

開催月日 : 平成29年 9月13日(水)

平成29年度第14回  
定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携推進会議


時 間	14:00 ~ 15:00	場 所	グッドライフケア港支店
司 会	落合 康雄	書 記	村山 淳
出席者	麻布地区高齢者相談センター:保健師 松本 博成		
	高輪地区高齢者相談センター:社会福祉士・介護支援専門員 江夏 みず穂		
	民生委員 : 野村 知義		
	ジャパンケア渋谷:管理者 介護支援専門員 高野 文子		
	マイ・ケアプランセンター東京: 介護支援専門員 白石 直也		
	グッドライフケア居宅介護支援センター 港 : 介護支援専門員 篠原 真貴		
	グッドライフケア居宅介護支援センター 港 : 介護支援専門員 宮澤 玲奈		
	グッドライフケア居宅介護支援センター 港 : 介護支援専門員 佐藤 博子		
	グッドライフケア訪問看護ステーション千代田:管理者アセスメントナース 坂元 あずさ		
	グッドライフケア訪問看護ステーション千代田:アセスメントナース 田中 星美		
	グッドライフケア経営企画部 : 穴沢 偉大		
	グッドライフケア24 : 管理者・計画作成責任者 落合 康雄		
グッドライフケア24 : 計画作成責任者 村山 淳			
会議内容	1. 開会の挨拶 グッドライフケア24 管理者 落合 康雄		
	2. 参加者紹介 自己紹介		
	3. サービス状況報告 グッドライフケア24 管理者 落合 康雄		
	4. 事例発表 グッドライフケア24 計画作成責任者 村山 淳 グッドライフケア訪問看護ステーション千代田:アセスメントナース 田中 星美		
	5. ご意見・講評など		
	6. 閉会の挨拶 グッドライフケア24 管理者 落合 康雄		

詳 細
2・参加者紹介 順に自己紹介していただく
3. サービス状況報告※別紙資料参照しながら

平成29年6月～平成29年8月までのサービス実施状況を発表。今現在のお客様は9名。
・介護度別利用者割合では、港支店と千代田支店の比較を介護度別異にグラフ化。港区は利用者様は要介護1～3の軽度者～中度者が多い。千代田区は中度～重度の方が港に比べ多い。港区でも中度～重度は少ないが要介護4～5の方でも定期巡回を利用して十分に生活をしていくことは可能だと考えている。
・全支店での合計の新規件数を発表(港区だけでは件数が少ないので全支店の3～8月までの件数)
・全体的に軽度者～中度者が多いが、文京区と江東区の方は中度者～重度が複数名いる。
・全支店でのコール件数・対応内容の発表(6月～8月)港支店ではほとんどコールがない、8月は他支店だが11件コールがあり、そのうち7件はコールを受け、随時訪問。随時訪問の対応内容では中～重度者の方からのコールが多め。対応内容は転倒、排泄介助が多い。
4.事例発表①※別紙参照
要介護3男性 独居。訪問介護と夜間対応のサービスを利用されていたお客さまで、転倒をきっかけに定期巡回へ移行となったケースを発表。転倒前から、薬の飲み間違えや記憶の曖昧さなど症状が見受けられ、定期巡回に移行後は1日3回の訪問と安否確認の電話連絡。薬管理はナースステーションで行い、ヘルパーは介入毎に持参していくことにより、確実な服薬ができるようになる。また、体調の細かい様子観察、少しの変化が見られた場合は看護へ連絡、指示を仰ぎ、寝る前の安否確認の電話では状態経過観察がこれまで以上にできるようになった。
9月より、薬は自宅の薬カレンダーで管理することとなり、ヘルパーは服薬の確認は自宅で行うようになる。転倒が少なくなったが、体調が改善されるとすぐに以前のように行動されてしまうことが多いので、転倒リスクはあり、定期巡回でのサービスは継続となる。引き続き医療との連携を行っていく。
事例発表②アセスメントナースとの連携事例※別紙参照
要介護3 男性 独居 毎日3回のヘルパー訪問(排泄確認、服薬、食事提供、環境整備、入浴介助)
訪問看護で週1回の入浴介助、排便コントロール、アセスメントを行っている方の介護と看護との連携事例発表
アセスメントナースからは毎月介護への支援の助言を連絡していただき、介護のサービスと連携している。
事例のお客様の入浴介助時の注意点では、のぼせてしまった時はすぐに横になっていただき、下肢挙上しての
血圧測定の指示あり。
介護でのぼせてしまった様子の例があり、その時の対応、その後の経過を発表。

5.ご意見・講評など
ジャパンケア渋谷T様の意見
・事例については、服薬が必要な方のケースが多い印象。
うちのケースではパーキンソンの方で、急に外に聴こえるような声をあげたりするようになってしまった方がおられ服薬はできていると言われ、介護での介入もできず、デイサービスでは薬のことで看護師と対立してしまうことがある。事例では介入出来ているからうまくいっていると思うが、誰も訪問できない状況では、急にそのような症状がどうして現れたかも、正直服薬状況もわからない。薬の飲みすぎとかもあるのか、そんなことを考えてしまった。
→訪問看護(S様)
パーキンソンの方は非常に精神的な状況が影響する。もともと精神病的なものを持っている方もいる。
パーキンソンの症状が出てくることで、精神症状の悪化するのか、精神状態が悪くて、動きが悪くなるのか

<p>どっちの原因が先かと、よく言われる。暴れたり、大声を出すとか、幻覚がみえるとかはパーキンソンの薬はその副作用がでやすいと聞いたこともあるので、その薬のコントロールをしなければいけない。パーキンソンの薬は1日3回とか時間も決まっていることが多いので、確実に飲んでいく、飲んでいった上で、その量がはたしてその方に合っているのかきちんと調整できる医療者との関係性が大切。被害妄想などがある方なら、その症状に対してどう対応するかだと思う。その対応の仕方によってその幻覚だとか、精神症状をさらにじょちょうさせてしまうこともある。否定も肯定もしない。近くにいる家族はそれを認めらないという状況でも、それを見守るといふか、制止したりするなど逆効果になる場合もある。その時の対応をアドバイスしていくところかなと思う。薬の部分で介入できればいいが一番苦しんでいるのは本人だから、そもそもの病歴など情報があればいいと思う。何かのアクシデントがないとなかなか受け入れてもらえない部分がある。このお客様(事例②)は最初はひどい認知症、鬱症状、引きこもりで、看護の介入も難しかったが、とりあえず通って、行くことだけで少しずつ介入させていただいて、なんとか爪切りから始めさせていただいて入浴につながったが、認知症なので生活がなりたっていなかった。だから、どのような声かけをすればいいか、食事がうまくとれるかなど工夫をしていって、この人に答えを求めず、「はい、これしましょう。次は食事しましょう」など誘導する声かけを行った。本人様に聞くと拒否がでてしまうので試行錯誤して声かけを工夫した。それから介護の方につながって、食事も食べていただけるようになった。入浴もできるようになった。</p> <p>民生委員 N様の意見</p> <p>・事例のことではないが今のお客様の情報をみていてお客様のお住まいはマンションや一軒家なのか？そういう方がたはご家族との関わり方はどうしているのか？</p> <p>→管理者(落合)</p> <p>都営マンションが多め、戸建の方が二人ぐらい。ご家族様との関わりは、ご家族様が定期的に訪問されている方は、お会いできた時に情報共有、また、メールでやり取りしている方もいる。緊急時は電話で確認。ご家族様で買物をされている方は、なくなった生活必需品などはメールでお願いすることもある。遠方にご家族様がいらっしゃる方もいるが、通院の時のみ方訪問されたり、その時に、主治医と家族間で話合っている方もいらっしゃる。</p> <p>→(野村さん)そういう方々はご家族と一緒に住みながら訪問介護を受ける方は少ないってことですよ？なぜそういう方はご家族と一緒に住もうってならないのか？これは90歳前後の方を放置しているのと同じで、そういう世の中なのか？家族がしょうがないなってなってるのかな？と思っています。</p> <p>→介護支援専門員の(M様)</p> <p>担当しているお客様は他県に住んでいらっしゃる、通院の時に訪問しているご家族様ですが、以前より、一人では危ないから、一緒に住もうよとお話はしているが、本人様は「住み慣れた場所だし、離れるのは嫌だ、まだ、まだ一人で生活できるので、息子にこれからも通ってもらって、一人で生活は続けていきます」という方もいらっしゃる。</p> <p>→ジャパンケア T様(現在定期巡回ご利用の担当ケアマネージャーを例に)</p> <p>息子様が亡くなってしまい、一回長野へお孫さんと同居の為に引っ越されたが、お孫さんの夫婦も子育てで大変で結局、港区に戻ってこられたケース。基本的には生まれたところに住みたいという強い思いがある。お孫さんの方は、引きとりたい、近くに住んでほしい、それならいつでも会えると言われていたが、本人がその気にならない為、なかなか話がすすんでいない状況が続いている。</p> <p>→N様</p>
--

この現象はこれからどんどん増えますよね？介護者もそれに比例して増えればいいが、逆ではないかなと思っている これは仕組み的に考えていかないとまずいのかなと思いつつ聞いていました。
(野村様のなぜ一緒に住まないのかなという意見に対し)
N様の疑問に対し仰るとおりだが、一方で家族ではあっても個人であり、その方が住み慣れた場所にすむ、 それをご支援していく流れということですが、地域で支えていく地域包括ケアシステムと言うのがあって 本人の心がまえ、家族にも心がまえがあり、離れていても、何かあった時に家族としてどう動くかなど、心がまえが しっかりある方であればきちんと成り立つと思いますし、制度をうまく利用していただいて、週間のスケジュールが 整えることであれば、そういう方もどんどん増やせる、住み慣れたところで、家族から自立して、いつまでも認知症 になっても生活できると思っている。一方で何かあった時に動いていただけないご家族が多いため困っている。 何かあったときのエマージェンシーで立ち止まると、こういう時にご家族様が動いていただけないんだなど 時々思うことあり、心がまえとして、離れて住むことは構わないが、何かあった時にもう少し余裕があるといい。 ただ、一方で、一億総活躍社会と国はうたっていて、自分も家族の緊急事態に仕事をすぐに休めるかといったら 難しい。現役世代の働き方そのものを、何かあった時に家族の為に休めるような働きぶりができるといいのかな。 企業がそれを支えるとか、そういう形にすれば解決する問題かと思っている。それが解決して、訪問介護や デイサービスのサービスを利用し、週間スケジュールが保てれば、今後高齢者が増えてもさせていけるのではないかな。 ご家族が何か起こった時に動くと言うことも、サービス事業所やケアマネージャー、包括に頼むとかでは、皆さんを 支えるほどの人員を用意するのは大変かなと思う。その部分だけは心構えを本人様とご家族様にもっていてもら いたい。
民生委員 N様
小規模多機能を近くに立てる予定があり、そういう方々がギリギリまでうまく施設を利用してせいかつしていくことは できないかなと思っている。自分のことを考えた時にそこに住んで皆さん方にお世話になるのも心苦しいし、でもそ こにいたいよね。でもちょっと体調悪いんだけどって言えるようなところがあると違うんじゃないかなと。医院に行って 君は大丈夫言われちゃうと思うから、介護施設でそういうのがあるといいかな。地域包括支援センターのことは よくわかっている。南麻布に一つだけあるのではなく、地域に支店的なものを作って、そこでいつでも相談できる ような仕組みを委員会では提案はしている。
マイ・ケアプランセンター東京 S様
定期巡回は地域によってはすごく有効なサービスだが、提案をもらわないととっつきにくいサービスという気がしてい て、こういうサービスですっていうのがどれくらい地域のケアマネさんがわかっているのか？ →管理者(落合)私自身もまだまだ浸透していないと思っている。具体的にどうゆうふうに使っていけばいいのかとい う方もいると思うが、今回は服薬の方が多めだったが、もう少し具体的にもっと使用例をどんどん提案して、浸透し ていければいいが、現状課題と言える。

麻布地区高齢者相談センター:保健師 M様の意見
今現状、要介護4、5の方がいないとのことだったので、もともとそういう方でもイメージとして最後まで支えていた だくことを期待してしまうところもあるので、ケアマネージャーの方への定期巡回の浸透もそうですが、自分たちの ところでも色々々と頑張っていきたい。
→訪問看護S様
末期の人でも至れり尽くせりではないが、最後までその方の人生を全うする為にできることもあるので、そこを 支えていくというところで、要介護5の末期の方でも入れると思うので、ご家族も支える、いい看とりをできるように 看護と介護で支えていくというような使い方ができるのかなと思うので相談して欲しい。
次回推進会議開催日 平成29年 12月13日(水) 14:00~15:00 予定