

## 団体別会議で話し合われたこと

	課題	今後できそうな支援（ <b>網掛け部分はその職種ならではの支援</b> ）
医師会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(過去の経緯があったように感じるが、資料だけを見る限りでは)薬が多すぎる。整理が必要では。</li> <li>・退院前カンファレンスの時点から、病院の担当医及び、地域のかかりつけ医の積極的な関わりが必要であったのでは。</li> <li>・糖尿病があるにも関わらず、菓子パンが提供されている 食生活の見直し要。</li> <li>・夫のこれからの自立した生活。</li> <li>・訪問診療にこだわらず、外来診療の継続も出来たのでは。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の整理。</li> <li>・糖尿病を理由とした<b>教育入院</b>の検討 それに合わせて薬の整理も可能。</li> <li>・カンファレンスへの積極的な関わり。 在宅医の導入が必要</li> <li>・訪問看護の検討。</li> </ul>
薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝、昼、夕の食前薬があり、管理が難しい。食前薬を飲んで「食べない」のは危険。</li> <li>・薬が多すぎるため、整理が必要。</li> <li>・残薬を把握していない。どれだけ飲めているか確認する必要がある。</li> <li>・処方した先生との調整も課題。</li> <li>・本人が確実に飲めるような取組み（薬の一包化）など。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>ドクターと相談して</b>、減らせる薬は減らす。</li> <li>・薬剤師を柱にみんなで服薬チェック。</li> <li>・<b>薬を一包化</b>したり、カレンダーポケットを活用する。</li> <li>・夫にも協力を依頼する。</li> <li>・通所サービスを週5回にすれば、昼食前後の服薬管理は可能。</li> <li>・トルリシティを処方してもらえる<b>在宅医を探す</b>。</li> </ul>
歯科衛生士会 保健福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・むせが気になる。</li> <li>・夫の介護力も把握したほうがよかった。</li> <li>・次男のフォローも必要かも。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医が見つからない あまつなぎが協力できるかも。</li> <li>・口腔内の状況 訪問歯科に診てもらう。</li> </ul>
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院カンファ時に訪看でていれば・・・</li> <li>・帰宅後の介護力の見通し、生活状況を把握しないまま退院になったのでは。</li> <li>・薬の多さ。毎食前後は厳しい（薬評価をしっかりすべき）3月時点で発熱で気づくべき。</li> <li>・訪看として、カンファ時に発信できたかも</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスに声掛けしてもらえれば出席できる</li> </ul>
居宅事業所連絡会 ケアマネジャー協会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己注射ができないのであれば、内服管理という可能性の検討。</li> <li>・退院後からサービス担当者会議までの間に、サービス事業者間で役割分担が十分行っていたか。それぞれの役割に対する評価は十分なものだったか。</li> <li>・退院時カンファレンスで十分な協議がされずに退院している。受入先が見つからない状況を伝えていたか。</li> <li>・退院後の医療的なリスクに十分な協議（体制を整えること、緊急時の対応等）ができていない。</li> <li>・サービスを要介護4といったサービスのフル活用しているが、サービスだけでは解決できない。本人のやる気への働きかけや家庭での役割、夫も一人になる生活により、夫との関係性はどうか、夫の生活はどのようになるか検討できていたのか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時カンファの際、家族や退院後に関わるサービス事業者に、出来る限り同席してもらおう。それぞれの視点から退院後の生活に対する疑問が解決できるように<b>ケアマネが調整</b>を図る。</li> <li>・受入先が見つからない場合には、<b>転院などのワンステップを提案</b>することもある。</li> <li>・家族にも退院後の生活を具体的にしてもらい機会をもってもらおう。</li> <li>・訪問看護・訪問介護のサービス提供時に問題があった場合にはそれぞれ小さな調整を図っているが、退院時などはその調整が何度も行われる場合が多い。</li> <li>・ケアマネが困難と感じるケースの共有によって、解決策を提案しあうこともできる。（ケア会議も含む、ケアマネ間の日常的な相談）</li> </ul>

## 団体別会議で話し合われたこと

PT・OT・ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二男が発熱で休むなど負担が大きい。</li> <li>・水分、食事が不十分（むせが原因）。嚥下機能の回復にむけた支援が必要。</li> <li>・認知症日常生活自立度 であるが薬が出ていない。何が出来る・何ができないかを評価する必要がある。高次脳障害の可能性もある。</li> <li>・意欲の減衰（入院中から落ち込み）は病気 or 認知症からなのか、評価必要。</li> <li>・認知症への理解を促すためカフェなどの誘い。</li> <li>・嚥下障害にも着目すべき。</li> <li>・夫がどこまで妻の介護をできるのか。夫、二男への介助指導。</li> <li>・夫も朝食を食べていない点を踏まえると、夫にも支援が必要な可能性あり。</li> <li>・専業主婦としてできること、できないことの評価（しゃべれるか、他者交流は）。ヘルパーと一緒に調理をするなど。</li> <li>・かかりつけ医との連携不十分がうかがえる（トルリシティの扱いが無い等）。</li> <li>・セラピストとの連携も出来たかも。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫と認知症カフェ。</li> <li>・食事を増やす（食事の姿勢はどうか）。</li> <li>・通所リハのセラピストが訪問リハしてはどうか（夫婦での生活が困難と評価されている中、まずは訪問リハから始めた方が良いのでは。その後、家から外出への誘導）。</li> <li>・キーパーソンの次男と一緒にできることの検討（土日の活用）。</li> <li>・できる事、できない事を明確にし、できる事を自らやってもらうことからスタート。</li> </ul>
社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫の生活力が低い。</li> <li>・本人、夫、子それぞれの近隣との関係が不明で地域に繋げにくい。マンションのコミュニティ・協力者の存在有無によりサポートも変わってくる。</li> <li>・専門職メインでのサポートが必要では。</li> <li>・二男の負担が大きいため、二男に対してサポートしたり、愚痴を聞いてもらえるような人がいれば（介護者の会など）。</li> <li>・夫だけでも地域の人に見てもらえることができれば。</li> <li>・もっとこの家族に対して声掛けする人が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・趣味が手芸であるため、会館などで行っている編み物などに連れ出してもらえたら。</li> <li>・（認知症の程度にもよるが）自宅で手芸教室を開き、地域の人に来てもらうように出来れば。</li> <li>・支援者と地域の人との繋がりを持つ場をセッティングする。</li> <li>・近隣の人にゴミ出しを依頼。</li> <li>・同じマンションの住人に認サボ講座をおこない、それに来てくれた人にサポートを依頼してみても。</li> </ul>
民生委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若い次男と同居のため、友愛訪問の対象になりえない。</li> <li>・薬の管理が適切に行えていない。</li> <li>・食事がちゃんと取れていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・課題が有る世帯を専門職に繋ぐのが民生委員の主たる役割。</li> <li>・気になる世帯として、担当地区の理事に伝達する。</li> <li>・友愛訪問ではなく、「地域で目配りする必要のある人」として、担当地区の民生委員が訪問可。近所であればこまめに訪問できる。</li> <li>・薬を小分けにして収納するケースや、お薬カレンダーがあるという事を助言出来る。</li> <li>・訪問の中で支援機関との顔つなぎが出来てきたら、対象者の些細な変化を支援機関に伝えることができる。情報の早期発見へ。</li> <li>・理事中心で困難ケースの対応の意見交換等を行う「ブロック会議」に諮る。</li> </ul>
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・80代夫婦と同居で就労中の息子を地域でどう支えるか。</li> <li>・退院前カンファがきちんと出来ていない。</li> <li>・家族支援（夫・二男）がケアマネ支援の立場でみるべきかも。</li> <li>・医師の指示に疑問点が多い。</li> <li>・地域という点では、民生児童委員の介入対象外ということもあり、なにか地域で支援できないのか、検討の余地がある。</li> <li>・ケアマネが相談できる風潮も大切。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア個別会議の開催。</li> <li>・「あまつなぎ」へ相談し、医療機関の情報提供を得る。</li> <li>・夫へのアセスメントを行い、介護保険の申請・利用を行うことで、夫婦全体の支援を行う。</li> <li>・夫婦共に介護保険を利用することで、同居の息子の介護負担が軽減。</li> <li>・地域へ情報発信し、食事や水分補給などの、簡単な声掛けなどの協力要請。</li> </ul>