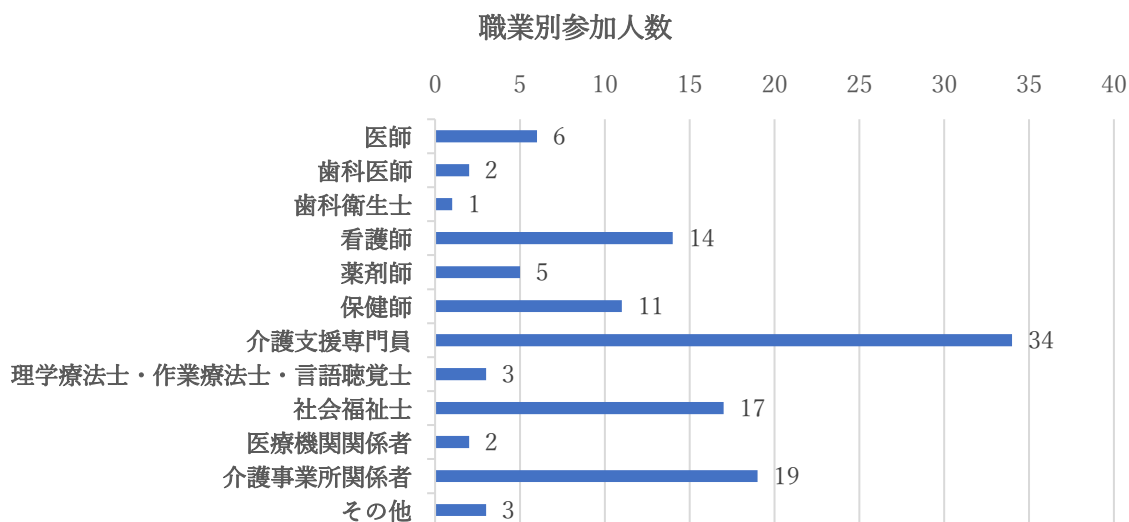


令和元年度植田・植田南・植田西圏域合同地域連携検討会 報告

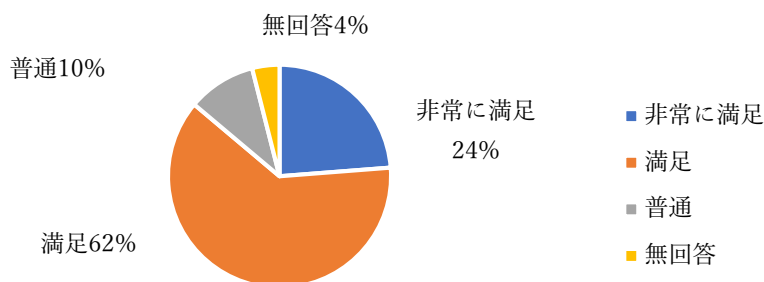
- 1 日時 令和元年 10 月 17 日（木） 19：00～20：30
- 2 場所 植田市民行政センター 大会議室、参加者 117 名
- 3 内容（1）大分市在宅医療・介護連携推進事業について（大分市連合医師会）
（2）講話「訪問診療開始時における医療介護連携のポイント」
講師：ハートクリニック 院長 小野 隆宏 先生
（3）グループワーク「安心して在宅医療を受けるためにそれぞれの立場でできること」

4 参加者数（117名）の内訳

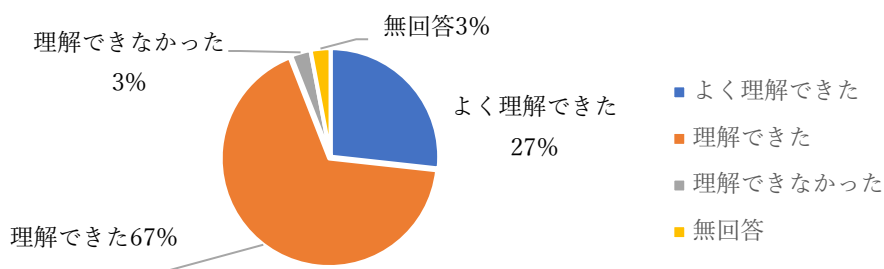


5 アンケート集計結果（回答者 101 名）

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



問1.本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。

- ・現場の様子が良くわかりました。(保健師) ・近隣の施設との顔合わせが出来た。(リハビリ専門職)
- ・親しく話ができ良かった。時間がもう少し取れれば。(医師)
- ・実際に訪問診療をされている医師の話聞いた。(保健師)
- ・多職種の方と顔を合わせて意見交換できたので良かったと思う。(看護師)
- ・様々な業種の方々の意見が聞けて良かったです。医師との連携の難しさを感じました。情報、共有、伝達を多職種でどうやっていくか。多職種連携がどれだけ大事か実感しました。(介護事業所関係者)
- ・他の医療機関の話を知るのは有意義だった。(薬剤師)
- ・する事に意味がある、今後も1か月に1回はやるべき。(社会福祉士)
- ・大分市の圏域の意見交換をしてみたい。医療の研修も参加してみたい。(介護事業所関係者)
- ・皆さんとお話ができ、顔が見える関係が一步進んだと思いました。(保健師)
- ・今かかえている精神疾患利用者の訪問診療をするうえでの良いヒントをグループワークで頂けた。(介護支援専門員)
- ・担当者会議の必要性を改めて感じる事ができた。利用者、家族の関係を大切にしたい。(社会福祉士)
- ・やはり顔を合わせて意見を伝えられることは大切だと思いました。お考えも分かるし次につながります。(介護支援専門員)
- ・専門職の方々の歯科への思いを知る事ができた。(歯科医師)
- ・在宅医療における視野が広がった。(介護支援専門員)
- ・事業所、職種を超えて話できた事が良かったです。(介護支援専門員)
- ・周囲の状態を知れて現状はどの様になっているのかが分かりました。(リハビリ専門職)
- ・医師の参加が多く、様々な意見が聞けて良かった。(介護支援専門員)
- ・他職種との間で多くの情報をとる事ができたと思います。もっと時間が欲しいと思いました。(看護師)
- ・他職種の方々の意見が聞け、思いもよらなかった事もありました。(介護支援専門員)
- ・顔を合わせた事のない方々と話せて良かったです。(介護支援専門員)
- ・色々な知らない事が学べた。(歯科医師)
- ・各職種の役割もどうした方がいいのか分かった。(看護師)
- ・他の圏域の事業所の方々ともつながりができて良かった。(社会福祉士)
- ・他職種からの問題点を聞く事ができた。(医師)
- ・地域の多職種による連携づくりが出来ることに満足です。(介護事業所関係者)
- ・他職種の方々の話が聞く事ができ、困っていることの話ができて良かったです。(看護師)
- ・医師や看護師の方の話、話題が聞けた。(介護事業所関係者)
- ・色々な職種の方の話が聞けて大変良かったです。(介護支援専門員)
- ・医師が多く参加しており話の内容がとても参考になった。(医療機関関係者)
- ・たくさんの方の参加で驚きました。多くの方が関わっている事を改めて感じました。(看護師)
- ・他職種の立場が良く分かった。(介護支援専門員)
- ・他職種の立場からの意見が聞け、とても勉強になり良かったです。顔見知りになれることも良いと思います。(ホームヘルパー)
- ・他職種の困りごとや積極的に取り組んでいることが見えてとても有意義な会だった。(介護事業所関係者)
- ・普段は顔見せする機会がないような職種の方々と出会うことが出来て良かったです。(薬剤師)
- ・改めて訪問診療における講話を聞いて良かったです。(看護師)
- ・様々な立場の方と話ができ良かった。(介護支援専門員)

問2. 円グラフのとおり

問3. グループワークについて

- ・多くのお話を聴かせていただいて非常に勉強になりました。（介護支援専門員）
- ・もっと気軽に尋ねて欲しい。（医師）
- ・他職種の集まりでそれぞれの立場での話が聞けて良かった。（ホームヘルパー）
- ・他職種の意見や各施設の思いが聞けて良かった。（リハビリ専門職）
- ・医師の意見を聞くことができ良かった。（介護支援専門員）
- ・テーマ以外の事についても意見交換できたので良かったと思う。（看護師）
- ・施設関係者ですが、先生や介護支援専門員さんからどんなことを求めているのかをもっと知りたかった。多職種の方のそれぞれの意見を聞くことができ大変楽しかったです。医師の話の聞けるのは大変参考になります。（介護事業所関係者）
- ・楽しくグループワークが出来たと思います。（介護事業所関係者）
- ・介護保険についての知識が乏しく奥が深いと感じた。各職種で考えている内容を聞いて参考になった。（作業療法士）
- ・日々忙しい業務の中で伝えなければいけないことを簡単に早く伝える方法、現在カナミックを使用しているがいまいち稼働できていないと感じる。（介護事業所関係者）
- ・薬剤師の薬について、OTCへの取組みについても話してみたかった。（薬剤師）
- ・グループワークはもっとテーマを集中させた方が良いと思います。（医師）
- ・大変勉強になりました。訪問とは違う角度の他職種の意見を頂けて良かった。（ホームヘルパー）
- ・相談を聞いて頂いて良かったのですが、今後どのようにつなげたらよいか疑問が残った。（ホームヘルパー）
- ・具体的に今抱えている件を話し、他の職場の方々や医師の立場からの意見を聞けて良かった。
- ・他職種の方々との交流の場を増やしてもらいたいです。（介護事業所関係者）
- ・情報の共有が大事なことがよく分かりました。情報を知るための共通のツールがあればいいなと思いました。（保健師）
- ・他職種と話す機会があり、とても良かった。あまり話せなかったのもっと色々聞きたいと思った。普段話すことのない方々もいて楽しかった。（社会福祉士）
- ・他職種の方と話しあえ、アドバイス頂くのが自分以外の意見で嬉しかったです。
- ・伝えること、上手に状況を伝えられるようになりたいと思いました。（介護支援専門員）
- ・グループ毎に医師がいなかったため医師側の意見が聞きたかった。（薬剤師）
- ・医師と直接お話しできる機会は、やはり貴重だと思いました。（介護支援専門員）
- ・これからもこの機会に参加して行きたいと思いました。（看護師）
- ・知識として知らない事もありとても充実したグループワークでした。（介護支援専門員）
- ・お互いの問題点も一致する所も多かった。どうしたら良いのかの対応の仕方も分かった。（看護師）
- ・介護の現場の方々の声が聞けて良かった。（医療機関関係者）
- ・楽しいグループでした。次回も参加させていただきます。（看護師）
- ・病院から退院する時に予備の内服（発熱時、抗生剤）の処方ができないか。（看護師）
- ・本人が納得して施設に入居している人、していない人。薬剤師の方の話。（介護事業所関係者）
- ・同じデイサービスの方の意見が聞けたら良かった。（看護師）
- ・医師の話や多職種の方の話が直接聞けて良かったです。（看護師）
- ・連携づくりに積極的に参加していきたい。（介護事業所関係者）

問 4. 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

- ・介護保険担当者会議、照会内容様式を統一してほしい。（介護支援専門員）
- ・連携は大切なことと思いますが、医療と介護お互いどんな情報が必要なのか、どうやったら情報交換がしやすいのか本音を知りたい。（介護事業所関係者）
- ・介護支援専門員や訪問看護ステーションなど具体的に何をを行っているか医師に何を求めているか知りたい。（医師）
- ・在宅医療・介護連携支援センターがもっと活動できると良いと思います。（介護支援専門員）
- ・退院する前に病院からの連絡は施設にあるべきなのか？（介護支援専門員が付いていない人）
- ・どうやったらスムーズに連携がとれるのか、そのツールがあると良い。（介護支援専門員）
- ・ターミナル期の事。（介護支援専門員）
- ・連携のとり方をどのような手順で行えばいいのか勉強したい。（介護支援専門員）
- ・求められている訪問歯科診療について。（歯科医師）
- ・日常必要な連携を取っているのも毎年このテーマですが何年たっても平行線なのかなと思います。（社会福祉士）
- ・施設の分類と機能が知りたい。（医師）

問 5. 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。

- ・成功例、失敗例などから自分の立場でどう動くか考え共有できると良いのではないのでしょうか。同じ目線で考える機会を大切にしていきたいと思います。（保健師）
- ・もう少し小規模でもいいですから頻回に行った方が良いかも。（医師）
- ・研修会等で顔合わせできる機会があればありがたい。（保健師）
- ・このような会に参加し必要性を学ぶこと。訪問看護の医療と介護の区別、出来る事と出来ない事、医療費について。（介護支援専門員）
- ・今日のような連携会がさらに増えたらと思います。（看護師）
- ・各法人や事業所の紹介を入れても良いのでは…。（社会福祉士）
- ・全員でアプリを作ってアイパットを持つと良いのでは？（介護事業所関係者）
- ・このような研修を頻繁にして頂けると顔の見える関係になるとと思います。（介護支援専門員）
- ・腹を割って話し合える場作りが大切かなと思います。（歯科医師）
- ・今日のようないろんな職種が組合わせてグループワークするのは、とても勉強になりました。（看護師）
- ・認知症ケアについて連携が図れる仕組み作り。（介護支援専門員）
- ・つながり作りだと思います。（社会福祉士）
- ・情報の共有を簡単にしていく事が大切だと思いました。また医師の往診に同行できる機会があればリアルタイムで話ができるので増やしてほしい。（薬剤師）
- ・①ACP ②ポリファーマシー ③「食べる」を支える。（医師）
- ・ネットワークシステムが今後の重要課題。（医療機関関係者）
- ・事例をもつての検討会があれば良いかと思います。（介護事業所関係者）
- ・会を重ねていく、頻度を増やしていく。（社会福祉士）
- ・欠席者がいるのはいかなものか？（薬剤師）

6 グループワーク協議内容

「安心して在宅医療を受けるためにそれぞれの立場でできること」

(1) 1グループ

- 病院
- ・がんを発見した時点で末期の場合は時間が短い。
 - ・医師の紹介状が出て訪問診療を入れるまでの調整に時間がかかる。
 - ・スムーズで密な支援ができる体制。訪問診療医の顔が見えない。カンファレンスへの参加が少ない。
 - ・外来の医師による訪問診療が難しい現状もある。

介護支援専門員

- ・入院後施設に行くケースが多い。
- ・病院側が訪問診療の医師まで調整してもらえることが多く助かる。
- ・有料老人ホームは出入りしている医師に来てもらうことが多い。
- ・本人の受診が難しく皮膚科医師に来て欲しいとの要望があるが、内科医師に来てもらっている状況。様々な診療科の医師がいると助かる。

有料老人ホーム

- ・入所中の方で通院する方もいる。

歯科医師

- ・他職種からつながったことはない。自ら連携していくことが大切。
- ・外来患者は高齢化しているが通院できなくなった際どうなっているのか…。
- ・介護者の疲労が蓄積している状況。誰に相談したらよい？

↳相談は介護支援専門員 or 地域包括支援センターへ

行政保健師

- ・市民から窓口を知りたいと言われた際には地域包括支援センターにつないでいる。

地域包括支援センター

- ・通院は可能だが、本人の思いこみ（精神疾患あり）で訪問診療希望。内服も管理できていないが通院がいいのか、往診がいいのか？

↳診療報酬の兼ねあいもあるが精神科も内科も診れる医師に往診してもらう。

医師の得意な分野が分かるとこちらも紹介しやすい。

↓

大分市在宅医療・介護連携支援センターが情報を整理して周知してくれると良い（裏情報としても）。ホームページに掲載すると医師は得意分野だけを書くという感じにはならないかも。

(2) 2グループ

介護支援専門員 1

- ・末期がん等大病院での積極的治療から在宅へ切り替えの際、どの様に寄り添いプランニングしていくか、アンテナを張る事を意識している。チームでどう向き合うか、最後どのようなチームケアで1つになれるか。情報共有し、がっつりスクラムを組む努力をしている。

介護支援専門員 2

- ・退院前カンファレンスができない状況で来週退院。「ベッドがいる」から始まる相談、そこから申請が始まるケースもある。
- ・本人・家族がどのように過ごしたいと思うかは様々なため選択肢を持って相談、医師、

看護師、薬剤師、ホームヘルパー等

- ・医療面は専門職に任せレスパイトやケアは介護支援専門員などが担うと説明すると分かりやすい。
- ・「もう少しこうして欲しい」などの要望の時、専門職に関わってもらうための橋渡しが出来ればと思う。ターミナルケア 2 週間ぐらいの支援で終わる事もある。後悔はして欲しくない。本人や家族が納得できる形をつくっていききたい。

薬剤師

- ・退院前カンファレンスに出席したことはない。
- ・担当者会議に出席することはない、照会もないかな。有料への訪問指導は行っている。

病院言語聴覚士

- ・週 1 回の訪問リハビリ（医療・介護）etc…。担当者会議になかなか参加できない。↳訪問看護ステーションから行く。
- ・食べること、発声など最後までリハビリを希望されることあり。できる限りのことをやっていきたい。

介護老人保健施設社会福祉士

- ・退院前カンファレンスを行うが医師までの参加が出来ていないのが課題。

介護支援専門員 1

- ・医療系サービスは必ず医師の意見をいただくが、あまり積極的でない医師がいることも事実。本人が嚥下訓練を希望していても医師はデイケア等での身体機能アップをすすめられる。言語聴覚士のいるデイを紹介するが…。

介護支援専門員 2

- ・本人家族が希望しても医師の「いらんやん」の一言で終わる事も。
有料に入る事で主治医が変わる、今までの医師との信頼関係があるので反省。
医師にいきなり電話をするのは難しいので間にワンクッション訪問看護師さんが入ってくると家族も安心する。緊急性のある方は訪問看護導入が望ましいが家族の同意が困難なこともある。

保健師

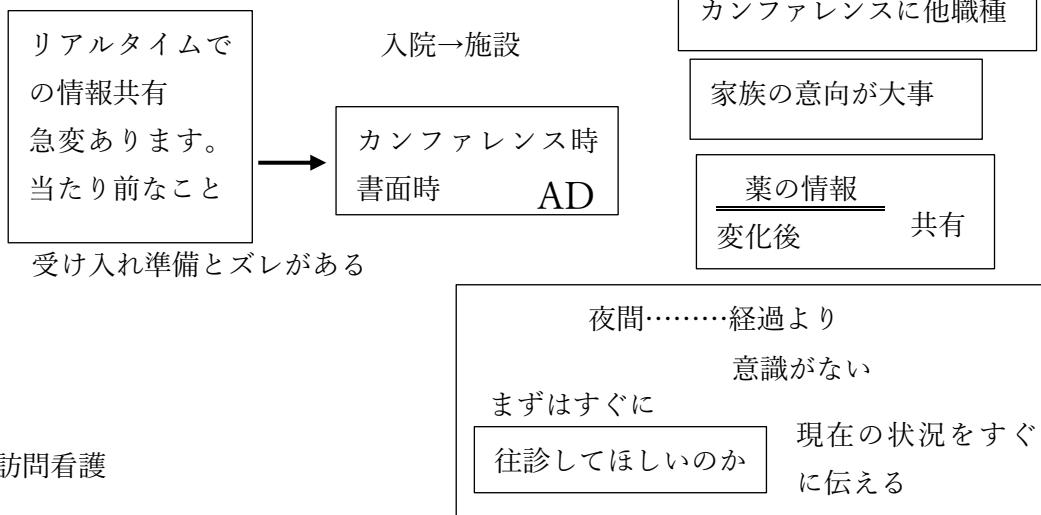
- ・利用者の状態を共有することが必要。

介護支援専門員 1

- ・在宅医療を行う上で訪問看護がポイント。 ⇒ 必要性高い

(3) 3グループ

・施設



入院→在宅

退院前カンファレンスが大事

迷ってるんで（相談です）



入院中

キーパーソン
独居



息子様、娘様

……在宅に戻って思いと違った
家族、本人が安心して在宅で過ごせる

受け入れる家族が
どこまで

※望んだ答えなのか、望んでいない答えなのか
(在宅) (追い込まれた在宅) (入所等)

・介護支援専門員

いろんな思いで話をされるが
こちら側と本人、家族
家族が理解していただけるかを探りながら

複数の職種情報共有

・望まれず（追い込まれた）在宅



まず家族が追い込まれ、本人が追い込まれる。
家族と、本人との関係性等もしっかり把握。

・認知症だから意思表示できないと判断せず

家族だけの意思

・医師との情報共有……担当者会議、診察同行。

1 回決めたんだ
から…ではなく
次のパターン



方向転換できる
柔軟性が大切

(4) 4グループ

訪問看護師

- ・在宅でのターミナルケアを希望されて退院されたが緩和（疼痛コントロール）が上手くいかず病院に戻って亡くなられてしまった。

医師

- ・在宅医療に関わることがない。
- ・実際に救急にいる時に運ばれてきて救命したが家族にこんなはずじゃなかったと言われたことがある「風通しの問題」。
- ・開業医で在宅医療（24 時間での対応）は実際大変、家族のサポートもないとできない。
- ・カナミックなどのネットツールで情報共有が図れるのは良い。

介護支援専門員

- ・退院前カンファレンスにみんなが参加するのは難しい所。
- ・家族の力がなくても医療・介護がもっとしっかりしていれば在宅に戻れたケースも多々あったのかな。二か所の在宅医が関わる事を知った。
- ・吸引が必要な方の夜間対応にも限りがある。

介護老人保健施設 SW

- ・介護老人保健施設の場合は看護師が必ずいる。
- ・カナミックの限界、タイムラグ。ケアセンターでは入浴をするために皮膚状態などの情報

共有をしっかりとできたらいい。

介護支援専門員

- ・訪問看護師の訪問頻度が多く調整をとりにくいことなどが大変。

(5) 5グループ

困ったこと

重度な方のショートステイの相談（胃瘻、吸引）

↳受けてくれるところがないため困っている。新規での受入れ、不安が大きい（家族も、施設も）※家族の経済的な問題や、交通の便も関係している。

デイや施設の送迎→急変の不安（携帯型の吸引器の準備）※退院時には細かい状況まで確認カンファレンス

- ・伝えて終わりではなく、色々な質問を各事業所からされると、状況が見えて不安が少なくなる。※本人や家族が不安になるようなカンファレンスにしないように。
- ・病棟でしか仕事をしたことがないスタッフは何の情報が在宅で必要なのか分からないため、入院中の状況やADLを伝えてもらう。
情報が足りないため事前に看護サマリーを依頼しないと来ない。積極的に確認していく。
- ・病院毎に、在宅支援をしたことのある病院かどうかで対応が違う。

退院に向けての指導

- ・吸引やオムツ交換等の状況等聞きづらい。
- ・退院前カンファレンスや介護支援専門員さんに確認していくと情報がとりやすい。
- ・介護支援専門員さんがキーになるケースが多い。

訪問診療を → 要支援だと回数や枠が限られる。

介護で入れないか

- ・特別指示書等の色々な条件を理解していない。
- ・介護度に応じてできる事、できない事があるのを知って欲しい。

連携室があるか、ないか ・看護師さんに聞いても分からない。

(6) 6グループ

導入の際の連携方法について、困っていること、疑問に思うこと、期待など

看護師

- ・家族が直接に医師の話や、やり取りを確認できる事の重要性。
- ・連れて帰って大丈夫なのか？不安？
こんな風に支える（24時間体制で）ので大丈夫ですよと話すことで安心感。
- ・顔の見える連携

理学療法士

- ・入院から在宅へ（中間カンファレンス、自宅訪問、評価をして退院前カンファレンス）つなぐことが大事。

ホームヘルパー

- ・どういう方が対象？
- ・在宅、促しても受診しないが血圧↑ タクシーで買い物には行く → 対象にならないか？
☆主治医意見書も難しい。

看護小規模多機能型居宅介護

- ・急な対応いきなり退院（夜間せん妄を理由に急な退院）

週末で情報もなく、受入れ側も準備、サービスの調整。

本人、家族の不安

大きな病院ほど土日が休み→誰につなぐ？

社会福祉士が不在時 急な対応

社会福祉士

- ・社会福祉士、ソーシャルワーカー、介護支援専門員のマネジメント力

(7) 7グループ

連携について困ったこと

医師・介護支援専門員等から電話で患者さんの問合せがあった時、カルテを見てわかる人と顔を思い出せないことがある。(診察に来てもらい、それ以降に指示書を書く) 主治医意見書は予診票を先に提出してもらう。

看護小規模多機能型居宅介護

- ・医療保険と介護保険の併用不可。在宅に帰った時は往診も訪問看護を受けられる。

有料老人ホームに入居

- ・主治医が変更になるため元主治医からの紹介状が必要。

骨折入院

- ・突然帰って来る(施設)。本人や家族が帰りたいたいと言えば止める理由はない(医師)。

(8) 8グループ

入所→退所 在宅

- ・入所にあたって医師が診療情報を書けない。まれに説明不足
- ・介護老人保健施設

元々の主治医との関係がこじれる→新しい所に紹介ができない。家族に説明し状況を理解してもらう。

入院 ・ターミナルが多い。自宅に帰る→在宅につなげる。

- ・初めての方→1からアセスメントが難しい、理解が難しい。
その人を分からないままで亡くなる場合がある。

家族等、連携をつなげている。

- ・出来る事が限られている→指示を受けて動く。
- ・細かく指示があったので情報共有して対応出来た。
- ・緊急連絡先でも連絡がつかない時があった。
- ・介護支援専門員によって指示が違う時が困る。

薬局

施設 ・服薬管理に1か月に1回訪問しいつ飲んだかの確認をする。

- ・薬をとりに行ったのが介護支援専門員か家族か分からない時がある。
- ・残薬は介護支援専門員と確認していればもう少し早く確認がとれる。

介護支援専門員

- ・どんな薬を飲んでいるのか情報開示ができる。

外来 ・在宅だと判断が遅くなる。デイだと判断が在宅より早くなる可能性。

訪問看護師

- ・情報が来るのが早い(情報交換ができています)

(9) 9グループ

- ・情報(特に介護情報)少ない。介護度の記入が少ない。個人宅は情報収集に時間がかかる。
- ・サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームに診察に来ている医師が変わって来たりすることがあり後から分かることが多い。
- ・先生によってやり方が違う。複数の先生が入らない方がよい。
夜間の対応など決めているが、医師が変わるとそれも変わってくる
- ・退院前カンファレンスの時間の調整が難しい。
- ・連携がとれているとホームヘルパー入った時、訪問看護師にすぐに連絡して動いてくれるので助かる。ホームヘルパーには観察する目が大切。
- ・デイサービス中に変わったことがあれば介護支援専門員にすぐに連絡し情報提供する。
- ・担当者会議を行う際に医師に声をかけて良いのか迷う。医師にコメントを貰うのに気が引ける。コメントを貰う書式をそろえてほしい。

訪問診療を始めるにあたって

- ・がん患者さんの訪問診療に入ってもらった医師、看護師に良くしてもらった。本人、家族とのつきあいが長い分医師、看護師など伝えにくい事は自分が入って聞く。情報は関係者にしっかり伝える。先を見ながら医師の変更も必要。
- ・入院中の状況を細かく伝える。退院前カンファレンス前に心配なことなど事前に聞き取りカンファレンス時に話し合い共有、解決できるようにする。
- ・デイサービス中の変化は気付きやすい。
- ・介護支援専門員が出すぎても…。情報共有。
- ・地域包括支援センター→訪問診療になる人は少ない。

(10) 10グループ

介護支援専門員

- ・施設に入った時、訪問医が決まっている(誘導的な話しが多くなっている)。
入院→家(ターミナル)病院の退院前カンファレンスに医師が出席すると安心→退院後の対応について言ってもらえると安心。

地域包括支援センター

- ・在宅医療についての周知(どうやって知ってもらうかが大切)。

介護士

- ・連携のとりやすい医師の方が安心。

デイサービス

- ・家族のレスパイト。介護職にしかみえない事がある。連携が大切になる。
情報の共有が必要になるがカナミックは医師が決めないと他の人が入れない。

地域包括支援センター

- ・退院前カンファレンス…変更申請しても結果が出る前に退院してしまいサービスの調整が間に合わない。
- ・在宅医療についての情報が周知されていない。
- ・医師が誘導的。 ・情報共有が大事。
- ・カナミックなどのツールの整備。
- ・退院前カンファレンスに医師がいると安心。

(11) 11 グループ

困っているエピソード

通所リハビリテーション

- ・退院前カンファレンスに今まで呼ばれることはなかった。
直接会わないと分からないと思っていて介護支援専門員に退院前カンファレンスの場があれば教えて欲しいと伝える様にしている。
→段々と増えるように→利用前に打ち合わせもできるように。

介護支援専門員

- ・退院までの期間が短く準備が整わない。本人、家族の心構えが追いつかない事も…。
- ・退院前カンファレンスも大事だが、その前のプロセスも重要。実際バタバタしているのが現状で退院すればいいものではないため、対応としてショートステイの利用する等して自宅での準備を整えている。

地域包括支援センター

- ・病院の都合で退院する事例も多い。
在宅での準備が整っていないのに自宅へと促そうとする、対応が難しい。
連携が今一步及ばない事もある。

グループホーム

- ・認知症患者への関わり方や病院対応が大変。
グループホームに在宅からの入所の際、情報（これまでどのように生活していたのか等）がきちんとかない事がある。利用者が環境に慣れない事が他の利用者にも影響し施設内が不穏な空気になる。
- ・主治医との連携。コミュニケーションを取りづらいこともある、家族との関係性を作りつつ、利用者の状況を主治医に伝えるのは難しい。

クリニック看護師

- ・入院してから退院への支援をするように対応している。
周囲に無理を言って“早く早く”と言いがちだが介護支援専門員さんが本当に良く動いてくれる。地域間での連携を取れるような体制が整っている。

グループホーム

- ・看取りは、きちんと家族、医師、スタッフ間での話し合いが出来ていることで家族の要望や本人の状態に合った対応ができる。
- ・自分たちの行う介護に不安を感じる。医師がすぐに対応してくれる環境はありがたい。安心感が欲しいのは本人、家族、スタッフも同じ（何かあったら救急車を呼ぶのは違うような気がする）。 ※家族にもわかるように支援方針を決める、行っていく。

介護支援専門員

- ・入院してからの退院支援について
入院して2、3日で介護支援専門員が行っていいの？（すぐに状況をきけるものなのか、こちらから行って良いものなのか）
※入院中の治療やリハビリの状況が少しでも分かると今後の準備がやりやすいと思う。

(12) 12 グループ

困り事、疑問、期待

チームとしてできる事。

①訪問診療のタイミング

医師 かかりつけ医に相談し自分で診れないと言われた時。
本人 不満はないか、どう希望するのか？
 + 歩いていけるか？ ← 業務相談 医師を聞き取る
家族 例、末期がん 介護支援専門員、訪問看護師
 相談業務や意志の聞取りを介護支援専門員や訪問看護師が行う。

・ 歯科医師

往診について かかりつけ歯科医 可(否)

訪問専門医へ紹介：スムーズに移行できるよう連絡を図っている。

(13) 13 グループ

困り事

施設関係者

・ 家族不在、身寄りなし、家族への連絡不可などの緊急時対応

介護支援専門員

・ 本人は帰りたいと思っているが、家族が無理なケース。

入院時の医師の判断大（疾患の症状説明）

訪問看護師

・ 担当するが存命期間が少なすぎる例。

在宅導入のタイミング → 介護支援専門員のスキルが課題？

↳ 受診同席の有用性

自費サービス

ニード↑

家族の構成の変化によるもの多い。

救急車への同乗ケースあり（増加傾向）。

薬剤師

・ ターミナルで介入して以来、処方箋がストップ（情報は得られない）

・ 施設内での管理（介入法）

(14) 14 グループ

医師、定期の往診

・ 主治医意見書の情報。

予診票 もう少し情報があると良い。早く。長谷川式スケールもあると。

意見書提出の期限が短い。

介護支援専門員

・ 担当の方については細かく在宅での様子を書くようにしている。

・ 逆に主治医意見書が出ていなくて

連絡すると

病院は出している。	→ 認定が遅れたことがあった。
市役所は受け取っていない。	

デジタル化？郵送？

・ 予診票の書くところがもう少しあると。

- ・通常の診療だけでは分からないことがある。

医療保険のサービスを導入する時 主治医の意見を求める？

- ・何か事故があった時に気を付ける
- ・的を絞って 難しさ。
- ・計画書を医師に交付する義務がある。決まり。(関係性がないとびっくりされる)。
- ・訪問看護の導入にあたっては伝えやすい。

指示書を貰うにあたって→入る直前に緊急で呼ばれることがある。契約日以前に急変
訪問看護師 この日からお願いしますと伝えている。具体的な数値も書いて頂けると…。リハビリの内容等。

医師になかなか会えない

- ・電話でのコンタクトもなかなか取れないことがある。相談員で決まる。
- ・在宅だと比較的取りやすい。
- ・訪問看護導入時
前もって先生の意見を聞いている。なかなか会える機会がないため。
→退院前カンファレンスで詰める事が出来たら顔合わせで安心できる。

医師と訪問看護師さんとのやり取りはある。

出来る事、お互いの意見交換→現地で待ち合わせて診察に立ち会う。

(こういうことを医師に伝えてくださいね、と言っても伝わらないことがある)

在宅(市)の窓口：保険相談が主なので介護申請をどうしたら良いか…。

相談窓口がたくさんあると良い。

施設がたくさんあって見分けがつかないことがある。

(15) 15グループ

- ・困っていること

利用者の急変時：介護支援専門員と連絡が取れない、ご家族が息子さん1人しかいなくて連絡ができない時など。

先生に連絡するのを躊躇してしまう、なかなか連携出来ない。

- ・入所時(又は契約時の同意書に)緊急の時の対応をどうするのか決めておく。
- ・急変時にチェック表みたいなのを作っておくと慌てないで行動できる。
声かけして返答があるか、ケガをしているところがあるのか等。
- ・まず看護師さんが医師に躊躇して電話をかけられない雰囲気はなくすこと。

(16) 16グループ

介護支援専門員

- ・大きい病院で治療中に他でリハビリを行い自宅に戻ったがリハビリの内容しか情報が入らなかった。基礎疾患の治療や病状が全く分からずに困った。
- ・将来的に訪問診療をしてくれる医療機関を打診している。

サービス付き高齢者向け住宅

- ・主治医以外でも、その方に合う様な医師を看護師から紹介している。

薬剤師

- ・20名の在宅患者さんがいる。2週間に1回の訪問だが家族の協力が乏しいと電話がかかる度に訪問している。

- ・管理料以外の内容で訪問する事が多い、例えばトイレトペーパー買って来てなど。長いおつき合いの方だと患者家族からの電話（近くだから配達して）会った事のない医師の処方箋で動く。
- ・診察をしなくても伺う。ヘルパーさんと一緒に伺う。

介護支援専門員

- ・医師より訪問した時には薬がなかった。薬剤師からの報告がなかった例。

薬剤師

- ・患者さんの薬があるかどうか把握して処方がない時は医師へ打診する事が大切な仕事だと思っている。

看護師

- ・訪問予定表を作成し各方面との連携を取っている。急な予定変更で落ちていた事があった。

介護支援専門員

- ・退院支援カンファレンスは大切だが「明日退院」と連絡が入った事がある。
- ・在宅での看取り

(17) 17グループ

それぞれの立場でのこと

デイサービス

- ・本人の状態を知る事が出来ていない。
自宅やデイの状態把握できない。急変が多い。レベルも急だったり、徐々にだったりする。

薬剤師

- ・在宅をしている薬局が少ない。1つの薬局に人数（抱える人数）が多いと大変、もう少し薬局も在宅を増やしてほしい。多い時は毎日となり通常業務も大変になる。

連携室

- ・病院はバタバタしている。
- ・ソーシャルも在宅も中心に動くが日程調整も大変。どうやって動いたらいいなどアドバイスが欲しい。
- ・高齢者の方は在宅も多い。
- ・がん患者も増えてきていて在宅医へのお願いも多い。

訪問看護師

- ・在宅医であれば状態もすぐに報告しやすい。

施設

- ・半分は訪問診療
有料老人ホームは決まった医師が多い。
※その医師にしないといけないのかという気持ちもある。

エリアによって医師も違う。
認知症出ているので紹介してほしいが紹介状を出してくれない。医師や病院によって連携しにくい。1か所しかない病院の医師に断られると困る。
→大きい病院に紹介状なしでかかっている。
医師の協力がないと困る。

※薬剤師

- ・医師の往診時について行くとスムーズ。残薬のチェックもできる。

※訪問診療時→薬剤師には処方箋のみ

- ・医師の往診時は良かった。 ・薬剤師の訪問で状態悪化ある事もある。

※訪問看護は薬剤師との連携がとれるとすごく助かる。患者さんも安心する。

(18) 18グループ

困っていること

連携について

- ・情報を持っていても、退院時の連絡がつかない事がある（家族からの連絡で知る事がある）。

在宅医療での問題

- ・有料老人ホームに入る段階でその決まった医療機関にお願いしないといけない。主治医を変えないといけない。
- ・往診の医師と主治医の先生との話し合いをしないといけない。

特別養護老人ホーム

- ・退院前カンファレンスで「もしかしたら使うかも」とのことで参加したらショートステイ利用ではなく長期の利用をお願いする事も。

介護支援専門員さんとの連携では

- ・協力的な先生とそうじゃない先生がいる。紹介状だけでは分からない。
- ・来てくれる方は診るが他は診ないよとかもあるのでは？
- ・医師で違う対応で判断が違う。

医師が会議に参加するのにメリット、デメリットがある。

- ・病院を閉めないといけない待ち時間が長くなる。

自分の立場（職種）でどのように関わりを持ったら良いか？

介護支援専門員

- ・家族との信頼関係を作らないといけない。

ショートステイ

- ・受入れたいけど受入れが難しい時もあるのが施設の実情。

事務

- ・誰に相談したら良いよ、こんな人もいるんだよと教えてあげる。
- ・救急での対応などしっかり連携しておく。