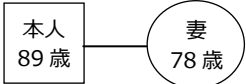


地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラム
 ロールプレイ用標準シナリオ③

<事例名>

妻よりも長く生きて、妻を看取ってから逝きたいと願う方への支援

<事例概要>

1 患者・利用者の状況	
(1) 年齢	89歳 (2) 性別 男性
(3) 病名	誤嚥性肺炎、パーキンソン病、陳旧性右脳出血（血栓除去）、肺気腫、肺良性腫瘍（サイズ変化なし；左肺門5cm）、右総腸骨動骨動脈瘤
(4) 経過・現状	<p>【概要】 ①肺良性腫瘍、②パーキンソン病、③陳旧性脳出血、④右総腸骨動骨動脈瘤にて通院中であった。3日前より寝返りができなくなり、食事量も低下。自分で食事がとれなくなった。左肩背側、臀部にⅡ度の褥瘡ができる。とろみ食を数口食べている。痰は出ている。 酸素飽和86%、呼吸数28/分、喘鳴を認め外来受診。 身体所見、身長cm149.6cm、体温37.2℃、血圧136/79、脈91/分 小柄、るい瘦、意識レベルⅠ、胸部心音整、左背部に湿性ラ音。上肢安静振戦。 腹部 平坦。 四肢 浮腫なし。</p> <p>【ADL】 左片麻痺 構音障害、歩行障害あるが理解力は良好。 車いす、左側拘縮（左肩）挙上困難。</p> <p>【処方】 パナルジン錠100mg 2錠 メネシット錠100 2錠 朝と夕 バイアスピリン100mg 1錠 朝食後 レニベース錠2.5mg 1錠</p>
(5) 家族・関係者・キーパーソン	 <p>統合失調症の妻と二人暮らし。</p>
2 ロールプレイの場面設定	
<p>肺炎の治療後、経口摂取量が低下、嚥下障害もあり少量の摂取は可能となってきた。このまま少量の経口摂取も継続できるが、在宅へ戻るとすれば、誤嚥性肺炎の繰り返しが予測される。本人は在宅復帰を希望。</p> <p>経口摂取の継続か。胃瘻造設か。中心静脈栄養法か。どれかを選択し、リハビリテーションを継続しながら在宅復帰を目指す場面。本人と妻では栄養法を選択は決められないと言い、主治医、受け持ち看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、民生委員、親戚（本家）、ケアマネジャー、訪問看護師が集まって今後の方針について話し合いを行う。</p>	

3 結論（※ロールプレイ開始前には説明せず、終了後の解説時に説明）

冒頭、本人から「妻よりも長く生きて、妻を看取ってから逝きたい」と私は胃瘻をすると宣言。入れ歯の調整は、検討していたが、在宅復帰後、受診の機会が確保できず、未調整のままとなった。

座位保持は在宅でも訪問リハ訓練を取り入れ30分自力で可能までに回復。ポータブルトイレを介助で利用できるよにまでになった。

妻は最近記憶力も低下し、家事遂行もままならないため、訪問介護の利用を調整することとなった。

要介護5、訪問診療、訪問看護・リハ、訪問介護（生活支援、身体介護）、通所介護、ショートステイは定期利用なし。民生委員、町内会長、班長さんの見守り実施。ごみ出し当番免除、回覧板迂回、町内会費等は妻を介さず、成年後見人から受け取る段取りを調整。

本人は7年後病院で死去。誤嚥性肺炎、心不全を併発し死去。妻が精神科入院中であり、在宅へ戻るためのレスパイト入院中の出来事だった。妻を看取ることはできなかったが、二人で入る墓の造設、妻の成年後見人の選定など、後々のことを決めてからの旅立ちであった。

<シナリオ 配役①>

配役名	本人 89歳 男性
<p>本人は妻よりも長く生きて妻の葬式を上げてから自分も逝きたいと自ら発言。「先生。胃瘻にします。」と話し合いの冒頭に意思を表明。</p> <p>7人兄弟の3男。第2次世界大戦従軍者。恩給を受けている方。民間企業に40年勤務。同企業の株主。月約40万円の収入あり。身体障害者手帳肢体不自由2級取得。要介護2。入院中に区分変更し要介護4となった。本人の妻はもともと本人の兄（長男）の妻であった。兄の戦死によって、弟が兄嫁と添い遂げた。兄の戦死とともに妻は精神を病みそのころに統合失調を罹患とみられる。</p> <p>本人は結婚後、本家を離れ町中に新築住宅を建設移住。引っ越し祝いを終えたあと、近所の方が、お返しや、祭りの赤飯など配りにいくと、妻「こんな髪の毛がいっぱい入っているもの食えるか」「毛虫がいっぱい入っとる」などの発言があったとのこと。</p> <p>転居早々から地域から孤立状態。本人は尚更「妻を守ってやらなくては」という意識が強まった。</p> <p>親戚は、兄弟姉妹はすべて死亡。兄弟の子ども（本家；男）も障がい者（車いす意思疎通できず）のため、甥の嫁が本家の窓口。</p> <p>甥の嫁は本人のことならば何かしらできることはしたい。が本人の妻のことは関知しない。</p> <p>「私たちもあることないこと、ひどく中傷や傷つけられた。」と訴える。</p>	

<シナリオ 配役②>

配役名	妻 78歳女性
<p>「なあんもわからんもんで…」 統合失調症にて精神科通院中。要介護2。 精神科受診の契機は72歳の時、隣の家に住人から「『お前は役に立たないやつだ、死ぬ。今日裁判所がお前を迎えに来て死刑だ。』」と言って来る。どうすればいいの？」と夫のケアマネジャーへ助けを求めてきたことから。現在夫と同じケアマネジャーに支援を受けている。</p> <p>信頼できるのは、ケアマネジャーと自分の主治医。後はできるならば付き合いたくない。また、以下のようなことを考えている。</p> <ul style="list-style-type: none">・ヘルパーさんは私をいつもいじめる。「そうじすればいい」「ごはんつくればいい」「おむつ交換すればいい」と口うるさい。そんなことわかっとる！嫌なひと。・でも他のヘルパーさんはやさしい。「ごはん作ったよ。食べよう」「きれいにしたよ。座られ。」「おむつ交換したよ。」と気が利く。 <p>もともと閉じこもり傾向で誰もかれも家の玄関から奥へ入れたことはない。猜疑心でいっぱい。どのような申し出も被害的に思う。</p>	

<シナリオ 配役③>

配役名	主治医 40歳代
<p>温和な性格、でも論理的。 人の目を見て話ができるのが苦手。 内科（血液）。外来は週3日。訪問診療に週1日出ている。 今までは、外来で見ていた患者（本人）が、段々とADL低下をきたし、誤嚥性肺炎となった。 統合失調症の妻では本人の面倒を見ることはできないと思っている。 「施設かなあ」と思いつつも、本人が家でくらしたいと言ったら、帰れるだろうか。 帰ることになれば訪問診療に行くことを考えている。</p> <p>栄養士より滴下よりゲル化したものを入れてもよいかという問い合わせもあり、胃瘻ならばボタン式でいこうかなとも計画中。</p>	

<シナリオ 配役④>

配役名	ケアマネジャー 30代男性
<p>社会福祉士、精神保健福祉士を基礎資格に持つケアマネジャー。ケアマネジャーの前職は医療ソーシャルワーカー、精神科訪問看護の経歴もある。</p> <p>性格は、温和。生活を支援しなきゃと思い、なんとか信頼関係を構築したいと思っている。</p> <p>市役所から、本ケースを紹介され5年が経過している。本人が要介護1の時から担当し、通所介護を週2回利用するケアプランを作成していた。</p> <p>2年前、本人から、なかなか家の中に入りづらいので手すりを取り付けてほしいという依頼があり、手すりを取りつけるため、住宅改修業者と訪問したが、玄関先から奥に入れてもらえず、住環境の間取りもわかっていない。</p> <p>ケアマネジャーは、本人に関わってから5年間玄関から先にいれて貰えず、「どう信頼関係を築けばよいかわからずにいた。」</p> <p>今は、ようやく妻との関係もでき、本人との関係もできてきたところなのに、誤嚥性肺炎で入院し、残念と思っている。</p>	

<シナリオ 配役⑤>

配役名	本家、甥の妻
<p>兄弟のこども（本家；甥；男性）は障がい者（車いす使用。意思疎通できず）のため、甥の嫁が本家の窓口。</p> <p>甥の嫁は本人のことならば何かしらできることはしたい。が、本人の妻のことは関知しない。 「私たちもあることないこと、ひどく中傷や傷つけられた。」と訴える。</p> <p>できることなら何も関わりたくない。でも菩提寺も一緒だし、墓を建てる土地も隣だし、本人には、私たちが田んぼで忙しいときは手伝ってもらっていた。 その分のお礼はしていきたい。</p>	

<シナリオ 配役⑥>

配役名	訪問看護師 40歳代後半
<p>まじめな性格、曲がったことは嫌い。総合病院から出向で訪問看護ステーションに配置されている。現在10年目のキャリア。</p> <p>妻の精神科入院から、本人の療養支援のため関わる。妻の退院後も、脳出血再発リスク軽減と、リハビリテーション提供を目的に訪問している。</p> <p>最近、胸の音が悪いなあと気になっていたところに誤嚥性肺炎で入院。</p> <p>事前に胃瘻か、経口か、中心静脈栄養か選択を迫られていることは聞いていた。胃瘻がいいなあ。とは思っていた。</p> <p>胃瘻ならば栄養剤の滴下は、嘔吐した場合奥さんの介護力に不安があるためしたくない。シリンジ大にゲル化した経腸栄養を1ショットで注入したい意向がある。ゲル化には時間がかかるため、事前準備しておくことが必要。冷蔵庫になど使用できるか心配。</p> <p>薬剤使用のための吸入器（ネブライザー）や電気式吸痰器も必要になるなあと思いを溜めている。</p> <p>体位交換も妻ができないため、体位交換可能なエアーマットの導入が必要だと事前アセスメント済。</p>	

<シナリオ 配役⑦>

配役名	受け持ち看護師 30歳代前半
<p>訪問看護師が怖い。 在宅でのリスクや、気を付けていくことはなに？と自分の分からないことを聞いてくる。「私、在宅を経験していないから、詳しくないんです。できれば、病棟でのリスクは説明できるんで、あとは考えてもらえませんか。」と言いたい。</p> <p>本人の現在の状況は、入院時にあった左肩背側、臀部の褥瘡のみとなった。保護のみで経過観察ができる程度。とろみ食は現状も、数口食べている。痰は出ているが粘調なため、鼻から引いている。本人は嫌がるが、その方がすっきりする。</p> <p>酸素飽和度 86%⇒92%へ回復。端座位訓練実施中。10分は自分の右手でベッド柵をつかみ座位保持できるようになったことがうれしい。</p>	

<シナリオ 配役⑧>

配役名	理学療法士 もうすぐ30歳 男性
<p>寝たきりの患者が多い病棟で、勤務。最近効果が上がらない患者にリハビリを提供していることが多く、機能回復をあきらめがち。今回も、入院前は歩いていた方であったという情報から、歩行訓練獲得に意欲的であったが、効果が上がらないためあきらめつつある。</p> <p>関節可動域訓練、座位保持訓練、立ち上がり訓練を中心にベッドサイドでリハビリを展開中。</p>	

<シナリオ 配役⑨>

配役名	作業療法士 もうすぐ40歳 女性
<p>訪問リハビリ経験者。 左麻痺の状態は、上肢は拘縮も進み廃用手となっているが、下肢はまだ力が入るため、移乗が楽になる用、立ち上がり訓練に的をしぼり訓練を展開。座位保持も10～15分自力でできるようになってきたので、是非在宅でも続けていける環境整備を念頭にカンファレンスに臨むつもりである。</p>	

<シナリオ 配役⑩>

配役名	言語聴覚士 もうすぐ30歳 女性
<p>食態は、絶食からゼリー食、とろみ中から低とろみへと段々とよくなった。嚥下内視鏡検査では嚥下反射がみられるため、もうすこし食事形態をあげることも検討している。</p> <p>そのためには姿勢保持、口腔内一口量の確保も重要であるため、義歯の調整もしたい。しかしながら、当院には歯科がないため、どのように、これから調整すればよいか思案中。</p>	

<シナリオ 配役⑪>

配役名	管理栄養士 40歳代 女性
<p>最近訪問も行きたいなと思っているが、実際どのようにすればよいかわからない。</p> <p>最初の事例としてとてもよい事例だと思っているが、妻が統合失調症であるためなかなか、行くと決めかねている様子。精神疾患への関わりを怖がっている。</p> <p>言語聴覚士と共同で摂食嚥下訓練に携わり、食態がどんどん向上している本人に、さらに関わりたいと思っている。摂取カロリーも 900kcal⇒1,100kcal へアップし、さらに上昇できればよいと計画中。</p> <p>主治医から胃瘻造設の計画も聞いており、滴下よりゲル化したものがよいのではと思っている。</p>	