

◆1 グループ

- ・キーパーソンが最初から確立できた。 ・排泄、移乗獲得 ・娘の気遣い
 - ・連携 ・家族の方の看護力が大きい ・職種面の連携が出来ていた
 - ・入院中のリフト管理指導が早いうちからできていた事がよかった
 - ・ケアマネジャー サービスを見極めるのが難しい
- ★動き出しが早い 話し合い症例検討に全職種、Family を含め外部も呼んで出来ていた。
- ・ソーシャルワーカーと本人、家族の意思の確認、本人、家族の意向を適格に把握できた
 - ・入院中においてリフト等の使用に仕方等の指導が良かったから
 - ・疑問点の解決が出来た。空間無視においてどんな介助をしたのか
 - ・本人、家族の家に帰りたいという強い意志 ・住宅改修において適正な改修ができた

◆2 グループ

- ・妻 ・長く入院せず自宅へ帰る気持ちをもったまま早めの退院がよかった。
- ・奥様が積極的 ・1人で介護しない ・かかわる人が全員入っていたのがよい
- ・長女の介護? ・入院中のケア（Fa への）がよかった
- ・本人の気持ちも前向きでよかった ・支えた妻や周りのスタッフも力になれた
- ・役割がしっかりしている ・分からない事を分からないと言えた
- ・本人が帰りたい ・責任感の強い妻 ・ケアマネに分からない事が言えたことが良い
- ・早くからケアマネが決まったことがよい ・リフトつかったこともよかった
- ・薬の事は薬剤師が介入すると Fa や病院も助かるのではないか
- ・妻若く理解力あり ・妻のストレス発散 ・食事は?どうなっているのか
- ・要4がついているので家族に薬のことを煩わすこともなく服薬してもらえたらよい
- ・薬の配達 ・チームで協力出来ていてよい

◆3 グループ

- ・入院中の病院側の話し合い、ソーシャルワーカーが家族の意向を確認検討された
- ・奥様の強い思い ・各々の連携がうまくいった ・指導、ケアがうまくいった
- ・キーパーソンの妻が一貫して家 ・SW がスタッフのつなぎ役として機能
- ・必要な確認を多職種で行った ・SW が在宅つなぐのがこまめ ・SW のまとめが上手
- ・他職種の意思統一ができてた ・それぞれの職種の目でキーパーソンのタイプの見極め
- ・妻の思いが強くまたそれぞれの担当が協力して行えた。 ・それには MSW の存在があったから。

◆4グループ

- ・病院内での連携ができていた
- ・家族にも心づもりができていた。
- ・リフト操作マニュアルを作り、他の在宅サービススタッフの方法統一
- ・妻へのフォローがきちんと行っていた。不安出現時の対応
- ・おむつ交換など介護方法を病院で行っていた。
- ・スタートが早かった
- ・SW が事前にやってくれていたからケアマネージャーとしても
- ・専門医の判断
- ・全身状態の安定、介護保険申請のタイミング、予後
- ・入院時から MSW が動いていた
- ・回復の予測が早いうちからできた

◆5グループ

- ・早期リハビリ
 - ・他に合併症がなかった
 - ・サービスの利用（ケアプランもよい）
大切！
 - ・退院後も信頼のおける医療機関などがあったから
 - ・実際におくさまがやってみることで自信がついた
 - ・出来ない事があれば、また入院中に改善案を考えた
- ①奥様の連れて帰りたいという強い気持ちが一番！！
- ②まず目標を決めていたことで入院時から退院にむけてプランをたてていけた。（その間なんども再確認していた）・・・奥様の協力が大きかった。アプローチがよかった。
- ③途中みんなでチーム連携出来た事
- ・デイケア、ヘルパー
- リフトの扱いを統一したりなど・・・奥様の不安に気づいて不安をその都度解消できた
自宅に帰った後のフォローもあったのでよかったのでは

◆6グループ

中間事務 図師 毅 ： ・多職種の連携がとれていた

- ・患者や家族の要望がケアマネを通じて伝わった
- ・方針が明確だった

水巻 保健師 大村 まりこ ： ・キーパーソンときちんと話して意向が確認できた

- ・在宅に向けて関係機関と問題点等を共有する場の確認ができた
 - ・視覚的に分かりやすい方法で実施できるように整備
 - ・各職種で得た情報を SW がまとめたり返したり出来ていた
- 岡垣 MSW 小西 裕子

- ・本人を支える“家族”が鍵になる。
- ・自宅で介護をしようと思う家族の気持ちに多職種に関わりそのモチベーションを下げないよう工夫しながらアプローチしていたので在宅復帰につながったと思う

遠賀 PT 林 剛己

- ・Fa への指導
- ・チームアプローチ
- ・早くからの Fa への説明
- ・数回にわたる方向転換
- ・日数を決める
- ・キーパーソンの年齢
- ・家族構成
- ・住宅環境
- ・CM、DSの連携
- ・往診医がいる
- ・スタッフの質
- ・病院以外の連携医
- ・家に帰って生活だけでいい？

遠賀 看護師 中村 雅美 ： ・1つ1つ不安を解決、明確にすることでできた？

- ・家族とスタッフとの連携がとれた？
- ・退院後も多職種の連携がとれた？
- ・本人？家族の思いに傾聴、時間を取りもち実施できた？

◆7グループ

- ・本人の障害への受け入れへの対応もあったのではないかな！ ・本人の希望
- ・介護者のフォロー、ストレスもうまく対応できた

★妻の受け入れがよかった

- ・不安を病院で細かくフォローされていた ・いろいろなところでそれぞれの話をしている

★連携が整っている（F a、HP）

- ・急性期では難しいのでは ・本人の頑張りがあった ・リフトなどの不安も解消された
- ・F a、嫁、同居も心の支えだったのでは
- ・おむつのあて方も不安がなくなるよう指導できたのでは

★往診も早く決まり安心が大きかった

◆8グループ

- ・入院から退院までの流れが最初から最後までできていた。
- ・病院の雰囲気 ・リハビリが充実していた。 ・残存機能訓練 ・病院の雰囲気
- ・本人の強い意志 ・老々介護 ・亭主関白 ・妻のささえ
- ・入院した時から退院を考えていた。 ・指導の統一・リハビリの充実 ・意志が明確
- ・退院へのプロセスができていた？ ・病院の雰囲気 起立 400 回→リハビリ充実
- ・夫、妻ともに帰りたいという気持ちにブレがなかった。
- ・指導の仕方にとまどい！→速やかに修正 ・病院の雰囲気、退院できる ・リハビリが充実
- ・家族の協力 難病や色んな事例をみている病院だったので ・リハビリが充実

◆9グループ

- ・重症である・・・おむつ交換等入院時から介護のポイントがはっきりしており入院中の介入がしやすかった ・帰りたい気持ちだけでは帰れない事が多い
- ・なぜ？？ ・妻の思い ・環境が整った ・在宅プランが安心の要因
- ・評価項目に反映されない点での改善がみられ家族の支えとなった
- ・入院中からの関わりが多かった ・薬の配達
- ・重要！！大事！MSWさんがしっかり早く動かれた、早い流れで動けた・・・患者や医師、他の支援の方々へのつなぎ、連携がしっかりしていた。
- ・週 1 回指導に入る・・・訪問介護さん ・週 4 回デイケア ・週 4 回送り出しデイケア
- ・単位数は4であるのでショート使用できる ・週 6 回組んでもいい
- ・デイケアを週 4 でしてる ・訓練 ・手技を統一した ・事業者さんも集まって話した
- ・最初から介護の方法を病院内で決めて指導していった ・夫婦関係もよかった
- ・リフトで初めから行い無理なかった ・現実として実現しない場合もある
- ・連れて帰って無理な場合もある ・点数は5点でそのままだった
- ・点にならない点、反応などを見てご本人の励みになった

◆10グループ

水巻 訪問看護師 山崎フクヨ

・中間 ケアマネージャー 諫山 し乃

- ・本人の意思は？
- ・奥様の家に連れて帰りたいという意思が強い
- ・おむつ、失禁
- ・デイケア利用の朝の支度→大変
- ・ヘルパー 着替え、準備
- ・家族は気持ちも軽くなる・1000E→リフト
- ・結論
- ・妻の思い
- ・環境整備ができた
- ・→住宅環境 →往診 →DCなど家族の負担軽減

◆1570

- ・費用負担に耐えられる経済力があったのか？
- ・家族の思い(自宅でみたい)が強い！！
- ・ソーシャルワーカーの熱意
- ・要介護1・2でも在宅の戻れない方もいる。
- ・往診の先生がいた。
- ・上手く周囲がサポート出来る状況が作れた。
- ・デイケア病院・在宅医の存在

◆12グループ

- ・本人の「家に帰りたい」との強い気持ちと家族の本人の意向を大切に思う気持ち
- ・本人家族に係る専門職のサポート連携（リフト・指導）
- ・家族（妻）の強い思い→自宅退院に向けた環境づくり
- ・家族の理解があった
- ・本人の「帰る」気持ちがあった
- ・再発がなかった
- ・在宅復帰に対する妻の意識の高さ
- ・退院までのF aに対する指導が良かった
- ・本人、F aに対する心理的配慮
- ・福祉サービスの活用
- ・ADLでの改善はなかったがF aが分かる範囲の改善を認めた
- ・退院後のフォローアップについての説明

◆13グループ : 遠賀 PT 長野 裕一

・水巻 管理栄養士 新垣 奈菜子

- ・入院～退院の間にこんな事やってるんだ！

ケースが難しいから話し合わないといけなかった

★妻 悩み

・積極的に話した

・話せるような環境→病院がつくっていた

- ・妻を支える人達必要（かかりつけ医・ヘルパー・デイケアスタッフ・ケアマネ・家族）

デイケアに行かない日のヘルパー導入（30分）月曜日

・何のため

- ・妻 長期もつのか

★家族 介護不安 多職種による方針の確認

★キーパーソンである妻 自宅に帰そう！

★退院に向けてゴールが明確

★介護保険申請

・入院直後から介入

・早くケアマネ、ケアプラン 意見書もはやい

退院までに介護度がでてプランをたて切れ目のないサービスを

◆1564

- ・医師とケアマネジャー 医師と看護師とソーシャルワーカーが連携しヘルパーへ
- ・その結果 妻の愛やご本人や娘さんが幸せに♡

◆15 グループ

- ・退院前に介護保険の認定結果が出た為、介護サービスを整える事が
- ・関係者間で話し合いながら出来た。 家族の負担を軽減する事が出来た。
- ・奥様が自宅で介護したいと思う強い気持ち
- ・家族が不安を感じた時に問題点を一つ一つ解決していったこと。
(オムツの交換法やリフトの操作など)

★なぜ自宅退院できたのか？

- ・ご家族の協力的な姿勢 リフトの導入などの介助負担の軽減
- ・家族指導を行った事での家族の不安の軽減



- ・ソーシャルワーカーの介護サービスの説明が十分にできた。
訪問リハの導入もあったら！
- ・本人が家に帰りたいたいと言う意思が強く、妻も家に連れて帰りたいたいという
- ・希望があった。 ・娘さんのサポートはあったのか？
- ・自宅に帰ってからの不安が解決できた ・妻の不安に対しての対応があった。
- ・通所介護・訪問介護のサポートがあった。 ・ケアマネジャーの存在⇒相談出来た。

◆16 グループ

- ・バーサル レイデックス B1 ・夫婦関係が↑アップに
- ・リフトを使う！！据置式 介護がラクになること…
- ・入院中リハビリを十分にできたのかな…

排せつ

スタッフの協力

みんなで集まり
話し合う

☆リフト ☆ご家族、奥さんが若いこと ☆1日5時間のリハ B1 は変わらなかった
☆担当者会議 ☆ケアマネジャーさんからのなげかけ。

妻への繰り返しの指導 ←手技の統一性が図られていない。

リフト操作方法—FA 不安 (今) (担)前、2回打ち合わせ (担) = 事前情報

家族・関係 — 自宅退院前 重要 退院後—リハ 回数
ヘルパーなし テニスができるようサポートを計画 ENT 後のフォロー重要
介護は主に妻 統一性が計れなかった点が悪かった。

◆17 グループ

- スレパイトケア ○情報共有 ○家族のフォロー→妻が疲れてダウンしないように。
- 家族の声を細めに聞く→小さなこともキャッチ
- 退院後の不安をなくす ○チームアプローチ(在宅も含め)→安心 ○妻の強い気持ち
- 本人の問題行動が無い ○家族のフォロー ○問題点をしっかりとあげられた

◆18 グループ

- ・B・1 5/100 点の現状
- ・ソーシャルワーカーの働き→ 主治医・ヘルパー・通所リハビリテーション 4 回/W
- ・個々の役割を明確にして行動。→病院スタッフの働き=ENT に向けての指導
- ・奥さんの自宅 ENT の気持ち→早期に方針を・信頼関係
- ・安心材料の確保 退院後も継続して！

◆1565 ・目標＝ 自宅で本人と奥様の希望

- ☆ソーシャルワーカーとの面談の回数 ☆病院との継続のつきあい ☆退院後のフォローが一番
- ・ソーシャルワーカー初回面接→2 回目→3 回目(不安)→往診
- ・介護疲れ軽減にむかう ・リフト指導 おむつ交換 ヘルパー ⇄見直し
- ・在宅生活を見据えた 課題 解決 変更 (車イス・リフト)
- ・なぜ自宅へ帰ることが？→71 才(クモ膜下)左マヒ・ベット上・右手食事・オムツ指導→62 才(妻) リフトの練習 リハビリの関り デイケア(毎日)火～金 ヘルパー(毎日) 月～金 20 分 1 単位 8 単位(3h) 往診 全部と整えての ENT *家で看れる

㊦62 才を中心に介護指導 理学療法士・ソーシャルワーカー・訪問医師・ケアマネジャー ・
ケースワーカー・訪問歯科医師 4 回/W

◆20 グループ

- ・ヘルパーの負担軽減→デイケアにも行きやすい。家族のうけ皿＝㊦
- ・入院中に在宅への準備ができる。
- ・最初から「連れて帰りたい」㊦の意志がとげられた 尊重した関わりができています。
- ・面談・タイムリー(短期間のうちに)
- ・2/2 不安←現実を知って！！ 各職種、統一した方向性で関わられたのだろう
- ・(連携がよくとれている) ←支援 ケアマネジャー(決○2/2) 4/1 退院