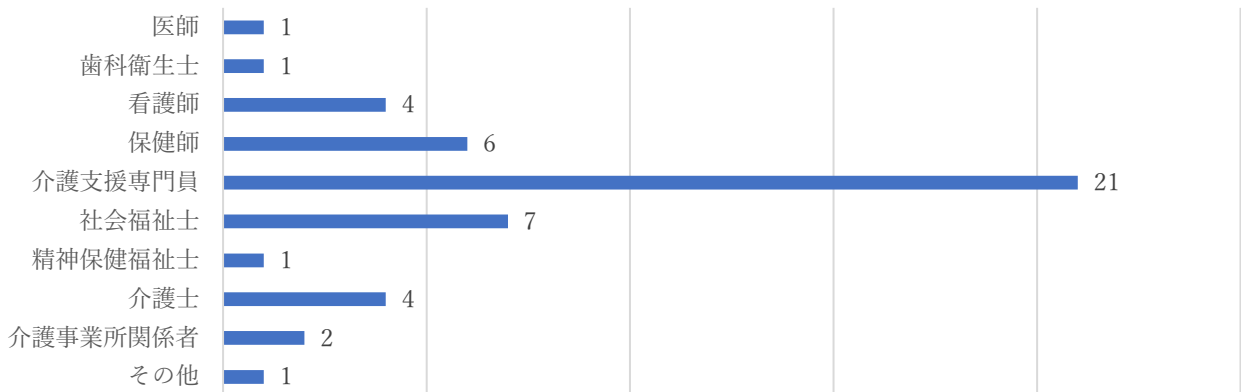


第4回植田東圏域 地域連携検討会 報告

- 1 日時 令和元年7月24日(水) 19:00~20:30
- 2 場所 アルメイダ研修会館 5階 研修室、参加者48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) 植田東圏域の現状と地域包括支援センターの役割について(植田東地域包括支援センター)
(3) グループワーク
①事例紹介
②植田東圏域の医療・介護連携について ~事例を通して考える~
「高齢者の入退院時の連携について」

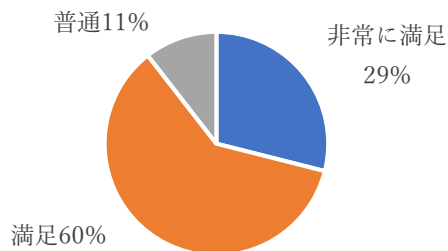
4 参加者数(48名)の内訳

職業別参加人数 48人

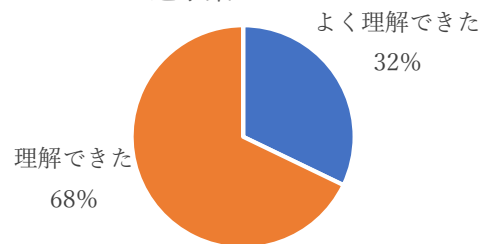


5 アンケート集計結果(回答者38名)

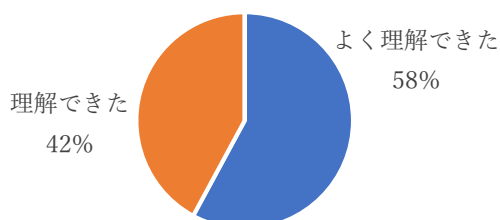
(1) 本日の検討会について



(2) 大分市在宅医療介護連携推進事業について



(3) 植田東圏域について



問1.本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。（意見抜粋）

- ・顔の見える関係作りが出来たと思います。（介護支援専門員）
- ・多職種の立場での意見交換は満足しましたが、困難事例の対応方法等の検討もして欲しかった。（ホームヘルパー）
- ・それぞれの職種の立場からの意見を聞く事ができ勉強になった。（介護支援専門員）
- ・ソーシャルワーカーさんがどんな情報を必要としているのか等、日頃伺えない事が聞けたので良かったです。敷居はまだ高いですが確実に話や相談をしやすくなっています。（介護支援専門員）
- ・病院サイドから必要な情報は何かなど聴けて良かった。（介護支援専門員）
- ・病院側と在宅側の立場の違いで情報提供の希望の内容がわかった。（看護師）
- ・地域の医療機関の方が少なかった。もう少し現状を知りたかった。（介護支援専門員）
- ・本会の重要性が理解できた。（医師）
- ・医療施設からの考え、ケアマネジャーサイドからの考えの違いに気づかされました。（看護師）
- ・大分市在宅医療・介護連携推進事業のお話がもう少しあると良かった。（社会福祉士）
- ・話がしやすい雰囲気だった。顔が見えて良かった。各機関がどのようなことを入退院時に気にするのかわかって良かった。（社会福祉士）
- ・多くの職種の方から、どう考えているのかを聞く・知るが出来ました。（介護事業所関係者）
- ・多職種の意見が聞けて良かった。大分市の情報共有ルールが活用できてきて、ずいぶん連携をとりにやすくなっている。実際できている。（看護師）

問2.・問3. 円グラフのとおり

問4.グループワークについて（意見抜粋）

- ・医師の意見が聞けて、とても参考になった。（介護支援専門員）
- ・多職種の方が感じていること、連携していく上でお互いが欲しいという情報を交換することができた。（介護支援専門員）
- ・退院サマリーを頂ける基準とかがあるんでしょうか？（介護支援専門員）
- ・個々の職種の方が考えている問題点など少し理解できた。（医師）
- ・新しいグループワークの形は良かったです。（社会福祉士）
- ・もう少し少ないグループ人数の方が良かったかな。（介護支援専門員）
- ・週末に退院が決まり、退院してしまっていることもあるので、すべての患者さんのケアマネジャーに電話できているわけではないです。（社会福祉士）
- ・進行担当者がいたことで意見を出しやすかったのではと思います。まとまった意見で分かりやすかったですが人数が多くて、グループ設定としては検討しても良いかと。（介護支援専門員）
- ・Aさんの入院中のご主人の生活が気になる。ショートをずっと使って限度額オーバーしないのか？ 姪の家でも面倒を見られないのか？（介護事業所関係者）

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（意見抜粋）

- ・病院のソーシャルワーカーはとても迅速に連絡をくれます。（介護支援専門員）
- ・退院前カンファレンスに参加した時、事務所の立場にあった。現状（ご本人の）可動域等の詳しい事も聞けると支援時の不安がなくなると思います。（ホームヘルパー）

- ・医療との連携を図る際のスムーズな方法。医師側からこういう形でケアマネジャー等と情報交換していくツールの提案をしていただけるとありがたい。（介護支援専門員）
- ・今後も本会に参加し連携について学びたい。（医師）
- ・民生委員とケアマネジャーの関りについて（看護師）
- ・事例があると解りやすかった。（介護士）

問6. 今後、顔の見える連携を行っていくにはどのような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。）（意見抜粋）

- ・毎年こういう機会を開催していただきたいと感じました。（介護支援専門員）
- ・認知症でデイなどサービス拒否する方が多くて、てこずっています。（介護支援専門員）
- ・事務所ごとの意見交換も含め多職種での検討会も良いのではと思います。（ホームヘルパー）
- ・相談員さんが困った事例、スムーズだと思った事例等、参考になるので教えてください。（介護支援専門員）
- ・病院側が連携で困った事例をテーマにした検討会を計画してほしい。（介護支援専門員）
- ・介護保険のことを理解していない医師も多いので今後の医療連携を深めていくためには、このような場に参加して頂けると良いのではないのでしょうか。（介護支援専門員）
- ・患者情報の形式が同じであれば見やすいので同じ様式にできないでしょうか？居宅の電話番号の用紙に記載があると分かりやすいと思います。（看護師）
- ・高齢者のてんかん。（医師）
- ・今日のようなグループワークがよいと思います。認知症をテーマにして欲しい。（介護支援専門員）
- ・今日ぐらいの人数で、指名・挙手でいろんな方の意見や考えを聞きたい。（介護事業所関係者）
- ・事例紹介（うまくいった例、いかなかった例）を聞きたい。（看護師）
- ・事例検討会を開いて欲しい。（介護士）

6 グループワーク協議内容

(1) 1グループ

①Aさんに関わる専門職として、誰とどのような連携をとりますか？

(介護支援専門員)

- ・緊急連絡者の姪にすぐに連絡。→連携室、本人の状態把握。
- ・キーパーソンに一番に連絡し大まかな様子を尋ねる。→連携室で詳細＋治療計画。
- ・夫の状態についてキーパーソンの姪と相談し対応。
- ・上記の3項目を動きながら地域の民生委員
- ・デイサービスに連絡し、入院必要物品等の準備（夫のフォロー）

(デイサービス)

- ・Aさんがいなくても夫が一人でデイに通えるようにする。
- ・Aさんの病気の状況をケアマネに確認、Aさんの通所していたころのバイタルなどをケアマネへ情報提供。
- ・夫の生活、食事、内服等についてケアマネに確認。

(小規模多機能)

- ・夫が自宅でできないことに対して訪問・通所で支援

(診療所)

- ・Aさんから夫が一人で生活できるのか状況を聞く

- ・場合によっては夫も入院させる（社会的入院）方法もある。

(病院)

- ・入退院時情報共有ルールによりケアマネと情報交換。
- ・夫については本人、姪から情報をもらってショートステイできるか
- ・退院後のサポート体制の確認（姪）

◎入院時に担当ケアマネがわからないことがあるのか？

- ・本人、配偶者がわからなくても家族がわかっている。(病院)
- ・地域包括に問い合わせるとつながってくる。(病院)
- ・最近家族からより先に病院から入院連絡が入る事が多くなった。(ケアマネ)

②Aさんと関わる専門職として、退院に向けて誰とどのような連携をとりますか？

(介護支援専門員)

- ・本人の状態を把握するために病院への連絡。姪に夫の様子、退院後の生活について聞く。退院後の通院のためかかりつけ医に病院から連絡する。
- ・家族を交えて自宅退院か施設入所か検討しサービスの調整。
- ・病院に行き看護師、医療ソーシャルワーカーに退院後の生活の確認。

(ホームヘルパー) 自宅退院と仮定

- ・ケアマネから本人の状態を聞き、支援回数、内容を調整。
- ・まずはケアマネからの情報。

(デイサービス)

- ・退院前カンファレンスで情報共有し、大まかな方向性を検討。

(連携室)

- ・キーパーソン、ケアマネと退院日の調整。
- ・退院前カンファレンスの開催。

(診療所)

- ・主治医からケアマネや家族に連絡し面接、情報共有する。

◎急な退院連絡で何が困る？

- ・入院前とちがうのか状態把握ができないことでサービスの調整が後手になる。
- ・必要なサービスの調整ができない。
- ・ADLが変わりそうな場合は本人の状態把握のため入院中から頻回に連絡を取るようになっている。

◎急な退院はどう決まる？

- ・主治医の判断で家族・本人が了承した時。
- ・ADLが落ち着いている人は、すぐ退院できる状態。

◎退院前カンファレンスの対象基準は？

- ・サービス調整が必要、ADLの変化のある人。

◎連携の取りやすさ

- ・連携室のある所は連携をとりやすい。ない所は院長（主治医）になる場合あり。医師によっては連絡を取りづらいことがある。

◎ケアマネが持っている情報で入院時に病院が欲しい情報

- ・本人と家族の意向（フェイスシートでは見えないこと）

(2) 2グループ

Aさんに関わる専門職として、誰とどのような連携をとりますか？

◎どういう連携をどことするか

(介護支援専門員)

- ・医療機関担当看護師、ソーシャルワーカーと連携しムンテラ（患者や家族に対する病状の説明）に参加可能であればしたい。
- ・Aさんの入院手続き後、残された夫の介護を姪ができるのか、できないようであればショートステイ先を探すなど夫の状況を落ち着かせてからAさんの病院との連携をとる。

◎受け入れ側として必要とする情報は何か

(ショートステイ)

- ・既往歴、キーパーソン、近隣とのつながり（夜間の徘徊や眠剤の服用など姪の知らない状況があるかも）今までにショートステイを使ったことがあるのか、今まで使っていたサービス

(病院)

- ・家族背景についての情報。（姪だけなのか、意思決定を本人ができるのか、服薬、発病など）
- ・日常生活のADL。入院時に本人、家族の意向がわかっていると入院と同時に退院後の生活に向けて考えていくことができる。

(デイサービス)

- ・退院後にまた利用できるのかなど退院時の状態が欲しいためケアマネと連絡を取っている。

(医師)

- ・患者情報をケアマネやホームヘルパーがたくさん知っていたりする。ケアマネが知らないことをデイサービスが知っていることもある。日常的にどのような形で医師と連携したら良いのか？
- ・他の病院での処方などの情報（薬が重複して処方されていることはよくある）
- ・入院したという情報を知らせて欲しいが、かかりつけ医以外に情報はもらえるのか？
→家族から情報が入ることもあるが、ケアマネからは必ずしも伝えてはいない。
- ・この地域は高齢者が多く認知症の方も多いが、全てを把握するのは難しい。

Aさんに関わる専門職として、退院に向けて誰とどのような連携をとりますか？

(ホームヘルパー)

- ・入院する前と同じ状態なのかをケアマネに確認し、ケアマネ、家族（姪）と毎日の支援内容を決める。

(介護支援専門員)

- ・病院の連携室があれば担当の方と退院前カンファレンスをもってもらい参加させてもらう。
※退院が急に決まったことを知った場合は動けない。入院前の状況とプランに変更がなければ良いが、状況の変化を把握しないとプランの見直しや、住宅改修など対応できないのでプラン検討の時間が欲しい。

(施設)

- ・姪の負担が増加してくるによりストレスによる介護放棄にならないかなどが気になる。

※※※訪問時に救急搬送を要する場面に遭遇した場合はどうするか？

- ・救急車に同乗できるのか？→乗れないので救急車の後ろに付いて行く（ヘルパー）
- ・夜間で医師と連絡の取れない時→担当者会議にて家族を含め話し合い、主治医の指示を仰ぐルールを作っている。（優先順位を決めている。）

- ・搬送先→主治医に聞く事もあるが救急隊員の判断。

※病院間での連携があると夜間など主治医と連絡が取れないときにどうするかルール化されやすいのかも。

※※※情報について

(介護支援専門員)

- ・連携室に情報を送って誰に届いたのか分からなかったことがある。

(病院)

- ・情報は送って頂ければ担当を決めて対応する。
- ・入院したばかりで担当が決まっていないときに状態についての問合せをされても対処が難しい。

※※※キーパーソン

- ・病院、ケアマネ共にキーパーソンを押さえることが重要。
- ・身寄りのない方の同意書は誰が書くのか？→自治会長が手続きしてくれたケースあり。