

R8.9.10 多職種連携研修会（グループワーク）まとめ

個人の生活習慣や自己管理上の課題そのものではなく、医療機関と介護関係者の情報共有など多職種協働に関する内容に絞って整理。

全体を通してまとめると、重要な課題として①入退院時の情報共有不足、②退院前の準備・調整不足、③退院後の継続的な支援と情報共有の不足、④本人の状態や生活に応じた支援体制の不十分さ、の4点が挙げられる。

1. 医療・介護連携における主な課題と対応策

※各グループの意見から同じ趣旨の意見をまとめ、対応策はグループから出された具体的な提案を中心に整理。

課題1 入院時から退院時までの情報共有が不十分

主な課題

- 病院からケアマネジャーへの入院、退院に関する連絡や情報提供が不足している。
- 入院中の病状、治療経過、本人の理解度、服薬状況、生活上の課題などが、ケアマネジャーや在宅支援者に十分伝わっていない。
- 入院前の生活状況や利用サービス、家族の支援状況などを病院側が十分に把握できていない。
- 退院時の看護サマリーや療養上の注意点、受診の目安などが退院後の支援に活用できる形で共有されていない。
- ケアマネジャーと訪問介護事業所、訪問看護、薬剤師、かかりつけ医などの間でも情報共有が不足している。

対応策

- 入院時から病院とケアマネジャーが連絡を取り合い、入院前の生活状況や支援上の課題を共有する。
- 病院は退院の見通しが立った段階で、ケアマネジャーや関係事業所に早めに情報提供する。
- 退院時には病状、治療経過、服薬状況、本人の自己管理能力、必要な観察項目、受診の目安を具体的に伝える。
- ケアマネジャーと訪問介護や訪問看護などが、日常の体調変化や服薬状況を共有する。
- MCS（メディカルケアステーション）などの連携ツールを活用し、関係者間で必要な情報を共有する。

課題2 退院前カンファレンスや退院調整が十分に行われていない

主な課題

- 退院前カンファレンスが開催されないまま退院となり、病院と在宅支援者が支援方針を共有できていない。
- 急な退院や退院日の早期決定により、介護サービスの調整や在宅環境の整備が間に合わない。
- 退院後に起こり得る病状悪化や生活上のリスクについて、病院と在宅側で十分に検討できていない。
- 本人や家族、関係職種が退院後の生活やそれぞれの役割について共通認識を持てていない。
- 本人の生活環境や支援者の状況を踏まえた退院支援が不足している。

対応策

- 入院早期から退院後の生活を見据え、病院とケアマネジャーが連携して退院調整を開始する。
- 退院前カンファレンスを開催して、本人・家族、医師、看護師、MSW、ケアマネジャー、介護サービス事業所などが参加して支援方針を検討する。
- 必要に応じて複数回のカンファレンスを実施し、病状や退院準備の進捗に応じて調整する。
- 退院後に必要なサービス、服薬支援、体調観察、緊急時の対応、相談先を退院前に具体化する。
- 本人の生活状況を把握している介護職などにも参加を求め、実際の在宅生活に即した支援計画を作成する。

課題3 退院後の継続的な支援と医療・介護の連携が不足している

主な課題

- 退院後にケアマネジャーの訪問頻度が少なく、電話での確認だけでは実際の生活状況や体調変化を把握しきれない。
- 訪問看護や訪問薬剤などの医療系サービスが必要な人に導入されていない。
- ケアマネジャー、訪問介護、通所サービスなどの各担当者が、それぞれの観察内容や気づきを共有できていない。
- 退院後の体調変化や服薬状況、生活の乱れなどを早期に発見し、医療につなげる体制が不十分である。
- 退院直後や再入院リスクの高い時期に、集中的な支援が行われていない。

対応策

- 退院後早期にケアマネジャーが訪問し、本人の生活状況やサービス利用状況を確認する。
- 必要に応じてケアマネジャーの訪問頻度を増やし、訪問看護、訪問介護、通所サービス、訪問薬剤などの導入や利用回数を見直す。
- 各サービス事業所が把握した体調変化や服薬状況を、ケアマネジャーや医療機関に報告する仕組みを整える。
- 再入院リスクの高い人については、退院後の早期受診や訪問支援をあらかじめ調整する。
- 退院後も必要に応じて担当者会議やカンファレンスを開催し、支援方針やサービス内容を見直す。

課題4 本人の状態や生活状況に応じた支援体制が整っていない

主な課題

- 独居や家族が遠方にいるなど日常的に本人を見守り、相談に乗る人がいない。
- 本人の認知機能、服薬管理能力、病状の理解、食事や運動などの生活状況が十分に評価されず、必要な支援につながっていない。
- ケアマネジャーだけでは日常的な状態把握に限界があり、医療的な観察や服薬支援が不足している。
- 本人が体調変化を適切に判断・報告できず、医療機関への相談や受診が遅れる。
- 既存の介護サービスが体調管理や療養支援のニーズに対応できていない。

対応策

- 入院中から本人の生活環境、認知機能、自己管理能力、家族の支援力などを評価し、退院後に必要な支援を検討する。
- 本人の状態に応じて介護保険サービスの内容や利用頻度を見直し、訪問看護・訪問薬剤などの医

療系サービスを導入する。

- ケアマネジャー、医療職、介護職、薬剤師、家族などが役割を分担し、服薬・体重・食事・体調変化などを継続的に確認する。
- 家族、近隣住民、民生委員など、本人を見守ることができる支援者や相談先を確保する。
- 本人が異変を感じたときの相談先や受診の目安を明確にし、本人と関係者の双方で共有する。

課題5 医療・介護関係者間で、本人への支援方針が統一されていない

主な課題

- 病院で行った疾病教育や服薬指導が退院後の生活支援に十分つながっていない。
- 本人の病状や療養上の注意点について医療職と介護職の理解に差がある。
- 介護職が把握した息切れ、むくみ、体重変化、服薬忘れなどを医療機関へ報告する必要性が十分に認識されていない。
- 本人の状態悪化時に誰が判断し、誰に連絡するのかが明確になっていない。
- 本人の意向や生活上の希望を踏まえた支援目標が関係者間で共有されていない。

対応策

- 入院中から退院後まで本人への指導内容や支援目標を関係者間で共有する。
- 心不全手帳や体重、服薬記録表などを活用し、本人と医療・介護関係者が状態を確認できるようにする。
- 介護職に対して観察すべき症状や医療機関への報告基準を具体的に伝える。
- 症状悪化時の連絡先、受診の目安、対応手順をあらかじめ決めておく。
- 本人ができることや望む生活を支援目標に取り入れ、多職種が共通の方針で支援する。

課題6 地域の支援資源や多職種の専門性を十分に活用できていない

主な課題

- 訪問看護、訪問薬剤、訪問歯科、通所サービス、配食サービスなど、本人の生活を支える資源が十分に活用されていない。
- 医療機関と介護サービス事業所の連携にとどまり、家族や地域の見守りなどの支援につながっていない。
- 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科職種、リハビリ職、介護職などの専門性を生かした協働が不足している。
- 本人の状態変化に応じて、サービス内容や介護保険の要介護度を見直す仕組みが十分に機能していない。

対応策

- 医療・介護の各専門職がそれぞれの専門性を生かして支援できる体制を整える。
- 必要に応じて訪問看護、訪問薬剤、訪問歯科、栄養指導、リハビリ、通所サービスなどを組み合わせる。
- ケアマネジャーを中心に、本人・家族、関係機関、地域の支援者をつなぐ。
- 担当者会議などを通じて支援内容を定期的に評価し、必要に応じてサービスやケアプランを見直す。
- MCSなどの情報共有ツールを活用するとともに、顔の見える関係づくりや日頃からの相談しやすい関係を構築する。

2. 今後の取り組みの方向性

グループの意見を踏まえると、今後の取り組みは次の３点に集約できる

① 入院時から始める切れ目のない退院支援

入院時からケアマネジャー等と情報共有を行い、退院前カンファレンスを通じて退院後の生活を見据えた支援計画を立てる。急な退院にも対応できるよう、連絡方法や情報提供の手順を明確にする。

② 多職種による継続的な情報共有と役割分担

病院、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、薬剤師などが本人の状態や生活上の課題を共有する。体調変化の観察、報告、受診調整などの役割を明確にし、共通の支援方針で対応する。

③ 退院後の生活を支える支援体制の強化

本人の生活環境や自己管理能力、家族の支援力を踏まえ、必要な医療・介護サービスを組み合わせる。退院後早期の訪問や受診を調整し、状態変化に応じて支援内容を柔軟に見直す。

3. 総括

グループワークでは、入退院支援における医療・介護連携の課題として入院時から退院時にかけての情報共有不足、退院前カンファレンスや退院調整の未実施、退院後の継続的な支援体制の不十分さが共通して挙げられた。

特に、病院からケアマネジャーや介護サービス事業所への情報提供が不足していることや、本人の入院前の生活状況、自己管理能力、家族の支援状況などが十分に共有されていないことが、退院後の支援の遅れや必要なサービスの導入不足につながることが指摘された。

対応策としては、入院早期から退院後の生活を見据えた支援を開始すること、退院前カンファレンスを開催して本人・家族・医療・介護関係者が支援方針を共有すること、退院後もケアマネジャーや訪問看護等による継続的な状態確認と情報共有を行うことなどが提案された。また、MCS 等の情報共有ツールの活用、訪問看護や訪問薬剤などの医療系サービスの導入、本人の状態に応じた介護サービスの見直し、家族や地域の支援者との連携も重要な対応策として挙げられた。

今後は、入院時から退院後まで切れ目のない支援体制を構築するとともに、多職種間の役割分担と情報共有の方法を明確にすることが重要である。さらに、本人の生活環境や意向、支援力に応じて医療・介護サービスを調整し、関係者が共通の目標を持って支援することで安心して在宅生活を継続できる体制づくりにつなげていく必要がある。