

平成 26 年度第 1 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 26 年 4 月 23 日（水） 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>< 委員 > 結城委員、岡田委員、田中委員、新井委員、栗原委員、石井委員、末永委員、男沢委員、山添委員、竹治委員、関委員、奥村委員、小泉委員、佐古田委員（地域医療課長、部長代理）、島添委員（福祉施策調整担当課長）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 > 地域医療課、福祉施策調整担当課、高齢社会対策課</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）委員の委嘱 （2）コーディネート能力の向上のための取組について （3）訪問看護への同行について （4）意見交換 情報の共有について （5）ICT 試行利用ツールの機能説明 （6）その他</p>
7 資料	<p>委員名簿 次第 資料 1 コーディネート能力向上のための取組について（案） 資料 2 訪問看護への同行について（案） 資料 3 ICT を活用した関係者間情報共有試行事業に係る管理運営規程（素案） 資料 4 事例検討会の日程等について</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 電話 03-5984-4673</p>

1 委員の委嘱

【委員の交代等に伴い、委嘱状を机上配付（3名）】

2 コーディネート能力向上のための取組について

【資料1「コーディネート能力向上のための取組について（案）」により事務局から説明】

（委員からの意見特になし。）

（事務局）

資料1を基に研修内容等の案を今後事務局から提示させていただき、委員の皆様からのご意見をいただければと思います。

3 訪問看護への同行について

【資料2「訪問看護への同行について（案）」により事務局から説明】

（委員）

何か所位の訪問看護ステーションが協力していただけるのでしょうか。

また、募集人数は何人くらいを予定しているのでしょうか。

（事務局）

平成26年4月23日現在、6か所の訪問看護ステーションから協力いただける旨の連絡をいただいております。

また、募集人数につきましては、10人前後を予定しておりますが、需給バランスにより前後すると考えております。

（委員）

病棟の看護師は忙しいため、参加することは難しいと思いますが、資料2のように訪問看護に同行して在宅療養への理解を深めることは非常に良いことだと思います。

また、病院スタッフは、患者さんが自宅に戻ったあとのことを知る機会はあまりないため、同行する際には、与えられた症例について同行して見学するよりも、自らの病院で訪問看護に繋がった患者さんの経過を見学する方が印象に残りやすく、効果的だと思います。

（委員）

このような同行研修は、継続して行うことが重要だと思います。

また、同行研修のみであると、1回に参加できる人数が限られてしまうため、同行研修とは別に、訪問看護全般に関する講義形式の研修を医療機関のスタッフ等が集まりやすい時間帯に開いていただくと、一度に多くの受講者が見込まれることから、実施を検討してみてもどうでしょうか。

さらに言いますと、同行研修を行う前に講義形式の研修を行うことで、事前に知識を深めることができ、同行研修時に訪問看護の様子を理解しやすいと思います。

（委員）

患者さんが退院して自宅に帰ってからの様子については、訪問リハビリがフォロー的に入って中の状況を見ることはありますが、ソーシャルワーカーや看護師はその話を聞くことでしか

フィードバックがありません。こちらで準備した結果、どのように自宅で過ごされているか知りえないところがあります。関わったケースについて自宅にうかがう機会があれば有効なことだと感じます。

(事務局)

今のご意見を踏まえて、事務局の方で検討させていただきます。

4 意見交換（情報の共有について）

(委員)

電話・FAX・連絡ノートを使用して医師やヘルパーと情報を共有しています。

また、褥瘡等については、写真をとり、電子メールで医師に送付して状態の確認を行っていただいています。

課題としては、情報を共有（確認）できる時間が、業務終了後（夕方5時以降）になるため、連絡を取りたくても取れないことが一番の課題です。

時間をかけずに情報を共有することが一番重要だと感じています。

(委員)

私の事業所は訪問看護、訪問介護、デイサービス、定期巡回などがあり、社内ではメールを活用して管理者、サービス担当責任者、ケアマネジャー間で報告し合っています。

また、各事業所で共有ノートを作成し、情報共有のものをなくしています。

しかし、訪問介護は現場にいることが多いため、情報の共有が難しいことが課題です。

(委員)

われわれケアマネジャーが情報の共有で大切にしているのはサービス担当者会議です。関係事業者には、基本的には全員参加していただき、参加できない方については事前に意見を伺って情報を得ています。

課題としては、医療機関との連携です。医師については誘いにくい、または誘っても参加いただけないことが多いというのが現状です。特に経験の浅い、若いケアマネジャーはスキル不足が露呈することをおそれてしまい、医療機関に出席をお願いできないことがあります。

自分の場合は、利用者が医療機関を受診する際に付き添い、医師に顔や名前を覚えてもらうなど「顔の見える関係」を大事にしています。

(委員)

リハビリ従事者は、退院患者については紙媒体での情報共有になります。

しかし、紙媒体であるため情報を共有するまでに時間がかかる、情報が十分に伝わらないなどの課題があります。

リハビリのため区外の医療機関に行く患者もいますが、そのような医療機関とのネットワークづくりは、同じ職場の中でも経験の有無によって差が出るがあります。

介護保険業界については従事者が少ないので時間に追われているとの声を聞くことがあります。こちら主だった情報共有は紙媒体であり、書く時間の問題は必ず話題になります。

(委員)

退院と在宅医療の支援に必要な情報にしばって話をしたいと思います。情報には、相談からコーディネートをするまでに必要な情報と、コーディネートされた支援チームの中で共有する

情報と、大きく分けて2つあります。

本人（または家族）からの相談を受けた際に、本人（または家族）から収集した医療情報と医療機関側の情報には齟齬が生じることがあります。相談を受けた際は必ず医療機関に確認しますが、医師との連絡が取れないことが多く、医療情報の収集が困難です。ソーシャルワーカーが関わっている場合は、その方から情報をいただくことでスムーズにいくことがあります。ケアマネジャーと異なり、契約の中で個人情報に関する承諾が得られているわけではないので、個人情報の収集は難しいものがあります。

ケアマネジャーや訪問看護の方には、得られた情報を口頭で伝えているのが現状です。

適切なコーディネートには正確な医療情報が必要なため、病院医師からの病状説明や在宅で必要な医療情報が、相談があった後でも確認できるシステムがあるとコーディネートが行いやすいと感じています。

もう一点、医療と福祉では医療情報の必要な視点が異なっているため、誰が情報収集しても必要な医療情報が収集できるツールのようなものが必要であると感じています。在宅療養相談窓口で、がんの方を中心とした退院時カンファレンスに必要な医療情報収集のシートを作りました。そのようなものを活用することで、関係者間で情報共有ができればと考えています。

(委員)

高齢者については、医療情報についていけない人が多いため、退院してから先のことがわからず、病院から単に追い出されるようなイメージを持っているのが現状です。

患者・家族としては、ケアマネジャーに話を聞いてもらえていない、病院の医療相談員にはもっと聞いてもらえていないという感情を持っています。そのような中で、患者・家族を抜きにした情報の共有が進んでしまうと患者やその家族からの苦情が増えていくので、高齢者の家族等も理解できる初歩的な情報を共有できるネットワークがほしいです。

(委員)

以前、施設にうかがったり、ケアマネジャーの記録を拝見したりする機会がありましたが、ケアマネジャーが情報を記録に書くだけでもボリュームがあり、その作業に忙殺されている一面はあるのだらうと思います。

また、ケアマネタイムという取組もありますが、実効性はあまりないように思いました。負担感、時間の制約をいかに減らしていくかという意味では、ICTツールというものが有効なのか、あるいは他の自治体で行っている取組なども参考にしながら検討する必要があると思います。

家族との情報共有については、すべての情報を共有するやり方に対し、一部だけを家族と共有するやり方も現実的には必要だと感じました。

(委員)

院内の情報共有は基本的に紙媒体です。リハビリ総合実施計画を月に一回見直し、それで情報を共有しています。

患者の疾患によって入院期間が定まっている状況だが、患者の家族からは、まだ回復していないのに退院しなくてはいけないと受け取られることが多く、当事者である患者家族が疎外感を感じながら退院計画が進んでいくことがあります。

退院時カンファレンスは必ず行っていますが、初めて介護状態になった方の場合、ケアマネ

ジャー自身も対処が分からないこともあります。こちらも話を聞いているつもりでも、退院支援を終わらせないといけない期限が決まっているとご家族との面談も100%というところまではできていないのかな、ということがあります。

退院前カンファレンスではケアマネジャーとご家族は初めての対面なので、話が進まず、一回で終わることが難しいのが現状です。先ほど紙媒体による情報共有という話がありましたが、カンファレンスに必要な情報を盛り込んだ共通のツールがあると、一定のレベルでカンファレンスが実行しやすいと思いますが、作成の負担がかかるのが難点です。カンファレンスの内容をどのように濃くするかが課題です。

(委員)

介護療養型の医療施設ですが、まれにご自宅に戻りたいという方がいらっしゃいます。その場合は、医師や看護師、介護士、栄養士等が退院時の現状と今後の対策・ポイントを紙にまとめています。

また、家族等に話をする際には、医療用語を使わないように努力しています。

(委員)

退院支援カンファレンスが重要になります。在院日数が長い人をどうしようかと検討をしてきましたが、以前は平均在院日数が90日の患者さんが多くいましたが、退院支援を徹底して行い、入院時からケアマネジャー等と早めに情報共有を行うことで、最近では50日前後の患者さんが数名程度になるなど状況が変わってきています。

急性期病院がそのように変わってきた理由として、国が決めた入院の枠組みであるDPC（包括医療費支払い制度）があります。このことを患者に説明し、理解していただくことが重要だと感じています。

情報共有については、異なる職種が情報を共有する際に使用する紙媒体の種類が様々あり、それが患者を中心に一覧性のあるシステムになっていないことが、関係機関の間で情報共有が円滑に行えていない原因の一つであると感じています。

退院前のカンファレンスにおいて関係機関が意見を言い合うことはもちろん重要ですが、カンファレンスを行う前に関係機関が事前に予備知識として患者情報を共有することについて考えていかなければいけない時期にきていると感じています。

(委員)

薬剤師は医師の指示やケアマネジャーや看護師の依頼を受けた際に、医師から患者の診療情報と訪問の指示をいただきます。そこでひとつ情報の共有ができます。患者宅への訪問後は、主治医やケアマネジャーに報告をしています。

急ぎの案件があれば電話で医師・ケアマネジャー・ヘルパーと情報共有しています。

また、お薬手帳に情報を記入することで患者本人や家族等とも情報を共有しています。情報共有の一つであるサービス担当者会議に薬剤師が参加して顔の見える関係で話をすることは非常に重要であると感じています。

薬剤師は医師と患者の間の橋渡し役を務めたいと思っています。退院時カンファレンスに参加することもあります。患者が自宅に戻った後の生活環境や家族関係を知っておく必要があると感じていますが、ある程度の情報を把握するまで時間が必要かと思っています。

(委員)

歯科医師として、病院や施設に入所している患者の情報を得ること、伝えることは比較的難しくはありませんが、在宅（自宅）の場合は難しいと感じています。在宅患者については、主治医から事前に情報を得て、診療後報告する形をとっています。

また、家族に対して情報を伝えることは相手方の家族構成によっては、紙媒体のみでは伝えづらい部分があることから、各種媒体を通じた情報共有だけでなく、実際に立ち会ってもらうことも重要な情報共有の方法であると感じています。

(委員)

新規の患者を受け入れるときに病院から多くの情報をもらいますが、医師からではないことがほとんどです。退院調整ナースが医師から情報を得て、その情報を伝えてもらうことが多いのですが、担当ナースの能力等によっては状況をつかめないこともあり、その場合はこちらで具体的な報告をうかがうツールを用意するなどして、病院からの情報を共有しています。

情報の内容として、治療経過や病状等については細かく記載していただけるのですが、告知（余命等）の情報が少ないことが多いため、終末期医療に近い患者については、後々問題になることがあります。新規の患者を受け入れるに当たっては、今までどのような説明を受けているかを確認し、それが病院の医師等とずれがある場合は、必ず確認するようにしています。

また、訪問看護師とは医療用語でいろいろなツールで意見交換をすることができますが、ヘルパーの場合は、患者の病状が変化した際の表現の仕方がわからず、伝えることができないことがあります。その場合は、こちらから在宅患者を看るときの表現の仕方をヘルパーに教えるような機会があるべきなのだと思います。有料老人ホームでは、ナースがヘルパーに対して、医師等に報告するための表現の仕方をトレーニングする時間があり、それによって、ヘルパーが患者の病状等を医師に説明しても、情報の共有に当たって誤解が生じにくい状況にあるようです。

(委員)

簡便な情報の共有が重要であることは承知していますが、ICTを使った情報共有の難しさ・怖さといったものがあると思います。

患者に情報を伝える時に医療用語を使わないという話がありましたが、医師に情報を伝える場合と、看護師、ヘルパー等に伝える場合では、それぞれ違う言い回しでわかりやすくなるように伝えているものを、ICTを使って、ひとつの文章で全員に伝えることは非常に難しいであろうと感じています。

表現の仕方がうまくない場合については、こちらからいくつか質問をして、やりとりをしていくことでどういう状態かを理解することもあります。この場合はICTを使ってやっていくのは難しいと思いますので、ICTも万能ではないのであろうと感じています。

また、文字として残る以上、責任を生じてくるでしょうし、どこまでニュアンスのようなものを正確に書き込めるのか。誤解を与えるような言い回しになることもあるので何度も見直しているうちに時間がかかってしまうこともあるでしょうから、それはそれで煩雑ではないと思います。完全に否定するものではありませんが、いろいろ難しい問題もあります。

したがって、多職種が共有できる部分は新しいツール（ICT）を使い、そうでない部分は今までのツールを使って補完していくのが現実的ではないかと感じました。

(委員)

ある患者が入院した時点から在宅に至るまでの一連の流れの中で、この期間を継続して支援する伴走者のような人がいないと、専門性も踏まえつつ、平易な言葉で患者・家族と接して、皆さんと情報共有できる仕組みというのは難しいのではないかと感じました。その課題はICTを活用して解決することも難しいため、人の活用で情報の共有を図ることができるのか、その仕組みも考えなければならぬと感じました。

5 ICT試行利用ツールの機能説明

【事務局およびシステム事業者から説明】

(委員)

費用が無料とのことですが、行政側が払うことで利用者が無料ということなのですか。

(システム事業者)

費用についてはアプリを提供しているメーカーからいただいているため、行政の負担もありません。

本ツールを利用することを決定した医院等が、従前から各医院等で使用している電子カルテやレセコンのアプリを、本ツールと連携して使う場合は費用がかかります。

(委員)

例えば、他社のツールについては、電子カルテの情報をもう一度そのツールに書き込んで関係機関の方々に見てもらうので、入力時間がかかります。今回のツールについては、電子カルテが連動している場合は自動的に同期ができるのでしょうか。

(システム事業者)

本ツールと連携したシステムについては、当該システムに入力した情報が自動的に本ツールで共有できることになっています。

(委員)

歯科については、電子カルテが医科ほど普及していませんが、本ツールに接続できる電子カルテのメーカーは限られているのでしょうか。

(システム事業者)

本ツールとの接続作業が必要となるため、メーカーが対応していただければ連携したシステムを使用できます。現在は連携できるシステムは限られていますが、今後普及していく予定です。

(委員)

無料ということや、電子カルテ等と連携できるという話ですが、アプリを使うとなると費用がかかります。現実的に練馬区で導入・運用できるのでしょうか。区は費用の負担をしてくれるのでしょうか。

(事務局)

区として費用負担することは考えていません。基本的な情報共有のタイムラインを使うことを想定しています。それだけでも従前の情報共有との違いはあるのではないかと考えています。

(委員)

ルールの内容については理解できたので、実際に本ツールを利用している地域や関係機関等の運用状況について今後具体的に説明していただきたいと思います。

(システム事業者)

今後機会をいただければ運用の情報を提供させていただきます。また、ICTの活用はこれからの分野でもありますので、課題を一緒に考えていくことができればと思います。

6 その他

(1) 事例検討会の日程等について

【資料4「事例検討会の日程等について」により事務局から説明】

(委員からの意見特になし。)

(2) 在宅療養シンポジウムの日程

【事務局から説明】

(委員からの意見特になし。)

(3) 次回日程

(部会長代理)

次回の専門部会の日程は7月2日(水)とさせていただきます。

本日はありがとうございました。