

令和3年度第5回 筑紫地区多職種多機関連携研修会
「同職種と考える医療介護連携」

「介護支援専門員が 出来ること・望まれていること」

研修報告

開催日：令和4年2月28日(月)18:00～19:30
Web配信

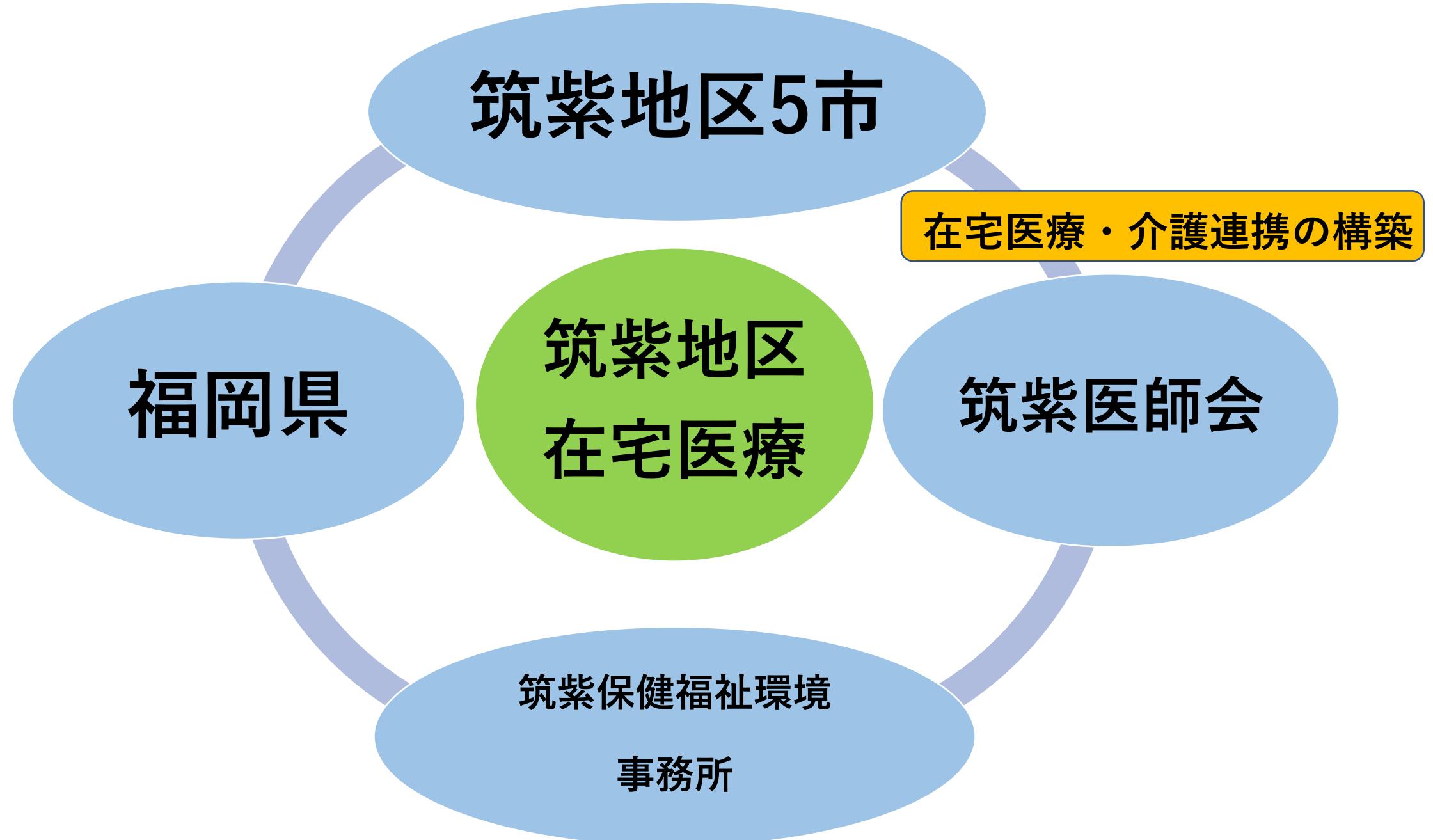


対象：筑紫地区の介護支援専門員、包括支援センター職員)
参加者39名 (39/120事業所)

内 容

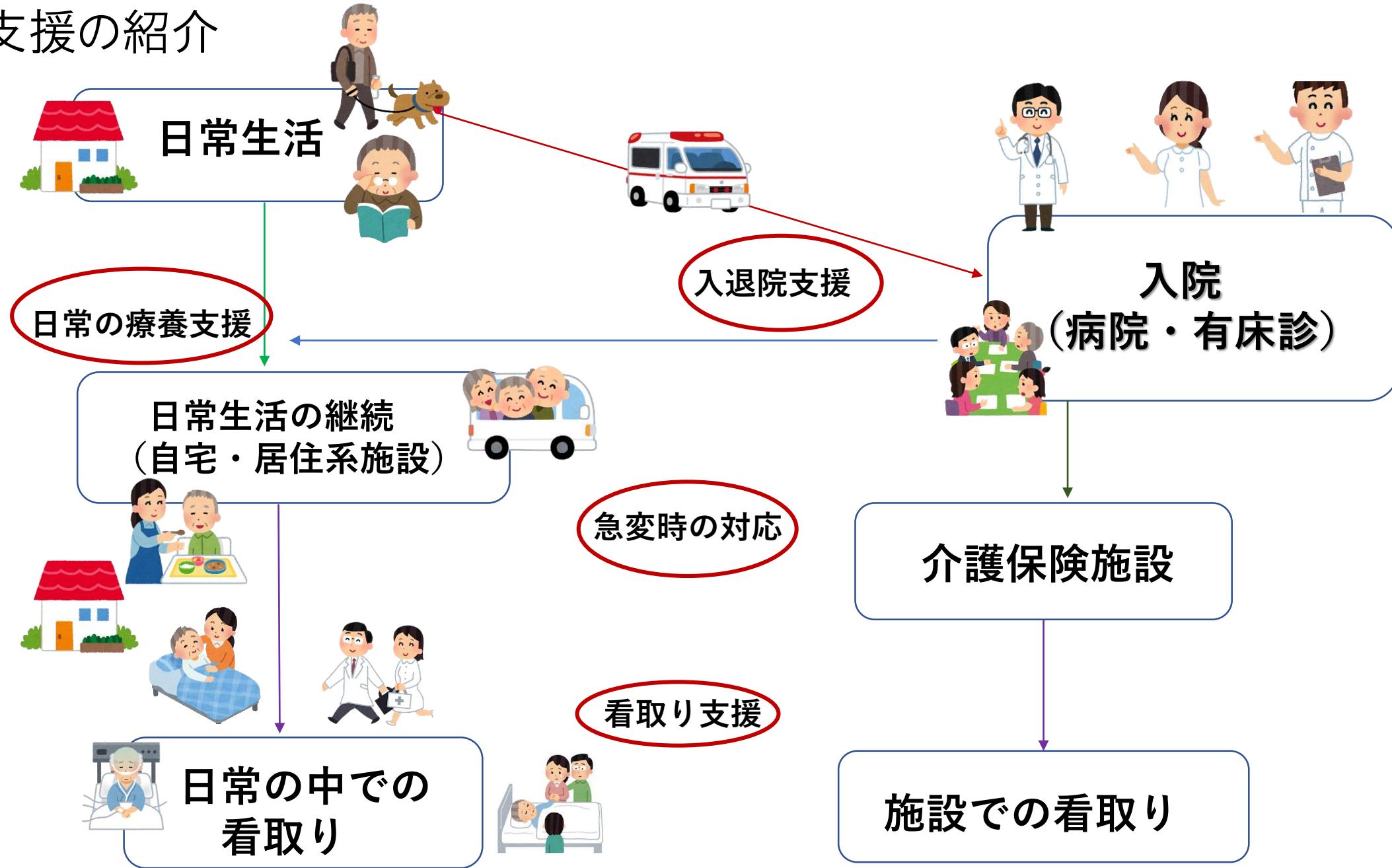
1. 筑紫地区の医療介護連携の取り組み紹介
2. 意見交換
 - 1) 「入退院時支援」
 - ①入院中の支援の具体的な動きを考える
 - 2) 「看取り支援」
 - ①介護支援専門員の役割りについて
 - ②訪問看護師との情報共有について
 - ③要望について
3. その他

筑紫地区の
在宅医療介護連携
の取り組み紹介



支援の紹介

時間の流れ



各支援場面のツールの紹介

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）

入退院支援

日常



準備

準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる

入院時



保険証セットを提示する



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
- ② 担当ケアマネに入院したことを知らせる

③ 入院窓口を確認して 入院時情報交換 ※医療・介護共有シート



③-2 入院報告 介護保険サービス事業所等



医師 病棟Ns.

入院中



情報交換



- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
- ② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファレンスの開催
- ② 退院報告 介護保険サービス事業所等

転院時



転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表 (令和3年6月更新)

入院先医療機関の体制や、患者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なります。訪問のタイミング等は窓口へ相談しましょう。
※所在地ほか詳細情報は『医療機関検索』または『資源ガイドブック』をご覧ください。

入退院支援

筑紫野市

医療機関名称	窓 口	<患者担当者なし又は未確定の場合>
	連絡先	病棟Ns.への情報提供 (<input type="radio"/> かまわない <input checked="" type="radio"/> 困る)
小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 – 2 2 3 0	<input type="radio"/> 止むを得ない場合は病棟でもかまわない
杉病院	地域医療連携室 9 2 3 – 6 6 6 7	<input type="radio"/> 院内で情報共有しているため直接病棟でもかまわない
高山病院	地域連携室 9 2 1 – 4 5 1 1	<input checked="" type="radio"/> 基本的には窓口へ 時間外や休日の入院の際は病棟でも構わない
筑紫野病院	担当：縞田・貞方 9 2 6 – 2 2 9 2	<input type="radio"/> 状況によってSWが対応する場合あり
済生会二日市病院	地域医療連携室 9 2 3 – 1 5 5 1	<input type="radio"/> 事前連絡後 担当者へ
福岡大学筑紫病院	地域医療支援センター 9 2 1 – 1 0 1 1(代表)	<input type="radio"/>
二日市那珂川病院	担当 河村 9 2 3 – 2 2 1 1	<input checked="" type="radio"/> 窓口へご連絡ください 旧：二日市共立病院 (R3.3.1 ~名称変更しています)

医療機関名：
ご担当者名：



医療・介護共有シート

入院日 年 月 日 ⇒ CM 記入日

年 月 日 ★ 情報提供日 年 月 日

患者姓名: 年月日: 年 月 日生()岁 口男口女

※ 診療者(患者)・既往小児歴等の記入欄は、記載前に必ず箇頭について小児歴取扱いを参考して下さい。

入院前

担当CM氏名：

事務所名：

FAX:

住所：

TEL :

入退院支援

入院前のADL等	
起立上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 抱き起にされている
座り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 倒れただけが原因 <input type="checkbox"/> 腰痛
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 腰守り <input type="checkbox"/> 手探り、杖 <input type="checkbox"/> 手引車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走、 <input type="checkbox"/> 介助)
食事製作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取していない
食事形態	<input type="checkbox"/> 丁なし <input type="checkbox"/> 丁失あり ()
水分とろみ	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり ()
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 洋 <input type="checkbox"/> 和) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・パッド (<input type="checkbox"/> 尿時 <input type="checkbox"/> 夜間)
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 遅く、遅め、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> シャワーリ浴 <input type="checkbox"/> 槽構) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> テイサービス等

選択肢	□独立	□つかまりながら出来る	□動き起こされている
足上げり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
座位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分どうみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[付] 入院料情報開示加算の算定には医療サービス計画書(1.2.3項)またはこれに代わるものとの連携が必要です。

日常の療養支援

相談方法確認表の使い方

(令和3年4月末現在)

- 相談を行う前に利用者(患者)やご家族に了承を得ておきましょう。
● 医療機関に連絡を取った際は、自分の所属事業所、職種、氏名、相談対象の利用者(患者)の氏名、
生年月日を必ず伝えましょう。

相談方法には、次の4つがあります。

診察同席 ⇒ 利用者(患者)が外来受診するときに、相談者も同席し、相談することです。希望するときは事前に、同席する受診日、目的を伝えましょう。

個別面談 ⇒ 相談者が医療機関を訪問し、直接医師に相談することです。希望するときは表中の※の条件を確認し、事前に訪問することを伝えましょう。

電話相談 ⇒ 電話による相談です。まずは、いつ相談の電話をすればよいのかを確認しましょう。

FAX、メール相談 ⇒ 文書での相談方法です。事前に、相談する旨を電話で伝えた後、相談の文書をいずれかの方法で送信しましょう。

【表の説明】

医療機関名		住所:			
		電話:			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
<input type="radio"/>	△※1	①電話番号	②FAX番号	×	
【問合せ時間】 ☆ ③相談窓口担当者:					
月	火	水	木	金	土
~	~	~	~	表示されている時間はあくまでも目安です。状況によっては、 それなり、中止となることをご了承ください。	
④【コメント】					

番号の説明

- ①: 相談時の電話番号（医療機関の電話番号と異なることがあります）
②: 相談時のFAX番号
③: 相談者からの訪問日時等の問い合わせを受け付ける者
④: 各医療機関からのメッセージや条件を掲載

記号の説明

- : その相談方法を受け付けている △: 場合による
×: その相談方法は受け付けていない ※: 条件⇒コメント欄に条件記載あり

その他

相談窓口担当者のいない医療機関や掲載の無い医療機関との相談方法でお困りの際は下記にご連絡ください。

筑紫野市

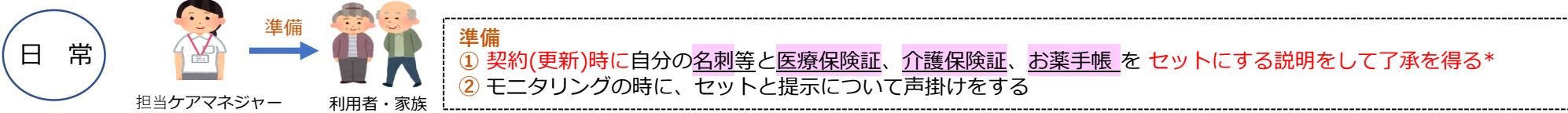
青柳外科医院		住所：筑紫野市二日市南2-2-10 ☎ : 922-2770			
診察同席 個別面談		電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○922-2770	○924-5041	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：受付 事務					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
いでわき医院		住所：筑紫野市針摺中央2-4-1 ☎ : 408-1602			
診察同席 個別面談		電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○408-1602	○408-1612	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：内科医師 井手脇 康裕					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】12:00～14:15はお昼休みです。 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
伊藤医院		住所：筑紫野市二日市南3-11-15 ☎ : 922-3303			
診察同席 個別面談		電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○922-3303	○922-3499	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：受付事務					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】 ※1：来院してもらい、都合がつくまでお待ちいただきます。					
上野脳神経外科クリニック		住所：筑紫野市原田4-15-8 ☎ : 927-3555			
診察同席 個別面談		電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○927-3555	○927-3567	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：なし					

2.意見交換

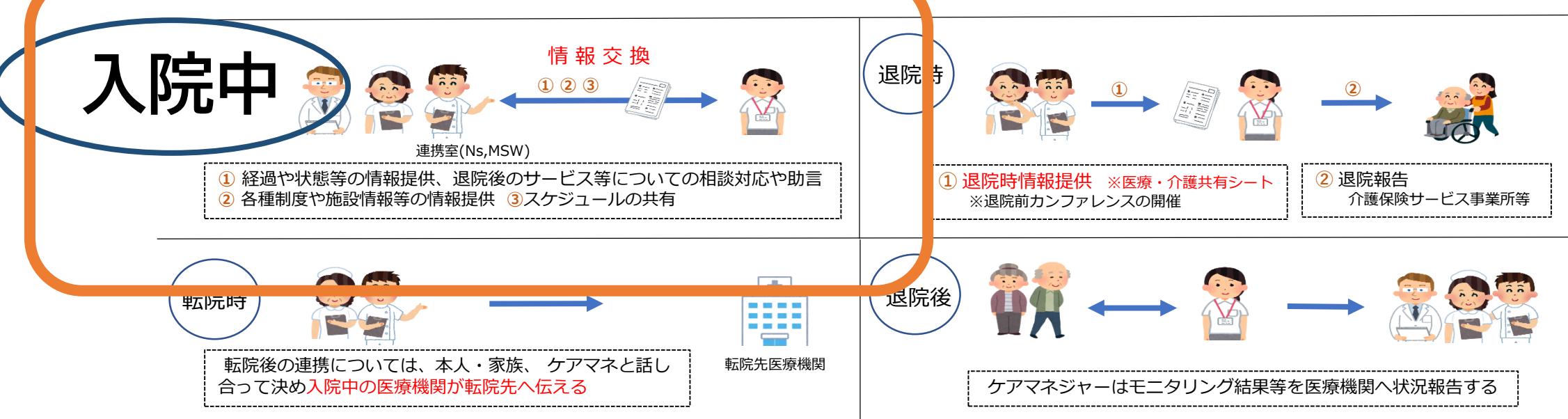
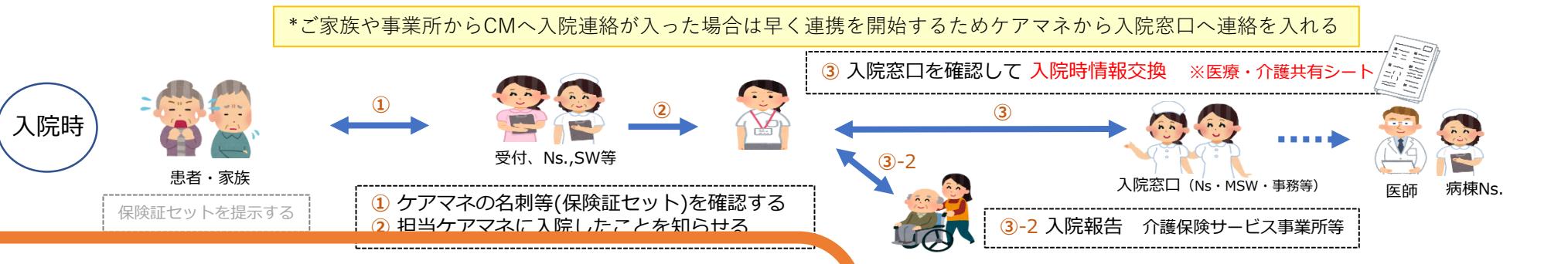
1) 入退院支援

入院中の支援の具体的な動きを考える

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）



*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています



※医療・介護共有シート等関連資料は筑紫医師会ホームページよりダウンロードできます

ケアマネジャーが、 急な退院で困ること・退院連絡がほしい理由

- アセスメント ⇒ プラン作成 ⇒ サービス調整のために**時間が必要**である
- 福祉用具を使用する場合は、調達に**時間が必要**である
- 入院前と退院時の変化（身体機能、医療行為）が大きいほど準備や調整に**時間がかかる**ので早めに連絡が欲しい
- ご家族からケアマネへの退院連絡は不確実なので、直接、医療機関から退院連絡をもらいたい
- 自宅の**準備が整うまで**の待機としてのショートステイは予約が簡単に取れないことを知っておいて欲しい

<<研修会で出された改善策>> (R2.11.)

◆急な退院でも困らなくていいように、

入院時から定期的に連絡を入れるようにする

◆連携室にも早めに退院連絡が出来ない如何せんし難い状況がある。ゆ

えに、入院時から継続して入院中も連絡を取り合う

★元の生活の場(日常)へ帰るために必要な支援を明確化しましょう

入院中



は、退院が決まる前(在宅療養決定時)から**情報交換**を行うことで区分変更や
退院後のサービス調整・ケアプラン作成等に備えます

ケアマネジャー

①



★医療側は積極的に医療系サービスの必要性や退院後の留意事項について情報提供

- ・病気が及ぼすADL/IADLへの影響
- ・退院後に新たに必要となる事柄
(医療処置 看護 リハビリ)

①



★在宅に向けた課題把握のための患者の状態確認・情報収集

介護区分変更やケアプランの変更が必要か早期に医療側の見立てを把握する

退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります

- ・治療経過、退院時の状態予測
今後の治療、看護、リハ計画、病状の変化の見通し、おおよその入院期間(退院日の目安)等
- ・退院後の生活課題

②

★生活支援や介護サポートの必要性を検討

居宅環境、生活状況に応じた生活、介護指導 医療管理の有無と内容 ケア内容

在宅療養に向けて残された課題 本人・家族の受け止め方

③

退院までの大まかな日程を共有しましょう

- ・退院前訪問指導の予定
- ・退院に向けた院内多職種カンファレンスの開催
- ・退院の見込みなど

「入院中」 情報共有のタイミング

医療機関側ができること

急性期・精神科	回復期 包括ケア病床等	療養型	有床診療所
Zoomカンファレンス 少人数カンファレンス 退院前訪問	カンファレンス 方向性が変わったとき 家屋調査 入院期間の半ばに現状報告 区分変更申請・サービス調整の必要性をCMと検討 リハビリ中の動画提供 SWサマリーの提供	方針の変更時 急変時の状態報告 退院の目途が立った時 家屋調査の予定 (退院予定がないとあまり連絡しないことが多い)	家屋調査 退院前訪問時
Zoomや様式等ツールの活用や、書類の期日指定、カンファレンスの時間設定等、動きを明確にしている	在宅復帰を見据えて、隨時連携を心がけている	CMの患者への関わりを望んでいる	(診療科による違いはあれど) 連携の動きは病院と変わらない

急性期・精神科	回復期 包括ケア病床等	療養型	有床診療所
<p>(必要時) カンファレンスへの参加</p> <p>相互に連携する意識</p> <p>ケアプランの再作成（退院時）</p>	<p>入院中も関わってもらえると助かる（病院には言えないこともCMには言えたり…CMが間に入つて上手くいくこともある）</p> <p>方針変更の理解</p> <p>退院前にプランが確定できると安心して送り出せる</p>	<p>面会 入院中の患者の状態を見に来て欲しい</p>	<p>終末期の患者は関係者が集まれないと情報共有しづらい</p>

在宅に向けた課題把握のための 患者の状態確認・情報収集をする

<入院中の動き>

① 現状

意見交換 18:30まで

② 実現可能な動き

在宅に向けた課題把握のための患者の状態確認・情報収集をする

<入院中の動き> 現状

- ・入院が分かったら、まずSWに連絡して情報収集。入院後はコロナ禍のため難しいができるだけ面会に行っている。
- ・介護予防支援の場合は、加算が算定できるわけではないので、毎回は病院に情報提供をしていない。
- ・筑紫野市の病院からは比較的入院の連絡がもらえる。
- ・月末退院となると他の利用者もいるため調整が難しい。
- ・家族が望んでいる今後の居所（在宅か施設か）を病院に伝えている。
- ・療養型から退院する場合、必ず家屋調査に呼ばれるが、かなりの時間を要し負担。
- ・コロナで状態の把握が困難。
- ・退院前に新規利用者となったケースだが、病院からリモートで情報共有したいと言われた。やってみたが、本人状態がよく把握できず、非常に困難だった。
- ・区変依頼があったが病院内での調査が断られた。結局退院後に調査が行われたが、適切なサービス導入ができないかった。
- ・退院・退所加算の算定にあたり、現在、基本的にカンファが開催されないため、電話でやり取りをして確認している。厚労省の通知により算定してもよいとされているが、保険者から指摘されるかもしれないという不安で算定していない現状がある。
- ・家族より入院したとの連絡があり、どのような状態かは病院に尋ねる。
- ・本人、家族から連絡があるか、最近は病院からの連絡も増えてきた。しかし、入院したこと知らないこともある。
- ・入院を把握したら、MSWに電話でADLの状況や入院期間の見通しなどを尋ねる。短期間であればプランの変更の必要がないことが多いが、脳梗塞、大腿骨頸部骨折等でリハビリ入院が必要な場合は長期入院となるため、退院時にはプランの見直しが必要になるだろうと見通しを立てている。
- ・MSWより連絡があり入院を知ることが多い。
- ・コロナで本人に面会できないのでADL状況が把握しにくい。

<入院中の動き> 現状 つづき

- ・MSWより情報を得たら、入院前のADLや家の環境等を伝える。
- ・リモートで本人と面会させてくれると助かる。
- ・こまめに、病院に自ら連絡をしている。入院時の状況を教えていただいている。医療ソーシャルワーカーによって情報提供していただく内容の濃淡がある。
- ・医療ソーシャルワーカーはどこの医療機関でも細やかに情報提供していただくようになった。早い退院の時は、内容を聞きながら、入院前と変化したポイントを尋ねるようにしている。
- ・電話にて現状を聞いている。具体的な捉えやすい情報であると退院後の支援のイメージができる。
- ・コロナ禍での面談の困難はあるが、在宅時の情報提供をすると医療面での情報は返していただける。連携することで、情報をスムーズに得られるようになった。

こまめな連絡は重要であり、連携は依然と比べ取れるようになったと感じる。入院してから、早い段階で医療ソーシャルワーカーより連絡が入るようになった。

コロナ感染予防で書類だけでの情報提供も多いため、現状との乖離もある。本人との面会ができることが一番重要な感じ。

情報を尋ねるときにポイントを絞って提案することが大事

- ・入院先がわかれば、状況確認を行う。今はコロナで行けないが、情報交換を出来るだけ行っている。
- ・情報提供を行っているが、退院が近づかないとやり取りをしていない。
- ・今はコロナなので情報交換を行うのみだが、カンファレンス時に声をかけてもらいたい。
- ・病院より入院計画が示されるためそれに従い動き始める。その前にもSWに連絡し、連携している。
- ・退院てくるケース多くなっている。2・3件/月。コロナ禍で会えないのに思うように動かない。
- ・医療機関の中でもzoom利用のある所は話し合いの場が持てる。電話のみのやり取りは、現状が分からないことが多く、つかみづらい。

<入院中の動き> 現状 つづき

- ・入院時の連携加算ある。入院前のアセスメント、計画といった情報を持っていく、病院から在宅に戻すときに連絡に入る
- ・退院の時、事前申請は以前より分かりやすくなった
- ・退院時のカンファレンスはビデオなどで頑張っているが、コロナでなければと思うことはある
- ・急性期退院時にzoomでのカンファレンスが1度だけあったが、広がりは感じない。回復期に関しては、家屋調査がなかなか出来ない状態
- ・コロナ禍での入退院時のコンスタンスな関わり難しい。IT化で対応をしているところもあるが、実際、聞き取りづらかったり、うまく進まないことも多い。家屋調査がないので、実際に帰ってきたときに困ることもあり難しいと感じた
- ・連携室のないところは、こちらから尋ねたり追いかけないといけないことが多い
- ・コロナ禍でITを駆使してはいるが、本人の状況把握が思うようにできずに困っているという現実はある。しかし、入退院時の連携を医療介護が連携していくとする意識は向上している

入院時に情報提供することで、退院時の連携は図りやすくなる

- ・入院連絡があれば、連携室に連絡して「連携シート」「ケアプラン」「情報提供書」をFAXで送っている
- ・連携室につながっていないケースもあるので、そういう場合は連絡を待っている状態
- ・入院したと聞いた時点で、連携室があれば自分から電話している。できるだけその後のやり取りがスムーズに行くように、綿密なコミュニケーションを心掛けている
- ・家族から入院先を聞いたら、「情報提供書」を持っていくようにしている。1週間後くらいに状況や経過、退院の見込みなどを聞くようにしている。その後、家族と話をするようにしている

<入院中の動き> 現状 つづき

- ・基本情報、計画書を病院に持って行き、ソーシャルワーカーと話すようにしている
- ・病院からの連絡後、必要に応じて自宅訪問調整(難しければSWを通して) ←病棟Ns.が担当の場合連絡が取りづらい
- ・こちらからTELすれば情報提供あり。TELしなかったら、いつの間にか退院していたこともある
- ・病院とは2.3回やり取りすることが多い。主任CMか保健師が課題に応じて対応している
- ・那珂川市は福岡市内の病院とのやり取りが多い。筑紫地区のこの連携の動きはうらやましい
- ・CMからの情報提供が足りていないと反省(病院から提供してもらう情報の方が多い)
- ・家族が「会えないから分からない」「会えないから退院してきた」ということもある。目に見える情報が欲しい。利用者も会えなくてモチベーションが低下していく
- ・入院の3日以内にプランの基本情報、サービス計画書をSWへ渡す(FAX,郵送)必要な情報を足したり、病院から聞かれたことに対応している
- ・突然の入院が多い。家族の支援は薄い。3日以内の基本情報は少なく聞かれたら答える。退院の目途を口頭で確認している
- ・SWから依頼あればアセスメントシートを渡す。入院中は頻繁には連絡せず小多機の空きの関係から1ヶ月以内に連絡を取っている
- ・(事例紹介)家族、包括、病院から入院連絡は入っていた。家族は施設希望だったが、Ns.へのセクハラがありDr.指示で強制退院となった。(小多機では介護職はセクハラは多めにみていた)相談なしで退院されると困る。
- ・居宅へは入院したら8割は家族から連絡がある(サービスをキャンセルするため)加算のこともあり連絡は早い方がいい。コロナ禍の為、短時間で会うSWもいる。

在宅に向けた課題把握のための患者の状態確認・情報収集をする

<入院中の動き> 実現可能な動き

- ・面会やカンファレンス参加が難しい時勢であるが、積極的に情報共有する意識は保っておく。
- ・家屋調査の立会いをしている。
- ・いきなり退院の連絡が来ることもあるが、その場合は病院もそれで良い(症状が軽い、心身状況に変化がない)と考えているのだろうと思う。
- ・在宅生活ができていた方が骨折したなどで、病院側から区分変更申請を求められるが、本人の状況確認ができない(本人と会えない)ので困る時がある。
- ・福大筑紫病院は、病棟内での歩行の様子を動画で見せてくれた。電話で聞き取るより、動画のほうがイメージできてありがたかった。水城病院も、動画で歩行やりハビリの様子を見せてくれた。リモートで動画を見せてくれると助かる。
- ・小西病院のカンファに参加した。
- ・MSWには動画の提供や本人とのリモートでの面談をお願いしたい。
- ・コロナになり、CM抜きで家族と病院とで入退院等の話が進むことがあるが、病院側の説明を家族が理解していくなく病院の認識とズレることがあるので、CMを間に入れて欲しい。在宅生活で医療行為があるか、オムツ交換が必要かなどで介護負担も変わってくるし、それに対応できる介護力があるかも病院に伝えたい。
- ・病院からの依頼で新規に受け持つことになった。病院で本人と面談したが、これで退院させるのかというくらい動けなかった。独居でもあり、1日も自宅で過ごせず、住宅型有料老人ホームに入居された。退院後の生活や介護状況も把握した上で、退院調整して欲しい。
- ・コロナ禍ではあるが、密な連携が重要。
- ・フェースシートの提供が、実現可能かどうかを確認する必要がある。
- ・こまめな連絡、わからないときは病棟看護師に尋ねることにしている。
- ・互いに遠慮している部分があるだろうが、連絡を取ることに尽きる。

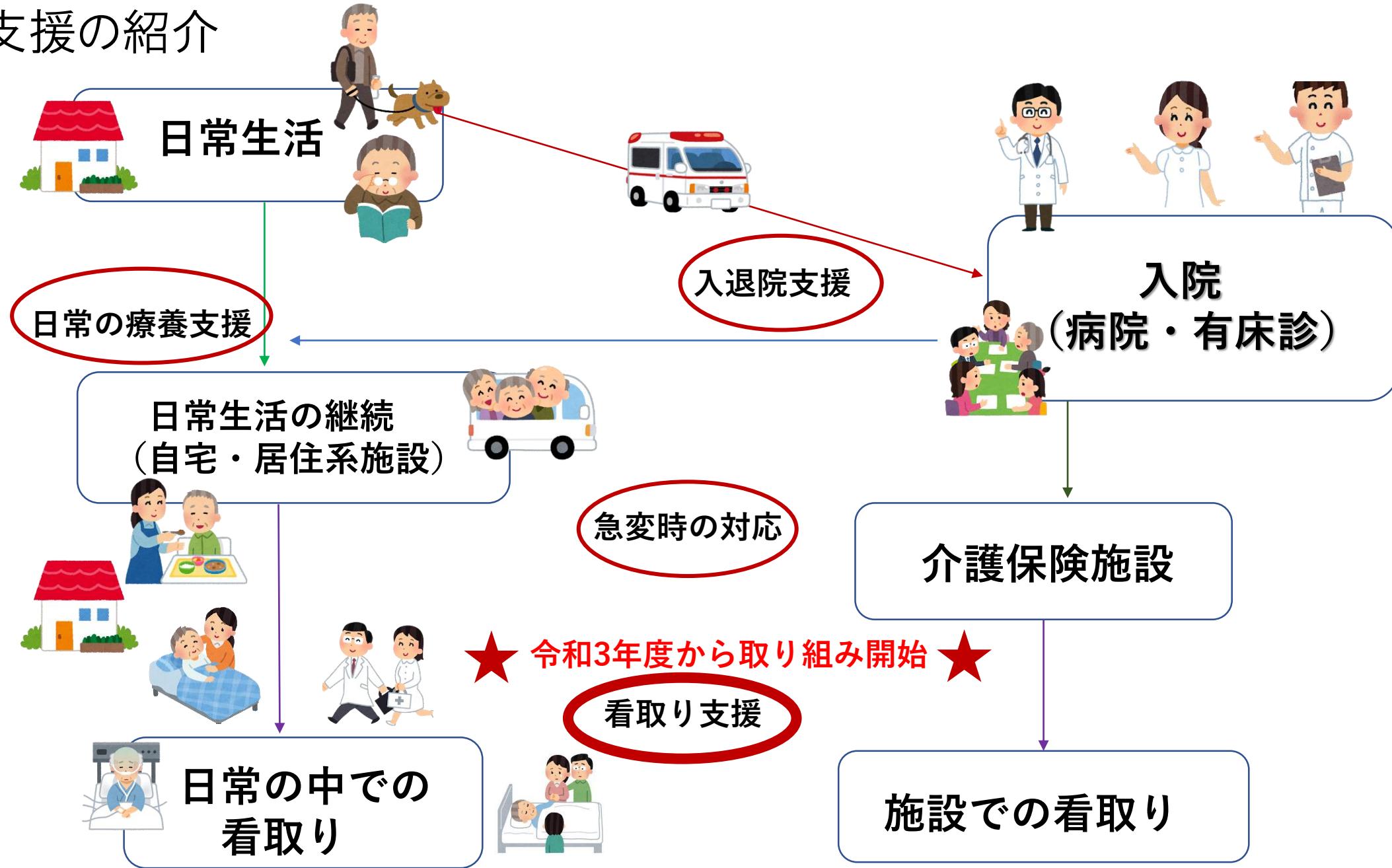
在宅に向けた課題把握のための患者の状態確認・情報収集をする

<入院中の動き> 実現可能な動き つづき

- ・医療介護の関係性は以前より深くなっていると思うが、医療従事者からみた注意や必要なサービスなど助言をもらう。
- ・カンファレンスに極力同席をする。　・病院でのリハビリ等の情報等をもらう。
- ・今できることをやっているという感じなので、いい案があれば教えて欲しい。入院の連絡が入れば、病院にコンタクトを取ることを心掛けている。
- ・細かい情報が退院する一週間前くらいに判ればいいなと思っている。今はコロナなので、対面でのコミュニケーションが難しい。先が見通せない中で、いきなり自宅に帰ってくるのが一番悩ましい。
- ・こちらからコンタクトを取るのが精いっぱい。できれば病院関係者とケアマネジャーがお互い連絡先を把握し、変化があったら情報共有をしていけたら良いと思う。
- ・コロナの関係で、病院から連絡なしに転院していたことがあった。ケアマネジャーは転院したことを知らされていなかったので、せめて連絡だけはして欲しかったという思いがある。「会えない」「退院時のカンファレンスもないまま帰ってくる」「コミュニケーションが取れていない」というのが現状。何かコミュニケーションツールがあれば。
- ・書類だけ渡されてもわからないことが多い。会えないと困る。情報をもらえると良い。
- ・本人・家族と会えない中で退院するとき、家族は何を準備して良いかわからない状態であることが多い。Zoom等で病院が退院カンファをしてくれるところもある。せめてZoomでのカンファでもしてもらえた…。
- ・福大筑紫、九大、大牟田病院、友田病院でZoomカンファに参加した経験あり。今後これがスタンダードになつていったら関係者お互いに良いのでは…。
- ・小多機は料金が高いからやめると言われる
- ・ケアマネへの相談は続くので、ずっと対応している
- ・入院したら1ヶ月で契約を終了している

支援の紹介

時間の流れ



★ 令和3年度から取り組み開始 ★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために

- 1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める
- 2 困りごと → 解決案 → 共通の仕組やルール → 実務で活用
- 3 要望 → 検討

★令和3年度から取り組み開始★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために

意見交換 その1

- 1 改めて**役割り**を伝えあうことでお互いの理解を深める
- 2 困りごと → 解決案 → 共通の仕組やルール → 実務で活用
- 3 要望 → 検討

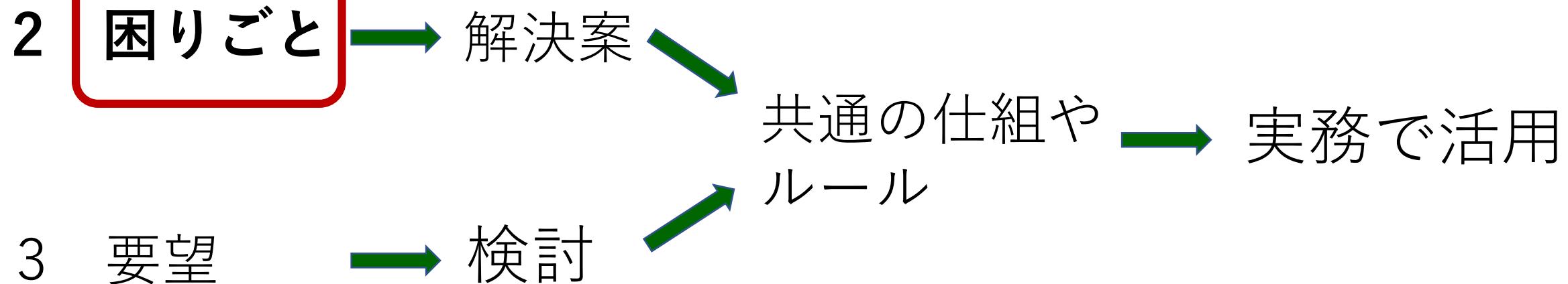
★令和3年度から取り組み開始★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために

1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める

意見交換 その2



令和3年2月 医療介護連携調査表

ケアマネジャーが困っていること

- ・ 医師と看護師で進めてしまい、情報が遅れる。
- ・ 訪問看護師と連携出来ない。



訪問看護師との情報共有が難しい

意見交換のポイント

訪問看護師との情報共有

- ①現状：具体的に困っていること
- ②訪問看護師から貰いたい情報は何か？
- ③訪問看護師に伝えたい情報は何か？

★令和3年度から取り組み開始★

看取り支援

看取りにおいての在宅医療介護連携を促進するために

- 1 改めて役割りを伝えあうことでお互いの理解を深める
- 2 困りごと → 解決案
意見交換 その3 共通の仕組やルール
- 3 要望 → 検討

看取り支援においてケアマネジャーに望むこと

◊ 医療機関入退院支援担当者より

- ・看取りの理解
- ・在宅時から利用者や家族の思いの聴取

◊ 訪問看護師より

- ・症状、状態に応じたスピーディーな対応
- ・区変や福祉用具のスピーディーな対応
- ・知識と経験
- ・主治医との連携
- ・柔らかい物腰

意見交換 その1

看取りにおけるケアマネジャーの役割り

意見交換 その2

訪問看護師との情報共有について

- ①具体的に困っていること
- ②訪問看護師から貰いたい情報は何か？
- ③訪問看護師に伝えたい情報は何か？



意見交換 19：25まで

意見交換 その3

看取り支援において他の職種に望むこと

医師、訪問看護師、ヘルパー、薬剤師、連携室スタッフ、歯科医師、などなど・・・

②「看取り支援」

介護支援専門員の役割

- ・積極的に本人や家族に声掛けをして病状の収集に努めている。しかし、本人や家族の病気への理解により声掛けの方法に悩むこともある。
- ・「癌」かそうでないかによって対応が異なると思う。特に癌末期の場合は迅速な対応が必要となるため、家族や他職種からの様々な要望に応じる必要がある。癌でない場合は、本人がこれまで生活の中で大切にしていたことを尊重し、そのことを他職種にも伝えるようにしている。
- ・訪問看護師との情報共有が特に重要。訪問看護師へ本人の状態をフィードバックする際は本人の病状理解の状況も伝える。
- ・まとめ役という認識を持っている。特に看取り期においてはタイムリーなサービス調整が必要。
- ・できるだけ穏やかな対応が求められる(寄り添い役)

看取りの環境を整えること。

- ・看取り期では特に医師や訪問看護師との連携が必要になる。医師や看護師からは「CMは生活面を見て欲しい」と言われる。
- ・家族へのフォロー、本人や家族の気持ちや疑問を代弁する役割がある。
- ・訪問診療に立ち会う。
- ・福祉用具の調整や入浴の調整をする。
- ・家族は医療に関する知識が乏しいので、わかりやすく説明すること。
- ・看護師と家族の間に入る。
- ・家族と一緒に医師の説明を聞き支える。

介護支援専門員の役割 つづき

- ・(看取り、終末期においては)医師、看護師が専門であるので、在宅生活面の支援が介護支援専門員の担当役割と思っている。それに向けての医療面の情報収集をしている。
- ・時には、医療面がどんどん進むので、家族・訪問看護・医師をつなぎ、後から追いかける形にはなるが、関係者の溝を拾い、埋めていく役割と考えている。前面に出ることはあまりない。苦しんでいる家族を支える役割と感じる。
- ・看取りの経験をしたことがない。家族に寄り添っていくのが役割だと感じる。
- ・看取りの経験はない。
- ・看取りの経過の中で、家族の思いは変化していく。看取りの当初と途中経過の把握、家族を受け止めること大切。

家族の気持ちは揺れる、変化していくものとして関わることが重要。しかし、時には、スピード勝負の対応が必要なこともあるため、支援計画(プラン)に支援内容を盛り込む必要はある。

- ・家族、医療職とつながること(連携)は大切なことと、家族の気持ちを受け止めていくことが重要
- ・主治医、看護師、福祉用具業者等関係機関とスピーディーな連携を取る。
(急変に対応できるようにする。)
- ・休日や夜間など互いに連絡が取りづらい時間帯があるが、前もって連絡が取れるようにしておき、状態の変化に応じて対応する
- ・精神的なケアにも注意をする。
- ・在宅開始時や、急変、終末期など各看取りの段階で役割が異なると思うが、まず病状を本人が理解しているか確認し、家族へ看取りの意向確認を行う。(延命治療をする?しない? キーパーソンは誰か?)

介護支援専門員の役割 つづき

- ・医療でできないことをサポートする。
- ・高齢者アパートがあり、看取りの場面があった。訪問看護師とともに訪問した。訪問看護師と情報共有したので困ったことはなかった。CMの役割としては、本人と訪問看護との橋渡し。
- ・橋渡しも、そのとおりと思う。医療先行型のことが多く、福祉用具の手配が必要。
- ・受診同行、情報の共有、段取り、早くの対応を求められる。プラン作成が必要になる。
- ・1月に肝臓がんの看取りがあった。8日間だった。本人、家族、医師、福祉用具、地域の人といった人の思い、意向を傾聴しながらCMは、黒子に徹し繋ぐことが役割。
- ・包括での看取り経験は、あまりない。訪問看護を入れて、本人、家族の思いを正確に伝えること。
- ・包括での看取りケース少ない。本人、家族の意向を聞き取りながら、寄り添って橋渡しに努める。
- ・CMの役割は、職種間、各職種と本人・家族を繋ぐこと。本人・家族へ寄り添い意向を伝えていくこと
- ・亡くなるまであと1週間くらいの人が自宅に帰ってくる。家族は、看取りは初めての人が圧倒的に多いということを念頭にアドバイスをするように心掛けている。
- ・包括なので、看取りの経験はあまりない。ケアマネジャーの役割なのかはっきり分からぬところもあるが、家族の意見を病院や他職種に伝えるようにしている。家族と医療スタッフの意見が食い違うこともあり、ドクターや看護師にしっかり意見を伝えられるようにしたい。
- ・包括なので看取りはなかなかない。気をつけるとしたら、これまでの家族関係や本人の生活歴、思いなどを伝えようとすると思う。

介護支援専門員の役割 つづき

- ・要支援の人でも看取りで自宅に帰ってくるが、容態悪化のスピードが速すぎて区分変更をする前に亡くなってしまうことがある。また、関係するスタッフ間で医療用語が飛び交い、本人・家族がついていけないということもあり、本人と家族の気持ちをスタッフが聞いていないことがある。サービスを回すのも必要だが、ケアマネジャーが気持ちを受容し、家族に寄り添い、スタッフとの間を取り持つ役割を担うのも大事。
- ・訪問看護師がしっかり気持ちを聞いてくれる人に当たった。ケアマネジャーは必要なサービスの手配をするのが役割だった。ケアマネジャーも家族や本人の気持ちをしっかり伝えられるようにしたい。
- ・何回か看取り経験あり 多職種を繋ぐのが役割
- ・より良い介護の提供(勉強会を企画し、多職種で業者からオムツ交換・漏れ防止の指導を受けた)
- ・家族の思いをDr.へ繋ぐのが大変。Dr.は100歳の人に点滴は不要だと。家族はいつまでも希望。家族に上手く伝える。CM一人では大変で、Dr.などいろんな人の手助けが必要
- ・看取り支援の経験は未だないが、スタッフとして周りの職種との連携が必要。
- ・GHで看取りをしている。かかりつけ医から家族に関わってくれた。CM一人よりDr.からの説明がよかったです。CMだけでなく専門職の意見で家族は腑に落ち納得される
- ・つなぐこと(CMの専門ではないことは適切にDR.らに話してもらうほうがいい)
- ・看取りは孤独だが、たくさんのスタッフの訪問は賑やかで家族にとってよかったです。

介護支援専門員の役割 つづき

- ・家族から「よかったです」と言ってもらえることがCMの励み
- ・今年度看取り件数5件。在宅生活3時間の方もいた。刻々と変化する家族の気持ちを見ながら、聞く、受け止める…その時によって違う
- ・情報共有してみんなの気持ちを合わせる発信をする(訪看が必ず記録をくれたので)
- ・本人の看取りの意向を聞きながら、施設探しをすることはある
- ・家族の気持ちを汲み取る
- ・事業所同士をつなぐ(訪看、訪問入浴など) 訪看、福祉用具は看取りにはマスト
・ただ働きが多い気がする
- ・医療保険で動いていると一歩引いて聞くだけになってしまう。ちょっとしたエピソードでも家族と話すきっかけになる(知っているのと知らないのでは違う)
- ・すべては家族が(頑張って良かったと)満足するために。在宅で看取りが出来ただけでも喜ばれる
- ・訪看との連携は大事。～してね！～が必要！まだ？と催促されることもあるが、自分が踏み込めていなかつたと反省
- ・行政との連携も大事、繋がっているのはCMだけだから。
←例外給付のため手続きの段取り(準備) サービス担当者会議をその場で開くこと也有った。その時に合った動きが必要。月末の届け出の時、行政から「電話しましたか」「デモではダメですか」との返答あり。1日でも動いていたら給付発生すべき！CMが適切に伝えてあげないといけない(行政窓口で粘ることもある)

訪問看護師との情報共有

困りごと

- ・訪問看護師はサービス担当者会議の場に必ずいてほしいと思っているが、来てくれないことがある。このため、訪問看護利用時に行くようにしている。
- ・退院連絡等が後回しにされた際のサービス担当者会議が困る。
- ・資料中に、訪問看護師がケアマネジャーに望むこととして「知識と経験」とあるが、それぞれの役割分担により連携した対応が必要とされている中で、医療に関する知識・経験を求められることは違っていると感じる。
いざ必要となつたらしてくれるが、病状管理が役割ということを盾に、日常の清潔ケアに力を入れてくれず、すぐにヘルパーの調整を求められることがある。
- ・訪問看護事業所が併設されているため、十分情報共有できている。
- ・訪問看護師がCMの役割等について理解が進んだと思う。連携がしやすくなつた。
- ・亡くなりそうな時は教えて欲しい。
- ・看護師が同居家族の負担をくみとり入院を勧めた。家族が迷い決断できないでいると、別居の家族と入院の話をすすめて、キーパーソンである同居の家族と溝ができてしまった。CMが間に入れば調整できた。
- ・キーパーソン家族と兄弟家族との意見が食い違う。
- ・看取りの経験がないので、担当CMとしてできるか不安。
- ・医師から誘われ、医師、訪問看護師、CMがMCS(メディカルアステーション)を使用し、それぞれが情報を書き込み、バイタルや褥瘡等をリアルタイムで把握できた。

訪問看護師との情報共有 困りごと

- ・看取り期は訪問看護師頼りになる。エアマットと導入など看護師が提案したものを導入している。
- ・どこの訪問看護ステーションも連携してくれる。医師が専門用語で話すのを看護師に教えてもらっている。
- ・看取りの場合は、医療面の対応が多く、わからないことが多い時は、訪問看護師などにどのように動いたらいいのかを遠慮せず尋ねている。介護支援専門員がわからないのは、当たり前、追いつく努力をしていく必要があるとも思う。
- ・分からぬことだらけ。

チームの中で、何でも言える関係を作ること

緊急時の対応など、どこがポイントかを聞くことが重要。介護支援専門員が後回しのこともあるが、自ら情報を聞いていく必要あり

- ・看取り(ターミナル)の訪問看護の場合、医療に入るのか、介護保険に入るのか、メディカルソーシャルワーカーに聞いても、わからない場合があり、困った。
- ・経験がある人とそうでない人での感じ方。
- ・訪問看護も同じ法人で行っているため、利用者に対する連携ツール(チャットワーク)があるので困っていない。
- ・他法人の訪問看護事業所との連携については携帯電話で連絡をとるようにしてお困ることはない。
- ・困っていることはない。あえて言うなら、終末期はその時々で変化があるため、変化があるごとに連絡を取る必要がある。

訪問看護師との情報共有

困りごと

- ・直営の訪問看護がないため、密に連絡を取りあう必要がある。こちらから積極的にアピールをして情報をもらうようにしている。
- ・看取りの中では、訪問看護が欠かせないので、自宅で、本人が望まないので訪問看護が入らないことがあり困った。見守るしかなかった。
- ・2件/月程、ターミナルある。訪問看護が先に入っていることが多い。困っていることは、以前より減った。お互いが情報共有しようとする雰囲気になってきている。
- ・医療が刻々と変化していく。その変化に、CMがついていくてない。1月のターミナルの際は、医療機関は、情報共有システムとしてリミックを利用してたが、居宅事業所は利用していなかった。連携ノートを共通の媒体として利用した。
→(質問)情報共有としてどういったものを活用しているか。
- ・コロナ禍で訪問も難しい。
- ・ICT利用を考えるが、居宅は追いついていない。とびうめネットに関しては、情報セキュリティの問題で利用できていない。同じソフトを利用すれば共有できるようだが、現実難しい。
- ・情報を円滑に、タイムリーにしていきたい。
- ・訪問看護師、医師と情報共有したいと思う。
- ・訪問看護、医師が訪問するときに、同席するようにして、意見を聞くようにしている。
- ・看取りに関しては、訪問看護が入っているので、困ることは少ない。困っているとというより、改善点として、CMが、刻々と変化していく状況についていけるようにしていかなければならない

訪問看護師との情報共有 困りごと

- ・事務所によって差があること。情報が来ないところは全く来ない。医療で入るので、ケアマネジャーには知らせないと対応をされたりする。
- ・医療用語が分からないので、家族にも分かるように説明して欲しい。
- ・介護保険を使っていて、ターミナルになると医療保険を使うようになり、ケアプランを見直さないといけないが、なかなかそれが間に合わない。ケアマネジャーが情報に追いつけない。情報共有をして欲しい。「ケアマネって何なんだろうねー」と無力感を感じるねと仲間内で話している。
- ・医療を中心になると、ターミナルはスピードを求められるので、ケアマネジャーは後付けプランになってしまい、情報提供も後回しにされてしまう。
- ・家族がわかる説明は本当に大事。
- ・タイムリーに連絡が来ないことが多くて困る。特に要支援の場合に多いように感じる。看護師さんたちの意識が要支援に向いていない。
- ・コロナでなかなか本人のところに訪問できないので、余計に連携が取りにくくなっている。
- ・看取りは毎日Ns.が対応でCMは月1回程度。Ns.が一番信頼があり、情報を持っている。Dr.との間に入ってくれる

訪問看護師との情報共有 貰いたい情報

- ・主治医からの指示
- ・看取りの場合は、病状が週単位で変わるため、タイムリーな情報
- ・家族間の思いなどデリケートな部分をCMIに伝えて欲しい。
- ・医師、看護師は、本人や家族にわかりやすく伝えて欲しい。
- ・CMIは医療知識がないので、医療職に教えてもらいながらやっている。
- ・病状等を噛み砕いて説明して欲しい。
- ・病状の進行が早くて、医師や看護師が考える病状と本人や家族が考える病状の認識に差があった。
- ・ターミナルケアの訪問看護の場合、訪問看護事業所から情報をもらうこともあり、文書での情報をもらえると、難しい医療用語おいてものちに理解することができるので助かる。
- ・今後の医療面の予測について、教えてほしい。
- ・終末期は状況が日々変わっていくため、変化があればすぐに連絡が欲しい。
- ・本人の排泄の状況など教えてもらいたい。また、日常生活上の注意点等や介護の仕方など家族に教えてもらいたい。
- ・医者からも病気の状況についても情報をもらいたい。
- ・状況の変化など最新の情報をもらいたい。

訪問看護師との情報共有 貰いたい情報

- ・情報待ちになってしまって、訪問看護や訪問診療の時間を聞いて、行くようにしている。渡す情報より、いただく情報の方が多くなる。見通しがあると、考えていけると思うので。
- ・もらいたい情報は、その都度医師に伝えていきたい。
- ・見通しが知りたい。
- ・看取りのパンフレットを作っている事業所があって、それを使って家族に説明しているところがある。その資料をケアマネにも提供していただきたい。
- ・本人や家族に対し、どういう説明をしているのかという情報が欲しい。
- ・変化があったらタイムリーに情報が欲しい。ターミナル期は本人や家族の気持ちが揺らぐので変化があったときには教えて欲しい。
- ・具体的に細かく指示してもらえたことが非常に助かったことがある。(じょく創ができるかもしれないからエアマットがいるよ、とか。)看護師さんの心がまえとかを教えて欲しい。
- ・訪問看護師はDr.のこともよく理解しているので、率直に相談できる。適切なアドバイスもあるしDr.との間も取り持ってくれる頼りになる存在
- ・お互いに励ましの言葉・情報を共有したい(～のケアが良かった。家族が～と話してくれていた)訪問時のエピソード、リアルな会話(立ち会わなくてよかったです、チャットでタイムリーな情報を流してくれたケースもあり)

訪問看護師との情報共有 伝えたい情報

- ・主治医と連携するための情報
- ・家族の年齢や理解力などで介護を受容できるか変わってくるので、その情報(介護力)を伝える。
- ・医療的なことは、訪問看護師から医師に尋ねてもらう。
- ・家族から言われたこととして「看護師が家族に説明せず先に動いて状況が悪化した」ということがあった。家族やCMに説明して欲しい。
- ・訪問看護師に何を伝えてよいかわからない。CMも医療の知識は家族よりなので、わかりやすく伝えて欲しい。
- ・CMがご本人が看取り期に入る前の状況を知っているのであれば「どんな生活を送ってきたか、趣味は何か、誇れるものは」の情報を看護師に提供し、本人・家族との会話の中で話題にあげてもらう。それぞれが持っている情報を共有し本人に還元する。
- ・家族の性格、悩む家族なのか、すぐ決断できる家族なのかを伝えられればと思う。
- ・家族の意思統一が図っていないときに、医師が家族に「3日ももたない」とはっきり言ったことで、家族が決断でき、短期間だが介護できた。医師が方向性を決めてくれた。
- ・家族の関係性、キーパーソンの存在を最も把握しているのは、介護支援専門員であり、他の家族の思い聞き取ることが多いため、スムーズに支援が回るように、それらの情報を訪問看護スタッフに伝えることで、支援策に向けての情報となりうる。
- ・介護保険でできることや医療保険で対応してもらうことなど状況変化の中で伝え忘れのないようにしたい。

訪問看護師との情報共有 伝えたい情報

- ・本人や家族の気持ちの揺れなど把握したものは、各事業所に伝えたい。
- ・利用者や家族の心の動きについても把握しているものがあれば連絡が欲しい。
- ・家族の思いなどが食い違わないように、伝えていく。
- ・CMは医療職とは別の立場で、生活者としての視点で伝えていきたいと思う。
- ・本人、家族の意向を伝えていきたい。
- ・本人・家族の今の気持ちなど、病院や訪問看護師と、「どういう状況になつたら、次はどうする」みたいな話をしたい。
- ・本人・家族から聞き取ったことがしっかり伝えるようにしている。ヘルパーが関わっているケースについては、訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーなどの関わりがある事業所で連携が取れるようにしていく。
- ・今まで本人が生きてきた中で、今後どういう風に生きていきたいかや、家族の介護力を伝えておきたい。
- ・家族の介護力、家族関係、家族の背景、家族の歴史、経済力は伝えておきたい。特に経済力は大事。後々揉めるので。(看取りには結構なお金がかかることを家族が想定していなかったケースがあり、本人が亡くなつてから事業所と揉めた)
- ・介護保険的に、福祉用具が借りられない事例等もあることを認識しておいて欲しい。(吸引器をテーブルに置くために、テーブルが必要という理由では、福祉用具が借りられなかつた。)
- ・元々からの本人の意向や癖(言い方伝え方)、家族の癖

③他職種への要望 (医師へ)

- ・訪問診療をしている医師は協力的に動いてくれるようになってきた。
- ・「何かあつたら入院できる」という入院の保証があれば家族も安心するので、入院の体制を確保して欲しい。
- ・病気を告知して欲しい。未告知の場合、家族が期待したり、受容できない。
- ・CMは診察に立ち合わせてもらう。家族は、医師に「わかりました」と言っても理解していない家族もいる。
- ・介護支援専門員から情報を集めたいが、教えてほしいという思いもある。(受身的…)
- ・延命についてや最期をどうするのかはDr.が聞いて利用者と決めて欲しい。それをCMと情報交換してほしい。
- ・連携の取り易さが大切

③他職種への要望

(歯科医師へ)

- ・歯科医師との連携については、あまりイメージがわかない。1回来てくれただけということはあった。

(薬剤師へ)

- ・プラン変更時に渡しているが、あまりコメントが無い。
- ・薬剤師の訪問はすごく助かっている。薬の説明はもちろん、家族に寄り添う、不安を取り除く話しかけをしてくれる。
- ・薬剤師さんたちが看取りに頑張っているので、連携していきたいと思っている。訪問看護師さんより薬剤師さんの方が情報をくれるし、説明も良くしてくれる。

③他職種への要望

(訪問看護師へ)

- ・訪問看護師から、医療になったときの説明をケアマネジャーにしてと言われたが、ケアマネジャーでは医療はわからないので訪問看護師の方でして欲しい。
- ・退院しても悪くなったときは病院に戻りたいという人はいるため、再度入院がある可能性は見据えていてほしい。
- ・長期化するとレスパイト入院も必要。バックベッドを持っているかどうかもあるとは思うが、受け入れの幅が広がれば。
- ・入院体制を整えて欲しい。
- ・家族は介護や医療の知識がまったくないので、わかりやすく説明して欲しい。がんばりすぎないよう先の見通しなど。家族は一度説明を受けていても理解していないことがある。
- ・コロナ禍のため、病院で本人と会えないなかで、急な退院となり訪問診療などをバタバタと探すことも多々あった。家族の思いに答えるけどできなかった時と後悔した事例もあった。
- ・退院し在宅で看取りとなった場合には、連携室のSWより院内での状況等情報が欲しい。
- ・書類だけではわからないので、カンファレンスなどがあれば情報を得られる。
- ・退院する時点で準備が必要。サービスを打診しておく必要があるので、事前に情報が欲しい。
- ・退院カンファのときに関係機関が全員集まるのが一番良いが、コロナで難しいのでZoomとかで実施していただければ助かる。
- ・お金の請求が亡くなった後にすごく高額になった事例があって、そこは事前に家族へ伝えておいて欲しかった。

③他職種への要望

(CMへ)

- ・経験が豊かなだけではなく、相手の感情に寄り添うことも必要

(ヘルパーへ)

- ・ヘルパーとの関係の中で、ヘルパーから連携していきたいという意思が感じられないことが立て続けにあった。直接的な介護をされているため、「自分たちが一番本人のことを分かっている」という自負からなのだろうか。
- ・どこも人員が不足しているのか、看取りの場合は1事業所では足りず、2事業所以上必要なことが多い。サ責にもよるが、事業所間のヘルパーの調整はケアマネが行っている。
- ・看取りの事例の場合、ヘルパー(身体介護等)の利用において、看取りの支援対応が可能な事業所を選考することがある。

③他職種への要望 (全職種へ)

- ・しっかり丁寧に説明をしてもらいたい。
- ・基本の生活スタイルが他の人と違う人もいることを理解してもらいたい。
- ・介護サービスで必要と思うことは提案してもらいたい。
- ・同じ方向性をもって対応できればと思う。
- ・急なプラン変更時に福祉用具の業者など連絡が取れない場合があるがなるべく連絡が取れるようにしてもらいたい。
- ・身内が亡くなった時に、精神的なサポートが重要だと思った。
- ・看取り前にも積極的に話を行つておいた方がよい。

(行政・保険者へ)

- ・例外給付で困った状況あった。行政から、事前相談を強く言われた。ターミナルの人の自宅は、家が病院という形となる、そういう仕組みにならないのかな。前もっての相談や、暫定での動きなど、現場の大変さや思いをもっと知ってほしい。

→看取りのための制度運用

- ・多職種の中に保険者も入つてもらいたい。ターミナルの人にはスピーディな一認定調査の対応が必要。あつという間に悪くなっていく。末期の人には「非該当」や「要支援」ではなく、せめて「要介護1」からにして欲しい。

③他職種への要望（その他）

- ・入院中の薬を退院時に回収してほしい。
- ・こういった研修が行われるようになって、他職種との連携はとりやすくなってきたと実感している。
- ・CMが、介護に悩む家族に、家族の趣味である写真を活かし笑顔の写真を撮るよう提案した。笑顔が増えアルバムまで作成された。家族なりの看取りに導けたと思う。
- ・福祉用具の場合、事前情報として、「看取り支援」ということを伝えることで、早急な対応をしてもらえる。
- ・ある事例として、福祉用具事業所からの支援で、本人へ、終末期の在宅生活を質の向上として、「ベッド臥床時に窓から見える景色」と一緒に考えて、行けたことが本人のための支援ができたとして、うれしかった。
- ・医療職種だけでなく、他の職種も含め、予後をどう支えていくかを関係者全員で共有できることが大事。
- ・看取りの経験がないが、経験を積み重ねていく中で、お互い思いあいながら成長していきたい。
- ・看取り(ターミナル)の訪問看護の場合、医療で入るのか、介護保険で入るのか、メディカルソーシャルワーカーに聞いても、わからない場合があり、困った。
- ・チームワーク。急な依頼への対応(現在も、急な対応に答えていただいており感謝しています。)
- ・リアルタイムな情報で、スピーディーに動く。チーム内で「聞いていない」をなくしていく、そういったシステムの構築。
 - ・多職種が連携していこうという思いを感じる。連携は取れていっていると思う。
- ・特定の職種に向けた要望はなし。職種間連携を図ろうという姿勢は醸成している。情報を即時に共有できるシステムの構築
 - ・近所の人、友人など最期に関わってほしい
- ・末期は急変するので、福祉用具は迅速に、そして土日も動いてほしい
- ・(小規模多機能～)介護度によるがショートステイも受け入れる。日曜日に希望があれば末期の人受入可。自宅と小多機を併用(平日と週末に分けたり、定期的に自宅に戻って家族と過ごしてもらう)

筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



アンケート回答(回答者25名 回答率64%)

1.研修参加前に比べ、医療介護連携について意識の変化がありましたか。

とても変化あり	2
変化あり	18
あまり変化なし	5

2.勉強になったこと、参考になった情報等があれば教えてください。(複数選択可)

看取り支援での役割り	17
訪問看護師との情報共有	11
入退院時支援	10
筑紫地区の取組み	9
他の職種への要望	8
看取りの事例	1
看取りにおいてケアマネジャーに望まれていること	1

3.本研修会の満足度を教えてください。

とても満足	7
満足	15
あまり満足していない	3

アンケート回答 つづき

4.一緒に研修を受けたい職種を教えてください。(複数選択可)

連携室スタッフ	21
医師	16
訪問看護師	16
薬剤師	11
介護支援専門員	10
病棟・外来看護師	7
歯科医師・歯科衛生士	5
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	5
通所・訪問介護員	3

5.訪問診療でお困りのこと等ございましたらご記入ください。(6件の回答)

筑紫地区に専門の訪問診療が少ないとこと

先生と直接会えるように予定を組んだが、予定外の時間に訪問があり結果会えなかった。

ドクターから意見を聞くことが難しいです。

現状特になし ただ、訪問診療を導入する際に、 どこの事業所を選択すればいいのかは常に考えてしまします。

ないです ・特にありません

アンケート回答 つづき

6.本日の感想やご意見、他の職種への質問等ご自由にご記入ください。(12件の回答)

目的が漠然としていた。現状の共有はできている。病院との話ができるとなおいい。

行政さんもおられてよかったです。看取りに対してもケアマネは行政との連携もとても重要なので。

居宅のケアマネさんの意見が参考になりました。

ケアマネと他職種間の温度差があると感じていましたが、私だけがこう思っているのではなく、意見交換でわかりました。

利用者や家族の思いを伝えてより良いケアに繋げることがケアマネの役割だと感じました

ケアマネジャーとして気にかかるポイントが同じであったので安心しました

在宅での看取りに関わる機会が今までなかったので、実際関わったケアマネさんの話が聞けて、具体的なイメージが出来、どのように関わったら良いかどんなことが出来るか考えることができました。とても勉強になりました。

グループに分けての意見交換ができ有意義だったが、参加人数がもう少し多ければいろんな意見を聞くことができたと思う。

他の介護支援専門員の方々の話を聞きながら、看取りの際に求められる役割は、ただ看取りだけでなく、他のケースにおいても求められる技術や支援方法であると感じた。

本日は小規模多機能の方が多くし情報が得られて良かった

訪問診療は開始するときはお会いするか照会を送りますが皆さんはどのようにされていますか？

みなさんと意見交換が出来て勉強になりました。

アンケート回答 つづき

7.-①地域包括からケアマネジャーに対する質問です。

「在宅か施設か、選択に重要視していることは何ですか？」

- ・介護力 家族の介護体制、家族関係の状況 家族の介護力 ご家族の介護力があるかどうかを一番に考えます、一人暮らしの方は排泄が自立できなくなれば施設入所のタイミングと思っています。
- ・ご家族の意向を捉えて検討していきます。
- ・本人の考え方や家族の思いが最重要と考えますが、意向の確認が難しい方については、事業所が普段から関わる中での人となりを考えて、本人の過ごしやすい環境やどちらかを考慮出来ることが重要と考えています。
- ・家族の介護力が大きいと思います
- ・本人、家族の意向 本人の思いと家族の介護力 基本は本人の意向ですが、家族の意向や現在の生活状況を踏まえて総合的に判断します。初めは在宅で生活して頂いて様子を見て、難しければ施設の順です。
- ・本人の意向と家族の受け入れに対する意向。本人が在宅を望んでも家族が受け入れる意向がなければ準備が進められない。家族の介護力、覚悟があるか。加速の介護状況 家族状況
- ・家族や地域も含めた介護力や協力体制。また、いのちの危険性の高さ等で考えています。

アンケート回答 つづき

7.-②薬剤師からケアマネジャーに対しての質問です。
「独居の方のケアプランはどこにポイントをおいていますか？」

環境 本人の安全面

自分で出来ることの見極め

持病や緊急対応がどの程度必要か

在宅生活の持続性

本人が安全に過ごせる、家族が居れば家族が安心して過ごせる

安全と意向のすり合わせをどこまで求めるか

日常生活ができるかどうか。病状はどうかを考えます

本人の有する強みを活かすことだと思います

安否確認や孤立化予防

自立した生活が送れるように日常生活の支援、身体機能の維持を主に考えて作成します。

あらゆる面で安全に生活できること

自分でどこまで出来るか、何を支援すれば生活が成り立つか。

アンケート回答 つづき

7.-②薬剤師からケアマネジャーに対しての質問です。
「独居の方のケアプランはどこにポイントをおいていますか？」

全てサービスで補うという考えではなく、独居でも自分で出来ることを行っていただく能力を奪わず、出来ないことをサービスで補う考えです。いわゆる自立支援です

在宅での生活が継続できるにはどうすればいいかを重要視しています。その方の自助能力やインフォーマルな支援あどれだけあるかなども考慮しながら、介護保険、医療サービスでのどのような支援を行う必要があるかを考えています。

服薬の確認。認知症の服薬確認 暮らしでも誰も確認できない時は居宅管理等が必要としています

緊急時の対応(SOS発信能力、緊急時の支援体制)、生活の中で何が一番不安で危険なのかをアセスメントして、それに対するサービスや社会資源に繋げて対応出来るようにしています。

アンケート回答 つづき

7.-③地域包括からケアマネジャーに対する質問です。
「認知症高齢者の支援で課題となっていることは何ですか？」

家族の疲弊、内服調整

関わっている家族の病識 家族の支援の考え方 家族の支援度

徘徊時の連携

認知症を否認されること

本人の意向と家族の意向が違うこと。火事など周囲にも被害が及ぶような心配事

家族関係が良好かどうか。

地域の理解 見守り体制

不衛生な住環境や栄養状態不良等であっても必要なサービスを受け入れない為、介入できない。認知症による周辺症状により地域住民とトラブルになり孤立化している。認知症であることを近所の方に知られたくない同居家族もいることで介護サービス利用が難しい場合がある。

例えば徘徊や安否確認等地域の方の協力で在宅生活がより安心して過ごせることもあるため地域の方の関わり方が大切になると思います。

アンケート回答 つづき

7.-③地域包括からケアマネジャーに対する質問です。 「認知症高齢者の支援で課題となっていることは何ですか？」

家族の認知症の理解、特に生活の中での対応方法

周囲の関わり

家族がいる場合といない場合で異なりますが、家族が衣類場合はどこまで協力して頂けるか適正に把握することが課題であり、家族がいない場合は本人の認知機能・判断の能力など主治医にも相談しながら適正に把握できるかが課題です。

①独居の方だと、緊急時の連絡体制やもしもの時の判断などが難しいこと

②認知症状から介護サービスの受入れが難しいことがあり、十分な介入が出来ないまま入院などで在宅生活が終了してしまうことがある

疾患を抱えながら又は認知症を抱えながら、それでも暮らしが続けなければならぬ在宅を希望する方がほとんどです。本人、家族が在宅でどれほど暮らしを望んでいるかを確認し支援の形が整えばできるが、それなりに協力者が欲しいですね、課題にはなりませんでしたかね

家族や介護者の本人に対する病識や状況に対しての受容ができないことが課題と感じています。(運転や徘徊に対して、これくらい大丈夫だろうという軽い認識の人もいます)