

平成 29 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 30 年 1 月 26 日（金） 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>&lt;委員&gt;  出席者：森田委員（部会長）、山川委員、田中委員、會田委員、栗原委員、下山委員、堀本委員、宇田川委員、大城委員、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）、屋澤委員（高齢者支援課長）、枚田委員（医療環境整備課長）、清水委員（地域医療課長）  欠席：平木委員</p> <p>&lt;事務局&gt;  地域医療課</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)委員の委嘱  (2)報告  1. 平成 29 年度事業実施結果について  2. 練馬区医療・介護資源調査について  3. 退院連携推進事業について（中間報告）  4. 介護老人保健施設の調査研究について  5. 第 7 期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について</p> <p>(3)議題  1. 平成 30 年度在宅療養推進事業スケジュール（案）</p> <p>(4)その他  1. 在宅療養推進事業アンケートの実施について  2. グランドデザイン（素案）、次期アクションプラン（素案）</p> <p>(5)次回日程</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料 1 平成 29 年度事業実施結果</p> <p>資料 2 練馬区医療・介護資源調査報告書（概要版）</p> <p>資料 2－1 練馬区医療・介護資源調査報告書</p> <p>資料 3 退院連携推進事業 中間報告書（概要）</p> <p>資料 3－1 退院連携推進事業 中間報告書</p> <p>資料 4 介護老人保健施設の調査研究 報告書（概要）</p>

	資料４－１ 介護老人保健施設の調査研究 報告書 資料４－２ 練馬区老健ガイド 資料４－３ 練馬区老健活用ガイド 資料５ 練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（素案） 概要説明資料 資料５－１ 練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案 資料６ 平成30年度在宅療養推進事業スケジュール（案） 資料７ 在宅療養推進事業アンケートの実施について 参考１ グランドデザイン構想（素案） 参考２ 次期アクションプラン（素案）
	練馬区 地域医療担当部 地域医療課 医療連携担当係

## 会議の概要

### (2)－1. 平成29年度事業実施結果について

【資料1】平成29年度事業実施結果の説明

### (2)－2. 練馬区医療・介護資源調査について

【資料2】練馬区医療・介護資源調査報告書（概要版）の説明

【資料2－1】練馬区医療・介護資源調査報告書の説明

（部会長）

多くの方々のご協力の下に本調査を行うことが出来ましたことに、改めて感謝申し上げます。こちらに関してご意見を頂ければと思います。

（委員）

概要版の p.18（「医療と介護の連携シートの認知度」）について、居宅介護支援事業所が「あまり良くない」と答えている割合が高いという説明がありました。

これに関連して、昨年11月28日に入退院連携についての研修を病院MSWと行ったのですが、その際に、「ケアマネジャーがこの医療・介護連携シートを利用する場合はお薬手帳に貼付することが多いのですが、お薬手帳は更新されてしまいますので、介護保険証と一緒に持ち歩けば、さらに有効に使えるのではないか」という意見が出ていました。

また、同じ表の中で、「病院（地域連携室）」の認知度もやはり低いのですが、先の研修会の中では「こうしたシートがあるなら、自分達ももっと活用できるだろう」、「研修会などでも連携シートを上手く活用していけば、より良いものになるだろう」という意見が出されました。

（委員）

ありがとうございます。医療・介護連携シートについては、これまでも多数配布してきましたが、今回の結果を受けて、もう少し周知などの工夫が必要だと感じています。お薬手帳が更新されるたびにシートを貼り替えるのは難しいですから、介護保険証と一緒に持

つというものは一案だと思います。また他にも「カバーがあれば便利ではないか」というご意見もあります。そうした点は今後工夫して参りたいと思います。他にも個別に意見を収集する中で、「災害時の活用が有効なのではないか」といったご意見もありました。こうしたご意見を取り入れながら、これからの普及を進めていきたいと思っています。第7期高齢者福祉計画の中でも連携シートの更なる普及についてまとめさせていただいています。(部会長)

他に意見はございますか。

(委員)

調査票に自由記述の欄がありますが、そちらで医療・介護連携シートについて書かれた意見はどのくらい出ていたのでしょうか。

(事務局)

手元に自由記載について資料がありませんが、私が確認した限りでは、医療・介護連携シートに関しての意見は見受けられませんでした。

(委員)

在宅療養ガイドブックについてはいかがでしょうか。

(事務局)

ガイドブックに関しましても、「この点が良くない」等の詳細なご意見はありませんでした。今後は病院のMSWにも活用していただきたいと思っておりますので、MSWに対し、積極的にご意見を伺う機会を作っていきたいと考えています。

(委員)

この調査は基礎調査としての性格も持っておりますので、次の段階として、「具体的にどのような点に改善点があるのか」を見定めるために、この調査結果を活用して参りたいと考えています。

## (2)ー3. 退院連携推進事業について (中間報告)

【資料3】退院連携推進事業 中間報告書(概要)の説明

【資料3-1】退院連携推進事業 中間報告書の説明

(部会長)

練馬区内の4病院にご協力を頂いてこのようにまとめています。何かご意見がございましたら、よろしくお願ひいたします。

(委員)

事連協において、昨年から入退院連携について議論・検討を重ねています。病院ごとに機能が違うことは当たり前ですし、ここまで非常に細かく分析していただいて、とても参考になるとは思っております。

ただ、入退院連携シートについては、平成30年の介護報酬改定にあたって国から指針が出ています。私どもが行った研修や病院の連携室でも、病院ごとに機能が違うとしても「最低限必要な情報は一緒」という話がされています。たとえば、練馬総合病院では、ガイドラインに「入院時情報連携シート」(資料3-1 p.17)があります。必要な情報が盛り込まれていてありがたいのですが、最下部に「1. 退院の検討を始めた段階で、上記担当者にご

連絡を頂ければ幸いです」とあります。この連携シートは、退院に向けて、患者さんの家での情報を得るためのシートだと思います。しかし、今度の改定で「入院から3日以内に情報提供する」ことが指針として出されており、まだ退院を検討する段階ではない方でも、入院したら情報提示をする方向性になっています。その点についてはどう考えていらっしゃいますか。

(事務局)

今年は介護・診療報酬の改定がありますので、その内容を踏まえた修正の必要があることは承知しております。この入院時情報連携シートにつきましては、意見交換会の中で、ケアマネジャーの方より「どのような情報を病院に提供したら良いのかわからない」というご意見があったことから、作成した背景もあります。

最下部の「※退院に向けてのお願い」については、退院するときには病院から連絡が欲しいという、ケアマネジャーの要望を示しています。今回の事業では、退院するケースを対象に議論しておりまして、退院しないケースについては対象となっております。今回は介護報酬改定に合わせた内容までは至っていないという状況です。

(委員)

練馬総合病院の入院時情報連携シートの最下部の説明については、「早めに連絡してほしい」という旨の共通認識のために一行入れています。練馬総合病院では入院したらすぐにスクリーニングをして退院支援介入を行いますので、連携を早めにするという意味を共有するために一行書いているのであって、ここに関しては他意はないかと思えます。

(委員)

分かりました。この部分に関しましては、私の解釈の違いもあったのかと思いました。

今回4つの病院のフローチャートを作ってもらっていますが、他にも病院があります。今後、このようなシートを病院ごとに個別に作成していくという方向性なのでしょうか。それとも、国が出している指針に合わせて、私たちケアマネジャーは動いて良いのでしょうか。その辺りはどのようにお考えですか。

(委員)

元々この事業は「練馬区共通のガイドラインがあったら良いのではないか」という、専門部会でのご意見をもとに始まりました。結果的に病院ごとにはなりましたが、共通の様式がようやくできたところです。今回は、病床数の多い急性期病院を対象に行いましたが、今後もこうした取り組みを広げていければと考えています。

一方で、この様式もまだ不完全な状況ですから、今のご意見も含めて、実際に使って頂く中でご意見を頂きながら調整をしていきたいと考えています。また今後は回復期の病院をはじめ、区内全域に取り組みを広めていければと思っています。

(委員)

フローチャートやガイドラインについては、病院の機能別に異なるということはもちろん分かりますので、このような様式にまとめて頂いたことは十分有難いですし、私達としても活用していきたいと思っております。

ただ、入院や退院のシートに関しては国からある程度統一した内容が指針として出されています。また事連協の方からも区に対して「シートを統一してください」という要望も

出しています。シートを統一する方向性で良いと解釈してよろしいでしょうか。

(委員)

今回の報酬改定の全容が見えてきたのが最近だったということも踏まえて、今回ご指摘頂いた点を含め、使用6か月後にアンケートを行いながら、調整を図るという意味合いです。その際にも、様々なご意見を頂ければと思っています。

(委員)

ガイドラインの中に記載されている「スクリーニング」の内容について具体的に教えて頂きたい。このスクリーニングで退院支援の対象となる患者さんを決定するという解釈でよろしいですか。

(事務局)

ここでの「スクリーニング」は、病棟の看護師が行う「退院支援が必要かどうか」というスクリーニングを指しています。このスクリーニングによって退院支援の必要性が決まり、MSWの退院支援計画書に至るという流れとなっています。

(委員)

これとは反対に、退院前にケアマネジャーから「入院中の医療情報が知りたいので退院前カンファレンスを開催して欲しい」という要望の流れもあるのではないのでしょうか。

(委員)

事業の背景として、入院支援と退院支援のうち、入院支援はこれまで手薄だったため、今回は入院時の支援に焦点を当て、「入院時に早めに患者情報があれば、早期から動けるのではないか」という観点でガイドラインを作成しました。退院支援は、従来から取り組まれていることだと思いますので、入院支援より詳しく記載されているのではないかと思います。

(事務局)

病院は「『退院支援』は『入院支援』から」という観点で、入院してから少しでも早くケアマネジャーと連携を取ることを重視しています。ガイドライン(資料3-1 p.16)の⑦では、病棟看護師からケアマネジャーへ「退院時期をどうしましょうか?」といった相談が行くこともあります。⑧では、ケアマネジャーから「具体的にカンファレンスをいつやりましょうか?」という要望を出すこともありますし、病院の先生からMSWへ要望を出すこともあります。そういった流れもガイドラインの中に記載しており、ケアマネジャーに対し、「MSWへ遠慮せずに、積極的に声をかけて下さい」というメッセージとして示しています。

(委員)

すでに在宅療養していてケアマネジャーがついている患者さんが、軽症で短期入院してすぐに家に帰る場合は、こうしたスクリーニングが必要にならないのではないかと思います。入院する方が全員が退院支援の対象になるのではないということでもよろしいでしょうか。

(事務局)

ご指摘の通りで、ここでの退院支援計画書の対象は、「住宅改修が必要」等、ケアマネジャーと連携を図った計画的な退院支援が必要と判断された方になります。軽症で短期間入

院する患者さんは、病棟看護師が必要ないと判断すればこのガイドラインには乗ってこないこととなります。ケアマネジャーとMSWで連携を図り、「この患者さんであればここまでではやなくて良い」というお互いの共通認識が得られれば良いかと思います。

(委員)

退院前カンファレンスの一番大きな目的はケアプラン作成にその内容が活用されることだと思います。そもそも退院前カンファレンスは、広島県の尾道で独自に行われていたものを広げる目的で厚労省が定めたという背景があります。本当はそこに、在宅医の方が入るべきだと考えています。退院前カンファレンスは、在宅医がケアマネジャーと一緒に行動できればもっとスムーズになると考えています。そうした背景があることも少し認識していただければと思います。

(委員)

尾道には、私も行政視察で2年前に伺いました。尾道は月1回、医師会の懇親会があり医師同士が非常に緊密に連携を行い、在宅医が病院に訪問して一緒に患者を診るというような構造、いわゆる「尾道方式」があるということを知っています。ご指摘のあった通り、退院前カンファレンスの意義は、いかに円滑に在宅に移行するかということですので、議事録などの共有なども含めて、ケアマネジャーがどのように情報を在宅生活へ引き継ぐかが課題かと思います。実際、平成29年度練馬区医療・介護資源調査報告書(資料2-1)にあるように、退院前カンファレンスに在宅医が毎回参加できるわけではないのが現実かと思います。今回の事業では、各病院が議事録の共有をどのように行っているかも検討しています。何もかもが全てこのガイドラインに載る必要もありませんし、今後やり方についての一部変更も出てくるのかと思います。長い目で見て頂ければと思います。

(委員)

4ヵ年の事業計画という点では仕方がないかとは思いますが、今度の報酬改定の流れにある程度沿っていただければ、周りもついていけないと思います。

もう一点、平成30年度になると、「ケアプランを、意見書を発行した医師に渡さなければならない」という方針が打ち出されると予想され、新しい動きが出てきています。そうすると、このガイドライン(資料3-1 p.16)にある「在宅」の段階から、常に連携が始まることとなります。そうすると、病院ごとというより、入院の原因(疾患)ごとに患者さんの状況や支援の内容は変わってきます。それを一つ一つ細かく分析し始めると相当大変だと思います。ケアマネジャーの視点としては、「先生との連携をどのような形で取ったら良いだろうか?」「最低限どこまでやったら良いだろうか?」といったことがしっかり分かればよいかと思っています。

(委員)

練馬区の患者さんは、区外の病院にも入院することがあり、そうするとケアマネジャーは介護報酬が付かないにも関わらず、区外の病院までわざわざ訪問します。ケアマネジャーの相当な負担になります。こうした負担の大きさも考えていくべきだと思います。

(部会長)

このガイドラインは、「この通りにやりましょう」というわけではなく、こうした流れがあることを理解した上で、「個別の方に応じた退院支援が行えるようにしましょう」という

意味合いで、第一段階として作成いたしました。今後、ご意見を頂きながら、より良いものへと修正していきたいと思っております。これは平成 30 年度で終わるものではないと思っておりますので、本日皆さまに頂いた意見も踏まえて、今後の運用と修正を行っていただければと思っております。

(2)―4. 介護老人保健施設の調査研究について

【資料 4】 介護老人保健施設の調査研究 報告書（概要）の説明

【資料 4-1】 介護老人保健施設の調査研究 報告書の説明

【資料 4-2】 練馬区老健ガイドの説明

【資料 4-3】 練馬区老健活用ガイドの説明

(委員)

練馬区内に 14 施設の老健がありまして、自分自身が老健に勤めていても、他の老健の状況を知っていたわけではありませんでした。今回の事業を通じて、個々の老健の特徴等、私達自身が大変勉強になりました。

資料 4-1 介護老人保健施設の調査研究報告書の最後の頁に、ガイドブックをこのように活用していきたいという内容を記載しています。ただ、このガイドブックに掲載している利用料金等も、今度の介護報酬改正で変わってくるかと思っております。そういった料金やリハ職の体制変更をどのように反映させていくかについてはまだ固まっておりません。しかし、先日、練馬区の「老健連絡会」という会が立ち上がりまして、今後はこの連絡会で、ガイドブックの運用・活用方法を議論していきたいと思っておりますので、皆さまご協力の程よろしく願いいたします。

(事務局)

老健の皆さまには昨年度から 5 回に渡って話し合いをさせて頂きました。それぞれの老健の経営方針等もありますので、皆が同じ方向を向けたかと言いますと、そうではないのかもしれない。しかし、それでも「老健が在宅療養を推進していくための貴重な資源である」ことについては皆同じ思いを持っており、今回このような形が作れたのではないかと考えています。

老健は病院から在宅への中間施設というイメージを持っている方が多いかとは思いますが、資料 4-2 練馬区老健ガイドの最後にイラストで描かせていただきましたように、「在宅に居た方が少し機能が落ちた時に、老健に短期間入り、また在宅に戻って生活を続ける。そしてまた体調を崩したら、また老健でリハビリをして生活を取り戻して自宅に戻る」という、「自宅ときどき老健」という形で老健を活用していただけたらと思っております。このコンセプトも是非、多職種の方にも知って頂けたらと思っております。これから老健の方々が足繁く皆さんのところにお伺いするかと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。この度、皆さまにご協力頂き、色々のご意見を頂戴しまして、本当にありがとうございました。

(委員)

一点修正させていただければと思っております。「同じ方向を向けなかった」ということではなく、それぞれ 14 施設が、在宅強化型など施設の性質の違いなど、お互いの違いを認識した

上で、「在宅療養を推進していく」という気持ちで一致したということで理解しています。同じ方向を向けなかったわけではないかと思しますので、その点については修正させていただきます。

(部会長)

成果としてこういったものが作成できたことは一つの大きな成果ではないかと私も感じています。ぜひこれらが活用されるように私共も努力したいと思います。また、このガイドブックは議会でも報告させていただきたいと思しますので、よろしく願いいたします。

(2)―5. 第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について

【資料5】練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（素案）概要説明資料の説明

【資料5-1】練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案の説明

(委員)

練馬区の主任介護支援専門員協議会というものがあまして、そちらからパブリックコメントを出させて頂いております。主任介護支援専門員がこうした計画に関わることは非常に多いので、「私達も協力していきます」という意思表示、人材育成に関してケアマネジャーが底上げをしなければという意図で「教育研修プログラムの一元化」などの内容で出させて頂きました。

(委員)

ありがとうございます。高齢者保健福祉計画について、19日までパブリックコメントを募集していました。その内容を精査させて頂き、ご意見も反映させて頂きたいと思います。今まさに、主任ケアマネジャーの協議会を立ち上げて頂いて、ケアマネジャーを地域包括ケアシステムの中核として、人材確保の面も含めて活かしてしていきたいという思いがあります。そういった内容もこの計画の中に、研修と両立する形で含めています。今後パブリックコメントを別途頂けるということですので、その内容も踏まえて立案していきたいと考えています。

(委員)

来年度から地域包括支援センターが25か所に増えることは喜ばしいことだとは思いますが、しかし相談業務をしておりますと、「え、こんな状況でまだ介護保険も申請していないのですか？」という支援が行き届いていない状況を見聞きしたりします。地域包括支援センターという看板を、もっと区民の目に留まる場所にぜひ掲示して頂きたいと思います。ある場所では、「在宅介護支援センター」のままの看板があったりしました。「困ったらここに相談にいけば良いんだ」ということを、区民の目に留まるような形で広報して頂ければと思います。

(委員)

区報や区の媒体はもとより、区から様々な通知を区内の高齢者の方に発送する際に案内を出させて頂くなど、様々な方法を使って周知したいと思います。看板についても検討をさせていただきますので、そのようにご理解頂ければと思います。

(部会長)

他にご意見はございますか。



(委員)

p.5 (資料5) の4 (5) ②に「現在評価指標が未確定のため」とありますが、確かもう指標は出されたのではないかと思います。その辺りについては、計画にもう少し厚みを持たせて頂ければという意見が、主任ケアマネの協議会で出ています。

(委員)

こちらの素案を作成したのが12月でしたため、その時点で出ていなかったものについては次の「案」の段階で検証するという形で、現在国から出ている指針を含め準備・検証したいと考えています。

(委員)

p.5 (資料5) 「地域包括支援センターを中心とした在宅療養ネットワークの構築」の今後の事業目標「①在宅療養ネットワーク事業の充実」「②【新規】ICTの導入検討」とあります。練馬区医師会の方でも平成28年度4月からこれまで、ICTのネットワーク事業を行ってきました。その事業の結果報告を今後行う予定ですが、総計167名が参加しました。参加した医療機関は19～20程度、訪問看護ステーションが28、居宅介護支援事業所が28、薬局が10、歯科が10でした。他にもデイサービス等の施設もいくつかありました。多くの施設に色々ご協力頂き、ICTの活用が非常に有用であることを多職種で認識できました。一方、課題も出てきています。大きな課題は、地域包括支援センターの参加賛同を頂けなかったことです。これからは地域包括支援センターにも参加してもらえるように検討して頂ければと思いますし、医師会としてもお願いしていきたいと考えております。現時点で、区としては今後どのような検討をしていこうと考えているか、何か方向性があれば教えて頂きたい。

(事務局)

区では、いかにして個人情報提供の問題をクリアするかを検討しているところです。

(委員)

これまでもICTの有効性が評価・検討されていますので、地域包括支援センターの方でも個人情報保護の対策を行いながら、参画を検討させて頂きたいと思います。

(委員)

計画の中にも「ICTの推進」を記載させて頂いていますし、後ほど私がお案内するアクションプランの中にも「ICTの推進」について記載しています。ここでのICTとは、ベッドサイドのノート代わりになるような、いわゆるSNSのような形で、即時、かつ、的確に情報共有を行うためのツールです。こうしたICTを導入している先行自治体においても、地域包括支援センターがなかなかグループに参加できないという課題があることは重々認識しています。地域包括支援センターが患者とのファーストコンタクトを行う立場ですから、その課題をどのようにクリアするのは非常に重要だと私共も認識しています。今後様々な自治体の聞き取りも含めて、実現していく方向性を所管部署と一緒に模索していきたいと思います。

(部会長)

p.65 (資料5-1) を見ると、「地域包括支援センターを中心とした在宅療養ネットワーク」と書いてありますから、当然地域包括支援センターも参画するだろうと思われること

があるかと思えます。どのように参画していくかもこれから詰めていかなければならないと思えますが、きちんとした形でネットワークが構築できるように、区としても取り組んでいきたいと思えます。

(委員)

様々な多職種に ICT を使った印象を聞くと、成功事例・失敗事例や使い方、FAX や電話メール等の他の伝達ツールとの使い分け等、そうした内容についての研修を開催して欲しいという意見が、ケアマネジャーや医師から出ている状況です。医師会としては、練馬区にご協力いただき、3月14日にココネリホールで研修会を企画しております。医師会の部会の決定前ですので、現状では企画予定という形でご報告します。

(部会長)

ありがとうございます。その他のご意見はよろしいでしょうか。

(委員)

医療連携にも繋がりますが、先日の MSW 等を集めての研修会で国立埼玉病院と和光市の事例を伺いました。国立埼玉病院と和光市は提携を結んでおり、医療連携シートや診療情報提供書をケアマネジャーに直接送付できたり、反対に入院時にはアセスメント表をケアマネジャーから送付すれば、医療連携シートを書かなくても良い、といった取り組みを行っているそうです。研修会では、ICT の活用として、「一般的な情報共有だけではなく、広い意味で区が積極的に介入してくれると助かる」という意見が出ていました。

### (3)―1. 平成30年度在宅療養推進事業スケジュール (案)

#### 【資料6】平成30年度在宅療養推進事業スケジュール (案) の説明

(部会長)

今年度は3回でしたが、来年度は4回開催させて頂きたいと考えています。より頻回に開催する案もありましたが、皆さまへのご負担も大きくなりますので、4回として提案させて頂きました。皆さまのご意見はいかがでしょうか。特にご意見などございませんようですので、皆さまにはご了承いただけたということで進めさせていただきます。

### (4)―1. 在宅療養推進事業アンケートの実施について

#### 【資料7】在宅療養推進事業アンケートの実施についての説明

(部会長)

来年度は専門部会を4回予定していますが、その中でこうしたアンケートも組み合わせながら効果的な取り組みに結び付くように進めていきたいと思っております。お忙しい中大変恐縮でございますが、ご協力いただければと思えます。

(委員)

一点追加で述べさせて頂きます。認知症専門部会でも同じアンケートをさせて頂いています。両部会の連携も含めて、ご案内させて頂ければと思えます。

(部会長)

アンケートに関して「なぜこの取り組みが必要なのか」も含めて皆さまからご意見を頂き、そこから課題を抽出して具体的な取り組みを考えていきたいと思っております。ご協力

をよろしくお願いたします。

(4)ー2. グランドデザイン (素案)、次期アクションプラン (素案)

【参考1】 グランドデザイン構想 (素案) の説明

【参考2】 次期アクションプラン (素案) の説明

(5) 全体について

(部会長)

それでは全体を通してご意見等はございますか。

(委員)

今日頂いた資料は薬剤師として、大変活用のしがいがあるものばかりです。退院連携推進事業の報告書や、老健のガイドブックではそれぞれの老健の機能が細かく書かれており、大変内容が濃いものだと思います。こうした資料は在宅に携わる薬剤師にとって、ぜひとも薬局に設置しておきたい資料だと考えています。

そこで、こちらの資料を薬剤師会のホームページなどで、会員向け特に在宅療養に関わる会員がこうした資料を閲覧できるようにリンクを貼って頂くことは可能でしょうか。また、近年神経難病やがん化学療法の患者さんに対して、薬剤師も退院前カンファレンスに伺って連携を取る機会が増えてきました。退院連携ガイドラインについても会員向けのホームページから参照できるようにして頂いて、薬剤師が退院前カンファレンス前に参照し、カンファレンス参加の準備に活かせるような活用方法を取らせて頂けないかと思ひます。

(委員)

ご評価頂きありがとうございます。この退院連携事業や老健ガイドブックとも、これまで目に見えにくかった情報の見えるかを図ることがテーマだったのではないかと思ひます。こうした事業は日本で他に例があるのだろうか、というほどの内容が含まれた取り組みなのだと思ひています。資料についてはホームページで基本的には公開予定でござひますし、リンクについても前向きに考えさせていただければと思ひます。

(部会長)

すべての情報をホームページに掲載するのは大変ですから、要点だけを抜き出すことや載せ方も含めて検討していきたくと思ひます。

(委員)

退院連携推進事業について、練馬光が丘病院だけ、(資料3ー1 p.22) ガイドラインの最後に「転院」の記載があり、「転院の際にはMSWからケアマネジャーに連絡が行く」という項目がある一方、他の病院には転院の項目がありませんでした。

実際には転院される方も多くいらっしゃるかと思ひます。転院される時の問題として、転院先に元々の情報(たとえば社会資源等)が上手く伝わらず、転院先の病院でもまた退院支援が始まってしまい、元々診ていた在宅の先生のところへ患者さんが戻ってこないケースも今まで何度も経験しています。転院時に、元の病院から次の病院へ、もしくは、元々入院している病院から在宅の先生のところへ「転院します」という連絡があると、元の在宅の先生のところへ戻ることができるのではないかと感じました。

(事務局)

ありがとうございます。今回は主に「退院連携と在宅」に焦点を当てておりまして、転院までは対応できませんでしたが、今後ガイドラインをより使いやすいものにするために、そうしたことも盛り込めたらと思っております。

(委員)

退院連携に関して、退院して在宅へ戻る際に、「担当のケアマネジャーや医師を替えたい」といった話が生じることがあります。たとえば、ケアマネジャーを変更したい時はどうすればよいのでしょうか。

(委員)

現実問題としては、入院をきっかけに、医師やケアマネジャーを替える事例が多いです。ケアマネジャーの契約時には、「必要な支援ができる居宅支援事業所に変更してよい」ということが必ず内容に含まれています。よく聞く例としては、ケアマネジャーを変更したい場合に病院の MSW が高齢者相談センターに行き、高齢者相談センターの方が、元のケアマネジャーや新しいケアマネジャーに繋いで下さることが多いです。

(委員)

老健ガイドブックについて、素案と前置きした上で病院の職員に見せた時に出てきた疑問点があります。活用ガイド(資料4-3)のp.2「施設ごとの比較」において、「ケアの充実」に△、○、◎と表記されています。当院は医療療養型と一般病床を持っており、在宅復帰に向けて個々に必要な介護や支援を行います。老健でも医療療養型の病院でも、結局自宅に帰るところまでケアを行うわけですから、差があるとは考えにくいです。この表記を見て、「当院が手薄という意味なのか？」と受け取った職員もいました。この表記を見たときに、介護士の配置の人数の差であればこうした記載になるのかとは思いますが、当院が「△」だとしたら、「○」の施設はどういった内容をやっているのだろうという疑問が上がりました。

(事務局)

非常に貴重なご意見をありがとうございます。ここでの「△」の基準は、介護のケアにおいて、「介護職の方が専任でケアに従事している度合いの強さ」という意味合いです。他方、医療療養型は、より医療ケアの方が強い、というコントラストを出すために、介護のケアを「△」としています。

老健と特養は介護施設という位置付けになっていまして、介護専門のヘルパーがケアを行っている現状があり、施設間のコントラストを示すために「△」を選ばせて頂きました。ただし、これも医療機関や介護施設によって変わってくる内容かとは思っています。今日頂いた意見について、別の表現があるかどうかも含めて、持ち帰り検討させて頂きたいと思っております。

(委員)

表現だけの問題だけで、介護士の数のバランスだと理解しています。ただ申し訳ないですが、「実務として個人に対し、老健が本当にしっかり介護ケアをやっているのか」は別問題だと思います。表現されている記号によって感覚が変わると思いますので、できれば表現を考えて頂きたいと思っております。

(委員)

確かに「ケアの充実度」という表現は、誰から見たものなのかという点が、解釈を難しくしているかと思います。この内容は老健の方々を中心に検討してきたものではありませんが、それによって誤解や、違うニュアンスが生じてはいけないと思います。あくまで施設ごとの比較ですから、その他「入院の期間の違い」や「月額目安」のように客観的に比較できる項目との並びも考慮して、いったん預らせて頂ければと思います。

(委員)

病院と在宅医の連携について、厚労省はかかりつけ医を非常に重要視しており、在宅においても、かかりつけ医が積極的に関わるように指針を出しています。在宅を専門にやっている先生方に実情を聞くと、最近非常に患者が減ってきているという話がありました。原因を考えてみますと、一つは要介護3などの重症な患者さんが特養などの施設に流れていること。二つ目は区外の在支診が、区内の患者さんをかかり診ていること。三つめは2012年に同一建物に対する訪問診療の減算があってから、同一建物で訪問診療をしていた在支診が在宅へ流れてきており患者さんの取り合いになってしまっていることがあるかかと思えます。これらの背景を踏まえて、なるべくはこれまでの患者さんをかかりつけ医に戻すという基本的スタンスを、是非とも区の連携の中でも持って行って欲しいと希望しております。

(委員)

ありがとうございます。区外の先生の実情は初めての情報でございましたけれども、区としてもかかりつけ医の重要性は重々認識しています。昨年行われた練馬区医療施策検討委員会の中でも、かかりつけ医の重要性が強調されておりました。また外来の先生、在宅医、また病院との連携も含めて、かかりつけ医こそが区民の皆さまにとって一番初めの「キープレイヤー」であるべきだろうと考えております。医師会の医療連携センターと共に周知を図っていきますとともに、今後こういった形で区民に情報発信するかは、医療施策検討委員会の中でも重要なテーマです。たとえば病院ごとの違いも含めて、いかに分かりやすく情報発信していくかが我々の課題だと思っています。

(委員)

現在、練馬区が行っている様々な活動があるかと思いますが、全体感が分からないことがあります。在宅についても多くの会議があるかと思いますが、それぞれの会議の位置付けや内容が理解できるように情報提供をして頂ければ、その上で、それぞれの専門分野を活かして、自分たちが得意とする分野の拡充や、他者への提言といったことに繋がりやすくなるかと思えます。

国の政策が変わった時に、これまでやってきたことが全部意味のないことだということではありません。一つ一つ積み上げて、その時点で良いと思うことをやってきているわけであり、これまでの積み重ねも踏まえて、前向きに向かっているように、うまくコーディネートして頂ければと思いました。

(部会長)

ありがとうございます。それぞれの各会議体では、各々一定の報告の場として、ある程度まとまった形で進めさせて頂きたいと思えますし、幅広いテーマを扱っている会議体も

あれば、個別の専門分野で行っている会議体も多くあります。そうしたものの関係性を示し、全体としてどのように進めていけばいいのかに関しては私共の方で検討し皆様に示していきたいと思います。

また、これまでの積み上げを活かせる形で進めていきたいと思ひますし、事務局としても今回の反省点も踏まえて、今後も取り組んで頂ければと思ひます。

(委員)

介護老人保健施設のガイドブック(資料4-3)について、「対応可能な医療行為」の一覧は非常に分かりやすいリストだと思ひます。当院は回復期のリハビリテーション病院ですので、リハビリの継続のために老健を希望される方が多くいらっしゃいます。そのなかで、医師から「経管栄養の方は老健への入居は可能なのか？」という質問を受けたことがあります。老健では経管栄養は難しく受け入れが難しいという認識があつたのですが、この一覧を拝見させて頂いて、経管栄養が「○」となつている施設を知ることが出来ました。他にも、インスリンや褥瘡などの対応に関する表記も大変有用だと思ひます。相談を受けた際にこのリストを見て老健に連絡させて頂くことは可能なのでしょうか。

(事務局)

それは問題ありません。

(委員)

わかりました。また、各老健もホームページはそれぞれ作り方が違ひますので、こうした一覧があると非常に助かります。今後相談員内でも活かしていきたいと思ひます。

(6) 次回について

(部会長)

次回の日程については、平成30年5月23日(水)19時より西庁舎10階の会議室を予定しています。

以上