

R2.2.12 比企地区多職種連携研修（情報交換時の意見、一部抜粋）

具体的な連携方法

- ・ 普段から顔の見える関係を築くことが大事
- ・ 共通認識を得るために定期的なカンファレンスへの参加
- ・ 患者の症状、治療状況、薬の服用状況等を記録するノートを作成し、情報を可視化している。
- ・ ケアマネジャーとして、病院から自宅に戻る人が多くなったと感じている。病院から在宅に移行する場合には、処置がどのくらい必要になるのかという情報が重要。直接会って得られる情報も重要と考えており、できるだけ時間を作り、会うようにしている。また、事業所内でも共有して検討するほか、事業所間では電話で密な連携を行っている。
- ・ 訪問看護を行う中で、もっと早く準備が出来ればと思うケースも多くある。準備が出来ると家族の不安にも対処出来る。顔が見える関係が出来ると患者様本人も家族も安心する。
- ・ 顔を合わせることが重要
- ・ 独居で、最近の生活や病状等について誰も情報を持っていない方がいたが、病院、包括、行政、社協などの関係機関が連携して、病状の安定が図られたケースがあった。
- ・ 末期がんの場合は、医師、薬剤師が対応するケースが多いが、脳梗塞や心不全などでは栄養士も役に立てると思う。
- ・ ケアマネジャーから事前に丁寧な連絡があるため、連携には困っていない。
- ・ 入院前の一連の流れ（受診していた病院、現病歴、物忘れはいつからかなど）を時系列で報告してもらえると医療現場では非常に助かる。認知症の夫婦から、正しい情報は得られにくい。
- ・ 文面で、時系列に生活や薬のことを伝えている。口頭では漏れがあるため、本人の状況や家族の思いなどをA4の一枚＋別紙で医師へ提供している。
- ・ 病院では、患者が沢山いるため、紙面（連携シートなど）だけで連絡があったケアマネジャーよりも、こまめに連絡をくれたり顔を見せてくれるケアマネジャーの方が退院時につなげやすい。
- ・ 最期はどこでどんな風に過ごすのか、どんな医療を望むのか等患者と家族が話し合っておくことが重要。埼玉県医師会で作成した「私の意思表示ノート」をぜひ活用してほしい。希望する人は、在宅医療連携拠点に問い合わせしてほしい。

MCS

- ・ 写真を掲載できるメリットがある。褥瘡の写真を掲載し、医師から助言をもらうこともできる。
- ・ 緊急時は電話、詳細な情報を取り扱うときはFAXやメールとし、MCSへの入力は一括で行う旨、周知が図れれば、医師が参加しやすくなるのでは。
- ・ MCSをメインに連携を進めている。複数人に一括で連絡ができて便利
- ・ 書き込むことで、利用者の情報を瞬時に共有できている。
- ・ 医師、訪問看護師、薬剤師のやり取りを知ることで、ケアマネジャーとして情報が得られ、役立っている。
- ・ 主治医とは情報提供書をやり取りするが、MCSも連携ツールとして非常に便利だと感じている。

- ・いつでも見られるメリットがあり、忙しい中でも連携に活用できるツール。
- ・複数での情報共有ができ、医師とも連絡しやすい。一人の患者に対し、色々な職種の方に見てもらえる。

連携シート

- ・連携シートは活用されているのをよく見かけるようになった。
- ・在宅の方が入院した場合、「連携シート」を使用している。
- ・自分が担当している方が入院するときは連携シートを使用し、病院のSWへつないでいる。
- ・1時間くらいで記入でき、使いやすい。
- ・連携シートを関係者から受け取ると、相手との距離が縮まったなど感じる。
- ・シートに確認したいことを書いたら、医師から返事が返ってきたのでよかった。
- ・全部細かく記入するのではなく、代用できるものは代用している。
- ・必要な情報を添付するなど、自由な使い方でのいいのではないかな。
- ・連携シートを知らない医療関係者がまだまだいるのが現実。めげずに使い続けることが一番。
- ・まずは使ってみて、課題点があればその都度解決していきたい。

在宅医療

- ・地元の地の利を生かし、直接医師に依頼してしまう。
- ・特定の医師に依頼が集中してしまう恐れがあるため、拠点を通して在宅医療を依頼してほしい。
- ・在宅医療の依頼が少ないので、「ニーズがないのでは」という話にもなっている。
- ・依頼があれば在宅医療も行う、という医師が増えている。少しずつそういう医師を増やすためにも、拠点に依頼の連絡をしてもらえれば。
- ・比企は医師も高齢化している。在宅医療をする医師が減るのは心配。若い医師に1件でも経験を積んでいただき、育てていきたい。
- ・今年の4月から訪問診療を始める予定。看取りが問題である。病院にこられない方を対象に、少しずつ始めてみたい。患者さんは喜んでくれると思う。

訪問歯科

- ・昼休みを活用して訪問歯科診療をしている。3年で100回を超えた。主治医やケアマネジャーとの連携を心がけている。
- ・歯科医は、自分の通院患者は、自分で在宅でも診ようという動きになっている。
- ・訪問歯科の依頼は、在宅歯科拠点にしてほしい。フットワークの良い歯科医が増えている。
- ・寝たきり者歯科保健事業に取り組んでいる。拠点システムによって施設にも診察に行けるようになった。胃ろうについても嚙むことができる治療ができるので相談してほしい。食べることは生きること。

お薬

- ・ 認知症の方の薬の管理は難しいため、薬剤師との連携が重要だと感じる。
- ・ 元気なうちから関わっていけるのが薬剤師なので、なるべくかかりつけ薬剤師を持ってもらえるよう勧めていきたい。
- ・ 主治医は薬を飲んでいる状態と思って診察しているので、残薬があることは問題。処方が増える可能性もある。飲んでいない状況は、主治医へ伝えてほしい。
- ・ 薬剤管理できない高齢者は多い。医師からの指示があれば薬剤師として在宅介入もできる。
- ・ お薬カレンダーでの対応や薬の包装紙に日付を直接記入（印字）することもできる。そうすれば残っているのがいつの分かがわかって便利。
- ・ 服薬調整などは薬剤師から医師へも確認できるので必要な時は相談してほしい。