

# 第23回 安佐南区回復期生活期連携推進の会

## 開催のお知らせ

- 開催日** 平成28年11月14日(月)
- 場 所** 広島市立リハビリテーション病院  
公式サイト参照してください⇒ <http://soriha-hiroshima.jp/>
- 時 間** 午後7時～8時40分
- 内 容** テーマ:「**お互いをさらに理解するために**  
～回復期・生活期合同発表～
- 演 者: 日比野病院 新開耕平(作業療法士)  
医療介護センター 岩田泉(作業療法士)  
上安慈光園 大石ひな子(介護支援専門員)  
西田ケアマネ事務所 西田英俊(介護支援専門員)

【 今回のテーマ 】

## お待たせしました！回復期・生活期の合同発表です！

皆様のアンケートを分析すると、回復期と生活期との間で、互いに対する「なんで●●なんだろう」という疑問が、この会を通して「あ～そういう事情もあったのね」という理解へと変化し、顔が見える関係の構築と相互理解が深まりつつあることが分かります。『回復期から退院後、「あの患者さん」どうなっただろう』というテーマはこれまで何度か扱ってきました。そこで今回は、『あの時の「他職種との連携」はどうだっただろう』というテーマで事例を検討します。合同発表はなかなかない機会です、ぜひ奮ってご参加ください！！

- ① **生活期から回復期への入院へ至った経緯と、入院時の連携**
- ② **入院中のエピソードと対応、ケアマネジャーの関わり**
- ③ **退院時の回復期とケアマネジャーとの連携**
- ④ **退院後の生活期での対処しがたいエピソードに対する生活期間の連携**

### ケアマネジメントのあり方

社会保障審議会  
介護保険部会(第64回)  
平成28年9月23日

資料4

#### 現状・課題

#### 3. 医療・介護連携等の推進について【参考資料 P12～P13】

- 今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、ケアマネジメントを行う際の医療との連携が重要である。
- 一方で、医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関と連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘がある。

#### 入院時の情報提供における課題について

- 医療機関との連携の状況について、居宅介護支援事業所における入院時の情報提供における課題は、「医療機関から情報提供を求められない」が31.9%、「医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しい」が30%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が27.8%となっている。

お問い合わせ：安佐南区回復期生活期連携推進の会 事務局 野坂寿子(ケアプランよりしま内)

電話：962-1232 FAX：850-1028 メール：[nosaka@yorishima.com](mailto:nosaka@yorishima.com)

# 第23回 安佐南区回復期生活期連携推進の会 開催のご報告

平成28年11月14日(月) 19:00より 広島市立リハビリテーション病院


## ■ 今回のテーマ

「お互いをさらに理解するために」～ 回復期生活期合同発表 ～

発表者 上安慈光園 主任介護支援専門員 大石ひな子氏  
日比野病院 作業療法士 新開耕平氏  
医療介護センター 作業療法士 岩田泉氏  
西田ケアマネ事務所 主任介護支援専門員 西田英俊氏


## ■ 4者発表：事例Aさんに関わった各期の担当者が連携に焦点を当てた発表を行いました。

入院から退院まで (大石 CM より)




- ・入院までのケアプラン
- ・入退院時の回復期との連携
- ・退院後の経過と困難エピソード
- ・在宅リハビリとの連携
- ・担当CM交代までの経緯
- ・各場面での連携の工夫

入院中のAさんについて (新開 OT より)




- ・入院中のリハビリ
- ・病状、ADL、リハビリ内容
- ・入院中の困難エピソード
- ・退院時連携と家屋調査
- ・退院後のフォロー
- ・連携の工夫と反省

在宅でのリハビリについて (岩田 OT より)



- ・訪問リハ開始の経緯
- ・目標設定と実際の困難さ
- ・回復期との連携
- ・他のサービスとの連携
- ・後任CMとの連携
- ・連携の工夫と反省

現在の状態について (西田 CM より)



- ・担当するまでの経緯
- ・Aさんの個性とその対応
- ・現在の状態と工夫

## ■ 質問タイムとグループワーク → 明日からどうしていきたいか

事例を深める質問をグループごとに考え、それに対して発表者が回答

再びグループワークで「連携に焦点を当てて、自分の職種で何ができるか」を検討し、発表



## ■ 在宅生活情報提供シートについて

回復期を退院後2～3か月後に、在宅での生活状況を回復期に情報提供するためのツールです。ぜひ積極的に活用していきましょう！！



第23回の様子

- 生活期 41名  
介護支援専門員、包括支援センター職員、訪問リハビリ療法士、通所・訪問介護職員
- 回復期 20名  
病棟療法士、医療ソーシャルワーカー
- 一般病院(療養型・地域包括ケア) 4名  
病棟療法士
- ゲスト 4名  
西区回復期療法士  
地域包括ケア推進センター

69名

ご報告が遅くなり大変失礼いたしました。お忙しい中ご出席いただき、ありがとうございました。皆様に再びお会いできるのを楽しみにしております。

平成28年12月9日 安佐南区回復期生活期連携推進の会 事務局