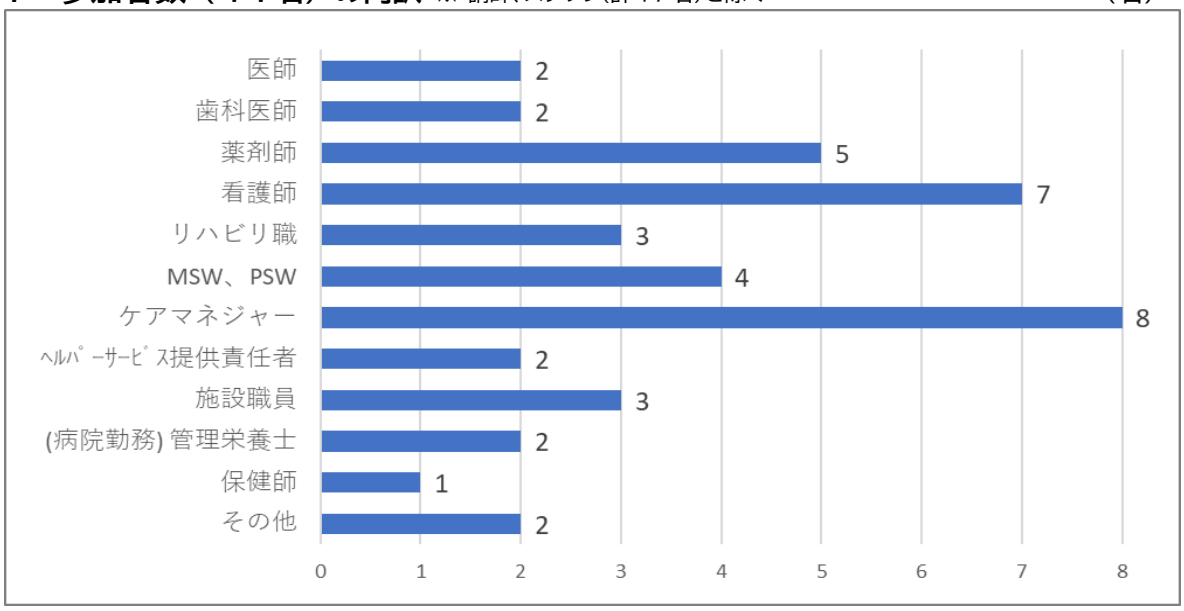
令和５年度 大南地区 地域連携検討会　報告書

１　日　　時　　令和４年１１月２４日（金）18:45～20:00
２　参加方法　　参集　大南公民館
３　参 加 者　　竹中・判田圏域、戸次・吉野圏域の 医療・介護関係者
３　テ ー マ　　シームレスな医療・介護連携を目指して　in DAINAN
４　内　　容　　・発表：「数字で見る大南地区の現状」大南健康支援室 室長　赤野 和美 氏
　　・グループワーク

４　参加者数（４１名）の内訳 ※ 講師、スタッフ(計 17 名)を除く

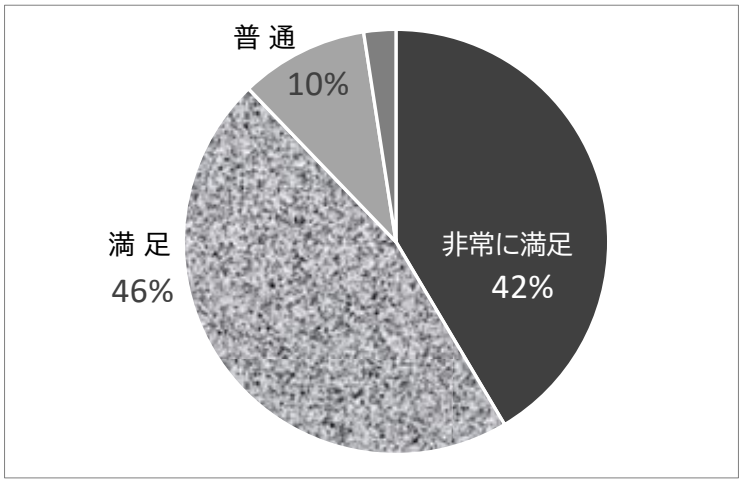
（名）



５　アンケート集計　（回答数 ４１）

5-1.　本日の地域連携検討会の満足度

非常に満足	17
満　足	19
普　通	4
未回答	1



5-2. 感想・気付き

・『悪くなって治療する／リハビリする』・・・ではなく、『悪くなる前に予防する』『必要な知識を身に付けておく』ことがいかに大切か、改めて気付くことができた。[MSW]

・（発表で）高齢化率の高さに驚いた。圏域でも違いがあることを知ることができた。[薬剤師]

●他職種の視点

・ 多職種間の連携がもっと必要であること。歯の大切さを周知してもらえるような活動の必要性。[歯科医師]

・ 歯科医師や薬剤師の方とお話しすることはほぼ無いので、今回このような機会でお話しが聞けて良かった。[福祉用具専門相談員]

・ グループワークディスカッションで、歯周病の治療が糖尿病も改善する事を知った。服薬指導の際に「歯医者さんに診てもらってますか？」と声掛けするようにしたいと思った。[薬剤師]

・ 歯の治療が他の病気の治癒につながることを知れた。勉強になった。[リハビリ職]

・ グループワークで直接 訪問歯科診療をしている先生の話しを聞くことができたので、自分の支援にも結びつけて考えることができ、とても良かった。[施設職員]

・ グループワークディスカッションで、調味料の工夫で、塩分や糖分の減量ができると知った。[看護師]

・ 病気や生活についてのアプローチの仕方など参考になった。[ケアマネジャー]

・ グループワークでの医師の意見にとても共感した。また、他職種の価値観は参考になった。今回話し合ったことが実現できると、高齢者の孤立を防ぐことができると思った。[看護師]

・ グループワークで多職種での意見交換ができ、その役割について理解することができた。[看護師]

・ 様々な所属の様々な専門職の意見・考えが聞けて、とても新鮮だった。[PSW]

・ 各職種の目線を知ることができた。[ケアマネジャー]

・ 多職種の話、業務内容を聞ける機会がなかなか無く、今回グループワークで話しを聞けて、良い提案や課題がある、と思った。[施設職員]

・ 他職種が患者さんに対してどのような情報収集をしているのかを聞けて、業務の中で「この部分を確認しておけば情報共有する際に役立てられる」ということが分かった。意識していきたい。[施設職員]

・ ここまで多くの専門職の方々とグループワークディスカッションをする機会は今まで無かったので、今回、視野を広げる意味でも勉強になった。[リハビリ職]

・ 正しい知識を他職員と共有していきたい。[デイサービス職員]

●連携、顔の見える関係作り

・ ヘルパーさんは冷蔵庫の状況確認や食生活の支援等でその場の反応を見ることができる、患者さんの生活に一番近い職種だと思う。疾患を管理する上で連携できると良いなぁと思った。[薬剤師]

・ 連携の大切さを再認識できた。[リハビリ職]

・ 多職種が集まると色々な意見が出るんだなと改めて感じた。連携のためにも顔馴染みになる大切さを感じた。[MSW]

・ 自分の職種の役割、専門職としての知識を深めなければと感じた。[管理栄養士]

・ 今まで電話での繋がりはあったが、同じ地区同士で顔を見れて話しができて、今後はもっと連携しやすくなると思った。[ケアマネジャー]

・ 顔の見える話し合いがとても大切。皆さんの生の声を聞けて、勉強になった。[サービス提供責任者]

・ 他職種の取り組みが聞けて、連携が取り易くなったと思う。[保健師]

・ 利用者の利益のために、他職種で連携し職員間で顔馴染みの関係を作ることが大事だと思った。地域課題を見つけ、社会資源を作っていきたい。[ケアマネジャー]

5-３． 日頃、他職種との連携で感じていること

[医師]
・ 介護サービス・医療サービス・公的社会資源を合わせた、総合的なコーディネーターが必要と感じている。

[歯科医師]
・ その治療がなぜ必要なのか分かっておられない方も居た。不明な点を聞けるような窓口をもっと増やせたらと思った。

[薬剤師]
・ もっと情報の共有が必要ですね。
・ 薬剤師は何となく孤立しているような気がする。色々な会に参加し、顔見知りになれるよう努める必要があると感じた。

[看護師]
・ 他施設や他職種の方との交流が増えると、顔の見える連携ができていくと思う。
・ 意見交換や情報共有できる場が無い。そういう場を提供してくれたら。

[リハビリ職]
・ 地域支援事業として、ケアマネさん達と、65 歳以上の方への普及啓発を行っていけたらと思う。
・ デイケアということもあり介護分野と距離を感じていたが、徐々に縮まり、連携ができるようになってきていると同時にその大切さを再認識した。
・ ケアマネさんにすべてのことが集中するので、本当に大変だといつも思っている。

[ケアマネジャー]
・ 連携の中心にケアマネがいるのは理解できるが、何でも「ケアマネに･･･」という風潮があることを苦しく感じることが多い。
・ 今まで歯科や薬局との関わりが少なかったが、これからは聞いていきたい。
・ 特に主治医との連携が大切。主治医の意見等をケアマネが多職種に発信していくことが大切だと思った。
・ 訪問診療の医師とは連携が取りやすく、逆に連絡を頂くこともあるので、とても助かっている。

[ＭＳＷ、ＰＳＷ]
・ レスパイト入院を上手く活用し、在宅生活の継続を支援できたらと思う。
・ それぞれが相手の立場を理解して交流できるととても良いと思う。
・ ケアマネさんから、患者さんの普段の様子やサービス利用内容について教えていただく時がとても有難い。

[施設職員]
・ 医療情報をもう少し知りたい。注意することや受診の目安など。
・ 自分が何をすればスムーズに連携できるのかまだ分からない部分が多い。
・ 一人の利用者の方に最善の支援ができるよう、多職種連携がよりスムーズに行えると良いなと思う。自分たちからも何でも発信できるようにしたいと思った。
・ 専門職として地域にできる事も考えていきたい。情報共有の必要性、ケアマネともう少し深く関わりを持ちたいと思った。

5-4. 今後の検討会テーマに対する要望

・ フリートーク、交流会
・ 理想的な支援・連携のシミュレーションも楽しいのでは
・ 介護拒否の方（介護サービスを利用したがらない方）の支援
・ 単身者の支援、どのような支援をすれば在宅生活を続けられるか？
・ 8050 などのひきこもりの支援
・ 在宅生活の継続が難しくなる、困難事例　（２件）
・ 多職種間でどのような介入や役割（できること）があるのかが分かるようなテーマ
（困った時の対応窓口がケアマネだけだとパンクしてしまうし、介入が遅れたり、より良い介入ができないおそれがあると感じたため）
・ 認知症の対応、支援（３件）
・ 地域に関わること　（４件）●地域でＩＣＴを活用して予防集を作る ●「おとな食堂」の企画

６　グループワークで出た意見

【 テーマ１】 現在の状況

医師

・ 訪問診療を提供できる範囲（片道 30 分・往復一時間の大変さ）を患者は分からない。
・ 医療が介入していても費用の面で介護保険サービスが入っていないことは多いと思う。
・（患者） 高齢になると自覚がなかったり、自分の不摂生を忘れてかかりつけ医のせいにする人もいる。

歯科医師

・ 施設は情報が取り易いが、個人の方は難しい。ケアマネさんが口の中を見てあげて、必要と思われるなら受診を促してほしい。歯科検診は大切。
・ 歯科の訪問診療があることを知らない人は多い。デイサービス利用中に訪問することも可能なので、介護事業所は教えてあげてほしい。

薬剤師

・ 一包化、服薬カレンダーの利用等の服薬アドバイスを行っている。
・ 服薬カレンダーを誰が見ても確認できて、声掛けもできるようにしてほしい。
・ 服薬管理が重要。服薬を管理している人が、何を飲んでいるかケアマネに伝えてほしい。
・ 薬局に来ることが難しければ、訪問薬剤管理指導も行う。
・ 禁煙は薬もあるが、本人がやめる気にならないと難しい。以前、孫が大きくなるまで元気でいられるよう何度も伝えたところ、うまくいったケースがあった。

精神保健福祉士

・ 飲酒や喫煙は、本人がその気にならないと節制は難しい。

看護師

・ どうしても飲めない人には、訪問薬剤管理指導のできる薬剤師につなぐ。
・ 外来しか見ていないが、服薬管理は妻（高齢）であることが多い。できればちゃんと管理のできる若い方にも受診や服薬指導の際に同席してほしい。
・ 当院では透析を行っているが、必要な方には送迎も行っている。

施設職員

・ デイサービスでは、日々、血圧測定や服薬のチェックを行っている。
・ お薬手帳の確認を行っている。（一人暮らしの方は難しい）
・ 歯科検診について声掛けは行っているが、なかなか受診には結びつかないもよう。家族から依頼があった場合には、訪問歯科をお願いしている。
・ 自立に向けての手助けをしている。
・ 機能的な困りごとを少しでも解消できるように、リハビリを行っている。
・ 本人の希望やペースを大切にしながら、利用者と一緒に、一時間程度の散歩や畑仕事を行っている。
・ 入浴状況によっては、住宅改修や訪問入浴、老健等のショート利用なども提案したりする。
・ 家族の話しをよく聞くようにしている。

リハビリ職（通所）

・ 体重減少を目的とする場合は運動させるだけではなく、目標を持たせることが重要。
・ パワーアップ教室等の総合事業で、利用者が要介護状態にならないよう支援を行っている。
・ （地域性）病院受診が遅れがちなのは、この地域が農村部だからではないか？ギリギリまで頑張っている感じがする。また、娯楽が少ないので、『食』に楽しみを感じがち。→ 甘い物と塩味の強い漬物

管理栄養士

・ 在宅の実際での生活は分からないが、退院時には、本人が食生活を見直すきっかけ作りに関わっている。

ケアマネジャー

- 本人家族が気持ちを話してくれるような関係作りを心掛けている。
- 食事は大事だが、歯も大事。 今、マスクをしているので難しい面がある。
- キーパーソン（高齢）に何かあった時の次のキーパーソンは誰なのか、気にかけるようにしている。
- 改善した方が良い生活習慣がある場合は、関係性を築きながら、少しずつ話していきたい。

後見センター（民間）

- 成年後見制度を利用して、お金の管理を手伝う。
- 将来的な環境を整える手伝いをする。
- 亡くなった後のことなどのリスクを、相談者と一緒に考える。

行 政 （健康支援室）

- 生活習慣病予防・介護予防の一体化事業に携わっている。市民から相談があれば、サービスを紹介している。
- その人の生活習慣を変えることは難しいので、その人の長い人生歴を大切にしながら、できることを一緒に探すようにしている。
- 人と人との繋がりが強い地域だと感じている。「あなたのことを親身になって心配している」というような姿勢を示すと、心を開いてくれるような気がする。

包括支援センター

- 地域の方は、「介護保険は（身体のどこかが）悪い人が使うもの」と思っていて、利用に抵抗を感じる人も少なくない。
- 包括が関わる方はまだまだ若くて元気なので、なかなかサービスには繋がらない。

【 テーマ２】 テーマ1の取り組みに＋αで期待する、連携や支援体制

- 利用者の身体に変化があった時、介護職では判断が難しい。そのような時はすぐに医療職に相談したいので、そのために関係を作っておきたい。
- 例えばデイで利用者が痛みを訴えた時、どこに相談すれば良いのか分からない。とりあえずケアマネには伝えるが、本来は医師が判断すべきところでは。普段から連携できていれば、相談も持って行きやすいのかも知れない。
- 顔を知らなければ、それ以上の連携は取れない。顔馴染みになれば、気軽に聞き易い。
- 医療機関では情報を集めにくい。後から情報が集まることが多い。
- 連絡票（連携支援センターの制作した共通フォーマット）ができて、少しずつ改善されている気がする。
- （医療機関）患者の経歴や性格等 ／（介護事業所）利用者の既往や入院歴等の、情報が少ない。双方の情報があると、他職種にも伝え易い。
- 病院に入院した際には、デイサービス利用時等の様子を教えてもらえると助かる。家族からだけではなく、様々な側面から普段の様子を知りたい。
- マイナンバーカードが医療情報と繋がることによって、「うすき石仏ネット」のようなシステムの普及も期待できるのではないか。
- 医師によって見解も違う。患者家族も専門職も、「そこに訊けば詳しい情報や正しい情報を得られる」というような「場」があると良いと思う。
- 認知機能は、地域活動等への参加が少ないと低下する可能性もある。色々な職種から利用者に対して、そうした活動参加を勧められたら良いのかも知れない。
- 医療機関と他職種で協働して、利用者がなるべく長く在宅で暮らし続けられるように支援をしていかないといけない。
- 農業をされている方は「まだ大丈夫」と言って結構ギリギリまで頑張る方が多く、気付いた時には一気に悪くなっているケースが見られる。そういう方をしっかりサポートできる体制があると良いのではないか。

地域で比較的多く見られる **生活習慣病の、気付きや対応する上での工夫**

[糖尿病]

- 糖尿病は、その程度（重症度）が分かりにくい。自分はまだ大丈夫なのか、どれくらい悪いのか、気付いたら大変なことになっていた利用者も居る。
- 軽く考えている方が多い。これから先に起こるかも知れない合併症のリスクを知っておくべき。中には専門医の受診もせず、同じ薬をずっと処方し続けてもらっている利用者も居る。
- 糖尿病を放置している方も多いと思うが、例えば受診して治療することで得た効果・成果（インスリン注射を打つようにしたことで、血糖値が安定した 等）を患者に伝えることで、本人のモチベーションアップにもつながるのではないか。
- 口腔ケアも重要なので、歯科検診を促す。ケアマネやデイサービスにもそのことを伝える。
- 服薬調整も重要。医師・薬剤師との連携が大切。お薬手帳も活用する。一人暮らしで手帳の管理が難しい場合は、ケアマネが確認する。

[高血圧]

- 農地が多いという地域柄、自分の所で採れた野菜を漬物にしている人も多いと思う。しょっぱい物を食べると今度は甘い物が欲しくなるという悪循環は、血圧にも血糖値にも良くないのでは。
- 漬物に関しては、まず水洗いして柑橘類を絞る等酸味を加えることで、減塩できる。
- 減塩が大事なので、各事業所等が発行している広報誌などにも啓発記事を掲載すれば、患者・利用者の目に入るのではないか。
- ただ減らすのではなく、「美味しく」「楽しく」減塩するにはどうすれば良いか？という視点も必要。
- 地域の色々な事業所も協賛した、地域全体で支えていける高齢者向けのコミュニティ作りも良いのではないか。皆で（減塩食を）作って、皆で食べるような、こども食堂に対する『 **おとな食堂** 』の開設など。

7　講評・感想

あそう在宅クリニック 医師　　麻生 哲郎 先生

75歳男性の事例を聞き、私も75歳で既往もあるので、突然自分も「その人」になっておかしくないと思った。そういう立場で色々と話しを聞いていたら、「その患者さん・利用者さんのために」ということで、各専門職が色んな提案をしてくれて、「あ、こういうことをしてくれるんだ」と改めて実感した。

今の日本の医療・介護体制は、世界の中でもすごいと思う。これを上手く利用していけば、患者さん・利用者さんのために、もっともっと良い形になっていくのではないかという気がする。

私も、先ほどの意見発表にも出た『顔見知りの関係作り』が必要だと思うので、特に訪問診療ではケアマネジャーさんや訪問看護の方とできるだけ直接、その患者さんをどうしようか、と話し合うようにしている。もっとこういう機会を増やしていくのが基本的な原則なんだろうなと思う。

衛藤病院　医師　　衛藤 龍 先生

本日このような機会を頂いたので、少し気になっている点を私なりにお話しできればと思う。この会はコロナ禍もあって、2019 年からすべてが止まっている状況だった。その 2019 年頃に、8050 の引きこもり問題が浮上した。コロナの報道でそういったことが報道がかき消されたが、引きこもりがなくなった訳ではない。引きこもりの方がいると、要介護の方でも、「子どもがいるから」という理由で介護サービスを遠慮される方も多いと思う。また、在宅サービス自体が入りにくいということも充分考えられる。

本日も様々な訪問系サービスを提供される事業所が参加されているが、そこで得られた、点で捉えた情報が線になるように、それぞれに必要なサービスが行くように、そしてそうした情報を集約して、『誰が引きこもりの方に行って、誰が要介護のご両親の方に行って』とか、役割分担ができれば良いと思っている。8050問題は報道でもよく見聞きするようになったが、深刻であることに変わりはない。

在宅医療・介護連携推進事業は高齢者が対象だが、8050問題についてもセットで考える機会があれば良いなと思う。

－　以上　ご参加いただきました皆様、貴重なご意見をありがとうございました。－