

平成 31 年 3 月 12 日 (火)

## 第 2 回 上小地域医療・介護連携推進研究会を開催しました

✚ 上小地域医療・介護連携推進研究会の平成 30 年度第 2 回研究会が、約 90 名の参加により 2 月 1 日 (金) 上田合同庁舎で開催されました。

✚ 今回の研究会は、「ターミナルケアと在宅介護」をメインテーマに行われました。

✚ はじめに、入退院調整ルール及びその様式の見直し案の説明がありました。



✚ 続いて、管内の訪問介護事業所の方からグループワークで取り扱う実際の事例を紹介していただきました。これを題材に、「自宅で最期を迎えたい」という本人の希望を叶えるためにはどのような方策があるかについて、10 グループに分かれて検討が行われました。

✚ 各グループからは、本人の希望を聞き出すタイミングや医療介護連携の取組、活用できる地域資源等について、具体的な意見が多数出されていました。

✚ 当研究会では、各グループからの意見を踏まえ、医療・介護をとりまく諸課題をテーマに、今後も引き続き検討を進めていきます。



【平成31年2月1日 医療・介護連携推進研究会】事例の概要とグループワークのポイント → グループワークで出た主な意見

<p>主のデータ</p>	<p>【性別】男 【年齢】80代 【生活状況】独居(猫を1匹飼育) 【家族】妻(10年前に死別)子(男、妻子有、首都圏在住、月1回主の元を訪ね買い物や掃除、毎晩安否確認のため電話)                  【主の生活歴等】定年まで首都圏の会社に勤務、退職後、故郷(長野県内)に家を新築し妻と移住、移住後は地区で剣道教室を行う等自治会活動に積極的に参加、配食サービス利用                  【認知症状】なし 【言語】明瞭 【経済状況】厚生年金受給 【主治医】AクリニックB医師 【かかりつけ歯科医】なし 【かかりつけ薬局】C薬局 【主の口癖】「入院は嫌だ。猫もいるし。」                  【既往歴】慢性心不全、COPD、脳梗塞、高血圧、狭心症、心臓弁膜症、冠動脈ステント留置術済、眼底出血、肺炎、難聴(補聴器使用)</p>		
<p>段階</p>	<p>第1段階:平成29年8月頃</p>	<p>第2段階:平成30年6月頃</p>	<p>第3段階:平成30年7月頃 (⇒ 9月死亡)</p>
<p>サービス利用の経緯</p>	<p>・肺炎で入院→退院時に子が本人だけの生活は無理と判断                  ・要介護認定2→通所介護、訪問介護、訪問看護を開始</p>	<p>・主の体力が低下し、1回の訪問では内服や排泄介助が不十分なため、                  定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスへ移行</p>	<p>・要介護度2から3へ                  ・訪問回数増(訪問する時間帯2回→6回)</p>
<p>利用サービス</p>	<p>【通所介護】週2回:入浴、体調確認                  【訪問介護】毎朝1回:服薬確認、排泄介助 他                  【訪問看護】週1回:体調確認、薬の管理、排泄介助、緊急時対応 他                  【配食サービス】毎夕食:安否確認                  【福祉用具貸与】手すり                  【医療】定期受診(送迎サービス利用)</p>	<p>【通所介護】変更なし                  【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】                  介護:毎日2回 内服促し、排泄介助 他                  看護:週1回 体調確認、薬の管理、排泄介助、緊急時対応 他                  【医療保険による訪問看護】6月下旬2週間、点滴対応等のため                  【配食サービス】【福祉用具貸与】変更なし                  【医療】定期受診→往診に</p>	<p>【通所介護】変更なし                  【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】                  介護:毎日6回 起床介助、排泄介助、食事促し、水分補給、点眼介助                  ナイトケア、夜間安否確認 他                  看護:週1回 体調確認、薬の管理、排泄介助、緊急時対応 他                  【医療保険による訪問看護】7月下旬2週間、8月下旬2週間                  【配食サービス】朝食を追加【福祉用具貸与】手すり本数増やす                  【医療】往診、歯科往診(義歯調整)</p>
<p>利用者の状況</p>	<p>・主は自分で生活ができていると考えている。(自動車を運転し買い物)                  ・夕食弁当を翌朝食べたり、まとめて炊飯→小分けし冷凍保存→解凍して食べている。(喫煙歴はあるがやめている)                  ・義歯使用、食物アレルギーなし、嚥下障害なし。                  ・掃除、ゴミの分別やゴミ出しはできない。                  ・飼い猫の餌やりは忘れることがなく、とても可愛がっている。                  ・歩行時にやや不安定さがみられ、外出時は杖歩行。就寝時尿器使用。                  ・ベッド使用、トイレは洋式(ウォッシュレット付)、ベッド～トイレ約5m                  ・自治会活動への参加は近所の方の支援を得て継続                  ・喘鳴・怪我・下痢・熱発・蜂窩織炎等で訪看の緊急対応が月に1～3回</p>	<p>・自動車の運転が難しくなり、有償日常生活支援サービスを利用開始                  ・傾眠傾向、痰がらみ増加、足の浮腫み悪化。                  ・失禁回数増加                  ・ふらつきにより転倒リスクが高くなる。                  ・環境整備(暑さ対策:冷風扇の設置、安全のためベッド移動)                  ・自治会の誕生会には参加</p>	<p>・眼底出血→レーザー治療・・・片目失明→視力低下。                  ・脱水・食欲低下のため多い日は1日3回点滴。(訪看対応)                  ・お盆は子と過ごしお酒も飲んだ様子。                  ・8月末～1週間の点滴後、主治医の指示で深夜の安否確認を追加したが、主が起きて待っていたため体の負担が大きく2週間で中止。                  ※平成30年9月                  ・前夜、特に変わった様子なし→朝訪問すると口腔内痰がつまり、チアノーゼを起し、意識の無い状態→「このまま一人で亡くなるのはしのびない」との主治医判断で緊急搬送(子に確認) →1週間後病院で死亡(子には会えた)</p>
<p>グループワークのポイント</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>【ポイント1】:このケースでは「どこで最後を迎えたいのか」について、ご本人の希望やご家族の希望を聞き出せず、医療・ケアチーム内でも認識の共有ができませんでした。どの段階で行われればよかったのかを考えてみましょう</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>【ポイント2】:仮に第1段階で「自宅で最期を迎えたい」が、ご本人の希望、ご家族の希望、医療・ケアチーム内の共有認識であった場合、その希望を叶えるために、どのようなことができるか考えてみましょう</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>①: 第1段階における医療・介護連携の取組や活用することができる地域資源等について考えてみましょう</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>②: 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの利用開始時期について考えてみましょう</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>③: 第2段階～第3段階における医療・介護連携の取組や活用することができる地域資源等について考えてみましょう</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>④: 緊急時の対応として準備することができる医療・介護連携の取組や地域資源等について考えてみましょう</p> </div> </div>		
<p>グループワークで出た主な意見</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>【ポイント1】: 第1段階等なるべく早い時期に希望を聞き出し、段階毎に確認するという意見が一番多かったが、第2段階の直前という意見も多かった。特に本人の希望を聞き出すのは退院時、介護サービス利用開始時、定期巡回サービスへの移行時等のタイミングがよいのではないかという意見が多かった。</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>【ポイント2】①、③、④: 近隣住民や民生委員、新聞や出前などの配達サービス提供者による見守りという意見が多く、このケース特有の地域資源として、剣道や猫の仲間にも協力を求められるのではないかと声もあつた。医療・介護の連携という面では、訪問介護、訪問看護、主治医に加えて、かかりつけの薬局や歯科医師と連携を図り、薬の相談や口腔ケアが出来ていれば、第2段階以降の身体状況の変化にももう少し対応ができたのではないかと意見があつた。④の緊急時には、上記の地域資源だけでなく、本人の意向を書面(エンディングノート等)で残しておくこと、緊急時通報装置等の機器を準備しておくこと、緊急時用のセットを誰もが判るように用意しておくこと等が効果的だという意見もあつた。また、家族や地域包括支援センター、ケアマネが中心になって、地域資源の協力を得られるように働きかける必要があるという意見もあつた。</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>【ポイント2】②: 緊急訪問対応が増えてきたときや、1日の中で複数回の訪問が必要と判断されたとき等の意見から、今回のケースでは第2段階からの開始で良かったとした上で、第1段階でも良かったのではないかと意見が多かった。一方で、第2段階で訪問看護は医療保険でも入っていること、訪問介護は毎日2回だけであったため、第3段階からの導入でも良かったのではないかと意見もあつた。</p> </div> </div>		