

令和5年度 石巻市在宅医療・介護連携推進事業 「地域の医療・介護職の相互研修会」【ご報告】

【日時】令和6年2月9日(金) 18:30~20:00
【会場】石巻市ささえあいセンター3階 ささえあいホール

【内容】

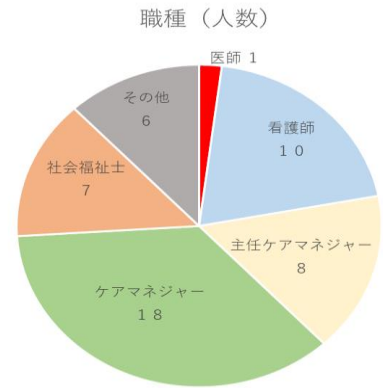
(1) 講話:
「各病院におけるターミナルケアの役割と連携方法について」
石巻赤十字病院 総合患者支援センター

医療ソーシャルワーカー	菊地 花 氏
石巻健育会病院 医療連携室 室長	伊藤 朋久 氏
石巻市立病院 地域医療支援センター 主任看護師	相澤 智保 氏
石巻市渡波地域包括支援センター 管理者	野口 幸子 氏

(2) グループワーク

参加者の職種(人数)

※参加者53名中、アンケート回答者50名



<参加風景>



菊地 氏



伊藤 氏



相澤 氏



野口 氏



講話後、グループワークの時間を設け、参加者が終末期における支援について、苦慮している点や課題等を話し合っていました。

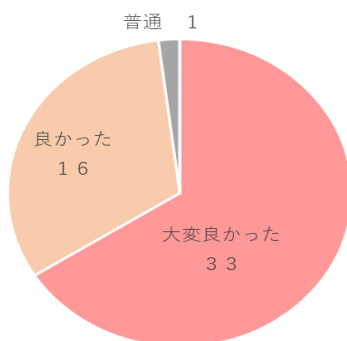
※グループワークで出た内容は、2枚目に掲載しております。



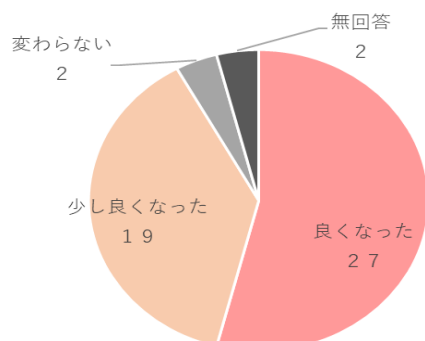
各病院や事業所のターミナルケアの入退院支援についてお話していただきました。また、担当したケースについても、紹介いただき、支援した方法についても説明してもらいました。

<アンケート結果(n=50)>

【参加していかがでしたか】



【以前より多職種との連携がスムーズになったと感じますか】



<感想>

- 各サービス事業所・病院関係職との情報共有を密にしていきたいと思った。
- 同じ終末期の支援をしていたとしても、医療と介護の立場が違うとこんなにも違うのかと思いました。顔のみえる連携が築けたと思います。
- 事例を他職種の方から聞いて大変参考になりました。
- ICTの活用などで今後も連携がもっとスムーズになると思います。とても良い内容でした。
- 退院時、病院も受け入れ側も時間の無い中での調整はとても大変なので、正確な情報が大切だと感じました。

グループワーク【終末期の入退院支援における課題と工夫】

医療側：「困りごと・思い・悩み・課題」

- ・本人や家族の意向が異なると、方向性が決まらない。病気の進行スピードで方向性が変わることがある。
- ・入院情報提供書は役に立っているか疑問あり。病院側としては、前情報(アセスメント情報)は役に立つ。
- ・本人と家族の意向が変わったり、違うことがある。また、終末期の理解ができていないかったり、認識がズレていることがある。
- ・ケアマネや家族が病気の理解ができていなかった。
- ・急なサービス対応依頼をどう思っているかと疑問である。
- ・吸引指導などしてもらえると助かる。
- ・病院からの情報があると介入しやすい。病院と連携できると支援しやすい。
- ・病院と在宅での看護師の違いがある。
- ・状態が変化しやすいため、介入(支援)のタイミングが難しい。
- ・心の変化への対応(支援)時、経験年数による違いがある。
- ・長くみてくれている医師に継続してみしてほしい(訪問診療を行っていない医師)
- ・遠隔看取りに関して、僻地(桃生、鳴瀬、牡鹿)でないと難しい。条件や制限ある。
- ・終末期退院支援において、余命や時間がない。
- ・介護側へ医療技術に関する情報共有をどうしたらよいか疑問である。
- ・終末期となると、フェイスシートを作成する時間すらない。
- ・本人や家族が病状を把握できていない。これから先の変化等を説明されているが理解していない。
- ・痛みや呼吸苦を本人・家族がイメージできていない。

介護側：「困りごと・思い・悩み・課題」

- ・金曜日の午後に病院から「明日退院」と連絡があると困る。区分変更やベッドを入れるか等、色々と迷ってしまう。
- ・区分変更が必要かどうかを利用者の家族と協議するも必須ではない。
- ・介護力や介護者の不安へのサポート力が大切。
- ・本人・家族の意向が変わったり、違うことがある。
- ・家族に終末期の意向を確認することが難しかったことがある。
- ・LINEなど、情報共有のツールがあれば助かる。
- ・地域によって、訪問看護は入れても訪問診療が入れない。
- ・本人が望む最期の場所は家が良いと思う。病院がだめということではない
- ・急なことが多く、サービス調整が難しい。本人との信頼関係できていない。本人の意向が確認できていないなかで調整することがある。
- ・デイで行えることをケアマネと相談して実施している。
- ・本人の意向を受けて止めて対応することが必要。病院でどのような説明を受けているの以下一緒に聞きたい。自分の状況を本人が理解しているのか疑問に思う。
- ・家にいたくても入院しないといけない等その人ごとに合わせた対応が大切。
- ・訪問看護のフォローの存在が大きい。訪問診療を頼むが時間がかかることがある。
- ・家族へ状態が伝わってなかったことがあった。家族と相談し、がん末期でも初見の相談を受け、患者の状態わからないため、居宅に繋げずに包括で抱える。
- ・医療機関から必要な情報をいただけるので助かっている。

医療側：「課題に対する工夫・所属機関の取組・うまく行ったやり方」

- ・思いを聞く時間は重要。最後、介入できたことでやりがいを感じる。終末期、家族が受けとめる時間がとれて良かった。
- ・急遽でも退院カンファに参加することが大事。情報共有の大切さを感じる。
- ・病状について、本人・家族へどこまで説明しているか。受けとめ方はどうか疑問である。
- ・病状の理解を家族はできているのか疑問である。
- ・退院後の様子を聞きたいと思う。
- ・主治医に説明をお願いして、そのフォローを訪問看護が行う。東松島ではうまくできていることが多い。
- ・病院にも戻っていいという選択を説明している。
- ・病院側で何かあればすぐ連絡できるよう調整してくれた(家族とのやり取り、緩和Drとの連絡、夜間であれば病棟Nsへ電話等)。
- ・遠隔の看取り(ICT利用)に関して、Nsの養成が必要。体制を整えていきたい。

介護側：「課題に対する工夫・所属機関の取組・うまく行ったやり方」

- ・ACPが大事！帰る場所ではなく、本人や家族がどうしたいかが大切。
- ・ケアマネの対応時、家族と連絡を密にした。支援に対して、不安が少なく、やりがいを感じた。
- ・訪問看護の利用に偏ることがある。・連携室が関わっていると訪問診療医を調整してくれることが多い。
- ・GWに退院し、本人の状態は厳しい。家族はわかっている状態。⇒訪問診療医が家族へうまく説明し、家族も少しでも一生懸命やろうという気になってくれた。
- ・病院で本人や家族に病状等を説明してくれていれば良かったと思うことがある(先生によって違いあり)。
- ・癌末期時、介護2以上の認定を出してほしい。
- ・退院前2～3日前には病院から連絡がほしい。
- ・在宅になる時点で介護側と考えて対応していく方がよい(医師)。
- ・居宅へ紹介する場合、始めから相談してもらって良い(居宅ケアマネ)。