

平成 29 年度医療・介護連携推進研修会グループワーク集約表

『聞こう!知ろう!集まろう!医療と介護の仲間たち・PART2』

1 ワーク 1 「情報提供を聞いての感想」

- ①住むメリットを聞いての感想
- ②自分の認識していたイメージとの違い、または一致していたところ
- ③聞いてみたいこと（確認したいこと）

(グループ 1)

- ・有料老人ホームに基準はない。
- ・65 歳以上 1 人いけばいいのは知らなかった。
- ・老健なのに特養化している。
- ・老健強化型で在宅をめざす。
- ・職員の負担大きい。

(グループ 2)

- ・なかなか点が線にならない。
(情報提供について)
- ・意を決して Dr に本人の病状を伝える。Dr は忙しい。
(外来診療について)
- ・患者と一緒にいくか手紙（あらかじめ連絡は必要）
- ・SW がいる場合には電話でも。施設職員か CM か、どの立場か名のる方が良い。
- ・どういう情報が良いのか。情報提供書がある。Dr のものは最低限
(主治医意見書について)
- ・CM からこういう状態と伝える方が書き易い。
- ・Dr は、外来からの情報を基に書いている。
- ・サービス利用の有無、申請の有無
- ・長谷川式等で行う。認知症の患者が、以外にも長谷川式の検査が良かった。(点数ではひろえない)
- ・別の Dr に見てもらおう。(1 回は) 主治医に話を通して。Dr もかたすぎるタイプばかりではない。MRI での脳のやせ方+長谷川式+症状

(グループ 3)

- ・サ高住は広い。ミニキッチンついてるところもある。浴室は共同のものもある。自由、しかし、ちょっと高い。(生保は×) お金ある人が入るイメージ

(施設の情報はどうやって知るのか?)

- ・担会等で訪問した時の職員の対応等で判断
- ・見学、利用者様が入居して関わるようになってから判断 (人によって違う)

(グループ4)

- ・ケアマネの違いを理解できた。
- ・特養に入所している方の在宅復帰は…少ない。
- ・有料老人ホームは施設によって大きく異なっている。(ヘルパーだけ)(デイ、訪リハが使える)
- ・有料老人ホームの受診で医師が常駐していると安心。Drの連携が難しい。
- ・年金が少ない→食費をきりつめるなど工夫している。
- ・人手不足の問題

(グループ6)

(①について)

- ・本人、家族それぞれの立場で違いが出てくる。(家族の希望で入る場合が多いのでは?)
入居する方に説明することが大切
- ・まとめてあるとわかりやすい。
- ・本人の収入によって選択できるところが限られてくる。
- ・在宅型サービスを利用できると生活の幅が広がる。
- ・在宅形態のところは、そのままのサービスで住まいが変わるイメージ
- ・施設は、加算があるので安心して預けられる。(歯科診療の立場から)
- ・老健は、在宅復帰を目指せると分った。(リハの立場から)

(②について)

- ・1年目なので、イメージが分って良かった。

(③について)

- ・リアルタイムに空き情報があると良い。
- ・包括支援センターには情報がある場合が多いので、活用すると良い。
- ・新規オープンの情報を得たい。
- ・なぜ介護職員は足りないのか、又は定着しないのか?

(グループ7)

- ・在宅だと独居の方もいて情報が少ない。
- ・社会参加に向けて、訪問リハ終了後につながった社会参加(社会参加支援加算)
- ・訪問リハは、3ヶ月が基本で後は継続。4月からは継続理由が必要
- ・急性期の退院後の支援
- ・看取り
- ・ガン末期は医療保険で入れるのでプランに入れやすい。

(グループ8)

(②について)

- ・施設のケアの質向上のため働きかけをするが、オープンなところが少なく拒否されることもある。(GH→有料老人ホームへ)

(③認知症利用者の施設利用)

- ・CMとしては、まずライフライン、生命の危機を考え入所検討。経済的部分、家族の気持ち等を考慮しDrと相談
- ・認知症の方々への不安はあるものの介護申請遅れがち
- ・有料老人ホーム等の施設から認知症悪化してからGHへ入所しトラブル発生(老人ホームでは最期まで見てくれると言ったのに etc.)
- ・認知症の方を施設入所する場合の基準としている事は何か。

(グループ9)

(老健にはどのような方が入所しているのか)

- ・介護1～5まで幅広く在宅復帰ができていないケースも多い。
- ・実際復帰することことがない。
- ・在宅復帰について職員も慣れるように動いている。
- ・ポイント制になると有料老人ホームに移る人も多くなる。
- ・有料老人ホームの方は介護保険を100%利用している→本当に必要なのか？→実際に援助をめぐり、施設とケアマネでのすり合わせが必要
- ・目が届かない所にしか生活できない人→ケアマネのプラン以外はできない。
- ・サ高住、有料老人ホームの違いに差がない。
- ・グループホームでの医療の介入が難しい。独立性がない→特別指示書を書きたくないDrがいる。
- ・難病指示の方、有料老人ホーム入所でDSに行く時には自立支援法

(グループ10)

- ・大きな相違はなかった。

(グループ12)

- ・特養は入居してから転居の必要がなく安心(認知症の人にとっても)。住宅型よりも生活に関する介護が多くて安心
- ・初めて分類について聞いた。
- ・特養は料金が低料金。介護1, 2の利用者も対応してもらっている。利用者も希望が強く、入居されると喜ばれる。
- ・老健はメリットとして良い。
- ・ケアハウス→住宅型に転居するケースが多い。ケアマネとしても助かる。
- ・特養に入るまでに住宅型探すが、経済的に苦しい場合は家族がおぎなう場合もある。

- ・情報提供する側としても、施設のメリット、デメリットを知ることが大切
- ・住宅型の内部が見えないことも
- ・住宅型の意向に CM や本人が流されることも…課題
- ・家族が圏域、地域、金額、サービス（デイなど）を指定する場合の CM としての対処方法

(グループ 1 3)

(①について)

- ・施設と住宅の明確な区分を初めて知った。
- ・特養と有料老人ホームだと、介護度によって費用の違いが大きくなる。
- ・包括支援センターでは、基本要支援の方が主なので介護度の高い方に関わる事が少ない。

(②について)

- ・有料老人ホームの比較表では、入所要件は特になしだが、現実に入所時にその介護サービスを受ける事が暗黙のきまりになっている事が多い。
- ・医療度が高くなるとそのまま施設にいられなくなり、特養に移行する方や医療（入院）になる方も多い。
- ・外部サービスが入っていた施設が特定施設に移行する事によるメリットは？
- ・特養、老健の加算のとり方など

(グループ 1 4)

(①について)

- ・特養と老健はまあまあわかっていたが、有料老人ホームとサービス付きの要件がはっきりしていなかった。
- ・住宅型の年齢や人数に制限がないのが意外だった。

(②について)

- ・この表は、一般の方や高齢者の方に説明する時にとっても役立つと思いました。

(グループ 1 6)

(②について)

- ・根拠法の説明で、特養、老健、サ高住、有料老人ホームの違いがわかった。今まで考えたことがなかったので。
- ・札幌では、施設の要件に合ってなくても特例で入れることがあると聞いた。地域によって差もある。
- ・旭川市は医療機関、施設が多いが、在宅サービス（訪問診療など）が不足しているイメージ
- ・旭川から住んでいた離島に戻ったが、在宅サービスが不足しており、生活困難となったとなったケース
- ・地方の方が有料老人ホームは金額が高く入所できず、旭川へ来て入所するケース
- ・地方施設の職員教育
- ・NS 退職したら困るので、NS に頭が上がらない Dr も

(グループ17)

(①について)

- ・利用者の状態に合わせて施設選定する必要がある。
- ・ターミナルケア対応が可か不可か

(②について)

- ・有料老人ホームとサ高住の違いを詳しく理解できた。
- ・入居を断られるケース
- ・人員、設備など
- ・紹介センター業者などもいる。

(グループ18)

(特養のメリット)

- ・費用面
- ・「自宅生活を念頭において」は考えていなかった。
- ・看取り、最後まで入所のイメージだった。

(老健)

- ・「老健における医療面の制限が現実的にある」
- ・通院、治療、リハビリ（在宅までのリハを）を希望する場合、老健にする。
- ・医療面をフォローしてくれる有料老人ホームを案内することがある。
- ・医療面で充実している有料老人ホームありがたい。

(グループ19)

- ・ケアマネ→利用者に説明する時（施設紹介する時）には、ポイントをしばって説明している。
- ・お金（料金）の話もする。
- ・特徴があり、やっていることが違う。
- ・家からの距離
- ・いくつか見学してもらう。
- ・往診してくれる施設もある。
- ・利用者に対しての職員の人数が少ない方が手厚い。
- ・デイサービス、訪問リハビリが利用したい人がいれば、事前に施設に確認する。
- ・特定施設はケアマネが決まっている。話し合いが少ない？
- ・特定施設の方が総合的な関わりができる。

2 ワーク2「ご自分の業務（職種）を踏まえ、入所（入居）系事業所についてどのようなことを理解しておくことがよいと思いますか？」

(グループ1)

- ・居宅→入所するとその後の情報がわからない。

- ・入所→居宅に1か月の様子を伝えていく。食べているか、何をしているかなど、細かな内容
- ・老健→リハマネ会議（施設側、居宅側、家族）集まっているのでいいと思う。
毎月3か月に1回の会議で大変だけど、顔が変わってくる。変化がある。

(グループ2)

(看護師とのやり取りについて)

- ・病院は忙しそう。
- ・施設はまだ話しやすい？
- ・施設の看護師の数も少ない。

(SWのいる病院といない病院)

- ・いない場合、看護師とのやり取りになり難しい。

(グループ3)

- ・施設を探す時…まず料金、最終的には家族？
- ・今は施設を探してくれる事業所があるが、まずは見学して決めてもらう。
- ・在宅が難しい（…独居等）と思えば、CMへ情報提供する。
- ・食べれなくなる、徘徊する等で施設にいられなくなる→家族に相談して施設が変わる。主治医の協力は？住みなれたところにずっといることをつくる。
- ・介護度によって入れる施設が変わる。
- ・特養の空き待ちになっている人はショートステイのロング
- ・デイサービスに通っていて、今後も通いたい人→有料老人ホーム、サ高住
- ・同じ種類の施設でも、施設ごとに状況は違う。
- ・見学してみても住むと異なる→悪い情報があれば施設のパンフを見せない。が、どうしてもと言えば…
- ・サ高住→有料老人ホーム→老健→特養となることが多い。特養は安い、キレイで入りたいという人多い。最近では以前より入りたい方が多い。
- ・細かな情報をくれる施設は信頼、安心しやすい。
- ・看護師さんがいないところは、ご家族の希望を確認する。

(入所（入居）系事業所を理解し、選ぶポイントは？)

- ・料金、ご家族・ご本人の希望（住んでいる地域等、デイサービス等）、ご本人の状態（徘徊等）、経験から得た施設情報等を、総合的に判断して利用者様に情報提供する。（最後に決めるのはご本人、ご家族）

(グループ4)

- ・介護度が上がった時に料金やヘルパーの負担が増えるので家族への説明が大事
- ・施設の説明を家族に詳しく説明できるように情報収集を行う。（料金、設備など）
- ・施設は人員が足りない。
- ・若い人員がいない。

(グループ5)

(有料老人ホーム、サ高住)

- ・有料のサービスと介護保険が混同しないように職員教育をする。

(包括)

- ・「施設に入所したい」漠然とした相談→CMのアセスメント→適切な助言、安易な施設選びをしない。
- ・値段のこと等の情報提供
- ・認知症の方を排除するようなこと

(ケアマネ)

- ・入所→本人の意向？家族の意向？→本人の意向の尊重

(グループ6)

- ・在宅サービスを利用できる情報の確認
- ・料金をきちんと確認してもらう。
- ・有料老人ホーム、サ高住、どこまで見てもらえるのか？
- ・利用者に合わせて紹介できるように細かい部分まで確認しておく。
- ・患者さんに今後の事を聞かれる事があるが、きちんと勉強して伝えたい。(PT)
- ・有料老人ホーム、サ高住など連絡とる時担当者が判明しづらい。
- ・訪問歯科～訪問したら不在だった。誰に連絡したら良いのか…？

(グループ7)

(PTから)

- ・福祉用具、ポジショニング、場所、環境

(ケアマネから)

- ・住宅型有料老人ホームは在宅に近い。それぞれの施設で違う。
- ・介護保険外で出来るサービスは何か？
- ・各施設の特徴を知る事が大事(デイに行ける。訪問リハが入れる。看取りは出来るか)

(グループ8)

- ・施設入所後、自立支援に向けてのプラン作成が難しい→職員の確保が難しい。(利用者の)ニーズが乏しくなる。

(グループ9)

- ・書面と実際の施設との違いを感じる。
- ・有料老人ホームで介護保険サービス使えるとなっても、DS使えないところも多い。
- ・施設の方からサービスの指示があることも多い。
- ・施設ケアマネは、生活マネジメントを深めることが本来の目的
- ・在宅は在宅の調整でいっぱいになっており、書類に追われる。
- ・施設にいると見やすい。在宅は事業所とのやりとりが必要

- ・施設でもヘルパーのみでなく、DSや訪看など色々なサービス利用が好ましい。様々な角度から見える（虐待など）。

(グループ10)

- ・医療的ニーズの高い方の方向性が限られている。→施設？病院？
- ・様々な施設での料金設定（基本料金+オムツ、受診 etc.）
- ・地方の方の入所先が難しい。→旭川市の施設への入所となる事もある。（情報収集）
自分の町の施設情報は、その都度ケア会議で確認はできている。
- ・入院先からの入所を考えても、転院という可能性が高い。受け入れてくれるレベルって？
- ・今後の療養先が見つからない…。PTEGの方って何処に行けばいいの？

(グループ12)

- ・本人の状態、希望に合わせて施設を選択する必要があるので、広く情報を知っておくことが必要
- ・広く圏域の情報を持つておくが良い。
- ・探す手間が大変であるが、包括に情報提供を頂くこともある。
- ・空きや施設の特徴を押さえておくことが必要になってくる。
- ・紹介センターの活用（FAXにて詳しい情報提供もらえる）→早急に探す場合は活用することも（参考程度に…）
- ・CM同士のネットワークを活用して
- ・札幌市に転居する方を担当していたが、早急なケースだったため直接行政にTEL（1ヶ月以内に対応できた。）
- ・薬局で高齢者と関わる際に、今日の知識を活用出来たら良いかなと感じた。
- ・改定もあり、在宅強化型への移行強化が進んでいる。例えば住宅型への転居。どれくらい率を上げられるのか分らないが、実際は難しい場合も…？！
- ・HPが母体 or 特養と一緒に老健（3ヶ月に1回の判定会議、「出てください」とはならない。）で復帰率が変わってくる？

(グループ13)

- ・特養は終身で入れる。年金に応じて入居が決まる。
- ・包括に相談に来られると、まず予算を確認することから…。そこから、どの様な生活をしたいか…になる。
- ・緊急な入居希望だと空き状況と収入で決める。
- ・地域に小さいアパートくらいの建物がたつと、どのような所なのか、下宿の場合もあるが、有料老人ホームもできている。
- ・相談で多いのは、最期までいられるか、という事。施設へ問い合わせてもらったり、見学をすすめる。

(グループ14)

- ・種別の違い（サービスの内容）などをよく踏まえて、わかりやすく説明できるようにする。

- ・料金について、同じサービスでも施設によって料金が違う。

(グループ16)

- ・入所希望時、施設の特徴を説明しなければならないので、有料（住宅型）を紹介することが多いが、施設側と利用者のトラブル多い。（不衛生、ケア不足等）
- ・そこそこの施設の評判を含め、施設の状況を把握しておく必要がある。かといって、包括や市に報告するというところまではなるべくしない。
- ・食べログなどのように、口コミサイトなどあるといいのでは。
- ・転倒、骨折あったが（その他にもあり）市に報告していない施設があり、監査が入り入所者がいっきに退所した。
- ・施設によって、福祉用具等自己負担と言われる施設もある。グループホームでもベッドある、なしの違いがある。

(グループ18)

- ・どの程度の医療面のフォローがあるのか。
(住宅型有料老人ホーム)
- ・多様で、ケアの状況や介護の質も色々のように見える。
- ・特色やケアの様子は、実際に見たり、情報収集しておかねければ。
- ・医療面で訪看 ST を併設しているなど
(病院退院支援)
- ・施設探しの難しさ、入れる所を探すだけでも大変
(看取り)
- ・看取りを望んでも、施設では対応できないことがある。現場のスタッフが看取りになれていないため対応できない状況

(グループ19)

- ・施設に住み変える人→通院にかかる料金が違う。
- ・ナースコール3回でいくらってという施設もある。
- ・身体状況によって、施設の住み変えも必要かも
- ・リハビリ（外来）主治医に確認が必要

3 ワーク3「医療と介護、福祉で必要な連携について」

(入所（入居）系の事業所の連携にかかわらず、日々の業務の中での連携について)

(グループ1)

(老健のリハマネ会議)

- ・包括支援センターが中心になって、地域で取り組んでいくことが必要だと思う。
- ・居宅、施設、医療が集まったの話→包括によってバラツキがある。包括で集めるのが良いと思う。

(グループ2)

・Drは忙しいので、SWに甘えている部分もある。(施設、知識等)

・老健に入ると高い薬が出せない。

(重症度の判断)

・施設での生活、施設のキャパ(看取りまでか、どの程度見てくれるか)

・看取りができる施設でも、同じ病状であっても対応できる場合と、できない場合がある。

・サクションについても、看護体制で朝は可、夜は不可もある。

(病院)

・区分変更の依頼もやるが、なかなか本人(家族)の思いどおりにならないこともある。

・認知症の利用者ほど調査時頑張ってしまう。

(受け入れの施設選択について)

・なるべく利用者の情報を細かく提供してくれる施設が良いのではないかな。

(グループ3)

・誤嚥性肺炎は入院を繰り返す。何故肺炎になるのか評価→変えられるところをかえて、状況を見て判断(環境、ご本人、ご家族の意志)

(グループ4)

・受診(施設は人員が足りない、若い人員がいないので、家族に協力してほしいが、なかなか行けない)→家族は普段のことをあまりわからない。

・歯科往診は施設にメリットある。

・家族関係などを理解して対応する。

(グループ5)

(CM)

・Dr→コ・メディカルとの連携→事業所

(有料老人ホーム)

・HPの受診同行はポジティブなイメージ←→往診は助かる。

(包括)

・利用者の課題があれば介入してもらうようにしている。

・顔のみえる関係づくりが重要

(グループ6)

・担当窓口を明確にする。

(情報提供)

・決まったシートはなく、フェイスシートの的なものをやり取りする。(歯科医療連携室)

・薬は最新の情報が欲しい。

・担当者会議、カンファレンスが有効。会って話す方がニュアンスなど伝わりやすい。

・入退院など病院との連携がうまくいかない場合がある。(相談員の有無にも左右される)

・情報を得る事ができると、チームで目標を持ってリハビリできる。

(勉強会)

- ・包括主催で行っている。(地域の包括での勉強会、連協、病院の勉強会など)

(グループ7)

(薬局)

- ・居宅療養管理指導料について
- ・担当者会議が必要

(グループ8)

(医療訪看)

- ・地域密着型に訪看が多く入るようになったが、いまだに担会に呼んでもらえなかったりする。

(グループ9)

- ・地域での包括が中心となり、情報交換の場がとても大切
- ・指導監査課、介護高齢課、保健所で違う場合がある。(訪看)
- ・主治医意見書は複数HPにかかっている人はどうすればいいのか。→1番行っているHP、早く書いてくれるHP、前回のものにプラスして渡す。
- ・Drに話しぶらい人は家族か本人に言ってもらおう。
- ・MSWはとてもありがたい。情報のやり取りがしやすい。

(グループ10)

(施設での受け入れで、何処まで医療措置をしてくれるのか?)

- ・サクシヨンの頻度
- ・神経難病の方の受け入れが難しい。
- ・呼吸リハビリ (管理によって痰の増減もある)
- ・嚥下レベルの低下 (老いの受け入れ、家族の理解が大事かと…)

(グループ11)

(薬局窓口で認知症の疑い)

- ・相談場所として包括へ (薬の知識、小銭が出せない等の金銭トラブル、他者とのトラブル)
- ・何かあやしいと思った時に包括に連絡
- ・個人情報→包括はもらさない。
- ・残薬は処方をとめて調整可 (一包化もOK)
- ・薬剤師より医師に連絡する。
- ・お薬手帳の活用
- ・同居の家族の理解がない場合がある。
- ・相談場所がわからない時は包括へ連絡する。
- ・外来で気付いてほしいこともある。

(グループ12)

- ・HP→施設入所となった場合、CMがつなぎ役。HPへ面談に行き、情報整理し入所へ (金銭、家族情報)

- ・以前に比べHP（看護師）からのTELが増えた。加算も関係している？
- ・在宅→HPの場合、ADL等について細かく情報教えてくれる。
- ・CM←→HPで関係が密になった気がする。以前はCMがHPに聞きづらいこともあったが、今は◎、連携しやすくなっている。
- ・研修が助かっている。顔見知りになれる。（看護師さんも研修に出てくれる）
- ・MSWがないHPでも連携しやすくなっている。
- ・居宅療養管理指導もメールで細かく情報を頂ける。
- ・薬剤師も地域に出る時代になっている。
- ・在宅、病状、それぞれの専門職が情報を共有することが大事（専門力を活かして）
- ・入所者の薬はスタッフへ渡すことが多く、利用者の名前しか知らない。顔を知らない。在宅、HPだと顔見て直接渡せるが、施設のスタッフが忙しそうなので情報を聞けない。薬剤師も“対物から対人へ”シフトチェンジしているが、薬をはさんだ関係なのでなかなか難しい…。もう少し利用者の状況を知りたい。スタッフ、看護師が管理している為“大丈夫だろう”とは思いますが、このままで良いのか？と思うことも（薬剤師）
- ・老健は相談員が情報を一括（現場の職員とCMとのやり取りがない時も）→メリット、デメリットあり。
- ・老健から施設（住宅型）へ転居する時にどんな歩行器が良いのか、スタッフからアドバイスを頂いた。

(グループ13)

- ・一人の利用者さんに関わる一員としては、多職種で連携をとって情報交換をしたい。

(グループ14)

- ・入院時情報のやり取りが増えてきたと感じられる。
- ・認知症のとらえ方が病院とグループホームでは温度差がある。
- ・退院時にPTさんがCMと自宅訪問し、福祉用具の選択や住宅改修のアドバイスをしてくれるのはとても良い。
- ・医師や看護師さんとはなかなか連携はとりにくいが、看取りの部分で訪看や往診に来てくれる医師も少しずつ増えている。
- ・訪看24時間体制が心強い。

(グループ15)

(「医療と介護が苦手」からスタート)

- ・医学用語が分らず困った。
- ・利用者さんの生活が伝わっているか不安に感じたことがあった。

(工夫について)

- ・病院受診に同行して直接話を聞く。
- ・質問することは明確に、簡潔にする。

- ・簡潔に知りたい医師なのか、詳しく知りたい医師なのかなど、医師のことをよく知るMSWを介して情報交換する。

(グループ16)

- ・昔と比べ、ケアマネ \longleftrightarrow Dr相談しやすくなった。
- ・橈骨神経マヒの患者は受診が大変なので、退院後訪問リハを入れたが、良くなっていないとDrに怒られたケース。訪問リハ中止となり受診に切りかえたが、結局変化なし。Drによっては、話しづらいDrもいる。
- ・小さいクリニックのDrは、特に話しやすい。連携が取りやすくなった。医療的な知識もあった方がDrと話しやすい。
- ・今でも介護保険の知識がない病院もあり

(グループ18)

(入院、退院時の連携について)

- ・基本情報、ケアマネの名前、事業所、独居の生活の様子→これらをやり取りしている。

(リハ職)

- ・退院前カンファに入るようにしている。

(入退院の連携のためのシート)

- ・共通のものはないが、欲しい情報を出し合って互いに認識した用紙があるとよい。

(HPの退院支援から思うこと)

- ・病棟ナースも入退院支援を意識するようになっている。