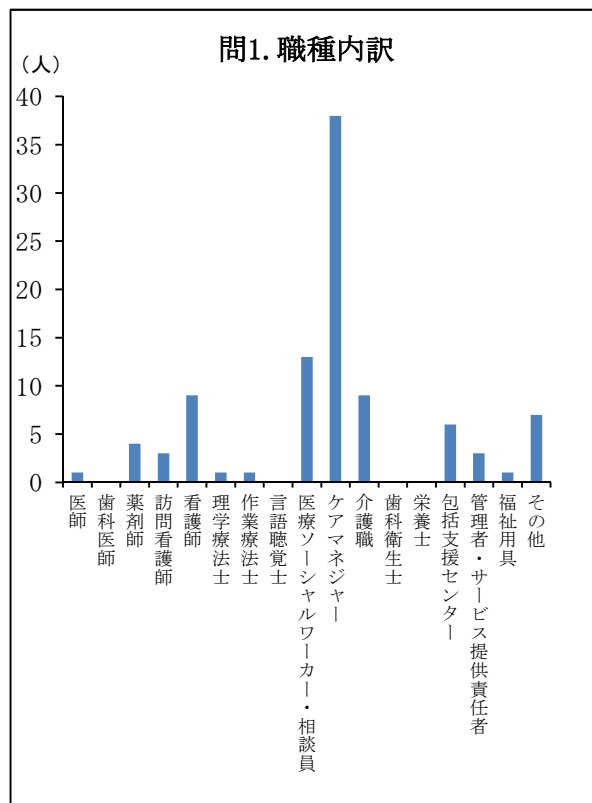


令和5年度第4回 多職種連携研修アンケート結果 「多職種で連携しよう」

回答者数	回収率
97	97.0%

問1. 回答者の職種内訳

職種	人数	割合
医師	1	1.0%
歯科医師	0	0.0%
薬剤師	4	4.3%
訪問看護師	3	3.1%
看護師	9	9.4%
理学療法士	1	1.0%
作業療法士	1	1.0%
言語聴覚士	0	0.0%
医療ソーシャルワーカー・相談員	13	13.5%
ケアマネジャー	38	39.6%
介護職	9	9.4%
歯科衛生士	0	0.0%
栄養士	0	0.0%
包括支援センター	6	6.3%
管理者・サービス提供責任者	3	3.1%
福祉用具	1	1.0%
その他	7	7.3%
無回答	1	

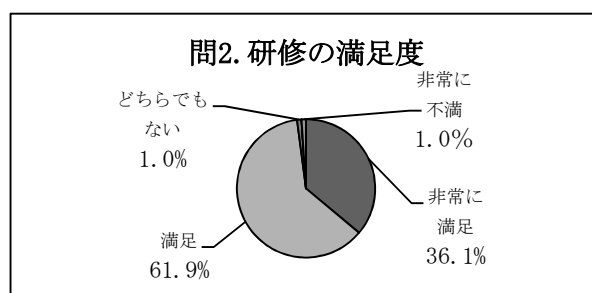


【その他】

事務、歯科助手、薬局地域連携職員

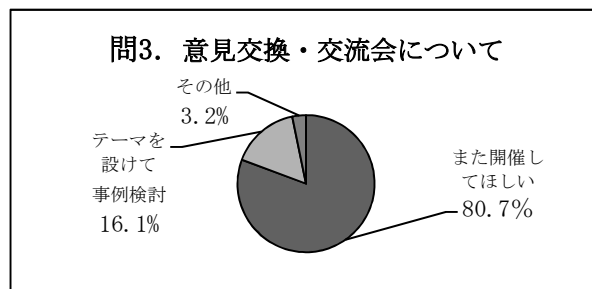
問2. 研修に満足されましたか。

項目	人数	割合
非常に満足	35	36.1%
満足	60	61.9%
どちらでもない	1	1.0%
不満	0	0.0%
非常に不満	1	1.0%



問3. 意見交換・交流会について

項目	人数	割合
また開催してほしい	75	80.7%
テーマを設けて事例検討したい	15	16.1%
その他	3	3.2%
無回答	4	



【その他】

・両方あるとよい。

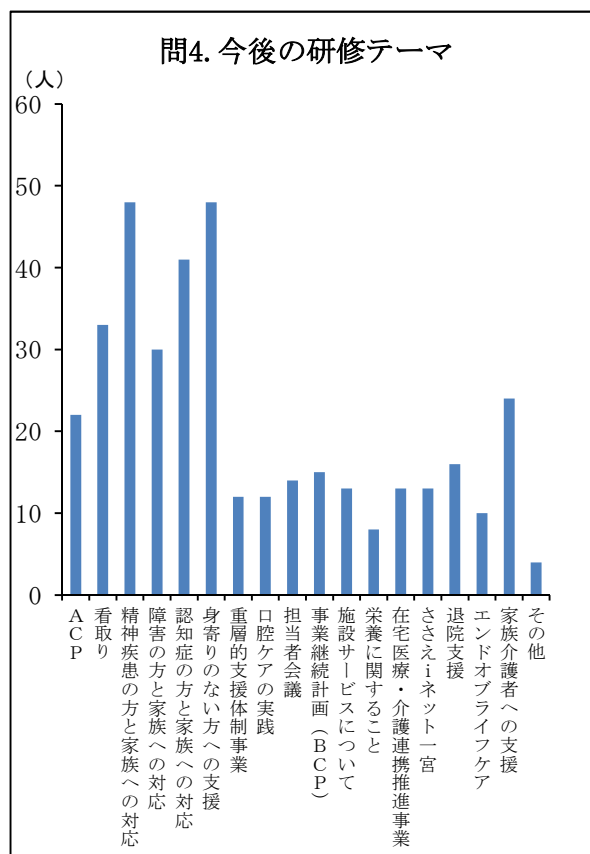
問4. 今後の研修テーマ（複数回答）

職種	人数	割合
A C P	22	22.7%
看取り	33	34.0%
精神疾患の方と家族への対応	48	49.5%
障害の方と家族への対応	30	30.9%
認知症の方と家族への対応	41	42.3%
身寄りのない方への支援	48	49.5%
重層的支援体制事業	12	12.4%
口腔ケアの実践	12	12.4%
担当者会議	14	14.4%
事業継続計画（BCP）	15	15.5%
施設サービスについて	13	13.4%
栄養に関すること	8	8.2%
在宅医療・介護連携推進事業	13	13.4%
ささえiネット一宮	13	13.4%
退院支援	16	16.5%
エンドオブライフケア	10	10.3%
家族介護者への支援	24	24.7%
その他	4	4.1%

<その他>

災害時の連携、救搬時のやりとり

今後の研修テーマについて複数回答で回答を求めた。このうち、重要だと思われるものを最大2つを選択してもらうようにした。重要だと回答した項目で最も多かったのは、「身寄りのない方への支援」（48名中20名）、次いで「精神疾患の方と家族への対応」（48名中8名）、「認知症の方と家族への対応」（41名中6名）、「看取り」（33名中5名）、「事業継続計画（BCP）」（15名中5名）であった。「家族介護者への支援」は24名2名が重要と回答していた。



グループワーク 1 まとめ

職種別でグループ分けし、普段、職務で困っていることなど、共有したいことについて意見交換した。情報共有の在り方についての課題、入退院時の連携での課題、利用者と面談の際の困りごと、職務に関する悩み等、様々な困りごとや工夫している点などについての意見があった。

<医師、歯科医師、薬剤師>

・情報共有に課題。まだまだ電話での共有が中心。1対1の情報共有になってしまう。
・医師からのメモ書きがあると理解しやすい。
・どうしても電話になりがち（薬局の電話が鳴りっぱなし）→ささえiネット一宮がもっと活用されたらよい（LINEWORKS等活用）。
・歯科（口腔内）の情報共有は忘れられているケースもある。
・医療事故を防ぐためにも情報共有は大事。基礎疾患の情報共有。
・ケアプランの活用。
・多職種が同じ情報を見られる仕組みが必要。
・ささえiネット一宮は病院が川上（先頭）にたって、スタートしてもらえればもっと活用できるのではないかな。緊急時には電話を併用。

<ケアマネジャー>

・入院期間が長かったり短かったり、急変時もあり事前の連絡がないと在宅生活スタートのためのサービスが整えられない。
・入院が必要な状態だと思っても入院させてもらえないことがある。
・医療ソーシャルワーカーへ状況を確認したいが、連絡・連携がとりにくい。
・書類が多すぎる。短期入院では必要ないのではないかなと思う。書類を整えるのに時間がかかり勤務時間内に終わらない。
・夫婦を担当。要介護3の夫は妻に対して暴力があるため、週3回デイサービスを利用。息子としては週5回の利用を希望。妻のためにショートステイの利用もある。息子は自分ではいいにくいためケアマネからサービスについて話してほしいと希望があるが、このことで夫はケアマネに対して不信がある。妻は要支援でヘルパー利用あり。このような時の対応はどうしたらよいか。→妻にデイサービスを増やすかどうかは聞き、息子さんに伝える。感情に振り回されて連絡がつかないこともある。事務所から拒まれた時は本人につきつけていく。施設の提案や先々のことを考えていかないと進まない。ケアマネジャーでも制度上できないこともある。どなたの意見なら聞くことができるのか？医療のことなら専門的な人を入れていく。キーパーソンに対して相談していく。
・11月から初のケアマネ業務で引き継ぎ業務で名前と顔の一致がなかなか難しい。
・人から聞いた話より自分で色々えた情報のほうが定着する。
・駐車場の問題、ご本人、家族に確認するか、コンビニの端やコインパーキングに駐車することもある。
・話を切り上げられない時、タイマーをかけてコールが鳴るようにしたり、次の訪問があるあのでと言ったりする。
・前の担当者のプランを変えると「前のケアマネはやってくれたのに・・・」と言われる。
・訪問時家族がいると本音が聞けない方の場合、デイサービスへ行って情報収集したりする。
・高齢者夫婦で夫が脳梗塞で妻がイライラし、訪問拒否、担当者会議も拒否、訪問時本人に会わせてもらえなかった。前の担当者は男性でトラブルはなかった。→管理者に間に入ってもらって交替するなどの話の提案があった。
・玄関先で怒鳴られたり、書類投げられたり、ケアマネが休みをとっていると、あんたばかり休みとってと苦情ばかり言われる。
・妻：「困っているけどどうしたらいい？」ケアマネ「どうしたいんですか？」などと対応し、ケアマネから色々提案しないほうがよいのではないかな。何もしないことも一つの案。
・電話にも出てくれない、メールの返信もない場合、手紙を送ったりしているがそれでも連絡がとれないことがある。
・色々話を聞くと怒る方や野垂れ死にしてもいいとお話しされる方もあり、対応に困ることがある。
・サービス拒否し、セルフネグレクトの方があり、包括に相談した。色んな人を巻き込んで相談していくとよい。
・医療連携に困っている。

<ul style="list-style-type: none"> ・主治医に意見を聞くときに文書代がかかるので負担が大きい。クリニックは無料。医療機関は病院の判断により、費用が発生するところあり。 ・自宅に入れてくれない。 ・家族と連絡がとれない。 ・入退院の手続きがとれる家族がいない。 ・ケアマネの業務以外のことをしなくてはいけないこと。 ・一人暮らしで金銭面で不安な人の援助。 ・身寄りのない人が急に亡くなった時に利用料をどうするか？ ・事業対象者の方が「デイを変更したい」「考える時間がほしい」という人があったが、令和5年10月以前からデイサービス利用中の方なら変更OKという返事だった。 ・いちのみや元気塾は住んでいる連区によって送迎がない所がない。 →連区が違って送迎が必要ななら可。 ・ケアマネが絶対的に足りない。「大変」というイメージがあるのか。仕事を効率的に行う方法を考える（家庭を持ちながら大変とならないようにしたい）。仕事は時間内だけにしましょう（家庭が壊れます）。 ・ケアマネの担当数は35件が限界だと思う。法改正後45件になるが大丈夫かなと心配。休みがとれるように同じ会社の人にフォローしてもらえるように対応している。 ・居宅でサービスが足りない時、小規模多機能でというのは困らないのか。限度額、利用方法は？ ・他のサービスを使えるのか、使えないのか。 ・有料（介護付き）だと結局在宅で色々使うよりも安価になるのではないかと？介護保険はどうなる？ ・特別養護老人ホームの空きは？ ・外国人スタッフは？研修も行っているが、言葉の問題だけでなく国柄と性格の問題もある。 ・本人の年金を家族があてにすることもある。 ・介護サービス付き有料老人ホームと住宅型の有料老人ホームの違いは何か。

<医療ソーシャルワーカー、相談員>

<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ対応では、現場と医務の人との思いのギャップがある。 ・インフルエンザから肺炎になったり「隔離」「治療」が終了したらベッドをあけたいが、受け入れ先がなかなか見つからない。転院先も見つからず、時間がかかることがある。 ・コロナ禍で面会、外出・外泊において施設は全面解禁にならない。世間とのギャップがあり、問い合わせも多い。 ・デイサービスなどサービス事業所の受け入れ制限があったが、今はやらないと在宅の方を支えられないのでやるしかない→休まれるとADLが低下する。 ・一宮市は施設が多く、在宅で頑張るよりすぐ施設に行ってしまう印象。 ・相談員になったばかりで困ることが多すぎる。自分の事業所の良さを伝えることが他のデイサービスを知らないの、難しいと感じる。 ・透析患者の受け入れをしていて独居の方がいたりすると、受け入れ先が難しい。在宅チームと連携や情報共有が難しい。 ・ギリギリの生活をされている方は運ばれてくるケースが多く、入院→施設→本人希望ではなく家族希望が多く、本人への説明が納得していただくのに困る。 ・様々な疾患の方はいらっしゃる病棟で病院の1/3が地域包括ケア病棟、スタッフ不足、職員不足で集まってこないため、業務が多くなる。 ・若い職員との世代ギャップがある。自分のクローンがいたらいいなと思う。 ・独居で娘が近所に住んでいるケースがあった。「どうしてこんなことできないの」と親子の関係が良くない。娘が親に対して出来ないことを受け入れていないのがみられる。こうしたケースの対応が難しい。
--

<看護師、リハビリ職>

<ul style="list-style-type: none"> ・ささえiネット一宮、MCS（メディカルケアステーション）、メール、LINEWORKSなどを利用し、多職種連携し、患者毎につながっている。病院によって使用しているツールが異なるので面倒。ささえiネット一宮で統一できるとよい。 ・MCS（メディカルケアステーション）、メールで写真を共有。 ・ネットワーク上に指示書共有は印鑑が必要なためできない。 ・急ぎの場合は電話、FAXは面倒。訪問看護師の業務延長の原因。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前カンファレンスは特に遠方の場合はオンラインでできるとよい。 ・ ヘルパーとの連携が、コロナだと入ってもらえないことがあった。 ・ 施設で、コロナ、インフルエンザが発生すると部屋を隔離、訪問薬剤管理指導で薬を届けてもらったりした。 ・ 退院カンファレンスの記録が看護サマリーがケアマネや訪問看護師に渡っていない。 ・ 訪問薬剤管理指導が病院やケアマネジャーには報告書がいくが訪問看護にはこない。 ・ 医療保険での利用か介護保険で利用かで医療になったら介護からはずれてしまいます。 ・ みなしで訪問看護利用あり。

< 歯科助手、通所介護 >

<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の方に対しての声かけでは、やさしい声かけ、説明を行い、信頼関係を築くようにしている。 ・ 口腔内を清潔に保つために側面から行うようにしている。口腔内をきれいに保てば誤嚥性肺炎予防となる。

< 事務、管理者 >

<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が多く、診療待ち時間がかかる。長いと2時間、3時間待たせてしまう。 ・ 訪問診療は、ケアマネジャーや訪問看護からの紹介がある。 ・ 医師に診療に集中していただくために工夫している。他の事務員、相談員等他職種で支えている。 ・ すぐに対応していただける訪問診療クリニックや病院があるとよい。

< 包括 >

<ul style="list-style-type: none"> ・ 身寄りがない方への支援で本人を車に乗せて市役所へ生活保護の申請に行くことがあった。訪問してもらえる場合とそうでない場合があり、線引きの必要がある。仕方なくやることはある。 ・ 緊急対応は2人で対応している。 ・ 中途半端に支援者がいる。 ・ キーパーソンをどうしていくか。支援者が本人を取り合うこともある。 ・ 本人の弟から虐待で入所した方の理由を問われた時の返答に困った。 ・ 夫婦間での虐待で措置になった事例で、虐待者は普段優しいというが、顔がどんどん腫れて入所となった。虐待で警察の介入があれば、示談、分離につながることもある。その後家に帰ることになった。
--

グループワーク2まとめ

多職種間で身寄りのない方への対応で困っている点や工夫している点について話し合った。身寄りがないだけでなく認知症や経済的に困窮しているなど複数の問題を抱えているケースが多いという意見が聞かれ、対応策として多職種での連携や情報共有、本人の意思を事前に確認しておくなどの意見があった。

また、身寄りがない人の支援において、業務以外での頼まれごとや困りごとも多く、支援者（特にケアマネジャー）の負担が大きくなることがあるとの意見が聞かれた。

<現状>

・臭い・汚い・きつい。身寄りない生活保護の方。
・自己管理がある程度できる人でないと難しい。
・独居、サービス介入拒否が多い。医師の参加（サービス担当者会議へ）。
・意思表示ができる場合、本人拒否のため救急搬送できない。
・安否確認や意思確認について、難しい場合がある。
・身寄りのない方の在宅での看取りは困難（金銭面、夜間帯の対応など）。
・独居で認知症が出てくると話が進まず困る。後見人の説明をしても理解してもらえない。
・自分はどうなってもいいと受診や施設の話拒否をする。
・施設入居、入院したくても保証人がいない。
・あまり人を入れたくない。
・サービスにはお金がかからなくても、手袋やガーゼなどでお金がかかると受診したがない。
・生活保護、独居の方が増えてくる。
・受診に行くまでなかなか納得しない。状態がどんどん悪くなってしまふ。
・ペットを飼っている人が多い。世話ができていない。
・どうにもならない状態までなかなか連絡してこない。
・物をため込む。
・コロナ禍、泊めざるを得ない。
・包括は最初の方しかかわからないことが多く、ケアマネジャーが大変な思いをしている。
・ショートステイ、一人暮らし、公共料金の支払いのサポート。
・利用者からの要望（業務外）には基本断るが、他のサービスなど提案している。
・ケアマネジャーの人数が少なく新規の受け入れに困っている。どこも持ち件数が多く受け入れられない。市をまたぐと使えないサービス（要支援）もあり、同じ市内で探している。
・ケアマネジャーが病院受診も付き添う。ケアマネジャーの仕事の範囲を超えている。

<多職種との連携>

・説明や理解を本人だけでなく周囲と連携をとること。主としてケアマネジャーととっている。忘れないように紙にわかりやすく書いておく。他業種と共有する。
・機能が落ちてきたらケアマネジャーに福祉用具導入の提案。
・ケアマネジャーが聞き取りをして服薬ができていなければ、在宅医やヘルパー、訪看さんをお願いして連携する。
・変化があれば会議を開いて連携。訪看さんが入っていると病院・クリニックとの連携が楽。
・口腔ケアが必要となれば在宅診療医が歯科往診医を紹介する。老人ホームは初回診療は無料。
・生活保護受給者の場合は、生活福祉課に連絡することもある。
・認知機能低下。ヘルパー介入が難しく、近所の方が見守りしている。
・独居の看取り→訪問診療+訪看セットで+αヘルパー。
・地域の支え合い。
・退院後、幻聴など精神バランスがくずれた。多職種介入で精神が安定した。

<情報の共有>

・担当でも担当外でも何かあった場合に迅速に対応できるように、居宅事業所内で共有し対応している(2件)。
・施設と病院も空きベッドをつくらないため互いに情報を共有する。
・デイサービスからケアマネジャーに連絡。ケアマネジャーが中心の役割。
・ケアマネジャーは細かな情報でも貰いたい。
・情報はあればあるほどよい。家族の情報も含む。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 早い段階で関係者に情報共有。 ・ ささえiネットを活用できるといい。退院時に病院で患者登録をできるといい。 ・ 薬局は処方の変更になったのを見て、状況を推測している。定期的に情報がもらえると把握しやすい。 ・ サービス事業所の記録を、本人の日ごろの様子を確認するため他のサービス事業所が見る。 ・ 目でわかるわかりやすいツールがあるとよい。お薬手帳を共通のツールにしている。 ・ ヘルパーさんはデイの連絡帳も見て、入浴したかなどを確認している。 ・ ささえiネット一宮の活用について、各事業所間で共有する。 ・ 退院の時にスムーズな引継ぎ。一人暮らしの人の情報はどこまで必要なのか。 ・ 医療だと生活の一部しか触れていない。情報があれば、適切にサービスや支援につながっている。
--

<本人の意思確認・ACP>

<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所の際は身元保証。亡くなった際の対応についてしっかり決めておく。入院時など家族がいない時の対応はどこまでするか。 ・ 本人が元気なうちにどうするかを確認している。 ・ 入退院の時に医師に頼んで、今後について本人の意思を確認してもらっている。 ・ 担当者会議の時に、ACPを実施。 ・ 支援策については日常的に決めておく。解決策を役割分担をしておく。

<成年後見制度>

<ul style="list-style-type: none"> ・ ご家族がいるが交流なく介護が必要な方。認知機能低下。成年後見人についてどこに相談に行ったらいいか。申立人をどうするか。法テラスに相談。 ・ 後見人を探すのはお金にならない。
