**第12回西蒲区在宅医療ネットワークの集い**

**グループワーク**

**テーマ「各職種において日々の連携で困っていること」**

**各グループ内での意見のまとめ**

**情報共有**

・連携をとる際、リーダーが誰かわからない。

・医療 ⇔ 介護保険領域間の情報共有の不足。

・在宅で複数のサービス利用時、他事業所、他職種とのタイムリーな情報共有ができていない。

　　→共同でアセスメント（連携ノート、インターネットやメーリングリストの活用は？）

　　　在宅ネットワークで議題に。

・本人が勝手に入院、利用中止など行動、周囲がわからない事がある。

・ケアプランついて要・不要など伝達してもらうと、手直しができる。

・過度の情報はプライバシーの枠を超えることがあるのでは？

・家族との情報共有・意向の確認などが難しいことがある。

・サービス提供者同士と家族との連絡が不足すると、一方的な方針で話が。

**Dr.との連携 （開業医、病院）**

・大きな病院のDr.と連絡が取りづらい。（遠い）

・主治医との連絡で家族、本人を通すとスムーズに行かない。

・ケアマネージャー、家族、本人の意見とDr.の意見が違う。（サービス利用：訪看etc…）

・寝たきり、利用者の通院、往診してもらいたい。

・退院前カンファレンスの時、医師からの病状説明がないと困る。

・ほしい情報やもらいたい情報の把握ができない。

・主治医の情報はあっても、その他の受診状態はわからない。

・Dr.への連絡のタイミングで悩むことがある。

・誤嚥リスク者の連携。

・デイでの情報が医師まで伝わらず、地域のDr.との情報伝達が不十分。

・在宅や介護施設での口腔ケアの実態がわからない。

・心臓や呼吸器の病気で在宅酸素をしており、二酸化炭素が体にたまってきたと言われたが、

　知識がなくどう対応したら良いかわからず困った。

・看取り等の受け入れライン、誰が指示するか。そのラインが明確でない。

**連携**

・言語聴覚士の不在。

・在宅で薬剤師・栄養士が入っていない。

・サービス担当者会議の時間設定。

・病院から退院時、ケースワーカーから情報がほしい。時間がない。

・事業所間の連絡がとりづらい。直通電話がほしい。不在がち。

・入院をしたら情報とぎれる。

**経済**

・お金がなく必要なサービスが使えない。

・お金がなく自分の環境を整えられない。

**介護力**

・独居もしくは介護力がない。子供がいない。（老老介護、家族に障害がある、認認介護、介護疲れ）

・同居しているが、共働き・仲が悪くて協力が得られない。

・家族と本人の意見が合わない。

・介護者の理解不足（受診を勧めるがしない。アドバイスが十分理解できない。）

・介護放棄、虐待のケース増加。

・介護力に関わらず、入院・入所を希望される。

**独居**

・在宅での薬の管理について

・独居利用者の緊急時の対応で家族が遠方にいる、または疎遠で連絡がとりにくい場合はどう対応

　すればいいか。（独身高齢者[男性の増加]）

**環境**

・事業所間での情報交換がうまくいかず、利用者様の全体像が把握しにくい。

・病院や施設と違って在宅では栄養管理が難しい。

・利用者様の家屋状況によりサービスの介入が難しい。

・身元引き受け人がいない場合、施設入所が難しい。

・低料金で利用できるサービスやボランティアが少ない。

・社会参加援助、制度的に制約がある。

**人間関係**

・Dr.にケアマネが連絡をとりやすい方法を確認する必要がある。

・ご本人の要望とご家族の要望の間にズレがある。

・暴力や虐待がある。

・家族間の不和相談。

・訪看さんや訪介さんとケアマネを通さず連絡をとっても良いのか。

・入院をきっかけにご家族が在宅復帰を拒む。

・在宅生活可能なレベルにも関わらず、施設入所を希望される。

・サービス提供者に攻撃的でサービスの介入が難しい。

・プランをより決めやすくするために、在宅復帰で必要と思われるサービスを退院前に提起して

ほしい。

**認知症**

・周辺症状に対しての対応の連携。

・認知症について家族の理解が得られない。

・薬の内服を勝手に中止してしまう。勉強会の案内があればよい。

・認知症をもつ独居の方の生活が心配。

・認知症の問題行動について対応できず困っている。

・初期認知症と思われる人がいても、どのように受診をすすめていくべきか困っている。

・初期認知症について家族とどのように連携を図っていくべきか。

・認知症の方に対するアセスメントが不足している。

・ケアの方針に認知症について支援する内容が入っておらず、それぞれの場で独自で対応している

ため、認知症に対するケアをチームで行っていく体制が必要。

**薬**

・認知症etc…で本人、家族ともに薬の管理ができない。

・薬の飲み込みの悪い人の対応はどのようにすればよいか。

・在宅での経管栄養の管理。

・薬剤師にアドバイスをもらいたいが、どのように連携すればよいか。

・認知症の薬について家族も理解してもらえず中止したり…どのように理解してもらえばよいか。

・居宅で投薬しなければならない患者様が不明瞭。

・指示通り服用してもらえない。

・薬の自己管理ができておらず、家人も実態を理解できていない。

・介護拒否があって、インスリン注射ができない。

**薬剤師**

・在宅に薬剤師が介入するメリットが見えてこない。

**緊急時の対応**

・サービス利用中に体調不良となった場合の対応

（家族とも連絡とれない時、医師に相談・報告すべきか）

**受診**

・休診日に受診が必要となった時の対応について

・難病患者への受診について

**リハビリ**

・在宅での生活に求められることは何か？

・訪問リハの認知度が低い。

**口腔ケア**

・訪問歯科診療はどこに依頼すればいいのか。歯科医師なのか、市なのか。

・歯科医から他職種への連絡とりづらい。情報提供してほしい。

・口腔機能の重要性について理解が低い。

**歯科**

・病院に入院した際も掛かりつけの歯科医が関われるような環境づくり。

　（入院に関わっている歯科医との連絡等。カンファレンスに参加する。）

・他職種で挙がっている問題点を歯科医師にも情報共有することで歯科医師が治療する上で

　参考になる。

**看取り**

・看取りの際の精神的負担の軽減、フォロー。（家族、介護職員に対して）

・家族とDr.でみとりの意見が異なる。

・ショートステイで看取りの受入れについて。

・在宅で最期を迎えたいという希望のある方、家族がいた場合、ケアマネージャーがリードすると思うが、

　いつ、どのような形で各サービスが一致して方向性を見い出していくのか。ある程度の

　流れが決まっているといい。

**制度**

・元気な高齢者のマンパワー活用。

・行政との連携。

・重症（吸引、経管）になるとサービスが利用できなくなる。（特、ショートステイ、デイサービス）

・ショートステイ受け入れの際の吸引経管について、情報（指示書）がほしい。

・開業医、病院休みの時の対応。

**サービス提供**

・在宅情報提供料以上のサービスを提供できるか難しい。

・制限枠があり、介護度の高い方に十分な看護提供ができていない。

・ヘルパーはどこまでサービス提供できるのか。

**その他**

・救急搬送で受け入れ先困難が多い。

・家族の相談を多職種に繋ぐにはどうしたらよいか。

・今までの状態と異なるため、家人が在宅での生活イメージをもてないことがある。