

6. 會議資料

第1回仙台医療介護連携の会<2013.11.21開催> 事前アンケート結果(平成25年11月20日現在)

団体名	1.地域包括ケア推進のための医療介護連携の課題をご記入ください。	2.課題解決のためにこうすればと思っていることや実施していることがありましたら、何でも自由にご記入ください。	3. 課題解決のための解決策として、来年から2年の間に実行可能な具体策の案をご記入ください。	4.他業種に対して、このようにやってもらいたいという要望がありましたら、何でも自由にご記入ください。
社団法人 仙台市医師会	ケア会議への医師の出席			訪問診療患者のケアプラン(ショートステイ、デイサービスなど)を前月までに知らせてもらいたい。
社団法人 仙台市医師会	地域ごとの連携について情報不足があります。各地域でのコーディネーター的存在が必要と考えます。	とりあえず、泉中央の地域包括ケアセンターとの関係を深めたいと思っています。		
社団法人 仙台歯科医師会	歯科についていえば、元気なうちから「かかりつけ歯科医」を持って予防につとめ、通院困難になったら必ず「かかりつけ歯科医」に連絡を取り、継続的に口腔の管理ができることが望まれます。「かかりつけ医」がない場合は、歯科医師会に相談して欲しい。けれども、通院困難になったとき連絡を取りきれないのが現状ではないでしょうか。	すでにあるかもしれませんが、医療介護に関わる各方面の担当と連絡先がわかる介護手帳を要介護や在宅療養になるときに作成記入し、一度はその情報を流して共有するシステムはあってもよいと思います。顔合わせできればさらに良いでしょう。	要介護者に「かかりつけ歯科医」を持ってもらうよう啓蒙する。	必要情報の中に「かかりつけ歯科医とその連絡先」を設けてもらいたい。そして、何はなくともお口の現状をまずは診てもらおうように勧めてもらいたい。
社団法人 仙台市薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む薬局が少ない。 薬局・薬剤師が在宅医療に取り組む 気持ちはあるものの、その介入の仕方が分からない。 入院から在宅へ移行する際の病院薬剤部と保険薬局の連携が不足(退院時共同指導の際に患者情報を共有したい) 医師以外の多職種とのコミュニケーションが取れていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅ケア連絡会の様なものを、例えば区単位で定期的に開催してはどうか。 医療センター、往診クリニックと連携し、退院時共同指導から介入し、会営薬局が中心となって、在宅に対応できる薬局を育成する。 地区薬剤師会主導で24時間対応する体制を検討する。 薬剤師会から他職種への研修会開催などによる情報発信を行ったらどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅ケア連絡会の様なものを、例えば区単位で定期的に開催してはどうか。 地区薬剤師会主導で24時間対応する体制を検討する 薬剤師会から他職種への情報発信のための研修会の開催。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時共同指導に薬局薬剤師も参加させてほしい(服薬に関する情報共有) 薬局薬剤師の活用を推進してもらいたい。 服薬に関する情報・相談窓口として薬局・薬剤師を活用して欲しい。
社団法人 仙台市薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> 連携を目的とした集まりが複数ある事で混乱があり、継続されない事もある。 役割や相互理解が不十分で連携のハードルになっている。 医療介護のアセスメントの視点が異なっていてか方法が一致していない。画一的モデルがない。 「連絡して」「相談して」ばかりが横行していて待っている事自体が実は問題ではと感じる。 医師の意見に左右されやすすぎる部分がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 「連携の会」をなるべく絞る。顔をあわせる仕掛けづくりを多くする。市ではなく、区や地域単位でコンパクトにまずは行う。 研修会や懇親会に参加する。 事例を通して役割としての情報発信をする。薬からの介護リスク等 担当者会議へ 	<ul style="list-style-type: none"> 地域単位の懇親会や市民研修会を他職種とで開催し、アピールしつつ、チーム意識を育む。 情報の見える化を図り、相互に効率を上げるようにすることで連携双方の利を認識しやすくする。 区単位などは既存の物を継続するとして、中学校区単位などコンパクトな他職種との集まる機軸を定期的に開催する行政フォローがあると、顔がもっと見えやすくなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師の報告の充実を前提として、薬剤師からの薬のアセスメントによるケアプランへの活用 それぞれの職種の情報発信の期会を、他の職種の研修会などで設けていくなどして、歩み寄るチャンスを増やしていく。

6. 会議資料

第1回仙台医療介護連携の会<2013.11.21開催> 事前アンケート結果(平成25年11月20日現在)

団体名	1.地域包括ケア推進のための医療介護連携の課題をご記入ください。	2.課題解決のためにこうすればと思っていることや実施していることがありましたら、何でも自由にご記入ください。	3. 課題解決のための解決策として、来年から2年の間に実行可能な具体策の案をご記入ください。	4.他業種に対して、このようにやってもらいたいというような要望がありましたら、何でも自由にご記入ください。
	<p>特別養護老人ホームのショートステイに医療処置の多い入居者が増えてきている。(経管栄養、気管切開の吸引、フォーレ挿入中、その他医学的管理が常に必要な方)また、ショートステイのターミナルの申し込みなどがあつたりする。</p>	<p>ショートステイのターミナルは見知らぬ施設で見知らぬ職員に囲まれてもターミナルではないように考える。また、夜間は介護職員2~3名で入居者のお世話をしているの、ずっと関わることは不可能である。</p>	<p>特養の看護師は夜間1名で待機し入居者の急変や体調不良に対応するのでショートステイのターミナルまでは手がまわらないため、ショートステイ利用中も訪問看護師に来てもらい対応できれば良いのか？</p>	<p>老健は医師がいて看護師も夜勤をしている。ターミナルは観られないのか？また、医療処置の多い方は観られないのか？</p>
<p>仙台市老人福祉施設協議会</p>	<p>最近往診のDrが増えてきている傾向にあるかと思いますが、仙台往診クリニック様のように往診専門で24時間対応して下さるところは少ない印象を受けています。24時間対応していただけるという安心感があるので、欲を言えば、そのようなクリニックがもっと増えてくれれば、さらに在宅医療は充実したものになっていくことと感じているところです。いずれにせよ、在宅で介護を受けているお年寄り、終末期に在宅医療へ切り替えて自宅で看取るケースも多く耳にするようになってきているので、着実に在宅医療が浸透してきているのも事実であると感じております。</p> <p>在宅で生活されている要介護者の生活全般の支援の核となるのが介護支援専門員であり、また、自己決定(意思表出)が困難な要援助者の代弁者となるのがその家族であります。要援助者に関する事で家族は介護支援専門員にアドバイスを求めることが多いかと思っておりますので、そこでしっかりと在宅医療に関する選択肢の提示をできるかどうか一つのポイントになるかと思っております。そのため家族はもちろん、介護支援専門員に対しての普及啓発活動(研修会等)も必要かと思っております(すでにやっておられるかもしれませんが)。</p>	<p>居宅介護支援事業所および包括支援センター、在宅療養者の介護者(家族)、その他関係する団体へ対する在宅医療の普及啓発活動(セミナー、研修会等)在宅医療を選択肢の一つとして介護者へ提案するうえで、それを見ればおおよそわかるようなリーフレットや冊子のようなものを作成。自身としては、在宅医療を提供してくれる医療機関(24時間対応可能なのか等、対応範囲も記載)、訪問看護事業所、訪問介護事業所、介護施設、緊急対応の医療機関等の所在地や連絡先、それらの関係機関がどのように連携を図るのか、</p> <p>また、それらを導入するにはどのような手順を踏むのか等が記載された「在宅医療資源マップ(仮)」的なものがあれば一般の方々にも分かりやすいのではないかと思います。また在宅で看取りを行う際の「在宅医療連携シート(仮)」のようなものを作成し、そのシートには、本人および家族の希望、関係機関の名称や担当者名・連絡先・役割・状態に変化があった場合にはまずどこへ連絡をするのか、などを1枚のシートにまとめ、家族をはじめ、各々がそれを所持・把握することで、状態に変化があった場合に戸惑うことなくスムーズに動けるのではないかと思います。</p>	<p>現段階では漠然と上記の案くらいしか思いつきませんが、今後の会議を経ていく中で、自分自信も勉強しながら思考を展開していきたいと考えています。</p>	

第1回仙台医療介護連携の会<2013.11.21開催> 事前アンケート結果(平成25年11月20日現在)

団体名	1.地域包括ケア推進のための医療介護連携の課題をご記入ください。	2.課題解決のためにこうすればと思っていることや実施していることがありましたら、何でも自由にご記入ください。	3. 課題解決のための解決策として、来年から2年の間に実行可能な具体策の案をご記入ください。	4.他業種に対して、このようにやってもらいたいというような要望がありましたら、何でも自由にご記入ください。
仙台市老人福祉施設協議会	在宅医療(看取り)の意図するところは、住み慣れた自宅(地域)で最期を迎えたいという気持ちがある要援助者の意思を尊重し、実現してあげるための一つのツールであると考えますので、自宅で最期を迎えるために、在宅診療の医師や訪問看護、訪問介護、介護支援専門員、家族などがチームとなって支援するにあたり、そのチームで情報共有を行うためのツールとして、つながりを立ち上げたものと認識しており、そのさらなる普及に向けた活動と検証も、すでに計画されているように、継続的に行うことが必要かと思えます。			
NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会	①「地域で安心して暮らす」ことを支援する目的は同じだと思いますが、医療と介護の視点が違う場合がある。医療が上、介護は下という誤った認識を持っている場合がある。 ②在宅を24時間支える医療が整備されていない。 ③ネットワークとしてのシステムができていない。	①介護現場として生活の視点からの気づき(生活上困難なこと)を具体的に伝える。 ②医療と介護が同じ土俵で「その人の暮らしをどう支えていくか」事例を通して検討する機会をもつ。 ③ネットワークの構築。	①医療と介護の多職種が一緒に事例検討を行うなど定期的に意見交換する。 ②医療と介護の共通する情報シートやアクセスツールの活用。	①専門性を活かしつつも同じ立場、同じ目線で話し合うことを大切にしたい。
仙台介護サービスネットワーク	・地域包括ケアを理解して貰える病院が少ない ・医療連携室と病棟での申し送りに違いがあり、在宅支援のスタートにおいて支障となってしまう事がある。又、退院日の連絡がないまま、突然退院してくることもある。(情報提供しているが)	・研修会の開催。 ・関係機関の顔が見える関係づくりの為の情報交換の機会を作る。 ・こまめに病院と連絡をとったり、医療連携室の存在を伝えていく。	・医療対応チーム(Dr、訪問)と介護対応チーム(ヘルパー、ケアマネ)連携強化のため、研修会、勉強会、交流会の開催。	・医療度の高い人でも在宅で生活できるサービスを提供できる事業所を増やしてもらいたい。(保険外サービスも含めて) ・主治医への連携を図りたい時、病院スタッフが間に入り、とりもってくれる人や体制が整えられると良い。
東北大学病院 神経内科	・医療依存度が高い患者さんの連携先が少ない。 ・認知症と自覚しない患者の支援 ・慢性疾患のターミナル期、在宅支援			
仙台市立病院 地域医療連携課 医療福祉相談室	・地域住民の理解 包括ケアのイメージがない ・医療情報と介護情報の共通フローがない。	・地域包括ケア推進のための啓発・啓蒙 教育が必要 ・どこでも基本的な情報が統一されている情報が必要	・仙台市共通 もしくは宮城県共通の医療介護が共有できるフローシートの作成	

6. 会議資料

第1回仙台医療介護連携の会<2013.11.21開催> 事前アンケート結果(平成25年11月20日現在)

団体名	1.地域包括ケア推進のための医療介護連携の課題をご記入ください。	2.課題解決のためにこうすればと思っていることや実施していることがありましたら、何でも自由にご記入ください。	3. 課題解決のための解決策として、来年から2年の間に実行可能な具体策の案をご記入ください。	4.他業種に対して、このようにやってもらいたいというような要望がありましたら、何でも自由にご記入ください。
宮城県ケアマネジャー協会	<p>利用者、主治医が医療介護連携の必要性を認識していない。</p> <p>行政は地域包括ケア推進を包括支援センターに任せ、自ら動かない。</p> <p>介護現場が忙しすぎる。人的パワー不足。</p>	<p>①行政と医師会が参加した連携体制を作る。(医師の参加を強く促すために)</p> <p>②地域出身の国会議員、県議会議員、市議会議員の協力を得る。(コンセプト固め)</p> <p>③各職域団体へ連携のネゴシエーションを行い、先ずは各々の団体とのパイプを作る。</p> <p>④そのうえで包括支援センター毎に0.5~1人の連携の主任となる医師を選任する。</p> <p>⑤それら連携を束ねる医師会理事と、連絡調整する医師会専任職員を任命。</p> <p>⑥患者・利用者、介護士、訪問看護師、地域の医師、関連各業者、医師会や各職域団体、</p> <p>行政、立法府の切れ目のないつながりを作る。</p> <p>⑦多業種連携に必要な情報・知識等の研修を共同で行う。</p> <p>⑧医師会は、医師の介護保険への理解と知識向上と、最前線の介護・看護職員のスキルアップ指導、医療的なバックアップを行う。</p> <p>⑨看護協会、看護教育機関は在宅看護を推進できる指導体制を構築する。</p> <p>⑩歯科医師会、薬剤師会も専門性に特化せずチームケアの視点を重視した活動を推進する。</p> <p>⑪東北大学、宮城大学のみならず、医療看護介護に関係する教育機関の協力を構築する。</p>		

第1回「仙台医療介護連携の会」

日時：平成25年11月21日(木)
19:00～21:00
会場：仙台サンプラザホテル
5階「カトレア」

次 第

19:00 ～ 開会の挨拶

仙台往診クリニック院長 川島 孝一郎

19:05～ 委員及び出席者紹介

19:10～ 議長選出

19:15～ 資料説明

19:30～ グループ討議

テーマ「実現可能な、今後2年間で取り組む課題をしぼる」

20:30～ 全体討議

20:55～ 次回に向けて

21:00～ 閉会の挨拶

仙台市医師会 副会長 青沼 清一 様

出席委員

	団体名	役職名	氏名	グループ
1	社団法人仙台市薬剤師会	常務理事	小坂 浩之	A
2	宮城県ケアマネジャー協会	(代理出席)	古積 美栄子	A
3	仙台市老人福祉施設協議会	研修委員会 副委員長	須藤 学	A
4	宮城県老人保健施設連絡協議会	理事	中谷 俊彦	A
5	宮城県病院協会	東北大学病院地域医療連携センター 看護師長	吉田 和子	A
6	学識経験者	東北大学大学院歯学研究科 副研究科長・教授	小坂 健	A
7	社団法人仙台市医師会	理事	浅沼 孝和	B
8	社団法人仙台歯科医師会	理事	駒井 伸也	B
9	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	伊澤 ひとみ	B
10	仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会 副委員長	菅野 朝子	B
11	NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会	会長	蓬田 隆子	B
12	宮城県病院協会	仙台市立病院医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー	西村 直哉	B
13	学識経験者	東北大学大学院医学系研究科 講師	伊藤 道哉	B
14	社団法人仙台市医師会	副会長	青沼 清一	C
15	社団法人仙台市薬剤師会	副会長	森川 昭正	C
16	公益社団法人宮城県看護協会	太白訪問看護ステーション 所長	山崎 豊子	C
17	仙台市地域包括支援センター連絡協議会	会長	折腹 実己子	C
18	仙台介護サービスネットワーク	幹事	大場 幸子	C
19	宮城県病院協会	東北大学病院域医療連携センター 副センター長・教授	青木 正志	C

オブザーバー

	団体名	役職名	氏名	グループ
1	宮城県 保健福祉部 医療整備課	課長補佐(総括)	大森 秀和	A
4	宮城県 保健福祉部 長寿社会政策課	主事	本田 健太郎	A
2	宮城県 保健福祉部 医療整備課	主任主査	永田 靖和	B
6	仙台市健康福祉局 保険高齢部 介護予防推進室	室長	草苺 英美子	B
3	宮城県 保健福祉部 長寿社会政策課	主幹	小玉 直文	C
5	仙台市健康福祉局 健康福祉部 障害者支援課	課長	石川 浩之	C

1

地域医療再生・復興計画事業の財源

- 地域医療再生臨時特例基金
 - 地域医療再生臨時特例交付金 (累計約714億円)
 - ・ 地域医療再生計画 (50億円) : 県南、県北、全県
 - ・ 第2期地域医療再生計画 (120億円) : 全県
 - ・ 平成22年度国補正 全国枠2100億円 被災3県に上限額配分
 - ・ 第3期地域医療再生計画 (15億円) : 全県
 - ・ 平成24年度国補正 全国枠500億円 各県15億円上限
 - 地域医療復興計画 (394億円) : 沿岸被災地域
 - ・ 平成23年度国第3次補正 全国枠720億円 被災3県に配分
 - ・ 第2期地域医療復興計画 (135億円) : 沿岸被災地域
 - ・ 平成24年度国補正 (復興予備費活用) 全国枠380億円 被災4県に配分
 - 革新的医療機器創出等臨時特例交付金 (15億円)

今回の事業

2

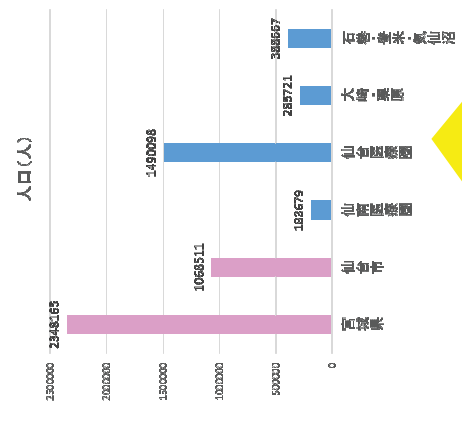
◎ 地域医療再生臨時特例基金を財源とする計画一覧表

計画	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
【平成21年度国補正予算】 計画名「地域医療再生計画」 計画期間：平成22年4月～平成23年3月 対象地域：県南、県北、全県	① 地域再生計画の策定 ② 緊急医療器材の供給を促すための医療機関 (県南地域の再生) ③ 医療機関に必要となる医師不足の解消						
【平成22年度国補正予算】 計画名「地域医療再生計画」 計画期間：平成22年4月～平成23年3月 配分額：120億円 ※注：一律に配分			○ 県南地域から重点地域 (国補正、臨時、在宅) への医療支援 ○ 県北地域から重点地域 (国補正、臨時、在宅) への医療支援 ○ 全県域から重点地域 (国補正、臨時、在宅) への医療支援				
【平成23年度国補正予算】 計画名「地域医療復興計画」 計画期間：平成23年4月～平成24年3月 配分額：50億円 (被災3県に70億円) 対象地域：全県、気仙沼及び仙台の 外周部地域 ※注：一律に配分							
【平成24年度国補正予算】 計画名「第三期地域医療再生計画」 計画期間：平成24年4月～平成25年3月 配分額：15億円 (被災3県に20億円) 対象地域：全県 ※注：一律に配分							
【平成24年度国補正予算】 計画名「革新的医療機器創出等臨時特例交付金」 計画期間：平成24年4月～平成25年3月 配分額：15億円 (全県に15億円) 対象地域：全県 ※注：一律に配分							

6. 診療費率

3

宮城県内医療圏毎の状況と 仙台市の状況



仙台医療圏の人口が 全県の6割以上を占める

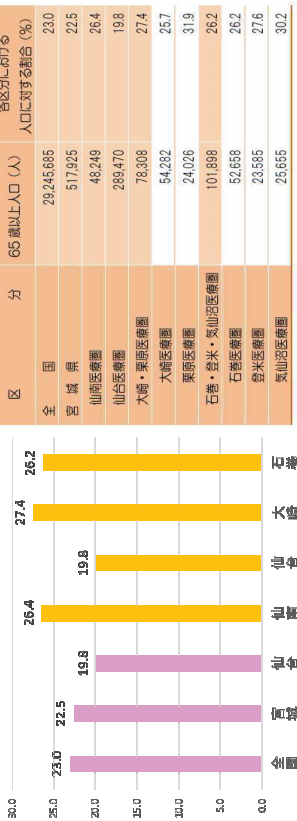
4 人口等データ医療圏別 仙台市のHP統計データを含むグラフ作成

4

5 65歳以上人口

第6次宮城県地域医療計画
医療圏域別のHP統計データを合わせたグラフ作成

65歳以上人口割合 (%)



出典：全国「平成22年国勢調査」(総務省)
宮城県「宮城県高齢者人口調査」(平成24年3月末現在)(県保健福祉部)
※人口に対する割合は、平成24年3月31日現在宮城県住民基本台帳を基にしています

65歳以上人口割合が、国23.0%、県が22.5%
それを下回っているのは仙台圏のみ19.8%

6 65歳以上在宅一人暮らし者数・率

第6次宮城県地域医療計画

65歳以上一人暮らし割合 (%)

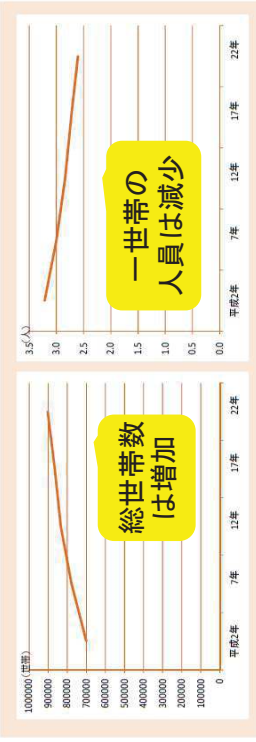


出典：全国「平成22年国勢調査」(総務省)
宮城県「宮城県高齢者人口調査」(平成24年3月末現在)(県保健福祉部)
※人口に対する割合は、平成24年3月31日現在宮城県住民基本台帳を基にしています。

65歳以上の在宅一人暮らしが多いのは
仙台圏で19.1%

7 総世帯数・一世帯人員医療圏域別

第6次宮城県地域医療計画



一世帯あたりの人員は
全国2.4人
宮城県2.6人
仙台圏2.4人
と全国同等

一世帯の人員は減少

総世帯数は増加

出典：「国勢調査」(総務省)

区	総世帯数(世帯)	一世帯当たり人員(人)
全国	51,950,504	2.4
宮城県	901,882	2.6
山形医療圏	61,423	3.0
仙台医療圏	616,254	2.4
大崎・栗原医療圏	92,579	3.1
大崎医療圏	69,172	3.0
栗原医療圏	23,407	3.2
石巻・登米・気仙沼医療圏	131,686	3.0
石巻医療圏	75,682	2.8
登米医療圏	25,002	3.4
気仙沼医療圏	30,752	3.0

出典：「平成22年国勢調査」(総務省)

(2) 第1回仙台医療介護連携の会資料

8 世帯の種類別割合 医療圏域別

第6次宮城県地域医療計画

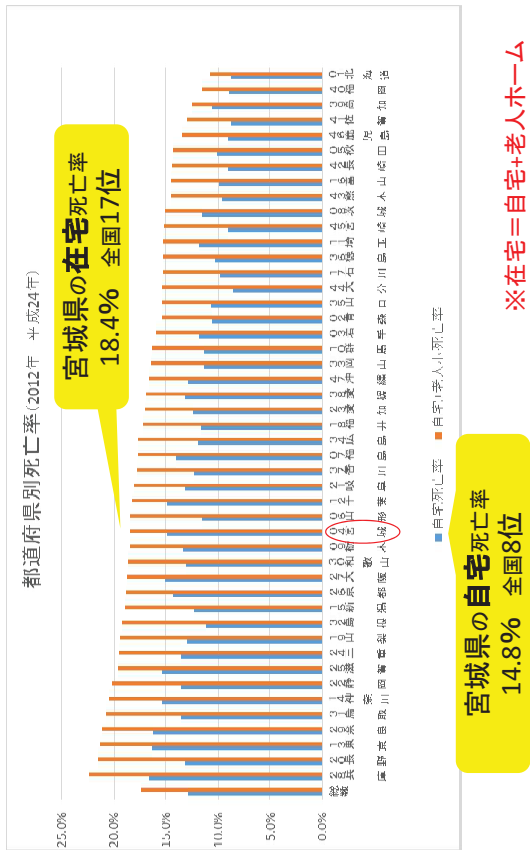
区	分	単独世帯 (%)	核家族世帯 (%)	三世帯世帯 (%)	その他の世帯 (%)
全国		32.4	56.4	7.1	4.1
宮城県		31.2	52.4	11.4	5.0
山形医療圏		22.2	53.0	18.4	6.4
仙台医療圏		35.5	53.4	7.1	3.9
大崎・栗原医療圏		21.2	47.9	23.0	7.9
大崎医療圏		21.9	49.3	21.6	7.2
栗原医療圏		19.3	43.5	27.2	10.0
石巻・登米・気仙沼医療圏		22.4	50.7	19.8	7.1
石巻医療圏		24.2	53.6	16.2	6.0
登米医療圏		18.2	42.9	29.8	9.2
気仙沼医療圏		21.6	49.8	20.5	8.1

出典：「平成22年国勢調査」(総務省)

仙台圏では単独世帯、核家族世帯は高く、三世帯世帯は低い
家族の介護力に期待するのは今後ますます困難に

都道府県別在宅死亡者率 平成24年

政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成



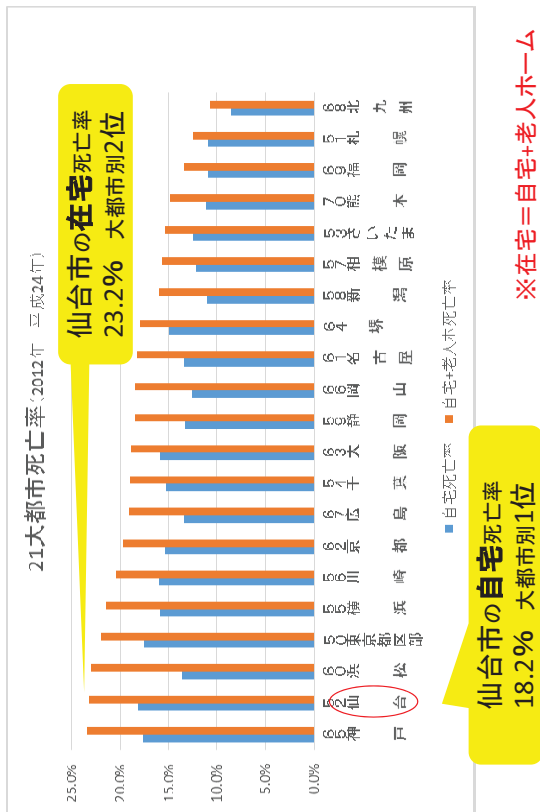
都道府県別在宅死亡者率 平成24年

政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成

順位	総数	死亡者総数	自宅死亡者数	老人ホーム死亡者数	自宅+老人ホーム死亡者率			
1	128	兵	53657	8919	3101	16.6%	22.4%	17.5%
2	20	鹿	24474	3223	2046	13.2%	21.5%	16.9%
3	13	東	109194	17893	5459	16.4%	21.4%	16.8%
4	29	奈	13656	2220	665	16.3%	21.1%	16.5%
5	31	鳥	7074	964	505	13.6%	20.8%	16.4%
6	14	神	71996	11052	3732	15.4%	20.5%	16.0%
7	22	静	38194	5178	2515	13.6%	20.1%	15.4%
8	25	滋	12221	1884	502	15.4%	19.5%	15.4%
9	24	三	19210	2612	1135	13.6%	19.5%	15.4%
10	19	山	9555	1242	608	13.0%	19.4%	15.3%
11	32	島	9513	1063	767	11.2%	19.2%	15.2%
12	15	新	28083	3460	1861	12.3%	18.9%	15.2%
13	26	京	25416	3645	1136	14.3%	18.8%	15.0%
14	27	大	80472	12120	2807	15.1%	18.7%	14.5%
15	30	和	12435	1821	688	13.0%	18.6%	14.5%
16	09	栃	20784	2775	1048	13.4%	18.4%	14.5%
17	04	愛	22101	3278	784	14.8%	18.4%	14.4%
18	06	山	14752	1703	1008	11.5%	18.4%	14.4%
19	12	千	53206	7912	1769	14.9%	18.2%	14.4%
20	21	岐	21531	2844	1043	13.2%	18.1%	14.4%
21	37	香	11369	1389	625	12.3%	17.8%	14.4%
22	07	福	23418	3289	850	14.0%	17.7%	14.4%
23	34	佐	29273	3503	1665	12.0%	17.7%	14.4%
24	18	福	8195	1028	481	11.7%	17.3%	14.4%
25	23	愛	61354	7625	2786	12.4%	17.0%	14.4%
26	38	愛	17216	2255	656	13.1%	16.9%	14.4%
27	47	沖	10826	1374	394	12.9%	16.8%	14.4%
28	33	岡	21181	2427	1062	11.5%	16.5%	14.4%
29	10	群	21169	2401	1068	11.3%	16.4%	14.4%
30	03	岩	16072	1898	673	11.8%	16.0%	14.4%
31	02	香	17294	1825	846	10.6%	15.4%	14.4%
32	35	山	18231	1951	863	10.7%	15.4%	14.4%
33	44	大	14050	1210	957	8.6%	15.4%	14.4%
34	17	石	12223	1202	667	9.8%	15.3%	14.4%
35	36	徳	9781	1003	488	10.3%	15.2%	14.4%
36	11	埼	59137	7043	1945	11.9%	15.2%	14.4%
37	45	宮	13051	1179	798	9.0%	15.1%	14.4%
38	08	茨	30009	3475	1026	11.6%	15.0%	14.4%
39	43	熊	20565	1970	1009	9.6%	14.5%	14.4%
40	16	富	12754	1267	580	9.9%	14.5%	14.4%
41	42	長	16784	1524	892	9.1%	14.4%	14.4%
42	05	秋	14856	1506	627	10.1%	14.4%	14.4%
43	46	鹿	21281	1919	947	9.0%	13.5%	14.4%
44	41	佐	9676	844	410	8.7%	13.0%	14.4%
45	39	高	10142	1073	194	10.6%	12.5%	14.4%
46	40	福	48957	4370	1278	8.9%	11.5%	14.4%
47	01	北	58068	5083	1175	8.8%	10.8%	14.4%

21大都市別在宅死亡者率 平成24年

政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成



21大都市別死亡者率 平成24年

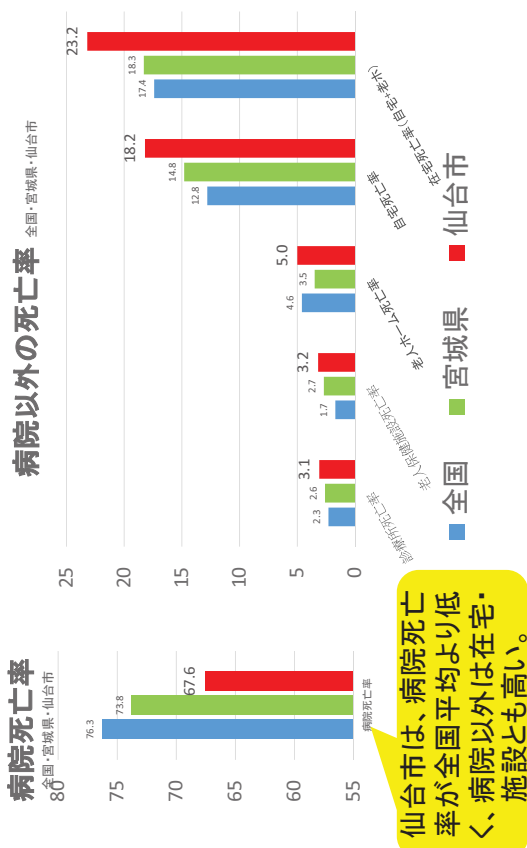
政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成

順位	死亡者総数	自宅死亡者数	老人ホーム死亡者数	自宅+老人ホーム死亡者率			
1	165	神	14754	2609	843	17.7%	23.4%
2	52	仙	7843	1425	396	18.2%	23.2%
3	60	浜	7570	1030	710	13.6%	23.0%
4	50	東京都	74657	13079	3322	17.5%	22.0%
5	55	横	28930	4616	1609	16.0%	21.5%
6	56	川	9716	1557	432	16.0%	20.5%
7	62	京	13984	2156	595	15.4%	19.7%
8	67	広	9415	1261	538	13.4%	19.1%
9	54	千	7403	1134	268	15.3%	18.9%
10	63	大	27061	4315	795	15.9%	18.9%
11	59	静	7416	884	388	13.3%	18.5%
12	66	岡	6414	814	369	12.7%	18.4%
13	61	名	19680	2640	949	13.4%	18.2%
14	64	堺	7626	1138	228	14.9%	17.9%
15	58	新	8027	889	398	11.1%	16.0%
16	57	相	5165	628	182	12.2%	15.7%
17	53	さい	9360	1159	287	12.4%	15.4%
18	70	熊	6413	714	237	11.1%	14.8%
19	69	福	10708	1176	262	11.0%	13.4%
20	51	札	16228	1782	232	11.0%	12.4%
21	68	北	10389	885	218	8.5%	10.6%

13

死亡の場所別死亡率 国・宮城県・仙台市の比較 平成24年

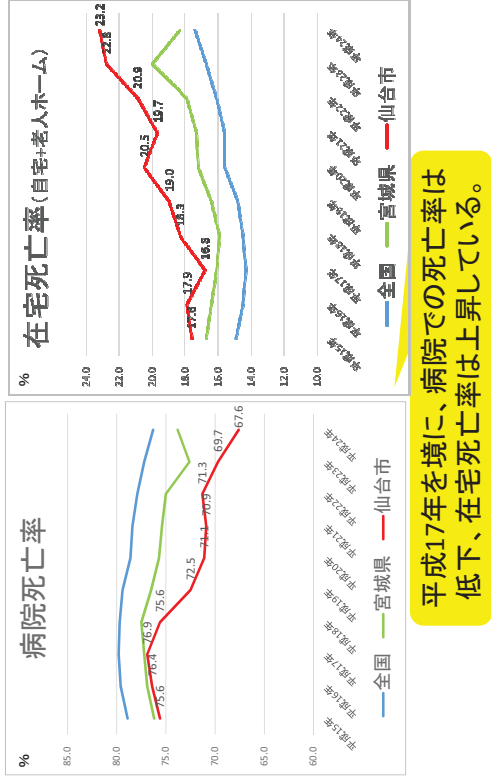
政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成



14

死亡の場所別死亡率 年次推移① 病院と在宅死亡率

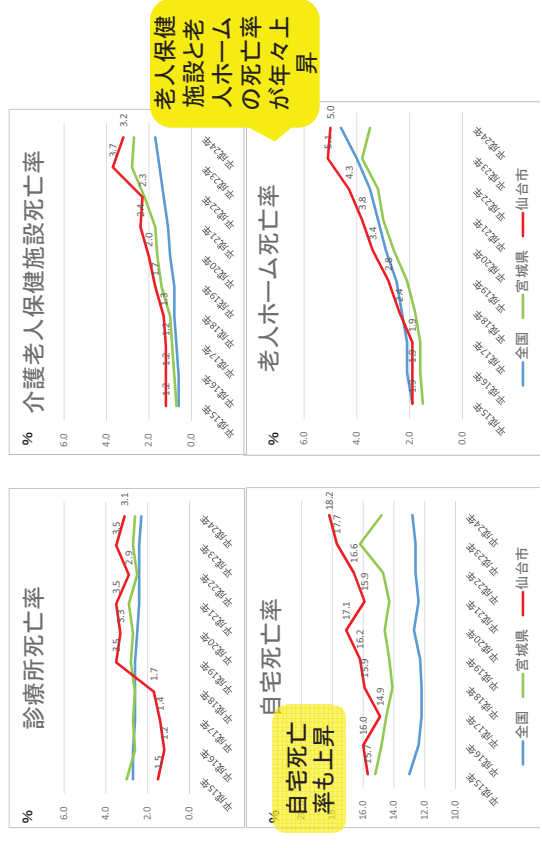
政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成



15

死亡の場所別死亡率 年次推移② 診療所・老人保健施設・自宅・老人ホーム

政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成

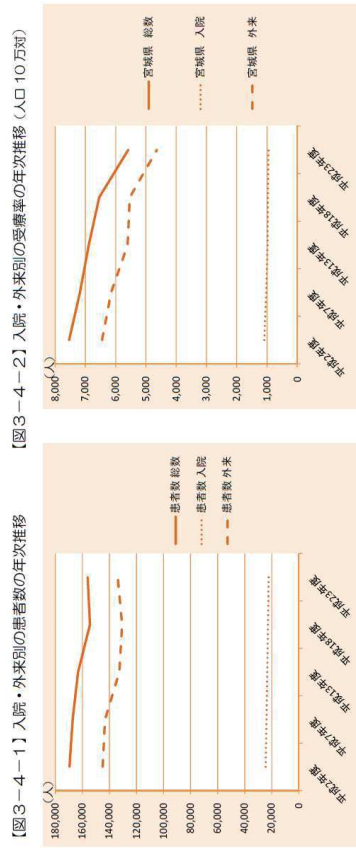


(2) 第1回仙台医療介護連携の会資料

16

入院・外来の患者数・受療率グラフ

第6次宮城県地域医療計画より



出典：「宮城県患者調査」(県保健福祉部)

入院・外来の患者数、受療率とも低下

17

宮城県内の死亡率【在宅／病院】

国土地理院委託 平14誌報 第149号

平成22年



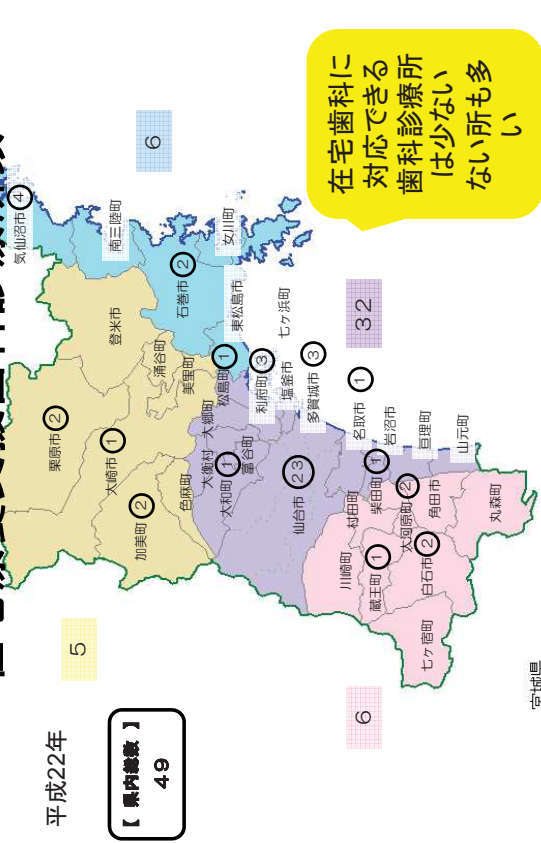
凡例
 上段：在宅死亡率
 下段：病院死亡率

19

在宅療養支援歯科診療所数

国土地理院委託 平14誌報 第149号

平成22年

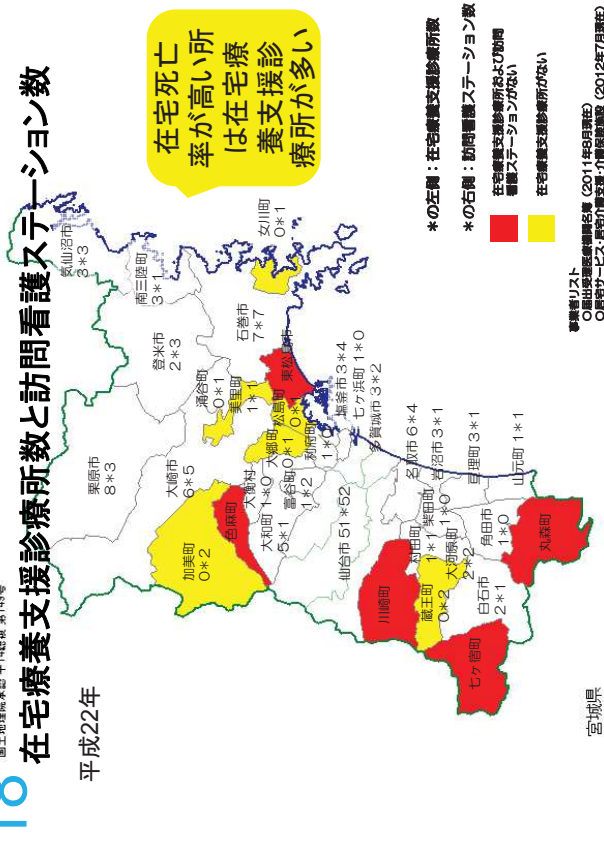


18

在宅療養支援診療所数と訪問看護ステーション数

国土地理院委託 平14誌報 第149号

平成22年



*の左側：在宅療養支援診療所数
 *の右側：訪問看護ステーション数
 在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションがない
 在宅療養支援診療所がない

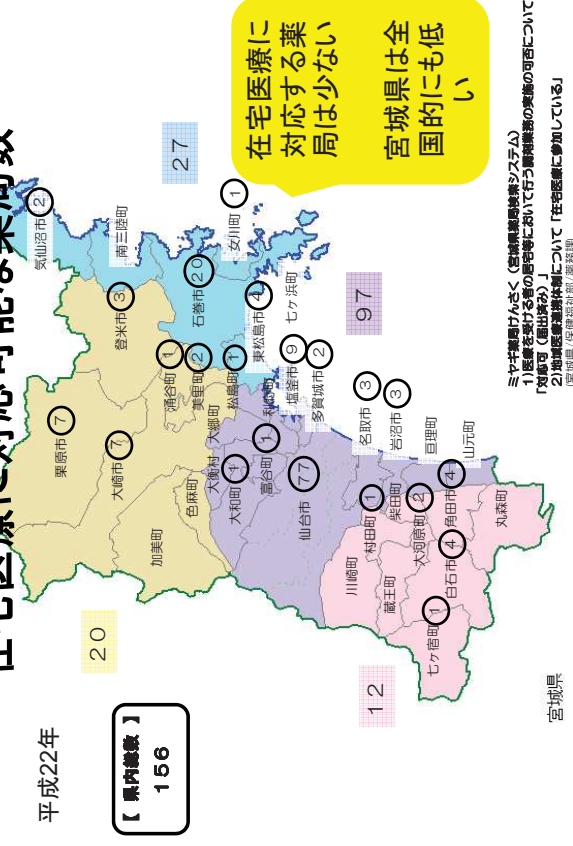
標準者リスト
 ○県外医療機関連携名簿 (2011年8月現在)
 ○県外介護サービス提供施設連携名簿 (2012年7月現在)
 (宮城県、保健福祉部/高齢社会政策課)

20

在宅医療に対応可能な薬局数

国土地理院委託 平14誌報 第149号

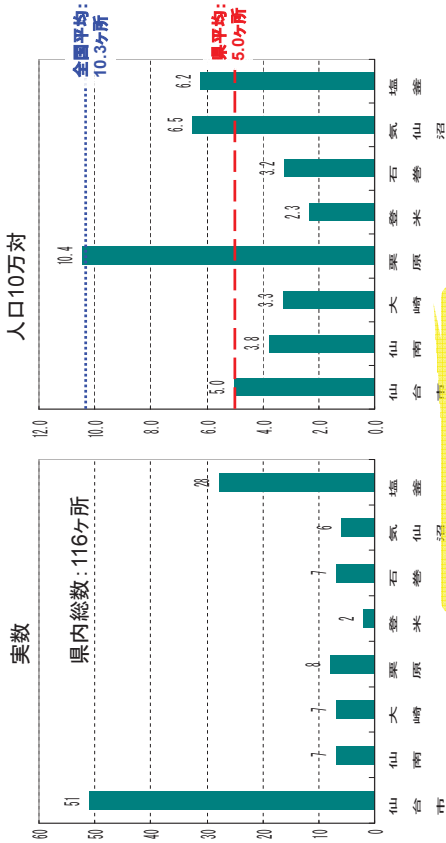
平成22年



ミヤギ調剤けんさく(宮城県調剤薬局システム)
 1) 医療を必要とする患者等において行う調剤業務の実施の可否について「調剤(調剤けんさく)」
 2) 調剤業務について「在宅医療に参加している」
 (宮城県、保健福祉部/薬務課)

21

宮城県内の在宅療養支援診療所数



■在宅療養支援診療所
■10万人あたりの在宅療養支援診療所数
●県内総数: 116ヶ所
●全国平均: 10.3ヶ所
●県平均: 5.0ヶ所

東北厚生局 届出受理医療機関名簿より(平成23年8月現在)

栗原を除いて、全国平均よりも在宅診療の数は少ない

23

医療施設数

病院も診療所も歯科診も全国平均より少ない

第6次宮城県地域医療計画より

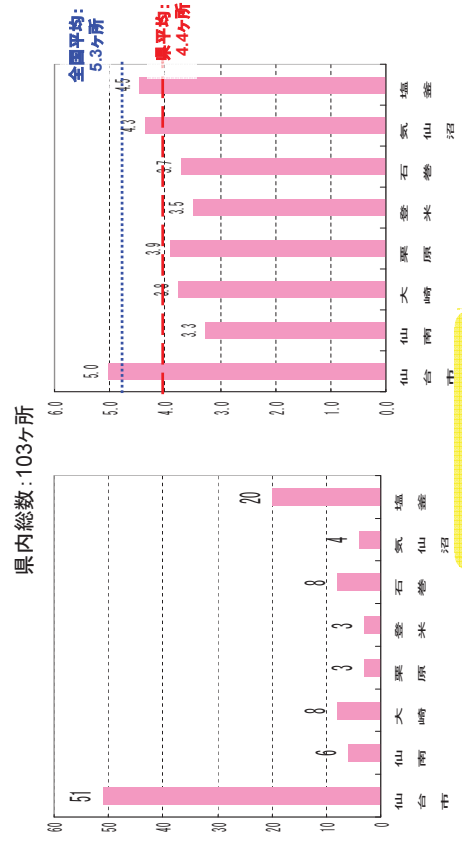
区分	病院		一般診療所		歯科診療所		薬局	
	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対
全国	8,670	6.8	99,824	78.0	68,384	53.4	54,096	42.2
宮城県	146	6.2	1,589	67.7	1,060	45.1	1,095	46.6
仙南医療圏	13	7.1	108	58.8	73	39.7	102	55.5
仙台医療圏	81	5.4	1,103	74.0	732	49.1	710	47.6
大崎・栗原医療圏	27	9.4	160	56.0	112	39.2	145	50.7
石巻・登米・気仙沼医療圏	25	6.4	218	56.1	143	36.8	138	35.5

出典:「平成22年度衛生行政報告例」(厚生労働省)
「宮城県薬局検索システム」(県保健福祉部)

※人口10万対施設数算出には、平成22年度調査人口(出典:総務省)を用いています。

22

宮城県内の訪問看護ステーション数



■訪問看護ステーション数
■10万人あたりの訪問看護ステーション数
●県内総数: 103ヶ所
●全国平均: 5.3ヶ所
●県平均: 4.4ヶ所

宮城県長寿社会政策課 居室

県内全域で訪問の数は少ない

24

病床数

人口10万対の病床数は病院の一般病床では上回るものの、他は全国平均より少なく、特に療養病床が少ない。

第6次宮城県地域医療計画より

区分	病床数		一般病床		療養病床		精神科病床		一般診療所	
	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対	施設数	人口10万対
全国	1,730,339	1,351.2	903,621	705.6	322,986	260.0	346,715	270.7	136,861	108.9
宮城県	26,314	1,120.6	16,603	707.1	3,289	140.1	6,300	268.3	2,449	104.3
仙南医療圏	1,973	1,074.2	973	529.7	339	184.6	653	355.5	222	120.9
仙台医療圏	16,918	1,135.4	11,389	764.3	1,583	106.2	3,904	262.0	1,461	98.0
大崎・栗原医療圏	3,306	1,157.1	1,665	582.7	885	309.7	692	242.2	318	111.3
石巻・登米・気仙沼医療圏	4,117	1,059.3	2,576	662.8	482	105.1	270.4	448	116.3	

出典:「平成22年度医療施設(動態)調査」(厚生労働省)
※人口10万対施設数算出には、平成22年度調査人口(出典:総務省)を用いています。

(2)第1回仙台医療介護連携の会資料

25

平均在院日数

第6次宮城県地域医療計画より

全国に比べ、県も仙台市も短い。しかし、仙南、登米、気仙沼は長い。

区分	全病床(日)	一般病床(日)	療養病床(日)	精神病床(日)
全国	32.5	18.2	176.4	301.0
宮城県	27.6	17.3	107.6	309.5
仙南医療圏	38.6	17.5	125.3	-
仙台医療圏	25.3	17.1	116.2	-
大崎・栗原医療圏	-	-	-	-
大崎医療圏	31.1	15.0	90.0	-
栗原医療圏	27.5	18.8	67.6	-
石巻・登米・気仙沼医療圏	-	-	-	-
石巻医療圏	28.8	15.5	107.7	-
登米医療圏	43.3	32.3	217.7	-
気仙沼医療圏	39.1	21.2	297.2	-

出典：「平成22年病院報告」(厚生労働省)
※精神病床の二次医療圏別は、公表されておりません。

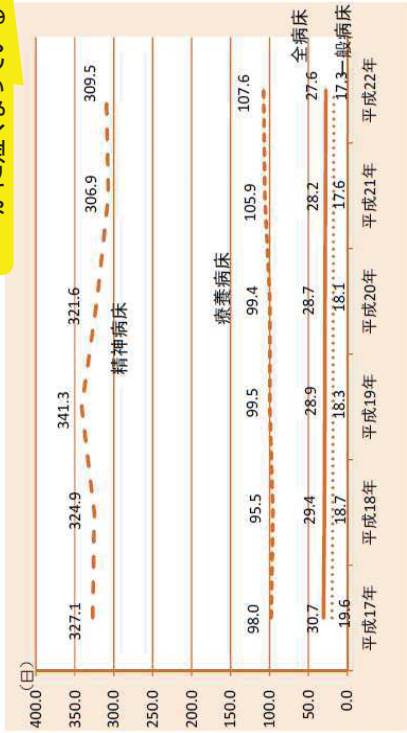
26

宮城県の平均在院日数の推移

第6次宮城県地域医療計画より

療養病床以外では、緩やかに短くなっている

【図3-5-3】平均在院日数の年次推移



出典：「病院報告」(厚生労働省)

27

保健福祉関連施設数1

第6次宮城県地域医療計画より

区分	仙南医療圏		仙台医療圏		大崎・栗原医療圏		大崎医療圏		石巻・登米・気仙沼医療圏		石巻・登米・気仙沼医療圏	
	宮城県	仙南医療圏	仙台医療圏	大崎医療圏	大崎医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	
保健センター	68	9	19	20	14	6	20	9	7	4		
地域福祉センター	12	3	0	5	3	2	4	2	1	1		
社会福祉センター	4	0	3	1	0	1	0	0	0	0		
老人ライオン・ビスセンター	621	48	308	137	88	49	128	65	40	23		
老人短期入所施設	30	3	22	2	1	1	3	2	1	0		
福祉老人ホーム	10	1	6	1	1	0	2	1	1	0		
特別養護老人ホーム	134	16	61	22	14	8	35	16	11	8		
軽養老人ホーム	45	2	25	10	5	5	8	5	0	3		
老人福祉センター	34	2	14	7	5	2	11	3	5	3		
地域包括支援センター	108	10	66	13	8	5	19	11	5	3		
在宅介護支援センター	29	2	7	1	1	0	19	9	0	10		
小規模多機能型居宅介護事業所	21	2	16	0	0	0	3	3	0	0		
認知症高齢者グループホーム	212	23	98	38	25	13	53	28	11	14		
有料老人ホーム	81	7	54	8	4	4	12	11	1	0		
介護老人保健施設	80	10	40	13	9	4	17	8	3	6		
指定介護療養型医療機関	13	1	8	4	3	1	0	0	0	0		
訪問看護ステーション	96	6	64	10	7	3	16	9	3	4		
障害者支援施設	11	0	4	1	1	0	6	1	3	2		
身体障害者福祉施設	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
身体障害者療養施設	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0		
身体障害者授産施設	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0		

28

保健福祉関連施設数2

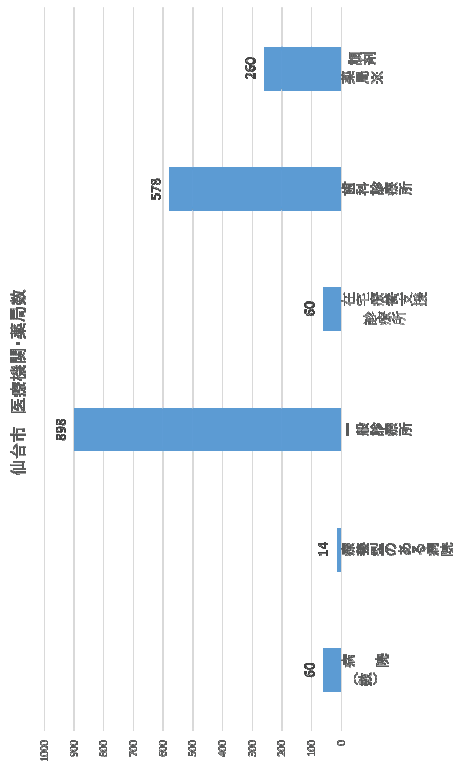
第6次宮城県地域医療計画より

区分	宮城県		仙南医療圏		仙台医療圏		大崎・栗原医療圏		大崎医療圏		石巻・登米・気仙沼医療圏		石巻・登米・気仙沼医療圏	
	宮城県	仙南医療圏	仙台医療圏	大崎医療圏	大崎医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏	石巻・登米・気仙沼医療圏		
知的障害者更生施設	31	5	16	7	4	3	3	1	1	1				
知的障害者授産施設	17	2	9	5	1	4	1	1	0	0				
障害福祉サービス事業所(日中)	382	34	216	50	33	17	82	35	30	17				
障害福祉サービス事業所(居住)	108	17	59	9	6	3	23	9	6	8				
相談支援	36	1	23	3	2	1	9	3	2	4				
地域活動支援センター	69	4	42	7	5	2	16	8	6	2				
福祉ホーム	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0				
身体障害者福祉センター	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0				
精神障害者生活訓練施設	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0				
精神障害者授産施設	7	2	5	0	0	0	0	0	0	0				
助産施設	8	1	4	1	1	0	2	1	0	1				
知的障害児施設	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0				
肢体不自由児施設	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0				
重症心身障害児施設	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0				
情緒障害児短期治療施設	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0				
児童相談診療施設	5	0	2	1	1	0	2	1	0	1				
無料低額診療施設	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0				

出典：「宮城県社会福祉施設等一覧」(県保健福祉部)

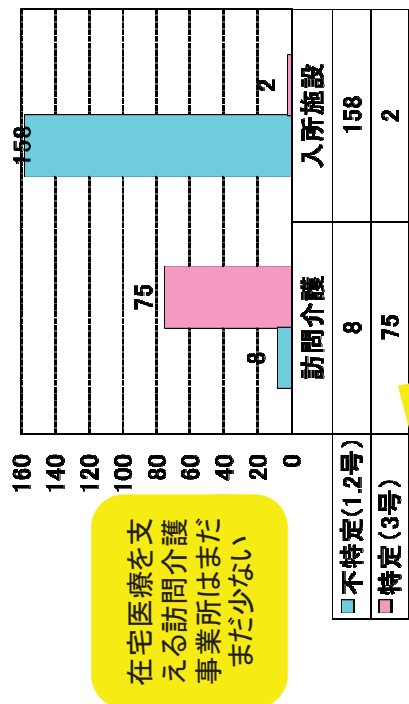
29 仙台市内の医療機関数

仙台市ホームページ統計情報より



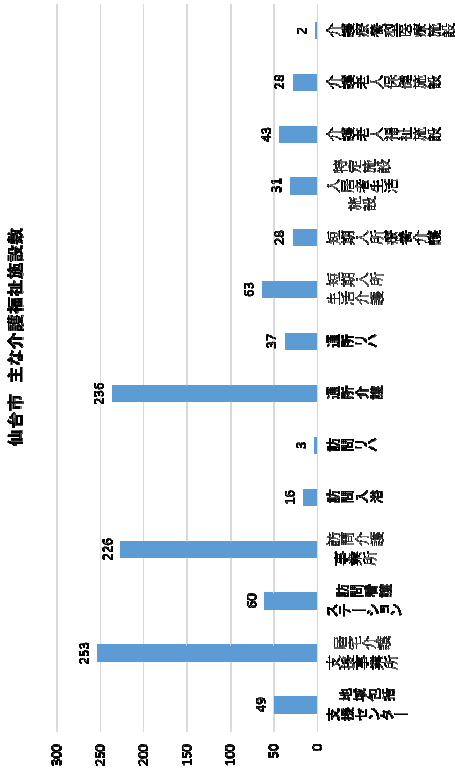
31 登録喀痰吸引等事業者 宮城県

宮城県HP登録喀痰吸引等事業所名簿より作成
2013.8月現在



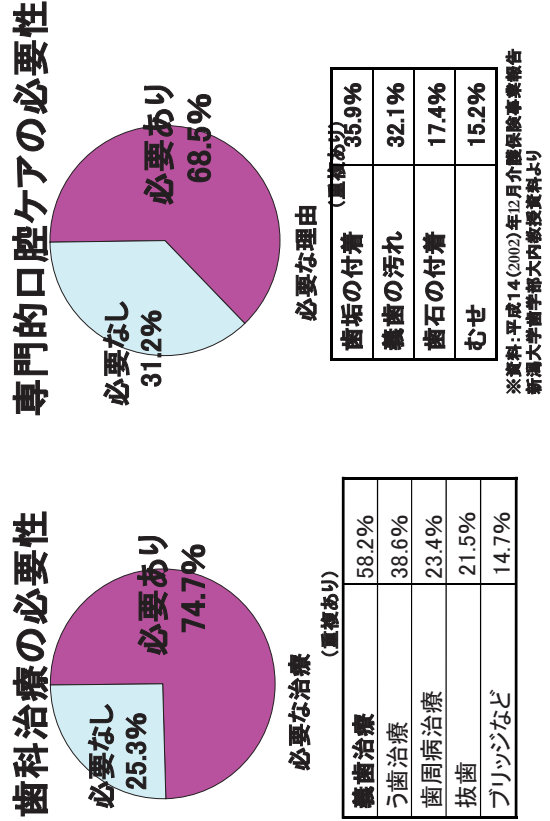
30 仙台市内の主な介護福祉施設数

仙台市ホームページ統計情報より



32 高齢者の口腔ケアのニーズ

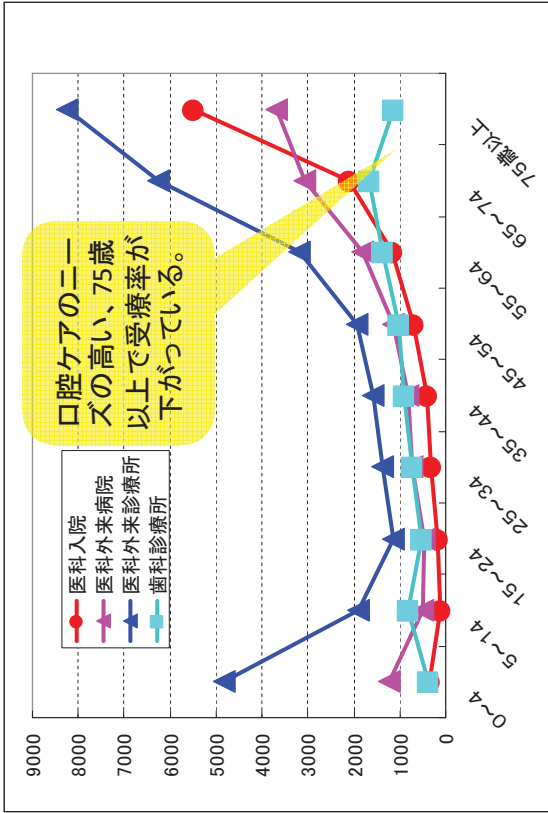
2013.11.17宮城県地域医療学会 宮城県歯科医師会山崎猛男氏資料



33

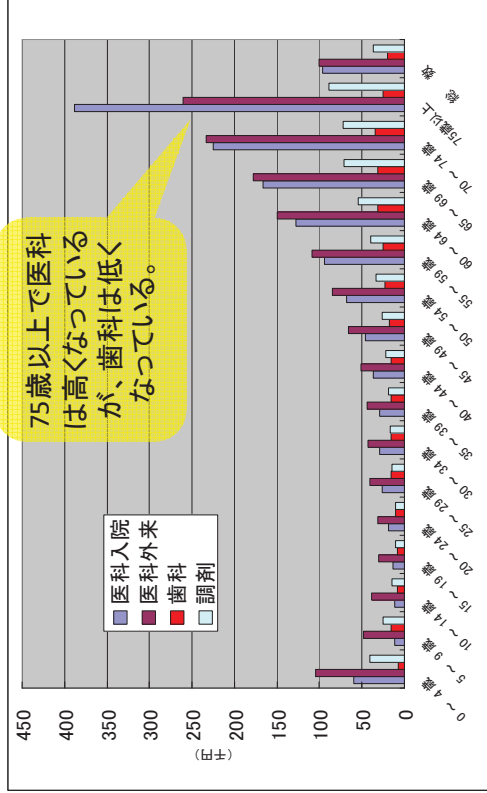
歯科受療率(人口10万対)の比較(2005年患者調査)

2013.11.17宮城県地域医療学会 宮城県歯科医師会 山崎猛男氏資料



34

一人あたり医療費(H18年度)



6. 診療費率

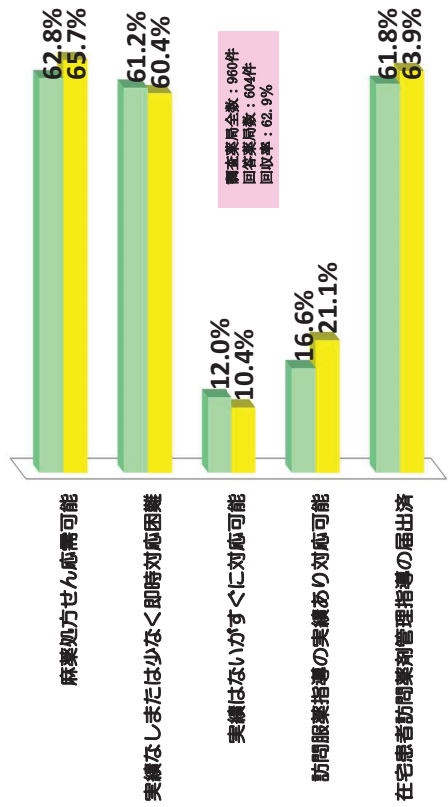
資料:平成18年度国民医療費

35

訪問薬剤管理指導に関するアンケート結果(宮城県)

宮城県薬剤師会提供資料

調査日時:平成25年2月18日~2月28日
調査対象:宮城県薬剤師会 会員保険薬局

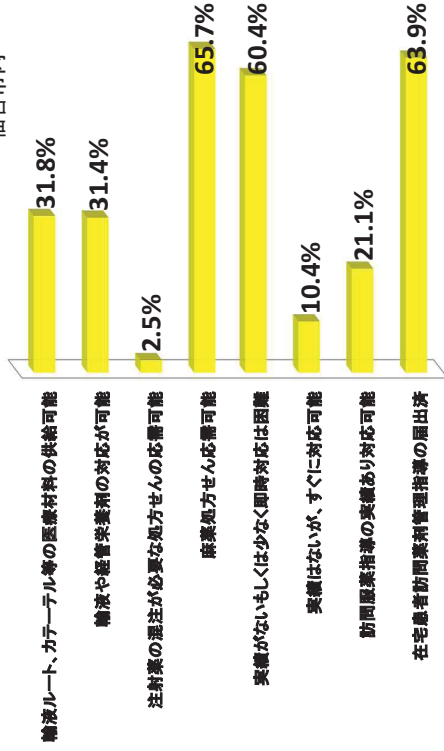


36

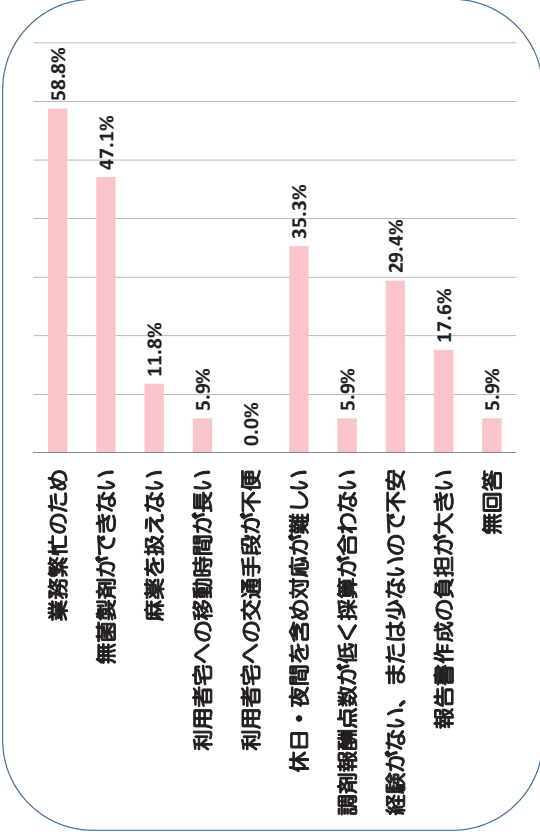
訪問薬剤管理指導に関するアンケート結果

宮城県薬剤師会提供資料

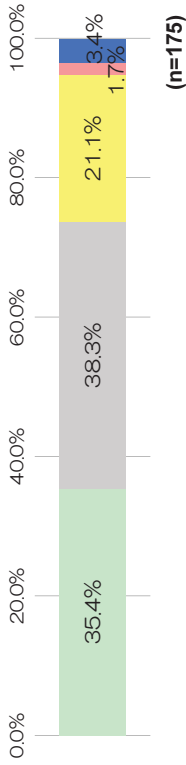
仙台市内



訪問応需の障害となっている理由(複数回答)

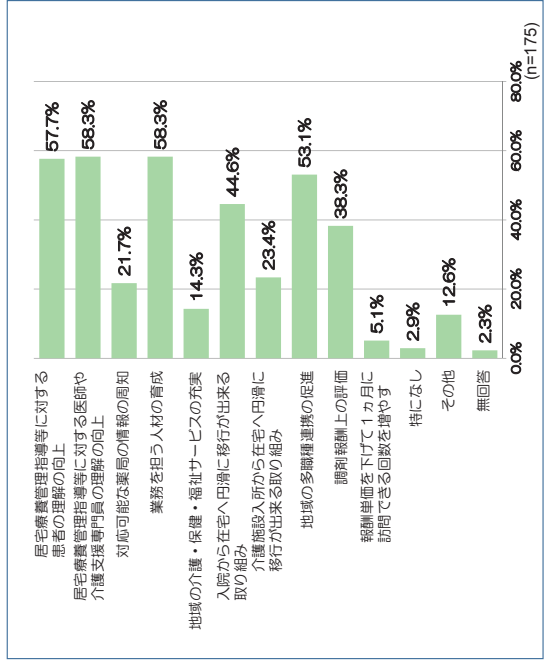


居宅療養管理指導等の今後の実施方針



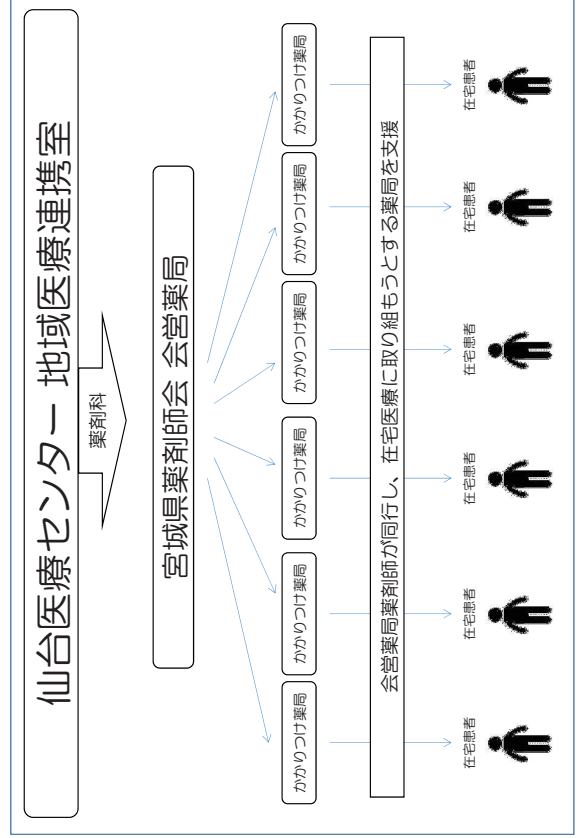
出典) 平成24年度 老人保健事業推進等補助金「居宅療養管理指導及び訪問薬剤師管理指導のあり方に関する調査研究事業」

居宅療養管理指導等の実施回数を増やすとした場合の課題認識

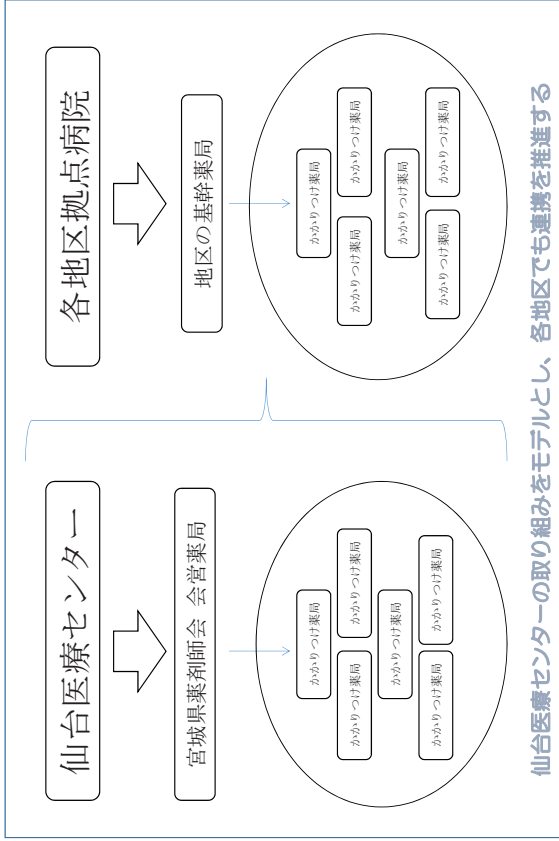


出典) 平成24年度 老人保健事業推進等補助金「居宅療養管理指導及び訪問薬剤師管理指導のあり方に関する調査研究事業」

平成25年度薬物療法提供体制強化事業



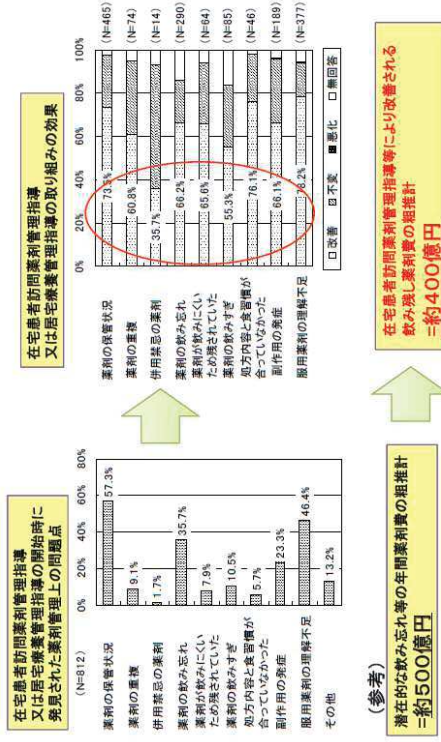
41 平成25年度薬物療法提供体制強化事業



仙台医療センターの取り組みをモデルとし、各地区でも連携を推進する

43

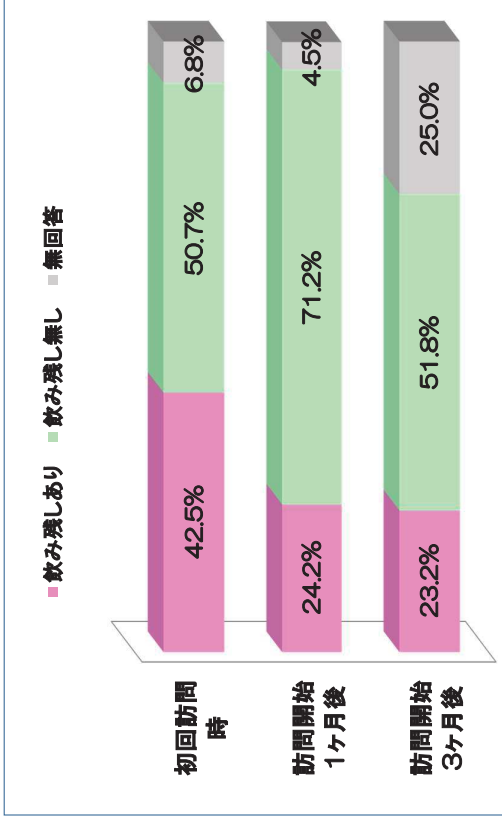
在宅医療への薬剤師の関与とその意義



出典)平成19年度老人保健事業推進等補助金(後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導 ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究)

42

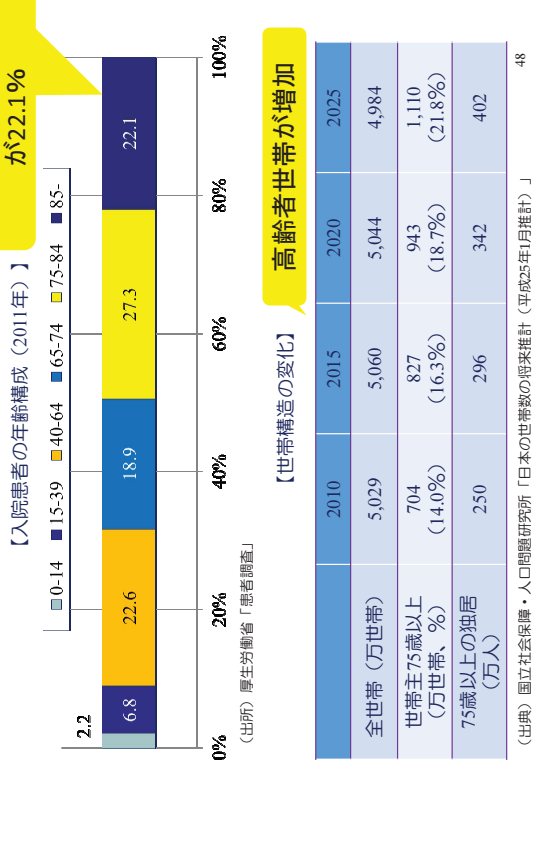
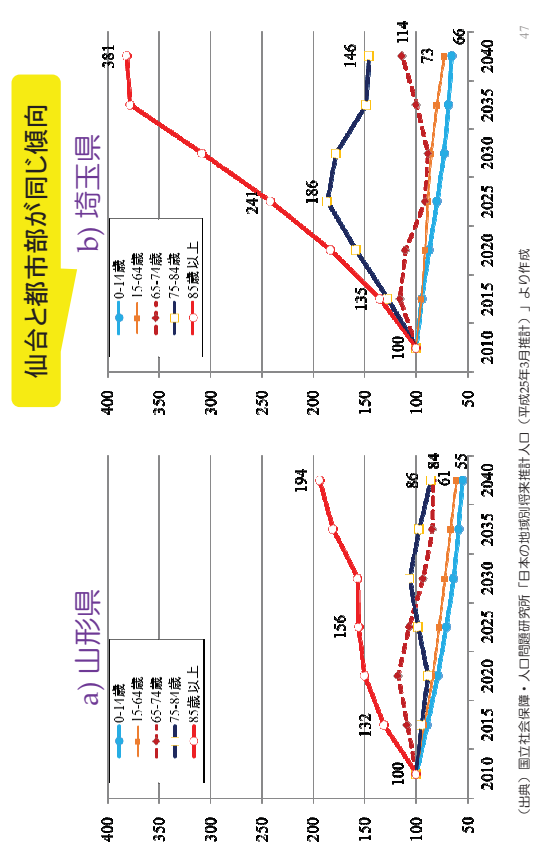
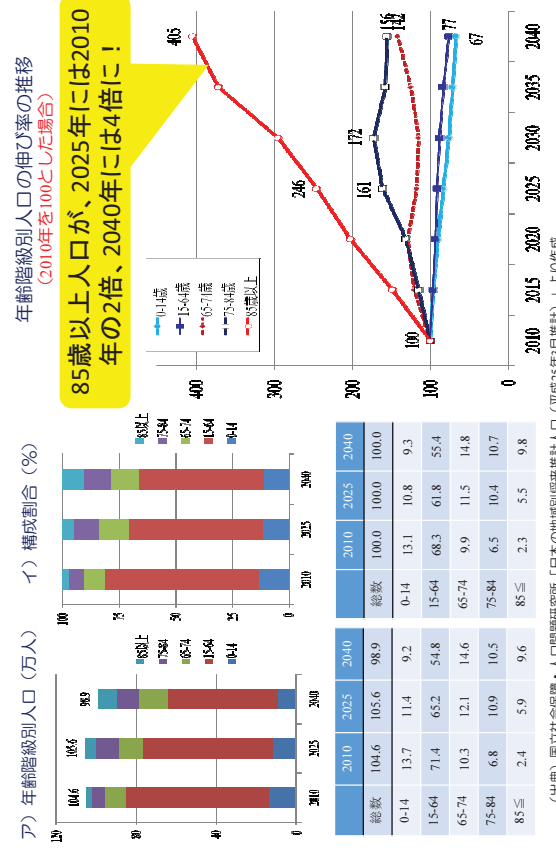
薬の飲み残しの有無



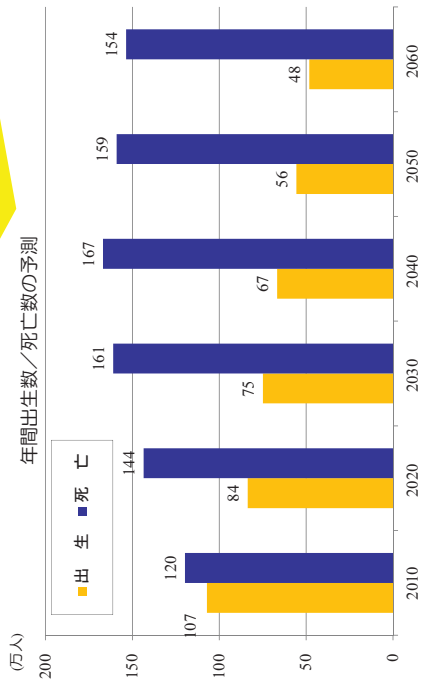
出典)平成24年度 老人保健事業推進等補助金「居宅療養管理指導及び訪問薬剤管理 指導のあり方に関する調査研究事業」

44

高齢化の影響 在宅医療ニーズの増大

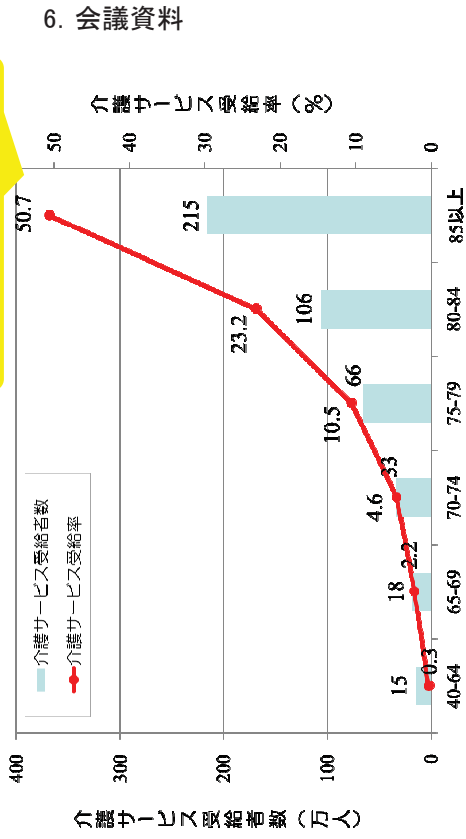


出生数は減り続け死亡者数は増加



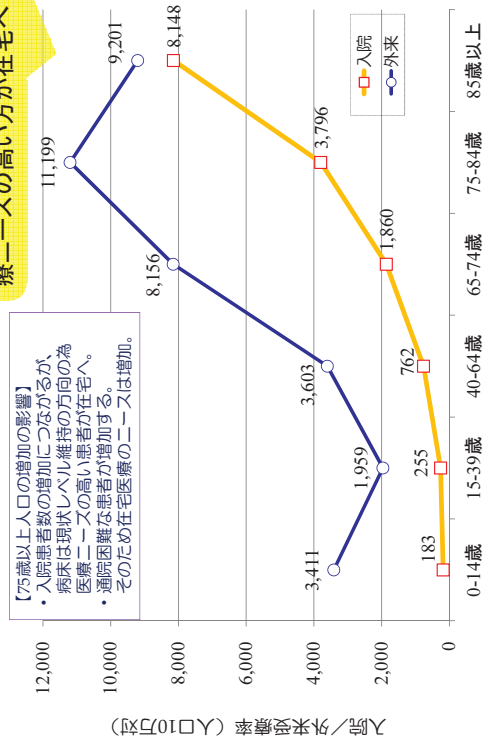
出典：社人研「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」
厚生労働省「平成23年人口動態統計の年間推計」

介護ニーズは
高齢者の増加と共に増大



(出所) 厚生労働省統計情報部「介護給付費実態調査月報（平成24年6月調査分）」
総務省統計局「推計人口（平成24年5月推計値）」

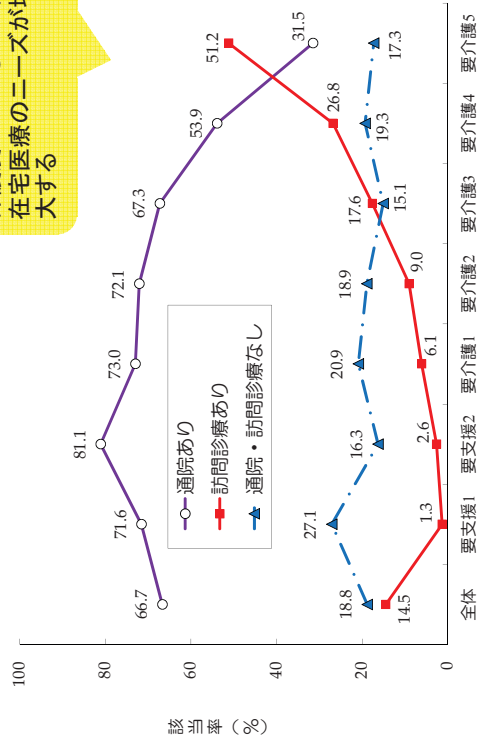
高齢者が増え、医療ニーズは増大
するが、病床数は増えないため、医
療ニーズの高い方が在宅へ



【75歳以上人口の増加の影響】
・入院患者数の増加につながるが、
病床は現状レベル維持の方向の為
医療ニーズの高い患者が在宅へ。
・通院困難な患者が増加する。
そのため在宅医療のニーズは増加。

出典：厚生労働省「平成20年患者調査（1日調査）」

介護度が上がるほど、
在宅医療のニーズが増
大する



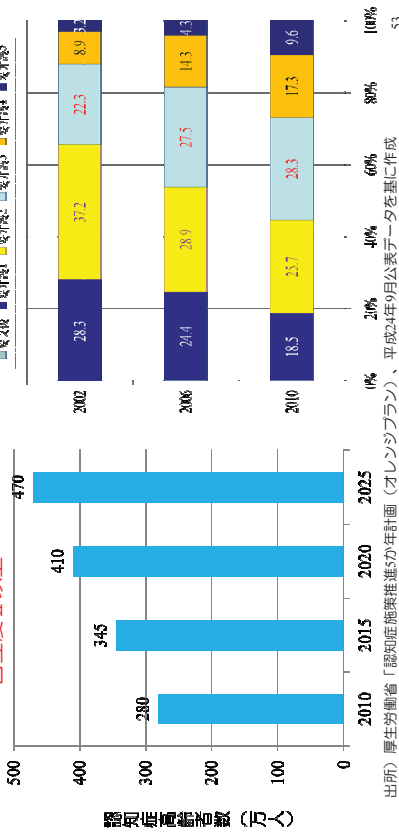
出所：ニッセイ基礎研究所「平成19年老人保健健康調査専門「在宅介護者へのサービス提供のあり方に関する研究」より引用

高齢化の影響 - 認知症高齢者の増加と重度化 -

認知症高齢者は年々増加

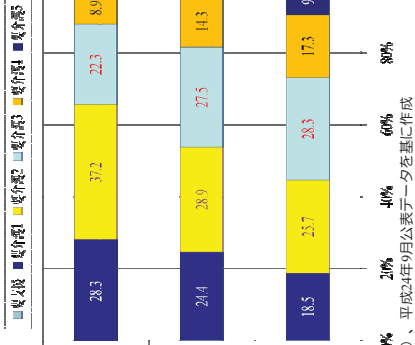
【認知症高齢者数の将来推計】

-自立度Ⅱ以上-



グループホーム入所者の要介護4、5の割合が増加

【GH入居者の要介護度の変化】



出所) 厚生労働省「認知症施策推進5年計画(オレンジプラン)、平成24年9月公表データを基に作成

サービス提供体制確保/ケアマネジメントの重要性

- 85歳以上人口が急増。
- 独居高齢者や認知症高齢者が増加。
- 85歳以上高齢者は半数が介護サービスを利用。加えて、医療や生活支援サービスに対するニーズも、医療リスクも高い。
- 介護費用も8兆円に達し、65歳以上の介護保険料も月額約5,000円に上昇。
- 介護保険だけで、高齢者の生活全てを支えきえることは困難。

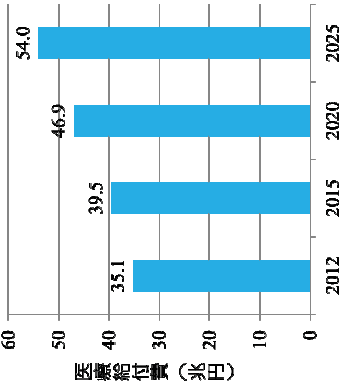


地域内の様々な資源(医療・介護サービス(共助)、近隣の助け合いやボランティア等(互助))を総動員して、必要な方に必要な支援が提供される仕組み作りが必要
→サービスの量的・質的確保とケアマネジメントが重要となる。

医療・介護給付費と保険料負担の将来推計(改革後)

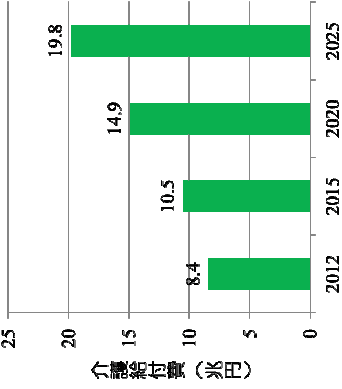
医療給付費年々増加

【医療給付費】



介護給付費も年々増加

【介護給付費】



	2012	2015	2020	2025
後期高齢者医療保険料(円/月)	5,400円	5,800円	6,200円	6,500円
第1号保険料(円/月)	5,000円	5,700円	6,900円	8,200円

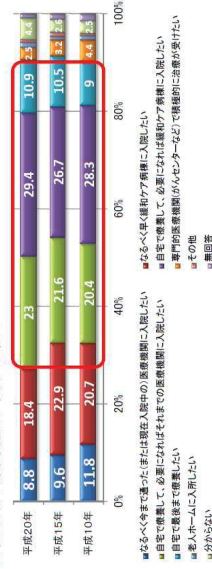
出所) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」を基に作成

国民のニーズ等

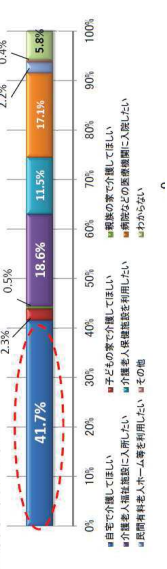
在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(上図)。
- また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を越えた(下図)。

■ 終末期の療養場所に関する希望

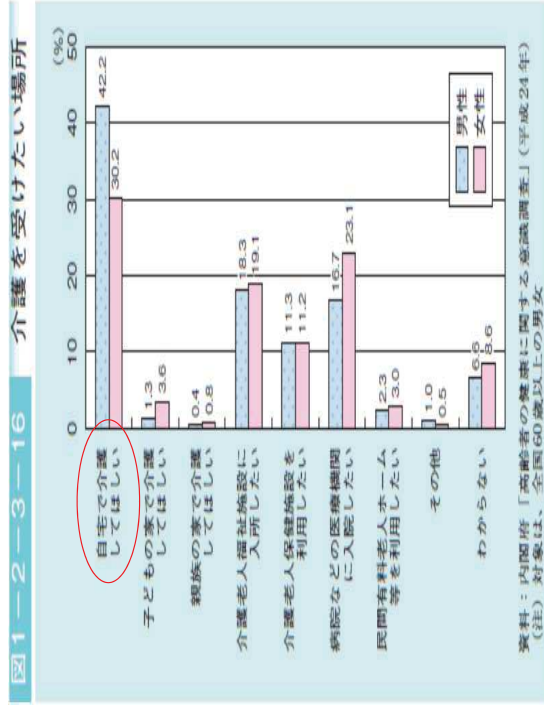


■ 療養に関する希望



58 介護を受けたい場所

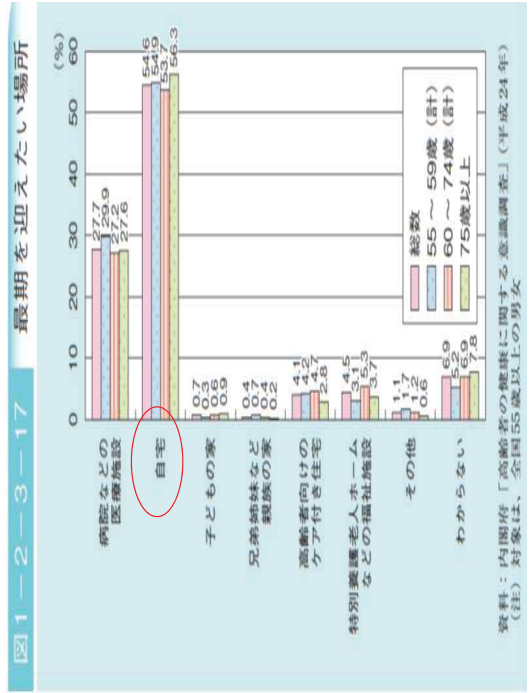
全国60歳以上の男女



資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成24年)
(注) 対象は、全国60歳以上の男女

59 最期を迎えたい場所

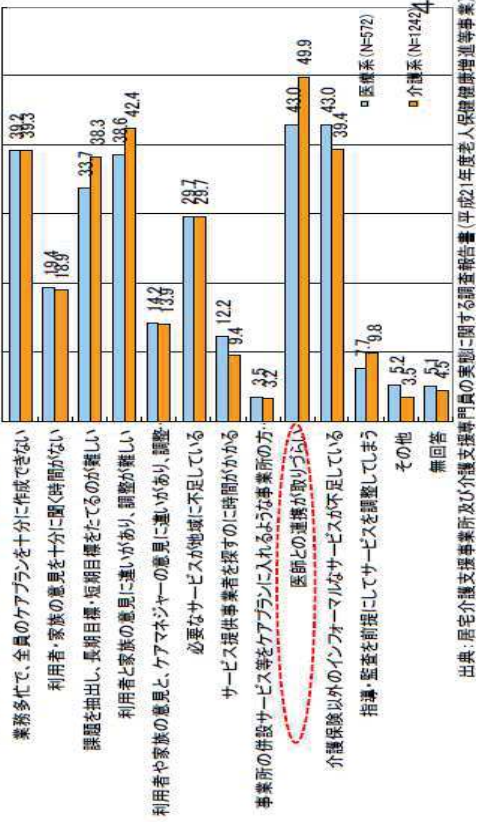
高齢者の健康に関する意識調査平成24年 全国55歳以上の男女



資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成24年)
(注) 対象は、全国55歳以上の男女

60 ケアマネジャーが困難に感じる点

(図4) ケアマネジャーが困難に感じる点



出典：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健機構推進等事業)

第6期仙台市介護保険事業計画策定のための実態調査(要介護者等調査)で新規項目として取り入れられた質問 (新規項目のため開けていない)

問 56 今後、要介護高齢者が急増していく中で、重度の要介護状態となっても在宅(住み慣れた地域)で暮らしていくためには、どのような施策が必要だと思いますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | |
|---|
| 1. ケアマネジャーの資質のさらなる向上(ケアマネジメント機能の強化) |
| 2. 地域包括支援センターの機能強化(相談体制の充実) |
| 3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護をはじめとする24時間対応在宅サービスの充実 |
| 4. 介護者慰労のためのショートステイ利用枠の拡大 |
| 5. 医療病床や介護保険施設入院、入所している方の在宅復帰に向けた支援策の充実 |
| 6. かかりつけ医等による在宅医療のさらなる充実 |
| 7. 老人クラブ・町内会・ボランティア・NPO等による生活支援活動の充実 |
| 8. サービス付き高齢者向け住宅など要介護高齢者の居住確保策の強化 |
| 9. その他() |
| 10. 特にない |

出典:仙台市介護保険審議会 第5回審議会 平成25年8月28日資料2別紙
<http://www.city.sendai.jp/kenkou/kaigo/hoken/singikai/250828/06siryou2bessi.pdf>

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を要請していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が増加する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



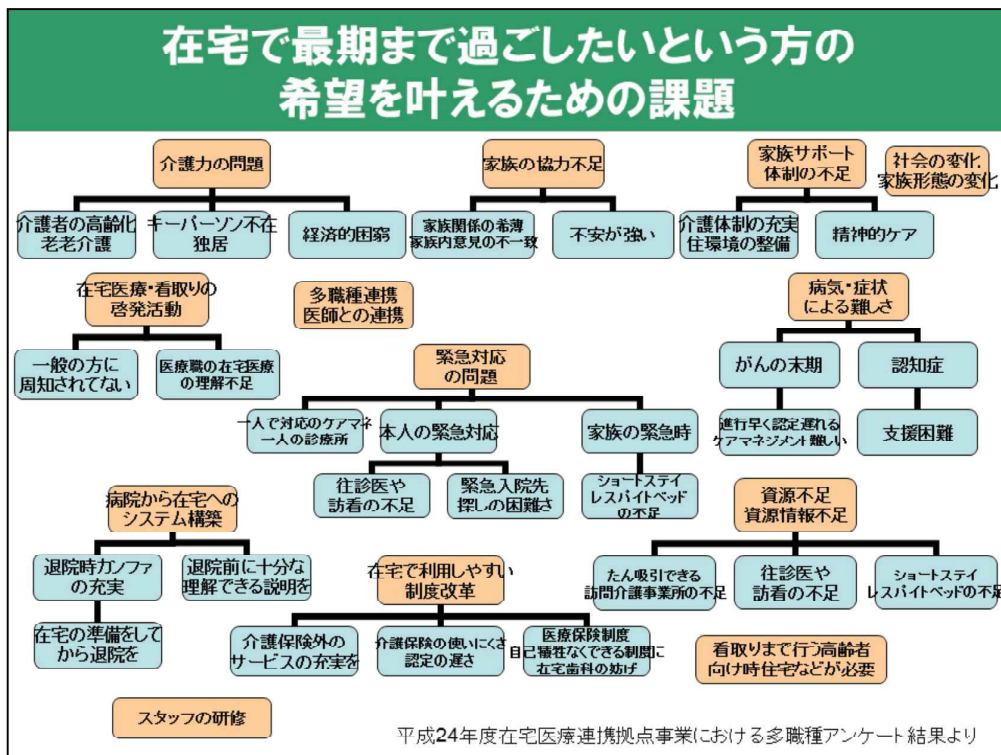
出所)「地域包括ケアシステムの構築に向けて」、第46回介護保険部会資料3(2013/8/28)に加筆

地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムについて



- 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入居、退居、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)に行われることが必要。
- ① 医療との連携強化
 - 24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。
 - ② 介護サービスの充実強化
 - 特養などの介護施設の緊急対応(平成21年基準正予算・3年間で16万人分確保)
 - 24時間対応の在宅サービスの強化
 - ③ 予防の推進
 - できる限り要介護状態にならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
 - 一人暮らし、高齢夫婦の日常常の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利保護サービス)などを推進。
 - ④ 住まい、暮らし、暮らしの場など、多様な生活支援サービスの確保と提供(高齢者、障害者、高齢者など)
 - ⑤ 高齢期にあっても生き続けたいというリアルライフの高齢者性らしい暮らし(国交省)



こちらは先ほどのKJ法で抽出された課題の大項目、中項目をまとめたものです。

前回のつながる会のアンケートからは、★クリック 介護者、家族の介護体制や価値観に関する課題、

またそれを解決するために啓発活動を行うべきだという意見が多く出されました。

今回のアンケート結果では、在宅医療を支えるための体制に関する課題が多く出されました。

例えば資源不足、資源の情報不足として、たん吸引を実施できる訪問介護事業所の不足や、対応している事業所がわからないとか

緊急時の問題として、緊急時に入院できる施設や、夜間対応ができる施設の不足などあり、ケアマネ、支援診療所、訪問看護、病院などの職種から意見が出ていました。

その他に、病気・症状における対応の難しさとして、がんの末期の方の介護認定の遅れの問題がケアマネから多くありました。

全職種からの共通の意見として、退院時のカンファレンスの強化の声がありました。

6. 会議資料

第1回仙台医療介護連携の会 事後アンケート結果

団体名	役職名	氏名	自由記述	
			今回の会議に参加してみて考えたこと、感じたことなどがありましたら、何でもご記入ください。	次回、会議開催までに必要だと感じた資料などがございましたらご記入ください。また、提出できるというもので結構です。
社団法人仙台市医師会	副会長	青沼清一	「医療」の対象者は？いずれか ①通院中(本人が) ②家族などが薬をもらいに来る ③訪問診療 ④在宅末期	
社団法人仙台市歯科医師会	理事	駒井伸也	私が思っていた以上に、皆さん口腔の健康に関心があり、在宅介護の現場でも重要視されていると感じました。さらに関心と認識が広がるように情報提供に努めたいと思います。	
社団法人仙台市薬剤師会	副会長	森川昭正	地域包括ケアシステムの構築には県、市も関わりながら、より小さい単位での連携が必要で、例えば区～小中学校単位での連携を強化構築していく必要がある。 しかし、各職種の人的資源も限られていることから、まずは各職種の情報交換、交流を図るため(できることから)多職種による研修会・交流会が区単位で開催されることが有効と考えます(各地区に核となるDr. 又は連携の拠点となる事務局(包括支援センター?)がいると良い)	
社団法人仙台市薬剤師会	常務理事	小坂浩之	相互に歩み寄らないと進行しないため、すでにある連携のチームを活用し、少しずつ拡大することと、新しい連携のスキームを作っていくことの2つの方法も考慮した方が早いのではと感じました。	もしあればですが、他の地域の実例等があれば参考になるのではと思います。
公益社団法人宮城県看護協会 太白訪問看護ステーション	所長	山崎豊子	連携については、様々な課題があると感じました。 しかし、これまで行ってきた取り組みの中から、良かった事を継続して行いながら既存の連携の会を地域毎に大切にしていけることではないでしょうか。そこに、どうやったら参加しやすくなるか続けられる方法を検討しなければ長続きしないと感じました。 多忙な業務の中で、ケース間の連携がスムーズになっていくことを期待し、負担感の少ない連携のあり方を考えていきたいと思いました。	
宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	伊澤ひとみ	この事業の目標である在宅看取り率30%の目標に近づくよう取り組むこと、この30%目標は、もちろん在宅医療について多くの人々に知ってもらうこともありますが、老人ホームでの看取りをあげていくことも必要と思います。 そのための体制作りも必要と思います。 施設の少ない看護師での看取り体制や緊急体制の現実もあり、訪問看護等と連携必要と思いました。	老人ホーム、とありますが、グループホーム等のような施設での看取りが
仙台市地域包括支援センター連絡協議会	会長	折腹実己子	・所属や立場が異なっても、地域包括ケアの実現のために何とかしなければという思いは共通だと感じました。 ・すでに動き始めている連携体制もあるが、横断的にはまだつながっていないと思います。 ・日常生活圏域ごとに、関係者(医療と介護)が集まる機会を行政側が呼びかけてもらうと進むと思います。	仙台市内で医療・介護の連携がとれている事例、最期まで在宅で支援した事例、関係者のネットワークがみえる事例など、集めて発表をして頂ければ参考になると思います。
仙台市老人福祉施設協議会	研修委員会副委員長	須藤学	まず、全体の印象としては、グループに分けて議論したことにより、意見が活発に交わされ、会の運営の仕方がとても良かったと思います。医療側の視点と介護側の視点の違いであったり、他の職種の方々の意見からの気づきなどを得られることができ、自分自身にとっても有意義な時間を過ごすことができました。 また、医療と介護の連携に関する議論において、それぞれの立場で思い抱いている問題点を出し合うことで、取り組むべき課題が見えてきたように感じました。	

第1回仙台医療介護連携の会 事後アンケート結果

団体名	役職名	氏名	自由記述	
			今回の会議に参加してみて考えたこと、感じたことなどがありましたら、何でもご記入ください。	次回、会議開催までに必要だと感じた資料などがございましたらご記入ください。また、提出できるというもので結構です。
仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会副委員長	菅野朝子	在宅で最期まで過ごしたいという方の希望を叶えるため、老人施設としてどうかかわっていくのかが、はっきりとわからなかった。 在宅医療を受ける立場なので、どのようなサービスを受けたいのか、サービスを受けられるようにするためには、何を目標にすれば良いのかがわかりませんでした。	
宮城県老人保健施設連絡協議会	理事	中谷俊彦	・今日、最初の参加です。 ・大変重要な問題と考えさせられました。 ・発言、訴えを良くまとめて下さる会議との印象を受けました。	
NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会	会長	蓬田隆子	先日は大変お世話になりました。他職種の方が一堂にかいしての様々な視点での話し合いは大変有意義なものでした。住み慣れた地域で暮らし続けるための仕組み作りは未来の安心につながってくることを感じ、とても嬉しく思いました。ぜひみんなの知恵が良い形を作り出せることを大いに期待申し上げます。またこのような会に参加できますことに感謝申し上げます。今後とも宜しくお願いします。	当法人で取り組んだ看取りの事例を持っていけるようであれば持っていきたいと思います。お願いしたい資料は、在宅での看取りの中で良かったことや課題がありましたら教えてください。
仙台介護サービスネットワーク	幹事	大場幸子	住みなれた地域や自宅で生活したいと願う気持ちは、だれしも持っていると思う。それを実現するためには、医療を中心とした他職種が連携し、顔のみえる関係作りを行っていく必要があると感じた。	
東北大学病院地域医療連携センター	教授	青木正志	皆様の様々な意見を聞かせていただいて、勉強になりました。	
東北大学病院地域医療連携センター	看護師長	吉田和子	他施設の多職種の方々と顔のみえる所で話し合いをもつことで、詳細な問題がうきぼりになった。(情報が少ない、____が多いなど)立場が変わると、悩みもちがいが、考えさせられることが多かった。	
仙台市立病院地域医療連携課 医療福祉相談室	医療ソーシャルワーカー	西村直哉	出席させてもらいましてありがとうございます。 それぞれの職種や立場、協会の代表として見解の中の思いや連携の為の課題提起を伺うことができ、抱えているジレンマや悩みを共有することが大切だと感じました。情報共有、現場職員の心理的ケア、技術向上、人員配置、制度の見直しなどの課題解決をし、これから、円滑に連携が図れるように微力ながら協力して有意義なモノにしていきたいと思っております。	
宮城県保健福祉部 長寿社会政策課	主幹	小玉直文	・医師会や薬剤師会など、業務上普段つながりがなかった団体の方とお話をするのができ、非常に有意義でした。 ・医療と介護の連携(地域包括ケアのシステムづくり)を図るに当たり、このようなマッチングの機会があることは非常に有効かつ重要なことと思えました。 (本来、行政の役割なのかもしれませんが)	
仙台市健康福祉局 健康福祉部 障害者支援課	課長	石川浩之	障害福祉分野は、介護保険制度のケアマネージャーのような仕組みがしっかりしていないところにも課題を感じています。	次回のテーマを事前にご連絡していただくようお願いします。ご提供できる資料があるかどうかの確認、テーマによっては担当職員の出席などを検討する必要がありますと感じています。宜しくお願いします。
仙台市健康福祉局 保険高齢部 介護予防推進室	室長	草苺英美子	同上	同上

第1回 仙台医療介護連携の会

ご報告

開催日時：平成25年11月21日(木)19:00~21:00

会場：仙台サンプラザホテル

仙台医療介護連携の会とは

<経緯>

宮城県第三期地域医療再生計画に基づき、25年度より3年間「介護との連携による在宅医療の推進と普及啓発事業」を実施することとなりました。当クリニックはこの事業について事業提案し、採択するに至りました。本事業を実施し、在宅医療を推進していくためには、市内の医療・介護の団体と協力して事業を推進し、終了後も引き続き継続できるものを作り上げていく必要があると考え、各団体に呼びかけて集まっていただきました。

<本会議の目標>

昨年度明らかになった課題を含めて、解決策を改めて提案させていただきます。各団体等で取り組まれている内容を共有し、協力体制を作って真に医療、介護が包括的に提供できる体制を作ることを目的としています。2年間の取り組みを通して、行政へ政策提言を行うことができるようまとめ合わせて宮城県地域医療計画に掲げられている「在宅看取り率30%」を目指します。

構成委員 20名

仙台市医師会3、仙台歯科医師会1、仙台市薬剤師会2、宮城県看護協会1、宮城県訪問看護ステーション連絡協議会1、宮城県ケアマネジャー協会1、仙台市地域包括支援センター連絡協議会1、仙台市老人福祉施設協議会1、宮城県老人保健施設連絡協議会1、宮城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、宮城県病院協会3、学識経験者2

オブザーバー6名

行政(宮城県(医療・介護)4、仙台市(介護・障害)2)

内容

【情報提供1】

「地域包括ケアにかかる統計」の説明 (事務局)

【情報提供2】

「平成25年度薬物療法提供体制強化事業について」
宮城県薬剤師会 副会長 森川昭正氏

【グループ討議】

テーマ「実現可能な、今後2年間で取り組む課題をしぼる」



討議の中で出てきた「課題」と「解決の手がかり」 抜粋

「課題」

地域ケア会議のようなところで、医療の情報を得たいと思うが、医療職の出席がない。

医療処置などの看護の部分が多いときには、訪問看護と一緒に病院に来てほしい。

客観的に在宅可能な方も、病院→老健→特養となっている。

ケアマネからドクターにケアプランを送ってほしい。

ケアマネが適切にアドバイスできるような啓発が必要ではないか。

特別養護老人ホームでの看取り体制が充実していない。

訪問をする医師、認知症対応してくれる医師が少ない。どこにいるのか、情報が得られない。

医師が会議に出席できない、仕方がないとしてしまっているケースがある。

ケア会議に薬局は呼ばれない。ケアマネの意識が低い。

多かった意見

地域資源が見えるようになる

スムーズな本人情報の共有ができるシステム

中学校区よりも大きい単位での会議の開催(地域のこと、ケースのこと検討)

互いの仕事わかる顔の見える関係が作れる交流会や研修会の開催

「解決の手がかり」

互いの職種が何をしているのかが見える形になり、研修等を実施して幅を広げていくのはどうか。

どこに、どんな資源(人、場、取り組み等)があるのかがもっと見えるようになるか。

実践を伴って今がある。結果的に実践を深めていくことがなければ机上の空論になると思う。

中学校区単位だと会議の乱立につながるので、既存の会議をどう整理整頓しながら意義のある目的がある程度提示された会議だったり、場をどう整理整頓しながら意義のある目的のある程度示された場が作れるのが鍵。「自分の地域を考える会」みたいなのが作れない

診断書や指示書のよな紙一枚なんかの情報じゃなくて、医療も福祉も共有することができる形がないか。宮城県内でも取り組んでいるところはあるようだ。

元気なうちからかかりつけ歯科医を持ち、介護予防に取り組み、通院困難になっても継続管理ができるとうい。

刻々と変化する本人の医療情報を共有する機会がない。理解されていない。

第2回「仙台医療介護連携の会」

日時：平成26年1月21日(火)
19:00～21:00
会場：仙台サンプラザホテル
5階「カトレア」

次 第

- 19:00～ 開会の挨拶 仙台往診クリニック院長 川島 孝一郎
 19:05～ 報告と説明
 (1) 第1回会議内容の報告 事務局 佐々木 みずほ
 (2) 宮城県の施策に関する情報提供 1 宮城県医療整備課 主任主査 永田 靖和 様
 情報提供 2 長寿社会政策課 主幹 小玉 直文 様
 (3) 仙台市の施策に関する情報提供 1 仙台市介護予防推進室 主査 菊地 和子 様
 情報提供 2 仙台市障害者支援課 課長 石川 浩之 様
 20:00～ グループ討議 テーマ「これからの私たちに必要なこと、共通認識は何か」
 20:40～ 全体討議
 20:55～ 次回に向けて
 21:00～ 閉会の挨拶 宮城県老人保健施設連絡協議会 理事 中谷 俊彦 様

出席委員

	団体名	役職名	氏名	グループ
1	社団法人仙台市医師会	理事	福田 陽一	A
2	社団法人仙台市薬剤師会	常務理事	小坂 浩之	A
3	宮城県ケアマネジャー協会	副会長	草刈 拓	A
4	仙台市老人福祉施設協議会	研修委員会 副委員長	須藤 学	A
5	宮城県老人保健施設連絡協議会	理事	中谷 俊彦	A
6	宮城県病院協会	東北大学病院 地域医療連携センター 看護師長	吉田 和子	A
7	学識経験者	東北大学大学院歯学研究科 副研究科長・教授	小坂 健	A
8	社団法人仙台市医師会	理事	浅沼 孝和	B
9	社団法人仙台市歯科医師会	理事	駒井 伸也	B
10	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	伊澤 ひとみ	B
11	仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会 副委員長	菅野 朝子	B
12	NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会	会長	蓬田 隆子	B
13	宮城県病院協会	仙台市立病院医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー	西村 直哉	B
14	学識経験者	東北大学大学院医学系研究科 講師	伊藤 道哉	B
15	社団法人仙台市医師会	副会長	青沼 清一	C
16	社団法人仙台市薬剤師会	副会長	森川 昭正	C
17	公益社団法人宮城県看護協会	太白訪問看護ステーション 所長	山崎 豊子	C
18	仙台市地域包括支援センター連絡協議会	会長	折腹 実己子	C
19	仙台介護サービスネットワーク	幹事	大場 幸子	C
20	宮城県病院協会	東北大学病院域医療連携センター 副センター長・教授	青木 正志	C

オブザーバー

	団体名	役職名	氏名	グループ
1	宮城県 保健福祉部 医療整備課	課長補佐(総括)	大森 秀和	A
2	宮城県 保健福祉部 長寿社会政策課	主事	本田 健太郎	A
3	宮城県 保健福祉部 医療整備課	主任主査	永田 靖和	B
4	仙台市健康福祉局 健康福祉部 障害者支援課	保健師	池田 絵里	B
5	仙台市健康福祉局 保険高齢部 介護予防推進室	室長	草刈 英美子	B
6	宮城県 保健福祉部 長寿社会政策課	主幹	小玉 直文	C
7	仙台市健康福祉局 健康福祉部 障害者支援課	課長	石川 浩之	C
8	仙台市健康福祉局 保険高齢部 介護予防推進室	主査	菊地 和子	C

第1回仙台医療介護連携の会の報告

【仙台医療介護連携の会とは】

◎目標

昨年度明らかになった課題を含めて、解決策を改めて提案させていただき、各団体等で取り組まれている内容を共有し、協力体制を作って、真に医療・介護が包括的に提供できる体制を作ることを目的とする。2年間の取り組みを通して、行政へ政策提言を行うことができるよう取りまとめ、合わせて宮城県地域医療計画に掲げられている「在宅看取り率30%」を目指す。

第1回会議の中で出てきた課題

地域ケア会議のよ
うなところで、医療
の情報を得たいと
思うが、医療職の
出席がない。

医療処置などの看護の
部分が多いときなどは
、訪問看護と一緒に病
院に来てほしい。

客観的に在宅可能なよ
うな方も、病院→老健→
特養となってしまうとい
える。

ケアマネからドクタ
ーにケアプランを送
ってほしい。

ケアマネが適切にアド
バイスできるような啓発
が必要ではないか。

特別養護老人ホームで
の看取り体制が充実し
ていない。

訪問をする医師、認
知症対応してくれる
医師が少ない。どこ
に居るのか、情報
が得られない。

医師が会議に出席でき
ない、仕方がないとし
てしまっているケースが
ある。

ケア会議に薬局は呼ば
れない。ケアマネの意
識が低い。

第1回会議の中で出てきた 「解決の手がかり」

互いの職種が何をしてい
るのかが見える形になり、
研修等を実施して幅を広
げていくのはどうか。

どこに、どんな資源(人、
場、取り組み等)があるの
かがもっと見えるようにな
らないか。

実践を伴って今がある。
結果的に実践を深めて
いくことがなければ机上
の空論になると思う。

中学校区単位だと会議の乱立につながる
ので、既存の会議をどう整理整頓しながら
意義のある目的がある程度提示された会
議だったたり、場をどう整理整頓しながら意義
のある目的のある程度示された場が作れる
のかが鍵。「自分の地域を考える会」みたい
なのが作れないか。

診断書や指示書のような紙一枚
なんかの情報じゃなくて、医療も
福祉も共有することができる形
がないか。宮城県内でも取り組
んでいるところはあるようだ。

元気なうちからかかりつけ歯科医を
持ち、介護予防に取り組み、通院困
難になっても継続管理ができることよ
い。

刻々と変化する本人の医療情報を共有
する機会がない。理解されていない。

多かった意見

地域資源が見えるよう
になる

中学校区よりも大きい単位
での会議の開催(地域のこ
と、ケースのこと検討)

互いの仕事がわかる
顔の見え関係が作
れる交流会や研修会
の開催

スムーズな本人情報の共
有ができるシステム

↑
たくさんのご意見、ありがとうございます。
それぞれの立場が違いすぎて、意見はまとまらない。
それが、今の状況です。
さあ、ここから、どのようにこの会議を展開していけ
ばいいのでしょうか。

本会議の課題とテーマへの道のり

Q1:まともになかった意見を、すぐにまとめられるのだろうか？

A1:すぐにはまとまらないだろう。もう一段階突っ込んで話し合ってみる必要があるのではないか。

Q2:どこから始めたら、意見がまとまるのだろうか？人？物？カネ？それらを話し合うことで、互いが持つ問題意識を解決する手がかりが得られるのだろうか？

A2:それも必要だが、立場が違いすぎて答えが出ないのではないか。

本日の会議内で、まずは何をまとめるか

- 本日の情報提供から

今、宮城県や仙台市行政ではどんな施策をどのように進めようとしているのかを理解する。

- 本日のグループ討議から

今、これから私たちに必要なこと(様々な角度から考えられること、人、モノ、カネに限らず)、共通認識として持っていたいことを話し合い、次のステップに必要なことを導き出そう。

6. 会議資料

第2回仙台医療介護連携の会 事後アンケート結果

団体名	今回の会議で話しきれなかったことをご記入ください。	本日参加して感じたことをご記入ください。
社団法人 仙台市医師会	認知症について、全ての市民が理解し、地域全体で見守ることが大事。	医療と介護の連携の難しさ。
社団法人 仙台市医師会	2月にケア会議がありますので、担当の地域情報及び周辺の他の包括ケアセンターの状況を調べてみます。	行政のマンパワーが不足している実情を感じました。
社団法人 仙台歯科医師会		種々の職によって、表面にでてこない事例を挙げるひとが、勉強になります。このような、顔の見える会議をコンパクトな型(地域の中で)で運営できると良いと思います。
社団法人 仙台市薬剤師会	Cグループで話していた、何かテーマを絞り(例えば「認知症」など)、連携を図って行き、それぞれのテーマで連携を進めた結果、全体として連携を深めていくことになるのではないかと考えている。その様な際にはその地域の包括ケアシステム全体を見渡せるポジションの人材が必要になると考える。	やはり会を重ねることでコミュニケーションが図れるようになってきていると思う。本事業のみならず、多くの場で多職種集い合い、研修等で高め合い、繋がるのが大切と思う。
社団法人 仙台市薬剤師会	チームで実際の訪問そのものの実例を積み上げる事自体で出てくる協議事項をプールしていきながら症例検討をし、様々な連携の参考になるよう活かす方法も同時に進めて行く方がより具体的なあり方に近づくのではないかと考えています。どうしてもそれぞれに話し合っても、相互理解が見えにくい部分があるので症例を対応しながら、相互理解<相互活用と考えて行った方が良いのではと思う部分がありました。	
公益社団法人 宮城県看護協会	私達の行っている看護の対象者は、様々であり医療・介護面だけでなく多くの問題をかかえている方々がいらっしゃいます。介護予防や障害者施策がどうなのか、本日の会議で改めて認識しました。看護職がもう少し視点を広げて認知症の予防や障害者のネットワークの中で活動し、その方に必要なサービスに結びつけられるよう学んでいくことが必要だと思いました。この様な研修の機会が多くあると良いと思います。	当グループは、認知症予防に焦点をしばり話し合いを行ない深めて考えることができたと思います。テーマをしばって話し合っていくことで自ら何が出来るか考える機会となるのではと感じました。看護職に何が出来るか、2025年問題への対応とも合わせて、看護協会でも検討をしなければいけないと思います。
宮城県訪問看護ステーション 連絡協議会		仙台市の高齢者人口(65才以上)の独居世帯、2人以上の高齢者だけの世帯があわせて 29.52% とこれからどんどん増えていく状況の中で、地域の力をかりながら、みんなで支えていく方法を具体的に考えていく必要性があると思いました。
仙台市地域包括支援センター 連絡協議会	在宅医療との連携については、在宅での療養生活を支えるための多職種によるネットワークを利用者個別に作る必要があります。利用者の持つ病気や症状、また世帯の条件などによってどのような支援体制を構築するのか、具体例や実践例などを見える化していくことが必要だと思えます。さらに、日常生活圏域ごとへのそのような社会資源が連携しているのか、地域ごとの連携を見える化するための方策の検討が必要になってくると思えます。その地域でのネットワークの牽引役を医師が担っていくことが円滑に進行すると思えます。	宮城県及び仙台市の地域包括ケアへの取り組みの説明を頂き、行政側の考えを知ることが出来たことは大変に有意義でした。また、所属したCグループで、テーマを絞り込んでディスカッションすることが必要だという提案を頂き、認知症対策について集約した話し合いが出来ました。漠然としているテーマでは掘り下げが難しく自分の立場から脱することが出来ずに話が広がりにません。たぶん地域包括ケア推進の協議も具体的なテーマから話し合うことが効果的なのではないかと感じました。
仙台市老人福祉施設連絡協議会	今後の特養の在り方として、ユニットケアで在宅に向けた支援を行い、在宅へ戻るといった方向性が示されています。今までのように長期入所はなくなるまで入居するのではなくてということになるようです。在宅に戻るための地域の支援が必要となると思えます。特養は夜間看護師1人が50~70名に対しオンコール体制を取っていますが、入居者の状態が重度化していくと対応は難しく、夜間に訪問看護ステーションに入ってもらうなどの必要性も出てくるのではないかと考えます。今後何が必要なのかシュミレーションしていかなければならないと思えます。	話し合う範囲が広く、何からどんなことを導いていけばよいのか迷います。また、自分の話している内容がこの会議の趣旨に沿っているのか?と力不足を感じています。
老人保健施設 連絡協議会	今後、MMWINとの連携をどのようにしていくか。	徐々に具体的な提案がなくなってきた。
NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会		異職種の人が同じテーマで意見交換する回数が増すごとに充実感があります。今まで求めていたことがようやく実現に繋がり、このような機会を持ていただきました川島先生を初め事務局の皆様にご心から感謝申し上げます。安心して歳をとれる時代が来ることを願い、微力ながら努力していきたいと思えます。今後とも宜しくお願いします。
東北大学病院 地域医療連携センター	地域でのコーディネーターはだれが行うべきなのか。	議論が少し幅広くなっている気がします。多職種の方々が集まって話すことで、それぞれが立たされている現状がわかりました。意見をすり合わせ、有意義な話し合いになればと思います。
仙台市立病院 地域医療連携課 医療福祉相談室		2回目の会も大変有意義な時間でした。顔の見える関係は、やはりいいと感じています。地域においても、その人(独居の方、高齢、認知症の疑いがある等)を知る“その人”をみていく(見守りも含め)環境作りが必要だと再認識しました。支援する側の課題も支援される側の課題に、1つ1つ向き合っていく志が必要だと思えました。本日もありがとうございました。会の運営に感謝です。
仙台市健康福祉局健康福祉部障害者支援課	非医療職の支援者が、医療の情報を支援に生かしていく力もより必要になると感じています。病院へ情報を伝えること、病院から情報をもらうことの必要性やメリットを共有することが大切だと思えます。	独居高齢者への支援体制や、より相談しやすい窓口のPR等、障害の分野でも同様に取り組んでいけることや共通の課題がたくさんあるということを感じました。

第2回 仙台医療介護連携の会

ご報告

開催日時：平成26年1月21日(火)19:00~21:00

会場：仙台サンプラザホテル

仙台医療介護連携の会とは

〈経緯〉

宮城県第三期地域医療再生計画に基づき、25年度より3年間「介護との連携による在宅医療の推進と普及啓発事業」を実施することとなりました。当クリニックはこの事業について事業提案し、採択するに至りました。本事業を実施し、在宅医療を推進していくためには、市内の医療・介護の団体と協力して事業を推進し、終了後も引き続き継続できるものを作り上げていく必要があると考え、各団体に呼びかけて集まっていただきました。

〈本会議の目標〉

昨年度明らかになった課題を含めて、解決策を改めて提案させていただきます。各団体等で取り組まれている内容を共有し、協力体制を作って真に医療、介護が包括的に提供できる体制を作ることを目的としています。2年間の取り組みを通して、行政へ政策提言を行うことができるようまとめ合わせて宮城県地域医療計画に掲げられている「在宅看取り率30%」を目指します。

構成委員 20名

仙台市医師会3、仙台歯科医師会1、仙台市薬剤師会2、宮城県看護協会1、宮城県訪問看護ステーション連絡協議会1、宮城県ケアマネジャー協会1、仙台市地域包括支援センター連絡協議会1、仙台市老人福祉施設協議会1、宮城県老人保健施設連絡協議会1、宮城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、宮城県病院協会3、学識経験者2

オブザーバー8名

行政(宮城県(医療2・介護2)2、仙台市(介護2・障害2)2)

内容

【情報提供1】 宮城県より

地域医療再生計画について 医療整備課
地域包括ケア体制構築に向けた取組 長寿社会政策課

【情報提供2】 仙台市より

仙台市の認知症施策と医療と介護の連携の取組
仙台市介護予防推進室
【グループ討議】 テーマ「これからの私たちに必要な共通認識」



討議の中で出てきた課題と「解決の手がかり」 抜粋

「課題」

現在の地域包括支援センターは、弱体である。今の人員体制でこれ以上進めていくことは難しい。

医療と介護の連携を進めるコーディネーターがほしい。行政にはもっとバックアップしてほしい。

紙切れ一枚の情報は足りすぎる。もっと、蜜に連絡をとってあげたい。

医師1人でいくつも包括圏域を担当しており、負担が大きい。

認知症かかりつけ医、サポート医などの先生方はどこにいる？情報が無い。

特別養護老人ホームで看取るための体制が不十分である。

認知症高齢者支援には、段階をつけたステージ作りが必要。どのステージでも支援できる体制を作りたいが…。

認知症高齢者に対して、病院としても出来ることは何か。研修のご案内だけでは響かない。

各団体で取り組まなければならない課題はあるが、解決できていない。

具体的だった言葉

「相互理解」の範囲から「相互活用」に。医療職の適正配置と各地域で各職種の窓口明確化を図る。

スムーズな本人情報の共有ができること。

現在の地域包括単位で、サービス担当者会議の積み重ねをしてい

認知症の高齢者を地域で見守る体制作りは急務！MCI(軽度認知障害)の市民啓発の段階へ。

「解決の手がかり」

地域の中に、各職種の窓口になるような人の配置を。中途半端なコーディネーターでは医療と介護の垣根は越えられない。

一つのやり方をする必要はないのではないか。地域の特性で医療を巻き込める形を作れないか。

これからの時代、80歳以上などの高齢者のお元気ですか？のスクリーニングができるようなシステムがほしい。

グループホームでは、医療職から学び、多職種協働でアプローチすることで看取りまで対応できるようになった。介護職も家族の気持ちの変化に対応するため何度も話し合いを行う。ただ、最後は医師からの説明が必要。家族の覚悟を決めてもらうために。

薬剤師は、使用薬により起こりうる症状について提案できるということについての研修会を始めた。もっと他の会にもアピールしたい。

認知症の早期発見のためには、特にMCIの段階からの市民啓発が必要。もっと踏み込んだ体制作りをしていきたい。

障害施策の分野についてももっと知ってもらおう。区役所が窓口になっているが、活用を！

6. 会議資料

第3回「仙台医療介護連携の会」

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
5階「カトレア」

次 第

- 19:00 ～ 開会の挨拶 社団法人仙台市薬剤師会 副会長 森川 昭正 様
- 19:05～ 報告と説明
- (1) 第2回会議内容の報告 事務局 佐々木 みずほ
- (2) 「地域」から見た地域包括ケア
全国コミュニティーライフサポートセンター (CLC) 理事 池田 昌弘 様
- 20:05～ 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」
- 20:45～ 全体討議
- 20:55～ 次回に向けて
- 21:00～ 閉会の挨拶 NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会 会長 蓬田 隆子 様

出席委員

	団体名	役職名	氏名	グループ
1	社団法人仙台市医師会	理事	福田 陽一	A
2	社団法人仙台市医師会	理事	菊地 亮	A
3	社団法人仙台歯科医師会	理事	駒井 伸也	A
4	仙台市地域包括支援センター連絡協議会	会長	折腹 実己子	A
5	社団法人仙台市薬剤師会		中里 壮志	A
6	宮城県病院協会	仙台市立病院医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー	西村 直哉	A
7	学識経験者	東北大学大学院歯学研究科 副研究科長・教授	小坂 健	A
8	社団法人仙台市医師会	理事	浅沼 孝和	B
9	社団法人仙台市薬剤師会	副会長	森川 昭正	B
10	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	伊澤 ひとみ	B
11	宮城県ケアマネジャー協会	副会長	草刈 拓	B
12	仙台市老人福祉施設協議会	研修委員会 副委員長	須藤 学	B
13	NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会	会長	蓬田 隆子	B
14	仙台介護サービスネットワーク	幹事	大場 幸子	B
15	社団法人仙台市医師会	副会長	青沼 清一	C
16	公益社団法人宮城県看護協会	太白訪問看護ステーション 所長	山崎 豊子	C
17	仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会 副委員長	菅野 朝子	C
18	宮城県老人保健施設連絡協議会	理事	中谷 俊彦	C
19	宮城県病院協会	東北大学病院 地域医療連携センター 看護師長	吉田 和子	C
20	学識経験者	東北大学大学院医学系研究科 講師	伊藤 道哉	C

オブザーバー

	団体名	役職名	氏名	グループ
1	宮城県 保健福祉部 医療整備課	主任主査	永田 靖和	A
2	仙台市健康福祉局 健康福祉部 障害者支援課	保健師	池田 絵里	C

Aグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
1	よく言われる下の顔、お互いの仕事がわかるとか、資源が見えるというのと同じだが、「相互理解の範囲」がある。「相互活用」があるのだと思う。「相互理解」だけではなくて、その時に活用しないと、相互理解だけではお互いに得意ジャンルを分け合って運動しないという空論ではないか。	症例検討会をやってしまうくらいの気持ちでやらないうけないのではないか。その検討会の中で交流会とかというのも同時進行していくことが、皆が顔を合わせるときに「どうも、どうも」となっていく一番いい、一つのやり方なのではないか。
2	会議も研修もいいのだけれども、もっと現場に降りてきてほしい。認知症の方にしても、行政に相談しても結局は包括やケアマネが四苦八苦して、どうにか送り込む先を探して、地域で解決するのはなく、どっかの施設にどっかお願いでという現状だ。「独居老人」「ゴミ屋敷」「良識のない人」にいう「人たを」で「地域で見えてしましよう」というのは、これはちょっと無理な話。そういったところも含めて、現状、現場で起きていることを行政には見えてほしい。	顔の見える付き合いというのは、「サービスマネジメント」を、それを通じて、コア、地域でも先ず「多職種間の連携」をもう少しタイトにしていったほうがいいかと思
3	前回の会議でもよっと大きい会議を作った方がいい」という意見も出ていたが、逆に、もっと会議は小さくていいのではないか。研修会などは大きい方がいいと思うが、地域で見ていく場合は、もう少し細かいところで見えていないとお互いの業種が見えない。その辺のところが大変なのではないか。	
4	ケアマネジャーも包括支援センターも地域資源をちゃんと自分で全部把握している。あえて言えば、介護事業関係以外の企業(有料老人ホーム、サ高住などの)情報は公的機関に入ってくる。そのような情報を常に刷新できるようにしてほしいのではないか。	地域毎に特化した体制を作っていくかなければならぬと思
5	地域包括支援センターは、今、非常に弱体化しています。地域会議にも毎回出ているが、だいたい2万5千人がいる。それを3-4人で動かしいる。これは無理。それを是非仙台市には強化してもらいたいと言っているが、「お金がない」と。民間丸投げである。もう少し行政が地域包括の薄いところをバックアップして、ある意味、行政が出なければいけない。	
6	会議の大きさは、中学校区で十分ではないか。その中でも顔の見える関係というのはなかなか作れない。医師会の問題でもあるが、医療側でさえも殆ど連携を取っていない。他の施設の方にも声はかけるが、彼らが出て行く場所がない。医療関係者が入れるシステムが今のところない。	一つのやり方をとる必要はない。みんなバラバラでいい。もう少し医療の方を巻き込んだ形で何とか作れないか。その特性の中で自分たちもやっていたい。
7	実際、医師も外来、往診、研修と物理的にも無理が来ている。そういうアップアップした中でなかなか余裕を持ってやれない。何とかカバールして欲しい。	できるだけそのような状況ではあるが、ケアマネジャーみたくな人をしっかつつけてほしい。医療と介護の構築しをできるだけスムーズにできるようにやってもいい。地域で各先生たちが自主に作ってほしい。行政には、それをバックアップしてもらいたい。
8	ケアマネジャーがいる機関があれば、相当進むと思うが、実際は難しいのではないかと、どうしたもんかと悩む。なかなか自発的にというのも難しい。	行政が中心となって、進めることで、ある程度形になってくるのではないか。
9	仙台市の中でも、二重支配(市と区)という構造がある。市の介護保険課と区役所の保健福祉センターとの温度差がある。仙台市の場合、現場まで降りてくる人が少なく、見てくれない。実際に、行政も人が足りないのが現状。	

Aグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
10		その地域出身の仙台市のOBの人がそのサポーターとして入っているというのはいい。市や行政とある程度何かしつ連絡が取れる、行政と顔が近づいていく方が、包括にいても方法が一つあると思う。
11	今、現在3包括、約6万人を一人で担当している。医師会の問題でもあるが、誰も地域の先生方が手を上げてくれない状況。手を上げてくれるのを待っていると医師は出てこない。	包括の地域の担当の先生(医師)を決めてもらって、学級委員だからということでも順番でもいいので、包括支援センターを担当してもらって、学級委員(のような医師)をやれば決めてもらったほうがいいか。医師会や果や市でそういうのをきっちり運んで言ってもらえないか。
12	メインのコーディネーターというよりは、医療のコーディネーターとして、きっちりやって言ってもらえないとそ	
13	今の現状としては、なんと言ってもマンパワーが圧倒的に不足している。つまり、あらゆる職種の中、行政も、何か行動を起こそうとしたときに、マンパワーとお金が。必要。ところが、そのパワーもお金も足りない。これが解決しないといくらこうおいていっても、何か現実にもうまいか。	地域でできるところをやっていくほかにないのではないかと。まずはやってみよう。やってみよう。早い者勝ちでやらせてほしい。ではないか。少し予算でもつけて。
14	認知症の方が増えていく中で、地域包括支援センターは大変だと思っている。	
15	仙台市、医師会も以前は在宅医療のいろいろなシンポジウムを開いていた。でも、そういうのをやらなくても、やる人はやる。やらない人はいくらそういう研修会とか会議やってもやらないうつという状況もある。	成功事例を検討する中で、そういうところの何がいいのかが、あるいはそういうリーダーとなる人はどういう人か、彼となる人やその方法などを学んで、底上げを図っていく。その中で、包括の中に行政が入ってくるとか、バックアップされているという感じがないと、また運ぶような仕掛けがないと、なかなか広がらないのではないかと。
16	使用している薬でこういう症状が起きるかもしれないという予測を薬剤師は本来提案できる。それが、あまり周知されていない。	薬剤師が使用薬により起こりうる症状について提案できることを様々な会に出て啓蒙する必要がある。
17	ケア会議は、民生委員も町内会長もみんな入っている。地域のそれぞれがセクショナルリーダーがわからないうつ。要するに医者なら誰が核になって、その地域をまとめているか、薬局なら、そういうのがはっきり肩をたくると連絡がきやすくなる。今は、各々の知っている範囲で声を掛け合っているだけ。	各々の地区のセクショナルリーダーを決めて、声を掛け合えるシステム構築。それによって、ケア会議に引っ張ってきやすくなる。
18	ケアマネジャーは、本来、自分の仕事を依頼するためには地域資源を一応把握している。ただ、リーダーというよりは、自分の仕事の頼みやすいところという流れが多い。	在宅ケア連絡会の仕組みを少し組み換えて、もう少しそういった連絡の共有しているのができるのではないかと。そういう素地はある。
19	今、在宅ケア連絡会は研修会だけになってしまっている。	
20		行政からは、コーディネーターの派遣などを行うことができるのかもれない。
21	行政の後方支援はやりにくいのではないかと。	

Aグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
22	症例のわかる単位となると、町内会の連合町内会(小学校区単位)或いはその全体、包括もカバーしている単位が一つの活動単位になってくるのではないかと 思う。その中で連携を持てる医療関係、介護関係の連携。そういったところの連携の単位にはない か。	連携の単位は、連合町内会単位などもあると思う。
23		地域包括支援センター以外のケアマネジャーの人たちも入れていくというところに参加して、いろんな情報を入れていくことは必要だと思う。
24	モデル事業は、国費などを使用している場合が多い が、実施方法は工夫のしようがあると思う。	
25	老健が対応する人の個別のケア会議、在宅復帰医と いうところの取組みを行うのは難しい。基本は、病院→ 老健の流れがある。 (在宅復帰は)病院が指導して、情報をうまく共有して老 健にまわすか、その情報量がどれだけ多いかがポイント になる。今は、紙一枚の情報のみ。	
26		あじさいネット(長崎県)の取組は宮城県とは違っていて いた。スマホやタブレットなどを使用した情報共有がで きていて、診療所⇨訪問看護⇨介護が密着している。地 域と大学病院も。
27	結局、仙台市内の基幹病院と呼ばれるところは、DPC だから、患者さんの機器の一部分しか見れない。実 際、病院のシステムとして。	
28	介護との連携で、入院時にケアマネジャーの情報を 出して退院時に退院調整をして、カンファレンスを行って という医療と介護の点数が保障されても、なかなか実 際されていない。	基幹病院のほうでも、病院全体がそういった退院調整 も含めた支援体制を足並みそろえて始めないと難しい のではないかと。
29		埴釜市立病院は、在宅医療も始めた。病院自体が在宅 をやっているから、そういうところに仕掛けてみては どうか。
30	医師会の泣き所は、なかなか在宅をやろうという先生 方を口説けないところ。特定の先生のところに 偏ってしまっ、ますますマンパワーが足りないとい うのが現実。	
31	モデルケースがどこの先生でもできるようなモデル ケースでなければいけない。誰でもやれるような...	本当は、そのためにも行政のバックアップがあるとい い。
32		医師会の中でも、若い先生方がもう少し動くように出来 ればいい。近くだけ往診している先生方がいるはず。 そういう先生方を巻き込むかというのが医師会として やらなければならないのと思う。
33	認知症サポート医の先生方はどこにいるのか？！	資源の情報開示

第2回 仙台医療介護連携の会グループ討議 2014.1.21(火)19:00~21:00開催

Bグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
1	地域ケア会議に歯科医師が行く機会がない。もともと集 まれるような工夫をするという事が必要ではないか。	
2	認知症サポート医の中に歯科医も携わられるような取組 みをしてもらいたい。	歯科はスクリーニングするところから。そこからどこに つなげばいいのかが(包括などに情報提供する)などが 必要。
3	歯科医が多職種の中に入って取り組めるように してもらいたい。	歯科医師会として、多職種連携に入れるシステムの構 築。
4	特別養護老人ホームでの看取り体制が不十分であ る。	生活情報を基に、看取りに至るまでのプロセスを何度 も家族と確認していくことが必要。先生にきちんとして いただく必要がある。丁寧に家族に繰り返し説明し ていくこと。
5		グループホームでは、特別養護老人ホームとは違い、 居室の性質を持っているため、看取りを行うまでの実 際プロセスの積み重ねは必要。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、施設で起こ る看取り場面のトラブルなどはない。
6	医師、訪問看護、施設職員等多職種が何回も繰り返 し回数を重ねて看取るまでの説明を行っていかないと は、家族も病院から脱却できない。	多職種協働による看取りまでのアプローチでトラブル は防げる。でも、最後は医師からの説明が必要。家族 の覚悟を決めてもらう。
7	ケアマネから医者に対して情報が足りない。	生活者として見ていかない、そこが共通認識を持って いかないと。いろんな情報が、医療は医療だけやればい い風になっ、生活者として見れないところがある ので、どんな情報であっても、例えば、認知症の人 などこだわりのバックグラウンドなどそういうのを全部 ひっくるめて先生に情報提供していく。
8	家族は、土日対応することが多いので、できたらやっぱ 地域包括と居宅介護支援事業は土日対応できるよう なそういう仕組みが必要だと思う。	家族を支援する側として、ケアマネと包括が土日対応 できる仕組みが出来ないか。
9	地域包括支援センターが今の体制で24時間365日対 応するというのはどう考えても無理ではないか。	地域包括支援センターがしなければならぬこと、他 の人でも出来ることの仕分けを役割分担が必 要ではないか。
10		地域で見守れるようなシステムの構築。例えば、サー ビスと見守りをつなげることはできるのではないかと(配 食サービス+見守り、郵便配達+包括...)
11	見守りは、地域によってバラつきがある。民生委員だけ ではなく、あるいは包括だけではなく、皆でその方を見 守る。あまりしつこくなく程よい加減で、緩やかに見守 れるような仕組みがないか。	地域での見守りは、あまりしつこくなく程よい加減で緩 やかに見守る。
12		①地域支援マップを通じて地域のいろんな人たちが集 まって、知識を寄せあえるということを通してネットワー クの形成を図っていく。 ②認知症の人の徘徊ネットワークの模擬訓練に至るま であったりとか、一つ柱を立てて皆が参加できるものを、 且つ業主導ではなく(進まない)、ただ、きつかけ は行政が作ってもらわないと皆が集まらない。

Bグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
13		皆が主体的に取り組んでいけるような、そういう活動まで持っていきけるように行政にはサポートしてもらいたい。行政は、柱と場の提供をしてもらいたい。
14	老々とか独居などは情報収集が出来ない。サービス(資源)に結びつかない	80歳以上の人は仙台市でスクリーニングして、本当にお元気ですかみたいに行っているようなシステムがないと、これからの高齢化に対応できないのではないかと。

Cグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
1	障書の分野などを知らなかった。情報が得られる場があればいいと思った。	
2	個別ケースを様々な形で支援していく中で、自ずとつながっていくと思う。そこで、顔の見える関係性が出来ていけば、別のケースにも対応できる。ネットワークを再構築して、活かして支援していく体制ができるんじゃないか。	
3	社会資源として不足しているようなものについては、やっぱりどこかで開発する必要がある。或いは呼び込むとか、地域を広げるとか、そういった事をしながら、一人ひとりの地域生活を支えていくという体制がとも求められていることではないかと思えます。	
4		社会資源を皆が認識できる人と、それが研修会のように学習していくこと、使えないところなどは支援を得て出て行くなど、そういうところを埋めていくようなものを大きいところであつなげていくことができないか。
5	認知症の早期発見(MCIのうちから)と支援体制の確立は足りない。	認知症の早期発見については、市民への啓発がまだ足りない。
6	地域では、早期発見のために一番近くで接している人が早く気づくというのが、次につながる効果的なことだと思う。そこで、地域包括支援センターが普及啓発するときは、地域住民の単位を小さくしたり、サロンの中でやったり、当事者の高齢者に対して伝えたりなどしている。それから、アセスメントシートを使っての具体的な働きかけなどをしていく。	
7	認知症の高齢者に対して、医療機関(病院を想定)が出来ることは何か。認知症に関する研修のご案内だけでは(病院医師には)響かない。	
8		薬剤師会の事業の中で、今年度、薬の中止などがある人のリハビリを早く主治医に伝えるというような研修会を始めた。
9	認知症対策は、単に包括支援センターにいる、いわゆる専門職種だけではなく、地域の町内会まで入れた取り組みをしないと認知症対策は、難しい。	
10	認知症初期集中支援チーム(モデル事業)の現状:3包括で実施 ①包括への相談者の半数(50%)は家族 ②1/4(25%)が地域関係者、民生委員・町内会関係者25%、事業所関係者25%	
11	民生委員を中心として、訪問はできなくても、その人の状況を遠くから見守るという体制は出来ている。訪問できない方で医療に継げることができない方などは、モデル事業等を使って訪問するなど今、取り組んでいる。	

Cグループ

	出てきた意見	解決の手がかり
12		認知症は、その手前のMCIの段階で見つけなければならぬ。家で済むという、その段階まで啓発できればいいと思う。
13		認知症のにならなための予防の段階に市民は興味があり、講話の依頼もそのようなことが多い。
14		障害の分野の施策等の啓発を広めていく。高齢者とあわせてケアマネジメントできるようにしていきたいという。まずは関係者から...
15	医師に、障害者の施策等を教えていくことは難しい、あんな程度コーディネートできるような方がいい方いいんじゃないか。	
16	複合症例について、そのときは学ばなければ、それを事前に学んでおくというのは難しいことではないか。	
17		障害がある人が受診したとき、困ったときに、誰に相談すればいいのかわかることが必要。それでいいのではないか。
18	障害については、今は、区役所で一定程度受け止めて、交通整理して、対応するというものを導き出せばいいのだけれども、なかなか既存の制度では、どうにもならない部分もどうしてもあったりする。	
19	一つのコースを作れば、他のこともそれに付随して、ここは違う、こうやればいいとか、そんな肉付きで対応できるんじゃないか。何か、一つのコースを作ってしまうのが大事じゃないか。	何か、一つのコースを作ってモデルを作っていく。
20	認知症は、段階を上げたステージ作りが必要。「病院に入院したとき」「病院から退院するとき」「ショートステイでの受け入れ段階」「更に生活できるような回復段階」など、そのように、認知症の方がどのステージでも支援できるような体制をどう作るかというのは、今、現場として必要なことだと思う。	認知症の方をどのステージでも支援できるような体制を作る。
21	老健には、認知症の長期入所が多い。	

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」として施設(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！そこから継ぐレールが必要！

病院も、ケア会議を開催するので、皆さん勉強になります！来てくださーい！

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！)

担当者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！

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、生活情報をもらいたい！(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)

《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)
- ・診療所一訪問看護ー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みで必要なこと》

- ・24時間対応可能か(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みの公表(運動、口腔、栄養等))

- 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

行政は、「柱と場の提供」のための音頭をとってほしい！
コーディネートしてほしい！
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いけない！

認知症のMCI段階の市民向け広報がこれからは必要！

コミュニティの形成

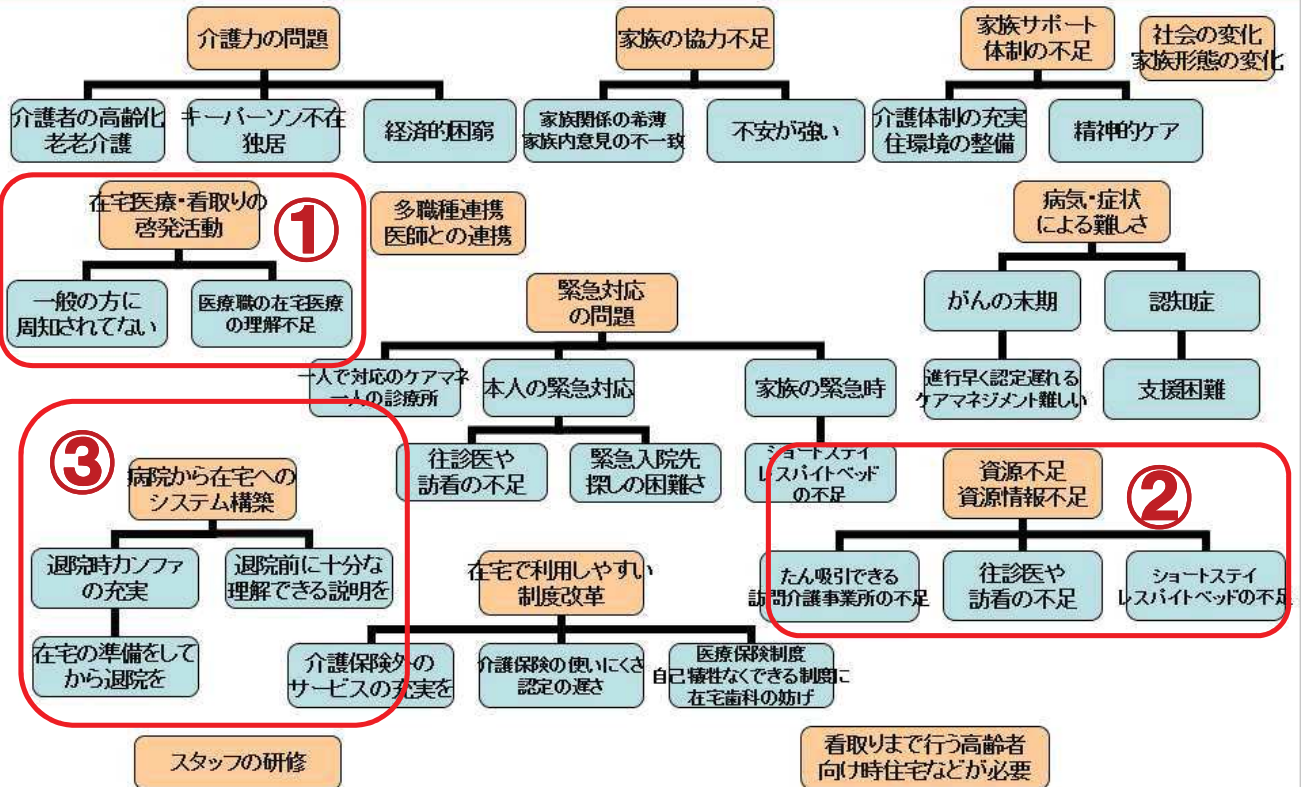
80歳以上の人など、お元気ですか？を把握できるシステムがほしい！

背景因子で考えると...

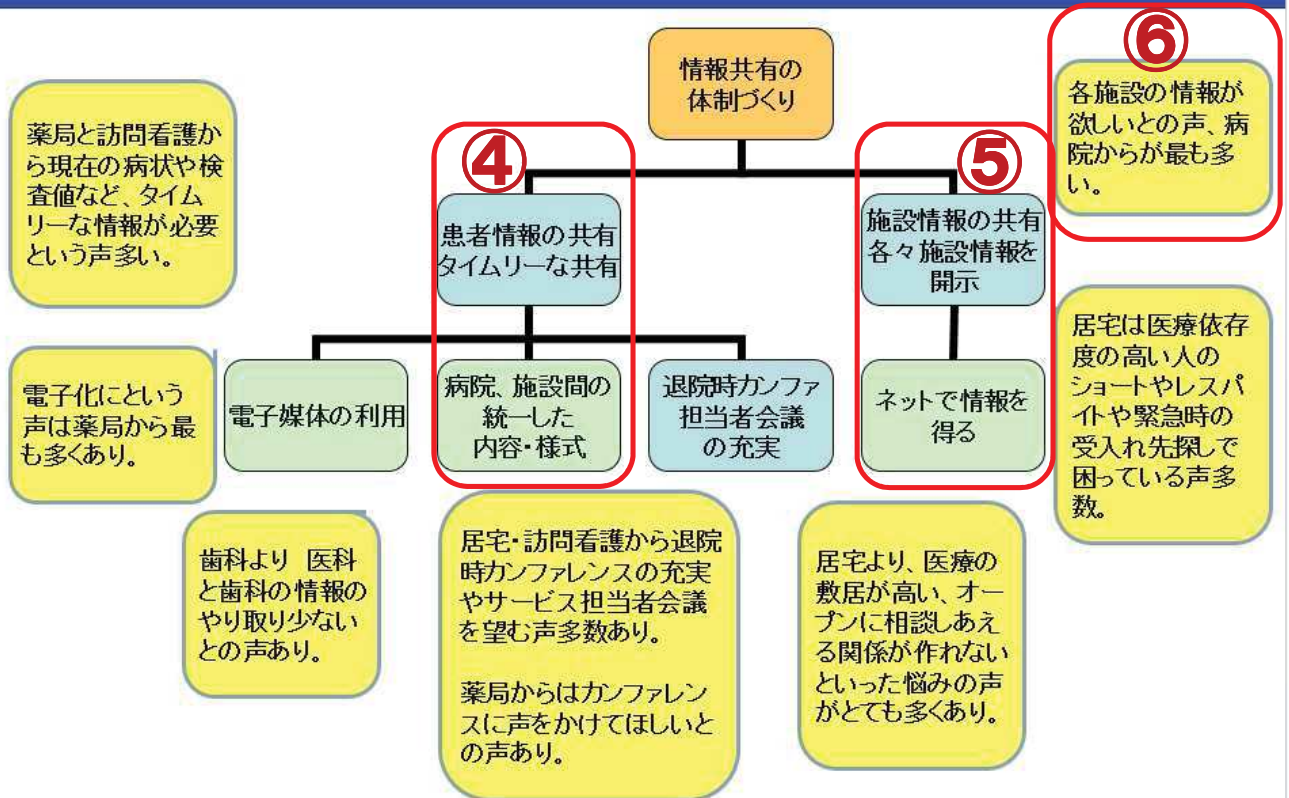
- ①独居
- ②家族が疲弊している
- ③地域の人が受け入れられない(良識のない人、ゴミ屋敷の人)

こういう人は、地域で見守るのも大変です！

在宅で最期まで過ごしたいという方の 希望を叶えるための課題



他施設・多職種連携のための 施設情報・患者情報共有の課題



地域からみた地域包括ケア

～全国の実践事例を踏まえて～

2014.03.25

特定非営利活動法人 全国コミュニティライフサポートセンター(CLIC)
 東北関東大震災・共同支援ネットワーク
 池田 昌弘

1. こんな声を聞いていますか？

○被災地で聞かれる声

震災後「ありがとう」という言うことが増えた！
 震災後「ありがとう」と言われることが減った！
 「私たちも『ありがとう』と言われたい！」

○女性たちからよく聞かされる声

私たち仲良い3人組みで暮らそうって話しているの

○男性たちが集っている場所

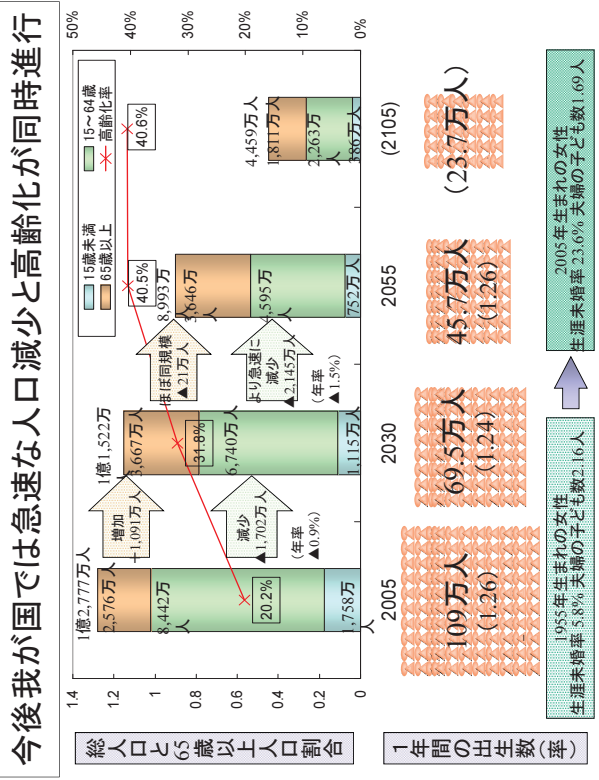
いくつになっても「秘密基地」「場末の居酒屋」が気楽でいい

○サロンやカフェを訪ねて聞く声

ここは楽しい！サロンの日を毎日指折り待っているのよ
 あそこはつまらないよ。でも、仕方なく行っているの……

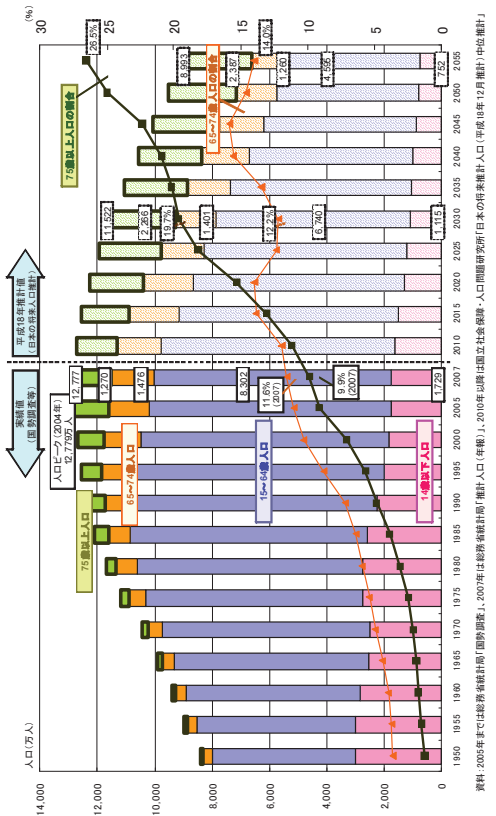
2. 最近、私に気がなっていること

- ・ 少子高齢化、人口減少社会
- ・ 肩車型社会
- ・ 単身世帯の増加
- ・ 無縁社会、格差社会



人口の将来推計

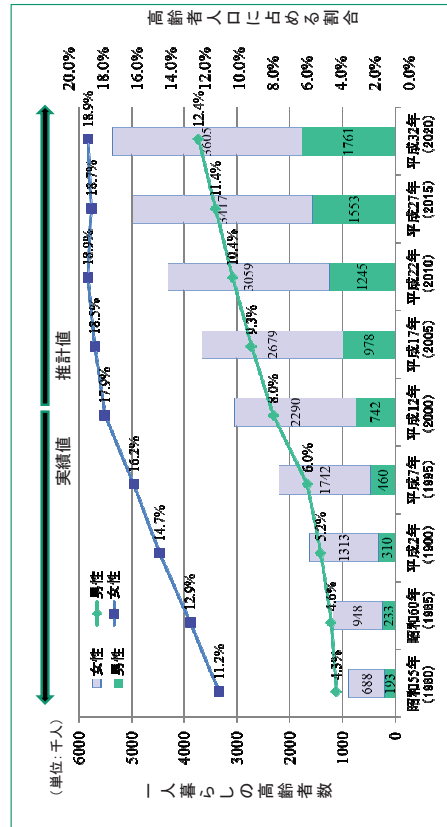
○ 我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



5

一人暮らし高齢者数の推移

○ 「一人暮らし高齢者数」は、男性・女性ともに増え続けている。
 ○ 「一人暮らし高齢者数」の増加は、高齢者人口の増加率を上回っている。

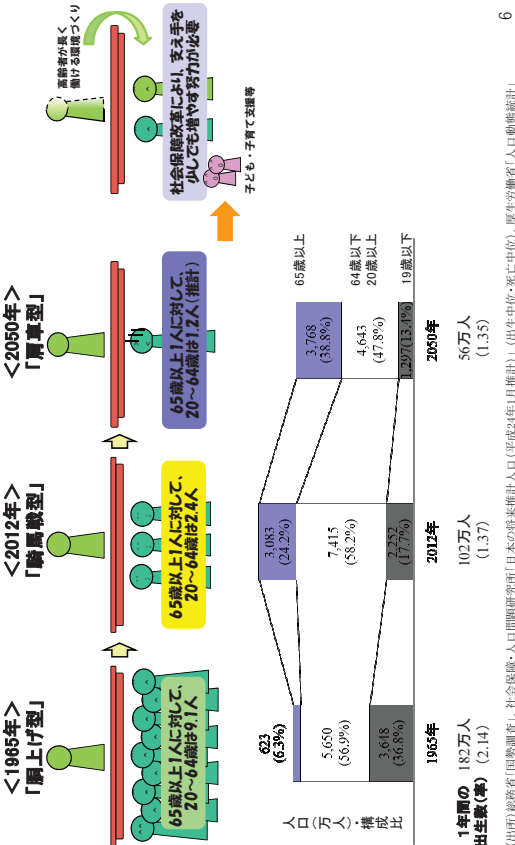


7

「肩車型」社会へ

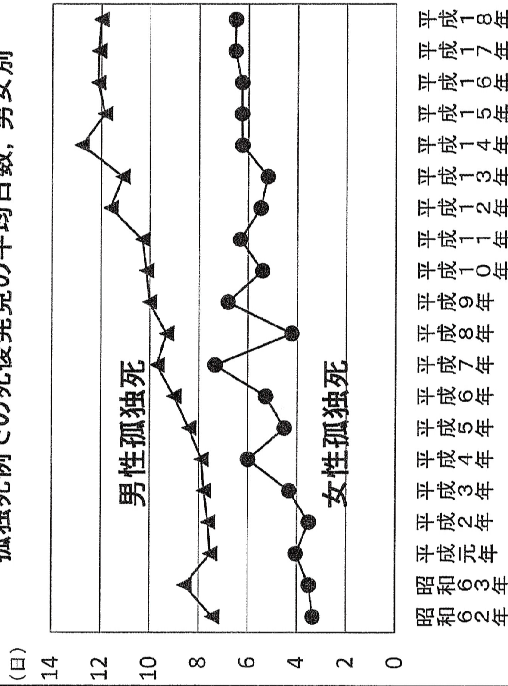
今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。

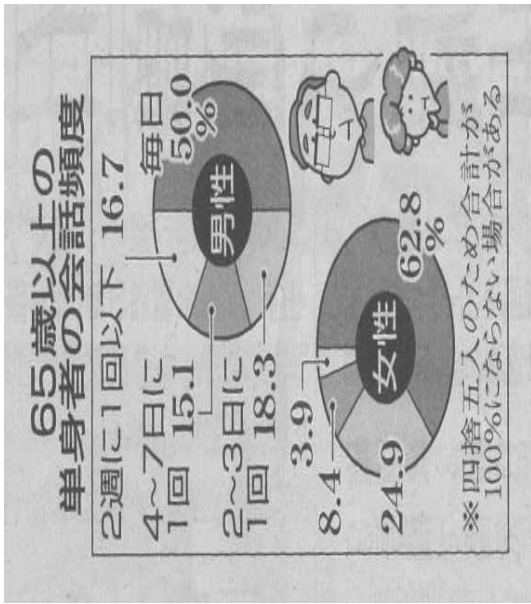
6. 労働力率



6

孤独死例での死後発見の平均日数, 男女別





※河北新報 2013年7月25日(木)掲載
国立社会保障・人口問題研究所による2012年7月の調査結果

3. 私の特養で働いた時に、感じたこと

- ・「生活施設」と言うけれど???「地域社会」とは違う・・・
「地域社会」の暮らしに近づきたい
- ・告別式のお見送りが10人・・・、それでいいのだろうか
- ・遠方の息子・娘に「呼び寄せられる」のも悪くはないが、
息子・娘の家の近くの事業所や施設に入居するのであれば、
見知った顔や風景のある住み慣れた地域で、
最期まで暮らせるようにできないか
- ・家族、友人・知人、ご近所などの支え合いがあって暮らせて
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
- ・特養に入居しても、地域のつながりを切らない支援は
できないか

○「施設って、おかしなところ？」という疑問からの出発1

	何か違うような気がする	立ち止まって考えてみようよ
1	特養は、生活施設である	⇒・・・
2	職員は皆ジャージ姿or制服	⇒ジャージ禁止
3	「起床～就寝」の日課がある	⇒一人ひとりの暮らしに
4	個別ケアOK、特別扱いNO	⇒不公平等？不公平？
5	必要な時間に少ない職員	⇒必要な時間に職員を
6	一月分の献立がある	⇒献立は一月後に完成
7	利用者と職員の食事は別	⇒食事は一緒に楽しく
8	準備や後片付けの必要ない	⇒いままでしていたのに
9	したくないという自由はない	⇒NOと言ってもいい
10	家族に厳しい眼差し	⇒家族を支えること重要

2

(4)第3回 社会福祉施設職員の労働環境

	何か違うような気がする	立ち止まって考えてみようよ
1	一人になれる時と場がない	⇒自分の居場所が必要
2	利用者・職員全員と仲良く	⇒好き嫌い、相性もある
3	名前がわかるように名札を	⇒家では名札を付けない
4	伝達は館内放送	⇒管内放送の禁止
5	訪ねて来る友人がいない	⇒友人はなぜ来ない？
6	自分の用事ででかけない	⇒用事はどこへ行った？
7	外出は施設カットで化粧なし	⇒時と場に応じた身なり
8	施設内完結イベントが好き	⇒地域には様々な祭りが
9	制度内のことしか応えない	⇒必要な支援を試みる
10	施設に組織はなじまない	⇒理念共有と権限委譲

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づき

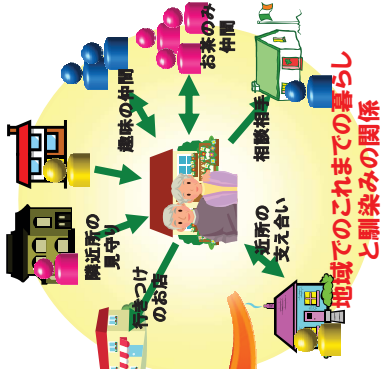
特養

老健

病院

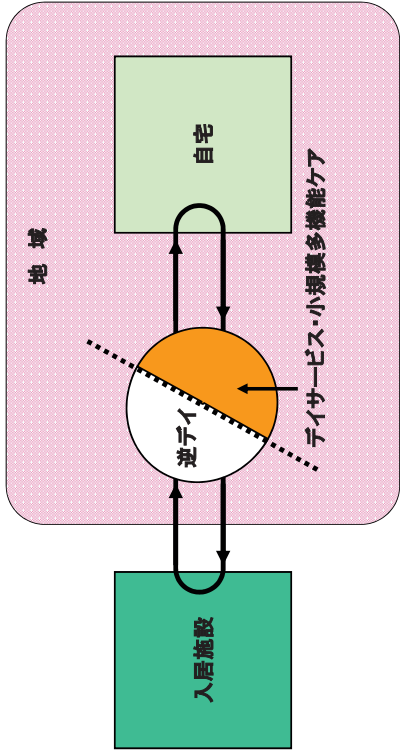
馴染みの関係から

遠ざかっていく！！



6. 論議資料

「入居施設の在宅支援施設化」への発展1

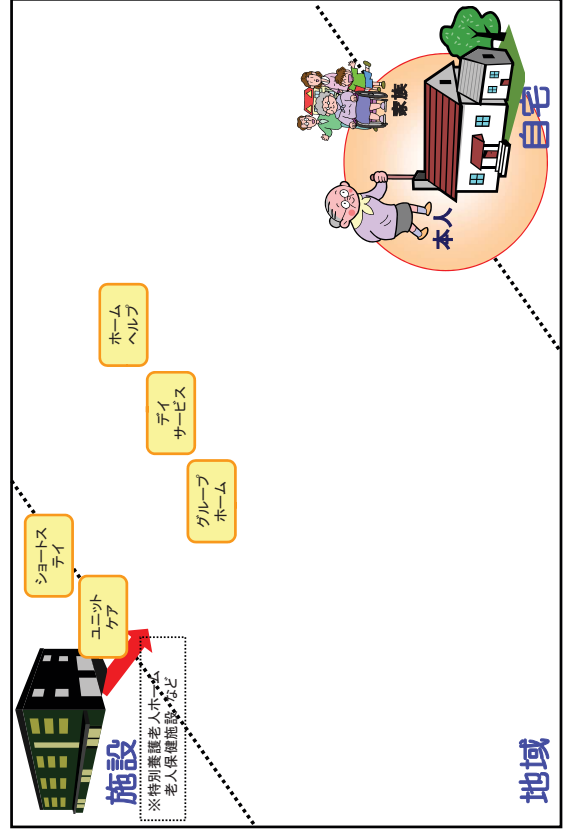


※地域にとどまる仕組みは制度化された一方、入居施設から地域に向かう仕組みが制度化されていない

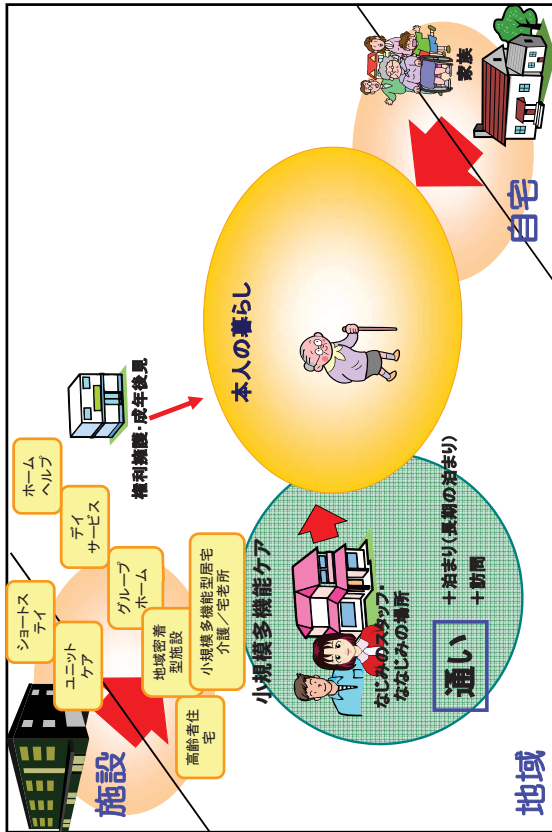
4. この10年、特に気になること

- ・ 制度サービスが充実してきた反面、地域支え合いが成り立たなくなってきたのではないかと
- ・ 地域社会から高齢者を制度サービスを引抜き出す力が大きくなりすぎている分だけ、地域社会で住民同士が支え合って過ごせるような支援(制度)が必要

「自宅か、遠く離れた施設か」の二者択一だった時代



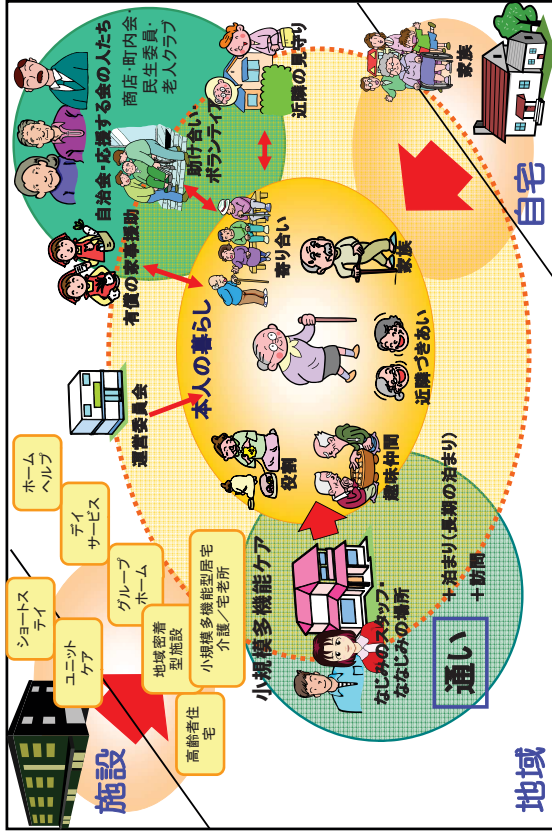
「気がつけば、制度は整ったけれど・・・」



提案：友人やご近所との関係を切らない
「ちよっとした工夫」はできないものか？

1. ケアマネジャーが、友人やご近所に声をかける
2. デイサービス等のスタッフが、友人やご近所に声をかける
3. 専門職のほか、民生委員や町内会長等の地域住民とも相談し、声掛けの仕組みを模索する
4. 地域社会でのつながりを深め、住民の行うサロンや見守りと、介護保険サービスとの連動が図れるよう、地域住民と専門職とのつながりも築く必要がある

「自宅と施設を歩き来し、地域みんなで、24時間365日を支え合う」



5. 全国の「地域支え合い」の実践に学ぶ

- ① 三原さん家(福岡県久留米市安武町)
◇一人暮らしのお宅に障害者が下宿⇒地域の集いの場に【資料有】
- ② 地域食堂(北海道釧路市弥生)
◇週1の会食の場が、新たな出会いの場
- ③ ボランティアグループ沖代すずめ(大分県中津市沖代小学校区)
(人口7,951人、世帯数3,232 高齢化率15.5%)【資料有】
- ④ ボランティアグループすずの会【DVD3:08+0:40】
(神奈川県川崎市宮前区野川中学校区)
(人口28,346人、世帯数11,775 高齢化率20.46%)【資料有】
- ⑤ ふれあい鹿塩の家(兵庫県宝塚市鹿塩地域)
(人口3,165人 世帯数1,391)【資料有】
- ⑥ 福祉なんでも相談窓口、豊中市社会福祉協議会、豊中市
(人口392,366人、世帯数169,557、高齢化率22.7%、41校区福祉委員会)
- ⑦ 仮設住宅から災害公営住宅への転居
◇足尾・夕張・歌志内の被災住宅、阪神・淡路大震災の災害公営住宅

疑問1:「ボランティアなどの住民を、社会資源として活用する」は、【地域包括ケア】の本旨なの？

1. 制度や専門職の動きを「フォーマル」、制度に則らない自主の取り組みや資格や経験のない非専門職の動きは「インフォーマル」と呼んでいる。
2. 本人や家族という当事者、それに友人などご近所を加えた地域社会が、暮らしや支え合いの主体である。
3. その主体者である本人や家族、住民が、その地域の専門職（プロ）といえると思うが、「福祉の専門職が、地域社会を社会資源として活用する」って、そうなのだろうか？
4. 地域社会の「専門職(?)」である地域住民は、連携・協働するパートナーではないのか？

疑問2: 課題解決のための制度がないのなら、自ら起こさねば、課題を増幅させてしまう！

1. 「制度化」は、一言でいえば、「無認可」「無届け」の 先駆的・開拓的な試みによる実証実験の結果を、有効と認め、それを普遍化し普及することになったもの(たとえば、認知症のグループホームやユニットケア、小規模多機能型居宅介護などが、それにあたる)
2. 悪徳事業者や専門職の「指定取り消し」や「資格はく奪」の一方で、現場から現行制度を超える課題解決策の創造力まで奪い取っているように思う
3. 良心的な専門職をバーアウトさせないためにも、現場を信じ、それをバックアップする仕組みが、財源も人材も確保が厳しいこれからの時代には必要(熊本県や高知県、鳥取県などでは、国の制度だけでは狭間が生まれてしまうので、狭間ができないように、県の単独補助事業として地域福祉施策を留意している)

6. 地域社会における新たな課題には解決のための新たな仕組みも考える

- ・ 地域の支え合う力を、改めて高めることが喫緊の課題
- ・ 地域住民でできることは、専門職に任せきりにせず、住民でできることを仕事化していくことも求められている
- ・ 当事者である要援護者でも、できることはしたいという気持ちもあり、その気持ちを活かす新しい仕組みが必要

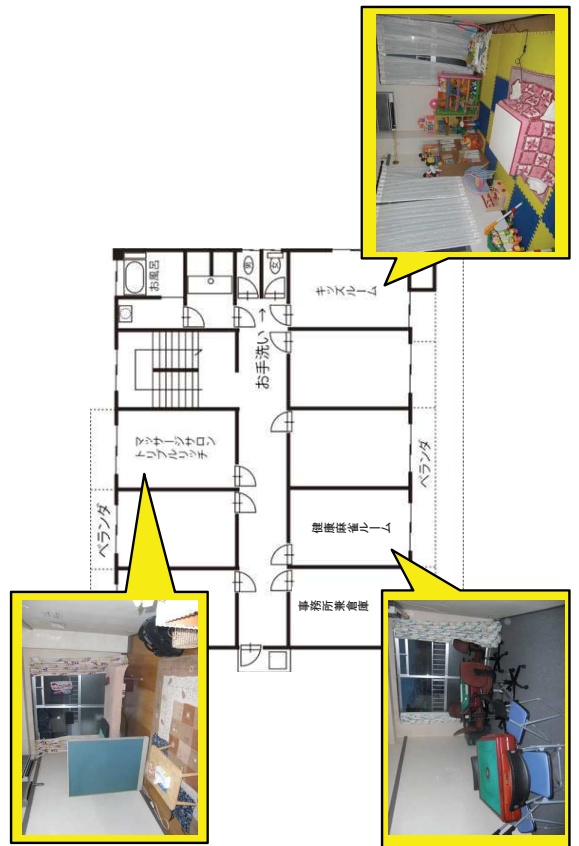
国見・千代田のより処 ひなたたぼっこ



目的・機能

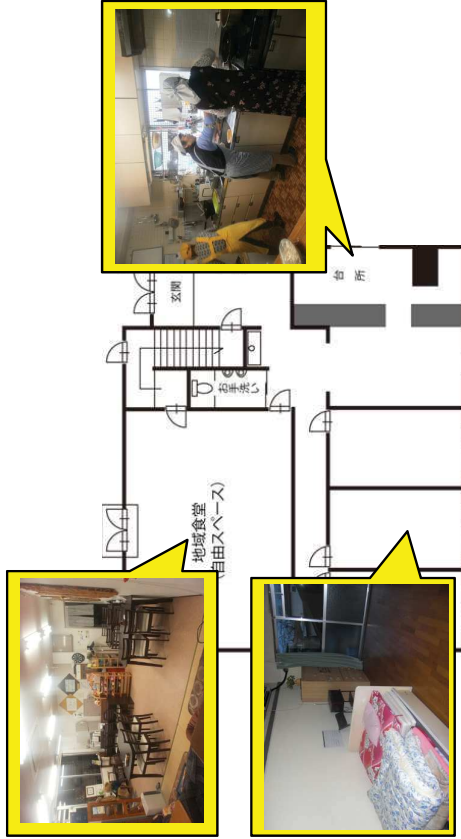
- 誰もが、自分らしく、住み慣れた地域で最期まで、暮らし続けられるよう、
 - ① 住民相互のつながりを深める「場」をつくる支援
 - ② 地域で暮らし続けるために必要な支援
(泊まり合っ場の提供などの「軽装備」を想定していたが、実際に始まってみると社会的な孤立、制度の狭間の対応に終始。医療度は高い)
 - ③ 働くことや役割(生きがい仕事)づくりの支援
- 特に、住民相互の支え合いと専門機関や事業所などの専門職、必要に応じて行政とも、協働・連携を図ることで、課題を解決する地域ケアの仕組みづくりを目指す。

ひなたぼっこ 見取り図 2階

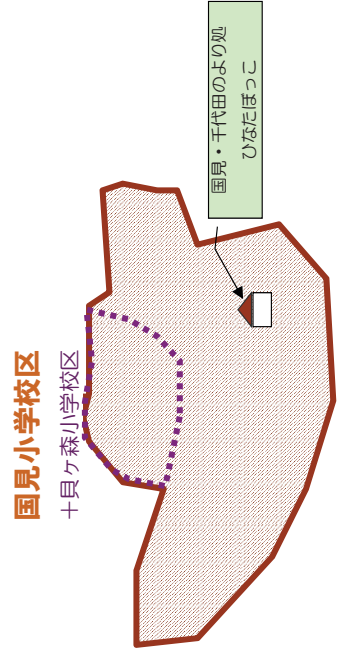


ひなたぼっこ 見取り図 1階

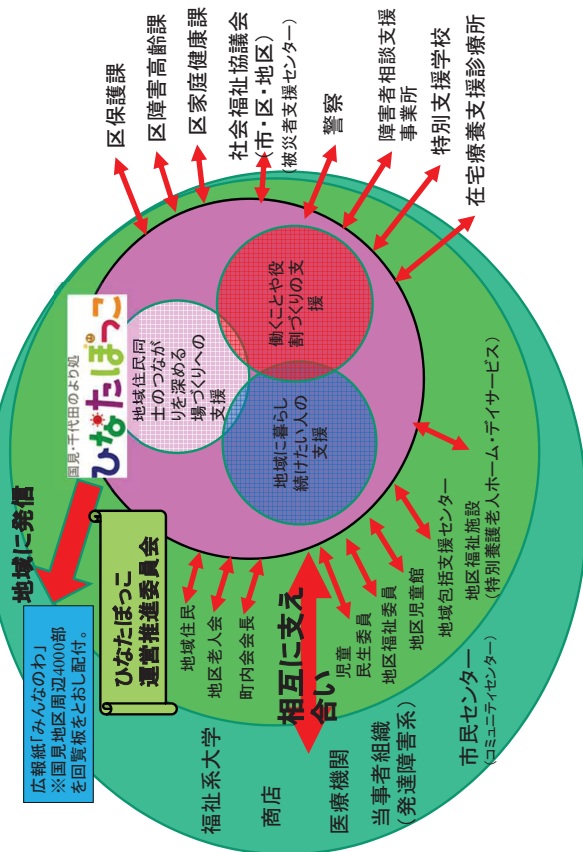
- 以前は下宿と飲食店だった建物を改装。
- 3階建ての建物の1階と2階を使用。



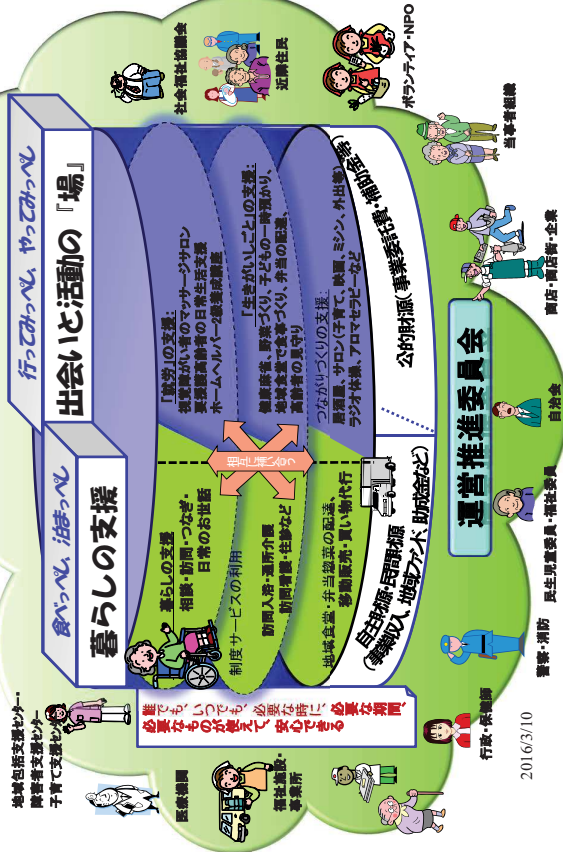
「国見・千代田のより処ひなたぼっこ」の活動範囲 (国見小学校区+貝ヶ森小学校区)



活動を通じてつながった連携先



ひなたぼっこ・あがらいいの機能



(4) 第3回仙台医療介護連携の会資料

第3回仙台医療介護連携の会 事後アンケート結果

団体名	今回の会議で話しきれなかったことをご記入ください。	本日参加して感じたことをご記入ください。
社団法人仙台市医師会	看取り	「地域包括ケア」は具体的に何をするのか？できるのか？が問題。
社団法人仙台市医師会		互いに感じていることをより深化できたと思います。会を重ねた結果だと感じています。顔の見える関係が広がったようです。池田さんの話も大変良かったと思います。
社団法人仙台市医師会	遅れて会に出席、又、今回が初めての出席でしたため、聞き役に徹しました。皆さん各々の仕事に追われ、中々、相談、連携する時間がとれない状況だと思います。何とかそれを克服する方法を得たいものだと思います。	皆さん活発に意見を出しあっているの、いづれ実りある結果が得られるような予感がしました。
社団法人仙台市歯科医師会		各地区の地域包括の集りへの歯科医師参加状況を把握していないことがわかり、会として対応する必要性を感じた。
社団法人仙台市薬剤師会	皆様の意見をまとめ切れませんでした。	多くの意見が出ると共に、各職種の壁が少しずつ取り払われてきた感はあるが、やや堂々巡りになってきている。池田氏の講演は大変参考になった。医療を担うものとして改めて考えさせられました。
公益社団法人宮城県看護協会	最期をどこで誰に看取られたいかというテーマに、最近の市民の関心が高まっていると感じています。市民がそのようなテーマで相談しあったり、学んだりする人や場を望んでいるということに対して、具体的に身近な地域にそのようなシステム作りをしていくことができればと思いました。来年度は地域毎に市民向けの研修会等できるよう、専門職はより連携していく必要性を感じました。	公的なサービスが、その人の持っている力をそいでいることに改めて気づかされました。私たちが市民から学び、市民のもっている力を利用することこそ、ひとりひとりが役立っているという満足感、生きがいとなるのだと感じました。そのような市民のパワーを引き出せるようにしていきたいと思いました。
仙台市地域包括支援センター連絡協議会	各委員が住んでいる地域や働いている病院・事業所の地域の情報交換が十分にできなかったと思います。委員が地域をどのように捉えているか、どのように関わっているかが大切ではないかと思います。	1. について、具体の部分を踏まえないでの話し合いは空論かもしれない。
仙台市老人福祉施設協議会	「地域からみた地域包括ケア」池田先生のお話を聞いて、利用者が今まで付き合ってきた友人等のつながりが大切だと思った。施設のこれからの様々なケアについて、検討していきたい。	やはり、実践されている地域の話を聞くことができれば、沢山の問題の糸口を見出すことができるのではないかと考えた。
宮城県老人保健施設連絡協議会	もう少し、社会全体の中で死について一定の認識が必要と思われる。	当グループは介護では介護の原点はどこにあるか。医療・福祉関係の中で仕組ができていない。
NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会		事前にポイントを絞った資料があったので分かり易かった。少し実践向けて方向性が見えてきたのではと思います。
仙台介護サービスネットワーク	地域で生活をしていくためには、地域の特に町内会の受け入れ(理解)が必要、認知症で一人暮らしだからと施設にといわれる人も多いです。地域の方の認知症の理解(勉強会、研修会)をして頂く。	
東北大学病院地域医療連携センター	在宅での看取りとしていた患者さんが、救急車で来院することが多くあります。患者・家族の教育の必要性を感じています。	住民と医師との顔の見える関係づくりが早くできればいいと思います。また、住民も「死について考えていく」教育が必要だと思います。
仙台市立病院地域医療連携課医療福祉相談室		地域の中で支えあう仕組みを作っていくうえで、住民の力(強みを活かし、弱みを補い合う)をつけていき、制度活用や専門職が協働して行う(専門職が貢献できることを提示)ことがよりいっそう大切だと思いました。地域視点のコーディネーターの養成(社会福祉士の活用)も必須であると感じました。

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

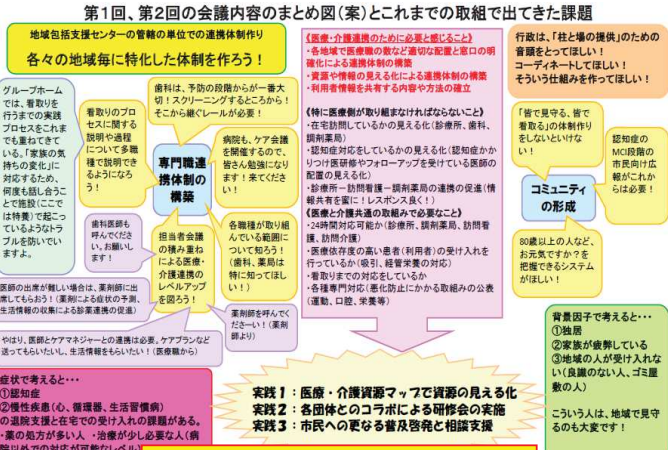
【グループ討議】テーマ「これまでの話し合いと情報提供を受けて改めて私たちが取り組むべきことについて具体案を決める」

【地域からみた地域包括ケアとは】(一部抜粋)

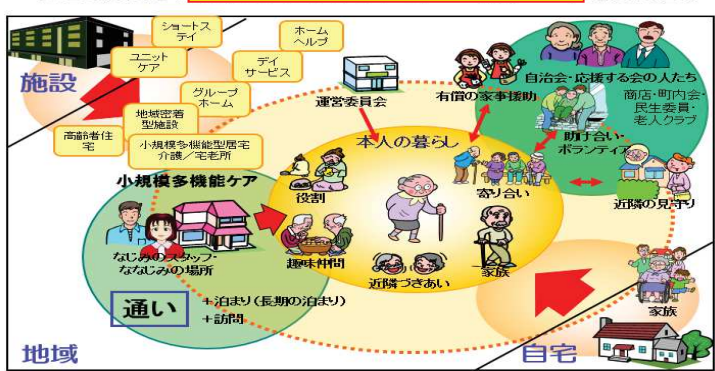
●特養は「生活施設」とは言うけれど?? 「地域社会」とは違う。家族、友人、知人、ご近所などの支え合いがあって暮らせていたのに、専門職に結びつくとなぜ、制度サービスだけで解決しようとするのか。ちょっとした工夫で解決できる!!



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いる分だけ、地域社会で住民同士が支え合っているような支援(制度)が必要!



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	Bグループ	Cグループ
<p>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ないはず。</p>	<p>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。</p>	<p>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「孤独死しそうな人は誰だろうか」のように話し合っていける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。</p>
<p>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。</p>	<p>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って、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。</p>	<p>「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)</p>
<p>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。</p>	<p>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行けないだろう。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。</p>	<p>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。</p>

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



「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」

