

『心不全の利用者について、観察（気付き）のチェックポイント ～気付きを誰（どの職種）に発信するか～』

I. もし自分がこのケースの担当だった場合、どのような支援（情報発信）をしますか。 また、どうすれば変化に気付き共有できるとおもいますか。

- ・おかしと感じた時点で受診を勧める。受診の必要性について、本人、家族に説明する。
- ・受診時の相談等、医療機関につなげる際の窓口になる。
- ・バイタルの異常等から変化の余調を見逃さないようにし、主治医につなげる。
- ・令和2年12月の時点で、受診を勧められれば良かったのではないかと。家族に普段の様子と違う所を聞いて主治医に伝える。
- ・R2.10月、11月、12月の事業所からの変化や気づきをご家族や事業所と情報共有することで、訪問リハビリからの変化時にもう少し早く訪問看護の導入を勧めることができたと思う。
- ・11月の時点で、ご家族に受診を勧めて行く。また、その受診結果を事業所に伝え、情報共有していく。
- ・高齢の方や自立して動いていて自覚症状がないと気づきにくいので、日々の様子が分かるためにも少しの変化も情報共有していくことが必要である。
- ・いつ、ほかの職種につなげるかが大切 早めの受診へつなげていくことが重要 専門医への受診がスムーズにできたらよい。
- ・早めの受診が良かった。バイタルをしっかりとりとらえておくことが重要
- ・早めに担当医に意見を求めていく。また、多職種と連携し、体調の変化や普段との違いに把握に努める。
- ・ご家族に状況を伝えていく。変化があったときに早めに相談する。
- ・退院後にふらつきがあるため、福祉用具の提案 令和2年10月の変化の時に食生活の確認や、受診の必要性を伝える。ケアマネは月1回の訪問のため気付けないこともあり、サービスが入ることで気付ける。
- ・日頃の様子を把握して変化に気付けるようにする。事業所からの情報を関連機関へ連絡する。
- ・歯科より、治療の時に関わるため口の中からのアプローチとなる。食事量が低下していないかの確認やかかりつけ医の受診を勧める。下肢の浮腫まで見ていないので注意するポイントの指示があると良い。
- ・事例の件で、実際に情報共有はどのようにしていたか？→急ぐ場合はケアマネへすぐ連絡し、様子を見る時はひめさゆりで。
- ・連携は上手くいったか？→初めからは上手くいかず職種やその人によって浮腫の見方が違うため体重で見るように統一した。
- ・関わり初めの段階で内科のかかりつけ医がいなかったことから受診を促す。
- ・10月の訪問リハからの報告があった時点で直接利用者に会い状況を確認する。浮腫や冷感から心疾患を疑い受診を促す。
- ・診断後も悪化の兆候を見逃さず、サービス事業所と共有、受診につながるよう支援する。
- ・訪問時動作時の呼吸の状態を確認したり、療養手帳で体重の変化を確認する。
- ・退院から定期受診の間に状態の変化に気付き受診を促せると良かった。自覚症状があるのか、利用者の病識についても確認が必要
- ・デイ利用者疲労感の訴えは利用開始時からのものか、ここ数回で現れたものなのか聞き取りをしてデイでの対応に変化がないかを確認する。これまでと周辺の環境が変わらない中で起きた変化であれば受診を促す。
- ・どのタイミングで内科につなげたらいいか→体調変化があるタイミングで家族へ受診を促す。
- ・最初の訪問リハからの連絡がきたタイミングで受診を促す。
- ・訪問リハから主治医へ連絡 外科医師の指示をあおぐ。
- ・10月の訪問リハで足の浮腫が何からくるのかリハへ確認
- ・ケアマネとして、1か月のうちの数十分の面談では変化を捉えることは難しい。在宅療養手帳、ひめさゆりネット、電話連絡その他を駆使し、他事業所、病院、そして薬剤師さんらとの情報共有を「小さな気づき」のうちにためらいなく行いたい。
- ・訪問リハの関わりから、家族への受診の促しや発信を行っていく。小さな変化には気づきにくいので、事業所からの発信を大切に連携を密に行っていく。
- ・ケアマネや事業所からの相談があれば、受診につなげたり、勧めたりしていく。退院時の注意点等、医師や看護師に確認し、情報の共有とする。
- ・前兆みられた際にすぐにケアマネや関係機関へ連絡、自分のところで抱え込まない。
- ・持病なくかかりつけ医不在の中、疾患を見つけることは困難だと思うが、サービス利用時に「入浴」または「労作時」に呼吸不全などなかったか？また令和2年12月時点で、年末年始で医療機関が休診となることを踏まえ、早いタイミングでの受診を促すことはできなかったかと考える。

- ・令和2年12月よりも早く受診を促せたら良かったと思う。
- ・バイタル変化で兆候が出ていたので、早めに基準値など共有できたら良かった。令和2年10月足の浮腫が出た時点で家族に直接受診を促せば良かった。
- ・本人がしっかりされているので、本人に発信できるように伝えていくことや同様に家族にも変化に気づき発信していく。
- ・分かりやすい言葉で1つ2つに焦点を絞っていく。
- ・受診をし、安静度がわかるようにコントロールされている心不全かどうか。
- ・在宅療養手帳をもう少し早めのタイミングで活用できるといいなと思った。（令和3年1月に記載）

II. 日常の業務の中で、情報共有・連携で心掛けていることはありますか。

- ・ひめさゆりネットの活用 ひめさゆりネットは画像ものせられ有効に活用できている。急ぐ場合は電話連絡も併用している。普段の様子（心不全の人であれば浮腫のみの状態等）を訪問時に確認しておくことで、異常（普段と違う状態）に早く気づけるようにする。
- ・利用している全事業所に同じ内容を伝え情報共有するようにしている。様子が変わったり気付いた点があれば連絡をもらうようにしている。そのため、何でも話せる関係づくりを心掛け対応している。
- ・毎日の引継ぎで変化については情報共有している。職員間の情報共有が大切である。
- ・薬を通して変化があった時に家族に聞き取りするようにしている。家族によっては食事を食べていると言うが、栄養が取れていないことがあり、主観の違いに苦慮することもあるが、エンシュアを処方してもらったことで浮腫が軽減する人がいる。主治医との連携も必要である。
- ・病気を抱えている方、医療面に弱いので、看護師さんの気付きをよく聞くようにしている。また、次回受診時に伝えられるように医療関係と連携を図るようにしている。
- ・認定調査の状況を確認し情報収集する。健康チェックをしているか、検診をしているかなどの情報を確認することもある。
- ・訪問看護につなげれば、ひめさゆりネットを活用することもある。関わっている事業所との電話での連携はこまめに行っている。薬剤師さんとしては、業務としては薬を渡すことであるが、「薬が足りない」など言われることがある。薬局としての気付き。情報があればケアマネに繋いでいく。薬手帳からではこのサービスを利用しているかが把握しにくい。自宅の状況が分からないことが大きな壁となっている。居宅療養管理指導は医師と連携を図れるので強みであると感じる。
- ・もらった情報は細かく、もれなく伝え、横のつながりを大事にしている。話しやすい人、話しにくい人というが、関係性を築いて緊急時でも遠慮なく発信する。
- ・情報と対応策を伝え、目的や方法が共有できるように伝えている。病状について訪問看護を利用していない人はサービスの看護師からみてもらう。
- ・療養手帳でバイタルや利用の様子を確認し、家族の介護の受け止め方や病気への理解ができているかなど、家族の情報も共有している。
- ・出来事の情報だけでなく、家族の気持ちや思いも共有できるように伝える。
- ・一人の利用者に関わる関係者と良い関係性を作り、もらった情報は医療機関に伝える。
- ・口の中の他にもひめさゆりに記録を残したい。気付いたことは横に連絡していきたい。
- ・薬剤師としては、経過を追っていくこと難しく、その時々観察が中心になる。つらそうな様子をしているときには受診を促すようにしている。
- ・居宅療養管理指導などで残薬のチェックや服薬管理の支援を行うことがある。ひめさゆりネットで情報共有をしたり、利用者によっては在宅療養手帳を使うなど、その方によって異なるが情報共有を心がけている。緊急性があると判断すれば電話で連携をとる。
- ・小さな変化に気付きアプローチをすることが大切 事業所からの報告書でも気になることがあれば訪問や事業所への確認など行うようにしている。
- ・訪問時、利用者の姿勢や表情、普段の趣味や楽しみが続けられているかを聞き取りできなくなったことがあればその要因を掘り下げる。
- ・連絡はこまめにとるようにしている。医療目線は医療系サービスからの情報を他サービスへも伝える。
- ・担当者会議で具体的にどうなったらどうするかを支援者で共有しておく。
- ・ひめさゆりネットをこまめに確認するようにしている。
- ・どこに注意するかを家族にもわかりやすく、専門用語を使わずに担当者会議で話す。
- ・誰に何をいつしてほしいのかを具体的に伝えるようにしている。
- ・途中から具合が悪くなった時の情報共有の課題
- ・「忙しい」ことを上手く表に出さないようにしたい。いつでも連絡をつけていただけるように事業所内での報連相を風通しよくするように心がけている。
- ・腰の重い家族もいるため、継続的な関わり、連絡をとるようにしている。小さな変化も共有することで、それが後々大きな気付きになることがある。一緒に発信し、連携をとっていくように心がけている。チームワークでの対応
- ・ケアマネ、在宅サービスへ情報提供できるようENT時の注意点を確認、専門外にも（内科的、全身状態を確認し、発信できるように医療と介護の橋渡し、連携の橋渡しができるように心がけている。
- ・ひめさゆりネットを活用し発信、急ぐ際は電話、ケアマネだけでなく、家族へも受診の勧めを行っていく。

- ・施設では、多職種からみたカンファレンスを行っている。日々の生活状況もできるだけ細かく記録するよう努めている。職種間は、療養手帳、ひめさゆりネットの活用で情報共有が図れていると思うが、ケアマネ→医療機関への連絡（主治医、外来看護師）が難しい。ご家族に受診への重要度がなかなか伝わらないこともあり、わかりやすい言葉を伝えるよう配慮している。
- ・簡単でいいので紙面に残すと連携につながる。
- ・コロナ禍で制限されているが、ケアマネからも相談員へ連絡とっていくことが大切
- ・ケアマネから医師へ手紙を持たせるケースもある。
- ・FAXでやりとりして医師へつなぐことも可能
- ・退院の時点で病院から情報提供をしっかりと頂くことが大事

Ⅲ.その他(感想)

- ・普段の様子を知っておくことの重要性を感じた。ひめさゆりネットの活用方法は各職種、事業所で違って良いと思う。
- ・「主治医意見書を書いてほしい」と急に受診にこられて言われることがあるので困っている。
- ・普段との違いに気づくことが大切だと感じた。そのためには、心不全など疾患の特性を理解していかないと、気づいたり働き掛けができないため、疾患の理解が大切だと感じた。今回の研修はとても役に立った。
- ・居宅療養管理指導を受けて、とても助かっています。薬局も在宅を推進していく。マンパワーもあるが、頑張っていきたいです。医師の指示で食事指導・居宅療養指導を利用し、状態に合わせてサービスを辞めていくのも一つの方法
- ・多職種が絡むことで、内容が充実していく。早めに相談していくと良い。
- ・情報共有、連携のツールはいろいろなものがあるので、活用している事例を聞いたりして、実践で活用できたらよい。自身で不足な知識があるので、突き詰めながら医師、看護師などの情報を共有していきたい。
- ・ひめさゆりネットをあまり活用していなかったので、活用していきたい。情報共有はささいなことでも共有していきたい。
- ・コロナ禍でなかなか顔を合わせることができないが、専門職が集まって話すことが専門知識を出し合い、多職種で顔の見える関係づくりを行ってきたい。
- ・一人暮らしや8050で受診ができていないが、訪問看護が入ることで体調観察ができて助かっている。体重の目安など分かりやすいので、はっきり決まっていると他事業所に発信しやすい。
- ・毎日訪問診療している。患者にも今回聞いたことを活かして訪問したい。
- ・変化に気付くチェックポイントが分かった。早めに受診してもらい、心不全は繰り返す病気なので、情報をもらさないように伝えたい。
- ・主治医に直接伝えるのは敷居が高い。訪問看護に頼んでおり助かっている。
- ・横のつながりを大切に情報共有していきたい。分かりやすい言葉を使って連携していきたい。
- ・小さな気付きに目を向け、受診につなげたりサービスを拡大していく事が大切だと感じた。
- ・ひめさゆりネットを活用して気付きや情報を共有できるように心がけたい。
- ・変化があった時には放っておかず、掘り下げることが大切だと思った。
- ・事例検討をすると気付いても、実際に支援者として関わっているとそこまで余裕がないこともある。ちょっとした気付きや違和感を多職種で共有することで、自分では気付かないことが大きな変化の兆候であることもある。改めて情報共有の重要性を感じた。
- ・3回の研修を通し、今までよりも訪問看護や医療との連携のハードルが下がった。
- ・様々な職種と話すことへのハードルが下がったように感じる。心不全に限らず、早めの対処が必要だと感じた。
- ・主治医との連絡 ・医療相談員より間に入ってもらおう。 ・緊急時は電話 開業医は直接会って
- ・訪問看護を使っていればそれを使って ・受診に同行して相談 ・多職種連携の会議に参加することで連携がしやすくなった。
- ・いつ誰が何をするかまで具体的に伝えることが大切 ・それぞれの専門職によって見る視点は違う。
- ・具体的なテーマがあるとタイミングや方法を学べない。
- ・看護師さん、薬剤師さんとのパイプの細かさを感じるので今後関係づくりを強く意識していきたい。
- ・本人、家族の「自覚症状をあてにしない」という言葉が心に残りました。ありがとうございました。
- ・忙しい時は後回しにしてしまうこともあるが、FAX等様々な連絡ツールを使い早めに連絡をとれるようにしていきたい。ケアマネよりも事業所の方が利用者、家族との関わりが深い。事業所との関わりを大切に連絡や連携を密に取っていきたい。
- ・連携をとりやすい関係作りに努めていく。
- ・ケアマネ、医療相談員の話聞き、少しの変化も教えてほしい意向が分かった。多職種で話ができ良かった。
- ・心不全は病状が急変することが多いので早めの受診が大切 受診を促すことで「コロナ禍」「介護力の乏しいご家族」などの理由で円滑に進まないケースはあるか？→親族に許可を得て、ケアマネが受診介助することもある。→家族が重く受け取らないので病院の医師や看護師から声掛けをしてもらうなどの協力を依頼している。
- ・電話などでコミュニケーションをとろうと思っても上手く伝わらない。
- ・一方通行にならないような伝達を心がけた方が良く分かった。
- ・普段の様子が医療側に伝わらないことも多くてつながっていかない。