

令和元年度第5回

地域包括支援センター展勝地

❀ さくらネットミーティング ❀ 報 告

令和元年12月13日（金） 10：00～
特別養護老人ホーム八天の里 会議室

参加者

- ① エスカール在宅介護支援センター
- ② 居宅介護支援事業所浮牛の里
- ③ 八天の里在宅介護支援センター
- ④ 介護相談センターふたご
- ⑤ 看護小規模多機能型居宅介護きずなの森
- ⑥ グループホームくちない
- ⑦ エスカールデイサービスセンター
- ⑧ 博愛ヘルパーステーション
- ⑨ 特別養護老人ホーム八天の里
- ⑩ ホームケアクリニックえん

※ ケアマネ9名（主任ケアマネ3名、管理者2名、施設ケアマネ1名）
介護福祉士3名、相談員1名、MSW 1名
北上市医療介護連携支援センター 1名、市包括支援係 3名
包括展勝地4名 計 22名

本日のメニュー

- ▶ 開会：さくらネットミーティング目的、趣旨説明
- ▶ 講演：「入退院支援について」
- ▶ 講師：北上市医療介護連携支援センター
医療ソーシャルワーカー
菊池 涼子 先生

- ▶ グループワーク：司会は包括支援センター職員等
- ▶ テーマ「入退院支援についてこんなふうにできればいいな」
♪ あんなこと♪ こんなこと♪ うまく連携できればいいな♪

①グループ

- ▶ ・ 退院カンファの時のケアプラン原案の持参ができていない。
→できれば、もっとうまくいくかな。
入退院時の予後予測を教えてもらえれば...
なかなか時間が...退院までの状況変化。
- ▶ ・ 入院時は連携するけど、その後の連携のタイミングがわからなかった。
病院と家族の意思疎通がうまくできていないときのケアマネのスタンスに困る。
家族が病気を受け止めきれないとき...
- ▶ ・ ケアマネの強みは、家族と一緒にかかわっている所、家族の意向「一緒に悩める相手に」
- ▶ ・ 病院退院後の受け入れ、看取りに向けての本人、家族のケアが難しい。
家族の希望、「元気になってほしい」落としどころが難しい。MSW⇔家族
- ▶ ・ 医師の言葉が強い。カンファに少しでも医師が出席してくれるのが良い。

②グループ

▶ ・ケアマネ

在宅情報（家族の意向確認・介護力・経済力・）→病院に伝えるタイミング →MSWの担当決まったら連絡く
れると助かるかな。

カンファレンスやるケース、やらないケース？科にもよる？「明日退院です」→家族への説明の仕方
→焦る、家族もケアマネもリスクの確認→事業所に伝える→受け入れの参考に医療系サービス入れたいけど...高
い

▶ ・行政

入院の時→退院に向けて、整理してつなぐ、経済、家族。

▶ ・ヘルパー

退院してから...サービス担当者会議

例、在宅酸素の管理誰が？ヘルパー？できないけど、きにかけること、手伝ったりできること

●退院する前に家族の介護に対する不安→オムツ交換、食事のことなど説明してほしい。

ヘルパー任せにならないように。

●家族に退院伝える前にケアマネにも連絡もらえると助かる。（前もって段取りできることもある）

⇕ 病院としての調整力

家族としては先に聞きたい。伝える順番の疑問もある。

※短い期間で入退院の場合は難しいかも。

③グループ

- ▶ ・入院前の食材がそのまま→退院時どうしよう...誰がいつ片づける？ 本人不在だとヘルパー入れない。
- ▶ ・病院の担当者が決まっておらず誰と連絡とったら良いのか。困難ケース以外でも担当者が欲しい。
- ▶ ・すぐ動けるように準備（心の準備）が必要。
- ▶ ・ヘルパーに入院後の情報が入ってこない。（いつ退院、区変などなど...）ケアマネから情報あるといいな。その人の枠を空けておくか、他の人を入れて良いものか...非常勤さんの給与にも関わる。
- ▶ ・関わる人全員情報欲しいと思っている。
- ▶ ・ケアマネジャーから5つのお願い良い！
- ▶ ・きぼうノート活用してみようかな。

④グループ

- ▶ ・コミュニケーション障がいの息子→在宅介護難しい→退院時病院から連絡なし。
看護師と話し合いいろいろやりとりしていたのに...退院後情報親子関係悪い、デイ週2回、金銭、意欲低下、デイも休みがち。
本人（心不全）→浮腫
- ▶ ・家族説明聞いた家族ではない家族が介護する場合、「できない」と
- ▶ ・ヘルパー→もともとの情報があれば、いろいろできるが...
新規だと知らないことが多い（できたり、できなかったり）
- ▶ ・家族の意識問題、医療と介護の従事者との情報共有、信頼、意識、病棟従事者との感覚のズレ

⑤グループ

- ▶ ・施設の方が入院した時、看護師と一緒に同行し、きちんと連携がとれている。
- ▶ ・看取りの時、カンファに同行し話を聴いている。
- ▶ ・密に連絡を取り合っている。
- ▶ ・食事の形態の見直し。嚥下の評価
- ▶ ・在宅に戻るときに、家族に介護力があるかどうか
- ▶ ・カンファレンスは誰が依頼する？
- ▶ ・窓口を1本化してほしい。病棟看護師から連絡、連携室に連絡しているが、情報が伝わっていない場合もあり、家族が退院と言われたから、退院直ぐと慌てていることもあった。
- ▶ ・家族の受け止め方がうまくできていない場合があり、振り回されている。
- ▶ ・意見書やアンケートを窓口に提出しても、紛失されたりすることがあり、ご家族に迷惑をかけることがある。かかりつけ医との連携ができていない。

研修の様子

