

第1回上野ヶ丘圏域地域連携検討会

1 日 時 令和3年3月2日(火) 19:00~20:30

2 参加方法 Zoom ミーティング

3 内 容 上野ヶ丘圏域の医療・介護連携について

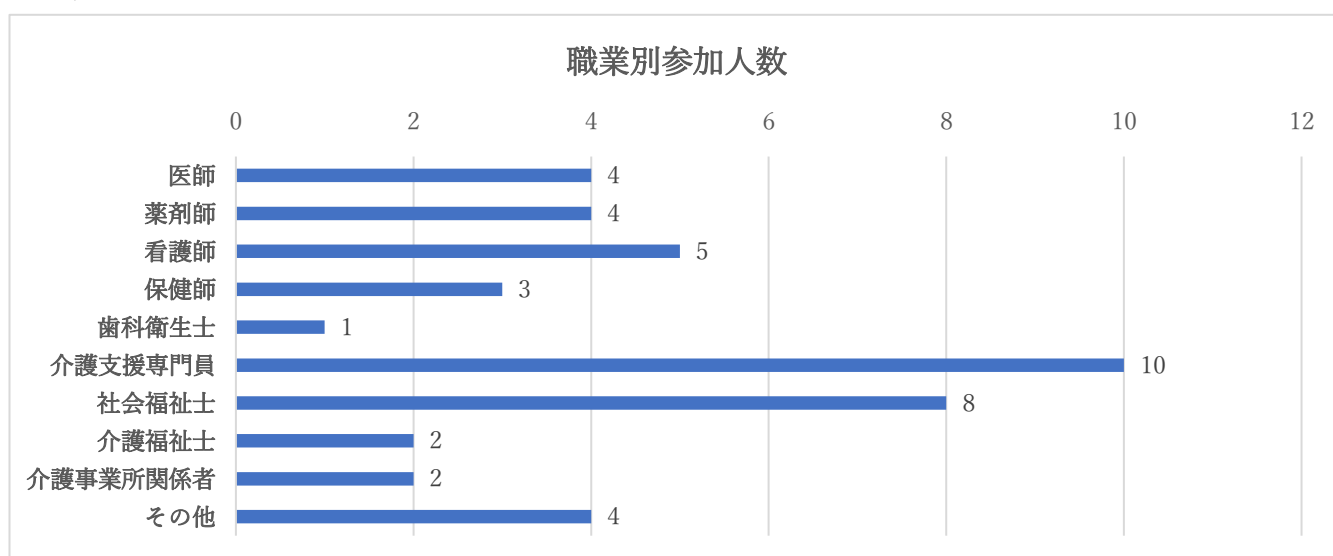
(1)アンケート結果と上野ヶ丘圏域についての状況について

(2)グループワーク 「どうする!?連携の見える化」

①きむら薬局 児玉氏より事例概要説明

②上野ヶ丘地域包括支援センター 村田氏より事例概要説明

4 参加者数(43名)の内訳



問1.今回の検討会で気づいたことや学びはどんなことでしたか?

- ・高齢者や認知症を有する患者の服薬管理の難しさ。(医師)
- ・多職種間の連携が充分取れていない。(医師)
- ・連携を行う上での課題整理と今後の必要性について再認識することができた。(医師)
- ・他職種の方がどういった事に困っているのかが少し理解できた。(薬剤師)
- ・薬剤師としてもう少し関われる部分があるのではないかと感じました。(薬剤師)
- ・他職種の方々との連携の難しさを感じました。最後のまとめの時にでた、窓口での薬剤師の患者への配慮も伝わって良かった。同時に少し患者に変化があった時に、どこに報告をすればいいのか難しいなと思いました。(薬剤師)
- ・リアルタイムでの他職種連携の難しさ。相談したい事案が発生した時にどこに相談すればよいかということがわかれば、より細やかなサポートやサービスの提供までの時間を短縮できるのではないかと感じた。(薬剤師)
- ・認知症とはまだわからない高齢者の方の服薬問題で薬局の方々が対応していることがわかった。(看護師)
- ・在宅一病院間の多職種の連携。アセスメントツールが共有できる未来。認知症の患者と薬剤、処方した医師に薬がきちんと服薬できているという過程と結果が伝わる連携が必要。(看護師)

- ・ケアマネジャーがついていない方の情報共有（他受診歴、サービス利用など）が難しい。ケアマネジャーがいてもその情報を知らないとは共有できない。（看護師）
- ・多職種に関わらず共通の悩みや問題点があることがわかった。お薬手帳の共有は重要である。（看護師）
- ・参加者の現状を知ることができたこと。地域の繋がり的重要性を改めて感じました。（福祉用具専門相談員）
- ・多職種で抱えているケースを知ることができて良かった。（社会福祉士）
- ・医療機関の取り組みや連携の流れなどを医師から直接話が聞けて良かった。（社会福祉士）
- ・ヘルパーの参加がなく残念でした。薬局の方も色々対応に苦慮されていると感じましたし、もっとコミュニケーションを取れる時間やこのような場があると良いと思います。（介護支援専門員）
- ・上野ヶ丘圏域でと限られた地域ということもあり、とても身近な事業所と少しでも顔見知りになれたことは大きいことでした。（介護支援専門員）
- ・服薬管理や認知症の方への対応で悩んだり迷ったりしているのが、自分だけではないんだと強く感じました。それぞれの職種がそれぞれの立場で悩んでいるんだと思った。（介護支援専門員）
- ・とてもためになる取り組みだったと思います。たくさん種類の専門職の方がいてこそ勉強会だと思います（内容もですが、他職種の方との接点がありました）。（介護支援専門員）
- ・情報共有の難しさ、あり方について皆さんが悩んでいることがわかった。（介護支援専門員）
- ・医師や薬剤師の意見が聞けて良かった。医師より気兼ねなく連絡を入れて良い、課題になっていることを報告してほしいと言われていたので、連絡の体制を整えていけたら良いと感じた。（生活相談員）
- ・どのタイミングで他職種につなぐかのタイミングが難しいと感じている方が多いということに気づきました。（事務員・保健師）
- ・施設間・職種間での情報共有漏れによる問題及びツール不足。（事務員）

問2.次回、概要説明（今回の訪問薬剤管理指導のようなワンポイント説明）して欲しい事項がありましたら教えてください。

- ・医師と介護支援専門員との連携の取り方。（医師）
- ・医療介護連携を行う上での課題整理を行うために、上手くいった事例と上手くいかなかった事例を提示していただく。（医師）
- ・薬剤師が関わっていない状態の方で、どのようなタイミングで薬剤師の関わりが必要と思ひ、相談するのか？（薬剤師）
- ・薬剤師だけではなく、どのタイミングでそれぞれの職種が関わり、関わることでどのように変化したか。
- ・他の職業の方がどこまで介入しているのか、業務内容を知りたいです。（薬剤師）
- ・認知症サポート医、オレンジドクターの活動。（看護師）
- ・上野ヶ丘地域包括支援センターの活動（事例を含め）。（看護師）
- ・共有ツールがあれば紹介して欲しい。（看護師）
- ・在宅に戻る為の家屋調査での現状や繋がり方の連携について。（福祉用具専門相談員）
- ・薬剤用語があるようなので、分かるように教えて欲しい。（介護支援専門員）
- ・老健の相談員も同時にしていますが、居宅のケアマネジャーとできるだけ情報を共有したいと考えています。老健から退所後にむけて、「退所前に（退所前カンファレンスで）知りたい情報は？」を教えてください。（介護支援専門員）
- ・おくすりカレンダーで日付や曜日の確認が難しい方への服薬管理の有効的な支援方法等あれば教えてください。（介護支援専門員）

- ・ケアマネジャーより医療との連携で困っていること、知らせて欲しい、方法など。（看護師）

問3.医療と介護の連携で相談したいことがありましたら教えてください。

- ・施設や自宅での日常生活の様子、服薬の状況。（医師）
- ・介護認定の有無など。（医師）
- ・効率的な情報共有の方法について、本日の会の中でも話題になったが、具体的な方法について検討していきたい。（医師）
- ・薬剤師に求めていることはどういう所なのか？（薬剤師）
- ・普段の薬剤師業務中に認知機能が低下してきている方がいらした時に、どこにどのような方法で相談したら良いか？（薬剤師）
- ・連携室がある病院でも病棟が変わると担当が変わるようだが、連携室側から連絡や状況報告があることがほとんどない為、病院側からももっとアプローチしてほしい。（介護支援専門員）
- ・在宅に戻る為の対応を早めに行うことができるか？必要な福祉用具を早期に試していけないか？
(福祉用具専門相談員)
- ・ケアマネジャーと医師とで利用しやすいわかりやすい連携用の書類など、ツールがあると病気の事など尋ねやすいです。切り口が見つけやすいです。（介護支援専門員）
- ・オレンジドクターの取り組みや現状を教えてください。（事務員・保健師）

問4.医療介護連携で必要と思われることはどんなことですか？ご意見があれば教えてください。

- ・施設や自宅での日常生活の様子、服薬の状況について、定期的な情報提供。医療と介護の間で疑問点を解決できる（スムーズに）関係が望ましい。（医師）
- ・医療側へ連携を図るうえで、未だ遠慮のようなものがある感じがする。そのような垣根を取り払うためにも、このような会を重ねていくことが重要である。（医師）
- ・それぞれの職種の役割の再認識から。相談場所や相談方法などの明確化。（薬剤師）
- ・生活スタイル等の把握。服用したことによる副作用の軽めでもいいので周知。介護している方々が焦らないように必要かと思います。（薬剤師）
- ・生活リズムや身近な介護者など、生活に関わることが薬局ではわかりにくいので、情報提供して欲しい。特に生活リズムは服用時点の変更や薬剤変更も提案していくうえで非常に役立ちます。それぞれが些細なこととおもっている内容も、多職種からすると重要なキーワードになることも多いので、細やかな情報共有とスピード性が必要だと思います。（薬剤師）
- ・ケアマネジャーを中心とした顔の見える連携（保険証などに記入するところがあるといいかも）（看護師）
- ・連携するという意識、及び気軽に話ができる環境。Zoomで顔を見ることができてよかった。介護現場の声を医療に伝えることが重要。（看護師）
- ・在宅に戻る前の期間を時間にゆとりを持って対応ができると環境整備がもっとしやすくなると思います。
(福祉用具専門相談員)
- ・相談のしやすさ、相談してからのフォローの早さ。シームレスな連携。（社会福祉士）
- ・仕方のない事ですが、大きな病院になる程、医師や看護師との連携が取りにくいのが、どうにかできないか。（介護支援専門員）
- ・リアルタイムな情報の共有。（介護支援専門員）
- ・今回参加していただいた医療関係の事業所の方々はとても連携が取りやすいと思います。しかし参加をし

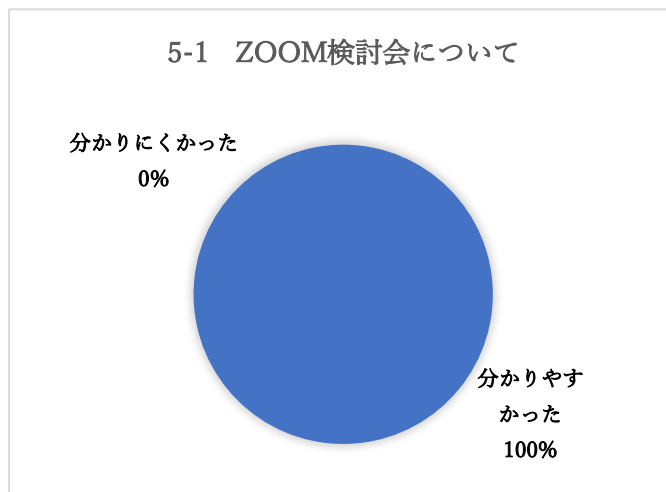
ていただけてない医療機関の方々にはどのように関われば上手く連携が取れるのか。(介護支援専門員)

- ・関係機関との連携を図る為には、自らが積極的に情報を発信していくことが必要だと思った。

(介護支援専門員)

- ・関係者(職種を含めて)は誰か知りたいです。サービス担当者会議の参加者名簿のような表(連絡先も記載する)があると、気軽に連絡ができ関係性も作りやすいと思います。(介護支援専門員)
- ・ケアマネジャーによっては、こちらから報告しても、あまりアプローチをして下さらない方もいるので、事業所から直接連絡をしたい場合もある。個人の裁量に任されている部分を改善(システムを作る等)と良いと感じる。(生活相談員)
- ・情報共有の方法が一番の問題だと思うが、ツール(システム)がいきなりできることもないし、導入にも各機関で時期にバラつきがでると思うので、こういった検討会を通じ、情報共有が課題であるという意識を高めていくことが必要だと思う。(事務員)

問5. Zoom 検討会について



- ・問題なく終了し、非常に良かったと思います。(医師)
- ・一部システムトラブルもありましたが、皆様の普段の問題点や関わり方が見れて良かったです。(薬剤師)
- ・集合研修では医師と直接話をする事ができないので、良かったです。(看護師)
- ・検討内容は良かったが、声が聞き取りにくかった。(看護師)
- ・地域の人々に各事業所を知ってもらおうと良くなるかと思います。(福祉用具専門相談員)
- ・自分の職場で参加ができるため、会場に出向く時間が省けて良い、参加しやすく助かります。声も良く聞こえました。(生活相談員)
- ・とても楽しい時間でした。(介護支援専門員)
- ・Zoomで行いましたが、対面ですると変わりなく、活発に意見交換ができた会でした。(事務員・保健師)
- ・現地でも Web 開催でもどちらでも良い。一方で Web だと伝わっているのかわかり辛いので、聞こえない場合など早めに教えて欲しい。加えて開催時刻を 18 時頃からに繰り上げて欲しい。(事務員)

問6. グループワークの協議内容

1 グループ

社会福祉士(地域包括支援センター) 司会

- ・認知症の人で他機関と連携した、連携をしようとしたが上手くいかなかった事例、工夫をした点などをお

聞きしたい。

社会福祉士

- ・入院中の患者に対応することが多く、精神科で薬をもらい調整して入院したものの、不穏症状が戻り精神科への転院も含めて相談をした。精神科病院のベッド状況や医療行為が多いとスムーズに転院につなげられず、患者が入院を続け待機している。本人も辛いし、こちらも対応に追われることが多かった。連携室と相談しながら複数の精神科を当たって何とか調整がついたが、日にちがかかった。

看護師

- ・デイサービスに来ている認知症の人では薬の飲み忘れが多い。家族と相談して、重要な血圧の薬はデイサービスに来て飲む、お腹の薬などは家で飲むといったふうに分けて飲んでいる人もいる。独居でインスリン注射を打つ人もいて、手技が分からなくなってくるので、手技が書いたものを見て、デイサービスで打っている人もいる。
- ・一番困ったのは、糖尿病の人で血糖のコントロールが上手くいかず、買い物に行った度に倒れ、救急車で運ばれている、どこに繋いでいいか分からない。先生にも相談したが話が通じず困った。

介護支援専門員 A

- ・認知症の人で糖尿病があるのに、自分はどこも悪くないと言って薬を飲まない。例えば砕いて飲み物やヨーグルトに混ぜてもその場で飲まず、下に溜まってきちんと飲めないことが続き、家族が苦労した。
- ・ある時、飲んでもらわないといけない薬を砕いたり、粉状にしてジャムに混ぜ、1日1回食べるパンに塗ったら、薬が入っていることに気づかず上手くいき、続けている。全く本人の病識がなく、拒否もあり、糖尿病があるのにジャムを使うのもどうかと思うけど、薬は飲んでもらっている。

介護支援専門員 B

- ・糖尿病の人で服薬管理と血糖値の管理が必要な人に、訪問看護師とヘルパーが確認、促しをしていた。血糖値により対応を変えていく必要もあったが、両方の担当が変わりタイムリーな情報共有が難しかった。
- ・自宅にあるノートに毎回の支援の経過を簡単にメモして連絡を取っていたが、本人の目にも留まるため、認知症状などの避けたい内容をどういうふうに情報共有したらよいか悩んだ。
- ・そういうときにインターネットを通じた事業所間で共有できるツールがあると、支援に入る直前に確認し、支援終了後に入力することでタイムリーに本人の健康管理ができるので、いいと思った。

保健師

- ・直接利用者に関わることはないが、23ある地域包括支援センターに毎月、認知症の相談件数などを報告してもらっている。平成29年度から認知症の相談件数が年々増えている。平成29年度が2,400くらいだったが、平成30年度は2,900、令和元年度は3,000件を超えている。
- ・圏域の中でも認知症の相談件数が増えていることが分かるし、包括の職員も日々相談に応じて大変苦労されていると感じている。
- ・圏域の居宅のケアマネジャーや包括支援センターの職員が事例検討を行う地域ケア会議で事例に挙がってくる人達をみると、認知症を患っている人が多い。認知症があり、薬、対人関係、地域の中で生活していく上で大変苦労されていることは把握している。今後ますますこういう人が増えていくので包括支援セン

ターや圏域の事業所の連携がなお一層必要になってくると感じている。

介護支援専門員

- ・介護支援専門員になってまだ間もなく経験が余りないが、困ったことは、認知症を疑われる人がいて、かかりつけ医に相談してもらい、かかりつけ医から専門医につなげてもらおうとしたが、上手くつながらなかったことが2件ほどあった。1件はどうしようと悩んでいる。

薬剤師

- ・オープンしたばかりで、積極的に地域の人に声掛けし、何軒か在宅をしている。
- ・認知症が進んだ状態で紹介をもらっても、それまでの信頼関係ができていなくて最初から不信感をもたれて接しなくてははいけず介入が難しいと感じた。もう少し早い段階から顔を合わせ意識、認識がはっきりしている状態で関わると、変わったのかなと感じた。
- ・認知症が進行する前に多職種の人に関われる環境ができるといいと思う。そうすれば、糖尿病のインスリンを処方前に内服を変えるとか、薬剤師や医師等を介してできるのかなと感じた。

医師

- ・精神科の病院はなかなか身体合併の患者を受け入れるのがマンパワー的にも難しい。当院は、10名のうち6名が初期研修医を終了しており、身体合併はひととおり診れる。私は、大学の高度救急救命センターに2年半ほどいたので、それなりの身体的なことを診れると思っている。
- ・内科の専門医が常勤で3名（N病院の部長経験者、S病院の老健の施設長、M病院の院長経験者）おり、身体的なことは任せている。
- ・その上で、なかなか精神科の病院を受けられない理由がある。一つは、認知症の人を受け入れても、なかなか退院先が見つからない。当院の病床稼働率は98~100%を推移しほぼ満床に近いが、できるだけ断らないようにしているも、竹田や佐伯、別府といった圏域からの入院の依頼がある。
- ・認知症の人のせん妄や身体的なところも良くし、退院できるタイミングでも退院先が見つからないと平均在院日数も長くなってしまいうし、新患を受け入れたくても受け入れられない。
- ・もう一つは精神症状が悪い場合に、精神科は隔離室というのがあり。隔離室を使用する場合、各医療機関で数が決められているので、それ以上のことはできない。隔離室が埋まっている場合は、ベッドの状況で受けられないという場合で、その辺は理解していただきたい。
- ・あともう一点私が考えてやっているのは、総合病院O病院とN病院に週1回精神科医を派遣している。これは私が戻る前からで、N病院には6~7年前から私が行っていたが、今は若い先生に譲って認知症の患者や専門の患者を診ている。O病院は2年前ぐらいからT先生に言われて行くようになり、今は後輩に譲っている。ただ常勤の医師数の配置のことがあるので、行く時間は限られている。
- ・そういった取組を近隣のS病院やH病院があると思うので、一緒に連携していくことが大事だと思う。

司会

- ・実際に総合病院に派遣したりしている取組は、他にあるか？

医師

- ・他の病院のことはよく分からないが、確か、S病院は出していたと思う。ある程度大きな病院になってくる

と認知症の専門の人が多くるので、精神科医が待っていても難しければ、精神科医が行って、足を運んで診ればいいという考え方。是非、そういう取組が広がっていけばいいと思っている。

司会

- ・先ほど、その都度何かあったときに、精神科に全部当たっていくと言っていたが、見える化や連携のシステムができたらいいの考えか？

社会福祉士

- ・どうしても連携室同士でのやりとりになってしまうが、先生の話で精神科の取組も分かった。

司会

- ・様々な機関が関わった時にタイムリーな連携がしづらいということがあるが、インターネットを介したツール等、紙媒体・電話以外で工夫している人は？

薬剤師

- ・連携の部分でいうと同じように思っている。薬局の形態として、報告するのはケアマネジャー、主治医だが、本来は訪問看護師や他職種にも、薬剤師としての仕事を報告した方がいいと思うことは多々あるが、訪問する時間も全く違うので、最初に顔を合わせた段階で終わってしまう。自分からもっとアプローチをすればいいと思うが、お互いに探り合っているところがあり、そういった会が沢山あればと思っている。

司会

- ・連携する上で、以前、医療・介護の連携でシステムの話が出ていた時期があり、その後、特に話を聞いていないが、何か具体的に進んでいる話はあるか？

保健師

- ・今現在も使っている医療機関もあるが、医療と介護の連携ツールとしてタイムリーに連携がとれるようなツールが以前あって、なかなか普及せず、ほとんど使っていないような状況である。今、それに代わるツールとして、保健総務課で協議をしている状況。そういったツールを使って、医療と介護が繋がればいい。

司会

- ・いずれは、そういうツールが具体的に動き出していく予定があるのか？

保健師

- ・具体的にどういったツールになるかはまだ聞いていない。検討はしているので、分かり次第、そういった情報を提供したいと思っている。

司会

- ・皆さんの中で、「おや？」と思うような事例に出会ったときに、どのように連携をとっているかや連携をとろうとしたが上手く行かなかった理由などを聞かせいただきたい。アンケートの中で個人情報の壁ということで回答もいただいたが、(問題に)気付いたのに個人情報の壁により本人から拒否され、(情報を)共

有ができないといった事例はあるか？

看護師

- ・薬が強すぎて、デイサービスに来ては血圧が下がりすぎて活動できず、ベッドにずっと寝ている人がいた。そういう人に関しては家族が身体の状態の把握が難しく、一日過ごすデイサービスの方が状況が分かりやすく、受診に合わせて手紙を書き、家族が医師に持って行って聞いてもらう等の対応をしている。
- ・訪問看護に関しても、必ず連絡ノートで状況の説明をし、返事が返ってくる訪問看護師もいる。

介護支援専門員 B

- ・個人情報の壁について感じていることだが、認知症の人で病識のない人は、医療に繋がらないケースが多く、何とか繋げていくしないが認知症の人の家族が困るケースが多いと思う。
- ・家族がいれば、見守り安心サポートのネットワーク（大分あんしんみまもりネットワーク）の登録も本人を守りたいと積極的だろうけど、当事者の本人や家族より、周りの人が必要以上に個人情報漏洩を心配しているところがあると感じている。
- ・個人情報、セキュリティについては、プロの人から説明してもらうなど、全面的に行政がバックアップ、応援していくことで、（既成）概念を覆せれば、少し進んでいくと思う。

司会

- ・個人情報の壁に関してのアンケート回答は、薬局の方が多かった。医療機関へのアンケートのため、介護事業者のことは分からないが、複数病院に行っている人の状況をどこが発見するのか？薬局は？

薬剤師

- ・薬局に来た際は必ずお薬手帳の提出を促し、どこの病院でどういう薬をもらっているかをできるだけ把握するようにしている。先ほどの事例で、血圧が下がり過ぎてデイサービスに行ったら横になっているということに関しても、一言薬局に連絡をもらえると、そこからドクターにもつながりやすいのかなと思う。

司会

- ・複数医療機関に行っていると薬局も複数あり、どこに相談すればいいか分かりにくいと思うが、事例のように整理ができていくとキーとなる、かかりつけ薬局ができていくと思うが、どうか？

薬剤師

- ・薬局としても地域にかかりつけ薬局をつくるよう言われているので、皆さんに認知症になる前からかかりつけ薬局をつくるように促しているし、他の業種も促してくれるとより次につながりやすいと思う。

2グループ

司会

- ・先ほどの事例に関わらず、皆さん普段困っている事例もあると思う。そういった時に、他の事業所の人や内部で連携するやり方で困っていること、行っている連携の現状について意見を聞きたい。

介護支援専門員 A

- ・ 昨年の秋に退院して、認知症状がある要介護1の人だったが、なかなか介入できない人がいた。退院後の支援で、独居のため何らかの形で介入しないと薬を飲めないことが想像できた。退院時、整形外科からの退院であったが、便秘をしていたので、マグミットの処方がある。退院後、整形の受診の必要はなく、元々受診していた循環器を受診してくださいという事だった。医師に、「薬の飲み忘れがあると思うので、この薬をまとめてもらうことはできないですか？」と受診の時にお願いすることで、薬を朝1回にしてもらい、今も受診同席している。薬剤師は服薬カレンダーの利用を言うと思う。私達も、訪問看護を入れるほどでもなかったのに、服薬カレンダーを準備した。前は一包化されていない薬を本人が薬袋から取り出して飲んでいたので、医師に最初の受診時に一包化を依頼し、一包化された薬を服薬カレンダーに入ると、ヘルパーが週4回入ってる中でヘルパーも飲ませ、本人も薬袋から取り出して飲み、薬が足りない状況だった。退院して5か月くらいだが、近くに住む義妹からの、「前々からやっているやり方を変える事に問題があったのではないか？」ということで、今は服薬カレンダーをやめて、医師との連携の中で、朝の薬にすることにした。月に1回くらい薬が合わない時があるが、飲めるような状況になった。ただ便秘に関しては、認知症状があるので、本人から状況は聞けてない。

司会

- ・ 薬の一包化と服薬カレンダーまでは、支援者側も勧めやすいが、それを超えて認知症の人が飲みすぎてしまうとかになると、ヘルパーが毎日入れないので、毎回の確認は難しいとかそういうこともある。そういった服薬カレンダーや一包化、それでも服薬困難な時には、薬剤師はどういった感じで連携をとるのか？

薬剤師

- ・ 認知症の人は、どうしても日付の認識も薄れてくることもあり、本人に薬が渡った後では、服薬のタイミングを変える事ができないところがある。忙しい中で同席して薬局に処方箋を持っていく事は難しいかもしれないが、一言電話でも構わないので薬局に相談してもらえれば、次回処方時に服薬のタイミングを変更するようなアクションを起こせると思う。服薬カレンダーで対応が難しい人はけっこういるので、服薬タイマーみたいなので、「一日1回何時」に設定して、音がなったら薬を飲むような支援をしたこともある。

司会

- ・ 他の人で薬の件で困ったこと等があれば？
服薬に関わらず、普段他の事業所と連携する上で困難に感じる事、困ったことがあれば、幅広く聞きたい。

福祉用具専門相談員

- ・ 福祉用具の場合は、服薬の段階では深く関われない。一番気をつけているのは、認知症の人が普段生活する中での行動が、社内や同じ営業者の中で話として出てくる。認知症状があって生活していく上で、例えば歩行器を使って、その人が今までしていた生活の支えになるものを提案しても、操作が覚えられなかったり、外に出ていくことを大ごとと考えてしまう部分もある。それ以外で、本人の今までの生活を支えていきたいけど、これ（歩行器）があることで外に出てしまっ、何か大事につながらないかなと考えることもある。

看護師

- ・ 先日施設を退所した認知症の夫婦が一緒に住むという事で、薬の管理と排便コントロールをどうしようかと

なった。1日3回薬を飲んでいたので入所中に1回に減らしたが、排便チェックと入所中は屯用で薬を使っていたので、管理ができないと。週3回デイに行くという事だったので、ヘルパーに毎日排便チェックをしてもらうのと、排便がない時は、デイで座薬を入れてもらう協力をお願いした。まだ退所して1週間か10日くらいなので、その後うまくいっているかどうかわからないが、各方面で協力してもらい、排便コントロールをしていこうと話をして、退所していった事例があった。

介護支援専門員 B

- ・施設から退所する時に、薬の情報がすごく重要で、先ほどの看護師も話していたように、帰った後に飲めるだろうとかそういう準備の時に、私達だけではなく、居宅の担当のケアマネジャーや多部署にも連絡したり、連携の重要性を日々感じているような状況。薬だけでなく、多職種の人と今後も様々な連携が大事になってくると考えている。

司会

- ・施設に入所中は、薬の処方しは施設の医師が行う。介護保険上はそういった形で退院前に打ち合わせ等を行うが、退所の時に、かかりつけ医と施設の医師とのやりとりがあるのか？

看護師

- ・かかりつけ医を確認して、そこに情報提供書、内服情報を送るという感じ。

機能訓練指導員

- ・デイサービスの中には、独居の人が何名かいて、そういう人の服薬管理もそうであるし、そもそも同じような形で、病院受診を転々とするような人もいる。その人の担当ケアマネジャーと連携をとり、なるべく病院は一か所だという話もしていたが、結局セカンドオピニオン的な考えで、病院を転々とした結果、他の重要な疾患が見つかりそのまま入院して、デイサービス利用が終了した人がいた。どうしたら正解だったのか？疾患が見つかった病院にすぐに紹介できればよかっただろうが、結局どうしたらよかったのかというのがある。言い方は悪いが、認知症状もあり適当にあしらわれているところもゼロではなかった。そういう意味合いでは、どういう医師がどこにいるとか、専門科医だというのがわかればありがたい。

司会

- ・病院受診に関しては、私達もなるべく確認するようにはしているけど、先ほどの事例にもあったように、整形の受診とかは本当に転々とする人が多い。包括は、1~3ヶ月に1回の訪問なので、それまでの間に受診が多い人もいて、それ以上確認できるかと言われると、難しい面がある。包括でもどうしようかなあというケースはたくさんある。

医師は、医療機関同士のそういった連携はどういった形で行っているか？

医師

- ・自分の場合は専門医なので、BPSDで困った時、精神科ということもあるので、そのあたりで困った症例が紹介されてくるとというのが一番多いかなと思う。ある程度調子が整えば、かかりつけ医や訪問医にバトンを渡すケースもあるし、やはりBPSDの部分で、おそらく精神科ということがあるので、かなり状態が悪い人が多いのかなと思う。そのため、そこだけは見続けてほしいというリクエストで診ている人もいる。

司会

- ・医師に聞きたいが、患者が予約なしに来て、さっきのケースでいうと病院を複数受診してきている人がその一環で受診した場合、他の病院の医師に確認したりするのか？

医師

- ・基本的にうちの病院の初診は、全部ケースワーカーが入ってくる。予約制なので、すぐに受診という事は、うちの病院ではない。

司会

- ・先ほどの薬剤師の事例の件だが、介護保険のサービスについてはケアマネジャーや包括の職員に活動の報告書を提出する義務があり、私達は介護保険でのサービスは把握ができる。しかし、医療保険で訪問看護や薬剤師が介入している場合は報告の義務がないので、実際に看護師や薬剤師が介入しているのがあとでわかったりする。介護保険でのサービスに関してはこまめな連携がとれるが、医療保険や障害福祉サービス、介護保険外での介入があると、電話と FAX では連携が全て取れるかという、難しい面がある。さっき言ったとおり、電話と FAX をなるべくなくして、メールかチャットツールをうまく使って、リアルタイムに連絡がとれるようなツールが使えればいいかなと、個人的には思っている。

薬剤師

- ・介護認定と付随してくるところがあるため、介護認定を受けていない人には医療保険での訪問になる。そこで薬局側も、地域包括が関わっていることがわからないことがある。ただ、これだけ ICT 化がすすんでいく中でも患者の個人情報の問題が山積みであるし、患者、家族の同意を得た上で、各職種が何かしらのツールを使って情報共有できれば、今後いろいろ役に立つのかなと思っている。どうしても紙媒体になっているのが現状で、各職種も紙媒体だと雑務になると思う。伝えた事を紙におろして、それを医師などに報告するという義務でやっているため、そこに共通のツールがあれば、いろいろな連絡も 1 つでおさまりがつくなど感じるが、現状はそこがうまくいってないと思う。

司会

- ・貴法人は各地にあるが、法人内で、電話・FAX 以外で使っている連絡ツールはあるか？

機能訓練指導員

- ・Google のチャットとかがメイン。また、Zoom みたいな形で定期的な会議を行っている。本社が大阪にあるため、他の事業所で効果があったものを直接社員がこちらに来て、実技指導ではないが、そういう形で対応している。

司会

- ・Google チャットは、Google の有料アカウントを職員に一人ずつに配っている？

機能訓練指導員

- ・事業所に 1 つ。

司会

- ・医師は病院内では特に使っているツールは？電話で連絡、やりとりになる？

医師

- ・病院内をまだ紙媒体でカルテとかを動かしているの。そこら辺がちょっと遅れているのかなという認識はある。

司会

- ・福祉用具専門相談員は、法人内での連絡のやりとりは？

福祉用具専門相談員

- ・携帯の LINE とか。最近は訪問先から、ビデオ電話とかそういったもので、遠隔操作みたいなので自宅を確認したりとかをやっている。

司会

- ・老健施設は、法人内でのやりとりは？メールとかは？アドレスとかは配布されている？

看護師

- ・電話か直接やりとり。走っていくとか。
- ・サイボウズで全体にとかはあるけど、リアルタイムでなく、休み時間とかにしか見られないので。直接電話が一番早い感じ。

司会

- ・介護支援専門員 A は？各部署と連絡とりあう時は、電話でのやりとりになるのか？

介護支援専門員 A

- ・電話をして、不在の場合はサイボウズ。送っていけば、その内容を見て返事をもらったりとかいうような形。

司会

- ・いろいろなチャットツールを各法人が導入しているので、無料のチャットツールの導入は難しいかもしれない。他の法人で共有し、有料で使えるチャットツールが導入でき、本人に個人情報の使用同意書できちんと確認できれば、タイムリーな連携がとれるかと個人的に思う。介護保険に関して、利用の際に細かく個人情報の使用同意書という書式が決められているため、介護保険の認定を受けている人に関しては導入がしやすいのかと思う。他市町村も聞く限り、介護保険を利用している利用者に関しては、そういったチャットツールも導入しやすいのかと思う。医療機関では、細かに患者に個人情報の使用同意書をとるのか？

看護師

- ・当法人は入院がある時は（同意書を）とるけど、外来ではとらない。

司会

- ・口頭で確認はとる？

看護師

- ・「紹介状を書きますね」とか、「電話しておきますね」とかはあるけど、そういう情報をやりとりする時に改めてはない。

司会

- ・薬剤師は、訪問する時に介護保険上と医療保険上で契約が違ったりする？

薬剤師

- ・介護保険になると患者同意が必要になるが、医療の場合は医師の指示があれば、書面での同意なくとも可。この問題の一番難しいのが、今は圏域での話。圏域の中で、各圏域の医療機関と他事業所との連携というのは、先ほど包括が話していたように、何かしらのツールをもって同意を得れば、近い将来できると思うが、患者が圏域以外の医療機関に雇っているケースは、難しいところがあると思う。例えば、薬局で複数の病院に雇われ薬が重複してでている、そういった時には当然、そこで受け付けた処方箋の医師に、「〇〇病院から同じ薬がでてます」と話ができるが、他の病院にアクセスするというのが、難しいところもある。圏域の中でうまく運用することはできそうな気がするけど、複数受診の人はいろいろと問題がでてくるのかなと。

司会

- ・うちの圏域だけで病院が多数あり、碩田とか王子とか城東とかも入れてしまうと、100を超える医療機関になる。それで共通したツールを使えるかということ、全体の同意をどうとるか難しい面があるかと思う。介護支援専門員 A に質問だが、包括が担当する要支援の人は、サービスの限度額上サービス事業所の数が実際には限られる。要介護のケアプランを見ると、事業所の数が多く、担当者会議の数も多い。雇っている医療機関、使っているサービス事業所も多く、もし何かあった時に連絡するのが大変と思うことはないか？

介護支援専門員 A

- ・やはりサービスの調整だったり連絡事項に関しては、自身の年齢的な部分もあると思うが、こういうチャットとかいうものが得意ではない。アナログ的なところがあるので、電話での対応になっている。サービス担当者会議の調整は難しいところもあるので、そういった時には同じ紙媒体で、みんなの予定を調整して、日にちを絞りこんだりする。あとはどうしても FAX が主に。電話で言って FAX で情報を流す、紙媒体での情報が多いのかなと思っている。

司会

- ・連絡先が多いと連絡が漏れたりとか、電話を7～8事業所にかけていくと1つくらい繋がらなかつたりした時に、後々電話のかけなおしを忘れるということもあると思う。そのため、もう少しスムーズに連絡できるものがあればいいのかなと思う。

医師が外来診察をしていると、こちらからはなかなか連絡しづらいというのがあるが、緊急で連携の必要がある時に、連絡する手段として、何が一番良さそうか？医師から見て、これがいいなというものがあるか？

医師

- ・特にこれがいいなというのではない。当院では連携室があるので、ケアマネジャーが困った時には、大概連携室にヘルプの電話がかかってくる。主治医がすぐに対応できない時は多々あるので、病院の場合には基本的にそういった手段でいいと思う。さっき話していたような全体的な共有するものは、例えばエーザイとかでもでていますが、個人情報とかの問題もかなり出てきている。そういうのを共有するのをクラウドにのせて行うのは、各症例で繋がる人が変わってくるのでハードルが高いだろうと思っている。本当に個人情報はかなり厳しいので、もしそこで漏れたときに誰が責任を負うのか？包括なのか？少なくとも病院は、負えないのかなという気がする。どこまでのせてどこまで共有するのがいいのかは、ものすごく課題があると思っている。おそらく顔の見える関係で基本的にはアナログにはなると思うが、困った時には大概ケアマネジャーが来てくれるので、来てもらいながら対応する。ケアマネジャーが医療と介護の調整をしている。「医療の方で自立支援が使えるので、自立支援でお願いしたい」とか、「なるべく介護保険の枠はこうして使いたい」とか、全部調整してくれる。基本的にはケアマネジャーに扇の要になってもらって、そういったところの連携をはかっていく。そういうのをなるべく広い範囲内で顔の見える関係を作って、お互いが会話しやすいような環境を作るとのことぐらいしか、今現状とすれば解決策はないのかなという気がしている。

司会

- ・うちの圏域に関しては、顔の見える関係はこういった会を続けていけば、できるかなと思う。さっき言われたように大分市全域とかになると、なかなか難しいので、その辺が課題だろうと思う。

薬剤師

- ・医師が話していたように、要はケアマネジャーと思っている。例えば薬局に来た人に関して言えば、その人が介護認定を受けているかどうかは本当にわからない状態。ただ月に1回、保険証の確認というのは薬局でもしないといけない。その保険証に、「ジェネリック薬品と希望します」みたいな紙が貼られていたりするが、そういった介護認定を受けている人の、包括の連絡先だったり介護保険事業所の連絡先みたいなものをシールで貼ってもらえたら、こちら都合だけど、服薬の観点でおかしいなと思う人がいたときに助かる。

3グループ

司会

- ・先ほどの2事例の報告を受けて、皆さんが苦勞した点や苦勞したことで工夫した点などを聞きたい。

介護士

- ・先に質問を。先ほどの薬局の事例発表で、服薬タイミングの見直しというところで、『10時点』から『3時点』への見直しという意味がわからなかった。その説明をお願いしたい。

司会

- ・10回あったのが3回になったという、『回』に読み替えるのでよい。

介護士

- ・1日に10回の服薬があったということ？

薬剤師

- ・『10 時点』という内容がよくみえないが、10 種類の薬剤があったという意味にもとれるのかなど。服用の時点で『10 時点』というのなかなか難しいので、もしかしたら毎食直前の薬、食後の薬とか、インスリンが就寝前とかで、それを1個ずつカウントして、『10 時点』ととらえているのか…？ちょっとこの資料だけでは定かでないのが難しいが、もしかしたら食直前の薬、食後の薬、就寝前の薬、それに注射剤ということで、『10 時点』というカウントしているかもしれない。

介護士

- ・それが10回だと大変なので3回に減らして、最終的に1回に減らしたということ？

司会

- ・そういう認識。
- ・認知症かと疑いがある人や気になる人について、事前にアンケートをもらった時に、気にはなっているが、自身の機関の中である程度対応している、どうしたものかと思っただけのまま他機関に相談・連携したほうがいいかなと思いつつ、なかなか繋がれないでいる、というアンケート結果が多くみられた。そういうふうな体験が皆さんにあるか聞いてみたい、共有したい。

医師

- ・当院の診療の形式上、認知症の人が最初から来ることはそんなにない。高血圧とかで長年かかっていた人が、物忘れがひどいとか、家族からの指摘で、認知症じゃないかということが多々ある。薬をだすことはもちろんできるが、初期の段階の正確な診断というところ、長谷川式簡易知能評価スケールとかCT画像とか、いろんなことで正確な診断は必要のため、できれば専門科の医師に一度診察してもらってという事を心がけている。当初どこの医師に紹介したらいいのか、どうやったらスムーズに行くのか、確かに困った事もあった。何とか近くの医師と協力して、診療しているという状況がある。

薬剤師

- ・現在勤めているなかで、認知症の人と直接何件もということはないが、何年か通っていた人が、徐々に話に錯語がでてきたり、実際に受診をしている中で、医師から「最近運転が怪しいから、家族に薬を取りに行ってもらっています」という話を聞く。実際にこちらからフォローをするとか、他の同じ圏域の人のところに連絡をするというのは、なかなか相談がしづらい。
- ・あとやっぱり、年齢の高い人にそういった話をすると、気分を害されてもう来なくなるという事例も、この薬局ではないけど、過去に働いていた中であった。実際相談をするタイミングで、患者や家族にどのようなアプローチをしていけばいいのかというのは悩むところ。

介護士

- ・職場での話でなく地域の話になるが。健康推進員として地域で係をやっている時の話で、最近コロナのことがあり、今まで外に出ていっていた人が外に出歩けなくなって、認知面の低下がみられている。今まで普通に生活していたのに、最近言動がおかしいとか、言葉が攻撃的になったとかいうことを相談された事があった。地域で見守るしかないのかなと相談されたので、地区の包括支援センターに相談してみてもどうか？と

提案したことがある。コロナで外に出なくなった高齢者が多く、認知面の低下がみられている感じがある。

司会

- ・通所の介護士という立場で、認知面が気になる人がいればケアマネジャーに連絡をすることが多いか？

介護士

- ・普段と違う様子や言動がみられるようになったら、すぐにケアマネジャーや包括支援センターに連絡をして、相談するようにしている。

介護支援専門員 A

- ・今、認知症があり、主治医からも精神科を受診したほうがいいという話をしてくれているが、本人が拒否して、そこから全然進んでなく、最近易動性とかも出て、家でも困っているという症状も出ている人がいる。家族が病院側へ情報提供をうまくできないため、受診の立ち合い、主治医に相談して、どのように進めていけばいいのかなど。そこ（精神科）に行って、そこからどうしていこうかなど考えている事例がある。

介護支援専門員 B

- ・私が話をしようとしていたのも、同じ内容になるが先ほどの介護支援専門員 A の話のように、専門医につなげていくことの難しさというのを感じている
- ・あとは圏域外になるが、包括支援センターから要介護になったということで担当の引継ぎを受けた人がいた。包括が担当していた時は、権利擁護班、認知症疾患センターと連携をとりながら対応していた。私が引継ぎ、介護保険のサービス利用につなげ、多事業所が支援に入るようになった。そういった複数機関との連携が、包括、居宅だからというわけではないが、連携のとり方の難しさというのを私自身がその人の件では感じている。権利擁護班との連携が取りづらかったり、取れていなかったりというところで、サービス利用には繋がって生活自体は安定しているが、認知症という症状が少しずつ進行していく中で、次の一步に踏み込むタイミングでだったり、もう少し進んだサービスでしっかり支援ができたらなという想いがあったも、なかなかそこに進めない。もっといろいろな機関と連携をとっていかないと、そこには踏み込めていけないのかなという、連携の難しさというのを感じているところ。

介護支援専門員 C

- ・私も他のケアマネジャーと同じ悩みや経過で事例を担当している。認知症の人に1日3回薬がでていますが、医師に飲めないということを理解してもらったり、飲ませるためにヘルパーや関連の事業所と共有したり、話しあったりしている。実際連携がとれたとしても、認知症の進行を緩やかにしていくという薬を飲むということの難しさを、周囲の人に理解してもらうにはどうしたらいいのかなと思うようなことがよくある。
- ・薬局の事例もあったが、特に訪問看護が入る事も大切だし、薬剤師が携わるのも大切だが、本人自身が理解できない中で、どれだけ情報の共有を細かいところでしていけるかっていうのが…。1人でケアマネジャーを初めて約1年目で、同じ法人の中に事業所があって連携していくのと違って、そういう共有していくとか、連携をはかるということの難しさを感じている。

長寿福祉課

- ・認知症についてだけど、介護士が話していたように、今コロナの影響で、運動教室、サロンだったり、そう

いった地域の方が休止することによって、参加者が出歩くのをやめようと思わなくなってしまうことで、認知症のような症状がでてきているような気がするという話を、会の代表者から聞いたりしている。

- ・それと、先ほどの薬の飲み忘れの件についても、長寿福祉課と多職種が連携する会議がある。その会議の中でもそういった話がでてきて、昨年度に一度、『薬の飲み忘れを防ぐためには』というアセスメントの視点を整理しようということで、話をする場があった。残薬問題をどういった形ですすめていくのかという事は、検討しながら行っているので現在進行中である。

司会

- ・そのアセスメントを誰がどのようにすすめていくという事で協議しているか？

長寿福祉課

- ・それぞれの職種が利用者に対応する中で、薬が余っているとかそういうところを気づくアセスメントのポイントを各職種で一度出し合って、「こういう視点がある」という事で整理をした。

司会

- ・どの職種でも使えるアセスメントツールができあがれば、活用されるツールとして共有される。
参加者から頂いた意見をとりまとめて3回シリーズで、多職種が有効になるような連携の方法とか、困った事例の共有の仕方とかを、3・4・5月でつめていければなと思っている。今日は実際に困っていることを共有するという事でスタートし、服薬がもう少し見える化されて、どうしていけばいいかという視点で医師にどう相談していくかというところもあった。サービス利用先があれば、自然とケアマネジャーにもつながっていき、ケアマネジャーを主軸にしながらか動くという流れは、介護関係のまとまったルートかなと思う。
- ・服薬と困った事を関係者が見える化していない。1人の人の断片的な服薬の視点とか、デイケアに来た時、ケアマネジャーが訪問をした時に、ある程度断片的に気づいた事があっても、それが共有されていない。その人の生活全般においてどこが困っているのかというのに関わる人たち全てが、困りごとを共有できていないかもしれない、と思った。自分があつた時に気づく、何か困りごと気づく段階で共有できれば、役割分担して、「自分たちにはこの困りごとは解決できるね」ということができると思う。先ほど話していたように、同じ法人ではやりやすいのではないかと、1人でケアマネジャーだと、なかなか普段の関係性がとりにくいから相談しにくいという話かと思う。介護支援専門員Cの話もそういった話の流れでよかったか？

介護支援専門員 C

- ・訪問から帰ってきて、事務所に、誰か他職種の人がいるということが以前はあったので、「今日こんなだったよ」とかが、リアルタイムに話せることができていた。今は連絡をとるといっても訪問をしているとなかなか…。じゃあFAXでしようと思うが、その日のうちにとというのが、仕事に追われて、お互い訪問にでていると連絡がとりあえないままに日数が過ぎてしまったりとか。簡単なようで、なかなか簡単にできない事が増えてしまっているのは、自分の責任かなとは思っている。そういうところがなくはないかなと。

司会

- ・テーマとして、リアルタイムの共有というところまでできそうな感じ。思っている間にケアマネジャーもいろいろしなければいけないという中で、抜け落ちていってしまうこともあるんだろうなと思った。
- ・服薬の相談という点で、医師に聞きたい。ケアマネジャーや家族から、といっても家族からこういった相談

があることは想像がつきにくいですが、服薬をなるべく減らしていきたいとか、そういう相談はあるか？

医師

- ・確かにある。薬によっては夕方に飲んだ方が良い薬であったとしても、できるだけ可能であれば一包化とか、朝に統一するとか。家族や薬剤師の相談を受けたりする。できるだけそういう共有というのをスムーズに連携してもらえれば、自分達もそういった形でやっていきたいと思う。

司会

- ・医師からリアルタイムに、ケアマネジャーに連携することも含めて、思いついた時に連絡とればなと思うようなことがあるか？

医師

- ・家庭の状況とかを聞きたいと思うことは正直ある。薬を飲んでいるとか。その時に誰に相談したらいいのか、即座にわからない。そういうところで、もうちょっと円滑に、スムーズな連携が必要と思う。

司会

- ・来られている患者が介護の認定を受けているかどうかとか、誰が担当しているか、まずわからないところから関わるということ。薬剤師は？

薬剤師

- ・やはり1日3回の薬は飲みづらい。特に昼は飲めないとかがあるので、変更ができるものは相談して、1日1回とか多くても2回のものに変更するとか、そういうところがあると思う。あとは年齢があがるにつれて、複数病院にかかる人が多いので、以前も、2カ所3カ所かかっていた、もう手に負えなくなってきたからどうにかしてほしいと。家にある残薬を全て持ってきて、薬局で全部の数を数えながら、用法なども調べて、その中で一包化して渡すということも、年に何件かある。年齢があがるにつれて多くなっているかなと思う。

司会

- ・相談に来るのは誰が多いか？

薬剤師

- ・本人、あとは本人の子ども。同居の家族というのものもあるし、何パターンかあるけど。あとは週に1回、家族が通って、タンスの引き出しから薬が出てきたと持ってくる事もある。

司会

- ・来ている人が介護保険を受けているとか、ケアマネジャーが担当でいるかとかがわかるか？

薬剤師

- ・介護保険については、定期で通っている人であればわかる人もいるが、ケアマネジャーが誰であるか、連絡先まではわからない。

司会

- ・例えば、「こういう風な連携方法や共有があればいいな」とか、ヒントもでたと思うけど、こういう点に気をつけたいなということがあれば伺いたい。
ケアマネジャーと医師が連携した事例は？相談が医師にあって動くことがあったとか？

医師

- ・元々かかりつけの人が介護認定を受けて、ケアマネジャーの仲介を受けたことがあった。月ごとに情報を手紙でもらったりすると、実際の生活状況とかがよくわかるからいいなと思う。
一回 FAX でもらって、その後文書を郵送でくれている。

司会

- ・医師が一度 FAX でもらったのを見て、それを判断しつつ？

医師

- ・判断しつつ、内服の変更とか考えられることがあれば、その内容を書いて FAX をしているという方法をとっている。

司会

- ・診察の合間の中での動きになると思うが、手間としては？電話があることもあるか？

医師

- ・事前に FAX を読んで、次の時にその内容を確認するということになる。
- ・電話は今まであまり経験がない。

司会

- ・これまでの連携をどうするかという話題の時に、医師にどうアクセスするのかというのが毎回テーマであがってくる。それで支障のない時間の電話がいいとか、メールがいいとかあったが？

医師

- ・スムーズな連携というのが、今の事例でもわかるように一番大事だと思う。こちらもできるだけスムーズに、診療情報提供等をしたい。電話で出ない場合は、さっきみたいに FAX で確認事項などを言ってもらえれば、早目ということで頭においていく。

司会

- ・今のところで、ケアマネジャーから直接連絡がくることがあるか？

薬剤師

- ・今、うちの薬局で1人在宅の担当をしている。その人はケアマネジャーからの相談でスタートしたと思う。私が担当してない時だったので、どういう経緯かは定かでない。いろいろな医療機関、同じ医療機関でもたくさんさんの科に雇っているので、飲み忘れ、服薬のアドヒアランスが悪いので、薬を一元化ができないかとい

うことでスタートしたと思う。

司会

- ・薬局間で、服薬が重なった時とかがありそうだが、そういった連絡はとりあうのか？

薬剤師

- ・薬局間での連絡はなかなか少ないと思う。基本、お薬手帳等で重複が確認された場合は、直近の持って来た医療機関の医師に疑義紹介をかけて、他院で処方されているのでと、処方削除してもらうパターンが多い。

司会

- ・現状では、お薬手帳で把握できる範囲という感じになるのか？

薬剤師

- ・お薬手帳で把握できる範囲もあれば、手帳がなくてわからないという時には、薬局というよりは、処方元の病院に直接連絡することが多い。

4グループ

司会

- ・医療と介護の視点から日頃困っているようなこと、各医療機関・事業所がどのように工夫されているのかアイデア等あればお伺いしたい。

医師

- ・いつも心掛けていることは、複数照会があり、忙しくて担当者会議等に参加ができないため、FAXで照会が来るが、時を移さずに答えるように気を付けている。ただ、いろいろなケースがありいつも同じ文面であるが、何が知りたいのかなど想像しながら記載している。介護保険の申請（新規・変更）では、時々急に来ることがある。どのポイントで介護申請が必要になったのかわからない。申請の理由を説明してもらえると記入しやすい。申請に至った経緯がわかると非常にありがたい。

薬剤師

- ・認知症の診断はわからないが、現在担当している人で物忘れがひどくて服薬しており、服用回数が少ないものや簡潔で済むようにまとめて主治医へ提案している状況。
関わるケースが現在少ないので、今日は勉強ができればと思う。

介護支援専門員

- ・インスリンの自己注射を毎日しないといけない利用者がいて、ヘルパーが訪問看護で支援に入ってもらって自己注射の促しをしてもらっている。なんとかインスリン注射は定着してきたが食生活が乱れてきて、血糖値が一番低くても140、高い時は320ある人で、この先生活が困難かなと思う。認知症状があり食事に関しても「大丈夫、できている」と話すので、支援の介入が難しい。担当当初から困っている。

生活相談員

- ・デイサービスなので、直接病院の先生に連絡することがなく、ケアマネジャーに報告して連携を取ってもらい、情報共有している。困っている人の事例については、皮膚状態が悪く病院受診をしてもらえない。家族の支援もないため、訪問看護の提案をするがなかなか応じてもらえず、治療に時間がかかってしまう人がいる。そういう時に早く受診をしてもらえたらと思う。改善、悪化を繰り返すので、スムーズにいかない。良い対応があれば教えていただきたいと思う。

訪問看護師（病院）

- ・病院併設の訪問看護。認知症の人に限らず、訪問看護利用の人を対象に、高齢者の独居の人は受診時の医師の説明をしっかりと受け止めきれないとか、患者の病状をきちんと伝えられないことがあるため、訪問看護がフォローすることで患者と医療の連携を中継することを心掛けている。
- ・また、薬について認知症の人が薬局に薬を取りに行くのを忘れていたりするケースは、訪問看護が薬局に薬を取りに行き、自宅に届けるということをやっている。

司会

- ・報告を聞き、病院組織の中で連携が上手く取れているようにあるが…。

訪問看護師（病院）

- ・できる限り訪問看護が、医師の方に出向いて情報共有するということを心掛けている。

司会

- ・日頃連携していて、介護保険はケアマネジャーに情報が入るような流れになっているが、医療は医師が主体となり、医療保険の枠組みの中でオーダー、処方し動いていると思う。各サービス事業所、医療機関のスタッフの連携で横の繋がりの情報が難しかったりすると思うが、あるといいなと思うものがあれば。

医師

- ・先程の事例でもあったように、実際に薬を出してどんな感じで飲んでいいのか、どこの病院からどんな薬が出ているのかわからない。薬局から報告が入り、服薬状況を教えてくれる。報告を聞き、服薬の時間を下げたり、飲んでいない薬は患者に必要なから、昼を抜いて朝、夕に変更するという話はある。今回、認知症と薬に関してだが、現場の状況をいかに医師たちに伝えてもらえるか、そういう流れが必要かなと思う。例えば、薬局からでも良いし、薬を飲ませるときのキーパーソン（ヘルパー、訪問看護）でもよいが、この患者に関し薬の状況をどう医師に伝えるというような、介護との連携をケアマネジャー中心に意識の統一があり、関係者が問題意識を持ち、薬局が入っていたら薬局がまとめて医師に提案する。そういうルールがあると、例えば薬に関してはここに相談すると良いというもの。医療と介護の連携のなかで、認知症の人の薬剤の管理に関して、ひとつのルールが枠組みであれば我々は動きやすいかなと思う。

司会

- ・貴院のお薬手帳に薬剤情報が記載されていると思うが、診察において、お薬手帳を確認することはあるか。

医師

- ・時と場合によってだが、この患者は上手くいっているようであれば、そのまま様子を見ることはある。怪しいなと思った際や、患者から新しい薬をください等の話があった際には薬が重ならないようにお薬手帳を確認する。問題になっていない限りはお薬手帳をきちんと確認しない。

司会

- ・薬局はお薬手帳を扱うことが多いと思うが、複数医療機関を受診し、薬も処方されているなか、重複する薬を発見したりするものなのか。それとも、オーダーをされた部分を処方するのか。

薬剤師

- ・調剤については、医師から診断名が出て薬局が薬を準備するのが通常の流れになる。他の病院から処方されている薬を見て同じ薬が被ってしまっているようであれば薬剤師で判断をして疑義照会というかたちで医師に提案することが多い。それ以外で医師に薬のことで報告することがあまりない。お薬手帳を医師が確認し薬を処方しているときには、そのまま薬を出したりすることもある。たまに医師も想定していない、薬を飲んでいない、味が美味しくない飲んでいなかったなど患者から確認したら、レポートとして記載し逐一医師に報告するように心掛けている。
- ・患者によって、お薬手帳を病院ごとに作らないといけないと思っている人がいて、その情報を医師に報告することもある。

司会

- ・場合によっては、わからないことがあったり、薬が被ったりすることは多いか？

薬剤師

- ・自分が関わったケースではそこまでないが、お薬手帳を持参していても見せていなかったということがあり、医師の処方が被っていることがあり疑義照会というかたちで連絡させていただいたことがあった。

司会

- ・一括した共有できるツールというものが医師会のなかで提案等されているのか？

在宅医療・介護連携支援センター

- ・現在取り入れているツールもあり、医療機関に普及していないということで、見直しをしている状況。新たにツールを入れるのかは具体的になっていない。現段階で伝えにくいですが、連携ツールは検討している。

司会

- ・Zoomの検討会もインターネットを活用して共有でき、いろいろな話ができたり、今まで考えられなかった技術でいろいろと照合できたりするのかなと思う。
現状、介護保険の分野で医師とのやり取りを行う中で介護支援専門員が工夫していることはあるか。

介護支援専門員

- ・医師から意見をいただきたい時には、利用者の定期受診に同行することがある。時間が取れない時は文書でFAXさせていただき文書をいただくことがある。

司会

- ・訪問看護ともやり取りをよくすると思うが、文書等で行うこともあるか？

介護支援専門員

- ・訪問看護師とは電話で直接が多い。

司会

- ・通所では、利用者が一日利用されるなかで、薬の件で相談員に相談があったり、これは気を付けないといけないとかはあるか？

生活相談員

- ・薬の管理ができていない人は、訪問看護、薬剤師が介入していることが多い。受け入れをしていただけない人もおり、独居で家族の支援もなく、ヘルパー、デイサービスで訪問した際に確認している。利用の時に薬カレンダーを確認し、飲めていなければデイに持っていき飲んでもらう。訪問看護が導入できない人は、ヘルパー、デイで工夫して対応している事例は多いようにある。当事業所はスタッフ全員で関わっている。

司会

- ・比較的人数は多くない？そこまで関わらないといけない？

生活相談員

- ・見えない部分もあって、受診を勧めても受診してくれない。本当は薬を飲んだ方がいいが、受診していない人が隠れているのではと日頃対応していて思う。

長寿福祉課

- ・現場にいるわけではないので、いろいろな会議に参加し、事例を検討することがある。先日の会議でケースによると思うが、薬局と連携ができており、薬の飲み忘れや薬を捨ててしまったりと問題行動のある人で、一包化含め、袋に色を付ける、線を引く等で特別なものとして提示すると上手くいったケースを聞いた。他職種の人と話をする中で、ケースごとに違うその人にあった対応法で改善できることがあるのかなと思った。私たちの知らない中で様々な工夫の仕方があると会議を通して気づくことがある。

司会

- ・病院では、先ほど内部について話を伺ったが、外部とのやり取りはどうか？

訪問看護師（病院）

- ・例えば、薬局に関しては患者宅で多数残薬がある場合にはそれを回収してもう一度使っていただくような配慮をしたり、一包化の薬に日付を書くことは非常に有用と思う。残薬確認をして次回の処方日にはこの日から日付を入れてくださいと細かな調整をしている。薬局も私たちが訪問看護の対象と思っている人の情報は情報を事前に持って、「この人の訪問看護に入るんですね、大変ですね」と薬局の薬剤師から言われることも多く、連携が必要だと日頃から感じている。

司会

- ・連携ツールはソフト等があり足並みが揃わない？

在宅医療・介護連携支援センター

- ・実際ツールを取り入れている医療機関もあれば、そうでない医療機関もある。医療機関によって意見が違うので上手く擦り合わせができていないのが現状。

司会

- ・使用しているツールは？

在宅医療・介護連携支援センター

- ・カナミック。取り入れている医療機関も多くないと聞いているので、それに代わるものを普及させるのか大分市とも協議をしている最中。

医師

- ・自院も以前カナミックを取り入れていた。2、3人の共通の患者で使用し、他の訪問看護、ヘルパーとやり取りしていたがフェードアウトしてしまった。医師会に話を聞くと、いまいち普及しないとのことで症例も増えないので離脱しましょうかとなり、今は自院はやっていない。診察室で電子カルテを見ながらすぐはできないため、別のところに移動してパソコンの前で打ち直さないといけない。そこが一番の欠点かなと。時間的なものと手間がかかる。その改良が進み良いツールができると良い。