

# 令和元年度 第1回北空知地域入退院支援研修会の開催報告

～療養が必要な住民を支援する支援者の力量アップのために～

- ・ 令和元年7月22日（月）18：15～19：45
- ・ 深川市立病院 2階会議室
- ・ 参加者 86名（看護職40名、介護支援専門員21名、MSW・SW・相談員9名、保健師6名、リハビリ職3名、薬剤師1名、歯科医1名、介護福祉士1名、事務職3名）
- ・ 研修目的 医療関係者と地域支援関係者が連携して入退院支援を進めていく関係を築く
- ・ 研修目標 ①支援関係者が、本人や家庭の思いに添った入退院支援ができるようになる  
②医療関係者と地域支援関係者が、情報を共有し同じ目標で支援ができるようになる



司会進行は原田さん  
タイムコントロールはピッター



大場小部会長から開会挨拶

## 事例紹介（北空知地域入退院支援研修会）

～ストマケアを通じて、本人・家族への支援を深める～

Aさん 65歳 女性  
病名：直腸がん・肝転移  
術式：人工肛門造設術  
家族構成：夫・次男と3人暮らし  
長男は札幌  
キーパーソン：夫  
ADL：元々は自立。入院1週間前より体動困難あり、失禁もしていた。術後は自立。  
既往歴：なし。病院嫌いで10年以上受診歴なし。



事例紹介は4東病棟の遠藤さん

## 事例検討の視点

- (1) 本人・家族に寄り添った支援をするためには、どのような情報・関わりが必要ですか。
  - ①入院時
  - ②病状説明時
  - ③自宅退院に向けた時
  - ④病状が大きく変化した時
- (2) このような方が退院した際に、どのような支援ができますか。  
退院後どのようなことが、予測されますか。  
ADLの変化、食事、清潔、健康、環境、緊急時の対応、家族の介護負担など



GWは各テーブル5～6人、15グループで実施



各職種の方々から様々な視点から考えを聞く  
ことができとても勉強になった。



事例発表者・スタッフが巡回で補足説明



もともとの生活状況の確認が必要。退院時カン  
ファで夫に今後の提案ができたなら良かった。



夫の気持ちの相談窓口は外来となるの  
で、夫の体調含め外来で話をよく聞く。

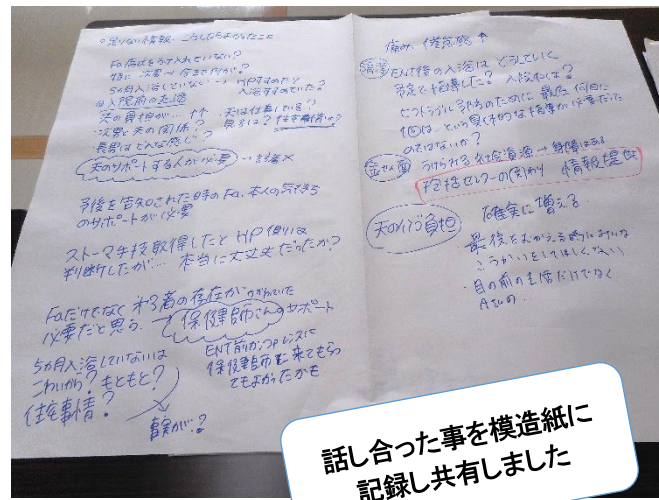


## アンケートから(看護職)

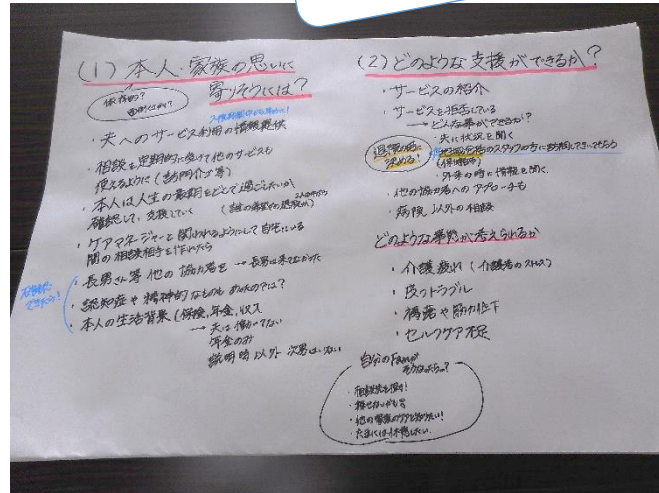
- ・家族の思いや生活背景について分からないことが多々あると話し合いで気付いた。
- ・私たちがわかっている、患者や家族には分からないことだらけなので、丁寧な説明に心掛ける。
- ・介護保険を利用しなくても、保健師が訪問できることを知った。
- ・目の前の問題に目が行きがちだが、本人・家族がどうなりたいか、何を大切にしたいと思っているか知り、支援できるようにしたい。
- ・入院時や病態が変化した場合、自分から本人や家族の思いを確認することが出来ていなかったと気付いた。



この研修会で少しずつ病院の方と交流し  
知り合いが増えてきてよいと思う。



話し合った事を模造紙に  
記録し共有しました





グループ発表は、7グループから行ってもらいました。



とても楽しく意見交換できた。事例の積み重ねで支援が広がる。

### 全体共有でのグループ発表から

#### ○本人・家族の思いに寄り添った在宅生活への移行支援

- ・ 家族関係やそれぞれの思い等を聞き出せたらよかった。
- ・ 退院時カンファレンスで夫へ今後について提案できたらよかった。
- ・ 清潔面の心配、パウチ交換で浴室等の環境確認必要。
- ・ 病院嫌い、入浴しない原因について聞き出せたらと思う。
- ・ 最後をどのように過ごしたいのかを聞くと救急搬送時にどうしたらよいかの話につながる。
- ・ 家族は先のイメージが分からず頑張ると言っているので、どうなったら、どこに相談すべきか、本人・夫、個別にフォローが必要。

#### ○どのような情報を共有し整理ができればよいか

- ・ 夫が心配、退院後は外来看護師しか関わりないので、夫の体調も含め外来で話を聞く。
- ・ 夫の疲れが出てくるタイミングでサービスにつなげる。
- ・ 退院後、外来まで3週間あり、その間が心配、包括支援センターの保健師が訪問できるかなど、何か連携がとれればよい。
- ・ いつでも受け入れますよ、外来でいつでも助けることができるなど、安心できる声掛け。
- ・ 痛みや食事量は個人差があり、夫へ具体的な部分を説明し、受診しやすくなるよう配慮する。
- ・ 次男へは通院の送迎等少しのことでも協力してくれることがあれば助言する。
- ・ 本人の最終的なことへの希望を聞く。
- ・ 退院後3週間の受診は長いので、短くして夫だけでも来院してもらい在宅での生活状況を聞き出しができればよい。
- ・ サービスは使わないということだが、情報提供できればよい。
- ・ 退院後は栄養、食事、褥瘡、風呂、痛み等の心配ある。
- ・ 家族以外の支援者（地域の方）がいたらよい。

### アンケートから（ケアマネほか職）

- ・ 本人・家族の意向確認は状況が変わるたび、負担面や心配事を含め細かに聞き取る必要がある。
- ・ 終末期を迎える対象者への対応は、想像力が必要だと思った。
- ・ サービスを使わないと言われても、包括支援センターが在宅生活を支援していることを紹介して。
- ・ 介護保険サービス以外の資源の活用をもっと考えてみようと思った。
- ・ 支援するにあたっては、どんな情報でも多いほど良い支援につながれると感じた。
- ・ 病棟看護師さんなどと直接的な情報のやりとりが必要だと感じた。



事例を提供した4東病棟の松山師長から「様々な視点から意見等をいただいた、病棟としても今後活かしたい」と発言



最後に、河野部会長から「今後もこの研修会を通じて、チーム北空知としてのレベルアップを図って行こう！」と閉会挨拶