

小国郷医療福祉あんしんネットワーク 会議録

会議名	第8回『小国郷医療福祉あんしんネットワーク』全体会		
開催日時	平成31年3月20日(水) 19:00~21:00	開催場所	南小国町自然休養村管理センター
記録者	小国公立病院 地域連携室 MSW 佐藤、MSW 穴井		
議題	1. 事例紹介		
	2. グループワーク		
	3. その他		
	4.		
	5.		
出席者	小国郷医療福祉あんしんネットワークメンバー 計 52名		

No	議題	内容
1.	事例紹介	<p>事例内容：本人の強い意志と家族や各専門職に連携で「歩行困難と宣言されたT・Tさんが2本杖で歩けるようになった事例」</p> <p>発表者：小国公立病院 山岡 NS/三筈 OT/穴井 MSW、小国町社協 有働 CM、おぐに訪問看護 大塚 NS、小国町社協訪問介護 加祥氏、みどりの里通所/訪問リハ 川島 PT</p>
2.	グループワーク (職種で6グループに分かれて)	<p>司会 岡本氏</p> <p>紹介事例は上手くいったケースだったので、事例とは関係なくグループワークの設問に沿って考えていく。また他の職種に尋ねたいことや要望も併せて考えていく。</p> <p>グループ1：医師・歯科医師・薬剤師</p> <p>A. 薬の種類が多くて飲めていない患者様について、まず誰にどう相談するといいですか？</p> <p>⇒薬を処方する主治医に情報を挙げ、現場で飲めない利用を何かしっかり把握しておく。(本人の理解度、環境、生活リズム等)</p> <p>B. 口腔ケアについて問題を抱えているケースについて、あらためて利用者への説明やブラッシング、義歯清掃などについて指導を依頼したい場合はどのようにご相談したらよろしいでしょうか？</p> <p>⇒個人の場合はかかりつけ医に相談。病院や事業所等の集団は歯科医師会に相談する。</p> <p>グループ2：看護師(病棟・訪問)・MSW</p> <p>A. 今回の事例のように医療的な問題を抱えた要介護者の自立支援について、提供するサービスや他職種との連携において上手くいくための鍵はどういった部分があげられますか？</p> <p>⇒他職種とのカンファレンスや本人と家族の意志の確認が大切。本人と家</p>

No	議題	内容
		<p>族に目標が設定され、各専門職はその目標達成に向け進んでいかなければならぬ。</p> <p>介護力と本人のADLが大切。情報共有し開示し見える化する。 「何事も諦めない」姿勢を持つことが大切（多職種、本人、家族）</p> <p>グループ3：リハ職（作業療法士・理学療法士：病院・施設）</p> <p>A. 機能回復・自立支援のために介助者やサービス提供者に必要な視点を教えて下さい。また機能回復を阻む要因はどういったものがありますか？ ⇒予後予測をしっかりする。原因疾患をはっきりさせ、機能的にどこまであがりそうなのか考えた上で共通の目標を設定する。</p> <p>本人の希望する状態まで回復が見込めない場合は、うやむやにせず、代替え案を提供する。</p> <p>機能回復を阻む要因は認知症、理解力の低下、家族の協力。</p> <p>B. 入院中の家屋調査を実施する基準、条件について教えて下さい。 ⇒基本的に全員必要。</p> <p>マンパワー的に出向けないのが現状であり、入院中に訪問が無理でも在宅に帰った後に通所に行くならば通所スタッフで行うことが出来る。</p> <p>グループ4：ケアマネジャー</p> <p>A. 多職種が効果的に連携するために何が必要ですか？また連携する上で困っている点はありますか？ ⇒・利用者との関係作り <ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の意向がしっかりとしている ・他職種間の情報共有 〈困っている点〉 <ul style="list-style-type: none"> ・本人と家族の思いのずれ ・通所の休みが続いている時は、報告してほしい ・不在の時に連携が取れず対応が遅れる ・通所情報の統一 → 通所の手帳を一冊にまとめる </p> <p>グループ6：介護施設職員・ヘルパー</p> <p>A. 多職種が効果的に連携するために何が必要ですか？また連携する上で困っている点はありますか？ ⇒・関係者が顔を合わせる <ul style="list-style-type: none"> ・みんなが同じ方向を向き、意志の統一を図る（支援をする上で声掛けが人によって違ってはならない） 〈困っていること〉 <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの中に服薬の確認をしてほしいとあるが、認知症の人にどうやって確認したらよいのか → 支援の方法を詰めて欲しい </p> <p>グループ5：行政・地域包括支援センター</p> <p>A. 地域ケア会議の目的と進め方、個別ケース会議との違い、会議で得られた対策や対応についての地域での情報共有について教えてください。また介護資源の把握や情報発信はどのようにされていますか？ ⇒地域ケア会議は個別ケース会議の上にあり、関係者とネットワークを構築し、情報共有し社会資源がどのような物が必要か、地域課題として町の政策に反映し住民に発信していく。個別のケース会議で終わらず地域の課題として政策につなげる。</p> <p>個別ケース会議は困難事例や虐待などの緊急時のケースなど、具体的な対</p>

No	議題	内容
		<p>策・対応をし、必要な職種と情報共有する。</p> <p>B.行政からケアマネなどに意見を聴取したり、ケアマネから住民相談をした後の経過について、情報をフィードバックする仕組みについてどのような方法がありますか？</p> <p>⇒ケアマネからの心配な方や心配な事の情報は地域包括支援センターに伝えている。</p> <p>検討した結果、対応が上手くいったら必要な範囲でケアマネにフィードバックしている。</p>
3.	その他	<p>事務局 有働氏より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハンドブックの修正の申し出があった所は、本日の全体会までに返してくださいとメールを送っている。まだ何件か返ってきていない。3/22(金)の午前中に印刷屋に持つて行くので修正があるないを教えて欲しい。 ・配布資料に年間計画が入っているので、参照してください。

701

Aの内容

主治医の確認済みで一番

・腰痛を有しています。

・火薬や薬などがあります。

② 飲めない理由は何が

・本人の理解度　薬の量が多い等

・生活リズム・環境に対するもの。

方法Ⅰ

方法Ⅱ

方法Ⅲ

外来の看護師に伝えます。
手紙を書いておく。
本人とX等を持たせます。

Bの内容

- ① かかりつけ歯科医と相談(連絡)
- ② 各科医師会と相談す了(集団へ場合)

他医療機関への連絡

どういた
理由が
あるのか
誰か
確認
してみるが
訪問の方
実際にはまだ本
苦勞があるが

外来の看護師に伝えます。

手紙を書いておく。

受診時と言えども、これは同行でした。

X等を持たせます。

情報共有
外来手帳を
お届けする。
看護師
内閣を伝えます。

アーリーアー

病院 ⇒ カンファレンス
本人・家族の意志確認 (回復)
← 手がかり

少活力と本人のADL看護

情報共有と(医師、(見守り会)

情報交換(会員登録)

プライバシー-ヘルプ

精神上の問題を医師に相談
→ 症状と直感 (八月 11. ~ PT. CPM)

おきらめばいいこと
(本人・家族・看護)

A 応要は本見点

- ・予後予測としおり持つ。(リクする)
- ・共通の目標をもつ
- ・希望を伝達能力とさすがスタート地点有

(回)復を阻む要因

- ・言語の遅延、理解力低下、家族のサポート

・回復と望んでいても見込めるばかり用者に
似し、わざわざにせず代替医療と提携し
、受容して環境整備につぶす

B ト院中の家庭調査(について)

- ・員が増え未だ全員行けいとい。

・CMから要望がある際伝えてもらえ未(ふ)
予定に入れる事ができます。

・家庭調査にアヤソタツ、フ
参加できます。

○ 本人の意向、家族②。陳介系作成①

○ 可が必要か。 ○ 情報の共有②

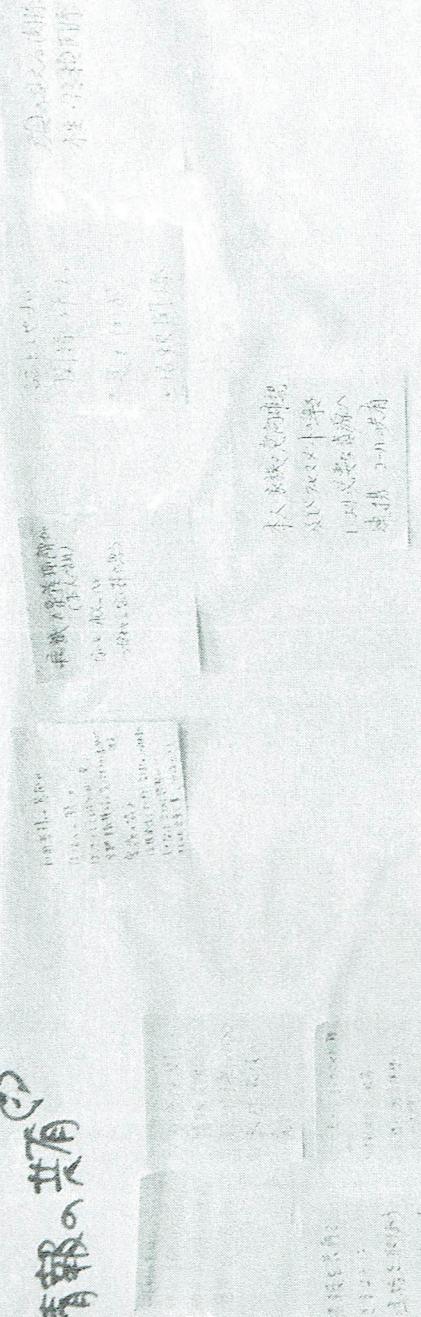


図7-13章、図7-14章。

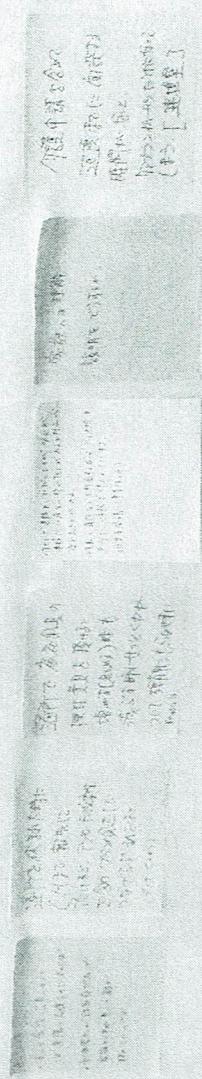
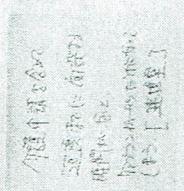
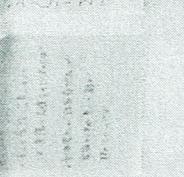
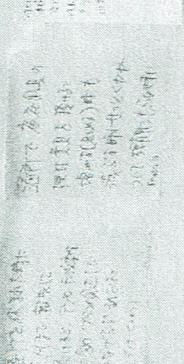


図7-13章(連携が事本)

専門家から利用者様へ説明を(2)して
ルーツ=圖7-13章



A 地域ケア会議とは
目的：自己支援に資するマネジメントの支援
ネットワークの構築
情報共有

個別会議とは
困難事例の検討
緊急時のアート（虐待等）

具体的な対策・対応をし、
必要な職種（＝情報共有
(生活支援コーディネーター)

B 相談があつた際は、その後どう対応してか報告下さい。

組織が成功に
速導するには？

達成する上で、
何がいるか？

・情報の 共有

・情報の 目標・方向性

モーティグ

経済面

・力ニ及ハス

・組織

・人材

・財

・機械

・情報

・時間