

平成 25 年度第 2 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 10 月 4 日（金） 午後 7 時～9 時
2 場所	練馬区役所本庁舎 19 階 1902 会議室
3 出席者	<p><委員></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）、中田委員（高齢社会対策課長）、枝村委員（光が丘総合福祉事務所長）</p> <p><事務局></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	6 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<p>（1）在宅療養に関するアンケート調査結果について</p> <p>（2）練馬区における課題について</p> <p>（3）在宅療養推進区市町村支援事業について</p> <p>（4）その他</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 在宅療養に関するアンケート調査結果概要</p> <p>資料 2 練馬区在宅療養推進協議会在宅療養専門部会における各委員の意見を踏まえた課題の整理</p> <p>資料 3 在宅療養推進区市町村支援事業について</p> <p>資料 4 医療連携センター相談体制の拡充について</p> <p>資料 5 在宅療養シンポジウムについて</p>
8 事務局	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 電話 03-5984-4673

会議の概要

（部会長）

ただいまから第2回練馬区在宅療養推進協議会在宅療養専門部会を開催させていただきます。

事務局から次第が提出されているので、次第に沿って進めさせていただきます。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1の「在宅療養に関するアンケート調査結果について」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】

(部会長)

質問、感想などがあればお願いしたい。

(委員)

回収率が低いがこういうものなのか。

(事務局)

他区で実施した同様のアンケートでも同程度の回収率となっている。

(部会長)

催促をしてもよかったかもしれない。

(委員)

せめて半数は回答してほしい。

(委員)

在宅医療をやっている診療所に関しては、回答率は高いのではないかと。在宅療養をやっていない診療所は関心がないので、メリットがないと回答しないと思う。

(委員)

介護サービス事業所とはどのような事業所なのか。

(事務局)

訪問看護、居宅介護支援を除いたすべての介護サービスの事業所である。訪問介護、訪問リハ、通所介護、福祉用具貸与などの他、特養などの施設サービスも含まれる。

(委員)

介護サービス事業所は、外来が主である診療所と異なり、在宅療養者へのサービスを仕事としている割には回収率が低い。

(委員)

FAXだけ来ても重要性が伝わりにくい。

(委員)

郵送でも様々な所から類似のアンケートや調査依頼が来るので、すべてに回答するのは難しい。

(事務局)

介護サービス事業所については、ケアマネジャーが作成するケアプランに基づくサービス提供なので、主にケアマネジャーが医師との調整など在宅療養に関わる部分を担っている。そのことが意識の差として表れていると考えられる。

(委員)

訪問診療または往診を行っている診療所からの回収数は、在宅療養支援診療所の数とほぼ同数であり、高い割合で回収できたのではないかと。

(委員)

アンケートから見える課題については、全国共通であり、他の自治体とほぼ同様に施策を進められるのではないかと印象を持った。

(委員)

説明にもあったが、多職種連携に必要なこととして、医療側は「コーディネートできる人材の育成」、介護側は「顔の見える関係づくり」や「各職種の相互理解」と、職種による傾向の違いが出てきたと思う。

(委員)

顔の見える関係を作るために年に数回集まるだけでは効果があまりないと思う。既存の地域包括支援センターの機能を見直して、例えば医師とケアマネジャーの間に入ってコーディネートを行うなど、専門の職種がいてもいいのではないか。

(部会長)

アンケートの回収率が低かったことについては、次回の課題として事務局で検討し、改善してほしい。また、関心が低かった関係者についてどうアプローチしていくかということも課題として見えてきたと思う。

(委員)

アンケート結果は公表されるのか。

(事務局)

専門部会の開催結果概要の資料として、区ホームページに掲載する。

(委員)

回答していただいた方に結果を返していかないと、関心が薄れていくし、関係者の意識も高まっていかない。

(委員)

回答してない方に対しても結果を示し、少しでも在宅療養について意識を持ってもらうことも必要ではないか。

(委員)

アンケート結果の詳細についてはどのように公表するのか。

(事務局)

専門部会の委員の皆様には希望があれば職種毎7種類の結果を送付する。委員以外については、各師会、事連協などを通してお知らせする。

(委員)

資料は事前に目を通しておいた方が、限られた時間での議論も深まるので、事前に送付して欲しい。

(部会長)

次第2の「練馬区における課題について」事務局から説明をお願いしたい。

【資料2について事務局から説明】

(委員)

アンケート結果と整理された課題を見ると、医療と介護の間に深い溝があるのを感じた。これを何とかしないと、本人や家族が安心して地域で暮らしていくことが難しいと感じる。

(部会長)

まさに医療と介護の連携を深めていくために、この専門部会で検討していく。

(部会長)

次第3の「在宅療養推進区市町村支援事業について」事務局から説明をお願いしたい。

【資料3について事務局から説明】

(部会長)

まず多職種の連携強化に関してご意見いただきたい。

(委員)

4地区に分けて交流会を実施する案だが、患者の分布は4地区に分かれているわけではないので、あまり部分的に実施するのはどうか。事例検討会は、個別の患者について細かく検討する場合と、困難事例を集めて全体で行う場合とでは趣旨が異なるので、どのレベルでやるのかを考える必要がある。

(委員)

現在は主治医と訪問看護、主治医とケアマネジャーという単位で行われているが、その他の職種も含めて多職種合同で行うという考えはよいか。

(委員)

多職種で行うのは良いと思う。

(委員)

職種を増やすと人数も増えるので、地域別に区切らないと収まりきらないということもある。まずは近隣の関係者のネットワークを作っていくことが必要ではないか。

(委員)

病院としては、区内の広範囲から患者を紹介され、在宅に戻っていくため、様々な地区の関係者と調整をしている。

(委員)

診療所の立場からすると、近隣の関係者とのつながりが重要なので、地区を区切って行うことも有効と考える。

(委員)

どのレベルで実施するか検討が必要であると思う。病院から在宅に退院する患者と、元々在宅で療養している患者では対象となる在宅療養の関係者が異なる。

(委員)

どちらも大事である。

(委員)

優先順位や工程をどのように考えているのか。在宅療養を受ける側にとっては、実現して結果が見えないと事業を行う意味がない。

(事務局)

まずは医療と介護の関係者の顔の見える関係づくりを進めるために、交流会や多職種連携研修を実施していきたい。そして、関係作りがある程度出来てから、連携する際のツールとして例えばICTの活用を検討していきたいと考えている。

(委員)

各団体から選出されて委員としてきているので、課題を提示してもらえれば、持ち帰ってできることもある。また、他の自治体の取組や成功例、練馬区に当てはめた時の課題などを提示した方が議論しやすい。

(委員)

委員はそれぞれの仕事があり、医師に関していえば、コーディネートに時間を割いても報酬がもらえるわけではない。元々コーディネートするのが仕事であるケアマネジャーに対して、例えば能力向上研修をやってスキルを上げていけば、コーディネートできる件数が増えるかもしれないし、ケアマネの利益にもつながる。ボランティアではなく実利的な仕組みも考えていく必要がある。

(事務局)

皆様の負担を考えると、例えば多職種連携研修については、事務局と東大の研究チームとで内容の案を検討し、さらに委員の皆様にご検討していただくという手法も考えられる。一方、情報共有ツールについては、せっかく様々な職種の方に委員として集まっていたので、皆様にも持ち帰って各団体で検討したものを持ち寄って一緒に作っていただくことも考えている。

(委員)

研修はいつやるのか。土日終日となると休日返上になる。先行事例の柏市の研修内容や成果が見えないと、同様のものを練馬ですぐにやろうという話にはならない。

(事務局)

柏市の場合、日程は土曜日が半日、日曜日が1日。土曜日は研修後に懇親会が行われていた。人数は、一つの班が10人×8グループで概ね80人。形式は講義とグループワークを織り交ぜたもので、内容は、導入として多職種連携の必要性、在宅療養推進の背景から始まり、介護保険制度の概要、リハビリやがんの疼痛緩和などを取り上げており、知識を深めると同時にグループワークを通した顔の見える関係づくりを目的としたものであった。

(委員)

メンバーは同じ地域の関係者なのか。現場に戻ってその人たちと仕事をするのでなければ、本当の意味での交流とはいえないのではないかと。研修の目的が、多職種をよく知りあうためなのか、実際に現場で顔を合わせる人たちとの理解を深めるためなのかによって、やり方も変わると思われる。

(事務局)

柏市は研修を始めて4年目であるが、当初はお互いの職種の理解を深めるという目的だったと考えられる。参加していた医師の中にも温度差はあったが、研修を受けて必要性を理解し、在宅医療に取り組むようになった医師もいるので、一定の成果はあったものと考えている。

(委員)

成果が見えにくい。成果が上がる方法を別に考えた方がいいのではないかと。

(委員)

研修の費用は誰が支払うのか。

(事務局)

柏市では参加者からは弁当代のみ徴収していた。

(委員)

講師謝礼は区が支払うのか。

(事務局)

そのとおりである。

(委員)

参加者の時間外手当は。

(委員)

自分も柏市の研修に参加したが、医療機関や事業所によっては時間外手当を出しているかもしれないが、基本的にボランティアである。

(委員)

自分の事業所では研修は手当を払って参加させている。成果が見えない研修には参加させていない。

(部会長)

柏市での成果が見えてこないと実施に結びつかない。

(委員)

成果については次回以降に示せるようにしたい。内容については、東大チームのプログラムを練馬区版に修正したものをたたき台としてこの専門部会に示して、検討して具体化していくことになる。相互理解を進めることや在宅医療を行う人材のすそ野を増やしていく取り組みとして一つ入れていきたい。

(委員)

各団体の代表として研修に参加したのが10人として、それを会員全体に広めていくのは困難である。ところで、コーディネイト機能の充実とはどういう意味か。

(委員)

例えば、ケアマネは医師と連絡取りづらい、医療の知識が足りない、医師側は多忙である、病気は診るが生活は見えていないなどの要因により、医療と介護の連携ができていない部分がある。医療と介護それぞれは充実していても、医療と介護の間に入って調整する機能が不足していると思う。

(委員)

多職種の連携を深めるには一緒に働くことが一番だと思う。コーディネーターが職種間のコーディネイトをしてくれれば、後は現場で動くことによって交流が図れるのではないか。

(委員)

事例検討会は一人の患者について、関わった様々な職種がそれぞれの立場で感じていることを言い合うことによって相互理解につながる。地域で一つ一つの事例について深めていくことが結局近道だと思う。柏市のモデルを参考にするのはよいが、練馬から発信するモデルを作ることがよいと思われる。4地区で行う事例検討会で扱った事例を年1回の大きな検討会で発表するとか、良い事例や困難事例を集めた事例集を作るといった取り組みもすすめることが重要である。

(委員)

身近な地域で集まったの事例検討会をやっていくのが顔の見える関係づくりにつながっていくと思う。今も職種毎の検討は行われているので、職種を広げて行ってほしい。

(委員)

個々の病院や診療所でも多職種を集めて検討会を行っているが、他の診療所の医師に声をかけるのは躊躇してしまうところがあるので、区が主導して集まれる場を作ってもらえるとありがたい。

(委員)

バランス良くいろんな事業が並んでいるが、どこかに注力して練馬区モデルを作っていけないと良いものがないのではないかな。

(委員)

コーディネート機能に関しては、1点集中よりいろんな事業所で対応した方が、区民の方も幅広く利用できる。

(委員)

熱心な医師や介護職の方が固定されているように感じる。研修をやっても参加するのは熱意のある方ということだと、さらに温度差が出来てしまうのではないかな。それは利用者にとって不幸なことである。なるべく多くの関係者が参加して底上げできるような仕組みにしてほしい。

(部会長)

情報共有の仕組みに関してご意見をいただきたい。

(委員)

以前練馬区で救急情報キットを作ったが、どの程度運用されたか。紙の様式だけ作っても使われないのではないかな。

(委員)

誰が記入するのか。

(事務局)

利用者に関わる医師や介護職である。

(委員)

内容が難しいし、項目数が多すぎる。使われなかったならなぜ使えなかったのか、成果を検証して反映していった方が効果的である。

(委員)

救急情報キットを現場で見ているのは、情報が欲しい人ほどシートに書き込まれていないということである。効果を検証しないで同じようなものを作ってもまた同じことになる。

(事務局)

他区の同様事例の効果については把握できておらず、その点についてはお詫びする。一方、関係者の方からも情報の共有が課題であるとの意見もいただいている。どのようなものがあればよいのか考えをお聞かせ願いたい。

(委員)

まずは救急情報キットがなぜうまくいかなかったのか検証する必要がある。

(委員)

救急情報キットは、在宅療養を進めるという目的でなく、一人暮らしや高齢世帯の方の容態が急変した時に、救急隊員が迅速にかかりつけ医の情報や病歴を知ることが主目的である。また、認知症の方の場合、本人にケアマネジャーの名前を聞いてもわからないなど意思疎通が困難な場面があり、連絡先や薬の情報などが分かるような共有ツールが必要との現場の声もある。

(委員)

救急隊員がどれくらい活用したか、どの位記入されていたかなど検証したのか。

(委員)

手元に件数のデータはないが、例えば高齢夫婦の世帯で、救急車を呼んだが気が動転していて病状などの説明ができない時に救急情報キットを活用した事例はある。

(委員)

個別の事例ではなく、全体を見て、費用対効果がなければ意味がない。

(委員)

本人の情報も変化するし、誰が責任を持って記入し、更新していくかが明快でないと、ツールを作っても作成して終わりになる可能性が高い。実施した結果をフィードバックし、それを検証していく必要がある。

(委員)

区民の立場からすると区の書類は分かりにくいので、作るのであれば簡易なものにしないと記入できない。お薬手帳を活用してもよいのではないか。

(委員)

例えば訪問看護計画書にはかなり情報が記載されている。それぞれが作成している既存のものを統合して活用していった方がよい。

(委員)

ケアプラン、訪問看護記録、お薬手帳などをファイルにまとめたらどうか。もし新たな方法で手間をかけてやるなら、ITを活用して、例えば共通のサーバーに情報を入力する方が良いのではないか。

(委員)

クラウドはリアルタイムで患者情報を共有できるので便利だが、セキュリティの面で不安がある。

(部会長)

「サービス提供体制の充実」と「区民への普及啓発」の項目に進みたい。

(委員)

訪問看護への同行に関して、患者の了解を得ることについてどのように考えているのか。主治医からの依頼だと断りづらい患者もいると思う。上手い仕組みを考えてもらいたい。

(委員)

訪問看護ステーションの採用面接の際に訪問看護の現場を見てもらっているが、見学するのを受け入れていただけそうな利用者に了解を得たうえで、同行させてもらっている。訪問看護の現場を知らない病院スタッフに見てもらうことが、訪問看護師を増やすことや、在宅療養への理解を深め、充実させることにつながる。利用者の方には理解を得て実施している。

(委員)

医師も研修医の往診同行を行っている。大人数で行くのではなく、1人+αであれば、それほど患者の精神的負担にはならず、了解いただけるのではないかと。

(委員)

区で実施するのであれば、同意書や、同行人数、守秘義務など、きちんとルール化しておいてもらえれば、患者・家族も安心できる。

(委員)

後方支援病床はがん末期の方を中心に考えてもらいたい。ホスピスを最期の場所として考える人が多いが、現実としては受入れが少ない。

(事務局)

疼痛コントロールについては、いくつかの医療機関で一定程度対応可能と聞いている。

(委員)

終末期の数週間をなじみのない後方支援病床で過ごすことは考えにくいのではないかと。

(委員)

退院時、在宅に戻った後に状態が悪化した時の受入れが可能か、看取ってもらえるかどうか病院に確認しているが、治療は終わっているため受入れできないという病院が多い。

(委員)

在宅療養支援診療所は後方支援病床を持っているはずだが、行く当てがないことがあるのか。

(委員)

入院していた病院、特に大学病院は受入れが厳しい。

(委員)

大学病院は治療が終われば患者を次の医療機関に引き渡す。引き受けた在宅医は、自宅での看取りについて患者や家族の意思を確認するが、何を選択するかは患者による。病院での最期を希望されれば、看てもらえる個人の病院などをお願いしているので、私の場合はそれほど困っていない。

(委員)

在宅療養支援診療所が関わっていればよいが、ぎりぎりまで大学病院で受診していて最期が近づいて在宅に帰るケースが行き場がなくて困っているのではないかと。

(委員)

大病院での治療は患者の希望によるもので、最期まで看てもらえないことは承知の上で大病院を選んでいるのではないかと。

(委員)

患者としてはそこまで先のことは見通せず、治したいと希望している方も多い。

(部会長)

後方支援病床の仕組みづくりについては、もう少し現状の分析や利用者の意識改革も必要と思われる。今の議論で様々な課題が出されたので事務局で整理してもらいたい。

(委員)

病院も経営のことを考えると、がん末期の患者ばかりを受け入れられない。数床を後方支援病床として運用することはできると思う。

(部会長)

なお、認知症に関する取組みについては認知症専門部会で検討するので、ここでは参考として見ていただきたい。今日は総花的にすべての取組を見ていただいたが、どこから手をつけるかなど事務局で整理して、力点をおいたプログラムにした方が良いと考える。

(事務局)

今日いただいた意見を踏まえ、もう一度取組について整理して、メールでお知らせしてご意見いただき取組項目をまとめていきたい。取組について専門部会の委員の皆様にご了解いただければ、協議会委員にも示して了解をいただいたうえで、東京都に補助金申請していきたい。

(部会長)

次第4の「練馬区医師会医療連携センター相談体制の拡充について」委員から説明をお願いしたい。

【資料4について委員から説明】

(部会長)

ご意見、ご質問はあるか。

(委員)

利用できるのは医師会員のみか。患者の主治医が医師会員かどうかで利用が選別されるのは好ましくないのではないか。

(委員)

医療連携センターに機能を付加して、在宅医が医師会に入るメリットを作っていないと会員が増えていかない。後方支援病床を利用しやすくして在宅医療の敷居を下げていくなど、24時間対応はできなくても往診はする医師も増やしていきたい。

(部会長)

資料5「在宅療養に関する普及啓発事業について」事務局から説明をお願いしたい。

【資料5について事務局から説明】

(部会長)

その他、事務局から何かあるか。

(委員)

練馬駅北口区有地に建設される複合施設内に、来年5月に慈誠会リハビリテーション病院が移転してくる。区内初の回復期リハビリテーション病院であり、急性期が過ぎ在宅に復帰する前の病院として重要な役割を担うものと考えている。病院の体制が整った時点で、協議会や専門部会の委員に入っていただきたいと考えているがいかがか。

【異議なし】

(部会長)

次回の専門部会の日程は11月25日(月)とする。本日はありがとうございました。