資料１－１

平塚市在宅医療介護連携推進事業の課題整理

〇第１回平塚市在宅医療介護連携推進協議会からの課題抽出

・車椅子の移動をナース２人で行っていたのに１人で行うといったことや痰の吸引を家族に教えると言ったものの在宅へ戻ってきたら出来なかったというケース⇒退院時の説明、連携の不足

・独居の方が増えてきたと実感しており、その方々の行き場が難しい⇒独居高齢者の行き場不足

・施設もお金の管理をする人や最終的に体を引き受けてくれる人がいない人は受け手がない。その方たちは病院の在院日数が非常に伸びる⇒退院できない、退院先について

・昔に比べ高齢化が進んでいること、家庭の事情などで急性期病院から在宅へ戻れないこと⇒退院できない。

・在宅へ戻すにしても、施設へ行くにしても本人、御家族が安心して移行できるような体制を平塚市全体の医療システムとして充実が必要⇒退院後の連携

・より中間的な医療と介護の結びつきを強化していかなくてはいけない⇒退院時の連携

・高齢化や病気が慢性期を繰り返している患者さんは直ぐには退院できない⇒退院先について

・どこの医療機関、介護施設がどういう患者さんを引き受けるか、今は紙ベースで行っていますが、ＢＩＧｎｅｔで出来ればさらにスムーズになると思います。⇒退院先について

・一人暮らし、身寄りのない一人暮らしですとか、身寄りはいるけど協力が得られない人が突然発見される時の対応は苦慮している⇒独居高齢者について

・退院した後のイメージングや終末期について、皆さんになかなかイメージとして入っていない
⇒終末期のイメージ不足、退院後のイメージ不足

・施設へ赴く薬剤師はいるのですが、個人の居宅へ従事する薬剤師が少ないことが問題⇒個人訪問薬剤師の不足

・認知症になって単身という方は薬を飲んでくれといってもなかなか飲んでくれません。薬を出す側としてもどこまで出していいか難しい⇒認知症患者服薬について

・連携支援センターの目的もリソースはあるけど繋がっていないことが問題点⇒医療介護連携不足

・在宅医の数が少なくはないですが多いわけでもありません。それほど増えていない⇒在宅医師の数について

・慢性疾患の方を見る先生と独居で看取りたいという方やがん末期で麻薬を使う方などは受け入れるところが少ないので中心に受け入れていくといった在宅の中で役割を意識しながら、他と連携を進めていくことが今後の課題⇒看取りについて、在宅医の役割分担

・介護をする方もご老人になってきており、認知症を発症したり、精神疾患を発症したりすることが少しずつ多くなってきていると思いますので、訪問看護として在宅療養を継続している方だけではなく、それを支える介護する方たちを含めた看護が必要⇒高齢化について、認知症について、支え手を守ることについて

・独居で認知症もあって行くところがないので帰らなくてはいけない場合は、訪問看護を活用していただく方は多いのです。薬が飲めていないという課題はあるにしても、自宅で長く生活ができるようにサポートする必要がある⇒独居高齢者について、認知症について

・意外にお互いの仕事の内容が理解できていないこと⇒医療と介護の相互理解不足

・困難になる前に対応できるような医療介護の連携システムを作らなくてはいけないと思います
⇒医療介護連携不足