第１回　在宅医療・介護・障がい支援分野の連携推進に係る研修会 グループワーク内容

① 退院までの準備と退院直後の課題

＜１グループ＞

〇社会福祉士（総合病院地域連携室）

・本人、家族の求めるゴールと現状の差がある。思うようにADLのレベルが上がらない場合の対応が難しい。回復期にお任せになってしまう。

〇特定相談支援事業所

・病院スタッフから在宅のスタッフへどう繋ぐのか。顔を合わせてスタッフが重なり関わりながら引き継ぐことができればいいと思う。

〇理学療法士（在宅）

・役割分担されすぎている。顔のみえる関係性づくりが重要である。

〇理学療法士（訪問リハ）

・病院での指導内容を本人が忘れることがある。動画等活用できたらよい。

・病院では歩行器自立と聞いたが、自宅では難しいケースがあった。（段差、曲がり角等）生活環境を見越して対応が必要である。

〇訪問看護（看護師）

・自宅環境を口頭で確認するが、病院での整った場所でのリハビリとは異なる。逆の例もある。動けないと想定していたが、退院後、自立して生活できていた例があった。

＜２グループ＞

〇理学療法士（総合病院）

・自宅の状況に合わせたゴール設定をしている。リハビリスタッフが自宅を見学に行き、自宅に合わせたリハビリを進め、介護サービス等の調整を進めている。

・嚥下機能に対して、言語聴覚士が介入している。入院時、口腔機能評価をしている。骨折を受傷され入院されたが、食事摂取できなくなる方もいる。

〇歯科医師

・口腔の状況がよくなると、くいしばりが上手にでき、リハビリの効果が上がる。

〇介護支援専門員

・病院でできることと自宅でできることは違うので、自宅でできるのかの評価が大切である。

＜３グループ＞

〇社会福祉士（総合病院地域連携室）

・骨折後の生活の不安が多い。リハビリでどこまでできるのか評価していく。

〇看護師（総合病院地域連携室）

・受傷してからの不安や基礎疾患の有無も大切である。どこまでの生活レベルに合わせるか。

〇医師

・歩行器の使用は可能なのか、ケアマネジャーと住環境のチェックをしていくことが必要である。

〇介護支援専門員

・住宅の評価が必要である。本人の状態を見て、自宅訪問をしている。（写真を撮ったりしている）必要なサービス、住環境を考えている。スムーズに退院している。住宅改修をする家庭は減少している。今の住環境を残したい家庭が多い。置き型の手すりやスロープを設置するのも善し悪しである。生活スタイルをほとんど変えない家族が多い。

・1人で何でもできるという独居の方も困る。デイサービス、ショートステイを利用している。洗濯、

食事、買い物等のサービスの調整が必要である。
・急性期から回復期の情報が抜けがちである。回復期では、生活を見据えてのリハビリを行ってほしい。生活リハビリの重要性を伝えていくことが大切である。

＜４グループ＞
・退院後の生活についてイメージできていない。「家に帰ったらできる」、「家に帰ったら何とかなる」
・入院前と入院後のギャップが分かっているか。「こんなはずじゃなかった」
・リハビリの様子を実際に家族に見てもらったら、家族もイメージがつくのではないか。

＜５グループ＞
〇介護支援専門員
・パスに基づいた説明を早めに開始し、連携を早めに整えたらよいのでは。
〇看護師（訪問看護）
・リハビリを終え、自宅に戻った後の薬の管理の方法を確認する。（一包化、PTP、管理の方法）入院中とその前、その後の変化、入院カレンダーの練習をするなど、入院前の状況に戻るための準備を行う。
〇社会福祉士（総合病院）
・急性期から回復期に送る前、帰った後の生活との差を確認しておいてほしい。自宅環境を確認する。
〇介護福祉士（通所介護事業所）
・どこまでの機能が回復しているかを伝えてほしい。何ができるかできないかを確認しておいてほしい。

・生活のための自宅の環境を確認して、住環境を整える。
・薬の管理のキーパーソンを確認し、管理しやすいための練習もできたらよい。

＜６グループ＞
〇看護師（総合病院）
・元の状態、生活を把握しておく必要がある。骨折をしたら１ランク落ちたADLになるが、家族の思いを聞いていく。
〇社会福祉士（総合病院地域連携室）
・パスを使うことで、ＡＤＬが低下することを理解してもらう。期待している家族もいる。定期カンファレンスで現状を伝えている。
・回復期では、リハ職だけでなく、生活リハビリ（トイレ、着替え）で看護師も関わっている。
〇介護支援専門員
・新規ケースでは過去のADLがわからない。パスでは２週間ほど、住宅改修できる猶予がある。住宅をみるのが大事である。リハビリが頼りになる。福祉用具業者に同行をお願いし、ケアマネジャーと一緒に住宅を見ている。まずは、デモで１ヶ月ほど様子をみている。

＜７グループ＞
〇看護師（訪問看護）
・退院後の生活のイメージが本人と家族が一致していないとうまくいかない。環境整備も含まれる。
・在宅は、排泄が一番問題である。家族にポータブルトイレの後始末等指導をしている。コツを伝えることで安心される。

○看護師（総合病院）
・急性期から回復期に移る段階の支援をしている。あまり不安にならないように目標を聞いている。施設から入院した方は、回復期は施設に戻ることになる。
・帰る先がなくなったら困る。高齢だとなおさらである。リハビリをしっかりするのがゴールなのか。
○社会福祉士（総合病院地域連携室）
・すべてがパスにのれるわけではない。
○介護支援専門員
・グループホームに勤務していた時に、「中途半端にリハビリをするよりも…」、「もう帰ってくるの…」と感じた。リハビリをする気持ちがないのなら退院と言われた。
・家族の思いによって、在宅に戻るか否か決まってしまうこともある。本人には家に帰りたい気持ちがあり、対立する。

＜８グループ＞
○社会福祉士（総合病院地域連携室）
・退院カンファレンス等準備をしていても、退院後また転倒して再入院される方がいる。
・90 日を越えるのは、他の疾患が見つかった時等である。
・退院するため、必死で薬の調整をしている。
○薬剤師
・居宅療養管理指導について、グループと個人で経営している薬局があり、高岡市の薬剤師会に確認してもらうとよい。

＜９グループ＞
・ADL の確認（入院前、入院後の ADL の違い）、サービス内容は入院前と同様でいいかを地域連携室に確認している。
・病院では、入院前のゴミ捨て、金銭管理等の IADL のことはわからない。
・栄養管理が重要である。評価が必要である。
・急性期の情報を知りたい。
・入院中、独居で、かかりつけ医がない、身寄りがいない人の支援が課題となる。
・家持ネットで医療情報が得られる。

② 在宅生活において留意すべき点

＜１グループ＞
○介護支援専門員
・「ADL が低下した状態で帰る」予測がつかない。（本人、家族）受傷後の状態を把握して帰ってきてほしい。
○理学療法士（在宅）
・大腿骨頸部骨折を受傷された方は、元々弱っている方が多い。⇒ADL が低下するケースが多い。
・最低限の目標として、排泄の自立を設定することが多い。人それぞれの元々の生活レベルに応じて、設定している。
○看護師（訪問看護）
・車椅子の使用は、段差の多い自宅では難しい。

＜２グループ＞
○介護支援専門員

・食べられる、食べられないがキーワードとなる。家族の支援も大切である。
・自宅に戻る状況に応じて、介護保険のサービスを調整している。家族の負担も考えている。
・病院側は、元の状態に戻ることが無理との見解であり、家族が元の状態までの回復を希望している場合は、実際の様子を見てもらい、理解してもらっている。
〇理学療法士（総合病院）
・食べられることとトイレができることが、自宅に戻る条件になるのか。
・3 食摂取が限界で、水分摂取まではなかなか介入が難しい。
・病院側は、元の状態に戻ることが無理との見解であり、家族が元の状態までの回復を希望している場合は、病院での状態はいい状態であることを家族にも理解してもらっている。
〇看護師（訪問看護）
・食べられないと、ショートステイ等が利用できない。
〇薬剤師
・保険診療内で、栄養補助は出せない。
〇歯科医師
・入院後、口腔内が汚れている方が多い。

＜３グループ＞
〇医師
・再骨折、再転倒をどう予防するのか。骨粗鬆症の薬は再骨折のリスクの高い人には投薬したい。
〇理学療法士（訪問看護）
・自分で運動しない人が利用することが多い。
・週 1 回のリハビリでは活動量が低下する。自主トレに繋がるケースが少ない。意欲のある方は、リハビリ特化型デイに行かれる。
・家族はデイサービスの準備も大変である。
〇介護支援専門員
・リハビリのゴール、やめ時をどうしたらいいか。現状のリハビリの明確なゴールがわかれば、達成できたらやめてもいいのではないか。通所リハで継続が多い。

＜４グループ＞
・家屋調査があればよい。（浴槽、段差等家の中の状況の共有ができればよい）自宅に帰ってきてお風呂に入れないケースがあった。
・通所系にするか訪問系にするか、選定の基準があればよい。「こんな風にならないと家に帰れない」等、家族によっては、ここまでできないと連れて帰れないと言われる。
・急性期に家の状況が早くわかればよい。退院調整するうえで重要である。目標設定も重要である。
・受傷した時点で目標の設定が必要ではないか。A がだめだったら次は B プランというふうに変更していく。

＜５グループ＞
〇特定相談支援事業所
・ADL が落ちていることを家族や本人が理解し、補っていけることを考え、把握することが大切である。
・今できなくなったことを理解することは必要だが、目標を持って生活できるよう支援することが必要である。
〇薬剤師
・できること、できないことを本人、家族が理解し、患者が頼ることも必要である。

〇看護師（訪問看護）
・入院前の生活も知れたらいい。在宅に戻った時の目標、見守る視点が必要である。

＜６グループ＞
〇看護師（総合病院）
・パスで家族も意識ができる。急性期は１週間で転棟する。
・要支援や要介護１の方には、区分変更申請をするか聞くようにしている。急性期で、主治医意見書の記載をお願いしている。
〇社会福祉士（総合病院地域連携室）
・住宅改修がネックである。介護認定を受けていない方の場合、慌ただしい。急性期で、介護保険の申請をしてもらえると時間ができる。
〇介護支援専門員
・住宅改修した後に、自宅に１日でも居られなかった場合、全額自己負担もある。償還払いのため、給付は３ヶ月後となる。

・介護支援専門員が関わって、ACP を確認しているが、終末期でないと確認しにくい。
・入院時情報提供書はわかりやすく、把握しやすい。
・エンディングノートの活用
・意思決定をチームで行う。

＜７グループ＞
〇看護師（総合病院）
・疼痛コントロール、睡眠を十分にとってもらう。
・尿道カテーテルが入って、尿意がなくなってしまう人もいる。
・段差などバリアの意識をしてもらう。
・在宅のリハビリをするという視点は自分にあまりなかった。家族にもない。
〇社会福祉士（総合病院地域連携室）
・術後のリハビリを家族に見てもらうようにする。動かないといけないことを理解してもらう。
〇薬剤師
・ずっと痛み止めを服用している人もいる。痛くなければ動ける。

＜８グループ＞
〇社会福祉士（総合病院地域連携室）
・本人の意志(こだわり)が強く、すり合わせ(妥協点を話し合う)が必要なことがある。
・骨折で入院した場合、認知機能低下が見られると、術後せん妄から戻らなくなった等から、早く元の場所、本人の望むところに戻してあげるのがよい。ジレンマはあるが、施設で楽しそうにしている方も多い。
〇介護支援専門員
・独居の認知症の方が自宅を希望されても、認知症が進行し、生活が成り立たなかったことがあった。病院の退院時に施設に繋いだ方がよかったのではないかと思うことがある。
・家族に依存し、共倒れになることもある。
・転倒する人が増加している。施設の人手不足もあるかもしれない。

＜９グループ＞
・老々介護が課題であり、家族の支援が必要である。

・病気を治すことと生活をどうしていくかの視点の違いがある。
・病院でのリハビリと家での生活の違いがある。
・家族の期待と現実に乖離がある。本人ではなく、家族の理解が必要である。

③ 在宅でのリハビリについてどのように進めているか。

＜１グループ＞

〇理学療法士（在宅）

・退院時に、訪問リハの介入が決まっている場合は、カンファレンスやリハサマリーで情報がもらえる。
・退院後、リハビリが必要となり、ケアマネジャーから依頼があることがあるが、フェイスシートのみでは情報をとりづらい。
・ゴール達成しても、次の課題が出てくる。サービス担当者会議で話し合いをしている。終わりが見えない。要支援者は１年、要介護者は期限がない。介入時にゴール設定をする、主治医の意見をもらう等必要か。

〇看護師（訪問看護）

・家族の思いも様々である。（どうしても歩いてほしいと希望される、ノータッチな家族 等）
・訪看にはリハ職がいないため、できる範囲で対応している。

〇介護支援専門員

・リハビリに介入するが、終わりどころがわからない。ゴール設定が難しい。

〇理学療法士（在宅）

・高岡医療圏は、訪問リハ事業所も人員も少ない。能力が向上する時期に介入できずもったいない。資源不足を感じる。

＜２グループ＞

〇看護師（訪問看護）

・生活がリハビリになる。

〇介護支援専門員

・訪問リハビリの介入は少ない。週１回から開始している。自宅の動線を見てもらい、通所リハに移行している。
・デイサービスやリハビリ特化型デイサービスに繋いでいる。人の中に入るのもリハビリである。

〇歯科医師

・歯科訪問で、施設に行っている。ご飯を食べるためには歯科医も大切である。治療ではなく、口腔ケアをしている。ケアマネジャーや訪看からの依頼がある。

＜３グループ＞

〇介護支援専門員

・大腿骨頸部骨折のみの患者さんは少ない。わりと元気な方は、リハビリの視点が必要だと感じた。
・遠方の家族と本人の生活のギャップが埋まらないことが課題である。話し合いを重ねて、などかカンファレンスを行っている。
・退院前カンファレンスをする場合としない場合がある。退院後、床からの立ち上がりができない場合がある。住環境のチェックを入院中（回復期）にしてほしい。目標を見定めて、リハビリに介入してもらいたい。

＜４グループ＞

・生活動線にそって行う、いかに生活しやすく過ごせるかを考える。

＜５グループ＞
〇介護福祉士（通所介護事業所）
・リハビリに熱心に取り組んでもらえるよう参加するのもよい。
・自分でやるのはけっこう大変である。
・20～40 分、訪問リハや通所リハを利用するとよい。
〇介護支援専門員
・女性は、家に帰ると意欲的に動かれることが多いので、少しの助言でよい傾向があり、外へ出る努力をされる。特に男性は消極的なので、うまく動機づけをするようにしている。在宅の栄養指導もあるといいのではないか。

＜６グループ＞
〇介護支援専門員
・退院直後は転倒リスクが高いので、初めはたくさん福祉用具を入れ、後ほど撤去している。レンタルで勧めることが多い。（住宅改修は設置すると取れないため）
・退院当日と、退院後 1～2 週間後に ADL を確認している。以降、月 1 回のモニタリング訪問で確認している。

＜８グループ＞
〇社会福祉士（総合病院地域連携室）
・小さなこと（ちょっとした）リハビリプログラムを作り、テレビを見ながらしてもらう。
・生活リハビリとして役割を持つことがリハビリになる。

・入浴は訪問看護で入浴する。（昔の浴槽は入りづらく上がりにくいため、福祉用具を活用して入浴している）

＜９グループ＞
・訪問リハなどを「リハビリ」と考えている。生活に戻ることがリハビリである。どうサポートできるか。
・退院後の様子を聞いている。福祉用具レンタルを増やすケース、減らすケースがある。増やせればいいが、金銭的なこともある。
・住宅改修を利用する視点がなく、住宅改修をしてもうまく利用できない例もある。
・通所リハで、家でもできる体操を指導してもらう。

④ その他
＜２グループ＞
〇看護師（訪問看護）
・自宅に戻ると、痛みが強くなる。
〇薬剤師
・動くので痛みが強くなる。
〇介護支援専門員
・内服管理できないのに、退院となったケースがあった。服薬指導ができてなく、痛みが増大するケースがあった。

＜７グループ＞

・独居で骨パスの人が多い。家族の支援は重要である。身寄りなし高齢者の支援は大変である。増加傾向にある。

・独居の方の服薬管理が難しい。薬剤をセットできるが、毎日チェックができていない。安価なヘルパーに依頼し、サービスを毎日入れている。

・骨パスでは薬剤が決まっている。起床時の内服は独居や施設は、なしにしてしまう。