

# 在宅移行研修会 グループワーク2配布資料

- \* グループワーク2開始時に、本配布資料と作業シート②を配布してください  
また、各グループ書記に提出用配布資料を配布してください

## 事例検討 グループワーク

# 生活歴・趣味など

(生活歴)

- 公務員として60歳まで市役所に勤務。

(趣味・関心事など)

- 魚釣り

(発症以前の生活状況)

- 屋外は、友人宅、医療機関、公民館（町内の集会）に一人でいっていた。
- 農業がないときは、毎日1～2回（1回1時間程度）水の見まわりついで散歩と、畑仕事、庭の掃除や庭木の剪定、テレビを見て過ごす生活であった。

# 心身機能等の状態

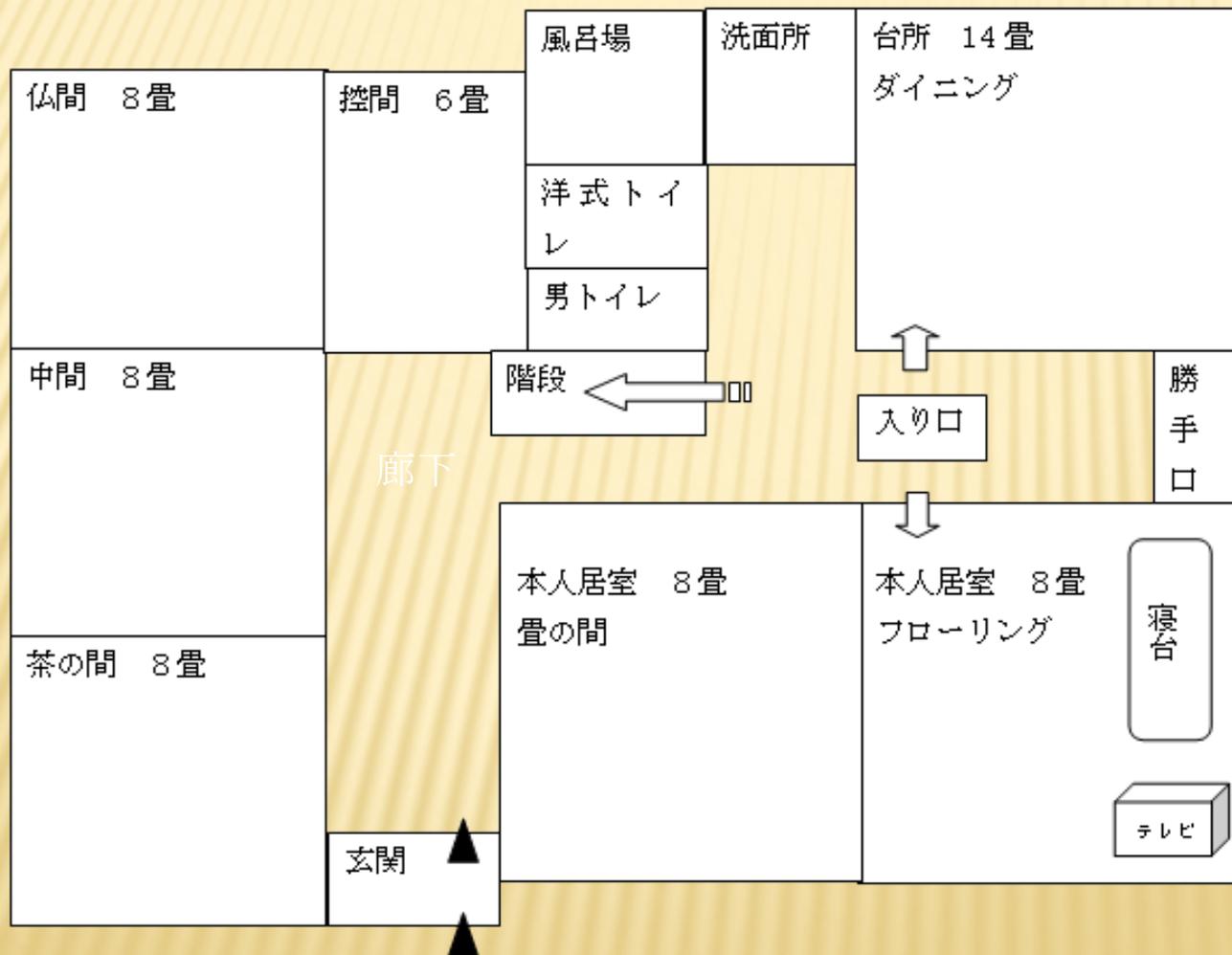
ADL	食事等	食事量は少ない。スプーンを使用して介助で摂取可能。入れ歯は持っているがしていない。現在はむせない食（ムース状）
	移動等	全介助。ストレッチャー移動。リクライニング車いすで60度20分程度の座位保持可能になってきた。
	排泄	おむつ使用。後始末介助をする。排便は3日に1回（坐薬でのコントロール。服薬はない。）
	入浴	病院施設ではシャワー浴のみ（病院には循環式入浴機器がない。）。ストレッチャー移動輸送で30分は移動に耐えられる。酸素1ℓ（通所施設で入浴できるかどうかは不安。訪問入浴かどうかも不安。）
	着脱	全介助必要。

I ADL	買い物	介護者にすべて任せている。
	金銭管理	介護者にすべて任せている。
	服薬管理	病院で管理している。痛みに対して麻薬で疼痛は収まっている。レスキュー薬（屯用の麻薬）は現在なし。
	物品管理	介護者にすべて任せている。
	コミュニケーション良好。	

# 心身機能等の状態

口腔機能	口腔内清潔を保つために清掃が必要。総入れ歯を入院前は使用していたが、現在は歯肉が痩せてしまい使えない。合わない。痛い。一口に含むことができる量は小さじ1杯程度。 現在の経口摂取量；お楽しみ程度の食事量。
栄養状態	アルブミン値2.8g/dl 身長160cm 体重 45kg BMI値17.6(体重÷身長÷身長) 滴下；1回1時間強。経腸栄養剤 CZ-Hi からアソカへ変更1200kcal/日
認知機能	改訂長谷川式認知症スケール 25/30点 BPSDはなし。 現在、せん妄等は見られない。
介護力	妻の他、常時の協力者はいない。家族も息子のみなのでできるだけサービスを利用できないか。長男は介護未経験。次男は介護経験者であり手続きなどは次男が中心に行っている。
社会との交流	人前にでることは嫌がらない。友人は多からず少なからず。田んぼを所有（1町2反8畝）。 過去に生産組合長に就いている。

# 居住環境・住宅の見取り図



玄関：あがりかまちに25cmの段差が2カ所ある

▲  
 本人居室と廊下には段差はない。ダイニングまでも段差はない。洋式トイレには手すりがついている。後はついていない。  
 2階は息子たちが帰ってきたときのみ使用する。

## 意思決定への介入

〈1回目〉

家族・主治医・看護師と面談

面談に向けての説明では、「在宅療養が可能なのか、まずは話を聞いてみる」(主治医より)

○ 訪問診療医、歯科医と訪問看護師の活動を紹介し、訪問の回数や緊急時の対応について説明。

○ 地域に対応してくれる訪問診療医、歯科医がいることを説明。

○ 訪問診療医、歯科医と病院主治医が連携をとりながら対応することを説明。

○ 現状のADLでは、全介助が必要となり、家族での役割分担が必要になることを説明。

○ 介護保険での訪問介護と有料のヘルパー利用について説明。

○ 病院に通う方法の検討が必要になることを伝える。

○ 在宅看取りは実際に在宅療養するなかで決めてよいことを伝える。

〈2回目〉

家族が退院することを決定しての面談

○ 具体的に訪問診療医、歯科医と訪問看護を紹介し、退院前のカンファレンス実施を説明。

○ 医療処置、介護方法の練習予定を看護師と計画。

○ 栄養方法について主治医と調整し、胃瘻造設となる。

○ 車いすなどを利用した移動方法の検討を看護師に依頼。

## 家族の対応

妻：連れて帰ってあげたいと思います。昼間が一人なのでやれるか不安です。  
長男：在宅で使う薬剤はどのように準備するのですか？本人の意識がしっかりしているうちに帰りたい。  
次男：介護の経験はあるのでおおよそのことはわかる。自宅に階段があるので、そこを移動できるか検討したい。  
※ 家族で話し合っただけだと申し出あり。

家族の反応

長男：弟も介護に協力してくれることになった。退院させたい。

## アセスメントと対応

- 長男は、在宅を希望した。
- 病状も理解したうえで在宅での看取りを決めかねていた次男が、しっかり在宅療養を見据えていた。
- 家族の「退院させたい」という気持ちは一致していたが、予後が3ヶ月と説明され、さらに在宅看取りまで求められることが心理的な負担になっていると考えられた。
- 在宅療養を選択する際の在宅看取りをゴールにおいた説明は、「連れて帰りたい」という家族の意向にはそぐわないと考えられる。

家族が退院の方向で決定したと報告あり。しかし、長男や妻が療養環境の準備、病院への搬送方法などの調整を計画的に進めることは難しいであろうと予想された。

- ケアマネジャーとの連携を開始のため連絡。妻、家族との面談調整。
- 家族の役割分担を勧め、医療処置練習に参加する家族を決定するよう説明。

## 地域連携のポイント

家族の間で在宅療養に対する意向は不確か。そのため事前に患者の病状に対応する医療機関の情報がなければ、在宅調整を進めていくことが難しいと判断し、面談前に対応を依頼。その結果、訪問看護と、ケアマネジャーの調整が可能となった。

# グループワーク2

- この方の在宅ケアについて、グループで検討いただきます（30分）
- ケースの情報は検討資料を参照してください
- 次の項目について検討し、作業シート②に記入してください
  - 1) ケアの方針、目標
  - 2) 必要な社会資源
  - 3) 家族への対応
- 後ほど、いくつかのグループに発表をお願いします

# 作業シート②-1

グループで検討、作業時間30分

## 1) 在宅ケアの方向、目標

(患者さん、ご家族の心情も想像してください。皆さん自身だったら、どのような支援を受けたいかと考えるとよいでしょう。)

## 2) 必要な社会資源

(在宅医療、介護保険サービス、インフォーマルサポートなど資源を挙げ、その実現のために必要なこと、連携方法についても検討してください。実在するサービスはもちろんですが、実在しなくても使いたいものも自由に想起してください。)

# 作業シート②-2

## 3) 家族への対応

(心情へどのように配慮するのか、在宅ケアに必要な手技や知識などをどのように伝えるのか、などを検討して下さい。)