

【グループワークの論点】

それぞれの職種が実践的にM氏に介入するとしたら、どの職種からどのようなタイミングで情報を得ながら介入すればより良い支援に繋がるのか？

	不安な点	必要な情報	他職種を含めた意見やサポート
医師	<p>予後→どこまで家族に任せるか 神経難病は経過が長い 病状は安定しているのか？ 医療費のこと 増悪の場合にまた医療機関に戻れるのか？ 病状コントロールが出来ていない 転倒をきっかけに悪くなる 起立性低血圧軽減できないか</p>	<p>家族状況、介護力の情報が必要 ヤールⅢ以上、日常機能障害度Ⅱ以上+ ペースメーカー＝身体1級→手帳は？ →ヘッドギア、弾性ストッキング等 主疾患以外の情報、検査結果など 本人の自覚が重要＝本人も含めて どんな自宅生活を送りたいか話し合う</p>	<p>在宅へのプランは作っても果たして可能なのか。 3種併用で医療費がかからない 入院のバックアップがある上での自宅</p>
歯科医師	<p>①付随運動 ②嚥下障害 ③口腔内乾燥(誰の判断?) 口の中が傷つきやすい 乾燥に自覚があるのか？ 問題があっても介入しにくい →</p>	<p>飲酒後、歯磨きは出来ているか？ (磨いているのと磨けていないのは違う) 口腔内の状態は誰が判断？ CM等から介入の必要性を伝えてもらう</p>	<p>動揺歯、歯周病の治療をしてから 歯科医師会に連絡を 早期受診、治療必要 挿管前のマウスピースがある (Drの依頼)</p>
薬剤師	<p>カンファに呼ばれない → (連携が取りにくい) パーキンソンの副作用としての判断がしにくい → 体重減少について → 妻が薬の整理は大変！ 服薬確認！副作用見られない？ アルコールにより副作用が増す薬がある 服薬コンプライアンス</p>	<p>CMからの情報(連携が取り易い) 医師がパーキンソンと起立性低血圧のどちらに重きを置いているのか？ 食事量や薬の副作用 経過を見ながら服用錠数や回数を減らす方法を考える。 →</p>	<p>服薬の必要性を理解して頂く 妻に薬の内服方法指導 内服時間の工夫！</p>
連携室	<p>在宅復帰の可能性 必要な手続きは済んでいるか？ 弾性ストッキングは必要か？</p>	<p>CM、Drよりの情報、家族の状況より判断。 医師からの情報 →かかりつけ医へ伝える 利用できるものは入院中から準備 どんな在宅生活を送っていきたいか退院前から話し合っていく 制度の説明は重要 履かせ方が重要！着脱が難しい！</p>	<p>まずはCMIにつなぐ 退院前カンファレンス、情報提供 最低限の準備をして短期間退院。 在宅でのリスクなどを自覚して頂きレスパイト的に再入院して環境を整える。</p>
SW	<p>退院に向けての連携 妻の思い(不安)</p>	<p>入院中から聞き取り＝精神的援助(情報収集) CMから入院前の状況を聞いたり、家族の状況をみて在宅の可能性を検討</p>	
PT,OT,ST	<p>退院後は入院中のリハ職との連携は困難 転倒の危険性、意識消失、嚥下は？ 進行性なので今後の対応(説明)が必要＝本人の理解は？ どの位リハできるか評価が必要(血圧低下)進行性の病態について本人と妻が対応していけるか？</p>	<p>退院後の生活に合ったリハビリ →書面のみでは難しい 血圧変動時の動作確認 妻に移動介助の指導→確認 リハビリで動作の定着を図る 一日の過ごし方(起床から就寝まで)を把握。日中動かなければ廃用が↑</p>	<p>本人の意向で訪問系などを提案 PT、STの関わりが必要。バックアップとして訪看が必要。 衝撃吸収マットの検討。環境調整(マットすくみ足予防の為に床に歩行目安のテープを貼る。ヘッドギア装着 ビデオ等で患者教育。重要性を理解してもらう(妻も含めて)</p>

CM	<p>転倒リスク 入浴の状況 不規則な生活＝飲酒が増える 在宅での生活が困難なのは？</p> <p>どういった時に意識消失が多いか</p>	<p>専門職からの提案、リハビリの介入。 Drから、今後の医療経過・進行、日常での注意点を確認。PT等に自宅での動作確認してもらい、リハビリ内容について検討。</p> <p>医療面で注意すべき事、管理等医師より受ける。専門職からその時その時に助言。情報提供 動線の把握。</p>	<p>必要なサービスの判断は？ →病棟からCMへ提案 ベースを作る。デイケア(ベースが出来れば継続)中心となるのはCM→他職種へ情報提供。帰って見ないとわからない事もある。体験だけでもPTに声掛けをしよう。囲碁将棋マージャン等や コーヒーを飲みに行く様な通う楽しみを持って欲しい。繋がらないケースがある。サービスで多くの人と関わりを持つ。 症状が安定するまでが大切。</p>
訪看	<p>身体面(血圧変動、服薬)の問題 意識消失</p> <p>起立性低血圧によるADL低下 介護負担</p> <p>妻に薬を任せて良いのか？ 食事が摂れていないのは、疾患か 口腔内の問題か？</p>	<p>生活が出来ているか →気づきが出れば、CMを介して各職種でみてもらう どの程度の活動で血圧が安定するのか →基準も提案することが出来る。</p> <p>血圧変動のタイミングの評価 CM、通所、施設と連携を取り、どのようにするか相談。医師との連携</p> <p>薬剤師を介入。 医療で看護を入れる。 地域も巻き込む(酒屋等…)</p>	<p>在宅介護について入院中から説明が必要(いろんなことを想定しての起こりうる状況と対応等)</p> <p>リハビリ、住環境整備に繋げる。専門職への情報発信、医師との連携 入院中から信頼関係を築く。訪問調査時同席。CMと連携し、家屋調査を行い転倒回避等について検討</p>
看護師	<p>経過を見てくれる妻しかない</p> <p>Drからの病状説明に対し、 本人の理解と意思</p>	<p>退院前の訪問で環境を整備。低血圧で倒れた時の家族の対処法を共有 嚥下能力管理が必要＝STと協力 訪問看護からの情報が必要 インフォームドコンセントの内容 本人の言葉、介護者の思い 医師とのコミュニケーションをとった上で本人に理解をしよう</p>	<p>通所の利用や地域との交流。</p>
HH		<p>得た情報をCM、Drに伝える役割がある</p>	
地域包括		<p>家族を支えるサービス</p>	<p>CM支援の業務も行っている</p>
通所	<p>狭心症は？リハビリが大事？</p>	<p>送迎中、リハビリ中の危険性(退院時に情報を貰わないとサービスが入りにくい)</p>	
施設	<p>意識障害の記憶がない怖さ</p>		