

平成28年度第2回柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会

と き : 平成29年1月10日(水) 19:00~

ところ : 医療法人弘恵会ヨコクラ病院 2階会議室

討論テーマ 『自己決定～独居高齢者の在宅支援～』

地域

- ・ 民生委員、地域との連携(ケ)
- ・ 近所の方との関係性(ケアマネ)

福祉・介護

- ・ 身内がいたら精神的支援を依頼(入院に備えて)(市)
- ・ キーパーソンとなりうる身内を探す(市)
- ・ 緊急時の連絡先の確認(ケアマネ)
- ・ 在宅で生活してみて、困り事を伺う(ケアマネ)
- ・ ニーズの把握(ケ)
- ・ 体調やADLの低下を予測したサービスの提供(ケ)
- ・ 定期訪問(市)
- ・ 配食サービスあり(市)
- ・ 独居を支援するサービス(市)
- ・ 金銭を管理
↓
認知があるなら
成年後見(市)
- ・ サービス利用の
必要性を本人に伝える(ケ)
- ・ ケアマネやかかりつけ医からの相談窓口(SW)
- ・ 訪問栄養指導の提案(SW)
- ・ もしもの時、成年後見等(ケ)
- ・ あいうべ運動等トレーニング(歯科)
- ・ 食事等アドバイス(歯科)

医療

- ・ 急変時や急性時の緊急往診と
後方支援病院との連携(医)
- ・ かかりつけ医との連携
(救急の受け入れ等)(SW)
- ・ 定期訪問診療 1回/2W(医)
- ・ 状態変化時の他職種への連絡・紹介(医)
- ・ 内服・外用薬は、訪問薬剤管理指導を活用する(医)
- ・ 薬剤と食べ物や飲み物の相互作用のチェック(薬)
- ・ 服薬・包化他管理カレンダー(ポケット付)を使い
管理、飲み忘れ等チェック(薬)
- ・ 嚥下困難による誤嚥を防ぐために、粉碎や
トロミ剤の提供を行う(薬)
- ・ 訪問看護による口腔ケア(ケ)
- ・ 脱水予防の為のOS-1等の提供やアドバイス(薬)
- ・ 歯科的治療(歯科)
- ・ 定期的な口腔ケア(歯科)

【 課題 】

- ・ 今後、本人の意思決定が困難となった場合に、誰が対応するのか？

【 見守り 】

専門職種

- ・ 24時間見守りサービス（本人の異常を察知して自動的に通報してくれるシステム）
- ・ 切れ目のない見守りシステム

地域

- ・ 地域での見守り体制

【 金 銭 】

- ・ 日常生活自立支援事業の紹介

【 見守り・確認 】

- ・ 脳梗塞再発予防のため服薬状況の確認の向上
向上のために薬剤師による訪問
- ・ 服用状況や嚥下状況に応じて剤形（水剤・粉）の変更や服用タイミング・回数への提案可能。
- ・ 在宅医療（往診）の定期継続
- ・ 訪問看護による全身状態の観察、服薬管理

【 食 事 】

- ・ 訪問栄養指導の導入
- ・ 本人希望の宅配
- ・ 嚥下機能の低下も考えられる為、訪問看護でも観察しながらSTの介入も考えられる。
- ・ 食事について
現在→ゼリー等で固めた食品・食事の提供
将来→市販品での購入
情報提供体制

【 連 携 】

- ・ 多職種連携ツール
患者さんの情報交換
- ・ 関係者の情報共有のツールや場
↓
問題の早期発見・対策につながる。

【 口腔機能 】

- ・ 食べる事に対しては歯科の介入が必要では。う歯、歯槽膿漏等で、嚥下困難になるのでは？
- ・ 嚥下機能アップの為の健康体操等の訓練
- ・ 誤嚥を防ぐための専門的口腔ケア。歯科医師・衛生師

医科の立場から
定期的な訪問診療が出来るか
緊急時の往診

訪問看護

- ・24時間対応
- ・連携(情報提供)
- ・医師
- ・状態の観察 (VS,ets)
- ・CM
- ・サービス事業所

・嚥下状態の観察
リハビリ

・服薬管理
(ちゃんと飲まれているか?)

・服薬管理は薬剤師が！！

薬剤師へ相談、剤形変更など
退院時カンファへも参加OK

・退院時カンファについても是非、
声をかけていただきたい。

歯科の立場から
口腔内の状況・口腔環境が
どのようになっているか情報
歯科訪問診療での改善を図ることができる。

↓

口腔ケア・嚥下訓練へつなげることができる。

C M

- ・病院専門職との面談を行い、
十分な情報共有を行う。その中で
在宅生活が可能であるか検討を行う。
- ・本人とのコミュニケーション

・退院後の主介護者、責任者を探す。
(近所の方、民生員等)

各事業所との連携

・食事ー配食サービス(トロミ付の食事)
ヘルパーへ調理提供。本人に
聞きながらトロミの調整

- ・訪問看護(体調管理、服薬)
- ・ヘルパー(食事・掃除)
- ・デイサービス(入浴)
- ・配食サービス(トロミ付)
- ・在宅療養支援

連携室(MSW)

- ・「家に帰りたい」理由を知る。
本人の価値観、考え方をすることで
各職種の関わり方の糸口が見つかるかも。
- ・身寄りがいないことを活かす。
本人が納得・了解あれば、ある程度
のことがすすめていける。

・本人の強みを見つける。目を向ける。
入退院繰り返すということは、体調悪さを
自覚し行動出来ている？
近所との関係への配慮が出来ている。

退院支援



退院



在宅

- ・男性はリハビリについての自意識高
- ・食べる機能の維持・改善（義歯等）
- ・誤嚥性肺炎予防のため口腔ケア
- ・ADLの確認。生活できるか判断
- ・本人との信頼関係

- ・退院に向けてのリハ
- ・摂食嚥下リハビリテーション
- ・食事状況、誤嚥等食事の支援
- ・認知症や理解の状況
- ・生活保護ケースワーカーとの連携

- ・近隣の方の見守りや声掛け
- ・隣近所の人との関わりの継続（安否確認）
- ・日々の話し相手をしてくれる人がいないか？
- ・本人の心配事を相談できる役割の人は？
- ・お金の管理は誰がするのか
- ・成年後見人制度や権利擁護事業
- ・後見人の検討
- ・緊急時の連絡先
- ・デイサービス本人受け入れ確認
- ・社会とのつながりの確保
- ・配食サービス等紹介支援

- ・生活支援生活状況の確認
- ・訪問リハビリ、デイケア
- ・デイサービス利用で、色んな人と交流ができないか
- ・入浴支援は
- ・ヘルパー利用
- ・日用品の買い物等生活支援
- ・一人でできることを見つける自立支援
- ・本人の楽しみや生きがいを見つける
- ・訪問看護の導入
- ・特別指示書
- ・24h支援

- ・訪問歯科等の検討、マウスケア
- ・内服管理、訪問薬剤指導
- ・一包化
- ・服用回数の変更
- ・服薬毎の薬をホッチキス止め（日付）
- ・錠剤の粉碎、剤形変更の提案
- ・衛生材料の提供
- ・経腸栄養剤の提供（カロリー・味等）
- ・服薬カレンダーの設置

地域

- ・民生委員
- ・近所の方へのアプローチ支援

退院時必要なサービス

- ・配食サービス
- ・通所サービス
- ・ヘルパー生活支援
- ・訪問看護、特別指示書、24hTEL

医療系支援

- ・訪問歯科
- ・薬の管理
- ・訪問薬剤
- ・訪問看護

金 銭

- ・成年後見人制度の利用
- ・生活保護

退院後の連携

- ・役場
- ・保健師への報告訪問依頼
- ・ケースワーカー
- ・DrとCMとの連携

グループ5

・施設の良さを伝える

・施設の良さを伝える

・近所の方達の関わりを
具体的にしていく(依頼)

・訪問薬剤管理指導行う

・口腔内状態の改善
歯の痛み、義歯の不適合
歯周病

・飲み込みやすい食事の
提供

・入居に向けての
アプローチ

・独居男性であるため
生活支援の具体的
内容を明確にしていく

・服薬されている場合、
服薬支援

・感染の予防
・口腔機能の維持回復
・社会性の回復

・通所サービスを
足がかり。

・地域住民とのつながり

・訪問看護
訪問ヘルパーとして
コミュニケーションの
構築で今後のことを
話し合う

・粉碎、口腔崩壊錠
等への変更
・お薬カレンダー活用

・誤嚥性肺炎予防
・口腔体操
・嚥下訓練

・地域での連携づくり

・緊急時の確認

・本人の意思の確認

・薬剤からくるADL低下
・副作用の確認

・本人の意思確認

・本人との信頼関係

・配食サービス 3回/W
家事(生活援助)の具体性

・在宅が限界となった時
対応

グループ6

インフォーマル支援

- ・ご近所からの声かけ
安否確認
- ・おむかいさんや近所の方の声かけ支援
- ・安否確認
近所の声かけ
- ・本人の思いを聞く人
孤立を防ぐ
- ・WT管理、栄養面について
- ・社会的支援
インフォーマルサービス

リハビリの強化

- ・通所介護 or 通所リハ
- ・リハビリ嚥下訓練
- ・訪問リハ
通所リハ

- ・訪問診療
認知症の確認

口腔内チェック

- ・食事に関して
義歯が入っているのか、
入っても正常に機能
しているのかチェックが
必要

食事支援

- ・生活支援
(全体と食生活)
- ・配食サービス
(特別食)
- ・配食サービス
- ・嚥下困難者向けの
食品の販売
- ・宅配食事(ミキサー食)
- ・HPを活用
- ・訪問栄養指導

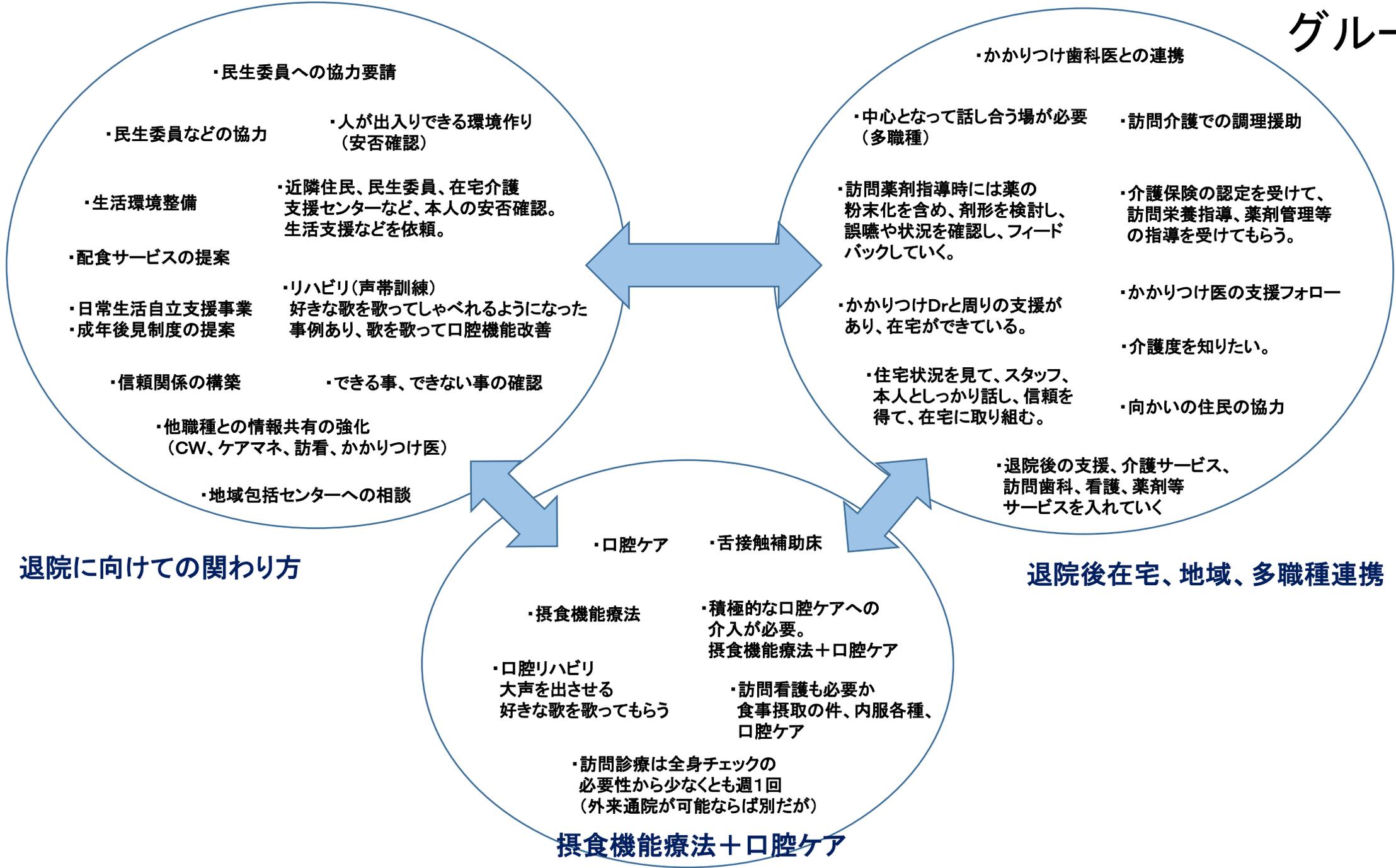
日常生活自立 支援制度の活用

- ・日常生活自立支援制度
(社協)
- ・金銭管理の確認
(ケースワーカー)

薬剤管理

- ・服薬状況のチェック
- ・生活支援に必要な器具の紹介
- ・薬を減らす(回数・種類)
- ・薬の副作用チェック

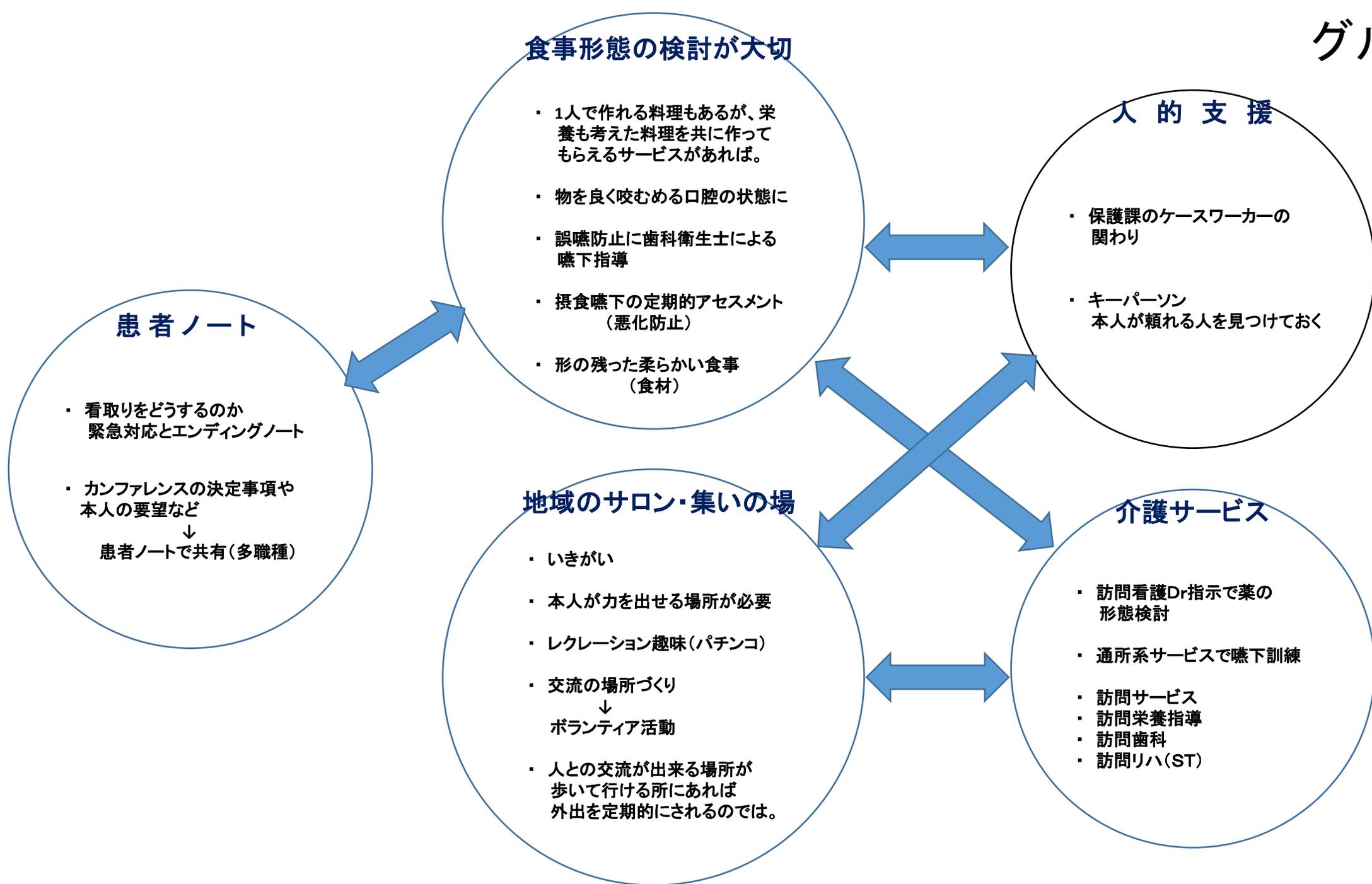
グループ7



退院に向けての関わり方

退院後在宅、地域、多職種連携

摂食機能療法+口腔ケア



- ・ お金のこと
(生保でない場合、
費用を払って使うのか
使えるのか)

- ・ 本人の意向確認
(金銭面を含めて)

医療

- ・ 当番制で
夜間診療を
- ・ 体調管理
(発熱・食事の事)
- ・ 服薬支援

他職種の バックアップ

- ・ 看護師さん、
ヘルパーさんの
バックアップ
- ・ 自宅での訪問
リハビリ
- ・ 嚥下機能
- ・ ポジショニング
- ・ 退院後も継続して
ケアマネ、訪問看護
師等から自宅での
様子を聞き、必要に
応じてPr、看護師
と連携を行う。
- ・ 訪問看護での身体状況
観察
体重測定、栄養状態

患者さんの 思いを知る

- ・ 患者さんと話を
して思いを知る
- ・ 近所の方との
つながり方を
知る。
- ・ 実際の支援を知る

サービスの調整

- ・ 食事について
配食サービス支
援の情報提供
- ・ 外出支援
- ・ 入院中に必要な
事業所に来院して
頂き、情報共有を
行う

信頼関係構築

- ・ 信頼関係構築

情報収集

- ・ 脱水、低栄養の予防を
する
- ・ 食事摂取量を把握する。
他職種の情報収集をする。
- ・ 嚥下障害
マヒによるものなのか、
口腔機能、咀嚼筋等の
廃用によるもの？
- ・ 食事の時のポジショニング
がちゃんとできているか

歯科訪問診療 (治療・ケア・ 他職種との連携)

- ・ 歯科訪問診療が必要か？
口腔内の状況を診て、治療
やケアの必要性を検討する
- ・ 歯科医師、歯科衛生士
居宅療養管理指導
- ・ 義歯不適合等により食事が
しづらいのであれば、歯科が
やるしかない。
- ・ 定期的な口腔ケア
- ・ ヘルパーさんのテクニックの
底上げ
- ・ 口腔ケアによる口腔周囲筋
の脱感作リハビリが必要
- ・ 廃用(急性期)による、補食
から嚥下の一連の運動が
低下

インフォーマルな支援

- ・ ご近所での関係性の
確認を行い、他の方の
インフォーマル的な支
援を捜す。

行政、近隣住民

- ・ ケアマネの相談窓口
在宅での利用所さんがあっても
カンファや相談ができる場
- ・ 行政との連携、民生委員さんや区長さん
- ・ 民生委員の訪問
- ・ 自宅に話し相手、定期的に来る。
安否確認
- ・ 近所の方のフォロー
- ・ 信頼おける友人の方との連携
- ・ ボランティア、定期的に見に行ってくれる。
- ・ 地域包括支援センター

訪問歯科

- ・ かかりつけ歯科が必要
(口腔内の環境が不明)
- ・ 歯科との連携(訪問歯科)
- ・ 口腔ケアの必要性
(かかりつけ歯科医)
居宅療養管理指導
- ・ 自宅実施できる飲み込みの
体操、唾液を出すマッサージの
提供

後見人

- ・ 成年後見制度
- ・ 金銭管理
身寄りがない(後見人)

リハビリ

- ・ リハビリ
- ・ 継続したリハビリの介入
(在宅での導入)
- ・ STやPTの導入

看護

- ・ 訪問看護(状態観察)
- ・ 訪問リハ ST
- ・ 訪問看護

薬剤

- ・ 訪問薬剤師
看護での服薬管理は
もったいない
- ・ 薬、服用状況確認
錠剤、カプセル 可、不可
- ・ より誤嚥の少ない薬剤の提案

宅食

- ・ 食事の提供は？
食種の調整(ミキサー)

栄養士

- ・ 栄養指導
- ・ 栄養士による定期的な
訪問指導