

# 医療機関と在宅医療等との入退院調整等に係る課題の論点整理表

資料1-2

論点の柱		カテゴリ	論点	ワーキンググループ等での意見(課題等)
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	・もと入居していた施設への復帰率が医療機関によって差がある → 小田原市立病院は救命救急センターとしていきなり重症化した人を受けているのが要因
		介護施設の対応力	○ 施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。  ○ 入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	・福祉施設に対して、医療に関する正しい知識の啓発等の対策が必要。  ・吸引対応の困難性 → 看護師が夜間常駐していないケース 介護師へ喀痰吸引を委ねることの厳しさ（研修受講頻度は著しく低い実情あり）
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○ 施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。  ○ 介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	・退院の前にどれだけ早く退院先との連携できるか → 受入れ施設側の準備時間の確保が必要  ・退院時カンファレンスでは足りず、むしろ入院時に治療方針を決定する時のカンファレンスが重要 → 元の施設や紹介クリニック（かかりつけ医）、ケアマネジャーとの事前調整
		カンファレンス	○ 退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	・現場レベルの多職種カンファレンスにおける共通の言語の構築が必要 → ICTの活用・導入による情報共有が図られるとよい
		認知症対策	○ 認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出してしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か）。	・認知症に対する認定審査の結果が審査会のレベルによって見方が異なる → 認知症への早期対応のため、行政単位で認知症の認定審査の基準の統一が必要
2 情報の共有について		基礎情報	○ 圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか（他に必要な情報はるか）。	(医療課で全県域共通の必要項目を設定のうえデータ提供予定)
		情報共有ツール	○ 個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	・安定して受け入れる手立てを講じる時間が必要になるので、極力早く情報提供が必要
		かかりつけ医との連携	○ かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	・かかりつけ医としては、どこかで紐づけが断ち切られることが多いと実感 → 経緯について連絡をいただける先生は少ない。紐づけがきちんとできるようなシステムが必要  ・在宅時のかかりつけ医との連携を入所後も継続させることの困難性（制度の壁：特養では配置医師による医療提供は可能）
3 共通		専門職のスキルアップ	○ ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	・在宅でどう医療に繋がられるかの判断は、ケアマネジャー・訪問看護事業所に期待するところが多い  ・小田原市では、ケアプランの中に訪問看護が組み込まれていない → ケアマネによる判断の差異？
		認識の共有	○ 意識啓発の促進等	・在宅医療を行っている医師の考え方を調整することで病院との円滑な連携を図ることができる  ・患者・家族への終末期の啓発も重要
		基金の活用	○ 医療介護総合確保基金をどう活かすか	・基金の活用については、仕組みやスケジュール等について説明会・勉強会を開催してもらえるとよい