第２回多職種連携コアスタッフ会議録

開催日時：平成 24 年 9 月 25 日（火）16：00～18：00

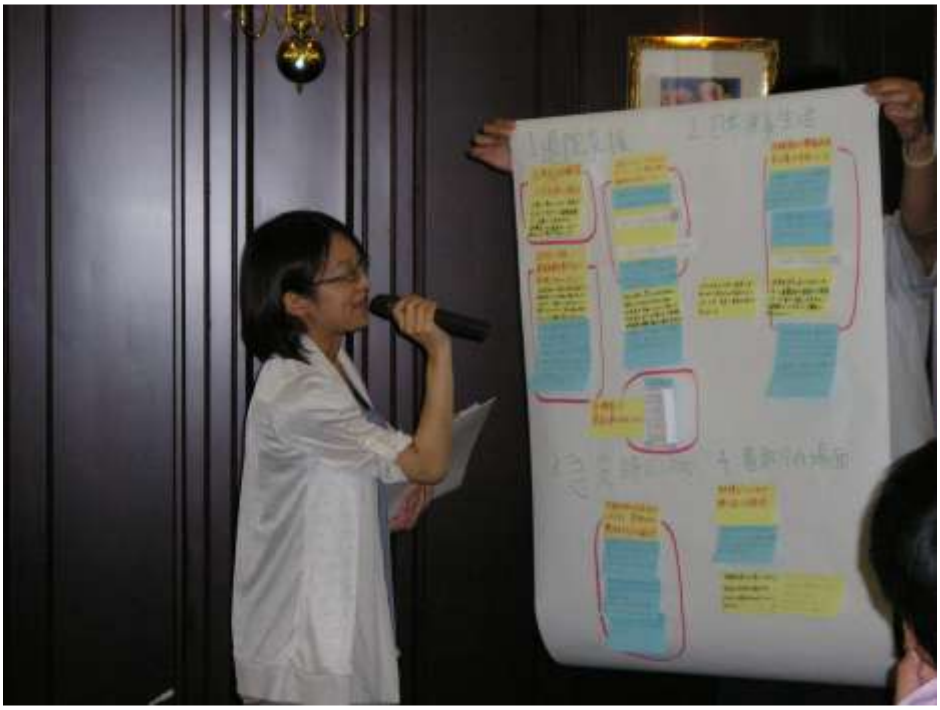
開催場所：道後山の手ホテル

出席者：27 名

今回の多職種連携コアスタッフ会は、松山市の在宅医療・多職種連携を推進するにあたっての課題や問題点を、５つのグループに分かれて「KJ 法」を用いたグループ・ワークで抽出していきました。

（１）グループごとに互いの意見を出し合い、課題や問題点を分類していきます。
職種が違うことで、さまざまな視点からの意見が出されました。

（２）抽出した課題や問題点をグループで発表していただきました！！



多職種が一緒に話し合うことで、普段は意識していなかったことを意識し、違った視点から課題に向き合い、お互いの意見を尊重し合いながら本当に多種多様な意見を出し合うことができました。

次回のコアスタッフ会議では、今回出された課題についての解決策を話し合っていきたいと思います。

各グループの課題抽出内容

1G　抽出課題

- 病院側の在宅医療に関する無理解
- 本人を介護する家族の医療や介護に関する理解不足
- 関係者の連携不足
- 本人に関わる家族、関係者の看取りに関する理解不足
- 在宅医療に関わる介護スタッフの教育、スキルの担保
- 在宅医が安定して医療を供給できるような体制の整備
- 本人を支える制度上の社会資源の不足、受け入れ体制の不備
- 医療、介護を提供する施設でありながら、看取りを可としない
- 医療、介護の制度の量の不足、質の不足
- 関わりを拒否する在宅生活者への関わりの問題

2G　抽出課題

1．退院支援
- 退院に向けた院内調整の不備
（在宅での療養環境（人・物・制度）が整わないまま退院が決められている）
- 紹介元と紹介先の情報共有不足

2．日常の療養生活
- 患者や家族が在宅療養に不安を感じたり、病状が悪化し痛みが強くなってきたときに多職種が連携し情報共有できていないため対応に困る。

3．急変時
- 急変時の対応や連絡体制が明確にされていないことで、在宅療養を継続できない。

2G

４．看取り

・介護者に予後や余命についての情報が十分でないまま、患者に病状説明はされず、最期の場所はどこを希望するか等の確認が取れていない状況で、在宅療養を継続するのは不安。

3G　情報大事～収集･発信･共有～

１．多職種による情報共有の場やその調整役が重要

・退院前にカンファレンスが病院にて実施されると福祉用具等の選定がスムーズに行える。

・退院前に事前に病院訪問したことで、本人・家族と話ができ、退院後の不安や療養環境について相談ができた。

・在宅チームとしてかかわるCMとも顔合わせができたことで、今後の相談しやすい関係が構築できた。

・患者と各事業所はつながっているが、横（事業所同士）の連携は取れていない。

・ケアの方針やその修正が必要な時、だれが・どこで・どのように話し合い、情報共有すればよいのか不明確。

・（誰が？）サービス担当者会議に呼ばれない。

3G

2．安心・安楽・安全な在宅生活を継続するための
情報発信不足（誰が誰に発信できていないのか）

・訪問マッサージ・鍼灸の大事さ大切さが伝わっていない。
・口腔ケアの重要性を知らない人が多い。
・医療・介護機関のことを知らない人が多い。
・福祉用具の重要性への理解が必要。
・社会資源のことを知らない。
・在宅知識について、多職種が参加できる勉強会が少ない。

3G

3．病院医療者の在宅ケアに関する理解不足

・医師に認知症への理解がなく、家族が混乱している
・認知症の患者を入院させてくれる内科病院がなく、患者をトータルで診てくれる病院がない。
・特養に対する医療機関側の理解不足。
・在宅医がその役割を担ってくれなかった。
・化学療法で通院していた患者は、下痢が一か月以上続いていても病院医師は対応していなかった。

3G

4．家族への啓蒙が必要
・本人は在宅を希望しているが家族が不安で入院した。
・本人への病状告知を家族が拒否したために、本人の意思決定を確認しずらかった。
・在宅での看取りの際、家族が動揺しその都度カンファレンスを開いた。家族に在宅で看取るイメージがなかった。
・家族が在宅での看取りを受け入れられない場合、病院はがんのターミナルでなければ受け入れてもらえなかった。
・看取りについて、家族間の意思統一が困難。
・在宅医療や介護のサービスが十分導入されないまま経過し、患者の病状が急に悪化した時、患者・家族が本来望んでいた療養とは違う方向に進んでしまった。かかわったスタッフには、「もう少し何かできなかったか」という思いが残った。

4G　抽出課題

1．退院支援の場面
・病院医療者の在宅医療に関する知識不足のため、退院支援にあたり在宅生活がイメージできるような説明がなされていない。
・退院に際し、患者の意向が反映されていない。

2．日常の療養生活の場面
・多職種が情報共有する場が不足している。

3．急変時の対応
・緊急時における対応方法を、患者・家族や在宅スタッフに、医師から伝達されていれば安心して在宅療養できる。

4．看取りの場面
・患者・家族の意向が揺らぐので、納得がいくまで繰り返し説明が必要。
・入院先を確保しておくことで安心して在宅の看取りができる。
・主介護者や本人だけでなく、親族にも方針の説明をする必要がある。

5G　抽出課題

・病状や今後の生活に関して十分な説明がないまま患者は在宅へ退院せざるを得ない状況になっている。
・医療者と介護者の間には高い壁があり、十分連携が取れていないためかかわる者が戸惑う。
・患者、医療者、介護者各々にキーパーソンが必要。
・働く介護者を支援する体制の不備。
・社会全体に高齢社会、多死社会を迎えることに対する危機感がない。
・医療資源に関する情報収集管理に不備。
・一般市民の在宅医療に関する情報不足、認識不足。

5G

・病院医師の在宅医療に関する、認識不足・知識不足から制度やルールが適切に運用されていない。
・在宅医療に取り組む医師が少なく、患者・家族が望んでも在宅で過ごせない状況である。
・在宅療養支援診療所であるが夜間の対応はできず、緊急時も訪問はなく救急車で救急病院へ行くよう電話で指示があるのみである。
・医療者は、患者・家族に寄り添えておらず、本当のニーズを把握できていない。

<u>各グループが抽出した課題をカテゴリー別に分類したもの</u>

病院から在宅への移行、退院調整

①病院側の在宅医療に関する無理解。
②退院に向けた院内調整の不備。在宅での療養環境（人・物・制度）が整わないまま退院が決められている）
③退院に際し、患者の意向が反映されていない。
④退院前に事前に病院訪問することで、本人・家族と話ができ、退院後の不安や療養環境について相談ができる。
⑤医師に認知症への理解がなく、家族が混乱している。
⑥病院医療者の在宅医療に関する知識不足のため、退院支援にあたり在宅生活がイメージできるような説明がなされていない。
⑦病状や今後の生活に関して十分な説明がないまま患者は在宅へ退院せざるを得ない状況になっている。

病院医療者の在宅医療に関する、認識・知識

⑧病院医療者の在宅ケアに関する理解不足。
⑨病院医師の在宅医療に関する、認識不足・知識不足から制度やルールが適切に運用されていない。
⑩緊急時における対応方法を、患者・家族や在宅スタッフに、医師から伝達されていれば安心して在宅療養できる。
⑪退院前にカンファレンスが病院にて実施されると福祉用具等の選定がスムーズに行える。
⑫特養に対する医療機関側の理解不足。
⑬化学療法で通院していた患者は、自宅で下痢が一か月以上続いていても病院医師は対応していなかった。

（各グループが抽出した課題をカテゴリー別に分類したもの）

多職種、同職種、医師との連携

①関係者の連携不足。
②紹介元と紹介先の情報共有不足。
③患者や家族が在宅療養に不安を感じたり、病状が悪化し痛みが強くなってきたときに多職種が連携し情報共有できていないため対応に困る。
④急変時の対応や連絡体制が明確にされていないことで、在宅療養を継続できない。
⑤医療者と介護者の間には高い壁があり、十分連携が取れていないためかかわる者が戸惑う。
⑥在宅医がその役割を担ってくれなかった。
⑦患者と各事業所はつながっているが、横（事業所同士）の連携は取れていない。

多職種連携と情報共有

⑧在宅チームとしてかかわるCMとも顔合わせができたことで、今後の相談しやすい関係が構築できた。
⑨ケアの方針やその修正が必要な時、だれが・どこで・どのように話し合い、情報共有すればよいのか不明確。
⑩サービス担当者会議に呼ばれない。
⑪在宅医療や介護のサービスが十分導入されないまま経過し、患者の病状が急に悪化した時、患者・家族が本来望んでいた療養とは違う方向に進んでしまった。
⑫在宅医療に関わる介護スタッフの教育、スキルの担保が必要。
⑬在宅知識について、多職種が参加できる勉強会が少ない。

（各グループが抽出した課題をカテゴリー別に分類したもの）

⑭多職種が情報共有する場が不足している。
⑮患者・家族の意向が揺らぐので、納得がいくまで繰り返し説明が必要。
⑯入院先を確保しておくことで安心して在宅の看取りができる。

患者・家族に関する課題

①本人を介護する家族の医療や介護に関する理解不足。
②本人に関わる家族、関係者の看取りに関する理解不足。
③関わりを拒否する在宅生活者への関わりの問題。
④介護者に予後や余命についての情報が十分でないまま、患者に病状説明はされず、最期の場所はどこを希望するか等の確認が取れていない状況で、在宅療養を継続するのは不安。
⑤本人は在宅を希望しているが家族が不安で入院した。
⑥本人への病状告知を家族が拒否したために、本人の意思決定を確認しづらかった。

（各グループが抽出した課題をカテゴリー別に分類したもの）

⑦在宅での看取りの際、家族が動揺しその都度カンファレンスを開いた。家族に在宅で看取るイメージがなかった。
⑧看取りについて、家族間の意思統一が困難。
⑨主介護者や本人だけでなく、親族にも方針の説明をする必要がある。
⑩一般市民の在宅医療に関する情報不足、認識不足。

在宅医療を支える地域資源

①認知症の患者を入院させてくれる内科病院がなく、患者をトータルで診てくれる病院がない。
②家族が在宅での看取りを受け入れられない場合、病院はがんのターミナルでなければ受け入れてもらえなかった。
③働く介護者を支援する体制の不備。
④医療資源に関する情報収集管理に不備。
⑤在宅医療に取り組む医師が少なく、患者・家族が望んでも在宅で過ごせない状況である。
⑥在宅療養支援診療所であるが夜間の対応はできず、緊急時も訪問はなく救急車で救急病院へ行くよう電話で指示があるのみである。

（各グループが抽出した課題をカテゴリー別に分類したもの）

⑦本人を支える制度上の社会資源の不足、受け入れ体制の不備。
⑧医療、介護の制度の量の不足、質の不足。
⑨医療、介護を提供する施設でありながら、看取りを可としない。
⑩患者、医療者、介護者各々にキーパーソンが必要。
⑪訪問マッサージ・鍼灸の大事さ大切さが伝わっていない。
⑫口腔ケアの重要性を知らない人が多い。
⑬医療・介護機関のことを知らない人が多い。
⑭福祉用具の重要性への理解が必要。
⑮社会資源のことを知らない。

☆ 医療者は、患者・家族に寄り添えておらず、本当のニーズを把握できていない。

☆ 社会全体に高齢社会、多死社会を迎えることに対する危機感がない。