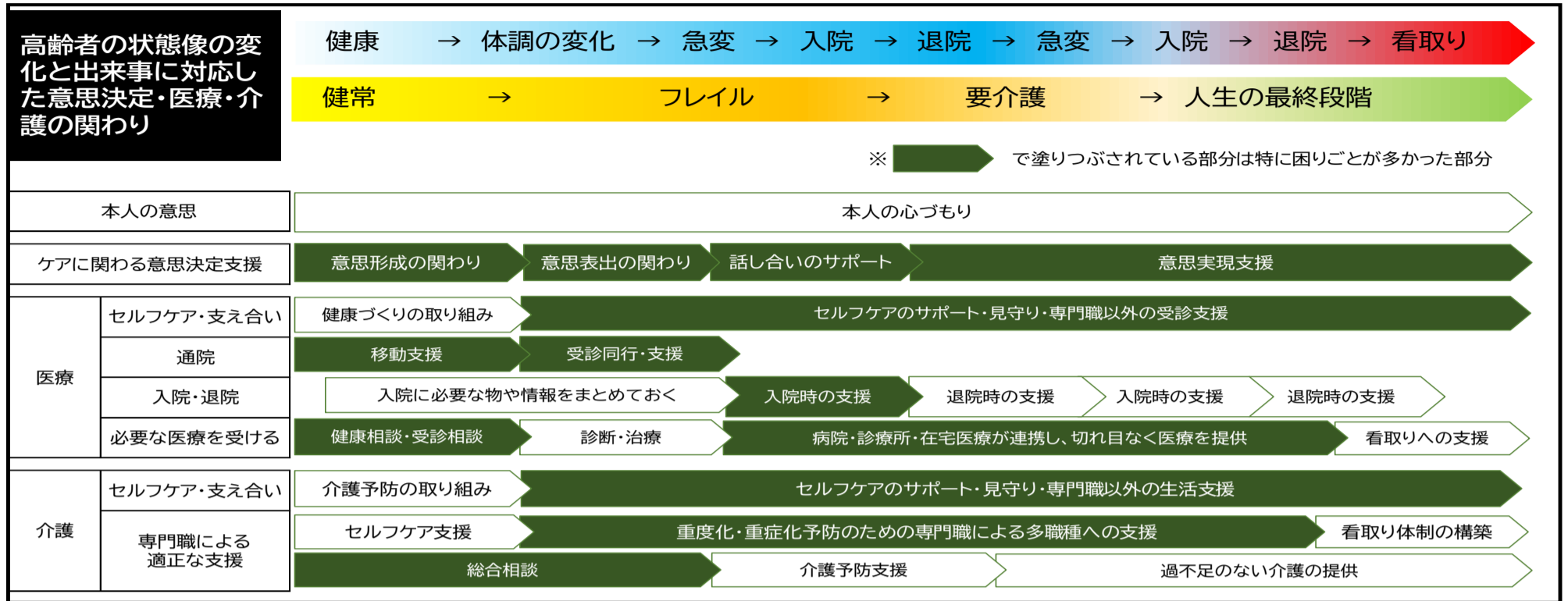


1 在宅医療・介護連携のあるべき姿

切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するためには、高齢者のライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面を意識した関わりができていくかということのほか、これら

を後押しする環境が整っているかという視点で課題を整理することが必要とされています。起こりうる 出来事を意識した関わりを、「ケアに関わる意思決定支援」と整理したのが下の図です。これは、医療・介護に関わる全ての専門職がそれぞれの立場から行うべきことであり、

また、医療や介護の専門職は限りあるものであることから、セルフケアや支え合い(互助)を育てていく視点も重要であることを含めて医療・介護の関わりを整理をしました。今後、更に増加する医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者への支援を持続可能なものとするため、これらのあるべき姿を念頭に置き、課題を整理する必要があります。



2 4つの場面における問題点

在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面 ①日常の療養支援 ②入退院支援 ③急変時の対応 ④看取り を意識した取り組みが必要とされています。そこで、ヒアリング等で把握した4つ場面で起こっている問題を、入院通院医療の関係機関「入院通院医療チーム」、在宅医療の関係機関を「在宅医療チーム」、介護ケアの関係機関「介護チーム」に分類し、意見をまとめて整理しました。なお、4つの場面および各チームは重なり合う関係です。

現時点で把握できている問題の背景を探り、対応策を検討するためには、★今後さらにヒアリングやアンケート等の調査を実施する必要があります。さらに、実効性の高い対応策の検討のためには、★明らかになった課題をそれぞれの場面に関係する多職種・多機関で共有し、検討の場を設けることが必要と考えられます。(一次～三次連携)

This section contains four detailed panels, each with a red header and a diagram.
1. ① 日常の療養支援 (Daily Care Support): Lists 14 issues for home medical teams, hospital/clinic teams, and nursing teams.
2. ② 入退院支援 (Admission/Discharge Support): Lists 6 issues for hospital/clinic teams and nursing teams.
3. ③ 急変時の対応 (Emergency Response): Lists 6 issues for home medical teams and nursing teams.
4. ④ 看取り (End-of-life care): Lists 6 issues for hospital/clinic teams and nursing teams.
A central diagram shows the interaction between '入院通院医療チーム' (Hospital/Clinic Team), '在宅医療チーム' (Home Medical Team), and '介護チーム' (Nursing Team) with various service points like '治療' (Treatment), '栄養' (Nutrition), '口腔' (Oral care), 'リハ' (Rehabilitation), '看護' (Nursing), '通所系' (Outpatient system), and '入所系' (Inpatient system).

3 高齢者のライフサイクルで起こりうることを意識した関わりに関するまとめ

切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するためには、ライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面を、関わる専門職が意識した関わりができていくかという視点で課題を整理する必要があります。そこで、**ヒアリング等から把握できた市民の実態を「本人の心づもりの状況」と整理し、それに対応する専門職の関わりを「意思決定支援」と整理して更にまとめたのが下の表です。**

市民への普及啓発や環境づくりは継続して必要ですが、**心づもりの主体は市民自身**であることから、課題という扱いは適当ではないと考え、「現状」として整理をしています。本事業では、専門職がどのように本人の意思の形成、表出、実現をサポートできるかという視点で課題や対応策を検討する必要があります。

本人の心づもりの状況

- ・急変時など**いざという時にならないと考えない人が多い。**
- ・緊急時の前に本人や家族で話し合っていることは少ない。
- ・病気や**認知症になった時のイメージがない**ので、サービスに対し受け身になりがちである。
- ・わたしのきぼうノートを**自分から見せる人はほとんどいない。**
- ・救急キットの内容を更新するのが難しい。
- ・本人のことを知る家族や親族が少なくなっている。
- ・在宅看取りができる状態でも、**本人や家族の心づもりができていない。**
- ・本人よりも**家族の意向が強い**ことがある。

意思決定支援

- ・わたしのきぼうノートの**使い方がわからない。**
- ・わたしのきぼうノートを活用した**意思決定を経験したことがない。**
- ・**独居の人**への支援が困難。
- ・本人の**意思が確認できない人**への支援が困難。
- ・本人の利用希望だけでサービス調整がなされ、**状態像に合わない介護サービスが過剰に提供**されている実態がある。
- ・救急キットと**岩手中部ネットの連携がうまくできていない**と感じる。
- ・緊急時に対応する人と日常の療養支援の人が異なるため、意向を共有できない。
- ・人生の最終段階における意思を確認し、実現するための**検討の場が少ない。**
- ・**家族が代理で決定する時の気持ちの揺らぎに寄り添うことができていない。**
- ・家族等の支援者がいない場合の意思決定について**ガイドライン**で示されているにも関わらず活用されず、**ケアマネや包括に家族の代理を求められることが多い。**
- ・施設入所者でも**看取りの意向を確認していない人**もいる。

4 対応策を検討する上で配慮すべきこと

ヒアリングにより、あらゆる分野において**人材不足**が起こっており、**業務外での研修等への参加が難しい**状況となりつつあることが明らかとなりました。そこで、業務外での研修等だけでなく、対応に困っている場面に対し、**★専門職を派遣して取り組みをサポートするOJTによる人材育成も**対応策として検討することが必要となっています。具体的には、「認定看護師等による出前研修」を**★リハ職、薬剤師、管理栄養士等、他の専門職に拡大したり、★ケアマネジメント支援を行うスーパーバイザーの育成**が必要と考えます。

5 まとめ

今回のヒアリング及びアンケート調査は、北上市在宅医療介護連携推進事業を本格的に取り組み始めた**平成28年度以降7年度ぶり**となります。少子高齢化が一層進み、コロナ禍を挟んだ8年間において、医療や介護分野は制度改正・報酬改定を繰り返し、新たな取り組みや課題も出てきています。この貴重な意見を無駄にすることなく、令和6年度においては、課題の更なる分析による要因抽出とその改善策を検討する期間とする必要があります。具体的な取り組みは以下のとおり整理しました。

★前回調査（平成28年度）との比較による分析（職種ごと、4フェーズごと）

★その課題が全国的な問題なのか、当地域独自の問題なのかの分析

★出された課題を踏まえた更なるヒアリングやアンケート調査の実施

★出された課題をそれぞれの場面に関係する多職種・多機関で共有した検討の場の設定（一次～三次連携）

★リハ職、薬剤師、管理栄養士等の専門職を派遣して事業所内の取り組みをサポートするOJTによる人材育成の検討

★ケアマネジメント支援を行うスーパーバイザーの育成