

## 令和3年度 明野圏域地域連携検討会

1 日 時 令和3年7月30日（金）18：45～20：15

2 参加方法 Zoomミーティング

3 内 容 明野圏域の医療・介護連携について

(1)圏域情報・グループワーク導入について

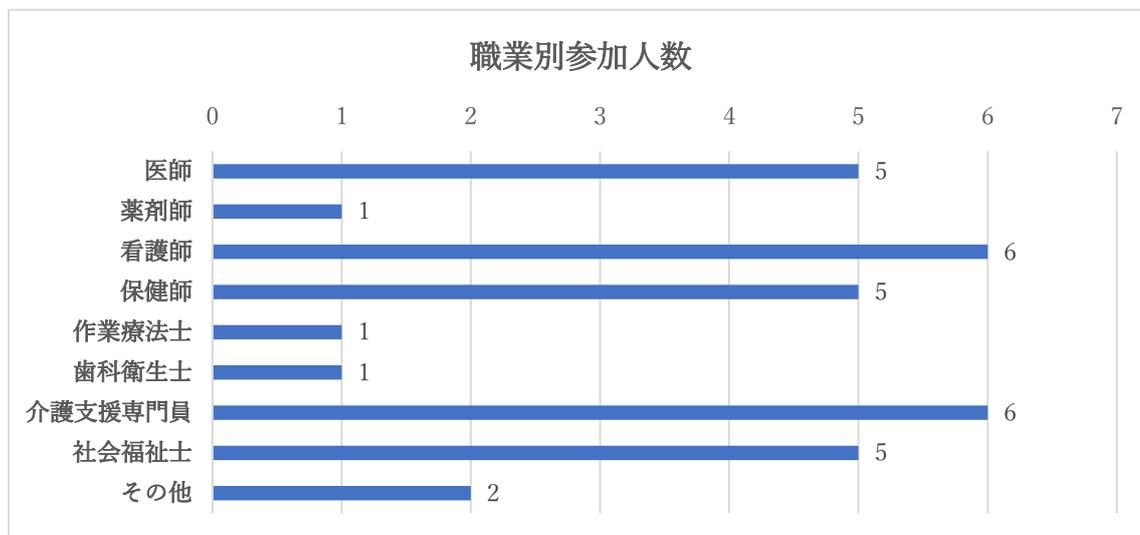
(2)グループワーク「在宅医療を受ける方が安心して最期を迎えるためにどう支援していくか？」

～コロナ禍でも独居でも明野圏域で医療介護難民を作らない！！～

①多職種連携で工夫していること

②在宅医療・在宅介護における課題

### 4 参加者数（32名）の内訳



### 5 アンケート集計

#### 問 2.グループワークについて（話したかったこと、聞けなかったことなどお書きください）

- ・各職種でオンラインの導入状況を確認したかった。（事務員）
- ・具体的にどんな場合で困り、どう対応したといったお話を聞いて勉強になりました。そういった内容をもう少し掘り下げていけたらと思いました。（保健師）
- ・コロナ禍で病院や訪問看護、施設等での実際の工夫を聞いてとても勉強になりました。（保健師）
- ・ヘルパーやデイサービスの関係者の参加がなかったので、この部分の情報が知りたかった。（医師）
- ・ファシリテーターが優秀で進行がスムーズでした。（医師）
- ・困難事例にどう対処したかを聞きたいです。認知症の老々介護。独居の認知症。（看護師）
- ・コロナウイルスの流行により、オンラインでの情報共有が可能になったが、使う人が限られてしまうので、オンラインを上手く活用しつつ、集まって会議を行うことも継続していきたい。医師の参加がより可能になってくるかもしれないとのことで、積極的に活用したい。（介護支援専門員）

#### 問 3.多職種連携で良かったこと、困っていることなど教えてください。（多職種に対しての要望や困りごとなど）

- ・検討会を通して、ICTのメリット・デメリットや電話・文書の重要性を学べて良かったです。（保健師）
- ・コロナ禍で直接会って情報交換をする機会が減少しましたが、病院の方々からの電話、文書で丁寧に情報交換をしていただくことも多くなり、たいへん助かっています。（保健師）
- ・日頃お会いすることのない医師、専門職の方の意見が聞いて勉強になりました。薬剤師は数が少ないので在宅の依頼があっても断ることがあります。普及活動に努めていかないと思いました。（薬剤師）

- ・主治医の先生への連絡を取りやすい時間や、ソーシャルワーカーを通じて等の連絡手段がわかるとありがたいです。（介護支援専門員）
- ・責任感を持って仕事をする。境界領域の仕事を他人に押し付けない、こういう方が時々いる。（医師）
- ・どこも大変で困っているというのが共有出来て良かった。自分のところだけでないということがわかった。（看護師）
- ・医師と直接お話する機会が少ないので先生の連携についての考えがわかりよかった。（介護支援専門員）
- ・同法人内等は情報共有しやすいという意見があった。他事業所間でも、1つのツールに皆が書き込めるようなシステムがあると良い。ペーパーベースでもらう情報は、過去のものが多く、その都度、変化がわかるようなものを共有できれば良いと思います。（介護支援専門員）

#### 問 4.②このような検討会（内容）にしたい、こんなテーマが良いなどありますか？

- ・困難事例の事例検討など、より具体的な内容を学べたら大変ありがたいです。（保健師）
- ・困難ケースの事例検討等を行い、具体的な支援について情報共有できると大変ありがたいです。（保健師）
- ・老々介護（薬剤師）
- ・ACPを深く検討会で話を進めて欲しい。（医師）
- ・問題事例を出して、各職種がそれに対してどのような支援ができるかそれぞれの事業所の特色とともに案を出す事例検討会をお願いしたい。（看護師）

#### 問 5.その他、ご意見やご感想

- ・現場の皆さんの声が聞けて勉強になりました。ありがとうございました。（事務員）
- ・在宅医療・介護の実態を学べて大変勉強になりました。（保健師）
- ・様々な意見が聞きたいへん勉強になりました。ありがとうございました。（保健師）
- ・Web形式は参加しやすいのですが、いろいろな方と話するには難しい部分もあると思いました。（薬剤師）
- ・多職種の方の日頃感じていることを聞くことができ参考になりました。普段、電話でしかやり取りをしていなかった方とZoomで繋がり、連携が取りやすくなったように思います。ありがとうございました。（介護支援専門員）
- ・大分市在宅医療・介護連携支援センターの相談件数を知りたいです。（医師）
- ・サービスや受診につながらず、支援に悩む事例（必要性があるにも関わらず）に対し、専門外であってもまずは受診してもらい専門医に繋げる、主治医ともしっかりと連絡を取ることが必要だと感じました。（介護支援専門員）

## 6 グループワーク協議

### 1 グループ

#### ①多職種連携で工夫していること

##### 司会：

- ・コロナ禍が続く中で、病院カンファレンス、サービス担当者会議が以前のような開催が行いづらく、情報共有する場面が減っており、独自に多職種連携について工夫している点等をお伺いしたい。

##### 社会福祉士：

- ・病院の方では、クラスターを出さないように慎重に対応している。以前職員からの感染があったため、慎重に対応している。病棟の方には、家族も含めケアマネや認定調査員も面会できないようにしている。病院の方に家族、ケアマネジャーは来院いただくが、面会室よりテレビ電話で病棟とやり取りし、担当看護師・リハビリスタッフより日々の状況を報告いただいている。また、細かな情報については、面会室に担当看護師が降りて説明している。直接患者さんも会議に入っていないので、意向を十分に聞き取りにくさもあり、十分なやり取りはできていないのではないかと思う。

**介護支援専門員 A :**

- ・コロナで病院に行けないのがほとんどだが、感染対策を行い、短い時間でカンファレンスに参加する等の工夫をしている。実際本人には会えないが、病院からの現状をこまめに聞いて対応している状況。

**介護支援専門員 B :**

- ・サービス担当者会議はなかなか集まることができず、照会や電話での報告が多く、電話では何度もやり取りになってしまって申し訳ない。自宅に訪問できる方のところには、感染対策をして訪問している。

**司会 :**

- ・以前のように病院の退院前カンファレンスは参加されていたと思うが、現在はどうか？

**医師 A :**

- ・初回の退院で重たいケースの場合には、以前同様に退院前カンファレンスは開催されている。その他の退院前カンファレンス等の会議は減っているようにある。ケアマネジャーより照会文を記載していただくように依頼を受けたりするが、締切日を過ぎないように心がけて対応している。初めは書くのがストレスであったが、最近は慣れてきてこんなものかなと。今思えば、カンファレンスに参加する為に時間を要していたが、文書での照会であれば移動等もなく効率的で良いのではないかと思う。例えば、会議もZoom 会議になって少し味気ないかなと思ったが、慣れてくると効率的・合理的なのかなと感じているので、今後のことをふまえるとだんだんそういう時代になってくるのかなと思う。話すとなると言葉が抜けたりもあり、照会文であると、文書をきちんと記載しないといけないので、整理もできて良いのかなと。
- ・一つ気になるのは、我々医師は居宅療養管理指導でケアマネに情報提供、照会文を出している。逆に介護保険で医療系サービスを入れる場合は、ケアマネジャーは主治医へ介護サービス計画書を提出することが通達されているが、時々提出していないケアマネジャーもいる。介護サービス計画書を提出していただきたいなと思っている。

**司会 :**

- ・病院にて院内での多職種連携を行っているが、外部とのやり取りで工夫していることや困っていることがあればお伺いしたい。

**医師 B :**

- ・現在は、文書でのやり取りで情報共有をしている。その分、情報提供書を記載する時間が以前よりもかかるようになったが、今のところ上手くいっているのではないかと思う。ただし、その場で質問したり、欲しい情報を引き出したりは実際に会っているとできるが、会っていないとやり取りに時間がかかる。欲しい情報のテンプレートを作り、情報のやり取りが効率的なのかと思うが、それを作るのも大変かなと思う。作るにしてもその為の会議をしないとけないので大変かなと思う。

**看護師 :**

- ・当院では、日常生活で困っている高齢者の方の話を伺って地域包括支援センターに相談、介護保険をお持ちの方で生活に不安がある等の方は、詳しく話を伺い、担当のケアマネジャーへ報告することをしている。

**薬剤師 :**

- ・報告書、電話でやり取りをしている。突然の麻薬使用の方に関しては、薬局に在庫がなかったり、日曜日の訪問での対応は難しさを感じている。
- ・薬剤師不足もあって、在宅がなかなかできない、相談はあるが、すべてに携わることができないことがある。

**司会 :**

・明野圏域はお薬管理ができていない高齢者が多い状況にある。

**薬剤師：**

・1ヶ月に1回に訪問しているが、まとめてセットするために後半になると上手く飲めていないことが多い。途中で確認をしに訪問することもある。患者さんと意思疎通ができなくなってきていることが多々ある。

**司会：**

・連携を行う上で、課題と感じていることはあるか？

**社会福祉士：**

・有料老人ホームが今まで少なかったが、最近ポツポツとできているようにある。M病院の近隣にできている有料老人ホームの情報を知りたい。

**司会：**

・私たちも詳しい情報が入っていないので、わからない。

**社会福祉士：**

・独居高齢者による在宅生活の継続が難しい部分があるので、有料老人ホームがあり、歩いて買い物に行ける距離で施設が増えてくると良いかなと常々感じている。認知症の方だけではなく、元気な独居高齢者で生活に不安のある方が、サ高住のような自由度が高い施設があると良いのかなと思っている。

**司会：**

・独居高齢者の方で課題性があるのかなと思うが、包括では要支援の方の支援が多く、家族が遠方において、本人は在宅で最期を迎えたいと言っているが、その遠方の家族は心配なので施設に入所してほしいというジレンマを抱えているケースがある。在宅で診られている先生で、本人、家族で意向が異なる場合に、どのような対応を取られているのかお伺いしたい。

**医師 A：**

・いろんなレベルの方がおり、看取りに絡んでくると要介護3～5の方で療養生活上の支援が必要になる。我々医師の守備範囲は介護ではなく医療にて、生活は介護の範囲になり、介護はどれくらいできるのか、希望はあるけれど希望があっても様々な介護が必要になるので、介護が上手くいくのかどうか、その部分は実際にどうするのかは医師の手からは離れてしまうので、希望は聞かぬが、なにかできるかと言われたらできないので、そうなるとケアマネや介護職の方で総合的に検討していただいて本人、家族と療養場所等を決めていただくという風になるというのが医師として関わっている実感だが、あくまで希望は聞かぬが、実際はどうするのかみんなで決めていただく。

**司会：**

・本人の意向だけでなく、周囲の方との連携・共有を図りながら方向性を決めていく必要がある。

**②在宅医療・在宅介護における課題**

**司会：**

・地域の民生委員の方から連絡をいただき、認知症疑いがある方にて、訪問したら身体に電気を流されている等の発言が聞かれ、精神疾患がありそうだが、病院受診を勧めても、どこも悪くない等受診を拒み、病院にたどり着かない、医療にかかれぬ、介護保険の申請に繋がらないことが最近よくある。在宅ではないかかりつけ医がいるが、診察に繋がりにくいけれども、なか

なかそういったサービスがないので、病院受診に繋がらない方をどうやって繋げていけば良いのか包括では課題を感じている。  
今まで関わったケースで困った課題、地域課題があれば伺いたい。

**介護支援専門員 A :**

・圏域の利用者で 8050 問題があり、50 代の子どもが引きこもっている。要介護 4 の夫を介護しており、在宅医療、訪問看護などが必要であるが、主介護者より息子が引きこもっているため、自宅に他者が訪問して欲しくないと言われる。病院と連携してサービス導入を勧めるが、年金で生活しており、また子どもも養っているため生活費もかかりサービス導入が難しいと感じている。

**介護支援専門員 B :**

・実際に担当はしていないが、家族がいるが昼間独居で認知症がある方。普段独居で生活するのが難しい方に対し、どのような生活支援ができるのかと思った。

**看護師 :**

・本人は在宅生活を希望するが、在宅サービスを拒否する、家族は施設入所を希望し意向の相違があり壁を感じることもある。

**司会 :**

・認知症の方や独居の方に配薬の確認をしに伺うが、訪問看護の利用などを健康の問題では利用しない等断られるが、あきらかに薬を飲んでいない方がいるが、薬、健康管理をするのが難しいかなと感じているが、薬局ではそういったケースがあるか？

**薬剤師 :**

・自宅の中までは見えず、余った薬を薬局に持参していただくように促しても認知症の方は来局時には忘れており、残薬が溜まっていく。薬剤師としてどこまで介入して良いのかわからない。余っている薬があれば持ってきていただくという話しかできないのが薬局の現状。  
・在宅ではないが、老々介護で妻が認知症で 80 代後半の夫が介護しており、運転して病院に連れていく。そこに運転をいつまでするのかは聞けないけど、どういう風に対応して良いのかと思ったケースがあった。

**司会 :**

・支援をしている方で運転をする方がいるが、返納の提案もするが本人の意思で返納しない方もおり、運転を止めるのが難しいことがある。

**医師 B :**

・本人に病識がなく、専門医へ受診に繋がらない。また、コロナ禍のためにかかりつけ医である当院の受診も遠退いている。症状が悪化し、緊急で対応することが増えている。そういう方をどう支援していくかが難しいところがあるが地道に支援する、または自分の守備範囲を超えた介入が必要になってくるんじゃないかなと思う。それを行うに当たっては、パワーや時間がかかる場合や必要によっては、法整備をしていかなければいけないのでは。全国で法律ギリギリ、あるいは法律の線を越えているような介入をしている事例もあり、結果的にそれが報道されると悪いことをしているのではないかなという印象が世論には出てくると思うが、そこに至るまでの過程を考えるとある程度仕方がないのかな。行政や司法の問題になり、最後はそこに行きつくのかなと思っている。

**司会 :**

・明野圏域は独居高齢者が多く、また県営住宅に住んでいる方が多い。3、4 階に住んでおり、買い物に行けない買い物難民がいる。専門職が介入しても閉じこもりで介入が難しいケースがある。  
・身寄りのない方に対し、在宅で支援するのが難しい方に施設調整、病院に繋いでいこうと考えているが、身寄りがない方

は保証人がいないので、入院、施設入所が難しいと言われることがある。貴院ではそういった方の受入・対応はどうか？

### **社会福祉士：**

- ・入院を拒否することはなく、本人が治療に同意して来てくだされば入院加療（手術）をされるケースもある。
- 退院支援で介入が必要な際に、自宅に帰れなくなった場合には、保証人がいなくても入れる施設や施設長が書類に同意していただける施設もあり、そういう施設に繋いだケースがある。こういうケースは悩みながら対応しているのが事実。

### **医師 A：**

- ・意見書を書いてもらえないことについて、意見書記載については相談いただき初回往診という形で意見書のために診察を行うことができるが、以前何例か同様の相談があって、診察を行えばなにかしらの医療的な問題が見えてきて、訪問診療・訪問看護を導入したことがあったが、なんとなくドロップアウトしてしまう。なんとなく良くなったから来なくて良いと言われるが、どうかと思いつつ時間が経つと、生活状況が乱れ救急車要請する状況になってしまうのではないかと思っている。
- ・薬剤師の方の話にもあったお薬の件については、在宅の現場ではきちんと飲めていない方が多い。処方するのは医師のために責任の一端は医師にもある。訪問した際に内服の飲み残し、管理状況等わからない場合が多い。多職種連携の中で、残薬等で気になることが我々医師に連絡いただければ処方する際に注意して対応できると思う。そういった情報があれば多少改善はできるのではないかと思う。

### **司会：**

- ・受診に繋がらない方等がいる場合は、医師に相談して診察をしていただけるのか？

### **医師 A：**

- ・診察しないと始まらないので、相談だけでは介入もできない。専門医に繋がれば一番良いだろうが、不可能であれば前もって時間を決めて介入することはできる。それが長期的に上手くいくかは微妙ではあるもの、まずはそういった形でスタートできればと思う。

### **司会：**

- ・ケアマネジャーの立場から地域課題とかあればお伺いしたい。

### **介護支援専門員 A**

- ・病院に行きたくない。本当に悪い状態でも自分は病気ではないと言われ、同居している家族も困っているケースが多い。先日 A 病院の外来受診できない、訪問診療も拒否する方がおり、A 病院の主治医が自宅に訪問し本人を説得しますと言い、訪問していただき訪問診療に繋がったケースがあった。

### **介護支援専門員 B**

- ・要介護認定の結果が出るのに時間を要し、結果ができる前に病院より退院し自宅に戻った際、サービスを導入しづらく、調整が難しいことがある。要介護度によっては、限度額の兼ね合いでサービスを利用できないこともあり、調整に苦労することがある。

### **在宅医療・介護連携支援センター：**

- ・今までの話とは違ってくるが、利用者が在宅医療というものを知らなくて利用に繋がらないというケースがあると思う。在宅は終末期の方が利用するものだと思いついたり、施設でも在宅サービスを受入れができるのに取り違えていたりする。独居、認知症を患っていることで利用ができない等家族の負担が大きすぎる、経済的な理由、自宅の環境や自宅に訪問されることに抵抗がある等考えられる。在宅医療について市民に対し、啓発をしていく必要があると考えており、啓発動画を作成しようと計画

している。また、サロンより要請があれば在宅医療についての話をしに積極的に行くようにしている。市民側にこちらからアプローチしていくことも必要かなと考えている。

### **長寿福祉課：**

- ・皆さんの話を聞いて、コロナ禍での連携の難しさを改めて感じた。会えないことが多いので、十分な連携が取れていないこともわかった。長寿福祉課は大分市在宅医療・介護連携支援センターと同様に市民への在宅医療の普及啓発を行っているが、現在コロナ禍のために地域に出向くことがなかなかできないが少しずつ進めていきたいと思う。

## **2グループ**

### **司会：**

- ・在宅医療を受ける方が安心して最期を迎えるためにどう支援していくか？をテーマに2つのことを話しあいたい。まず1つ目は多職種連携で工夫していること、そこから課題を見いだせればと思う。

### **社会福祉士：**

- ・工夫というか、コロナで家族と本人の面会ができず、意思の疎通や確認がとりづらい。そういった時はオンライン、タブレットを用い、少しでも状態がわかるようにしている。退院前のカンファレンスも人数制限で集まるのが難しくなっているけど、できるだけ情報共有できるように、少ない人数で集中的に行っている。
- ・手術中心の病院なので、終末期に関わるのがあまりないが、できるだけ患者さんに寄り添える支援をしていきたいと思う。

### **訪問看護師：**

- ・最期を迎える時は、訪問診療に同行することが多い。オンラインではなく、同行をしている。常に患者さんの状態がわかるように、医師に毎日FAXで状態報告をしたり、点滴報告をしている。
- ・K病院がやっている試みでいいなと思うのがあって、1つはオンライン診察をしている。患者さんの自宅から、顔や表情、歩き方を、直接医師にオンラインで送り、診察をしてもらっていて、いい考えだなと思う。例えば終末期の方だと、状態が悪くなって浮腫みがあったり、状態変化がある時に、オンライン診察がどの医師でもやっていける、あるいはケアマネジャーや多職種の中でやれるといいなと思う。現実的にはまだそこまではやれていない。

### **医師：**

- ・オンライン診療は、在宅医療では非常に点数が低く、相手がオンラインに対応できてないと意味をなさない。点数に関係ない状況でも、自身の患者さんで適応している人がどれくらいいるのかな？と。まず、老老介護の自宅は難しい。子供と同居していれば、スマホを使ってなどできるかもしれないが、現実的ではない。施設はオンライン診療の対象の中に入っていない。施設こそオンラインの対応が一番うまくと思うが、診療報酬の中で施設がターゲットに向いていない。1~2ヶ月前にオンライン診療を取り入れるかどうか検討したが、今年度はやめておこうとなった。優秀なツールであることは理解しているので、できるところからは始めるというやり方もあるので、取り入れている機関が実績をつくって、情報を流してほしいと思う。
- ・多職種連携のキーパーソンは、ケアマネジャーだと前々から発信しており、ケアマネジャーと月に2回の面談日を設けていたけど、この1年半は面談できず電話対応している。困りごとを前もってFAXしてもらい、電話で直接話す。それ以外にも、サービス担当者会議前には皆さん一斉に電話をしてくるが、嫌がらずに対応し、医療側の現状を伝えるようにしている。

### **作業療法士：**

- ・特に終末期の人に関して、通所のあり方として、終末期の中でも調子のいい日の気分転換や今の現状を維持していくためだとかに利用してもらっている。その中でも医療体制、状態が悪化した時はどこに連絡して報告するなどをしっかりおさえて、情報

のやりとりをしている。

- ・コロナ禍で、家から外出することが苦になる、心配になる本人・家族が多いので、いかに施設内でのコロナ対策をしているかの伝達。本人・家族に安心してもらえるような体制をとっていることを広報しながら、通いの場、運動の場を支援していくのが大事なかなと思っている。
- ・担当者会議もできる限り自宅で参加できるように家族に話し、最低限の支援者で参加している。

#### **大分市保健所：**

- ・在宅医療からは離れてしまうが、医療機関等と連携する際は、今まで地域ケア会議などが多かったが、それを全くしないことは難しいので、できる限り書面や電話での連絡をとりながら、必要な場合は少人数短時間で、体調管理を徹底した上でやるという感じをお願いしながらやっている。

#### **司会：**

- ・先ほど、訪問看護師がオンライン診療の話があったが、そこで工夫していることがあれば詳しく教えてもらいたい。

#### **訪問看護師：**

- ・私達の携帯電話がたいていスマートフォンをもっているのので、LINE や WoW Talk などのアプリを使って、画面をみてもらってやることは可能なのかなと思う。

#### **司会：**

- ・スタッフ個人のものを使ってオンライン診療をしているということ？（そう）  
病院の連携室で、面会も難しい中、そういった工夫は？

#### **社会福祉士：**

- ・認定調査もオンラインで行っている。遠くの家族がオンラインでできればいいことだなと思う。

#### **司会：**

- ・多職種連携で工夫していることをあげてもらったものをふまえて、独居高齢者が多い明野圏域で、テーマの2つ目、在宅医療・介護における課題について話し合いたい。

#### **医師：**

- ・最近、緩和ケアの医師が就職した。自身は通常の訪問診療を行い、緩和ケアがお願いできるようになった。自宅の患者さんで、典型的なケースがいくつか続いている。
- ・1つ目は、老老介護で、介護側に認知症がある。それでも家で過ごしたいという想いをどうやって形成していくのか？介護側に認知症がある場合をどうサポートするか？
- ・2つ目に子供たちが県外に行っていて、県内にいない。これがなかなか困っていて、ACPをするのに電話でやりとりするのは…しかもお会いしたことがない人に、電話でいきなりするのは難しいなと、現実的にはならないなというところを課題としてもっている。
- ・3つ目は、その中での看取り、終末期をどうしていくのか？すぐ多職種のマンパワーがいる。それがそろって頑張ったらいい看取りができたなという経験もしている。この3つについて、みんなが抱えている課題だと思うので、話し合ってみようと思う。

#### **作業療法士：**

- ・先ほど医師が言われたように、独居高齢者の認知症の人の支援に難渋したケースがいくつかあった。利用につながる話があった時には、認知症が中等度から重度と大きく生活に支障がでた状態で発見される。そこで、サービスがやっとながるといこと

も多く経験している。MCI の状況、生活に支障がでてない状況で発見されて、いかにそこを維持できるか？現状域に戻せるのか？の支援もしているが、重度化したら、なかなか支援が難しい。通所にきてもらうこと自体が難しかったり、準備ができていなかったり、家に行ってもいなかったりして、悩んでいるケースを多く経験している。そこを今回の議題で一番思った。

#### **長寿福祉課：**

- ・認知症の取り組みとしては、長寿福祉課の取り組みではないが、介護予防という観点でサロンや運動教室で認知症を取り扱った講話をしている。そもそも地域の人と集まることで、認知症を予防できる。おかしいなということがあれば、すぐにサービスにつながるような動き、体制が整っているのかなと思う。住民の人がまずはそういった集まりの場に来てほしいと思う。
- ・長寿福祉課で、パワーアップ教室という要支援や生活に支障のある人を対象とした三ヶ月の短期の教室をやっている。そういった教室に行って、体の状態が弱ってきたなという人が来た時に、認知症が進行したかもしれないという人がいたら、そこからサービスにつながることもできるので、そういった教室等を活用してほしいと思っているので、広報等に力を入れていきたいと思う。

#### **司会：**

- ・病院の連携室として、診察にきている本人やキーパーソンの人に認知症が疑われたので、何か取り組みをしたことはないか？

#### **社会福祉士：**

- ・入院した場合は、本人含め家族に会うことがあるので、ひっかかるようなことがあれば、介護保険の申請に動くことがよくある。なかなかそういった場合でないと外部と関わる機会がないので、自分達にできることはそういったところかなと思う。

#### **司会：**

- ・看取りや認知症というところで、訪問看護師から課題と感じていることやよい事例があれば。

#### **訪問看護師：**

- ・MCI の件については、訪問看護ステーションでは状態が少し怪しいなという時に、介護保険ではなく、特指示という医療保険の短期集中でいくような制度があるので、2週間あるいは月をはさんで4週間いく場合がある。そうすると、認知症や障害の初期の時は、自立にまた戻せることがあるので、特指示はそういうふうな使い方もあるのかなと思う。さらに、特指示で2週間いって、やっぱりずっと続けていけないといけない、重症化するような時には介護保険を申請したりする。介護保険を持っている人では、ケアマネジャーに相談し、介護保険でも訪問看護を続けていく事はある。それでも悪化して、老老介護で介護者が重度になって、病気になってしまって、患者さんも困るという時には、いったんレスパイト入院を依頼することもある。その病床がなかなか空いてなかったりすると、ショートステイとかをどうしたらいいかなと悩む。明野地域を離れた別の所で空いているところをどんどん探して、ちょっと短期入院してもらって、その間に問題解決を考えるというようなこともしている。
- 最期まで看取りをするときは、協力してくれる家族をいかに探していくかが課題になっている。昨年度はそれで、癌以外の人もかなり看取れたのは、確かかなと思っている。

#### **司会：**

- ・MCI が疑われる人に、医師から訪問看護に特別指示書をだした経験は？明野地域を離れても、一時的に病院に入院したようなケースがあれば教えて頂きたい。

#### **医師：**

- ・患者さん自身にということになるが、今の話は要支援レベルになると思うので、在宅医療は要支援ではあまり入っていかないので、外来レベルの話になるのかなと思う。特指示は、もちろん主治医がいれば出せる。自身は初期の認知症でそれを使った経験はないけど、可能性というか治療戦略として、どうやって何をつなげていか？ツールであったり、人であったり、それこそ多職種

だけでなく、多機能多職種連携みたいな感じ。引き出しをいっぱいもっている人が強いので、こういう会で知識を広めていくとい  
いと思う。

**司会：**

・介護者が認知症というところで、保健所でそういった相談が圏域外でもあればお願いしたい。

**保健所：**

・あまり老老介護に対する相談などはないのかなと思う。保健所が関わるのは、まだ介護が必要じゃない人の対応、介護予  
防というところが大きいかなと思う。

**司会：**

・介護者が認知症で困ったケースで、通所で課題に感じていることは？

**作業療法士：**

・介護者が認知症というケースもあると思う。支援している人自身も支援が必要で、本人をアセスメントしていく中で、キーパーソ  
ンも認知症だとなかなかその人を知ることができない。情報収集により時間が必要だったり、より在宅生活を細かく聴取しないと  
難しかったりする。また今の生活が何とか成り立っているけど、実はこんなことができてないとかが浮彫になってきて、新たな訪  
問を入れましょう、ヘルパーさんをこういう部分で入れましょうと。わかった部分のサービスをいきなり追加するということはあった。

**司会：**

・子供が県外の時、コロナ禍もあって ACP をとるのが難しいという話が医師からあった。訪問看護で課題に感じていることは？

**訪問看護師：**

・介護者が認知症だと難しいというのは同じように思う。認知症も重度になってくるとどうしようもないというか、自宅介護困難とい  
うことで施設入所するケースもある。重度の認知症が進行している人が、自身の連れ合いを介護していくのはなかなか大変で、  
私達は看れていない。

**司会：**

・自宅介護困難で、本人が自宅を望んでも施設入所するケースはあると思う。医師はどうか？

**医師：**

・いわゆる長期対応となると難しい。その介護者が要支援レベルの認知症で、1 人だったら何とか配食サービスやデイサービスに  
行くなどで生活できている。そこにどうしても帰りたいという連れ合いが退院してくるときに、みれる期間は限定されたところになる。  
あまりにもサービスが多重化してしまうと、長期間併用するのはみんなが疲弊してしまう。エンドレスになるとどうしたらいいかわか  
らないというのはある。

先ほど話したのは、看取りで退院してくるケース。最期を過ごしたいからというケースに関しては、上手にマネジメントすれば何と  
かやれたっていうのを 2 件ほど直近で経験している。そこでキーになるのは、ヘルパーサービス。ヘルパーさんが頑張ることで、看  
取りまでもっていかれたっていうのはあった。

・1 件は、奥さんがとてもあっけらかんとしていて、自分がそういうことができないということをわかってない中での看取りだった。約 10  
日間、痰吸引や家族に普段サポートをお願いする処置が発生する。それを適時する、その連絡すら奥さんが出せないで、  
時間が入っていく。それは訪問看護だけでは無理なので、ヘルパーサービスに痰吸引も含めたサービスもしてもらった。最近、そ  
のふり返りカンファレンスをして、専門職自身もすごくプレッシャーみたいだったが、いい経験になったと話していた。

・もう1件は、家で亡くなりたいという90代の人。ヘルパーが1日3回、夜は最後22時に入る。翌朝そろそろ亡くなるねという時に、翌朝はいつもより早く自宅に行った。こういうのが大事。時間で行くのではなく、ちょっと自分が気になるので少し早く行ったら、朝6時に心停止で発見。夜中に亡くなっていた。100点のことをしようと思わず、できる範囲のことだけをする。それはコンセンサスをみんなに得ていけないといけないので、そういったことも我々医師の仕事だと思っている。各方面にできる範囲のことで、その人の希望をかなえてあげることをしていきましょうね、という情報発信は医師の仕事だと思う。思うけども、初対面の人に電話でACPをしづらという話をしたのは、誰が最初に電話をするのか、コンタクトをとるのかという話。家族と最初にコンタクトをとるのが医師だと非常にハードル高いなと。こちらがハードル高いというより、相手が見つけないかなと思う。まず順序だてて、例えばケアマネジャーが『お父さん、お母さんの様子がこうあるので、連絡しました』というところから入ってもらえれば、病状を医師から詳しく聞いてもらいましょうねと。これが例えば病院だったとしたら、病院の医師は地域連携室を通して、家族に連絡をとる、もしくは看護師が入る。これで自宅に帰ってきて、ACPとるのは何の問題もないと思う。電話でも、ある程度の土台ができあがっている。その土台の中に、電話だけでやらざるを得ない。コロナ禍なので仕方ないと思うけど、いきなりというのは、やっぱり難しいと思う。段取りをちゃんととってもらえれば当然できる。それをみんながよけていくと、課題だけが残ったまま帰ってくることになるのかなと思っている。

### 3 グループ

#### ①多職種連携で工夫していること

##### 社会福祉士：

・病院で介護認定調査を行うが、患者の現状が伝わらず介護度に影響しないか心配している。退院前カンファレンスも行うが、Zoomなどで伝わっているのか、今後の在宅での支援に影響ないかなど心配になっている。Zoomでの状態確認の不都合など、情報のバリエーションみたいなものがあれば教えていただければと思っている。

##### 司会

・自己紹介の中で、社会福祉士よりZoomに関しての意見をいただきたいが、Zoomでの会議は対面と比べてどうか。分かりやすいとか、これはZoomでは分からないなどあるか？

##### 看護師 A：

・時間の有効活用という点では参加しやすいが一方通行になりやすい。また、場の雰囲気や質問がしにくかったり、グループワークの方向修正が難しいことがある。気軽に出来るのとはとてもいいが、皆で集まってしっかりと声を聞いて情報を確認したいと思うことと半々。

##### 介護支援専門員：

・事業所間同士や会議などには活用しやすいが、ご家族や利用者さんを交える場合は環境調整など情報を拾い上げにくいと思っている。

##### 司会：

・会議に参加する中でこうだったらもっとわかりやすいと思うようなところはあるか。

##### 看護師 C：

・退院調整会議や、利用者さんの状態や運動機能の状態など直接見ないと伝わりにくいケースに関しては直接対面での対応、一般の方が参加しない多職種連携での会議はWeb会議と使い分けるといいのかなと感じている。特に患者さんの状態確認では、ターミナルの方は書面や電話でのやり取りの中で予後も含めた情報を得ているが、実際と得ていた情報に大きな違いがあると感じることは多い。違っていった部分は以降のケアの体制の整え方や、治療の方向性転換に関しては支援者チー

ムで会議を開催すれば調整できると思う。ただ家族が面談のない中その状況を目の当たりにして動揺されると思うので、精神的ケアが重要になってくる。対面と Web は使い分けが必要と思う。

**司会 :**

- ・医師として家族との面談など患者さんと関わる中で、現状での会議や説明で工夫していることはあるか。

**医師 A :**

- ・訪問診療で施設入所の患者さんに変化のあった場合は、家族に病院に来てもらい説明することは現在も行っている。患者さんに対しての病院での工夫として、院内の訪看、リハビリ、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーが関わっている事例は週に 1 回みんなで集まり特に問題がある人をピックアップして情報共有するようにしているが、院外の施設との情報共有は今の時点では非常に難しい感じがする。

**司会 :**

- ・訪問する中で以前と変わった、気づくことがあったら教えていただきたい。

**医師 B :**

- ・カンファレンスを Web で行ったことがないので何とも言えない。法人内の訪看とは連絡が密に取れ情報共有しやすい。しかし、他法人と組むときは最近では難しいところもあるため、一週間に 1 回ぐらい現場で同時に入れるような工夫をして情報共有し、お互いの温度感など、顔を見ながら連携をしているところ。情報共有が一番の問題という気がする。

**長寿福祉課 :**

- ・話を聞いていて多職種での情報共有が難しいのかと感じている。

**司会 :**

- ・情報を共有する際に Zoom で気をつけていることや、業務の中で気をつけている事はあるか。

**看護師 B :**

- ・Zoom を活用しての会議の経験はあまりない。新規の方には対面でお互いの顔を見ることで、どういったコミュニケーションをとるのが分かる。そういった意味ではスタートとしては一度お会いすることが後々役に立つと考えている。

**看護師 C :**

- ・ケアマネジャーがプランニングする際に直接会わないと分からないところもあるかと思うが、実際のところどうか。

**司会 :**

- ・Web で会議を開催した際、Web が理解できていない患者さんは誰と話しているのかが分かってないだろうと感じる。そのため聞きたいことと、患者さんが答えてくれている内容にズレが生じている。

**医師 A :**

- ・認定調査が入るが、認定調査は Zoom が多いか。

**社会福祉士 :**

・今は外来の小部屋で Zoom 対応。以前は病棟でベッドからの起き上がりや、細かい動作を見ていたが現在はこちらからの情報提供が多い。

**医師 A :**

・一時 Zoom を利用していたが、その後 Zoom はダメと聞いたことがあるが、現在どうなっているか？

**社会福祉士 :**

・今は認定調査も Zoom 利用が厚生労働省から許可されたという話を聞いている。姫島の方が Zoom を利用するのかと思っていたが、病院に来て下さるケースもあったため、どうしたらいいのか悩んでいる。

**医師 A :**

・現在サービス担当者会議は Zoom で開催している？

**司会 :**

・Zoom ではなく集まってもらい開催している。コロナの始めの頃は各事業者に照会をもらい、なるべく少人数で行っていたが、それでは利用者さんの状況がみんなできよく理解できないので今では集まって通常通り行っている。

**介護支援専門員 :**

・コロナが流行していた時期はほとんどが照会だったが、感染者が減少した時期から少しずつ開催しており半数以上はサービス担当者会議を開催していて、担当者会議を Zoom で開催はしていない。

**医師 A :**

・サービス担当者会議は集まってできている。連携も場所を工夫すればその他会議も出来そう。

**社会福祉士 :**

・在宅の方に負担がかかっているのではないかと心配している。

**看護師 D :**

・サービス担当者会議は多職種が一堂に会するので以前駐車場に困ったことがある。駐車違反で切符を切られて罰金を払うというケースがあった。一堂に会する際に集まれる人と集まれない人は当然いる。事業所の方針で他施設には行かないとか、病院の方針で外部の人は受け入れないなどあるため、集まれない人は Zoom で参加できるという。  
・患者さんのアセスメントをするには Zoom では絶対無理だが、何のための会議という「会議の趣旨」をしっかりと考えた上で開催方法を考えるといいと思う。遠方にいる家族は参加することで、これだけの支援者がしっかり在宅でサービス提供してくれると思ったら本当に任せられるし、それこそ顔の見える連携ができると思うのでこの機能は絶対必要だと思っている。目的によって使い分けをしていくことが必要なのではないかと考えた。

**医師 A :**

・今まで会議に参加していなかった主治医が Zoom の利用で参加する機会が増えるなど、いいチャンスととらえコロナ禍の悪いことだけではなく、うまく利用することで良いこともあるのではないかとと思う。

**看護師 D :**

・Zoom と対面の両方やるのは賛成です。

**看護師 C :**

- ・今年に入って多職種、他医療機関・他事業所との看取りの振り返りカンファレンスを積極的に取り組んでいる。病院の医師は忙しくて参加しづらいが先生の都合を聞き Web で開催をすることで医師の参加率があがっている。

**②在宅医療・在宅介護における課題****司会 :**

- ・精神疾患の人が医療に繋がらないなど、なかなか医療に繋がられないケースや、キーパーソンが県外または、いないケースが多く困っている。病院に繋がらない人を繋がられたケースや、アドバイスなどをいただきたい。

**医師 B :**

- ・疾患を抱えているが、自宅にお一人でいるということか。

**司会 :**

- ・気付いた時には動けなくなっていたり、精神疾患で近所の方にご迷惑をかけていても病院に繋がらないということがありました。

**医師 A :**

- ・認知症初期集中支援チームではダメか。

**司会 :**

- ・認知症初期集中支援チームが介入するにはアセスメントをしっかりとっておく必要がある。しかし、そのアセスメントが取れないので初期集中支援チームに繋がらず介入できない事例が多い。

**医師 A :**

- ・いろんな難しい問題がある、精神疾患の方の中には自分は病気でないと思っている方が多く、なぜ病院に行かなければいけないのかと思っている人が多い、だから極めて難しいと思う。そういうケースに認知症初期集中支援チームが関与すべきと思う。
- ・家族や誰かが受診に協力的であれば、ケアマネジャーからの紹介で初診の患者を精神科に繋げたケースが何例かあります。ただ本人がどうしても受診しない場合は極めて難しいと思う。
- ・精神科にと言われても困ると言って拒絶する「かかりつけ医」がいるという話も聞いている。

**司会 :**

- ・キーパーソンがいない、県外などでやりにくいなど最近あったか？

**介護支援専門員 :**

- ・キーパーソンがいない方もだが、キーパーソンの方の関わりが薄い方もいる。例えばお薬をきちんと飲むということができていなくても、本人の生活スタイルに自分たちが関与できないというご家族は受診に対しても積極的な姿勢がない。病院受診のことや、虐待ではないのかと思う案件などでも本人が望んでいることを一番にと言われる。そのような場合は受診の必要性を感じていても、本人が受診したくないと言っていると、ある程度症状が進んで本人が SOS を求めてくるタイミングまで手を出せない状況のままズルズルきている利用者さんもいる。

**医師 A :**

- ・独居ですごく我が儘な方がいる。ケアマネジャーを自分で何回も変えるなど、とにかく物凄い我が儘でケアマネジャーが可哀想。

**司会 :**

・包括は地域の人の入り口で、専門職の皆さんに繋げる前の段階ですごく悪戦苦闘するが、病識がない人を病院に繋げないといけないが、説得の仕方など良い方法があればアドバイスいただきたい。

**医師 A :**

・一般的に言われているのは、最初から精神科とは言わずに健康診断に行くなど普通の病院を受診する。普通の病院を受診し、そこからの紹介で受診する。そこで本人が受診してくれると言ってくれるかは本当に難しいでしょうね。

**看護師 C :**

・先ほど介護支援専門員が、本人が困って SOS を出すまで待つしかないという話について、SOS を出すまで包括や民生委員が行っている定期的な見守り体制の件数にも限界があると思うが、地域の方とどのような話をしているのか聞きたい。

**介護支援専門員 :**

・現状では包括や長寿福祉課に相談しているだけ。  
・すでに担当している状況なので頻回な訪問、困難事例として事業所内で週に 1 回会議を開催している。

**看護師 C :**

・認定を受けていれば、サービスが入っているので持続的な見守りができていると思うが、その前段階の方はどうなっているのか？

**司会 :**

・要支援・要介護でサービス利用されていない方も多く毎月訪問することは出来ていない。申請に繋がっていない方の問題も沢山あり上手に介入ができていない状況。  
・要介護でもケアマネジャーが付くのはサービス利用があった時で、サービス利用がなければケアマネジャーには付いてもらえないので困っている。いつかサービスに繋がるかもしれないという思いでフォローを続けているが、多分事業所のお金の問題なども絡んでくるので難しい。要介護で困っているのにサービス利用されていない方や、SOS を出す前の人は地域に放置されているのが現状。皆で見守って行けたりしたらいいが、その皆って誰なんだろうと思う。

**医師 A :**

・民生委員、自治会も大変。民生委員がどこに繋ぎ、誰がどう支援していくのか、しっかりしたものが無い。民生委員だけに任せればいいものではない、そこから先をどうするのか。  
・介護認定を持っていればどこかに繋がっているが、持っていない方は民生委員や自治会が把握しているだけの状態、また把握していない方もいるのかも。

**司会 :**

・民生委員とのやり取りはマメにあるほうだと思うので何かあれば連絡があり訪問はするが追いつかない、その隙間を埋める何かいい方法があればと思う。

**医師 A :**

・そういう方は認知症や精神疾患を持っている方が多い。だからもっと簡単に精神科の訪問診療ができるような制度があれば解決するケースも多い気がする。そういう意味で認知症初期集中支援チームがその一端を担ってくれればと思うが、残念ながら大分市はこれだけ大きいのに認知症初期集中支援チームが一つしかない。本当は各包括に 1 つあってほしいと思う。また全国

的にそうなのかもしれないが介入の基準には制約がある、しかし柔軟に対応してもらえればと思う。それとは全く別に、もっと精神科の訪問診療か何かが出来るとなれば少し突破口ができるかなという感じがする。

#### **長寿福祉課：**

・民生委員の研修に参加した際に独居や認知症、精神疾患の方の対応に困っていると聞く。どのような症状があると認知症だとか、はっきりしたものがありませんかと質問されていた。認知症初期集中支援チームが声をかけてくださいと話していたが、先ほど出ていたアセスメントの件など認知症初期集中支援チームのキャパなども含め充実した突破口となるチームになるといいと思う。

#### **社会福祉士：**

・精神疾患や認知症が多様化し若年層まで広がってきていると感じるが、その受け皿には課題があり突破口として訪問看護や認知症初期集中支援チームなど、できるところから行えればいいのかと思います。

#### **看護師 D**

・結局はネットワーク作りなのかなと思った。医療から地域につなぐ社会的処方話題になっているが、問題を抱えている方が住んでいる地域の自治体や、医療機関、介護事業所が気に留めておき、困った時に行くよというネットワークの良さが必要だと思った。

#### **司会**

・地域でケアにあたっていて、気になる方がいらっしゃったら包括にご連絡ください。SOS 前の介入ができるかと言うと難しいかもしれないが少しずつこれからも関わっていこうと思う。ご協力をお願いする際にはサポートをよろしくお願いいたします。