

平成29年度 練馬区在宅療養推進事業

# 事例検討会 事例集



練馬区地域医療課

平成30年5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28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を実施してきました。平成29年度は、延513名の専門職が、実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、平成29年度の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。平成27年度版、平成28年度版の事例集も含めて、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。



# 目 次

《第1章》 本事例集について -----	2
在宅療養推進事業について -----	3
事例検討会の位置づけ -----	4
《第2章》 事例検討会の内容 -----	5
事例1 「眠れない！」睡眠薬に依存しない日常生活を目指して -----	6
事例2 他職種に希望する。他職種からの希望にこたえる ～あの時こうしてほしかった！あの時こうしてもらって助かった！～ -	23
事例3 「好きな物が食べたい、だから私は家にいる」 -----	
事例4 「その人らしさを尊重するケア」 -----	77

## **第 1 章 本事例集について**

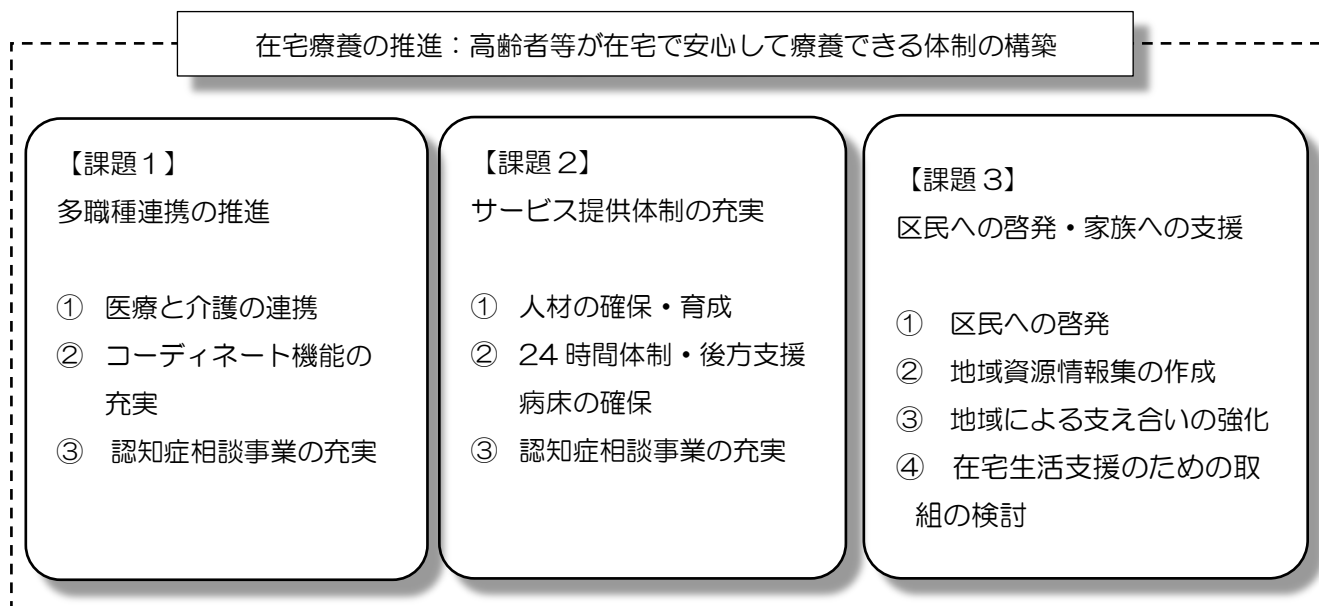
## 在宅療養推進事業について

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。

第1回（7月20日）

光が丘地区

テーマ： 「眠れない！」睡眠薬に依存しない日常生活を目指して

第2回（9月15日）

大泉地区

テーマ： 他職種に希望する。他職種からの希望にこたえる

～あの時こうしてほしかった！あの時こうしてもらって助かった！～

第3回（11月24日）

練馬地区

テーマ： 「好きな物が食べたい、だから私は家にいる」

第4回（2月23日）

石神井地区

テーマ： 「その人らしさを尊重するケア」



## 第2章 事例検討会の内容

## 事例1. 「眠れない！」睡眠薬に依存しない日常生活を目指して

### (1) 事例概要

対象地区：光が丘地区 開催日：平成29年7月20日
<b>コーディネーターおよびパネリスト</b> ・たがら薬局光が丘店                      松田 さわ子（薬剤師） ・さんくりにつく                              長野 真澄（医師）
<b>●内容</b> 独居で家に閉じこもりがちな方の事例を通じ、高齢者の睡眠障害について考え、睡眠薬依存を防ぐため、それぞれの職種でどのような支援ができるか検討した。  <b>●本症例について</b> <b>基本情報：</b> 69歳 男性 要介護2 独居 聴覚障害あり <b>主病名：</b> 睡眠時無呼吸症候群、睡眠障害、高血圧、便秘症、軽度の腰痛、手指のしびれ  <b>●グループディスカッションのテーマ</b> 「睡眠薬に依存しない日常生活を目指すために、あなたの職種は何ができますか？」 Q1. “睡眠薬に依存している”原因は何だと思えますか？ Q2. Q1 で出された原因ごとに、あなたの職種で対応できることを考えてください。 Q3. Q1 で出された原因について、あなたの職種で対応できないことは何ですか？他の職種に協力してほしいことは何ですか？  <b>●グループディスカッションのまとめ</b> 今回は初めての同職種グループによるディスカッションであり、各班において、自分たちの職種の役割と、他職種の役割を考えながら議論を進めた。それぞれの職種の専門性に注目した意見が挙がった一方で、全職種共通として、多職種間の情報共有やチームによる問題解決を重視する意見も見られた。
<b>キーワード：</b> 睡眠薬依存 独居 聴覚障害

## (2) 発表内容

○たがら薬局光が丘店 松田 さわ子様

「眠れない！」  
睡眠薬に依存しない日常生活を目指して

たがら薬局光が丘店  
松田 さわ子

### 【事例紹介】

69歳 男性 要介護2 独居 聴覚障害あり

#### <主病名>

睡眠時無呼吸症候群、睡眠障害、高血圧、便秘症、  
軽度の腰痛、手指のしびれ

#### <既往歴>

- 以前は糖尿病薬2種を服用していたが、現在は血糖値に問題なく処方なし。
- 眼科からドライアイ、疲れ眼の点眼薬も処方されていたが、H28年11月から点眼薬は中止となり定期健診のみとなっている。

### <身体状況>

- 腰痛、筋力低下あり。やや不安定だが団地の自宅内はゆっくり歩行できる。  
外出時は車椅子を使用し同行者に押してもらっている。
- 睡眠時無呼吸症候群のため、5年前から夜間CPAP（持続式陽圧呼吸療法）を使用している。
- 認知機能の低下は見られない。

### <生活面>

- 3人兄弟の長男として生まれ、ろう学校卒業後、印刷関連の会社で写真植字の仕事をしていた。結婚歴はあるが離婚して現在は独身。他の兄弟はそれぞれ独立している。
- 現在、兄弟とはあまり交流はないが、年に1回正月に集まる。
- 同居していた母はH27年2月より施設に入所し、現在は団地に独居。母は高齢だが、聴覚障害がありほとんど人付き合いのない息子を気遣ってたまに訪れる。
- 性格はまじめで内向的であり、友人はあまりいない。

### <生活面>

- 若い頃は大好きな青い車を運転してご家族と遠出することもあったが、現在は通院以外はずっと家で過ごしている。
- 日中は家でスポーツ新聞を読んだり、テレビでドラマやスポーツを見ている。
- 甘いもの、お酒が好きだが、糖尿病の治療中に医師から止められ禁酒した。

### <在宅訪問に至る経緯>

- 以前は母と同居していて、服薬管理も含め生活全般を母に依存していた。眠れないと睡眠薬を倍量服用したり、薬がなくなるとアルコールを多量に摂取するようなこともあった。
- 母がH27年2月より施設に入所し、単身生活となってからも睡眠薬依存の傾向あり。
- 同年8月後半から9月始めにかけて脱力状態で入院した経緯から、薬の管理が必要と看護師より当薬局に連絡があり、10月より薬剤師が訪問することになった。

### <処方されている薬> H29年6月現在

- ニトラゼパム……………睡眠薬
- ゾルピデム……………睡眠薬
- リスペリドン……………不安や緊張などを抑える薬
- アムロジピン……………降圧剤
- ランソプラゾール……………胃薬
- 酸化マグネシウム……………緩下剤
- センノシド……………下剤
- メコバラミン……………神経障害の薬(ビタミンB12)
- プレガバリン……………神経障害性疼痛の薬
- ケトプロフェンテープ……………痛み止め



### <訪問の内容1>

- 毎週7日分ずつ持っていく。
- 分包はせず、薬効ごとに用意してある服薬ボックスに1日分ずつセット。

薬を1種類ずつ順番に手渡し、ご本人の手でボックスの一枠ずつに入れて頂き、薬剤師が正しくセットされているか確認する。







### <訪問の内容2>

- 服薬状況確認
- 体調(睡眠・お通じなど)を伺い、血圧手帳も見せてもらう。
- それぞれが何の薬かだいたい認識しているが、「何に効く薬？」と確認のように聞かれる事もあり。
- たまに不眠の訴えあり

### <現在のサービス利用状況>

訪問介護 3回／週(家事支援等)

訪問看護 2回／週(リハビリ)

通院同行 随時

デイサービス 1回／週

薬の居宅管理 1回／週





○さんくりにつく 長野 真澄様

## 高齢者の睡眠障害と睡眠薬



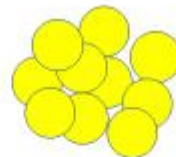
さんくりにつく  
長野 真澄

### そもそも「眠い」とは？

体内時計：時計遺伝子（転写因子）に左右されている＋神経細胞の駆け引き



視床下部・視交叉上核



体内時計が整っている



体内時計が乱れている

視交叉上核：体内時計の中核

## 不眠の原因：5つのP

1. Physiological（生理学的）：  
交代勤務、環境の変化、温度・湿度・騒音などの**環境**・過労
2. Physical（身体的）：  
慢性**疼痛**、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、気管支喘息など
3. Psychological（心理学的）：  
心理的**ストレス**、恐怖体験、死別などの喪失体験など
4. Pharmacological（薬理的）：  
カフェイン、ニコチン、インターフェロンなどの**薬**
5. Psychiatric（精神医学的）：  
うつ病、統合失調症、アルコール依存症などの**疾患**

## 高齢者の睡眠の特徴

短くなる・浅くなる・早く目が覚める

- ・体内時計の加齢変化により、寝る・起きるタイミングが前倒しになる
- ・深い眠り（ノンレム睡眠）が少なくなる  
⇒ちょっとしたことで起きてしまう
- ・老化現象（+心臓・腎臓障害）によって尿が近い  
たかがトイレ、されどトイレ。

睡眠薬に頼らざるをえないと  
考えている人も多い  
（諸外国の老人と比べて  
心理的に依存している）

## 高齢者への睡眠薬の処方で気をつけていること

# 転倒防止・認知症注意

他に

開始量が決められているものがある

ゾルピデム5mgから、エスゾピクロン1mgから、など  
最高量が決められているものがある

トリアゾラム0.25mgまで、フルニトラゼパム1mgまで、など  
CYP3A4で代謝されるものがほとんどだから、飲み合わせ注意  
クラリスロマイシン・HIVやC型肝炎の治療薬

## 睡眠薬の種類：おおまかに4つ

### GABA受容体作動薬

短  
ベンゾジアゼピン系  
トリアゾラム

プロチゾラム  
フルニトラゼパム  
ニトラゼパム

長  
クアゼパム  
など、多数。

抗不安薬なども  
ベンゾジアゼピン系のもがある

非ベンゾ  
ジアゼピン系

ゾピクロン  
エスゾピクロン

ゾルピデム

### メラトニン受容体作動薬

ラメルテオン  
メラトニン  
(国外サプリメント)

### オレキシン受容体拮抗薬

スボレキサント

## ベンゾジアゼピン系 ：汎用されているからこそその注意

高齢者は睡眠深度が浅くなり、睡眠の持続性が低下する  
＝早朝覚醒

脳全体を沈静化する＝副作用

呼吸抑制

もうろう状態・健忘・認知機能低下

**転倒・骨折リスク**

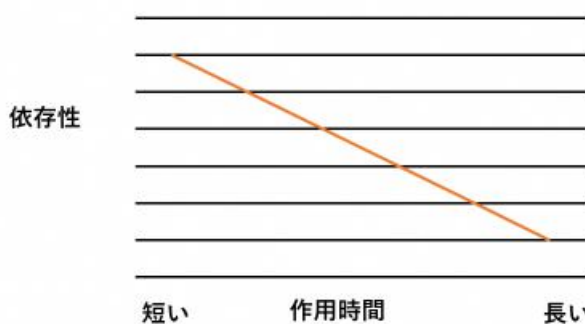
催奇形性あり妊婦×  
高齢者には慎重投与

併用薬注意  
アルコール  
CYP3A4代謝薬  
中枢神経抑制薬

## ベンゾジアゼピン系の依存性

通常量でも身体的・心理的依存を生じる

短時間作用型＋効果の強いものが依存形成しやすい



途中で目が覚める

翌日に持ち越す

1ヶ月以上使ったら、いきなりOFFしないで漸減する

一気に中断すると  
離脱症状が出る

不眠・悪夢・不安  
パニック発作  
知覚過敏・幻覚  
抑うつ



## では、非ベンゾジアゼピン系がいいのか？

ゾピクロン・エスゾピクロン・ゾルピデム  
ベンゾジアゼピンより選択的・短時間型で持ち越し少ない

でも作用機序がベンゾジアゼピン系と同じGABA

副作用：もうろう状態・ふらつき・健忘

**転倒・骨折リスクは依然ある。**

## ラメルテオンとスボレキサント：副作用の少ない薬

### ラメルテオン

メラトニン受容体作動薬  
時差ぼけ・昼夜逆転に効く

### スボレキサント

オレキシン受容体拮抗薬  
副作用が少ない点がセールスポイント  
徐波睡眠（深い眠り）を減らさない

今までの睡眠薬はいきなり切り替えないで  
漸減していく



○ 副作用が少ない    ✕ 中長時間型なので、入眠障害には向いていない

## スボレキサントは練馬ゆかりの薬

スボレキサントはオレキシン受容体拮抗薬

オレキシン：1998年に柳沢正史先生によって発見された



↑  
練馬区生まれ  
開進第三中学校（桜台）  
武蔵高校（豊玉上）  
筑波大学医学専門学群  
筑波大学大学院  
筑波大学教授

まとめ：睡眠薬は毒にも薬にもなる。

睡眠薬に依存しない  
日常生活を目指すために  
あなたの職種は何ができるか？

## 体内時計を整えるために、薬以外で言われていること



朝日を浴びよう

時計遺伝子を同調させる

運動しよう

交感神経・副交感神経のスイッチ



眠る環境を整えよう

副交感神経優位に

夜、ブルーライトを  
見ないようにしよう  
(パソコンとかスマホとか)

青い光はメラトニンの  
産生を抑えるから



### (3) 検討内容

「睡眠薬に依存しない日常生活を目指すために、あなたの職種は何ができますか？」

- Q1. “睡眠薬に依存している”原因は何だと思いますか？
- Q2. Q1 で出された原因ごとに、あなたの職種で対応できることを考えてください。
- Q3. Q1 で出された原因について、あなたの職種で対応できないことは何ですか？他の職種に協力してほしいことは何ですか？

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 (        )
<p><b>【方法】</b> 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、ワークシートに簡単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。</p> <p><b>【発表】</b> Q2、Q3の内容を発表してください。【発表時間1分30秒程度】</p> <p><b>【お願い事】</b> 各グループ意見やグループ内での意見の役割はお任せください。</p> <p style="text-align: center;"><b>《睡眠薬に依存しない日常生活を目指すために、あなたの職種は何ができますか？》</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>職種名 (        )</b></p> <p style="text-align: right;"><small>※適合グループの場合は全職種をご記入ください。</small></p>	
<p><b>Q1 本事例に照らし、”睡眠薬に依存する”原因として考えられることを、できるだけ多く挙げてください。(例：①…… ②…… ③……)</b></p>	<p><b>Q2. Q1であげた原因に対して、あなたの職種で対応できることを考えてください。</b> ※いくつか抜粋で構いません。番号の後に記入してください。</p>	
	<p><b>Q3. Q1であげた原因に対して、あなたの職種で対応が難しいと思うことや、他の職種に期待したいことはなんですか？(どの職種に何をしてもらいたいかな等) ※いくつか抜粋で構いません。番号の後に記入してください。</b></p>	



## グループワーク内容（検討内容より抜粋）

### Q1. “睡眠薬に依存している”原因は何だと思えますか？

#### （医療に関する要因）

- ・ 服薬コントロールが出来ていない  
（漫然と服用している、服用忘れがある、薬が合っていない、自己判断で調節している等）
- ・ 頻尿、トイレが近い
- ・ 身体的苦痛がある（痛み、しびれ、かゆみ、咳、耳鳴り等）
- ・ うつ病、統合失調症、認知症などの疾患がある

#### （日常生活に関する要因）

- ・ 昼間の活動量が低い（日中に寝ている、外出しない等）
- ・ 日光に当たらない（自宅に引きこもっている）
- ・ 寝る前に刺激物、カフェイン等を摂取している
- ・ 寝る前にテレビを見たり、携帯を触ったりしている
- ・ 夜間勤務がある
- ・ 睡眠を妨げる自宅環境（騒音、光、寝具が合っていない等）

#### （心理的な要因）

- ・ ストレス（不安、寂しさ、悩み等）
- ・ 眠らなければならないという強迫観念
- ・ 薬を飲まなければ眠れないという思い込み

### Q2. Q1 で出された原因ごとに、あなたの職種で対応できることを考えてください。

#### （医療職から）

- ・ **医師**…薬の変更、薬や不眠の原因についての説明、日中の運動指示
- ・ **薬剤師**…処方薬の見直し、副作用のチェック、処方変更の提案
- ・ **看護師**…不眠の原因に対するアセスメント（痛みの評価、水分摂取量の見直し等）、不安の傾聴、環境整備、外出する機会を作る・促す
- ・ **リハビリ職（理学療法士、作業療法士）**…日中の活動量増加、リハビリによる痛みのコントロール、生活指導、自宅環境（睡眠環境）の整備
- ・ **MSW（ソーシャルワーカー）**…不安の傾聴、不眠原因を明確化し関係職種に繋げる

**(介護職から)**

- ・ **ケアマネジャー**…不安の傾聴、生活習慣の改善アドバイス、日中の活動性を高めるケアプランの策定（デイサービス、ヘルパー介入等）、自宅環境改善へのアドバイス、関係職種へ繋げる
- ・ **訪問介護**…服薬状況の確認、日中活動量の増加（買い物、家事援助を一緒に行う等）
- ・ **通所介護**…日中活動量の増加、早朝デイサービス・ナイトケアデイサービスの提案、レクリエーション（カラオケ、ラジオ体操等）の参加を促す、コミュニケーションの活発化、不安の傾聴
- ・ **高齢者相談センター**…外出のきっかけを提供（出張型街かどカフェ、はつらつシニア倶楽部、スポーツサークル、散歩サークル等）、役割を持たせる（見守り訪問員、買い物同行ボランティア、ピアアカウンセリングの講師等）、不安の傾聴、家族関係のコーディネート、経済的相談や住環境の相談、多職種への情報共有

**Q3. Q1 で出された原因について、あなたの職種で対応できないことは何ですか？他の職種に協力してほしいことは何ですか？**

**(医療職へ)**

- ・ **医師へ**…処方薬の見直し、患者への指導、原因疾患の精査・治療、医療機関（他科含む）どうしや多職種間での連携
- ・ **看護師へ**…日常生活のアセスメント、服薬管理、家族への情報共有
- ・ **薬剤師へ**…服薬管理、処方薬の見直し・提案、本人への薬の説明、他職種への薬に関する情報提供、サービス担当者会議への参加
- ・ **リハビリ職へ**…運動量の評価と改善、個人に合ったプログラムの策定

**(介護職へ)**

- ・ **ケアマネジャーへ**…日常生活の把握、他職種への情報提供、サービスの導入、ケアプランに「活動」を入れる
- ・ **通所介護へ**…日中の生活リズム改善（運動、外出の機会）、ナイトケアデイサービスの提供
- ・ **訪問介護へ**…日中の生活状況の把握、自宅での活動量増加、服薬管理他職種への情報提供・問題提起

**(その他)**

- ・ **全職種へ**…多職種間での情報共有・課題共有、互いの役割の把握、チームとしての問題解決
- ・ **その他**…家族、近隣の人々、傾聴ボランティア等の協力を得て、日中の活動量を上げる

## 事例2. 他職種に希望する。他職種からの希望にこたえる

～あの時こうしてほしかった！あの時こうしてもらって助かった！～

### (1) 事例概要

対象地区：大泉地区
開催日：平成29年9月15日
<b>コーディネーターおよびパネリスト</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・てらもとクリニック                      寺本 研一（医師）</li> <li>・ケアプラン金のまり                      廣島 人水（ケアマネジャー）</li> </ul>
<p><b>●内容</b></p> <p>これまで参加者自身が経験してきた具体的事例を基に、他職種に対して期待することを共有し、自身の職種が他職種から期待されていることの把握と検討を行った。</p> <p><b>●ワークショップの内容</b></p> <p>&lt;事前課題&gt;</p> <p>参加者に対し「事前課題シート」（※次ページ参照）を配布し、他職種に対する自身の経験について「あの時こうして欲しかった」、「あの時こうしてもらって良かった」という事例について考えてきてもらった。</p> <p>&lt;当日&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前課題シートを基に、同職種グループで各他職種に対するメッセージペーパーを作成。</li> <li>・作成したメッセージペーパーを対象職種グループへ配布。</li> <li>・自分の職種宛のメッセージを確認し、内容について同職種で検討。</li> </ul> <p><b>●ワークショップのまとめ</b></p> <p>日常業務で関わりのある職種から、直接顔を合わせる機会の少ない職種まで、職種間の関係性は様々であるが、それぞれの職種グループにおいて「他職種からこのように思われているのか！」「このような希望があるのか！」という気づきが得られ、互いの課題の共有と、これからの多職種連携のあり方に繋がるワークショップとなった。</p>
<b>キーワード：</b> 他職種への希望 多職種連携 情報共有

参加者に配布された「事前課題シート」

<b>事前課題シート</b>		
<p>他の職種に対する自身の経験から、以下の質問項目にお答えください。            ※下記の職種、サービスより選択して、ご記入ください。（当日参加予定の職種となります。）</p>		
<p>A.医師 B. 歯科(歯科医師・歯科衛生士) C. 医療連携等(MSW、PSW、医療連携) D.理学療法士、作業療法士            E. 看護師 F. 薬剤師 G. ケアマネジャー H. 高齢者相談センター I. 入所施設(介護付有料老人ホーム、グループホーム、短期入所生活介護) J. 通所介護(地域密着型通所介護、小規模多機能含む) K. 訪問介護 L. 福祉用具貸与事業所 M. 介護老人保健施設 N. 管理栄養士</p>		
～あの時、こうして欲しかった～		
職種	①普段、多職種で仕事をしている中で、「こうして欲しかった！」と感じたことを挙げてください。（理由も含め）	②なぜ相手はそれが出来なかったか、相手の立場で考えられる理由を複数挙げてください。
例) F	認知症の方で、服薬指導の状況を理解しておきたかったので、訪問時に同行したかったが、一人で訪問されてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間調整がなかなかできなかったのかもしれない。</li> <li>・同行したい旨が十分に伝わっていなかったかもしれない。</li> </ul>
～あの時、こうしてもらってうれしかった、助かった～		
職種	①普段、多職種で仕事をしている中で、「こうしてもらってうれしかった、助かった」と感じたことを挙げてください。（理由も含め）	②なぜ相手はそれが出来たのか、理由を複数挙げてください。
<p>※当事前課題シートは事例検討会の終了後、回収し事例検討会事例集の作成に使用いたします。返却等を行わないため、必要があればコピー等をお取りください。</p>		

## (2) 発表内容

○ケアプラン金のまり 広島 人水様 (事例の基調報告)

平成29年度 第2回 事例検討会・多職種交流会 平成29年9月15日 (金)

他職種に希望する。  
多職種からの希望に応える。

～あの時、こうして欲しかった！  
こうしてもらって嬉しかった！～

ケアプラン 金のまり  
広島 人水

1

関白宣言

2

## ヘルパーへありがとう！

ヘルパー（電話にて）

「訪問して呼び鈴を鳴らしましたがお出になりません。  
携帯電話もつながりません。」

私は、安否確認の必要があると  
考えました。その時・・・



3

## 通所リハビリの理学療法士へもう一言！

理学療法士（報告書にて）

「今月をご本人がお疲れのご様子なので、  
〇〇体操は実施しておりません。」

報告書を見た私が感じたことは・・・



4

## ● 福祉用具専門相談員へありがとう！

福祉用具専門相談員

「〇〇さんがデイサービスに行く時、車いすに乗って玄関上がりかまちの段差を乗り越える必要があるのですが、車いすのレンタルをしました。」

私は、〇〇さんは認知症があるので段差を怖がらないかなと心配でしたが・・・



5

## ● 訪問診療医・主治医へもう一言！

医師（訪問後の報告書にて）

「転倒に注意してください。」と記載あり。

報告書を見た私が感じたことは・・・



6

○てらもとクリニック 寺本 研一様

## 事例検討会・多職種検討会

Coconeriホール  
平成29年9月15日

1

我々が携わっている在宅療養・医療における  
多職種連携の最大の問題の一つは...

- ✓ **何が問題かわからないこと。**
- ✓ **問題に気づかない。**

2



我々のほとんどは問題が何か分からない！  
したがって、解決もできない。

そこで本日は他人から  
教えてもらうことにしました。



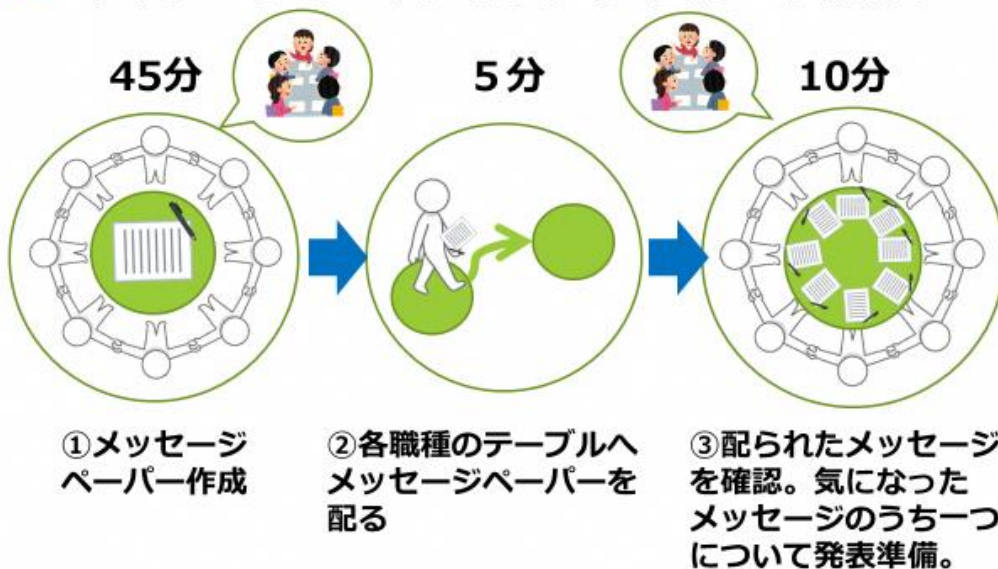
## ● 本日の課題

- ✓ あの時こうしてほしかった。
- ✓ あの時こうしてもらって本当によかった。
- ✓ できるだけいろいろなエピソードを思い出して、考察してみましょう。



4

## ● グループディスカッションの流れ



5

## 注意点

- ✓ 思いついたことを遠慮なく記入。
- ✓ 遠慮なくとも配慮は必要。
- ✓ バッドニュースを上手に伝える。
- ✓ ほめ上手に！

6

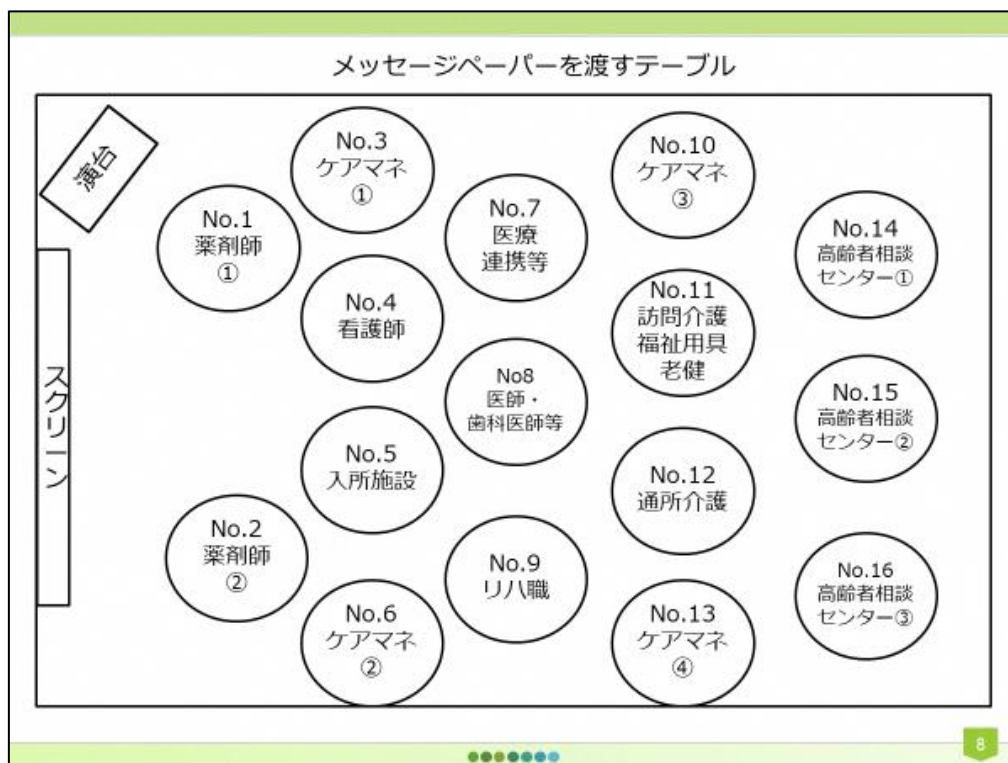
## はじめる前に・・・

- ✓ メッセージペーパーは5つの職種を選んで記入！  
※メッセージペーパーの右上に赤い★印があるものは、必ず選んでください。  
(各職種2、3つずつあります)

- ✓ 薬剤師、ケアマネ、高齢者相談センターへのメッセージは班の枚数分を複写！
- ✓ 時間があればさらに多くの職種にメッセージを！

それでは...  
進行係、記入係を決めて、始めてください！

7



## 発表の仕方

自身の職種に向けられたメッセージの中から、  
**「気になったもの」**を1つ選んでグループで話し合い、発表する。

- ✓ 発表時間は1分程度。
- ✓ 発表内容は以下の3点を盛り込む。
  - ①どの職種から
  - ②どういう意見をもらった
  - ③それに対してグループで考えた意見

## 出てきた課題をまとめると...

- 1.情報不足、連絡不足 ⇔ 必要な情報あり、連絡十分
- 2.チームを意識していない ⇔ チームを考えて行動
- 3.顔の見える関係
- 4.自分の考えの押し売り ⇔ 他職種の話をよく聞く
- 5.洞察力不足 ⇔ 深い考え



10

## まとめ



「こんなことを指摘された！」  
「今まで考えたこともなかった！」

このような感想を持った人がいたら、その人にとってこの会は非常に有意義であったといえます。その人はそれを知ることによって成長できるから。



11

### (3) ワークショップ内容

**<Step 1> メッセージペーパーの作成**…事前課題シートを基に、各職種に最も伝えたいことを1つずつ選び、メッセージペーパーに記入する。

**<Step 2> メッセージペーパーの配布**…①で作成したメッセージペーパーを各職種のテーブルへ配る。

**<Step 3> グループディスカッション**…配られたメッセージペーパーを確認し、特に気になったメッセージ1つを選ぶ。

**<Step 4> グループ発表**…③で選んだメッセージについて、「どの職種から」、「どういう意見をもらい」、「グループでどのように考えたか」を発表。

本ワークショップで使用された「メッセージペーパー」例

<input type="checkbox"/> グループで話し合い、特に伝えたいこと1つについてご記入ください。		メッセージペーパー
<u>医師・歯科医師等へ</u>		
こうして欲しかった	うれしかった、助かった	
職種ของกลุ่ม名をお書きください。		より



## グループワーク内容（メッセージペーパー記載内容）

### ○医師へ

#### 「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ クリニックの Dr はとてもフットワークが軽い。すぐに対応してくださり、有難うございます。（看護師）
- ・ 状態変化を Dr に報告した時に、Dr から患者さんへ連絡を入れてくれた。安心した。一方通行になっていなかったことが嬉しい。（看護師）
- ・ 在宅看取りか入院か、気持ちが揺らいでいる患者さん…先生の一声で、在宅看取りに方向性が決まった。バシッとご家族に説明して下さり、ありがとうございます。（看護師）
- ・ 訪問後の報告書に対して、フィードバック（電話など）を頂けたこと。（薬剤師）
- ・ 1日2回に分けていた処方について、患者さんが飲みづらいため、1日1回に用法変更を提案したところ受け入れてくださったこと。（薬剤師）
- ・ 身体状況が低下している対象者について、リハ職からの説明に加えて、医師からご家族に上手く状況を伝えてくれた。（リハビリ職）
- ・ 急変した時にすぐに訪問してくれて、受け入れ先の病院を探してくれ、情報提供してくれたこと。すぐに救急対応もできて、とても助かりました。（ケアマネジャー）
- ・ 内科の先生ですが、他科にかかると直接そちらに連絡をしてくれたりして指示を下さる。（ケアマネジャー）
- ・ 1回の診療でも、患者さんの情報をしっかり紹介状に記載してくれて、転院、入所、介護保険などスムーズに行えた。（医療連携）

### ○医師へ

#### 「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 在宅看取りと分かっているのに、休みの日に先生が居ない。先生が休みなら、休みに死亡した時の段取りを事前にしておいてほしい。（看護師）
- ・ 訪問後の報告書の内容に関して、反応がなかったため、フィードバック頂きたかった。（薬剤師）
- ・ 在宅生活を希望しているのに簡単に入院を勧めないで欲しい。（ケアマネジャー）
- ・ 認知症の薬を飲み始めて、明らかに怒りっぽいという薬の副作用が出ているのに、薬の相談にのってくれない。（家族は服薬を STOP させたいという意向がある）（ケアマネジャー）
- ・ 外来の患者さんの情報を MSW も欲しかった（どんな患者さんが入院してくるのかわからなかった）（医療連携）
- ・ 医師がケアマネをとばして、訪問看護を入れる指示を出していた。（高齢者相談センター）

○歯科医師へ

「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 難病、寝たきりの患者さんの歯科往診はとても助かります。(看護師)
- ・ 口腔ケアのやりにくい方のケアの指導により、口腔内の清潔がアップし、とてもありがたかった。(看護師)
- ・ 施設に訪問されている歯科の先生から声を掛けられ、「この施設に入所している方の出血傾向を助長する薬剤を教えてほしい」と頼まれた。普段この訪問歯科の先生に同行したことはないものの、同じ施設を担当させていただいている人間として、お役に立てればと思い、リストを作成してお渡ししたところ、「ここまで情報をいただけて有難い」と言われ、それがきっかけで関わりが持てるようになったこと。(薬剤師)
- ・ 義歯が完成した時、何度も確認して、噛み合わせを見てくださり、アフターフォローが出来て、利用者もご家族も、そして職員も嬉しかった。(入所施設)
- ・ 嚥下困難の方を適切な歯科へ紹介して下さったので助かった。(高齢者相談センター)
- ・ 入れ歯の調整で何度も来てくれて細やかな調整をしてくれたおかげで食べられた。ありがとう。(高齢者相談センター)

○歯科医師へ

「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 介護職・看護等の訪問時間も考慮して訪問時間を決めてほしい。(看護師)
- ・ 担当(相談員)が変わった時、しばらく訪問が途切れてしまい困った。(ケアマネジャー)
- ・ 義歯破損したとき、週末をはさみ連休だった。義歯なしでの食事摂取の注意点などのアドバイスをほしかった。義歯なしでいると顔がふけて見えるので早めに作成してほしかった。(入所施設)
- ・ 訪問歯科の次回訪問日を教えてもらえなくて、他のサービスと重なってしまった。(高齢者相談センター)
- ・ お互いに連携体制をとっていく必要がある。(高齢者相談センター)
- ・ 割とバリアフリーでないところが多い気がする。ずっとそこへ行っていたのに階段が登れなくなったため行けなくなった。(高齢者相談センター)



○看護師へ

「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 観察力によって、患者さんの異常に早く気がついてくれる。(医師・歯科医師)
- ・ 患者さんだけでなく、他職種との橋渡しをしてくれた。(医師・歯科医師)
- ・ 退院のカンファの時に必ず来てくれて、安心しています。(ケアマネジャー)
- ・ 「24時間」対応してくれてありがとう！！「夜中3時でも…」(ケアマネジャー)
- ・ ヘルプでもデイでも、入浴拒否があった方の入浴を精神科訪問看護で長く関わっていた看護師が入浴介助してくれたので、ありがたかった。(ケアマネジャー)
- ・ カレンダーにセットした薬が足りない時等、申し送り事項をメモで置いてくれた。(薬剤師)
- ・ 薬の変更や困ったことがあった時、すぐに電話等で相談してくれるのは嬉しかった。(薬剤師)
- ・ 体調の優れない利用者の情報を伝えた際、ホームナースがすぐに往診医につなぎ、受診の段取りを設定してくれた。(入所施設)
- ・ 急なENT（退院）調整で数日で死ぬかも…（という利用者に対して）すぐに動いてくれて助かった。(高齢者相談センター)
- ・ Drに言いづらいことを上手く伝えてくれた。主治医と連携できた。(高齢者相談センター)
- ・ 家族にケアマネが伝えきれない部分をきちんと説明してくれる。(高齢者相談センター)

○看護師へ

「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 医療保険になったら情報が来なくなった。(ケアマネジャー)
- ・ 直接医師と連携してほしいときにケアマネに委ねられた。(ケアマネジャー)
- ・ ケアマネに相談なしに利用者に直接「今月で終了」と伝えられて困った。せめて…先に言ってくださいれば…。(ケアマネジャー)
- ・ 複数の看護師さんが関わっているとうまく連携がとれず、どうしたらいいかわからないことがあった。(薬剤師)
- ・ 現場で何をできるのか、もっと意見を聞いてほしい。(通所介護)
- ・ 日常的にももう少し優しく接してくださいませ。(入所施設)
- ・ 虐待者に対して「虐待」と伝えてしまった。(高齢者相談センター)
- ・ 褥瘡の対応ができない家族に「いくら指導しても家族が理解しない」ことを理由に訪問を断られた。(高齢者相談センター)

○薬剤師へ

「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 顔合わせをしたこともない薬剤師さんが、問い合わせに対し、丁寧に薬剤についての情報を教えてくれて嬉しかったし、役立って助かった。(看護師)
- ・ フットワークがよい。短期介入でも、介入がダメになっても、受けてくれる。また、すぐに日にちを調整して訪問してくれて助かった。(看護師)
- ・ 工夫したことを写真つきで送ってくれたことにより、呼吸苦のある人が、内服を楽にすることができた。(看護師)
- ・ 薬剤師さんの介入により、看護師のケアを充実させることができ有難い。(看護師)
- ・ 沢山ある薬を整理してもらい、Dr.にフィードバックしてくれて嬉しかった(回数や種類を減らしてもらえた)(ケアマネジャー)
- ・ 日付や名前を手書きで書いてもらえて助かった。(ケアマネジャー)
- ・ デイやヘルプのシフトをちゃんと確認して丁寧な対応をしてくれた。(ケアマネジャー)
- ・ 指導で来てくれた時、飲み忘れの薬も無駄にせず、また分包してくれた。(高齢者相談センター)
- ・ 処方箋を持って行ったらジェネリックにしてくれた。経済的な事情を相談したら対応して医師とも相談してくれた。(高齢者相談センター)
- ・ 薬の量が多く、訪看が薬の整理に時間をとられていたが、訪問薬剤師が入ることにより整理がスムーズになりとても助かった。(高齢者相談センター)

○薬剤師へ

「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 内服セットはしてくれるが、残薬があるのに、調整をしてもらえなかった。薬剤師としての役割を果たしてほしい。(看護師)
- ・ 服薬指導の報告書を訪看にも出してほしいな…。(看護師)
- ・ 癌末期の方の訪問看護提供の時間とかぶり、その間ケアができなかった。ケアマネや訪看に訪問時間を確認して調整してほしい。(看護師)
- ・ 居宅療養管理指導をお願いしているが、置きに来てくれるだけ(配達だけ)で終わっているの、セットや指導をして欲しい。(ケアマネジャー)
- ・ いくつも病院にかかっている利用者さんの薬のことで相談したら、「ケアマネさんから言ってください」と丸投げされた。(ケアマネジャー)

## ○リハビリ職へ

### 「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ スプーンなどを使えるようにしてくれた。(医師・歯科医師)
- ・ 血液の循環が悪かった時に(肌の色が変わっていることに気づいてくださって)、マッサージにより解決して下さって助かった。(薬剤師)
- ・ 1人1人良く見てくれて、具体的に根拠のある意見を提供してくれて助かる。(通所介護)
- ・ 寝たきりで、拘縮のある方で、呼吸苦もあって、エアーマット等すすめたかったが、ご本人が拒否していた。それを、リハの方がエアーマットの利点や本人の状態に合わせた説明をしてくれて、エアーマットの導入につなかった。(ケアマネジャー)
- ・ 開かない麻痺側の手が、集中リハで手袋をはめられるまでに改善した。本人の意欲アップ！(ケアマネジャー)
- ・ いつもケア会議でリハの視点を伝えてくれてありがとう。(高齢者相談センター)
- ・ 自立の視点を専門職として地域で伝えてくれるのはありがたい。(高齢者相談センター)
- ・ 歩けないと診断されたのに、リハさんが関わってくれて歩けるようになり「1人暮らしができる」という目標が達成された。ありがとう。(高齢者相談センター)
- ・ 失語症の利用者の通所時の様子を教えてください、嬉しかった。(高齢者相談センター)
- ・ 日常生活に根差したリハビリテーションを考えてくれて、嬉しかった。(高齢者相談センター)

## ○リハビリ職へ

### 「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 同時の訪問は迷惑でないか教えていただけるとありがたい。(薬剤師)
- ・ 筋肉痛でデイを休むほどリハビリをしないで欲しかった。(通所介護)
- ・ 老健退所の時、在宅復帰の為、ご利用者のご自宅に同行した際、必要以上に手すりや福祉用具を勧められた。逆に、手すりをつける方がいいと話したら「今のリハビリ内容には合わない」と言われ、結局手すりが1本もつけられず、転倒してしまった…。(ケアマネジャー)

○管理栄養士へ

「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ リハ栄養を基盤にした美味しい食事を作ってくれて嬉しかった。(医師・歯科医師)
- ・ 訪問栄養管理によって、幸せ度が上がった。(医師・歯科医師)
- ・ ご家族へ食事の調理のアドバイスがあり、とても良かった。(医師・歯科医師)
- ・ 利用者の減量指導が必要になった時、介入してもらい、栄養士からの具体的指導をしてくれた。ありがとう。(リハビリ職)
- ・ 調理指導が必要になったご家族に対し、専門的調理アドバイスをしてもらえた。ありがとう。(リハビリ職)
- ・ 嚥下に関する調理指導にも的確なアドバイスをいただき、ありがとう。(リハビリ職)
- ・ 飲み込みの悪い利用者のために、隠し包丁を教えていただき、ご利用者が他利用者と同じ食事を食べているような気分になれて良かった。(入所施設)
- ・ コレステロール値の高い利用者に分かりやすく食事指導してくださり助かった。(高齢者相談センター)
- ・ 食中毒の講義をわかりやすく教えて下さり、助かった。(高齢者相談センター)
- ・ デイケア利用者で体重減少をしたい方に個別に指導して下さり、体重が減ったケースがあった。嬉しかった。(高齢者相談センター)
- ・ 栄養指導をチームで共有したら本人の状態が良くなった。料理の方法など満足度アップ。(高齢者相談センター)

○管理栄養士へ

「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 具体的な調理より既製品を勧められた(家族は手作りのものを具体的に知りたかった)(医師・歯科医師)
- ・ 食に対する嗜好の偏りがある方に対してどのようなものをどのように勧めると栄養摂取の向上につながるか、教えてほしい時がありました。(リハビリ職)
- ・ 糖尿病の自覚のない利用者のために、食事療法を教えていただきたかった。悪化した場合の説明をしていただきたかった。(入所施設)
- ・ 地域でもっと活動してほしい。(高齢者相談センター)
- ・ 食事の相談をもっとしたい。(高齢者相談センター)
- ・ ヘルパーの調理へも活かしたい。(高齢者相談センター)

### ○医療連携へ

#### 「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ ENT（退院）後、在宅の様子をたずねてくださる TEL が来ることがある。ささいなことですが、とても嬉しい！（看護師）
- ・ 医療連携に慣れていない病院が訪看に、ENT（退院）調整のことや訪看など「在宅とは」の講義をしてほしいとの依頼があった。頼られたことがすごく嬉しい。（看護師）
- ・ 認知症の方の相談をしたら、そこでは入院できないが、他の病院の紹介をしてくれた。（ケアマネジャー）
- ・ 入院時から退院連携に関わってくれている。（ケアマネジャー）
- ・ 入院中の方が、当社への入居検討中、携わってくれた SW の方の細かい情報共有、また PT の意見を反映する際「実際に施設に行って居室を見てアドバイスしてあげたら」と仰ってくれました。この一言が、ご対象者様の転倒リスク回避となりました。本当に助かりました。そして感動しました。（入所施設）
- ・ 退院前カンファを開催してくれたので助かった。（高齢者相談センター）
- ・ ALS（TLS 状態※）独居の方の意思を最後まで尊重して下さり、自宅で最期を迎えさせてくださった。そこまでの間、人としての関わりを深く持ってくださいました。（訪問介護）

※ TLS = Totally Locked-in State（完全な閉じ込め状態）。ALS 疾患の進行とともに眼球運動や瞬目が消失し、外観上完全な無道状態となること。意識や聴覚や思考力はあるが目は開けられず、「暗闇の中で完全に閉じ込められた状態」を表す。

### ○医療連携へ

#### 「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 施設入所が決まっているのに、何度もカンファレンスに呼ばれた。ケアマネの在宅の仕事を理解して欲しかった。（ケアマネジャー）
- ・ 当社のご入居様が入院させていただき、しばらくたって突然に「明日退院となるので受け入れをお願いします」と言われた。受け入れ側としては、食事の発注や準備、各セクションへの共有などがあるので、せめて3日前くらいからご相談いただくと助かります。（入所施設）
- ・ お金事情をもっと聞いて、転院先を決めてほしかった（残された家族が生活できず、生活保護を申請した）（高齢者相談センター）
- ・ 相談室と病棟の情報が食い違って困った。あちこちから連絡が来て「??」となってしまった。（高齢者相談センター）
- ・ 退院決定の連絡がなかった。（高齢者相談センター）

### ○ケアマネジャーへ

#### 「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 外来にケアマネさんが来てくれて話し合うことが出来て嬉しかった。(医師・歯科医師)
- ・ 初回の訪問時の同行。利用者さんとの関係が築きやすい。(薬剤師)
- ・ 前任者からの引継ぎのとき、これまでの状況を知らせて頂けたのでスムーズに事が運んだ(生活状況、家族関係など)(薬剤師)
- ・ 訪問日ではない日に、ご利用者から直接電話連絡があり、緊急に訪問し状況確認が必要となった。しかし、訪問困難だったため、担当ケアマネに連絡したところ、非常にフットワーク軽く、すぐに訪問して状況確認をしてくれた。(リハビリ職)
- ・ 通所拒否のある利用者の送り出しを軌道に乗せるまで手伝ってくれた。(通所介護)
- ・ 目の見えない方へ、箸の選定をしなければならなかったのですが、一緒に訪問して下さり助かりました。(福祉用具貸与)
- ・ 利用者への細かな対応、心のコもった対応をみる度に勉強になります。何度も何度も訪問している方が多く、頭が下がります。いつもありがとうございます。(福祉用具貸与)
- ・ いつも困難なプラン(ケース)を受けてチームを作って上手く支援してくれて感謝しています。(高齢者相談センター)
- ・ 家族との間に介入して下さったり、対応の方法を教えて下さり、やり取りがスムーズにできた。(医療連携)

### ○ケアマネジャーへ

#### 「あの時、こうして欲しかった」

- ・ 患者状況をもっと聞いてほしい。(医師・歯科医師)
- ・ 入院になった、他界したなど、連絡をもらえず後日知ることになったので、ご連絡いただけるとありがたい。(薬剤師)
- ・ S.S(ショートステイ)など、長期の薬が必要な時、予定を早めに連絡いただけると薬の準備にはありがたい。(薬剤師)
- ・ 初回訪問時、患者宅の近隣情報(駐車場等)があると訪問の際になって困ることが減るかもしれない。(薬剤師)
- ・ サービス担当者会議の日程に関して、担当ケアマネより直前に日程連絡が入ったため、他の訪問業務と日程が重なってしまい当日に参加できなかった。是非参加して意見交換をしたかったが、事前にこちらの趣旨や必要性を伝えていれば良かった。(リハビリ職)
- ・ 虐待が疑われた時は早く話してくれるとありがたい。(高齢者相談センター)

○訪問介護へ

「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 訪問時、患者さんの生活について食事や外出などのことを話して下さり、患者さんの状況が分かって助かった。(薬剤師)
- ・ 薬のことにに関して相談を頂いて、併用薬・服薬状況が判ってとても助かった。(薬剤師)
- ・ 入浴の自立に向けた指導中、こちらの評価表に沿ってきちんと動きを見て記入いただいて自立できました。ありがとう。(リハビリ職)
- ・ デイに来られるようになるまで(3回くらい)付き添ってくれた。(通所介護)
- ・ マットレスやクッションを使用している利用者の皮膚トラブルを詳しく教えて下さり、再選定をする際に役立ちました。(福祉用具貸与)
- ・ 利用者に関わる時間が多いため、日常生活の変化を色々教えて下さり、とにかく選定の際に助かっております。(福祉用具貸与)
- ・ 訪問時の情報をすぐにケアマネに伝えてくれて受診につながった。(高齢者相談センター)
- ・ いつも寄り添ってくれてありがとう。ヘルパーなしでは在宅を支えられません。ありがとう！(高齢者相談センター)

○訪問介護へ

「あの時、こうして欲しかった」

- ・ もし残薬があるのであれば、分かったら教えてほしい。(薬剤師)
- ・ 薬の服用についての疑問はもっと相談してほしい。(薬剤師)
- ・ 仕方ない事ですが、時間に縛りがある。帰るときには一言欲しかった。(医療連携)
- ・ 得ている情報を抱え込んでいる時がある。(高齢者相談センター)
- ・ チームの一員として現場のヘルパーさんもサービス担当者会議に来てくれるとありがたい。現場のヘルパーがサービス担当者会議に出席はなかなか難しい(シフト調整や給料の面など)。サービス責任者が現場の声を拾って現状の諸問題を会議の場に持って行けるように。(高齢者相談センター)



○通所介護へ

**「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」**

- ・ 認知症の患者さんに対して、月～金まで朝迎えに来られたときに、薬を持って行ってデイサービスで飲ませてくれています。大変助かっております。(薬剤師)
- ・ 自宅に戻れない方を、お泊りデイで対応してくれて助かった。(ケアマネジャー)
- ・ 本人が元気になった。家族に笑顔が戻った。(ケアマネジャー)
- ・ 「行きたくない人」に対して TEL してくれたり 2 回目迎えに行ってくれて、通所出来るようになり嬉しかった。(ケアマネジャー)
- ・ 自宅でお風呂に全く入らなかった人が職員さんの上手な声かけにより、デイサービスでお風呂に入るようになった。(ケアマネジャー)
- ・ 送迎時間など個別の対応が助かった。(高齢者相談センター)
- ・ ちょっとした変化を報告してくれたので受診につながり助かった。(高齢者相談センター)

○通所介護へ

**「あの時、こうして欲しかった」**

- ・ 認知症がある利用者が介護に抵抗したり、大声を出されているという理由で、突然やめてほしいと連絡があった。(ケアマネジャー)
- ・ 機能訓練加算の説明がされずに加算がつけられていた。(ケアマネジャー)
- ・ いつもの席を変更され、事情を聞いたら「周りの方への暴言があったので変更させてもらった。」とデイの方から返答があった。暴言があるということは知らなかったので、席を変更する前に、その情報をいただけると良かった(違う言葉かけができたかも)。(ケアマネジャー)
- ・ 区分変更の件など本人の身体のごことは本人にも伝えてもいいが、ケアマネにも伝えてほしい。(高齢者相談センター)

○入所施設へ

**「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」**

- ・ ショートで入って患者さんが元気になって帰ってきたので嬉しかった。(医師・歯科医師)
- ・ スケジュールを合わせて入れてくれる。(医師・歯科医師)
- ・ (老健) ADLがあがって退所出来て嬉しかった。(看護師)
- ・ 在宅側の声を聞いてくれてありがとう。(看護師)
- ・ 関わっていた利用者が入所となった後、屋外での活動がお好きであることをお伝えしたら、スタッフが時間を作って屋外の散歩等連れだしてくれた。(リハビリ職)
- ・ 入院しても、関係を大切にしてくれ、面会に来てくれたり、気にかけてくれて、関係が継続できた。(医療連携)
- ・ (ショートステイ) 迅速に夕方からでも受け入れてくれた。(高齢者相談センター)
- ・ 即日利用できるお試しの有料が助かります。(高齢者相談センター)

○入所施設へ

**「あの時、こうして欲しかった」**

- ・ (ショートステイへ) 爪が3センチ伸びていても切ってくれていなかった。(看護師)
- ・ 疾病の経過や嗜好などの情報をもう少し詳細に申し送っていただけると助かります。(リハビリ職)
- ・ 退所が急に決まり、情報(床ずれの状況とか)を聞こうと思ってTELをしたが、相談員が不在。退所日に郵送でしか送れないと言われ、情報を得るのが遅くなって困った。(ケアマネジャー)
- ・ ショートの空きが出た際に、先に家族に連絡し、後日連絡をもらったが、他のサービスとの調整が難しくなってしまった。先に連絡をしてほしかった。(ケアマネジャー)
- ・ 入居している人が急遽退所することになったが、ケアマネに知らせることなく1か月経っていた。(高齢者相談センター)

### ○福祉用具事業所貸与へ

#### 「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 退院カンファにも来てくれて、自宅の環境を見て下さって助かります。(看護師)
- ・ 介護用品の使用方法を見せて頂けて有難かった。(薬剤師)
- ・ 認知症の利用者に対して、玄関手すり取り付けの際「触ってはダメ！」という張り紙を何枚も貼ってくれた。利用者の状態に合わせた心遣いの対応に感謝しました。(訪問介護)
- ・ 担当者会議に事業所内で調整して(ほぼ)必ず参加してくれる。(ケアマネジャー)
- ・ シニアカーで人をひいてしまった時、事故現場にすぐに行ってくれてありがたかった。(ケアマネジャー)
- ・ 入院中だったが、一時帰宅のときに在宅のシミュレーションできるようにすべて一式そろえてくれ、病院のリハ職の人にも写真で報告してくれた。(ケアマネジャー)
- ・ 退院が迫っている方等に対して、すぐに福祉用具を手配してくれること。(高齢者相談センター)
- ・ 歩行器のお試しの時、バス乗車の様子も本人・家族と一緒に確認してくださり、嬉しかった。(高齢者相談センター)
- ・ 車いすが壊れた時、担当営業に相談したところ直してくれた。(高齢者相談センター)
- ・ おためしの退院セット(ベッド・車いす・突っ張り棒)が助かる。(高齢者相談センター)
- ・ 自責(自費)ベッド対応は軽度者にとって助かる。(高齢者相談センター)

### ○福祉用具事業所貸与へ

#### 「あの時、こうして欲しかった」

- ・ レンタルした後、使えてはいるが、本人に合っているかの評価もなしに延々とレンタルしている。専門職として頑張ってほしい。(看護師)
- ・ スライディングボード導入の利用者に対して、事前に利用者情報(体形、性格、ADL等)を確認してほしい。理由:デモの際、利用者が身体が大きく、スライドの際、ずり落ちてしまった。怖くなり導入中止となり、ヘルパーの負担変わらず。(訪問介護)
- ・ 半月分だと思ったら、1か月分請求された(事前説明なし)(ケアマネジャー)
- ・ 計画書やモニタリングをくれないことがある。(ケアマネジャー)
- ・ モニタリング訪問した時、勝手に進めてしまう。(ケアマネジャー)
- ・ 購入品は事前に報告してほしい。(ケアマネジャー)

### ○高齢者相談センターへ

#### 「あの時、こうしてもらって嬉しかった、助かった」

- ・ 病院に勉強会の要請をしてくれた。(医師・歯科医師)
- ・ 情報提供をしっかりとってくれて嬉しい。(医師・歯科医師)
- ・ 困難事例に積極的に関わり、一緒に訪問して下さり助かりました。(看護師)
- ・ ケアマネの情報をすぐ教えてくれたり、キーパーソンの方と連携をとってくれて助かりました。  
(医療連携)
- ・ 気さくな方が多く、話しやすい。相談しやすく助かります。(医療連携)
- ・ ケアマネ業務範囲外のところをフォローしてくれた。(ケアマネジャー)
- ・ 困難ケース、多問題(金銭管理、障害、認知)等の方を他機関にすばやくつないでくれた。(ケアマネジャー)
- ・ 地域ケア会議で事例として取り上げてくれることによって、他職種(他地域)の意見を聞く機会を与えてもらえ、それを在宅に繋げていく事ができる。(訪問介護)

### ○高齢者相談センターへ

#### 「あの時、こうして欲しかった」

- ・ センターによって差がある。差をなくして同じようにしてほしい。(医師・歯科医師)
- ・ 地域の顔になってほしい。(医師・歯科医師)
- ・ かかりつけ医にもっと相談してほしい。(医師・歯科医師)
- ・ どういった時に連絡したり、どのように高齢者相談センターを利用すればいいのか、あまりわからないので、もっと情報が欲しい(何かポスターなどがあるのでしょうか?)(薬剤師)
- ・ 大変な患者さんの入院依頼をされたのに、入院したら関係が切れてしまった。退院もあるので、関係を継続して対応してほしい。(医療連携)
- ・ 「虐待」のケースで通報したのに、すぐ動いてくれなかった。それで家族からケアマネを交代させられた。(ケアマネジャー)
- ・ 書類の受理の仕方について、例えば大泉と石神井で違うのを統一してもらいたい(人によっても違う?)(ケアマネジャー)
- ・ 大規模デイサービスだけでなく、小規模デイサービスを後回しにせず紹介してほしい。(通所介護)

## 事例3. 「好きな物が食べたい、だから私は家にいる」

### (1) 事例概要

対象地区：練馬地区		
開催日：平成29年11月24日		
<b>コーディネーターおよびパネリスト</b>		
・コーディネーター	練馬区訪問看護ステーション連絡会	
・パネリスト	桜台訪問看護ステーション	小泉 都 (看護師)
・パネリスト	城北さくらクリニック	犬丸 秀雄 (医師)
・パネリスト	ほっと・氷川台ケアプランサービス	加藤 たまみ (ケアマネジャー)
・パネリスト	ジャパンケア桜台訪問介護	鍋嶋 あゆみ (介護士)
<b>●内容</b>		
在宅生活が困難だと言われているケース（重い心臓病、自己管理できない、いつ急変するかわからないが、それでも家で暮らしたい高齢者）について、本人の希望を叶えるために、多職種で何が出来るかを検討した。寸劇で事例を紹介した。		
<b>●本症例について</b>		
<b>基本情報：</b> 90歳 女性 要介護3 独居		
<b>主病名：</b> うっ血性心不全、慢性腎障害（水分制限、塩分制限が必要）		
<b>既往歴：</b> 重症大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全、三尖弁閉鎖不全症、骨粗鬆症、腰部圧迫骨折		
<b>●グループディスカッションのテーマ</b>		
「新巻鮭を食べたいAさんを、どうやってサポートしたら良いでしょう」		
本人の希望を叶えるために、多職種でどういったサポートができるかを考える。		
<b>●グループディスカッションのまとめ</b>		
いずれのグループでも「本人の『食べたいものを食べたい』という気持ちを尊重しよう。そのためにチームでサポートしよう。」という方向性は一致していた。その中で、どのようにサポートしていくか、各グループから様々なアイデアが挙げられた。		
<b>キーワード：</b> 在宅生活困難 「食」に対する本人の希望		

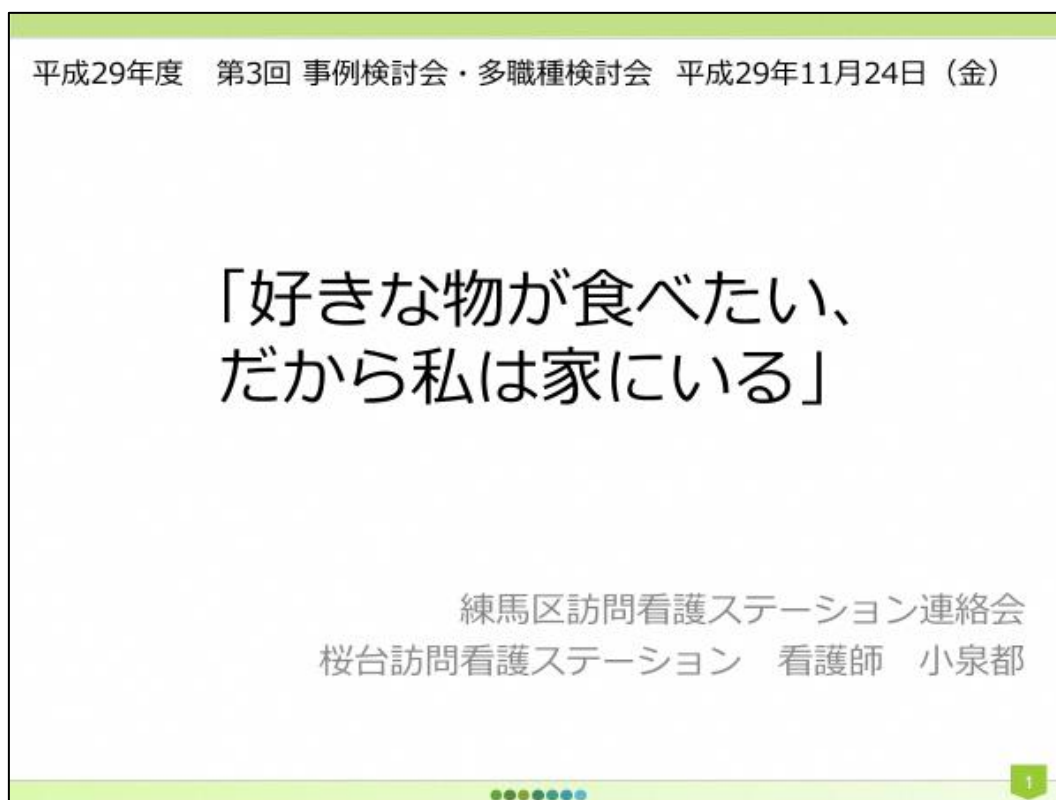
## (2) 発表内容

○事例紹介（桜台訪問看護ステーション 小泉 都様）

平成29年度 第3回 事例検討会・多職種検討会 平成29年11月24日（金）

「好きな物が食べたい、  
だから私は家にいる」

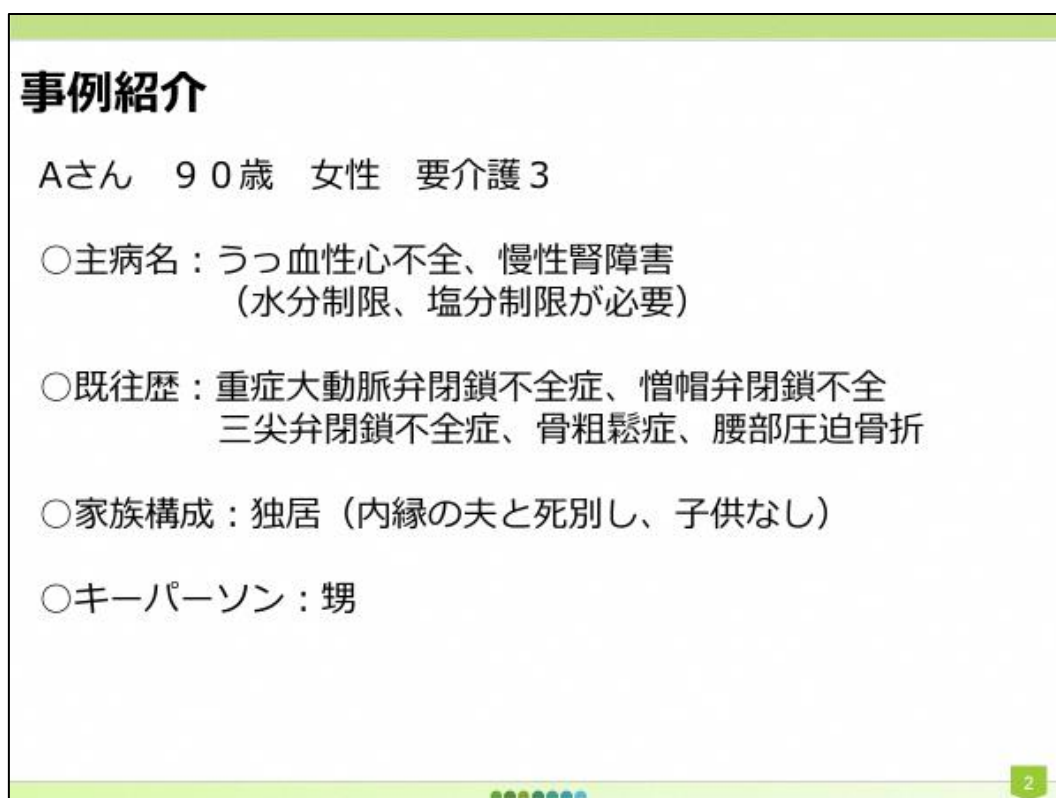
練馬区訪問看護ステーション連絡会  
桜台訪問看護ステーション 看護師 小泉都



### 事例紹介

Aさん 90歳 女性 要介護3

- 主病名：うっ血性心不全、慢性腎障害  
（水分制限、塩分制限が必要）
- 既往歴：重症大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全  
三尖弁閉鎖不全症、骨粗鬆症、腰部圧迫骨折
- 家族構成：独居（内縁の夫と死別し、子供なし）
- キーパーソン：甥



## 生活歴

- 女学校卒業後に東京に上京。内縁の夫と知り合う。
- 茶道と書道の資格をとり、茶道の先生をしていた。
- 本人が54歳の時に内縁の夫病死。
- 生活のために一時企業に就職し、定年後も嘱託で5年ほど勤めた後、自宅で茶道の先生を続けていた。
- 通信販売が好き。梅干し・明太子・いくら・麺類・甘酒など大好きな物を取り寄せている。
- 自宅では日中、大好きな通販番組や時代劇を見て過ごしている。



3

## ADL

- 起き上がり、立ち上がりは掴まる場所が必要。
- 屋内の歩行は歩行器を使用。
- 外出時は車いす（要介助）を使用。
- 洗顔や歯磨きは時間をかけて自分で綺麗に行う。
- トイレは間に合わないことが多くパッドを使用。自分で交換している。
- 入浴は訪問入浴で全介助。

4



## 家事、服薬、金銭管理、認知機能など

- 掃除・洗濯などは腰痛のため援助が必要。
- 薬は一包化し、看護師・薬剤師がカレンダーに配薬、ヘルパーが声かけ。
- 金銭は甥管理。
- テレビの音が家の外まで聞こえるなど、聴力の低下あり。
- 短期記憶の低下あり。思い込みが激しく、自分の都合よく解釈することあり。

6

## これまでのあらまし①

### 医師から「今後の在宅生活は困難」と説明される。

- 平成20年より、介護サービス利用開始。
- 平成27年1月、心不全で入院となった。
- 医師より、心不全の重篤な状態で、いつ急変してもおかしくないため、在宅生活の継続は困難だと説明される。
- 退院後に老人保健施設（老健）入所となった。

6

## これまでのあらまし②

### 甥からケアマネに相談。「本人を自宅に帰したい。」

- 1年後に甥からケアマネジャーに相談があり。
- 本人が「希望するサプリメントを服用させてもらえない、お刺身が食べられないならここにいる意味がない」として、自宅へ帰ることを強く希望しているとのこと。
- 在宅支援に向けた準備が開始となった。

※ご本人が使用を希望するサプリメント（痛み止め）は心不全の薬（ワーファリン）と飲み合わせが悪いため、医師から使用を禁止されていた。

7

## これまでのあらまし③

### 多職種支援のもと、在宅生活が再スタート。

- 平成28年3月から在宅生活が再スタート。
- 在宅医は以前と同じN病院医師。サプリメントについては、服用禁止継続の指示。
- 他、訪問看護、デイサービスを導入。
- 薬の飲み残しが多かったことから、訪問調剤薬局を導入。

8

## これまでのあらまし④

### 発熱で入院。本人の不満から在宅医が変更。

- 平成28年8月発熱と失禁あり、N病院医師の指示で緊急入院。
- 入院後発熱は改善したが、腰痛悪化で在宅生活が困難のため、腰痛改善まで有料老人ホームのショートステイ利用となる。
- 「すぐに入退院させる医師の対応が納得いかない」、「サプリメントを飲ませてもらえない」と本人が強く不満を訴え、在宅医をJクリニックの医師に変更。

9

## これまでのあらまし⑤

### ショートステイから連絡。「近々退所の予定を。」

- ショートステイ先からケアマネジャーに連絡あり。「本人が腰痛が悪化したのはここのせいだ」と訴えており、近々退所の予定として在宅受け入れの準備を告げられる。
- その後、発熱にて再入院。



10

## これまでのあらまし⑥

### 退院後の年度末、自宅に伺ってみると・・・

- 平成28年10月から在宅生活が再々スタート。
- 12月、ヘルパーが自宅に伺うと「今年は3年ぶりに自宅で美味しいものが食べられる」と、すでにおせちや新巻鮭、いくらを注文していた。
- 医師からは「食べたいなら仕方ないけど、いくらには10粒までかな。なるべく塩分控えるように。」



○寸劇（練馬区訪問看護ステーション連絡会）

## 寸劇「2017 新巻鮭登場」

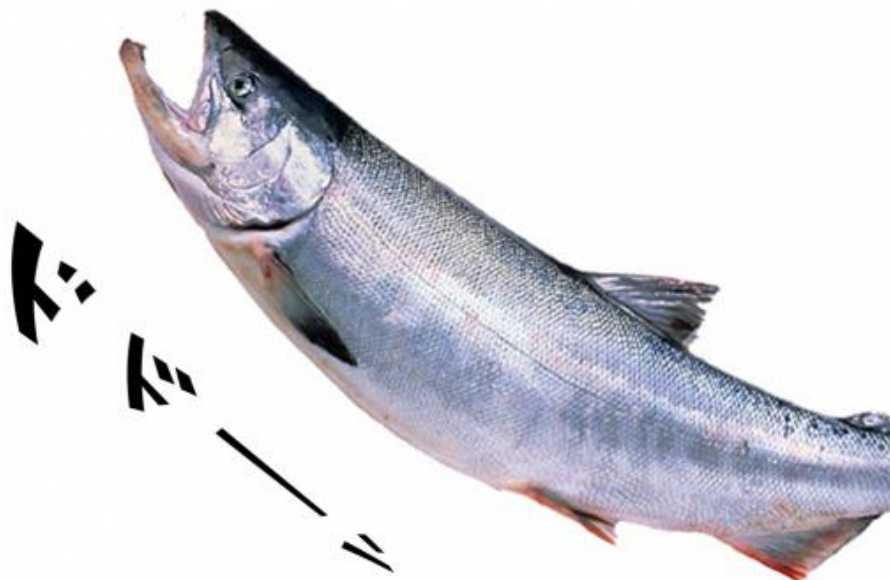
ヘルパーさん  
困惑の巻



### ある日の事

いつものようにヘルパー  
さんがAさんの自宅へ訪問  
すると、  
突然あるものを見せてき  
た！！

**新巻鮭登場！！**



**ヘルパー：  
「新巻鮭、  
買ったんですか？」**



**Aさん:**  
**「買ったけど、何？」**

**ヘルパー:**  
**（あ、新巻鮭ですか・・・）**





## 新巻鮭登場！！



ヘルパー：

「塩分ダメだと言ってる  
のに・・・」

「どうしよう・・・でも食べ  
たいんだろうなあ。」

「いやいや、怒られる。ケア  
マネに連絡しよう。」



○ヘルパーの視点から（ジャパンケア桜台訪問介護 鍋嶋 あゆみ様）

平成29年度 第3回 事例検討会・多職種検討会 平成29年11月24日（金）

## ヘルパーの視点から

ジャパンケア桜台 鍋嶋 あゆみ

1

### このケースの大変さ

○医師からの指示を超える量の梅干しを欲しがる。

○食べたいものを“通販”で購入してしまう。

○思い通りにいかないと怒ってしまう。



2

## このケースが在宅療養をつづけられる理由



多職種連携が  
できていること



3

たとえば・・・



- **3か所のヘルパー事業所がこまめに連絡を取り合っている**

電話や連絡ノート、カレンダーを通じて頻繁に報告・相談・依頼があって連携ができている。

- **医師から適切なタイミングで連絡がある**

医師が訪問診療の時間変更を伝える時は、ヘルパーが訪問している時間帯に電話連絡をしてくれる。

4

## ヘルパーとしての葛藤と喜び

- **ヘルパーとしての葛藤**  
…利用者の希望と医学的な指示の狭間で何ができるか
- **充実した人生のお手伝いができている喜び**  
…やはり利用者の見せる笑顔が一番嬉しい



「家は自分の城」と考える利用者は  
“普通”のこと

○在宅医の視点から（城北さくらクリニック 犬丸 秀雄様）

平成29年度 第3回 事例検討会・多職種検討会 平成29年11月24日（金）

## 在宅医の視点から

城北さくらクリニック 院長・医師 犬丸 秀雄

1

### ～Aさんの担当医について～

- 初診は犬丸院長が行い、現在は非常勤医の小島医師が月2回の診療を行っている。
- 小島医師の出勤日以外は、院長をはじめ、当直医にて24時間体制で対応している。



2



**Q.医師として、本人が在宅生活を継続できている理由をどう考えますか？**

**A.多職種の密な連携が、ご本人の状態安定・在宅生活の継続を実現していると思います。**

- 連絡ノートなどを用いて、本人の身体状態や希望をスタッフ間で共有している。
- 処方薬や医療物品などの管理を統一し、滞りない処置を継続している。
- 「食べたいものを食べたい」といった本人の希望を全員が理解し、本人が生活しやすい環境を提供している。

3

**Q.医師として葛藤を感じたことはありますか？**

**A.ありません。多職種の連携により問題なく、ご本人の状態を把握できる環境があります。**

- （入院していた）病院からの診療情報提供書もあり、事前に本人の病態を把握することができた。
- 診察時以外の本人の状態は、ケアマネジャーをはじめ、訪問看護師、訪問薬剤師から随時報告を受けることができる。

4



### Q.次のお正月はどうやって乗り越えましょう？

#### A.検査等で本人の状態を把握しつつも、本人の希望を考慮した対応を行います。

- お正月に本人が食べたいと希望する食事の中には、腎機能に影響するものも含まれている。一方、本人の年齢や意向を考慮すると食事を制限する必要性は低いと考えられる。
- 適宜、採血等の検査を実施して状態を把握し、薬の調整を行いながら、ご本人にも食べ過ぎないように注意を促していく予定。
- 時々血尿がみられているため、貧血の悪化がないように注意していく。
- 今年2月に甥にIC<sup>(※)</sup>を実施し、本人の意思に任せて延命処置は行わない方針。

※IC（インフォームドコンセント）…医師が病状や治療方針を説明し、患者の同意を得ること。

5

○訪問看護の視点から（桜台訪問看護ステーション 小泉 都様）

平成29年度 第3回 事例検討会・多職種検討会 平成29年11月24日（金）

## 訪問看護師の視点から

練馬区訪問看護ステーション連絡会  
桜台訪問看護ステーション 看護師 小泉都

1

### お正月が明けると・・・

- 平成29年1月6日、ヘルパー訪問時に発熱・息切れあり。看護師が訪問し、在宅医に連絡。
- 医師は診療の上で入院を勧めたが、本人は「絶対に入院はしたくない」と。
- 上記を受けて、医師は内服薬を処方。訪問調剤薬局より薬を届けてもらった。



「入院したくない！」という本人の希望を  
なんとか叶えるために、全職種でサポート

2

## Aさんが自宅での生活を続けていくコツは…

ご本人の「家にいたい！」という強い希望を、家族も支援チームも、**みんなが理解している**

それぞれが自分の専門性を発揮しつつ、他職種の領域を理解した上で自分の仕事以外は**専門職に委ねることで**上手く連携を図っている

ケアチームの連携が**ケアマネジャーを中心に**スムーズに機能している

本人が必ずケアする相手に**感謝の言葉**を話している



3

## ケアチーム連携の工夫例

### ・ 他のスタッフとすぐに連携がとれる体制づくり

- ★連携ノート
- ★週間スケジュール
- ★各事業所のリスト
- ★カレンダーへの記入 など

### ・ 電話やFAXでの密な連絡

本人の状態、治療、薬、検査データなどに変化があった場合には速やかにスタッフ間で情報を共有している。

4

## 訪問看護師として大切に思うこと

- 各担当者が**他の専門分野を尊重し、積極的に意見を聴く。**

⇒ 自分たちでの判断や解決はしない。

- 訪問看護師が**医療と介護の架け橋**として働きかける。

⇒ 医療として介護として本人に最善の方法、落としどころをみんなに発信する。

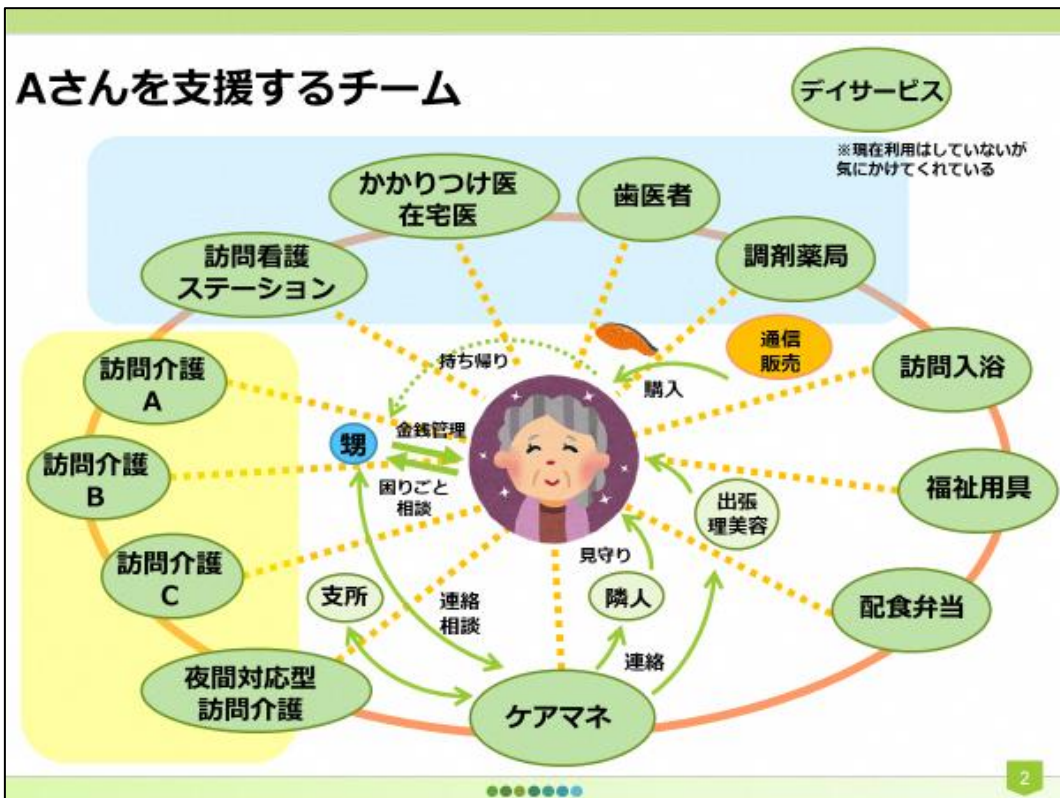
○ケアマネジャーの視点から（ほっと・氷川台ケアプランサービス 加藤 たまみ様）

平成29年度 第3回 事例検討会・多職種検討会 平成29年11月24日（金）

## ケアマネの視点から

ほっと・氷川台ケアプランサービス 加藤 たまみ

1





## Aさんが自宅での生活を継続するために必要なこと

### 「思い」への理解

- 本人の思い
- 家族の思い
- 心構えと覚悟

### 支援チームの連携

- 方向性の共有
- 他職種への理解
- 顔の見える関係構築
- 密な情報共有
- 緊急時の速やかな対応

連絡ノートや  
ケアマネジャーを  
中心とした情報共有

3

## カレンダー



## 投薬カレンダー



飲み忘れたお薬は  
残薬の缶へ



4

## 担当者会議録

サービス担当者会議の要点 作成日付: 平成 29年06月06日

利用者名 ○○ ○○ 様 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 加藤 たまみ

開催日 平成 29年06月06日 開催場所 ○○ 様ご自宅 開催時間 14:00 ~ 14:30 開催回数 33 回目

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人		○ ○ ○ 様	○ ○ クリニック	○ ○ 看護師(次席)	○ ○ ディサービス	○ ○ 福祉員
施設対応型訪問介護		○ ○ ○ さま	訪問介護事業所	○ ○ さま	訪問介護	○ ○ 福祉員
訪問介護A		○ ○ ○ さま	○ ○ 訪問看護ステーション	○ ○ さま	福祉用具事業所	○ ○ 福祉員
訪問介護B		○ ○ ○ さま	○ ○ 課料薬局	○ ○ 薬剤師	ほっとふくやプラン	加藤OM

本人の状態の改善、医師から状態の提供報告、の通称中止の件、火曜日の訪問介護の内容変更(ポータブルトイレの買い替えについて)  
 訪問介護時の 駐車について、お世帯の確認  
 訪問介護の 駐車について、お世帯の確認  
 ○ ○ クリニック ○ ○ 看護師に担当者会議出席の依頼をするが欠席とのこと、本人の状態の確認を行う。本人 腎不全、心不全を患っており、  
 離床時(特に起床時)めまい、動悸、血圧低下が起きます。過労は避けたいかと見えます。腰の痛みを訴えています。腰痛は無く、膝  
 痛がなくなり歩行、履物が体当たり、痛みが出ています。また居宅マットにする必要は無いとおもいますが、タオルをまとめた  
 敷物を敷き足元に敷き戻していただき、いつ何があってもおかしくない状態です。

**予め検討する課題を記入**  
 検討した項目  
 検討内容 **検討内容はそれぞれの職種が記入**  
 結論  
 残された課題

## ある日々の連絡ノート

訪問看護師から  
身体状況について  
コメント

ケアマネから  
「インフルエンザの予防接種のお知らせが届いていたこと」、  
医師へ「痒みがあること」のコメント

看護師

ヘルパー事業所A

ヘルパー事業所B

ヘルパー事業所B

ヘルパー事業所C

ケアマネ

医師

医師から「痒み」に  
対してのコメント

薬剤師

薬剤師から処方  
に関するコメント

6



## 多職種協働のためにチームとして必要と私が考えること

- ①目的と目標を共有できること  
…サービス担当者会議の出席  
(例) 担当者会議録の活用
- ②療養中の情報を共有し、ケアに利用できること  
(例) 患者宅のノート、カレンダーの利用、  
冷蔵庫への張り紙
- ③緊急時にケアマネが不在でも、情報共有ができる  
顔の見える関係ができていること
- ④それぞれの専門職がきちんと仕事を遂行し、役割分担が  
明確化されていること



### (3) ワークショップ内容

テーマ：「新巻鮭を食べたいAさんを、どうやってサポートしたら良いでしょう？」

本人の希望を叶えるために、多職種でどういったサポートができるかをグループで検討した。

また、グループで検討した支援についてタイトルをつけた。

○グループディスカッション・発表の説明スライド

**グループディスカッション** 30分

**新巻鮭を食べたいAさんを、  
どうやってサポートしたら良いでしょう？**



1

**～グループ発表について～**

★ディスカッションのタイトル  
★もっとも印象に残った発言を1つ



発表時間は  
**1分**程度

2

## グループ発表内容

### ○タイトル「幸福度をあげる」

- ・ 医療も介護も、最終目標はその人の幸福度を上げること。
- ・ ディスカッションでの印象的な言葉は「低栄養の方が怖い」。高齢になってくると、食べられなければ状態はどんどん悪化するので、まず食べさせる、動かすことが大事。
- ・ 本人には食べたいものを食べてもらい、食べ過ぎてしまったらその後に調整する（だしを使った調理、配食サービスの利用等）。
- ・ チーム全員で経過をフォローしサポートしていく。

### ○タイトル「90才余命10年」

- ・ 塩分を過剰に制限するよりも、食べたいものを食べてもらう。90才では食べる量も少ないだろうから、栄養士と連携して、メニューを考えて好きなものを食べてもらう。
- ・ 塩分の摂取しすぎでむくみが出たりすれば、その情報を多職種で共有し、連携して解決していく。
- ・ サプリメントについて、「オオイタドリ」が北海道の薬草だから、鮭やいくらとか、もともとは北海道に由来する共通点があるのではないかと思った。そういった本人の意向を大事にし、サプリメントを中止するのではなく、薬変更などを検討するべきだろう。

### ○タイトル「膀胱炎対策でカモフラージュ」

- ・ 基本的には好きなものを食べさせてあげたい。
- ・ 入院のきっかけとなったのは膀胱炎だから、膀胱炎を再発しないように促していく。

### ○タイトル「食べたいなら食べな。」

- ・ お茶の先生だから、みんなから「先生」「先生」と呼ばれ、プライドも高いのではないかとあれば、人から管理されるのは嫌なのではないかと予想した。
- ・ 人柄を踏まえて、新巻鮭についてはデイサービスと協力して、デイサービスに持って行ってみんなで食べる。「〇〇さんからの差し入れだよ！」と、みんなで塩分を分け合って食べよう！

### ○タイトル「食べてもいいよ！90才なんだから。でも長生きしようね」

- ・ 「もう90才なんだから、食べたいものを食べて良い。でもある程度は制限しないと、食べ方を考えないと（食べ過ぎると）、在宅生活は継続できないよ」ということを言いたい。
- ・ Aさんはきっと人との関わりを持ちたいと思っている（甥っ子さんにも週1回来てもらっている）。そういった周囲との関係性も考える必要があると思う。

○タイトル「**本人の尊厳を尊重しよう!**」

- ・ まずはお正月らしさをめいっぱい演出して、目から楽しませてあげよう! 門松とか、お餅とか、おせちとか置いて、目からしっかり満足させてあげよう!
- ・ 新巻鮭については、本人の前で切り分けたり、本人と一緒に調理したり（実際に触らせる）といった工夫をする。そして本人に「どう食べたいか」を聞き、本人の意向を尊重する。
- ・ 「こう食べましょう」という押し付けではなく、本人のこだわりを実現してあげる。

○タイトル「**塩鮭くらい食べたっていいじゃない**」

- ・ 平均年齢も超えており、「これから何を楽しみにして生きていくか」と考えたときに、やはり鮭を食べていくことを支援していきたい。
- ・ ディスカッションでの印象的な言葉は「説得より納得」。いくら説得しても、本人に納得してもらえなければ意味はない。本人の意思を尊重しながら、幸せな在宅生活を送っていただくためにサポートすることが大事。

○タイトル「**食べる楽しみを最期まで**」

- ・ 高齢（90才）なので、好きなものを食べてほしい。
- ・ お互いにWIN-WINとなるように、栄養士を導入しながら、なるべく食塩を摂取しない方法を考えていく。
- ・ ディスカッションでの印象的な言葉は「ビタミンK」。ワーファリンとの飲み合わせにビタミンKが問題になるということに、グループ内で大きな気づきがあった（オオイタドリがビタミンKを含む）。

○タイトル「**来年も再来年も、新巻鮭を食べよう**」

- ・ 新巻鮭は大きく、一人では食べきれないから、みんなに振舞まって食べよう!
- ・ 家に閉じこもりがちなので、近所の方をお呼びして振舞えるような場を設けられたら良いと考えた。みんなですべて食べてしまえば、ヘルパーが調理に苦労する回数も減るのではないかと思う。

○タイトル「**90才ならいいんじゃない?**」

- ・ 本人の思いを尊重して、食べたいものを食べられるように専門職チームで管理・サポートしていく。調理はヘルパーが行うので、そこで食事に関する管理サポートできるだろう。

○タイトル「いかにして新巻鮭を食べられるようにするか！」

- ・ 本人の希望を聞きつつ、本人の体調を観察して、栄養士も交えながら「どういった調理法にしたら良いか?」「どのくらいの量まで許容範囲か?」ということチームで相談しながらサポートしていく。

○タイトル「食べてもいいよ」

- ・ ディスカッションでの印象的な言葉は「自尊心を傷つけないように、否定はしない」。
- ・ 好きなように食べてもらっていいので、その代わり本人の状態をチームでサポートする（管理栄養士がメニューを考える、訪問看護師がバイタルをチェックし他職種に報告する、薬剤師や処方医師が薬剤をチェックし、必要であれば医師が薬を調整する等）。

○タイトル「しょっぱくなくちゃ新巻鮭じゃない!!」

- ・ 食べたいものを食べられるサポートチームを作ろう。
- ・ 本人は少しの量で、残りはみんなで食べ分けて、最後は「美味しかったね!」と記念写真を撮ろう!

○タイトルなし

- ・ 本人の「食べたい」という欲求を満たすために、食べたいものは食べさせたい。
- ・ その代わり、ヘルパーに料理の仕方の工夫をしてもらい、そのヘルパーをチームでしっかりフォローしていく。

○タイトルなし

- ・ まずはみんなで「わー!すごいね!」と驚くことで、患者さんの気持ちを満足させる。本人も、新巻鮭1匹丸々を食べようと思っているわけではないだろう（きっと勢いで購入した気持ちは一週間もすれば落ちついてくるだろう）。
- ・ ディスカッションの途中で実際の担当医（犬丸先生）から、「1年くらい入院していない」ということを伺った。本人はきっと本当は、食べ過ぎてはいけないことは分かっている、だから入院しなくて済んでいるのではないかと思った。
- ・ サプリメントについては、飲み合わせの問題が起こりにくい抗凝固剤に変更してもらえるように医師にお願いする。

## 事例4. 「その人らしさを尊重するケア」

### (1) 事例概要

対象地区：石神井地区 開催日：平成30年2月23日
<b>コーディネーターおよびパネリスト</b> ・ 山川クリニック 山川 健太（医師）
<b>●内容</b> 超高齢で認知症の祖母を看取った孫娘さんの手記を題材にその人らしさを尊重する医療やケアを検討した。当事者の立場として「認知症サポートセンター・ねりま」の方にグループディスカッションに参加してもらい、意見交換を行った。
<b>●本症例について</b> <b>基本情報：</b> 100歳 女性 孫夫婦と同居 ※事例紹介は手記の朗読形式とし、前半・後半の二段階で行った。 <前半> 血尿の原因精査目的で入院したが、せん妄の出現や、歩行が困難になる、食べられなくなる、認知症の憎悪などがあり、入院は6か月と長引いてしまった。 <後半> 孫娘家族が自宅に引き取り、介護し看取りを迎える3年間の在宅療養生活。
<b>●グループディスカッションのテーマ</b> <前半> 入院した病院の対応に対する意見／退院後に孫娘だからこそできるケアの検討 <後半> 頻回の尿意、食事量の減少に対するケアの検討／認知症の本人に話しかけ、本人の話を聞くことの意義について考える
<b>●グループディスカッションのまとめ</b> 前半では、事例における経過について、病院と家族間、多職種間のコミュニケーション不足の可能性を指摘する意見が多く見られた。また後半では、本人だけでなく介護する家族へのサポートも重要視する意見が挙げられた。今回は、各設問に対し、医師や歯科医師、家族の立場からのコメントをいただいた。
<b>キーワード：</b> 認知症 ナラティブ 頻回の尿意の訴え 家族の疲労

## (2) 発表内容

### <事例>

- Aさん 100歳女性。孫息子夫婦と同居し、近隣に孫娘が住んでいる。
- 狭心症があり、月1回の訪問診療を受けていた。
- 外出時は付き添いが必要だったが、家の中では杖を使って自立して歩行していた。
- 毎朝必ず新聞に目を通し、自分の下着は自分で洗っていた。

### <Aさんの生活歴>

- 明治39年11月浅草生まれ。
- 生家は呉服屋で、お嬢様として育ち、女学校を卒業した。
- 裁縫が好きで裁縫の教室に通い、20歳の時に羽織紐を製造する店に嫁に入った。
- 夫の事業が成功していた頃、夏は葉山に子供たちと避暑に行き、店では番頭や従業員に囲まれ、大変にぎやかな生活を送っていた。
- 歌舞伎や長唄、日舞、相撲が大好きで、よく鑑賞しに行っていた。
- 夫ががんで病死。その後戦火が厳しくなり、昭和20年3年の東京大空襲で全財産を失って、子供たちと荻窪に転居した。
- 戦後、Aさんは子供たち・孫たちと一緒に暮らしていた。日中は孫と一緒に、大好きな相撲や歌舞伎のテレビを見たり、得意の煮物やぬか漬けを作ったりして過ごしていた。
- 毎日少しでも晩酌することもAさんの日課であった。

### <在宅療養生活スタートまでの経緯>

#### ① 定期検査で血尿がみつきり、1か月ほど検査入院するも、結果不明のまま、療養病院へ転院。

- 入院後に尿カテーテル（※1）を挿入。自由に動くことが出来ず、入院後1週間でほとんど歩けなくなってしまった。1か月後には尿意も感じなくなり、尿カテーテルを外すことができなくなってしまった。
- 車いす、尿カテーテルを挿入した状態で家に帰るのは困難であり、孫息子の近所の療養型病院へリハビリ目的に転院することになった。

#### ② 療養病院へ転院直後、Aさんにせん妄（※2）が起こる。

- 転院の翌日から、夜間せん妄が起こり、Aさんは両手にガーゼのミトンを付け、身体は抑制帯でベッドにつながれていた。孫娘が会いに来て、「おしっこ、おしっこ…」「取ってください、取ってください…」と連呼するだけで、孫娘の顔も認識できなくなった。
- 眠剤、抗精神病薬を投与されるようになり、Aさんの日中の意識は低く、口から食事をとることもできなくなった。



③ 薬の量を減らすため、高齢者専門病院へ転院。

- 家族は、眠剤、抗精神病薬といった多すぎる程の薬量に疑問を抱き、高齢者専門病院へセカンドオピニオンを受けに行った。当病院の医師より、薬の減量調節のための入院治療が必要であると説明され、当病院へ転院となった。
- 転院後、薬の調整により徐々に意識が改善し、家族の顔も認識できるようになった。尿カテーテルも抜去され、ポータブルトイレを使用できるようになった。

④ 「胃瘻は作らず自然のままに。」家族の思いとともに在宅療養生活がスタート。

- 転院後1か月、Aさんが口からほとんど食べられない状況から、主治医より家族へ、胃瘻の造設について提案があった。家族は、100歳を超えたAさんに胃瘻を作るということは到底考えられず、自然の流れのままに過ごすことを希望した。
- 治療継続しないのであれば退院の必要があるとして、退院の方針が決定。家族の希望、および、元々のかかりつけ医の協力の下、ケアマネジャー、訪問看護、入浴サービス、福祉用具貸与サービスが整い、家族での話し合いの上、孫娘の家でAさんの在宅療養生活が開始となった。

<語彙説明>

※1 尿カテーテル…自力で排尿ができない場合に、尿道から膀胱に管（＝尿カテーテルを挿入し、尿を排出させる。

※2 せん妄…病気や薬の影響、環境の変化などによって意識障害が起こり、混乱した状態のこと。時間や場所がわからなくなったり、幻覚を見たり、興奮するといった精神症状が出ることもある。

○山川クリニック 山川 健太様

平成29年度 第4回 事例検討会・多職種検討会 平成30年2月23日（金）

## その人らしさを尊重するケア

山川クリニック 山川 健太

1

### 前半の内容

#### ◆100歳の祖母 半年の入院

- ①総合病院に血尿の精査目的で入院  
尿カテ留置 歩行困難 食欲低下
- ②リハビリ目的で転院  
夜間せん妄 ミトン 拘束  
眠剤や抗精神病薬で意識レベル低下
- ③薬剤調節のため認知症病棟に  
意識は改善、尿カテがとれポータブルトイレ使用可能になったが  
食べられないため胃瘻造設を勧められた。家族は在宅療養を選択し  
孫娘宅に退院

#### ◆祖母のナラティブ（ものがたり）

孫娘が結婚するまで一緒に暮らし、見たり聞いたりした  
祖母の色々なエピソード

2

## その人らしさを尊重する医療やケアを考える 前半の検討課題

- ① 入院後の尿カテ留置 歩行困難の悪化 夜間せん妄  
認知症の悪化 ミトンや拘束 眠剤や抗精神病薬投与  
食べられず胃ろうの話も出ました。
  - ・ 病院での対応にご意見はありますか？
  - ・ 入院期間を短く出来なかったでしょうか？
  - ・ 入院以外の選択はなかったでしょうか？
- ② 退院後は孫娘宅へ  
前半で述べられた祖母の生い立ちの多くは後半での在宅療養  
に入って本人から語られたもの（ナラティブ）です。家に帰った  
ら少し食べられるようになり在宅療養となりました。  
孫娘だからこそ出来るケアを考えてみて下さい。

3

## 後半の内容

- ◆ 家に帰ったらいったん食べられるようになったが  
又徐々に食べる量は減っていく。
- ◆ 1日中おしっこおしっこ頻回の尿意の訴え。
- ◆ 孫娘は介護に疲れ果てる。でも少しでも楽しい時間を安心して  
過ごせるようにと思う。
- ◆ 孫娘の夫が“おしっこ”の気を紛らわすために昔の事を聞くと  
ああだったこうだったと意外にも話すことが出来た。  
「若返る事が出来たら何をやりたい？」という問いに、  
「もう一度学校に行って勉強がしたい」。
- ◆ 3年後在宅での看取り。

4

## その人らしさを尊重する医療やケアを考える 後半の検討課題

- ① 頻回の尿意は何が原因なのでしょう  
どのような対応が必要でしょうか？
- ② 徐々に食べる量が減っていく事への対応は  
どうしますか？
- ③ 認知症があっても本人に昔の事などで話しかけ、  
聞く事の意義を考えてください。

6

## “人生の最終段階における医療” の決定に関するガイドライン

### ▶ 人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



6

## 家族による患者意思の推定が許される場合 (東海大事件判決より抜粋：平成7年)

- ① 家族が、患者の性格、価値観、人生観等について十分に知り、その意思を適確に推定しうる立場にあること。
- ② 家族が患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な認識をもっていること。
- ③ 家族が患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならない。

7

## 家族・関係者の声:注意すべき点

ただ「どうしますか？」と聞いてしまうと  
「・・・にしてください」

＜家族・関係者自身の希望・都合＞  
家族との関係性、利害関係などから  
判断が引き出されてしまう可能性

今は話が出来ない状況ですが、もしご本人が話すことが出来たら  
どうして欲しいと仰るでしょうか？といった聞き方が大切

暮らしの場における看取り支援事業  
医師向け研修（基礎編） 平成29年8月6日  
三浦靖彦

8



## 患者の意思を知る（推定する）

- どのような人生を歩んできたか？
- 人生の中で何を大切にしてきたか？
- 患者と長く暮らしてきた人による間接的理解
- TVや映画を見て発した患者の言葉
- ケアを受けるうえでの苦痛の程度や拒否の強さ、頻度
- ケアを通じて理解される「何をして欲しいのか」に関する現象

暮らしの場における看取り支援事業  
医師向け研修（基礎編） 平成29年8月6日  
三浦靖彦

9

## 平成29年度 第4回事例検討会 その人らしさを尊重するケア

- 超高齢者・認知症の事例
- 血尿の原因精査目的で入院も半年の入院となった。  
⇒入院によるリスクを家族に理解してもらうこと、  
又リスクを減らす病診連携が必要ではないか。
- 祖母を慕う孫娘だからできたナラティブに寄り添う  
ケアこそ、その人らしさを尊重するケアではないか。

10

## エビデンスとナラティブ

- エビデンス  
客観的に実証された根拠
- ナラティブ  
その人の物語





## 高齢者の意思決定能力を評価 する際の注意事項

- 認知症と診断されたから自己決定不可能とはいえない。
- 意思決定能力は、個々人によって差があり、加えて、「特定の課題ごと」「選択の結果の重大性」に応じて変わる可能性がある。

意思決定能力を固定的に考えてはいけない。

残存能力を引き出す努力を惜しまない。

長谷川式やMMSEの得点のみで決められない

一度で決めず、周囲のスタッフからの情報も参考に

暮らしの場における認知症支援事業  
医師向け研修（基盤編） 平成29年8月6日  
三浦清彦

12

### （3）検討内容

#### <前半>

- ① 入院後の尿カテ留置、歩行困難の悪化、夜間せん妄、認知症の悪化、ミトンや拘束、眠剤や抗精神病薬投与、食べられず胃ろうの話も出ました。
  - 病院での対応にご意見はありますか？
  - 入院期間を短く出来なかったでしょうか？
  - 入院以外の選択はなかったでしょうか？
- ② 退院後は孫娘宅へ。前半で述べられた祖母の生き立ちの多くは後半での在宅療養に入って本人から語られたもの（ナラティブ）です。実は、家に帰ったら少し食べられるようになり、その後3年間の在宅療養生活となりました。孫娘だからこそ出来るケアを考えてみて下さい。

#### <後半>

- ① 頻回の尿意は何が原因なのでしょう？どのような対応が必要でしょうか？
- ② 徐々に食べる量が減っていく事への対応はどうしますか？
- ③ 認知症があっても本人に昔の事などで話しかけ、聞く事の意義を考えてください。

○本事例検討会で使用されたワークシート

<b>その人らしさを尊重する医療やケアを考える グループディスカッション（前半）</b>	
<p><b>【方法】</b> ・グループ内で進行役を決定してください。 ・発表者はケアマネジャーの方をお願いします。 ・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。</p>	
<p>① 入院後の尿カテ留置 歩行困難の悪化 夜間せん妄 認知症の悪化 ミトンや拘束 眠剤や抗精神病薬投与 食べられず胃ろうの話も出ました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院での対応にご意見はありますか？</li> <li>・入院期間を短く出来なかったでしょうか？</li> <li>・入院以外の選択はなかったでしょうか？</li> </ul>	<p>② 退院後は孫娘宅へ 前半で述べられた祖母の生い立ちの多くは後半での在宅療養に入って本人から語られたもの（ナラティブ）です。実は、家に帰ったら少し食べられるようになり、その後3年間の在宅療養生活となりました。孫娘だからこそ出来るケアを考えてみて下さい。</p>
<b>その人らしさを尊重する医療やケアを考える グループディスカッション（後半）</b>	
<p><b>【方法】</b> ・グループ内で進行役を決定してください。 ・発表者はケアマネジャーの方をお願いします。 ・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。</p>	
<p>① 頻回の尿意は何が原因なのでしょう？ どのような対応が必要でしょうか？</p>	<p>③ 認知症があっても本人に昔の事などで話しかけ、聞く事の意義を考えてください。</p>
<p>② 徐々に食べる量が減っていく事への対応はどうしますか？</p>	

## グループディスカッション内容

### <前半①>

#### 病院での対応についてのご意見はありますか？

- ・ 尿カテーテルを入れるタイミングが早すぎたのではないかな。
- ・ 100歳と高齢であり、早期に退院支援を始めるべきだった。
- ・ 介護申請等、先を見通した支援があったら良かった
- ・ 当時は今と異なる対応が通常だった可能性もあり、やむを得ない対応だったのではないかな。
- ・ カテーテルを自己抜去する可能性があったため、拘束はやむを得なかったのではないかな。
- ・ 入院前の事前説明、入院中の対応（カテーテルや薬）について、家族への説明が不足していたのではないかな。
- ・ 家族へ「どうしますか？」という問いかけが必要だったのではないかな。
- ・ リハビリが開始されなかった理由について、病院のリハ職と医師・看護師等の間でも、話し合いやコミュニケーションが不足していたのではないかな。
- ・ 医師と家族だけでなく、もっと多職種で取り組めれば良かったのではないかな。

#### 入院期間を短く出来なかったのでしょうか？

- ・ 検査入院で1か月は長すぎる。
- ・ 長くならざるを得なかった原因があったのではないかな。入院期間が長くなった原因についての家族への説明が不足していたのではないかな。
- ・ 入院期間を短くするための話し合いが行われていなかったのではないかな。

#### 入院以外の選択はなかったのでしょうか？

- ・ そもそも入院をする必要はあったのかな。自宅で過ごしながらの外来通院も可能だったのではないかな。（病気を追求するだけでなく、その人らしく生きる方法を考えることも必要。）
- ・ 医師から家族へ、入院すべきかどうかの判断、状態についての説明がなかったのではないかな。
- ・ 周りに相談できる人がおらず、家族は言われるがままになってしまったのではないかな。入院前に家族が病院以外に相談できていたら良かったのではないかな。
- ・ 本ケースは結果として3つの病院を転院して回ることになっている。その間に、病院の医師や家族だけでなく、地域包括支援センターやケアマネなど、もう少し客観的に本人の以前の生活を知っている人が相談に乗れる環境があれば良かったのではないかな。
- ・ 今であれば情報も豊富にあり、在宅医療の選択肢などもあったかもしれないが、この当時はそこまで及んでいなかったのかもしれない。

### 医師の立場から

#### ●ミトンなどの対応は致し方なかったのか？病院側の意見としてはどうか？

- ・ 尿カテーテルが入っていてせん妄の疑いがある患者さんでは、尿カテーテルを自己抜去する可能性がある（さらに悪い状況を招く可能性がある）。それを防止するための判断としては、やむを得なかったのではないかと思う。
- ・ 薬については、担当医は専門医ではなかったのだろうが、高齢者に薬を使用するときのリスクとして、効果が強く出すぎる可能性も考えて、慎重に検討すべきだったと思う。

#### ●このケースは本当に入院が必要だったのか？

- ・ 入院をする場合には、前提として「何のための入院か」「ゴールをどこに設定するのか」ということについて、入院側の医師と従来の訪問医との間で意思統一があるべき。退院後、自宅には戻った時にはどういった生活になるかということも予想した上で、入院をスタートすべきと考える。

#### ●今回は検査のための入院だったが、このような入院について、病院側と診療所側の連携により、もっと期間を短く簡単にできないのだろうか？病院側としての意見はどうか？

- ・ 検査入院の期間は、基本的に「何を検査するか」で決まってくる。加えて、家族の希望があれば検査前に前泊する場合もあるし、「やっぱり検査を止めたい」という選択になって家に帰る事例もある。
- ・ 今回の事例は、最初から最後まで病院側の医師の判断が、家族の意見とかみ合わなかったのだと思う。状況に応じた家族と医師の話し合いも行われなかったと思われる。
- ・ 家族側も、知識不足もあったかもしれないが、「はい、わかりました」と言わざるを得ない状況だったのではないか。
- ・ そういった背景も見越して、医師が上手くリードし、ある程度先を見越した判断の選択肢を与えていくということが重要になっていくのではと思う。

<前半②>

**孫娘だからこそできるケアについて**

- ・ 会話をする（元々にぎやかな生活を送っていたので）。
- ・ 料理（煮物、ぬか漬け等）を一緒に作る。
- ・ 好きな物を食べさせる。
- ・ 本人の意向、生きがいを一緒に考える。
- ・ 孫娘だからこそ、本人の好きなことが分かっているので、本人の意向に沿うことができる。
- ・ 慣れた場所での生活感の回復。
- ・ 通所や施設等の介護サービスを利用して負担軽減をしながら介護していく（孫娘も仕事等があるはず、孫娘をサポートする人が必要）。
- ・ 医師、看護師等とよく話し合い、飲み込む回数や薬を減らす努力をする。

<後半①>

頻回の尿意は何が原因なのでしょうか？

- ・ やることがないためにトイレに行きたがる。
- ・ 不安、寂しさ、孤独。
- ・ 認知症の進行。
- ・ カテーテルを入れたことによる影響。
- ・ トイレに失敗したくないという思いから。
- ・ 活動性膀胱などの何らかの疾患があったのではないか。

どのような対応が必要でしょうか？

- ・ 気を紛らわせる関わりをする（会話、レクリエーション、新聞、本、DVD鑑賞等）
- ・ 「さっき行ったよ」は言ってはいけない。
- ・ 尿意を訴える時間を調べ、薬等で管理する。
- ・ 家族のマンパワーだけでは家族が疲弊する可能性もある。デイサービスやショートステイ等の社会資源の利用を考える。

医師の立場から

●頻回の尿意の訴えについて、泌尿器科の専門医としてはどのように考えるか？

- ・ 今回はとても判断が難しいケース。私の第一印象として、本当は「膀胱がん」だったのではないかと考えた。「血尿」で疑う疾患の一つに膀胱がんがあり、初期ではなく、やや進行してしまっただけの場合にはいろいろな症状が出てくる。
- ・ その他、過活動膀胱、残尿、膀胱炎、心不全、腎機能障害、重度浮腫、肝機能障害、高血圧、睡眠時無呼吸によっても頻尿は起こる。このように「高齢者の頻尿」の原因は多岐に渡るため、過活動膀胱だけで対応すると間違った対応になる可能性もある。
- ・ このケースのように1時間に1回の強い尿意は、普通の過活動膀胱の症状を越えているようにも思う。もしかしたら膀胱炎や浸潤性の膀胱がんがあったかもしれない。ただの「せん妄」だけでは説明できない。

家族の立場から

- ・ 頻尿についてのエピソードで、家族の「私も寝たい」という語りがあったが、実際に自分の経験では5分おきに夜間呼ばれ続け一睡もできなかった。そういった家族へのケアも考えて頂けたらと思う。

<後半②>

**徐々に食べる量が減っていく事への対応はどうしますか？**

- ・ 原因として嚥下障害が考えられる。歯科受診、口腔ケアを検討する。
- ・ 少量でも本人が好きな物を食べてもらう。
- ・ 食べやすいもの（ペースト食、ゼリー等）で対応する。
- ・ 水分が摂取できていれば良いのでは。
- ・ 栄養剤を処方する（苦手な人もいるので注意）。
- ・ 時々点滴注射をすることも考慮する（家族が望む場合）。
- ・ 胃瘻をしない選択をしたので、食事量が減ることはある程度仕方がない。
- ・ 意識レベルが覚醒しているときに食べてもらう。
- ・ 食事を摂ることだけでなく、「食事の時間をどのように過ごすか」という環境も大切。食事のシチュエーションを変えてみる。

**医師の立場から**

- ・ 嚥下の問題があれば、食べ物の形態を変えるなどして対応する。
- ・ ただし今回は高齢者の方のケースであり、3年も頑張って在宅で過ごした中で、最後に食事量が減ってくるというのは、老衰と考えるしかないとも思う（もちろん、その前にできる対応はやった前提で）。

**歯科医師の立場から**

- ・ 少ない量でも栄養価の高いものを摂取してもらう（最近美味しい製品も沢山出ている）。
- ・ 口腔ケアやリハビリなどは意識レベルの改善にもつながる。
- ・ 検査上は嚥下が難しそうな人でも、好きな物だったらぺろりと食べられるということは往々にしてある。好きな物を食べるということは本人の幸せにもつながるので、ご家族の協力も得ながら実現していければと思う。



<後半③>

**認知症があっても本人に昔の事などで話しかけ、聞く事の意義を考えてください。**

- ・ 本人が話すことで生きる力が湧いてくるのではないか。
- ・ 昔のことを思い出させることでその方の活力になる（回想法）。
- ・ 情緒安定、安心、不安軽減につながる。
- ・ 楽しかった、良い思い出とその時の感情を思い出させることでその人らしさを取り戻す。
- ・ 回想話が介護する側にとっても新たな発見になる。
- ・ 本人だけでなく、家族のことも考えてもらう。
- ・ （傾聴の重要性を捉えた上で）傾聴ボランティアなどの社会資源も活用できる。

**医師の立場から**

- ・ 認知症の方へのナラティブな介入は大変重要と考える。エビデンスベースの治療だけでは、認知症の方の治療は難しく、その人の背景、どんな生き方をしてきたかということを行い、本人が言えなくても話しかけることが大事である。

**家族の立場から**

● 今回の事例検討会に参加して感じたこと

- ・ 私は自分の夫が若年認知症を発症したことで認知症を知った。自分の経験を通じて思ったことは、もしこの事例のように入院するということになれば、周りの医師やスタッフの言うとおりに物事が進んでいき、首をかしげることもないのではないかと思う。
- ・ 現在はまだ、認知症について隠す人もいる。私たちが生活してきた中では、こういった医療・介護についても全く知識も情報も無い。情報がないために、こういったことにも気づかないし、質問することも無いのが現状である。そういったことも家族の意見として考えて頂けたらと思う。



平成29年度 練馬区在宅療養推進事業 事例検討会 事例集

発行 平成30年5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