

第1回 三田市・西宮市北部合同研修会

「訪問診療医の視点からみた連携について考える」アンケート結果

参加者 30名 回収率 97%

問1 所属、職種と現在の所属の期間について教えてください。

【所属】

病院看護師 (3人)、地域連携室 (4人)、訪問看護ステーション (5人)
包括支援センター (3人)、居宅事業所 (10人)、その他 (4人)

【職種】

医師 (1人)、看護師 (13人)、保健師 (1人)、社会福祉士 (2人)
ケアマネジャー・主任含む (11人)、事務 (1人)

【経験年数】

1年未満 (2人)、1年～5年未満 (18人)、5年～10年未満 (4人)
10年以上 (5人)

問2 今日の研修会は全体的にいかがでしたか？

- ・今後役に立ちそう (27名 93%)
- ・どちらかと言えば、役に立ちそう (2人 7%)
- ・あまり役に立たなさそう (0人 0%)
- ・役に立たなかった (0人 0%)

問3 研修会の内容についてお聞きします

1. 第1部の講義・グループワークはいかがでしたか？

- ・よかった (29名 100%)
- ・どちらかと言えばよかった (0人 0%)
- ・あまりよくなかった (0人 0%)
- ・よくなかった (0人 0%)

2. 第2部の交流会について

- ・よかった (28名 97%)
- ・どちらかと言えばよかった (1人 3%)
- ・あまりよくなかった (0人 0%)
- ・よくなかった (0人 0%)

問4 今後の研修会の内容・テーマに対するご意見・ご要望があればご記入ください

- ・医療との連携、勉強になりました。ありがとうございました。
- ・在宅医療への進め方など、事例を知ることによって勉強になりました。
- ・社会資源について
- ・これからも参加し、顔の見える関係作りに参加していきたい。
- ・最後のお話にもあったが、顔の見える交流が一番連携につながると思う。違う職種や地域の人と話すだけで何かしら得るものがあり、達成感が少し味わえる。
- ・病院、在宅医、訪看、ケアマネの連携についての話は興味あります。またしていただきたいです。
- ・交流も含め楽しく研修を受けることが出来ました。
- ・初めてお会いする方が多く、良い研修でした。ありがとうございます。
- ・病院と地域（在宅）との連携強化
- ・神戸市北区も参加させていただきたいです。今回お誘いいただきありがとうございました。
- ・とても楽しく参加させていただきました。ありがとうございました。今後、同じような内容で深掘するのも良いかも。
- ・継続的に顔の見える関係の場作りをお願いします。
- ・今後も顔の見える連携会を開催して欲しい。
- ・コロナ禍で対面研修会が少ない中、グループワーク、意見交換ができ貴重な体験となりました。顔の見える連携が大切だと感じました。
- ・今後も事例検討会などあれば参加したいと思います。
- ・在宅関連の研修
- ・今回の事例検討、具体的にどれくらいの日数でACPに継げたのか知りたいです。今後もこのような研修をよろしくをお願いします。
- ・横のつながりが持てる貴重な機会を設けて頂きありがとうございました。今後も交流会等開催していただきたいです。困難事例をテーマに情報交換したいです。
- ・顔の見える関係作りにはとても良い機会でした。コロナ禍にて久々の対面研修で楽しかったです。
- ・多職種と関わる事が出来て良かった。
- ・西宮市、神戸市北区も含めた顔の見える関係作り

第1部 グループワーク

○在宅療養においてどのような問題が考えられますか？

(事例は、参加資料を参考ください)

<A>

- ・同居者が内縁で認知症。代理意思決定が困難⇒息子とのトラブルにならないか。
- ・本人が認知症でない為後見人が付けられない。
- ・介護申請を早めに行い、見込みで使用する。
- ・ヘルパーの必要性を議事録に残し行政へ。
- ・特定疾患でない。

- ・同居人が認知症。
- ・介護力がないところに介護が発生している。
- ・入院拒否
- ・介護2なのでサービスが十分入れない。
- ・内服、事務的なことが同居人には出来ない。
- ・キーパーソンの存在。
- ・基本的には、生活支援が入れない。(食事、洗濯等)
- ・終末期が訪れてからしか動けない。
- ・どのタイミングで息子に繋げるか。
- ・CMにかかってくる負担が大。

<C>

- ・キーパーソンが不在。
- ・生活援助が出来ないが、身体介護で対応可能であるため、サービス利用の調整が必要。
- ・ACPにするまでが、最終決定の代理人が不明であるため支援の中心が決まらなかった。

・介護申請のタイミング(介入)を早期に決める事が必要。

⇒家族とのやり取りを早期に始める。

・本人が意思をしっかりと伝えられる人である為、同居人との関係性や今後についても話し合う必要がある。

- ・webで遠方の家族とつながるようにする。(現状をテレビを通じて把握する)
- ・行政との連携(サポートが入っているか)
- ・調整会議をしていく。

<D>

- ・キーパーソンが不在。
- ・生活力、介護力が不足。
- ・通院している人の情報共有

<E>

- ・介護者不在(家族が遠方で、ご本人、同居女性ともサポートが必要)
- ・生活支援が入れない。
- ・ヘルプを出せる人は、本人、同居人、Dr.のいずれか。
- ・大阪⇒三田に転居するときに、地域の間関係はどうだったか？
- ・相談先の知識がなかった。
- ・本人の性格は、我慢強い人だから余計に早期発信が出来なかった。

<F>

- ・現在は意思決定できるが、近い将来できなくなったときにどうするのか？
今回、人生会議が出来たら良かったが・・・。
- ・キーパーソンは拒否している。認知症の低下を認める。
- ・代理人が不在。
- ・残された内縁の妻？の今後。

<G>

- ・キーパーソン探し。
- ・テレビ、Zoomの活用。
- ・在宅はケアマネが中心になるが、ハードルが高い。
- ・入院すれば情報は聞き取れる。
- ・介護サービスの介入⇒医療から導入(看護・薬剤師・医師)

<H>

- ・認知症(知人)との同居。重要な事が決められない。
- ・認知症の同居人、本人の息子がキーパーソン。⇒遠方にいるため介護力が不足。
- ・自宅での看取りは難しい。
- ・サービスでの介入を増やす。(本人寝たきり⇒区分変更)
- ・女性の家族。
- ・金銭面について。
- ・情報収集、情報共有をする。

○上記の問題に対して各々の立場からどのような支援・連携が必要だと思いますか？

<A>

- ・同居者の後見人を探す。
- ・同居者の申請(区偏・申請)⇒行政との連携
- ・家族背景を明らかにする。同居人の評価。
- ・医療⇔NS.連携する。

- ・タイムリーに情報共有するためのツール。
- ・認定を受けていない妻の相談。(CMは本人のCM)
- ・包括に報告して妻への介入。初動としては、包括に報告して一緒に動く。

- ・キーパーソンを誰にするか？タイミング。
 - ・もともと受診していた病院との連携。
- (その他 CMとして)
- ・通院している人が、在宅へ移行した時、病院からの情報が無いので困る。

(病院として)

- ・病院側から送る情報が、在宅で本当に必要とされているものなのか・・・
- ・生活の事を考えるともっと情報が要るのでは？
- ・お互いに欲しい情報、必要な情報がやり取りできているか？

<C>

- ・介護・医療それぞれ軸になる人を密に連携する。介護と医療の枠を超えて連携する。

<D>

- ・多職種と同居人、息子とも ACP が実施できて良かった。
- ・個別ケースに関する LINE グループを作って対応している。(HG)

<E>

- ・ケアマネが同居人の状況について一言書けば生活的な支援も入れることが可能。
- ・本人に拒否があれば困難だが、関係者・支援者で地道な話し合いが必要。
- ・医師に本人の予後を確認（チームで情報共有）
- ・困りごと等状況把握、本人家族の意思確認（早期に）

<F>

- ・本人の意思を尊重しながら「理」にかなっていなくても、出来ることを支援する。
- ・関係機関でまず会議、話し合う。

<G>

- ・訪問看護：主体となる。
- ・ケアマネ：サービス導入を勧める。地域とのつながりを持つ。
- ・病院：情報発信をする。(使えるサービス)
- ・タイムリーに情報共有を行う。

<H>

- ・訪問看護、ヘルパー、薬剤師の介入
- ⇒サービスが多くなると連絡帳、メモで確認、連絡を必ず取る。
- ・配薬ケースを使う。
 - ・LINE グループを作る。連絡を取り合う。
 - ・メッセージ、電話で報告する。