

ワークショップ「医療、介護、市民のそれぞれの立場で地域でのケアを考える」

と き：2013年3月10日(日)15～18時

ところ：名古屋大学医学部鶴友会館

問 題 提 起

① これからのヘルスケアシステムのあり方(伴信太郎理事長)

ICT（情報通信技術）革命が医療の透明化、情報共有化を進め、ケアシステム活性化の可能性が出てきた。つまり、医師中心から多中心的協働作業への可能性である。また高齢化、特に他に例を見ない超高齢化が名古屋など都市部を襲う。どう対応すべきか。多職種チーム医療＝専門職の増加があるが、養成が別々に行われており、現場でのチームマネジメントが課題になる。高齢化も見据えると、多職種連携(interprofessional)から地域に出て行って、ヘルスケア専門職以外の住民をも巻き込んだ(transprofessional な)地域連携が必要となる。民生委員など地域の手も必要ということだ。今は高度先端医療機関と地域医療のバランスの悪さ、ギャップが際立っている。保健・医療・福祉・介護・生活支援を繋ぎ、個人や家族を巻き込んだヘルスケアシステムを考えたい。

② コミュニティ中心の医療を考える(中日新聞 安藤明夫編集委員)

東日本大震災から2年が経過した。特に福島取材して感じるのはコミュニティの崩壊である。多くの医師、教師が無力感を訴える。複合的な問題があり、難しい状況の中で適切なケアを行なえる人材を育てていかなければならない。超高齢社会と通じるものがある。

40年後の名古屋は高齢化率が40%になる。超高齢社会の問題は、実は都市部での問題なのである。どう対応していくか。キーワードとして以下を考えたい。

多職種連携：いろいろな視点を持つこと

認知症の啓発：住民意識を高めていくこと

家庭医療：医療・看護・薬学その他が協働して当たることーアルコール依存症なども

ボランティア・スピリット：高齢者シェアハウス「ななみの家」を立ち上げた看護師らの実践

③ 質と効率を担保するために(笑顔のおうちクリニック 杉浦立尚院長)

看取りなど在宅医療の必要性がどんどん高まっている。その背景には「機能分化と連携」があり、医療を地域に移していく大きな流れがある。年間死亡者数は現在の126万人から160～170万人に増えていく。どうやってケアしていくべきなのか。

※「笑顔のおうちクリニック」では関東・東海で330人の患者さんを診ている。

在宅医療は病院以上に多職種が関わりチームをなしている。治療から生活まで療養生活の全てを考えていかなければならない。そのためには、社会システムの整備が必要となる。例えば「つばめタクシー」ではドライバーにヘルパー資格を取らせて、24時間対応し、安心を担保しようとしている。

医療職以外も巻き込んだチームは、人を中心とするアナログを基本としながら、チームでのカルテ情報共有等、ICTの活用により、ケアの質を高めることが可能となっている。海外に目を向けると、エストニアでは全国民の94%を網羅するIDナンバー制があり、健康情報もクラウド化されている。日本で導入するためには、セキュリティを厳格化しなければならないという壁はあるも、可能性は広がる。

「笑顔のおうちクリニック」では、暗号化されたチャットをIPADで使用し、多職種を結んでいる。そこでは、現場でコミュニケーションする感覚で情報共有ができる。電子カルテを繋ぐだけでは効果が薄く、コミュニケーションツールを融合させることでICTが活きてくる。



ワークショップ

グループ A

薬剤師メンバーが複数いたので、服薬管理を例に考えた。家に行かないと分からない、紙の記録ではわからない、誰も把握していないといった状態。どうするか？患者さんに一番近い存在であるヘルパーの活用、報酬上の問題をどうするか、お薬手帳が役立っていない…これらの問題・課題も考えたい。

例えば1人1冊の健康管理ノートにタブレット活用で情報一元化を図ることなどが有望ではないか。そのためには家族や行政も巻き込んでいかなければならない。ヘルパーがキーパーソンになるかもしれない。既存資源として地域包括支援センターの相談機能をもっと活用していくこともあるだろう。

グループ B

プライマリ・ケアって何だろう。誰が情報をまとめているのだろうか。情報を集めて関係各所に流していく仕組みがないのが現状ではないか。

地域でケアすることを考える時、情報共有が問題と課題になる。患者さんに関する情報については、一定の基準がなく、個々人が誰に伝達すれば良いかを個人的な判断で決めたりする現実がある。ICTが情報共有の可能性を大きく広げた。ルールを作ってICT活用に取り組みれば大きな効果が期待できるのではないだろうか。

グループ C

地域ケアのシステムはいろいろあるが、残念ながら実態がない。各職種がバラバラに動いて全体に横串を入れる機能がないためだ。ケアマネージャーも看護師や相談員などバックグラウンドが違えば、コーディネートの方角も異なってくる。

どうしてこうなるのだろうか。何よりも交流の場がないからだと考える。多職種と市民の交流。肩書きを外してコミュニケーションを図るところからはじめるべきではないか。ただ、交流することに興味のない人々をどう引き込んでいくか、が大きな問題・課題だ。

「地域リーダー研修」などの仕組みがあるのだが機能していない。

グループ D

本当のチームを作るためには何が必要だろうか。

一つには他職種のことを知ってますか？ということがあり、二つ目には医師にアプローチする際の「敷居」の高さをどうしますか？ということがある。

各職種を統合したカンファレンスが必要であり、他職種への尊敬、専門性を持った仕事を通じてチームが作られていくのではないか。まずは飲みニケーション的な集まりから、で良いと思う。

ICTは使える。チャットによる共有などお互いを知る(見える化)につながる。患者さんにとっては、例えば、来る人来る人が同じ質問をすることから来る不安、これをICTによる情報共有で解消することができる。

そしてケアに対する患者・家族の「納得感」を考えること。説明＋セルフケア支援で実現していけないか。



まとめのセッション(コーディネータ 安藤氏)

グループ A との質疑

問：在宅で薬が大量に余っている患者さんの家が多いというが、減らしていくためには何が必要だろうか。

答：医師には患者さんの生活が見えていない。急性期病院の医師も家に入っていく位のことが必要となってくるのではないか。

問：地域包括センターはどこまで機能しているか？虐待などには踏み込めていないのではないか？

答：どうやって家の中に入っていくか、また余裕はあるのか、など問題・課題が大きい。

グループ B との質疑

問：ケアマネジャーの質にバラつきがあるが、これについてはどう考えるか？

答：利用者の希望を聴いていない、などケアマネによって違う。ただしどの職種にもあることで、やはりモチベーションを上げていくことを考えなければならない。

グループ C との質疑

問：地域リーダー研修による地域リーダーが機能していないのはなぜか？

答：国一県の事業としてあるが認知度が低い。例えば各医師会毎に1名は居て名簿は

公開されている。地域リーダーを引っ張り出していく、という方法はある。

グループ D との対話

問：「納得感」（顧客満足＝CS のようなもの）を満たすためには何が条件となるか？

答：まずは各職種が同じことを何回も訊かないこと。情報共有が大事。

問：医師への「敷居の高さ」に対してはどう考えるか？

答：例えば認知症ネットワークなどのネットワークがあり、それを通じての関係づくりなどが考えられる。顔の見える関係づくりの機会があれば、どんどん利用すること

問題提起者(伴、安藤、杉浦)、司会(松村=副理事長・勝川ファミリークリニック)コメント
医師も地域に出て行ってトレーニングを受ける必要がある。そういう時代が来るだろう。コミュニティのケアは病院でのケアとかなり異なる。在宅では「自分らしさ」に価値があるという研究結果もある。

地域資源として行政や地域の人材(例えば民生委員)を活かすことを図っていくべき。

情報共有には新しい技術(ICT)の活用を進めていきたいところ。リテラシーの問題があるというが、近いうちに大きく進む可能性がある。スマホやタブレットを扱えれば、ICTは十分に操れる。

総括(安藤氏)

地域の動き、多職種チーム、ICT、薬を巡る動き(薬剤師の活躍)など、地域包括ケアの可能性となるものがいろいろと出始めている。まずは元気の良いところから走っていく、モデルになるようにしていくことだろうか。そういう地域、チームに共通する特徴は、いろいろな人がワイワイガヤガヤしているところだ。まずは立場を超えたコミュニケーションの場を創っていくことだろう。