

第31回 高知県リハビリテーション研究大会

本日の提案

明日からでもできる
準備したらできる
長期的対策

2007年12月9日

行政

- 通所系・訪問系サービスの量や質を整備
- ショートステイベッドの確保
- 介護の質の向上(できる・しているなど)
- 入院中からの情報交換と連携
- 夜間・休日医療体制
- 訪問診療・訪問看護の体制整備
- 地域で支えあう場(住民主体)
- 地域リハビリテーション連絡票の活用
- 地域ケアの研修の場

地域包括支援センター

- 地域包括支援センターが仲介役として関係する人や機関との調整をする
 - 訪問・通所の重度受け入れ態勢
 - 24時間医療体制
 - インフォーマルサービスの利用
 - 重度者のケアプランサポート体制
- 主治医との定期的な情報交換
- 地域づくり
- サービス担当者会議を開いて、今はできていないが、協力し合えばできることはないか検討する
- 地域の療養病床入院患者数の実態把握

回復期リハビリテーション病棟

- ケアマネージャーにリハビリテーションカンファレンスに参加してもらうことを増やす
- 地域包括支援センターと連携をとる
- 入院にあたってケアマネから病院に情報提供(アセスメントシートなど)をする
- 他の病院・施設と技術・知識の情報交換を現場レベルで進める
- 自宅退院直後のしばらくは訪問リハの促進
- ヘルパーが生活リハビリテーションの視点で介護する
- 各機関のケアスタッフが生活リハビリテーションの視点でケアする
- 院外の人でも気軽に相談できる体制作り

老人保健施設

- ショートステイ利用者を他の施設と共有できる体制作り(連絡網・定例会・ケア等に関する情報共有)
- 老人保健施設の理念と役割を徹底する
 - 包括的ケアサービス施設
 - リハビリテーション施設(できる・している)
 - 在宅復帰施設
 - 在宅生活支援施設(ケアマネと生活目標を共有する)
 - 地域に根ざした施設
- 診療情報などの更新(地域リハビリテーション連絡票の利用など)

特別養護老人ホーム

- ケアマネや家族と連携を密にして、短期入所生活介護の利用を増やす
- 短期入所中に在宅生活での生活目標をケアマネと共有する
- リハビリテーション的視点を持ったケアの提供(できる・している)

その他(地域住民も含めて)

- 自分の死に方や死に場所について考える
- 医師がケアマネと連携する技術を高める
- 医療依存度の高い利用者の短期入所のできる体制を整える(医療療養病床?)
- 短期入所の目的を介護負担軽減だけでなく、短期入所中の施設側に求める利用者ごとのニーズも明確にする
- 在宅復帰施設としての老健の役割をケアマネや急性期病院・地域住民も認識をする

今日の議論の中でグサツときたことがあっても、お互いに恨まないようにしましょう(^0^)