

第4回 仙台医療介護連携の会

ご報告

開催日時:平成26年5月26日(月)19:00~21:00

会場:仙台サンプラザホテル

内容

【情報提供1】 資料説明及び平成26年度事業計画

【情報提供2】

新たな財政支援制度を活用した事業提案の募集
(消費税増収を活用した基金について)

【グループ討議】

「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(2)」

出席委員 17名(仙台市圏域を中心に構成)

市医師会1、市歯科医師会1、市薬剤師会2、県看護協会1

県訪看連絡協議会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2、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3、学識経験者2

オブザーバー6名

宮城県:医療整備課3、長寿社会政策課1

仙台市:障害者支援課1、介護予防推進室1



この連携の会が進むべき方向性とは？

Aグループ

共通言語を持って、多職種が連携できる体制づくり必要。特に、退院時から在宅へ戻ってくる際のタイミングで。

「認知症」に関する相談機関(拠点)の整備による在宅医療の底上げ。

認知症ケアパスの普及(仙台市の課題でもあるようだが)。

認知症に対応する医療機関の情報公開(認知症サポート医に繋がったり、認知症に対応している病院に繋がったりできる情報がわかるように)。今は仙台市で公表されているものがない。

「認知症の方への対応」に関する多職種研修会の実施による全体の底上げ。

グループホーム協会では、協会加入施設で相談窓口を作ろうということで、「オレンジカフェ」(地域の方たちを巻き込んだお茶のみ場)の実施を予定。

↓

上記をきちんと「見える化」して、みんなが利用できるといい。

Bグループ

在宅(施設含む)⇔病院の事業所との情報提供書のような、生活情報が入っている共通フォーマットの作成し、連携体制を構築する。

仙台市医師会で入所用の診断書の統一様式を作ってもらってわかりやすくなった。

施設⇔病院の情報共有。医療的なこと+生活の様子もわかるもので、共通様式を考えてみてはどうか。更新しやすい形のもので。

研修会をして話しをする時は仲良くなるが、実例を伴わないと時間とともに関係が薄れていく。症例・事例で利用者さんを介して検討会を開くと互いの顔が見え仕事が見え、連携ができるのでは。

施設に入所して囁託医が診ていて、看取りの話をしても、大病院で診てもらいたいと紹介するケースがある。家で介護ができないから特養に入っているのだが。家族への看取りの啓発必要。

宮城県薬剤師会の取組みとして役員に提案したこと ①衛生材料の効率化を図るための体制整備 ②麻薬等の薬剤の小分け販売の仕組みづくり

Cグループ

急性期病院は多いが、慢性期病院が無くなっている。急性期・慢性期病棟を活用するために市や県で補助を出すなどできないか。

研修は介護保険が始まってから山ほどやっているが現場に役立っているのか。小単位で実践に近い形で研修する方が良いのでは。

症例検討よりも「各職種がその地域で何がができるか、どういう動きができるか」といったようなシミュレーションを行ったほうが良い。

医療職が「介護・医療保険」「診療報酬」など知らない。また看護師が在宅を知らない。学生からの教育必要。

病院と在宅は接遇の面がかなり違う。在宅での接遇について研修必要。

病院薬剤・歯科⇔在宅薬局・歯科、病院⇔在宅訪問診療といった連携が必要。誰が何ができるのか担保された情報(リスト)の公開。誤嚥性肺炎予防の為に口腔ケア重要。病院と在宅をつなげ、情報を共有することで周術期も在宅へ戻ってから良い支援ができる。

慢性疾患の患者が退院後、薬がきちんと飲めなくて入退院を繰り返すこと多い。そこがクリアできれば無駄な再入院が減る。指導管理してくださる所がわかればつなぎ易い。