

平成26年度在宅医療検討部会3ワーキング・グループの議論のまとめ

【課題】

A

- 在宅であれ、開業医（かかりつけ医）であれ医療の中での専門領域における患者の情報の共有や役割分担に課題がある。【医療グループ】
- 医師、看護師、ケアマネ、事業所は、それぞれ違いや差があり、また1人ケアマネ、2人ケアマネの事業所も増えてきていることから、ケアマネ同志での情報交換ができないことが課題。【生活支援グループ】

B

- 患者への医療の提供をしっかりとっていくことが、どんな形であれ大事なことである。【医療グループ】
- 患者を取り巻く関係者が医療情報の重要性や意味についての差をどう埋めていくかが、課題。【コメディカルグループ】
- 複数の診療所を受診し、複数の薬局から薬を受け取り、お薬手帳も十分に活用されていない場合など、ケアマネやヘルパーでは、服薬内容の把握や管理は難しい。一方で、区の院内介助サービスによって通院同行し、医師からの指示等を共有できることは有難い。地域の薬局・薬剤師の活用について生活支援のスタッフが理解し、協働していくことが必要。【生活支援グループ】
- ケアマネ等として関わっていく現場としては、大きい病院の医師との連携が困難なことが多い。そのため、病院に医師直接だけでなく、院内の連携室のような機関を活用して入院・退院の患者だけでなく、外来患者も含めて連携ができる体制が必要。【生活支援グループ】

C

- 医療制度改革によって大学病院等の機能と役割が変化してきていることや、在宅療養及び介護保険のこと、在宅での看取りについてなど、区民が自身の問題としてとらえられるようにしていく必要がある。【コメディカルグループ】

D

- 退院時、在宅で生活をしていくための資源について、相談・情報提供が医師、歯科医師に対してされていない、又は乏しい。【医療グループ】
- 病院から退院して在宅療養をしていく場合、本人の希望に対して、家族の介護や医療的ケアへの理解と協力体制、地域での医療及び介護サービス提供の状況を踏まえて、関係者相互でどれだけ共通認識を持ち、合意できるかが課題。【コメディカルグループ】

E

- 認知症や精神障害のある高齢者の生活実態や病状などの情報を共有して、皆で支えていく地域づくりが必要と考えるが、情報のオープンな仕方や支える体制の仕組みづくりが課題。【生活支援グループ】

【解決の方向性】

A 医療・介護それぞれの実情を踏まえた専門職種内での顔の見える関係づくり

- 医師、歯科医師、薬剤師、三師会会員・非会員の別なく地域の医師、歯科医師同志で、顔の見える関係づくりが第1歩ではないか。【医療グループ】

- 1人ケアマネ等も増えてきていることから、行政側でも現状をよく理解して相談する場所や研修及び会議などで情報量や実力の差を埋めていくことが必要。【生活支援グループ】

B C 地域での在宅療養生活を支えていくための医療情報理解や地域資源の把握と連携の推進

- 在宅療養をしていくためには、入院時から退院後までを見通して、関係者が制度や地域での体制について相互の理解を促進していくことが必要。【コメディカルグループ】

- 地域で在宅療養を支えるスタッフが、退院時カンファや担当者会議などで顔の見える関係構築を進めるとともに、その中で患者に必要な情報の共通理解や実態について相互理解と協力体制を作っていくことが重要。【コメディカルグループ】

- 医師・看護師・ケアマネ・ヘルパーなど関係者が集まって、病状等を共有し、病状が変わった時の対応や生活の実情をお互いに理解することがまず重要。【生活支援グループ】

D 区民に対する今の医療や介護等に関するリテラシーの向上

- 3師会が窓口をつくり連携して、退院カンファなど、一定の地域ごとの医療体制を整えるとともに、区民に対して、かかりつけ医の周知を進めていく。【医療グループ】

- 行政が、区民に対して、介護保険や医療制度の周知や在宅での看取りなどの現状を発信していくことが必要。【コメディカルグループ】

- 本人が服薬の把握ができなかったり、減薬することで良くなるケースもあるため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医と同様にかかりつけ薬局を持つことが重要。【生活支援グループ】

- 予後を見通した在宅での支援（医療・介護）が必要であり、大病院から地域の診療所まで連携しやすいしくみの構築や、多くの支援体制があることを利用者に伝えていくことが重要である。また、いざ看取りとなった時家族が迷うことが多いため、人生の閉じ方など自分の人生について、改めて学べるような機会が必要。【生活支援グループ】

E 在宅療養生活を円滑にしていくための地域づくり

- 区としては、平成27年度から行方不明認知症高齢者ゼロ推進事業を開始するが、更に、地域で支える体制についての検討が必要。【生活支援グループ】

3ワーキング・グループの議論のまとめ	第11回在宅医療検討部会及び第1回医療介護連携専門部会で出た主なご意見（平成27年10月13日）	各委員のご意見
<p>A 医療・介護それぞれの実情を踏まえた専門職種内での顔の見える関係づくり</p> <p>① 医師、歯科医師、薬剤師、三師会会員・非会員の別なく地域の医師、歯科医師同志で、顔の見える関係づくりが第1歩ではないか。【医療】</p> <p>② 一人ケアマネ等も増えてきていることから、行政側でも現状をよく理解して相談する場所や研修及び会議などで情報量や実力の差を埋めていくことが必要。【生活支援】</p>	<p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅診療（訪問）を行っている歯科医師は、会員の中でも1割程度。会員が在宅診療（訪問）に参加しやすい仕組み作りを歯科医師会で着手している。 退院時の医療情報が、地域の診療医には伝わるが、歯科医師までには届いていない状況がある。 口腔ケアを地域で見てもらおう歯科医師を捜すのは困難なことが多い。 三師会に未加入の医師達に対する在宅療養に関する情報提供等はどうしていくのか課題があるのでは。 <p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター（以下「包括」という。）で事業所の一人ケアマネの入離職の把握は困難。 包括が一人ケアマネを追ってまでの支援はしていない。 一人ケアマネ支援については、主任ケアマネ会議等での手伝いも出来る可能性がある。 	<p><関係構築></p> <ul style="list-style-type: none"> 病院看護師と訪問看護師、ケアマネージャーと在宅医、病院リハと訪問リハとの顔の見える関係づくりが必要と思います。 行政主体の地域懇談会などがあると良いかもしれません。（顔が見える関係づくり、研修、依頼先の確保のため）三師会会員・非会員、包括、訪看e t多職種で。 ケアマネのケースに対する考え方にかたよりに感じる まずはおたがいを知ることが大切なのかもしれない。 同職種内の交流が図れる場から異業種交流へ輪を広げるような取り組みがあるといいと思う。 <p><ケアマネ支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険課でも、主任介護支援専門員の連絡会を開催し、主任介護支援専門員による、介護支援専門員支援の仕組みなどに着手しています。主任介護支援専門員には、自事業所のみならず、地域の介護支援専門員サポートが期待されていますので、この仕組みが機能するようになると、介護支援専門員の孤立解消や、お互いの技能・知識向上に向けた動きが加速されると思われます。包括としても、この仕組みが機能するよう、区の取り組み・主任介護支援専門員の活動に協力していくことになると考えています。 一人CMのレベルアップの場の提供だけではなく区内居宅レベルでのCMのレベル把握をすることで区民に安定した質の介護保険サービスの提供につながると思います。 一人ケアマネのフォローをする体制作り。 主任ケアマネがフォローする体制でいいのではないかと。 <p><地域ケア会議等></p> <ul style="list-style-type: none"> 協働するための場を作ることが必要だと思います。地域に根づいた先生ほど、診療等で時間を作ることがむずかしいと思います。この点をいかにクリアするかが、ポイントのように思います。 <p><ICT連携></p> <ul style="list-style-type: none"> 顔の見える関係づくりは大切であるが、それぞれ忙しい中、一同に顔を合わせるのが難しい現状がある。ならば医療・介護サービスを受けられる方を通して情報交換できるシステムを構築して顔の見える関係づくりをしてはどうか。情報交換ノートなどの利用。 文京医師会での連携などの意見がでてきているので情報の共有がされていけば。 <p><情報提供></p> <ul style="list-style-type: none"> やはり三師会加入、未加入もあるかとは思いますが、それぞれのやり方で個別に動いて下さっている感じはあります。患者やケアマネにとっては未加入などがあまりわからないので、先生方がどこまで情報をお持ちなのかが重要と考えます。 <p><歯科関係></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院時に在宅診療の歯科医師が関わる場合は診療情報提供書を作成しているが、入院中にわからないことも多い現状がある。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネの力量によるが1人ケアマネで電話しても留守番電話になることが多いと心配になる。 関係づくりは経験によるものが大きいと考えるが、同職種でも事業所が違えば運営方針等の違いがあり、利用者を介した連携が図りにくいのではないかと。 病院で働いているNSは、地域で支えていただいている。職種に対して知らなさすぎる。地域との連携より院内連携ができていない現状もある。（大学病院は専門職や専門チームが増えている）

<p>BC 地域での在宅療養生活を支えていくための医療情報理解や地域資源の把握と連携の推進</p> <p>① 在宅療養をしていくためには、入院時から退院後までを見通して、関係者が制度や地域での体制について相互の理解を促進していくことが必要。【コメディカル】</p> <p>② 地域で在宅療養を支えるスタッフが、退院時カンファや担当者会議などで顔の見える関係構築を進めるとともに、その中で患者に必要な情報の共通理解や実態について相互理解と協力体制を作っていくことが重要。【コメディカル】</p> <p>③ 医師・看護師・ケアマネ・ヘルパーなど関係者が集まって、病状等を共有し、病状が変わった時の対応や生活の実情をお互いに理解することがまず重要。【生活支援】</p>	<p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急で入院し、当初のIC（インフォームドコンセント：説明と同意）で、退院後の地域生活を見据えた形にはなっていない。（介護系の職員が入っていない事が多い。） 家族が家庭で介護するイメージがない（医師が説明をしているが理解できていない）ケースがある。 入院前の情報と今後の方針について共有できる入院直後カンファレンスは、非常に有用である。 <p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種がどう連携しているかが重要。在宅医としては、日常を見ている訪問看護師やヘルパーさんの情報は重要なのだが、どうやって集めるかが大事（課題） 急性期のエンドポイント以降、患者がどこに帰るのか、その場所が重要なのでは。 在宅療養生活のためには、(1)家庭介護力、(2)地域の医師の確保、(3)急変時のバックベッドが重要である。 重介護の方が自宅に帰ってくる場合、住宅事情の問題が結構ある。また、重介護の方へのケアが必要となる時間帯が生活リズムと同じのため、複数の事業所を集めないとケアがまかなっていけない。 退院はしたけど、家庭でのケアをどうしていいか分からない家族もいるため、もう少し早く（退院時に）病院に呼んでもらえると準備が円滑に出来る印象がある。 <p>③</p> <ul style="list-style-type: none"> がん患者などの変化の多い方への在宅支援（介護）は、ケアマネの力量が求められるため、包括としてはその部分からの調整ということもある。 	<p><情報提供></p> <ul style="list-style-type: none"> 医療マップだけでなく介護資源マップを作ってください。 入院から退院後の生活までを見据えたケアパス・クリパス（クリニカル・パス、クリティカル・パス）を準備し、流れの可視化を図ることが必要と考えます。また、最初から敷衍を図るのは困難でしょうから、コアとなる機関・部署において共通理解をはかり、そこから広げていく、ということになると考えています。 ③意見に関して、力量の劣るケアマネがいるかのように受け取られてしまいそうですが、おおよそのケアマネは力量的にも十分だと考えています。 入院時の早期連携について 患者・家族は在宅医や訪問看護ステーションケアマネの正式名称や連絡先を意外と把握できていない。病院では入院時に地域関係者の情報を十分に収集できないことが多く、地域との早期の連携を困難にしており情報の共有が遅れることがある。地域からも遠慮なく入院病棟に連絡を入れ、入院までの経過など病棟の看護師と情報共有することができるとよい。 退院後のイメージ作りについて 病院では、在宅療養の情報を本人・家族からだけではなく、地域関係者からも収集し、それをもとに退院後の生活がイメージできるような具体的な説明を行なう。また、地域包括支援センターなどと連携し、療養に必要な医療・介護の情報を紹介する。（又、）それぞれ強みがわかる施設マップがあると依頼先をみつけやすいのではないのでしょうか。 ③がん患者は変化も多いが、スピードとタイミングが重要になってくる。さらに病状説明をいかに行き、家族の気持ちを確認し、終末期ならばどこで看取りをするかなど、家族とのコミュニケーションが重要である。 総合病院の先生は在宅の療養をイメージしにくい立場なのがうかがえます。相互の連絡係にケアマネージャーがなればと思いますが、なかなかお会いして話しをする機会を持つことが難しいことが多いです。担当看護師の方によっても非常に差があります。いつも医療の理解を深めるようご尽力いただいておりますが、医療側にも在宅介護の知識を持ってほしいと考えます。 情報収集と活用（幅広い情報を利用者へ届けるのはケアマネだけではできません） ⇒あると便利な事業者の一覧表（配食・介護タクシー等包括で揃えているが・・・訪問理美容や宅配可能なスーパー等）「どこに問い合わせをしたらわかる」でもいいかも・・・。以前ケアマネからの問い合わせ方法・好ましい時間帯等を記した開業医の一覧表の配布があったが、歯科、皮膚科等専門医の一覧で環境（段差がある・エレベーター等）等行かなければわからないが行く前にわかっていると便利な情報を含めたものがあるといい。※こういった情報収集を個別で行なうと時間も手間もかかるが、「知っているところ」があると活用しやすく、それを共有することで連携がはかりやすくなるのでは？ 在宅サービスを受けていた方が入院したときのサービスや在宅に対することの情報提供がまだ少ない状態。 「介護保険が分からない」「どうしたらサービスが使えるのか」「どうしたら健康を維持できるのか」等不安の声を地域包括に相談し、地域の勉強会を開いた。テーマ・内容：①区民にとってどういうサービスがあるのか②自分の健康を維持するか。身体と心の健康をどう守るか③住民同志のつながりの育成。地域ごとにこういう勉強会があつて良いか。病気をしたら「お医者さん」のみでなく、その前からの関わり、心構えが必要。 <p><ケアマネ支援></p> <p>（ただし、）ケアマネジメントやソーシャル（ケース）ワークは、他の専門職種に比して専門的バックアップが期待しにくい特性があります。そのような状況から、包括や、前述の主任介護支援専門員等による仕組みによるサポートやスーパービジョンが重要になるのではないかと考えています。</p> <p><歯科関係></p> <ul style="list-style-type: none"> 病院にいと歯科の介入が途切れることが多いと実感。 訪問可能リストなどを病院等の地域連携室に提示しておき、退院調整時に歯科も途切れず介入できる体制を。そのためにはリストも常に更新かつ本当に訪問してくれる先生をリストUPする必要がある。web上でも良さそう。嚥下関連医療資源マップのように。 冊子がありますが、病院等の地域連携室のような所にも配布されていれば、そちらを活用でも良いと思います。
--	--	--

<p>BC 地域での在宅療養生活を支えていくための医療情報理解や地域資源の把握と連携の推進</p>		<p><ICT連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT活用による多職種連携の構築と推進が必要。 ・医療の現場と介護の現場の担当者が連絡をとりにくい状況があります。（ご本人に聞いても良く把握できていないなど）母子手帳のように情報をまとめるのがあると、連絡をとる糸口がつかめる様に思います。 ・お互いが協力するためにはもっとアクセスしやすい形での情報共有と理解が必要。 ・情報共有が大事なことは分かっているので、具体的にどのように進めていくかに議論を進めてはいかがか。個々の持っている情報を個人情報の流出に注意を払った上で、どのように共していくかが問題。 <p><地域ケア会議等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・②多職種が連携するには、イニシアティブをとる人が必要なのだと思う。 ・病院の人には地域が見えず、地域の人には（病院の）実情が見えない・・・という中で、人と人との連携は具体的にやっていく（内容を）必要があると思いました。 ・一個人に何らかで（ケアマネ等介護関係者が）関わったら、そこから必要な人にどうつなげるか。各職種に関わらず、皆がその考えのもと、必要なサービスを入れ、個人の人生、生活を支えるスキル、努力が必要。 ・病院も在宅に帰ったら、どういう生活が待っているか、良く調査して早く地域とつなげてほしい。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携のために、退院前カンファを大切にする必要あり。 ・地域で安心した療養生活をおくるためには在宅サービスのリソースがないとむずかしい。プラス、バックベッドが必要だが文京区の特異な病院構成が、むずかしくさせていると思う。 ・①病状説明のタイミング時にケアマネジャーや訪問看護師などを呼んで一緒に同席することが難しい。家族が仕事が終わってから面会にきたときに病状説明することが多く18時～19時に説明の場もっているので、実際には難しい現状にあると思われる。 ・地域での在宅療養生活を支えるためにはケアマネが中心的な役割を担うことは間違いないような気がする。そのための支援（情報集約、権限、行政からのサポート）が必要な気がする。 ・家（自宅）以外の選択肢や経済的に負担をおえないケースの療養先の選択肢を考えなければならない事がある。 ・各大学病院では、地域と連携する動きや勉強会を行なっている所も多くなっているが、ケアマネジャーとしての動きはまだ弱い。
--	--	---

<p>D 区民に対する今の医療や介護等に関するリテラシーの向上</p> <p>① 三師会が窓口をつくり連携して、退院カンファなど、一定の地域ごとの医療体制を整えるとともに、区民に対して、かかりつけ医の周知を進めていく。【医療】</p> <p>② 行政が、区民に対して、介護保険や医療制度の周知や在宅での看取りなどの現状を発信していくことが必要。【コメディカル】</p> <p>③ 本人が服薬の把握ができなかったり、減薬することで良くなるケースもあるため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医と同様にかかりつけ薬局を持つことが重要。【生活支援】</p> <p>④ 予後を見通した在宅での支援（医療・介護）が必要であり、大病院から地域の診療所まで連携しやすいしくみの構築や、多くの支援体制があることを利用者に伝えていくことが重要である。また、いざ看取りとなった時家族が迷うことが多いため、人生の閉じ方など自分の人生について、改めて学べるような機会が必要。【生活支援】</p>	<p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科別に大学病院等が違う区民もいて、地域のかかりつけ医が機能しづらい部分がある。 <p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の利用方法が分からない、という区民が多くいる。元気なうちにそうした情報が身近に手に入ると、入院時にあわてないと常々感じる。 ・介護保険の情報などが届いていない区民がかなりいるのではないか。孤立や情報過疎、自分には関係ないと思っている区民が多く、区としてどう準備していくのか。 <p>③ <特に議論なし></p> <p>④ <特に議論なし></p>	<p><情報提供></p> <ul style="list-style-type: none"> ・町内会主催の講演会はどうでしょうか？手法（アウトリーチ） ・もうすこし積極的に区民へ働きかける必要があると思う。当院でもできることがあれば協力していきたい。手法 ・住民の中には介護保険を生活保護の延長のように考えていて、入退院により初めて利用申請を行なう人も少なくない。自宅での生活をサポートするための制度という点をもう少しアピールしていく必要があると思う。手法（ロールモデル） ・これまでも介護者教室や区民向けの各種講演会が実施されています。これらは、興味・関心のある方向けの活動であり、結局のところ戦術的な取り組みにすぎませんでした。今後は、将来展望を見据えたの戦略の再構築、もしくはパラダイム・シフトが必要と思われます。最終的には、医療・介護は自分たちの問題であり、自分たちで考え、行動し、そして選択できる、そのような地域社会の醸成だと考えています。その第一歩は、興味・関心のない方に、いかに関心を持ってもらうかになると思われませんが、具体的な行動計画は、発注が貧困なため、あまり持ち合わせていません。あるとすれば、興味・関心は”ない”とはいわないまでも、切実な問題としてとらえにくいことから機運につながらない、という人向けには、節目ごとの講習会、例えば65歳到達者に対し、「介護保険第1号被保険者になった方へ（仮称）」等の講習会を開催し、その案内を、届けられる介護保険被保険者証に同封し参加を促す、など、があると思います。75歳到達者も同様です。すでに取り組んでいる自治体もあったような気がしますが、年金や財テク、趣味余暇活動など、ある程度、魅力のあるものを盛り込む必要はあるでしょう。 ・実際には、二次予防対象者に事業の参加勧奨をおこなっても、かなりの率で反応が薄いことを勘案すると、もっと早い時期からの啓発活動が必要なのだと思います。例えば、職員・職場での保健指導、壮年期・中年期・老年期の過ごし講習など。対象・手法 ・介護保険の利用については、区民に解りやすく情報提供してほしい。制度 ・区民に対する情報提供について かかりつけ医・かかりつけ薬局の必要性・メリットについて、介護保険の仕組み、ライフプランなどについて周知の場を持つ。 区民講座・出前講座・広報など活用できる物を検討する。制度・ ・全般的な老いじたくを計画的に直接伝えるができると良いかもしれません。テーマ・手法 ・文京区における医療・介護の現状・問題点等について、事あるごとに区報等で、情報提供していただく。テーマ ・②介護保険のことを知らない高齢者は多い。病院の機能や介護保険の制度のことなど区の広報していくことが必要だと思われる。文京区はかかりつけ医が大学病院という認識を持っている住民が多い。エンディングノートなど、自分の死について考える機会を持つことも必要だと思う。テーマ・手法 ・高齢者の方に対しては、「入院しない」ことが大事であることも知る機会があってもよい。（ADLが低下する、認知機能低下のきっかけになったりする）テーマ ・「人生の閉じ方」も大事であり、医療の受け方（高齢で大手術の選択なども考える機会）は必要。テーマ <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院に文京区の資料を置くことは可能か？ ・文京区は大きな病院が多く、色々な病院にかかっている利用者がとても多いように感じます。また同じ病院でも、違う科とは情報共有していないことによる処方のかい違いも発生するなど、問題も多いです。三師会の先生方だけでなく、全体に巻き込むことができればどんなに良いかと思います。 ・手術後ADLがさがるので転院先をさがしてほしいDrから依頼がくることもある。
---	--	--

<p>E 在宅療養生活を円滑にしていくための地域づくり</p> <p>① 区としては、平成 27 年度から行方不明認知症高齢者ゼロ推進事業を開始するが、更に、地域で支える体制についての検討が必要。【生活支援】</p>	<p>① <特に議論なし></p>	<p><人材育成></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成 <p><地域環境支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症で他人の介入を拒んでいる方がおり、ゴミ屋敷となっている場合がある。地域で支えるしくみが必要である。 ・在宅療養生活を送っている方に対する地域住民の支援づくりの行政サポート（老老介護、認認介護では特に大切）。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・安心して地域で生活していくために必要なもの <ul style="list-style-type: none"> ⇒フォーマル・インフォーマルに係わらず継続的かつ質を維持したサービス提供体制がある。 ⇒サービス提供者（事業主体及び職員等）が継続して‘ある’状態 ⇒事業の廃止・離職者等がない体制 ⇒維持するためのバックアップ体制の構築 ※‘同じところに同じ人がいる’が、顔の見える関係ができ連携が円滑に図れるのではないか。それは、行政を含め医療及び介護福祉サービス事業者等全てにおいて同様と思う。
---	-------------------------	---

平成 27 年度在宅医療検討部会・医療介護連携専門部会 議論まとめシートより <課題抜粋版>

3WGまとめ	事前聴取意見の中の課題	解決策
A 医療・介護それぞれの実情を踏まえた専門職種内での顔の見える関係づくり	<課題> ・ケアマネの力量によるが1人ケアマネで電話しても留守番電話になることが多いと心配になる。 ・関係づくりは経験によるものが大きいと考えるが、同職種でも事業所が違えば運営方針等の違いがあり、利用者を介した連携が図りにくいのではないかと。 ・病院で働いているNSは、地域で支えていただいている。職種に対して知らなさすぎる。地域との連携より院内連携ができていない現状もある。(大学病院は専門職や専門チームが増えている)	
BC 地域での在宅療養生活を支えていくための医療情報理解や地域資源の把握と連携の推進	<課題> ・多職種連携のために、退院前カンファを大切にする必要あり。 ・地域で安心した療養生活をおくるためには在宅サービスのリソースがないとむずかしい。プラス、バックベッドが必要だが文京区の特異な病院構成が、むずかしくさせていると思う。 ・①病状説明のタイミング時にケアマネジャーや訪問看護師などを呼んで一緒に同席することが難しい。家族が仕事が終わってから面会にきたときに病状説明することが多く18時～19時に説明の場をもっているため、実際には難しい現状にあると思われる。 ・地域での在宅療養生活を支えるためにはケアマネが中心的な役割を担うことは間違いないような気がする。そのための支援（情報集約、権限、行政からのサポート）が必要な気がする。 ・家（自宅）以外の選択肢や経済的に負担をおえないケースの療養先の選択肢を考えなければならない事がある。 ・各大学病院では、地域と連携する動きや勉強会を行なっている所も多くなっているが、ケアマネジャーとしての動きはまだ弱い。	
D 区民に対する今の医療や介護等に関するリテラシーの向上	<課題> ・病院に文京区の資料を置くことは可能か？ ・文京区は大きな病院が多く、色々な病院にかかっている利用者がとても多いように感じます。また同じ病院でも、違う科とは情報共有していないことによる処方の違いも発生するなど、問題も多いです。三師会の先生だけでなく、全体に巻き込むことができたならどんなに良いかと思います。 ・手術後ADLがさがるので転院先をさがしてほしいDrから依頼がくることがある。	
E 在宅療養生活を円滑にしていくための地域づくり	<課題> ・安心して地域で生活していくために必要なもの ⇒フォーマル・インフォーマルに係わらず継続的かつ質を維持したサービス提供体制がある。 ⇒サービス提供者（事業主体及び職員等）が継続して‘ある’状態 ⇒事業の廃止・離職者等がない体制 ⇒維持するためのバックアップ体制の構築 ※‘同じところに同じ人がいる’が、顔の見える関係ができ連携が円滑に図れるのではないかと。それは、行政を含め医療及び介護福祉サービス事業者等全てにおいて同様と思う。	