

第1回 在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会 各グループの検討内容(要旨)

●多職種連携でうまくいったこと

- ・多職種の役割が機能し、独居や末期がんでも対応できた
- ・無理なお願いでも顔見知りだとお願いできた
- ・情報共有のため、1つのノートを活用している
- ・担当者会議で顔を合わせると、その後電話しやすい
- ・退院時から顔の見える関係があると、在宅でも情報交換がスムーズに行く
- ・試験退院で少しずつ自宅復帰を目指した
- ・お互いの専門性を知っているとお願いしやすい
- ・多くの職種が関わることで生活状況や本人の気持ちなどを把握することができ、QOL向上につながる
- ・多職種のカンファレンスに参加して、本人がとても喜んだ（自信を持った）
- ・最後まで自宅にいたいという気持ちを叶えることができた
- ・退院前カンファで分担が明確になっていると良い
- ・各職種の目標が明確化してあるとよい
- ・急変時や入院希望時にいつでも受け入れてくれる病院があった
- ・多職種カンファにより、在宅だと難しいと思われたケースでも、在宅生活が継続できた

●多職種連携でうまくいかなかったこと

- ・各職種で十分な話ができず、それぞれが違う説明をしていた
- ・多職種がそれぞれ独立した感じで連携がうまく取れない
- ・在宅支援時の注意点が伝言ゲームのようであまり伝わらない
- ・窓口がわからない
- ・相手がよくわからない。どこまでお願いできるかわからない
- ・介護の実情がわからない
- ・医師に対して敷居が高いと感じている
- ・話し合いの時間の調整が難しい
- ・多職種で情報共有する機会が少ない
- ・主治医間で連携がうまくいかない
- ・各職種への連絡が取れない場合の対応
- ・経過を追っていない
- ・専門職としての意見が出すぎた
- ・自分の意見を遠慮して言わないのもうまくいかない原因になる
- ・病院スタッフに在宅の視点がない
- ・在宅を希望する患者でも、主治医が無理だと説明される
- ・日曜に主治医に連絡がつかず救急搬送された
- ・外来の時間帯の急変時にすぐに駆けつけられなかった
- ・患者への説明、意思確認不足
- ・患者や家族の思いを確認するのが難しい
- ・病院の主治医、スタッフの思いと本人家族の思いが違った
- ・家族の理解が得られなかった
- ・地域の理解がなかった
- ・仕切りたがるケアマネに困った
- ・ケアマネとのすれ違い（時間が合わない）

キーワード

- ・顔の見える関係(連携は大切)
- ・専門性の理解とその活用
- ・患者情報の共有
- ・連携のためのツール、テクニック

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】たつたやま

●多職種連携でうまくいった点

- ・ 事業所同士が顔の見える関係だと、カンファレンスや情報共有しやすい
- ・ 訪問と通所系が同じグループ内にあると情報共有しやすい。一人の患者に対し、同じ情報を持つ
- ・ 介護サービスを入れることで生活が改善する人がたくさんいる。サービスを知らなかった
- ・ 介護（ケアマネ）から生活の情報をもらえると、医師としてとても助かる
- ・ がん患者を在宅に帰すとき、連携室の役割が大きい。在宅の情報を持っている

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ 病院同士の連携がうまくいかなかった
- ・ 医師にアポを取ったにもかかわらず、会ってもらえないことがあった
- ・ ケアマネの中では、医師に対し敷居が高い。連携室を通してアポを取るが・・・
- ・ 勤務医の時はなかなか時間がとれず、ケアマネと会えなかった
- ・ サービスが必要な人なのに、本人が拒否して入れられない
- ・ 往診できる歯科のPRをどのように行っていけばよいか？
- ・ 歯科の往診をしているところが限られている。どこに言えばいいのかわからないのでは・・・
- ・ 1人で薬局を開業しているとなかなか外に出て行けない
- ・ 地域から見放された人がいる（周りとは隔離している）
- ・ 人が入ってくることを嫌う人がいるその人へ理解してもらい、家の中に入れるようにするにはどうしたらいいか

●多職種連携に期待すること

- ・ 開業医だとメールでやりとりしやすい
- ・ いろんな情報（サービス、在宅医療など）を効果的にPRしてほしい
- ・ 本人や薬の管理が思うようにできない
- ・ 医師に対しどういう要望があるのか知りたい

【グループ名】えづこ

●多職種連携でうまくいった点

- ・ 口腔ケアを受けるようにしたら栄養状態がよくなった
- ・ ターミナル患者の意志を病棟の受け持ち看護師が受け止め、連携室との調整で在宅に帰ることができた
- ・ 基幹病院退院時の多職種カンファに家族が入り、安心して在宅ができた
- ・ 退院前カンファで分担が明確になっていると良い
- ・ 情報共有のため、ノート活用を1つにしておき連携がうまくとれる
- ・ 主治医を訪問し、顔見知りになっておくと医療面と介護についての意見交換ができる
- ・ ケアマネに介入してもらい、家族の認知症に対する理解が深まった
- ・ 多職種カンファにより、在宅だと難しいと思われたケースでも、在宅生活が継続できた
- ・ 退院後でも入院時のセラピストが様子を見に来てくれ、車いす選定のアドバイスをくれた
- ・ 主治医から訪問看護の役割を利用者や家族に説明され、信頼関係を築きやすかった
- ・ 医師の積極的関与により、それぞれの職種の目標が明確化された
- ・ 連携の中に家族や自治会などが入ってもらうことで1人暮らしの在宅がみれた
- ・ 在宅医療や介護保険に理解がある医師とはスムーズに話ができると思う

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ 在宅での吸引に消極的な事業所だと、スタッフはやる気でも実現できない
- ・ 主治医が在宅や訪問看護に関する理解がなかった
- ・ 入院時に担当ケアマネに連絡がされず、退院支援が遅れた
- ・ 担当者会議で移乗の際の注意点を話していたが、訪問のヘルパーに伝わっていなかった
- ・ プラン作りを行う際、情報の交換ができないケースがあった
- ・ 入院した情報を共有できなかった
- ・ 本人の理解力と家族とのコミュニケーションの問題で、キーパーソンがはっきりせず連携機関がうまく対応できなかった
- ・ 家族の訪問看護等に対する意識が薄く、サービスの継続につながらなかった
- ・ 主治医と家族、本人の考え方の違いから、方向性がずれ、主治医の変更を余儀なくされた。ケアマネとの連携もとれていなかった
- ・ 主治医の専門分野でない治療を要するときに、専門医との連携に全く協力を得られなかった
- ・ 他職種との接点が全くない
- ・ 居宅や老健における口腔清掃のニーズはあると思うが、なかなか声が上がってこない。
- ・ 処置の行い方が事業所によって異なり、褥瘡が悪化した
- ・ レスパイとの希望があったが、スムーズに調整ができなかった
- ・ 料金の問題で有効なサービス展開が難しい
- ・ 近所の方の理解がなかった
- ・ 在宅での具体的ゴール設定が不明確だった
- ・ 小児や難病などの専門的対応が難しい

●多職種連携に期待すること

・

【グループ名】みずあかり

●多職種連携でうまくいった点

- ・介護サービスの利用に理解が得られなかったが、包括に入ってもらうことで、介護保険申請からサービス利用につながった
- ・ささえりあを中心に話し合い、役割分担をして課題解決に取り組むことができた
- ・多職種連携で退院支援がスムーズにできた。カンファレンスも行った。
- ・家庭環境を知っていたつもりでいたが、より詳細に知ることが可能となった
- ・前医からの引き継ぎ症例で、前医の主治医意見書のコピーをケアマネから入手してもらうことでスムーズに引き継ぐことができた
- ・医師には話さないことでも、ケアマネや訪問看護師には希望を伝えられる
- ・多職種カンファによって在宅移行ができ、約2ヶ月ほど在宅療養が継続できた
- ・外来診療内で担当者会議ができたこと
- ・デイサービスなど利用中に訪問診療し、ADLやスタッフの話を知り得た
- ・急変時や入院希望にいつでも受け入れてくれる病院があった
- ・日頃からのつながりにより地域の民生委員、自治会長などに協力を依頼をすることができる
- ・同じ職場の多職種間の連携はうまくいきやすい。
- ・関わっている職種が情報提供しあうとうまくいく
- ・主治医との連携がうまくいき、家族が納得のいく看取りができた

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・独居の認知症やうつ在宅サービスがスタートできない
- ・在宅を希望する患者であっても、主治医が在宅は無理だと説明される
- ・日曜に主治医に連絡がつかず基幹病院へ救急搬送することが続き、入院となった
- ・今まで見てもらった急性期病院で最後まで見てほしいと言われる方がいる
- ・自宅で療養したくても家族の介護力不足、不安等から転院になった
- ・ケアマネと主治医の家族への説明が異なり、家族が混乱することがある
- ・特に在宅では仕事の専門性を主張しすぎたり、自分の意見を遠慮して言わないとうまくいかないことが多いように思う
- ・訪問リハが必要な人の計画に訪問リハが入らないことがたびたびある
- ・老健や特養の順番待ちの間に亡くなった
- ・患者の状況がわからないのに主治医意見書が送られてきても困る
- ・ギアチェンジのタイミングが遅れてしまい、在宅やPCUの準備中になくなった
- ・診療中の予約なしでの面談希望は対応できないときもあり困った
- ・医師から療養食についての指示をもらえなかった
- ・介護予防での栄養改善ができていない。ケアマネからの依頼が少ない
- ・実は独居とは知らずに外来診療していた
- ・処方した薬の残が多いことに驚いた
- ・服薬がきちんとできているのかがいつも心配。不安
- ・介護利用したくても申請していない
- ・サービス利用の希望が全くないにもかかわらず、主治医意見書の提出させるケアマネもいる
- ・在宅人工呼吸をしている患者で冬場にカニューレ閉塞を頻回に起こし、夜間昼間無関係に訪問が必要だった
- ・訪問診療を数年している中で肺がん発症の把握が遅れた
- ・外来の時間帯の急変時にすぐに駆けつけられなかった
- ・がん末期の方の疼痛コントロールがうまくいかず、利用者が苦しみながらなくなった

●多職種連携に期待すること

・

【グループ名】すいか

●多職種連携でうまくいった点

- ・ 医療的な意見を聞いてサービス導入できた
- ・ 医師、ケアマネ、看護師、ヘルパー等の役割が機能し、独居(高齢)でも対応できた
- ・ 痛みのコントロールで口腔機能が回復した
- ・ 食レベルが上がりQOL向上
- ・ 包括との連携で乳児(人工呼吸器)の眼科訪問診療につながった
- ・ 退院時から顔の見える関係があると在宅でも情報交換がスムーズ
- ・ 情報共有により、微妙なニュアンスが伝わった
- ・ 患者とケアマネが同行して外来へ
- ・ 無理なお願いでも顔見知りだとお願いできた
- ・ 褥創患者の入浴サービスを支援している施設と事前調整でうまくいった

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ リハや口腔ケアの医師や職員の理解不足
- ・ 社会資源を知らない
- ・ 看取りができる医師が少ない
- ・ 仕切りたがるケアマネに困った
- ・ 各職種で十分な話ができず、それぞれが違う説明をしていた
- ・ リハにいったが慢性期なので維持が精一杯で改善は難しいが、家族の理解が得られなかった

●多職種連携に期待すること

- ・ 多職種の定例会
- ・ 連携のためには知識レベルを統一するための勉強会を
- ・ 重心児へのサービス(介護者の負担、医療と福祉の連携、家族のレスパイト)
- ・ 高齢視覚障害者のケアプランで、訪問看護や介護の難しさや疑問を聞きたい
- ・ チーム医療として眼科医の参加も可能であると周知してほしい
- ・ 退院後のリハの充実。切れ目がないように
- ・ すべての病院にソーシャルワーカーの配置を
- ・ 同じ地域の連絡先一覧があれば相談しやすい

【グループ名】むさし

●多職種連携でうまくいった点

- ・退院時から多職種でカンファレンスを行い、こまめに電話・ファックスで連絡を取り合うと、病状把握がうまくいく
- ・顔の見える仲間同士でうまくいっている
- ・お互いの専門性を知っているとお話ししやすい
- ・デイサービス利用時の状態変化で主治医と連携してうまくいった
- ・独居で医療が必要だが拒否されたときに医療機関に相談し、看護師→医師→往診→入院につながった
- ・担当者会議で顔を合わせられるとその後電話しやすい

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・病院スタッフがケアマネと連携できていない
- ・相手がよくわからない。どこまでお願いできるかわからない
- ・かかりつけ医が面会してくれない
- ・末期がん患者の看取りは患者家族の負担が大きい

●多職種連携に期待すること

- ・病状経過がわかると治療しやすい
- ・情報が多いと支援しやすい
- ・メールだと相手の仕事に支障なく、写真も送れる
- ・スピーディーな情報を直接把握したい
- ・専門職にその分配を任せられると安心
- ・利用者がよくなればよいと思う
- ・互いの職種を尊重
- ・医師との間に看護師が入るとうまくいくこともある
- ・定期的カンファ
- ・顔を知っていると他のツールでもうまくいく
- ・自己満足に陥らないように自覚
- ・家族の負担を減らす

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】からしれんこん

●多職種連携でうまくいった点

- ・施設と病院との退院前カンファで患者家族が望む施設へ帰れた
- ・末期がん患者の退院前カンファができてスムーズに在宅移行できた
- ・在宅酸素の方の在宅移行について、何回も多職種のカンファレンスを続け連携が取れた
- ・緊急退院に際して、その日のうちに在宅で生活する体制が整えられ、夕方には担当者会議が行えた
- ・ケアマネが中心となり、在宅での問題点を明確にし、関係職種で解決の手段を検討できた
- ・多くの職種が関わると在宅での状況を把握することが容易である
- ・訪問薬剤師が入ることで薬の管理や使用量がよくわかるようになった

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・病院の地域連携室との情報交換がうまくいっていない
- ・多職種間でカンファレンスをする機会が少ない
- ・専門職としての意見が前面に出てしまい、多職種の立場を理解しないまま調整を進めてしまった
- ・余命1週間の段階で家に帰りたいとの相談があったが、入院中の病院にも相談しておられず、病院にも相談してみたがうまくいかなかった
- ・主治医間で連携がうまく取れない
- ・病院の主治医、スタッフの思いと本人家族の思いの違い

●多職種連携に期待すること

- ・介護職からの意見をもっと聞きたい
- ・熊本市周辺の地域との連携を考えたい
- ・定期的な多職種研修会
- ・連携によって患者が最後まで口から食事ができるように
- ・うつや認知症で生活に支障がある方の専門医受診に連携できれば

【グループ名】しんかんせん

●多職種連携でうまくいった点

- ・訪問看護師から毎日報告が来る
- ・深夜急変時に看護師の訪問
- ・多職種の連携で薬の管理がうまくでき、コンプライアンスがよくなった
- ・主治医ほか多職種の情報共有で退院後の生活がスムーズになった
- ・試験退院で少しずつ自宅復帰を目指した
- ・病院スタッフ（医師、看護師、MSWなど）と在宅スタッフ（ケアマネ、訪問看護師など）との連携で、がん末期の患者の在宅支援がうまくいった
- ・在宅を希望されている患者に在宅医がすぐに来院してくれた
- ・家族や本人の希望通り自宅で看取りができた
- ・入院前にケアマネから情報をもらい、切れ目のない支援体制が取れた
- ・通院していたがん末期患者が在宅に不安を感じていたが、家族、看護師、ケアマネなどで少しずつカンファを行って在宅で最後を迎えられた
- ・認知症の方の突然の対応にもケアマネが応じてくれた
- ・住宅改修についてPT、OT、ケアマネなどと検討できたこと
- ・介護用品の早期設置
- ・介護に多職種が必要なことがわかってきた
- ・介護に対する知識が少し増してきた

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・多職種での情報を共有する機会が少ない
- ・社会的リスクの高い方の受け入れ先がうまく見つからない
- ・口腔ケアがうまくできない
- ・亡くなった後に警察にも家族が届け出て説明が大変だった
- ・胃ろう患者の加療の中止を家族が希望した
- ・独居老人の家族が遠方のため方針が決められない
- ・介護保険の変更申請にケアマネが応じてくれない
- ・話し合いの時間の調整が難しい
- ・ニーズがわからない
- ・介護の実情（事情）がわからない

●多職種連携に期待すること

- ・主治医の在宅サービスへの理解
- ・介護しやすい状態になるように医療を活かしていきたい

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】でこぼん

●多職種連携でうまくいった点

- ・入院時からケアマネと連携でき、うまく退院できた
- ・人工呼吸器装着者の在宅支援をケアマネを中心とした多職種連携でうまくできた
- ・入院中の患者の退院前カンファの連絡が病院ソーシャルワーカーからあり、退院後の生活もスムーズにいった
- ・遠方に住む家族の不安に答えることができた
- ・ケアカンファレンスにケアマネの要望があれば出席している。連携がスムーズになる
- ・尿取りパットの使用量から不要な薬の中止ができた

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・退院に向け在宅環境を整えようと医師に治療状況を聞いたかったが断られた
- ・介護保険申請のために急に受診される
- ・経過を追えていないこと
- ・各職種への連絡。連絡が取れない場合の対応
- ・ケアマネとなかなか連絡がつかなかったため、体調などの把握ができず訪問診療に取りかかるのが遅れた

●多職種連携に期待すること

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】ろあっそ

●多職種連携でうまくいった点

- ・ 退院前のカンファを通じて各職種の役割を知ることができた。課題の共有ができた
- ・ 医師の診療を家族や他職種に説明して、安心してもらえた
- ・ 顔の見える関係ができているところとの連携はうまくいく
- ・ 自宅に帰ると元気になる
- ・ 褥創が多職種連携で完治
- ・ 退院は無理といわれていた方でも退院すると病状が安定するケースもある
- ・ 夜遅くても薬を届けてもらったこと
- ・ 多職種の方へ医療・介護制度の説明をして、在宅療養生活のメリットを理解してもらえた
- ・ 連携することによって、生活や本人の気持ちなど自分では把握できないことが把握でき、利用者のQOL向上につながる
- ・ ケアマネと相談するとスムーズに運ぶ
- ・ 利用者のリハビリにPTと合同訪問し、ADLの改善が図られた
- ・ 24時間対応してくれる訪問看護ステーションと連携している。ファーストコールは訪問看護ステーションへ。

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ 薬剤師やリハとの連携はほとんどない
- ・ 異なるリソース間の連携のツールが足りない
- ・ カンファに呼ばれることがない
- ・ 終末期の患者の退院のタイミングが遅いと在宅で過ごす時間が短くなる
- ・ 訪問看護との連携が乏しい
- ・ 24時間対応に消極的な訪問看護ステーションがある
- ・ 患者や家族の思いを確認するのが難しかった

●多職種連携に期待すること

- ・ 多職種のチームで対応できるようにしたい
- ・ まずは異なるリソース間の同職種の連携から
- ・ 顔の向こう側が見える関係作り
- ・ がんの終末期になったら残された時間を自宅で過ごしたい

【グループ名】あそさん

●多職種連携でうまくいった点

- ・退院時にケアマネを必ず呼んでいるので、ケアプランにリハの視点が入るようになった
- ・救急のときの視点があう先生と会えると訪問診療に切り替えるときにいい
- ・顔の見える関係ができた
- ・退院時よりカンファに参加させてもらい、環境調整と在宅への移行ができた
- ・在宅IVHで退院が不安だったが、訪問看護の介入で看取りまで行えた
- ・独居のがん患者でも在宅医と訪問看護の連携により実現できた
- ・患者と一緒に受診した
- ・カンファレンスに参加して本人が大変喜ばれた
- ・ヘルパーと入浴動作、自律動作と介護部分の共有できた
- ・がん患者に看護師とエンゼルケアまでできた
- ・信頼関係を早い段階で構築できた
- ・多職種のチームがうまくできた
- ・ALSでいろんな支援ができた(看護師、ヘルパー、歯科、福祉用具)
- ・利用者の症状コントロールなど対応がスムーズにできた

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ケアカンファレンスに呼ばれないことが多い(診療時間内に会議を設定される)
- ・入院中に在宅訓練ができなかったのが、帰ってから寝たきりになった
- ・病院スタッフに在宅の視点がなくて困っている
- ・入院時に情報提供書を全部読んでいなかったのが、要望されていた点をリハできなかった
- ・状態悪化時の入院ができなかった
- ・退院時の意見書が間に合わない
- ・住宅改修の規模の違い(本人、家族、ケアマネの思い)
- ・医師に訪問リハを理解してもらえなかった
- ・外来患者の訪問診療を調整したが、実際訪問すると「必要性を感じない」と言われた
- ・患者への説明、意思確認不足
- ・急性期の常識は在宅では非常識
- ・ケアマネと連携などについての内部理解不足
- ・退院直後の方から生活に困って連絡があった

●多職種連携に期待すること

- ・入院中と退院後のカンファレンスがもっと余裕を持ってできたらいい
- ・急性期から在宅のことを考える
- ・困ったときは一緒に考える
- ・ネット上でのカンファレンス
- ・多職種連携会議を時々開催
- ・できるだけ参加しやすいカンファレンスの開催
- ・家族のレスパイト
- ・職種の違いがあっても医師中心でなく、利用者を中心とした連携をしてほしい
- ・もっと多くの方と知り合いたい
- ・退院のちょっと前から連携協議をしたい

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】くまもとじょう

●多職種連携でうまくいった点

- ・退院を渋っていた患者や家族がケアマネや訪問看護師とのカンファで自信を持って帰られた
- ・症状のコントロールができて、繰り返しの入院が減ったこと
- ・最後まで自宅にいたいという気持ちを叶えることができた
- ・疎遠になっていた家族との縁が深められた
- ・退院前にいろんな情報を調整してもらえた
- ・担当者会議に必ず参加し共有化
- ・ケアマネのフットワークが軽く、密な情報交換や情報共有ができた
- ・これまでどこにもかかったことのない患者の意見書を書いてほしいとの要望に対して、訪問して要望を聞き、当院とステーションの介護でうまくいっている

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ケアマネとのすれ違い（時間が合わない）
- ・在宅の多職種がそれぞれ独立した感じで連携がうまくとれない
- ・耳鼻科、眼科、皮膚科の往診がお願いしにくい
- ・利用者が在宅療養を希望しても主治医が受け入れてもらえず、患者も主治医に気兼ねして他の医師も紹介できなかった
- ・褥創の処置、排便管理
- ・家族のレスパイトがとれない
- ・独居や老老介護の場合、ヘルパーや看護師ががんばっても内服コンプライアンスや食事排泄に問題がある
- ・バルーンが入っている患者の受け入れ先がなかなかない
- ・介護認定ができるまでの入院期間にリハができず歩行できなくなった
- ・介護保険の更新の際、担当者会議の開催で時間を作るのが大変（一番大変なのはケアマネ）

●多職種連携に期待すること

- ・利用者の望む生活が送れるよう支援者のすべての方が共通の理解が図れるよう協働してほしい
- ・多職種との勉強会
- ・まず相談を出していただきたい
- ・電話でなく、メールとかでアポを
- ・定期的な会合が点数化されていない

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】すいぜんじ

●多職種連携でうまくいった点

- ・ 担当者会議を開くことで、情報の共有化ができ救急の対応もうまくいった
- ・ ターミナル患者の退院時、病棟・在宅・かかりつけ医との情報交換が密にできた
- ・ 寝たきりの夫を介護する妻を訪問診療・介護・リハ等の支援で在宅の看取りまで行え、家族に感謝された
- ・ 本人家族が望む療養先への調整ができて満足してもらった
- ・ 往診時の不穩、便失禁があり、訪問看護やヘルパーが助けに来てくれた
- ・ 医療依存度の高い方に訪問看護に入ってもらえて、本人の安心感につながり、ヘルパーも相談できた
- ・ 病院に訪問診療にいくと主治医をはじめいろんな方から情報をもらえた
- ・ ヘルパーから利用者の小さな異常を報告してもらい状態変化に対応できた

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ もっと早めに多職種連携を図れば本人の気持ちを考えることができたのに、と感じた
 - ◎タイミングは
 - ・ 症状に応じて提案
 - ・ 在宅の希望がわかったとき
 - ・ 本人家族の医師が少しでも見えたとき
- ・ 介護保険の変更申請中に包括との連携がうまくいかなかった
- ・ 最初に関わった包括のケアマネへの不信感が強く、その後関わった居宅のケアマネや訪問看護師が介入するとき、介護サービスを拒否されて困った
- ・ 老老介護で介護負担が大きく、褥創でも入院となった

●多職種連携に期待すること

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】きんぼうざん

●多職種連携でうまくいった点

- ・ 医師と面会することで、家族への伝達、家族本人の思いを医師へ伝えることができ、在宅療養に迷いがあった方の在宅での看取りを家族本人が決心できたこと
- ・ 退院前カンファやサービス担当者会議の開催参加によって多職種との情報の共有化ができた
- ・ 問題事項を整理して医師に思い切って相談することで
- ・ ターミナルの相談先を急性期病院より受ける。在宅医と訪問看護を紹介
- ・ 往診が必要な方へのスムーズなつながりができた
- ・ 関係機関や市民からの最初の相談は包括が受けることが多く、その中で包括の対象外となるような人や多くの人に関わったほうがいい人について連絡をいただいている

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・ 在宅支援時の注意点が伝言ゲームのよううまく伝わらない。その結果、すぐ入院となる。
- ・ 認知症の方の専門医受診へのつなげ方

●多職種連携に期待すること

- ・ 在宅の患者に効率よくサービスが届くような連携

第1回在宅医療に関わる多職種連携研修会

平成25年1月18日(金)
ウェルパルクまもと1階大会議室

【グループ名】なすび

●多職種連携でうまくいった点

- ・入院中にカンファレンスができ、関係者で情報共有ができた
- ・病院の連携室が窓口となり、医師や看護師の意見をひろってくれた
- ・診療に同席し、情報共有ができた。また、往診時にアドバイスを受けることもできた
- ・外来受診中の患者のQOL低下の対応をささえりあにお願いできた
- ・近くに親戚の方が多くいると重症者の在宅も成立する
- ・1人暮らしのがんターミナルで認知症もあり、訪問看護、通所リハ、主治医、ケアマネと毎日のように情報交換
- ・連絡帳を通じて訪問看護との情報共有
- ・包括が声掛けをして多職種の定期的な会議や事例検討の勉強会を年4回開催し、ネットワークができています
- ・利用者に対する共通認識とケアの統一を目的に定期的なケア会議を実施（訪問看護2ヶ所、ヘルパー2ヶ所、ケアマネ）
- ・薬剤の説明を自宅でのカンファで実施

●多職種連携でうまくいかなかった点

- ・主治医から話を聞けなかった
- ・ケアマネとのやり取りが少ない
- ・在宅サービスと施設サービスの連携が取れなかった
- ・急性期病院の医師とのアポイントがとりにくい
- ・医師に介護認定の更新時にケアプランを送るようにしているが、それ以上はできていない
- ・窓口がわからない
- ・ケアマネの力量の差
- ・ケアマネが主治医との連携をされなかった
- ・担当が替わり引継ぎが不十分だった
- ・医療と介護の情報交換が不十分
- ・サービス担当者会議に医師に参加してもらうように工夫しているかと問われるが、できていない。医療ニーズが高いときのみ別日に意見を聞くようにしているが、これではいけないのか

●多職種連携に期待すること