

函館市医療・介護連携推進協議会
多職種連携研修作業部会 第1回会議

日時：平成28年7月21日（木）18：30～
場所：総合保健センター 2階 健康教育室

【次 第】

1 開 会

- (1) メンバー紹介

2 議 事

- (1) 取組の概要（国，市）
- (2) 医療・介護連携に関わる課題整理
- (3) 協議への臨み方・スタンスについて（お願い）
- (4) 多職種連携研修作業部会の取組の到達目標および成果品のイメージ
- (5) 今年度の予算について
- (6) 前回実施の研修の概要（予算，内容，規模）について
- (7) 今年度の研修内容，優先課題，開催規模について
- (8) 取組工程について
- (9) 全体スケジュールについて
- (10) 次回に向けた作業について

3 その他

- (1) 次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事項目
- 2 取組の概要
- 3 アンケート調査結果の概要（医療・介護連携推進に関するアンケート調査結果報告書）
- 4 研修概要書，アンケート集計結果分析，グループワーク②『具体的な研修内容について』
- 5 （※ 資料削除：欠番）
- 6 年間スケジュール
- 7 次回スケジュールの確認票

函館市医療・介護連携推進協議会 多職種連携研修作業部会 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	氏名	勤務先等
医 療	函館市医師会 (医師会病院事務部等)	○高柳 靖	公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 地域医療連携センター クローバー 医療連携課 医療福祉相談係
	一般社団法人 函館歯科医師会	岩井 祐司	戸井歯科診療所
	一般社団法人 函館薬剤師会	水越 英通	(株)はこだて調剤薬局(昭和店)
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	北村 和宏	社会医療法人 高橋病院
	道南在宅ケア研究会	石川 静	居宅介護支援事業所 ステラ
	函館地域医療連携実務者協議会	船山 俊介	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 医療総合サービスセンター
	一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	★部会長 酒本 清一	独立行政法人国立病院機構 函館病院 相談支援室
	北海道柔道整復師会函館ブロック	齋藤 久剛	整骨院さいと
	函館鍼灸マッサージ師連携会	益井 基	益井東洋治療院
介 護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	★副部会長 中村 清秋	居宅介護支援事業所 ひなたぼっこ
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	京谷 佳子	函館市地域包括支援センター ゆのかわ
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	寺田 昌弘	社会医療法人仁生会 西堀病院
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	高畑 智子	訪問看護ステーション オハナ
	道南地区老人福祉施設協議会	齋藤 禎史	特別養護老人ホーム シンフォニー

議事項目

(1) 取組の概要 (国, 市) 資料 2 参照

(2) 医療・介護連携に関わる課題整理 資料 3 参照

(3) 協議への臨み方・スタンスについて (お願い)

ア 「函館市全体」の医療・介護連携に係る、望ましいルール、仕組みのあり方やツール作りを意識して頂きたい。

イ 専門職・職能団体としての立場で、大きな視点での発言や意見をお願いしたい。(個別の法人や事業所のルールにとらわれず。)

ウ ただし、できるだけ実現可能なレベルの協議を意識して頂きたい。(実現不可能な「絵に描いた餅」では意味がない。)

エ 発言の際は、できるだけ専門用語を使用せず、各参加者の共通理解ができるよう努めて頂きたい。

オ 協議のスタンスは、建設的な協議になるようご協力いただきたい。(「対立」や「批判」ではなく、「協力」を意識して頂きたい。)

(4) 多職種連携研修作業部会の取組の到達目標および成果品のイメージ

ア 多職種連携研修の企画立案, 実施, 検証, 研修成果の公開

イ 研修計画の策定

ウ 他団体の同様の研修開催情報の収集と案内等の支援の方法の策定

(5) 今年度の予算について

- ・ 281,378円 (内訳 講師謝礼金 60,000円
講師旅費 113,378円
会場使用料 108,000円)

- ・ 医師会への業務委託に係る委託料のうち、研修部分の総額と内訳

(6) 前回実施の研修の概要 (内容, 規模, 予算) について

- ・ 内容, 規模 ~ 資料 4 参照 (検討期間 9月~1月: 約 5ヶ月)
- ・ 予算 (決算) ~ 231,000円 (講師謝礼金 15,000円
会場使用料 216,000円
※ 消耗品除く)

(7) 今年度の研修内容, 優先課題, 開催規模について

- ・ 参考：前回実施の研修資料 資料4参照
- ・ 研修実施時期 ～ 第1回は11月を目処に予定
- ・ どのような職種が参集し, どのくらいの規模で, どのような会場で

(8) 取組工程について

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果, 前回の研修資料等の詳読
- ② 研修計画の策定
- ③ 研修の企画立案 (原案提示)
- ④ 他団体が実施する同様の研修の開催情報の収集と, 案内等の支援の方法の策定
- ⑤ 他部会・分科会との協議の要否の確認
- ⑥ 研修の実施
- ⑦ 研修の検証, 研修成果の公開

(9) 全体スケジュールについて 資料6参照

(10) 次回に向けた作業について

ア 次回までをお願いしたい作業

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読
- ② 研修計画の策定
- ③ 研修の企画立案
- ⑤ 他団体が実施する同様の研修の開催情報の収集と, 案内等の支援の方法の策定

イ 次回の協議内容イメージ

- ・ 具体的な研修企画を進行
- ・ メーリングリストの作成・活用

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーデイネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

■ 函館市医療・介護連携推進協議会・部会 協議スケジュール

協議事項

連携推進協議会の開催	平成28年度											平成29年度	平成30年度
	第5回 5月	6月	7月	8月	9月	第6回 10月	11月	12月	1月	第7回 2月	3月	随時開催 協議会終了 4月	(仮) 運営委員会の設置
在宅医療・介護サービスの情報共有による相談体制の構築													
ア 地域の医療・介護の資源の把握													
イ 医療・介護関係者の情報共有の支援													
ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援													
エ 地域住民への普及啓発													
在宅医療・介護サービス提供体制の構築													
ア 医療・介護関係者の研修													
イ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築													
ウ 関係市町との連携													

注) ...協議期間, 協議内容を示す。 ...具体的な取組の実施を示す(協議会の協議状況により実施時期は柔軟に対応する)。 ● ...協議事項 ○ ...実施事項

函館市医療・介護連携推進協議会の取組の進捗状況

1 これまでの取り組みの概略

(1) 医療・介護連携に関わる課題整理

地域の介護事業所に対して、医療・介護連携に関わるアンケート調査を実施し、今後の協議検討に向けた課題整理を行った。

(2) 地域の医療・介護の資源把握

地域の在宅医療・介護資源を把握し、市のホームページ上でそのリストを公表した。なお、リスト化した在宅医療・介護資源のマップ化に取り組む予定。

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

市民や地域の医療・介護関係者の相談対応や調整を行う相談支援窓口（医療・介護連携支援センター）の設置に向けた協議を行った。その運営については、函館市医師会に担っていただくことで協議会の賛同を得たところであり、平成29年度の開設に向け、平成28年度から準備行為を開始する予定。

(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療・介護の関係者間において、速やかに情報共有し、市民の在宅療養生活を円滑に進めることができるよう、情報共有シート等の書式の標準化に向けた調査検討に着手した。

(5) 医療・介護関係者の研修

医療・介護連携に関わる多職種を対象とした研修を実施（平成28年2月20日に開催）した。

(6) 部会の設置

関係者の意見や実態を踏まえ検討する必要があるものについては、部会を設置し検討することとし、3部会（連携ルール、情報共有ツール、多職種連携研修）を設置し、連携ルール作業部会については2分科会（退院支援、急変時対応）を設置した。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

急変

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



アンケート調査結果の概要

1 退院支援・調整について

- (1) 退院支援・調整のルールの統一化などのあり方
- (2) 退院前カンファレンスの参加拡充
- (3) 患者、利用者および家族への丁寧な病状説明
- (4) 主治医等との連携強化
- (5) 医療・介護双方向の情報提供のあり方

2 日常の療養支援について

- (1) 医療・介護関係者の仕事の内容理解を深める機会づくり（主治医意見書等の文書の作成意義の理解など）
- (2) 多職種連携を進める情報共有システム、関係者間の共通書式等の統一などのあり方
- (3) 多職種との研修機会の拡大や顔の見える関係構築のための機会づくり

3 急変時の対応について

- (1) 急変時対応に係る連携体制のあり方
- (2) 各サービス事業所における急変時対応のルール作り
- (3) 入院医療機関の急変時の受入対応のあり方
- (4) 認知症への救急対応強化

4 看取りについて

- (1) 各サービス事業所における看取りの体制強化
- (2) 看取りに関し、在宅医療に関わる医療関係者の数の拡大、関係者間の連携強化

医療・介護連携推進に関する アンケート調査結果報告書

平成 27 年 7 月

函館市医療・介護連携推進協議会

目 次

アンケート調査の概要	1
「調査結果」	
I 居宅介護支援事業所	3
介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそってケアプランを作成したり、さまざまな介護サービスの連絡・調整などを行う事業所	
II 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	17
要支援1または要支援2の認定を受けた方が、介護予防サービスを適切に利用できるように、介護予防プランの作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行う事業所	
III 訪問看護ステーション	27
医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行う事業所	
IV 訪問リハビリテーション事業所	39
医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行う事業所	
V 介護老人福祉施設	
寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設。老人福祉法では、特別養護老人ホームと呼ばれる。	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
定員29人以下の小規模で運営される介護老人福祉施設	
..... 49	
VI 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	
認知症の高齢者が共同で生活する住居	
特定施設入居者生活介護	
介護保険の指定を受けた有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど	
地域密着型特定施設入居者生活介護	
介護保険の指定を受けた入居定員が29人以下の有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど	
..... 59	

アンケート調査の概要

1 調査の趣旨

本年4月に設置した「函館市医療・介護連携推進協議会」において、医療・介護連携にかかる課題の抽出、解決に向けた協議を順次進めていくため、アンケート調査を実施することとした。

調査結果は、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築」に向けた協議を行っていく際の基礎資料として活用する。

2 調査の内容

退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面に関する設問

3 調査の方法

EメールまたはFAXにより照会し、回答を求めた。

(1) 調査対象・回収状況

区 分		調査対象数 (H27.5.1現在)	回答数	回収率
居宅介護支援事業所		93	89	95.7%
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)		6	6	100.0%
訪問看護ステーション		21	17	81.0%
訪問リハビリテーション事業所		14	11	78.6%
施 設 ・ 居住系	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	18	17	94.4%
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護	70	66	94.3%
合 計		222	206	92.8%

(2) 調査期間

平成27年5月14日(木)から平成27年5月29日(金)まで

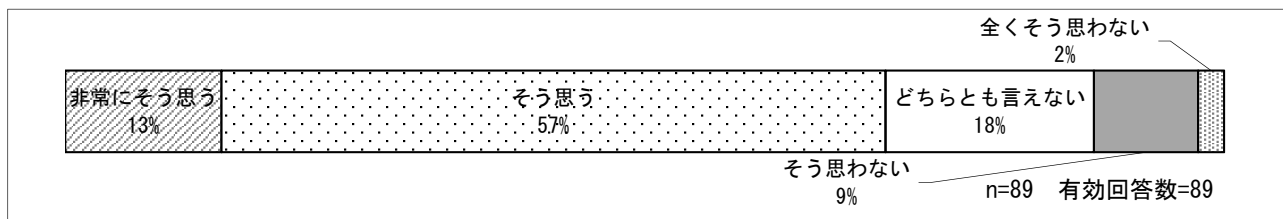
4 調査結果の留意点

- ・ グラフの各数値の比率は四捨五入しているため、比率の合計値は100%にならない場合がある。
- ・ 自由記述の回答内容で、特定の機関を指す表現を修正したほか、回答の趣旨を分かりやすく伝えるため原文に変更を加えた。

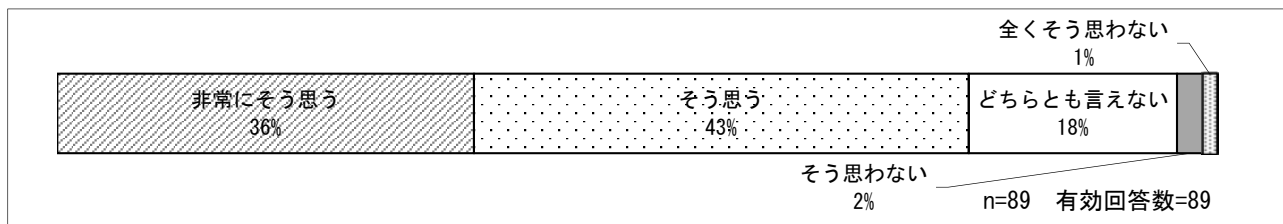
I 居宅介護支援事業所

設問1：退院支援・調整について

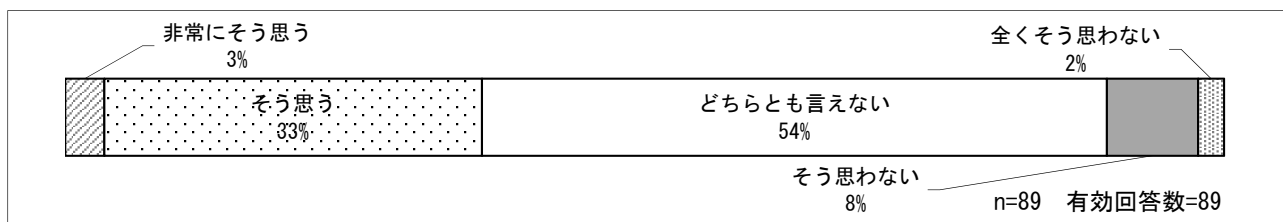
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



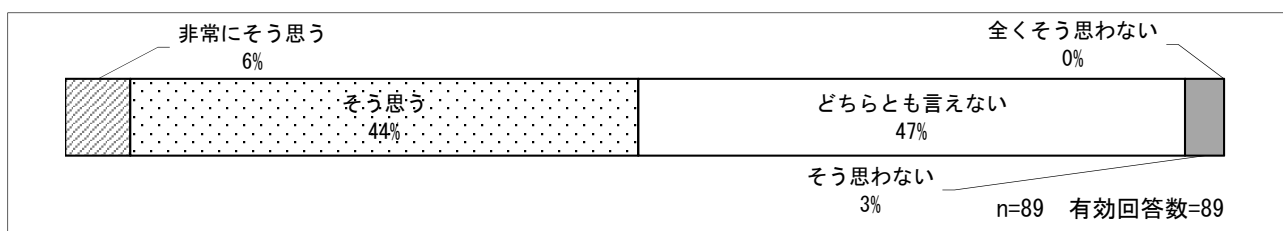
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

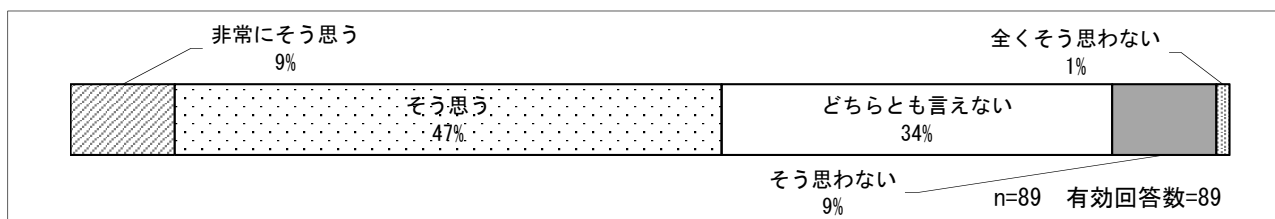


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

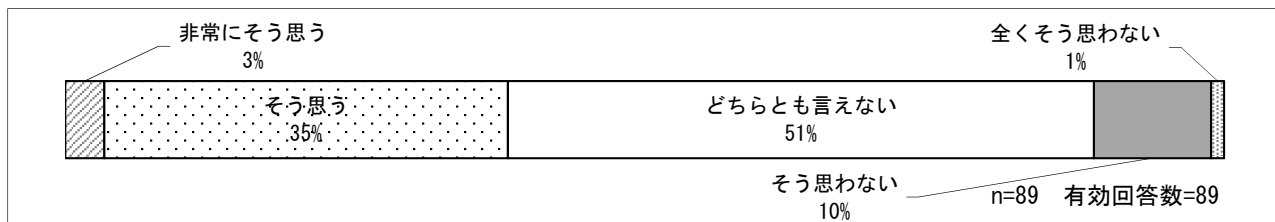


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約70%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約79%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約36%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と円滑な連携がとれていると回答した事業所は約50%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

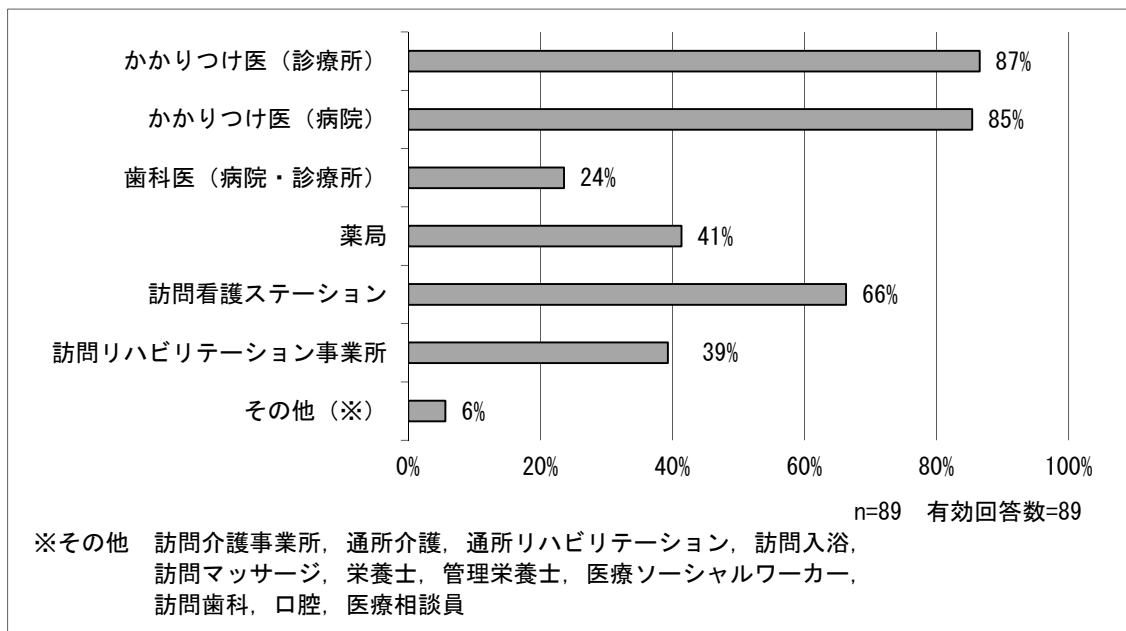


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 56%

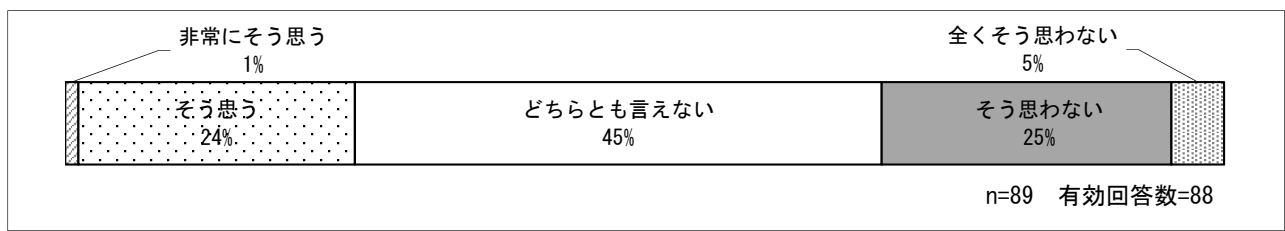
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 38%

設問2：日常の療養支援について

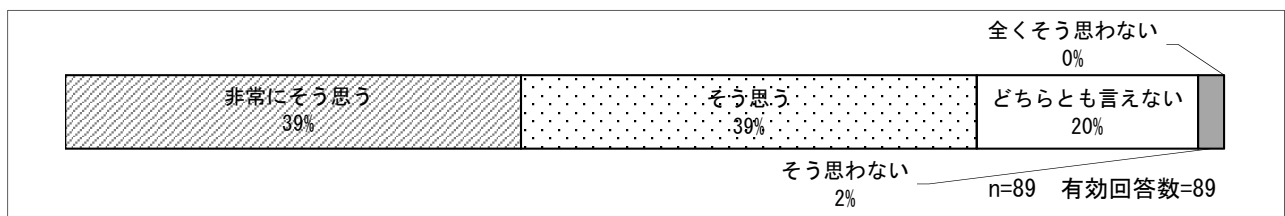
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 主治医意見書が期限内に提出されている。

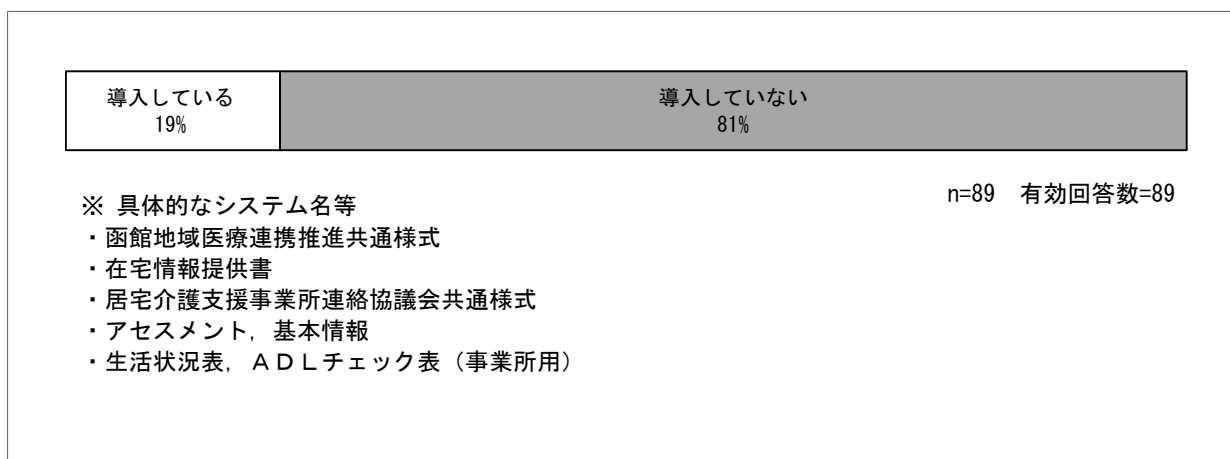


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

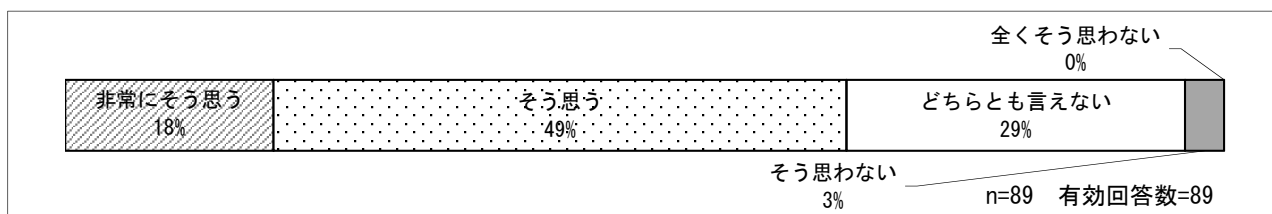


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医との連携強化を8割以上が希望している。
 設問2 (2) 主治医意見書が期限内に提出されていると答えた事業所は約25%
 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約78%

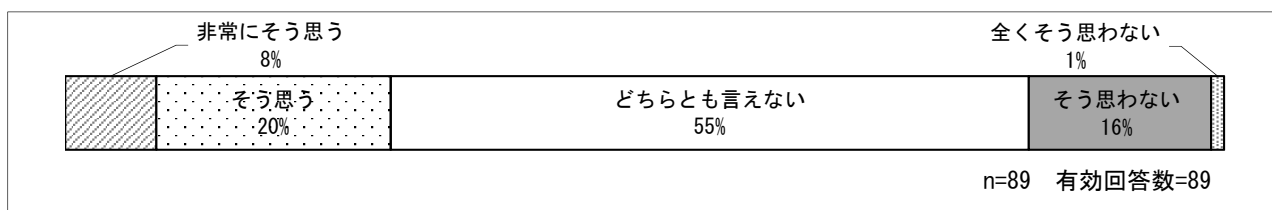
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



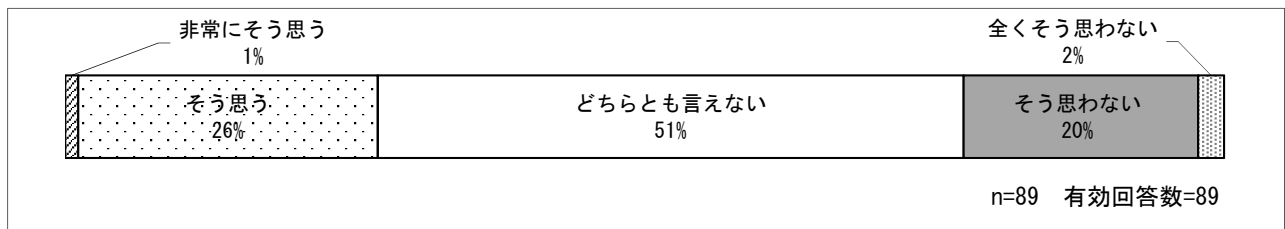
設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約 19%

設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約 67%

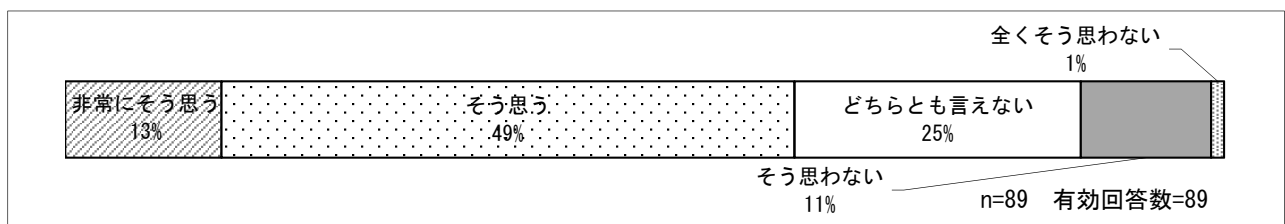
設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 28%

設問3：急変時の対応について

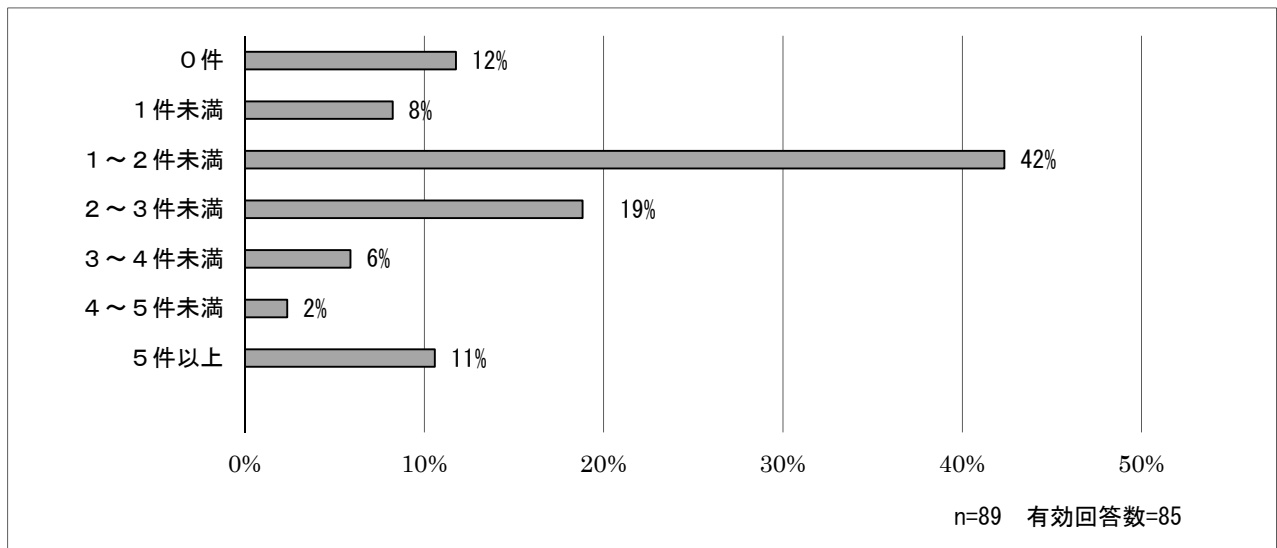
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

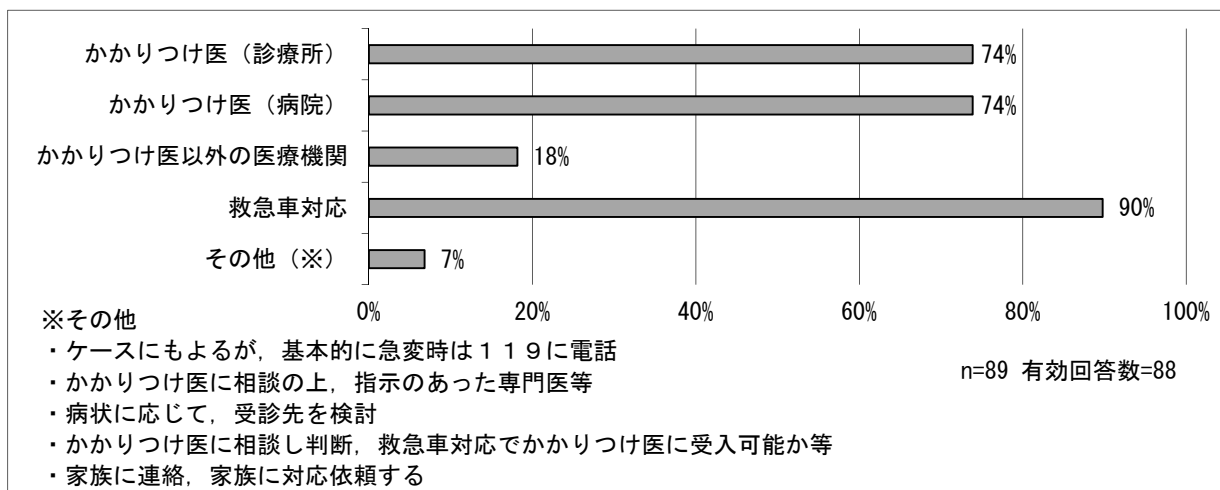


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

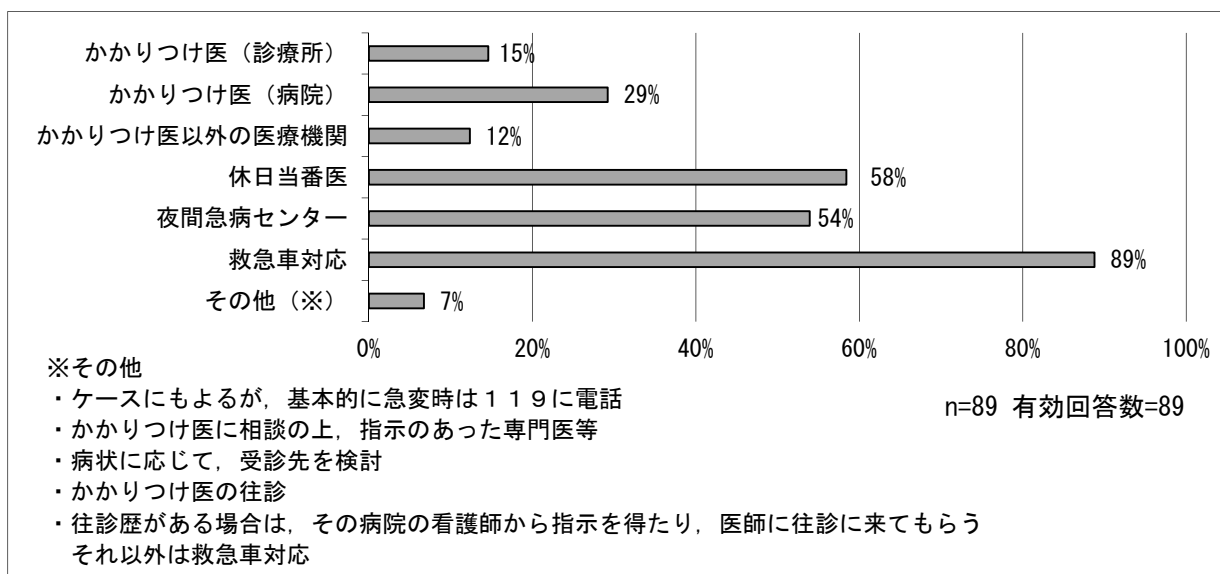


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約27%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約62%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均2件 (177.9/85)

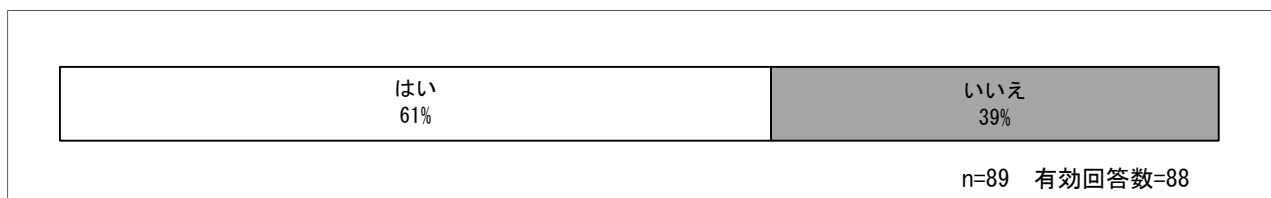
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



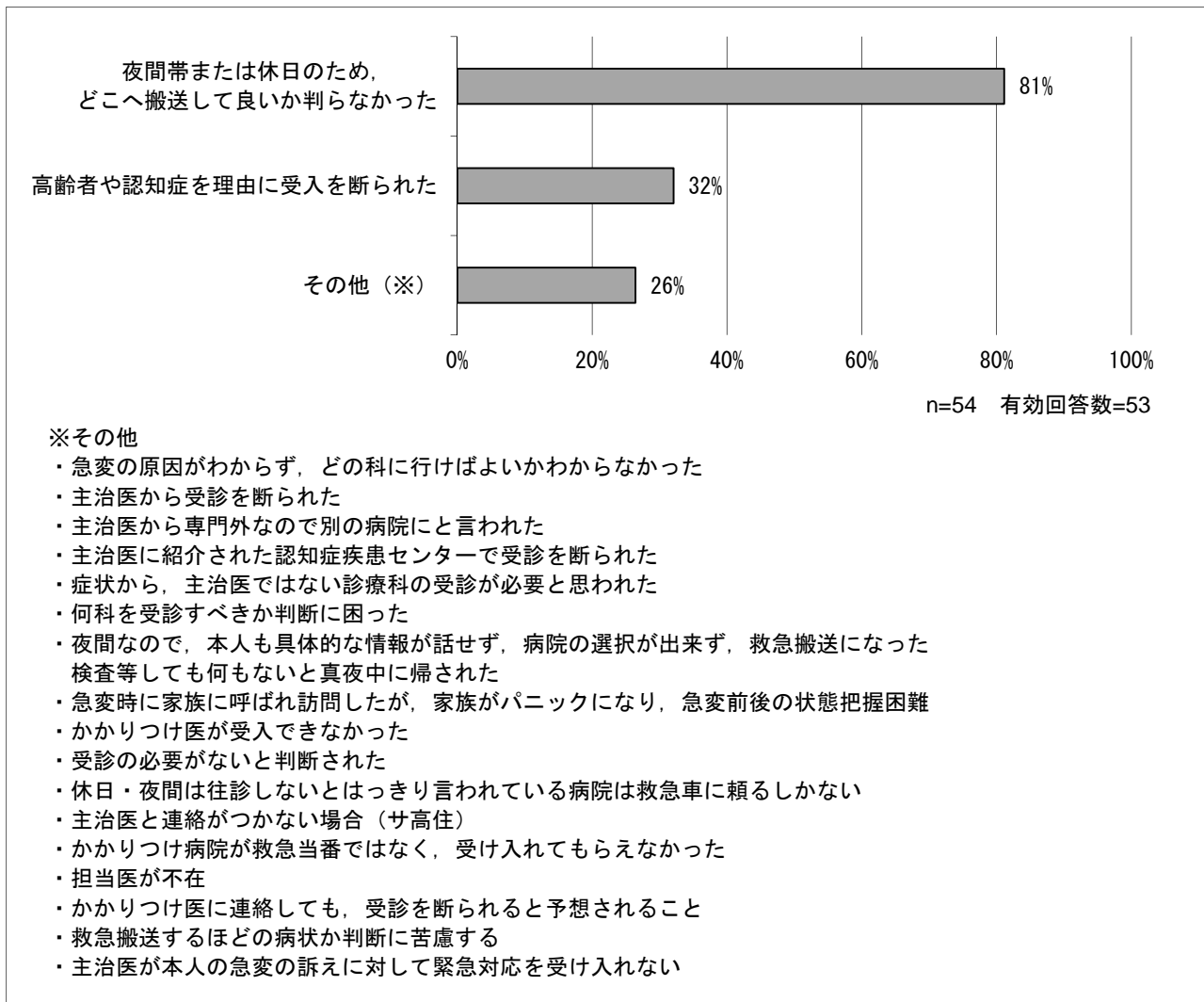
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約90%が救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約89%が救急車対応をとっている。

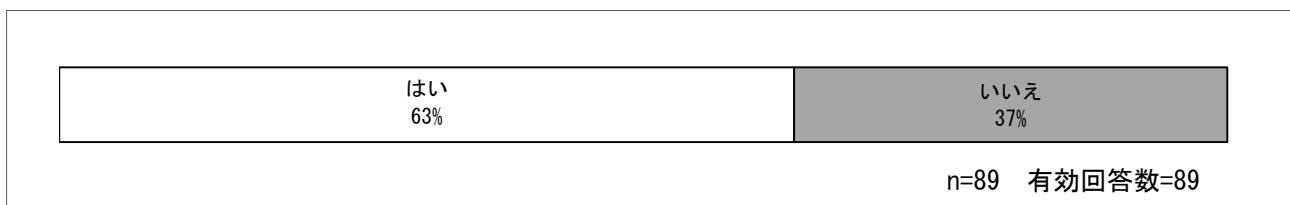
設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約61%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。

具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 夜間帯または休日で搬送先が判らず苦慮した事業所は約81%

設問3(7) 容態急変時のマニュアルが定められている事業所は約63%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

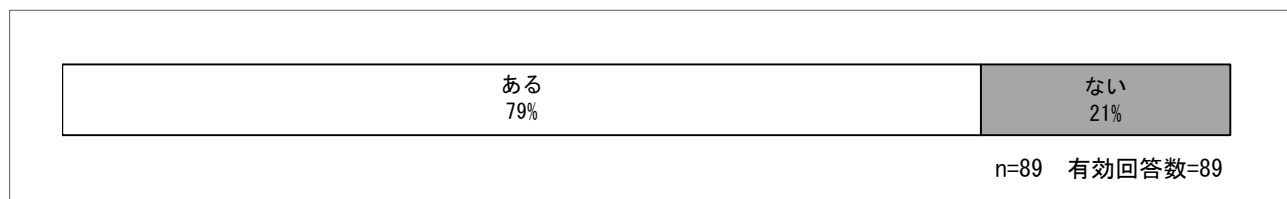
- ・ 希望する病院へはいけない。
- ・ 何科を受診すべきか判断がすぐつかない。
- ・ 明らかに二次救急の必要性があるのに、一次救急に搬送される。その結果、一次では対応できず結局二次救急に回されるということがある。
- ・ 認知症を理解している救急隊員や看護師を増やしてほしい。
- ・ 急変の原因がわからず、何科を受診すべきかわからない。
- ・ 認知症のために本人の拒否が強く、入院は難しいと断られる。
- ・ 身寄りの無い方の救急搬送、入院、検査等に付き添った場合、医師から同意書類等の記入を半ば強制される。同意がなくとも、病院の責任で行ってほしい。
- ・ 介護困難で緊急避難のため救急搬送したが、病状は問題ないと入院を断られた。介護状況を考慮した対応をしてほしい。
- ・ 救急車を依頼し搬送準備ができて受け入れ先が決まらない。
肺炎で入院した際、熱が下がるとすぐに退院と言われ、自宅に戻りすぐにまた体調不良で入院を繰り返したことがあり、救急体制で長期入院が無理な事は理解できるが、本人の置かれた状態を把握し、退院調整をしてほしい。
- ・ 病院から連絡が来て、対応を求められる。搬送から、入院等の結論までの時間が非常に長い。
- ・ 難病や特殊な病気でも緊急時かかりつけ医を受診ができないこと。
- ・ 搬送後の診察に長い時間を要することが有る。
- ・ 利用者に関する情報提供を1つの院内で係が変わるごとに求められること。
- ・ かかっている病院へなるべく搬送してほしい。
- ・ 救急車が到着してから受け入れ先の病院を探すのに時間がかかる場合がある。主治医となっている病院でも受け入れられない場合がある。
- ・ 救急車対応時、受け入れ病院が確定するまで時間を要することがある。
- ・ 安心して受け入れ、相談できる救急医療体制のある病院が増えて欲しい。
- ・ 救急搬送しても対応が遅い病院がある。
また搬送時に認知症と報告しても聞いてもらえず、点滴を自分で外していても気が付かず、その後検査もままならず、帰された。
- ・ 搬送受け入れ先決定までの時間がかかることがある。
- ・ 当番医への搬送ではなく、多疾病の場合はかかりつけ病院へ搬送してほしい。
- ・ 医師の家族への説明をもっと丁寧にしてほしい。
- ・ 医師が対応できない場合は、看護師やMSWからでも良いので、もっと患者、家族のフォローをしてほしい。
- ・ 救急要請時の救急度の見きわめ。
- ・ 数人の先生以外は、かかりつけ医は夜間、休日は診察してもらえないものと思っている。
- ・ 救急搬送で受診した際、検査中に意識消失してしまい、治療・検査できないと帰された。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科 5 件，脳神経外科 5 件，内科 3 件，整形外科，神経内科，循環器科，泌尿器科
産婦人科，総合診療科
- ・ 全体的に強化していただければと思います。
- ・ メンタル面，特に認知症の方の状態把握のためのものが必要。精神疾患ではない，認知症
特有の者への対応ができていない。

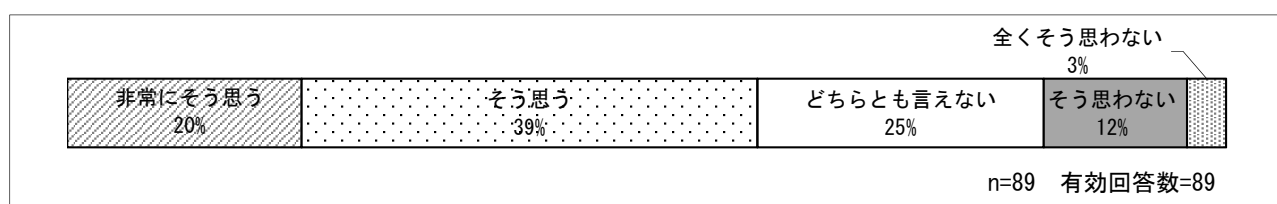
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

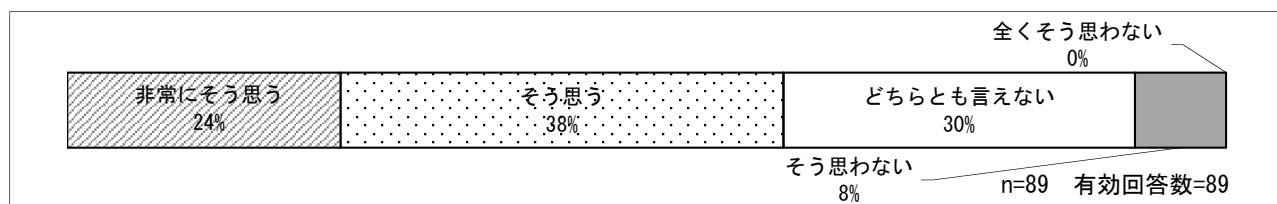


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

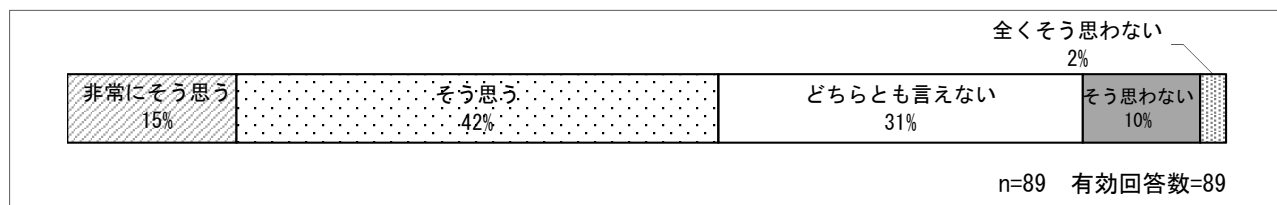
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約79%
- 問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約59%
- 問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約62%
- 問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約57%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 高齢者は複数の病院、診療科を掛け持ちし、複数の薬を多量に服用しており、特に独居で認知症の方の場合は、たとえ介護サービスを導入したとしても管理は困難である。市内の病院や薬局のネットワーク等を強化して、在宅での高齢者の医療に関する管理システムの構築が望ましい。
また、緊急通報システムの設置についても、高齢者の多い地域では協力員への依頼が難しいことも考慮し、緊急時の体制を強化するために、地域での協力体制を十分検討すべきである。
- ・ 病院により連携が取りづらい場合もあるが、おおむね良好に連携が取れている。
- ・ 退院調整時に医療ソーシャルワーカーから患者へ、間違っただ介護保険サービスの説明がされ困ったことがある。最終的に利用がなくても構わないので、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に早い時点から関わらせてもらいたい。
- ・ 設問2（5）：既にそのような研修会は行われている。
設問3（7）：急変時の連絡先を担当者会議で確認している。
退院時の連絡・調整がスムーズに行くか行かないかは、医療機関によって違う。在宅支援について、あまり知識のない医療機関とはうまく連携できていない。「多職種連携」というより、医療機関と在宅関連事業所の連携が必要である。
- ・ 緊急の状態でも運ばれても、認知症のために本人の入院や手術への拒否が強く、病院から退院するよう言われ、結果、家族は不安から早急にショートステイを利用することがある。
- ・ ケアマネージャーと訪問診療の医師、訪問看護師との連携が重要と思われる。
- ・ 当事業所は病院との連携がとりやすい。ケアマネージャー業務の範囲が広すぎる（やりすぎ）のではないかと最近感じる。本来は家族が主体となり、ケアマネージャーはサポートの立場なのだが、全ておまかせの無責任な家族が増えている。制度がそうした傾向を作ってしまったのかもと考えており、深くかわりすぎるのもどうなのかと感じる。
- ・ 緊急時の受け入れ病院の対応が悪く、すんなり受け入れてくれない場合がある。特に認知症の場合は受け入れてくれないことがある。
- ・ 問題は、かかりつけ医を含めた各関係機関との連携の仕組みが統一されていないことである。
解決策は、国も推進している医療クラウドを用いたICTの高度な利活用により函館市内全ての関係機関が連携の仕組みを統一できるようにすることである。
医療情報連携基盤（EHR）を構築し、利用者にとってより良い支援が行えるよう各関係機関がそれらのシステムを用いて情報共有し、また必要な相談や助言、指示や依頼等が行え、統一した支援が迅速に行える仕組みを目指していく必要がある。
そのためには市が主導し、各関係機関に呼びかけるべきである。先進的な自治体では既に取り組んでおり、より安心安全な生活が送れるよう、医療や介護を必要とする者とそれに従事する支援者の力が最大限に発揮できるような地域になってほしい。
- ・ 設問1（1）：方法が異なって困るのではなく、退院支援をししてくれなかったり、窓口がなかったりする医療機関もあり困ることがある。
設問1（4）：非常に連携の取りやすい病院とそうではない病院との差が激しい。担当者や病院の意識の違いなのだと思う。
その他：退院に向けての病院側の支援の中で、在宅での生活を想定しての支援ではない時に困ることがある。退院支援の中で医療側の役割と介護側の役割の明確化。時々、医療側で行うべきことを求められることがある。
- ・ 定期巡回・随時対応訪問介護看護は、函館においては12事業所あるが、訪問診療を行う医師との信頼関係や連携に疑問がある。

絶対的な職員不足により、満足したサービスが受けられない。(単に訪問して欲しい時間に対応できない等、最低限のことができない状況であった。)

- ・ 設問すべてに病院、医師、相談員、看護師に温度差がある。

事業所・就業者も様々で、連携がうまくできないこともあり、事業所間の調整が大変である。主治医と温度差があり、あなたたちに何がわかるの?という態度の先生もいるので、連携を図ることが難しい。

介護保険制度で訪問看護を導入する場合、主治医が自分に都合の良い訪問看護ステーションを勝手に決め、家族が看護師と相談したい場合も、まだ必要ないと言い、必要なサービスを導入できないことがある。

介護保険制度を理解していない医療関係者が多く、なかにはケアマネージャーとヘルパーを同じ職種と思っている医師がいたり、医療系のケアマネージャーしか難病や末期がんの在宅ケアができないと福祉系ケアマネージャーを下に見る医師もいる。

もちろん、ケアマネージャーが悪いこともあり、組織内でのスキルアップが必要である。

福祉系でも、医療系サービス事業者との連携により、在宅支援は可能。

上記を解決するには、医師会、看護師会、相談員の会等、医療と介護に係る職種すべてが、医療制度と福祉制度の連携の必要性を学び、連携することの重要性を理解できる環境や勉強会、研修会を開催したり、保険者が主体となり、連携を図るとよいと思う。ケアマネージャーの自己研鑽も必要。

- ・ 退院時の連携については、要請のある病院とない病院がある。

また、あっても退院の日程が直前に迫ってからの連絡がほとんどで、開催日時はすべて医師の都合で決められるケースが多い。

そのため、他の予定を変更したり取りやめなければならないことがあるので、せめて一週間くらいの余裕がほしい。

- ・ 地域包括病棟の設立により、家族が転院リハビリを希望しても、連携室は在宅を進め、しまいには75%の枠に入れたいため、ショートを使ったらどうかと提案する。

入院すると医療保険に変わることによってケアマネージャーの対応は離れるが、連携室は家族と面談せずに、すぐケアマネージャーに連絡し、家族の希望を伝えても、家族との対応をしていない状態である。

以前、入院中の独居の方の施設入所の際、連携室は全く動かず、施設探し、引っ越し、入所等全てを対応しなければならず、その間、無償サービスであった。

- ・ その事業所により、細目に情報提供いただけるところと、そうでないところがある。医師も意見等を頂いても、プラン等に参考にできない意見もかなりある。

- ・ 医療との連携が必要な方の場合、オムツ交換や身体保清、食事の摂取等家族の負担も大きい。

負担軽減のためには、ヘルパーや福祉用具の利用も当然必要となってくるが、医療系の単価は高いので、支給限度額を超えてしまう場合が多い。

経済的に余裕がない、年金ではそばそと生活している方たちは、使いたくても使えない部分がある。解決策は分からない。

- ・ 利用者は内科と整形外科等、複数の科にかかっている、薬が何種類も処方されていて、飲み忘れや間違った服用がある。主治医の指示のもと、薬剤師が訪問し、管理・指導していくことが望ましいと思う。

- ・ 在宅での生活は医療と介護の連携が必要と常に感じているが、医師との連携を図る場合に面談の申し入れなど各病院ごとに対応が違ったり主治医の対応等のため困惑することがある。

情報共有するシステムや書式が明確になる事により連携が図りやすくなると思う。

- ・ 医療・介護の専門職それぞれが、役割や立場を相互理解することが必要だと思う。
- ・ 安心して看取りに向かえる環境が整っていない。
病院や事業所とも、日中の対応は何とかできることが多いが、夜間休日などが苦慮する。
時間外になるとそれぞれ、急な対応が難しくなってしまう。
ケアマネージャー一人で判断しなくてはいけない場面があると、知識も薄く苦慮する。
関われる家族がいない、少ない、サポートできないなど多くなっている。
立場や職種に関わらず、相談・交流しやすい輪が作れる様に取り組みたい。
- ・ 病院によっては対応が悪い連携室がある。
- ・ 設問4（4）：在宅で看取るため、必要に応じて往診可能な病院へ変更していく方向です。
看取るケースで、急変して病院に連絡を取ったり、バイタルはノートに記入（病状等も）して呼吸停止になり、医師も来ていただき、警察に連絡をとった時、刑事さんが何人かきて「事件性はないと思いますが・・・」とちゃんと薬飲んだか証拠として、ゴミ箱まで探され、犯人扱い（？）さて、該当ヘルパーは慣れていなかったもので、気持的に辛かったと思う。
- ・ 特にないが、救急車を要請した際に、搬送先の病院を決めるまでの時間がかかると思う。
- ・ 独居の方が多くなっている。家族が地方にいる方は、本人の在宅状況の把握が出来ておらず、ヘルパーに対する要望が多いような気がする。医療的なことを介護従事者に頼りすぎていないかと思う。早く退院してもらいたいとかではなく、他の病院を紹介する等もっと行っていただけると助かる。
- ・ 医師や事業所（主に訪問看護）によって体制がまちまちなことがある。解決策としては体制のしっかりした医療機関や事業所の情報を必要に応じて提供することで、看取りを行う体制を早期に構築することが大切だと思う。
- ・ 情報共有が不可欠。函館市消防局と医療機関の情報開示、データ連携がどの程度進んでいるかは不明であるが、医療だけでなく、介護側にも情報開示、共有は不可欠と考える。特に救急搬送になると、介護側には情報が入ってこず、何が起きているのかを近所の方から聞いてやっと理解するということも少なくない。個人情報保護の障壁はあるにせよ、個人のADL、IADLの維持のみならず、生命に関わる事柄と個人情報保護のバランスに配慮し、円滑に個人の生活が維持でき、公共の福祉に資するような方策に期待したい。
- ・ 医療関係者（医師、看護師、相談員等）がもう少し介護保険制度を理解してくればスムーズに事がすすむケースが何度かあったので、介護保険制度をもう少し広い分野に広報していく必要があると思う。
- ・ 設問4について、在宅での看取りは事業所の職員にとって確かに負担になる部分はあると思うが、利用者や家族の希望、意向が大事だと考えるので、負担とは考えたくない。積極的に連携できる医師もいれば、そうじゃない医師もいる。解決策は特にない。連携できている医師や機関との関係性を継続することと考えている。
- ・ 今後、在宅での看取りが増えていくと感じており、医療機関との連携は強化していく課題と思っている。
- ・ 家族の介護力、考え方によって、看取り可能かどうかは変わってくる。「最後は病院で」という考えが根強く、家族以外の親戚の介入等で介護者にストレスがかかる場合も多いように思われる。
- ・ 設問4について、病院、医師によって対応は全く違う。本当に在宅支援を理解している医師もいれば、理解のない医師もいる。ご本人が食べたいと言っている、家族もそうさせてほしいと言っている、それでもしものことがあっても、人として生きることを選びたいと訴えた本人、家族

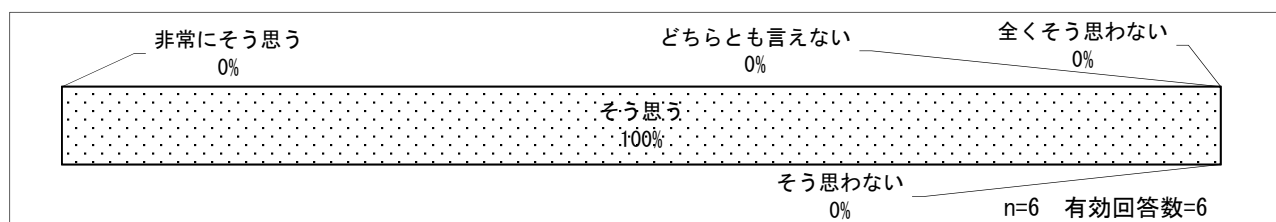
に対して、医師から「食べれないって言ってるでしょ。IVH ったら1週間もたないよ」と言われたことがある。それでも、在宅に戻り、それから1年半以上、経口摂取され、最期を迎えた方がいた。医者判断とは一体何なのか？家族は医師から言われれば、そうなのかな、と思い「仕方ない」とあきらめる方が多いと思います。在宅支援をするには、医療関係者の理解、協力がなければ不可能。在宅支援を行っている医師の輪を広げてほしい。

- ・ 在宅酸素を利用中であるが、呼吸器専門の往診や緊急対応をとってくれる病院が少ないために苦慮することが多い。解決策は何だろうか？
- ・ 医師が担当者会議に参加するなど、情報共有し連携できる体制を希望する。
- ・ 看取りは方針を決め、大々的に研修を推し進めていかなければ出来ないと思われる。
- ・ それぞれが他の職種の知識に乏しく連携が上手くいかない。各職種が勉強会や研修会に参加し、知識を高めていくことも必要と思われる。
- ・ 連携しやすい病院へは入院時の情報提供を積極的に行い、そうすることで退院時の情報を貰えて、より良い関係が築けている。ケアマネージャーが何のために情報を持って来ているのか理解していない病院の場合、入退院時の連携をしにくく、入院しても足が遠のいている。治療・リハビリなど、それぞれの病院の役割があることはわかっているが、なおのこと、入院直後から転院や退院の話を早くから共有し一緒に考えていける場が、ケアマネージャー、家族、病院関係者で持てると思う。
- ・ 医療機関（主に医師）へのケアマネージャーからの働きかけには、限界を感じる人が多い。
（例）：主治医意見書が提出されていないという理由で認定結果が遅れていることを伝えても、まともな回答が得られない。医療系サービスを位置付けるにあたり、医師からの意見の聴取を求めても、回答がない、或は主治医意見書で役所に提出しているのに何故またケアマネージャーに伝えなければいけないのか？など、趣旨や制度に沿って説明しても、このような医師はそもそもケアマネージャーの話を聞く姿勢がないと感じる。
また、主治医意見書を取り寄せて見ても、簡素というよりは適当としか思えない内容も多い。
（状態が変化しているのにも関わらず、前回と記載が一緒。疾患・既往歴が増えているにも関わらず記載がない。記述式のところはおろか、チェック式のところも未記載が多いなど。）
医療機関への介護保険制度の理解、周知を促すのは、ケアマネージャーからの働きかけによるウェイトが大きいですが、行政からも書面などで理解・周知を促して欲しい。ケアマネージャーがバーンアウトしていく背景の要因として、医師および医療機関とのこのような関係によるところが大きいと思う。
- ・ 介護保険制度について、病院側にも理解してほしい。在宅医療に関われる医師がもっと増えてくれると良い。（設問4は特に医師の関わりが重要である。）
- ・ 今後、スムーズに在宅生活を続けていけるよう医療機関との連携を図るため、支援に対する協議の場を作りたいと感じる。
- ・ 退院の連絡がなく（または退院当日）で、在宅でのケア指示や医療的な注意点等の連携が取れない病院が多い。転院の時も同じ。サマリー等の後日出しをお願いしたりと、介護側ばかりが走り回ることが多い。

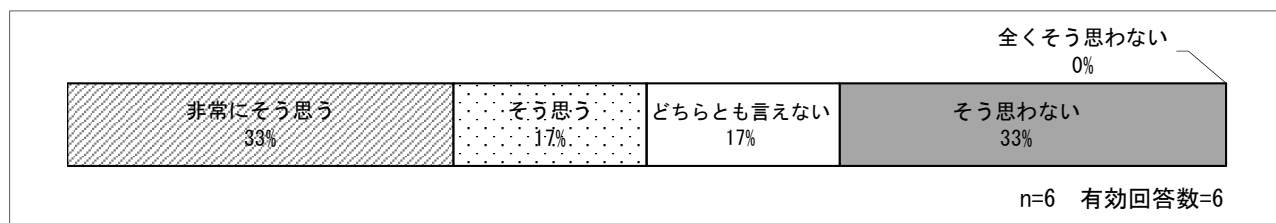
Ⅱ 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)

設問1：退院支援・調整について

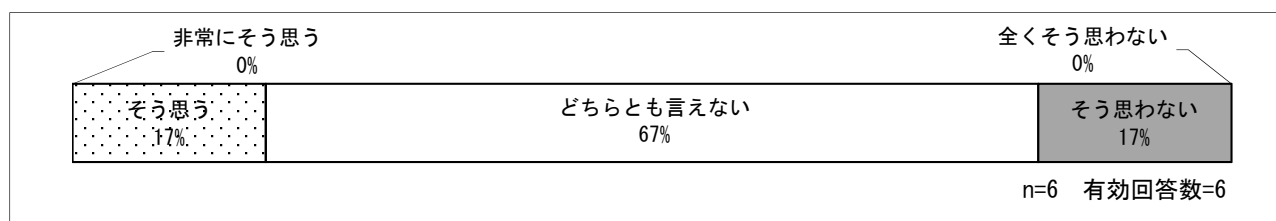
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



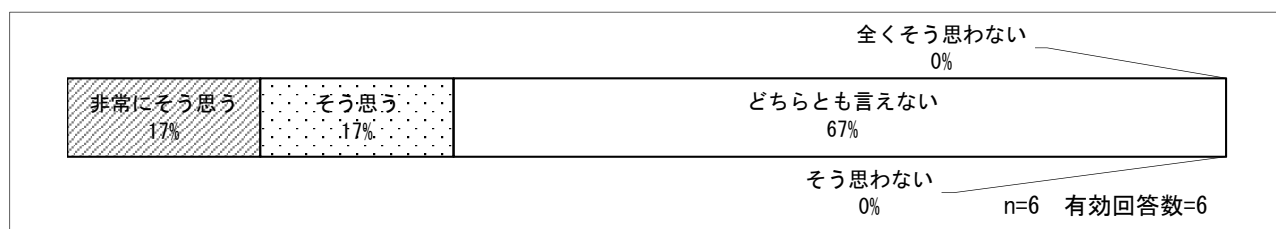
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

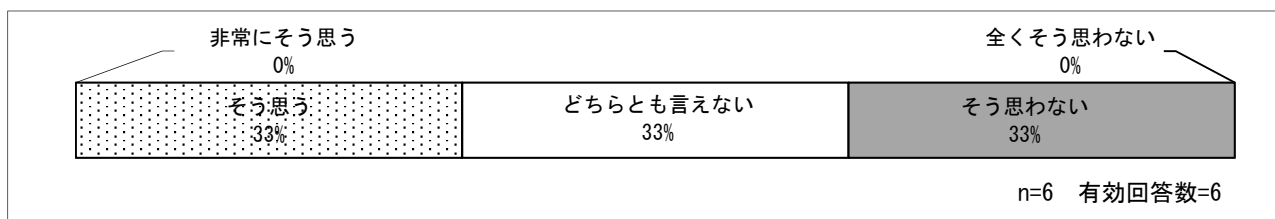


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

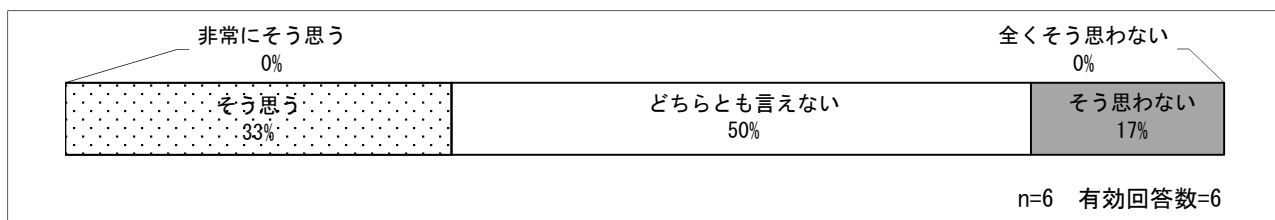


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は100%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約50%
- 設問1 (3) 患者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約17%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約34%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

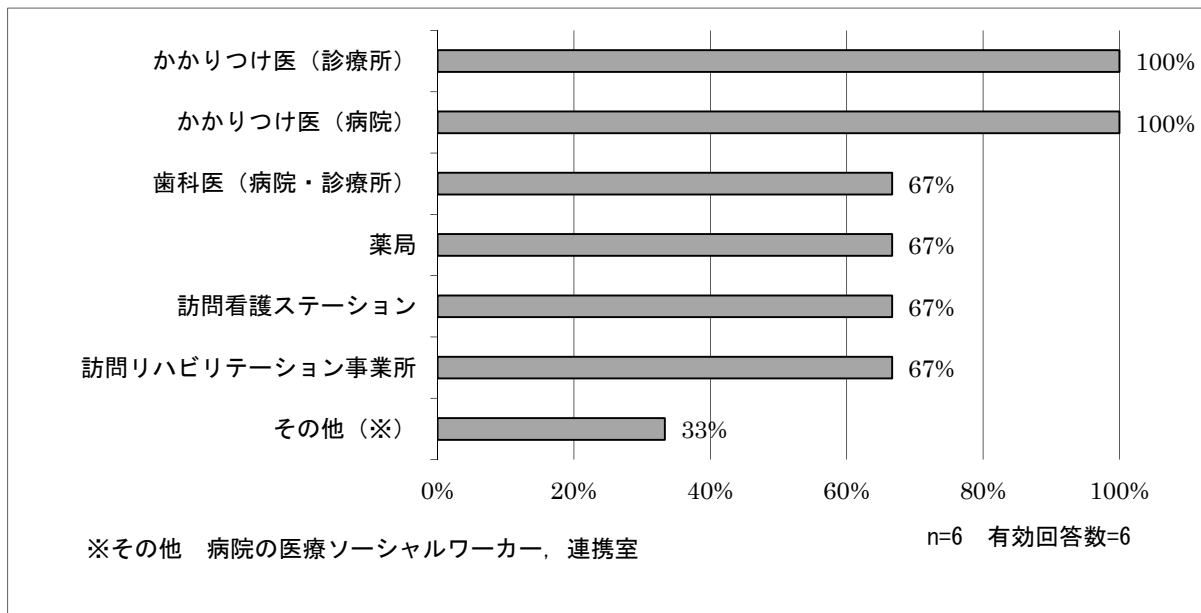


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 33%

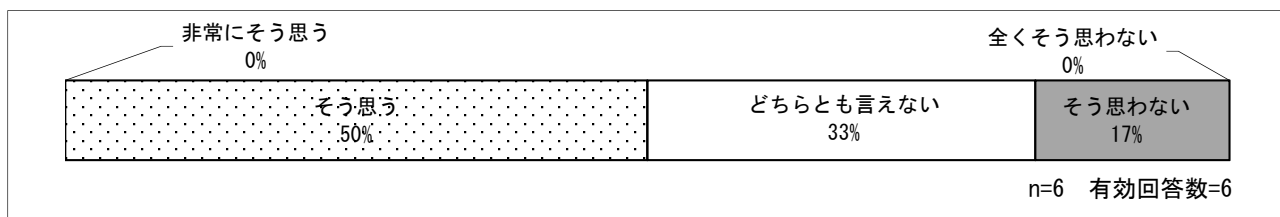
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 33%

設問2：日常の療養支援について

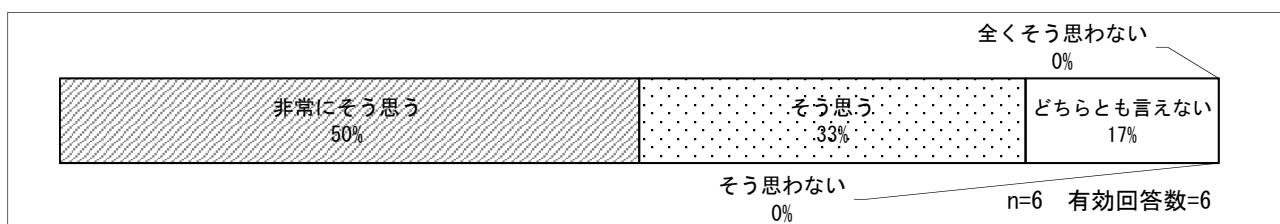
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 主治医意見書が期限内に提出されている。

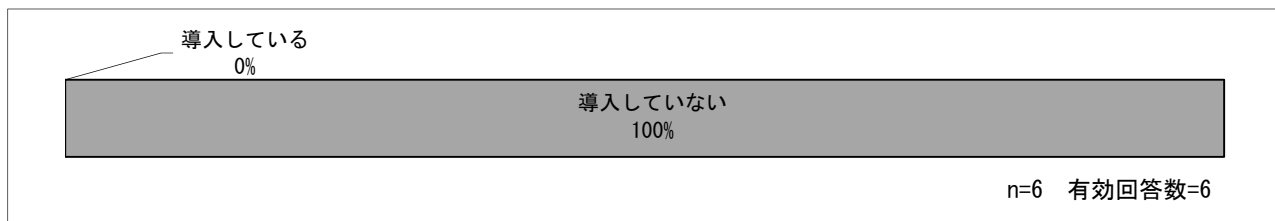


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

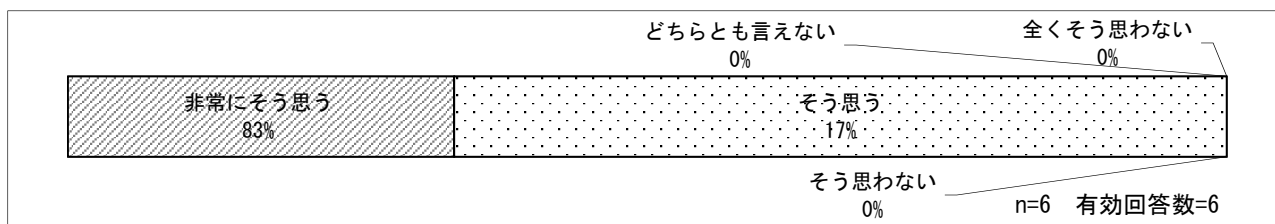


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医との連携強化を100%の事業所が希望している。
 設問2 (2) 主治医意見書が期限内に提出されていると答えた事業所は約50%
 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約88%

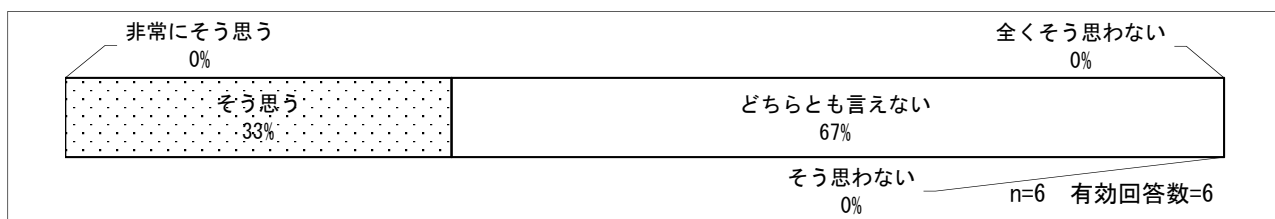
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いでしょう。



(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



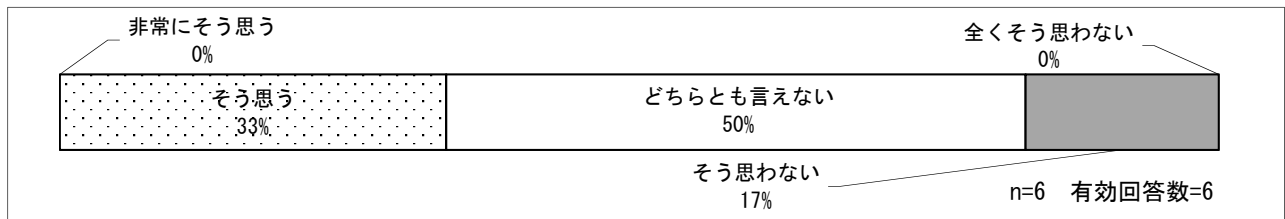
設問 2 (4) 既にそういったシステムの導入をしている事業所は0%

設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は100%

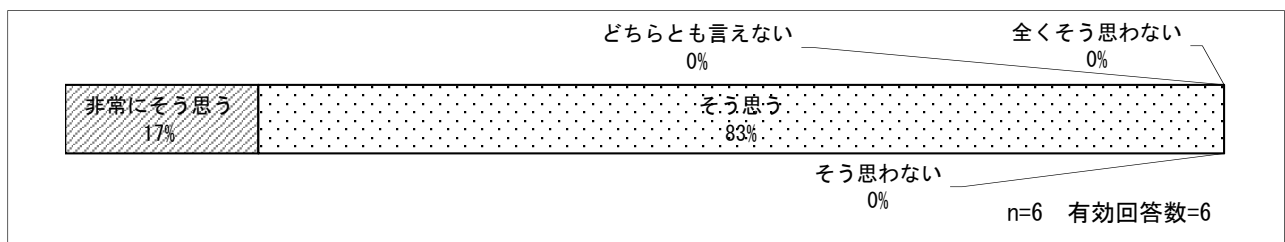
設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約33%

設問3：急変時の対応について

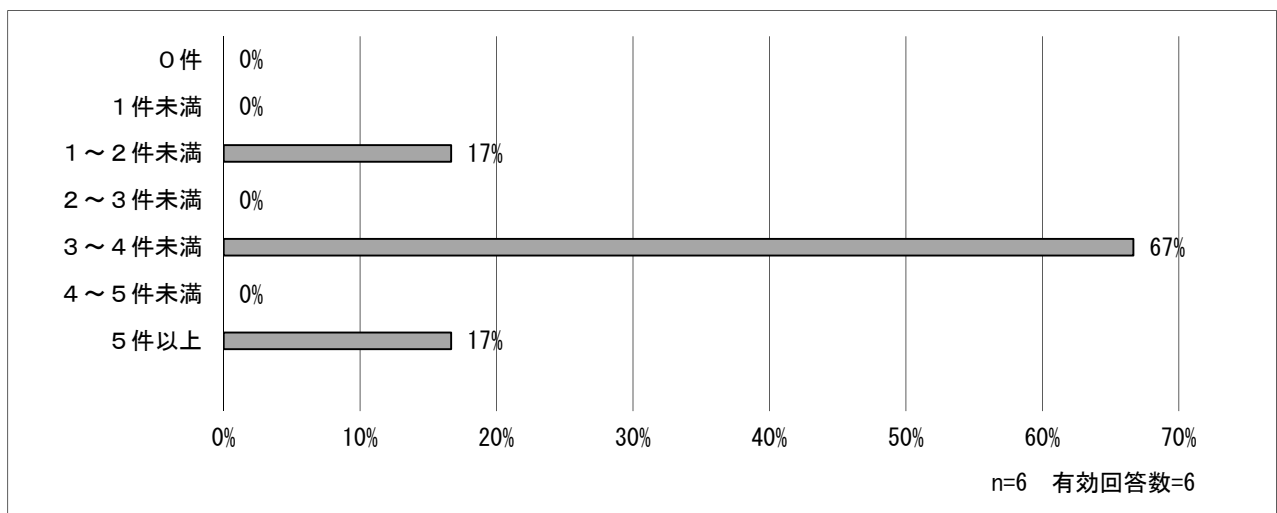
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

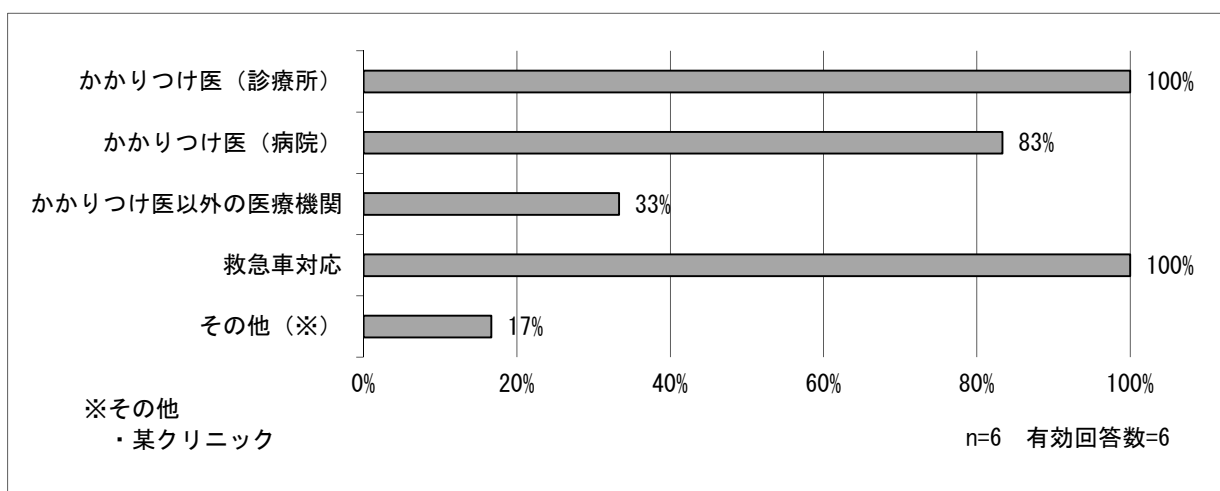


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

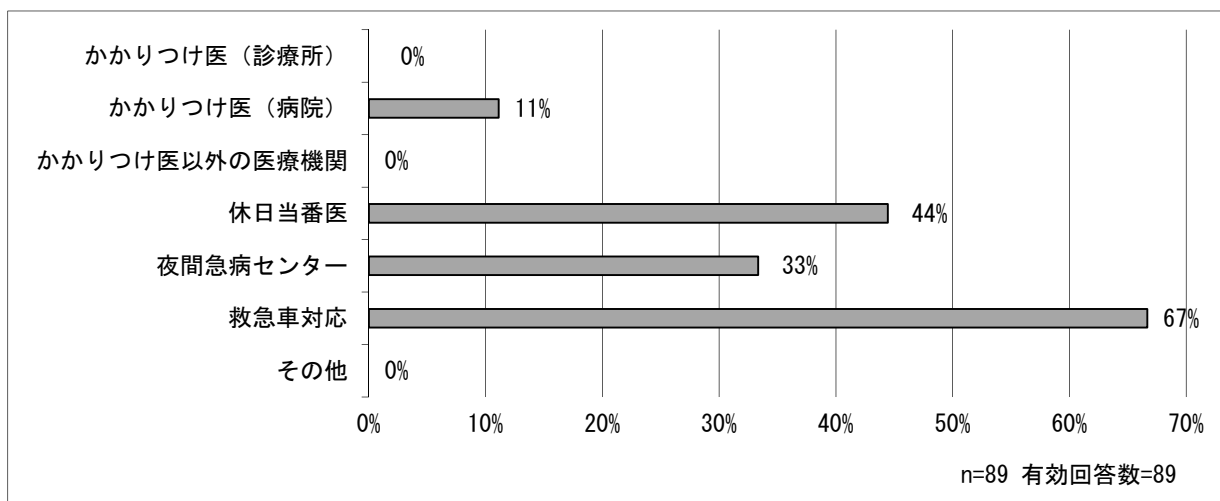


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約33%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は100%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (19/6)

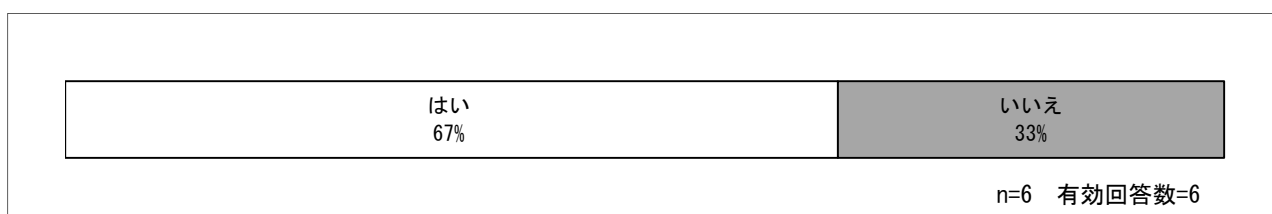
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。

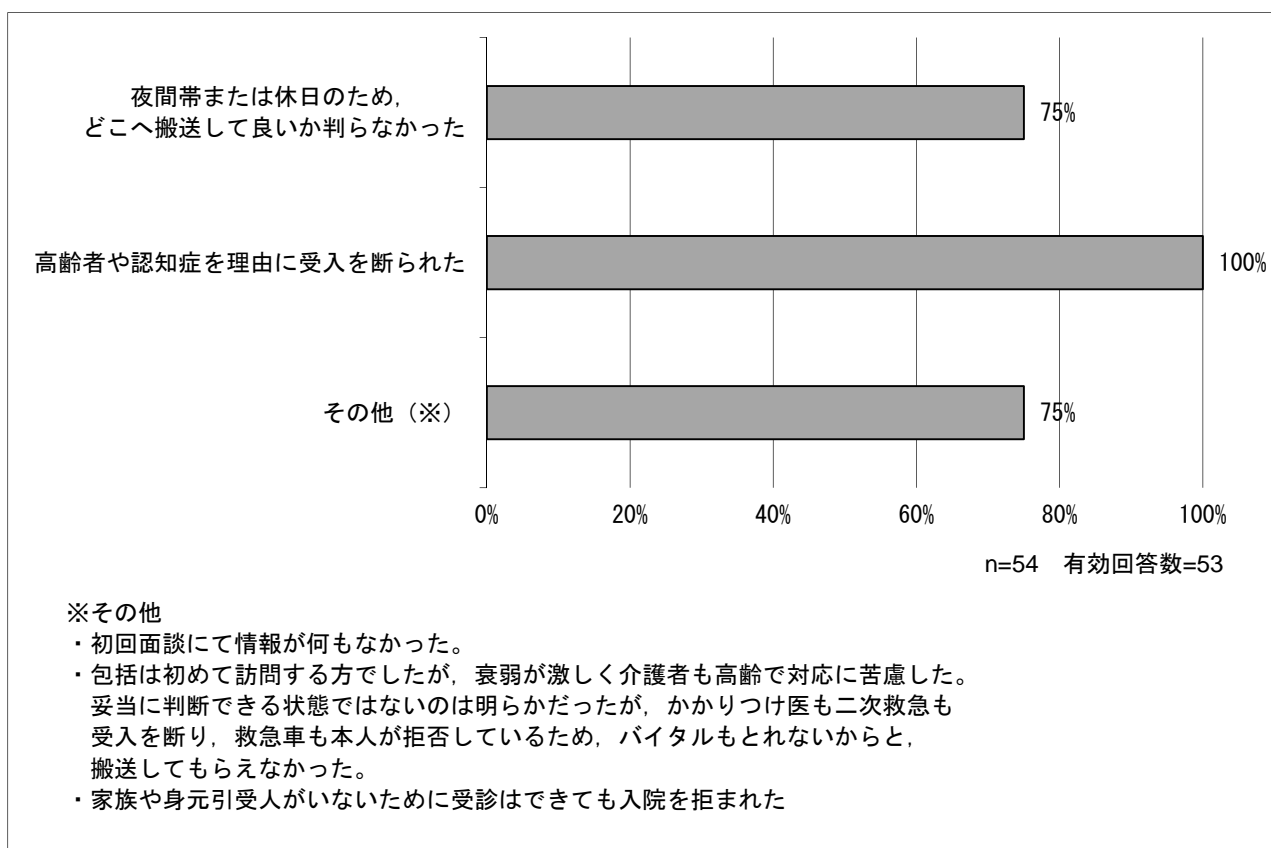


設問3 (4) ア 日中の容態急変時に100%がかかりつけ医 (診療所)、救急車対応をとっている。

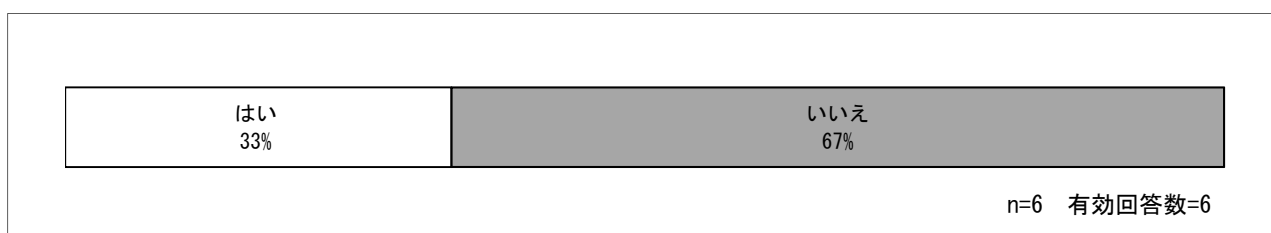
設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約67%が救急車対応をとっている。

設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約67%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 高齢者や認知症を理由に受入を断られた事業所は100%
設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約33%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

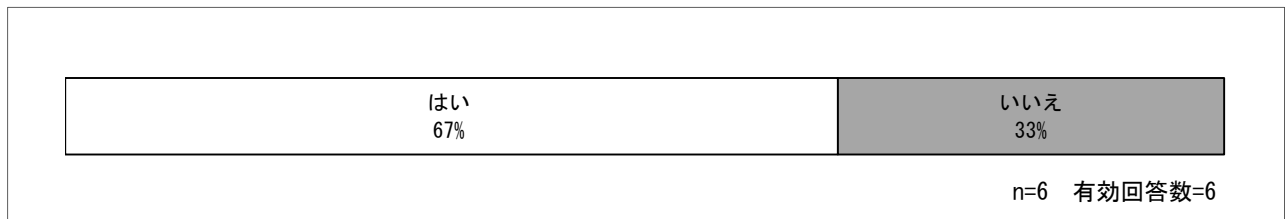
- ・ 認知症悪化で受診拒否がある場合に、病院側では受診してもらわなければ診療等ができないと言われること。
- ・ 判断能力の低下した方の搬送について、条例なども必要になってくるのではないか。
- ・ 判断能力の低下している方が救急車を拒否し、救急搬送できなかった際、家族が受け入れ先を頼み込んで探して搬送できたが、現状の体制全体に不満が残る。
- ・ 受入医療機関が少ない。
- ・ 独居や身寄りのない方への対応で、好意で付き添った民生委員や近隣住民、ケアマネやヘルパー等に対し、書面による同意等を強いる場合が多々あること。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科，精神科（特に午後の時間帯），認知症専門医療機関
- ・ 法的な困難さは承知した上で，精神科疾患（認知症含む）の方への精神科や，総合診療科の救急体制を強化してほしい。精神科がアウトリーチして，救急対応してもらえ各科に繋げる仕組みがあるとありがたい。

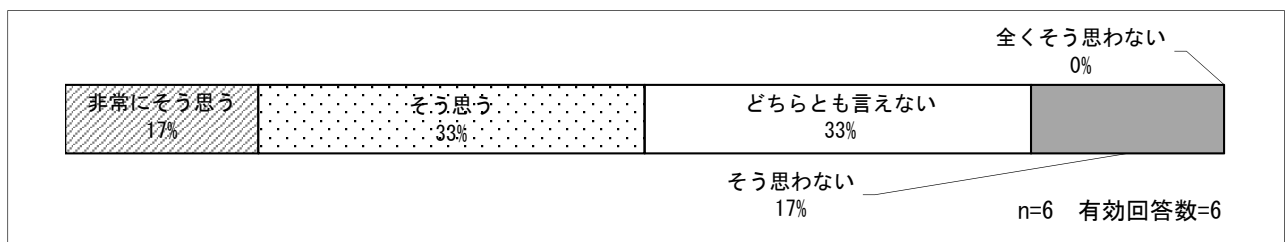
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

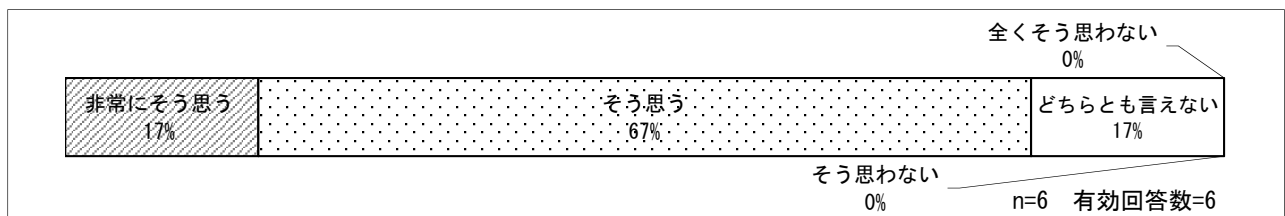


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

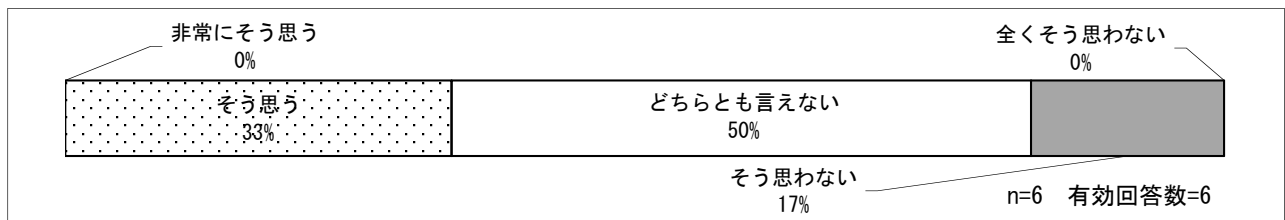
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じる。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約67%
- 設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約50%
- 設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約84%
- 設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約33%

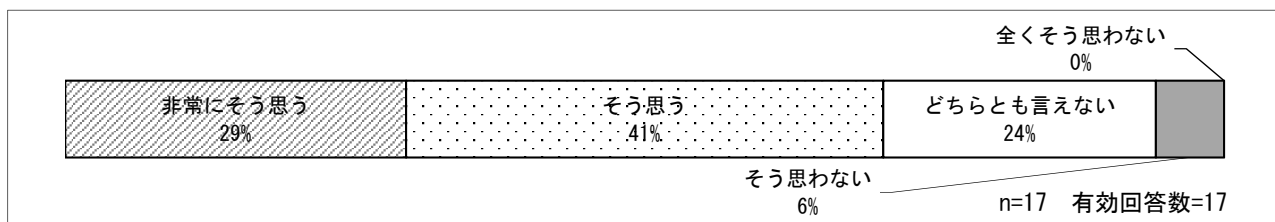
設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 認知症患者が増え続ける中、独居生活を送っている方も多い。
そのような方々に緊急対応が必要となった場合、受入してもらう医療機関が少なく、また入院にならずに在宅に戻った場合、地域住民同士で見っていくシステムもなく、更に状況が悪化する恐れがある。
- ・ 設問1：医療機関によって体制や考え方が違うので、一概に統一してほしいというのは、難しいと思う。とても、細かく連携できるところもあるが、包括や居宅ケアマネに丸投げになっている所もある。市立病院は最低でも介護保険の申請代行は、市の一環でもあり行うべきだと思う。
設問2：主治医意見書について、3ヶ月以上来ないところがあり、利用者がサービスを継続できるかと、不安で眠れないなどあり本当に困っている。解決策は記載してもらう以外にないが、ケアマネジャーからだと、強く言えないので、市から言ってほしい。(3)以前書式がありましたが、使いにくく活用に至らなかった。統一した書式があるといいと思うので、作り直したらどうか。
設問3：記載した内容のとおり。こういったケースは複数ある。緊急搬送の判断は、妥当な判断力の低下した認知症の方はもとより、ご家族も適切に情報提供できる訳ではないのは、理解されているとは思いますが、介護職も報告の仕方は未熟。緊急性のトリアージも、もう少し訓練してほしい。また、介護関係者や福祉職も、医療機関が必要な情報についての知識として学ぶ機会が必要と思いますので、合同での研修会など、一度ではなく定期的に開催してほしい。
- ・ 個々にかかりつけ医はいるが夜間・休日の対応が出来ない医療機関が多数を占めているため、状態により救急車要請までの状態で無いときに医療機関を探すのに困難を感じる時がある。24時間対応病院があると助かる。
- ・ リスクを理由に医療機関が全く権限のない第三者に対し、書類の取り交わしや日常の支援を強いる場合があること。逆に医療機関がリスクを重視しなければならない現状の法体制に課題を感じる。医師の権限や支援者の立場が十分に守られていないため、条例等で権利や権限を保障する等の手立てが必要と考える。
在宅の支援者は、特に夜間の救急搬送等では、入院がかなわなかった場合に次の手立てがないため、夜間の付き添いや緊急ショートステイ等、受入体制を整える必要を感じる。
入院中の日常生活を支援するための何らかの手立てが必要と感じる。医療保険、介護保険の隙間を埋めるための施策を考慮すべきと考える。
よく、病院の立場、福祉の立場という言葉が使われるが、そこに相入れないものがあるのであれば、是正すべき。入院や退院、在宅治療の継続等その時の状況が、医療側、介護側双方にとって十分な補完機能があり、対象者の自立支援に最大限寄与できる体制の構築を考慮すべきと考える。
- ・ 医療の視点と在宅介護の視点、それぞれで関わる事は重要だと考えるが、お互いの理解不足が招くトラブルも多いと思う。相互理解と協働について、前向きに検討していく協議会や研修等が必要だと考える。
- ・ 救急搬送されても、治療必要なしとの事で帰され、その後すぐに再搬送となるケースもある。独居高齢者にとってはリスクが高いと思う。

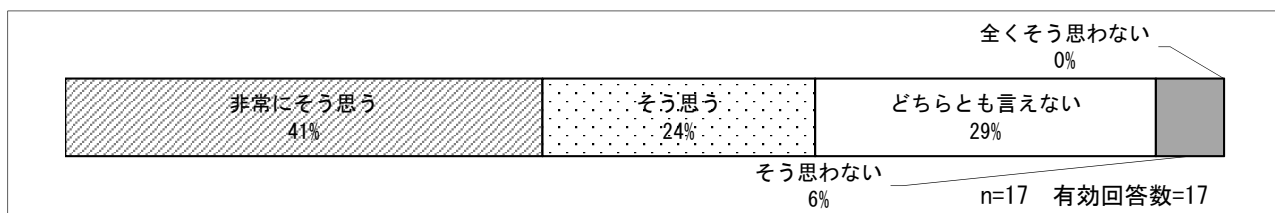
Ⅲ 訪問看護ステーション

設問1：退院支援・調整について

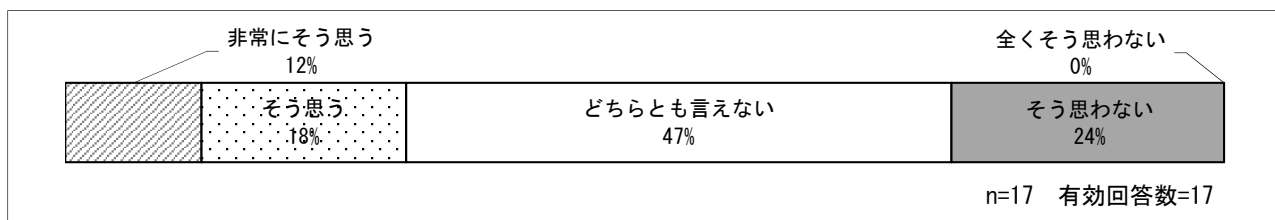
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



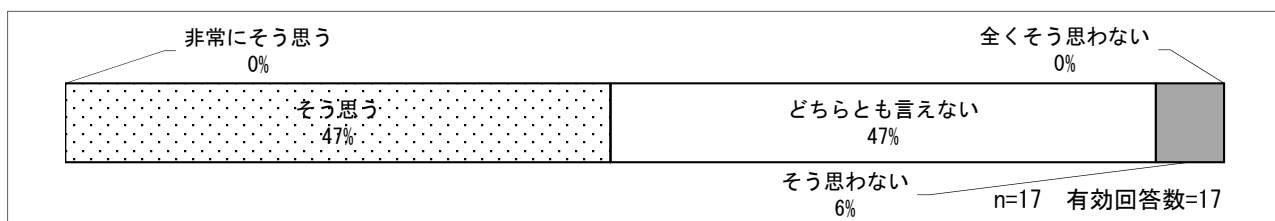
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

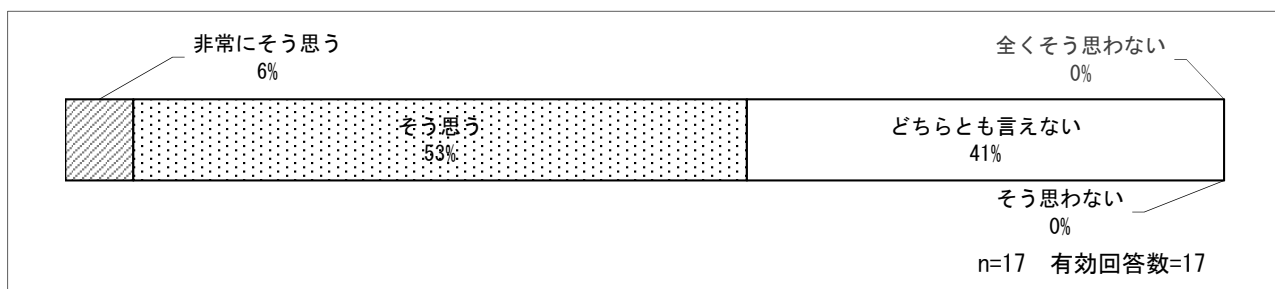


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

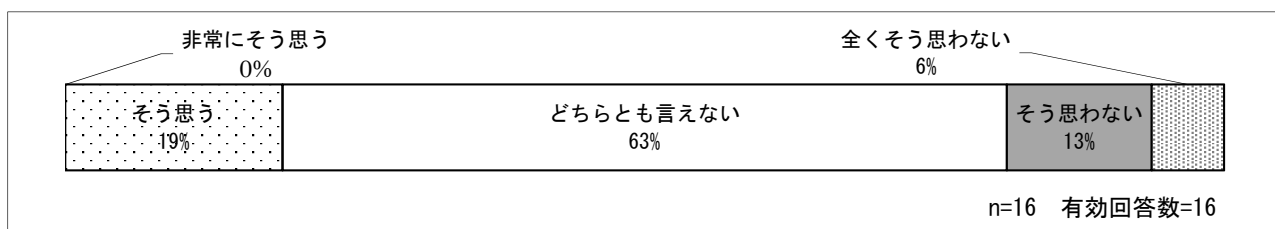


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約70%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約65%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約30%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約47%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

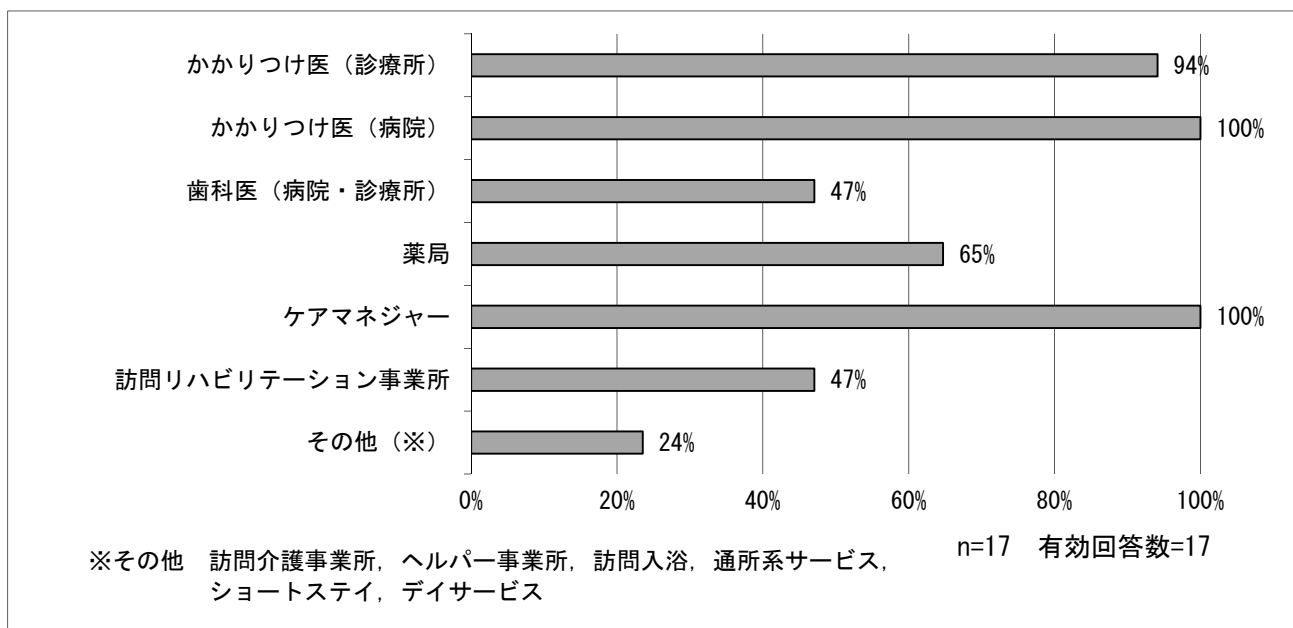


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 59%

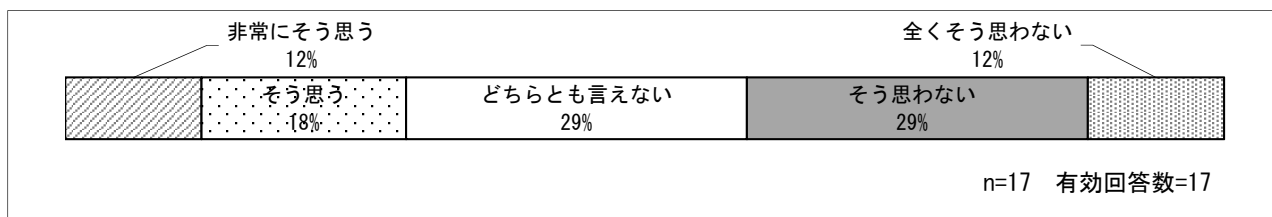
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 19%

設問2：日常の療養支援について

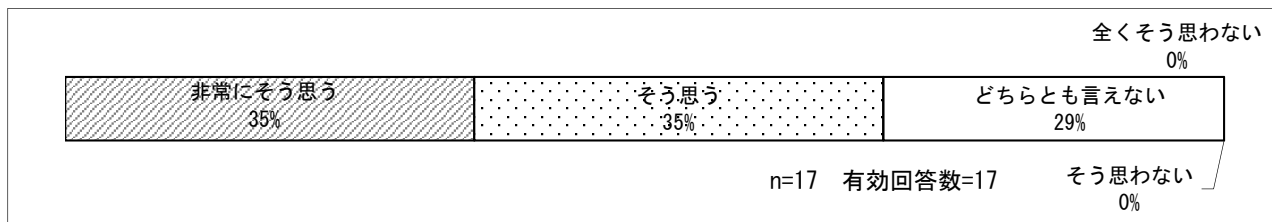
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 医師からの訪問看護指示書は遅延なく提出されている。

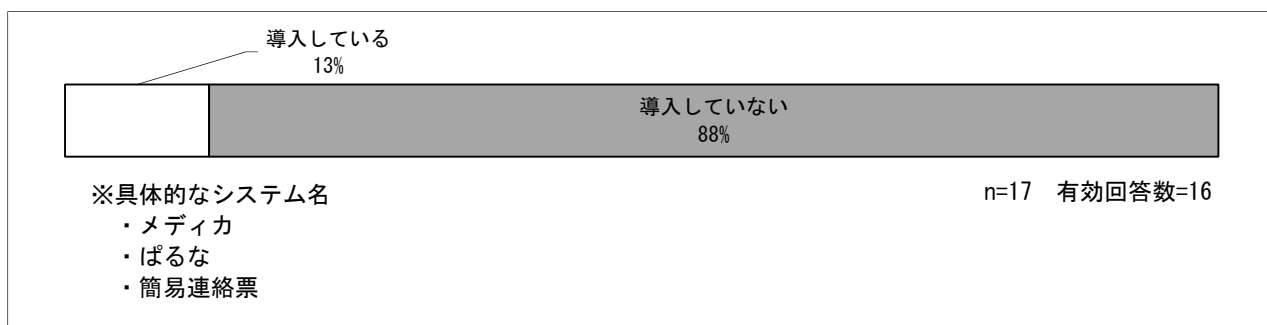


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式(連絡票など)を作成し、運用すべきである。

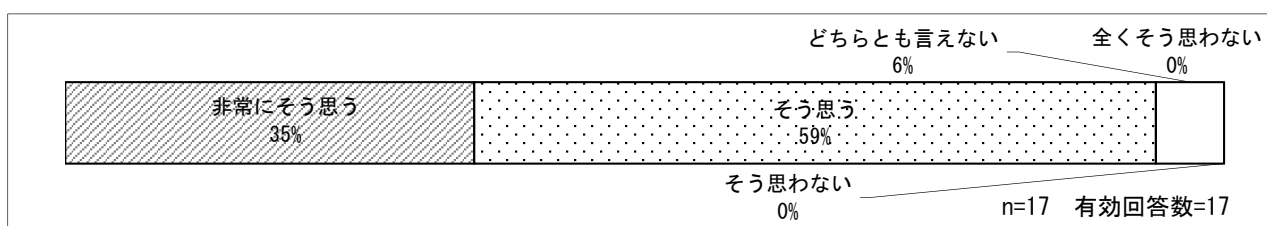


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医, ケアマネージャーとの連携強化を9割以上が希望している。
- 設問2 (2) 訪問看護指示書が期限内に提出されていると答えた事業所は約30%
- 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約70%

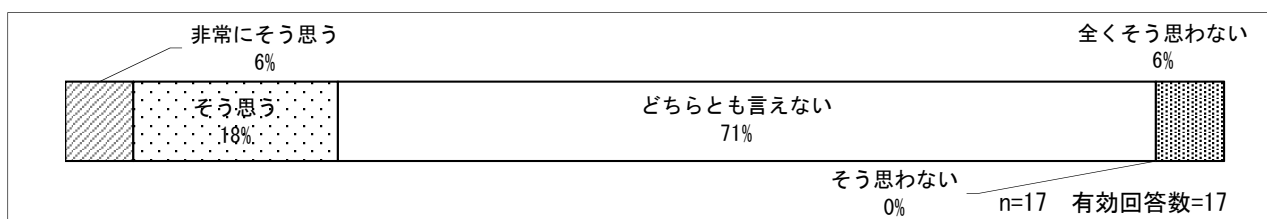
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



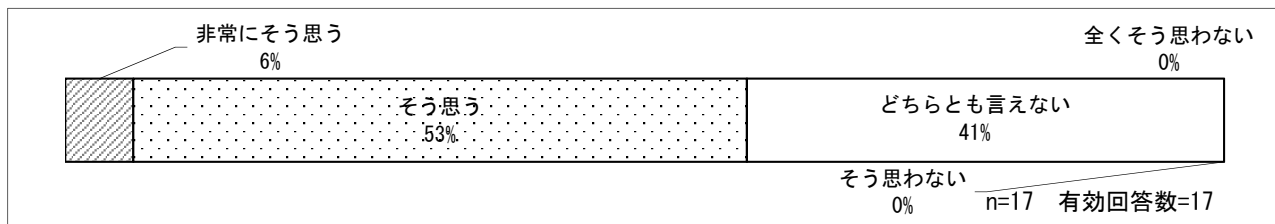
(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



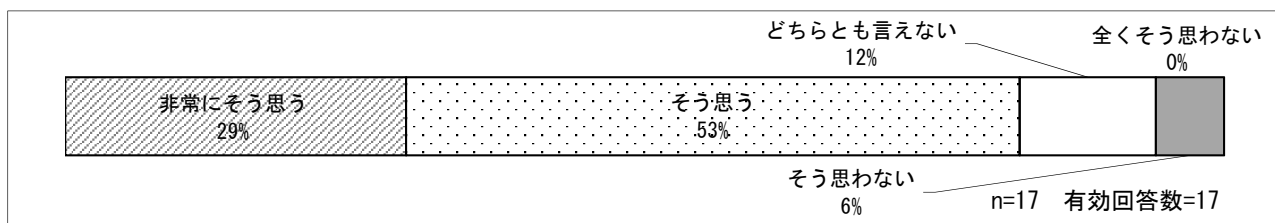
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約 13%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約 94%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 24%

設問3：急変時の対応について

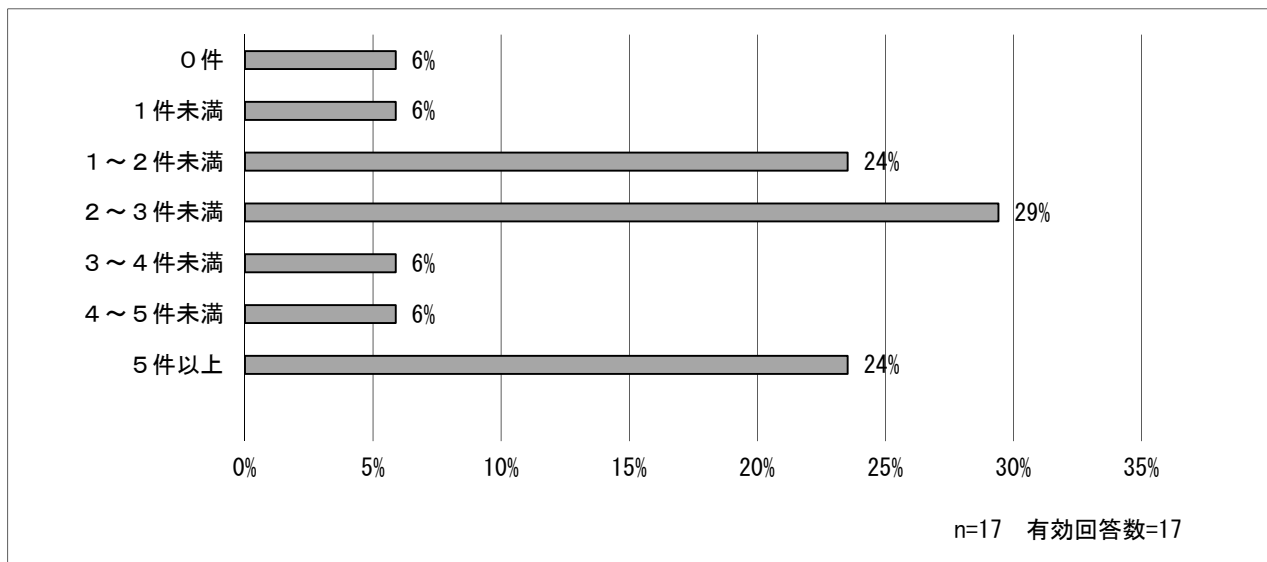
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

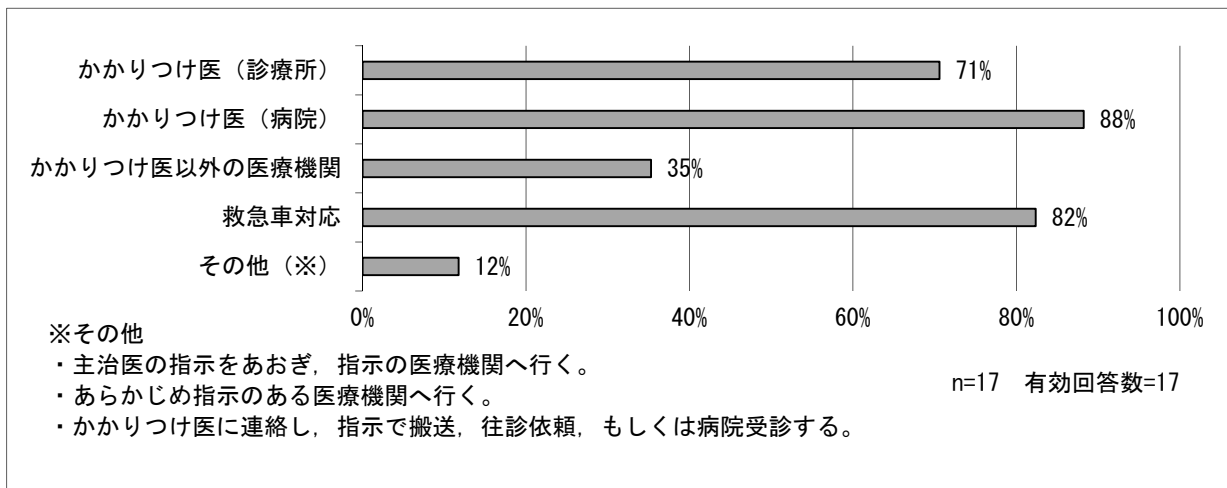


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

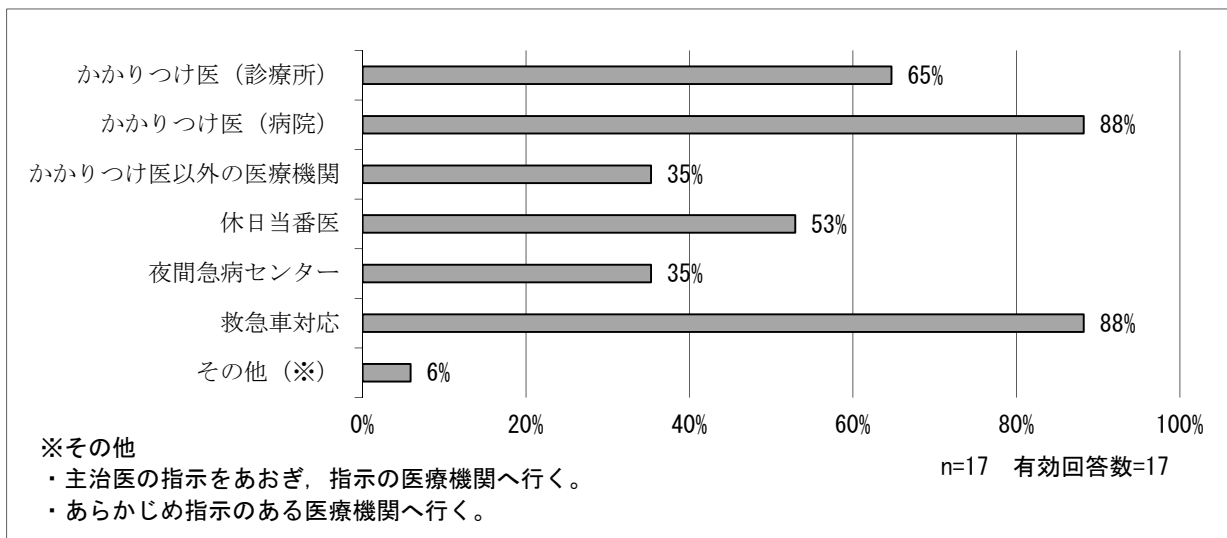


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約59%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約82%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (45/17)

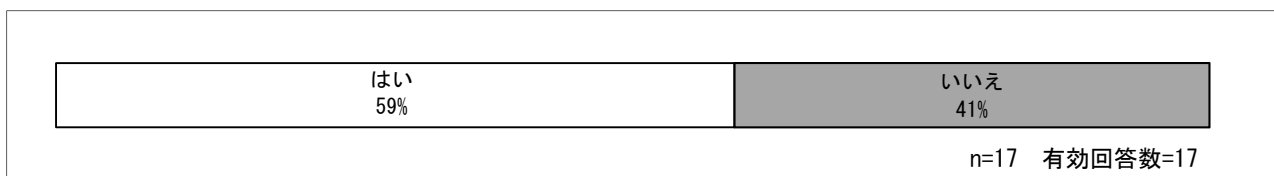
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。

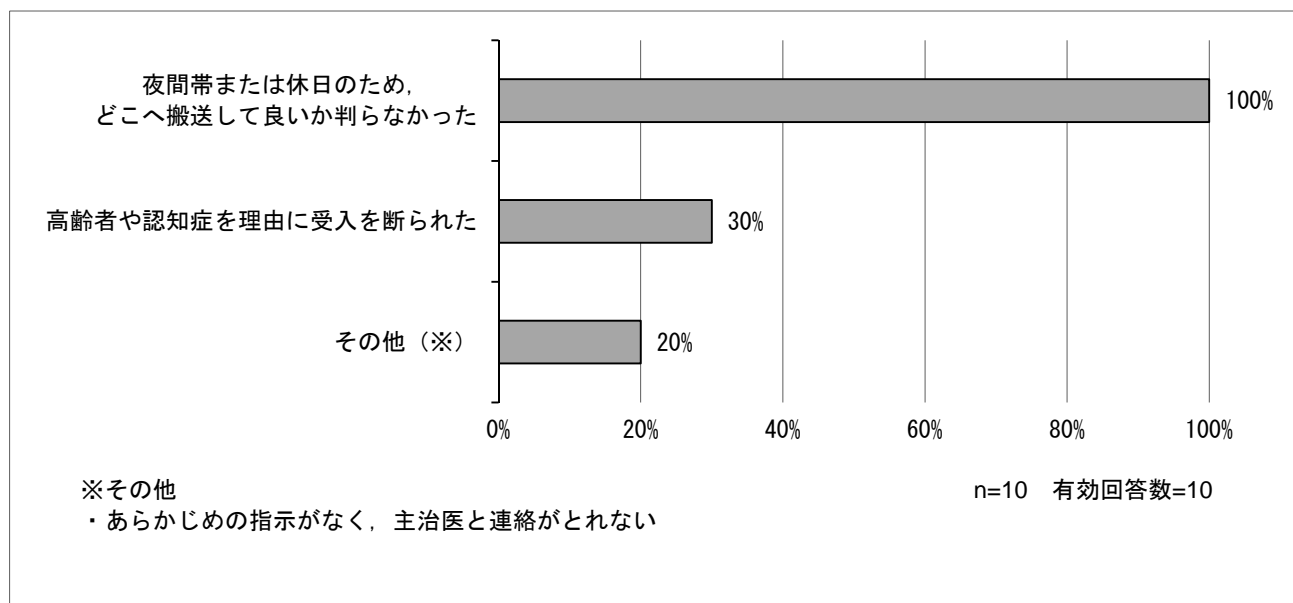


設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約8割以上が、かかりつけ医 (病院) または、救急車対応をとっている。

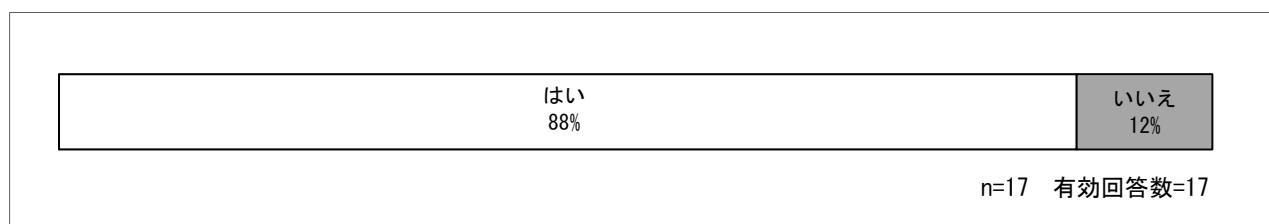
設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約88%がかかりつけ医 (病院) または、救急車対応をとっている。

設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約59%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は100%

設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約88%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

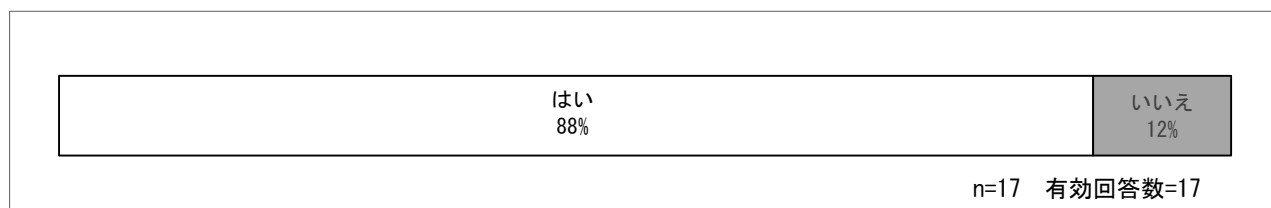
- ・ かかりつけの病院があっても、みれないと断られることがあり、受診したことのない病院へまわされ、患者や家族が不安になることがある。
- ・ 家庭医と日常的に連携をとってほしいと思う。
- ・ 夜間等かかりつけの病院でも、診察してもらえないことがある。
- ・ 夜間急病センターの対応できるパワーが不足している。
- ・ 訪問看護において急変時やむをえず救急車依頼をすることもある。受け入れ病院が決定している場合（多くは主治医の所属病院）はスムーズだがそれ以外救急隊が受け入れ病院をさがす際ずいぶん時間がかかって出発することがあった。（主治医がクリニック等の場合二次救急へと言われることが多い。）
- ・ 函館市の病院、全く救急を受けてもらえない。
- ・ かかりつけ医が急変時の対応をしてくれることが少なく、二次救急へという指示になる。また、かかりつけ医からの指示で二次救急へ搬送する時、二次救急側ですぐ受け入れてもらえないことがある。
- ・ 急変で救急者を呼んだ際、行き先が決まらず、なかなか出発しなかった。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科（認知症があってもみてほしい）
- ・ 高齢者の状態変化に対応できる診療科、
- ・ 全て、24時間対応の救急病院があれば。
- ・ 内科3件、整形外科2件、脳神経外科2件、循環器科、呼吸器科

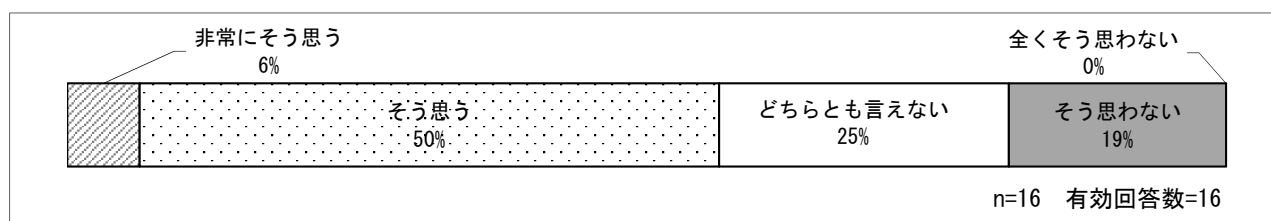
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

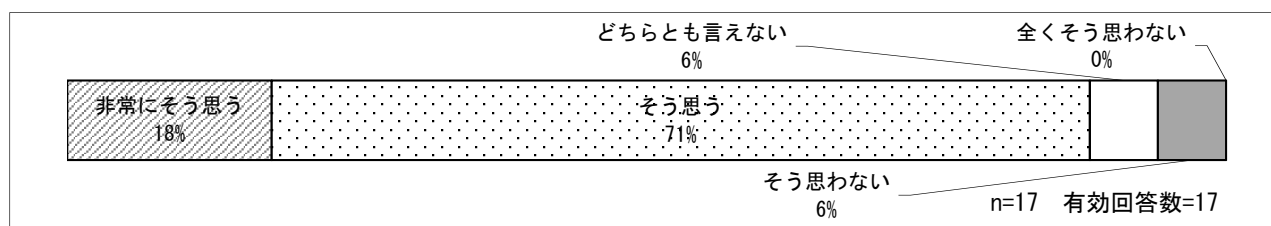


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

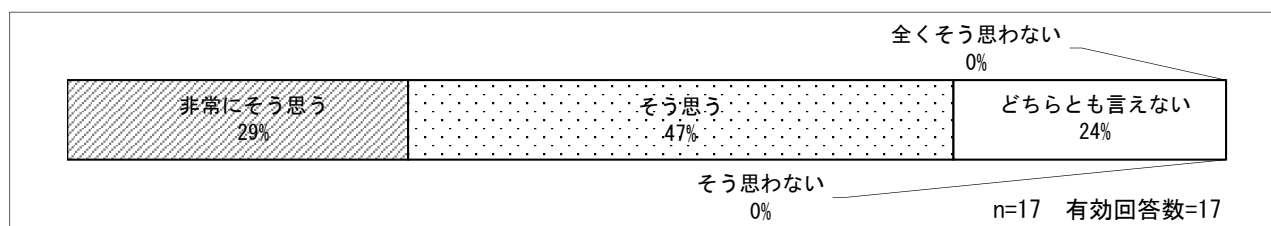
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約88%

設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約56%

設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約89%

設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約76%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 病院によって対応に差がある。指示書をなかなか書いてくれない医師がいる。大半は書いてくれるが。
- ・ かかりつけの科に病状変化があり、受診を希望しても、担当者不在や時間外を理由に断られることがある。病院の医師にもう少し在宅を知ってもらいたい。興味をもっていただきたい。在宅療養を知ってもらえれば、医療機関としての対応がかわってくるのではないか。
- ・ 医療機関によって、連携のとりやすさが違う。大きい病院ほど難しさを感じる。入退院だけにかかわらず、在宅部門との連携の窓口がわかりやすくなると思う。“地域連携室”一本化など。
- ・ 地域的に往診してくださる医師がいない。受診困難になった時点で往診医導入できずに、望まない入院となるケースもある。

また、往診しない医師が在宅困難と判断した時点で他の病院にまわしてしまい、病状の進行したところから新たな主治医との連携が難しかったケースがある。解決策があったら教えていただきたい。
- ・ 今から10年前より、連携に関して、訪問看護振興財団は年1回全国規模の研修をしている。その頃より、現状での問題を解決するため、退院時カンファレンス、医師との連絡、ケアマネジャーの介入を含めて嫌がられたが、私は動いてきた。報酬単価がつくと、医師会も動くようになったが、もう少し医師会全体が目線を下げることが重要と考える。他の連絡は結構スムーズでも、医師がダメだと上手くいかない。医師会が問題である。
- ・ 包括ケアシステムが導入され訪問看護師の役割が大きくなっているが、訪問看護師の役割を認識している病院が少なく急な依頼や、在宅に退院できない患者が増えている。今、地域連携とイカリングの会で連携を図っているが、現場の看護師が理解していないと難しく、病院から訪問看護ステーションに研修(1～2年)などのシステムが構築されると良いと思う。急変時など往診医では対応できない場合、バックアップ病院が地域にないと搬送できる病院がなく問題として挙げられる。地域ごとの救急当番の他、連携をとれる医療の連携が取れるシステム、協力が必要と思う。
- ・ 在宅での看取りは家族にとってかなりの重荷で、高齢者の場合、介護力は子・孫になる。家族がチームとなり、介護できるケースはまれでほとんどが対応しきれず、病院へ搬送となる。家で突然亡くなった場合の対応はできているが、呼吸がある状態ではやはり救急搬送となる。解決策は医師の協力体制だが、ハードルは高い。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する知識が低いため、全て悪化してから訪看を依頼して来ることが多い。その間にも患者は苦しみ、家族は不安を感じながらも、そのケアマネジャーに言えないでいることが多い。また、癌の患者さん等はいつどのように急変するかもしれないというリスクを持っているが、特に包括で対応している人は「まだ受診できているから」と区分変更を行わず、結局状態悪化までギリギリになって急いで区分変更をかける。連携も必要であるが、きちんとした知識のうえで、利用者をフォローし早め早めに対応が必要と感じる。また、病院では緊急で救急車で搬送したくても、受付のところで救急車は困ると言われる。しかたなく吐血していても、自分の車で運び、見て貰った時には、その医師から「なんでこんな状態で救急車で来ないんだ」と怒られる。病院内での事務の人の病識の薄さから、きちんとドクターに伝わっていないことも多く、どこをどのように改善すると一番いいのか？問題が大きすぎてわからない。でも、一番困るのは、在宅ではケアマネジャーの知識

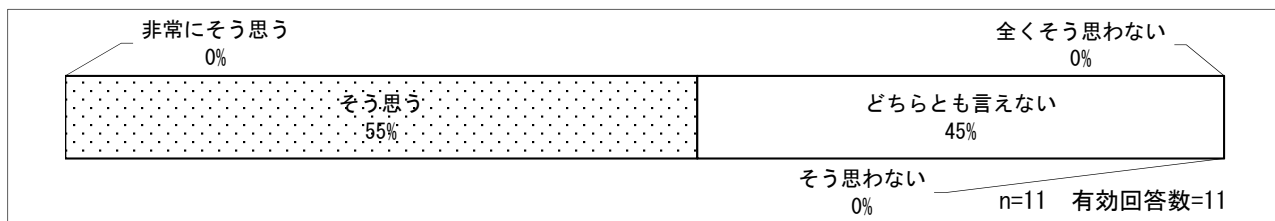
の低さが利用者の命を左右してしまうことである。

- 当施設では、看護師が在中しているので、急変時、どこの病院、科に受診すれば良いかわからないことはないが、グループホーム（看護師がいない施設）の職員から急変した時に、どうすれば良いのかわからない時に、対応に困るような様子であった。医療、病気の知識のない人間が判断するのは難しく、受診した病院に「なんで来たの？」と言われたようで、病院側もう少し施設側の気持ちをくみ取り、対応してくれれば良いのにと思ったことがある。
- 症状がそれほど重くない時でも、かかりつけ医から、二次救急受診を指示された場合、たいてい二次救急病院側で受入をスムーズに行っていないことが多い。患者側としては、かかりつけ医の指示なので、救急要請をしますが、かかりつけ医から二次救急病院へ直接受入要請をしてもらえれば、もう少しスムーズになるのではと思う。
- 在宅での看取りを希望されていても、最終的に病院でとなる場合があり、連携の難しさを感じている。職種間での方向性の捉え方が食い違う場合があり、ニーズがかなえられないことがあるので、互いの職種を尊重しつつ、意見していける関係作りを心掛けていきたいと考えている。

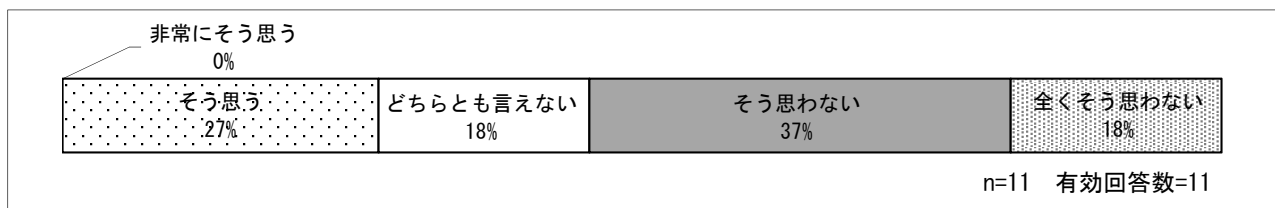
IV 訪問リハビリテーション 事業所

設問1：退院支援・調整について

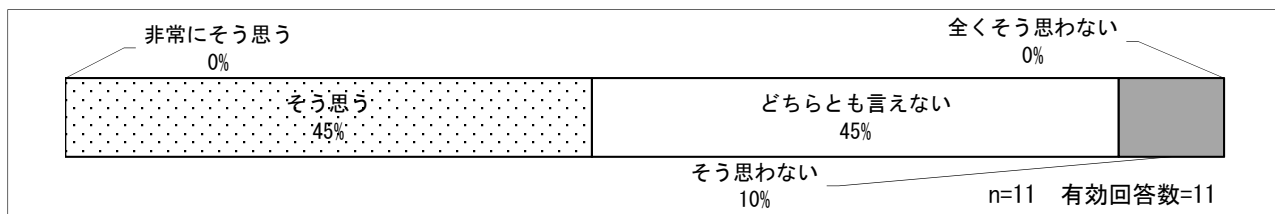
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



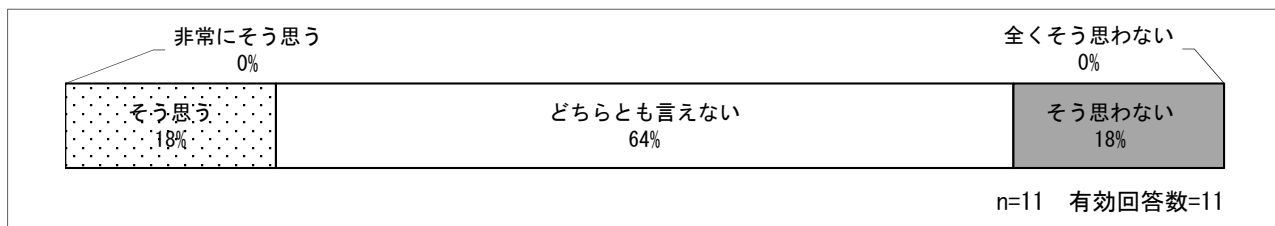
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

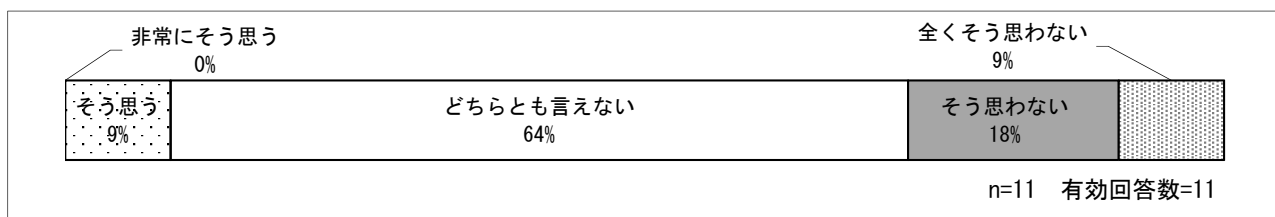


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

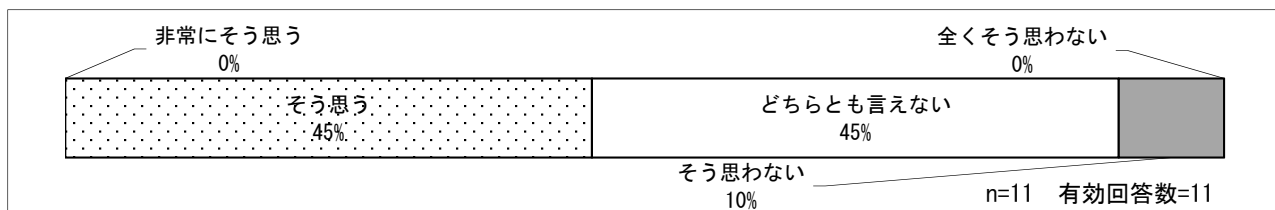


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約55%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約27%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約45%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約18%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



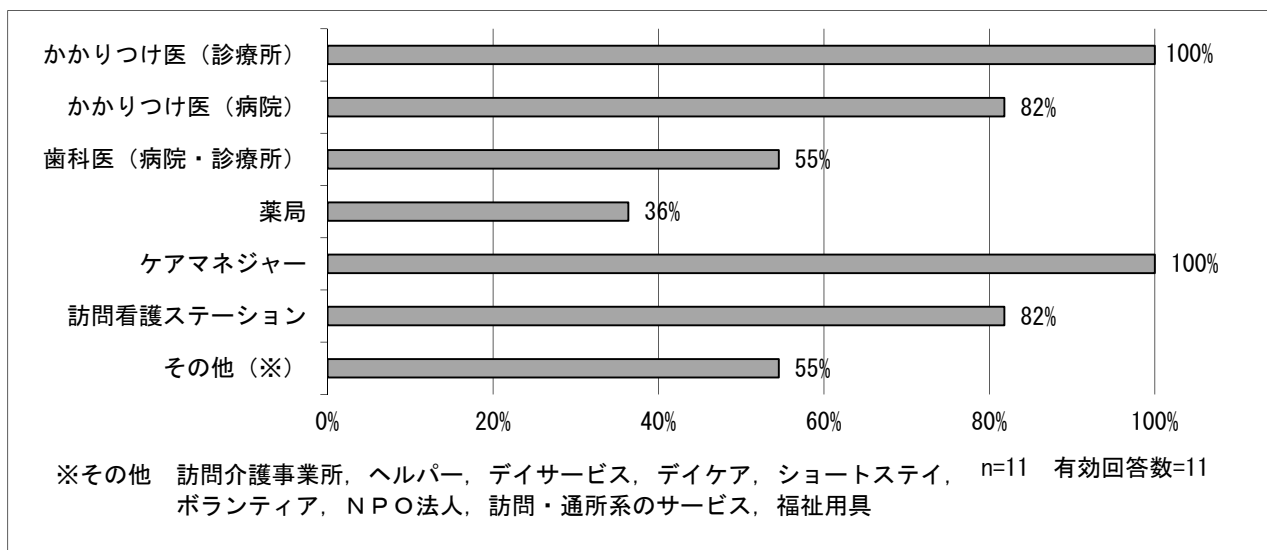
(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



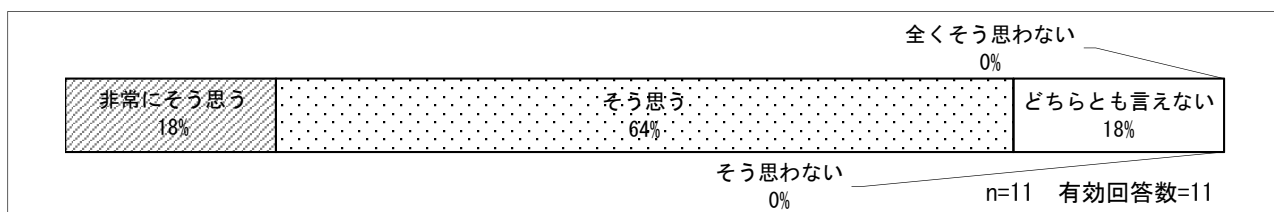
設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 9 %
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 4 5 %

設問2：日常の療養支援について

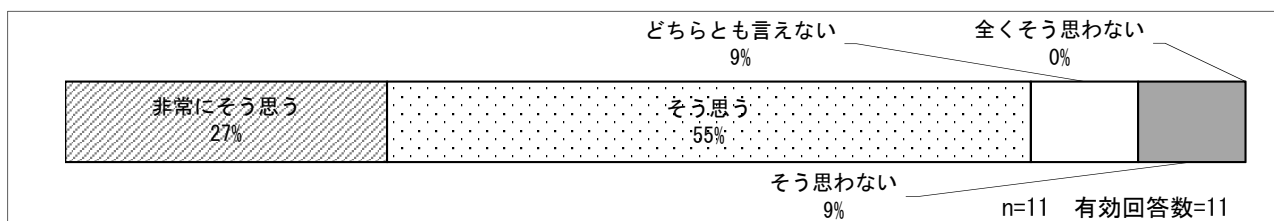
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 医師からの指示書は遅延なく提出されている。



(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

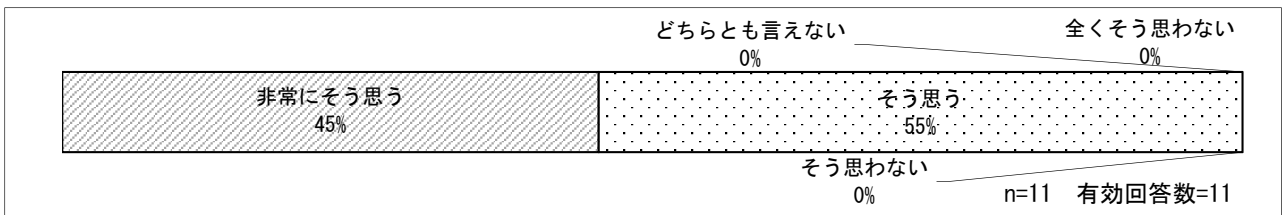


- 設問2 (1) 診療所, 病院のかかりつけ医, ケアマネジャー, 訪問看護ステーションとの連携強化を8割以上が希望している。
- 設問2 (2) 医師からの指示書は遅延なく提出されていると答えた事業所は約82%
- 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約82%

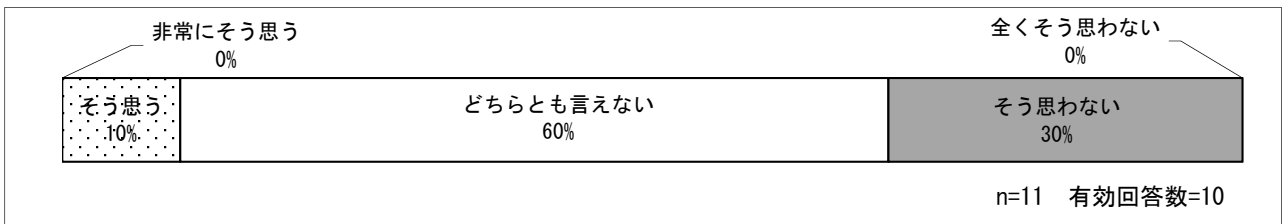
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良くと思う。



(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



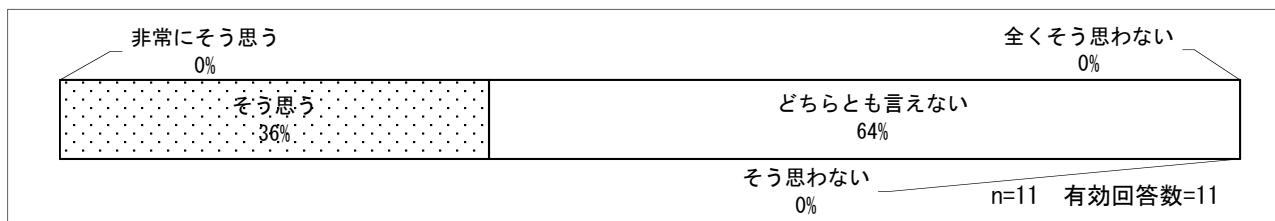
設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は 0%

設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は 100%

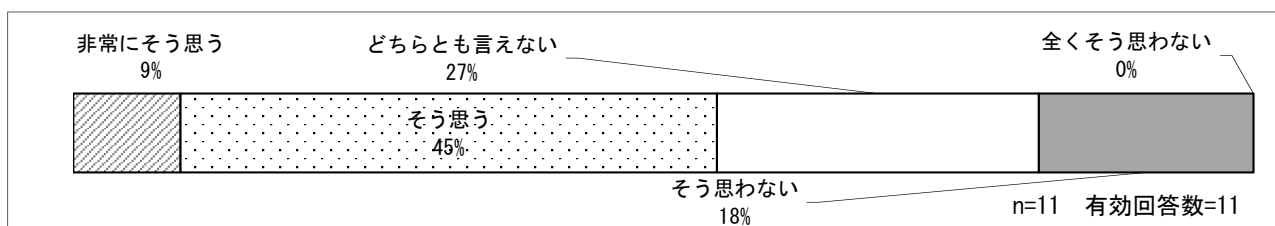
設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 10%

設問3：急変時の対応について

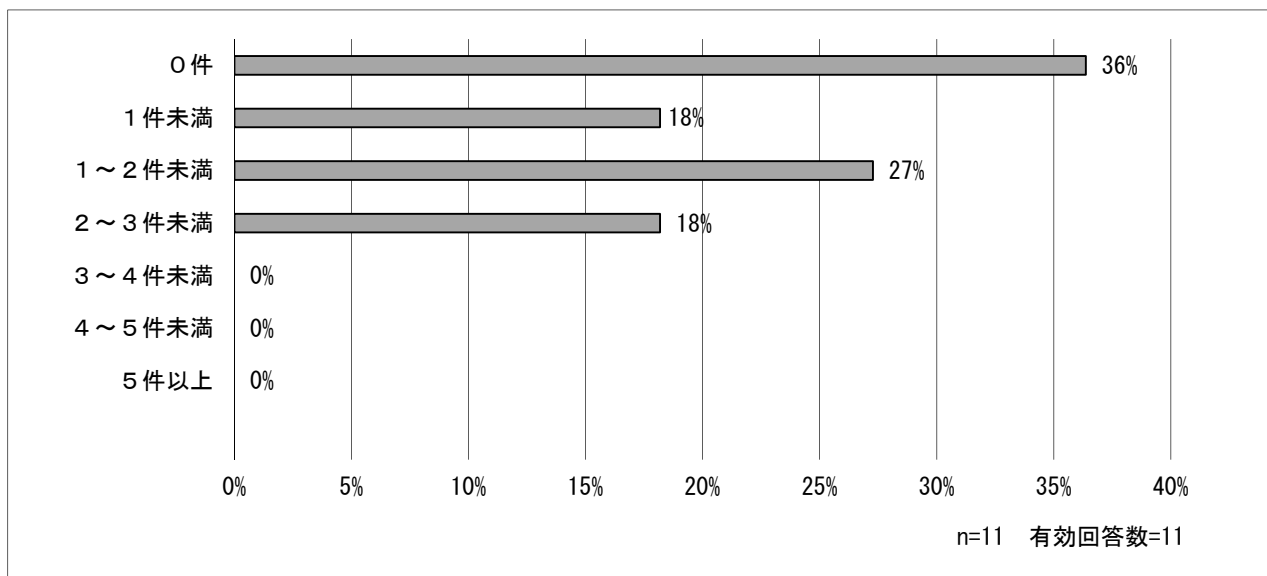
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

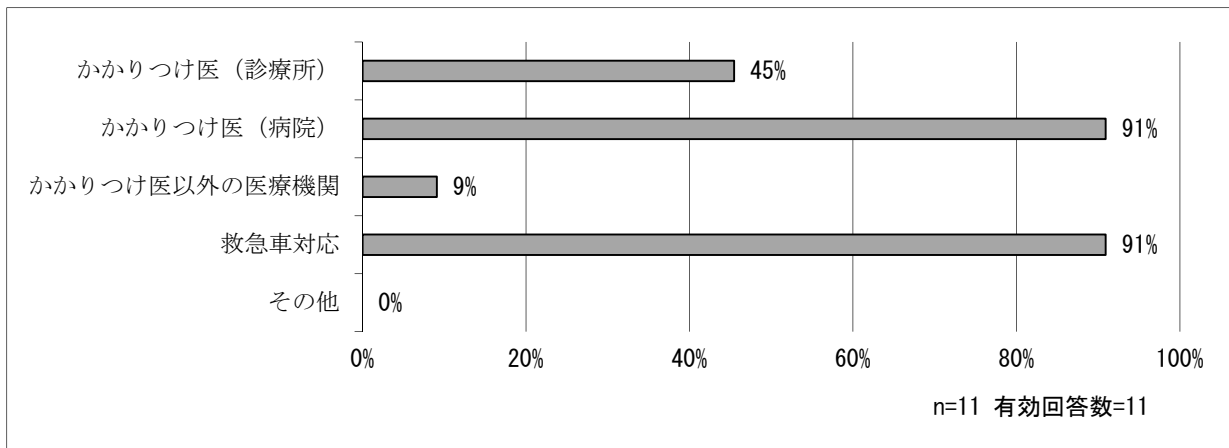


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

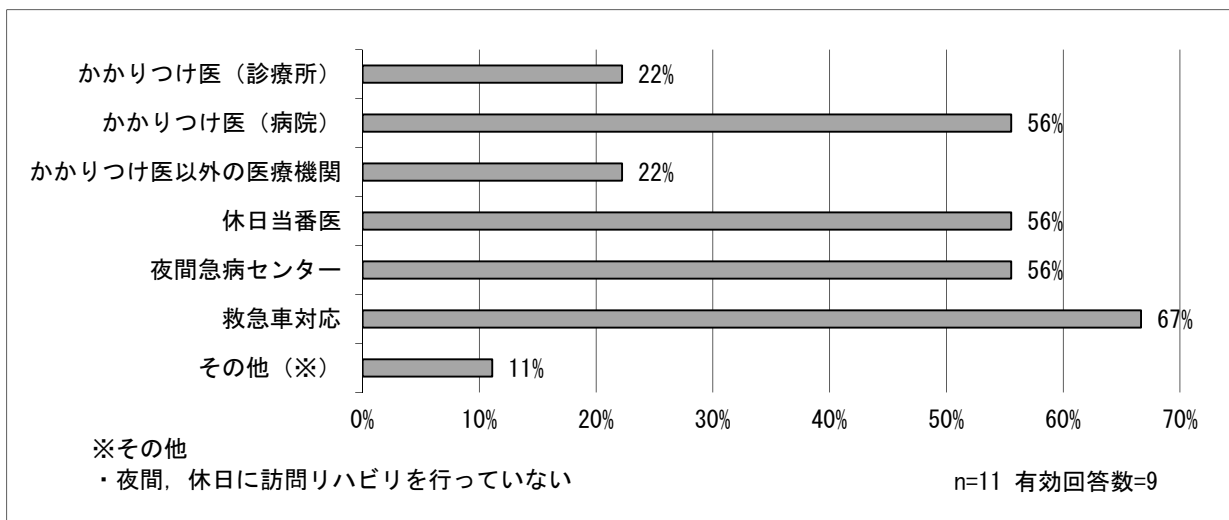


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約36%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約54%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均1件 (7.6/11)

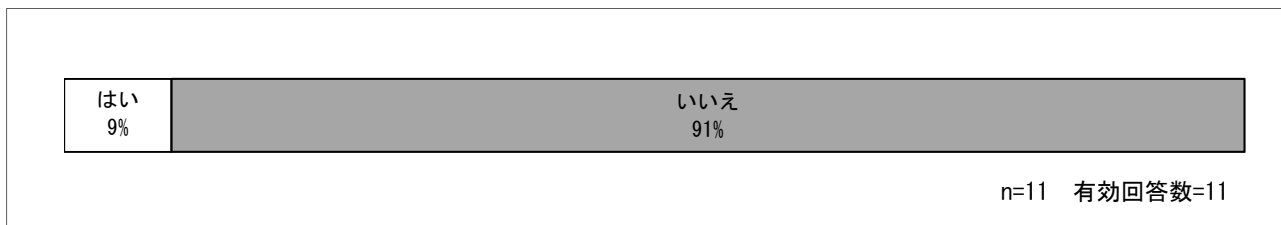
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことはありますか。



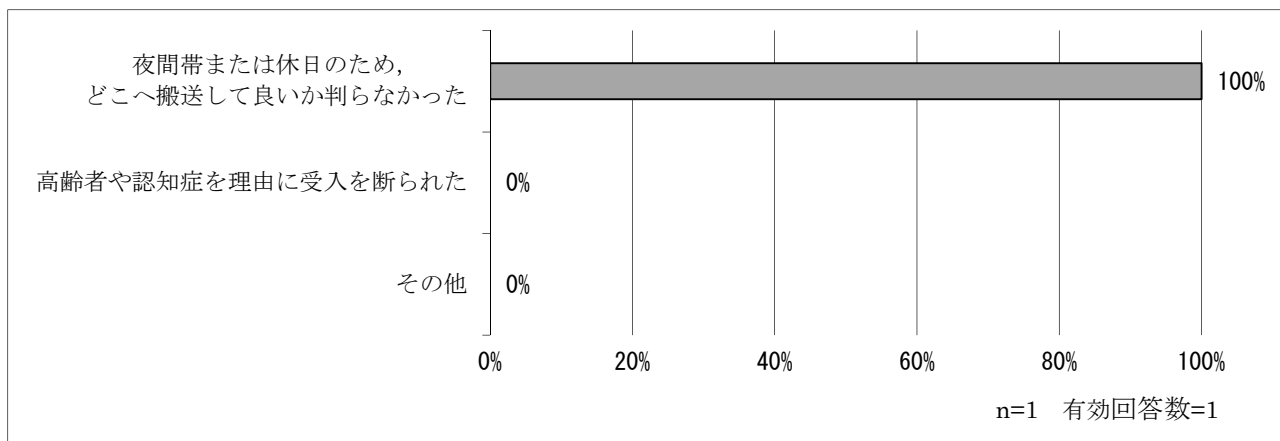
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約91%が、かかりつけ医(病院)の受診と救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約67%が救急車対応をとっている。

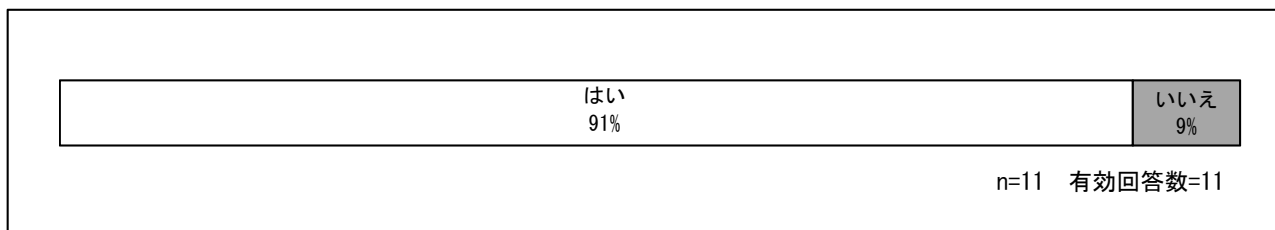
設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約9%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。

具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



(8) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

記載事業所無し

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

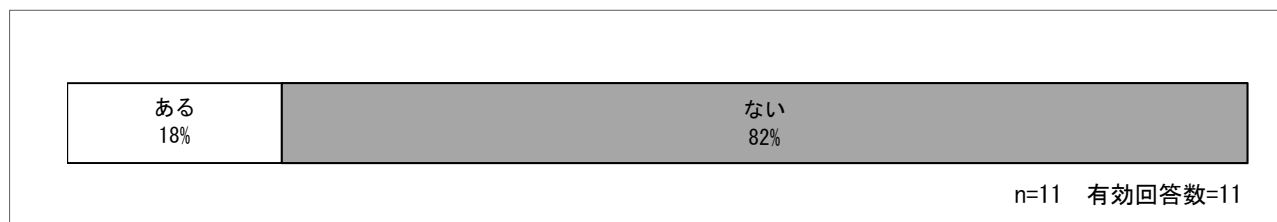
記載事業所無し

設問3(6) 夜間帯または休日で搬送先が判らず苦慮した事業所は100%

設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約91%

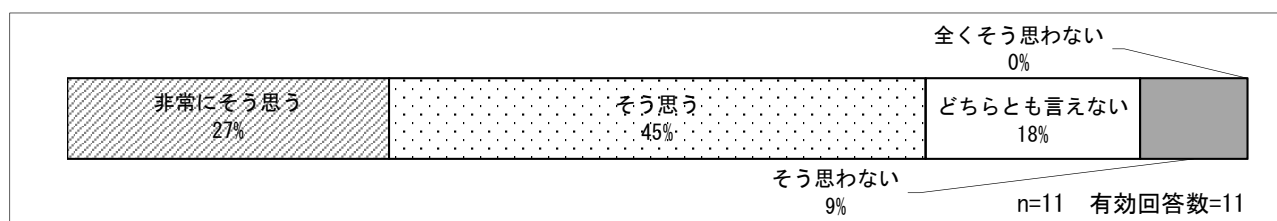
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

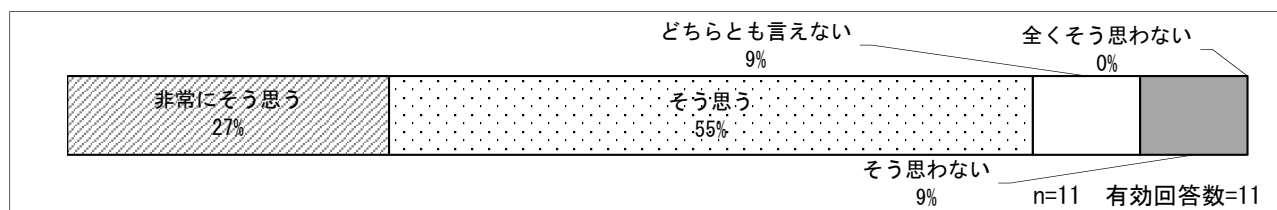


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

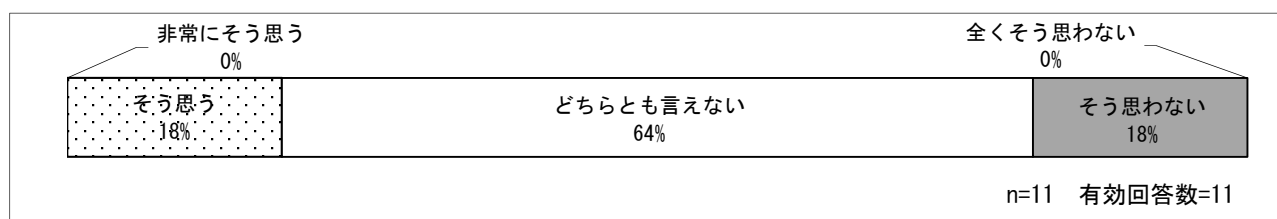
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約18%
- 設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約72%
- 設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約82%
- 設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約18%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 医療機関、在宅介護サービスそれぞれ個々の利用者様の経時的な変化や状況がわからず、その都度利用者様、あるいはその家族が説明を必要としている。私たちはその負担を減らし、かつスムーズな展開ができなければならないと思う。

お薬手帳のようにそれぞれが共通に記録できるツールがあれば、便利ではないか？

- ・ ケアマネージャーの資格を持った人が増えている分、質の低下を感じますので、質の向上が必要と思われる。
- ・ それぞれの事業所の対応方法となっていることが多いと思う。基本マニュアルなどがあると良いと思う。そのためにも多職種との研修会などを行い、情報交換などして顔の見える関係を作ること大切だと思う。事業所のレベルを上げて、地域が良い環境へとなることが望ましいと思う。
- ・ 設問1に対して、病院によって退院前から担当者会議を開催していただけるところ、そうでないところがあり、後者の場合は入院時の状況を担当者に直接伺うことができず、情報の伝達が円滑でないと思う。

解決策として、退院時には必ず担当者会議を開催するか、または入院中の経過などを紹介文書として作成することが必要だと思う。

- ・ 訪問リハビリにおいて、看取りの時期にどのようなリハビリを行うことが正解なのか。またリハビリ自体可能なのかということを考える。痛みに対してもストレッチ・マッサージや関節可動域訓練を行っても軽減できる痛みではないと思われる。せめて、関節の拘縮ができないようにとは思うが。
- ・ ご家族の介護負担、利用サービスの選択・優先順位の選択、ドクターとの連携とセラピストの介入・対応・アプローチ、ご家族との距離感とドクター・ナースからの説明。
- ・ 退院前に訪問リハの導入が決まる事は、ほぼない。そのため、退院前カンファレンスに呼ばれることがない。

入院した際は、リハビリの有無によって添書を書くようにしているが、入院すると一切情報が入らないためその辺りで苦慮する。

書式に関しては、様々なものが出ているが結局統一されていない。脳血管パスは良いかどうかは別として、医療機関全体で動く事で浸透した経緯はあるかと思う。手段は見習うべきかと思う。

先生方はいつも書類を素早く書いていただき、頭が下がる。(まれに)遅い先生はそれを見越して早めの依頼・医療相談室に催促をお願いして対応ができています。

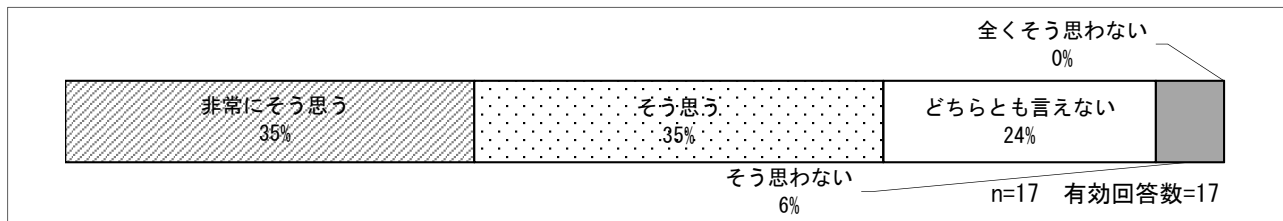
リハにおいて、医療のリハイメージをもって介護でのリハを求められても困る事が多い。これは全職種に共通するが、「機能訓練＝リハ」となっている。(そうさせた私達が一番悪い)生活能力(→出来る事を増やす)を高めるためのリハビリにするため、啓蒙活動を医療と介護側で行っていく必要がある。

- ・ 設問1のカンファレンスへの参加について、現場に出ているためにセラピストの時間調整が難しい。

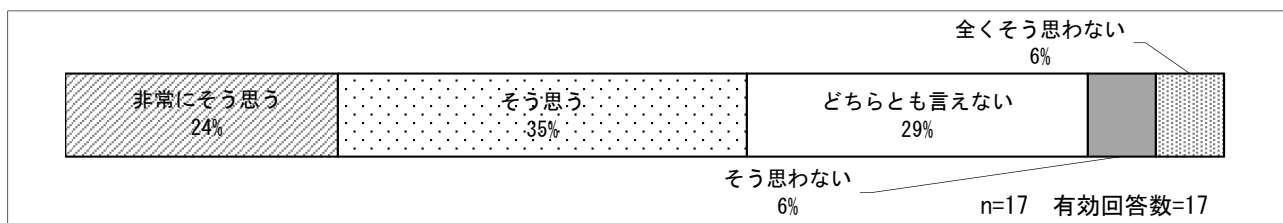
V 介護老人福祉施設,
地域密着型介護老人福祉施設
入所者生活介護

設問1：退院支援・調整について

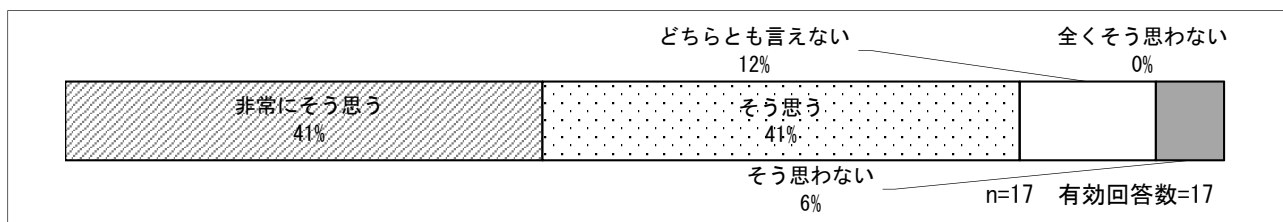
(1) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(2) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。



(3) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

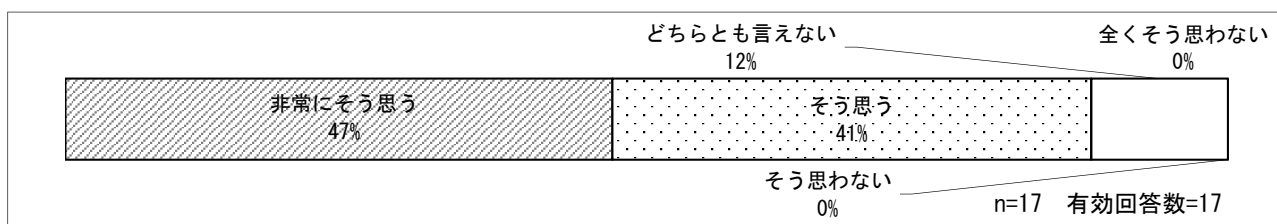


設問1 (1) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約70%

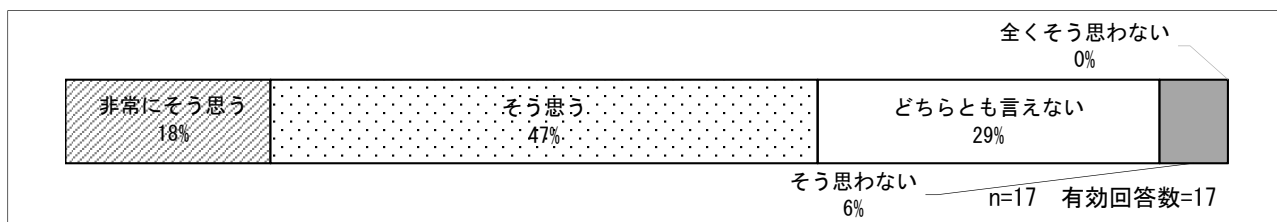
設問1 (2) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約59%

設問1 (3) 病院の主治医、連携担当者と連携できていると回答した事業所は約82%

(4) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



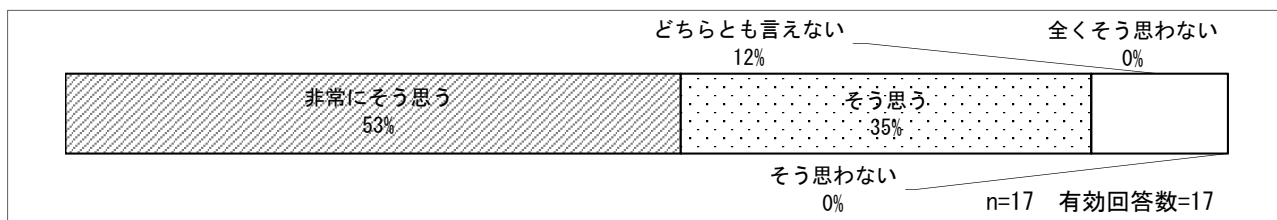
(5) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



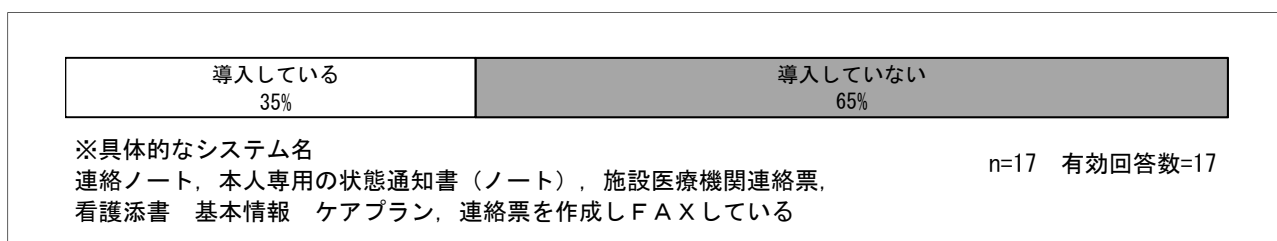
設問 1 (4) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 88%
設問 1 (5) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 65%

設問2：日常の療養支援について

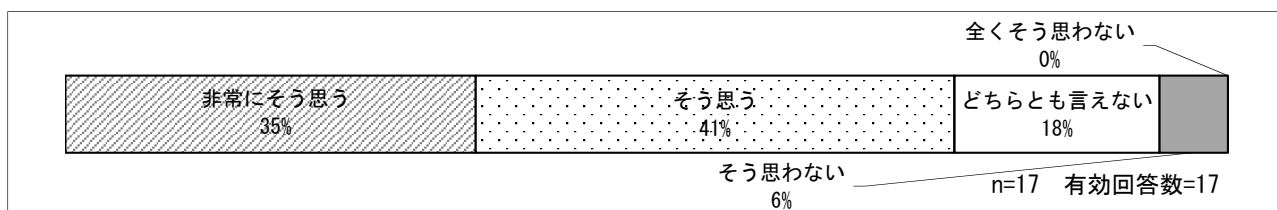
- (1) 協力医療機関との連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式（連絡票など）を作成運用すべきである。



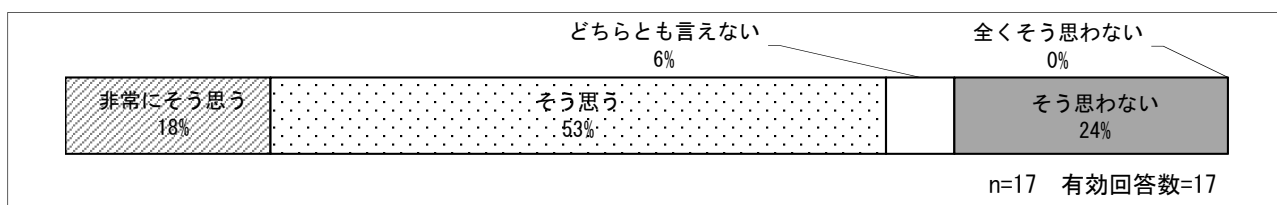
- (2) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



- (3) 協力医療機関との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



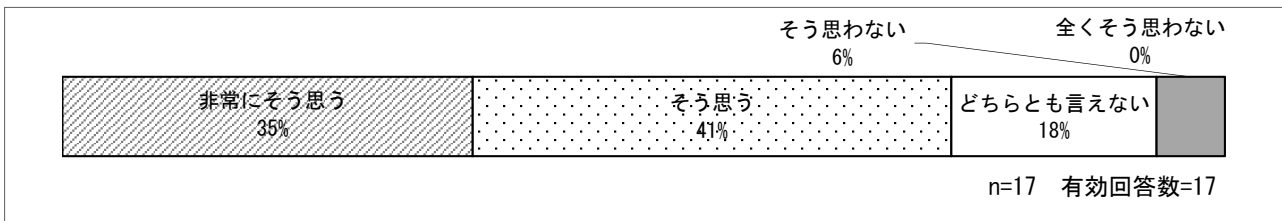
- (4) 協力医療機関との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



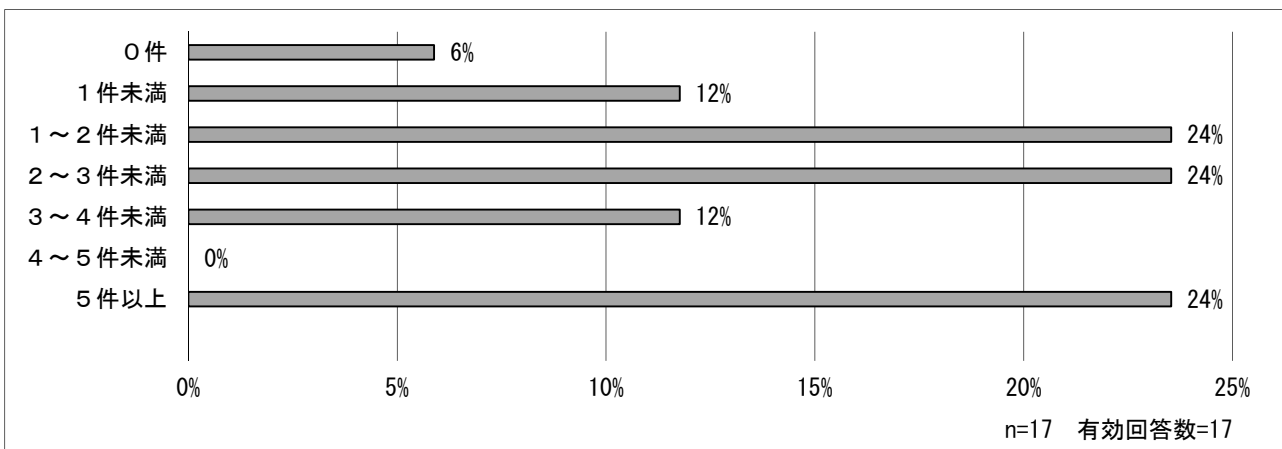
- 設問2 (1) 協力医療機関との連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約88%
- 設問2 (2) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約35%
- 設問2 (3) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約76%
- 設問2 (4) 協力医療機関との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約71%

設問3：急変時の対応について

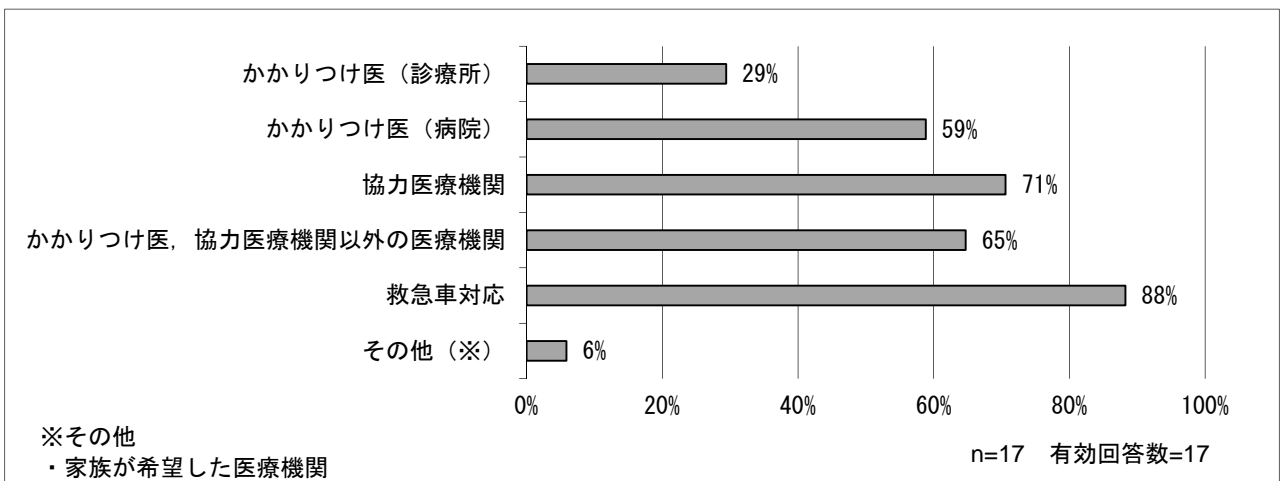
(1) 急変時の対応について、特養勤務医師や協力医療機関と情報共有・連携ができています。



(2) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。



(3) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)

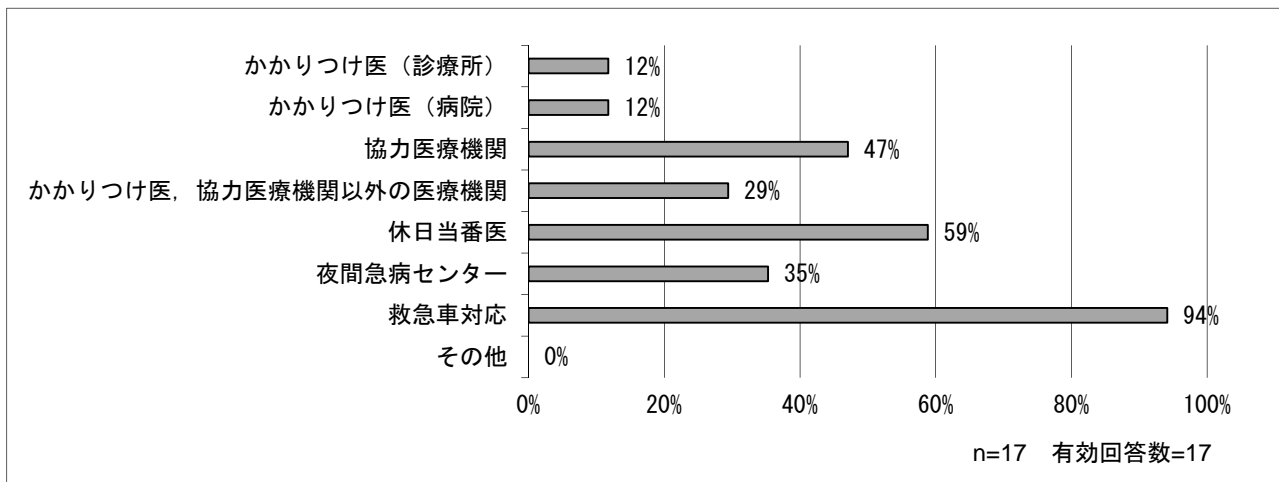


設問3 (1) 急変時に特養勤務医師や協力医療機関と連携ができていると感じている事業所は約76%

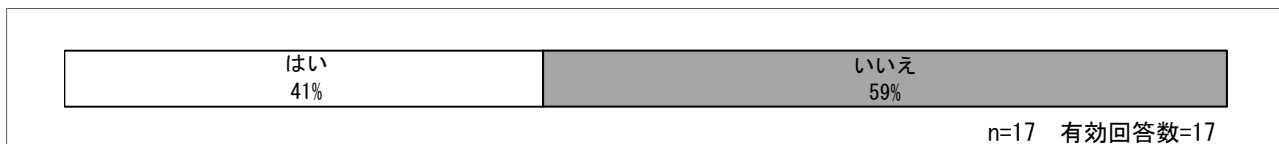
設問3 (2) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (47/17)

設問3 (3) ア 日中の容態急変時に約88%が救急車対応をとっている。

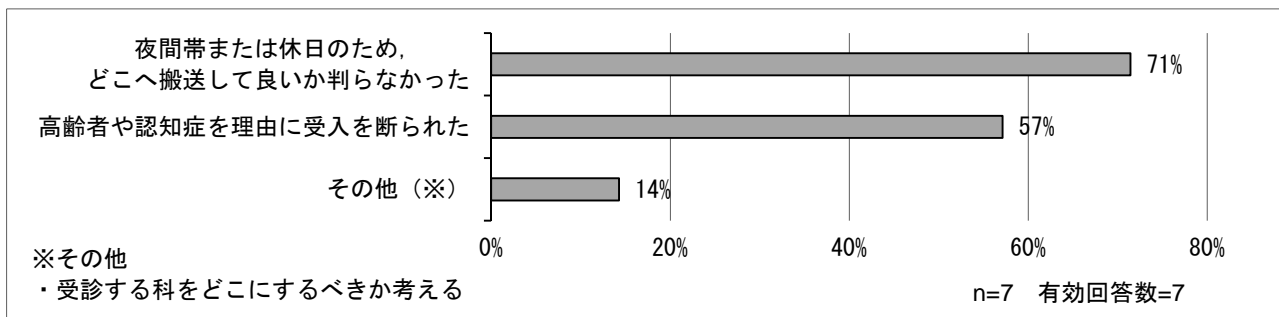
(3) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



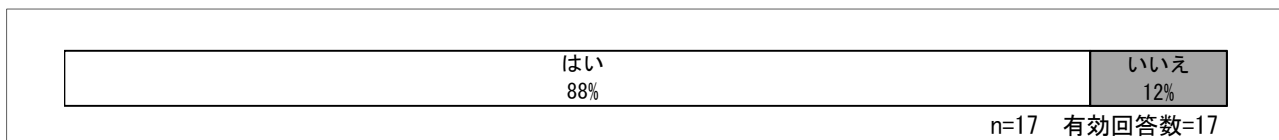
(4) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



(5) 上記(4)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(6) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



- 設問3 (3) イ 夜間・休日の容態急変時に約94%が救急車対応をとっている。
 設問3 (4) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約41%
 設問3 (5) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約71%
 設問3 (6) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約88%

(7) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

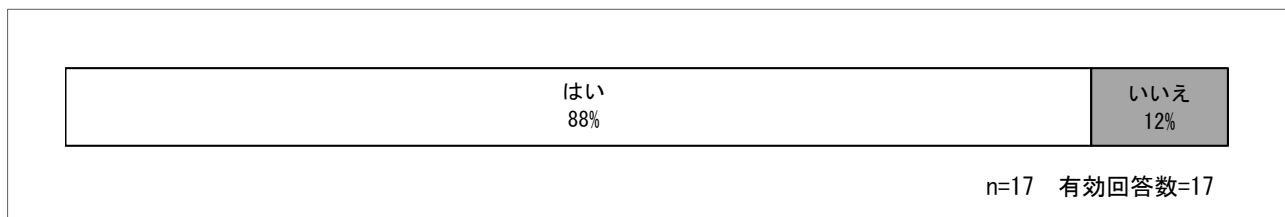
- ・ 「看護師がいるのにこの程度で救急要請をされたら困る」というような言動があり、看護師が救急車を要請する事に躊躇してしまう時が見られる。結果的に様態安定しただけであって、万が一の事態を想定し、連絡の遅れで致命になった場合などを考えると、看護師にかかる精神的負担が大きい状況が見られる。
- ・ 救急搬送後の待ち時間が長く、入院なのか、帰園しても良いのかの回答を受けるまでの時間が2～3時間、それ以上になる事もある。次から次へと救急車で患者さんが運ばれている状況は理解するが、入居者の方の状態を思えば何か良い案はないのかと思う。
- ・ かかりつけ医に連絡しても断られる。
- ・ 嘱託医より当該日の2次救急がどこか知りたいと依頼を頂くものの、当施設では教えていただくことができず答えられない。嘱託医と救急医療機関の医師が直接やり取りするためにも施設にも情報提供はしてもらいたい。

(8) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 整形外科2件、脳神経外科2件、循環器科、形成外科、皮膚科

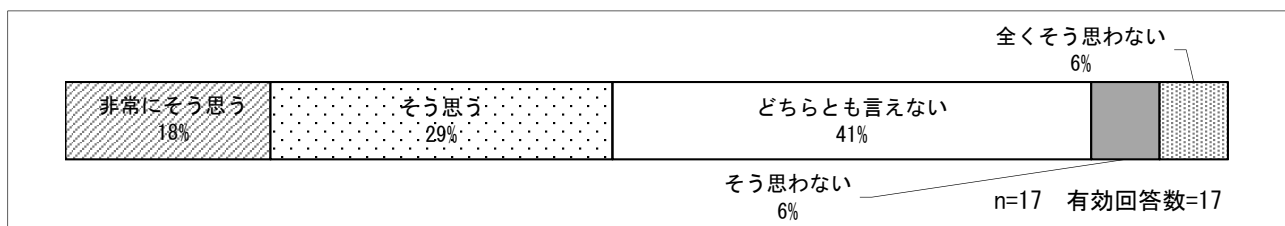
設問4：看取りについて

(1) 看取りに関わった経験がある。

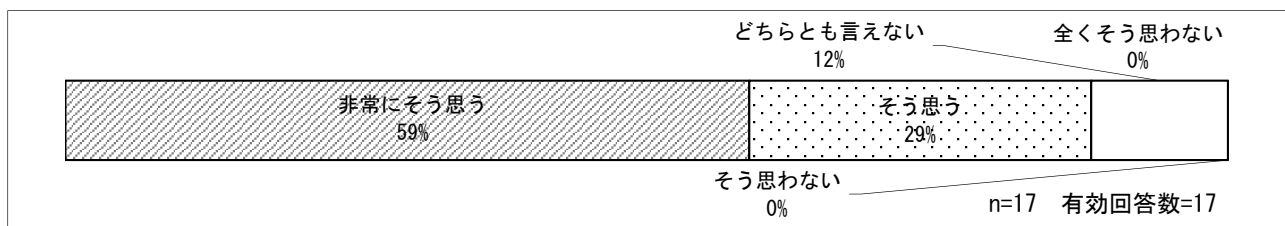


(2) 看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

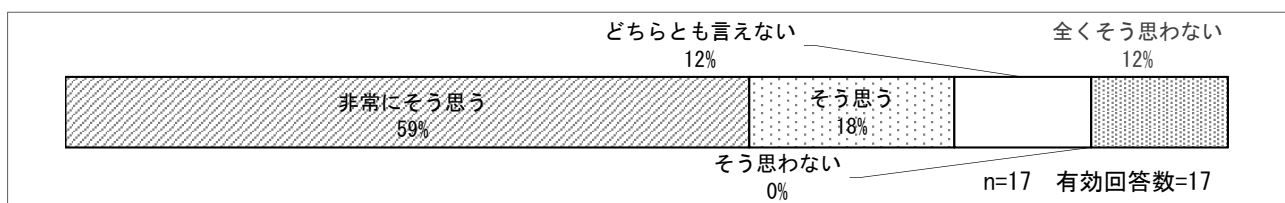
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 看取りに関わった経験がある事業所は約88%
- 設問4 (2) 看取りは負担が大きいと感じている事業所は約47%
- 設問4 (3) 今後、看取るケースが増えていくと感じている事業所は約88%
- 設問4 (4) 看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約77%

設問5：設問1～4までに関し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 医師が常駐していない介護施設では、急変時の医療不安がある。総合病院などは個別で夜間休日に電話相談できる窓口があると良いと思う。
- ・ ご家族は、大切な人に少しでも長生きをしてもらうために最善を尽くしたいという思いから、治療という選択肢を諦めたくないという気持ちがある。その一方で、看取られる入居者自身が、人生の最期をどこでどのように迎えたいかという希望を、必ずしも明確には持ち合わせていない状況もある。

生活の場である特養は、どこまでの治療や処置が可能となり、どのような看取りの形があるのかを明確に示していくことは今後も大切な事だと思う。ご本人やご家族が看取りに対する考え方や希望が多様化した時、施設においても入居者のニーズに対応した看取りを実施していけるよう日々研鑽していかなければならないと思う。

- ・ ①協力機関と施設との連携がうまく行われていない。②病状説明時、医師からの説明が不十分なため、施設利用者（患者）のご家族がきちんと病状等を理解できないままである。後日、施設側に病状の説明を求める事も多い。（その場合、施設から病院へ病状等を伺い、施設より家族へ説明している。）協力医療機関と施設の情報共有システムが必要。
- ・ 退院時のカンファレンスは病院によって、Dr.が出席し説明し質問しやすい病院もあれば、カンファレンスが形だけのものになり情報が曖昧で不信感を持つところがあった。病院側の体制によるものなのかもしれないが、連携・協力と言うものとは程遠く感じられた。入居者の生活の継続（安心・安全・自立した生きがいをもった生活）が出来る情報提供という意識が必要と思われる。
- ・ 当施設の短い経験からだが、特養の入居者については、医療との連携（日常診療、入退院、救急搬送）はおかげさまで順調と感じている。

以下2つの問題を挙げる。

- (1) ショートステイで、医療との連携に歯がゆい感想を持つことがある。

【解決策】 ケアマネジャーとの連携、看看連携の促進、介護職員の力量向上

【補足】 体験パターン①医療につながらない状態で重篤化していたケースの受け入れ、②病院では治療終了とされたが、不安定な状態で退院となり自宅には戻れず利用したケース、において介護・看護職員の心身の負担が大きかった。

パターン①は、本人の受診拒否や認知症による判断力低下も背景にあり、ショートステイはADLの回復に注力しながら、支援体制づくりをケアマネと連携する。②は退院段階での本人や家族の意思決定の支援が十分だったのか疑問を感じるが多かった。

- (2) 施設内看取りをするための人材の育成が追いついていない。全市集合研修では解決できないと思う（職員受講自体が無理な現状）。

【解決策】 ①自施設：事業所内職種の徹底教育、施設内連携を磨く

②研修等を行うとしたら、「病院で死ねない」「でも施設も体制が不十分」「在宅（自宅・自宅でない在宅）も不安」ということを明示した上で、住民と、医療（病院・診療所）、介護（介護保険事業所、職能団体）、行政とで継続的に問題解決に取り組む場をもつのはどうか。住民（高齢者だけでなく、次世代、若年世代も）もパートナーにしないと、住民の期待値の高まりの一方で、介護現場は疲弊していく。

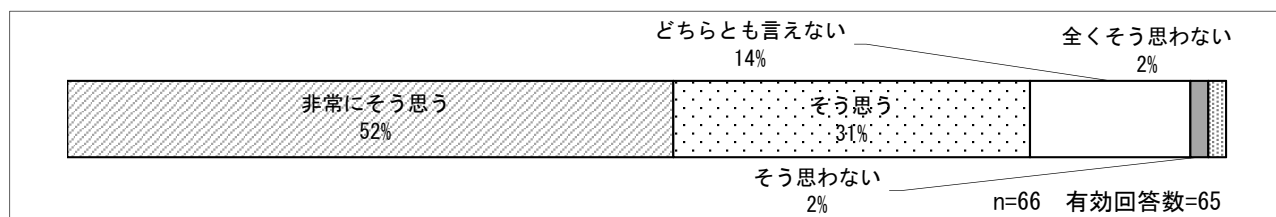
連携促進は全市一斉規模では無理と思う。旧四町村は地域性を生かした密な連携が行われていると聞く。

せつかくの日常生活圏域設定を生かして，市内に10の「地域包括ケアシステム・ワーキンググループ」を置くなどすると，介護従事者も出やすい。また地域包括ケアシステムの概念だと，その介護従事者たちがその圏域の住民に関わる確率が高いから，介護従事者は適度なプレッシャーを意欲に変え，よき協働関係を目指せると思う。グループでは事例分析を通じて，学びを深めるなどのあり方が考えられる。医科・歯科と行政は，所在立地を問わず機能で10の分担チームとして圏域に貼りつくか巡回するなどして，総合する役割を担っていただけではないか。

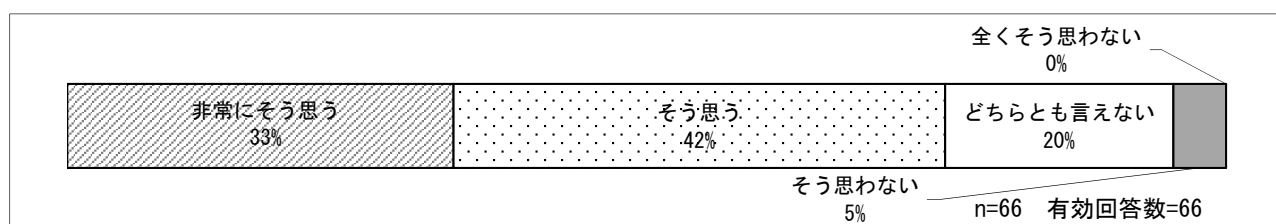
VI 認知症対応型共同生活介護
(グループホーム),
特定施設入居者生活介護,
地域密着型特定施設入居者生活介護

設問1：退院支援・調整について

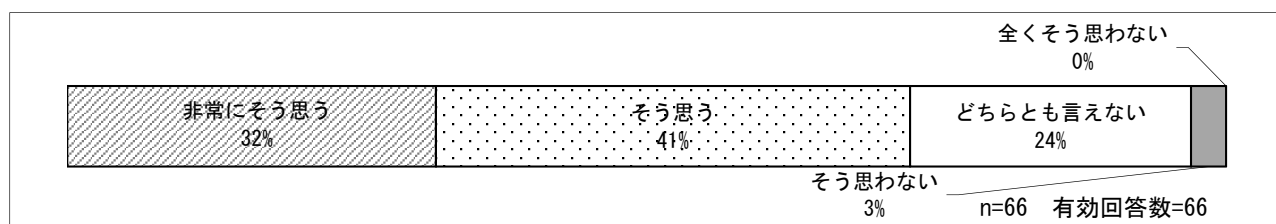
(1) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(2) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。



(3) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

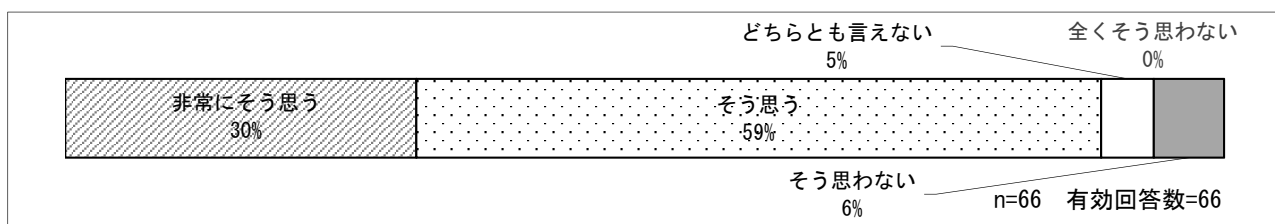


設問1 (1) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約83%

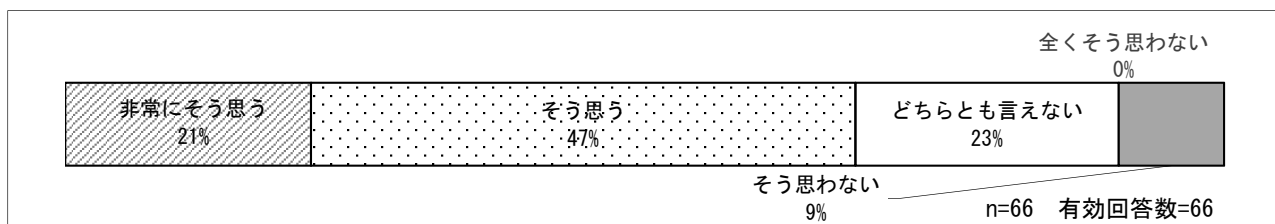
設問1 (2) 利用者・家族が病状について十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約75%

設問1 (3) 病院の主治医、連携担当者と連携できていると回答した事業所は約73%

(4) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



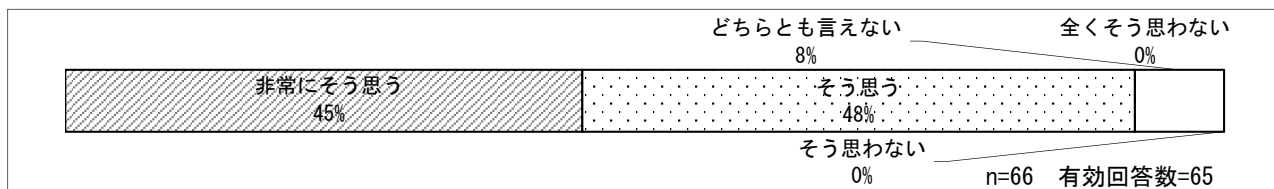
(5) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



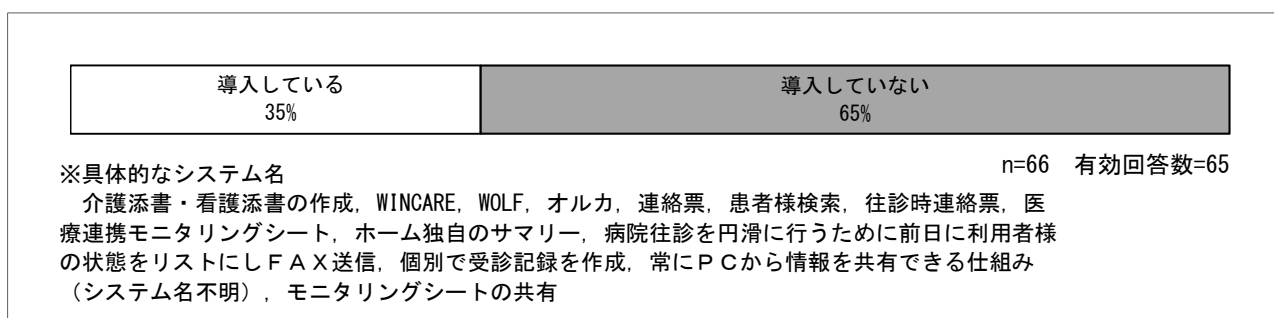
設問 1 (4) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 89%
設問 1 (5) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 68%

設問2：日常の療養支援について

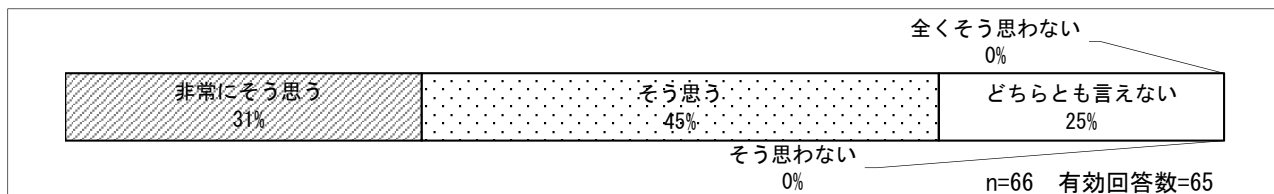
- (1) 協力医療機関との連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式（連絡票など）を作成し、運用すべきである。



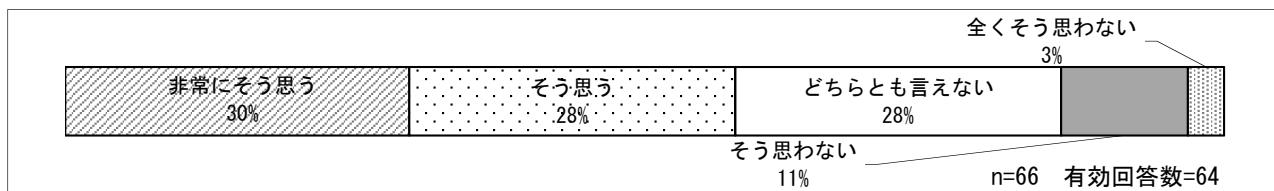
- (2) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



- (3) 協力医療機関との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良くと思う。



- (4) 協力医療機関との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができている。



設問2(1) 協力医療機関との連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約93%

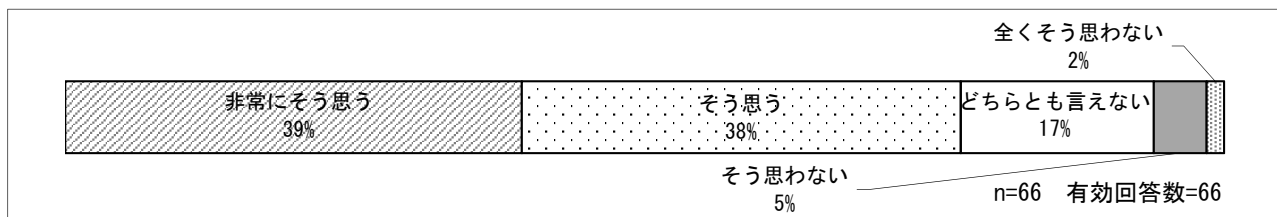
設問2(2) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約35%

設問2(3) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約76%

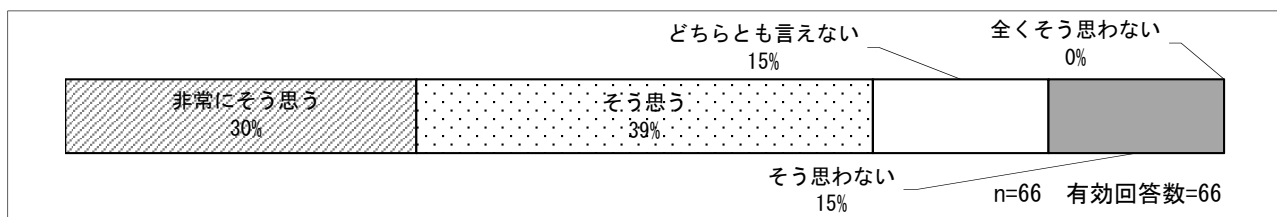
設問2(4) 協力医療機関との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約58%

設問3：急変時の対応について

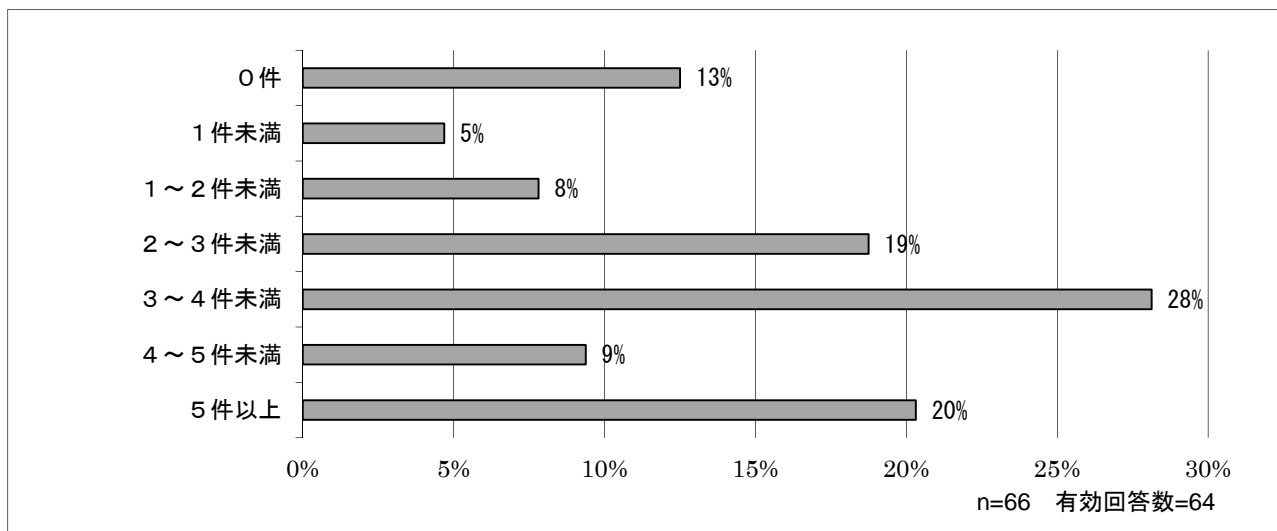
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医や協力医療機関と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。



(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

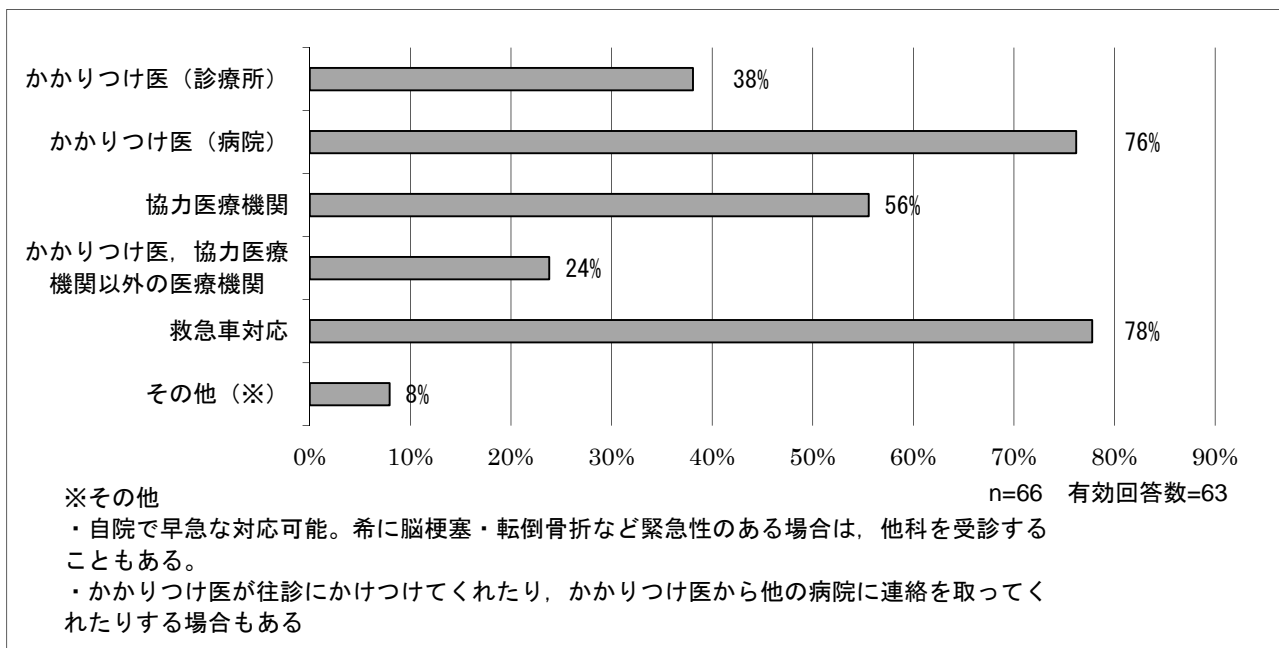


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医や協力医療機関と連携ができていていると感じている事業所は約77%

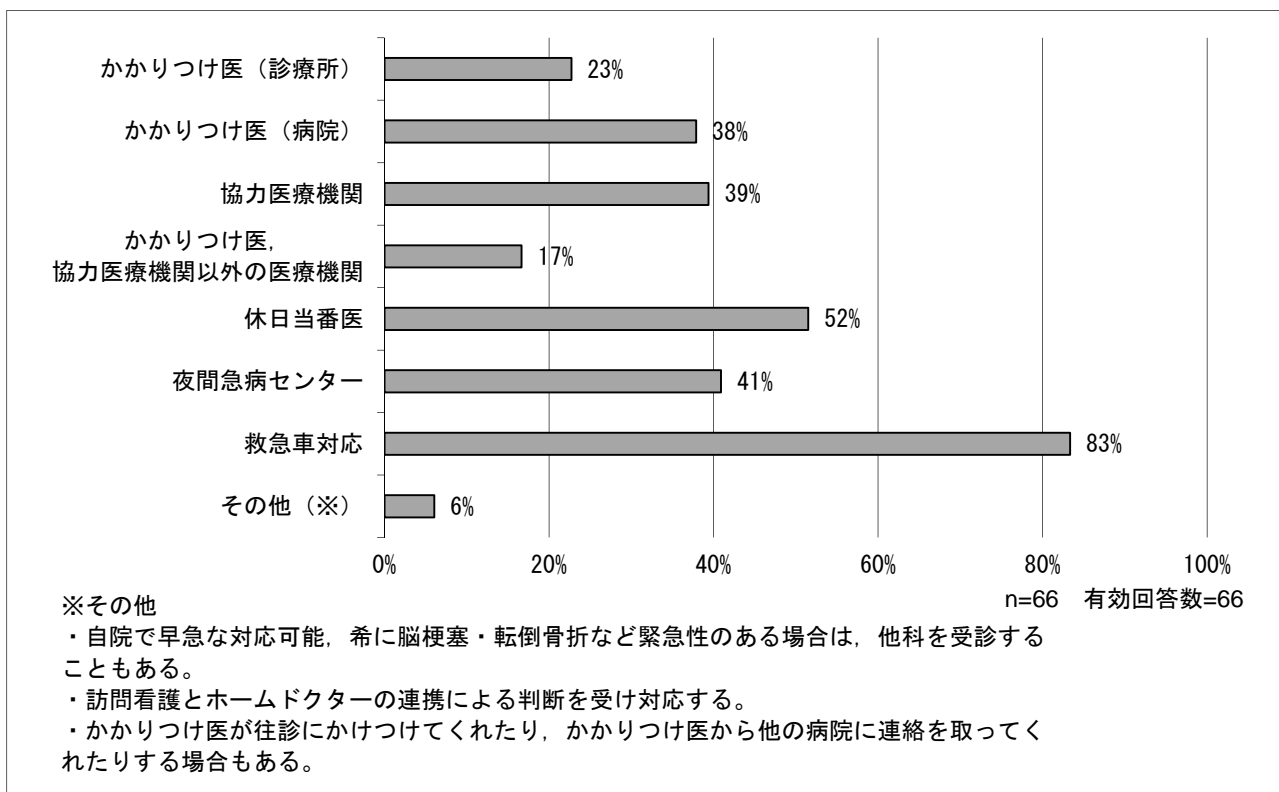
設問3 (2) 休日や夜間の医療機関が不足していると感じている事業所は約69%

設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均2件 (150/64)

(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



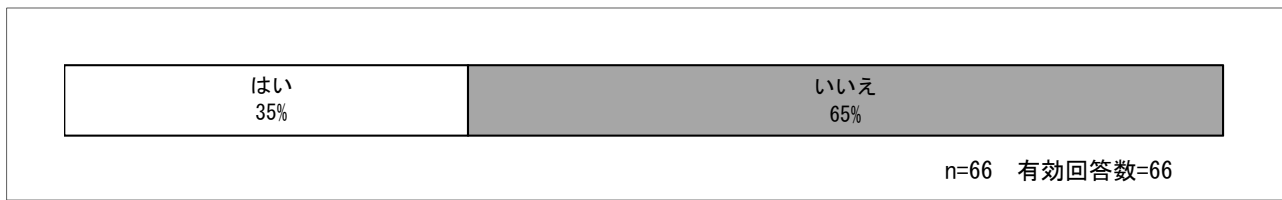
(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



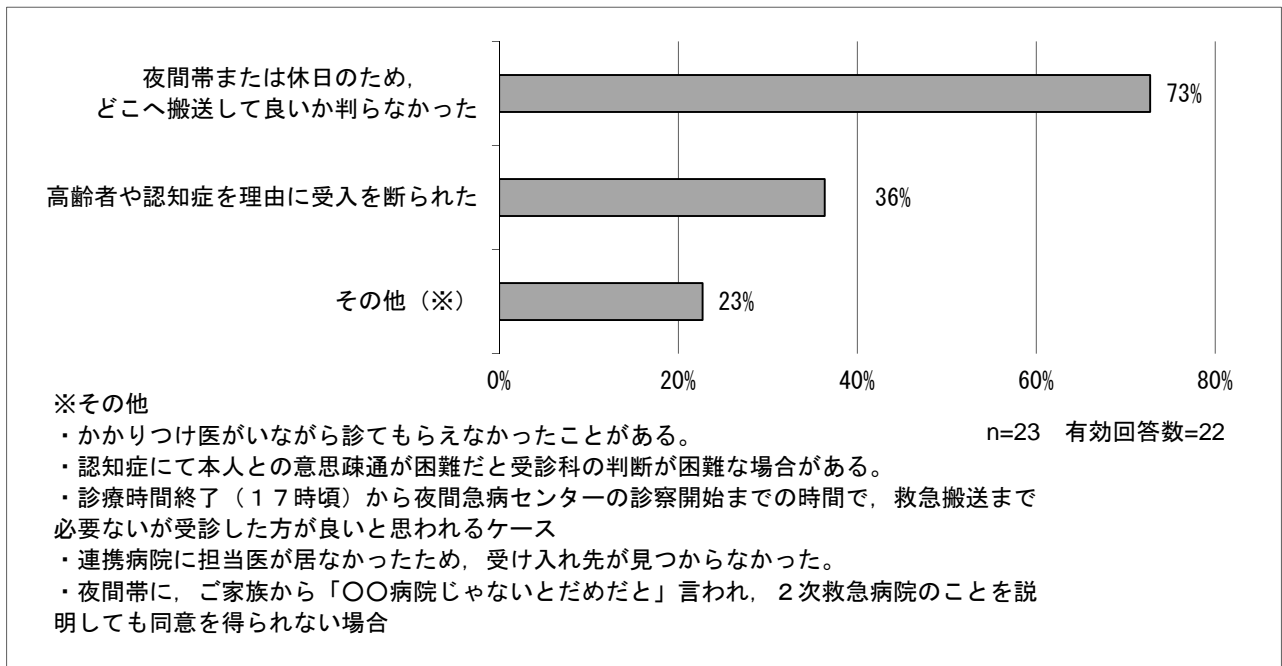
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約7割以上が、かかりつけ医(病院)での受診、または救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約83%が救急車対応をとっている。

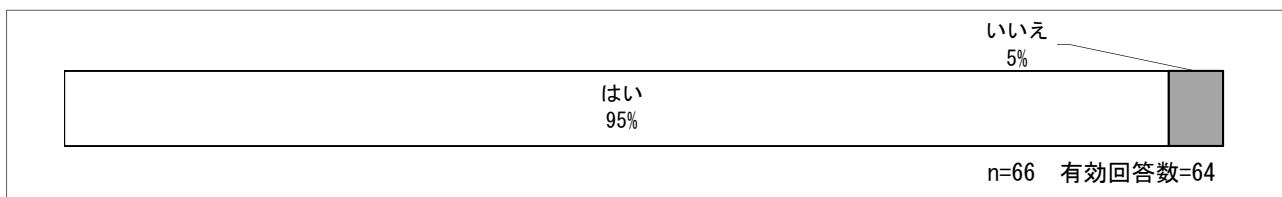
(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約35%
設問3(6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約73%
設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約95%

(8) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

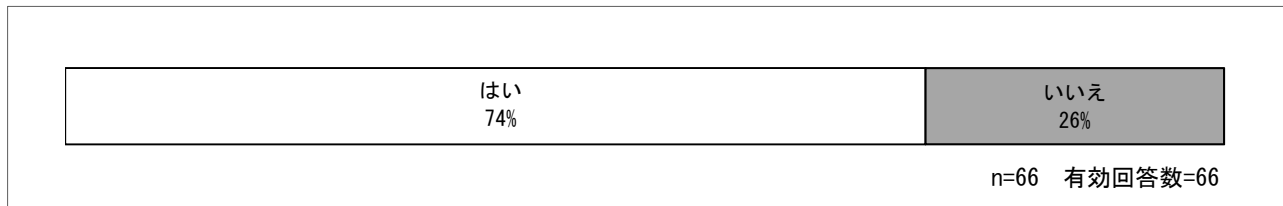
- ・ 認知症の方で周辺症状のある方は、受入を拒否されることが多々ある。
- ・ 受診時の様態が病院としては、さほど心配ではないという考えで帰されてしまうケースがある。一旦施設に戻ると再度様態が悪くなるケースがあるので、その面も考慮し診察して欲しい。
- ・ 認知症疾患センターの救急医療体制の受け入れが限界となっているため、受診が必要な状態の時に速やかに受診が出来ない現状があるのではないか。
- ・ かかりつけの病院に診察時間ギリギリに連絡すると時間外だと言われ断られた。
- ・ かかりつけ医や協力医療機関が休日や夜間の受け入れが出来ない場合が多い。救急搬送した場合、訪問看護ステーション・主治医と受入れ機関と直接連携を図って医療情報を共有することが出来ないか。
- ・ 認知症が理由で入院治療ができない、入院できても早期退院を余儀なくされることが多い。
- ・ 連携病院から違う病院にかかった方がいいと言われたこと。
- ・ 「脳梗塞の診断において、画像に現れてこない患者は2～3日であれ入院させられない」という鉄の掟があるため、症状が早期発見され日中のうちに専門病院に受診案内したが、追い返されてしまった。脳梗塞はその“疑い”によって入院措置の判断を取らなければ、早期発見は意味を成さない。患者を救うことができないばかりか、家族（仕事持ち）や施設職員（夜間1人体制）で、症状が現れる度に“疑い（確信に近い）”により救急搬送を繰り返さなければならない負担を考えていただきたい。
- ・ 容態が悪いが年末年始の為、どこの病院からも様子を見てと言われた。
- ・ 消防職員から「こんな状態で救急車呼ぶの？忙しいんだけど。」と言われた。
- ・ 夜間の救急搬送時、初めかかりつけ医（総合病院）へ救急隊が受け入れ要請をしたが断られ、その後、二次・三次病院ともに断られる。結局2度目に要請した二次病院に行くことになった。その間（40分以上）救急車内で状態が悪い中待つことになったケースがあった。
- ・ やはり休日の救急搬送時に救急車に乗ることもあったが、状況によって受け入れられないとの回答された病院が多く、結果的に搬送するまで30分以上かかったこともあった。
- ・ 夜中の救急対応で症状がやや治まっても、様子見で一泊入院可能な病院が少なく、帰ってくださいと言われる。施設に医療体制は無く病状によっては、介護員だけでは、夜間の心配が大きい。次の日まででも入院させてほしいと思う。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 脳神経外科 3件、整形外科 3件、内科 5件、外科、総合病院系、認知症専門診療、認知症で興奮状態になった方の受け皿

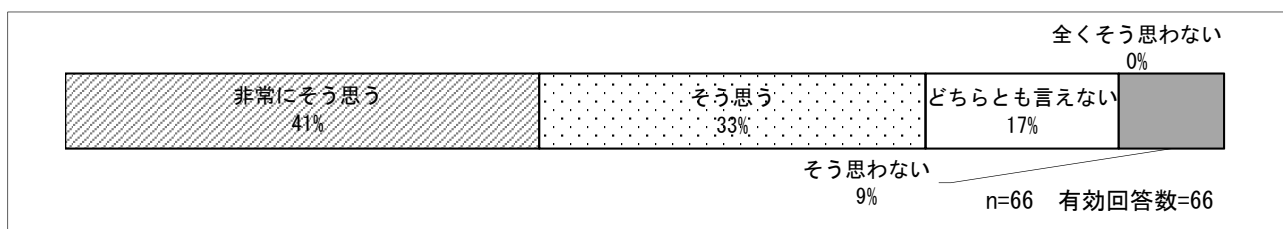
設問4：看取りについて

(1) 看取りに関わった経験がある。

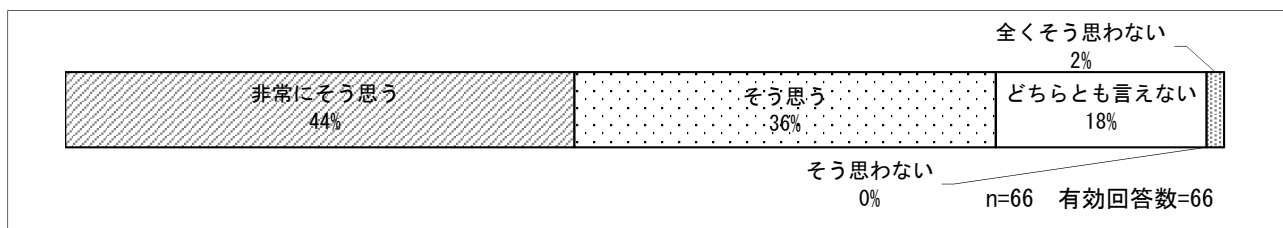


(2) 看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

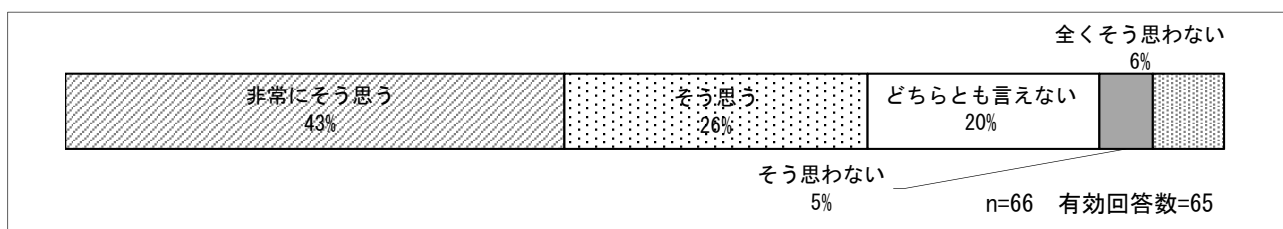
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 看取りに関わった経験がある事業所は約74%
- 設問4 (2) 看取りは負担が大きいと感じている事業所は約74%
- 設問4 (3) 今後、看取るケースが増えていくと感じている事業所は約80%
- 設問4 (4) 看取りをするために連携できる医師がいると思っている事業所は約69%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 認知症の方の受入体制の強化，認知症患者受入加算（案）などの創設。
- ・ 土日祝日，夜間時にご利用者様の体調が崩れ，身体状況の変化が見られた際には，かかりつけ医にも相談などできないことが多いため，急変症状，状況や既往歴などの報告で，当日の当番病院や受診先を照会できる電話相談室のようなところがあると助かる。
- ・ 福祉施設として，入居されている方の健康管理面が不安としてある部分なので，病院関係者と施設関係者のワーキング研修を実施する。
- ・ 介護スキルのアップ，知識習得が重要
- ・ その人がその人らしく生活することが大事であるが，例えば食事を経口摂取できなくなっても，その家族の意向で経管栄養・胃ろう造設等で寝たきり状態となり，生かされてる感が強いが，果たしてその人はそれを望んでいるのであろうか。それが医療費・介護費の増大を生み，高齢者が増える事と比例して日本経済も圧迫する事となっている。本来，経口摂取ができなくなった時がその人の寿命と考え，住み慣れた自宅で最期を迎える事が幸せでないかと思う。その為にも在宅医療・在宅介護の充実が必要と考える。
- ・ 協力病院がある事は安心だが，緊急を要する際の急変時の優先順位（救急車が先か？病院が先か？）の判断が難しい。また夜間の急変時，担当以外のDrだった際，利用者についての情報がどこまで伝わっているか，共有できているか不安である。
- ・ グループホームへの入院中や退院時の病状説明がない医療機関がある。ご家族へ病状説明をされて，グループホームがご家族より聞き取りをする場合があるが，適切な情報を得ることが出来ないことが非常に多い。ご家族も医療機関の説明を適切に理解できていない事や日常生活を送るために必要な情報を医療機関から聞き取ることが出来ないのが現状。

入院中に医療機関側が困ったことだけは連絡をするが，患者本人の日頃の状態確認が少ない中で判断をされてしまうため，著しくADL・IADLのレベルが低下してしまう事や，頻繁に面会にいかなければ入院中の状態を把握出来ないことも多い。

また，情報提供を十分に行っても，入院までの案内された先で同じ質問を繰り返し受け，医療機関内での情報提供がスムーズでないことがうかがえる。介護事業所によっては，医療機関がどんな情報を知りたいと思っているのかを存じていない場合もあると思うので，両機関が同時に参加出来るグループワーク研修等が開催されても良いのではないだろうか。また，介護事業所の医療面の知識不足も浮き彫りだと思うので，強化することで医療機関との意思疎通がしやすくなると思う。

- ・ 今後ホームや在宅で看取るケースが増えてくると思うが，利用者様や患者様が望む場所で看取れる環境を整備することが難しい。
- ・ 平日日中は，かかりつけ医に気軽に相談する事ができており，夜間祝日は医療連携Nsに相談している為，ホーム職員だけで判断して対応する事が少ないので，その点では負担が少ない。
ただ，平日の日中は変わりなかったのに，祝日になると体調不良になる方や，尿路感染の場合などは夜間に急な高熱が出る場合が多く，その際はかかりつけ医に診ていただくのが困難なため，当番医や夜間急病センターで受診している。
- ・ 医療連携している医療機関は，24時間いつでもちょっとしたことでも何でも相談に乗ってくれるので本当に助かっている。そういう地域医療に携わってくれている医療機関なしにグループホームでの健康管理，特に看取りは困難だと思う。
- ・ 症状により入院と説明された後で長時間待たされ，入院後は病棟でホームでの生活状況を時間をかけて聞かれるが，待っている間に必要事項の記入ができれば時間短縮できると思う。

- ・ 状態変化し救急搬送し入院が必要であるときも認知症状があるとすぐに施設へ戻され治療ができないことがあり、また高齢なため治療を行っていただけなかったケースもあった。そのため往診ができ看取りも行っていただける病院を探すのに苦労した。
- ・ 休日等の当番医について、バリアフリー対応ではない病院の場合、車椅子の入居者様に、とても負担をかけてしまう。また、転倒などのリスクも増えてしまうのではないかと思う。あまり普段は利用する事がないが、以前、休日当番医に受診した際、そう感じた。
- ・ 各施設、医療機関でフェースシート、基本情報等が存在するがその内容が様々である。お薬手帳のように自分史手帳のようなものを普及できないか。

看取りは主治医や医療の24時間365日の協力や連携がないと困難だと感じている。また、職員配置によって介護職員の心身の負担が大きく離職に繋がることもあり、看取りを行うことには消極的にならざるを得ない。

- ・ 病院は介護施設の役割や現状を理解していない部分が多い。入院期間が過ぎると退院ばかりを要求し、施設での生活において医療面からの指導等が不十分な場合が多い。(協力医療機関以外の)施設との協力体制の研修などあれば良いと思う。
- ・ 地域包括ケアシステムの方向性から見ても、今後、看取りを行わなければ適切な運営ができなくなってくると思われるが、看取り、看取りと思いや言葉だけが先行し、各事業所で看取りが掲げられていても、きちんとした医療との協力体制が整っていないところも多いのではないかと感じる。

医療処置が高く、急変する可能性が高い看取りは、医師や看護師の配置がある施設と比べ、一時的なものであっても介護職員による対応や判断が必要な状態が余儀なくされ、医療連携がきちんと確立されていないままでは、介護職員の不安、負担が大きく、利用者にとっても事業所にとってもリスクが大きいと思われる。

利用者の主治医がそれぞれ違う当ホームでは、実際に看取りの状態となった時、各主治医が24時間体制で協力してもらえるか?となると疑問が残る。グループホームの看取りは、普段から定期的に往診できるような医師などがしっかり配置されたうえで、日ごろの連携が図れていて、且つきちんとした看取り研修を行われていることで、初めて実現可能なものであると考える。

- ・ 医師が消極的であり、こちらの職員の話をおあまり理解できていない様子である。検査し薬を出すだけで、これといった指示を出してくれず、病院側のミスまでこちらに押し付けてよこす。(薬の処方について)ナースも認知症ということを理解していない接し方である。

看取りはスタッフの負担が大きく、医師やナースの協力も不可欠であるが、今の体制では無理だと思う。利益を考える前に本人にとって一番良い方法は何かを優先に考えるべきだ。

- ・ 医療連携を推進していくうえで、介護員の観察や気づきが重要だと思う。普段から救急時、急変時の対応の学習会をしていくこと、また医師や看護師が介護員の気づきの声を偏見なく聴くことが大切だと思う。
- ・ グループホームでは特に看護職員の配置基準はないが、看取り体制のために看護師を配置しているが、やはりなかなか人員は集まらない。他施設への移動も含め検討して必要があるが、ホームとしてはなるべく施設での看取り体制をこれからも整えていきたい。そのためにも医療との関わりは重要であると認識している。
- ・ 看取りを行うには、24時間体制の訪問看護ステーションの存在が不可欠。
- ・ 医療との連携はとれている方だと思うが、看取りへの協力体制等については課題もある。

- ・ 設問1：カンファレンスの開催や連携担当者からの情報提供は病院によって格差がある。特に退院前の情報提供をしっかり行ってもらえるとありがたい。

設問2：かかりつけ協力医療機関（総合病院循環器内科）に、血便や発熱があることを相談したら、診療科が違うので消化器内科に受診するよう言われたが、消化器内科は新患は受け付けていないと言われた。仕方なく他の病院を受診したが、循環器も関係あるかもしれないからと、結局かかりつけ総合病院の消化器内科に紹介状をもらい受診する事となった。何のための総合病院なのか。

設問4：今後、施設で看取りを行う事は重要になると思うが、往診へ来てくれる医師がもっと増えなければ現実的には難しいと思う。

- ・ 医療連携を組んでいる医療機関との連携がスムーズであるか否かで実現可能であると思う。職員の入れ替わりもあり勤務体制や職員の経験やスキルなど不安はある。医療機関スタッフ、施設スタッフ、家族のチームで看取るという姿勢が大切だと思う。
- ・ 医療側の介護や施設の理解が薄い。まだ介護施設において「暮らし」というものを理解されていない関係者もいるのではないか？また、施設側としては看取り介護を含めた介護の考え方が成熟していない。つまり職員の人材不足や離職率も相まってなかなか教育をしても浸透しない施設が多いのではないか？
- ・ 看取りに関して夜間医師が対応できないため救急車で運ぶしかない。

研修概要書

○函館市における医療・介護連携推進に向けた多職種研修会

名 称	第 1 回 函館市における医療・介護連携推進に向けた多職種研修会
目 的	医療・介護に携わる関係職種の相互理解と連携強化 (説明) 少子高齢化が進む中、市民（患者・家族）がどこでも平等に同じケアや支援（サービス）を受けることが可能な地域づくりが目標である。 その地域づくりは医療・介護連携実務者および市民も含めた関係者が担い、函館市全体でその取り組みを継続的、横断的に行えるような体制の構築が急務である。 このような状況の中、医療・介護連携実務者の役割は大きく、本研修会においては医療・介護連携実務者の相互理解と連携強化を目的とし実施するものである。
共 催	函館市（函館市医療・介護連携推進協議会） 一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会
日 程	平成 2 8 年 2 月 2 0 日（土） 1 4 : 0 0 ~ 1 6 : 4 5（予定） ※ 研修終了後、職種を超えた交流を目的とした懇親会を予定
会 場	ホテル函館ロイヤル (函館市大森町 1 6 - 9 電話 2 6 - 8 1 8 1)
司 会	一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会 業務執行理事 八重樫 優
テ ー マ	「より良い退院支援」
内 容	・「より良い退院支援」への取り組みにかかる話題提供 4 題 ※ 講師予定者（事例発表など） 道南訪問看護ステーション連絡協議会 保坂 明美 様 函館市地域包括支援センター連絡協議会 渡邊 裕子 様 函館市居宅介護支援事業所連絡協議会 越尾 賢 様 北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部 酒本 清一 様 ・グループワーク 2 題（最大 2 5 テーブル / 8 人掛け） ①「専門職としての退院支援について」…取り組む問題・課題とは… ②「具体的な研修内容について」…内容・方法・成果…
参加対象	市内の医療・介護関係者 (退院調整実務者：医療ソーシャルワーカー，訪問看護師，退院調整看護師，介護支援専門員など)
参加人数	約 2 0 0 名（見込）
参加費用	無料（懇親会参加費用は別途徴収 ※金額は概ね @ 3, 0 0 0 円程度）
実行委員	山村 哲（北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部） 酒本 清一（ ） 八重樫 優（ ） 小棚木 大輔（函館市保健福祉部） 京野 尚（ ） 金 葵（ ）
備 考	アンケート実施

H28.2.20 函館市における医療・介護連携推進に向けた多職種研修会 アンケート集計結果 分析

1-1. 開催日時（土曜日の午後）はいかがですか？ N=160

- ・良い 122 76%
- ・どちらともいえない 37 23%
- ・良くない 1 1%

1-2. 自由記述の意見等

- ・駐車場の十分な確保, 事前のアナウンス 7件
 - ・グループワークの時間が少ない 2件
- など

2-1. 研修会を受講し, ご自身の理解は深まりましたか？ N=156

- ・深まった 133 85%
- ・どちらともいえない 21 13%
- ・あまり深まらなかった 2 1%

2-2. 自由記述の意見等

- ・様々な話を聴くことができた。交流ができて良かった。 9件
- ・考え方の共通するところ・違いを確認できた 3件

3-1. 今後もこのような研修を続けて欲しいですか？ N=159

- ・続けて欲しい 148 93%
- ・どちらともいえない 11 7%
- ・続けなくてもよい 0 0%

3-2. 自由記述の意見等

- ・理解が深まった。今後も継続して欲しい 19件
- ・グループワークの時間を多くして欲しい 3件

4. 所属機関をお聞かせ下さい。 N=159

- | | | | | | |
|------------|----|-----|--------------|----|-----|
| ・病院 | 46 | 29% | ・地域包括支援センター | 32 | 20% |
| ・診療所 | 10 | 6% | ・介護施設 | 4 | 3% |
| ・調剤薬局 | 13 | 8% | ・訪問リハビリテーション | 3 | 2% |
| ・居宅介護支援事業所 | 38 | 24% | ・その他 | 13 | 8% |

5. 職種をお聞かせ下さい。N=159

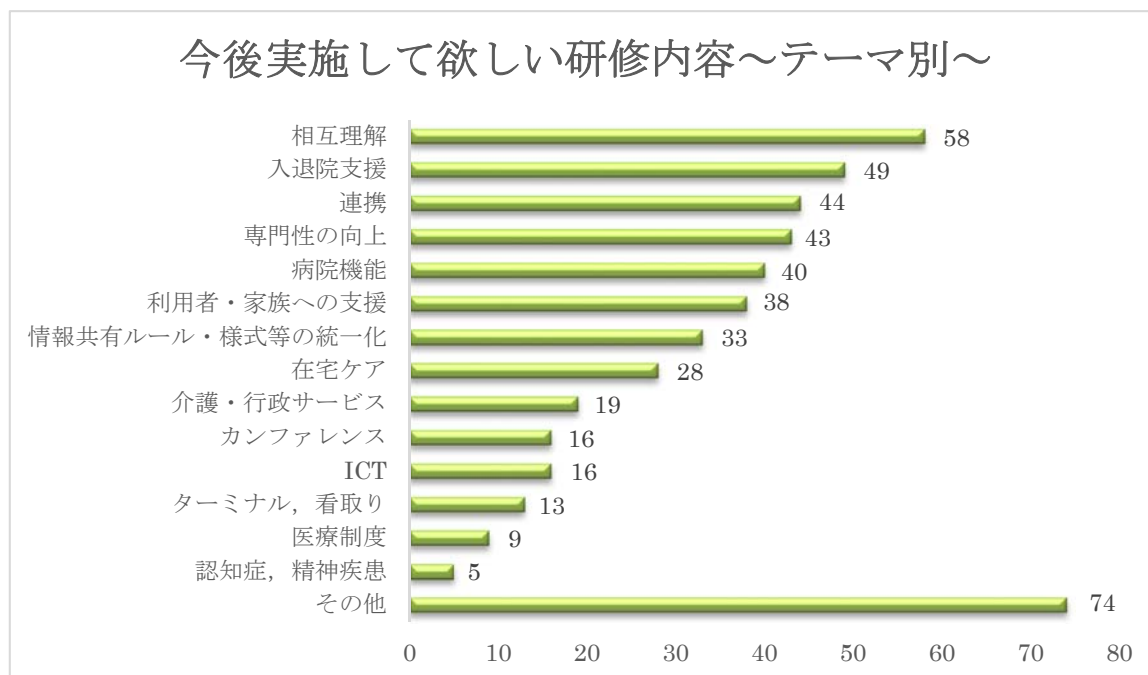
・医師	3	2%	・作業療法士	2	1%
・歯科医師	2	1%	・言語聴覚士	0	0%
・薬剤師	10	6%	・介護支援専門員	51	32%
・保健師	10	6%	・医療ソーシャルワーカー	26	16%
・看護師	18	11%	・その他	35	22%
・理学療法士	2	1%			

6. 講師，司会者への感想

- ・司会進行が良かった。 9件
- ・司会者のマイクアナウンスで話し合いが聞こえなかった。 8件

グループワーク②「具体的な研修内容について」

(意見総数 485件)



○おもな意見

区分	内容
相互理解	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの専門職団体が交流できる研修 職種内容を理解できる研修
入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援についての事例発表会・事例検討会 退院支援の仕組みを統一化している他都市の取り組みを学ぶ会
連携	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護連携が成功している他都市の事例・取り組みを学ぶ会
専門性の向上	<ul style="list-style-type: none"> 各職種で必要な専門用語の研修会
病院機能	<ul style="list-style-type: none"> 市内の病院機能, システムがわかる研修会
利用者・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族支援についての勉強会 利用者や家族の生の声を聞く会
情報共有ルール・様式等の統一化	<ul style="list-style-type: none"> 必要な情報は何か協議する会 連携できる共通のツール等を用いた研修
在宅ケア	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を行っている医師による講演会
介護・行政サービス	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険など各種制度について
カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスの実践・研修
ICT	<ul style="list-style-type: none"> ICTの利活用について (先進地の事例研究)
ターミナル, 看取り	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援者の力量差が大きい
医療制度	<ul style="list-style-type: none"> 病院の仕組みや医療制度の研修
認知症, 精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> 認知症, 精神疾患のある方への関わりについて
その他	<ul style="list-style-type: none"> 著名な講師による講演会 市民参加型の研修

グループワーク②『具体的な研修内容について』
 ※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
1	病院・病床機能についての説明会	病院のシステムが作りたい
1	在宅ケアについて急性期病院の看護師を対象とした研修会	
1	連携について	在宅医に参加してほしい
1	在宅介護・医療連携について～自宅での生活を支える視点で～	医師に参加してほしい
1	多職種でのカンファレンスの実践からお互いを理解、学ぶ会	
1	医療・介護連携でそれぞれの視点と役割を理解、確認できるような研修会	
1	病院側と在宅担当者の意見交換会	
1	退院支援の仕組みを統一化している他の地域の事例や取組を学ぶ会	
1	医療機関と介護の施設等の連携が上手くいっている全国での例などを学ぶ会	
1	ICTの利活用について	
2	院内研修の必要性	
2	院内でのシステムの理解	
2	専門職としてのスキルアップ	
2	他病院との連携(情報交換)	
2	アセスメント能力の向上	
2	支援ナースとしての位置づけ	
2	支援ナースの増員	
2	市内で看護師担当者研修会	
2	ネットワークの明確化	
2	ペットコントロールの柱として活動できること、権限を持つ	
2	病院の体制の明確化	急性期をどうするか
2	病棟の仕組みが分かる研修	
2	なぜ退院時要約が必要か？継続看護の必要性について	
2	医療関係者に対する介護サービス業務の研修	
2	医療機器の体験会	
2	医療制度の講習会	
2	介護制度の勉強会	
2	仕事体験会	
2	病院側との退院時カンファレンスの内容統一化	
2	地域医療連携 多職種とのつながり	
2	在宅におけるPT・OTと病院側におけるPT・OTの在宅に戻る時の視点の違いについて話し合い	
2	多職種が集まる研修を増やしていく	
2	ターミナルに関して END OF LIFE	どのような場所でどのような死を迎えたいか。その人の人生をどのように考えるか
2	本人・家族に分かりやすい用語の研修	
2	退院支援と調整の悪い例・良い例を出し合う	
3	医療機関の特徴・機能について	
3	今回のようなGWを医療(看護師)をもっと巻き込んで行う	
3	医師との連携をスムーズに行うためにはどのようにしたら良いか	
3	病院が退院に向けてどのように取り組んでいるか	
3	医療用語の勉強会	
3	函館市内で医療・介護が上手く連携して在宅生活を継続できている事例を知りたい	
3	多職種が参加したカンファレンスの実例を知りたい	
3	施設側、介護士、スタッフがケアのスキルを高められる研修	
3	医師、看護師に在宅側の動きを知ってもらえるような研修	
3	在宅での看取りの準備	
3	在宅医療・看取り	
3	統一した退院支援・調整の流れを作る	名称、書式等も同じ
3	成功事例、失敗事例についてのディスカッション	市民に聞いてもらうのも良い
3	専門職と一般市民の方々とのコラボ企画	専門職の考えをってもらう
3	市内の包括区域ごとに同じ内容の研修会を行う	全体会で報告する
4	医療情報マップを活用している事例報告	他都市のものなど
4	共有できる情報シートを作る	
4	WOC(ウオークナース)ってなあに？	
4	医療・福祉関係者による退院支援についての事例発表・検討会	
4	良く出てくる専門用語についての研修	
4	退院カンファレンスの必要性についての研修	
4	北見で行った病院師長レベルの人との包括・居宅代表の意見交換	
4	「誰が聞いても分かりやすい話し方」の研修	
4	病院の職種・連携室などのしよみの情報共有	
4	顔の見える連携の場をつくる	
4	サービス調整に余裕が持てるように退院する日も余裕を持って知らせてほしい	
4	医療・介護関係者の情報交換の場を増やす	顔の見える関係づくり
4	職種ごとの活動内容、連携を取るにはどうしたら良いか解決してくれる研修会	それぞれの職業がどのような仕事をしているのかわからない
4	メディカの活用	
4	情報共有するためのツールを紹介してほしい	
5	精神科病院の紹介、受診・入院の流れについて	
5	介護支援専門員に求めるMSW	医療との連携を深めるため具体的なテーマで
5	かしこい病院のかかり方	
5	介護制度の研修	医療関係者向け(医師、看護師、薬剤師)
5	退院支援における困難事例の紹介	
5	看護学生が考える「連携」の課題	看護実習で経験したこと等
5	医療と介護の連携における高齢者虐待について	
5	看取りの研修	在宅支援の心得
5	ケアマネさんが(相談しやすい医療職、相談しにくい医療職)講座	
5	かかりつけ薬局の上手な活用方法	
5	病院機能紹介、入院日数等	介護職向け

グループワーク②『具体的な研修内容について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
5	H30年度改正の介護保険に関する研修会	
5	紹介状の料金の違いはなぜ起こるのか？	
5	医療制度・介護制度の理解	
5	たくさん話す機会	
5	函館市内の野菜が安いお店講座	
5	函館市内の転倒しやすい交差点講座	
5	法律家を交えて退院支援モデル講座	
5	今回の研修のパート2	
5	主婦目線の生活講座	退院支援を通じて
5	函館弁講座	
5	一日仕事体験交流会(MSW⇄CMなど)	
5	ケース別カンファレンスの「良いモデル」講座	
5	「敷居の高さ」について検討する	
5	函館市としての地域包括ケアシステムの考え方	
5	専門用語を使わないスキルの獲得	
5	事例検討会	
5	希望型体験(実習)会	
6	IPE(多職種連携教育)	多職種の仕事内容、立場を理解するために自分とは違う職につき、モデル役の患者さんに対するカンファレンスを行う
6	医療機関のシステム、病棟等の研修	
6	在宅医療の事例等	函館市の医師
6	情報の共有がきちんとできるような研修	
6	情報の共有ができない ツールが欲しい	ICT、ナラティブブックなど
6	施設紹介の学習	特養、老人ホーム、サ高住、グループホームなどのそれぞれの特徴
6	今回の研修会を定期的に行う(情報交換会も行う)	関連職とのつながりを多くしていく
6	狭間研至 大澤光司(J-HOP会長) など講師を呼ぶ	
6	全職種との研修会	今回のような
6	今日のような研修会	
7	癌で在宅に帰ってきた方などの看取りなど研修	かかわる方が不安だと思う
7	かかりつけ薬剤師の役割	
7	医療と介護が連携したケースの事例報告を聞きたい	
7	どのようなケースがMSWIにおいてくるのか、流れについての勉強会	
7	各医療機関のシステムの紹介	入院日からの動きなど、MSWの動きの違い、どのように連携すればよいか
7	様々な退院調整ケースの事例発表、事例検討	
7	退院調整において病院外来看護師が重要であることを意識づけられる研修会	
7	顔が見える研修	電話だけではその人のことが分からない
7	顔が見える関係が築けるグループワークのある研修	
8	急性期病院内の新人看護師に在宅の視点を持ってもらえるようにするための研修	
8	退院支援・調整についての流れ、医療機関側からのプレゼンおよび他職種に希望すること	
8	調剤薬局で行っているサービス	
8	ターミナルエンディング	
8	家族システムについての研修会(本人の問題=家族、生活歴との関係、医療職に聞いてほしい)	講師 木村氏(北海道) 居宅の人 あったかプラン当別
8	薬剤師のスキルアップ	
8	訪問看護で行っているサービス	
8	地域包括ケアシステムについて	連携の輪を作るために、福祉関係者だけでなく医療、地域も
8	質の向上、各職能団体に退院支援を考え直す	
8	ADLの評価	
8	食事、口腔機能	
8	病院の機能、最近の院外の動向を関係部門・伝えるような研修	
8	事例検討会	多職種が集まって話し合う どのように本人と関わるか 問題点は
8	各職種内容を理解できる研修会	
8	利用者とかかわり方	認知症とか障がいとかその家族のケアとか
8	低所得者の公費支援	90才以上は低所得者が多い気がする
8	病院を知る	それぞれの団体にMSWを呼んでもらい講義など(CM、包括、薬)
8	認知症の家族会と行政の職員、病院スタッフ、福祉職の意見交換会	
8	各職種の仕事内容、サービス内容の理解を決めるための研修	どんなことができるか 講師:各専門職種
8	ディスカッション	ざっくばらんな話し合い
8	どのように情報がお互い(病院側、在宅側)に必要なのか、を共有できるような研修会	在宅=包括、訪問看護師、薬局
8	野中猛式多職種参加の事例検討会	対象者理解アセスメント重視
9	各病院・医療機関のシステムを教えてください	
9	病棟看護師を含めた研修	退院支援に病棟も関わるのが大切という内容等
9	全国での連携推進先駆例の研修	
9	多職種参加の研修	講義形式ではなく GW(事例検討)、講義形式は一方通行になってしまう
9	多職種が集まっての学習会は大変良いが資格・肩書き等で話しにくい発言しにくい	
9	函館市内、渡島・檜山、道南と言われる地区の病院で地域包括ネットワークを考えるうえで、これを統一するといいですと教えてくれる人	
9	市民参加型の研修 多職種の参加	
9	個人のネットワークを生かしつつ、組織のネットワークをどう形成し、どう利用すればいいのかという研修	
9	北見市の医療・在宅連携の取組みを詳しく知りたい	介護新聞に出ていた
9	問題点をあげるだけでなく、上手く連携が取れた事例を話し合うことで見えてくるものがあるのではないか	
9	連携に携わる全職種で日常必要な言語の研修会	
10	函館市内の病院(主に急性期の)それぞれの病院の機能、システムがわかる研修会	
10	事例検討	実際に退院支援・調整を行って成功した例、失敗した例

グループワーク②『具体的な研修内容について』
 ※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
10	在宅での支援をしていくうえで、病院へ求める課題について	
10	在宅介護の現状と問題点について	
10	口腔ケア研修会	患者さんだけでなく職員の方も
10	医師が多く参加し、多職種が参加できるグループワーク	
10	薬剤師さんとの連携の場	薬の説明
10	地域包括ケアシステム	連携の在り方について
10	一方的な座学研修ではなく、全員参加型で行える研修	
10	コミュニケーションを円滑にするための研修	
10	接遇	
10	事例からどう支援介入が必要か多職種それぞれの立場でグループワークで討論	
10	多職種合同の研修会は継続してほしい	
10	専門職それぞれの行っていること、言い分を話し、それに対しての意見を集める	
10	医師、看護師、リハスタッフ、ケアマネ、薬剤師、MSW等、多職種によるグループワークでそれぞれの改善点を言い合う	
10	実際にロールプレイングできる研修カンファレンス等	
10	専門職が得意な分野を教え合う	現場レベルで
10	有効な研修会の開催方法、ファンリテーションの方法を学びたい	
10	函館市医療・介護連携に関わる全てを対象にテーマを設けて学会のようなものを開催	
10	医療・介護・障がい、共通言語をつくり活用する研修	
10	介護認定基礎知識をそれぞれの介入方法を事例を通して学ぶ	
11	在宅側ではなく、病院側で退院支援をして行っている内容を情報共有していきたい	
11	症例発表会	
11	一人一人事例を持ちあい、在宅支援を行ううえで、どんな問題・改善点があるのか、カンファレンスをする	ディスカッション
11	退院前後に誰もがわかるチェックリスト	
11	医療・介護で情報を一包化できるシートの作成	実際にOTで生活行為向上マネジメントを実施している
11	退院支援に関わる職種の役割について	
11	模擬事例検討会	何と言っても恥ずかしくない状況で ためになったのもっと聞きたい
11	高室成幸先生の地域ケア会議についての研修会	
11	函館市内で医療・介護の新人さんが一同に見られる研修会	
11	事例を様々な側面から研究できる研修会	
11	心理的な側面を勉強できる研修会	
11	それぞれの専門職団体がお互いに声掛けし合って交流できる研修	
11	多職種の事例検討会が定期的に必要	
11	本当の利用者ニーズを把握するため、アセスメント技術や面接技術を向上させる研修会	
11	サービスの内容や該当事業所、空き状況等が即座にわかるネットワークツール	
11	それぞれの職種についてもっと知りたい	
12	在宅医による院内研修	
12	訪問による院内研修	
12	往診対応のクリニックの情報	
12	栄養士による治療食の研修	ヘルパーステーション対象
12	医療依存度の高い方のアセスメントに関する研修	
12	医師会と看護協会向けの研修	
12	末期がん痛みコントロール	
12	かかりつけ医との連携 病院の情報	
12	医師に対しての依頼文の書き方	
12	医療・介護福祉・行政(高齢者、障がい、生保など)合同の研修会、事例検討会	
12	災害時対応をテーマにした研修会	医療、福祉、行政、地域が合同で
12	介護スタッフがケアに対するストレスが増えないような研修	
12	セラピストによる介護予防教室	地域住民に対して
12	自分たちを含め家族・地域を含めた研修	認知症等
13	パーソナルネットワーク	
13	いまさら聞きにくいけど、ぶっちゃけ聞いてみよう！ みたいな会	医療者と介護者の言語を合せるため、スキルアップで仲良くケアするため
13	稜北病院の在宅支援を知る	
13	医師にENT支援や在宅サービス、スタッフの役割について知ってもらう研修	
13	認知症の方への関わり、専門医へ受診の必要性について	
13	京都大学、地域ネットワーク医療	宇都宮宏子 在宅ケア移行支援研究所
13	自分の所属している場所のアピール大会	
13	機能別で、おすすめ、ここが良いと聞く、人気投票的なもの	
13	医療機関の特徴とつなげ方	
13	ホスピス病棟と介護病棟について	
13	逢坂悟郎 現状とこれからのについて共通認識を持つ	
13	埼玉県和光市の東内京一福祉部長	
13	医療福祉従事者と市の新年交礼会	
13	多職種で情報共有できるツールを考える研修	
13	この様な研修会に出てこない看護師、ケアマネ、医師が出てくる研修会	何だろう 多職種連携強化のため、対象職種は問わない、カンファレンスに参加していただくため
13	各病院の退院支援の流れを紹介、	お互いの動きが分かり、伝えたい事、知りたいことが分かるのではないかと
14	事例を通して入院～退院～在宅復帰 医療介護両者の関わりをシミュレーション	
14	医療側⇄介護側 必要な情報とその伝達ツールは何かが良いか	
14	医療→介護(在宅を含む)を円滑に切れ目なく提供し成功している事例	数力所の事業体が関わっているもの
14	医療と介護で共通認識を持てるような研修	必要とされる情報内容、量について、相違点が多数見受けられるので
14	胃ろうのルーツ 高齢者でも必要な理由について学ぶ	
14	今回の課題、問題点を提起できるような研修会	

グループワーク②『具体的な研修内容について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
14	ケース検討会	うまくいった事例、いかなかった事例の分析
14	病院はケアマネジャーに何を求めているか	すりあわせできる機会はある？医師はこないか？
14	退院支援看護師の草分け宇都宮宏子先生の研修 ワークショップ	
14	医療と在宅看護の従事者が相互に思うことを語り合うトークセッション	それぞれの現場の事情を理解し敬意を払えるように
14	在宅看護関係者が医療への理解を深める勉強会	病院とうまくつきあったり、うまく活用できるようになるため
14	統合失調症の家族がいるケースの対応方法を事例で学びたい	
14	看取ることについて患者、家族、関わる人が納得できる形をどうつくるか	
14	市内の現状 他の包括の考え	
14	退院支援は誰のためのものか 良かった支援 悪かった支援の基準は何か	
15	医療と介護が連携した事例の発表および検討会	
15	入院して在宅に代えるまでの理想の流れを各職種のグループワークで考える	
15	モデル(患者)に対して多職種がチームとしてどのように関わりあえるのかシミュレート	
15	入退院時の病院との連携の取り方の研修	
15	医師の参加をどうしたら促せるか 病院医師との情報共有方法の確立	
15	病院からの退院情報はどのような形で行われているのが多いか	情報をお願いすると看護添書でいいですかといわれる
15	病院の機能をアプローチ	
15	連携機関の働きを選んで把握できる仕組み	ホームページ、広報など
15	研修に参加しない人に関心を持ってもらえる研修	
15	今回のような医療・介護連携の研修会	
15	多職種が参加し、意見を取り入れのりできる研修	
15	医療職、ケースワーカー、包括、行政が会う機会を作る	
15	関係者が共通して連携を図れる機関の確立	共通連携のような
16	医師の意見を得る方法、様式等の確認	
16	退院時カンファレンスでどのような視点が必要か	統一
16	病院の担当者の 連絡先・顔をインターネットで確認	
16	各連絡協議会合同での事例検討	医師、看護師、ケアマネジャー、MSW、セラピストなど
16	情報共有の方法を一緒に探る機会	
16	コメディカルも含めた在宅の視点	
16	家屋調査のそれぞれ役割の視点	
16	在宅で療養するための連携方法	本問診療、薬剤師、歯科衛生士
16	本研修会を継続	医療(病院)⇄介護(在宅) 事例を通じ知識の共有
16	退院支援の流れ	一覧的なことを再確認
16	介護保険の基礎的な部分の研修機会	
16	急性期、回復期、地域包括ケア病棟などの説明	
16	ぶっちゃけ〇〇の××が困っている	こうしてくれたら嬉しいな
16	カウンセリング	
16	情報共有の場	各職種、各分野、連携に向けてどのような情報を求めているのか
16	家族支援についての研修会	
16	共通認識を持つための研修	情報共有シート
16	在宅および施設移行の事例	
16	連携することで得られる加算について共通認識	
16	関係職種が集まり事例について学び意見交換する場	
16	行政サービスや資源紹介	
16	医療、福祉、介護の各職種について、用語を含めた業務内容を理解できるような研修	
17	退院前カンファレンスの実践・研修	
17	病院看護師に対してクリニカルパス研修	
17	病棟看護師向けの退院支援に関する研修	
17	病棟看護師や医師に向けて在宅サービスについての勉強会	
17	医療と福祉 互いの疑問点について Q&A	
17	老健やサ高住で受け入れられないケースなどを知ることができる研修	
17	病院の仕組みを知る研修	
17	市内の病院の機能説明	
17	包括ケアシステムに関する医療者向け研修	
17	糖尿・高血圧などに対する栄養指導的な研修	
17	宅配をしてくれる薬局・訪問診療をしてくれる病院の情報がもらいたい	
17	退院時カンファレンスで病院側で提供しておきたい情報を知る研修	
17	個別ケア会議のあり方について研修会	
17	それぞれの仕事や考え方について学ぶ機会	病院、ケアマネジャー、包括、サービス事業所
17	それぞれの職種への質問に答える機会	
17	専門職が退院時それぞれにできることのすりあわせ	
17	事例検討を多職種で それぞれにできることを考える	
17	医療に関するケアマネ、介護福祉士向け研修	
17	グループワーク	顔と名前を覚えやすい
17	ケアマネとMSWの合同の研修会	顔が見える関係を作るため
17	懇親会の機会を定期的につく	医療・介護の分野を越えて
17	多職種を集めて退院支援だけでなく在宅支援について	
17	在宅のスタッフから病院スタッフに向けて事例報告会	
18	それぞれの病院における相談窓口について	連携室、相談室など
18	各病院の窓口について	一覧などがあれば
18	窓口の案内、明確化	どの相談はこの部署がわかるようなシート作成
18	地域連携室(外来)・相談室(入院)の業務内容の勉強会	理解していない人もいる
18	疾患別のケースカンファ	在宅生活での注意など
18	担当者会議(介護)、退院時カンファレンス(医療)、地域ケア会議(地域・個別)	それぞれの持つ意味を学ぶ企画が必要、お互いに学ぶ
18	専門用語の学習会	専門分野の言葉を確認
18	多職種事例検討会	
18	情報共有のルール	
18	評価方法統一勉強会	ADL(日常生活動作)の評価法のうちFIM(機能的自立度評価方法)

グループワーク②『具体的な研修内容について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
18	職種間の連携での事例を多数あげる	うまくいった点、そうでない点をなるべく細かく
18	各職種についての理解	
18	なにもかも	勉強になるので
18	ケアマネジャー、医療機関からの情報を統一した方がわかりやすい	
18	居宅療養管理指導について	
18	それぞれの分野を理解する勉強会	基本的な介護・医療ツールがわからないことが多い
18	病院の特性を理解するための研修	
18	在宅支援のチームで病院の特性を理解	急性期、回復期、在院日数など
18	病院、在宅で必要とする情報について学ぶ機会	
18	介護サービスについての研修	在宅型のサービスが増えているが理解してもらうのに時間がかかる
19	医師との連携をうまくもてるためのコツ、ポイントを共有、把握し今後に生かす研修	
19	長期入院による機能の低下とその対策についての研修	
19	調剤薬局(在宅)勉強会	各調剤薬局ではどのような仕組みでやっていこうとしているのか
19	在宅での緩和ケアはどこまでできるのか	麻薬、機械のこと
19	各病気ごとの予後について	おこりがちな注意点、このような状態だったら連絡欲しいなど
19	各病院の連携室の考え方ややり方などを聞いてみたい	
19	病院システム(退院支援)をどのようにしているのか	当院以外のシステムを知りたい
19	ケアマネジャーに必要な医療知識についての研修	①看護面 ②医療面
19	入退院時の事例検討会	
19	退院支援時に必要な調整を円滑に進めるための研修	
19	病棟からMSWIに相談するようケアマネが来たら伝える	
19	自立支援プラン	〇〇するためには、××が必要だ!
19	退院調整時にどういう情報が欲しいかを知りたい	独居の人や身内がすぐに動けない場合、本人が伝えられる場合も情報が必要か
19	在宅生活においてより本人らしい終末期を送るための研修	
19	退院後に利用可能な社会資源 インフォーマルサービスについての研修	インフォーマルサービス＝介護保険制度を使用しないサービス
19	佐久市の取り組み	佐久市在宅医療・介護の連携体制推進事業
19	ケアマネの研修時に医療システムその他社会資源に関することも盛り込む	ケアプラン作成のみでなく
19	定期的な事例検討会を開く	
19	在宅→病院→在宅 地域の支援者までつながるための取り組みについて	
19	経済状況に関して詳しく知りたい	減免、年金等
19	多くのセンターの先進事例の紹介	
19	多職種の仕事内容を理解できる勉強会	
19	ケアカンファとは別に定期的に情報交換会の場をケアの一部に入れていく	
19	病院へのフィードバックの場を作る	
19	多くの医師と一緒に同じ勉強をしたい	
19	各種制度について	障がい、難病、後見人等
19	他施設・病院の見学会	
19	事例研究の場	多職種、他病院
20	病院の特性についての研修会	
20	各医療機関の特徴や窓口について知る研修	
20	各病院の仕組みを知る	
20	在宅看取りについての研修	事例、市内での医療に関する情報等
20	病院看護師の在宅支援、往診、訪問看護などの実践見学	
20	在宅⇄病院 情報のやり取りに関する研修	疾患別、ケース別に病衣が欲しい情報は? 逆に在宅側は退院時にどうして欲しいかなど
20	退院支援事例研修	
20	事例を用いて、退院前カンファレンスを模したグループワークを行う研修	医療従事者、在宅サービス関係者
20	医療機関とケアマネ・サービス事業者と退院支援について共通理解できる研修	
20	病棟看護師や介護職員と介護保険・福祉サービス・包括ケアマネについての勉強会	
20	医師や看護師との研修	看護師＝在宅も病院も
20	今、在宅で何が起きているのか? 知ってもらふ研修	家族関係希薄、地域からの孤立、虐待→医療が必要だがつなげるのは限界がある
20	一日体験・見学会	病院⇄包括、居宅、各在宅サービス
20	事例を一緒に検討する会	退院調整、多職種カンファレンス
20	受診拒否高齢者にどこまで協力できるのか	
20	接遇について	不適切なケアは虐待につながる
20	訪問調剤について	どういう人に、どこまで コストは? 医療機関へのフィードバックはどのように?
20	薬局事務も参加できるような研修	
20	今回のような研修	
21	本当に必要な情報は?	主治医からの情報提供書は必要なのか? 検討、見直し
21	情報共有 医療・在宅・薬局	
21	地域の課題や情報交換のできる場	地域の病院、クリニック、薬局
21	意思決定支援	本人が何をどうしたいのか→在宅なら→看取り
21	各スタッフが多職種に対して抱える問題点の報告	
21	連携できる共通のツール等を用いた研修	医療と福祉ではベースが違い、仕切りが高い
21	医療知識と介護知識の共有	医療知識＝病院の事情、仕組み 介護知識＝サービス・施設
21	事例検討会	
21	グループワーク 事例を出して完成させる	関係機関の人達を一人づつ以上出してグループを編成
21	多職種での事例検討会	ノーマルから困難ケースまで
21	症例集をもとにした研修会	
21	疾患に関する学習会	
21	薬剤に関する学習会	
21	医療・介護の報酬に関する学習会	
22	地域包括ケアシステムの先進事例	特に他職種連携

グループワーク②『具体的な研修内容について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
22	病院側の事情	
22	病院紹介、アピール	
22	薬剤管理指導の事例	
22	病院側が在宅情報で一番知りたいこと	
22	退院時カンファレンス前の情報提供のタイミング・量・内容	
22	自分たちができること	
22	うまくいったと思う連携の情報共有	
22	事例検討グループワーク	
22	必要な情報が何か ディスカッション	
22	介護サービス事情	
22	患者さんや家族の生の声	
23	クリニックの医師と病床を持つ医師とのディスカッション	温度差を埋めるため
23	在宅医がケアマネに求めること～連携しケースを支える～	ごとう内科の後藤先生 在宅スタッフへの理解あり、患者の生活を見られる
23	いまだ聞けない医療の基礎知識(高齢者の身体に関する)	五稜郭病院退院サポート室看護師など 在宅もわかる医療機関の医療従事者
23	各病院の退院支援の窓口体制を学ぶ研修	
23	在宅サービス連絡協議会→医療機関従事者向け研修会	
23	医療機関従事者→在宅連絡ごとの研修会	
23	診療報酬改定に伴う勉強会	モデルケースをもとに他職種が関われる図があれば、互いの立ち位置も理解できるのでは？
23	家族や患者が医療についてどう考えているのか研修	シンポジウムの形式 家族の立場で
23	事例発表会	医療→介護、介護→医療で見えるもの
23	実例をもとに研修する	退院に向けて わかりやすく
23	退院調整側(医療機関)とサービス調整側(介護関係機関)とのグループワーク・事例研修ディスカッション	
23	アドバンスケアプランニングについての研修会	
23	本人の意向と医療介護提供側とのギャップとその対応について	実際の事例等
23	地域包括ケアシステムと函館市の地域性を考慮した研修会	函館大学や教育大の教授
24	在宅での課題を病院で学ぶ機会	病院全職種
24	病院での学習会	歯科や薬剤師の在宅支援が有効であることを伝える
24	多職種での事例検討会	
24	他の職種や部門の課題がなかなかわからない	
24	情報管理を体系的に行う研修	ネットワークシステムなど
24	情報提供、共有に効果的なツールを探す	
24	書式の一歩化	退院に向けて 退院後 など
24	情報提供の方法について関係職種ですりあわせる会議	
24	カンファレンスをしっかり行うための研修	
24	医師以外の指示を可能にするための研修	法改正必要
24	上手く支援出来た事例を通じて全職種共同で考える	まずい事例だと積極的な参加につながらない
24	ケアマネ等によるケーススタディ	実際のアクシデントにどう対応するか
24	在宅医療を実際に行っている医師による講演	科ごと
24	医療・介護の連携を実践している地域の話が聞きたい	
24	地域包括ケアへの取り組みが熱心な地域の方に方法や成果について研修してもらう	
24	プロの口腔ケアはこうやります	
24	お互いの特徴を知り顔も見える関係づくりのためのプレゼン的な研修会	
24	今回のような他職種との顔が見える研修会	会話や名刺交換目的
24	それぞれの職種についての紹介	どんな仕事か、困っていること
24	医療機関の特徴、種類、規定	
24	福祉施設の種類、特徴	
24	それぞれの患者さんの選択肢は？	
25	各病院の在宅医療への方針	
25	安定剤と歩行状態の関係性	
25	事例紹介 成功例と失敗例	退院調整・支援
25	薬剤管理の方法について	何種類も病院から出ている場合
25	社会資源の情報	各包括
25	医師対象 医療⇄在宅サービスを知ることで入退院を予防できる	
25	病院や事業所が発信する研修	
25	病院との連携時に何を伝えるか	本人の病状の問題点を伝え改善
25	看取り事例紹介	
25	リビングウィルを考える	どこで死ぬか、どのように死ぬか
25	各病院の退院に向けての流れ	
25	メンタル患者対応	認知症ではない
25	ペットを入所できる施設	
25	グループワーク中心のディスカッション研修	事前にグループワークと聞いたうえでメンバー構成
25	各協会、団体への参加	合同研修ではなくて、各専門職の理解を得る
25	生活習慣病を抱えて生きる	
25	合同研修	家族支援、家族療法
26	島(村)の医師の講話	Dr. コトー
26	各職種が必要としている情報をまとめたようなシートが欲しい	
26	〇〇ケアバス研修会開催	
26	情報提供共有時の重みの違いを病院、在宅で話し合う<共有ツール>作成	
26	利用者の状態に応じた様々な連携の仕組みを事例発表	結果を事例集
26	退院調整、退院支援の良い事例を発表し、函館市の仕組みを検討する研修	
26	基本的な医療や介護の仕組み	
26	医療機関、在宅、施設の特徴を学ぶ研修	
26	各職種の実務内容	
26	医師(医療)・在宅の連携、グループワーク	川越医師
26	その医療機関の内情を知れる場	

グループワーク②『具体的な研修内容について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
26	他の地域における連携の実例	
26	他職種を交えた研修開催、共通理解	
26	参加者の疑問を参加者が答える形式	
26	医療従事者が使う略語を知りたい	
26	互いに担える役割を確認し合える場	
26	シンポジウム形式で全ての職種の意見を聞く	
27	各診療科での退院支援の仕方を学ぶことのできる研修	
27	在宅を見据えた退院調整の必要性に関する研修	
27	医療の在院回数などについての研修	
27	医師会の積極的な動きが必要	地域の実情を知る必要あり
27	医療の専門用語について多くの人が学ぶことのできる研修会	
27	病院の仕組みや制度の研修	
27	在宅での終末期を穏やかに過ごせるような事例を含めた研修会	
27	実際に在宅医療の受け入れ可能な医療機関のリストを市で統括する	在宅支援センター
27	色々な職種についてどんなことができるか紹介してほしい	介護保険以外のサービスについての情報が乏しい
27	このような多職種研修に各病院から一定の人数が参加することを義務化	
27	看取りの研修	
27	医療→介護の研修 在院日数、疾患の予後	
27	介護→医療の研修 連携での困りごと ケースを通じた支援の呼びかけ	
27	病院側が退院支援するうえで何が問題であるかを整理して発表	
27	病院窓口における患者の情報共有シートの共通化	入院時 退院時
27	多職種間で各々の求めることを話し合える研修	
27	退院支援でうまくいった例、困難だった例などの事例検討会および研修会	
27	医療⇄介護の電話による情報共有の円滑化	
27	各専門職が必要とする情報内容を明確にし、退院に向けてスムーズに調整できる研修会	
27	専門用語の研修	使っていることに気付くことが目的
27	コミュニケーション研修	
27	接客の研修	
27	関係職種間での研修会	

年間スケジュール

2016年（平成28年）

2017年（平成29年）

6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月				
1	水		1	金		1	木		1	土		1	火		1	日		1	水		1	水
2	木		2	土		2	火		2	日		2	水		2	月		2	木		2	木
3	金		3	日		3	水		3	月	センター準備室	3	木		3	火		3	金		3	金
4	土		4	月		4	木		4	火		4	金		4	水		4	土		4	土
5	日		5	火		5	金		5	水		5	土		5	木		5	日		5	日
6	月		6	水		6	土		6	木		6	日		6	火		6	月		6	月
7	火	2次病院打ち合わせ (第2回)	7	木		7	水		7	金		7	月		7	土		7	火		7	火
8	水		8	金		8	月		8	土		8	火		8	日		8	水		8	水
9	木		9	土		9	火		9	日		9	水		9	月		9	木		9	木
10	金		10	日	参議院議員選挙	10	水		10	月		10	木		10	火		10	金		10	金
11	土		11	月		11	木		11	火		11	金		11	水		11	土		11	土
12	日		12	火		12	金		12	水		12	土		12	月		12	日		12	日
13	月		13	水		13	土		13	火		13	日		13	月		13	月		13	月
14	火		14	木		14	水		14	金		14	月		14	土		14	火		14	火
15	水		15	金		15	月	急病センター運営委 員会	15	土		15	火		15	日		15	水		15	水
16	木		16	土		16	火		16	日		16	水		16	月		16	木		16	木
17	金		17	日		17	水		17	月	急病センター運営委 員会	17	木		17	土		17	金		17	金
18	土		18	月		18	木		18	火		18	金		18	日		18	土		18	土
19	日		19	火		19	金		19	月		19	水		19	土		19	日		19	日
20	月		20	水		20	土		20	木		20	火		20	日		20	月		20	月
21	火		21	木		21	水		21	金		21	月		21	土		21	火		21	火
22	水		22	金		22	月		22	土		22	火		22	日		22	水		22	水
23	木		23	土		23	火		23	日		23	水		23	月		23	木		23	木
24	金		24	日		24	水		24	土		24	木		24	火		24	金		24	金
25	土		25	月		25	木		25	火		25	金		25	日		25	土		25	土
26	日		26	火		26	金		26	月		26	水		26	土		26	日		26	日
27	月		27	水		27	土		27	木		27	火		27	日		27	月		27	月
28	火		28	木		28	水		28	金		28	月		28	土		28	火		28	火
29	水		29	金		29	月		29	土		29	火		29	日		29	水		29	水
30	木		30	土		30	火		30	日		30	水		30	月		30	木		30	木
			31	日		31	水		31	月		31	土		31	火					31	金

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

協議会
兼
部会連絡
会議

退院支援
情報共有
研修

協議会
兼
部会連絡
会議

急変時

急変時

急変時

急変時

部会連絡
会議

次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 次回部会（分科会）開催スケジュールについて

(1) 次回部会（分科会）開催希望日

ご都合が取れない日程に、×をつけてご回答願います。

※開始時刻は18：30を予定しております。

平成28年9月						
5日	6日	7日	8日	9日		
(月)	(火)	(水)	(木)	(金)		

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp