

平成28年度第1回柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会

と き : 平成28年7月6日(月) 19:00~

ところ : 医療法人清和会長田病院
1階リハビリテーション室

事例討論1 『白血病患者の在宅療養に向けての病診連携を通して』

事例討論2 『失声を伴った独居高齢者との関わりを通して』

ケアカンファレンス

外出支援

- ・要介護3
外出支援に向けて
介護サービスが導入
出来るか検討する。

医療

- ・緊急時の体制:医療、家族は
どうなっているのか明確にする
- ・薬剤師は薬を届ける以外仕事を
どれだけしたのか?
(チームとして)

家族

- ・実母の状態と、実母の支援の
アセスメント行い、支援方法を
検討すれば 精神的負担も軽減
するのでは?
- ・誰が主になって動けるのか
明確に出来ていれば良いか
考えさせられた。
- ・四男への負担、実母への
負担は?どうだったのか?
- ・なかなか生活の中で困っている
事について言えない事もあると思うので、
それぞれの意見要望を聞き調整する。
本人さんとの関わりも大事だが、
本人と身近にいる家族の関係を密に
よりよく取り持つ事が大切。

メリット

- ・退院に向けて、本人の希望を基本に多職種の方が連携していったのは良かった。

- ・60歳代でCMが最初になかったのに、チームが
まとまって支援されていたと思う。
- ・本人の思いを大切に
サービスにつなげて
行けたのが良かった。

- ・本人の家で過ごしたいという
気持ちに、それぞれ専門職の方達が
役割をされ、ADL向上、病状の安定が
図られ満足された。
- ・緩和ケア病棟から
在宅へのサービスが
スムーズに移行できた。

- ・時々入院できたのは、本人、家族にとって、レス
パイトケア体調、精神安定に良かったのではないかな。

連携

・カンファレンスがないと
各職種の意見が文書のみ
になってしまう。

- ・長田病院の関連した人脈、施設で完結している。
- ・割と上手く行った事例だが、地域全体の資源活用と
なっていたか?
- ・誰が主導して合同カンファ
レンスを集めるか。
- ・互いの職種のことを理解して、
チームが共同していたように
思える。
- ・職種によってAさんが言える(相談)内容が異なるので、
カンファレンスは必要。時間を合わせるには?
- ・支援の開始に限らずお互いの患者、家族も
含む意見交換会があると、同じ方向性の
共通理解ができ、より良いのではないだろうか。

口腔ケア

- ・食事の問題が出ていましたが、食べる事、
口腔アセスメントをして提供方法を考える。
- ・今回のケースは歯科が入る症状は無かった?
肺炎の危険は?
- ・歯科が介入するきっかけはなかなかない。
これのハードルを下げる努力をしたい。
- ・肺炎予防のための口腔ケア

症例検討① 2グループ

- 白血病発症から長年(5~6年)に渡り、がん看護専門看護師さんが介入され、入院 → 緩和ケア → 在宅訪問へとつながり、最終的に近隣の医院での在宅訪問までつながった。
- 適時に入院、在宅を繰り返しながら、多くの専門職が関わりながら在宅へつなげられた。
- 訪問診療、薬剤、看護、リハビリ等が組んですぐ活動できた事。
- 本人の気持ちが多職種を動かした。
- 白血病が寛解になった事、膀胱直腸障害がとれバルーンカテーテルが取れた事。
- 「家で過ごしたい」という本人の希望をかなえられたことが良かった。
- 顔の見える会議が出来なかった
- 訪問薬剤師の総剤
- キーパーソンは四男氏？
- バルーン管理実際に自宅
- 家族の協力病状に対して入院、訪問診療
- 緩和ケアへ行ったタイミング？→寛解時？
- KEYとなる専門職は？Dr？

症例検討① 3グループ

- 地元の開業医と連携出来ているか他の職種は身内のみでは？
(良かった点)多様なサービスの提供があり、そのサービスがつながった。
(疑問)福祉サービス、支援はケアマネからの資源提供で上手く行ったのか？弁当内容も情報があったのではないかな？
- 情報の共有方法 ○ 本人が望む生活にゴール出来た事は良かった。
- 連携の為にツールが必要 ○ ご本人が在宅で過ごしたい希望を持っておられる事。
- × 本人、家族も含めた全職種の揃う会議があった方が良かったのでは。
- 関わりが多いほど情報共有ツールが欲しい。(ノートの活用)
- 関わる方のすべて(なるべく)参加できるカンファレンスの方法
- 施設完結型になっている。
- 家族支援が充実している事
- 組織横断的なかわりをされている点

症例検討① 4グループ

情報を集めるキーマンを明確に！

- 在宅でノートを活用するのも1つの手かも！
- 退院前カンファレンスで役割分担が出来ればもっと良かったかも？

満足感が得られた良いケースでは？

- 介護保険利用時等、担当者会議で情報共有、役割分担をする事も必要。
- サービス内容・連携先を決めるのは誰だろう？
→バラバラにならないようシステム作りが必要なのでは？どこに、どう連絡をするのか？

症例検討① 5グループ

良かった所

- ・ADLの改善が出来た。
- ・訪問による廃用症候群の改善出来た。
- ・すごく恵まれた資源があった。
- ・本人の希望に添っている。
- ・訪問看護、訪問リハビリを実施。家族もいる。
- ・訪問看護で大きなトラブルなく在宅生活が送れている。

悪かった所

- ・入院中より在宅訪問(退院前?)していれば良かった。
- ・訪問薬剤指導が、単なる配達となっていないか？(家族が取りに来られない)
- ・口腔ケアをしっかり今後しておく必要あり。
- ・BLの管理。自己導尿を検討しても良かった。
- ・家族の気持ち(負担感)

良かった事

病院の役割

- ・他の病院と長田病院との連携が上手く行っていた。
- ・病院が中心となって、患者さんを見てくださった。
- ・緩和ケアの受入が来ている。
- ・「家に帰りたい」という本人の希望に応えるため、最後まで取り組んだ事。
- ・緩和ケアを退院でき、在宅で過ごせた事。
- ・自宅に帰れる様に持って行けた事。

病状

- ・結果、病状安定とADLが向上し、在宅生活が安定した事。
- ・白血病が寛解で自宅へ帰られた事は良かった。その後も、リハビリ継続されADL向上に繋がって良かった。
- ・白血病が寛解した事。
- ・カテーテルが抜けた事。

本人

- ・本人が希望する在宅生活ができるようになった事。／本人の希望が叶って、在宅へ戻れた事。
- ・本人の希望に添ったケアを行っていた。

家族

- ・家族の協力があつた事。
- ・姉妹の支援や子供達の支援(協力)があつた。
- ・家族の精神的ケアに努めた事。

連携

- ・訪問診療等、訪問中心の支援(多くの支援が(社会的資源)有つた事。
- ・職種間のコミュニケーションが良くできていた。
- ・様々な業種が介入してくださったこと。
- ・様々なサービス(訪問看護・リハ・薬剤指導)を受け入れたこと。
- ・患者宅より近い医院へ紹介されたことは良かった。

良かった事

事業者

- ・ケアマネとのかかわり方はどのようなかかわり方だったのか？
- ・業種間のコミュニケーションが不足していた。
- ・ヘルパーの導入を考えても良かったのでは？／ヘルパーが利用できなかったのか？
- ・アクシデント時はどう対応するのか？わからない。
- ・介護サービスで外出支援はできなかった？
- ・地域の人との関わりはあつたのか？
- ・訪問リハのみではなく、通所リハを併用していれば良かったのでは？(食事を含めて)
- ・栄養面でもっと支援が出来たのでは？姉は弁当だけでなく他の方法があれば。
- ・60歳の若さでがん。精神的なケアのプロセスがなかったのですが・・・。

家族と事業者

- ・旦那さんが他界していたこと。
- ・実母のコミュニケーション？
- ・四男さんの関わりと、母親の病気に対しての心のケアがなかった。
- ・同居の家族の介護力

医療系サービス主体であり、介護系サービスの視点が不足。コミュニケーションの不足。

セーフティーネット

- ・近隣の見守りがあったのが良かった。
- ・地域包括支援センターや在宅介護の関わりがあり良かった。
- ・介護関係、福祉関係が入れない → 近隣者の情報を行政が把握する。
- ・一人暮らしの高齢者がその地域にどのくらいいるか把握する。

緊急連絡

- ・緊急連絡、終活の確認と本人の自覚(覚悟)が必要。
- ・緊急連絡カードを作り、その人の連絡すべき事項が分かり良かった。
- ・失語等の障害を持った方の緊急連絡。ipad等を使用した地域ネットワーク 構築必要か？
- ・独居で失声の為、外部との連絡困難 → 連絡方法確保
- ・緊急連絡カードを作成する。

本人の問題

- ・男性特有の問題がある。独居老人の男性は難しい。— 家族の介入 —
- ・自分の言いたい事が上手く伝えられない事による不満の解消
- ・失声による意思の疎通を。
- ・今後は食事の管理をどうしていくのか栄養面で不安がある。
- ・本人の生きる希望を持たせるには？

その他

- ・経済的支援は必要か？
- ・同じ部署、人の継続的な関わりが難しい。
- ・継続的に見ていく方法は？
- ・家族のキーパーソンを必ず作る事。
- ・ひとり暮らし、独居の見守りケア(行政サービス)
→ 市福祉課から気長なケア、PHNのケア(アルコール問題もあり)
- ・失声に対して → 福祉用具の導入(障害手帳あり)
- ・患者さんの信頼を十分に得る事ができた例と感じた。
- ・退院前に在宅の状況を訪問して確認し、問題を明らかにする。

症例検討② 2グループ

- ・ 独居の現状把握が出来て、環境改善が出来た。
- ・ 患者本人に受け入れられたケアマネージャー。
医療関係者から介護保険を受けて輪を拡げる様にする。
- ・ 緊急報知機の設置
- ・ 周りから固めていく。
- ・ 外出支援3回
- ・ 押しかけ女房的介入
- ・ ラポール(信頼関係の構築)
- ・ 社会資源を知らない。

症例検討② 3グループ

- ・ サービス拒否の方の状況確認のシステムがない。
- ・ 生活が支えられるとともに、気持ちの面での向上も図れた。
- ・ その後については、また悪化していないがこのまま訪問看護での対応を続けていくのか？他の方法は？
- ・ 課題。今、失声の方に対応した緊急通報システムがない。
- ・ 入院当初から関わりを持ったことが良かった。訪問看護が終了した後の訪問を継続している事が本人の楽しみになっている。近隣の人もまきこんでいたこと。
- ・ 放っておくと最悪のケースだが、介入でかなり改善した。
- ・ 今後はカウンセラー等の導入も必要。
- ・ 結びつきが強くなるまでのエネルギーの必要性。
- ・ 個人で外出するところまで想定していなかった。緊急連絡カードの必要性。
- ・ 頑固な性格を見放さなかった。緊急連絡カードがあった。近所との関係性が上手く行ったところ等が良かった。
- ・ 事例を通して、問題点が出てきているので地域全体で解決していく方法を確立していけばいいのでは。
- ・ 緊急通報システム(障害者対応)
- ・ 少しずつ支援を受け入れる気持ちになってきている。今後、どのように支援体制を作りあげるか。

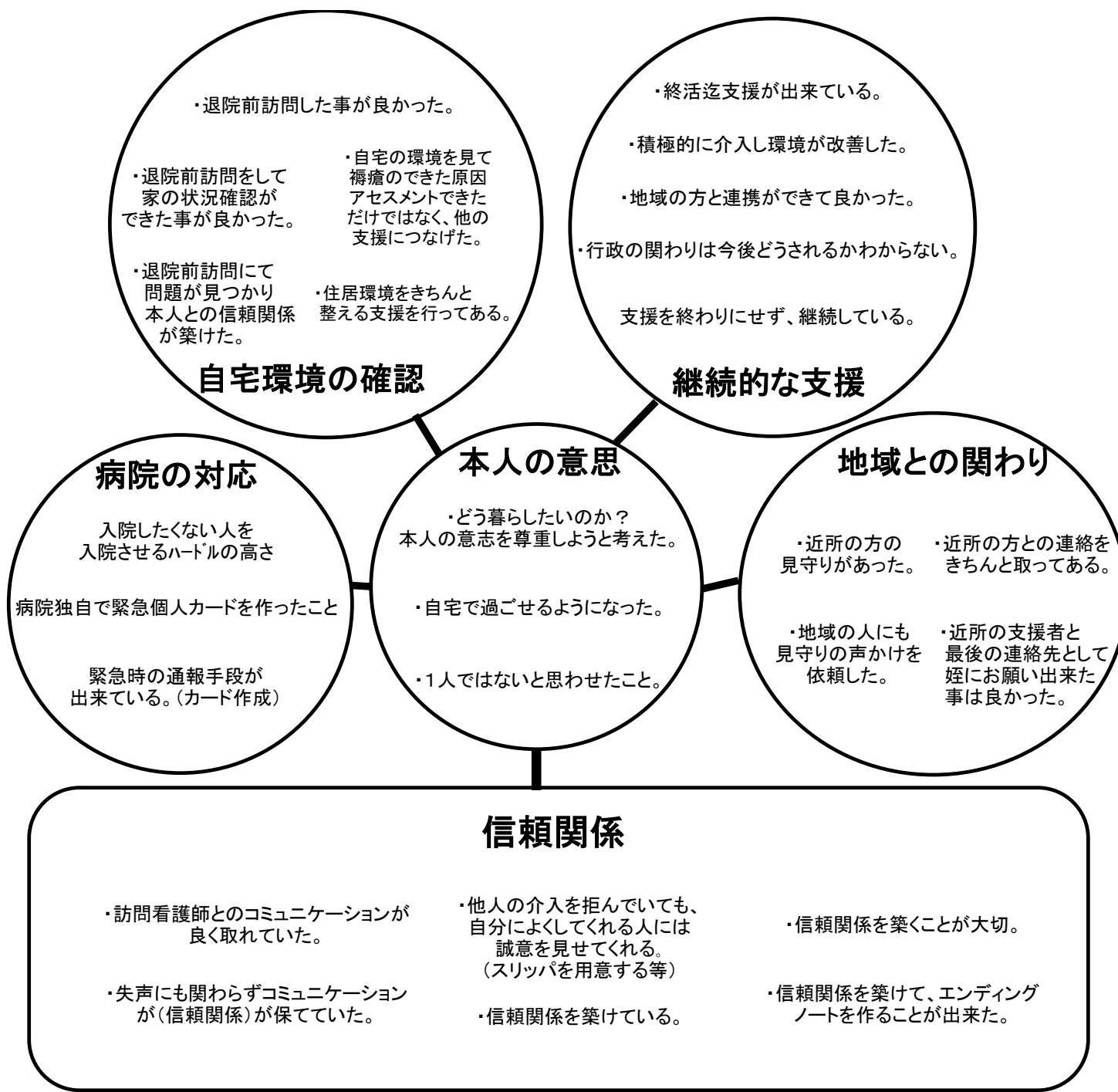
- ・ 支援終了した際にも業務のついででも立ち寄って近況把握をする。
- ・ 第三者の関わりを拒む方の心を掴んでいる。
- ・ 心が通じ訪問許可をもらえたこと。
- ・ 馴染みの関係が作れた。
- ・ 近隣の人への声掛け → 見守りに繋げる。
- ・ 近隣への対応が良かった。
- ・ 近所の方へ協力依頼。
- ・ 近所の人の関わりも出来て良かった。
- ・ 民生員、近隣者等の協力が良かった。
- ・ 自宅の状況把握したことが良かった。
- ・ 部屋を片付けた事で内服管理が出来ていないことに気が付いたことが良かった。
- ・ 残薬があることに気付けた。
- ・ 専門職から地域まで連携が取れており、本人との信頼関係がしっかり築けていると思った。
- ・ 失声の患者の思いに添ったケアが出来た。
- ・ 緊急連絡個人カードを作成した。
- ・ 緊急連絡個人カードを携帯してくれるようになった。
- ・ ソファベッドをベッドに活用できた。
- ・ 養護老人ホームの入所を考えては？
- ・ 心配な患者さんがいても、どこに連絡していいのかわからない。
- ・ 民生委員にもっと動いてもらいたい。
- ・ 民生委員さんや行政の関わりが少ない。
- ・ 費用はどうなるのか？

良かった所

- ・ 支援する側と本人との信頼関係
- ・ 室内の環境が変わり、良かった。
- ・ 近所の方にまで声かけしてすごい。
- ・ 近所の方との関わりが良好。
- ・ 退院前訪問の実施
- ・ 無理をしないで、その時々の人を受け入れる。
- ・ 経済面の問題もあるので、本人がいらないと言ったら引くことも大切。
- ・ 本人様の受け入れの事を進めていく。無理をしない。押しすぎない。

悪かった所

- ・ サービスについても入院時より早期介入をしてはどうだったか。
- ・ 残薬管理 → 背景、対応策の提案
- ・ シーティングポジション
- ・ 衛生材料の提供
- ・ 気管切開状態の口腔ケア
- ・ 誤嚥性肺炎の心配
- ・ 訪問看護 → 早くから紹介。信頼関係が作れるように。
- ・ 栄養の偏りは良くなった？塩分の取りすぎ等。



行政が積極的に係わってイれれば・・・？
行政が介入する為のハードルの高さ。

