

平成28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29年9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、現実には厳しく、その願いは叶わないだろう…。こう考える区民の皆さまが数多くいらっしゃいます。

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

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

区ではこれまで、年に4回、地域ごとに事例検討会を実施してきました。平成28年度は、延490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28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、パネリストの皆さまに、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 胃ろうは幸せにつながるの？ －コミュニケーションが取りにくいパーキンソン病の症例－ --- | 7 |
| 事例2 多職種でがん患者の在宅療養を支える －専門職はいつから、どのように関わるのが良いか－ ----- | 23 |
| 事例3 多職種で考える。視力障害を持つ一人暮らしの方の支え方 －より長く、住み慣れた自宅で過ごしてもらうために－ ----- | 39 |
| 事例4 地域で支える“老老・認認生活” －1日でも長い夫婦生活のために－ ----- | 55 |

第 1 章 本事例集について

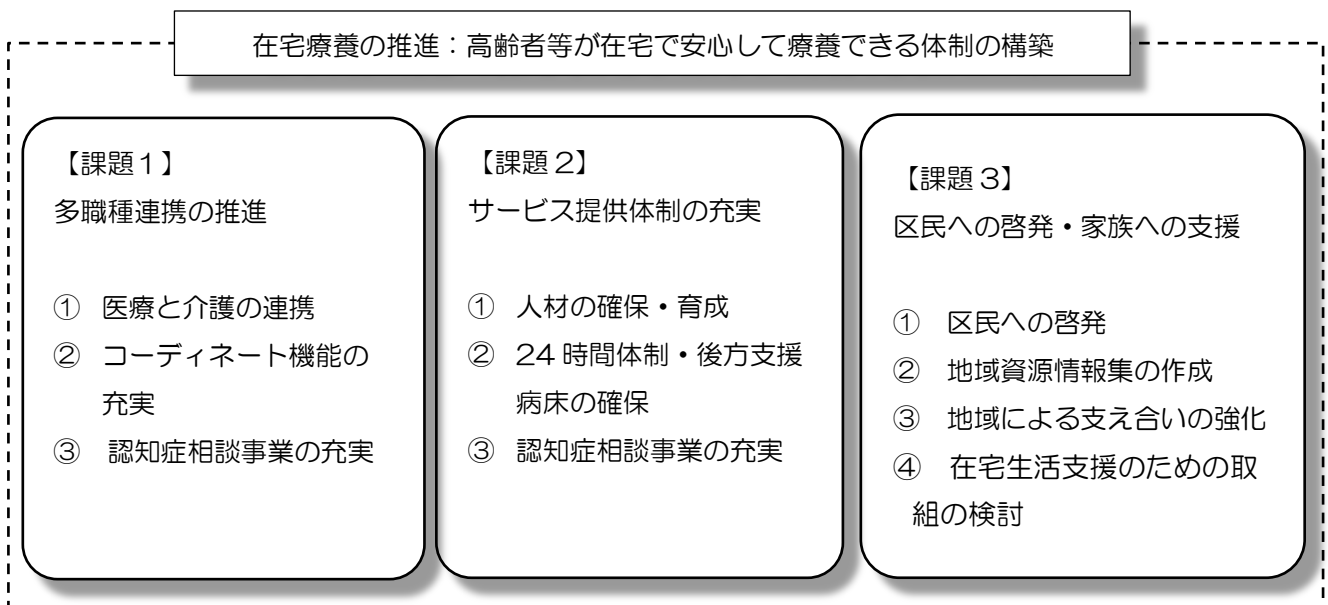
在宅療養推進事業について

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15日）

練馬地区

テーマ： 胃ろうは幸せにつながるの？

－コミュニケーションが取りにくいパーキンソン病の症例－

第2回（9月15日）

石神井地区

テーマ： 多職種でがん患者の在宅療養を支える

－専門職はいつから、どのように関わるのが良いか－

第3回（12月15日）

大泉地区

テーマ： 多職種で考える。視力障害を持つ一人暮らしの方の支え方

－より長く、住み慣れた自宅で過ごしてもらうために－

第4回（2月9日）

光が丘地区

テーマ： 地域で支える老老・認認生活

－1日でも長い夫婦生活のために－

第2章 事例検討会の内容

第2章の構成

第2章では全4回の事例検討会の内容を次のとおりまとめています。

- **事例概要**
 - ➡ 事例検討会の開催情報、発表者および検討事例の基本情報についてまとめています。
- **発表内容**
 - ➡ 各発表者が当日使用したスライドを掲載しています。
- **検討内容**
 - ➡ 各グループで検討した内容等をまとめています。

事例1. 胃ろうは幸せにつながるの？

－コミュニケーションが取りにくいパーキンソン病の症例－

(1) 事例概要

対象地区：練馬地区

開催日：平成28年7月15日

コーディネーターおよびパネリスト

- | | |
|-------------------|-----------------|
| ・ホームクリニックのどか | 豊島 究 (医師) |
| ・ライフサポートさくら | 菅野 治代 (ケアマネジャー) |
| ・ライフサポートさくら | 國貞 雅子 (介護士) |
| ・アール訪問看護ステーションねりま | 黒田 陽子 (訪問看護師) |

●内容

パーキンソン病でコミュニケーションが取りにくい症例を通じて、胃ろう造設が本人と家族の幸せに繋がるのかどうかについて、多職種の視点から検討した。

●本症例について

基本情報：68歳 女性 夫と2人暮らし

主病名：パーキンソン病 腰椎圧迫骨折後廃用症候群

●グループディスカッションのテーマ

本症例において、胃ろうの造設は本人や家族にとって幸せにつながるか？

胃ろうを「造った方が良い理由」と「造らない方が良い理由」の両方の意見をまとめ、それらを踏まえてグループとしての方針を決定してください。

●グループディスカッションのまとめ

各班が栄養面や安全面のほか、夫の気持ちや負担などを総合的に考え、議論を行った。悩んだ結果、多くの班が本ケースにおいて胃ろうを造った方が良いという方針に至ったが、造らない方が良い、決められない、という班も複数あった。

キーワード：胃ろう 本人の希望（コミュニケーションが取りにくい方の場合）

(2) 発表内容

胃ろうは幸せにつながるの？

コミュニケーションが取りにくいパーキンソン病の症例

事例 K子さん 68歳 女性

- 主病名 パーキンソン病、腰椎圧迫骨折後廃用症候群
- 既往歴 甲状腺機能低下症、不整脈
- 家族構成 夫 幼馴染、夫婦で展示販売をしていた

臨床経過

- 58歳 振戦(※1)を初発にパーキンソン病と診断(かかりつけ医)
- 66歳 両下肢対麻痺を発症、脊椎圧迫骨折と診断され、椎弓切除(※2)、経皮的椎体形成術施行(区外)(※3)も、下肢麻痺残存。退院後訪問診療開始
- 66歳 病状進行速く、幻覚から薬剤の増量が困難で拘縮も顕著に。都難病事業による専門医による往診開始。
- 67歳 経口摂取量が減少し、内服薬服用困難から胃ろう検討

前スライドの注釈

- ※1 振戦:不随意運動のひとつ。意思とは無関係に生じる律動的な細かい振動運動(ふるえ)のこと。
- ※2 椎弓切除(術):脊髄の圧迫を緩和するための背中の手術の一種。椎弓版(脊柱の椎弓を形成する骨の部分)または骨棘(こつきよく)、あるいはその両方を切除する。
- ※3 経皮的椎体形成術:圧迫骨折の治療法のひとつで、圧迫骨折によりつぶれた椎骨をセメントで整復する治療法。骨セメント療養などとも呼ばれる。

服薬内容(抜粋)

| 一般名称 | 投与の目的 | 66歳 | | | 67歳 | |
|---------------|-------------|------|-------------|------|-----|----|
| | | H26年 | | H27年 | | |
| | | 6月 | 9月 | 12月 | 3月 | 6月 |
| レボドパ・ベンゼラジド配合 | ドパミン補充 | | 3 4 5 | 6 | | |
| セレギリン | ドパミンの分解を抑える | | | | | → |
| ドネペジル | 行動を賦活 | | | | | → |
| 抑肝散 | 幻覚、幻視を抑える | | → | | | |

胃ろう検討時の状態

- 2ヶ月前
口腔内に、唾液をためて、顔面蒼白、血圧低下のエピソード
- 1ヶ月前
嚥下困難悪化からゼリー等も摂取できないことがあり、口腔内に唾液様分泌物の貯留あり
- 2週間前
夫介助での内服薬摂取が困難に

胃ろうの適応

- 必要な栄養を自発的に摂取できない
- 正常な消化管機能を有している
- 4週間以上の生命予後が見込まれる成人および小児

消化器内視鏡ガイドライン第3版 医学書院 より

K子さんの胃ろう適否に関する検討

- 胃ろう造設にあたっての本人家族の希望の確認
- 全身状態の改善につながるか
- 介護負担から家族介護が困難にならないか

本人の意思、夫の意思（訪問医に対して）

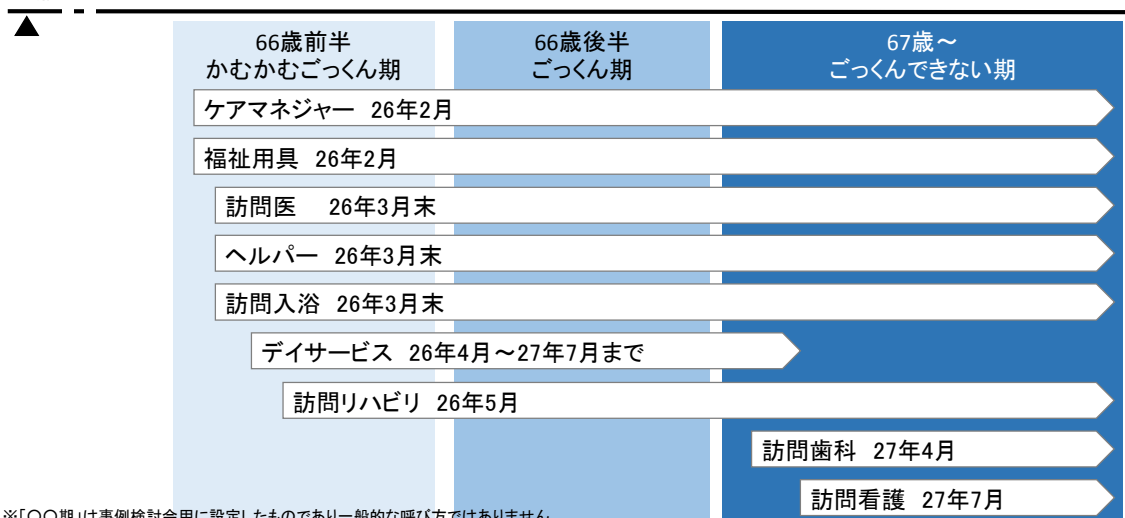
- 本人 病院にいきたくないのいきます..
(※聴き取れた言葉をそのまま記載)
- 夫 先生のおっしゃるとおりにします。

胃ろう手技に関する検討

- 栄養剤と注入方法の選択 液体 or 半固形
- 注入を誰が行うか 夫のみ or ケアスタッフ
- 器具のタイプ ボタン型 or チューブ型

多職種の関わり

58歳(パーキンソン病診断)



※「〇〇期」は事例検討会用に設定したものであり一般的な呼び方ではありません。

ケアマネジャーの視点から

- 夫を支えながら暮らしてきた夫婦の歴史。
- 姑を看取った経験。
- 夫による介護生活の開始。

ヘルパーの視点から

- K子さんとヘルパーのコミュニケーション。
- 大好きなまぐろのお寿司を美味しそうに召し上がる。
- 食事が思うようにできなくなってきた。でも食べたいと思っていることを感じた。
- 食事をすることに苦痛が伴うことが増えてきた。

看護師の視点から

- 意思疎通が困難なK子さんに対する経口摂取量の確認。
- 医療処置が開始された時のK子さんや家族の反応。
- 胃ろう造設が選択肢にある場合のK子さんに対する看護。

医師の視点から

- 嚥下困難により栄養不良や脱水の増悪、服薬困難による悪性症候群が発症する可能性がある。
- 神経難病だが60歳台であり、夫も熱心に介護されている。二人ですごせる時間をあきらめるのは早いのではないか。
- 近日中に必要になるのであれば、早めの造設が望ましいのでは。
- 本人の意思がはっきりと確認できない状態では、家族を通して患者の意思を推察することが必要ではないか。

グループディスカッション

本症例において、胃ろうの造設は本人や家族にとって幸せにつながるか？

胃ろうを「造った方が良い理由」と「造らない方が良い理由」の両方の意見をまとめ、それらを踏まえてグループとしての方針を決定してください。

(グループディスカッション後)

胃ろう造設後の経過

- ・入院中液体栄養剤にて開始するも、逆流性の誤嚥性肺炎をおこして中止。炎症改善後、半固形栄養剤に変更となる。
- ・退院時は廃用拘縮も進行する。
夫から“ぜんぜん話をしてくれないんです”とのコメント
- ・退院2週間は抑うつ状態

胃ろう造設後のマイナートラブル

- ・注入後の嘔吐、誤嚥
- ・繰り返す発熱
- ・介護負担の増大

嘔吐、誤嚥への対応

- 1回あたりの注入量の変更
半固形栄養剤注入量1回300→250mlに変更し週2回皮下輸液
- 注入後の体位
セミファーラー位(※1)30分後、右側臥位(※2)
- 口腔ケア
※1 セミファーラー位:仰向けで寝て、上半身を15～30度起こした姿勢のこと
※2 右側臥位:右側を下にした姿勢
- 定期的な吸引処置

発熱への対応

- 原因は何か？
誤嚥による発熱
うつ熱
悪性症候群
- 対応
クーリング
解熱剤
いつもと違う様子の時にはドクターコール

介護負担の増大への対応

- 在宅医療後方支援病床コーディネート事業の利用

練馬区民の在宅療養生活の継続のために、練馬区医師会員である診療所などの主治医が一時的な入院治療が必要と判断した在宅療養者を短期間、協力医療期間に受け入れるもの

レスパイト、状態悪化、最終末期、在宅医療アセスメントのための1～2週間程度の入院

胃ろう造設10ヶ月後の感想

- 看護スタッフ
- ケアスタッフ
- 医師

あなたは胃ろうを作ったら幸せになれるそうですか？

(3) 検討内容

本事例検討で使用されたワークシート

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------|
| 平成28年度第1回事例検討会 ワークシート | | グループ番号 _____ |
| 本症例において、胃ろうの造設は本人や家族にとって幸せにつながるか？ 「造った方が良い理由」と「造らない方が良い理由」の両方の意見をまとめ、それらを踏まえてグループとしての方針を決定してください。 | | |
| 【方 法】 進行役、タイムキーパー、書記、発表者を1人ずつ決定してください。胃ろうを造った方が良い理由と胃ろうを造らない方が良い理由の両方の意見をまとめ、それらを踏まえながら胃ろう造設について討論し、最終的なグループの方針を決定してください。【発表時間（1分間程度）】 ※なお、本ワークシートは事例検討会終了後に回収します。 | | |
| 【お願いごと】 各グループの意見やグループ内での意見の批判はお控えください。 | | |
| ○胃ろうを造った方が良い理由 (医療の観点) | ○胃ろうを造らない方が良い理由 (医療の観点) | |
| (介護の観点) | (介護の観点) | |
| (K子さんと夫の幸せにつながるかという観点) | (K子さんと夫の幸せにつながるかという観点) | |
| グループとしての方針およびその考え方 | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div> | | |

本症例において、胃ろうの造設は本人や家族にとって幸せにつながるか？

胃ろうを「造った方が良い理由」と「造らない方が良い理由」の両方の意見をまとめ、それらを踏まえてグループとしての方針を決定してください。

グループワーク内容（検討内容より抜粋）

○胃ろうを造った方が良い理由

（医療の視点）

- ・強い意志で自然死を望んでいない。迷っている場合はできる限りの医療処置を選択した方がよい
- ・年齢が若い場合、造ってもいいのかも（トライとして）
- ・食べてくれない、薬を飲んでくれないという負担は減る
- ・誤嚥を防止できて QOL があがる
- ・延命（このままでは体力落ちて亡くなるので…）
- ・経口からは楽しむ程度の食事もできる
- ・後でふさぐこともできるため、一時にでも造り、栄養をしっかりと摂る
- ・在宅生活を続けられる

（介護の視点）

- ・夫の介護負担を各サービスで支える
- ・若い場合、試してみて、今の段階では胃ろうを造ってみる
- ・食事介助よりは介護の時間が短縮できる
- ・家族で過ごす時間が増える
- ・送り出す時間ができる。心の準備が出来る
- ・夫が他の人を頼ること、サービスの導入に理解がある為、負担が増えるとは限らない
- ・介護も生きがい。生きてもらって嬉しい

（K 子さんと夫の幸せにつながるかという視点）

- ・看護、介護のやりきった感を 1 ヶ月でも長く
- ・長く生きられるかもしれない
- ・支援する上で、片方（夫）の幸せ感を重視してしまう
- ・どんなにつらくても（介助）最期まで看取ることが幸せにつながるのではないか

○胃ろうを造らない方が良い理由

(医療の視点)

- ・胃ろうをやめる選択肢、時期を誰が判断するのか
- ・長時間たつと本当にこれでよかったのか、かわいそうなことをしたのではないか
- ・食べたいものを食べさせてあげられない
- ・ご家族はメリットだけしか理解していない
- ・本人の意思に添っているか否かが判断できない
- ・胃ろうを造ったために、家で看られなくなってしまう可能性がある
- ・胃ろうを造っても誤嚥性肺炎にならないわけではない

(介護の視点)

- ・夫にどこまで出来る能力があるか
- ・胃ろうを造り、長く生きることが本当に幸せに繋がるのか？
- ・胃ろうでも人間らしく生きているのか？
- ・手のかかり具合でトータルで介護が増えるのか、減るのか
- ・ADLの低下になり、寝たきりになってしまうことも多い

(K子さんと夫の幸せにつながるかという視点)

- ・本人は幸せなのか？
- ・胃ろうを造ることによって色々と起きてくる問題
- ・介護負担、心理的な負担が大きい
- ・造らない選択があることを伝えてあげたい
- ・意思疎通が出来ている時から先のことについて、話し合いが必要だったのではないか

事例2. 多職種でがん患者の在宅療養を支える

－専門職はいつから、どのように関わるのが良いか－

(1) 事例概要

対象地区：石神井地区

開催日：平成28年9月15日

コーディネーターおよびパネリスト

- ・メディケアクリニック石神井公園 長濱 久美（医師）
- ・高野台居宅介護支援事業所 吉田 昌子（ケアマネジャー）
- ・あい風のナースステーション光が丘事業所 吉野 玲子（訪問看護師）

●内容

化学療法や放射線治療などの様々な治療を行っているがん患者の事例を通じて、在宅医療・介護の各サービスがどのタイミングで介入していくべきか、ケアマネジャーを中心に多職種の視点から検討した。

●本症例について

基本情報：74歳 男性 4人暮らし（娘と孫2人）

主病名：左肺扁平上皮癌 放射線肺臓炎

●グループディスカッションのテーマ

本症例において、各医療・介護サービスがどのタイミングでどのようなケアを提供するのがよいか？

(1)各医療・介護サービスが、(2)いつ、(3)どういう状態であることから、(4-1)何をするのがよいか、そして、(4-2)その効果・目的について、グループで討議し、模造紙を作成してください。

●グループディスカッションのまとめ

各サービスを開始するきっかけには一定の傾向がみられた。

まず、介護申請のタイミングはがんの診断時という意見が複数あった。訪問看護はばらつきがあり、大きく放射線療法終了時と訪問診療開始時に分かれた。複数のサービスに起点となったきっかけとしては、訪問診療開始と娘の就労（日中独居）に着目する班が多くみられた。

キーワード：末期がん 退院時の連携

(2) 発表内容

第2回 在宅療養に関する事例検討会
・多職種交流会（石神井地区）

多職種でがん患者の在宅療養を支える
—専門職はいつから、どのようにかかわるのが良いか—

| | | |
|-----------------|-------|-----------|
| メディケアクリニック石神井公園 | 長濱 久美 | （医師） |
| 高野台居宅介護支援事業所 | 吉田 昌子 | （ケアマネジャー） |
| あいの風ナースステーション | 吉野 玲子 | （看護師） |

Aさん 74歳 男性

- #1. 左肺扁平上皮癌
- #2. 放射線肺臓炎

<現病歴>

| | |
|---------|----------------------------|
| 平成27年3月 | 血痰が出現 |
| 4月 | 順天堂練馬病院受診 左肺扁平上皮癌と診断される |
| 4～6月 | 放射線療法施行 |
| 9月頃 | 放射線肺臓炎出現（※次スライド解説） |
| 10月 | 労作時息切れ、咳、痰が増加、ADLの低下 |
| 10月30日 | 訪問診療開始 |

*放射線肺臓炎とは？

胸にできたがん（肺がん、食道がん、乳がん、悪性リンパ腫など）に対して行われた放射線治療が原因で起こる肺炎。細菌感染によるものではない。放射線治療中から終了後6か月以内に起こりやすい。

治療：軽症なら経過観察

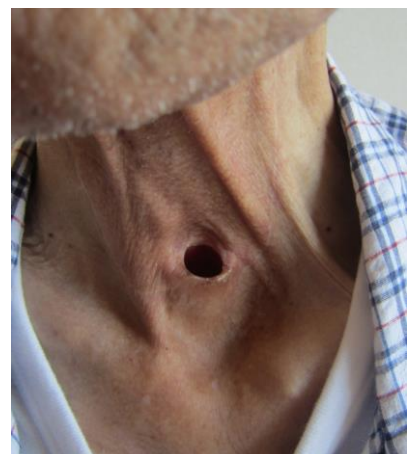
呼吸困難が進行する場合にはステロイド治療

<既往歴>

平成 8年 膀胱癌全摘後＋新膀胱増設術後
平成10年 肺転移にて右上葉切除術
平成24年 喉頭癌術後 永久気管孔

*永久気管孔とは？

咽頭、喉頭の近くに病気があって、治療のため喉頭を取り除かなければならないときに呼吸をするためにあける孔。声帯がないので話すことができなくなる。よって筆談や電気発声法や食道発声法でコミュニケーションをとるようになる。



<経過-1>

平成27年11月 訪問リハビリ開始するも本人の意向で5回で終了
平成28年

1月23日～1月27日 インフルエンザAで練馬光が丘入院

1月28日退院翌日～ 再度発熱、食欲低下

2月2日～2月12日 左肺炎にて順天堂練馬病院入院

2月16日～ 訪問看護開始

3月～4月 化学療法で入院

（ 骨髄抑制（※次スライド解説）、消化器毒性（※次スライド解説）などの副作用強く、
1コースで終了
今後積極的な治療はしない方針で在宅医療のみに移行

* 骨髄抑制とは？

白血球・好中球減少による感染（発熱）、血小板減少による出血傾向、赤血球減少による貧血症状が出現した状態。

* 消化器毒性とは？

抗がん剤等の薬剤によって消化器に生じる毒性。主には腹部不快感、異常蠕動、食欲不振、悪心、嘔吐、腹痛、排便異常（下痢・便秘）、便の性状異常（粘液便・タール便・白色便など）、鼓腸、吐血、下血などがある。

平成28年4月4日（退院直前）の胸部X線



<経過-2>

- 5月下旬 徐々に労作時呼吸困難出現 酸素化には問題なし
在宅酸素療法も行ったが、効果ないと自己中断
頻脈に対して内服薬開始 → 呼吸困難感軽減
- 7月下旬 入浴時の呼吸困難著明に
フェンタニル貼付剤（麻薬）1mg開始
- 8月 労作時SpO₂（酸素飽和度）88%まで低下
不安も強く、レスキュー^{（注）}の麻薬の使用量が増えたため
フェンタニル貼付剤（麻薬）3mgに増量

（注）レスキュー：疼痛管理（ペインコントロール）において、すでに用いている鎮痛薬の効果を補助する目的で、短時間で効果が出る追加の鎮痛剤を服用すること。

<ケアマネジャーの視点から>

Aさんについて

- ✓ 北海道の漁師の家の生まれ
- ✓ 以前は楽器演奏や歌、社交ダンス等を行っていた
- ✓ 性格はおしゃれ好きでお話し好き、そして社交的
- ✓ きれい好き

家族構成

- ✓ 4人暮らし：本人、娘1人、孫2人（小学校1年生、保育園）

生活環境

- ✓ 平成26年9月に4人で北海道から練馬へ転居
- ✓ 土地勘なく、近くのコンビニ程度しかわからない
- ✓ 平成28年5月から娘が働き始めた

ADL

- ✓ 以前は歩行は自立
- ✓ 平成28年8月 ふらつき（+） 歩行不安定のため家具などにつかまり歩行

<ケアマネジャーの視点から>

各種介護保険サービスについて①

- ✓ デイサービス（平成27年9月～）
外出が少なかったため利用するが、体調不良もあり、4回で終了
- ✓ ショートステイ（平成27年11月～）
家族の体調不良 1度だけ利用
- ✓ 訪問リハ（平成27年12月～）
外出することが全くないため、筋力低下防止目的で開始
→入退院を繰り返したことをきっかけに終了

<ケアマネジャーの視点から>

各種介護保険サービスについて②

- ✓ 訪問看護（平成28年2月～）
体調管理目的で利用
- ✓ 訪問介護（平成28年5月～）
娘が働き始めたため、平日の食事確保のため、お昼に利用
- ✓ ベッドレンタル（平成28年5月～）
身体機能低下によりベッドを導入（以前は簡易ベッドだった）
- ✓ 訪問調剤（平成28年8月～）
先生からの依頼で、自己管理が困難となったため開始

<訪問看護師の視点から>

平成28年2月16日 訪問看護開始

目的 ： 体調管理
 ： 体調不良時の相談・助言
 ： 吸引指導

訪問回数： 看護 1回/週
 ： リハビリテーション 1回/週

<訪問看護師の視点から>

3月14日～4月6日 入院（化療目的）

退院後 : リハビリ中止
「その時は気持ちいいけど、
続くもんじゃないからいいや」

訪問回数：看護2回/週へ

<訪問看護師の視点から>

5月：ヘルパーの導入
体調安定、ご本人の希望

看護1回/週へ

体調管理、傾聴、マッサージ
「こうやって話をしてくれるだけでいいよ」

<訪問看護師の視点から>

5月19日：労作時の呼吸困難感出現

5月28日：HOT（在宅酸素療法）導入
「全然かわらない」⇒自己判断により中止
頻脈があったため内服薬開始
⇒効果あり。呼吸困難感軽減

継続内服薬 → 3日間空いてしまうことあり
薬剤師の導入検討 → 見送り



<訪問看護師の視点から>

6月より呼吸状態が徐々に悪化

入浴について

- ✓ シャワー浴介助の必要性あり
⇒ 訪問回数2回/週
- ✓ 「自分でできることはやりたい」
⇒ ほぼ一人で入る
- ✓ 「訪問時間を考えると焦ってしまいかえって疲れてしまう」
⇒ 8月より1時間半の訪問へ

<訪問看護師の視点から>

8月中旬 : 呼吸困難感増強
眩暈、嘔気・嘔吐あり
⇒症状緩和目的で医療用麻薬（フェンタ
ニル製剤、モルヒネ製剤）増量

入院？在宅看取り？

ご本人、ご家族を中心に、多職種連携

<医師の視点から>

今後起こりうること

腫瘍増大・胸水貯留にともなう呼吸困難増強・痛みの出現
閉塞性肺炎
食欲低下など

ご自宅でのお看取り？ 入院？

ご本人の不安感、介護力の問題

→ 多職種で連携しながら適宜調整

グループディスカッション

本症例において、各医療・介護サービスがどのタイミングでどのようなケアを提供するのがよいか？

(1)各医療・介護サービスが、(2)いつ、(3)どういう状態であることから、(4-1)何をするのがよいか、そして、(4-2)その効果・目的について、グループで討議し、模造紙を作成してください。

グループディスカッション

検討いただく医療・介護サービス例

訪問サービス

訪問診療、訪問看護、訪問リハ、
訪問薬剤師、訪問介護等

通所サービス

通所介護（デイサービス）等

宿泊サービス等

ショートステイ、老健等

付箋の書き方（例） 長方形の付箋を縦向きで使用

(1) ■■■■
(2) ●月
(3) ～～が～～し、
～～～となったため。

(4) ・～～～
→〇〇が可能となる
・～～～
→△△の改善

付箋に記載する内容

- ①サービス名
- ②時期
- ③理由（きっかけとなる症状や状態等）
- ④具体的な実施内容とその期待される効果

本事例の経過表

| | | H27 | | | | | | | | | | | | H28 | | | | | | | |
|---------------------|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 |
| 項目 | | H26年以前 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内容(例) | | H26年以前 【既往歴】 ・(H8)膀胱がん全摘後＋新膀胱造設術後 ・(H10)肺転移にて右上葉切除術 ・(H24)咽頭がん術後永久気管孔 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態 | | 血痰出現 左肺腫瘍 順天堂練馬病院受診 放射線療法 放射線性肺腫 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患 | | 順天堂練馬病院入院 (1)下旬 フルエンザ エンゼンA (2)月初旬 肺炎 化学療法(入院) 骨髄抑制、消化器毒性等の副作用強く、1コースで終了 オピオイド系鎮痛薬内服 (注: 薬物耐性性鎮痛剤) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心身機能等 | | 精神機能、感覚・痛み、発話、循環器・呼吸器、消化・代謝・内分泌器、運動器、皮膚等 認知機能良好 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動(生活レベル) | | 学習・課題解決、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア等 ADL全自立 発声が困難(H24～) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加(人生レベル) | | 家庭生活、対人関係、仕事・学習、社会参加等 歩行能力低下(下肢筋力低下) 外出なし(拒否するも拒否) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人因子(本人の価値観や思いについて) | | 趣味嗜好、思い、性格・価値観等 北海道出身(元サラリーマン) 性格: こだわり強い、家の中が片付いていないと気が済まない、医療職への信頼厚い | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 環境因子(家庭や家族について) | | 家歴、コミュニケーション、家族・友人等 ・H26.9に娘(25才)・孫(7歳・3歳姉妹)と上京 娘、孫がインフルで発熱 娘の体調不良 → 腹下腫瘍発見 孫が小学校入学 娘が働き始める(フルタイム) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者等 | | ケアマネ デイサービス(利用4回で終了) 外来診療、訪問診療 訪問リハビリ(利用5回) ショートステイ(3日) 訪問看護 訪問介護・ベッドレンタル 訪問調剤 ✓サービス担当者会議 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

→ご本人曰く、寝られた時間で入浴しないといけないので帰ってしまい、よけい、風呂は入るので自分一人で入りたいと訴えあり
入浴見守り

「娘に仕事を辞めて自分の面倒を見てほしい」

(3) 検討内容

本事例検討で使用されたワークシート

平成28年度第二回事例検討会 ワークシート作成用説明資料

本症例において、各医療・介護サービスが、「どのタイミングでどのようなケアを提供するのがよいか」について、グループで討議し、以下の表を参考にワークシート（模造紙）を作成してください。

【方法】 (1) 司会、タイムキーパー、書記、発表者を1人ずつ決定してください。
 (2) 事例発表をもとに、本症例におけるさまざまな医療・介護サービスの関わりについて討議し、以下「付箋に記載する内容①～④」を付箋に記載して模造紙に貼ってください。なお、検討する内容は、「各医療・介護サービスが、いつ、どのようなケアを提供するのがよいか」および「その理由と効果・目的について」です。※以下参照。

【発表時間】 1分程度
【お願いごと】 各グループの意見やグループ内での意見の批判はお控えください。
 また、作成したワークシート（模造紙）は事例検討会終了後に回収します。

付箋の書き方（例） 長方形の付箋を縦向きで使用

① ■■■■
 ② ●月
 ③ ～～が～～し、～～
 ～～となったため。
 ④ ・～～～
 →○○が可能となる
 ・～～～
 →△△の改善

付箋に記載する内容
 ①サービス名
 ②時期
 ③理由（きっかけとなる症状や状態等）
 ④具体的な実施内容とその期待される効果

検討を行う医療・介護サービス例

【訪問サービス】訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤師、訪問介護等

【通所サービス】通所介護（デイサービス）等

【宿泊サービス等】ショートステイ、老健等

<参考例>

| ○班 (班員のサービス種：訪問診療、訪問介護、) | | H27 | | H28 | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|---|---|------------------------|------------------------|---|---|-----------------------|--|
| 年 | H26 以前 | 1～6 | 7～12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 今後 | |
| | | ①通所介護 ②9月 ③ ④ | ①訪問リハ ②12月 ③ ④ | | ①訪問看護 ②5月 ③ ④ | | | ①訪問介護 ②5月 ③ ④ | ①訪問看護 ②6月 ③ ④ | | | ①訪問薬剤師 ② ③ ④ | |
| | | | ①訪問診療 ②11月 ③ ④ | ①通所介護 ②1月 ③ ④ | | | | | | | | | |

本症例において、各医療・介護サービスがどのタイミングでどのようなケアを提供するのがよいか？

- (1)各医療・介護サービスが、
 - (2)いつ、
 - (3)どういう状態であることから、
 - (4-1)何をするのがよいか、そして、
 - (4-2)その効果・目的
- について、グループで討議し、模造紙を作成してください。

第2章 事例2

グループワーク内容（検討内容より抜粋）

| 時期 | 事業者等 | きっかけ | 実施内容、目的等 |
|-----------------|-----------------------|--|--|
| H24～ | 高齢者相談センター | 気管孔の手術でショックを受けている | 精神面のケア |
| H26.9 | 福祉事務所、 その他社会資源 | 転居 | 地域に溶け込むきっかけをつくることできる |
| H27.1～6 | ケアマネジャー | 今後の治療や介護サービス利用のため本人との信頼関係が必要となった | 本人とケアマネジャーとの信頼関係を作ること でサービスをスムーズに始めることができる |
| H27.1～6 | 保健師 | | きっかけづくり 話を聞いてくれる |
| H27.4 | 介護申請 | がんのため | いつでも使えるように申請する 意向や思いを引き出す |
| H27.4 | 介護申請 | 治療が開始となり今後とADL低下が みられなかった | ADLが維持され、自分で動け、地域交流が早く 開始できた |
| H27.4 | 介護申請 | がんが発見されたため | 社会資源の提案などが早期にできる |
| H27.4 | 高齢者相談センター | 血痰が出て病院受診し、がんと診断されたため | 各サービスにつなげることが可能 |
| H27.4 | 高齢者相談センター 福祉事務所 | 医療費等の生活を考慮 | がん治療費についてかかる費用を減らすこと ができる |
| H27.4 | 訪問看護 | 放射線療法が開始 | 副作用等の異常の早期発見が可能となる |
| H27.4 | 訪問看護 | 放射線治療に伴う体調管理 | 早い段階で在宅療養へのアプローチができた |
| H27.7 | 訪問看護 | いろいろな人が出入りする前に看護師が まず入った方がよい | 先生との連携をとれる。ケアマネが次のサービス とつなぐための時間が得られる |
| H27.7 | 訪問診療 | 放射線療法が終了 | |
| H27.7～ H28.2 | 高齢者相談センター ケアマネジャー等 | | 社会的な方なので、いろいろなプランを提案す べき(介護予防や生きがいづくりを目的とする 「生きがいデイサービス」、楽しい会食を中心に 食前の口の体操や口腔ケアの活動を行う「食 のホットサロン」等)、デイサービス、区報に載る 活動(サークル活動、社交ダンス、コンサート情 報提供等)など |
| H27.8 | 訪問看護 | ケアマネジャー介入時。 がん患者であり、医療の目があったほ うが良い | 異常の早期発見のため |
| H27.8 | 訪問診療 | 病状が不安定 | 病状の把握 |

第2章 事例2

| 時期 | 事業者等 | きっかけ | 実施内容、目的等 |
|--------|----------|---|--|
| H27.9 | 訪問リハビリ | H27.12 からでは寒いため外出しなくなっているため | 近所案内がてら散歩し筋力低下予防 |
| H27.10 | 住宅改修 | リハ拒否がありADL低下。居室内移動等に支障あり | 移動の安全面改善 |
| H27.10 | 訪問看護 | 訪問診療開始。 血痰が見られADL低下しており状態観察やリハビリを行う必要があるため | 状態観察を行った上でケアマネジャーにサービスの必要性を伝えていく |
| H27.10 | 訪問看護 | 訪問診療開始。 労作性息切れ、ADL低下等 | 異常の早期発見 コミュニケーションがとれるように |
| H27.10 | 訪問調剤 | 訪問診療開始 | 一度訪問してコミュニケーションをとり、その後はご自身で薬を取りに行く→ADL維持 |
| H27.11 | 訪問看護 | 日中独居 肺炎の既往あり 冬に向かう 体調の変化の不能性大 | |
| H27.11 | 訪問看護 | 訪問リハビリと同時に | 相談できる場所が増える |
| H27.11 | 訪問診療 | 外来受診困難なため | 定期的な診療による観察と症状の安定、合併症の予防 呼吸機能の改善 |
| H27.11 | 訪問薬剤師 | 訪問診療開始 | 服薬コンプライアンス向上による症状の安定(改善) 介護保険利用上限額にも含まれないので |
| H27.11 | 訪問リハ | ADL低下 | リハの実践、ADLの向上 ご本人の役割をみつけるための手段の1つ |
| H27.11 | 訪問リハ | 下肢筋力が低下し歩行能力低下となったため | 下肢筋力強化訓練や歩行訓練など行い体力の改善・歩行法力の改善が期待される |
| H28.1 | ベッドレンタル | インフルエンザ退院後。 以前からADL低下。今後も更なる悪化が考えられる | 転倒予防 |
| H28.1 | 訪問看護(男性) | 地域包括ケアの前段階 | 話し相手ボランティア |
| H28.1 | 訪問診療 | 家族全員がインフルエンザのあと | しっかり関わることで肺炎予防ができたのではないか |
| H28.2 | 訪問看護 | 体調不良 | 体調管理が可能となる 家族がインフルエンザで発熱・肺炎 |
| H28.2 | 訪問調剤 | 訪問看護スタートと同時 | 薬剤の自己中断によるリスクを回避するため |

第2章 事例2

| 時期 | 事業者等 | きっかけ | 実施内容、目的等 |
|-------|----------------|---|---|
| H28.3 | ショートステイ | 娘の体調不良、レスパイトのため | 娘の介護負担を軽減できる |
| H28.3 | 訪問調剤 | 頻脈があり呼吸苦 | 日中は開錠が困難 娘がいる休みの日に合わせて薬を持っていく |
| H28.5 | ショートステイ・レスパイト | 娘の仕事が始まり、娘の負担(介護・家庭・仕事)が増加することが想定 | |
| H28.5 | 通所介護 | 娘が働き始めたため、本人にも今後の生活スタイルの変化を意識してもらう | 比較的若い方のため、半日リハビリスタイルのデイから導入していく 刺激を受けることで生活への意欲を促す |
| H28.5 | デイサービス | 体調安定、娘が仕事、不安の増強 | 不安の軽減 |
| H28.5 | 訪問介護 | 娘が働き始めたため、平日の昼の食事確保が困難になったため。 | 調理 食事がしっかりとれる |
| H28.5 | 訪問看護 | リハビリを中止したが気持ち良いと言っていた | ・食事の確保だけでなく、身体保清の手伝い(足浴等)を行ってもよかったのではないか |
| H28.5 | 訪問看護 | 労作時の呼吸困難出現呼吸困難 内服管理が困難な状態 | 内服の維持 本人の生活スタイルへの助言、できることの維持 |
| H28.5 | 訪問調剤 | 娘の仕事が始まる 麻薬管理説明 | 薬の効果の理解が深まる。急に薬を中止することがなくなる |
| H28.5 | 訪問調剤 | 娘さんが働くことになった頃 | 服薬管理ができる→症状の緩和 |
| H28.5 | 訪問リハ | 労作時の呼吸困難出現 | 呼吸リハビリ(呼吸苦の軽減、労作時の呼吸苦が少ないようにどう動いた方が良いか等) |
| H28.5 | ボランティア等の利用 | 本人の体の回復があり活動量が増加している | 意欲向上 |
| H28.6 | 訪問診療 | 酸素化問題なく呼吸苦が先行していく | モルヒネなどの麻薬導入 |
| H28.7 | 訪問調剤 | 麻薬使用開始 | 麻薬使用による効果および副作用の早期把握。呼吸器症状の把握→連絡 |
| H28.7 | ホスピス | | 見学 |
| H28.8 | 訪問診療 | 呼吸苦が増悪したタイミング | HOTを入れることで効果的な酸素化ができる |
| 今後 | 緊急システム | 日中独居になるため | 本人からのコールが可能となる |
| 今後 | 定期巡回(ヘルパーと看護師) | 家族がいる環境があるので相談となる(夜間は男性スタッフもいる)。夜間対応型もいいのでは | |

事例3. 多職種で考える。視力障害を持つ一人暮らしの方の支え方 —より長く、住み慣れた自宅で過ごしてもらうために—

(1) 事例概要

対象地区：大泉地区

開催日：平成28年12月15日

コーディネーターおよびパネリスト

- ・ひまわり調剤薬局 学園店 早川 吏津子（薬剤師）
- ・大泉高齢者相談センター やすらぎミラージュ支所 井上 奈美（ケアマネジャー）

●内容

視力が極度に低下している独居の方の事例を通じ、在宅で療養する方が、住み慣れた地域で最期まで自分らしい暮らしが出来るよう、薬局の活用を含めた多職種の連携や、必要なチームケアについて検討した。

●本症例について

基本情報：88歳 女性 独居

主病名：高血圧症 過敏性腸症候群 変形性膝関節症 変形性腰椎症 骨粗鬆症 脂質異常症
過活動膀胱

既往歴：強度近視による重度視力低下

●グループディスカッションのテーマ

本症例において、自宅での生活を少しでも長く継続してもらうために、今そして今後、何ができますか？
本症例で必要となりうる支援について、ご自身の職種やサービスに限らず、地域全体としてできる支援を検討してください。

●グループディスカッションのまとめ

今できることの議論では、視力低下がある中でどのように活動量や社会参加を確保・拡大するかということなどが着目された。一方、今後すべきことの議論では、視力低下が進行した後の服薬管理の方法や緊急時の対応等が着目された。各班の議論の中で、視力低下の人へのアプローチについてさまざまなアイデアが出てきた。

キーワード：視力低下 一人暮らし 服薬管理

(2) 発表内容

平成28年度 第3回 事例検討会・多職種交流会 平成28年12月15日（木）

多職種で考える。
視力障害を持つ一人暮らしの方の支え方
—より長く、住み慣れた自宅で過ごしてもらうために—

ひまわり調剤薬局 学園店
薬剤師 早川吏津子

大泉高齢者相談センター やすらぎミラージュ支所
ケアマネジャー 井上奈美

1

事例紹介

Kさん 88歳 女性 要支援2

- 主病名 高血圧症、過敏性腸症候群 変形性膝関節症、
変形性腰椎症、骨粗鬆症、脂質異常症、
過活動膀胱
- 既往歴 強度近視による重度視力低下
- 家族構成 独居（夫と死別）

2

現病歴

視力低下（強度近視による）

- ・ H18ごろから視力低下
- ・ 現在は左は失明し、右が0.04程度
- ・ 視野狭窄あり
- ・ 文字等はほとんど見えない
【具体例】電話番号は太字マジックで1文字大ききさ5cm程度の数字を書いておいてある
- ・ 自宅での長年の生活により、どこに何があるのかを把握している
【具体例】ヘルパーが掃除していない箇所も掃除が行き届いている
置物などもピカピカに磨かれている
季節が変われば衣類、寝具、スリッパを入れ替える
- ・ 道路は白線を頼りに歩行
- ・ 信号もよく見えず、人や車の音を参考に渡る

- ・ これまで眼科を4軒渡ってきたが治療法なし。矯正に限界があるといわれ、現在は眼科受診なし。市販の点眼薬を利用。
- ・ 将来、身体障害者手帳を申請して白杖が利用できる可能性あり

3



4

現病歴

過敏性腸症候群

- ・H20ごろから
- ・下痢と便秘の繰り返し 便通が安定しないのが一番の悩み
- ・間に合わず汚してしまうことが度々あるが、時間がかかっても自分で処理
- ・常にお腹を気にしており、安心して外出できない

不整脈、貧血など

- ・いつも息が荒いが、話し出すとだんだん落ち着いてくる
- ・熱中症になりやすい

変形性膝関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症

- ・左下肢に軽い麻痺あり
- ・両膝にヒアルロン酸注入

※ クリニックに月に1回受診（タクシーを利用）

5

服薬状況（H25.11）

| 傷病名・状態 | 処方薬 |
|------------|------------------------|
| 高血圧 | アムロジピン（5） |
| 不眠症 | ゾルピデム（5） |
| 高コレステロール血症 | ピタバスタチン（2） |
| 骨粗しょう症 | エルデカルシトール（0.75） |
| 排尿障害 | ミラベグロン（50） |
| 変形性関節症 | セレコキシブ（100） |
| 胃炎 | オメプラゾール（10） |
| 過敏性腸症候群 | ラクトミン（乳酸菌）, 酪酸菌, 糖化菌 |
| 腰痛症 | ケトプロフェンテープ フェルビナク軟膏 |

6



7

生活歴

- ・若いころは塾の先生、洋裁などの仕事をしていた
- ・書道、華道、茶道をたしなみ、書道はH25まで学会に所属
- ・H10に夫ご逝去
- ・上記を機会に秩父のケアハウスへ入居するも「何もすることがない」と7カ月で退居（当時約70歳）
- ・もともと外出好きだったが、H20ごろより体調が悪化し、だんだん家で過ごすことが多くなる

8

ADL

- ・ 起き上がり、立ち上がりは掴まる必要がある
(ベッドからの立ち上がりは、椅子を脇に置きそれを支えに行っている)
- ・ 屋内は家具に掴まるか膝に手を置いて歩行
- ・ 外出時はシルバーカー使用
普段から自宅周辺で掃き掃除をしたり、草むしりをしたりしている
- ・ 認知面は良好
- ・ 電話が聞き取りにくくなってきているなど、聴力低下がある

9

環境要因

住環境

- ・ 2階建の一軒家
1階：応接室 浴室
1.5階：台所
2階：居室（寝室） トイレ
- ・ 手すりは階段のみ
- ・ 普段は1.5階と2階で生活している

スキップフロア
で階段が多い



10

環境要因

家族状況

- ・独居
- ・夫：H10に他界
- ・長女：視力低下した本人に代わって書類の確認、贈答品等の買物を行う。
- ・長男：近隣に住む。仕事が多忙であるが月に2,3回ほど訪問し、銀行のお金の管理、門や戸棚の修正、買物などを行う。

孫やひ孫も会いに来る。おもちゃなどを用意したり遊んだりともてなす。

友人関係

- ・近所に友人が少数いる。最近その1人が亡くなり、気落ちしている。

11

グループディスカッション

本症例において、
自宅での生活を少しでも長く継続してもらうために、
今そして今後、何ができますか？

本症例で必要となりうる支援について、
ご自身の職種やサービスに限らず、地域全体としてできる
支援を検討してください。

(検討する時期)

いま現在できること ・ 今後すべきこと

(検討する視点)

医療サービス ・ 介護サービス ・ その他

12

現在利用しているサービス

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|--|---|--|---|------------------------------|---|
| | (60分) 訪問介護 | | (20分×3) 訪問リハ | | (60分) 訪問介護 | |
| | 買物 ※H22導入時は同行だったが、視力が低下するにつれ代行を頼むようになっていった。 | | PTによる訪問リハビリ ※腰や肩などの重さやだるさのマッサージと、室内での機能訓練を実施。 | | 掃除・必要時調理補助 ※調理補助は主に包丁の使用。 | |

※その他、月に1回 クリニック外来受診、および訪問調剤を利用
緊急通報システムを利用中
訪問看護は実施してみたが終了

13

薬局が入ってできたこと

状態に合わせた処方内容等の変更

- ①チオトロピウム吸入用（カプセル製剤）…カプセル器具に入れて使用
カプセルは冷所保存
→チオトロピウム吸入用（キット製剤）（一体型でカプセルのセットが不要）に変更
- ②チオトロピウムがうまく吸えないので、苦しい時に併用するよういわれたツロブテロールテープが効果があった
→コンプライアンスが悪かったチオトロピウムを中止しツロブテロールテープを毎日使用できるように医師に相談し変更

※チオトロピウム、ツロブテロールテープ：気管支拡張薬

14

薬局が入ってできたこと

状態に合わせた処方内容等の変更

③血液検査の結果

LDLコレステロール 55、クレアチニン 0.86、ヘマトクリット値 33.2
ヘモグロビン 10.9

→次月の処方も減薬がなかったため医師に疑義し、高コレステロール血症の薬は削除いただく

1年後の血液検査の結果、

LDLコレステロールは142 服薬再開するほどでない数値

→検査値から貧血を意識した食生活を提案（鉄分を含む食品を指導）

15

薬局が入ってできたこと

状態に合わせて手持ちの薬を利用

・訪問開始時は、首や頭部に湿疹やかぶれあり

・本人に手持ちのステロイドがあったため、使用法と使用部位と一緒に塗って説明

⇒症状がなかなか改善しない部位があり、受診時医師に相談していただき強めの軟膏を処方していただいて改善

使用法をきちんと伝えれば状態は良くなり、現在の皮膚状態は良好

たまに湿布でかぶれたりするが使用する薬を本人も把握しているので悪化することはない

16

薬局が入ってできること

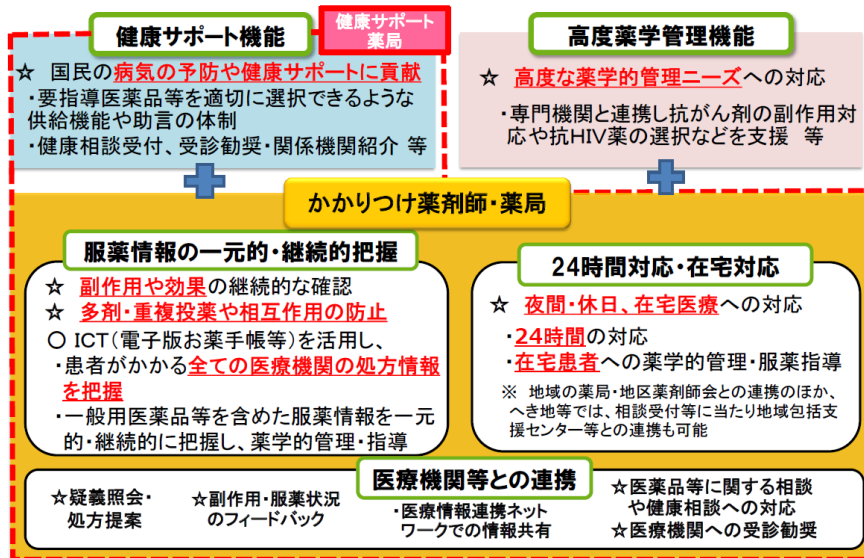
- ①服薬状況の確認による**残薬の再利用**や**重複薬の削除**（医療費の抑制）
- ②**副作用の確認**
（体調変化が副作用によるものかどうかなど）
- ③**OTC（一般用医薬品）**や**健康食品**についての適正使用とアドバイス
- ④服用困難な薬の**剤形変更**や**服薬回数の軽減**
- ⑤患者さんの食事や運動を含めた**健康相談**（健康サポート薬局）

訪問することで患者さんと身近に接することができ、
薬剤師としての視点から気づけることがある

17

初期の健康相談を支える薬局の新しい役割

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～



厚生労働省 患者のための薬局ビジョン 平成27年10月23日

18

多職種で患者さんを支えるために

- ✓ 薬局は患者宅への訪問回数が少なく、生活における患者さんの些細な変化は、患者さんの一番近くにいる介護職の方から情報を得ることが多いです。
- ✓ また、健康サポート薬局（前スライド参照）の考えが打ち出されたことで、初期の健康相談や医薬品の服薬管理など、多職種の方との連携がより深まっていくと考えています。
- ✓ 医療・介護職の双方と、患者さんに関して気軽に連絡が出来る関係性を築いていけたら良いのではないかと思います。

グループワーク内容（検討内容より抜粋）

今できること（どのような状況だから、何をするか）

○本人等の気持ち

- ・今後の生活をどうしていきたいのかを家族・本人の希望を確認
- ・本人の気持ちの把握→生きがいのある生活にする為には？
- ・何をしている時が一番楽しいか

（医療サービス）

○多職種の間わり

- ・訪問看護の利用（健康状態のチェックで内服薬を調整）
- ・眠剤等も服用しているので精神的なフォローが必要かもしれない→ヘルパーが入ることにより安心するかもしれないが医療的なこともできる訪問看護があっているかもしれない
- ・薬剤師（訪問）利用
- ・リハビリ
- ・口腔状態の確認（歯科）
- ・何かあった時の連絡体制をすぐに作る

○過敏性腸症候群のコントロール等

- ・本人の性格→几帳面？神経質？からくる便通の不安定？→ストレスを解消すればよいのではないか
- ・本人が何かしら集中できる物があれば過敏性腸症候群は解消できるのではないか
- ・おむつは使用したくない思いか？そこのケアがあれば？
- ・下剤と便秘の面からも医療的なフォローが必要？
- ・薬の内容・回数を見直す（経済的、身体的負担を軽くする）→将来的なことも考えて変えていくことの説明を十分に作る

○活動量の確保、転倒予防

- ・活動の範囲を広げる為に、どのタイミングで出やすいか→排便コントロール
- ・動けなくならないようにするリスク回避
- ・理学療法士:外出減、閉じこもらないような支援、リハビリ、痛み止め
- ・ベッドから立ち上がって倒れてしまったのは、入眠剤が効き過ぎてしまうのでは？
- ・転倒のリスクを減らす →内服薬の調整（血圧、入眠剤、骨）で減らす
- ・起きた後に転びやすい（そばにライトがあるか、段差がないか、動線のチェック、etc）→視野がかなり狭い、転倒骨折（寝たきりにつながる）を防ぐ

(介護サービス)

○リハビリ

- ・転倒のリスクが今後大きくなっていく→どういったリハビリが必要か評価してもらう必要がある
- ・少し離れた所にある趣味が活かせる、入浴、リハビリができるデイサービスの利用
- ・早い段階でのリハビリが必要 気力を保つ
- ・転倒が心配される→今後車椅子等になると生活が変わってしまう可能性がある
- ・筋力低下を防ぐ→デイケア等が必要
- ・精神面で気落ちすると、認知機能低下につながる恐れがある→日中活動量を増やすことにより眠剤、高コレステロール症の薬を減らせる可能性がある→デイサービス等のリハビリを増やす

○外出の促し

- ・実は出掛けたい場所があるのではないか？
- ・外に出る機会が必要、ただ視野狭窄に対応できるか問題
- ・在宅サービスだけではADLは落ちていくと思う→通所のサービス導入
- ・ガイドヘルパーを使う
- ・盲導犬の利用
- ・デイサービスはトイレが気になるので行けないのか？
- ・デイサービス利用可能→本人がどう思うか→友人と一緒に行くのでは？友人と同じデイを提案
- ・視覚障害に特化したデイサービス

○食事のフォロー

- ・食事のフォロー（目が見えないので、きちんと作って食べられているか）
- ・週1回でもヘルパーに来てもらって外出（買い物）と一緒にしてもらおう
- ・食事の偏りがあり、下痢と便秘を繰り返している？という見方もある

○住環境等の整備

- ・住環境の希望、意思確認
- ・住環境：目が悪いのであまり変えたくないが、いずれ階段昇降が負担となるリスクになる可能性大
→1Fを生活スペースに
- ・手すり等、福祉用具のお試し
- ・ベッドを福祉的なものにする→介助バーがついているもの
- ・手すりを取り付ける際には色がはっきりとしていて見えやすいもの
- ・階段がわかりやすいほうに黄色いテープを貼る
- ・転倒することを予測して、じゅうたんを貼る
- ・触れて楽しめる様な物、生活の張りが出るのではないか→お花の香り
- ・高齢者向け緊急通報システムの設置→転倒した時に助けを呼べるため

(その他(行政、地域資源、保険外サービス等))

○人との関わり

- ・人とつながれること(デイサービス、友人)
- ・友人と付き合いが減っているので、同年代の友人だから言える環境の配慮
- ・ありのままの姿(不安ごと)を伝えられることを支援する
- ・視力障害の人達の会→お話ボランティア
- ・統合事業の活用
- ・近所の方に声掛け カフェとか
- ・視覚障害の方のネットワークの周知
- ・ガイドヘルパー

今後すべきこと(どうなった時に、何をするか)

○本人等の気持ち

- ・「今後どのような生活をしたいのか」について十分な聞き取りをしたい
- ・認知症等、弱くなった時にどうするかを家族と話しておく(長男・長女と)
- ・できること、していけることを続けられる(生活に満足感を得られる)方法の検討、本人のこれまでの生き方を尊重した支援

(医療サービス)

○多職種の間わり

- ・自立度が低くなった時に1日一度は確認
- ・認知症専門医を決めておく
- ・視力、聴力、認知力を定期的に検査し把握
- ・皮膚状態観察、スキンケア
- ・排便周期チェックリスト作成
- ・通院できなくなってきたら訪問診療

○服薬管理

- ・薬は居宅療養管理指導で薬剤師が訪問して管理(目が見えないと落としているかもしれない)
- ・一包化の薬にシールを貼ったりし、いつ飲むかの目印をつける
- ・自立で服薬できるよう、モコモコペンで、「アサ・ヒル・ヨル」と書く
- ・昼の薬(1錠)を減薬できるか?(減薬することで内服回数が1日3回から2回へ減る)
- ・状態の変化、服用困難(嚥下力)に応じて薬の見直し

(介護サービス)

- ・活動と参加の機会を確保
- ・デイサービスを利用し友人を増やす
- ・運動機能が低下したら訪問リハで運動対策
- ・ヘルパーの関わりは続けたい→モニタリングの役割も含めて
- ・転倒や緊急時に備え、定期巡回サービス
- ・通院時のヘルパー同行
- ・転倒し骨折した時は区分変更で介護度が上がる→全般的に介助が必要になる
- ・介護度が上がった時のために今から人に慣れておく
- ・もっと見えなくなってきた時に、
 - 入浴時洗えていないのでは？→入浴介助
 - 排泄の処理も見えていないと拭き取れていないのでは→ヘルパー
- ・今後見えなくなるときの
 - 調理→視力低下でも調理ができる動作評価（支援2なので多くは使用できない）、栄養面を栄養士よりフォロー、減らせる薬は減らしたい、高脂血症、高血圧症
 - 環境→転倒の前に転倒リスクを正しく説明し、視力があるうちに住環境整備 聴覚を補助する物 補聴器 骨伝導装置 見守り訪問・緊急通報・配食の在宅生活支援を導入
 - 障害者手帳の申請してみる

(その他(行政、地域資源、保険外サービス等))

- ・緊急コールできるもの（ペンダント等）を利用し、緊急時に助けに入れるようにする
- ・触覚で認知できる環境にする点字など
- ・身体障害者手帳申請
- ・同行援護（ガイドヘルパー）
- ・聴力が低下した時→何ができるのか？

○家族、近所との関わり

- ・視覚障害の方の集いに参加
- ・地域の活動に何かしら参加
- ・友人と会う機会を作る
- ・お腹の状態が落ち着けば、例えばデイサービスへ講師で行くことが出来る可能性はある？
- ・家族に向きあってもらう（意向確認）

事例4. 地域で支える“老老・認認生活” – 1日でも長い夫婦生活のために –

(1) 事例概要

対象地区：光が丘地区

開催日：平成29年2月9日

コーディネーターおよびパネリスト

- | | |
|----------------------------|------------------|
| ・オサムラ訪問看護ステーション | 野中 美穂（訪問看護師） |
| ・ケアワーカー中ノ宮 | 鈴木 洋子（ケアマネジャー） |
| ・ケアワーカー中ノ宮 | 本望 信子（サービス提供責任者） |
| ・オサムラクリニック | 長村 洋（医師） |
| ・光が丘高齢者相談センター 練馬キングスガーデン支所 | 笠原 園子（相談員） |

●内容

自宅での生活を望む方に対して、地域全体ではどのような支援ができるのか。認知機能低下がある高齢の夫婦の事例を通して、地域全体での幅広い支援のあり方を検討した。

●本症例について

基本情報：80代後半の夫婦 要介護3（夫婦）

主病名：（夫）肺炎 脳梗塞 慢性閉塞性肺疾患 前立腺肥大症
（妻）てんかん 左下肢潰瘍 アルツハイマー型認知症

●グループディスカッションのテーマ

- ①「夫婦の困りごと」と「支援者の困りごと」を整理してください。
- ②グループで夫婦の困りごとを1つ選び、それに対して「地域でできること」を考えてください。
発想を転換し、自分たちの職種の視点だけでなく、家族やご近所さんの視点にも立ち、また、本人たちの立場になったと仮定して考えてみてください。

●グループディスカッションのまとめ

夫婦が楽しく在宅生活をするために何ができるか、どうすれば2人は旅行にいけるのか。課題が多くある中で、専門職や地域の人々にどのようなことができるのか、さまざまな発想のもとさまざまなアイデアが生まれたディスカッションとなった。

キーワード：老老介護 認認介護 地域資源の活用

(2) 発表内容

地域で支える“老老・認認生活” ～一日でも長い夫婦生活のために～

事例紹介

公営住宅1階に高齢者二人暮らし。子供は難病にて死別。キーパーソンは、義妹(夫の弟は死別)。夫は呼吸器疾患のため入退院を繰り返している。昨年6月の入院時、病院側は在宅生活は難しいと考えていたが、夫の強い希望で8月初旬に退院となった。病院側の退院条件として夫は念書(運転しない、脱水を起こさない、通所する)を書いた。妻は、平成27年頃より認知機能低下が始まり被害的な言動もみられ、8月の夫退院以後は、認知機能低下が進行し、夫を夫と認識できなくなってきた。また、夫は妻の認知症の症状が出始めた頃から、妻の言動にイライラして怒鳴ったり叩いたりしている。その情報を受け、ケアマネジャーが地域包括支援センターに定期的に相談している。また、金銭管理困難と考え、後見人についても地域包括支援センターに相談してきたが、夫婦が自己管理できると言い、後見人は拒否している状況である。

夫の8月退院時、夫婦の在宅生活は難しくなってきたと考えられたが、サービス担当者会議の際に、夫婦の在宅生活継続の強い意思確認をしている。現在ケアマネジャーを中心に、訪問看護・訪問介護サービスの提供と連携をとりながら、地域の方の協力を得て、一日でも長く在宅生活の継続ができるように支えている。

第2章 事例4

| | 夫 | 妻 |
|--------|---|--|
| 年齢 | 80代後半 | 80代後半 |
| 介護度 | 要介護3 | 要介護3 |
| 現病歴 | 肺炎 脳梗塞 慢性閉塞性肺疾患 前立腺肥大症 | てんかん 左下肢潰瘍 高血圧 アルツハイマー型認知症診断 H27年12月からドネペジル(認知症症状の進行抑制)開始 |
| 主治医 | オサムラクリニック | オサムラクリニック |
| 医療処置 | 在宅酸素 H22年～ 尿管カテーテル留置 H28年8月～ | 潰瘍部処置 H27年4月～H28年6月 |
| ADL | 歩行時にふらつくことがあり 車を運転していたが H28年8月廃車 | 室内は伝い歩き・すり足 屋外は杖歩行(一人で出掛ける事はない) |
| 入院歴 | H27年8月、H28年1/7～1/18 H28年6/27～8/8 | |
| 性格 | 頑固 外面が良い | おしゃべり好き 社交的 |
| 生活歴 | 電話会社に定年まで勤務 銭湯好き タバコ好きだったが禁煙 車で買い物に行くのが楽しみ 麻雀のテレビゲームをよくしている 旅行好き 町内会役員をしていた 近所付き合いも多い | 銀行勤め, 結婚後主婦 昔から調理が苦手 バス旅行に夫婦で参加していた 妻も町内会の役員をしていた 今も隣人との付き合いあり |
| 訪問看護内容 | 状態観察 酸素療法・尿管カテーテル管理 内服管理・水分補給・リハビリ 入浴介助 | 状態観察 下腿処置、治癒後も観察とスキンケア 内服管理・水分補給 リハビリ |
| 訪問介護内容 | 水分補給・内服確認 買い物 調理 掃除 ゴミだし 洗濯 | 入浴介助 左記同様 左記同様 |

＜食事＞

- ・車がある時は、夫が毎日のように買い物に行き、同じメニューの細巻き寿司（カッパ巻、ネギトロ巻）と、カキフライをよく購入してきました。「これが食べたいんだよ。」
- ・食べられなくて、賞味期限が切れても冷蔵庫に残ったままになっている事もある。
- ・廃車後は、出前の寿司をよく頼んでいる。
- ・弁当など食べたくないと思ったり、隣人に渡している。

- ・**因** 自分で買い物に行く事が好き。好きな物を自分の目で見て選んで購入したい。オレンジューズが大好き。冷蔵庫に必ずオレンジューズがあり、水分補給を勧めると、「オレンジューズを出してくれ。」と言うことが多い。
- ・**妻** ヘルパーが準備したものを「こんなものは食べれない」と言い、食べない事がある。
- ・**妻** ヘルパーが食事準備していると、「私はいらない。作っても食べないから」と一点張りです。ヘルパーが帰る頃には全量摂取している。また、「ご飯作りを頼んでもいいのに、勝手に来て作って、お金を持っていく」と言うこともある。

＜排泄＞

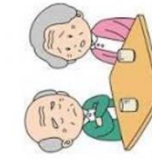
- ・**因** 自立。尿バックに溜まった尿は、自分自身で毎朝出して、およその量をカンダに記載している。夕方のヘルパー訪問時には、ヘルパーが尿を出している。尿バックを携帯酸素カートに下げているが、高さの高い箇所に下げることが多い。尿の色が濃くなると、「オレンジューズの色だ」と訪問者に言うことが多い。
- ・**妻** カテーテルについて、「抜いてしまおうか」「邪魔だよ」と言うことがある。
- ・**妻** リハビリパンツを使用。尿失禁が始まり、ヘルパーの介助を受けている。リハビリパンツが汚れていても、なかなか交換せずにはいっていて、「夜、使うから」と捨てることを拒む事がしょっちゅうある。

＜行動面など＞

- ・テレビを観て過ごすことが多い。テレビは寝室でも居間でも観る事ができる。
- ・**因** タクシーを呼び、でかけることがある。「タクシーは呼べば直ぐに来るんだ」電動自転車が出かけようとして転倒し、擦り傷を覆っていることがある。妻が夫のことを認識できなくなってきたことに苛立ちもあると言っている。妻のボケた言葉にカッととなり、怒ったり叩いてしまったり。妻が「あの人、何も食べないのよ。」と心配してじっと見ていることもある。自分ひとりの時間をもちたいと言ったこともあったが、常に「〇〇（妻）はどうした？どこにいる？」と心配している。
- ・**妻** 掃除、洗濯、調理等はしていない。夫に言われて、食器を洗ったりすることはある。しかし、ヘルパーが家事手伝いの声かけをすると、「自分でやるからいい。やらなくていい」と繰り返して言うことが多い。
- ・**妻** 夫について、「私の家に変な人がいる。知らない人がいる」「何時の頃からか、お客さんが寝ている」「ちょっと若いけど（自分の）お父さんよ」などと言うことが増えている。しかし、夫が体調不良で寝ていると、ベッド近くに行き、「あの人、何も食べないのよ。」と心配してじっと見ていることもある。常にお金を盗られないか心配し、万札が何枚も入っている黒いボシェットを肌身離さず掛けている。入浴時もボシェットを掛けて浴室に来る事が多い。

＜清潔＞

- ・夫婦とも、入浴介助をうけている。（夫は訪問看護、妻は訪問介護）
- ・**因** 入浴が大好き。髭剃りなどはこだわりの声かけがあり、自分です。看護師が「どうやってお湯を出すのかしら」と声をかけると、自分で湯を沸かしたり、排水溝が流れやすいうようにしたりと準備を始めるが、膀胱留置カテーテルや携帯酸素ポンベの位置は気にせず動いている。
- ・**妻** 片付けも自分自身で行いたい気持ちがあり、マットをあげたり、湯を抜いたりすることが多い。
- ・**妻** いろいろな理由をつけて、入浴を拒むことが多い。



夫婦の生活状況

新築住宅1階に暮らす。ヘルパーは義妹（夫の弟は死別）。そのヘルパーも高齢で理解力低下あり。

＜睡眠＞

- ・夜間は問題なく睡眠できている。
- ・**妻** てんかんの薬を眠れる薬と信じ、自分の薬の自己管理にこだわっている。「これは大事な薬。見せられない」

＜連絡や相談など＞

- ・電話をかけると、妻が電話に出ることが多い。電話に出た時は「〇〇です」と、しっかりと名乗る。
- ・**妻** ケアマネジャーの事業所に、1日に何度も電話することがある。訪問看護ステーションには、「目が壊れた。変だ」「訪問看護予定日）今日はいっ来るの」など、医療的な面や看護師に聞く内容を電話してくる。

＜医療＞

- ・夫婦とも、薬は看護師がセット。ヘルパー訪問時に、忘れていた際は声かけしてもらい服用している。
- ・**因** 酸素カニューレを外したままにしていることがあり、アラーム音が鳴っていることが多い。酸素量も変わっていることがある。（労作時のみ1.5L）

（注）酸素カニューレ：酸素療法の際に使用する、酸素を送るチューブの一つ。両鼻腔に短いチューブを挿入して耳に掛けて固定した状態で使用する。

＜お金＞

- ・お金の管理は夫がしている。
- ・**因** 自宅に現金を100万円単位で置いていることがあり、通帳の残額（〇百万）とともにケアマネジャーや看護師に見せることがある。「お金はあるから、使っていていいんだ」と言うことが多い。
- ・**妻** 夫入院時、「もう（夫は）長くないのよ。私が一人になったらどうしよう。お金の事もちゃんとしなければいけない」と話すことがあった。

| 現在の週間サービス計画表 | | | | | | | 妻のサービス |
|--------------|-----------------|-----------|-----------------|------------|-----------|-----------|--------|
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | |
| 4:00 | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | |
| 10:00 | ヘルパー(50分) | | | ヘルパー(50分) | ヘルパー(50分) | | |
| 12:00 | 訪問看護(30分) | ヘルパー(50分) | ヘルパー(75分) | | | | |
| 14:00 | | | ヘルパー(105分) ※ | 訪問看護(60分)※ | 訪問看護(30分) | | |
| 16:00 | ヘルパー(105分) ※ | | | ヘルパー(50分) | ヘルパー(50分) | ヘルパー(50分) | |
| 18:00 | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | |

週単位以外のサービス 診療所：往診
 ※入浴介助(更衣介助)あり。その他は生活支援

| | | 平成28年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|----------------|----|----|----|----------|----|-----|-------------|-----|----|-------------|-------------|----|----|------|------------|----------|----|-----|--|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | |
| 夫婦 | 生活面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | サービス担当者会議 | 4/21 | | | | 8/6,8/21 | | | 10/27(支所参加) | | | 2/23 | 3/29 | | | 6/27 | | 8/9,8/17 | | | |
| | 生活面 | 車の運転 妻の主介護者 | | | | | | | | | | 夫婦で自宅で生活したい | 夫婦で自宅で生活したい | | | | | | | | |
| | 身体面 | | | | | 入院 | | | | | | 1/7~1/18入院 | | | | | 6/27~8/8入院 | | | | |
| 認知面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 (H28.1.22~) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妻 | 生活面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 身体面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認知面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問看護 (H27.4.21~) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 平成28年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|--|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | |
| 夫婦 | 生活面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | サービス担当者会議 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生活面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 身体面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 (H28.1.22~) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妻 | 生活面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 身体面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認知面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問看護 (H27.4.21~) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(3) 検討内容

グループディスカッションのテーマ

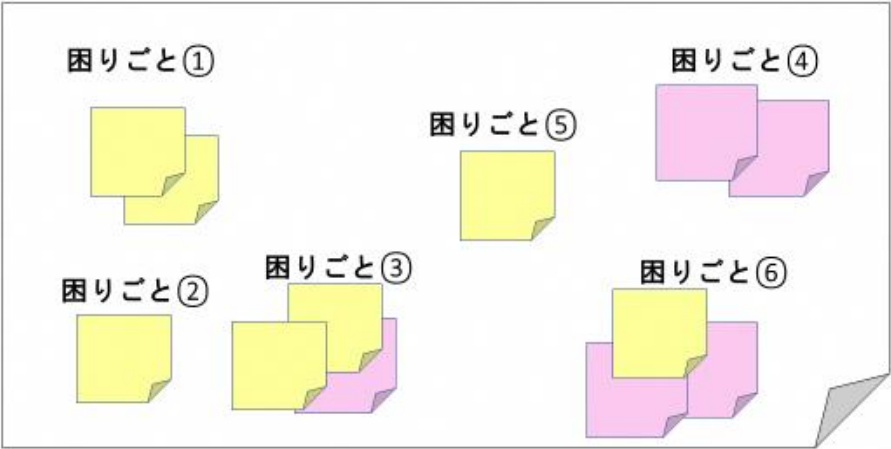
①「夫婦の困りごと」と「支援者の困りごと」を整理してください。

②グループで夫婦の困りごとを1つ選び、それに対して「地域でできること」を考えてください。

発想を転換し、自分たちの職種の視点だけでなく、家族やご近所さんの視点にも立ち、また、本人たちの立場になったと仮定して考えてみてください。

グループディスカッションのテーマ

①「夫婦の困りごと」と「支援者の困りごと」を整理してください。

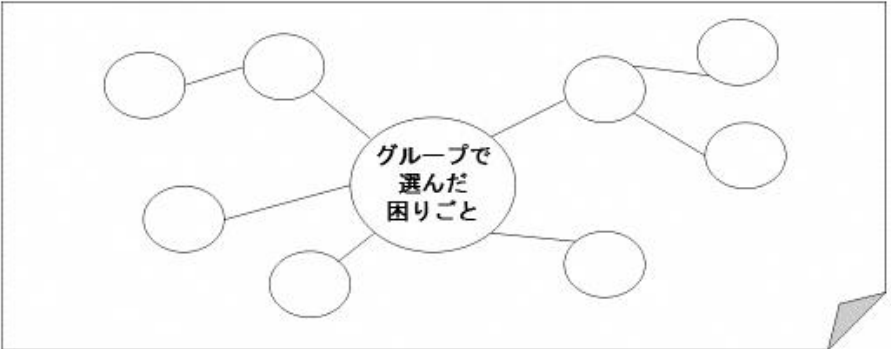


The diagram shows six sticky notes arranged on a white background. The notes are labeled as follows: 困りごと① (top left, yellow), 困りごと② (bottom left, yellow), 困りごと③ (middle left, yellow), 困りごと④ (top right, pink), 困りごと⑤ (middle right, yellow), and 困りごと⑥ (bottom right, pink). The notes are of various colors (yellow and pink) and are slightly overlapping, suggesting they are being organized or sorted.

グループディスカッションのテーマ

②グループで夫婦の困りごとを1つ選び、それに対して「地域でできること」を考えてください。

発想を転換し、自分たちの職種の視点だけでなく、家族やご近所さんの視点にも立ち、また、本人たちの立場になったと仮定して考えてみてください。



The diagram shows a central circle containing the text 'グループで選んだ困りごと' (Difficulty chosen by the group). This central circle is connected by lines to eight surrounding empty circles, arranged in a roughly circular pattern. This represents a brainstorming or idea-generation process where multiple ideas are generated around a single selected topic.

グループワーク内容（各グループの検討内容より抜粋）

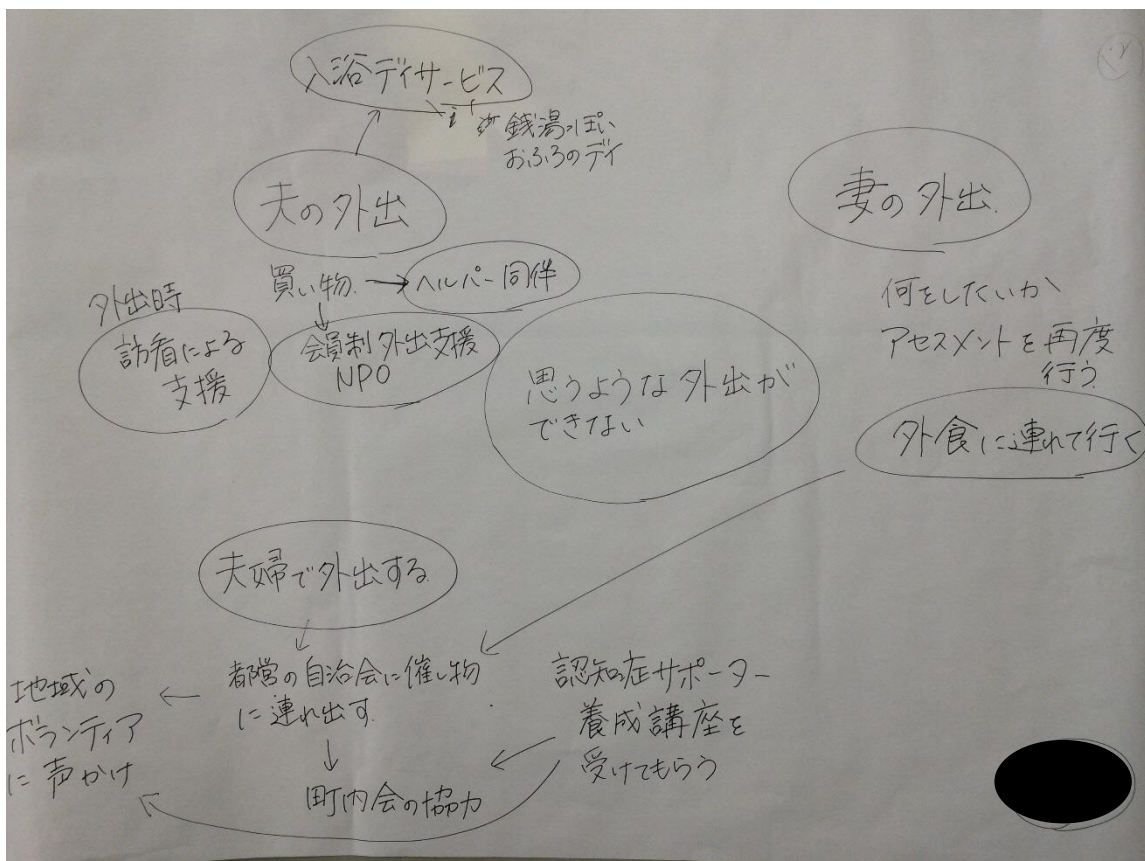
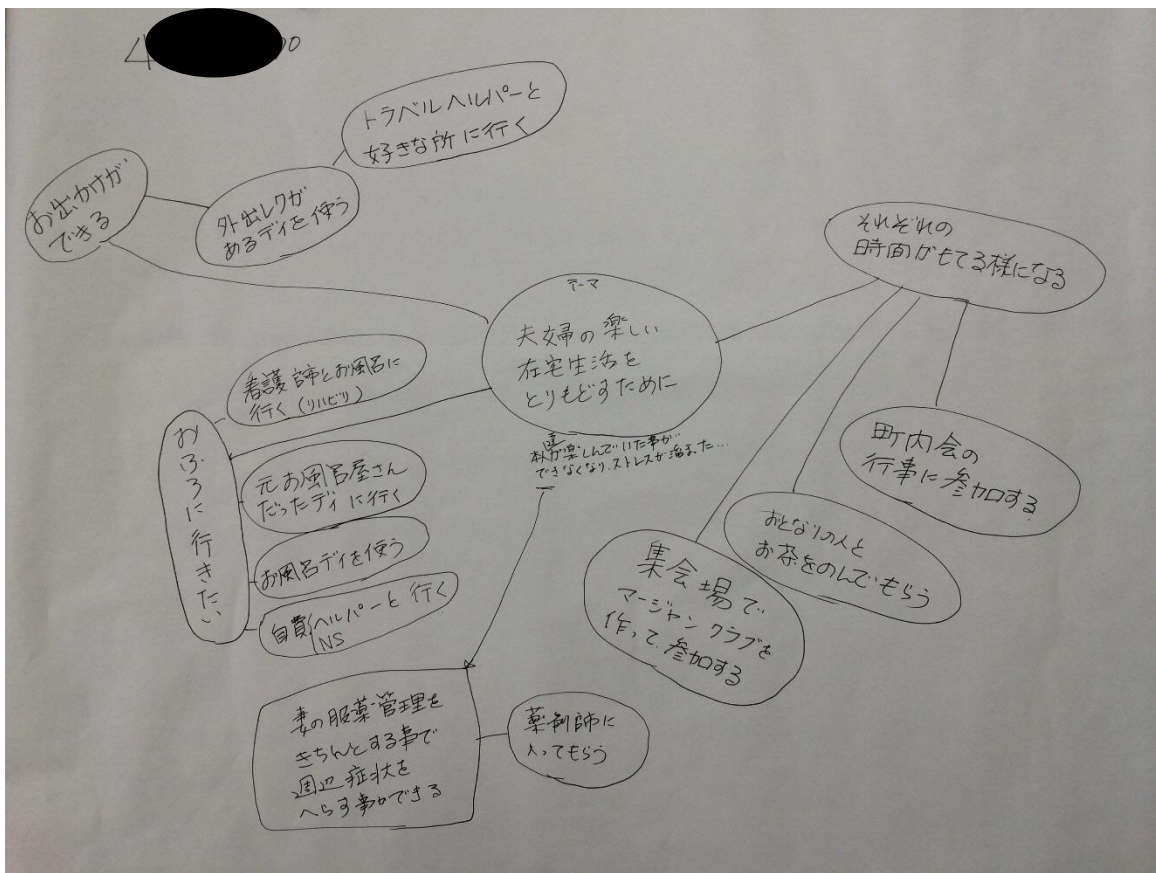
グループディスカッション① 困りごとのまとめ

| 夫婦の困りごと | 共通の困りごと | 支援者の困りごと |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭管理 ・ 本人たちのやりたい生活が難しい ・ 車 ・ 妻の認知力低下に伴う課題 ・ とともに要介護3介護力乏しい、 ・ 会話（話し相手が少ない） ・ 食事バランス悪い（好きなものだけ） ・ 精神面 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭管理 ・ 病識 ・ 夫婦関係 ・ 本人たちの楽しみ ・ 支援との関係 ・ ストレス ・ 体調管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭管理 ・ キーパーソン（理解力低下、どこまで頼れるか） ・ 暴力 ・ 拒否 ・ 妻の認知力 ・ 緊急時 ・ 医学的管理 ・ 本人と支援者の現状ギャップ ・ 病識 |

グループディスカッション② 各グループが選択した困りごと

- ・ 夫婦で楽しく旅行に行きたい
- ・ 妻の認知機能低下への対応
- ・ 金銭管理
- ・ 夫婦で楽しい在宅生活を取り戻すために
- ・ 本人たちのやりたい生活 どうしたらできるのか
- ・ 認知症で困っている事
- ・ 妻の言葉にカッとなり怒ったり叩いたりしてしまう
- ・ 歩行・移動
- ・ 妻の認知力低下
- ・ 奥さんが夫のことをわからなくなっている
- ・ 夫が妻にイライラしてしまう
- ・ 思うような外出ができない

グループワークの成果物 (例)



平成28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29年9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