



## 第十四回 支部総会



第十四回総会を5月24日(土)に薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで行いました。会員166名中(出席会員82名)委任状44名で合計126名)出席率86%で会員総数の過半数以上が出席しており規約第16条3項の規程に基づき本総会は有効に成立する事を羽有事務局長が説明しました。銚之原支部長の挨拶の後、議案1号「25年度事業報告」は山本理事が、議案2号「25年度収支決算」は枇杷理事が内容説明をし、今村監事が会計監査報告を行いました。1号議案と2号議案は挙手満場一致で承認されました。その後、議案3号役員改選(案)については、会場の皆さんに意見の有無の確認を行った所、執行部案が採択されました。議案4号「26年度事業計画(案)」は山本理事が説明し、議案5号「平成26年度川薩支部収支予算(案)」は枇杷理事が新規パソコンの購入など予算案の具体的内容の説明を行いました。議長が採決をもとめ大多数の挙手で承認されました。その後、古城理事から在宅医療に関する調査アンケートの報告と解説がありました。



支部長	銚之原 大助	社会医療法人卓翔会 社会福祉法人市比野福祉会
副支部長	柿添 信義	社会福祉法人同人会 特別養護老人ホームさつま園
副支部長	山本 敏夫	やまもと歯科
理事	福山 廣	医療法人一廣会 福山内科
理事	枇杷 眞弓	九州東邦(株)川内営業所
理事	新田 みすづ	合同会社みすづ
理事	柿元 美津江	鹿児島純心女子大学
理事	東 直樹	川内市医師会立市民病院
理事	上園 伊佐子	さつま町地域包括支援センター
理事	上菌 美都	医療法人松翠会 森園病院
理事	古城 裕喜	居宅介護支援事業所ピア
理事	松ヶ角 弘樹	在宅介護支援センター はまかぜ園
理事	田代 隆一	薩摩川内市地域包括支援センター
理事	野元 光香	さつま町居宅介護支援事業所
監事	今村 幸二	川内市医師会居宅介護支援事業所
監事	宇都 賢	特別養護老人ホームマモリエあいら
事務局	羽有 春彦	社会医療法人卓翔会 市比野記念病院



第2部は北薩地域振興局保健福祉環境部川薩保健所長 揚松龍治先生が「在宅医療の体制づくりについて」～地域包括ケア実現のために～の講演を行いました。

高齢化社会は高齢者（65歳以上）の割合が7%以上で高齢社会は14%以上、超高齢社会は21%以上です。2009年日本の高齢者の割合は22%を超え、日本は超高齢社会になりました。高齢化社会から高齢社会になるのに要した年数は日本は24年で先進国の中では他に類を見ない速さです。

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）です。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込みとなっています。② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加し③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していき④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要です。

### ●在宅医療の提供体制

区分	県		川薩地域	
	数	人口10万対	数	人口10万対
在宅療養支援病院数	17	1.0	0	0.0
在宅療養支援診療所数	263	15.4	27	21.8
在宅療養支援歯科診療所数	59	3.2	4	3.2
訪問薬剤指導を実施する薬局数	677	39.7	62	50.0
訪問看護ステーション数	112	6.6	9	7.4
訪問診療を受けたレセプト件数 (6ヶ月)	51,572	3,023.0	3,475	2,802.4
在宅患者訪問看護算定件数 (6ヶ月)	13,426	787.0	979	789.5
在宅死亡者数	2,518	147.6	237	191.1

在宅医療の推進についての川薩圏域の特徴は

①国より高齢化の進行が早い。②人口は減少するが高齢者の人口は大きく変化しない。③高齢者を支える家族が少なく、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯の割合が多い。④医療・介護の必要な後期高齢者、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の割合が増加していく。⑤圏域内の人口あたりの医師数が少ない地域があり、高齢化も課題である。⑥医療・介護資源には限りがあり連携を進めることが必要。

地域包括ケア実現のための視点は①医療と介護の連携 ②介護サービスの充実強化 ③介護予防の推進 ④見守り・配食・買い物等多様な生活支援サービス確保や権利擁護 ⑤高齢期になっても住み続けることができる住まいの整備です。

### ●在宅医療におけるチーム医療

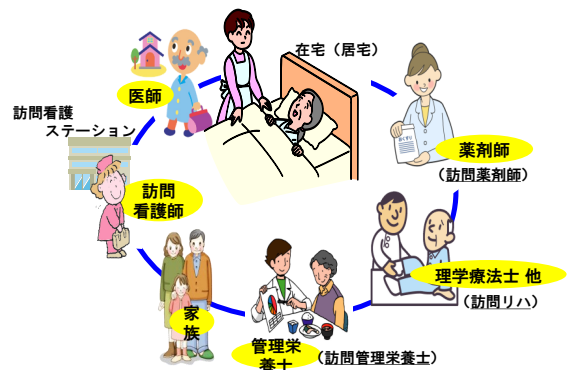
1人の力、単一の職種、単一の組織には限界がある

多職種協働によるチーム支援とネットワークが有効

対象者に関する職種や取り巻く人々すべてが、本人の生活の自立やQOL向上に向けてアプローチするなかで、それぞれの職種がその特徴を活かしながら自分がどの役割を担い、全体としてどのようなサービスを組み立てていくのかを認識することが重要

- ・どのようなケースにどのようなサービスが有効か明らかになる
- ・地域に不足している資源や連携不足の課題が明らかになる
- ・予防、早期発見のために必要な方策が明らかになる
- ・他のケースにも共通する地域の課題が明らかになる

事業化や制度改正につなげ 政策に反映させる





第一回川内地域在宅医療連携多職種交流研修会が6月5日(木)19:00~20:50に川内看護専門学校会議室でおこなわれました。最初に久留敏弘先生(川内市医師会副会長)が挨拶され、司会進行は今村幸二氏(川内市医師会在宅医療支援センター準備室)が行いました。その後「それぞれの職種における服薬管理及び服薬方法について」のグループワークを1テーブル6名で30分ほど行いました。たくさんの病院から処方された多くの薬を患者が服薬管理しやすいように、上手くまとめられないか?認知症の患者に対しての服薬管理の難しさなどの問題が出てきました。その後、藤井規好先生(川内市薬剤師会長)の「在宅での薬局(薬剤師)の役割について」の講演がありました。在宅患者訪問薬剤管理指導についての説明と実施できる薬局名(薬局どんで検索すれば、鹿児島県薬剤師会のHPでしらべられます)、通院困難とはどのような場合かなどの説明がありました。その後名刺交換会を行い最後に小山先生(川内医師会理事)が総括の挨拶をされました。



なぜか残る薬・・・  
その理由は様々です

これらの原因を  
はっきりさせることが  
大事

**薬剤師の在宅訪問**とは具体的には利用者(患者)宅にお薬を持って訪問し・服薬状況・他科受診の有無・薬剤の保管状況・併用薬の有無・重複投薬の有無・相互作用の有無・副作用の有無・その他などを確認し適切に指導します。



①薬が多すぎて  
お手上げ

②何の薬かわからん!

⑤カプセル苦手  
(または粉、錠剤ダメ)

③副作用が  
怖い

④自分で  
調整する

今村理事がまとめられた【解決に向けた方針】

・基本的な方針(ケースによって)に枝葉をつけていく(CM、訪問看護、ヘルパー、デイ)  
(例)医師による処方⇒家族の状況⇒管理上の問題⇒調剤薬局⇒チームケア

・服薬カレンダーを利用して、飲み忘れを防ぐ

・薬局により、日付入りで分包してくれるので、願います

・一人暮らしの老人で、掃除や生活の身の回り(掃除・洗濯・入浴等)は概ねできても、認知症の影響で、内服管理と食事や水分摂取をきちんとできない利用者がいる。大事な内服を朝だけに寄せて飲むようにしても、食事をきちんと摂って服薬しているか分からず、ヘルパーを利用している。内服管理とひと口に言っても、その人の生活習慣、性格等、在宅生活の状況を把握して考える必要がある。医療と介護の連携はますます重要と考えます。



川内地域の多職種連携を行うためのネットワークの総称(愛称)

『い い せん ネット』

良い 医療連携 川内(川薩) ネットワーク  
〇〇せん(方言)





第二回川内地域在宅医療連携多職種交流研修会が8月6日（水）19：00～20：50に川内看護専門学校会議室でおこなわれました。久留敏弘 先生（川内市医師会副会長）の挨拶の後、司会進行は岩下隆江 氏（川内市医師会在宅医療支援センター準備室）が行いました。「退院支援に係る各職種の役割と連携について」のグループワークを30分ほど行いました。その後、城 貴美子 先生（若松記念病院訪問看護ステーションコスモス管理者）が「訪問看護師が在宅でできること」の講演を行いました。名刺交換会を行い最後に小山先生（川内市医師会理事）が今後の研修会計画の予定をお話されました。



あたえられた事例に対してのグループワーク（ケアマネジャー）のまとめ

床ずれマット等の福祉用具を検討。訪問・通所リハビリを導入して、認知症の進行や筋力低下を予防する。・限度額を考えながらのサービスを組むことに苦慮する。ADL、介護状態を把握する。要介護2では介護保険はパンクしてしまう。ご家族の協力は不可欠。本人、家族の希望を聞き、サービスを調整していく。区分変更についても検討する。ドクターとの関わりが大変なので、薬の管理の部分では薬剤師に相談ができる。

服薬がどうしてもできない時は医師に相談(受診同行)して、調整をお願いする。医療との連携。退院時は訪問看護・福祉用具等をお願いする。独居であるため、行政の支援が必要かを検討。民生委員や地域の協力を得る。退院時カンファレンスへ参加し、家族とも相談する。認知、独居状況をソーシャルワーカーに確認。退院後の食事、服薬、褥瘡のケア等を退院時カンファレンスで確認。

川内市医師会在宅医療支援センターの資料より抜粋してあります。

訪問看護の対象者は新生児から高齢者まで自宅で療養することが必要なすべての方が対象となります。訪問看護提供に当たっての保険の選択は介護保険と医療保険の2つになります。

**介護保険の対象であっても訪問看護は医療保険で行う対象者は以下の2つです。**

**①厚生労働大臣が定める疾患（末期の悪性腫瘍、人工呼吸器を使用している状態、他）②病状の悪化等で医師から特別指示書をももらった場合**

特別指示書：急性憎悪その他主治医が頻回な訪問看護が必要と認めた場合は月に1回限り14日に限って医療保険で頻回な訪問看護を提供。有効期間は14日間（真皮を超える褥瘡・気管カニューレは月2回交付可能）有効期間は28日

#### 訪問看護と訪問介護の同時訪問

- ①利用者の身体的理由体重が重いなどにより1人の看護師等による訪問看護が困難と考えられる場合
- ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③その他の利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められる場合

複数の訪問サービスを、同一時間帯にケアプランに位置付けられた上で提供する場合はそれぞれに算定できます。



#### ケアマネジャーへ訪問看護からのお願い

医療保険の訪問看護もケアプランに入れて下さい。  
医療保険の訪問看護も担当者会議に参加させて下さい。





8月27日(水) 9月3日(水)に「効果的な住宅改修・福祉用具選定の考え方」の研修会を薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで行いました。古城理事が司会を上菌理事が

講師を担当され、75名の参加がありました。

研修内容は1日目、福祉用具専門相談員へのアンケート結果をお伝えし、住宅改修と福祉用具の基本的考え方の座学を20分した後、福祉用具のアセスメントとケアプランの記載について各グループに福祉用具相談員に入って頂き意見交換をして、グループで話した事を発表。次回の課題の事例を宿題にして、2日目も同様のグループで、住宅改修と用具の選定を検討。各グループの発表と実際の改修の状況を示しました。

### 住宅改造の基本的な進め方

①生活目標を知る：これからの人生をどう過ごすか？住宅改造に携わる人は、人の一生を左右することを認識すべきです。

②日常生活を知り、住宅改造の目的をはっきりさせる：一日の生活プログラムを把握\*住宅改造の必要性十分に検討。ADLで困っていること、それに伴う住宅改造の場所、住宅改造によってADLがどのように変わるか(変えられるはずか)について十分に検討する。

住宅改造の条件を整理する：住宅改造には、心身状況、住宅状況、家族状況、経済状況面から検討を行うことが重要です。

(A) 心身機能状況：歩行能力の把握が重要。PTやOTに把握してもらうことが必要：進行性疾患患者の住宅改修は慎重に。心身機能の将来予測について医師と相談が必要です。

(B) 住宅状況：住宅を訪問して・高齢者が改造方針案を持っている場合、それが実現できるかどうか？建築条件、経済条件からどの程度の住宅改造ができるか？検討した住宅改造案が実際に可能か？壁や柱の位置を変更できるかどうか？\*住宅全体の間取りを把握をする\*住宅改造の方針は、現場で検討する。ADLの確認ができるから\*住宅では、写真やビデオを詳細に撮る\*移動方法が基本\*福祉用具の活用の可能性を探る\*建築法規上の問題点も整理\*改造箇所については、詳細かつ正確な平面図を入手・作成するとともに、敷地・設備条件も把握

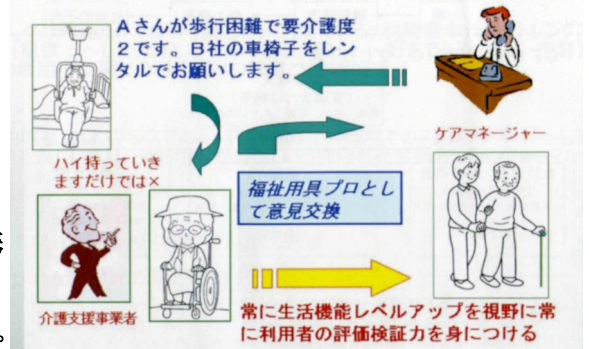
(C) 家族状況：家族構成、家族間の人間関係\*「要監視」の状態生活する時の寝室等の位置は重要\*介護者が必要か、必要としたら誰なのか\*介護者の健康状態は良好か、このまま介護を担えると考えてよいか\*住宅改造の「決定権」は誰が持っているか (D) 経済状況：住宅改造費用は誰が負担をするのか\*公的費用助成の申請、費用に伴う住宅改造の方針変更\*公的費用助成には、所得制限がある

大事な事は・現地に必ず赴く・どのような生活場面でADLに問題があるか・その原因は何なのか・解決するためにどうしたらよいかを明確にし、「住宅改修による効果まできちんと予測する」にあります。



株)カクイックスウイング川内営業所  
(株)タクマ建設北薩営業所 (株)サポートケア (有)南洲メディカル  
4事業所のご協力に感謝します。

### 福祉用具の選定前チェック



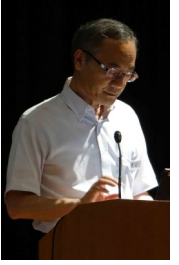
### 福祉用具の適合

- ①アセスメント ケアマネなどとの連携
- ②機種選択 理由を明確に、多品種から選択
- ③試用 知識不足を補う、確信が持てる
- ④調整 個々に合わせるために不可欠
- ⑤入手・使い方 使い方が命、個々に異なる
- ⑥モニタリング 知識不足を補い、次の支援のために





在宅医療における医療連携体制についての説明会（キックオフミーティング）が9月16日（木）19：00～21：20に川内市国際交流センターでおこなわれました。江畑浩之先生（川内市医師会長）が挨拶されて後、揚松川薩保健所長が「在宅医療にかかる医療連携体制基準について」の講演を行いました。参加申し込み方法等についての説明は川薩保健所健康企画課が行いました。多職種交流学習会は、以下の代表者が詳しい内容の説明をされました。



- ①入院医療機関(医療連携室含む)ができること 川内市医師会立市民病院 長井砂都美氏
- ②介護支援専門員ができること 鹿児島県介護支援専門員協議会 川薩支部理事 古城裕喜氏
- ③在宅医ができること 川内市医師会理事 小山 寿 氏
- ④訪問看護ができること 訪問看護・リハクオラU 保健師 柳田干草 氏
- ⑤歯科医や歯科衛生士ができること 薩摩川内市歯科医師会副会長 銀屋一彦 氏
- ⑥薬剤師ができること 川内市薬師会 会長 藤井規好 氏

最後に 在宅医療支援センター（室）の紹介があり、薩摩郡医師会在宅医療事業運営委員



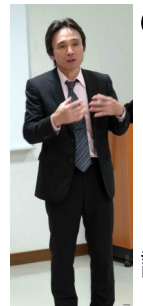
北薩リハフォーラム2014が9月27日（土）13時～19時に薩摩川内市国際交流センターで行われました。本会員47名、全体で363名の参加がありました。13：00～14：00は各部会が別会場に分かれて開催されました。



- ①川薩地区脳卒中あんしんノートについて 川畑慎吾 川内市医師会立市民病院
- ②MSWスクリーニングの効果について 上原吉雄 出水総合医療センター
- ③在宅復帰の第一歩は信頼関係から始まる ～社会資源と人的信頼関係の構築の必要性～ 米盛康二郎 クオラリハビリテーション病院
- ④家で看取りをしたい 鈴木康代 市比野記念病院居宅介護支援事業所
- ⑤これからの医療連携～介護支援専門員に求められること～古城裕喜 川薩支部理事  
詳しい内容は参加された方に資料をお借り下さい。



14：30～17：50は次の2つの講演が行われました。



講演Ⅰ 「在宅医療連携—プロジェクトZの取り組みについて—」 野上美智子先生（臼杵市医師会立コスモス病院地域医療福祉連携室課長） 座長：小丸みさち氏（薩摩郡医師会在宅医療推進支援室）



講演Ⅱ 「かかわりのもたらすもの—地域でいきいきと生きる—」 稲川利光先生（NTT東日本関東病院リハビリテーション科部長） 座長：長嶺英博氏（川内市医師会立市民病院）





名刺交換会(18:00~19:00)は松下兼一先生が挨拶され講演者の先生方も加わり40名以上の参加があり盛会のうちに終了しました。軽食が準備してあり、皆さん楽しく名刺や情報の交換をされていました。リハビリテーション

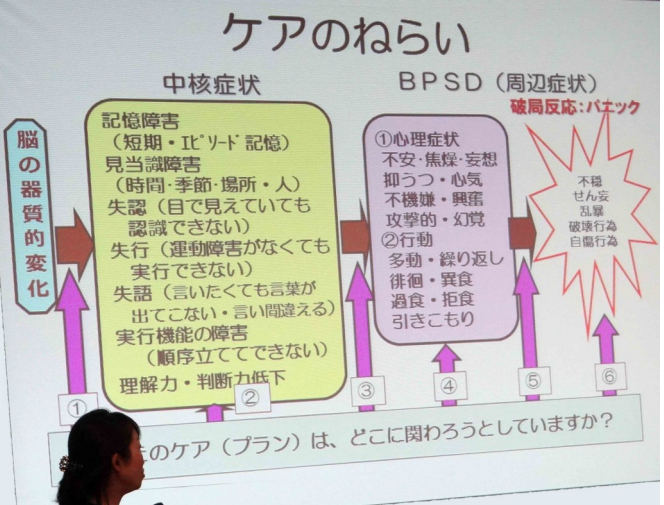


広域支援センターの御努力で参加費無料でした。講演準備、会場の設営、後片付けなど支部事務局、各理事の方々

大変お疲れ様でした。

10月16日(木)に「認知症の基本的理解をもとにしたアセスメントのポイントを学ぼう」研修会を薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで行いました。古城理事が司会を古城順子氏(認知症介護指導者)が「認知症の基礎知識とアセスメント」の講演と具体的な症例でグループワークを行いました。

第2部講演は藤井規好氏(川内薬剤師会会長)が「認知症治療薬の効果と副作用、観察のポイント」の演題を、薬の種類によっては認知症に似た状態になること。錠剤が飲めない患者さんの場合は、薬剤師に相談すれば、形状を変える事が出来る場合がある事などを講演されました。最後に意見交換会を行い皆さんで自己紹介、相談などされていました。75名の参加がありました。



第三回川内地域在宅医療連携多職種交流研修会が11月6日(木)19:00~20:50に川内看護専門学校会議室でおこなわれました。「歯科医師が在宅でできること」を薩摩川内市歯科医師会副会長の銀屋一彦先生(ぎんや歯科医院 院長)に講演していただき、その後、歯科医師とのフリートークタイムを30分を行い、皆さんに発表していただきました。最後に名刺交換会を行い情報交換を行いました。



現在訪問歯科診療で行える内容 **注意**(訪問診療を行う歯科医師の判断・患者さんの状態等によって変わります) 例示: ◎ほぼ間違いなく行える内容 ○患者さんの状態によるがほぼ行える内容

△行えたり行えなかったりする場合があるもの ×行うにはかなりの困難を伴うもの

- 入れ歯の調整・修理 ◎
- 入れ歯の新製・大きな修理 ○
- 簡単な虫歯の治療(詰め物をする程度) ○
- やや大きな虫歯の治療(神経の治療を伴うもの等) ○
- 単独の歯に行くかぶせものの治療(銀歯等) △
- 複数歯にまたがるかぶせものの治療(ブリッジ等) ×
- 抜歯等外科処置 ○



11月20日（木）に薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで「口腔内観察のポイントと歯科医師との連携」を山本敏夫先生（川薩支部副会長）、「訪問診療を依頼するには」を銀屋一彦先生（薩摩川内歯科医師会副会長）に講演して頂きました。

## 歯科訪問診療を行う前提条件は

- ①本人が寝たきり、もしくはそれに準ずる状態で有り、通院が不可能もしくは困難であること
- ②本人もしくは家族からの依頼があること
- ③主治医等が必要性を認めていること（主治医意見書等の記入）従って歯科医師が勝手に押しかけて診療することはできません。

## 訪問歯科診療時に発生する費用について

在宅においても疾病治療部分は健康保険にて給付となります。その場合必ず発生するのが訪問診療料です。初診料と再診料は含まれています。1点は1円です。

同一建内において1名のみ29分以上診療を行った場合 866点

同一建物内において2名以上9名まで29分以上行った場合 283点

同一建内において10名以上、もしくは20分以内の診療を行った場合 143点です。

- ・以下の処置は介護保険が優先となります
- ・居宅療養管理指導：5叩単位（月2回まで）・歯科衛生士居宅療養管理指導：302単位（月4回まで）・
- ・施設等に入所している方は介護保険対外、その場合はすべて医療保険にて対応することとなります。
- ・歯科居宅管理は給付限度外の扱いとなり、給付枠とは無関係に利用可能です。

歯科訪問診療を行った場合、通常の歯科診療と同様の処置点数が発生します。但し以下の処置に関しては1.5倍の点数となります。抜随（生きている歯の神経を取る処置）：感染根管処置（細菌に感染してしまった歯の神経に對する処置）：拔牙：口腔内滑液手術（歯ぐき等腫れた部分を切開し、膿を出す処置）：有床義歯修理（入れ歯の修理）

介護保険において歯科関係の請求点数には実はもう2つ有ります。施設側が算定する物です。

1. 介護保険施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。
2. 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係わる計画が作成されていること

以上の要件を満たした場合、口腔機能維持管理体制加算 30単位/月

それに加え、以下の要件を満たす場合は口腔機能維持管理体制加算 110単位/月

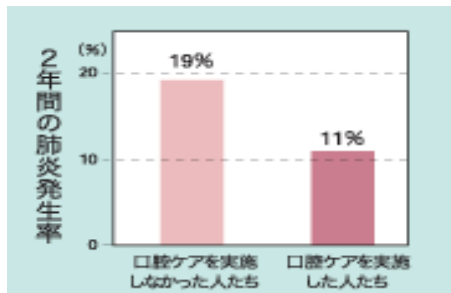
1. 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合。
2. 口腔機能維持管理体制を算定していることが条件。
3. 訪問歯科衛生指導が実施されている場合は本加算は算定出来ない。



歯磨きや入れ歯の手入れにより、お口の病気を防ぎ、誤えん性肺炎を予防して全身の健康を保持増進させ、リハビリテーションにより、咀嚼(そ)しゃく機能や舌の動きを回復させることを「口腔(こうくう)ケア」といいます。「口腔ケア」をおこなうことによって、生活の質を高め、心身共に自立した生活を送る手助けをします。

**誤えん性肺炎**とは、口腔内の唾液や細菌が誤って気道に入り込むことで起きる肺炎です。誤嚥は特に夜間に起こりやすく、誤嚥を起こしても「むせ」などの自覚症状がないことがあります。これを繰り返すと誤嚥性肺炎を起こします(不顕性誤嚥)。また、胃の内容物が嘔吐により気道に入った場合にも誤嚥性肺炎が起こることがあります。食前、食後の口腔ケアと食事時の誤嚥防止が大切です。

特に要介護高齢者において口腔衛生状態を良好に保つことにより、QOL(生活の質)を著しく低下させる不顕性誤嚥による肺炎を予防することが報告され、介護予防という視点からも注目されています。



### ■口腔ケアで老人の肺炎予防

実際に口腔ケアを実施した人たちと口腔ケアを実施しなかった人たちを比べると、肺炎の発生率はおよそ40%減少させる効果がありました。

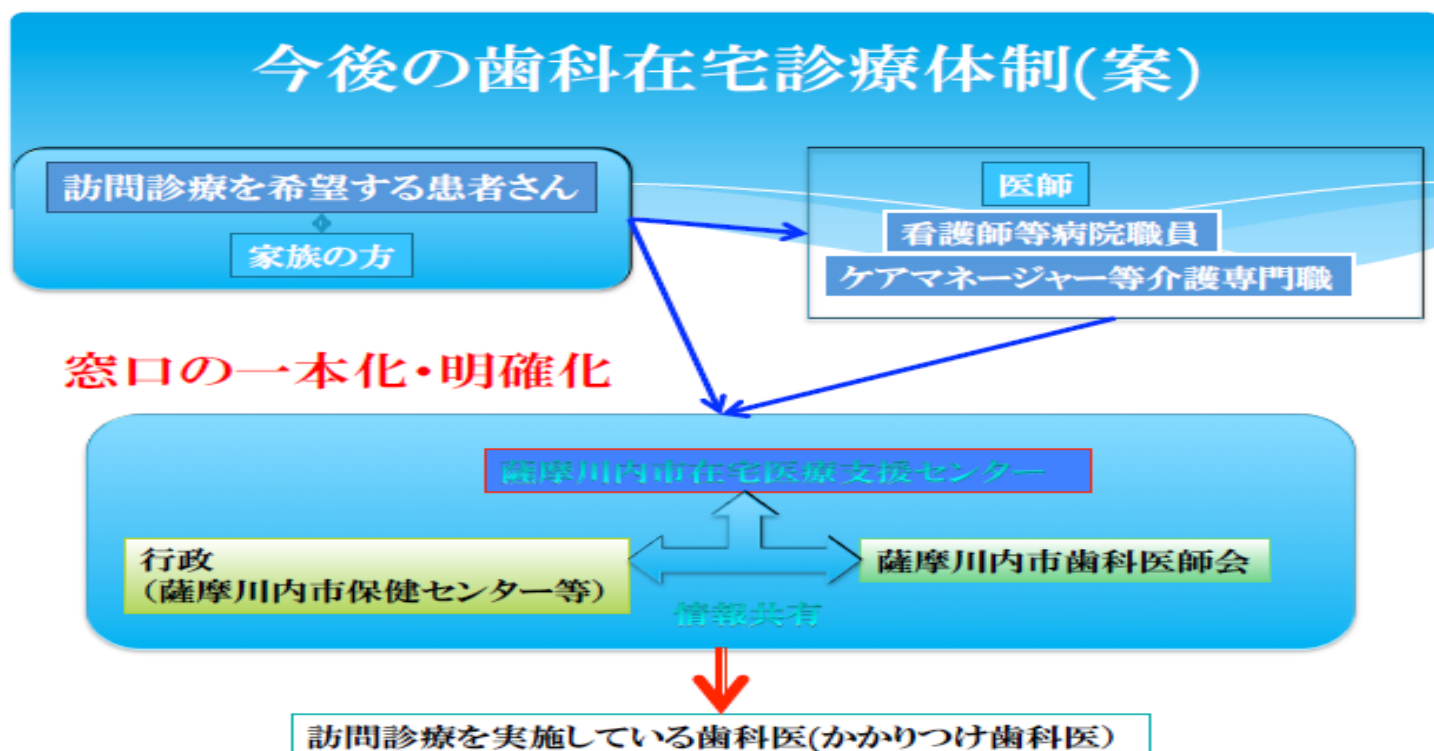
高齢者の特徴として血圧や心臓の状態、糖尿病といった全身に関わる病気を有していることが多いです。そうした病気がないとしても、体力や体の抵抗力が低下し、わずかなことで体に変調をきたすため、歯科治療には注意が必要です。

**投薬された薬によっては、治療が困難な場合があります。**

- ①ワーファリン・バファリン：脳梗塞などの再発防止薬で血が止まりにくい事があります。
- ②降圧剤：高血圧の治療薬で歯科麻酔で飲んでいても治療中に血圧が上がる場合があります。
- ③ビスホスホネート剤：骨粗鬆症の治療薬で歯を抜いた時に治りが悪い場合があります。

**重度の認知症で意志の疎通が取れない場合は、義歯の作成が困難となります。**

**元気うちに、かかりつけの歯科医院を持ってください。** 将来問題となるような口腔内の病気は、早い時期に治療しておくことは大変重要です。かかりつけの歯医者さんがいると患者さんとの信頼関係が構築されていますから、要介護状態になっても安心して歯科治療が受けられます



今までどおりで、直接かかりつけの歯科医の先生に相談していただいても結構です。



第四回川内地域在宅医療連携多職種交流研修会が2月5日(木) 19:00~20:50に川内看護専門学校会議室でおこなわれました。司会進行は岩下隆江氏(川内市医師会在宅医療支援センター準備室)が行い、江畑浩之先生(川内市医師会会長)の挨拶がありました。鹿児島県介護支援専門員協議会川薩支部理事 居宅介護支援事業所ピア管理者の古城裕喜先生に「医療連携~ケアマネジャーができること~」を講演していただきました。その後、事例について個人ワークシートを作成してグループワークを行い、皆さんに発表していただきました。いつものように名刺交換会を行い最後は小山 寿先生(川内市医師会理事)が閉会の挨拶をされました。



在宅医療支援センターでグループワークの内容をまとめられました。

検討Ⅰ: ある日の入浴介助で、どんな連携が取れていればよかったですでしょうか?

急変時や緊急時の対応を決めておく。また、再発や危険の予測を立てる。事前ルール→基準やファーストコール、決まりを共有しておく。事業所内でスタッフ間でもきちんと伝える。Drや訪問看護師が体調管理の方法を伝達しておく。退院時カンファレンス(サービス担当者会議)で低血糖、誤嚥性肺炎など。注意点など密に話し合いをしたほうが良かった。訪問看護、家族、主治医との連携(連絡ノートなどの活用)。サービス担当者会議で事前に体調不良時の対応を決めておく。ヘルパーさんが事前にケアマネや訪問看護師に連絡を取り、連携を図る(食事量のチェックや血糖値)。

検討Ⅱ: その日のデイケアでどんな共有や連携ができたなら望みを支える支援に繋がったのでしょうか?

ノートを見るという意識があることが良かった。些細なことも記入していることが良かった。「したいこと」を大事にしていたことが良かった。みんなが目標を共有していたことが良かった。クリアできることを明確にしていたことが良かった。利用者のひと言を聞き逃さず、そのひと言にみんなで一致団結して支えたので、意欲に繋がった。全てが良かった。

シックデイ・ルール: 発熱、嘔吐、下痢、食欲不振などにより、通常の食事が摂れない場合を言う。風邪を引いたり怪我をしたり、どこかに炎症を起したり、そういった感染症・外傷・歯の病気などの糖尿病以外の病気にかかった時のための特別なルール

**医療連携について ケアマネが負担に感じていること Ⅰ**

- 他法人の病院を訪問し、医療専門職(医師、看護師、MSW等)と連携を取る際に、ケアマネジャーの役割を十分に理解されていないためか...
- 受け入れてもらっていない雰囲気があり、精神的な負担になっている。



**医療連携について ケアマネが負担に感じていること Ⅱ**

専門用語で説明を受けても理解できないことが多い



川内さんは湿性咳嗽も続いていますし、肺雑音もあります。CRP、白血球も高く炎症反応が高いから退院はまだですね



**医療連携について ケアマネが負担に感じていること Ⅲ**

新人ケアマネの半数以上が、福祉系資格保有者... 医療知識に不足があり、病状の変化や今後の予測が難しく、連携不足になりがち。

咳や痰は続いているけど、どんな状態になったら病院の先生や看護師さんに報告していいかわからない

