

K氏 81歳の支援経過

ケアマネジャー

H28年11月上旬からADL低下が著しい。
訪問看護を導入したいが、タイミングが合わず、導入できないまま、入院で体調が改善されればまたニーズが潜在することを繰り返して現在に至っている。

H28年11月

相談

医・介コーディネーター

結果的に入院になるかもしれないが、その前に在宅医につなぎ、在宅医から入院依頼をしてもらうことで、病院と在宅医が連携していることの安心感がきっかけとなり、サービスにつながる可能性が高い。

介護保険サービス開始

医介CO
:訪問・面談
医療ニーズの
アセスメント
医療系サービスの調整

在宅医往診

病院 医師・看護師・MSW

心不全を原因とする呼吸困難で入院となり、寛解と増悪を繰り返しながら徐々に全身状態が悪化。退院の機会を逃し病棟では末期の心不全として、入院のまま看取りのムード。

医介CO: 病状説明に同席

医師に、病状説明をしてもらい、その内容を解りやすく噛み砕いて伝え、対話が進むような場づくりのためのファシリテーターとして医・介コーディネーターが同席した。

H26年10月

在宅

入退院
繰り返す

H28年11月

入院

H28年12月

在宅

H29年2月末

入院

退院カンファ IC 共同指導

H29年5月末

在宅

退院を進められるが、
リハビリ転院を希望

病状の理解ができていないことで、
意思決定ができない。
**医療への期待と、病状への不安が
意思決定を阻む。**

急変 血糖900

覚 悟

訪問看護師: 病状説明に同席
現状の理解についての確認と
妻の思いを聞き取り

退院後は支えで歩行し、食欲もあり
安定した生活を送る。1月末より動作
でSPO2低下があるが、すぐに改善。
2月に入り咳嗽喘鳴が増悪

退院後の経過と現在のK氏と妻



16事業所で在宅生活を支援した5か月後の姿

- 5月29日退院 薄目を開ける程度 寝たきり
HOT、経鼻栄養、血糖測定、インスリンによる血糖コントロール、気道吸引、訪問入浴
訪問介護(オムツ交換)
- 6月 スポンジにジュースを含ませ吸わせる。
血糖安定→インスリン中止
一言二言話す。血糖測定は妻が習得
妻が看護師のケアのサポートをする。
- 7月 経管栄養の手技を妻に指導し自立
- 8月 経口摂取をすすめる→500Kcal程度
訪問歯科による摂食嚥下の評価
- 9月 訪問リハビリ開始 車いすへの移乗EX
背部にフレグモーネ発生し、外科医の往診
- 10月 検査データも良好、ENチューブ抜去し、
経口摂取のみとなる。

この成果の見える化 ⇒ H30.3.10多職種連携シンポジウム

介護タクシ

薬剤師

デイケア

訪問看護

訪問介護

Kさんご夫妻

訪問歯科医

コーディネーター

在宅主治医

外科往診医

福祉用具

ケアマネ

PT

病院主治医

訪問入浴

病棟師長

病院MSW

コ
ー
デ
ィ
ネ
ー
タ
ー