

練馬区における課題について

1 課題

1 多職種の連携強化

- ① 医療と介護の連携
- ② コーディネート機能の充実
- ③ 病院と在宅スタッフとの連携
- ④ 情報の共有化

2 サービス提供体制の充実

- ① 人材の確保・育成
- ② 24時間体制・後方支援病床の確保
- ③ 相談・診療体制の充実

3 区民への啓発・家族の支援

2 課題と委員の意見

課題	委員の意見（概要）
1 多職種の 連携強化 ①医療と介護の 連携	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルパーが気づいた患者の異常を訪問看護師や医師、薬剤師に伝えられない。 ・ 多職種連携には「情報の共有化」や「顔の見える関係」が必要。 ・ 医療関係者と介護関係者の両者の間で言葉が通じていない。 ・ ひとりの認知症の人に対し、誰がどう関われるか。一番リーダーシップを発揮できるのは医師だと感じている。 ・ もともと認知症であるとの理解の上、医療と介護、すべての職種が携わって地域全体でサポートすると大きな問題がおきない可能性もある。 ・ 行政の役割としては医療と介護の関係者が話をする場を提供すること、課題解決の基盤を整備することなどを考えないといけない。

	<p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関と訪問看護の連携が不足している。 ・ 医療職と介護職の考え方が異なるのは環境が違えば当然なので、ケアマネジャーが率先して連携していく努力をすることが互いの距離を縮めるひとつの方法である。 ・ 実際に会って顔の見える関係を作ることも必要。 ・ 現場では医療機関や介護サービス事業所単位のネットワークで何とかしているの、それを有機的に機能させることができればよいと考える。 ・ 医療職と介護職の連携においては双方の歩み寄りが必要。 ・ 先行事例を取材しに行くと、多職種連携や顔の見える関係の重要性がポイントとして挙げられる。 ・ がん末期といってもステージがあり、QOLのことを考えれば薬剤師や歯科医師、栄養士と協力して栄養管理を行っていくことが重要。 ・ 歯科医師会は長年訪問歯科診療や摂食・えん下の専門診療にも取り組んでいる。診療体制は整っており、診療が必要な人が把握できれば対応できるので情報を提供してもらいたい。 ・ かかりつけ薬局を持っていた患者が入院すると、退院後の往診医と連携した薬局を紹介されてしまい、それまで培ってきた関係が途切れてしまう。入院前の薬局につなげるようにしてほしい。
	<p>【認知症専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師とケアマネの連携では、医師会主催の交流会があるが、地域単位で顔の見える関係を築きたい。 ・ 医師は忙しくケアマネや介護の方との連携が難しいのでMSWを活用してはどうか。 ・ 医療と介護の両方で言葉が通じていない。双方の歩み寄りが必要。
<p>②コーディネーター機能の充実</p>	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養を進める上では、誰が中心となってコーディネートするかが重要。 ・ 在宅療養をしようとした時、本人や家族にとって何が大事なことから、それをコーディネート・判断できる人が少ない。 ・ ひとりの認知症の人に対し、誰がどう関われるか。一番リーダーシップを発揮できるのは医師だと感じている。【再掲】 ・ （高齢者が病院から在宅に戻る際）早めにケアマネジャーが決まっている人はいいが、決まっていない場合はMSWと相談しながら、在宅に向けて医師や訪問看護ステーションを決めるなど一連の流れを作るのが大変。 ・ 地域包括支援センターの職員に入ってもらって困難事例がスムーズに解決することはたくさん経験している。 <p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 調整、コーディネート機能をどのように充実させていくか、誰がリーダーシップをとっていきべきかなどの議論も必要。
<p>③病院と在宅スタッフとの連携</p>	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ （がん患者を）当病院でフォローして最終的に在宅に戻る場合には、診療所との連携が非常に大事になる。 ・ （認知症の人について）在宅といった場合に、往診、訪問看護だけでなく、受診するパターンで在宅ということも考えられる。地域で住むということ考えた場合に、往診だけではなく、病院、診療所、受診型の医療施設とも連携していくことが大切。

	<p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期を脱した患者がなるべく早く施設や自宅に戻れるように入院当初から支援している。いかに多くの関係者と協議をして患者さんのことを考えていくかが大切。 病院との連携により一時帰宅からそのまま在宅療養に移行し、本人・家族も納得できる看取りを迎えられた事例があり、多職種連携の必要性を感じている。
④情報の共有化	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種連携には「情報の共有化」や「顔の見える関係」が必要。【再掲】 医師等が「点」で存在しており、情報共有に時間がかかりリアルタイムに物事が進まない。 多職種の方との意見交換の際に、ポイントとして情報の共有化（ITの重要性）が挙げられた。 多職種の人が患者の情報を見ることができるシステムを練馬区として作ることができるとよいのではないか。 （介護と医療の）見る目が違うため情報の共有が難しい。
	<p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前に関係者と連絡を取って退院後の支援について検討しているが、患者も多く時間も限られているので、効率的な情報共有の方法を考えていく必要がある。 電話連絡が困難な場合が多いので、時間を選ばない情報共有ができるとよい。
	<p>【認知症専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護の現場で困ったときに、かかりつけ医等に伝える方法がない。 医療と介護の連携では、共有ツールが必要。ノート形式の連携パスを作成しては。 個々の認知症の人に対し、医療、介護、行政等職種が関わり、地域全体でサポートすることで大きな問題が起きない可能性がある。 専門医への相談で、かかりつけ医がわかった場合に次の受診時にこういう点を診ていただけないかなど、医師間で紹介状を出していただけると良い。 専門医の受診を勧めても、かかりつけ医に必要ないと言われてしまう。かかりつけ医からサポート医に紹介状を書きやすい環境をつくってほしい。 ケアマネとしては、かかりつけ医の意見書の既往症の欄は、「認知症」とだけではなく、より詳細が知りたい。かかりつけ医から専門医への連携をうまくやっていただきたい。
<p>2 サービス提供体制の充実</p> <p>①人材の確保・育成</p>	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 各職種の在宅療養に対する意識改革も重要。 24時間体制をとるための人の確保や育成をする部分が一番課題になると認識している。 訪問看護も忙しくて手が回らず、遠くの訪問看護ステーションにお願いすることもある。 訪問看護師の数が少ないため求人活動を行っている。

	<p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケアシステムや在宅医療、在宅療養について医師にはもっと高い意識を持ってもらいたい。 ・ 在宅療養に意識を傾けている医師はまだ少ない。もっと在宅療養についての制度や流れを知っていただきたい。 ・ 看護師が不足している。24時間体制も取りづらい。 ・ ヘルパーの質が様々であり、連携が必要な場面で情報を的確にケアマネジャーに報告し、対応することができていないこともある。 ・ ケアマネジャーの知識、レベルの格差が大きすぎる。 ・ 在宅療養に携わる医師やケアマネジャーに老健について知ってほしい。 ・ 在宅療養の実現が難しいという本人や家族に対して具体的な解決方法が提示できていないのと思う。看取りにあたって本人や家族と考え方を共有して信頼関係を作っていくことが今のサービスには求められていると感じているが、職員養成の段階ではまったく学ばないので、現場教育していく必要があると考えている。 ・ 在宅療養に関わる社会資源が不足している。訪問看護については数自体が少なく、人手不足でかつ24時間対応ができるステーションも少ない。今後、訪問診療ができる医師の不足も問題となっていくと考えられる。 ・ ケアマネジャーが在宅療養をしている利用者の支援をする経験が不足している。
	<p>【認知症専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅で医療的ケアのできるヘルパーが少なく、介護家族が家から出られなくなるケースがある。緊急医療ショートなどを利用できればと思う。 ・ 二次医療圏での研修や更新制度の導入で、もの忘れ相談医の充実を図りたい。 ・ 高齢者相談センターの専門相談は2か月に1回で予約が取りづらく、予約をしても2か月後にキャンセルしてしまうケースもある。 ・ 受診は敷居が高く、「訪問してくださる先生がいれば」という声を多く聞く。 ・ 高齢者相談センターでの専門相談の充実や初期集中支援チームに認知症サポート医の活用を図りたい。
<p>②24時間体制・ 後方支援病床の 確保</p>	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 往診の医師も一人で対応している医師が多く、夜対応しきれないという話も聞く。 ・ 薬剤師を雇用して在宅療養に取り組んでいるが、24時間体制で薬を届けるのは厳しい。 ・ 在宅を専門にやっていて医師会に加入していない医療機関とのコミュニケーションも求められている。 ・ 多職種の方との意見交換の際に、ポイントとして具合が悪くなった患者の受入が挙げられた。 <p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医と休日や夜間に緊急連絡が取れないことがあり対応に困ることがある。 ・ 在宅で安心して過ごせるようにするためにはバックベッドの確保の必要性がある。
<p>③相談・診療体制の 充実</p>	<p>【認知症専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 状態が悪くなったときに専門的な検査、診察が受けられる病院が複数あった方が良い。 ・ 専門医等の受診につながらないケースについて、認知症専門相談の活用から始めてはどうか。高齢者相談センター等、行政から

	<p>のアプローチを活用し、家族の理解や受診を勧めてみては。</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に対するサービスを提供する形にアプローチすることが大切。早期の介入は必要であるが、早期の医療提供は重要ではない。受診を拒否する権利も当然ある。
<p>3 区民への啓発 ・ 家族の支援</p>	<p>【協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅での看取りをいくら勧めても本人・家族側の理解が進んでおらず、区民への啓発も必要。 国の政策が「施設・病院から在宅へ」となっていることについて、家族を含め区民が理解するまでに至っていない。 今後の生活に不安を抱いている高齢者への周知活動も行っている。 住居の問題、介護する人の問題などいろいろあるだろうが、なかなか家に帰れなくて老健施設や療養型などを転々と渡り歩くケースが非常に多いと思う。 <p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 関係者それぞれの立場から感じていることを言い合って、本人や家族にも聞いてもらい、一緒に考えてもらう機会があってもいいと思う。 在宅療養に関する周知がかなり不足している。 本人や家族の在宅療養への理解不足や意思のあいまいさがあり、ケアマネジャーとしてどこまで介入できるか悩むことがある。 区民が在宅療養のイメージを持ちにくい現状がある。サービスについて知らないので在宅を選択肢として考えることができない。知識がないために状態が悪化して動けなくなってから初めて相談に来るが、それからでは対応が難しい。 区民啓発については、本人や家族が在宅療養や最期の時のイメージがふくらむような啓発をしていくと同時に、医療や介護の従事者への周知も行う必要がある。 医師やケアマネジャーなど専門職はスポットでの支援になるが、家族は 24 時間の介護をしている。連携の要になるのは家族ではないか。高齢者には誰がどのように支援や連携をしてくれているのかなかなか理解しにくく、そのため不安も抱えやすい。スタッフの連携も大切だと思うが、本人に一番接しているのは家族なので、連携の輪の中に入れる工夫をしていただけたらと思う。 <p>【認知症専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症になったら終わり」という負のイメージを払拭したい。「認知症になっても暮らしていける、みんなが支えてくれるところ」という視点で対策を。 身近な地域や事業所で医師の講演を行うといったことでも、区民の認知症に対する印象が変わってくる。 認知症を持って生きていける、普通に暮らせるといった、生き方モデルを区民に示していくことが大事。 認知症に関した制度、サービス、医療機関などを網羅した情報集がほしい。 入院すると帰れないというイメージがある。地域連携パスのような冊子で説明できるとよい。 認知症の人にとってのバリアフリー化が必要。事業名なども馴染みやすいものにすると抵抗が少ないのでは。 診断が必要なケアプランにつながり、安心して穏やかに暮らせる等、受診のメリットを周知する必要がある。 認知症予防教室等を利用して進行を遅らせることも検討したい。民間資源の活用も考えられる。 家族の理解があれば、「ここはこう対処すれば」とサポートできるので家族の理解と勉強が大事。 介護の閉塞感と孤独感の中で、早く亡くなってくれればという気持ちにもなる、虐待にもつながりかねない。レスパイトで利用

	<p>できる場の提供や何に困っているか等、話を聴くことが必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症でもサービスを利用していない方を地域の見守りでサポートしている事例もある。 ・ 徘徊はディサービスからの帰宅後や夜間に集中している。高齢者相談センターの連絡窓口は閉まっていることもあり、再考が必要。
4 その他	<p>【在宅療養専門部会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 区の特徴（がんの緩和ケア病棟がない、大学病院はひとつしかない、中小病院はあるが特徴が明確でなく有効に機能しているとは言い難い）を把握して、それに合わせた形にしていけないといけない。 ・ いわゆる高齢者のがん難民、がんで化学療法を希望しない方が、亡くなるまでの半年間、どこでどのように療養するか悩まれている状況がある。疾病により対応が異なるので、大きくがんと慢性疾患に分けて枠組み作りをしていくほうがよい。 ・ 在宅療養はスタッフ個人の熱意がないとやっていけないというのではなく、負担を軽減し、質を向上する環境づくりをしてもらいたい。