

特別寄稿 －地域における医療と介護の連携の実情－

医療・在宅（施設含む）連携のポイント

～現場の声を踏まえて～

田後 裕之

山城北圏域地域リハビリテーション支援センター（京都岡本記念病院）

要旨：

医療・在宅間の連携は、その支援対象である利用者やその家族が豊かな在宅生活を送る上で不可欠であり、そのようなるための様々な取り組みが行われている一方、立場の相違により視点や実施の過程に隔たりが生じていることも事実である。

本稿では、筆者が所属する地域リハビリテーション支援センターでの事業を通じて得られた介護支援専門員からの生の声を紹介しながら、共有すべき情報やチームアプローチのポイント、連携のタイミングとポイントなどについて述べ、地域における医療と介護の連携について実情に触れていきたい。

key words : 医療・在宅連携、共有すべき情報、チームアプローチ、連携のポイント

I. はじめに

医療・在宅間の連携不足は、安心・適切で豊かな退院後の生活の支障となり、生活予後に大きな影響をもたらす。リハビリテーション専門職（以下、リハ専門職と略す）と在宅関連従事者の間で、「今を整え」、「今を彩り」、「未来の安心」、「未来の希望」を提供するという利用者支援への思いは一緒であるが、その視点や実施の過程には違いがある。

今回、主に介護支援専門員の皆様からいただいたご意見をふまえ、医療・在宅連携を円滑に進めていくポイントとして医療機関に従事する理学療法士の視点からではあるが、①共有すべき情報、②チームアプローチのポイント、③連携のタイミング・ポイントの3点を軸に以下に述べる。

II. 介護支援専門員からのご意見

まずは某ケアマネさんの「独りごと」として医療・在宅連携（特に退院時連携）や、その際に確認・共有したい情報についての生の声をご覧いただきたい（図1、図2）。

また退院後の問題として、生活設定や環境整備の不具合による再入院、自宅でできないことが多く寝たきりになっている、ご本人・ご家族の思いとサービスの乖離がある、過剰な住宅改修、福祉用具で資源が無駄になっている、機能予後や生活予測の説明がなく病識を欠く方への対応に困っている…などの意見も見られる（図3）。

- ・退院前にリハビリをしている所を見せて頂き、進捗状況について教えて頂きたい。
- ・退院時に本人や家族に自宅で行なうリハビリについて伝えて頂きたい。
- ・自己的写真や動画などの確認をしてほしい。
- ・過不足のない情報収集用具の制定をしてほしい。
- ・病院で行なっていたベッド上のリハビリの内容について詳しく書いた用紙は在宅でのリハビリに繋がったので良かった。なかなか内訳までしっかり伝達出来ないと思うので、そうして頂けると助かる。
- ・退院後の生活スタイルに合わせてリハ実践して頂くと本人や家族も退院後の生活を具体的に想像しやすい。その状況を情報提供して頂けるとケアマネジャーも退院後の支援を検討しやすく、各サービス事業所に具体的に本人の状況を伝えるれる。
- ・逆に退院前の状況（本人のADL、自宅の環境等）が十分に伝わっていないと、リハのゴールが実際の生活に合わせた物にならない。
- ・退院前カンファレンスに在宅で引き継ぎリハをする訪問リハのPTやOTが参加できない場合が多いが、専門職同士の連携を図ってもらうと利用者としても継続的なリハビリを受けられるのではないかと思う。
- ・入院時のケアマネが提供する情報提供用紙について、リハスタッフにご参照頂けているか気になる事がある。
- ・退院設定は治療の終了をもって判断されることが多いが、退院可否という事と自宅で過ごせる事とは因果関係がない場合もあり、ADLが生活環境にマッチングされているかが重要と考える。
- ・具体的に排泄や入浴、歩行等が何処まで自己出来ている（今後できるのか）かが知りたい。
- ・外洋をして実際に家のでの生活をシミュレーションし、生活中に合ったリハビリをお願いしたい。
- ・事前に家を確認してリハビリメニューを検討してほしい。
- ・以前、独り暮らしの高齢者にリハビリをしてもらつてありがたいと思った。
- ・利用者に「生活する事の自信」をもって帰つてもらいたい。
- ・病院では入院時の状態からどれだけ向上したかの評価はあるが、ケアマネとしては入院前の状態からどう変わったかが、生活動作・家事動作の状態を知りたい。そのためにはケアマネから情報提供のやり取りができるといいなと思う。

図1 ケアマネさんの独りごと 1
リハ職との医療・在宅連携（退院時連携等）について思うこと（COVID前 順不同）

・入院に至る経緯、入院時の状況、経過、治療目標と成果
・今後の経過予測（活動LEVEL）
・退院後の診療予定
・疾患、傷病管理の注意点
・入院中の状況
服薬、食事（内容・形態を含む）、排泄、更衣、睡眠、入浴における自立度と介護の状況 認知機能、判断能力、意思決定力（ICでの理解力も含めて） RPSD の有無 +ある場合にどのような対応をとっていたか 栄養状態、皮膚状態、処方薬情報 行っている医療行為の有無と医療行為の習熟度（本人、家族）
・入院中のリハビリテーションの状況 現状 心身機能、活動、社会参加にむけた取り組み その他 日常活動動作における特筆すべきことや経過、生活に影響をもたらす予後情報 リハビリテーションの内容と頻度、リハビリテーション時の意欲度
・退院後生活での留意点、阻害要因となりそうな部分
・本人の意向（希望、心配、生活史や趣味、特技情報など）
・家族の意向（希望、心配、など）
・退院後の世帯状況と家族の情報（キーパーソン含む）
・経済状況
・自宅の住環境 最低限必要な住宅改修、サービス
・利用できる可能性のある非公的サービス

図2 ケアマネさんの独りごと 2
できれば退院時に確認及び共有したい情報（順不同）

医療・在宅（施設含む）連携のポイント

- ・退院が在宅サービス支援者に伝わっておらず、退院後すぐ生活破たんをきたし再入院した。
- ・生活状況、問題点などが伝わっておらず、生活設定、環境調整が未整備で転倒、誤嚥性肺炎などで再入院した。
- ・現状の可否（できる・できない）の申し送りしかなく、ご本人・ご家族の思いが反映されておらずサービスの乖離を生じた。
- ・住宅改修 時に過剰な住宅改修、福祉用具が散見される。
- ・退院後、病院と違い自宅でできないことが多く寝つきりになっている。
- ・機能予後や生活予測の説明がなく、病識を欠く方への対応に困っている。
- ・ご本人や家族さんへの退院後のリハビリへの説明がなく困っている。

図3 いろいろな場面で耳にする
医療・在宅連携（特に退院時連携）の不具合の例

- ・リハ職、ケアマネジャーで利用者支援への思いは一緒のはずだが、考え方・視点の違いがある
- ・ケアプランは「生き物」であることを知ってほしい（日々変化する）
- ・お互いに顔のみえる関係を作ることを望んでいる
- ・ほしい情報、伝えたい情報のタイミングでの共有を！（「いつ」「何を」「誰」からもらひ「誰に」伝えるかの共有）
- ・ご家族の思いとサービスの乖離をどう埋める？（密なる報・連・相）
- ・病院で開催されるカンファレンスは内容が一方的
- ・情報提供用紙がうまく有効活用できていない（見てる？届いてない？）
- ・ケアマネジャーだけでなく医療リハ職・介護リハ職との連携も重要
- ・病院のリハ職は生活みてる？（リハ職からも生活ベースの提案を！）

図4 ケアマネージャーからリハ専門職に対するご意見
(やまきたのつどい)



図5 医療機関のリハ専門職として共有すべき情報
(抜粋)

山城北圏域地域リハビリテーション支援センター事業のひとつである医療・介護施設従事者交流会（通称：やまきたのつどい）は、リハ専門職間や異分野・多職種間での相互理解・言語共有の場として様々なテーマのグループワークや研修会を行っている。そのなかでリハ専門職に対するご意見として、顔のむこうがみえる関係を基盤として、ケアプランは「生き物」であることを知ってほしい（日々変化する）、ほしい情報、伝えたい情報のタイミングでの共有をしたい（「いつ」、「何を」、「誰」からもらひ「誰に」伝えるかの共有）、病院のリハ専門職は生活みてますか？（リハ専門職からも生活ベースの提案を）、医療リハ専門職・介護リハ専門職間の連携も重要、など多くの意見があります（図4）。それらを共有、実践することで入退院時

- 支援対象が常に中心かつ一員にいること
- 職種間の相互理解があること
- 良好なコミュニケーションが取れること
- 顔の（向こうが）見える関係性があること
- 効果的なカンファレンス・会議が開催されること
- チーム内での合意形成があること
- 質の高い専門性が発揮されること
- 有効なルール・ツールがあること
- （○地域の特性を理解していること）

図6 チームアプローチ 多職種連携のポイント 1

○良好なコミュニケーションが取れること

- 聞き方…途中で止めない
- 言葉の選び方…わかりやすく 略語× 専門用語×
- 話し方…口調・速度・抑揚
質問は意図を明確に
説明・助言は具体的に
- 態度…腕組み のけぞり いらっしゃる ポケット
- 禁忌…指示、非難、追及、自己解釈

図7 チームアプローチ 多職種連携のポイント 2

申し送り内容の整理、ケアプランの理解促進、退院後の訪問・通所リハ導入の適切化など、特にケアマネージャーとの連携業務に還元され、利用者へのサービス向上につながっている。

III. 共有すべき情報

医療機関のリハ専門職として共有すべき情報について図5に図示する。疾患・機能障害だけでなく、夜間も含めた現状生活の情報、今後の生活課題、原因、予後予測、自己実現にむけた目標、具体的な支援計画、実施期間目安、必要な医療処置（医師との連携情報含）などの把握が必要である。また、現状のできる・できないだけでなく経過・変化、予後予測、心理面、価値観、思い、説明内容、理解度、受容などの共有も重要である。

IV. チームアプローチのポイント

支援者間の連携が上手くいかず、ましてや支援チーム内に不協和音があると迷惑を被るのは支援対象である利用者である。暮らしを支える多職種間の連携においては、利用者が常に中心かつ一員にいること、職種間の相互理解があること、良好なコミュニケーションが取れること、チーム内での合意形成があること、質の高い専門性が発揮されることなどのポイントが重要である（図6）。

特に良好なコミュニケーションにおいては、口調・態度だけでなく話の聞き方（途中で止めない）、略語・専門用語を多用しない、具体的な説明・助言を行う、非難・追及はしないなどが重要であると考える（図7）。

V. 連携のタイミングとポイント

連携のタイミングは入院時、退院時、カンファレンス、サービス担当会議、退院前訪問指導など色々あるが（図8）、コロナ禍で対面での連携が難しい反面、ICT

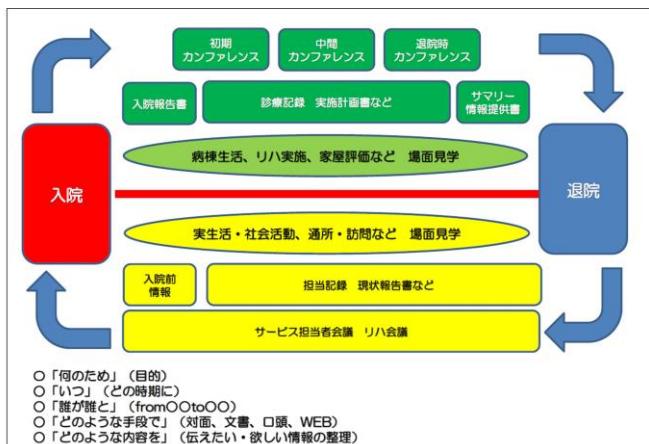


図8 循環的リハビリテーション・生活支援にむけた
相互情報交換・連携の機会（抜粋）

(WEB) の普及は今後も利用できるツールとして有用であると考えている。

医療・在宅連携のポイントとしては、まず顔を知る、顔の向こうが見える（人となりと専門職としての実力を知る）、理想としては少し無理が言える関係性を造りつつ、「何のため」(目的), 「いつ」(どの時期に), 「どこに」(窓口の明確化), 「誰が誰 (from○Oto○O)」, 「どのような手段で」(対面, 文書, 口頭, WEB), 「どのような内容を」(伝えたい・欲しい情報の整理) を共有することが不可欠であると考える。

V. まとめ

医療・在宅間の連携の目的は、「医療者+生活支援の専門家」同士が利用者さん個々の物語に寄り添いながら、「今を整え」, 「今を彩り」, 「未来の安心」, 「未来の希望」を提供していくために,

- どう暮らしたいのか (本人の選択)
- どう暮らしやうなのか (予後予測)
- どう暮らしていくのか (目標設定 生活設定)
- どう支えていくのか (支援計画)

を具体的に共有・調整していくことにある。

利用者、ご家族の健康寿命の延伸にむけ、大切なこと・したいことを守り、未来への不安を解消していくうえで、病院・施設だけでなく、街中でリハ専門職が必要と言ってもらえるような結果を出すための取り組みを継続していきたい。