

地区別会議で話し合われたこと

	地域でできそうなこと
中央地区	<ul style="list-style-type: none"> ・二人で行けるサロンがあれば 中央地区は、バリアフリーの場所が多いが、トイレは障害者用トイレかどうか、確認できていない。 ・退院カンファにかりつけ医が来ていない 通院できるところを退院カンファで検討できれば あまつなぎに相談（あまつなぎでは、送迎できる診療所などの情報を集めている） ・ショートでインシュリン対応があるため断られた 人員体制などの問題？あまつなぎでは、医療対応できるショートの情報を集めている。 ・トリルシティの扱いを行っている医師が少ない 新しいお薬なので、取り扱っている医師が少ない 在宅医の情報をあまつなぎで集めている 取扱いできる医師は、薬局の方がよく知っているのでは。 ・民生委員が地域でがんばってお世話されるが、急に対象者が留守になったり、いなくなったりで情報が入らなくて、名簿を見て初めて亡くなったと分かる ケアマネが誰か分からないし、どこに聞けばわからない ケアマネなどの交流の場があれば。 ・民生委員の連絡先は、市で管理していたが、現在は社協で管理している。
小田地区	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護や訪問介護など適切な関係機関に繋ぐことが大切。 ・体調の変化や異変に早く気づけるように、関係機関同士が普段から顔つなぎしておく。 ・薬の管理が出来ていない。薬カレンダーを使うなどアドバイスする。 ・家族全体の意欲低下を予防するため、家族支援も視野に入れておく。 ・トリルシティを処方してもらえる地域の在宅医の情報提供を行う。 ・夫が地域の人と関わり、家事に興味を持ってもらうために、お茶会などの地域行事へお誘いする。 ・地域喫茶にボランティアなどで参加してもらえるよう呼びかけ、簡単な台所仕事を一緒に行う。
大庄地区	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファがきっちりとできていないので、やり直した方がよい。 ・かかりつけ医が在宅診療の対応困難となっているのではないかな？ ・マンション内で認知症サポーター養成講座を開催し、協力者を探す この事例の世帯をサポートしてくれる方、協力者の発見。 ・食事の支援をもっと何とかできないか？ 糖尿食の配食弁当はどうか。夫や次男にA氏の糖尿病の知識をもってもらおう。 ・この世帯の経済状況のアセスメントをもう一度やり直す必要があるのでは？ ・次男がA氏の介護をしなければならない 出張できない、残業、休日出勤もできない 必然的に所得が下がる 経済状況が苦しければ、悪循環となる。 ・この世帯の生活の質が低い、その原因として所得が低いことが要因なのかも。 このことを考えると、本人は退院し自宅へ帰りたいたいが、入院している方が、経済的な負担も少なくて済み、食事面、医療面においても生活の質としてはよいのかもしれない。 ・A氏の生活歴のなかでプラス面を見つけてあげてはどうか？ 料理を作ることが好き etc プラス面をA氏のできる事（家事など）につなげ、生活の質をあげてはどうか。 ・自治会に入っていれば、近隣の声掛けができる ・脳出血、認知症を発症する前のA氏の近隣との関係はどうか？ 近隣との関係性を回復できないかな？ ・A氏の生活圏域にかかりつけ医、通所介護事業所、訪問介護事業所などを探し、何かのついでに事業所の方がA氏宅を覗きに行けるような環境をつくる。

地区別会議で話し合われたこと

立花地区	<ul style="list-style-type: none"> ・まず、往診ではなく通院できないかを探る ・退院カンファレンスが薄い。アセスメントが薄い。 ・カンファレンスにドクターが出席していないのでは？ ・在宅診療ができるドクター、相談しやすいドクターなどの情報 今後あまつなぎや、あまほしドクターに相談。 ・誰が悪いわけではなくみんな一生懸命に対応してる。 ・サービスの評価を短期間で行う必要がある。 ・地域であれば、それぞれの機関が顔なじみとなっていることが多い。退院時カンファの際にもう少し、突っ込んだ質問や調整がお互い気兼ねなくできるように思う。 ・支援者や家族の間で、病気に対する共通認識・治療方針や目標設定が十分になされていない（在宅に帰るのであればそれに合わせた治療の仕方へ変えていくのも必要）。 ・往診にこだわらず車いす介助で通院できる先でもよかったのではないかと。「往診していますか？」という質問になると、Yes・Noの回答しかできない。 ・在宅では薬が複雑となると管理ができない。1日1回ヘルパーが介入時に飲んでもらう方法に変更するといった相談にも応じている。残薬チェックで服薬状況を把握できる。 ・インスリンも管理が難しければ使わない方向にシフトしてきている。 ・高齢者の認知症患者の服薬管理はゆるくなっている（低血糖を起こさないことが大事）。 ・民生委員以外に二人協力員がいる。出来る範囲は限られるが、情報提供があればつないでいくことはできる。 ・退院日が先に決まっていて、準備が整わないまま帰るケースはよくある。退院後の調整でかわるサービス機関同士の密な連携によって、微調整が図られていく。 ・歯科衛生士は歯科医の判断で今後の治療や支援の内容が決まる。体のことが先になり、口腔は後回しとなるため、まずは声をかけてほしい。 ・地区のなかでも地域性があり、老人会があるところ、コミュニティがあるところ等様々。
武庫地区	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との関係性が乏しい。地域との関わりの必要性は誰が判断し、誰に相談したらいいのか。 ・ケアマネがアセスメントで気づき、包括や社協に相談する。 ・地域の社会資源の提案や、必要な社会資源の開拓も社協の仕事。 ・ケアマネだけではアセスメントや対応が難しい場合や、何が問題なのかわからない場合にも、漠然とした形であってもいいので、まずは相談してもらえれば、社協等必要機関に繋いだり、多職種で一緒に検討することができる。 ・トリルシティを処方してもらえ在宅医がわからないとの状況があった。細かい内容についてこの医師なら、との返答は難しいかもしれないが、現在、ショートステイやデイサービスなどの施設での医療処置をどこまで依頼できるかの情報収集を「あまつなぎ」がしているところ。 ・西宮では24時間対応する医師が協力し合うグループがすでに出来ている。尼崎市は在宅医が少ない。一か所の医院では24時間の対応は難しいのではないかと。 ・尼崎市内では148の医療機関が訪問診療を行っている。看取りまでできるのか等、手挙げ方式で情報収集し、協力し合えるチームを医師会で作ろうとしている。 ・薬剤師に問い合わせいただければ、トリルシティの指示を出している医師についての情報提供はできた。

地区別会議で話し合われたこと

園田地区

- ・入口は先ず、かかりつけ医。そこから、別の病院へ入院し状態が悪化すると退院時の往診対応は難しくなる事がある、医師どうしの連絡、ケアマネとの連携等が重要。医師としてはケアマネがどんな人が知りたい。
- ・トルリシティの注射は簡単なので家族でも対応はできる。
- ・診療情報提供書は必ず必要。
- ・尼崎市在宅医療ハンドブックの活用（2月末頃配布予定）
- ・退院前のカンファが重要（その場に主治医、ケアマネ、訪問看護、訪問介護、家族等サービスに必要な関係者が参加し利用者の状態把握、支援内容の把握等を各セクションが知る事）あまほしドクターの利用。
- ・通所サービスが利用できる状態であれば、受診も可能だと思われる、通院の手段について様々な問題があると思うが、安易に往診を依頼するのではなく、通院を希望する。地域には、高齢の医師も多いが、「その医師でなくては」と言う患者も多いので患者の意向は大切にしたい。