

抽出された課題

地域の中の連携 (多職種連携) ・顔の見える関係	民生委員や地域包括支援センター等とのかかわりが必要である。	看護師
	嚥下等において、ヘルパーのヘルプが必要である。	管理栄養士
	栄養が入れば元気になる。栄養士は、終末期に何ができるのか、何か手伝いたい。	管理栄養士
	寝たきりになる前に歯のケアが大切。	歯科衛生士
	看護師と医師のコミュニケーションが取れていない。	看護師
	高齢者だけでなく、神経疾患の方にも様々なサービスが必要。医療や障害福祉など横のつながりが必要	管理栄養士
	精神疾患の方が、高齢で認知症になると、ケアマネ等、他の職種とどのように連携するかで迷うことがある。	看護師
	慈恵病院で、在宅医療セミナーを実施していたり、訪問診療を実施しているクリニックに聞くとよい。	ケアマネ
	薬が飲めない、残薬の整理、アレルギーといった問題に対し、薬剤師の関与が必要である。	医師
	どこで線引きをするか、どこまでなら在宅で診れるか、認知症があるか、動けるかといった課題があり、関係する多職種が同じ方向を向いていけばよい	医師
	救急搬送や入院する際に、福祉施設に配置される医師や、看護師から、医療機関への情報提供がない。	医師
	医療の現場では介護力の無さを感じ、介護の現場では医療との接点がないと感じている。現場でもっと境がなくなればよいと思う。	ケアマネ
市等、行政とのかかわりが少ない。	看護師	
深いかかわり合いが持てない。	薬剤師	
誰に初めに相談をすればよいかわからない。	薬剤師	

地域の中の連携 (同職種連携)	病院の薬剤師の役割としては、同じ職種(保険薬局)との橋渡しをしていきたい。	薬剤師
	麻薬の供給、急な対応が必要、一つの薬局での対応が難しい。返品できない。	医師
	医者ランクもあり、Dr. 間の連携でもハードルがある。	医師
	Dr. 間の連携が取れていない。	MSW
	病院からの指示通りのことができない場合、自分がいる病院であれば、相談や修正ができるが、他院のPTの場合の相談が難しい。	管理栄養士

医師との連携	Dr. と話をする際にハードルがある。	ケアマネ
	Dr. とのコンタクトが取りにくい。	看護師
	以前よりはDr. とのコンタクトが取りやすくなった。	看護師
	Dr. とどういふふうコンタクトをとればよいかわからない(電話、FAXの時間)	ケアマネ

医療と介護の連携 (地域の中の連携)	ケアマネさんの意見として、医療と福祉のスピード感が違う。	PSW
	どこまでケアマネに話してよいのかと思われるかもしれないが、ケアマネからも、医療機関への連携が難しい。	ケアマネ
	退院調整会議に於いて、入院の経過やリハビリの状況報告等の内容は多いが、退院後の生活の意向や、生活を支えるうえで必要なサービス、予測できる課題など、ケアプランを作る上での必要な情報がない。	ケアマネ
	本人の病識がない場合も、病院へどの程度介入してよいかわからない。	ケアマネ
	病院から紹介された患者は、訪看、訪介が決まっているので、分かり易い。	医師

方針決定やプロセス	今後関わっていききたい。地域で関わるシステムを作っていく必要がある。	医師
	退院をさせるには、GOAL(最期)に向けて、早い段階で動ける体制作りが重要	看護師
	在宅の方に、処方箋調剤が多い、生活や介護の状況が見えないと、支援に繋がらないと思う。	薬剤師
	施設として看取りをやると謳っていても、看取りの段階になると安易に医療機関への転送が行われているケースが少なくない。	医師
	問題が見つかったときに、どこにどう連絡したらよいかというのが難しい。	薬剤師
	リハゴール(家族希望)と現実のリハゴールとの乖離が大きい。	看護師
	お風呂、口腔ケアなどは、とても喜ばれることがある。その後に亡くなった場合は、許可をしたDr. の責任でよい。	医師

病院と在宅の連携	退院をさせるには、GOAL(最期)に向けて、早い段階で動ける体制作りが重要(再掲)	看護師
	病院から在宅に移る際に、急に連絡が来るので困る。	ケアマネ
	長期に放置し、急遽、土、日、祝日に受診するケースが少なくない。また、その際に施設職員が患者の状況を説明できない。	医師
	退院時のカンファレンスに家族が参加しても、利用者や家族は自宅での生活が想像できない。患者の自宅でカンファレンスをやればよいと思う。	ケアマネ
	家での生活がみえていない。(本人や家族が、在宅療養についてイメージできない?)	看護師
	病院から在宅への移行は難しいため、カンファレンスが必要である。理学療法士がどう受け止めているかが重要である。	医師

本人・家族の課題 (サービス利用への障壁)	内服についての理解が不足し、自ら調整する人が多い。	薬剤師
	口腔、歯を治療しない人が多い。口腔ケアの必要性を周知するべきである。	歯科医
	本人が認知症で、家族が遠方であるケース等、本人と家族にどのように同時に説明していくか、薬を飲んだらといって飲まなかったり、サービスを入れてもなかなか改善しない	医師
	医者にかかっていない人に、地域からの要請により、初期支援チームとしてDr. が訪問したりするが、病識がない、虐待を受けている、家族が来てもらいたくないと思っているといった壁がある。	医師
	本人が介護サービスを受け入れず、家族の負担が大きい	ケアマネ
	現状(ガン)を受け入れられない。	ケアマネ
	足腰が弱くなっても、なかなかHPIに行かない。	ケアマネ
	高齢者と若い方では、在宅医療に関してギャップがある。	ケアマネ

本人・家族の問題 (世帯の抱える問題)	受け入れ家族が病気	保健師
	独居で、遠方の家族との連絡がつかない。また、認知症の方のキーパーソンが見つからないときに、どうしたらよいかという点が課題。	事務長
	入院後、在宅に戻る際に、家族の受け入れで難しいことがある。	事務職
	独居や、老夫婦で、家族関係が希薄な場合	看護師
	家族の受け入れが困難	ケアマネ
	在宅療養は、家族がいて初めて成り立つと思う。在宅療養を希望する独居の方に医療をどう提供できるかが課題である。	医師
	夫婦そろって認知機能が低下しているような老老介護が増えている。	看護師
	受け入れ家族が病気	保健師

本人家族の問題 (介護力不足)	色々な薬を、複数の医療機関から処方されている方もいる。	薬剤師
	在宅で過ごす人の周囲の人の介護力の問題と、その中で、在宅に帰りたいという希望や、帰らざるを得ないことも多く、サービスの調整や、調整の中でも経済的な問題が出てくるなど、クリアすべき問題が多い中で、在宅復帰の調整を行っている。	看護師
	病院と自宅の食事形態の違い	管理栄養士
	高齢女性の訪問看護を週2で行っていたが、本人が入院を拒否、入院をする と無表情となり「早く帰りたい」という。訪問看護師として何ができたのかと考 える。家族は、入院でよくなると考えていた。	看護師
	薬の管理が課題	保健師
	認知症の方が増えている。	ケアマネ
	分かって在宅に戻ったが、右往左往してしまった。独居だと難しい。	ケアマネ
	キーパーソンの人が、状況や服薬の管理ができない。 キーパーソンが不在	ケアマネ

本人・家族の課題 (経済的問題)	経済的な面(ガソリン代等)で不安を抱える人がいる。	薬局
	低所得者へのかかわり方といった課題がある。	看護師

臨床倫理	看取りに関するガイドラインがあるとよいと思う。	ケアマネ
	看取りが可能と謳っている施設でも、実際の看取りの段階になると、安易に医 療機関への転送が行われることが少なくない。	医師
	本人の希望に、どれだけかなえてあげられるのかといった不安がある。	ケアマネ

在宅医療を支える 医療体制 (マンパワー不足)	在宅診療が少ない	医師
	在宅で診れるかどうかは、マンパワー不足をどうするかといった問題でもある。	医師
	県北は、医師が不足している。	医師
	主治医が診れなくなったとき、医療的に穴が開いてしまった時に対応に困るこ とがある。	ケアマネ
	往診が多く、急に具合が悪くなった時に、夜間の対応について、自宅が遠いた め直ぐに対応ができない。	医師
	緊急の対応時、医師が点滴を持って行ったりすることが多い。また、緊急対応 ができない。	医師
	当直のDr. が、その科のDr. なら受け入れが可能だが、それ以外のDr. だと 受け入れができないこともある。	MSW

在宅医療を支援する施設	訪問診療をする病院が少ない。	看護師
	窓口の整備が欲しい。	作業療法士

在宅医療を支える 医療体制	夜間対応してくれる医師が少なく、直ぐに行けないことを家族に理解してもら う必要がある。	医師
	医療福祉相談室等を備える病院であっても、実際の窓口が病棟看護師なの か、医療相談員なのか統一されていない病院がある。	ケアマネ
	土日、祝日、夜間の連携がうまく取れていない。	MSW
	何かあったときの対応として、持ち回りのシステムがあるとよいのか。	医師

医療依存度の高い患者への対応	難病患者に対しての支援が少ない。	ケアマネ
	結核 DOTS訪問看護受け入れられない。	保健師

在宅医療の非効率性 (情報にまつわる障壁)	医療、介護、福祉の関係者で、タイムラインで連絡が取りあえるようなSNSのツールがあれば良いと思う。	ケアマネ
	救急搬送や入院する際に、福祉施設に配置される医師や、看護師から、医療機関への情報提供がない。(再掲)	医師
	SNSの情報共有ツールがあれば、問題を共有し進めていくことができ、他院のDr. の指示による訪問指導などを行う場合にはありがたい。	管理栄養士
	退院すると、病院や薬剤師の手を離れてしまう。管理しやすくなるツールがあるとよい。情報伝達のツールが必要	薬剤師
	どのような暮らしぶりだったか、だから聞けばよいかわからない。	作業療法士
その人に必要な、薬や栄養指導がなされていないかった。	看護師	

介護保険にまつわる課題	1か月以内に亡くなる場合もあり、認定が取れない。	ケアマネ
	直ぐに施設ではなく、デイケアの利用などをどう進めるか。	保健師
	入院時に退院時の回復が見込まれる可能性が高い場合でも、介護認定の申請がされることがあり、退院後間もなく自立するケースもある。保険料や資源の無駄遣いとなることも多い。	ケアマネ
	在宅復帰率の要件など、国が求める地域包括ケアシステムにつき、家族の理解に難がある。中重度の方をどのように地域の人だけで見ていくか、イメージが付きにくい。	理学療法士
	介護保険のサービスに、高齢の方がもっと繋がればよい。	作業療法士
介護認定が出るのが遅い。ターミナルの方への認定調査が遅い。	ケアマネ	

市民への啓発	支援者の存在が大切。本人や家族が、介護保険の存在を知らないことが多い。	保健師
	分かって在宅に戻ったが、右往左往してしまった。独居だと難しい。	ケアマネ
	退院時のカンファレンスに家族が参加しても、利用者や家族は自宅での生活が想像できない。患者の自宅でカンファレンスをやればよいと思う。(再掲)	ケアマネ
	自宅に帰った場合のリスクをしっかりと認知させる必要がある。	看護師
	登録住診医の認知があまりされていない。	看護師