

<未定稿>

第1～3回における論点の整理

論点	意見
<p>1 在宅介護と連携した在宅医療の普及</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、在宅をやっていくにどうしても必要なことは、いろんな職種と病院、診療所、介護の連携だと思う。(②東委員) ・在宅医療の連携の重要な拠点になるのが在宅医療連携拠点、医師会がやるのが一番合っていると思う。(②東委員) ・連携拠点は必要。(②高橋委員) ・連携拠点は、病院の今の状況立場、後方支援ベッドの状況、介護の情報も必要であり、かなりいろんな情報がリアルタイムで集まっていないといけない。(②東委員)
<p>(1) 医科訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人保健施設から在宅復帰を進めていくと、実情は、家族のとてつもない拒絶が待ち受けている。実際の自宅での介護に対して、家族の不安や拒否感が随分大きい。(②佐藤剛一委員) ・家族の拒絶・拒否・不安に対し、無理して在宅復帰させると、現実には、ほかの施設に変わっていることが多い。(②佐藤剛一委員) ・具体的な案ですと、それぞれの地域ごとの、医療機関のグループ、介護関係のグループ、などができると在宅復帰も増えるかもしれない。(②佐藤剛一委員) ・在宅での服薬指導、薬剤管理等をしたいと考えているが、まだ処方箋による服薬指導の指示書のようなものが医師会と薬剤師会で協議できていないのが現状。(②久保委員) ・訪問歯科診療のニーズは低かったが、高齢化社会を迎え、他の職種と連携に積極的に参加しなければならない。介護の中で歯科に関する不明な点があれば、できる限り協力したい。(②星野委員) ・訪問歯科診療は治療機材の準備も大変なため、行う医師も限られている。しかし、訪問歯科診療の必要性は感じており、事前に口腔内の状況写真を送信していただくなどの情報共有を行えば対応する歯科医師も増える。(②星野委員)

論点	意見
(2) 在宅療養支援診療所等相互間の連携	
(3) 病院と 在宅療養支援診療所等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院と地域の医療機関、福祉、介護のシステムとの連携をさらに強化することが非常に重要。また、開業医、在宅介護、訪問介護、施設介護、介護の予防、健康教育、地域住民の皆さん、こういったほんとうに多岐にわたる活動、さまざまなプレイヤーの皆さんが連携をとって、いかに強固なネットワークをつくって地域包括ケアをやっていくか、これが一番大きなポイント。(①豊田委員長) ・地域ごとの医療機関グループ、介護事業所・施設グループをつくれれば、今後の連携方法を具体的に想定できると思う。(②佐藤剛一委員)
① 在宅患者の病状急変時の入院先の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・連携拠点は、病院の今の状況立場、後方支援ベッドの状況、介護の情報も必要であり、かなりいろんな情報がリアルタイムで集まっていないといけない。(②東委員)
② 在宅復帰を支援する退院調整の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院は退院調整を適切に行っていただく必要がある。(②東委員) ・入院を預かっている病院も退院調整に向けて力を出していかないといけない。そのためには、病院で働く看護師は、訪問看護師と共に同行訪問をし、在宅状況を知ることが必要と感じた。(②柳川委員)

論点	意見
(4) 医療介護情報連携	
① 「主治医とケアマネージャー（介護支援専門員）の連絡票」	・連絡票による紙ベースでは意思疎通が不十分なところがある。信頼のおける拠点作りは現時点では難しいのではないかと。(②高橋委員)
② 「三重医療安心ネットワーク」	・三重県全体で今行っている医療連携システムで、急性期の病院から中規模あるいは慢性期の病院、さらに介護施設や在宅医療センター、訪問看護ステーションなどが連携して、医療から介護まで患者さんのスムーズな移動を可能にし、急性期医療から在宅介護までの移動をスムーズにしようという構想。(②竹田委員)
(5) 地域包括支援センターと連携した「在宅医療連携拠点」	・在宅医療連携拠点については医師会がやるのが一番合っていると考えるが、マンパワー不足など行政支援を期待する。(②東委員) ・かなりいろいろな情報が全部、在宅連携拠点に集まらないといけなないので、随分マンパワーが要るのではないかなと思う。一番いいのは医師会だろうなと思い、今準備を進めているが、今のマンパワーではなかなか難しい。しかし、これをうまくやっていかないと、この在宅医療がスムーズには進んでいかないとと思うので、いろいろな意味で行政の支援をお願いしたい。(②東委員)
2 認知症施策の推進	
(1) 「認知症ケアパス」	・三重大学病院に認知症センターがあり、専任の医師がみえるので、週に1回でも総合医療センターへ来ていただき、認知症外来を行えば専門家による診療を受けることができ、メリットが大きいと思う。(②竹田委員) ・認知症センターの専門家の医師に週1回程度総合医療センターに来てもらえると、医師たちもサポートしやすいと思う。(②東委員)
(2) 「認知症初期集中支援チーム」及び「認知症地域支援推進員」	・ケアマネージャー自身も相談業務を受けるにあたってスキルを磨かないと、早期発見は難しいと思う。(②事務局)

論点	意見
3 在宅生活の限界点を高める 介護サービスの普及	
(1) ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の思いを伺うだけで終わらず、地域で出来ることを考えたプランニングが課題と考える。(②福本委員) ・訪問系サービスは空白の時間があり、家族としてそのリスクについて理解してもらった上で、その人らしい生活を探る必要がある。(②片岡委員) ・在宅介護での課題は地域での受け入れと考えている。(②西村委員) ・他職種との認識のずれがよくあり、単一サービスの限界を感じているので、それについては多職種協働での連携体制の構築に期待している。(②長谷川委員) ・地域の人たちがサービス一つ一つをしっかりと理解していただいているのかなと思うので、どううまく利用できるのかということを開発していく必要がある。(②福本委員) ・24時間切れ目なく誰かいないければ介護ができないという考え方をもう少し柔軟に考えることができれば、もう少し先が見えると思う。(②片岡委員)
(2) 介護老人保健施設を活用した 多職種協働によるアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰・在宅支援を使命としている老健が抱える課題は、家族の意識である。家族の精神的なケアまでも地域包括ケアシステムでカバーできるか不安を覚える。地域ごとの医療や介護のグループをつくることで在宅介護へ期待ができる。(②佐藤剛一委員)
(3) 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、 「小規模多機能型居宅介護」及び 「複合型サービス」	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護は入院から在宅への中間施設として考えている。また、看取りまでも可能ではないか考えている。(②佐藤久美委員)
(4) サービス付き高齢者向け住宅等	

論点	意見
4 介護予防・日常生活支援の充実に資する地域づくりの推進	
(1) 専門職(保健師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅を支える歯科衛生士の人材不足がある。(③近海臨時委員) ・PTは地域貢献したいがルートがない。(③坂口委員) ・栄養士会への入会人数が少なく人材育成が組織化されていない。(③古川委員)
(2) 小規模多機能型居宅介護事業所等を活用した地域交流	<ul style="list-style-type: none"> ・地域交流スペースボランティア活動に、カフェは血圧計を設置する等して地域住民との交流を少しずつ進めている。(③西村委員) ・まだまだ活用が進んでいない。南部地域包括支援センターには介護予防教室として利用していただいている。(③佐藤久美委員)
(3) 保健センターと地域包括支援センターとの連携	
(4) 地区社会福祉協議会、食生活改善推進員、健康推進員、シルバー人材センター、ボランティア、NPO、民間企業等	<ul style="list-style-type: none"> ・地区社協(住民同士の支えあい)でサロン活動など互助を展開中。(③事務局)
(5) 地域福祉計画	
(6) 成年後見を始めとする権利擁護	

論点	意見
5 地域包括支援センターの機能強化	<p>・地域包括支援センターで、重要視されている業務もかなり増えてくるだろうということを想定すると、かなり負担になるので、地域の中でどう役割分担をしていくかということを考える必要がある。(②高橋委員)</p>
(1) 高齢者福祉相談員の位置付け	
(2) 中央地域包括支援センターと各地域包括支援センターとの役割分担	
(3) 北部地域包括支援センターの拠点	