

令和5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6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	6
事例2	29
事例3	71
事例4	90

第 1 章 本事例集について

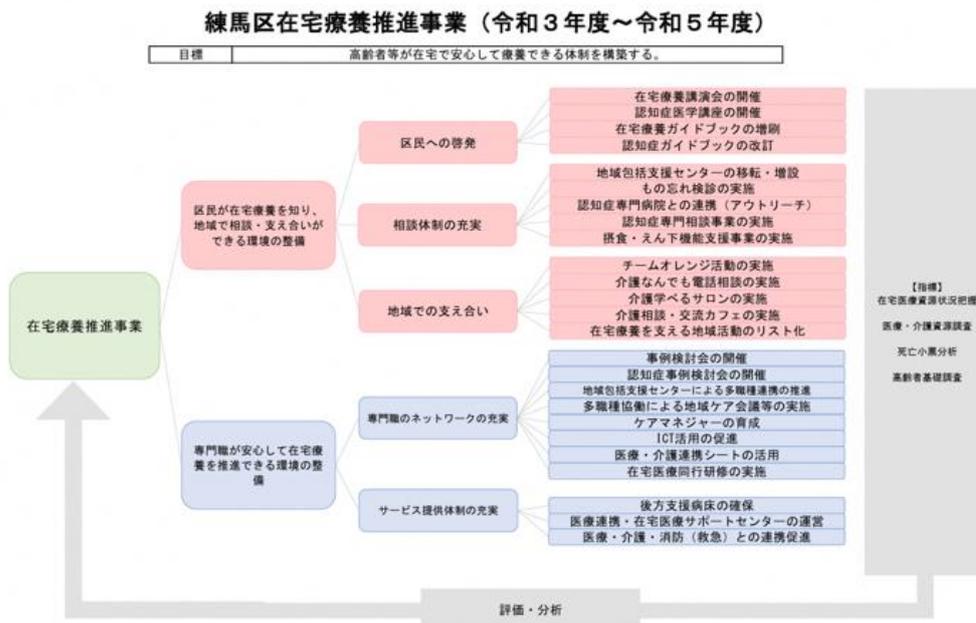
在宅療養推進事業について

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19日）

大泉地区

テーマ： リハビリテーションを考える

～60代で脳梗塞となったある患者の事例から～

第2回（8月3日）

光が丘地区

テーマ： 多職種における口腔ケアへの関わり

～口腔ケアや飲み込みへの関わりは、在宅での QOL 向上 の 1 歩・ 2 歩・ 3 歩～

第3回（10月21日）

練馬地区

テーマ： 外来通院・治療中のひとり暮らし高齢者をどう支える？

～病院と在宅関係者で適宜情報共有しながら 在宅生活を見守っている事例を通して～

第4回（1月26日）

石神井地区

テーマ： 在宅で「食べ続けること」を多職種で支える



第2章 事例検討会の内容

事例1. リハビリテーションを考える

～60代で脳梗塞となったある患者の事例から～

(1) 事例概要

対象地区：大泉地区

開催日：令和4年5月19日

コーディネーター

訪問看護ステーションすこやか工房 鈴木 健 氏（理学療法士、看護師）

●内容

60代で脳梗塞を患い退院後数mしか歩行ができない状態の中、「もう少し歩けるようになりたい」という希望を持っている患者様の事例を通して、参加者の皆様と今後患者様の意向に沿いながら患者様を社会復帰させるためにはどのような療養環境を構築していけば良いか、またどのような専門職が介入していけばよいかを模索する。加えて理学療法士の役割や他職種との連携について学ぶ。

●症例紹介とディスカッションテーマ

<症例>

- ・ 65歳男性。退職直後に自宅で倒れ脳梗塞と診断。急性期病院へ入院後1か月で全身状態は安定し、リハビリ病院に転院。転院後5か月で自宅退院となる。
- ・ 病院では車椅子介助であり、退院後も右片麻痺を患っているため、現在右手には補助手（辛うじてスプーンは握れる）を、右下肢には短下肢装具を装着している状態。
- ・ 数m歩行は可能であり、食事は口の端からこぼしてしまうことが多い。
- ・ 本人は「もう少し歩けるようになりたい」妻は「自分のことは自分でできるようになってほしい」と話している。

<ディスカッション>

- Q1. 本人が目指したい社会復帰像はどのようなものでしょうか。
- a) この方の職業、趣味等病前の生活を想像し、周辺情報を設定してみましょう。
 - b) その上で、2年後この方がどのような生活を送っていると良いか考えてみましょう。
- Q2. この方について、3か月後までに「こうなって欲しい」という目標を立て、それに向けた援助内容について話し合ってください。

キーワード：脳梗塞 リハビリ 社会復帰 運動療法 理学療法士 在宅療養 多職種連携

(2) 当日配布資料

令和5年5月19日 第1回練馬区在宅療養事例検討会 ディスカッションメモシート

※ 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：5月26日まで) 送付先：IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp

メール件名は【第1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1回事例検討会 Zoom1班 練馬太郎 ディスカッションシート】

Q1. 本人が目指したい社会復帰像はどのようなものでしょうか。

a) この方の職業、趣味等病前の生活を想像し、周辺情報を設定してみましょう

b) a)を踏まえ、2年後この方がどのような生活を送れていると良いか考えてみましょう。

周辺情報については話し合いの中で、適宜追加して頂いて結構です。

※裏面に続きます

Q2 この方について、3か月後までに「こうなって欲しい」という目標を立て、

第2章 事例1

それに向けた援助内容について話し合ってください。

※ 無理にリハビリ職を絡ませる必要はありません。自由に考えてください。

会場 Zoom _____ 班 _____ 氏名 _____

(3) 当日スライド

リハビリってなに？

「Rehabilitation」と「リハビリ」を考える

～60代で脳梗塞となったある患者の事例から～

【開催趣旨】

- 日常生活の継続が困難な事例において、目の前の状態を改善することが最優先で、先を見据えて社会復帰まで考えられなかった、といったことはありませんか？
- 今回の事例は、60代と比較的若く退職後すぐに脳梗塞となった方です。本人は「もう少し歩けるようになりたい」と話していますが、ご本人のその言葉の裏にある思いは何でしょうか？その思いに沿うにはどうしたらいいのでしょうか？また本人が目指したい生活はどんなものだと思いますか？
- 答えがあるわけではありませんが、本人が望む社会復帰に向けての支援について参加者の皆様と考えていきたいと思えます。

ケース紹介

- ・ 65歳男性（仮称：Aさん）退職直後に自宅で倒れる。脳梗塞と診断。
- ・ 急性期病院へ入院。1か月後、全身状態安定した為、リハビリ病院に転院。
- ・ 5か月後自宅退院となる。右片麻痺。
- ・ 病院では車椅子介助。右手は補助手（辛うじてスプーンは握れる）
右下肢は短下肢装具を装着し数m歩行可。
- ・ 食事は一般食を食べているが、口の端からこぼしてしまうことが多い。
- ・ 住宅：持ち家二階建ての一軒家。自室は2階。1階と2階にトイレあり。風呂は1階。
- ・ 妻は専業主婦だったが、生活に不安があり、夫が入院後パートに出ている。
- ・ 息子は埼玉県在住
- ・ 本人は「もう少し歩けるようになりたい」妻は「自分のことは自分でできるようになってほしい」と話している。

ディスカッションテーマ

1. 本人が目指したい社会復帰像はどのようなものでしょうか。
 - a) この方の職業、趣味等病前の生活を想像し、周辺情報を設定してみましょう。
 - b) その上で、2年後この方がどのような生活を送れていると良いか考えてみましょう。
周辺情報については話し合いの中で、適宜追加して頂いて結構です。
2. この方について、3か月後までに「こうなって欲しい」という目標を立て、それに向けた援助内容について話し合ってください。
(無理にリハビリ職を絡ませる必要はありません。自由に考えてください。)

(4) グループディスカッション

令和5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

本人が目指したい社会復帰像はどのようなものか。

- a) 事例患者の職業、趣味等病前の生活を想像し、周辺情報を設定
- b) aを踏まえ、2年後この方がどのような生活を送れていると良いか

ディスカッションテーマ2

この方に、3か月後までに「こうなって欲しい」という目標設定とそれに向けた援助内容

周辺状況設定 (Q1,a) (初期設定含む)	発表班	
	1班	4班
事例患者の性別年齢	・ 65歳男性	
事例患者の職種・職位	・ 銀行員、管理職	・ 公務員、地域課長
奥様の職種	・ 専業主婦	
金銭事情	<ul style="list-style-type: none"> ・ 銀行員時代はある程度の収入あり ・ 70歳まで仕事で働く予定が65歳で脳梗塞を患い退職 ・ 住宅ローンが70歳まで残っている 	・ 住宅ローンが残っている
事例患者の趣味	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゴルフ ・ 飲酒 	・ ゴルフ
事例患者の性格	<ul style="list-style-type: none"> ・ 几帳面、社交的、プライドが高い 	<ul style="list-style-type: none"> ・ こだわりが強い ・ (退院後)右半身麻痺や失語症がある事でのストレスから、短気になり、奥様にぶつける
自宅環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住宅：持ち家二階建ての一軒家。 ・ 1階と2階にトイレあり。風呂は1階。事例患者の自室は2階。 	
	・ バリアフリー環境有	・ 2階に事例患者の書斎有
事例患者の既往歴	・ 生活習慣病 (現在も継続)	
事例患者の入院～退院までの流れ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退職直後に自宅で倒れる。脳梗塞と診断。 ・ 急性期病院へ入院。1か月後、全身状態安定した為、リハビリ病院に転院。 	

第2章 事例1

	<ul style="list-style-type: none"> 5か月後自宅退院 	
事例患者の退院後の身体変化	<ul style="list-style-type: none"> 食事は一般食を食べているが、口の端からこぼしてしまうことが多い。(入院時：右手は補助手(辛うじてスプーンは握れる)) 右下肢は短下肢装具を装着し数メートル歩行可(入院時：病院では車いす介助) 	<ul style="list-style-type: none"> スポーツをしていたことから、体大きかったが、入院後は痩せられている 右半身麻痺 脳梗塞後失語症発症 要介護3 短下脚装具、右手補助手 車いす、トイレ等は手すりなどで伝え歩き
事例患者の退院時の心情	<ul style="list-style-type: none"> 本人は「もう少し歩けるようになりたい」 	<ul style="list-style-type: none"> 再就職を希望 車いすを使わず生活したい
	<ul style="list-style-type: none"> 5か月(入院中)リハビリを行い、数メートルしか歩けなかったが、本人はあきらめたくない気持ちがある 車いす移動はしたくない 	
事例患者の退院後の環境変化	<ul style="list-style-type: none"> 自室は2階であったが、生活の場を1階へ移す 	<ul style="list-style-type: none"> 寝室を2階から1階に移す
事例患者の退院後のサービス介入		<ul style="list-style-type: none"> デイケアに週3回通っている 奥様のパートの時間に合わせて通院ではなく、訪問診療、訪問看護ステーションからのリハビリを週2回実施
奥様の事例患者の入院後の環境変化	<ul style="list-style-type: none"> 生活に不安があり、夫が入院後パートに出ている。 	
奥様の事例患者の退院後の心情	<ul style="list-style-type: none"> 「自分のことは自分でできるようになってほしい」 	
	<ul style="list-style-type: none"> 70歳までの住宅ローンが残っていることが、奥様は不安 	
息子の状況や息子の事例患者との関わり	<ul style="list-style-type: none"> 埼玉県在住 	
	<ul style="list-style-type: none"> 一人息子 独身 	<ul style="list-style-type: none"> 一人息子 ゴルフが趣味

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事が忙しく面倒を見られない ・ 3歳の息子がいる
2年後の目標 (Q1,b)	<p>目標 I</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 趣味を行う意欲を引き出す ✓ ゴルフ仲間と交流できるような場を作るため、シニアカーを借り、打ちっぱなし等のゴルフを楽しむ <p>目標 II</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 息子さんの結婚式のあいさつができるようになる 	<p>目標 I</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 孫と旅行や散歩、外食等の楽しむ時間を作ることができる ✓ 息子に家庭があり、孫の年齢が5歳ほどになっていると想定 ✓ ハンバーグを一緒に食べに行く <p>目標 II</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 息子と趣味のゴルフ(パターゴルフ)ができる ✓ カートでラウンドを回りたい。 ✓ パターゴルフをできるようになりたい <p>目標 III</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自身で2階に上がり書斎でくつろぐことができる <p>目標 IV</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳梗塞の再発予防ができる <p>目標 V</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事への再復帰ができる
3か月後の目標と 目標に沿った援助内容 (Q2)	<p>目標①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1階の生活環境に慣れる <p>目標②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食べこぼし気になるので、できるようにこぼさないように食べられるようにする <p><u>援助内容</u></p> <p>目標①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理学療法士が介入し、生活導線を含めた生活環境の整備 	<p>目標①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ トイレを自力で行うことができる (尿器等を用いた排泄ができる) <p>目標②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 奥様がいなくても食事などの身の回りのことができるようになる <p>目標③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自ら布団に入ることができ

	<p>目標②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 言語聴覚士に介入してもらい、嚥下の訓練 ・ 管理栄養士の介入による食事形態を工夫 	<p>る</p> <p>目標④</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事をこぼさないで食べることができる <p>目標⑤</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 奥様の負担軽減ができる <p>目標⑥</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 簡易的なパソコンの操作ができる <p>目標⑦</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 息子が孫の顔を見せに来てくれる環境を作れる <p>援助内容（導入する支援サービス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療 ・ 訪問看護（リハビリ職含む） ・ おむつの配達 ・ 配食サービス（減塩食） ・ 訪問介護 ・ デイサービス（週3回検討） ・ レスパイト支援に関連するサービス（奥様に対して実施）
--	--	---

その他の目標に向けた多職種での関わりに関する意見

目的	目的に向けた関わり方
<p>自宅が古い/回収を実施していない場合、転倒を予防できる環境を構築する</p>	<p>住宅（玄関や階段、風呂場）改修の検討や福祉用具専門相談員との連携を通した手すりなどの福祉用具の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 福祉用具に関して、万全に用意した方が良い人と、必要最低限の用意が良い人とタイプが分かれる。万全の用意がされていることを安心できる場合とそれが負担になる場合があり、また最低限の用意は不安になる場合とそれを励みに自分ではできると頑張れる場合がある。
<p>嚥下機能を回復させる</p>	<p>訪問歯科が嚥下支援を実施</p>
<p>内服をしやすくする</p>	<p>薬剤師が処方薬の一包化を実施</p>

第2章 事例1

飲み忘れ防止のため	薬剤師が服薬カレンダーを配布
患者自身が抱えている悩みを抱え込まないようにするため	患者に関わる職種が患者会への参加を提案 ケアマネジャーが日常生活の中で患者が感じている悩みを傾聴
身体機能を回復させるため	理学療法士が入浴跨ぎ動作、歩行訓練、階段昇降訓練を実施
麻痺等によりできないことを援助するため	作業療法士が着脱指導を実施。

(5) まとめ

【補足解説】

リハビリってなに？

「Rehabilitation」と「リハビリ」を考える

訪問看護ステーションすこやか工房

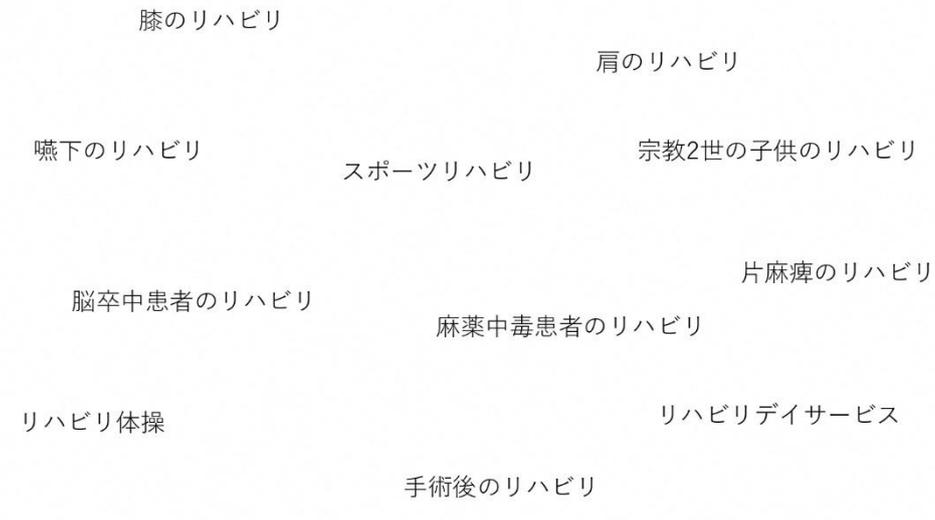
理学療法士・看護師

鈴木 健

「リハビリ」

皆さんは何をイメージしますか？

第2章 事例1



Rehabilitationとして正しい使い方か？

Rehabilitation とは？

人間に使う場合…『社会復帰』

障害を抱えたまま社会に帰る為の取り組み

物に使う場合…『修理』『修復』

Rehabilitationの分野

●医学的リハビリテーション

訓練 (歩行訓練、動作訓練)
義足歩行、車椅子操作等…

※訓練：主に身体を使い、指導の下出来ないことを出来るようにする過程。

●職業的リハビリテーション

●教育的リハビリテーション

●社会的リハビリテーション

世界保健機関（WHO）の定義（1981年）

リハビリテーションとは、能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。

リハビリテーションとは、障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促す全体として環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、**障害者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画と実行に関わり合わなければならない。**

障害者に関する世界行動計画（1982年）

「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ、**時間を限定したプロセス**である。」

つまりは…

Rehabilitationの専門職なんていない。

その人自身、そしてその人に関わる全ての人々による取り組み。

Rehabilitationの主役はあなたです！

- ・その人らしい生活。（病前の生活）
- ・その人が未来に描いていた生活（理想の生活）
 - ※病気、怪我により、本当に実現困難なのか？
 - ※少しでも近づけることは出来ないか？

これらを考慮した介入をして頂けると、その方の人生は少し良い方向に向かってくれるかもしれません(^_^)

Q：じゃあ、リハビリでやってる運動って???

A：それは「Rehabilitation」ではなく
「**運動療法**」です。

PTと運動療法

PT：理学療法 Physical Therapy
理学療法士 physical therapist

理学療法士 = 理学療法（運動療法、物理療法）を行う。

運動療法：運動を治療手段として用いる**治療**

第2章 事例1

膝のリハビリ

肩のリハビリ

嚥下のリハビリ

スポーツリハビリ

宗教2世の子供のリハビリ

脳卒中患者のリハビリ

麻薬中毒患者のリハビリ

片麻痺のリハビリ

リハビリ体操

リハビリデイサービス

手術後のリハビリ

膝のリハビリ

肩のリハビリ

嚥下のリハビリ

スポーツリハビリ

宗教2世の子供のリハビリ

脳卒中患者のリハビリ

麻薬中毒患者のリハビリ

片麻痺のリハビリ

リハビリ体操

リハビリデイサービス

手術後のリハビリ

運動療法として正しい使い方か？

運動療法の実際

PTは体操のお兄さん（おじさん？）ではありません。

運動療法の目的

- 関節可動域の維持、増大 （関節の動きを良くする）
- 筋出力の維持、増大 （筋力アップ）
- 筋持久力の維持、増大 （長く動けるように）
- 協調性の獲得 （滑らかに、上手に動く）
- 全身調整 （コンディション調整）

運動療法は、頻度と負荷量が大切！

【相談の目安】

PTは『動作』の専門家です。（日本では「動作」「動き」をみる唯一の医療職）

- ・「立てなくなった」「歩けなくなった」「転んでしまった」等、
『動作』に問題があった場合には

ぜひお近くのPT（理学療法士）にご相談ください！

介入頻度

- 関節可動域… 週1回 (技術力による)
- 筋出力… 週3回
- 筋持久力… 週3回
- 協調性の獲得… なるべく高頻度
- 全身調整… 身体状況により

介入頻度 (余談)

因みに…運動療法ではありませんが

- デイサービスの効果… 『活動性』 運動持久力、体力に関する効果。
週2回の外出で維持。 週3回の外出で向上。

一週間に『デイ1回』+家族と散歩1回+クリニック受診1回

『デイ1回』+自身で買い物2回

『デイ2回』+家族と外出1回 …etc. どんな組み合わせでもOK

負荷量

- 筋出力の場合

10RMを基準とする。

⇒ 10回しかその運動を反復できない重さ
最大筋力の70～75%

負荷量

- 下肢筋力の場合、かなり大きな数値となる。

人間は歩行時、片脚で全体重を支え、
なおかつ衝撃荷重に耐えている。

(=体重40Kgのおばあちゃんも、歩行時には40Kg以上の重さを片脚で支えている。)

⇒ 当然、それ以上の負荷で筋トレをする必要あり。

正しくやれていますか？

負荷量

- 負荷量が小さいと…いくらやっても疲労のみが残り、筋ボリュームは増加しない。
5Kg×20回×3セット等…

『骨折り損の くたびれ儲け』となる。

⇒運動療法は『治療』です。

適切な頻度、負荷により初めて医学的効果が生まれます。

単なる体操、運動とは全く違います！

「リハビリ」という言葉

日本では、残念ながら…

- 『リハビリテーション（社会復帰）』でもない
- 運動療法でもない

にせりハビリが横行！

一定期間で効果が出ない時は要注意！

【相談の目安】

PTは『動作』の専門家です。（日本では「動作」「動き」をみる唯一の医療職）

- ・「立てなくなった」「歩けなくなった」「転んでしまった」等、
『動作』に問題があった場合には

ぜひお近くのPT（理学療法士）にご相談ください！

事例2. 多職種における口腔ケアへの関わり ～口腔ケアや飲み込みへの関わりは、在宅での QOL 向上 の 1 歩・ 2 歩・ 3 歩～

(1) 事例概要

対象地区：光が丘地区

開催日：令和5年8月4日

コーディネーター

はすいけ歯科医院 蓮池 敏明 氏（歯科医師）

●内容

1人目は、家族が口腔ケアを実施しているものの、高齢なことから日々のケアが上手くできていないため、口腔状態が不良な状態の患者様。2人目は神経難病で全介助の状況であり、栄養は胃ろうから摂取しているものの、飲み込み機能が残っているため、時々コーヒーなどの嗜好品を楽しむことができる患者様。しかし今後病気の進行に伴い、飲み込みの状態の悪化が予想されている。これら2名の事例を通して、参加者の皆様と今後どのような療養環境を構築していけば良いか、またどのように専門職が介入していけばよいかを模索する。加えて歯科医師の役割や他職種との連携について学ぶ。

●症例紹介とディスカッションテーマ

<症例>

Aさん 75歳。男性。ベッド上生活で手も不自由な状態。糖尿病もある方で「歯石を取ってほしい」という希望から歯科医師が介入開始。残存歯は半分程度で、部分入れ歯を使用。口腔ケアは奥様が実施しているものの、奥様もご高齢のため、日々のケアが上手にできていないことから、口腔状態は不良。
Bさん 53歳。女性。神経難病でベッド上生活。ケアは全介助。意識ははっきりしており、文字盤にて意思疎通は可能。栄養は胃管から取っているものの、飲み込み機能は残っているため、時々コーヒーなどの嗜好品を楽しんでいる。

<ディスカッション>

Q1.Aさんに対して、口腔ケアや入れ歯の管理を多職種でどのように関わるとよいと思うか

Q2.Bさんに対して、介入している多職種はどのように関わるとよいと思うか

①介助者はどのように水分を飲ませればよいか

②症状が進行し、むせが増えたりして、今より飲めなくなった場合、多職種でどのように関わるとよいかと思うか。

キーワード：口腔ケア 入れ歯の管理 摂食・えん下機能 歯科医師 在宅療養 多職種連携

(2) 当日配布資料

令和5年8月4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XX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下さい。

(〆切：8月14日(月)まで) 送付先：IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp

メール件名は【第2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2回事例検討会 1班 練馬太郎 ディスカッションシート】

Q1. Aさんへの関わり

口腔ケアや入れ歯の管理を多職種でどのように関わるとよいと思うか？

職種	内容

※裏面に続きます

Q2 Bさんへの関わり

① 介助者はどのように水分を飲ませるとよいと思うか？

--

② 症状が進行し、むせが増えたりして、今より飲めなくなった場合、多職種でどのように関わるとよいかと思うか？

職種	内容

Zoom _____ 班 _____ 氏名 _____

(3) 当日スライド

事例検討

練馬区歯科医師会

田中 賦彦

Aさん 男性 75歳 (介護者 妻72歳)

脊髄損傷による下半身完全麻痺 要介護5 ベッド上生活

上肢不全麻痺 (歯ブラシを握って磨くことはできない)

残存歯数 12本 部分入れ歯を常に装着

糖尿病 A1C 7.5

訪問歯科への主訴； 歯石を取って欲しい

Aさんのディスカッションのテーマ

口腔ケアや入れ歯の管理を多職種でどのように関わるか？

Bさん 女性 55歳（介助者 夫）

神経難病 要介護5 ベッド上生活

意識レベル正常だが意思疎通は文字盤を利用 胃ろう増設している

水分を毎日吸い飲みで飲む 麻痺があり飲み込めるまでに数分かかる

Bさんのディスカッションのテーマ

介助者はどのように水分を飲ませればよいか？

病状は進行するので、むせが増えたりして飲み込みが今よりできなくなった場合、多職種はどのように対応すればよいか？

ディスカッション

(4) グループディスカッション

令和5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

Aさんの口腔ケアや入れ歯の管理について、介入している多職種はどのように関わるとよいと思うか

ディスカッションテーマ2

Bさんに対して、介入している多職種はどのように関わるとよいと思うか

※ーは今回のディスカッションにおいて不明な項目

テーマ1

背景（理由）	誰が誰に	何を/どのように
I. 患者様・患者様家族の意向の確認を行う		
<ul style="list-style-type: none"> 治療への意見を聞かずに、治療を進めた場合、患者様が治療に拒否的になり、協力してくれない場合がある 治療を実施するにあたって、患者様の意思を尊重する必要性 治療を実施するにあたって日常の生活を支える家族の意見も治療方針を考える上で重要な観点 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師やケアマネジャー→患者様 	<ul style="list-style-type: none"> 専門職が介入時に、“どうして歯石がたまってもし入れ歯を外さなかった”の理由を含めた患者様の治療に関する意見を聴取 奥様（患者様家族）視点での患者様の今後の治療に関する意見を聴取
II. 介入している多職種間で患者様情報の共有を行う		
<ul style="list-style-type: none"> 口腔ケアを実施する際に誤嚥のリスクがあるため、それらにケアの実施者が恐怖心を抱き、ケアを実施できない場合がある 薬剤師目線で、現在処方されている薬と 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師や歯科衛生士→口腔ケアを実施する職種（特にヘルパー） 薬剤師→介入している多職種 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔管理時の具体的な注意点を共有 患者の状態から考えて、処方が望ましい薬の情報を共有

<p>比べ、より処方が望ましい薬が存在する 場合がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護それぞれで患者様の状態に関する見解が異なる場合がある 	<ul style="list-style-type: none"> 医療職⇔介護職 	<p>➤ 例：唾液分泌を抑制する薬</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療職、介護職それぞれの視点での意見交換
<p>III. 口腔ケアの実施環境を整える</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 口腔ケアを仰臥位やそれに近い姿勢で実施するのは、誤嚥などのリスクを高めてしまうため、ベッド上でなく、車椅子上での口腔ケアが望ましい 奥様が高齢なことから、患者様を車いすへ移乗させることは困難であるため、介入する多職種がかわりに移乗を実施する必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 介入している多職種 →患者様 	<ul style="list-style-type: none"> 介入時に患者様を移乗させ、車椅子上で、口腔ケアを実施
<p>IV. 専門職が定期的に口腔ケアを実施する</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - - 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師や歯科衛生士→患者様 ヘルパーや看護師→患者様 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な訪問診療時による口腔チェック、歯石除去。 口腔内のチェック
<p>V. 患者様家族へ口腔ケアに関する知識に関する啓発を行う</p>		
<ul style="list-style-type: none"> サービスの介入頻度から、毎食後ごとに介入している多職種が口腔ケアを実施することは困難なため、患者様家族が主体的にケアを実施する必要性 	<ul style="list-style-type: none"> 介入している多職種 →患者様家族 	<ul style="list-style-type: none"> 地域で実施をしているオーラルフレイルの啓発活動への参加を進める

第2章 事例2

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 日常の生活を送る上で、食後に口腔ケアを実施する時間がない場合も考えられる | <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科医師→患者様、患者様家族 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔ケアを実施する時間もない場合は、“口腔内の湿度を保つため、うがいでなくても実施することが重要”という旨を伝える |
|--|--|---|

テーマ2

①介助者はどのように水分を飲ませればよいと思うか

誰が	何を/どのように	実施するうえでの懸念点
I. 嚥下反射をうまく誘導できるように訓練をする		
-	・ アイスマッサージやk-point 刺激を実施	-
II. 水分を飲みこむ際の姿勢を整える		
・ 理学療法士や整体師	・ 嚥下機能を落とさないような全身管理・マッサージを行い、誤嚥を起こさないような姿勢を管理	-
III. 水分や水分の飲みこみ方に関する工夫を行う		
・ 患者様の飲み物を準備する方	・ とろみ剤を使用し、水分を飲みこみやすくする	・ とろみ剤を使用し、飲みこみの時間がかかる事で、患者様が飲みこみづらくなり、負担が増してしまう恐れやケアに介入する時間内に食事が終わらない恐れが考えられる
・ 患者様の飲み物を準備する方	・ スポイトを使って、口腔内の適切な位置に水分を落とす	・

②今後症状が進行し、むせが増え、今より水分が飲めなくなった場合、多職種でどのように関わるとよいかと思うか

背景	誰が誰に	何を/どのように
I. 患者様・患者様家族の意向を確認する		
・ 治療を実施するにあたって、患者様の意思を尊重する必要性	-	・ 本人がいつまで飲み物を飲みたいか、家族がいつまで患者様へ飲み物を飲ませたいかといった意向を確認する必要性

<ul style="list-style-type: none"> 治療を実施するにあたって、日常生活を支える家族の意見も治療方針を考える上で重要な観点
<p>II. 患者様情報の共有を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> 介入している多職種が疾患の特性や予後に関する理解に不足がある場合、患者に異変が起きているにも関わらず、それらを見逃し、他職種へ共有しない場合がある 介入している多職種間で患者に関する情報量に差異がある場合がある
<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師→介入している多職種 患者様の身体状況や疾患の特性・予後に関する情報共有
<ul style="list-style-type: none"> 介入している多職種 どのような状況まで、患者様に経口摂取を継続させるかといった方針を話し合う
<p>III. 患者様の嚥下状態について評価をする</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後の支援のためにも飲み込みの過程や状態を正確に評価する必要がある
<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師 診察時に嚥下造影検査を実施する
<p>IV. 新規サービス導入の検討を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在の導入サービスのみでは、患者様の異変を即座に気付くことができない危険性がある
<ul style="list-style-type: none"> 定期的巡回サービスの活用
<p>V. 水分の飲みこみ以外で楽しめることがないかを検討する</p> <ul style="list-style-type: none"> 経口摂取が継続できない場合も、患者様の治療意欲を減少させないため、何らか患者様の楽しみが必要
<ul style="list-style-type: none"> 患者様が楽しみを維持できるような多職種での関わりとして、味覚や嗅覚への刺激の工夫を検討（フレグランスやペロペロキャンディ、アイスクリーム等）

(5) まとめ

在宅療養と歯科

- 歯科を知って頂くために -

練馬区令和5年度 第2回 在宅療養に関する事例検討会

『歯科』 2023.8.4
特記すべき利益相反はありません

はすいけ歯科医院 蓮池 敏明

自己紹介

- 1980年 歯科医師免許証下附
- 1984年 歯学研究科終了
- 1984年 歯科補綴講座勤務
- 2012年 はすいけ歯科医院開設管理
- 2015年 練馬区歯科医師会理事
- 2020年 順天堂大学医学部附属練馬病院

- 趣味 機械もの (特にハンドルとタイヤの付いたもの)

順天堂大学医学部附属練馬病院

3次救急医療施設
地域医療支援病院
がん診療拠点病院
災害拠点病院

歯科スタッフのご紹介

- 歯科科長 内田 洋子(口腔外科)
- 歯科医師 蓮池 敏明(日本補綴歯科学会指導医)
- 衛生士 佐藤 晃子
- 衛生士 渡邊 聡子

医療・介護関係者は 歯科を知らない？

- 訪問歯科診療を行っていない歯科医も多い
しかし
- 在宅療養の方に対して**歯科診療が有益**であることは病院関係者方には周知の事実です
- 歯科が協働・介入することにより在宅療養・介護の効果を上げ、患者満足度を向上していきたいと考えます

歯科の領域

- 生きる → 齢を重ねる → 最後の欲求
- ↓
- 食べる
- ↓
- 口: 摂食の入り口等としての器官
- ↓
- 咀嚼: 歯と口腔周囲筋(舌・頬・口輪筋等)の協調
- ↓
- 嚥下: 口腔・咽頭周囲筋の活動
- ↓
- 消化・吸収→排泄 ※白字: 在宅療養全般
- ↓ ※摂食(咀嚼と嚥下): 医科・歯科
- 生命維持⇒生きる ※歯: 歯科補綴等の治療

在宅療養における歯科の役割

口腔機能の観察とアセスメント

↓

口腔機能の改善方策の提案

↓

患者や介護者への口腔ケア指導

↓

Reflain(在宅や慢性期病院等) ↑

本日 田中先生の症例検討

口(顎口腔系)の役割

- 機能的役割
 - 咬断(前歯・口唇)
 - 咀嚼(臼歯・舌・頬)
 - 嚥下(のみこみ:耳鼻咽喉科)へと繋げる
 - 発声
- 形態的役割
 - 前歯部→「芸能人は歯が命」?

歯科の特性

- 口腔内は無菌状態では無い
- 歯の有無や義歯の装着で口腔内細菌叢に変化が生じる
- 歯(口腔・こうくう)は毎日使う→毎食汚れる→食器と似る
- 歯は定期的に手入れをしながら使う
- 近年、歯科医療は急性期治療からメンテナンスへと変化している

最後に欲しいもの＝最後の晚餐

- 最後に残る欲は食欲？
- 六根(感覚・意識の根元:眼・耳・鼻・舌・身・意)のうち、一つは舌(口)

感覚器:
眼 耳 鼻 舌 皮膚 三半規管

感覚:
視覚 聴覚 嗅覚 味覚 触覚 平衡覚・回転覚

ジャッド・ビジュニャーナ(参考)

- 六根:眼 耳 鼻 舌↓ 身 意
- 六境:色形 声 香 味↓ 触 法(考)
- 六識:視覚 聴覚 嗅覚 味覚 触覚 思惟(しゆい)

高齢者になると取り外し式の 入れ歯装着者が増加する

- 可撤性局部床義歯
(部分入れ歯) →



- 全部床義歯
(総入れ歯) ↓



8020運動

「20本以上残存歯があると咬める」とさ
れているが、、、

- 歯は28本有れば正常(最大32本)
- 20本残存すれば一定の咀嚼能力があるとさ
れているが、上下臼歯の咬合接触が全く無い
症例もありうる
- これを「すれ違い咬合」と呼ぶ
- 「宮地の咬合三角」で終末期と捉えられる→こ
れ以上は欠損しにくい

「20本以上残存歯があると咬める」とされているが、、、

- 28本有れば正常(最大32本)
- 20本残存すれば一定の咀嚼能力があるとされているが、すりつぶすところ(臼歯の咬合接触)が全く無い症例もありうる
- なぜなら、対向する上下の歯のどちらかを失うことが多いからである
- これを「すれ違い咬合」と呼び、咀嚼能力の低下も機能回復も困難である

すれ違い咬合の 為害性と歯科の介入

- 30万人規模のコホート研究の結果、
- 歯列の欠損形態のうちすれ違い咬合が最も生命予後に悪影響を及ぼす
- 義歯の使用によって、そのリスクを大きく軽減できる可能性がある

すれ違い咬合の 為害性と歯科の介入

- 30万人規模のコホート研究の結果、
- 歯列の欠損形態のうちすれ違い咬合が最も生命予後に悪影響を及ぼす
- 義歯の使用によって、そのリスクを大きく軽減できる可能性がある

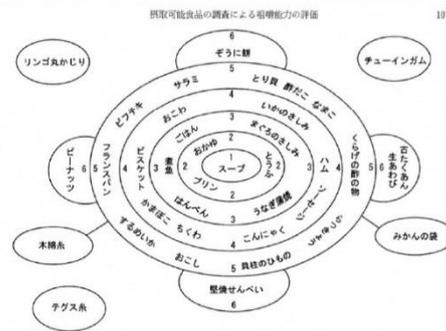
残存歯数と咀嚼能力

- 残存歯数と咀嚼能力は、高い正の相関関係がある
- 残存歯数が少ない(欠損歯数が多い)と可撤性義歯装着での咬合力の改善傾向は低下する
- 特に全部床義歯(総入れ歯)は仰臥位では安定しにくい
- 高齢者になってから床義歯に移行した場合、直ちに使いこなすことは困難である
- 新製した床義歯は装着後3か月くらい掛けて順応していく
- 残存歯が少ない症例でのブレイクスルーは口腔インプラント義歯だが、ハードルも高い

高齢者の咀嚼能力のアセスメント

- 客観的咀嚼能力の評価手段:「色変わりチューイングガム」
- ギュミ咀嚼による咀嚼能率検査
- 古くはピーナッツ咀嚼による検査
- 山本の咬度表 →

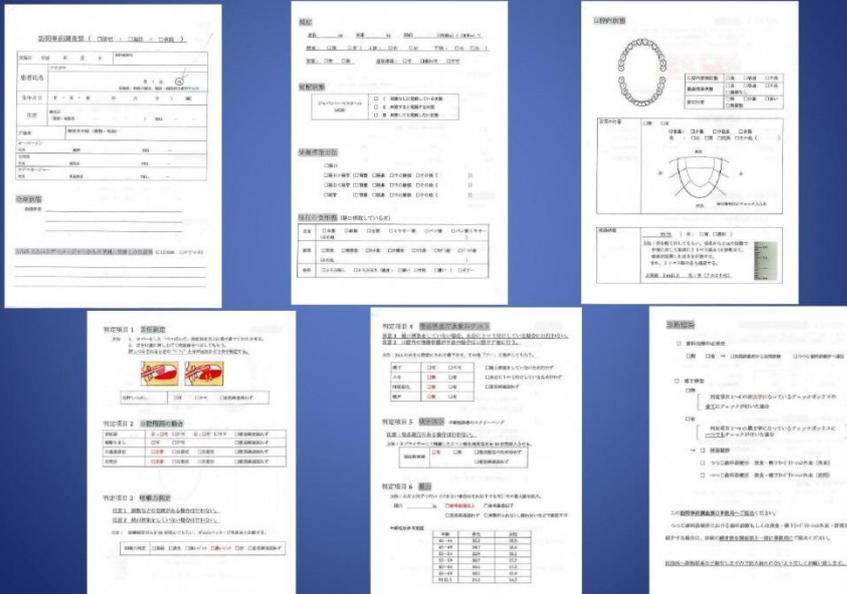
- 佐藤 咀嚼機能評価
- 平井 摂食可能食品質問票
- 内田 摂食状況調査表



咀嚼機能・嚥下機能・口腔乾燥状態の検査



高齢者の摂食・嚥下能力判定について 練馬区歯科医師会のとりのくみ



負担能力

- 歯(歯根膜)支持と義歯床(粘膜)支持では、咬む力と感じ方(神経筋機構)が大きく違う
- 床義歯は咬合圧負担能力が弱い
- そのため床義歯(=取り外し式入れ歯)になると、食べるということについて特別の配慮が必要となることが多い

高齢者の咀嚼能力のアセスメント

- 客観的咀嚼能力の評価手段:「色変わりチューイングガム」



高齢者になると取り外し式の入れ歯装着者が増加する

- 可撤性局部床義歯 (部分入れ歯) →



- 全部床義歯 (総入れ歯) ↓



口腔インプラント義歯



口腔は消化器官の始まり

- 口腔→咽頭→食道→胃→十二指腸→小腸大腸(内胚葉)と続く消化器官の入り口であり、機能は多岐にわたる
 - (歯牙は外胚葉・内胚葉・中胚葉の集合体)
- 口腔粘膜は容易に目視可能な内臓ともいえる
- 口腔粘膜を継時的に観察していると、体の変調とリンクする症例も多い

口(顎口腔系)の機能が落ちたり不潔になると、、、

- 影響は多岐にわたるが全て退行的である
- 近年、周術期に影響が大きいとされてきた
- 唾液流出量の低下も起こり口腔内細菌数と菌種が顕著に増加する
- 感染症への抵抗性が下がるという見方もある
(ex.COVID-19 / 日本歯科医師会)

太古からの平均寿命と 現在の平均寿命とのギャップ

- 歯牙の萌出時期(加生歯)等から、人類誕生以来数百万年の間、平均寿命は40歳以下だったと考えられる
- 日本において1930年くらいまでは、男女共40歳代半ばで推移していた
- 長寿化の要因は医学技術の向上等種々あるが、摂食・嚥下の改善も大きな要因である
- ただし、口腔の設計？寿命を大きく超える近年の平均寿命から、歯科医療の介入が必然であると考えられる

よもやま話 ¹

- 歯の表面を覆うエナメル質は、体で一番硬い
→モースの硬度7で、水晶と同程度
- 歯は腐乱死体でも保存されやすく、歯髄細胞からDNAが検出できる→個人同定に役立つ
- 歯髄細胞は未分化なので、iPS細胞に好適
- 齡(ヨワイ)を重ねる＝歳を取る
- 失歯：古代中国では「死」という意味
- 奴隷の選別に歯をみた？
- 乳歯20本・永久歯28本・智歯(親知らず)4本

よもやま話 ²

- 「義」とは外来のもの、良い行動・思想
- 義手義足(義肢装具)と同様、義歯もリハビリが必要
- 特に取外し式の義歯(床で支える入れ歯)は練習が肝要
- 義歯は原則として夜間等は取外しておく
- 初診→診査→抜歯→歯の治療→義歯製作→咀嚼機能回復までの一連には数ヶ月が必要(歯科大学病院)



ご質問大歓迎です

- 不明点はお気軽に歯科医にご相談下さい
→迷ったら練馬区歯科医師会 03-3557-0045
にご連絡ください
- ご自身の歯についてのご質問も大歓迎です
- 口腔清掃等の実際は次の機会にお伝えしたいと存じます
- この後は実際の事例検討に臨んで下さい

Aさん



- 1, 口腔ケアについて
- 2, 入れ歯の管理について

Bさん

- 1, 飲み込めるまでに介助者が行うこと
- 2, 病状の進行による経口摂取の対応



口腔ケアは何故必要か？

虫歯、歯周病、口臭を防ぐ

感染性心疾患（心内膜炎など）、糖尿病
敗血症、誤嚥性肺炎など全身疾患の予防（治療）

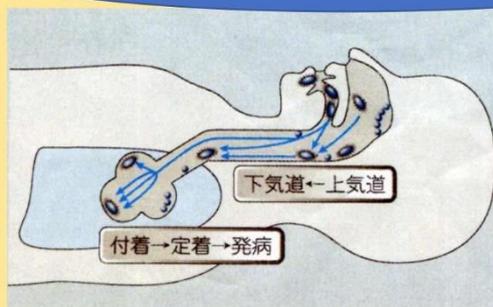
食べたり、話したりする機能の維持・向上
→全身状態やQOLの維持・向上

不顕性誤嚥（Silent Aspiration）

老人など嚥下反射の低下している場合

70%は睡眠中に唾液を誤嚥している

唾液1ml中に約1億個の細菌



東京歯科大学微生物学
奥田 克爾教授

要介護高齢者における発熱発生率

広島大学歯学部 米山 武義



摂食・えん下機能支援事業について

背景

1. 高齢者人口の増加

158,760人（平成31年4月1日現在）

2. 摂食・えん下機能の低下による問題

- ・要介護高齢者の**約18%**が何らかの摂食・えん下障害を持つ
- ・区内の推計 **約5,700人**（25,654人※×18%）

※要介護1～5の人数の合計
（平成31年3月末日現在）

3. 練馬つつじ歯科診療所

摂食・えん下リハビリテーション診療での経験

（平成18年5月～）

15

摂食・えん下機能支援事業

■ 目的

- ・多職種連携による摂食・えん下機能低下の発見
- ・その後、適切な支援へつなげる

■ 概要

練馬つつじ歯科診療所での経験を活かし、摂食・えん下機能低下のある要介護高齢者に対して、チェックシートによる簡易的なスクリーニングを実施したのちに適切な治療やリハビリにつなげる

■ 対象者

要介護1～5（相当）の練馬区民

16

摂食・えん下障害の症状（不顕性誤嚥を含む）

チェックシート

質問	チェック欄 ※あくはまる方に 心をつけてください
食事中や食後、それ以外にむせることがありますか？	はい ・ いいえ
水分を一回で飲み込めなかったり、水分を取るときにむせることがありますか？	はい ・ いいえ
飯がからむことが多いですか？	はい ・ いいえ
食べるのが遅く時間がかかりますか？	はい ・ いいえ
食べこぼしが多いですか？	はい ・ いいえ
口の中に食べ物が残ることがありますか？	はい ・ いいえ
声が以前と変わってきたり、かすれたりしていますか？	はい ・ いいえ
最近、体重の減少が続いていますか？	はい ・ いいえ
飲み込みづらさを感じますか？	はい ・ いいえ
のどに食べ物が残る感じがありますか？	はい ・ いいえ
胸に食べ物がつまつたように感じることはありませんか？	はい ・ いいえ
食べ物や飲み物は喉が異変から喉に戻ってくることはありませんか？	はい ・ いいえ

↓

一つでも「はい」に○がついたら

裏面(3ページ)の「**検査申込書**」に必要事項を記入して**センター**に送ってください

4

むせることはありませんか？ 食べたり、飲んだりは うまくなりますか？

放っておくと誤嚥性肺炎を引き起こすかもしれません

練馬区民 練馬区の無料検査を受けましょう！
摂食・えん下機能支援センターへお申し込みください！

申し込み方法はかんたん！

- 1 チェック チェックシートの質問で「はい」が1つでもついたら
- 2 送る 検査申込書を摂食・えん下機能支援センターに送る
- 3 検査する 区内の協力歯科医師が
ご自宅に「訪問」して無料で「お口の検査」
※歯科医師でもできます。 をしてくれます。

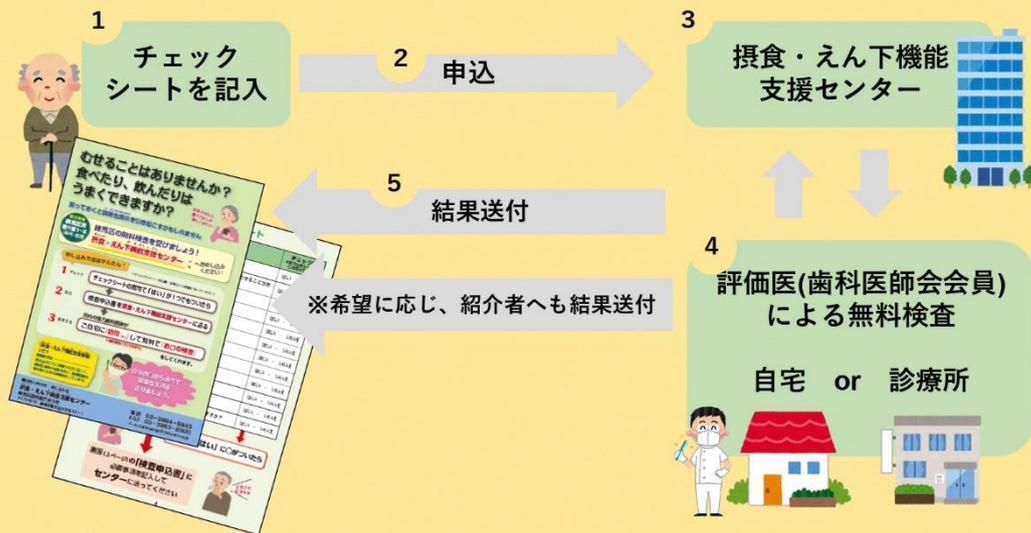
「摂食・えん下機能支援事業」って？
練馬区では、飲み込むことにお困りの方に対して、適切な指導や治療を行い、誤嚥性肺炎等を防ぐための事業を行っています。

自分の口から食べて
健康な生活を
送りたい。

お問い合わせ・申し込み先
摂食・えん下機能支援センター
練馬区造所東行合3階
〒176-0012 練馬区造玉北6丁目12-1

電話 03-5984-5843
FAX 03-3993-2500
メール nerimaengo@theia.ocn.ne.jp

摂食・えん下機能支援事業のフロー



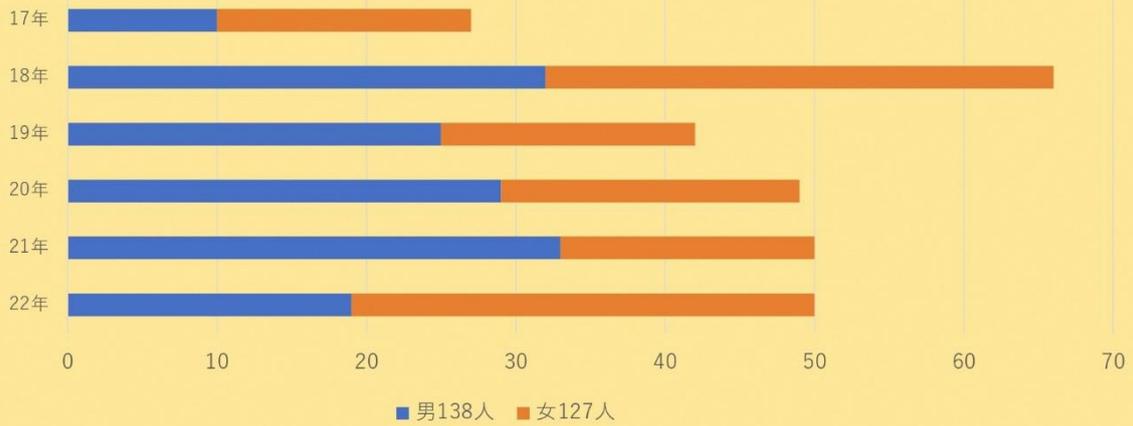
19

2017年～2022年までの事業実績

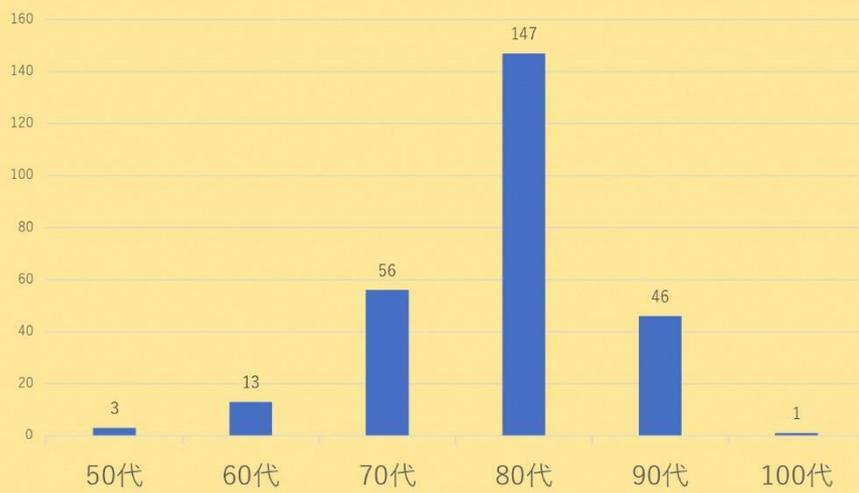
申込者数 299人 (未実施44人)

評価実施者数 265人

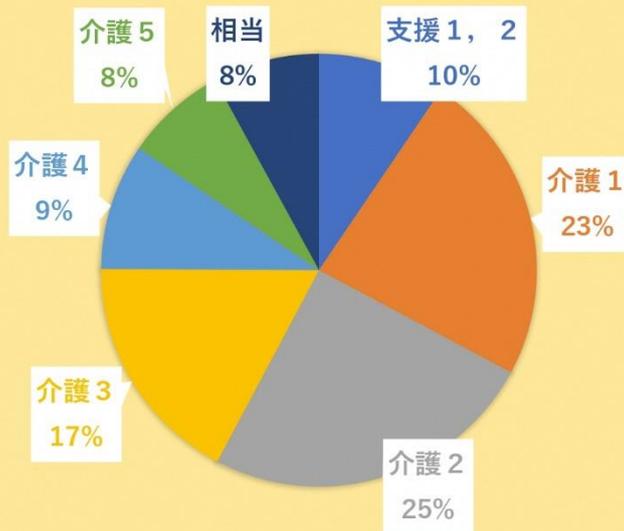
2017年～2022年 年度別評価実施人数



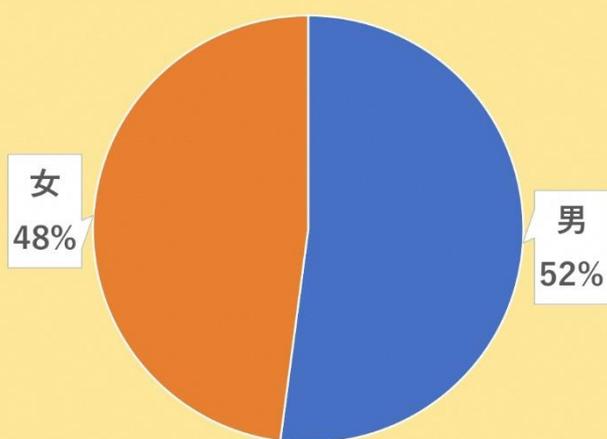
年代別申込者数
平均 82.5歳
中央値 84歳



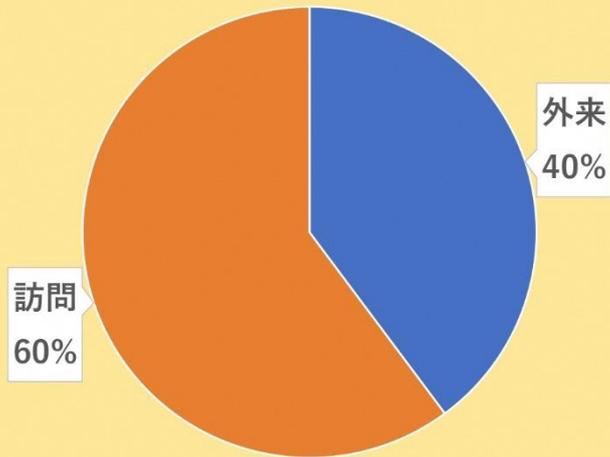
介護度別申込者数



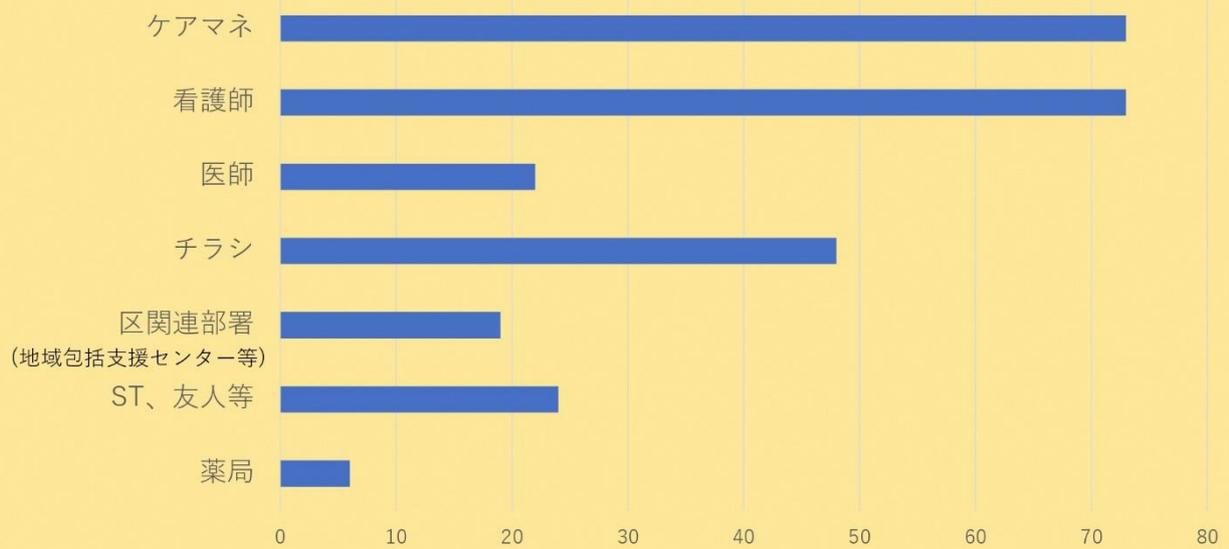
男女別申込者数



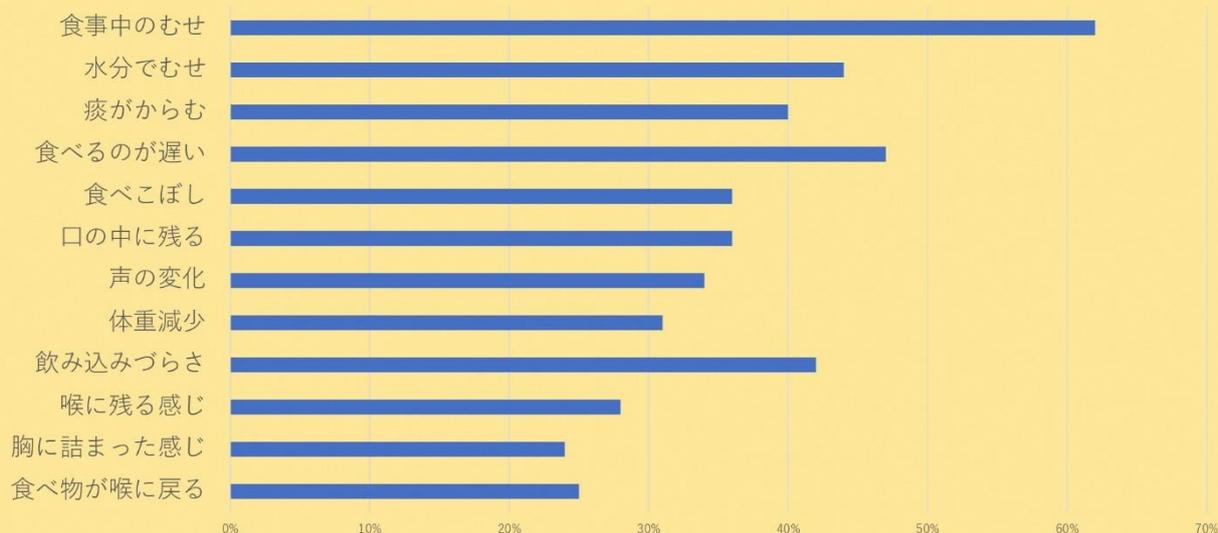
評価実施場所



事業を受けるきっかけ（紹介職種）



チェックの割合



評価結果A

摂食・えん下機能の低下は見られません。

今後、変化がみられる場合には、あらためてこの事業にお申し込み下さい。また、機能低下予防としてお口の体操をご自宅で行うことをお勧めします。

評価結果B

摂食・えん下機能の軽度の低下が見られます。

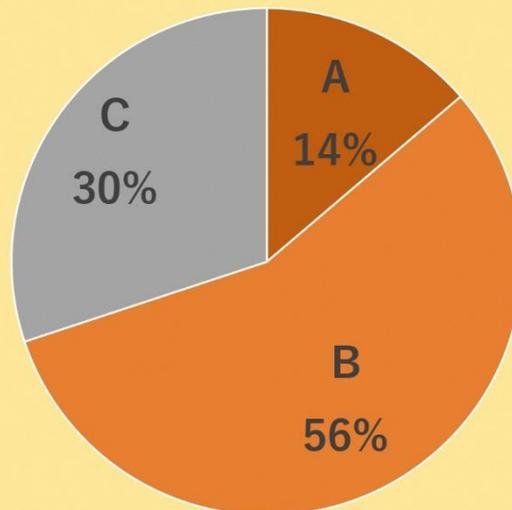
直ちに摂食・えん下の治療を開始する必要はありませんが、機能低下の進行の予防として「ねりま お口すっきり体操講習会」等の練馬区の健康長寿はつらつ教室（一般介護予防事業）への参加や、お口の体操をご自宅で行うことをお勧めします。

評価結果C

摂食・えん下機能の低下が見られます。

練馬つつじ歯科診療所の摂食・えん下リハビリテーション外来・訪問診療や一般歯科診療所、または内科や耳鼻咽喉科など医科の診療所等による精密検査をお勧めします。

評価結果



事例 1 男性 69歳 要介護2 多系統萎縮症

チェック項目；8 食事中的むせ 水分摂取時のむせ 食事時間が長い 食べこぼし
口の中に残る 声のかすれ 飲み込みずらさ 酸っぱい液が喉に戻る

事例 2 女性 96歳 要介護3 認知症

チェック項目；4 食事中的むせ 水分摂取時のむせ 食事時間が長い 飲み込みずらさ

事例 3 男性 76歳 要介護3 パニック障害 脊柱管狭窄症 心房細動等

チェック項目；10 食事中的むせ 水分摂取時のむせ 痰がからむ 食事時間が長い 声のかすれ
体重減少 飲み込みずらさ 喉に食べ物が残る感じ 胸に食べ物がつまった感じ 酸っぱい液が喉に戻る

評価結果C→練馬つつじ歯科受診→**摂食・嚥下障害の診断**

練馬つつじ歯科での治療

ビデオレントゲン・内視鏡による嚥下検査
食形態 水分形態変更指導など直接訓練
間接訓練（口腔、全身リハビリテーション等）



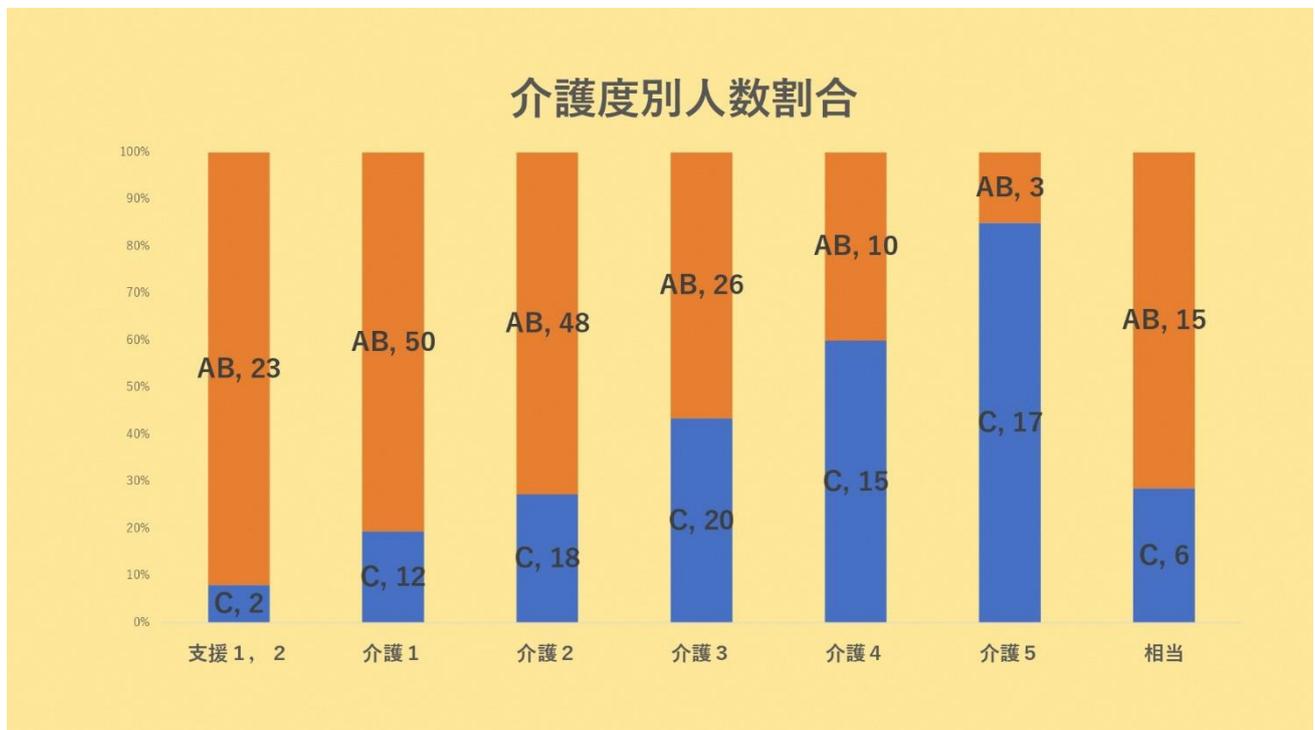
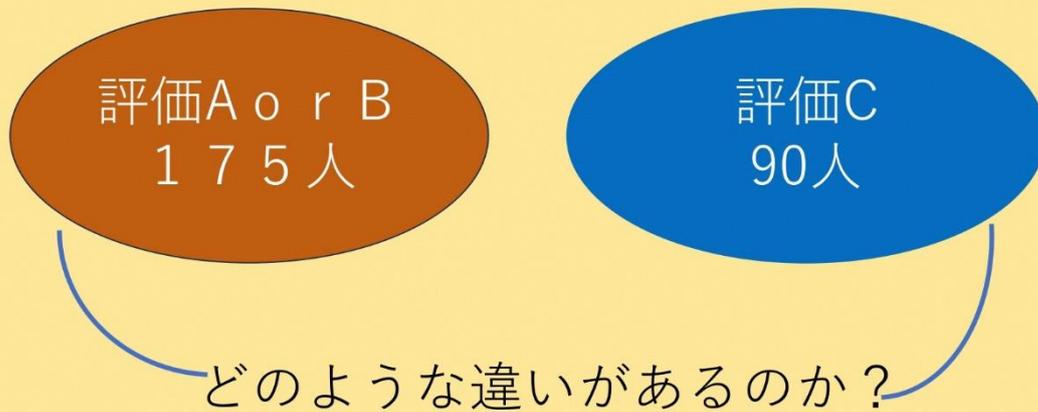
C評価は適切であった

飲み込みに問題がある利用者を見つけたら

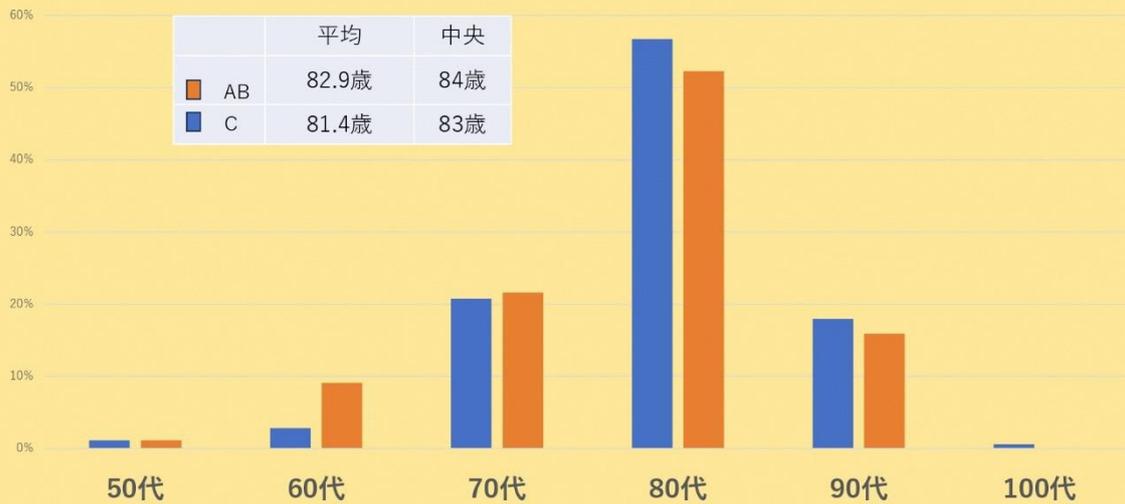
どのような場合にC評価となるか？



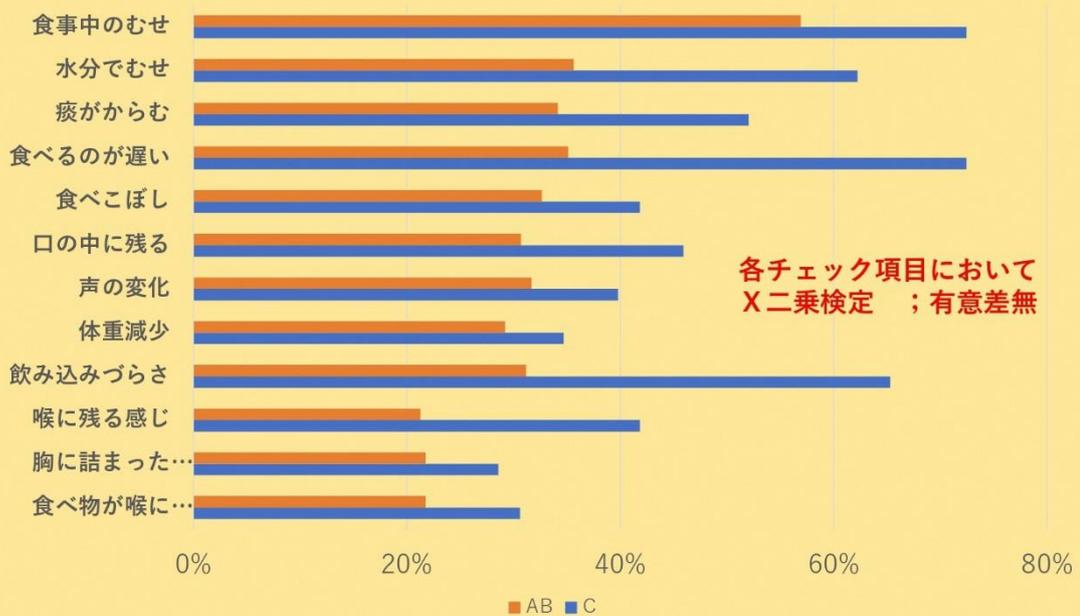
医療機関へ相談すべきか？



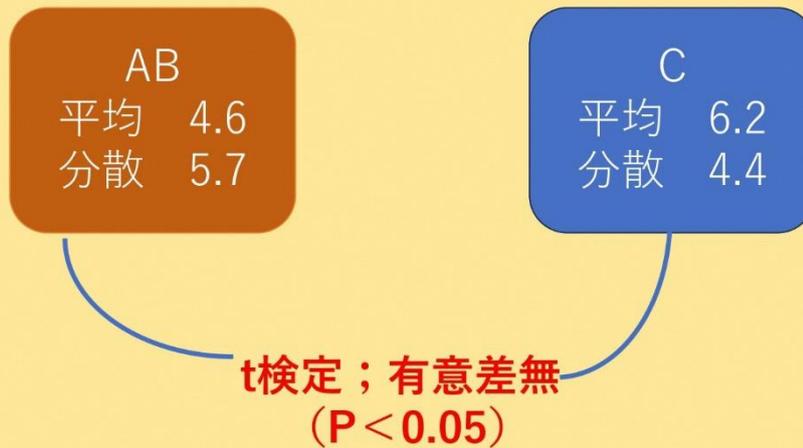
年代別割合



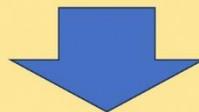
チェックの割合



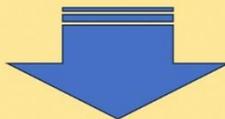
チェックの数



チェック項目の種類、数からは
C評価（医療機関への紹介が必要）
を判断出来ない



歯科医師による評価が必要



摂食・嚥下機能支援事業へ申込み

まとめ

口の中のこと、飲み込み等で

気になることがあったら

気軽に歯科医師会へご相談下さい。

事例3. 外来通院・治療中のひとり暮らし高齢者をどう支える？ ～病院と在宅関係者で適宜情報共有しながら在宅生活を見守っている事例を通して～

(1) 事例概要

<p>対象地区：練馬地区</p> <p>開催日：令和5年10月21日</p>
<p>コーディネーター</p> <p>順天堂大学医学部附属練馬病院 入退院支援室 師長 森美由紀氏（看護師）</p> <p>パネリスト</p> <p>訪問看護ステーション春 松田千春氏（看護師）</p>
<p>●内容</p> <p>外来通院をしながら、訪問看護などの在宅サービスも活用し、ひとり暮らしをされている高齢の患者様の事例。この方は手術を受けるため入院したが、退院後在宅酸素を導入する必要があり、そのため生活スタイルを変更しなければならず、術前から退院後の生活に不安を訴えていた。加えて家族からの支援も望めない状況であるが、本人は在宅での生活を希望している。本事例を通じて、患者様の希望に寄り添い日常を在宅で支えていくために、病院側と在宅側がどのような連携をし、また今後どのように関わっていけば良いのかを考えていく。</p> <p>●症例紹介とディスカッションテーマ</p> <p><症例></p> <p>Aさん 80代女性。要介護度2。介護サービスはベッドのみ利用。現在は一人暮らし。キーパンソンは長女であるが関係性は良好ではない。次女は精神的な不安を抱えている状況。右肺部分切除にて入院。退院後から在宅酸素療養を導入。しかし在宅酸素の必要性や使用方法の理解に不足がある。</p> <p>また自宅で生活を進める中で、転倒による右下肢を外傷で緊急入院をしたことがあり、退院後の現在も転倒をしやすい状況にある。</p> <p>緊急入院以降、特別訪問看護指示書（2週間）にて訪問看護師が介入を開始</p> <p><ディスカッション></p> <p>Q1 治療にて病院に外来通院する患者さんに関する病院と在宅の連携について</p> <p>① どのような情報共有が必要か</p> <p>② 連携にあたり心がけていることや、難しさを感じること</p> <p>Q2. 事例患者を今後病院と在宅側の専門職でどのように支えていくべきか</p>
<p>キーワード：外来通院 在宅療養 在宅酸素療法 ACP 独居 外来と在宅の連携 多職種連携</p>

(2) 当日配布資料

2023年10月21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。
- 必要に応じ、記入欄数は調整していただいて構いません。

※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。タイトルに班番号を入れてください。
(※切: 10月30日(月)まで) 送付先: IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp

Q1. 治療にて病院に外来通院する患者さんに関する病院と在宅の連携について(目安30分間)

a) どのような情報共有が必要と思われますか。

発言した職種	① 共有すべき情報	② ①の発信元・発信先	③ ②で共有すべきと考えた理由
(例) ケアマネジャー	(例) キーパーソンとの関係性についての情報	(例) 訪問看護師から病院の入退院支援室に	(例) 関係が悪い場合に必要な要請を受けてもらえないケースがあり、早めに共有をし、対策を練る必要がある

※裏面に続きます

第2章 事例3

Q2. 「自宅で過ごしたい」と希望する一人暮らし高齢者に今後起こりうると予測されることは何か。
またそれらの予測を踏まえたうえで、病院と在宅側の専門職でどのように支えていくべきか

(目安 30 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 今後起こりうると予測されること (理由を含めて)	② ①に対し、いつ・誰と・どのように対応策を検討、判断すべきか？ (理由を含めて)
(例) ケアマネジャー	(例) 今後身体機能の低下が見込まれるため、 転倒のリスクが更に高まると思われる	(例) 患者の身体状況を外来と在宅側で適宜共有する中で、要介護3に上がると思われた段階で、ケアマネジャーが福祉用具専門相談員らへ相談を行い、自宅の改修を検討する。

班 氏名 _____

第2章 事例3

b) 連携にあたり心がけていることや、難しさを感じることは？

発言した職種	① (病院側/在宅側との) 連携を実施するにあたって、心がけている事や、難しさを感じる事	② ①の理由
(例) 医師	(例) 外来医師がアセスメントを実施する際、自宅環境や日々の介護力も含めた今後のリスク評価に難しさを感じる	(例) 訪問診療医と異なり、外来医師は患者さんの自宅環境や日々の介護力を、目視で確認ができないため、それらの情報を十分に把握できないケースもある

※裏面に続きます

(3) 当日スライド

Aさんの事例紹介

訪問看護ステーションの視点から



訪問看護ステーション春 松田千春

事例紹介 ・Aさん 80代 女性
・身長140cm台 体重40kg前半



【生育歴 ほか】

- ・青森県出身 5人兄弟 次女
- ・学生時代、女優オーディション受け上京し芸能活動

【家族関係】

- ・27歳で夫と出会い、30歳で結婚。2児もうける
- ・夫は約20年前に食道がんで他界。
- ・キーパーソンは長女（埼玉県在住）。次女は、父親他界後に精神不安定

【住居環境】

- ・夫他界後、金銭面を考え現在の住居（アパート 1階）に転居
- ・インターホンなし、トイレ・浴室別

【介護レベル】

- ・要支援2 → 要介護2 介護サービスの利用はベッドのみ

事例紹介



【既往歴】

- 虫垂炎
- 45歳 胃潰瘍（2/3切除）、右鼠経ヘルニア（保存）
- 70歳 胆石（胆嚢摘出）
- 76歳 両白内障（手術）、高脂血症、不眠症
- 2022年夏～ 大腸ポリープあり切除、周囲に癌見付き放射線治療
- 2022年秋～ 定期的に順天練馬病院に通院中に肺がんが見つかる
- 2023年春～ 右肺部分切除（ビデオ補助胸腔鏡手術）→在宅酸素療法導入

【訪看導入の経緯】

- 順天練馬病院入退院支援室より、訪問看護・リハビリを依頼

<当時の状況>

- 在宅酸素療法導入（退院時、在宅酸素は労作時2ℓ/分）、右側胸部に3針。
- 入院前に浴室でケガ、右大腿に擦過傷あり→継続的処置が必要
- 特別訪問看護指示書の発行（2週間）にて介入を開始。

特別訪問看護指示書：訪問看護指示書よりも頻回な看護介入を可能とする指示書

事例紹介



【家での様子 その1】

5月〇日 息切れ、酸素飽和度低下あり

受診前に順天練馬病院入退院支援室に相談 → 酸素3ℓに変更

<在宅酸素の注意喚起>

- 介入当初、酸素チューブを外していることが多く、酸素の必要性の理解が乏しかった。

↓

●訪看の対応

- チューブを付けた場合と外した場合、安静時・動作時の酸素飽和度の値を
- 本人に確認してもらい、着用の必要性を促した。

↓

●結果

- 退院当初の労作時2ℓ/分では数値が安定しなかった。
- 入退院支援室に連絡。入他院支援室から医師へ報告し、労作時3ℓ/分に変更。
- 現在安定。

事例紹介



【家での様子 その2】

6月〇日 順天練馬病院受診。酸素がほぼ空。

退院時、就寝時は酸素OFFの指示だったが、本人理解していなかった。

<在宅酸素の指示内容>

- ・ 受診時に酸素がほぼ空。医師から訪看へ連絡。

↓

● 訪看の対応

- ・ 就寝時酸素はOFFだったが、本人に伝わっていなかったため、改めて本人に説明。
- ・ 酸素濃縮器の電源の入れ方、切り方を本人と確認。

↓

● 結果

- ・ 酸素ポンベのモードが“連続” だったことが原因と判明。
- ・ “同調”で使用するよう再指導。同調側に矢印（目印）を付ける。

連続：設定した酸素流量が連続で流入するモード

同調：利用者の吸気に合わせて酸素を流入するモード

事例紹介



【家での様子 その3】

6月〇日 外出時等、酸素のアラームが鳴り自分で交換するが、使用済みポンベに交換していた。

<在宅酸素の管理>

- ・ 受診時などの外出時にアラームがなり自分で交換するが、使用済みポンベに交換していることなどあり。外出頻度が多く、2日に1回はポンベの交換が必要。
- ・ ただ、視力が悪く、あまりよく見えていないことも判明。

↓

● 訪看の対応

- ・ 自分でのポンベ交換は難しく、残量の確認・取り換え方法の動作練習必要と判断
- ・ 現在も継続中。

事例紹介



【家での様子 その4】

6月〇日 右胸の痛みあり 順天堂練馬病院に救急搬送

<胸痛出現>

- 以前から、整形外科に毎日通院し、ウォーターベッド（水圧刺激でマッサージする器械）をすることが日課。帰宅後、胸痛出現。
- 本人から訪看へ連絡。またケアマネからも訪看へ、痛み止めを飲んだが苦しそうと連絡あり。

↓

●訪看の対応

- 本人宅へ訪問。
- 到着と同時に救急隊も到着。（ケアマネと本人が相談し119していた）

↓

- 順天堂練馬病院へ救急搬送。CTの結果、肋骨骨折と診断。鎮痛剤処方され帰宅
- 翌日、骨密度測定のため整形受診。移動はタクシーにするよう助言。

事例紹介



【家での様子 その5】

6月〇日 下肢の浮腫が増強したため、浮腫みの解消目的としてフロセミド内服を追加

<両足背・足関節の浮腫が増強>

- 近医の内科や整形外科でフロセミド20mgを処方されていた。
- 多く飲まないように指導を受けていた。

↓

- 浮腫が増強。

↓

- 整形外科に相談し、心電図実施。特に問題なかったため、フロセミド40mgに増量。

↓

- 両足背の浮腫は消失、足関節のみに軽減した。

事例紹介



【家での様子 その6】

7月〇日 夜間、自宅で転倒。右下肢挫傷し出血。
→順天堂練馬病院に救急搬送。縫合処置。

<転倒し受傷、傷は大きく離開>

- ・ 23時ごろ、椅子の間に挟まり転倒。箆笥の角にぶつけて2カ所受傷。（10センチ大）
- ・ 本人は「鶏肉みたいなのがぶらさがって、おどろいた」と発言
- ・ 本人から訪看へ連絡あり。

↓

●訪看の対応

- ・ 緊急訪問し、救急要請。

↓

- ・ 順天堂練馬病院へ救急搬送され、救急外来で縫合処置（2カ所、計46針）

事例紹介



<救急要請時、キーパーソンからの拒否>

●訪看の対応

- ・ 救急要請の際、長女へ連絡。状況説明、付き添い等要請。

↓

- ・ 長女は、病院へも本人宅に行くことも拒否。
※書類上は連絡先になっているが、本人と関係が悪いことが発覚

<創部処置・感染リスク対応>

●訪看の対応

- ・ 特別訪問看護指示書（2週間）にて、連日訪問しシャワー浴介助、創部処置。

↓

- ・ 創部発赤、感染兆候が見られたため、1回→2回／日に訪問を増やし処置。
- ・ 本人は、毎日外出（通院や買い物）していたため外出希望があったが、傷が治るまでは外出を控えるよう本人を説得した。

事例紹介



<転倒防止に向けての対策>

- 右下肢の外傷により、より転倒しやすい状況

↓

● 訪看の対応

- リハビリ介入時の機能訓練に加えて、環境の調整を行い、ケガが治るまで、外出を控えるように声かけ。本人の理解を促した。

※適宜、順天練馬病院の入退院支援室と情報共有を図った



事例紹介



<リハビリから：転倒防止に向けての対策>

● 問題点

- 訪問前より転倒し、右肩が動かないと話をされていた
 - 洗濯物干す際、首振り、首を後方に反ることができない
- 退院後は下肢の筋力が低下、手足の力が入りづらい、左下肢のむくみがある状態
- 屋外歩行する中で酸素飽和度の値が低下することで息切れ感があり、加えて呼吸機能の低下も起きている状態
- 右下肢挫傷後、整形外科へ受診できない不安がある

事例紹介



<リハビリから：転倒防止に向けての対策>

●問題に対する対応

- 自宅周囲の段差や坂の状況を一緒に確認する
- 行動しやすい動作の提供や環境調整を作る
- 酸素飽和度の値、呼吸苦の確認といった動作訓練を実施する
 - 医療連携室に相談し医師に報告。酸素2⇒3L/分に変更。その後は症状なし
- 酸素ポンベの運搬方法に関して指導する
- 呼吸に対するリハビリも実施するため、可能な限り訪問を行う
- 一時的に左下肢メドマーを利用する

メドマー：主に浮腫み解消を目的とした
マッサージ機器

グループディスカッション

発表



ディスカッションテーマについて



● テーマ① (30分)

治療にて病院に外来通院する患者さんに関する病院と在宅の連携について

※どのような情報共有が必要か、また連携にあたり心がけていることや、
難しさを感じることにについて、自由に話し合ってください。
(これまでかかわった事例を通してでも構いません)

● テーマ② (30分)

家にいればいろいろ起こる！「自宅で過ごしたい」と希望する一人暮らし高齢者を、病院と在宅のスタッフでどう支える？

※本事例について、今後起こりうる・想定される状況を出し合って、それに対して何ができるかを話し合ってください。
キーパーソンについてや最期まで一人暮らしを支えるために大切なことなど、自由に意見を交換してください。

(4) グループディスカッション

1. 治療にて病院に外来通院する患者さんに関する病院と在宅の連携について

1-1 どのような情報共有が必要か

- 入院時におけるケアマネジャーから病院への情報共有
 - ✓ 入院時の病院側での対応の質向上のため、入院時連携シートや居宅サービス計画書を早期に送付することが望ましい
 - ◇ 居宅サービス計画書には本人の言葉も記載されており、ACPに繋がる事柄を把握しやすい
 - ✓ 治療を続けるうえで患者さんの望むことを共有することで、病院側と在宅側の目線がずれることが減る
 - ✓ 在宅側で把握しているKPと病院側が理解しているKPが異なる場合があるため、正確なKPを情報共有することが必要
- 退院後におけるケアマネジャーから病院（病棟看護師）への患者情報に関する情報共有
 - ✓ 急性期病棟で働く看護師は今後患者様のリハビリがどのような検討がなされているのかが分からないケースがある
- 退院時における病院からケアマネジャーへの生活歴やアセスメント情報、その他今後の予後予測までの患者に関する情報共有
 - ✓ 患者さんの認知機能が低下している場合や同居家族がいない場合、患者さんや患者家族からのみの情報提供では不十分な場合がある
 - ✓ 患者さんを経由し、情報を伝えると時間がかかりすぎてしまうことや医師の話を正確に理解していない場合がある
 - ✓ 外来と在宅側の間で支援の方向性を統一し、スムーズな連携を実施するため
 - ✓ 在宅で生活を継続していく上で、ACPに関する観点の情報共有は、患者さんに関わる全職種が把握しておく必要がある
 - ✓ 困難事項は打ち手を考える上でも、より早期での情報共有が望ましい
- 退院時における病院側から院外薬剤師への服薬に関する情報共有
 - ✓ 大病院の場合、病院側から薬剤師に対し、在宅移行した患者様の服薬に関する情報が共有されないケースがある
 - ✓ 患者さんが伝えるには煩雑な内容も含まれているため
 - ◇ 一包化しているか等調剤方法、服薬補助者は誰か
- 外来通院時におけるケアマネジャーから病院への情報共有
 - ✓ 在宅側からの情報共有が外来診療での診療の質向上に寄与する可能性がある
- 薬剤師から他職種・家族への服薬情報に関する共有
 - ✓ 処方状況や服薬についての注意点、副作用、服薬後の状況など共有できると今後の処方について生かせる

第2章 事例3

- ✓ 薬剤に関する情報は患者さん自身から伝えるには煩雑な内容が含まれる場合があるため
 - ◇ 一包化しているか等調剤方法、服薬補助者は誰か
- ケアマネジャーから薬局への患者さんの内服状況の共有
 - ✓ 薬の服薬に関して内服管理が必要かどうかの判断がケアマネジャーのみだと難しい場合がある
- 理学療法士から家族、介入職種への患者さんの身体機能に関わる情報共有
 - ✓ 患者一人でできること、介助が必要なこと、介助の方法など関わる関係者が患者さんの身体機能に関する統一の理解を持つ必要がある
 - ✓ 身体機能などについては理学療法士が専門であるため専門家として、他職種に情報を共有し、変動する状況に対して、多職種で早期介入できる状態を目指す必要がある

1-2 連携にあたり心がけていることや、難しさを感じることは何か

- 遠隔での情報共有
 - ✓ 電話でのやりとりの場合、顔が見えない分伝え方に工夫が必要で、伝えたいことを誤解なく伝えることが難しい
 - ✓ 受診同行の他、電話・手紙を受付に届けるなどいろいろ工夫はしているが、直接会えない場合、ケアマネジャーは主治医から返事がもらえないことが多い。
- 入院時における患者様の情報連携
 - ✓ 病院の連絡窓口が多いことから、ケアマネジャーは病院側と円滑な連絡に苦労するケースがある
 - ✓ 個人情報の観点から、入院時の情報提供において病院側は患者様のキーパーソンに関する情報を取得できないケースがある
 - ✓ 患者様が病院側の職種へケアマネジャーの氏名や電話番号をうまく伝えられないことで、病院側はケアマネジャーの情報を把握できず、入院～退院の間におけるケアマネジャーとの連携に支障をきたしているケースがある
 - ✓ ケアマネジャーの氏名等の情報共有を円滑に実施するため、医療・介護連携シートをお薬手帳に挟む等の対策を周知してきたものの、最近では紙のお薬手帳でなく、アプリのお薬手帳にて院外薬剤師とやり取りをする患者様も多くなってきたことから、今後の情報共有方法は検討が必要と思われる
- 退院時の患者さんの目標設定
 - ✓ 在宅側からいただいた患者様の事前情報と入院時の状態にギャップがあり、病棟看護師は退院の目標設定を考えることが難しいと感じるケースがある
 - ✓ 病院側が考える目標と在宅側目線で考える目標に差がある場合がある事が多く、ケアマネジャーはそれらの差をなくすことへの難しさを感じてい
- 退院時のサービス調整
 - ✓ 在宅に戻るにあたり、在宅と同じ環境を考える必要があるため
 - ✓ ケアマネと連携をする事で家族との関りを知る事が出来る。家族をしっかりとって連携を取る事が必要なため

- 退院時での病院から在宅側への情報共有
 - ✓ ケアマネジャーなどには情報が伝わるが、薬剤師まで情報が伝わらない場合がある。
 - ✓ 病院から在宅に求められる医療行為が限られた人しか出来ない事もある。家族に出来る事と出来ない事をケアマネとして伝える様にしている。
 - ◇ (痰の吸引など)病院で出来ているから、自宅でも出来るだろうと思う家族もいて対応が難しい
 - 外来通院時のケアマネジャーの同席
 - ✓ 外来の通院の際に患者さんが医師へ現在の症状をうまく伝えられない可能性もあるため、事前に聞き取りをしておき、適宜診察に同席したうえで伝えている
 - ✓ ケアマネジャーは患者様に毎回同行できるわけではないものの、患者家族からも正確な情報が伝えられない場合もある
 - ✓ ヘルパーでなく、ケアマネジャーに同行してほしいと医師から指示される場合もあり、苦慮することがある
 - 日常での病院⇄在宅間の情報共有
 - ✓ 多職種で都合の良い時間帯はそれぞれ異なるので、情報共有はFAXやメールなどのツールを用いて実施するよう心掛けている
 - ✓ 患者さんは日頃から薬局へ行く際、薬剤師さんとの会話が長いことから、その場面で患者さんの問題点が浮き彫りになり、ケアマネジャーへ連絡を実施することも多い。
 - ✓ 病院から在宅へ患者さんの情報を共有する際、在宅側の誰に伝えればよいのかが分からなくなることがある
 - ✓ 医師からの薬の情報や日々の生活で何を注意すればいいか等情報がないと、在宅側も対応方法が分からないことが多い。
 - ✓ 在宅側から病院に患者の在宅での生活の様子を情報共有しようとする際、頻繁な共有が困難と思われる
 - ◇ 在宅の場合MCSもあるため、頻回な情報共有が可能
 - ✓ 個人情報の取り扱いが難しい場合がある
 - ✓ 薬のお届けは多くとも週に1度で関わる機会が限られているが、他職種とのこまめな連携を実施することが難しく、それにより患者さんの在宅の生活状況に関する把握も難しく感じる
 - 病院⇄施設での情報共有
 - ✓ 施設入所の家族面談や本人面談と事前に病院からの情報と全く違う様子の時があり、せっかく進んでいた入所の話が断らざるを得ない時がある。
 - その他連携の難しさ
 - ✓ キーパーソンが不在の患者さんが夜中に転倒した場合などの緊急時に、部屋へ入れないこともある
2. 「自宅で過ごしたい」と希望する一人暮らしの高齢患者さんに今後どのようなことが起こりうると予測されるか。またそれらの予測を踏まえたうえで、病院と在宅側の各専門職は患者さんをどのよ

うに支えていくべきか

A) 救急時の対応

- 予測されるリスク
 - ✓ 独居の場合、転倒した際に誰かが来るまでそれらを発見ができず、対応が遅れてしまうかもしれない
- リスクに対する対応策
 - ✓ 緊急時にどこかに通報できる環境を整えておく。
 - ✓ 事業者を選定する際に24時間対応の事業所を選ぶ。
 - ✓ ALSOKのブザーを患者さんに持っていただくことで、介入する職種へ発信できるよう準備しておく

B) 身体機能低下に対する対応

- 予測されるリスク
 - ✓ 身体認知機能や活動量の低下が起きる
- リスクに対する対応策
 - ✓ リハビリ職が患者さんへ自宅で実施できるリハビリを伝える（ベッド上で実施可能なリハビリも存在）

C) キーパーソンとの関係

- 予測されるリスク
 - ✓ キーパーソンとの情報共有や意見交換が重要な一方、現状を踏まえるとそれらが困難であると予測される
- リスクに対する対応策
 - ✓ 家族以外の第三者の介入も検討する必要があると思われる。具体的には後見人制度や保証会社の活用が考えられる
 - ✓ キーパーソンと患者様との話し合いの場を作る。またそれらの場の提供が上手くいかず、キーパーソンとの関係性も改善が見られない場合は、代替手段の検討が必要と思われる

D) 療養環境の整備

- 予測されるリスク
 - ✓ 今後も家に住み続けるには患者様が食事、入浴、排泄、更衣、移動、適切な健康管理ができることが必要であるが、専門職の介入に過不足が生じることで、適切な療養環境が整えられない可能性がある
 - ✓ 服薬に関しても多剤服薬を起こす可能性が考えられる
 - ✓ 酸素使用中に活用方法を誤り、引火させる恐れ
 - ✓ 今後通院ができなくなった際、治療を受けなくなる可能性
 - ✓ 今後の患者様の身体状況の低下により、転倒のリスクが増大
- リスクに対する対応策
 - ✓ 患者の状態を踏まえて適宜専門職が介入していく必要があり、具体的には種身体や精神等の身体的な部分の能力低下に対する支援に対しては、訪問看護や訪問リハビリが、服薬に関し

てはかかりつけ薬局の薬剤師が、金銭的な管理に対してはリーガル関係の専門職が、健康管理に対しては、訪問看護や外来の医師が適宜介入する必要があると思われる。

- ✓ 服薬に関しては、医師、薬剤師を中心としながら、確実に服用してもらうためにケアマネジャーやヘルパーとも連携することが重要
- ✓ 火災発生のリスクも考慮し、ガスコンロの使用を制限することも考えておく。
- ✓ 患者さんの体調の変化を在宅で介入する職種が良く観察し、患者さんの様態によっては在宅療養も検討する
- ✓ 日常を安全に過ごすため、退院前の家屋調査の実施や、安全な生活動作の検討、手すり等の自宅改修の検討やデイサービス等の活用も検討

E) 介入する専門職種間での情報共有

- 予測されるリスク
 - ✓ 患者様の ACP を進めていく上でも、介入する専門職種間での情報共有は必要不可欠であると思われるが、それらの情報共有が専門職種間でできていない可能性があり、適切な対応ができない可能性がある。
- リスクに対する対応策
 - ✓ 患者様に関わっている専門職は他職種に対し情報共有を実施。また外来通院もされている場合は病院側から在宅側への情報共有だけでなく、在宅側から病院側への情報共有も重要である。
 - ✓ 職種間での情報共有の際、外来通院の限界や在宅療養の限界などをあらかじめ話し合い、円滑な対応ができるよう前もって準備しておく。

(5) まとめ

訪問看護師からのまとめ

1. 病院側の“頻回な訪問の必要性の判断と特別訪問看護指示書の発行”が迅速だったので、早期の介入を実現できた。
2. 本人の問題に対して、外来と在宅側の双方で協力し取り組むために、日々の患者情報の共有が重要であると感じた。
 - 問題点
 - 本人の疾患に対する理解が乏しかった。
 - 対策
 - 病院の入退院支援室と在宅側の関わったスタッフが患者情報を共有
 - 疾患理解の向上とそれに伴う疾患に対する不安感の軽減に向けた、病院側と在宅側双方での声かけを実施した
 - 結果
 - 本人の生活が維持でき、入院したいといった言葉も聞かれなかった。

訪問看護師からのまとめ

3. キーパーソンとのトラブルを事前に想定した上で、訪問時において本人からのキーパーソンに関する言葉を敏感にキャッチする大切さを改めて感じた。
 - 問題点
 - 夫他界後、1人で次女の子供の精神不安に向き合っていた。長女が緊急先になっていたものの、長女へ電話することに躊躇いがあった。
 - 対策
 - 子供に頼りたくないといった本人の意向を書き留められるメモリアルカードの発行を行った。

関係した関係者の方々に感謝！ありがとうございました！

ケアマネジャーからのコメント

- この事例のご本人は、いつもジーンズをはかれるなど、若々しい装いをされている方で今の年齢にはとても見えないです。
今までも1人で頑張られてきたこともあり、自分で何とかしようという気持ちが強く、あまり頼らずに自分で何でもやろうとしてしまう方です。
金銭の管理も一人で行っており、通院も1人で行かれています。
年相応に物忘れもありますが、比較的自分で生活できています。
- 今回の酸素導入にあたり、買い物支援のヘルパーを入れることになりました。
継続している娘さんとの連絡も最低限度になり、娘さんからの介入拒否のお話もあったため、後継人の話も初めは大げさに考えていましたが、最近は前向きに考えるようになってきています。

今後も各職種と連携し、情報共有を図っていきながら、
ご自身が過ごしたいと思える生活を支援していきたいと思っています！

事例4. 在宅で「食べ続けること」を多職種で支える

(1) 事例概要

<p>対象地区：石神井地区 開催日：令和6年1月26日</p>
<p>コーディネーター メディケアクリニック石神井公園 医師 遠藤光史氏</p> <p>パネリスト メディケアクリニック石神井公園 管理栄養士 彦坂陽子氏 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 歯科医師 戸原雄氏</p>
<p>●内容</p> <p>「食べること」は、生活の一部であり、楽しみの一つでもある。自宅療養において「食べ続けること」を支えることは、“患者様の生きることを支える”とも言えるかもしれない。しかし、嚥下機能が低下した患者様の「食べ続けること」を支えていくのは、困難な場合が多い。特に急性期疾患により急激に状態悪化した場合は、対応に苦慮することが多い。今回の事例患者は、肺炎発症後、嚥下機能が低下し、誤嚥を繰り返すようになったため、病院で食事が禁止されたが、食事を希望し、自宅療養へ移行した。本事例を通し、関わる多職種がどのように連携し、患者様を支えていくべきかを話し合う。</p> <p>●症例紹介とディスカッションテーマ</p> <p><症例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・80歳男性、認知症・誤嚥性肺炎、妻と二人暮らし ・COVID-19感染及び肺炎を合併し入院。入院中、廃用が進行。誤嚥も繰り返すようになったため、禁飲食・輸液管理が続いた。患者から「食べたい」、家族も「食べさせたい」という意向があり、退院 ・退院後、嚥下評価の確認のため訪問歯科が、適切な食事内容を検討するため管理栄養士が介入 ・患者の身体状況から、“栄養補給ではなく食事を楽しむこと”を目的として、食事を支援 ・嚥下評価を繰り返しながら、食事内容を検討したが、摂食状況の改善は見られなかった ・退院後約1ヶ月して、誤嚥性肺炎と思われる呼吸状態の悪化がみられた ・患者、家族の希望に沿って病院受診はせず、自宅療養を継続して永眠 <p><ディスカッション></p> <p>Q1「食べたい」という思いを叶えるために、大切なことは？</p> <p>Q2.食べることを希望した患者と家族。今回の事例におけるACPとは？</p> <p>また日常の些細な希望からACPに繋がった経験はどのようなことがあるか？</p>
<p>キーワード：ACP 在宅療養 誤嚥性肺炎 認知症 嚥下機能 食事 栄養指導 多職種連携</p>

(2) 当日配布資料

2024年1月26日 第4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:〇月〇日(〇)まで) 送付先: IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp

Q1. 「食べたい」という思いを叶えるために、大切なことは?

※事例患者の食べることを実現させるためにはどうすればいいのか? どうすることができたのか? ご自身の職種であれば何ができたかを考え、グループで話し合ってください。

※食べ続けたいという思いはありながらも、それらの実現が難しい患者に対し、これまで、どのように対応を工夫され、実現されてきたかも含めて、グループで話し合ってください。

(目安 30 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どの職種が	②誰にどのようなことを行ったか/行うことが望ましいと考えられるか	③②の背景/理由
(例) ケアマネジャー	(例) ケアマネジャーが	(例) 管理栄養士に対し、訪問栄養指導を依頼	(例) “食事の際、むせる“といった問題を専門職の介入により解決したかったため

※裏面に続きます

Q2. 食べることを希望した患者と家族。今回の事例における ACP とは？

※ACP を話し合うきっかけは、必ず治療に関する話とも限りません。日常の些細な希望からつながる事もあります。そのうえで、本事例における ACP とは何だったのか考えてみましょう。また、日常の些細な希望から ACP に繋がった経験などをグループで共有してみましょう。

(目安 30 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本事例における ACP とは何だったのか (理由も含めて)	②日常の些細な希望から ACP に繋がった経験 (具体的な場面設定/背景も含めて)
(例) 看護師	(例) 患者の「食べたい」という言葉を引き出したこと。入院時の処置を継続が本人の希望とは限らないため	(例) 訪問時、「病気が進んでも、最後まで妻と過ごした家で暮らしたい」「家族には面倒をかけたくない。」、という希望を本人から聴取。その後本人同意のうえ、地域連携 ICT システムにてその旨を他職種へ共有。結果適宜サービスを導入しながら、最後まで自宅で生活ができた。

_____ 班 氏名 _____

(3) 当日スライド

練馬区事例検討会

メディケアクリニック石神井公園
遠藤 光史

趣旨説明

テーマ

多職種で支える「食べ続けること」

ねらい

在宅の現場では、嚥下機能が低下した患者の「食べ続けること」を支えていくのは困難な場合が多い。

特に肺炎などの急性期疾患によって、急激に状態悪化した場合には、対応に苦慮する。

こうした症例への関わりについて多職種で議論をしていく。

事例紹介

本日の事例紹介

事例：80歳代男性

病名：認知症、誤嚥性肺炎

既往歴：高血圧症

家族歴：特になし

社会的背景：妻と2人暮らし。息子家族は区内に別世帯

入院前：PS2※、ADLはほぼ自立

※PS2 歩行可能で自分の身の回りのことは全て可能だが、作業はできない。
日中の50%以上はベッド外で過ごす

本日の事例紹介

現病歴：

認知症、高血圧症で近医に通院していた。

X年Y月にCOVID -19感染および肺炎を合併したため、地域の中核病院に入院した。

入院後約1ヶ月で廃用※が進行し、PS3※、ADLはほぼベッド上となる。同時に嚥下機能も低下し、誤嚥を繰り返すようになった。このため禁飲食、輸液管理が続いた。

※廃用 身体の活動低下に起因する身体機能および精神機能の二次的障害

※PS3 限られた自分の身の周りのことしかできない。

日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。

本日の事例紹介

訪問診療理由：

こうした状況で、患者は「食べたい」、家族も「食べさせたい」という意向があり、退院を希望された。

患者、家族ともに胃瘻など経管栄養や中心静脈栄養は希望されなかった。

退院にあたり当院に訪問診療の依頼となった。

退院前カンファレンスでは

- 病院側からは、痰が詰まることによる窒息死の可能性が高いことを説明された。
- 家族は、「食べてもらいたい。誤嚥して亡くなってもね・・・。」
管を入れることは望まないし、最後まで、匂いや味を感じて欲しいね」と。

退院時の状況

- X年Y+1月に退院。
- PS4。ADLはベッド上、全介助。排泄はオムツ対応。
- 具体的な内容であれば意思疎通は可能。
- 嚥下はとろみ付き水でもむせ込むことがある。
- 痰の吸引は、状態に応じて適宜。
- 妻と2人暮らしのため、主介護者は高齢の妻のみ。

※PS4 全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。
完全にベッドか椅子で過ごす

介入状況

- 在宅チーム：訪問診療、訪問歯科、訪問看護、訪問介護（ケアマネジャー、ヘルパー）、訪問入浴、訪問栄養指導、訪問調剤
- 訪問歯科で嚥下状態を確認しつつ、歯科医と管理栄養士で適切な食事内容を検討した。
- 経口摂取は栄養補給を目的とせず、あくまで「口から食べる」希望を実現するためとした
- 定期的な経口摂取は不可能であったため、維持液を1日500から1000ml持続皮下投与とした。

臨床経過

- 患者は、「ココアや野菜スープ、お粥」を食べたいと希望された。
- その希望に沿って、嚥下評価を繰り返しながら、食事内容を検討したが、摂食状況の改善は見られなかった。
- 退院後約1ヶ月して、誤嚥性肺炎と思われる呼吸状態の悪化を認めた。患者、家族の希望に沿って病院受診はせず、自宅療養を継続して永眠された。

ディスカッションテーマ

Q1 「食べたい」という思いを叶えるために、大切なことは？

※ 事例患者の食べることを実現させるためにはどうすればいいのか？ どうすることができたのか？

ご自身の職種であれば何ができたかを考え、グループで話し合ってください。

※ 食べ続けたいという思いはありながらも、それらの実現が難しい患者に対し、これまで、どのように対応を工夫され、実現されてきたかも含めて、グループで話し合ってください。

Q2 食べることを希望した患者と家族。今回の事例におけるACPとは？

※ ACPを話し合うきっかけは、必ずしも治療に関する話とは限りません。日常の些細な希望などから繋がることもあります。そのうえで、本事例におけるACPとはなんだったのか

考えてみましょう。また、日常の些細な希望からACPに繋がった経験などをグループ内で共有してみましょう。

(4) グループディスカッション

Q1. 「食べたい」という思いを叶えるために、大切なことは？

1. 患者の意向を聴取する方法を工夫

- 診療所で ACP に関して聞き取りやすいよう、シートを用意。
(本人家族に記入してもらう場合もある)

2. 他職種との連携・検討

- 患者が自宅に帰宅したタイミングで、介入職種が会議を実施。その際、患者の身体状態を確認しながら、今後の療養方針を再確認する
 - ✓ 病院で考えられている計画と患者自身の希望に、乖離がある場合もある
- 患者からの情報を聴取した後、関わっている他職種に対し、MCS 等で情報を共有する
 - ✓ 身体状態が変わると、希望が変わる場合もあるが、関わる職種により、患者様から聞き出せる内容が異なる場合がある
- ケアマネジャーが医療職へ、食事支援にあたって専門的な評価を実施してほしい旨を相談する
 - ✓ ヘルパー等などの介護職種は、患者の食事に関する専門的な評価が困難
- 歯科医師と管理栄養士が連携し、嚥下の評価に加え食事形態も検討する
 - ✓ 患者さんが誤嚥を起こさず安全に食事をするためには、介入職種は食べ物の粘度といった食形態も含めて考える必要がある
- ケアマネジャーが ST へ、嚥下のリハビリを依頼する
- ケアマネジャーがヘルパーへ、聴取した患者の食歴を共有。ヘルパーは共有事項（患者の嗜好）をふまえながら、調理の支援を実施する
 - ✓ 食事は視覚や嗅覚で楽しんでもらうことも大切なため、介入職種は患者の嗜好もふまえた食事内容を検討する必要がある
- 薬剤師が医師へ、患者の調剤内容を確認。状況によっては、他職種に対し、薬剤の種類を減らす提案も実施する
 - ✓ 薬の種類によって嚥下が良好になる可能性があるため
 - ✓ 嚥下をしやすいよう、薬の大きさを変えることもできる
 - ✓ 服用している薬の種類が多い場合、患者は薬の服用のみで満腹になってしまい、食事を十分に取れない場合もある
- 医療職が、胃ろうの導入を検討する
 - ✓ 胃ろうを導入することで、栄養を取る目的ではない、味やにおいを楽しむ目的での食事を

行う機会が増えると思われる

◇ 舌に食事をのせる、食事に匂いを楽しむ

3. 患者の療養環境の整備

- 看護師から患者・家族へ、食事の際のポジショニングを指導
 - ✓ 頭位等の位置を整えることで、嚥下のリスクを低下させることができる
- 訪問看護師等が痰の吸引を実施
- 歯科医師が患者の口腔環境を整える
 - ✓ 口腔内の細菌を出来るだけ減少させ、常に清潔な口内環境を整えることにより、誤嚥性肺炎の発生リスクを軽減させる
- PT/OT/STが患者・家族へベッド上で実施できる「首の体操」・「口腔体操」等を指導
 - ✓ 誤嚥のリスクをできるだけ避けることができる

4. 食事に関する患者・患者家族の正確な理解

- 患者・患者家族が食事に関するリスク等を十分に理解する
 - ✓ 誤嚥リスクに関する理解が不十分な場合、食事支援を行った際のトラブルに繋がらう

5. 患者の食事に関する意欲を維持

- 介入職種が患者の食べるという決定に対して、賞賛・応援をする

Q2.

①食べることを希望した患者と家族。今回の事例における ACP とは？

- 患者自身の言葉で食事に関する意向を伝えられるよう、介入した専門職種が支援をしたこと
 - ✓ 病状説明・治療の説明の中から患者の意向を聴取できていた。(病院であれば点滴や IVH を勧められる。)
- “食べる”という希望を叶えるまでの過程で、専門職種が寄り添って支援をしたこと
 - ✓ 介入した専門職種が患者に対し、“食べたい”という希望だけでなく、“楽しむために具体的に何が食べたいのか”といった詳細な希望まで聴取できていた
 - ◇ 食べたいという言葉は機能的に評価される傾向があるが、具体的な要望も合わせて聞き出せることで、患者の意思に沿った支援が実現できたのではないかと考えられる
 - ✓ 患者の嚥下評価を適宜実施し、口からの食事を続けることが可能か否かを判断できていた
 - ✓ 可能な限り、食事の提案ができていた
- 食べたいという希望の裏に、患者が“家族と家で過ごしたい”という希望も隠れていたと思われるので、最後まで自宅で過ごせるよう環境を整えたことも、患者の意思に寄り添った支援と考えられる。

② 日常の些細な希望から ACP に繋がった経験

- ヘルパー介入時に何気ない会話から、家族から元気だった頃の本人の食について（食べるのが大好きだった）聞くことができ、それをチームに共有。医師にも相談し食事形態等工夫しながら摂取することができた。
- 痛みを持っているが、自分の足で歩きたいという希望を持っている整形外科の患者に対し、理学療法士が歩行訓練を行うことにより、歩くことができる場合もある
- 肺気腫（重度）の患者の食事を食べたいという希望を実現するため、PT・看護師・サービス事業者・Dr が車いすの選定・姿勢の検討。結果、家族皆で食事を食べる事が実現できた。

(5) まとめ

まとめ

練馬区事例検討会

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
歯科医師 戸原 雄（とほら たかし）

事例紹介（導入）

導入経緯：X年Y月Z日に在宅主治医の遠藤先生からの紹介で介入開始

■依頼内容

嚥下評価：どのようなものなら口から食べられるか
どれくらいの量を食べられるかを判断してほしい

■当日行ったこと

- 嚥下内視鏡による嚥下機能の評価
→栄養摂取を目的としての経口は**実用的ではない**。
楽しみの部分を充足させるための経口摂取に特化していくことが重要。
- 口腔内の状況の評価
→乾燥あり。口腔内に剥離上皮膜の付着あり。
口腔内の汚染あるため継続したケアが必要と考えた

事例紹介（訪問歯科医師としての関わり）

- 本人が食べたい食べ物の聴取、実際のトライ
→かぼちゃスープが食べたい。咽頭内に残留してしまい嚥下困難
- 食べやすいと思われるものの抽出
→ゼリー
- 他に食べられそうなものの提案
→コーラのトロミ

事例紹介（訪問歯科医師としての関わり）

- 食べる量の限界の評価
→栄養摂取を目的とすると非現実的である。
安全に食べるには数口が限界である。
- 食べるためのセッティングの提案
→経口摂取の後は吸引した方がよさそう。
顔を右に向けて食べてもらうと喉の中の残留が少ない。
- 口腔内の清掃（口腔ケア）

まとめ 事例のポイント

- 人生の終末に際して、口から食べることが患者の人生、家族の人生の中の希望として出てくることが多い。
- 本人や家族の希望に基づき、嚥下機能の限界を踏まえたうえでの目標設定、経口の方法を確立することは重要である。
- その希望に関して各職種が求められた役割を分担し、連携することで楽しみとしての食事という患者の持つ根源的な楽しみを最後まで維持することができた。

まとめ 皆様へのメッセージ

- 食べることは健康な体を維持するうえで欠かすことのできないものです。また、食べることは人生を豊かにします。
- 食べることは栄養を取ることであり人生の中の彩りです。
- 様々な原因で食べるのが困難になり、楽しいはずの食事の時間が、つらく苦しい時間になることがあります。

まとめ 皆様へのメッセージ

- 終末を迎えた患者さんとそのご家族にとって、食べるということは非常に大きな意味があります。
- 色々な職種がそれぞれのスキルや知識を集め、患者さんの食べることの目標や方法を工夫することで、人生の彩りを取り戻すことができるかもしれません。
- 皆さんとともに今後も食べることの意味について考えていけたらと思います

練馬区事例検討会

メディケアクリニック石神井公園
管理栄養士 彦坂 陽子

【事例へのかかわり】

X月Y-1日

■担当者会議へ参加

- ・栄養アセスメントの実施

- ・好きなもの、食べたいものの聞き取り

本人「梅干し粥 かぼちゃのスープが食べたい」

家族「病院ではずっと禁食でした。好きなものを食べさせてあげたい。

でもきちんと嚥下の評価をしてもらい、食べる事に大きなリスク
があって危険であれば無理はしないようにしたいと考えている。

■患者家族の意向と、主治医から全身状態の情報を考慮したうえで 栄養ケア計画作成

「目標：食べたいものを安全に楽しむ」

【事例へのかかわり】

X月Y-2日

■ 歯科医師と同行訪問

コーラとろみを飲めたとのこと

長男「吸引の手技は問題なくできるのでとろみをつけて、好きなものを少量味合わせてあげたい。ごろごろしたら吸引します!」
とろみの付け方の説明 とろみ剤の購入方法案内

X月Y-3日

訪問予定であったが状態悪化、食べられる状況でなさそうとの連絡あり。訪問はキャンセルとした。

【まとめ 事例のポイント】

- 食べたいもの、食べさせたいものを、家族の負担が少なく安全に食べさせられる方法を検討した。
- 食べられる時間が長いのであれば栄養もみていくが、主治医の全身の評価、歯科医師の嚥下評価から、栄養ではなく家族の食べさせたいという想いを安全に叶える事がメインだと判断し、共有しながらチームで取り組むことが出来た。
- 家族だけで食事を食べさせるのにリスクや負担が伴うのであれば、歯科医師と同行して、食べたいもの、食べさせたい物を、食べやすい形態に栄養士が調整して味わってもらうことも検討した。
- 口腔機能や、全身状態に沿ってその人らしく安全に食べられる工夫ができるよう、多職種からの情報を収集した。(担当者会議、MCS)

【まとめ 参加者へのメッセージ】

- 食べるのが難しくなっている患者に対しては安全に飲み込むまでのサポートをします。
- ただ口に入れて味わうだけ（吐き出す）だけでも患者の願いが叶う場合もあります。
- いよいよもう食べられない段階では、家族と一緒に食卓を囲み、美味しい香りを一緒に感じるだけでも、家族と患者によい時間となる場合もあります。
- 食べるということは、栄養だけでなく、楽しむ、人と関わる（誰かと一緒に暖かい時間）という側面があります。
- 患者の全身状態・嚥下機能・食べたい（家族の食べさせたい）想いを確認、共有することで、多職種が適切に、何をサポートするべきなのかを、患者さんの想いに寄り添いながら出来ると考えます。

練馬区事例検討会

メディケアクリニック石神井公園
医師 遠藤 光史

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、**繰り返し話し合い**を行い、患者さんの**意思決定を支援するプロセス**のこと。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標。

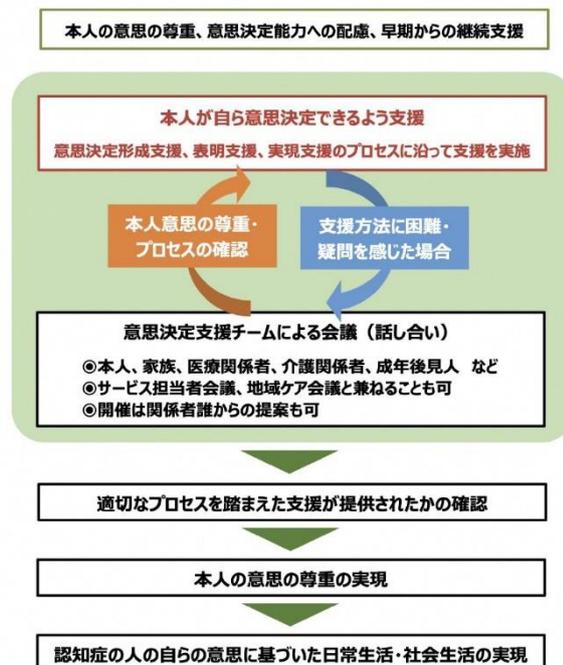
東京都医師会ホームページ： <https://www.tokyo.med.or.jp/citizen/acp>参照

状態低下時には意思決定困難となるため、**早期に終末期の意向を確認**することと、それに関連した**適切な情報提供**が必要

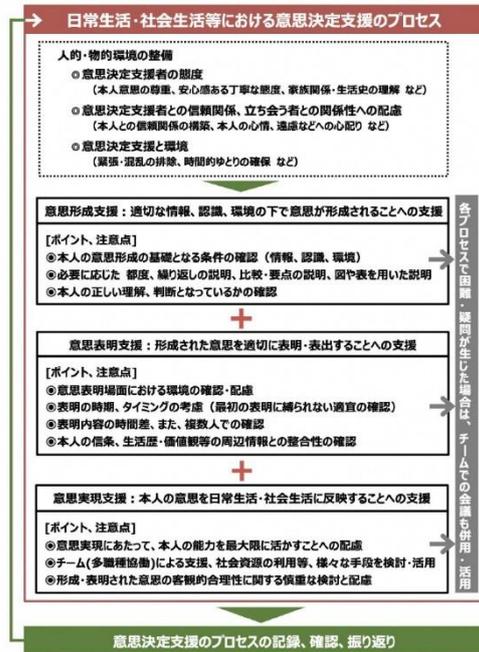
橋本孝太郎, 佐藤一樹, 河原正典ほか：在宅緩和ケアを受けた終末期独居がん患者の背景や診療実態と自宅死亡の関連要因；Palliat Care Res; 13(1)；39-48；2018参照



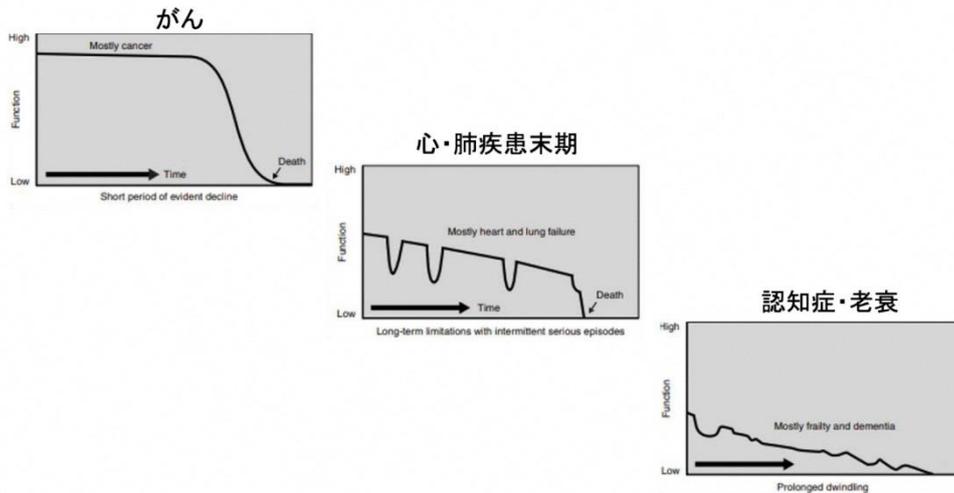
厚生労働省：
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」
平成30年6月



厚生労働省：
「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」
平成30年6月



疾患による段階の違い



Lynn J, et al. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand Health; 2003.p8.より引用

今回の事例は

- 患者の「食べたい」、「・・・が食べたい」といった希望からACPは始まっている。
- この希望を叶えるために様々な人たちが関わっている。
- 「食べる」ことなどをはじめ、日常生活に密着したことについての話し合いを積み重ねていく。
- 一つ一つの話し合いは、病気の治療方針、最期の療養の場の選択などの大きなテーマを話し合うことにつながる。

つまりACPは？

「何が好きか、何を大切にしているのか」考えてみる

「決めなくてもいいから」

「日々の〈小さな願い〉の積み重ねが、

その人の人生を形作る」

忘れてはいけない～ACPの影～

1. 関係性ができていないのに土足で踏み込む
2. 事前指示をとることを目的にする
3. 医療者の価値観を押しつける
4. 揺れることを許容しない
5. 代理決定者と共有されていない
6. 病院内・地域で紡がれていない

川口篤也:「ACPの影」, 緩和ケア, Vol29, No3, p208-210, 2019

令和5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6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 IRYOSHISSETSU@city.nerima.tokyo.jp