

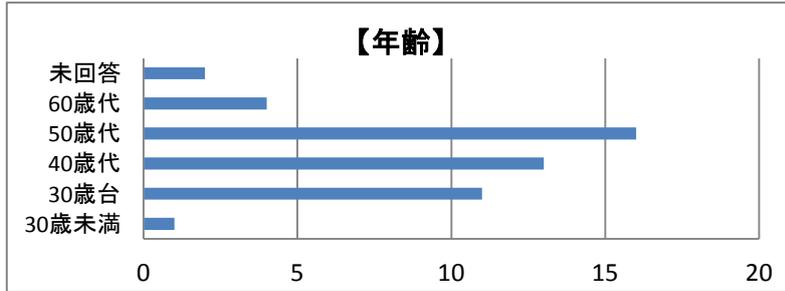
これからの在宅医療を語ろう会(情報共有ツール編) アンケート結果

- ◆日時 平成27年3月5日 15:00~17:00
- ◆場所 グラッツェ
- ◆参加数 59人
- 内訳: 医師12人 歯科医師2人 薬剤師4人 看護師12人 保健師3人 介護2人
ケアマネジャー15人 社会福祉士2人 理学療法士1人 行政3人
サービス管理者1人 事務局2人
- ◆アンケート回収率 79.7%(47人から回答)



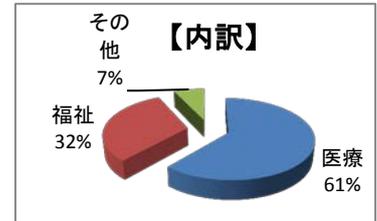
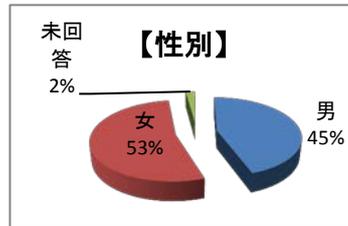
1、参加者の年齢について

30歳未満	30歳台	40歳代	50歳代	60歳代	未回答
1	11	13	16	4	2



2、性別

男	女	未回答
21	25	1

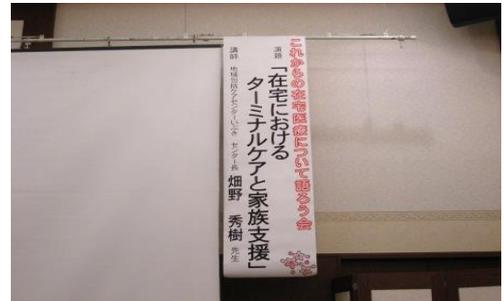
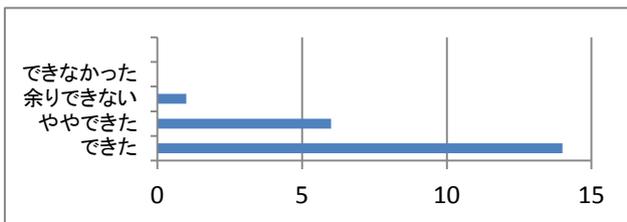


3、職種

医療	福祉	その他
35	18	4

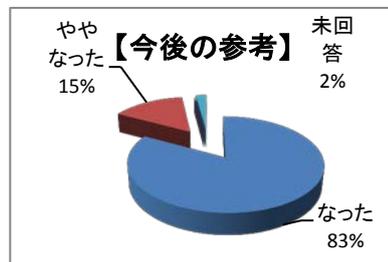
4、理解度

できた	ややできた	余りできない	できなかった
14	6	1	0



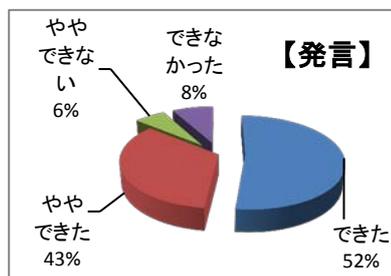
5、今後の参考になったか

なった	39
ややなった	7
余りならなかった	0
ならなかった	0
未回答	1



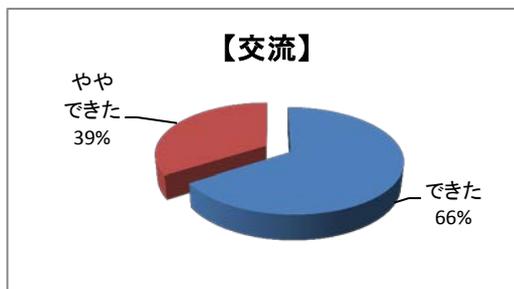
6、発言できましたか

できた	26
ややできた	17
ややできない	3
できなかった	4



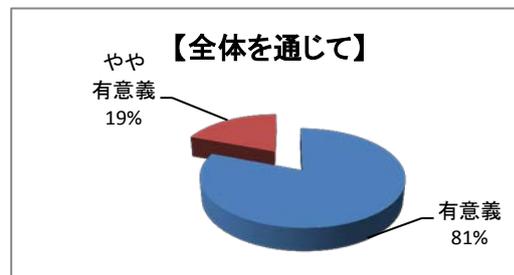
7、交流できましたか

できた	31
ややできた	16
ややできない	0
できなかった	0



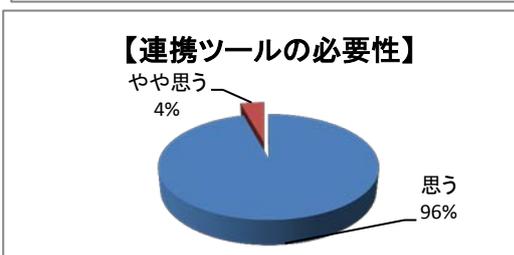
8、全体を通じて

有意義	38
やや有意義	9
やや有意義なし	0
有意義なし	0



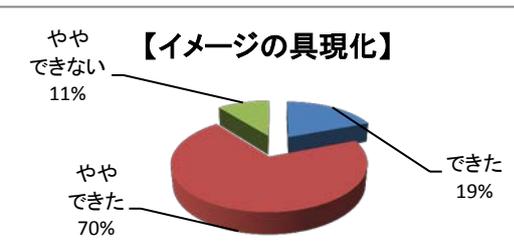
9、連携ツールの必要性

思う	45
やや思う	2
やや思わない	0
思わない	0



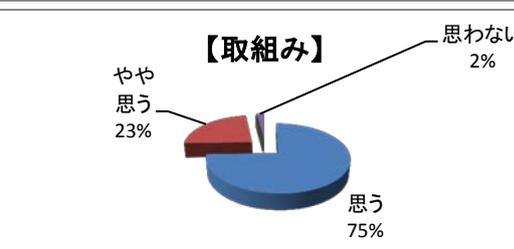
10、イメージの具現化

できた	9
ややできた	33
ややできない	5
できなかった	0



11、取組み

思う	35
やや思う	11
やや思わない	0
思わない	1



12、感想や意見

- ・多くの先生方が参加されていて、とても有意義な研修会でした。今後もこのような企画が続くといいなと思います。
- ・薬剤師を活用してください。
- ・より多くの医療者に参加してもらえるよう病院でもお願いしたい。
- ・長浜市内でサービス付高齢者向け住宅の建設を考えています。看取り部分も含め是非、ご指導、連携をよろしくお願いします。
- ・次回も参加させて頂きます。
- ・ヘルパーとして参加させて頂きました。在宅医療についてまだまだ勉強不足でこれからもっと勉強していき、年も年なのでどこまでやれるか分かりませんが努力していきたいと思いました。
- ・多職種の方の意見を聞く事で同じ連携について悩みを持っているのだなと分かりました。
- ・顔の見える関係、多職種への理解を深める事は大切だと感じます。とても良い機会を頂き、ありがとうございました。
- ・多職種の方と話や意見交換ができて良かったです。
- ・保険証とお薬手帳、病状等が一体となったものがあると良いのではないのでしょうか。

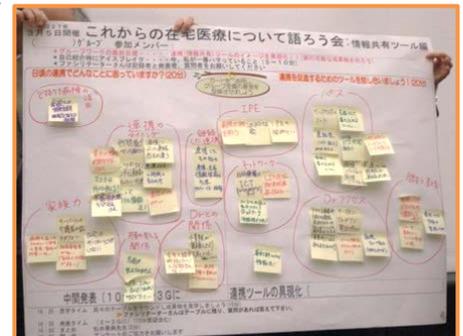


- ・プロジェクトチームを組んで共通のフォーマットを検討する必要があると思いますが、湖北地域が同一の方向を向かないと動かないと思います。行政と医師会、病院のトップが一堂に会し検討する場があると早いと思います。
- ・連携ツールを作成して湖北全地域で活用可能となる様(フェイスシート・サマリー)チームを作って頂ければと思います。
- ・医療と介護の共通認識が重要で病院の中だけでなく地域生活の中で、全ての関われる人が顔を合わせて情報共有していく事が大切だと思いました。その中には上下ではなくチームとして個々の並行的な関わりが大切で、自分(介護)としては能力と技術のレベルアップが急務だと思いました。
- ・在宅におけるグループ医療を。
- ・月1回位、集まるといいのでは。
- ・お薬手帳の有効利用がやはり必要と思いました。
- ・(湖北に特化した連携ツールの取組みについて)今のままで良い。病院以外での看取りが多いのは病院数が少ないからですか？それとも別の要因がありますか？



在宅医療について語ろう会（情報共有のツールを具現化！）

《1G》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など	連携を促進するためのツールについて
<ul style="list-style-type: none"> ●包括ケア病棟の活用 <ul style="list-style-type: none"> ・慢性期患者・地域包括ケア病棟 ●連携のタイミング <ul style="list-style-type: none"> ・連絡がつきにくい ・連携双方の時間の合わせ方 ・病院によって連絡方法が違う ・訪問看護での連携 ・何時のタイミングで連絡を取っていいのか迷う ・もっとリアル情報を！ ・変化に対応が即できない ・スマホは何かに使える ・状態変化時のケアマネさんの動き ●継続した連携 <ul style="list-style-type: none"> ・連携したその後の連携・共有 ・情報共有の方 (サマリー・カンファレンス・診療情報) ●Dr との関係 <ul style="list-style-type: none"> ・情報が重複したり不足したりバラバラ ・先生と話すとき話したいことが全部言えない ・Dr に退院調整のむずかしさが伝わらない ●顔の見える関係 <ul style="list-style-type: none"> ・名前が覚えられません ●家族力 <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンの介護者の協力が無い ・在宅にキーパーソンがいない ・施設希望者が多い（家族介護力が弱い） ・病院を追い出されるという患者と家族が非常に多い 	<ul style="list-style-type: none"> ○パス <ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドにノート ・連絡帳（フリー記入） ・みんな使える ・家族も書き込めるツール ○啓蒙・教育 <ul style="list-style-type: none"> ・家族に自覚してもらうため介護者さんと呼ぶ ・提供できる情報を整理したもの ・人の一生、看取りについての教育の場 ○Dr アクセス <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議にテレビ電話で参加 ・ケアマネ事業所個人の連絡先までとは言わないがいつでも連絡が取れる体制（事業所格差） ・病院 Dr の協力（手間を掛けず） ・メール機能付の院内 PHS ○ネットワーク <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養の ICT（淡海あさがおネット） ・LINE グループが利用者ごとに作れると… ・ハードルの低い電子ネットワーク（多職種利用） ○IPE <ul style="list-style-type: none"> ・病院で IPE を行う（IPE の開催） ・このような会 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>薬剤師さんにも 情報を！</p>  </div>

《2G》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など	連携を促進するためのツールを話し合しましょう
<ul style="list-style-type: none"> ●病院 <ul style="list-style-type: none"> ・病院の何科に紹介するか？悩むときがある ・病院主治医の方が連携しづらい ・主治医面談の予約が取り難い ・システムができてからさらにやり難くなった ・退院時の薬がバラバラ、どのように服用したらよいか不明な事がある 	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医を持つ（病院から地域へ） 往診してくれる医師を増やす ○地域連携室の活用 ○介護分野からもアプローチ ○外来看護師との連携 ○情報共有の様式 フェイスシートと看護サマリーの融合

- ・退院カンファレンスの必要性を伝えても「必要ありません」と言われる
- ・緊急で指示が欲しい時にも対応が遅れる
- ・院内の情報共有・伝達が不十分
- ・病院との退院調整→退院日など
- ・指示書を発行してもらうのに面談が必要で時間がかかり過ぎ

●医師

- ・口頭指示が記録に残らず「言った」「言わない」となる事もある
- ・地域に戻すという視点が薄く重要な IC 時に家族のみに説明して終わるケースの調整（院内連携）
- ・診療所・医院の看護師との連携が取りづらい。治療は分かるが生活が伝わらない事も多い
- ・在宅医も連携しづらい、言いにくい先生もいる
- ・医師に言いづらい

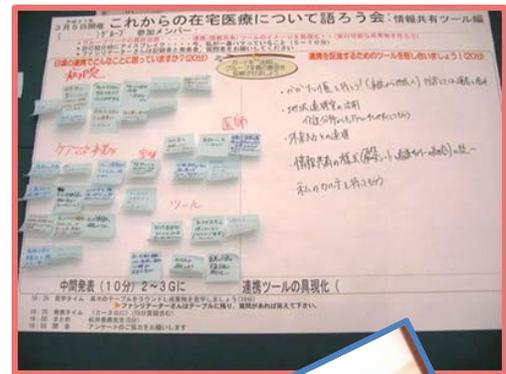
●ケアマネ業務

- ・欲しい情報がもらえない時がある
- ・持ちかけた相談・検討への結果が伝わりづらい
- ・他の介護事業所への情報が少ない
- ・其々のサービス事業所や、ケアマネジャーが見ている本人・家族の姿が違う。突合ができていない
- ・サービス担当者会議の開催が年1回?!
もっとできたらいいのに・・・
- ・院内・退院前のカンファレンスに出席してほしいが日中は多忙で捕まらない
- ・会議などで職種によって視点が異なりまとまらない時がある
- ・情報の共有がしっかりとできていない時がある
- ・ヘルパーさんから（当訪問看護の利用者でない）状態悪化時にどうしたらよいかと相談。ケアマネに相談しても取り合ってもらえず
- ・家族や本人、事業所の間で挟まり動けなくなる事がある
- ・入院中の中間カンファレンスの際、ケアマネから在宅方向に決まってから声かけてほしいと言われる

●家族

- ・本人家族の情報収集が難しい
(家族の面会が夜間になる)
- ・往診しても家族に電話しにくい時がある

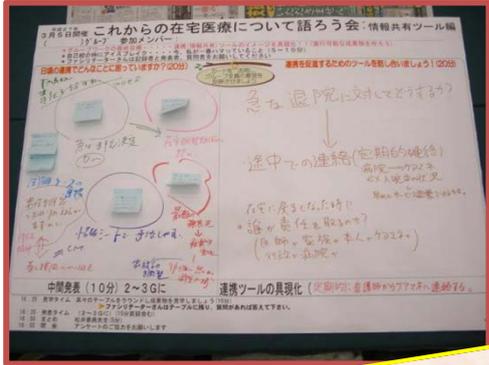
○私のカルテを持ってもらう



●ツール

- ・訪問看護師さんとは1か月ごとの紙面だけの連携
- ・同一状態を観察しても表現が異なることがある
(基準が異なる)
- ・其々の視点となり、情報共有や様式が同じでない
- ・医療と介護の共通言語の理解が乏しい
- ・情報共有シートがバラバラ、ケースシート・看護サマリーなど統一できたら良いのに
- ・あさがおネットを使っていない
(カルテが2重書になるため)

《 3 G 》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など	連携を促進するためのツールを話し合ひましょう
<ul style="list-style-type: none"> ●急な退院決定 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅調整時間が短い ・Dr が急に退院を決めてしまい調整が大変 ●困難ケース <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の方の心のケア・関わり方が難しい ・こだわりのある男性利用者の対応が難しい ・先輩ヘルパーに学ぶ ●カンファレンスのタイミング <ul style="list-style-type: none"> ・予後の短い患者さんが在宅で過ごす事になった時に日々状態が変化し残された時間が少ない状況でサービス調整や合同カンファレンスの日程調整に時間がかかってしまう ・本人の「家に帰りたい」という思い・・・家族との調整（家族の受容）に時間がかかってしまい、帰れない状況になってしまうと最期は病院になる ●情報シートの活用 <ul style="list-style-type: none"> ・担当利用者が入院になった時、基本情報シートを病棟へ連絡（提出）しておく事で病院からも退院時に連絡が入る ●入院から退院まで中々ケアマネの意見を聞いてもらえない 	<ul style="list-style-type: none"> ○急な退院対して <ul style="list-style-type: none"> →途中での連絡（定期的な連絡） ・病院からケアマネに・・・入院中の状況 早めにサービス調整が可能 ◎病院からケアマネに定期的に連絡する ○在宅に戻るとなった時の責任の所在 <ul style="list-style-type: none"> ・誰が責任をとるのか?? ・医師か・家族か・本人か・ケアマネか ・行政か・病院か <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div>

《 4 G 》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など	連携を促進するためのツールを話し合ひましょう
<ul style="list-style-type: none"> ●個人情報 <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報・守秘義務 ・院内介助ヘルパーの付き添いで情報を家族に伝えるが充分伝えられない ●情報共有の困難さ <ul style="list-style-type: none"> ・状態が変わりタイムリーな治療内容が分からない ・病棟ではケアマネとの情報交換が直接できていない ・訪問看護師さん、こちらの希望内容の手配が難しい ・多職種との情報の共有 特にケアマネ以外の事業所との連携 ●利用者との関係が上手くいかず極端に言うと治療拒否されてしまったことがある ●家族との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報公開 <ul style="list-style-type: none"> ・開業医の先生の出来る医療行為の公開が常に更新されるシステム ◎顔の見える関係づくり <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携研修 ・年に数回、このような研修会を開催 ・定期カンファレンス ○IT での情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ネット・メール、画像も ・びわこメディカルネットの活用 ・あさがおネットの活用

●職種間の隔たり（相互理解不足）

- ・多職種連携研修は良くされているが参加者が同じ
- ・在宅看取りの共有 介護職の方への同席を勧める
- ・医療＝介護 相手側の考え 業務内容への理解
→結果 本人家族のニーズが合わない

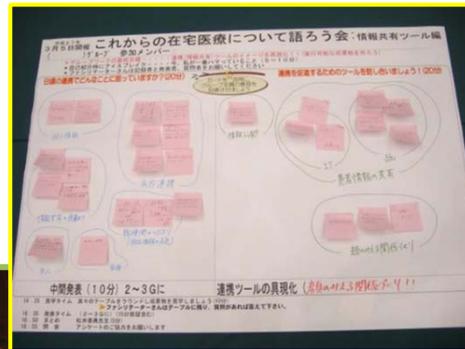
●病診連携

- ・忙しい中でも時間を取ってくださり、知りたいと思った以上の情報を医師から教えてもらった
- ・かかりつけ医を紹介するのに受けてもらえるかどうか分からない（医療行為・処方など）
- ・薬の変更や副作用が分からない
- ・在宅医療への思いが異なる（ターミナルは病院へ）
- ・病院から退院の連絡が遅い
- ・病診連携 病院＝診療所 意識や考えの相違



○紙ベースの情報共有

- ・迷子札みたいなもの
首から下げる・お腹に巻く・腕輪するとか
- ・見ただけで経過（病歴）がわかるもの（カルテ）
連絡ノート 往診・訪看・ディ・ショートステイ
→1つのノートに記載
- ・看取りの方法（意思）・医療情報がまとめてわかる手帳を作成



《 5 G 》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など

- 病名を知らせずに指導をせねばならない
- 処方変更の目的不明→合目的かの判断ができない
- 患者さんの「身体」に触れる事の禁忌
- 複数科で重複した薬剤が処方された時の対応
- 薬剤師さんにどのように介入を求めればよいか
- 患者さんが色々なサービスを利用されるがその様子が分からない時がある（泊まりで行かれる時）
- 話し合ったことがいつの間にか変わってしまっている事がある
 - ・何時の間にか各サービスのケア内容が変わっている
 - ・言ったつもり・皆、忙しい
- 家人が何処まで思って、質問や考えを、悩みを言っているのか
- ケアマネさんに変化を何処まで伝えないといけないのか
- Drによって、連携して頂けない・情報がもらえない
- 医療職の方々の温度差（カンファレンス時）

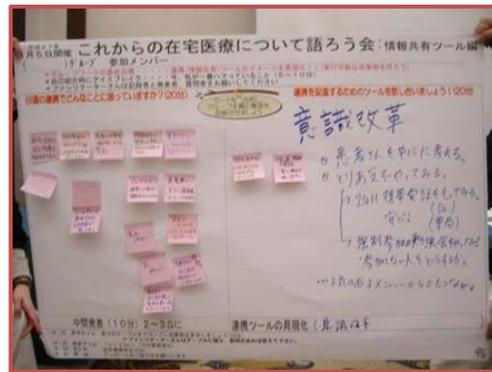
連携を促進するためのツールを話し合しましょう

- 院外処方箋に Dr コメントを頂けるとありがたいです
- 病院・診察内容・薬情報が一覧で解るモノを作成
- ◎意識改革
 - ・患者さん中心に考える
 - ・取りあえずやってみる
 - ・24時間携帯電話を持つてみる (Dr・薬局)
 - ・強制参加の勉強会をやってみる
→参加しない人をどうするか
やる気のあるメンバーからでも繋がる



●私の患者がいなくなった

→ケアマネから医師に連絡がない



《 6 G 》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など

●家族関係

- ・ 家族の方の協力が得られにくい（仕事が忙しい等）
- ・ 家族の方の協力が得られない
- ・ あちこちの病院にかかっていると何処の医師の意見を貰おうかと迷う
- ・ 「在宅」 = 「病院から見放される」という偏見

●医師との連携

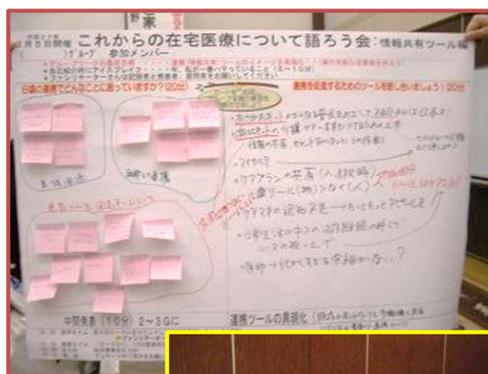
- ・ 敷居が高い
- ・ 総合病院の先生とは電話でのやり取りは難しい
- ・ 面談も1時間から1時間半かかる
- ・ 敷居の高い医者 の存在 面談困難・叱られるなど
- ・ 病院の先生はお忙しそう で連絡が取り 難い
- ・ がん患者さんの在宅受け入れ寺、病院での説明ややり取りがスムーズに行かない。時間がかかる

●患者さんを囲むチームとして

- ・ 連絡を取る手段が分からない。電話しても大丈夫？
- ・ どなたが患者さんの担当か分からない
- ・ こちらの言いたいことがケアマネさんに伝わらないことがある
- ・ 処置の具体的な指示がない
- ・ 他院の処方が分からない
手帳の記載がない・複数の手帳を持っている
- ・ かかりつけ薬局の機能が発揮されていない
- ・ ヘルパーの顔が見えない（お互い）
- ・ 日頃から「顔の見える連携」ができていない
- ・ 薬剤師さんは普段顔が見えないので何をしてもらえるか分からない
- ・ コミュニケーションが取れていない
- ・ 連携が取れているのか分からない

連携を促進するためのツールを話し合いました

- あさがおネットの更なる普及を目指して不具合があれば改善を！
- 湖北ネットの介護ケアに結びつけるための工夫
情報共有・セカンドオピニオンとしての役割
- マイカルテ・・・セキュリティの問題をどう考えるか
- ケアプランの共有（入退院時）
- ツール（物）でなく人へ
核の部分・・・ツールはケアマネ
- ケアマネの認知不足→もっともっとアピールを！
- 日常生活での治療継続の時代
ニーズ 拾い上げ（ケアマネ）
- 医師→忙しすぎる。余裕がない！！
- ◎既存のネットワークを多職種で共有
（ケアマネも重要な連携ツール）



《7G》

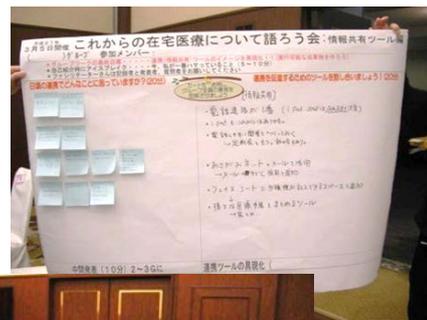
日頃の連携で上手くいった事、困った事など	連携を促進するためのツールを話し合いました
<ul style="list-style-type: none"> ●患者情報不足 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰のための情報確認がないまま、在宅に移行される ・詳しい病名が分からない ・受診→患者家族もあまり理解力が無く状況が分からない ・情報がほとんどない状態での在宅移行 ・急な入院をされた時の情報交換不足 ●薬に関して <ul style="list-style-type: none"> ・手に入り難い薬がある ・お薬手帳の有効活用 ・お薬手帳がたくさん病院毎にある ・院外薬局が24時間でない、必要物品が在庫されていない・・・保険診療の制限 ●在宅の世界に飛び込めない ●ネットの世界 あさがおネット・びわこネットへ入れない ●医師面談を依頼しても中々取れないことがあった ●介護サービスでカバーしきれない <ul style="list-style-type: none"> ・認知症や精神疾患のある患者の24時間ケア ・家族の疲弊 ・在宅生活でのキーパーソンの確認不足 ●本人と家族の問題 <ul style="list-style-type: none"> ・仲が悪いと在宅へ勧められない ・家族（親族）の在宅拒否 	<ul style="list-style-type: none"> ○お薬手帳の有効な活用方法 ○連携パスは報提供書のみの役目ではない 連携準備（退院）のための本来の連絡ツールになる事 ○面談の代りはあさがおネットで Dr と情報交換する ⇔少なくとも面談日の予約調整ツールが欲しい ○ネットの苦手な人はアナログでも利用できる配慮 ◎簡単使用できるネット・お薬手帳の連絡帳化 <div style="text-align: center;">  </div>

《8G》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など	連携を促進するためのツールを話し合いました
<ul style="list-style-type: none"> ●医科の先生と情報が取難い <ul style="list-style-type: none"> ・気難しそうな先生 ・面談と書類作成と相談に乗ってくれない先生 ●情報共有が余りなく、歯科のみで対応している事がある ●病院で行った疼痛ケアの内容が在宅に移行する場合、上手く伝えられていないのではないかと感じる ●入院から在宅の場合ケアの共有が紙面のみとなっている場合がある ●カンファレンス <ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスを依頼しても調整してもらえなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ○電話連絡が一番 I Pad SNS は慣れるまで大変 <ul style="list-style-type: none"> ・I pad もこれからはありかも ○電話しやすい関係を作っておく →定例会を持つ 飲み会もあり ○あさがおネットのメールを活用 →メールの既読機能を追加 ○フェイスシート →多職種が記入できるスペースを追加 ○様々な医療手帳をまとめるツール・・・袋とか

- ・拡大カンファレンスの予定を合わせるのが大変（直前だと）
- ・退院前のカンファレンスに医師の参加が少ない
- ・退院カンファレンスに向けて事前に病棟から聞き取りをするが実際と全く違ってびっくりする事がある。特にADL、スタッフでもいう事が違う

●訪問看護との連携・病院との連携



《 9 G 》

日頃の連携で上手くいった事、困った事など

- 医師への連絡困難
 - ・すぐに指示を貰いたいとき木曜日・水曜日が休診で連絡が取れない
 - ・FAXで様子を伝えるが見てもらえない
 - ・電話を掛けるタイミングに躊躇してしまう（緊急性の無い時）
 - ・「急ぎ・後で」をどう判断するか
- 顔の見える活動
- 薬局に関して
 - ・薬情報など相談したい時、診療所休診に合わせて休みだと困ってしまう
 - ・薬が見つからない 何処に行ったのか
 - ・お薬の飲み難さは Dr? 薬剤師?
 - ・薬の情報提供の仕方
- 義歯の調整ですぐにでも診てほしいがご家族スタッフ共に時間調整が上手くいかずどんどん後になってしまう。訪問診療の手順がよく解っていない
- 吸引装置の使い方を家人に誰が教えるの?
- 連絡と連携って違いますよね
- 医療情報が解っていない時がある
 - ワーファリン服用後のINR値など
- どんな書類が何時、欲しいのでしょうか
- 情報→患者さん・家族さん・調子など

連携を促進するためのツールを話し合しましょう

- IT あさがおネット・・遠い人と人
- 在宅・外来の動き・手法は色々、ケアマネさんも色々
 - ・ケアマネさんをHubにして情報を共有
 - ・情報の動きをシェア
- 訪問スケジュールを把握・・その前に情報が来る
- アナログ→共有の盤を作る（ヘルパー・ナース・家族）
 - ・近くで同じものをみている
- 同行訪問（Dr とケアマネ、Ns とPTなど顔合せ）
 - 互いの拠点に向いて情報を交換する（専門的技能）
- 各施設の代表にTELすると、それが施設内に行き渡るシステム・・各組織内のフォロー
- 多Dr から多処方の方の患者さん→情報の集約が難しい
- ◎IT利用のツール あさがおネット電子化
 - ・アナログのツール（手帳・共有盤）

