

医療と介護の連携事例集

―地域包括ケアシステムの構築に向けて―

山口県立大学 

はじめに

2018年4月の介護保険法の改正は、「地域包括ケアシステム強化法」として、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「介護保険制度の持続可能性の確保」を課題としています。中でも、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、地域における医療と介護の関係機関や専門職が連携し、それぞれが共通の支援目標のもとに、質の高いサービスを提供することが重要となります。

特に、医療と介護の連携が必要となるのは、「ア 退院支援 イ 在宅生活支援 ウ 急変時支援 エ 看取り支援（終末期ケア）」の場面と思われます。これまでも、各地域や事業所等で優れた実践を展開している事例も多くあると思われませんが、その内容を他の専門職にも伝達共有しながら実践力を高めていくことには限界があります。

そこで、今回山口県内で医療分野、介護分野でご活躍の方に、これまでの経験を活かして、医療と介護の連携事例を執筆していただきました。事例は、各執筆者に架空の事例として執筆していただきましたので、具体的な個人が特定できるものではありません。ぜひとも、各実践の現場での研修等にご活用いただき、あるいはお時間のある時にお目を通していただければ幸いです。

本事例集作成については、一般社団法人山口県医師会、一般社団法人山口県介護支援専門員協会、一般社団法人山口県介護福祉士会及び山口県訪問介護事業所連絡協議会の各団体より、格別なるご配慮をいただき、この場をお借りして感謝申し上げます。また、お忙しい中、事例の執筆にあたっていただいた方々に深謝いたします。

なお、本事例集作成については、山口県長寿者社会課より業務委託を受けて作成したものであることを申し添えます。

2019年3月31日

山口県立大学 副学長 横山 正博

目次

はじめに	
I 対談 医療と介護の連携を促進するための課題を探る	
医療と介護の連携を促進するための課題を探る –医師の立場から–	2
医療と介護の連携を促進するための課題を探る –介護支援専門員の立場から–	8
II 医療と介護の連携事例	
1 在宅生活支援事例	
事例1 若年性認知症患者の在宅生活継続のための家族支援	18
事例2 かかりつけ薬剤師と連携して服薬支援に結びついた残薬確認の体制づくり	20
事例3 新たな褥瘡の出現に対して、医師と連携して通所介護の利用を勧めた支援	22
事例4 いつまでも住み慣れた自宅で、夫婦2人で生活したい思いを連携によって実現	24
事例5 認知症高齢者の緊急入院後、在宅生活を維持するための支援	26
事例6 慢性疾患児を支える養護教諭の役割	28
2 入退院支援事例	
事例7 ストーマ造設に悩む家族の支援	30
事例8 退院に向けた住環境整備のタイミング	32
事例9 退院後の在宅生活を予測した支援体制の構築	34
事例10 生活者の視点に立った支援方針の共通理解が得られた退院前カンファレンス	36
事例11 利用者と家族の意向を中心にすえた医療機関と訪問看護との連携	38
事例12 在宅療養支援者からの入院時の情報提供の意義 –在宅療養生活を可能とする退院時の条件の提示–	40
事例13 介護支援専門員と病棟看護師の連携によって在宅生活への スムーズな移行を実現	42
3 看取り支援（終末期）事例	
事例14 病診連携によるグループホームでの看取り	44
事例15 医師との連携で、遠方で暮らす家族の望む看取りを可能にした支援	46
事例16 医療、看護、介護、インフォーマルな支援の輪で実現した 単身者の「生きおさめ」への支援	48
事例17 M C Sを活用したその人らしい看取りの支援	50
事例18 デスカンファレンスを通じた多職種連携の再確認	52
事例19 家族の「自宅で看取りたい」という意思を尊重した、 訪問介護と医療のかかわり方	54
事例20 介護サービスの受け入れが難しい家族への多職種連携を深めた終末期ケア	56
4 急変時支援事例	
事例21 地域ケア会議を活用した急変時から退院後までの一貫した支援体制の構築	58
事例22 進行性難病患者の日常を確保するためのセーフティーネットとしての 医療と介護の連携	60
事例23 医療機関に結び付けるための介護支援専門員の役割	62
事例24 訪問看護師による長期療養患者の予後予測に基づく支援体制の再構築	64
5 演習問題	
演習1	66
演習2	67
演習3	68
演習4	70
演習5	72
III 図説 医療と介護の連携のポイント	
医療と介護の連携のポイント	76
執筆者一覧	85

I 対 談

医療と介護の連携を 促進するための課題を探る

地域包括システムの構築において、医療と介護の連携が重要な課題となっています。この課題は、関係者であるならば、その重要性を理解していない人はいないと言ってもよいほど、すでに言い尽くされた課題でもあります。一方で、また人生90年、100年時代を迎え、地域共生社会の実現に向けた新しい課題でもあります。

制度としては、すでに介護保険法により医療と介護が一体となって提供される大きな枠組みはできています。そして、この介護保険制度を支え、そして実際に高齢者一人一人を支えているのは、地域で活躍する専門職や地域住民です。介護保険制度をさらに成熟したものにするために、医療職と介護・福祉職が手を取りながら、高齢者を支援していくことが待ったなしで求められています。

しかし、一体どのようにすることが連携なのかといった課題に対する答えは十分に解かれているとは思えません。そこで、医療と介護の連携を進めるにあたって、重要な役割を担う医師を代表して一般社団法人山口県医師会の河村康明会長、介護支援専門員を代表して一般社団法人山口県介護支援員協会の二井隆一会長と、医療と介護の連携を促進する課題等について、本著の編集責任者で、高齢者福祉を専門とする山口県立大学副学長の横山正博とで対談をしましたので、その内容を掲載します。

なお、掲載内容は対談の内容を反訳し、編集責任者がその内容がなるべく伝わるように編集し直したものです。

医療と介護の連携を 促進するための課題を探る

—医師の立場から—

一般社団法人山口県医師会
 会長 河村 康明 氏
 聞き手 編集責任者
 山口県立大学 副学長 横山 正博

1 病診連携システムの課題

■編集責任者

地域包括ケアシステムの構築において、「医療と介護の連携」が課題となっています。しかし、何をどうしたらいいかその具体的な支援の中身が見えにくいのではないかと思います。医師のお立場から、現在課題となっていることなどを、まずはお聞かせいただければと思います。

■河村会長

国が最も重要視してるのはIT (Information Technology) です。2019年4月から全県でIT化され、多職種でその情報を見ることができるようになると思います。いろいろな意味で情報が得られると思うのですが、最も心配なところは情報の漏えいです。個人情報をごとまで、関係者が保護できるか、これが守られない限り、このIT化は機能しないこととなります。多分、最初は病院も、大きなアウトライン的な情報は出すと思いますが、本当の患者さんの個人情報ですぐわかるようなものは多分出してくれないと思いますので、信頼関係を結んで、IT化を進めていくということが一番大切だと思います。

山口県は、かつて「やまぐち情報スーパーネットワーク」というのがあり、何億かかけたのですが、なかなか上手くいかなくて、県も諦めてしまった経緯がありますので、上手に使っていかないと、この計画も無駄になるのではないかと思います。基本的には最初の5年間の立ち上げは国が支援してくれます。ですが、5年後からの維持管理は、

それぞれの医師会で行うことになっています。各医師会で、どうするかは自由なのですが、多分最も問題なのは、全県で同じシステムではないところだと思います。ですから、相互乗り入れができるかどうか、最も心配なところだと思います。できれば全県で対応できればよいと思います。

これは山口県に限ったことではないので、できれば日本医師会なり国が同じ方向性でやるような指示を出してくれればいいし、まとめてくれるような組織があるといよいと思います。

2 終末期医療や急変時の課題

■編集責任者

他に、「医療と介護の連携」の課題について、概括的で結構ですので、お聞かせいただければと思います。

■河村会長

在宅医療や終末期医療に関して、我々から見て困るのは、なかなかご家族に連絡が取れないという実態があります。山口県は1人暮らしや老夫婦の世帯がかなり多くなりました。しかも家族は、東京や大阪など遠方に暮らしている。特に、1人暮らしの場合は、なかなか連絡もとれない事情を理解してもらうことが必要となります。これは、施設に入居されておられる場合も同じことです。

施設に入居する時には、ある程度終末期の対応について、任せてもらえるような体制になってないと、いざという時になかなかうまくいかないのです。患者さんが急変されたときに、入所施設の場合も、家族とも連絡がつかない時があります。半日、1日ぐらいたった連絡がとれないということがよくあります。

■編集責任者

私もよく聞きます。

■河村会長

看取りの場合は、ご家族の同意書が必要となります。同意書もないのに、看取っていいのとなると、なかなか難しい問題があります。介護医療院でも、療養病床でも、看取りの同意書が必要となります。入所や入院の時に、同意書にサインをもらうことができればまったく問題はないのですが、普通はサインできないですね。

■編集責任者

家族からしたら、自然なことかもしれませんね。

■河村会長

ですから、ある意味、こちらに任せてもらえるところがないと、特に県外にご家族がいらっしゃる場合、上手くいかないかもしれないです。山口県の風土環境とはもう違うところにいらっしゃるの、都会の考え方や価値観だと、何か厳しいものがあるように思います。

■編集責任者

今増えているサービス付き高齢者向け住宅なども同じですね。

■河村会長

有料老人ホームもそうですし、老健でも特養でもみなそうだと思います。

■編集責任者

そういった時に、施設の相談員さんが、重要になってきますでしょうか。

■河村会長

そうです。もう、入所の時からある程度のことは、うちでお任せくださいということを書いてないと、患者さんが急変された時に、ご家族が聞いてませんといった具合になると困ってしまいます。急変で一番困るのは、このあたりです。

■編集責任者

次に、連携の観点からのお考えとか、他の専門職に期待したいことなどあれば、お聞かせください。

■河村会長

ある程度、お亡くなりになるまでの時間がある場合は、看護師さんと一緒にできるのですが、何も予兆がなくて、ある日起きたら、巡回で見て回ってたら、もう呼吸をしませんということが結構あるのです。これは、どうしようもないです。ですから、かかりつけ医が診るしかないの、組織、

施設と委託契約、嘱託契約を結んでいる人がやるしかないと思います。

もう一つは、特に山口県は死体検案が多いです。死体検案は、どうしてなるかという、主治医がいなかったり、1人暮らしの人が多くて、行ってみたら亡くなってたとかいうことがあります。検案になってしまったらもうどうしようもないので、検案の医師が診るしかないのですが、1人暮らしの人は、地域が助けてあげないといけません。いろんな死体検案のところにいくと、ごみ屋敷に近い状態の人が多くいます。

1人暮らしの男性の部屋はひどいですね。ですから、ある程度は市町が助けてあげないといけません。

■編集責任者

少し話が変わるかもしれないのですが、終末期に入って、みんなで終末期ケアだよねっていう判断は、これは医師の先生がされるのですか。

■河村会長

そうですね。看護師さんもある程度できると思います。

■編集責任者

ケアマネジャーさんの話によると、いつが終末期だったのかよくわからなかったということも聞きます。みんなで終末期ケアと思ったら、回復して、その間のケアをどうするかはなかなか難しいと聞きました。

■河村会長

難しいこともあります。そろそろ危ないと思っても、結構持ち直されることもあります。患者さんの家族に、もうそろそろですから覚悟しておいてくださいとか伝えたあと、半年も1年も存命されることもあります。難しいのですが、それほど間違いもないと思いますので、早目に伝えておいたほうがよいと思います。もし長生きすれば、喜ばれるということもあります。

基本的には、食事が摂れなくなってきたら、ある程度は少し危ないと思います。人間も動物ですから、口から物が入らなると、いいことにはならないかと思ってしまいます。いくら点滴しても、限界はあります。そうすると、点滴だけでも1か月くらいしかもたないと思います。やはり食事ですね。

■編集責任者

食事を摂れるかどうか、そのあたりが一つの判断ということですね。

■河村会長

はい。あと一番気になるのは、いろんな施設には、現在かなり若い看護師さんがいます。看取りの臨床の経験が少ないので、なかなか難しいこともあると思います。若い看護師さんの教育も必要ですね。

3 医師の高齢化

■河村会長

現在、在宅医療や終末期医療を担う医師が、60歳以上になっている現状があります。若い医師は大きい病院にいるか、在宅医療をやりたがらない傾向があります。まだ、そういう場面に接していないのですね。

さらに、若い医師が山口県は減少しています。それも急激な減り方で、今から5年先、10年先には、在宅医療を担う医師の数が問題になると思います。今は大丈夫ですが、今何を頼りにしてるかというと、「医者魂」でやってるような感じです。

昔から、そういう環境におられた先生方は抵抗がないのですが、若い医者はもうどのようなことでも我々の世代とは考え方が違うので、それを変えなさいと言われても無理だと思います。

ですから、私も医学部の4年生に対して、医師会の講座を一ついただいている、医師会の説明をしています。日本医師会があって、県医師会があって、市町村の医師会があるという3層構造になっているが、本来の3層構造の現状は、逆ピラミッドということを言っています。一番重要なのは市町村の医師会で、一番下のところが日本医師会なんだよと説明しています。また、朝何時に起きて、何をするとという医者の生活の様子も含めて説明しています。

もう3回講義をしましたので、来年ぐらいに卒業すると思いますが、そういうことも知らない学生たちが多かったのが、在宅医療、緩和ケア、終末期医療というものが、どういうものなのかを、少しでも知ってほしいと思っています。理解してもらおうと、取っつきやすいと思って、頑張ってい

ます。

■編集責任者

医師の高齢化は、山陰方面が特に厳しいみたいですね。

■河村会長

人口減少にともない、患者も減りますから、病院経営も困難になると思います。「地方消滅」という話がありますが、このような状況を頭に入れながら医療もやっていかなくてはならない時代です。

4 施設での薬の処方

■河村会長

施設の中で、もう一つ気になっていることがあります。患者さんの状態が急変した時など、お薬を施設が処方するのですね。処方するというか、富山の常備薬のような感じですが、薬は本当は残ってはおかしいのですが、残っていると熱があるから、「この薬は、出してる」といったことがあるようです。看護師さんが出すのならまだわかるけれども、看護師さんもないようなところでも、施設長が出してるというのは結構あるのです。

医療の大原則は、対面診療です。ですから、医者が診て、出すというのが本来のやり方です。今、オンライン診療というのが問題になっていますが、離島とかであれば有効だと思いますが、近くに医者があるところで、それをされると、変な状況になってきます。そういうお薬の管理とかいうのは、しっかりしておいてほしいという気がしております。あくまでも、薬を出すということは医療行為になります。

5 ケアマネジャーとの顔の見える関係が連携の第一歩

■河村会長

病院を退院する時のカンファレンスですが、病院でカンファレンスとかいろいろ言われるのですが、なかなかこれは難しいですね。その実態が把握しにくいです。

■編集責任者

いずれにしてもケアマネジャーさんが大変ご苦労されていると思います。

■河村会長

ケアマネジャーさんには敷居が高いかもしれませんが、頑張ってもらわないといけません。在宅診療の場合は、お昼休みとか、医者が行けるような時間に、30分位みんなで集まって話し合いをしましょうと思ったらできると思います。

■編集責任者

さらに、ケアマネジャーに期待するようなことがあれば、お聞かせください。

■河村会長

私のところは結構、電話かけてきてくださるので、いざという時は、あまり心配はありません。普段はケアマネさんもお忙しくしていらっしゃるので、「ちょっと来てほしい」と言っても、逆に「こちらから行きますよ」と言われても、なかなか難しいのではないかと思います。電話のやりとりでもいいのですが、「顔が思い浮かばない」こともあります。よく来られてるケアマネジャーさんは顔が浮かびますが、普段顔を見ないとなかなか浮かばないということは結構あります。

■編集責任者

そうですね。やはり顔をお互いに理解し合うことが、連携には基本なのでしょうね。

■河村会長

顔を知らないとはやはり何もできないですね。

■編集責任者

そうですね。こんな言い方したら失礼なのかもしれませんが、ケアマネジャーさんのほうからしたら、なかなかお医者さんは訪問しづらいということも聞きます。

■河村会長

そうみたいですね。

■編集責任者

県内のお医者さんは、ご理解があるのでしょうか。

■河村会長

私どもから見たらあるようには見えるのですが、ケアマネジャーさんから見たら違うかもわかりません。

■編集責任者

率直に申し上げますと、「たまに怒られてしまった」「何で、このようなことで、わざわざ来るのかとか」ということをケアマネジャーさんからお伺いすることもあります。

■河村会長

なるほどね。私もそれは感じることもありますけど、電話1本で済むのではないかと思うようなこともあります。ケアマネジャーさんのルールの中でルーチン化されてるのだったら、それは致し方ないです。

■編集責任者

いずれにしても、顔の見える関係を基本的に作っておくということですね。

■河村会長

そうですね。やはりそれが大切です。大原則とまではいかないけれども、第一歩だと思います。

6 医療職との連携

■編集責任者

では次に、特に看取りとか、医療ケアが必要な方については、訪問看護師さんの役割が大きいと思いますが、訪問看護師さんとの連携について、お聞かせください。

■河村会長

以前と比べたら、随分連携がとれてきたと思います。看護師さんは、比較的よく連絡いただきます。やはり、普段から接する機会が多かったし、病院などでも接する機会が多かったからでしょうね。重症患者ともなると、朝一番に連絡をもらったりすることもあります。訪問看護師さんについては、今とてもよい関係にあると思います。

■編集責任者

リハビリ職との関係はいかがですか。

■河村会長

今、自分のところでは訪問リハビリの利用者が90人ぐらいいます。ですから、一番大変なのは、これは私なのです。なぜかという、訪問リハビリの理学療法士、作業療法士、あわせて多分10人近くいます。利用者も遠方の方もおられます。私は、介護保険の訪問リハビリは、3か月に1回看にいかなくてはなりません。

別に、外に出ることは嫌いではないのですが、一番勘違いされるのは、かかりつけ医と、私が行くのを同じように考えている患者さんがおられます。かかりつけ医はかかりつけ医で、その地域に根差した方がおられて、訪問リハは訪問リハで別のことをやっているの、私は訪問リハビリの管理の立場で、全体の把握をするだけです。でも、患者さんから見たら、医者には医者で、「この薬を変えてください」ということもあります。そう言われても、それはかかりつけ医にお願いするしかないの、致し方ないですね。

■編集責任者

でも先生は、90件の方の指示書をお書きになるということですね。

■河村会長

事務職が手伝ってくれますので、あとは自分で書けるところをすればいいだけなのですが。

■編集責任者

それにしても大変だと思います。先生方のご尽力、改めて理解することができました。

■河村会長

もう一つ、日本医師会が提案してきたのは、在宅保健師さんに活躍してもらうことです。在宅保健師も、働き場がないようです。フルタイムでなくてもよいので、活躍してほしいと思っています。

7 オレンジドクター

■編集責任者

医療と介護の連携を進めていくにあたって、山口県医師会としての何か具体的な取り組みなどがあれば教えてください。

■河村会長

実は、私たちも4月からオレンジドクター制度を始めようと思っています。財政的なこともあるので、すぐに全部始まるかどうかはわかりません。多分、認知症サポート医＝オレンジドクターに近いものがあるのかもしれないのですが、認知症のかかりつけ医も含めて、認知症の早期発見・早期診断体制の充実を図りたいと思っています。

■編集責任者

オレンジドクターというのは、山口県独自の取

り組みなのですか。

■河村会長

他県にもありますが、同じような形になると思います。まだ、仮称で、本来の名前は決めてないのですが、プレミアムドクターにすれば、みんな飛びつくかもしれないか言っています。

■編集責任者

オレンジドクターは認定制度になるのでしょうか。

■河村会長

厳しい認定ではなくて、広島県が診療所の前にオレンジドクターのワッペンを張っているの、あれぐらいのイメージです。皆さんにわかってもらわないといけないです。認知症のことで、全部が全部、神経科に回ると大変なことになりますので。認知症の初期とか、まだ認知症とまでは行かないケースも含めて対応できればよいと思っています。

■編集責任者

全国に先駆けての取り組みですね、期待しております。

8 医療と介護の連携の課題

■編集責任者

最後に、先生の診療所でも構わないのですが、連携が上手くいくポイントがあれば、お聞かせください。

■河村会長

簡単に言いますと、医者の理解があれば上手くいきます。

■編集責任者

その時の理解というのは、具体的にどのようなことでしょうか。

■河村会長

一番の理解は、その職種のことを考えてあげられるかどうかです。皆さんそれぞれ一生懸命やっておられます。何て言えばよいのでしょうか、医者と医者が話すのとは少々違うと思います。一つ、言葉を緩やかな言葉にしてあげるとか、それだけでも違うと思います。

■編集責任者

そうですね。

■河村会長

でも、なかなかこれが難しいですね。

■編集責任者

やはり、相互理解ですね。

9 おわりに —理想の訪問診療—

■編集責任者

最後に先生の夢というか希望というか、何かメッセージを一言いただければと思います。

■河村会長

私の理想の訪問診療は、昔、私のことを俳句に詠んでくれた人がいて、「縁側からひよいと往診花の春」だったかな、春先だったと思います。ひよこっつと縁側をあがってきて、これです。

■編集責任者

よく光景が浮かびます。

■河村会長

患者さんを診に行くというのが一番理想です。今はもう、時間に追われて、あちらこちらに行っていますが、そういう昔の往診ですね。ですから、医療も、どっちかっていうと、在宅系は、昔の形を思い出してやろうというのが、一つの考え方ではあります。日本医師会もそう言ってます。

今みたいにいろいろな器具とかを持っていくのではなく、昔は何もなかったですから。でも、何もなくても、信頼関係はあって、それと往診をしてれば、それで、その家族とはうまくいっているというのは結構ありました。状況は違いますけど、一つの昔の、先祖返りではないですが、昔のそういうのんびりした関係を持ちたいというのが一つの理想です。

■編集責任者

それはよくわかります。患者からしたら、そのほうが多分、うれしいと思います。機械もいいですが、本当にひよっこり、「あ、先生だ」という感じですね。それで、患者さんも元気になったりということもあると思います。最後に、とてもよいお話を聞かせていただきありがとうございます。

医療と介護の連携を 促進するための課題を探る

—介護支援専門員の立場から—

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会長 二井 隆一 氏

聞き手 編集責任者

山口県立大学 副学長 横山 正博

1 医療職に対する苦手意識の克服が課題

■編集責任者

地域包括ケアシステムの構築において、「医療と介護の連携」が課題となっています。しかし、何をどうしたらいいかその具体的な支援の中身が見えにくいのではないかと思います。介護支援専門員のお立場から、「医療と介護の連携」の課題について、概括的で結構ですので、まずはお聞かせいただければと思います。

■二井会長

今のケアマネジャーの基礎資格を考えた時に、圧倒的に介護分野の有資格者がケアマネジャーとして働いている人が多く、医療職ほどの情報や知識は必要ないと言いますが、そこは連携していけばいいところですが、医師や看護師に対して何か苦手意識があり、壁を作っていて、連携が上手くできていないといった現状があると思います。

顔の見える関係の中で、ケアマネジャーは医師や看護師にも、情報を伝達していかないといけませんし、逆に収集にいかないといけないと思います。長年言われていることですが、少ししづつはその環境は整備されつつあります。

■編集責任者

何かその苦手意識を克服する方法や手立てというか、それがいつも何かないかと思っているのですが、何か決め手はありますでしょうか。

■二井会長

例えば、連携についての研修会のアンケートでは、「医師と話ができた」「ケアマネさんからいろ

いろ意見を聞きたいといった思いを、医師や看護師の方から聞いて、何か勇気づけられた」「苦手は、自分自身の思い込みだった」といった内容が多く記載されています。我々の業界としては、まずはそういうお互いに理解し合える場を作ることがまず一番だと思います。

しかし、こういう研修に来る医師や看護師は、ケアマネジャーのことに理解のある方です。その温度で、どの方もそうなのかというと、まだなかなか理解が得られていないこともあるように思います。研修の時には、「ケアマネさん、ぜひ訪ねて来てほしい」「情報をもってきてほしい」と言われるのに、実際は少し違うといったようなこともあるようです。そういったギャップはもちろんあるのですが、医療職の方はどういう思いでおられるのかということをお聞きする場が絶対必要だと思います。

■編集責任者

これまで、全県で医療職の方と一緒に学習するような機会はあったのでしょうか。

■二井会長

県単位ではあまりないのですが、市町の単位では多職種での会議や研修会は、結構開催されています。連携をする専門職はある意味では地域限定ですので、市の何々町とか、校区単位で開催するくらいのほうが本当はよいのかもしれませんが、やはり普段のかかわりが多い方との研修機会や事例検討会が開催されているようです。

それと、地域ケア会議にも医師が参加されて、そこでいろいろなケースをもとに意見交換したりする機会もあります。しかし、参加される医師は、何となく徐々に固定化されて、「もっと来てほしい」という先生は、なかなか来られないこともあります。

■編集責任者

実態は想像できます。

■二井会長

開業医の先生や勤務医の先生は、なかなかそこまで余裕がないというのが実情なのではないかと思えます。ケアマネジャーと言っても、あまり理解がないこともあります。

■編集責任者

一方で、顔の見える関係が必要、積極的に関わりを持ちたいという医師も増えつつあるような感触もっています。

■二井会長

研修で、「生活のことは、そこまで見えない。外来で1か月に例えば30分面談しただけでは、患者さんの生活の様子とか、薬は飲んでいるのかとか、食事はどうしているのかとか、認知症はどうかとかというのは、やはりわからない。だから、ケアマネさんが日々かかわって、関係があるヘルパーさんの最近の情報とかを提供してくれるのは、とてもありがたい。」と言われた医師もいらっしゃいました。

一方で、ケアマネジャーにも、「お医者さんに情報をもっていても、先生に喜んでもらえないのではないか」「情報を提供しても関心がないのではないか」といった思い込みもあるように思われます。「利用者の生活の情報は、ケアマネジャーがしっかりもっているのだ」というくらいの意識で、医師とかかわっていく方がよいのではないかと思います。

2 入退院支援の時こそが連携

■二井会長

これはケアマネジャーにも責任があるのかもしれませんが、「入院したのも知らなかった、知らないうちに退院していた」といったように、入院関連の情報が伝わっていないことがあるようです。入院となれば、在宅で利用しているサービスや生活の状況などの情報を提供できるし、退院後にどういうサービスや支援が必要なのかということも事前に協議できるわけです。

現在、退院前カンファレンスに、少ししづつ声はかかるようにはなっています。しかし、急性期病院や総合病院からは連絡がないことがありま

すので、「気がついたら知らないうちに退院していた」といったケースがあるようです。結局、病院も治療が必要かどうかだけの判断で、もう治療は必要なしとなれば即退院となり、本人さんも帰りたければ、退院が許可されることもあります。実際には、退院したもののやはり生活できないということもあり、再入院になったというケースはよく聞きます。

■編集責任者

その時に、病院は退院支援をどう考えているのかということが課題ですね。

■二井会長

そこですね、最近は総合病院には医療ソーシャルワーカーがいます。ワーカーからもう少しケアマネジャーに情報提供してくれたり、一番いいのは退院前カンファレンスがあれば、声をかけてもらったりすると助かります。回復期のリハビリ病院であれば、ほぼ声がかかりますが、急性期とか総合病院は患者さんが多いので、そこまでなかなか手が回らないといった事情もあると思います。

退院前カンファレンスを「この日の何時にやりますから来てください」といったこともあるようです。声がかからないよりはよいのですが、なかなか急な話で対応できないこともあります。ケアマネジャーがもともとかかわっていない患者さんで、退院後はケアマネジャーが必要だろうという時も、「来週退院ですよ」とか、極端な例としては、「明日退院しますから、ケアマネさんよろしくお願ひします」といったようなこともあるようです。もう少し早く連絡をもらえば、いろいろ手の打ちようもあったということも聞いています。ケアマネジャーからすれば、病院の事情もあるのでしょうか、なかなか強く言えないところはあります。

■編集責任者

まだまだ課題はありますね。

■二井会長

とは言うても、これも以前に比べたら改善しつつあります。制度の改正で、入院の時に担当のケアマネジャーの名前や連絡先を、保険証やお薬手帳などと同じように提示する規定ができましたので、当然入院すれば、病院もお薬手帳や保険証を見ることになりますから、「ケアマネさんはこの人なんだね」ということで、「この患者さん退院

するよ、入院したよ」といった連携はできつつあります。

■編集責任者

それは加算とかあるのですか。

■二井会長

入院時に情報を提供することに関しては義務ではないのですが、入院時にケアマネジャーが患者の情報を医療機関に提供したら3日以内は2,000円、1週間以内で1,000円という加算があります。

■編集責任者

そういったことがもう少しインセンティブとして作用するとよいのかもしれないですね。ケアマネジメントは、退院時から始まるのではなく、入院時から始まるという意識については、ケアマネジャーさんはどうなのでしょう。

■二井会長

もともと担当していた利用者さんが入院した場合は、入院時から当然かわり、在宅生活の情報を提供します。そして、これからの治療方針やリハビリ方針を聞いて、退院に向けてかかわっていきます。

しかし、お元気な方が、突然転倒による骨折や脳梗塞で入院し、退院後の在宅生活には何らかのサービスが必要という時には、我々としては病院からの連絡がないと動きようがないわけです。退院前カンファレンスや家屋調査も終わって、あとは退院するだけですといったところで、「あとはケアマネさん、ケアプランだけ作っておいてくださいませんか」といったようなことがあると、ケアマネジャーからすれば、「入院時から早目にかかわっておいたほうが、退院支援もスムーズにできるので、入院の時からかかわっておきたい」という思いがあります。

退院については、まだ退院が見込めない時期やこれからの治療やリハビリの経過を見てからという時期では、もともとの担当のケアマネジャーがいても「ケアマネさん忙しいから、そんなに再々呼んでも大変でしょう」と病院からよく言われます。でも、他のケアマネジャーに聞けば、大体呼ばれば、よほどの都合が悪くない限りは行きますとっています。

早くからかわりたいたいという思いがあるのですが、病院も「どのタイミング声をかければよいの

か」、「退院前の1回のカンファレンスで声をかけたらいいのではないか」といった雰囲気はあるようです。

必要であれば、退院中、入院中のカンファレンスでも退院前でも、自宅訪問や家屋調査の時でも、「いつでも同席しますよ」というケアマネジャー側の思いは、病院には伝えてはいます。

■編集責任者

病院側に、何か遠慮みたいところがあるのですね。

■二井会長

そうですね。「あまり呼んでもね」といった感じがあるようです。

■編集責任者

多分そのあたりで、顔の見える関係が本当にできていけば、そんなに躊躇や遠慮はないのかもしれないですね。

■二井会長

「もう遠慮なくやりますよ」といった感じでよいのでしょうか、相手がどんなことを考えているのかなど考えれば、躊躇や遠慮があるのかもしれない。後日、「退院前カンファレンスあったんですよ」と言われても、ケアマネジャーからしたら、その時点からかわりたかったなという思いがあります、絶対に。

3 顔の見える関係

■編集責任者

顔の見える関係などと普段言われますが、その関係には「愛情」という概念をもってくる必要があるのではないかと思います。研究に取り組んでいるところでは、連携しなければならぬという知識や認識があっても、なかなか行動に移せないという現状があるわけです。知識や認識と行動の間に、「愛情」、英語でいうとアフェクション (affection) という言葉なのですが、つまり好意であるとか、何か気軽に声をかけられるという、そういうものがなければ、なかなか行動に結びつかないのではないかと思います。知識や認識と行動の間に、「愛情」をどう作っていけばよいのかというのが、実は私の研究課題なのです。

■二井会長

それがまさに顔の見えるというか、役割をただ知っているだけではなくて、やはり阿吽の呼吸ではないですが、チームで支援をしていくわけですから、ケアマネジャーも今度は逆に、ヘルパーさんをお願いする、デイサービスをお願いするという立場の時も、何か難しいことを言うてくる人という印象を与えるよりも、「いいですよ」「やりましょう」といった雰囲気作り、まさに愛情というか、本当にそういうものがあれば、声をかけやすくなると思います。

それがあれば、別に何の問題もなかったのだけれども、トラブルが生じる場合は、大抵お互いが全然意思疎通ができていなかったということがあると思います。病院とも当然そこができればいいですね。

■編集責任者

極端な話、全県では無理だと思うのですが、地域単位で、課題の解決会議ではなくて、お互いの愛情を育み合うレクリエーション会議が必要かもしれませんね。

■二井会長

いいと思うのですが、本当に、それこそ本当にお互いに人となりがわかってきて、形だけの会議とかじゃなくて、和やかな雰囲気ですね。

■編集責任者

そうですね。

■二井会長

ケアマネジャーは特に、医師に何か少々怖いというイメージをもっている人もいますよね。

■編集責任者

そうですね。よく聞きます。

■二井会長

実際、傾向としては少し上から言う人が多いような気はするのですが、ケアマネジャーがよく一般的に言うように、そこは関係性ができればありがたいし、「教えてもらえるのだから」というくらいの感じでいけばいいのかもしれないですね。

4 医療と介護の連携を進める取り組み

■編集責任者

医療と介護の連携を進めていくにあたって、山

口県介護支援専門員協会としての何か具体的な取り組みなどがあれば教えてください。

■二井会長

取り組みとしては、先ほど言ったような研修会で顔の見える関係の中で、多職種で一つの事例をもとに、勉強会の開催をしています。

2018年4月の改正で制度化されたことですが、ケアマネジャーは自分が担当している利用者さんの情報、服薬状況、口腔の状況、栄養状況の異変などをタイムリーに主治医に報告しなさいと義務づけられました。これは医師だけではなく、薬剤師なども含まれます。

その方法として、もちろんいいのは、訪問して医師の方との面談でしようが、その報告の記録フォームが独自の〇〇バージョン、△△式で、情報提供するのではなくて、例えば市の医師会などのレベルで協議して、〇〇市医師会監修とか介護支援専門員協会監修などの何かお墨付きがあれば、少しフォーマル感があり、ケアマネジャーも使いやすいということがあると思います。

入院時と退院時の情報連携シートは国がこれを使いなさいよというフォームを作成しているのですが、平時の連携といいますが、入退院ではない時のものはないので、下関市では今協議して作成しているところです。いきなり、独自の△△式のフォームが医療機関に届けられても、何だろうと思われてもいけないので、決まった様式があれば、医師も少しなるほどということもあると思います。

5 医療職に期待すること

■編集責任者

医師に期待することがあれば、お聞かせください。

■二井会長

お医者さんは、患者さんの治療が最優先であり、大変ご多忙だとは思いますが、医療系のサービスを利用するとすると、先生から指示書を書いてもらったりということもあります。ケアマネジャーは在宅支援のキーパーソンですので、「この人の生活はどうなっているのだろう」という点にも関心を持っていただき、「ちょっとケアマネ

さん呼んで「ケアマネさんから情報をもらおう」という関係を構築できれば、連携も取りやすくなるのではと思います。

■編集責任者

訪問看護師に期待することがあれば、お聞かせください。

■二井会長

訪問看護に対しては、ケアマネジャーは少々苦手意識をもっています。訪問看護師の方は、すぐく医師との連携が上手なので、だからといって訪問看護に丸投げするわけではないですが、医師とのパイプ役になって、医師との間をとりもってもらう役であるとか、医療的な面での予後予測などを見立ててもらおうとよいと思っています。

ケアマネジャーもモニタリングで訪問しますが、どうしても介護とか福祉の目線になってしまいがちですので、医療のことなどについて、アドバイスをいただければと思います。特に、医療の知識をもった専門職が自宅を訪問されると、ケアマネジャーやヘルパーさんが行くのとは違う安心感を家族や利用者がもたれるので、そういうところは、訪問看護師の方に期待したいです。

■編集責任者

予後予測という話が出たのですが、不勉強で申し訳ないのですが、ケアマネジャーは、病気の予後予測をして、ケアプランを立てないといけないということになっているのですか。

■二井会長

そもそも医療知識をもっていないケアマネジャーが多いので、なかなかこの病気だから、ここはどうなっているのかということやケアマネジャー1人で何か想像してというのは、やはり限界があると思います。

そこは連携で、医師に、「こういうケアプランを作って、こうこう考えているのですけれども」と言えば、先生からの病状の予後予測も踏まえてケアプランを見直すことも必要になると思います。だからこそ、かかりつけのお医者さんとは連携していかないといけないと思います。医療の専門家から、予後予測のアドバイスをもらって、それをもとにケアプランをつくれればいいのではないかと考えています。

■編集責任者

そうですね。だから、そこに連携の意味が出てくると思います。

■二井会長

身近に医療の専門職がいるわけですから、教えてもらいながら、アドバイスを受けながら考えていくということです。

■編集責任者

その辺がうまくかみ合えば、本当にいいケアプランができるのではないかと思います。次にリハビリ職に期待することがあれば、お聞かせください。その前に、少し関係のない話です。介護予防体操を3つのグループで実施し、その効果を測定したところ、効果に差が出てきたとのことでしたので、その要因は何だろうと尋ねました。

あるグループはとても真面目なグループで、一生懸命体操をされて、でも終わったらすぐ帰ってしまうらしい。もう2つのグループは、体操終了後、必ず雑談会があり、そちらのグループの方が、効果があったと伺いました。

体操の後でいろいろ雑談をしたり、人とのつながりを作るといところが、多分要因になっているのではないかなということになり、これは厚生労働省が言っているまさに「もう一つの予防」という話ではないかなと思いました。

■二井会長

体操で筋力をつけるとかだけではなくて、そういったコミュニケーションとかにつながりますね。確かに、理学療法士さんなんかは、病院の中で可動域とか筋力をつけるとか、そういうところに目が行きがちです。

よくあるのが退院する時に、純粋に病院ではこうだからとか、可動域がどうだとかという視点で、例えばここに手すりがあったほうがいいとか専門的な意見をいただきます。しかし、家に帰ればいろいろな要素があり、例えばもちろん手すりをつけるのに、経済的なものもあるでしょうし、家族構成で手すりがあると邪魔だとか、中には立派なおうちだと外観を損なうからとか、いろいろな要素がその方の生活環境にはあります。

病院の方は、安全最優先というか、転倒しないように、筋力が低下しないようにということに目が行きがちです。家に帰ると、そうではなく、

いろいろなことが絡んでくるので、やはり、生活を見てほしいし、単純に歩けるようになればよいだけではなくて、歩けるようになって、その方が生活がどう充実したものになっていくかということを見ながらやっていただくことが必要だと思います。歩けるようにすることだけではなくて、その方の生活イメージもつくっていただければということもあります。

■編集責任者

そのあたり理学療法士さんもだいぶ変わってきておられると思います。

■二井会長

最近、ICFの考え方も取り入れたりして勉強されているようですので、在宅支援にかかわるリハビリ職の方は、すごくそういう意識が高まっている気がします。

6 地域包括支援センターに期待すること

■編集責任者

地域包括支援センターに期待することがあれば、お聞かせください

■二井会長

先ほども申しましたように、多職種での会議や研修会というのは、結構開催されています。地域性がありますので、市の〇〇町とか、校区単位で開催するくらいのほうが本当はいいと思います。地域包括支援センターは、だいたい中学校区に1か所あるわけですから、その圏域で多職種が参加できるような研修会や事例検討会の開催の音頭をとってもらえればよいと思います。それこそまさに、顔の見える関係づくりが可能となると思います。

■編集責任者

そうですね。県内でも地域包括支援センターが増えてきましたので、期待したいですね。一方でまだまだ介護予防業務でお忙しい面があると思います。

■二井会長

介護予防プランの委託が困難なところから、積極的に受託される所もあり、地域格差があるようですが、地域ケア会議やネットワーク作りなど地域包括支援センターでしかできないことの音頭を

とって、専念してもらいたいという思いもあります。

■編集責任者

そうですね。中には、3人体制とかでやっていらっしゃる場所もあるので、それは大変だろうなと思いつつも、研修講師を務める時には、地域包括支援センターで音頭をとってできることはたくさんあるでしょなんて簡単に言ってしまう。

7 看取りの課題

■編集責任者

看取り支援について何かお考えとかご意見とかあれな、お聞かせください。

■二井会長

看取りをしてくださる医師が、まだまだ少ないように思います。また、家族自体が最期は自宅だと思いつつも、なかなかその覚悟ができていなくて、状態が悪くなったら、すぐに救急車を呼んでしまうとか、苦しそうにしているとか、何か反応がないと不安になってしまうという現状があると思います。ケアマネジャー自身も、家族とか市民レベルでもそうでしょうし、何かあったらすぐ救急車で病院に搬送しないといけないという認識があるので、なかなか在宅で看取ることが定着されない面もあると思います。

■編集責任者

そうですね。

■二井会長

ケアマネジャーもある程度、看取りの支援に対応できる医療知識も必要でしょうし、訪問看護も24時間の受け入れ体制が十分でないということもあると思います。退院した時は、まだ自分でトイレにも行けていたけれど、今では全然歩けなくなって、トイレも行けなくなってしまったということもあります。そうすると、支援内容がめまぐるしく、変化していきますので、その辺で追いつかないところもあって、苦手意識をもったり、受け入れに消極的になったりすることもあるようです。

特に末期がんの方は、退院時には要支援だったのが、今見直したら要介護3や4ということもあります。その時点で、介護認定の区分変更をかけ

てとなると、なかなか認定まで1か月、2か月かかるので、間に合わないということもあります。可能かどうかわかりませんが、認定手続きも少し簡素化して、1か月、2か月の通常のステップではなくて、すぐに結果が出るような仕組みも必要だと思います。そこは、制度が追いついていない面があるのではないかと思います。

■編集責任者

そうですね、実践レベルのミクロの課題から制度的なマクロの課題もありますね。ところで、在宅での看取りが今後ますます可能となるための第一歩というのは、やはり意識の問題なのでしょう。医師の方もそれは大変だ、覚悟がいとよくおっしゃっています。

■二井会長

専門職にも家族にも、もちろん本人さんにも相当な覚悟があると思います。ですから、ご本人の思いとは別にどうしても最期は入院という現状があると思います。

無理だから入院したほうがいいよという医師もいらっしゃいます。看取りの支援を在宅で進めていくために、何が重要で何をどうしたらいいかというところが、まだ少し不明確というか実践の蓄積が少ないのかもしれない。

■編集責任者

終末期の判断も難しい面もあるようです。終末期と言われながら、状態が回復されることもあるようです。そろそろ最期の時と思って、例えば入院し、手厚いケアをされると、状態がよくなって自宅に戻って来られるケースもあるようです。なかなか終末期の判断っていうのは難しい面がありますね。

8 医療と介護の連携の課題

■編集責任者

最後に、医療と介護の連携で、上手くいったというような事例があれば、お聞きかせください。

■二井会長

入院中から在宅支援チームとしてのメンバーを決めて、在宅支援チームと院内チームとで情報共有すれば、自宅に戻ってから、入院中のリハとか栄養面での注意事項とか、伝達されます。入

院時からの早目の在宅支援チームと院内チームがしっかりかかわれば、上手くいくという実感があります。

■編集責任者

やはり早期から、チームを組んで体制を整えていくということが重要ですね。

■二井会長

退院前だけではなくて、入院前、入院中、退院という連携をしっかりやっていくことだと思います。あるケアマネジャーが患者さんの退院後に、病院から「入院中はしっかり連携して、患者さんが退院となった時に、病院チームとしたら、退院後にどうなったかというのがまったくわからない」と言われたそうです。

退院して、在宅生活が継続されていくケースもあれば、また再入院となることもあります。自宅訪問して、リハビリ職とで手すりをつけただけ、実際には使わなかったとかいうケースもあります。ケアマネジャーとして、プランを変更せざるを得ないのですが、そのことをわざわざ病院には報告もしないのが現状です。ケアマネジャーとしたら、「在宅支援チームに任せただけだから、上手くいこうがどうかは、あなたたちのことでしょう」と思われているのではないかと感じてしまうこともあります。

「その後、あの患者さんはどうなったのだろうかって、我々としては送り出して、あそこの手すりよかったのかとか、リハ内容はこれでよかったのかとか」という答え合わせができていない状況です。退院後も病院に少し退院後の生活の状況についての情報提供やディスカッションや意見交換をしたほうがよいのではないかと感じています。そのことは、また別のケースにも活かせると思います。

■編集責任者

それはもっともな話ですね。

■二井会長

我々としては、どっちかというと情報をもらう側で退院支援しているわけですが、今度は逆に退院後に、情報をまた提供するという側に回らないといけない、それがまさに連携と言えると思います。

■編集責任者

お互いの支援を振り返り、その振り返りを共有し、次の支援に活かすことも連携ということですね。少しでもできるところからできるといいですね。

■二井会長

ケアマネジャーも先ほども言いましたように、多くのケアマネジャーは、そんな情報、別に要らないだろうという思い込みというか先入観があるように思います。今の入院患者さんのことや、これから入院してくる患者さんのことで病院側は忙しいのだから、退院した患者さんが、どうなったかというのは、二の次、三の次ではないかという思いをもっていたら、実はそうではなかったということです。

■編集責任者

大きな発見でしたね。

■二井会長

やはり顔の見える関係づくりの中で、そういうことも話してみる必要がありますね。新しい風景が見えてくるはずですよ。

■編集責任者

あと、何か特にございますか。

■二井会長

ケアマネジャーからよく言われるのは、連携はむしろ大切なのですが、日々の業務で追われていて、特にペーパーワークが多すぎるということです。何かもう少し簡素化したり、これだけ電子媒体が発展している中で、いまだにファクスでのやりとりがあるので、ICT (Information and Communication Technology : 情報通信技術) がさらに進めば、お互いが手間をかけずに情報共有ができるのではないかと思います。

■編集責任者

そうですね。AIも上手く活用する可能性があるようにも思います。

■二井会長

人工知能がケアプランをつくるといった話もありますが、これだけケアマネジャーも、もっと利用者さんのところへ行行って話を聞いたり、いろいろなところを調整したり、フットワーク軽く行きたいところが、ペーパーワークに追われているので、生産性が落ちている面が間違いなくあります。

不必要な同じような書類を作成するといったあたり、何となく医療と介護の連携の壁の一つとなっているのではないかと思います。ケアマネジャーの足を重たくしている理由でもあるようにも思います。

■編集責任者

最近、大学もそうです。書類づくりでほとんど1年終わってしまいます。

■二井会長

そうですね。ここまで必要なのか、しかも同じような書類を何か一体化できないかと思えます。入院の時は入院、退院の時はこれをつくって、入院中はこれで、それとはまた別にプランをつくるための情報、何か同じようなところも重なっている、何かまとめてここだけ入力すればすべて対応できるような工夫も必要だと思います。

情報共有のシステムも個人情報保護の課題はあるのですが、LINEなどのSNSを上手く活用して、看護師とケアマネジャー、家族と医師とで常にリアルタイムで共有できるようなシステムを作っているケースもあるようです。

支援チームで、グループラインのようなものを作れば、例えば訪問看護師さんが「褥瘡はこのような状態ですよ」と写真を撮って送れば完璧です。それでこと足りることもあります。写真を印刷して、書式に落としてといったことは、何か二度手間ですね。そのあたりをもう少し簡素化すれば、連携ももっと重要なところに時間が費やせると思います。

■編集責任者

そうですね。過度な書類作成は、生産性を落としますし、重要な支援ができなくなりますね。

■二井会長

そうですね。

■編集責任者

今日はお忙しいところ、ありがとうございました。

II 事例

医療と介護の連携事例

事例の活用の仕方

関心のある事例をお読みになっていただくだけでも結構です。職場内研修や自己学習用として用いる場合は、それぞれの事例に、連携の核となるポイントがいくつかあります。本編に記載しております「医療と介護の連携のポイント」「ワンポイント解説」をお読みになる前に、「これこそ連携」というところは何かを探りながら、お読みいただいたり、各職場で検討を重ねていただくとよいと思います。

また、この作業からこれまでのあなたの連携に対する考え方や取り組み内容の振り返りをし、明日からの実践にどのように活かせるかを話しあっていただいてもよいと思います。

演習問題も5題用意しましたので、職場内研修や自己学習に用いてください。

事例1 若年性認知症患者の在宅生活継続のための家族支援

事例の概要

Aさんは40歳代前半から物忘れがひどくなり、40歳代中頃若年性アルツハイマー型認知症と診断された。症状が急速に進行するが、家族の病状理解が難しく、家庭での居場所を失っていくAさんに対して、病院と認知症地域支援推進員と連携しながら、家庭で父親として夫として変わらず生活できるように、支えてきた。妻の負担を軽減しながら、Aさんの病気を誰にも知られたくない、訪問介護は利用したくない、お金がかかることはできない、できるだけ自宅で過ごせるようにしたい、手術や薬で治してほしい、など様々な妻の思いを受け止めつつ、多職種連携によりAさんとその家族を支援した。

■ 基本情報

【年齢・性別】 48歳 男性

【疾患】 若年性アルツハイマー型認知症

【障害高齢者の日常生活自立度】 J2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 III b

【家族の状況】

- 妻と1人の未成年の子どもとの3人暮らし
- 近くに協力が得られる身内はいない

【病歴】

- Aさんは工場の一般事務の仕事を長年していたが、40歳代前半より物忘れが顕著となった。同じことを何度も聞くなどの症状がみられ、2015年12月に認知症外来において、若年性アルツハイマー型認知症と診断された。主治医からは就労は難しいのではないかとの意見があった。
- その後も仕事は転職しながら続けた。
- 認知症外来初診時、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は20点であった。認知症の進行が速く、感情が不安定となることがあった。
- その後のHDS-Rは、2016年7月時点15点、2017年3月時点11点、6月時点6点であった。
- 失行も進み、すべてに介助が必要な状態になっていった。徐々に言葉も出なくなり、2018年5月、廊下での排尿を繰り返し、食事でも全介助となるなど認知症状が進行し、家

庭での生活が困難となり2018年8月入院となった。

【本人の意向】

- 周囲の人に病気と思われたくない、知られたくない。普通に接してもらいたい。

【妻の意向】

- 夫の病気は周囲に伏せている。子どもの学校にも伝えていない。特別な目で見られるのは避けたい。
- 経済的なこともあり、夫には仕事をしてもらいたい。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員、ハローワーク、介護支援専門員、通所介護、精神科ソーシャルワーカー（PSW）、訪問介護



■ 支援経過

2016年7月	主治医から地域包括支援センターに相談があり、認知症地域支援推進員が支援を開始する。就労希望であったため、ハローワークで就労相談、失業保険手続きの支援を行う。その後軽作業のボランティアをする。
2016年12月	ボランティア先に到着することが難しくなり、介護認定を申請し、要介護1となる。認知症地域支援推進員からの紹介で介護支援専門員が支援を開始する。
2017年2月	Aさん、妻とも就労希望は強く、主治医、PSW、認知症地域支援推進員の協力も得て、新たなボランティアという名目で、通所介護を週2回開始する。徐々にAさんの表情も明るく笑顔も増えていった。
2017年6月～8月	ボランティアの軽作業が徐々に困難となる。通所介護は週5回になる。父親としての役割が果たせなくなってきており、子どもとの関係もうまくいっていないことが推測された。PSWと介護支援専門員間で、連絡を取り合い、家族への支援の必要性を共有する。受診時に主治医、PSWから妻へ、訪問介護を利用し介護負担軽減をはかるよう勧めたが、妻は利用したくない意向だった。主治医からは、子どもへ病状の説明を行い、理解を促したい旨を妻に提案するが、同意は得られなかった。Aさんが患者会に参加するようになる。認知症地域支援推進員やPSW、介護支援専門員も可能な限り参加するように努めた。
2017年9月	介護支援専門員、認知症地域支援推進員と妻と面談を繰り返し、訪問介護の利用について理解を促す。妻が週1回の訪問介護の利用に同意する。Aさん、妻、認知症地域支援推進員、通所介護の職員、訪問介護職員及び介護支援専門員の参加によるサービス担当者会議を開催した。訪問介護の利用により、訪問時子どもへの声かけも可能となり、家庭内の様子、Aさんの生活の様子も把握できるようになった。家庭内でAさんの笑顔も見られ、妻のサービスへの抵抗感もみられなくなった。子どもも訪問介護職員の訪問日の食事を楽しみにするようになった。必要に応じて、介護支援専門員から、PSWに情報提供を行い、主治医への状況報告とした。受診時の様子もPSWからの連絡により、Aさんの病状の把握と妻の病状理解の確認を行った。
2017年11月	介護認定の更新結果は要介護1であった。妻、PSW、認知症地域支援推進員、訪問介護職員、通所介護の職員及び介護支援専門員により、サービス担当者会議を開催した。失語・失行・失認が進み生活障害が増大しているが、利用限度額上限の利用をしているため、現行の居宅サービス計画を継続することとした。以後妻のストレス、Aさんの身体状況・認知症状を丁寧に情報交換することに努めた。
2018年6月	失行が進行し、介護の手間がかかるようになり妻のストレスが増大してきたため、介護支援専門員が主治医と面談する。希望があれば、入院可能な了解を得る。施設入所も見据え区分変更申請を行い要介護3となり、訪問介護を週2回とした。
2018年8月	妻の疲労もピークとなり、妻の希望で入院となる。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんの自宅生活の継続のためには、夫、父親としての役割を持つAさんと捉え、Aさんを含めた家族全体を支援するという方針で医療機関と協力ができたこと。
 - 生活能力低下が著しく進行するAさんの状況、妻や未成年の子どもとの状況を必要に応じて医療機関に提供し把握してもらうよう努めたこと。
 - 受診時に得られた新たな情報やAさんの病状について医療機関から積極的な情報提供があり、
- Aさんと家族に同じ方針・支援目標で働きかけることが可能となり、状況に応じたタイムリーな動きができたこと。
- 患者の会に、Aさん、PSW、認知症地域支援推進員、介護支援専門員も一緒に参加する機会が何度かあり、それぞれの専門職間で顔の見える関係作りができたこと。

ワンポイント解説

- 1 認知症地域支援推進員と医療機関との関係ができており、介護支援専門員の支援へ移行後も連携が取りやすい環境が整っていた。
- 2 PSWが、サービス担当者会議に参加することで、Aさんや家族関係等の具体的な生活状況や医療に関する情報をもとにし、支援の方向性が確認されていった。
- 3 患者会というインフォーマルな社会資源の活用により、支援者のネットワークが形成されていった。

事例2 かかりつけ薬剤師と連携して服薬支援に結びついた残薬確認の体制づくり

事例の概要

Aさんは、25年前から降圧薬と脂質異常症治療薬を服用している。10年前に、うつ病を発症し抗うつ薬を服用していた。最近、物忘れが多くありアルツハイマー型認知症と診断され、アルツハイマー病治療薬が処方された。

民生委員や家族から、ご近所トラブルを起こしているとの情報が介護支援専門員に提供された。介護支援専門員が状況確認のためAさん宅へ訪問すると、服薬カレンダーを利用しているが、飲み忘れが多く、服薬管理をすることが困難で、うつ状態が悪化し、毎食食事が摂取できていない状況であった。Aさんは「一人暮らしは続けたい、薬ぐらいは自分で飲みたい」と希望している。家事支援で訪問介護を開始するが、訪問介護職員と折り合いが悪く夕食は配食サービスに変更した。週に1回、健康管理と服薬支援を目的とした訪問看護を開始するが、内服管理が困難であった。そこで介護支援専門員が、Aさんのかかりつけ薬局に相談し、薬剤師の服薬カレンダーへの配薬、服薬管理を開始した。通所介護に行く前や看護師、薬剤師が訪問した際は、服薬の確認をすることで、毎日欠かさず服用できるようになった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 女性 85歳

【疾患】 60歳 高血圧症、脂質異常症
(内服治療中)

75歳 うつ病 (内服治療中)

80歳 アルツハイマー型認知症
(内服治療中)

【障害高齢者の日常生活自立度】 J1

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IIa

【要介護度】 要介護1

【家族の状況】

- 10年前に夫の死去後、1人暮らし
- 子ども2人（長男、長女）は県外で生活
- 市外在住の妹が受診同行

【生活の状況】

- 近くの病院までは押し車を使用して歩行可能、通所介護を週に3回利用中
- 精神症状が安定している時は、家事・調理・掃除などは自立
- うつ状態になると、調理、家事ができなくなり1日1食の場合もある。
- 「食事をしないと薬を飲めない、飲んではいけない」と思い込んでいた。

- 薬に対する認識は困難で、妹も直接の内服状況の確認は困難だが、電話での確認は可能である。

【連携にかかわった機関・職種】

- 医師、民生委員、介護支援専門員、訪問介護、配食サービス職員、かかりつけ薬剤師、訪問看護師、通所介護



■ 支援経過

2018年4月	民生委員より、ご近所トラブルが再々起こっているとの情報提供が介護支援専門員にある。介護支援専門員が状況を確認すると、食事が作れず食事摂取が困難な状況であった。服薬カレンダーを使用していたが、薬の飲み忘れも多いことが確認された。このことから、訪問介護による家事支援（食事、洗濯、掃除、服薬支援）を開始する。
2018年5月	他人が生活エリアに入ることに抵抗感があり、訪問介護職員との折り合いが悪くなり、訪問介護を中止とし、夕食は配食サービスに変更する。精神状態が不安定で、内服できていない。健康管理、服薬確認、副作用の確認のため、週に1回訪問看護の利用を開始する。介護支援専門員からかかりつけ薬剤師に「Aさんが2つの病院から処方されて内服できていない、飲み忘れがあること」を相談した。薬剤師は2週間に1回、服薬カレンダーへの配薬、管理を開始する。
2018年6月	サービス担当者会議を開催する。訪問看護師、かかりつけ薬剤師、通所介護の職員、Aさん、家族（妹）が参加し、食事摂取量の維持と服薬確認を目標とした支援で合意する。残薬確認をするため、Aさんと服薬カレンダーの定位置を決め、どの職員が訪問しても目につきやすい場所に設置をした。訪問した職員は必ず、訪問時に服薬カレンダーを確認し、服薬できていない場合は、Aさんに服薬の注意喚起を促すことの共通理解をした。 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護：週に1回：健康管理、服薬管理 ・かかりつけ薬剤師：2週に1回：配薬、服薬確認、副作用の確認等 ・通所介護：週に3回（火、木、土）：送迎時、服薬カレンダーの内服確認、体重測定 ・配食サービスの職員にも、気がかりなことがあれば、介護支援専門員に連絡するよう依頼 ・家族（妹）に対して、病院受診時の同行と電話にて服薬確認の協力依頼 以降、残薬確認を確実に行うことで、飲み忘れはほぼなくなり、精神状態も安定した。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 多職種による残薬の確認をする体制づくりと残薬確認の具体的な方法をサービス担当者会議で確認したこと。
- 家族（妹）にもサービス担当者会議に参加を要請し、病院受診時の同行と電話にて服薬確認の協力を得たこと。
- 服薬支援、残薬確認は、居宅療養管理指導による薬剤師の積極的な関与が必要であること。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 飲み忘れが多いという問題発見から、介護支援専門員が訪問介護の導入を図ったが、他人が生活エリアに入ることに抵抗感があったAさんにとっては、訪問介護の利用で服薬支援を受けることの意味が理解されていなかったと推測される。
- 2 服薬に問題が発見された場合は、居宅療養管理指導による薬剤師の積極的関与を常に念頭に入れておくことが重要である。
- 3 訪問介護の利用の開始と服薬カレンダーの利用から、服薬は問題ないと支援者が思い込む危険性もあるので、サービスの初期導入時には、サービスの効果のきめ細かなモニタリングが必要である。また、「お薬手帳」で追加された薬はないかの確認も重要である。

事例3 新たな褥瘡の出現に対して、 医師と連携して通所介護の利用を 勧めた支援

事例の概要

骨粗鬆症による腰部の痛みにより徐々に活動性が低下し、仙骨部に褥瘡が出現していたAさんに対し、往診での状態観察を基本に、訪問入浴や訪問リハビリなどの訪問系サービス及びショートステイの利用を図った。しかし、仙骨部の褥瘡は治癒するも、自宅での離床は日常化できず、両踵部にも褥瘡が出現した。褥瘡治癒と要介護度の改善を目的に、通所介護の利用について何度も提案したが、拒否的であった。活動的な生活を促し、両踵部の褥瘡の治癒を図ることを目的に、主治医、介護支援専門員、作業療法士と家族が連携を図りながら、Aさんに通所介護のお試し利用を強く働きかけ、最終的にはAさんが通所介護利用を決断し、通所サービスの利用の定着と生活意欲の増大、両踵部の褥瘡の治癒を図ることができた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 94歳 男性

【疾患】 骨粗鬆症 腰痛症

【家族の状況】

- 長男夫婦と同居

【環境】

- すでに亡くなった妻の介護のために設置した自宅内の手すりや屋外へ出るためのスロープ設置
- 介護用ベッド、介助バー設置
- 車椅子利用

【本人の意向】

- トイレに行けるようになりたい。

【家族の意向】

- 2年前から動けなくなってきており、腰も痛むようで、床ずれも心配している。介護保険のサービスを利用しながら、できるだけ自宅で介護したい。

【ADL】（訪問リハビリ介入時 ⇒ 現在）

- 食事：箸使用にて自立（普通食）⇒ 変化なし
- 整容：髭剃りは電動カミソリ使用、うがいと義歯のつけ外しは可能 ⇒ 変化なし
- 更衣：全介助 ⇒ 訪問リハ時の動作練習では、ベッド上端座位にてほぼ自立

- 排泄：終日おむつ使用（排尿のみ尿器使用するがこぼれることが多い、尿意、便意はある）⇒ 終日おむつ使用（訪問リハビリ時や通所介護利用時は車椅子でトイレに移動し、排泄は可能）

- 入浴：訪問入浴利用 ⇒ 訪問入浴および通所介護で機械浴

- 起居：全介助 ⇒ 自立

- 移乗：全介助（動作協力はある）⇒ 介助バー使用にて自立

- 移動：車椅子全介助 ⇒ 車椅子操作は可能（自室～トイレ）、外出時は介助

【連携にかかわった機関・職種】

- 作業療法士（OT）、介護支援専門員、主治医、通所介護



■ 支援経過

2016年7月	骨粗鬆症による腰痛悪化のため、ベッド上での生活となり、主治医による往診を開始する。要介護4。
2016年9月	仙骨部に褥瘡が発生し、家族による処置を開始する。 訪問入浴（1回/週）、訪問リハビリ（1回/週）を開始する。 支援目標：自分でベッドから起きてトイレに行けるようになり、興味のある活動に挑戦する。
2016年10月	訪問リハビリの回数を増やし、週2回とする。褥瘡対応マットレスに変更する。
2016年12月	褥瘡治癒する。要介護3になる。
2017年3月	介護者不在のため、短期入所を利用する。
2017年8月	訪問入浴と訪問リハビリ以外の離床や活動が習慣化せず、両踵部の発赤が続く。 訪問リハビリ時に座位を取り、活動を促すことで発赤が軽減する。 主治医からも離床を促すよう依頼した。
2017年9月	踵部表皮剥離が生じたため、訪問リハビリのOTから主治医および介護支援専門員に報告し、緊急避難的に通所介護のお試し利用を勧め、踵部への除圧を図ることとする。 介護支援専門員とOTから、Aさんに離床機会の確保の必要性を何度も伝えるが、なかなか了解が得られなかった。
2017年10月	OTから主治医に通所介護に通うことの必要性を説明してもらうように依頼したところ、主治医の再三の説明を機に通所介護の利用を開始する。
2017年11月	訪問リハビリの場面で以前の趣味であったハーモニカを手に取り、いつか通所介護で披露してみたいと語った。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 訪問リハビリ提供以前から医療の介入があったケースであり、主治医とAさんの信頼関係がすでに構築されており、サービス提供者間の連携がとりやすかったこと。

- 褥瘡悪化防止のため通所介護に通うことの必要性について、主治医からも説明してもらうように依頼し、Aさんや家族も納得しやすかったこと。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

- 1 利用者の状況の変化に対して、これまでのサービス利用の履歴を把握し、すでに形成されている利用者と支援者の信頼関係を活用して、サービスの導入を図ると支援者間の連携がとりやすくなる。
- 2 サービス利用が適切でありながら、サービス利用に拒否がある場合、最も信頼の厚い職種が関わると、利用の同意がスムーズになる場合もあるので、エコマップ等を用いて、利用者と支援者の関係性を把握しておくことが重要である。今回は、褥瘡悪化防止を目的とした通所介護の必要性を主治医から説明してもらうように依頼できた。
- 3 通所介護の利用により、通所介護利用の目的を褥瘡悪化防止から、「趣味であったハーモニカを通所で披露してみたい。」という、ありたい自分をかなえることに発展させることができた。

事例4 いつまでも住み慣れた自宅で、夫婦2人で生活したい思いを連携によって実現

事例の概要

Aさんの飲酒量が増え、被害妄想が強くなり、夫への暴言がみられるようになった。通院や通所介護も拒否し、食事をほとんど摂取せずに朝から飲酒している状態となり、入院する。専門医による診察が行われ、内服薬が処方された。退院に向けた内服薬の自己管理や家族の付き添いのもと、試験外泊も行われた。内服の自己管理や食事の準備等はAさんだけでは困難なことや夫も高齢であることから今以上の家事をすることは期待できない。夫の負担軽減を介護保険等のサービスを利用することで夫婦2人での生活が何とかできるのではとないかと考えられた。Aさんは「何でも自分でできる。夫もやってくれる。人が家に来るのは嫌」との意向もあり支援の介入が困難と思われたが、支援者の連携により徐々にAさんもサービスの受け入れができるようになった。

■ 基本情報

- 【年齢・性別】 75歳 女性
- 【疾患】 肺炎 アルコール依存症 認知症
高血圧症
- 【障害高齢者の日常生活自立度】 A2
- 【認知症高齢者の日常生活自立度】 I
- 【要介護度】 要介護1（入院中に区分変更）
- 【ADL】
 - 入浴：浴槽が深いため、通所で入浴
 - 歩行：壁等伝って移動可能、杖使用
- 【IADL】
 - 掃除：夫
 - 洗濯：夫が洗濯機を操作し、一緒に干す。
 - 買物：夫
 - 調理：夫ができる範囲で行っている、退院後は訪問介護職員と一緒に調理
 - 金銭管理：夫
 - 服薬管理：夫と訪問看護にて管理

【家族の状況】

- 夫（介護予防対象）と2人暮らし
- 県外在住の長女がいる、入退院時等必要な時は帰省、両親との関係は良好
- 夫は、高齢で妻の介護は期待できない。夫も介護負担が大きくなると混乱することもある。

る。夫は、妻におとなしくなってほしいために、焼酎を薄めたものや市販の睡眠薬を与えている。認知症への理解もどこまでできているか不明である。

- 家族関係は良好
- 近隣には、スーパー等の商店はなく、夫が車で買物に行っている。
- 長女は、父に車の運転は止めて欲しいとの意向

【コミュニケーション】

- 意思の疎通は支障ないが、気分が変わりやすく怒りだすこともある。

【社会との関わり等】

- 近隣が、声を掛けたり、不定期で安否確認。
- 民生委員が月1回、安否確認

【連携にかかわった機関・職種】

- 病院 地域包括支援センター、通所介護、配食サービス、認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員、訪問看護、訪問介護

■ 支援経過

2017年7月	飲酒量が増え、被害妄想が強くなり夫への暴言が見られるようになる。通院や通所介護も拒否し、食事をほとんど摂らずに朝から飲酒している状態が継続し、夫の介護負担が過重になってくる。認知症初期集中支援チームが介入する（Aさんに問題行動等があり、地域包括支援センターが困難ケースとして相談）。
2017年9月	さらに飲酒量が増えたため、入院となる。入院後は、毎食ほぼ全量摂取可能となり、被害妄想や暴言もなくなり、他患者ともトラブルなく過ごす。
2017年10月	Aさん夫婦から「自宅にて2人で暮らしたい」と強い希望もあり、医師、介護支援専門員、長女で在宅復帰に向けて、緊急性があれば入院できることを前提とした退院調整が行われた。介護支援専門員により通所介護、訪問看護（内服管理、生活習慣の改善、飲酒、栄養状態の低下、脱水症の予防等）、訪問介護（調理、服薬の確認等）、配食サービスの利用の検討、及び退院を想定した内服薬の自己管理や試験外泊の調整も行われた。10月末から長女付き添いのもと試験外泊が行われた。内服薬の自己管理はできず、Aさんに内服の声かけまたは手渡す等の支援が必要であった。Aさんが家事を積極的に行うことは期待できそうにないことから、当初の見立て通り、通所介護、訪問看護、訪問介護、配食サービスを利用しながら生活基盤を整えることになる。
2017年11月	Aさんは「今まで自分でやってきたから、今からもできる」と思っている。夫は訪問介護等の訪問系サービスの利用を希望したことから、退院日にAさん、夫、長女の同席のもとサービス担当者会議を開催する（参加者：Aさん、夫、長女、介護支援専門員、通所介護事業所管理者、訪問看護師、訪問介護事業所管理者）。Aさんは「何でも自分でできる。夫もやってくれる。人が家に来るのは嫌」を繰り返している。訪問看護師がバイタルチェックを行いながら会話をしていくうちに落ち着く。長女から、「誰も来ない2人で過ごす日を2日くらい作り、後は支援をお願いして家で生活させたい」との意向があり、以下のようなサービス利用とした。 月曜日：訪問介護…調理（一緒に行く）、服薬の確認等、配食サービス（夕食） 火曜日：訪問看護…内服管理、血圧測定、生活習慣の改善、飲酒、与薬、栄養状態の低下、脱水症の予防等 水曜日：通所介護…体調確認、食事、入浴、他者との交流、介護負担の軽減（※土曜日は、夫もAさんと一緒に通所介護を利用） 木曜日：2人で過ごす時間 しかし、Aさんは、納得できていない様子であったが、12日より訪問介護、訪問看護を開始する。Aさんは不服そうではあったが、訪問介護職員と一緒に調理をするなど計画通りの支援が提供された。その後、訪問看護師が訪問したところ、少し不機嫌ではあったが、内服管理や血圧測定を行う内に穏やかになる。訪問看護、訪問介護の担当者間でどのように関わっていくかを検討する。訪問看護、訪問介護の役割をその都度、Aさんや夫に説明しながら支援する。訪問介護においては、Aさんと夫の意向を確認しながら、納得してから支援する。通所介護の利用は、入院前の状況と異なり拒むことなく利用されている。
2017年12月	Aさんも訪問介護の利用に慣れ、訪問介護職員の訪問時に不機嫌になることもなく、訪問介護職員と一緒に調理をしながら今の生活のこと等を話すようになる。夫やAさんには、体調のことや気になることがあれば、関わる支援者に話して欲しいことを伝えていることから、些細なことでも相談されることが増えている。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 長女の「誰も来ない2人で過ごす日を2日くらい作り」という意向を尊重し、その上で医療と介護のサービス調整ができたこと。
- Aさんと夫のサービス利用に対する意向が異なっていたが、訪問看護と訪問介護の担当者間でどの様に関わって行くかを検討し、それぞれの役割を明確化し、サービス提供の「説明」と「納得」が得られてからの支援開始を両者が徹底することにより、Aさんがサービスの受け入れを容認できたこと。

ワンポイント解説

- 訪問系のサービス利用については、Aさんは納得していなかったが、訪問看護と訪問介護の担当者間でどの様に関わって行くかを十分検討した上で、サービスの利用を開始した。訪問看護師と訪問介護職員とでAさん夫婦の「自宅で2人で暮らしたい」という意向を十分に踏まえていたことがAさんのスムーズなサービス利用につながったと考えられる。
- 利用者や家族の意向が異なる場合、家族それぞれの意向を十分共有し、その意向の背景や将来望む生活についての共通の思いを導きだしたり、確認することが必要である。この事例では、「夫婦2人で暮らしたい」という思いを共通基盤としてふれずに遂行できている。

事例5 認知症高齢者の緊急入院治療後、在宅生活を維持するための支援

事例の概要

頭部打撲により、救急搬送され入院となり、その際に、MRI(磁気共鳴画像)等の検査を受けて、アルツハイマー型認知症と診断を受ける。安静を余儀なくされていたが、Aさんがそのことを理解できず、暴力行為もあり、在宅生活の準備が整わないまま、退院となる。退院後、地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、専門医により支援を開始した。

その後、地域包括支援センターが、Aさんの今後の支援体制を検討するために、地域ケア会議を開催し、Aさんを見守る地域での支援ネットワークを構築する取り組みを行った。さらに、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター及びかかりつけ医との連絡調整により、認知症専門医の受診に結びつけることができた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 76歳 男性

【疾患】 アルツハイマー型認知症、高血圧症
(内服治療中)

【障害高齢者の日常生活自立度】 A2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IIIb

【要介護度】 要介護3

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし

【生活の状況】

- 大企業の役員を勤め、退職後は夫婦で商店を営んでいた。

【連携にかかわった機関・職種】

- かかりつけ内科主治医、認知症専門病院医師、地域包括支援センター、介護支援専門員、通所介護事業所、高齢福祉担当課、認知症初期集中支援チーム、民生委員

■ 支援経過

2018年6月 中旬 頭部打撲のため総合病院に救急搬送され、入院となる。安静が保てない状態であった。後日退院前カンファレンスが予定されていたが、妻はそれを待たずに家につれ戻す。退院の翌日、地域包括支援センターの職員が自宅を訪問したが、玄関先で面会を断られる。下旬 Aさんが行方不明のため、検索メール配信の依頼が、警察署から市の高齢福祉担当課にある。すぐに発見されたが、今後について、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、警察及び民生委員で地域ケア会議を開催する。民生委員や近隣住民によるゆるやかな見守り、地域包括支援センター職員や介護支援専門員による定期的な見守りを開始する。

2018年7月 上旬 妻の介護負担が大きいと考え、通所介護の利用をAさんに提案するが、半日と持たず、Aさんが興奮するため利用中止となる。このことを受けて、地域包括支援センター職員と認知症初期集中支援チーム員が自宅を訪問し、妻の介護負担を確認する。認知症初期集中支援チーム員会議を開催する。専門医につなぐ必要性と、すぐにつながらなければサービスを先行させることを確認する。認知症初期集中支援チーム員と地域包括支援センター職員とでかかりつけ内科に行き、主治医に相談する。これまでの経過について、主治医に確認したところ、「アルツハイマー型認知症と診断したのは3年ほど前で、妻はそのことについて受容できていないこと。また、妻自身の認知力の低下も疑われるとのこと」であった。主治医に、認知症の専門医を紹介するように依頼する。主治医からは、紹介はするものの、Aさんが受診しないことが考えられると言われる。

2018年7月	下旬 妻だけがかかりつけ病院に行き、その際、主治医に薬の処方方を依頼する。主治医から、Aさん本人の受診がないと処方できないので、後日Aさんと受診するように伝える。しかし、妻は、「そうしたいが、Aさんが嫌がり暴れる」と訴えた。その際主治医から、専門医の受診を受診してみてもどうかと、妻に提案する。主治医から、専門医の受診について妻に提案した旨について、認知症初期集中支援チームに連絡があり、すぐに受診調整のため訪問する。
2018年8月	上旬 警察から、妻の届け出でAさんの捜索願があったと、市の高齢者福祉担当課に連絡がある。検索メールを配信したところ、自宅に帰っていたと連絡がある。Aさん、妻、地域包括支援センター職員及び認知症初期集中支援チーム員で専門医を受診する。症状に対する内服を開始する。タクシー会社から市の高齢福祉担当課に、Aさんがタクシーに乗るとき、いつも便失禁、尿失禁があり、車のシートが汚染されクリーニングが大変との相談がある。身体に合ったおむつの提案をするために介護支援専門員が訪問を繰り返し、通所介護の短時間利用を開始する。
2018年9月	下旬 冠婚葬祭行事で妻が遠方に出かけることになる。初めて1泊2日のショートステイの利用となる。現在、治療の効果により周辺症状が緩和し、通所介護の利用が可能となり、以前のように自営する商店に通うことができるようになった。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんの行方不明というアクシデントを契機に、今後の支援について、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、警察及び民生委員で地域ケア会議を開催し、支援のネットワークを構築したこと。
- 認知症初期集中支援チームから、主治医に専門医の受診を要請し、タイミングを見計らって主治医が専門医の受診を提案したこと。
- 主治医から、専門医の受診について妻に提案し

- た旨について、認知症初期集中支援チームに連絡があり、すぐに受診調整のため訪問できたこと。
- タクシー会社の連絡を契機に、介護支援専門員の介入により迅速にサービスの利用に結びつけることが可能であったこと。
- 認知症初期集中支援チームの介入で、Aさんについての情報を共有し、認知症の専門医の受診調整を行ない、治療とサービス利用に結びつけることができたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 認知症の人の支援は、地域の中で支援していくことが不可欠であり、このことを多職種で共通認識を持って支援にあたる必要がある。今回の事例では、Aさんには、徘徊症状があったと考えられる。行方不明というアクシデントを契機に、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、警察及び民生委員の参加による地域ケア会議を開催し、地域での支援ネットワークを構築する取り組みを行った。地域ケア会議が迅速に、有効に機能した例である。
- 2 認知症初期集中支援チームが稼働することとなり、Aさんの情報が集約されることとなった。また、それらの情報が認知症初期集中支援チームと主治医との間で共有され、専門医の受診に連結させることができた。背景には、普段の認知症初期集中支援チームとかかりつけ病院の主治医との信頼関係が構築されていたことが推測される。認知症初期集中支援チームの果たす役割が明確となっている事例である。
- 3 支援当初は、治療よりも通所介護の利用を優先させたが、適切な時機に専門医の受診につながり、医療による周辺症状の緩和により生活が安定した事例であり、認知症の人に対する医療の重要性が理解できる事例である。

事例6 慢性疾患児を支える養護教諭の役割

事例の概要

A児は先天性心疾患のため、学校生活において活動制限があった。そのため、友だちと同じ活動は難しく、病気に対する否定的な気持ちや友だち関係での疎外感をもっていた。また、保護者は行政に頼ることはせず、保健師等地域の専門職との関係性はもたなかった。

A児が自分自身の体調を自覚し、活動の選択を行い、友だちに対して自分の体調を伝え、友だちの理解を得ながら学校生活をおくり、「友だちと活動できた。学習や行事に参加できた。」という達成感をもつための合理的配慮が必要である。

そこで、養護教諭が中心となり、学校生活や学校行事参加に向けての支援計画の立案や体調管理を行い、A児はほとんどの学習や行事に参加することができた。また、体育の時間は、健康管理のための指導を行い、A児は体調の自己管理をすることができた。さらに、A児は養護教諭との会話の中で気持ちを訴えることができ、病気に対する不安の軽減ができた。

しかし、体調悪化により養護教諭の指示に従わざるをえない状況から、主体的に健康管理しようと思える環境整備は不十分だった。体調管理における学校生活と家庭生活での対応が相違することもあり、保護者への働きかけが十分にできなかった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 11歳 女性

【疾患】 先天性心疾患
在宅酸素療法服薬で経過観察

【これまでの経緯】

- 生後まもなく手術を受ける。乳幼児健診にて虐待を疑われたことにより、保健師との関係が途絶えた。それ以降、保護者は行政に頼ることはしていない。
- 家庭での酸素療法や服薬の確認について専門職が関与する機会がなく、連休や長期休業後の体調の悪化につながった可能性もある。

【学校での様子】

- A児は、自分自身の体調を自覚することが難しく、支援者がA児の状況を見て難しいと感じ

じる活動であっても、A児はできるとしており、A児と支援者による認識の齟齬がある。

- 学校生活において友だちと同じ活動は難しく、病気に対する否定的な気持ちや友だち関係での疎外感をもっている。一人で行うことが困難な場面であっても、友だちに助けを求めをせず、友だちとの関係が上手いかわからないときもある。
- 友だちと同じ活動をしたいということが、A児や保護者の強い願いである。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、養護教諭（A児の1年生から5年生までA児の小学校に在籍）

■ 支援経過

2013年4月 (1年生)	小学校に入学する。 管理職、担任教諭及び養護教諭で、保護者からA児の疾患に関する経過や現状について聞く。 保護者から、「医師の指示は生活面で全て禁止ではなく、やってみて判断する」と説明があり、学校生活での配慮事項を確認する。
2013年9月	学校生活管理表による医師の指示は、「中等度の運動可 持久走や競争は禁止 適宜、運動量・運動内容を調整」であった。

2014年3月	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2014年4月 (2年生)	A児が短距離の廊下歩行がづらいと訴えたので、養護教諭から保護者に受診を勧める。 医師から心不全と診断されるが、入院の必要はなく、学校生活の継続は可となる。
2014年5月	保護者と養護教諭で、主治医と面談し、生活上の留意点を確認する。 ・廊下歩行や階段昇降について、校舎内でも体調不良時は、車椅子を使用する。 ・休養の取り方について、休み時間は多い方が良いが、本人のがんばりたい思いもあるので、現在の対応(1日2時間前後保健室での休養)が良い。
2014年9月	養護教諭から主治医へ電話相談し、生活上の留意点を確認する。 ・学校生活の中での行事参加について、A児の体調や環境を含めた判断基準は、A児の訴えを基本とする。 ・体力維持のための配慮事項として、他の児童のように運動して体力をつけるのではなく、学校生活をおくること(歩行・掃除・当番活動等)で体力を維持できる。 ・体重管理については、肥満になると心臓に負担がかかるので良くないが、現状で問題はない。
2015年3月	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2016年5月 (4年生)	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2016年9月	A児から運動会にどうしても参加したいとの訴えがある。 養護教諭から主治医へ電話相談し、生活上の留意点を確認し、担任教諭と共通認識を図った。 ・心拍数の活動管理でよい。目安として120回を超える時は、ベッドで休養をする。
2017年4月 (5年生)	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2017年9月	養護教諭から主治医へ電話相談し、生活上の留意点を確認する。 ・学校行事参加について、A児の思い通りの生活をさせると病状が悪化するため、周囲の者がセーブすることが必要である。クラスの生活の中で、無理のない生活をし、A児の満足が得られるように配慮する。 ・A児にとっての自立とは、がんばってみんなと同じ活動ができることではなく、自分の体調を伝え、体調に合わせた生活をおくること。
2018年3月	保護者、担任教諭及び養護教諭で、主治医と面談し、修学旅行の参加について照会する。 ・修学旅行は、学校生活と同様、休養をとりながら参加可能

■ 医療と介護の連携のポイント

- 2016年4年生時、運動会への参加について、A児の活動時の脈拍の変化を医師に報告することで、休養の目安となる状況を担任教諭とで共有することができたこと。
- 2018年5年生時、修学旅行の参加について、A児の日常生活におけるバイタルサインと血中酸素濃度を含めた健康観察の記録をもとに、体調管理について保護者、担任教諭、養護教諭及び主治医と具体的に話し合うことで、合理的配慮を検討することができたこと。

ワンポイント解説

- 1 病状に変化があった場合の対応について、医師に保護者を通じて学校の様子を理解してもらうことが重要である。そのためには、学校と保護者との信頼関係が重要となる。今回の事例は、児童の健康支援、健康教育を行う養護教諭が医師と保護者を連結する役割を担っていた。特に、支援の対象者が未成年の場合、保護者との信頼関係が重要となる。
- 2 学校では、児童の成長段階に合わせて、さまざまな行事が企画されている。この事例では、運動会と修学旅行という大きな行事への参加について、合理的配慮としてのさまざまな判断がなされている。A児や保護者が行事参加を希望することはごく自然なことであるが、A児の体調に配慮した参加の検討が必要であった。A児の現在の体調に関する情報を養護教諭から主治医に直接提供し、参加時の留意点を確認している。この養護教諭の動きは、A児や保護者にとっても、参加の現実性を判断する上で重要な役割を担った。
- 3 本事例の養護教諭は、A児の1年生から5年生までの5年間、一貫してA児の生活や病状の変化を把握することで、児童と保護者との信頼関係を形成することができた。一方、公立小学校の場合は異動も想定され、また今後中学校、高校への進学の過程を踏まえて、一人の養護教諭の努力によることなく乳幼児期から一貫した支援のシステムが必要である。
- 4 学校生活だけでなく地域での生活や予後を考慮し、また中学校や高校への進学過程を考えると、今後保健師、スクールソーシャルワーカー等の地域の専門職や進学した学校の関係者からなるA児や保護者の支援体制を構築することが必要である。

事例8 退院に向けた住環境整備のタイミング

事例の概要

脳出血を発症したAさんの退院に向けて、介護支援専門員の紹介で、住宅改修を検討したいと夫から住宅改修業者に相談がある。浴室、トイレのスペースが狭いこと、浴槽が深いことなどが心配で、もし車いすを使用することになれば自宅で生活することは難しいと考えているようであった。妻のためにできることをしたいと考えている夫の意向をかなえるため、リハビリの状況や介護認定の結果を確認しながら、医療機関、介護支援専門員と連携し相談しながら進めた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 65歳 女性

【疾患・障がい】 脳出血による右片麻痺、高次脳機能障害

【要介護度】 要介護1

【家族の状況】

- 夫と2人暮らし
- 家事、見守り支援などは夫

【夫の主訴】

- リハビリを行っているものの、移動に車いすを使用しており、このまま退院となれば、自宅の浴室、トイレが使えないのではないかと

- 住まいの様々な段差など気になるところがたくさんある。

【理学療法士からの入院中の情報】

- 伝い歩きができるまでに回復するが、右側の意識欠落に注意が必要で、移動、排泄、入浴に見守りが必要である。

【連携にかかわった機関・職種】

- 介護支援専門員、理学療法士（PT）、住宅改修業者、医療ソーシャルワーカー（MSW）

■ 支援経過

2017年12月	自宅にて意識を失い、病院に救急搬送され、脳出血と診断される
2017年2月	退院後、自宅の大きかりなリフォームが必要なのではないかと、夫から不安そうに理学療法士に相談がある。 理学療法士からは、「そんなに重装備にしなくても、大丈夫です」と声かけをしている。介護支援専門員からも夫に「慌てなくても大丈夫です。ゆっくり考えましょう。」と声かけをしている。 介護支援専門員の紹介により、夫が住宅改修相談にくる。 住宅改修業者の福祉住環境コーディネーターが対応し、夫の意向を尊重しながら、医療機関、介護支援専門員と連携を図っていくこととした。 福祉住環境コーディネーターは夫からリフォームの相談を受けたこと、Aさんの病状や予後予測、住まいの状況などをアセスメントして必要最低限のリフォームのプランを検討したいことを紹介者である介護支援専門員に報告した。同時に病院のMSWを通じてPTに連絡し、自宅同行のタイミングの検討を依頼した。
2017年4月	理学療法士とAさんが一時外出をすることとなったため、福祉住環境コーディネーターと介護支援専門員が、自宅を訪問した。 住まいの現状を確認したのち、浴室とトイレのリフォームプランの内容を説明し、夫の同意を得る。 ・浴槽が深いため、浴室の手すり設置と段差解消 ・トイレが狭隘であり、トイレの拡幅と段差解消 ・リフォームが終了した時点で動作確認を行い、浴室の手すりの形状と設置の位置を決める

2017年5月	浴室とトイレのリフォーム工事を着工する。 浴室とトイレのリフォーム終了の時点で、福祉住環境コーディネーターとPTが動作確認をし、ベッドの配置、手すりの形状、位置などの確認を行った。PTから、Aさんと夫に「ここまで整備してあれば十分。あとは最低限必要と思われる個所に2、3本手すりを検討しましょう」と声かけをする。その言葉で安心した様子であった。
2017年6月初旬	試験外泊ののち、退院となる。

■ 医療と介護の連携のポイント

- PTと介護支援専門員が、妻の退院後の生活について夫が不安をかかえている状況にあることを共有し、その解決のために介護支援専門員が福祉住環境コーディネーターの有資格者がいる住宅改修業者に連絡し、夫に対して具体的な住宅改修プランを示すことで、夫の不安の軽減を図ろうとしたこと。
- 夫の不安を解消し、住宅改修の内容の理解を促進するために、福祉住環境コーディネーターは、MSWを通じて、自宅への同行訪問の機会を作り、PTや介護支援専門員とともに、自宅の現状や病状の予後予測を含めてアセスメントし、リフォーム方針や具体的なプランを提示できたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 本人や家族は、退院後の「車いすでの生活」を思い描くことで、大きかりなリフォームを考える傾向がある。しかし、本事例のように屋内で伝い歩きが可能になることもあり、慌てないで、慎重に、大げさになりすぎないで、今しなければならぬことと後からでもできることを整理して、リフォームの内容とそのタイミングの判断が必要であることを支援者は理解しておく必要がある。
- 2 住宅改修に携わるプランナー、実際に工事を行う施工者も、退院に向けての住環境整備のために連携すべきメンバーと捉え、ケースの優先課題やどの時点でリフォームをするか、そのタイミングの認識を一致させながら退院後のサービス利用計画を作成していくことが重要である。
- 3 一般的にリフォームは住宅改修業者と家族が1対1で検討を進めることが多い。しかし、身体機能等を十分に把握しないまま浴室リフォームを行うと、最新機器を導入したのに、入浴するのが難しいというようなことが起こりうる。住宅改修に携わる者は、本人、家族の意向を確認しながら、病状や予後予測等についてそれぞれの専門職から情報収集することが重要である。

事例9 退院後の在宅生活を予測した 支援体制の構築

事例の概要

Aさんは高血圧症のため、総合病院を定期的に受診していた。物忘れや失禁をするようになり、同病院の脳神経外科を受診し、アルツハイマー型認知症と診断される。自宅前で転倒し、右大腿骨頸部を骨折し、同病院整形外科に入院する。術後の経過は順調で、その後回復期リハビリ病院に転院する。転院後、3～4メートル程度の伝え歩きがなんとかできる程には回復した。退院の見込みが明らかとなり、長女はリハビリ専門病院の医療ソーシャルワーカーと退院後の生活についての相談を開始する。医療ソーシャルワーカーは居宅介護支援事業所を紹介し、すぐに要介護認定の申請をし、要介護2であった。介護支援専門員は、住宅改修、介護用ベッドと車椅子貸与、居室をトイレ直近の部屋に移すこと、通所リハビリの利用を計画した。

■ 基本情報

【年齢・性別】 80歳 男性

【疾患】 アルツハイマー型認知症
右大腿骨頸部骨折

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし
- 子どもは4人おり、そのうち長女が町内在住
- 物忘れや失禁があり、その度に妻から叱責されていた。虐待のおそれも否定できない。そのため、入院前は近隣に住む長女が週2回程度様子を見に行っていた。また、通院の送迎は長女が行っていた。
- 5年前にトイレを洋式に改修

【ADL】

- (2018年5月時点、リハビリ専門病院入院中)
- 3～4メートル程度の伝え歩きは可能で、長距離は車椅子使用（自力操作）
 - 更衣可能
 - 食事自力摂取可能
 - 洗体可能、浴槽の出入りは見守りが必要
 - ベッド横のポータブルトイレ自力で使用、週に1～2回尿失禁あり

【連携にかかわった機関・職種】

- 医療ソーシャルワーカー（MSW）、介護支援専門員、地域包括支援センター、理学療法士（PT）、住宅改修業者

■ 支援経過

2017年11月	家族の希望により総合病院脳神経外科受診、アルツハイマー型認知症と診断される。
2018年3月	右大腿骨頸部を骨折し、同病院整形外科に手術入院する。
2018年4月	術後の経過は良好で、回復期リハビリ病院に転院する。退院後の生活について、家族とMSWとで相談を開始する。 要介護認定を申請する。居宅介護支援事業所に紹介する。
2018年5月	要介護認定の結果、要介護2であった。 PT、住宅改修業者及び介護支援専門員により、Aさんの一時退院の日に合わせて、自宅を訪問し、住宅改修の必要性や介護用ベッドの配置位置の確認、使用の仕方についてAさんと妻とで打ち合わせを行う。 MSWが、担当予定の介護支援専門員、住宅改修業者、病院のPT、看護師を含めて自宅訪問の際の状況を踏まえて、退院前カンファレンスを開催した。

2018年5月	退院にあたっては、Aさんの支援と同時に妻の介護負担の軽減も図る必要があり、虐待防止の観点からも地域包括支援センターにも退院の旨を連絡し、妻に対する支援体制（ネットワーク）も整えた。
2018年6月	住宅改修（手すりの取り付け）、介護用ベッドと車椅子の貸与。 リハビリ専門病院を退院し、通所リハビリを週に2回利用開始する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- リハビリ専門病院のMSWが、退院の見込みが明らかになった時点で、退院後の生活状況の見通しを立て、居宅介護支援事業所を紹介し、在宅生活への移行の準備を始めたこと。
- 退院に備えて、事前にPT、住宅改修業者及び介護支援専門員により、Aさんの一時退院の日に合わせて、自宅を訪問し、退院後の在宅生活に円滑に移行できるように配慮したこと。
- リハビリ専門病院のMSWと介護支援専門員との通常の関係が良好であり、退院から在宅生活への円滑な移行を可能にしていること。
- 退院は、妻の介護負担にもつながり、虐待の可能性も否定できないため、地域包括支援センターにも退院の旨を連絡し、Aさんと妻の支援のネットワーク形成のための一助をMSWが担っていること。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 退院にあたっては、在宅生活に円滑に移行できるように、PTや住宅改修業者による居住環境の評価が重要である。
- 2 地域包括ケアの観点から、すでに退院後の支援は、入院前、あるいは入院と同時に始まっている。入院前あるいは入院時から病気の予後予測を関係者で共通理解し、病気の回復の程度に応じた支援が必要となる。入院前、入院からの廃用予防や呼吸器合併症予防、栄養管理による合併症予防も必要となる。
- 3 退院にともなう生じる新たな生活ニーズを退院前カンファレンスで想定し、サービス提供をプランニングするだけでなく、支援のネットワークを構築することも重要である。

事例11 利用者と家族の意向を中心にすえた 医療機関と訪問看護との連携

事例の概要

Aさんは胃がんで胃の全摘術をし、その後食欲不振による脱水で総合病院外科に入退院を繰り返してきた。Aさんと妻は自宅で一緒に暮らしたい意向が強く、地域包括支援センターの紹介で在宅サービスの利用を開始した。Aさんと妻の意向を受け、訪問看護による点滴を週に1～2回実施していたところ、脱水にて再入院した。退院前カンファレンスでは、医療ソーシャルワーカーより通院の負担や病状を考えて、主治医を在宅医に切り替える提案もなされたが、Aさんと妻、長女は、主治医を変えたくない意向であった。退院後は訪問看護による点滴を再開し、徐々に食事も経口摂取が可能となり、Aさんの元気になりたい気持ちを、通所介護の利用で後押しした。現在も容態の変化に応じて点滴や入退院、在宅サービスの調整を図りつつ、自宅での暮らしが維持できるように支援している。

■ 基本情報

【年齢・性別】 78歳 男性

【疾患】 胃がん、サルコペニア

【要介護度】 要介護4

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし
- 長女家族は近隣に居住

【生活歴】

- 会社を定年後、実母の介護のため現在の自宅に帰省
- 長年地域の自治会長や地域のボランティア活動に積極的に従事し、地域のリーダー的存在

【生活の状況】

- 歩行時にふらつきがあり介助が必要
- おむつ着用、トイレで排泄の時もある。
- 入浴はシャワー浴か清拭
- 家事、車の運転は妻がしている。

【Aさんの意向】

- 「入院はいや、家で過ごしたい」「訪問看護で点滴してもらいたい」「食べたい時に食べたい、周りから食べるよう言われるのがいや」「今の主治医を信頼しているので変わりたくない」「孫の顔を見るのが楽しみ」「妻や娘のためにも、元気でいたい」
- 病状に対してはあまり深刻に捉えておらず、訪問看護の点滴で元気になる、食べたい時に

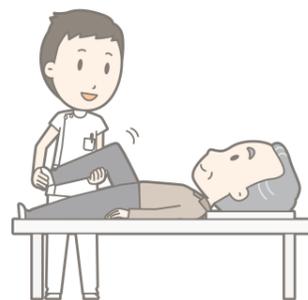
□から食べるから大丈夫と考えている。

【妻と長女の意向】

- 妻：「主人のいいようにしてあげたい」「元気になってほしいの一心」「訪問看護に来てもらって安心感がある」「なるべく□から食べてほしいから、つい□うるさく言ってしまう」
- 長女：「父にはまだまだ元気でいてほしい」「調子の悪い時に早めに入院してほしい」「通所介護でリハビリして元のように活動できるといい」

【連携にかかわった機関・職種】

- 介護支援専門員、主治医、病棟看護師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）



■ 支援経過

2016年11月	胃がん術後、在宅支援を開始する。訪問看護による点滴を週に1～2回実施する。
2017年1月	経口摂取できる日もあり、容態は回復傾向になる。歩行器レンタル、訪問リハビリを開始する。
2017年3月	主治医から、点滴をやめてみるよう提案があるが、Aさん、妻の不安のため継続する。
2017年4月	再び主治医から点滴休止の提案がある。容態急変時は入院を引き受けると主治医から言われたことに、Aさん、妻ともに安心し、訪問看護の点滴は休止となる。
2017年5月	食事が進まず脱水状態となり、訪問看護の点滴を週に3回再開する。
2017年6月	生命の危険があると訪問看護師が判断する。介護支援専門員がAさんに連絡を取ったところ、「入院したくないが元気になりたい」との意向であった。一方、妻と長女は入院を強く希望した。介護支援専門員と訪問看護師とで、将来の在宅生活を確保するためには今は入院が必要であることを丁寧に説明したところ、Aさんの理解が得られ、総合病院に入院となる。
2017年7月	Aさんの状態が回復し、退院の許可がおりる。介護支援専門員から退院前カンファレンスの開催の要請をし、Aさん、妻、長女、MSW、病棟看護師、介護支援専門員及び訪問看護師が参加した。Aさんの通院の負担を考慮すると、在宅医の紹介が望ましいと考え、事前にMSWに在宅医の紹介について調整を依頼した。カンファレンスでは、MSWより通院の負担や予後を考えて主治医を在宅医に変更する旨の提案があった。Aさんは総合病院の主治医への信頼が強く変わりたくないとの意向、妻、長女も従来の主治医に診てもらう方が安心との意向があった。訪問看護による点滴で、在宅生活を継続し、容態急変時は主治医の総合病院に入院することを参加者で確認する。
2017年8月	退院後、訪問看護の点滴を受けていたが、徐々に食欲も出てきて、リハビリをして出かけたいため、人との交流や運動の機会として、通所介護を開始する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 訪問看護師による自宅での点滴や、容態急変時の入院の調整について、Aさんと妻、長女の意向や希望の聴き取りを丁寧に言い、病院のMSWや訪問看護師に伝えることを心がけたこと。
- 退院時にはMSWとの情報共有を行い、在宅医という選択肢も退院前カンファレンスで提案したこと。
- Aさんだけでなく、介護者である妻や長女の意向にも耳を傾け良好な関係を形成し、支援の協力を得たこと。

ワンポイント解説

- 1 在宅においてはAさんの容態は日により変化し、介護する家族の不安も大きいため、Aさんと家族、訪問看護師及び介護支援専門員の三者でAさんの状態について情報共有が綿密にされていた。
- 2 介護支援専門員として、Aさんの意向を代弁し、Aさんと家族の微妙な思いの違いを含めた意向を関係職種に伝えていた。
- 3 入院時、MSWと経過や課題の共有を行い、退院後の支援方針について話し合うカンファレンスの開催を介護支援専門員から依頼した。
- 4 容態急変時は、主治医の総合病院に入院することを退院前カンファレンスで確認し、Aさん、家族、支援者にも安心感が得られている。
- 5 Aさんの在宅生活の継続意向とAさんの身体状況から入院を勧めざるを得なかった倫理的ジレンマがあったが、将来の在宅生活を可能とするために入院の必要性を優先し、Aさんに丁寧な説明により理解が得られた。
- 6 総合病院に何度か入退院がくり返される場合、その都度相談窓口担当者が変わり、前回までの経過、情報がリセットされることがある。適宜「入院時情報提供書」等書類や電話、面談を通してタイムリーな情報共有が必要である。

事例16 医療、看護、介護、インフォーマルな支援の輪で実現した単身者の「生きおさめ」への支援

事例の概要

Aさんは、7年前に妻を亡くして以降、1人暮らしをしている。2人の息子は遠方で生活している。俳句を趣味とし、地域の句会に参加するなど、仲間との交流は充実していた。また、自分で作った無農薬野菜を近所に届けるなどして、近隣の人たちとの交流もあった。検査目的で入院した総合病院で、肺がんと診断され、骨転移もしていた。放射線治療の提案はあったが、Aさんは延命治療を望まず、痛みの改善等ができれば、最期まで自宅で療養することを希望した。ホスピスか介護施設での療養生活を希望する家族の不安に理解を示しながらも、自分らしい人生の「生きおさめ」を望むAさんの思いを尊重し、フォーマル、インフォーマルな支援の輪をつくり、自宅での看取りを実践した事例である。

■ 基本情報

【年齢・性別】 68歳 男性

【疾患】 進行性肺がん、骨転移

【家族の状況】

- 妻は7年前に死亡
- 長男と次男は県外在住、関係は悪くないが妻の死亡後は疎遠

【要介護度】 要介護3

【生活歴】

- 退職後は、妻と一緒に俳句を始め、近所の公民館で開催される句会に参加していた。
- 自宅の庭で無農薬野菜を作り、妻の3回忌を過ぎた頃から、近所に野菜を届けることに喜びを感じるようになっていた。

●季節ごとに俳句仲間や隣人と会食をする楽しみもあった。

●検査目的で入院していた総合病院で進行性肺がん、骨転移と診断

【Aさんの意向】

●延命治療を望まず、早期の退院ののち、最期まで自宅での療養生活を希望する。

【連携にかかわった機関・職種】

●病院緩和ケアチーム、在宅緩和ケア充実診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー（MSW）、俳句仲間、近隣

■ 支援経過

2018年8月	検査のため入院していた総合病院で進行性肺がん、骨転移と診断される。Aさんは、延命治療を望まず、早期の退院後は最期まで自宅での療養生活を希望する。院内の緩和ケアチームによるカンファレンスの開催をMSWが要請した。退院後の在宅支援チームの配慮すべきこと、在宅での療養が困難になった際には、病院の緩和ケアチームで支援すること、がん患者支援の経験もある介護支援専門員に要介護認定申請代行を依頼することなどが確認された。
2018年9月	上旬 MSWは、在宅緩和ケア充実診療所を介護支援専門員と一緒に訪問し、医師に単身者であるが、可能な限り在宅での看取りを希望していること、在宅療養が困難だと判断された時には、病院で受け入れが可能であることを伝える。医師より、連携が可能な訪問看護ステーションが紹介された。下旬 退院となる。退院翌日、サービス担当者会議が自宅にて開催される。在宅緩和ケア充実診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員、MSW、長男と次男が参加する。

2018年9月	<ul style="list-style-type: none"> ●Aさん：家族に負担をかけないように、自宅で最期の時間を過ごしたいこと、可能であれば俳句仲間や近隣の人たちと交流したいとの意向を表明 ●長男と次男：緊急の時はできるだけ、どちらかが帰省すること、毎日誰かが電話で様子を確認 ●在宅緩和ケア充実診療所医師：緊急時や夜間、休日、深夜を問わない往診による疼痛や症状の緩和 ●訪問看護師：訪問や電話での病状管理・体調管理 ●訪問介護職員：家事支援と排泄介助 ●今後、身体状況や症状の変化が想定されるため、臨機応変な支援が必要になることを共有 <p>その後、MSWは、介護支援専門員とともに、俳句仲間と近隣の人たちに声かけをして、公的サービスを利用しない日に可能な限りの訪問を依頼する。</p>
2018年10月	<p>頻回にAさん宅で句会が開かれ、ベッド上のAさんは笑顔で、仲間の俳句に聞き入っていた。MSWは可能な限り句会の場に同席した。近隣の人たちは、小食になっていたAさんの口に合うものを届けたりして、様子を伺った。</p> <p>下旬 終日ベッド上での生活が多くなったため、看護や介護の見直しを行うため、介護支援専門員の呼びかけで医師の往診時に合わせて、Aさん宅でサービス担当者会議を開催する。訪問看護師、訪問介護職員、親しい俳句仲間、MSWが参加した。医療的な対応や排泄介護の回数を増やすこととした。夜間等の急変への対応が課題となった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Aさん：「枕もとの携帯電話で連絡するし、自分で望んだことなので、覚悟はしているので、このままここで過ごさせてほしい」との訴え ●介護支援専門員：長男への状況報告時に、「そろそろ限界だとすれば、入院を検討すべきだろうか」との思いを伝えられたことを報告 ●MSW：Aさんの思いを再度伝えるため、長男に連絡
2018年11月	<p>長男は、家族以外の人たちの支援に感謝し、「家族として悔いのない務めを果たしたい」、「知らなかった父親の生きざまにふれたい」との思いから、介護休暇を取って帰省した。</p> <p>下旬 臨終が近いことを判断した診療所の医師の勧めで、他の家族も帰省し、最期を一緒に過ごすことができた。</p> <p>Aさんは息子たちに、「ここで死ぬことを選んでくれてありがとう。自分の人生は多くの人に支えられてきたことを改めて知ることができて良かった。悔いのない人生だったよ。お母さんに伝えるよ。」と告げ、永眠した。</p> <p>永眠後の朝、関係者が集まり、家族がAさんのダイニングメッセージを伝えたと、句会の仲間や近隣の人たちは、大切な時間を一緒に過ごすことができたので、別れの言葉は必要なかったと言い、自分たちもこんな最期でありたいと支援者に話した。</p> <p>MSWや支援者は、単身者の「生きおさめ」の支援が、かけがえのない人生の幕引きを支える崇高な意味をもっていることを共有した。</p>

■ 医療と介護の連携のポイント

- MSWは、在宅療養に必要な支援者を的確に見極め、支援チームを構成したこと。
- さらに、介護支援専門員とともに、単にAさんの医療サービスの調整をするだけでなく、療養生活の質を考慮し、家族や句会の仲間も支援者チームとして位置づけ、入院時から退院、そして臨終に至るまで一貫してAさんの人生に関わることができたこと。
- 在宅での療養の場合、介護支援専門員は本人の状況を集約する立場にあり、特に医療者との信

頼関係を厚くし、状況の変化に応じてサービス担当者会議への参加要請を依頼し、状況の変化に対応した支援の見直しを図ったこと。

- 支援チームとして、Aさんの「延命治療を望まず、早期の退院ののち、最期まで自宅での療養生活を希望する。」という自己決定支援をゆるがない共通目標とし、それぞれの支援者は自らの役割を遂行したこと。

ワンポイント解説

- 1 末期がん患者の看取りは、様々な症状の出現や急激な変化があるため、支援者が適切な状況判断（いつもと様子が違う、本人の訴えを傾聴するなど）を行って、早急に医師や訪問看護師に情報提供することが重要である。
- 2 看取りの支援にあたっては、その人の「生きおさめ」を支援するという意識、生命の尊厳と価値ある人生への敬意をもって、その人の人生の最期に向き合う仕事であることを共通認識し、行動レベルで関わっていくことが重要である。
- 3 単身者の「生きおさめ」の支援の場合、フォーマル、インフォーマルとも、どれだけの支援環境が整えられるにかかっているため、特に在宅での看取りは困難な場合が多い。今後、支援制度の整備や社会資源の開拓が求められる。
- 4 末期がん患者の看取りの場合、在宅での緩和ケアが可能な医師や訪問看護師が地域に少ないことや、病院のMSWとして在宅支援にどこまでかかわることが可能か、病院の理解や協力を得ることが困難な場合があることが課題である。

事例17 MCSを活用した、 その人らしい看取りの支援

事例の概要

Aさんは、2年前からは、末期膀胱がん及び糖尿病の内服・体調管理のため、訪問看護を利用し、メディカル・ケア・ステーション（MCS）導入していた。自宅で転倒し、大腿部頸部骨折のため入院となるが、高齢のため、保存的治療のみであった。転院が決まっていたある日、孫から家に帰りたいというAさんの希望があるとの情報提供があり、再び在宅療養が始まる。MCSで医療と介護間の日々の情報を共有することにより、Aさんらしい日常生活が戻った。予後は、1か月程度と言われていたが、5か月後に永眠した。Aさんらしい生活を支えたことが、自然治癒力を高め、穏やかな看取りへつながった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 94歳 女性

【要介護度】 入院前 要介護4
退院直後 要介護5

【性格・体格・嗜好】

- おおらかで誰に対しても対等、気風のいい性格
- 日中はテレビを見て過ごす。アイスクリームやカフェオレなど甘いものが好き

【病歴】

- 末期のすい臓がんであるが、痛みなどの自覚症状はない。
- 糖尿病で内服中
- 2018年1月、転倒による左大腿部頸部骨折で入院する。大腿部の痛み軽減のための麻薬を使用していたため、傾眠傾向であった。入院中に踵部、膝下、仙骨部に褥瘡、軽度認知障害を発症する。
- 2018年3月、退院となる。この時点で余命は1か月と診断される。

【退院時の状況】

- 誰もが在宅療養は難しいと考え、転院先が決まっていた。
- 孫娘が、病院の見舞い中に、Aさんの「家で過ごしたい」という希望を聞く。孫娘は、その言葉こそ、祖母らしいと感じ、介護支援専門員に相談する。転院を取りやめ、自宅で療養することとなる。

● 退院前カンファレンスの各職種の意見

訪問介護職員：在宅での生活が続けられるようにしたいが、点滴、褥瘡などの医療的処置もあり、看取りの経験もないので、今後の関わり方がわからないので不安、転院がよいのではないかと。
主治医：MCSでの連携により、Aさんの状況を把握できるため、チームで関われば在宅での看取りは可能である。
訪問看護師：家で最期まで過ごすという希望をかなえたい。チームで関われば1人暮らしでも在宅看取りは可能である。

【退院直後のADL】

- 食事 経口摂取少量(好きなものを好きなだけ)
- 排泄 おむつ使用(排尿ない場合は導尿)
- 移動 ベッド上 自力体位変換可能

【退院後のサービス】

- 訪問介護職員は日に3回、訪問看護は日に2回、往診は週に1回とした。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、病院看護師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、栄養士、訪問介護職員

■ 支援経過

2018年3月	退院後は、軽度認知障害や傾眠傾向があり、家に帰ってきたこともよくわからない様子であった。MCSを再開する。 訪問介護職員の書き込みにより、Aさんの日常の様子をメンバーで共有する。 主治医や訪問看護師の書き込みにより、訪問介護職員は病状の変化がないことを確認する。 退院後しばらくは、孫娘は「自分は側にずっとついていないという申し訳なさがある、祖母にとって、この選択がよかったのか」悩み、介護支援専門員に話しては、涙を流していた。 介護支援専門員も、孫娘の話聞きながら、本当にこれでよかったのかゆらいでいた。
2018年4月	退院から2週間後、孫娘の見舞い中、Aさんの意識が鮮明となり、家に帰ってきたことが理解できる。 孫娘の「家に連れて帰ってきてよかった」という思いが、介護支援専門員を通じて、多職種チームで共有され、チームとしての結束が強まった。 Aさんは、テレビを見ながら、好きなアイスクリームを食べ、カフェオレを飲んだり、訪問介護職員と2～3年前のことなどの思い出話をしたりして過ごす。
2018年7月	全身浮腫、新たな褥瘡、疼痛が出現しはじめる。徐々に状態の変化が見られるが、MCSで情報共有しながら、訪問介護職員は今までと変わらない支援を続け、日常生活を支える。
2018年8月	看取りの時期が近づいてきていることがチーム内で共有され、訪問介護職員の介護により、今までの日常と変わらない時間を過ごす。 朝、ごみ出しのために訪問した訪問介護職員が永眠しているのを発見する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 退院前カンファレンスでは、訪問介護職員の不安が表明されつつも、医師の在宅療養が可能であるとの意見でまとめ、「家で過ごしたい」という本人の希望を支えるという目標を明確にしたこと。
- 退院から2週間後、Aさんの意識が鮮明となり、孫娘の「家に連れて帰ってきてよかった」という思いが、支援チームの結束を強固にしたこと。
- MCSの活用により、リアルタイムで情報共有ができたこと。
- 末期がんであっても、Aさんらしさを大切にするという支援方針を支援者全員が共有していたこと。このことが、特に訪問介護職員の看取りへの支援の動機付けにもなっていること。

ワンポイント解説

- 1 終末期は、日々状況が変化し、その変化に対応した支援が求められるために、MCSが有効に機能した事例である。
- 2 この看取りチームにおいては、「その人らしい」最期の生活を支援するという方針があり、Aさんは糖尿病であるが、甘いものが好きであったため、好きなアイスクリームを食べ、カフェオレを飲んだりという日常を確保できるような支援が可能となった。
- 3 孫娘も在宅療養でよかったのかと悩み、また介護支援専門員もその思いに共感しつつ、ゆらいでいる。支援者は、看取りに限らず、このような家族の悩みや迷いも想定しながら、支援チーム全体で共感し、ともに悩むことも重要である。
- 4 この看取りチームの結束を強固にしたのは、孫娘の「家に連れて帰ってきてよかった」という思いであった。支援者は、常に利用者本人や家族の思いに共感し、お互いに支えられているという態度を持つことが重要である。

※用語解説

メディカル・ケア・ステーション（MCS）

SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）などの技術を駆使して開発された「完全非公開型」のソーシャル医療連携プラットフォームのこと。利用者の情報や、自分以外の多職種メンバーのやりとりも見るができる。リアルタイムで書き込みが可能であり、連絡ノートやカルテ等、メンバー間で共有したいものは、写真にとってアップすることも可能である。家族も利用することができる。

事例18 デスカンファレンスを通じた多職種連携の再確認

事例の概要

Aさんは、大腸がん末期で入院中に余命1か月と医師から告げられ退院した。急遽、自宅での療養がはじまったAさんに対して、介護支援専門員、医師、訪問看護師、訪問介護職員が関わった。自宅に戻ってから、11日目に永眠となるが、その間、訪問看護師が多職種との情報共有を行った。2か月後、デスカンファレンスが開かれ、Aさんの夫や多職種の思いを共有した。そのことは、チームが連携し、切れ目のないサービスでAさんを支えていたことを再確認する場となった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 79歳 女性

【家族の状況】

- 夫と2人暮らし
- 夫は、腰痛がある。
- 長女夫婦が県外に在住

【要介護度】 要介護4

【病歴】

- 大腸がんが見つかり、通院加療となり、徐々に歩行ができなくなり入院となり、ほぼ寝たきり状態となる。
- 入院時に、余命は1か月と告知を受けた。
- 経口摂取は可能であった。

【退院前カンファレンス】

- 出席者：夫、病院の主治医、病棟師長、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護職員、かかりつけ医
- Aさんの「自宅で過ごしたい」という意思を出席者で尊重し、1週間後に退院となる。
- 自宅療養のためのサービス
訪問介護：日に3回

訪問診療：毎日

訪問看護：週に2回

【死亡後2か月後のデスカンファレンス】

- 出席者：かかりつけ医、訪問看護師、訪問介護職員、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー（MSW）
- 関係職種がどのような思いで関わっていたかを発表する。
- 夫の思いを聞くことにより、病状変化にともなって、切れ目のないサービスがAさんを支えていたことが再確認できた。
- 訪問看護師は、関係職種からの連絡・相談により、連携していることの実感があつたが、訪問介護職員にとっては、多職種連携ができていたと実感する機会となった。各専門職がそれぞれの役割を果たすことと、支援のネットワークの大切さが確認できた。

【連携にかかわった職種】

- 夫、かかりつけ医、訪問看護師、訪問介護職員、介護支援専門員、MSW

■ 支援経過

10月3日	夫は、自宅での生活が可能だろうか悩んでいたが、退院前カンファレンスで、Aさんの自宅に帰りたいという意思を確認し、自宅療養とすることを決定する。
10月10日	自宅療養開始する。 Aさんは、自宅に帰ってきたことを喜び、夫もその様子を見て安心する。 多職種の情報共有には、連絡ノートを使用する。 関係職種は、訪問時に連絡ノートを確認する。連絡ノートは、Aさんのそばにおいてあり、家族も見ることができ、また夫も妻の様子を記述するようにした。医師の訪問診療後は、診療内容について訪問看護師へ電話連絡がある。

10月13日	かかりつけ医より夫と長女夫婦に対して、病状説明がある。
10月15日	経口摂取が難しくなる。
10月16日	訪問介護職員が夫とも相談し、Aさんは好きなお酒をスポンジで飲む。目を大きく見開いて、喜ばれたことを連絡ノートで共有する。連絡ノートは、訪問した職員が「これから紅葉がきれいになりますね」など、日常の風景等も記載する。
10月17日	訪問入浴サービスによる入浴。Aさんから入浴したいとはっきりと意思表示があり、負担のない入浴方法を実施する。Aさん、とても喜ばれる。
10月18日	呼吸困難が増強し、酸素療法が開始となり、傾眠傾向になる。 訪問介護職員の支援時、喘鳴や痰貯留音の聴取など状態の変化があり、訪問介護職員が訪問看護師に電話連絡する。その際、「看護師に報告しておきます」などの声掛けをし、夫の不安を軽減するように配慮した。 訪問介護職員は、Aさんの状態について訪問看護師に訪問の度に電話連絡をした。必要時、訪問看護師からかかりつけ医へ連絡をする。
10月20日	8時 訪問介護職員（定時訪問）によるおむつ交換時声掛けに対して開眼していたが、その後血圧が低下したため、訪問看護師へ連絡する。 11時（定時訪問） 訪問介護職員の声掛けに対して、閉眼したままの返答はあるが、血圧は朝よりさらに低下する。訪問介護職員より訪問看護師へ連絡し、訪問看護師が臨時訪問する。状態の変化をかかりつけ医へ連絡する。 17時（定時訪問） 訪問介護職員の声掛けに対して返答はなく、血圧はさらに低下し、喘鳴がみられた。訪問介護職員より訪問看護師に連絡し、訪問看護師が臨時訪問する。脈拍は触知できず、かかりつけ医へ報告する。夫と県外から駆けつけた長女夫婦も家族は最期の時期が近付いていることを理解し、残りの時間を家族で過ごすことを希望する。 20時 家族見守りのなか、穏やかに永眠する。
12月20日	デスカンファレンスを開催

■ 医療と介護の連携のポイント

- 「家で過ごしたい」というAさんの意思を尊重し、退院前カンファレンスで共有したこと。
- 自宅療養の開始とともに、時間単位で変化するAさんの状況を訪問看護師と訪問介護職員が連絡を取りあい、訪問看護師から必要に応じて医師に情報提供したこと。
- 医師からも、訪問看護師に電話により診療内容を連絡したこと。
- 連絡ノートを通して、それぞれ関わった専門職や家族の思いを共有する工夫をしたこと。
- デスカンファレンスを設定し、それぞれの支援のリフレクションを行い、看取りをチームで行うことの重要性を確認できたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 臨終までのその日その日の支援者の克明な連携の動き方を示した事例である。
- 2 訪問看護師は看取り支援のキーパーソンとなり、関係職種からの連絡・相談により、連携していることの実感があつた。一方、訪問介護職員は、自分の役割を果たすことに精一杯で、連携を実感するまでには至っていなかったのかもしれない。そのためにも、デスカンファレンスを開催して、それぞれの専門職の思ったことや具体的な動きを再確認し、リフレクションする機会が必要となる。
- 3 デスカンファレンスでは、支援者の思いと利用者の思いに齟齬がなかったかの確認が可能となる。本事例では、Aさんの病状変化にともなって、切れ目のないサービスがAさんを支えていたことが確認できたと思われる。看取りの支援においては、病院から在宅へという垂直統合、そして在宅の療養を多職種で支援する水平統合の重要性が端的に表れている。

事例19 家族の「自宅で看取りたい」という意思を尊重した、訪問介護と医療のかかわり方

事例の概要

Aさんは、入浴介助を目的として、訪問介護の利用を開始した。開始当初は、認知症の症状も著明ではなかったが、身体状況・精神状態の変化にともない、介護保険の更新ごとに介護度が重度化していった。それにあわせて、福祉用具、通所介護、訪問看護が追加され、主治医の変更を経て、各サービスの目的やサービス内容について随時変更を重ねた。

主たる介護者が次男の妻ということもあり、家族の意向の聞き取りや助言も決して簡単とは言えなかったが、先を考えて行動する介護支援専門員と現状を随時報告し合う各事業所、現場の意見に耳を傾けてくれる医師との連携が活かされ、地域包括ケアを実現する看取り支援であった。

■ 基本的情報

【年齢・性別】 98歳 女性

【疾患】 高血圧症 糖尿病 皮膚がん 認知症

【要介護度】 要介護2 (2013年)
要介護3 (2015年)
要介護4 (2016年)
要介護5 (2017年)

【家族の状況】

- 長男家族は同市に住み家業を継ぎ、次男家族は隣家に住み、自営業を営んでいる。

●主な介護者は次男の妻

●2012年、夜間の妄想や作話、保清の意識欠如などが続き、認知症の診断を受け、介護認定を申請する。

【連携にかかわった職種】

●主治医、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護職員、通所介護の職員

■ 支援経過

2013年	排泄は布パンツに軽失禁パット着用、腹圧性尿失禁があり、パットを交換する目安が判断できない。日中はトイレ、夜間はポータブルトイレを使用する。入浴は立ち上がりや歩行に介助を要する。
2015年	離床にも介助を要し、手すりを把持して十数秒程度の立位保持が可能であった。意思疎通ができると判断した日には、ポータブルトイレへ移乗する際の協力動作がある。幻覚や妄想が出現し始め、介護への抵抗も少しであるが見られるようになり、サービスに時間を要するようになる。
2016年	介助量の増加にともない、サービス担当者会議で家族の意向を確認する。「自宅で過ごさせたい、そのためにできることはします」とのことで、訪問介護は時間を超過した場合に、介護保険外の自費サービスの契約を行う。
2017年2月	皮膚がんの凍結療法を年に1度総合病院で行っていたが、これ以上は手術をした方がよいとの担当医の話があり、家族の判断で通院を終了する。凍結療法を行わなくなると進行も早かった。活動量の低下から、足部、仙骨部には褥瘡が出現し、訪問看護を追加利用する。痛みからか、関係者すべてに介護への抵抗・拒否が見られた。日中はほとんど傾眠状態である。病院への通院も困難であることと緊急時の対応ができるとのことで、主治医を近隣の診療所の医師に変更する。
2017年6月	褥瘡処置のために訪問看護を利用する。

2017年7月	主治医が自宅への往診を開始する。連携ノートを通じて、訪問看護師と訪問介護職員とで情報を共有するようになる。
2017年12月	介護への抵抗が激しくなったため、訪問看護の処置の時間帯に訪問介護職員を追加利用する(保険外)。
2018年2月	訪問介護職員から食事量や飲水量の低下を訪問看護師に報告し、訪問看護から、医師に状況報告する。医師から、高栄養飲料の処方があり、訪問介護職員の飲料摂取の介助が追加利用となる。
2018年5月	Aさんの状態は悪化し、看取りについての説明を介護支援専門員、訪問看護師から家族へ説明を行う。血圧低下、口からの水分摂取困難、服薬不可能の状況を訪問看護師から主治医に報告し、主治医が往診する。家族の意向を確認したうえで、処置は行わないことになる。
2018年6月1日	痛みへの反応もほとんどない。
2018年6月2日	訪問介護職員の訪問時に、皮膚からの大量出血がある。訪問看護師が緊急訪問する。
2018年6月3日	状態が安定しないため、訪問看護師の判断で通所介護の利用を中止する。
2018年6月5日	介護支援専門員から、今後の計画の見直ししたいとの要請があり、サービス担当者会議を開催する。急変時は訪問介護職員も主治医に連絡し、主治医に搬送することで家族の同意を得る。主治医にも報告し、了解を得る。
2018年6月8日	明朝に息が浅いことを次男の妻が確認し、主治医に連絡する。主治医が到着した時には、心肺停止状態であった。孫を含む家族全員に看取られ、永眠する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんの状況を常に訪問看護師との信頼関係をもとに、直接訪問看護師に連絡・報告をしたこと。
- 訪問介護職員が、支援の当初から綿密な記録をとり、訪問看護師や介護支援専門員とも十分にその内容を共有できたこと。
- 医師への連絡は、急変時を除き、医療的なアセスメントができる訪問看護師を通じて行ったこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 看取り支援における訪問介護職員の役割が明確であり、また利用者 と接する機会が多いことで、より深くAさんの普段の様子を把握し、他の職種に的確に伝達されている事例と推測される。連携ノートの重要性はあるものの、情報伝達の方法は、その重要度や緊急度に応じて取捨選択されるべきであろう。
- 2 訪問介護職員には、単に介助行為を行うことだけでなく、家族や本人と接する時間が長いことを踏まえて、利用者や家族の意向を聞き、その中に含まれている家族の葛藤などや家族の介護負担を見極め、それらを他の職種にも的確に伝える能力が求められる。
- 3 本編には記載されていないが、直接現場に居なくても、Aさんの状況把握を常時心がけ、訪問時に戸惑いや不安がないように問題点を解決し、他職種とも連携を取って看取り支援に臨んでいる訪問介護職員の支援の様子がうかがえた。

事例20 介護サービスの受け入れが難しい 家族への多職種連携を深めた終末期ケア

事例の概要

要介護認定を受けてから、通所介護に週5回利用し、孫との生活を楽しみながら過ごしていた。2017年に肝臓がんの疑いと診断後、積極的な治療は受けず、自宅での生活を望み、好きだった通所介護に、体力の限界がくるまで利用する。その間、通所介護以外のサービスを勧めたが、家族だけの介護の生活を望み、利用の希望はなかった。サービス提供者が必要と思うサービス内容はほぼ拒否し、ぎりぎりの状況になって利用を開始することが多々あった。最終的には、Aさんと家族の望む最期を迎えることができた。Aさんと家族の求めることと専門職が必要と思うサービスの齟齬を感じるようになったが、サービスを受けるのはAさんであり、Aさんと家族が望み、求めるサービスが、本当に必要な看取り支援だと思われた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 90歳 男性

【疾患】 肝腫瘍 脊柱管狭窄症

【家族の状況】

- 妻（80歳）、長男の妻、孫2人の5人暮らし
- 長男は他県に単身赴任中で自宅にはほとんど帰省していない。
- 主たる介護者はAさんの妻であるが、心筋梗塞と食道がんであり、体調はあまりよくない。身内を自宅で看取った経験があるため自分達で看取ることができるという自信を持っている。

【生活歴】

- 他県にいる弟から、一緒に暮らさないかと誘

われていたが、住み慣れた場所にいたいとの希望で現在に至る。

- 会社を定年退職後は、自宅で商店を営んでいた。そのため知り合いが多く、商店は地域住民の交流の場でもあった。
- 通所介護に週に5回、利用するようになってからは、その場で知人に合うことが多くなり、話すことが唯一の楽しみになっていた。長男が単身赴任になってから、息子と会うことができなくなり寂しがっていた。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、訪問看護師、通所介護職員、介護支援専門員

■ 支援経過

2017年2月	肝腫瘍と診断される。全身状態から精密検査・手術は困難であり、経過観察中である。Aさんは、「手術・治療は受けたくない。どこにも行きたくない家で死にたい」との意向あり。妻も、本人の希望通り、家で看取りたいとの意向あり。
2017年6月	上旬 両下肢の浮腫が増強し、倦怠感も強くなり、ADLは低下する。通所介護に通うことが難しくなるが本人の強い希望で、通える範囲で通所介護を利用する。 介護支援専門員から訪問看護・主治医の往診を勧めるが、妻が必要ないと拒否する。 中旬 体調が悪化し、体調管理・緊急時の対応を目的に訪問看護を開始する。 ベッド・マット等福祉用具の導入を勧めるが、家にあるものでいい、ベッドも今まで愛用していたベッドだからと、妻が利用を拒否する。 主治医の往診も勧めるが、妻が拒否する。訪問看護師が再三説得するが、妻は拒否する。
2017年7月	中旬 今後の在宅での生活が可能となるように、Aさんと家族の意向とサービス提供者の考える支援内容の統一とアプローチ方法をすり合わせる目的で、主治医、訪問看護師、通所介護職員、介護支援専門員で事前の協議を行う。 その後、自宅にてサービス担当者会議を実施する。妻と長男の妻が参加する。

2017年7月	訪問看護を週1回、主治医の往診を週1回とする。Aさんの希望通り、自宅での看取りとなる。 下旬 全身の浮腫が著明となる。通所介護利用中に意識レベルが低下したため、通所介護は中止する。
2017年8月	中旬 在宅酸素を導入する。 下旬 自宅で永眠する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんと家族の意向である自宅での看取りの意向を実現するために、サービス関係者だけの事前の協議を行うことで、支援内容の方向性が導き出されたこと。
- 家族関係にも十分配慮し、Aさんと家族の意向

を専門職間で何度も確認し、また特にAさんの妻の「身内を自宅で看取った経験があるため自分達で看取ることができるという自信」も尊重したことが、自宅での看取りにつながったこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 自宅で最期を迎えたいと思う人は少なくはないが、現実には住環境の問題、介護力の問題、終末期の身体的な変化・病状の悪化にともなう精神的な不安などから、断念する人も多いと推測される。
- 2 サービスの利用を拒否してまでも、Aさんの「どこにも行きたくない、家で死にたい」「家がいい」という意向、それをかなえたいという妻の意志や看取りの自信が背景にあった。この思いに対して支援関係者が支援の意思統一をより求められた。
- 3 意思統一の具体的な方法が、サービス担当者会議に先立って行われた主治医、訪問看護師、通所介護職員、介護支援専門員による事前の協議であった。この協議の場、内容こそが医療と介護の連携の核心といえることができる。この事前協議は、専門職の考えるサービス利用を拒否されたことから生じているであろう迷いやゆらぎを払拭でき、支援関係者の精神的負担を軽減したと推測される。

事例21 地域ケア会議を活用した急変時から退院後までの一貫した支援体制の構築

事例の概要

ゴミの山積したアパートで、1人暮らしをしていたAさんが体調を崩し自宅で倒れていたところを、訪問した民生委員が発見し、救急搬送された。それまでは、収入はアルバイトと年金の収入があり、徒歩又は自転車で食品・生活必需品を買い物するなど、自立した生活ができていた。ゴミの山積は両親の死後の10年以上前からである。地域住民は気になる隣人として民生委員とともに見守っていた。今回の救急搬送をきっかけに、退院後通院継続のために近医への通院につなぎ、安定した生活を経済的支援と日常生活支援を多職種の連携により確保した。

■ 基本情報

<p>【年齢・性別】 65歳 男性</p> <p>【家族の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1人暮らし ● 結婚歴はあるが、離婚した妻子とは離婚以来連絡を取っておらず、所在は不明 <p>【生活歴】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高校卒業後市外で就労していたが、体調を崩し故郷にもどり、両親と現在のアパートに居住 ● 正規雇用と非正規雇用を繰り返し、両親の死 	<p>後はアルバイトをしながら生計を立てている。</p> <p>【病歴】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 職場の健診で糖尿病と診断されたが、自覚症状がなかったため治療はしていない。 <p>【連携に関わった機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 民生委員、福祉員、家主、地域包括支援センター、診療所、生活困窮者自立支援相談センター、生活保護担当課、医療介護連携相談窓口、総合病院主治医、医療ソーシャルワーカー(MSW)
---	--

■ 支援経過

<p>2018年10月</p>	<p>体調を崩し、自宅で倒れていたところを訪問した民生委員が発見し、総合病院に救急搬送される。総合病院のMSWより「救急搬送されたAさんについて経済面と日常生活面で今後支援が必要と考えられるので行政に介入して欲しい」と依頼がある。医療介護連携相談窓口担当者がAさんと面談し、次の内容の状況を把握した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 空腹時血糖500mg/dl ・ 糖尿病のため総合病院への紹介履歴はあったが、定期通院はしていない ・ るい瘦が目立つ ・ 所持金500円 ・ 繰り返し使用したと思われる紙おむつ着用、尿臭がひどい ・ 高血糖及び低栄養 ・ 体調悪化と低栄養による筋力低下で、歩行は支えが必要 <p>地域包括支援センターの要請により、総合病院主治医、MSW、地域包括支援センター、生活困窮者自立支援相談センター、生活保護担当課、医療介護連携相談窓口担当課で、これまでの状況確認と今後の経済、生活面での支援方針を協議する地域ケア会議を開催した。</p> <p>1か月程度の入院加療が必要と見込まれたため、退院後は在宅生活に向けて支援の調整をすることとした。</p> <p>支援方針と各機関・職種の役割は次の通りであった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医：在宅での対応が可能な治療を視野に入れ加療することとなる。退院後の在宅医療機関を紹介し、医療情報を提供する。
-----------------	--

<p>2018年10月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ MSW：病状や退院予定等の情報を地域包括支援センターに提供する。 ・ 地域包括支援センター：退院後の在宅復帰に向けて、介護認定の手続きを開始し、山積みされたゴミの処分方法を検討し、退院後の生活基盤の安定を図るために支援体制の構築を図る。要介護と認定される可能性が高いので、居宅介護支援事業所に退院後の居宅サービス計画の作成を事前にする。退院後の当面の支援の調整を行う。 ・ 生活保護担当課：年金の受給状況、扶養義務者の有無の確認を行い、入院費等の経済面での支援を検討する。 ・ 生活困窮者自立支援相談センター：退院後の生活の安定を図るために、いつでも相談を受けられるように相談支援体制を整備する。 ・ 医療介護連携相談窓口担当課：退院後すぐに介護保険サービスの利用が可能となるよう、Aさんの経済状況や病状の把握を行い、地域包括支援センター及び生活保護担当課と情報共有を行う。
<p>2018年11月</p>	<p>総合病院を退院し、近医の内科の診療所を紹介され受診を開始する。Aさんの能力で可能な服薬方法で処方され、週1回の受診を継続し、病状は安定する。</p> <p>山積みのゴミは、地域包括支援センターからボランティアグループに片付けの協力を依頼し、日常生活をおくることのできる程度まで片付けることができた。</p> <p>その後は訪問介護を利用しながら、生活の基盤を整えている。</p> <p>生活支援は、地域包括支援センターを中心に、生活困窮者自立支援相談センター、生活保護担当課が必要に応じて支援する体制とした。介護保険サービスの利用調整は、介護支援専門員が行った。</p>
<p>2018年12月</p>	<p>民生委員と福祉員が定期的に訪問し、見守りを継続することで、生活も安定してきた。自転車にも乗れるまでに回復した。</p>

■ 医療と介護の連携のポイント

- 総合病院のMSWが、Aさんの退院後の経済面での在宅生活上の課題を見通して行政の介入を要請し、入院当日行政担当者（医療介護連携相談窓口）がAさんと面談することで、初動の支援体制を構築したこと。
- 地域包括支援センターがAさんの退院後の在宅生活の予後を予測し、地域ケア会議を開催することで、Aさんの支援方針と各機関・職種の役割を明確にし、在宅生活を支援する体制を構築できたこと。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

- 1 これまで支援を受けていなかった人が急変した場合、在宅生活復帰のためのアセスメント情報がすぐには得られないことがあるため、特に一人暮らしの高齢者等については、日頃から一定の情報を集約しておく必要がある。
- 2 入院から退院後の在宅復帰に向けて、在宅での生活が可能となるよう、Aさんの現状を把握し、それにもとづいて服薬処方がされたことが、この事例の医療と介護の連携の核となる。
- 3 急変時から退院までの一連の病状把握と生活の予後予測を的確に行うことが、シームレスケア、垂直統合の決め手となる。
- 4 情報の少ない利用者の迅速な支援方針や各専門職の役割の明確化のためには、地域ケア会議の開催が有効である。

事例22 進行性難病患者の日常を確保するための セーフティーネットとしての 医療と介護の連携

事例の概要

進行性の難病により独歩での移動は困難な状況である。日中は椅子を中心とした生活で、キャスター付きの椅子を足で操作することにより、リビングのわずかな範囲の移動は可能である。在宅勤務をできる範囲で継続しながら、日中仕事で妻が不在の時間帯の食事・排泄に関しては支援が必要な状況である。訪問看護と訪問介護を利用し、インフォーマルなサービスとしてボランティアや友人の支援を受けながらの生活である。普通の日常をおくりたいというAさんの思いを尊重しつつ、生命のセーフティーネットとして訪問介護職員に通報される緊急通報装置を設置する。通報を受けた後の対処方法の徹底や、状況に応じて訪問看護と連携ができる体制を整えている。

■ 基本情報

【年齢・性別】 49歳 男性

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし
- 妻は日中仕事をしている

【病歴】

- 2006年 進行性難病の診断
- 2016年 肺活量 標準の約半分まで低下するが、呼吸器症状はない。
- 2017年8月 非侵襲的陽圧換気気道粘液除去装置を設置

【趣味】

- 映画観賞やパソコン

【サービス利用状況】

- 訪問看護：排泄支援・マッサージ週4回（1日2回）
- 理学療法士：ストレッチ 週2回
- 訪問介護：週5回 食事・排泄支援

【日常生活の様子】

- 病状の進行にともない、徐々に全身の筋力低下、発声・嚥下、呼吸状態にも支障をきたしている。
- 食事・排泄といった日常的な支援から、呼吸困難や窒息等による急変のリスクも高まっている。

- 訪問介護職員に対する病状の説明や起こりうる場面を想定しての対処法などの指示も必要である。
- 「可能な限り自宅での日常を送りたい、医療は必要最低限、できる限りシンプルに」というAさんの生き方や考え方を支援者間で共通認識し、Aさんの望む日常を一日一日実現している。

【連携にかかわった機関・職種】

- 訪問介護職員、医師、訪問看護師、病棟看護師、ボランティア、友人



■ 支援経過

2018年9月8日	緊急通報をうけて訪問介護職員が訪問する。状況を訪問看護に連絡する。緊急性があると判断し、訪問看護師から救急車を要請するよう指示する。その間に、訪問看護師が妻に連絡をとる。
2018年9月10日	訪問看護師が定期受診に同行する。外来待合室で、呼吸困難感が出現する。救急外来で吸引・酸素吸入をする。その後、外来で緊急カンファレンスを行う。本人から、急変時には、挿管・気管切開・呼吸器装着の意思表示がある。
2018年9月11日	訪問看護師の訪問中に、Aさんから喉の違和感の訴えがある。吸引するが、違和感は持続する。呼吸困難感もともない、Aさんから1人であることへの不安の訴えがある。Aさんの希望で受診はせず、訪問看護師から、妻を介して、友人に連絡してもらう。友人に状況を説明し、訪問看護師は退室する。何かあれば、訪問看護に連絡するよう伝える。
2018年9月12日	呼吸困難感が持続するため、入院となる。入院中に、嚥下状態の確認と栄養摂取方法についての確認のため、訪問看護師と担当看護師とで入院中の補助食品の摂取状況について情報共有する。退院後自宅にて、サービス関係者で情報共有し、具体的な支援方法を決定する。
2018年12月17日	定期受診で訪問看護師から栄養評価を依頼する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 病状の急変が想定されるため、緊急時の連絡ルートの構築を共有し、情報共有しやすい関係を形成したこと。
- 急変時においても、Aさんの気持ちを確認しながら、支援者の共通認識をもとに対応できたこと。
- Aさんの病状の変化に対応して、サービス関係者で情報を共有する体制が整えられていることにより「先走らない・後手にならない」タイムリーな対応が可能であったこと。
- 日頃のAさん・家族と支援者との信頼関係が基本にあることが連携の基本であること。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

- 1 Aさんの緊急時にどのように判断し、どういう手順で対応していくかが決まっておらず、全員の共通認識を得て、実際にそのシステムが稼働している。このことは、Aさんご夫妻にとって心強いサポートとなっている。
- 2 Aさんと家族の支援とともに、訪問介護職員への病状の説明や起こりうる場面を想定しての対処法などの指示も、欠かせない連携である。
- 3 連携の中心はAさんであり、常にAさんの気持ちの確認しながら、過不足のない支援を多職種でタイムリーに提供していくことが必要である。どのような時も、本人の気持ちがおきりにならないことが必要である。
- 4 Aさんから、急変時には挿管・気管切開・呼吸器装着の意思表示があったが、例えば、気管切開後吸引が常時必要となった場合、在宅での医療サービス環境が整わないことで退院の時期が遅れる可能性等が考えられる。医療依存度が高くなった際、スムーズに在宅生活に移行できるための環境整備が今後重要となる。

事例23 医療機関に結び付けるための 介護支援専門員の役割

事例の概要

パーキンソン病のAさんは食事後、突然原因不明の呼吸困難になることが多くなった。夫は何度か救急車を呼んだが、搬送先がない、とのことで搬送されなかった。「呼吸が苦しい」という本人の訴えがあった場合、夫はなすすべもなく背中をさすったり手を握ったりしていた。落ち着いたところで受診するが、特に異常ないと診断される。この状況から、夫は、妻のこの状態に対して「どうすることもできない」となかばあきらめていたところ、訪問看護の利用により、日常生活における留意点を確認し、呼吸困難時に対処することができる体制作りをした。

■ 基本情報

【年齢・性別】 72歳 女性

【家族の状況】

- 77歳の夫と2人暮らし
- 主介護者は夫、市内在住の長女が食事・掃除・洗濯の支援

【病歴】

- パーキンソン病（2014年）

【要介護度】 要介護1

【ADL等】

- 食事：嚥下障害があるため、粥と刻み食を摂取
- 入浴：家での入浴は難しい。週2回の通所介護で対応

- 排泄：体調がよければ自宅内のトイレを使用、体調が悪ければ、ポータブルトイレを使用

- 居室：本人が使い勝手がよいように、ベッド回りに多くの物が置かれてある。

【Aさんと夫の意向】

- 体調を整えながら、夫婦2人で生活していきたい。呼吸が苦しくなった時、どうすることもできない。

【連携にかかわった職種】

- 介護支援専門員、主治医・訪問リハビリ・訪問看護・通所介護・短期入所生活介護・福祉用具貸与

■ 支援経過

2018年8月	呼吸困難にて、夫が救急車を呼ぶが、搬送するところがないとの対応。呼吸が落ち着いた時点で近くの内科を受診するが、特に問題ないと診断される。このようなことが数回ある。定期受診の際、主治医に相談するが、何ともないと診断される。急な呼吸困難時の対応について、夫の不安が強くなる。
2018年10月	夫から介護支援専門員に「息苦しいことが1時間以上も続くことがあるが、どこも悪くないみたいで、自分としてはどうしてよいかわからない」との不安の訴えがある。Aさんと夫の不安解消のためには、Aさんの居室の環境と日常生活の動作支援、呼吸困難時の対応が必要であり、この状況から主治医との直接の連携が必要と考え訪問看護の必要性を感じた。
2018年11月	夫から主治医に対し、Aさんの呼吸困難時の様子等を伝えていたとのことであったが、その状況をAさんの夫が的確に伝えることができていないことを想定し、主治医に面談を依頼する。病院に確認を行いFAXで事前に情報提供するように依頼がある。事前に訪問看護の利用について主治医にFAXを送信する。翌日、Aさんの定期受診に同行し、Aさんの日常生活の様子や呼吸時困難の様子を説明した。主治医もAさんの様子について事前のFAXでおおむね理解していた。その結果次のような対応をとることとなった。

2018年11月

- ・Aさんと夫の不安を軽減するため、呼吸困難時は主治医の指示で訪問看護師が対応する。
- ・訪問看護により、体調管理はもちろんのこと、日常生活の過ごし方も含めて居室環境を整える。
- ・主治医から、「パーキンソン病からくる呼吸困難ではなく、精神的な部分からくるものではないか。この状況が続けば、精神科を紹介する。」との病状説明がある。訪問看護の開始となる。現在も継続中である。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 介護支援専門員が、Aさんと夫の不安の訴えに対して、迅速に主治医に対して面談を依頼し、訪問看護の必要性や生活上の不安を伝達できたこと。
- 受診日より前に主治医に、FAXで情報提供しておくことと受診時にスムーズであることを確認したこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 主治医に対し、Aさんの呼吸困難時の状況をAさんの夫がうまく伝えられていなかったのではないかとアセスメント、主治医にどのような方法であれば正しく伝わるかを訊ねて、事前に情報提供し、普段の生活の様子や訪問看護の必要性について受診の際に相談したことは、介護支援専門員としての代弁機能（アドボカシー）が果たされている。
- 2 夫の相談に対して、訪問看護の必要性をアセスメントし、迅速に対応したことがAさんと夫の不安の軽減につながっている。介護支援専門員として、疾病の状況に合わせた医療サービスの必要性、そのタイミングを判断できることが重要である。
- 3 パーキンソン病のように進行性の病気の場合は、徐々に身体機能が低下をし、そのことからさまざまな生活上の困難や不安が出てくる。Aさんの場合は、主治医が指摘しているように、不安から生じる身体症状と捉えることもできる。それぞれのサービス提供者が心理的サポートの必要性を認識した支援が求められる。

演習問題 1

事例の概要

認知症と診断されたAさん（76歳 女性）は、66歳の時夫を脳出血で亡くし、さらに最近親しかった友人を亡くした。Aさんは、元々社交的な明るい性格であったが、一人暮らしの寂しさや不安から夕方になると毎日のように、県外の長女や妹に電話するようになった。物忘れや被害妄想も増え、趣味の茶道教室にも行かず、徐々に家に閉じこもるようになり、高血圧薬の飲み忘れやガスの火の消し忘れが目立つようになった。その後、長女が自宅を訪問すると、食事也十分に摂取できていない状態であり、見るからに痩せ細っている状態であった。長女から、①地域包括支援センターに、今後どのように母親の世話をしていけばよいのか、相談があった。この時点で、要介護認定の申請をし、要介護1となった。障害高齢者の日常生活自立度はA2、認知症高齢者の日常生活自立度はIIaであった。Aさんも長女もこのまま1人暮らしの継続を望んでいた。②具体的な支援のプランニングは、介護支援専門員が行うこととなった。

- 問1 ①について、地域包括支援センターが最初に対応すべきことは何か検討してみましょう。
- 問2 ②について、Aさんの居宅サービス計画を立案してみましょう。
- 問3 立案した居宅サービス計画から、特に連携が重要となってくる職種とその内容を検討してみましょう。
- 問4 Aさんは、食事が十分に摂取できない状態であったことから、訪問栄養指導の立場で、必要な支援について検討してみましょう。

MEMO

ワンポイント解説

在宅での生活を維持いくためには、低栄養予防や治療食の栄養管理が重要となる。現在、公益社団法人日本栄養士会は、地域の栄養支援活動の拠点として栄養ケア・ステーションの設置を全国展開している。栄養管理の重要性はこれまでも指摘されてきたが、実際の支援活動はまだ十分に浸透しているとは言えない状況にある。今後は、地域の高齢者を支援する多職種連携のチームの一員として、コミュニティワークのできる管理栄養士の養成と活躍ができる場の確保が課題となっている。

演習問題 2

事例の概要

Aさんは、84歳の男性で、1か月前に妻と2人で有料老人ホームに住み始めた。娘が自家用車で30分の距離に住んでいる。Aさんの既往症は、陳旧性心筋梗塞、気管支喘息及び高血圧症である。現在、入浴時の見守りのため、訪問介護を利用している。Aさんは安心して入浴ができ、楽しく生活することを希望している。歩行は、すり足歩行であるが、最近つまずくことが多くなり、物忘れも始まった。肺炎になり入院が多々あるため発熱に注意を要する状態である。2018年1月頃、普段通り楽しく会話しながら入浴の見守りをし、入浴後更衣をしていたところ、①訪問介護職員がメガネを渡すと返答がなく手が下に落ち、意識喪失となる。すぐに、同じ施設内にある事業所の看護師に連絡し、AEDを使用の上救急搬送される。

- 問1 下線①について、Aさんに何が起こったと考えられますか。
- 問2 Aさんの入浴時のヒートショックを予防する方法、支援について、それぞれの職種から話し合ってみましょう。
- 問3 緊急時の対応について、各職場でどのような取りきめがされていますか。また、他の職種へ報告・連絡・相談をする際に、課題となっていることを話し合ってみましょう。

MEMO

ワンポイント解説

本事例は、必ずしもヒートショックによるものではないかもしれないが、可能性は捨てきれない。「ヒートショック」とは、急激な温度差によって血圧が大きく変動するなど、身体に大きな負荷がかなり生じる。失神、不整脈などの症状が見られる。重症の場合は心筋梗塞や脳梗塞も引き起こすこともあり、持病がない人にも起きる。例えば、暖かい部屋から、寒い浴室、脱衣室、トイレ、屋外などへ移動する際は要注意である。普段から既往歴や服薬している薬についても情報を得ておくことが重要である。

演習問題 3

事例の概要

Aさんは、48歳の男性で、現在糖尿病で通院中の母親との2人暮らしである。

①Aさんは運送会社に長年勤務し、職場の健診で糖尿病の指摘があったが、受診はしなかった。その後足の傷がなかなか治癒しないため、受診したところ糖尿病と診断され、その後急速に症状が悪化し、右眼の白内障手術受けるも、運転に支障があり、仕事を辞める。これにより生活保護の受給となる。

しばらくして、糖尿病による腎症が併発し、シャントを造設し、週2回人工透析を開始するようになった。この時点（2014年5月）で身体障害者手帳は4級であった。また、②糖尿病のコントロールが思わしくなく、慢性心不全もあり入退院を繰り返していた。

2017年2月に、介護保険の介護認定を申請し、要支援2であった。③地域包括支援センターによるケアマネジメントにより、訪問看護と歩行器レンタルの利用を開始する。その後、左眼の白内障手術も受けた。

2018年3月、介護保険の更新申請により要介護2となり、④地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に、ケアマネジメント業務が移行され、介護支援専門員が訪問する。

⑤Aさんの意向は、「動くときめまいや息切れがするので横になって過ごしているが、家で一人じっとしていると気が滅入る。買い物に行きたい。自分の目で見て、好きなもの、気に入ったものを買いたい。話し相手が欲しい。」であった。母親の意向は、「自分も病気があり、息子の世話は出来ない。サービスを利用して生活に困らないように支援して欲しい。今の状態が維持できたらよいと思う」であった。

この時点でのAさんに対するサービスを、訪問看護（褥瘡処置）、通所介護（利用しない日が続きまもなく中止）、訪問入浴（直前まで布団で過ごすことができ、身体への負担が少ないため）、訪問介護（透析後、病院から近くの店まで車いすで往復移動と買い物付き添い）とした。

さらに、Aさんから「字は感覚で書いている。買い物も不自由。状態は悪化している。」との訴えがあり、介護支援専門員は身体障害者手帳の等級の見直しが必要と判断し、市の障害者担当課へ照会すると、⑥2017年2月に視覚障害の認定の見直しのために必要な書類が郵送されていることが判明する。Aさんに確認すると、「分からない、知らない」と答える。

介護支援専門員が、市の生活保護担当課に状況報告し、身体障害者手帳の見直しの手続きをすることとなる。Aさんは「自分の体調の良い時に受診する」と言うが、受診しない状況が続き、受診の調整を行うこととなった。

介護支援専門員は、この事例に対して次のように、⑦リフレクションをした。

「引き継いだばかりでAさんの把握が不十分で、情報量が少なく、後日病院から褥瘡のことや初診時からの急速な糖尿病の進行の状況を知ることになった。入退院を繰り返しているため、早い段階で病院からの情報も確認するべきだった。また、同じ内容を生活保護担当課、身体障害担当課、透析の医療機関と眼科、訪問介護職員へ連絡するため、連絡調整に時間を要した。サービス担当者会議も開催したが、顔合わせと現状確認にとどまっていた。」

- 問1 事例の最後部に介護支援専門員の振り返りの内容が記載されていますが、この事例を解釈するために、上記の記述以外に、さらに必要な情報は何か、その理由もあわせて考えてみましょう。
- 問2 下線①について、なぜAさんは受診をしなかったのか、考えられる理由をあげてみましょう。
- 問3 下線②について、この時点でAさんに対する医療以外の想定される支援は何かあると思いますか。具体的に提案してみましょう。
- 問4 下線③について、地域包括支援センターがアセスメントすべき内容は何かだと思いますか、考えてみましょう。
- 問5 下線④について、地域包括支援センターから介護支援専門員に対して、特に引き継ぐべき内容は何かだと思いますか、考えてみましょう。
- 問6 下線⑤について、Aさんと母親の意向からAさんの家族の生活像をアセスメントしてみましょう。
- 問7 下線⑥のようなことが起こってしまった原因は何だと思いますか、またそのようなことがないようにするためにはどうしたらよいと思いますか、考えてみましょう。
- 問8 下線⑦の介護支援専門員のリフレクションに対して、スーパーバイザーの立場でのコメントを考えてみましょう。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

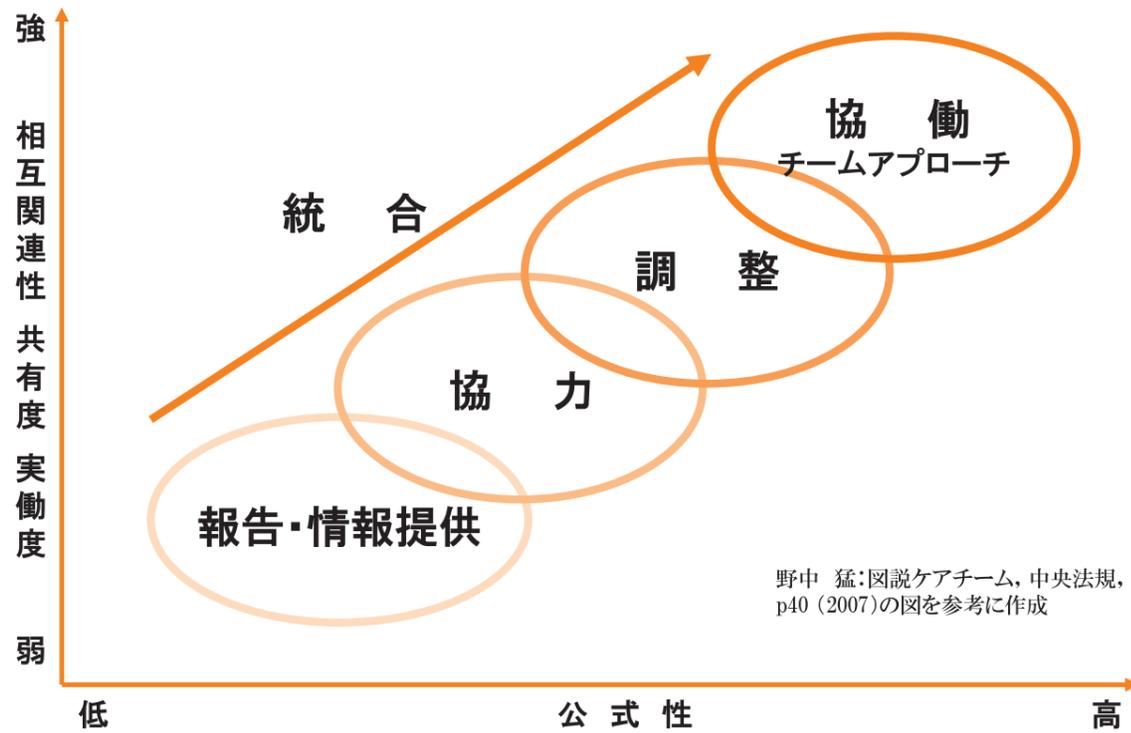
リフレクションとは、臨床場面において自分の行った支援内容やそのときに感じたことなどをなるべく客観的な立場から見つめ直し、自分の支援のあり方が妥当なものであったのか、利用者の理解は十分であったのかを深く考え、次の新たな実践行動を再生産していく作業である。単にああすればよかったとか、あれは対応が不適切であったとかを反省するのではなく、なぜ自分はそのような行動をとったのか、その行動を裏付ける理論は何であったのか、自分の言動がどのように利用者に影響しているのか、なぜ自分の言動は利用者には受け入れられなかったのか等を深く考えることである。新たな視点や視座から自分の実践を捉え直し、実践の質を高めていく作業である。看護教育の中では積極的に取り入れられている教育方法である。例えば、プロセスレコードを用いて、自分が感じたり、思ったりしたこと、また自分の行動には理論的根拠があったかをリフレクションすることも一つの方法である。

Ⅲ 図 説

医療と介護の連携のポイント

2019年3月22日に行いました「医療と介護の連携促進をどのように進めていくか－事例をもとにした課題解決志向研修－」で用いたパワーポイントの資料の一部を掲載しています。末尾部分の「29事例からみる医療と介護の連携の原則」では、本事例集に掲載されてある演習問題を含む29事例から導き出された原則を整理しました。本来は、図の解説が必要なところですが、解説は各職場等で研修の意味も含めて、みなさんで検討していただければ幸いです。

連携の全体像

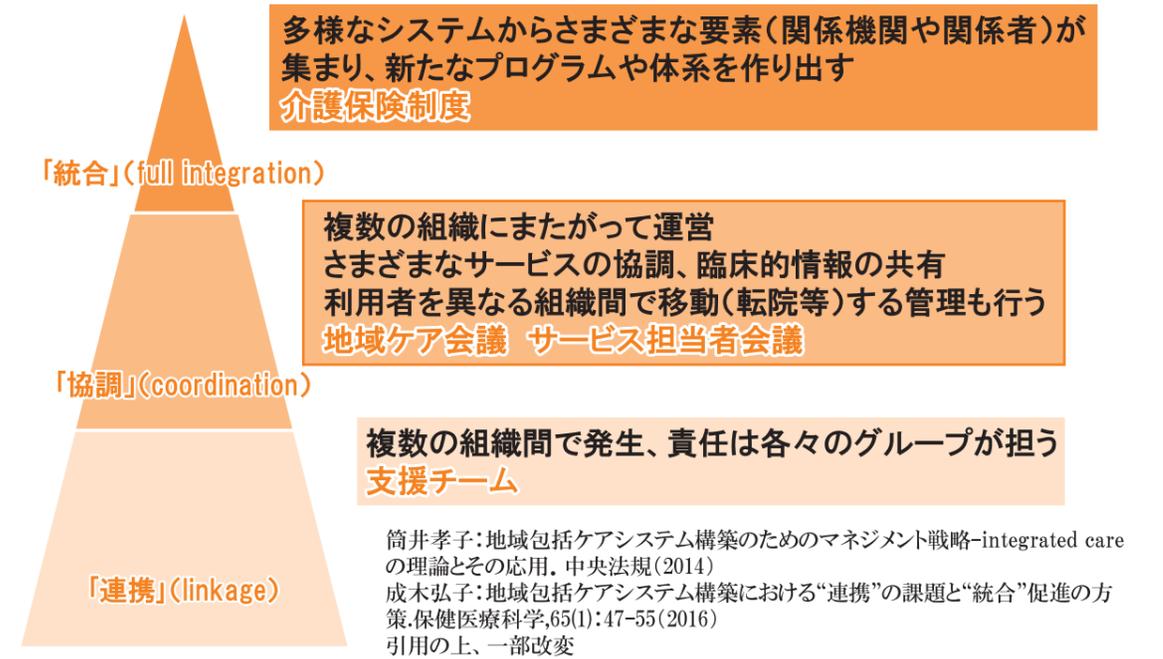


地域包括ケアの基本的考え方

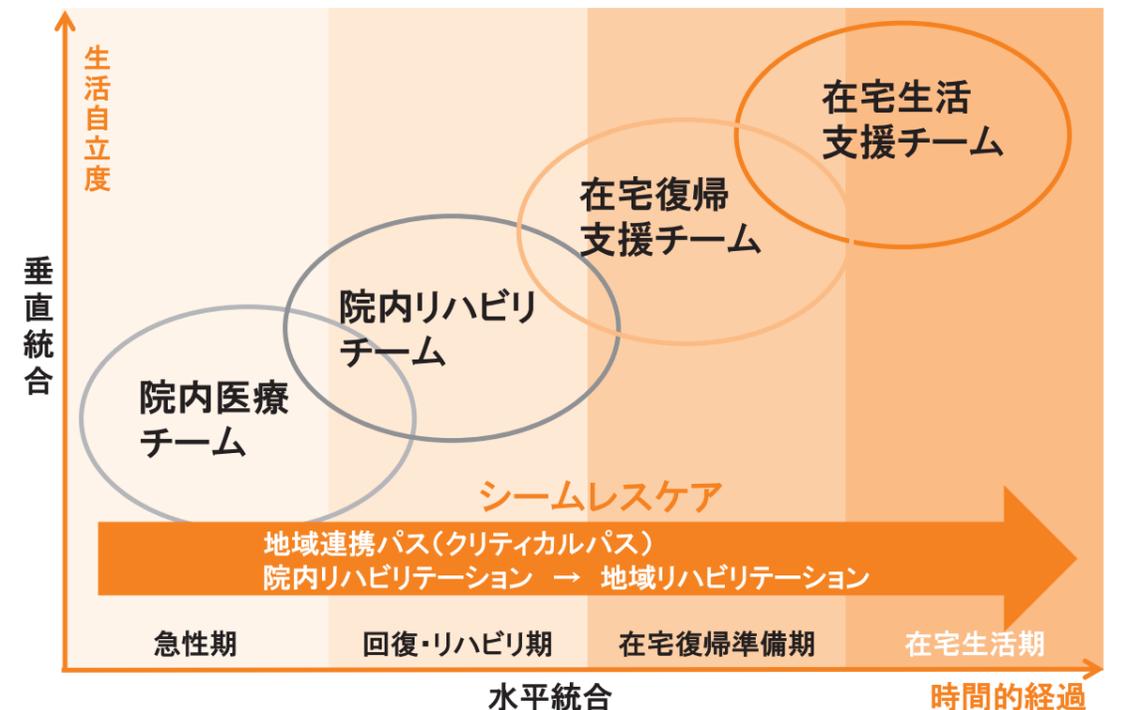
地域包括ケアシステム概念	
community-based care	Integrated care
1. 地域の実情に応じて、 2. 地域住民のニーズを尊重し、 3. 専門職だけではなく、地域住民の主体的参加を促進し、 4. 地域資源を有効活用(開発、再利用)し、 5. 包括的保健医療福祉(ヘルスプロモーション)システムを地域で担う 6. 新たな地域づくり	1. システム統合 Systemic 2. 規範的統合 Normative ☞ 多職種連携 3. 組織的統合 Organisational 4. 管理統合 Administrative 5. 臨床的統合 Clinical ☞ 多職種連携

引用文献
 筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated careの理論とその応用，中央法規（2014）
 堀田聡子：地域包括ケアの担い手を考える-支えあい育みあうまちづくり-，医療と社会，24(4):367-379(2015)

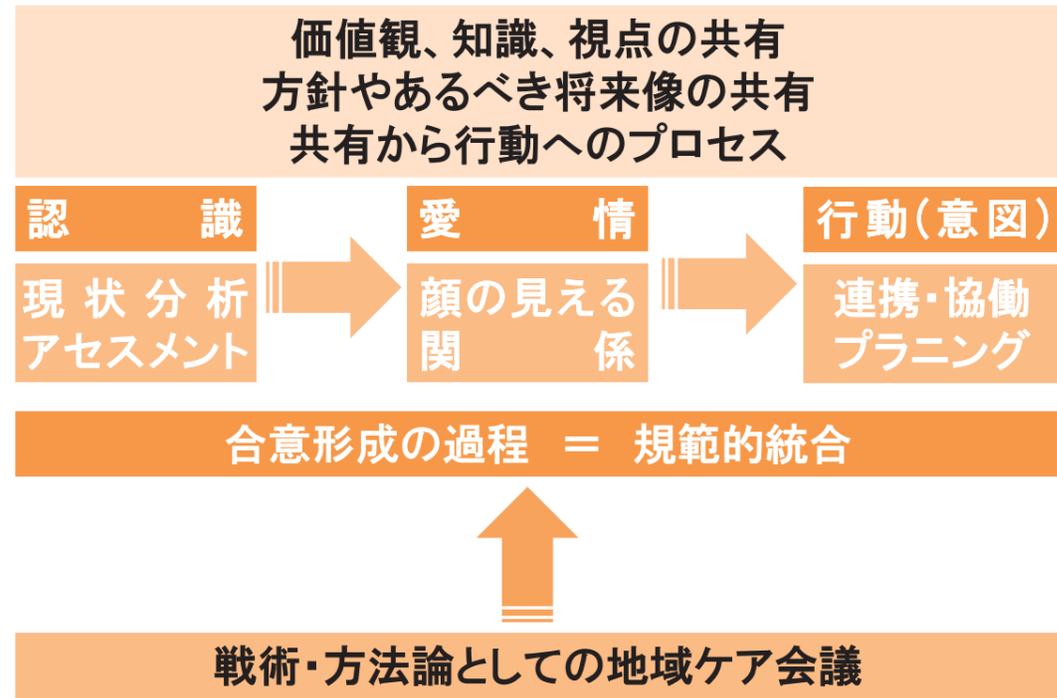
地域包括ケアにおける統合の強度



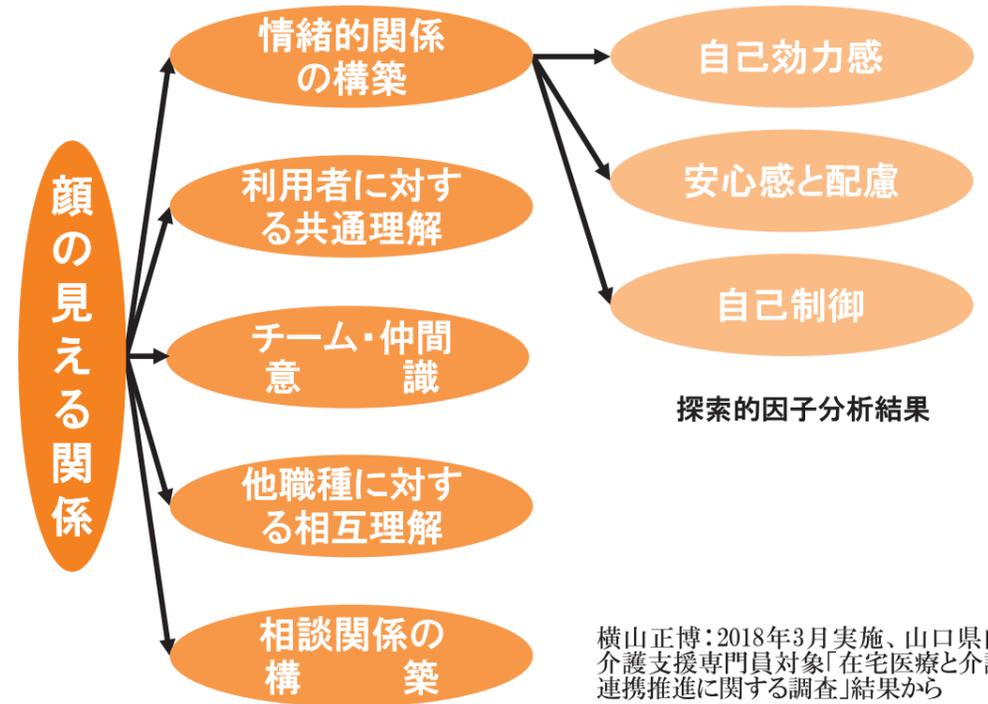
地域包括ケアにおける水平統合と垂直統合



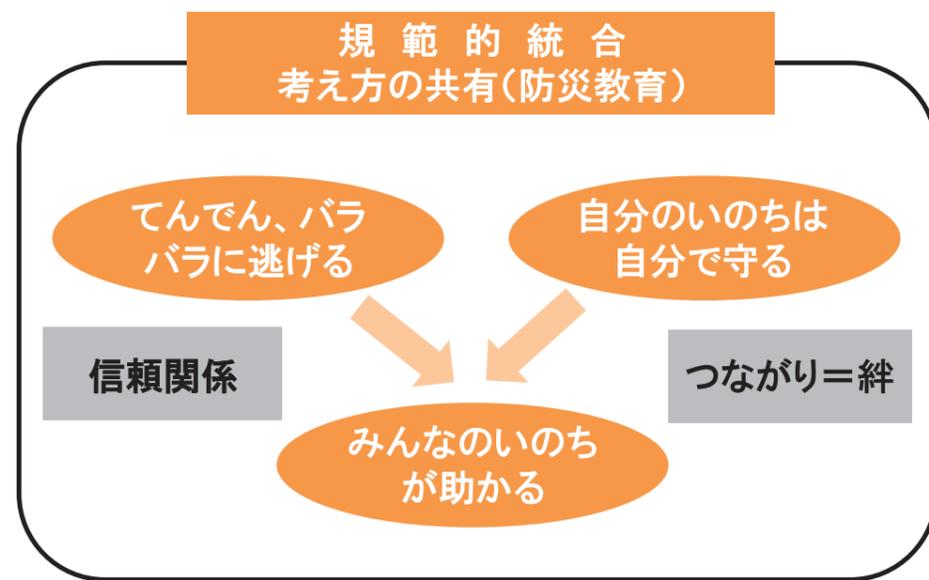
規範的統合



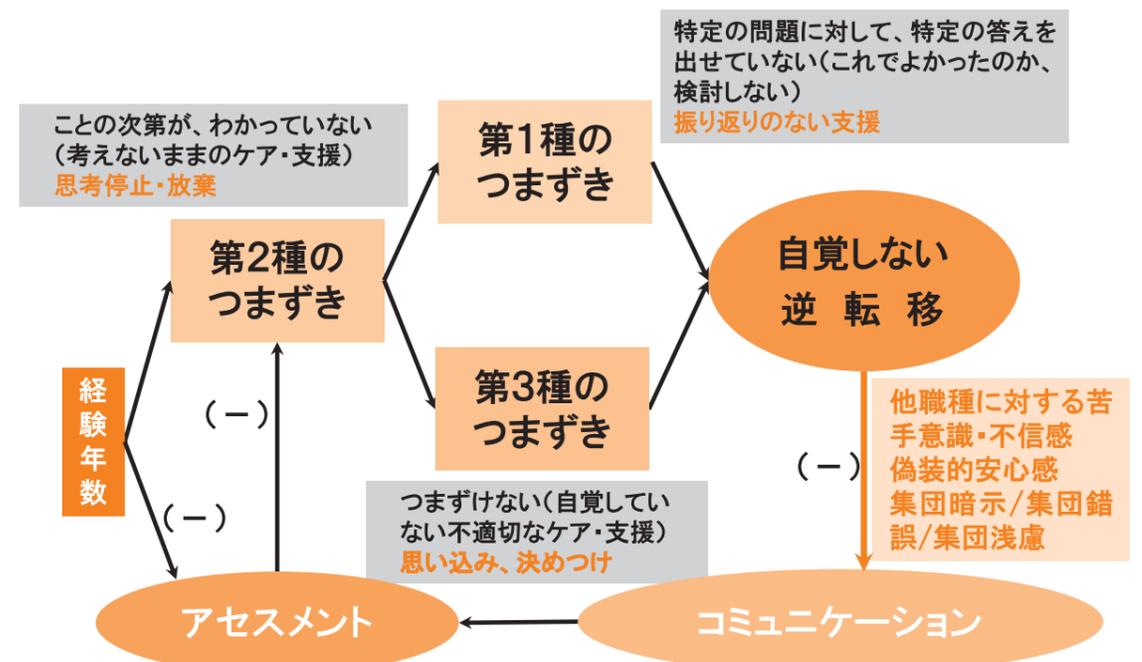
顔の見える関係の効果



「つなみてんでんこ」は規範的統合



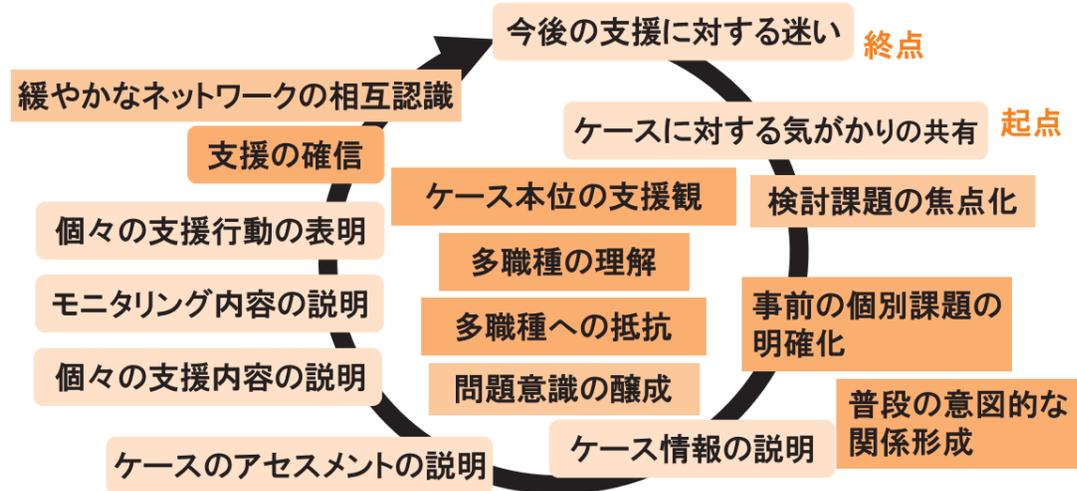
連携のつまずき



松井志保:認知症ケアにおける介護職員のつまずきの構造(2011)から引用の上改変

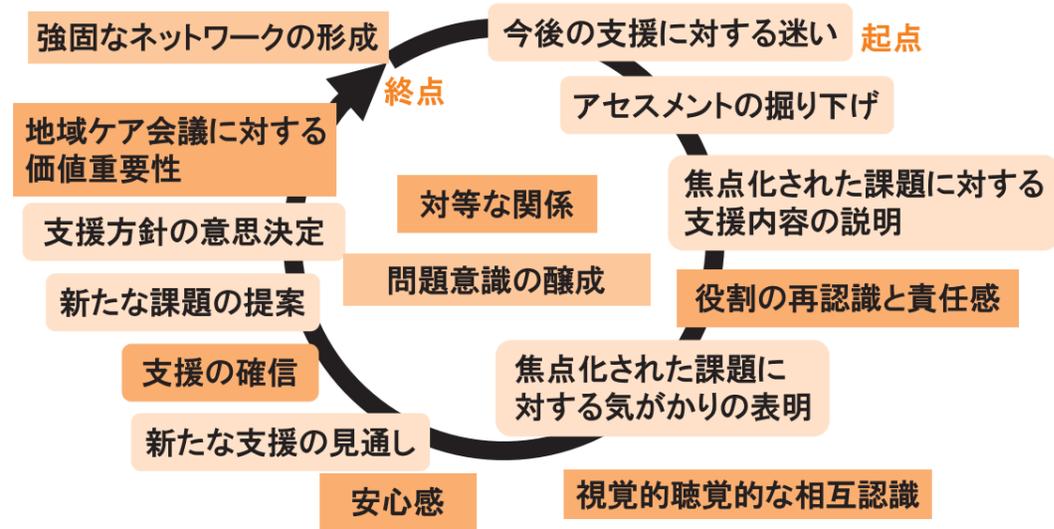
地域ケア会議における連携の過程 STAGE1

ケース像・生活像を共有し、課題を明確化



地域ケア会議における連携の過程 STAGE2

ケース課題を検討し、具体的な支援を意思決定

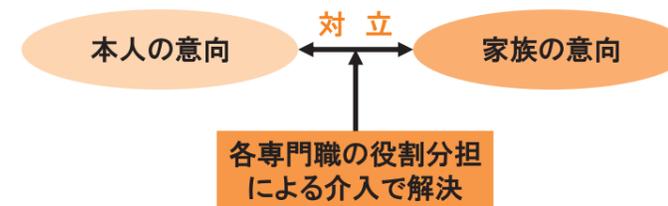


【図説】29事例からみる医療と介護の連携の原則

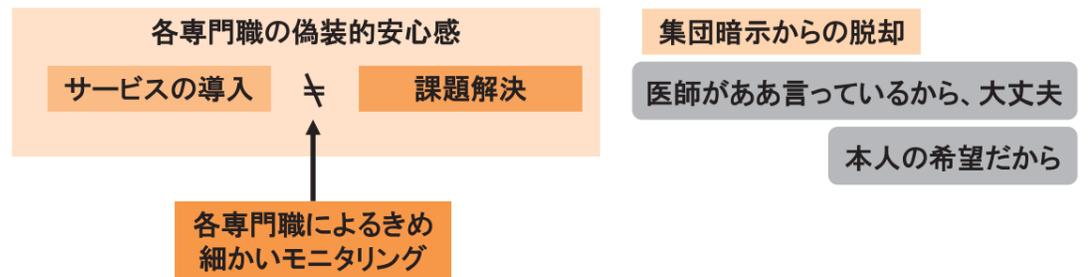
情報提供・共有の8要素

What	情報の取捨選択 情報の質	記録 連絡ノート FAX メール 電話 紹介状 提供書 指示書	連携 の 質
Why	なぜその情報なのかその根拠 何でもかんでもNG		
When	どのタイミングで 迅速性		
Where	どこから どこで どこに 環境は		
Who	誰が(有効か) 誰に(言えば有効か)		
Which	どちらが 役割の押しつけNG		
Whose	誰の情報 誰のための		
How	どのような方法で どれくらいの		

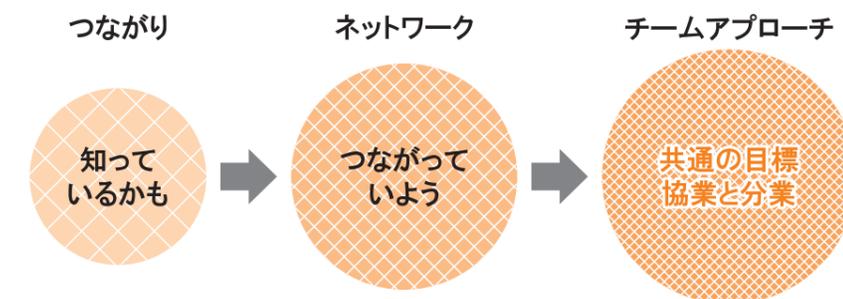
意見の対立は、実は対立ではない 連携で解決



偽装的安心感には要注意 専門職も安心がほしいが... 各職種のモニタリングでカバー



緩やかなネットワークから強固なチームへの発展



執筆者一覧

編集責任者

横山正博 山口県立大学

I

河村康明 一般社団法人山口県医師会長
二井隆一 一般社団法人山口県介護支援専門員協会会長

II (50音順)

赤崎敦子 宇部市役所
荒木慎也 医療法人ハートフル あまの訪問看護ステーション
伊木康人 済生会山口地域ケアセンター
上野丘恵 長門市地域包括支援センター
尾中未来 済生会山口地域ケアセンター
片湊智恵 岩国市役所
坂本陽子 済生会山口地域ケアセンター
佐々木満智子 山口県立大学
正司明美 元山口県立大学
新開奏恵 宇部フロンティア大学
須原志保 済生会山口地域ケアセンター
瀧本日出子 山口県訪問介護事業所連絡協議会
竹田寿子 山口県訪問介護事業所連絡協議会
堤雅恵 山口大学
永田英一 山口県訪問介護事業所連絡協議会
中村幸江 済生会山口地域ケアセンター
西岡明美 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会
林瑞恵 一般財団法人 防府消化器病センター
弘津公子 山口県立大学
藤村孝枝 山口県立大学
船津幸美 居宅介護支援 ハビリス
松元悦子 山口県立大学
宮谷幸恵 (株)はんど
三輪直之 宇部フロンティア大学
森本陽子 独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター附属岩国看護学校
山本亜紀 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会
山本誠 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会
和久美恵 医療法人やよい 河村循環器神経内科 周南リハ訪問ステーション
デイサービスセンター・リバーサイド

III

横山正博 山口県立大学

表紙デザイン：澤田孝子

山口県長寿社会課
「地域包括ケアシステムを支える医療・介護連携人材等確保・養成事業」業務委託

医療と介護の連携事例集

—地域包括ケアシステムの構築に向けて—

2019年3月31日発行

編集・発行 山口県立大学
〒753-8502 山口市桜島3-2-1

編集責任者 山口県立大学高齢者福祉研究室
横山 正博

印刷 山口印刷工業株式会社
〒753-0043 山口県山口市宮島町5-11
