

ヒアリング先	医療・介護関係39か所(関係機関、職能団体等)
アンケート先	ケアマネジャー73人(居宅介護支援事業所 他)

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)

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。
⑪ 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。
⑫ 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。
⑬ 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

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れる。
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。
⑤ 入浴だけの通所支援が不足している。
⑥ 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。

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。
③ 急変後入院とならず家に戻ってきてても、状態変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一されていない。**
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。

② 入退院支援

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。

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し合いが多々あり、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。

③ 急変時の対応

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。
③ 急変後入院とならず家に戻ってきてても、状態変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一されていない。**
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。

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 ショートステイ中の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い。
④ 低所得者の看取りを受け入れる施設が少ない。
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。

④ 看取り

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のと感じる。
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。