

在宅移行研修会 グループワーク2終了後配布資料

- * グループワーク2終了後に、本配布資料と参考資料（在宅移行支援実践プログラム）を配布してください

事例検討 グループワーク

結果（現在）

- カンファレンス後、胃瘻造設し経腸栄養開始。体調が良いときは車椅子移乗で移動可能となる。
- 調整開始42日目に退院。
- 訪問診療、訪問看護（Ns,PT,ST）、訪問入浴、訪問介護導入。福祉用具貸与（特殊寝台、耐圧分散型マットレス、リクライニング車いす、スロープ導入）
- 退院後、3ヶ月が経過し、身体症状の悪化なく嚥下訓練、機能訓練を在宅で始めている。
- 妻の混乱もなく、できるケアが増えてきたため、長男、次男の関わりも精神的サポートのみとなっている。家族より、退院させて良かったと感想が聞かれている。なにより、本人が退院してよかったと思っている。
- インフォーマルサポートを得て念願の釣りにも行った。

在宅移行支援の実際：院内調整

- 調整実施者(連携担当者)との情報交換
- 調整を誰が担当することを共有する
主治医への確認と調整
- 予後3ヶ月ほどで状態改善の治療法はなく、本人・家族の退院希望に添いたい。
- 誤嚥性肺炎があったが治癒により、1日2回の抗菌剤静脈投与、酸素投与の継続が終了になる。
- 経鼻栄養から胃瘻からの経腸栄養に変更。
- 退院後の緊急入院の受け入れ依頼
- 病院主治医と退院後の医療機関の検討。
受け持ち看護師との調整
- 現在の介護内容と家族の介護力や医療処置習得の可能性について確認し、下記の指導。
 - ・家族に排泄ケアなどのケア指導・在宅の手順に添った吸引(現在は必要ないが、手技の獲得が必要)、経腸栄養・薬剤投与の指導
 - ・車いす移乗の時間を作る
- 移乗、移動方法の確認・指導
理学療法士との連携、リフターなどの検討
- 現状のリハビリ内容を確認し、家族に移乗方法など介護の指導を依頼する。
- 緩和ケアチームへの確認
- 疼痛やせん妄症状が安定していることを確認

患者家族

- 治療内容の変更**
 - ・抗菌剤の中止
 - ・中心静脈カテーテル抜去
 - ・胃瘻造設後、経腸栄養開始
- 患者の変化**
 - ・不穏行動少なくなり、ミトンの装着時間がなくなる
 - ・退院の準備を始めていることを認識し、「家に帰ったらお酒が飲みたい」等の言葉が聞かれる。
 - ・妻の医療処置に対して、協力的になる。
- 家族の対応**
 - ・妻と次男が医療処置、介護方法の練習を始める。
 - ・ケアマネジャーと面談し、入浴のための事業所の紹介を受け、送迎方法について検討を始める。
 - ・介護ベッドなどの介護用品の準備を始める。

地域社会資源調整

- 在宅医への状況説明**
 - 病状説明の内容と家族が在宅看取りまでは決めかねていると伝える。
 - 薬剤の調整方法など検討が必要になること、家族の不安も強く、頻回の訪問を希望していると伝える。
 - 病院との連携が必要になると伝える。
 - ケアマネジャー、訪問看護の紹介を打診する。
- 歯科医療機関との連携**
 - 口から食べることを支援するため歯科医の協力を得る。
 - 義歯の作成
- 病院医師との調整**
 - 受診方法は車いす移乗が条件になることを確認する
- ケアマネジャーとの調整**
 - 妻の不安強く、在宅の準備は次男が進めていくことを伝える。
 - 病院等への送迎が全介助(ストレッチャー移動)で自宅から階段移動となること。
 - 退院調整が始まった頃よりせん妄症状は軽減していること、車いす移乗の時間も増えていることを伝える。
- ※ ケアマネジャーは患者・家族と面談し、また担当看護師からの情報で必要なサービスを確認した。環境整備は家族に情報提供を行いながら実施、送迎手配は家族の承諾を得て予約手続きをとった。

退院時共同指導 参加者：患者・家族、訪問診療医、訪問看護師、病院医師（主治医）、ケアマネジャー、担当看護師、薬剤師、院外薬剤師、訪問診療担当看護師、MSW

病状と治療内容、介護内容、経腸栄養の投与量の調整中であること、今後も誤嚥性肺炎を起こす可能性が高いことを共有しその際の対処について確認した。具体的にそれぞれの医師の役割分担を話し合い、経腸栄養の投与量は在宅で継続して検討していくこと、それ以外の症状緩和の治療は訪問診療医が対応することを確認した。退院日からの訪問診療・訪問看護介入と有料ヘルパーの導入、病院への移動では幾つかの搬送業者が示された。家族が“在宅看取り”を決めかねていることを共有する。