

第3回 仙台医療介護連携の会

開催日時:平成26年3月25日(火)19:00~21:00

会場:仙台サンプラザホテル



構成委員 20名 (仙台市圏域を中心に構成)

市医師会4、市歯科医師会1、市薬剤師会2、県看護協会1、県看護連絡協議会1、県ケアマネジャー協会1、市地域包括協議会1、市老社協議会1、県老健協議会1、県認知症グループホーム協議会1、仙台介護サービスネットワーク1、県病院協会2、学識経験者2
オブザーバー2名

行政(宮城県(医療整備課)1、仙台市(障害支援課)1)

内容

【情報提供1】第1回・第2回会議内容の報告 事務局

【情報提供2】「地域からみた地域包括ケア」

全国コミュニティライフサポートセンター 理事長 池田昌弘氏

【グループ討議】テーマ「これまでの話し合いと情報提供を受けて改めて私たちが取り組むべきことについて具体案を決める」

【地域からみた地域包括ケアとは】(一部抜粋)

●特養は「生活施設」とは言うけれど???「地域社会」とは違う。家族、友人、知人、ご近所などの支え合いがあつて暮らしていたのに、専門職に結びつくとなぜ、制度サービスだけで解決しようとするのか。ちょっとした工夫で解決できる!!

特養の入居に伴い、地域とのつながりを断ち切ってしまうことへの気付き

特養



馴染みの関係から遠ざかっていく!!

地域でのこれまでの暮らしと馴染みの関係

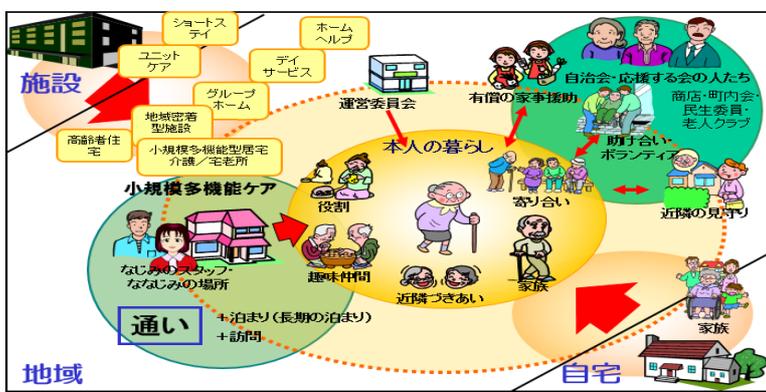


地域社会から高齢者を制度サービスに引き出す力が大きくなりすぎて、地域社会で住民同士が支え合つて過ごせるような支援(制度)が必要!

第1回、第2回の会議内容のまとめ(案)とこれまでの取組で出てきた課題

Summary of meeting content and challenges. Includes points like 'Local inclusion support center's role', 'Specialized systems for each region', and 'Challenges in implementation'. It lists three practical examples: 1. Medical/Resource Map, 2. Research by group, 3. Citizen-led support.

裏面に拡大図あり



私たちが今取り組んでいること、これから取り組むべきこと (抜粋)

Aグループ
平成26年度、地域包括支援センターそれぞれが事業計画を立て、仙台市に提出して、実践1~3に向けた取組を少なからず始めている。49圏域の動きについては、仙台市では把握できているはず。
燕沢地区では、ボランティアサークルも含めた「地域ケア会議」を既に行っている。連合町内会が組織されている小学校区(4つ)で、年2回ずつ会議を開催し、自分たちの「強み」や「弱み」についても喧々諤々と話し合っている。ただ、全員参加の会議は午前中に開催されることが多いため、医師などの参加が得られにくいなど、工夫が必要である。
泉中央地区でも何とかまとめていきたいと思っていて、専門職の核になる人のピックアップを包括にお願いしている。ただ、今、問題なのは医師間ではお互いが何をやっているのかなどの交流がない。医師間のネットワークを作れないか模索している。
共通課題: 専門職が、地域の中で核となる市民(実働部隊)を把握できていない。

Bグループ
病院から退院したときなど、地域の方が相談に行ける場所や流れのシステムがまだまだ足りない。地域包括支援センターを知らない市民も多い。
是非、包括をバックアップできるような地域の体制作りも必要ではないか。小さい単位での有機的な集まりが定期的にあつて、そこで確実に出会いがあるというのをきちんと作っていく必要があるのではないか。「出会い」が出来るようにしていく。
各事業所として、「介護相談どうぞ」など、地域に向けて事業所としてやっていけることも考えなくてはいけないう。あらゆる施設で、窓口になれたらいいだろう。包括に限らず、各介護・医療施設が介護相談に積極的に取り組むということ。
マップを作ることによって、各団体の出合いの場を実際に作っていくというのは必要ではないか。また、専門職は自分の住んでいるところか、職場の地域の集まりに顔を出しほしい。身近なところからでいい。そこで、地域の人困っていることを吸い上げていけないう。

Cグループ
地域包括ケアの基盤として「地域」があるが、そこを見もしないでシステムだけを作っていくことに違和感がある。身近なところから「孤独死しそうなのは誰だろうか」のように話し合っていくような基盤づくりが仙台市には必要だ。今は、実態として地域包括ケアの基盤そのものが無い。
「最期をどこで迎えたいか」「そのためには何をどうすればいいのか」について、最近では市民の関心が非常に高まっている。このことに対して、相談に応じることが出来る場所が必要だと感じる。(実際、訪問の合間にサービス内容の説明をする時間が取れない)
市民の死生観を問うていくことがこれからは必要だと思う。「どう生き、どう最期を迎えるのか」ということについて、古来の死生観も含めて、そういった相談を受けられるところが本当に必要になってくる。

第1回、第2回の会議内容のまとめ図(案)とこれまでの取組で出てきた課題

地域包括支援センターの管轄の単位での連携体制作り

各々の地域毎に特化した体制を作ろう！

グループホームでは、看取りを行うまでの実践プロセスをこれまででも重ねてきている。「家族の気持ちの変化」に対応するため、何度も話し合うことで施設(ここでは特養)で起こっているようなトラブルを防いでいきますよ。

看取りのプロセスに関する説明や過程について多職種で説明できるようにしよう！

歯科医師も呼んでください。お願いします！

医師の出席が難しい場合は、薬剤師に出席してもらおう！(薬剤による症状の予測、生活情報の収集による診薬連携の促進)

やはり、医師とケアマネジャーとの連携は必要。ケアプランなど送ってもらいたいし、生活情報ももらいたい！(医療職から)

症状で考えると・・・

- ①認知症
- ②慢性疾患(心、循環器、生活習慣病)の退院支援と在宅での受け入れの課題がある。
- ・薬の処方が多い人
- ・治療が少し必要な人(病院以外での対応が可能なレベル)

専門職連携体制の構築

担当会議の積み重ねによる医療・介護連携のレベルアップを図ろう！

病院も、ケア会議を開催するので、皆さん勉強になります！来てください！

各職種が取り組んでいる範囲について知ろう！(歯科、薬局は特に知ってほしい！)

薬剤師を呼んでください！(薬剤師より)

歯科は、予防の段階からが一番大切！スクリーニングするところから！そこから続くルールが必要！

《医療・介護連携のために必要と感ずること》

- ・各地域で医療職の数など適切な配置と窓口の明確化による連携体制の構築
- ・資源や情報の見える化による連携体制の構築
- ・利用者情報を共有する内容や方法の確立

《特に医療側が取り組まなければならないこと》

- ・在宅訪問しているかの見える化(診療所、歯科、調剤薬局)
- ・認知症対応をしているかの見える化(認知症かかりつけ医研修やフォローアップを受けている医師の配置の見える化)
- ・診療所-訪問看護-調剤薬局の連携の促進(情報共有を蜜に！レスポンス良く！)

《医療と介護共通の取組で必要なこと》

- ・24時間対応可能な(診療所、調剤薬局、訪問看護、訪問介護)
- ・医療依存度の高い患者(利用者)の受け入れを行っているか(吸引、経管栄養の対応)
- ・看取りまでの対応をしているか
- ・各種専門対応(悪化防止にかかる取組の公表(運動、口腔、栄養等))

行政は、「柱と場の提供」のための音頭をとってほしい！
コーディネイトしてほしい！
そういう仕組みを作ってほしい！

「皆で見守る、皆で看取る」の体制作りをしないとイケない！

コミュニティの形成

80歳以上の人など、お元気ですか？を把握できるシステムがほしい！

認知症のMCI段階の市民向け広報がこれからは必要！

背景因子で考えると・・・

- ①独居
- ②家族が疲弊している
- ③地域の人が受け入れない(良識のない人、ゴミ屋敷の人)

こういう人は、地域で見守るのも大変です！

- 実践1：医療・介護資源マップで資源の見える化
- 実践2：各団体とのコラボによる研修会の実施
- 実践3：市民への更なる普及啓発と相談支援

「自宅と施設を行き来し、地域みんなで、24時間365日を支え合う」

