

## 第 66 回在宅ケア勉強会 グループワーク意見集約

平成 31 年 1 月 17 日 (木) 19:00~20:45 山形市医師会館 4 階ホール

テーマ「医師の実践事例をもとに、医療と介護の連携を考えよう！part2」

講師：岡部健二先生（おかベクリニック院長）

一般の診療所で経験する在宅医療について

参加者 55 名 医師 8 人

看護師 4 人

保健師 4 人

薬剤師 3 人

PT,

PT・OT・ST 5 人、

ケアマネジャー 9 人

社会福祉士 9 人

その他 13 人

### 意見交換テーマ（多職種連携・看取りとは？ 看取りの時間帯）

#### 【各グループの記録より抜粋】

- ・ターミナル、医療や介護が頑張っても最期は家族、患者の意向で変わる。どのように患者、家族へ関わっていくか課題だ・・・
- ・包括センターの立場では新規相談でターミナル、終末期が予測されるケースはすぐにケアマネへつなぐのかかわりは少ない。
- ・ポピーへはターミナルに関してどこにもかかわってないケースの相談がある。相談内容で多機関へつなぐ
- ・ケアマネ：終末期・・・65 歳未満の利用者が多い。20 代の介護者も増えてきている。回復を信じている。今後のことを相談するのは辛い。
- ・医学生に「自宅で亡くなるケースを経験したことがあるか聞いたら、1 教室に 1 名だった。「死」が現実的ではない。日常の中で理解できていない。死生観を若い人たちに知ってもらう事が必要
- ・情報伝達、情報共有は必要不可欠。在宅においては一番関わる NS が本人や患者の思い、言葉を拾い上げチームで共有している。
- ・退院後の在宅支援について、紹介してくれた病院へのフィードバックがあってもいい
- ・看取りの時間について、医師はお酒も飲めないくらい拘束されているのでは？医師がバーンアウトしてしまうのでは？  
医師⇒夜はお酒も飲んでる。日中永眠される患者さんが多い。施設の場合はタイムラグ

がある。

- ・一人の医師に負担がかかるのでは？複数医師がかかわっては？

医師⇒ターミナル時期は深刻なうつ状態もある。医師が変わると見捨てられ感も・・・  
信頼、安心感のため同じ医師がかかわるほうが良いと思う。自分だったらどうか、という患者の心身両面からの理解と支援が必要

#### ・多職種間の連携について

Dr:訪問看護との連携が良い NS:Drから返答がすぐ頂けると助かる

メール、FAX活用 紹介状を持って他科受診すること、知らなかった。

ケアマネ情報がDrに入りにくい。カンファレンスは必要。医師との連携でリハビリ効果が上がった。顔の見える関係があつてのSNS。ポピーネットやまがたの活用を！！

- ・褥瘡の件：在宅褥瘡もずいぶん回復している。NSの早めの対応、エアマットの導入

- ・DrにとってNSは女房役。Drは忙しいのでNSが負担を減らせば良いと思う

NSは、ケアマネとDrの橋渡しも重要

- ・多職種連携が大事。エアマットを入れるときも患者さんの動きを制限しないようにもっと専門職を活用してほしい

- ・多職種連携では、電話、メール・・・

- ・上山市では調剤薬局、ケアマネを含めて新年会をする予定

- ・看取りの時間

Dr:あらかじめ家族に「すぐに来れないときもある」と話し同意をもらっている

要請があれば、できるだけ訪問するようにはしているが・・・

朝方3時頃などは・・・

- ・在宅医療を進めるにあたりDrの拘束、負担 人材確保については課題

- ・看取りの件は、入院も視野に入れるかかわりの中で、介護者の負担も考え、家族に提案する

- ・小児在宅ケアシステムを国は制度化を目指している

⇒県や医師会で地域のリソースとマッチングが必要。地域特性、現場に沿った制度設計が求められる

- ・ターミナル（終末期）という言葉は患者や家族はどう受け止めるか

ポジティブな印象は受けないだろう。⇒「旅立ちの医療」

本人、家族へのカウンセリング、旅たちへのイメージ形成、生前整理の時間

病院チャプレンの介入（臨床宗教師）

- ・日常の生活の延長としての死。死は当然のこと。思いも変化して当然のこと。思いの揺れに寄り添う事。

- ・在宅医療・看取りのよさを発信⇒市民啓発を！！

- ・在宅でつかえる医療機器は進歩している

- ・Dr:ケアマネとの関りがあまりない。病院の退院前カンファに呼ばれることもない

- Drとはメールでやり取りすることがある
- Dr:ポピーネットやまがたやの活用に関心有。計画や写真も共有できる。でもメールは面倒なときもある。ipadが楽。机に向かわなくてもできる。
- Dr:退院前カンファは13:00~15:00の間に設定してもらっている。癌ターミナルは原則訪問看護を入れるようお願いしている。24時間365日の対応も訪問看護と役割、連絡のラインを決めている。「訪問看護」の役割は大きい。
- 薬剤師:薬の飲み残しなどの状況報告をCMや訪問看護へ報告している
- Dr:連携はmail、FAX、電話など。メモもある。FAXはカルテに貼ることができるのでありがたい
- CM:ある先生は訪問診療後に必ず連絡をくれるので、他のサービス事業所へも情報提供をしている。顔の見える関係が大切だと思う
- MCSを利用しているが、リアルタイムではない
- リアルタイムで連携の取れる体制が課題。緊急時の連絡体制は確認が必要
- 医療系の連絡は訪問看護、介護系はケアマネが行う
- ターミナル期は家族の気持ちは揺れる。数人が集まり話す機会を重ねることが大事
- MCSについて 関わる全事業所が参加しないとだめだと思うが、全員で共有できない情報もあるね・・・
- ケアマネに伝えると全員に伝えことができる、事前の体制確認
- 総合病院から訪問診療の担当医師への紹介状、連携室を通すと上手くいく
- 連携室:今まで開業医を紹介しことはあるが、逆に訪問診療を始める医師からの紹介状はなかった