

<事例発表・グループワーク概要>

事例発表・グループワーク①

宇佐高田医師会病院 医療連携課 社会福祉士 宮村貴志様の事例発表を基にグループワークを行いました。

介護支援等連携指導料、退院時共同指導料など連携に係る診療報酬の概要説明を行った後、実際に院内外の多職種でカンファレンスを行い、退院時共同指導料を算定を行った事例を通して、「退院前後にそれぞれの職種から、どういう情報が必要だと考えるか」についてグループワークを行いました。

グループワークでは、「病院では出来ていたが、家では出来ないなどのズレが生じる。退院した後の生活をどこまで病院の中でひろいあげ、施設や在宅の関係者と共有できるか。」「予後、余命について御家族の思い、最後はどこで看取りは？施設での看取りも希望されているのか？などの情報が必要。」「書面だけでなく、カンファレンスがあると、帰ってからの支援が組みやすい。カンファレンスの日程調整が難しい。」「患者の情報なく、全く分からない。どこにお年寄り（地域）がいる、どんな方がいる、とか。地域の情報が欲しい。」といった意見が出ていました。

事例発表・グループワーク②

訪問看護ステーション夢 管理者 多田美枝子様事例発表を基にグループワークを行いました。

脳梗塞発症後で寝たきりの母、金銭的に困窮、判断力の乏しい介護者の息子など様々な問題を抱える親子が、自宅での生活を希望した際の支援についての事例を通して、「自分の役割（職種）を通して、それぞれの立場からどのような支援が必要と考えられるか」についてグループワークを行いました。

グループワークでは、「本人だけでなく、介護をする家族、両者の支援が必要。介護者の心を開くことで上手くいった事例あり。」「内服について、一包化・日付を入れる。必要に応じて薬剤師の訪問薬剤指導を利用する。」「ベストなケアプランを立てても、経済的な問題もあったりするので、周囲の協力を得る事も大切。（地域・民生委員などの関わりも必要）」、「権利擁護の観点などは、必要に応じて行政に相談する。成年後見人や、安心サポートなどの制度を利用し、金銭面の不安の緩和を行う。」といった意見が出ていました。

<グループワーク毎の意見詳細>

1. 事例発表①の宮村さんの発表を通して、退院前後にそれぞれの職種から、どのような情報が必要だと考えますか？

グループ①

- ・身体的な情報（食事、排泄、服薬）
- ・ADL の状況や、今後の予測。また、予測される状況にどう対応していくのか。
- ・認知面：病院では出来ていた、家では出来ないなど、ズレが生じる。それをどう埋めるか
退院した後の生活をどこまで病院の中でひろいあげ、施設や在宅の関係者と共有できるか。

グループ②

- ・認知症、精神的な問題は？
- ・予後、余命について御家族の思いについて。また、最後はどこで迎えたいか（看取りは？）
- ・食事について（内容、カロリーについて）、内服、睡眠状態、体重、尿量の check など。
- ・移動（一部介助）について詳しい状況。（歩行の状態やふらつき・福祉用具の有無）
- ・抵抗→どういうことでおこるか、よくなるか
- ・入浴→バイタルの目安、皮膚（褥瘡）の状態
- ・継続する看護とは？ 症状の程度について
- ・病院受診についての詳細

グループ③

- ・退院前カンファ、入院中のADL、不穩、排泄、転倒リスク等について詳細に分かれればケアプランにつなげやすい
- ・服薬管理（一包化・飲み込み・検査結果知りたい）
- ・リハビリを実施していたか 負荷量を知りたい
- ・認知症の治療をしているか？また、入院前の薬、病気・入院中の薬の情報が欲しい。
- ・生活歴、認知症、介護抵抗、家族関係等情報が欲しい
- ・どこまでの治療が必要か知りたい（病院併設施設ではないので）
- ・施設で、どこまで対応できるかについて確認
- ・1か月ごとのカンファ、家屋調査、退院までのリハビリ強化、検査データ、栄養状態、排泄状況
- ・Drより留意点等教えて頂きたい。Drへどのように働きかけたら良いか？Drに参加してもらえるか。在宅療養上の留意点等アドバイスが欲しい。

グループ④

- ・入院前のADL、施設がどれだけの状況があれば受入れが可能か。運動制限の状況
- ・センターが作っている連携シートの中に、ADLが入っている。
- ・書面だけでなく、カンファレンスがあると、帰ってからの支援がくみやすい。（カンファレ

ンスの日程調整が難しい)

- ・看護師の情報は役立つ。特に三者でカンファレンスがあると目で見て計画出来るのでありがたい
- ・どんな薬が出ているのか、退院後も上手く飲めるのかどうか確認する必要があるし、必要時訪問できる→訪問薬剤指導は活用してほしい（飲み合わせの調整に関する家族の声もあった）

グループ⑤

- ・薬（利尿剤）が1日1回または2回か。認知もあるので、セッティングか全介助か。必要に応じて、一包化にするか、又は朝1回にまとめてもらう
- ・使っているサービスが介護保険によるものか、障害によるものかでまた違う
- ・今回の事例でもNsやMSWだけでなく、薬剤師や管理栄養士も入るとより具体的な在宅へのプランができると思う。高齢者の方は複数病院にかかっているの、その把握や連携が必要また緊急時はどこに行くのか・・・。

グループ⑥

- ・在宅に帰る際の服薬管理
- ・医療側からは介護との連携（介護サービスの内容等 詳しいことがわからない）
- ・カンファレンスの話はあるが、呼ばれず、話が終わってしまうことがある。ケアマネに言っているが・・・。病院側への情報発信があれば。

グループ⑦

- ・施設側から、ADL既往は理解している、十分な情報は得ている（予後、経過等）
- ・施設Ns、かかりつけNs、訪問Nsの役割を明確にする。
- ・リハビリの内容に関して退院後は訪問リハビリが良いのか、デイサービスが妥当か等話し合えたら良いのでは。
- ・退院後はADLアップを目的にしているのであれば、どこまで良くなるか情報提供が欲しい
- ・薬を飲む上で嚥下状態
- ・ヘルパーの役割が何か、生活の中のサポートが良いのか、デイが良いのか。デイを拒んだ場合は訪問サービスが良いのか。
- ・デイサービスでこういったリハビリを行えば良いか。歩けるようになるか情報が欲しい。
- ・医師からリスク管理（運動、生活上）について情報が欲しい。

グループ⑧

- ・退院が早い。情報のズレあり、困ったことなどがあるか？
- ・カンファレンスの際、施設から（サマリーない場合あり） 病院⇄病院（サマリーあり）。施設に家族の関係性とか、受入れ（戻れるのか）情報があればありがたい（先が不明なこと

が多いため)

- 患者の情報がなく、連絡待ちの状態、全く分からない。どこにお年寄り（地域）がいる、どんな方がいる、とか。地域の情報が欲しい。
- 在宅の患者様の情報はCMが持ってきてくれる。必要な情報、連携がとれていない事もあるため、先のことが早めに分かれば良い。
- 施設では、初期のプランの為に、情報が必要！ 判定会議・共有シート→行政がやるべき（高齢者の情報）
- 医療ネットワークで、共有・把握すべき※個人情報には十分注意をする。

グループ⑨

- どういう服薬指導（管理をするのか？）、服薬の必要性の理解（看護師又は薬剤師誰がするのか？）
- 通所利用にあたって入院前と後の違い
- 介護度5であるが、移動動作（歩行器）は入院中はどうであったか？認知面から介護5なのか？また、移動動作の目標、入院中のリハビリの内容と目標について。
- 様々な情報について誰と共有できているのか
- ご家族の思いはどうか？特変時の対応（サ高住での看取りも希望されているのか？）
- どんな症状が出たら受診するのか？週1の訪看なので、役割を明確化してはどうか？

2. 事例発表②の多田さんの発表を通して、自分の役割を通して、それぞれの立場からどのような支援ができると考えますか？

グループ①

- 褥瘡の原因（食事 摂取量 栄養面、体位）
- 息子さんに支援が入らないといけない状況。何故自宅を選んだのかを知ること。
- 娘さん、行政、病院も巻き込んでいく
- 本人に聞くこと。表情を読み取る。（言えないかもしれないけど、本人に、息子さんについてどう思っているか尋ねる）

グループ②

- 課題→褥瘡、排便管理
- 本人の残存機能が分からない
- 在宅へのサービスにどうつなげていくか？→信頼関係の構築（スタッフへの本人・家族との対応の周知。また、母への対応の仕方（息子の母への愛が強い）

グループ③

- 金銭的なことから多くのサービスは利用できない。栄養状態改善には、ヘルパーを利用する、ベッド（マット）レンタルを行う。

- ・外出をする
- ・息子に対する市の関わり（権利擁護）※両者の支援が必要
- ・ケアマネと訪看だけの支援は難しい
- ・自主退院については、行政にも介入してもらおう。施設への入所も検討する。
- ・Dis 時、訪看導入したが、利益主義と断った。
- ・経済的虐待も考えられる。地域・民生委員の関わりはあるのか？
- ・内服はできていない可能性があるため、一包化・日付を入れる。

※介護者の心を開くことで上手くいった事例あり

- ・まず介護者の支援からすすめる（信頼関係を築くには、時間がかかる）

グループ④

・排便コントロールができていない事からの入院になっており、おむつ交換の面も考えると褥瘡悪化も考えられる。また、息子さんの教育も難しい。まずはお母さんを一番にした支援が必要

- ・訪問看護の情報をきいて、病院に発信していくことが役割
- ・サービス料の分配が気になる。僻地に住む、息子と二人で暮らす高齢者→それだけのサービスで長く継続している。本当はサービスをもっと入れたいと考えた時にどうするのか。
- ・ベストなケアプランを立てても、経済的な問題もあるため、周囲の協力を得る事も大切。
- ・身体障害者手帳をとってもらい負担を減らす。共依存的なところがある可能性もあるため、まずは息子さんと離してみることも検討する。

グループ⑤

【本人（母親）】

- ・健康管理（訪問診療）、ヘルパーの利用
- ・脳梗塞の薬を安い物にすることで、金銭面の不安緩和。また、安心サポートや成年後見人の利用。
- ・娘さんにも現状を知ってもらおう

【息子】

- ・息子さんの通院歴、服薬状況について
- ・行政も含めて現状を知ってもらおう
- ・以前関わった相談支援事業所（もしくはあらたな相談新事業所を検討）へ相談し、受けられるサービスの提案をする。
- ・ご本人が分かりやすい説明の仕方を検討（見通しを立てられるよう、図・絵をまじえる等）

グループ⑥

- ・ご本人・息子さん、それぞれどなたがキーパーソンとなっているか（心を開く相手は？）。本人・家族との日頃からの関わりについて。
- ・服薬管理については、薬剤師へ相談する。

- ・栄養管理、排便コントロール
- ・リハビリの目的・必要を検討する。
- ・長男氏の障害の程度、状態つかみ、ケアマネ等への情報提供を行う。また、ケアマネが必要と思っても支援を受けてもらえるかどうか課題
- ・認知症・判断能力がないと思われる→それを息子氏が行えるか？（→後見人、福祉・生活保護など）

グループ⑦

【経済面】

・サービスの検討準備が可能か。長男だけでなく、長女を巻き込む必要あり。生計困難なのか、長男の承諾を得て、把握する必要があるのではないか。また、行政支援が必要である。

【環境面】

- ・息子がキーパーソンで良いのか、相談支援事業所へ相談をもちかける
- ・息子へのケアによって状況が変化するのか。働きかけが必要ではないか。
- ・福祉用具の検討、介護、Ns、リハサービスが必要なのではないか。

【身体面】

・栄養状態の把握、服薬ができる方法、嚥下状態、便秘、低カリウム、副作用の状況など。全体を通して、長男に対してのアプローチをどうしていくか。課題。

グループ⑧

- ・自主退院について、多職種が連携して、信頼関係の構築が必要
- ・内服ができているのか？→生活レベルの安定
- ・長男様の支援も必要—後見人 ★家族への支援—長女にも入ってもらおう。

グループ⑨

- ・経済は社協（あんしんサポート）の協力を得る（長女の協力必要）
- ・長男については、保健所の保健師に同行して頂き、精神保健福祉手帳の申請をすすめる
- ・年金額から考えると、生活保護は不可能か。
- ・栄養面や、おむつの交換がなかなかできていない事を考えると、施設入所も検討する必要がある
- ・長男は母親をどうしたいのか、意向を尋ねる。長男は自分の出来る範囲でできることをしている、それを尊重した方がいいのではないだろうか。
- ・生きる為に必要な最低限なことを整えれば良いのではないか。
- ・母親、長男共に介護が必要なのではないか
- ・決定権を長男にしているのか 社会福祉士の協力も必要か。
- ・ベッドの事、母親の体が楽になる事 長男に説明し福祉用具を導入する
- ・デイサービスは二の次。自宅生活をいかに維持させるか。本当に必要なものだけを導入する（長男の理解よりも納得が必要）