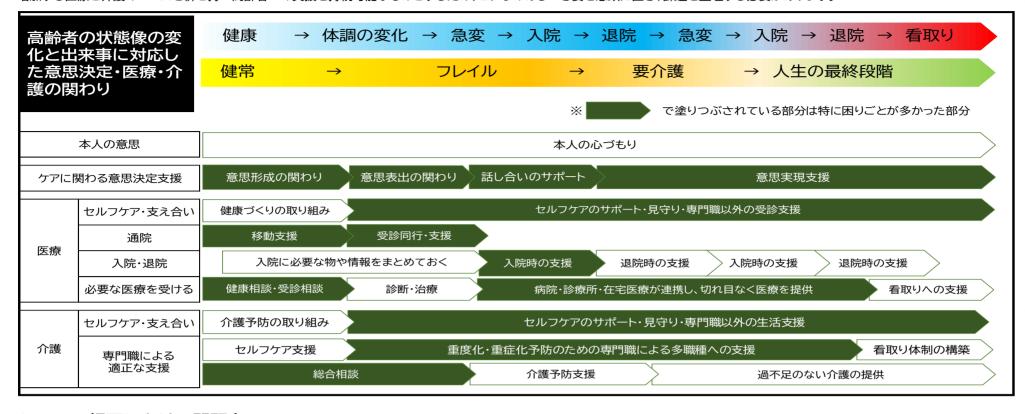
1 在宅医療・介護連携のあるべき姿

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、<mark>高齢者のライフサイクル</mark>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る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、<mark>セルフケアや支え合い(互助)を育てていく視点</mark>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、<u>入院通院医療の関係機関「入院通院医療チーム」</u>、<u>在宅医療の関係機関を「在宅医療チーム</u>」、<u>介護ケアの関係機関「介</u> **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、<u>★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。</u>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)

① 日常の療養支援

在宅医療チームの困りごと

- ① 在宅医療が利用できない地域がある。
- ② ケアマネの計画書の意味がわからない。
- ③ 訪問看護の利用のタイミングが遅く、効果的に 活用されていないことが多い。
- ④ 本人より家族の意思でサービスが調整されがち である。
- ⑤ 摂食嚥下機能の評価が不十分で食形態のミス
- マッチが見られる。 ⑥ 口腔・栄養面のアセスメントやケアが見落とされ がちとなっている。
- ⑦ 介護への情報提供書の様式がバラバラで 医療側の負担となっている可能性がある。
- ⑧ 在宅医療サービスの提供に必要な情報が、 施設職員・ヘルパー等介護職員から得られにくい。
- ⑨ 多重受診のため、多剤服用になりがちである。
- ⑩ 訪問診療医が不足している。
- ① 認知症患者への薬局による服薬指導が活用さ れていない。 ② 薬局は服薬できているかの情報が欲しいが得
- られにくい。
- ③ 介護施設と連携した服薬管理ができていない。 ⑭ 訪問看護とケアマネの日常的な連携が不足して

在宅医療チームの困りごと

- ① 緊急時にかかりつけ医と連絡が取りにくいこと が多く、救急外来を受診することになる。
- ② 救急外来の医師とかかりつけ医の情報連携が できない。 院とならず家に戻ってきても、状態変 ③ 急変後
- 化に合わせた在宅医療の調整が間に合わない。 ④ 往診できる医療機関が少ない。
- ⑤ 食べられなくなった時の対応が医療と介護で統 -されていない。
- ⑥ 緊急連携を訪問看護に求められても、もともと 訪問看護を利用していないと対応できない。(緊急 時を予測した訪問看護の利用ができない)

入院通院医療チームの困りごと

- ① 保証人・緊急連絡先となる家族等がいない場合、 治療や入院手続きが難しいため、ケアマネや包括 等に頼りがちである
- ② 介護タクシーが掴まらないことが多く、通院手 段が不足している。
- ③ 救急外来が不足している。
- ④ 24時間体制が取れない訪問看護の場合、救急 外来受診や入院を勧めがちである。

入院通院医療チームの困りごと

- ① 通院できない人への支援が少なく、ケア マネ等が支援を求められたり、自費ヘル パーの利用が増加している。
- ② 認知症で受診を拒否する人への対応が 困難である。
- ③ 精神科受診が必要な人への支援が困難。
- ④ 認知症疾患医療センターと認知症サ ポート医の連携がもっと進むと良い。

介護チームの困りごと

- ① 所得によって使えるサービスが制限さ
- ② 複数の医療機関に通院しているため、 かかりつけ医が誰かわからず、介護の相談 がしにくい。
- ③ 本人同行の買物支援が不足している。
- ④ ゴミ出しの支援が不足している。
- 入浴だけの通所支援が不足している。 医療機関から包括に本来業務ではない 支援を求められることが多くなり、通常の 業務が圧迫されている。

入院通院医療チームの困りごと(主に通院)

- ① 入院が必要だが受け入れ先が見つからない時 に困る。
- ② 退院後の通院手段が未調整のまま退院となる ことがある。

在宅医療チームの困りごと

- ① 在宅のリハサービスの特徴を知られていないた
- め、指示内容がマッチしない。
- ② 入院中に提供された医療や本人・家族に指導さ れた内容について把握したいが、情報が得られな いことが多い。
- (サマリー・カンファレンス・本人や家族を通じて知 ることができていない)
- ③ 口腔・栄養の評価が行われていない又は引き継 がれず食形態がミスマッチとなることがある。

介護チームの困りごと(入所系)

- ① 保証人・緊急連絡先となる家族等がいない場合、 入所受け入れが難しい。
- ② 低所得者の入れる施設が限られる。

② 入退院支援

入院通院医療チームの困り事(主に入院)

- ① 保証人・緊急連絡先となる家族等がいない場 合、入院受け入れが難しい。
- ② 施設の空き状況や入所基準がわからず退院 調整がしにくい。
- ③ 在宅生活のイメージや制度がわからないので、 在宅医療や介護の担い手にどんな連携が求めら れているかわからない。

介護チームの困りごと

- ① 退院後に介護サービスの提供に必要な情報が もらえないことがある。
- ② 退院するまでに介護サービスの提供体制が整 わないことがある。
- ③ 介護保険制度利用について合意が得られない まま紹介されることがある。
- ④ 病棟看護師とワーカーの話に食い違いが多々 あり、支援方針が定まりにくい。
- ⑤ 家族等支援者がいない場合、入院時に必要な 物の準備をケアマネや包括に代行を求められる。 ⑥ 精神症状や認知機能の低下があっても精査さ れることなく退院してくるため、介護サービスの 調整ができず、再度医療連携が必要となることが ある。

入院通院医療チーム 病院 在宅医療チーム 治療 栄養 口腔 調 診 通所 訪問 剤 系 所 el 🗏 🚾 局 入所系 リハ 看護 歯科診療所

介護チームの困りごと

- ① 家族の支援が受けられない人の場合、ケアマネ や包括等介護事業所のスタッフが受診支援・同行・ 手術同意等を医療機関から求められ、長時間拘束 されることがある。(緊急時の役割が未整理)
- ② ショートステイ中はかかりつけ医が往診できな いため、受診させる必要があるが、同行者がいない。 ③ 食べられなくなった時の対応に迷う。
- ④ DS等から本人の状態変化について医療に報告
- しても診断に活用されているか不明。 ⑤ 緊急時の対応が不明確だと受け入れにくい。

在宅医療チームの困りごと

- ① かかりつけ医が在宅医でないと、他科へ 紹介される傾向がある。
- ② 看取りの場の選択肢が少ないと感じる。 ③ 独居・高齢者世帯だと在宅看取りが難し
- ④ 低所得者の看取りを受け入れる施設が
- ⑤ 訪問専門の診療所に負担が集中してい て、飽和状態となっている。

少ない。

入院通院医療チームの困りごと

- ① 看取り期であることを告知した後のケアが不十 分である。
- ② 医師の終末期の判断が遅くなると、看取り体制 構築が間に合わなくなる
- ③ 精神科病棟での看取り希望も多い。(在宅看取 り体制構築が困難)
- ④ 救急搬送先の病院とかかりつけ医がタイムリー に意向について共有する手段がない。

介護チームの困りごと

- ① 在宅での看取り経験がないので対応できない。 ② 介護保険の利用がない状態でもケアマネの対応 は多く、報酬に繋がらない。
- ③ 積極的な治療を望まないために未受診である人 の看取り体制の構築が難しい。
- ④ 看取りに対し、介護職員の負担が大きいと感じ
- ⑤ グループホームで看取り体制が整っていない所 もある。
- ⑥ ショートステイ中の看取りは難しい。

③ 急変時の対応

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るかという視点で課題を整理する必要があります。そこで、<mark>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</mark>し、それに対応する<mark>専門職の関わりを「意思決定支援」と整理</mark>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、<mark>心づもりの主体は市民自身</mark>であることから、課題という扱いは適当ではないと考え<mark>、「現状」として整理</mark>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<mark>認知症になった時のイメージがない</mark>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<mark>家族の意向が強い</mark>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、<mark>状態像に合わない介護サービスが過剰に提供</mark>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<mark>ガイドライン</mark>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<mark>人材不足</mark>が起こっており、<mark>業務外での研修等への参加が難しい</mark>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、<u>★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</u>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<u>★リハ職、薬剤師、管理栄養士等、他の専門職に拡大</u>したり、<u>★ケアマネジメント支援を行うスーパーバイザーの育成</u>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<mark>平成28年度以降7年度ぶり</mark>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に整理しました。

- ★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