

平成 28 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 議事録

1 日時	平成 28 年 9 月 28 日 (水) 午後 7 時～午後 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 ></p> <p>出席者：新山委員 (部会長)、平木委員、山川委員、田中委員、曾田委員、栗原委員、下山委員、宮本委員、瀬田委員、山添委員、永沼委員、郡司委員、関委員、大野委員、中島委員、伊藤委員 (介護保険課長)、清水委員 (地域医療課長)、枚田委員 (医療環境整備課長)、屋澤委員 (高齢者支援課長)</p> <p>欠席：平良委員</p> <p>< 事務局 ></p> <p>地域医療課、高齢者支援課、高齢社会対策課</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	4 名 (傍聴人定員 10 名)
6 次第	<p>(1) 退院連携推進事業 (中間報告) について</p> <p>(2) 介護老人保健施設の調査研究の継続について</p> <p>(3) 平成 28 年度死亡小票分析の実施について (報告)</p> <p>(4) 平成 28 年度事例検討会の結果報告 (報告)</p> <p>(5) 平成 28 年度在宅療養講演会の結果報告等について (報告)</p> <p>(6) ICT を使用した取組について (報告)</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 退院連携推進事業 (中間報告) について</p> <p>資料 2 介護老人保健施設の調査研究の継続について</p> <p>資料 3 平成 28 年度死亡小票分析の実施について</p> <p>資料 4 平成 28 年度事例検討会の結果報告</p> <p>資料 5 平成 28 年度在宅療養講演会の結果報告等について</p> <p>資料 6 メディカルケアステーション (MCS) を利用しての印象</p> <p>参考 平成 26 年度練馬区死亡小票分析調査結果</p> <p>参考 「在宅で生きる」 6・8 月号</p>
8 事務局	<p>練馬区 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>

1 委員の変更について

【部会長より今回より新しく委員となった委員の紹介】

2 退院連携推進事業（中間報告）について

【資料1「退院連携推進事業（中間報告）について」により事務局から説明】

（部会長）

こちらが退院連携推進事業の4地区の第1回の意見でございます。ご出席いただいた方もおられると思いますが、この中でわからないことや聞いておきたい箇所がありましたらご意見いただけたらと思います。

（委員）

医療連携加算情報提供書はどういったものでしょうか。

（事務局）

医療連携加算情報提供書は、ケアマネジャーが、ケアマネジメントを担当している利用者が入院する時に医療機関に情報を書類で提供することで、事業所の介護報酬に加算が付く書類でございます。

（委員）

ありがとうございます。今回、医療連携加算情報提供書の話は出てきますが、退院後に在宅療養患者を受け持つ医師や看護師が患者さんの退院時に病院に赴いて病院の医師と一緒に患者さんに説明をする退院時共同指導料は記載されていません。加算が付く内容として病院も在宅担当医も動いていると思うのですが、その辺の話は出てきたでしょうか。

（事務局）

第1回意見交換会の中では「退院時共同指導料」についての意見は出てこなかったです。しかし、退院時共同指導料は退院前カンファレンスを共同指導の場として捉えて病院側が保険請求していることが多いことが推定されますので、退院前カンファレンスについて意見交換をする際に、退院時共同指導料における各病院の現状・課題について確認できればと思います。

（部会長）

1回目は現状の把握ということで、各地区でご意見をまとめられたとのことですが、第2回の日程は未定ということでしょうか。

（事務局）

4地区の日程はすでに決まっており、一番早いのが練馬地区で10月11日の火曜日開催予定でございます。

(部会長)

2 回目のときには課題の抽出と課題の優先順位付けということで意見交換を進めていただくということによろしいでしょうか。

(事務局)

その通りでございます。

(部会長)

1 回目の意見交換会のまとめの資料ですが、細かいところはまたお目通しいただくとして、4 地区で共通して挙げられた意見は資料 1 に記載されている内容でございます。最終的には 3 回目の課題の解決策の検討に結び付けていくわけですが、ほかにご意見などがありましたら事務局へ寄せていただければ 2 回目以降の意見交換会の中で活かしていきたいと思えます。よろしく願いいたします。

(委員)

医療連携加算情報提供書について補足させていただきます。ケアマネジャーに加算が付くには、入院時に書類で提供した時と、私どもが病院に赴いて病棟の医療職の方と家ではこういう状況だったために今回入院されましたという面談をして書類を残した時の 2 種類があります。また、退院に向けては、医療職を含めた退院前のカンファレンスを開いていただくことを条件に、病院に行くと 3 回まで加算が取れるという制度があります。医療側への加算としては、病院にカンファレンスを開いていただいた時に、病院側の先生方や在宅側の先生もしくは看護職と一緒に、医療の方も退院時共同指導料などが算定でき、在宅側と病院側の双方に加算が付きます。

(部会長)

情報提供ありがとうございます。

(委員)

今回の第 1 回の現状の把握で退院時共同指導加算の話が出なかったということですが、第 2 回以降にそれに触れないのもいかなものかと思えます。退院時共同指導加算を算定するということは利用者様の方にもお金がかかる話です。その辺も医療職介護職皆で、そこにお金が発生するということを含めて議題に挙げていただけたらと思えます。

(委員)

ご意見ありがとうございます。患者目線で言えば病院の医師から在宅を担う在宅の医師に情報提供がされて引き継がれることが非常に重要です。一方、委員がおっしゃったようなお金の話もあります。この事業は今年度始まった新規事業です。本来であれば精神病院等さまざまな病院がある中で進めていくところですが、まずは急性期病院、特に各地区で病床数が 1 番多い病院から始めさせていただいています。練馬区の中で退院連携を推進していくための研究の一環でございますので、今の意

見も含めて今後、第2回や第3回、場合によっては第4回があるかもしれませんが、その中で検討していきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(委員)

今年度の11月と2月に事連協の居宅部門と練馬区で加算について検証する予定になっております。その目的はフォーマット作りです。現状、入院時にケアマネジャーが病院に持って行くさまざまな情報が、国の基準なのかどうかという目線だけで考えておりましたが、今回の話を聞いて、病院側の意見についても委員がおっしゃった内容も併せて、その時に一緒にご意見いただければと思います。

(委員)

ありがとうございます。お互いに必要な情報をどれだけ簡潔に伝えられるかが重要な視点だと思います。今の事連協さんの動きも見ながら本事業も検討を進めたいと思います。

(委員)

「退院に向けての情報共有の連携の機会 ③患者とその家族に対する意向確認」の練馬総合病院の意見で「家族に拒否されることがある」と書かれています。これは患者さん本人と家族の意見が違っていると受け取ってよろしいでしょうか。

(事務局)

本意見は、意見交換会では委員におっしゃっていただいたとおり、患者と家族の意見が違い、患者さんが了承していることを家族に伝えたときに家族から拒否されることがある、という文脈で出てきました。

(委員)

在宅に帰る場合は家族の意見が一番大切だと思ってお伺いいたしました。家族がどういうことで拒否されるのかを知りたいと思ったのですが、いかがでしょうか。

(委員)

家族は在宅で介護をするのは難しいと思われています。それはこの部会に出席されている皆様が共通して分かると思います。それを説明して何とか在宅に行こうと思えば多職種でいろいろ話をするのですが、現実はなかなか難しいです。先日も在宅の人で緊急対応が必要な方がいらっしゃいました。訪看から在宅はもう難しそうなので何とか緊急対応をして欲しいと連絡がありました。レスパイト入院に近いですが、ちょっと在宅は難しいので緊急的に入院するということがやっぱりあるということです。在宅を推進する上では、そういうことも考えて、少し窓口を広げておかないと難しいです。

(委員)

私も当日この意見交換会に参加していましたが、在宅では本人と家族の意向を確認する必要があるという前向きな話だったように思います。私の認識では、レスパイト入院も含めて、そもそも本人には本人なりに希望がある一方で、家族の希望と

は一部一致しないというケースがあります。レスパイト入院する理由が両者で違う時にどのように対応したらいいのか、そのほかにも例えば、本人がラーメンを食べたいがそれは医療的に難しいなど、さまざまなケースがあります。そういった意向を確認しなければ拒否などに結び付くこともあるため、双方の意向を確認するのが重要であるという話だったと思います。

(部会長)

今後はまとめ上げた課題を解決策にどう結び付けるかがポイントになってくるかだと思います。引き続きご意見等ございましたら事務局へお寄せいただければと思います。

3 介護老人保健施設の調査研究の継続について

【資料2 「介護老人保健施設の調査研究の継続について」により事務局から説明】

(部会長)

ありがとうございます。こちらは次回の専門部会でまとめて出していただけるということでしょうか。

(事務局)

はい。3回分のワーキンググループと事前調査の結果を報告書にまとめ、提出させていただきます。

(部会長)

この中で委員にもご出席いただきましたが、やってみていかがでしたか。

(委員)

現在、区内に13か所の老健があります。それぞれの特色があり、医療的なニーズへの対応状況も老健によって違います。居宅のケアマネジャーとの交流も必要ですが、在宅に帰るには在宅の先生たちとの情報共有もとても重要だと思います。介護事業者だけでなく医師会の先生たちにも老健についてもっと知っていただくにはどうすればいいかを改めて議題としてそれぞれが持ち帰っていると思います。

(部会長)

ありがとうございます。老健の現状がなかなか理解されておらず、また、実際に運営されている方もやり方がそれぞれ違います。これをどう活用していくかが在宅療養を考えていく上で非常に重要なポイントだということでこのワーキンググループが始まりました。何かご質問はありますか。

(委員)

前日も発言させていただきましたが、このワーキンググループに病院側が入っていないことは、課題だと思います。老健から患者さんが紹介されて病院に来る場合は比較的多くて、その後に老健に戻るときにすぐに戻してもらえないことが多いです。「1週間後に見に行行って判定させていただきます」などと言われ、タイミングを

逸してしまうことがよくあります。そういう問題を病院側は持っているのに話す機会がありません。今回もワーキンググループで老健内の目線で議論されており、多職種が感じていることが話し合いの中に含まれていないのではないかと思います。老健の中で考えていることと周りが考えていることには差があるのかもしれないし、老健の医療の水準と病院側が要求していることに差があるという現実もあると思います。その辺についてもう少し話し合う機会があってもいいかと思います。私は理解しているつもりなのですが、直接施設長と話さないと話が進まないときがよくあります。それは立場が違ふと考え方が違ってくると思うので、すり合わせができるように考慮していただきたいと思います。

(事務局)

ありがとうございます。3回に渡り老健のスタッフに集まっていたいでワーキングを実施し、実際の老健の運営的目線も含めてやっておりました。他にも他職種側はどういった意見を持っているかというのを改めて何らかの形でもう一度お伺いして、それを来年度の検討に繋げていければと考えております。

(委員)

基礎データとして、老健から病院に入院される方はどのくらいいるのか、また老健へ戻る割合はどのくらいなのか、復帰できなくて療養型の病院に転院する割合はどのくらいなのか、問題は何かということも実質のデータがあった方が議論しやすいと思います。

(委員)

本調査研究は、そもそも介護保険が始まった頃は老健に空所ができるなんて誰も考えていなかったという参加されている皆様の反省から始まりました。その反省の中でも、在宅強化型のようにしっかり回していく本来の老健を模索している施設もあれば、比較的長く入れることで経営的な安定を目指す施設もあり、各老健の性格が違ふというところが出発点でした。そういった中で老健が介護保険制度の中で利用促進等を図っていなかったために空所が生じています。一方で老健には様々な職種が揃っているという強みがあります。それをどう活かしていくかという観点でお話をしているところです。その中で委員がおっしゃったようなことは話としては出ています。例えば、高額な薬を使っている方は老健の持ち出しになってしまうなどの制度上の制約があるといった話がありました。先ほど事務局からありましたように意見交換会みたいなものを途中で挟むのも非常にいいかなと思っております。前向きに老健ワーキングはやっていますので、そういった場も含め検討させていただきたいと思います。

(委員)

練馬区では事例検討会を多職種でやっていますが、老健の患者様でも病院に入院した後に老健に戻ってすごくがんばっている人もいます。そういうのをテーマにし

て勉強会を開催するのも新たな試みとして検討していただきたいと思います。

(委員)

課題の中にもありましたように他職種との交流の機会の加増と書いてあるのはまさにそういった部分も含んでいると思います。ぜひいろいろな方から意見を聞いて、老健をもっと使って欲しいし、それが区民のためだという認識でおりますので、今この話を含め検討していきます。

(部会長)

今年度はこの3回で終了して来年度に繋げていくということでしょうか。

(事務局)

今年度、再度集まっていたくことは考えておりませんが、来年度以降もこの検討を続けていきたいと考えております。

(部会長)

せっかく始まったことですから来年度もぜひ深めて続けていただければと思います。

(委員)

今回の介護保険の改定で加算型、強化型ができましたが、練馬区は他の区と比べると老健の数が多いと思うのですが、こういった方向に練馬区の老健は向かっているのでしょうか。なにかデータがあれば教えて頂きたいです。

(事務局)

加算型や強化型が増えているかどうかというデータは取れていません。老健ワーキングは、今ある資源をどのように在宅療養にうまく使っていくかという観点で進めました。在宅復帰に特化しているのが良いというわけではなくて、それぞれの老健がこういった強みを持っていてこの地域の中でどういう活躍ができるかというのを老健の皆さんで考えるような会という目的でございました。

(委員)

ケアマネジャーからすると老健を選ぶにあたっては各施設の特徴を知りたいです。この施設はがんばってまたお家に帰ってこれる施設なのか、それともしばらく手放したいから長期で置いていただける施設なのか。まずそういったところを知らなければ選べないし、ご紹介もできません。在宅復帰率とか在日日数とかのデータがないとお客様に説明できないのではないかと思います。

(委員)

ワーキングではそれを老健ガイドという冊子形式にまとめ、様々なデータをあげて皆さんに分かっていただけるようにするところまでは話が이었습니다。それをどういう形で公表するかなどについてはまだ議論の途中なので次年度に繋げていきたいと思っております。

(部会長)

そもそも老健をどう活用していくかがポイントですので、レスパイトで預かってもらえるのか、社会復帰するための回復期リハのようなことをやっていただけるのか、そこがわからないということで今回の老健の活用に入っています。そういう話が出てきている中で全体としてまとめきれていないし、まとめるにあたっては老健さんの立場もあるので明確にどこまで表現するか調整も必要かと思います。その辺は来年度も含めてまとめていただいて、実際に老健が活用できるような方向でやっていただきたいと思います。

(委員)

活用という言葉がでてきたのですが、練馬区の老健の活用状況というのはどうなっているのでしょうか。

(委員)

手元に数字がないのですが、空いています。空いているところが増えてきています。平成12年度の介護保険が始まった時とは状況が全く違うという認識です。在宅強化型なのか比較的長く入所できるのか、特徴はそれぞれなので、相手を否定しないということがまず重要になってくると思っております。それぞれがそれぞれの役割を在宅療養の中で何を担えるのかという観点で前向きに話している状況です。委員のお話しも含めて、数字も入れながらより具体的に検討できればと思っております。

(部会長)

介護保険課や高齢者支援課で利用状況のある程度つかめるものはありますでしょうか。

(委員)

今現在、数値を持ってございません。介護保険の場合、老健との関わりは指導という形でございます。その中で利用率60%ぐらいの老健のご指導をさせていただきました。そういった中で老健の活用という視点からできるだけの情報収集に努めていきたいと思っております。

(委員)

老健ごとの特色という話もありますけども、老健は地域包括ケアシステムの中でも大切な資源だと考えております。今後区では第7期介護保険事業計画に向けてさまざまな取組を進めておりますので、そういった中でも老健の特徴も検討していきたいと考えております。

(部会長)

今後第7期の計画に向けて、老健の位置付けや活用方法も考えていかなければならないということですので、せつかく老健の施設の方々自身が検討されている中身でございますので、その辺を活かしていただければと思います。

(委員)

いま老健を推奨するという話になっていると思うのですが、どうしても在宅に帰りたいという方もいらっしゃいますし、逆にこれだったら帰れるかなと思って家族が遠方にいたりして病院や老健に預けたいということもあると思います。老健はもとより、ケアマネジャーの存在も知らない患者さんを対象に情報を伝える場合、老健に限らずすべての情報が与えられるような資料を作っていただきたいと思います。

(委員)

認知症の介護家族は介護力を維持していかないと在宅生活はできないと思います。レスパイトを含めて在宅支援の方向を強めていくというような老健さんがあることは嬉しいです。家族が無理だと思ふ原因というのは、昼夜を問わない徘徊、排泄の失敗、夜の不安感からの夜中に何回も起こされることによる介護者の睡眠不足などがあります。これらによって自分の健康そのものが危険になるという状況になると在宅は無理になるので、ぜひレスパイトを多くといった舵切りをしていただきたいなと思います。認知症疾患医療センターも練馬区にもできたことですし、そこと連携も取っていただき、認知症の方が入所した際の認知機能の維持などのケアも強化していただくとありがたいと思います。

(委員)

老健なので認知症の方をお受けできませんという施設はないとは思いますが、ただし、その中でも認知症の方への対応が得意ではないという老健はあると思います。そのような、公的には言えないけれども本当に欲しい情報をどこまで公開していいかわからないので、ワーキングや多職種との意見交換の中で作り上げていくものなのかと思っております。

(委員)

認知症の方の利用率はどこも高いと思いますが、ご存知の通り認知症にもいろいろあります。老健という仕組みの中で応じられるものと応じられないものはあります。それがそれぞれの事業体によってお受けできる体制は違うと思います。それを特色と言って紹介していくのがどこまで可能かとか、得意だからと言ってどんどんきても大丈夫というわけではありません。その辺のさじ加減は地域のネットワークの中で受け入れられるキャパシティを共有しておかないと難しいのかなと思います。あなたの老健をすぐに使いたいと言われても、今日の明日で入れるというところはないと思います。老健側が努力すべきことは速やかに受け入れることだと思いますし、そういった情報を事前に地域が把握してネットワークの中で共有して提示していただければ、デイケアやショートステイを活用することも出来ると思います。仕組みの部分である程度変えられるところはあると思います。こちらに出ているものは象徴的なものが多く、例えばリハビリの関係で言うと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数を示したからといって、そこでの機能を代替しているものでは

ないなと感じます。

これからも熱意を持ってやっていただけるということでしたので、私も声を出していきたいなと思いました。

(委員)

ご意見ありがとうございます。多職種が必要な情報、特に議論に出ているのかは、使っていただくケアマネジャーやMSWにどういった適切な情報をどれだけ流していけるかが重要になってくると思います。どのような形でガイドブックをまとめていくのかという議論になってくるかと考えております。また、委員がおっしゃった内容がまさに我々のこの会の中にありまして、特養や有料老人ホームというのはなんとなく区民の皆様もイメージが湧きますが、老健はイメージが湧きません。そのためには正確な情報を家族やご本人が知る事が重要だということも含めて、どのような形があるべきなのかというのを検討しておりますので、今のご意見も含めてやっていきたいと思っております。

(部会長)

相互に必要な情報がまだお互いがないということ、それをいかにまとめ上げて知らしめていくかがポイントですが、一概に全部同じように表現するのが難しい部分もあります。その辺は今後進めていく中で正確な情報を持つにしても、どのように区民や事業者の皆様にお知らせしていくかはもう少し検討が必要かと思っております。今回は中間的なものになりますが、今後引き続きまとめあげていってもらえればと思います。

4 平成 28 年度死亡小票分析の実施について

【資料 3 「平成 28 年度死亡小票分析の実施について」により事務局から説明】

(部会長)

現在、厚生労働省に対して死亡小票の開示請求を行っている最中で本専門部会には間に合わず、次回の専門部会までにまとめ上げるとのことですが、データ開示に関しましては大丈夫でしょうか。

(事務局)

厚生労働省の担当とはすでに何度かやり取りを行っており、8月下旬に申請は終わっております。9月末もしくは10月中には申請が承認されると想定しております。

(部会長)

本日は平成 26 年度に行ったものを参考までに付けさせていただきます。分析結果は次回の会議でお示ししたいと思っております。その前にご意見等ございましたらいただいておりますがいかがでしょうか。お目通しいただきまして、医療機関や自宅での看取り数などが今後の在宅療養に関わってくる部分ですので、この部分は事務局でも引き続き結果をまとめていただくようよろしく申し上げます。

(委員)

在宅でずっと看ていたとしても、看取り間際で家族が救急車呼んで病院で亡くなった場合は死亡診断書を書くのは病院となり病院看取りになってしまいます。8、9割在宅で看いてもそうなるので、死亡診断書など統計だけだと在宅の苦勞が反映されないので、その辺を検討していただきたいです。

(委員)

おっしゃる通りで、こちらは永遠の課題だと思っております。過去3か年やっておりますが、在宅での看取り率が1%ずつですが上がっています。私どももご家族とご本人で、最後は救急車を呼ぶかどうかについてご家族で話をしてくださいと「わが家で生きる」というパンフレットの中でもお伝えしています。この数値はあくまで基本の数値だと捉えております。その後、在宅が進んでいけば委員がおっしゃるようなことも換算した上で検討が必要かなと思います。

(部会長)

最終的に病院でお亡くなりになったとしても、その方がずっと在宅で見てこれたということが例えば注釈などの表記をもって分かるようにできないでしょうか。この患者さんは在宅ですというのが言えるのであれば、そういうことも書いていただけると実態が見えてくるかと思えます。そこができるかどうかは厳しいところですが、委員に頑張っていただきたいと思えます。

(委員)

医師会としても在宅医療は非常に重要だと思ってさまざまな取組を行っています。医師会の中でも在宅療養支援診療所や支援病院、かかりつけ医でも自身が診てきた患者であれば看取るという先生など、在宅医療に携わる先生が参加してそれぞれの機能を補完し合うような仕組みづくりを模索しなくてははいけません。現在、医師会では医師会の全会員対象の在宅医療を実施状況から看取り数などを把握するためにアンケートを作っているところです。医師会でも把握していきたいと思っております。

(部会長)

医師会でも関連する研究をされているということなので、小票分析の結果に加えてこうした情報も共有いただければさらに詳しい実情がわかると思えますので引き続きよろしく願いいたします。

5 平成28年度事例検討会の結果報告

【資料4「平成28年度事例検討会の結果報告」により事務局から説明】

(部会長)

新しい試みとしてワークシートに工夫を凝らしてみたり、傍聴の方にもご意見を述べる機会を与えたりといったようなことを行いました。アンケートは現在集計中

だと思うので次回報告していただきます。事例検討会にご参加いただいた方もおられると思いますが、何かお気づきになったことはございますでしょうか。

(委員)

去年もそうだったのですが、多職種連携ということで介護と医療の連携を言われていると思うのですが、多くのケアマネジャーさんにご参加いただいているのですが、実際に在宅介護の中で一番頻度が多いヘルパーさんたちが事例検討会になかなか参加できていないように感じています。介護職の方が参加してくださるために今後どう周知していくのかと思って発言させていただきました。

(事務局)

周知に関しましては、介護保険課で登録している介護事業者に対してファックスを送信し、その返信をこちらで取りまとめるという形になっております。よって、個別の業種に対して何か特別な案内をするという事は今の段階ではしていません。ただし、医師会と歯科医師会、薬剤師会にはそれぞれの事務局に通知を送らせていただき、そこから全会員さんにお送りいただいています。

(部会長)

いまの委員のお話ですとヘルパーさんにうまく伝わってないようなところもあり得るのですが、そこら辺はどうでしょうか。

(委員)

2 ページのグラフにあるように参加された職種は不均衡だと私個人では考えております。看護師やヘルパーが実際にご家族ご本人を見ている方が非常に多いため、どのようにやるかは今後検討ですが、例えば事連協の方とお話ししててこ入れをするなど、そういった観点で今後できるだけ多くの方に参加いただけるように努力していきたいと考えております。

(部会長)

ぜひよろしく願いいたします。医師、歯科医師の先生方も参加が少ないのではないかという話も聞こえますので、それもよろしく願いいたします。

(委員)

参加希望者が多かった場合の選定はどのようにやっているのですか。

(事務局)

4つの地区に分けて開催するというテーマで実施しております。そのため、第一優先がその地区の事業所の方、それ以外につきましてはランダムで可能な限りグループディスカッションに入れ、入れない方は申し訳ございませんが傍聴でお願いしませすという通知をお送りしております。

(委員)

石神井で開催されたときに私としてはできるだけ介護の現場を参加させたいという気持ちでいるのですが、実際申し込みが介護職の人は少ないというのが現状でし

ようか。

(事務局)

ケアマネジャーは全体の中でも申込者数が一番多いのですが、そのほかの職種に関してはあまり多くないという現状はございます。石神井地区で行ったときもお申込みくださった介護職の方が、当日仕事が忙しくて来られなくなったというキャンセルが多かったという印象もございました。

(委員)

先生によっては傍聴にはせず、しっかりディスカッションした方がいいのではないかと考えられている方もいらっしゃいます。ただ一方で幸いにも非常に多くの方に毎回申し込んでいただいております。昨年度の始めは、会場にいらっしゃった時は静かな雰囲気だったのが、いまや来た段階からお話をされている和やかな雰囲気となっており、顔の見える関係づくりは随分進んでいるのではないかと考えております。今後少ない職種の方に多く参加してもらうことについては研究事項なのかと思います。まずは多くの方に参加いただけるように周知に尽力させていただいて、その上でバランスのとれた職種の方に参加いただけるような努力をしてみたいと考えております。

(部会長)

グループディスカッションをする場合、会場の都合上、どうしても人数が制限されてしまいます。以前、傍聴を設けずに 200 人近くで教室方式で実施したところ、グループディスカッションの要望が強かったということもあります。今後なかなか参加していただけてない職種の方々に重点的に参加していただけるように事務局の方でも工夫していただきたいと思っております。

(委員)

このアンケートを見ると使命感が強い人たちの割合が大きいのかなと思います。ディスカッション形式は良い面と悪い面があると思うので、傍聴という選択肢があるともう少し増えたりするのかなと思います。

(委員)

これまでの事例検討会の中でもグループの中で発表者を決めてくださいというのをだいたいお医者様がされることが多くて、なかなか他の職種の方が言いづらいといったこともあったみたいです。そこで発表者を職種や席で運営側が決めるなど、いろいろ工夫しているところです。傍聴での参加に関しては、これまで傍聴希望という選択肢はあえて設けていませんでした。それはグループディスカッションがいっぱいになるという現状もあったからです。ただし、傍聴で聞いているだけで良いからということで参加しやすくなるということもあるかと思っておりますので、それも含めて検討させていただきます。

(部会長)

今年度あと 2 回ということなので活かせることがあれば今年度中もやっていただければと思います。

6 平成 28 年度在宅療養講演会の結果報告等について

【資料 5 「平成 28 年度在宅療養講演会の結果報告等について」により事務局から説明】

(部会長)

実際に講演いただいた委員はどうだったでしょうか。

(委員)

テーマの「住み慣れた我が家で安心して最期まで生きる」が参加していただいた高齢者にとってよかったのではないかと思います。在宅療養は多職種だと思っておりますので、私の講演の後、限られた時間でしたが、訪問看護やケアマネジャー、訪問入浴、訪問リハビリなどの事業所にそれぞれの仕事内容を説明していただきました。在宅療養はこういう多職種でやっていることを理解してもらういい機会になりました。しかし残念ながら、時間が少し足りず、もう少し参加者の質問を受けてお互いの理解を深められる時間があと 30 分あればよかったと思います。

(部会長)

委員はどうだったでしょうか。

(委員)

私からは地域包括支援センターが地域でどういったご支援をさせていただいているかということから話を始め、介護予防や在宅で最期まで生きるというところをお話しさせていただきました。今回の会の最後に 6 事業所のサービスの方からお話しをしていただき、少し時間が短かったとは思いますが、ご質問の中で入浴サービスを利用するにあたってアパートの 5 階では利用できないのですかなど個人的な質問があり、普段私たちが気付かないところを自分も勉強させていただきました。

(部会長)

ほぼ全員の方がご満足いただける内容だったということで、あと 2 回残っていますのでこちらにもぜひ参加していただけたらと思います。また、10 月 2 日にココネリホールで大規模講演会があるということですので、お時間があればぜひ顔出していただけたらと思います。

(委員)

講演会は休憩なしでやりました。様々な職種の方にお話しいただき、皆さんトイレは大丈夫かなと心配しながらやった面もごございます。終わった後にそれぞれのサービスでブースを設けてご質問を受ける時間を取りましたが、それでも短いという話があり、そうすると半日単位の事業では厳しいところがあるのかなという感想を私も持っております。1 日やるのもちょっとと思いつつ、その辺は考えたいと思います。

(部会長)

いろいろご意見はいただいて、活かせるものは活かしていきたいと思いますので引き続きよろしく願いいたします。

7 ICTを使用した取組について

【資料6「メディカルケアステーション（MCS）を利用しての印象」により委員から説明】

(部会長)

実際に患者さんを間において多職種が繋がる上では情報を共有することが大事だということは前々から言われているのですが、そのツールがなかなか難しい。特に個人情報の扱いだとか各事業所さんの立場の問題だとかいろいろあって厳しいということでした。今年度、取っかかりということでは始めさせていただいているわけですが、このMCSを使ってという話となりますとかなり有効に進んでいます。問題点もいくつか指摘されていますが、良好に進んでいます。これをもう少し見続けて、これが全体で共有できるようになると部分部分ではなく面としての繋がりがもう少しできていくのかなと考えております。これは試みでございますが、これからうまくいくようにと望んでいるわけですが、何かご質問だとかご意見等はございますでしょうか。

(委員)

今月の訪問看護ステーション連絡会でもこの議題が出て、実際に参加したステーションからの意見もいただいています。委員の話を伺い、実際これを広めていく方向で動いていくということが分かりました。ただ実際はご希望される先生方がいらしてもそれを取りまとめるのが医師会で、まず医師会に連絡してアカウントを作るという作業になっているかと思います。今後は参加したいという先生方それぞれが立ちあげてやれるような方向になっていくのでしょうか。

(委員)

それは各先生に任せています。ですので医師会の同意書がなくても先生が中心になってシステムを動かすということでも問題はないです。

(委員)

個人情報のことで難しいと思いますが、今回事業所のパソコンに限ったということで、それは分かります。ただし、実際に訪問看護ステーションでは土日は事務所に行くわけではないので、例えば週末に先生方が臨時に訪問されたりとかして入力されたとしても看護の方はそこがタイムリーに見られるわけではありません。それで緊急の問い合わせがあった時にうまく繋がらないということもあったので、今後どのようにしたらその点が埋められるのが課題かなと思います。

(委員)

私自身も事業所のパソコンを使ったから安全ということはないと思っています。これから自由にモバイルで自宅や外出時でも操作できないといけないと思っています。

(委員)

委員、ご説明ありがとうございました。こちらのICTについてはそもそも在宅療養推進計画の中にも計画事業として位置付けられているものです。去年は医師会でも検討される中で、個人情報本当に大丈夫なのかということで一度だめになった経緯もあります。一方で同一の法人内でICTなどのツールを使っている先生もいらっしゃいました。今回医師会のパイロット事業という事でやっていただいて、できる部分とできない部分などいろいろ見えてきている状況だと思います。例えばターミナルの方を中心にやるべきだとおっしゃる方もいれば、落ち着いた状況の方に使うべきだとか、使用している患者が多いとメールが多くなってわからなくなってしまうだとか、いろいろな状況があると思います。また、個人情報に関しましても100%とはなかなか言えない部分あるかとは思いますが。一方で先ほどの退院連携の中にもありましたように、ご家族とご本人の意向の違いや本人がふと漏らした一言などを情報共有することで、ケアの質が高まるのではないかと思います。いろんなメリットやデメリットがあるのではないかと思います。ぜひ区内様々なお立場・事業所あれど、これをうまく進められるように検討していきたいと思っています。いろいろ日進月歩で動いている世界だと思いますのであまりこだわり過ぎないという姿勢を持ちながら、また、先生方の成果を踏まえながら皆様と協議できればと思っています。

(委員)

今回、委員にも訪問歯科として入っていただき、いろいろ体位をどのようにして食べさせるかなど、多職種に対して非常に具体的にご指導いただきました。訪問歯科というのは非常に有用であり、在宅での口腔のケアは素晴らしい働きをするということをしみじみと感じました。

(委員)

今回委員から誘われて2人の方でICTを使わせていただきました。3年ぐらい前にICTの話がでたときは、私は反対していました。そこにノートなどを置けばいいのではないかとその時は思っていました。今回、実際に委員とその患者さんの元に行かせてもらいました。当たり前の話ですが内科は内科からの見地で、歯科は歯科として診る、特に摂食・嚥下という部分で我々の立場から意見を言います。そしてそれをICTを使って先生だけではなく訪看やケアマネジャー、ヘルパーにも伝えると、それに対して、これは食べさせていいかなどの返答がありました。ICTを使うとこうしたことが簡単にできるわけです。個人情報云々の問題などデメリットは挙げればあるんだろうと思いますが、これ以上良いものはないかなと思います。

これまで長い間訪問歯科やってきましたが、これまでできなかったことがこれを使ってできたというメリットの方がはるかに大きいように思います。メリットとデメリットどちらを取るかという事を考えないと物事は進まないと思います。デメリットの部分は解消できるところを少しずつ解消して、得られるメリットの方は非常に大きいと思います。誤嚥性肺炎という言葉を出すまでもなく日々の患者さんの生活にはすごく有用だと思いました。

(部会長)

引き続きこの件につきましては練馬医師会の在宅医療推進協議会のご協力のもとでございますが、まずは引き続きやっていくメリットは大きいと思います。ただし、克服していかなければいけない課題もあり、まだ全域的に取り組んでいくのに問題があるだろうということも重々わかっておりますので、引き続きよろしく願いいたします。

8 次回日程

(部会長)

次回の専門部会の日程は平成 29 年 1 月 25 日（木）19 時 00 分からとさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。