

令和5年度 第1回 久喜市在宅医療・介護関係者研修会 グループ発表

テーマ1

「入退院支援ルールをみて、専門職としてできることは何か？」

テーマ2

「人生会議を聞いて、より多くの人に広めるためにはどのような方法があるか、考えてみよう！」

テーマ1は奇数グループ、テーマ2は偶数グループに分かれて、グループワークを行いました。

グループワークでは、各メンバーの視点から話合いました。
各グループで出た意見については、別紙のとおりです。
また、各グループから一言発表していただきました。(重複回答はさける)

発表順です。

★7グループ

【入退院支援ルールについて】

- ・5つのポイント（全専門職が共通認識として思うこと）
 - 入院時のどういった状況で入院したかの情報提供がほしい。通院の経過や口腔内の状況評価もこの段階で必要。
 - 在宅での生活状況も入院時の状況と一緒にみんなで把握しておくことが必要。
 - 入院時、入院中から在宅での受け入れの環境を整えてくことが大事。(施設に入るかもしれないし、在宅で継続するかもしれないそのどちらになっても受け入れられる環境を整えること)
 - 退院後の医師とか医療面の助言を受ける
 - 退院後の生活のサポート(例えば、調理とか掃除とかどこまで何が必要かなど考えなければならない)

★10グループ

【人生会議について】明日から実践できそうなこと

- 自分が知る
 - 例えば、病院での勉強会、それぞれの施設や事業所の中で担当する人が知る必要がある
- みんなに知ってもらおう(見える化する)

例えば、SNSで発信、薬局とかに実際にノートを置いて見ていただく

○ ワードを知ってもらう

例えば、埼玉新聞に来てもらいやってることを取材してもらうなどマスコミを利用する

○ 自分たちがノートを書いてみる。自分の親にやってもらう、または、家族に協力していただく

○ 元気なうちに実際にやってみる。信頼関係とか認知症が進んでいなそうな方とかに実際にやってみませんかと投げかける

○ 実際の事例

これらを積み重ねる中で、一つずつ実践できていけるかな。

★5グループ

【入退院支援ルール】

〈救えたところ〉

・ケアマネやかかりつけ医、本人、家族と相談して入院や治療につながることで救えた

・体調の悪い方から、本人や家族の今後についてどうされるかの意向や意思表示がなかなか明確に確認がとれない。大きな病院だと本人の意思とかははっきり書いて確認しておいてくれるので事業所に連絡が来ると、支援が動きやすい。

〈主治医の意見〉

・主治医の意見が重要で、他の医療者の意見が通りづらい。入院・治療につながっても認知症があったりするとすぐに退院を言われてしまう。入院の中で治療ができなかったり、本人が食事を拒んで入院が続き、家に戻って来てしまった。

〈認知症が出ている方〉

・家族にどのタイミングで相談するか、ちょっと困った。家族が遠方だったり高齢の場合は協力が得られない場合も、支援が困る。

〈介護保険の区分変更〉

・入院しているときから早めに相談いただけるとスムーズに行くかもしれない。

★1グループ

【入退院支援ルール】

・かかりつけ医から申し送りをしている

・急変時の時の対応を他職種と連携して情報共有しておく

・一人暮らしの方でキーパーソン不明の場合、どうしたらよいか。(今後の課題)

・何ができるのか申し送りをしたりして、多職種で検討要素として残る

・急変時バタバタしてしまう

- ・入院時のセットの中に名刺を入れたい（ケアマネや薬剤師など）入院先の薬剤部にも伝わるので。
- ・入院していたことを後から知らされるので、入院したタイミング、退院するタイミングなどわかったら教えてほしい
- ・とにかく情報の共有が大事！！

★3グループ

【入退院支援ルール】

○入院前

かかりつけ医・・・緊急時対応を確認する

歯科医・・・・・・・・在宅時口腔ケア、情報提供、入院中支障になる可能性があるかチェックしていく。入退院時安心セットを日ごろから準備してもらうようにする。

ケアマネ・・・マネジメントの件で介護費用のこと、どれだけ費用がかかるか、かけられるかを確認しておく。本人と家族の本音の不安、実際の様子の確認。

○退院後

少しでも以前の生活ができるように残存機能を生かしたサービスを行う。

かかりつけ医・・・退院の情報変化があったとき、ケアマネに情報提供する。

薬剤師・・・服用方法を考える。他の職種との連携を最良の方向へ考える。

訪問看護・・・退院時介入が必要と判断された場合は、どのような継続看護が必要か指示書が確実に発行されることが前提なので、訪問看護が必要な時は指示書をお願いします。入院してしまえばいったん終了となります。

訪問介護・・・退院後について他事業所の方との連携、ご本人ご家族が安心して在宅生活ができるよう意見を聞き、サービスを的確に行っていきます。退院後どのようなサービスが必要なのか確認していきます。身体状況やサービス状況を確認して見守りします。

ケアマネ・・・地域のかかわり、独居、協力が保たれるチームづくり、生活に関すること、いきがいや計画目標の共有、趣味活動や仲間づくりなど検討していく。

★2グループ

【人生会議】より多くの人に広める方法として3つに分けた

○若者・・・広報の広め方でSNSやYouTubeを活用して、有名人の前例、若者に魅力的な有名人を引き付けてACPを広められたら。

具体的に学校に授業とかで取り上げていただき、その内容を家に帰って家族で話してくださいね。

○中高年・・・広報紙、ポスターを参考に、集会所やスーパー、お寺、樹海の入
り口、病院での案内など目を引くところにポスターを作って、また、火葬場など
悲しい場面や死に対して考える時間の時に人生会議というところが一つの着目
点になる。

○共通の部門・・・ACP を題材とした映画を作るとか CM を作ってみよう

★4グループ

【人生会議】

○ホームページで検索したときにマッチングするような仕組みづくり。

ホームページをより見やすく、ネット検索しやすいことばで必要な情報が得
られるようにしてほしい。

★6グループ

【人生会議】

ACP という言葉をもっとわかりやすい言葉にして、広めていく。

子供のころから老いについて考える機会をもつ

医療機関でエンディングノートを配布するきっかけをつくる

講座でかけた最後にエンディングノートの周知を。

★9グループ

【入退院支援ルール】 2つ

○入退院支援ルールがあるっていう共通認識を持つ

○知りえた時点で早めにやり取りをする

★8グループ

【人生会議】

○医療機関とか待合室薬局

○介護施設等でパンフレットを配る

医療・介護関係者全員が知る

○市役所、郵便局等にあるモニターやマスメディア、高齢者がよくみるテレビ等
で流す

○主治医の先生が現役でしっかり考えられる状態で知っていただく

○薬局の薬剤師や介護の方、看護師さんとか、しっかり伝えていく

○本人以外に家族の方にも考えていただく

○家族自身になったときにどうしようかっていうのを考えていただく

○地域の集まりで発表する

○お祭りとか落語家さん等に話していただく、大型ショッピングモールとかのイベントで考えていただく

○小学校の教育の一環で、子供たちに考えていただき、おじいちゃん、おばあちゃんにアプローチしていく。

関谷先生総評

【入退院支援に関して】

・入院した時は何で入院したのか、退院したときはどうしてどうなったのかということを一枚のシートで、パッと情報伝達できる仕組みが非常にあったらいいですね。

【人生会議に関して】

・高齢化社会を迎えて、廃用症候群だ、誤嚥だ、認知症だという段階のときの呼吸管理、栄養管理のことをどういうふうに考えましょうかという前置きがないとノートだけを渡されても理解できないと思うので、その辺の説明を十分しながら今後広めていきたい。