

2015/7/10 東部医師会在宅医療介護連携推進室

関係機関への聞き取りで抽出された課題（8項目別）

ア、地域の医療・介護の資源の把握

1. 町外から町内に通勤する診療医が多く夜間の医師が不足している（八頭）
2. 歯科の往診が不足している（八頭）
3. 介護関連の良質な人材確保が難しい
4. 民間の配食サービス業者が採算に合わないと撤退された（八頭・若桜・岩美）
5. 市内病院受診の移動手段がない（買い物先も同様）
6. インフォーマルな資源の確認、利用法が難しい（認知症患者の場合トラブルの原因となることがあり）
7. 医院の連絡時間（ケアマネタイム）の情報はあまり使用しない
8. 緊急通報装置の設置者は把握している（消防）
9. ショートステイ、施設入所の空き状況が一カ所で把握できたら良い

イ、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

1. 医師との会議が難しい（八頭）
2. 歯科の往診が不足している（八頭）
3. 手術してすぐに介護保険申請がされることがある（4町）介護保険の申請時期が早い
4. 民間の配食サービス業者が採算に合わないと撤退された（八頭・若桜・岩美）
5. 本人に知らされないで介護保険が申請されていることがある（とにかく早く申請するように促され動く家族）
6. 智頭病院で訪問診療、看護はフォローしている（智頭）
7. 総合病院との連携は多くが地域連携室を通して行っている（人を介することで質問の意図が変わることがたまにある）
8. ケアマネとして総合病院の診察に同行するが外来中の短時間に聞きたいことが聞けない時もある
9. 地元病院であるがため退院が促しにくい
10. 在宅につなげるだけでなく、そのあとの様子も確認して次に生かしてほしい
11. 食事形態や量について病院ごとにルールが決まっており、統一が難しい（介護側は統一してほしい）
12. 薬剤師の居宅療養管理指導をケアプランに入れてほしい（給付管理の対象ではないが）

13. ケアマネとして医師とのかかわりに苦手意識のある人もあり、実際連携も取りにくい場合もある
14. 地域資源（民生委員）とのかかわりが減少したこともあり把握が難しい
15. 保健センターと介護関係との連携は今後どうなっていくか
16. 個別援助計画（介護プラン）がケアプランの写しのようにになっている
17. 介護保険サービスが入ることでインフォーマルな介入が退いてしまう
18. 訪問看護、訪問歯科不足（訪問看護師人材不足）
19. 24時間ヘルパーサービスが不足しているが需要も多くはない（サービスを知らない人も多い）
20. ゴミ捨て、買い物など移動手段の支援が不足している
21. 点数が発生する行為は請求してほしい（居宅療養管理指導など）
22. 病院は自分の病院のことだけを考えるのではなく地域のことに関して考え、どう行動していったらよいか一緒に考えていく必要がある
23. 精神科の往診医があったら良い
24. 家族から「救命はしないで」と言われても、病院から「なぜしなかった」と言われる可能性があるので救命は行う（消防）
25. 元来看取り目的での救急搬送はない、本来の救急業務に支障をきたす（消防）
26. 後方支援病院が数病院になった時、患者をどの病院に搬送してよいかわかる仕組みが必要（消防）
27. 「看取り」「急変時」に関してかかりつけ医が動けない時、フォローする医師を確保しておいてほしい
28. 訪問看護の指示医師から処置に必要な物品が提供されないことあり、管理料を加算されているので材料も提供してほしい
29. 総合病院での患者の退院支援流れを介護側は知りたい（どういう風に退院が決まっていくのか）

ウ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進

1. 入院中定期的にケアマネに連絡がほしい
2. 一時的に急性期は市内の病院→地元の病院→地元の施設希望が多い（智頭）
3. 退院前からのリハビリが重要なので情報を入手したい（在宅リハ）
4. 介護について協力できることは多い、問題提起をしてもらおうと動きやすい（福祉会）
5. 食事に関して入院中と在宅時と物品を変えることがある、同じものにはならないか（薬価の問題）
6. 在宅療養で誤嚥する人、糖尿病の人が増え、退院時管理栄養士との連携が重要になってきた（今まで連携することがなかった）
7. 訪問看護ステーションに栄養士がいれば便利？行政の栄養士を利用できないか

8. かかりつけ薬局がない人の場合、窓口を一つにして支援できる薬局を紹介するなどの方向に持っていきたい（薬剤師）
9. 介護サービスで利用できない支援についてファミリーサポートなどで補ってほしいができない内容がある。（通院介助、院内付き添い、若年性の認知症のサポートなど）
10. 資源発信場所を一本化してほしい
11. 在宅看取り後の家族のフォローが重要、フォロー体制が良ければ他へ伝わり普及していく
12. 在宅タブレットはヘルパーが利用しているが、看護は利用に至っていない（ヘルパーは記録を利用者宅に残さないといけないのでその場で記録プリントできるタブレットは二重書きもなくなり便利）
13. 看一看連携を十分にとっていく必要がある（病院看護師と訪問看護師）
14. 病院はケアマネにもう少し医療、家族の状況の状態を教えてほしい（個人保護法の問題で難しいかもしれないが）
15. 薬についてのトラブル（飲み残し、種類の多さなど）を介護職、医療職が認識していても薬局と連携し介入してもらうことは少ない
16. 短期入所のベッド数が不足している（農繁期など）
17. 夜間訪問看護は実際そんなに呼ばれることはない（若桜）
18. ケアマネが入院時に送る連携シートの利用が有効に使われているか疑問（病棟の看護師で知らない人がある）
19. 医療系でないケアマネの場合終末期の担当はポイントが絞れていない（ケアマネの反省）
20. 家族の都合で週末の退院が増えているが土日は動けない業者もあり早めに退院を連絡してほしい
21. 総合病院にかかっているかかりつけ医への変更が難しい人もある（かかりつけ医の必要性を感じていない人も多い）
22. 「福祉の時間」と連絡を取る時間を設定されている診療所はありがたい
23. 退院サマリーは退院前にほしい（帰ってから新たに知ることがあるので）
24. 同じ病院の連携室でも言われることが違うことがある

エ、医療・介護関係者の情報共有の支援

1. 退院が急に決まることがある（退院明後日なのでよろしくとか、明日会いに来てくださいなど）
2. 薬局との連携をしていない。調剤のイメージで福祉側からあまり相談していない
3. 総合病院の医師との連携、連絡が難しい（在宅リハ）
4. 介護ガイド AI を利用しているが、みなしのサービスが動いているかどうかわからない
5. 薬局、訪問看護と連携を取っていく必要がある（小規模）

6. 担当薬局を一つにしてほしいが、薬の持ち合わせのない薬局とかがあり高齢者は薬局も数カ所利用している人がある
7. 介護を必要としている人の分布データがあると良い
8. 福祉との連携が難しい（栄養士）
9. 経済情報、家族の事情が個人情報ということで関係者から伝達されにくくなった
10. 入院中福祉用具を病院と家族で決められている時があり、ケアマネと相談してほしい
11. 退院カンファレンスの時、本人、家族が退院の自覚がない場合がある
12. 認知症は早い時期からと啓発しているが、症状が出たとき担当医の協力をお願いしたい（相談したかいないと家族が思うことのないように）
13. 在宅での介護は無理と決めて、病院、施設が適当というケアマネがある
14. 病院から在宅は無理と考え、施設等の検討がなされてからケアマネに話があったりする
15. 高次脳機能障害の人の在宅が増え、家族の認識、本人の状態が入院時と異なる症例が増えてきている
16. 総合病院で退院に当たり「また、いつでも入院できる」ことを言われると簡単に再入院してしまう。「家でも最期まで看取れますよ」的なことを言うのは難しいのだろうか

オ、在宅医療・介護連携に関する支援相談

1. 訪問看護、通所リハ、ショートステイが不足（八頭）
2. 通所・訪問リハ不足（若桜・智頭）
3. 情報を集約するところがなくバラバラに情報が入ってくる（施設の空き具合など）
4. 24時間電話相談サービスがあれば利用者、介護者も心強い
5. 本人、家族がサービスに頼りすぎている
6. 特定看護師を医師会等で養成し、在宅でその技術を発揮できるような仕組みができないか
7. 薬剤師の訪問の必要性はあまり感じない
8. 入院中から在宅でも栄養士の介入が必要な人が増えてきた
9. 資源マップを公民館エリアで作成してほしい

カ、医療・介護関係者の研修

1. デイサービス事業所のすべてまでの伝達は難しい（通所介護担当）
2. 退院前訪問の点数がとれることを知らないケアマネがある→ケアマネに個人差がある
3. 病院以外の看取りについての事業所の努力が必要ではないか（施設での看取りが増えてきた）
4. 介護に携わる人々の意識の違いがある 問題点が見えていない
5. ヘルパーが固定しない。質に差がある

6. 医師に自宅での生活を見据えた考え方を深めてほしい→患者、家族は医師の言われることは良く聞く
7. 研修参加者に片寄りがある（施設勤務者の参加は少ない）、参加者の満足は大きい
8. 総合病院などの受付事務職員が認知症について研修を受けていないのではないか
9. 事業所としての研修が行われていない様子の閉鎖的な事業所は住民の評判も悪い。事業者の教育の姿勢は重要と思う（教育への投資も含め）
10. ケアマネジャーの後継者がいないことヘルパーが施設へと就職するのは在宅療養にかかわる仕事に魅力がないのではないか

キ、地域住民への普及啓発

1. いずれは入所、入院が当たり前 と考える医師、家族が多い（八頭）
2. 入院した患者の家族がデイサービスの職員に連絡しケアマネには連絡がなかった
3. 在宅を続けたい人で、家族へ気を使う人は結局行政に頼る考えの人も多い
4. 比較的元気な人たち（老人クラブなど）の会員の減少
5. リーダーが減りサロンの減少
6. 家族が介護保険についてわからないまま申請（病院で促されるまま）
7. 「施設サービスが使える」ということで入院直後に在宅の選択肢はなくなり「家ではみえない」という
8. 介護保険の制度、サービスについて地域住民が簡単に理解できるような仕組みづくりがあると良い
9. 住民の口腔ケアに関する意識、知識が薄い
10. 包括支援センターをうまく利用してほしい
11. 在宅療養（介護）に対する不安が大きい、在宅療養をイメージできない家族で「帰ってみないとわかりません」と言われる
12. 家族から必要なサービスを要求する状況が理想
13. 実際の体験談が住民には一番説得力がある
14. 「病院神話」「とにかく病院」という家族が多い。家族が老衰を自覚、納得していない
15. 夜間のヘルパー希望がないことは、普及不足、使い慣れていない？
16. サロンに対するイメージ（思い込み）があり、参加に消極的（特に男性）
17. 認知症、介護には関係ないと思っている、あるいは認めたくないのだからそんな人たちがいる会には参加したくないと思っている
18. 入院前のように動けるようになってからの退院だと思いついて入っている家族、本人
19. 「子供の迷惑にはなりたくない、子供がかわいそう」と他人に迷惑をかけている
20. 介護サービス利用に世間体を気にして利用しなかったり、スタッフの車、服装について指定してくる。（近所の人に笑われる？）
21. 息子と親の二人世帯の支援に苦慮することが多くなってきた

22. 個人情報 は地域の協力を得るためにはある程度オープンにする必要がある。近所との
かかわりを嫌う人は、地域で支えることも難しい
23. 薬が残っているが、受診時言えず、同じ薬をもらってくる高齢者がある

ク、在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

1. 金銭的な問題あり（国民年金のみのギリギリの生活）でサービス利用できない
2. 行政の縦割りの対応を改めてほしい（介護保険のことしかわかりません、でたらいま
わし）
3. 所得の低い地域では薬剤師訪問が必要と働きかけても拒否されることも多い
4. 隣接する市町の状態がお互いにわかっていない
5. 普段着で行くことが出来る単位集落の公民館があれば良い
6. 公民館が畳、和式トイレだと行きたくない
7. インフォーマルなサービスとの連携の取り方、個人情報の提供など難しい
8. 2～3軒の集落の点在は、住民同士の助け合いもままならない、集落のあり方から変
えていくことも考慮必要
9. 4町の介護、医療スタッフ不足（市以上に）