

令和4年度 北空知地域入退院支援研修会の開催報告

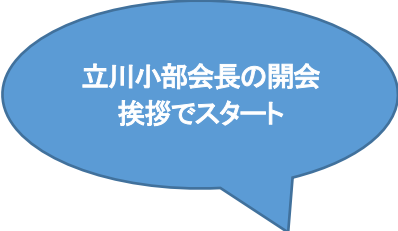
～療養が必要な住民を支援する支援者の力量アップのために～

- ・ 令和4年12月9日（金）18：00～19：45
- ・ ZOOMによるオンライン開催
- ・ 参加者 51名（看護職30名、介護支援専門員27名、MSW・SW・相談員6名、保健師9名、リハビリ職3名、薬剤師1名、歯科医1名、事務職2名、その他1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



参加者がぞくぞくとログインしてきました

天候や移動に左右されずにできるメリットもありますが、参加申込者は目標100人に対して初のオンライン開催もあってか51名でした。



立川小部会長の開会挨拶でスタート



秩父別野 住民課 立川

北空知地域入退院支援・調整ルール 《実施要領》

令和3年12月

救急あんしんカード（令和 年 月 日作成）
この情報は、医療のために救急等と連携先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用することに同意します。
（署名：）

試行を経て令和3年12月から本格運用となったもの。救急あんしんカード様式なども含まれています

おかりつけ	施設名	診療科及び生体医名	電話
病院			
施設			
薬局			

3. リハビリに関する本人/家族の意向について必ず具体的な目標を設定し、実施が可能な範囲で実施する。

4. 入院前のADL

ADL	移動	自立	見守り	一部介助	一部介助	一部介助
移動	自立	見守り	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
更衣	自立	見守り	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
排泄	自立	見守り	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
入浴	自立	見守り	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
食事	自立	見守り	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助

食事摂取困難な方
摂取方法 嚥下 経管栄養 水分とろみあり・なし UDF等の食形別区分

※UDF：ユニバーサルデザインフード、日本介護食協同会が制定した規格で、「がたさ」や「粘り」の規格により分類された4つの区分を表示している。

区分	1 自由に食べる	2 食べやすいもの	3 食べやすいもの	4 食べやすいもの
飲み物の粘度	標準	標準	標準	標準
飲み物の粘度	標準	標準	標準	標準
飲み物の粘度	標準	標準	標準	標準
飲み物の粘度	標準	標準	標準	標準

5. 今後の方向性（暮らし場所や延命処置など話し合ったことがあれば合わせてお話し合いがなければ必ず具体的な記入してください）

本人の希望

家族の希望

入院前のケアプラン

今回は入退院支援ルールの周知を兼ね、研修の前段にライフマップ高橋さんからルールの説明がありました

総合司会は北竜町大井さんです



事例説明は深川市高齢者支援課 小鍛冶さん



GW は各4~5人、10グループで実施
※写真はイメージです



コロナ以前はこのようにみんなで膝を突き合
わせて紙に書き出し話し合っていました



模造紙にもアイデアを書き出したり…

それでも画面を通して多職種で話し合うこと
ができました！！



今回は架空の事例を設定し、想
像を膨らませ話し合いました

入退院支援研修会 事例

胃がんのため余命3か月の癌者の在宅療養支援

事例概要

- 85歳 男
- ・少しの歩行も困難
- ・外用薬
- ・自宅内
- ・状態が
- ・妻は3年前に脳脊髄本人が妻の介護を行っていたが、がんのため病院で亡くなっている
- ・近くに50歳代の長男夫婦家族が住んでおり、買物や掃除の協力と時々おがずも届けてくれている。車で1時間程の市外に次男と三男在住
- ・3か月前より食欲低下、体重減少・寝姿悪化され、最近では自宅内やっとなりながら移動
- ・定期受診日に通院先の病院で相談したところ、検査目的で同日入院となった

入院10日目

検査の結果、胃がんの診断がつき、余命3か月と本人と家族に説明。現在は、既服用薬の貼り薬を一日一枚使用。他覚感と意識時の傾倒も処方されている。

本人は、死ぬなら病院ではなく、自分の家がいい。早く自宅に帰りたいと希望した。

移動：病室内トイレまでは軽便歩行見守りだが、ふらつく時もある。他覚感時と空外へは車いす介助

食事：全粥とやわらかめの副食5mm大刻み食を自力摂取1-3割程度。エンジュアも飲んでいる

排泄：トイレ排泄、少量の尿漏れはあり尿パッドを使用

アンケートから(看護職)

- ・ルールを知らなかったので活用していきたいと思いました。
- ・zoom など活用し、密なやり取りができるようになると良いと思いました。
- ・これまでの情報提供の仕方を順序立てて行おうと思いました。
- ・あまり深めるにはいたりませんでした、久々顔を見て研修できて楽しかった。

アンケートから(ケアマネほか職)

- ・追加して欲しい情報提供は、入院時だけでなく、退院時に向けても活用できるものなので、活用したらよいと思いました。
- ・今改めて顔の見える関係づくりが大事だと思いました。研修を通してルールの活用が動機づけされたと思います。
- ・ルールの詳細について知ることができたため、担当ケースで入院などの機会があれば書式を活用しながら情報共有していきたい。また、担当ケースに対してお願いの紙を渡していきたい。
- ・在宅での、末期がんの高齢者が安心して過ごせるように、しっかり情報共有をしていきたいです。

本人・家族の思い、意向を情報共有。また予測的な関わり、支援が大切

ささいなことでも情報共有していくと、より連携しやすくなる



人生会議は早めに。書面だけでなくZOOMなども活用して細かなニュアンスの共有

退院後、病棟への利用者の状況報告はスタッフのモチベーションも上がる



最後に中神委員(歯科医会)から、入退院の場面で支援が途切れないようルールを活用し、緊密な連携が図られることを願い閉会挨拶。

全体共有でのグループ発表・メモから

○【入院決定から入院7日以内】入院時の情報共有について(グループワーク1)

- ・普段から看護サマリーを活用し疾患、症状、薬、食事形態、家族関係、金銭状況、ADL等を情報共有。
- ・認知機能、本人は意思決定が可能か、気になる点、特徴的なエピソード等。
- ・介護認定状況やサービス内容を提供。
- ・治療中であれば治療経過の提供。入院の時期が決まっていればそれまでに必要な治療を終わらせる。
- ・本人の思い、家族の希望が伝わっていないこともある。希望に添える環境や介護力があるか情報共有が必要。

○【退院へ向ける時期】【退院の見込みがいたら】退院に向けた情報共有について(グループワーク1)

- ・入院前と比較してどのような変化があるか、食事や服薬など何ができるのか。
- ・末期は病状の進行も早く、ベッド等準備が間に合わない事もあるため、予測的な関わり、支援が大切。
- ・今後どのように過ごしたいのか?最後のときの対応はどうするか?病院の窓口はどこになるのか?
- ・食欲低下、抗ガン剤による口内炎など口腔内のトラブルが起こりやすい。歯科往診などを利用して欲しい。
- ・市外の病院は調整が難しく窓口が連携室か病棟か分からないこともある。情報収集したくても家族以外には教えられないと言われる事もある。
- ・病状が悪化時、救急車を呼ぶのか、延命治療を希望するかなど、本人・家族の意向を退院時に確認する。
- ・夜間の対応が不安。・ケアマネを始め多職種へ連絡を急ぐ。

○今後ルールをどのように活用できるか(グループワーク2)

- ・今回の研修でルールを知った。ルールは活用しやすく今後活用していきたい。
- ・情報共有シートをすでに活用し、入院時に病院へ提供している。
- ・突発的な入院では電話連絡も多いが、シートの活用もしていきたい。
- ・きたそらりんくなど、病院と地域のサービス間で連絡をとれる方法を活用していけたら良い。
- ・写真などを使い、利用者や自宅の状況の共有ができないか?
- ・少ない資源を効果的に活用する事で、一人でも多くの利用者が幸せな暮らしが出来る様にしたい。
- ・終末期ケアについては幸せな最期を迎えられるようにしたい。
- ・流れに沿ってすすめているが時間がなく退院の時にバタバタ。ふりかえる機会があればフィードバックする。