

平成 27 年度医療・介護連携推進研修会グループワーク集約表

1 共通課題：旭川市に求められる「在宅医療・介護連携」で事実発生している課題は何か？

(グループ 1)

- ・介護士が、医療行為などができる研修の場の門戸をもっと広げてほしい。連携に関する情報がもっとほしい。
- ・在宅での担当者会議などで、Dr の関わりが少ない。
- ・病院を退院し在宅ケアになっても、サポートがしっかりしていないと在宅を続けられない。
- ・施設が多くあっても、介護員が少ない。介護に対する報酬が少ない。育たない。やる気にならな

(グループ 2)

- ・看取りをしてくれる医療機関がわからない。
- ・看取りをしている医療機関があることすら知らない。
- ・集中減算はどうなんだろう。利用者の立場を無視している。(意向を無視)
- ・特養は、正看がいないと看取りができない。
- ・救急で診てくれる病院がなく、たらい回しになってしまう。

(グループ 3)

- ・ムダが生じると専門性を発揮できない。コーディネーター役が決まってない事が多い。情報を集約する人(全体を把握する人)が必要と思う。

(グループ 4)

- ・ムダな連携をとらなくて良いと感じる事。必要なポイントを見極める事
- ・Dr の意見書提出が遅く、区分変更をすみやかに受付出来たら良い。要 4→支 1 の場合、ご本人も納得できずにいた。
- ・提供側の安心感(サービス側でなく、ご本人の意志でないことがある。)

(グループ 5)

- ・(家族の思い) 病院の患者拒否、問題行動の対応、薬の調整、悪化する前に対応、ヘルパーの医療行為を増やしてほしい。

(グループ 6)

- ・独居(生活保護)で、自宅で急に亡くなられた場合の保護課への連絡体制(休・祝日・正月休みなど)
- ・保護の利用者様にはケースワーカーの緊急連絡先など
- ・民生委員の個人差が大きい。
- ・入所者滞納者(利用料滞納者の対応)

(グループ7)

- ・在宅医療…Dr 同士 (医療機関) の連携をする。病院 (先生?) の壁がある。
- ・地域で考えるとチームとして機能しづらいことがある。

(グループ8)

- ・末期がんの方だったが、主治医からの指示書を書いてくれなかった。(総合HP) Dr の地域に対しての在宅に対する理解・視点がまだまだない。
- ・地域連携室機能、窓口等不明確、連携がとりづらいHPもある。
- ・リハ視点の添書など活用されているケースとしないケースがある。
- ・在宅側からHPへ求めたいこととして、退院後の生活と入院中の動作では差があるので、居宅CMとの情報を共有する。
- ・他の介護サービス事業所との情報を共有する。

(グループ9)

- ・医師には質問しづらい。ケアマネが利用者さんの病状を聞きづらい。タイミングが合わない。

(グループ10)

- ・訪問してくれるDr が不足している。動けなくて、本人が行けないとなる場合に往診は必要
- ・施設では、養護のためみれなくなると違う施設かHPに移行するしかない。介護員しかいないため、みれなくなることもある。
- ・GHでは、医療系だと医療行為はできるが、誰もいないと緊急搬送しかない。施設での医療行為が困難である。
- ・薬剤師さんの活用で、Dr によっては在宅薬剤管理の理解をされていない方がいる。

(グループ11)

- ・認知症、一人暮らしの方、自己判断できない方、どうしたらいいのか。誰が判断するのか。受診してもらるのが難しい。どう進めていけばいいのか。(服薬は飲まない、飲み過ぎる。貼り薬をはがす等) ケアマネの責任は重くなっている。

(グループ12)

- ・介護職が医師に聞きにくい。(医師は) 介護に興味をもっていない。
- ・同じ目標をもって向かっていけば、介護、看護職の垣根は取り払われる。
- ・ヘルパーとして入っていて、訪看さんは何をしているのか今の経過 (病状) が分からない。介護度の低い人も、高い人と同じように状況が分かれば良いのに、できている人とそうでない人の差がある。
- ・訪看と訪介の時間帯がかぶる事があった。訪看事業所と連携との差がある。

(グループ13)

- ・アベノミクスでは3本の矢の1つ、離職0%にする。給料2倍にしてほしい。
- ・お互い話し合える環境を整えることから始める。
- ・介護度の成功報酬にした方が良い。

(グループ14)

- ・本人・家族に対して、機能低下の及ぼす事をどのように支援していけばよいのか。ケアマネサービスだけでは？
- ・病院の看取りの受け皿がない。福祉施設では、十分な医療を提供できる体制がとれない。
- ・行政の看取りについての介護・医療報酬に問題がある。
- ・地域の力、家族の力を引き出す。
- ・場所ではなく個人（PT）を見てほしい。（差をつけている）
- ・自分で最期を選択できる制度を整備してほしい。（場所は選ぶことができるのか）
- ・家族が看取りについてのサービスを知らない場合もある。
- ・悪化してから動きだすしか方法がない。

(グループ15)

- ・要支援者のヘルパー事業所から断られる事が多い。
- ・要支援者の施設入所ができない。
- ・訪問診療の医師が少ない。（動けるDrがいない。）
- ・生活保護費の人の基準が甘い。介護と連携が取れない。
- ・旭川市がどこまで連携に関わっているのかははっきりしない。

(グループ16)

- ・認知症でも入れるか？と問い合わせがある。グループハウスとグループホームの違いがわからない。
- ・ケアマネより頂いた情報が古い!!（2年前のとか…）
- ・在宅のかかりつけ医からの情報が違う場合がある。（普段の様子とか）
- ・病院との距離が近くなった。

(グループ17)

- ・地域の訪問診療する病院が少ない。
- ・訪問診療する病院の情報が少ない。
- ・施設に看護師はいるが、医療処置をしてくれないところがある。（インシュリン、胃ろう、痰吸引、点滴等）
- ・看取りをする施設、しない施設がある。

(グループ18)

- ・(回復期リハ) 在宅への環境整備をする。サービスの組み立てをする。  
医療保険でのリハは、受け皿がない。 介護保険へのシフト(介護保険適応にならないため、50代特定疾患のない方、認定のつかない方への支援困難)  
もっとリハしたいけど、行きたくても行けない。(送迎がない。タクシーはお金かかる。)  
若年層向けのリハビリがない。増えてはきているけど(40・50代の脳梗塞、クモ膜下、高次機能障害の人が多い。)
- ・旭川は施設は多いが、いざというときの選択肢がない。

- ・若年性認知症の受け入れ先はあるのか…
- ・知的障害の人がいくところはあるけれど、若くてマヒがあって、社会復帰したい人の場がない。
- ・高齢者に目がいきがちだけど、若い人の行き先がない。(家庭をもっている若年性認知で金銭的に困難な人)
- ・若い人も介護保険が必要ではないか。

(グループ19)

- ・医療、特に病院の医師との連携が難しい。
- ・(療養型病院) 入院に際して、退院後のこととケアマネに連絡がきた。本人・家族の意向確認がないままに病院MSWから連絡がきた。加算の為に形式だけだった？
- ・ケアマネに情報提供を要求したが、退院に際して情報提供がない。(退院前カンファレンス)
- ・(担当者会議) 医師の参加を確認したら、ヘルパー・通所とは別日になった。かかりつけ医が担当者会議の意義を理解しているのか。医師の意見が中心となっている部分がある。介護職・ケアマネは生活状況など全体をみている。

(グループ20)

- ・利用者様をとりまく職種(ご本人・家族も含めて)の温度差がある。どの様に連携していけば良いのか。退院前や担当者会議で話し合われているのに…
- ・施設への伝え方(ノートがあっても見てない)、保湿ケアの方法、薬を飲む時間などが伝わっていない!!(在宅は連携しやすい。)
- ・キーパーソンが決まるまで、家族(娘、息子または知人)の希望がバラバラで時間がかかる。(時間外の仕事が多い。)
- ・認知症の独居が増えている。(独居はムリなのに…)

(グループ21)

- ・退院前カンファレンスの充実
- ・在宅医療の充実(サービスに余裕が必要)

(グループ22)

- ・施設入居中の利用者さんが急変等で病院受診を必要とした場合、受診先がみつけやすいようなシステムがあれば良い。
- ・(情報開示・発信) どうなったらどの医療機関に行けばいいのかわからない。

(グループ23)

- ・サ担会議において、主治医との連携が難しい。
- ・地域ケア会議が何の為に会議なのかという認識をもつ。もっと早く連携することで早い解決を図る。
- ・病院と居宅の連携(退院後の病院への報告や連絡又は病院側からの確認等の連携)
- ・医療保険と介護保険における違いからの連携(通院リハビリと介護保険でのリハビリ併用)

(グループ24)

- ・(家族の判断・理解度) どのような状態で訪看を呼ぶのか。病院への連絡は？個々にあわせた伝え方をする。(看取り希望していたが、救急車を呼ぶ。家族の思いが変わる。)
- ・家で課題を、病院側はどこに連絡したら良いか知らない人が多いのでは。そもそも認定を受けていないこともまだまだある。(一般的にはまだ周知は低い。)
- ・ケアマネ、ヘルパー、訪看を知ってもらおう。周知が足りないのではないか(連携の前の問題) 包括も介護保険も知られていない部分がまだあるのではないか。
- ・(施設側) 病気の相談は出来ても、看取りに関わってくれるDr、NSがいない。入院してしまうしか対応できない。

(グループ25)

- ・かかりつけ医がいないで、救急搬送をされたケース(退院後受診に結びつけるのが難しい。往診の可能な医師が少ない。)
- ・医師が個人の生活状況まで立ち入ってくれない。病気しか診てくれない。
- ・認知症の方の支援の中で、通院同行の際、本人の日常生活のことがわからない中で、医療側から本人のことを色々聞かれて困る。
- ・入所されてくる方の情報が曖昧
- ・医療の方が利用者(患者)の状態を把握できておらず、質問をしても欲しい回答をすぐ得られない。
- ・利用者の本当の情報共有ができない。
- ・施設の情報が曖昧。統一されていなく、情報提供をする際に困る。その人に合った施設選びに困る。

(グループ26)

- ・在宅のサポート医師が少ない。  
退院に向けて在宅へ連絡により薬局が対応しているが、在宅対応する薬局が少なく、広い地域を担っている状態である。
- ・退院時カンファレンスを実施される事で、連携を担う事ができている。(すべてが実施されている訳ではない。)(NSリーダーが中心となり連絡あり)
- ・施設入所に対しては、クリニックからの情報が集めにくい状態もある。
- ・施設入所時、お薬手帳を何冊も持参している事がある。整理する必要がある。(健康手帳との併用)

(グループ27)

- ・服薬の状態が不明なことがある。本人は飲んでいると言うが…
- ・ヘルパーさんにも医療行為を求められることがある。
- ・共通理解が難しい。

## 2 グループ課題：入退院時の情報共有やルールについて不足している課題

### (グループ1)

- ・(病院の人への相談) MSWがいると連携しやすい。
- ・(地域の人) 近所、民生委員、町内会との情報共有
- ・専門職同士の共有と連携。質と安全の担保。勝手な解釈、思い込みをしない。事実確認(根拠)
- ・買物につれていってあげたい。制度のカベ(介護保険制限)→本人不在のサービス

### (グループ2)

- ・(病院MSWの不在) ワーカーが入院状態の提供をしっかりとルール化する。
- ・(病院の情報、施設の情報) 情報の書式があると良い。(記入) 時間がないため、簡単な記入しやすいものがあると良い。
- ・突発的にかかった時の連携が難しい。
- ・病院に患者さんの情報を教えてもらおうとしても、なかなか教えてもらえない。
- ・市としての共通ルール、書式があればいい。

### (グループ3)

- ・相談員がいないHPは連携が難しい。相談窓口がわかる一覧のようなものがあると良い。
- ・相談員がいても適格な情報を得るのに時間がかかる。
- ・病院の形態がよくわからない。
- ・病院側から入院時にCMや事業所からの情報が少ないと言われたことがある。
- ・そもそも入退院時の情報共有ができないことが課題

### (グループ4)

- ・訪看の必要ある方に訪看対応になっていない。  
自宅での生活の課題のすり合わせ(既往等を含め)が必要では?
- ・リハの住改、本人の使いやすい様にしてほしい。→実際のご自宅でのシミュレーション、必要性を検討してほしい。

## 3 グループ課題：地域かかりつけ医の「連携に対する理解や協力体制は？」

### (グループ1)

- ・医師によっては、在宅医療を重視している方もいれば、そうでない方もいる。
- ・訪問診療の報酬を高くすべきである。そうすれば、もっと在宅医療に力を入れることができると思う。
- ・訪問診療を重視、力を入れてくれる医師が増えてきている。そういう医師にめぐり会えば、看取りまで安心してできる。

### (グループ2)

- ・訪問看護は、まだまだ周知してもらえていない医師も多い。
- ・相談してもすぐに見てもらえない。

- ・電話かけると、いつでもすぐにかけてくれる先生がいた。その先生が亡くなり、次の先生は来てくれなくなった。夜中でもすぐ見てくれると安心なんだけど…
- 緊急時救急車を呼ぶが、利用者は総合病院を希望する人も多い。

(グループ3)

- ・互いの専門性を尊重する医師だけでは何もできない。トップダウンが連携だと考える同調がある。
- ・医師によって話しかけにくい。気を使う。(何回も同じ目的で連絡をとるうちに、そうでなくなった。)
- ・ヘルパーからDrの距離が遠い。訪看さんを通してきているDrと連携している感覚がない。
- ・医師も担会に声をかけてほしい。照会を送ってはどうか？

(グループ4)

- ・利用者が十分に医師に伝えられない状況がみられるため、付き添いスタッフがフォローする必要がある。
- ・医大・日赤・市立HP等との連携はスムーズに行われているが、クリニックなど、なかなかスムーズにいかない事がある。
- ※リハHPよりお薬手帳を利用し、メモ等はせめて連絡をしてほしいとの例もあった。

(グループ5)

- ・訪問診療の医師が少ない。(Drの高齢化)
- ・大きな病院にかかっている人は、今後受診できなくなったらどの病院に相談したら良いのか？
- ・総合専門医を増やしてほしい。
- ・薬に関して薬剤師さん(Drに報告してもらう。)に相談するのが良い。
- ・薬を飲めていない人が多い。訪看、薬剤師を利用する。(ケアマネが対応)

(グループ6)

- ・協力が少ない。情報量が少ない。どうやって調べたらよいかわからない。うまく連携できない。

4 グループ課題：日常生活圏域で「在宅医療・介護連携」はどこまで実現可能か？

(グループ1)

- ・際限がないような気がする。
- ・町内の人達の協力が必要

(グループ2)

- ・HP (MSW⇔CM) からつないでくるので、特に困ったこともなく恵まれている。
- ・顔と名前が一致しているのは、とても安心して連絡が図れる。
- ・医⇔介どうしてもカベがある。
- ・ハウスとの連携(点数とのかね合い)できることもサービスに入れてしまう。

(グループ3)

- ・逆に田舎の方が連携、地域のつながりができているように感じる。
- ・医療との共通シートがあるが、あまり活用できていない。ポイントを絞った書式があれば連携しやすい。
- ・Drにより話を聞き入れてくれたり、話にくいなど様々。スムーズになるといい。

(グループ4)

- ・看取りまで関わってくれる体制作りができない。(その前まで)
- ・(施設) Drから介護へ指示することで、必要最小限の対応が可能な場合がある。施設から訪問へ(Drまでいなくても対応できることがある。)
- ・介護員教育、マンパワー不足、医療との連携までたどりつけない。Drに報告できる力を身に付ける。
- ・施設はあるが人材不足。日中帯にどれだけ連携して対応するか(夜間は難しいため)
- ・Drがカンファレンスに参加できない。在宅医療に理解してくれるDrが少ない。介護側が医療知識を高めないとDrとのカンファレンスがスムーズに進まない。

(グループ5)

- ・介護度が重い程、在宅に戻るのは現実的に難しい。
- ・地方だと施設が少なくて探すのが難しい。一覧表みたいな物があれば分かりやすい。(富良野はネットでも見れる。旭川は一覧表がある。)
- ・病院で本人の普段の状況の把握がしにくい。密なやり取りで情報共有していくことが大切

(グループ6)

- ・(包括) 町内会の集まりに参加して町内会から情報をもらえる。
- ・(通所) 利用者さんで閉じこもる方もいる。体操教室などの情報がない。包括から情報発信したり、事業所から情報を聞きに行く。

(グループ7)

- ・在宅に向けたリハビリは、医療保険における点数の問題がある。継続したリハビリをどうするか?保険制度における課題がある。
- ・相手を知る。⇔相手に伝える

5 グループ課題:「在宅医療・介護連携」で、市町村(行政)に期待したい事は?

(グループ1)

- ・地域包括ケアで地域へ貢献する為に、民間に対しての意識改革をしていただければ…
- ・負担割合等、改正等の市民への通達をする。市民と行政のコミュニケーションをとる。
- ・医療・介護の保険等の書類等の業務の簡略化をする。
- ・在宅医療・介護の従事者の養成をする。



(グループ2)

- ・特定施設でも生保の方の受け入れが可能になったが、他の施設では要支援の方を放出、その為相談も増えている。
- ・連携面を考えると矛盾していることが多い。
- ・医療内でできる支援が限られている。介護の面の支援を手厚く。
- ・介護保険の点数、限度額の見直しをする。自費対応がおきてしまう。
- ・専門職や医師への指導をする。
- ・認定調査時、利用者も頑張り過ぎてしまう。特記事項が反映されていないことがある。

(グループ3)

- ・行政を中心として、医療と介護の連携を考えてほしい。地域連携に協力してくれる医師を育ててほしい。
- ・地域で安心して暮らせるようなまちづくりをしてほしい。昔のように気軽に声をかけられる環境、地域システム作りをする。

(グループ4)

- ・看取り制度の整備、特定医療だけでなく看取りも請求できるように？
- ・どこに行くといいのか、サービスを使いやすいようにPRする。
- ・早目に対応できる制度、教育
- ・先を見すえ、小学校から体験教育を入れてほしい。介護予防教室（高齢者向け）の充実。30代～40代家族や介護の担い手教育の充実
- ・地域の力（町内会、民生委員）でサービスを必要な人を発見？予防、孤立死などのないようなネットワークをつくる。

(グループ5)

- ・若い人の受け入れ、制度化、情報の共有化を図る。地域ケア会議は、行政が吸い上げないので広まらない。
- ・事業所にSTがいなくて、他事業所に評価してもらった。それぞれの事業所は頑張っているのに、行政は…
- ・包括は頑張ってくれているが、地域ごとでは温度差がある。
- ・高齢化が進んで、予防体操など予防の部分で行政がもっと入ってほしい。予防のすくいあげを行政がやってほしい。認知症のチェックリスト（興味のある人、ない人）、やりっぱなしにしないで、返送がない人を訪問してほしい。
- ・薬の飲み忘れなど、家にこもっている人は目が離れてしまう。目の届かない部分に行政が入ってくれたらいい。  
認知症は自分で気付かない。近くにいる人も気付かない。町内会、市民への啓もうや参加しない人のすくいあげをもっとしてほしい。

(グループ6)

- ・行政で事業所も巻き込み、旭川モデルを作る。
- ・専門職だけのカフェはもういい！当の本人がそっちのけになっている。包括を中心に進める。

(グループ7)

- ・主治医意見書で状況が変わっているのに内容が同じことがある。介護度に関わってくるので
- ・認定が出てくるのが遅い。認定調査が遅い。
- ・申請は支所で受付業務ができるようにして下さい。忙しい業務の中、市役所（本庁）まで行くのが大変である。仕事がスムーズになれば利用者へ関わる時間が出る。
- ・寝たきり、胃ろうなど意識がない状態で意志表示が出来ず10年も入院していた人がいる。住民への死生観、自己決定に関する啓もう活動をしてほしい。

(グループ8)

- ・基盤づくりは行政で!!  
(利用者宅での駐車場所：サービス開始時は近所への配慮もしている。)
- ・除雪サービスは行政で!!  
(個人で頼むと金額は高い!!)
- ・駐車スペースをもっと確保してほしい。
- ・サービス提供できる枠（予防）をもっと増やしてもらいたい。
- ・予防事業とか、市でやっていることが、広く知られていない。(市民周知を広げてほしい。)
- ・この様な研修会に行政側も出席して意見をくみ上げてほしい。