

講演用スライド

在宅移行研修会

事例検討 グループワーク

シンボル

Symbol



このシンボルマークは、医療・保健・福祉の三つの輪が渾然一体となって連携し、包括医療に取り組む国診協の姿をイメージしたものです。

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

独立行政法人福祉医療機構助成事業社会福祉振興助成事業

在宅移行支援とは

- 入院治療を受ける事で、完治し入院前と同じような自立した生活が送れば何も心配はいりません。
- 慢性疾患といわれる疾病も悪性腫瘍も治療を継続しながら、患者さん自身が病気と向き合い生活していく必要のある疾病が殆どです。
- 退院後も医療管理や医療処置を継続しながら生活の場に戻る事が当然多くなっています。
- 患者さんが、退院後もより安全なそして安定した在宅療養を継続するために様々な準備をすることが「在宅移行支援」です。

在宅移行支援とは（具体的に）

- 患者・家族が病気と向き合って生活するためにしておく点を学ぶ。
（療養指導・栄養指導・内服指導・医療処置手技指導）
- リハビリテーションを受けてご自身で出来る方法の取得や訓練を受ける。
- 自宅環境を整えることで安全や自立を目指す。
（住宅改修・介護用品の準備）
- 在宅サービスの利用や在宅医療を受ける準備をする（在宅調整）

在宅移行支援のプロセス

- 導入期（在宅生活・療養への意思決定）
- 在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）
- 退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）
- 在宅移行期（退院後から家族・利用者が安定する時期）
- 生活期（在宅へ戻ってからの援助の展開、維持期）

導入期（在宅生活・療養への意思決定）

- ・ 看護師と医師との調整
利用者がどういう状態になったら在宅生活へ移行できるかのゴールの設定をする
- ・ 院内の医療チームの編成をする
地域の状況も含めて「医療チーム側としての方向性・退院時期」を決定する
- ・ 医療チーム内で、院内の調整役を決め、
患者・家族への紹介を主治医から行う。
- ・ 連携が必要な地域の機関の査定を行う
- ・ 介護力の把握、社会資源の活用を検討する
- ・ 家族の相談窓口や精神的フォローをする役割を誰がとるか決める。
- ・ 患者・家族・医療側の方向性が統一できない場合、
「退院に向けた話し合い」の場面を設定

入院

入院前の状況（要介護認定情報、ADL、認知症の有無など）

看護職、ソーシャルワーカー等

初期情報収集

医師

入院診療計画

入院時スクリーニング

在宅移行支援アセスメント

退院支援計画

導入期（在宅生活・療養への意思決定）

- ・ **患者さん・家族と一緒に退院後の生活をイメージ**
- ・ **入院から早期に在宅移行支援に取り組む！**

○病状や今後の疾病の予測

⇒ 退院後も継続する医療・看護が必要になるか予測する

○主介護者の年齢や他サポートできる家族の状況

⇒ 介護力を評価しサポートの必要性も予測する

○主治医や病棟看護師、地域連携室、リハビリ職が、なるべく早い段階で支援の必要性を把握し、病状経過や生活動作の回復状況から、必要なサポートを導入するという過程がとても重要です。

導入期（在宅生活・リハ支援）



医療機関

退院前訪問指導（リハ職・看護師等）



リハビリや福祉用具の活用



在宅

○退院後の生活イメージの予測

⇒ 退院前訪問指導は入院期間中に2回実施可能。
（家屋状況の把握により住宅改修や福祉用具等のサポートの必要性の検討）

○本人の能力や主介護者の年齢や地域の社会資源の状況

- ⇒ 本人の生活活動（心身機能・活動・参加）だけでなく、環境要因（介護力や住環境などの個人因子）を評価し、サポートの必要性を予測する。
- ⇒ リハ職や病棟看護師は、本人の「できるADL」を高めるだけでなく、病棟での「しているADL」を向上させ、在宅生活のための「するADL」獲得に向けた支援を行う。
- ⇒ 病状経過や生活動作の回復状況から、退院時の在宅生活のイメージをもってもらうことがとても重要です。

在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）

- ・ 病状経過と入院目的・入院しての経過を知る患者・家族にとって入院目的は達成されたのか
- ・ 入院したときは皆、家に戻る事を当たり前のように願っています。でも病状が思わしく改善しない事や生活動作上、誰かの助けが必要になると「家族に迷惑かけられないなあ」とか「入院してたらもっと良くなるんじゃないか」という漠然とした希望をもちながら入院期間が長くなってしまいます。

早期の動機づけ支援＝在宅移行支援が必要となります。

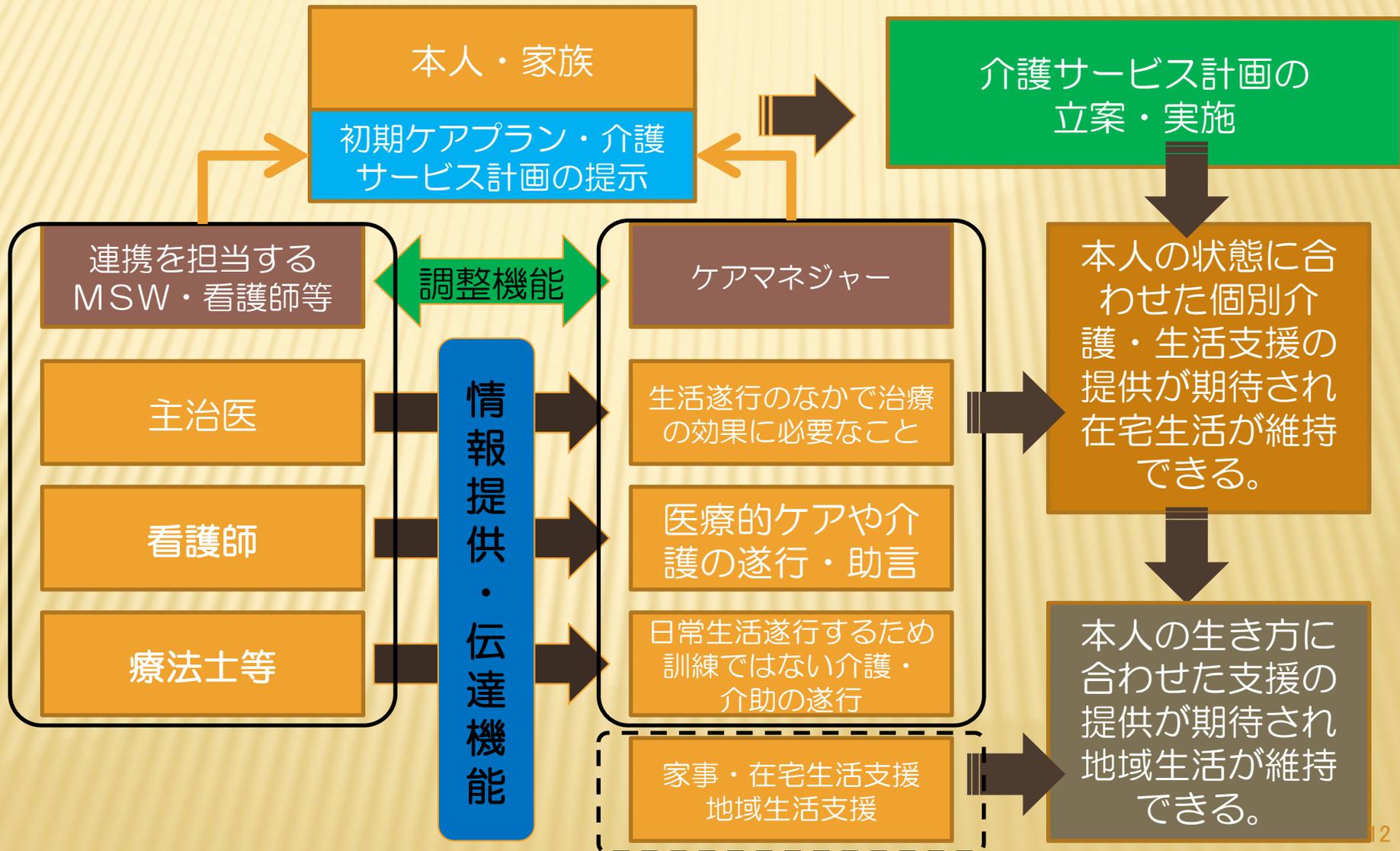
在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）

- 退院に向けて継続する医療・看護・介護は何か
医療管理上の問題・生活介護上の問題に分けて整理
- 本人のセルフケア能力・家族関係を知る
- 必要なケアは誰が実施できるのか
サポートを導入する場合、家族の中の窓口は誰か
- 保険情報から自己負担等を確認する

退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）

- ・カルテ等から得た情報と患者・家族からの情報、リハビリ評価から、必要なケアを整理する。
- ・サポートを導入する場合利用可能な公的制度を決定する
介護保険・障がい者総合支援法・難病施策等、地域の マネジメント窓口を決定する
- ・地域のマネジメント窓口との具体的調整に入る
- ・「退院前カンファレンス」関係者を召集する
訪問看護のみの場合・・情報共有・医療処置等の手技継続指導実施
- ・この後はケアマネジャー等が中心に調整するが、院内調整者は達成度合を確認する。
 - ①必要に応じケアマネジメント支援を実施。
 - ②サービス調整には書類等の準備が必要。

退院時のケアプランへ関わることの重要性



本人の生き方に合わせた支援の提供 地域生活が維持できるマネジメント展開

フォーマルな社会資源が達成できること。

- ① 身体機能の維持
向上支援
- ② 健康の維持
食事の提供
家事代行
- ③ 対人交流の確保
- ④ 金銭管理
- ⑤ 権利擁護

医療機関

ケアマネ
ジャー

サービス
事業所

民間企業

本人

インフォーマルな社会資源が達成できること。

- ① 家族交流による
寂しさの軽減・
つながりの維持
- ② 地域交流による
寂しさの軽減・
つながりの維持
- ③ 趣味の再開・継続
- ④ 健康（精神的）の
維持
- ⑤ 利用者固有の
ニーズの達成
（生きがいなど）

ボラン
ティア

コーディネ
ーター

孫などの
血縁

友人

近所

思いやりや情熱

気遣いや心配り

在宅移行期（退院後から家族・利用者が安定する時期）

・モニタリングの実施

⇒医師・看護師による訪問診療、訪問看護で確認
ケアマネジャーなどに聞く

以下、確認する項目

- ・家族が獲得したケア技術を実施
- ・利用者・家族が在宅に移行した後の疑問や不安を解消
- ・家の環境整備
- ・家族が利用者の予後への援助を理解
- ・介護者の身体・精神的負担を軽減
- ・緊急時の対応

在宅移行支援のポイント

- **医療面**； 退院によって病院との関係が切れるものではないことを伝え、退院時のカンファレンスのなかで、家族に見える形で連携を示す。
- **介護面**； 支援開始の早期からケアマネジャーの介入を得る。家族の不安、介護者の混乱があることを共通理解とし、患者の病状に合わせて在宅の準備を進める。
- **療養にあたり、本人・家族の希望への配慮**； 在宅看取りについては、在宅療養をするなかで決めていくなど融通を利かせる。
- **本人の意思**； 家に帰って実現したいことが何か。制限ではなく実現が得られれば満足が得られることが大切である。

患者さんに寄り添える支援を！

- 国の医療制度や病院の機能分化といった大きな流れの中で在宅移行支援は、病院の責務として必要になってきました。
- **しかし、何より大事にしたいのは、「患者さん自身のどう生きていか、どこで過ごしたいか」という声に耳を傾けるという事です。**
- **「人は地域で生まれ地域で生活し、地域で亡くなっていく」事が支えられる医療でありたいと考えます。**

グループワーク 1

* グループワーク 1 配布資料と作業シート①を配布してください

ある日、地域連携室に相談がありました

- 80歳、男性。
- 妻と2人暮らし。息子2人が同じ市内に在住。
- 2カ月前、腎機能障害のため入院。多発性骨髄腫と診断され、化学療法(抗がん剤)を行った。
- その後、誤嚥性肺炎を併発し人工呼吸器装着した。一週間、集中治療室入室を経て、一般病棟へ転床したが、その後も誤嚥性肺炎を繰り返し、抗生剤投与や酸素療法を行った。
- この数ヶ月ほとんど食事を取ることができない。
- 体重45kg、身長160cm(体格指数BMI=17.6)

事例概要

- 多発性骨髄腫による疼痛に対して、緩和ケアチームが介入し薬物治療（麻薬系鎮痛剤）を導入。また、夜間せん妄に対して向精神薬を投与し、かなり落ち着いた
- せん妄対策で、訪室時、両手にミトン装着されていた。
- 排泄・移動・清潔整容：全介助
- 食事は摂れなかったが、最近、ペースト食で訓練開始
- 医療処置：中心静脈栄養からの薬剤投与
経鼻経管栄養
酸素投与
喀痰吸引

主治医からの説明

●主治医から家族への説明

- 多発性骨髄腫の治療のための化学療法は、治療が無効であったことや全身状態から考えて、これ以上は困難
- 今後も、誤嚥性肺炎を繰り返す可能性高い。
- 自宅で誤嚥性肺炎を起こした場合、人工呼吸器装着など救命措置をとることは困難。
救急車で運んでくる間に救命できない可能性もある。
- 退院は、自宅で看取ることを視野に入れてほしい。
- （家族からの質問に答えて）予後は、3カ月くらいでしょう

多発性骨髄腫とは？

- 血液を作る骨髄ががん化し、さまざまな症状を引き起こす病気です。
- 症状は、①貧血、②骨折、③腎臓の機能低下（むくみや尿量減少など）などです。
免疫力も低下、感染を起こしやすくなります。
- 治療は、抗がん剤による化学療法が行われます。
- 本例では、誤嚥性肺炎を併発、それを元に廃用症候群をきたし、全身の機能低下が主に問題になっています。

本人・家族の希望



本人

退院を希望。形あるもの（できればステーキ）を食べたい。趣味の釣りにも行きたい。

家に連れて帰りたい。
でも…

どのように介護すれば
よいか不安。

高齢の母親に負
担がかかるのが
心配。



長男



妻



次男

家で看取ることは
考えられず、病状
悪化の際は入院を
希望。
骨髄腫の治療も可
能な範囲でしてほ
しい。

家族の意向はなかなかまとまらない。

グループワーク1

- この方に、**どんな支援**をしていくの
が望ましいか、そのために**何が必要**か、
各自検討してください（5分）
- 検討内容は作業シート①に記入してく
ださい
- グループ内で意見交換してください
（10分）

作業シート①

各自で検討、作業時間5分

1) 今後、どんな支援をしていくことが望ましいか（在宅移行が可能かどうか、患者、ご家族の意思決定にどのように関わるか、など）

2) そのために必要なこと（現時点で確認したり評価しておくべきこと、調整すべき相手と内容、予想される困難と対処方法、など自由に考えてください。）

グループワーク 2

* グループワーク 2 配布資料と作業シート②を配布してください

生活歴・趣味など

(生活歴)

- 公務員として60歳まで市役所に勤務。

(趣味・関心事など)

- 魚釣り

(発症以前の生活状況)

- 屋外は、友人宅、医療機関、公民館（町内の集会）に一人でいていた。
- 農業がないときは、毎日1～2回（1回1時間程度）水の見まわりついで散歩と、畑仕事、庭の掃除や庭木の剪定、テレビを見て過ごす生活であった。

心身機能等の状態

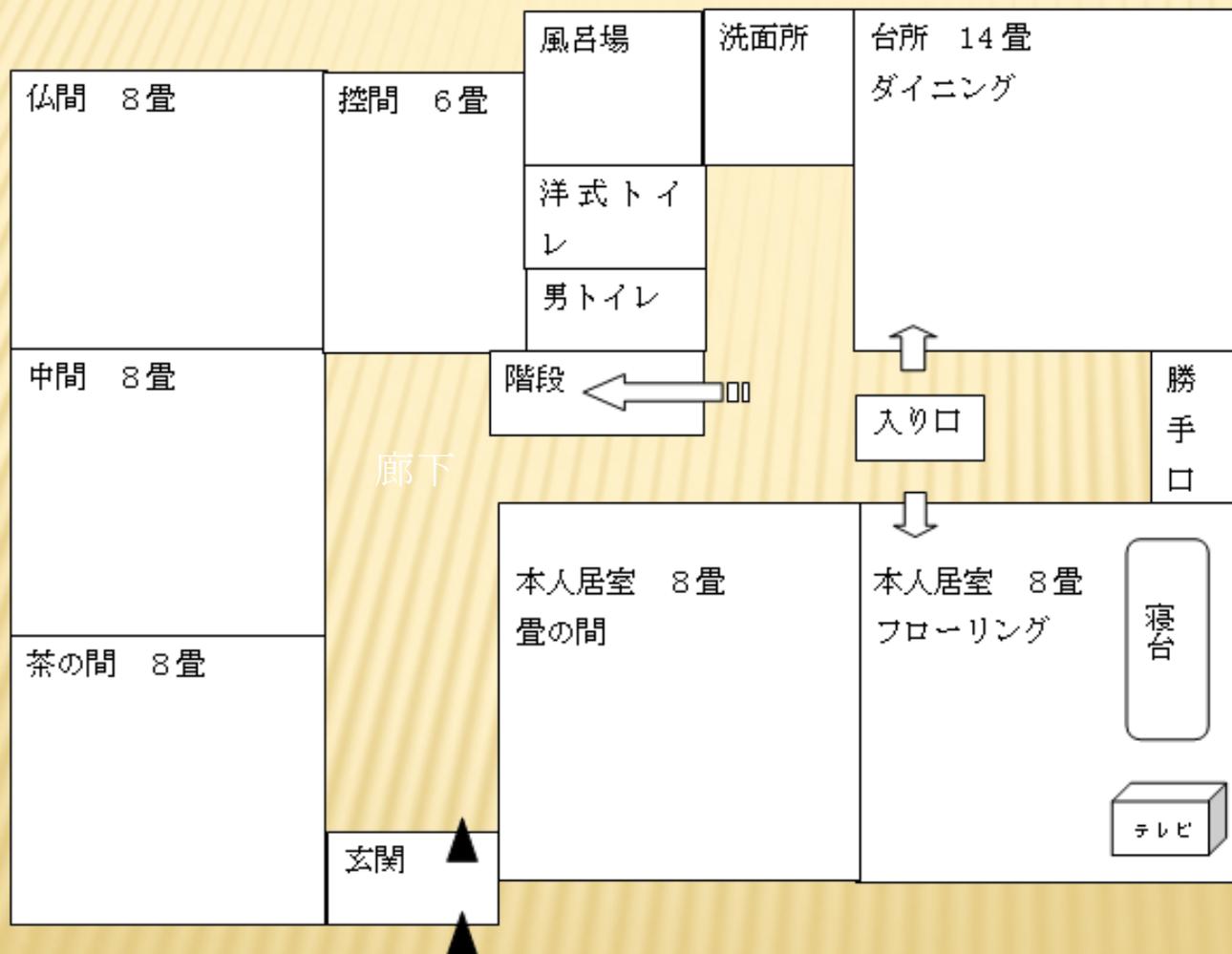
ADL	食事等	食事量は少ない。スプーンを使用して介助で摂取可能。入れ歯は持っているがしていない。現在はむせない食（ムース状）
	移動等	全介助。ストレッチャー移動。リクライニング車いすで60度20分程度の座位保持可能になってきた。
	排泄	おむつ使用。後始末介助をする。排便は3日に1回（坐薬でのコントロール。服薬はない。）
	入浴	病院施設ではシャワー浴のみ（病院には循環式入浴機器がない。）。ストレッチャー移動輸送で30分は移動に耐えられる。酸素1ℓ（通所施設で入浴できるかどうかは不安。訪問入浴かどうかも不安。）
	着脱	全介助必要。

I ADL	買い物	介護者にすべて任せている。
	金銭管理	介護者にすべて任せている。
	服薬管理	病院で管理している。痛みに対して疼痛は収まっている。レスキュー薬は現在なし。
	物品管理	介護者にすべて任せている。
	コミュニケーション良好。	

心身機能等の状態

口腔機能	口腔内清潔を保つために清掃が必要。総入れ歯を入院前は使用していたが、現在は歯肉が痩せてしまい使えない。合わない。痛い。一口に含むことができる量は小さじ1杯程度。 現在の経口摂取量；お楽しみ程度の食事量。
栄養状態	アルブミン値2.8g/dl 身長160cm 体重 45kg BMI値17.58(体重÷身長÷身長) 滴下；1回1時間強。種類・経腸栄養剤 cz-hi からアソカへ変更1200kcal/日
認知機能	改長谷川式スケール 25/30点 BPSDはなし。 現在、せん妄等は見られない。
介護力	妻の他、常時の協力者はいない。家族も息子のみなのでできるだけサービスを利用できないか。長男は介護未経験。次男は介護経験者であり手続きなどは次男が中心に行っている。
社会との交流	人前にでることは嫌がらない。友人は多からず少なからず。田んぼを所有（1町2反8畝）。 過去に生産組合長に就いている。

居住環境・住宅の見取り図



玄関：あがりかまちに25cmの段差が2カ所ある

▲
本人居室と廊下には段差はない。ダイニングまでも段差はない。洋式トイレには手すりがついている。後はついていない。
2階は息子たちが帰ってきたときのみ使用する。

意思決定への介入

〈1回目〉

家族・主治医・看護師と面談

面談に向けての説明では、「在宅療養が可能なのか、まずは話を聞いてみる」(主治医より)

○ 訪問診療医、歯科医と訪問看護師の活動を紹介し、訪問の回数や緊急時の対応について説明。

○ 地域に対応してくれる訪問診療医、歯科医がいることを説明。

○ 訪問診療医、歯科医と病院主治医が連携をとりながら対応することを説明。

○ 現状のADLでは、全介助が必要となり、家族での役割分担が必要になることを説明。

○ 介護保険での訪問介護と有料のヘルパー利用について説明。

○ 病院に通う方法の検討が必要になることを伝える。

○ 在宅看取りは実際に在宅療養するなかで決めてよいことを伝える。

〈2回目〉

家族が退院することを決定しての面談

○ 具体的に訪問診療医、歯科医と訪問看護を紹介し、退院前のカンファレンス実施を説明。

○ 医療処置、介護方法の練習予定を看護師と計画。

○ 栄養方法について主治医と調整し、胃瘻造設となる。

○ 車いすなどを用いた移動方法の検討を看護師に依頼。

家族の対応

妻：連れて帰ってあげたいと思います。昼間が一人なのでやれるか不安です。
長男：在宅で使う薬剤はどのように準備するのですか？本人の意識がしっかりしているうちに帰りたい。
次男：介護の経験はあるのでおおよそのことはわかる。自宅に階段があるので、そこを移動できるか検討したい。
※ 家族で話し合っただけだと申し出あり。

家族の反応

長男：弟も介護に協力してくれることになった。退院させたい。

アセスメントと対応

- 長男は、在宅を希望した。
- 病状も理解したうえで在宅での看取りを決めかねていた次男が、しっかり在宅療養を見据えていた。
- 家族の「退院させたい」という気持ちは一致していたが、予後が3ヶ月と説明され、さらに在宅看取りまで求められることが心理的な負担になっていると考えられた。
- 在宅療養を選択する際の在宅看取りをゴールにおいた説明は、「連れて帰りたい」という家族の意向にはそぐわないと考えられる。

家族が退院の方向で決定したと報告あり。しかし、長男や妻が療養環境の準備、病院への搬送方法などの調整を計画的に進めることは難しいであろうと予想された。

- ケアマネジャーとの連携を開始のため連絡。妻、家族との面談調整。
- 家族の役割分担を勧め、医療処置練習に参加する家族を決定するよう説明。

地域連携のポイント

家族の間に在宅療養に対する意向は不確か。そのため事前に患者の病状に対応する医療機関の情報がなければ、在宅調整を進めていくことが難しいと判断し、面談前に対応を依頼。その結果、訪問看護と、ケアマネジャーの調整が可能となった。

グループワーク2

- この方の在宅ケアについて、グループで検討いただきます（30分）
- ケースの情報は検討資料を参照してください
- 次の項目について検討し、作業シート②に記入してください
 - 1) ケアの方針、目標
 - 2) 必要な社会資源
 - 3) 家族への対応
- 後ほど、いくつかのグループに発表をお願いします

作業シート②

グループで検討、作業時間30分

1) 在宅ケアの方向、目標 (患者さん、ご家族の心情も想像してください。皆さん自身だったら、どのような支援を受けたいかと考えるとよいでしょう。)

2) 必要な社会資源 (在宅医療、介護保険サービス、インフォーマルサポートなど資源を挙げ、その実現のために必要なこと、連携方法についても検討してください。実在するサービスはもちろんですが、実在しなくても使いたいものも自由に想起してください。)

3) 家族への対応 (心情へどのように配慮するのか、在宅ケアに必要な手技や知識などをどのように伝えるのか、などを検討して下さい。)

この方のその後

- * グループワーク2終了後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

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。