

第2回「統合ケアへの私の提言①～現状共有と課題整理」 まとめの報告



去る9月27日、今年度2回目の研修会を御所野交流センターで行い、所属や職種を越えて医療・介護の現場から36名の方々が参加されました。今回は「統合ケアへの私の提言」と題して初めてグループセッションを行い、現状共有と今後への課題について活発な意見交換がされました。

特に今回は医療領域のうち、市医師会・市歯科医師会・県薬剤師会中央支部の3師会から、地域における医療介護連携のあり方検討をサポート頂くため当センター圏域を担当される6名の先生方にもご参加頂き、一緒に熱く議論に加わって頂きました。

今回「現状共有・課題整理」で出された皆さんの声をまとめましたので(たくさんあり過ぎて、抜粋です。ゴメンナサイ)ここでご紹介します。次回はこれを集約した別紙「次回のテーマ」を基に実現・解決の検討をしますが、このまとめも参考にして頂けたら幸いです。多数のご参加お待ちしております！※お申し込みフォームは当センターHPに。

多職種連携研修

地域包括ケアは、急性期ケアから慢性期(長期)ケアまでを医療・介護の多職種チームでアプローチする、地域における**臨床レベルの統合ケア**が鍵です。特に医療・介護ニーズを併せ持つ割合の高い高齢期の**暮らしや人生の質(QOL)**を支えるには、個別的な生活状況と医学的予後の情報・ケアビジョンを共有してケア提供内容を調整する、状態悪化への**予防的ケア**が欠かせません。

私たちは地域医療・介護の当事者が領域や所属を越えて出会い、効果的な協働に必要な視点や知識を得るための気軽な場として、シリーズ研修を企画開催しています。

●ひとくちメモ

昨年度から始めた当研修は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件の一つ「年4回以上受講が必要な、地域包括支援センター等が開催する法定外研修(実施要項4)」として秋田県長寿社会課から認定されました。

所属をこえた チームケアの実際 「イイ感じ」編



【入退院では…】

●退院前に院外多職種を交えカンファレンス実施する病院が増えた。Drや医療専門職の説明で、介護スタッフやご家族に患者さんの状態・退院後に必要なケア内容を具体的に伝えやすい

※特に看取り期では退院前に多職種カンファレンスがあると連携しやすい

●入院時、生活環境や患者さんの意向をケアマネジャーなど介護側から医療側に伝えることで、退院前に状況に応じたリハビリが実施できた

●退院前にPT・OTの家庭訪問＝必要な改修・福祉用具を導入し、リハビリ効果を活かした在宅生活が再開しやすい

●介護職のカンファレンス参加で、院内・施設内では知らなかった情報が得られた

【日常生活では…】

●薬局に行けない高齢者宅には薬剤師さんに無料で薬を届けてもらっている。認知症の方には定期訪問・内服確認やセッティングを依頼、サポートが得られている

●患者さんの状況を主治医に報告、処方薬が変更となり状態が安定した

※受診時にケアマネジャー等が付き添い、主治医等とのコミュニケーションがとれるようになった

●歯科医師に訪問診療や嚥下機能の確認等を相談・依頼している

所属をこえた
チームケアの実際
「課題」編



【入退院では…】

- 退院後Drから状況報告を求められることがある。簡単でいいとされるがどんな情報が必要なのか分からない。またデイサービスに対し介護サマリを求められ戸惑った…
- ケアマネジャーから病院へ情報提供をしているが、役立っているだろうか…
- 退院支援は病院によってバラツキがある(カンファレンスに呼ばれない場合も)
- 歯科に情報提供や介入依頼があるのは退院後が主。退院前カンファレンス等に参加する機会がない
- 入院中の情報がないままカンファレンスに呼ばれたら、退院日が決定していた…
- 緊急入院の場合、介護職は後日知ることが多い(病院から情報提供がない)
- 退院後にショートステイ利用となった利用者さんの状態が聞いていたのと違った。情報共有ができていなかった
- 治療終了とする医療判断と状態不安定で医療介入を望む介護判断、その差
- 在宅退院の患者さんについてはサマリを貰えなかった。病院により情報提供してもらえないこともある
- 病院と診療所間の情報共有。介護側で必要な助言指示が得られないことがある

【日常生活では…】

- 受診管理。通院拒否・薬が無くなってからの受診・予約あっても行かない人。独居高齢者の内服管理
- ※入院時に医療スタッフ管理の場合、退院後のセルフケアをイメージした支援検討があれば…
- セルフケアが困難なことの見極めが難しい。認知症の独居者が支援から漏れるリスクもある
- 受診拒否が多い精神科領域の課題があっても、家族では如何ともし難い場合が多い
- ※精神科受診が必要と思われても、ケアマネジャーからの提案には難しさも感じる
- 診療所の院内処方では一包化できないことも

では、これからのチームケアには、なにが必要？

医療には…

介護には…

急性期・回復期(入院・退院など移行のとき)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●退院支援に更なる病院の関与、生活への視点 ●在宅生活を視野に、入院時から在宅復帰に向けた医療プログラム(ADL低下予防・回復への取り組みも) ●入院時、医療職から家族・ケアマネジャー等に対し、現状・予後の可能性や見立て説明・方向性の共有 ●退院前に加え入院中からの共有へのカンファレンス ●病院・診療所・薬局の更なる連携 | <ul style="list-style-type: none"> ●速やかな入院情報の把握(病院・家族等からでも) ●入院中の介護認定のスピード感。状況に応じた速やかな手続き(一方で、急性期は申請タイミングが不明瞭。Drも書く書類が多く意見書作成に時間要) ●緊急連絡先・搬送先を単に決めておくのではなく、相互連絡法・手順など関係者間で共有しておく ●病院への情報提供用に統一様式 ●退院先・受け入れ先の情報提供(可能なケア・体制) |
|---|---|

慢性期・生活期(日頃の病態や生活機能の悪化予防・改善可能性に)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●介護側にリハビリ法を具体的に指導して貰えると効果的に支援できる ●Drには在宅継続を視野にした検討・助言も(施設入所中心でなく。更に家族やケアマネへの支援も) ●患者や家族にも理解・実践できるケアや観察ポイントを教えて欲しい(Drからの積極的な発信) ●精神科疾患(疑い含む)への訪問診療や往診 | <ul style="list-style-type: none"> ●普段の口腔ケアをきちんとできること。嚙むことには回復力も(本人・家族・内科医等の意向を含めた介入) ●在宅でのヘルスケアの管理・ケア方法の知識をもつ ●ショートステイでの看取り対応力強化 ●歯科医の積極的介入要請 ●主治医等への生活情報・変化(気付き)報告や相談(ケアマネジャーだけでなくサービス提供事業所含め) |
|---|---|

その他(職域やステージを問わないこと など)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ●入院同意の多様な取り扱い(家族不在者は無しでも可、など) ●農繁期等で受診・入院・施設利用の状況に変化＝時期に応じた支援体制 ●本人の意思を推し量る ●自助(在宅で本人ができること)強化への支援 | <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括ケア病棟の更なる活用 ●各専門職・所属機関のチームケア理解・参加意欲の温度差解消 | <ul style="list-style-type: none"> ●訪問診療の拡大 ●普段から顔が見え、随時患者家族の相談など情報共有・対応検討できる支援者ネットワーク |
|---|--|--|

次回は11月22日(火)18:00～、御所野交流センターで。今回出された必要は、どうすれば実現・解決できる？別紙「次回のテーマ」について、現場ならではのアイデア(無理っぽい、はNG)を持ち寄りましょう！斬新で奇抜な夢も大歓迎！また他に新たな必要・気付きもあれば、ぜひその実現アイデアも！