



平成28年3月発行



平成29年3月発行



平成30年3月発行



平成31年3月発行

住み慣れた街でいつまでも【医療・介護従事者編】—多職種連携のためのヒント集と事例集—

東京都・東京都医師会

# 住み慣れた街で いつまでも

## 医療・介護従事者編

—多職種連携のためのヒント集と事例集—



# はじめに

2000年に介護保険制度が創設され介護領域が独立した体系となり、専門性を高めたと同時に、一方で舵取りが分かれることになり多職種連携が求められるようになりました。しかし20年以上が経過した今日においても、なかなか連携は成熟しておらず、課題が山積していることに気付かされます。なぜでしょうか。誰もが自分の専門分野において良心的に熱意を持って活動していますが、いまだにボタンの掛け違いのような連携上のトラブルがあり、相互理解や情報共有の遅れが見られます。原因として双方を隔てる壁が議論に上り、これを払拭するための顔の見える関係づくりを目指して多職種連携に関する様々な研修会が企画され、すでに良好な関係が構築された地域も多いかと思われます。また、医療者へのアクセスの悪さを改善するためにケアマネタイム等医療側からの情報発信も行われてきました。しかし、ハードルを下げるだけで現場の課題を平等に話し合えるような連携が果たして構築されるようになるのでしょうか。更なる進化が必要だと思ひます。

ここで日頃の多職種間の議論について改めて考えてみます。「Aさんに対し医療・介護対応はこうあるべき」と、それぞれの専門分野が一人称となっている議論が多くはないでしょうか。「私（Aさん）はこういう在宅ケアを享受することで良好な療養生活を送ることができる」というI statementな目標を設定して、その実現に向かって連携する議論が必要だと思ひます。また、地域の医療・介護資源は流動的ですから、多職種連携は地域の文化として定着することも求められますし、在宅ケアを担う主治医には〇〇科の専門医であるだけでなく、「Aさんの専門医」であって欲しいものです。専門職間の話の中で、医療と介護・福祉は視点が異なるという話を耳にしますが、目標は一つでなければなりません。できれば同じ視点で考えるようになりたいものです。新型コロナウイルス感染症がなかなか収束せず、自宅療養する方への医療・介護支援が求められるようになる中、ますます「地域力」が求められていると思ひます。

本書は、東京都多職種連携連絡会に集う様々な専門職団体を代表する方々を中心に2年をかけて議論したものを成果物としてまとめたものです。連携する上でのポイントや職種や制度の理解を容易にするためにヒント集と事例集という項目立てで構成しました。ご多忙の中、作成にご尽力いただいた委員・参加者の皆様に感謝を申し上げますとともに、本書が現場の皆様に少しでもお役に立てることを切望してやみません。

令和3年3月

東京都多職種連携連絡会

委員長 西田伸一（東京都医師会理事）

# 目次

## 住み慣れた街でいつまでも【医療・介護従事者編】 — 多職種連携のためのヒント集と事例集 —

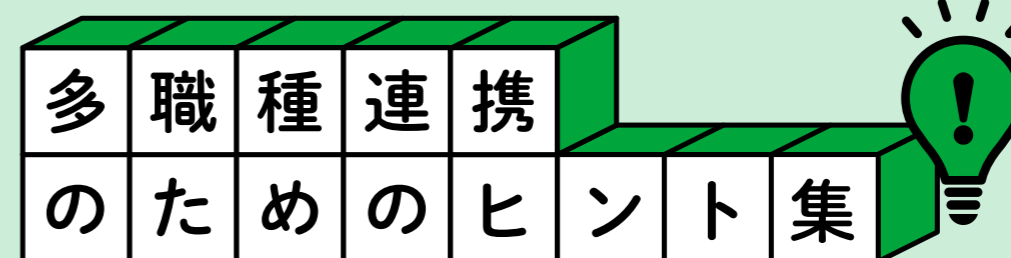
### 多職種連携のためのヒント集

情報共有	4
相互理解	6
医師との連携	10

### 多職種連携のための事例集

事例1 慢性心不全	14
コラム ポリファーマシー	17
心不全の緩和ケア	21
information 在宅での緊急通報システム	22
事例2 神経難病	23
コラム 服薬形態の工夫	26
胃ろう選択の考え方	31
information 災害時の電源確保	32
事例3 認知症	34
コラム 「徘徊」という言葉を使わない動きがある	37
information 高齢者虐待の防止と対応	39
認知症の人への食支援	39
介護老人保健施設の入所及び短期入所療養介護について	40
介護老人保健施設におけるリハビリテーションについて	41
認知症対応型通所介護	42
特別養護老人ホーム及び短期入所生活介護について	43
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	44
コラム 介護職員について	45

事例4 精神障害	46
コラム ピアサポーター	49
ACT(包括的地域生活支援プログラム)	51
information ひきこもりと精神障害	52
精神科で用いられる心理社会的療法	54
精神保健福祉法における入院形態について	54
成年後見制度について	55
精神科における就労支援について	56
精神保健医療福祉分野における「保健所等」の役割について	58
精神科疾患を持った方への在宅を支えるための精神科訪問看護の役割	59
精神障害者の暮らしを支える障害年金	60
事例5 がん	61
コラム オピオイドの副作用	66
病院と在宅における予後の説明に対する違い	71
がんの看取りについて	71
在宅で看取り後のオピオイドの廃棄について	71
information 栄養ケア・ステーションについて	72
東京消防庁の心肺蘇生を望まない傷病者に対する新たな対応について	73
事例6 医療的ケア児	74
コラム 車いすや座位保持装置、補装具などの製作	77
～在宅の医療的ケア児に歯科医療を提供するシステムづくり～多摩小児在宅歯科医療連携ネット	78
相談支援専門員と医療的ケア児	80
information 小児在宅分野に関わる行政機関・行政の職種について	81
重症心身障害児(者)等在宅レスパイト事業取扱要領	83
在宅レスパイトと家族支援	84
介護職員等によるたん吸引(特定の者対象)3号研修	84
医療的ケア児に関するその他の制度	85



2000年以降、医療と介護の連携の重要性がうたわれて久しい。療養者本人と家族を中心とした在宅療養を支援するために、多職種間の連携はますます重要になってくる。多職種間で療養者の情報を共有することで、現場で混乱することなく状況に応じた的確な、効果的なケアが提供できる。

現状はというと、顔の見える関係が築けたけれども、そこから先は……という状況が続いている。一步踏み出すための課題は現場では多く指摘されている。それらの課題を「可視化」し、療養者本人と家族を中心とした在宅療養を支援するために、その課題を解決する糸口を探ってみたい。

今般、現役の在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問介護員に集まっていたが、新型コロナウイルス感染症対策を万全に実施した上で座談会を開催した。「情報共有」、「相互理解」、「医師への要望」の三つのテーマで、多職種が具体的なケースで見えてくる課題に対して、いかに取り組んでいくべきか、求められる姿勢とは何かを議論した。

同時に、改めて注意喚起を行う意味で、「やりがちなノットグッドな行動」の具体例も提示しているので、是非とも参考にさせていただきたい。

前提となるケースは、東京都多職種連携連絡会委員からのアンケートを基にしている。



**Case 1** 情報共有システム（医療介護専用SNS）等のICTを有効活用して多職種とタイムリーな情報共有を行いたいが、「個人情報」の壁もあり、利用拡大には残念ながら至っていない。訪問看護ステーションでも導入していない事業所がある。また、本来情報共有が最も必要である介護職員の参加が少ないことが課題。

### 求められる考え方や姿勢

ICTを活用した情報共有で大切なのは、自宅への訪問回数の多い訪問介護員、訪問看護師からの情報だといえる。一方で、訪問介護員は医療介護連携用のICTに関する知識が残念ながら乏しいのが現状で、医療と介護の連携でICTが果たす役割や効果を学ぶ機会が少ないことも事実だ。

まず、詳細に書き込んでいる「伝達ノート（連絡ノート）」の代わりとして活用するという考え方で進めば、訪問介護員でも割と踏み出すことができるのではないかと。アイデアとして、タブレットを療養者宅に置いて各職種が伝達ノートとして共有するという方法もあり得る。

「サービス提供責任者」（以下、サ責）が地域で使われている情報共有システム等に参加するというのが一つのポイントかもしれない。訪問介護員は、療養者の日々の情報を共有する重要性を十分認識している。そこで、まずはサ責に情報を送り、サ責がその情報を情報共有システムにアップすることは可能ではないか。ICTのメリットであるスピード感がワンテンポ遅れることにはなるが、導入のきっかけにはなり得る。

**Case 2** 事業所間の連絡について、ケアマネジャーを介せずに他の事業所に直接連絡するのも「顔が見える関係」になっていないと難しい。

### 求められる考え方や姿勢

**連** 携するための努力が必要。直接疑問点を投げ掛けるなど積極的に自分から情報のやり取りを行う姿勢を持つこと。同時に、ICTの活用などで職種間の垣根をなくすことが重要だ。その結果、医療と介護の向かう方向が一致し、「チーム意識が生まれる」。このことこそICT連携の意義といえるだろう。

**Case 3** 既存の連携の中にICTを導入する際には地域の実情を考慮すべきではないか。

### 求められる考え方や姿勢

**情** 報共有の基本は、それぞれの声が届くことにある。そのための手段が電話であっても、FAXであってもよいのではないかと。連携の取り方は地域それぞれである。

他方、ICTの利便性、情報共有のスピード感を有効に活用することは重要である。そのために、「顔が見える関係」を情報共有システムで構築することに取り組んではどうか。アイコンには自分の顔を掲載するなど地域独自の運用ルールを検討することも大切だ。多くの職種が同じグループでつながっていることを情報共有システムを通じて実感することで、お互いの距離を近づけることができるのではないかと。

**Case 4** 訪問看護師がタブレット端末を活用してケアの内容を把握している場合、連絡ノートに記録せず、訪問介護員等が内容を把握できないことがある。

### 求められる考え方や姿勢

**地** 域の実情など十分に検討することなくICTを導入すると、導入に踏み出せない人たちが情報共有から漏れてしまうリスクがあることを示す一例だ。強制的に情報共有システムの中で共有することを推進すれば、ICTを十分に活用できない人たちが情報連携から排除される結果となってしまう。

ICTは情報共有を図るツールの一つであり、連絡ノートのほうがスムーズな場合は、アナログではあるが連絡ノートを活用すべきだろう。また、重症度などによってICT連携を行う事例を選択していくことも検討すべきだろう。





**Case 5** 病院からの退院時カンファレンスに歯科関係者が参加する機会が少なく、口腔内疾患や摂食嚥下機能が重症になってから訪問を要請されることがある。そのため、在宅などへの歯科訪問診療では対応が困難になっているケースがある。

**Case 6** 管理栄養士として、療養者、家族から食生活に関連した多岐にわたる質問を受けることが多い。その中で、薬に関する事など管理栄養士からの回答が難しい場合に、他の職種につなぐことが速やかにできない。

**Case 7** ここ数年「自宅の食事を管理栄養士に準備してほしい」という相談が増えてきている。行政窓口経由やケアマネジャーから直接の問い合わせもある。

**求められる考え方や姿勢**  
**相** 相互理解のためには各専門職が、療養者の在宅療養を支えるための一部の役割しか担えないことを理解すべきだ。その上で症例ごとに在宅療養を支えるためにはどのような職種と役割が必要なのかを判断し、優先順位をつけて在宅療養体制を構築していく必要がある。  
その結果、症例によっては介入できない専門職もでてくることになる。ここで重要な点は、症例ごとに専門職の最適な組み合わせができるように、在宅療養に携わる全ての職種の仕事内容をお互いに知ろうとする努力を惜しまないことである。

**Case 8** 多職種の仕事内容を理解するのは大変。他の職種の仕事を知るにはどうしたらよいか分からない。

**Case 9** 「理学療法」、「作業療法」の正しい理解が共有できていない印象だ。リハビリ目標のゴール設定の際に、関係する職種の情報を入手して統合的に理解しようとする姿勢がお互いに不十分だと思う。

**求められる考え方や姿勢**  
**他** の職種の仕事を知るためには、地域で開催されている各職種の勉強会等に率先して参加して、顔の見える関係を能動的に構築していくことが大切だ。関係性を構築する上で、他の職種のことを知らなければ相互理解は難しい。  
そのためには、「知らせる努力と知る努力」が重要であり、相互理解に努め、多職種間で情報共有のための簡単な流れを地域ごとにつくっておくことが大切だろう。



Case  
10

関係する職種の情報を入手して統合的に理解しようとする姿勢がお互いに不十分であり、特に医療職が「生活」を見ていないと指摘されることがある。



## やりがちなノットグッドな行動を考える！

**医** 療職は、「生活」よりもまず生命を見てしまう。特に病院では、「治す医療」の視点が中心となり、療養者の「生活」が見えていないとの指摘もある。



## 求められる考え方や姿勢

**高** 齢者が地域で生活者として暮らし続けていくためには、病院に入院して高度な医療技術によって「治す医療」だけでは不十分だ。生活の場で生活に寄り添った「治し支える医療」が求められる。

Case  
11

ケアマネジャーや介護職員から看護職は怖いので報告しにくいといわれる。利用者の状態をアセスメントするには多くの情報を得ることが必要になるため、あれこれと質問することで問い詰められていると捉えられているのかもしれない。



## やりがちなノットグッドな行動を考える！

**ケ** アマネジャーや介護職員が理解できない医療の専門用語を頻繁に使ってはいないか。



## 求められる考え方や姿勢

**共** 通のフォーマットを作成して、アドバイスが欲しい内容を端的に伝える試みで成功している事業所もある。コミュニケーションの取り方の工夫を職種間でお互いに取り組んでいくことが何よりも大切だ。医療職は、療養者や家族に話すように他の職種に伝えることを心掛けてはどうだろうか。

Case  
12

医療と介護の連携が強くうたわれてきているが、その内容を思い込みで勘違いしているケースがある。



## やりがちなノットグッドな行動を考える！

**医** 療と介護の連携により多職種が関係することで、多様な視点で多面的に療養者を支えることが可能となる。その結果ケアマネジャーが、本来医師が行うべき医療機関との調整業務や看護師に依頼すべき事柄までも担ってしまうという、ある意味「役割を超越した事例」も見受けられる。そのため、お互いの役割を知るという「相互理解」の重要性が従前以上に増しているといえる。



## 求められる考え方や姿勢

**医** 療職は、介護職が「何ができて何ができないか」を理解するべきだ。また、ケアマネジャーは、ケアプランを作成する際には、全部を抱え込むのではなく、例えば生活面は訪問介護員に相談し、医療面は主治医に相談をするなど、各職種が担う役割を明確にする姿勢が求められる。

つまり、役割を超越することなくお互いの役割を相互理解することこそが基本となる。ケアマネジャーが一生懸命なあまり、他の職種の役割まで抱え込むことは結果的に医療と介護の連携にはならない。

# 医師との連携



**Case 13** サービス担当者会議への主治医の参加が少なく、リスク管理に関する確認ができずに困ることがある。



## 医師が心掛けるべきポイント

### 主治医はサービス担当者会議(ケースカンファレンス)に参加しよう

**主** 治医が、サービス担当者会議に参加することで、療養者の正しい医学的な最新情報を多職種と共有でき、今後予測される状態も含めケアの方向性が決められる。また、療養者の生活歴や生活環境など生活の視点でチームとしてどのように支援していくのか、療養者、家族にとって何がよいのかを一緒に考える過程を参加職種で共有できる。特に最初のサービス担当者会議に参加し、「何かあれば連絡ください」などと発言することで、距離も近くなり今後も連携が取りやすくなる。主治医が出席できないときは、代理で看護師、事務職員が出席するだけでも信頼を得ることができる。



### 医師とうまく連携するための考え方や姿勢

**主** 治医をサービス担当者会議に呼ばないケアマネジャーがまだまだ多いのが現状だ。壁をつくっている人も結構いる。ケアマネジャーが医師に対して物が言いにくい、声を掛けにくいという意識を変えられるよう、多職種で連携していくことが重要だ。主治医が訪問診療を行う日に合わせて療養者宅でサービス担当者会議を開催するという試みを行っているケースも多い。新型コロナウイルス感染症のこともあり、サービス担当者会議もWEB開催を検討すべきではないか。

## Case 14

以前所属していた介護保険施設では、ドーナツ型の多職種協働ではなく、医師が頂点のピラミッド型のヒエラルキー(階級組織)構造になっていたことがある。



## 医師が心掛けるべきポイント

### 生活を診る視点を持つ

**疾** 患モデルではなく、生活モデルで対応していくことを施設医師も早く気付くべきだ。また、多職種が提供するサービス内容を把握し、その利用を勧めることが必要。

医学的に正しいことだけを押し付けるのではなく、療養者の意向や周りの状況など総合的に検討し、尊重した支援をするためにも、生活の視点を持つことが医師にも求められる。「治し支える医療」として医療職が生活を診る視点というのは絶対に必要。

### 報告・情報共有は待ちの姿勢ではなく主治医からも発信しよう

**医** 師は、病院組織のヒエラルキーの中に身を置いていたため、初めは地域のフラットな関係の多職種チームをよく知らないし、医師自身がフラットな関係の中で、どのように対応したらよいか苦手意識があるのではないだろうか。

主治医と直接連絡を取るのケアマネジャーや訪問看護師が多く、一番身近で多く接している訪問介護員が連絡することはほとんどない。しかし、訪問診療時によく出会うのは訪問介護員である。

- ◎その際に、主治医から声を掛けることが非常に大切。  
(例)：「尿の色や浮遊物が多くなかないか見て教えてください」、「〇〇さんの△のこと怎么样了?」。あるいは労いの言葉を入れることで、訪問介護員のモチベーションが上がり、チーム力も上がる。
- ◎医師のポジティブな一言は、チームの質をあげる力を持っている。対療養者、対家族にも同様のことがいえる。
- ◎医師のコミュニケーション能力、接遇については、当たり前のマナーがあればよい。
- ◎訪問診療した結果を帳票(居宅管理指導)で送付する。療養者宅のノートにコメントを記入する。情報共有システムにコメントをアップする。医療機関所属の相談員からの発信、直接医師から電話など手段はいろいろとある。医師からの発信があると多職種からも情報を返しやす環境となる。



**Case 15** 身体に変調がある療養者で、主治医にケアマネジャーを通じて情報を送っているが返信がない。

**医師が心掛けるべきポイント**

**門戸を開こう**

**情** 報共有とも関連するところだが、訪問介護員からケアマネジャーに医療面での相談があっても、即答することが難しい場合もある。万が一というスピードを要求される事態もあり得るので、訪問介護員が直接医師から指示を仰げる関係を構築しておくことが重要。訪問介護員の安心にもつながる。そのためには、医師が門戸を開くことが大切だ。

**Case 16** 療養者の生活に関心を持ち、ケアマネジャーからの情報や家族の話聞いてほしい。

**医師が心掛けるべきポイント**

**主治医は、療養者・家族にとって気軽に相談ができて、身近で頼りになる医師**

**主** 治医は、医学的なことも含め「療養者の生活をまるごと診る」という姿勢が必要だ。医師の言葉は療養者、家族にとって非常に重いものである。通所サービスの利用を勧めたり、リハビリをやめたいという療養者をつなぎ留めたりということもできる。医師の所に多職種が持つあらゆる情報が集まるような努力を医師自らも行うことが重要だ。

**医師とうまく連携するための考え方や姿勢**

**療** 養者を主治医に相談なく専門医に紹介したり、退院後の主治医を別の医師に代えてしまうなど、MSWやケアマネジャーとの連携がうまくいっていないケースが見受けられる。医療的なことはまずは主治医に伝えて、そこから必要に応じて専門機関やその他の専門医につなげるという流れをつくるのが求められる。

**療養者・家族の思いや希望を聞き出すには、ACPが重要**

**療** 養者、家族の話聞くという意味では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についても大まかな流れをつくる必要がある。療養者が抱えている病気についての基本的なところはやはり医師が療養者、家族とまずはじっくり時間をかけて話し合うことが第一。その後多職種で情報を共有しつつACPに対応することが肝要だ。各職種がそれぞれ別々にACPに携わることは避けるべきである。

多 職 種 連 携  
の た め の 事 例 集



- 事例1 慢性心不全
- 事例2 神経難病
- 事例3 認知症
- 事例4 精神障害
- 事例5 がん
- 事例6 医療的ケア児





要旨

## 入退院を繰り返し、徐々に終末期へ向かっていく慢性心不全高齢者の一人暮らしを支える

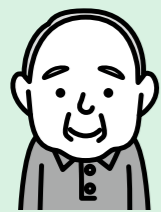
在宅で出会う心血管疾患で圧倒的に多いのは、慢性心不全である。図表1に示すように、慢性心不全は経過とともに安定期と増悪期を繰り返しながら、徐々に治療抵抗期へと向かう。高齢化に伴い繰り返す心不全入院が急増し、医療費の押し上げ・受け皿となる病床が不足する事態が予想されており「心不全パンデミック」と呼ばれる。

病診連携が重要なことは当然であるが、在宅医療でも多職種による適切な管理を心掛け、再入院を回避し、なるべく在宅での生活を支援することが重要である。また信頼関係を構築し早めの時期からAdvance Care Planning（アドバンス・ケア・プランニング、以下ACP）を繰り返すことにより、終末

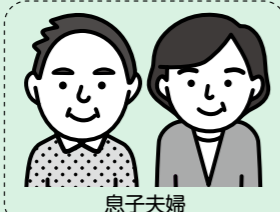
期を病院だけではなく在宅で迎えるという選択肢が広がる。

本事例では、心不全による入退院を繰り返す中で、本人の意思を確認しながら、病院から地域の医療・介護者が関わる範囲を徐々に広げた。再入院となるリスク高い退院～在宅移行早期（退院後2週間程度）は、訪問看護師、理学療法士などが塩分、水分、服薬、運動など生活全般に注意深く関わる。安定期には、病診連携による治療計画の調整とともにセルフケアを意識してもらい、できる限り自宅で希望をかなえる。心不全が治療困難となる時期には、緩和ケアを意識した関わりを持ち、在宅看取りを行った。

### Aさんの情報



年齢 89歳  
性別 男性  
生活状況（家族、職業等）  
元の職業は建築士。趣味は盆栽。



独居。息子夫婦が近くに在住。  
**主疾患**  
高血圧、慢性心不全、腰椎圧迫骨折、慢性閉塞性肺疾患、認知症（軽度）  
**要介護度**  
要介護2。配食サービスと訪問看護（1回/週）のみ利用。それ以外のサービスは断っていた。



### オール東京チーム（この事例に主に関わった職種）



### 事例の概要

#### これまでの経過

86歳までは、定期的に病院循環器内科への外来通院が可能であった。

87歳を過ぎ、1年に1回程度、感染症などを契機に心不全入院を繰り返すようになる。要介護2となり、訪問看護、配食サービスを利用し、独居の生活を維持していた。徐々に退院から入院ま

#### 支援の経過

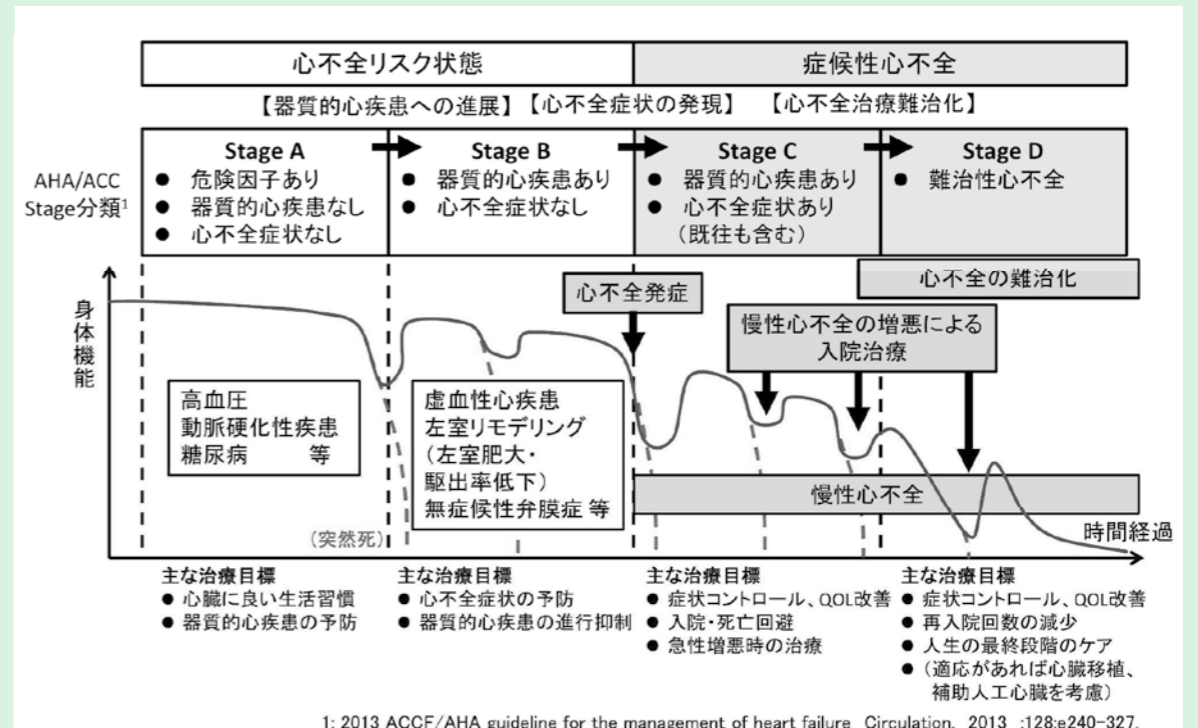
これまで4回入院し、ループ利尿薬や血管拡張薬など通常の治療だけでは呼吸困難や浮腫などの心不全のコントロールがつかなくなった。抗利尿ホルモンであるバソプレシンの作用を抑え、体内の過剰な水分を除去するトルバプタン（商品名サムスカ）導入により体液貯留が改善した。服薬管理、水分管理などを退院前カンファレンスにおいて多職種で確認した。退院後は、近くの喫茶店に行くことができた。軽度の認知症はあるが「入

での間隔が短くなり、食事、排せつ、入浴に関しても支援が必要な状況となってきた。

89歳、心不全悪化のため4回目の入院となる。本人の意向は、「家で自由に暮らしたい」、「苦しくならないようにしてほしい」。家族の意向として、「一人暮らしなので、生活全般が心配。施設に入ってほしいが、頑固なので、受け入れてもらえない」。

院はできるだけしたくない、住み慣れた自宅で過ごしたい」という希望を述べた。軽労作で息切れが強くなり外出が困難になったため、在宅酸素療法を開始。同時に訪問診療を導入し、本人の希望に添えるよう在宅看取りも視野に入れる方針となった。介護保険は区分変更し、要介護4となる。サービス担当者会議を自宅で行う。本人からは「このまま入院したくない。最期まで家がいい」と意思表示あり。徐々に食べられなくなり、1日中傾眠傾向となった。症状緩和を中心に対応し、家族に見守られ自宅で永眠された。

図表1 心不全とそのリスクの進展ステージ



【資料】厚生労働省脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)

## 支援のポイント1

### 入院し、病院から生活の場に復帰するまでの連携

#### 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 キーパーソン となる介護者	循環器内科医師 病棟看護師 管理栄養士 理学療法士	訪問看護師 ケアマネジャー 社会福祉士(地域包括支援センター) 訪問薬剤師

これまでに数回の入院歴があり、本人・家族と病院医師、病棟看護師、訪問看護師、ケアマネジャー、社会福祉士(地域包括支援センター)でカンファレンスを行い、延命治療などについて話し合われた。「高齢であり人工呼吸器などの延命治療は希望しない」、「趣味の盆栽を楽しみながらなるべく長く自宅での生活を送りたい」といった目標の共有ができ、病院と地域の連携を構築することができた。心不全入院中に病院で行われるDNAR(Do Not Attempt Resuscitation: 蘇生措置拒否)を含めたACPを、退院時などに地域の医療・介護者と共有することは重要である。

独居で入退院を繰り返していることから、家族の希望する施設入所の可能性を含め、地域包括支援センターで介護老人保健施設などの情報収集を行った。「トルバプタンは薬価の高い心不全薬であるため施設での継続が困難な場合がある」、「酸素投与などは受入れが難しいケースがある」、「入所時には受入れ条件など詳細に検討する必要がある」ことなどが本人・家族に情報提供された。

入院早期から筋力維持、廃用予防のため、理学療法士が介入しADL評価を行った。リハビリを継続しつつ福祉用具の選定が行われた。室内でのADLは、自立はできるレベルであった。高齢者の心不全入院では、入院中の安静臥床が誘因となるADL低下(HAD(Hospitalization-Associated Disability: 入院関連機能障害))がしばしば発生するため、早期に理学療法士による予防を行うことが重要である。

退院前カンファレンスには、本人・家族と病院医師、病棟看護師、理学療法士、社会福祉士(地域包括支援センター)、訪問看護師、ケアマネジャーが参加。日常生活の支援、呼吸困難時の対応などや入院前の日常生活状況等を共有し、塩分や服薬管理、

活動度などの課題を抽出できた。ケアマネジャーとの情報共有では、地域で共通の連携シートなどがあると、より効果的に家族の思いや入院前の生活状況なども把握しやすい。

#### 退院前カンファレンス(本人・家族も参加)での具体例

病院医師: 病状、今後の注意点について説明  
病棟看護師: 入院中の状況と今後の課題点について  
理学療法士: ADL状況(できること、できないことなど)、運動調整について負荷の程度を説明

社会福祉士: 必要に応じた情報提供。今回は、介護老人保健施設への受入れ状況などは情報収集のみ(薬価や酸素使用によっては受入れが難しい場合もある)

病院管理栄養士: 退院前に本人・家族に指導

訪問看護師: 水分、塩分の制限について確認。体重増加時の利尿剤調整など確認。症状悪化時、苦痛時の対応についての共有

ケアマネジャー: 暫定のケアプランを提示

退院後も、病院外来通院は継続されるため、カンファレンスに病院(外来)看護師が参加すると、病院と訪問看護師との連携が密になり、本人・家族との信頼感がさらに向上する。

本事例では、訪問診療導入はまだ先となったが、慢性心不全は入退院を繰り返す経過が予測されるため、完全に通院困難になる前のタイミングで、病院外来と併診しながら訪問診療を導入する選択肢はあり得る。訪問診療を導入する場合は、カンファレンスに在宅医も参加するようにする。

本事例のような独居では増悪時の発見が遅れることがあり、見守りなど家族への負担がかかりやすい。初回入院から介護サービス導入は検討していく必要がある。今回はサービス導入を拒否していたが、必要性がある場合は、訪問看護と配食サービスだけでなく、訪問介護やデイサービスなども検討する余地がある。

## 支援のポイント2

### 病院から自宅に退院し、生活の場に戻った直後2週間の連携

心不全再入院は、退院後2週間以内に生じることが多い。そのため、退院翌日にサービス担当者会議を本人・家族と訪問看護師、ケアマネジャー、訪問リハ(理学療法士)、訪問介護員で行った。病状理解、体重管理、水分管理の必要性や起こり得る場面での対処法を意識し、医療・介護が連携し支援する。前回入院の原因として、服薬管理、水分管理の不徹底があった。高齢であり、セルフモニタリングには限界があるため、多職種で目安を確認した。

水分管理	家族が水分1000ml(1日分)をペットボトルで用意
外来通院(月2回)	家族付添い。通院困難になったら訪問診療導入
訪問看護(週1回)	体重測定。症状観察
訪問リハ(週1回)	自宅内の動作確認。屋外歩行
訪問介護(週5回)	排せつ介助。内服確認。入浴介助
訪問薬剤師(週1回)	服薬管理指導

本人・家族を含め多職種間で連携できるように伝達事項はノートに記載し、申し送った。関係機関での情報共有のツールとして、ノートへ記載し、共有

するなど工夫することが大切である。可能であればICTを利用することで情報共有の迅速性、正確性が期待される。

退院時の看護サマリーに、具体的な数値(平常時の体重、安静時での脈拍、血圧、酸素飽和度、労作時の変化など)の記載があると在宅側で心不全がコントロールされている基準として参考になる。心臓リハビリにおける運動調整の目安(適切な血圧・脈拍数、軽く息が上がり汗ばむ運動量など)を地域側のリハビリ担当者へ伝えることにより、在宅での安全な運動療法が可能となる。

退院後、病院外来と連携し、再入院に備え互いに情報共有を図ることが大切である。病院の相談窓口がどこか、地域側(在宅医、地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護など)からの相談がスムーズに行えるようにしておく。状況に応じて外来通院から訪問診療へ切り替えられるよう、関係機関同士で連絡調整を図っていく。

心疾患は不整脈などによる突然死のリスクは常にあり、状態が安定している時期から本人・家族の意思を確認していくことも大切である。

#### コラム ポリファーマシー

数種類の薬を服用していることで、副作用が出やすくなったり、きちんと薬が飲めなくなったりしている状態。特に高齢になると、いくつも病気を持っていることが多く、複数の医療機

関にかかると、薬が増えてしまう傾向があり、注意が必要だ。

75歳以上の高齢者の4割は5種類以上の薬を服用しているといわれている。



## 支援のポイント3

### 生活の場で心不全が悪化しないよう支援する

病院外来では、本人・家族と病院医師、病棟看護師が、今後の方向性について相談する機会を設けた。本人からは「これからはできるだけ入院はしたくない、住み慣れた自宅で過ごしたい」と発言あり。

通院が負担になれば訪問診療により体重管理、利尿剤の管理などを行い、心不全悪化時は入院し治療していくことを確認した。毎月の外来通院の帰りは、楽しみにしていた喫茶店に行くことができた。

## 塩分(減塩)、水分管理を考慮した食事環境を根気よく支援する

本人に対し、薄味になれてもらい、塩分の多いものを減らすなどの支援を行う。塩分控えめ(1日7g以下)が原則であるが、食事量が減り体重減少しないよう本人の好みにあった適正な支援の工夫をする。

家族に対し、過剰に心配し、厳しく注意などする場合、本人が辛くなり逆効果になる可能性があることを助言する。

ポイントとしては、体重、血圧、水分などを本人・家族、多職種が共通のノートなどに記載し、情報共有を図りながら、変化に注意する。症状の悪化につながるような変化があった場合は、厳しい制限のみを行うのではなく、本人・家族と生活を振り返り生活の許容範囲を再確認する。

摂食量が低下し栄養障害を有する場合は、管理栄養士をチームに加えることも考える。

## 生活における活動量が過負荷にならないよう支援する

本人には、無理しすぎない、体調が良くても過信しないよう注意を促す。休憩を取るタイミングなどを助言する。

家族に対し、日常生活において、本人が気付かないうちに負荷になっていないか確認をする。

ポイントとしては、セルフケアの自立を促すことが重要である。入浴などは過負荷になりやすいため、必要に応じて支援を行う。排便コントロールができていないか確認する。生活環境が負荷になる場合もある。部屋による寒暖差がなるべくできないよう季節により助言、支援を行う。日常生活における活動状況、心不全症状の出現の有無などを確認する。心不全症状の早期発見として、息切れ、浮腫、倦怠感などを生活場面ごとに確認する。活動、参加における自己管理の支援を行う。無理しすぎない、休憩を取るタイミングなどについて、助言、指導を行う。

本人の希望する活動に向けた運動療法については、自覚的運動強度指標であるボルグ指数(11~13、軽く息が上がり汗ばむ程度が適正)(図表2)、心拍数・血圧など退院時の心臓リハビリに関する情報提供をもとに適切な運動量を決定し、筋力強化、運動耐容性の維持、向上を図る。

## 安定した生活の支援

本人に対し、内服を継続するよう支援する。心不全兆候に注意する。

家族に対し、内服管理を行う。心不全兆候(いつもと様子が違うなど)に注意する。

ポイントとしては、気付いていない生活習慣が心不全悪化の要因になることがある。性格やこだわりなどにも配慮し、本人が納得するよう支援の方法や生活上の制限との折り合いの付け方を検討する。いつもと様子が違うなどの気付き、また気付きの共有が心不全の悪化などの早期発見につながる。いつもと違うといった状況を確認した場合は、速やかに医師に連絡する。

## 再入院の回避

高齢者の慢性心不全の多くは、急激な呼吸苦が起こるような左心不全ではなく、数日から数週の経過で下肢浮腫のような右心不全が前景にたつ両心不全という形である。早期の体液量の管理により再入院

図表2 ボルグ指数

スコア	自覚症状
20	(もうだめ)
19	very very hard (非常にきつい)
18	
17	very hard (かなりきつい)
16	
15	hard (きつい)
14	
13	somewhat hard (ややきつい)
12	
11	fairly light (楽である)
10	
9	very light (かなり楽である)
8	
7	very very light (非常に楽である)
6	(安静時)

- 「軽く息がはずむ」
- 「軽く汗ばむ」

心不全なし：ボルグ13点  
心不全：ボルグ11~13点

【資料】「運動処方指針(第7版 2006年)」(アメリカスポーツ医学会編)

回避が可能である。多職種で情報共有し、体重変化、バイタル、理学所見などから心不全兆候をなるべく早く捉え、利尿薬調整などの治療を行う。1週間に2kg以上の体重増加を認めるときには、早めの受診や往診などで病態評価を行い、利尿薬静注や

内服により速やかに適正体重に改善することをよく経験する。慢性心不全は最大限の治療が症状緩和に結びつくため、病院医師である循環器内科医師の意見を聞きながら、在宅における治療計画を適宜見直すことが再入院回避に有用である。

## 支援のポイント4

### 入退院を繰り返す時期を病診連携、多職種連携で支える

心不全に対する最大限の内服治療が行われたが、徐々に自宅での軽労作で呼吸苦が出現するようになった。庭まで出て盆栽の手入れを楽しんでいたが、かなわなくなる。

在宅酸素導入目的で1週間の入院。必要以上に入院を長引かせることで自宅に帰れなくなるリスクも考慮され短期の入院となった。

#### 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 キーパーソン となる介護者	循環器内科医師 病棟看護師 管理栄養士 理学療法士	在宅医 訪問看護師 訪問入浴 訪問介護員 管理栄養士 ケアマネジャー 訪問薬剤師

退院前カンファレンスには、自宅近くで訪問診療に対応する在宅医が出席した。今までの心不全治療経過や本人・家族の意思を共有し、希望に添えるよう在宅看取りも視野に入れる方針となった。その方針に伴い在宅医による訪問診療が開始された。

介護保険区分変更で要介護4になった。本人・家族と在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問リハ(理学療法士)、訪問介護員、福祉用具専門相談員、管理栄養士が参加し、サービス担当者会議を行った。

新規 訪問診療(月2回)	新たに導入
新規 訪問入浴(週1回)	
訪問看護(週1回)	体重測定。症状観察。家族へ介助指導
訪問リハ(週1回)	自宅内の動作確認。リハビリ
訪問介護(週5回)	排せつ介助。内服確認
訪問薬剤師(週1回)	服薬管理指導

## 本人・家族への精神的支援

慢性心不全は悪性腫瘍と異なり予後予測が難しく、療養期~終末期の経過が様々である。本人が不安感、不隠、うつ状態に陥ることはよく経験する。また介護の先が見えない家族も疲労するためレスパイトを心掛ける。心不全という疾患の経過をよく説明し、医療・介護チームは何が起ころうとも旅路に寄り添うという姿勢を示していくことが本人・家族の安心感につながる。

## 療養期~終末期の移行をどう認識するか

図表1(15頁)に示すようにアメリカ心臓病学会財団(ACCF)、アメリカ心臓協会(AHA)において、心不全の病期はステージA、B、C、Dと分類される進行度分類があり、在宅医療の対象となるのは心不全症状を有するステージC及び治療抵抗性のステージDの段階となる。

ところが、実際にはステージCからDへの移行点を明確に判断するのは難しい。重症心不全が入院治療により軽快することもよく経験するからである。いくつかの予後予測スコアはあるが、心不全の場合正確な判定は難しいといえる。実臨床では、心不全内服治療を最大限に行っているにもかかわらず心不全増悪入院を2回以上繰り返し、在宅酸素療法やASV(adaptive servo-ventilation)などの呼吸補助療法、カテコラミン持続点滴投与が適応される時期(多くはベッド周囲のみの生活となる)をステージDへの移行点(終末期への入口)と認識するのが実際的かもしれない。

## 心不全終末期を穏やかに迎える

本人からは「病院には入院したくない、最期まで家がいい」という意思表示があることを繰り返し確認していた。在宅酸素療法開始後6か月で、徐々に食べられなくなり、1日中傾眠傾向となった。

今後の方針について、家族、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問リハ（理学療法士）、訪問介護員、訪問薬剤師、訪問入浴で在宅カンファレンスを行った。訪問介護では24時間巡回サービスも検討したが、息子夫妻が交代で介護することにし、在宅看取りの方針となった。呼吸困難、倦怠感などに対する緩和ケアを中心に対応し、苦痛時は臨時で往診、訪問看護を実施した。1週間後の朝方、呼吸停止、家族に見守られ永眠された。

### ACPのプロセスを進める

平成30年3月に厚生労働省より、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂）」が出された。人生の最終段階における医療・ケアの在り方及び医療・ケアの決定手順が述べられている。ACPと呼ばれる話し合いを繰り返し、本人・家族、医療・ケアチームが納得し満足できるようプロセスを踏むことを意識する。終末期の管理については、本人の希望を尊重した医療・ケアを心掛ける。

命の危険が迫った状態になると、約7割の人が医療・ケアなどを自分で決めたり、望みを伝えたりすることができなくなるといわれている。また高齢者は、心疾患のみならず認知症やフレイルなど多くの複合疾患を有している。終末期に差し掛かってからではなく判断能力の保たれているうちに、医療的延命処置（人工呼吸器、透析、胃ろうなど）を含め自分が希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを前もって考え、家族、医療・ケアチーム内で共有することが重要である。

さらに自らの意思表示が困難となったときのために、代理意思決定者をあらかじめ選定しておくことも大切である。代理意思決定者は本人と最もコミュニケーションが取れている人がよい。有事における代理意思決定の際に、代理意思決定者にかかる心理的負担を医療・介護者は側面から支援する。

また、療養の最終段階において心不全管理が困難と判断したときは、本人・家族及び病院医師と入院か在宅かをよく話し合う。最期を迎える場所が病院か在宅かは、本人・家族の意思や介護負担の状況を見てACPを繰り返し行い、柔軟に対応する。ぎりぎりまで在宅で過ごし、最期の数日を病院でという形もあり得る（逆に病院で過ごし、最期を自宅という形もあり得る）。

## コラム 心不全の緩和ケア

終末期に緩和ケアを必要とする患者は世界で2,000万人以上といわれる。緩和ケアを必要とする患者の3分の2は非がん疾患であり、さらにその半数は心血管疾患とされている。慢性心不全は高齢者の死因の第2位であり、高齢女性においては悪性腫瘍による死亡者数をしのぐ。人生の最終段階では多くの心不全患者が苦痛を訴えるため緩和ケアの知識は臨終に立ち会うすべての医療者に求められる。

心不全患者の終末期には、6～8割に息苦しさが見られる。それ以外にも全身倦怠感や不定の痛み、不安、不眠、せん妄、うつ、といった精神的症状も多く認められる。

心不全の緩和ケアにおいては、心不全に対する治療自体が息苦しさなどの症状緩和につながるため、早期より最大限の治療を継続することが基本的なスタンスである。すなわち症状が出現するステージCの段階から緩和ケアを意識していく。

2018年に日本循環器学会、日本心不全学会

から出された急性・慢性心不全診療ガイドラインによれば、終末期の苦痛につきベンゾ系鎮痛薬使用が記載されている。しかしがん性疼痛や呼吸困難にしばしば用いられる塩酸モルヒネなどオピオイド（医療用麻薬）使用への言及はない。病院で多職種からなるハートチームが既存の緩和ケアチームと話し合い、適応を決めて個々の患者ごとにオピオイド使用を行っているのが現状である。心不全緩和ケアへの診療報酬上の評価が見込まれているが、在宅での使用を考えたとき課題もある。心不全の呼吸困難に保険適応がある薬剤は、塩酸モルヒネ散のみであり、腎機能低下症例には使いにくく投与経路も経口に限られる。非がん疾患へのオピオイド使用には用量など個別性が大きく経験が必要であり、ソロプラクティスを行う一人の在宅医の判断で使用に踏み切ってよいか、悩ましい部分もある。病院やグループ診療のような複数医師が関わらない場合に、倫理的な問題はどうか、オピオイドの内服までか注射剤剤を使用するよいか、今後在宅現場でも経験を積んで検討する必要がある。

## 在宅での緊急通報システム

緊急時に電話などではなく、「押しボタン」や「ペンダント式のボタン」を押すことで、自動的に通報できる「緊急通報システム」。実施している内容が区市町村により異なるので、利用できるのか、どのような内容かを確認する必要があります。

二つのシステムを行っている江東区を参考にシステムの概要を紹介する。

### 事業の概要

慢性疾患がある等、日常生活を営む上で常時注意を要する状態にある一人暮らし、高齢者のみの世帯の方又は日中独居となる高齢者の方に緊急時に「押しボタン」や「ペンダント」を押すと電話回線を通じて自動的に通報される機器を設置します。消防庁型と警備会社型があります。

### 消防庁型

#### システムの内容

- 機器本体及び緊急ペンダントを設置します。
- ボタンを押すことで消防庁に通報され、緊急事態の発生を知らせることができます。
- 利用者負担はありません（無料）が、自宅の鍵を預ける近所の協力員が必要となります。

#### 対象者（要件）＊次のすべてを満たす方

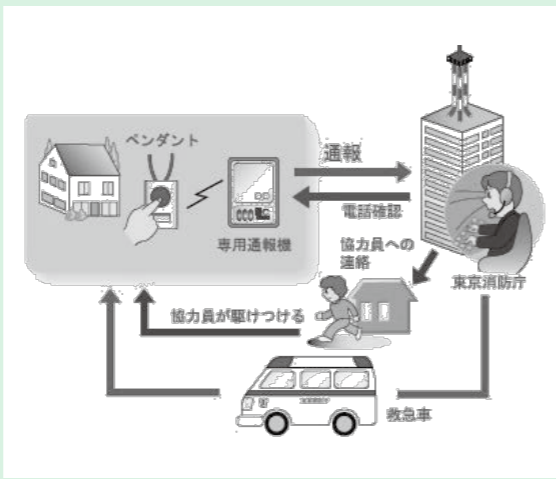
- 65歳以上の一人暮らし、高齢者のみの世帯又は日中（夜間）独居の高齢者の方
- 慢性疾患があるなど日常生活を営む上で常時注意を要する状態にある方
- ご自宅に電話回線をお持ちの方（NTTの一般回線以外をお使いの方は、原則ご利用いただけません。）
- おおむね30分圏内にお住まいで緊急時に駆けつけられる方を協力員として選定可能な方

### 警備会社型

#### システムの内容

- 本体とペンダント以外に、火災・ガス・ライフリズムセンサーを設置します。

### 緊急通報システム（消防庁型）



＊イメージ図：東京消防庁ウェブサイトより

- ボタンを押すことで警備会社へ通報され、警備員の駆けつけと、119番通報を行います。
- 自宅の鍵を警備会社に預けます。
- 利用者負担月額1,500円（住民税非課税者は750円）がかかります。

#### 対象者（要件）＊次のすべてを満たす方

- 65歳以上の一人暮らし・高齢者のみの世帯、又は日中（夜間）独居の高齢者の方
- 慢性疾患があるなど日常生活を営む上で常時注意を要する状態にある方
- ご自宅に電話回線をお持ちの方（NTTの一般回線以外をお使いの方は、ご利用いただけません。）

区市町村の多くは、警備会社型（もしくは民間型）を行っている場合が多い。心疾患があり、発作時に通報をいち早く行うためには、導入を検討することも一つの方法である。

申請、相談の窓口は、高齢者見守りセンター（自治体により名称が異なる）の場合がほとんどである。自己負担金なども区市町村により異なるため、まずは相談してみることが大切である。

【資料】江東区ウェブサイト (<https://www.city.koto.lg.jp/211102/fukushi/koresha/service/jisshi/6592.html>)  
ホーム→健康・福祉→高齢者福祉→保健・福祉サービス→区が実施しているサービス→高齢者緊急通報システムの設置

## 事例2

## 神経難病



### 要旨

## 本人の希望をなるべくかなえるよう 妻との二人暮らしの生活を長期間にわたり 多職種で支援したパーキンソン病を有する男性

神経難病は、原因不明で治療方法が確立されておらず、長期にわたり生活全般に身体的・精神的支障を伴う。さらに経済的側面や介護的側面において、家族の負担が大きく社会的支援を必要とすることが多い。大きな治療方針は神経内科専門医が決定するが、徐々に通院困難となるため、地域の多職種が連携して関わっていく。胃ろうや人工呼吸器といった医療的処置が必要となるケースもある。

本事例では、出合う頻度、関わる長さからパーキ

ンソン病を取り上げた。パーキンソン病は薬物療法の進歩により症状がコントロールされるため、専門医との連携が欠かせない。

65歳定年まで勤務し、その後の自宅での生活に多職種が協力して関わる。通院困難となり地域の在宅医との「二人主治医制」となる。便通、精神症状、誤嚥、自律神経症状、褥瘡など日常の問題に対応していく。長い関わりの中で、本人・家族の意思を理解し、支え続ける姿勢が重要である。

### Bさんの情報



年齢 77歳  
性別 男性  
主疾患

パーキンソン病、腰部脊柱管狭窄症



妻

### 生活状況（家族、職業等）

関西の出身。小児期に東京に転居し生活を送る。大手の都市銀行に勤務。様々な国で12年間、海外赴任生活をされる。帰国後、大手企業の監査役。65歳まで勤務。5歳年下の妻と二人暮らし。子どもはいない。2階建ての一軒家。玄関前ポーチに段差あり。以前は2階に寝室があったが、階段昇降に転倒転落の危険性が高くなってから、寝室を1階に移している。

要介護度 要介護4



### オール東京チーム（この事例に主に関わった職種）





Bさん

## これまでの経過

55歳の時に、足を引きずって歩いていることを家族から指摘され、病院受診をしたところパーキンソン病と診断。パーキンソン病における症状の重症度分類（図表3）であるHoehn-Yahr重症度分類ではI度（以下ヤール1）と診断された。

本人は特に困りごとなく服薬しながら在宅生活を続けていた。

64歳の時に、自宅内で頻繁に転倒するようになる（ヤール3）。転倒後、ADLの低下もみられ、せきちゆうかんきょうさくしやう脊髄管狭窄症との診断も受ける。内服調整のため、入院となる。

図表3 パーキンソン病における症状の重症度分類

Hoehn-Yahrの重症度分類		生活機能障害度	
I度	左右どちらかからの片側のみ起こる障害振戦や固縮がみられる。	I度	日常生活、通院に介助を必要としない。
II度	からだの両側に震えやこわばりなどの障害がみられる。前かがみの姿勢が目立ってくる。	II度	日常生活、通院に介助を要する。
III度	歩行に明らかな障害がみられ、バランスを崩しやすくなる。日常の活動に制限が出てくるが、介助なしでも過ごすことができる。	III度	日常生活に全面的な介助を要し、自分だけで立ったり、歩いたりすることができない。
IV度	立ち上がったたり、歩いたりといった動作が自分だけでは難しくなる。生活の様々な場面で部分的な介助が必要になってくる。		
V度	車いすが必要になる。ベッドで寝ていることが多くなる。		

## 支援の経過

64歳、入院中に介護保険を申請。退院後は福祉用具専門相談員、訪問リハ（理学療法士）を活用しながら生活。外来通院しながら少しずつ薬の調整ができており、転倒することなく自宅で過ごしていた。

71歳の時、外出中に転倒。併せて下肢蜂窩織炎（ほうかしき皮下組織の感染症）に罹患し入院。移乗はつかまれば何とかできる状態も、自力歩行が難しい状況となり、退院後は車いすでの生活となる

（ヤール4）。

75歳の時、通院が困難になり訪問診療を導入。訪問介護のサービスを利用して移乗の手伝いをしてもらいながら、また妻の介護負担の軽減を目的にデイサービスを利用して、自宅での生活を継続（ヤール5）。

77歳の時、誤嚥性肺炎を起こし、入院となる。嚥下障害を指摘され、嚥下食となる。今後の方向性（胃ろう造設など）について説明があり、本人・家族で話し合いを行うこととなる。

## 支援のポイント1

### 自宅での生活を継続するための薬剤調整、環境調整、リハビリ

#### 64歳 本人・家族の意思



本人	「65歳まであと1年は何とか通勤したい」
妻	「歳いったら一緒に旅行しようと話していたけど、こんな状況になったら無理よね」

転倒直後、ADLが低下。ウェアリング・オフ現象（治療薬レボドパ（L-ドパ）を継続服用することで、効いている時間が短くなってしまいう現象）による転倒傾向もあり、内服調整のため入院。介護保険申請。ヤール3。

レボドパやドパミンアゴニストなどのドパミン補充薬による治療を適切に行うとパーキンソン病の運動症状が劇的に改善する。ほぼ不自由なく日常生活を送ることができる期間が数年続くことも多い。その後、経過とともに少しずつ症状が進行し、1日3回から4回十分な量のレボドパを服用しても効果が切れ、急に動きが悪くなる時間帯が出現する。この薬剤効果の切れた状態をウェアリング・オフ現象という。日常生活に支障が生じるようであれば、入院の上、薬剤の再調整が必要となる。

本事例は入院中に薬剤調整し、さらに外来にて以下のような調整を行い、定年まで勤務することができた。

MSW（医療ソーシャルワーカー）、ケアマネジャー、

**薬剤調整（Bさんの場合）**

ネオバトンL100×2  
パーロデル2.5×4

↓

スタレボL100×4  
レキップCR2mg×2

↓

2週間ごとにレキップ増加  
最終的にはレキップCR8mg×2

↓

トレリーフ25mg×1を追加

↓

トレリーフ25mg×2に増量

自治体職員（障害担当）と連携し、特定疾患（指定難病）医療費助成制度の手続をする。

病院の理学療法士、在宅側福祉用具専門相談員、ケアマネジャーと家屋調査を実施。家屋調査にて、在宅で利用する福祉用具や住宅改修をし、事前に環境を整えることができた。

#### 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 妻	病院神経内科専門医 病棟看護師 理学療法士 MSW	ケアマネジャー 訪問リハ（理学療法士） 福祉用具専門相談員

病院神経内科専門医、病棟看護師、病院理学療法士、MSW、ケアマネジャー、訪問リハ（理学療法士）、福祉用具専門相談員と退院前カンファレンスを行い、本人の状態や状況、目指すべき方向性の共有ができ、本人の「定年まで仕事を続けたい」との意向をかなえるための協力体制ができた。また助成制度の利用などの説明や手続ができることで、家族の安心にもつながった。

#### 65歳定年後 本人の意思



本人	「一人で電車に乗って、図書館に通えるようになりたい」
----	----------------------------

外来通院しながら服薬調整。薬局との連携により内服薬の効果を確認しながら、在宅医と連携を図る。

パーキンソン病は、徐々に進行していく疾患であり、様々な症状により動きにくさが社会参加や活動への妨げとなりやすい。社会参加、活動を維持していく視点で支援のポイントは以下のとおり。

#### 環境調整

自宅の環境について、動きにくさなどの症状が出現しはじめたら、徐々に検討を始める。

## 支援のポイント2

## パーキンソン病患者への支援制度を活用する

## 71歳 本人・家族の意思



本人	「自宅トイレで排せつをしたい」
妻	「自分が一人で介護するのは難しくなってきた」

転倒後の挫傷から下肢蜂窩織炎に罹患し入院。退院後は車いすでの生活となる。入院中に介護保険区分変更申請をして、要介護4の認定となる。ヤール4。また、身体障害者手帳を申請し、1級（肢体不自由）の認定となる。

## 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 妻	病院神経内科専門医 MSW 病棟看護師 理学療法士	ケアマネジャー 訪問薬剤師 訪問リハ（理学療法士） 福祉用具専門相談員 訪問介護サービス提供責任者 デイサービス相談員 自治体職員（障害担当）

病院神経内科専門医、MSW、病棟看護師、病院理学療法士、ケアマネジャー、訪問薬剤師、訪問リハ（理学療法士）、福祉用具専門相談員、訪問介護サービス提供責任者、デイサービス相談員、自治体職員（障害担当）等とカンファレンスを行う。

車いすの生活となるため、住宅改修について再度検討を行う。本人のADLの変化に対して、自宅でどのように生活をしていくのか、また、身体障害者手帳（障害者総合支援法）の利用を検討した。介護保険では、車いす生活に合わせ自宅の出入りのためのスロープの利用と新たに訪問介護の調整により妻の介護負担についても考慮した体制を退院前に調整ができた。

通院の負担を減らすためにも、介護タクシーの利用を紹介し、受診に合わせて手配することとなった。介護タクシーでは、身体障害者手帳により1割の割引が受けられる。

障害者総合支援法と介護保険法では、介護保険法が優先されるが、自治体に確認しながら、障害者総合支援法で利用できるものがあるか相談することも大切である。

## 環境調整

車いす生活となり、部屋は特に問題なかったが、玄関は狭く、スロープが設置できなかったため、ほかの出入り場所を検討し、縁側から出入りすることとなった。

## リハビリテーション

車いすでの生活が主体となり始める時期には、訪問リハにより生活場面での動作の練習、環境調整への助言を受けながら、通所リハにより活動量を維持していくことが重要である。どちらか一方のみのサービスというよりは、生活場面や社会参加、活動などに応じて、様々なサービスを組み合わせることがポイントとなる。

パーキンソン病など難病患者の療養には支援制度の知識が必須である。以下に概説する。

## 介護保険

パーキンソン病の介護保険は40歳以上65歳未満の2号被保険者が介護保険を申請できる特定疾病に該当する。

## 難病医療費助成制度

パーキンソン病を含む指定難病（333疾患〔令和元年7月1日追加分含む〕東京都指定難病8疾病）に対する難病医療費助成制度は以下のような要件、医療費助成、助成内容、申請方法となる。

## 要件

パーキンソン病を含む指定難病の患者が以下のいずれかに該当すること。

・その病状の程度が厚生労働大臣又は東京都知事が

Bさんは、定年までは比較的活動できる状態であったため、活動のしやすさに重点を置き、部屋の模様替えから検討した。部屋の模様替えでは、動きやすい動線の確保、すくみ足などが出現しやすい方向転換が必要な場所に支持できる家具を配置することとした。また、タンス、クローゼットなどの開け閉めの際にバランスを崩しやすいこともあるため、本人が使用するクローゼットを決め、取り出しやすく、安定して開け閉めができるよう壁際の支持できる場所に変更した。

居室が2階であったため、定年後、時間ができた段階で、1階へ変更した。部屋替えに当たり、今後のことも考え、介護や車いすが使用しやすい部屋を選択し、ベッドなどの家具の配置を決めた。

その後、車いす生活となり、部屋は特に問題なかったが、玄関は狭く、スロープが設置できなかったためほかの出入り場所を検討し、縁側から出入りすることとなった。

## リハビリテーション

リハビリテーションでは、活動の維持と不活発化の予防が重要である。

Bさんは、働き盛りに発症したため、定期的に関節リハビリテーションを行う機会に限られる状況にあった。その中で、定年まで働くことを希望された。そ

のため、内服調整に合わせ入院し、いったん、集中的に関節リハビリテーションを実施し、動作、歩行の維持を図った。退院後は、医師や訪問リハ（理学療法士）の助言を受けながら、週末に運動の機会をつくり、身体機能の維持を図り、定年まで働くことができた。

その後、定年退職し、社会活動が減少すると、活動量も低下する可能性も考えられる。そのため、新たな目標を決め、それに向けた取組を行うこととした。本人の希望は、「電車に乗り、図書館に通いたい」ということであったため、それに見合った活動量と筋力を維持し、また歩行の安定性向上を目指した。定年後で時間もできたため、地域の運動サークルなどに参加し、通所リハを利用しながら専門的アドバイスを受けるようにした。

パーキンソン病は、声が小さくなりやすいため、発症初期から言語のリハビリテーションを行うことも必要である。声の大きさを維持し、コミュニケーションを良好に保つことが、嚥下機能の維持にもつながる。

嚥下障害がみられるようになったら、嚥下のリハビリテーションを受けるとともに、今後の食事摂取について考えていく必要がある。

リハビリテーションは、本人の活動を維持していくことが中心であり、その時期に応じた頻度で介入することが大切である。

## コラム

## 服薬形態の工夫

薬には、いろいろな剤形がある。錠剤、カプセル、散剤、液剤、錠剤の中でも口の中で溶けやすい口腔内崩壊錠もある。同じ成分でも一つの剤形だけではなく、他の剤形がある薬もあり、患者ごとに適切な剤形を選択できる。

嚥下能力が低下している場合は、患者によっては、口中崩壊錠、ゼリー製剤、パッチ製剤等への変更や、簡易懸濁法の導入も検討する。

## ※簡易懸濁法

薬の中には徐放錠など、粉砕ができない薬や、粉砕後の安定性が明確にされていない薬もあるため、安易に粉砕はできないことがある。そのような場合は、投薬直前に55℃（例えばポットのお湯：水を2：1）の温湯で懸濁して注射器等で吸い取り、投与する方法もある。

是非、薬剤師に相談してほしい。

## 支援のポイント3

通院困難となる時期における  
生活上の障害に対する多職種支援

75歳 本人・家族の意思



本人	「できるだけ自宅で生活がしたい。最近、便が出にくくなってきた。」
妻	「介護は大変だが、デイサービスなどを利用しながら、本人の希望どおり、自宅でみていければと思う」

通院が困難になり訪問診療を導入。併せて排便困難などに対して、訪問看護も導入する。また、自宅での介護が大変になり、通所介護を導入する。介護保険区分更新で要介護5となる。ヤール5。

妻も徐々に高齢となり、介護が大変になってきていた。特に通院は、長時間にわたるため、付き添うことも大変であった。

## 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 妻	病院神経内科専門医 MSW 病棟看護師 理学療法士	在宅医 ケアマネジャー 訪問看護師 訪問薬剤師 訪問リハ(理学療法士) 福祉用具専門相談員 訪問介護サービス提供責任者 デイサービス相談員 自治体職員(障害担当)

そのため、病院神経内科専門医、MSW、病棟看護師、病院理学療法士、在宅医、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハ(理学療法士)、福祉用具専門相談員、訪問介護サービス提供責任者、デイサービス相談員等で検討し、訪問診療が導入となる。

内服調整については、経過を見ながら、病院神経内科専門医と併診となる。

病院神経内科専門医、在宅医、MSWなどに早めに相談することによりスムーズに訪問診療を開始することができた。

また、排便困難などの症状もみられたため、訪問看護を導入。妻のレスパイトを兼ね、通所介護を導入することにより、介護負担の軽減を図ることが

きた。

様々な職種による支援が入ることで、病状の進行について、連携が図りやすくなる。

訪問診療に合わせて、薬局からも居宅療養管理指導により、薬剤師が訪問し、内服状況の確認などを行えるようになる。

## 生活上の看護支援

24時間の症状の変化(抗パーキンソン病薬のウェアリング・オフ現象、日中と夜間の症状変化の状況など)、睡眠、服薬状況(時間で飲めているか)、メンタル面について、把握する。

入浴などの介助が必要であれば、実際に介助を行い、安全な介助方法について、家族やヘルパーに指導する。

見守りや夜間の転倒の心配により介護する家族が不眠になる場合もあり、レスパイトに心掛ける。転倒しないような手すりの設置などを福祉用具専門相談員と協力して考えていく。

体動が困難なことで、尿失禁になる場合もある。どのような状況で尿失禁になってしまうのか、具体的に状況を把握し対応する。

便秘の問題は、パーキンソン病患者には高率に発生する。要因についてアセスメント(水分摂取不足、食事内容、腸蠕動の低下、排便時のいきみ不足など)し、それぞれの要因に応じて対処する。

病状の進行に伴い、外出も困難になり、うつ状態に陥りやすい。本人の不安を表出してもらい、傾聴する。本人のQOLを高められるような対応をチームで取り組んでいく。

## リハビリテーション

ベッド上での生活が主体となる時期には、拘縮、褥瘡の予防のためのリハビリテーションを実施していく必要がある。

また、介護方法の助言やリフトなどの介護機器の導入などの支援も行いながら、介護者の負担軽減も考える必要がある。

定める程度である(パーキンソン病の場合の対象者は、Hoehn-Yahr重症度分類Ⅲ度以上で生活機能障害度Ⅱ度以上の方(図表3・24頁))

・軽症者(前記の要件を満たさない場合)であっても、1か月の医療費総額が3万3,330円を超える月が年間3回以上ある場合

## 経済的負担の軽減

認定を受けた疾病(指定難病(国の指定難病に限る)の場合は、当該疾病に付随して発症する傷病を含む。)に対する医療及び一部の介護サービスに関する費用について、医療保険等適用後の自己負担分を助成

・医療費等の3割を自己負担している患者は、負担割合が2割になる(※介護保険が3割負担の方も、対象となるサービスについて、難病の制度により負担割合が2割に軽減)。

・区市町村民税の課税状況等に基づき、月ごとの自己負担上限額が設定され、同月内の医療等に係る費用(複数の医療機関、薬局等で受けたものを合算する)について、当該上限額を超えた自己負担額は全額助成される。

## 助成対象となる医療介護内容

## (1) 医療

認定を受けた疾病(指定難病の場合は、当該疾病に付随して発症する傷病を含む)に対する、診療、調剤、居宅における療養上の管理及びその治療に伴う看護等が対象

## (2) 介護

認定を受けた疾病(指定難病(国の指定難病に限る)の場合は、当該疾病に付随して発症する傷病を含む)に対する、以下のサービスが対象

- ① 訪問看護
- ② 訪問リハビリテーション
- ③ 居宅療養管理指導

- ④ 介護療養施設サービス
- ⑤ 介護予防訪問看護
- ⑥ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑦ 介護予防居宅療養管理指導
- ⑧ 介護医療院サービス

※指定難病の医療費の給付を受けることができるのは、原則として指定医療機関で行われた医療に限られる。指定医療機関とは、東京都から指定を受けた病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護医療院。指定医療機関は、難病情報センターのウェブサイトを確認ができる。

## 申請方法

難病医療費助成制度の申請に当たっては、特定医療費支給認定申請書のほか、指定医の作成した診断書(臨床調査個人票)などの書類が必要となり、お住まいの区市町村の窓口で受け付けている。

身体障害者手帳制度、  
障害者総合支援法

身体障害者福祉法に定める身体上の障害がある場合、申請により障害者手帳の交付を受けることができる。

申請の窓口は、区市町村の障害福祉担当部署である。診断書は、身体障害者福祉法第15条に規定する指定医のみが作成可能である。指定医は自治体が把握しているため、窓口で申請とともに相談するとよい。

また、パーキンソン病の患者は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)により、基本的には介護保険が優先されるが、同法において介護給付、補装具等の地域による支援を受けることができる。



## 病院神経内科専門医と在宅医の連携

パーキンソン病などの神経難病は、本人・家族が通院可能な場合は病院神経内科専門外来で診療を受ける。疾患の進行とともに、車いすでの移動となり、徐々に通院困難となると訪問診療が導入され、在宅医が関わるようになる。

とはいっても、神経難病に対する治療法の選択・評価は病院神経内科専門医が舵を取っており、非専門医である在宅医は日常生活管理や合併症への対応は行うものの、病院神経内科専門医との連携が必要である。

病院神経内科専門医と在宅医の連携は情報提供書を介した文書のやり取りが普通であるが、さらに踏み込んで電話やICT連携を通じて直接相談し合える関係が構築されていると、薬剤調整に迷うときや病状増悪時の円滑な入院などが可能となる。

誤嚥性肺炎による入院を契機に、胃ろう造設が検討されている。病院神経内科専門医と在宅側の多職種がカンファレンスを行い、お互いにACPを含めた認識を共有することは重要である。神経難病では

胃ろうに限らず、中心静脈栄養、呼吸不全に対する人工呼吸療法、排痰補助装置、透析治療など、在宅療養の継続のために入院して導入し、家族や訪問看護への指導が行われる。

東京都では、難病医療ネットワーク事業として、難病全般（極めてまれな疾病を含む）に係る早期診断及び専門治療を行う難病診療連携拠点病院と、比較的患者数の多い難病の診断及び標準治療を行う難病医療協力病院を指定し、各病院に相談連絡員を配置している。これらの病院と地域のかかりつけ医が連携し、難病患者の地域での療養生活を支援している。

さらに、専門医療機関への通院が困難となった患者に対し、病状の評価などで神経学的診察が必要になるとき、専門医による訪問診療を実施する在宅難病患者訪問診療事業がある。

原則として、重症度が身体障害者手帳1、2級又は要介護4以上という要件はあるが、対象となる患者であれば地区医師会を通して利用することが可能である。

誤嚥について、訪問歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士を導入。口腔衛生の改善、食形態の調整などにより、妻の介護負担の軽減を図りながら、誤嚥に

注意したケア体制の構築を図る。脱水予防も重要なケアの視点となる。胃ろう造設に関し相談することで、将来に向けたACPを行うきっかけとなった。

## コラム 胃ろう選択の考え方

必要な食事が口から摂取するのが難しくなったとき、栄養を取り入れる手段の一つに胃ろうがある。胃ろうを造設すると、一生もう口から食べられないと考えがちであるが、適正な摂食嚥下訓練を行い、口から十分な栄養を取ることができるになれば、不要となるケースもある。また、食べられなくなることは老衰に向かう自然な経過と考え、胃ろう造設をしない選択もあり得る。

胃ろう自体は、栄養を改善させ、リハビリを併用することで筋肉量の減少を予防し、患者の状態を安定させる一つの積極的な医療手段である。延命のための処置という捉え方は誤りである。

パーキンソン病の場合は、疾患そのもので亡

くなるというよりは肺炎などが死亡原因となる。「本人がこれからどのように生きたいか」、「何を大切にしていきたいか」について、医療・介護者は、本人・家族としっかり向き合い、日頃からコミュニケーションを図り、信頼関係を築いて話し合うことにより胃ろう選択を適切に判断することにつなげなければならない。

胃ろうを選択する際、本人の意思をしっかりと確認することが最も重要である。難しいのは、本人の意思表示が困難な場合である。代理意思決定者である家族の希望で、胃ろうを始めてしまった後で家族自身が本当によかったのか悩むケースもある。本人が意思表示できるうちに家族や医療・介護者と話し合いを繰り返し、思いを伝えておくこと（ACP）で、代理者となった家族が本人の思いをくんだ選択が可能となる。

## 支援のポイント4

### 誤嚥性肺炎を繰り返し、終末期に向かう時期を支える

#### 77歳 本人・家族の意思



本人	「食事は、口から食べたい」
妻	「胃ろうがどういふものかよく分からない。食べられるうちは、食べさせてあげたい」

誤嚥性肺炎を起こし、入院となる。要介護5。ヤール5。

誤嚥性肺炎を繰り返す、低栄養、感染症などにより、生命予後が左右される。

病院神経内科専門医、MSW、病棟看護師、病院理学療法士、病院管理栄養士、在宅医、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハ（理学療法士）、管理栄養士、福祉用具専門相談員、訪問介護サービス提供責任者、デイサービス相談員、自治体職員（障害担当）等とカンファレンスを実施。

#### 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 妻	病院神経内科専門医 MSW 病棟看護師 理学療法士 管理栄養士	在宅医 ケアマネジャー 訪問看護師 訪問薬剤師 訪問リハ（理学療法士） 管理栄養士 福祉用具専門相談員 訪問介護サービス提供責任者 デイサービス相談員 自治体職員（障害担当）

病院神経内科専門医より、摂食嚥下機能が低下しており、今後胃ろうが必要となる可能性について説明を受ける。胃ろうを造設しない場合、栄養障害の進行、誤嚥性肺炎を繰り返すリスクを指摘される。

## 災害時の電源確保

神経難病の方の中には、人工呼吸器による呼吸管理を受けている方も多くいる。

平成23年に東日本大震災を経験し、またそれに続く計画停電により、人工呼吸器使用者は、災害時等に停電が起こった場合、電力供給の停止が生命の危機に直結することが改めて明らかとなった。

東京都では平成15年から、自宅において人工呼吸器を使用している難病の方々へ、種々の取組を行ってきている。その中で、災害時等における電源確保について、中心となる以下の二つの取組を紹介する。

### 災害時個別支援計画

在宅療養継続のための電源確保や風水害からの避難方法・タイミング等、災害時の備えや行動を在宅人工呼吸器使用者ごとに、地域の実情に応じてあらかじめ決めておくものである。

#### 主な関係機関

1) 区市町村（在宅人工呼吸器使用者災害時支援窓口）／2) 区市町村（障害担当部署）／3) 区市町村（保健担当部署）／4) 区市町村（防災担当部署）／5) 介護事業所等（介護支援専門員が勤務する部署及び事業所）／6) 指定相談支援事業者等（相談支援専門員、医療的ケア児コーディネーターが勤務する部署及び事業所）／7) 医療機関（専門医療機関、かかりつけ医等）／8) 訪問看護ステーション（訪問看護を提供している事業所）

災害時個別支援計画は以下の七つの様式で構成され、関係者が必要に応じて情報更新、確認を行う。

**表紙** 人工呼吸器使用者の情報、使用者の自宅付近の災害の危険性（洪水、高潮、津波、土砂災害）、避難行動要支援者登録の有無など

**フロー** 災害時における人工呼吸器の作動確認と対応の流れ

**様式1** 連絡先リスト／安否を確認する機関・担当者、人工呼吸器使用者・家族との安否確認の方法、区市町村の担当部署、関係者・機関、医療機器販売業者など

**様式2** 災害用備蓄リスト／7日間を目安とした備蓄数、避難の際の持ち出し数を記入

呼吸器関連、吸引関連、衛生材料、栄養、薬、排せつ、意思伝達、非常用電源等、その他

**様式3** 停電／呼吸・吸引関連機器の作動時間、非常用電源、医療機器の使用アンペア、蘇生バッグ、東京電力パワーグリッド株式会社への登録、非常用電源設備のある施設

**様式4** 地震／確認（人工呼吸器使用者の状況、人工呼吸器の作動状況）、対応、安否の連絡（様式1に沿って実施）

**様式5** 風水害（洪水、高潮、土砂災害等）／危険度の高まりに応じて段階的に発表される防災気象情報の確認と取るべき行動の目安警戒レベル1から4の段階別に記入

**様式6** 緊急時の医療情報連絡票／体調悪化時の相談先・受診の目安となる状態、診断名、既往や合併症、今までの経過、服薬中の薬、基礎情報、コミュニケーションなど

#### 人工呼吸器に関する情報の貼付欄

人工呼吸器の設定の指示書のコピー、人工呼吸器と外部バッテリーの接続写真など

#### 医療情報等に関する貼付欄

保険証・薬の処方箋やお薬手帳のコピー、安楽な体位等の注意事項など

#### 災害時の情報リスト

この災害時個別支援計画を在宅人工呼吸器使用者・家族と関係者が協同で作成し、自助力、共助力を高め、発災時に適切な行動をとることができるよう準備しておくことが重要である。また、停電が起こった際に、人工呼吸器が正常作動しなくなった場合、蘇生バッグを使用する場合もある。そのためには、蘇生バッグの使用に介護者、関係者、また使用される患者本人も慣れておく必要がある。蘇生バッグ使用中に適正な換気ができているかどうかは、パルスオキシメーターなどで確認が必要となる。乾電池で作動するパルスオキシメーターを蘇生バッグとともに、人工呼吸器の近くに保管しておくことが大切となる。

人工呼吸器は、それぞれの機器により内部バッテリーの作動時間や充電方法が異なる。人工呼吸器供給会社に確認を行う。

また、外部バッテリーについても、機器により異なる。人工呼吸器が電源につながっている時に充電されるものや、外部バッテリーに電源を差し込むものなど、様々である。こちらも人工呼吸器供給会社に確認が必要である。

### 在宅人工呼吸器使用難病患者非常用電源設備整備事業

東日本大震災の経験から、東京都では、人工呼吸器を使用する難病患者への災害対策として、災害等による停電時に人工呼吸器に電力供給するための発電機を整備することにより、難病患者の生命を確保する目的で事業が実施されている。

#### 1) 事業内容

医療機関が発電機等を購入するに当たり、東京都が購入費を補助する。

発電機を購入した医療機関には、在宅人工呼吸器使用難病患者へ発電機を無償貸与することが条件となる。

#### 2) 補助対象医療機関

以下の全てを満たす医療機関  
 ・都内に居住する在宅難病患者に対し、人工呼吸療法を実施する医療機関（睡眠時無呼吸症候群の患者に対する指導管理を除く）  
 ・医療機器の保守管理事業者、訪問看護ステーション等と連携して緊急時における患者の安全確保のための指導等を行う医療機関

#### 3) 対象となる在宅患者

難病法に規定されている指定難病又は東京都難病医療費助成対象疾病等にり患している在宅難病患者で、原則として申請日の属する年度の4月1日以降に在宅療養を開始した方。

ただし、前年度以前に在宅療養を開始した方についても、申請が認められる場合があるので、担当に問い合わせる。

#### 4) 補助対象物品（いずれか）

- ・自家発電装置（基準額 21万2,000円）
- ・無停電装置（基準額 4万1,100円）

この制度を利用し、主治医より自家発電装置などの貸与を受け、停電時の電力供給対策を取るようになる。発電機の貸与を受けたら、関係者で使用方法の確認、練習を行い、停電時に速やかに対応できることが重要である。

発電機は外部バッテリーの充電等に使用するが発電機を直接人工呼吸器につなぎ作動させることは推奨されていない。必ず主治医や人工呼吸器供給会社に使用方法の確認を行う。

使用に当たっては、発電機の出力、連続使用時間、また接続する機器の消費電力を確認し、余裕をもって発電機と接続することが大切である。

**【参考】** 発電機、消費電力に関する用語  
 VA（ボルトアンペア）：発電機から出力される電力  
 W（ワット）：使用機器で消費される電力  
 $電力(W) = 電圧(V) \times 電流(A)$  家庭用の電圧は一般的に100V  
 $1VA = 1W$  として考えることができる。

### その他

#### 東京電力パワーグリッド株式会社への患者情報登録

在宅人工呼吸器使用者のうち、東京電力パワーグリッド株式会社への登録を希望される方について、登録を行うことができる。登録した場合、停電の規模等の状況によるが、停電発生時には停電エリアに居住の登録者に対し停電の発生や復旧見込みの連絡が可能な範囲でなされる（電力の優先的な復旧や確保ではない）。

難病等で登録を希望される方には、保健所、保健センター等に相談するよう勧める。

#### その他の停電による影響

停電中に水道が使えなくなる場合もある。経管栄養食を温めること、薬を注入する際の白湯、洗浄に必要な水などの確保も重要となる。

夜間の停電では、暗い中での作業となるため、懐中電灯だけではなく、ランタンのように、吊り下げて周囲を明るくできるような明かりを用意しておくことも、安全に作業する上では大切である。

災害に対する備えは、日頃から、確認しておくことが重要である。チェックリストなどを活用し、漏れのないように備えておくことができるとよい。

#### 【資料】

- ・災害時個別支援計画：東京都福祉保健局ウェブサイト 難病ポータルサイト→パンフレット・都の刊行物
- ・在宅人工呼吸器使用難病患者非常用電源設備整備事業：東京都福祉保健局ウェブサイト 難病ポータルサイト→利用可能なサービス→在宅難病患者向け事業
- ・東京電力パワーグリッド株式会社への患者情報登録：東京都福祉保健局 災害時個別支援計画作成の手引き



要旨

認知症が進行する中、その人らしい生活を取り戻せるように本人を中心に家族の支援も伴走的に行う

Cさんは、会社員であった夫と結婚し、第一子をもうけた。専業主婦で、近隣との付き合いも大切に長年現在の地域で過ごしてきた。

1年前から、物忘れが目立つようになり、保険証や通帳の探し物が増えていった。同居の息子は、父親が亡くなってからCさんの世話を一人でしなければならぬと重責を感じており、物忘れに対しても「しっかりしてほし」といった想いから現実の直面化が十分にできないでいた。そのため息子は、Cさんの病状や今後の生活について、医療・福

祉関係者の意見や助言に対してイメージが持てず、また、認知症症状に対してのケアや日々の世話への負担感が強くあり、他者の支援に対して拒否的な面が見られていた。

支援の経過の中で、多職種がCさんらしさについて、本人を中心に、息子と共有することで、「現在必要とされている支援は何か」、「今後認知症の進行や状態変化に応じて必要とされる支援は何か」を共に考え、Cさんと息子が主体的に関われるよう多職種が連携してケアが進められている。

Cさんの情報



年齢 82歳  
性別 女性  
主疾患

高血圧症（50代より薬物療法）。アルツハイマー型認知症（××年8月確定診断、薬物療法



息子

開始)、降圧剤、認知症治療薬処方加療中。

生活状況（家族、職業等）

夫は10年前に心疾患による急死。長男54歳（未婚。日中就労）と同居。ほかに親族はいない。本人は、夫が建てたこの家で息子と暮らし続けたいと考えている。最近、忘れることが増えてきていることを心配している。長男は、仕事をしなければいけないので、母の面倒ばかりは見えていられないと感じている。

要介護度 要介護1



オール東京チーム（この事例に主に関わった職種）

在宅医 病院各専門職 地域包括支援センター（かかりつけ医） ケアマネジャー 訪問看護師 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 認知症ケアチーム 歯科衛生士



事例の概要

これまでの経過

Cさんは、戸建てに家族3人で暮らしていた。10年前、夫が急死し、その後Cさんは息子と二人で暮らしている。最近、認知機能の低下が目立つようになり、日常生活に支障が出現した。

昨年の夏に、以前より関わりのあった民生委員が「ここ数日、見かけない」と心配し、Cさん宅を訪ねてみると、「一昨日から何も食べていない」、「水分も取っていない」と分かった。民生委員は、地域包括支援センターへ相談し、センター職員と再度訪問した。

地域包括支援センターの職員は、Cさんの「お薬手帳」から近隣の診療所がかかりつけ医であることが分かったため、かかりつけ医へ電話で連絡し、現在の状態を相談した。かかりつけ医からは、「救急搬送したほうがよい」との助言があり、息子とは連絡が取れなかったが、すぐに救急車の

要請を行った。

搬送先の病院で診察の結果、脱水症状と診断され入院となった。夜になり、ようやく息子と連絡が取れ、入院までの経緯を説明するが、介護疲れのためか反応は淡々としていた。

その後も地域包括支援センター職員が息子や病院と連絡を取り合い、今後の在宅生活の準備に当たり、入院中に介護保険認定申請を行った。おおむね1か月後、認知症症状が評価され「要介護1」と認定された。

治療後、状態が安定し退院に至った。認知症による生活の支障や服薬管理の不十分な状況が見られ、在宅生活再開には様々な支援が必要と判断された。しかし、息子の認知症に関する理解や医療・介護サービスの利用手続に関する了解がスムーズにいかず、在宅介護の体制を整えることに難航した。

支援の経過

認知機能が低下し日常生活に支障が生じてからも、今まで地域の支援を受けることなく、息子の支えのみで生活を送っていた。

体調不良をきっかけに、以前から交流のあった民生委員により、地域包括支援センターの支援が開始された。

かかりつけ医と入院先の多職種による病診連携、在宅介護を支えるために様々な地域の支援がある中で、息子はCさんの認知症症状やサービスの利用の必要性を当初は理解できず、必要な支援が導入されなかった。

そのため、かかりつけ医がCさんと息子へカンファレンスを実施することを提案し、関係者が集まる中で認知症への理解やサービスの利用の期待や効果などを説明することで、息子の理解が深まり、Cさんを支えるための支援体制が整った。

その後、しばらくは在宅で医療・介護サービス等を利用しながら安定した生活を送っていた。今

年の春ごろ、Cさんが買い物に出掛けて帰ってこられないことがあった。時には警察に保護されて帰ってくるようになった。

息子からは「仕事をしなければいけないので、母の面倒ばかりは見えていられない」との介護負担・介護ストレスの訴えがあった。息子の介護力では現在の在宅介護に限界があると考えられた。そのため、緊急的に入所系サービスの利用（レスパイト）を提案し、介護老人保健施設の利用に至った。

入所後、しばらくするとCさんの様子も落ち着いた。Cさんから「夫が建てたあの家で息子と暮らしたい」と意向が聞かれたため、介護老人保健施設の支援チームと在宅の支援チームとの連携により、在宅介護の再開の調整を行った。

多職種間連携が実現することで、Cさんや息子も、「たくさんの人が支えてくれている」との実感があり、大きな不安なく自宅への退所に至り、息子との生活を再開した。



Cさん

## 支援のポイント1

介護サービスが開始される前の  
本人と息子の生活再建を目指した多職種連携リハビリ

脱水症状での入院後、退院前カンファレンスを行い、以前の生活で生じていた以下のような課題を院内チームと在宅支援チームで共有することができた。

## 退院前カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 息子	各専門職種担当者	地域包括支援センター ケアマネジャー 訪問看護師

- ・降圧剤の服薬の飲み忘れが多く、残薬がたまっていた。
- ・物忘れが顕著で、日常生活動作に声掛けや見守り、確認が必要であった。
- ・食べられない、脱水であった原因が摂食嚥下に関わる機能低下ではなかったか、サマリーでは摂食嚥下評価、口腔ケア、歯科治療の必要性についても指摘された。また認知機能の低下がみられるC

さんに対する食事の提供方法について息子へ理解を求める必要があった。

※注意した点として、本人や息子が理解しやすい言葉を用いることなどがガイドラインとされた。



その後、退院前カンファレンスの結果をかかりつけ医と改めて在宅支援チームで共有した。退院後は、認知症支援コーディネーターなど認知症アウトリーチチームと協働した訪問支援等により、地域の診診連携のシステムでスムーズにつながり、医療的支援が加わった。

それにともない、息子の認知症への理解度や本人の生活に必要なサービスの利用に対する認識について、診療所でカンファレンスを実施した。その結果、息子の理解が得られはじめ、服薬管理のための訪問看護、訪問薬剤師の支援が加わった。さらに在宅支援の活性化のために通所介護の開始となった。

## 支援のポイント2

要介護者の認知症症状により生じる介護者の課題への  
支援を目指した多職種連携

二人の生活は再開したが、認知症症状による「同じ話の繰り返し」や「ひどい物忘れ」により息子の介護ストレスが生じていた。息子は、介護のことを地域や会社で相談できずに一人で抱え込んでいた。

そんな中、通所介護の送迎時に息子の怒鳴る声が玄関外から聞かれ、Cさんからも「怒られてつらい」と話すことがあり、地域包括支援センターがCさんの権利を擁護するために関わるようになった。

information  
高齢者虐待の防止と対応 39頁参照

最近では、Cさんが朝の準備ができず、息子が通所介護に送り出せないことから当日キャンセルと

なっていたことも分かった。

息子からは、「イライラする」、「仕事に集中できない」との訴えが聞かれ、地域包括支援センターとケアマネジャーらが協働して介護・世話の工夫や認知症症状への対応を伝えていくこととなった。

また、地域にあった「男性介護者の会」に息子を誘い出した。ケアマネジャーと一緒にいくことで、認知症の人を介護するつらさや仕事との両立について、参加していたピアサポーターに相談することができた。毎回ではないものの、息子自身が時間をつくり、次第に一人で通うようになった。

## 支援のポイント3

本人に必要な介護環境を整えるために、  
在宅から施設等へ移行する際の多職種連携

通所介護の利用後に「買い物に出掛ける」と言って出掛け、帰ってこられず、警察に保護されることが生じた。息子の仕事に警察から携帯に連絡が入り、初めは息子が迎えに行っていたが、「毎回警察に駆けつけられない」、「仕事にならない」、「仕事を辞めなければならないのか」と悲観的になり、警察に迎えに行かない事態が発生した。

最近、Cさんも不穏になることが増え、介護の手間も増えてきていた。

ケアマネジャーは地域包括支援センターへ相談し、本人と息子からそれぞれ話を聞き、本人からは「（施設に）泊まってもいい」と聞き取ることができた。息子からは「介護施設を利用する

ことで（Cさんと）少し離れることができるのなら」との意向が聞かれたため、緊急的にショートステイの手配を介護老人保健施設に取ることにした。

これまでの在宅生活に関する詳細な情報を、在宅支援チームから施設支援チームに申し送りを行った。本人が施設生活で体験する急な生活の変化に対しては、施設に入所後も在宅支援チームとして地域包括支援センター職員とケアマネジャーが施設への面会を実施した。在宅に残る息子の気持ちの整理に対しても、地域包括支援センター職員が電話連絡を続けるなど関わりを継続した。その結果、施設での生活が落ち着きはじめ、息子の気持ちや孤立感も改善されていった。

## コラム

## 「徘徊」という言葉を使わない動きがある

認知症高齢者の症状として「徘徊」という言葉が使われてきたが、「徘徊」とは「目的もなく、うろうろと歩きまわること」（大辞林）、「どこともなく歩きまわること」（広辞苑）とある。しかし、認知症の人は目的があり外出をしているが、道が分からなくなったり、帰り方が分からなくなったり、目的が分からなくなる状態といえることから、「徘徊」という言葉は不適当といえる。実際に、「徘徊」の言い換えとして、「ひとり歩き」、「道に迷う」等とされている。

認知症と診断された本人が、政策提言などに取り組む「日本認知症本人ワーキンググループ」では、2016年に公表した「本人からの提案」で、「私たちは、自分なりの理由や目的があって外に出掛ける」、「外出を過剰に危険視して監視や制止をしないで」などと訴えている。

各地域では、「安心して外出できる」、「迷ってもいい」等をキーワードに地域包括支援センターや地域住民等が、認知症の人が安心して外出できる取組を模擬訓練として取り組むところ

が増えている。

そのほか、認知症の人が道に迷ったときや帰ってくるのが遅いときに探す方法として、GPSやアプリ（みまもりあい）等を使った区市町村独自の施策等もあるので参照されたい。

また、東京都では「認知症サポーター養成講座」の実施や各地域で「認知症サポーターフォローアップ講座」等が行われており、地域のサポーター育成に取り組むほか、「認知症カフェ」など介護者の支援としての場や認知症の人の当事者の活動の場など様々な取組が各地で展開されている。

（例：男性介護者と支援者の全国ネットワーク <https://dansei-kaigo.jp/> / とうきょう認知症ナビ [https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/)）

地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」の取組が2019年度より開始しており、近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行っている。この取組では、認知症の人もメンバーとして参加している。

支援のポイント4

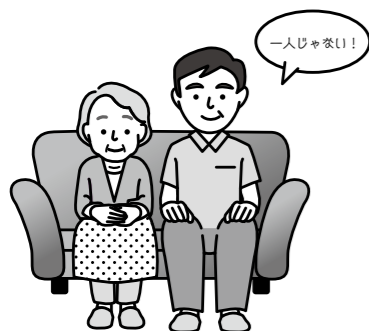
一時的な施設入所から在宅介護再開に向けて、施設・在宅チームの多職種連携

介護老人保健施設に入所し、安定して過ごしていたが、「家に帰りたい」と頻りに聞かれるようになった。そのため、Cさんが話しやすい人と話しやすい環境の中で本人の意向を確認したところ「夫が建てたあの家で息子と暮らしたい」との意思を引き出し、確認することができた。

息子へは、在宅支援チームの関わりが継続されていた。孤立した介護環境が解消され「ショートステイを利用しながら、自分の時間が取れるなら」とCさんが帰ってくることにに対して息子の前向きな発言

があった。

その中で、施設支援チームと在宅支援チームとのカンファレンスを通じて、日常生活における必要な介護や今後起こり得る課題などが共有され、ケアプランに盛り込まれ、在宅介護を再開する流れとなった。外に出掛けてしまい帰ってこられなくなる可能性についても十分に検討がなされた。警察との連携や民生委員などの地域の力も見守るネットワークとして、協力体制が整い退所に至ることができた。



高齢者虐待の防止と対応

家族等による高齢者に対する不適切な扱いは、人権・権利を侵害する行為と規定されており、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）」により禁止されており、その防止や高齢者の保護、養護者の支援等は区市町村の責務において行うとされている。

また、高齢者虐待防止法では保健・医療・福祉関係者の責務として、早期発見努力義務（同法第5条第1項）や通報義務（同法第7条・第21条）、区市町村の施策への協力義務（同法第5条第2項）が規定されている。

虐待の有無や緊急性の判断、対応についての協議は区市町村の役割であり、区市町村が判断を行う際の必要な調査や情報収集における情報提供など、関係機関の協力が不可欠である。

高齢者虐待対応における個人情報取扱いについては、個人情報保護法の例外規定に該当すると解釈されており、守秘義務等を根拠に通報や協力を拒むことは想定していない。

高齢者虐待対応については、区市町村から地域包括支援センター等へ事務の委託が可能となっており、地域包括支援センターの三職種（社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師等）が中核的な役割を担っている。

高齢者虐待防止法では、虐待の有無の判断に、高齢者本人や養護者の自覚を問うておらず、結果的に

高齢者の権利が侵害されている状態を『虐待』としている。詳しくは、以下の具体的な例を参照。

市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について（平成30年3月改訂）厚生労働省老健局 | 高齢者虐待防止の基本、養護者による高齢者虐待類型（例） <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000200478.html>

また、高齢者虐待防止法では虐待に至ってしまった養護者への支援についても規定されており、養護者を含む家族全体に対して多職種連携による支援を行っていく視点が重要である。養護者自身の抱える課題にも着目して、対応が可能な適切な機関につなぎ、支援が開始されるように働きかけを行っていく。

高齢者への支援と養護者への支援を行う際、高齢者と養護者の利害が対立してしまい、虐待が発生した背景や要因への根本的な課題の解決が困難となることも多いことから、高齢者への支援と養護者への支援は、それぞれ別の職員やチームが役割を分担して行う等、チームアプローチとして対応することが想定されている。

虐待を受けた高齢者が、安心して安定した生活が送れるようになるまで、高齢者の権利擁護を理念とする切れ目のない支援体制が必要である。

【資料】「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」厚生労働省老健局（平成30年3月）

認知症の人への食支援

認知症による摂食障害は、以下のような問題が起こる。

- ① 記憶障害：食べたことを忘れる、食べる行為、食べ方が分からなくなる。
- ② 失認：食べ物を食べ物だと認識できない。
- ③ 失行：食具の使い方が分からない。
- ④ 注意障害：食事に集中できない。
- ⑤ 視空間認識障害：口と食具の位置関係がうまく調節できない。
- ⑥ 幻視：食べ物に虫が入っているように見える。
- ⑦ 脱抑制：早食、ほかの人のものを食べてしま

- ⑧ 常同行動：いつも同じ食べ物を同じ時間に食べる。
- ⑨ 失語：言葉のコミュニケーションがとりにくい（言語の理解や表現の障害による）。

【資料】「認知症高齢者への食支援と口腔ケア」編著 平野浩彦 株）ワールドプランニング

前記のほかにも周囲の様々な物事に混乱し、異食、手づかみ食、食事の立ち去り行動などがみられることがある。

このように、認知症が進行するとともに用意され

た食事を通常の食事の流れで摂取することが困難になる。さらに日常的な介護者は、食事の問題が義歯や口腔内の違和感、口腔機能に問題があると気づきにくい。

食事の用意があっても、自立した食事が困難になっていく様子を家族とともにそこに関わる多職種が気づき、必要な支援が何であるかという情報の共有が必要である。

### 🍷 摂食嚥下障害の危険信号をキャッチしよう

- ① 食事時間・食べ方の変化
- ② 食べ物の好みの変化
- ③ 食事中むせる
- ④ 食後に咳が出る
- ⑤ 咽頭違和感・食物残留感
- ⑥ 食後声が変わる
- ⑦ 食後痰が出る
- ⑧ 食欲低下

**摂食嚥下障害が進むと**  
誤嚥性肺炎などの呼吸器感染の原因になる  
低栄養・脱水などの原因になる  
食べる楽しみが失われる  
これらにより心身状態が悪化し、ますます食べられない悪循環に陥る

- ⑨ 体重減少
- ⑩ 食事中疲れる
- ⑪ 食べ残しが増えた
- ⑫ 食後口の中にたくさん食べかすが残る
- ⑬ 発熱や肺炎を繰り返す

### どこに問題があるのか知ろう・どんな支援をすればいいか考えよう

- 冷蔵庫にたくさんの食材を用意しても、扉を開けることを忘れてしまう。
- たくさんの食事の中から、食べたい物を選択できない。
- 適正な量を判断できない。
- いつ食べていいのか分からない。
- 何を使って食べればいいのか分からない。
- 義歯が痛い・合っていないで噛めない。
- 歯が揺れていてうまく噛めない。
- 食形態が口腔機能と合っておらず食べづらい・飲み込みづらい。

## 介護老人保健施設の入所及び短期入所療養介護について

### 入所

介護保険において施設給付と在宅給付があり、入所は施設給付となる。

利用は各施設に直接申し込む。介護老人保健施設では、様々な専門技術を持ったスタッフ（医師、看護、介護、リハ、栄養、薬剤、歯科、ケアマネジャー、支援相談員などの各職種）が垣根を越えてチームで多角的な面で高齢者をサポートできる体制がある。

入所し、ケアプランを作成し、リハビリを実施し、家へ帰る目的を持つ。その中で日常生活を支えている、日常生活の中でもリハビリテーションを組み込んでいる。

入所中に、施設医師が在宅かかりつけ医師と連携を取り、現在服用している薬剤を調整する機能も持っている。施設内で行われるリハビリには、身体機能に着目したリハビリや認知機能低下に対してアプローチをかけるリハビリがあり、入所される方の目的に合わせて適切なリハビリプログラムが提供される。

退所が決まれば、在宅の担当者を交えた会議を行い在宅での生活へスムーズに移行できるように施設内でのアセスメントした状況を伝え、ケアプラン作成の一助を担う。

施設類型としては、在宅復帰超強化型、在宅復帰強化型、加算型、基本型、その他の5類型となっており、2017年6月改正介護保険法で、介護老人保健施設は在宅支援施設と明記されている。

医療的な対応もできるが、施設によって受入範囲が異なる。

### 短期入所療養介護(ショートステイ)

短期入所療養介護は、在宅給付で施設給付とは異なり、ケアマネジャーのケアプランが元になる。ケアプランの内容でレスパイトでの利用も可能である。介護老人福祉施設の短期入所生活介護と異なる部分は、短期入所中にリハビリができることにある。

リハビリの内容は、個々の目標に合わせて退所後の

生活を維持できるようにリハビリテーションプログラムが構成される。日常生活は、入所と同様である。

介護老人保健施設ショートステイは、空床利用を実施している施設が多い。事前の予約で利用される。しかし、緊急の利用も空床がある場合があるため、確認することが有効である。

東京都老人保健施設協会では、平成31年4月に東京都の後援を受け、東京都介護支援専門員研究協

## 介護老人保健施設におけるリハビリテーションについて

病院で行われるリハビリテーションは「身体機能の回復」が主な目的となるが、介護老人保健施設でのリハビリテーションは「在宅復帰」を目指した支援が目的となり、「維持期（生活期リハビリテーション）」と呼ばれている。

### 理学療法士の役割

理学療法士は、生活をする上で必要な基本動作能力に着目したリハビリテーションを展開している。生活期リハビリテーションにおいて理学療法士は、適切な身体機能面の評価のもとに予後予測を行い、機能訓練だけではなく、機能的改善が見込めない部分については、動作方法の指導や環境調整により、基本動作から日常生活が送りやすくなるような支援を行っている。また、基本動作に介助が必要な場合には、家族や介護者に対して介助方法の指導などを行い、在宅生活において介助者の介護負担の軽減を図る役割もある。

### 作業療法士の役割

作業療法士は、利用者が自宅で生活ができるよう日常生活動作（ADL）に着目したリハビリテーションを展開しており、例えば、障害により衣服の着脱や食事の動作が難しくなっている方に、残存機能を活かした着脱の仕方や箸の使い方を練習するなど、利用者の生活に密着した訓練を実施している。さらに、単にADLの獲得にとどまることなく“生きがい”や“趣味”なども再び行えるよう必要な訓練を行い、その人がより豊かに暮らすためのリハビリテーショ

議会、東京都医療社会事業協会と協働し、東京都老人保健施設協会ホームページ内にショートステイ空床情報検索システムを立ち上げた。加入している各施設が空床情報を入力しリアルタイムで空床が分かるシステムとなっている。

【資料】  
東京都老人保健施設協会 <https://www.roken-tokyo.or.jp/>

ンを行っている。  
また、作業療法の特徴の一つとして、“手作業”や“園芸”、“カラオケ”、“散歩”、“レクリエーション”などの趣味的活動もリハビリテーションに用いており、訓練の要素だけでなく施設における利用者の楽しみの時間、対人交流の場にもなっている。これらは同時に、認知機能への働き掛けや、個々の自尊心を取り戻し不安の緩和にも効果を示しており、BPSD（周辺症状）の軽減にもつながっている。  
つまり作業療法士は、認知症のリハビリテーションという役割も担っており、必要に応じて、認知症予防を目的とした学習療法やレクリエーション、認知機能維持のため回想療法やリアリティ・オリエンテーション（現実見当識訓練）、ナラティブセラピーなども用いている。

### 言語聴覚士の役割

言語聴覚士は、話す、聞く、食べることに関するリハビリテーションを展開している。  
介護老人保健施設の利用者の中で多いのは、失語症、構音障害、認知症、高次脳機能障害、難聴、摂食嚥下障害がある人で、これらを併せ持つこともある。本人の困っているそれぞれの機能に対し、いわゆる生活期リハビリテーションを行う。直接的な運動や言語機能の改善だけでなく、その方が地域で豊かな生活ができるように、その人なりの社会参加が行えるように援助することが必要である。  
コミュニケーションは少なくとも二人以上の間で交わされるものなので、コミュニケーションの相手や環境の整備も大切である。言語聴覚士は、その人

の周りに、よい「話し相手」を増やすことも目標としている。

ただし、言語聴覚士はまだ不足しており、どの施設にも所属しているわけではないので、都内でも介護老人保健施設で初めて言語聴覚士のサービス

を受ける人や、発症後、比較的短い間で介護老人保健施設のサービスを受ける人も少なくない。また、言語機能は改善に時間がかかることから、「回復期のリハ」の対応を続けることがまだ必要な方もいるのが現状である。

## 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）は、認知症（認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的で提供されるサービスである。

認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）の特長は、通所人数を絞り込み、担当スタッフを固定化することでよりきめ細やかな個別対応が可能となり認知症ケアで重要な「馴染みの人間関係」が構築しやすい環境となっている。この特性を活かし、通常の通所介護（デイサービス）では対応が難しい活発な行動・心理症状のあるケースや他者と馴染めないケースも本サービスに切り替えることで病的体験や不安・心配が軽減し、通所可能となることが期待される。

課題としては、利用する側にとっては一般のデイサービスより利用者負担額が増すこと、運営側にとっては認知症ケアの経験、研修受講の義務付けなど専門性の担保が求められることなどが障壁となり通所介護（デイサービス）と比較して、事業普及が伸び悩んでいる。

いずれにせよ、デイサービスをひとつくりせず、認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）の特性を正しく理解した上で、対象となる利用者を本サービスにつなげることが大切である。

### 認知症対応型通所介護の施設類型

単独型	特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、社会福祉施設又は特定施設に併設されていない事業所において実施
併設型	前記施設等に併設されている事業所において実施

共用型	認知症対応型共同生活介護事業所（認知症グループホーム）、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の食堂若しくは共同生活室を使用して実施
-----	--

※送迎サービスあり

### 認知症対応型通所介護の利用者

単独型・併設型	利用定員は12人以下
共用型	○介護保険の各サービスのいずれかについて3年以上実績を有している事業所・施設であることが要件 ○利用定員は、認知症対応型共同生活ユニットごとに以下のとおり ・地域密着型介護福祉施設等：事業所ごとに1日当たり3人以下 ・ユニット型地域密着型介護老人福祉施設：ユニットごとに入居者との合計が12人以下

### 認知症対応型通所介護の人員配置（単独型・併設型）

生活相談員（社会福祉士等）	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上（常勤換算方式）
看護職員（看護師・准看護師） 介護職員	単位ごとに専従で1以上＋サービス提供時間に応じて1以上（常勤換算方式）（看護職員については、必ずしも配置しなければならないものではない）
機能訓練指導者	1以上
管理者	厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

※共用型の場合

従業員数：認知症対応型共同生活介護事業所等の事業ごとに規定する従業員の員数を満たすために必要な数以上

管理者数：単独型・併設型と同様

### 【資料】

- ・第180回社会保障審議会介護給付費分科会（令和2年7月20日）
- ・住み慣れた街でいつまでも－認知症の人と家族にやさしいまち東京－

## 特別養護老人ホーム及び短期入所生活介護について

### 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

特別養護老人ホームは、介護保険制度において「指定介護老人福祉施設」として位置づけられている施設給付である。

入所の申込みは、各保険者により手段が異なっている。一般的には施設へ直接申込みを行うことが多いが、都市部等は各保険者が募集を一括して実施している場合がある。

申込みは、原則要介護3以上の利用者であるが、要介護1及び2の利用者がやむを得ない事情により、施設以外での生活が著しく困難であると認められた場合は、特例的に入所が認められる場合がある。

施設では、利用者自身の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医師、生活相談員、ケアマネジャー、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員が連携し、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話といった支援が提供される。

### 短期入所生活介護（ショートステイ）

短期入所生活介護は、介護保険制度において在宅給付として位置づけられている。

利用の申込みは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが利用者から利用の意向を確認し申込みを行う。利用日数の上限は0泊1日～29泊30日となっている。

施設での生活は、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。家族の療養上の休息、冠婚葬祭、旅行、家族の入院等の場合にも利用することができる。また、突発的なやむを得ない事由が発生した場合には、緊急時対応での利用も可能となっている。

### やむを得ない事由による介護サービスの利用について

利用者が居宅において、家族及び支援者による介護を受けることが困難と判断された場合、緊急及び一時的にショートステイを受けることができる。

なお、ショートステイ以外の一時対応としては、下記の支援でも対応が可能な場合が考えられる。

・宿泊施設を伴う通所介護及び地域密着型通所介護・訪問介護・通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護・介護老人保健施設や介護療養型医療施設によるレスパイト入院・養護老人ホームによる短期入所・小規模多機能型居宅介護・グループホーム等で実施している共用型デイサービス

### 【資料】

東京都社会福祉協議会 東京都高齢者福祉施設協議会  
<https://www.tcsww.tvac.or.jp/bukai/kourei/>

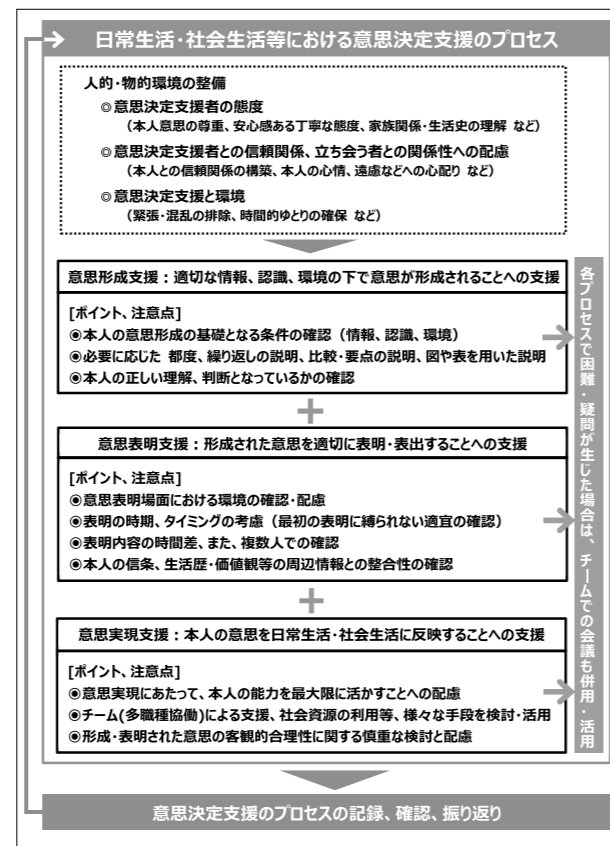
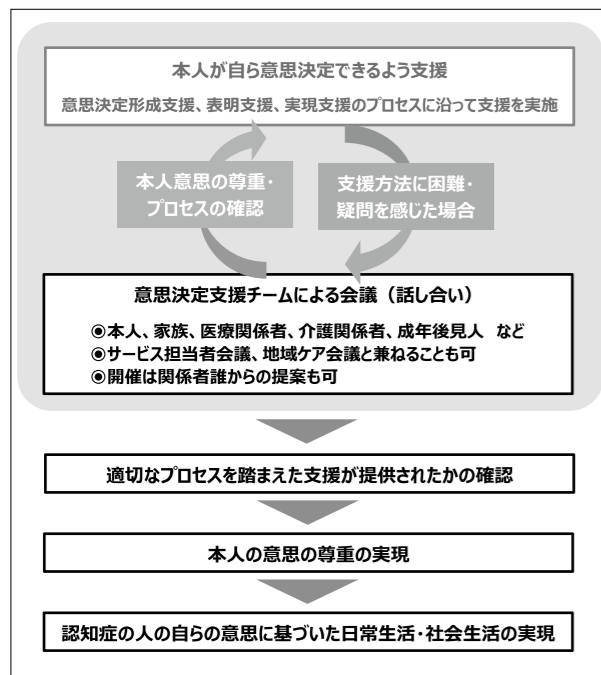
## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

ガイドラインは、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定に関わる人が、認知症の人の意思をできる限り丁寧にくみ取るために、認知症の人の意思決定を支援する標準的なプロセスや留意点を記載している。

また、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、

方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指している。

対象者を「認知症の人」とあるが、診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む人を支援するガイドラインである。



【資料】「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」厚生労働省（平成30年6月） <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

### Cさんの場合(例) 介護老人保健施設入所から在宅復帰に対する意思決定支援場面

Cさんが、介護老人保健施設に入所してから3か月が経過しようとしていた。

Cさんは、日頃関わるフロア担当の介護職員に「家に帰りたい」、「息子はどうしているかしら」、「あの家は夫が建ててくれた大切な家なの」、「家で暮らしたい」と話すことが増えていた。

息子は、見舞いには来ていたが、職員と一緒に話すことはなかったために、「Cさんが家に帰りたいと言っていること」を互いに共有はしていなかった。

Cさんの状態は、物忘れや同じ話の繰り返しは多いが、「家」の話や「息子」について話をするときはおおむね同じ意向の表明ができた。

同じフロアの入所者とも会話の食い違いはあるも、和やかに過ごしていることが多く、「息子」を心配する言葉が聞かれていた。

施設内では、Cさんの意向を息子さんや在宅の支援チームに伝えられる場をつくろうとの方針となり、Cさん、息子、施設からはフロア主任、担当介護職員、看護師、在宅支援チームからはケアマネジャー、通所介護事業所生活相談員、地域包括支援センター職員、民生委員、Cさんに馴染みのある関

係者が集まり、Cさんの意思決定支援に取り組む場の設定をした。

場面としては、Cさんが一番落ち着く場である自宅で行うこととし、施設から外出扱いで、場と時間についてCさんへ配慮した。

馴染みの人々がCさんの話を聞こうとする雰囲気や時間的ゆとりがある中で、「夫が建てたこの家で、息子と暮らしたい」という意向を聞くことができた。さらに、家に帰ったら日常生活をどのように過ごしたいかとの問いかけに、「息子に迷惑をかけたくない」、「忘れてしまうことが困るけど、息子の役に立ちたい」と具体的に聞き取ることができたことで、息子も「母のために皆さんに協力してもらい、介護にもう一度取り組んでみたい」との気持ちも関係者で確認することができた。

自宅で行った話し合い1回ですべてを聞き取ることができなかったため、次回以降は施設の相談室も活用しながら、回を重ねて繰り返しCさんの意思を確認していくことを関係者で共有した。

この会に参加ができなかった在宅医や施設の管理医師、リハビリ専門職等にもCさんの意向を伝え、それぞれの意見を聞き、その後の話し合いの時にCさんや関係者と共有した。

### コラム 介護職員について

介護に関わる職種は、サービス種別により「介護職員」、「訪問介護員（ホームヘルパー）」、「生活支援員」等、名称が様々。また、所持資格についても、介護・福祉分野の国家資格である介護福祉士のほか、実務者研修、初任者研修を修了して、実務についている人もいる。なお、介護福祉士の取得には、養成校ルートと実務経験ルートなどがある。

医療的ケアについては、介護保険法等一部改正法により、平成27年度以降は介護福祉士が

その業務として喀痰吸引等を行うことが可能となったため、介護福祉士養成施設の養成課程においても、医療的ケア（喀痰吸引等）に関する教育が行われている。なお、平成27年度以前の介護福祉士については、養成課程において医療的ケアに関する教育が行われていないため、医療的ケアの実施については喀痰吸引等研修の修了が必要となる。

詳細は、日本介護福祉士会ウェブサイト (<http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/index.php>)





要旨

長期入院から地域生活に移行した統合失調症患者をチームで支えていく

Dさんは22歳時に幻聴と被害妄想が認められ「統合失調症」との診断を受け、以後、入退院を繰り返す。30代半ばごろ、症状が再燃し6回目の入院となって以来、父親との折り合いが悪く、退院先が決まらないまま15年間に及ぶ長期入院となる。その後、父親の死去を契機に自宅退院（75歳の母親と同居）に向けた支援が開始され退院となる。定期受診、精神科訪問看護、精神科デイケア（以下、デイケア）で支援を行い、症状はしばらく安定していたが、母親の急死をきっかけに、自宅にひきこも

る状態が続く。訪問の際に病的体験に影響された言動が目立ったため再び入院となる。2か月の入院治療を経て再び地域生活に戻るも、本人の不安は解消されておらず、再発の可能性があるため、精神科訪問看護、デイケアでの継続支援となる。今後は単身生活となるため自立生活援助を重視した支援も加えている。しかしながら、地域から寄せられるDさんに対する偏見もあり今後も再発の可能性が否めない状況が続いている。

Dさんの情報



年齢 53歳

性別 男性

主疾患

統合失調症、脂質異常症



母親（支援の途中で他界）

生活状況（家族、職業等）

独居。（支援の途中で母他界。）ほかに親族はいない。  
障害年金2級。  
現在、精神科デイケアを利用。就労は行っていない。



オール東京チーム（この事例に主に関わった職種）



事例の概要

これまでの経過

15年間の入院生活

22歳時に、職場で突然大声で叫ぶようになり、幻聴と被害妄想が認められたため入院。以後、入退院を繰り返す。

30歳以降は、退院しデイケアを利用しながら自宅両親と共に生活。症状も安定していたが、30代半ばごろに、父親とのささいな口論をきっかけに被害妄想が再燃し、6回目の入院（医療保護入院）となる。

入院治療で寛解に至るも、父親から「彼の精神病は治らない」、「世間に迷惑をかけるようなら一生入院させて欲しい」との強い意向がある。その後も父親との折り合いが悪く、退院先がなかなか決まらないまま15年間に及ぶ長期的な入院となる。

母親との同居生活

3年前（当時50歳）、父親の死去を契機に本人と母親から退院希望がある。多職種チームで退院支援を開始し、半年後に自宅退院、75歳の母親と同居生活となる。退院後は、定期受診、精神科訪問看護指導、デイケアで支援。本人の症状も安定したままで母親との地域生活も継続できている。

短時間労働の開始

退院から5か月经過したころ、デイケアスタッフに紹介され、支援者に相談することなく自己判断で短時間労働を開始する（週3回午前中のみ清掃業務）。後日、デイケアスタッフ（看護師、作業療法士）に「母親が『近所の目もあるからちゃんと働いてくれないと』としつこく言うから」、「仕事自体はきつくないし。そろそろ働かないと一人前じゃないしね」と説明している。

2か月後の定期受診時には病院精神科医師（主治医）に対し「効率が悪い、とか強く言われて。ちょっとしたトラブルはあるけど、我慢している。ちゃんと働かないと恥ずかしいから」、「薬の副作用で手が震えるから仕事がうまくいかないことがある」と話している。



Dさん

その後、デイケアの欠席が目立ち始め、欠席連絡時には「仕事で疲れてるから……。デイケアがある日もずっと寝ているんだ」と説明している。

就労開始から6か月经過したころ、デイケア参加時に「仕事は辞めたんだ」とスタッフに伝えてくる。「何度やっても仕事がとろい、とかうるさいし。上手に働けなくなったよ」、「精神病だしね。いろいろと嫌われちゃうね」など話しており、結果として短時間労働は継続できず失敗体験に終わってしまう。しかし、再燃することはなく再度デイケアへの定期参加もできるようになったためこのまま経過観察となる。

母親の死が契機となり再発

症状も安定していたが、半年後に母親が急死。1週間の欠席後にデイケアに参加。その際に、将来に対する不安の頻回な訴えや、独語がみられ、また他のデイケア参加者との交流もなくひとりでの連続した喫煙が目立つ。

翌日よりデイケアの無断欠席が続き、4週間後に予定していた定期受診日にも来院しなかったため、デイケア看護師、訪問看護師が自宅訪問を行う。部屋の中はごみで散らかっており、たばこの吸い殻も溜まったままの状態。体臭がきつく入浴や整容も行っていない様子。また「薬は飲んでい」と言うものの残薬が多くある。「ごみを出す時に、隣の奴がすごい目つきで俺を見ている。ごみを出すのも怖い」、「近所の奴らが交代で俺を監視しているんだ」と話し、この1か月間は自宅にひきこもっていたとのこと。

また、全ての窓のカーテンは閉められ、窓枠もガムテープで目張りし塞がれた状態。「近所の奴らが隙間から電波で俺の頭をぐちゃぐちゃにしてくるから」、「ご飯なんか食べなくても宇宙のエネルギーを蓄えているから問題ないんだよ」等と興奮気味に話しており、病的体験に影響された発言が目立ったため、このまま受診するように促す。本人は拒否するが、「デイケア参加者も心配しているから。顔だけ見せに行こう」との声掛けに渋々同行し来院に至る。

診察室に通すと「みんなに顔を見せるだけって言ったのに、なんで先生と話さなきゃいけない



だ、「どうせ精神病なのでみんなにバカにされる。俺のことをみんなで毎日監視しやがって」、「このまま飢え死にするのもいい。死んだほうがマシだ。母親も死んで、今度は俺の番だ」など叫び始め、次第に興奮状態になる。

## 再入院とその後の地域支援

入院治療を勧めるも「絶対に入院は嫌だ。俺は悪くない。今度こそ、一生出られなくなる」と本人は入院治療を強く拒む。本人の同意が得られなかったものの、希死念慮、病的体験に影響された言動があり、精神運動興奮状態となったため、病院精神科医師（主治医）の判断で症状の安定化を目的に“医療保護入院”となる。

薬物療法を中心とした入院治療を開始。次第に

## 支援の経過

### 長期間に及ぶ社会的入院から退院に向けた支援

本人・母親からの退院希望を受け、多職種チーム（病院精神科医師（主治医）、看護師、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士、管理栄養士）による退院支援（地域移行支援）を行ったが、長期に及ぶ入院生活の影響で、「長く入院していたから外の生活ができるか心配」、「自分にはやっぱり退院は無理なのかも」、「精神病なのに病院以外で生きていけるのか」など強い不安が伺えたため、平行してピアサポーターを介入させ不安の抽出を行った。

そこで抽出された内容に基づき、日常生活動作（ADL）・手段的日常生活動作（IADL）面だけの支援にとどまらず、看護師、作業療法士が中心となり社会生活技能訓練（SST）を用いた“ヘルプサインの出し方”などの具体的な訓練や、WRAPを用いたストレスマネジメント支援を行い不安の解消につなげた。

また、退院前訪問看護指導や、退院後に参加する予定のデイケアへのトライアル利用を実施し、退院に向けたイメージづくりも行った。

information  
精神科で用いられる心理社会的療法 54頁参照

言動も落ち着き、翌月には“任意入院”に切り替わり、2か月の入院治療を経て退院となる。

地域生活に戻るも、本人より「母親もいなくなり一人で生活できるか不安」、「世間の目もあるから早く仕事に就きたい」と不安や焦燥感の訴えがある。再発の可能性もあるため、再度、デイケア（週2回）、精神科訪問看護指導（週3回）での継続支援となる。

また地域住民から「精神病院に長く入った人が帰ってきた。何かあったらどうするんだ」、「精神障害者が一人暮らしをしているが大丈夫か?」、「安心して暮らせない」等の不安の声も保健所に寄せられている。

information  
精神保健医療福祉分野における「保健所等」の役割について 58頁参照

### 再発を予防し、地域生活を継続するための支援

退院後は、病院精神科医師（主治医）の定期診察での病状や体調の確認、精神科訪問看護指導（週2回）での服薬状況や生活面の確認、またデイケア（週3回）で生活リズムや活動性の維持、社会交流の機会を提供することで再発予防を図り、母親との生活を支えた。心配事なども訪問看護師やデイケアスタッフ（看護師、作業療法士）に開示できており、半年後には訪問看護指導を終了し、定期受診とデイケアでの支援となった。

その後、短時間労働を自己判断で開始したがうまくいかず、失敗体験を残したままとなるが、再燃することなく地域生活を継続。再度デイケアへの定期参加もできるようになったためこのまま経過観察するにとどまった。

### 再発時の対応

母親の急死後、定期受診やデイケアへの無断欠席が続き、ひきこもり状態になったため、看護師が自宅訪問し受診を促した。

受診時に病的体験に影響された言動が目立ち興奮状態となったため、病院精神科医師（主治医）の判断で症状の安定、生活の立て直しを目的に医療保護入院とした。薬物療法を中心とした治療で



症状が軽快。この入院治療により、症状の安定化のみならず、生活を立て直す契機、母親の死去に対するグリーフケアの期間にもなった。

### 再発を予防し、単身生活を安定させる支援

## 支援のポイント1

### 長期間に及ぶ社会的入院から退院へ向けた支援

病院精神科医師（主治医）、看護師、作業療法士が中心となり日常生活動作（ADL）・手段的日常生活動作（IADL）の指導、薬剤師が服薬管理指導、管理栄養士が栄養指導を行った。また看護師、作業療法士が退院前訪問看護指導を実施し、自宅生活のアセスメントを事前に行い、交通機関の利用訓練など具体的な指導を行った。

退院が具体的になるにつれ、長期入院による影響から、地域生活に移行する不安が強くなった。そのため、専門スタッフの支援のみならずピアサポーターに介入してもらい、同じ立場からの気持ちの共有を図り、本人の不安を抽出することができた。その内容を踏まえ、ADL・IADLといった基本的な支援だけでなく、ヘルプサインの伝え方やストレスマネジメントなど本人の不安に対応した具体的な支援ができた。

しかしながら、服薬に関しては自己管理を目指した支援にとどまっていた。

統合失調症患者は、服薬により症状をコントロールできている。安定した対人関係の築きや、生活維

退院後は再度、定期受診、デイケア、精神科訪問看護指導の支援を実施した。

今回の精神科訪問看護指導では、看護師と作業療法士の複数名の体制で、生活全般（スケジュールの確認、片付けやごみ出し、金銭管理、食事内容、整容など）の訪問指導も併せて実施し、単身生活の支援を開始した。

持のためには服薬遵守されることが必須である。そのため、服薬管理にとどまることなく、病院精神科医師（主治医）、薬剤師が中心となって服薬の効果や必要性など服薬に関する「心理教育」を十分に行う必要があった。

また、統合失調症患者の多くは、整容に意識が向いていない場合が多く、口腔ケアがおざなりになっているケースが多い。例えば“ポテトチップスとコーラの食生活”といった極端な偏食に陥っている患者も散見される。そこで、管理栄養士による栄養指導や、歯科衛生士による口腔ケアの指導の実施も重要となる。

退院後の地域生活においても、定期的に訪問指導やデイケアでの指導が必要であった。

さらに、退院時は任意入院であったため、入院中の退院後生活環境相談員の選任等は必須ではないが、精神保健福祉士が中心となり、円滑に地域生活に移行できるよう相談支援事業等の地域援助事業者と連携を取り、支援者の幅を広げておく必要があった。

### コラム ピアサポーター

ピアとは“仲間”という意味であり、障害のある人が自身の体験に基づき、ほかの障害のある人に対し同じ“仲間”として、「悩み事などの相談に乗る」、「共に問題解決に向けて支援する」、「社会への参加や地域交流等を支援する」

等の活動（ピアサポート）を行う人を指す。

障害を持ちながらも生き生きと地域で活動しているピアサポーターの姿や、同じ障害を持つ立場からの現実的な言葉掛けは、長期入院患者の退院に対する不安の軽減に効果があるとされる。また、当事者の目線に立った支援が行われる等の効果が期待されている。

## 支援のポイント2

## 再発を予防し、地域生活を継続するための支援

定期受診時に病院精神科医師（主治医）が病状や体調を確認。デイケアで看護師、作業療法士が生活リズムを整え、活動性を維持し、他者との交流機会を提供し自宅にひきこもりがちなように支援した。また、精神科訪問看護では、生活面や服薬の確認のみならず母親のメンタルサポートも含めて支援した。

information  
▶精神科疾患を持った方への在宅を支えるための精神科訪問看護の役割 59頁参照

再入院治療後の地域支援時には、単身生活になったこともあり、精神科訪問看護を看護師と作業療法士の複数名訪問に切り替え、生活スケジュールの確認、片付けやごみ出し、金銭管理、食事内容の確認、整容など生活全般についての指導も行った。

しかしながら、支援者が同じ病院のスタッフで構成され、限られたサポート体制になっていた。特に夜間の対応が全く整っていない状態であった。地域定着支援事業を利用し、夜間等も含む緊急時における連絡・相談等のサポート体制が必要ではなかった

## 支援のポイント3

## 就労に向けた支援

本人が支援者に相談なく短時間就労を始めた際は、本人の意向を尊重し、経過観察にとどまっていた。しかしながら、就労による疲労からデイケアへの参加回数も減り、その後は仕事も辞めてしまい、本人の失敗体験のみが残る結果となってしまった。

定期的に利用していたデイケアの中で、不安や悩みをデイケア参加者とスタッフで共有できるミーティングプログラム等を行い、本人の思いを積極的に抽出すべきであった。

また、かつて就労経験があるとはいえ、病状や認知機能障害による影響や、長期入院による社会性の欠如などが予測された。就労に向けて焦る気持ちは考慮しつつも、作業療法士による作業特性のアセスメントを適切に行った上で、支援サービスの活用を

か。

また、すでに母親が高齢であったため、長期的視点でのプランが必要であった。近い将来、介護保険への切替え時には、現在の支援チームから介護保険チームへの移行がある。統合失調症患者は環境の変化に対する脆弱性があるため、本人の混乱が予測される。この時点で、精神科訪問看護指導も同じ院内の訪問看護部門からでなく、ケアマネジャーが介入し地域の訪問看護ステーション（精神科訪問看護基本療養費の届出要件を満たしているもの）に移行しておけば、余裕を持った関係づくりも可能になる。院内の訪問看護部門で対応した場合でも、現時点から、地域包括支援センターへこれまでの経過を踏まえた十分な情報伝達がなされるべきであった。

さらに他の支援方法として、退院後の生活を支援するため、障害者総合支援法に基づく支援サービス（障害者支援区分）のうち自立生活援助の活用も可能であった（2018年4月よりサービス実施）。高齢化に伴い予防的に理学療法士による運動機能の維持も必要であったと考えられる。

提示したほうが本人への負担が少なくなったのではないか。

あるいは、障害者総合支援法に基づく支援サービス（障害者支援区分）のうち訓練等給付（就労継続支援、就労移行支援、就労定着支援）を活用する方法等もあった。この場合、職業指導員、生活支援員、就労支援員などの支援スタッフと関わりを持つことができるため、さらに支援者の幅も広げることが可能となる。ほかにも、ハローワークの障害者相談窓口で職業相談員（精神障害者雇用トータルサポーター）に相談したり、ジョブガイダンスに参加する等、就労に必要なことを捉えた上で、トライアル雇用を利用するといった方法等も提示する必要があった。

## 支援のポイント4

## 再発時の対応

母親が死去した際に、定期受診にも来ず自宅にひきこもり状態となったため、看護師が自宅訪問し受診に同行、本人の状態を把握し病院精神科医師（主治医）の判断で入院治療を行った。この判断により、症状の安定化、生活の立て直しの契機となった。本人にとっても母親が亡くなった精神的ダメージのケア（グリーンケア）も含めた、休息的な入院となった。

この場合、母親が死去した際に再燃することは予測されたが、支援の幅が狭く、本人からの申出がない限り母親死去の情報が入らない現状があった。早期に対応できれば再発を予防できた可能性も否めない。

今後は（母親の死去以後）、本人が全て判断し意思表出をすることとなる。疾患の特性を踏まえると、本人の意思決定が尊重され、権利擁護が適切に守られるか難しい現状がある。

福祉サービスの内容が理解できず、適切な支援が受けられないことも考えられる。本人の意思表出や権利行使が制限されないよう、成年後見制度の活用が必要であった。さらに、精神科病院では精神保健福祉法に基づく強制的な入院（本人の同意を必要としない入院）や行動制限が行われることがある。後

見人は本人に代わり「退院請求」、「処遇改善請求」を行うこともできるため、より本人が安心して治療を受けるためにも成年後見制度の利用を促すべきであった。

また、精神障害者に対する地域の正しい理解が乏しく、実際に保健所には地域住民からの苦情が集まっていた。しかしながら、病院へ情報提供があったが具体的な対応はなされなかった。本人が偏見の目にさらされたことで、就労を焦り、本人の地域生活での不安が増長され、再発要因の一つになったのではない。

精神障害に対する誤った偏見（差別・スティグマ）はいまだに根強い現状があり、このような目にさらされると自宅から出にくくなる。地域とのつながりが希薄になると、本人の孤立化が進みひきこもりの要因にもなる。保健所と連携し、地域の関係機関や地域住民への精神障害に対する正しい理解を普及啓発することも必要になってくる。

同時に、本人の内なる偏見により「世間の目もあるから働かない」と焦り、失敗体験を繰り返すと再発要因にもなる。デイケアでミーティングプログラム等を用い本人の思いを適切に抽出すべきであった。

## コラム ACT(包括的地域生活支援プログラム)

ACT: Assertive Community Treatment (包括的地域生活支援プログラム)とは、重度の精神障害を持った人であっても、住み慣れた地域社会の中で自分らしく安心して暮らせるよう、様々な職種の専門家から構成されたチームで包括的な「訪問型支援」を提供するケアマネジメントモデルの一つ。

○24時間365日体制でのオーダーメイド・サービスの提供

○精神科医・看護師・作業療法士・精神保健福祉

士などからなる多職種チームでの支援

○利用者の「生活している場」に直接赴く訪問（アウトリーチ）が支援活動の中心となる。

利用者に寄り添った地域生活支援ができるよう、医療・福祉・リハビリテーションなど多角的支援を用いて、集中的かつ包括的な支援体制となっている。

ただし、日本ではチームの運営のための経済的支援・制度の確立ができておらず、ACTチームが増えていない現状がある。実用的な支援体制の一つとして機能するまでに多くの課題が残されている。

## ひきこもりと精神障害

川崎市無差別児童殺傷事件や練馬区元農林水産事務次官長男殺害事件等ひきこもりに関連する不幸な事件が相次ぎ、8050問題を含めて「ひきこもり」イコール「社会悪的」なイメージがつくられてしまった。

「ひきこもり」は現代社会が生んだ憂慮すべき課題であり、本人のみに責任を転嫁する問題ではない。

### ひきこもりの状態とは

「ひきこもり」の定義は、社会参加（義務教育を含む就学、非常勤職員を含む就労、家庭外での交遊）を回避し、原則的には6か月以上にわたっておおむね家庭内にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出を除く）とされている。

その上でひきこもりの程度を、

- ① 趣味の用事の時だけ外出する。
- ② 近所のコンビニなどには出掛ける。
- ③ 自室からは出るが、家からは出ない。
- ④ 自室からほとんど出ない。

と分けた上で、

②～④の者を「狭義のひきこもり」、①の者を「準ひきこもり」とし、それらを合わせて「広義のひきこもり」としている。

平成27年12月の内閣府調査では15歳～39歳の広義のひきこもり者が54.1万人、狭義のひきこもり者は17.6万人、平成30年12月の調査では40歳～64歳の広義のひきこもり者が61.3万人、狭義のひきこもり者は36.5万人とされ、これらの調査結果から我が国の「ひきこもり」者はおおむね100万人前後と推測される。

定義上「ひきこもり」は非精神病性の状態（2010年厚生労働省ひきこもり支援ガイドライン）とされている。

実際には、適応障害、不安障害（社交不安障害、全般性不安障害、パニック障害）、気分障害、強迫性障害、パーソナリティ障害、統合失調症、対人恐怖、醜形恐怖、自己臭恐怖、自己視線恐怖、広汎性発達障害、注意欠陥・多動性障害（ADHD）、知的障害、学習障害等様々な精神疾患

が関与している場合が多い。

### 実態調査から見てきたこと

平成19年度厚生労働省自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査及び精神科診療所の社会参加サポート機能の強化に関する研究」（班長平川博之）から以下のような結果を得た。

- 1 精神科通院患者270万人のうち、半年以上就労、就学、通所、主な家事をしていないひきこもり状態の者は約50万人と推計された。
- 2 50万人のうち統合失調症は約17万人、気分障害が約14万人と推計された。
- 3 ひきこもり期間が5年以上が、統合失調症では約6割、気分障害では約4割に認められた。
- 4 統合失調症のひきこもり者の精神症状・生活障害の評価では、中度からやや重度の者が多かった。ただし、近隣への迷惑行為といった社会妨害行動は少なかった。
- 5 統合失調症のひきこもり者の70%が親（多くは高齢の親）と同居していた。一方、独居者は20%、配偶者・子と同居しているのは僅か6%に過ぎなかった。

本調査からも「ひきこもり」を「非精神病性」と「精神病性」に分けることにこだわらず、両にらみでしっかりと支援していく必要があると思われた。

ひきこもりに共通する心理としては、ひきこもり期間が長いほど本人の劣等感が強まり、同時に、途方もない思い上がりを持つ傾向がある。また、家族以外の者との接触を極端に怖がり、人に見下されることを強く恐れている。十年一日のごとく日々を過ごし、時々「荒れる」。荒れる時は、不安と恐怖と恨みにあふれている。多くの者が「親のせい」、「学校でのいじめのせい」でひきこもったといった他責的な物語を持っている。本人には社会に出て、他者と交流する自信がなく、恐怖のため自ら動き出すことはまれである。

ひきこもりに介入する際には、こういったひきこもり者の心理に即した介入、心理的・精神的支援が重要である。特に「見下された」と本人に思われな

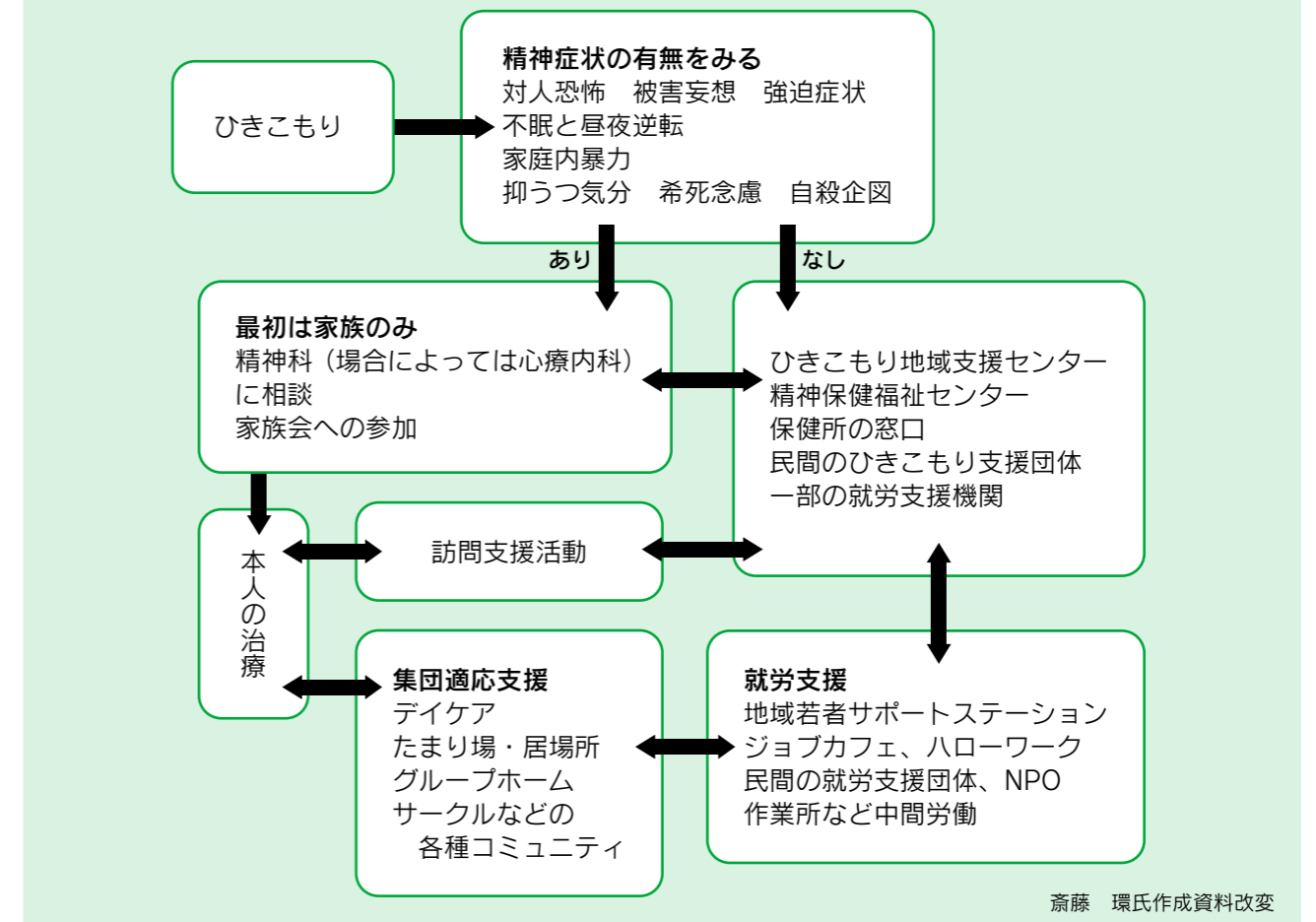
いようコンタクトの取り方には細心の注意・工夫を要する。突然の電話、手紙（置き手紙）は本人の反感反発を招きやすい。「将を射んと欲すれば先ず馬を射よ」ではないが、まずは家族相談等から始めることが成功しやすい。

家族が相談の様子を本人に伝え、それに対する本人の反応を見ながら次の展開を工夫する。できるだけ本人自ら相談に来るように。また、ひきこもっていた者がひきこもりから抜け出す過程で、強い不安状態やうつ状態、興奮等の精神症状を呈することが多い。その際は精神科的治療、支援が必要になる。

### （参考）ひきこもり地域支援センターの機能

- 1 ひきこもりに特化した第一次相談窓口（相談窓口の明確化）
- 2 ひきこもり支援コーディネーターが、ひきこもりの状態にある本人・家族からの電話・来所等による相談や家庭訪問を中心とした訪問支援を行うことにより、早期に適切な機関につなぐ（自立への支援）
- 3 関係機関との連携（包括的な支援体制の確保）
- 4 ひきこもりに関する普及、啓発（情報発信）

図表4 ひきこもり支援のフローチャート



## 精神科で用いられる心理社会的療法

「薬物療法」と併せて、精神療法、作業療法、心理教育、社会生活技能訓練（SST：Social Skills Training）といった「心理社会的療法（精神科リハビリテーション）」が当事者の回復や再発予防、QOL向上に効果を示している。

ほかにも、当事者を主体とした、元気回復行動プラン（WRAP：Wellness Recovery Action Plan）やピア・ミーティングなども積極的に取り入れられ始めている。

### 社会生活技能訓練（SST）とは

当事者の対人交流や社会生活における様々な問題を、生活技能の側面から抽出し、解決する技能を身につけるリハビリテーション技能の一つ。訓練では、ロールリハーサルやモデリングが活用されており、その訓練によって獲得された技能が実際の生活に般化されるよう、ホームワークの課題により生活の中での実践を促している。また、対人関係を中心とする社会生活技能のほか、「服薬自己管理」、「症状自己管理」などの疾病の自己管理技能に関わる方法も開発されている。

SSTは社会生活の上で様々な困難を抱える多くの方々の自己対処能力を高めることが期待され（エンパワメント）、当事者の自立を支援するためにこの方法が広く活用されることが期待されており、

1994年4月より「入院生活技能訓練療法」として診療報酬にも組み込まれている。

### 元気回復行動プラン（WRAP）とは

Wellness（元気）、Recovery（回復）、Action（行動）、Plan（プラン）の頭文字をとったもの。

WRAPは、日々の暮らしの中で、元気で豊かに生活すること、また気分を乱すような状況への気付きを高め、調子が悪くなったときにどのように対処あるいは援助を求めるのか、当事者自身が主体的にプランニングするものである。

- 元気な状態が維持されるような規則正しい生活習慣を作成する。
- 不快な気分や行動を把握し、気分が良くなるための行動プランを作成する。
- とても気分が悪く、自分自身で物事を決めることができない場合に、ほかの人に何をしたいかあらかじめ伝えておき、自分自身が安全でいられるようにする。

WRAPは、当事者が自分自身に合った対処の仕方によって症状を軽減したり、予防したりする実践プランであり、認知行動療法やSSTのような教育的・訓練的要素の強い手法とは大きく異なっている。

【資料】Mary Ellen Copeland (2011)『元気回復行動プラン WRAP』(久野恵理 訳) オフィス道具箱

## 精神保健福祉法における入院形態について

精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）に基づく入院形態には、本人の同意がある入院（任意入院）のみならず、本人の同意が得られなくても入院をさせることができる入院形態（措置入院、医療保護入院等）がある。

### 任意入院（法第20条）

【対象】入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】精神保健指定医の診察は不要

### 措置入院／緊急措置入院（法第29条／法第29条の2）

【対象】入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】精神保健指定医2人の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置（緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1人で足りるが、入院期間は72時間以内に制限される。）

### 医療保護入院（法第33条）

【対象】入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者

【要件等】精神保健指定医（又は特定医師）の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要（特定医師による診察の場合は12時間まで）

平成25年の精神保健福祉法改正により、医療保護入院者の退院促進措置として、精神科病院の管理者に以下の事項を義務付けている。

- ① 退院後生活環境相談員の選任<sup>(※)</sup>
- ② 地域援助事業者の紹介
- ③ 医療保護入院者退院支援委員会の設置

#### (※)「退院後生活環境相談員」について

退院後生活環境相談員の役割は、「個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たす」、「医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整や行政機関を含む院外の機関との調整に努める」とされている。

その業務内容は、以下のとおり。

#### 退院に向けた相談業務

・本人及び家族等からの相談や退院に向けた具体的

な取組の工程の相談等を積極的に行い、退院促進に努める。

・退院に向けた相談支援を行うに当たって、病院精神科医師（主治医）の指導を受けるとともに、その他本人の治療に関わる者との連携を図る。

#### 地域援助事業者等の紹介に関する業務

・本人及び家族等から紹介の希望があった場合等、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努める。

・地域援助事業者に限らず、本人の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や連絡調整を行い、退院後の環境調整に努める。

#### 退院調整に関する業務

・医療保護入院者退院支援委員会開催に向けた調整や運営の中心的役割を担う。

・居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整や、地域援助事業者等との連携等、円滑な地域生活への移行を図る。

### 応急入院（法第33条の7）

【対象】入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者

【要件等】精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に制限される（特定医師による診察の場合は12時間まで）。

【資料】厚生労働省社会・援護局 精神・障害保健課

## 成年後見制度について

成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害、発達障害などによって物事を判断する能力が十分でない方に対して、家庭裁判所に後見等の開始の申立てを行い、成年後見人等を選ぶことで、被後見人等の権利を守るため、法律的に支援する制度である。

本人の判断能力に応じて、「補助」、「保佐」、「後見」の三つの【法定後見制度】がある。

判断能力の考え方は、以下のとおり。

本人の判断能力	判断能力の考え方	類型
判断能力が不十分	支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある	補助類型
判断能力が著しく不十分	支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない	保佐類型
判断能力が欠けているのが通常の状態	支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない	後見類型

なお、「契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる」ときは、一般的には十分な判断能力があり、法定後見制度の利用の必要はないものと見込まれる。

その場合は、【任意後見制度】がある。本人が、十分に判断能力があるうちに、判断能力が低下した場合にあらかじめ自ら選んだ任意後見人に、代わりにしてもらいたいことを契約で定めるため、「任意後見契約」を公証人の作成する公正証書で結ぶものである。

本人の判断能力が低下した場合には、家庭裁判所に「任意後見監督人」を選ぶための申立てを行い、選任されてから任意後見契約の効力が生じる。

## 選任

成年後見人等は、家庭裁判所が本人にとって最も適任だと思われる親族等や第三者後見人（家庭裁判所に提出されている名簿：弁護士、司法書士、社会福祉士等）を選任する。

## 精神科における就労支援について

精神障害を抱える方への就労支援において、様々な事業や制度がある。またそれらの事業や制度以外にも、作業療法、精神科デイケアのプログラムにおいて、米国で開発された「IPS：Individual Placement and Support（個別就労支援プログラム）」等、就労支援モデルに基づく支援が実施されている。

ここでは、障害者総合支援法の就労支援事業及びハローワークの取組を一部紹介する。

## 障害者総合支援法における就労支援事業

訓練等給付の中にある事業には「就労移行支援事業」、「就労継続支援A型事業」、「就労継続支援B型事業」がある。

これらの事業にはサービス管理責任者のほかに、職業指導員、生活支援員、就労支援員などが配置されている。

また、これらの支援事業を利用して一般就労へ移行した場合、「就労定着支援事業」も利用できる。

## 職務

成年後見人等の職務は、財産管理（資産や負債、収入・支出の把握と管理）、身上の保護（生活全般に配慮し手続や契約等を行う）、家庭裁判所への報告（おおむね年1回定期的）等があり、その事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重（意思尊重義務）し、かつ、その心身状態及び生活の状況に配慮（身上配慮義務）しなければならないとされている（民法第858条）。

成年後見人等と医療・福祉・介護サービス事業者等の専門職との違いは、成年後見人等は関係者側のことを考えたり調整をしたりする役割ではなく、あくまでも本人側に立ち、本人の気持ちや利益を最大限に考え活動をする。その際、家庭裁判所で認められた範囲内で、最終的に本人の法的権限を代理する。

【資料】「成年後見制度－利用をお考えのあなたへ－」最高裁判所（平成30年10月）

## 就労移行支援事業

「一般企業」への移行を目指し、就労に必要な知識や能力を身につけるための訓練を行っている。原則として利用期限は2年で、利用開始時に65歳未満の者とされる。職業の適性や必要な課題を把握し、就労に必要な集中力や持続力、基礎的体力、作業遂行能力の向上を図る。

## 就労継続支援A型（雇用型）

一般企業への就労がうまくいかなかった障害者や、いずれ就労に向けて訓練したい障害者に対して支援を行っている。利用期限はないが、利用開始時に65歳未満でなければならないという制限がある。A型は雇用契約が結ばれるため、労働基準法などの関連労働法が適応されながら、生産活動を行う、といった訓練となる。

ここで就労に向けたスキルアップを図り一般就労に向けた支援も行われる。

## 就労継続支援B型（非雇用型）

就労移行支援事業や就労継続支援A型を含め、他のいろいろな就労支援を試したものの就労につな

らなかった方や、就労継続支援A型で就労していたが何らかの事情により継続が難しくなった方などが利用する。支援内容としては、他と同様に就労や生産活動の機会が提供され就労に向けた訓練も行われるが、雇用契約は結ばれず、また利用期限もない。

A型や一般企業へのステップアップを目指す方のみならず“社会とのつながりを持つため”、“居場所として利用したい”、“収入を得るのが目的ではなく、働くこと自体をしたい”など利用目的は様々である。

## 就労定着支援事業

就労定着支援の対象者は、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、生活介護、自立訓練のサービスを経て一般就労へ移行した方となる。就労定着支援では、障害者雇用枠での就労を含め、一般就労をしている障害のある方が働きやすくなるような手伝いを行っている。実際に働いてみると、それまでの生活とは違った悩みがいろいろと出てくることもある。「仕事でミスが多くて困っている」、「上司や同僚とうまくコミュニケーションが取れない」、「体調管理ができず、遅刻や欠勤が増えている」、「給料をきちんと管理できているか」など、就労上の問題解決を支え、また、障害のある方を取り巻く社会的資源に対しても必要な連絡調整やアドバイスを行っている。

具体的には、各事業所の担当者が月1回以上のペースで障害のある方と対面で話し、勤務先への訪問、医療機関や福祉機関との連携を図り、働きやすい環境へとつなげていく。利用期間は3年を上限としている。

## ハローワーク（公共職業安定所）で行われている就労支援

最近では精神障害を抱える方がハローワークを通じて就労するケースも増えてきている。

地域のハローワークにより内容は異なるが、取組の一部を紹介する。

## 精神障害者雇用トータルサポーター

精神保健福祉士、心理士等精神障害の専門的知識を有する者を「精神障害者雇用トータルサポーター」として職業相談、職業紹介等が行えるようハローワークの障害者相談窓口配置されている。

## 精神障害者雇用トータルサポーターの仕事

- ① 精神障害者等の求職者に対して精神症状に配慮したカウンセリング
- ② 就職準備プログラムの実施
- ③ 職場実習のコーディネート
- ④ 専門機関への誘導
- ⑤ 就職後のフォローアップ
- ⑥ 企業に対して精神障害者の雇用に関する意識啓発
- ⑦ 課題解決のための相談援助
- ⑧ 職場定着支援
- ⑨ 医療機関と企業の橋渡し
- ⑩ 先進事例の収集

## トライアル雇用

ハローワーク又は民間の職業紹介事業者等の紹介により、就職が困難な障害者等を一定期間雇用することにより、その適正や業務遂行の可能性を見極める機会としている。

事業者が、トライアル雇用で障害者等を受け入れることで、障害者雇用に取り組むきっかけとなり（相互理解）、常用雇用への移行を目指している（早期就職の実現と雇用機会の創出）。

障害者等にとっても実際に働きながら、その職場が自分に合っているかどうか確かめることができることは大きなメリットである。

【資料】杉本豊和・伊藤千尋・森谷康文 編（2018）『精神障害のある人と家族のための生活・医療・福祉制度のすべてQ&A第11版』萌文社

## 精神保健医療福祉分野における「保健所等」の役割について

保健所・保健センター等（以下「保健所等」という。）では、精神障害を抱えながら地域で生活している方、入院中の方、その家族、医療・福祉専門職の方など、すべての人を対象に保健師などの専門スタッフが支援等の活動を行っている。

また、精神障害を抱える方やその家族に対する個別の相談だけでなく地域の特性に応じて、家族や関係者を対象とした様々な事業活動等（講演会、家族会支援、専門グループ活動、各種調査及び会議等）も実施している。

保健所等は各地域にある公的な機関であり、期待される役割は非常に大きい。

### 保健所等の役割

#### 1 精神保健福祉相談

医療機関への受診に関することから、生活に関する問題、社会復帰に関する事などについて、保健師等による相談に加え、精神科医による専門相談も行われている。

#### 2 訪問活動

生活の実態等を踏まえた個別性に応じた支援を行うため、家庭訪問や病院・関係機関へ出向いての調整等を行っている。

#### 3 デイケア、当事者会などの支援

対象者の特性に応じた社会参加を目指し、様々な集団活動の実施や当事者会の支援等を行っている。

#### 4 家族教室の開催、家族会の支援

精神障害者の家族に向けた支援として、家族同士の交流・情報交換、疾患の学習の機会等をつくっている。

#### 5 その他

地域住民や地域関係者に対し、精神に関する正しい知識の普及・啓発活動等を行っている。また、地域の精神保健医療福祉に関する課題を共有し、対策等を検討するため、各種調査の実施や地域関係者会議等を開催している。

### その他行政としての役割等

精神障害を抱える方が持つ悩みや問題に対する相談や指導・援助などのほかに、措置入院や医療保護入院などの精神科病院の入院に対する事務手続もを行っている。これらの入院形態に該当する場合、入院届や定期病状報告書などを保健所に提出する義務があり、この書類の確認作業も行う。この手続を進めるに当たっては、精神科医や保健師、精神保健福祉士等や医療機関と連携を図る必要性も出てくるため、密接な関係づくりが行われている。

措置入院に対しては、精神保健指定医と共に精神科病院へ保健所職員が同行するなどの業務もある。

さらに、精神科病院に対する指導監督を行う役割もあるため、定期的な監査の業務も担う。

【資料】杉本豊和・伊藤千尋・森谷康文 編(2018)『精神障害のある人と家族のための生活・医療・福祉制度のすべてQ & A第11版』萌文社

## 精神科疾患を持った方への在宅を支えるための精神科訪問看護の役割

精神科疾患を持った方の在宅での支援に関しては、病院での看護から発想を転換しなければならない。つまり、医療が従来行っている問題解決志向からの発想の転換が必要になる。

精神科訪問看護の支援の視点は、リカバリー\*1志向が大切な考え方になる。そのためにはストレングス\*2でアセスメントを展開することが重要な支援の柱と考える。

ストレングスアセスメントを行うことにより、その先にはリカバリーがあるというイメージで訪問看護を行っていくことになる。

\*1: リカバリーとは夢、希望、目標に向かい歩んでいく過程、自分自身が望む過程を進んでいるという実感が持てること。ただ単に障害からの回復という意味ではない。  
\*2: ストレングスとはその人の長所、強み、関心事をいう。

寺田悦子氏（株式会社円グループ 代表取締役）は以前に、訪問看護師の役割を以下のように要約している。

#### 1 信頼関係の構築：対人関係の支援

ドアを開けてもらうことから始まる。待つ・見守る。

人とつながること、生活支援の基礎となる。

#### 2 日常生活の支援：セルフケアの支援、生活技能の獲得・拡大

ストレングス視点で関わる。

日常生活の支援

#### 3 自己決定の力（強さを育む）：自助能力の向上と自信、回復への支援（リカバリー）

ストレングスアセスメントを行う、利用者と共に考え、利用者が納得し、選択した行動を支持する、元気になるための支援、利用者の思い、希望、願望を引き出し支援する。

#### 4 精神症状・身体症状の悪化や増悪を防ぐ：服薬（副作用）の観察、支援

医療継続の支援、医療的アセスメント、主治医とのコミュニケーション

服薬コンプライアンス・服薬アドヒアランス、症状悪化の予測と早期支援

自分を知り病を知ることと自分で自分を助けるための支援

#### 5 危機介入

危機的状況を起こさないことが重要→クライシスプランの作成

利用者・主治医と病状悪化のサインを共有する。問題が起きたときがチャンスと捉える。

サービスの密度・頻度と個別性を確保  
福祉・医療のネットワークで支える。

#### 6 家族関係の調整・支援

多くの問題を抱える家族は世帯として支援する。家族のストレス軽減、病気や障害に対する知識の提供

家族会や地域の資源の活用

#### 7 入院～退院～定着支援

入院から退院準備まで関わる継続看護の視点

医療機関との連携

退院後の定着支援

#### 8 社会資源・社会活動参加への支援

地域の関係機関と連携する（顔の見える関係をつくる）。

他機関の紹介は丁寧につなぐ。

利用者の思い、希望、願望を社会につなげていく。

これらを地域で行うことが精神科訪問看護の役割と考える。

## 精神障害者の暮らしを支える障害年金

病気やケガにより障害を持った人の生活費を補うお金として、加入している保険から支払われる制度が障害年金であり、精神疾患により生活や仕事がうまく運ばなくなった人は障害年金の受給対象になっている。

統合失調症や気分障害（躁うつ病）、てんかんなどが年金対象者になっている。そのほか病状が精神病水準と同等の神経症の場合は年金対象者になる。

### 障害年金の受給で欠かせない 三つの条件

- 公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）のいずれかに加入して保険料を納めている期間中に発病し精神疾患と診断されていること。
- 保険料が2/3以上は納められていること。

○制度に定められている障害の状態に該当する精神疾患を持っていると証明できること（医師の診断書を添付する）。

- \*保険料を納めていなくても、20歳前に発病して精神疾患と診断されれば年金受給者の対象になる。
- \*精神障害の場合、認定に地域差がありそれを是正するためにも「精神の障害に関わる等級判定のガイドラン（2016年9月）」に基づいて行われている。
- \*またほかにも、精神障害者の生活を支える経済的支援として、税金が控除される制度や「自立支援医療制度（精神通院医療）」、「高額療養費制度」、「生活保護制度」などがある。

【資料】こころの健康情報局 すまいるナビゲーター  
<https://www.smilenavigator.jp/>



## 事例5 | がん

### 要旨 自宅で最期まで過ごしたい がん末期患者の在宅療養、終末期を支える

在宅医療の制度的な推進、疼痛管理に用いるオピオイド製剤の多様化などにより、緩和ケアや様々な身体的管理が必要となるがん終末期の患者においても、在宅療養を選択することが可能となり、住み慣れた自宅で療養を希望される人が増えてきている。がん末期の場合、病気の進行状況や症状にあわせた適切な緩和ケアを行うこと、身体状況や介護負担にあわせて本人・家族に寄り添った介護調整を行うことにより、様々な場面において不安を取り除くことが可能となった。その結果安心した療養生活を送ることにつながった。

不安の少ない療養生活は、最終的にがん末期の患者が迎える「さけられない死」に直面した場合にも

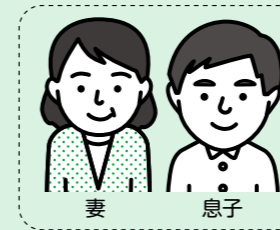
本人・家族の満足度につながると考えられる。これらを実現するためには、在宅療養に携わる多職種の情報の共有、連携の場面でも一般的な疾患以上に細やかな対応が必要となる。

本事例では、食道がん末期の本人が在宅療養を希望され、終末期を自宅で過ごし最終的にそのまま自宅で看取り対応となった症例において、①病院から在宅への移行時、②在宅療養中の身体症状の把握と出現時の対応、③病気の進行による身体状況、介護負担の変化時、④本人の希望をかなえる、⑤在宅での看取り、それぞれの場面で実際に行われた支援内容や支援のポイント、多職種の関わり合いについて解説していく。

#### Eさんの情報



年齢 70歳  
性別 男性



主疾患 食道がん  
生活状況（家族、職業等）  
本人、妻、息子（独身。別居。仕事が忙しく介護に関心がない）  
要介護度 要介護3



#### オール東京チーム（この事例に主に関わった職種）







Eさん

## これまでの経過

健康診断で異常を指摘され病院受診。精査の結果、食道がんと診断。右開胸回復胸部食道全摘、胸骨後胃管再建術、空腸瘻増設術を受ける。進行食道がんに対し化学放射線治療。1年後に肺転移、縦隔転移を認め化学療法目的で病院入院。化学療法による副作用の出現あり本人の希望により化学療法を中断。

今後は緩和ケアを主体とした治療を行う方針と

なる。今後の療養先として本人はできるだけ早く自宅への退院を望んでいるが、妻は自宅での療養に対し強い不安がある。

### 処方薬

フェンタニルクエン酸塩〔フェントス®テープ〕1mg、ナルデメジントシル塩酸〔スインプロイク〕0.2mg 1錠1日1回

### 頓用薬

モルヒネ塩酸塩水和物〔オプソ〕5mg 1回1包疼痛時

## 支援の経過

### 病院から在宅へ(退院約1週間前)

病院入院中にカンファレンスを行うことで、家族の在宅療養に対する不安も軽減し本人の希望であった自宅退院となった。

### 在宅療養支援(約2か月間)

#### 義歯製作

本人の希望により、義歯製作のため訪問歯科医師の介入開始となった。

#### 体調の変化：発熱

訪問看護師が訪問したところ38度の熱を認めた。在宅医へ連絡したところ解熱剤の服用を指示。夕方在宅医が確認した際には解熱、感染所見もなく経過観察となった。

#### 体調の変化：がん性疼痛の増悪

痛みが強く頓用の痛み止め(レスキュー)を数日3~4回服用しているとのことで訪問した訪問介護員より、ケアマネジャーを通じて在宅医へ報告あり。フェンタニルクエン酸塩〔フェントス®テープ〕2mgへ増量となる。その後も段階的に痛みに対しベース・ドーズの調整を行い最終的にフェンタニルクエン酸塩〔フェントス®テープ〕4mgまで増量となった。

#### 移動能力の低下

病気の進行に伴い身体機能の低下を認め、トイレへの移動が困難となる。在宅医の指示により訪問リハビリ介入時に身体機能にあわせた環境調整

の依頼あり。トイレ移動時の転倒のリスクの高い場所に手すりの設置。食事を行うテーブルまでの移動を考慮してベッドの位置変更を行った。

#### 服薬管理困難

本人自身で薬を服用していたが、身体機能の悪化により困難となりつつあるとのこと。これまで本人任せで妻はどのような薬を飲んでいたか理解不十分で、介護量が増え薬を薬局に取りに行く負担が大きい。在宅医より訪問薬剤師の導入を提案。自宅の服薬カレンダーへの薬のセッティング、一包化を薬剤師に依頼。これにより妻が服薬カレンダーから薬を飲ませることができるようになった。

#### 食事量の低下

妻が本人の希望にあわせて食事をつくってきたが、食事量が少なく、本人が「食べたくない」とのことで食事回数も減っているとのこと。無理してでも食べさせたほうがよいのではと、ケアマネジャー、訪問看護師に相談。訪問看護師の訪問時も食事量低下や食事内容に不安あり。訪問看護師より在宅医に食事量低下についての説明を依頼。訪問栄養指導の介入となった。

### 在宅看取り(亡くなる10日前)

食事もほとんど摂取困難となり患者の傾眠も強くなる。最終的な方針を家族、息子を含め多職種が集まり今後の方針を相談。

#### 参加者

家族	地域
妻 息子	在宅医、看護師、ケアマネジャー、訪問介護員



Eさん

もともと本人は病状も理解できており、退院時から自宅で生活していきたいとの希望。退院した後も入院はもう二度としたいと話していたとのこと。これまで多くの多職種が介入し在宅療養をサポートしており、妻は自宅で現状の介護を継続していくことには不安がないが、もしもの時にどのように対応したらよいか、実際にその場になってパニックにならないか不安とのこと。

息子より平日夜間、土日は仕事終了後、自宅に戻って一緒に介護することができるとのこと。短期間であれば休みを取ることもできるのでこのまま自宅で最期まで対応してあげたいとの希望あり。自宅での看取りを行う方針となった。

#### 身体状況にあわせた室内環境調整

排せつケアの負担軽減のため訪問介護員の訪問回数を増やすこと。当初は本人が自分の使い慣れたマットレスを利用したいと、褥瘡予防のマットレスの導入を拒否していたが、寝返りも困難となり本人の同意を得て褥瘡予防にエアマットを導入。

#### 急変時の対応方法の再確認

急変時の連絡体制を確認。慌てて救急車を呼ばずに、訪問看護師、在宅医の緊急連絡先へ連絡するように再度説明。

その後、家族に見守られて在宅にて死亡確認となった。

## 支援のポイント1

### 病院から在宅への移行支援(退院時カンファレンス)

#### 目的

病院と地域が患者と家族の意思決定を支援し、退院後の生活を支えるために行う。

#### 退院時カンファレンス参加者

本人/家族	病院	地域
本人 同居者 キーパー ソンとなる 介護者	病院医師 病棟看護師 薬剤師 管理栄養士 リハビリ専門職 医療連携担当者 (看護師・MSW等) など	在宅医 訪問看護師 ケアマネジャー など

#### 協議内容

カンファレンスは、以下2点について話し合う。  
1 本人・家族の希望や不安について  
2 退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題等について  
なお、話し合われた内容は、現時点のものであり、今後の状況に応じて変わり得るものである。

#### 具体的な療養生活に関わる 注意点・確認事項・課題の内容

①食事、②排せつ、③清潔、④服薬、⑤住居環境、⑥福祉用具等利用、⑦移動・動作、⑧医療処置と急変時の対応、⑨外来受診先と頻度、⑩新たに必要なサービス、⑪退院予定日 等

#### 本事例における 退院時カンファレンス

#### 退院時カンファレンス参加者

本人、妻、病院医師、病棟看護師、病院管理栄養士、病院医療連携担当者、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー

#### 顔合わせ

本人・家族と退院後の生活を支える各職種が初めて顔を合わす機会であり、参加者全員が自己紹介し、顔の見える在宅支援をスタートさせる場となる。

#### 現在の病状について病院医師の説明

食道がんに対し手術や化学療法を試みたが、がんを完全に消し去る治療は困難で、今後は本人の希望

もありがんと共存しながら症状にあわせて治療を行う緩和ケアが主体の治療となってくる。

現在はオピオイド使用でがん性疼痛はコントロールできており、その他の目立った症状や苦痛はない。

### 本人の希望

病院は窮屈なので、できるなら最期まで自宅で生活したい。退院したら義歯を直したい。

### 妻の意見

本人は自宅に戻りたいという希望があるので、できれば支えてあげたい。ただ、自宅に戻った時の想像がつかず不安。

### 息子(欠席のため、医療連携担当者が事前に意向確認を行った)

息子は仕事があり実際の介護には携われない。母親の介護には限界があるので、母親の限界が近づいたら入院させたほうがよいと考えている。

### 話し合われた内容

最初に、現在の病状について、本人・家族に分かるよう説明された。その上で、本人の希望を確認し、支援する妻の思いと不安な心境を傾聴した。今回参加していない息子は、今後の本人と妻を支える存在となるため、本来であれば同席を依頼したい。しかし、出席できない息子の考えは事前に医療連携担当者が聞き取り、カンファレンスの場で情報共有された。退院時カンファレンスに集まったメンバーは、本人と家族の自宅での生活を支えるチームであることを説明し、本人の希望や今後の生活上の課題への対応を話し合った。

自宅へ戻るに当たりポイントとなる介護力については、実質妻に負担がかかる。また、妻自身もその点に不安を感じていた。そこで、退院後の生活を支えるために活用できるサービス、訪問診療等につい

て説明を行い、ケアマネジャーが、本人・家族と相談し退院後のケアプランを立案できる体制を整えることを確認し、病院と地域間で支援の方向性を共有した。

また、本人は自宅に帰り好きなものをおいしく食べたいとの希望があり、義歯の製作を希望していた。退院すると、製作できないのではないかと心配している様子であった。この件に関しては、自宅での生活が落ち着いたら訪問診療を行っている歯科医師へ対応依頼することを、ケアマネジャーから説明され、本人は希望がかなうと喜んだ。

療養生活にほぼ支障がない状態での退院となったため、退院時点では各項目について具体的な話し合いは行われていない。退院後の病状変化にともない、服薬管理や栄養管理等のサービスの変更の有無について、担当者会議を行うことを参加者全員で共有した。その際、看取りの意思決定の支援も行うことになった。

自宅への移送手段の確認と退院日、初回在宅医の訪問日、訪問看護開始日を決定し、退院時カンファレンスを終了した。病院医師からは「何かあれば、再度入院となってもかまいません」と、介護力に不安を感じている妻への配慮の言葉が添えられた。

### 退院時カンファレンスを実施した家族の反応

退院時カンファレンス終了後、妻より「自宅に戻ったあと体調が悪くなったり、介護が必要になったりした場合にどうしたらよいか不安だったが、家に帰ってこれだけ色々な人が関わってくれるとは知らなかった。少し安心しました。それに、『自宅でもうにもならなくなった時には入院できる』とってもらえたことで、肩の荷が軽くなりました」と話された。

退院時から身体機能の維持で理学療法士が導入されることもあるが、できるだけ日常生活を自立して続けられるように支援していく。訪問介護員との連携は連絡ノート(タブレット端末を利用している場合もある)を活用し、訪問した者が記入することとなり、食事量や排せつの内容、本人の身体的な状態を共有し把握することができる。

病状が進み痛みの増強が出てきたときは在宅医に報告し、疼痛コントロールをする。訪問薬剤師との連携も重要になり、お互いに情報交換を行う。食欲不振や嚥下困難等の症状が出てきた場合は在宅医との相談で栄養の状態を把握し、管理栄養士の指導を受けることが望ましいと思うが、在宅では管理栄養士の指導を受けられる環境が整っていないので、必要な相談窓口があれば本人・家族にとっても安心につながる。

さらに病状が進むと身体的機能が落ちてくるの

## 支援のポイント3

### 在宅療養中の身体症状の出現時(がん性疼痛のコントロール)

がんの疼痛は、持続痛と突出痛に分けられる。持続痛は1日のうち長時間(12時間以上)経験される平均的な痛み、突出痛は一過性で突発的に起こる痛みや痛みの増強のことである。持続痛に対しては徐放性(長時間作用)オピオイド、突出痛に対しては1日の徐放性オピオイドの約1/6量の速放型(短時間作用)オピオイドが一般的に使われる(詳細ながんの疼痛管理方法については、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」等を確認)。

持続痛に使われる疼痛薬を「ベース・ドーズ」、突出痛に利用される疼痛薬を「レスキュー・ドーズ」などと呼ぶ場合もある。自分で疼痛管理をしている患者には、「今日はレスキュー3回使いました」など「ベース」、「レスキュー」という言葉に慣れている方もいる。

在宅療養に関わる多職種、患者、介護者に基本的には「ベース」となる痛み止めを服用して疼痛管理を行う。

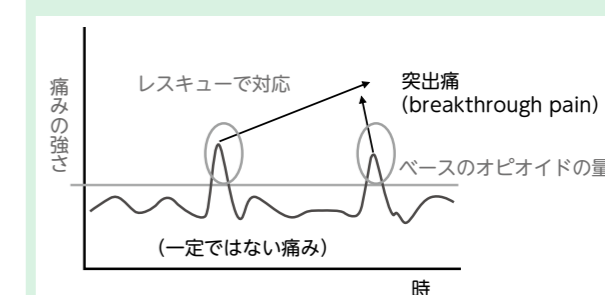
痛みが出現した場合「レスキュー」の痛み止めを服用する。「ベース」の約1/6量が「レスキュー」の量であり、1日に3~6回「レスキュー」を使う必要があれば「ベース」の量を増やす検討が必要と

で、ベッド上での生活が長くなり、褥瘡発生のリスクが高まる。褥瘡予防に訪問介護員や家族にも協力を得て指導を行う。また、点滴等の医療的ケアが必要な場合は在宅医の指示を受け、体制を組み対応する。

退院後、介護保険申請をしている場合は、ケアマネジャーが招集しサービス担当者会議が行われる。訪問看護はがん末期に関しては医療保険対象となるが、介護保険事業者と一緒にサービス担当者会議に参加する。すでに退院時カンファレンス後には療養環境の整備ができていたので、訪問介護や訪問看護の日程調整、他の必要なサービスなどの支援の内容など、本人・家族も含めての話し合いをしてサービスが決定される。その時点での病状や身体状態で訪問の日数を決めていく。また緊急時の体制の話し合いをし、在宅医とはいつでも連絡が取れるようにしておく。

なる旨が周知されていると、「レスキュー」使用回数が増えた場合に速やかに情報が共有され、適切な疼痛管理が行われやすくなる。

図表5 痛みのパターン/本人からみた痛み



【資料】日本緩和医療学会「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」

適切な疼痛管理が行われないと、痛みの出現回数が増え、本人・家族の痛みに対する不安が強くなり在宅療養の継続が困難となるケースもある。

本事例では、「レスキュー」(モルヒネ塩酸塩水和物)の使用回数が増加したことに対する情報共有が訪問介護員からケアマネジャー、看護師、在宅医へ

## 支援のポイント2

### 在宅療養中の身体状況の把握と連携(病状や身体機能の観察)

在宅療養を開始してからの日常生活がどの程度できているかを観察し把握する。食事の状況、排せつの状況、清潔ケアの状況、内服薬の状況や痛みの程度、痛み止めの薬の使用頻度などの情報を訪問の都度確認し必要時には在宅医に報告する。

病状や身体機能が安定しているときは、普段の生

活を維持してもらい本人・家族に生活の指導を行う。自宅での療養生活をしていくうちに食事の状況が変化していき、食べられないことへの不安が出てくる。食事や栄養指導が必要になる。また、排せつのコントロールが不十分になるので、在宅医に報告し、指示された排便コントロールを行う。

速やかに行われたことにより、痛みに対する本人の苦痛や不安を解決することができている。患者からの痛みや身体的な変化等の相談を受けた場合に備え

て、医療職だけでなく介護職を含めたすべての職種間での情報伝達が迅速にできる体制を事前に準備しておくことが重要となる。

## コラム オピオイドの副作用

オピオイドの副作用には、眠気、吐気、便秘があるが、居宅療養管理指導などで薬の説明をしっかりと指導しようとするあまり、オピオイドの副作用ばかりが誇張されてしまう場合がある。実際には、がんの終末期の眠気、消化器系のがんに伴う吐気に対し本人や介護者がオピオ

イドの副作用だと思い込み、オピオイドの使用を勝手に中断してしまい、疼痛管理が不十分となり痛みが増悪し急な対応が必要となるケースがある。本人に眠気や吐気が出現している場合には、速やかに在宅医や訪問看護師に報告し、適切に症状をコントロールする。

日頃から薬剤師を含め多職種で情報交換することが重要である。

## 支援のポイント4

### 病気の進行による身体状況、介護負担の変化時 (室内環境調整)

#### 理学療法士と室内環境調整

本人が可能な限り自立した生活を維持するためには、リハビリにより生活機能の維持向上を図るとともに、本人が生活しやすい環境整備が必要となる。特にがんなどの進行性の疾患では、リハビリを行っていても徐々に体力が低下し活動性が低下していくのが特徴といえる。

食事が摂取できない、排せつがうまくいかないなど日常生活動作(ADL)に支障が生じてきた場合は、体力の消耗を抑え姿勢を保持し、起居や移動などの動作を補ってくれる介護ベッドや車いすなどの福祉用具を積極的に活用することが重要となる。

排せつの失敗が続くことで失意に陥る場合も少なくない。可能な限りトイレを利用できるようにするためにも、住宅改修などの制度を活用し、廊下やトイレに手すりを設置するのも効果的だ。つっぱり棒や据え置きタイプの手すりであれば、賃貸住宅などで工事ができない場合にも設置が可能だ。

福祉用具の選定に当たっては、理学療法士だけでなく作業療法士にも相談し、本人の身体機能と残存能力を勘案した提案を受けるとよい。トイレまでの移動や車いすへの移乗の練習などを行うとともに、関節可動域の確保にも努めることが大切となる。こ

のことは、たとえ全介助の状態になった場合でも痛みなく着替えができ、介護者の負担を軽減できるなどQOLの向上につながっていくことになる。

なお、進行性の疾患の場合は転倒リスクが高まってから福祉用具を導入するのでは遅い場合がある。特に住宅改修は手続などに時間を要することから、早めの導入が効果的だ。

本人・家族の気持ちの整理も必要になるが、理学療法士、作業療法士、福祉用具専門相談員などの専門職を活用し、様々な提案を出してもらいの中から本人が選択できるような支援ができるのが望ましいといえる。

#### ケアマネジャーと室内環境調整

介護保険法第1条の規定によれば、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し(以下略)」とあり、利用者の尊厳の保持は大変重要だ。

ケアマネジャーは、本人の望む暮らしの実現と生活しやすい環境の整備を目指している。以前のよう

に排せつはトイレでと希望されることが多く、移動や便座への立ち座りなどを安全かつ容易に行うためにも、手すりの設置や段差の解消などの環境整備は大変重要といえる。

本事例のように、本人の望むトイレでの排せつやダイニングでの食事といったこれまでと同様の暮らしをかなえるために、理学療法士に具体的な手すりの位置や本数について助言を得て、介護保険の住宅改修を活用するとともに、家具の配置の変更などにより費用負担の軽減を図りながら環境整備が進められるといった多職種連携の観点は重要といえる。

住宅改修において公的補助を活用するには、業者との打ち合わせ、見積もりの作成、役所への申請、改修の施工、改修後の写真の提出など煩雑な手続が必要となる。転倒リスクが高まってからの改修はこ

れらの事務手続の関係上、手すりの取付け程度の改修でも施工までに時間がかかるため、がんの事例などでは手すりが設置されてもほとんど使用しないまま支援が終了する場合もある。

本事例では、在宅医の気付きから理学療法士へ指示があり、そこからケアマネジャーへ連絡が入り、手すりの設置や家具の配置の変更が行われた。ケアマネジャーのモニタリング訪問は原則として月1回であり、病気の進行や生活面での困り事をタイムリーに把握することができない場合もある。したがって、訪問スタッフからの情報提供は、ケアマネジメントを実施していく上で大変貴重なものとなる。多職種連携はお互いの気付きや情報をいかに共有していくかが重要といえる。

## 支援のポイント5

### 病気の進行による身体状況、介護負担の変化時 (服薬管理困難)

がんの患者では、自分で服薬管理を行っていても、病状の進行とともに管理が不十分となるケースが認められる。本事例においても、当初は本人自身で薬を服用していたが、身体機能の悪化により困難となった。本人任せで主介護者の妻は服薬について理解不十分な状況であり、薬剤師による居宅療養管理指導を導入し薬剤師の訪問による服薬管理を行った。これにより、服薬カレンダーの設置、定期的な

カレンダーへの配薬が行われ、妻は負担なく定期的に服薬カレンダーから薬を取り、服薬させることが可能となった。患者の病気の進行により身体機能が低下すると、家族の介護負担も必然的に増加していくケースが多い。薬の追加や中止など投薬調整の頻度が増えるケースが多く、服薬カレンダー等を導入し、介護者の負担軽減を考慮しながら服薬管理を行うことが重要である。

## 支援のポイント6

### 本人の希望をかなえる(義歯を製作したい)

入院前は、かかりつけ歯科医院にて歯周病及びむし歯の治療を行っており、むし歯の治療が終わり次第義歯を製作することになっていた。本人の退院時からの希望もあり、退院後生活が比較的安定した時点でケアマネジャーから上顎が総義歯、下顎が少数歯の義歯製作をかかりつけ歯科医に依頼した。

週1回程度の歯科訪問診療で対応することとし、4回の訪問で義歯は完成し、その後数回の訪問で義歯の適合やかみ合わせの調整を行った。義歯装着後はかみやすくなり、飲み込みもしやすくなった。

初回訪問時の口腔内診査で下顎残存歯に多量の歯垢と歯石の付着、口腔粘膜の口内炎が広範囲にみられたため、義歯の製作及び調整に併せて、歯石の除去と口腔内のクリーニングを行った。これにより歯垢の付着は減少し、口内炎も軽減し、味のある食事もしやすくなった。その後も口腔内の変化に対しても気を配ってもらえるよう訪問看護師及びケアマネジャーにもお願いした。

食事摂取量が徐々に少なくなり、残すことが多くなってきたため、訪問看護師及び管理栄養士から摂

食障害に対する評価依頼があり、歯科医師と言語聴覚士により摂食嚥下評価を実施し、管理栄養士とも協議し、食塊形成なしで食べられるものでの提供となった。

傾眠傾向が強くなり病状の悪化に伴い、誤嚥による肺炎等が懸念されてきたため、週1度の訪問歯科

衛生士による専門的口腔ケアを実施し、さらに口中が乾くと訴えるようになり、口腔乾燥に対してはうがいの励行、その後は口腔ケア実施とともに口腔内の保湿剤を使用することとした。義歯はあえては

ずしておくよう指示した。

## 支援のポイント7

### 本人の希望をかなえる(好きなものを食べたい)

自宅退院してしばらくすると、Eさんの妻が訪問看護師に「本人の好きなものをつくっても、食べにくいのかあんまり食べてくなくて……。食べる量も日に日に減ってきて痩せてきている」と食事に対して不安があることを話した。訪問看護師は在宅医に連絡し、妻にEさんの病気が食べることにに対してどのような影響を及ぼすのか説明を依頼した。そして在宅医と訪問看護師で話し合い、訪問栄養指導をしてもらってはどうかと提案すると妻は快諾した。早速、訪問看護師は地域の栄養ケア・ステーションへ訪問栄養指導の介入依頼を連絡し、管理栄養士を交えての担当者会議を行う運びとなった。

担当者会議で妻は、「本人の食べたい料理を柔らかく調理して出しても食べる量が少ない。最近「食べたくない」と言って食事の回数も減ってきている。昔みたいに食べてもらいたいけど、無理に食べさせるのは辛いですし……」と話した。それまで妻は入院中に出されていたような、柔らかく煮たり細かくして刻んだりした手づくりの食事を食べさせていた。担当者会議では、Eさんの食べることへの意欲を取り戻し、栄養状態の維持・改善と、妻の調理サポート及び負担軽減について多職種にて共有した。

管理栄養士は、まずEさんの現状の栄養状態について評価を行うため、体重測定を行い、退院後からの体重減少の変化を確認した。さらに、上腕周囲長や下腿周囲長、握力の測定を実施し、Eさんの骨格筋量の評価も行った。また、妻やEさんに、食欲不振、吐き気、排便回数や性状などといった消化器症状について質問し、食事摂取量に影響する要因について検討を行った。また、投薬による副作用の影響についても在宅医と訪問薬剤師などに確認をとった。

妻からは、水分摂取量を含む食事の内容について具体的な聞き取りを行った上で、摂取栄養量と身体所見などの結果を踏まえて、Eさんの栄養状態について評価を行った。管理栄養士は、Eさんは必要な栄養が摂れず、骨格筋量の減少を伴う体重減少により倦怠感や食欲低下へとつながり、栄養障害が起きている状態だと判断し、Eさんの必要栄養摂取量の設定を行い、評価結果とともに在宅医に情報提供を行った。

そして管理栄養士は、在宅医、歯科医師と言語聴覚士と連携し、通過障害や摂食嚥下評価及び口腔ケアについて実施、確認を行い、嚥下調整食分類2013で定義された分類において、Eさんにとっての適切な食形態の決定を行った。その上で、Eさんが希望する料理や妻がEさんに食べさせたい料理を伺いながら、ミキサーや固形化補助食品(ゲル化剤)を用いて適切な食形態に調整できるように、妻に調理指導を行った。味付けはEさんの好みに合わせ、盛り付ける食器もEさんが長年気に入っていた食器をそろえるなど、少しでも「食べたい」という気持ちへつながるよう支援した。妻もEさんへの食事づくりを献身的に取り組む中で、料理を通して夫婦の会話が増えるなど、以前よりも笑顔が見られるようになっていった。

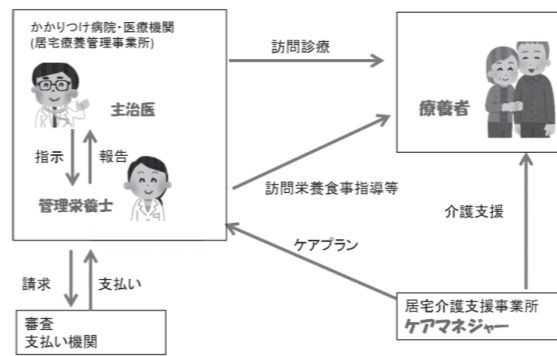
管理栄養士は妻に、低栄養状態の改善のために必要な栄養素を含む食品を摂り入れた献立内容の提案を行うとともに、食事量を増やすことが困難である場合についても、1日5~6回食に分けて少しずつ食べる分割食について提案し、食形態とEさんの嗜好を考慮しながら、少量でもエネルギー、たんぱく質摂取量が摂れるよう、経口栄養補助食品(ONS)の選択について情報提供を行った。また、市販品で代用する場合、栄養成分表の見方など、具体的な栄養

素、食品の選択方法について、手づくり以外の選択肢に加えて妻にがんばり過ぎないようにと助言した。

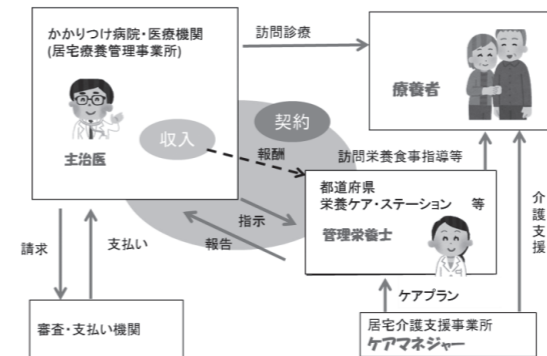
その後も、定期的に管理栄養士による調理指導、摂取量及び栄養状態の評価を行い、多職種で情報共有しながら、Eさんの食べることへの支援を継続していった。

在宅において管理栄養士による訪問栄養指導を受けたい場合は、まずは在宅医やかかりつけ医、ケアマネジャーに相談する。管理栄養士の拠点場所によって、連携方法が以下のように分かれる。

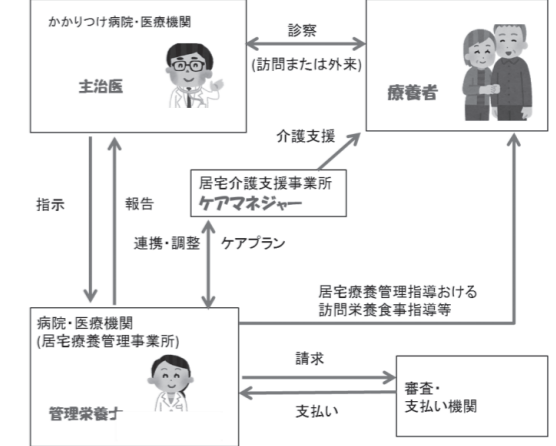
医療機関内の在宅チームとして訪問する場合



栄養ケア・ステーションの管理栄養士が訪問する場合



地域の居宅療養管理指導事業所として訪問する場合



訪問栄養指導の種類と基本的事項については以下のとおり。

適用保険	介護保険	医療保険
医師の指示	栄養ケア計画に基づいた指示	熱量・熱量構成、たんぱく質量、脂質量についての具体的な指示
実施期間	居宅療養管理指導事業所	医療機関
対象食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、特別な場合の検査食、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、高度肥満症(肥満度が40%以上又はBMIが30以上)、高血圧に関する減塩食(食塩6g以下)	フェニールケトン尿症食、楓糖尿食、ホモシスチン尿食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食 がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養

詳細は、日本栄養士会ウェブサイト (<https://www.dietitian.or.jp/>)

## 在宅での看取り

終末期に入ると、本人・家族が在宅での看取りを希望した場合、在宅医に確認してもらい、指示に従い看取りの体制を組むことになる。在宅看取りが決まったら、関係機関にも周知し、24時間の体制を強化する。夜間、深夜、休日にも体制を組み、緊急連絡が入った場合は在宅医とも連携し対応する。

また、家族が病状の悪化や直面する死に対して、受入れが困難な場合は、在宅医に相談し病院に入院できる体制も組む場合がある。急変時は訪問看護師や在宅医の対応となるので、家族、関係機関に対しても急変時の対応を説明することが重要となる。

特に在宅での看取りを強く希望している場合は、急変時（呼吸困難や呼吸停止等）に救急車を呼ばない約束をし、他の関係機関と情報共有し、必要時は張り紙（救急車を呼ばない・訪問看護師の連絡先・在宅医の連絡先）を室内のわかりやすい場所に貼る場合もある。

### ケアマネジャーと在宅での看取り

ケアマネジャーの多くは福祉職を基礎としており、医療職に比べ看取りの経験は決して多くはない。しかしながら本人の望む暮らしの実現がケアマネジャーの目指すところであり、本人が自宅で最期を迎えたいと望むのであればその目標に向かって支援をしていくことになる。

一方で、ケアマネジャーは家族の介護負担の軽減を図る立場でもあり、様々な相談に乗ることも少なくない。本人・家族に代わり医療職に意向や意思を伝えることもしばしばある。つまり、医療と介護の連携の視点に立って支援することが、在宅での看取りにおけるケアマネジャーの役割といえる。

### ケアマネジャーとサービス担当者会議

ケアマネジャー業務の一つにサービス担当者会議の開催がある。会議は本人の出席が原則となるが、終末期ケアの場合は告知や病状の受入れ状況などの観点から、参加メンバーに応じて話し合う内容を事

前に調整しておくなどの工夫が必要になる。特に本人と家族の意向に違いがある場合などは検討内容に注意が必要であり、予後予測についてなど、在宅医をはじめとした医療職から今後の病状の変化と対応について十分に説明を聞き、本人・家族の不安をできるだけ軽くできるよう会議を進行していくことが望まれる。

ケアマネジャーが努めるべきことは本人の望む暮らしの実現であり、それは終末期においても同様だ。医療職に任せるだけでなく、本人・家族のニーズを把握し訪問介護や福祉用具などの介護サービスを活用し、可能な限り本人らしい生活が継続できるよう、また人生の最終段階をどのように過ごしたいかを、本人の生活歴を踏まえてしっかりとアセスメントし支援していく必要がある。

本事例では、本人の自宅に戻りたいという希望と、それをかなえたいという妻の気持ち、そして日頃は関わることができないものの、何かあれば頼りになる息子のそれぞれの思いがある。

病状が進行していくうちに本人・家族は様々な課題に直面することになる。「本当に在宅ケアを選択したことがよかったのか」、「再び病院に入院したほうがよいのではないか」とそれぞれに様々な感情が浮かんで消えを繰り返す。終末期ケアに関わるスタッフは、それらを十分に鑑みながら可能な限り本人・家族の負担が軽減され、自らの選択が後悔しないものとなるよう努めていく必要がある。

がんの終末期においては、痛みと薬のこと、栄養と歯科のこと、排せつと清潔のことなど、疾患の特性だけでなく本人の性格や家族の介護に対する姿勢なども踏まえた医療的支援がなされる。ケアマネジャーは、医療サービスから得られた情報を介護サービスに反映させる役割も持っている。そしてサービス担当者会議はそれらの情報を共有するとともに重要な機会となる。

医療と介護の連携の観点からも普段の介護方法の留意点だけでなく、体調不良時の訪問介護員からケアマネジャーあるいは訪問看護師への連絡体制の整備や、緊急時や急変時の対応方法についてなども確認しておくこととよいだろう。

### コラム 病院と在宅における予後の説明に対する違い

病院では、がんに対し治療を目的として通院することが多く治療困難時の予後に対して十分な説明がなされないままに在宅医へ主治医が変更となる場合もある。在宅医は退院時カンファレンス又は訪問初診時にこれまでの病歴を振り返り、患者や家族がこれまで病状や予後に対してどのような説明を受け、どの程度理解できているか確認を行っている。

がんの場合、患者の予後に対する説明は本人よりも主介護者となる家族への説明が重要となる。家族が患者に寄り添いながら在宅療養中の身体状況の変化とともに予後の変化を推測でき

るように説明しておくことが望ましい。

在宅での予後に対する説明の一例  
 家族：病院では予後はあと半年くらいと説明されたのですが実際はどうでしょうか？  
 医師：実際には病気の進行の速度は人それぞれなので一概には言えませんが、私たちが予後を推測するに当たって、体の変化が、先月と今日で変わりがなければ少し安心ですが、先月より今月のほうが悪くなっていけば少し心配な状況。先週より今週のほうが悪くなっているとさらに心配な状況。昨日より今日のほうが悪いとなってくるといつ何が起ころうとおかしくない状況に入ってきていると身構えま

### コラム がんの看取りについて

がんの場合の多くは在宅療養へ移行した時点から「さけられない死」に向かうこととなる。どのような最期を迎えたいかは本人・家族の考えも含め柔軟に対応できるように準備しておく必要がある。一般的に在宅での看取りが可能となる条件としては、

- ① 患者、家族が不安を感じない在宅療養が継続されていること
- ② 最終的に寄り添う家族が在宅での看取りを

希望されること  
 ③ 携わるすべての多職種から患者の在宅看取りに対し理解が得られること  
 などがある。これらを実現するためには、患者や家族の多方面の変化を多職種で共有し十分に協議しながら支援していくことが重要である。実際の看取り後に多職種間で症例についてカンファレンスを行うことは、個々のスキルアップにつながり地域における質の高い看取りの体制構築に必要となる。

### コラム 在宅で看取り後のオピオイドの廃棄について

在宅で看取り後に不要となったオピオイドは、「麻薬及び向精神薬取締法」に規定された適切な方法での廃棄が必要である。院外処方の場合、薬の交付を受けた調剤薬局に返却し廃棄をしてもらうのが一般的である。院内処方の場合は看取り対応を行った在宅医が回収、廃棄することになる。実際の廃棄時には返却された事

業所で、麻薬管理者あるいは麻薬小売業者が他の職員1人立会いの下に回収が困難な方法で廃棄し、廃棄後30日以内に「調剤済麻薬廃棄届」を提出して廃棄手続が完了する。各オピオイドの廃棄方法及び帳簿等の記録方法については、「医療用麻薬廃棄方法推奨例一覧（東京都福祉保健局作成）」及び「麻薬取扱いの手引（病院・診療所・飼育動物診療施設用）」を参照。

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/iyaku/sonota/toriatsukai/tebiki/homayaku.html>

## 栄養ケア・ステーションについて

栄養ケア・ステーション(以下、栄養CS)とは、全国の管理栄養士、栄養士が栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施する、地域密着型の管理栄養士・栄養士の活動拠点。

地域での食育・健康づくり、疾病の予防、そして治療から介護、介助まで「切れ目のない食支援」を提供することを目的に、日本栄養士会又は都道府県栄養士会により設置、運営されており、全国各地の実効的な栄養ケアを提供するネットワークとして構築している。

栄養CSの管理栄養士・栄養士による、食習慣の見直しや生活習慣病の予防及び多職種支援チームの一員としての重症化予防などの地域における栄養ケアの活動は、我が国の医療・介護保険財政の負担軽減にもつながるものとして期待されている。

栄養CSの主な業務は、以下のとおり。

- (1) 栄養相談(下記(7)、(8)、(9)を除く)
- (2) 特定保健指導
- (3) セミナー、研修会への講師派遣
- (4) 健康・栄養関連の情報、専門的知見に基づく成果物(献立等)等の提供
- (5) スポーツ栄養に関する指導・相談

- (6) 料理教室、栄養教室の企画・運営
  - (7) 診療報酬・介護報酬にかかる栄養食事指導とこれに関連する業務
  - (8) 上記以外の病院・診療所などの医療機関と連携した栄養食事指導
  - (9) 訪問栄養食事指導
  - (10) 食品・栄養成分表示に関する指導・相談
  - (11) 地域包括ケアシステムにかかる事業関連業務
- \* (7)、(8)、(9)の算定に関する詳細の問い合わせは、東京都栄養士会栄養CS(03-6457-8592)。

現在、全国の地域に展開する認定栄養CSは344か所(2020年7月現在)あり、地域住民の健康支援や介護予防、疾病予防や重症化予防、在宅医療や在宅療養に貢献するための活動を実施している。

\* 栄養CSには①都道府県栄養士会栄養CSと②認定栄養CSの2つの種類がある。①都道府県栄養士会は都道府県内の各拠点をとりまとめるセンター機能とあわせて、「栄養ケア・ステーション」を設置・運営して事業を実施している。②「認定栄養ケア・ステーション」は、栄養士会以外の事業者に対する認定制度となる。

【資料】東京都栄養士会 栄養ケア・ステーション  
<https://www.tokyo-eiyo.or.jp/care/>

## 東京消防庁の心肺蘇生を望まない傷病者に対する新たな対応について

患者自身は終末期の対応として心肺蘇生等の延命措置を行わず在宅で看取りを希望しており、家族も理解をしていたが、いざその場面になると慌てて救急車を呼んでしまった、たまたま主介護者以外がその場に居合わせて在宅医を呼ばず救急車を要請してしまったというケースがある。

これまでは、救急要請があった場合、救急隊は救命を主眼とするため、心肺蘇生を望まない意思を示されても患者の希望に沿うことができず心肺蘇生を実施し医療機関へ搬送、搬送先医療機関で診察と死亡確認が行われていた。

可能な限り患者の意思を尊重できるように令和元

年12月16日より心肺蘇生を望まない傷病者に対する東京消防庁の対応が変更された。

具体的には、救急要請により救急隊が訪問したが、ACPなどを行いきちんと患者本人の「心肺蘇生の実施を望んでいない」ことが示された場合は、救急隊が「直接」又は「訪問看護師等を経由して」かかりつけ医等に連絡し患者の意思を確認。かかりつけ医に引継ぎが可能な場合は心肺蘇生を中止することができるようになった。

具体的な運用方法の詳細は「東京消防庁ウェブサイト心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」を参照(<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>)。



【資料】東京消防庁



要旨

医療的ケアが必要な重い障害を持つ子どもの地域生活は、医療・福祉・教育・行政等の多職種が連携して支えている

症例は、医療的ケアの必要な重症心身障害の7歳男子で地域で医療的ケアを受けながら教育・福祉サービスを利用し多職種に支えられ生活をしている。

日常的に医療的ケアを必要とする子どもの生活を支えるためには①生命の安全の保障・苦痛の緩和と除去、②体調の安定や体力の維持・向上などの健康の維持、③遊び、出会い、学び、外出などの生活の質の保障の三つの要素がそろって子どもと家族の生活は成り立つ。生命の安全は全ての活動の土台とな

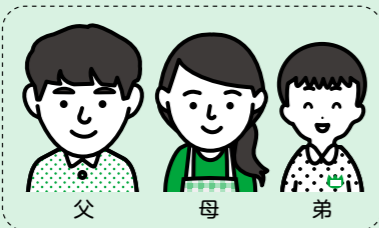
る。  
①は医師や訪問看護師等の医療職、②は訪問看護師や訪問リハビリ、訪問歯科、訪問薬剤師や管理栄養士などの医療関係職、③は、訪問介護、教育・保育の場である幼稚園、保育園、学校、発達や遊びの提供の場所である児童発達支援、放課後デイサービスなど福祉教育職が担う。加えて家族支援やきょうだい児支援の視点も重要である。必要とする子どもに支援が行き届くためには医療的ケアに精通した相談支援専門員のコーディネートが必須である。

Fさんの情報



年齢 7歳  
性別 男性  
主疾患

大脳皮質形成異常、多発性関節拘縮、脳性麻痺、慢性呼吸不全



父 母 弟

生活状況（家族、職業等）

経済：父が就労している。経済的に困ることはない。

家族構成：4人暮らし。2歳離れた弟はFさんと関わることを喜んでおり兄弟関係は良好。父は仕事の帰りが遅いものの、早く帰宅できた日や休日はFさんを入浴させている。

障害支援区分

大島分類1 超重症児スコア 26点（超重症児）

事例の概要

これまでの経過

普通分娩、仮死状態で蘇生後病院のNICUに搬送された。生後1週間ごろよりけいれん出現。生後4か月ごろに小児科へ転科し、生後10か月でようやく自宅へ退院となる。生後11か月時に病院から紹介された児童発達支援センターで理学療法を開始し、1歳からは週1回のペースで児童発達支援センターの親子通園を開始した。3歳になり親子通園のほかにFさん単独の通園が週2日開始されたが、1か月经過した児童発達支援センターの療育中に呼吸状態悪化によるSpO<sub>2</sub>の低下がみられ救急搬送された。1年近く入退院を繰り返す間は体調が安定せず、退院することはあつて

も自宅からの外出は難しい状態が続いていたが、呼吸状態の改善のために気管切開を決断し手術したこと、経鼻経管栄養から胃ろう造設したことで全身状態が安定し、退院の目途がついた。主治医からは体調が安定してきたので、退院後は安全に通園することも可能ではないかと保護者へ説明があり、自宅に戻った後は児童発達支援センターよりも小規模で重度重複障害に対応した児童発達支援事業所への通園を再開していくこととなった。4月から特別支援学校へ就学し、週2回放課後等デイサービスを利用している。

支援の経過

医療的ケア児が退院して在宅で生活していくために、保健センターの保健師や障害児相談支援専門員が中心となり、在宅生活を支える体制を整える。気管切開し夜間人工呼吸器装着のFさんは、在宅医や歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、訪問看護師、居宅介護の介護福祉士などの専門職が、在宅を訪問して支援する。

胃ろう等の医療的ケア児は、口腔機能の向上や経口摂取に向けた口腔リハビリテーションを行う。子どもの楽しみや栄養摂取面から、経口摂取へ移行を望む保護者は少なくない。Fさんの保護者からは「家族と同じものを食べさせたい」という意向があった。一方で誤嚥のリスクも高いことから、保護者から家の様子を聞きながら、専門職

間で連携して介助方法の助言や指導などを支援する。

在宅以外でも教育の場である特別支援学校、未就学期の児童発達支援事業所や学齢期の放課後等デイサービスを始めた福祉事業所、レスパイト先など、多くの支援者が関わり、健康面や子どもの発達を支援する。Fさんの意思表示の明確化や乳幼児期に必要な他児との関わりなどの経験は、通園先の専門職で連携しながら支援する。

医療的ケア児の支援に当たっては、家族支援やきょうだい児支援の視点も欠かすことができない。地域にある様々な社会資源を調整していくことも必要になる。



Fさん



オール東京チーム（この事例に主に関わった職種）

病院主治医 在宅医 訪問看護師 訪問薬剤師 管理栄養士 歯科医 歯科衛生士 言語聴覚士 理学療法士 作業療法士 訪問介護員 保健所(師) 自治体職員 相談支援専門員



## 大島の分類

元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された判定方法で、重症心身障害⇒重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態にある子どもを重症心身障害児・者という。

※医学的診断名ではなく児童福祉での行政上の措置を行うための定義である。国は判定基準を明確に示していないが、大島の分類で判定するのが一般的である。

知能 (IQ)				
21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	3	4
17	10	5	2	1

運動機能 走れる 歩ける 歩行障害 座れる 寝たきり

- 1～4の範囲に入るのが「重症心身障害児・者」
- 5～9は「重症心身障害児・者」の定義にあてはまらないうえ、①絶えず医学的管理下に置くべきもの、②障害の状態が進行的と思われるもの、③合併症のあるものが多く、周辺児と呼ばれている。

### 超重症児・者判定スコア

判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態<sup>(※1)</sup>にあるものを「超重症児・者」、判定スコアが10点以上であって、超重症児・者に準ずる状態にあるものを「準超重症児・者」という。

項目	(スコア)
1 レスプレーター管理 <sup>(※2)</sup>	=10
2 気管内挿管、気管切開	=8
3 鼻咽頭エアウェイ	=5
4 O <sub>2</sub> 吸入またはSpO <sub>2</sub> 90%以下の状態が10%以上	=5
5 1回/時間以上の頻回の吸引	=8
6 6回/日以上以上の頻回の吸引	=3
6 ネブライザー (6回/日以上または継続使用)	=3
7 IVH (中心静脈栄養)	=10
8 経口摂取 (全介助) <sup>(※3)</sup>	=3
経管 (経鼻・胃ろう含む) <sup>(※3)</sup>	=5
9 腸ろう・腸管栄養 <sup>(※3)</sup>	=8
10 手術・服薬にて改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	=3
11 継続する透析 (腹膜灌流を含む)	=10
12 定期導尿 (3回/日以上) <sup>(※4)</sup>	=5
13 人工肛門	=5
14 人体位交換 (6回/日以上)	=3

※1 新生児 (特定) 集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児 (特定) 集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するCPAP・NIPPV・CPAPなどは、レスプレーター管理に含む。

※3 8～9は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む。

【資料】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (平成26年3月5日付保医発0305第1号)」別添6の別紙14

在宅での生活が始まると毎日24時間家族 (本事例では母親) のサポートが必要になり、育児や介護の負担が大きくなる。訪問看護師は、Fさんの健康管理や医療的ケアのほか、家族 (母親) のサポートを行うことになる。

気管切開からの吸引や口腔内分泌や鼻腔内分泌物の吸引などを行い、気切部位の観察により感染や肉芽の状況などを把握した際は在宅医に報告する。

カニューレ交換は、母親が病院で指導を受けているので基本は母親が行うか、病院受診した時に交換するかになる。母親の交換時は初期のころは訪問看護の日に交換してもらい、一緒に指導しながら行う。カニューレ自己抜去に関しては、すぐに挿入しないと挿入孔の確保が重要になるので母親への指導

を行い、てんかん発作やけいれん、高熱呼吸異常、意識障害などの緊急を要する時は、専門病院への緊急搬送を指導する。

子どもは皮膚をよい状態に保つために毎日入浴が必要であり、母親と訪問看護師や訪問介護員が入浴介護を行う。スキントラブル等がないよう、訪問介護員が体調面で変化に気が付いた際は、母親を通して在宅医や訪問看護師と連携をとる。

なお、福祉サービスを導入するには身体障害者手帳の取得が必要となる場合がある。手帳取得のための診断書や意見書は、指定医に記載してもらう必要があり、区市町村によっても受けられるサービスが異なることから、保健センターや福祉事務所などに相談することが大切である。

## コラム 車いすや座位保持装置、補装具などの製作

移動や食事を安全かつ負担なく実施するためには、車いすや座位保持装置などを積極的に活用することが望まれる。また四肢の変形や拘縮などの予防や、歩きやすくするための装具の製作も重症心身障害児では重要になってくる。

これらの製作は医師と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などのリハ専門職が本人・家族のニーズに応じながら製作者と相談しながら行われる。

リハ専門職は病院、訪問、通所、学校など様々な施設に勤務していて、それぞれの専門性や実際の使用場面を考慮した助言も行っている。

## 支援のポイント1

### 在宅の医療職が連携して在宅生活を支える

気管切開し夜間人工呼吸器装着のFさんは、在宅医が2週間に1回訪問診療し体調を診る。2週間に1回のカニューレの交換、月に1回の胃ろう交換を行う。そのほか体調を崩したときは、訪問看護師と連携の上必要と判断した場合、臨時で往診して診察する。

医療器材が多く、薬も多種類飲んでいるので、在宅医の指示により薬剤師による訪問薬剤管理や医療消耗品の配達をお願いする。

訪問看護指示だけでなく通園先、レスパイト先、定期受診の病院主治医への医療情報提供も適宜行い、必要なワクチンの接種、成長とともに変更しなければならぬ栄養の調整なども配慮していく。

病院主治医はFさんの病状の評価と検査、治療の方針を出す。体調が悪化した場合の急性期入院も担当。

在宅医は、生命の維持のため定期的医療処置に加

え普段の健康状態の評価と管理を行い、病院主治医に報告し密な連携をとっていくことが重要だ。子どもが成長し成人になった後も在宅医の役割は変わらないが、病院主治医が小児科から内科に移行するべく支援していくことになる。

口腔ケア及びむし歯、歯肉炎への対応は、月2回の歯科訪問診療と可能な範囲内で月1回のかかりつけ歯科医院への通院で行い、歯石の除去を数回に分けて実施する。

訪問歯科医は、訪問小児科医師、訪問看護師からの依頼により障害児相談支援専門員から連絡を受け、在宅で口腔内診査を実施する。通院と訪問診療では歯科衛生士による専門的口腔ケアを実施し、さらに両親に対し仕上げ磨きの指導を行い、日々無理のない限り仕上げ磨きを実施するよう指導する。初期虫歯の管理及び重症化予防については、フッ化物塗布で対応する。

## 支援のポイント2

### 多職種が連携して経口摂取を進める

経口摂取の開始を希望する母親に対し、在宅医が摂食嚥下リハビリテーション専門歯科クリニック (以下、クリニック) を受診するよう勧めた。在宅医はクリニックに対し診療情報を提供した。

クリニックでは、歯科医師及び歯科衛生士により、口腔内の診査や外部観察評価等による摂食嚥下機能の獲得段階を評価した。呼吸状態、感覚過敏の有無、運動機能の発達、心理面の発達などを十分に考慮しながら、摂食嚥下機能評価の結果に基づき、経口摂取時の姿勢や摂取量、介助方法及び必要に応じて間接訓練 (筋刺激訓練法など) 等を保護者に指導した。

歯科医師が経過を観察し、口腔機能の獲得や経口

摂取量の増量などの変化が認められた段階で、食形態 (「発達期摂食嚥下障害児 (者) のための嚥下調整食分類2018」で定義された分類名で表す) を指導した。

評価結果を在宅医に情報提供を行い、管理栄養士にも協力を依頼し、調理指導等を実施した。

クリニックからの診療情報を受け、児童発達支援センターでは経口摂取時の姿勢調整や母親の食事介助を支援した。Fさんの食に対する関心を引き出すよう、通園時はお弁当を見せたり、食べ物匂いの匂いが伝わるようにしたりするなど、活動の中で様々な色や形、感触の異なる食材を用意し、食べ物に触れる機会を持てるようにした。また、必要に応じて、支



援センターなど関係各所のスタッフがクリニックの受診に同席することで、医療機関及び保護者と情報共有し、経口摂取時の姿勢や介助方法を統一させた。安全性を考慮しながら食事への興味を引き出す支援をすることで、食事の時間を楽しむことや口から食べる経験を重ねることにつながった。

管理栄養士は、歯科医師が指示する食形態を自宅で準備するために、ミキサーや固形化補助食品（ゲル化剤）を用いた調理法の指導や、市販の嚥下調整食品の紹介を行った。また、成長曲線や体格指数などを考慮して必要栄養量（水分量を含む）を算出し、成長に見合った栄養量を摂取できているかを評価し

た。

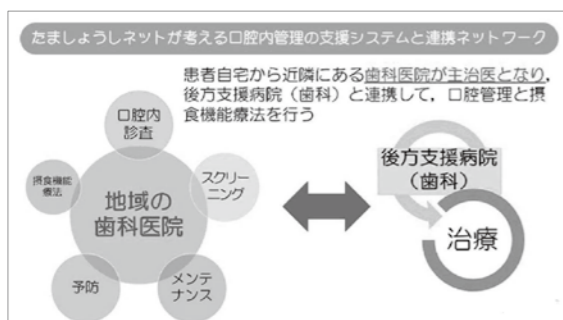
一方保護者から、栄養製剤だけでなく家族と同じものを食べさせたいという希望があがったことから、経口摂取する食事を胃ろうから注入するための調整方法を指導し、必要栄養量を充足させるための食事メニューや栄養補助食品を紹介した。

また、経口摂取量と胃ろうからの摂取量を把握し、状況に応じて効率の良い栄養補給法を提案した。家族と同じものを摂取させることで、自宅での食事の場が単なる栄養補給ではなく、家族との食事を楽しむ時間になることができた。

## コラム ～在宅の医療的ケア児に 歯科医療を提供するシステムづくり～

### 多摩小児在宅歯科医療連携ネット

多摩小児在宅歯科医療連携ネット（以下、たましよしネット）は、地域歯科医院と病院歯科とが連携し、多摩地区に住む在宅重症児の歯と口の健康を支援することを目的に、2015年1月に設立された。在宅歯科医療が可能な歯科医院と、重症児歯科治療が可能な基幹病院が中心となり、地域における歯科医療連携のシステム構築を行っている。



多摩地区の20の歯科医師会に所属する在宅歯科医療が可能な歯科医師と、重症児歯科治療が可能な12施設が参画している。

また「たましよしネット」は、在宅診療を行っている歯科医院の検索マップの作成や、地域の歯科医師及び訪問看護師向けの研修会の企画・実施等の事業を行っている。

【資料】たましよしネットウェブサイト (<http://tamashou-shika.com/>)

#### 連携の例

4歳・男児。病名は脳性麻痺、てんかん、喉頭気管分離術後、摂食嚥下障害（経管栄養）。9か月時より在宅にて歯科医師による口腔ケア及び脱感作を受けていた。開口が難しいことから、歯石除去と乳歯の動揺歯の抜歯が在宅では困難であるため、基幹病院を紹介受診した。病院歯科では歯科治療及び摂食嚥下機能に関して精密検査を行った。病院歯科での治療は4か月ごとに行うこととなり、治療後は再び在宅歯科医がメンテナンス及び摂食機能訓練を担うこととなった。

## 支援のポイント3

### Fさんの意思決定を支える

Fさんのコミュニケーション機能はかなり重度の障害があった。有意義な言語はなく、感情も未発達で不快の感情の表出を「泣く」ことで表出する程度であった。しかし、これまで言語・心理の専門職は口腔機能の運動機能に関わっているのみのようである。児童発達支援事業所に所属する言語・心理専門職がコミュニケーション機能の詳細な評価を行い、継続的な個別指導を開始した。

児童発達支援事業所の通園時は、看護師による体調観察や嘱託医による健康診断を受け、安定して通園ができるように支えていった。

また、理学療法士の評価により座位保持の姿勢にも慣れ、集団活動参加時に身体を起こした姿勢を保持して参加できるようにしていった。

児童指導員が行う活動では、言語聴覚士や臨床心理職と連携し、Fさんのサインを見付けていく。あわせて言語聴覚士や臨床心理職は、認知発達段階の評価やコミュニケーション方法の提案などを行った。

専門職の提案から児童指導員は、朝の集まりで行う呼名時の挨拶や「やりたい」、「やりたくない」の選択の機会をつくることで、Fさんの意思表示を明確にした。周りに友達がいる中でも自分一人でき

る経験を積み重ねていくことは、Fさんの自信につながり、大きな成長になった。

また、遊びをとおした活動の中では、作業療法士の評価により玩具を選択し環境を整えていくことで、楽しみながら手の操作性を向上させていった。

就学により児童発達支援事業所は終了となり、教育機関である特別支援学校や放課後等デイサービスへ個別支援計画の引継ぎを行った。教育機関への療育の引継ぎは、就学支援シートを活用するほか、特別支援学校の担任教員と児童発達支援事業所の児童発達支援管理責任者が対面で行うことで、文字では伝わりにくいFさんのコミュニケーション面や生活面、健康面の情報共有を図った。

特別支援学校には理学療法士や作業療法士、言語聴覚士や臨床心理職などの外部専門員が所属し、児童発達支援事業所からの引継ぎのほか、Fさんの学校での活動を評価し、担当教員とともに学習に参加できる環境を整備した。

また、放課後等デイサービスへの引継ぎは、Fさんの相談支援専門員を通じて情報共有を行った。未就学期から学齢期に移行することで、日中の通いの場が大きく変わるため、関係機関の密な連携が、Fさんの生活を支えていくことになった。

## 支援のポイント4

### 家族やきょうだい児支援のための多職種連携

医療的ケアの必要な子どもに対しては退院時カンファレンスがある。0歳（10か月）での退院の場合は、自宅で過ごす時間が多いために訪問看護師は毎日訪問し対応する。一つの訪問看護ステーションでは、毎日の対応ができない場合は、2か所の事業所で対応する。また、ヘルパー事業所も2か所で対応する場合が多く見られる。

また、保健師、コーディネーター、児童発達支援事業所、在宅医、病院主治医、病棟看護師、看護師長、理学療法士、MSWなど10人以上の関係者が集まりカンファレンスが行われる。特に呼吸器が装

着されている場合は、医療機器メーカーが参加することもある。障がい児の退院は家族の不安も大きくなるが、このような多職種の連携が家族の安心につながっていく。

家族の安心として「親子の会」や「レスパイトケア」の紹介の視点も必要となる。

親子の会は、地域の中の医療的ケア児を持つ親の会等（例：重症心身障害児を守る会など）で結成されている。医療的ケア児を持つ親は、在宅と親の所属する社会の中だけでの活動になりがちで、閉塞感を持ちやすい状況のため、同じ家族を持つ親との交

流で情報交換が行えるように支援をする必要がある。

在宅での生活がスタートすると親は育児や介護の負担などがあるため、レスパイトケアにつながる短期入所のできる施設が身近にあるかどうか検討していくことも必要だ。居住地に近いところに見付からなくても、新しい情報が入ったらすぐに提供できるように把握しておく。

また、「きょうだい児への支援」も必要になる。Fさんの弟はまだ幼児で社会性も発達途上であり、

「きょうだい関係が良好」とまではいえない。心身機能が重度の兄であるFさんにどうしても両親は掛かりきりになってしまうため、弟と関わる時間が少なくなりがち。いわゆる“いい子”であればあるほど、親はそれに気が付かないことが多く、その後の発達に影響することが考えられる。

両親には弟と親だけの時間を定期的に持つようにすることを提案し、そのための社会的資源を紹介していくことも必要だ。

## コラム 相談支援専門員と医療的ケア児

相談支援専門員は「障害のある人が自立した日常生活や社会生活を送ることができるよう、全般的な相談支援を行う者」であり、相談支援事業所などに配置されている。

医療的ケア児が通所や居宅介護（ホームヘルプ）などの障害福祉サービスを利用するには、相談支援専門員にサービス等利用計画・障害児支援利用計画を立案してもらう必要がある。

相談支援専門員は、その立場上、障害福祉サービスを利用していただくことを前提として初めて関われる職種となるため、支援計画を作成するに当たって家族に周産期や乳児期といっ

た医療が重点的に関与する時期についての情報を聴取することもある。

しかしながら家族によっては当時のことを思い返すことに心理的ストレスを感じる人もいて、相談支援専門員は十分な情報を得られないこともある。この場合は、医療サービスと福祉サービスとの連携が大切となり、個人情報に配慮しつつ情報の共有や、担当者会議での意見交換を図っていく必要がある。

**【資料】**  
福祉医療機構WAMNET  
[https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/fukushiworkguide/jobguidejobtype/jobguide\\_job18.html](https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/fukushiworkguide/jobguidejobtype/jobguide_job18.html)

## 小児在宅分野に関わる行政機関・行政の職種について

医療的ケア児は介護保険対象者と違い、様々な行政の職種や相談機関に関わる。代表例として以下のものがある。

### 相談窓口

#### 1 保健所（保健師）

**相談できること：**  
療育に関する相談、きょうだいや家族の健康に関する相談等

病院からの在宅移行や地域での療育が円滑に進むように、地区担当の保健師が関係機関と連携して支援している。また、障害福祉サービスなどの利用計画作成や地域生活への移行・定着に向けた支援の中心となる相談支援専門員と連携しながら、在宅生活のサポートと災害時個別支援計画の作成等にも関わっている。

指定難病に該当する場合の難病医療費助成や、小児慢性特定疾病医療費助成の申請窓口となることもある（なお、区市町村によって申請窓口が異なるので、ご確認ください）。

**【参考】**都福祉保健局ウェブサイト 都保健所の業務  
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/shisetsu/to\\_hoken/gyoumu.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/shisetsu/to_hoken/gyoumu.html)

**【参考】**都福祉保健局ウェブサイト 保健所・保健センター  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shisetsu/hc.html>

#### 2 区市町村障害福祉課

**相談できること：**  
障害者手帳・障害福祉サービス等

各種障害者手帳（身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳）の申請窓口となる（※愛の手帳については、児童相談所が窓口となる）。また、手帳取得以外にも障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス（身体介護や短期入所等）、車いす等の補装具費の支給及び児童福祉法に基づくサービス（児童発達支援・放課後等デイサービス）を受けるための給付費の支給決定を行う窓口も兼ねている区市町村もある。

そのほかにも、障害の程度によって受給できる各種手当の申請受付等も行っている場合もある。以下の各種手当の申請を希望する場合は一度区市町村の

各窓口へご相談ください（申請に当たって診断書の作成等の費用負担が発生する場合がある）。

- ①障害児福祉手当（国）
- ②特別児童扶養手当（国）
- ③東京都重度心身障害者手当（都）

各手当によって窓口が異なる場合があるので、ウェブサイトをご確認ください。

**【参考】**都福祉保健局ウェブサイト 各手当別 区市町村窓口  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shinsho/teate/madoguchi/index.html>

#### 3 区市町村保育支援所管課

**相談できること：**  
保育園、幼稚園に関すること

障害や医療ケアの有無にかかわらず、幼稚園、保育所の入園、在園及び退園に関する相談を行っている。医療的ケアが受けられる保育園等についても情報提供等を行っている。

#### 4 教育機関（教育庁）

**相談できること：**  
就学に関すること、転学に関すること、入院中の教育に関すること

都立特別支援学校への就学を希望する場合、東京都特別支援教育推進室では、障害のある児童・生徒等や病気にかかった児童・生徒等の都立特別支援学校への就学や入学に関する相談を行っている。また、児童・生徒等の障害の状態や発達の状況等に応じて、適切な教育を受けられるように転学の相談を行っている。

また、区市町村立の学校又は特別支援学校については、各区市町村教育委員会が窓口となって相談を受け付けている。

**【参考】**都教育委員会ウェブサイト 東京都の就学相談案内  
[https://www.kyoiku.metro.tokyo.lg.jp/consulting/window/special\\_needs\\_consultation/education\\_01.html](https://www.kyoiku.metro.tokyo.lg.jp/consulting/window/special_needs_consultation/education_01.html)

### 各種関係機関

#### 1 重症心身障害児（者）通所施設（療育センター等）

**相談できること：**  
通所又は入所に関すること、リハビリ等に関すること  
在宅の重症心身障害を持つ方がご家族とともに住

み慣れた地域社会の中で、できるだけ長い期間生活していけるように、自宅からの通所により、健康管理、日常生活の支援等の必要な療育サービスを行う機関

【参考】都福祉保健局ウェブサイト 東京都立児童福祉施設等一覧  
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shougai/shisetsu/fs\\_list.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shougai/shisetsu/fs_list.html)

## 2 児童相談所

相談できること：

### 子どもに関すること、施設への入所相談

障害や医療ケアの有無にかかわらず、原則18歳未満の子どもに関する相談を引き受けている。障害児入所施設への入所相談等も児童相談所で受け付けている。

また、知能検査による知能指数の判定も行っている。虐待等の通報だけでなく、福祉職や心理職が相談に乗る専門機関

【参考】都福祉保健局ウェブサイト 児童相談所とは  
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/jicen/annai/jido\\_sodan.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/jicen/annai/jido_sodan.html)

## 3 子供家庭支援センター

相談できること：

### 18歳未満の子どもに関すること

18歳未満の子どもや子育て家庭のあらゆる相談に応じるほか、ショートステイや一時預かりなど在宅サービスの提供やケース援助、サークル支援やボランティア育成等を行っている。

【参考】都福祉保健局ウェブサイト 子供家庭支援センター  
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/ouen\\_navi/center.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/ouen_navi/center.html)

## 4 発達障害者支援センター

相談できること：

### 自閉症、アスペルガー症候群その他の発達障害等に関すること

発達障害者支援センターは、発達障害のある人とそのご家族が、安心した暮らしを営むことができるよう、その総合的支援を行う地域の拠点。発達障害に関わる発達・生活・就労など様々な相談を受け付けるほか、地域支援や啓発などを行っている。

【参考】都福祉保健局ウェブサイト 東京都発達障害者支援センター  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shougai/shisetsu/shien.html>

## 医療的ケア児等医療情報共有システム「MEIS」

医療的ケア児等が旅行などで出掛ける場合、急な発作に備えて、全国各地でも必要な医療を受けられるように、かかりつけの病院以外でも医療等に関する情報を共有可能なシステムを厚生労働省が運用している。

従来はご家族が外出先周辺の病院の情報を集めたり、本人の医療データを持ち歩いたりしなければいけなかったが、事前にシステムの利用登録を行い、本人やご家族等が、医療等に関する情報をお手元のスマートフォンやパソコンで入力し、データベース化しておくことで、外出先で救急搬送された場合、救急隊員や搬送先の医療機関が登録してある情報を閲覧することができる。

【参考】厚生労働省ウェブサイト 医療的ケア児等医療情報共有システム（MEIS）について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_09309.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09309.html)

## 医療的ケア児の支援に関する研修について（都福祉保健局障害者施策推進部）

相談支援専門員、保健師等、今後、地域において医療的ケア児の支援を総合調整するコーディネーターの役割を担う予定のある者で都内事業所、都内自治体に所属する方を対象に、東京都医療的ケア児コーディネーター養成研修を行っている。

また、その前段の研修として、ほかにも医療的ケア児の支援に関わる関係機関職員に対して、支援に関する基本的な理解を目的とした東京都医療的ケア児支援者育成研修も実施している。

【参考】都福祉保健局ウェブサイト 重症心身障害児（者）等への支援  
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shougai/nichijo/s\\_shien/shien.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/shougai/nichijo/s_shien/shien.html)

## 医療的ケア児等コーディネーターとは

医療的ケア児等に対する専門的な知識と経験に基づいて、本人中心支援と自立支援を継続していくために、支援に関わる関係機関との連携（多職種連携）を図りながら、生活の場に多職種が包括的に関わり続けることのできる生活支援システム構築を行っている。

相談支援業務（基本相談、計画相談、ソーシャルワーク）を行う場合や、サービス等利用計画（障害

児支援利用計画）を作成する相談支援専門員のバックアップを行う場合もある。

# 重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業取扱要領

## 目的

重症心身障害児（者）等の健康の保持とその家族の福祉の向上を図るため、在宅の重症心身障害児（者）等に対し、訪問看護師が自宅に出向いて一定時間ケアを代替し、当該家族の休養を図るものである。

## 対象

次の状態にあるものを介護する家族等

- 1 医療的ケアが必要な在宅の重症心身障害児（者）
- 2 人工呼吸器装着等、日常生活を営むために医療を要する状態にある在宅の障害児

## 事業内容

区市町村と委託契約を締結した訪問看護ステーション等の看護師が、区市町村から利用の決定を受けた利用者の自宅に出向き、介護者である家族等が行っている医療ケア等を一定時間代替する。

## 利用内容

訪問回数は1年度の間に24回を超えない範囲で、月4回を上限とする。

1回の訪問につき、2時間から4時間までの30分単位で利用することができる。

## 必要書類

医師の指示書等、区市町村が指定する書類

## 利用に際して

- 1 訪問看護師が実施できる支援は、指示書に記載されている医療的ケア及び身体介護等の区市町村が指定する支援
- 2 利用者負担が生じた場合は訪問看護事業者に支払う場合もある。

## サービスに関する費用

- 1 医師指示書取得費用  
2,700円～3,000円の助成が受けられる。
- 2 サービス利用にかかる費用  
世帯の課税状況に応じて、利用時間ごと負担額を定める。  
1回当たりの費用負担（例：2時間 0円・180円・370円・1500円）  
※申請後課税状況に応じて費用負担の決定通知がくる

## 利用の流れ

利用の対象に該当するか事前に区市町村に相談  
医療保険で利用中の訪問看護事業者へ、在宅レスパイト事業の対象の可否を確認

受け入れできる訪問看護事業者は区市町村と契約を行い、区市町村へ費用の請求を行う。対象者が近隣自治体に居住の場合は各近隣の自治体とも契約を行うことができる場合もある。

## 在宅レスパイトと家族支援

### 1 母親支援

子どもの介護が母親中心となっているケースが多いことから、母親の介護負担は大きい。

母親の休息のための利用もあるが、母親の自分自身の病院受診や買い物等への外出などもある。

また、自宅より遠い外出など時には長時間訪問看護との併用で最大6時間のレスパイトの利用提供することもある。

### 2 きょうだい児支援

きょうだい児がいる家庭では幼稚園や小学校に通園や通学をしており、きょうだい児の幼稚園や学校行事の時にレスパイト利用をすることがある。また、母親との外出や公園等での遊び、外での食事などきょうだい児にとっても母親、父親と一緒に行事に参観できることや遊びに出かけられることはきょうだい児にとっても喜びにつながり、在宅レスパイトはきょうだい児支援に大きな役割となっている。

## 介護職員等によるたん吸引(特定の者対象)3号研修

### 基本研修の概要

#### 目的

平成24年から施行された介護職員等によるたん吸引及び経管栄養の実施の制度化について、都内の居宅系事業所等において、たん吸引等を必要とする特定の者(特定の個人)に対し、医師や看護師との連携のもとにより安全に実施するため、たん吸引等を適切に行うことができる介護職員等を養成する。

#### 実施主体及び研修機関

- 1 実施主体 東京都福祉保健局
- 2 研修実施機関 東京都福祉保健財団 都から指定を受けた機関

#### 研修対象者

- 1 東京都内施設・事業所に所属し、特定の者を対象にたん吸引等を行う介護職員等であること。
- 2 実地研修を行う特定の利用者があること。
- 3 利用者のかかりつけ医等の医師から利用者に対してたん吸引等を行うことを承認された介護職員等であること。
- 4 実地研修の同意書に利用者又はその家族による署名等が原則できること。
- 5 基本研修を2日間受講ができること。

#### 研修修了までの流れ

- 1 基本研修受講  
基本研修は、たん吸引等を実施するために必要な基礎知識について講義及び演習で学ぶ。  
講義内容：概論・たん吸引・経管栄養の学習  
演習内容：モデルを使い実際のたん吸引や経管栄養材の注入などの手技を体験する。
- 2 評価テスト  
講義や演習が終了後、基礎知識が習得できたかどうかを確認するための筆記試験を行う。  
筆記試験の総正解率9割以上が合格となる。
- 3 研修課程修了確認書の交付
- 4 実地研修  
修了者は特定の対象者の訪問看護事業所の訪問看護師から実地指導を受け、実地研修評価票に指導した看護師の評価が全ての項目で2回連続「手引きの手順通りに実施できている」になるまで行う。  
全てを修了した介護職員等は特定の者への吸引等の行為が実施できる。

#### 介護職員の吸引等の行為について

重症心身障害児や吸引等の医療ケアが必要な障害児(者)に対して介護職員と訪問看護師の共働で安全なケアができる体制となり、看護師だけでは担えない時間を対応してくれていることで、家族の介護負担の軽減にもつながっている。

## 医療的ケア児に関するその他の制度

### 東京都医療的ケアを必要とする児童・生徒の専用通学車両運行事業

#### 目的

都立肢体不自由特別支援学校において医療ケアが必要なためにスクールバスに乗車できない児童・生徒に対して学習機会の拡充を目的として、児童等の安全を第一としながら看護師を同乗させた専用通学車両を運行するものである。

#### 実施主体

事業の実施主体は東京都とし、車両内で安全に医療ケアを行うために、東京都が適当と認める団体に一部または全部を委託し実施できることとする。  
委託団体：一般社団法人 東京都訪問看護ステーション協会

#### 事業概要

平成30年度2学期から肢体不自由特別支援学校全校で、通学籍でスクールバスに乗車希望している児童・生徒のうち、乗車中に医療的ケアが必要なことを理由にこれまでスクールバスに乗車することができなかった児童・生徒専用の通学バスを運行する。

#### 事業内容

- 1 専用通学車両の確保  
児童・生徒の登下校日に運行する車両の確保
- 2 専用通学車両に同乗する看護師の確保  
専用通学車両に同乗し、車両内において児童・生徒の医療的ケアを行うことのできる看護師を確保するため、学校看護師の雇用を拡大するとともに、東京都訪問看護ステーション協会に委託し、訪問看護ステーションの訪問看護師による同乗も行っている。  
東京都訪問看護ステーション協会は、対象となる訪問看護ステーションと契約し、現在17校の特別支援学校の登下校を対象に、訪問看護師が同乗し医療的ケアを実施する事業を行っている。
- 3 専用通学車両内での医療的ケア  
医療的ケアが必要となった場合は運行コース上の安全な場所に停車し、ケアを実施している。実施に当たっては、学校生活や家庭において、日頃から児童・生徒の看護を行っている学校看護師や訪問看護師が同乗していることから、児童・生徒や保護者も安心して専用通学車両に乗車できる。

令和元・2年度 東京都多職種連携連絡会 委員名簿

	氏名	所属団体
委員長	西田伸一	東京都医師会
副委員長	土谷明男	東京都医師会
委員	小川聡子	東京都病院協会
委員	小川勝	東京都老人保健施設協会
委員	小田泰之	東京都歯科医師会
委員	2年度 元年度 大金伸子 原智子	東京都歯科衛生士会
委員	根本陽充	東京都薬剤師会
委員	黒田美喜子	東京都看護協会
委員	椎名美恵子	東京都訪問看護ステーション協会
委員	田代文子	東京都理学療法士協会
委員	林義巳	東京都作業療法士会
委員	西脇恵子	東京都言語聴覚士会
委員	2年度 元年度 上野俊 深谷清	東京都栄養士会
委員	牧野雅美	東京都介護支援専門員研究協議会
委員	望月太敦	東京都介護福祉士会
委員	後藤哲男	東京社会福祉士会
委員	田上明	東京都医療社会事業協会
委員	鈴木健太	東京都社会福祉協議会 (東京都高齢者福祉施設協議会)
委員	平川博之	東京都医師会
委員	天木聡	東京都医師会

令和元・2年度 東京都多職種連携連絡会  
「事例検討ワーキングチーム(WT)」参加者名簿

※委員兼務	氏名	所属団体	
【Aチーム】 ①心疾患 ②神経難病	在宅医	迫村泰成	東京都医師会
	訪問看護師	葉山香里	東京都訪問看護ステーション協会
	ケアマネジャー	一井圭	東京都介護支援専門員研究協議会
	病院	林美由紀	東京都病院協会
	薬剤師	根本陽充	※ 東京都薬剤師会
	医療SW	平井隼人	東京都医療社会事業協会
	特別養護老人ホーム	鈴木健太	※ 東京都社会福祉協議会東京都高齢者福祉施設協議会
	理学療法士	神原舞子	東京都理学療法士協会
	病院医	土谷明男	※ 東京都医師会
【Bチーム】 ①認知症・ 老衰 ②精神障害	在宅医	西田伸一	※ 東京都医師会
	訪問看護師	2年度 元年度 原子英樹 富樫明美	東京都訪問看護ステーション協会
	ケアマネジャー	蛸谷典子	東京都介護支援専門員研究協議会
	介護老人保健施設	菅俣章治	東京都老人保健施設協会
	歯科衛生士	餌取恵美	東京都歯科衛生士会
	理学療法士	伊藤晃洋	東京都理学療法士協会
	作業療法士	中村晃一	東京都作業療法士会
	社会福祉士	川崎裕彰	東京社会福祉士会
精神科医	平川博之	※ 東京都医師会	
【Cチーム】 ①がん ②医療的 ケア児	在宅医	望月諭	東京都医師会
	訪問看護師	伊藤文子	東京都訪問看護ステーション協会
	ケアマネジャー	南雲健吾	東京都介護支援専門員研究協議会
	歯科医師	小田泰之	※ 東京都歯科医師会
	看護師	末吉美花	東京都看護協会
	言語聴覚士	西脇恵子	※ 東京都言語聴覚士会
	管理栄養士	尾関麻衣子	東京都栄養士会
		遠藤薫	東京都栄養士会
	介護福祉士	望月太敦	※ 東京都介護福祉士会
小児在宅医	宮田章子	東京都医師会	

令和2年度 東京都多職種連携連絡会  
「座談会」参加者名簿

		氏名
【Aチーム】 (新宿区)	在宅医	迫村 泰成
	訪問看護師	服部 絵美
	ケアマネジャー	根田 一成
	訪問介護	柿崎 俊哉
【Bチーム】 (調布市)	在宅医	西田 伸一
	訪問看護師	井上 京子
	ケアマネジャー	池野 上昇
	訪問介護	若尾 佳則
【Cチーム】 (日野市)	在宅医	望月 諭
	訪問看護師	湯谷 将生
	ケアマネジャー	横川 しのぶ
	訪問介護	天沼 暢浩

東京都医師会	平川 博之
	土谷 明男

住み慣れた街でいつまでも【医療・介護従事者編】  
－多職種連携のためのヒント集と事例集－

令和3年3月発行

登録番号 (2) 404

■製作・監修 東京都多職種連携連絡会

■編集 公益社団法人 東京都医師会

■発行 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課  
〒163-8001

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

電話 03-5320-4446 FAX 03-5388-1436

■制作 株式会社オフィスTM

© 禁無断転載

