

第2回 北見市医療と介護の実践報告会

参加のご案内と抄録集

令和5年度 北見市在宅医療・介護連携推進事業

日常の療養支援・入退院支援
緊急時の対応・看取り



日時	令和5年10月7日(土) 15:30~17:30 (開場 15:15)
方法	対面及び Zoom ミーティングによる Web 開催と併用
会場	北見市 端野町公民館 グリーンホール 北見市端野町二区 471 番地 11
対象	北見地域の医療機関、介護保険事業所等で働く医療職・福祉職・介護職・行政職
参加費	無料
定員	400名(対面300名 オンライン100名)
申し込み	下記の URL または二次元コードを読み取り必要事項を入力してください。 https://forms.gle/guiXdiEYXtrqwzTKA 締め切り：令和5年10月2日(月)まで
主催	北見市医療・介護連携支援センター, 北見市



【ご案内】会場である端野町公民館 グリーンホールでは、直前まで市民フォーラムを開催しています(13:30より)。あわせてご参加頂ければ幸いです。 申し込み URL : <https://forms.gle/PnY6r1GLfGiQ38bk9>

プログラム

- 開会あいさつ：北見市保健福祉部 地域包括ケア推進担当主幹
- 演題報告 9題 (発表時間8分・質疑応答2分/1人)
座長：医療・介護連携推進部会 部会長 木村 輝雄 (北見赤十字病院 脳神経外科部長)
助言者：逢坂 悟郎 (兵庫県北播磨県民局 加東健康福祉事務所(保健所) 所長)
- 閉会あいさつ：北見市高齢者支援ネットワーク会議
医療・介護連携推進部会 部会長 木村 輝雄

演 題

【演題 1】 カテゴリー「日常の療養支援」

機能訓練において納得を意識した関わりの効果

○ **米田 将基** 社会福祉法人きたの愛光会 在宅部 在宅課 北光デイサービスセンター 理学療法士
通所介護における機能訓練で介護予防を図るためには、通所時間外でも自主的な運動が実践できるような関わりが重要であると考えます。我々は昨年より機能訓練指導員に理学療法士を配置し、対象となる利用者への関わり方を変更しました。生活の目標や日常の課題を聴取し、その原因や訓練によって得られる成果の説明を心がけた。その上で、家庭で実践できる自主練習を指導した。利用日には進捗を聴取し、身体の変化をフィードバックした。これにより日々の取り組みに納得できるよう配慮した。バランス評価を行った 23 名中で 14 名の利用者が向上、7 名で機能が維持された。我々は上記関わりが実践の継続に寄与し、介護予防に資する可能性を推察している。

【演題 2】 カテゴリー「日常の療養支援」

集めること・・・それが A 様の役割

○ **井上 めぐみ¹、上村 尚子¹** 1.介護老人保健施設 いきいき 自立支援課 介護福祉士
高齢者の認知症は高齢化率の高まりと共に今後も増加が見込まれ、地域としても老健は重要な役割を担う。今回認知症の周辺症状である「収集癖」により対応に難渋したケースを経験した。
80 代、男性、アルツハイマー型認知症。令和 3 年 8 月に入所され穏やかに過ごされるが収集癖出現。ワンフロア 50 名規模の当施設にて限られた人員の対応となる中、環境整備や対応に工夫を凝らしながら経過。令和 5 年 3 月には暴力行為や汚物の収集も始まり、精神科の受診を行い薬物療法を行ったが入院に至る。その後ケースとの関りを振り返り、施設職員全体で認知症ケアについての研修会を開催した。ケースの経過に加え施設全体での取り組みも含めて報告する。

【演題 3】 カテゴリー「入退院支援」

本人や家族の意思を尊重し、多職種による心不全療養指導を実践した一例

○ **氏江 修一¹、寺山 葉子¹、窪之内 麻未¹、森 博子²、庄司 寛³**
1.北見赤十字病院 看護部 看護師、2. 北見赤十字病院 医療技術部 リハビリテーション科 理学療法士、3. 北海道立北見病院 リハビリテーション課 理学療法士
症例は 77 歳男性。既往は脊髄損傷、脳梗塞があり、膀胱瘻を造設していた。ADL は全介助レベル、要介護 5 認定受け、在宅療養されていた症例である。X 年、感染症、高血圧が要因で心不全発症し入院となった。食事のむせ込みや血圧低下による意識混濁によって誤嚥のリスクがあった。本人の食べて帰りたい、家族の QOL を下げたくない意思を尊重し、医師、看護師、言語聴覚士と協働して、嚥下造影検査による摂取可能なポジショニングの確立と降圧薬の調整を行った。退院時連携で家族、ケアマネジャー、訪問看護師に安全な食事摂取の方法および感染症予防と血圧等のモニタリング、症例特有の観察点を含めた療養指導を行い、自宅退院となった。

【演題 4】 カテゴリー「日常の療養支援」

意思決定を尊重した退院時連携（多職種連携）から在宅で心不全療養指導を継続している一例

○ **龍本 晶子** 一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団 北見地域訪問看護ステーション
看護師 心不全療養指導士

心不全パンデミックを迎えると言われている昨今、当ステーションでも約7割の利用者様が心不全ステージA~Dに該当する。心不全ステージを進展させない予防活動とともに、すでに心不全を発症し病院からの退院時連携を受け在宅に引き継いだ利用者様が、再入院しないための療養支援を行うことが訪問看護の役割と考える。事例は、長期間訪問看護を利用中の77歳男性、心不全ステージBから感染症を機に心不全ステージCとなり入院した利用者様である。退院時連携にて、ご本人の意思決定を尊重しQOLを維持した在宅生活の継続とACPも視野に入れた共同指導を受け、訪問看護で療養指導と支援を継続している経過について報告する。

【演題 5】 カテゴリー「入退院支援」

入退院時におけるケアマネジメントについて

○ **佐藤 ちあき** 老人保健施設緑風 居宅介護支援事業所 介護支援専門員

自宅で概ね自立した生活をしていた90代の男性が、脳梗塞を発症し入院。介護度は要介護1から要介護4へと変更になったが、「適切なケアマネジメント手法」によるアセスメントを実施。本人の意向を踏まえ、在宅復帰を目指して退院時の支援を行った事例。本人・家族の意向確認、治療内容やリハビリの経過等、さまざまな情報を医療機関と共有。その際は「北まるnet」などのツールを活用することでよりスムーズに連携を図ることができた。退院までの一連のケアマネジメントについて事例を通して報告する。

【演題 6】 カテゴリー「日常の療養支援」

認知症になっても住み続けられる公営住宅を目指して

○ **佐藤 清果** 北見市北部地区地域包括支援センター 認知症地域支援推進員・看護師

公営住宅に住む認知症が進行した高齢者に対し、住民から「何度も来られて迷惑」「また徘徊している」等の苦情がくることがあった。公営住宅には子育て世代から高齢者まで幅広い世代が住んでいるが、高齢者に関しては独居、あるいは高齢者夫婦世帯が多く、認知症が進行すると介護保険サービスだけで生活していくことが困難となる場合がある。認知症になっても住み続けられる、住民同士が緩く見守りができるようになることを期待し、団地の住民を対象とした「認知症サポーター養成講座」を実施することとした。若い世代が参加しやすいよう土曜日に日時を設定し、周知用チラシに当該地区の高齢化率を記載することで、自分たちが住む地域は認知症が身近にあることを知ってもらおうこととした。その結果について報告したい。

【演題 7】 カテゴリー「日常の療養支援」

薬剤師だけでは解決できない服薬管理について

○ 大川原 貴志 津別病院 薬剤部 薬剤師 (北海道薬剤師会 北見支部)

本来、薬剤師だけの服薬管理では発見できなかった問題点を、ケアマネジャーや看護師や介護士と連携することで、解決に至った事例を2例報告する。1例目は、自己管理が出来ず残薬が大量に残っているケースで、退院に向けて実施した連携の事例。2例目は、退院後の通院時で服薬管理が出来ず困難に至った事例。いずれの事例も、薬剤師の服薬指導の時間だけでは発見できなかった「気づき」が、ケアマネジャー等からの情報により発見できた「気づき」であり、多職種連携をする事により可能になった事例である。

【演題 8】 カテゴリー「入退院支援」

自殺企図に伴う居住地の喪失と治療反応が得られ難い患者の退院支援

○ 佐々木 諭 北見赤十字病院 患者支援センター 精神保健福祉士

元々、交通事故により身体障害2級、尿道カテーテル留置、糖尿病の身体状況で借家にて生活していた。訪問看護の利用や、地元にある施設入所を目的としたショートステイを繰り返していたが無断外出、暴力、喫煙、クレームなどトラブル多数ありサービス利用が全て止まっていた。今後の生活を悲観し自宅に火を付け自殺企図を行い近医へ救急搬送されるが、スタッフに対する暴言、暴力、ルールが守れないなどを理由に強制退院。自殺企図後であること、帰住先が無いと言うことで即日入院依頼があった。入院後より自殺企図の促進因子、保護因子についてアセスメントを実施し、燃烧した住居から必要な物を取り寄せるための手続き、警察署及び消防署の取り調べの対応を支援。退院に向け障害支援区分認定の取得後、全道に範囲を広げ帰住先と通院先を含めた退院調整を行ったケースについて報告する。

【演題 9】 カテゴリー「入退院支援」

北見赤十字病院の電子カルテシステム更新と地域包括ケアシステム『ケアミル』の導入

○ 上林 実¹、齋藤 高彦² 1.北見赤十字病院 患者支援センター 2.北見赤十字病院 循環器内科
当院では、2024年1月1日、ソフトウエア・サービス株式会社の電子カルテシステムが稼働を開始し、「入退院支援システム」と地域包括ケアシステムである「ケアミル」を導入します。この二つのシステムの相互連携により、当院入退院時に電子カルテ内に記載した「入退院情報」、更には、画像検査や採血結果、処方内容などの電子カルテ上の医療情報を「ケアミル」を通じて参照施設の皆様に共有頂けるようになります。また、書き込み機能により双方向での情報共有が可能となります。新しいシステム導入により地域の皆様との情報共有を進化させるべく準備中です。システムの概要と稼働開始に向けての10月時点の準備状況を発表します。