

II 事例

医療と介護の連携事例

事例の活用の仕方

関心のある事例をお読みになっていただくだけでも結構です。職場内研修や自己学習用として用いる場合は、それぞれの事例に、連携の核となるポイントがいくつかあります。本編に記載しております「医療と介護の連携のポイント」「ワンポイント解説」をお読みになる前に、「これこそ連携」というところは何かを探りながら、お読みいただいたり、各職場で検討を重ねていただくとよいと思います。

また、この作業からこれまでのあなたの連携に対する考え方や取り組み内容の振り返りをし、明日からの実践にどのように活かせるかを話しあっていただいてもよいと思います。

演習問題も5題用意しましたので、職場内研修や自己学習に用いてください。

事例1 若年性認知症患者の在宅生活継続のための家族支援

事例の概要

Aさんは40歳代前半から物忘れがひどくなり、40歳代中頃若年性アルツハイマー型認知症と診断された。症状が急速に進行するが、家族の病状理解が難しく、家庭での居場所を失っていくAさんに対して、病院と認知症地域支援推進員と連携しながら、家庭で父親として夫として変わらず生活できるように、支えてきた。妻の負担を軽減しながら、Aさんの病気を誰にも知られたくない、訪問介護は利用したくない、お金がかかることはできない、できるだけ自宅で過ごせるようにしたい、手術や薬で治してほしい、など様々な妻の思いを受け止めつつ、多職種連携によりAさんとその家族を支援した。

■ 基本情報

【年齢・性別】 48歳 男性

【疾患】 若年性アルツハイマー型認知症

【障害高齢者の日常生活自立度】 J2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 III b

【家族の状況】

- 妻と1人の未成年の子どもとの3人暮らし
- 近くに協力が得られる身内はいない

【病歴】

- Aさんは工場の一般事務の仕事で長年していたが、40歳代前半より物忘れが顕著となった。同じことを何度も聞くなどの症状がみられ、2015年12月に認知症外来において、若年性アルツハイマー型認知症と診断された。主治医からは就労は難しいのではないかとの意見があった。
- その後も仕事は転職しながら続けた。
- 認知症外来初診時、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は20点であった。認知症の進行が速く、感情が不安定となることがあった。
- その後のHDS-Rは、2016年7月時点15点、2017年3月時点11点、6月時点6点であった。
- 失行も進み、すべてに介助が必要な状態になっていった。徐々に言葉も出なくなり、2018年5月、廊下での排尿を繰り返し、食事でも全介助となるなど認知症状が進行し、家

庭での生活が困難となり2018年8月入院となった。

【本人の意向】

- 周囲の人に病気と思われたくない、知られたくない。普通に接してもらいたい。

【妻の意向】

- 夫の病気は周囲に伏せている。子どもの学校にも伝えていない。特別な目で見られるのは避けたい。
- 経済的なこともあり、夫には仕事をしてもらいたい。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員、ハローワーク、介護支援専門員、通所介護、精神科ソーシャルワーカー（PSW）、訪問介護



■ 支援経過

2016年7月	主治医から地域包括支援センターに相談があり、認知症地域支援推進員が支援を開始する。就労希望であったため、ハローワークで就労相談、失業保険手続きの支援を行う。その後軽作業のボランティアをする。
2016年12月	ボランティア先に到着することが難しくなり、介護認定を申請し、要介護1となる。認知症地域支援推進員からの紹介で介護支援専門員が支援を開始する。
2017年2月	Aさん、妻とも就労希望は強く、主治医、PSW、認知症地域支援推進員の協力も得て、新たなボランティアという名目で、通所介護を週2回開始する。徐々にAさんの表情も明るく笑顔も増えていった。
2017年6月～8月	ボランティアの軽作業が徐々に困難となる。通所介護は週5回になる。父親としての役割が果たせなくなってきており、子どもとの関係もうまくいっていないことが推測された。PSWと介護支援専門員間で、連絡を取り合い、家族への支援の必要性を共有する。受診時に主治医、PSWから妻へ、訪問介護を利用し介護負担軽減をはかるよう勧めたが、妻は利用したくない意向だった。主治医からは、子どもへ病状の説明を行い、理解を促したい旨を妻に提案するが、同意は得られなかった。Aさんが患者会に参加するようになる。認知症地域支援推進員やPSW、介護支援専門員も可能な限り参加するように努めた。
2017年9月	介護支援専門員、認知症地域支援推進員と妻と面談を繰り返し、訪問介護の利用について理解を促す。妻が週1回の訪問介護の利用に同意する。Aさん、妻、認知症地域支援推進員、通所介護の職員、訪問介護職員及び介護支援専門員の参加によるサービス担当者会議を開催した。訪問介護の利用により、訪問時子どもへの声かけも可能となり、家庭内の様子、Aさんの生活の様子も把握できるようになった。家庭内でAさんの笑顔も見られ、妻のサービスへの抵抗感もみられなくなった。子どもも訪問介護職員の訪問日の食事を楽しみにするようになった。必要に応じて、介護支援専門員から、PSWに情報提供を行い、主治医への状況報告とした。受診時の様子もPSWからの連絡により、Aさんの病状の把握と妻の病状理解の確認を行った。
2017年11月	介護認定の更新結果は要介護1であった。妻、PSW、認知症地域支援推進員、訪問介護職員、通所介護の職員及び介護支援専門員により、サービス担当者会議を開催した。失語・失行・失認が進み生活障害が増大しているが、利用限度額上限の利用をしているため、現行の居宅サービス計画を継続することとした。以後妻のストレス、Aさんの身体状況・認知症状を丁寧に情報交換することに努めた。
2018年6月	失行が進行し、介護の手間がかかるようになり妻のストレスが増大してきたため、介護支援専門員が主治医と面談する。希望があれば、入院可能な了解を得る。施設入所も見据え区分変更申請を行い要介護3となり、訪問介護を週2回とした。
2018年8月	妻の疲労もピークとなり、妻の希望で入院となる。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんの自宅生活の継続のためには、夫、父親としての役割を持つAさんと捉え、Aさんを含めた家族全体を支援するという方針で医療機関と協力ができたこと。
 - 生活能力低下が著しく進行するAさんの状況、妻や未成年の子どもとの状況を必要に応じて医療機関に提供し把握してもらうよう努めたこと。
 - 受診時に得られた新たな情報やAさんの病状について医療機関から積極的な情報提供があり、
- Aさんと家族に同じ方針・支援目標で働きかけることが可能となり、状況に応じたタイムリーな動きができたこと。
- 患者の会に、Aさん、PSW、認知症地域支援推進員、介護支援専門員も一緒に参加する機会が何度かあり、それぞれの専門職間で顔の見え関係作りができたこと。

ワンポイント解説

- 1 認知症地域支援推進員と医療機関との関係ができており、介護支援専門員の支援へ移行後も連携が取りやすい環境が整っていた。
- 2 PSWが、サービス担当者会議に参加することで、Aさんや家族関係等の具体的な生活状況や医療に関する情報をもとにし、支援の方向性が確認されていった。
- 3 患者会というインフォーマルな社会資源の活用により、支援者のネットワークが形成されていった。

事例2 かかりつけ薬剤師と連携して服薬支援に結びついた残薬確認の体制づくり

事例の概要

Aさんは、25年前から降圧薬と脂質異常症治療薬を服用している。10年前に、うつ病を発症し抗うつ薬を服用していた。最近、物忘れが多くありアルツハイマー型認知症と診断され、アルツハイマー病治療薬が処方された。

民生委員や家族から、ご近所トラブルを起こしているとの情報が介護支援専門員に提供された。介護支援専門員が状況確認のためAさん宅へ訪問すると、服薬カレンダーを利用しているが、飲み忘れが多く、服薬管理をすることが困難で、うつ状態が悪化し、毎食食事が摂取できていない状況であった。Aさんは「一人暮らしは続けたい、薬ぐらいは自分で飲みたい」と希望している。家事支援で訪問介護を開始するが、訪問介護職員と折り合いが悪く夕食は配食サービスに変更した。週に1回、健康管理と服薬支援を目的とした訪問看護を開始するが、内服管理が困難であった。そこで介護支援専門員が、Aさんのかかりつけ薬局に相談し、薬剤師の服薬カレンダーへの配薬、服薬管理を開始した。通所介護に行く前や看護師、薬剤師が訪問した際は、服薬の確認をすることで、毎日欠かさず服用できるようになった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 女性 85歳

【疾患】 60歳 高血圧症、脂質異常症
(内服治療中)

75歳 うつ病 (内服治療中)

80歳 アルツハイマー型認知症
(内服治療中)

【障害高齢者の日常生活自立度】 J1

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IIa

【要介護度】 要介護1

【家族の状況】

- 10年前に夫の死去後、1人暮らし
- 子ども2人(長男、長女)は県外で生活
- 市外在住の妹が受診同行

【生活の状況】

- 近くの病院までは押し車を使用して歩行可能、通所介護を週に3回利用中
- 精神症状が安定している時は、家事・調理・掃除などは自立
- うつ状態になると、調理、家事ができなくなり1日1食の場合もある。
- 「食事をしないと薬を飲めない、飲んではいけない」と思い込んでいた。

- 薬に対する認識は困難で、妹も直接の内服状況の確認は困難だが、電話での確認は可能である。

【連携にかかわった機関・職種】

- 医師、民生委員、介護支援専門員、訪問介護、配食サービス職員、かかりつけ薬剤師、訪問看護師、通所介護



■ 支援経過

2018年4月	民生委員より、ご近所トラブルが再々起こっているとの情報提供が介護支援専門員にある。介護支援専門員が状況を確認すると、食事が作れず食事摂取が困難な状況であった。服薬カレンダーを使用していたが、薬の飲み忘れも多いことが確認された。このことから、訪問介護による家事支援(食事、洗濯、掃除、服薬支援)を開始する。
2018年5月	他人が生活エリアに入ることに抵抗感があり、訪問介護職員との折り合いが悪くなり、訪問介護を中止とし、夕食は配食サービスに変更する。精神状態が不安定で、内服できていない。健康管理、服薬確認、副作用の確認のため、週に1回訪問看護の利用を開始する。介護支援専門員からかかりつけ薬剤師に「Aさんが2つの病院から処方されて内服できていない、飲み忘れがあること」を相談した。薬剤師は2週間に1回、服薬カレンダーへの配薬、管理を開始する。
2018年6月	サービス担当者会議を開催する。訪問看護師、かかりつけ薬剤師、通所介護の職員、Aさん、家族(妹)が参加し、食事摂取量の維持と服薬確認を目標とした支援で合意する。残薬確認をするため、Aさんと服薬カレンダーの定位置を決め、どの職員が訪問しても目につきやすい場所に設置をした。訪問した職員は必ず、訪問時に服薬カレンダーを確認し、服薬できていない場合は、Aさんに服薬の注意喚起を促すことの共通理解をした。 ・訪問看護：週に1回：健康管理、服薬管理 ・かかりつけ薬剤師：2週に1回：配薬、服薬確認、副作用の確認等 ・通所介護：週に3回(火、木、土)：送迎時、服薬カレンダーの内服確認、体重測定 ・配食サービスの職員にも、気がかりなことがあれば、介護支援専門員に連絡するよう依頼 ・家族(妹)に対して、病院受診時の同行と電話にて服薬確認の協力依頼 以降、残薬確認を確実にを行うことで、飲み忘れはほぼなくなり、精神状態も安定した。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 多職種による残薬の確認をする体制づくりと残薬確認の具体的な方法をサービス担当者会議で確認したこと。
- 家族(妹)にもサービス担当者会議に参加を要請し、病院受診時の同行と電話にて服薬確認の協力を得たこと。
- 服薬支援、残薬確認は、居宅療養管理指導による薬剤師の積極的な関与が必要であること。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 飲み忘れが多いという問題発見から、介護支援専門員が訪問介護の導入を図ったが、他人が生活エリアに入ることに抵抗感があったAさんにとっては、訪問介護の利用で服薬支援を受けることの意味が理解されていなかったと推測される。
- 2 服薬に問題が発見された場合は、居宅療養管理指導による薬剤師の積極的関与を常に念頭に入れておくことが重要である。
- 3 訪問介護の利用の開始と服薬カレンダーの利用から、服薬は問題ないと支援者が思い込む危険性もあるので、サービスの初期導入時には、サービスの効果のきめ細かなモニタリングが必要である。また、「お薬手帳」で追加された薬はないかの確認も重要である。

事例3 新たな褥瘡の出現に対して、 医師と連携して通所介護の利用を 勧めた支援

事例の概要

骨粗鬆症による腰部の痛みにより徐々に活動性が低下し、仙骨部に褥瘡が出現していたAさんに対し、往診での状態観察を基本に、訪問入浴や訪問リハビリなどの訪問系サービス及びショートステイの利用を図った。しかし、仙骨部の褥瘡は治癒するも、自宅での離床は日常化できず、両踵部にも褥瘡が出現した。褥瘡治癒と要介護度の改善を目的に、通所介護の利用について何度も提案したが、拒否的であった。活動的な生活を促し、両踵部の褥瘡の治癒を図ることを目的に、主治医、介護支援専門員、作業療法士と家族が連携を図りながら、Aさんに通所介護のお試し利用を強く働きかけ、最終的にはAさんが通所介護利用を決断し、通所サービスの利用の定着と生活意欲の増大、両踵部の褥瘡の治癒を図ることができた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 94歳 男性

【疾患】 骨粗鬆症 腰痛症

【家族の状況】

- 長男夫婦と同居

【環境】

- すでに亡くなった妻の介護のために設置した自宅内の手すりや屋外へ出るためのスロープ設置
- 介護用ベッド、介助バー設置
- 車椅子利用

【本人の意向】

- トイレに行けるようになりたい。

【家族の意向】

- 2年前から動けなくなってきており、腰も痛むようで、床ずれも心配している。介護保険のサービスを利用しながら、できるだけ自宅で介護したい。

【ADL】（訪問リハビリ介入時 ⇒ 現在）

- 食事：箸使用にて自立（普通食）⇒ 変化なし
- 整容：髭剃りは電動カミソリ使用、うがいと義歯のつけ外しは可能 ⇒ 変化なし
- 更衣：全介助 ⇒ 訪問リハ時の動作練習では、ベッド上端座位にてほぼ自立

- 排泄：終日おむつ使用（排尿のみ尿器使用するがこぼれることが多い、尿意、便意はある）⇒ 終日おむつ使用（訪問リハビリ時や通所介護利用時は車椅子でトイレに移動し、排泄は可能）

- 入浴：訪問入浴利用 ⇒ 訪問入浴および通所介護で機械浴

- 起居：全介助 ⇒ 自立

- 移乗：全介助（動作協力はある）⇒ 介助バー使用にて自立

- 移動：車椅子全介助 ⇒ 車椅子操作は可能（自室～トイレ）、外出時は介助

【連携にかかわった機関・職種】

- 作業療法士（OT）、介護支援専門員、主治医、通所介護



■ 支援経過

2016年7月	骨粗鬆症による腰痛悪化のため、ベッド上での生活となり、主治医による往診を開始する。要介護4。
2016年9月	仙骨部に褥瘡が発生し、家族による処置を開始する。 訪問入浴（1回/週）、訪問リハビリ（1回/週）を開始する。 支援目標：自分でベッドから起きてトイレに行けるようになり、興味のある活動に挑戦する。
2016年10月	訪問リハビリの回数を増やし、週2回とする。褥瘡対応マットレスに変更する。
2016年12月	褥瘡治癒する。要介護3になる。
2017年3月	介護者不在のため、短期入所を利用する。
2017年8月	訪問入浴と訪問リハビリ以外の離床や活動が習慣化せず、両踵部の発赤が続く。 訪問リハビリ時に座位を取り、活動を促すことで発赤が軽減する。 主治医からも離床を促すよう依頼した。
2017年9月	踵部表皮剥離が生じたため、訪問リハビリのOTから主治医および介護支援専門員に報告し、緊急避難的に通所介護のお試し利用を勧め、踵部への除圧を図ることとする。 介護支援専門員とOTから、Aさんに離床機会の確保の必要性を何度も伝えるが、なかなか了解が得られなかった。
2017年10月	OTから主治医に通所介護に通うことの必要性を説明してもらうように依頼したところ、主治医の再三の説明を機に通所介護の利用を開始する。
2017年11月	訪問リハビリの場面で以前の趣味であったハーモニカを手に取り、いつか通所介護で披露してみたいと語った。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 訪問リハビリ提供以前から医療の介入があったケースであり、主治医とAさんの信頼関係がすでに構築されており、サービス提供者間の連携がとりやすかったこと。

- 褥瘡悪化防止のため通所介護に通うことの必要性について、主治医からも説明してもらうように依頼し、Aさんや家族も納得しやすかったこと。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

- 1 利用者の状況の変化に対して、これまでのサービス利用の履歴を把握し、すでに形成されている利用者と支援者の信頼関係を活用して、サービスの導入を図ると支援者間の連携がとりやすくなる。
- 2 サービス利用が適切でありながら、サービス利用に拒否がある場合、最も信頼の厚い職種が関わると、利用の同意がスムーズになる場合もあるので、エコマップ等を用いて、利用者と支援者の関係性を把握しておくことが重要である。今回は、褥瘡悪化防止を目的とした通所介護の必要性を主治医から説明してもらうように依頼できた。
- 3 通所介護の利用により、通所介護利用の目的を褥瘡悪化防止から、「趣味であったハーモニカを通所で披露してみたい。」という、ありがたい自分をかなえることに発展させることができた。

事例4 いつまでも住み慣れた自宅で、夫婦2人で生活したい思いを連携によって実現

事例の概要

Aさんの飲酒量が増え、被害妄想が強くなり、夫への暴言がみられるようになった。通院や通所介護も拒否し、食事をほとんど摂取せずに朝から飲酒している状態となり、入院する。専門医による診察が行われ、内服薬が処方された。退院に向けた内服薬の自己管理や家族の付き添いのもと、試験外泊も行われた。内服の自己管理や食事の準備等はAさんだけでは困難なことや夫も高齢であることから今以上の家事をすることは期待できない。夫の負担軽減を介護保険等のサービスを利用することで夫婦2人での生活が何とかできるのではとないかと考えられた。Aさんは「何でも自分でできる。夫もやってくれる。人が家に来るのは嫌」との意向もあり支援の介入が困難と思われたが、支援者の連携により徐々にAさんもサービスの受け入れができるようになった。

■ 基本情報

- 【年齢・性別】 75歳 女性
- 【疾患】 肺炎 アルコール依存症 認知症 高血圧症
- 【障害高齢者の日常生活自立度】 A2
- 【認知症高齢者の日常生活自立度】 I
- 【要介護度】 要介護1（入院中に区分変更）
- 【ADL】
 - 入浴：浴槽が深いため、通所で入浴
 - 歩行：壁等伝って移動可能、杖使用
- 【IADL】
 - 掃除：夫
 - 洗濯：夫が洗濯機を操作し、一緒に干す。
 - 買物：夫
 - 調理：夫ができる範囲で行っている、退院後は訪問介護職員と一緒に調理
 - 金銭管理：夫
 - 服薬管理：夫と訪問看護にて管理

【家族の状況】

- 夫（介護予防対象）と2人暮らし
- 県外在住の長女がいる、入退院時等必要な時は帰省、両親との関係は良好
- 夫は、高齢で妻の介護は期待できない。夫も介護負担が大きくなると混乱することもある。

る。夫は、妻におとなしくなってほしいために、焼酎を薄めたものや市販の睡眠薬を与えている。認知症への理解もどこまでできているか不明である。

- 家族関係は良好
- 近隣には、スーパー等の商店はなく、夫が車で買物に行っている。
- 長女は、父に車の運転は止めて欲しいとの意向

【コミュニケーション】

- 意思の疎通は支障ないが、気分が変わりやすく怒りだすこともある。

【社会との関わり等】

- 近隣が、声を掛けたり、不定期で安否確認。
- 民生委員が月1回、安否確認

【連携にかかわった機関・職種】

- 病院 地域包括支援センター、通所介護、配食サービス、認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員、訪問看護、訪問介護

■ 支援経過

2017年7月	飲酒量が増え、被害妄想が強くなり夫への暴言が見られるようになる。通院や通所介護も拒否し、食事をほとんど摂らずに朝から飲酒している状態が継続し、夫の介護負担が過重になってくる。認知症初期集中支援チームが介入する（Aさんに問題行動等があり、地域包括支援センターが困難ケースとして相談）。
2017年9月	さらに飲酒量が増えたため、入院となる。入院後は、毎食ほぼ全量摂取可能となり、被害妄想や暴言もなくなり、他患者ともトラブルなく過ごす。
2017年10月	Aさん夫婦から「自宅にて2人で暮らしたい」と強い希望もあり、医師、介護支援専門員、長女で在宅復帰に向けて、緊急性があれば入院できることを前提とした退院調整が行われた。介護支援専門員により通所介護、訪問看護（内服管理、生活習慣の改善、飲酒、栄養状態の低下、脱水症の予防等）、訪問介護（調理、服薬の確認等）、配食サービスの利用の検討、及び退院を想定した内服薬の自己管理や試験外泊の調整も行われた。10月末から長女付き添いのもと試験外泊が行われた。内服薬の自己管理はできず、Aさんに内服の声かけまたは手渡す等の支援が必要であった。Aさんが家事を積極的に行うことは期待できそうにないことから、当初の見立て通り、通所介護、訪問看護、訪問介護、配食サービスを利用しながら生活基盤を整えることになる。
2017年11月	Aさんは「今まで自分でやってきたから、今からもできる」と思っている。夫は訪問介護等の訪問系サービスの利用を希望したことから、退院日にAさん、夫、長女の同席のもとサービス担当者会議を開催する（参加者：Aさん、夫、長女、介護支援専門員、通所介護事業所管理者、訪問看護師、訪問介護事業所管理者）。Aさんは「何でも自分でできる。夫もやってくれる。人が家に来るのは嫌」を繰り返している。訪問看護師がバイタルチェックを行いながら会話をしていくうちに落ち着く。長女から、「誰も来ない2人で過ごす日を2日くらい作り、後は支援をお願いして家で生活させたい」との意向があり、以下のようなサービス利用とした。 月曜日：訪問介護…調理（一緒に行く）、服薬の確認等、配食サービス（夕食） 火曜日：訪問看護…内服管理、血圧測定、生活習慣の改善、飲酒、与薬、栄養状態の低下、脱水症の予防等 水曜日：通所介護…体調確認、食事、入浴、他者との交流、介護負担の軽減（※土曜日は、夫もAさんと一緒に通所介護を利用） 木曜日：2人で過ごす時間 しかし、Aさんは、納得できていない様子であったが、12日より訪問介護、訪問看護を開始する。Aさんは不服そうではあったが、訪問介護職員と一緒に調理をするなど計画通りの支援が提供された。その後、訪問看護師が訪問したところ、少し不機嫌ではあったが、内服管理や血圧測定を行う内に穏やかになる。訪問看護、訪問介護の担当者間でどのように関わっていくかを検討する。訪問看護、訪問介護の役割をその都度、Aさんや夫に説明しながら支援する。訪問介護においては、Aさんと夫の意向を確認しながら、納得してから支援する。通所介護の利用は、入院前の状況と異なり拒むことなく利用されている。
2017年12月	Aさんも訪問介護の利用に慣れ、訪問介護職員の訪問時に不機嫌になることもなく、訪問介護職員と一緒に調理をしながら今の生活のこと等を話すようになる。夫やAさんには、体調のことや気になることがあれば、関わる支援者に話して欲しいことを伝えていることから、些細なことでも相談されることが増えている。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 長女の「誰も来ない2人で過ごす日を2日くらい作り」という意向を尊重し、その上で医療と介護のサービス調整ができたこと。
- Aさんと夫のサービス利用に対する意向が異なっていたが、訪問看護と訪問介護の担当者間でどの様に関わって行くかを検討し、それぞれの役割を明確化し、サービス提供の「説明」と「納得」が得られてからの支援開始を両者が徹底することにより、Aさんがサービスの受け入れを容認できたこと。

ワンポイント解説

- 1 訪問系のサービス利用については、Aさんは納得していなかったが、訪問看護と訪問介護の担当者間でどの様に関わって行くかを十分検討した上で、サービスの利用を開始した。訪問看護師と訪問介護職員とでAさん夫婦の「自宅で2人で暮らしたい」という意向を十分に踏まえていたことがAさんのスムーズなサービス利用につながったと考えられる。
- 2 利用者や家族の意向が異なる場合、家族それぞれの意向を十分共有し、その意向の背景や将来望む生活についての共通の思いを導きだしたり、確認することが必要である。この事例では、「夫婦2人で暮らしたい」という思いを共通基盤としてふれずに遂行できている。

事例5 認知症高齢者の緊急入院治療後、在宅生活を維持するための支援

事例の概要

頭部打撲により、救急搬送され入院となり、その際に、MRI(磁気共鳴画像)等の検査を受けて、アルツハイマー型認知症と診断を受ける。安静を余儀なくされていたが、Aさんがそのことを理解できず、暴力行為もあり、在宅生活の準備が整わないまま、退院となる。退院後、地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、専門医により支援を開始した。

その後、地域包括支援センターが、Aさんの今後の支援体制を検討するために、地域ケア会議を開催し、Aさんを見守る地域での支援ネットワークを構築する取り組みを行った。さらに、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター及びかかりつけ医との連絡調整により、認知症専門医の受診に結びつけることができた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 76歳 男性

【疾患】 アルツハイマー型認知症、高血圧症
(内服治療中)

【障害高齢者の日常生活自立度】 A2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IIIb

【要介護度】 要介護3

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし

【生活の状況】

- 大企業の役員を勤め、退職後は夫婦で商店を営んでいた。

【連携にかかわった機関・職種】

- かかりつけ内科主治医、認知症専門病院医師、地域包括支援センター、介護支援専門員、通所介護事業所、高齢福祉担当課、認知症初期集中支援チーム、民生委員

■ 支援経過

2018年6月 中旬 頭部打撲のため総合病院に救急搬送され、入院となる。安静が保てない状態であった。後日退院前カンファレンスが予定されていたが、妻はそれを待たずに家につれ戻す。退院の翌日、地域包括支援センターの職員が自宅を訪問したが、玄関先で面会を断られる。
下旬 Aさんが行方不明のため、検索メール配信の依頼が、警察署から市の高齢福祉担当課にある。すぐに発見されたが、今後について、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、警察及び民生委員で地域ケア会議を開催する。
民生委員や近隣住民によるゆるやかな見守り、地域包括支援センター職員や介護支援専門員による定期的な見守りを開始する。

2018年7月 上旬 妻の介護負担が大きいと考え、通所介護の利用をAさんに提案するが、半日と持たず、Aさんが興奮するため利用中止となる。
このことを受けて、地域包括支援センター職員と認知症初期集中支援チーム員が自宅を訪問し、妻の介護負担を確認する。
認知症初期集中支援チーム員会議を開催する。専門医につなぐ必要性と、すぐにつながらなければサービスを先行させることを確認する。
認知症初期集中支援チーム員と地域包括支援センター職員とでかかりつけ内科に行き、主治医に相談する。これまでの経過について、主治医に確認したところ、「アルツハイマー型認知症と診断したのは3年ほど前で、妻はそのことについて受容できていないこと。また、妻自身の認知力の低下も疑われるとのこと」であった。主治医に、認知症の専門医を紹介するように依頼する。主治医からは、紹介はするものの、Aさんが受診しないことが考えられると言われる。

2018年7月	下旬 妻だけがかかりつけ病院に行き、その際、主治医に薬の処方方を依頼する。主治医から、Aさん本人の受診がないと処方できないので、後日Aさんと受診するように伝える。しかし、妻は、「そうしたいが、Aさんが嫌がり暴れる」と訴えた。その際主治医から、専門医の受診を受診してみてもどうかと、妻に提案する。主治医から、専門医の受診について妻に提案した旨について、認知症初期集中支援チームに連絡があり、すぐに受診調整のため訪問する。
2018年8月	上旬 警察から、妻の届け出でAさんの捜索願があったと、市の高齢者福祉担当課に連絡がある。検索メールを配信したところ、自宅に帰っていたと連絡がある。 Aさん、妻、地域包括支援センター職員及び認知症初期集中支援チーム員で専門医を受診する。症状に対する内服を開始する。 タクシー会社から市の高齢福祉担当課に、Aさんがタクシーに乗るとき、いつも便失禁、尿失禁があり、車のシートが汚染されフリーニングが大変との相談がある。 身体に合ったおむつの提案をするために介護支援専門員が訪問を繰り返し、通所介護の短時間利用を開始する。
2018年9月	下旬 冠婚葬祭行事で妻が遠方に出かけることになる。初めて1泊2日のショートステイの利用となる。 現在、治療の効果により周辺症状が緩和し、通所介護の利用が可能となり、以前のように自営する商店に通うことができるようになった。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんの行方不明というアクシデントを契機に、今後の支援について、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、警察及び民生委員で地域ケア会議を開催し、支援のネットワークを構築したこと。
- 認知症初期集中支援チームから、主治医に専門医の受診を要請し、タイミングを見計らって主治医が専門医の受診を提案したこと。
- 主治医から、専門医の受診について妻に提案し

- た旨について、認知症初期集中支援チームに連絡があり、すぐに受診調整のため訪問できたこと。
- タクシー会社の連絡を契機に、介護支援専門員の介入により迅速にサービスの利用に結びつけることが可能であったこと。
- 認知症初期集中支援チームの介入で、Aさんについての情報を共有し、認知症の専門医の受診調整を行ない、治療とサービス利用に結びつけることができたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 認知症の人の支援は、地域の中で支援していくことが不可欠であり、このことを多職種で共通認識を持って支援にあたる必要がある。今回の事例では、Aさんには、徘徊症状があったと考えられる。行方不明というアクシデントを契機に、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、警察及び民生委員の参加による地域ケア会議を開催し、地域での支援ネットワークを構築する取り組みを行った。地域ケア会議が迅速に、有効に機能した例である。
- 2 認知症初期集中支援チームが稼働することとなり、Aさんの情報が集約されることとなった。また、それらの情報が認知症初期集中支援チームと主治医との間で共有され、専門医の受診に連結させることができた。背景には、普段の認知症初期集中支援チームとかかりつけ病院の主治医との信頼関係が構築されていたことが推測される。認知症初期集中支援チームの果たす役割が明確となっている事例である。
- 3 支援当初は、治療よりも通所介護の利用を優先させたが、適切な時機に専門医の受診につながり、医療による周辺症状の緩和により生活が安定した事例であり、認知症の人に対する医療の重要性が理解できる事例である。

事例6 慢性疾患児を支える養護教諭の役割

事例の概要

A児は先天性心疾患のため、学校生活において活動制限があった。そのため、友だちと同じ活動は難しく、病気に対する否定的な気持ちや友だち関係での疎外感をもっていた。また、保護者は行政に頼ることはせず、保健師等地域の専門職との関係性はもたなかった。

A児が自分自身の体調を自覚し、活動の選択を行い、友だちに対して自分の体調を伝え、友だちの理解を得ながら学校生活をおくり、「友だちと活動できた。学習や行事に参加できた。」という達成感をもつための合理的配慮が必要である。

そこで、養護教諭が中心となり、学校生活や学校行事参加に向けての支援計画の立案や体調管理を行い、A児はほとんどの学習や行事に参加することができた。また、体育の時間は、健康管理のための指導を行い、A児は体調の自己管理をすることができた。さらに、A児は養護教諭との会話の中で気持ちを訴えることができ、病気に対する不安の軽減ができた。

しかし、体調悪化により養護教諭の指示に従わざるをえない状況から、主体的に健康管理しようと思える環境整備は不十分だった。体調管理における学校生活と家庭生活での対応が相違することもあり、保護者への働きかけが十分にできなかった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 11歳 女性

【疾患】 先天性心疾患
在宅酸素療法服薬で経過観察

【これまでの経緯】

- 生後まもなく手術を受ける。乳幼児健診にて虐待を疑われたことにより、保健師との関係が途絶えた。それ以降、保護者は行政に頼ることはしていない。
- 家庭での酸素療法や服薬の確認について専門職が関与する機会がなく、連休や長期休業後の体調の悪化につながった可能性もある。

【学校での様子】

- A児は、自分自身の体調を自覚することが難しく、支援者がA児の状況を見て難しいと感じ

じる活動であっても、A児はできるとしており、A児と支援者による認識の齟齬がある。

- 学校生活において友だちと同じ活動は難しく、病気に対する否定的な気持ちや友だち関係での疎外感をもっている。一人で行うことが困難な場面であっても、友だちに助けを求めをせず、友だちとの関係が上手いかわからないときもある。
- 友だちと同じ活動をしたいということが、A児や保護者の強い願いである。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、養護教諭（A児の1年生から5年生までA児の小学校に在籍）

■ 支援経過

2013年4月 (1年生)	小学校に入学する。 管理職、担任教諭及び養護教諭で、保護者からA児の疾患に関する経過や現状について聞く。 保護者から、「医師の指示は生活面で全て禁止ではなく、やってみて判断する」と説明があり、学校生活での配慮事項を確認する。
2013年9月	学校生活管理表による医師の指示は、「中等度の運動可 持久走や競争は禁止 適宜、運動量・運動内容を調整」であった。

2014年3月	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2014年4月 (2年生)	A児が短距離の廊下歩行がづらいと訴えたので、養護教諭から保護者に受診を勧める。 医師から心不全と診断されるが、入院の必要はなく、学校生活の継続は可となる。
2014年5月	保護者と養護教諭で、主治医と面談し、生活上の留意点を確認する。 ・廊下歩行や階段昇降について、校舎内でも体調不良時は、車椅子を使用する。 ・休養の取り方について、休み時間は多い方が良いが、本人のがんばりたい思いもあるので、現在の対応(1日2時間前後保健室での休養)が良い。
2014年9月	養護教諭から主治医へ電話相談し、生活上の留意点を確認する。 ・学校生活の中での行事参加について、A児の体調や環境を含めた判断基準は、A児の訴えを基本とする。 ・体力維持のための配慮事項として、他の児童のように運動して体力をつけるのではなく、学校生活をおくること(歩行・掃除・当番活動等)で体力を維持できる。 ・体重管理については、肥満になると心臓に負担がかかるので良くないが、現状で問題はない。
2015年3月	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2016年5月 (4年生)	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2016年9月	A児から運動会にどうしても参加したいとの訴えがある。 養護教諭から主治医へ電話相談し、生活上の留意点を確認し、担任教諭と共通認識を図った。 ・心拍数の活動管理でよい。目安として120回を超える時は、ベッドで休養をする。
2017年4月 (5年生)	学校生活管理表による医師の指示は、「登校はできるが運動は不可」であった。
2017年9月	養護教諭から主治医へ電話相談し、生活上の留意点を確認する。 ・学校行事参加について、A児の思い通りの生活をさせると病状が悪化するため、周囲の者がセーブすることが必要である。クラスの生活の中で、無理のない生活をし、A児の満足が得られるように配慮する。 ・A児にとっての自立とは、がんばってみんなと同じ活動ができることではなく、自分の体調を伝え、体調に合わせた生活をおくること。
2018年3月	保護者、担任教諭及び養護教諭で、主治医と面談し、修学旅行の参加について照会する。 ・修学旅行は、学校生活と同様、休養をとりながら参加可能

■ 医療と介護の連携のポイント

- 2016年4年生時、運動会への参加について、A児の活動時の脈拍の変化を医師に報告することで、休養の目安となる状況を担任教諭とで共有することができたこと。
- 2018年5年生時、修学旅行の参加について、A児の日常生活におけるバイタルサインと血中酸素濃度を含めた健康観察の記録をもとに、体調管理について保護者、担任教諭、養護教諭及び主治医と具体的に話し合うことで、合理的配慮を検討することができたこと。

ワンポイント解説

- 1 病状に変化があった場合の対応について、医師に保護者を通じて学校の様子を理解してもらうことが重要である。そのためには、学校と保護者との信頼関係が重要となる。今回の事例は、児童の健康支援、健康教育を行う養護教諭が医師と保護者を連結する役割を担っていた。特に、支援の対象者が未成年の場合、保護者との信頼関係が重要となる。
- 2 学校では、児童の成長段階に合わせて、さまざまな行事が企画されている。この事例では、運動会と修学旅行という大きな行事への参加について、合理的配慮としてのさまざまな判断がなされている。A児や保護者が行事参加を希望することはごく自然なことであるが、A児の体調に配慮した参加の検討が必要であった。A児の現在の体調に関する情報を養護教諭から主治医に直接提供し、参加時の留意点を確認している。この養護教諭の動きは、A児や保護者にとっても、参加の現実性を判断する上で重要な役割を担った。
- 3 本事例の養護教諭は、A児の1年生から5年生までの5年間、一貫してA児の生活や病状の変化を把握することで、児童と保護者との信頼関係を形成することができた。一方、公立小学校の場合は異動も想定され、また今後中学校、高校への進学の過程を踏まえて、一人の養護教諭の努力によることなく乳幼児期から一貫した支援のシステムが必要である。
- 4 学校生活だけでなく地域での生活や予後を考慮し、また中学校や高校への進学過程を考えると、今後保健師、スクールソーシャルワーカー等の地域の専門職や進学した学校の関係者からなるA児や保護者の支援体制を構築することが必要である。