

医療機関とケアマネとの情報交換・懇談会 ＜医療・介護・地域連携のために＞

- 伊奈町をエリアとするケアマネジャー、医療関係者、サービス事業者等が集まり、多職種の連携方法やネットワーク作りを目的としている
 - 平成22年度は2回実施、平成23、24年度には各1回ずつ実施
延べ224名の参加
 - 医療と介護の連携シートの作成（医療と介護の連絡票、居宅サービス情報提供書、退院・退所時情報記録用紙）
 - 「医療と介護の動向（法改正）について」
「今の医療事情について」 の研修
 - 在宅困難者や在宅での看取りを支援した事例について検討、意見交換
- * 伊奈町介護支援専門員連絡協議会と
地域包括支援センターの共催 *



地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）

①市区町村名	伊奈町	
②人口（※1）	43,727人	(25.4.1現在)
③高齢化率（※1） (65歳以上、75歳以上それぞれについて記載)	65歳以上 8,320人 19.0% 75歳以上 2,883人 6.6%	(25.4.1現在)
④取組の概要	地域における医療と介護のネットワーク構築のため、多職種による情報交換、懇談会を行う。	
⑤取組の特徴	医療機関とケアマネジャーとの顔の見える関係づくりから始め、現在は、医師をはじめ多職種が参加し、事例検討等を行うことにより、伊奈町での支援の在り方や連携方法について意見交換をしている。	
⑥開始年度	平成22年度	
⑦取組のこれまでの経緯	平成22年度 1回目精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーとの交流会 2回目医療と介護の連携シートの作成 平成23年度 多職種参加による研修、事例検討会 平成24年度 多職種参加による研修、事例検討会	
⑧主な利用者とな人数	医師、医療従事者、ケアマネジャー、介護サービス事業者等 平成23年度、24年度とも約80名の参加	
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	伊奈町介護支援専門員連絡協議会と伊奈町地域包括支援センターとの共催 地元の病院の相談員、医療連携室の担当者に協力をいただいている。	
⑩市区町村の関与（支援等）（※2）	地域包括支援センター運営業務委託料の支出（H25 予算額2,538万円） ①通信運搬費 ②会議費 研修講師（町の概要、制度改正の動向等の説明）（H23年度の場合）	
⑪国・都道府県の関与（支援等）（※3）	委託料に対する法定負担 国庫補助：地域支援事業交付金 1,671万円 県補助金：地域支援事業交付金 8,355千円	
⑫取組の課題	①医師会へ参加依頼ができていない（これまでは、医師個人に依頼） ②参加人数制限をした（会場の関係） ③参加型の運営方式の導入	
⑬今後の取組予定	年1回の開催予定 広い会場を確保し、より多くの参加者を受け入れたい。	
⑭その他		
⑮担当部署及び連絡先	伊奈町福祉課048-721-2111（内線2161） 伊奈町地域包括支援センター048-720-5656	

※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を（ ）内に記載してください。

※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。

※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。

平成24年度医療機関とケアマネとの情報交換・懇談会

＜医療・介護・地域連携のために＞

- 1 目的 地域における医療と介護のスムーズな連携やネットワークを構築するため、多職種による情報交換や検討会等を行う。
- 2 日時 平成25年2月20日(水) 18:30～20:30
- 3 場所 医療法人一心会 伊奈病院 3階職員食堂
伊奈町小室9419 TEL:048-721-3692
- 4 内容 ①今の医療事情について(伊奈病院)
②事例検討 (伊奈町の医師が関わり、在宅で終末を迎えられた事例について)
③医師が考える看取り、在宅医療について(医師からの意見・思い)
- 5 参加対象者 ・伊奈町をエリアにしている居宅介護支援事業所のケアマネジャー
・医療関係者(医師、医療相談員、クリニック看護師、PT、薬剤師等)
・その他地域支援に関わる人(サービス事業者、施設相談員等)
- 6 経費 地域包括支援センター事業経理区分 事業費支出
会議費 円×名=円
通信運搬費 80円×120件=9,600円
- 7 周知方法 介護支援専門員連絡協議会にて配布および郵送(居宅・サービス事業所)
郵送(医療機関)
- 8 主催 伊奈町介護支援専門員連絡協議会
伊奈町地域包括支援センター
- 9 協力 のぞみ病院(相談員)、伊奈病院地域連携室
この会自体は当初からCM連絡会と包括が発信してきたもので、今後もそのスタンスは継続していくものとする。地域連携のためには医療と介護が同位置で関わっていくことが重要と考え、会の進め方を含め一緒に検討していきたい。(CM連絡協議会、のぞみ病院、伊奈病院地域連携室、包括)
・・・他医療機関や居宅およびサービス事業所の協力も随時依頼する

次 第

1 開 会

2 情報交換・懇談

1) 今の医療事情について

伊奈病院 医事課長

2) 事例検討「在宅で終末を迎えられた事例について」

事例発表：ゆめこうぼう虹

桶川北本伊奈地区医師会訪問看護ステーション

3) 医師が考える看取り、在宅医療について

3 その他

4 閉 会

平成24年度医療機関とケアマネとの情報交換・懇談会

＜医療・介護・地域連携のために＞

日 時 : 平成25年2月20日(水) 18:30～20:30

会 場 : 医療法人一心会 伊奈病院 3階 職員食堂

主 催 : 伊奈町介護支援専門員連絡協議会
伊奈町地域包括支援センター

協 力 : 医療法人一心会 伊奈病院
医療法人のぞみ会 のぞみ病院相談員

平成24年度医療機関と
ケアマネとの情報交換・懇談会
〈医療・介護・地域連携のために〉

上尾中央医科グループ
医療法人一心会 伊奈病院
平成25年2月20日

医療法人 一心会
伊奈病院

今の医療事情 について

© Ina Hospital All Rights Reserved

医療法人 一心会
伊奈病院

財政

© Ina Hospital All Rights Reserved

医療法人 一心会
伊奈病院

財政状況の推移

我が国の財政は、歳入が歳出を上回る状況が続いています。近年、景気の回復や財政健全化のための努力により、歳出と歳入の差は小さくなる傾向にありましたが、平成20年度以降、景気の悪化に伴う歳入の減少などにより、再び差が大きくなっています。

第一社会計歳収、歳出総額及び公債発行額の推移

© Ina Hospital All Rights Reserved

医療法人 一心会
伊奈病院

公債残高の累増

我が国の公債残高は、財政赤字の累積によって、平成24年度末の公債残高が約40兆円に達していますが、これは約1兆7000億円の歳入に相当する額に達しています。

平成24年度末の公債残高
約700兆円（見込み）

国民1人あたり 約604万円
4人家族で 約2,214万円

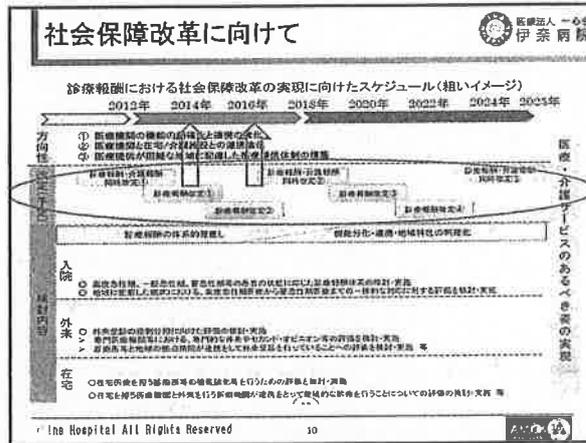
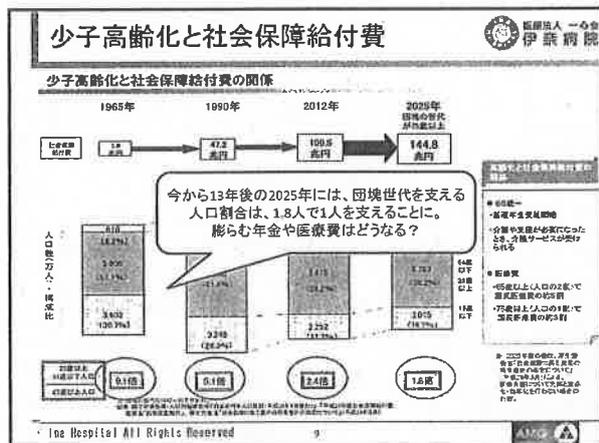
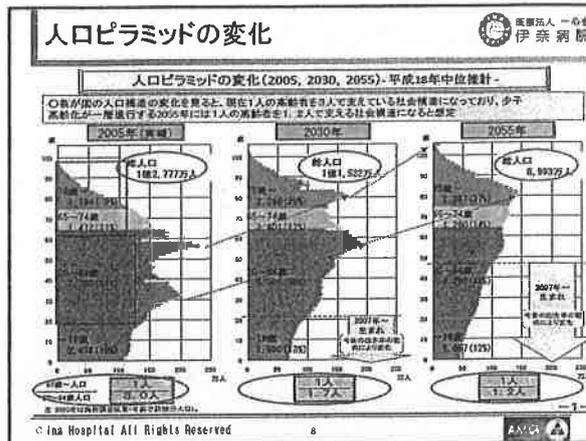
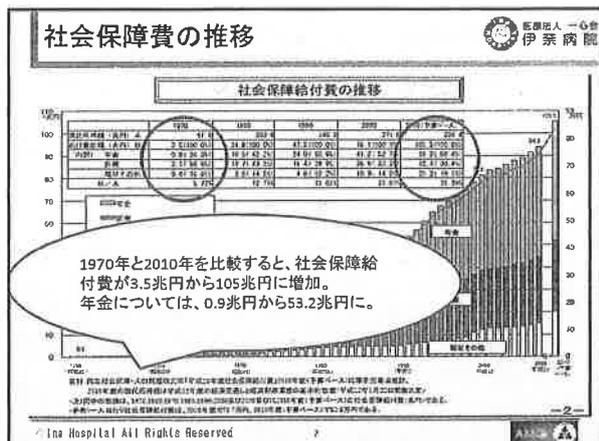
高齢者等平均的家族構成に相当
約1.6万円
（平均年齢70歳、高齢者1人、若年者1人、子供2人、合計4人）

© Ina Hospital All Rights Reserved

医療法人 一心会
伊奈病院

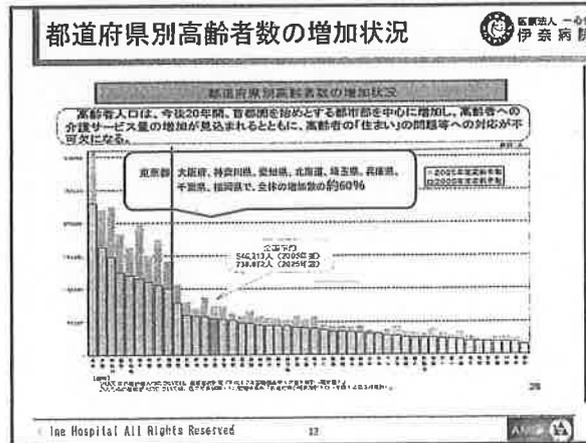
社会保障費

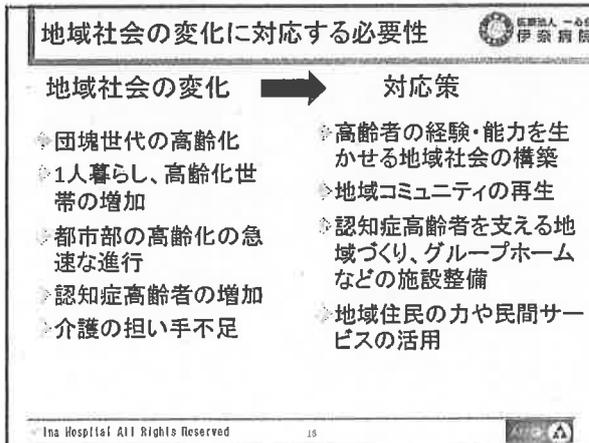
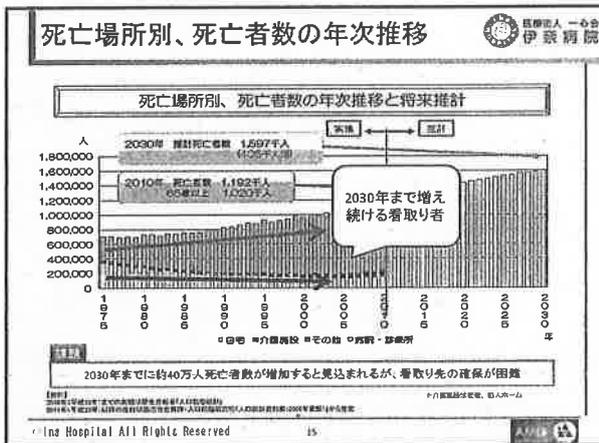
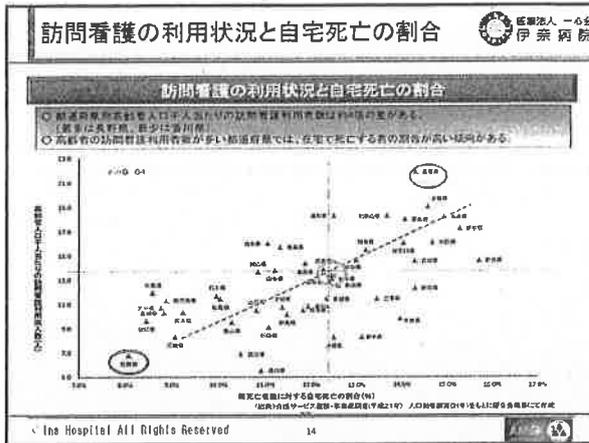
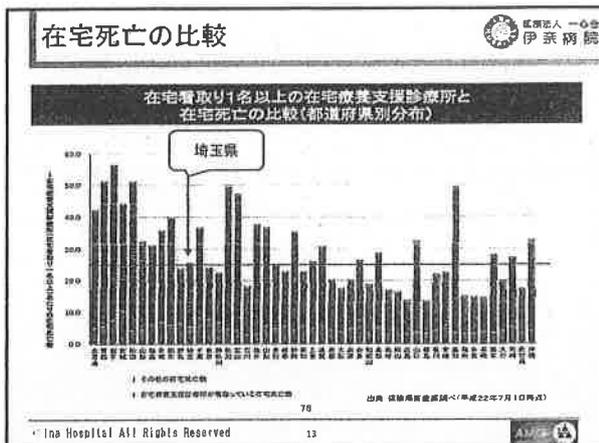
© Ina Hospital All Rights Reserved



本題です。

Ina Hospital All Rights Reserved





地域包括ケアシステムについて

医療法人 一心会 伊奈病院

地域包括ケアシステムについて

【地域包括ケアの目的】
 地域包括ケアを実現するためには、従来のような医療・介護の連携を越えて、地域全体で取り組む必要がある。地域包括ケアの実現には、医療・介護・生活支援の連携が不可欠である。

【医療・介護連携】
 ・急性期医療と在宅医療、訪問看護や介護サービスとの連携強化。
 ・急性期医療と在宅医療、訪問看護や介護サービスとの連携強化。
 ・在宅医療と訪問看護や介護サービスとの連携強化。
 ・在宅医療と訪問看護や介護サービスとの連携強化。

【生活支援】
 ・高齢者の生活支援（高齢者の生活支援）
 ・高齢者の生活支援（高齢者の生活支援）
 ・高齢者の生活支援（高齢者の生活支援）
 ・高齢者の生活支援（高齢者の生活支援）

© Ina Hospital All Rights Reserved 19

地域包括ケアシステムについて

医療法人 一心会 伊奈病院

地域包括ケアシステムのイメージ

【在宅医療】
 ・在宅医療（在宅医療）
 ・在宅医療（在宅医療）
 ・在宅医療（在宅医療）
 ・在宅医療（在宅医療）

【訪問看護】
 ・訪問看護（訪問看護）
 ・訪問看護（訪問看護）
 ・訪問看護（訪問看護）
 ・訪問看護（訪問看護）

【介護サービス】
 ・介護サービス（介護サービス）
 ・介護サービス（介護サービス）
 ・介護サービス（介護サービス）
 ・介護サービス（介護サービス）

【生活支援】
 ・生活支援（生活支援）
 ・生活支援（生活支援）
 ・生活支援（生活支援）
 ・生活支援（生活支援）

© Ina Hospital All Rights Reserved 20

医療法人 一心会 伊奈病院

まとめ

© Ina Hospital All Rights Reserved 21

医療法人 一心会 伊奈病院

今後の課題

- ◆ 高齢化社会に向けて、2025年までの改定は、地域包括ケアシステムの構築にむけて動いていく
- ◆ 誰が地域のマネジメントをしていくのか
 ⇒ ケアマネージャーの役割が今までより重要
- ◆ 効率的で質の高い医療・介護提供体制の構築
 ⇒ 医療・介護、医療機関や専門職相互の役割分担と連携にかかっている

© Ina Hospital All Rights Reserved 22

医療法人 一心会 伊奈病院

今後の医療環境の予測

- ◆ 急速な高齢化の進展
 ⇒ 2035年ぐらいまでがピーク
- ◆ 疾病構造の変化(高齢者医療が中心となる。)
- ◆ 地域包括ケアシステムへの移行
 黙っていても患者増となる現状

《病院としての役割として》

- ◆ 高齢者を対象とした救急体制確保
- ◆ 病院として効率よく退院できる体制の確保

© Ina Hospital All Rights Reserved 23

医療法人 一心会 伊奈病院

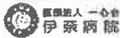
疾病構造変化への対応

- ◆ 高齢者を中心とした救急医療への対応が必要
- ◆ 入院中の合併症併発の恐れ⇒入院が長期化
- ◆ 骨粗鬆症(入院中の骨折注意)⇒入院が長期化
- ◆ 認知症⇒看護師の人手が取られる。(医療資源)

↓

- ◆ 整形外科との医療連携による協力体制
- ◆ 増加する認知症患者への対応検討(精神科?)
- ◆ 後方受入病院の連携と協力体制の構築
- ◆ 長期入院患者の退院支援

© Ina Hospital All Rights Reserved 24

最後に 

- 自病院の周辺地域での立ち位置の認識。
- 院内、院外での色々な連携協力体制の強化。
- 平成25年までの医療整備計画に則った柔軟な病院の変革対応。



- 目的:地域に必要とされる病院になること。

© Ise Hospital All Rights Reserved 25 

AMG  上尾中央医科グループ

ご清聴ありがとうございました！！

私たちは、安全で質の高い医療を提供し、患者さまに信頼される病院を目指します。

 医療法人 一心会
伊奈病院

26

<事例提出者> ケアマネジャー（ゆめこうぼう虹）
看護師（桶川北本伊奈地区医師会・訪問看護ステーション）

<事例のタイトル>

関係者間で、家族の介護ストレスの軽減を図りながら、介護力不足をフォローし続け、在宅で終末を迎えた事例

<事例の提出理由>

伊奈町の医師が関わり在宅で終末を迎えられたケース。本人、家族ともに施設入所は望まず、在宅での看取りという方向性があったが、本人の問題行動や不潔行為の出現により、家族の介護不安、介護力不足が表面化していった。在宅支援のため、多職種が行った信頼関係作りや具体的な支援方法について情報交換したい。

<事例の概要>

1 基本情報

Aさん、女性、90歳、伊奈町在住、次男夫婦と三人暮らし

2 疾病・診断名、既往歴

① 脳梗塞後遺症（H19.6） ② 脳血管性認知症（H19.4） ③ 骨粗鬆症（不明）

骨粗鬆症による腰痛、変形性膝関節症から下肢に筋力低下あり

主治医・・・U医師（Uクリニック）

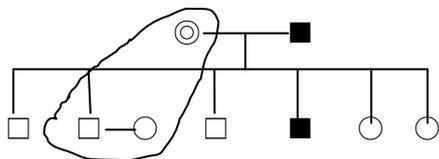
内服薬・・・サアミオン・トラベルミン・パチュナ・メリスロン・メキシチール
コニール

3 身体・機能面の状況、精神・心理面の状況

- ・寝たきり状態、認知症状の進行、難聴が強くコミュニケーションをとることが難しい状態が多くあった。
- ・問題行動（ベッド柵の間から手足を出す。ベッドから転落（ずり落ちる）。布団を投げ落とす）
- ・不潔行為（排便時オムツの中に手を入れ、便をいじって寝衣寝具が便汚染となる）
- ・幻覚症状（そこに子供が居る。そこの饅頭を取って・・・等）

4 生活歴 農家の嫁としてずっと仕事をしてきた

5 家族構成



本人、次男、次男の嫁の三人家族

次男、嫁ともに体調が悪く介護ができない。

病院については次男がために薬を取りに行ったりできる。嫁は家事をするのみ。

6 住環境 持ち家一軒家

7 関係機関

主治医、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、通所介護事業所、福祉用具事業所

<支援経過>

N・訪問看護

日時	状況	支援内容	関係者の連携・思い
H21.11	<p>地域包括より紹介 初回面談 Kケアマネ担当 H21.10にトイレで転倒。それまでは自分で通院をはじめ全て自立した生活を送っていた。同居家族は次男夫婦で、二人とも脳疾患 歩行障害あり。そのため本人を通院させたり入浴させたりできなし</p>	<p>介護申請行う。<u>要介護2</u> <u>訪問介護</u>にて自宅入浴介助、通院等乗降介助を利用。付き添いは次男。 <u>福祉用具購入</u>にてポータブルトイレを自室に用意(夜間用)。昼間は這ってトイレやリビングに移動。</p>	<p>本人:「病院は嫌だ」「天井を見て死にたい」 嫁:「今どきむずかしいと思うけど、言えない。嫁だから・・・」 次男:親の言う言葉を頷いて聞いていた。</p>
H22.04	<p>失禁あり。常時リハビリパンツを使用。</p>	<p>オムツ申請(社協) ポータブルトイレ横に転倒予防のための手すりを設置。<u>福祉用具レンタル</u></p>	
H22.06	<p>Tケアマネに交替 アセスメント実施 夜間のポータブルトイレは使用せずに4点杖にてトイレまで行っている。危険な為ポータブルトイレの使用を促すも、返事のみ。この時期から嫁の苛立ちが目立ってくる。「夜間トイレに行く際、廊下をカチカチと杖を突く音が気になる」という。 嫁の体調思わしくなく、さらに苛立ちが感じられるため、通所サービスを勧めるも本人拒否する。 暫く本人の体調は変わりなく自宅で好きなように過ごされていた。</p>	<p>通所サービス勧めるも拒否 更新で<u>要介護3</u> 認定期間2年</p>	<p>担当者会議:嫁は話の中にあまり入らず、横で聞いていることが多かった。次男は関係者皆にお願いしますというスタンス。ケアプランを主治医へ提出。</p>
H23.08	<p>失禁がひどくなり自分で取り替えができなくなる。食事を摂らず、入浴も拒否。寝たきり状態となる。オムツ交換の介助必要。</p>		
H23.08末	<p>通院困難となり主治医の往診を受け、脱水症の診断で点滴を受ける。その後も食欲の改善見られず。 N・点滴に対し拒否態度あり。抵抗態度見られたが、説明し納得を得て施行。 食欲の回復見られ、摂取量が増えてくる。 N・寝たきり状態にて仙骨部に発赤あり。</p>	<p>主治医より訪問看護で点滴施行の指示が入る。(週1回) 家族に食事内容の確認、食事の工夫、アドバイス行う。 主治医に報告し軟膏処方にて施行。皮膚の観察、保清。 悪化することなく軽快する。</p>	<p>家族から施設や病院の話が出るが、<u>金銭面で無理。その時々で家族の気持ちの変化あり。</u>家族からは「やっぱり家で見るしかないね」との言葉。 事業所からは、「手伝うからギリギリまでやってみましょうよ」と嫁によく話していた。<u>関係者が家族の話を聞くことで、表情が穏やかに笑顔も見られた。</u></p>

<支援経過>

日 時	状 況	支 援 内 容	関係者の思い・動き
H23.09	<p>本人がベッド上で自分で排便を試みる。結果便まみれになる。</p> <p>家族に排便状況を話し、食事の工夫、水分摂取を促しコントロールを行う。排便時、本人の拒否態度が強く暴れて抵抗する。排泄物を見せると納得して落ち着くという状況。</p>	<p>訪問看護に点滴と排便を依頼。 N・便秘(自力排便困難)のため、排便状況の確認、排便困難時に適宜排便を実施。便の性状、量の観察。</p> <p>訪問介護を朝と夕方(毎日2回)オムツ交換。入浴は本人の希望で、自宅にて車椅子利用で二人介助。</p>	<p>家族の主治医への信頼度高く、点滴中の対話の中でも、先生が自分も含め(次男)よく診てくれる、話をよく聞いてくれる、先生をよく知っているのが安心だと話されていた。</p>
H23.10	<p>体調回復しつつある故にベッドから降りたい要求あり。しかし、嫁が絶対に許すことなく、ベッドを最高位まで上げてしまい、危険な為サイドレールを2本追加し囲む。拘束にあたることを説明するも聞き入れてもらえず。「部屋を這いずり回られるのが嫌」とのこと。家族の介護力無いため、オムツ交換、食事介助、水分補給等を訪問介護に依頼(朝夕2回)していたが、昼間も増やしてほしいとの嫁からの要望あり。</p> <p>上下肢筋力低下のため、状態に応じてベッド上で上下肢の運動を行う。→ 家族より積極的な運動は希望されず、軽く行う程度。「ベッドから降りようとする動作が増えると困る」と。</p>	<p>サイドレールレンタル</p> <p>訪問介護1日3回 3名のヘルパーでローテーション 本人の訴えをよく傾聴した</p> <p>認知症状がさらに進み、幻覚幻聴の訴えが出てきたため、<u>区分変更申請</u>する。 要介護3 → 要介護4</p>	<p>ケアマネと福祉用具: 状況変化が激しいためすぐ対応してもらえるようお願いした。</p> <p>ケアマネとヘルパー: サービス時に同席し話をしたり、事務所に来た時、FAX電話で話した。ヘルパーからの情報で本人の思いや訴えそのものを把握できた。</p> <p>担当国会議: 家族、訪看、ヘルパー、通所スタッフ、福祉用具、ケアマネで「本人の希望で最期は家で、天井を見ながら・・・ということです。よろしく願います」皆で方向性を確認した。</p>
H23.11	<p>ベッドから降りたいと度々訴えるため、家族に相談するも却下。嫁の「本人の世話はしたくない」との要望で、着替えオムツ交換など付帯サービスのある通所に依頼する。</p> <p><u>通所介護スタート(週1回)</u> 通所介護で風船バレーなどに参加し、自宅でも練習したのかベッド上でタオルや枕を投げていた。嫁の怒りが頂点に達し、落とした布団等を拾ってくれず、ヘルパーが来るまで布団が無い状態が続いた。</p>	<p>通所介護を勧める</p>	<p>ケアマネと看護師: 訪看サービス中に話したり、他利用者サービスの後に外で話した。</p> <p>看護師とヘルパー: オムツ交換時の処置等、訪看のサービス中にヘルパーが同席して知識を得たり、情報交換してくれた。</p> <p>嫁の利用者、夫に対する愚痴や不満を聞くことで、負担感を知りフォローが出来た。</p>

<支援経過>

日 時	状 況	支 援 内 容	関係者の思い・動き
	N・問題行動あり。ベッド柵から手足を投げ出したり、柵を乗り越えようとする動作が見られ、手足に打撲痕、皮下出血、表皮剥離出血等が見られた。	適宜、創の処置、皮膚の保護を行い悪化することなく早期に軽快した。主治医より、イクセロンパッチ(アルツハイマー治療薬)処方される。	家族の訪看、ヘルパーへの依存心見られたが、安心感も得られたとのこと。 N・処置を行なう際、準備から片付けまで、まったく手伝わなかったが、必要品の用意の協力は得られた。
H23.11.末	弄便行為が頻繁になる。オムツをいじりしまいには全裸になっていることもある。布団が落ちていても拾ってもらえない状態が続く。	ベッドからずり落ちた時、自力では戻れず、家族も対応できず、訪問介護にその都度依頼。	対話の中で、排便コントロール、創の処置等やってもらえ安心と言っていた。
H23.12	本人から寒さのため通所には出かけたくないとの訴えあり、休む		
H24.01	訪問看護、訪問介護、福祉用具のサービス内容に変更なし N・家族の本人に対しての不満の訴えが多く聞かれるようになり、手を出さなくなり、協力が得られない状態になる。	食欲はあるが、十分に食べさせてもらえないなど、介護状況の悪化の心配があったため、訪問介護事業所に注意深く見て報告してくれるようお願いする。	
H24.2.24	食欲低下。傾眠状態となる		
H24.2.25	主治医往診		
H24.2.26	ご逝去		
<p data-bbox="1576 930 1742 962"><振り返り></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1576 962 2072 1090">○家族とケアマネ、サービス事業者の関係が良好で、ケアマネとサービス事業者間の信頼関係があり、常に具体的な報告が入る体制ができていた。 <li data-bbox="1576 1090 2072 1185">○家族とサービス事業者(看護・ヘルパー)との連絡ノートがあるとより情報共有ができたのでは。 <li data-bbox="1576 1185 2072 1281">○在宅で見ていくという意味確認を要所所で行うことができていたことにより、関係者が同じ視点で支援できた。 			

<H21.11>

介護申請
要介護2
サービス導入

<H22.04>

訪問介護
福祉用具 ポータブルトイレ

失禁
オムツ申請
手すり

<H22.06>

ケアマネ交替
アセスメント実施
担当者会議
要介護3

自宅で好きなように
過ごす

<H23.08>

食欲低下 入浴拒否
オムツ交換
寝たきり

病院は嫌だ
天井を見て死にたい
本人

むずかしいと思うけど
嫁だから言えない 嫁

嫁の苛立ち

通所サービスを勧めるが
本人が拒否

<H23.08末>

通院困難 脱水
往診 点滴
訪問看護 食事内容の確認、 アドバイス
週1回 仙骨発赤 看護で改善

<H23.09>

便秘 摘便 訪問看護
拒否あるも排泄物を 見せ納得
ヘルパー オムツ交換 入浴介助
1日2回

<H23.10>

ベッドから降りたい

家族の不満
ヘルパーを1日3回

サイドレールで囲む

幻覚幻聴で**区分変更**
要介護4

施設や病院の話
が出るが、気持ちが揺れる
事業所の声掛けで
家で見る気持ちに

やっぱり家で見るしかないね 嫁

手伝うからギリギリまでやってみま
しょう 事業所

担当者会議
本人の希望で自宅で最期を
方向性を確認

<H23.11>

家族の介護を
したくないという気持ち

通所介護の勧め

通所介護スタート 週1回

ベッド柵から手足を投げ出す
柵を乗り越えようとする

弄便

打撲、皮下出血、表皮剥離

主治医の指示
訪問看護の処置で軽快

ケアマネと訪問看護
ケアマネとヘルパー
訪問看護とヘルパーの情報共有

家族と事業者の関係

家族の介護力不足

事業所への依存、信頼
安心感

次男・嫁の
主治医への信頼

先生がよく診てくれる、話を
聞いてくれる 先生を
よく知っているので安心
次男

嫁の愚痴を聞くことで
嫁の表情が穏やかになった

すぐ動いてくれて助かる
嫁

* 参加者のアンケートをまとめましたので、ご報告いたします。ご協力ありがとうございました。

「医療機関とケアマネとの情報交換・懇談会」(2/20)アンケート まとめ

73名出席(主催者以外) 回答 51名

あなたの職種を教えてください(例ー医師・看護師・ケアマネ・相談員…)

医師:1名 看護師:3名 ケアマネ:18名 相談員:9名 ヘルパー:7名
通所介護スタッフ:1名 通所リハビリスタッフ:2名 福祉用具相談員:5名
包括:1名 無記入:4名

あてはまる番号に○を付けてください。

1 「今の医療事情について」の内容は参考になりましたか？

- | | |
|------------|----|
| ①参考になった | 46 |
| ②参考にならなかった | 1 |
| ③どちらともいえない | 3 |
| 無回答 | 1 |

2 事例検討「在宅での看取り」は関心のあるテーマでしたか？

- | | |
|------------|----|
| ①関心がある | 51 |
| ②関心が無い | 0 |
| ③どちらともいえない | 0 |

3 事例検討で取り上げてほしいテーマはなんですか？

<ケアマネ>

- ・医療との連携方法の具体例
- ・家族が認知症を受け入れられない場合
- ・本人に告知するには
- ・医療とケアマネの連携
- ・医療保険と介護保険の重なるところで上手に使える知識や法律
- ・在宅介護において、自立支援を望まない家族への対応について
- ・独居生活の中で(身寄りがない)お金の管理等、行政とどう関わったかのケース
- ・身寄りの無い方を地域や行政でどう支えるか
- ・認知症の方の意向の汲み取り方について

<相談員>

- ・本人・家族の気持ちの揺れ動き
- ・病院退院になった時のケアマネと家族、病院の連携について
- ・事業所間での事例検討:どのように連携していけば良いか。信頼を得るには。
- ・難病の方の在宅介護(パーキンソン等)

<福祉用具>

- ・在宅介護に悩む家族の声について
- ・ADL 維持について

<包括>

- ・一人暮らしの方または老夫婦等で他に身内のいないケースの看取りなど

<無記入>

- ・ターミナルケアの医療と介護の対応

4 情報交換・懇談会は多職種連携のために役立ちましたか？

① 役立った	48
② 役立たなかった	0
③ どちらともいえない	1
無回答	2

5 今回は事例検討を行ないましたが、今後の会の運営方法や内容について、ご意見をお聞かせください

<看護師>

- ・今後とも顔の見える関係作りをよろしくお願いします
- ・病院内でも地域との連携を更にスムーズに行なえるよう在宅支援に力を入れていきたいと思います。地域の情報会等できるよう参考にしたいと思いました。

<ケアマネ>

- ・多職種の方々のいろいろな意見を聞ける機会があるととても参考になり役立てられると思います。
- ・認知症の方の事例検討をお願いします。
- ・進行をされた方が私達の言いたいことを代弁してくれました。
- ・本人の気持ちと家族の介護力にズレがある中での支援、医療と介護の連携はハードルが高いと感じました。結局はこういう時はこういう形はなく、みんなが迷いながら対応対処していくしかないのではないかと思います。
- ・ケアマネ事業所に順番に事例をあげてもらおうようにしてはいかがでしょうか。

<相談員>

- ・進行の方がしっかり流れを作って下さったので、ぶれることなく聞きたいことが出され、学ぶことが多かったです。
- ・事例検討を経て、皆様の意見がさまざま聞け大変参考になりました。今後もこのような内容で準備いただきたいです。

<ヘルパー>

- ・事例検討は身近な事なので、大変ためになります。
- ・事例検討は継続して頂きたいと思います。多職種の方々のお話を聞ける機会も他にはないと思っています。

<福祉用具>

- ・同業の方と話す機会が少ないので、テーマを持って議論する機会があればと。
- ・地域での取り組み、すばらしいと思いました。今後とも継続してください。

<無記入>

- ・夜やってほしい。

6 その他ご意見ご感想等お聞かせください

<看護師>

- ・初めて参加させていただきました。普段は病院で退院支援調整の看護師をしています。看取りについては本当に大事なことと思っています。

<ケアマネ>

- ・事前アンケートに全く触れられていなかったことについて。事前アンケートにとっても良い視点の質問やするどい質問もありました。手を上げて質問できない内容もありますが、この点を明らかにすることが、良い連携につながるのだと思います。事前アンケートにせっかく書いたことがムダになりとても残念です。アンケートの返答となるものを形にさせていただけることを期待します。
- ・せっかく事前アンケートを取り、直接医師に言えない項目もあったので、このような機会に代表で医師に確認してほしかったと思います。
- ・せっかく医師が来ていたので、医師への質問をもっと受け付けてほしかったと思います。
- ・事前アンケートの内容が良かったので、その件にふれて欲しかったと思います。
- ・とても参考になりました。ありがとうございました。
- ・連携の必要性がよくわかりました。
- ・医療系(医師・看護師)が福祉系を見下していることが多いです。
- ・病状説明を一緒に聞いてほしいと家族に頼まれて病院に行っても、ケアマネは他人だから「帰れ」と言われたことが何回もあります。
- ・訪看を新規で依頼しても枠がいっぱいだからと断られることが多い。
- ・多くの介護サービス事業所や先生と交流が図れ大変良かった。
- ・様々な立場からの意見も聞かれたが、立場というよりもその方その方の考え方にもよるのではないかと思います。
- ・スライドやそのコピーの字が見えない。もっと分かりやすくしてもらえると良い。
- ・看取りの体験談はとても参考になった。
- ・「今の医療事情について」の資料が小さすぎて見づらい。

<相談員>

- ・他にある勉強会や懇談会の予定一覧を頂けたらうれしいです。
- ・MSWとしては、退院支援を行うのみなので、退院された後の生活についての他職種との連携の一つとして勉強になりました。

<ヘルパー>

- ・サービスに入るなか、今回の事例は看取りの方向が見えていたが、見えないままサービスを行い、終末を迎えられることがある。そのことももっと考えてみたい。
- ・こういう機会がありましたら、また出席したいと思います。
- ・進行の方の多職種への質問が本質をついていて、色々聞けたことは大変良かったと思います。
- ・家で看取ると話されている利用者が3名います。私たちは訪問していて不安が多いので、本日は大変参考になりました。今後も期待しています。

<通所>

- ・答えを出すのは難しい看取り、大変勉強になりました。
- ・ケアマネジャーとの連携は不可欠、情報が無ければ実施の目標や目的につながらないことが改めて実感できました。ケアマネジャーだけでなく、その方に関わる全てのサービス事業者の情報が密に必要だと心から感じました。

<福祉用具>

- ・忙しい中、準備、司会、進行お疲れ様でした。なかなかこのような機会も少ないので、とても参考になりました。「連携」というテーマに向かって関係を深めていける方法について、今後も考えていきたいと感じました。
- ・福祉用具取り扱い事業所としては、看取りについて家族の細かい情報をもらえるか否かで選択すべき用具が変わってきます。運営準備お疲れ様でした。

以上