

問2 多職種の意向に沿った支援を **多職種**で実現していく上で **難しいと感じていることはありますか？** 具体的に教えてください

NO	入退院支援
1	家族や施設といった養護者の意識と、多職種を意識しているケア提供者とのギャップが大きい。
2	高度急性期病院の患者支援部門の責任者として関わっているが、病状の複雑化、社会経済的な脆弱さ、在院期間の短縮により、調整しなくてはいけないことが増える一方で、関与できる期間が短くなっている。従来、高度急性期病院が旗を振る形で調整が進められてきたが、限界にきており、地域の担当者との役割分担を見直し、地域が牽引する形にならないかと模索している。
3	病院は治療の場と承知の上ですが、生活の場で本人の意向に沿うと治療の妨げになる生活になってしまう事もあり（心不全を繰り返す方など）悩まされます。生活と治療が並行して行えるように橋渡しの役割のつもりでいますが、入退院に際して治療の場と日常の折り合いをつけていくのが難しいと感じます。
4	コロナ禍で病院に入れず、入院時の様子がわからない。
5	病院では環境的に困らなかったことも退院後すぐに困ったりすることも多いので、現状退院前訪問などは難しいかもしれないが出来る限り情報共有して帰宅後の生活を想定しなければならない
6	急な入退院で正確な情報共有が出来ない場合
7	情報共有をスムーズに行う方法の統一。支援に対する思いの共有。言葉の壁。
8	コロナ禍において、本人の状況が確認しにくい状況となっている。
9	各業種において重きを置くところに差があるため情報格差（知識格差）を感じ、視点の差を感じる。係わる職種が増えるほど情報の共有も増え係わる時間も増加する。このままでは煩わしさだけが残り、広がり鈍化するように感じる。
10	退院前のカンファレンス調整では、関係機関が多いほど担当者の都合等で開催日程を組むことに難渋するケースがある。コロナウイルス感染症対策の影響で、本人との対面での面会機会を調整することができない。ICT機器の活用など行っているが、対面と比較すると円滑な本人の意向共有等に時間を要する。
11	特にコロナ禍で入退院時の連携が難しい場面があった。 入院時の様子がわからない在宅のイメージがわからないなどの問題でなかなか退院に踏み切れなかったり、コロナ禍でもあり入院したら面会もできなくなるということから入院を躊躇したり強行に退院したりなど様々なケースがあったと思う。コロナに対する危機意識にたいしても医療職と介護職での温度差もあったと思う。家族と医療側との間に立ち、本人の状況や意向はわからないというような場面での支援に苦慮した。
12	連携、それぞれの機関が繋がってるようで繋がっていない。
13	入退院にあたって書面での情報共有はあるが、退院前カンファレンス、担当者会議のようなものが減ってきているように思います。
14	コロナ禍の為、ご本人に会えず、動画での確認、MSW経由での希望の聴取等になってしまう（詳細が把握しづらい）。動画越しでは顔のみとなり、全身の確認が出来ない（顔色、表情、体重、座位、立位、歩容等）。本人不在のカンファレンスでは、現実とのギャップが生じやすい印象（介護者である家族が、退院後のケアを過剰や過少に捉えているケースが比較的に多い印象）。退院前指導が十分になされていない為、退院後に必要とされる必要な支援（家族のおむつ交換、口腔ケア、移乗方法の提案など）については、MSWへ打診するように努め、退院後の不安を軽減する様に努めています。
15	本人の意向と家族の意向が一致していないことがある
16	出す側、受ける側の考えるタイムラインの違い。
17	何も悪気はないが、関連の多職種にしっかりとしたネットワークとしての情報共有をクイックに出来ているかどうか。また、退院後に自宅に戻った時点からの「ご本人と家族を中心においた在宅療養支援の重要ポイント」の情報共有の迅速化

問2 多職種の意向に沿った支援を **多職種で実現していく上で 難しいと感じていることはありますか？** 具体的に教えてください

NO	日常の療養支援
1	医療の専門家、とりわけ医師が、最近の社会的支援の知識が不十分で、後手後手になってしまう。
2	本人や家族にも、責任や役割があるということを理解できていないケースに難渋している。
3	専門職が考える支援と本人家族が希望する支援に違いがある。
4	リハビリという言葉に対しての意味合いが職種に関わらず人それぞれなので、専門職に関わらなくても運動という意味やマッサージという意味だったりするので目的を明確にしてから介入して行かないと、抱いているイメージの相違がある場
5	経口摂取の再開の時期 食形態の認識の違い
6	情報共有をスムーズに行う方法の統一。支援に対する思いの共有。言葉の壁。
7	発熱時にコロナを疑い、対応をしているため、家族とサービス事業所の負担が大きい。
8	各職種において重きを置くところに差があるため情報格差（知識格差）を感じ、視点の差を感じる。係わる職種が増えるほど情報の共有も増え係わる時間も増加する。このままでは煩わしさだけが残り、広がり鈍化するよう感じる。
9	療養中の課題が複雑化・複合化した、所謂、困難ケースについて。柏市重層的支援体制整備事業に期待しています。
10	ご本人、ご家族、多職種における課題に対しての優先度、緊急度の差異。
11	比較的連絡を取り合えているので、難しさはさほど感じていない。
12	各職種が訪問して、療養者や家族の様子が報告されるカナミックがあると助かるが、カナミックがないと、なかなか、協同が難しい。または、出来ない
13	考えの違い

問2 多職種の意向に沿った支援を **多職種で実現していく上で 難しいと感じていることはありますか？** 具体的に教えてください

NO	急変時の対応
1	医療が最後の砦になっているが、全面的な責任をとるような立場ではないことが、理解されておらず、立ち去るような形で逃げるケア提供者との調整が難しい。
2	事前の意思表示が明確でないため、医療的な介入をやりすぎてしまっている。家族などの希望が現実離れしている場合にも、高度急性期の医療機関では、それを修正することが困難である。
3	高齢者の一人暮らしの方に多職種が関わっていても、急変時は結局家族が到着するまで待つしかないことがある。
4	連携が取れていない患者、情報を見ることができない患者では、処方FAXで流れきて初めて状況が分かることがある。
5	緊急時にご本人が意思を表出出来ない状況だと、元々ご本人が望んでいる急変時の対応と違う方向になる事もあり、関わっているチームメンバーも対応を後々まで悩み続ける事がある
6	連絡のタイミング
7	意思決定支援ガイドラインに基づく対応について、他職種への共有に時間を要する。
8	ご本人だけでなく、家族も一体的に対応しないといけないケースについて（課題が複雑化・複合化した困難ケース）は、状況次第で、単独では対応出来ないと思います。
9	夜間の医療職が不在の対応は、夜勤者の力量により支援が異なってくることもある
10	職種間のアセスメントツールや考え方の指標や(個々の)モラルスタンダードの違いの存在。致し方ない面が大きい。
11	状態の変化やその後の対応の重要ポイントなどの情報共有の迅速さ
12	考えの違い

問2 多職種の意向に沿った支援を **多職種**で実現していく上で **難しいと感じていることはありますか？** 具体的に教えてください

NO	看取り
1	家族との調整も難しいが、施設との調整に苦労することがある。施設に質のばらつきがあり、悪質と言わざるをえない施設がある。
2	事前の意思表示が明確でないため、救命救急センターや重症系ユニットを圧迫している。生活保護の急迫の手続きや、未収対策などを行わなければならないケースに苦労している。
3	ACPの確認などケアマネがどこまで介入するべきか迷う。
4	看取ったとの情報が届かないことがあり、処方が予定日に来ないことで問い合わせをして初めて知ることがある。
5	看取りの状況では中々介入が難しい
6	看取りに向けての支援方法の共有。
7	往診医を始め、訪問看護、介護職、リハ職等、助けて頂いており、難しいと感じるケースはありません。
8	看取りの状況に近くなった際の、患者様本人および家族への配慮も当然ではあるが、同時に、関わった多職種（しかしコミット具合は当然濃淡あり）の納得感が全員にあって欲しいと願っているが、それを必ず確認できない時もある。