

第2回 「福岡東在宅ケアネットワーク」・「在宅医療部会」共催症例検討会

【グループディスカッション・早瀬先生コメントより】

○今回の事例は一般化して考える必要がある。

①キーパーソンからの援助を得られるか？

精神疾患のある人がキーパーソンの場合、リスクが高い場合もある。

必要な援助が得られるか？虐待はないか？などの視点も必要である。

②このケースの場合、本人の収入は月に16万円ある。サービスを使える収入であるにもかかわらず、「金銭面でサービスが使えない」という場合、なぜ使えないのか、探っていく必要がある。

③サービスが導入できれば少し引いてもよいが、サービスが入らないとリスクは高い。

④**リスクの高い人のランク付けは必要**。リスク管理を行い、リスクの高い順で介入していく必要がある。⑤**リスクの高い人の場合は、主治医とケアマネ、包括の頻繁な連絡が大事**。

⑥この会は、在宅医療部会で、施設入所も選択肢にあるが、在宅で長く支えていくことを目指している。そのためには、安定したサービスの導入が大切。

⑦宗教やボランティアが入っている場合、そのようなインフォーマルな情報も取り、いろいろなところの情報を基に本人の状況を把握していく必要がある。

⑧**介入のタイミングはいくつかある**。この事例で行くと骨折して退院する時、訪問看護をやめた時点など。そのタイミングをどうとらえていくかが大切。

⑨包括とケアマネの情報交換は大切。サービスが中断した時は、包括やケアマネの介入の間隔を短くして対応するなど。包括は、行政なので無料のサービス、活用してほしい。

⑩社協の金銭管理は、比較的安くてすむサービス。また、無料や低額のサービスなどもあるので活用を。

【今回の症例検討での課題と方向性】

◎住み慣れたところで長く在宅を継続できるか、先も見通しながら関係者全員で連携した支援を考えていく必要がある。

① 支援を要する高齢者に早く気づき、対応するシステム化が必要。高齢者に関する各部署、機関、各職種で使えるチェックシートの作成を検討したい。

② いきいきセンターふくおかでのケース対応の標準化、リスクアセスメント表の作成（たとえば、サービスの導入があれば、フォローの間隔をあげる、サービス導入がないケースは、頻繁にフォローするなど）

③ ケースに関するキーパーソンを関係者会議で明確にする必要がある。（いきいきセンター、ケアマネなど）ケースに変化があった時は必ずキーパーソンに報告、改めて対応を検討する。

・入院時、退院時など介入のタイミングを逃さないように関係者間の連携。

・本人、家族の希望や意向を十分にくみ取っていく。