

在宅医療・介護連携推進事業の地域課題

尾張中部在宅医療・介護連携推進協議会ワーキング（R4.7.6開催）資料より、要素を抽出

ワーキングでは4つの場面ごとに出し合った事例をもとに議論しており、R4年度は③緊急時の対応について取

① 日常の療養支援

中項目	意見（具体的事例から抽出）
普及啓発・情報提供・ルール of 明確化が不十分である	在宅診療の選択肢があることが、市民に周知されていない 誰が入院中の代行申請をするのか、市のルールが周知されていない
自分の診療情報を的確に把握伝達することができない高齢者がいる	本人は、主治医に服薬状況を伝えていないことが多い。 薬の種類が多すぎて服薬管理できないことを、うまく主治医に伝えられない。 飲み薬の自己判断による中止や変更
支援者間の情報共有が不十分	本人管理が困難な高齢者の、服薬管理の情報共有が不十分
かかりつけ医やかかりつけ薬局などが十分機能していない	多数の病院にかかっている人が通院できなくなったとき、医療や薬が中断することがある。かかりつけ医がかかりつけ薬局による体制が難しい
支援者間で情報の重要性に違いがある	支援者間でも必要だと思う情報の意識の相違があり、情報共有がうまくできていない。 ケアマネの作成したケアプランを医師が参考にしているか疑問である。
コロナ感染症のため、支援者の関係づくりが停滞している	コロナ禍になってから担当者会議がない為、情報共有や連携が不十分 ケアマネから、主治医に投薬の提案をしにくい 井戸端会談的・お茶会的な集まりが減り疎遠（交流会的な研修が減っている）
レインボーネット（電子@連絡帳）の活用、IT技術の導入が十分でない	レインボーネットの利用率が低く、効率的にシステムを活用できていない 服薬支援ロボットの導入もまだ現実的でない
医療と介護を切れ目なく提供することの難しさがある	医療保険サービスから介護保険サービスの切り替えがうまくいかず、リハビリが中断することがある

② 入退院支援

普及啓発・情報提供が不十分である	医療機関が退院時に望むサービスは総合事業でない場合もあり、困ることがある 市の総合事業の考え方が、医療機関に周知されていない 市の福祉サービスについて、ホームページも含め周知が不十分、
病院が介護関係者の望む情報がわからない	病院として、介護関係者がどのような情報を求めているのかわからない。
入院時連携シートの活用が不十分である	入院時情報連携シートで医療機関と連絡を取っていたが、連絡がなく退院となり、サービス調整に苦労した。 ケアマネがいる要介護認定者は、入院時連携シートを活用できているが、要支援者やケアマネがいない人は、連携シートが活用できていない
意思決定を支援する体制が乏しい	理解力の低下したひとり暮らし高齢者が、病状説明、生活指導の説明を受ける際、本人の意思決定支援ができる体制が乏しい。 本人や家族が入退院情報をケアマネに伝えることができない場合がある
病院と地域の医療機関間の連携が十分でない	家族の意向で病院が退院後の往診医を変更したため、ケアマネが以前の往診医から批判を受けた。
退院時において病院と地域の在宅ケアの連携が十分でない	入退院情報が、介護事業所、入院医療機関、薬局で共有されておらず、薬の提供が遅れる。 自宅介護が難しいにも関わらず退院してしまい、家族の体力、精神的負担が増加した 自宅環境が整っていないにもかかわらず、退院になり困るケースがある。 退院後に、医療情報が少なかったり 入院中に解決しておくべき問題がそのままになっていたりするケースが多い。 ケアマネが、病院のMSWから個人情報という理由で、入院の詳細を教えてもらえないことがある
コロナの影響で退院支援がスムーズにいかない	コロナ禍で面会ができず、直接状態把握ができない。 コロナ禍ということもあり、退院支援ないまま退院するケースが増えている。
ターミナルケア体制が十分でない	末期がんの退院支援にあたり、訪問診療や医療訪看の導入の際の役割分担でスムーズにいかないことがあった。

③急変時の対応

普及啓発・情報整理・情報提供が不十分である	もしものときを話し合えるような、普及啓発がなされていない 民間救急、家来るドクター、ALSOK、消防団など有事に動けるサービスを周知、整備していく必要がある 往診してくれる病院の情報がわかりにくい 緊急時の対応について、市民講座など情報提供していく必要がある。
救急情報キットの活用が不十分	医療情報キットが活用しきれていない 救急情報キットの内容が更新されていない
救急隊が必要な情報を取得できない	救急隊が最新情報をつかみにくいことがあるため、訪問看護やケアマネの連絡先が、救急隊にわかるように表示しておく必要がある 身寄りのない高齢者が救急搬送される際、救急隊が必要な情報が取得できない
本人の意思を尊重したツールの必要性	連絡先や本人の思いを記録に残し、情報共有できるツールが必要である
家族間での思いのすり合わせができていない	本人の意思確認ができない緊急時、家族間の意見が異なる。 緊急時の話し合いが、家族間でできていない 急変時、判断能力が不十分な家族への対応の難しさがある
関係者間で緊急時の対応の話し合いが不十分	緊急事態発生時の対応について話し合いをしていなかったため、在宅療養者が急遽受診が必要になった時、家族に連絡がとれず困った。
精神症状がある人の緊急時受入れの困難さ	精神症状が強い人の救急搬送が断られたり、受け入れ先が見つからないケースが時々ある。
在宅での麻薬管理方法	支援者が時間差で出入りする在宅で、麻薬の管理方法が難しい

④看取り

普及啓発・情報提供が不十分である	ACPIについて まだまだ浸透されていないように思われる。 元気なうちに人生の最終段階についての意思表示しておくことが大事であると、市民に周知されていない 様々な選択肢があること、そのメリットデメリットを知らないので、自己決定しにくい
本人の意思確認をすることができていない	コロナ禍面会が減り、看取りが難しい。 家族葬儀が増え、グリーフケアが不十分 人生の最終段階にいる患者が、意思確認ができていない。
家族の不安に対応する難しさがある	支援者が在宅看取りの家族の不安に応えきれず、家族が何度も救急車を呼んで帰されを繰り返してしまう。 医療知識に明るくないケアマネに対し、家族が不安を感じる。
家族間での思いの違いをすり合わせるができない	本人と家族の思いにズレがあり、本人の思いが尊重されないケースあり。 早い段階から、本人、家族、専門職が話し合う機会がもてず、在宅を希望する本人と家族との関係を悪くする場合がある。 本人と家族とのエンディングへの考え方にギャップがある 本人の意思不明に加え、家族間での意見の相違があり、看取る場所について決まらない。
支援者間の情報共有や連携が十分でない	本人、家族は在宅を希望したが、病院側が在宅は現実的ではないと判断。看取りが可能か在宅サービスの検討や情報共有ができると良かった。 尾張中部以外のエリア、がん末期の認知症の人が自宅での看取りを希望されたが、往診医、訪問看護が見つからず、家族は苦勞した。
地域での看取りに関わる体制が十分整備されていない	在宅、入院時切れ目なくACPIに沿って多職種が実践することができず、本人家族が自宅での看取りを希望しても、退院できずに最後を迎えられる場合もある。 なじみのかかりつけ医が休日夜間対応が体制的に難しいため、本人の希望をかなえることができない。 がん末期で本人家族が看取りを決めても、制度を利用手続きに時間がかかり支援体制が整えられないこともある。