

平成 25 年度第 3 回練馬区在宅療養推進協議会 在宅療養専門部会 要点録

1 日時	平成 25 年 11 月 25 日 (月) 午後 7 時～9 時
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p>&lt;委員&gt;</p> <p>結城委員、岡田委員、田中委員、新井委員、栗原委員、下島委員、男沢委員、山添委員、花井委員、福井委員、関委員、奥村委員、小泉委員、市村委員 (地域医療担当部長・部会長)、佐古田委員 (地域医療課長)、富田委員 (地域医療企画調整課長)、枝村委員 (光が丘総合福祉事務所長)</p> <p>&lt;事務局&gt;</p> <p>地域医療課、高齢社会対策課、光が丘総合福祉事務所</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	3 名 (傍聴人定員 10 名)
6 次第	<p>(1) 平成 26 年度以降の実施事業について</p> <p>(2) 事例検討会について</p> <p>(3) 意見交換</p> <p>(4) その他</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 平成 26 年度以降の事業について</p> <p>資料 2 区民啓発事業の開催報告について</p>
8 事務局	<p>練馬区健康福祉事業本部 地域医療担当部 地域医療課 医療連携担当係</p> <p>電話 03-5984-4673</p>

## 会議の概要

(部会長)

ただいまから第 3 回練馬区在宅療養推進協議会在宅療養専門部会を開催する。

初めに会議資料について事務局から説明をお願いしたい。

**【事務局による配付資料の確認】**

(部会長)

次第に沿って進めていくが、後の意見交換の議論を深めるために、順番を換えて、「4 その他」の「区民啓発事業の開催報告について」(在宅療養シンポジウム、認知症フォーラムの 2 つの事業の報告)から始めたい。11 月 16 日の在宅療養シンポジウムについては、3 名の委員の方にも出演いただき、また、事前の周知への協力や当日お越しいただいたことに改めてお礼申し上げる。事務局からの報告の後、出演いただいた委員から一言ずつコメントをお願いしたい。

【資料2について事務局から説明】

(部会長)

出演した委員の方から一言ずつコメントをお願いしたい。

(委員)

薬剤師が自宅に訪問できることを理解してもらうため、残薬の整理、その方に合った調剤をする、服用方法を一緒に考えることなど、薬剤師の役割についてお話しした。症例として緩和ケア病棟から退院して看取りまで行った乳がんの方の例を取り上げた。区民の方は一生懸命聞いてくださり、質問も活発に出て関心の高さに驚いた。

(委員)

介護家族の気持ちを皆さんに投げかける形で話をした。参加された方からは、鈴木先生の話やパネリストの発表も分かりやすく良かったと聞いている。次の機会には看取り終えた方に話をしてもらえるとよいのではないか。認知症フォーラムでも偶然看取りを取り上げたが、世の中の動きが在宅療養や自宅での看取りを考える流れになってきていると感じた。

(委員)

一人暮らしや超高齢者世帯でも在宅療養をされている事例について話をした。参加者は、今は元気で将来に向けて意識を持とうという方が多いように見受けられたので、初期段階の啓発活動としてはよいと感じた。

(委員)

在宅療養シンポジウムの来場者114名のうち、医療や介護等の関係者を除いた区民の方の人数が分かれば教えてほしい。

(事務局)

正確な数は把握できていないが、アンケート回収数84件のうち、29件が医療や介護等の関係者であったので、概ね50名程度が区民の方と推測される。

(部会長)

次に次第1に戻って、資料1の「平成26年度以降の実施事業について」、事務局から説明をお願いしたい。

【資料1について事務局から説明】

(委員)

医師会医療連携センターの在宅医療のコーディネート機能を来年4月から持たせたいと考えている。また、これまでも在宅医療の勉強会はあったが、きちんとした医師会の中の組織として在宅医療の連絡会を4月までに作る予定である。後方支援病床の調整についても、医療機関と協力しながら作っていききたい。

(部会長)

資料1についてご意見があればお願いしたい。

(委員)

研修などの事業への参加は、個人に依頼するのか、それとも事業所に依頼するのか。

(事務局)

組織を通してお願いしたいと考えている。

(委員)

参加者へ給与や手当は支払うのか。

(事務局)

講師への謝礼は支払うが、参加者への支払いは想定していない。

(委員)

事業所としては本来の業務の時間を割いてお金をかけて職員を研修に行かせるのだということを知っておいてほしい。時間や回数に配慮し、中身を濃いものにしてほしい。

(委員)

コーディネート能力向上研修は受講すると資格が得られるのか。

(事務局)

資格が得られるものではない。

(委員)

在宅療養シンポジウムのような啓発は重要であるが、もう少し小さい地区や規模で回数を繰り返しているような場所でやっていくことも必要だと思う。また、たとえばシンポジウムの様子をビデオ撮影しておいて、他の場所で見られるようにすることなども一案である。

(事務局)

啓発の方法については委員の意見を踏まえて検討する。

(委員)

症例検討会で症例を疾患別に取り上げて、疾患別に異なる関係者や対応の仕方などを区民に示していくのも一つの方法だと思う。

(部会長)

開催した内容を共有財産として活用することを考えた方がいいというご意見だと思う。たとえば、シンポジウムの講演内容の骨子をまとめて学習会で使えるようにする、リーフレットにする、在宅療養のホームページに掲載して誰もが見られるようにするなど、共有できるようにした方がよいのではないかと。

(委員)

在宅療養の相談を区の窓口にした時に的確な案内、アドバイスや選択肢の提示ができていないのか。

(委員)

これまで相談を受けてきた中で、まったく対応できなかった事例はなかったと考えている。窓口の現場で相談を受けていて、まだ不十分な点や課題は何か考えられるか。

(委員)

医療や福祉サービスの必要性を見極めてつなげていく仕事をしている。認知症の症状が重く医療的処置が必要な方の入所・入院先など、特に病院の受け入れ先を探すのに苦労している。

(委員)

在宅療養相談窓口や医師会医療連携センターという相談できる窓口があることが素晴らしいと思っているが、双方が連携を取りあって、時には打ち合わせをしながら、一つになって進めていけばコーディネート機能が充実していくのではないかと考える。

(委員)

医師会医療連携センターの人員体制はどのようなものか。また、後方支援病床として機能する医療機関の了解は得られているのか。

(委員)

これまでのMSW（医療ソーシャルワーカー）1名体制に加えて看護師1名を配置する。

(委員)

医師は関わらないのか。

(委員)

在宅医の会ができれば医療連携センターと連携してやっていくことになる。

(事務局)

医療機関の了解については、各医療機関を個別に回って、一定程度ご理解いただいている。

(委員)

空床状況はすぐが変わってしまうが、具体的にどのように運用していくのか。入院の調整は、医師同士のやり取りならよいが、医療連携センターや病院の医療連携室を間に挟むとなるとしっかりと機能するのか。また、入院期間は原則7日間とあるが、対象はどのような患者を想定しているのか。

(委員)

空床状況は最終的にはその都度問い合わせることになると思う。在宅療養をしている人が、例えば順天堂に入院するほどの病状ではないが、家族も高齢で家では看られない場合に、一時的に入院することを想定している。

(委員)

実際に入院してしまうと、1週間では退院できないケースが多いのではないのか。

(委員)

在宅療養をしている方というのは、基本的に家で過ごすことを望んでいる方、入院しても家に帰りたい、家族も家にいさせたい方なので、長く入院する人は多くない。病状によっては入院が長くなることもあり得るが、帰れる人は家に帰ってもらうことが基本である。

(栗原委員)

病院に入院するということは、例えば心不全で1か月入院して、気管切開して、そのまま看取るか在宅に戻すかという状態も考えられる。

(委員)

ここでいう在宅療養をしている方というのは、通院している方も含む広いものではない。

(委員)

在宅医療を受けている方の入院というのは、例えば発熱などの軽い病状だが家では点滴ができないから入院するというイメージなのか。対象となる病状が漠然として分かりにくい。

(委員)

これから医師会と区で詳細を詰めていかなければいけないが、コーディネート機能の充実も含めて、とりあえずスタートして必要があれば修正していきたい。

(委員)

先日行われた在宅医療フォーラムに参加してきた。後方支援病床の確保は、在宅医療の推進

のために、病院と地域の医師が連携を取って進めていこうというのが全国的な流れになっている。

(委員)

地域の急性期病院が、在宅医や大病院などと連携してやっていくのは当然であるが、急性期病院は機能として急性期の患者を受け入れるのが使命であることも理解してほしい。

(委員)

今回考えている制度は、各医療機関に空床確保を義務付けるものではない。

(部会長)

現実には様々な課題があるので、事務局と医師会で運用方法を今後つめていき、またご意見をいただいてより良いものにしていきたい。

(部会長)

次第2の「事例検討会について」に進みたい。事例検討会の経験がある方から発言をいただきたい。

(委員)

大泉生協病院のスタッフと大泉地域の高齢者相談センター支所の医療職が参加する事例検討会を年4回実施する予定である。目的は、事例検討を通して高齢者相談センターの課題を病院に知ってもらうこと、地域連携の関係作りを行うことである。方法は、支所から事例を提出し、病院のソーシャルワーカーが司会をし、病院の医師が仕切って、まとめを行っている。病院の医師、看護師、薬剤師、高齢者相談センター本所の保健師、支所の医療職などが参加している。

病院が関わっていないケースについて検討の場を設けている。

(委員)

病院が主催している検討会の問題点は、病院のしくみに合わせたものや病院をアピールするものになりがちであることである。うまくいかなかった事例について在宅医、病院、いろんな立場で意見をぶつけ合ってお互いの立場を理解する。それが地域毎で実施することの意義ではないか。

(委員)

訪問看護ステーション連絡会では、「区内4地区など小さい単位で実施することが望ましい」「病院での医療と在宅医療の違いを知ってもらいたいので、在宅療養支援診療所以外の診療所や病院の医師にも参加してもらいたい」との意見が出た。

(委員)

病院主体の検討会で在宅医の立場で話をするところがあるが、病院と在宅医が逆の見方で意見を交換することで、より問題点が見えてきて、次の診療に役立てることができる。病院と地域の診療所の医師が交流できる会を行うとよい。

(部会長)

その場合、テーマや事例はどのように持ち寄るのがよいのか。

(委員)

がん末期の方が、急性期治療が終わった後亡くなるまで、どのようにして地域で支えていけるかが、重要なテーマの一つとなっている。急性期病院とのディスカッションによって、相互理

解をして、お互いに問題点を洗い出せば効果的だと思う。

(委員)

がん末期の方の相談が非常に多く、どのように関係者が連携して支えていくかが課題になっていると思う。

(委員)

「大泉地域の医療と福祉を考える会」という小さな勉強会をしている。昨年度は、死を受け入れるためにはどのようにして生きていけばよいかについて、医師や宗教者の立場から話してもらい、その後ディスカッションを行った。少しずつ広げていきたいと考えている。

(委員)

これまで行ってきたNST（栄養サポートチーム）勉強会を発展させて、在宅療養の多職種の勉強会を12月に実施する予定である。病院で手術して3年間通院し、在宅スタッフに支えられながら在宅で過ごし、最期は病院で看取った事例を取り上げる。病院の医師がどのように関わったかをプレゼンテーションし、看護師やケアマネジャーなどそれぞれの立場で意見や感想などを話してもらおう。問題点や改善点、苦勞したことなど率直に意見を言ってもらえるような会にしたいと考えている。今後の事例検討会のたたき台にしてもらえればと思う。

(委員)

どのような形式がいいのか検討する際の参考にさせてもらいたい。

(委員)

様々なスタイルがあり正解はないと思うので、まずは一度事例検討会を開催して考えていけばよいと思う。

(部会長)

今日の議論は、相互理解が重要であるということ、テーマとしては末期がんや疾患別の事例、地域ごとに顔の見える範囲での開催が望ましい、ということでもとめたいと思う。

(部会長)

次第3の意見交換「多職種をつなぐコーディネーターについて」に進みたい。日頃相談業務に携わっている委員から、基調となる話をいただきたい。

(委員)

在宅療養コーディネート機能を持つ窓口として日頃感じていることをお話ししたい。

在宅療養のコーディネート機能を持っているところとしては主に4か所ある。一つ目は病院の退院調整の窓口。窓口がない病院では看護師長などが、本人や家族の相談に応じて退院調整のコーディネートをを行っている。医療処置を在宅でも継続できるよう調整したり、訪問看護師やケアマネジャーと連携を取ったり、転院や入院の相談を受けたりしている。二つ目はケアマネジャーで、主に介護保険サービスのコーディネートをしている。三つ目は高齢者相談センターや支所で、病院や地域の住民からの相談を受け、ケアマネジャー、訪問看護、訪問診療の紹介などの在宅療養の支援を行っている。介護保険の申請を機に、必要な方のコーディネートをすることが多い。四つ目は在宅療養相談窓口で、看護師が相談に乗り、在宅療養の調整が必要な方のコーディネートをしている。医療依存度が高い方の支援では、病院のソーシャルワーカーとも連絡を取って、その場で介護保険の申請、ケアマネジャー、訪問看護、訪問診療を紹介

している。本人や家族の意向や身体状況を確認し、専門職の視点から必要な情報の提供やアドバイスを行い、必要な医療・社会資源につなげる役割を担っている。

コーディネーターに必要な知識や能力については、本人の希望する在宅療養生活の実現に向けて必要な支援を判断する能力、本人に合った必要な資源につなげる能力、具体的には、医療スタッフとのコミュニケーションが取れる、緊急性の判断ができるといった能力が求められる。医療や福祉の知識、地域の社会資源の知識や利用方法を理解し、情報を持つことも重要である。

東京都が医療知識を高めるための研修をいくつか行っている。3年以上の経験を持つ非医療系のケアマネジャーを対象とした在宅医療サポート研修は、訪問看護の役割、脳卒中のリハビリテーション、回復期病院からの退院時カンファレンス、がん、認知症のアセスメントなど、9日間47時間の研修である。5年以上の経験がある主任介護支援専門員向けの研修では、ターミナルケアを扱っている。在宅療養支援員養成研修は、看護師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員が在宅療養コーディネーターとして必要な知識、技術を7日間で学ぶものである。医療知識を付けるだけではコーディネート機能は向上しないと思うので、OJTの積み重ねや連携のサポートを得ながら経験を積むことが重要だと感じる。

問題点としては、相談機能を持つ場所に医療職がおらず、経験が浅い方は苦勞している現状がある。また、病院にとって、在宅療養に関する連携先はケアマネジャーや訪問看護と思われがちであり、在宅療養相談窓口との連携強化も進めていく必要がある。さらに、区民が困った時に相談できる在宅療養相談窓口や高齢者相談センターがまだまだ周知されていないことも挙げられる。

遠方の病院の場合、患者の住所地の事情が把握できておらず、適切な資源につなげられないことが多い。また、高齢者や混乱した家族に情報提供だけしても、どう行動していいかわからないケースがあり、具体的な支援が必要となっている。

その他にも、病院が在宅での生活をイメージできないまま退院調整しているため在宅に戻った後に新たな問題や再調整が必要になることがあることや、医療的な社会資源が不足していることなどが課題である。

(部会長)

どのようにしてコーディネーターを育成していったらよいか。

(委員)

やはりたくさんの経験を積まないと必要な能力は身につかない。研修よりも、例えば区の出先機関がケアマネジャーからの相談に応じて一緒に関わってアドバイスの方が役立つと思う。

(委員)

区の窓口では、対応が難しい利用者には、経験を積んでいるケアマネジャーを紹介することができるのか。

(委員)

利用者の状況やニーズに応じて、どのケアマネジャーに依頼するかを判断している。いつも同じケアマネジャーに依頼することは他のケアマネジャーが経験する機会を奪うことになる。経験の浅いケアマネジャーに依頼する場合は、在宅療養相談窓口も一緒に動くことは伝えているが、それを望むかどうかはケアマネジャーによるので、窓口が関われないケースもある。

(委員)

適材適所で紹介しないと現実にはうまく回っていかないのではないか。高齢者など自分で判断して決められない方もいる。

(委員)

訪問看護の立場からすると、ケアマネジャーの力不足により、利用者にとって必要なケアが行き届いてないこともある。マネジメントとかコーディネートといった基本から勉強してほしいという意見も出ている。

(委員)

個人の資質や意欲により差が出てくるのだと思うが、能力があって努力しているケアマネジャーに多く依頼するのは悪いことではない。区民にとって良いサービスを得られるコーディネーターができることが大切なので、必ずしもケアマネジャーに公平に依頼しなくてもよいのではないか。

(委員)

在宅強化型の老健として在宅に復帰してもらえるように本人や家族を支援しているが、ケアマネジャーが自宅に戻さないで欲しいということが少なからずある。

(委員)

訪問看護の立場から、どのような研修があったらもっとレベルアップできるか、考えがあれば教えてほしい。

(委員)

ケアマネジャーについては総論から研修した方がいいという意見もあるが、残念ながら研修してもできない方はできないと思う。むしろ分からないことがあったら相談できる訪問看護ステーションの窓口を設けて、支援したりアドバイスしたりできるようにしたらどうか。

(委員)

アドバイスして受け入れてもらえるのか。

(委員)

大体は受け入れてくれるが、中にはケアプランにないからできないと言うケアマネジャーもいる。コーディネートをするには、いろんな職種から意見を聞くことや医師との調整も必要だがそれが不足していると感じている。

(委員)

介護保険制度が始まった時には、何でもケアマネジャーに相談すればきちんとコーディネートしてくれるからと言われていたが、2006年の制度改正の頃から不満がかなり出てきて、今では家族会でもケアマネジャーに期待する声はあまり聞かれない。いろいろな研修もあるが、どの程度受講して現場で生かしてくれているのか見えてこず、家族としては不安である。

(委員)

ケアプランを第三者が評価する機関はあるのか。

(委員)

ケアマネジャーが解決できない事例については、高齢者相談センターの主任ケアマネジャーがサポートし助言している。

(委員)

ケアプランの定期的な評価や見直しを専属の立場で行っているわけではない。ケアマネジャ



一の能力をより高めていくことは必要だが、現場では業務や書類、制度改正に追われてしまっているという話も聞く。また、介護人材育成・研修センターでは、今年度から医療と介護の連携に関する研修を強化したところで、取組は緒に就いたばかりである。コーディネートを担う人材は、専属の部署に存在するよりも、いろんな職種や職層の中に入れてもらった方がよいのではないかと。研修も、職種毎で実施するだけでなく、複数の職種が一堂に会することで、お互いの意見や現場を知ることにつながっていくと思う。

(部会長)

コーディネーターを育成していくには、①一定程度身につけている能力を研修でさらに高める②人によってはそれ以前の基礎を研修で学ぶ必要がある③困った時に相談でき、支えていくシステムが必要である。この3つを考えていかないと現実的には回っていかないということでまとめたいと思う。

(部会長)

次回以降の専門部会の進め方について、委員の皆様からテーマを出して議論していただくという方法もあると思うが、事務局の考えを説明願いたい。

(事務局)

事務局から案を示して委員の皆様からご意見をいただくという形ではなく、毎回テーマを設定して、例えば委員の方に基調講演をしていただいて、この専門部会の場でもさらに職種間の理解を深めていただく、また、設定したテーマについて皆様に意見交換をしていただき、それを事務局で吸い上げて事業に反映させていく形で進めていきたいと考えている。

(部会長)

委員の皆様がよろしければ、今後はテーマを委員から出していただくとして、次回については事務局から提案してほしい。

(事務局)

情報の共有について、もう一度議論を深める必要があるのではないかと考えている。前回の専門部会以降、委員や関係者の方々から改めて話をお聞きした。また、協議会、専門部会の委員から出していただいた課題の中にも、「時間を選ばない情報共有ができる」とよい「多職種の方との意見交換の際に、情報の共有化、特にITの重要性が挙げられた」という意見があった。現場ではどのようにして情報共有をしているのか、どこに課題があるのか、何が求められているのか、などについて、議論いただきたいと考えている。

(部会長)

ご意見あればお願いしたい。なければ次回は情報共有について取り上げることにする。

【異議なし】

(部会長)

次回の専門部会の日程は1月22日(水)とする。本日はありがとうございました。