

わが町の医介連携の進む道

2021.4.30 川島 治

- * わが町の医介連携・・・行き詰まり 作業部会の停滞 13⇒17⇒7⇒6
『日常・入退院・急変時・みとり』の4つの場面であるべき姿がイメージできない
8事業を行うことが目的になっている。
- * 本協議会の目的
地域資源の理解・住民ニーズに基づき地域の目指すべき道を考えたうえで、医療・介護の協働・連携をすすめ包括的継続的提供を推進する。
- * ビジョン・イメージとは？
消滅のトップランナーとして、現在の延長線上でなく2040年のわが町の姿を
ゴールとするデザイン力（人口64,378人 高齢化率38.7% 認定率20.6%）
- * 格差拡大・平均として語れない社会
社会制度『世帯単位⇒個人単位及び地域単位』・地域のスポンジ化（空き家・ご近所）
『格差の中から住民の参加を得ながら個人の尊厳を護りつつ、いかに分断しないように
包摂するか』⇒地域共生社会
- * 行政・事業者が一方向的に「利用者によいだろう」✕ 出来合いのサービス✕
- * 事業の見直し・・・「8事業」から「PDCAサイクルに沿った取り組み」
 - ・前提 庁内の規範的統合
災害・感染を踏まえ 障がい・防災・救急部局との連携（終末期救急搬送）
人材育成・事業間連携
 - ・現状把握
事業者ヒアリング・住民意識把握・将来の人口動態に基づくニーズの把握
地域ケア会議に事例検討からの現状と課題の把握
 - ・現状分析・課題抽出・施策立案
重要度・優先順位を踏まえ、目指す姿と現状の差（課題）を認識し目標を設定、
課題を解決する対応策を検討（何をどの程度・対象をどうするか）
例) オ) 相談支援（コーディネーター配置・連携支援の相談会の開催）
キ) 普及啓発（周知資料作成やHP等の作成）ACP・みとり・認知症含めて
カ) 研修（医療職に対する介護研修）
 - ・課題・対応策について検討
スケジュールと役割分担（いつまでに 誰が 実施するか）
⇒実行・評価・改善（PDCAサイクル）
- * 実践例（認知症・災害との組み合わせも）
 - ・介護予防教室で認知症と在宅医療を一緒に情報発信
 - ・歯科医院で認知症を疑う場合は主治医に連絡可能なツール
 - ・災害時（酸素・電力必要な利用者・要援護者の把握と情報共有受け入れ先の事前調整）