

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

事例の概要

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

■ 基本情報

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

■ 支援経過

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

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

■ 医療と介護の連携のポイント

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

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

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

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

事例の概要

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

■ 基本情報

【年齢・性別】 49歳 男性

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし
- 妻は日中仕事をしている

【病歴】

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

【趣味】

- 映画観賞やパソコン

【サービス利用状況】

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

【日常生活の様子】

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

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

【連携にかかわった機関・職種】

- 訪問介護職員、医師、訪問看護師、病棟看護師、ボランティア、友人



■ 支援経過

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

■ 医療と介護の連携のポイント

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

MEMO

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

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

事例23 医療機関に結び付けるための 介護支援専門員の役割

事例の概要

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

■ 基本情報

【年齢・性別】 72歳 女性

【家族の状況】

●77歳の夫と2人暮らし

●主介護者は夫、市内在住の長女が食事・掃除・洗濯の支援

【病歴】

●パーキンソン病（2014年）

【要介護度】 要介護1

【ADL等】

●食事：嚥下障害があるため、粥と刻み食を摂取

●入浴：家での入浴は難しい。週2回の通所介護で対応

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

●居室：本人が使い勝手がよいように、ベッド回りに多くの物が置かれてある。

【Aさんと夫の意向】

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

【連携にかかわった職種】

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

■ 支援経過

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

2018年11月

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

■ 医療と介護の連携のポイント

●介護支援専門員が、Aさんと夫の不安の訴えに対して、迅速に主治医に対して面談を依頼し、訪問看護の必要性や生活上の不安を伝達できたこと。

●受診日より前に主治医に、FAXで情報提供しておくことと受診時にスムーズであることを確認したこと。

MEMO

ワンポイント解説

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

事例24 訪問看護師による長期療養患者の 予後予測に基づく支援体制の再構築

事例の概要

Aさんは、営業成績のトップクラスの保険の外交員として勤務していたが、体調不良が続き、受診したところ、自己免疫疾患と診断される。診断から10年後、髄膜炎と脳梗塞を発症し、左片麻痺となる。その1年後、サービスを利用しながら在宅療養生活をおくることとなる。Aさんは、「病状の管理は自分で行き、納得できる医療やサービスを受けたい」という意向がある。さらに1年後、発熱と激しい腹痛により夜間に救急外来を受診する。この頃、徐々に身体機能の低下や薬剤による症状のコントロールが難しくなってきたことから、訪問看護師は症状悪化による急変の可能性を予測し、介護支援専門員にサービス担当者会議の開催を要請し、その結果Aさんの異変の早期把握のための支援方針や急変時の支援体制の構築がされた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 45歳 女性

【疾患】 自己免疫疾患（2005年）

髄膜炎（2014）

脳梗塞による左片麻痺（2014）

【障害高齢者の日常生活自立度】 C2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 自立

【要介護度】 要介護5

【ADL】

- 寝たきりで、すべての面で全介助が必要

【家族の状況】

- 80歳代後半の母親と2人暮らし

【Aさんの意向】

- 病状の管理は自分で行き、納得できる医療やサービスを受けたい。
- 髄膜炎や脳梗塞が発症した際の、医療の対応に不信感を持っている。
- 母親に介護負担をかけていることへの申し訳ない気持ちは日々増大し、少しでも自分でできることは自分でやらなければという強い思いがある。

【連携にかかわった職種・機関】

- 主治医、訪問看護師、介護支援専門員、通所リハビリの理学療法士（PT）、訪問介護職員

■ 支援経過

2005年1月	体調不良が続き総合病院で診察を受けたところ、自己免疫疾患と診断され、外来通院にて服薬治療となる。
2014年9月	髄膜炎発症による高熱のため、緊急搬送され入院となる。さらに脳梗塞を併発し左片麻痺となる。
2014年10月	リハビリ目的で回復期病院に転院する。
2015年2月	住宅改修終了後、介護保険サービスを利用しながら在宅療養生活を開始する。
2016年4月	発熱と激しい腹痛が生じ、夜間に救急外来を受診する。この際、Aさん自らが、病院受診のために、夜間利用可能な介護タクシーに電話連絡をしたり、自分で救急外来に電話する等、相当無理な対応をしていた。 この頃、徐々に身体機能の低下や薬剤による症状のコントロールが難しくなってきていた。 訪問看護師は、身体機能が低下しているAさんには夜間の急変時の対応は過重な負担であり、今後も症状悪化の急変が生じる可能性があることを予測し、サービス担当者会議の開催の要請を介護支援専門員に依頼した。

2016年5月	サービス担当者会議には、Aさん、家族、主治医、介護支援専門員、訪問看護師、通所リハビリのPT、訪問介護職員が参加する。 各サービス介入時の状況や気づき等の情報を共有し、異変の早期把握のための支援方針や具体的な急変時の支援体制について確認した。
---------	--

■ 医療と介護の連携のポイント

- 2016年4月、Aさんが自分で救急外来を受診調整をする状況について、「ア 訪問看護師が、身体機能が低下しているAさんには夜間の急変時の対応は過重な負担であると判断」し、「イ 今後も症状悪化の急変が生じる可能性があることを予測」し、「ウ 異変の早期把握のための支援方針や具体的な急変時の支援体制の構築の必要性があり支援の転換点であることを判断」

し、「エ 介護支援専門員にサービス担当者会議の開催を要請」したこと。

- Aさんが医療に対する不信感をもっており、病状の管理は自己で行う、母親の介護負担を軽減したいという強い思いが作用し、このような無理な対応をせざるを得なかったことが背景にあることを訪問看護師が理解していたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 連携は、支援者の都合で行われるものではなく、利用者のニーズやその変化に応じて行われることが基本となる。この事例では、2016年4月の出来事をもとに、訪問看護師がAさんの現在の状況の把握とその背景にあるAさんの医療に対する不信感や病気は自己管理できるという価値観を把握できていたことが、「異変の早期把握のための支援方針や具体的な急変時の支援体制について再構築する」ことを目的としたサービス担当者会議の開催の要請につながった。
- 2 連携は、常に利用者のニーズやその変化を共通理解して、状況に応じて支援者がその役割と具体的な支援行動を見極めていくことが重要である。