

4つの場面における地域包括ケアの推進 について（検討結果報告書）

令和6年8月5日

紫波郡地域包括ケア推進協議会
ワーキンググループ

目 次

はじめに	2
紫波郡の目指す姿	4
I 日常の療養支援における目指す姿と課題への対応	4
1 目指す姿	
2 2025 年に向けて注力する事項	
3 現状と課題	
4 課題への対応	6
II 入退院支援における目指す姿と課題への対応等	9
1 目指す姿	
2 2025 年に向けて注力する事項	
3 現状と課題	
4 課題への対応	11
III 急変時の対応における目指す姿と課題への対応	14
1 目指す姿	
2 2025 年に向けて注力する事項	
3 現状と課題	
4 課題への対応	16
IV 看取りにおける目指す姿と課題への対応	19
1 目指す姿	
2 2025 年に向けて注力する事項	
3 現状と課題	
4 課題への対応	21
参考 1 注力する取組と 2025 年の姿	23
参考 2 4 つの場面に係る第 2 回WGの意見等	25

は じ め に

1 報告書作成の趣旨

- 全国と同様に紫波郡においても、2025 年にはいわゆる団塊の世代（1947 年～1949 年生）が 75 歳以上の後期高齢者となり医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加が予想される中、稼働年齢層の減少により医療・介護人材の不足も懸念されます。
- このため、紫波郡地域包括ケア推進協議会に医療・介護関係者を構成員とするワーキンググループを置き、今後の医療・介護連携等の取組の方向性等を検討してきました。
- このワーキンググループでは、医療と介護を必要とする高齢者の増加を踏まえ、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（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとの目指す姿、現状における課題と今後の対応を取りまとめました。
- 2025 年、2040 年に向けて、地域の医療・介護関係者が、目指す姿や課題、必要な取組等を共有し、それぞれの立場から可能な取組を行っていくことが何よりも重要であり、この報告書は、その取組の参考とするものです。
- ワーキンググループでの検討にあたり、医療機関、介護保険事業所から、ご意見や資料を提供していただくなど、多大なご協力をいただいたことに、感謝の意を表します。

2 ワーキンググループ構成員

団体区分	紫波郡	紫波町	矢巾町	氏 名
紫波郡医師会		○		野崎 有一
紫波郡歯科医師会		○		六本木 崇
盛岡薬剤師会		○		牟岐 和房（令和 5 年度） 赤澤 直樹（令和 6 年度）
居宅介護支援事業所		○		廣田 淑
居宅介護支援事業所			○	長沼 浩
訪問看護事業所		○		村中 緑
訪問看護事業所			○	坂本 由美子
訪問介護事業所			○	山本 秀太郎
介護施設		○		阿部 鮎美
盛岡南部地域リハビリテーション広域支援センター			○	三浦 正徳
矢巾町地域包括支援センター			○	吉田 均
紫波郡地域包括ケア推進支援センター	○			伊藤 信一

3 ワーキンググループ開催経過

(1) 第1回WG会議 令和5年9月22日（金） 18：30～20：00 紫波町情報交流館

- ① 紫波郡地域包括ケア推進協議会ワーキンググループの進め方等の確認
- ② 紫波郡における4つの場面に係る現状と課題等の整理に係る協議

令和5年2月から5月にかけて、病院（地域医療連携部署）、居宅介護支援・小規模多機能居宅介護事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターを対象として、4つの場面に係る、現状と課題、目指す姿、取組が必要な事項を調査した結果をもとに、各委員から現状と課題を中心に協議・検討を行って。

(2) 第2回WG会議 令和5年12月22日（金） 18：30～20：00 紫波町情報交流館

- ① 紫波郡における4つの場面ごとの目指す姿と対応等について

第1回WGで出された課題を整理し、目指す姿や対応等について協議・検討を行った。

(3) 第3回WG会議 令和6年3月8日（金） 18：30～20：00

- ① 4つの場面ごとのあるべき姿の実現のための取組事項のPlan/Do/Check/Actionを設定した。

(4) 第4回WG会議 令和6年7月19日（金） 18：30～20：00

- ① WG会議報告書及び取組に係るPDCAサイクル等を検討し、WGからの報告書とすることを了承した。

紫波郡における地域包括ケアの推進について

○ 紫波郡の目指す姿

医療と介護の関係者の連携を推進し在宅医療と介護を一体的に提供することにより、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域を目指す。

I 日常の療養支援における目指す姿と課題への対応

1 目指す姿

- 医療と介護を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活できている。
- 医療・介護関係者等による多職種連携によって、日常の療養生活を支援している。

2 2025 年に向けて注力する事項

- (1) 本人や家族の疾病等への理解促進
 - れんけい支援セット（わたしの安全安心カード）の活用・携行を促進
 - 医療関係機関、介護事業所等がそれぞれの立場から、本人や家族の疾病等の理解を促進
- (2) 医療と介護、医療関係機関間の情報共有の推進
 - 多職種連携に係る研修会等を通じて医療・介護の他職種連携を推進
- (3) 独居高齢者世帯等への生活支援
 - 独居高齢者世帯、高齢者のみの世帯等の支援を要する世帯に係る多職種連携の研修、協議の場づくりなどによる医療と介護、地域との連携によるきめ細かな生活支援の充実

3 現状と課題

日常の療養支援に係る主な課題

- (1) 本人や家族の疾病等への理解促進
- (2) 必要な医療・介護の確保
- (3) 医療と介護、医療機関相互の情報共有の推進
- (4) 独居高齢者世帯等への生活支援

(1) 本人や家族の疾病や障がい等への理解促進

- ・ 主治医がおらず、自分の病気が何か分からないという高齢者もあり、また、病歴などの情報を整理する必要がある。
- ・ 自分が歯の状態や口の状態を自覚していない、家族もケアをしていない点、経口摂取を第一に考えるようにする必要がある。
- ・ 疾病の理解とともに、疾病等により生じた障がいについての理解が重要である。

(2) 必要な医療・介護の確保

- ・ 急性期病院から短期間で回復期病院へ転院し平均3か月で退院するが、まだ回復段階にある患者もあり、どのようにニーズに繋げ関係者が共有して対応する必要がある。
- ・ 入退院を繰り返し、重症化している高齢者が増加している。
- ・ 患者の状態やニーズに応じた医療提供体制（在宅医療、訪問看護等）が十分とはいえない。

(3) 医療と介護、医療機関相互の情報共有の推進

- ・ 複数の医療機関やクリニックにかかっている患者が多い場合にどうやって連携して情報共有していくか。
- ・ 服薬管理の徹底、薬局間・薬局とケアマネジャーの地域での連携体制の確保が必要である。
- ・ 要支援の在宅に関して、紫波・矢巾で個人で開局している薬局は、なかなか動けない。

- ・チェーンの薬局も上手く使っていく方向で考えていかないと、在宅や療養支援は難しい。
- ・Uターン入院が増加、繋ぎ先が見いだせない。
- ・計画作成など ICT のシステムを活用できればと思う。

※アンケート調査結果

- ・かかりつけ医等とケアマネジャーとの情報共有不足により、訪問看護等の医療系サービスにつながっていない場合がある。
- ・医療機関・介護事業所間で利用者情報を共有するシステムがなく情報共有がしにくい。

(4) 独居高齢者世帯等への生活支援

ア 日常生活の支援

- ・夜間等の療養支援体制が心配である。
- ・薬の問題や、一人で生活もままならないが手を差し伸べる繋がりが取れない方々が多い。
- ・酷暑対策、冬期間の独居、高齢者の方の寒さと除雪対策が必要である。
- ・室温調整が必要な高齢者が多い。
- ・医療や介護を受けていない方においても、家族関係や社会的な不明瞭な脆弱性が非常に多く、そうした方々は様々な形で問題に繋がる予備軍になっていくと思う。
- ・経済的な負担が大きくサービスを使いたくても使えない方が多い。
- ・近隣住民の方が声を掛け合ってくれればいい。

イ 通院の確保

- ・冬期間の病院受診は、転倒・骨折のリスクが増加し、本人、家族の負担となる。
- ・通院困難な方が多いことから、長い日数の薬を出したり、近くの医療機関を紹介したりするが、なかなか矢巾と紫波は広いので難しい。

※アンケート調査結果

- ・高齢化に伴う心身機能低下等により、通院の確保が懸念される高齢者が増加傾向にある。

(5) 施設・有料老人ホームの医師確保

- ・ホームのドクターの健康管理の定義がどんどん重度化し、負担が増大している。
- ・受診が限られた人材の中だと一苦勞で、運転手と付き添いの人とかなり人をとられるのが最大の困りごとである。
- ・ホームのドクターの高齢化が進んでいる中、ホームのドクターが土日や夜間も全て一緒になってきている点は、どの施設でも考えていかなければいけない。

4 課題への対応

(1) 本人や家族の疾病等への理解促進

【対応の方向】

- ア れんけい支援セット（「わたしの安心連絡カード」）の活用・携行を推進
 イ 医療・介護が連携して、予防や療養の理解を促進

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

ア れんけい支援セットの活用・携行を推進

医療関係機関	・れんけい支援セットの周知（院内へのチラシ等掲示、携行の声がけ等）
医療系サービス	・れんけい支援セットの配付協力、記入支援、活用状況把握、携行助言等
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・れんけい支援セットの配布、周知
支援センター	・れんけい支援セットの作成、配布、周知
行政	・れんけい支援セットの周知
民生委員・住民	・れんけい支援セットの周知、利用の声がけ
本人・家族	・れんけい支援セットの活用

イ 療養等の理解促進

医療関係機関	・受診時等の療養指導等
医療系サービス	・日常の療養、疾病等への助言、本人・家族への助言 ・状況観察と連絡・情報共有
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・予防的なケアマネジメントの理解の促進
支援センター	・療養等の理解の促進に係る研修等の機会の確保
行政	・日常の療養、疾病、障がい等への助言、理解促進（健康・保健部門との連携）
民生委員・住民	
本人・家族	・予防・療養に必要な事項の理解と実践

(2) 必要な医療・介護の確保

【対応の方向】

- ア 必要な医療・介護についての情報共有と連携

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

ア 必要な医療・介護についての情報共有と連携

医療関係機関	・必要な情報の確実な伝達
医療系サービス	・医療機関からの情報に基づくサービスの確保 ・介護需要に応じたサービスの創出・拡大
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・地域ケア会議等での不足しているサービスの協議等 ・医療・介護サービスの内容等の情報提供
支援センター	・医療・介護連携に係る研修会、協議の場づくり等 ・医療・介護資源リスト等の作成 ・医療・介護の連携に係る相談対応
行政	・介護保険事業計画等を通じて、不足している介護サービス等の把握
民生委員・住民	・相談内容を地域包括・行政等に情報提供
本人・家族	・積極的な相談

(3) 医療と介護、医療機関相互の情報共有の推進

【対応の方向】

- ア 多職種連携の推進
- イ ICTを活用した情報共有の推進

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

ア 多職種連携の推進

医療関係機関	・医療機関間の必要な情報共有 ・サービス担当者会議への参画による多職種連携の実践
医療系サービス	・サービス担当者会議への参画による多職種連携の実践 ・必要なケアプランへの位置づけ
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・困難事例（自立支援）等への助言
支援センター	・多職種連携に係る研修会、協議の場づくり
行政	・困難事例（自立支援）等への助言

イ ICTを活用した情報共有の推進

医療関係機関	・ICTによる情報共有等の促進
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ICTに係る研修、情報提供等
行政	・医療介護連携に係るICTの活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	

(4) 独居高齢者世帯等への生活支援

【対応の方向】

- ① 医療と介護、地域との連携によるきめ細かな日常生活支援の充実
- ② 高齢者の通院（診療機会）の確保

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

ア 医療と介護、地域との連携によるきめ細かな日常生活支援の充実

医療関係機関	・ハイリスク高齢者世帯に係る情報提供・共有
医療系サービス	・ハイリスク高齢者世帯に係る情報提供・共有
ケアマネ	・個々の状況に応じたサービスの提供
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・独居高齢者世帯等に係る多職種連携の研修、協議の場づくり
行政	・ハイリスク高齢者世帯の把握 ・生活困窮者に対する支援 ・生活支援体制整備事業と認知症総合支援事業との連携
民生委員・住民	・独居高齢者等に対する見守り支援、関係機関への情報提供等
本人・家族	・積極的な相談

イ 高齢者の通院（診療機会）の確保

医療関係機関	・通院困難者への診療上の配慮（頻度、医療系サービス活用、オンライン診療の検討）
医療系サービス	・通院困難者の把握、対応検討、相談対応
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・通院困難者に係る相談対応
支援センター	・通院困難者に係る先進事例など収集
行政	・通院困難者の把握、相談対応
民生委員・住民	・通院困難者の情報提供
本人・家族	・通院に係る相談

(5) 施設・有料老人ホームの医師確保

- ・ホームのドクターの健康管理の定義がどんどん重度化し、負担が増大している。
- ・受診が限られた人材の中だと一苦勞で、運転手と付き添いの人とかなり人をとられるのが最大の困りごとである。
- ・ホームのドクターの高齢化が進んでいる中、ホームのドクターが土日や夜間も全て一緒になってきている点は、どの施設でも考えていかなければいけない。

【対応の方向】

在宅療養ができかねる状態の高齢者の受け皿となる高齢者施設の医師確保対策は、重要な課題であるが、今回の検討では対応できかねることから情報共有とする。

Ⅱ 入退院支援における目指す姿と課題への対応等

1 目指す姿

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有できている。
- 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。

2 2025 年に向けて注力する事項

- (1) 入院患者に係る情報共有と入院先の確保（入院時）
 - ・ れんけい支援セットの普及と活用促進により、入院患者情報の共有を推進
 - ・ 入退院に係る研修機会の確保や盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）の利用状況を把握し、情報共有等の円滑化を推進
- (2) 退院時の情報共有（退院時）
 - ・ 医療と介護、地域との連携によるきめ細かな生活支援の充実
 - ・ 必要な退院時カンファレンスの開催と参加、情報共有
 - ・ ガイドラインの取組促進

3 現状と課題

入退院支援に係る主な課題

（入院時）

- (1) 入院患者に係る情報共有と入院先の確保

（退院時）

- (1) 退院時の情報共有
- (2) 受入先の確保
- (3) 退院後の支援

（入院時の現状と課題）

(1) 入院患者に係る情報共有と入院先の確保

- ・ 主治医は入院先が分からず、沢山持っている情報を提供できない。FAXするだけで患者の支援になると思う。
- ・ 入院時に大きな病院の場合は口腔ケアが出来ないと思うが、事前にこうやってくださいと言われればやってくれる可能性もあるので、そういった声掛けも必要だと思う。
- ・ 在宅療養患者が急に状態が悪くなった時に、この地域は受け入れる病院が少ない。
- ・ 入院先を探すのが大変で、2週間程度かかる事が多い。

※アンケート調査結果

- ・ 患者に関する必要な情報が不足な状況で入院することがある。
- ・ いわゆる身寄りなし、家族疎遠ケースが増えている。

(退院時の現状と課題)

(1) 退院時の情報共有

ア 退院時カンファレンスによる情報共有

- ・退院時カンファには薬剤師には声かからない。一方、呼ばれても日中は出られない薬局が多い。退院してきた時に薬が変わっていて、理由を処方元の先生や患者に聞かなければ、薬局は何も情報がないのが現状。
- ・ケアマネジャーがどうサービスを組めばいいか分からないという状態で訪問介護の依頼が来るケースが増えている。
- ・訪問看護がないケースもあり、その方の緊急事態が起きた時と入院経路で悩んでいる。
- ・退院後、点滴だけという訳にはいかず経口摂取してもらう必要がある。それがリハビリに繋がればと思う。

※アンケート調査

- ・退院時カンファレンスが開催されないことがある。

イ サマリー、退院時の情報

- ・アセスメント、サマリーの内容が、今後の治療等に係る事項が濃ければいいと感じる。
- ・退院時に医師のサマリーがあれば大丈夫。入院先の主治医も大変だと思うが、医師サマリーは必ず書く必要がある。医師サマリーを見れば大体わかるので、ケアマネジャー等も医師サマリーを持っていれば、入院直前でも直後でも大体医療や薬のことがわかる。
- ・早く退院させようということで、身体障害者のことや介護の計画等が不十分なままのケースも稀にある。退院してからやることはおかしい。

※アンケート調査

- ・疾患等情報を個人情報とされ、必要な情報を得られないことがある。
- ・サマリーはいただくが、病院側でもう少し基本情報を出していただけると助かる。
- ・病院から退院する際の新規依頼があるが、相談室からの情報は少なく再度アセスメントが必要。
- ・在宅では、今後の治療や病気に対する思い等が重要である。

ウ 退院情報の共有

- ・退院時に家族に連絡がいき、ケアマネジャーは後から退院を知るケースもある。
- ・いまだ退院の2、3日前に急に退院の連絡があるケースが目立っており、そういうケースはどのようにして起こるのかの分析が必要である。
- ・あと何日かで退院なのに受け入れ先が見つからないというところで苦労している。
- ・基本的な情報を簡単に収集できるような仕組みなどがベースにあり、その上である程度予測される情報があると入院の準備に繋がれるが、そういう体制が必要である。

(2) 受入先の確保

ア 医療的ケア等を要する高齢者の受入

- ・心不全や肺炎など繰り返す疾患を持つ方への在宅療養をバックアップする受け入れ先が不足している。
- ・施設の立場として、入退院に関して施設の相談員と病院のワーカーや病棟の看護師と綿密に話が取れているので非常に助かっている。ただ、入院に関しては苦慮しており、受け入れが、健康状態としては入院の必要があるが、認知症などがあると受け入れに苦慮している。

※アンケート調査

- ・医療的ケア（経管栄養、喀痰吸引等）が必要な患者の退院支援に苦労することがある。
- ・透析導入後の転院、施設入所、通院等で苦労するケースがある。
- ・盛岡市以外の訪問診療対応可能な医療機関を探すのが大変である。

(3) 退院後の支援

ア 退院後の情報把握と支援

- ・地域ケア会議では、どの医療情報が正しいのか混在していると感じる。情報の鮮度や同じ人の情報でも若干違った情報があるので、最新の正しい情報を常に捉えられる形が必要。

※アンケート調査

- ・退院後の情報が少なく、フォローが足りない面がある。
- ・退院後の情報を含め、入院中の本人・家族の意向、医療的ケア支援にフォロー不足を感じることがある。

4 課題への対応

(入院時)

(1) 入院患者に係る情報共有と入院先の確保

【対応の方向】

- ア れんけい支援セットの普及と活用促進（入院患者情報の共有）
- イ ガイドラインの取組促進

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

ア れんけい支援セットの活用促進（入院患者情報の共有）

医療関係機関	・れんけい支援セットの周知（院内へのチラシ等掲示、携行の声がけ等）
医療系サービス ケアマネ	・れんけい支援セットの配付協力、記入支援、活用状況把握、携行助言等
介護系サービス	・れんけい支援セットの活用状況把握、携行を助言
地域包括	・れんけい支援セットの配布、周知
支援センター	・れんけい支援セットの作成、配布、周知
行政	・れんけい支援セットの周知
民生委員・住民	・れんけい支援セットの周知、利用の声がけ
本人・家族	・れんけい支援セットの活用
消防（救急）	・高齢患者の家族等の連絡先の共有

イ ガイドラインの取組促進

医療関係機関	・ガイドラインの理解、職員への周知
医療系サービス ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・ガイドラインの理解、職員への周知
支援センター	・入退院に係る研修機会の確保、協議の場づくり、ガイドラインの利用状況の把握
行政	

(退院時)

(1) 退院時の情報共有（退院時カンファレンス、サマリー、退院時の情報、退院情報の共有）

【対応の方向】

- ア 必要な退院時カンファレンスの開催と参加、情報共有
- イ ガイドラインの取組促進

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

ア 必要な退院時カンファレンスの開催と参加、情報共有

医療関係機関	・要請に応じ退院時カンファレンスに参加
医療系サービス	・サマリー等情報提供要請
ケアマネ	・ＩＣＴを活用したカンファレンスへの対応
介護系サービス	・入院先医療機関からの迅速丁寧な退院情報提供
地域包括	・要請に応じて退院時カンファレンスに参加
支援センター	・入退院に係る研修機会の確保、協議の場づくり ・ＩＣＴに係る研修、情報提供等
行政	・医療介護連携に係るＩＣＴの活用検討等
本人・家族	・退院時カンファレンスに参加

イ ガイドラインの取組促進

医療関係機関	・ガイドラインの理解、職員への周知
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・ガイドラインの理解、職員への周知
支援センター	・ガイドラインの利用状況の把握 ・入退院に係る研修機会の確保、協議の場づくり
行政	

(2) 受入先の確保

ア 医療的ケア等を要する高齢者の受入

【対応の方向】

- ① 広域での対応可能な医療機関と介護資源の情報提供
- ② 多職種連携による情報の共有と在宅療養支援

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

① 広域での対応可能な医療機関と介護資源の情報提供

医療関係機関	・対応可能な医療機関等の情報をケアマネ等に提供
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・医療的ケア等を要する高齢者への対応事例発表等情報共有の機会づくり ・医療・介護資源の把握と情報提供
行政	・対応可能な医療機関等の情報をケアマネ等に提供

② 多職種連携による情報の共有と在宅療養支援

医療関係機関	・入院医療機関から退院後のかかりつけ医の紹介
医療系サービス	・多職種連携による医療的ケア高齢者への医療・介護サービスの提供
ケアマネ	・在宅療養状況を入院医療機関と共有
介護系サービス	・ＩＣＴを活用した入院医療機関、主治医への情報提供
地域包括	・困難ケース事例検討
支援センター	・医療的ケア等を要する高齢者への対応事例発表等情報共有の機会づくり ・ＩＣＴに係る研修、情報提供等
行政	・医療介護連携に係るＩＣＴの活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	・療養に係る相談等

(3) 退院後の支援

ア 退院後の情報把握と支援

① 多職種連携による情報の共有と在宅療養支援

医療関係機関	・入院医療機関から退院後のかかりつけ医の紹介
医療系サービス	・多職種連携による医療的ケア高齢者への医療・介護サービスの提供
ケアマネ	・在宅療養状況を入院医療機関と共有
介護系サービス	・ＩＣＴを活用した入院医療機関、主治医への情報提供
地域包括	・困難ケース事例検討
支援センター	・対応可能な医療機関等の情報収集とケアマネ等に提供 ・ＩＣＴに係る研修、情報提供等
行政	・医療介護連携に係るＩＣＴの活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	・療養に係る相談等

Ⅲ 急変時の対応における目指す姿と課題への対応等

1 目指す姿

- 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、医療・介護・消防（救急）が円滑に連携できる。
- 本人の意思が尊重された適切な対応が行われている。

2 2025 年に向けて注力する事項

- (1) 連絡先の把握等
 - ・ 独居高齢者世帯等に係る多職種連携の研修、協議の場づくりなどにより、独居高齢者等世帯の状況や連絡先の把握等を促進
 - ・ れんけい支援セットの普及と活用促進により、入院する患者の情報共有を促進
- (2) 事前の意思確認等
 - ・ 様々な機会や関係者を通じて、急変時の意思の明確化を啓発

3 現状と課題

急変時に係る主な課題

- (1) 連絡先の把握等
- (2) 事前の意思確認等
- (3) 入院先医療機関との連携
- (4) 入院時の入所施設、有料老人ホームの職員の対応等

(1) 連絡先の把握等

(連絡先不明等による課題)

- ・ 独居の方が急変した時に対応してくれる方がいない時が困る。
- ・ 家族関係が良好でなく子どもたちが「何もしない」となった場合に困るので、何とか連絡する先が欲しい。
- ・ 急変時に対応する支援体制がもう少し広がれば家族が安心できると感じた。
- ・ 急変時の連絡先は結果的にケアマネジャーになる方が多い。
- ・ 訪問看護がついていないケースでは、家族やケアマネジャーに連絡するが、ケアマネジャーが不在の時もあるし、家族がいない方も多く、こういった対応が課題と感じる。
- ・ 家族が遠方の場合、家族の携帯番号を聞くようにしているが、それでも漏れや肝心な時にないこともある。
- ・ 緊急搬送されてきて、身寄りが誰か分からないというケースの対応に苦慮していると聞くので、連絡先が分かるものが手元にあるようにする事が課題だと感じる。
- ・ ヘルパーが急変を発見して対応したが、救急車手配から搬送されるまで時間がかかり、次の訪問先に行けなくなり、自分が急遽向かった。訪問看護がついてない、かかりつけ医がない場合の対応が訪問介護としては困っている。
- ・ 老健や特養の場合は、医療との連携という事である程度基本情報を揃えて持っていくという所まで進んでいるが、その後の二重三重のセーフティネットをどう考えていくか、情報がない、不十分だった場合どうするのが大きな課題である。
- ・ 連絡先がない高齢者へのセーフティネットの構築が必要である。

(世帯状況の変化等による課題)

- ・今は家族の働き方が変わっていて、駆けつけるのが難しくなっている。そうすると誰か連絡を取れる人が行かなくてはならず、それをどうするかセーフティネットを作っていくのが課題。
- ・家族がいればいいのだが遠方だったりすると、ケアマネジャーが同行して「大変だった」と後で聞くこともある。高齢の方で、県内で時間がかかるけど行きますという場面もあり、皆大変になってきていると感じている。
- ・家族がいても遠方のため、連絡先ではあるが何かあった時にはすぐに対応できる人がいないという方が多い。
- ・医療や介護を受けていない方においても、家族関係や社会的な不明瞭な脆弱性が非常に多く、そうした方々は様々な形で問題に繋がる予備軍になっていくと思う。(再掲)
- ・民生委員やケアマネジャー等が、連絡先や保証人になるよう求められることがあり困っている。

※アンケート調査結果

- ・介護事業者が、急変時に必要な連絡先や医療に係る情報を把握していない場合がある。
- ・救急搬送時にかかりつけ医療機関や緊急連絡先等が分からず、救急隊が搬送先の選定等で困ることがある。
- ・救急搬送時に家族連絡先不明、連絡付かず診察処置対応に困ることがある。(要介護者や生活保護受給者であれば関係者が居るため、情報を得られるが、お元気だった方や若い方)。

(2) 事前の意思確認等

- ・ノート等を使い、元気なうちに意思を伝えてくれたらと思う。
- ・訪問時にもし具合が悪くなったらこういった手順で連絡しましょうと、訪問の度に根気強く声をかけていかなければいけないと思う。
- ・身寄りが無く本人の意向を分かる人がいないことがある。
- ・看取り期の高齢者が、急変時に人工呼吸器をつけられ助けられてしまうことが、本人が望んでいることなのかを、本人や家族と日頃から話し合っていかなければならない。

※アンケート調査結果

- ・急変時に係る本人の意思が不明であるなどにより、治療を開始できない場合がある。
- ・本人の意思と家族(介護者)の意向の違いが多く見られる。
- ・急変時の対応を説明し家族の了承を得ているが、本人の意向は確認できないことが多い。

(3) 入院先医療機関との連携

- ・搬送先で教えてくれれば紹介状を後から送ることができるがそういう例は少なく、知らなかったということが多い。
- ・歯科に関しては二次的なことになってしまうため、全身管理がある程度出来るところでしか歯科は仕事ができないが、個々に関しては適切な指示はできるのではと感じている。

※アンケート調査結果

- ・かかりつけ医で対応できないケースで、総合病院を紹介してもらえないことがある。
- ・かかりつけ医療機関の都合により、急変時に救急搬送を断われ在宅で療養とされるケースがあり気になっている。

(4) 入院時の入所施設、有料老人ホームの職員の対応等

- ・急変時に病院で家族についてもらっても、施設での様子は施設職員しか分からないので、分かる人についてもらいたいと言われると残らざるを得ず、付き添う職員の負担が大きい。
- ・看護師だけだと回らないから情報を持ったシートを持った介護職員が付き添う事もあるが、先方からは情報が分かる人に来て欲しいと言われる。看護師を半日、夜間とられてしまうと勤務に影響が出てしまう。

- ・有料老人ホームで急変した場合は、人手不足で有料老人ホームのスタッフが付いていけず、ケアマネジャーが呼ばれ、一日中付かざるを得ないことがある。有料老人ホームは人材・人手不足だと感じ、そこをどうするのが課題だと感じる。

4 課題への対応

【対応の方向】

- (1) 連絡先の把握等
 - ア 独居高齢者世帯等の連絡先の把握と共有
 - イ れんけい支援セットの普及と活用促進（入院患者情報の共有）
 - ウ ICTを活用した情報共有の推進
 - エ 個々の独居高齢者世帯等の状況に応じた急変時における対応ルールづくり
- (2) 事前の意思確認等
 - ア 急変時対応に係る本人の意思確認と共有
- (3) 入院先医療機関との連携
 - ア 入院患者の情報共有の推進
- (4) 入院時の入所施設、有料老人ホームの職員の対応等
 - ア 介護人材の確保

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

(1) 連絡先の把握等

ア 独居高齢者世帯等の連絡先の把握と共有

医療関係機関	・独居等ハイリスク高齢患者の家族等の連絡先の確認
医療系サービス	・独居等ハイリスク高齢者の家族等の連絡先の確認
ケアマネ	・関係機関との情報の共有
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・独居高齢者世帯等に係る多職種連携の研修、協議の場づくり
行政	・ハイリスク高齢患者の状況把握等
民生委員・住民	・独居高齢者世帯等の見守り支援、関係機関への情報提供等
本人・家族	・連絡先の明確化
消防（救急）	・高齢患者の家族等の連絡先の共有
施設等	・施設入所後の家族等の状況把握

イ れんけい支援セットの普及と活用促進

医療関係機関	・れんけい支援セットの周知（院内へのチラシ等掲示、携行の声がけ等）
医療系サービス	・れんけい支援セットの配付協力、記入支援、活用状況把握、携行助言等
ケアマネ	
介護系サービス	・れんけい支援セットの活用状況把握、携行を助言
地域包括	・れんけい支援セットの配付、周知
支援センター	・れんけい支援セットの作成、配布、周知
行政	・れんけい支援セットの周知
民生委員・住民	・れんけい支援セットの周知、利用の声がけ
本人・家族	・れんけい支援セットの活用
消防（救急）	・高齢患者の家族等の連絡先の共有

ウ ICTを活用した情報共有の推進

医療関係機関	・ICTによる情報共有等の促進
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ICTに係る研修、情報提供等
行政	・医療介護連携に係るICTの活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	

エ 個々の独居高齢者世帯等の状況に応じた急変時における対応ルールづくり

医療関係機関	・多職種協働による急変時の対応のルールづくり
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・先進事例の収集・紹介等
行政	・ハイリスク高齢者の情報提供と生活支援等の対応 ・民生委員等が、入院に係る連絡先や保証人等になるよう求められた際の相談対応
民生委員・住民	・ハイリスク高齢者の情報提供
本人・家族	・急変時のルールづくりへの協力及び対応
消防（救急）	・高齢患者の急変時に備えたルールづくりへの協力

(2) 事前の意思確認等

ア 急変時対応における本人の意思確認と共有、ACPの普及啓発等

医療関係機関	・高齢者の状況に応じて、急変時の意思確認の明確化の重要性について助言等 ・ACPの作成、普及にかかる助言、協力等
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・医療介護従事者及び住民を対象とした急変時の意思確認やACPに関する研修会、講演会開催等
行政	
民生委員・住民	・ACPの作成、普及にかかる助言、協力等
本人・家族	・ACPの理解促進、作成等
消防（救急）	・救急に関する情報提供等

(3) 入院先医療機関との連携

ア 入院患者の情報共有の推進

医療関係機関	・入院先医療機関の要請に応じて対応
医療系サービス	
ケアマネ	・入院先医療機関からの要請により、かかりつけ医との連携調整
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	
行政	
民生委員・住民	
本人・家族	

(4) 入院時の入所施設、有料老人ホームの職員の対応等

ア 介護人材の確保

医療関係機関	・管理者・人材育成担当者等の研修会への参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・介護人材の確保に関する研修会の開催等
行政	
民生委員・住民	
本人・家族	

Ⅳ 看取りにおける目指す姿と課題への対応等

1 目指す姿

- 地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解している。
- 医療・看護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、望む場所での看取りを行えるよう支援できる。

2 2025 年に向けて注力する事項

(1) ACPに係る理解促進

- ・医療・介護関係者、民生委員、住民等を対象としたACPに係る研修会や講演会の開催などによりACPに係る理解を促進する。

3 現状と課題

看取りに係る主な課題

- (1) ACPに係る理解の促進
- (2) ACPの進め方に係る理解促進
- (3) 看取りに係る理解の促進

(1) ACPに係る理解の促進

- ・ACPについてはもっと理解を深めていかなければならない。
- ・ACPに携わった事がなく、もっと普及すれば良いと感じる。
- ・ACPというのは一般の人が聞いても分からない。日本語で、漢字で分かるようにしないと広まらない。それが気になっている。

※アンケート調査結果

- ・看取り、ACPに係る本人や家族、地域住民の理解が進んでおらず、話し合いを進めにくい。
- ・ACPは看取りの段階の話ではなく「よりよく生きるため」に必要であることを、まずは医療者が理解して行く必要がある。
- ・看取りの対応をしたことが無いからとサービス利用を断られることもあったため、事業所への学習も必要だと思う。

(2) ACPの進め方に係る理解促進

- ・人生ノートについてどこかで本人や家族とお話をしたいと思うが、タイミングが上手くつかめず話を進め難いと感じている。
- ・全部聞くのではなく、抜粋して話の中で聞いていけばいいと思うので、コミュニケーションが上手く取れている方たちに聞いていくのは大事だと思っている。
- ・ACPについて何度もお話は聞いたし、自分もその年齢になっていくつかの事をわかりやすくしておこうと思うが進んでいない。
- ・ACPという言葉は理解していない方が多いが、人生の最後をどう迎えるかは、訪問看護の場では話し合うことが多い。

※アンケート調査結果

- ・人生の最終段階における意思決定支援に係る面接技術等に不安がある。
- ・看取り等はデリケートな話なので、ケアマネジャー等から言い出すことで、本人や家族等との信頼関係が壊れることが心配である。

(3) 看取りに係る理解の促進

ア 本人・家族の理解

- ・看取りは取扱いに注意が必要なため、ご本人の想いを理解して関わっている。
- ・ご本人の思い、医師の考え、御家族の考え・方向性がそれぞれ違っており、ケアマネジャーもまとめることができず、かかわりが難しいケースあり、今後の課題であるとする。

※アンケート調査結果

- ・本人、家族の看取りに対する意向が違っていると、ケアマネジャーとして対応に苦慮する。

イ 家族への支援

- ・肝心なのは本人の意思が決まった時に、ご家族がどれだけ決意をできるかを支援することが大切。これがないと「入院させてください」となる。
- ・訪問看護が入って、バイタルを確認し「大丈夫だよ」と声をかける事で最後まで看取することができる。家族を支援するというのも大事。
- ・家族が、介護の限界がきてしまって、最後だけ緩和のレスパイトの方に入院させてもらい、一番夏の暑い時に涼しい場所で過ごせて良かったと、連携を取らせてもらった。
- ・最後看取りをさせていただいた方で、ご家族が「最後まで見られると思っていなかった」という声が多く聞かれる。そこから思う事は、もう少し「家で看られる」という地域づくりが課題である。
- ・ACPと言われているが、やはり前提は死であることを家族は認知していない。連携によって、こういう話もあるという話を丸く話せるような状況を皆で醸し出していける状態と、それをバックアップできるフォローアップできる人材育成が必要と思う。
- ・ヘルパーが最後まで見送ってくれ、それだけで感謝。そういう温かい気持ちを通った環境づくりというものを皆で考えていかなければと思う。
- ・色々悪態つく方々も沢山いるが、最後の最後にきちっとした対応をしてあげられれば皆感謝の気持ちで次に進めると思うので、そこを皆さんで醸し出していければと思っている。

ウ 支援体制の充実

- ・サービス不足、訪問看護もキャパオーバーという時もあり、本人さんが家で死にたいと言っているけどフォローしきれず家族もギブアップして入院するという事もあった。
- ・高齢の方は家に最後まで居させてあげたいと家族が望んでも、診ていただく先生がいないとか、訪問診療がないというケースもあり、地域の先生方に協力していただける何かがあればいいと思う。
- ・不自由になるとそのフォローについて話していく方が多い。薬局としてはそういった話を聞く事が薬局で出来る事なのかなと思っている。
- ・少しご飯を食べられたと聞いた一週間後に亡くなってしまったというケースがあったが、お口で食べるという喜びを少しでも作れれば私たちは成功だと思う。

4 課題への対応

【対応の方向】

- (1) ACPに係る理解の促進
 - ア ACPの普及啓発等
- (2) ACPの進め方に係る理解促進
 - ア ACPに係る医療・介護関係者向けの研修等
- (3) 看取りに係る理解の促進
 - ア 看取りの家族支援に係る医療・介護関係者の研修等

【関係機関や本人・家族等に期待される役割】

(1) ACPに係る理解の促進

ア ACPの普及啓発等

医療関係機関	・ACPの作成、普及にかかる助言、協力等 ・研修会、講演会等の参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・医療介護従事者を対象としたACPに係る研修会、講演会開催等
行政	・ACPに係る研修会、講演会開催等 ・ACPサポーターの活用検討
民生委員・住民	・研修会、講演会等の参加、ACPの作成、普及にかかる助言、協力等
本人・家族	・研修会、講演会等の参加、ACPの理解促進、作成等

(2) ACPの進め方に係る理解促進

ア ACPに係る医療・介護関係者の研修等

医療関係機関	・医療・介護関係者向けの研修会等への参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・医療・介護関係者向けの研修会等の企画
行政	
民生委員・住民	
本人・家族	

(3) 看取りに係る理解の促進、家族への支援、支援体制の充実

ア 看取りに係る理解の促進

医療関係機関	・看取りに係る助言、協力等 ・看取りに係る研修会、講演会等の参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・医療・介護従事者を対象とした看取りに係る研修会、講演会開催等
行政	・住民を対象とした看取りに係る研修会、講演会開催等
民生委員・住民	・看取りに係る研修会等への参加
本人・家族	

イ 看取りの家族支援に係る医療・介護関係者の研修等

医療関係機関	・研修会等への参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・研修会等の企画 ・施設における看取りの状況把握
行政	
民生委員・住民	
本人・家族	
施設等	・研修会等への参加 ・看取りに係る調査への協力

参考 1 : 注力する取組と 2025 年の姿

注力する取組（2024-2025）

1 日常の療養支援

P（計画） ➢ 本人や家族の疾病等の理解促進、受診時の医療・介護情報の共有 ➢ 医療と介護、医療関係機関間の情報共有の推進 ➢ 独居高齢者世帯等への生活支援 ■医療関係機関、介護事業所等がそれぞれの立場から、本人や家族の疾病等の理解を促進 ■れんけい支援セットの活用により、情報の共有を推進 ■独居高齢者等に対して、医療と介護、地域との連携により、きめ細かな生活支援を充実	D（実行） ➢ れんけい支援セットの活用促進 ➢ 在宅療養を支援するための医療・介護連携の促進 ➢ 独居高齢者世帯等への支援に係る理解促進 ■れんけい支援セットの配布、関係者への協力依頼 ■在宅療養を支援する視点での医療・介護連携等の多職種連携研修会等を開催 ■独居高齢者世帯等の療養・生活支援に係る研修会等を開催
A（改善） C の状況を踏まえて必要な改善を実施	C（評価（2025の姿）） ➢ れんけい支援セットの配布延べ数 ➢ 研修等参加者数 ➢ 居宅療養管理指導給付月額 ■れんけい支援セットの延べ配布者数（1,877人） ■多職種連携研修会等の延べ参加者数（150人） ■独居高齢者世帯等に係る研修会への延べ参加者数（100人） ■居宅療養管理指導給付月額（第1号被保険者一人当たり給付月額）（紫波町134.71円、矢巾町198.26円）

注力する取組（2024-2025）

2 入退院支援

P（計画） ➢ 適切な入院・退院情報の共有 ➢ 退院時の情報共有 ■れんけい支援セットの普及と活用促進により、入院患者情報を円滑に共有 ■入退院に係る研修機会の確保や盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）の利用状況を把握し、情報共有等の円滑化を推進 ■退院時の情報共有による医療と介護、地域が連携したきめ細かな生活支援を充実	D（実行） ➢ れんけい支援セットの活用促進 ➢ 病院地域連携室等と介護側との研修機会の提供 ➢ 必要な退院時カンファレンス実施の推進 ■れんけい支援セットの見直しと配布、関係者への協力依頼 ■入退院に係る病院とケアマネジャー等との研修を通じた協議等の機会づくり ・退院時カンファレンスの開催と参加、医療・介護双方の情報共有等についての協議・意見交換 ・入退院ガイドラインの利用状況把握
A（改善） C の状況を踏まえて必要な改善を実施	C（評価（2025の姿）） ➢ れんけい支援セットの延べ配布者数 ➢ 入退院支援研修会の延べ参加者数 ➢ 医療介護連携に関する加算取得件数 ■れんけい支援セットの延べ配布者数（1,877人） ■入退院支援研修会の延べ参加者数（151人） ■退院時共同指導加算 ※訪問看護事業所（26 件） ■看護・介護職員連携加算 ※訪問看護事業所（303 件） ■退院・退所加算 ※居宅介護支援事業所（106 件）

注力する取組（2024-2025）

3 急変時の対応

P（計画） ➢ 独居高齢者世帯等の急変時の連絡先の把握と共有 ➢ 急変時の本人の意思の共有 ■独居高齢者世帯等の急変時における連絡先を把握し、円滑に医療につなぐ取組を推進 ■急変時の対応に係る本人の意思を家族間等で共有	D（実行） ➢ 独居高齢者世帯等に係る多職種連携の研修 ➢ れんけい支援セットの活用促進 ➢ 個々の独居高齢者等世帯の状況に応じた急変時の対応ルールづくりの推進 ■独居高齢者等の連絡先の把握等の課題に対する多職種連携研修会の開催 ■れんけい支援セットの緊急時連絡先の記載確認等
A（改善） Cの状況を踏まえて必要な改善を実施	C（評価（2025の姿）） ➢ れんけい支援セットの延べ配布者数 ➢ 多職種連携研修会等の延べ参加者数 ■れんけい支援セットの延べ配布者数（1,877人） ■多職種連携研修会等の延べ参加者数（150人） ■独居高齢者世帯等に係る研修会への延べ参加者数（100人）

注力する取組（2024-2025）

4 看取り

P（計画） ➢ ACPに係る住民の理解を促進 ■住民や医療・介護関係者がACPを理解し、ACPに取り組む住民が増加	D（実行） ➢ ACPに関する研修会を開催し住民の理解を促進 ■住民、民生委員、医療・介護関係者等を対象としたACPに係る研修会等の開催しACPに係る理解を促進するため、わかりやすい研修会を開催
A（改善） Cの状況を踏まえて必要な改善を実施	C（評価（2025の姿）） ➢ ACP研修会延べ参加者数 ➢ ターミナルケア加算算定件数（訪問看護） ➢ 特定事業所加算算定事業所数 ■ACP研修会延べ参加者数（100人） ■訪問看護事業所ターミナルケア加算算定件数（78件） ■特定事業所加算算定居宅介護支援事業所数（7事業所）

参考2：4つの場面に係る第2回WGの意見等

1 日常の療養支援について

No.	発言要旨
1	・独居高齢者世帯等の対象者を明らかにしていく必要がある。
2	・入退院を繰り返す場合、その見通しの共通理解が必要がある。 ・療養等の理解促進のところで、予防的、医学的なケアマネジメントについて勉強する必要がある。 ・ケアマネジメントに新しいカリキュラムや適切なケアマネジメントの手法が追加された。疾患別に、脳血管疾患・大腿骨頸部骨折・心疾患・認知症・誤嚥性肺炎などが増えるため、これらに対して予防的にマネジメントする、共有する、学習することが大切である。
3	・独居高齢者の生活支援について、生活支援を作り紹介をしていかなければいけない。生活支援体制整備事業と認知症総合支援事業との連携、医療との連携を追加してはどうか。 ・連携が困難だとなった場合、どのような住民の皆さんと協力していくかを生活支援事業や生活支援コーディネーターなどと色んな形で連携を取ることができる状況がいいと思う。
4	・最初のご家族の理解促進というのはすごく重要なポイントだと思う。疾病等へという内容になっているが、おそらく生活時までということを含めると、疾病が元になる障害といったことも含まれると思うので、それを明記した方がいいのかどうか、という事を感じた。
5	・理解促進は教育的な関わりまでが想起されるが、リテラシーがしっかり持てている方と持ててない方に差が生じてくると思われる。 ・サービス提供側からだけでは限界があるので、ご本人やご家族から積極的にそういったところに情報を取りにいく、相談をするなどの行動ができるような教育的関わりが必要である。 ・予防活動に関連して、罹患する、または障がいを持つ前の段階から教育的な情報提供が継続的に行われることで予防に繋ると考えると、先行段階として予防活動と一緒に含まれるとより連続性が出てくる。
6	・独居高齢者世帯の生活支援の「対応の方向」に医療と介護・地域との連携とあるが、医療と介護はイメージがしやすいが、地域に関しては誰が担い手になるのかももう少しイメージができるようなやり方をすると、本当の意味での専門家と地域社会との一体的な連携というところが考えやすくなる。 ・現時点で独居高齢者世帯に加えて、恐らく地域のマッピングなど色んな地域特性を見ていくと、「この地域ももう何年後かには不安だ」というような予備軍的なところ見えてくると思う。地域特性も把握しながらという内容も生まれてくるとすごくいいと思う。 ・移動手段のところで、通院困難者を考えた時に代行支援といったところも含まれてくるんだろうということも感じた。
7	・2025年に向けて注力すべき理解促進と言った時に、連携支援セットも充分効力あると思うが、それだけだと少し理解促進には難しい。
8	・具体的にどういったところが療養の場のイメージなのか。これから暮らす場所というのはどういったところかというのを、どこに相談するのが明確に整備されればいいと思った。 ・独居について、今身寄りのない方への支援をどうするのか。よく問題になっているのは、病院に行っても誰か保証人になって欲しいとか何か書いて欲しいということがある。 ・高齢者2人の時は、今日もあったが、検査する時に奥さんが高齢だともっと若い方いないか、誰もいませんというのも身近な問題としてある。そのような場合の支援について、どう取り組んでいくのか。 ・地域的に、紫波町はタクシーで医療機関に行くだけで片道1万以上かかることがある。この問題は療養する上でどのように関わっていくかということも盛り込まれればいいと思う。
9	・独居高齢者の方の生活支援のところで、室温調整や寒さ対策、通院などに関しては、ヘルパーの役割がすごく大事だと実感している。 ・期待される役割ということで、個々の状況に応じたサービスの提供と書いてありその通りだと思うが、根本的に人材が不足している中で、その不足のところを解決しないと、この期待される役割は効果が発揮できないのでは感じている。

2 入退院支援について

No.	発言要旨
1	・利用者が退院していたことを民生委員から知らされたことがあり、情報不足を感じた。 ・入院時や退院時、地域で見守りをしていただいているので「退院しました。また支援をよろしくをお願いします。」といった声掛けなど、地域とのつながりは大事にしていかなければと思う。 ・入退院時の地域への可能な範囲での情報提供は必要だと感じる。
2	・退院前のカンファレンスは、退院後に関係する事業所にも情報を提供して、退院後のサービス等をきちんと決められるようにすることが必要であり、そういうカンファレンスをお願いしたい。
3	・「必要な退院時カンファレンスの開催と参加、情報共有」が、コロナ禍以降途絶えたがこれを徹底すればいいと思う。 ・必ずカンファレンスを早めに開いて、余裕を持って在宅につなげるといいと思う。 ・地域包括ケアに入っていないが、最近ケアマネが困っているのが精神科病院への入院で、多分混んでるため三ヶ月後という場合があり、こういった形で支援するのか困っている。 ・入退院支援として地域包括ケア病棟の活用ということで、この地域は包括ケア病棟を柔軟に対応できるような形で運用することができればいいと思う。
4	・入院時に入院連携シートを送るが、あらかじめ予定された入院の場合だと、事前に外来のワーカーさんが「いつ入院だ」と連絡をくださる病院もありすごく助かっている。そうすると、入りましたというところからの情報ではなく、あらかじめこういった情報を流すことができるが、このガイドラインにはこういったところまで盛り込まれているのかが少し気になった。
5	・連携シートについて、盛岡圏域と紫波郡、全国版など色々なシートがあるが、その共有や、どれでも内容が盛り込まれていればいいとか、そういった類の話は何かでているのか？圏域でモデルを出していて、どれで取り組めばいいかというところで、整理されればいいと思う。
6	・連携シートは以前から課題になっていたもので、ICT化といった時にそういったところの整備も含めて前向きに進めればいいと思う。
7	・今のトリプル改正のところでリハビリテーションのところを見ると、実施計画書というものを必ずその病院で作成していて、介護事業所でリハビリテーションを提供する場合も実施計画書を作成している。今までは病院から介護サービスに行く時に必要に応じて、自分たちの任意で医療機関側の実施計画書を入手して、最初の会合サービス側のリハの提供時の実施計画書に当ててもいいという建てつけだったが、今度の改定の中でそれが必須になるような流れで、介護事業所の方も医療機関の自主計画書を入手して、それを連続的に繋げてやっていくというようなことが要件化されるような流れがある。
8	・ICT化を考えたときに、紙ベースでのやり取りでもいいが、やはり何かしらのプラットフォームがあって、それにもし載せることができれば、よりやりやすくなっていくのかなと思う。今は電子メールでやり取りをしたり、紙でやり取りしたりなので、そういうことも将来的にはやはり考えていく必要があるかなと感じている。

3 急変時の対応について

No.	発言要旨
1	・連絡先の把握について、例えば高齢者で電話を持ち歩かない、連絡先の相手方が持ち歩かない、遠方で連絡がついてもすぐ対応できないということもあるので、対応のルール作りはすごく重要なポイントである。 ・本当に個別な状況に応じたものが作れる、用意できるのであればそれが一番いいと思うが、現場で連絡がつかない時にどういうルールにのっとってやればスムーズにいくか、ある程度流れがあれば動きやすいと思うので、ここがポイントだと思う。
2	・介護系サービスの役割について、独居等ハイレスク高齢者の家族との連絡先の確認というところは基本である。連絡先がない方も中にはいるので、そのセーフティネットをどうするかが急務だと感じている。
3	・連絡先や保証人が誰もいなかったら民生委員でもいい、ケアマネジャーでもいいという局面がかなり出てきている。それを踏まえ、行政や公的機関でルール作りをする必要がある。 ・将来、家族に頼れない場合に、家族以外どうやってつながっていくのかを踏まえ、このルールづくりはすごく大切だと思う。私たちが現場でやれることは、ケースの事例検討を踏まえて、その事例検討からどうすればいいかという課題を挙げて行政を含めて考えていく、その積み重ねと思う。
4	・実際にこの間もケアマネでもいいよと言われ、いやそれは書けないという事案があったので、そこはもう少しある程度のルールが必要と思う。 ・「入院時、入所施設有料ホームの職員の対応等」というところで、どういった時が急変なのか、どういった時が入院なのかを学習していく必要があるのではないのかと思う。
5	・急変時の対応については、どこまでのルール、対応というのはそれで別れるのかと思うが、曖昧な場合は確かに困る。熱に対してなど。基準はそれほど難しくなく作れるのではないか。 ・むしろこんな患者は困るという観点で救急搬送先で作ってもらったらどうか。搬送先で作ってもらった方が、労力もかからないし、搬送先にも利益があると思う。
6	・救急対応に関しては、一般的に日常生活と全然違う行動を起こしているということが急変といえる。発熱や脳梗塞、心筋梗塞は確かに分かりやすいものは分かりやすい。ただ、意識が混濁しているか、いくら呼びかけしても反応してくれないとか、まあそういうところなんだと思う。ただ、これも日常関わらないと分からないと思う。確かに基準作りというのはかなり難しいかなとは思う。
7	救急隊の人の意見も聞きたいと思っている。事例を出してもらいながら、こういういろいろ検証したりする形もあると思う。

4 看取りについて

No.	発言要旨
1	・ ACPサポーターをどう活用するか、 どのような人たちが受講できてどのような風な取り組みをするのかというふうなことが明確になってくると、地域に入っていけるのかなと思う。
2	・ 本当はギリギリまで家にいた後に緩和ケアというお話をしていた方が自宅で結局亡くなってしまって、ただターミナルの加算を取るためには、まず亡くなった日も訪問しなければいけないというのがあり、でもその亡くなった日は休みで訪問できなくて亡くなったのは知らなかった。今回加算取ろうとか考えていなかったが、 ターミナル加算を取るにはいろんなハードルが高く、クリアしなければいけないところもあり、加算はなかなか取れない。
3	・ 数年ぐらい前は、年間何件か看取っていた。依頼もあり対応していたが、多分私の感覚だけかもしれないが、 以前に比べると自宅で看取る方の希望が減ってきた。最後は緩和っていう形で、数年前の方が自宅看取りは多かったと感じる。 ・ ターミナル加算取れるのは、ガンに限ってなのでガン以外もいるが、家族がいらない方も増えてきてるので、最後の最後と言った時に、お一人とかと高齢者だったりすると、周りの方からも緩和を申し込んで退院という形になってるので、 なんとなく肌感で2、3年前に比べると依頼が減ったかなと思う。
4	・ そういった方々はやはり介護力がない。サポートする家族がいない。サービスだけでは家族の気持ちは続かない。 最後まで見たいといっても途中で悲鳴を上げる方も多い。なんとか頑張って私たちも一日2回とか入ってサポートして、最後までお見送りするとケースもある。もし阿部さんが肌感が下がってるっていうのは、多分、 介護力の中に老老介護が多くなってきているのでは。
5	・ 看取りができるようにするための条件が、最低限のところがあるということだと、 看取りを勧めるというのも簡単な話ではないという話の中、看取りしたい方はできる。
6	・ 家で最後を看取るということを知らない住民の方も多い。 あとはもう傍から家で死ぬものではないという、まだそういったものが根付いているというのも多いと思う。 ・ 前回も言ったが、 こういう風にお家で看ることができるんだという声はよく聞かれる。
7	・ 自宅と介護施設と二通りあると思う。介護度が4、5だと自宅というのはやはり少ない。ただ、ご家族が、 訪問の介護と看護師さんとあと医療の先生方とよくお話していただいて、その上でこれ以上の医療は受けなくてもこのまま逝っていただけるという覚悟ができるのであれば、それがやっぱり一番看取りにつながるものだとは思うので、周りの人たちがその責任を負うとかはない かっていう話ではない。
8	・ 基本的にご本人はもう意識もないので、ご家族がどういう認識を持っているかが第一前提になる。 ただ、 保険制度とか、いろいろなところが絡んでくるので、やってるのに何も報酬がないっていうのもおかしい。 サービスはサービスだが無償のサービスではない訳で、 その中で効率よく皆の考えが一つにまとまって、お互いウィンウィンになるようなシステムを作るっていうのがこの会議だと思う。
9	・ 感情論だけでいけない部分をやはり話さなければいけないのかなと少し思っていた。廣田さんもおっしゃってたが、その通りだと思う。最後の最後で何もできないとか、それまでこう継続してやってるのに、そこでプチっと切れてしまうとか、それはあの紙面上の話であって、実はすべてにおいて連携連続している。そこをどうみんなでフォローしていくかも大切なかなとお話を聞いて思った。
10	・ 薬局側の立場からいえば看取りというのはできない。全般的に介護に関して在宅に関して薬局が一番協力できていない。 現実には目の前の患者さんの対応が主になって、在宅に出られる薬局が少ない。 ・ チェーンのところはある程度人数確保できるが、個人薬局はまず一人か、あと何人か雇って対応している。
11	・ やってくれるのは 矢巾だと日本調剤、紫波だとファミリー で今やらせているが、ただマンパワーは余裕なく十何人ぐらい受けているが、あまり来られるとパンクしてしまっている状況。 ・ 特定の薬局に患者を誘導するのは少し問題だが、矢巾は日本調剤に任せればなある程度はいけると思う。紫波だとツルハさんが今三店舗あり、あとはあの門前ラインで一人ずつで、たまに来た処方箋を受けてるだけ。 そういうところにうまく働きかけて在宅ができるような体勢とってもらいように、何か協力してもらえとか、そういうことも考えていった方がいいのではないかなと思う。 そうでないと、なかなか薬局も在宅に協力できるようにならない。

12	・介護認定の処理を見ても、薬剤師が介入したほうがいいんじゃないかなと思う事例があるが、なかなかそうやってくださいと言えない。結局受けてくれるところがないので、その辺もなんかこう課題かなというふうには思う。だから、今ある薬局で使えるところをどう協力させていくかが課題。
13	・ACPについて、今の患者さんよりもこれからの人はどう教育していくかというところで、地域の介護とか、保険の時の手続きのところ、講演や軽いお話をした方がいいと感じている。 ・在宅に行かなければいけないが、結局現実として個人の薬局では出来ず、現状を維持するので精一杯というところが多い。
14	・ACPについて、多分これからの世代の人たちがどう選択するかということを踏まえて、時間をかけてやる必要があるのではないかな。 ・私の父親・母親も、こうなったらずっと逝かせてくださいとか、本人の意思はそうだからという事を言えず、やはり最後まで医療で見てほしいという選択に傾いていく。ACPという考え方は、みんなと一緒に一人一人、地域の住民やみんなと一緒に考えながら、積み重ねてやっていきながらの活動だと思うので、そういった活動を広めていくというのが重要かと思う。
15	・看取りはやはり最近のところ減っていると思う。全部自宅で介護している方がたまたま病気になってしまったとか、あとはうんと施設にいる方だと、あのだんだんこう痩せてきてあ、食べられなく痩せてきてこう細くなってちっちゃくなっていく姿を毎日見ることは多分、家族だと辛い思いをしたと思うが、時々来てお会いして、普段は介護の方にお世話になってるというのが。そこはその場だから看取りができたかなというののはすごく感じる。
16	・最近だと90代の高齢の方でも病院に行かないという意思表示をしっかりとの方が数名いて、この年越しどうなるのかなと思っていたが、そういう方も息子さんが一人で見ています。独居で同級生の近所も同級生の方が同級生も80代だが時々来てくれて、お買い物に一緒したり時々見に来てくれる。ここに電話機を置いておけば電話かかってきたのは出れる。でもそこにあっても変な時にかけると起き上がって転んだら怖いなと思うといきなりかけれないという方もいたり、最近そういうことが多い。 ・末期だと緩和の方にも繋げることが多いが、心不全とか自然なものはなかなか緩和には一。
17	・自然な老衰だったら眠るように。みんなであの看取りできますよっていうふうには思っていけるかなと声かけしながらと思っている。 ・ACPも難しく考えているよりも、自分はやっぱり親御さんを看たりとか、小さいお孫さんと一緒に見ていこうという感じだったらいいとか。逆にちょっと死に目に会うというのか、徐々に弱っていく姿をみんなで見るのが辛いついていう気持ちもわかる。
18	・心配な人が大勢いる。暑い時期を乗り越えたのに、今度は寒い時が来てどうやって乗り切るか。ケアマネさん、近所の本家さんとか息子さん、娘さんは結構遠方だったりするので、なかなかできない。遠い親戚だったり、お友達とかで繋げてみんなで頑張っているところ。
19	・これからの整備と思うが、今こういうことをお願いしたいという時に、例えば薬局であればフリーで動けるとか訪問できるというような紹介をするセンターのようなものを考えていく。 ・もしくは、ケアマネはケアマネで、薬局は薬局で、新規の問い合わせあった時、ここだったら今受けることができるというような調整をできる機関があると無理しないでいけるのではないかなと思う。
20	・病棟の方から明日退院しますと言われるっていうのは多々ある。病院の中で病棟等々を含めての退院調整がうまくいってるかも一つ課題がある。病院内でも治療での連携みたいなのも課題としてあるんじゃないかということ、ぜひ言ってほしいとケアマネさんから頼まれました。