



多職種連携研修会について

多職種連携研修会は、【在宅医療・介護連携推進事業】の一環として行っている研修会です。

平成26年度より開催しており、**高齢になっても住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活が続けることができるよう、町内の医療機関・介護事業所の専門職の方々に参加していただき、医療・介護の連携について考えています。**

ごしめ〜会とは??

地域住民の方に慣れ親しんでもらえるように、多職種連携研修会に参加している専門職みんなで考えた愛称です。



ごしめ〜会通信 Vol.3 では、アンケートの回答にご協力いただきありがとうございました。
いただいた回答の一部を紹介いたします。

Q. 在宅医療・在宅看取りをする際に気を付けていることはなんですか？

●状態変化の報告は細やかにすることと、ご本人様やご家族様の訴えやお話はゆっくりと聞くように心がけています。

●本人の話を聴くこと、分かりやすく薬を配置すること、医師や看護師と連携し、整合性のとれた話をする、スピード（即対応）感を大切に。

●医師・看護師との緻密な連携。家族ではなく利用者本人の本音を聞くこと。

●おおらかで真摯な態度・対応。笑顔。相手を気遣う心・言葉。家族や周りの人との会話をもつ。

●入院中の患者さんの場合、患者さんご家族が在宅復帰したいタイミングにできるだけ合わせるよう心がけています。（迅速な医療・介護サービスの調整）

**お忙しい中ご回答いただき
ありがとうございました！！**

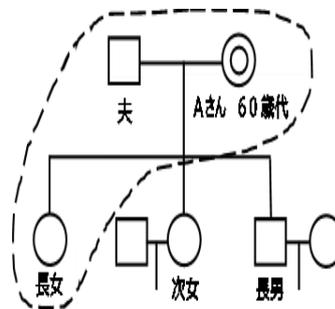


希望する最期を迎えさせてあげたい

～本人の意向にとことん付き合い、

家族・関係機関と連携できた事例～

今回は、町内の居宅介護事業所より提供いただいた在宅看取りの事例を紹介します。



本人：Aさん 60歳代 女性

疾患等：尿管がん末期

左下肢リンパ浮腫

※生活動作は全介助で食欲低下がみられ、傾眠時間が多くなっている

本人の希望①

R2年4月にB病院にて末期がんと診断され、在宅療養の予定でケアマネジャーがターミナルケアの依頼を受けた。

退院後のサービス調整をしていたときに、**本人が自宅での医療処置等に不安を感じ、「緩和ケア病棟に行きたい」と希望。**C病院に転院することとなった。

R2年5月29日、C病院で療養していた中で、主治医より家族に「余命は1ヶ月以内だろう」との説明あり。告知されたことは、家族からケアマネジャーに連絡された。（本人には未告知）

本人の希望②と家族の希望

本人には余命の告知はされていなかったが、C病院での医療処置を受けても改善できる状態にないと知った本人が「最期は自宅で家族と過ごしたい」と希望。

また、コロナ禍で思うように面会ができなかった家族が、本人の希望を受けて在宅で看取ることを決断し、他県在住であった次女（看護師）が介護休暇を取って帰ってくることとなった。

余命宣告を受けたその日に、家族から「残りわずかであるため、早急に退院させてあげたい」とケアマネジャーに連絡が入り、退院後のサービス調整を依頼された。

サービスの調整

ケアマネジャーは家族から連絡をもらったその日にサービス調整を行い、担当者会議を開催。

退院後のサービス

- 訪問看護（週1回）
- 訪問入浴（週1回）
- 電動ベッドのレンタル
- C病院からの訪問診療（週1回）

また、帰省した次女が看護師であったため、その他必要な介助は次女が行うこととなった。

翌日、退院しサービスの利用開始となった。



在宅での経過

在宅では、食事は数口のみで日に日に傾眠時間が多くなり、時折疼痛で苦痛表情も見られたが、調子がよいときは「お風呂に入りたい」などの発言もみられ、穏やかに在宅での生活を過ごされた。

R2年6月23日、状態が悪化し、水分しか摂取できなくなった。

2日後、家族に看取られ、自宅で眠るように逝去された。

ケアマネジャーが感じた課題や良かったこと

- ターミナル期では、主治医をはじめ各事業所との連携はもちろんだが、スピード感をもってサービスの調整ができたことがよかった。
- サービス調整当初は、次女より訪問看護の必要性を疑問視する声があったが、介護を続ける中で「何かあったときの心の拠り所になっている」や、本人逝去後には「一人では不安だったため、訪問看護を利用して助かった」との発言もあった。

このことから、家族の精神面での支えとしてもサービス調整の必要性を感じた。



ケアマネジャー

家族より、「病院ではコロナの影響で面会できなかったが、在宅に戻ることによって最期まで寄り添うことができてよかった…」と感謝の言葉をいただきました！

まとめ

余命宣告されてから、できる限り早いサービスの調整ができた。関係事業所との連携はもちろん、家族が決断するタイミングでケアマネジャーに連絡するなど、家族との連携も大切だということがわかった。

また、サービスの調整は本人の支援が前提だが、家族のケアにもなっていることを感じた。

どんなに希望が変わっても寄り添うことで、本人・家族が望んだ形での最期を迎えることができたと思う。

次回の通信について

次回の通信は令和3年4月下旬頃発行予定です。また、今後の参考のために別紙アンケートに回答のご協力をお願いいたします。

今年度は研修会が開催できず、『通信』というはじめての試みでしたが、たくさんのご感想や事例を提供いただき、ありがとうございました！

来年度もよろしくお祈りします！

