

資料 2

- ・令和5年12月14日(木) 18:00～19:33
- ・ZOOMによるオンライン開催
- ・参加者 40名(歯科医師1名、看護師15名、保健師5名、介護支援専門員7名、MSW・SW・相談員3名、精神保健福祉士1名、社会福祉士3名、管理栄養士1名、作業療法士1名、薬剤師1名、行政職2名)
- ・研修目的 医療関係者と地域支援関係者が連携して入退院支援を進めていく関係を築く
- ・研修目標 ①支援関係者が、本人や家庭の思いに添った入退院支援ができるようになる
②医療関係者と地域支援関係者が、情報を共有し同じ目標で支援ができるようになる



1. 高田 孝典

[illegible]

研修の前段に入退院支援ルールについて秩父別町池田さんから説明がありました

総合司会はライフマップ高橋さんです
時間配分を考えて進行していただきました



事例説明は昨年に引き続き
深川市高齢者支援課
小鍛冶さん



GW は各4~5人、10グループで実施しました

1 アサヒ訪問看護ステーションみのり 栗田	ルーム 1
1 市立病院 看護部 廣瀬	ルーム 1
1 富田町 森田	ルーム 1
1 深川市立病院 地域連携	ルーム 1
2 アニステイ深川 曾野	ルーム 2
2 アサヒ北竜町 大平	ルーム 2
2 深川市 立川	ルーム 2
2 深川市立病院 中西 越智	ルーム 2
3 アサヒ深川保健所 榎井	ルーム 3
3 妹背牛町 末岡	ルーム 3
3 東ヶ丘病院 一ノ瀬幸江	ルーム 3
3 深川市立病院 佐藤	ルーム 3
4 アサヒ介護福祉 屋中	ルーム 4

今回は集合形式を予定していましたがインフルエンザ流行を勘案しWEB 開催に…。
※H30 第2 回の様子



それでも画面をととして検討し合うことができました



当日配布資料 3

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラム
シナリオ（検討事例）

<事例名>

糖尿病と高血圧で入院し、在宅復帰予定の患者への支援

<事例概要>

前回に引き続き架空の事例を設定し、必要な支援を想像しながら話し合いました

要介護1、一人暮らし、無職、糖尿病、高血圧で入院中。2週間前に重い物を持った際に腰痛発生。受診の結果第1腰椎圧迫骨折の診断を受ける。施設で生活に支援があり、入院となった。腰痛と糖尿病は持続。2週間程度で退院の方向となっている。
糖尿病で、HbA1c 7.0%。インシュリン注射中。
本人は「退院して自宅で過ごしたいが、痛みもあるので、家での生活に不安もある。お友達にカラオケに誘われているからまた行きたいけど…」と書いている。

【ADL】

移動：病室内は歩行器を使用。つかまっていれば立位保持可。右膝は可動制限あり。歯磨き可。

着衣：自立だが、腰を伸ばしたりする際に痛みあり。

食事：自立。排泄：トイレで排泄可。

入浴：背中の洗身に一部介助。

買い物：市内在住の娘が行っていた。

掃除：週1回ヘルパー利用して支援を受けていた。

金銭管理：自立。

食事の準備、洗濯物の干付け、掃除、ゴミの処理は家族で対応。

アンケートから(看護職)

- ・病棟看護師とケアマネージャー、社会福祉士の方とは必要な情報が共通しているものはありますが、意外とそれぞれで異なる情報が必要とされていることがわかりました。
 - ・グループワークの課題意図が個人的に理解するのが難しく、的確に意見出せませんでした。
 - ・このような状況でなければ、集合研修で話し合いをしたかったなと思いました。
- とても有意義な研修でした、また機会があれば参加したいと思います。

アンケートから(ケアマネほか職)

- ・利用者様、ご家族の意向を正確に理解、把握していないと、それに寄り添った支援ができないこと、また、在宅時の生活を見ていないと、病院にも良い情報を伝えられないため、必要な支援につながらない。また、病院側からも、自宅で留意が必要なことを詳しく伝えることも大事
- ・多職種で一つの事例について検討することは、その職種が知りたいことを聞けるので、今回も大変勉強になりました。

家族の思いなどを連携室が中心となり、ケアマネ、病棟に情報を伝えるなどの連携が大事

今後もし精神疾患が出てくるようであれば精神科訪問看護も使えるという情報交換ができた



リハ職に自宅を見てもらい、福祉用具や住宅改修のアドバイスを受けて帰宅後の不安を解消

家族の協力を得て自宅の写真を撮ってもらい不足分の情報提供をすることも必要



最後は再び森田小部会長から、今日の研修を普段の業務に生かしていただけるようお願いし閉会挨拶。

全体共有でのグループ発表・メモから

○グループワーク 1 【退院へ向ける時期】【退院の見込みがいたら】退院に向けた情報共有について

- ・普段は仕事で忙しいご家族が、どの程度、支援ができるのか（家族の介護力・量）
- ・インシュリン自己注射ができない場合の支援についても予め検討していく。
- ・退院後、住宅改修等も視野に生活環境を整える必要があるのでは。
- ・連携室と居宅ケアマネが情報共有し、家族・本人にも意見を聞きながら退院に向けどのような支援が必要か地域資源やサービスをすり合わせすることが大事
- ・食事形態だけでなく噛み合わせとか入れ歯などの情報共有も必要
- ・例えば趣味や本人が大事にしていること等の情報があると、退院に向けての目標のきっかけとして話を進められるので大事にしてくとよい
- ・住宅改修は、大工の日程調整で工期がかかる場合がある。期間を考慮し対応していくことが必要

○グループワーク 2

支援関係者が、本人や家族の思いに添った支援できるよう検討できたか

- ・病院は医療面に強いが、本人の好きなこと楽しみ等の情報があればもっと良い
- ・サービス利用は費用がかかるので、家族・本人の金銭的な状況も踏まえながら検討が必要

医療・地域支援関係者が情報を共有し同じ目標で支援できるよう検討できたか

- ・病院家族の面会が少なくなったことから、話を聞く機会が少なくなった。外泊を行うことで、実際の状況が見ることができ、本当の姿が見られる機会が大事である
- ・退院までの日数から逆算してどのような支援が必要か検討し、支援体制が整うまでの期間は入院が必要か調整

調整ルール（様式3）から得られた情報は適切だったか。過不足はなかったか

- ・「トロミをつける」との記入だけではダメだと気付いた
- ・今までの暮らし方や病歴以外、人物像等が情報としてあれば、病院側はその人らしい退院支援を検討しやすい