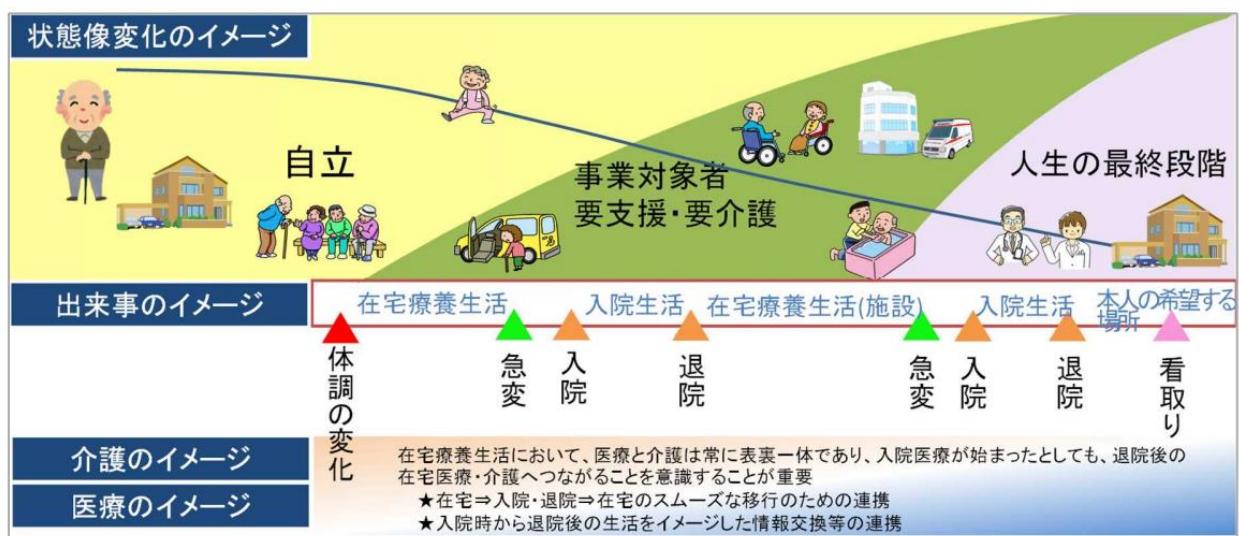


4つの場面への取組について

人生において常に健康状態は変化するが、特に、高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもある。また、退院後は在宅医療や介護が必要となることや、容態が急変して、看取りに至ることも想定される。ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものとの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最後まで生活することができるよう支援していく必要がある。

図 24 状態像変化・出来事・介護・医療のイメージ



引用：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4

これらを踏まえ、在宅医療者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を活かしつつ、高齢者のライフを意識した上で、医療と介護が主に共通する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）を意識して取り組む必要がある。

○医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面で、現在（令和7年12月時

点）課題を感じていること、必要であると思うこと

1 日頃の療養支援

【目指すべき姿】医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方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るようにする。

団体・機関名	取り組み	課題
小牧市歯科医師会	訪問歯科診療により口腔内のトラブルを改善したり、口腔管理を継続することによって口腔内環境を良好に維持させることで日常生活を問題なく過ごせるようにサポートする。	口腔内のトラブルを正確に把握出来ていない場合や訪問歯科を希望しても対応できる適切な医院が見つからない場合あり。
小牧市薬剤師会	患者宅への医薬品の共有・管理を実施し、情報共有実施。	処方内容の確認、調剤、一包化、カレンダーセットなどに時間がかかることがあります。外来患者対応との両立が難しいときがある。
小牧市民病院	地域施設との情報共有	施設職員に来院して頂くことが多く、出向くことが多い。
	外来患者の医療・介護相談	スクリーニングができるしくみがない。（がんと診断された初診時は声かけ、主治医からの依頼による相談はあり）
小牧市介護支援専門員連絡協議会	通常のケアマネジメント業務	事業対象者、要支援等の軽度者に対する卒業プランの構想がはっきりしていない。また、それに対応できる社会資源がない。
	医療サービスの導入 ・R7「利用者と共に人生の最期を考える～意思決定支援～」をテーマに研修会を開催 終末期の医療・介護職の関わり方として自己決定支援を学ぶ予定 ・R5・6年度には急性期～維持期を想定して、訪問看護とケアマネジャーと連携強化をねらいとした合同研修会を開催	ケアプランに医療サービスを導入するにあたり、ケアマネジャーがまだ医師と連絡を取ることを苦手としており、医療情報が十分でないままのサービス提供が行われている実情がある。 また、訪問看護等へのケアマネジャーからの依頼がしっかりできておらず、事業所からの要望のままサービスを導入していることもみられる。 ケアマネジャーの医療的な知識の薄さと連携の仕方に課題がある。
	こまきつながるくん連絡帳の活用	医療・介護の連携をより密にしやすくする取り組みとして、こまきつながるくん連絡帳の活用を令和7年度の重点事業として取り組んでいる。

小牧市介護保険 サービス事業者連絡会		どなたにどのようなサービスが使われているのか、点と点になっているためつながっていない。それぞれが個々で動いている。
リバリテーション連絡会	こまき山体操の普及啓発・指導	参加されていない方々へのアプローチ（引きこもりの方など）
	サロンへの講義または体操指導	ボランティアへの指導
小牧市社会福祉 協議会	多職種連携によるサロンや市民センターでのフレイル・オーラルフレイル活動	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職による講習後、専門職から手が離れると住民主体ではなかなか活動が継続しない。 ・活動効果を評価する仕組みが見えづらい。 ・全体的に向かうべき方向を計画的に立てることが必要。 ・事業対象者や要支援などの軽度者の改善プラン・卒業プランのための社会資源がない。
地域包括支援センター	わた史ノートの講話の開催	事業所向けへの普及啓発が不十分
小牧市在宅医療・介護 連携サポートセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・相談対応の実施 ・多職種連携の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口の周知啓発 ・多職種連携研修会の計画立案
	・「医療とケアマネ連携一覧」の3年ごとの更新	・掲載されていない医療機関への掲載依頼
地域包括ケア推進課	包括・サポートセンターと連携し、在宅療養の相談対応、関係機関へのつなぎ、周知啓発	相談窓口の周知啓発

2 入退院支援

【目指すべき姿】入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことで、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ようにする。

団体・機関名	取り組み	課題
小牧市歯科医師会	訪問診療対応歯科医院のホームページ掲載	歯科は情報共有においては出遅れている。総合病院においても歯科があるのは20%程度といわれており、病院内での口腔が軽んじられている事や専門家がないために情報共有ができない場合が多い。
小牧市薬剤師会	在宅での薬の管理が行えるように退院時カンファレンスに参加して事前に希望を確認している。	退院時カンファレンスが行われていたことを事後で聞くことが多い。
小牧市民病院	入院前・入院時支援 入院前より情報を共有する。	ケアマネがついていない患者の情報を把握できない。
	退院支援 入院早期に退院困難となるアセスメントを行い、退院支援に活かしている。	ご家族の希望と、ご本人の希望が、異なる場合の調整が困難である。
小牧市介護支援 専門員連絡協議会	入退院連携ルールづくり	県の事業に参加し、市や市民病院と連携し、入退院連携ルールをつくってきた。 併せて、ケアマネジャーが日常業務で活用できるよう会員に周知啓発を行っている。
	入退院連携シートの修正	かつて作成した入退院連携シートが現在の状況に見合ったものとして活用できるようするため、内容の改訂を検討している。 特に、今回は多職種連携事例検討会で様々な意見を集約することができたため、それをさらに深め、現状に即した書式、ルールとして定着させていきたい。
小牧市介護保険 サービス事業者連絡会		どのような情報を必要としているのかわからない。 統一したツールやルールがない
リハビリテーション連絡会 (小牧第一病院 リハビリテーション科)	サマリーの作成	入院時の在宅の情報共有がされていない
地域包括支援センター	医療と介護の連携シートの活用。	本人の意向について記載するルールになっていない。
小牧市在宅医療・介護 連携サポートセンター	入退院支援ルールについて他機関と連携し、多職種連携研修会を行った。	・「医療と介護の連携シート」について関係機関と連携し検討
地域包括ケア推進課	入退院支援ルールの運用	運用状況の見直し

3 急変時の対応

【目指すべき姿】医療・介護・消防（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と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

団体・機関名	取り組み	課題
小牧市歯科医師会		訪問歯科対応時に急変が起きた場合にどのような対応をするべきなのかを医師との情報共有時に行っている訳ではなく、この点は課題である。
小牧市薬剤師会	緊急対応時に即座に対応できるように実施している。	医薬品の供給不安定もあり、即時対応ができないことがある。
小牧市民病院	救急外来、病棟での意思、代理意思確認をしている。	緊急のACPを行いたい。
	ACP介入の手続きを簡略化できないか検討している。ACPの周知を実施している。	ACPについて対応しているが、ACP介入の件数となっていない。
小牧市介護支援専門員連絡協議会	井戸端事例検討会などでケース対応を検討している。	様々な事例で急変した場合にどのような対応が求められるのかということを事例を通じて検証している。
		事例によっては、身寄りのない方のケースが増えてきており、そのような場合にどう対応すればいいのか課題となっている。 また、現実として、身寄りのない方の身元引受や生活支援をケアマネジャーが行うことが多くなっている。シャドウワークの課題が増大している。
小牧市介護保険サービス事業者連絡会		その方がどのような最期を望んでいるかを把握することが難しいため、急変時にどのように対応するかはケースバイケースのことが多い
地域包括支援センター	わたしノートの普及啓発。	意向が記入されていない。
	担当ケアマネジャーの名刺の提示。	包括、ケアマネは渡しているがいざ入院となると誰が担当なのか入院先にはっきり伝えきれない場合がある。
小牧市消防本部	人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドラインの運用	運用に当たっては、傷病者本人、家族、かかりつけ医等医療従事者、介護職従事者等の理解・協力が不可欠。 心肺蘇生を望まない傷病者の意思等の提示は書面の提示をもって成立する。心肺蘇生等の継続を求める家族等がいる場合は、心肺蘇生を望まない傷病者本人の意思表示が書面により提示されている場合であって

		も、通常の心肺蘇生を継続し医療機関へ搬送になる。かかりつけ医に連絡がつかない場合、かかりつけ医が40分程度で現場に到着できない場合、家族等に傷病者を引き継げず、かかりつけ医が12時間程度で現場に到着できない場合は通常の心肺蘇生を実施して医療機関へ搬送することになる。
小牧市在宅医療・介護連携サポートセンター		救急隊との連携

4 看取り

【目指すべき姿】地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

団体・機関名	取り組み	課題
小牧市歯科医師会		歯科として関与するならば口腔衛生管理でごく限られた場合と思われる。看取りの前や後においても口腔内を清潔にして送り出したいとの希望がある家族、施設スタッフなどの協力がある場合においてタイミングがあつた場合に関しては介入があるが、一般的にはそれに合わせて訪問して口腔衛生管理を行うことは現実的ではない。
小牧市薬剤師会	ターミナルケアが行えるように医薬品の供給を行っている。	麻薬などに関しては隨時在庫しているわけではないので、薬によってはお届けに時間がかかるてしまう。
小牧市民病院	デジタルサイネージへの「わた史ノート」の告知をしている。	入院患者の地域によって、「人生の最終段階」に対する媒体（ノート）が異なっているため、院内の運用に苦慮している。
	倫理カンファレンスを開催している。	倫理に対し「治療方針」「患者の思い」「QOL」「周囲の状況」について検討しているが、「患者の思い」が状態悪化でわからない事がある。
小牧市介護支援 専門員連絡協議会	1月 28 日（水） 利用者と共に人生の最後を考える（意思決定支援）研修会の実施	末期状態や末期に向かっていく中途のケースを話し合い、死生観や延命処置の情報について深めることを目的として開催する。研修の中ではケアマネジャーが終末期の本人の意思決定支援についても学ぶ機会としている。 当市においては、具体的なケースを用いて意思決定支援について学ぶ機会が十分でなく、今後は研修会の開催など、スキルアップが必要。
	R 元：ACP 研修 R 3：ACP 研修 R 4：グリーフケア研修 R 7：終末期研修	定期的に終末期の研修を実施し、ケアマネジャーのスキルアップに取り組んでいる。 医療的なニーズが増えてくる終末期において、ケアマネジャーの役割が見えにくくケースごとでどのような対応ができるのかしっかり認識しておくことが必要。

小牧市介護保険 サービス事業者連絡会		看取りに対しては他人事として話をするこ さえ現実的でない場合が多くみられる。死 に対する意識が未だにタブー扱いとなっつい る。
リハビリテーション連絡会 (小牧第一病院 リハビリテーション科)	わた史ノートの活用	
	医師をはじめ多職種と本人・家族との I C (話し合い)	
地域包括支援センター	わた史ノートの普及啓発。	意向が記入されていない。
小牧市在宅医療・介護 連携サポートセンター	・生き生き人生プロジェクトチームにて「わた 史ノート」と ACP の普及啓発	・どれくらい広まったかの調査方法の検討 ・講話後アンケートの評価方法
地域包括ケア推進課	わた史ノートを活用した ACP の普及啓発	ACP 実施・共有までの定着。