

町田病院指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護

介護・医療連携推進会議 議事録

開催日		開催場所	
2019年5月27日（火） 14:00～		木曽あんしん相談室	
参加者			
名前	所属	名前	所属
T氏	忠生第2高齢者支援センター	S氏	地域住民
N氏	忠生第2高齢者支援センター	H氏	地域住民
T氏	忠生第2高齢者支援センター	Y氏	地域住民
Y氏	忠生第2高齢者支援センター	N氏	地域住民
O氏	介護予防サポーター	I氏	地域住民
A氏	あんしん相談員	K氏	地域住民
M氏	竹芳会会長	I氏	地域住民
T氏	介護予防サポーター	K氏	地域住民
S氏	地域住民	M氏	地域住民
O氏	地域住民	T氏	町田病院
M氏	地域住民	N氏	町田病院
M氏	地域住民	K氏	町田病院

1.趣旨説明

2.メンバー自己紹介 ※本紙参照

3.実績報告 ※別紙参照

事故、ヒヤリハット報告（1件）

4.質疑応答

Q.父は積極的にリハビリに参加したいと思っている。訪問リハは利用しているが、訪看も利用する際は入浴介助を行ってくれるか？

A.入浴介助も可能。また水虫がある方の爪切り等も可能。

Q.気管切開での延命についてDrから話しあったが、家族は断り最期を迎えた。実際には本人が延命拒否していても家族が希望してしまう事があると聞く。本人の意思を通せる環境にしていきたい。

A.救急車を呼ぶと呼吸停止時には送管等義務で行わないといけない。現在は東京都の救急隊にて延命処置とは違う対応も始めているとの事。救急医療情報シートのその他欄にて延命についての自身の希望を記入してみても。

意見...

・病院から在宅介護へ移行が始まっている。定期的な輸血は難しいが在宅での疼痛緩和は可能。家で最期を迎えたい人が多いが、家族が見る事が出来ずに病院に入る人が多い。家で過ごす安心が最高の療養環境と言える。アドバンスケアプランニング（ACP）人生会議と言い今後どう生活していくのかを考える。人工呼吸器など延命についての準備が必要。

・医療介護連携と言うが医療は専門用語が多くわかりづらい。エンディングノートの活用で事前に自分のケアプランを作ってみる事で、専門職でも自身の希望が伝わるかも。自身の好みや住環境の記入もできる。また一人で書くよりみんなで書いた方が意見が出てよいのでは。今後増える孤独死等になると検死も入るので、そのような事が無いよう自身の死について話す事は大事。

・父が倒れた際に、妹が気管切開の提案を行い、気管切開、胃ろうでの生活が始まった。訪問看護、訪問入浴を利用し在宅で5年間生活を行う事が出来た。自分は延命には反対だったが今となってはそれもよかったのではと思う。やはり話し合いが必要。

・夫を自宅で看取った際に町田病院の訪問看護を利用。夜でも飛んできてくれた。色々分からない事が多くパニックになっても看護師が来ることで落ち着いた。抱え込まずに済んだ。オムツ交換も大変で難しかった。家での看取りは夫の希望だったが不安は大きかった。ヘルパーは朝夕できてもらった。訪問診療も利用。子供は仕事で多忙。16時にヘルパーが状態変化に気づき、20時にNS、妻で看取る事が出来た。

・地域での独居者の看取りができる環境、安否確認ができる環境が必要。