

医介連携として、仕組みやルール of 構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。その中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。							
	a. 目指す姿	b. 現状分析	c. 課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策
急変時の対応	医療・介護・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・介護を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重した適切な対応が行われるようにする。	①急変時の連携体制が十分であるか？	・あらかじめ緊急時の対応を決めておき対応している。	◎急変時を想定した本人の意思を尊重した記録等（ACP等）がない。 ・独居で検査へ行けない可能性がある。付き添いを誰にするか、通院手段はどうするかなど。	※急変時を事前に想定する機会がない？	※背景を確認するため、各事業所の取り組み状況を調べる必要あり？	
			◎急変時に対応できる関係者との連携が不十分。	◎情報収集不足。 ◎関係者間の対応の統一。	※急変時を事前に想定する機会がない？	※背景を確認するため、各事業所の取り組み状況を調べる必要あり？	
			・対応してくれる機関との契約により担保されるが、説明・契約が全員にできていない	・個別の状態像で対応が異なるため			
			・DNRについての共有が全員にはできていない。	・退院、退所後すぐの介入開始ではない場合に多い。			
			・緊急時の最後の手段として救急車を呼ぶこともある。				
			・利用者には、入院時に担当ケアマネを病院へ伝えるように説明している。				
			・発熱時に、対応に苦慮するケースがある。サービスもストップせざるを得ないケースがある。				
			・看護小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護などの利用を進めるケースも出ているが、費用面の負担が大きい。				
			・急変時に確実に受けてくれる市内の病院があるわけではない。夜間の対応。	・コロナの影響もあり、市内病院が満床だったり使えなかったりしている。			
			・急変時に関する説明と同意書を作成してはどうか（情報キットに含むなど）	・誰がKPであるか不明の時もある。内容更新のタイミング			

各事業所の取り組み状況について確認が必要と考えています。

急変時の対応	医療・介護・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・介護を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重した適切な対応が行われるようにする。	②訪問・通所・短期入所を組合せて在宅療養を継続できる仕組みが構築されているか？	・地域包括ケア病棟の本来の機能の発揮。	◎認知度	・地域包括ケア病棟の存在や役割が浸透していない。 ・浸透させたい対象の絞り込み ・本人や家族へ説明する機会の確保。 ・入院までの流れ、手続き ・（個人的にですが）断られたことがある為、どういう人が受け入れられるのかいまだにわからない。 ・地域ケア病棟とショートステイ（特養・老健）の適用の違いや理解について専門職が不十分である(制度の枠組みも大きく異なる)。 ・地域包括ケア病棟の運用は病院ごとに異なっている。 ・在宅ときどき入院の生活もあるのではないか。 ・身寄りがなく引受人がいない ※地域包括ケア病棟の本来の機能の定義とは？	【医療・介護共通】 ◎地域包括ケア病棟の機能や役割についてを知る機会を作ること。 ・理解してもらうため、周知啓発。 ・利用の流れの周知、Q & A ・地域包括ケア病棟の認知度を上げる。 ・事例を用いた適用の整理をする（事例集作成等） ・地域包括ケア病棟に関するイメージを視覚的に得られるようにすること。 ・使用例の周知？	
			◎ケアマネジャーの知識、説明能力、考え方の違いで在宅生活の方向性に違いがある。	◎介護保険が始まり20年になるが、まだまだ利用者、家族共に知らないことが多い。	・市民の在宅療養に関する生活のイメージが弱いこと ・（市民が）どのタイミングで介護保険が必要なのか分かりづらい。 ・CMの各専門職に関する知識や情報が不十分であること。 ・即、施設という傾向にある（関係者）。 ・ケアマネだけでなく、対象者に関わる職種の考え方 ・関係者同士の相互理解の状況の可視化 ・地域で活動して各職種との連携が取れるCMが辞めていき不足。 ・金銭的な理由で利用に迷う。 ・一人ケアマネや事業所内での共有が出来ていないところのケアマネは自己流になってしまう可能性。 ・CMだけの問題ではなくケア関係者全体の知識・説明能力・在宅の限界点を引き上げる姿勢を備える必要がある。	【市民】 ◎市民が在宅療養の生活イメージを持てる状況を作ること。 ・ポスターの設置（包括のアピール）	
			・訪問看護でご家族様の介護困難となった利用者さんは、ショートステイ又は包括（レスパイト入院）など早急に対応ができていと思う。				
			・突然ADLが低下し、サービス等を増やそうとしても限度額や金額を考えると確実に認定が下りてからでないとサービスを提供できないことがある。	・区変をかけても認定が遅く、タイムリーな対応ができないことがある。			
			・概ね、3つのサービスを組合せて構築できている。				
			・医療ニーズが高く、重度認知症も重なる利用者は、通所・短期入所の受け入れが大変なことがある。	・医療ニーズが高い利用者が気軽に使える専門性の高い、通所・短期入所施設が少ない。 ・訪問介護は、ヘルパー数が少なく十分なケアを提供できないことがある。通所は選択の幅が広く、特に足りないと感じることは少ないが、半日で入浴とリハビリができるデイが増えるとさらに良い。短期入所は、金銭面で利用につながらないケースが多い。また、リハビリが受けられない。短期入所療養介護は、事前の書類準備や、日程が利用者の希望通りにいかないケースがある。緊急利用は困難。			
			・サービスの増加と充足、24時間対応、医療との連携	・高齢者が増え、サービスを使う回数は増えてきている			
			・事業所が少ない。	・人員、事業所不足。 ・利用者の増加に対して数が追いついてない。			
			・居宅のケアマネの考えによる	・小規模多機能の場合が良いと思うことあり。			