

平成30年度 医療介護連携に関する意見交換会 グループワークまとめ

- 1、 目標を話し合しましょう。
「住み慣れた地域でその人らしい生活を最後まで過ごすことができるように」
医療・介護連携において、
①明日からできること、②1年後には達成したいこと、③3年後に達成したいこと
- 2、 目標を達成するための具体的な方法を検討してみましょう。

【医師】

	目標	具体的な方法
明日から	・コミュニケーションを密にとる	・「忙しい」と言わない ・イライラしない ・職員にあたらない ・「ありがとう」と言う
一年後達成	・顔の見える連携を行う	・面談を断らず密にコミュニケーションをとり、顔と名前を覚える。
三年後達成	・温もりのある連携	・会に積極的に参加して他の医師にも声かけをする。 ・ICTの活用

【看護師】

	目標	具体的な方法
明日から	・患者の背景を含め理解できる	・社会資源を知る ・社会資源に関する知識を習得する
	・入院時や外来のときからケアマネと連携をとる	・ケアマネがすぐ分かるよう入院時(緊急)病棟看護師に必ず確認してもらう
	・急性期病棟の中でも入院時から退院支援を行う	・患者家族と話しをする ・入院時にケアマネの有無を確認して支援
	・ケアマネさんとの連携を早めにとり連携をよくする	・介護保険証の確認をする ・退院カンファレンスを設けて方向性を統一
	・ルールを守る ・外来で情報をとって病棟、入退院関係者	・ルールを明文化する(各施設)取り組む
	・生活者としての患者をみる	・介護保険証の確認 ・ケアマネ来院されたら笑顔で挨拶
	・患者様の情報を良く知る ・コミュニケーションを取る	・相談窓口を作る ・情報シートを作成活用する
	・興味を持ってもらえる	・意見交換会に積極的に参加する
一年後達成	・患者に必要な支援をコーディネートできる	・地域の現状を理解できる
	・PFMの確立ができる	・PFMの仕組みを知る(勉強会)
	・多職種カンファレンスが70%以上できる	未記入
	・職種を越えた支援ができるようにSWの役割も担える看護師	・公的支援、サービスについての知識を得る
	・それぞれの自施設の病院のルールを整える	・各施設の全スタッフに周知を図る
	・生活者としてのアセスメントが記録できる	・看護師みんなが生活の情報がとれる(症状など医療だけでなく介護上)
	・コミュニティーなど介護保険サービスを知る勉強会などの開催	・地域サロンを作る ・病院、クリニックで患者様に向けた勉強会
	・看護師がケアマネ及びMSWと連携をもてる様に	・ケアマネと看護師と連携でミーティング

	目標	具体的な方法
三年後達成	・多職種との連携がスムーズに行く	・ネットワーク作り
	・医療・介護側がお互いの情報共有をして患者さんが寄りよい在宅生活ができるよう情報共有がスムーズにできる。	・入退院調整ルールを形にしていく。
	・多職種カンファレンスが100%できる	未記入
	・地域内での連携	・ケアマネ、SW、医療者との協働
	・地域全体の連携を整える。 ・情報ネットワークがとれる。	未記入
	・ネットワーク作り ～温もりかつスピーディーに～	未記入
	・急性期病院、中核病院、クリニックの連携が取れて情報が共有できる。	連携パスの作成
	未記入	未記入

【訪問看護師】

	目標	具体的な方法
明日から	<ul style="list-style-type: none"> ・連携を意識する。 ・訪看の技術スキルアップ。 ・利用者1人1人を大事にしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションの理念の再確認をおこない、意識付けをおこなう。(何のために訪看しているの?) ・今までの継続。
	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時、前のカンファレンスへの参加とお願いをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の状態把握目的で病院訪問をする。(週1回) ・サマリー、情報提供書提出。 ・日々の訪問の状況を主治医やケアマネへ報告している(ICTツール)。 ・ヘルパーへはノートや電話を利用。 ・デイスタッフへはデイ連絡ノート利用。
一年後達成	<ul style="list-style-type: none"> ・地域でどんなサービスがあるか理解する。 ・自己決定を支える。 ・連携室とケアマネへのアプローチができるのは訪問看護師(共助) 	未記入
	<ul style="list-style-type: none"> ・入院病院より入退院カンファレンスのお知らせがくる。 	未記入
三年後達成	<ul style="list-style-type: none"> ・中学校区の中での訪看の活躍をアップさせたい。 ・キーステーションになれば…。 ・訪看協議会の発信力をアップする。 	未記入
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護スタッフと共有・共同ができる体制づくりができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療面の知識・技術面の共通理解と、対応能力アップ(スキルアップ・マンパワー増)。

【MSW】

	目標	具体的な方法
明日から	<ul style="list-style-type: none">・いろいろな地域でネットワークを築く。・地域の資源を開拓する。・窓口を理解する。・入院時から多職種で共有する。・入院時共有シートで情報を把握する。・院内の連携を図る。	<ul style="list-style-type: none">・地域に出向いていく(サロンなど)。・探しに行く。・困難なケースについて多職種で地域ケア会議を開く(地域包括支援センターが窓口になっている)。・他の職種から知恵をもらう。
一年後達成	<ul style="list-style-type: none">・退院前カンファレンス(するしないが分かれている)。・顔のみえる関係づくり。	<ul style="list-style-type: none">・困難事例等、ソーシャルワーカーの勉強会を開く。→多職種につなぐ。
三年後達成	未記入	<ul style="list-style-type: none">・みんなでネットワークをつくる。

【ケアマネ】

	目標	具体的な方法
明日から	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の情報自体がこない現実はあるが、こちらから情報を取りに行く(退院時期など)。 ・なるべく早く連携するフットワーク(土日祝日の対応)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話をすぐにする。 ・ケアマネから連絡を取る。 ・入院が分かっただけで退院へ向けての共有を図る。 ・それぞれ病院の対応によって差があることを知る。 ・ケースバイケースの対応。
	<ul style="list-style-type: none"> ・本人たちが望む暮らしに向けた支援。 ・入院しても本人たちが望む暮らしを取り戻すために連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報をすぐを持って行く。 ・担当看護師とコミュニケーションをとる。 ・家族の思いまで伝える。 ・退院支援、足を運ぶ、退院時カンファのお願いをしたい。
	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡をもらったらずぐに動く。 ・新規で担当する際にチームで役割分担をしていく。 ・情報の整理をおこなっておく(すぐに渡せるように)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・すぐ動けるように情報整理しておく。 ・薬剤情報をコピーしておく。 ・携帯のロックをかける(個人情報のため)。 ・バイタルリンクの情報をもっと知ってもらえるようにする。
一年後達成	<ul style="list-style-type: none"> ・病院のMSWのいない所ではだれと連携をとったらよいか把握できている。 ・入院した情報が確実に共有できている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・名簿の活用をする。 ・退院へ向けてのカンファレンス参加を徹底する。 ・参加の依頼を断らない。 ・家の環境のことを話し合える。
	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時からの連携 ・サービスの根拠をしっかりと伝えられるようになりたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時カンファに参加したい。 ・病気・病院に対する勉強会(ケアマネ側も)。 ・接遇や主治医の照会内容の書き方が難しい。
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者家族から、入院時にケアマネ担当を伝えてもらえるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険証に名刺を入れる工夫やカルテに入れてもらうなど。

	目標	具体的な方法
三年後達成	<ul style="list-style-type: none"> ・顔のみえる関係。 (地域ケアシステムの構築) 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で生活していくことを、医療・介護チームで考える。
	<ul style="list-style-type: none"> ・先生と気軽に話せるようになりたい。 ・小さなチームを作った退院支援。 ・看護師との連携が上手になる。 ・連携のルール確立(どこの病院でも同じように連携)。 ・相談しやすいように密に連携を取る関係をつくる。 ・情報提供に行って具体的に伝える。 ・ICTの活用や価値観の共有(用紙だけ渡さず、コミュニケーションをとって利用者の思いまで伝える)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・いいせんリンクやMCSの活用。
	<ul style="list-style-type: none"> ・話しやすい、色々な職種と連携をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医との相談を常にできるよう、顔を出したりする(かかりつけでない医師との時もスムーズに行くよう)。

【行政】

	目標	具体的な方法
明日から	<ul style="list-style-type: none"> ・俯瞰して見て先を見越す。 ・「薩摩川内市っていいな」という価値観に近づけていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分ができないことに対してSOSができるようになる。「わからなかったらあそこに聞いてみよう」 ・助けを求められる関係性を築く。 ・自分達の業務を知ってもらう。 (高齢一母子)→知らないがちょっとだけでも知っておく。 ・「どうですか?」「相談してね」 ・ケアマネは「自分で」と思っている→誰かに振る、相談する→その人に戻していく
一年後達成	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時支援ルールのための、住民、医療、施設、の点を線の繋がりにする。 	未記入
三年後達成	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングウイル ・ワンストップ、行政の窓口(総合相談窓口)の機能、「ここに行けば何でも相談できる」ここはできないという部分を助けてもらいたい。 ・障害者、子ども、高齢者をうまくつなげていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・行政の縦割りは仕方がないが、行政+事業所+団体や協議会でつなげていく。