令和４年度　第２回多職種連携研修会　質問＆回答

質問１、現サービスで、訪問看護を利用していない方で、症状が現れ迷う場面が出たら、どこへ発信したら良いのか教えてもらいたい。（ケアマネ）

回答（阿部）

迷う症状があれば、まずはご家族に連絡。そのうえで「医療機関に連絡してください」と言われたら、医療機関への連絡を代行する場合もあるかもしれません。あるいは、「ケアマネさんに連絡」となるかもしれません。それを、事前に相談しておく、それがどの利用者さんについても重要です。
ご家族がいない、あるいはご家族が連絡できない場合にはどうするのか、それは、その利用者さんにとって適切な連絡方法を話し合って決めておく、もっと言えば想像しておく、シミュレーション、イメージトレーニングをしておくことです。そうしたなかで、利用者さんごとに、少しずつ違う連携方法がはっきりと形になっていくと思います。
「むくみが増えた時は娘さんに電話しますね。軽度なら療養手帳に書いておきますので見ておいてください。ハーハーと息切れがひどい時は、すぐに受診した方がいいから、その時はすぐに電話しますね。携帯にかからなければ会社でも良いでしょうか。出られないこともありますよね？その時はどなたかにかければよいでしょうか。受診となればご家族は必ず必要ですので。」など、起こり得る状況を想像して、了解を取っておくことが大切です。担当者会議などで行っておくと周知しやすいです。その内容を、支援者の皆さんがわかっていることが大事です。
ケアマネさんから医療機関に連絡するほうがいい方もいるでしょうし、家族からが適している方もいると思います。可能な限りご本人、ご家族が行えるように決めたほうがいいと思います。側面支援、自立支援の観点からもそうですが、何時に連れていけるとか、結局ご家族じゃないと答えられない内容になってきます。ご家族が受診の同行ができない人の場合は、誰が行くのか、サービス機関が同行するならどうやりくりするか、どんなイメージか…やはりシミュレーションが役に立つと思います。
サービス側も無理な計画にせず、限界を伝えながら、よい方法を出し合った方がいいです。誰かに重責がかかるような無理をしないで、事業所内で誰もが行える方法を編み出すのが良いと思います。
訪問看護を導入できない場合はありますよね。緊急時の加算を算定しない場合もあります。絶対訪問看護を入れなければいけないわけではありません。その方にとって最適な方法を話し合い、決めていけばよいと思います。

質問２、内服管理、食事、水分管理、過活動による負荷について生活上の課題がある中で、特に老老世帯、独居世帯が多くなり、一層難しくなっている。どのような対応、支援をしたらよいのかを皆さんのご意見、アイディアを伺いたい。（看護師）

回答（阿部）

高齢者のみの世帯、独居世帯の方にとって、病気による負荷と生活上の問題がアンバランスなことは良くありますよね。この世帯は多くの困難の中にあり、本当に大切な支援の対象です。一筋縄でいかずに支援者もお困りだと思います。より一層の想像力が必要です。
まずは、具体的な実態把握です。把握した内容を主治医（医療機関）に報告します。そこで支援内容と問題点を話し、主治医に生活の実態、介護の実態を知ってもらうことが重要です。そのうえで、薬の飲みすぎがあれば、一回の処方を減らすとか、一定の場所に片づけるとか、薬が飲めないなら、そのタイミングでサービス介入する、薬の回数が変えられないか相談するなどします。薬に関しては、調剤薬局さんが居宅療養支援指導で訪問に入ってもらうととてもスムーズにいくことがあります。薬のこと以外でも、受診の頻度を増やす、定期的に入院を予定する、など智恵を出し合えるよう、医療機関に話し合いの場を持ってもらうと良いです。必要なら医療相談員さんを介しても良いでしょう。
細やかな生活のすべてを管理することはできません。医療との情報共有が済んだら、（可能なら医療機関と一緒に、無理なら自宅で）ACP「人生会議」を行い、どう生きたいかを言葉にしてもらいながら、その方にとっての最良を共有していく必要があります。そうすれば、支援者も納得して支援しやすくなります。納得できなくても「そのような考えを持っていたんですね」と知ることができます。ご本人、ご家族も、人に話すことで変わっていくことは良くあります。
「自由に話してもいい場所作り」が必要と思います。その”場”作りはケアマネさんが中心となっていくことが多いと思います。

回答（塩入）

服薬に関しては、在宅訪問も可能なので服薬管理が怪しい方がいれば、薬局、ケアマネジャーさんに相談してもらうと良いと思います。お薬カレンダーの利用、一包化など患者さんに合った支援が可能かと思います。特に高齢になると、物忘れが増えたり。認知機能が低下したり管理が難しくなってくる方が増えてきます。

回答（高頭）

生活の工夫については、いかに作業の工程を少なくするか（複雑にしない）、分かりやすくするかをポイントにしております。
また、高齢者は忘れやすいので、視覚的にわかりやすくする工夫は有効かと思いますが、学習の為繰り返し指導は必要だと思います。（視覚的にわかりやすくする具体例は、お薬カレンダー、お水なら分量の記載・マーキング、注意点の紙面化は良く用いる手段かと思います。）
入院での心不全の生活指導は時間が限られるため、「最重要課題だけにポイントを絞って指導」をしています。
過活動の目安は、「息がハアハアしたら」「ドキドキが強くなったら」「動作を何分したら」といった分かりやすいものにしています。苦しさと動作の関連性に気付くことが難しいので、実際にどの程度でそうなるのか試して、その状態を覚えてもらうようにしています。
その人の生活習慣、性格、認知機能がどんなものかで、指導が変わるものの、基本的な考えは上記を心掛けています。

質問３、ひめさゆりネットの活用で利用者詳細で服薬内容等記載しますが、そこも共有ができたらよいと思いました。（システム上難しいのかもしれませんが）（ケアマネ）

回答（センター）

ご質問ありがとうございます。「三条ひめさゆりネット」についてですが、【利用者詳細】基本情報の右上にフェイスシート横の事業所を選択し、フェイスシートをクリックしていただくと、選択した事業所のフェイスシートを閲覧できますので、ご活用ください。ご不明な点がございましたら、センターへお問い合わせください。

質問４、訪看のお話の中で「連絡と報告」について、聞きのがしたのかもしれませんが、連絡先一覧を作るとありましたが、どのような連絡一覧表が効果的だったのか、実践してみてどうだったのかを知りたいです。済生会訪看で使用している一覧表を見たいです。（訪問看護師）

回答（阿部）

連絡一覧は、必要に応じてケアマネさんが作ってくれる場合があります。

研修では「連絡一覧があるといいですよね」という話にとどめましたが、ここで言う一覧表は、ひとまず<u>支援者にとって支援上困らない一覧表</u>です。あるいは<u>連絡の順番の記載</u>です。

支援者が支援上困らない方法を明確にすることが重要です。心不全の重症度にかかわらず、緊急な状態は起こり得る状況です。これがあれば、緊急時の状態に遭遇した場合でも、支援する誰もが困らずに連絡できる、それがご利用者にとっても、支援者にとっても大きな安心になります。
ご利用者、ご家族の同意は必要です。

その先にある家族内は連絡方法が別に存在します。これは、プライベートなものなので一覧にしない方がいいことが多いです。家族間の事は、ご本人、ご家族がやりやすい方法で行うのがいいです。それは、意外にも小さなメモだったり、手帳だったり、スマホだったり・・・

それでいいと思います。人によっては、そのまま全部を書き出したくないことだってありますよね。ものすごく個人情報もあるわけですから。それに、自分の書いた文字の方がいざとなると目に入ってくるという事もあります。家族内の連絡に立ち入る必要があるかどうか検討が必要です。
全てを網羅する連絡一覧が必要な場合は、承諾を取って一覧に記載させてもらってよいのではないでしょうか。ご家族以外の人が記載する場合、いろんな人の目に触れる可能性があれば自宅とはいえ承諾は必要です。

当ステーションも、看取りのパンフレットに、連絡先の一覧表のひな形を添えて渡しています。いたってシンプルな一覧表です。しかしながら、ご利用者、ご家族がそこに書き出して活用している方は、実は少ないです。私たちも、この一覧表を渡す意味は”<u>一つの提案に過ぎない</u>と思っています。

是非、連絡の順番がわかる連絡一覧を、ケアマネさんがいらっしゃるなら、ケアマネさんに、いない場合は中心となるサービスにお願いしたいですね。