

平成28年度 御所野地域包括支援センター 多職種連携研修 第3回「統合ケアへの私の提言②～実現・解決へのアイデア」 まとめの報告

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。



去る11月22日、今年度3回目の研修会を御所野交流センターで行い、地域の医療・介護の現場から32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2回目のグループセッションを行い、前回挙げられた“現場レベルの必要”を実現・解決するため活発なアイデア・提案が出されました。

今回も抜粋ですが皆さんの声をまとめ、ここにご紹介します。またこの2回にわたる“参加者発信型”の研修を通じて、専門職の皆さんがたくさん気付きや発想を持っていることを改めて心強く感じました。今回まとめた皆さんの声は秋田市長寿福祉課・介護保険課へもお届けすると共に、今後の圏域における研修・取り組みにつなげていきます。その際はぜひまた奮ってご参加ください！

●テーマ1「医療・介護の間では、実際どんな情報共有が必要？」

※健康や生活機能の悪化予防・改善可能性を追求し、QOLやQODを支える“チームケア”のために

医療にとって



入院時

- 患者さんに関わっている人の情報(キーパーソン・かかりつけ医・担当ケアマネなど)
* 退院～生活支援の調整が必要な場合、退院前カンファレンスに参加をお願いすることも
- * 家族は緊急連絡先だけでなく、在宅退院を想定して家族介護力・経済力も
- 既往歴や薬歴、介護認定、支援内容や入院前の生活状況→入院を要した背景を探る
* 救急搬送でなければ、かかりつけ医の紹介状や主治医意見書があれば助かる
- 延命治療や退院後について、本人・家族・施設等で一致した意向(日頃から相談必要)
* 入院となって、本人と関係者間の日頃のコミュニケーション不足を感じることもある

介護にとって

- 利用者さんの今の状態や診断の内容→入院を要した原因を知りたい
- 入院治療の予定や入院期間の見通し、回復(度合い)見込み・在宅退院の可能性
- 担当医、相談窓口になる病院スタッフ(MSWや病棟NSなど)、入院した病室

医療にとって



退院時

- 退院後の行き先(自宅か施設か、あるいは…)
- 退院後の困った時に備え、施設等介護従事者とのつながり(担当者や連携法)
- 退院後の生活支援の方針・予定されるケア内容
- 退院後の生活上の留意点、処方内容、退院後の治療方針や通院指示
* 生活ケアで何をすべきか、観察目安や受療タイミングなど具体的に説明して貰えると安心
- * サマリーの場合、医療職以外も用語が分かるように→できれば双方向で協議できる面談を
- * 専門職カンファレンスとは別に家族への説明時にケアマネも同席を＝家族と共有できる
- 退院後のフォローを担う医師(入院病院か、入院前のかかりつけ医か)
* 施設でも退院者受け入れ・医療ニーズへのケア提供について、医療との協力体制が必要

介護にとって

医療にとって



在宅時

介護にとって

- 内服や通院状況(指示通り飲めているか・受療できているか)
- 生活状況＝患者さんのセルフケア能力や支援状況→専門職介入の必要性を探る
＊同居家族や支援する親族がいても、ちゃんと家族ケアが出来ているかは別
- 生活を支えている介護サービスの内容や担当者(ケアマネさんにしか頼めないこともある)

- 利用者さんの心身状態や生活期ケアのあり方への、医療視点での気付き→指示や提案を
＊自己管理可能な処方、出来そうな動作・生活行為に向けたリハ、訪問型医療ケアの助言も
＊生活ケアで何をすべきか、観察目安や受療タイミングなど具体的に説明して貰えると安心
- 医療ケア方針、治療・処方内容の変更など(随時)



●テーマ2「実際に所属を越えてその情報を共有・検討し合うには？」

※私たち専門職が“地域レベル・従事者レベル”で出来そうなこと、また“施策レベル”に期待すること

従事者間の必要性理解・取り組みへの合意に向けて／私たちにも出来そうなこと

- 地域生活を見据えた入院治療計画・看護計画に基づくチームケアの提案・発信(モデル的にやってみよう！)
- 定期的なチームケアに資する研修・懇親会(多職種の出会い・相互理解や信頼に。相互に持ち回り企画も)
※所属や職種ごとに違う就労事情→相互にタイムスケジュールを作る・少人数の勉強会チーム×情報交換
- 終末期の患者さんや家族に、予後やチームケア強化を早めに医師から説明して貰うようケアマネからも依頼
- この研修のように多職種が定期的に会う機会(特に医師。医療職から介護職への要望・思いも聞きたい)
- 地域の多機関・多職種の役割の相互理解に、発信し合う場・今までにないプレゼンテーションの機会
- 患者さん本人の思いや意志、を支援者間で伝え合い共有＝チームケアの土台になるはず

従事者間の必要性理解・取り組みへの合意に向けて／施策やシステムに期待すること

- 可能な限り在宅生活の継続可能性をチームで模索し合うことの意識付け(安易に施設入所を提案しない)
- 病院に限らず、診療所にもチームケアに際し相談できる窓口(特に医師と顔が見える関係が欲しい)

情報共有やチームケアの検討ができる方法・ルール／私たちにも出来そうなこと

- 退院前以外にも(例：急性期を脱した時)カンファレンス開催を呼びかけ
- 情報共有シートの様式統一に向け、医療・介護相互の意向を集約→行政にも提言を
※項目に縛られず、状態の予後・ケア方針や内容・各担当者・見通しと違った際のチーム検討法が分かるもの

情報共有やチームケアの検討ができる方法・ルール／施策やシステムに期待すること

- 入院や在宅期の必要に応じた情報共有・チームケア実践への加算(加速・強化をサポートする施策)
- 退院カンファレンスの前から状態を共有し合う→入院後1週間でカンファレンス、等のルール作り
- 訪問先などオフィス外に携行できるタブレット型情報端末の導入(WI-FIなど仕組みはあるが、合意が課題)
- 地域ケア会議、特に主治医など医療職の参加拡大が大事。病院の取り組みもぜひ介護へ発信して欲しい



これまで2回にわたり医療・介護に従事する皆さまと“地域での統合ケア”を一緒に考え「生の声」を伺いました。当センター担当の先生方も交え、本当に沢山の「現場ならではの」思いや提案がありました。2回とも語り尽くせないほどでしたが、今後も皆さまと一緒に深め地域での取り組みにつなげます。次回は1月24日「連携パートナーを知ろう」(当センターHPでもご案内)です。ぜひ統合ケアの当事者として発信し合いましょ！