

旭川市に求められる「在宅医療・介護連携」で発生している課題

医師との連携が困難

在宅での担当者会議などで、D rの関わりが少ない。

在宅医療…D r同士（医療機関）の連携をする。病院（先生？）の壁がある。

訪問してくれるD rが不足している。動けなくて、本人が行けないとなる場合に往診は必要。

訪問診療の医師が少ない。（動けるD rがいない。）

介護職が医師に聞きにくい。（医師は）介護に興味をもっていない。

医療、特に病院の医師との連携が難しい。

（担当者会議）医師の参加を確認したら、ヘルパー・通所とは別日になった。かかりつけ医が担当者会議の意義を理解しているのか。医師の意見が中心となっている部分がある。介護職・ケアマネは生活状況など全体をみている。

医師が個人の生活状況まで立ち入ってくれない。病気しか診てくれない。

D rの意見書提出が遅く、区分変更をすみやかに受付出来たら良い。要4→支1の場合、ご本人も納得できずにいた。

医師には質問しづらい。ケアマネが利用者さんの病気を聞きづらい。タイミングが合わない。

末期がんだったが、主治医からの指示書を書いてくれなかった。（総合HP）D rの地域に対しての在宅に対する理解・視点がまだまだない。

地域の訪問診療する病院が少ない。

在宅医療の充実（サービスに余裕が必要）

サ担会議において、主治医との連携が難しい。

かかりつけ医がいないで、救急搬送をされたケース（退院後受診に結びつけるのが難しい。往診の可能な医師が少ない。）

在宅のサポート医師が少ない。退院に向けて在宅へ連絡により薬局が対応しているが、在宅対応する薬局が少なく、広い地域を担っている状態である。

医師によっては、在宅医療を重視している方もいれば、そうでない方もいる。

訪問診療を重視、力を入れてくれる医師が増えてきている。そういう医師にめぐり会えば、看取りまで安心してできる。

訪問看護は、まだまだ周知してもらえていない医師も多い。

相談してもすぐに見てもらえない。

互いの専門性を尊重する医師だけでは何もできない。トップダウンが連携だと考える同調がある。

医師によって話しかけにくい。気を使う。（何回も同じ目的で連絡をとるうちに、そうでなくなった。）

ヘルパーからD rの距離が遠い。訪看さんを通してきているD rと連携している感覚がない。

医師も担会に声をかけてほしい。照会を送ってはどうか？

利用者が十分に医師に伝えられない状況がみられるため、付き添いスタッフがフォローする必要がある。

医大・日赤・市立HP等との連携はスムーズに行われているが、クリニックなど、なかなかスムーズにいかない事がある。
※リハHPよりお薬手帳を利用し、メモ等はせめて連絡をしてほしいとの例もあった。

施設の諸問題

施設では、養護のためみれなくなると違う施設かHPに移行するしかない。介護員しかいないため、みれなくなることもある。

GHでは、医療系だと医療行為はできるが、誰もいないと緊急搬送しかない。施設での医療行為が困難である。

要支援者のヘルパー事業所から断られる事が多い。

看取りをする施設、しない施設がある。

（回復期リハ）在宅への環境整備をする。サービスの組み立てをする。医療保険でのリハは、受け皿がない。介護保険へのシフト（介護保険適応にならないため、50代特定疾患のない方、認定のつかない方への支援困難）
もっとリハしたいけど、行きたくても行けない。（送迎がない。タクシーはお金かかる。）

若年層向けのリハビリがない。増えてはきているけど（40・50代の脳梗塞、クモ膜下、高次機能障害の人が多い。）

特養は、正看がいないと看取りができない。

病院の看取りの受け皿がない。福祉施設では、十分な医療を提供できる体制がとれない。

研修の場が不足

介護士が、医療行為などができる研修の場の門戸をもっと広げてほしい。連携に関する情報をもっとほしい。

在宅医療・介護の従事者の養成をする。

人材不足

施設が多くあっても、介護員が少ない。介護に対する報酬が少ない。育たない。やる気につながらない。

介護員教育、マンパワー不足、医療との連携までたどりつけない。D rに報告できる力を身に付ける。

施設はあるが人材不足。日中帯にどれだけ連携して対応するか（夜間は難しいため）

施設に看護師はいるが、医療処置をしてくれないところがある。（インシュリン、胃ろう、痰吸引、点滴等）

施設入居中の利用者さんが急変等で病院受診を必要とした場合、受診先がみつけやすいようなシステムがあれば良い。

（施設側）病気の相談は出来ても、看取りに関わってくれるD r、NSがいない。入院してしまうしか対応できない。

施設入所時、お薬手帳を何冊も持参している事がある。整理する必要がある。（健康手帳との併用）

ヘルパーさんにも医療行為を求められることがある。

特定施設でも生保の方の受け入れが可能になったが、他の施設では要支援の方を放出、その為相談も増えている。

（施設）D rから介護へ指示することで、必要最小限の対応が可能ながある。施設から訪看へ（D rまでいなくても対応できることがある。）

ハウスとの連携（点数とのかね合い）できることもサービスに入れてしまう。

緊急時の連携体制の未整備

救急で診てくれる病院がなく、たらい回しになってしまう。

独居（生活保護）で、自宅で急に亡くなられた場合の保護課への連絡体制（休・祝日・正月休みなど）

保護の利用者様にはケースワーカーの緊急連絡先など

突発的にかかった時の連携が難しい。

（病院の情報、施設の情報）情報の書式があると良い。（記入）時間がないため、簡単な記入しやすいものがあると良い。

情報共有が困難

(ア)訪問看護とヘルパー

他の介護サービス事業所との情報を共有する。

ヘルパーとして入っていて、訪看さんは何をしているのか今の経過（病状）が分からない。
介護度の低い人も、高い人と同じように状況が分かれば良いのに、できている人とそうでない人の差がある。

訪看と訪介の時間帯がかぶる事があった。訪看事業所と連携との差がある。

訪看の必要ある方に訪看対応になっていない。自宅での生活の課題のすり合わせ（既往等を含め）が必要では？

(イ)ケアマネ

ケアマネより頂いた情報が古い!!（2年前のとかな…）

ケアマネに情報提供を要求したが、退院に際して情報提供がない。（退院前カンファレンス）

病院と居宅の連携（退院後の病院への報告や連絡又は病院側からの確認等の連携）

入所されてくる方の情報が曖昧

病院側から入院時にCMや事業所からの情報が少ないと言われたことがある。

協力が少ない。情報量が少ない。どうやって調べたらよいかわからない。うまく連携できない。

主治医意見書で状況が変わっているのに内容が同じことがある。介護度に関わってくるので

(ウ)入退院

在宅側からHPへ求めたいこととして、退院後の生活と入院中の動作では差があるので、居宅CMとの情報を共有する。

退院前カンファレンスの充実

退院時カンファレンスを実施される事で、連携を担う事ができている。（すべてが実施されている訳ではない。）（NSリーダーが中心となり連絡あり）

そもそも入退院時の情報共有ができないことが課題

病院で本人の普段の状況の把握がしにくい。密なやり取りで情報共有していくことが大切

(エ)服薬

服薬の状態が不明なことがある。本人は飲んでいると言うが…

薬を飲めていない人が多い。訪看、薬剤師を利用する。（ケアマネが対応）

(オ)その他

地域で考えるとチームとして機能しづらいことがある。

リハ視点の添書など活用されているケースといないケースがある。

同じ目標もって向かっていけば、介護、看護職の垣根は取り払われる。

お互い話し合える環境を整えることから始める。

本人・家族に対して、機能低下の及ぼす事をどのように支援していけばよいのか。ケアマネサービスだけでは？

在宅のかかりつけ医からの情報が違う場合がある。（普段の様子とか）

利用者様をとりまく職種（ご本人・家族も含めて）の温度差がある。どの様に連携していけば良いのか。退院前や担当者会議で話し合われているのに…

施設への伝え方（ノートがあっても見てない）、保湿ケアの方法、薬を飲む時間などが伝わっていない!!（在宅は連携できやすい。）

病院に患者さんの情報を教えてもらおうとしても、なかなか教えてもらえない。

市としての共通ルール、書式があればいい。

HP（MSW⇄CM）からつないでくるので、特に困ったこともなく恵まれている。

顔と名前が一致しているのは、とても安心して連絡が図れる。

逆に田舎の方が連携、地域のつながりができている様に感じる。

医療との共通シートがあるが、あまり活用できていない。ポイントを絞った書式があれば連携しやすい。

（通所）利用者さんで閉じこもる方もいる。体操教室などの情報がない。包括から情報発信したり、事業所から情報を聞きに行く。

病院の情報、施設の情報）情報の書式があると良い。（記入）時間がないため、簡単な記入しやすいものがあると良い。

専門職同士の共有と連携。質と安全の担保。勝手な解釈、思い込みをしない。事実確認（根拠）

（地域の人）近所、民生委員、町内会との情報共有

医療の方が利用者（患者）の状態を把握できておらず、質問をしても欲しい回答をすぐ得られない。

地域ケア会議が何の為の会議なのかという認識をもつ。もっと早く連携することで早い解決を図る。

社会資源情報の不足

看取りをしてくれる医療機関がわからない。

看取りをしている医療機関があることすら知らない。

薬剤師さんの活用で、Drによっては在宅薬剤管理の理解をされていない方がいる。

家族が看取りについてのサービスを知らない場合もある。

認知症でも入れるか？と問い合わせがある。グループハウスとグループホームの違いがわからない。

訪問診療する病院の情報が少ない。

旭川は施設は多いが、いざというときの選択肢がない。

（情報開示・発信）どうなったらどの医療機関に行けばいいかわからない。

家での課題を、病院側はどこに連絡したら良いかわからない人が多いのでは。そもそも認定を受けていないこともまだまだある。（一般的にはまだ周知は低い。）

若年性認知症の受け入れ先はあるのか…

ケアマネ、ヘルパー、訪看を知ってもらおう。周知が足りないのではないか（連携の前の問題）包括も介護保険も知られていない部分がまだあるのではないか。

知的障害の人がいくところはあるけれど、若くてマヒがあって、社会復帰したい人の場がない。

施設の情報が曖昧。統一されていない、情報提供をする際に困る。その人に合った施設選びに困る。

高齢者に目がいきがちだけど、若い人の行き先がない。（家庭をもっている若年性認知で金銭的に困難な人）

リハの住改、本人の使いやすい様にしてほしい。→実際の自宅でのシミュレーション、必要性を検討してほしい。

訪問診療の医師が少ない。（Drの高齢化）

総合専門医を増やしてほしい。

薬に関して薬剤師さん（Drに報告してもらう。）に相談するのが良い。

看取りまで関わってくれる体制作りができない。（その前まで）

地方だと施設が少なくて探すのが難しい。一覧表みたいな物があれば分かりやすい。（富良野はネットでも見れる。旭川は一覧表がある。）

どこに行くといいのか、サービスを使いやすいようにPRする。

包括は頑張ってくれているが、地域ごとでは温度差がある。

専門職だけのカフェはもういい！当の本人がそっちのけになっている。包括を中心に進める。

予防事業とか、市でやっていることが、広く知られていない。（市民周知を広げてほしい。）

コーディネーター・調整役の不足

ムダが生じると専門性を発揮できない。コーディネーター役が決まってない事が多い。情報を集約する人(全体を把握する人)が必要と思う。

ムダな連携をとらなくて良いと感じる事。必要なポイントを見極める事

地域連携室機能、窓口等不明確、連携がとりづらいHPもある。

(療養型病院)入院に際して、退院後のことでケアマネに連絡がきた。本人・家族の意向確認がないままに病院MSWから連絡がきた。加算の為に形式だけだった？

(病院の人への相談)MSWがいると連携しやすい。

(病院MSWの不在)ワーカーが入院状態の提供をしっかりとロール化する。

相談員がいないHPは連携が難しい。相談窓口がわかる一覧のようなものがあれば良い。

相談員がいても適切な情報を得るのに時間がかかる。

病院の形態がよくわからない。

予防的連携の不足

悪化してから動きだすしか方法がない。

早目に対応できる制度、教育

先を見すえ、小学校から体験教育を入れてほしい。介護予防教室(高齢者向け)の充実。30代~40代家族や介護の担い手教育の充実

地域の力(町内会、民生委員)でサービスを必要な人を発見?予防、孤立死などのないようなネットワークをつくる。

その他

(ア)行政に対して

集中減算はどうなんだろう。利用者の立場を無視している。(意向を無視)

行政の看取りについての介護・医療報酬に問題がある。

生活保護費の人の基準が甘い。介護と連携が取れない。

旭川市がどこまで連携に関わっているのかははっきりしない。

若い人も介護保険が必要ではないか。

地域包括ケアで地域へ貢献する為に、民間に対しての意識改革をしていただければ…

負担割合等、改正等の市民への通達をする。市民と行政のコミュニケーションをとる。

医療・介護の保険等の書類等の業務の簡略化をする。

専門職や医師への指導をする。

行政を中心として、医療と介護の連携を考えてほしい。地域連携に協力してくれる医師を育ててほしい。

高齢化が進んで、予防体操など予防の部分で行政がもっと入ってほしい。予防のすくいあげを行政がやってほしい。認知症のチェックリスト(興味のある人、ない人)、やりっぱなしにしないで、返送がない人を訪問してほしい。

行政で事業所も巻き込み、旭川モデルを作る。

申請は支所で受付業務ができるようにして下さい。忙しい業務の中、市役所(本庁)まで行くのが大変である。仕事がスムーズになれば利用者へ関わる時間が出来る。

基盤づくりは行政で!!(利用者宅での駐車場所:サービス開始時は近所への配慮もしている。)

除雪サービスは行政で!!(個人で頼むと金額は高い!!)

駐車スペースをもっと確保してほしい。

この様な研修会に行政側も出席して意見をくみ上げてほしい。

(イ)制度の問題

自分で最期を選択できる制度を整備してほしい。(場所は選ぶことができるのか)

要支援者の施設入所ができない。

医療保険と介護保険における違いからの連携(通院リハビリと介護保険でのリハビリ併用)

買物につれていってあげたい。制度のカベ(介護保険制限)→本人不在のサービス

訪問診療の報酬を高くすべきである。そうすれば、もっと在宅医療に力を入れることができると思う。

在宅に向けたリハビリは、医療保険における点数の問題がある。継続したリハビリをどうするか?保険制度における課題がある。

(ウ)お金の問題

サービス提供できる枠(予防)をもっと増やしてもらいたい。

入所者滞納者(利用料滞納者の対応)

アベノミクスでは3本の矢の1つ、離職0%にする。給料2倍にしてほしい。

介護度の成功報酬にした方が良い。

医療内でできる支援が限られている。介護の面の支援を手厚く

介護保険の点数、限度額の見直しをする。自費対応がおきてしまう。

(エ)地域のマンパワー

民生委員の個人差が大きい。

地域の力、家族の力を引き出す。

(包括)町内会の集まりに参加して町内会から情報をもらえる。

町内の人達の協力が必要

地域で安心して暮らせるようなまちづくりをしてほしい。昔のように気軽に声をかけられる環境、地域システム作りをする。

薬の飲み忘れなど、家にこもっている人は目が離れてしまう。目の届かない部分に行政が入ってくれたらいい。認知症は自分で気付かない。近くにいる人も気付かない。町内会、市民への啓もうや参加しない人のすくいあげをもっとしてほしい。

(オ)その他

提供側の安心感(サービス側でなく、ご本人の意志でないことがある。)

(家族の思い)病院の患者拒否、問題行動の対応、薬の調整、悪化する前に対応、ヘルパーの医療行為を増やしてほしい。

病院を退院し在宅ケアになっても、サポートがしっかりしていないと在宅を続けられない。

認知症、一人暮らしの方、自己判断できない方、どうしたらいいのか。誰が判断するのか。受診してもらうのが難しい。どう進めればいいいいのか。(服薬は飲まない、飲み過ぎる。貼り薬をはがす等)ケアマネの責任は重くなっている。

場所ではなく個人(PT)を見てほしい。(差をつけている)

キーパーソンが決まるまで、家族(娘、息子または知人)の希望がバラバラで時間がかかる。(時間外の仕事が多い。)

認知症の独居が増えている。(独居はムリなのに…)

(家族の判断・理解度)どのような状態で訪看を呼ぶのか。病院への連絡は?個々に合わせた伝え方をする。(看取り希望していたが、救急車を呼ぶ。家族の思いが変わる。)

大きな病院にかかっている人は、今後受診できなくなったらどの病院に相談したら良いのか?