

令和4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

令和5年4月

# 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 薬をたくさん飲んでいる患者さんの療養生活、こんな風に支えて います～薬剤師の役割、訪問看護師との連携、さらに広げたい多職 種との連携～-----	6
事例 2 まだ病気を受け入れられない高齢者への意思決定支援について ～進行性難病のため走りながら関わっているケースから考える～-	24
事例 3 自宅で暮らしたい認知症夫婦をどう支援するか ～医療・介護・QOL・多角的視点で検討する～-----	43
事例 4 家族の負担、どう工夫する？ ～介護家族の介護負担を下げるためのサービス調整～-----	63

## **第 1 章 本事例集について**

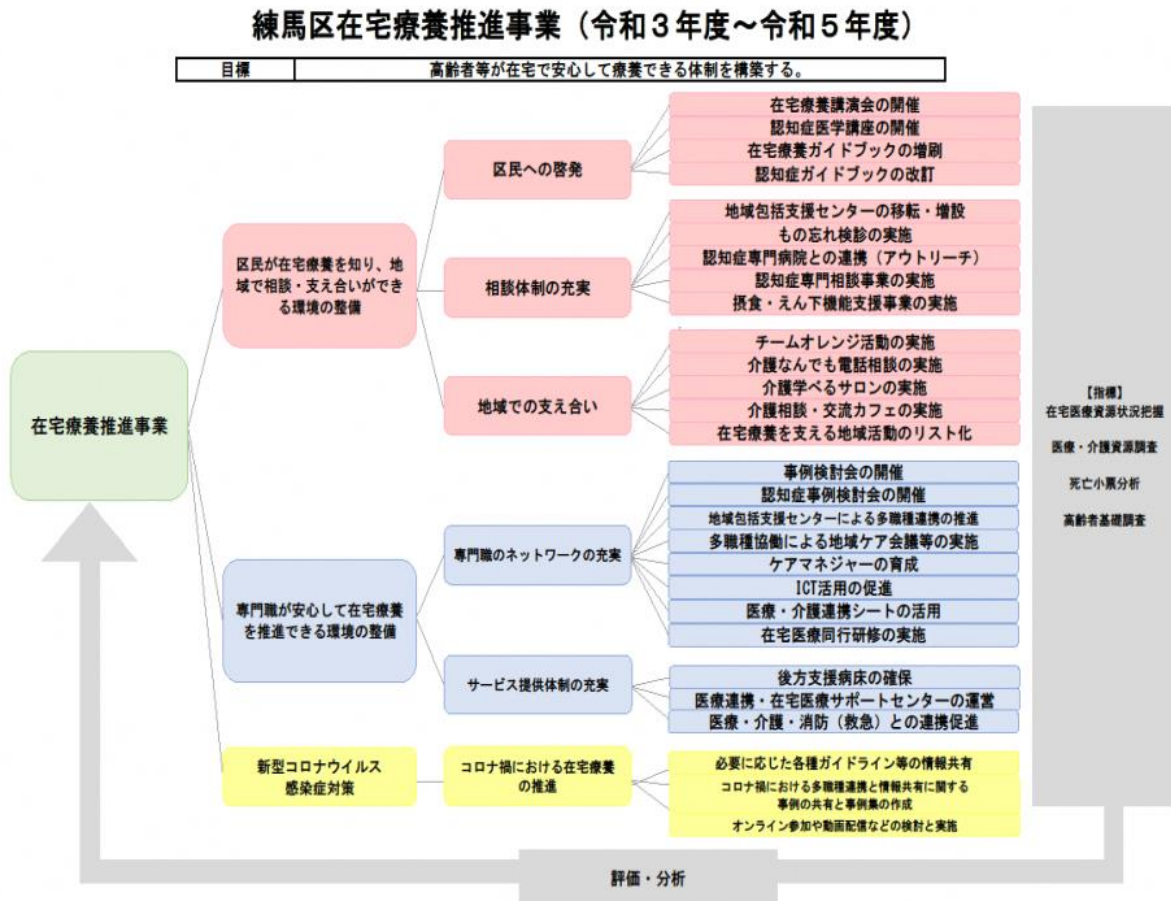
## 在宅療養推進事業について

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、高齢者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、「地域ごとの在宅療養ネットワークの構築」に向けた取組を行っています。

令和2年度に、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」が、新たな在宅療養推進事業について検討しました(図1)。令和3年度から令和5年度にかけて、区はこれらの取組を行っています。

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(5月27日)

石神井地区

テーマ： 薬をたくさん飲んでいる患者さんの療養生活、こんな風に支えています  
～薬剤師の役割、訪問看護師との連携、さらに広げたい多職種との連携～

第2回(8月6日)

光が丘地区

テーマ： まだ病気を受け入れられない高齢者への意思決定支援について  
～進行性難病のため走りながら関わっているケースから考える～

第3回(11月18日)

練馬地区

テーマ： 自宅で暮らしたい認知症夫婦をどう支援するか  
～医療・介護・QOL・多角的視点で検討する～

第4回(2月3日)

大泉地区

テーマ： 家族の負担、どう工夫する？  
～介護家族の介護負担を下げるためのサービス調整～

## 第2章 事例検討会の内容

## 事例 1. 薬をたくさん飲んでいる患者さんの療養生活、こんな風に支えています

～薬剤師の役割、訪問看護師との連携、さらに広げたい多職種との連携～

### (1)事例概要

対象地区：石神井地区
開催日：令和4年5月27日
<b>コーディネーターおよびパネリスト</b>
コーディネーター：ブルークロス駅前薬局 山中雅史 氏(薬剤師)
パネリスト：大地訪問看護ステーション 榎本絵里奈 氏(看護師)
<b>●内容</b>
14種類の薬を飲んでおり、薬剤師と看護師が協力して関わったある患者の例を通じて、内服管理へのアプローチのポイント、より良い在宅療養を提供するための多職種連携について、参加者の皆様と模索する。
<b>●症例紹介とディスカッションテーマ</b>
<b>&lt;症例&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 50代男性、一人暮らし。パーキンソン病をはじめとする複数の疾患歴あり。側弯症のため正しい姿勢が保持できず嚥下が困難で、多量の錠剤が飲み込みにくい。</li> <li>・ 某大学病院から転院後の通院で、処方内容の変更が訪問看護師に伝わっておらず、多量に残っていた以前の残薬の服用を続けていたことが発覚。患者希望により薬剤師の居宅療養管理指導を開始。</li> <li>・ 薬剤師介入後、服薬補助のための剤形変更や、多量の処方薬剤の見直しにより主治医への減薬候補提案を実施。また、訪問看護師の訪問に帯同し、患者と訪問看護師双方からの聞き取りを通じて今後のケアの方針をすり合わせ、より綿密な薬物療法の指示に繋がった。</li> </ul>
<b>&lt;ディスカッション&gt;</b>
Q1. 大量の残薬を見つけた場合など、本人と薬のことで話をしたことはありますか？そのときどのような行動をしましたか？
Q2. 薬剤師の方は、どんな場面・事例のときに、ほかの職種から相談してほしい/連携ができると思いますか？その他の職種の方は、どんな場面・事例のときに、薬剤師に相談/連携ができる(したい)と思いましたか？
<b>キーワード：</b> 残薬 減薬 多剤服用 ポリファーマシー 薬剤師 薬看連携 在宅療養 多職種連携

## (2)当日配布資料

### 2022年5月27日 第1回練馬区在宅療養事例検討会

#### グループディスカッションシート

- グループごとに55分間のディスカッションを行います。
- 以下2つのお題についてディスカッションを行い、発表して下さい。
- グループごとに司会者、発表者、書記を決めて下さい。
- 書記はこのシートに議論の内容やまとめを記録して下さい。

※Zoom参加の書記の方は、事例検討会終了後にワークシートを事務局宛にメールでお送りください。

(※切:6月9日まで) 送付先: [IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp](mailto:IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp)

#### Q1.

- 大量の残薬を見つけた場合など、本人と薬のことで話をしたことはありますか？

そのときどのような行動をしましたか？（この職種に相談・共有した。など）

※必要に応じ、記入欄を増やしても構いません

発言した職種	どういう状況で	どう行動した
(例) ケアマネジャー	(例) 朝食後4種類の薬を飲む方で、そのうち1つが大量に余っていた。 本人に相談したが、飲む薬が多く忘れがちになると話していた。	(例) 連絡ノートにその旨を記入し、訪問薬剤師にも連絡が行き、一包化することで対処した。

※ 裏面に続きます

Q2.

(薬剤師の方)

・どんな場面・事例のときに、ほかの職種から相談してほしい/連携ができますか？

(その他の職種の方)

・どんな場面・事例のときに、薬剤師に相談/連携ができる(したい)と思いませんか？

※必要に応じ、記入欄を増やしても構いません

この職種が	この職種に	こういった時にこういう相談・連携ができる(してほしい)	発言した職種
(例) ケアマネジャー	(例) 薬剤師	(例) 患者の自己判断で服用数を減らす方がいた際に、薬剤師からその薬の必要性をお伝えいただけると納得してもらえるのではと思う。	(例) ケアマネジャー

\_\_\_\_\_ 班 氏名 \_\_\_\_\_

### (3)当日スライド

令和4年度 第1回在宅療養に関する  
練馬区事例検討会

薬をたくさん飲んでいる患者さんの療養生活、こんな風に支えています  
～薬剤師の役割、訪問看護師との連携、さらに広げたい多職種との連携～

■コーディネーター

ブルークロス駅前薬局 山中雅史

■パネリスト

大地訪問看護ステーション 榎本絵里奈

こんな患者さんいらっしゃいませんか？

- ・ 訪問に伺うと残薬がたくさんある。
- ・ 薬を10種類以上飲んでいる。
- ・ どれをどう飲んだらいいのか分からなくなっている
- ・ どうしてこのお薬を飲んでいるのか、患者さんも自分もよくわからない。 など…

## ポリファーマシーとは

- ・ たくさんの薬を飲んでいることで副作用を起こしたり、正しく薬が飲めなくなってしまうなど、多剤服用する中で実害が生じているものをポリファーマシーと言います。
- ・ お薬がたくさんあってどれをどのタイミングで飲めば良いのかわからなくなってしまう事もポリファーマシーと言います。

## 薬剤師が在宅業務で出来ること

- 患者宅への医薬品・医療材料の供給
- 薬の飲み合わせの確認
- 服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援
- 服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理
- 副作用等のモニタリング
- 主治医に対し患者への最適な処方への提案
- 残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
- ケアマネージャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有 ...など

## 【事例紹介】

### <基本情報>

- ・ 50代男性、一人暮らし
- ・ 生活リズムは不規則
- ・ 外出は電動車いす
- ・ 室内では杖のみで、たまに杖がなくても移動出来るが、off状態では足が前に進まない。



### <疾患暦>

パーキンソン病、側弯症、坐骨神経痛、失語症、歯槽膿漏、頻尿

## 【事例紹介】

### <基本情報>

- ・ 側弯症のため仰向けでの就寝が不可能。
- ・ 10時ごろ起床、朝食と昼食が兼用の場合が大半で16時ごろになる。
- ・ 夕食は21時ごろ。しかしお腹が空いたら食べるような感じで時間に決まりはない。
- ・ 就寝は26時ごろだが、2時間ごとに目が覚めて満足な就寝時間を確保出来ず昼夜逆転がち。
- ・ 食事も側弯症のため正しい姿勢が保持できず嚥下が困難。
- ・ とにかく食事が楽しくない。薬を飲むため無理やり食事をしてる。
- ・ 薬も数が多いので錠剤が飲み込みにくい。
- ・ 前傾姿勢のため胃もたれが最近悪化している。





## 【事例紹介】

### <介入の経緯>

- ・ 某大学病院に通院中、検査のため別病院へ入院。
- ・ 検査入院が長引き、退院時に主治医が転勤され、受け入れが困難となり、検査入院した病院の関連病院へ転院。
- ・ 転院後の通院で、処方内容の変更が訪問看護師に伝わっておらず、多量に残っていた以前の残薬の服用を続けていたことが発覚。患者希望にて、薬剤師による居宅療養管理指導開始。

## 【事例紹介】

### <介入した際の対応>

- ・ 薬剤師介入後は残薬を全て回収し使えるものは再利用。処方薬を見直して減薬と服薬補助のため剤形変更。
- ・ 薬剤数が非常に多かったため、患者から綿密な聞き取りを行い、薬剤の取捨選択を行い減薬候補を主治医へ提案。
- ・ 敢えて訪問看護師がいるタイミングを選んで、患者と訪問看護師双方からの聞き取りを行い、今後の患者へのケアの方向性をすり合わせることで、より緻密な薬物療法の指示を行った。

転院前	転院後	薬剤師介入後
<p><b>【パーキンソン病等治療薬】</b>  メネシット配合錠100 4.5錠 毎食後  シンメトレル錠50mg 4錠 朝夕食後  レキップCR錠8mg 1錠 朝食後  レキップCR錠2mg 2錠 朝食後  ミオナール錠 3錠 毎食後</p> <p><b>【痛み止め】</b>  リリカカプセル75mg 3C 朝夕食後  トラムセット配合錠 2錠 朝夕食後</p> <p><b>【便秘薬】</b>  マグミット錠330mg 3錠 毎食後  ヨーデルS糖衣錠 1錠 就寝前</p> <p><b>【胃腸薬】</b>  ムコスタ錠 3錠 毎食後  ガスモチン錠5mg 3錠 毎食後</p> <p><b>【高血圧薬】</b>  ミコンビ配合錠AP 1錠 朝食後</p> <p><b>【睡眠薬】</b>  ルネスタ錠1mg 1錠 就寝前</p> <p><b>【ビタミン剤】</b>  メチコパール錠500μg 3錠 毎食後</p> <p style="text-align: center;">1日14種類 34.5錠</p>	<p><b>【パーキンソン病等治療薬】</b>  ドパコール配合錠L50 2錠 朝夕食後  ドパコール配合錠L100 2錠 朝夕食後  スタレボ配合錠L100 1錠 昼食後  スタレボ配合錠L50 1錠 昼食後  レキップCR錠8mg 1錠 夕食後  アマンタジン塩酸塩錠100mg 2錠 朝夕食後  リオレサール錠5mg 3錠 毎食後</p> <p><b>【痛み止め】</b>  リリカカプセル75mg 3C 朝夕食後  トラムセット配合錠 3錠 毎食後  ロキソニン錠 1錠 頓服</p> <p><b>【高血圧薬】</b>  アパプロ錠50mg 2錠 朝食後</p> <p><b>【便秘薬】</b>  酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」 3錠 毎食後  センノシド錠12mg「トーワ」 1錠 夕食後</p> <p><b>【胃腸薬】</b>  ガスモチン錠5mg 3錠 毎食後</p> <p style="text-align: center;">1日14種類 28錠</p>	<p><b>【パーキンソン病等治療薬】</b>  ドパコール配合錠L50 2錠 朝夕食後  ドパコール配合錠L100 2錠 朝夕食後  スタレボ配合錠L100 1錠 昼食後  スタレボ配合錠L50 1錠 昼食後  レキップCR錠8mg 1錠 夕食後  アマンタジン塩酸塩錠100mg 2錠 朝夕食後  リオレサール錠5mg 3錠 毎食後</p> <p><b>【痛み止め】</b>  リリカOD錠150mg 1錠 朝食後  リリカOD錠75mg 1錠 夕食後  トラマルOD錠25mg 1錠 昼食後</p> <p><b>【便秘薬】</b>  酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」 3錠 毎食後  ヨーデルS糖衣錠 1錠 夕食後</p> <p style="text-align: center;">1日12種類 19錠</p>

## 【事例紹介】

<介入後の変化>

- ・ 薬の量が1日48%減った（34.5錠→18錠）
- ・ 睡眠薬、ビタミン剤、高血圧薬、胃腸薬を服用しなくてよかった
- ・ 錠剤を飲み込むのに苦労していたので錠剤を口腔内崩壊錠に変更
- ・ コンプライアンスが向上し残薬が減った

## 【事例紹介】

<現在の関わり>

- ・月1回、訪問看護師と同じタイミングで患者宅に訪問。
- ・薬剤変更時はいつから薬を切り替えるか指示。  
看護師の視点による患者の様子を伺い、必要に応じて処方内容の見直しを行い、主治医へ報告提案。

## ディスカッションテーマ①

- ・大量の残薬を見つけた場合など、本人と薬のことで話をしたことはありますか？

そのときどのような行動をしましたか？  
(この職種に相談・共有した..など)

## ディスカッションテーマ②

- 薬剤師の方は、どんな場面・事例のときに、ほかの職種から相談してほしい/連携ができると思いますか？
- その他の職種の方は、どんな場面・事例のときに、薬剤師に相談/連携ができる（したい）と思いましたか？

## (4)グループディスカッション

### 令和4年度第1回事例検討会 グループディスカッション発表概要

#### ディスカッションテーマ1

大量の残薬を見つけた場合など、本人と薬のことで話をしたことはありますか？

そのときどのような行動をしましたか？(この職種に相談・共有した..など)

#### ディスカッションテーマ2

薬剤師の方は、どんな場面・事例のときに、ほかの職種から相談してほしい/連携ができると思いますか？

その他の職種の方は、どんな場面・事例のときに、薬剤師に相談/連携ができる(したい)と思いましたか？

#### テーマ1

状況・場面	行動	職種
患者が処方量の下剤を飲むとお腹がゆるくなり、飲まないとお腹が便秘になる	医師に処方量を減らすことを進言したりアドバイスを求めたりした。⇒処方仕方が変わり状況が改善した。(A班)	薬剤師
残薬が見つかる	薬剤師に報告をして調整をお願いする。あるいは、医師・薬剤師に相談し、居宅療養管理指導で一包化をお願いする。(A班)	グループホーム管理者
	医師・薬剤師に居宅療養管理指導をお願いすることが多い。(B班)	地域包括職員
	医師と直接連携することもあるが、まずは薬剤師に相談すると病院に話してくださるのでスムーズであった。(B班)	ケアマネ
	薬剤師会が配布している青い残薬バッグに入れて回収している。(B班)	薬剤師
在宅サービスが入っていない患者宅に漢方薬2種類が山積みになっていた	医師・薬剤師に相談し、居宅療養管理指導を開始した。(B班)	ケアマネ
認知症独居の患者宅からロキソニンがたくさん発見された	訪看に残薬の整理と医師への報告を依頼した。⇒訪看より次回からロキソニンを処方しないようにとの連絡があった。(B班)	ケアマネ
認知症は認められないグループホーム入所者への入所時の情報聴き取りで、アリセプト(抗認知症薬)の残薬があるらしいことが分かった	医師や薬剤師に確認し、薬の処方を一旦中止した。(B班)	グループホーム管理者

#### テーマ2

どの職種が	どの職種に	こういった時にこういう相談・連携ができる(してほしい)
薬剤師	他職種	重複して薬を飲んだことが疑われた場合は、薬剤師に何でも相談してほしい。(A班)
薬剤師	ケアマネ	患者の薬の飲み方や回数について気になることがある時は、まずは薬剤師に相談してほしい。(B班)
薬剤師	ケアマネ	患者本人の生活スタイルやアセスメントを共有してもらえると助言ができる。 例)ケアマネから患者の起床時間を教えてもらい、本人にあわせて処方薬ごとに服薬時間を助言する。(A班)
薬剤師	他職種	なぜ残薬がたくさんあったのか、なぜ飲めないのかをアセスメントをすることが重要(例:認知症で飲めなくなっている、もらってはいるが飲みたくない、家に溜め込んで隠している、等)。そのために患者本人の生活スタイルの把握が必要だが、薬剤師だけでは不十分なため、他職種と連携を取ることで必要情報を把握したい。(C班)
薬剤師	他職種	アセスメントを把握し、安全面を考慮して服薬重複しないように各職種で連携を取っていくことが理想である(現実はまだ出来ていない)。(C班)
薬剤師	他職種	他職種の訪問時間に合わせて患者宅を訪問し、話を聞く。連絡・共有ノートをしている患者宅では、服薬についてもノート上で話し合うことができ有効である。(C班)
薬剤師	他職種	独居の認知症等、薬の判別がつかず管理ができない患者の場合は、訪問する全職種でフォローすることが必要ではないか。薬剤師は、減薬や服薬管理のしやすい方法を検討する。例えば、飲み薬ではなく貼り薬にするなど。(A班)
薬剤師	他職種	訪問看護による服薬支援を拒否する利用者がいる。そういうときには薬局を利用してほしい。(B班)
薬剤師	ケアマネ・介護職等	薬剤師は患者の担当ケアマネが誰なのか、介護職がどのように関わっているか把握できないケースが多い。(B班)
ケアマネ	薬剤師	患者の薬について医師に伝えにくい場合も、かかりつけ薬剤師や近くの薬剤師に相談することで解決することがたくさんある。(D班)
ケアマネ	薬剤師	10年前の既往歴があり高血圧により降圧剤を服用しているが最近は安定している患者のケースで、飲まなくてもいいのではないかとというときに、医師に言うと医師のプライドに障るため、薬剤師に話すとよいと思った。今後は一薬剤師として関わっていただくのではなく、チームの一メンバーとして関わっていただきたいと思った。(A班)
ケアマネ	薬剤師	患者が色々な薬局にかかっているため、担当薬剤師が把握しづらい(ケアマネはどのくらい薬剤師を意識しているかという薬剤師の質問を受けての回答)。(B班)
グループホーム管理者	薬剤師	患者に向精神薬が色々出ており、あまりよく効いていない場合は薬剤師に相談する。患者が薬を少しでも減らしたいという意思を持つ場合は、薬局と連携を取り、たくさんあった薬を少しずつ減らすことができるとよいと思う。(B班)
ケアマネ	薬剤師	外来服薬支援という制度があることを知り、勉強になった。ケアマネが薬を管理できない場合、薬剤師に相談すると、服薬管理の支援の必要性について主治医と相談・

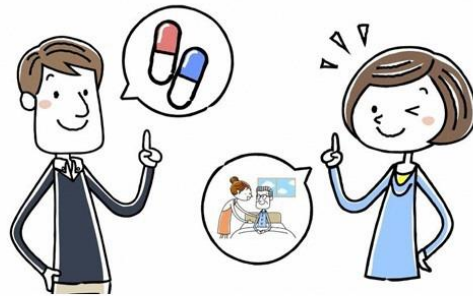
		決定のうえ、薬の整理や管理の支援をしてもらえるのはよいと思った。(D班)
看護師	薬剤師	幼少期のトラウマがあり、粉薬が飲めない患者のケース。状態が悪化し、服薬が増える悪循環を繰り返す。アイスに入れたり溶ける薬も試したりしている。担当薬剤師と相談し、患者宅を訪問してもらい、代替えを検討したい。(E班)

#### その他の意見・感想

- ・ 薬剤師より患者それぞれに応じて薬の色や形を工夫することで視認性を高めるといった柔軟な対応が可能という話があり、薬剤師の概念が広がった。(A班)
- ・ 服薬支援ロボットは、薬を飲み過ぎの患者には良い効果があるのではないか。(B班)
- ・ 大学で地域包括ケアを勉強しているが、医療と介護の連携が取れていない。今後は連携が重要になっていくのではないか。(C班)



## (5)まとめ



### 薬剤師・訪問看護師の連携

～訪問看護師からの視点～

大地訪問看護ステーション 看護師: 榎本絵里奈

## 現事例での薬看連携で助かったこと



患者様より・・・

- ・処方薬が変更になった際に内容の詳細（添加物や以前出されていたものとはどう違うのかなど）の質問がある。

**看護師で分りかねることは「次回薬剤師さんが訪問した時に聞いてみましょう」というご提案ができる。**



## 現事例での薬看連携で助かったこと



- ・多剤併用の場合、病状による症状なのか副作用なのか判断に迷うことがある。

**直接Drにご相談する前に薬剤師さんに相談し、意見をまとめてDrに報告できる。**

Drの視点からも処方選択肢が絞りやすいのでは・・・？

## 現事例での薬看連携で助かったこと



- ・3ヶ月に1回の受診のため、1度に3ヶ月分の処方薬が出る。（独居で内服薬は自己管理のため、内服を確実にこなうことが難しく残薬が余りやすい。）処方内容の変更が時折ある。

今回のケースでは、残薬はどうか・どのタイミングで変更した内服薬に切り替えるかをご本人様と相談できている。

認知機能が低下している場合など・・・

残薬があると混乱されたり、どのタイミングで切り替えるかご本人様と相談しても決めかねるが、薬剤師さんがいると相談して決めることができる。

## 看護師目線から 他ケースで 困った症例



### ・ がん末期の患者様の場合・・・

点滴指示や疼痛コントロールで処方内容が変わることが多い。医師と看護師でやりとりすることが多いが、薬剤師の意見も聞けるとより安心・安全に行えると思う。

### ・ 多剤併用患者の場合・・・

通院している医療機関が全く別のところで複数掛かっていたり、内服薬が重複していることが多い。その場合、薬剤師が介入していると内服薬を精査することができる。

また薬が重複している場合など、中には看護師からお伝えしても納得されないケースもあるが、専門の薬剤師から説明してもらえると納得されることもある。

ご清聴いただき  
ありがとうございました



## まとめ

<ポリファーマシーに陥りやすいタイミング>

- ・病院や、担当する医師が変わったとき
- ・複数の病院・医師から診察を受けている場合
- ・副作用が起きてそれを改善するために薬が追加になった場合

<薬剤師に相談する目安>

- ・一つの指標として、6種類以上飲んでいる方は副作用の発現率が高くなる。  
実際は10種類以上の方に介入していこうということにしている

## 薬剤師が在宅業務で出来ること（再掲）

- ・患者宅への医薬品・医療材料の供給
- ・薬の飲み合わせの確認
- ・服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援
- ・服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理
- ・副作用等のモニタリング
- ・主治医に対し患者への最適な処方への提案
- ・残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
- ・ケアマネージャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有

## まとめ

<他職種との連携で薬剤師が期待すること>

患者からの訴えがなくても、皆さんの感性で感じた疑問や不安などを相談していただければ、それが患者のためになると思っています。

基本的には薬の相談が中心になると思いますが既存の薬の組み合わせがベストではない可能性もあります。

日夜、薬の開発が進んでおり、当時にはなかった規格・剤形が発売されて、より患者のために繋がるケースも多いですし、何より患者の状態が当時と今とで変わっている場合には、薬剤も見直す必要が出てきます。

薬剤師が訪問指導に入れていないケースもまだまだ少なくないと思います。患者のポリファーマシーを、皆さんとの連携を経て、少しでも解決に結び付けられたら幸いです。

## 事例 2. まだ病気を受け入れられない高齢者への意思決定支援について

～進行性難病のため走りながら関わっているケースから考える～

### (1)事例概要

<p>対象地区：光が丘地区</p> <p>開催日：令和4年8月6日</p>
<p><b>コーディネーターおよびパネリスト</b></p> <p>コーディネーター：練馬高松園地域包括支援センター 加藤康大 氏</p> <p>パネリスト：居宅介護支援事業所 ICケア 金山美江 氏(ケアマネージャー)</p> <p>：訪問看護ステーションはな練馬 福嶋愛 氏(訪問看護師)</p>
<p><b>●内容</b></p> <p>ALS に罹患し病気の受容ができていない方と、まだ関係性の構築ができていない状況での事例を通して、病気が進行していく中、どのようにご本人の意思決定支援に関わっていけばよいか、参加者の皆様と模索する。また、地域包括支援センターの職員の役割や連携についても学ぶ。</p> <p><b>●症例紹介とディスカッションテーマ</b></p> <p>&lt;症例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 80歳女性、筋萎縮側索硬化症(ALS)。介護度4。夫は他界、40代独身・正規雇用社員の長男と同居。長女は都内近郊在住、月1回程度夫婦で来訪。</li> <li>・ 両下肢、左上肢は機能消失。右上肢の動きは徐々に落ち始めている。食事摂取、電話等可能。疲労が蓄積すると首下がりがみられる。コミュニケーション及び認知機能は問題なし。移乗は全介助。デイサービスを利用していたが、疲労が蓄積したため5月に終了。</li> <li>・ ご本人より「延命はしない」「今はできる限り自宅で過ごす方向でお願いしたい」「自分で食事が摂れなくなる頃は先の事を決められるような状態ではないだろうから、周囲で決めてくれていい。」などの発言あり。同居の長男は「母の意向に沿います」と意向を示している。</li> </ul> <p>&lt;ディスカッション&gt;</p> <p>Q1. 「今は決められない。周りの人が決めてほしい。」と言われたら、あなたなら、どのように対応しますか？</p> <p>Q2. “相手を尊重した意志決定支援”とはどのようなことだと思いますか？</p>
<p><b>キーワード</b>：ALS 進行性難病 意思決定支援 ACP 地域包括支援センター 在宅療養 多職種連携</p>

## (2) 当日配布資料

**2022年8月6日 第2回練馬区在宅療養事例検討会  
グループディスカッションシート**

- グループごとに60分間のディスカッションを行います。
- 以下2つのお題についてディスカッションを行い、発表して下さい。
- グループごとに司会者、発表者、書記を決めて下さい。
- 書記はこのシートに議論の内容やまとめを記録して下さい。

※ 書記の方は、事例検討会終了後にワークシートを事務局宛にメールでお送りください。

(※切：8月18日まで) 送付先：[IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp](mailto:IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp)

Q1.

・「今は決められない。周りの人が決めてほしい」と言われたら、あなたならどのように対応しますか？

※必要に応じ、記入欄を増やしても構いません

発言した職種	その時の対応	その後の対応
(例) ケアマネジャー	(例) その時になってからでは遅いこともあるため、色々な選択肢を提示	(例) 自身の経験から、必要と思われることを提示し、早い段階からの意思決定に繋げる

※ 裏面に続きます

Q 2.

“相手を尊重した意志決定支援”とはどのようなことだと思いますか？

この職種が	あなたの考える“相手を尊重した意思決定支援”とは
(例) ケアマネジャー	(例) 必要な情報を提供し、相手の意思決定に繋げる。

\_\_\_\_\_ 班 氏名 \_\_\_\_\_



### (3) 当日スライド

令和4年8月6日  
第2回事例検討会

## まだ病気を受け入れられない 高齢者への意思決定支援について

～進行性難病のため走りながら  
関わっているケースから考える～

### 今日のねらい

まだ病気の受容ができていない、かつまだ  
関係性の構築できていない、ある高齢者への  
意思決定支援を通じて、本人を尊重した意思  
決定支援とは何か考える。



## 今日のねらいのつづき・・・

意思決定支援に関わるという経験をされた  
ことはありますか？

### 意思決定支援とは...

意思決定支援とは、知的障害や精神障害（発達障害を含む。以下同じ。）等で自己決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることが可能となるように、本人の意思の確認や意思及び選好の推定、最後の手段としての最善の利益の検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。  
(厚生労働省 意思決定支援ガイドライン より抜粋)

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

ACP  
人生会議

# 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～  
11月30日（水）14時～15時 国民生活センター 人生会議の日

誰でも、いつでも、  
命に関わる大きな病気やケガをする  
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、  
約70%の方が、  
医療やケアなどを自分で決めたり  
望みを人に伝えたりすることが、  
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために  
大切にしていることや望んでいること、  
どこでどのような医療やケアを望むかを  
自分自身で前もって考え、  
周囲の信頼する人たちと話し合い、  
共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、  
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を  
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」  
と呼びます。  
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや  
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。



このような取組は、個人の主体的な  
行いによって考え、進めるものです。  
知りたくない、考えたくない方への  
十分な配慮が必要です。

誰でも、いつでも、急に襲われるような病気やケガをする可能性があります。

病の進捗が進んだ状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり、誰かに伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自分が希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

もしものときのために、あなた自身が医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

あなた自身の病状が変化して、かかりつけ医師からあなたや家族へ適切な情報の提供と説明がなされるのが重要です。

あなたが大切にしていることは何ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

このような取組は、個人の行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

**自分が希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。**

自分が希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

もしものときのために、あなた自身が医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

あなた自身の病状が変化して、かかりつけ医師からあなたや家族へ適切な情報の提供と説明がなされるのが重要です。

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

**このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。**

# まだ病気を受け入れられない 高齢者への意思決定支援について

～進行性難病のため走りながら関わっているケースから考える～

訪問看護ステーションはな練馬 看護師：福嶋愛

## ALS（筋萎縮性側索硬化症）とは

- ▶ 脳や末梢からの命令を筋肉に伝える運動ニューロン（脳の命令を筋肉に伝える役目）が侵される病気で難病の一つに指定されています
- ▶ 患者数 10514人（2020年度）
- ▶ 40歳～50歳を境に患者数が増加
- ▶ 男女比 男性が女性に比べて1.2～1.3倍で、男性にやや多い

※引用文献 日本ALS協会HPより

## ALSの症状

- ▶ 運動障害
- ▶ コミュニケーション障害
- ▶ 嚥下障害
- ▶ 呼吸障害

## ALSではあらわれにくい4つの症状

- ▶ 眼球運動障害
- ▶ 膀胱直腸障害
- ▶ 感覚障害
- ▶ 認知機能障害

## 事例紹介

- ▶ Aさん
- ▶ 80歳代 女性
- ▶ 主たる病名：筋萎縮性側索硬化症（以下ALS）、高血圧症、高コレステロール血症
- ▶ 現病歴
- ▶ 令和2年4月より歩行障害出現、整形外科受診し腓骨神経麻痺と診断され様子を見ていた。同年12月に自宅で転倒し右橈骨骨折後より通院困難となり在宅療養希望されA病院にて訪問診療開始。徐々にADL低下し、翌年B病院にてALSと診断。

- ▶ ADL⇒両下肢、左上肢は運動障害著明。右上肢で食事摂取はできている状態。車椅子移乗は全介助。ショートステイやデイサービス利用時に入浴。
- ▶ コミュニケーション⇒問題なし。認知機能問題なく話の整合性あり。
- ▶ 内服管理 ⇒薬はシート管理。息子さんとヘルパーにて錠剤を事前に出していただきご自身で内服。
- ▶ 排泄行動⇒日中はヘルパー3回介入時にポータブルトイレへ移動し排泄。失禁なし。毎日排便ありコントロール良好。
- ▶ 食事⇒息子様にて購入されたコンビニ食など摂取。嚥下機能問題なし。



## まだ病気を受け入れられない 高齢者への意思決定支援について

～進行性難病のため走りながら関わっているケースから考える～

居宅介護支援事業所 I C ケア 金山 美江

### 基本情報

- ▶ Aさん
- ▶ 80歳 女性 介護度4
- ▶ 家族構成 : 長男(同居・独身40代・正規雇用社員)  
長女(都内近郊・月1回程度夫婦で来訪)
- ▶ 主たる病名: 筋萎縮性側索硬化症(以下ALS)
- ▶ ※難病受給者証取得済、身障手帳1種1級
- ▶ 普段の様子: 両下肢、左上肢は機能消失。右上肢のみ動かせる。食事摂取、電話等可能。  
疲労が蓄積すると首下がりがみられるが、暫く時間が経過すると自力で頭を上げられる。コミュニケーション及び認知機能は問題なし。移乗は全介助。  
日中は車いす上で過ごし、食事はおにぎりやパンを自力摂取。嚥下障害なし。  
排泄はヘルパー介助によりポータブルトイレを利用(失禁なし)。

## 支援経過

- ▶ 2022年1月 前任のケアマネより引継ぎ
- ▶ 2022年2月 初回自宅訪問
  - ・主介護者の長男は7：00頃自宅を出発、21：00頃帰宅。
  - ・土曜出勤する事もあり。日曜は日中不在の事が多い。
  - ・出勤前に起床介助、帰宅後に母親と夕食、就寝介助、夜間の体位交換により疲労感の訴えが聞かれ、レスパイト目的でショート開始。
- ▶ 2022年3月 ショート日数を増やす
- ▶ 2022年4月 右上肢の動きが徐々に落ち始める。疲労感が増し、週3回のデイサービスを2回に減らす。
- ▶ 2022年5月 施設案内。全身の疲労感が増し、5月末でデイサービス終了。

## 本人の言葉

- ▶ 2022年2月
  - ・「延命はしない。息子達に迷惑を掛けたくない。自分で食事が摂れなくなったら施設に入る。」
- ▶ 2022年3月
  - ・「利用している施設に入所する事が一番の願いだが、難病の入所受け入れができないのであれば出来る限りショートとして利用したい。」
- ▶ 2022年5月
  - ・「延命はしない」
  - ・「有料ホーム費用は2～3年は払えるが、先の事は分からないので今から決める事はできない。」
  - ・「若い人にこの気持ちはわからない。元気な人が羨ましい。」
  - ・「今は出来る限り自宅で過ごす方向でお願いしたい。」
  - ・「自分で食事が摂れなくなる頃は先の事を決められるような状態ではないだろうから、周囲で決めてくれていい。」

## ディスカッションのテーマ① (30分)



「今は決められない。

周りの人が決めてほしい。」と言われたら、

あなたなら、どのように対応しますか？

☆ご自身が本事例の担当と仮定して考えてください。

“その時の対応”と“その後の対応”について、話し合ってください。

## ディスカッションのテーマ② (30分)



“相手を尊重した意志決定支援”とは

どのようなことだと思いますか？

☆普段の業務の中で、“相手を尊重する”とはどのようなことだと思っているか、どうありたいかを考えて、話し合ってください。

このテーマに答えはないので、思ったことを話してみましよう。



## (4) グループディスカッション

### 令和4年度第2回事例検討会 グループディスカッション発表概要

#### ディスカッションテーマ1

「今は決められない。周りの人が決めてほしい。」と言われたら、あなたなら、どのように対応しますか？

#### ディスカッションテーマ2

“相手を尊重した意志決定支援”とはどのようなことだと思いますか？

#### テーマ1

##### ◆ 患者が決めやすい環境を整えながら、決めることができる状態になるまで待つ

- 患者との信頼関係を深める
  - “今は決められない”というのは、患者の思うようにならないために投げやりになっている可能性がある。まずは信頼関係を深め、じっくりと患者の話聞く姿勢が重要である。またその際に患者家族の性格に合わせた個別性を考慮し対話することも大切である。(3班)
- 意思決定に必要な患者周囲の環境を整える
  - 意思決定自体に体力が必要である一方で、患者は年齢を重ね体力が衰えてしまうため億劫になってしまうこともある。そのため意思決定に必要な体力が戻る環境を整えてあげることが重要である。(13班)
- 今後の方針を話し合う際に家族を加える
  - 今後介護負担が大きくなることが予測されるので、患者だけでなく家族も加え一緒に方針を決めていく必要がある。(17班)

##### ◆ 意思決定につながるような情報提供、コミュニケーションのあり方を模索する

- 患者の気持ちに寄り添いこれまでの生活を共に振り返る
  - 患者の気持ちに寄り添いながら、今までどのように過ごされてきたのかを聞くことが必要である。またこれからも家で過ごしたいという患者の気持ちを尊重する。寄り添い確認できた点をチームで共有しすり合わせる。(17班)
- Yes・No形式のチャートを用いて質問する
  - Yes・No形式の質問をチャート式にして患者の意思を読み解き、方向性を決めていく。(19班)
- 決められない場合はどの部分が決められないかを質問する
  - できるだけ患者本人に今後のことを決めてもらうことが重要であるが、決められない場合は、どの部分が決められないのかを具体的に質問する。(3班)
- 専門職の考えや家族の意思を踏まえた様々な選択肢を提示する
  - 様々な専門職が関わり、それぞれの立場から意見を出せたことが今回の事例におけるチームの強みだったと考える。患者が意思決定をできない場合は患者が意思を話せるようになるまで待ち、話すことができる時に決定を行いやすいように様々な専門職からの意見や家族からくみ取った意思をもとに考えた選択肢を初めに伝え、そのうえで意思をくみ取る事が重要である。(16班)
  - 今後のことを決められない患者へ細かい質問を通して今後の具体例や選択肢を伝えることで、

具体的なイメージを持ってもらい今後の意向を決めやすいようにする。家族と本人の希望が異なる場合、本人の意思を尊重する事を家族に伝える。(3班)

- 選択肢を伝える際に患者が理解・納得しやすいようにサービスの具体的な金額のシミュレーションを選択肢と合わせて伝える(1班)
- 病状が変わるたびにその時に適した提案を再度行う
  - 患者の意思は病状に伴い変化し続けることが考えられるので、その都度適した提案をしていくことが意思決定につながるのではないか。(16班)

## テーマ2

### ◆ 患者が決めやすい環境を整えながら、決めることができる状態になるまで待つ

- 患者の話しやすい環境を提供する。
  - 患者と専門職の両者が建前で話してしまうケースがあるが、うまく本音を汲み取りながら支援していく必要があると思う。(17班)
  - 各支援者・多職種で連携し、患者の意思を共有することが重要である。患者は話した内容は決定事項として重要な書類に書かれてしまうのではないかとプレッシャーに感じることもある。そのため患者が本音を話しやすいそれ以外の職種(例：看護師やケアマネ)が、聴き取った内容を報告書や担当者会議等で関係者に共有するといったことも重要である。また話しやすい環境づくりとして、患者の話はメモを取らずにしっかり聴く姿勢も重要で、ひいては患者の尊重にもつながるのではないか。(3班)

### ◆ 意思決定につながるような情報提供、コミュニケーションのあり方を模索する

- 患者の個性を意識しながら、発言の中にある本心を受け止めること
  - 患者がどのような方なのかを理解することが最も大切だと考える。専門職には話せないこともくみ取れるように意識しながら、どんな小さなことでも話を受け止める必要がある。(16班)
  - 患者の性格や病状に合わせた個性に沿った支援が必要であると思う。患者が了承しても表情が本心では納得していないと感じた場合は、掘り下げて聞いていく。(3班)
  - 本人の希望を出来る限り聞き対応して関係を構築した後であれば意思とは違っても、納得し提案に同意してもらえれば、それが相手を尊重した支援になる。(4班)
- 患者の発言を受け止めつつ専門職としての家族の意見も踏まえた選択肢を提供し続けること
  - 専門職がサービス全体に対して様々な意見を出し、患者にとっての選択肢を増やしていくことも大事だと思う。また患者本人と家族がそれぞれに対して感じていること、介護状況も判断材料の一つになるのではないかと思う。(17班)
  - 患者は意思決定を行う時は不安が大きく、家族に迷惑をかけたくないと感じていると思われる。そのような状態の患者へ判断をしやすいように専門職目線の意見や家族の意向をもとにした様々な選択肢を伝えることや意思が変わった際もその都度家族を含めた意思を繰り返し確認し聞いていくことが相手を尊重した支援につながっていくのではないか。(16班)
  - 患者が「あれも嫌、これも嫌」といった発言をするとき、専門職の役割はそのまま受け入れることなく、介護保険や障害者支援等の制度も活用し可能な選択肢を提示しながら共に考えていくことだと思う。また患者の意思が変わった際も再度選択肢を提示することが必要である。(13班)

## (5) まとめ

### まとめ

- ① 地域包括支援センターについて
- ② 本事例検討会のまとめ

### まとめ～①地域包括支援センターの紹介

#### 地域包括支援センターの6つの役割

- 1 総合相談業務
- 2 介護予防ケアマネジメント業務
- 3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- 4 権利擁護業務
- 5 医療と介護の相談窓口
- 6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業



「こんにちは地域包括支援センターです！」  
地域包括支援センターの役割がわかりやすく  
書かれた区民向けの冊子で、区役所などの区  
立施設に置いてあります。

## まとめ～①地域包括支援センターの紹介

### 地域包括支援センターの得意なこと

- 各所との連携が得意です。  
(医療機関、警察、保健相談所、福祉事務所、子ども家庭支援センター、民生委員、地域団体、近隣商店、社会福祉協議会、リーガルサポート、公共施設、等)
- 3職種を中心としたチームでの対応が得意です。
- 多くの相談を受けているので経験に基づく対応が得意です。

## まとめ～topics

### 意思決定支援のプロセス

①意思**形成**支援

+

②意思**表明**支援

+

③意思**実現**支援

厚生労働省平成30年6月「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」より

## まとめ～topics

### ①意思形成支援：

適切な情報、認識、環境のもとで意思が形成されることへの支援  
○ポイント～必要に応じた、都度、繰り返しの説明等

### ②意思表示支援：

形成された意思を適切に表明・表出することへの支援  
○ポイント～表明の時期、タイミングの考慮（最初の表明に縛られない）等

### ③意思実現支援：

本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援  
○ポイント～合理的かどうかを問うものではない。経験からの変更

## まとめ～②本事例検討会のまとめ

### 今回の事例における意思決定支援の方向性

- ・“待つ”支援
- ・いつでもサービスや情報を提供できる準備的な支援

#### 【6～7月のケースの状況】

##### 〈症状の変化〉

- ・6月からご本人の意向により毎月20日程のショート利用となる。
- ・自宅訪問時、表情は明るく「今まで病気ひとつしない健康な体だったのよ」など昔のお話を色々としてくださる。
- ・7月のショートから食事中にスプーンが持てず介助場面が増え、疲労が強い日は全介助もあり。
- ・今後は障害支援を併用し在宅時のサービスを調整予定。

##### 〈気持ちの変化〉

- ・食事の全介助に関してお気持ちを伺ったところ、「仕方ないわね」とお話される。



## まとめ～②本事例検討会のまとめ

### 今回の事例における意思決定支援の方向性

- ・ “待つ”支援⇒適切な時期の見極め⇒意思表示支援
- ・ いつでもサービスや情報を提供できる準備的な支援  
⇒意思形成支援・意思実現支援につながる

## まとめ～②本事例検討会のまとめ

専門職は、経験や患者の症状などから、状況を先読みし、患者の意思決定や行動に必要な情報を提供するなどの支援を行っている。

意思を形成するため、正しい情報提供は必要ではあるが、**時期等が適しているかどうか**を見極めることは重要。

また、支援者は「何か提案できないか？」と考えやすいが、それも見極めが必要。

**そして、意思は変わるもの**として、支援者も本人もわかっていることも大切。つまり**繰り返し話し合う**ことが必然。

また、意思実現を支援するにあたり、**合理的に考えることが良いとは限らない**。相手を尊重しているかどうか、ときどき、立ち止まって**考えることが大切**ではないか。

ご清聴ありがとうございました

спасибо 谢谢  
GRACIAS  
THANK YOU  
ありがとうございました MERCI  
DANKE धन्यवाद  
شكراً OBRIGADO



### 事例3. 自宅で暮らしたい認知症夫婦をどう支援するか ～医療・介護・QOL・多角的視点で検討する～

#### (1)事例概要

<p>対象地区：練馬地区</p> <p>開催日：令和4年11月18日</p>
<p><b>コーディネーターおよびパネリスト</b></p> <p>コーディネーター：さくらクリニック練馬 佐藤志津子 先生(医師)</p> <p>パネリスト：さくらクリニック練馬 安藤章緒 氏(看護師)</p> <p>：さくらクリニック練馬 齋藤亜紀子 氏(医療相談員)</p>
<p><b>●内容</b></p> <p>「病気を抱えていても我が家で暮らしたい」という認知症のご高齢夫婦(パーキンソン病+アルツハイマー型認知症)の事例を通して、いかに安全を確保し、どこまで在宅で支えるべきか、ご夫婦にとっての最適な方法を参加者の皆様と模索する。</p> <p><b>●症例紹介とディスカッションテーマ</b></p> <p>&lt;症例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夫は77歳、パーキンソン病(YahrⅢ)。妻は75歳、アルツハイマー型認知症。アパートで2人暮らし。夫の服薬コンプライアンス不良を機に、夫婦で訪問診療を開始。</li> <li>・ 初診時、夫は軽度、妻は中等度の認知症と診断。夫による買い出しや妻の家事などは可能。夫の服薬管理には人的支援が必須だが、近県に暮らす長男の同意がなかなか得られなかった。</li> <li>・ 訪問開始から2年後、夫が誤嚥性肺炎となったことを機に、療養方針を決める担当者会議を実施。夫は自宅療養を希望するもののヘルパー介入の必要性を認めず、妻は病識なし。長男は自宅療養を希望し支援体制導入に同意。その後、夫は服薬管理によりパーキンソン症状のコントロールは改善したものの、夫婦ともに認知症が進行し掃除や入浴をせず生活が荒廃。夫の転倒(二度)や、夫婦の新型コロナウイルス感染によりヘルパーが介入できない事態が発生した。</li> <li>・ 夫婦の認知症や夫のパーキンソン病による自宅療養のリスクがある中で、夫は施設入所を拒否、妻は病識がなく、経済的にも不安がある状況である。また今後の症状の進行によっては、最終的にふたりとも寝たきり・ADL全介助になる可能性もある。</li> </ul> <p>&lt;ディスカッション&gt;</p> <p>Q1. 安全に自宅療養を続けるために、できることは？</p> <p>Q2. このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？他の選択肢は？</p>
<p><b>キーワード</b>：認知症 パーキンソン病 服薬管理 老々介護 意思決定支援 在宅療養 多職種連携 ACP</p>

## (2) 当日配布資料

### 2022年11月18日 第3回練馬区在宅療養事例検討会 グループディスカッションシート

- グループごとに60分間のディスカッションを行います。
- 以下2つのお題についてディスカッションを行い、発表して下さい。
- グループごとに司会者、発表者、書記を決めて下さい。
- 書記はこのシートに議論の内容やまとめを記録して下さい。

※書記の方は、事例検討会終了後にワークシートを事務局宛にメールでお送りください。

(〆切：11月30日(水)まで) 送付先：[IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp](mailto:IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp)

Q1. 安全に在宅療養を続けるために、できることは？(目安20分間)

※必要に応じ、記入欄を増やしても構いません

発言した職種	①今後安全を脅かすと想定される場面(誰が?いつ?どのようになぜ?)	②①に対して自職種やチームで取り得る対策	③①以降で在宅療養を続けることは可能であるか?(理由も含めて)
(例) ケアマネジャー	(例) 夫がパーキンソン病状悪化によりすり足になり、自宅の床の物につまづき転倒。	(例) 自宅の床をかたづけ・自宅へ手すりの追加をチームで検討する。	(例) 自宅を整備し、訪問の際に患者自宅の床を整理できれば、継続は可能。

※裏面に続きます

Q2. このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？他の選択肢は？（目安 30 分間）

発言職種	①このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？他の選択肢は？ <u>（理由を含めて）</u>	②①をいつ・誰と・どのように検討、判断すべきか？ <u>（理由を含めて）</u>
<p>（例） ケアマネージャー</p>	<p>（例） 夫の意思を最大限尊重したい一方で介護力の限界があるので、夫か妻どちらかが日常生活で全介助が必要になった段階で、夫婦での施設入所を検討。</p>	<p>（例） 様々な観点の意見を患者に聞いてもらったうえで、早い段階から今後のことを決める事が重要なため、今から夫と長男、連携職種で家に集まり、どの症状が出てきたら施設入所を判断するかを検討。最終判断は患者の意思を尊重し、夫が行う。</p>

\_\_\_\_\_ 班 氏名 \_\_\_\_\_

### (3) 当日スライド

2022. 11. 18

令和4年度 第3回 練馬区 在宅療養に関する事例検討会

## 自宅で暮らしたい認知症夫婦を どう支援するか？

～医療・介護・QOL・多角的視点で検討する～

コーディネーター  
さくらクリニック練馬  
院長 佐藤 志津子

## 症例

### 夫

- 77歳
- パーキンソン病
- 発症から8年
- 訪問診療開始から4年
- 入院中に服薬コンプライアンス不良と判断され、訪問診療を開始した。
- 初診時 YahrⅢ、生活機能障害度Ⅱ
  - 日常生活はほぼ自立
  - 通院には介助が必要

### 妻

- 75歳
- アルツハイマー型認知症
- 夫の訪問診療開始時に相談を受け、夫と合わせて訪問診療を開始。
- のちに間質性肺炎を合併

## パーキンソン病とは？

### 4大症状

- 筋固縮 → 筋肉がこわばる
- 無動 → 動作がゆっくりになる
- 振戦 → 手足がリズムカルにふるえる
- 姿勢反射障害 → 前かがみ 転びやすい

### 運動症状以外の症状(＝非運動症状)

- 認知機能障害 → 健忘・思考緩慢など
- 精神症状 → 抑うつ・不安・無感情・衝動制御障害など
- 自律神経障害 → 起立性低血圧・便秘症・排尿障害など
- 睡眠障害 → レム睡眠行動障害・不眠・過眠など

## アルツハイマー型認知症とは？

- 見当識障害:ここはどこ？ 今日は何日？
- 健忘
  - ・ 物忘れ
  - ・ 同じことを何度も聞く
  - ・ 作話
- 道順障害
  - ・ 道に迷う、自宅に帰れない など
- 実行機能障害
  - ・ 段取りが悪くなる:料理できない、電化製品を使えない など



## 初診時の高次機能障害

### 夫

- 長谷川式痴呆スケール 19/30点  
(軽度の認知症)
  - 見当識障害、健忘あるも、妻より軽い
  - ADLはほぼ自立し、妻をサポートしていた。
- 幻覚・妄想
- 悪夢

### 妻

- 長谷川式痴呆スケール 14/30点  
(中等度の認知症)
  - 見当識障害
  - 健忘
    - 数分前の話を忘れる
  - 道順障害
    - 外出すると戻ってこれない
  - 病識欠如
- ADLは自立。料理もできていた。
- \* 後日 頭部MRIで海馬の萎縮あり

## 生活状況

- アパートで二人暮らし
  - 夫は近隣なら一人で外出し、買い出しも可能。
  - 妻は夫と一緒に外出。当初は料理・掃除などの家事もできていた。
- Key personの長男は関東近県に在住
  - 多忙のため介護協力は難しい。
  - 通院時の付き添いは可能。
  - 夫の服薬管理のため、人的支援が必須と考えたが、長男の同意がなかなか得られなかった。

## 【夫の問題点】 服薬コンプライアンス不良

- 抗パ剤を飲み忘れる あるいは過量内服する。
  - 貼付剤を貼り忘れる あるいは倍量貼る。
  - 薬が行方不明になる。
    - 過量服薬か？ 廃棄か？
- 本人も妻も健忘症状が強いため、事実を確認できない。

## 【トラブル発生】

訪問開始から2年

発熱・経口摂取不能となり、緊急往診した。

- 喉にジュース・バナナの残渣と唾液が貯留し、呼吸困難。
  - 昨夕から服薬しておらず、今朝貼付薬も貼れていない。
    - 治療中止による嚥下障害の悪化、誤嚥性肺炎と判断し、抗生剤点滴と補液を開始。
    - 服薬不能のため、貼付剤を貼ってフォロー。
- 幸い 翌日には食事・服薬とも可能となった。



## 担当者会議

### 目的

Key personであるご長男に、この状況を理解していただき、今後の療養方針を決めること

- ・ 自宅で1日3回服薬できる体制をつくるか
- ・ 施設入所か
- ・ 夫は自宅療養を強く希望するも、ヘルパー介入の必要性を認めず。妻は病識なし。

➤ ご長男は自宅療養を希望され、支援体制導入に同意された。



## その後

### 夫

- 1日3回の服薬と1日1回の貼付剤を管理することで、パーキンソン症状のコントロールは改善。
- 起立性低血圧、神経因性膀胱の処方調整も可能となった。

しかし

- 認知症は徐々に進行。

### 妻

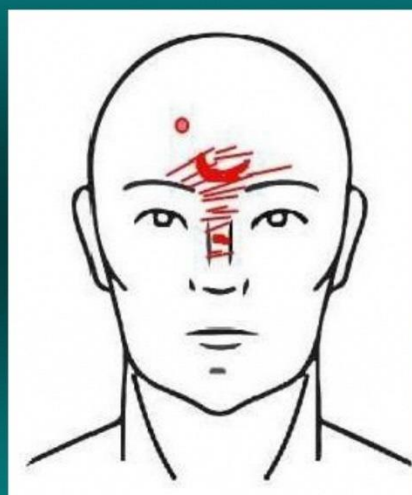
- 認知症は徐々に進行。
  - 料理できなくなり、配食弁当を利用。
  - 過食のため4か月で6kg体重増加。
  - 外出先で転倒・打撲。  
(経緯は不明)

- 床にお菓子や食材が散乱
- 入浴しない・着替えない
- 浴室の排水溝が詰まる
- 収集日以外にゴミを出してしまう

生活の荒廃

## 転倒事故

- 夜散歩に出かけ、前のめりに転倒して顔面裂傷。
- 通行人が救急車を要請するも、拒否して帰宅。
  - 緊急往診して治療
- その後、一人では出かけない、夜は出かけない、と約束したが、約束を忘れて出かけてしまう。

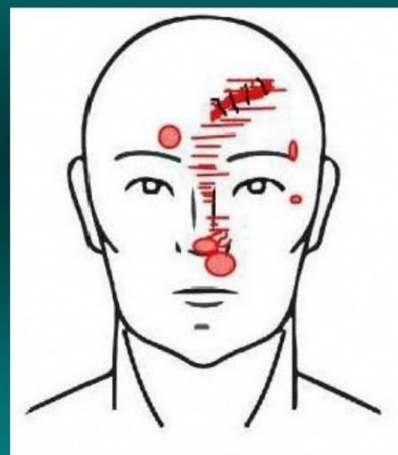


## 新型コロナウイルス感染 (第7波)

- 8月中旬、妻→夫が感染。(感染源は不明)
  - ふたりとも重症化リスクあるも、入院を拒否。(かつ感染爆発のため入院は難しかった。)
    - 幸いふたりとも軽症だったため、抗ウイルス薬(モルヌピラビル)内服にて治療した。
  - 問題は服薬管理
    - ヘルパーは発症から10日間介入できない
      - 看護師訪問時に服薬管理
      - ヘルパーは部屋に入らず、玄関先で買い物の受け渡し、電話での安否確認
- で何とかしのいだ。

ところが

- 自己隔離期間中であるにもかかわらず外出し、転倒、顔面裂傷。
  - 緊急搬送され、前額部裂傷を縫合





## 今後予測される状況

### 夫(パーキンソン病)

- 歩行困難→歩行不能
- 基本的生活動作困難
- 嚥下障害→経口摂取困難
- 認知症が更に進行

### 妻(アルツハイマー型認知症)

- 基本的生活動作困難
- 徘徊

- 安全で清潔な日常生活が、更に困難になってゆく。
- ふたりとも、最終的には寝たきり・ADL全介助になる可能性がある。

## 問題点

- 夫は施設入所を断固拒否し、自宅療養継続を希望。
  - 妻は病識なし。
  - KPである長男は、経済的負担を懸念している。
- という状況で
- 本人達の希望
  - 安全確保
  - 経済状況
- どう折り合いをつけていくか？

## サービス内容・支援体制

介護保険適応サービス

居宅療養管理指導：訪問診療

居宅療養管理指導：訪問服薬管理指導

訪問介護（ホームヘルプサービス）  
金銭的に負担が少ない



定期巡回随時対応型訪問介護看護

その他サービス

訪問看護・緊急加算（医療保険）

ヨシケイ（調理用食材配送）  
調理できなくなった



配食サービス

## ヘルパー支援体制

初期 ヘルパー訪問 開始

2021～ ヘルパー訪問回数増加

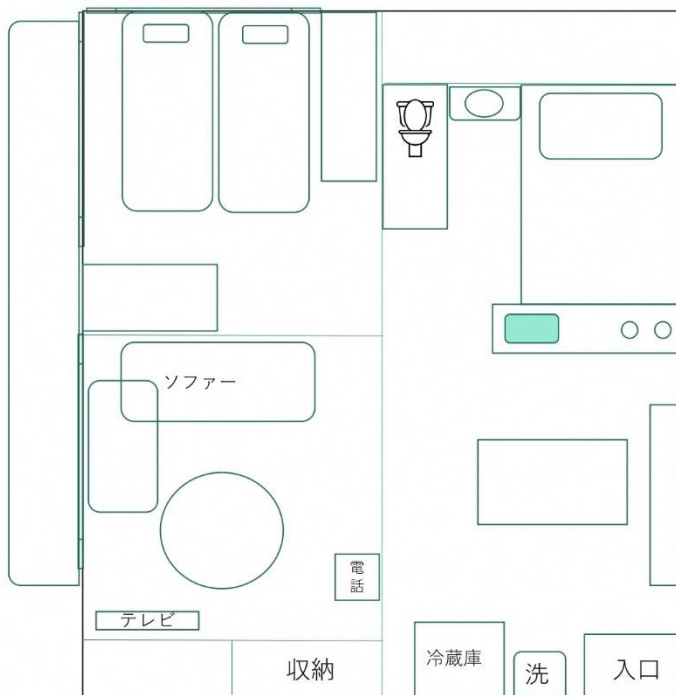
2022.5～ 定期巡回・炊事対応型訪問介護看護利用  
ヘルパー短時間頻回訪問の体勢へ  
（ 確実な服薬を促していくため ）

## 訪看 支援体制

2019.7～ 週5日平日日中に訪問

2020.5～ 週3日の訪問へ減（コロナ対策）

2022.5～ 訪看を変更し連日訪問。Ns.カリハ訪問  
24時間緊急加算対応



## 【住環境情報】

アパート2階 賃貸 一般住宅

（数年前に自宅を売却した）

室内の段差は少ない

外階段

ゴミ捨て場所は集団回収所

徒歩30m

不燃ごみ・可燃ごみ 曜日別

### 経済状況

年金種別：老齢基礎年金

公的扶助の受給状況の有無：無

家族等経済的支援の有無：息子が月1通院送迎

階層区分：低所得Ⅱ

保険種類：後期高齢者1割

難病医療：負担金額 5000円

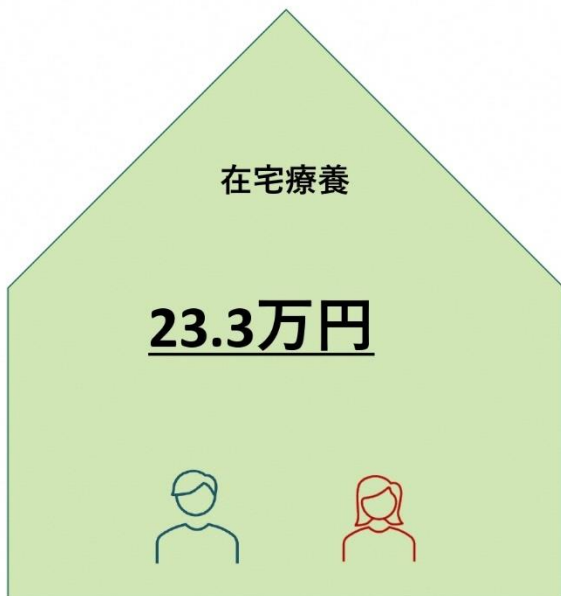
介護保険：1割 要介護2・要支援2

配食：(¥570- x2) x30 ¥34200-

### 実際の支払金額（おおよその予測）

		
介護保険	17000	8000
医療費	5000	13000
住居	90000	
食費・雑費	34200 + 40000 = 74200	
光熱費・新聞	25000	

**約 23万2200円**

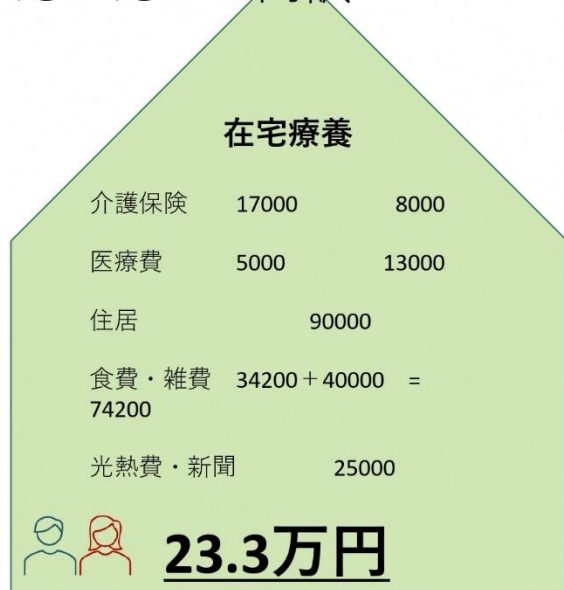


千葉県の有料老人ホーム・別部屋で入居

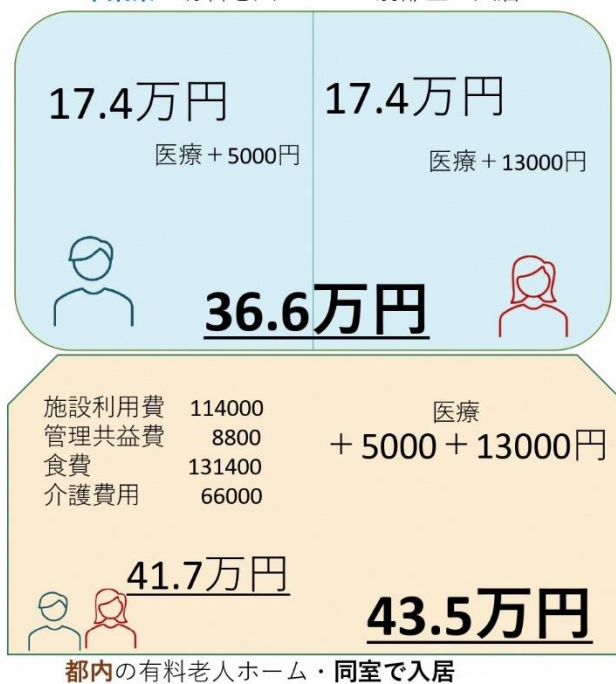


都内の有料老人ホーム・同室で入居

## だいたいの内訳



千葉県の有料老人ホーム・別部屋で入居



## Discussion

### テーマ1

安全に在宅療養を続けるために、できることは？

今後、安全を脅かすと想定される場面とは？自職種やチームでどんな対策が可能か？その場面以降在宅療養は続けられるのか？をお話してください。

### テーマ2

このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？

他の選択肢は？

ご本人たちの背景や思いも考慮に入れながら、いつ・誰と・どのように検討、判断することが望ましいかお話してください。



## (4) グループディスカッション

### 令和4年度第3回事例検討会 グループディスカッション発表概要

#### ディスカッションテーマ1

安全に自宅療養を続けるために、できることは？

#### ディスカッションテーマ2

このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？他の選択肢は？

#### テーマ1：安全に自宅療養を続けるために、できることは？

① 今後安全を脅かすと想定される場面(誰が？いつ？どのように？なぜ？)

② ①に対して自職種やチームで取り得る対策

場面	自宅療養において 安全を脅かすこと	対策	
		夫と妻各々への対策	夫と妻に共通した対策
全般	夫：パーキンソン病の進行 妻：認知症の進行	—	・見守りカメラの導入(遠隔での家族等の見守り)
日常動作	夫：パーキンソン病の進行に伴う歩行機能低下	・歩行の補助のため、床に目印をつける ・歩行状態のアセスメント ・訪問リハビリサービス(PT)による機能訓練	—
食事摂取時	夫：嚥下機能低下による誤嚥	・訪問リハビリサービス(PT・ST・OT)による飲み込み機能訓練	—
	妻：過食による糖尿病リスク	—	
服薬時	夫：嚥下機能低下による服薬コンプライアンス低下	・粉碎や服薬ゼリーの活用 ・服薬支援ロボットの活用	—
外出時	夫：転倒による怪我・階段からの転落(ごみ出し・夜間の散歩)	・自宅前でのごみ回収サービス利用 ・夜間外出の注意を促す貼り紙の掲示 ・生活リズムのアセスメント(夜間の外出対策として) ・日中のデイサービス利用の検討(夜間の外出対策として) ・一階への引っ越しの検討	・GPSやセンサーコールの導入

	妻：認知症進行による徘徊や 行方不明	・身元が分かるようなものを常時携 帯する ・地域コミュニティへの参加等を通 じて、地域住民に理解・協力を仰 ぎ、徘徊・行方不明時の発見と自宅 への帰宅を促せるようにする	
その他	近隣への迷惑や危険	・地域の方への理解を促す	
	夫婦間のストレス(ストレス に起因するDVの危険性等)	—	・夫婦の関係性のアセスメ ント ・離れる時間を作る(デイサ ービス・ショートステイ 等の活用)

### ③ ①以降で自宅療養を続けることは可能であるか？

#### 【自宅療養の継続は可能(条件付き含む)】

- ✓ 夫婦でゴールを決められるよう促す。(B班)
- ✓ 可能ではあるが、徐々に自宅以外の施設の利用も促す方が良い。(A班、D班、E班)
- ✓ 安全が確保できるならば可能。(C班)
- ✓ チームの相互理解のもと、出来る限り様々な訪問サービスおよび通所サービスを活用し、自宅療養を継続できるようにする。(D班)
- ✓ 息子を交えた担当者会議で関係者全員の合意形成を図ること、突発事故、リスクが起きてもある程度は致し方ないという覚悟を持ち、チームで壁を押しのように支援していくことが重要である。(D班)

#### 【自宅継続は疑問】

- ✓ リスクがある状態で在宅療養を続けるか疑問はある。最後まで在宅は厳しい。(E班)

#### 【その他意見】

- ✓ 息子がどこまで関わるができるかで支援の範囲が変わる。(D班)
- ✓ QOLの向上は重要であり、趣味などの生活上の喜びになるものを提供できるようにする。(D班)

## テーマ2：このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？他の選択肢は？

### ① このご夫婦をどこまで在宅で支えるべきか？他の選択肢は？(理由を含めて)

#### 【どこまで在宅で支えるべきか／どこが在宅の限界か】

- ✓ 関連職種の手が及ばなくなったとき(B班)
- ✓ 集合住宅に居住しているので、周囲の住民などに迷惑や命の危険が及ぶリスクが生じたとき(B班)

- ✓ 身体や命の危機が見えたとき。レビー小体型認知症に起因する暴言暴力によって介護手間が増えるケースも考えられる。(D班)

【自宅療養を継続する以外のその他の選択肢】

- ✓ 最終的に施設に移行することを想定したアプローチを検討する
  - 夫の意向・希望の背景を理解する
    - ・ なぜ自宅を希望するのか、いつまで自宅にいたいのか、なぜ施設が嫌なのかを聞き取る。(E班、F班)
  - 徐々に施設利用を促す
    - ・ 少しずつ施設について知り、利用してもらえよう機会を設ける。(E班)
    - ・ 少しずつ小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の利用を始めてみる(B班、C班、F班)
    - ・ デイサービスから始め、ショートステイと段階を踏んでもらう。(E班)
    - ・ 意向・希望は変わるものなので、少しずつショートステイや小規模多機能型居宅介護等の利用を始め、施設も悪くないと感じてもらえるように促す。(F班)
  - 自宅の代替の場としてのメリットを享受できそうな施設を検討する
    - ・ 現在は引っ越したばかりで地域への溶け込みができていないと感じる。サービス付き高齢者向け住宅の利用により、利用者同士での関係構築等が期待できるのではないか。(A班)
  - 夫婦の状況(病気の症状・認知機能・ADL等)に鑑み、より適切な場としての施設を検討する
    - ・ 看護小規模多機能型居宅介護の利用や、区分変更を行ったうえで特別養護老人ホームを申し込む(C班)
    - ・ 状況によって特別養護老人ホームや、医療依存度が高い夫は医療療養型病院という可能性もある。(D班)

② ①をいつ・誰と・どのように検討、判断するべきか?(理由を含めて)

【息子からの関わり・支援を促す】

- ✓ 息子の理解や支援への介入を促す関係づくりをする。(A班、B班、D班)
- ✓ 月一回、息子が通院補助をするタイミングで、ケアマネージャーが中心となり、関係者で集まるよう調整する。または Zoom 等を活用して定期的に両親の状況を共有し、危機感を醸成する。これは本来、介入当初から行うべきことだと考える。(B班)
- ✓ 病識を夫婦本人たちに理解してもらうのは難しいので、医師や専門職を交えて息子に理解を深めてもらい、自宅療養の限界や施設入所について検討する必要性を提示する。(G班)

【ACPの確認】

- ✓ 夫婦の意見や意向、これまでの夫婦あるいは息子との関係性や価値観、何を大切にしてきたかについて、多職種だけでなく息子も巻き込んで聞き取り、何度でも話し合う(ACPを行う)。(C班、D班)

【経済的負担の軽減策を検討する・介護認定の見直し】

- ✓ 多職種の自宅療養ケアチームで介護認定を見直し、保険範囲内での対応を検討する。(C班)
- ✓ 現在の状況は要支援ではないと感じる。区分変更により介護保険内でサポートができれば経済的  
不安の軽減につながる。(A班)
- ✓ 要介護度の見直しによってどのような施設が適切かという話も出る。(D班)
- ✓ 預貯金の把握をし、現在の状況と今後の見通しについて検討、準備する。(H班)
- ✓

## (5) 後日談

### 後日談・・・

- ・ 夫が不明熱(3年連続)の精査で入院中、誤嚥性肺炎で寝たきり・経口摂取不能となった。
  - 本人は「家に帰りたい」と強く希望するも、自宅での支援継続は難しいと判断。療養型病院への転院を調整中。
- ・ 妻は、夫を探して深夜徘徊し、警察に保護される。
  - お泊りディを利用しつつ、入所先施設を探している。

#### ■不明熱の経緯について

- ・ 8月2日、最高38.2℃の発熱にて緊急往診。
- ・ 発熱以外は症状なく、新型コロナウイルス抗原検査、PCRとも陰性。原因は不明だった。
- ・ 実は昨年、一昨年と1回ずつ同様の「不明熱」があり、ご本人が頑として病院受診も入院も拒否したため、原因究明はあきらめて自宅で抗生剤ロセフィンの点滴治療を行った。(いずれも1週間ほどの治療で解熱。)今年も同様にロセフィン点滴を1週間行ったが解熱せず、静脈確保が難しいためイセパマイシン筋注を追加した。これで3回目なので、さすがに原因を特定したい。また2020年から鉄欠乏性貧血となり、鉄剤を内服中。この原因も特定できていないので、併せて精査したいと考え、ご本人を説得。
- ・ 最初は非常に嫌がっていたが、「今後も安心して家で暮らしていくために必要」と説得した。

#### ■入院とその後について

- ・ 8月15日、新型コロナウイルスに感染したため、治癒したところで精査入院を調整。
- ・ 8月30日、某総合病院に入院とした。
- ・ 発熱の原因については、単純・造影CTをするも不明。貧血の検査として上部消化管内視鏡検査をしていただきたかったが、行われなかった。(前もって同意書が必要、など後日説明あり。)
- ・ 入院中に嚥下障害が悪化し、誤嚥性肺炎を発症。絶飲食、高カロリー輸液管理となり寝たきりの状態となった。

- ・ ご本人が強く自宅退院を希望されたが、頻回の喀痰吸引が必要とのことで、家に帰してあげたいのは山々だったが、窒息などの深刻なトラブルにつながる可能性があった。最終的にはKPである息子さんの判断で「療養型病院への転院」の方針となった。
- ・ その後何度か危篤状態となり、転院は保留となっている。

### ■夫入院後の奥様の経緯について

- ・ 入院後、奥様をご主人を探して深夜に徘徊して警察に保護されるトラブルが発生。急遽お泊りデイサービスを利用。今後ご主人が退院する可能性がなくなったので、長期入所する施設を探している。(まだ決まっていない)
- ・ 元々明るくて社交的な方なので、施設に溶け込んで楽しく暮らしている様子。

### ■今回の事例を通じて感じたこと

- ・ 主治医としては、ご主人があれほど嫌がっていた精査入院を無理に進めた結果、寝たきり・ADL全介助で退院できない状況になってしまったので、何とも申し訳ない感がある。
- ・ ご本人のお気持ちを最優先し、「死んでもいいから」あのまま自宅療養を続けた方が良かったのか？悩ましいところである。
- ・



## 事例 4. 家族の負担、どう工夫する？

### ～介護家族の介護負担を下げるためのサービス調整～

#### (1)事例概要

対象地区：大泉地区

開催日：令和4年2月3日

#### コーディネーターおよびパネリスト

コーディネーター：すみれホームケアクリニック 市場保 氏(医師)

パネリスト：あかり訪問看護ステーション 中江志穂 氏(訪問看護師)

：ケアプラン華うさぎ 海老澤大輔 氏(ケアマネージャー)

#### ●内容

肺がんや認知症を患いながら、日常生活では自分で何もやろうとしない要介護者の夫と一生懸命介護にあたる一方、負担が大きい介護者の奥様の事例を通して、今後夫婦にどのようにかわり、どのようなことに気を付けながらサービス調整を行っていけばよいかを参加者の皆様と模索する。

#### ●症例紹介とディスカッションテーマ

##### <症例>

- ・ 夫は80歳代、肺癌(非治療)・下肢閉塞性動脈硬化症(術後)・心筋梗塞(術後)・慢性肺気腫(在宅酸素中)・認知症、要介護2。妻は変形膝関節症、頸椎症、要介護2。喫煙者。
- ・ 生活保護受給中。都内団地で2人暮らし。近隣にキーパーソンはいない。旦那様が通院困難になり、訪問診療を開始した。
- ・ 現在夫婦で訪問看護師の入浴介助を受けており、デイサービスは夫婦共に週1回通っている。デイサービスは奥様の気分転換を兼ねているため、旦那様と同じ曜日に別施設を利用している。
- ・ 奥様は旦那様の日常生活の細かな身の回りの世話を実施。一方で旦那様は奥様の手伝いは特にしなないため、奥様の日常における介護負担がある。
- ・ 夫婦の関係性は、奥様が旦那様への不満を一方向的に話していることが多いが、どちらかに体調の変化が起きた時はお互いに容体を心配しているため、お互いを思い合っていると感じ取れる。
- ・ 旦那様の肺がんの予後は明らかでなく、奥様の膝、首、腰等の痛みも悪化する可能性がある。そのため旦那様の肺がんの進行や奥様のADLの変化に合わせ、サービス調整を行う必要がある。
- ・ MCSを活用し、専門職間(医師、訪問看護、ケアマネージャー)で夫婦の情報を共有している。

##### <ディスカッション>

Q1. 過去、このような家族の介護負担を感じたことはあったか？その際どのような対応をしたか？

Q2. このご夫婦の支援において、今後気を付けていくことは何か？

**キーワード：**介護負担 肺がん 認知症 老々介護 意思決定支援 在宅療養 多職種連携 ACP

令和5年2月3日 第4回練馬区事例検討会  
グループディスカッションシート

- グループごとにディスカッションを行います。
- 以下2つのお題についてディスカッションを行い、発表して下さい。
- グループごとに司会者、発表者、書記を決めて下さい。
- 書記はこのシートに議論の内容やまとめを記録して下さい。

※ 書記の方は、事例検討会終了後にワークシートを事務局宛にメールでお送りください。

(※切：2月10日(金)まで) 送付先：[IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp](mailto:IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp)

メール件名は、【第4回事例検討会 ●班(ご自身の名前)ディスカッションシート】としてください。

(例) 【第4回事例検討会 1班 練馬太郎 ディスカッションシート】

Q1. (目安25分間)

過去、このような家族の介護負担を感じた場面にあったことはありますか。それはどのような状況で、どのように対応したか、班の皆様と共有してください。

※必要に応じ、記入欄を増やしても構いません

発言 職種	①どのような状況だったか?	②①に対しどのように対応したか	③他の皆様からの意見(①に対する他の対応策含め)感想
(例) ケアマネジャー	(例) 要介護2で認知症の母を娘さん一人で介護しており、心身に負担がかかっている一方、周りに悩みを共有できる友人はいない状況であった。	(例) 精神的負担を軽減させるため、娘さんが一人の時に悩みを傾聴した。	(例) 介護家族の会を紹介し、専門職には言いづらい普段の悩みを共有できる環境を作った。

※裏面に続きます

Q2. この夫婦の支援において、今後気を付けていくことは何だと思いますか。またそれらに対し自職種はどのように関わり、またどのように他職種と共に対応していきますか？他職種への期待や要望も含めお話してください。(目安 25 分間)

発言職種	①今後気を付けていくこと	②①に対し自職種はどのように関わっていきますか、またどのように他職種と対応していきますか(理由を含めて)
(例) ケアマネジャー	(例) 奥様の両膝の変形性膝関節症と頸部疼痛の悪化により、奥様が行っている旦那様への日常生活援助ができなくなってしまう可能性がある。	(例) 奥様の体調悪化により、日常的に行っている食事の準備ができなくなる可能性があるため、奥様の身体状況を他職種と共有をし、金銭面の問題も考えながら配食サービス等の代替案を検討する。

\_\_\_\_\_ 班 氏名 \_\_\_\_\_

# 介護家族の負担、どう工夫する？

～介護家族の介護負担を下げるためのサービス調整～

すみれホームケアクリニック  
市場 保

## 事例紹介

### 旦那様（本人）について

- ・80歳代、男性。要介護2。
- ・北海道出身。かつては夕張炭鉱で働いていた。
- ・北海道で出会った奥様と結婚し、現在二人暮らし。
- ・生活保護受給中。
- ・主病名：肺癌（非治療）下肢閉塞性動脈硬化症（術後）  
心筋梗塞（術後）慢性肺気腫（在宅酸素中）認知症

### 奥様（介護者）について

- ・変形性膝関節症、頸椎症を発症中。要介護2。

## 旦那様の臨床経過

- ・ **平成27年**より通院困難で訪問診療中。  
下肢閉塞性動脈硬化症（ステント手術後）、心筋梗塞（術後）慢性肺気腫。喫煙。
- ・ **平成30年**、肺癌と診断。  
合併症などから積極的な治療（手術、抗癌剤等）はしない方針となった。
- ・ **令和元年**、呼吸苦悪化し、在宅酸素導入。禁煙。  
緩和ケア病棟申し込み。長谷川式10点（満点は30点）で認知症あり。  
呼吸苦に対して麻薬内服開始。
- ・ **令和4年秋**、下肢閉塞性動脈硬化症に対してバイパス手術。  
肺癌は増大傾向だが、DSには通所可能。

## はじめに（趣旨説明）

- ・ **（今回の事例検討会のねらい）** 在宅医療を継続していくには本人だけではなく、介護者の負担を軽減することが重要である。
- ・ **（本事例を選んだ経緯）** 典型的な老老介護の夫婦で介護者（奥様）は患者（旦那様）に愛情を持って接しているが、自身も持病があり、時として負担、不満を感じることもある。
- ・ **（本事例を通じて考えてほしいこと）** 介護者の負担、心情を考慮しての介護サービス調整は重要であり、本事例を呼び水に各参加者の工夫の情報交換の機会にしていきたい。

## 臨床的問題点

- ・旦那様の肺癌の進行は緩徐で予後が明らかでなく、徐々にADLが低下していくなかでどのようにサービスを調整していくか。症状により、投薬の増量や変更を随時行っていく予定。
- ・介護者の奥様に身体的、精神的な負担をかけず、在宅での同居を続けていくためにはどのような工夫をすればいいか。今後も膝、首、腰等の痛みが悪化する可能性は高い。
- ・介護者の奥様の介護負担を考慮して、緩和ケア病棟を申し込んでいるが、在宅療養の選択はないか、終末期に再確認が必要。夫婦の最も満足度の高い緩和ケアの場はどちらなのかを医療者として提案していく。

# 訪問看護からみた ご夫婦の暮らし

あかり訪問看護ステーション  
中江 志穂



## 訪問看護開始の経緯

### 平成30年2月

- ・旦那様がデイサービスで入浴中に血圧低下、意識消失が起きたため、安全のために自宅での看護師による入浴介助の希望あり、介護保険での訪問看護が開始となる。
- ・進行肺癌の診断があり、経過の中で途中から医療保険での訪問看護に変更。
- ・現在まで約5年間の訪問看護を継続中。

### 平成31年3月

- ・奥様の両膝の変形性膝関節症が悪化し、入浴介助目的で奥様の訪問看護も開始となる。
- ・現在まで約4年間の訪問看護を継続中。

## 印象的なエピソード①

### 【奥様のストレス解消法】

・いつも旦那様と顔を突き合わせていることに対する奥様のストレスが大きく、訪問看護開始の初期の頃は、伺うと自宅周辺を散歩しており、外に出ることで気を紛らわしていることがあった。

### 【文句を言いながらも頑張りすぎる奥様】

- ・奥様は旦那様への不満をいつも口にはしているが、旦那様が肺炎で入院になった際は、電車とバスを乗り継いで毎日面会に通い、会いに行っていた。
- ・そのために、もともとあった膝関節症による痛みが悪化して動けなくなることがあった。

## 印象的なエピソード②

### 【奥様のストレスの一因】

- ・旦那様はスポーツ観戦が大好きなので、オリンピックやサッカーワールドカップなど、海外中継が夜中の時も起きてテレビを見ることがあった。
- ・現在の団地に引っ越す前のアパートは居室兼寝室と3畳、台所という間取りだったので、同室で奥様が寝ているが、旦那様は難聴もありテレビを大音量でつけていることで、奥様が寝不足となって不満につながっていた。

### 【旦那様の気遣い①】

- ・奥様が北海道へ帰郷し東京に戻ってきた夜から、膝関節症が悪化し布団から起き上がることが難しくなった。
- ・心配した旦那様が、一時的に自分の介護ベッドを奥様へ貸し、起き上がりや立ち上がりの介助、食事の準備をし、心配そうに見守っていた。

## 印象的なエピソード③

### 【旦那様の気遣い②】

- ・奥様の頸部の疼痛が悪化した時、旦那様は起き上がりの介助や飲み水を継ぎ足すなど、自分なりにできることをしてくれていた。

### 【夫婦の日常】

- ・約5年間の訪問をする中で、旦那様はもともと家事を負担しておらず、奥様からゴミ出しなどできることを要望されるものの、のりくらしとやらずにいるのは変わらない。が、いつも旦那様がニコニコしており、人当たりもやわらかいので憎めない。

## 訪問看護が感じたこの事例のご夫婦

・ふだんの日常では、奥様が旦那様への不満を一方向的に話していることが多いが、どちらかに体調の変化が起きた時はお互いに容体を心配し、奥様は旦那様が早く退院することを願って毎日面会に行く、旦那様は介護や家事を担う努力をする姿がみられている。

・このことから、お互いのことを思い合っているものの、ゆるやかな持病の悪化の中で、今までできたことができなくなっていくことへの負担がそれぞれに増大していくことが、今後も主に奥様のストレスになっていくことが考えられる。

## 妻のストレス軽減のために訪問看護が意図して関わってきたこと

・奥様は旦那様と離れる時間がストレス解消になっているため、自分で買い物に出かける、友人と会うなどの機会を引き続き持つように関わっている。

・現在、旦那様と同一日に別のデイサービスに行っている。旦那様に認知症があり、以前旦那様が一人の時にガスの火を消し忘れるなどが起きたためケアマネジャーから「旦那様をひとりで置いて行ってはいけない」「旦那様がデイを休むときは奥様もデイを休むように」と言われていた。だが、奥様は週1回のデイで気分転換をしているので、1回休むだけでもストレスが増大し険悪な空気となっている。そのため、旦那様をひとりで置いていってもガスの火を使うことがないよう、ガスレンジの電池を抜く、ポットにお湯を準備して昼食は自分でおにぎり、カップ麺、コーヒーなどが飲めるようにし、安全に独居の時間を過ごせるようにした。その後、旦那様がデイを休んでも、奥様のみデイに行くことができるようになっている。

# ケアマネジャーから見た 本事例

ケアプラン華うさぎ  
海老澤 大輔

## 印象的なエピソード

【奥様の頸部疼痛。そのときの旦那様は…】

- ・令和4年7月のある日の夕方、訪問看護より「奥様の頸部の疼痛がひどく、首が回らず、移動が困難になっている」と連絡を受ける。
- ・その日の夜に訪問したところ、旦那様はテレビを見ていた。心配そうにしていたが自分ではどうしたらよいかわからない状態で、私の顔を見たらほっとした表情をしていた。

【旦那様の入院時、奥様は…】

- ・令和4年8月下旬、旦那様が杉並区の病院に入院することになった際、奥様は首の痛みがありながらも、コルセットをしながら病院を訪問して荷物を届けたり、手続きをしたりと献身的に行っていた。

【奥様が北海道へ】

- ・令和4年10月下旬から11月上旬まで1週間程度、妹の夫の納骨を手伝うために奥様が北海道に行くことになった。
- ・北海道から帰ってきた奥様に様子を聞くと「大変だったがかなりストレス解消になった」と笑顔で話していた。

## 北海道へ行くために行った準備

---

奥様から「北海道にいる間は夫をショートステイで預かって欲しい」との要望があったため…

- ・市場先生に、ショートステイ先に在宅酸素の設置の依頼をしていただいた。
- ・訪問看護師によりショートステイ期間中の着替えや薬の準備のお手伝いを依頼した。
- ・夫が外出する際は、必ず訪問看護師により準備のお手伝いをお願いしていた。そのことで、奥様も安心していた。

## 現在のサービス内容

---

- ・入浴は夫婦共に訪問看護で、買い物等は訪問介護で支援している。
- ・細かな身の回りの世話（食事の準備や食器を出したり下げたり洗ったり、部屋をこまめに動き回っている）は、奥様がおこなっている。
- ・旦那様はいつもテレビを見ているだけで、奥様の手伝いを全くしないため、ストレスはかなり溜まっている様子である。
- ・デイサービスに関しては、同じ日に別々のデイサービスを利用して、奥様の気分転換を図っている。
- ・夫婦共に訪問診療・訪問看護とはMCSで常に情報共有をしている。



## ケアマネジャーの私が感じた この事例のご夫婦

---

・支援していてこのご夫婦はお互いをとても思いやっているが旦那様の奥様に対する思いの表現が乏しい。奥様は旦那様が生活に協力的でないことが大変ストレスに感じているが文句を言いながらも支援している。旦那様を思う気持ちは伝わって来る。奥様の息抜きを考慮する必要がある。

・このご夫婦の場合は旦那様の肺がんの進行状況や奥様のADLの変化等を医師や訪問看護と情報を共有して今後の支援の予想を模索している。

## ケアマネジャーの思う この事例の今後の課題と展望

---

・奥様に対してはこれ以上身体的精神的に負担がかからないように本人と話しながら今後も奥様が不在の場合の旦那様のケアをどのようにチームで連携できるかを課題として支援していくことが必要と感じています。

・旦那様の肺がんの進行状況をMCS使用できめ細かい情報をチームで共有継続。状態の悪化に伴いサービスの見直しの実施。旦那様の思いのアセスメントの実施（奥様を除いての聞き取り等）



## 事例検討会 まとめ

コーディネーター 市場 保  
パネリスト 中江 志穂  
パネリスト 海老澤 大輔

### 訪問看護が考えるこの事例の今後の課題

- 以前、旦那様が肺癌の診断がつき、積極的な治療を望まないという時点で緩和ケア病棟の登録を行っている。その際に、奥様は身体介護が増えてくると自分で看ることは難しくなるので入院してほしいと話していた。その時点ではそのような意向だったが、それから数年経過し、旦那様は医療用麻薬を使用しつつ緩やかな経過をたどっている。
- ご夫婦が再婚同士で、奥様の子は遠方にいるが、近隣に頼れる親族もなく、今後おふたりどちらかもしくはともに変化が訪れた時のキーパーソンや意思決定支援が課題となると感じている。

## ケアマネジャーの思う この事例の今後の課題と展望

・奥様に対してはこれ以上身体的精神的に負担がかからないように本人と話しながら今後も奥様が不在の場合の旦那様のケアをどのようにチームで連携できるかを課題として支援していくことが必要と感じています。

・旦那様の肺がんの進行状況をMCS使用できめ細かい情報をチームで共有継続。状態の悪化に伴いサービスの見直しの実施。旦那様の思いのアセスメントの実施（奥様を除いての聞き取り等）

## 令和4年度第4回事例検討会 グループディスカッション発表概要

### ディスカッションテーマ1

過去実際にあった、家族の介護負担を感じた場面・状況とその際の対応方法

### ディスカッションテーマ2

この夫婦の支援において、今後気を付けていくこと、加えてそれらに対し自職種はどのように関わり、またどのように他職種と共に対応していけばよいか。

#### テーマ1

##### 医療介護従事者が介護者に傾聴した事例

【場面・状況①】 介護者である奥様への虐待による介護拒否、医療拒否が起きている状況(1班)

##### 【実行した対策】

- ✓ 旦那様を持ち上げて、奥様への気持ちを逆なでしないよう柔らかい言葉で訪問看護師が傾聴した。

##### 【意見】

- ✓ 要求が高すぎる場合には毅然とした態度で接するべきと思う。しかし、虐待が起きている中で良好な関係性を保つのは難しい。

【場面・状況②】 1人の介護者に負担が偏ってしまった状況(6班)

##### 【実行した対策】

- ✓ 介護者に傾聴し、意向をくみ取りながら必要なサービスを提案した。

##### 【意見】

- ✓ 薬剤師は患者が元気な状態からの関わりが多いため、話を聞きながら適宜地域包括支援センターなどにつなげるのが良いのではないかと。
- ◇ 遠い親族より近くの他者が話を聞く方が良いのではないかと。

##### 関わりがなかった他職種につなげることができた・つなげた方がよかったと感じた事例

【場面・状況③】 娘さんが認知症の母を介護している状況(6班)

##### 【意見】

- ✓ 娘さんの話をよく聞き、状況次第で地域包括支援センターなどに連絡すればよかったと感じた。

【場面・状況④】 旦那様の介護に熱心だった奥様が鬱になってしまった状況(6班)

##### 【実行した対策】

- ✓ 奥様の健康が維持できない場合、介護ができなくなるため、奥様のかかりつけ医に相談しメンタルクリニックにつなげた。

##### 【意見】

- ✓ ちょっとした会話の中から介護者のSOSは出ているため、愚痴などの話も傾聴し、真意をくみ取り、適宜必要なサービスにつなげることが大切なのではないかと。

【場面・状況⑤】両親が精神疾患の息子さんを介護していたが、その後両親が認知症になり、介護の立場が逆転した状況(6班)

【実行した対策・意見】

- ✓ 障がい者支援やケースワーカーなどの専門職に関わってもらうことで、今後の方針などの展望が広がった。
- ✧ いかに他の専門職と関わるかが大切であり、加えて専門職の関わりの調整を行うケアマネージャーの役割も大切であると感じた。

【場面・状況⑥】奥様は認知症、旦那様は小児麻痺で下肢筋力がなく歩けない状態。旦那様が退院後、介入していた訪問診療医から「2人で自宅にて暮らすことは難しいのではないか。」と言われた。別居されている息子さんは遠くに住んでいるため、状況が分からない状況。(8班)

【実行した対策】

- ✓ ケアマネージャーが息子さんと話し、24h専門職が対応可能な療養環境を作り(訪問診療や看護、介護等を導入)、2人暮らしを続けることができた。

【意見】

- ✓ 老々介護はヘルパーがいないと実現は難しく、加えてストレスをどのように解消するかのアドバイスをする役割も担っていると感じた。
- ✓ 薬剤師の関わり合いが難しいと感じた。薬剤師から居宅療養などの話を投げかけても、話が一方通行になりやすいため、他専門職が工夫することで、よりよい介護に変わっていくのではないか。

【場面・状況⑦】老老介護で、夫は認知症で奥様に頼りがち。遠方から週1回娘が来る。奥様はきちんとしている印象で奥様自身も出来ると言っていたが、多量の残薬が出てきて、服薬管理が出来ていないことが判明した状況(11班)

【実行した対策】

- ✓ 娘さんが薬局へ薬の相談をしたことから薬剤師が介入。薬の一包化がきっかけとなり、地域包括支援センターにつなぎケアマネージャー・訪問診療を介入させることができた。

【意見】

- ✓ 薬局起点での介入のケースは珍しい。今後はかかりつけ薬局からの介入のケースが多くなるかもしれない。(11班)
- ✓ 一包化に対しては嫌がる患者さんや家族が一定数存在する。(14班)
- ✓ 一包化がいけない薬などを区別することが必要(14班)

専門職の介入の工夫により状況が改善された事例

【場面・状況⑧】胃ろうで寝たきりの妻を介護する夫が認知症になったため、おむつ交換の仕方や胃ろうの時間がわからなくなり、介護がうまくいかない状況。(4班)

【実行した対策】

- ✓ ヘルパーによる声掛けを「胃ろうの時間ですよ」から「奥さん、お腹空いているって言っていますよ」と分かりやすい言葉に変えたことで、夫が介護できるよう改善ができた。

### 介護者の介護のゴール設定に関する事例

【場面・状況⑨】 家族の介護負担がある状況で、介護のゴール設定を考える場面(5班)

#### 【意見】

- ✓ 専門職は介護のゴールを設定し、そのうえで対応しなければいけないと考える一方、ゴールの設定自体が難しいと感じた。
  - ◇ 人生会議の場などで近場のゴールを決め、そこに対して現状を整理し、今後専門職ができることを考えるのが大切なのではないか。
- ✓ 対象者は関わる各専門職に対して、異なる話をしている可能性があるため、専門職間は各々に聞いていることを統合し、奥様の真意を探るべきではないか。
  - ◇ 対象者の思いはその都度揺れ動くため、細かい情報を専門職間で集めて、関わる専門職全員でできることを考えるべきではないか。

#### テーマ2

- ◆ 旦那様と奥様が大事にしていることや今後どのようにしていきたいのかを傾聴し、今後の方針の検討や意思決定支援を実施
  - 旦那様と奥様がどのような経過をたどる可能性があるのかを、医療専門職からいくつかの方向性として説明し、それらを基に今後のチームの方向性を定める必要がある。(6班)
    - ◇ 誰がどこまでできるか、どこまでできないのかといった判断を見極めていく必要がある。
    - ◇ 専門職で人生会議(ACP)のような大きな目標でなくても、これからできる事を提案していきたい。
  - レスパイト入院やこのような状況になったら入院するなどの方針を、事前に決めておき、家族に負担がかからないようにするべきではないか。(8班)
    - ◇ 方針を決める際は、いま利用者が何を大事にして、それをどのようにすれば実現できていくのかを含めて考えていかなければいけない。
  - 奥様が今後どこまで頑張るべきかを、専門職間で考えるべきではないか。(5班)
    - ◇ 奥様も痛みを抱えながら生活されているため、それらも考えなければいけない。
    - ◇ 危機管理の面で、最終的にはどちらが先に悪くなるかわからない。
  - 何かあった際の意思決定をどうするかを考えるべきである。そのために娘さんの連絡先を聞いておく必要がある。(13班)
  - 奥様の意思がしっかりしているうちに将来のことについてお話しし、今後の方針を決めていくべき。(13班)
- ◆ 奥様の負担軽減方法を検討する
  - 奥様へのねぎらい方として最良のものを検討する。
    - ◇ 旦那様と一緒に時間を減らし、奥様の1人の時間を増やす。
      - ✓ 旦那様が2泊3日のショートステイに行く、またはデイサービスを1日増やす。(5班)
      - ✓ 奥様は旦那様が入院の際も、毎日面会に行っていたため、2人が顔を合わせる時間は必要であると思われる。一方でそれらの時間を確保しつつ奥様の1人の時間を増やすために、旦那

那樣だけのデイサービスの日を作るべきではないか。(13班)

- ✓ 旦那様が訪問介護や看護の方と散歩に行き、30分程度外へ買い物に行くことで、奥様が自宅でくつろげる時間を作る。(5班)
- ✓ 奥様が一人で散歩に出かける、喫煙をする時間を確保する。(5班)
- ◇ 日常生活における奥様の旦那様に対する世話の負担が減る方が良いのであれば、現在の旦那様のADLを維持するサービスを入れるのでもよいのではないか。(5班)
- ◇ 奥様の体調維持を目的とした、奥様の日常的に行っている食事のフォロー。(13班)
- リハビリ職の介入を検討する。
- ◇ 身体の痛みが軽減されると、ご主人への対応も変わっていくのではないか。(2班)

◆ 自宅療養環境を整える

- 退院前カンファレンスを行い、自宅環境を整える。(8班)
- 今後の奥様の症状悪化も想定し、日常の服薬管理体制を見直す。
  - ◇ 一包化、服薬回数を1日1回に減らすなどの提案、毎日の服薬の援助をヘルパー・訪問看護師等に依頼するなど、対応を検討。(2班)
  - ◇ 薬剤師の訪問頻度(現在は月1回訪問)や訪問時に実施することを見直す。
    - ✓ 薬剤師は週1回服薬コンプライアンスを守る為に、薬が無くても訪問できる。薬の相談ができることは夫婦にとっても心強く、気持ちが楽になるのではないか。(1班)
    - ✓ 昔からの関わりがあれば薬だけでなく、日用品も届けたりすることができる(6班)
    - ✓ 麻薬の使い方について、家族にきちんと説明しなくてはいけない。(14班)
- 立ち上がり時の手すり等、移動支援のための福祉用具導入を検討する。(1班)
- 区の制度を活用し、ガスからIHへの変更を検討する。(9班)

◆ 専門職間での最悪の事態の想定

- 旦那様の衰えと同時に、奥様が動けなくなる可能性もある。そのため最悪の事態を想定した対応策を考えておくべき。(5班)
  - ◇ がんは終末期になると、現状穏やかな方でも急激に衰える場合がある。
- 今後自宅での生活が難しくなる可能性もあるため、一人ずつ療養型病棟に入るなどの対策も考える必要があると思う(12班)

◆ 専門職間の顔の見える関係の構築

- MCSなどを活用し、専門職間で情報共有を行い、顔の見える関係性を作っていくことで、支援の幅が広がっていくのではないか。(6班)(8班)
- 頻繁に担当者会議を実施し、顔の見える関係性を構築すべきである。(8班)
- 顔の見える関係が構築できておらず、専門職間で意見が統一されない場合、患者家族はどのようにすればよいか路頭に迷ってしまう可能性があるため、専門職間での情報共有が大切である。(8班)



令和4年度 練馬区在宅療養推進事業  
事例検討会・交流会 事例集

発行 令和5年4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 03-5984-1211

E-mail [IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp](mailto:IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp)