

令和3年度 南大分圏域地域連携検討会

1 日 時 令和3年11月17日(水) 18:30~20:00

2 参加方法 Zoomミーティング

3 内 容 安心して暮らせる地域のために、医療と介護が明日からできることを考える

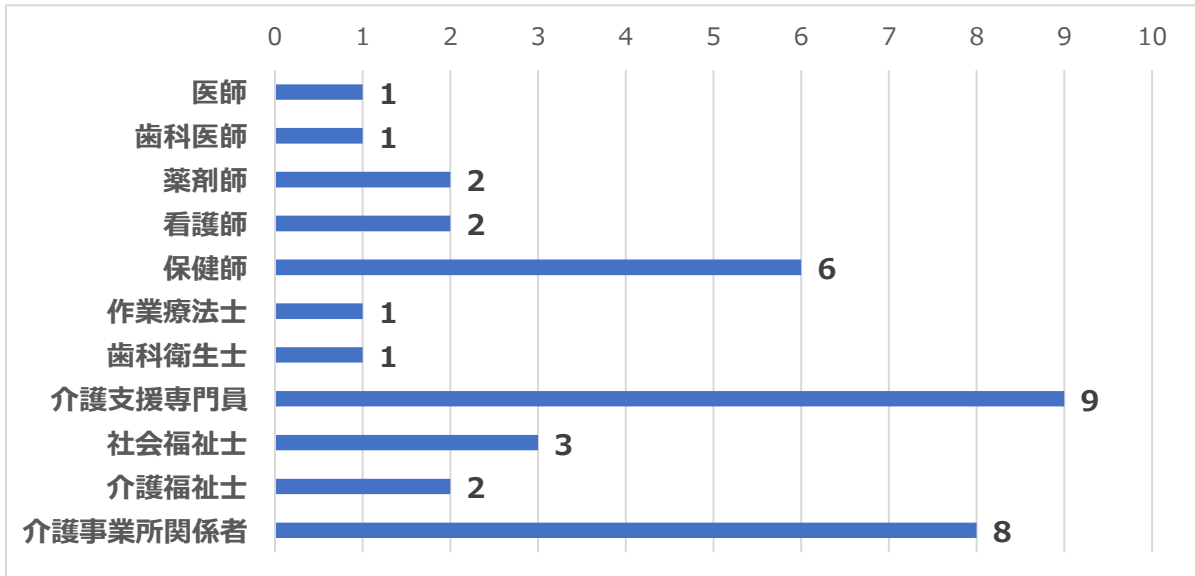
(1)事前アンケートの結果

(2)グループワーク「安心して暮らせる地域のために、医療と介護が明日からできることを考える」

①お互いを知ろう-連携する上でお互いに聞いてみたいこと

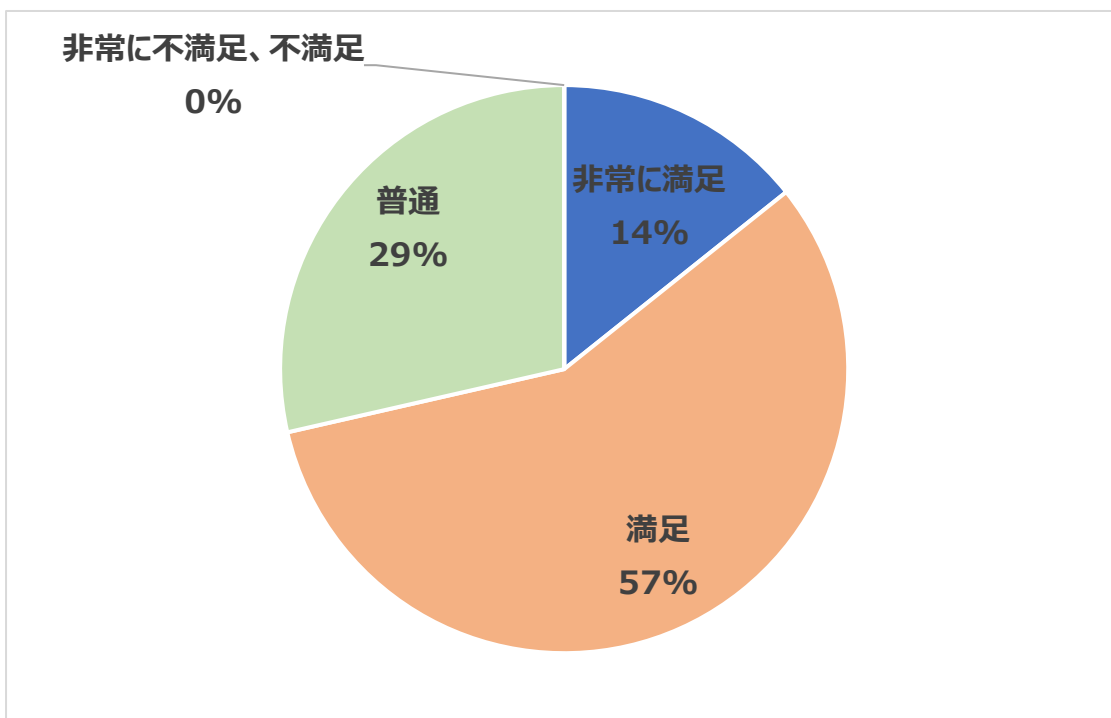
②お互いができることを考えよう-明日からできること、1年後にできること、今後できたらいいなと思うこと

4 参加者数(36名)の内訳



5 アンケート集計

問 1.本日の地域連携検討会参加の満足度はいかがでしたか？



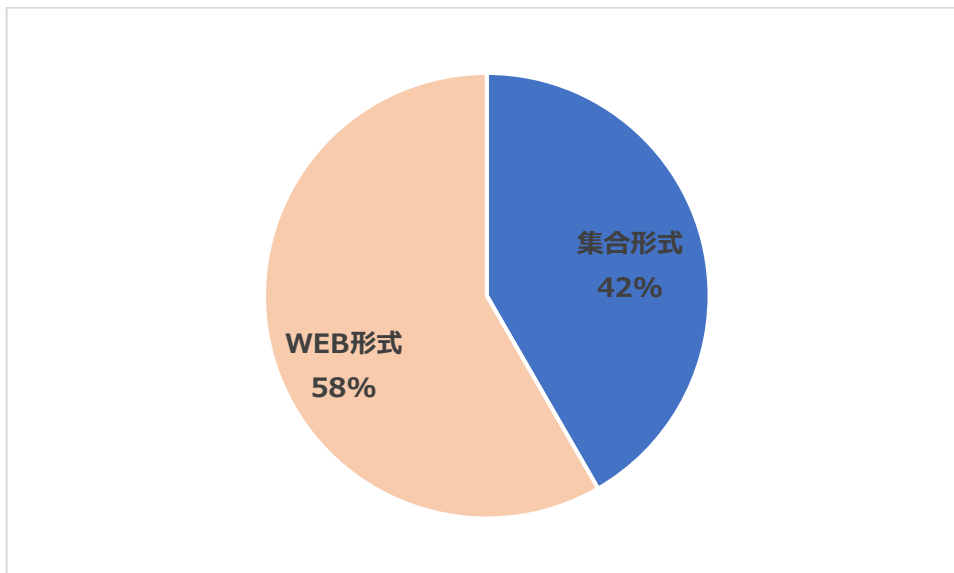
問 2.グループワークについて（話したかったこと、聞けなかったことなどお書きください）

- ・きちんとした意見や展望などをもたずに参加し、申し訳なく思いました。[医師]
- ・医療的ケアが必要な方の対応。人工透析の方の送迎対応等。[介護支援専門員]
- ・実際に、現在工夫していること、連携強化に向けて取り組んでいる方の具体的な話も聞けるとよかった。[介護支援専門員]
- ・それぞれの立場から意見を発するには、もう少し時間が欲しかったのでは・・・[介護支援専門員]
- ・医療、ケアマネが施設に求める情報共有があれば教えて頂きたいです。[介護福祉士]
- ・実際の在宅医療、介護連携支援の事例があるとよかったと感じました。[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）

- ・相互の連携が重要なことは共通認識として確認できました。個人的には、主治医意見書提出まではするのですが、その後介護度がどうなったとか、デイにはどう通っているのかなどの連絡があればと思います。[医師]
- ・発表時、コロナ対応をテーマに話したこと、前フリ忘れてしまいました。[介護支援専門員]
- ・入退院時の情報が、電話だけでなく、書面でもらえると全職員に伝えやすい。[介護支援専門員]
(相談員の方だけでは、細かな点を質問してもその場で返答困難なため)
- ・困っている部分は同じ職種の方とのほうが話しやすいと感じた。[介護支援専門員]
- ・連携意識がいまだに不足している方々が多いのか、連絡や情報提供しても反応が弱かったり、なかったりと、一方通行で終わってしまう。[介護支援専門員]
- ・定期的に利用するようなサービスを使っている利用者さんは、日常生活の課題がサービス事業所から聞いて助かってます。これからもお互いの情報を共有し、支援に役立てたいと思います。[介護支援専門員]
- ・共通認識がもてた事がよかったです。[介護福祉士]
- ・直接入所を担当していないので何とも言えないのですが、医療機関のMSWの方が多く参加していただけるといいのになと思いました。[介護事業所関係者]
- ・地域のケアマネジャーさんの対応が手厚いので感謝しています。[社会福祉士]
- ・お互いに情報交換の場が少ない。[介護福祉士]
- ・施設から家族の了承も得て訪問の依頼があったにも関わらず、担当医から居宅の指示がもらえず、出だしから躓いたことがありました。ケアプランにも入っていたが、かかりつけの事務さん曰く、受診時に本人から希望の申し出がないとのこと。認知症あり、ヘルパー受診の方です。[薬剤師]
- ・近隣事業者のサービス提供状況をリアルタイムで聞くことができてよかった。[薬剤師]

問 4.①新型コロナウイルス感染症収束後は以前と同様に集合開催となりますが、参加しやすい開催形式を教えてください。



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？

- ・BCP 作成を通じた各事業所との情報交換、顔の見える支援、連携体制づくり。業種別に BCP を見ながら、これが不足、この点は支援できる etc 意見聴取 etc[介護支援専門員]
- ・歯科医の方の意見もあったので、口腔ケアについて受診をどのようにしていけるかを検討したい。[介護支援専門員]
- ・南大分圏域のケアマネ同士の横のつながりをもつ場があるとよいと思います。[介護支援専門員]
- ・今日のような研修は、定期的に年数回は行ったほうがよいと思う。[介護支援専門員]
- ・連携してうまく支援ができた事例発表。困難ケースを題材にしてお互いの意見を出し合うなど。[介護支援専門員]
- ・災害時等の協力体制（避難など）の方法。[介護福祉士]
- ・圏域に外から入った職員から見ると、圏域のクリニックなどの特徴がわからないので、内科でもここは糖尿病に強い、循環器、呼吸器の往診対応できるかななどの医療資源のマクロ化があると、紹介や初診の方へ話がしやすくなります。勉強不足ですが、23 もの医療機関があるのによく特徴がわからず、そんな圏域の情報があるとよいなと思いました。[介護事業所関係者]
- ・各事業所の取組みや役職種の役割を知りたい。[社会福祉士]

問 5.その他、ご意見やご感想

- ・横の連絡の重要性の中に、医師に対して声をかけにくいのだなと感じました。[医師]
- ・包括の皆さん、いつもありがとうございます。感謝申し上げます。[介護支援専門員]
- ・医療機関の参加が少ない感じがしました。もっといろいろな機関の参加があれば、連携がスムーズに行けると思います。
[介護支援専門員]
- ・参加して、地域のあり方や連携の大切さを再認識しました。微力ながら、地域のお役に立てればと思います。
ありがとうございました。[看護師]
- ・開催形式ですが、会場と Web、どちらでも参加可能になるとよいと思います。私事ではありますが、本実は家を空けることができなかつたので、Web での会議だったので参加ができました。
地域連携の重要性を理解し参加を行いたいが、家に介護が必要な方がいたり、子育てを行っているため、参加が難しい方もいらっしゃると思います。ご検討のほどよろしく願います。[介護福祉士]
- ・今回初めて参加させていただきました。参加機関、氏名などわかるようにしていただいたのは、すごく親しみやすく今後の連携しやすさにつながると感じました。
弊社介護保険住宅型、GH、ヘルパー、デイを行っておりこの会のことを知りましたが、圏域の中には支援が必要な障害をもつ方も多いので、障がいサービスを含め、社会資源サービスなのではないかと思います。私たちのような障害のサービス事業所でデイサービスをかたくなに嫌う高齢者、8050 問題、ひきこもり生活困窮、若年性認知症など、支援の 1 つを担うことができるのではないかと考えています。南大分圏域からそんな支援の輪が広まっていくといいなと思いました。
自分が介護保険から障がいサービスを担当するようになり、介護保険、障がいサービスの間や、社会にうまく適応できない方の過ごしやすい環境が作れるのではないかと感じます。うまく内容がまとまらずすみません。[介護事業所関係者]
- ・今回カナミックの話ができましたが、以前に会場に参加していた際にもカナミックのことが話題にあがったように記憶しています。
現状そのような運用が進んでいるのかを知ることができたらよかったです。[介護支援専門員]

6 グループワーク協議

1グループ

テーマ①お互いを知らう-連携する上で関係機関に聞いてみたいこと、お互いが連携する上で課題に感じていること

司会（地域包括支援センター）

・以前ケアマネジャーをしていた時に、かかりつけの患者が介護認定を持っていてケアマネジャーの担当がついている。その担当が変わるときにかかりつけ医に挨拶するべきなのか悩んだことがある。ケアに対して必要がある、指示をもらうことがあれば連絡し、手紙でコンタクトを取っていたが、そういう理由がない中で担当が変わったと報告することに迷惑ではないか？それを必要としているのか疑問に思っていて、見解を聞きたい。

医師

・個人的にはその必要性を感じていない。「変わった」と一報だけで良いかな。連絡を取る時にわからない時があるので、変わった旨報告のみで良い。

司会（地域包括支援センター）

・外来に通っている患者で担当ケアマネジャーがいる人は、すべて把握されているか？

医師

・患者すべての担当ケアマネジャーは把握できていないが、かかりつけ医で主治医意見書の依頼がある人に関しては、ある程度把握できている。年1回問診票と一緒に依頼を受け、わかる範囲で生活状況等を記載している。隣施設からの依頼時にはケアマネジャーが詳しく記載してくれているので助かっている。意見書の提出が遅くなるのでそこはネックかもしれない。

介護支援専門員（居宅）

・生活支援ハウスに入居される人は、どういう人が多いのか？担当している人は要介護の認定の人が多く、入居条件に該当しないのかなと思うが、どういった経緯でどういった人が入居されるかを聞きたい。

生活相談員

・生活支援ハウスは大分市が管轄しており、申込先が大分市長寿福祉課で、そちらで面接等を行う。施設に見学に来てもらい、入居判定は大分市長寿福祉課が判断している。偶数月に判定会議を開かれ、その後本人の希望するところに FAX など連絡する形。入居条件として、自立～要支援1までの人。入居後に区分変更等され要支援2以上の判定が出る人もいるが、そういった流れになっている。

介護支援専門員（居宅）

・要支援2以上の判定が出た際には、別の施設に転居する形になるのか？

生活相談員

・訪問系サービス（訪問看護、訪問介護）通所系サービスを利用しながら自立した生活を送れる人であれば施設で対応可能。

介護支援専門員（居宅）

・軽費老人ホームのようなイメージで良いか。（はい）

司会（地域包括支援センター）

・お互いが連携する上で日頃課題と感じていることは？

看護師

・母体となる病院がないためか、ケアマネジャーが担当している人のところに支援に行く。そのため圏域内にたくさんの事業所があるのに、他圏域や隣市まで訪問に行ったりする移動時間のロスもあり、緊急対応がすぐにはできない。地域の人とどうやって繋がるのかなというのが当事務所の課題。包括支援センターから紹介される人は近隣なので、緊急時には救急車より早く到着できる。こういうのが理想だと事業所内で話している。

介護士

・スピードが一番だと思う。高齢者の状況は日々変化しており、ケアマネジャーが早めに把握してもらえるとありがたいと思う。

介護支援専門員（施設）

- ・介護付施設なので、包括サービスになる。医療的な部分に関しても隣に医院があるので、そう困ることはない。事前アンケートに記載したが、摂食嚥下で外部サービスを利用したいと思っている。

医師

- ・皆さんはよく対応されており、こちらが十分対応ができていないことが申し訳なく思う。

介護支援専門員（居宅）

- ・以前に比べるとケアマネジャーの業務が周知され、医療職の人たちにも浸透してきて、相談できる環境が良くなっている印象がある。こちらとしても多忙な医師に連絡を取るのが申し訳ないと思うが、なるべく連携して利用者の情報のやり取りできるように心がけている。以前に比べるとすぐ連携しやすくなったと感じているし、気軽に相談に応じてくれる医師も増え、やりやすい環境になってきたと感じている。

保健師（長寿福祉課）

- ・実際現場にでているわけではないので、意見を聞きながら今後の事業に活かしていきたい。

テーマ②お互いに連携できることを考えよう-明日からできること、1年後にできること、今後実現できたらいいと思うこと

介護支援専門員（施設）

- ・明日からできることは思いつかなかったが、このような会議に参加して、地域の情報を取り入れて知っていくことを続けたい。
- ・1年後にできることは、南大分圏域の事業所を訪問して、身近な挨拶ができればと思う。
- ・今後実現できたらいいと思う事は、特定施設なので、在宅に一時的に戻って長期であれば在宅サービスが利用できるが、皆さん知らないと思う。前に入居していた人が、避暑地に1ヶ月帰宅して在宅サービスを利用され、その期間は特定施設では介護保険の算定ができない。先の話になるが当施設に入居している人が一時的に在宅に戻っている間の部屋を、ショートステイという形で利用してもらい、レスパイトケアのようなシステムにしても良いのではないかなと思う。

生活相談員

- ・明日からできることは、医療、介護の「報・連・相」を充実できればと思っている。
- ・今後実現できたらいいと思うことは、入所の相談窓口が大分市になっており、去年は入居者が7名の入れ替わりがあった。昨年の例で、行政から病院と施設でやり取りするように言われ、対応に困ったことがあったが、ある病院の相談員より知恵をいただき乗り切ったことがあった。行政側とも密に連携、面接時の充実をしてもらえれば思う。

介護士

- ・明日からできることは、季節の変わり目で、状態変化のある利用者が多い。変化に対応できるように、もっとよりそっていききたい。
- ・1年後にできることは、もっと密に連携をして、入居者に良いサービスを提供できるような環境整備をしていけたらと思う。

看護師

- ・明日からできることは、地域に発信していこうと思った。「圏域内に訪問したい」と言いながら、営業が苦手で、ケアマネジャーが忙しいのに訪問するのは敷居が高く、行けなかつたりする。現在看護師7名、理学療法士2名に増え、施設として充実している。併設に訪問入浴、看護小規模多機能事業所といった便利な施設もあるので、「地域で困った人がいればまずは相談してみよう」と言ってもらえる関係性を作れたらと思った。遠くの施設にサービスで介入したら、5人追加でお願いされて毎日その施設に通った。近くの施設と連携が取れたら、悪い時は私たちが介入して、良くなったら施設の看護師にお願いするというような横の連携ができると、地域として良いなと強く感じたので、各事業所に営業に行こうと思う。

- ・1年後にできることは、横の連携ができて、地域と一緒に守っていける環境にでき、その一員になれたらと思う。
- ・今後実現できたらいいと思うことは、地域の第一人者になりたい。選ばれる事業所に発展し、多職種で連携がとれたらと思う。

医師

- ・明日からできることは、ケアマネジャー、支援に携わっている人達と医療機関がもっとフランクな交流ができるように、お互いの要望、希望、課題を率直に言い合えるような関係性ができたらと思う。明日からでもあり1年後でもあるかなと。
- ・今後実現できたらいいなと思うことは、先ほど自宅で最期を迎えたいという人が多かったが、独居の人はなかなか難しいのかなと思う。疾患・病状によって老衰のようにゆっくりであったり、末期の状態にいける状態であれば良いが、病態が安定していない人は難しいかな。そこをどのくらい実現できるのか？本人はそうしたいが、家族はどう思っているのか？在宅を担当する医師、訪問看護、本人をサポートする専門職の充実を図るしかないのかな。私が往診に行っていないのでなんとも言えないが、連絡が密にでき、フランクに遠慮しないでいければと思う。

司会（地域包括支援センター）

- ・在宅で最期を迎えるにあたって、本人の選択は家族の選択でもある。家族の心構え、覚悟が必要になってくると思うので、いかに一緒に包んであげたり、サービスで賄える部分をサポートできることが重要になってくる。そこには人材も必要になってくる。

医師

- ・我々が子どもの頃は自宅で最期を迎える高齢者が多くて、小さい時から家族や周りの人が亡くなるのを見てきた。今は自宅で亡くなる人をどのくらいの人が体験できるのか？今はあまり想像ができていないのかなとも思う。

司会（地域包括支援センター）

- ・亡くなる場所がどこなのか明確な答えがないが、自宅はその選択肢の大きな1つになってくると思う。医療・介護連携の目指すところでもあるかもしれない。

介護支援専門員（居宅）

- ・明日からできることは、どういう形でも良いので、担当者の主治医や医療機関に担当ケアマネジャーということ知らせることから始めたら良いのかなと思った。連携しやすい医療機関は連携が取れているが、連携をしていなかった医療機関もあるので、せめて事業所と担当ケアマネジャーの名前がわかるようにしたいと思う。
- ・今後実現できたらいいなと思うのは、連携が図れて1年後、医療機関が利用者のどういう内容のことを知りたいか？どういうことに注意してもらいたいのか？連携がお互いとれて、主治医に情報提供できるように連携がとりやすいようにしていけたらいいなと思う。できることなら連携をする際に、入退院時支援マニュアルのようなシステム（ツール）ができたり、医療機関と介護事業所に周知していったらとてもやりやすくなるのかなと思う。

司会（地域包括支援センター）

- ・明日からできることは、新規利用者の担当になった際に主治医へ挨拶ができればと思った。電話、対面、場合によっては手紙もあると思うが、「何かあれば教えてください」など、積極的に自分から発信していきたいと思う。看護師が話していたように、訪問看護は地域包括ケアシステムの中で重要なサービスとして位置していると思う。ただ介護サービスの利用割合をみても、訪問看護の利用割合はそんなに多くない。通所介護、通所リハビリテーション、訪問介護、福祉用具のレンタルが多いと思うが、訪問看護、訪問リハビリテーションは医師の指示書が必要となり、若干敷居が高く、割合としては少なくなっていると思う。どういうふうにサービスを地域に浸透、展開させていくかを考えていくべきだと思うので、積極的に活用していきたいと思った。
- ・1年後にできることは、主催者として検討会を開催したが、Zoomでの会議ができるようになり便利になったが、直接会って話をするにはかなわない。1年後の検討会は皆さんと会って、名刺交換をして、話ができる場を作っていきたいと思う。また、終活支援は医療・介護連携において非常に大事だと思う。ACPが盛んに言われているが、地域包括支援センターも終活支援として重要な事業になるので、地域に広めていきたいと思う。
- ・今後実現できたらいいと思うことは、以前の検討会の中で話があったがカナミックネットワークがあって、現在は普及していないよう

に思う。非常に良いツールと思ったが、使用するソフトが事業所で違うので、共有ツールが 2 つあると両方に情報を入力しないといけないので、大きなツールが 1 つあればデジタルの情報共有ができてくるのではないかと思う。テレビ会議ができればと思ったが、現に実現できており、コロナ禍が過ぎてもこういったテレビ会議は、いろんな場面で有効活用していけたらと思う。法令がかかるころでもあると思うが、そういう風を感じた。

司会（地域包括支援センター）

・訪問看護は看取り支援も関わるか？ 依頼、相談は多いか？ また、課題に感じていることは？

看護師

・看取り支援も行い、家族の支援が一番。望まれるかどうかは本人、家族の思いの相違もあると思うが、私たちは毎回感動する。望まれる人にはそういう形で支援できたらと人としてありがたい経験だと思う。

2 グループ

テーマ①お互いを知ろう—連携する上で関係機関に聞いてみたいこと、連携する上で課題に感じていること

作業療法士

・デイサービスに行っている人で、訪問リハビリを利用している人も多くいる。直接本人からは聞けが、デイサービスの人との連携をとる機会が少なく、とりづらい。必要に迫られれば電話をしたりもするが、シームレスに連携がとりづらいと感じる。

介護士（デイサービス）

・私達も関わりは持つが、忙しくまわっている中なかなか難しい。訪問リハビリや訪問看護を利用しているデイサービス利用者で、家での様子やリハビリの内容をなかなか聞く機会がなく、どうやったら連携が取りやすいかなと思う。担当者会議が開かれ、会った時には直接聞くことができるが、それ以外は滅多に聞くことができない。家族からも聞けが、「どういった内容をしていますよ」というのを紙とか FAX で直接やりとりができればいいなと思う。

歯科医師

・施設に入所されると行けなくなることがある。すぐ治療できるところ、契約して訪問診療を専門にしている先生に頼まれる。それは仕方ないと思うが、まずは歯科の主治医に聞いてほしいと思う。その上で、診療室にあるタービンなどの削る道具や携帯用は簡単に持ち運ぶことができないので、「どうしても自分が行けないから訪問をお願いしたい」という連携ができればいいなとも思っている。この検討会も全部は出ていないが、3 回目くらい参加しており、歯科医師会の一人としてそういうことを知ってもらいたい。歯科の想いとして、「簡単にすぐ行って治療することはできない」「もう少しできたら口の中を見ていただくとありがたい」と思う。

介護支援専門員（居宅）

・施設に入所したり在宅で過ごされている人で、長年義歯を使っていない、歯茎で食事をしている人をよく見かける。そういう人に「義歯を作ってはどうですか？」と提案するが、「何回か作ったけど合わなくて痛いからこのままでいい」と言われる。そういう人にどうすればよいのか？ そのままでよいのか？ いずれ歯茎も限界がきて、上手く噛めない咀嚼ができなくなるということが必ず起こってくるのではと思うが…。

歯科医師

・私は、「きちっと義歯を作って食事が取れるようになったほうがいいですよ」と、家族には説明する。だけど長年の経験で、「入れ歯なんか作らない」と言った人もいる。どうしても本人が受け入れなければ仕方ないが、「作ってみませんか？」ということはある。本人から「入れ歯が合わない」といわれるので、歯科医師の技量にも問題があると思う、こちら側の問題だと思う。患者だけが悪いわけでもなく、「努力して入れようとしたが、痛くて気持ち悪いから入れられないからダメだ」となれば、僕らも歯科医師として、もっと謙虚に、どこが悪かったのかをみる必要がある。私はいつもそう思っている。

・実際、認知症、アルツハイマー型認知症でいっぱい歯があった人を今年まで診ていた。その人は、歯が 24~25 本残っており、インプラントも入れていた。だけど歯が磨けない。どうしたかという娘さんに頼まれて、すべて抜歯した。抜歯していきなり総義歯。僕

は何回も「歯を残した方がいい」と説明した。でも、「本人は歯を磨くことを覚えていないし、私が施設に行き歯を磨くことは大変でできません」と娘さんに言われた。後見人である娘さんの意見を汲み取って、病院に頼んで、大変だったが抜歯やインプラントの除去をし、総入れ歯にした。勿論、すぐに抜歯してすぐには総入れ歯を入れられない。抜いたところは傷なので、入れ歯は分かりやすく言うとプラスチックだから、その傷の上に固いプラスチックを入れる訳がない。なので、「柔らかくて座布団のような特殊な材料を使って入れれば、少しずつ噛むことができるようになるという特殊なことをさせてください」と説明して、了解を得た。実際にそうして2年かかって段々食べられるようになった。コロナ禍でも通院していたので、施設の食事でも完食し、ちゃんと食べていた。歯科医師会で症例発表させてもらう了解を得るために電話をしたら、急性心筋梗塞を起こし亡くなられていた。でも家族には、「最期まで食事を摂れていました」と言われた。時間がかかるということをきちんと説明すべきだと思う。

- ・訪問で義歯をつくるのは難しいので、ヘッドレストがきちっとするためにも通院してもらう方がいい。歯科医師としては、頭が動いてきちっと調整できないというのはすごくやりにくい。施設はベッドに寝ている人が多いので、座位からなんとか起こして、ヘッドレストに枕を置いて調整する。そういうふうな工夫をしないと行けない。すべてが上手くいくかどうか分からないが、やっぱり家族にそういうふうな説明して、義歯を前向きに入れるようになるよう、説明するのが一番だと思う。「訪問でしかできない」と言われたら、その施設によく来る、契約している先生にお願いして、一回診てもらうしかないと思う。私自身は、今まで診てきたかかりつけ医がいれば、まずはその先生に相談すべきではないかと思う。周りの人も含めて家族にも説明して、できれば通院してくれる気持ちに持って行く方がいいと思う。

テーマ②お互いに連携できることを考えよう-明日からできること、1年後にできること、今後実現できたらいいなと思うこと

介護支援専門員（居宅）

- ・明日からできることは、リハビリやデイの様子が詳細に分からないということに対して、ケアマネジャーとしてサービス内容、「今こういう状況です」とか、「リハビリの人がこう言われていたがデイではどうか？」とか、それをまたデイの状況をサービス事業所に返すことをしようと思う。
- ・1年後にできることは、その時その時で皆が情報共有できるような、もっと密にできるようになっているかどうかの振り返りをしたい。
- ・今後実現できたらいいことは、ずっと課題になっているが、県が推進しているようなネットワーク。どうしても電話が速かったりするが、電話に出られなかったりもする。もっとタイムリーに皆で情報を共有できるようになると、迅速な対応ができると思う。

作業療法士

- ・明日からできることは、デイとの連携で、リハビリは個人ごとに細くなるので、なるべく専門職の方から連絡をとっていきたい。
- ・1年後にできることは、病院にいた経験もあり、「医療側に声を掛けづらい」という話もあった。医療と介護の情報がチームで共有できるツール、施設のデイの方に直接文章とかでタイムリーに機器を使ってやれるとよいと思う。
- ・今後実現できたらいいことは、医師やケアマネジャーに報告書をあげており、そこに何をしているかを書いている。報告書自体をケアマネジャー経由でもデイの方にも伝えたい。業務に追われる中で「なかなか暇がない」「あれも聞きたかったのに、こんな時間だった」ということもあるので、ざっくりいうとコミュニケーションがとりやすい、電話しやすい環境が作れるようにする。反面、こういう機会と話せると、そこから連携が取りやすかったりする。ある程度紙面上、それも負担にならない方法があるとよいと思う。

看護師（連携室）

- ・明日からできることは、胃瘻をつくりにくる患者もいるが、食べること、早期の経口摂取の支援というのも意識を持って取り組めることではないかと感じた。歯科医の話聞きながら、急性期の病院でも摂食嚥下の認定看護師、数が少ないが言語聴覚士、そういう職種の人たちが患者の食べること、嚥下のことを支援している。病棟の看護師も、「誤嚥性肺炎の予防のためにも口腔ケアはしっかりしよう」と取り組んでいる。患者の最期まで食べることを支援するという喜びや生き甲斐、ひいてはそれが全身状態の改善にもつながり、免疫力も上げていく。
- ・今後実現できたらいいと思うことは、患者を中心として医療と介護に関わる全ての人たちが情報を共有できるICTを活用したシステムが大分にもできていくとよいと思う。いろいろ課題で進んでいない現状はありそうだが、患者にとって、在宅でも病院でも情報

が共有できると思う。

介護支援専門員（施設）

- ・明日からできることは、当施設に訪問リハビリが来ているので、自ら出向いてリハビリをしている状況をしっかり確認することを意識づけて、まず自分から動いて状況を確認して、そこからもっと情報を広げていくのが大切と思った。
- ・1年後にできることは、まずは自分が状況をしっかり把握して、リハビリの人とも交流を深めていって、ケアプランにそれを位置づけて、家族にもリハビリの達成度を確認できるようなプランを作っていけたらと思う。

介護士

- ・明日からできることは、基本的なことだが報・連・相。自身はデイサービスなので、日々利用者の状態が違う。少しの変化でも気づき、すぐに報告し、病院受診が必要となったら繋げていきたいと思う。先ほど歯科医が話していたように、口腔ケアは大切だが、デイサービスでは昼食後の歯磨きをする利用者が1割くらいしかないと感じたので、歯磨きの推奨を伝えていきたい。
- ・1年後にできることは、高齢者が多くなったこともあるが、家族の支援。働いている人が多いので、何かあったときに病院に連れて行ったり、すぐに自宅に向かうことができないと思うので、もう少し手厚く支援ができればと思う。
- ・今後実現できたらいいと思うのは、独居の人が多く、近所の人と関わりがほとんどない、隣近所に誰が住んでいるかわからないということも多いと思う。デイサービスとしては自宅での生活が長くできるように、地域の民生委員ともう少し積極的に関わりがもてて、地域の見守りボランティアなどが必要になるなと感じている。

歯科医師

- ・明日からできることは、いろんな施設の人、病院の人は忙しい業務の間でも、患者がおかしい、食べにくそうということがあったら口の中を見て欲しい。それだけでも患者のことを少しでも知ることができる。
- ・1年後にできることは、自分も含め歯科医師も、こういう会議や介護分野に参加すべきだと思う。私は大分市歯科医師会に所属しており、情報発信をしてきているつもりだが、なかなか難しい。今、病院でも歯科衛生士がいるところが多いので、歯科衛生士にも参加してほしい。
- ・今後実現できたらいいと思うことは、コロナが収束するかどうかわからないが、こういう情報は対面で話し合いたい。他の歯科医と違うかもしれないが、お勧めの本『「平穏死」のすすめ』がある。特別養護老人ホームに勤務する石飛幸三先生という医師が書き、テレビに出たこともあると思う。私は口から食べることにこだわっており、こういう本を探しては読む。医師が書いている本だが、実際問題、現場の施設とかで働いているいろんな人達が一番患者さんのことを知っている。だから、そういう人たちから僕は情報をもらいたい。ええカッコばかり言っても、そういうものを共有しないと患者の気持ちが変わらなければどうにもならない。歯科医や医師に気を遣って言わない患者は山のようにいる。実際寄り添っている現場の看護師、ケアマネ、話しやすいいろんなスタッフ人はいっぱいいると思うので、そういう人と情報共有ができれば、教えてくれると嬉しいなと思う。

大分市在宅・医療介護連携支援センター

- ・情報共有ツールの件で、大分市連合医師会では、数年前にカナミックネットワークというシステムを導入した。諸事情（医療機関が導入し、多職種を「招待」する仕組みとなっている）があって普及せず、現在それを使っている医療機関は1つしかない。代表的なシステムは5つほどあり、新たなシステムの導入を検討している。大分市等が令和6年度を目途に稼働する予定で、「おおいた医療情報システム」（患者の電子カルテ等の医療情報を共有する医療連携ネットワークシステム）を構築中であり、共有する内容が違うか、連携することができるのかなど、まったく別のシステムとなる可能性もある。そういうことを含めてどうシステムがいいのか検討している。ただ、システム自体は万能ではなく、リアルタイムで情報を共有できるのが最大のメリットなので、そこにどういった情報を載せるかということは気づきがあってはじめて、患者さんをみるチェックポイントがあって、それを気付いた人が伝えるべき人に伝えると言う基本的なスキルがなければ単なる道具にしかならないので、そこは大きな課題だと思う。
- ・先日、多職種が集まって課題を話し合う会議の中で指摘があった。訪問診療を行っている医療機関の中に、施設管理者やケ

アマネジャーと密に連絡を取って、結果的として施設利用者全員を抱え込んでいるグループがある。そこは歯科医師会に加入しておらず、主治医である歯科医師に診てもらえないという問題がある。歯科に限らず他の医療機関でも、そういう抱え込みの問題があるという指摘がある。ずっと診てきた主治医が関わらず、施設から指定された医療機関に変えられるといった問題もある。

歯科医師

・私も、実際感じている。患者さんで、「先生に来てもらいたいが、だめだと言われた」ということを何回も経験している。

3 グループ

テーマ①お互いを知らうー連携する上で関係機関に聞いてみたいこと、連携する上で課題に感じていること

介護支援専門員 A

・医療系サービスを使っている人は通院の時に同席し、主治医と連携することに努めている。主治医に会い、照会を依頼した時になかなか返事がもらえない。ケアプランを提出しても、介護保険がそういう仕組みだと知らず、連携がしづらいなと感じることがある。

介護支援専門員 B

・2015年4月に入退院に伴う医療連携とケアマネジャーの情報共有ルールが運用開始したが、皆さんご存知なのかなという印象。自身も何回も医療連携の研修に出ているが、イメージとして運用自体、連携があまりすすんでいないというのが正直な意見。情報共有ルールに従って日頃の支援を行っているが、「どうしてそんなこと聞いてくるんですか？」という感じで、相手によって非常に温度差を感じる。医療介護の連携は国も勧めているところで、ましてや地域包括ケアを意識して支援している。非常に連携をとりやすく退院後の支援も準備ができる医療機関ももちろんあるが、平均的なところを考えると、まだまだ少ないかなという印象。本人・家族に介護保険契約の際に、入院した際に担当のケアマネジャーの名前を伝えるように重要事項で説明し、対応してくれている。言っているだけで、相手からのアクションがなく、アクションを待つのではなくこちらからアクションを行うようにしている。必ず担当がいることを知らせ、入院時の支援をしている。そうした対応が医療機関の窓口で違ってくるかなという印象がある。

入所管理職

・入所施設なので、入院した時に病院から「今はどうなっていますか？」と話をもってきてくれるところと、こちらからアクションを起こさないといつまでたっても連絡がなく、「どうなっていますか？」と聞くと「ああ、そんなに治療すすんでないですね」と濁されてしまうところがある。そんなに連携がすすんでいない。

・奉仕作業で施設の前の掃除をしている時に、地域の自立をしている人、要支援の人が、「最近ちょっと足が悪くなってきたんやけど、これって介護保険使うにはどうしたらいいのかな？」を言うことがある。現在使っていない人にどういう風に制度の理解してもらえるかというのも今後の課題かと思う。

社会福祉士（連携室）

・言われているのがごもともという形で聞いていた。ケアマネジャーから連携室に照会などを書いてほしいとFAXがきて、医師に持参する。医師は「日常がわからない。何を書いていいかわからない」というコメントがあるので、「医療的な視点でお願いします」と連携室があると医師にプッシュできるが、連携室のないクリニックでは、医師も何を書いていいのかと悩んでいるのかなという感じがある。その連携をしっかりとってほしいなと思う。

保健師（長寿福祉課）

・医療と介護の連携ルールは、長寿福祉課も居宅が新規開設する時には必ずルールの説明をする。ケアマネジャーは当然そのルールに従って入退院の知らせをする。医師が知らないこともあるので、医療機関へのPRが足りないのかなと感じている。

・介護保険の制度について、自立した人から声をかけられるというのは、市民に正しく周知することは大事だと思った。サービスが使える、どういった時に使える、自立を阻害する考えではないと、サロンや運動教室のいろんな機関で周知をしなければいけない。

司会（地域包括支援センター）

・地域包括も役割として、介護予防を地域にもっと広げていく事が大切だと痛感した。

テーマ②お互いに連携できることを考えよう-明日からできること、1年後にできること、今後実現できたらいいなと思うこと 社会福祉士（連携室）

・明日からできることは、地域を例えば組織として考えた時に、介護側の人に報告・連絡・相談をしっかりとしていきたいなと思った。

介護支援専門員 A

- ・明日からできることは、先ほど「医師も何を書いていいかわからない」という声があると聞いたので、照会を依頼したり、医療連携シートを送る際に、もう少しわかりやすく何を聞きたいか、こちらからも丁寧に書くといいいのかなと思った。
- ・今後実現できたらいいと思うことは、各事業所で工夫はしていると思うが、共通の連携シート。どの医療機関や介護事業所の人が見ても、「これは必要なものなのでなるべく早く書いて情報共有したい」と感じるようなシートがあると、連携がとりやすいと思った。

介護支援専門員 B

- ・明日からできることは、利用者や患者を通して介護課題、医療課題を今一度アセスメントしていく中で、気づけなかったことがあるかもしれない。情報収集には相手がいるので、気軽に聞けるような顔の見える関係づくりができるといいと思う。特に今はコロナの影響で、以前はすぐに連携室の相談員と会って話ができていたが、今はほとんど会えない。電話では、相手の表情がわかりづらく難しい。それでもできる限り、個人個人が関係づくりを意識してやっていく必要があるのかなと感じた。情報共有ルールの周知、しかるべき関係機関が依頼するところではあるが、いい共有ルールができていますので活用すべきと思う。
- ・1年後にできることは、連携シートは以前から共通のものをつくらうという動きがあっていたと思う。私たちも日頃どういうものを使っていると資料提供したこともある。その連携シートの作成がストップしている状況だと思う。連携支援センターで検討していたと思うので、再開してもらいたい。相手がどういう情報を知りたいのかというのがお互いにわからないと思う。自身は医師に独自に作っていて、「こういう状況なので意見をいただきたい」と細かい欄をつくって、「今回はこの件でお願いします」と「サービス担当者会議にご参加いただけますか」と手紙の内容をつくっている。医師が日頃の状況がわからないという意見は以前からあったので、今の状態、利用しているサービス・支援を全部手紙に書いて、渡している。これは意見をもらう側の礼儀だと思うので、丁寧に連携シートをつくっている。これも担当者によってばらつきがあると思うので、共有ルールに則って、連携シートもつくってもらいたい。また、情報共有ルールの連携先の医療機関が増えると嬉しいなと思う。最新の医療機関の登録先を表でもらっているが、ないところ連携がとりづらい。情報共有ルールを周知して、連携先を増やしてほしいと思う。

薬剤師

- ・明日からできることは、コミュニケーションをとるのが一番かなと思う。コロナの関係で担当者会議も書面だけになっており、「薬局は参加しないよね、来ないでしょ」と言われる。でも、できるだけ行きたいと思っている。本人・家族・ケアマネジャー、施設の人と顔を見て話をしないと、文章だけではなかなかわからないなということも多い。まずは顔を突き合わせてコミュニケーションをとりたいと思って今やっていて、それを続ける。感染症が落ち着いたらまた参加したいと思う。自身が行けなければ代理をたてて、直接話が聞けると何人があった時に情報も収集しやすく伝えやすくなると思う。まずはコミュニケーションをとることかなと思う。

入所管理職

- ・明日からできることは、医療連携では統一のシートがあって細かく書いてもらえるところと大雑把に書くところがある。どうなのかなとわからないこともあるので、統一シートができるといいなと感じている。
- ・ケアマネジャー、医療とは入所施設なので関わりがあるが、地域包括との関わりは薄くなってしまっているので、地域包括と情報共有、交流ができると、地域密着としての役割ができるかなと思う。

保健師（長寿福祉課）

・情報共有ルールは、意見を聞き、連携をとる上ですごく重要だと思った。居宅のケアマネジャーはこちらが説明するが、医療機関への周知が足りないということだった。長寿福祉課が委託している大分市在宅医療・介護連携支援センターの取組みの中で、医療機関、医師を対象にした研修会の開催をしているので、情報共有ルールの説明をして、医師にそういったルールがあるということを知る機会をつくってあげたいと思う。連携支援センターとどういったことができるかの話をしていきたいと思う。

・連携シートについては詳しくわからないが、協議していて、形としてできているかまではわからない。全く何もしていないということではないので、連携がとれるツールとして活用してもらいたいと思った。もし手つかずの状態であれば、機能できるようにしたいと思う。

大分市在宅医療・介護連携支援センター

・連携シートは、ストップしていたが今年度中には使ってもらえるよう調整している。使っていく部分で足りないところがあると思う。「患者さんの情報を医師が書くにあたってわからない」というところはカバーできていないので、その部分は別に用紙を作成して添えて、医師に照会してもらってもいいかもしれない。今年度中にはまず使ってもらえるようにしたいと思う。

司会（地域包括支援センター）

・入退院時共有ルールを使っていく医療機関も少しずつ増えていくと思っていいるのか？

大分市在宅医療・介護連携支援センター

・センターのいろんな事業がまわっていなかったというのがあって、医療機関への働きかけがうまくすすんでいない。少しずつでも医師に理解してもらえるよう活動をすすめているので、時間はかかるかもしれないがすすめていきたい。

司会（地域包括支援センター）

・介護支援専門員 B が医師とやりとりする用紙を個人的に作成しているという話があったが、どういったタイミングで渡すのか？

介護支援専門員 B

・まずは担当のケアマネジャーになりましたという挨拶の時。ケアプランの評価、担当者会議を行うにあたり事前に意見をもらいたい時。他科受診で入院となり、主治医に状況を伝えたほうがいい時。その人におこったイベントをできるだけ情報共有するようにしている。こちらから働きかけをする努力をしないと相手にも動いてもらえないので、「この人の担当ケアマネジャーは誰なんだ」ということを主治医にわかってもらうだけでも連携がしやすいと思う。いろんな時に活用できる連携シートを自分なりに作って活用している。今後連携シートを作成するにあたり、どういう風にしたらいいのかということがあれば意見していきたいと思っている。

司会（地域包括支援センター）

・今後連携シートができあがって、やりとりが充実してきたりしてほしい。包括と入所施設の関わりがしやすい件は、以前は地域ネットワーク会議を開催できていたが各地域の民生委員、自治委員、福祉関係者が集まっていたので、コロナが落ち着けばまた顔をあわせて案内をしようと思うので、お願いしたい。

4 グループ

テーマ①お互いを知ろうー連携する上で関係機関に聞いてみたいこと、連携で課題に感じていること

就労 B 型管理者

・コロナのクラスターがおき、職員入れて 8 名感染した。実際クラスターがおきると医師が往診に来てくれず、訪問看護が入らないというようなことが現実としておこった。看護師含む職員と医師が、電話で話をしながら対応した。20 日間くらい医師不在の状態が続き、一番診てもらいたい時に診てもらえなかった。医師の安全もわかるし、二の足をふむのはわかるけど、こういう時こそ医師に来て欲しかったと思った。

訪問介護管理者

・併設の有料老人ホームで、職員が 1 名感染した。感染対策を保健所の指示のもと行っていたが、往診の日程が 2 週間以上遅れた。薬は処方箋発行で調剤薬局の人が準備し、濃厚接触者ではない職員が受け取りに行くという対応をとった。本音をいうと、利用者には通常通りに過ごしてもらいたいので、部屋にほぼ隔離状態で過ごしてもらわないといけないのはストレスであるし、

させてしまう職員にも負担をかけてしまうと感じた。感染対策のマニュアルを以前からつくってみんなで把握していたが、実際にそうした状況に遭遇すると、心理面、精神面での負担がかなり大きかったなと思った。自身もヘルパーとして在宅に訪問するが、万が一濃厚接触者だった場合にその支援が全て止まってしまう。代わりに行けるヘルパーが確保できていない状態だった場合、在宅の利用者はどうするんだろう？というのが問題点としてあった。

薬剤師

・実際訪問に行っているところは 1 件。その施設に行く時に「この動線に入ってほしい」など言われていることはなく、それでいいのかなと思うところがある。施設で決めているルールがあると思うが共有されておらず、自身も確認していない。いく時にそれなりにきれいにしていくようにはしているが、それで満たされているのかなと思う。医師とも患者の状態を話す機会がなく、コロナのせいで心の面でしんどいところがあり、話をすると「大丈夫」と言われているが、薬をみると明らかに大丈夫ではない感じになっている。医師からの情報と患者からの情報が合致していない。医師とそこをうまくすり合わせていかなければいけないと思うが、それがうまくできておらずもどかしいと思う。コロナもあるので、直接会って話をする時間も今までのようにはとれないので、新しい課題と感じている。

施設管理者

・感染自体はどれだけ対策をとっていたとしても 100%防ぐのは難しいなというのがあったので、感染がでた場合や近隣で感染がでた場合に、いかに医師や薬剤師と連携を行いながら自施設に持ち込まないかの検討をした。日々、ニュースや情報のチェックをしていたが、どうしても防げずに施設で感染者がでた場合には薬剤師に取引があるかないかの問い合わせをした。取引があった場合には、大変申し訳ないけど一時的に入館をお断りして、玄関口に保管できる BOX を準備し、施設に必要な薬を届けてもらう。処方箋は後日渡すという形でできるだけ接触しないという形でお願いした。

介護支援専門員

・基本的にはモニタリングも直接本人とできないので、だいぶ苦労した。やむを得ず電話や書面で対応するしかなかった。皆さんもそうだと思うが、自分だけではなく、家族にも再三注意を促し、行動抑制をした。自分から周りに感染させないように、努力した。

保健師（保健所）

・別の課にコロナの担当がいるが、急性期の時には応援にも行き様子を聞いていたので、大変だっただろうと思う。
・感染対策は、自分がコロナに感染しているかもしれないと想定しながら対応している。なかなかコロナを理由にできない事も多かったため、地域との関わりの難しさも感じた。

司会(地域包括支援センター)

・包括で自宅を訪問しているが、コロナ禍で自宅になかなかかえれない、地区のサロンなど出事が休止してしまっていて、元気な高齢者の人たちの行き場所がなくなってしまったというのはよく聞く。活動的な人が自宅に閉じこもりがちになってしまった時に、自宅でどうやって維持していくのかを課題に感じている。人が集まてはいけないという制約の中で、課題と思った。
・感染者ゼロが続いていて、サロンの開催もされ依頼も増えてきたが、地域のリハビリ職の人たちと運動につなげていく働きもしているので、なるべく地域の人たちと連携できるように関係づくりをしていきたい。

テーマ②お互いに連携できることを考えよう-明日からできること、1年後にできること、今後実現できたらいいなと思うこと

保健師（保健所）

コロナ禍であり連携の部分で・・・

・明日からできることは、今は幸いにもコロナが落ち着いてきているので、コロナ禍で困っていた部分、今できる部分は感染者が少ない今だからこそできる部分、サロンでリハビリ職をよんで運動指導をしたり実演指導というのは今でないとできないことだと思う。普及啓発ということができたらいいのかなと思う。医療と介護の連携も対面ですり合わせできるといいのかなと思う。

- ・1年後にできることは、仕組みづくりが大事。コロナに感染したということになると、皆がバタバタして大変になってくる。作れる時に仕組みを作っていくということもとても大事なかなと思う。先程往診ができなかったという話もあったと思うので、オンライン診療や「2週間会えない時にどうしていくか？」ということもすり合わせておくと、その人の健康状態が落ちずにできるのかと思った。ボックスでの薬のやり取りもすごくいいと思ったので、どこまでお互いができるのかということのすり合わせをしておくとういと思う。

保健師目線で・・・

- ・明日からできること、そういった感染リスクを抑えておくとういと思う。接触者の対象者になりやすいのが、マスクなしで15分一緒にいた人になるので、不織布のマスクをしっかりとる。対象者の人でマスクをするのが難しい人、認知症で理解が難しい人であれば、対面する方が不織布を二重マスクすることも有効だと医師の勉強会で教えてもらった。手洗いとアルコール消毒、換気が大事なので徹底してもらい、誰と会ったのかなということがわかるようにしておく。Cocoaなども使えると思う。
- ・今後実現できたらいいことは、健康増進、病気にならないための生活習慣をということを知ってもらう。健診をうける支援をして、自分の病気を知り、治療ができるとういかなと思う。65歳以上になっても元気に過ごしたり、病気になっても治療をしながら予防に取りくめるといいのかなと思う。

訪問介護管理者

- ・明日からできることは、今現在取り組んでいる人もいるが、訪問リハや訪問看護、ヘルパーなどの複数事業所が入るところは、できるだけ連絡ノートを利用者の家に保管させてもらい、日々の様子や排泄状況、ちょっとした変化があった場合にはノートに申し送りを書いておくことができないかなと考えている。そのノートを活用して、処方内容の変更があった場合に、「薬のリストを確認してください」「副反応はこういったものがあります」と共有できるのかなと思う。ヘルパーからケアマネにモニタリングの報告書を送っている。どちらの発信でもよいが、ヘルパーとケアマネだけでなく、他の事業所にも日々の情報を共有できればかなと思った。
- ・1年後にできることは、半年に1回の介護保険の見直しの段階で、サービス担当者会議が行われる。できるだけ照会文書でなく、本人・家族と顔をあわせてできないかなと思う。そこで、今後の方針を情報共有できるのが一番理想的ではないかなと思う。

施設管理者

- ・明日からできること、1年後にできることは、考えたけどしぼりや現実的に難しいという部分が多い。何ができるのかなと言うと、情報しかないのが現実。医療も介護も保健所、薬剤師、近隣の施設も含めて、情報を共有していくこと、開示していくことしかまずはないかなというのが現実問題かと思う。
- ・今後実現できたらいいかなと思うことは、最初に説明にあったようにいろんなしぼり考えなければ、施設内同士、保健所や薬剤師、歯科、利用者ひとりに対して関わる全ての人たちで共有して接することができればいいかなと思っている。自分たちの施設で独自に行っているが、イベント等を多職種交えて、「普段こんなことをしています」と共有できれば、利用者ひとりひとりの理解が深まってくるのかなと。交流することによって、他の施設の強みがどの施設にもあると思う。自施設を退去したいとでた場合に、強みがある、うちでは対応できないという時に、そういった強みを知っていることで紹介できると思う。

薬剤師

- ・明日からできることは、先ほどの話にあった薬局の人に薬をBOXに入れてもらい、処方箋は後でというのはすぐできるいいことかなと思う。取り入れたいと思う。コロナ関係に関しては、コロナウイルスのキットを販売するようになっているおり、簡単に手に入るものではないので、施設の人などみんながすぐにチェックできる体制にしたらいいいかなと思う。今度インフルエンザも一緒に検査できるキットができるようなので、有効なかなと思う。
- ・1年後にできることは、病院、施設、薬局側もそうだが、直接会って話をする時間をとるようにしたい。それが本人のためになると思う。専用のサーバーを立ち上げてもらって、薬局の薬歴や施設で使っている日常の出来事、病院で使っている問診、みんなが共有できるサーバーがあれば、それぞれでアクセスして情報を共有でき、伝えたいことも伝えられる。そういったサーバーが作れば連携がかなり進むんじゃないかなと思う。作ってほしいと思う。

介護支援専門員

- ・明日からできることは、今皆がやっていることは間違っていないので、続けること。必要時はそれぞれでできる事を協力しあう。対岸の火事ではないという認識で、近隣の施設などと協力していこうとできればいいなと思う。
- ・1年後にできることは、BCPの作成に際して内容を充実して、協力していけるような事前の協議が図っていければいい。そういったBCPに際して、共同訓練、模擬訓練ができると、気づかなかった事も気づけるので、このような形で発展していけるといいな。

就労B型管理者

- ・明日からできることは、今コロナが落ち着いているので、今までも連携はしてきたが担当者が変わったりもしているので、顔の見える連携。今じゃないとできないこと、今以前からずっとやっていたものをより密度をあげて、コロナになって入れずリモートで行く時、お互いをわかりあっているという体制づくりができるといいな。就労という部署にいますので、介護保険を利用しながら障害サービスを利用している人もいます。圏域内にも就労施設はかなりあると思うので、介護保険だけにとらわれるのではなく、「デイサービスは利用したくないけど、ちょっとおこづかいくれるから就労に行ってみようかな」という外にできる支援として、障害サービスも使えるという啓発をしていきたい。
- ・1年後にできることは、自施設から就労サービスに通っている人が多く、他の施設、他の在宅の介護保険を使っている人が通えるようになればいいと思う。就労サービスは制度として違うかもしれないけど、地域包括ケアシステムの図の中に1つの社会資源として入っていける、捉えられるようになっていくといいかなと思う。

司会（地域包括支援センター）

- ・明日からできることは、画面越しのことが多く、利用者からも「やっと会いに来てくれるんやな」と言われる。コロナが落ち着いている時に顔を合わせて、わからないところ、有料の見学に行ったりして、知識、情報を持っていけるといいなと思う。
- ・1年後できることは、共生社会は介護関係なく、8050問題もある。そういったところもふくめて、介護、障がいをとっぴらって考えていかなければいけないのかなと思う。高齢の人の相談にいたら引きこもりがちの息子さんがいたり、使えるサービスが限定されたり、つなぎ先が限定されることもある。そういった課題、制度含めて考えさせられるところがあるかなと考えている。

就労B型管理者

- ・こういった南大分圏域が集まる会議は定期的にあるのか？

司会（地域包括支援センター）

- ・この検討会は年に1回。それ以外に南大分包括単体で、サービス事業所や民生委員に集まる会議もあったが書面開催。定期的に年に2回3回くらいは開催している。

今までは対面形式で開催していたが、オンラインの会議が増えて、ほとんどの会議がZoomを使ったものになって、タイムラグがあったり、生の声は聞きづらい。少人数でもそういったものが開催できればいいかなと思う。

就労B型管理者

- ・南大分にも医師やいろいろな職種の人がいるので、そういった人たちだけでもZoomを使った研修会ができれば面白いのかなと思った。せっかく同じ圏域にいますので、学び合えるものがあるとレベルアップして、みんなで助け合えるのかなと思った。

司会（地域包括支援センター）

- ・こういったみんなで集まって意見をもらえると勉強になるかなと思う