

令和5年度 第2回 多職種連携つなぐカフェ【ご報告】

【日時】令和5年10月5日(木) 14:00~15:30

【会場】石巻市ささえあいセンター3階 ささえあいホール

【内容】

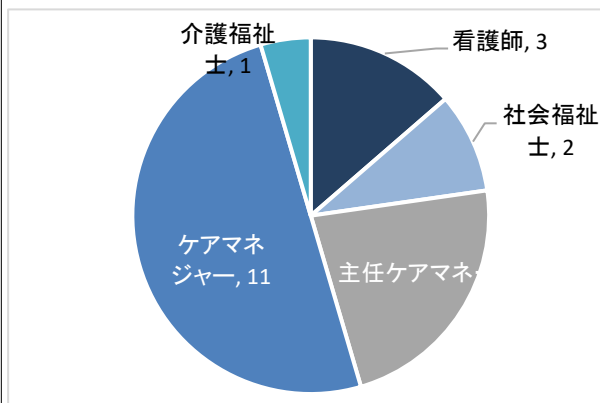
- (1) 講話
「訪問診療と介護スタッフの連携による在宅ケア」
- (2) フリートーク
「認知症の方に対する在宅生活の支援について考えよう」

【講師】

石巻市立病院 内科医長 末永 拓郎 氏

参加者の職種(人数)

※参加者23名中、アンケート回答者22名



<参加風景>



訪問診療についての話や、実際に介護の専門職と連携し、在宅で看取られたケースの説明をいただきました。
「患者さんと接する時間が多い介護職の皆さんが在宅・施設療養の中心な存在であると思います」

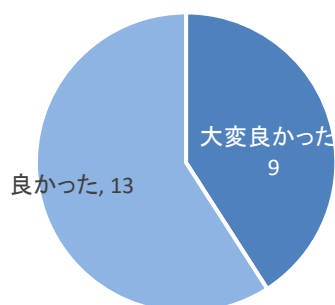


講話後、今回もフリートークの時間を設け、参加者が在宅生活の支援にあたるうえで、効果的だった支援内容や関わる際の悩み等を話し合いました。
各グループを末永先生が回り、その時に先生に質問されている参加者が多くみられました。
※グループワークで出た内容は、2枚目に掲載しております。

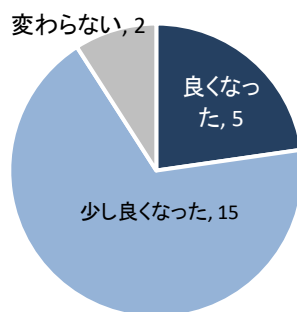


<アンケート結果(n=22)>

【参加していかがでしたか】



【以前より多職種との連携がスムーズになったと感じますか】



<感想>

- グループワークでは、課題とよく関わられた内容に分けて話し合われたのが良い。また、グループの発表毎に先生からコメントをいただけたのが良かったと思います。
- 末永先生がグループを回ってくださったのがよかったです。今でも医師へ依頼をする壁は高く、手軽に相談するのは難しいです。
- 認知症高齢者に対するアプローチを考えており、非常に為になった。
- みなさんが悩んでいることだったり、うまくいった支援内容について知ることができ良かった。とても勉強になった。
- 皆さんの活発な発表を聞いてとても勉強になった。今後活かしたい。

医療・介護サービスを併用して、上手く支援が進んだ事例 効果的だった支援(連携)方法など

<p>透析が必要な利用者であったが、余命もわずかで透析をしないことを選択し、穏やかな死を迎えた。</p>	<p>在宅の看取りまでの支援で、情報共有シートを使用している。</p>
<p>家族の協力や事業所、医師の協力により、自宅で最期を迎えることができた。</p>	<p>訪問看護ステーションの存在が大きい！チームの支援になっている。</p>
<p>チーム作りが大切。専門職の中で不安の声があがると家族も不安になる。何かあれば、入院できるという安心感があると在宅生活を送りやすい。</p>	<p>家族との話し合いで、穏やかな最期を迎えられるよう話がまとまった(施設)。スタッフは不安であったが、看護師からアドバイスをもらいながら、最後まで支援できた。</p>
<p>地域性が良好で、民生委員の方が積極的に協力していただき、非常に助かった経験がある。</p>	<p>共助型復興住宅にて、チームで誕生会を企画。本人の食べたいものを出して、本人も関係者も一つになれた。</p>

在宅に関わるうえで、課題や悩み・感じていることなど

- 夫婦で病気(精神疾患、癌など)を抱えており、他にも生活に課題(多頭飼育)があり、支援の優先順位に悩むことがある。
- そもそも訪問診療に来ていただける医師のいない地区(離半島部)がある。
- 在宅で看取りを選択されたが、非課税世帯で各支払いのため、サービスの導入や環境を整備することができず。これでよかったのか?と考えることがあった。
- 地区により、病院から在宅生活に戻りたいという意向はあるが、地域によって医療体制が整備されておらず、在宅復帰が困難となることがある。
- グループホームの利用者で、看取りの対応をすることがあり、外来受診から訪問診療への切り替えで悩むことがある。