



井原市民病院 まいづる連携だより

平成 28 年 9 月 12 日

〒715-0019 岡山県井原市井原町 1186 番地
井原市民病院内 地域医療連携室
TEL.0866-62-1133 連携室直通 FAX.0866-63-2840

第 2 3 回まいづる連携連絡会報

今年度のテーマであります、退院支援に係わる医療介護の連携について連絡会を展開していますが、その第 3 弾「介護支援事業所との連携を強化しよう！～連携における相互の現状と課題～」の演題で平成 28 年 9 月 12 日（月）18：00～19：05 井原市民病院理学療法室で開催しました。

今回は、福山医療センター 地域医療連携室の方から視察という形で参加していただきました。地域ごとの事情や、病院機能によりさまざまな連携形態があるかと思いますが、これからの超高齢化社会に向けてどのように取り組んでいくのか？大きな課題と思います。

「まいづる連携」の活動が今後、井原以外でも参考にさせていただけるような取り組みとなっていけたらと願っています。そし安心して住める井原となれるようこれからも皆様のお力添えをお願いします。

手記 渡邊栄子

1 グループ

- ・薬剤師の居宅は、途中で入ってきたので位置づけが分からない。
細かい取り決めとか、他職種の方と連携をとっていった方がよい。
- ・薬剤師の居宅の内容
先生がやっていた薬の管理を行う、1 回/2 W 麻薬 1 回/W 投薬薬の内服状況の確認。
薬の細かい説明。Dr がやっているのを更に細かく行う。
- ・同じ人と報告していると内容がよく分かってくる。
- ・情報が入ってくる。研修会のお誘い、交流会のお誘い、
- ・今までの経過、家族構成とか分かってよい。むすびの和がこのまま継続してほしい。
- ・病院の中は（相談員）にゆだねている。
- ・家族の事前情報がない。
- ・退院してかたの薬の管理 家族の守備があやしい場合は心配のことあり。
- ・訪問看護と初めて係わった。排尿チェック表 バルン留置、備品 全てしてもらい助かった。
- ・退院前訪問を実施 入退院を繰り返している事例などすすめているが家族から同意を得られないケースもある。リハビリの退院前訪問（退院時に 1 回）
- ・相談員の細かい対応でかなり助かっている。

【調剤薬局からの意見】

- ・入院したかどうかの情報がわからない。来られなくなって初めてわかる どこまで介入していいのかわからない。薬を預かって 1 週分だけ渡して 1 週間後に来てもらうことにした。
だいぶできるようになってきた。老々介護 サービスの介入ないケース
- ・ヘルパー介入しているケース
残薬がたくさんあったのを発見 ヘルパーが持参し薬剤師へ相談 認知症あり



薬を預かり管理する。

- ・ Dr の説得力依頼度が違う。
- ・ 薬剤提供書 薬剤情報があれば助かる。



2グループ

- ・ 地域包括ケア病棟って何？療養病棟とどう違うの？
包括→60日が期限 リハビリ主体の療養 療養病棟→医療区分（在宅復帰型）
知らない人もいる。専門分野のことがわかると助かる。
- ・ 在宅を目指していると連携をとって退院したが、1日と持たず再入院ショック。
吸引、オムツ交換、注入など1日を通して介護の流れを十分指導してほしいという声がある。
→付き添いは病院側から強要はできない。NSからはいつでもウエルカムなのでケアマネから家族へ
勧めてみてほしい。
- ・ 地連が（退院前）カンファレンスなど快く引き受けてくれるので助かる。
- ・ 訪問看護で相談窓口があったらいい。

3グループ

- ・ 患者家族のケアマネを分かっていることがある。サービスに必要な情報がもらえるのではない。
→サービスを計画する。
- ・ むすびの和シート役立っている。（家族情報 サービス内容）背景がよくわかる。（理学療法士）
- ・ 病院NS ケアマネが声かけしてくれるので話ができてよい。
- ・ 担当者会議 情報シートで助かっている。
- ・ 新規 認定が出される前に退院となったときサービスを組むのに困った。
- ・ 薬用法を減らしてほしい。
- ・ 一包化にしてほしい。
- ・ 現状だけどゴール（プランを立てる時助かる）例、目的、目標を立てなくてはいけない。改善に向けた
プランを立てる。通所リハでは3か月に1回方向性を出している。
退院訪問→うれしかったと患者より言われた。



4グループ

- ・ 心臓リハで連携 薬剤師さんにも会合等参加しているか？
A) 声がかかっているかもしれないが、自分は参加したことがなく、連携に関わったことがない。医師から指示がなければ動けないこともある。個人病院は難しいことも多い。出された薬に対して薬剤指導は教えてもらえるが、飲み合わせ、他薬局から出されたものなど病名に対して指導も不足していることもあり。個人情報などもあり、難しいところも沢山ある。

残薬について

- A) 薬局は持ち帰り、次回処方に生かすが、患者さんはとられたと思込む。
地域包括からの依頼を入所される方は経済面、生活面など難しい人が多いが民生委員とか近所の人の関わっている人はいいが、関わりのない人は支援が難しい。孤独死は十年前に比べ減ってきた。→民生委員が地域を把握している。
- ・ 薬剤師 医師からの情報提供のあともっと効果的になると思う。
- ・ 誰に情報提供すればいいかわからない。ケアマネには伝えているが、改善しないことがある。

5グループ

- ・入退院に関わる情報を連携室から情報をもらっているのを助かる。
- ・連携室がない場合、退院の薬内容がよくわからない。問い合わせができにくいことがある。
- ・むすびの和だけでは状態がどこの状況かがよくわからない、通常の状態がほしい。どこの時点のことを知らせたらいいのか？→時系列へ表記するとわかりやすいかも？
- ・診察開始時、情報が不足するとその人の背景等を把握していないと診療ができにくい場合もある。
- ・知らない間に入院していることがある。→入院時にはケアマネへ連絡しているか？を家族等に声かけしてもらおうように気を付けること。一人暮らしなどは連絡するなど配慮したらどうか？
- ・他病院からまいづる連携のこと視察
入院予約センターを開設している。細やかに情報を確認している。
病棟のNSがよくわかっていないこともある。目的をしっかりと伝えていくことも大切。
- ・職種によってむすびの和を使用していないこともあり。



6グループ

- ・情報を参考にケアできるのはありがたい。入浴・食事等 食事制限生活上の注意点の具体的な情報があればありがたい。
- ・井原市民病院以外も退院時に情報もあつたらありがたい。大きな枠で連携がとれたらよい。
- ・退院時の薬情報は助かる。ケアマネとの連携・家族への確認になるが、事業所にも内服が変わった時に情報があれば助かる。
- ・ケアハウスは介護はついていない。食事療法が一番困る。カリウム制限は困難。ただ服薬管理はしている。自立しているが認知症がある方で内服管理をさせてもらえない場合は困る。
内服も一包化して、例えば【朝食後】と大きな字で記載してもらえると助かる。
そういったことが事業所からの依頼ができるのか？日付けも入れてもらいたい。
→機械にもよる。

【病院側から】

- ・元々のADLの状況を知りたい。
- ・どのくらいな状況になれば元の施設へもどれるのか？→ケアハウスは歩ければOK
- ・内服管理は誰が管理していたのが教えてほしい。
- ・食事の内容と普段の食事量摂取量について教えてほしい。
- ・内服の種類、お薬手帳は基本的に持参していただきたい。又お薬手帳に書いてある飲み方と実際の飲み方が違う場合は教えてほしい。
- ・生活リズムや何を大切にしたいかわかればそれに近づけるようなリハビリができる。

7グループ

- ・患者が入院した時、むすびの和で患者情報や、家族関係、とりまく環境、ケアマネがどのように動いているか等情報をもらい助かっている。
- ・入院中の様子が聞きやすい。
- ・要支援の利用者の情報提供ができていないという反省点がある。
→むすびの和がなくても可。来院が難しければ、電話でも情報がいただければありがたい。
- ・ケアマネから、家の環境 家人の状況詳しく教えてもらえて助かる。
- ・施設の方でお薬手帳ない、薬袋のない方でも施設へ問い合わせれば、教えてもらえて

助かっている。

- ・入院中の状況はご家族の方も詳しく情報がわからないことが多い。
相談員の情報で退院後の支援ができる。
- ・病院が忙しそうなのでどのタイミングで行ったらいいのかわからない。
→午後であれば、対応可能なことが多い。
むすびの和の基本情報はどこへ持って行けばいいか
→病棟でもいいし連携室にもってきていただければOK
- ・病院はバリアフリーで動けていても、退院後動けなくなることがある。リハビリの人に家に見に来てほしい。
→要請があり、本人家族の同意があれば、対応可能。本人家族が退院後のイメージを描けていない場合もあり、ケアマネからも助言いただければありがたい。本人家族は相談員の提案で行くことが多く、必要に応じて対応させていただく。
- ・調剤薬局で、コストは取っていないが、居宅療養管理指導で自宅へ訪問し、薬のばらつきや残薬を調整するという取り組みをしている。井原市内の薬局殆どでおこなっているはず。
薬について、薬が残って困る・いつのものかわからない等があれば、相談可能。



8グループ

- ・今迄は、薬局内だけで完結していたが在宅が始まって連携できるようになり困っていることを知らせしてほしい。
残薬の処理、多院の薬との一包化などどんどんやっていきたい。お薬手帳を持参の方が費用が安くなる。お薬手帳の一元化がすすんでいない。症状の記録など手帳を有効利用して連絡帳代わりにしてほしい。
- ・ケースワーカーの有無で連携しやすさが違う。
- ・居宅 リハビリに同行することにより連携がとれ、情報が共有できる。
日頃から顔合わせができて非常に良い。退院時にそれぞれの職種から生活のことなど具体的な情報アドバイスをもらいたい。
- ・家族がおられない時どうしてもケアマネに頼ってしまう。緊急時の対応連絡。
- ・リハビリ→写真付等具体的リハビリ内容の情報を出すようにしたい。
- ・介護職やケアマネの見学をすすめることによりその後がスムーズに進む。
- ・病院では口腔ケアに力を入れている。
- ・病院へ望む情報 化学療法情報 ワクチンの情報 処方意図
- ・入院時に介護度の変更があるときは担当者会議のメンバーが変わるので早めに情報をもらいたい。

4. 事務局の連絡事項よび次回の連絡の案内について

日 時：平成 28 年 11 月 14 日（月） 18：00～19：15

テーマ： 『 活動と参加に焦点を当てた

リハビリテーション推進のための多職種連携

～当院訪問リハビリの現状と取り組み～

担当者： 井原市民病院 リハビリテーション科

吉備国際大学 学生さんが見学に来られますのでよろしく申し上げます。

理学療法室にて開催予定