について]

##### 森川委員：

○ケアラー相談の実態について。電話や介護者サロンで受けるケアラーの相談は、圧倒的に認知症の方が多い。次にパーキンソン、精神疾患の方。

○我々の介護者サロンは、実父母を介護する娘と息子をそれぞれ分けて行っている。問題や課題が全く異なる。男性の場合、介護離職された方が多い。50代で離職されると、収入がない、再就職が困難。それだけではなく、介護をしているということが認められず、周囲の目が厳しい。女性は女性ならではの問題がある。

○一番多いのは50前後の方。その方たちが地域のケアラーの集まりに行くと70代～80代の方が多く、「あなた

はまだまだ体力があるから大丈夫」と言われてしまう。

○初動がとても重要と感じる。被介護者の介護保険申請やサービスの拒否が大きな問題として必ず出る。ピアで上がる意見として、申請に誰かについてきてほしい、自分ではなかなか親には勧められない、などがある。最初にある程度、専門職に相談しながら今後の計画ができる場合と、できない場合とではその後の日常生活が変わっていくということを感じる。

○かかりつけ医がない人が意外と多い。何かあれば大きな病院を受診するが、治療が終わればそのままどこにもつながらない。かかりつけ医がないため、介護保険の認定が受けづらいのではないか。病院にはメディカルソーシャルワーカーや地域連携室もあるが、地域にどのようなサービスや診療所があるか知識のない方が多い。

#### 芦刈委員:

○ケアラーについては、認知症、がんの末期、障害のある方、など共通の話題ではあるが、少しずつ違うので、それをケアラー支援と一緒にすることは難しいのではないか。それぞれ状況や背景や課題が異なる事例に対しケアラー支援条例で何ができるのか。課題が幅広くまとめ上げにくい。ケアラー支援は、課題ごとに分類していくないと、着眼点がみえにくく感じた。

#### [医療と民間企業との連携について]

##### 種田委員:

○そもそも在宅生活の限界点は誰がどのような基準で決めているのか、それを引き上げられる人は何を持っている人なのか。選択肢がない中で選択しないといけない場面に遭遇している方が多いのではないか。そう考えたとき、「こうなったらこのような生活が送りたい」という意向を、ケアラーになる人に伝えられていればお互い楽だと感じた。在宅療養の難しさや危機度を早めに周知することで、あなたの家族を守るためにあなたはどう衰えていきたいかなど、いわゆる ACP を啓蒙していくことが必要なことと考える。

○先ほど高根委員から、24時間365日オ nコールを受けながら一人で100人の患者を診ている、と話があったが、そのリソースをシェアできないかと考えた。患者の情報を共有していかなければ、難しいところはあると思うが、100人を診ている一人が倒れてしまったら共倒れしてしまうのではないか。それであれば、電話はコールセンターで受け、一人の医師がローテーションを回していくば、一人一人の医師にかかる負担は減らせるのではないか。ホームネットの中野にあるコールセンターでは24時間365日対応している。区の緊急通報、ボタンやセンサーで異常を検知したら看護師が常駐で電話を受けて、応答がなければ警備員が駆けつけるという仕組み。その延長線上で、当番制で在宅ドクターが受電することで、初期の対応ができる。エスカレーションするケースは担当医につなぐようなフローで、個々の負担を減らせるのではないか。民間企業としてリソースを提供し、医師の負担を軽減しながら継続性を高められるのではないか、と考える。

##### 芦刈委員:

いわゆる企業が考える「メガ在宅」の考え方。関東圏内に複数個所拠点があり、24時間365日電話対応し、看護師や医師が訪問する。だが、その医師は主治医ではないため、全て形式的である。患者は信頼関係のあるかかりつけ医に看取られたいのではないか。

##### 三五会長:

自院は機能強化型訪問診療所ではないが、他の診療所と連携している。患者にも、自身の不在時に訪問する医師として案内し、その医師とも1か月に1回は患者の情報を共有している。自身も1週間程度、旅行に出かけ、その間に連携している医師が2人患者を看取ってくれた。患者としても、全く知らない医師が来たという感覚はなく、安心できたようだ。

患者にとっては、医療行為をしてくれることのみが望みではなく、心配な気持ちを共有し、ずっとつながっていることが大切なのではないか。マンパワーの問題だけではないのではないか。

#### [介護保険認定審査について]

妹尾委員:

介護申請から認定までのスピードの遅さはどうにかならないものか。

石井委員:

認定審査の数に対し、調査が追い付いていない点が課題としてあり、今後人員の確保を進めていきたい。そのほかの改善点についても検討中。

#### [検討テーマについて]

石井委員:

○今期の検討テーマの「在宅医療・介護における連携体制の構築」について。資料4にもあるように2040年に向けて医療のニーズは高まっていく一方で病床数の減少や、人材不足のような問題があり、訪問診療の体制整備は大きな課題を感じる。本日出席の行政、医療、介護、民間企業が連携する中でよい仕組みやサービスにつなげていきたい。

○今期の検討テーマの「ケアラー支援」について。行政の対策も不十分なところがあった。今回、条例の制定を目指しているが、それはあくまでそれぞれの責務の確認と、取り組みの姿勢や理念などの基盤であり、その先の具体的なサービスを形にしていくことも重要と考えている。

### 3 事務連絡

事務局:

○次回、第2回目は冬頃の開催を予定。内容は、1期の検討テーマについて、理解を深めるための研修会を考えている。

- ・学識経験者より在宅療養全体について講義。
- ・検討テーマ「在宅医療・介護における連携体制の構築」について、地域医療の立場から三五委員、地域の介護支援者の立場から穂苅委員より講義。
- ・検討テーマ「ケアラー支援」について、支援者の立場から森川委員、ご家族の立場から井田委員より講義。

(終了)