

文京区医療連携推進員配置事業

平成25年度活動報告・全活動のまとめ

本事業は、東京都医療保健政策区市町村包括補助事業における「在宅療養支援窓口事業」として実施したものである。東京都の要綱における事業概要は、「医療と介護の更なる連携を進めるため、区市町村や地域の医療機関、地域包括支援センター等に在宅療養に関する支援相談窓口を設置し、在宅療養資源を把握し、病院からの退院時の在宅における療養環境の調整を図るとともに、在宅療養患者の医療的ケアに必要な情報を地域やケアマネージャーに分かりやすく提供することにより、病院からの退院促進、地域で生活を送る患者及びその家族の療養・介護生活の向上を図る。」とされている。

文京区においては、高齢者あんしん相談センター（文京区の地域包括支援センターの呼称。以下「センター」という。）に医療連携推進員を配置し、平成23年10月から平成26年3月まで事業を実施し、今後の医療連携の基盤づくりを進めてきた。

本報告書は、最終年度にあたる平成25年度の活動実績と、2年半におよぶ事業活動を総括したものである。



平成25年度 活動報告

○第2回 医療連携交流会 平成25年11月13日(水)・14日(木)

「介護と医療は同じチームです！」

- 1：会場参加型（ロールプレイを使った）ディスカッション
- 2：グループディスカッション

○医療連携講演会 平成26年2月8日(土)

「医療・介護 上手な付き合い方」

- 1：講演「医療・介護の制度と現状」

講師：高齢者あんしん相談センター駒込 センター長 新堀 季之

- 2：パネルディスカッション「医療・介護 上手な付き合い方を知ろう！」

コーディネーター：高齢者あんしん相談センター駒込 医療連携推進員 笠原 美和

パネリスト：本郷ヒロクリニック院長 英 裕雄 氏

日本医科大学付属病院患者支援センター看護師長 安部 節美 氏

みなみ風文京主任介護支援専門員 高橋 美香 氏

高齢者あんしん相談センター駒込センター長 新堀 季之 氏

全活動のまとめ(平成23年10月から平成26年3月)

平成26年5月

高齢者あんしん相談センター医療連携推進員・文京区

目次

平成 25 年度 活動報告

I 医療連携交流会（関係者向け）

活動報告	1
参考資料 1 当日次第	3
参考資料 2 記録概要 第 1 部（参加型ディスカッション）	4
参考資料 3 記録概要 第 2 部（グループディスカッション）	11
参考資料 4 アンケート集計結果	15
参考資料 5 アンケート用紙	19

II 医療連携講演会（区民向け）

活動報告	20
参考資料 1 当日次第、講師・パネリストプロフィール	22
参考資料 2 講演パワーポイントスライド	24
参考資料 3 記録概要 第 2 部（パネルディスカッション）	36
参考資料 4 パネルディスカッション配付資料 1	43
参考資料 5 パネルディスカッション配付資料 2	50
参考資料 6 アンケート集計結果	51
参考資料 7 アンケート用紙	54

医療連携推進員配置事業 全活動のまとめ

I 総括	55
II 目標と成果	56
参考資料 1 医療連携推進員担当ケース集計（平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月）	57
参考資料 2 活動実績	61

医療連携推進員

高齢者あんしん相談センター富坂	樋浦	由美子
高齢者あんしん相談センター大塚	渡辺	寿美
高齢者あんしん相談センター本富士	渋谷	晴美
高齢者あんしん相談センター駒込	笠原	美和

I 医療連携交流会（関係者向け）

昨年実施したケアマネジメント支援事業および第1回医療連携交流会で実施したアンケートで、半数以上の方が、連携が図りにくいと感じていると回答されていた。また、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、訪問診療などとの交流を望む意見も多数あった。大規模病院が集中する文京区の特殊性もあって、ケアマネジャーと医療機関との連携に課題があることがわかった。

そこで今回は、顔の見える関係づくり、お互いが抱えている課題の共有、連携強化を目的に、「介護と医療は同じチームです」と題し、ケアマネジャーと医療関係者の交流会を2日に分けて開催した。

55 居宅事業所から 74 名、26 医療機関から 36 名が参加し、「参加型ディスカッション」「グループディスカッション」を行った。

1. 趣旨

近年、病院の在院日数は短縮し、医療が必要な状態や心身機能が低下した状態で在宅に戻る高齢者が増えている。加えて独居や高齢者夫婦のみの世帯も多く、包括的な支援が不可欠であり、高齢者の在宅生活を支える上で、医療と介護の連携強化は極めて重要である。

これらの現状を踏まえ、高齢者の在宅生活を支える要となっているケアマネジャーと医療関係者との交流の機会を設け、顔の見える関係づくりをし、お互いが抱えている課題を共有し、連携強化に繋げることをねらいとする。

2. 目的

- ① 顔の見える関係づくり、介護と医療の連携の必要性を理解する
- ② それぞれの立場や役割を理解する
- ③ 課題を共有し、解決へのヒントを得て連携強化につなげる

3. 内容

テーマ：医療連携交流会 ～介護と医療は同じチームです！～

日時：平成25年11月13日（水）・14日（木） 14時～16時

場所：シビックセンター スカイホール

対象：文京区介護サービス事業者連絡協議会加入事業所のケアマネジャー

文京医師会・小石川医師会所属の診療所の医師または看護師

在宅診療を専門に行なう診療所の医師または看護師

区内および近隣区にある病院の医療相談員

第1部 ロールプレイを使った参加型ディスカッション

～Aさんの退院支援 あなたならどうする？～

退院支援に関わる事例を用いて、ロールプレイで対応のやり取りを再現。本人・家族、医療相談員、在宅医、ケアマネジャーの対応に対して会場内から意見を募り、参加形式で進めていく。

第2部 グループディスカッション

各グループで、司会・発表者（記録）を決定し、「連携について、困っていること

こうなればいいと思っていること」を意見交換する。終了後、グループごとに発表する。

4. 企画

医療連携推進員（富坂：樋浦、大塚：渡辺、本富士：渋谷、駒込：笠原）

5. まとめ

【第1部 参加型ディスカッション】

「Aさんの退院支援 あなたならどうする？」と題し、ロールプレイを使った、会場参加型ディスカッションを行った。

アンケート結果（参考資料4）からは、7～8割の方が、「参考になった」「まあまあ参考になった」と回答。大勢の中で意見を発表することが難しいと感じる方が多く、中には、事例の設定に終始こだわる参加者もあり、意見を引き出すことが難しかった。発表が少なかった1日目に対し、2日目は活発なディスカッションができていた。参加者の構成によるものと考えられる。

医療・介護の立場関係なく本人が安定した生活を送れることが目指すところで、同じ目標に向かって役割分担をし、対応をしていくことが重要だというメッセージを伝えることができたと思う。

【第2部 グループディスカッション】

医療機関・ケアマネジャーをグループに分け、「連携について、困っていること・こうなればいいと思っていること」をテーマに、意見交換をしてもらった。

アンケート結果（参考資料4）からは、参考になったという意見が7割を占め、満足度が高かった。困っていることとして、双方から情報共有の難しさが課題としてあげられた。

連携に必要と思うことは、ケアマネジャー側からは苦手意識をなくしていくこと、医療機関側からは、家族の了解を得てケアマネジャーが動くこと、双方から早い段階での情報共有が有効であることなどの意見が出され、お互いの仕事の理解や、情報共有が医療連携をしていく上で大切だということが、理解してもらえたと考える。

【総括】

顔の見える関係づくり、介護と医療の連携の必要性を理解するという目的は達成できた。医療連携についてのアンケート結果（参考資料4）からは、連携が図りやすくなったと感じている方が約8割だった。理由として、病院側の受け入れが良くなったという意見が多く、退院連携加算が算定できるようになったことや、在宅志向が高まっていることも影響していると考えられる。また、連携をスムーズに図るために何が必要かという質問に対しては、交流会の実施が一番多く、ニーズは高い。個人レベルでの連携は進んでいるが、全体的には、医療機関やケアマネジャーによって対応の差異、お互いの立場の理解不足など、課題があるとわかった。今後も様々な機会を通し、連携推進を図っていく必要がある。

医療連携推進員主催

文京区 第2回 医療連携交流会

『介護と医療は同じチームです！』

平成 25 年 11 月 13 日（水）・14 日（木） 14:00～16:00

文京シビックセンター 26 階 スカイホール

司会：高齢者あんしん相談センター富坂 樋浦 由美子

時間	内容
13:30～	受付開始
14:00～14:10	開会の挨拶 文京区 福祉部高齢福祉課長 須藤 直子 交流会のプログラム説明（司会）
14:10～15:00	【第1部 会場参加型ディスカッション】 「Aさんの退院支援、あなたならどうする？」（事例ロールプレイ） 進行係 高齢者あんしん相談センター駒込笠原 美和 出演 高齢者あんしん相談センター職員
15:00～15:10	休憩
15:10～15:50	【第2部 グループディスカッション】 医療と介護の連携についての意見交換と発表 「困っていること・こうなればいいと思っていること」
15:50～16:00	まとめ
16:00～	終了 アンケート記入 ※16:30まで会場は使用できますので、名刺交換等の時間にお使いください。

注) 各プログラムの時間については、変更になる場合があります。

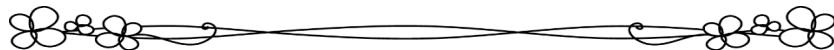
☆医療連携推進員主催 第2回 文京区 医療連携交流会☆

第1部：参加型ディスカッション

「Aさんの退院支援 あなただったらどうする？」

進め方について

- ・まず、Aさんが退院する場面をロールプレイで紹介します。途中で進行役が質問をはさみますので、それに対してそれぞれの立場からご発言していただき、ディスカッションする企画です。
- ・よくあると思われる、高齢者が退院する場面を事例としています。設定が変われば答えが違ってくるといふこともあるかと思いますが、あくまでも事例ですので、細かい設定はしていません。ご了承いただいた上でご発言をお願いします。
- ・どちらの立場が良い、悪いというわけではありませんので、一つの答えを出すというよりは、どう連携していくか？を軸に、考えてください。



登場人物

- | | |
|---------|-----------------------------------|
| Aさん 本人 | 男性 80歳 |
| Aさんの長女 | 50歳 横浜在住 義母の介護があり、日常的な支援はできない。 |
| 医療相談員 | 女性 大学病院の社会福祉士・医療相談員(以下「MSW」という。) |
| ケアマネジャー | 女性 ケアマネジャーとしての経験は3年
基礎資格は介護福祉士 |
| かかりつけ医 | Aさん宅近くで開業している内科医 |

Aさんについて

Aさん、80歳、男性、は文京区内で一人暮らしをしています。(持ち家・年金は月約15万円)
2週間前より脳梗塞にて大学病院に入院中です。

妻は、3年前にがんにて他界、娘が一人、横浜に家族と住んでいます。

半年前にも脳梗塞にて、今回と同じ大学病院に入院。幸い、大きな後遺症はなかったものの、降圧剤や抗血小板薬の内服が必要となりましたが、受診を中断。体調の悪いときだけ、かかりつけ医のところに受診しますが、結局は内服も受診も中断したままとなっています。

半年前の入院中に長女が介護保険を申請。要介護1の認定となり、週1回、訪問介護を利用し、買い物と簡単な掃除をしてもらっていましたが、それもいらないということがあり、訪問回数も減っていました。

何とか近所の買い物くらいは行けていましたが、1週間前に買い物中に倒れ、救急搬送。再度脳梗塞にて大学病院に入院となりました。

今回も大きな後遺症はなかったものの、2回目ということもあり、自己管理をしっかりとっていく必要があること、ADL(日常生活動作)の低下していることが問題となっていました。こだわりが強く、人からの助言はほとんど聞き入れないとのことでした。

そろそろ退院ということになり、病院は本人、家族と相談をしましたが、話が進まず、MSWよりケアマネジャーに連絡が入りました。

第1部 参加型ディスカッション

シーン1 病院からの連絡

MSW: 居宅介護支援センターさんですか？Aさんのことでご連絡をしました。そろそろ退院の話が出ていまして。ご家族からケアマネジャーさんのことを聞いて連絡をしているのですが。

ケアマネジャー: Aさんですね。そうですか。最近ではサービスを断ることもあって、退院後のことを心配していました。長女さんの言うことも聞いてくれなくて。今の状態はどうか。

MSW: 長女さんも困っていましたね。今回も大きな後遺症はないのですが、ふらつきがあって、一人での外出は心配ですね。あとやはり受診を継続することと、自己管理ができるかどうか心配しているので、支援をお願いしたいのですが。

ケアマネジャー: わかりました。長女さんとも連絡を取って話を進めたいと思いますが、退院はいつ頃になりますか？

MSW: だいたい1週間後を予定しているのですが。

ケアマネジャー: え？1週間ですか？急ですね・・・

※ここで、それぞれの立場から、今の話を聞いてどう感じましたか？

自分だったらこのように対応する、相手にはこのように対応して欲しいなどのご意見ををお願いします。

ディスカッションの内容

1日目

【ケアマネジャー】 退院カンファレンスがあるのかどうか、入院前と状態が変わっているのかどうか、福祉用具などのサービスの利用が十分かどうか確認している。
退院時の状態によっては準備するものが変わってくるとのこと。

【ケアマネジャー】 同じような場面はよくある事例と思われる。病院の医療連携室に退院の話があること自体がぎりぎりになっているからだと思う。連携室の方だけではなく、入院すると病棟の看護師から直接連絡があることもあり、入院前の在宅の状況をサマリーとして提出することも多くなってきている。

【病院】 当病院では、入院時にスクリーニングをしている。そのスクリーニングから、入院前の状態と明らかに変化していたり、介護力が低下していると予想されるケースでは、病棟看護師が家族から担当ケアマネジャーの情報を聞いて直接連絡を取ることもあり、カンファレンスの中で退院のリスクが高い患者であることを共有することがある。
医療連携室とMSWの部署が二つに分かれていて、MSWが転院と退院の連携を担い、

第1部 参加型ディスカッション

	<p>医療連携室は開業医との連携を担っている。</p> <p>台東区では、ケアマネタイムが設けられているので、カンファレンスや担当者会議で担当医の意見をいただいたりしている。当院では医事課が Fax で受け取り主治医が記入して情報提供している。</p>
2日目	<p>【ケアマネジャー】 事例では、2回目の入院という設定であり、病気の再発ということで、病院とケアマネジャーの連携が入院前から必要だと思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 入院して「自宅へ帰りました」と連絡を家族から頂くことが多くなった。私は、ケースのような連絡があれば病院へ出向いている。可能であれば入院した時点で、連携先に報告しておくことが大事ではないかと思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 受け持ちの利用者が入院した場合は、家族から病院側に私の情報を伝えてもらうようにしている。病状が落ち着いたころ、そろそろ退院という時には連絡が来る。</p> <p>退院前1週間であっても、3日前であってもケアマネジャーは、連絡があればまず病院に行って状態を把握して、どのようなサービスを整えれば在宅に迎えられるかを考えていかないといけない。</p> <p>【病院】 病状としては軽度であっても、ADLが少しでも低下していると判断したら、自宅での生活がどうだったのかが分かると、今の状態で何が必要かを考えられると思う。</p> <p>退院しますというだけでなく、在宅生活ができるかどうかを一緒に考えていきたいと思っているので、入院前の状況を知らせて頂きたい。</p> <p>【ケアマネジャー】 こういう事例の場合は、退院時カンファレンスを開いて、病院でどんなりハビリをやっていたのかなどの情報を得たい。</p> <p>【病院】 入院時の関わりが大切だと感じている。本人や家族からだけでは生活の情報が上手く得られないこともある。</p> <p>この事例では、入院前からサービス利用の拒否などの課題があったので、病院側に情報提供することで、本人の状況を踏まえた退院支援を進められると思う。</p> <p>荒川区の病院とケアマネジャーの間では、連絡を取り合う用紙がある。</p> <p>【ケアマネジャー】 担当ケアマネジャーから勝手に病院に情報提供するという事は、いかがなのかなと思う。</p>

第1部 参加型ディスカッション

シーン2 病院での退院カンファレンス

電話から3日後、本人の状況確認と今後の方針を決定するため、病院でカンファレンスを開催することとなりました。

MSW: 本日はお集まりいただきありがとうございます。これからAさんのカンファレンスを開催します。

主治医からは、脳梗塞で2回目の入院ですが、現在の状態は安定しており、いつ退院してもらってもいい状態です。ただ、入院時の血圧が200以上あり、退院後はしっかりと内服を飲むことや、定期受診は必要です。それができないといつ何が起ころかわからない状態です。ADLも多少落ちているようですし、リハビリができるといいとのことでした。

長女: 前から病院に行くように、薬を飲むようにと何度も言っているのですが、本当に頑固で、人の世話になるのが嫌いな人で。わたしも義理の母が要介護状態なので、月に1回来られるかどうか。何かあったときは動けると思うのですが。

ケアマネジャー: わたしやヘルパーが言ってもぜんぜんだめなんです。いろいろ言うと、今度はサービスもいらなくなってしまうので。食事がきちんと摂れないこともあるので、買い物だけは必要だと思ってあまり言わないようにしているのですが。

MSW: 主治医や私たちとしては、環境さえ整えば、自宅での生活は可能だと思っていますが、娘さんはいかがですか。

長女: 本人はどうしても自宅で生活したいと言っています。その気持ちもわかるのですが、施設に入ってくると安心だと思うこともあります。でも本人はそんなことはまったく考えていなくて。

ケアマネジャー: 娘さんが施設と言っていましたが、そこまでいなくても、デイサービスやショートステイを利用してくれるだけでも違うと思うのですが。退院後にどうなるか心配です。

※ここで、それぞれの立場から、今の話を聞いてどう感じましたか？

自分だったらこのように対応する、相手にはこのように対応して欲しいなどのご意見をお願いします。

第1部 参加型ディスカッション

ディスカッションの内容	
1日目	<p>【ケアマネジャー】 本人がどうしても帰りたい（退院したい）という設定だが、定期的 に受診できるのか、リハビリをしていけるのかを確認して、みんなが納得できるよ うに話し合う必要がある。</p> <p>【病院】 退院カンファレンスは、患者さん本人も参加して、家族を含めた支援者が何 に困っているのかをお互いに理解することが大事である。加えてカンファレンスには、 病棟看護師も入ることが望ましい。</p> <p>【ケアマネジャー】 ご近所の方や他に協力してくれる方などの地域の社会資源の利用も 考えてみる。</p> <p>【ケアマネジャー】 こういう生活をしないと（例えば、薬をきちんと飲まないとまた病 気が再発するなど）家には帰れないと医師から話をしてもらうことで、本人も納得さ れることもある。医療現場の方たちにも、本人の状況を理解してもらうことが大切で ある。</p>
2日目	<p>【ケアマネジャー】 一番の問題は、本人がなぜサービスを拒否するのかだと思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 定期的な受診できるように娘さんに協力してもらいたい。</p> <p>【ケアマネジャー】 これからきちんと薬を飲んで受診していかないと今後保証できない よというくらい話しをして、本人の意識を高めるようにしていかないといけないの ではないか。</p> <p>【ケアマネジャー】 内服管理の課題では、お薬カレンダーの利用など本人自身で管理し やすいように工夫が必要だと思う。薬剤師に相談することや、ヘルパーによって飲め ているかどうか確認することも大事である。</p> <p>【訪問診療】 本人・家族がこれからどうしたいのかということが、一番重要だと思う。 デイサービスやショートステイなども利用しないことが多いと感じている。</p> <p>私たち訪問医療専門では、本人・家族との問診をして往診をおこない、訪問看護や 訪問介護の利用で必ずなんらかの目が届くような体制を整えることがよいのではと考 えている。</p> <p>退院カンファレンスの際も、在宅医療も視野に入れて在宅医も加わっておこなうと、 退院後の連携もスムーズになると思う。</p>

第1部 参加型ディスカッション

シーン3 退院後のカンファレンス

病院でのカンファレンスの結果、かかりつけの先生の言うことならきいてくれるのではということになり、往診を検討しました。本人もやっと納得したので、病院からの連絡後、10日で自宅退院となり、退院後のカンファレンスを開催しました。ADLの低下だけでなく、認知機能の低下もみられているとのことでした。

ケアマネジャー：本日はお集まりいただきありがとうございます。これからAさんのカンファレンスを開催します。まずは往診の先生からです。

主治医：退院後の状態は安定しています。血圧も140前後と良好です。前からAさんのことは知っているので、あまり強く言ったりせずに、様子を見ていきたいと思っています。ただ、内服や食事の管理が心配です。

ケアマネジャー：医療に対してはそれほど拒否がなくなってきたので、訪問看護の利用を勧めたいと思っています。宅配の利用などをしてくれるといいのですが、それには同意してくれなくて。ヘルパーは今まで通り、週1回でいいと言っていて、内服や食事は心配ですね。

長女：わがままな人ですみません。何とか自分でやるというばかりで。わたしに迷惑をかけたくないとは思っているようなのですが。

※ここで、それぞれの立場から、今の話を聞いてどう感じましたか？

自分だったらこのように対応する、相手にはこのように対応して欲しいなどのご意見をお願いします。

ディスカッションの内容

1日目	<p>【在宅診療】 在宅医療をしているが、ケアマネジャーさんや訪問看護師ともっと情報交換していきたい。</p> <p>【ケアマネジャー】 このような頑固な方の場合は、往診・訪問看護のサービスも利用しないこともあります。そのため、このようなカンファレンスの場や往診の時に医師から、訪問看護の必要性などを説明し、みんなで話し合えると本人支援になると思う。</p>
-----	---

第 1 部 参加型ディスカッション

2 日目	<p>【ケアマネジャー】 内服管理がとても重要な事例で、きちんと管理できると生活支援が具体化できると思う。</p> <p>居宅管理指導で薬局の協力を得てうまくいったケースがあり、薬剤師が2週間のお薬を薬の説明をしながらカレンダーをセットし、次回訪問まできちんと飲んでいるかどうかを確認して、詳細を報告してくれる。</p> <p>薬剤師がどのように支援すると効果があるのか、薬局によっても届けるだけのところもあるため、薬剤師の役割を理解して依頼することが必要だと思う。</p>
2 日目	<p>【訪問診療】 デイサービスの利用で他者との関わりを持つと、認知機能の低下を遅らせる可能性があるためデイサービスの利用を検討していけるとよいと思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 内服管理には、薬剤師の関与が有効だと私も思う。2週間分の薬をセットしても、毎日の薬をきちんと飲めたのかどうかを確認することが大事。</p> <p>往診を検討する場合は、通院が困難だと思われる人が利用することとなっているため、この事例の場合、誰かが付き添えば通院が可能かを考えなければならず、簡単に往診に切り替えていいものかどうかと思う。</p> <p>訪問看護を導入する意見もあると思うが、本当に必要があるものなのかも考えていかないといけないと思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 退院時カンファレンスで、介護の拒否をするケースはよくあることだが、カンファレンスの参加者の中にサービス提供責任者なども加えて、服薬管理は重要であることを理解してもらうことが大事だと思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 訪問看護の役割のお話があったが、薬を飲むことだけではなく薬の効果があるのか、血圧が安定しているのかなど、日常生活におけるアセスメントにより、主治医と連携ができると思う。</p> <p>【ケアマネジャー】 支援サービスの内容も大事だが、長女がどこまでかかわってくれるのかも重要だと思う。このような事例の場合、サービス内容を検討しても本人は拒否するであろうことが予測されるし、玄関を開けてくれない可能性もある。</p> <p>そこで、最初は家族にも薬の管理や食事面で関わってもらうことが必要だと思う。その後本人が落ちついたところで、サービス利用を考えていくもよいのではないかとと思う。</p>

第 2 部 【グループディスカッション】 11 月 13 日（1 日目）

医療と介護の意見交換「困っていること・こうなればいいと思っていること」

<p>1 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・困っていることとして、病院へのアプローチが難しいという意見があった。 ・支援方針、目標主軸となる方針の一本化や、本人の価値観を生かしたサポート体制が重要である。 ・医療は介護を知り、看護師に助言をして、医師の意見を尊重しながらカンファレンスをおこなうとよいの意見があった。サマリーの取得も、情報収集には有効である。
<p>2 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の中でも在宅をイメージして退院調整ができる方とそうでない方がいるという現状があり、在宅へという流れがわかるようなものが必要との意見があった。 ・ケアマネジャーとしては、医療関係者・訪問看護師に対して苦手意識をなくし、カンファレンス等でそれぞれの専門知識を引き出し、退院に向けての調整がうまくできることが求められている。
<p>3 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療相談員として、病院から退院される時、往診の情報はスムーズに入ってくるが、ケアマネジャーとのつながりを持つのが難しいと感じている。 ・ケアマネジャーから、大病院から往診医に切り替える時や、専門の先生につなぎたいときは紹介してもらえると助かるとの意見があった。 ・この意見に対し他職種から、大病院（専門医）への通院を続けながら、身体をトータルに診ることのできる往診医にお願いするとよいのではないかと助言があった。 ・病状によって、療養型に移るのか在宅へ戻るのか、どちらにするのか選択できるように助言できるといいと思う。 ・病院側としても、家族間で意見が分かれ、まとまらないこともあるためキーパーソンを決めてもらうとありがたいと思っている。 ・高齢の方は、身体的な予測について、本人・家族の考えを前もって明確にしていくことが必要と感じている。 ・ケアマネジャーから、積極的に病院へ情報提供して連携していけるとよいのではないかと意見があった。

<p>4 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・大病院と連絡が取りにくいと感じている。 ・ケアマネジャーが病院から利用者の情報をいただくために連絡をしても、個人情報だからと言って拒まれることがあり、「家族に聞くように」と言われることがある。 ・退院時の診療情報提供や訪問看護指示書に料金がかかるため、家族に説明をしていただくよ。 ・大病院に訪問看護指示書をお願いすると、医師との調整が難しい場合もあるので、患者さんにはかかりつけ医を持っていただいた方がいいという意見があった。 ・情報収集することに気を取られて、本人にとって何が必要なのか分からなくなってしまうこともあるため、在宅側から医療側に聞きたいことを事前に伝えていただけるといいとMSWからの話があった。 ・病院としては、入院前の生活がわかる書類があればいいという意見もあった。
<p>5 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・困った点としては、退院がスムーズにいかないケースが多いという場合で、医療側に介護保険制度の理解が十分でないケースがあるという意見があった。医療相談員は入院患者全員を把握している訳ではないため、これからは病棟の看護師さんが在宅窓口になれるようにしてほしいという意見があった。 ・内容としてはまとまらなかったのですが、このように情報交換できたことはよかった。
<p>6 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーから医療側への質問が多くあり、担当のケアマネジャーがいない新規の場合は、どのようにケアマネジャーの選定をしているのかという質問に対して、基本的には本人・家族に決めていただき、決められない人の場合は訪問看護ステーションが併設されている居宅介護支援事業所を案内しているとの回答だった。 ・利用者が入院した場合の情報提供は、どのようなタイミングで提供した方がよいのかとの質問には、なるべく早い段階での情報提供がよい。情報の内容は入院前の生活状況が分かるものがよいという意見があった。 ・病院との連絡をこまめに行なっていても、退院日の決定が不明だと言われながら「明日退院します」と言われることもある。退院はどのように決定しているのかという質問に、医療相談員からは先生の判断によるという返答だった。 ・医師から薬の調整をしたいと言われ、病院からは個人情報だからという理由で情報を教えてもらえなかった経験をしたケアマネジャーに対して、同席した際に聞くようにしましょうという助言があった。 ・ケアマネジャーは、医療への苦手意識をもたないようにしようというグループのまとめになった。

第2部 【グループディスカッション】 11月14日(2日目)

医療と介護の意見交換「困っていること・こうなればいいと思っていること」

<p>1 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院から、家族以外には情報提供できませんと言われ困った。 ・家族がいる患者の場合は、家族を通して情報を得ていただいた方がよい。病院の中でも、医師と連絡をとることも難しい。 ・在宅医療の医師から直接連絡をいただいたことで、退院後のケアプラン作成がスムーズにできたという体験談がケアマネジャーからあった。 ・24時間対応の訪問診療が増えているが、在宅のかかりつけ医の往診が減ったという感じを受ける。 ・クリニックの先生から、100歳のターミナルの女性へ往診していたときに、訪問看護師やケアマネジャーさんなど皆が協力してくれて安らかに看取れたという事例の話があった。単に連携するというだけでなく、関係者が心を込めてその人のためにケアをしていくことが大切だと感じた。
<p>2 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・どの程度のことを在宅に戻ったときに要求されるのかがわかると、連携しやすいという意見が出た。 ・看護サマリーの提供は、病院によって異なる。 ・台東区内の病院では、看護師とケアマネジャーがどのようなことをしてほしいかななどをFaxで情報交換している。病院によって連携室の機能が異なるという話もあった。 ・ケアマネジャーが病院へ面会に行くことで、患者の気持ちとして退院にむかうこともあるため、面会するというのも効果があるという意見があった。 ・病棟の看護師と話をするためには、都合のいい面会時間があるのかというケアマネジャーの疑問に対し、看護業務が一段落する時間に面会に行くことが望ましいのではという相談員の回答があった。 ・ケアマネジャーから、看護サマリーをお願いしてもいいのかどうかということが話題に出た。
<p>3 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・豊島区では、事前に情報をいただくことが多いとのことであった。 ・病院では、キーパーソンが誰なのか、担当ケアマネジャーが誰なのかがわからないことがあり、ケアマネジャーから入院前の生活状況を事前にいただけるとよいという意見があった。 ・担当ケアマネジャーによって、スキルの違いがあるという意見があった。 ・連携室と病棟の連携がうまくいかず、調整に時間がかかった事例の話もあった。

<p>4 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院間際に病院から連絡をいただくことが多いが、どのくらいのタイミングでケアマネジャーから連絡するといいいのかという意見があった。 ・病院側から介護保険認定の区分申請をしたほうがいいと言われることがあるが、病状としては重症になっていてもADLはそれほど変化していない場合もあり、本人の状態を確認してから区分変更するかどうか検討した方がいいという意見が出た。 ・病院側としては入院前の状況につて、情報がほしいという意見があった。 ・ケアマネジャーはどこまでやってくれる人なのかかわからないという医療側の疑問があった。
<p>5 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議などの出席調整の場合、クリニックの立場としては往診日に合わせてもらったりするとありがたいとのことであった。 ・医師に相談したい時などは、受付に問い合わせる時間を決めて面会したり、Faxなどを活用してもらえば、必ず返信しますとの意見があった。 ・他区では、共通の医療情報の様式があり、活用することでわかりやすいとの意見があった。 ・利用者の急な病状変化に対応するため、予測できる病状など普段から相談できる関係ができればいいという意見があった。
<p>6 G</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーは、医師に「こんなことを聞いたらいけないかな」と思い聞きたいことも聞けないことがあるとの意見があった。 ・医療側も在宅側も、お互いに好意的に関わればいいのではないかと意見があった。 ・ケアマネジャーから、主治医に相談しようとして連絡しても忙しくてなかなか会えない、難病などの書類や指示書の記載がもらえない、手紙を書いても返事がもらえないなどの悩みがあった。 ・外部からお願いする場合は、決められた窓口から時間に余裕を持ってやり取りをするとよいのではないかと医療者からのアドバイスがあった。 ・在宅支援の準備時間がない場合には、まず病院に問い合わせてもいいのではないかと意見があった。 ・退院前に本人や病院関係者と顔合わせしておくこと、退院支援がスムーズに行なわれADLの状況や病気の情報など早い段階で把握できるという意見があった。 ・家族にあらかじめ了解を得て、病院から情報を提供してもらうこともあるとの意見もあった。 ・病院関係者が在宅の現場を見学する制度があると、お互い理解ができるようになるのではないかと意見があった。

文京区 第2回 医療連携交流会 アンケート集計

○11月13日(水) 1日目

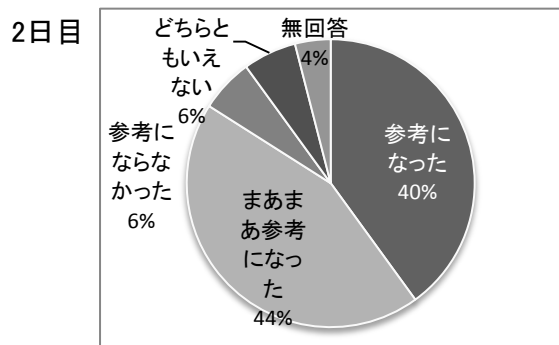
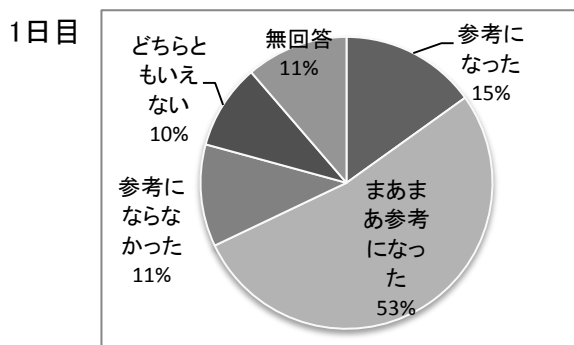
参加者数 56名(内訳:ケアマネジャー37名、医療関係19名) アンケート回収率 95.6%(53名)

○11月14日(木) 2日目

参加者数 54名(内訳:ケアマネジャー37名、医療関係17名) アンケート回収率 92.6%(50名)

1. ロールプレイを使った会場参加型ディスカッションについて

	参考になった	まあまあ参考になった	参考にならなかった	どちらともいえない	無回答
1日目	8	28	6	5	6
2日目	20	22	3	3	2



1日目は「参考になった」と「まあまあ参考になった」で全体の7割を占めた。

2日目は「参考になった」が4割で、「まあまあ参考になった」と合わせると全体の8割以上を占めた。

1日目 意見等

<構成や内容に関する意見>

- ・多数の中で意見が出しにくかった。グループ毎にした方が意見が出しやすかったと思う。
- ・背景や場面のロールプレイの時間が短くわかりにくい部分が多かった。構成全体がよく理解できなかった。
- ・よくあるケースなので色々と考える機会になった。
- ・本人不在のロールプレイはコメントが難しい。本人の姿、意向がわかりにくかった。
- ・ケアマネジャーだけで解決できているケース、簡単なケースで参考にならなかった。
- ・設定が少なくどう考えてよいかわからなかった。それぞれどのような事が一番良いか考えさせられた。
- ・シーン毎でディスカッションしてもらいたい内容を決めてもらった方がよかった。
- ・1つの事例の中からAパターン、Bパターン(家族同居、別居とか)で検討してみるのもよかった。

<連携に関する意見>

- ・入院時から退院調整が厳しい方は早めのカンファレンスや調整が必要という認識はある。訪問看護が入っている時は情報が入ってくるが、ケアマネジャーにより情報を集中してくれる場合とくれない場合がある。
- ・退院準備期間を直前に提示され戸惑う事が多々ある。入院時よりケアマネジャーから連絡し連携を図ることで解決する事があると学んだ。
- ・よくあるケースだが、ケアマネジャーとしては時間がなくても対応せざるを得ない立場である。
- ・医療の方の話がよくわかり、今後の仕事に役立つ。
- ・退院前の話し合いのタイミングはできるだけ早い方がスムーズであると思った。
- ・全てが後手後手になってしまい、よくあるケースだと思う。このようにならないためにも入院したら、できるだけ早く、「担当ケアマネジャーです」と連絡を入れることが重要だと思った。

2日目 意見等

<構成や内容に関する意見>

- ・意見が出しにくい雰囲気だった様に思う。参加型ロールプレイはもう少し少人数が発言しやすかった。
- ・様々な立場からの意見が聞けたので、今後の連携の参考にしていきたいと思う。
- ・患者に対して何が一番大事か、各々の立場で発言するのがわかった。
- ・自分が気付かなかった問題点に気付くことができた。
- ・他職種の方の話が聞いて良かった。違う立場の人の考え方が勉強になった。
- ・ロールプレイは本人の意思確認の場面があった方が良かったと思う。本人の自己決定の支援から始めるべきと考える。
- ・症例の見えない点も専門的な立場からないがしろにはいけないという意見を引き出せるディスカッションは参考になった。
- ・自分の経験を思い出しながら具体的に考え易い形式だったと思う。
- ・服薬管理についての情報が参考になった。
- ・入退院時の医療連携に関して、病院、ケアマネジャーにより、色々な考え方があつた事がわかった。
- ・各種意見を自由に発言できてよかった。医療関係者の意見を直接伺えてとても良かった。
- ・もう少し詳細な場面設定が必要かと思う。何を考えるべきかよくわからなかった。
- ・再発リスクが高いがサービス導入が難しい方の事に例対応する苦勞は体験しているのでいろいろ思うところがあった。

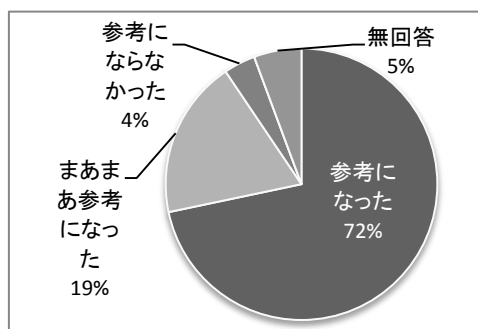
<連携に関する意見>

- ・各々の立場に立った調整を図ろうと思う。
- ・設定が甘く、より安定した医療連携を行うために、いかに多くの情報が必要か再認識した。
- ・入院時に病院へ何うケアマネジャーが意外に少ないように感じ驚いた。最初に在宅での様子を話しておく方がお互いに協力しやすいと思う。事前の情報交換が大切。
- ・同じ目標に向かって役割分担が必要だと再認識できた。

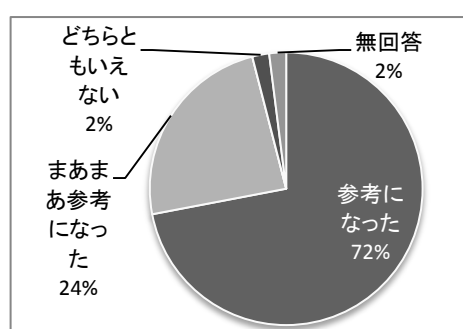
2. グループディスカッションについて

	参考になった	まあまあ参考になった	参考にならなかった	どちらともいえない	無回答
1日目	38	10	2	0	3
2日目	36	12	0	1	1

1日目



2日目



1日目、2日目ともに、7割が「参考になった」と回答、「まあまあ参考になった」と合わせると全体の9割を占めた。

1日目 意見等

- ・医療で管理した生活＝在宅の生活ではないという医療者側の考え方を変えていく必要あり。
- ・困っている事では胃ろう、IVH等の治療の選択についての家族支援が難しいとの意見があった。また地域の医師からはケアマネジャーの顔が見えにくくなっているという意見があった。
- ・ケアマネジャーの困っていることがわかった。情報交換ができてよかった。
- ・病院の医療相談員からのアプローチの話し方を学ばせて頂いた。
- ・カンファレンスやアプローチの方法、利用者様の状況、希望の確認の必要性を感じた。
- ・各々の立場で専門意識がある。これを有効にコーディネート、引き出せるようケアマネジャーとして努めていきたい。
- ・退院時の連携について、どうしたらスムーズに行えるか医療相談員の意見を聞け参考になった。
- ・ケアマネジャーとして情報を病院側に提供し、在宅での生活状況を知ってもらう事が必要であると思った。

- ・医療へのアプローチを苦手意識を持たずに実施していきたいと思った。
- ・巡回で構わないので、まとめ役の人がいたら引き締まったと思う。
- ・医療関係の方々の話が聞けてとても参考になった。
- ・病院の医療従事者のみだったので、在宅(訪問)の方も参加して頂けたら、更に良かったと思う。
- ・お互いの立場でそれぞれ困りごとがあると気付いた。自分から積極的に今後はアプローチしていきたい。
- ・ケアマネジャーと連携がうまくいっていないところ明らかになった。
- ・もう少し時間があつたらよかった。あと30分程。
- ・立場の違うあるいは同じ方々といろいろ話し合えて、新しい発見等あり、とてもよかった。

2日目 意見等

- ・病院とケアマネジャーの連携、ケアマネジャーの悩み等についていろいろ知ることができた
- ・それぞれの意見が交わせた事は大きい、立場の違いの理解、共通点の確認ができた。
- ・ケアマネジャーから率直な意見や質問が聞けて良かった。病院によっていろいろなやり方があつたりするため、連携と一言で言っても難しいと感じた。
- ・情報、経験値など、実務に役立つことがきけてよかった。医療連携時の多くの体験を聞くことができた。
- ・色々な視点から退院時連携を考えることが有意義だった。
- ・ケアマネジャーの仕事内容が決まっていなくてやり方が違う。相手にとって良いことを続けていきたい。
- ・医療相談員の方が何を望んでいるのか、救急対応では何が必要かなど学ぶことができた。
- ・医師、医療相談員と直接意見交換できると病院側の都合もわかるので参考になる。
- ・それぞれの立場から意見交換ができてよかった。もう少し時間に余裕があるとよかったと思う。
- ・医師、クリニックの方からも率直な意見が伺えた。ケアマネジャーが医療関係、特に医師の意見を伺いたい時にどの様な方法をとったらいいのか皆迷っているということがわかった。
- ・医療機関の対応等について率直な話が聞けたのでとても良かったと思う。情報共有の重要さが解かった。

3. 交流会全体についての意見等

1日目

- ・病院の連携室からアドバイスが聞け参考になった。最近は連携がとりやすくなってきたと感じている。
- ・ロールプレイはグループで行ってもよい。グループディスカッションは人数が多すぎると思った。
- ・もっと時間がほしい。困っていることをあげて全体で話し合ってもよい。もう少し少人数でお願いしたい。
- ・大学病院、開業医、往診医、訪問看護師、ケアマネジャー…メンバーが集う場と思う。今後もこの会を続ける意義は高い。
- ・医療相談員の方からも直接、在宅に対しての意見等を聞けてよかった。
- ・経験ある医療相談員、ケアマネジャーより、医療連携の事例を通し体験を教えて頂くことができた。
- ・年1回の交流会ではなく、もう少し多く開催して欲しい。
- ・医療側との連携はよかった。医療側の意見が聞けてよかった。
- ・グループディスカッションは各々の疑問に思っていたことが話せてよかった。ファシリテーターが必要。
- ・直接現場の先生や看護師の意見、どのようにやればスムーズにできるのか等を聞きたい。
- ・ケアマネジャーの方の意見が直接聞けてためになった。
- ・他職種の困っていることなど、自由に話し合うことができた。

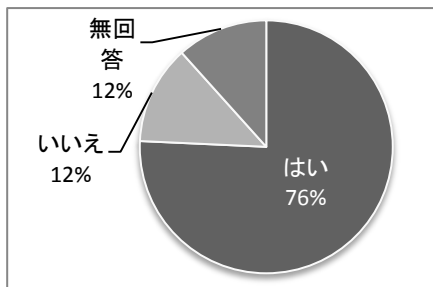
2日目

- ・今後も定期的に会に参加し交流を深めていきたい。区内の介護・医療連携を図るのに有効と思われる。
- ・他職種の少人数制だと話し合いやすかったと思う。
- ・普段から医療と介護の連携の難しさを感じていたが、顔を合わせ実情等話し合うことで少し打ち解けた。
- ・医療VS介護の意見交換はOK。医療や介護にひっかかる前の住民をどうするのが今後の高齢者あんしんセンターの仕事かと思われる。
- ・文京区でも情報提供の共通の書式があると良いと思う。(どんな情報が必要かできるだけ簡単なもので)
- ・交流で終わらず、連携の流れ(文京区版)、連携シートを作るなど何か形を残して欲しい。
- ・もう少しテーマを絞って欲しい。グループディスカッションに主催者、高齢福祉課が加わらなかったのが不自然で、上から目線と感じた。

4. 医療連携について

①連携が図りやすくなったと感じているか

	はい	いいえ	無回答
全体	78	13	12



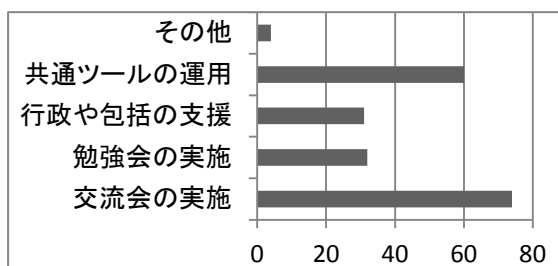
全体の7割以上が以前に比べ連携が図りやすくなったと感じている。

②連携が図りやすくなった理由

- ・大学病院連携室が機能を強化するようになった。
- ・退院時のカンファレンスや入院時の連絡など、情報が入りやすくなった。
- ・それぞれが医療⇔介護の理解をしていこうという姿勢ができてきている。
- ・医療と介護の連携について、各業種の方々の意識が高くなっている。
- ・病院側にも在宅サービスについて理解を示すスタッフが増えてきている。
- ・医師側も介護の必要性を認識されてきた。医師と連絡がとりやすくなり直接連絡をくれることも増えた。
- ・カンファレンス等を通して、細かな役割分担ができる。
- ・まだそれぞれの機関の機能がわからないことが多い。相互理解を深めないとうまく連携できないので交流の場が必要。
- ・医療側がケアマネジャーと直接話をする機会が増えてきた為。
- ・往診の先生・訪問専門のクリニックが増えた。

③連携をスムーズに図るために必要だと思うこと(複数回答)

	交流会の実施	勉強会の実施	行政や包括の支援	共通ツールの運用	その他
全体	74	32	31	60	4



最も多かったのは「交流会の実施」で、次に多かったのが「共通ツールの運用」、次いで「勉強会の実施」、「行政・包括の支援」であった。

意見等

- ・ケアマネジャー⇒医師との連携は難しいため、行政や包括が間に入って欲しい。
- ・何が必要な情報か、返信、返答を確実に頂けるよう共通ツールがあると良い。
- ・顔合わせだけの交流は不要、医療・福祉の制度を相互に理解できなければ連携は難しい。
- ・病院への苦手意識をなくして積極的にケアマネジャーから連絡をとっていく必要がある。
- ・研修会や交流会の実施等を根気強く繰り返していくことで、顔の見える関係を作っていくこと、他職種を理解する機会を作ることが大切だと思う。
- ・区内の大学病院の連携室との交流、区としての医療連携のあり方や共通ツール等を病院側とも検討できると良い。医療情報の共通様式の必要性を感じた。

5. 医療連携や交流会についての意見等

- ・文京区がどのような方針で取り組んでいくのか具体的な話を聞けると良かった。
- ・「同じ土場で話し合う」という意識を介護側が持つことが大事！医者を怖がらないことが必要。
- ・今後も続けて、大きな病院(大学病院等)も参加して欲しい。
- ・積極的に医療関係者の方に連絡していきたいと思う。
- ・他のイベントや研修と重ならないよう時間調整をお願いしたい。
- ・医療機関の方々と意見交換、情報交換でき、とても勉強になった。定期的開催して欲しい。
- ・医療連携加算(書類等)の実務研修があると良い。

☆平成25年度 文京区 第2回 医療連携交流会 アンケート☆

医療連携推進員主催

交流会にご参加いただき、ありがとうございました。

今後の医療連携推進員活動の参考にさせていただきますので、以下のアンケートにご回答ください。

1：ロールプレイを使ったディスカッションについて、該当するものにチェックをしてください。

参考になった まあまあ参考になった 参考にならなかった どちらともいえない

ご意見等ございましたらご記入ください

()

2：グループディスカッションについて、該当するものにチェックをしてください。

交流会について、ご意見等ございましたらご記入ください

参考になった まあまあ参考になった 参考にならなかった どちらともいえない

ご意見等ございましたらご記入ください

()

3：交流会全体について、ご意見等ございましたらご記入ください

()

4：医療連携について

①連携が図りやすくなってきたと感じますか

はい いいえ

②理由について具体的にお聞かせ下さい。

()

③連携をスムーズに図るには、どのようなことが必要だと思いますか（複数回答可）

今回のような交流会の実施 勉強会の実施 行政や包括の支援

共通ツール(書式など)の運用 その他 ()

ご意見等ございましたらご記入ください

()

5：医療連携や交流会についてご意見等ございましたらご記入ください

()

ご協力ありがとうございました

平成25年度活動報告

Ⅱ 医療連携講演会（区民向け）

高齢社会を迎えた今、何らかの疾病を持つ人が、治療を行いながら介護保険サービス等も利用し在宅で生活することはごく普通になっている。

在宅医療・介護が推進されている現在でも、受ける側である区民側の問題として、制度についての知識不足、医療・介護の実際がわからないなどがあげられる。そこで住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現するために、医療・介護を中心とした現在の制度や、上手な付き合い方を学ぶための講演会を実施した。

1. 趣旨

多くの高齢者にとって、医療や介護は重要で、生活の一部、もしくは大部分をフォローしており、切っても切れないものとなっている。現在では在宅医療・介護が推進されているが、制度自体も刻々と変化している中で、大きな不安もなく、自分らしい在宅生活が送れるかということ、様々な問題があり、そうとは言い難い状況である。これまで、サービスを提供する側であるケアマネジャーや医療機関には働きかけてきたが、サービスを受ける側である区民への働きかけも必要である。

区民には、大病院志向、かかりつけ医を持たない、制度についての知識不足、医療に対する過大な期待、医療・介護の実際がわからないなどの課題がある。そこで医療・介護を中心とした現在の制度や、上手な付き合い方を学ぶための講演会を企画した。

前半は医療制度や動向等の講演、後半は「医療・介護」をテーマに、パネルディスカッション形式で、日頃医療・介護に連携に携わっている方々にお話いただき、医療・介護の実際を理解し、今後の備えができることをねらいとする。

2. 目的

- ① 医療・介護の制度や現状を理解する。
- ② 医療・介護のイメージができ、上手な付き合い方を学ぶ。
- ③ 今後自身や家族が医療や介護が必要になった時の備えができる。

3. 内容

テーマ：「医療・介護 上手な付き合い方」

日時：平成25年2月8日(土) 13時30分～15時30分

場所：シビックセンター 小ホール

総合司会：大塚 渡辺

書記：本富士 渋谷

第1部 講義 医療・介護制度について（現状）

内容：医療保険・介護保険制度について、高齢者をとりまく動向

講師：高齢者あんしん相談センター駒込 新堀センター長

第2部 パネルディスカッション 専門家に聞く！ 医療・介護 上手な付き合い方

コーディネーター：駒込 笠原

パネリスト：主任ケアマネジャー みなみ風文京 高橋 美香 氏
MSW 日本医科大学付属病院患者支援センター
看護師長 安部 節美 氏
医師 本郷ヒロクリニック 院長 英 裕雄 氏
高齢者あんしん相談センター駒込 センター長 新堀 季之

4. 企画

医療連携推進員（富坂:樋浦 大塚:渡辺 本富士:渋谷 駒込:笠原）

5. まとめ

【講演 「医療・介護の制度と現状」】

入院日数が短縮されている中、治療が終わってもスムーズに自宅に帰れない場合もある。また、どこに相談したらいいかわからないという声も多い。そのような疑問に答える形で、高齢者を取り巻く医療・介護の制度や、動向等を中心に話をしてもらった。

アンケート（参考資料6）によると、わかりやすかった、だいたいわかったを合わせると100%を占め、理解度は高かった。具体的にイメージがしやすかった、理解しやすかったという意見が多く、医療・介護の制度や現状を理解するという目的は達成できた。

【パネルディスカッション 「医療・介護 上手な付き合い方」】

日頃、医療・介護に携わっておられる医師、看護師、ケアマネジャーの方から、「医療・介護 上手な付き合い方」をテーマに、“医療・介護の実際を理解でき、今後の備えができる”ことをねらいとし、パネルディスカッションを実施した。実際の高齢者あんしん相談センターの活動を知ってもらい、相談窓口として身近に感じてもらえればと考え、センター職員もパネリストとして参加した。

医療・介護の実際、取り巻く環境の変化、上手に付き合っていくためヒントなどを、実際の活動の紹介や事例を上げながらお話しいただいた。

アンケート（参考資料6）によると、わかりやすかった、だいたいわかったを合わせると90%を占め、満足度が高かった。「生の声を聞いて勉強になった」、「自分の今後を考える必要があると思った」などの意見が多く、医療・介護との上手な付き合い方を学び、今後自身や家族が医療や介護が必要になった時の備えができるという目的は達成できた。

【総括】

当日は記録的な大雪の中、40名の方に参加していただいた。

50歳代から70歳代の参加者が6割を超え、自分の家族または、自分自身のこれからを考えるきっかけとなったと思われる。40歳代以前の若い世代にも、聞いていただきたい内容であった。

前半の講演後、パネルディスカッションを実施したことで理解が深まったと考える。医療や介護が必要になる前に準備が大切であること、医療・介護制度を十分理解し、上手に活用することで、自分らしい生活を送ることができるとういことなどを伝えることができ、目的は達成できた。

悪天候で参加できなかった方も多数あったのではと思うと残念だが、有意義な講演会となった。

今後も医療と介護の連携は、病気を抱える高齢者の生活にとって欠かせないものであり、よりスムーズに連携していける仕組み作りや、区民への働きかけが必要と考える。

文京区・高齢者あんしん相談センター医療連携推進員共催 講演会

「医療・介護 上手な付き合い方」

平成 26 年 2 月 8 日（土）13：30～

文京シビックセンター 小ホール

◆講演・パネルディスカッション プログラム

司会：高齢者あんしん相談センター大塚

医療連携推進員 渡辺 寿美

時 間	内 容
13：00～13：30	開場・受付
13：30～13：40	開会・あいさつ 福祉部高齢福祉課長 須藤 直子
13：40～14：10	◆講演 「医療・介護の制度と現状」 講師：高齢者あんしん相談センター駒込 センター長 新堀 季之
14：10～15：25	◆パネルディスカッション 「医療・介護 上手な付き合い方を知ろう！」 コーディネーター： 高齢者あんしん相談センター駒込 医療連携推進員 笠原 美和 パネリスト： 本郷ヒロクリニック 院長 英 裕雄 氏 日本医科大学付属病院 患者支援センター 看護師長 安部 節美 氏 みなみ風文京 主任介護支援専門員 高橋 美香 氏 高齢者あんしん相談センター駒込 センター長 新堀 季之
15：25	閉会あいさつ
15：30	アンケート記入・終了

注) 各プログラムの時間については、変更になる場合があります。

講師・パネリスト プロフィール

新堀 季之 高齢者あんしん相談センター駒込 センター長 (駒込地域包括支援センター)

社会福祉士・主任介護支援専門員

東京生まれ。1989年、鍼灸師免許取得。鍼灸院勤務の傍ら、医療請求事務専門学校の医学基礎系(解剖・生理)講師を務める。1993年、同校教務課入職。講義・教務事務、医学・医療系、福祉系教材の編集・出版に関わる。1996年、同一学校法人のソーシャルワーカー養成学校教務に異動、実習・就職指導を行う。1999年、高等教育および障害教育の出版社勤務。

2001年、品川区の在宅介護支援センター勤務。2003年、同区介護支援専門員による任意団体「しながわケアマネ倶楽部」設立(初代会長に就任)。

2007年、駒込地域包括支援センター入職。同年、主任介護支援専門員研修終了、東京社会福祉士会地区会「あだち社会福祉士会」設立、初代会長に就任(現職)。

2012年より現職。

英 裕雄氏 本郷ヒロクリニック 院長

1985年 慶応義塾大学商学部卒業。

1993年 千葉大学医学部卒業。浦和市立病院勤務。

1995年 桃泉園北本病院勤務。

1996年 曙橋内科クリニック開設。院長に就任。

2001年 新宿ヒロクリニック開設。

2005年 医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニックに改組。同理事長に就任。

2012年 本郷ヒロクリニック院長に就任。現在に至る。

安部 節美氏 日本医科大学付属病院 患者支援センター 看護師長

1991年 日本医科大学付属病院入職。脳神経外科病棟、外来勤務。

1991年 介護支援専門員資格取得。

2007年 在宅療養担当として、退院支援の実践と外来療養支援に携わる。

2010年 患者支援センター設立に伴い、専従の退院調整看護師として活動開始。

2013年 社会福祉士資格取得。患者支援センター看護師長として療養支援に携わる。

高橋 美香氏 みなみ風文京 主任介護支援専門員

介護福祉士・主任介護支援専門員

銀行員として勤務後、ヘルパー2級取得。

1999年 24時間巡回型訪問介護ステーション勤務。

2004年 訪問介護事業所にて、サービス提供責任者。

2005年 居宅介護支援事業所 みなみ風文京にて介護支援専門員として勤務。

2012年 主任介護支援専門員研修終了、現在に至る。

文京区・高齢者あんしん相談センター医療連携推進員共催 講演会

医療・介護 上手な付き合い方

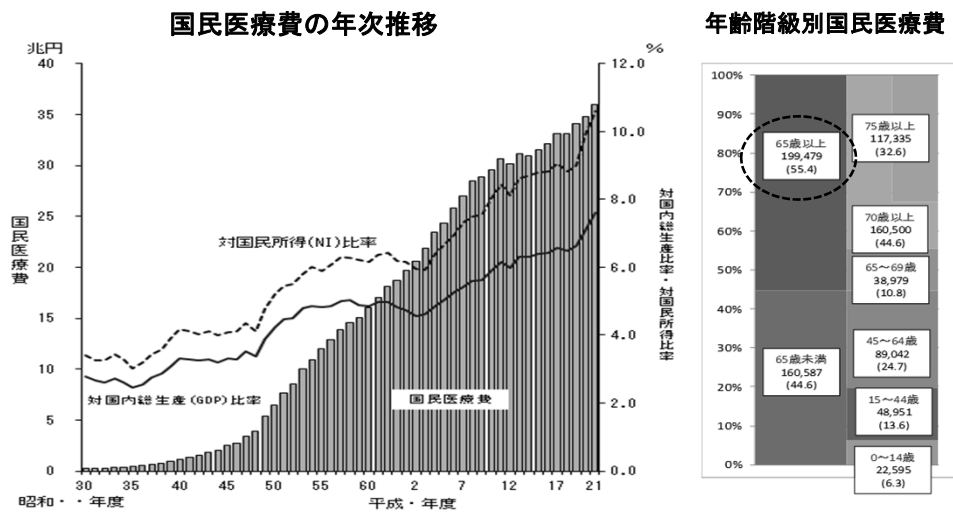
第1部 医療・介護の制度と現状

高齢者あんしん相談センター駒込
センター長 新堀 季之

Copyrights©2014,Komagome Community General Support Center All Rights Reserved.

我が国の健康をめぐる現状⑤

国民医療費は年々増加、年齢階級別では65歳以上が55%



(資料:厚生労働省「平成21年度国民医療費の概況」)

健康日本21(第二次)参考資料スライド集 厚生労働省より

医療・介護に関する質問

- ① 病院は、いつまで入院できますか。
⇒診療報酬や医療制度から見てみましょう。
- ② 治っていないのに退院なんですか。
⇒疾病構造, 安静, 療養環境を考えます。
- ③ 転院先はどうやって見つけたらよいですか。
⇒治療が終わった後の流れを考えます。
- ④ 今後のことはどこで相談したらよいですか。

(医科)診療報酬点数表を見る

平成24年診療報酬点数表より

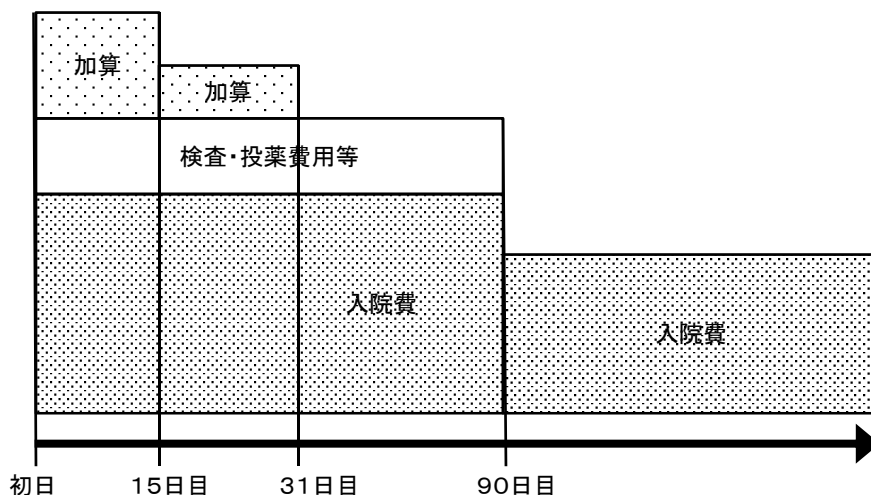
A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1	7対1入院基本料	1,566点
2	10対1入院基本料	1,311点
3	13対1入院基本料	1,103点
4	15対1入院基本料	945点

注8 (略) 特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(略))に該当する者(略)については、特定入院基本料として939点を算定する。
(略)

注9 (略) 特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部(略)画像診断及び処置の費用(略)は、所定点数に含まれるものとする。

入院費の構造(イメージ)



基本診療料の施設基準等(抜粋)

平成24年3月5日厚生労働省告示第77号

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

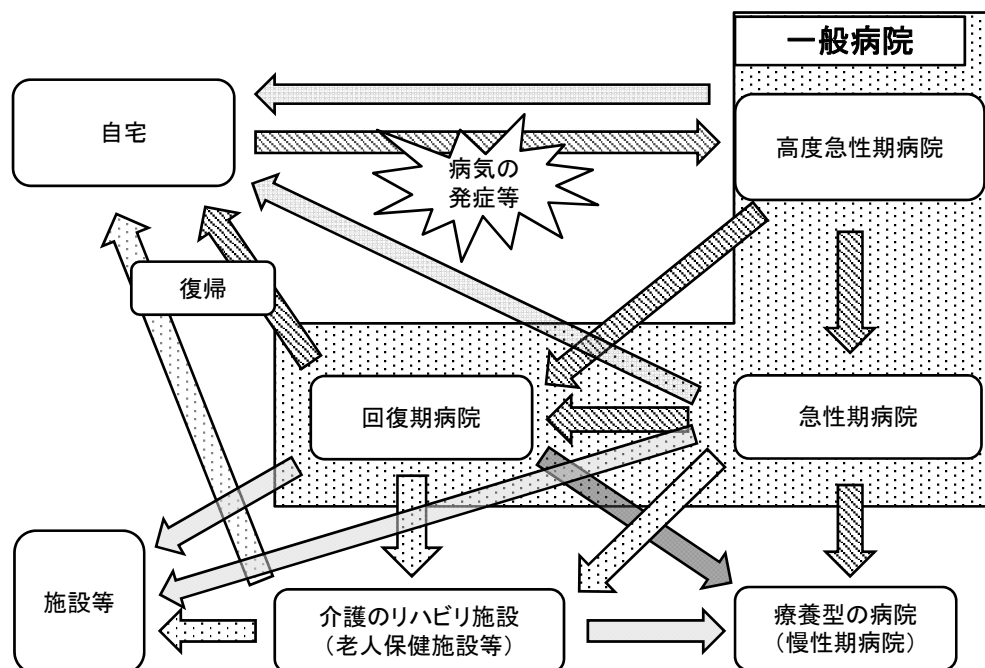
イ 七対一入院基本料の施設基準

- ①当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ②当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ③当該病棟の入院患者の平均在院日数が十八日以内であること。
- ④看護必要度の基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)
- ⑤常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

(以下略)

診療報酬と施設基準のまとめ

	(イ) 7対1	(ロ) 10対1	(ハ) 13対1	(ニ) 15対1
①看護職員の必要数	患者7人と端数 を増すごとに1 人	患者10人と端 数を増すごとに 1人	患者13人と端 数を増すごとに 1人	患者15人と端 数を増すごとに 1人
②看護職員の最小必要 人数に占める看護師の 割合	7割以上	7割以上	7割以上	4割以上
③平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内
報酬(再掲)	1,566点/日	1,311点/日	1,103点/日	945点/日
90日以上の報酬	939点/日	939点/日		
差額	△627点/日	△372点/日		



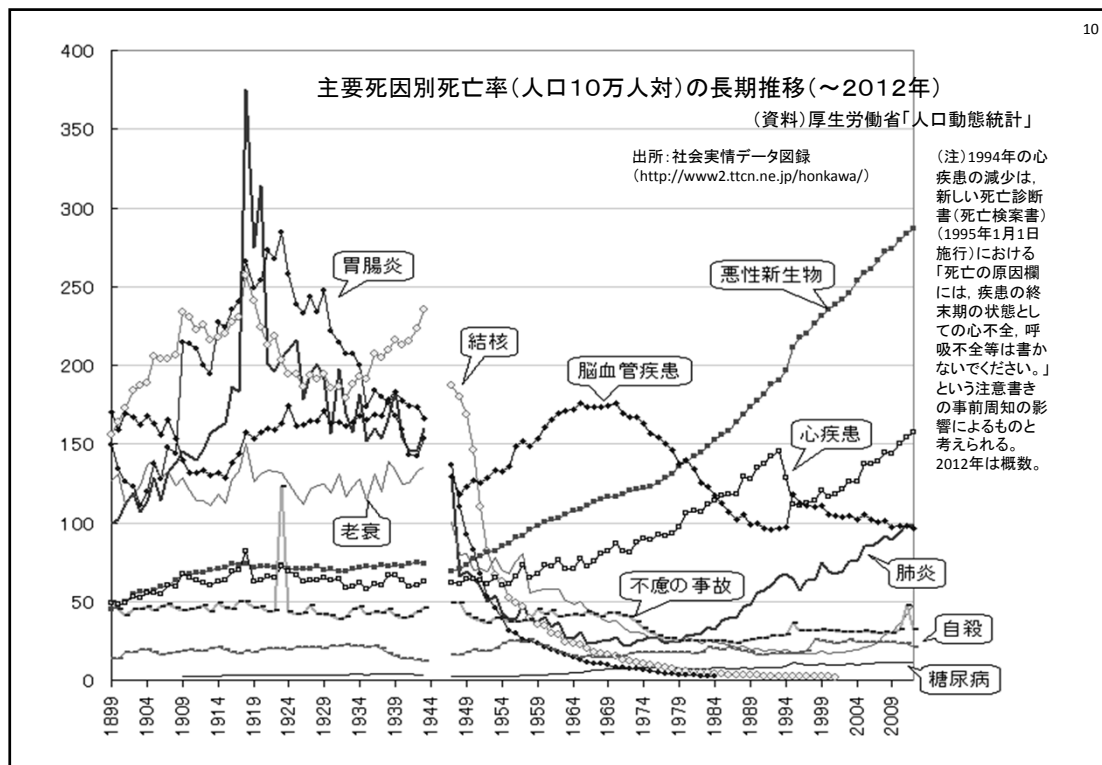
参考資料: 2014年1月14日 読売新聞 社会保障ナビ「病床の役割見直し」より

病院は、いつまで入院できますか

- 一般病院は、入院して治療する必要がある期間しか入院できません。
- 90日(3か月)という期間は、単に診療報酬上の取り決めです。
- 入院が必要か否かの判断は医師が行います。

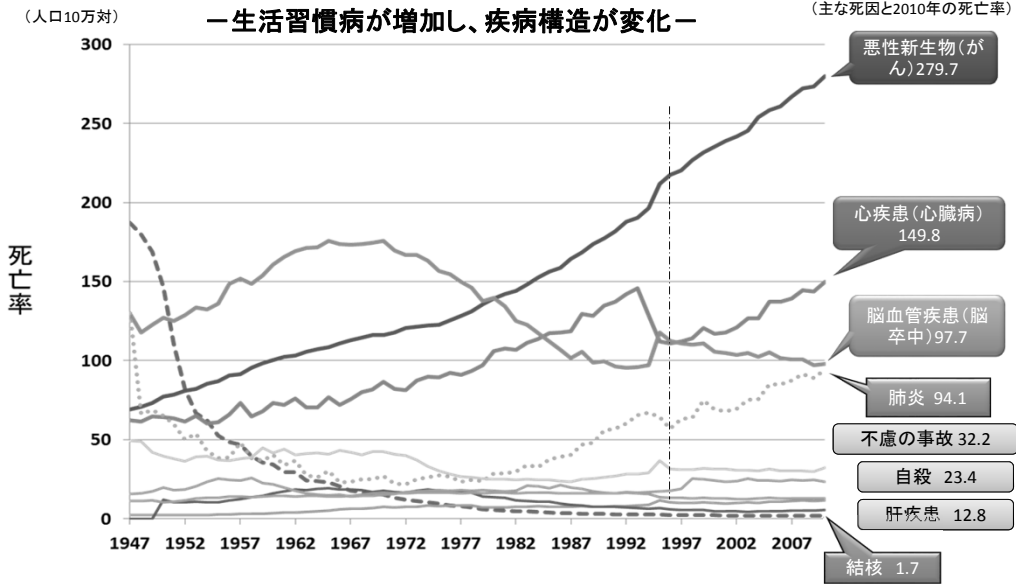
しかし

- 治療が終わっても、家に帰れる状態ではないことも少なくありません。



我が国の健康をめぐる現状①

死因でみた死亡率の推移
—生活習慣病が増加し、疾病構造が変化—



死因と介護の原因

65歳以上の死亡原因(%)	
悪性新生物	27.9
心疾患(高血圧性を除く)	16.6
肺炎	11.3
脳血管疾患	10.8
老衰	4.0
不慮の事故	3.0
その他	25.5

資料:厚生労働省 平成22年 人口動態統計

65歳以上の要介護の原因(%)	
脳血管疾患(脳卒中)	21.5
認知症	15.3
高齢による衰弱	13.7
関節疾患	10.9
骨折・転倒	10.2
心疾患(心臓病)	3.9
その他・不明・不詳	24.5

資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成22年)

75歳まで			75歳以上	
悪性新生物	45.4%		悪性新生物	23.8%
心疾患	12.7%		心疾患	17.5%
脳血管疾患	8.5%	→	肺炎	12.7%
肺炎	5.1%	→	脳血管疾患	11.3%
不慮の事故	3.5%	→	老衰	5.4%
老衰	0.2%	→	不慮の事故	2.9%

資料:厚生労働省 平成22年 人口動態統計

安静を保つことによる問題(廃用症候群)

- 骨粗鬆症:

立ったり歩いたりして定期的に体の骨に体重をかけると骨が丈夫になりますが、安静にしている患者ではこのようなことがないため、骨が弱く折れやすくなります。

- 筋力低下と関節拘縮

筋肉は使わないと弱くなります。また、安静にしていると関節を構成する筋肉や周辺組織(靭帯と腱)が硬くなり、次第に関節は曲がったまま永久に伸ばせなくなってしまう。これを拘縮といいます。

治療・リハビリ・介護の流れ(イメージ)

①急性期医療

* 早ければ即日からリハビリ(可動域訓練)開始

②その他の医療(内科疾患等)

* 高齢者の場合、主疾患のほか、治療(管理)が必要な疾患を持っていることが多い。

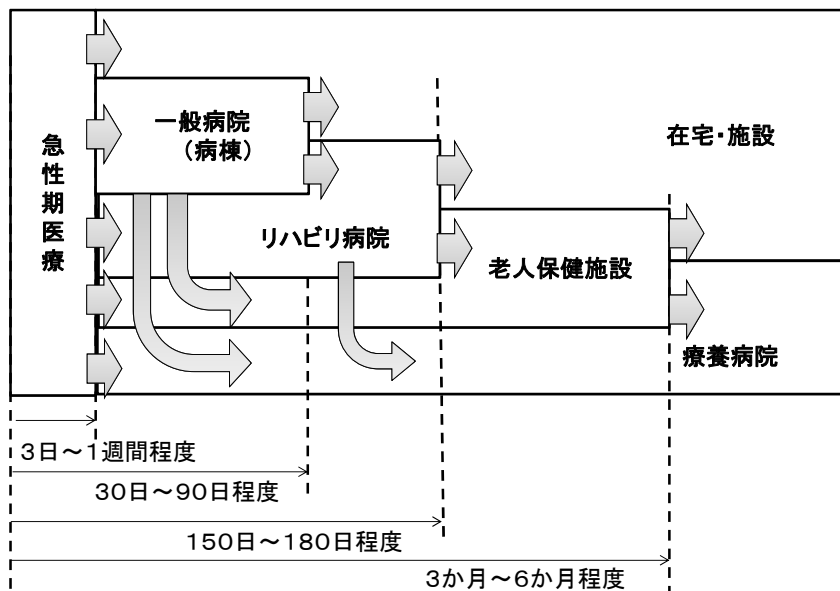
③機能訓練(医療的リハビリ)

* 運動機能や言語機能などに障害が残った場合、早期かつ集中的なりハビリが効果的

(発症から半年以内が効果的と言われています)

④維持期・生活リハビリ

治療・リハビリ・介護の流れ(イメージ)



治ってないのに退院なんですか

- × 病院にかかれば、病気は治る
 - ⇒ 病院に入院しても、完全に治らない病気のほうが多いと理解しましょう。
- × 病院に入院して安静にすれば、治療効果が高い
 - ⇒ 廃用性症候群の予防がとても大事なことだと理解しましょう。
- × いつまでも病院でリハビリをしたほうが良い
 - ⇒ 時期にあったリハビリや、生活の質を主体とした療養環境を考えましょう。

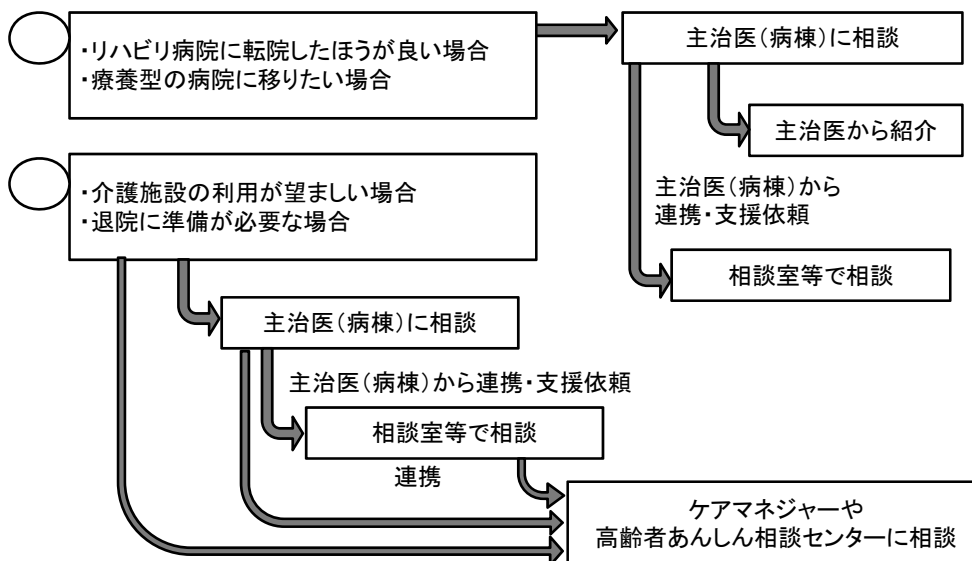
病院は、いつまで入院できますか

× 3か月入院できます。

× リハビリ病院は、転院した日から
180日間入院できます。

○ 最初の病院に入院した日からです。

転院先はどうやって見つけたらよいですか。

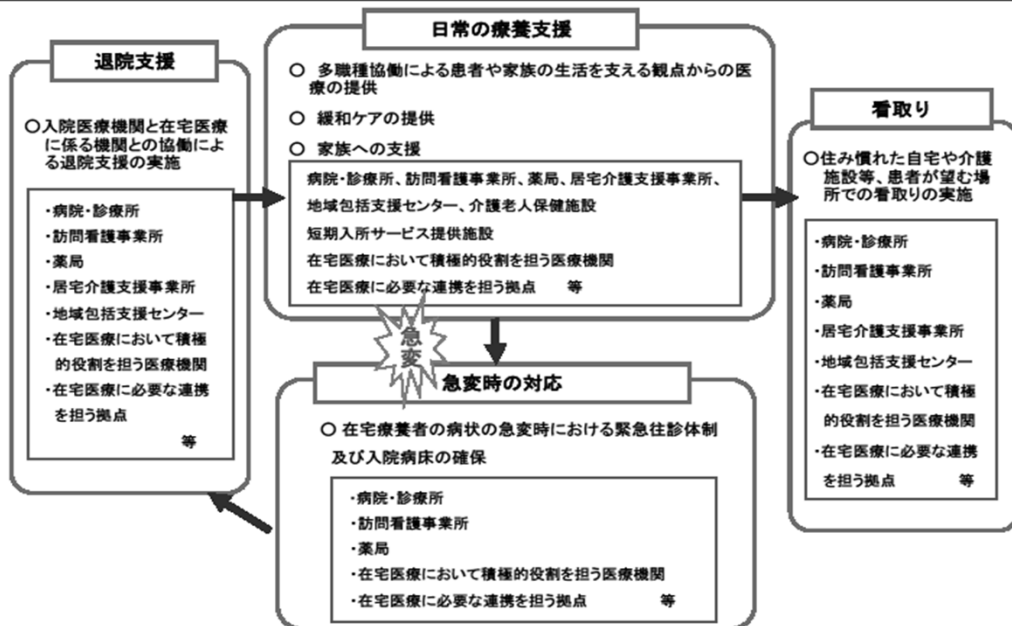


参考：施設の種類の種類

	名称	入所要件・施設の概要等
住宅系	サービス付き高齢者向け住宅	生活支援サービスや介護保険によるサービスなど組み合わせて生活する住宅。介護サービスは内部型、外部型等あり。
	シルバーピア	(区・UR・JKK)バリアフリー構造の公共賃貸住宅。
施設系	軽費老人ホーム (A型, B型, ケアハウス, 都市型)	所得に応じた事務費(応能負担)。B型は自炊, A型, ケアハウスは食事あり。都市型は施設基準が緩やか。身の回りのことは自立していることが基本。
	介護付有料老人ホーム	介護保険の指定を受けた施設。施設職員による介護サービス。他に住宅型, 健康型の有料老人ホームあり。
	特別養護老人ホーム	介護等の事由により在宅生活を送ることが困難な人向け。施設職員による介護サービス。入所は要介護1以上。
	老人保健施設	病院と自宅の中間的施設で、一般的に入所期間は3か月から6か月。リハビリや介護・看護が受けられる。入所は要介護1以上。
	認知症高齢者グループホーム	9人単位で家庭的な生活を送る。入所は要介護1以上。(介護予防認知症対応型共同生活介護の場合は要支援2以上)
	養護老人ホーム	経済的事由等により在宅生活が困難で、身の回りのことは自立している人向け。入所は措置。相談は福祉事務所へ。

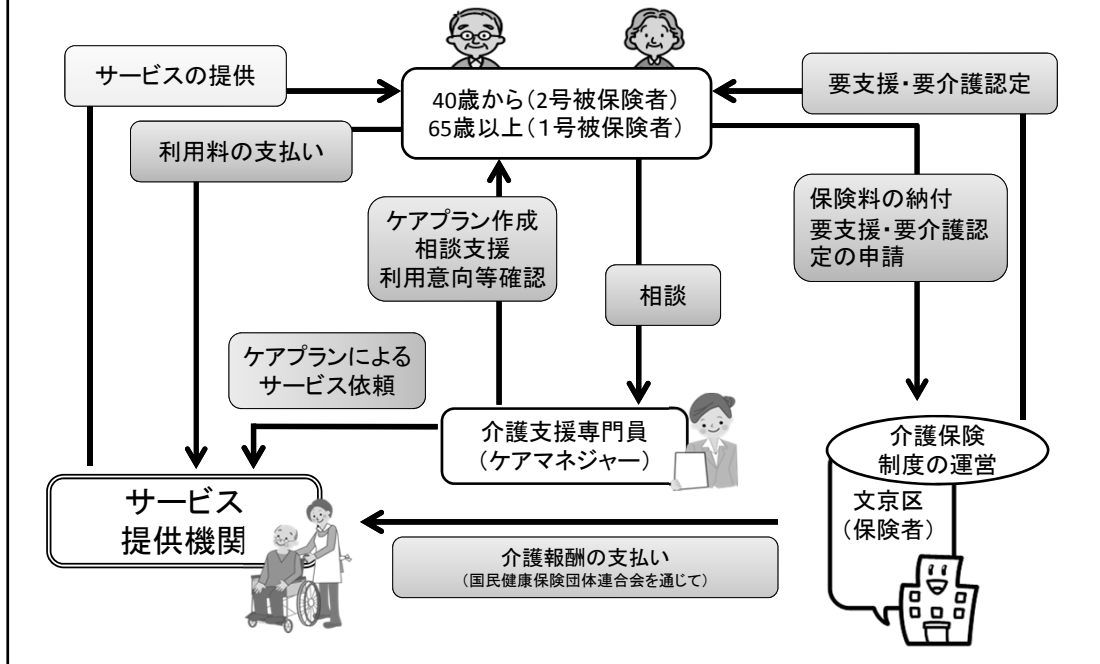
参考資料: あんしんなっとく 高齢者向け住宅の選び方 東京都福祉保健局 在宅支援課

在宅医療の体制



出典: 在宅医療・介護あんしん2012 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 資料より

介護保険の仕組み

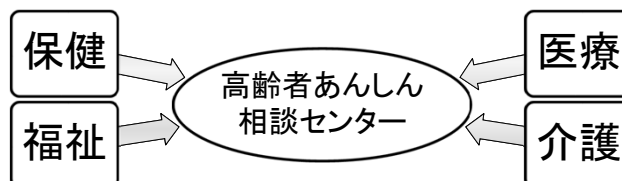


今後のことはどこで相談したらよいですか。

高齢者あんしん相談センター

住み慣れた地域で、安心した生活が継続できるように

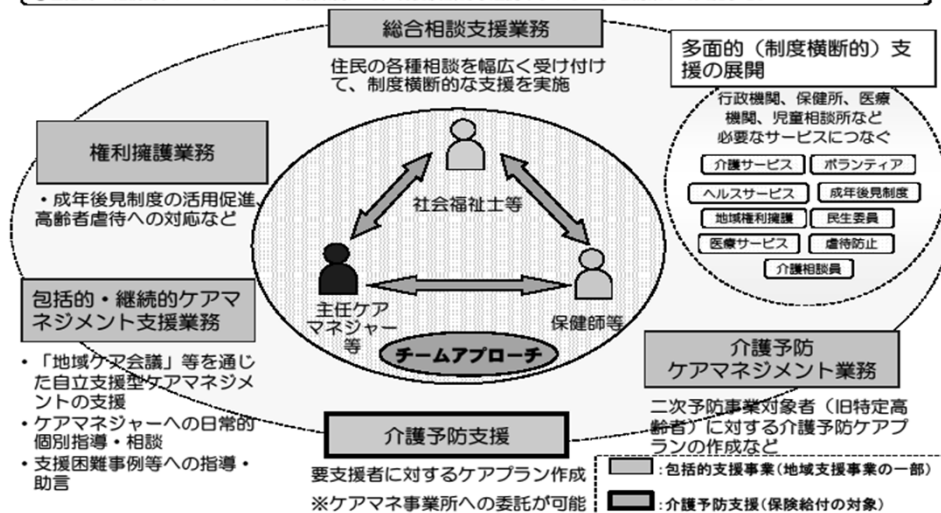
介護・保健・福祉・医療など、地域にあるさまざまな情報やサービスを使って、高齢者の方を総合的に支えていくための窓口です



さまざまな相談をお受けしています。

地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種チームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。（介護保険法第115条の46第1項）
 主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。



参考資料・出典

- ・厚生労働省 ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)
健康日本21(第二次)参考資料スライド集
在宅医療・介護あんしん2012
- ・東京都保健福祉局 在宅支援課
あんしんなっとく 高齢者向け住宅の選び方
- ・しろぼんねっと (<http://shirobon.net/>)
- ・読売新聞 社会保障ナビ (<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/>)
- ・社会実情データ図録 (<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/>)

文京区・高齢者あんしん相談センター医療連携推進員共催 講演会
「医療と介護 上手な付き合い方」 第2部 パネルディスカッション

〈コーディネーター〉

高齢者あんしん相談センター駒込 医療連携推進員 笠原 美和

〈パネリスト〉

- ・本郷ヒロクリニック 院長 英 裕雄 氏
- ・日本医科大学付属病院 患者支援センター 看護師長 安部 節美 氏
- ・ケアステーションみなみ風文京 主任介護支援専門員 高橋 美香 氏

(以下敬称略)

笠原：それぞれの仕事内容についてご説明ください。

英：18年間ほど在宅医療を行っている。在宅医療というのは病院に通院できなくなった方が家で過ごすための医療的なお手伝いである。家で医療を受けるというのはどういうことなのかイメージできるようにスライドにまとめたので、スライドで話を進めていきたい。

在宅医療は基本的にはなかなか病院に行けない、通院困難な方が自宅あるいは施設、例えばグループホームとか有料老人ホームなど、様々な居住の場に医療者が訪問して医療継続することである。

在宅医療の特徴

在宅医療の特徴は基本的3点ある。1つは病院で行った医療の大部分は在宅で引き続いて継続することができる。例えば酸素療法や点滴療法を継続しながら家で過ごすことはできる。ただし、検査、特に画像診断、レントゲン、CT、MRIの検査はできないし、即時の検査ができるわけではないので、隠れた病気を見つけたり、重症の状態を家で治療するというのは難しい。この点を踏まえておいていただきたい。

では重症な患者さんは家に帰れないのかというと、そうではない。治療は難しいが、その重症な状態で生活する、痛み等の症状を和らげながら生活することは在宅医療でできる。その人の療養希望を優先してその人の生活機能を高めていく、あるいは維持していくといったことは得意である。

在宅医療では重症度に関係なく医療的などところをお手伝いして行って、社会生活を継続していけるようにするというのが努めである。

在宅でできる医療行為について、在宅医療では在宅療法として認められているものがある。例えばインスリンの在宅自己注射療法がある。在宅療法は医療者ではなく、患者・家族が自己管理して行ってよいと厚生労働省が認めたものである。酸素を吸いながら、人工呼吸器を使いながら自宅で療養する。24時間の点滴(中心静脈栄養)を利用しながら生活する。経腸栄養(栄養補助療法)を受けながら療養する。あるいは自己導尿といった様々な在宅療法は自己管理で行えるようになった。

ただ全部自己管理では行えない。例えば必要時に点滴をしてもらい、肺炎の治療をしてもら

う、あるいは輸血をしてもらう、抗生剤の治療をしてもらう、適宜吸引するとか、腹水穿刺、これらの療法は医療者が行って行える療法である。自分で行える療法と医療者が行う療法が組み合わせることで、かなり病院と同じような医療を自宅で受けられるようになった。

在宅開始期

在宅開始期は在宅の生活を開始する時期である。この時期は、皆が一番不安な時期である。生活再建をするということが目的となるが、まずは入院中に行われていた療法、酸素、吸引、点滴など、これらをどうやって継続するかが大事である。それと同時に病院とは違う家の中での環境となるため、ベッド、ポータブルトイレ、ヘルパーをどうやって入れるか、風呂はどうするのかなど、退院調整して頻回なケアプランの変更が必要となる。この時期は医療者もケアマネジャーも頻回に訪問し、ヘルパーを手厚く入れて、家族の方の介護負担や不安感の解消を図る。この時期は約1週間で落ち着く。

在宅生活案定期

次は在宅生活案定期に入る。在宅生活案定期では、患者が食事を食べるようになったり、笑顔が見えるようになったり、外出ができるようになったり等見られる時期で医療者にとっても大変うれしい時期である。在宅に戻り初めて社会生活を改善できる在宅生活安定期は、まさに在宅医療の醍醐味といえる。

症状変化期

次は症状変化期といって一番の危機となる。在宅では重症者を改善する能力はないが、緩和しながらマイルドな治療をすることができる。新たな症状の緩和を図るため新たな医療機器を導入しながら対応する時期である。肺炎になっている時に、患者はなんとか家にいたいというが、ご家族の方は不安で看られないといった場合は非常によくある。そうした場合は、毎日往診するから1日だけまず様子を見ようとやってみると、少しずつ症状が改善していく。小さな急変を乗り越える度に介護者は力強くなっていく。段々介護力がついてくる。その間に本人の希望を中心に据えながら自宅で過ごすことの意義を深めていく。症状変化期をきちんと対応し続けていくことが在宅医療の大きなエッセンスになる。

この症状変化期を繰り返しているうちに段々と体力が低下してくる時期がきて、トイレに行けなくなったり、風呂に入れなくなったりする。この時期には、今まで行ってきた治療全体を見直し、ケアマネジャーと連携を取りながら、介護体制を整えていく時期である。もちろん要介護認定を変えたり、訪問看護を導入したりもする。

この段階で更に最後に本人に意向確認をする。つまりどこで過ごしたいか、入院したいのか、施設に入りたいのか、本人が意思表示することで、初めて介護体制が作れる。在宅療養を支える一番の基準は本人にきちんと自分の意向表明をするということである。症状変化期も本人の希望があってはじめて在宅でやろうとスタートラインにつく。体力低下期も本人の希望があってはじめて介護者たちも協力してやろうということになる。強調しておきたいのは、自分の療養希望を遠慮なく言うということである。

看取り期

看取り期は亡くなる時、この段階では本人は自分の希望を言えない。従って家族がその時期を乗り越えることになるが、家族の精神的、身体的な疲労に留意しながら療法を変化させていく。ケアも重篤化する。在宅での看取りは病院のように心肺蘇生はしない。むしろ自然に在宅で家族との生活の中で最後の時間を過ごされる方が多いのが実情である。

どのように自分の療養生活を実現したいかということは、自分の療養生活をどうしたいかということの意思表示である。意思表示は必ず身近な人にしておく、特に親族にしておくことが大事である。

日頃、事前の準備が非常に重要と思い、通年で連続講座を行っているので紹介したい。来月は認知症になっても最後まで自宅で生活するためのどういった工夫ができるのかということについて話をする。

阿部：日本医科大学付属病院患者支援センターで退院調整を行っている。日本医科大学付属病院で現在取り組んでいる入院前からの退院の支援、外来患者への療養支援について話したい。

社会福祉制度、施設の利用、医療費の負担、高齢化になり家事が難しい、介護が必要になる、一人暮らしの心配、入院中の家族の家事の心配、入院そのものへの不安、転院先の見つけ方、退院後の受診先などで悩んだり、不安になったりすることがあるだろう。

日本医科大学では、そうした不安に対して通院中や入院前から退院後の生活を支援するため、療養支援室、医療連携室、入院調整室がひとつになって昨年の4月から新たな支援活動を始めている。

入院調整室には看護師が10名おり、入院と言われたその日に患者に入院調整室に来てもらって入院のオリエンテーションを行い、入院への不安、制度、入院費等について話聞き、今の身体状況や家での生活状況を把握している。必要があればソーシャルワーカーや専門の看護師への相談へ繋ぐ形をとっている。

療養支援室では、外来、入院、全ての患者を対象に、医療・福祉の相談、転院、在宅医の紹介等、療養生活の支援を行っている。

医療連携室では外来、入院でスムーズに患者の受け入れができるように電話の対応を主に行っている。またセンター自体がうまく運営できるように基盤を作っている。入院前からの相談事例で日本医大ではどういう支援の流れになるかを説明したい。64歳の女性で子宮がんの手術を目的として入院予定の患者には、入院費はどのくらいかかるのか、64歳から年金をもらった方がいいのか、65歳からの方がいいのか、生活に年金をどう活用したらいいのか、退院時に自分の身体がどうなっているのか、家事はどうしたらいいか、退院後の治療をどこで受けたらいいかといった相談を入院調整室で行った事例である。

まず入院が決定した日に入院調整室に来てもらい入院の説明を行う。その際に出てくる様々な不安に関しては、入院調整室の看護師が説明しながら対応する。入院費用の相談に関しては、ソーシャルワーカーや事務の方で対応しており、がんの漠然とした不安に関してはふれあい相談室というところが対応することもある。入院費用等の説明は事務やソーシャルワーカーが対応する。療養支援室では年金、介護保険の説明等の相談を受けている。高齢の方で介護保険の説明をする時には、高齢者あんしん相談センターなどを紹介することもある。

高橋：ケアマネジャーと主任ケアマネジャーとの違いは何か、利用者に対する居宅介護支援という部分ではなんら変わりはない。主任ケアマネジャーは、今日のような会を催して地域の方に介護のことを広く知ってもらう活動や区内で働くケアマネジャーの後方支援を企画したりしている。ケアマネジャーは介護の相談を受けたり、サービスの発注をしたり、介護サービスの御用聞きだと思っている。

介護サービスの利用の流れは、介護が大変になってきた、いろいろ相談したいとなったら、

区役所やあんしん相談センターで介護申請をする。その後、認定が下り介護保険証が手元に届いたらサービスが使える。介護サービスには施設サービスと在宅サービスがある。在宅サービスの手伝いをするのがケアマネジャーの役割となっている。

相談を受けた時、ケアマネジャーは自宅や入院されている病院を訪問し、本人や家族の様子、何に困っているか、どんなご病気があるか、怪我はないか、今何ができて何ができないのか、ひとり暮らしか、家族と一緒にいるか、家族は仕事をしているか、バリアフリーなのかそうでないかなど自宅の生活環境や地域の環境も詳しく聞く。一番大切なのは、今後どうやって生活していきたいですかという希望や生活への意欲も確認していく。こういった話の中から、問題となる事柄を掘り出し、その問題をどうやって解決していくか、どうしたらその人らしく自宅で生活できるかを一緒に考えていく。

例えば、歩けなくなって病院に行けず困っているという人には、車椅子の利用を提案したり、本人が不活発になり家族が心配されている方には、デイサービスでのリハビリを進めたり、個々に合った介護サービスを案内している。介護サービスを利用するための書類をケアプランといい、このケアプランを作るのがケアマネジャーの大きな役割となっている。その後にサービス事業者との契約を経て、サービスがスタートする。これが一連の流れとなっている。

また、ケアマネジャーは毎月訪問し、変わらないか、何か問題生じていないか確認もしている。新たな問題がある時は、詳しく状況を聞き、解決方法を一緒に探っていく。状態が変化した場合は、本人や家族の他、医師や看護師、ヘルパーなど皆の意見を聞き、その意見をまとめたりする役目もケアマネジャーは行っている。本人・家族を支援する関係者をチームと呼び、チームケアがスムーズにいき、在宅介護が滞りなく進めていけるための御用聞きをしているのがケアマネジャーである。ケアマネジャーは裏方で、いろんなサービスの調整を行っている。

ケアマネジャーはずっと関わりが続くと話したが例外もある。入院した場合、施設に入った場合、その役割が施設や病院の方に移り、ケアマネジャーの関わりは一旦終了となる。1年とか長期に入院された場合、退院時にまた依頼を受けても担当ができないことが時々ある。ケアマネジャーは担当する件数に限度があり、その限度を超えて担当することは難しい。ケアマネジャーは利用者を担当することで報酬を得ており、入院期間は報酬がない。経営上の観点から利用者を継続して担当する必要があるため、入院となると、また新しい利用者を担当することになる。そのため依頼を受けても断ることがあるので了承いただきたい。

退院の話が出たら早めにケアマネジャーを探すか、今まで担当していたケアマネジャーに声をかけて欲しい。またケアマネジャーも人間なので相性がある。うまくいかない時には遠慮なく、ケアマネジャーを交代することもできるので、我慢せずに相談して欲しいと思う。私自身ケアマネジャーとして安心して相談できると思ってもらえるようなケアマネジャーになれるよう今後も頑張っていきたい。

新堀：高齢者あんしん相談センターでは、介護サービス、ケアマネジャーの相談を受けたり、介護予防の案内などを行っている。高齢者虐待の対応や独居の方で介護サービスや福祉サービスを受けずに孤立してしまっている人への対応も行っている。介護、医療等の分野に限らず、総合相談の窓口と思っていただきたい。ただし全てを解決できるわけではないので、適切な相談機関に繋げていくことも行う。65歳以上の高齢者の相談窓口だが、65歳未満で障害の方の相談を受け対応することもある。話を聞くことで問題が何であるか明らかにする機能も持っているため、相談してもらえればと思う。

笠原：高齢者を取り巻く医療・介護の変化について。

英：18年前は介護保険制度もなく、認知症は痴呆と呼ばれていた。今は介護環境、医療環境が変わり、訪問診療の医師を探すことも困難ではない。介護環境、医療環境がずいぶん改善したにも関わらず、在宅で最期まで過ごせる人は少ないのはなぜか。高齢化社会では高齢者数が増えるのと同時に個々の高齢者が更に長寿化している。高齢者が長生きできるのはいいことだが、介護環境的としては、老々やひとり暮らしが多くなり、在宅で過ごすことが介護的に困難な状況になっている。

いくら介護保険制度、医療環境が整備されたとしても家庭環境がなかなか許さない。従って身の丈に合った在宅療養をあらかじめ準備していないと、何もかも病院と同じように在宅でやっていくのは難しいと思う。自分が介護状態となった時、どういう療養をしたいのか、家で過ごしたいのかそうではないのか、食事ができなくなった時にどうして欲しいのかというようなことを、あらかじめ考、家族に伝えておくことが在宅療養を選択する1番の大きな力になると思う。

阿部：20年前は全て病院が医療も介護も担っていた部分が多かったが、今は分業されてきたためわかりづらくなっている。家でも医療が受けられるという情報も浸透していない。そんな状況もあり、病気になってはじめていろいろなことを考えるということが多い。病気になる前から自分はこれからどういうふうに生きたいかを考えておくことが自分を含めてとても重要な時代ではないかと感じている。

高橋：現場で感じるところでは、以前は退院の相談を家族から受けることが多かったが、最近は病院の看護師やソーシャルワーカーからケアマネジャーが相談を受けることが増えた。その辺が医療と介護の連携が進んできたところだと思う。また以前は、町の診療所の医師が空いた時間に往診するシステムが多かったが、今は在宅専門診療所が多くなり、私たちケアマネジャーも安心してご相談できるようになった。

新堀：高齢者あんしん相談センターで増えている相談だが、救急車で昨日運ばれたがこの先どうしようという相談がある。治療方針やどんな病気かなど、まだ説明を受けていない。急いでいるのはわかるが、治療方針や治療計画をよく聞いてもらってから次の話ができるとういと思う。また急に退院だと言われたという相談もあるが、おそらく事前に説明はあったと思う。病院の説明をきちんと聞いて、理解して、次の方針を立てていければいいと思う。

笠原：変化についていけない、制度がうまく利用できない、うまく在宅に戻れないのはなぜか。

英：在宅開始期、在宅安定期、症状変化期、体力低下期、看取り期の中で、在宅安定期はひとつのケアプラン、ひとつのケアチームで比較的落ち着いてできるが、在宅開始期は、きちんと療養の指導を受ける等サポートが必要である。この間はケアプラン通りではうまくいかない。そこは違ったテコ入れが必要と思う。あとひとつは症状変化期もケアプラン通りではうまくいかず、かなり家族介護が必要になってしまう。そこをどうサポートするのか、この2つは介護保険や医療保険で、従来の安定期のための療養サポートとは違った仕組み作りをしていかないとうまくいかないと考える。一方で体力低下期、看取り期はケアプランの見直しやサービス担当

者会議の開催で対応できる。在宅開始期と症状変化期をどれだけうまくやっていけるかによって変わってくるという認識を持っている。

阿部：家で過ごす時に、医療面で身体の変化を主にみていかないといけない方と、介護が主になってくる方がいる。前者では在宅医や看護師が主な窓口となり、後者ではケアマネジャーが主な窓口となるだろう。どこに相談ができるかを日頃から知っておくことが大事だと思う。

高橋：退院の話があった時に、今後どうなるのか、どう介護していくのか、自宅に戻るイメージをすることが一番難しいところだと思う。また家族の中で方針を話し合っていない現状もある。例えば、長男は在宅で、次男は施設で、と家族の中で意見が分かると退院も延びてしまう。退院の話が出る前に準備をしておくということ、在宅のイメージ、施設のイメージを描いていくことが大切ではないかと思う。

新堀：医療・介護をうまく使って生活していくことは永遠のテーマである。制度が変われば仕組みもやり方も変わるが、どういう仕組みがあるのかわかっているれば選びやすい。在宅に戻った時に何が大変かを具体的にイメージできるのかがポイントになる。医療・介護の仕組みや制度、それを使ってどうなるの等を考える時間とかきっかけをもってもらえるとよいと思う。

笠原：医療とか介護を上手に使うための準備について。

英：まずは自分の問題として捉えていくことが大事だと思う。このような機会を多く作っていったり、施設の見学会に参加したりするのもよい。在宅の見学会があってもいいのでは個人的には思っている。私どもはいろいろな在宅療養の世界を皆さんにお伝えするために1年を通じて在宅の勉強会をやっているため機会があれば参加してもらいたい。

阿部：家族、友人、通院している病院等、周りの人達と、日頃から少しでも話ができていると心構えも違う。支援をする上で、患者自身が自分はこうしたいと言ってくれると相談が進む。どうしていいかわからないからこそ、いろいろな人と話をする機会をもってもらえればと思う。

高橋：介護保険サービスを受けると1割負担の支払いが発生する。介護のサービスとして、どのくらい支払いが可能かという問いに答えられた人はいない。どの程度の金額を払えるかがわかれば、サービスの提案もしやすい。大まかでいいので介護に使えるお金の予算を組んでおいて、頭の隅においてもらえると先々のことで困らないのではと思う。

新堀：私どもも老い支度講座をやっている。今は長生きなので90、100まで生きられる時代である。段々と自分のことを人にお願いしないとできないことが増えてきたり、状況が変化したりした時などに、今後のこと、意思や意向をちゃんとみんなに伝えないといけない。また、その時ちゃんと伝えられるようにいろいろと考えておくことが大事だと思う。自分の老後をどうプロデュースするか、自分でどう考え、どう老後を送るかを考え、誰に協力してもらおうかを残しておくことが、より自分らしい暮らしを実現させることになる。リビングウィル(生前の意思)は、法的にはそれほど有効ではないが、医師が今後を選択する上では非常に有効な残し方になる。

パネルディスカッションの質疑応答

Q : 一体的な説明を初めて受け、角度の違う視点での理解が深まった。今回初めて在宅医療を知ったが、依頼の仕方、担当エリア、拠点について知りたい。

A : 在宅医療は、全ての医療のソリューション（解決・解答）ではない。大学病院では、きちんとした検査、治療、診断ができるが、在宅医療は社会生活を支える医療である。社会生活ができていない人には在宅医療は不要で、病気や障害で社会生活がうまくいかない人には有効な医療的ソリューションとなる。在宅医療を利用したいということであれば、大学病院から紹介してもらい、医師会や地域包括支援センター（高齢者あんしん相談センター）に問い合わせる、直接クリニックに問い合わせることもできる。在宅医療でも検査の時は病院にもらうなど病院とのやり取りは絶対必要となる。病歴等もあるので紹介状もらっていただくとスムーズである。拠点は本郷、エリアは訪問可能な範囲で、隣接区も含む。

笠原：最後に会場の皆さまに一言メッセージをお願いします。

英：在宅開始期が一番難しい。なぜ難しいかという病院と同じことを全部やろうと思うから大変になる。100%の医療、100%の介護をしないと在宅はスタートできないと思うこと自体が敷居をすごく高めている。ちょっと手を抜く、加減する、そういう介護とか医療のやり方をやっても良かった方がいいと思う。

阿部：日本医大は、8月から新病院にリニューアルされる。患者支援センターではその人らしい療養生活が送れるようにということを目指し、これからはいろいろな方々と連携をとり、皆さまにお応えができればと思っている。

高橋：話を聞いて、介護や医療のイメージが湧いたと思うので、実生活で役立ててもらいたい。

新堀：まずは、相談と考えていただきたい。自分が今、ひっかかっているものが何であるかということをお先ず人に話して聞いてもらい、その立場として高齢者あんしん相談センターがある。自分はどうか暮らして、どう死にたいか、またはどう生きたいか、最後をどう迎えるか、そういったことをたまには考えていただければいいと思う。

笠原：医療と介護は切っても切り離せない関係である。いつ医療や介護を受ける状況が来ても大丈夫なように準備をしておくことが大事である。またこういう心強い方々が地域にいることを理解してもらえたと思う。高齢者あんしん相談センターは365日いつでも相談窓口を開けているので、相談してほしい。また皆さまと一緒に関民の方を支えていければと思っている。今日は、本当にありがとうございました。



在宅医療とは・・・

1



医療法人社団三育会
本郷ヒロクリニック
英 裕雄



在宅医療とは・・・

2

通院困難な患者さんが過ごす自宅
もしくは施設などに、
医療者が訪問して、
医療継続することを
在宅医療と呼びます。



在宅診療の特徴とその対応

- 基本的に在宅療法は入院の時とほぼ同様
→例)酸素や点滴をしながら家で生活できる！
- 隠れた病気を見つけたり、重症の治療は弱い
→早めの対応で重症にならないうちに対応する必要やいざというときに病院受診も併用して。
- 療養希望を優先したり、生活機能維持改善能力は高い
→自分なりの生活をしながら、病気と付き合うことが可能。

在宅での医療行為

在宅療法として認められているのは、一部だが
医師が訪問して行う医療には原則制限がない

在宅療法

- ・在宅酸素療法
- ・在宅人工呼吸療法
- ・在宅中心静脈栄養療法
- ・在宅経腸栄養療法
- ・在宅自己導尿
など

在宅療法以外

- 末梢点滴
- 輸血
- 抗生剤治療
- 吸引
- 腹水穿刺
など

高齢者医療対応では末梢点滴や抗生剤治療、吸引などが不可欠のため、
どうしても医療機関毎の対応に差異が生じてしまう。

在宅療養の一般的推移およびその対応方法

在宅開始期

- ◆生活再建をする。入院中から引き続き行っている継続療法を円滑に継続し、家屋内生活のQOLを改善する。特に環境整備・ケア体制整備を行い、家の中での生活を安心してすごせるように工夫する時期。

在宅生活安定期

- ◆外出や旅行、趣味の復活など生活のさらに質を高めるためにどうするかを検討し、実現する時期。

症状変化期

- ◆新たに生じた症状に対して、在宅で症状緩和を図るための新規の医療的対応(在宅酸素の導入や吸引機・吸入器の導入など)を要する時期
- ◆この段階で、本人希望を汲み取りさらに医療的状況・身体状況などを踏まえて全体の療養方針の再確認をする必要があります。(この時期を医療者が親身に適切に速やかに対応し、本人・家族が安心して過ごすことができるかどうかで在宅ケアが継続できるかどうかはほぼ決まるようです。)

体力低下期

- ◆療法の見直しをしつつ、そのときの患者さんの体力に合わせた生活環境整備・ケア体制整備を行う時期。
- ◆ここでもさらに本人の意思を確認しつつ、あらためて介護者への病状理解、協力を求める必要があります。

看取り期

- ◆状態変化に応じて不必要な療法の停止を行いながら、なるべく精神・身体的負担が生じないように自然な状態に戻す時期。(管類の抜去など)
- ◆家族の精神的・身体的疲労に留意し従来の本人の希望を再確認しながら、最後のケアの仕方などを構築する必要があります。


11

自分の家で過ごしたい

家族に迷惑を
かけたくない

自分の望む療養生活を実現するには

過度な延命治療は
してほしくない



12



医療・介護など高齢者の様々なことを『識る』ためには・・・

シニアライフ大学のご紹介

高齢者を取り巻く様々な問題に関心を持つ専門職の方や一般の方を対象に定期的に講座を開催しています。
『医療・介護』をはじめ『お金の問題』、そして『エンディング』について・・・高齢者をトータルでサポートできる人材の育成と体制の構築を目指します。(全12回/1年)。

次回、平成26年2月13日(木)『認知症』



＜講義風景＞

シニアライフ大学講座(全12回)2年目スタート

自分の老後は、
人任せにせず
自分で考える

私は、在宅医療機関の医師として数多くの方々のご自宅での療養を支えて、10年以上の間の貴重な経験を積み重ねた。それは自分の意思で人生を過ごす権利を確保することである。そして、2012年より112歳まで健康長寿(シニアライフ大学)を築き上げた。多くの方は長寿の秘訣を2014年1月号の『シニアライフ』に載せた。今度はその秘訣を本誌について話(機会)にしたいと思います。

医療法人社団三育会 理事長 奥 裕生

講座を受講された方の声。

- ▶デイサービスで電話相談しています。利用されている方を思いやることが感謝を解かれました。なにより人権に気づいた。【佐藤】
- ▶自身の事例を聴いて、わかりやすい講義でした。今後の実践に活かせそうです。【ケヤママキ子】
- ▶自分の親について、実際に考える機会が知ることができました。【中野】

講師の経歴。(順不同、敬称略)

東京野村生命株式会社
高齢社会対策部長 中山 洋樹
日本社会事業大学専門職大学院
准教授 村上 由紀子
社会福祉総合センターアドバイザー
副代表 藤本 三千雄
弁護士/弁護士法人七セ代表 大竹 真矢
医療法人社団三育会 理事長 奥 裕生

受講の対象者は、医療・介護に関わる方や、自分の老後に関心や不安のある方です。

会場：いさいきプラザ一階南カステドホール
(千代田区一壽町12)

お申込み：各回前週1週間前まで(先着順)
定員：100名

受講料：無料 テキスト代：500円

【主催】医療法人社団三育会/ベストエイジングクラブ
【共催】社会福祉法人 東京寿和会

詳細は裏面をご覧ください
(会場へのアクセス)
※会場は最寄り駅(有楽町線)有楽町駅より徒歩10分
※会場は最寄り駅(丸の内線)有楽町駅より徒歩10分
※会場は最寄り駅(丸の内線)有楽町駅より徒歩10分

受講生募集





シニアライフ大学カリキュラム

13

	前期日程・講座タイトル ＜医療＞	後期日程・タイトル ＜介護・生活＞
	第1回 1/16 (木) 19:00~20:30 ＜病気や障害に負けず 人生を全うするために（総論）＞	・地域包括ケアの展望と課題 ・安寧な住まいとは何か ・自助と互助を鍛える ・自分らしい人生を全うするためのマネープラン ・判断能力に不安を感じたら -成年後見制度- ・もしもの時を考える -リビングウィルと遺言状- 講師及びコーディネーター 英 裕雄 (医療法人社団三育会理事長)
	第2回 2/13 (木) 19:00~20:30 ＜認知症になってもその人らしく過ごすために＞	
	第3回 3/13 (木) 19:00~20:30 ＜脳血管障害を抱えた人を支えるには＞	
	第4回 4/17 (木) 19:00~20:30 ＜がん患者を支える-在宅医療の現場から-＞	
	第5回 5/22 (木) 19:00~20:30 ＜老衰-ターミナル期を支える在宅医療-＞	
	第6回 6/19 (木) 19:00~20:30 ＜在宅医療を支える在宅医療機器の数々＞	

シニアライフ大学についてのお問合せは・・・



03-6698-0008(ベストエイジングクラブまで)



最後に・・・私の診療風景



ご清聴ありがとうございました

パネリスト みなみ風文京 主任介護支援専門員 高橋 美香 氏 提供資料

《介護保険サービス利用の流れ》

介護保険申請（区役所介護保険課・高齢者あんしん相談センター）



審査～介護保険証を自宅へ郵送



在宅サービス

施設サービス



ケアマネジャーの決定～契約



相談～状況確認



ケアプラン作成



サービス事業者との契約



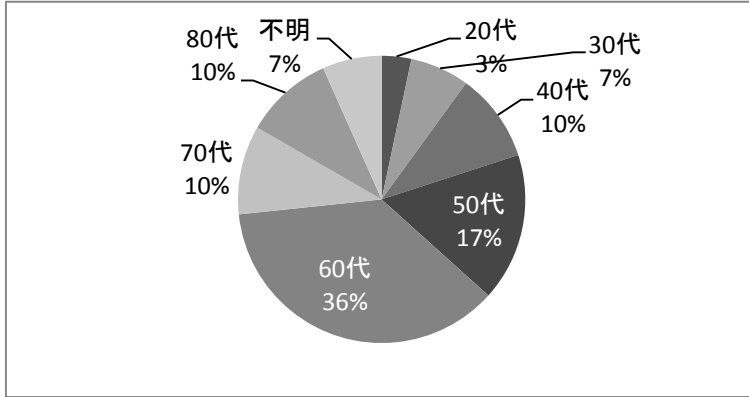
サービス利用者

H26年2月8日開催 講演会 アンケート

参加総数：40名 アンケート数：30枚 (アンケート回収率 75%)

1、年齢についてお聞きします。

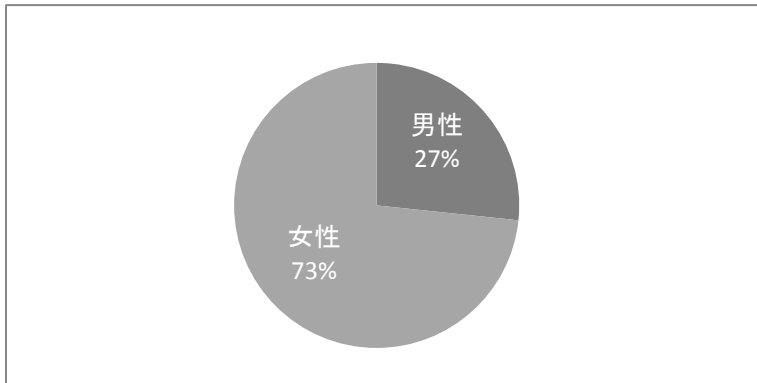
20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	不明
1	2	3	5	11	3	3	2



・60代が一番多く、次に50代が多かった。

2、性別についてお聞きします。

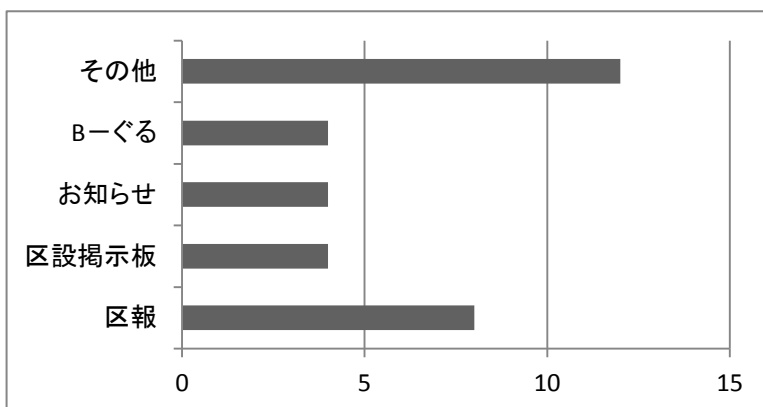
男性	女性
8	22



・女性が多く占めていた。

3、本日の講演会の開催をどのようにお知りになりましたか。(複数回答)

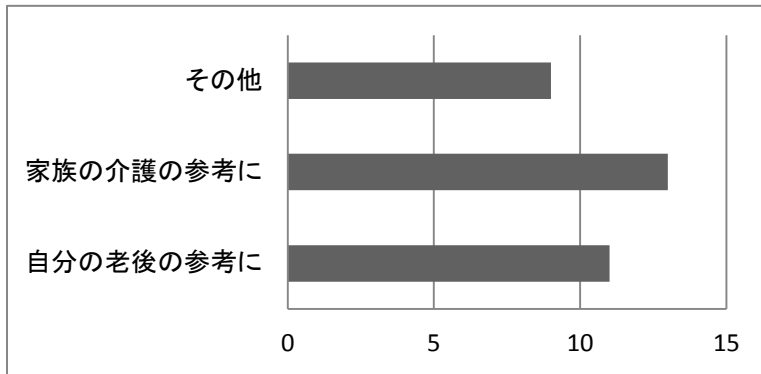
区報	区設掲示板	お知らせ	B-ぐる	その他
8	4	4	4	12



・区報が一番多いが、区報以外から情報を得ている人も多かった。

4、参加しようと思った動機は何ですか。（複数回答）

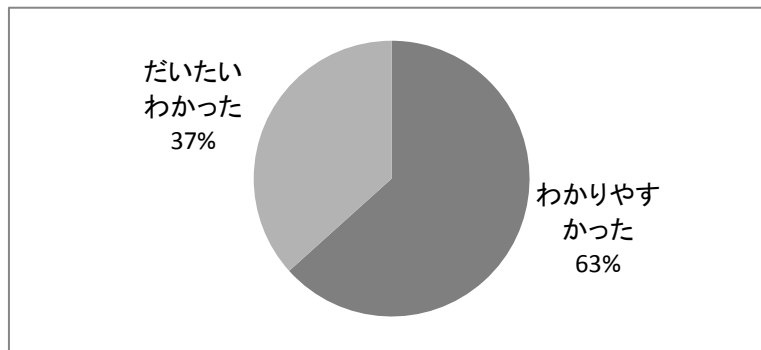
自分の老後の参考に	家族の介護の参考に	その他
11	13	9



・家族の介護のための参考にが一番多いが、僅差で自分の老後の参考にが占めている。
 その他の意見として、仕事に活かしたいや活動のためとの意見があった。

5-①、講演について

わかりやすかった	だいたいわかった	わかりづらかった
19	11	0



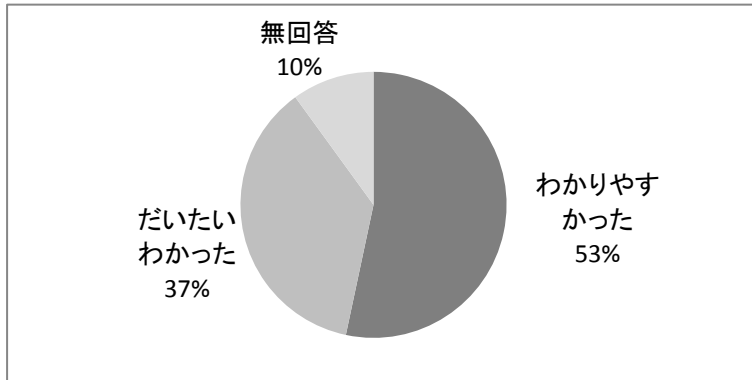
・わかりやすかったが多く、だいたいわかったを加えると、すべての参加者が理解できていた。

*ご意見、ご感想などをご記入ください。

- ・現実的な講演内容は、伝わってくるものがあり、スタッフのご尽力に再感謝した。
- ・お話が上手で、具体的にイメージしやすかった。
- ・ふだん聞けない話を聞くことが出来た。
- ・とてもわかりやすかった。
- ・今後の自分の生活に参考にします。
- ・考える時間をもちたいと思った。
- ・相談場所がわかって、少々安心した。
- ・在宅看護についての準備期間の重要性が大事だと痛感した。
- ・高齢者のみの家族が増えて、在宅介護、医療も、利用も増えずらいと思う。
- ・かなり難しい医療、介護について、わかりやすい話し方とスライド、レジュメの見やすいまとめによって、とても理解しやすい講演でした。経験の豊富さ実績をうかがわせる話だった。
- ・独居老人の在宅介護ができるシステム作りが必要と思われる。

5-②、パネルディスカッションについて

わかりやすかった	だいたいわかった	わかりづらかった	無回答
16	11	0	3



・無回答が3名いたが、それ以外はわかりやすかったが多く、だいたいわかったが続き、わかりづらかったと感じた方はいなかった。

＊ご意見、ご感想などをご記入ください。

- ・様々な情報、知識を知ることができた。
- ・医療につなぐ意味、在宅医療の存在を広げていき、在宅生活が一人でも多く過ごされる地域になってほしい。
- ・いろいろな立場の方から、ナマのお話をうかがうことができ、とても有意義でだった。
- ・各部門の話が聞けてよかった。
- ・ちょうど昨年、入院手術があり、在宅の往診の先生にかわったところですが、とても勉強になった。
- ・英先生のお話に力づけられた。
- ・一人暮らしの人の意思がどう尊重されるか。
- ・ケアマネジャーが介護費用を算出するという話があったが、ほとんどの人は、限られた少ない費用でより良いものを望んでいると思う。
- ・やさしい方々が支援されていられることを実感した。
- ・健康な時から、自分の終末までは、考える必要があると思った。
- ・各分野からの立場からの生きた多くの向き合い方の難しさや、その立場の取り組み方を活かしていただき、自分も本人として、家族とどう付き合うかのきっかけを教えられた。
- ・各センター、クリニック、病院、ケアマネジャーの立場がよくわかった。

6、その他、ご意見、ご感想、要望等がございましたらご記入ください。

- ・よかった。
- ・今後、自宅での介護現場の状況なども行ってほしい。
- ・今日のようなお話は、患者と接するお医者さんたちにも、ぜひ聞いてほしいと思う。
- ・独居老人のシニアライフについて、セミナー等あれば、次回受けてみたい。
- ・実家は文京区ですが、私は他区に住んでいます。文京区役所のホームページを開いて、即このような（勉強会）講演会の情報を得られるとありがたいと思っている。
- ・定年後アメリカにて、老年学を学んできた高齢者です。日本の情報がわからないので、学びに来ました。在宅療養を推進したいと思っている。
- ・制度が変化するテンポについていけないのが正直なところ。勉強が大切。
- ・シリーズで行ってもらえば、老後の自分の生き方もわかっていければと思う。在宅医療については、情報提供してほしい。
- ・各地区に看護ステーションもあるのか。
- ・平日がよい。土曜日は、一番催し物が多いから。
- ・家族で、自分の生き方、死に方を話しておきたいと思った。

H26年2月8日開催 講演会 アンケート

文京区医療連携推進員

本日はご参加いただき、ありがとうございます。ご意見・ご感想をお聞かせください

1：年齢、性別についてお聞きします（○を付けてください）

20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代 90代

2：性別についてお聞きします（○を付けてください）

男性 女性

3：本日の講演会をどのようにお知りになりましたか

区報 区設掲示板 高齢者あんしん相談センターからのお知らせ
Bーぐる車内のポスター、ちらし その他（ ）

4：参加しようと思った動機は何ですか

自分の老後の参考に 家族の介護の参考に その他
（ ）

5－①：講演について

わかりやすかった だいたいわかった わかりづらかった
ご意見、ご感想などをご記入ください

[]

5－②：パネルディスカッションについて

わかりやすかった だいたいわかった わかりづらかった
ご意見、ご感想などをご記入ください

[]

6：その他、ご意見、ご感想、要望等がございましたらご記入ください

[]

ご協力ありがとうございました。

I 総括

本事業の実施にあたっては、医療連携推進委員を配置する4つの高齢者あんしん相談センターが連携し、病気があっても在宅で過ごせる地域づくりを大目標に、この2年半活動してきた。

そのためのステップである、医療機関も含めた地域の関係機関との連携、介護関係機関どうしの連携については、周知活動や交流会、相談ケースの支援を通し、強化できたと捉えている。また、区民に対しては、相談の機会や講演会を通し、病気を抱えながらも、介護サービス等を利用しながら、在宅で生活をしていけることを伝えることができた。

医療連携推進員がセンター内で中心となり、様々な活動ができたことが結果につながったと考える。しかし、医療連携推進員が配置され、役割分担がなされたために、他のセンター職員が、医療連携について積極的に関わらなくなってしまった場面もあった。センター全体が医療連携を推進していくには、今後センター職員の誰もが、医療連携について対応できるようにしていくことも必要である。

集計結果から、活動実績をみると相談は男女比では女性、年齢では後期高齢者が多く、世帯では独居、高齢者のみ世帯が半数以上を占めた。平成22年度の文京区介護保険事業計画の統計資料と大きな差がなく、文京区の高齢者の現況が反映されたものとする。

ただし、把握経路は家族が一番多く、世帯は同居が一番多いことから、独居や高齢者のみ世帯では、自ら支援を求めることが困難なケースが隠れている可能性もある。また、独居で医療依存度が高い方の場合は、在宅に戻れず、高齢者あんしん相談センターを介さずに入所となっている可能性が高く、数字に表れていないことも考えられる。

なお、病名では、認知症・精神疾患が最も多く、がん、整形外科系疾患が続いた。認知症の方が増えているのは全国的な傾向であり文京区独自の特徴ではないといえる。相談時には主な病名を一つ選択し集計しているが、他の合併症を抱えている場合も多い。また、成年後見制度の利用が必要であったり、退院困難となるなど、認知症により多問題を抱えた支援困難ケースとなる場合も多かった。また、困難ケースとなると、センター業務として医療連携推進員が中心となって支援活動をする事になり、ケアマネジャー支援も同時に行っていたが、集計上は重複を避けるため、ケアマネジャー支援の数に表れていないことも考えられる。

活動全体としては、制度やサービスの理解不足のある本人・家族に、介護保険の申請からサービス利用にかかる支援を多く行ってきたといえる。適切な時期に適切な支援をしていくためには、早い段階での情報共有が必要である。

今後も高齢者が増加していく中で、まだまだ課題は山積している。2年半の活動をもって大目標を達成できたとは言い難い。医療連携推進員配置事業が終了しても、医療連携についてはセンターにとって重要な通常業務であり、本事業をきっかけとした関係機関との連携の芽を伸ばしていくため、今後も継続した活動をしていくことになる。この2年半での成果を基に、さらなる連携強化、住民に対しての働きかけなど、病気があっても在宅で過ごせる地域づくりに向けて、様々な活動をしていきたい。

医療連携推進員一同

II 医療連携推進員配置事業 目標とその成果

対象	目標	実施方法	成果	残された課題
区民	<ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護の制度を知る 	<ul style="list-style-type: none"> ・区民向けの講演会を実施 ・ほっとネットでの周知活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護への関心を高めることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、介護が推進されており、今後も継続して周知活動をしていく必要がある。
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・お互い(在宅側)の仕事を理解する ・連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・周知活動 ・2回の交流会 ・個別のケース対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括の存在を周知できた。 ・情報共有が進んだ。 ・パイプが太くなった。 ・気軽に連絡をくれるようになった。 ・介護(介護保険制度)への理解が進んだ。 ・生活者のイメージがつくようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護へのつなぎをスムーズにできるよう、生活者の視点を持つ必要がある。 ・早い段階からの情報共有が必要。
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・医療に対する不安、苦手意識をなくす 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント支援事業 ・交流会 ・個別のケアマネジメント支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院からの要望が理解できるようになった。 ・具体的に何をすべきか、つなぐべきルートがわかるようになった。 ・不安、苦手意識の軽減ができた。 ・早目の情報提供が効果的だとわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療に対する不安、苦手意識はまだ存在している。ケアマネジャー支援を継続していく必要がある。 ・早い段階からの情報共有が必要。
センター	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携推進員がいなくても対応ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の業務の中での助言、指導 ・勉強会の実施 ・相談票の作成、活用 	<ul style="list-style-type: none"> ・対応能力が向上した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の入れ替わりがある中で、医療職以外の職員でも対応ができるようにすることが難しい。

文京区 医療連携推進員担当ケース全集計

(平成 23 年 10 月～平成 26 年 3 月)

1 : 相談件数

相談実人数 (医療連携推進員が担当したケースの件数)	543 人
相談延べ件数	1,945 件
医療連携についてのセンター全体の相談件数	6,488 件

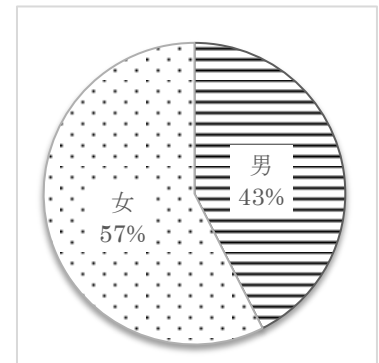
2 : 周知活動件数

医療機関	105 件
その他	38 件

3 : 男女比

女性が男性より多かった。

男	女
231 人	312 人
43%	57%



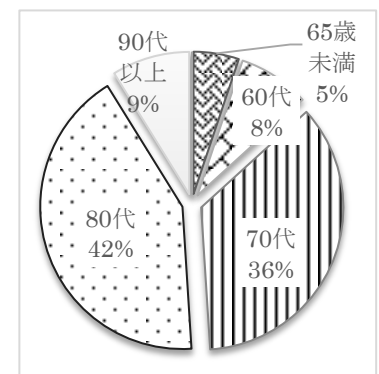
4 : 年齢

平均 : 78.4 歳

①年代別

80 代、70 代が 70% 以上を占める。

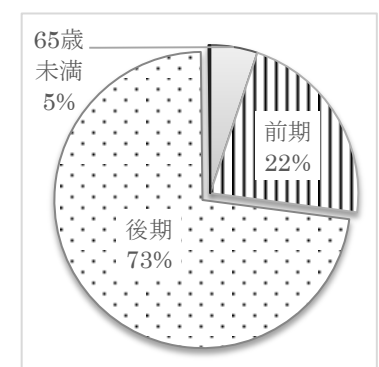
65 歳未満	60 代	70 代	80 代	90 代以上
28	44	194	229	48
5%	8%	36%	42%	9%



②前期、後期高齢者の比較

70% 以上を後期高齢者が占めている。

65 歳未満	前期高齢者 (65 歳～74 歳)	後期高齢者 (75 歳以上)
28	119	396
5%	22%	73%

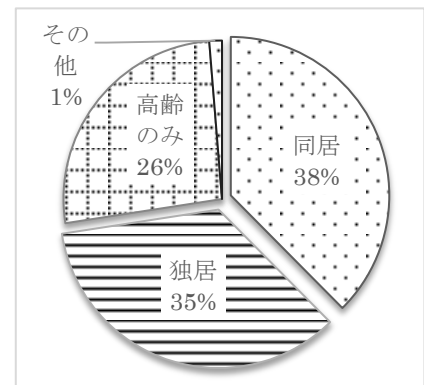


5：世帯

同居、独居、高齢者のみが約1／3ずつを占めるが、やや同居の方が多い傾向。

同居	独居	高齢のみ	その他
204	190	142	7
38%	35%	26%	1%

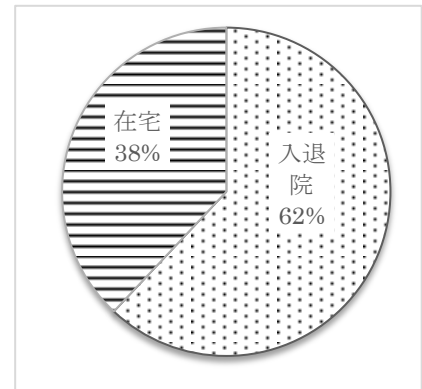
※その他は2号被保険者が高齢者の親や子供と同居という世帯など。



6：連携種類

入退院の方が多く割合を占める。入退院の場合は在宅に戻れない方の支援も増えている。入院前からの問題が、入院により露見するというようなこともあった。

連携種類	
入退院	在宅
335	208
62%	38%



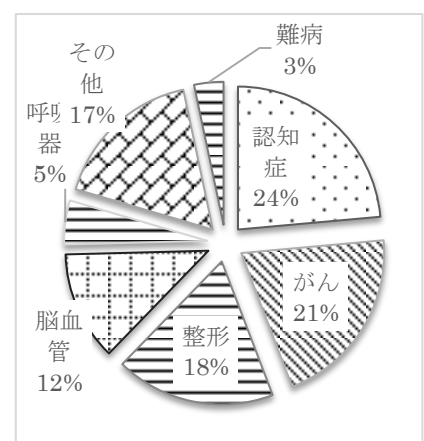
7：病名

認知症が1／4を占め、次いでがん、整形となった。

病名（1つ選択）						
認知症	がん	整形	脳血管	呼吸器	その他	難病
128	112	98	67	27	93	18
24%	21%	18%	12%	5%	17%	3%

※認知症には認知症の疑い、精神疾患・疑いも含む

※整形疾患には、骨折、腰痛、脊柱管狭窄症等を含む



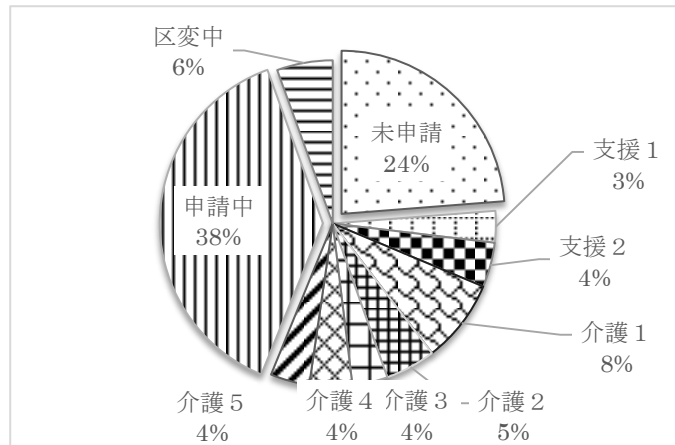
8：介護度

申請中が約1／3以上を占める。申請時相談からかかわることも多い。次いで未申請と続く。

要介護度									
未申請	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	申請中	区変中
129	17	24	45	27	19	23	21	208	30
24%	3%	4%	8%	5%	4%	4%	4%	38%	6%

※相談時の介護度。相談が進むにつれ、未申請から申請につながることもあった。

※区変中は、要介護度の変更申請中。

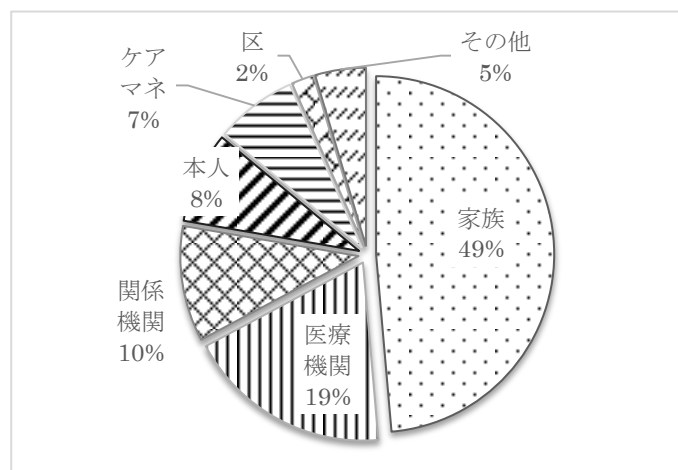


9：把握経路

家族が半数を占め、次いで医療機関、関係機関からの相談となっている。

把握経路						
家族	医療機関	関係機関	本人	ケアマネ	区	その他
264	101	57	45	40	11	25
49%	19%	10%	8%	7%	2%	5%

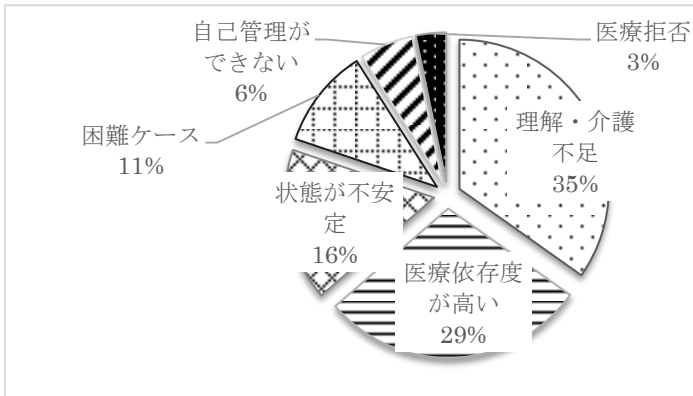
※その他は近隣、知人など



10：推進員が担当した理由

本人・家族の理解・介護力不足が一番多く、次に医療依存度が高いと続く。

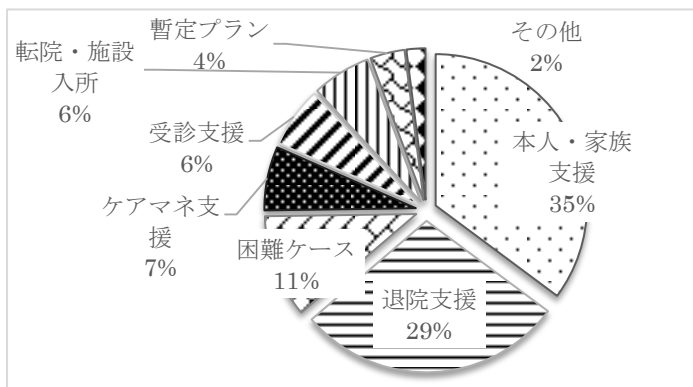
本人・家族の理解・介護不足	医療依存度が高い	状態が不安定	困難ケース	自己管理ができない	医療につながっていない・拒否	その他
181	150	86	56	30	17	23
35%	29%	16%	11%	6%	3%	3%



11：活動内容

本人・家族支援が一番多く、1/3を占める。次に退院支援と続く。

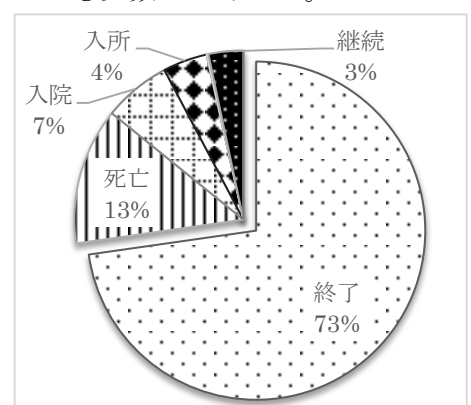
本人・家族支援	退院支援	困難ケース対応	ケアマネ支援	受診支援	転院・施設入所等の相談	暫定プラン作成	その他
191	155	60	37	35	34	20	11
35%	29%	11%	7%	6%	6%	4%	2%



12：転機

ケアマネジャーなどに引き継ぐか、支援が必要なくなるなど、終了となるケースが大半を占める。また、ケアマネジャーに引き継いだ後、再支援が必要となるケースも少数だがあった。

終了	死亡	入院	入所	継続	転居
395	71	35	23	18	1
73%	13%	7%	4%	3%	1%以下
再支援					
12人					



医療連携推進員配置事業 活動実績

平成23年度	平成23年 7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成24年 1月	2月	3月
準備	● 検討・準備	●		事業開始					
周知活動 (各センター)	●		各機関等へ訪問			●			
周知活動(区)	●		各機関・各種会議で説明			●			
担当者会議			第1回		第2回		第3回		第4回
行事等活動					●		課題抽出、計画作成 記録の整備		●

平成24年度	平成24年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成25年 1月	2月	3月
担当者会議		第5回	第6回	第7回	第8回	第9回 臨時会議	第10回	第11回 臨時会議		第12回		第13回
行事等活動		●	ケアマネジメント支援事業 (準備期間)		●	21日 第1回医療連携交流会 (準備期間)		22日			●	●

平成25年度	平成25年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成26年 1月	2月	3月	4月
担当者会議	第14回	第15回	第16回	第17回	第18回	第19回	第20回	臨時会議	第21回	第22回	第23回 臨時会議	第24・25 26回	第27回
行事等活動	●	●		●	●	●		●				●	●
	24年度 報告書作成			第2回医療連携交流会 (準備期間)				13日 14日					活動まとめ 報告書作成
										区民向け講演会 (準備期間)	8日		