

【第1回あまつなぎ事例検討会】

3月1日（木）18：00から、あまつなぎ主催による事例検討会がハーティホールで開催されました。

12月に開業医の先生から、「肺炎で入院した認知症の方が、点滴抜針、徘徊などで治療継続困難ということで、急遽退院して来た」とご相談がありました。高齢化が進み、認知症の方が増えていく中、多職種で検討していかなければいけない問題として、「認知症の方の入退院にかかわる連携」をテーマにしました。

参加者、総勢81名、その内医師が16名でした。その他、薬剤師・看護師・病院MSW・リハ職・ケアマネジャー・地域包括支援センター・介護職・管理栄養士・自治体職員など多くの職種が集まりました。

今回はワールドカフェ方式を取り入れ、1テーブル5名の少人数で意見交換しました。



「入院前の生活状況が分かりにくい。」



「ケアマネがどこの人かわからない 本人に聞いてもわからない。」

最初のテーブルでワークした後、1名残って、他のメンバーは、それぞれ違うテーブルに移動しました。



残った1名は前のワークの内容を新しいメンバーに説明。その後、新しいメンバーで意見交換。
移動は2回行いました。



いろいろな職種の人が様々な工夫をされて
いるんですね。



情報の共有、顔の見える連携の必要性
を実感！

事例検討会であったのですが、事例の解決を図るというのではなく、それぞれの考え方や意見を言い合い、ワイワイと雑談のように進行させていただきました。普段はあまり話をする機会のない職種の人とも話ができ、顔の見える関係ができたように思います。ワークの内容では入退院時の情報共有の必要性、患者さんに安心して過ごしてもらえる環境への工夫など、今後に生かせる意見交換になったと思います。

「顔の見える関係が大切」

30年度は隔月でこの事例検討会を開催していきたいと考えております。ご関心のある方は、是非、次回の事例検討会に足を運んでいただければ幸いです。

第1回あまつなぎ事例検討会で出た意見

入院中の困りごと	病院	家族に病状（説明）が伝わっていない
		家族との連絡が取れない
		家族の協力が得られない
		治療方針や希望がご家族やその他支援者で違う
		環境変化によるストレスで不安、不眠、興奮で混乱し、認知症の悪化、BPSD、せん妄 二次的事故的危険性、他患者とのトラブル
		問題行動への対応・・・人手不足、抑制、薬の使用などどこまでするか
		治療の理解、協力が得られない
		入院前の生活状況が分かりにくい
		以前の入院時の様子がわからない
		ゴール設定が確認されていない
	ケアマネがどこの人かわからない 本人に聞いても不明	
	在宅	長期臥床によるADLの低下
		家族に連絡がつかない場合、病院からCMICに対応を依頼される
		急な退院だと在宅でのサービス調整が難しい
入院中の様子が分かりにくい		

入院中の困りごと への工夫	病院	認知症・せん妄サポートチームの介入
		リエゾンナース・リエゾン医師の介入
		院内デイの利用
		家族の付き添い
		なじみの茶碗やコップ、おはし、家族写真など持ってきてもらい、精神の安定につなげる
		カレンダーや時計を使って見当識に働きかける
		本人が落ち着ける環境を整える（ベッドの配置など）
		説明文を見やすいところに貼る
		担当者を変えない
		本人に退院後どんな生活を送りたいか、また、困りごとが何かを聞く
		認知機能・身体機能が低下しないリハビリテーション
		病状に合わせて、処置方法を変える。持続点滴、バルン、モニターを外す
	在宅	顔見知りのCMや家族の面会回数を増やすことで不安の軽減に努める
		退院の窓を確認し、用具やヘルパーの手配をする
		いざから連携の病院を持っておく

入院時の 連携	情報共有	内容	入院に至った経過、病歴、手術歴、薬	
			過去の入院歴、入院中の出来事	
			認知症の状況（攻撃的な態度があることなど）	
			かかりつけ医が本人や家族に話した内容。理解度。	
	だれと	方法	課題	本人家族の意向、生活歴、入院前のADL、生活状況、サービス状況
				家族構成、キーパーソン、連絡先
退院支援	情報共有	内容	予測される問題点、起こりうる困りごと	
			本人がどういうことで落ち着くか	
			本人、家族、かかりつけ医、病院主治医、病棟看護師、地域連携室、ケアマネ、サービス事業者	
			入院時連携シート、わたしファイル（新）の活用	
			タイムリーな情報共有	
			入院時、退院支援が必要かの判断し、早期退院に向けた連携	

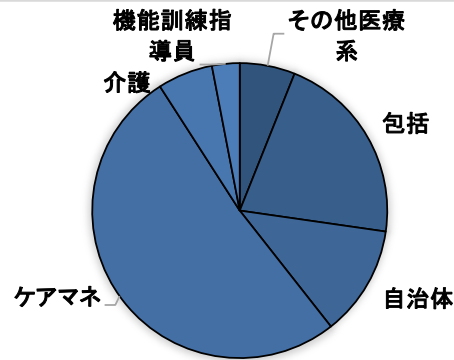
退院時の 連携	情報共有	内容	自宅で衣食住ができそうかイメージ	
			体の状態	
			病院での診断名、治療・変化の状況、入院中の症状、かかわり、退院時処方	
			退院までの間に在宅生活の環境整備	
			予防のための注意点	
	だれと	方法	課題	検査結果 CD-ROM
				退院後の生活をどうしていくかと、それぞれの役割を確認
				本人、家族の意向
				本人、家族、入院中主治医、かかりつけ医、病棟看護師、理学療法士、ケアマネ、訪問看護師
				退院カンファレンス開催
			退院時情報提供シート（サマリー）の活用	
			診療情報提供書	
			退院前訪問。退院時の付き添い。病院スタッフの退院後訪問。	
			わたしファイルの活用	
			退院カンファレンスの時間短縮	
			大きい病院はカンファレンスの時間調整が難しい	

第1回あまつなぎ事例検討会アンケート

出席者

医師	15
薬剤師	1
看護師	14
リハ	2
相談員・MSW	7
管理栄養士	2
その他医療系	2
包括	7
自治体	4
ケアマネ	17
介護	2
機能訓練指導員	1
合計	74

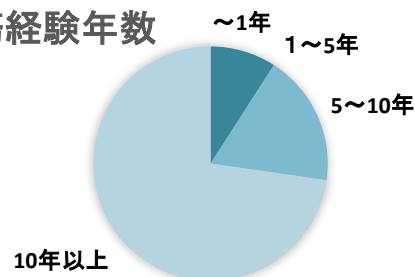
出席者



現在の職種の実務経験は？

～1年	4
1～5年	0
5～10年	8
10年以上	32

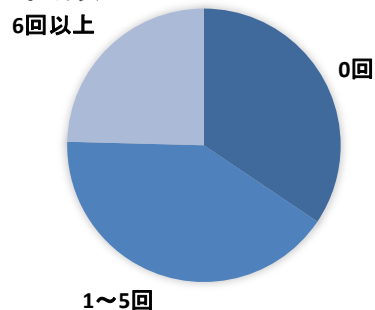
現職の実務経験年数



これまであなたは事例検討会に参加したことがありますか？

0回	21
1～5回	25
6回以上	15

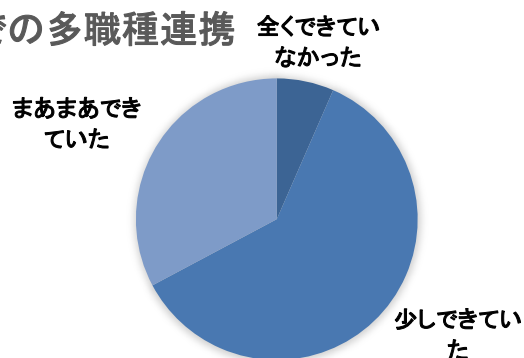
事例検討会参加回数



これまでどのくらい多職種連携ができていたと思いますか？

全くできていなかった	4
少しできていた	37
まあまあできていた	20
よくできていた	0

これまでの多職種連携



☆認知症の方の入退院における連携で感じたことを記述していただいた。
 情報共有の必要性があるとの記述が、72回答のうち41件あった。また、多職種の視点や考え方を知りたい、共有したいという意見が15件あった。その中で、連携ツールの開発、カンファレンスの開催が連携を進めていくと挙げる人も

☆事例検討会に参加した感想を記述していただいた。
 多職種と話ができてよかったという感想が、62回答のうち34件あった。特に医師と直接話をする機会を持てたことを評価しているものが見られた。また同職種でも話してみれば考え方が違うと気づいた人もいた。事例検討というより意見交換会の雰囲気であったという感想も複数あった。勉強になったという意見も数件あったが、他職種の意見を聞くことで勉強になったと感じていると思われる。