

# ◆ 困り事・悩み事に対するアイディアや工夫点

## 1. 早期介入・情報共有

- ・入院時スクリーニング、早くから関わる  
院内の多職種カンファでの早期情報収集
- ・早めの相談、早めにケアマネを呼ぶ  
(サービス調整や説明の段階でケアマネを呼んでほしい)
- ・入院した時からACPの話をする
- ・今後の方針を迷っている段階でかかりつけ医にご相談
- ・退院前カンファを行い情報共有、早めの相談
- ・多職種連携、関係機関との情報共有をこまめに行う
- ・入院中や中間段階でのカンファ的な情報共有
- ・家に帰る可能性がある段階で情報共有

## 2. 意思決定支援

- ・家族がどこまで対応できるか確認する
- ・家に帰ったら何がしたいですか？と聞く
- ・本人の意思をどの専門職も確認し、ベースに置く
- ・可能な限り本人の意思を尊重する関わり
- ・第3者の立場(例:ケアマネ)から受け止めを確認
- ・どちらの選択をしてもメリット。  
デメリットがあることを繰り返し話し合う
- ・多職種からの意見を求め、本人や家族に伝える
- ・本人、家族それぞれ話してみる
- ・本人の望みと家族が出来ることのすり合わせ
- ・家族を早めに呼んで全体的に話し合いを持つ
- ・関係者を集めてカンファレンス、折り合いをつける
- ・本人、家族の希望について、  
カンファの中で医療職を含め改善策をねる
- ・元気なうちから手帳を活用、手帳を持っているか聞く
- ・早くから意思を表示しておく、本人の望みの確認
- ・入院時からACPの話をする(慢性期病院でも)

## 4. 説明・情報提供の工夫

- ・主治医が予後などをしっかりと伝えて本人の希望を聞く
- ・医者以外(看護師)からかみくだいた病状説明を行う
- ・丁寧な医者からの説明、再度希望の確認
- ・図表や分かりやすい言葉で、  
理解しているか確認しながら説明
- ・認知機能が低下した状態でも、環境設定や地域住民の協力で自宅生活が可能なことを説明

## 5. 制度・社会資源の活用

- ・成年後見人制度の活用や情報提供、インセンティブの検討
- ・社会資源の内容の情報提供、最低限のサービスを入れる
- ・試しに使う、横出しサービス(在宅生活支援事業等)を併用
- ・行政(生活保護等)福祉との連携
- ・権利擁護・成年後見支援センターの早期活用
- ・対応できる事業所のリスト化、ネットで見れるようにする

## 6. かかりつけ医・医療連携

- ・日頃からかかりつけ医をもつことが重要(安心した支援の為)
- ・かかりつけ医をもつようにすすめる(がん治療と手術後など)
- ・Dr同士であればDrネットを活用
- ・先生への相談、予後の説明後方針を相談
- ・緊急性について主治医と連携
- ・在宅医不在の場合も想定した連携
- ・多職種が関わる中で方向性の一致と統一を

## 7. 地域・家族の巻き込み

- ・近所の方など誰でも引き込む、一人で抱え込まない
- ・地域の方、関係機関と一緒に動き、アイディアをしづらる
- ・見守り体制、地域力の向上
- ・その人が生活していく中で関わっている人を探す  
(近所・食事の世話をしている等)
- ・環境設定や地域住民の協力で自宅生活が可能なことを説明
- ・家族がどこまで対応できるかの確認

## 8. サービス拒否への対応

- ・原因を本人へたずねる
- ・本当に困るまで待つ
- ・本人の想いを傾聴し、実現に向け小さな目標から達成し成功体験を積み、否定に対してアプローチする
- ・関係機関との情報共有をこまめに行い、  
定期的にカンファを行っている
- ・本当に困ったときの相談先となる

## 9. 住環境・退院準備

- ・家屋調査、専門職が事前に環境チェック  
(住宅改修、自宅退院可能か確認、リスクを確認し伝達)
- ・退院後過ごしながら環境を整える
- ・階段を登る、自走する車いすを使う
- ・福祉用具の準備は時間がかかる為、早めに検討
- ・せめて、明日退院だったら急ぎで環境を整えられる

## 10. その他の工夫

- ・在宅でのデスカンファ、オープンカンファをする
- ・飲みニケーション
- ・まちなかラウンジに相談、研修に参加
- ・慢性期病院と急性期病院の役割分担
- ・1回回復期やリハ病院をはさむ
- ・難しいが、緊急入院先を事前にきめる
- ・意見交換会などで様々な職種の顔なじみをつくる
- ・急性期病院が人材不足で手が回らない状況なら、  
ケアマネが説明だけでも訪問できると思う(ケアマネ)
- ・何があっても受け入れるから何でも相談してほしい  
(在宅医)
- ・帰りたい気持ちが少しでもあれば、お話しする機会  
をもらえれば説明しに行きます(在宅医)