

研修会のお知らせ

テーマ：「地域連携と情報共有」

日時：平成23年2月22日(火) 18時30分～

会場：気仙沼市立病院 4階会議室

プログラム

1. 在宅復帰支援を通して
～ケアの方向性とケアプラン～

地域医療連携室 阿部孝子

2. 意見交換
地域連携と情報共有について

* 日頃疑問に思っていることや、意見等ございましたら、出席者人数と共に下記へ記入の上、2月7日までに地域医療連携室までお願いいたします。皆様のご参加、ご意見お待ちしております。不明な点は、地域医療連携室までご連絡ください。

地域医療連携室:内線 315 担当:阿部、及川

部署名 _____
参加人数 _____ 名

疑問に思っていることやご意見等ございましたら、お書き下さい。

ありがとうございました。

地域医療連携室だより



つなぐ



第4号

2011/1発行
地域医療連携室

新年、明けましておめでとうございます。

昨年4月に開設になりました「気仙沼市立病院地域医療連携室」も2年目を迎えます。皆様のご指導、ご協力によりまして徐々に定着していると感じることができ、誠にありがとうございます。

本年の干支はウサギということで、それにあやかり地域医療連携も第二段階に飛躍(跳ぶという意味)でできればと考えています。本年4月からは社会福祉士が1名配属が予定されており、より密な情報の共有と連携、医療・介護連携のさらなる発展が望めるのではないかと期待しております。

来年には診療報酬・介護報酬のダブル改定が予定されており、政治サイドからの大きなバックアップを得られる可能性もあり、気仙沼地域の地域医療がより充実すればと願わないではおれません。

どうか本年もよろしく願いいたします。

気仙沼市立病院地域医療連携室室長
横田憲一

○活動報告

〈前方支援業務報告 22年10月～12月〉

	22年10月	22年11月	22年12月
紹介受け入れ数	289	259	251
他院への紹介数	127	111	106
その他	183	148	218
合計	599	518	575



〈後方支援(退院支援)業務報告 22年10月～12月〉

月	項目	援助者 延べ人数	新規 患者数	退院先					退院患 者総数	退院時 カンファ レンス
				自宅	転院	施設	死亡	その他		
10月		201	25	13	3	7	6	0	29	18
11月		193	23	12	7	3	5	0	27	11
12月		233	41	22	5	7	2	0	36	9
合計		627	89	47	15	17	13	0	92	38

外来休診のお知らせ

皮膚科外来 : 平成23年1月21日 (金)

平成23年2月25日 (金)

- * 毎週水曜日は皮膚科外来休診となっております。
- * 毎週木・金曜日の皮膚科外来の受付は、午前10時までとなっております。

研修報告2

生活モデルとしてのICF(国際生活機能分類)ってなあ～に？

アセスメントの視点～ICFの概念枠組みを推奨～

ICFとは、人間の生活機能と障害の分類法として、2001年5月世界保健機関(WHO)総会において採択された。従前の国際障害分類の「障害」というマイナスの観点からの分類ではなく、「生活機能」というプラス面から見るように視点を転換しアプローチすることを強調している。

「生活機能」とは、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」を含む包括用語であり、それぞれが障害された状態を「機能障害」「活動制限」「参加制約」という。この3つの生活機能は相互関係にあり、さらに背景因子として、「環境因子」「個人因子」が相互に関係し合っている。

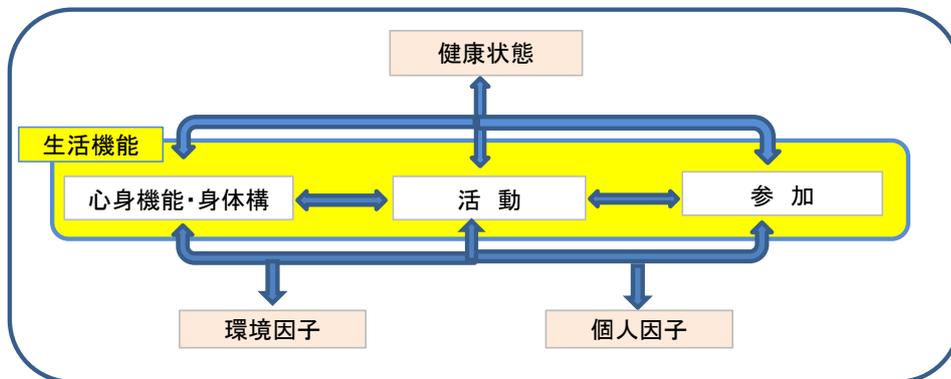


図1 ICF(国際生活機能分類)モデル

(障害者福祉研究会編集:ICF 国際生活機能分類～国際障害分類改訂版～ p18 中央法規出版 2002)

ICFの概念枠組みをアセスメントに活用する理由

- ①患者は、病気や障害のため生活機能は低下しているが、マイナス面だけでなく、できること、残っている能力、潜在的な能力も(プラス面も)同時に持っている。
- ②病気や障害によって不自由になった生活を環境因子に働きかけて、自立した生活を取り戻していく視点が重要である。

ICFによるアセスメントの経過

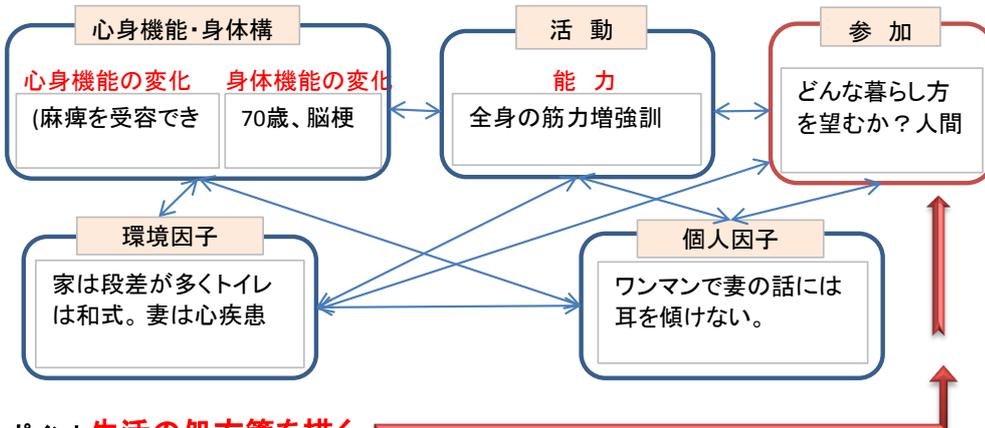
- * 2002年4月 診療報酬の改定で、「リハビリテーション(総合)実施計画書」に導入され、以降ICFの分類に沿った詳細な書き方が義務付けられた。
- * 2003年4月 介護報酬改定 通所リハビリテーションなどのリハビリテーション関連ICFの考え方を導入。
- * 2003年7月 介護支援専門員実務研修課程改定の通知 アセスメントにICFの考え方を導入。
- * 2004年4月より 介護支援専門員現任研修でICFの考え方に基づいた研修が開催

ICFの特徴

- 1、対象はあらゆる健康レベル
- 2、3つの生活機能は平等で中立で重要度に差はなく、環境因子、個人因子に影響を受ける。
- 3、生活モデルである。
- 4、生活機能をプラス面の視点で見る
残像機能や潜在機能、環境因子、個人因子を強くし、目標志向型アプローチをする。
- 5、環境因子の影響を受ける。人間と環境の相互作用である。

事例で考えてみよう

Aさん70歳男性、妻65歳(心臓疾患あり)と二人暮らし。脳梗塞で左片麻痺となり、元気がない。リハビリは、全身の筋力増強訓練と平行棒にて歩行訓練開始となった。家は、旧家であり、段差があり、トイレも和式である。妻は、夫はワンマンであり妻の話には耳を貸さないなど、介護に不安を感じている。



ポイント 生活の処方箋を描く

その人の生活をイメージする。障害があっても、病気があっても、豊かな暮らし方ができる。

アセスメントは、どんな条件を整えれば、健康な生活が取り戻せるか考える。
 どんな生活を望むか、患者・家族の話をよく聞く
 社会福祉制度の利用、住宅改修、福祉用具の準備。
 家族の介護力の査定や介護指導とサービスの導入を考える。

目標設定のポイント

- ① 退院支援は目標志向型アプローチである。
達成可能な目標(インパクトゴール)を設定する。
- ② インパクトゴール(努力したり支援があれば達成できる。あるいはQOLの向上に貢献する目標)を設定できる見通しがあること、達成することで成功体験が得られ、それが在宅への動機付けとなる。
- ③ 利用者のプラス面(残存機能・潜在機能)の活用

カンファレンスは、
合意を重視する

本人の思い: 自分で歩きたい。
 家族の思い: トイレだけは自立してもらいたい。自宅で二人で過ごしたい。
 今後の治療計画と予測される機能の回復レベルと看護方針

カンファレンスにて情報の共有(1回目) <退院に向けてのケア方針>

- 1、目標: 排泄はトイレで行う。(ベットのサイドでのポータブルトイレ→車椅子でトイレ→歩行器……)
- 2、退院の時期の設定と長期目標の設定(ex, 室内は自力歩行できる)
- 3、福祉制度の利用: 介護保険の申請など介護保険の情報提供
- 4、次回のカンファレンスの設定(退院に向けての具体的なサービス計画等検討する)

カンファレンス参加者の調整を行う(退院調整看護師)

患者・家族、担当看護師、リハビリ担当者、ケアマネージャー、在宅ケア担当者等(訪問看護、ヘルパー、入浴担当者、デイサービス、福祉用具担当者など)
 ex, 住宅環境: 段差解消、手すりの設置、洋式トイレが必要、ドアは引き戸にする。
 福祉用具: ベッド、立ち上がり補助棒
 身体の清潔: ヘルパーによる入浴介助・訪問入浴又はデイサービスでの入浴、
 毎日の清潔は妻が担当(介護力は?) 本人のプラス面をしっかりと査定する

次回はカンファレンスについて