

在宅療養 4つの場面別の 課題と今後の取り組み

～ご本人ご家族にとって不利益が生じないために～

宗像市・福津市在宅医療・介護連携推進事業

多職種連携会議

多職種連携会議について

- ▶ 平成28年度から、むなかた地域の医療と介護の連携を効果的にすすめるため、在宅医療・介護における現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行うことを目的として、宗像市と福津市の委託事業による、宗像市・福津市在宅医療・介護連携推進事業「多職種連携会議が設置されました。
- ▶ 委員構成は、在宅医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、地域医療連携室、通所介護、地域包括支援センター、保健所、総勢13名で構成されています。

在宅療養 4つの場面別の課題把握に伴う アンケートの実施について

- ▶ 目的：これまで、医療と介護の「職種」の連携上の課題抽出を中心に取り組んできたが、「利用者や家族に不利益が生じないための視点」で課題抽出を行い、そこから導き出された内容を具体的に整理し、今後の取り組みを明確にする。
- ▶ 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「**入退院支援**」、「**日常の療養支援**」「**日常の在宅療養**」、「**緊急時の対応**」、「**看取り**」を意識し、課題抽出する。
- ▶ 実施方法：委員職能団体ごとでアンケート実施・意見集約、または各事業所へ直接アンケートを郵送・回収。
- ▶ 回答：医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護、通所介護事業所、通所リハビリ、訪問リハビリ、地域包括支援センター、保健所から回答を得る。

在宅療養 4つの場面別アンケート結果から 見えてきたこと

- ▶ 本人・家族に不安感があるのではないか？
- ▶ 本人・家族が望む支援につながっていないのではないか？
- ▶ 本人・家族、また支援者同士の情報共有が不十分なの
ではないか？
- ▶ 制度上の問題、社会資源が不足しているのではないか？

課題 1：支援者から見た本人家族の課題

場面	課題	支援者が取り組むこと
入退院支援	<ul style="list-style-type: none">・入院すれば安心と思っている。・自宅退院後のイメージがつかない。・本人の意向が反映されない。・専門用語で分からない。	<ul style="list-style-type: none">●患者家族に対する学びの場の提供 (本人・家族に分かりやすく説明する)・病院機能の違い・介護保険制度・介護保険サービス全般、費用・緊急時の連絡先・看取りに関する情報 <p>☞その都度の場面に応じて、説明資料等を活用して分かりやすく説明する。</p>
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none">・介護保険制度、サービスの理解不足。・在宅医療に関する理解不足。・病状や療養方法を理解していない。・本人家族の意向に乖離がある。・家族、支援者の役割が整理できていない。・一人暮らし高齢者、老々介護、認知症の方への支援。	<ul style="list-style-type: none">●意思決定支援を行う●権利擁護事業や後見人制度等へつなぐ支援
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none">・急変自体が理解できていない。・どのような場合が緊急か判断ができない。・どこへ連絡すればいいか理解していない。・家族と連絡がつかない。家族が役割を果たさない。・一人暮らし高齢者、老々介護、認知症の方への支援。	
看取り	<ul style="list-style-type: none">・病状の理解が不十分。イメージがついていない。・看取りに対する情報が不十分。・不安などに寄り添う人がいない。・本人と家族の意向が大きく異なる。	病棟カンファレンス、退院前カンファレンス、退院前訪問、サービス担当者会議等の活用。

課題 2：支援者の理解不足、役割不足

場面	課題	支援者が取り組むこと
入退院支援	<ul style="list-style-type: none">・病院側が退院後のイメージができていない。・病院側が在宅困難と判断する。 (本人の意向が反映されない)・病状説明が不十分。準備が不十分で希望が叶わない。・カンファレンス等、本人家族が発言しにくい雰囲気。・専門用語がわからない。	<ul style="list-style-type: none">●学びを深める必要性・介護保険制度・介護保険サービス全般・意思決定支援について・看取り支援について⇒個人や事業所単位での学習職能団体での学習テーマ別、多職種連携研修会
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none">・介護保険制度、サービスの理解不足。・在宅医療に関する理解不足。・医療者が過剰なサービスを入れようとする。・一人暮らし高齢者、老々介護、認知症の方への支援。	<ul style="list-style-type: none">⇒既存資料の活用●支援者間で相談できる体制づくり
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none">・救急車要請が必要か判断が難しい。・急変自体がどのようなことはわからない。・一人暮らし高齢者、老々介護、認知症の方への支援。	<ul style="list-style-type: none">●権利擁護事業や後見人制度等へつなぐ支援
看取り	<ul style="list-style-type: none">・看取りの知識、経験不足。・本人家族の思いや意向の確認が不十分。・支援者間のみで支援方針が決まっている。	<p>病棟カンファレンス、退院前カンファレンス、退院前訪問、サービス担当者会議等の活用。</p>

課題 3：支援者の連携不足

場面	課題	支援者が取り組むこと
入退院支援	<ul style="list-style-type: none">必要な情報にずれがある。書面だけでは伝わらない。急な退院で調整が難しい。連携が不十分。	<ul style="list-style-type: none">●学びを深める必要性<ul style="list-style-type: none">・同職種連携研修や意見交換会・各職種の役割理解・在宅医療やサービス、地域連携の必要性について・意思決定支援について・看取り支援について
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none">病院に相談しにくい。病院と在宅のタイムリーな情報共有。病院と在宅の同職種の連携が不十分。専門職種間の役割理解不足。支援者間の情報共有不足。	<ul style="list-style-type: none">●個人や事業所単位、職能団体での学習テーマ別、多職種連携研修会●既存資料の活用
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none">緊急時ケアマネに連絡がない。支援者チームで共有しているようでもブレがある。	<ul style="list-style-type: none">●支援者間で相談できる体制づくり
看取り	<ul style="list-style-type: none">短期間での情報共有やシームレスな支援体制構築ができていない。（状況悪化時に情報共有する間がなく支援内容が変更される。）本人家族の不安や負担が大きくなった時、どのような支援をしていくか共有できていない。支援者間で認識が一致していない。	<ul style="list-style-type: none">●支援者間情報共有ツール活用<ul style="list-style-type: none">・多職種連携ツール・むーみんネットシステム病棟カンファレンス、退院前カンファレンス、退院前訪問、サービス担当者会議等の活用。

課題 4：社会資源や制度上の課題

場面	課題	取り組み提案
入退院支援	<ul style="list-style-type: none">・認定結果待ちの暫定サービス調整。・個人情報の壁。	<ul style="list-style-type: none">●行政に現状を伝える<ul style="list-style-type: none">・市独自のサービス等や新たな社会資源創出につなげる。・インフォーマルサービス情報把握。
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none">・要支援のサービス調整。・夜間の連携。・サービスが少ない。・一人暮らし高齢者、老々介護、認知症の方への支援。	<ul style="list-style-type: none">●資源情報検索サイトの活用☞既存資料の活用
看取り	<ul style="list-style-type: none">・暫定での利用に対する役所手続きのスピード。・事業所がなかなか見つからない（事業所の不足）。・看取りの福祉用具購入の負担（短期間）。	

整理💡：支援者が取り組むこと

～本人・家族の不安解消、望む支援に繋げるために～

① 学びの必要性

研修会や講演会、事例検討会など

- ・在宅医療について
- ・在宅サービスについて
- ・介護保険制度をはじめ各種関連制度について
- ・意思決定支援について
- ・看取りについて
- ・職種の役割理解について
- ・同職種の連携について
- ・地域連携の必要性について
- ・権利擁護や成年後見制度について

整理 : 支援者が取り組むこと

～望む支援に繋げるために、よりよい支援者協働に向けて～

② 既存のものを活用する

資料、ツールなど

- ・行政が作成している資料
- ・本事業で取り組んでいるもの
サービス担当者会議の留意事項
多職種連携ツール
医療介護資源情報検索サイト
むーみんネットシステム
☞在宅医療・介護支援ネットワークマニュアル

場所など

- ・入院時からのカンファレンス
- ・退院前カンファレンス
- ・退院前自宅訪問
- ・サービス担当者会議

本事業での多様なツール

(宗像市・福津市在宅医療・介護連携推進事業)

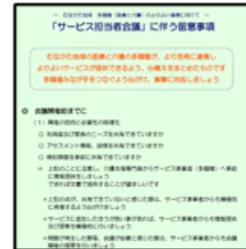
宗像・福津エリア
入退院支援の流れ



概要

入退院支援の対象者、
連携の流れ、入院医
療機関ごとの連携方
法を整理したもの

サービス担当者会議
における留意事項



むなかた地域多職種連携ツール

多職種連絡シート

在宅用共有ファイル

むーみんネットシ
ステム

在宅医療・介護支
援ネットワークマ
ニュアル



訪問の支援者間で情報
共有するための関係者
一覧、申し送り記録
(その他資料とファイルに
まとめて自宅に保管)

特に情報共有が必
要な利用者を対象にし
た多職種間情報共有
システム

各種ツールをマニ
アルとして冊子化
(代医依頼の手順書、バッ
クベッド・レスパイト入院
受け入れ手順書、左記ツ
ール等を掲載)

使用
場面

入退院支援

日常の療養支援・緊急時の対応・看取り

サービス担当者会議

日々の情報共有

ツール使用等

対象

入院医療機関・介護支
援専門員・地域包括

医療・介護の多職種

(参考) ツールの位置づけ

