

川崎市

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

シンポジウム

平成26年7月11日（金） 14：00～16：45
川崎男女共同参画センター（すくらむ21） 1階大ホール

13:55～14:00	開会のあいさつ
14:00～14:50	講演
	～ 休憩 ～
15:00～15:40	事例発表
	～ 休憩 ～
15:45～16:25	パネルディスカッション
16:25～16:35	質疑応答
16:35～16:40	閉会のあいさつ

目次

ご挨拶

川崎市介護支援専門員連絡会

会長 中馬 三和子 1

講演

「地域包括ケアの担い手を考える

～支え合う育み合う町づくり～

堀田 聡子 2

事例

「テーマ 正しく服薬をする為の支援 」

フルライフ中原 佐藤 美幸 3

「テーマ 介護力の無い妻と暮らす

ALS患者を支える」

あうん24 櫻井 奈穂子 6

「テーマ ご本人の望んだ自宅での最期 」

ジャパンケア川崎鷺沼 高野 眞次恵 9

「ターミナルケア・医療連携」

ジャパンケア新百合ヶ丘 齋藤 てい子 12

「在宅療養を支えるための医療・介護連携」

あさお・百合クリニック 院長 佐野 順子 15

パネリスト

堀田 聡子 (社会保障審議会委員)

佐野 順子 (あさお・百合クリニック院長)

真謝 清美 (ケア工房 真謝 代表取締役)

土肥 喜久江 (居宅介護支援センター 虹の里 ケアマネジャー)

山本 八寸代 (株式会社ジャパンケアサービス シニアリーダー)





川崎市介護支援専門員連絡会
会長 中馬 三和子

近年、人口減、少子超高齢化に向けた国の対策が紙面に載ることが多くなっています。もちろん、川崎市も例外ではありません。川崎市は2025年までは生産人口が増加しますがそれ以後は減少し、高齢者人口は増加。2050年には高齢者人口は43万人、総人口の30.4%になることが予測されています。また、現状でも身体障害者数の6割以上が高齢者です。

このような高齢化に関する状況と予測の中、川崎市では、介護が必要な状況になっても住み慣れた家に住み続けられるように医療と介護に連携促進事業や「川崎らしい都市型の地域包括ケアシステム」構築事業が進められています。

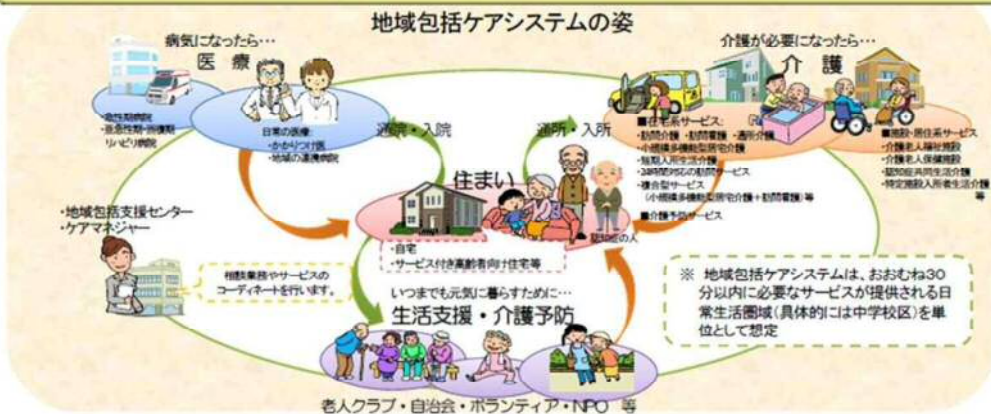
昨年度川崎市が行った調査では、一般高齢者の5割、介護認定を受けた高齢者の6割が今後も自宅で暮らしたいと答えています。しかし、1世帯あたりの人員の平均は2.15人となっており、必然的に介護者一人にかかる負担が重くなります。

そこで、24時間対応する訪問看護や在宅診療と同じく、自宅に居ても24時間訪問介護を利用できたり、オンコールで夜間でも随時に介護を利用できる支援が考えられました。それが定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業です。何でもしてくれる支援ではありませんが、たとえ単身要介護状態であっても、生活する方の心身の状況に応じて、「時間」の概念にとらわれずケア内容や提供のタイミングを考え変更し、また夜間の不安に対応することが出来ます。

当会は、地域密着型訪問介護事業者連絡協議会が夜間対応型訪問介護事業者連絡協議会の時から関わってきました。このサービスを活用することも選択肢の一つとし、地域で暮らすことを継続されるよう、私達介護支援専門員（ケアマネジャー）はご利用者様、ご家族様と一緒に考え在宅生活を支援致します。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



演題：地域包括ケアの担い手を考える — 支え合い育み合う町づくり —

ほった

さとこ

堀田 聡子 講演会



平成 26 年

7 月 11 日 (金)

開演：14:00～

会場：すくらむ 21

大ホール

入場無料 (600 名)

プロフィール

京都大学法学部 卒業

大坂大学大学院国際公共政策研究科博士 後期課程修了博士 (国際公共政策)

専門は人的資源管理、ケア人材政策

東京大学社会科学研究所特任准教授

ユトレヒト大学客員教授兼社会文化計画局 研究員を経て現職。

現職：社会保障審議会、介護給付費分科会、地域包括ケア研究会等において委員を務める。

主な単著に『オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策』JILPT DP12-07。

共著に『ヘルパーの能力開発と雇用管理』頸草書房等。

【主催】川崎市地域密着型訪問介護事業者連絡協議会・川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	フルライフ 中原	事業所分類	連携型	氏名	佐藤 美幸
-----	----	----------	-------	-----	----	-------

正しく服薬をする為の支援						
事例	年齢	77	性別	女	要介護度	1
	世帯状況	独居		（生活自立度 : 認知症自立度）		

サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知ることになった経緯含む）

年末まで息子様と同居していたが、独居となったため不安になった家族からの依頼。物忘れが進み、服薬が出来なかったり、Dr.から腰痛の為コルセット着用の指示が出ているが、正しく着用する事が出来ない等が見られるようになった。他者からの声掛けがある事で、今の生活が維持して行ける可能性がある事からこのサービスの導入となった。

期間	H26年 2月 1日 ~ H26年 4月 1日
----	-------------------------

利用サービス 《社会資源含む》	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 デイサービス ご近所の見守り 家族の訪問
--------------------	------------------------------------------------

結果

来訪者がある時にオートロックの解錠が出来なかったが、定期的にヘルパーの訪問がある事でスムーズに開錠できるようになった。

声掛けをし、意識づけを行った事により、コルセットの着用が正しく出来るようになった。

1人で通院できるのに・・・との思いもあるものの、通院介助を行うことで安全に通院が継続できている。

考察

定期的なヘルパー訪問の声掛けにより、習慣化できたことで一人では出来なかったコルセットの着用が正しくできるようになった。

デイサービスも送り出しなく、電話の確認だけで、1人で施錠しエントランスまで降りてくれるようになった。同じ声掛けの継続で混乱なく、サービスの受け入れもご本人に出来たのだと考えられる。

家族間でもご本人が出来ていることを認めることが出来ると、ご本人も気持ちよく生活が継続できるようになるのではないかとと思われる。

今後もヘルパーによる同じ声掛けの継続をすることで、今ご本人にできていることを維持し継続して行けるとと思われる。

倫理的配慮

家族間での介護の方針に若干のズレがある為、キーパーソンのお嫁さんに負担が掛かりすぎない様に支援して行く。

◆ケース詳細◆

身体状況 アルツハイマー型認知症 腰痛	生活状況 身の回りのことは習慣的に出来ており自立している 物忘れがある為、服薬しなかったり、飲みすぎたりする	意識状態 自分は何でもできているのに、何で周りにいろいろ言われなくてはならないのか、1人暮らしは不安が無いとは言わないが、ご近所さんも良くしてくれていて困ってはいない
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

看護サービス	無 /
服薬確認を行い、出来ていなかった時にはなるべく早めに服薬させる。飲み過ぎると体調不良をおこすので服薬には十分に注意をする事。残存機能をなるべく維持する為に、今できていることは自分で継続する事が望ましい。	

介護看護目標 (一体型は看護目標含む)
<ul style="list-style-type: none"> ①正しく服薬する ②腰痛の軽減ができる ③安全に通院する事が出来る

週間計画① サービス導入 H26 年 2 月～
看護サービス: 無 ()

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00	デイ	8: 50-9: 10 服薬が時 コルセット確認	8: 30-11: 00 通院が時 ※	デイ	8: 50-9: 10 服薬が時 コルセット確認	8: 50-9: 10 服薬が時 コルセット確認	8: 50-9: 10 服薬が時 コルセット確認
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

ポイント
朝の服薬・コルセットの確認
ご本人が習慣的に出来ている、食事を摂る、洗濯、掃除が出来ているか確認

支援経過 H26 年 3 月現在

ご家族対応が出来ない所での服薬、コルセットの確認を行う。ご家族が対応出来ない所で定期的な通院介助を行う

こととした。ご本人の出きていることを継続してもらう為にも、様子の観察をし声掛けをしながら、生活が維持、継続できるように支援をしていく。

家族との役割分担もし、服薬カレンダーには家族が薬を入れることとした。

施設か、在宅かで家族間の意見が割れているため、家族間での方向性を合わせる必要もある。

ヘルパーの活動の中では、ご本人が生活のリズムを崩すことなく、自身のペースで家事も行っており、日常生活はほぼ自立していた。忘れてしまう服薬を中心に支援を行うことで、落ち着いて生活ができています。

家族が泊りに来るが増えてきており、ご本人に出来る事が多いこともあり、指定訪問介護への移行も検討していくこととした。

導入後の効果

ヘルパーが訪問する事でオートロックの解錠が習慣化し、スムーズにできるようになった。声掛けによりコルセットの着用が正しくできるようになった。服薬が適正に出来るようになった。

本人・家族の様子

導入時

導入後

ご家族は独居で、物忘れがあり生活が出来ないのではないかと、不安を抱えていた。ご本人はヘルパーの声掛けに対して自分でできているのに・・・と思いつつも、受け入れは良好。

ご本人の出来ることの維持、継続は出来ている。ヘルパー訪問時に日付の確認をしつつ、服薬カレンダーの確認を一緒に行うことで、1人でも服薬が出来るように習慣化するように支援している。日によっては1人で服薬が出来るようになってきた。コルセットはほぼ自身で出来るようになった。

今後の課題

ご家族間でのこの先の考え方が違う為、ご本人を不安にさせ、混乱に導いてしまう事がある。家族間での意思の統一を図る必要があると思われる。一つの事を習慣化し、1人で出来るようになるまでには時間が掛かる事をご家族にも理解してもらい、焦らないで習慣化して行く様にしていきたい。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	あうん24	事業所分類	連携型	氏名	櫻井 奈穂子
-----	----	-------	-------	-----	----	--------

タイトル： 介護力のない妻と暮らすALS患者を支える

事例 **年齢** 70 **性別** 男性 **要介護度** 4

世帯状況 妻と二人 (生活自立度 C1 : 認知症自立度 自立)

サービス利用までの経緯・導入目的等 (本サービスを知ることになった経緯含む)

2012年、転倒したのを期に整形外科に掛るが、頸椎MRIの画面からALSの疑いがありと言われた。2013年に再検査しALSの診断が出る。免疫グロブリン大量療法を2クール施行したが改善せず、在宅に戻ることとなった。奥様の介護負担軽減と寝たきりにならない為に、自分でも出来る限り動きたい、と本人から要望があり、定期巡回を利用する事になりました。

期間 2014年 4月 1日 ~ 年 月 日

利用サービス
 «社会資源含む»
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 訪問看護 (医療保険)
 訪問マッサージ
 通所介護

結果

早朝、朝、昼、夜、寝る前の定期訪問とし、後は随時対応する事で寝たきりにならず過ごせています。離床する時間を定着させることで、ご本人も奥様も生活のリズムが取れるようになりました。また、トイレのリズムも付いてきました。奥様は今まで家事をご主人と分担していた事もあり、これからの介護と自分の生活にとっても不安がありましたが、コールすれば誰かと話せるし来てくれるという事で安心されていました。

- ご夫婦の生活パターンを把握し離床する時間を定着させることができました。
- 訪問看護事業所などと連携して介護することにより、安心の生活が送れている。

倫理的配慮

所属

あうん24

氏名

櫻井 奈穂子

◆ケース詳細◆

身体状況	生活状況	意識状態
左半身マヒ。徐々に筋力が無くなり 右手も力が入らなくなって来ている。 立位も膝折れの心配があります。嚥 下も注意が必要です。	妻と二人暮らし、主介護者は妻 本人 がとても神経質で布団が少しずれただけ でも大きな声を出して人を呼びます。	認知力の低下無く、しっかりされていま す

看護サービス

有 / 医療保険

週2回（月・木）訪問看護（医療）を利用しています
少しずつ筋力が落ちているのでトイレ介助は無理しないのが望ましい

介護看護目標（一体型は看護目標含む）

- ①転倒しないようにトイレ介助する。
- ②離床を促す。
- ③食事の嚥下の様子を観察する。

週間計画①

サービス導入 2014年 4月～
看護サービス：有（医療保険）

週間サービス計画表

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	トイレ・食事	トイレ・口腔・服薬・食事		トイレ・食事	トイレ・口腔・服薬・食事		
10:00							
11:00							
12:00							
13:00	トイレ・食事	トイレ・口腔・服薬・食事		トイレ・食事	トイレ・口腔・服薬・食事		
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00	トイレ・食事			トイレ・食事			
19:00				トイレ・口腔・服薬・食事			
20:00							
21:00							
22:00							

ポイント

定期巡回サービス

朝 食事介助 口腔ケア 車椅子移動のトイレ介助
 昼 食事介助 口腔ケア 車椅子移動のトイレ介助
 夜 食事介助 口腔ケア 車椅子移動のトイレ介助
 朝昼夕の服薬
 火金のデリの送りだし
 訪問看護
 月木浣腸 全身状態の確認

支援経過	2014 年 5 月現在
<p>4月3日 在宅生活への不安はあったが、本人の希望と娘たちの自宅に帰りたいとの要望でケアが始まる。娘たちは結婚しそれぞれの生活が忙しく、介護を頼ることができず、妻は1人で介護負担を背負い込むことに不安になっていた。24時間型を導入することで、なんでもしてくれると考える家族に何度も説明に伺いました。</p> <p>4月14日 妻の介護負担軽減のため週に2回（火・金）デイサービス利用となる。階段が長いのでデイの送迎の援助に入る。</p> <p>4月21日 コールの回数が定着してきて、ご自分で離床する時間を考えるようになりました。</p> <p>5月1日 日がついに連れ、トイレ介助中の足の運びが鈍くなってきました。膝折れの可能性があり、このままトイレ介助を続けるか、Pトイレにするのか検討することになりました。本人、奥様は出来る限りトイレ介助を希望されましたが、リスクが高いため何度も話し合いました。しかし、動けなくなるまでトイレには行きたいとの思いは変わらず、便の時だけ行くことになりました。（尿は尿瓶で取る）ただし無理だとこちらで判断したら中止することにしました。奥様はだんだん動けなくなってきたご主人の様子に不安になり、“もう一人では出来ない” “自由になりたい” “なんであなた居るの”と声を出して言うようになり、ショートステイを月に5日ほど利用するようになりました。ショートを利用し、少しでもご主人と離れることで奥様は自分の時間を持つことが出来、以前より落ち着いて介護をするようになっています。</p>	

導入後の効果	<p>移乗が随時行えるので自分のペースで離床する時間が出来ました。</p> <p>連携して介護することにより、またいつでも呼べるという安心感があり、奥様の精神的にも軽減となっている。</p>
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

本人・家族の様子	導入時	導入後
	寝たきりにしないで生活させたいと願っていましたが、家族だけでは難しいと考えていました。	奥様の介護負担軽減となり、再入院まで何とか在宅を続けたいと考えるようになりました。

今後の課題	筋力が徐々に低下しているので今は出来ることが将来出来なくなります。今後、介護の仕方を随時検討していかなくてはならない。
-------	-------------------------------------------------------------

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	ジャパンケア川崎鷺沼	事業所分類	連携型	氏名	高野 眞次恵
-----	----	------------	-------	-----	----	--------

タイトル：ご本人の望んだ自宅での最期

事例	年齢	84	性別	男	要介護度	5
	世帯状況	高齢者（生活自立度 C2：認知症自立度 自立）				

サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知るようになった経緯含む）

10代で筋ジストロフィーと脊椎カリエス発症（4人兄弟全員筋ジス発症）2歳年下の妻は大学の研究室で出会う。妻の卒業を待って結婚、妻は専業主婦、本人は官僚として就職。定年後ドイツの大学に客員教授として赴任、著書多数
発病時に「モルモットにされた」との思いが強く、医療に不信感強く、他者の介入を拒んでいた。ケアマネジャーのみ関わっていたが、緊急時の対応の為、平成24年10月より夜間対応型訪問介護導入（随時のみ）。半年後より排泄の不安と妻の介護負担の軽減の為、夜間帯の定期訪問を開始。H25年4月定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス開始。

期間	H25年 4月 1日 ~ H26年 2月 25日
-----------	--------------------------

利用サービス «社会資源含む»	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 訪問診療 訪問看護（医療保険） 訪問介護（介護タクシー） 福祉用具貸与
---------------------------	------------------------------------------------------------------

結果

他者の介入を望まず、妻と二人で独自の介護法を確立されていたが、ご本人の病状の変化と夫婦の高齢化により無理が生じてきた。妻は自身が介護の全てを担う事を希望され、自宅に他人が入る事を極端に嫌悪される。ご本人は「プロから見れば、危うい介護法かもしれないが、今迄尽くしてくれている妻の介護が否定されるようで、新しいものを取り入れる事が出来ない。」と話されている。寝具は布団、日中はこたつに座椅子の生活を切望されていたが、困難となりベッドの導入となったが、ご本人の抵抗が強く実現まで1年を要した。体内の酸素量が落ち、在宅酸素も導入となったが、妻が大きく不快感を示し夜間訪問すると、カニューレを外されていることが多かった。妻のレスパイトの為ショートステイを1ヶ月の予定で開始したが、夫婦の希望で1週間での終了となった。毎日妻の料理を食べ、介護員との会話も楽しみ、時折見える幻覚さえも楽しまれ、H26/2/24の朝食を済ませ、ケアマネジャーと担当者が昼に訪問すると、意識が混濁されており、翌日甥や姪妻の見守る中で旅立たれた。少し口を尖らせ、大好きな政治論を話す時のような、彼らしいお顔であった。

考察

ご本人の状態もさることながら、妻の疲労困憊が増加し、一日3回の食事が2回になり、妻の体重が減少していく中ショートステイの導入もおこなったが、結婚以来離れて暮らした経験のない二人には精神的な負担が大きかった。成人以来初めて難病専門の病院に1ヶ月入院し退院の折夫は妻の負担を考え入所の意思を持たれたが、「私はあなたと二人であの家で死ぬまで暮らしたい。もう決して離れて暮らしたくない」との妻の強い意志を尊重し在宅での看取りを行うこととなった。幻覚に悩まれた時も入院やショートステイ等二人を離れさせず、訪問回数を調整し、最後まで自分達らしい暮らしをしたいという思いに寄りそう事となった。
遺影の写真は少しふくらとされ、真紅のセーターをお召になり片手の指を出し「おい！どうだい俺の最後は。痛快だろう！」と云いたげな笑顔であった。

倫理的配慮

社会通念や、介護の常識に囚われず、在宅生活だから出来るケアを行う

◆ケース詳細◆

身体状況	生活状況	高齢者世帯	意識状態
終日寝たきり。食事・水分はギャジアップで全介助。食事は妻が全介助。入浴は自宅にリフト設置され看護師が対応していたが、困難になり、訪問入浴を試されたが、好みに合わず、看護師対応で清拭。	体調の良い時はリフトで椅子に移乗、新聞をよんだり、ボイスレコーダーを利用し執筆の準備等されていた。年に何回かは、介護タクシーを利用し親族と外食されることもあった。子供は無く妻と二人暮らし。甥と姪が訪問されていた。		常にクリアであったが、亡くなる3か月ほど前から幻聴・幻覚がリアルにあった。ご本人は他人には見えない事を理解されていた。

看護サービス	有 / 医療保険
難病の為医療保険で訪問看護を利用。土日祭日を除く毎日訪問。バイタルチェック・浣腸による排便コントロール・血中酸素飽和度測定・硬縮予防の為のマッサージ・清拭等を行っていた。延命治療は大きな拒否があり、在宅での看取りを希望されていた。	

介護看護目標 (一体型は看護目標含む)
① 自宅で妻と今迄通りの暮らしをしたい。 ② 家族に出来ない事を手伝って欲しい ③ 医療と連携し苦痛なく暮らしたい。

週間計画① サービス導入 H25年 3月～
看護サービス： 有 (医療保険)

ポイント

0:00					
1:00	排泄介助・水分補給				
4:00	排泄介助・水分補給				
10:00	訪問看護			起床介助	
15:00	訪問看護				
17:00	排泄介助				
19:00	排泄介助				
21:00	就寝介助				
23:00					

支援経過 H26 年 2 月現在

H20年頃より、夜間対応型訪問介護サービスを開始。当時は随時訪問サービスのみでスタート。
H21/4就寝介助と起床介助で定時訪問を実施。日中は他社が訪問介護サービスを行い、医療の介入は無く、介護保険更新時のみ医師の訪問があった。
H25年4/1より、定期巡回・随時対応型訪問介護看護でサービススタート。
キーパーソンが妻の為他者の介入を酷く嫌い、サービスの導入が困難であった。特に医療の介入はケアマネジャーとスタッフの念願であった。
ご本人、妻とも医療への不信感著しく、強い拒否あった。
H25/2妻の姪が介護に参入し訪問看護の実現となった。
H24/6～日々ADLの低下がみられ、リフトでトイレに行くこと、自宅での入浴が困難となり、ご本人の望まれる普通の生活が困難になった。
朝起床し布団からこたつの座椅子に座り、新聞を読んだり、パソコンを使用し、好きな「分厚いトンカツ」を食べ21:00頃入浴し、22:30頃就寝という生活がおこなえなくなった。
H24/6末姪の提案によりレスパイトと他の同病の人を見てもらい、専門的な医療機関から意見をもらうため、難病専門病院に3週間入院することとなった。
H24/7看護と介護からベッド導入の提案があったが強く拒否。布団からこたつへの移乗時に圧迫骨折や脱臼の危険があること、フラットな状態で呼吸に支障が出ることを伝えるも自覚が無い為拒否。
H24/7在宅に向けての退院カンファレンスの中で、医師からもベッドの導入を説得。自宅の二階を療養室とすることで在宅復帰となる。
動けなくなったこと、座位を保てなくなった事、身体の痛みが継続されていることの全てがベッド導入のせいと断じておられ、自身の体力の低下や病状の悪化と取られることはなかった。
H25年末頃からリアルな幻覚が出現。「亡霊がいる」「ピストルを持った男が」狙っている。「天井に字がかいてある」「今日は三沢の基地まで行って講演会をしてきた」等上気された様子で話された。自分にしか見えていない事をすぐに理解されながらも夢とも現ともつかない状態に困惑されながらも楽しんでおられた。

導入後の効果 訪問看護と往診が導入され、服薬も開始となり、栄養補給用のエンシュア等も処方された。定時以外では夜間3:00台と6:00台のコールがあり夜間通じて良眠されていない様子だったが、かならず、繋がるという安心感の元日々の生活を送られていた。

本人・家族の様子	導入時	導入後
	訪問への妻の拒否強く、医療への不信から、看護師にたいしても辛辣な言葉が多きかれた。	日々の看護と介護を目の当たりにし、自身の高齢化と介護負担の加重に辛さもあって、介護看護ともに徐々に受け入れられた。

今後の課題 本人逝去の為無し

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	ジャパンケア川崎新百合ヶ丘	事業所分類	連携型	氏名	齋藤 てい子
タイトル：ターミナルケア・医療連携						
事例	年齢	96	性別	女	要介護度	5
世帯状況 高齢者 (生活自立度 C : 認知症自立度 III)						
サービス利用までの経緯・導入目的等 (本サービスを知ることになった経緯含む)						
<p>H25年2月中旬キーパーソンのご家族より、直接居宅の方へ相談の電話が入る。1月中旬より寝たきりになり家族でなんとか観ているが仕事をしている為、家族にも無理がでてきた。</p> <p>本人・家族も在宅を強く希まれサービスを利用して在宅療養する事になった。</p> <p>2月末ケアマネから、依頼を受ける。</p>						
期間	H25年 3月 4日 ~ H25年 6月 28日					
利用サービス 《社会資源含む》	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 訪問診療 訪問看護、訪問歯科 訪問入浴、福祉用具					
結果						
<p>ヘルパー導入の初めての在宅介護で、難聴の障害をもつ長男さんと2人暮らしの為、まずは長男さんに毎日訪問する事を、次男のお嫁さん（キーパーソン）の助言で理解を頂くことから始まった。</p> <p>1日3食の食事介助、排泄介助、身体清潔の保持に服薬1日3回の定期訪問し、随時のコール対応。状態が落ち着いた頃、訪問入浴の開始、訪問看護の排便コントロールと褥瘡の処置と共に時間を調整をしながら1日3回の訪問を継続。途中長男さんからのご意見を受け、ご家族の了解を得ながら信頼関係を作り、長男さんに関わって頂きながらの支援を継続。</p> <p>最初は、老衰によるものと言う事であったが子宮がんの再発による衰弱と診断され訪問医の指示のもと、今後の対応・経過予想を確認しながらのターミナルケアとなる。</p>						
考察						
<p>長男と2人暮らしの為、家族より排泄・食事・清潔保持の支援依頼を受けケアに入らせて頂き、長男さんも働きながら母親との関係が保たれるようになった。</p> <p>次男家族も専門的な介護とサービス事業所間の連携が密にとれて介護への不安が除かれたこともあり、積極的に介護への協力もみられるようになった。</p>						
倫理的配慮						

所属 ジャパンケア川崎新百合ヶ丘

氏名 齋藤 てい子

◆ケース詳細◆

身体状況	生活状況	意識状態
動脈瘤 股関節の骨折（ボルト固定Ope 済） 両足拘縮 難聴 バルンチューブ挿入 低蛋白状態	同居の長男は、耳に障害がある。 次男は、自営業。 長男、次男嫁も仕事がある。 常に介護をすることは、出来ない。	意思疎通は可能

看護サービス	有 / 医療保険
医師の指示のもと、全身状態の観察・管理 バルーンの管理 排便コントロール 服薬管理 褥瘡処置 リンパ浮腫ケア ターミナルケア	

介護看護目標
① 感染症を起こさない ② 皮膚トラブルを悪化させない ③ 長男様の「少しでも食べさせたい」との意向を大切にする

週間計画① サービス導入 H25年 3月～
看護サービス： 有 (医療保険)

7:00									
8:00	起床介助								
9:00									
10:00									
11:00									
12:00	昼食・排泄介助								
13:00									
14:00									
15:00									
16:00									
17:00	夕食・排泄介助								
18:00									

訪問歯科 定期的・適宜 訪問看護 定期的・3回/w
訪問入浴 定期的 1回/w 往診医 定期的・1回/w

ポイント

- ◆定期巡回サービス
 - 朝 服薬介助（朝薬介助）
食事準備・食事介助 口腔ケア
排泄介助 適宜洗濯
 - 昼 服薬介助（昼薬介助）
昼食準備・食事介助 口腔ケア
排泄介助 適宜洗濯
 - 夕 服薬介助（夕薬介助）
夕食準備・食事介助 口腔ケア
排泄介助 適宜洗濯 雨戸閉め

支援経過 H25 年 6 月現在

H25年3/4より、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス開始。

朝・昼・夕と1時間の定期訪問で安心して生活ができるように、生活環境を整えた。

当初ご家族は、介護の経験もなく何をしたいのか分からない状態であったが、家族に協力を求め食事準備や食事介助の対応を協力して下さりご家族と共に支援できた。

ターミナル期になり長男様は、「少しでも食べさせたい」と希望されており、ヘルパーが準備し長男様に食べさせて頂いて、親子の時間を大切にできるように配慮させていただいた。いよいよ時期が近づいてきた頃、長男様は母親を見る事は辛かったようで席を外している事が多くなったように見受けましたが、夜間は付き添っているようですとご家族より伺った。長男様の理解度については担当者会議で、関係者全員が共有し対応を統一しました。最後の夜はずっと付き添われて息を引き取るのもしっかり見届ける事ができたと報告を受けました。

アセスメント看護師からは、状態の変化が大きく発熱が続くこともあり、その都度訪問看護師と連絡をとり報告・相談をしました。摂取量と排泄量のバランスを報告し水分摂取量を決定したり食事の様子を報告しながら食事の形態を相談し進めることができました。情報を密に交換し合う事で迅速な対応が出来ていたと報告を受けました。

導入後の効果

訪問医と訪問看護の連携が密にとれており、急激なレベル低下時の対応や食事・水分の摂取困難時・服薬困難時等の指示がスムーズで明確に図れた。

本人・家族の様子	導入時	導入後
	突然寝たきりになってしまい、家族は不安も多くどうすれば良いか分からない状態だった。快適な在宅生活を続けさせたいと意向もあり、前向きであり強力的な発言がきかれた。	ご本人の好む食材の買い物をさせていただいたり、訪問医・訪問とのバイパス的役割を積極的ご家族が対応してくれた。

今後の課題

ご逝去される

在宅療養を支えるための医療・介護連携

あさお・百合クリニック

院長 佐野 順子

皆様、こんにちは。

今日は、診療中のためこのような文章での参加で失礼致します。

私は、あさお・百合クリニックの院長、佐野と申します。

今回、患者 K.T 様の在宅での主治医を務め、平成 25 年 6 月 28 日に自宅での
お看取りまで診させていただきました。

当初、家族（キーパーソンとなる患者様の次男嫁）の考えとしては、体が弱
り病院通院が困難になっており、これは年だから自然のことでありそれなら自
宅で最期まで看取りたいというものでした。しかし、実際に診察してみると体
力低下の原因は年齢によるものではなくがんの再発であり、すなわち腹部の腫
瘍増大と腹水貯留にみる癌性腹膜炎症状でありました。

一方、家族としては自宅看取りを想定はするけれども、介護に係れる時間は
限られていること、また多くの時間を接しているのは聴力障害のある長男さん
でコミュニケーションはとりづらい方であるという状況でした。

在宅医療が良好な状態に進むには押さえておくべきポイントがあります。

- ① しっかりとしたインフォームドコンセント、病状説明の徹底、患者・家族と
の信頼関係
- ② 患者・家族の希望はどういうことなのか
- ③ 症状の緩和
- ④ 緊急時の連絡先
- ⑤ 診療連携（バックアップ病院など）
- ⑥ 在宅を支える仕組みの構築・スタッフの導入、連携

以上、6 点は大事なことだと考えます。介護の担い手として家族以外のメンバ
ーが多く係るケース、特に本日の症例ではこの⑥は重要です。ターミナルケア
に相当する症例ではじっくりと同じケアスタッフが係ることが多いとはいえ、

頻回にサービスを入れないと充実した介護状況にならない場合は巡回型のサービスを使うことも必要です。このような時には家族と同じくらい巡回型サービススタッフからの情報は有用で、状態の小さな変化の発見もヘルパーさんからの発信である可能性は高い訳です。接する時間が少ないかもしれませんが患者さんを取り巻くメンバーの一員である認識を是非持っていただきチーム医療を支えていただきたく思います。

医療・介護との連携という意味で

1) 病状の認識；最初の情報発信は担当者会議にて関係諸機関にお伝えしたと思います。それ以降は診察時に一緒に居合わせたヘルパーさんには説明できましたが、そうでない場合は家族や CM を介して（居宅管理指導書）説明していました。個々に係っているヘルパーさんが現在の患者さんがどのような状況にあるのか、どんなことに注意しなくてはならないのか、次にどのようなことが起こると予想されるのか、自分が係っていない時にはどのような状態であったのか、などをある程度知っているとケアしやすいのではないのでしょうか。

また、病状の変化によりかなり刻々と指示（投薬）が変わることがありますので、その指示を確認・申し送りできる体制も巡回型ケアスタッフ間で構築できていると良いと思います

2) 看取りを想定している患者様に接する時の心構え；看取りを想定するにしましなくても、病気を持った方はいつ・何時急変してもおかしくはありません。必ずしも用意された状態で亡くなるとは限りません。ですから、かわるケアスタッフは想定内の死も想定外の死もあり得ることを考え恐れずに患者さんに係っていただきたいと思います。もし、自分のケア担当時間に臨終があれば、しまったと思うのではなく用意された時に自分が選ばれたと思い、ときを共有してください。このことは担当者会議の時にお話したことです。

3) 介護スタッフからの情報発信；個々のケア担当時間に行った行為、例えば食事摂取量・排泄の有無などについてですが、その摂取量はその場にはいない他の人にもわかるように、共通の指標（茶碗 1/2、とかスプーン 3 口とかみず 100 ml とか）で記載をしていただきとても助かりました。これらにより点滴実行や利尿剤などの投与薬の増減を判断する際の有用な判断材料です。

介護側からの情報、そして診察する側からの情報を双方みることが大切です。連携ノートのようなものがあると timely に状況把握ができると思います。

訪問診療をしている際、病状不安定な患者さんの場合には頻回診察になるためケアスタッフと訪問時間がかぶってしまう場合があります。お互い、それぞれの作業が滞ることはいけないことですが、共有できた時間は情報交換の良い機会でもあります。このような機会は、「顔が見える関係」を作れる良いチャンスととらえたいと思います。

これからの高齢化社会では、介護する家族が必ずいるとは限りません。一昔前はそういう方は社会的入院と称して入院しておりましたがこれからの時代はそれはあり得ないことです。家族に準ずるケアをする担い手ならなおさら、家族に提示してきた情報をケアスタッフにも同じように提示する必要があると考えます。それがすなわち医療・介護連携というかたちで現れ、患者さんを取り巻くチームができあがることになると思います。



定期巡回・随時対応型訪問介護看護 事業所一覧



	法人 事業所 所在地	電話番号 FAX番号
1	医療法人啓和会 医療法人啓和会野末整形外科歯科内科定期巡回・随時対応型訪問介護看護 〒210-0846 川崎市川崎区小田5-19-7 2F	044-366-0383 044-366-0360
2	株式会社JICC ジャパンケア川崎日進 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 〒210-0024 川崎市川崎区日進町22-3 吉田貸事務所	044-221-0204 044-221-9062
3	株式会社フルライフ フルライフ中原 〒211-0004 川崎市中原区新丸子東1-770-1 ライオンズマンション新丸子102	044-948-6711 044-422-4652
4	株式会社ジャパンケアサービス ジャパンケア川崎中原 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 〒211-0004 川崎市中原区新丸子東1-794 静観荘2階	044-431-0658 044-431-0659
5	株式会社JICC ジャパンケア川崎高津 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 〒213-0001 川崎市高津区溝口3-11-17 溝の口パークホームズ2階B	044-850-3907 044-812-5293
6	株式会社JICC ジャパンケア川崎鷺沼 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 〒216-0003 川崎市宮前区有馬1-7-5 サンプラザ鷺沼1階	044-860-6530 044-860-6531
7	株式会社あうん あうん24 〒214-0014 川崎市多摩区登戸2158-2	044-932-3322 044-932-3389
8	株式会社日本アメニティライフ協会 ゆりがおか療養支援事業所 〒215-0003 川崎市麻生区高石5-1-39	044-712-3400 044-712-3405
9	株式会社ジャパンケアサービス ジャパンケア川崎新百合ヶ丘 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 〒215-0004 川崎市麻生区万福寺4-1-8 グラードビュウ百合丘2F201号室	044-969-9851 044-965-2652

本日はご来場誠にありがとうございました

