

第5回大東圏地域連携検討会 報告

- 1 日時 令和元年 11 月 12 日（火） 19：00～20：30
- 2 場所 昭和電工ドーム大分 会議室 B1-408、参加者 37 名
- 3 内容
 - (1) 大分市在宅医療・介護連携推進事業について(大分市連合医師会)
 - (2) 大東圏域について(地域包括支援センター)
 - (3) 講話「在宅における高齢者の救急医療の問題」
講師：つぎき循環器・麻酔科クリニック 院長 津崎 建 氏
 - (4) グループワーク
大東圏域の医療・介護連携について
「独居高齢者の在宅生活を支えるには」

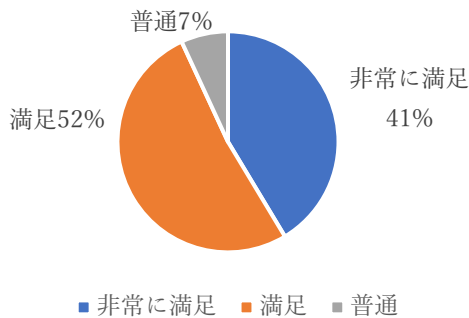
4 参加者数（37 名）の内訳

職業別参加人数

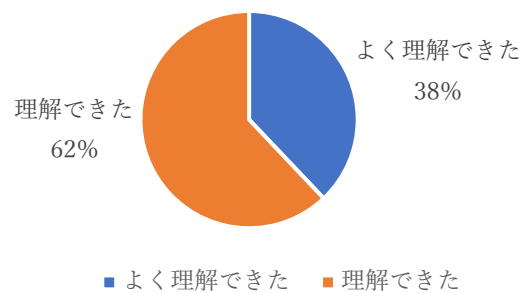


5 アンケート集計結果（回答者 29 名）

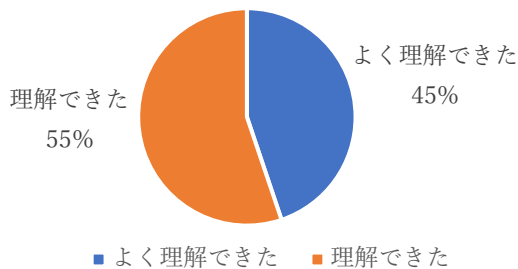
1.本日の検討会について



2.グループワークについて



3.大東圏域について



問1. 本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。

- ・いろいろな部署の人と話ができてよかった。(介護事業所関係者)
- ・いろいろな意見があり良かった。(看護師)
- ・色々な情報が聞けてとても良かったです。(介護事業所関係者)
- ・課題の共有が出来た。(医療機関関係者)
- ・グループのメンバーから率直な意見が出てそれを聞くことができた。別の職種の方の意見が聞けてとても勉強になった。(介護支援専門員)
- ・救急に対する共有の認識ができた。(医師)
- ・救急医療へのつなぎと現場の看取りの問題の難しさがよくわかりました。エンディングノートは元気なうちに気軽に記入できるよう啓発していくとよいと思います。(薬剤師)
- ・良いグループワークができたと思います。(介護支援専門員)
- ・ACPについての話が聞けて良かったです。(介護事業所関係者)
- ・薬剤師さんや歯科など普段関わらないような方達の話の話をきけて良かったです。(介護事業所関係者)
- ・医師からの立場、救急時の対応、エンディングノートの活用など、意見で出たことは参考にしようと思いました。(介護支援専門員)
- ・他職種の方の意見を聞くことができて勉強になりました。自分が何か役に立てたのか？はよく分かりませんが…。(薬剤師)
- ・他職の方と意見交換ができたので。(介護事業所関係者)
- ・自分だけでなく、さまざまな職種の方の悩み、課題を共有することができた。それに対しての意見交換もでき、とても勉強になりました。(リハビリ専門職)
- ・意見が出しやすい検討会でした。津崎先生が良かったです。ありがとうございました。(看護師)
- ・地域医療介護に関わる他職種が顔を合わせて話をすることができ、とても良い機会だと思います。(リハビリ専門職)
- ・本人の意思に関わるすべての人が理解してあげることが必要だと感じました。(薬剤師)
- ・他職種の方の色々な事例を聞くことが出来とても勉強になりました。情報共有の大切さ、地域連携により高齢者がより良い生活を過ごせるようになると良いなと思います。(介護事業所関係者)
- ・地域の方との顔が会えてとても助かりました。(介護支援専門員)

問4. グループワークについて

- ・いろんな人の話を聞いて良かった。(介護事業所関係者)
- ・沢山の意見が出たので良かった。(看護師)
- ・緊急の対応の事例はあまり出なかった。ACPを考えることは今後大切になると思いました。(保健師)
- ・1人1人の問題が聞け、それに対してさまざまな意見が聞けて良かった。(介護事業所関係者)

- ・皆が話し合いに参加し意見交換できた。(保健師)
- ・いろんな職種の方のご意見が聞けて、とても参考になりました。(介護支援専門員)
- ・色々な方の話が聞けて良かったです。また先生の貴重なお話が聞けよかったです。(介護福祉士)
- ・他職種の方の対応の仕方など、話が聞けて良かったです。(介護支援専門員)
- ・色々な意見を聞けてよかったです。(介護事業所関係者)
- ・(緊急時)在宅訪問時、まずは救急車を呼ぶこと。又、救急隊への情報提供カード作成について等、伺えて良かったです。(介護支援専門員)
- ・今現在仕事をしている中で普段関わりのない職種の方の話が聞けて良かった。(介護事業所関係者)
- ・他職種の話(考え方)が聞けてスキルアップにつながりました。現場に活かしていきたいです。(リハビリ専門職)
- ・もっと色々な事例を聞いてみたかったです。デイケア、デイサービス等同じ事業所同士のグループワークの時間も今後参加してみたいです。(介護事業所関係者)
- ・主治医の変更を希望された時の先生へ伝える方法。(介護事業所関係者)
- ・皆、困っていることは同じようなので、これをまとめていく。(医師)

問5. 医療介護連携について知りたいこと、学びたい内容について

- ・医師と介護の連携じゃなく家族との関りについても知りたいです。(介護事業所関係者)
- ・共通のマニュアル、ガイドライン作成について。(医師)
- ・顔の見える関係作りから一歩先の連携と話されていたのでとても興味がありました。(介護支援専門員)
- ・在宅医療にかかわっている先生の話、事例を交えての講演も聞きたい。(介護支援専門員)
- ・もう少しマニュアルを見直したいと思います。(介護事業所関係者)
- ・緊急時の対応について。(介護事業所関係者)
- ・介護、医療それぞれが何を学びたいと思っているのか知りたい。(医師)

問6. 今後、顔の見える連携を行っていくにはどういう方法が良いと思いますか。(検討会への要望、日頃の連携における問題点や解決策などをお書きください。)

- ・具体的な事例に基づく事例検討会。(保健師)
- ・具体的に成果を出す取り組みに発展できたらいいと思います。(医療機関関係者)
- ・今回のように他職種の人たちが集まる検討会や勉強会があれば良いと思います。(薬剤師)

6 グループワーク協議内容

(1) 1グループ

緊急時の対応、困った事

グループホーム

救急を呼ぶ時———家族の取り決めが必要

判断に迷う

かかりつけ医

意識の有無、レベルでの判断

救急隊への
情報提供カード

準備しておく

救急車搬送時

提出すると便利

訪問看護

身寄りのない方の救急——119へ

死亡していれば警察に

家族の人

嘔吐下痢 かかりつけ医窓口 OK——動けなくなった人 めまい発症

↳救急車呼ぶ

↳病院は受け入れしてくれなかった

↳病院の受け入れに難した

↳症状によって搬送先の病院は変わる

(2) 2グループ

高齢者救急に関して困った事

- ・施設で看取って欲しい→実際に悪くなった様子を見てやっぱり病院に等聞き取りを事前にしても急に考えが変わることがある。それもかなり悪くなってから。
- ・有料老人ホームになると看護師が常時いるわけではない。そういうことを家族が必ずしも理解しているわけではない。
普段いない家族が出てきてモメる。

普段からの家族との関係性が重要

- ・エンディングノートにどれだけの効力があるか？本人が記入していても家族が強く反対したらどうすればいいか…。
- ・家族としては出来るだけ延命してほしいという希望がある。
- ・ALS 患者本人、胃瘻絶対しない！→最終的には造設した。
机上で考えていても変わりえる。

・助言する方も怖い部分がある。

・医師からの説明、言葉は大きい。

・認知症の理解が段々と普及したように、終末期 } の事も国レベルで広めていく必要がある。
ACP }

在宅介護

・今は様々なサービスがあるので本人の希望をかなえることもできるので頼って欲しい。

医療 }

・その反面、絶対的にサービス } 資源が足りていない部分もある。

・今後は医師も外来のみではなく、在宅医療で外に出ていくようになるのでは、時代的に。ただし効率を考えれば患者側が1ヶ所(医療機関)に集まった方が絶対いい。そういう政策的に矛盾もある。

- ・エンディングノートの内容をどこまでの範囲の人が知るべき内容か？家族だけの部分、医療・介護スタッフまで知っておくべき部分。

(3) 3グループ

救急医療で困った事

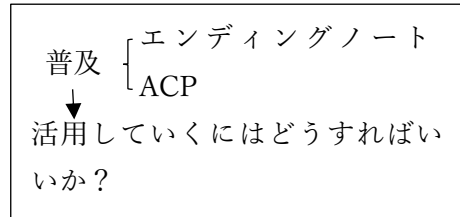
- ・ ACP がどこまで浸透しているのか？（医師）

皆で知る必要がある。

最後が近い時に ACP 確認する。

- ・ 訪問看護師はマニュアルがある。

予後 { 呼吸
食事



愛媛のたんぽぽクリニックが作成しているリーフレットを使って患者さんには説明している。

- ・ ACP、エンディングノート（理学療法士）

医師がいないので活用したい

担当者会議等、家族も含めて話をしたい。記入したい。

せん妄、低血糖のリスクのある方がいる。

基本のケア手順もある。

- ・ 送迎の時に倒れていて意識がなかった。（介護士）

救急車が来るまでの間、動かしていいのか、どうかわからない。

独居の方どうしていいかわからない、連絡体制を整える必要。

先生の判断を仰ぐが自分達がどうすればいいかわからない。

- ・ 隣が病院（介護士）

対応マニュアル有。

マニュアルどおり出来るか不安（新しい職員も入るし…）

月1回は見直し勉強会をしている。

- ・ キーパーソンの病識がない

いつも見ている人と、たまにきている人と意見が違う。

(4) 4グループ

- ・ 看取り

話し合いを重ね家族や関係先との連携

何度も話し合い、本人の性格 ↔ 看護師との 信頼関係。

土台となる

看護師 ↔ 家族のトラブル、状態悪化時に起こる

↳ 気持ちのくみ取りが難しい。

短期間で行わなくてはいけない。

- ・ デイサービス

情報共有、終末課題、本人が最後に何を望むのか。

家族、関係機関と話しあう。

最後 点滴

延命治療に
なるのか…

医師は必要ではないのでは…との判断でも

家族は何かして欲しい…と（目の前で亡くなっていく、苦しんでいる家族を見ていて辛い）

医師は先々が見えている、家族との温度差。

- ・下肢切断 一刻をせまる判断。

(5) 5グループ

緊急時の対応

- ・夜間帯になると救急車で運ばれる（何度も）。日中のバイタル OK（訪問看護師さんより）。訪問看護を入れていたが、家族が救急車を呼んでしまう。本人が苦しいと言うのであわてて呼んでしまう。医師は「救急車で来てください」とのことだった（家族談）。
- ・薬などで新しい薬が出た時や大丈夫かなと不安になった時、どうしたらいいのかなと思う時がある。

通所施設

- ・リスクの高い人（看取りの人）
予め主治医と連携を取り、緊急時対応については家族とも取り決めている。
自宅に迎えに行き急変時の時は救急車を呼ぶようにしている。
- ・安心ポット（竹田市??）を置いてみてはどうか？
（既往歴など本人の色々な情報を書いたもの）

薬局

- ・最近来ないと思っていたら入院していたなど、後になって分かる事が多い。
元気になって戻ってくることや、薬を取りに来ないと思っていたら亡くなっていたなどが多い。

歯科

- ・急変時に関わることは、ほとんどない。

薬局

- ・残薬がいっぱいある人に対してなかなか踏み込んで入っていけないこともある。
（患者さんのプライド）
- ・心配している人がいるも、どこに相談したらいいのか分からない時がある。（地域包括?）勝手に相談していいのか分からない。
↓
- ・介護支援専門員が付いている人であれば、気になるのであれば、どんなことでも相談してほしい。（介護支援専門員）
- ・咀嚼や入れ歯のこと、嚥下のことで気になることがあるも、歯科につなげられない。なかなか行こうとしない。

(6) 6グループ

緊急時に困った事

リハビリ専門職

- ・低血糖よりリハビリ時にレベル低下があり様子観察が必要となる。
- ・ホーム入所者 躁鬱で躁状態となり入院する。退院日に亡くなる。

看護師

- ・DNAR 指示の患者さん。1週間前、施設から食事中に意識が飛ぶと相談を受ける。チアノーゼ、SpO2 測定不能、往診に出向く。返答はある。本日から食事が取れていないため15時に点滴行う。無呼吸になり連絡がある。クリニックの医

師が救急当番であったが患者の診察後に往診、看取りになる。その間、施設の方は側で見守るしかなく不安だった。

デイ

- ・日常的に意識喪失する利用者はいる。マニュアルで医師に連絡して医療につなぐ。クリニック併設のデイケアのため医療にすぐつなげる。医師の指示が受けられるため助かる。一番心配なのは送迎に行ったときに意識喪失等おこると気になる点。
- ・医療知識が乏しい家族？で脳梗塞や骨折で受傷した際に、受診や救急車を呼ぶくらしいの状況にある事が分からないご家族がいる。
- ・キーパーソンと他家族間で医療方針が異なり決定に時間がかかる。