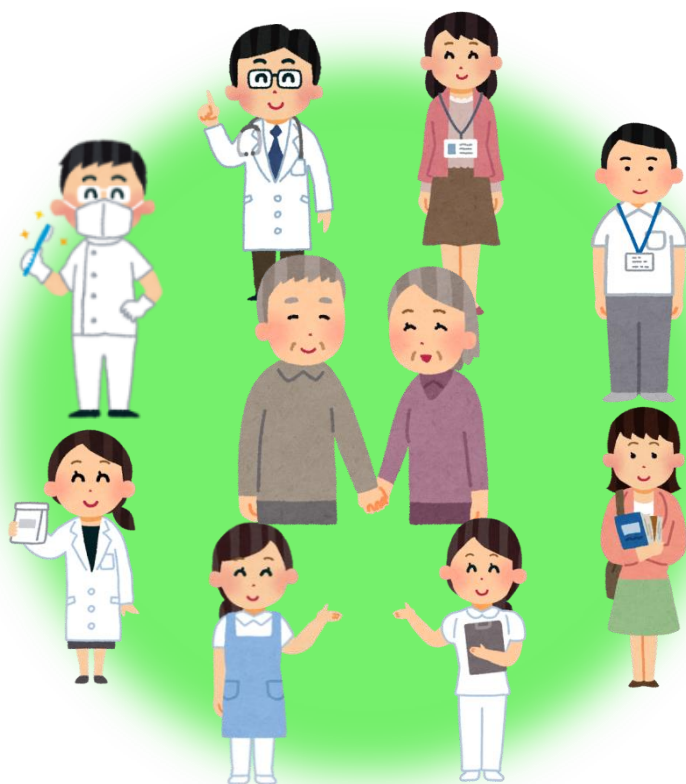


平成 27 年度 練馬区在宅療養推進事業

事例検討会・多職種交流会

事例集



練馬区地域医療課

平成 28 年 3 月

はじめに

高齢者の方の約3割が、「最期は自宅で過ごしたい」と考えている。
しかし、「最期は自宅で」と考える方の約半数が、実際に自宅で過ごすことは
難しいと感じている。

これは、区が平成25年に行った調査の結果です。自宅で過ごしたいと願うものの、現実
は厳しく、その願いは叶わないだろう…。こう考える区民の皆さまが数多くいらっしゃいま
す。

人口減少社会、超超高齢社会を迎える中、ご自分が住み慣れた地域で、安心して暮らし続
けることができる。練馬区はこの実現に向け、『みどりの風吹くまちビジョン（平成27年3
月）』において、地域包括ケアシステムの確立を目標に掲げ、様々な取組みを進めています。

医療と介護の連携や、医療者と介護者の顔の見える関係、そしてチームワークづくりは、
取組みの土台となります。区民の皆さまが病院を退院してご自宅に戻られる際に、在宅療養
を担う医師や看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーといった方々が、病院からしっか
りと引継ぐ。また、在宅療養をされている方が病院に入院することとなった場合にも、病院
の医師や看護師にしっかりと引き継ぐ。このように、患者様お一人おひとりを、医療・介護
のチームが一丸となって支えていくことが重要です。

区ではこれまで、年に4回、地域ごとに事例検討会・多職種交流会を実施してきました。
平成27年度は、延537名の専門職が、事例を題材にした話し合いを通じて、互いに学び合
い、相互理解を深めています。この事例集は、事例検討会で実施した内容を一冊にとりまと
めたものです。事例検討会に参加できなかった方々、さらに経験を積みたい方々に手にとっ
ていただき、多職種間のネットワークの充実に活かしていただければ幸いです。

最後に、この事例集を作成するにあたり、ご協力いただいた講師、パネリストの皆様に、
そして事例検討会の趣旨に快くご賛同いただいたご本人様、ご家族に、心より感謝を申し上
げます。

地域医療課長 清水 輝一

目 次

「第1章」	本事例集について -----	1
	在宅療養推進事業について -----	2
	事例検討会の位置づけ -----	3
「第2章」	事例検討会の内容 -----	5
	事例1 在宅療養における多職連携の課題を考える	
	－独居で末期がんを発症した多系統萎縮症の症例－ ---	7
	事例2 認知症の方の看取りについて考える -----	44
	事例3 長期在宅療養の事例－在宅医と病院の連携－ -----	62
	事例4 自由気ままに暮らす独居高齢者への支援を考える -----	71
「資料」	4地区における医療と介護の現状 -----	81
	大泉地区 -----	82
	光が丘地区 -----	92
	練馬地区 -----	96
	石神井地区 -----	114

第 1 章 本事例集について

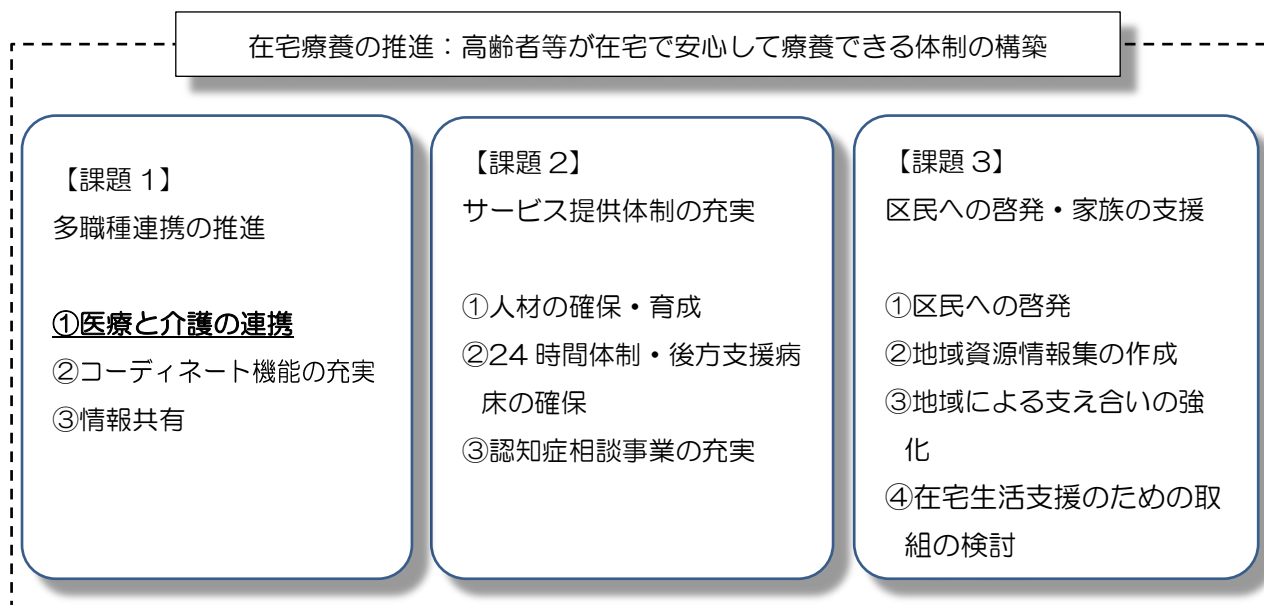
在宅療養推進事業について

練馬区では、高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの確立に向けた様々な取組を行っています。

この取組の一つとして、高齢者等が医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で最期まで暮らせる体制を構築するため、「在宅療養の推進」に向けた取組を行っています。

平成25年度には、医療・介護関係者、介護者家族、区職員を構成員とした「練馬区在宅療養推進協議会」を設置し、在宅療養を推進するに当たっての課題の抽出（①多職種連携の推進、②サービス提供体制の充実、③区民への啓発・家族への支援）および課題を解決するための取組を検討し、平成26年度より様々な取組を開始しました。

図1 在宅療養推進事業の全体像



事例検討会の位置づけ

事例検討会・多職種交流会は、在宅療養を推進するに当たっての課題の一つである「多職種連携の推進（医療と介護の連携）」を図るための取組として、在宅療養に関わる医療・介護の関係者が集まり、多職種の相互理解を深めると共に顔の見える関係づくりを構築することを目的として、区内4地区において開催しています。

平成27年度は、区内4地区で計4回の事例検討会を開催しました。

第1回（7月16日）大泉地区

テーマ： 在宅療養における多職種連携の課題を考える

－独居で末期がんを発症した多系統萎縮症の症例－

内容： ・多職種でのタイムリーな情報を共有するうえでの課題を理解し、情報共有のあり方を考える。
・ターミナル期の本人の意思確認のあり方と、本人の意思（希望）を尊重したチームアプローチの課題について検討する。

第2回（9月10日）光が丘地区

テーマ： 認知症の方の看取りについて考える

内容： ・認知症の方の看取りについて、多職種で構成されたグループで意見交換を行い、それぞれの職種の役割を知り、認知症の方の看取りについて考える。
・小規模多機能型居宅介護を知る。
・認知症の介護者の話を聞き、認知症の在宅看取りについて考える。

第3回（11月19日）練馬地区

テーマ： 長期在宅療養の事例 －在宅医と病院の連携－

内容： ・医療依存度（嚥下障害、胃ろう、誤嚥性肺炎、胆のう炎、排便コントロール等）の高い在宅療養を希望する方の事例を通じ、長期療養を支援するための各職種の役割、多職種連携、家族支援について、多職種で構成されたグループで検討する。
・長期療養生活を継続するための在宅医と病院の連携について知る。

第1章

第4回（12月10日）石神井地区

テーマ： 自由気ままに暮らす独居高齢者への支援を考える

内 容： ・自宅での安定した療養生活を希望する独居高齢者への支援について考える。
・病状や経済状況等に課題がある中、本人や家族の希望にスタッフが混乱する困難事例の対応方法について検討する。
・同職種で構成されたグループの中で議論を行い、職種の役割等について再確認する。
・現在も継続的にサービスを提供している症例を取り上げ、検討会での議論を本症例の今後の支援の参考にする。

第2章 事例検討会の内容

第 2 章の構成

第 2 章では全 4 回の事例検討会の内容を次のとおりまとめています。

- **事例概要**
 - ➡ 事例検討会の開催情報、発表者および検討事例の基本情報についてまとめています。
- **発表内容**
 - ➡ 各発表者が当日使用したスライドを掲載しています。
- **検討内容**
 - ➡ クループワークを行った事例（事例 3 および 4）について、各グループでの検討結果等をまとめています。
- **参加者の声**
 - ➡ 事例検討会当日に参加した方々のコメントを抜粋して記載しています。

事例1. 在宅療養における多職種連携の課題を考える

— 独居で末期がんを発症した多系統萎縮症の症例 —

(1) 事例概要

対象地区：大泉地区

開催日：平成27年7月16日

コーディネーターおよびパネリスト

- ・ 山川クリニック 山川様（医師）
- ・ ひかりケア 坂井様（サービス担当責任者）
- ・ 大地訪問看護ステーション 宮川様（理学療法士）
- ・ 恵光訪問看護ステーション 今西様（訪問看護師）
- ・ 介護センター健生練馬 田中様（サービス担当責任者）
- ・ ソーシャル・サポート大泉 佐川様（サービス担当責任者）
- ・ デイサービスゆとりな 野崎様（相談員）
- ・ ケアプランゆとりな 野崎様（ケアマネジャー）

基本情報：68歳（享年） 男性 1人暮らし

主病名：多系統萎縮症 胃がん（ステージⅣ）

既往歴：2011年（64歳）時に段差で転倒し、顔面打撲。多系統萎縮症の診断を受ける。2014年から血圧低下、タール便が認められ、ステージⅣのスキルス胃がんのため胃・膵臓の全摘術を行い、2か月後自宅退院となる。

本事例の特徴：本事例は、多系統萎縮症による運動障害、嚥下障害に加え、末期がんのため、医療的管理と介護力が必要である。事例を24時間支えるために関わる機関・事業所は13か所となり、情報共有することが困難であった。情報共有は、チームアプローチを行う上で、医学的管理や生活支援にとどまらず、本人の希望を共有し、目標を定めることも含まれる。

本事例を取り上げた理由：多職種でのタイムリーな情報共有のあり方と、終末期における本人中心のケアの実現に向け、医療職と介護職それぞれの視点からの課題を提起し、考えてもらうことを目的とした。

キーワード：本人の希望 情報連携

(2) 発表内容

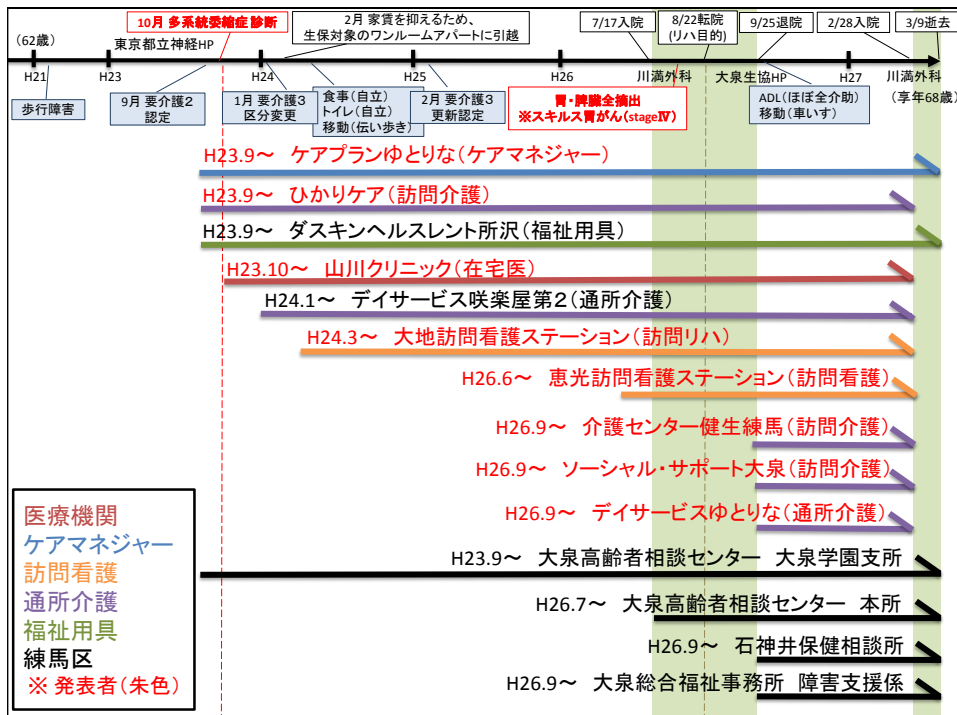
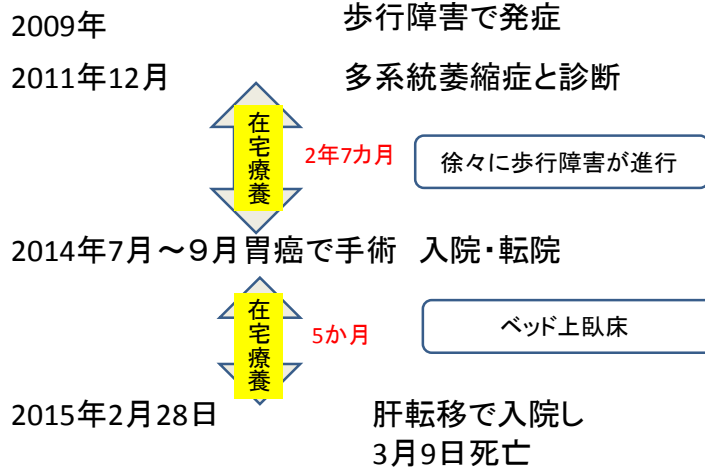
ア. 山川クリニック 山川（医師）

**在宅療養における
多職種連携の課題を考える**
 独居で末期癌を発症した多系統萎縮症の症例

本事例に関わった医療機関、事業者等

	名称	発表者
医療機関	山川クリニック	
	東京都立神経病院	
	川満外科	
	大泉生協病院	
ケアマネジャー	ケアプランゆとりな	野崎武さん
訪問看護ステーション	大地訪問看護ステーション	宮川恭明さん
	恵光訪問看護ステーション	今西美佐子さん
訪問介護	ひかりケア	坂井優子さん
	介護センター健生練馬	田中邦彦さん
	ソーシャル・サポート大泉	佐川友子さん
通所介護	デイサービス咲楽屋第2	
	デイサービスゆとりな	野崎智絵さん
練馬区	大泉高齢者相談センター 大泉学園支所	
	大泉高齢者相談センター 本所	
	石神井保健相談所	
	大泉総合福祉事務所 障害支援係	
福祉用具	ダスキンヘルスレント所沢	

本事例の在宅療養

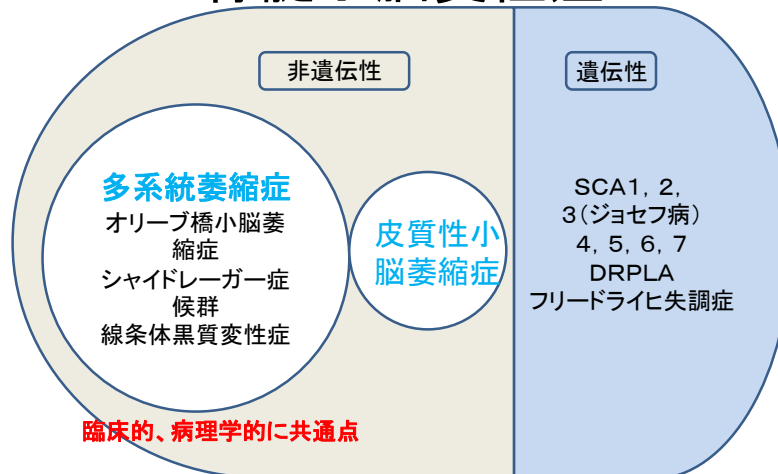


当院における神経難病の訪問診療 (H26.7月～H27.6月)

No	症例	年齢	性	発症年齢	要介護度	主介護人	医療・介護サービス
1	MSA	68	男	62	5	—(独居)	医・看・リハ・介護・通所
2	MSA	66	女	58	5	夫	医・看・リハ・介護
3	MSA	65	女	48	5	夫	医・看・リハ・介護・入浴
4	MSA	71	女	70	4	娘	医・看⇒施設入所
5	SCD	74	女	54	4	娘	医・リハ
6	PD	90	男	80	5	息子 娘	医・看・リハ・通所
7	PD	80	女	60	5	夫	医・看・歯・リハ・介護・入浴
8	PD	91	女	76	4	嫁	医・看・通所・入浴
9	PD	85	女	80	5	嫁	医・看・リハ
10	PD	82	男	65	5	妻	医・看・通所・入浴
11	PD	87	女	73	5	娘	医・看・介護
12	PD	88	男	80	5	妻	医・看
13	MS	43	女	28		母	医・看・リハ・介護・入浴
14	ALS	68	男	51	5	妻	医・看・介護・入浴

MSA:多系統萎縮症 SCD:脊髄小脳変性症 PD:パーキンソン病 MS:多発性硬化症
ALS:筋萎縮性側索硬化症

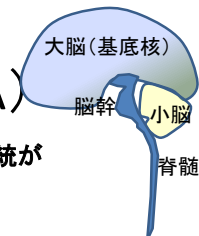
脊髄小脳変性症



出典: 脊髄小脳変性症の理解のために(東京都立神経病院)

多系統萎縮症は脊髄小脳変性症の中で一番多い。日本における罹患頻度は人口10万人あたり10人。発症年齢は50代後半に多く、男性に多い傾向。

多系統萎縮症 (multiple system atrophy:MSA)



小脳、脳幹、大脳基底核、錐体路、脊髄、自律神経系など多系統が障害される神経変性疾患

基本症状

- ①小脳症状(小脳):ふらつき歩行 呂律不良
- ②パーキンソン症状(大脳基底核):振戦、固縮、動作緩慢
- ③* 自律神経症状(脳幹、脊髄):立ちくらみ、便秘や下痢、汗がたくさん出る、寝汗、頻尿、起立性低血圧、食事性低血圧、臥位高血圧、血圧の著明な変動

* REM睡眠行動異常(脳幹):大きな声の寝言、暴力的行動

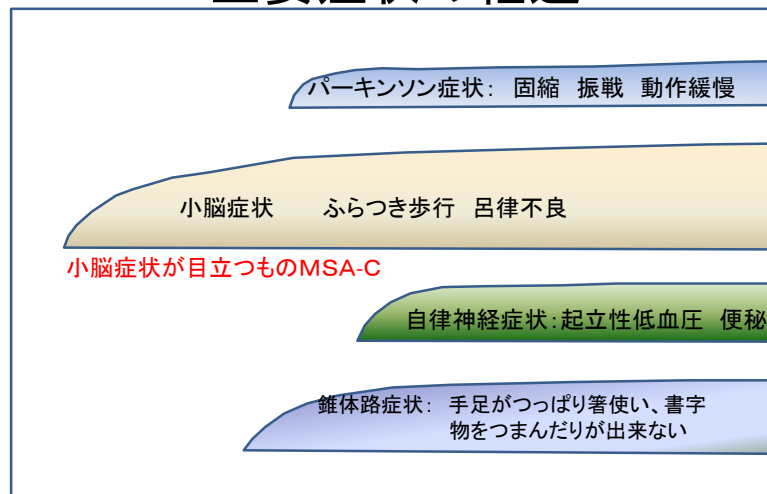
錐体路症状:手指巧緻障害、手足のつっぱり

球麻痺(脳幹):嚥下障害 構音障害

睡眠時無呼吸 声帯外転麻痺(脳幹)などがある⇒突然死がある

* 介護現場で観察される症状です
パーキンソン病やレビー小体型認知症で見られる症状です

多系統萎縮症 主要症状の経過



多系統萎縮症の経過と予後

- 発症から診断まで2, 3年を要する事が多く、4年以内に85%が運動障害と自律神経障害を呈する。平均生存期間は9年。
 - ADLの予後
- | | MSA-P * | MSA-C * |
|-------|---------|---------|
| 介助歩行 | 3年 | 4年 |
| 車椅子移動 | 4年 | 5年 |
| 床上生活 | 6年 | 8年 |
- * MSA-P: パーキンソン症状が優位のもの
 - * MSA-C: 小脳症状が優位なもの
 - 死因は誤嚥性肺炎を含む感染症が多いが上気道閉塞と思われる呼吸不全、突然死もしばしば経験される

症例 62歳男性

主訴) ふらつき・構音障害

既往歴) 10年前にSAH 心房細動

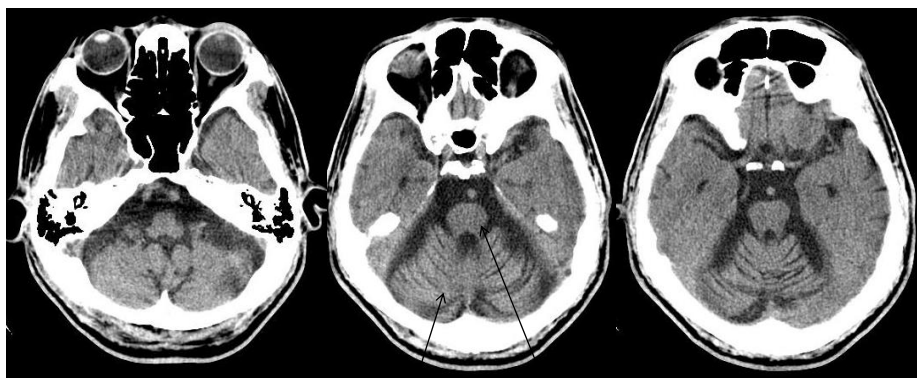
家族歴) 類症(一)

父親は54歳で脳溢血、母親は91歳で肺疾患で他界。長男は突然死(詳細不明)次男は脳梗塞。本人は3男。妻は脳幹梗塞で2009年に他界。子供はいない。面倒を見てくれる親戚もなく独居。

現病歴

2009年（62歳時）からまっすぐ歩けない、階段を降りるのが怖い、物を持つ時に左手がふるえる、呂律がまわらない、立ち上がった時に目の前が暗くなるなどの症状が出現した。64歳時差でつまづき転倒し顔面打撲。その後歩行時のふらつきが悪化し屋内は伝い歩きとなった。又書字や箸の把持がふるえで困難になった。

頭部CT



小脳

脳幹

現病歴

2011年11月多系統萎縮症の診断後、“出来る限り家で過ごしたい”という本人の意向に沿って在宅療養に入る。その後外来には車椅子介助で通院していた。起立歩行障害は徐々に進行し2013年8月には臥床からの起き上がりも出来なくなった。

2014年6月から血圧の低下が出現。7月になり経口摂取不良、タール便を認めた。7月18日胃内視鏡が行われ胃前庭部胃癌+幽門狭窄と診断された。25日開腹手術が行われた。

手術

胃全摘術+脾摘が行われた。

郭清したリンパ節転移47か所で広汎。腹水の細胞診はclass 5でステージⅣのスキルス胃癌と診断された。術後TS-1服薬が開始された。

現病歴

術後経口摂取が可能になったが、廃用により起立歩行不能となった。2014年8月22日にリハビリや在宅調整目的で他院に転院するも、ADLの改善はみられず、又本人の希望もあり9月25日に自宅退院となる。その後2015年2月28日まで在宅で過ごした。3月9日永眠。

本事例の在宅療養における 困難な問題点

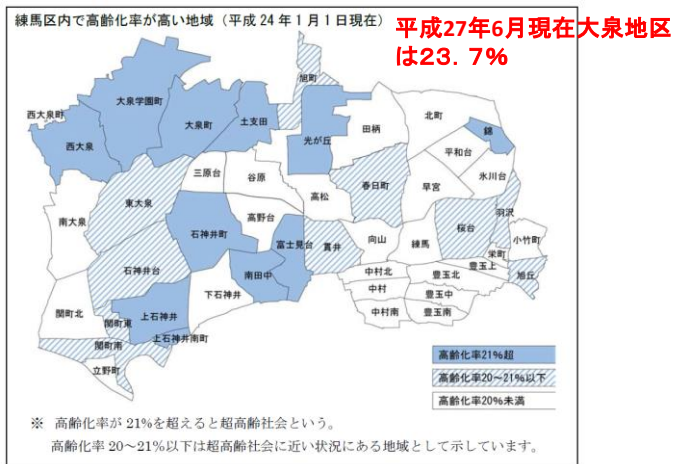
神経難病	}	医療 疾患管理が必要
癌末期		
独居	}	介護力が必要
ADLはベッド上		
経済的問題		公助の関与が必要

在宅担当医としての反省点

- 疾患（神経難病・癌末期）の経過や
予後、療養場所に関し本人やお兄さん
に十分な理解が出来るまで説明
出来なかった。
- 介護スタッフに対して疾患管理に関
する指導や情報提供が十分に出来
なかった。

練馬区内高齢化率と単身世帯

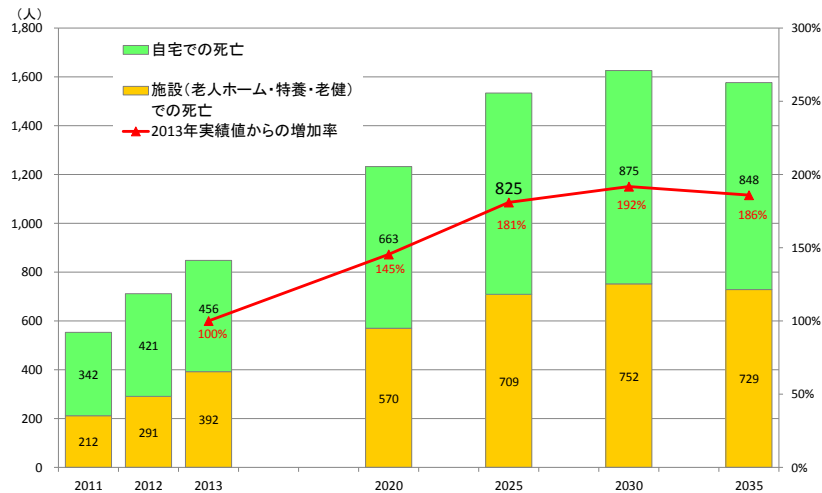
練馬区地域医療計画平成25年3月



高齢者人口にしめる単身世帯（平成27年度1月）
大泉:36.0% 石神井20.6% 光が丘31.6% 練馬34.7%

練馬区死亡小票分析調査（抜粋） 自宅看取り数の推移

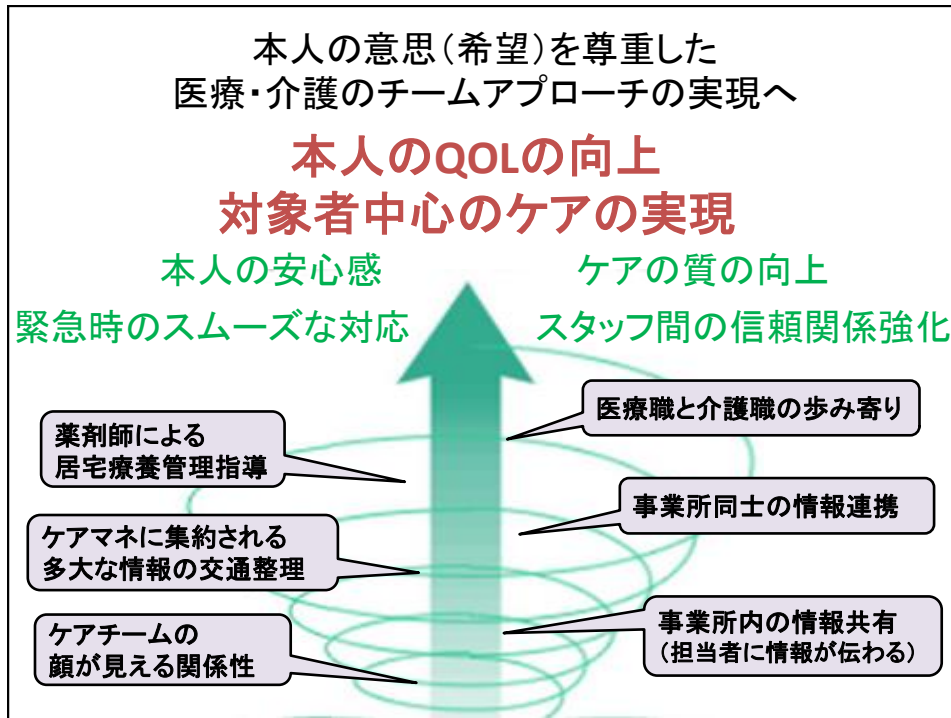
- 2025年～2030年に、自宅看取り件数は2013年の2倍に増加する



出典：平成26年度練馬区死亡小票分析調査（練馬区地域医療課）

まとめ

- 独居で末期癌を発症した多系統萎縮症の症例に多職種連携で関わった事例を報告した。
- 医療職、介護職其々の視点から多くの課題が提示された。
- これらの課題を解決していくためには医療職と介護職がチームであるという意識をお互いに持ち、疾患管理、介護力を高めていくことが必要と考えられた。



イ. ひかりケア 坂井（サービス担当責任者）

サービス事業者の立場から①

ひかりケア サービス提供責任者 坂井 優子

本事例における主な役割

朝、昼の訪問介護（生活支援および身体介助）

関わった時期

平成23年9月～：下肢筋力の低下により独居での生活が困難となり
サービス開始

ご本人の人柄

- なるべく人の手は借りずに自分のことは自分でしたい。
⇒ サービス開始当初は、好きな調理は自身で行っていた。
- ととても人見知りでサービス開始から癌の手術までは決まったヘルパー以外の訪問を嫌った。
- しかし、基本的にはとても穏やかで優しい人柄、ヘルパーに対して感謝の言葉を忘れない。
- 注射や治療が嫌いで病院に行きたがらないため、ぎりぎりまで我慢してしまう。
- 頑固な一面があり、こうと決めたことは譲らない事もある。

【サービス内容】

平成23年9月～26年7月まで
調理、掃除、買物の生活支援と通院・外出介助等の身体介助
平成26年9月～
排泄介助等の身体介助も追加

持病を抱えながら在宅生活をおくるにはリスクがあり、
サービスを利用しながらの生活は望み通りにいかない事もある

- ・ 住み慣れた自宅に戻り、再開当初は多くの関わりに疲れた様子も見られたが、徐々に慣れ笑顔や会話も増えていった。
- ・ 退院して1ヶ月後、『やっぱり家はいいね！』

しかし、徐々に不満も出てくる。。。

課題1. 本人の希望と状態・病状を踏まえた支援方法

- ✓ 手術により胃を全摘したが食欲は旺盛だった
- ✓ 食事に対する希望は多い
 - ・ トロミをつけた水分はイヤ
 - ・ しょっぱい物、辛い物、種類が好き
- ✓ 好きな物ならよく食べる
 - ・ 甘い物、飴、餅が食べたい

好きな物を提供できないと、「もういらぬ」と手を付けないこともあり

担当者会議を実施

「医療面から見た食生活」と「本人の希望」のすり合わせ
→ 食事提供時間を考慮したうえで制限を緩和

その後も食に対する要望が強く、ヘルパーに当たることも多々

- ・ ベッドで寝たきりの生活になることで、より食に対する欲求が強くなったのではないか。
- ・ 食事が一番の楽しみだった（ゆえに要求も強かった）
利用者の要望 = 本人の望む生活

本事例を通じて

- 食事の支援をしながら本人の要望を強く受け止めていた立場から、本人の状況や要望を多職種に伝え、再度すり合わせの機会を持つよう提案できればよかった。
そうすれば、もう少し本人の要望に近い食生活ができたのではないか？

**本人の希望や状態の変化、病状の進行状態にあわせて
何度でも支援方法を検討すべきだったのではないか**

課題2. 他の事業所との連携について

急を要する連絡	➡	ケアマネを通じて連携
身体状況 (水分・食事の摂取、排泄の状況)	➡	確認表を作成、訪問時に記入、確認
生活支援	➡	別のノートを用意、食事内容や生活支援内容を記入、確認

問題となった点

- 独居で寝たきりの方の支援であり、生活面・身体面に関して共有する情報が膨大だった
- 訪問介護だけでも3つの事業所が関わっていたため、通常なら事業所内で完結する事もケアマネジャーを通じて他の事業所に連絡してもらう必要があった
- 医療的な内容は介護職では判断できないため、すべて報告し指示を仰いだ
- 関わる事業所の数および人数が多かったため、報告・連絡の作業に時間を要した

課題2. 他の事業所との連携について

連携についての振り返り

- ✓ 多事業所が関わるケースでの連絡方法
ケアマネ中心に連絡を実施
→ 事業所同士での連絡、相談、調整があっても良かった
- ✓ 医療的な内容の判断について
病状やバイタルに関する身体的な注意点を専門職の方から事前に情報として確認していく必要があった
- ✓ スムーズな情報伝達方法
関わる事業所数や人数を最小限におさえるのも連携をスムーズにする手段

ウ. 大地訪問看護ステーション 宮川（理学療法士）

サービス事業者の立場から②

大地訪問看護ステーション

理学療法士 宮川 恭明

本事例における主な役割

訪問リハビリテーション

（ サービス開始時（H24.3.～）1回／週
退院後（H26.9～）2回／週 ）

関わった時期

平成24年3月：難病の進行に伴い歩行状態が悪化してきたため開始

入院前（～H26.7）

ADLおよび生活状況

- ・独居
- ・ADL： 食事（要セッティングにて自立）
入浴（デイサービス）
更衣（一部介助）
整容（見守り～一部介助）
排泄（自立）
移動（伝い歩き）

ニードおよび目標

- ニード：1人で安全に安心して在宅生活を送れる
- 目標：・身辺動作の維持・向上
・転倒予防
（独居であり介助者がいないため）

問題点

- ・失調により歩行能力の低下があり
転倒リスクが高い

退院後（H26.9～）

ADLおよび生活状況

- ・独居
- ・ADL： 食事（一部介助）
入浴（デイサービス）
更衣（一部介助）
整容（一部介助）
排泄（一部介助）
移動（車椅子）

ニードおよび目標

- ニード：介護サービスを利用して安全に安心して在宅生活を送れる
- 目標：・ADLの維持向上、関節拘縮予防
・独居による不安の軽減、生活意欲の向上
・安全な経口摂取のための環境調整等

問題点

- ・廃用による全身の筋力低下が著明
- ・本人の意欲や内科的な問題もあり、今の生活スタイルの提案が困難

状態変化や身体機能に対する環境設定の情報共有が不十分であった

経口摂取に適したポジショニングの情報共有不足

食事・水分の摂取を考慮したポジショニングの設定ができていれば、情報共有し、それぞれの環境でも安全に経口摂取ができたのではないかと

発熱時の対応や1日の水分摂取量、食事量が低下した時の対応

リハビリ時も水分摂取を促していたが全体でどの程度摂取できていたか情報の取得ができていなかった

身体状況の情報共有の不足

デイサービス・自宅内での車椅子の変更の検討及び提案ができたのではないかと

生活スタイルを確立するのが困難であった

日中傾眠傾向であり、昼夜逆転していた

リハビリ時も傾眠傾向であり積極的な介入が困難な時が多かった

リハビリとしては介助量負担の軽減やADL向上のみを目標に実施していた



本人が誤嚥のリスクが高い食べ物を強く希望していることを情報共有していれば言語聴覚士・歯科医師の評価目的での導入の提案もできていたのではないかと

ケースを通じて・・・

本人の最後にちゃんと
寄り添えたか

本人には好きなものを食べたいという強い
希望があった。誤嚥のリスクが高く、好きな
ものを食べられない状態において、可能性
を模索する個々の専門職としての対応

本人が在宅で生活するにあたり、家
族がなかなか訪問できない状況の
中で、希望や要望、不安等を解決、
解消するためのチーム連携

ケアを実施しているサービス提供事
業者が迅速に情報の伝達ができる
体制作り

エ. 恵光訪問看護ステーション 今西（訪問看護師）

サービス事業者の立場から③

恵光訪問看護ステーション 看護師 今西 美佐子

本事例における主な役割

訪問看護

（バイタルチェック、排便管理、服薬管理、食事支援等）

〔 2回／週 〕

関わった時期

平成26年6月～平成27年2月末

本事例には、平成26年6月25日から平成27年2月26日まで週2回で訪問看護が関わりました。訪問看護の主な役割は、①バイタルサインのチェック、②排便管理、③服薬管理、④食事支援で、その他、陰部洗浄、爪切りなどの保清ケア、褥瘡などのスキンケアも行いました。この事例を通し、訪問看護の立場から利用者の希望を叶えるために必要な多職種連携の課題を考えました。

本人・家族・医療・介護の共通認識

「本人の希望」と「安全性」の両立

✓ **本人の希望に添った生活の質(介護)、生命の質(医療)を両立する方策の協議**

⇒例) 本人の希望は「ラーメンを食べること」

ただし、嚥下障害があるため誤嚥性肺炎のリスクが高い。

肺炎になれば、本人が嫌う点滴が必要になる可能性が高い。

→ 中長期的に考えると「ラーメンを食べる」ことが本人の希望につながるのか？

- ・ 本人を交え医師・介護からなるケアチームで多角的な視座から協議し、共通認識することが必要。

✓ **最期まで家で過ごすのか、本人・家族の希望とケアチームの覚悟**

- ・ 本人は家で過ごすことを希望、兄は何もかもが分からないと言う。

- ・ 介護職には、独居であり、難病とがん末期を併せ持つ利用者の介護に対する不安がある。

→ 介護職が不安なく看取りに取り組めるよう、疾患や看取りに関する情報提供の機会が必要だったのでは？

本人の希望に沿った生活の質（介護）、生命の質（医療）を両立する方策の協議の必要性：一般的には、本人の希望を叶えることが生活の質の向上につながります。しかし、医療者の立場に立った時、それが必ずしも生命の質の向上につながるとは限らない場合があります。例えば、利用者はラーメンを食べることを希望していましたが、誤嚥性肺炎になるリスクが高い状態でした。利用者は、点滴が大嫌いでした。しかし、肺炎になれば、嫌いな点滴を行わなければなりません。訪問看護はこの中庸点を探り、介護職に様々な提案をしましたが、解決できないままジレンマに陥ることがありました。医療と介護の包括ケアを実践していくために今後は、利用者にとってどう支援することが最良なのか、本人を交え医師・介護からなるケアチームで多角的な視座から協議し、共通認識する必要があると考えます。

最期まで家で過ごすのか、本人・家族の希望はどうだったか、ケアチームの覚悟ができていたか：本人は家で過ごしたいと希望していましたが、他県に住む兄は在宅療養に関しては、解らないと言うばかりでした。本人は在宅で一人になる時間が生じるとしても最期まで自宅で過ごしたいのか、兄は何が解らないのか、明確にする機会もなく在宅療養は進んでいきました。また介護職には、独居であり、難病とがん末期を併せ持つ利用者の介護に対する不安があったように感じられました。例えば訪問介護員から利用者の意識がないと訪問看護に連絡があり緊急訪問したところ、眠っていただけということがありました。そこで介護職が不安なく看取りに取り組めるよう、疾患や看取りに関する教育の機会が必要だったと考えます。

多職種・他機関との関係性や役割分担

医療からは疾患、介護からは生活に関する情報提供を

- ✓ 医療職が、介護職に疾患、治療、予後や療養上の注意点を情報提供できていれば、介護職の不安が軽減されたのではないだろうか。
- ✓ 介護職等が、利用者の生活環境や希望等についてより密に情報提供できていれば、より良い医療と介護の包括ケアに繋がったのではないだろうか。

薬剤師による居宅療養管理指導に期待

- ✓ 訪問看護のうち、服薬管理に多大な時間を要した。
- ✓ 服薬管理にかけていた時間を看護ならではの時間に活用できたのでは？

※訪問看護の制度上の課題（医療保険における看護の提供の制限）

- ・同一日に2か所の訪問看護ステーションを利用した場合、いずれか一方の訪問看護の提供には保険が適応されない
- ・看護師による複数名訪問看護加算は週1回しか算定できない

医療からは疾患、介護からは生活に関する情報提供を：利用者は進行する2つの疾患がありました。サービス開始前に医師からケアチームに、疾患、治療、予後や療養上の注意点が共有されていれば、介護職の不安が軽減されたのではと考えます。またケアマネジャーや介護職から医師に、利用者の経済状況や生活環境に関して情報提供があれば、より良い医療と介護の包括ケアに繋がったのではと考えます。

薬剤師による居宅療養管理指導に期待：利用者が利用していた薬局は居宅療養管理指導を行っておらず、訪問看護では服薬管理に多大な時間を要しました。薬剤師による居宅療養管理指導を活用できれば、処方内容や作用・副作用がケアマネジャーに報告されるため、医療と介護を繋ぐパイプが増え、訪問看護は服薬管理にさいていた時間を看護に活用できたと考えます。また、大泉地域の薬局は抗がん剤やオピオイドの種類や量を十分に常備しているとは言えず、処方された薬が速やかに入手しづらい現状です。国民の3人に1人ががんに罹り、2人に1人ががんで死亡する現在において、在宅療養を支障なく送るには抗がん剤やオピオイドを豊富に揃えている薬局も必要と考えます。

訪問看護の制度上の課題（医療保険における看護の提供の制限）：医療保険では同一日に2か所の訪問看護ステーションからサービスを受けると、一方のサービス利用に保険が適応されず、利用者は訪問看護利用料を全額負担し経済的負担が大きいという問題があります。緊急訪問も例外ではありません。介護保険では同様のしほりはないので、医療保険における2か所からの訪問看護提供の制限には改善の余地があると考えます。また、看護師が複数名で訪問した場合、医療保険では週1回しか算定できません。介護保険では週何回でも算定できます。利用者は、終末期になると、胸水貯留や浮腫の増強により自力での体位交換が困難となり、毎回複数名訪問しました。より質の高い訪問看護を提供するために、体位交換・保持が困難となった利用者に複数名で訪問し、安全・安楽・速やかに看護を行う事業所の経営が厳しくなる状況です。介護保険同様になるよう見直していただきたいと考えます。

情報伝達のルートと方法

- ✓ **各種サービス間の直接連絡**
 - ・ 治療方針、介護方針の共通認識があれば…
 - 医師やケアマネジャーを含めたケアチームが双方向に直接連絡をとることができる
- ✓ **一斉メールで情報交換**
 - ・ ケアマネジャーから各事業所への一斉メールは情報共有がスムーズ
- ✓ **各事業所内での情報伝達**
 - ・ 1人の職員に伝えた内容が、その事業者の他の職員に伝達されていなかった事がある
 - 同一事業所内での情報伝達方法も課題

各種サービス間の直接連絡：介護ケアチーム間で連携をとる際、まずはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーからケアチームへの伝達を行っていました。しかし、この方法は、ケアマネジャーにかかる負担が大きいと考えます。医師ならびにケアマネジャーを含めたケアチームが双方向に直接連絡をとることができるようになるには、やはり治療方針・介護方針の共通認識が不可欠であると考えます。

一斉メールで情報交換：ケアマネジャーから各事業所への一斉メールは、同時に多事業所に情報が伝達できるので、情報共有がスムーズでした。

各事業所内での情報伝達：各事業所内での情報共有は十分であったとは言い切れず、一人の介護要員に伝えた内容が他の介護要員に伝わっておらず、同じ内容を何度も伝達しなければならないこともありました。そこで事業所内での情報伝達方法も課題だと考えます。

本事例を通じて学んだこと

- ✓ 本人を中心として医師を含めたケアチームが互いに顔を合わせることの必要性
- ✓ 医療と介護がそれぞれの情報を交換して共有するだけに留まらず、その情報をどう解釈し、何を目標とするのか共通認識することの必要性
- ✓ 速やかにケアチームを構成する全てのスタッフに情報伝達することの必要性

事例を通して訪問看護は、①本人を中心として医師を含めたケアチームが互いに顔を合わせ、②医療と介護がそれぞれの情報を交換して共有するだけに留まらず、その情報をどう解釈し、何を目標とするのか共通認識すること、③速やかにケアチームを構成する全てのスタッフに情報伝達することの必要性を学んだので、今後の多職種連携の参考としていただければ幸いです。

オ. 介護センター健生練馬 田中（サービス担当責任者）

サービス事業者の立場から④

東京保健生活協同組合 介護センター健生練馬
サービス提供責任者 田中 邦彦

本事例における主な役割

夕方の援助(主に夕食の調理)

関わった時期

平成26年9月～:退院日よりサービス開始

他の職種との連携状況について

医師との連携

援助中に山川医師の往診が入ることが多く、その場で指示や助言を受けた

訪問看護との連携

体調不良時、服薬忘れ時 → 緊急携帯に連絡し報告、その場で指示を受けた

水分・食事摂取量、排便の有無等 → 連絡ノートを通じて情報共有

ケアマネ、介護職との連携

皮膚の状況、発熱時の対応、食事の調理方法等 → 主にメールで情報共有、意見交換

メールのメリット: 担当者が不在でも確実に情報が伝わる(電話やFAXとの違い)

課題1. 本人が本当に食べたい物を提供できなかった

食事に関する制限が多い中、
本人の嗜好や要望（お菓子、ラーメン等）が多い

要望の多くは**誤嚥の危険性が高い**

安全を最優先

本当に食べたいものを提供できなかった

ヘルパーに対する不満や暴言が増えた
（本来は穏やかな性格）

調理方法を工夫することで、嚥下障害やターミナルの方でも最後まで本人が
食べたい物を提供できれば良かったのではないかな？

課題2. ヘルパー不足のため訪問時間が不安定になった

担当ヘルパーが休みの場合は、
代行ヘルパーが別の時間帯に訪問することがあった

毎日同じ時間に訪問できないことで、
本人や家族に迷惑をかけてしまった

介護職員の人材不足は各事業所の課題であり**地域の課題**

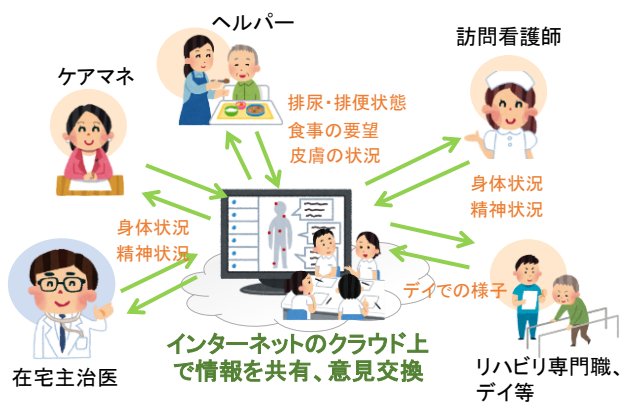
大泉地域の訪問介護事業所の連絡会（でじい〜る会）

- ✓ 情報交換や勉強会、登録ヘルパーの斡旋、利用者の紹介などを実施
- ✓ 大泉地域のヘルパー不足解消やヘルパーの質の向上に取り組んでいる

課題3. 多職種との連携

今回のケースでは、メールを利用することで訪問介護の事業所との情報共有を図ることができた。

しかし、今後は一部の事業所同士だけではなく、地域の多事業所がICTで繋がるのが理想だと思う。



より質の高い地域包括ケアシステムの構築へ

カ. ソーシャル・サポート大泉 佐川（サービス担当責任者）

サービス事業者の立場から⑤

ソーシャル・サポート大泉

サービス提供責任者 佐川 友子

本事例における主な役割

夜間の定期訪問

（オムツ交換、水分補給、室内環境整備）

（ 開始時 3回／日（21, 1, 4時）
H26.11～ 2回／日（22, 5時） ）

関わった時期

平成26年9月～平成27年2月末

サービス内容(1)

オムツ交換、陰部、洗浄・清拭(清潔保持)

- ✓ 排泄物で体内状況の変化を確認
- ✓ 発赤の確認(褥瘡予防)

☆9月～12月頃までは本人もとても協力的で、サイドレールにつかまり体位を保持してくれた。

水分補給

- ✓ 1月～2月にかけて徐々に困難になる。
- ✓ 目を覚ましてもらう事、本人の意思がある事
- ✓ 一番時間を費やした水分補給

サービス内容(2)

室内環境

- ✓ エアコンの設定温度
 - ✓ 着衣
 - ✓ 加湿
- } 確認

※ 平成26年12月30日 発熱 37.7℃(22時), 37.5℃(5時)
エアコン26℃、着衣(シャカシャカズボン)きつめ 毛布、掛布団
風邪の症状(-)、発汗(+)
対応: 体拭後更衣。水分補給(ポカリ180cc程度)、加湿(濡れタオル)。
当日の朝、ケアマネに報告～訪問看護に連絡を入れてもらう。
恐らくこもり熱ではないのか?との事。

緊急時対応の確認

- ✓ 症状により訪問看護、ケアマネ、山川先生との連携体勢をとる。
- ✓ 日中であればすぐに連絡をとるが、深夜だと連絡すべきか迷う。

本事例を振り返って

反省すべき事

- ✓ 他の事業所との連携不足であった事
- ✓ 全ての連携をケアマネに頼った事

考えさせられた事

- ✓ 穏やかな方で感謝の気持ちと笑顔のある方で辛いとか苦しいとか言わず、いつも「大丈夫」と言って帰る時は「ありがとう」の言葉を言ってくださった。声を出すのも辛い状況の時でも指で「ありがとう」のサイン。今でも心に残る方でした。

キ. デイサービスゆとりな 野崎（相談員）

サービス事業者の立場から⑥

デイサービスゆとりな 生活相談員 野崎 智絵

本事例における主な役割

通所介護（入浴、夕食含む） 週2回

関わった時期

平成26年9月～：退院日よりサービス開始

経過

平成26年9月 5～7時間で通所開始（入浴サービス）
平成26年11月 7～9時間で通所開始（入浴サービス、夕食提供）
平成27年2月 入院のため利用中止

他の職種との連携状況について

【ケアマネ】

他の事業者から発信された内容の一部を情報共有 ⇄ 報告

【訪問介護・訪問看護】

連絡ノートを共有、水分・食事摂取量・排便

サービス中のK氏について

- 基本的にはガマン強く、スタッフへは感謝の声かけを欠かさず行っていた
- 涙もろいところ、さみしがりなことがあった
- めまい等があり、午前中は特に強く、ほとんど静養していた
- 傾眠、睡眠中は特有の大きないびきのように喉をならす音があり、また無呼吸状態になる事があった
- バイタル測定（サチュレーション含む）がK氏の状態（手足末梢の冷感等）により測定ができない事が多々あった
- お食事はしっかり召し上がり、お味噌汁、スープを好んでいらした

個別対応でおこなったこと

- K氏の状態やバイタルに合わせて、食事、移動、排泄、入浴等のサービスを行った
- バイタル測定を定期的に行うよう、看護師を相談しながら対応した
- 傾眠、睡眠中は見守れる場所で過ごしていただいた
- 水分摂取の促しをおこない、共有の連絡表に記録をした

その他

- 長い時間を過ごして頂くため、1日の様子が観察しやすいが、他の職種とはまた違う職員との距離間があったのではないかと
- K氏の強い欲求に対しての葛藤が大きかった、この位はいいのでは・・・

本事例を通じて学んだこと

- バイタル測定の必要性を再確認、数値をみる、その方のいつもの状態って？
- K氏の意志、『いきる』事についてあきらめていない『行動』『言動』について、介護職としてどう寄り添うか？
- 身体介護について改めて内部研修をおこなった

課題として残った事

- K氏の意志、希望、『いきる』事についての『行動』『言動』に対して、介護職として寄り添えていたか？
- 事業者として自身に必要な情報を、自らもう一步踏み込んで得る、学ぶ
- ケアマネ頼みでなく、一事業所として自立し、他の事業者と相談、連絡等を行う横の関係を自ら築く必要性
- 医療者に対し医療的な迷い、相談事を自ら発信できる事業者
- 介護職から見た、介護職としての意見や見解をきちんと述べていける

ク. ケアプランゆとりな 野崎（ケアマネジャー）

サービス事業者の立場から⑦

ケアプランゆとりな ケアマネジャー 野崎 武

本事例における主な役割

- ✓ 8事業所、13機関の連絡・調整
- ✓ オムツの補充、調整
- ✓ 入退院の調整
- ✓ 障害支援の調整

関わった時期

平成23年9月～
自宅で起き上がりが出来なくなったことをきっかけに、包括支援センターから連絡あり

本事例における4つのキーワード

独居 難病 末期がん 低所得

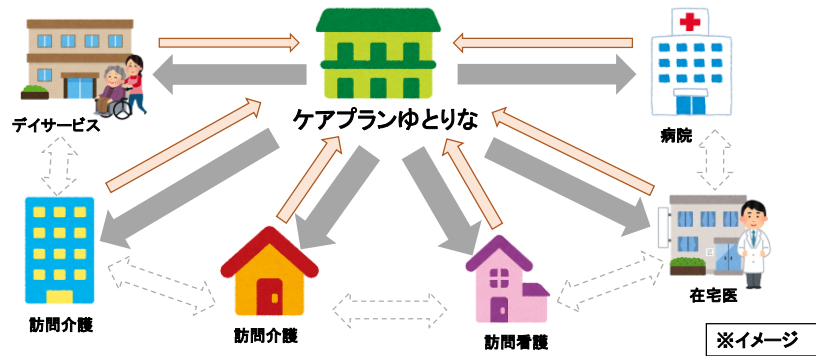
本事例におけるケアマネジャー役割として、8事業所13機関の連絡・調整、その他、入退院の調整、障害者総合支援のサービス調整等があり、大変多忙な事例でした。本事例は、独居で、難病、更には癌の発症、生活保護ではなく低所得者という点においても様々な課題がありました。今回の発表においては、その中でも主に多職種連携について説明させていただきます。

課題1-1. 多数の事業所との連絡調整

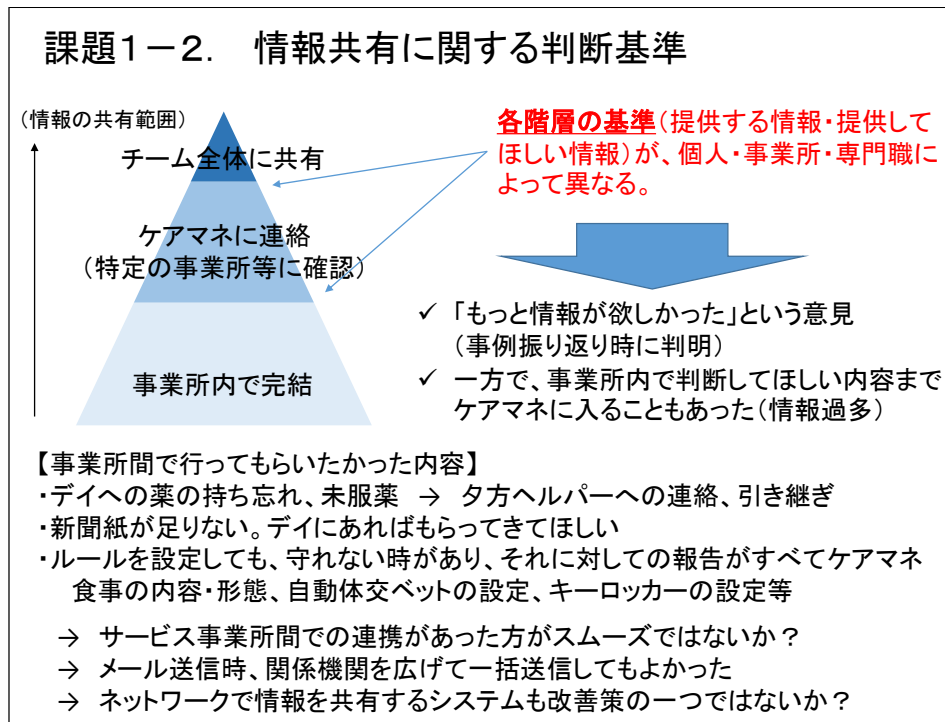
情報共有

訪問介護3事業所、訪問看護2事業所、通所介護2事業所、福祉用具、本所、支所、障害支援係、在宅医、病院医 ⇒ 合計13機関

- ・各事業所からの情報はケアマネに集約される(多大な情報量)
- ・ケアマネから各事業所への情報共有はケアマネの裁量で実施



多数の事業所との連携について、訪問介護が3か所、通所が2か所、訪問看護が2か所と複数存在しております。なぜ?と思われる方もいるかと思いますが、これに関してはいろいろな経緯があつての事でした。連携する事業所数が多くなると、単純に情報量はそれだけ通常の場合より多くなります。



こうした状況の中、多数の情報の選別、スクリーニングをケアマネジャーが裁量で行います。これは訪問看護事業所だけに伝えよう、これは全体に周知しようなどです。その中で課題になったのが、事業所内で完結してほしい事、サービス事業所間で連携・共有してもらいたい事も多々あったことです。連絡ノートが十分に機能してない事も課題に上がりました。また、今回の事例検討会の準備を進める中で出た事ですが、こういった情報も共有したかったという意見もありました。連絡手段として、メールを活用していましたが、選別の幅を広げて、一括送信すればよかったのかも、と思う事も今回学びました。ICTの活用もそのひとつと考えています。

課題2. 他の職種との連携

ケアマネジャーが間に入り対応する事も欠かせないが、緊急時の対応等、現場の状況報告含め、チーム間の連携も必要ではないか？

場面例) 介護職が、ちょっとした状態変化や医療的な事で判断できない場合
例 ・解熱剤が処方されているが平熱が低く飲ませるべきか迷う
・数値を決めても発熱なのかこもり熱なのか迷う

<介護職の思い>

- ・医学的判断の必要性が否定できない場合、自分の判断のみで問題ないかどうかの自信が持てず、相談しないと不安
- ・相談した結果、医学的判断は必要ない場合に医療職等に迷惑をかけてしまう

<医療職の思い>

- ・緊急性のない基本的なことに関しては介護職に現場で判断してもらいたい

- ・介護職の職制と求められるもの ⇒ 観察力・情報伝達能力
現場での状況判断について、どこからが医療的判断という線引きも難しい。
しかし、どこかで介護職も判断をしているポイントもある。
⇒ 現場で判断に迷う、ヘルパーの抱える不安
境界の部分について共有・相談出来る関係性の構築は出来ないか？
両者が負担なく連携が出来る関係性の構築と仕組み作りは？

顔の見える関係から物が言える関係へ

他の職種との連携について、ケアマネジャーが間に入り連絡調整する事もっともですが、チーム間の連携も欠かせない事だと考えます。そのチームをうまく作るのもケアマネジャーの務めとは思いますが、今回はそれが上手く出来てなかったかもしれない、と反省しています。実際に、医療職と介護職との思いにズレが生じているのかな、といった事もあります。医療と介護の連携は命題です。介護職の職制として、介護職は医療的判断が出来ないということが原則です。しかし、どこからが医療的な判断なのか？ひょっとしたら日常の支援において、ヘルパーさんが判断している場面が結構あるのではないかと思います。僕自身、ヘルパーからケアマネジャーになったので、現場で判断に迷うヘルパーさんの気持ち分ります。サービス提供責任者の方は迷ったら何でも連絡して下さいが原則だと思います。そして、サービス提供責任者の人は何かあったら何でもケアマネジャーに相談すればいいということも原則だと思います。しかし、それには限界もあると思いますし、それではチームとしての機能も果たしていません。現場の状況などを伝えるにはケアマネジャーを経由しない方が伝わる事も多々あります。

そこで求められるのが、ヘルパーさんの観察力、情報伝達能力です。また、このどこからが医療的判断なのかという境界的な場面で迷うヘルパーさんが、どうすれば医療職の方に、怖がらず、遠慮せず、相談できるか、そしてそれを両者にとって負担なく出来る関係性を築くにはどうしたらよいか、というのが課題のポイントと考えます。山川先生のように、ヘルパーさんの声に耳を傾けて下さる先生もいらっしゃいます。医療職の方が、介護職に一步寄り添って来てくれている事は強く感じます。介護職の人にも一步踏み込んで、物が言える関係になればと思います。僕自身、先生に怒られた経験もあります。怒られても向き合えば作れる関係性もあります。トライ・アンド・エラーだと思います。介護職の方も職制・職務を理解して業務を行って頂く事を期待します。

課題3. 本人の意思の尊重

- | | |
|-------------|--|
| 退
院
時 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 認知症せん妄あり ✓ 抗がん剤治療中（本人継続希望も翌日には飲んでいない事覚えてない） ✓ 独居 ✓ 自宅に帰りたかどうか、本人の気持ちは揺れていた
判断については「任せるよ」（家族も同様に見えない不安で「解らない」「任せる」と返答）
→イメージできない
→自宅「不安」、病院は「安心」との発言もあり
→遠い施設も仕方ないとの発言もあり ✓ 病院より寝返りも出来ない。体調も不安定、トイレ多い → 施設等が望ましい ✓ 介護施設 → 老健（服薬が引っかけり）×
→ 有料ホーム（お金がない）× ✓ 療養型の病院 → 抗がん剤治療止めるなら◎ ✓ 治療をするという主旨の問題で病院がひっきり見つけられない。緩和ケアなら◎ ✓ 治療をするなら在宅◎ ✓ 入院中、要介護3（当時は障害支援の上積みは頭になかった） |
|-------------|--|

・ 本人は在宅に帰りたい

- ・ 在宅療養中の**医学管理**は山川先生がいつでも対応
- ・ **バックベッド**は川満外科が用意
- ・ **介護サービス**は障害者総合支援法に基づくサービスを併用
- ・ 何かあれば、**来てくれる親族**（兄）がいる（新潟県）

ケアマネとして、
**自宅に帰ることが
可能と判断**

退院時にも様々な障壁がありました。入院していた病院から在宅は難しいと言われました。しかし施設の受け入れ先も見つからない。そんな中で山川先生は「100%フォローする」と言って頂きました。訪問さんも同法人の病院をバックベットの提案して頂きました。いろいろ試案する中で区分変更を行い、障害者総合支援法に基づくサービスの活用という考えも出てきました。これなら在宅で見れるかな、とケアマネとして判断し、本人に提案、了承され退院となりました。

今回の事例を振り返って、支援するチーム内で「在宅で看るといふ思い」のちょっとしたズレに気付きました。先生は「最後はみんな家で迎えたいに違いない。そういった人たちを支えたい。」という強い思いがありました。ヘルパーさんは家に帰るなら好きな物を食べさせたいという思いがありました。ケアマネジャーである僕個人としては、家に帰るならただ家に一人で居るのでなく、通い慣れたデイサービスに行きたい、これまでの慣れたヘルパーさん達に囲まれて生活を送りたい、という本人の希望を出る限り計画に落とし込みました。Kさんのエピソードとして、最初に難病が見つかった平成23年10月、病院から帰るKさんに偶然会いました。そしたら彼は、笑いながら指でバツテンをしました。笑いながらです。僕のKさんの支援はそこから始まりました。ケアマネジャーとして失格かもしれませんが、彼の人柄に惹かれ、可能な限りの支援をしようと思いました。そして亡くなる2日前に病院に行った時、片言で「ありがとね」とまた笑いながら言って頂きました。いろいろと反省する事もありましたが、Kさんにとって良い支援が出来たかなと思っています。今回、事例を振り返り様々な気づきを頂きました。今後のケアマネジャー業、介護業務に活かしていきたいと思っています。

(3) 参加者の声（一部抜粋）

- ・このように多職種、多事業所が関わった事例のお話を聞くのは初めてだった。それぞれの立場から意見交換・情報交換をしながら一人の「人」を「その人らしく過ごせるよう」支えていくことの素晴らしさに気づくことができた。
- ・退院された後、このような介護をされたのだとわかり、退院支援のあり方を考えさせられた。時間をとって関わるスタッフ皆さんに情報提供をするように努力したいと思う。いろいろな職種が、その立場からの意見、反省点を話していただき、とても良く分かった。このケースだけでなく、今後の課題だと思う。
- ・事例と同じ難病と向き合っている利用者への支援をしている。歩行障害、ADL低下が一段進んだ状況であり、今後の病状進展、多職種連携にあたり、必要な事など、参考になった。在宅看取りはみえてこないが、ご本人、ご家族の思いに沿った支援をしていきたい。
- ・各専門職の反省点を見ると専門分野が違うので当然とは思いますが、反省している切り口に食い違いがあって、その食い違いがあること自体を知ることが出来たことも一つの成功であろうと思う。
- ・自身の事業所の課題を考えさせられました。連携に関して、所内での限界もあり、非常に難しい問題。各事業所の問題点、情報の共有の必要性、本人の希望に寄り添って関わる人達が同じ気持、方向性で関わることの大変さは、どこも一緒なのだと感じ再確認できた。
- ・事例を通して、関わった皆さんが患者さんを思う気持ちに変わりはなくそれぞれに良いサービスを心がけて来たこと、また、今まで自分たちも常に感じてきた連携不足による不完全燃焼感についても理解できた。各自の誠意、熱意がお互いに共有できることはより良いケアを提供する基本であると考えられる。今回の皆様のふり返りを聞き、これから苦手意識を持たずになんでも伝え相談できたらと思った。

事例2. 認知症の方の看取りについて考える

(1) 事例概要

対象地区：光が丘地区

開催日：平成27年9月10日

コーディネーターおよびパネリスト

- ・さんくりにつく 内田様（医師）
- ・小規模多機能型居宅介護たがらの家 青木様（代表取締役）
- ・小規模多機能型居宅介護たがらの家 油山様（管理者）
- ・事例の家族 F様（夫）

基本情報：69歳（享年） 女性 要介護5 夫婦2人暮らし

主病名：若年性アルツハイマー型認知症

既往歴：57歳時、自転車での検針ルートが不安になり、永年務めていたガス会社検針員の仕事を退職。病院を受診し、若年性アルツハイマー型認知症と診断。62歳時、見当識障害が顕著となり介護保険申請（要介護2）。その後も徘徊や介護に抵抗する等の周辺症状（BPSD）がみられ、63歳時に要介護4、65歳時に要介護5と区分変更を行いながら、小規模多機能型居宅介護を利用しつつ自宅にて夫婦で生活。

本事例の特徴：本事例は、夫婦2人暮らしでの認知症の在宅療養を支える上で、小規模多機能型居宅介護と認知症専門医が大きな役割を果たした事例である。小規模多機能型居宅介護を活用することで、日中の介護力が確保され、事例の夫は仕事を続けることができ、また、精神的なサポートも受けることができた。さらに、事例や夫と親身に向き合ってくれる信頼できる医師の存在により、最後まで自宅にて夫婦2人で生活を続け、自宅での看取りに至った。

本事例を取り上げた理由：認知症の在宅療養において、本人と同居し介護を担う家族の存在は重要である。13年間自宅で介護を行い看取ったご家族の話（言葉）を通じ、認知症の方の在宅療養・在宅看取りについて考えるとともに、専門職として本人や家族と信頼関係を築くことの重要性、また、小規模多機能型居宅介護についての理解を深めることを目的とした。

キーワード：認知症 家族 医師との信頼関係 小規模多機能型居宅介護

(2) 発表内容

ア. さんくりにつく 内田（医師）

事例検討

若年性認知症の方の看取りについて考える

医療法人社団重陽 さんくりにつく
内田 義之

故FKさん

S20年8月1日生 H27年1月20日歿 享年69歳

女性 検針員 団地在住 夫との2人生活

今回の事例検討会の開催にあたって

Sさんは、13年間に渡り若年認知症の奥様を在宅で介護し、最期は自宅で家族とともに看取られました。

ご自身の経験が、「医療や介護の専門職の方たちの役に立つならば」と、奥様のお話やお写真を快く提供していただき、また登壇していただけることを、事例検討会関係者一同、感謝しております。

56歳時

検針のルートが不安になり、仕事を辞める。K病院を受診し、若年性アルツハイマー型認知症との診断。

60歳時

Rセンター受診し、ドネペジル塩酸塩5mg内服開始。この後は近医にて経過を追う。

62歳時

失見当識が顕著となり、介護保険申請。要介護度2(Ⅲa)。身長155cm、体重42.5kg。

昼夜逆転、排せつに関する行動のまとまりのつかない様子が出てくる。認知症デイを利用開始する。

62歳時

近所に小規模多機能施設ができたことを機会に利用開始する。夫は仕事を持っていたため、週に6回の通所サービスを利用。利用開始後、入浴に対する拒否・便器で手を洗うなどの行動がみられるようになってきていた。

同年、Rセンターにて再検査施行。前頭葉の顕著な萎縮がみられる所見。ドネペジル塩酸塩10mgへ変更。更衣への強い拒否・他者と自分の区別がつかない行動をするようになる。一時は幻視もあった。しかし、ドネペジル塩酸塩による消化器症状の副作用が強く、減量せざるをえなかった。介護保険区分変更を行い、要介護4(Ⅲb)へ変更。

主治医を認知症専門医へ変更。抑肝散・ニセルゴリン5mg追加。このころより、徘徊出現。福祉サービスとして徘徊SOSネットワーク・GPSを利用。家から出ていくことにより、家族の疲労も蓄積していった。同年末には夫と同乗していた車より、夫のいない間に行方不明となる。38時間歩き続け、板橋区のコンビニの前で保護。保護時はポケットに便を紙で包んだものが入っていた。

62～65歳

排せつのケアが多くなり、家族の悩みも大きくなる。時にはタバコの吸い殻を食べてしまうこともあり、抑肝散中止。

65～67歳

自立歩行が何とかできる程度へADLが低下。日中も傾眠傾向となり、自発性が低下し、発語が消失。会話ができなくなり、身体的なケア増加。要介護5。

68歳

Rセンターにて認知症末期の診断。「内科医と連携し、身体のフォローを行い、看取りに向けての準備を行う必要がある。」

食事もムセがひどく、嚥下障害を呈す。誤嚥の防止のため、トロミをつけ、食形態の変更をするが、食事時間の延長や夜間の嘔吐を繰り返すようになる。(wt30kg)

右前頭葉萎縮の為、体幹の傾きや歩行機能の著しい低下が認められる。安楽な体位を確保する目的でベッド・車いす・手すりをレンタル開始。→訪問診療を検討するが、費用面で先送り。

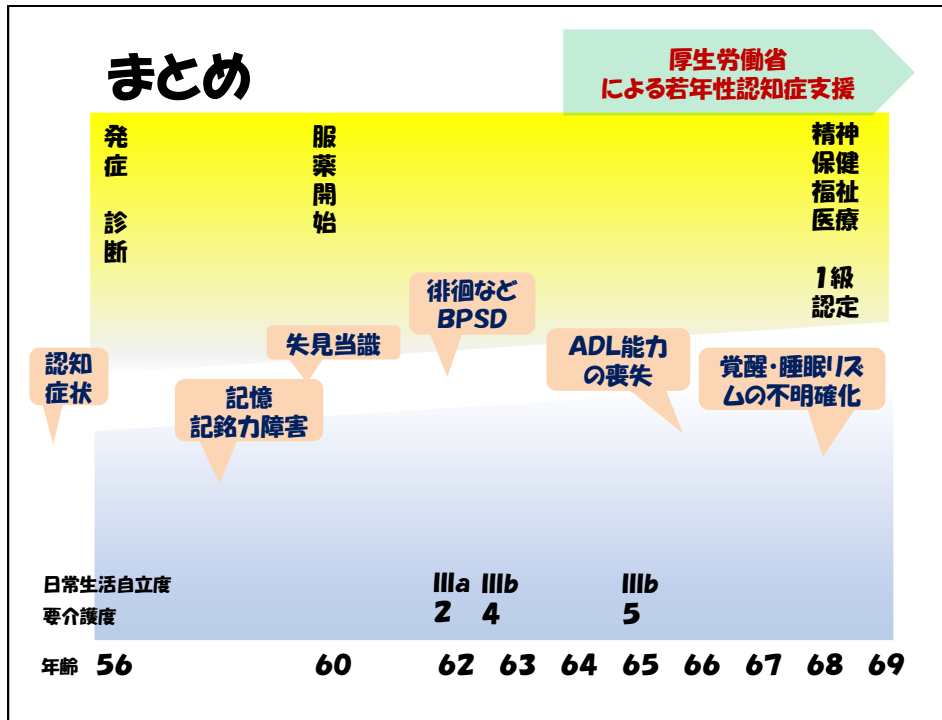
69歳

精神保健福祉手帳申請、1級の認定(26年8月)。自立支援医療の申請を行う(10月)。

下痢・嘔吐がひどく、腸炎の診断にてH病院入院。体の機能を随意的に動かせる時間が減少。水分摂取もできる時と全く反応をしない時が出てくる(11月)。

⇒訪問診療の介入を決断

看取りへの場面(12月～27年1月)



若年性認知症者の支援

平成21年4月

1. 自立支援医療による健康保険の自己負担軽減等の医療支援
2. 精神障害者保健福祉手帳の取得による支援
3. 障害基礎年金等による経済的な支援
4. 就労移行支援事業や就労継続支援事業等の日中活動、行動支援等の訪問、ケアホーム等の居住等障害福祉サービスによる支援
5. 障害者雇用率への算定、障害者雇用納付金制度に基づく助成金の支給、職業リハビリテーションサービス等障害者雇用施策による支援
6. 40歳以上の若年性認知症者に対する認知症専用のティサービスやグループホーム等のサービスを提供する介護保険サービスによる支援

イ. 小規模多機能型居宅介護たがらの家 青木（代表取締役）

小規模多機能型居宅介護の仕組み

-家族が在宅で認知症の
利用者を看取る過程での小規模多機能のあり方(一考)-

小規模多機能型居宅介護 たがらの家・しゃくじいの庭

有)アオキトウワン

代表 青木伸吾

小規模多機能の基準と居宅介護支援の比較

要件	居宅介護支援	小規模多機能支援
登録者基準		25名～29名
通い人数		15名～18名:何時間、何時からでも、
宿泊者数		5名～9名:何日間、緊急時にも、
訪問		何人(一日)、何分、何時からでも、
アセスメント	各事業所で工夫+支援者会議	全職員(管理者、CM)+支援者会議
ケアプラン	35人/1人のケアマネジャー(CM)	25人(練馬区平均17人)/1人のCM
費用負担	従量請求(利用した分)	包括請求(要介護度別に定額)
支援の量	要介護度別に上限がある	無制限(ニーズの調整限度内)
支援の種別	①計画作成 ②訪問介護(24h) ③通所介護(認知症対応)、リハ ④短期宿泊 ⑤訪問入浴 ⑥訪問(療養管理) 医療、リハ、看護、薬剤 ⑦福祉用具 ⑧住宅改修	①訪問(療養管理) 医療、リハ、看護、薬剤 ②福祉用具 ③住宅改修
チーム生成	CM(代替者)のリーダーシップによる	全職員のチームケア意識による

引用資料



小規模多機能型居宅介護とは

介護が必要になっても、住み慣れたご自宅で安心して生活が続けられるように、「通い」を中心に利用者の状況や希望に応じて、随時「訪問」「宿泊」のサービスを組み合わせ利用できるサービスです。

少人数の登録制のサービスなので、他の利用者や事業所のスタッフと顔なじみの関係が築けます。「通い」「訪問」「宿泊」のどのサービスもなじみの顔のスタッフが対応してくれるので安心です。「通い」で顔なじみになった事業所の職員が随時「訪問」「宿泊」にも対応してくれます。認知症の方など環境の変化に不安を感じる高齢者の方に特に最適です。状況を把握している職員が対応してくれるので、家族も、利用者も安心です。

●平成28年4月から「地域密着型通所介護」が創設される予定です。

引用文からの用語抜粋と解釈

抜粋 文章と用語	解釈
住み慣れたご自宅での安心	全職員が、利用者と家族の生活のようすを知る
〃 …生活が続けられる	家族の生活も分断しない往来を支援できる
利用者の状況に応じる	全職員が連携情報を共有する
利用者の希望に応じる	全職員との会話を活かすアセスメントが可能
随時…サービスの組み合わせる	5W1Hを柔軟に活かした対応をする
少人数である	施設と同じ1:3以上の配置基準をする
登録制である	特定利用者・家族との深い関わりをする
他の利用者と同顔なじみである	利用者・家族の相互扶助を演出をする
スタッフと同顔なじみである	認知症の方へも「顔」「声」で繋がる
認知症の方の環境の変化に不安に対応する	往来の場面は2つ、環境もなじみの継続がある
状況を把握するスタッフがいる	チームケアの生成を容易にする
家族も利用者も安心できる支援	家族あつての利用者視点を活かす

ご家族が在宅で認知症の
利用者を看取る過程での小規模多機能のあり方



それぞれの支援と連携の過程（時間）と場面（空間）にある
登場人物の役割、情報の質と量、対応の柔軟性・機動性を
マネジメントして、本人と家族の心情に「つながる（逝去後も）」



チーム（本人・家族・専門職・インフォーマル）ケアの実践

※このあとの、ご家族体験談への一助として

ウ. 小規模多機能型居宅介護たがらの家 油山（管理者）

認知症の人の終末期を 「チームで支える」ということ

（有）アオキトウワン
小規模多機能型居宅介護 たがらの家
管理者・計画作成担当者

油山敬子

平成21年5月（63歳）

K子さん）『私、トイレが近くて本当に困っているんです。申し訳ありません。』 食事中も同席している他利用者に不安訴え、トイレと席を往復する（30回／日）。

（ 固執強い
尿意あいまい
フタの上に着座・ズボン着用のまま着座するのみ ）

被害妄想、取り繕い、介護に抵抗は相変わらずの状態。

平成21年7月（63歳）

夫）「トイレに上手く誘導する知恵を貸して欲しい。」

平成22年2月（64歳）

自宅でも落ち着かずウロウロ。
布団ではなく、行き倒れ状態で床で寝ることが多くなる。
トイレ介助時に抵抗が増える。

「家で歯磨きなんかできる訳ないじゃない！汚れ？
ここで磨いてもらうまで、そのまま。」

平成22年4月（64歳）

「もう、どうにでもなれ！...って感じ。」

平成22年5月（64歳）

「何事も拒否される。着替えが特に困難。」

「いい着替え方法は？」

平成22年8月（65歳）

「ひとりの時間が欲しいと思う時がある。
日曜日、24時間一緒にいると首絞めそうになる。
今はそれが一番辛い。」

「以前は仕事が気分転換になっていたけど、最近はダメ。」

平成22年8月（65歳）

「お母さんは私の“つかえ棒”だから。お母さんがいなくなったら、こっちがバタバタとおかしくなっちゃうと思うから...施設とか考えられないんだ。」

「もう私では看られないのかなあ...。
皆からも特養に申し込めって言われるし。」

「今の生活をまだ続けたい。出来るはずと思っているけれど。」

平成24年9月（67歳）

Rセンター もの忘れ外来 受診

認知症末期であること、延命や胃ろう、今後の準備・心構えについて説明

医師）

「これまでの関わりに何も間違いがなかったと思います。」

「病気の段階として、末期のどのような程度で、覚悟とか、心構えとか知りたい。」

医師）

「末期は末期。10段階で9とか8とかの段階。9は寝たきり、全く発語なしだから違うと思う。でも、8でもないといったところか。独居老人や身内のない人などは身辺整理や資産などの分配をする時期だと思う。」

平成25年2月（67歳）

「先生にも“7割の力でいい”とアドバイスもらっている。今まで通りでいいとも言われ認められた思い。たがらの家で教えてもらった『自助・公助・共助』の意味を実感する。」

平成25年3月(67歳)	自宅玄関から駐車場までの歩行移動が困難になる。
平成25年4月(67歳)	常に傾眠状態で発語がほとんどなくなり、会話は不可能になる。
平成25年6月(67歳)	嚥下機能が低下。
平成25年11月(68歳)	ベッド・ベッド付属品 レンタル開始。
平成26年11月(69歳)	昼食以外はベッド臥床。嚥下困難、咽せ頻回。

平成26年11月(69歳)	11/22 カンファレンス実施 『現状と今後の経過と対応、訪問診療導入の必要性について』夫との認識を共有。
平成26年12月(69歳)	さんくりにつく訪問診療開始 ➤ 食事のタイミングを見計らいながら、無理をしないで食べたい物(食べさせた物)を食べてもらえばよい。 ➤ 食べられない場合は無理に食べさせなくてよい。 <i>「迷っていたけれど、今日のようにお話を聞いて、一緒にやってもらえるんだと思ったら安心した。本当によかった。相談に乗って下さいね。」</i> <i>「お粥用の鍋を買った。お母さん用の新しい食器も買った。」</i>

平成27年1月（69歳） 1/5 内田先生訪問診療

体温39°C台。血圧=触診にて80程度。
皮下点滴開始。シプロフロキサシン200mg×2錠 朝1回。O2=3ℓ/分。

「こんなことになって...。皆にも迷惑掛けてしまうから、入院もあったのかなあ。」

余命は概ね10日～2週間程度ではないかと相互確認する。

長男)「14日迄は午後から仕事に行けばいいように調整した。
協力出来る。」

「よし！腹決めよう！うちだ！」

家族間で勤務調整。在宅看取りの決断をする。

平成27年1月（69歳）

(1/8)

内田先生)

「皮下点滴をいつまで続けるか。家族介護力は大丈夫か？」

長男)「父さん、ボロボロ。寝ていないから心配。
弟も協力してくれないと困る。」

次男)「無理だよ...。申し訳ないけど、仕事休めない。」

(1/9)

内田先生より経口摂取の提案あり、お粥数口食べる。

平成27年1月（69歳）

「疲れた。テンション下がる。お母さんは何となく安定している感じだけど、こっちが幕を引きたくなってきたよ。」

「お母さんのお世話終わった？
じゃあ次は家族ケアの時間だね！はい、座って！」

平成27年1月（69歳）

(1/14)

健康長寿医療センター主治医が来訪。

「いつもK子さんと“次の予約の時まで元気に頑張って、また先生に会いに来ようね！”と励みにしてきました。本当に来て下さるなんて感激。もう心残りありません。」

(1/17)

家族と一緒に洗髪。

(1/18)

おむつ交換やケアを家族と共に行う。

「K子さんは幸せ者だ。病院じゃこんなふうには色々してやれないもんね。」

「ひとりでいると色々考えちゃってね。こうして人が来てくれるとホッとする。」

平成27年1月（69歳）

(1/19)

夜間～1/20朝は長男・次男が状態見守りする。

家族の勤務調整つかず、たがらの家が9:00～17:00
訪問にて見守りする。

(1/20)

家族の勤務調整つかず、たがらの家が9:00～12:00
訪問にて見守りする。

平成27年1月（69歳）

1/20 15:47

夫・次男の在宅時に呼吸停止。

さんくりにつく、たがらの家に連絡入る。

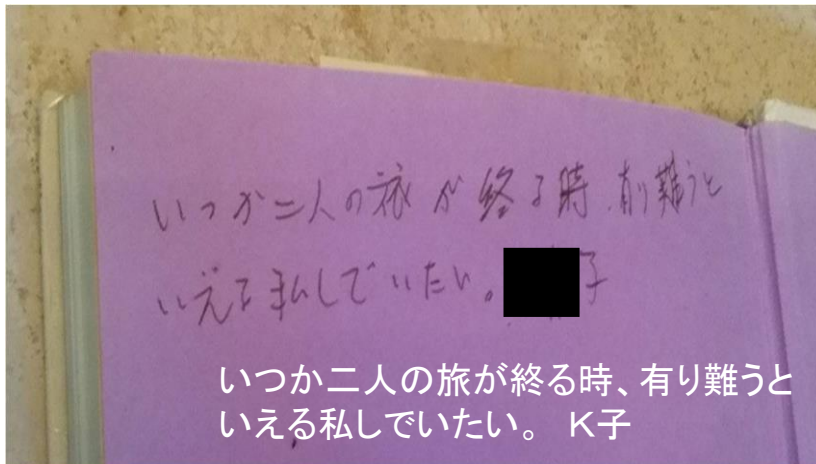
内田先生により死亡確認。

家族(夫、長男、次男夫婦、孫3名、実姉)、たがらの家の職員にてエンゼルケア。

平成27年2月 グリーフケア

「私の悪口ばかり書いてあるけど、見てくれる？」
と認知症初期の頃の日記を出す。

ノートの部分ではない、一番後ろのページに残されていたK子さんの夫への感謝のメッセージ



(3) 参加者の声（一部抜粋）

- ・実際にご家族を介護されてきたご主人がお話をしてくださった事で、ご家族の思いがよく分かった。専門職のみでなく、これからはご本人、ご家族がこういう場で発言されることが、更に地域の医療・介護の連携につながるのではと感じる。
- ・長年介護をされてこられたご家族の想いを直接聞くことが出来た。ケアマネジャーとして専門職としての意見・提案が時として本人、家族の意向と合わない時がある。しかし「最後まで付き合ってくれた」とご主人の気持ちを聞き、そのことを忘れず支援を行っていく事の大切さを痛感した。
- ・本人の病状を知ること大切ですが、介護をしている方の現実が実感されている気持ちを周りの専門職がどれだけ受け止められるかの人間力が求められると感じた。家族が元気で支えられるサポートがあれば本人も支えられると思った。それがわかったのがとても良かった。
- ・医療の立場なので、ケアに関する知識が乏しく、日常業務（特に医師往診同行等）において各施設を訪問する機会はあるものの、入居者やスタッフ等の関わりも限定されている。今日のような介護の現場をこと細かに知ることで、今後の業務に対する取組も改善されればと思う。
- ・ご家族への支援という視点において、介護事業者だけではなく今回のケースにおいて医療との接点が大きき役割を果たしていたということを感じた。それぞれの専門性を活かし、相互に作用していくことが大切だと感じる事ができた。
- ・多職種のグループディスカッションの意見に対して実際に介護されたご家族の話を聞くことで、自分たちの役割の重要性を確認できた。
- ・患者ご家族のお話も伺え、医療従事者目線とは違ったご意見が聞け、非常に良かったです。ご家族のケアの重要性に改めて気づかされました。
- ・いろいろな職種の方からの意見をお聞きすることが出来とても参考になりました。

事例3. 長期在宅療養の事例：在宅医と病院の連携

(1) 事例概要

対象地区：練馬地区

開催日：平成27年11月19日

講師

- ・練馬総合病院 栗原様（医師）
- ・よしだ内科クリニック 吉田様（医師）

基本情報：76歳 男性 夫婦2人暮らし（家族は近所に住んでいる）

主病名：くも膜下出血後遺症 胆嚢炎・胆管炎

既往歴：54歳時、くも膜下出血を発症。自宅退院後に訪問看護開始。64歳頃、急性・慢性呼吸不全のため気管切開施行。在宅で気管切開部の管理、頻回の気管内吸引が必要となり、胃瘻造設。その後、胆嚢炎・胆管炎により入退院を繰り返すため栄養剤を変更した。76歳頃、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返すことから、胃瘻孔を利用した腸瘻（PEG-J）に変更し、誤嚥性肺炎は改善した。

本事例の特徴：本事例は、くも膜下出血後、22年間の長期にわたり在宅療養を継続している事例である。医療依存度（嚥下障害、胃瘻からの栄養管理、誤嚥性肺炎、胆嚢炎、排便コントロール等）が高く入退院を繰り返すことから在宅医と病院との連携が重要である。また、在宅療養を永年継続するためには、事例の医学的管理のみならず、関係する多職種・多事業者が事例を支える家族に対する支援について考え実践していくことが重要である。

本事例を取り上げた理由：医療依存度の高い在宅療養を希望する方の事例を通じ、長期療養を支援するための各職種の役割、多職種連携、家族支援について検討すること、また、長期療養生活を継続するための在宅医と病院の連携について理解を深めることを目的とした。

キーワード：長期療養患者 病診連携 家族支援 PEG-J

栗原講師より

在宅医療と介護を充実させるためには、患者さんとその家族を中心に多くの職種が情報共有することが重要です。本症例は22年間という長期にわたり、ご家族、特に奥様の熱意が患者さんを支えています。本事例を参考に、日常遭遇する困難な事例に対して決してあきらめないで各専門職種が専門家の立場として何かできることはないかを考えましょう。本事例検討にご協力いただきましたご家族、在宅チームの皆様本当にありがとうございました。

（2）発表内容

ア. 練馬総合病院 栗原（医師）

事例 76歳、男性.

主病名 くも膜下出血後遺症、胆嚢炎・胆管炎

病名および症状

くも膜下出血の後遺症 左空間無視、失語、失禁、
四肢拘縮、寝たきり、

てんかん

狭心症

気管切開後 慢性気管支炎 誤嚥性肺炎

嚥下障害 胃瘻造設状態、逆流性食道炎

胆嚢結石症、慢性胆嚢炎、胆管炎

難治性便秘症 腹部膨満感

内服薬

- ・抗てんかん薬（フェノバルビタール）、鉄欠乏性貧血治療薬（クエン酸第一鉄ナトリウム）、去痰剤（アムブロキシソール）、消化性潰瘍用剤（ランソプラゾール）、胃粘膜保護剤（テプレノン）、胃粘膜除去剤（ジメチコン）、整腸剤（ラクトミン）、下剤（グリセリン）、血管拡張剤（ニトログリセリン（外用））

家族構成

妻（同居：直接介助）

長男・嫁（近所に住んでいる）

長女・夫

毎日交代で、妻、嫁、長女が介護を手伝っている。

臨床経過

- 54歳 くも膜下出血 入院39日間
自宅退院後、訪問看護開始
退院後6カ月目胃管挿入し、経腸栄養開始
- 64歳 肺炎 入院155日間
気管切開(肺炎・呼吸不全の治療) (A)
胃瘻造設
- 68歳 腸閉塞、S状結腸軸捻転にて入院 9日間
- 69歳 痙攣発作にて入院
吉田内科クリニックによる訪問診療開始。

- 70歳 胆嚢炎・胆管炎にて9日間入院
- 71歳 胆嚢炎・胆管炎にて9日間入院
練馬総合病院での胃瘻・経腸栄養管理開始。
- 72歳 胆嚢炎・胆管炎にて9日間入院 ペプチーノに変更 (B)
- 75歳 誤嚥性肺炎にて4日間入院
- 76歳 誤嚥性肺炎、胆管炎による入院期間は4日間、10日間、
35日間と入退院を繰り返している。
胃瘻から栄養剤を注入すると嘔吐し、誤嚥性肺炎となる
ため、胃瘻からの経腸栄養継続は困難と考えた。
CVポート造設を考慮したが、造設困難であった。
胃瘻孔を利用して、空腸へのチューブ(PEGJ)を挿入。
経腸栄養は空腸へ注入、同時に胃内は減圧するため、
誤嚥性肺炎は改善した。
ペプチーノなど成分栄養にて胆嚢炎・胆管炎は再燃して
いない。 (C)

※ PEG-J について

胃瘻孔に PEG-J カテーテルを挿入し、先端部を空腸に留置する。バルーンを胃内で拡張して固定、留置する。栄養注入口から栄養剤等の注入を行う。栄養剤等はカテーテル内腔を通り、空腸へ注入する。胃減圧口より胃内の減圧を行う。胃内容（ガス、胃液等）は、胃減圧孔より胃減圧腔を通り、体外へ排出するため、誤嚥性肺炎を予防することができる。

(3) 検討内容

本事例検討で使用されたワークシート

グループディスカッション ワークシート		グループ番号 () A・B・C
<small>※1 進行役、タイムキーパー、書記を一人ずつ決定してください。 ※2 時間内に以下の内容について討議し、ワークシートに簡潔にまとめてください。本シートはグループワーク終了後に回収します。</small>		
想定：今回、はじめて多職種チームを結成し、本事例に対応することになりました。今後の在宅医療・介護の連携について、一回目のミーティングです。		
<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">(1) 在宅医療・在宅介護を継続するための問題点を抽出する。</div> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">(2) 在宅において多職種でどのようにサポートすることができるか、プランをたてる。</div> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">(3) 在宅療養、入院治療をどのように連携するか考える。</div> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">(4) 本事例を考える上で重要な点は何か？</div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	

想定：今回、はじめて多職種チームを結成し、本事例に対応することになりました。

今後の在宅医療・介護の連携について、1回目のミーティングです。

- 設問：**
- 1 在宅医療・在宅介護を継続するための問題点を抽出してください。
 - 2 在宅において多職種でどのようにサポートすることができるかプランを立ててください。
 - 3 在宅療養と入院治療は、どのように連携したらよいか考えてください。
 - 4 本事例を考える上で重要な点は何ですか？

課題：時期 A (64 歳頃)

急性・慢性呼吸不全で気管切開施行後、在宅で気管切開部の管理、頻回の気管内吸引が必要になった時期

時期 B (72 歳頃)

栄養管理のため、PEG を造設。時々、胆嚢炎、胆管炎を繰り返している。PEG からの経腸栄養を継続している時期

時期 C (現在)

誤嚥性肺炎を繰り返し、入退院を繰り返している時期

グループワーク内容（検討内容より抜粋）

時期 A：急性・慢性呼吸不全で気管切開施行後、在宅で気管切開部の管理、頻回の気管内吸引が必要になった時期

1 在宅医療・在宅介護を継続するための課題

- ・ 気管切開のケア等の呼吸管理。
（家族への吸引方法等の指導を家族目線で行う）
- ・ 口腔内の清潔、肺炎予防。
- ・ 褥瘡や皮膚の管理。
- ・ 家族の介護力の確認（医療技術の習得の程度等）、家族の負担の軽減。
- ・ 病診連携。
- ・ 経済面。

2 在宅における多職種サポート

- ・ 医療（入院中）：家族への吸引指導、主治医へ在宅診療の可否を確認、経鼻経管からの栄養管理等。
- ・ 訪問看護：気管の清潔ケア、排便コントロール、口腔ケア等による呼吸器感染症予防等。
- ・ リハビリテーション：拘縮予防、呼吸理学療法、言語聴覚士による失語へのアプローチや嚥下機能評価等。
- ・ ケアマネジャー：福祉用具、住環境整備等。
- ・ ヘルパー：オムツ交換・清潔ケア（家族ができないところをサポート）等。
- ・ 家族に対するサポート：吸引の負担軽減、レスパイトの施設の提案、精神的支援。
- ・ その他：食への希望を調整、納得して在宅に戻ってほしい。

3 在宅療養と入院治療の連携

- ・ 普段は地域の医師に診てもらう環境を整備。
- ・ 急変時の対応。
- ・ 定期的なレスパイトの相談。
- ・ 歯科医による口腔機能等の評価。
- ・ 入院中に家族指導、緊急時対応の決定
- ・ 退院支援カンファレンス（関係者の情報共有）。

4 本事例を考える上での重要な点

- ・ 本人、家族の意向の尊重。家族間でのサポート。
- ・ 24時間体制、緊急時対応、連絡方法の確認。
- ・ 退院支援カンファレンスで顔が見える連携を構築し、一緒に問題点を考える。
- ・ 多職種の情報共有。

時点B：栄養管理のため、PEGを造設。時々、胆嚢炎、胆管炎を繰り返している。PEGからの経腸栄養を継続している時期

1 在宅医療・在宅介護を継続するための課題

- ・ 繰り返し発生する胆嚢炎等の対応。
- ・ PEG造設に関わる状況観察。
- ・ 介護状況の確認（介護力、介護疲れ等）。
- ・ 状況変化に伴う治療方針の変更に関する家族の理解。
- ・ 本人が受けるストレスに対するケア。
- ・ 経済面。

2 在宅における多職種のサポート

- ・ 医療・介護専門職：PEGの管理。医師・薬剤師・管理栄養士間でのコミュニケーションを図り、胆嚢炎・胆管炎の予防を検討。
- ・ 家族に対するサポート：長期在宅療養および病状の進行に伴う家族の思いの変化、家族の抱える困難な問題を明らかにする。今後の取組・展望に関して家族の意志を確認し、家族にしかできないことと家族でなくてもできる支援について見極める必要がある。家族視点のサポート体制を構築する。
- ・ その他：病状悪化の早期発見、緊急時の対応。

3 在宅療養と入院治療の連携

- ・ 病院職員に在宅療養を理解してもらう。
- ・ 退院時の病状について、病院医師から指導を受ける。
- ・ 患者の病状悪化の早期発見、早期治療につなげられるように、訪問看護を中心に在宅チームが連携強化に取り組む（各部門間の早期コミュニケーションの重要性）。
- ・ 患者の状態変化、特に状態悪化時の対応について役割作りを行い、情報を共有する。
- ・ 服薬コンプライアンスを改善のために多職種連携と家族の協力が重要である。

4 本事例を考える上での重要な点

- ・ 多職種の緊密で速やかな連携。
- ・ 患者の実情に関する家族の理解。特に妻の思いを傾聴・尊重し、家族の在宅介護を継続できるような支援。

時点C：誤嚥性肺炎を繰り返し、入退院を繰り返している時期

1 在宅医療・在宅介護を継続するための課題

- ・ 家族（主に妻）の意向を尊重しつつ、身体的・精神的な負担の軽減。
- ・ 繰り返し入退院することへの対応。
- ・ PEG-Jの管理（退院時の家族への指導等）。
- ・ 頻回の吸引の対応。
- ・ 医療依存度が高くなる時期を想定し、対応できるレスパイト先の病院を確保する。

2 在宅における多職種のサポート

- ・ 医療・介護専門職：訪問看護や訪問介護等の夜間対応体制の確保。呼吸リハビリテーション。多職種の情報共有のツール。レスパイトとして使える病棟の確保。
- ・ 家族に対するサポート：妻にとって優先順位が低いことから公的サービスを入れていき、「任せてもいいかな」と思ってもらおう。また、介護者ケアや家族会等への誘い。

3 在宅療養と入院治療の連携

- ・ 多職種でのタイムリーな情報共有の仕組み。その際、病院とも連絡が取りやすい体制があると良い。後方病院の連携室等に対して自宅での様子を情報提供していく。
- ・ 家族を含めたカンファを実施し、どのような状態になった入院にするか事前に決定しておく。
- ・ 入院中の様子や治療内容を在宅医や在宅チームに情報提供する。

4 本事例を考える上での重要な点

- ・ 療養や最期について本人の意向を確認する。
- ・ 療養や最期について妻や家族の意向を確認する。
- ・ 終末期に対する周囲の理解度。
- ・ 妻の意向を尊重しつつ、負担を軽減する。

(4) 参加者の声（一部抜粋）

- ・ 普段関わらない方たちとのディスカッションは、様々な視野からの意見が出て学びがあった。
- ・ いろんな視点から1つの事をディスカッションできる場がもてました。ケアマネジャーとしてどう動けばよいか考える良い機会になった。
- ・ 現状に則した非常に困難なケースであった。今後、看護職も増えていくであろう時代にとっても勉強になった。なかなか多職種が集まって意見を交わす機会がないので、どのような考え方をもっているのか学ぶことができた。
- ・ グループディスカッションによって多職種の方々の考えを聞いて有意義だった。事例検討を通じて、ご家族の意向を尊重していくことが信頼関係に繋がりその後に繋がることを改めて感じた。
- ・ 本人、家族の思いをそれぞれの職種で理解しつつ、情報を共有することで、それぞれの専門性をより有効に発揮していけるだろう。介護が生きがいと思っている人に休むことの必要性を感じてもらうための支援を探っていきたい。
- ・ 多職種、特に自分とは異なるサービス調整等の場面を中心に患者さんと関わっている方々とのディスカッションを通じて、今まで気づかなかった視点が分かった。
- ・ 在宅療養の現場や現状を詳しく理解することができた。地域企業として出来ることが多々あり、今後も活動していきたいと感じた。

事例4. 自由気ままに暮らす独居高齢者への支援を考える

(1) 事例概要

対象地区：石神井地区

開催日：平成27年12月10日

コーディネーターおよびパネリスト

- ・練馬区訪問看護ステーション連絡会
- ・公園通り訪問看護ステーション 三上様（訪問看護師）
- ・けんしんケアサービス 市原様（ケアマネジャー）
- ・けんしん石神井公園訪問介護事業所 橋本様（サービス担当責任者）
- ・大泉生協病院 佐上様（医師）

基本情報：76歳 男性 要介護4 1人暮らし

主病名：糖尿病（糖尿病性網膜症） 完全房室ブロック（ペースメーカー留置） 認知症（長谷川式17点、MMSE21点） 左大腿骨頸部骨折

既往歴：29歳時に糖尿病を発症。66歳時に糖尿病性網膜症となり左失明・右弱視、視力は手元が薄っすら見える程度。74歳時、介護保険を申請（要介護3）し訪問看護や訪問介護を開始するが、自分の思い通りにいかないと担当者を交代させる。定期巡回やデイサービスの利用も試みたが拒否のため中止。食べ物の好き嫌いも多く、こだわりが強い。薬の飲み忘れも多く、低血糖で何度も救急車搬送される。76歳時に右大腿骨骨折にて入院し、施設入所の案もあったが、自宅に戻りたいとの強い希望があり在宅療養を再開。

本事例の特徴：本事例は、病状や経済状況等に課題がある中、本人や家族の希望にスタッフが混乱する困難事例の対応方法について検討する。本人の自宅で自由に生活して暮らしたいという希望を実現するために、各医療・介護従事者がどこまで・どのように関わるのか、それぞれの関わり方の判断が難しく、現在事例を担当している関係者が悩んでいる事例である。

本事例を取り上げた理由：さまざまなことが要因となりサービス提供が円滑に行なえないケースは誰もが経験する。さまざまな背景がある中、自宅での安定した療養生活を希望する独居高齢者への支援について、同職種で議論を行い職種の役割等について再確認することを目的とした。

キーワード：独居 自由気まま 認知症 血糖コントロール

(2) 発表内容

対象者の全体像

76歳 男性 独居 要介護4。現在生活保護受給者。視力障害、心疾患のため身体障害者1級認定。静岡県で生まれ、8人兄弟の末っ子。18歳のとき上京。結婚し1男1女を授かるが、数年後に離婚。娘は疎遠、息子は本人を頼り、同マンションの違う階に別居。息子は精神疾患があり、介護介入はほとんどなく、息子も生活保護受給者。職歴は、知人の依頼あり20歳後半から演歌を50曲ほど作詞している。今も作りながら、酒店経営や不動産事業に手を出すも長く続かないとケ様子。性格は、ブランド物が好きで以前は高級車に乗っていたり、大学病院以外は病院だと作詞している。人を見て対応を変えたり、自分の思い通りにいかないとケアマネージャーやヘルパーを交代させる。訪問診療、訪問看護は交代なく継続。一度定期巡回を利用したが、サービス内容に不満ありすぐに終了し以前のサービスのままに戻る。デイサービスの利用も試みたが、数回で拒否により中止。食べ物の好き嫌いも多く、こだわりが強い。病歴は糖尿病をはじめさまざまな合併症併発(下記参照)。低血糖で何度も救急車搬送。薬も飲み忘れが多く、病状の悪化は人のせいにする。しかし、人当りはよく、冗談もよく言う。寂しがりやで人がどう思っているのかわからない。人目を気にしており、在宅診療日や外出時は身だしなみを整える。認知症があるが、聞かれたことに対して答えないのは、忘れていないのか、話したくないのか不明な点は多い。本年2月に右大腿骨骨折にて入院し、施設入所の案もあったが、自宅に戻りたい強い希望あり在宅再開している。これまでも退院後も、医療介護の側面から本人が家にいられるよう試行錯誤しながらケアをチームで実施し、連携をとりながら信頼関係をはじめ改善された点も多々あるが、課題は多く残っている。

病歴

- ・糖尿病
- ・インスリン注射
- ・網膜剥離
- ・腎障害
- ・透析もまじか
- ・心疾患
- ・ペースメーカー
- ・認知症
- ・中等度
- ・右大腿骨骨折
- ・手術(メイル)

起きている現象

- ・血糖コントロール不良
- ・視力障害
- ・明暗がわかる程度
- ・起立性低血圧
- ・幻覚幻視
- ・物忘れ
- ・下肢筋力低下
- ・ふらつき
- ・転倒
- ・ADL低下
- ・食事(動作は自立)
- ・排泄(トイレ利用、時に失敗あり)
- ・入浴(要介助)
- ・歩行(つたい歩き)

共通課題

在宅療養を継続していくためには、適切に支援が入り、安定した状態を維持させることが必要と感じている。一方で、本人はこのままではよじと思っている。そんなギャップの中、各職種がそれぞれジレンマを抱えている。



ゴール

本人が家にいたいという思いに対して、病状を安定させて在宅生活が継続できるようにできるような支援をみながら提供する。

現在の週間サービス計画表

月	火	水	木	金	土	日
4:00						
6:00						
8:00						
10:00	身体生活(90分)	身体生活(90分)	身体生活(90分)	身体生活(90分)	身体生活(90分)	身体生活(90分)
12:00		訪問看護(90分)				
14:00						
16:00	身体生活(60分)		身体生活(90分)			
18:00						
20:00						
22:00						
0:00						
2:00						
4:00						

週単位以外のサービス 訪問診療(月2回月曜日)、訪問歯科(火曜日)、訪問服薬指導(月1回)
緊急時訪問看護加算1、訪問看護サービス提供体制加算1、特殊寝台、特殊寝台付属品、ベッドサイドテーブル

※ 追加情報

幻覚について

幻覚については、家の中に猫や木がある、怪獣や男がいる、車が突っ込んできたなどの理由でヘルパーに電話がかかってくる。それにより何か困難があるというのではなく、自分にしか見えていないということも理解しており、処方もいないという。否定せずに「早く消えるといいですね」と冗談まじりに対応するようにしている。

(3) 検討内容

本事例で使用されたワークシート

ワークシート	グループ番号 _____ 職種名 _____
皆さんは、このような事例に対して、ご自身の職種の立場から今後どう関わることができますか？	
【方法】 進行役、タイムキーパー、書記、発表者を一人ずつ決定してください。時間内に以下の内容について討議し、ワークシートに簡潔にまとめてください。	
なお、本シートはグループワーク終了後に回収します。【発表時間(1分間程度)】	
【お願いごと】 各グループの意見やグループ内での意見の批判はお控えください。	
意見	まとめ

設問：皆さんはこのような事例に対してご自身の職種の立場から今後どう関わることができますか？

職種ごとのグループワーク内容

医師・歯科医師・歯科衛生士

- ・病気のモニタリングの仕方を他職種に伝え、医師に情報を上げてもらう必要がある。
- ・目標を下げる必要があるのではないか。1日でも長生きする事を目指すのではなく、なるべく在宅で過ごせるように入院になる手前で食い止めることを目指す。その上で、こうした状況では急変して亡くなる可能性があるため、支援者のトラウマにならないよう、そのことを関係者の間で共有しておく必要がある。

薬剤師

- ・月1回の訪問で服薬管理は難しい。同一薬剤師による訪問を月2回に増やし定期的に話を聞くことが必要ではないか。

第2章 事例④ 検討内容

看護師

- ・事例は、認知症もあり病識が欠けている。配達や友人の差し入れで食事管理ができておらず、血糖値が悪い。
→配達の人や友人も、連携のメンバーとして食事管理について理解・協力してもらうのはどうか。医療者中心にさらなる本人への栄養指導も必要。
- ・一方で、自由に暮らすのが本人の希望でもあり、本人と担当者が話し合って、ルールやこれからの方向性を決めるのがよいのではないか。
- ・1番長い時間関わるヘルパーによる他職種への情報伝達も重要。
- ・視力低下に伴う不安が大きいのではないか。身体の変化を本人がどう受け止めているのか注意が必要。
- ・障害者手帳をさらに有効に使ってヘルパー・看護師の訪問回数・時間を増やせないか。
- ・訪問看護師を介護保険から医療保険に変更すれば、介入回数を増やし、血糖コントロールができるのではないか。
- ・状況を改善するには、本人の孤独や不安な気持ちをしっかり聴くことが大事ではないか。

ケアマネジャー・精神保健福祉士

- ・在宅の強い希望があるが、具体的にどのような人生を送りたいか本人の話を聞いて確認することが重要。サービスの不満を訴えているように見えて、実は自身の不安を訴えていることも多いので、注意が必要。
- ・その上で、これからの方向性について本人・関係者間で妥協点を見出し、合意していくことが必要ではないか（特にリスクの大きい糖尿病管理）。
- ・息子や友人やケースワーカー、さらに食べ物の注文先なども巻き込みながら、チームで関わる事が大切。
- ・本人が人と接することや演歌が好きなので、長期目標として、デイサービスでカラオケの演歌の先生をするなど、本人の個性を活かすアプローチもよいのではないか。

介護職

- ・コミュニケーションが重要。
- ・残っている力もあるので、たとえば清掃・洗濯・調理をヘルパーさんと一緒に自分で行う機会を増やすのもよいのでは。食事もヘルパーが誘導・声がけしながら食べてもらうなど。
- ・訪問介護の1コマを訪問入浴にかえて、リラクゼーション効果を図ってはどうか。

第2章 事例④ 検討内容

管理職

- ・精神疾患のある息子さんをキーパーソンにするのは難しいので、本人を深く知っている訪問看護などが薬の調整を薬剤師と共同作業で行い、服薬指導を月1から週1に増やせないか。
- ・本人が演歌好きなので、歌を重点においているデイサービスなど支援の幅を広げていけたらよいのではないか。

相談員

- ・課題は、専門職の思いと本人の意識のギャップ。
- ・本人がなぜ在宅を希望しているかを深く掘り下げ、理由・動機づけをはっきりさせていくことが重要。
- ・ケアマネジャーやヘルパーを度々交代させていると指摘されているが、色々なサービスを試してマッチするものを探すことも悪くないのではないか。
- ・最終的に在宅継続できなくなったときに、老健・特養などは現実的に難しいので、有料老人ホームも考えなければならない。将来の選択肢を話し合っていくことが必要。

全体カンファレンス

- 本人の意識と専門職の思いにギャップがある中で、具体的にどのようにコミュニケーション・合意形成すればよいだろうか？
 - ・ゴールをどこに置くかが問題。1日でも長生きすることが目的であれば、饅頭はやめたほうが良いが、なるべく在宅で本人らしく暮らし、入院をなるべく避けるというのが目的であれば、限度やルールを決めてあげればよい（饅頭は週2個までならOKなど）。こういったルールは1つの職種では決めきれないので関係者の間での合意形成も重要。
 - ・現実的にコミュニケーションを増やすことは難しい状況。食事管理・血糖値が悪化しているので、リセットするために一時的に入院することも考えられる。必ず安定させられるし、在宅に繋げるような治療もできる。
 - ・認知症が進んだ時、なかなか本人の思いを伝えるのが難しくなっていく。長い付き合いのなかで汲みとってあげることが大事。
- 在宅では、一定の動作能力の確保が必要だが、1年以上前から転倒・つまずきなどがある。本人の動作能力についてリハビリテーション職はどう評価しているか？
 - ・全体的にモチベーションでADLが大きく変化する。最初はポータブルトイレも無理だったが、やる気が出ると大きくADLが向上した。やる気があれば、介助付きで出入口の階段も昇降できるし、視力障害のため転びやすいものの、外を30分間歩行することもできる。とはいえ、急激なADL低下が起こらないようにある程度リハビリはすべきだろうが、本人のやる気が無いのでリハビリが進まない。
- レビー小体型認知症も考えられるが、どう対応すべきか？
 - ・認知症の検査の内容は本人にとってストレスフルなものがあるし、本人が受診したくないと思うかもしれないが、一度病院に相談してもよいかもしれない。

(4) 参加者の声（一部抜粋）

- ・自分にはない意見を聞くことができた。ゴール設定をする際に、やはりチームで話し合い、本人、家族とのギャップをどう近づけるか、今後支援をする上で核となる部分を学ぶことができた。
- ・各職種（専門職）で視点が異なっていることが分かった。ご本人の思いに向き合うこと（不安、ゴール）、その思いを多職種で連携することの重要性を認識した。
- ・事例検討において、事前の資料（情報提供書、週のケア計画等）が充分で、内容の濃い話し合いに参加させて頂き、とても有意義な時間を過ごせた。今回の利用者（患者）のケースは、特異な例で、対応が難しい事例で、深く考えさせられた。
- ・今回は職種別にグループ分けされて、グループ毎の発表を聞くことでそれぞれの専門職が重視する点が見えてきた。多職種に対する理解を深めるきっかけになった。
- ・多職種の方の思いや、判断基準等、本人を支えるための意見を聞くことができ、目標が同じであれば支援困難なケースであってもしっかり協働していけると実感することができた。
- ・それぞれの職種が日常感じている事を聞くことができた。「自分の役割とは」ということを深めることができた。それぞれの役割を理解しチームで連携を取るために、直接顔が見え発言できる場は大切だと思いました。

資料 4 地区における医療と介護の現状

事例検討会で説明が行われた各地区の医療と介護の現状に関する資料をまとめています。

- **大泉地区**
➡ 「大泉地区の現状～医療・介護資源から見える特徴～」(第1回)
- **光が丘地区**
➡ 「光が丘地区の医療と介護の現状」(第2回)
- **練馬地区**
➡ 「練馬地域の現状」(第3回)
- **石神井地区**
➡ 「石神井地区の医療と介護の現状」(第4回)

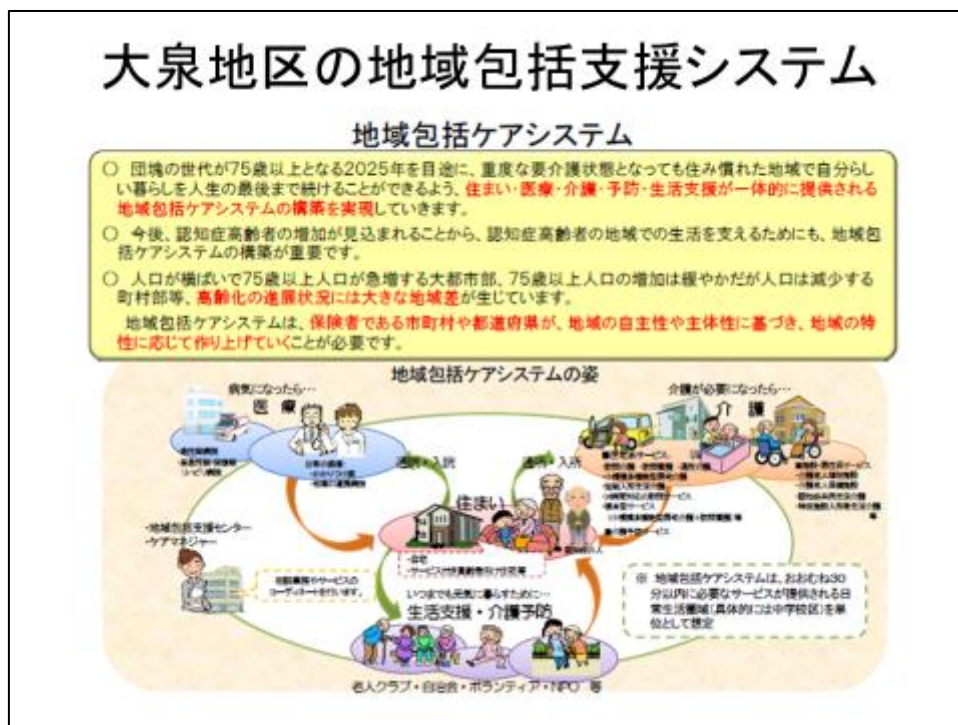
1. 大泉地区

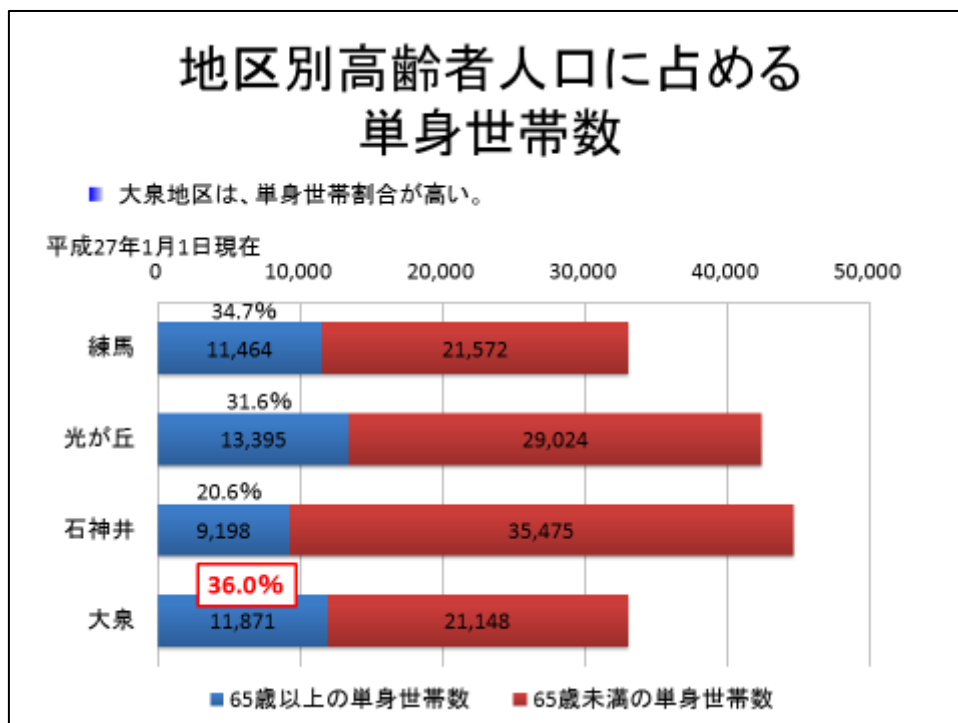
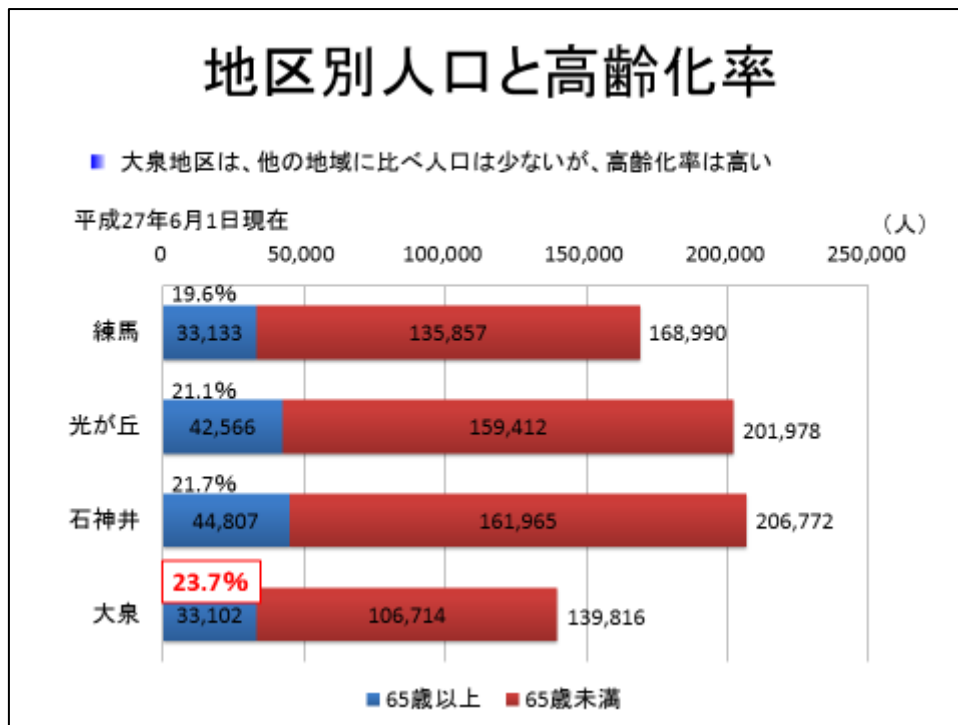
大泉地区の現状 ～医療・介護資源から見える特徴～

大泉高齢者相談センター
医療・介護連携推進員・認知症地域支援推進員
大野 尚美

練馬区の地図







介護(居宅)サービス資源

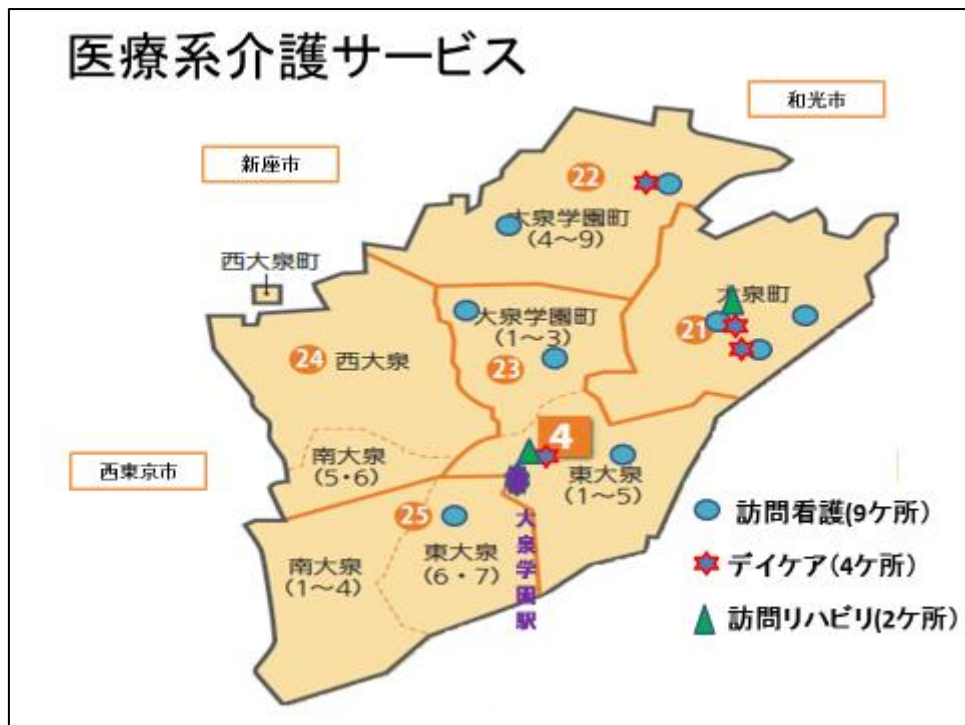
■ 要介護認定者数100人あたりの事業所の数の差は認められない。

平成27年6月1日現在(※要介護認定者数は平成27年5月末現在) (か所)

	練馬	光が丘	石神井	大泉	合計
要介護認定者数	6,410	7,958	8,710	6,348	29,426
居宅介護支援事業所	58	57	61	44	217
要介護認定者数100人あたりの事業所数	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7
訪問介護	57	50	57	41	204
要介護認定者数100人あたりの事業所数	0.9	0.6	0.7	0.6	0.7
訪問看護	11	13	20	9	52
要介護認定者数100人あたりの事業所数	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2

居宅介護支援事業所



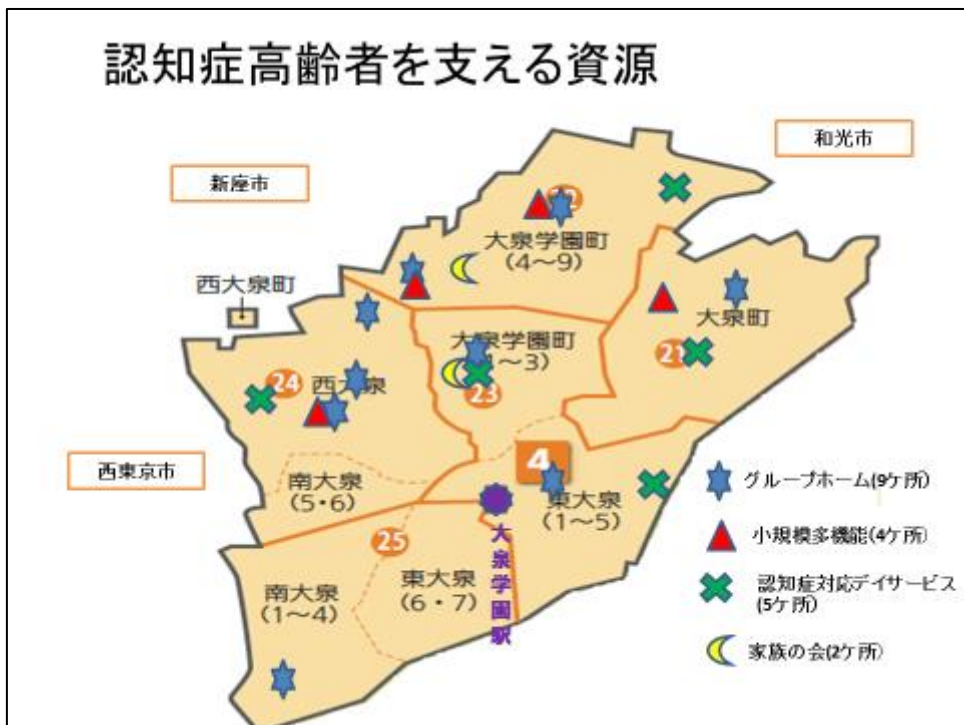


施設サービス資源

平成27年5月1日現在

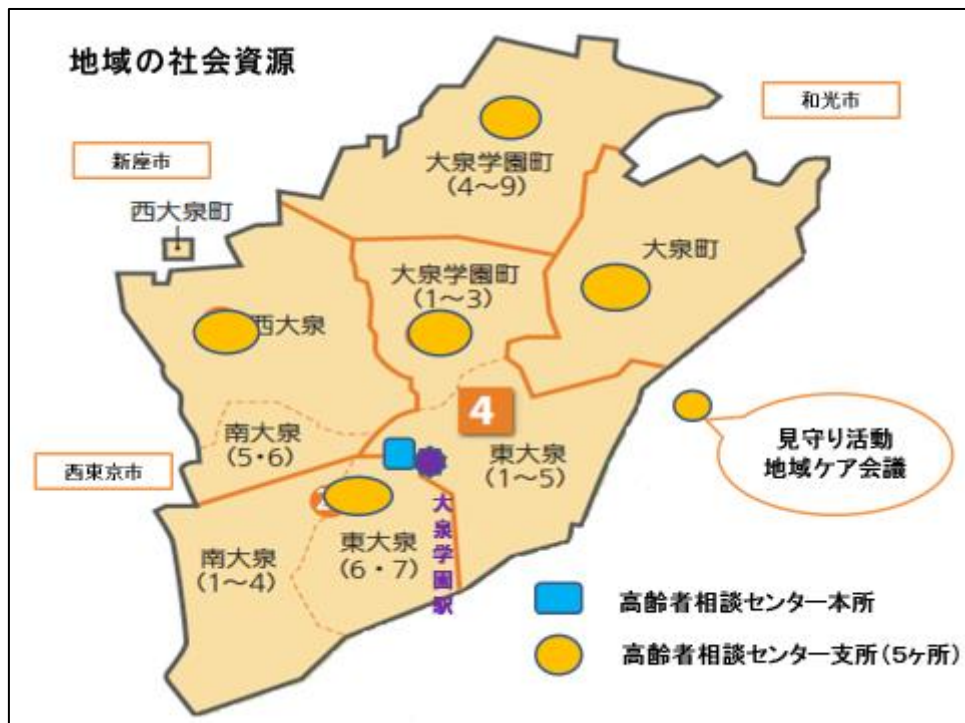
()内は定員数

	練馬	光が丘	石神井	大泉	合計
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	3(173)	7(477)	6(497)	11(717)	27(1,864)
介護老人保健施設(老人保健施設)	2(242)	4(323)	3(317)	2(198)	11(1,080)
介護療養型医療施設(療養型病床等)	1(74)	1(178)	-	-	2(252)

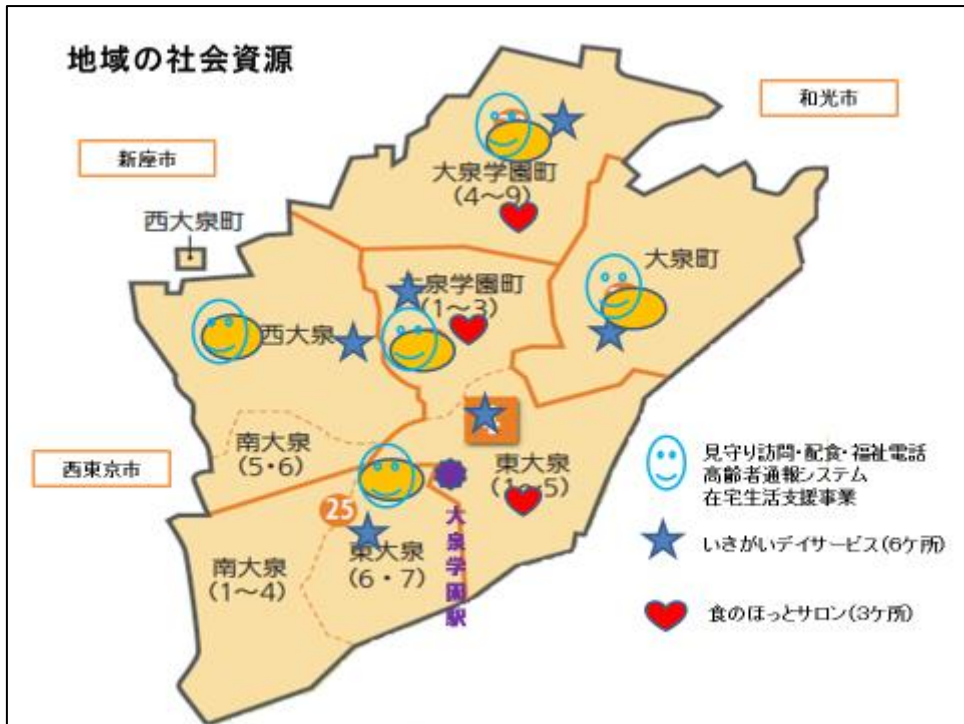


大泉地域の社会資源

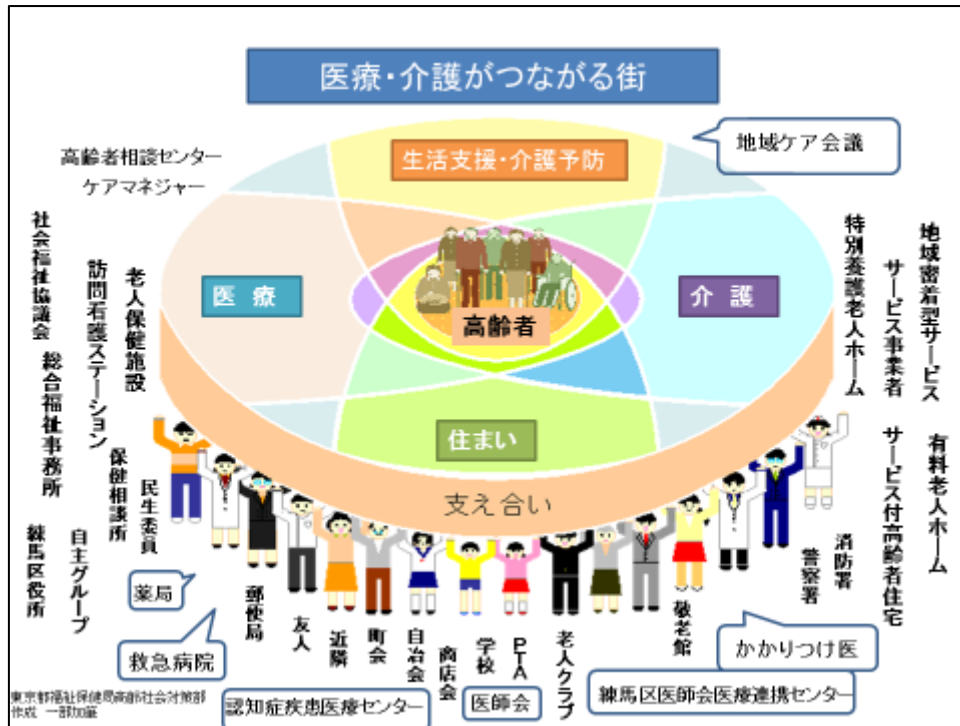
- ・支所の地域住民との積極的な関わり
- ・地域のフォーマルな見守り活動
- ・地域の代表的な自主活動



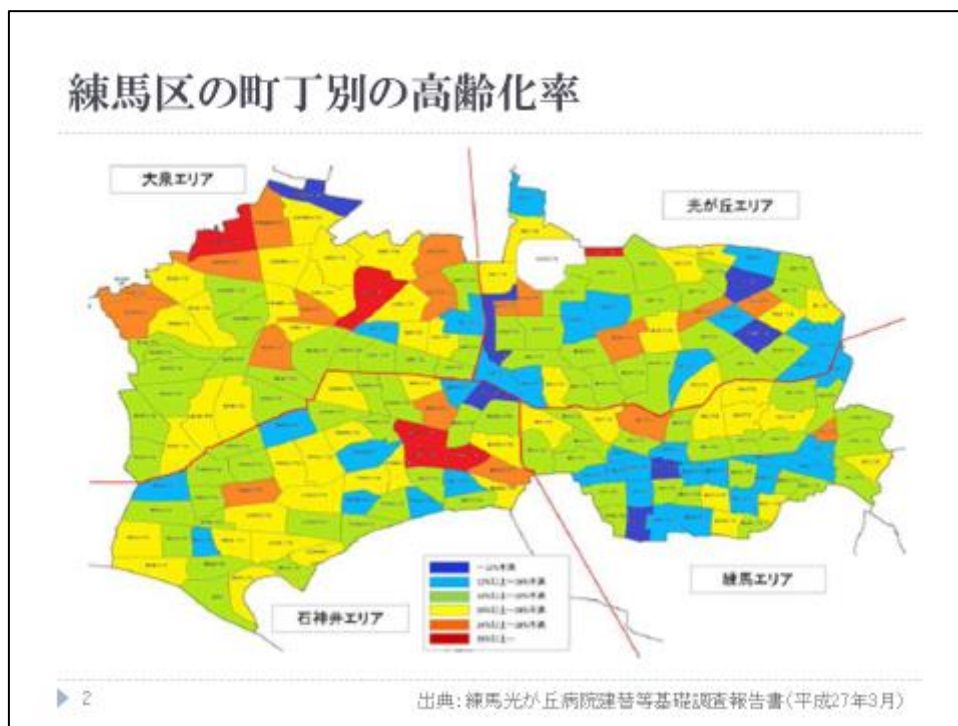
資料 1. 大泉地区における医療と介護の現状



資料 1. 大泉地区における医療と介護の現状



2. 光が丘地区



練馬区内の病院の状況

■練馬区内の病院

(単位:床)

医療機関名	一般	療養	精神
1 学校法人順天堂大学医学部附属練馬病院	400	-	-
2 公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院	342	-	-
3 公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院	224	-	-
4 医療法人社団清生会スズキ病院	99	-	-
5 東京保健生活協同組合大泉生協病院	94	-	-
6 医療法人社団千秋会田中脳神経外科病院	58	-	-
7 医療法人社団蒼生会高松病院	31	-	-
8 医療法人社団保谷病院	42	-	-
9 医療法人社団久保田産婦人科病院	30	-	-
10 医療法人社団はなぶき会島村記念病院	42	44	-
11 医療法人社団青陽会東京聖徳病院	-	178	-
12 医療法人社団慈誠会練馬駅リハビリテーション病院	-	150	-
13 医療法人社団さくら養基会桜台病院	-	86	-
14 医療法人社団純正会東大泉病院	-	86	-
15 医療法人社団遼山会関町病院	-	47	-
16 医療法人社団秀佑会東海病院	-	23	-
17 慈雲堂病院	30	-	573
18 医療法人社団一陽会昭和病院	-	-	328
19 医療法人財団厚生協会大泉病院	-	-	240
合計病床数	1,392	614	1,141

▶ 3

出典:練馬光が丘病院建替等基礎調査報告書(平成27年3月)

光が丘の医療環境

- ▶ 高齢化は団地で先行する
- ▶ 1970年代後半から1980年前半に建築されている団地
- ▶ 近隣の入院病床は練馬光が丘病院・東京聖徳病院のみ
- ▶ 練馬光が丘病院における近隣住民の受診者割合は12%(入院)
- ▶ 診療所は豊富にあり、どの地区も徒歩にて受診が可能である。

▶ 4

どこに行くのか？ そしてどうするの？

電車を利用した板橋区・
新宿区・豊島区に
入院先が拡散している

- ・ 連携に時間がかかる
- ・ 顔の見える連携ができていない

遠くの病院は連携の経験を持
つ特定の資源へ
連絡してくる

- ・ 地域でチームを作って対応している
- ・ オーバーフローを吸収するシステム

病院との距離があるため、限
られた時間での調整が必要

- ・ 退院の調整や医療ケアの調整
- ・ 情報収集力が必要

▶ 5

光が丘地区の介護サービス

	練馬	光が丘	石神井	大泉
訪問リハビリテーション	1	5	3	2
通所リハビリテーション (デイケア)	3	5	4	4

▶ 他の地域に比べリハビリテーションサービスが充実




生活機能の向上を目指すチームを
形成しやすい地域！

▶ 6

認知症の医療と介護の現状

- ▶ 光が丘地域には認知症対応の病院がない
 - ▶ 周囲の病院や地域の診療所に通院している
 - ▶ 認知症サポート医
 - 練馬区 32人
 - 光が丘地区 8人

(平成27年3月末現在東京都HPより 隣接区は20人程度)
 - ▶ 若年性認知症の予想値
 - 練馬区 220人程度
 - 光が丘地区 60人程度

(10歳～64歳 人口10万人あたり47.6人)
-  地域のかかりつけ医との連携をより密に

▶ 7

ご静聴ありがとうございました。

光が丘地域で、医療と介護の連携を進める連絡会を検討しています。
地域での課題や、職域での課題など共通の認識を持てるような会を考えています。
多職種で話し合うための準備にご賛同いただける方は、9月中にご一報ください。
連絡お待ちしております。(11月ごろを予定)

光が丘高齢者相談センター 安井まで 電話03-5997-7716

▶ 8

3. 練馬地区

練馬地域の現状

練馬高齢者相談センター
(包括支援センター)

椎木 郁子

1

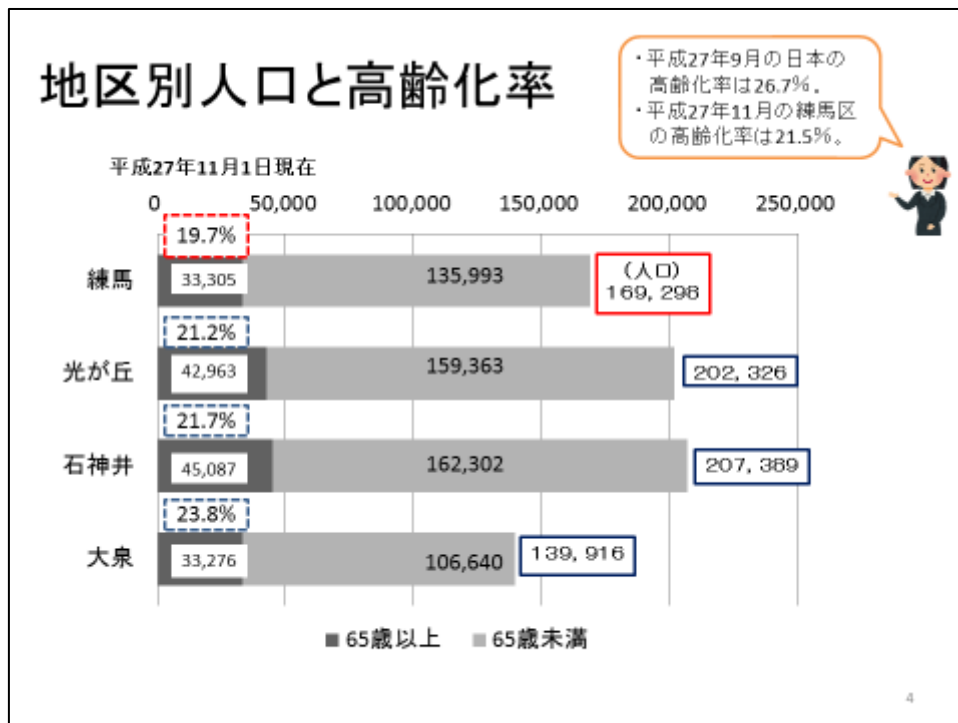
練馬地域の医療の特徴

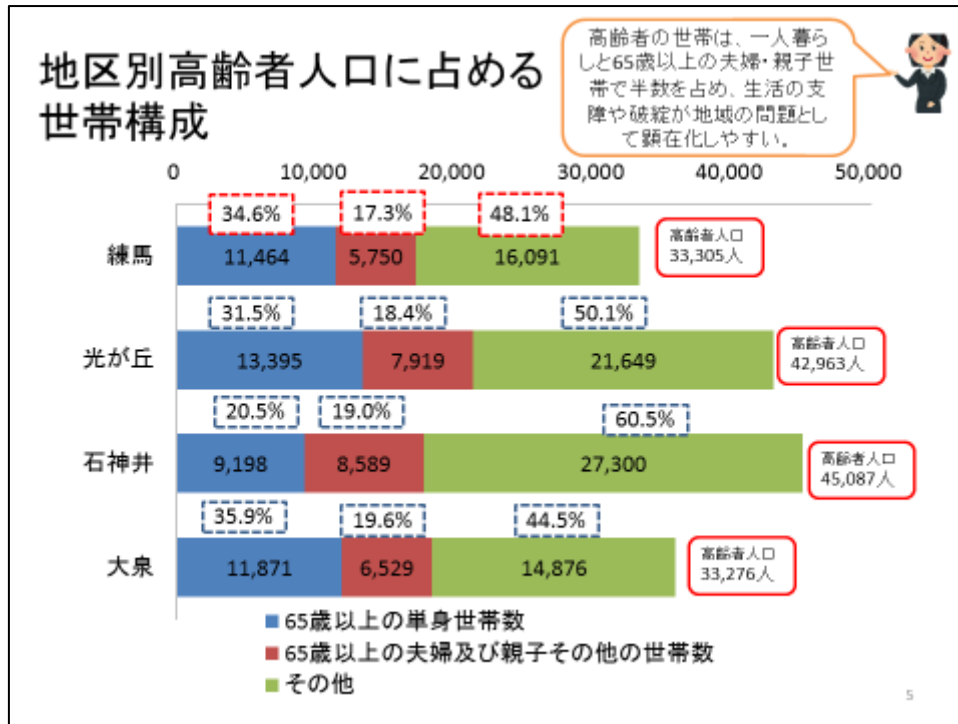
The map illustrates the Maia region with various transportation routes and medical facilities. Key locations include Oozu JCT, Maia IC, Hikari no Hill, Heiwa-dai, Maia, and Shobunohara. Major roads like Route 254 and Ring Road 8 are shown. Three callout boxes provide details on medical access and trends.

1. 西武線沿線の練馬総合病院・スズキ病院・順天堂大学練馬病院、大江戸線沿線の練馬光が丘病院・総合東京病院に通う方が多く、以前から医療相談室との関わりを持っている。

2. 西武線・有楽町線・大江戸線が利用できるため、板橋区、豊島区、新宿区、文京区にある大学病院や都立病院にかかる方が多く、医療相談室からの相談連絡が多い。

3. 最近の特徴として、区内診療所が検査を依頼する時は、練馬光が丘病院や順天堂病院など区内の病院に紹介することが多く、区内の病診連携が進んできている。

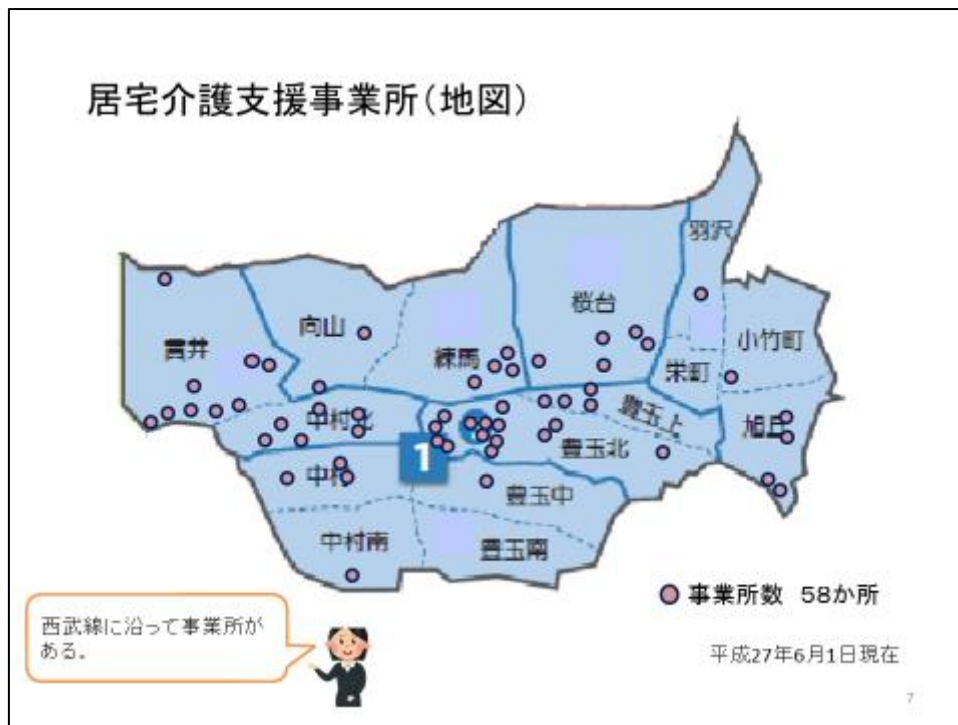




介護(居宅)サービス資源

平成27年6月1日現在 (* 要介護認定者数は平成27年10月末現在)

	練馬	光が丘	石神井	大泉	合計
要介護者認定数(人)	6,399	8,046	8,902	6,507	30,729
居宅介護支援事業所(か所)	58	57	61	46	222
ケアマネ数(人)	155	152	132	119	558
うち主任ケアマネ数(人)	26	29	19	34	108
訪問介護(か所)	57	50	57	41	205



医療系介護サービス

平成27年6月1日現在 (か所)

	練馬	光が丘	石神井	大泉	合計
在宅療養支援診療所	25	15	22	18	80
訪問看護	11	13	20	10	54
通所リハビリテーション (デイケア)	3	5	4	4	16
訪問リハビリテーション	1	5	3	2	11

医療系介護サービス(地図)

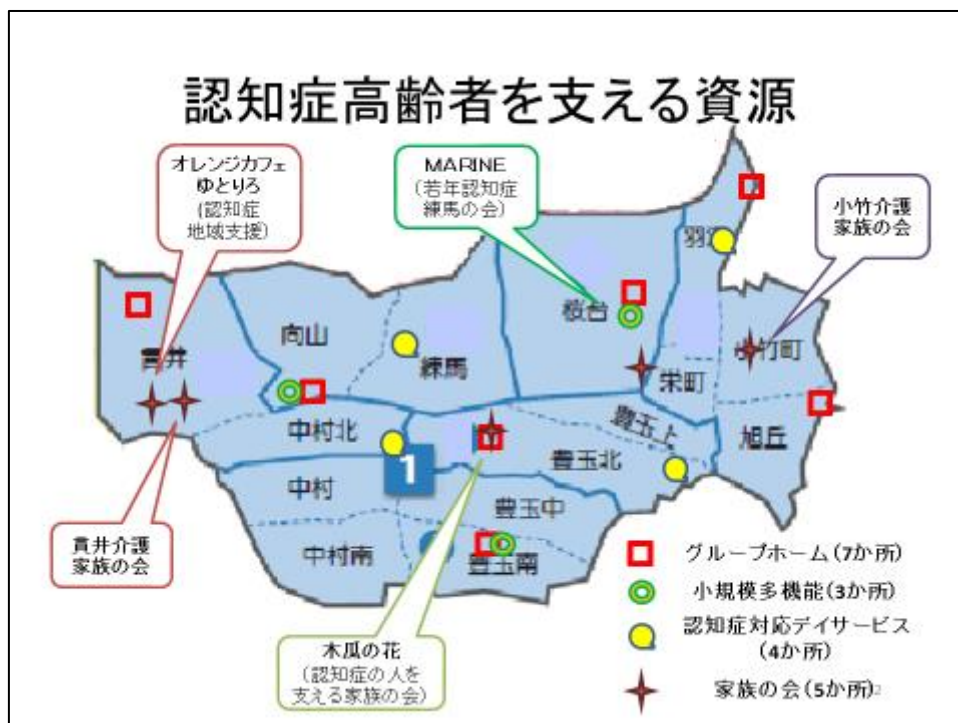
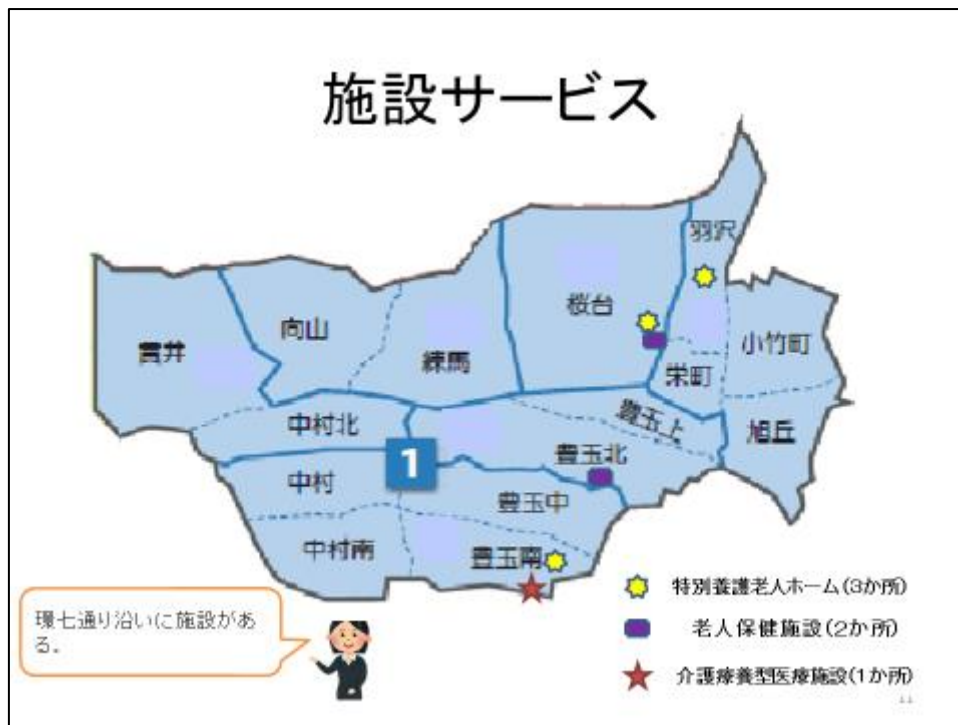


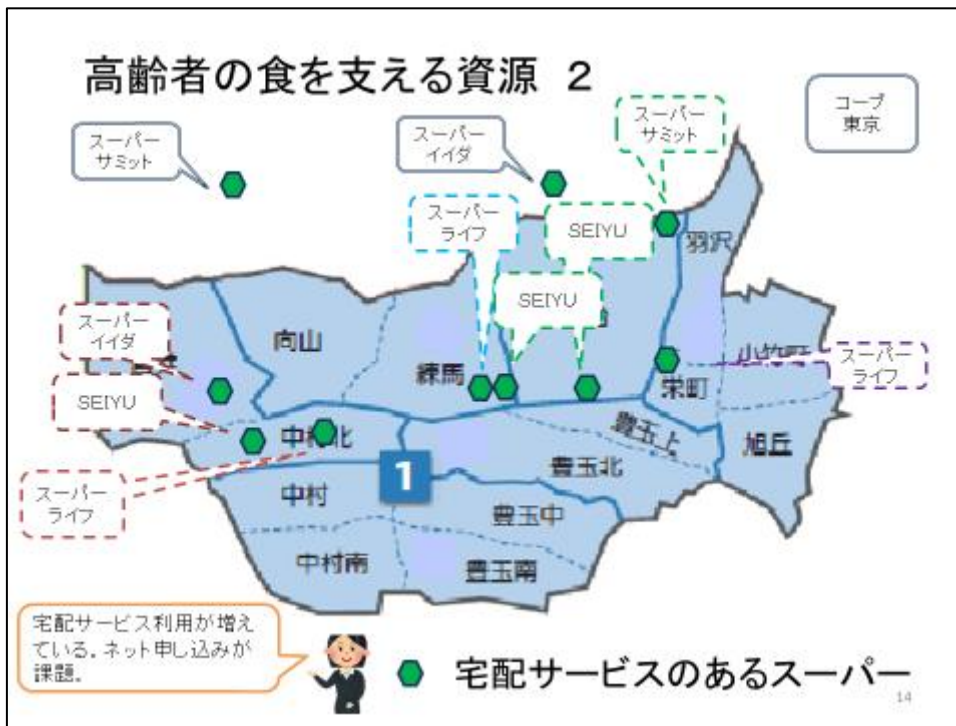
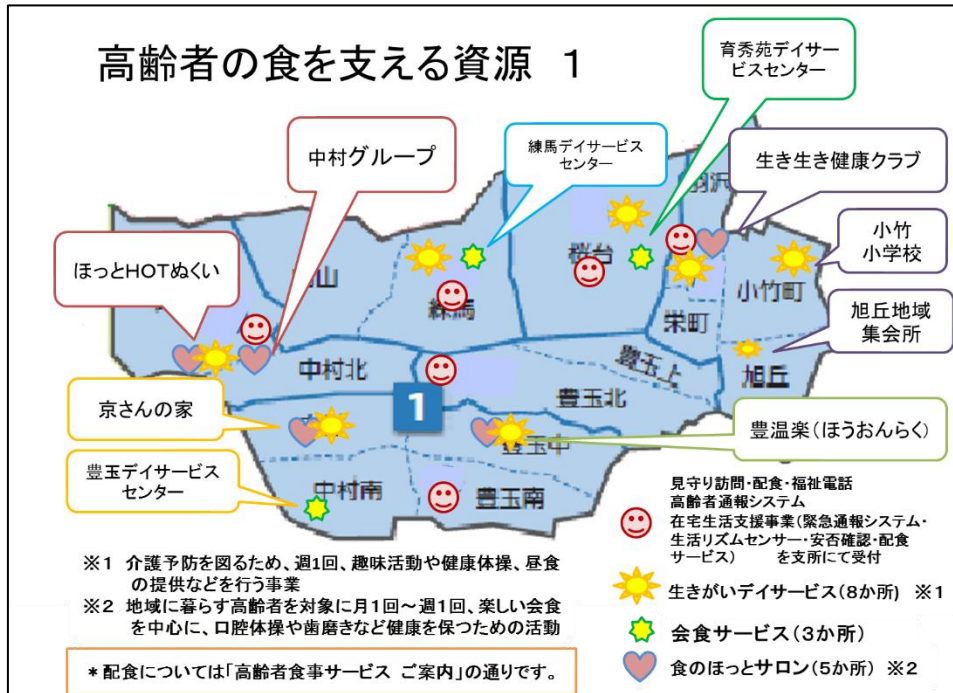
施設サービス資源

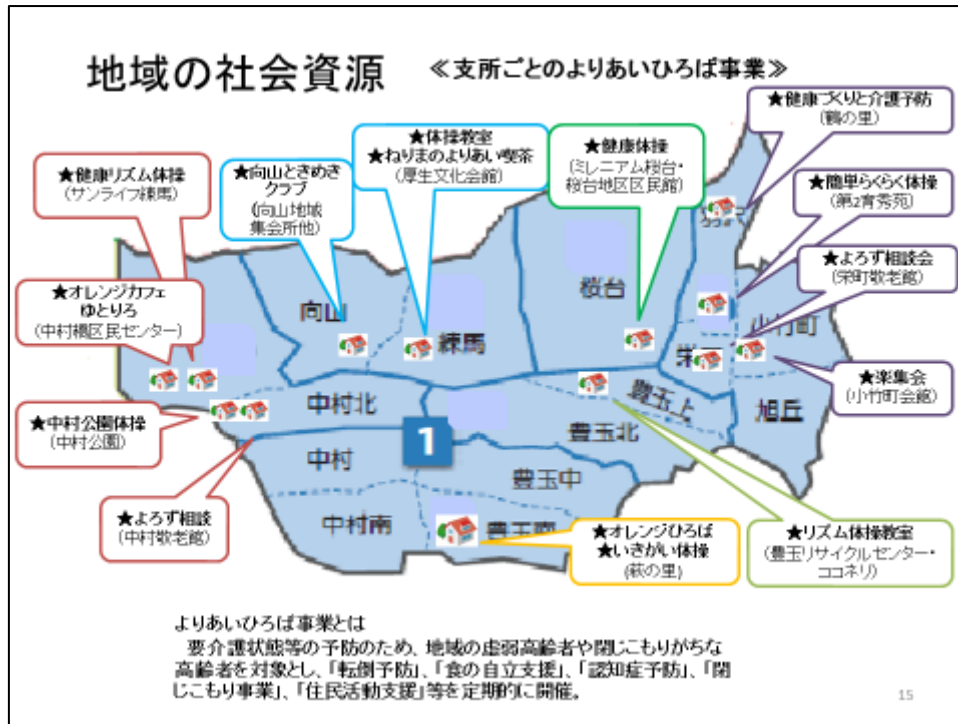
平成27年6月1日現在

(か所)
()内は定員数

	練馬	光が丘	石神井	大泉	合計
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	3 (173)	7 (477)	6 (497)	11 (717)	27 (1,864)
介護老人保健施設 (老人保健施設)	2 (242)	4 (323)	3 (317)	2 (198)	11 (1,080)
介護療養型医療施設 (療養型病床等)	1 (74)	1 (178)	—	—	2 (252)







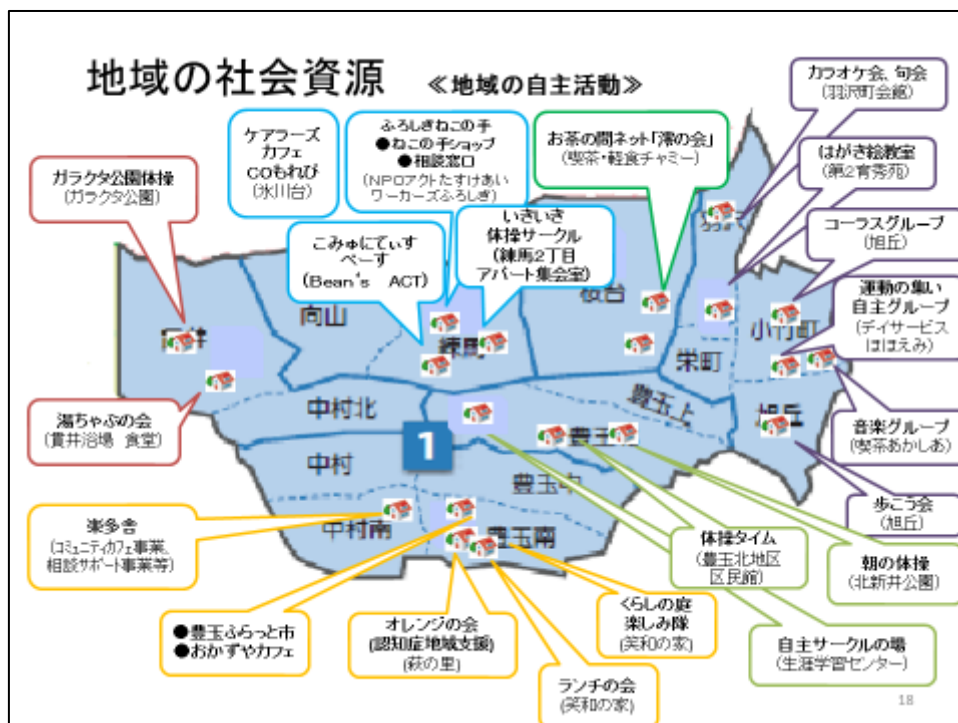
地域の社会資源 《支所ごとのよりあいひろば事業 1》

		活動場所	活動日時	活動内容
第2育秀苑	健康づくりと介護予防	鶴の里	毎月1回(第2全曜) 14:00~16:00	健康づくりのための体操 介護予防に関する講座
	簡単らくらく健康体操	第2育秀苑	毎月1回(第4月曜) 14:00~16:00	中高年運動機能訓練士の先生による健康体操
	よろず相談会	栄町敬老館	毎月1回(第4木曜) 10:30~11:30	敬老館を利用している方の介護相談
	楽集會	小竹町会館	毎月第2月曜 10:00~12:00	小竹町会が主として行っている健康体操とレクリエーション活動
桜台	健康体操	ミレニアム桜台・桜台地区区民館	毎月第1水・第3木曜 14:00~	講師の指導で椅子に座って行う介護予防のための体操と茶話会
	オレンジひろば	萩の里 2階集會室	毎月第1月曜 13:30~15:00	地域の高齢者の方々の交流の場 体操や歌、生活に役立つ講演会等
いきがい体操	毎月第1全曜 10:00~11:00		月1回講師を招いて実施。ボール体操や音楽に合わせた体操。	
区役所	リズム体操教室	豊玉リサイクルセンター・ココネリ多目的室	隔月第3木・第1水	ストレッチやボールを使った体操。 会場まで自分で来れる高齢者の方が対象。

地域の社会資源 《支所ごとのよりあいひろば事業 2》

		活動場所	活動日時	活動内容
練馬	体操教室	厚生文化会館	毎月第2火曜 10:00~11:00	ストレッチ、転倒予防体操
	ねりまのよりあい喫茶		毎月第4土曜 13:30~15:00	手芸、ボランティアによる演奏、調理実習、防災・防犯講座等
	向山とさめきクラブ	向山地域集会所、向山庭園	年6回 13:30~15:00	寄席、手芸、講座等
中村橋	健康リズム体操(ボール体操)	①サンライフ練馬 ②中村橋区民センター	①第2木曜 ②第4木曜 10:00~11:00	インストラクターによる椅子に座ったままボールを使って行う安全な体操。認知症の方も無理なく行える。
	中村公園体操	中村公園	毎月第2、4火曜	ラジオ体操や口腔体操、脳トレなどを行う。
	よろず相談(高齢者向け相談)	中村敬老館	毎月第4水曜 14:00~14:30	介護・認知症予防、権利擁護啓発等テーマと講師を決め、「より身近で分かりやすい」情報を提供。
	オレンジカフェゆとりる	中村橋区民センター	毎月第3金曜 14:00~15:30	認知症ご本人、家族会、自主グループの方がスタッフとして参加し、相談等にも対応している。

17



地域の社会資源		《地域の自主活動 1》		
		活動場所	活動日時	活動内容
第2育秀苑支所	運動の集い 自主グループ	デイサービス ほほえみ		以前の特定高齢者が卒業後に活動を 続けている。食事会もあり。
	はがき絵教室	第2育秀苑		よりあいひろば事業から自主グループ へ変わり、活動を続けている。楽しむ ことを大切に活動。
	音楽グループ	喫茶 あかしあ		喫茶店の店主が音楽大学を卒業。 コーヒーを飲みながら、クラシック鑑賞 やコーラス、絵画を楽しむ。
	カラオケ会、句会	羽沢町会館	毎週土曜	午後に集まり、カラオケを楽しむ。 句会は月1回の活動。
	コーラスグループ	小竹町		男性・女性とも人数が多く、コンクール 出場もしている。活発な会。
	歩こう会	旭が丘	月1回	都内の名所を企画して歩く。 60代の方が多い。
桜台	お茶の間ネット 「滞の会」	喫茶・軽食 チャミー	毎月第4火曜 14:00～	飲み物代含む参加費500円の茶話 会。コーラスなど音楽を楽しむイベント が多い。

19

地域の社会資源		《地域の自主活動 2》		
		活動場所	活動日時	活動内容
豊玉	オレンジの会	萩の里2階 集会室	毎月第1水曜 10:00～11:30	認知症の方と家族の支援、新しい 仲間づくり等を支える活動
	ランチの会	笑和の家	毎月火曜 11:00～14:00	手作りで季節を感じる食事を楽し む交流の場
	くらし楽しみ隊	笑和の家	毎月第1水曜 10:00～12:00	地域の誰かが集い、楽しむことが できる庭づくりに取り組む。
	豊玉ふらっと市		毎週金曜 10:30～14:00	小さな市を開催。旬の野菜や果物、 お惣菜を揃えている。
	おかずやカフェ		月・水・木・土・日曜 11:00～15:00	安心して楽しく食べられる食事を 提供している。料理教室開催。
	衆多舎		水・木・金・土曜 11:00～16:00	気軽に利用できるカフェ&コミュニ ティスペース。
区役所支所	朝の体操	北新井公園	7:00～7:30	近隣の方が集まって、オリジナル のリズム体操を行う。
	体操タイム	豊玉北地区 区民館	月・火・水・金曜 10:30～11:00	大広間にラジオ体操とねりま健 康いさき体操を行っている。
	自主サークルの場	生涯学習セン ター		芸術・音楽・教養・体操等区民の 自主サークルの活動の会場として 利用。寿大学も開講。

20

地域の社会資源 《地域の自主活動 3》

		活動場所	活動日時	活動内容
練馬	ふろしきねこの手ねこの手ショップ	NPOアクトすけあいワーカーズふろしき	毎週火・水曜 11:00~15:00	手作り品の販売
	ふろしきねこの手相談窓口		毎週水曜 11:00~15:00	手工芸、ボランティアによる演奏、調理実習、防災・防犯講座等
	ケアラズカフェ COもねび	早宮3-31-1	毎月第2・4木曜 13:00~16:00	寄席、手工芸、講座等
	こみゅにていすべーす	Been'sACT 練馬1-34-11		NPO製品の展示、販売品ワークショップ、会場の貸し出し
	いさいさ体操サークル	都宮練馬2丁目 アパート集会所	第1・3・4火曜 (月3回)	ストレッチ転倒予防体操
中村橋	湯ちゃぶの会	真井浴場の食堂	第2火曜 14:00~15:30	
	ガラクタ公園体操	ガラクタ公園	第4月曜	

21



地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)の取組状況について 地域医療課参考資料

在宅医療・介護連携推進事業の項目	練馬区における取組状況
(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握	① 地域資源情報の構築
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	① 在宅療養推進協議会 ② 在宅療養専門部会 ③ 認知症専門部会
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	28年度に実施予定の「退院連携推進事業」の中で、切れ目のない在宅医療と介護が一体的に提供される体制についても議論する。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	① ICTを活用した多職種間の情報共有 ② 医療・介護連携シートを活用した多職種間の情報共有
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	① 医療と介護の相談窓口
(カ) 医療・介護関係者の研修	① 事例検討会・多職種交流会 ② 訪問看護出前講座・同行研修 ③ 多職種連携研修(27年度からの新規事業)
(キ) 地域住民への普及啓発	① 在宅療養シンポジウム(講演会) ② 認知症フォーラム(講演会) ③ 在宅療養ガイドブックの発行 ④ 認知症ガイドブックの発行(平成28年3月発行予定)
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	在宅療養の推進に関する二次保健医療圏における意見交換会(平成27年10月13日実施)

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が施行され、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業に位置付けられました。それにより、介護保険法の包括的支援事業の中に「在宅医療・介護連携の推進」と「認知症施策の推進(認知症初期集中支援チーム、推進員)」が入りました。



医療と介護の相談窓口・ 認知症地域支援推進員の役割

(現在行っていること)

- ・地域の医療・介護資源とを結びつける。
- ・各事業・システムを利用し、地域の総合相談に対応。

高齢者相談センター本所相談実績 (H27年4月～9月)

○相談実績（電話相談・来所相談・訪問相談の合計数）

名称	総合相談	医療と介護の相談窓口実績 (内数)
練馬高齢者相談センター	4,443	381
光が丘高齢者相談センター	4,024	201
石神井高齢者相談センター	3,393	469
大泉高齢者相談センター	7,098	716
高齢者相談センター 本所 計	18,958	1,767

※「医療と介護の相談窓口」の相談実績は以下の(1)と(2)の合計数

- (1) 医療や介護関係者からの相談において、必要な情報提供及び助言その他必要な援助を行ったもの。
- (2) 医療や介護を必要とする本人・ご家族からの相談で、医療や介護関係者と連携し、対応を図ったもの(高齢者相談センターの相談対応のみで解決したものを除く)。

25

○退院カンファレンスへの参加実績

名称	退院カンファレンスへの参加 (実数)	カンファレンス後の対応		
		ケースを支所に引き継いだ(実数)	ケースを他の医療機関に紹介した(実数)	ケースを他の訪問看護ステーションに紹介した(実数)
高齢者相談センター 本所 4か所 計	72	26	21	22
高齢者相談センター 支所 25か所 計	314		28	48

練馬高齢者相談センター 本所 計	33	15	10	11
練馬高齢者相談センター 支所 6か所 計	47		11	10

26

事例紹介

◎事例 1

呼吸器疾患: 他区「医療と介護の相談窓口」からの相談で、入院中の肺疾患のケースに在宅療養体制整備の依頼。在宅療養支援診療所、訪問看護、ケアマネを依頼。

◎事例 2

がん: 家族が来所。主治医から在宅療養体制整備の依頼をするように言われた。在宅療養支援診療所、訪問看護、ケアマネを依頼。

◎事例 3

独居・介入拒否・ゴミ屋敷・詐欺被害: 地域ケア会議で検討したケース。見守り訪問実施中。意識低下で救急搬送。退院の連絡を受けた支所から相談。妄想があり、治療が必要。入院中、主治医・医療相談室と検討し、精神科転院。

◎事例 4

物盗られ妄想: 相談が家族よりあり。認知症相談事業・訪問相談実施後、近くの専門クリニックに現在通院中。

◎事例 5

ゴミ屋敷・犬の糞尿で悪臭苦情: 民生委員・保健相談所から相談のケース。東京都立中部総合精神保健福祉センター精神科医の訪問診療実施。

◎事例 6

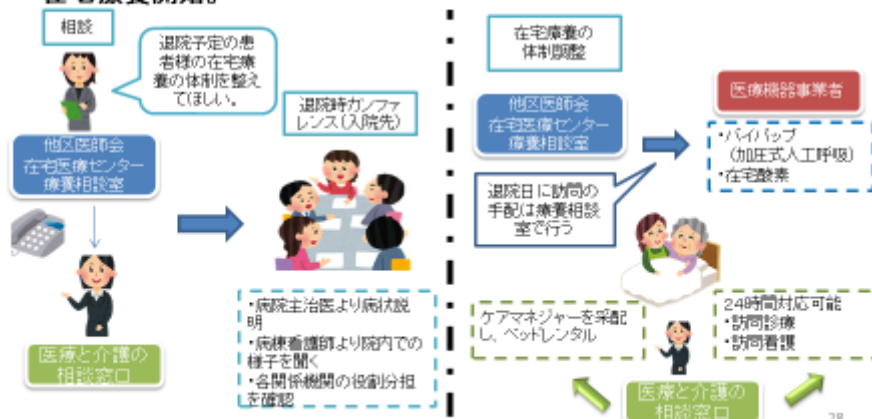
家賃滞納による立ち退き、強制執行ケース: 債権者側弁護士からの依頼。「家賃滞納で立ち退きの強制執行にあたり、その後の援助をお願いしたい」。妄想ひどく、精神科クリニック受診、同時に、介護保険認定調査を実施し、ショートステイ利用。

27

事例紹介

●事例1: 65歳女性。夫子供2人と同居。他区医師会在宅医療センター療養相談室より相談。強皮症、肺線維症に伴う間質性肺炎で入院治療のケース。血中CO2も改善し、退院予定。在宅療養の体制を整えてほしい。退院カンファレンスを行いたい。

退院カンファレンスで在宅支援開始の役割分担、サービスを導入し、在宅療養開始。

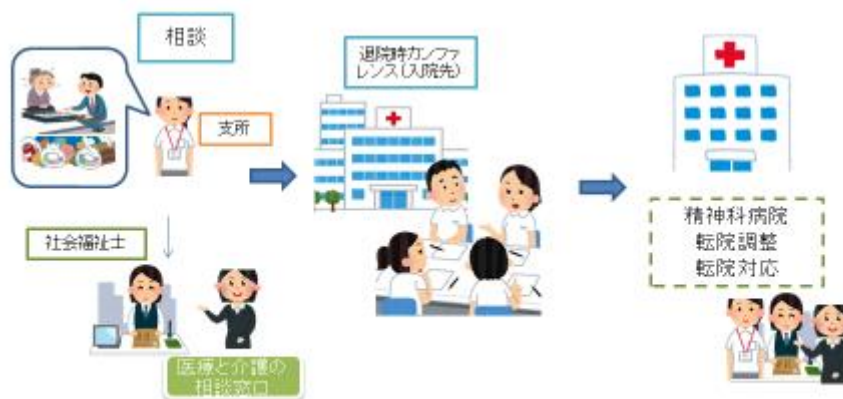


●事例2:87歳男性。骨肉腫、肺転移。主治医から「至急に在宅療養の体制を相談するように」との指示で娘が来所。
 H27年6月に自宅で意識低下し入院、入院中は呼吸苦著明であった。娘からの相談を受けた後、相談員が病院を訪問した。在宅支援診療所と訪問看護、CM、ベッドを導入し、急変時入院は病院側が対応するとの了解を得た。その後、本人は退院した。



29

●事例3:87才女性。独居。介入拒否。自宅はゴミ屋敷。詐欺被害(浄水器販売他被害)のケース。
 警察からの相談でH22年から見守り訪問開始。H26年地域ケア会議実施。H27年9月、見守り訪問に回答なし。翌日支所が訪問したところ、本人は意識低下で救急搬送された。
 総合病院から退院にあたり、支所から「妄想もあるため、在宅生活は限界」と相談があった。
 病院訪問し、主治医も含めて今後の対応を検討。精神科病院へ転院。



30

●事例4: 84才男性。独居。息子からの相談。

息子が物盗られ妄想の被害者。警察を呼んだり、頻繁に交番へ行ったりする。病院受診拒否。受診につなげたい。

練馬区認知症相談事業・訪問相談実施。

本人は近医専門医に通院となった。

息子はほっとサポートねりまに相談し、成年後見を申請した。

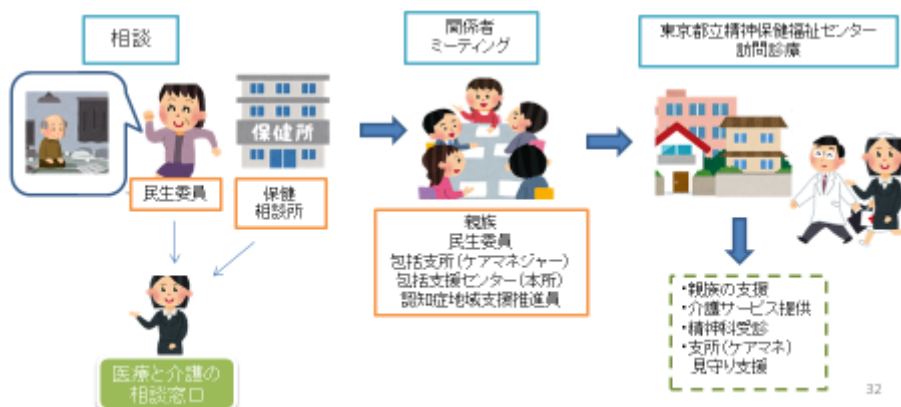


31

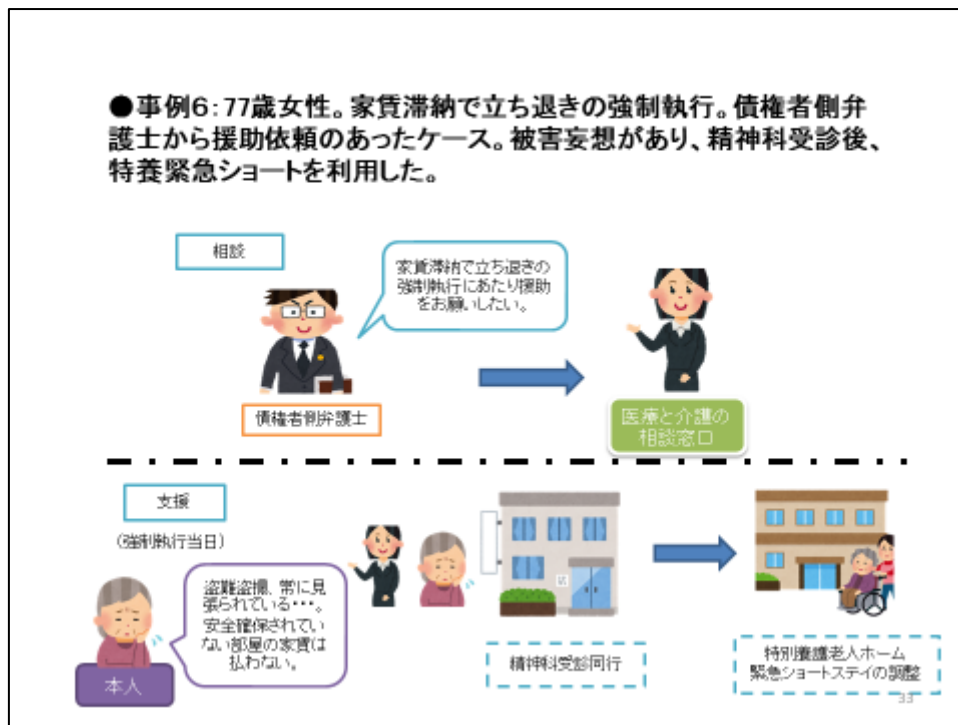
●事例5: 平成23年頃より自宅はゴミ屋敷で、犬の糞尿で家中汚れ近隣まで悪臭がしていた。近隣からの民生委員へ相談、保健所にも通報があり、対応依頼を受けた。

本人は夜中に家の外に出て、「ぶっ殺してやる」他意味不明な大声、奇声を発し、近隣から苦情があった。また、痩せて体調も悪い様子で、小股歩行でふらつきがあったが、自転車に乗って外出して危険であった。

東京都立中部総合精神保健福祉センターの訪問診療を依頼した。



32



在宅支援での感想 (包括支援センター)

(良い点)

- 1 以前より医療と連携が図りやすくなった。
- 2 病院側からの相談件数も増えてきた。
- 3 利用者の医療的な情報が入ってくることでアセスメントの助けになっている。
- 4 在宅に戻るためのカンファレンスがスムーズになっている(時間短縮が図られている)。
- 5 訪問看護ステーションなどの受け入れもスムーズで、時間がかからない。
- 6 カンファレンスのみならず、病院からのケースの方と連絡を受け、本人の意向確認や、ADLの確認のためMSWや病棟看護師と連絡をとることもある。
(一人暮らし、親族なしケースにおける課題)
- 7 退院指示が出てても住環境が悪く(ゴミや衛生面)、片付けや掃除の手配、他の住居探し等の手配が必要な場合がある。
- 8 入院・入所の際、保証人及び24時間緊急対応者がいないため、断られる。
(薬剤関係)
- 9 インスリン自己注射の方には、夜間帯に看護師がいないため、入所、ショートステイの利用相談で断られることが多い。
- 10 老健施設入所は薬価がかかると入所困難。

在宅での支援を通しての問題点 (訪問看護ステーション)

(連携)

1 病院により中心静脈栄養やストマなどの様々な種類があり、少しずつ違いがある。事前に種類がわかれば、資料を学んでから訪問できる。

2 看護サマリーを頂きたい。入院の様子や最終排便などの情報がないと困る。また、看護サマリーをケアマネジャーが持っている場合は情報を訪問看護師にも欲しい。

(退院日の調整)

3 安定しない状態で、退院が週末金曜日や土曜日、連休前だとトラブル時の対応が厳しい。

4 在宅療養支援室からの連絡が急で、明日退院の人と言われることがある。

(院内指導との違い)

5 退院時の指導と、在宅での手技が異なり、混乱を招くことがある。

6 医療全般について、退院指導内容のパンフレットを事前に訪問看護ステーションへ送ってほしい。

7 医療処置の際の清潔操作について、病院でのやり方をそのまま在宅で行うことは難しく、調整を図る。

(在宅療養にむけての薬剤調整について)

8 退院時、インスリン自己注射の人が徐々にできなくなってしまう。

9 疼痛緩和の薬物調整を入院中に行ってから退院としてほしい。

35

医療と介護の相談窓口・ 認知症地域支援推進員の役割

【今後の役割】

・(目標)地域での円滑な連携体制を整える。

現在、病院内ではチーム医療が定着している。退院後は院内チームから在宅チームにバトンタッチされ、必要時には再度入院と退院を繰り返し療養が続いていく。患者主体の院内と地域での円滑な連携体制を整える。

・(方法)退院時の対応のルール化を図る。

1 在宅療養に向けては、入院時の情報の共有化がポイント。

2 現在の在宅支援の課題を医療機関とも共有し、改善すべく退院時の対応のルール化を図る。

36

4. 石神井地区

石神井地区の医療と介護の現状

石神井高齢者相談センター 加藤 貴子

練馬区高齢者人口

平成27. 11. 現在

	練馬	光が丘	石神井	大泉	合計
人口	169,289	202,326	207,389	139,916	718,929
高齢者人口	33,305	42,963	45,087	33,276	154,631
高齢化率	19.7%	21.2%	21.7%	23.8%	21.5%

平成27. 6. 1

石神井地区高齢者人口(各支所地域内)				最高高齢化地区				
	全人口	高齢者数	高齢化率	町丁目	全人口	高齢者数	高齢化率	特徴
練馬ゆめの木支所	34,13	6,946	20.35%	高野台3丁目	2,896	767	26.48%	区営 高野台3丁目アパート
富士見台支所	28,45	6,297	22.13%	南田中3丁目	2,716	789	29.05%	都営 南田中団地
石神井支所	29,885	6,722	22.49%	石神井町1丁目	3,214	1,211	37.68%	都営 南田中団地
フローラ石神井公園支所	22,987	4,929	21.44%	南田中5丁目	2,377	929	39.08%	都営 南田中団地
第二光陽苑支所	29,903	6,137	20.52%	石神井台2丁目	4,581	1,060	23.14%	戸建て住宅地。住民の高齢化
関町支所	32,751	7,120	21.74%	関町南2丁目	4,164	1,015	24.38%	古いマンションが多い 住民の高齢化
上石神井支所	28,666	6,656	23.22%	石神井台4丁目	4,317	1,350	31.27%	都営 上石神井団地

平成 27 年度 練馬区在宅療養推進事業
事例検討会・多職種交流会 事例集

発 行 平成 28 年 3 月

編集・発行

練馬区 地域医療担当部 地域医療課

所在地 〒176-8501 東京都練馬区豊玉北6-12-1

電 話 03-5984-4673

FAX 03-5894-1211

E-mail IRYOSHISSETSU@city.nerima.tokyo.jp