



# 井原市民病院 まいづる連携だより

平成 28 年 11 月 14 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 24 回まいづる連携連絡会報

今年度は、退院支援に関わる医療・介護の連携について、今まで以上に連携を強化していこうというテーマで「まいづる連携連絡会」を実施しています。その中で今回は、「活動と参加に焦点を当てたり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～」の演題で平成 28 年 11 月 14 日（月）18:00～19:05 井原市民病院、理学療法室で開催しました。

リハビリテーション科佐野裕和作業療法士より活動、参加促進の背景及び当院の訪問リハビリの取り組みについての報告を行った後、「対象者の生活行為を向上させるためには、どのような多職種連携を行っていけばよいか」についてグループワークを行いました。その内容をまとめたものが下記となります。

## 今回のグループワークのまとめ

### 抱えている問題点

- ・家族とケアマネ、サービス事業所間同士で目標共有ができていない。
- ・本人がサービスの目的や必要性、有効性を理解していないことがある。病院から退院する際にサービスの必要性をしっかりと説明してほしい。
- ・サービスは卒業するものだという認識が本人・家族だけでなくケアマネにもない。
- ・目標が漠然としたものや機能訓練のみに視点が向いているものが多く、地域を含めた生活リハビリに直結しにくい。
- ・家族が「危ないから、こけると困るから」と言って積極的なリハビリを希望されず、生活行為への移行が困難な事例が多い。
- ・セラピストによって実施する訓練の説明内容が異なる。
- ・施設では機能訓練がないため、生活リハビリで現状維持を図っているが難しく、徐々に機能低下してしまう。施設入所時に本人に合った生活リハビリを教えて欲しい。
- ・介護量が多い方や重度の方に対する目標設定や介入方法を教えて欲しい。また、リハビリの卒業時期がいつなのかかわからない。ケアプラン作成時に目標設定や期間設定にアドバイスをもらいたい。
- ・訪問リハビリ終了後のサービス移行が難しい。地域資源の発掘や、把握ができていない。
- ・病院とケアマネの間で本人の在宅生活適応力の判断に差がある。入院前の生活に関する情報共有も必要。
- ・薬局への情報提供が少ない。内服薬の変更や増減で精神的意欲も変化するため状態報告があればありがたい。

## 各事業所が考える対応・対策

- ・具体的な目標があれば本人もリハビリ意欲が高まり、リハビリが進みやすい。そのためには、興味チェックリストや生活行為を引き出すツールを使用すると効果的である。また、実現可能な目標から段階を踏んで設定していく。
- ・リハ会議を開催することができれば具体的な課題が見い出せ、目標を立てやすく、また目標共有・情報共有しやすい。
- ・デイサービスでは本人の自宅での生活状況が分かりにくいいため、サービス事業所同士で情報共有できるリハビリノートを作成してみてはどうか。
- ・本人だけでなく家族からも情報を引き出すことが大切である。
- ・通所リハでも住宅場面でのリハビリができるとよいので、情報共有していきたい。
- ・介助方法や生活状況等情報を細かく提供し、情報交換の頻度が多いほど本人を理解できるのでよい。
- ・施設ではできるだけ家族にも協力していただき、外出を促す。外出が難しい場合には行事への参加を促し、活動向上を行う。



事務局の連絡事項および次回の連絡の案内について

日 時：平成 29 年 1 月 16 日（月）18：00～19：15

テーマ： 『 多職種と連携による内服のコンプライアンス向上について 』

担当者： すぎはら薬局 芳井店 宇野由紀恵先生

理学療法室にて開催予定