	①日常の療養支援	現状	課題
医師	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【医師】 ・かかりつけ医がいらない高齢者のとりこぼしなど、情報弱者で介護医療支援につなげていけないケースがある。 ・介護医療支援のスタートラインに立てている人はある程度のサポートは受けられている。 ・皮膚科・整形・眼科など専門医のサポートがない。 ・通院している患者さんは、いつの日か通院できなくなる時がくるのを十分理解していない。一度入院すれば回復すると考えている人も多い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者のみならず、その子世代にも地域のサポート入り口を知ってもらう必要がある。 包括支援・在宅療養窓口の認知度 住診ニーズを訴える 在宅ギブアップ時の代替策なさすぎ（勉強不足なのか） 通院が困難になる前に介護導入等を早めに勧めたいが、受け入れが難しい。
介護福祉	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【介護】 コロナ禍では医療職との連携は希薄な状態であったが、コロナ明けから徐々に医療介護連携のリスタートをすることが出来た。少しずつであるが関係作りが進んできている。</p>	<p>医療と介護が連携し介護者を支援していくためには、更なる連携を強化するためにICTの活用以外にないと思えるが、未だデジタル化が進んでいない事業所も多くあるために課題が多い。</p>
薬剤師	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【薬剤師】 ・薬の事を薬局に頼るという認識が低いほか、なんとか家族内で解決しようとする傾向がある。 ・独居の高齢者の中には、できるだけ自分でというお気持ちが強い方がいる。 ・在宅での療養希望があった場合の相談窓口などの認知度が低い ・薬カレンダーや配薬BOXにお薬をセットし、ご本人もしくはご家族、ヘルパーさんに服薬状況がわかるように対応。安心・安全に服薬が継続できるようにと支援しています。また、複数診療科もしくは複数受診病院の飲み合わせなどのチェックを行います。 ・外来患者の方に地域包括支援センターを紹介することがあるが、その後どうなったのか把握できない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ご家族の負担の軽減にもなるので在宅医療を分かりやすく説明し、取り入れてもらえるようにすること。 在宅療養希望があった場合の相談窓口や今後の流れなどの、簡単なポスターのようなものが医療機関でも掲示出来ると良い おおよそ2週に1回の訪問ですので、確実に日々服用出来ているのかがわからないこともあります。2週間の見かけの服用を確認しているだけに過ぎないのではないかという課題です。 繋ぎ方など対応方法の検討が必要では
リハビリ	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【リハビリ】 ・次年度改定で入院患者のリハ計画書のやり取りが必要になるが、外来からの移行については連携が取れた経験はほとんどない。 ・かかりつけ医とのやり取りは電話などで行うこともあるが、時間がかけられず、詳細なやり取りは難しい。 ・現在では何らかの療養が必要な状態になる前と後で、その方の生活やコミュニティが大きく変わってしまう事も珍しくないように思う。その線引きを緩やかにしていくような営みが、物理的な場所としてではなく、本当の意味で住み慣れた場所（コミュニティ）で生活し続けられる事に繋がるのではないかと感じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医や外来リハと介護サービスの連携は不十分で、情報共有が課題 他市町村では、かかりつけ医のケアマネタイムという相談枠を持っている自治体もありますが、在宅医がMCSを活用している現状を考えると、外来医と介護サービスのMCS連携が進むとよいのではないかと感じる。 24時間、療養上の心配事に対応してくれるサービスがもっと必要だと考える。 専門職同士の連携だけでなく、市民同士として繋がり合えるようなアウトリーチ・地域づくりが必要
病院相談員	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【病院相談員】 ■介護保険の申請までに時間がかかる。また申請を忘れてしまう為、退院まで時間がかかる。 ■Faが遠方であることや関係性が悪いケース、身寄りがないケースが増加している。 ■身寄りがないケースが増加している。 ■在宅生活との連携で、入院中にケアマネ事業所との面談調整 ■患者相談窓口を設置し、相談内容に応じて担当部署に繋いでいる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■介護保険申請をスムーズに進められない。 ■地域包括支援センターを紹介し家族が窓口へ行っても、介護保険の申請や区分変更申請を断られることがある ■後見制度が時間がかかる為、さまざまな意思決定がPtなしに進まざるを得ない。 ■高齢独居生活へ戻るため、社会的サポートの体制を充実させる等、整備が必要 ■入院を機に経済問題が露呈することが多く厳しい状況で生活をしていても発見されておらず、在宅でも発見できる体制が必要 ■家族がいても、その家族が本人の利益を損なう状況にしているも「同居家族がいる」ということでネグレクトや経済的搾取の状況が発見されず、入院で発見されることが多い ■身寄りがいない方で通帳管理が難しくなってきた方について、市長申し立てによる後見人選任が必要だが、なかなか進まないことがある。 ■ケースによっては本来と異なる部署に対応がまわることがある。 ■元気なうちにいざという時の課題を話し合っておくということが難しい（縁起でもないということ話し合わない文化が多い）
柔道整復師	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【柔道整復師】 急性期応急処置と整形外科との連携で亜急性期リハビリ業務を行っている現状。介護予防につながる筋力強化までリハビリを行っている</p>	<p>整形外科リハ終了後の地域リハ施設として各接骨院・整骨院を活用していただくよう整形外科ドクターと連携をとる課題がある</p>
訪問看護	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【訪問看護】 在宅医療についての認知度の低さ、何をどのようにどこへ働きかければ日常生活が円滑に過ごせるのかなど、患者や家族の不安は大きい。</p>	<p>入院中の医療機関内でのMSWや入院支援の働きかけが重要。地域包括やケアマネを中心に療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるようなサービスの提供。</p>
包括支援センター	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>【包括支援センター】 腰痛等や食事摂取量低下による体動困難があるが、医療での検査ではあきらかなデータの異常がなく、同居の家族が不在または家族も高齢者で在宅での介護が難しい場合がある。（介護保険を申請したばかりや暫定のサービス量では不十分な場合）入院の適応にもならず、ショートステイ先でも医療の後ろ盾がないと等言われることがあり、医療と介護のはざまになるケースがあった。</p>	<p>医療にも介護にも繋がらないケースがある。</p>
歯科医師	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>訪問在宅歯科治療の認知度、依頼が少ないこと</p>	<p>毎年多摩歯科医会作成の「歯科医療機関連携マップ」（4月1日更新）を作成しているが、まだまだ活用されていない</p>
ケアマネジャー	<p>①日常の療養支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とするじょうたいの高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。</p>	<p>・訪問診療を利用する方が増えてきていることから、より療養が必要な方の医療面での連携がしやすくなった。・大きな病院の外来利用者に関しては医師との連携が取りにくい。・薬剤師も担当者会議へ参加していただけるケースが増えていく。・医療機器会社や薬剤師等医療関係者との連携が図れるようになってきている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外来受診の方の医師との連携。・関係事業所との関係づくり。

在宅医療・介護連携推進事業における課題について（まとめ）

	②入退院支援	現状	課題
医師	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>四六時中NSなど医療従事者がいる環境と数日に1回60分程度誰かがみにくるといふ環境差をお互い理解できていない。 入院は必要だが超急性期/急性期病院でなくてもよいと思われる症例の受入れ体制がない。⇒夜間・緊急。 在宅で対応困難な薬剤や投与方法のまま在宅に戻る事例もある（インスリンとか）</p>	<p>退院カンファをしてくれることが入院中の情報をよりわかるようになった（が、実際は時間調整できず遠方の病院などは行けていない）</p>
介護福祉	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>コロナ過では入退院を入れ替わりが激しい時もあったが住み慣れた自宅で医療との連携に在宅生活を提供することが出来ている。</p>	<p>突然退院してくるケースもあり、体制が整う前に自宅に戻れるケースがあったと思われる。</p>
薬剤師	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時に薬局が関われる機会がほとんどない。 ・入退院時にどのタイミングで誰に連絡を取ったらよいか不明確。 ・退院予定が共有されておらず、退院後の処方薬を予め確保する猶予がない ・入退院時に病院からの連絡があるケースとないケースがあります。 ・在宅訪問している患者が入院したことを把握できていないことがある（予定日に処方箋が届かないことで気づく） ・退院時の情報が不足していて、退院後初訪問時の対応方法が分からないことがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院の際、できるだけ会合に参加して情報共有を行い、入院後または退院後にスムーズに環境の違う生活に入れるよう協力する。 ・薬局（薬剤師）も交えて会合をしていただけるよう病院との関係を構築する。 ・病院薬剤部⇄調剤薬局間での情報共有、連携強化 ・退院時の連携は課題です。 ・医療・介護間で、入退院に関する情報の共有をより強化する必要があるのでは ・薬局が入退院時カンファレンスに参加できていない
リハビリ	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>【リハビリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリ病棟からの退院ケースは介護サービスとの連携は取れている。 ・在宅から急性期との入退院では情報のやり取りが円滑に行えていない（急性期病院のスタッフから見れば、在宅のリハビリ状況がわからない状態）。 ・退院時の連携は不十分なながらも、ある程度進んでいる印象ですが、入院時及び入院中の連携が少し不十分。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ではケアマネから情報得ることが多いが、実際介入しているサービス事業者から入院前の生活状況を伝えられるようなツールがあると良い ・退院前カンファレンスだけでなく、地域包括ケア病棟への転院検討の際も在宅側の意見も聴取できる仕組みがあると良い。 ・医療依存度が高い利用者のリハビリやレスパイトができる仕組みがあると良い（在宅療養後方支援病院など）。 ・入退院の前後に関わる医療スタッフの情報共有がもっと簡便にタイムリーにできれば良い。 ・多摩地域では地域医療連携ネットワークサービス「Dリンク」のサービスを利用できる施設があるが活用されていないのでは？または利用施設を増やす。
病院相談員	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>【病院相談員】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■地域包括ケア病棟などの普及により、相談の幅が広がった。 ■病院入院へのハードルが下がった。 ■患者・家族の権利意識が上がってきている。 ■認知症治療病棟がある ■精神科での治療に対する抵抗がある方がいる ■身体合併症の対応が難しい場合がある ■いまだにコロナクラスターが発生すると入院受入が出来なくなる（コロナ対応に弱い） ■緊急/予定入院ともに入院支援看護師がスクリーニングを実施。退院支援部門や外来・病棟と情報共有を行い、早期介入につなげている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■かかりつけのDrが全体を把握出来ていないことが多い（在宅で、かかりつけDrという認識がどこまで浸透しているかが不明） ■「リハビリ」「治療」という単語のイメージに縛られるFaが多い。 ■治療やリスクに対する理解が得られないことが多い。 ■多摩市内や近隣の病院や施設の空床状況が把握できると良い ■生活・経済・家族関係など、以前から把握・認知されている課題を入院を機に医療機関に解決を求められることが多い ■病院側が自宅退院を検討していても、在宅側が入院と同時に「在宅は無理」と家族に話しているケースは退院調整が難航する ■急性期病院や訪問診療クリニック、老健や特養などの高齢者施設から日々相談をお受けする中で、癌の診断については、（未治療、BSC方針含む）、ADL自立し食事摂取可能で癌末期に由来する症状はなく元気、予後半年以上の長期、未告知、などのケースでも、ホスピスはいざという時に直ぐに入院できないから早めに申し込んでおきたい、また、独居、在宅介護困難、介護施設のため今は無くともこの先痛みが出た時に対応困難だから、などを理由に直ぐに入院したいという相談が多くあります。個々のケースにも寄りましますし、その事情は理解できますが、緩和ケアやホスピス（緩和ケア病棟）の役割についてもう少し理解を深めて頂く必要があると感じることがあります。 ■精神科病院では長くて3か月の入院期間で施設入所を決められない場合がある。 ■経済的な困難者に対する施設選定が難しい場合がある ■クラスターが発生しても入院受入が出来るような体制作りが必要 ■普段連携をとっている病院や事業所に相談することが多い。 ■-ズ がどこにあるのか、医療なのか、介護なのかというような判断が出来ないことが多い。
柔道整復師	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>【柔道整復師】 入退院支援に現在は関わっていない</p>	<p>整形外科リハ終了後の地域リハ施設として各接骨院・整骨院を活用していただくよう整形外科ドクターと連携をとる課題がある</p>
訪問看護	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>【訪問看護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院を退院されると同時に在宅療養が開始になるケースでは、退院前カンファレンスなどでの情報共有を図っているが、日程の調整がつかないで紙面上だけでの情報交換の時もある。訪問看護を行っている利用者が入院した際は早急に看護サマリーを送付するよう努めている。 	<p>入退院支援指導（退院日の介入）、退院時共同指導（退院前カンファレンス）退院後訪問（病院側）の強化、情報共有の必要性。切れ目のない継続的な医療体制の確保。多職種での関わり。</p>
包括支援センター	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>【包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援が必要な人は、事前に相談を頂くことが出来ている。 ・病院のSWからの情報と実際の本人の状況に乖離があり、対応に苦慮するケースがある。（5階までの階段を登れるとの話であったが、実際には登ることが出来ず。また嚥下状態が悪く、ほとんど食事を摂取できる状態ではなかった） 	<p>退院時の本人の状態を正確に伝えられないため、実際の本人の状態と乖離があり、適切なサービス調整が出来ない。</p>
歯科医師	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<p>退院後の訪問在宅歯科医療の依頼が少ない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の日常におけるおいしくたべするための歯科治療、誤嚥性肺炎を防ぐ嚥下機能診療の重要性が認知されていない
ケアマネージャー	<p>②入退院支援 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で見送られていた退院前カンファレンスが再開しつつあり、入院時の状態の確認、本人、家族の意向を確認し自宅に戻ることができている。 ・入院時情報提供書を送付しているが、同じ事を何度も聞かれることが多く、情報の共有ができていないように感じる。 ・病院によって退院前カンファレンス開催の時期が違い、対応に苦慮することがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援看護師や相談員と関係性の構築。 ・入院時情報提供書の活用。

多摩市在宅医療・介護連携推進事業における課題について（まとめ）

	③急変時の対応	現状	課題
医師	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>徐々に全身状態悪化時は、家族や介護職ともCMを通して救急呼ばないということも共有できている。</p>	<p>予期せぬ急変・著しい苦痛を伴う時に、そのまま自宅にというのは困難という事も理解する必要がある。何でもプラン通りにいかないです。どんなに説明しても、予想外のトラブルが生じることもある。焦っている家族より状態の把握は困難。</p>
介護福祉	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>・本人が在宅着取りを希望していても急変により不安が強い家族が救急車を呼んでしまうこともケースとしてはある。</p>	<p>ACPの理解と普及は不足している。（事業所と家族）</p>
薬剤師	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>・急変時はできるだけ早く処方された医薬品を患者宅に届けるようにしています。 ・急変時の延命措置希望など、薬局薬剤師は把握できていないことが多い ・医師、看護師、病院からの連絡を受けた場合は緊急で対応しています。</p>	<p>・24時間体制で急変時に対応できる薬局を目指す。 ・ケースとしては稀だが、薬剤師訪問の際に万が一急変状態だったことを想定しその後の流れをシミュレーションしておく ・ACPを踏まえた場合の緊急はどこまで必要なのか課題とも思います。</p>
リハビリ	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>急変時、訪問診療所から訪問してくれないケースも多々あり、医学的判断が必要な場面がリハ職にも求められることもある。</p>	<p>ICTの活用を行い、病状の共有などを行い、迅速な対応が取れるようにしたい。 前もって急変時にどのような選択をしたいかなど、ACPへの関わりが大切。 ウェアラブルデバイス等の活用で本人が連絡できなくても急変を察知できるシステムが普及するとよいと思う。 ACPとか人生会議のさらなる普及。 緊急時にもご本人様の意思がしっかりと尊重されるような平時の関わりや体制整備は急務。一度決めた事にこだわらずに、ご本人様やご家族様の意思決定の揺れ動きに対して寛容となるチーム作りを意識して取り組めると良い。</p>
病院相談員	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>■急変に対する準備が出来ていないFaが多い。 ■精神科病院では精神疾患による急変には対応できるが、身体疾患が疑われる場合は対応できないことがある。 ■入院時に急変の対応について、ご家族には確認している ■本人をはじめ、状況に応じて家族やケアマネージャーなど本人と関わりのあった方に本人の意向の有無・内容の確認をおこなっている。</p>	<p>■死亡（病死・老衰死など）に対する具体的なイメージと、急変することの具体的なイメージが持たれていない人が多い。 ■支援者側が自宅着取りは無理だと決めつけたり不安を助長することがないようにしたい ■急変時の対応に対する具体的なイメージができない方がいる。 ■家族間で本人の現状や今後について情報共有ができておらず、家族が当初の急変時対応方針と異なる対応を希望するケースもある。</p>
柔道整復師	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>在宅・訪問リハは行っていない</p>	<p>在宅・訪問でない各接骨院・整骨院施設内でのACPやもしバナゲームの実施で患者さん本人やご家族さんの意思確認をあらかじめヒヤリングすることができるかもしれない</p>
訪問看護	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>在宅療養開始時での話し合いでは在宅見取りを療養者と介護者が双方で希望されているも、状態の悪化、急変の際は最終的に救急車で病院に搬送される看取り搬送が多い。</p>	<p>患者やそれを支える家族と医療従事者が十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとる終末期医療を提供できるような関わりが必要となる。</p>
包括支援センター	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>・救急要請をする際、多くの救急隊員の方に親切に対応して頂いているが、一部の隊員の方から、「この状態で呼んだの？」「本人は行きたくないと言っているけど」と言われることがある。多くのケースで、数日間本人の状態を観察したうえで、医療職の判断で要請している。決してむやみに要請しているわけではないが・・・。</p>	<p>一部の救急隊員から高圧的な対応を受けることがある。</p>
歯科医師	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>特になし</p>	<p>特になし</p>
ケアマネージャー	<p>③急変時の対応 ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応をふまえた適切な対応が行われるようにする。</p>	<p>・訪問診療利用の方については、関係者との急変時の確認が行えて来ているが、外来受診の方とは関係者での意向の確認が行えていない。・自宅で生活する方本人自身が、急変したときの想像ができていないことが多い。</p>	<p>・元気なうちから、急変時などを想定した意向の確認が必要。関係者での本人の意向の共有。</p>

在宅医療・介護連携推進事業における課題について（まとめ）

	④看取り	現状	課題
医師	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>自宅での看取りのあらまし（病院の様にモニターのない中での）は、在宅患者においては、イメージがついてきているようだ。 まだ元気な人は当然わからないと思う。 実際には自宅での看取りも希望している人は多くないのではとも思う事もある。感情的にあきらめられない人が多い印象。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ひとりでの死に方 ひるがえしてもかまわない（やっぱりやだこわいでも） 在宅の場では正確な病状把握が困難なため、余命の推定や経過予測が難しい。本人・家族への説明が難しいことより、不安を与えている印象。
介護福祉	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>住み慣れた自宅で家族と一緒に最期を迎えたいというケースは少しずつ増えてきている。</p>	<p>本人、家族がターミナルケアを希望していてもそこを支えられる医療介護職のマンパワーが不足している。また、希望をかなえられる様なスキルをもった介護職が不足している。</p>
薬剤師	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 現在、担当している患者様においては住み慣れた環境、自宅で過ごされており、最も終りに近づくと病院に入院し病院で他界されています。 独居の方は薬のお届けだけでは日常生活の把握がなかなかできない為、体調変化に気づきにくい。 看取りについての相談で薬剤師が直接関わることは少ないが、会話の中で看取りについての相談などお話しされるケースもあり ご高齢でない方の在宅医療をさせていただく中で、ご家族とご本人のACPがまとまっていないこともありました。 緊急の麻薬調剤に対応できない場合がある 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療はご家族を含めて考えていかなければいけない為、薬のお届け以外にご家族の生活についても聞き取りをし薬剤師として幅広くできることを行う。 完全に独居、または親族はいるが同居ではない患者様に対するサポートをもっと充実させたい。（情報が乏しくなる） 看取り希望に関しての情報などが得られた場合は、ケアマネに速やかに共有できるようにしておく 薬局としてのできる限りのサポートが課題です。 医薬品卸からの緊急納品は不可能な状態なため（以前よりも時間がかかるようになってきている）、医師→薬剤師間で代替薬を検討するなど、柔軟な対応が必要
リハビリ	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>関わりが長期になってくると外来医からの情報が本人や家族経由のみになってしまい、現状やリスク管理、予後などの情報が不十分なまま介入をしている場合がある。</p>	<p>正確な情報収集ができるシステムの確立や現行のシステムがうまくできているかの確認が必要か。 終末期にかけてのリハ介入は少しずつ増加している。本人の希望があっても医師から指示がないこともあるので、終末期リハ介入事例などを利用して周知の機会を作ること重要そうだ。] 家族の心に寄り添いながら看取りができるよう心理士等の専門職が看取りの現場に入ってきてくれるとよい。 域住民の関与も大切だと思う。その方が望む場所で看取られる時には、（希望に応じて）その方が人生の中で大切な付き合いをしてきた家族や友人と関わる時間を生み出すという事が必要だと考える。 看取りの場所だけでなく、どの様な場所で・どの様な人達と・どの様な時間を過ごしながら、看取られていきたいのかという事をご本人様・ご家族様・サービス事業者のみならず、その方の友人などと共有していけると良い。</p>
病院相談員	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看取りのことをFaが受け入れる時間が足りない。具体的準備が社会的にはされていない。 身寄りのない方での看取りについては院内でACPを開催している 患者の高齢化による死亡数の増加 最期を迎える場所の希望を本人・家族へ聴取している。 希望が自宅であっても、介護力・医療必要性により希望に添えない場合がある。 自宅でお看取り可能なことを本人や家族が知らない場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> Fa間での意思統一がしっかりとされない。 看取りに向けた段階（心得的なこと、身体の変化）など市民が学べる機会が多くあると良い 精神科なので、対応できる範囲での看取りとなる 家族へのDNARの説明に課題がある。 家族の介護力に限界がある、社会的自由により、本人・家族の希望と現実的な対応に差が生じている。 急性期病院であり治療がメインとなるため、医療・生活面に関する中長期的な見通しを立てて支援をおこなう必要がある。
柔道整復師	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>在宅・訪問リハは行っていない</p>	<p>在宅・訪問リハが始まった際に看取りの場面での対応マニュアルを作っておく必要があると考える</p>
訪問看護	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>在宅で見取りを行っている医療機関は増えてきているもののまだ十分とは言えずその負担も大きい。在宅療養直前まで治療および入院しているケースが多く、在宅開始から看取りまでの期間が短く、十分な信頼関係が構築されないうちに見取りになる場合も多い。「その人らしく」最期の時を迎える準備がなされていない場合もある。介護職の方の見取りへの不安が大きい。</p>	<p>終末期の意思決定がなされ、病状から見ても妥当と判断される場合は早急に病院から在宅へ移行するという視点が必要。 「人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の活用・研修。 本人の意思を尊重した死の準備が必要。 介護職のための看取りケアに関する支援。</p>
包括支援センター	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>在宅で看取りをする予定だったが、急変時に家族が救急要請をしてしまい、結果病院での看取りとなった。病院は、在宅での看取り希望で訪問診療医へ引き継いでいたため、病院から苦言を頂くことがある。</p>	<p>家族・本人が在宅での看取りに関して十分な理解が出来ていない。</p>
歯科医師	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<p>重複しますが、「最後までおいしく食べる」ことができるよう摂食嚥下相談、依頼が少ない</p>	<p>歯科医師による嚥下機能診療の認知不足</p>
ケアマネジャー	<p>④看取り ※厚労省の例示する「めざすべき姿」 地域住民が、在宅での看取り当について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> がん末期の方については、病院や主治医から説明を受けているため、本人、家族の意向を確認しやすくなった。 病気だけでなく、老衰などで突然ご逝去される方が増えている。その際、家族が受け止めきれないケースが増えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人、家族への意向確認が必要であるが、先まで考えられない方が多い。医療関係者のみで意思確認を行うことが多く、介護側に情報が行き届いていないこともある。