

## 各論1の趣旨・狙い

各論1では、在宅医療において不可欠な多職種協働について、より実践的な視点から学べるよう、実際の症例をもとに「A 多職種協働・地域連携」「B モデル・ケアカンファレンス」の2部構成で展開していく。それぞれの趣旨・狙いは以下のとおりである。

### A 多職種協働・地域連携

- ✓ 在宅医療～在宅ケアにおいて、多職種協働が重要かつ必須。
- ✓ 2つの症例を通じて、以下の視点や要素を学んで欲しい。
  - 1) 各職能の役割
  - 2) 各職能の強み
  - 3) 早期からのサービス導入による優位性
  - 4) サービス提供の質の向上にいかに関与するのか

### B モデル・ケアカンファレンス

- ✓ カンファレンスではかかりつけ医が参加していないケースが少なくない。  
⇒自分の関わる症例のケア会議関連に対しては、「まずは参加をするところから始まる」ということを再認識してもらう必要がある。
- ✓ なお、モデル・ケアカンファレンスは地域で実施されている特定された会議体を想定するのではない。各職能の強み・優位性・相互連携の重要性などを体感するための「模擬ケア会議」として位置づけた。

## 各論1 A 多職種協働・地域連携

### 【症例1】

84 歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症 座長：飯島 勝矢

#### 1 症例の概要

- 脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞、血管性認知症、要介護3
- 誤嚥性肺炎を繰り返し、ADLが低下しつつある
- 高齢の妻(85歳)と二人暮らし 妻も虚弱になりつつある

## 2 在宅医療の導入

- ▶ かかりつけ医外来に通院していた。
- ▶ 誤嚥性肺炎で、急性期病院に入院し、ADLが低下した。二週間の治療を経て退院、外来通院。
- ▶ さらに緩徐にADLが低下し、車椅子に移乗はできるものの歩行は困難となった。やせが進行し、BMIは17となっていた。
- ▶ 介護保険要支援2であったが、変更申請を行ない、要介護3となった。ケアマネジャーは地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に移行。
- ▶ ケアマネジャーが訪問時に残薬が多いことに気づき、患者かかりつけ薬局に訪問薬剤指導(居宅療養管理指導)依頼。
- ▶ 薬剤師は服用しやすい方法を工夫するとともに、かかりつけ医に「投与種類や投与回数を減少させられないか」を相談。
- ▶ 薬剤師の発案で、かかりつけ医による訪問診療を開始。
- ▶ 妻も高齢で家事を几帳面に行うことにもしだいに困難になっていた。このため、ケアマネジャーは介護体制を見直すことにした。

## 3 在宅医療導入後の在宅ケア

- ▶ **在宅医療導入時のサービス**
  - **かかりつけ医の訪問診療による日常的な医学管理。**
  - **薬剤師による居宅療養管理指導。**
- ▶ **次にケアマネジャーが新たなサービス導入を行った**
  - **歯科医師・歯科衛生士と管理栄養士を導入し、容易に嚥下ができる食形態の工夫。食事の作成方法の工夫。妻の精神的支援。**
  - **訪問看護と訪問リハビリテーションを導入、療養環境整備を実施。屋内に手すりを設置、歩行器などの福祉用具の導入。**

【症例1】84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

### i) 訪問看護

平原 優美

## 1 訪問看護 1

### ■訪問看護師が注目する問題

- ▶ 繰り返される誤嚥性肺炎 → 嚥下機能低下に合わせた食事形態になっていない
- ▶ やせが進行(BMI 17)、妻は虚弱 → 食事量の低下・水分量の低下もあり脱水の可能性あり、便秘の可能性もある
- ▶ 妻の家事能力の低下 → 買い物や1日3回の食事の準備
- ▶ 残薬が多い → 食後の内服薬が残っている
- 食事を1日3回摂っていないのでは？

予測課題： ①夫婦二人の食事の準備が不十分になり、確実に1日3食とれていない  
夫婦ともに便秘の可能性あり食欲低下や精神的な影響も予測  
②介護者(妻)の家事能力低下により  
嚥下機能に合わせたろみ食事準備や口腔ケアの介護はできない

症例1の情報から訪問看護師が注目する問題は次のとおりである。まず、繰り返される誤嚥性肺炎から嚥下機能低下に合わせた食事形態となっていないのではないかと。また、患者の体重も減少し、妻も虚弱であることから、2人とも食事量や水分量も低下し、便秘の可能性もある。残薬が多い理由に3食とれていないことも在宅ではよくある。妻の家事能力低下と合わせて生活リズムも崩れているかもしれない。夫婦2人の食事が不十分で身体へも影響し、気持ちにも影響していることが考えられる。妻の家事能力の見極めが必要である。

## 2 訪問看護 2

## ■患者・家族の強み

- ▶肺炎を繰り返していても2週間の治療により治癒する生命力あり
- ▶車いすへの移譲が自力でできる
- ▶自分のことをよく知っている妻がいる これまでと同じ生活ができる
- ▶かかりつけ医が訪問診療を開始

ケアの方向性： ①生活リズムを整え、夫婦ともに1日3回の食事ができる  
②誤嚥性肺炎の予防

看護は問題だけではなく強みを生かしセルフケア能力を高めるケアを行う。この症例は肺炎を繰り返しているものの、2週間で治癒できるだけの生命力がある。車いすは自力で移譲できている。つまり、起きて座り、立ち上がりができれば、排泄もポータブルトイレを使用すれば妻の介護がなくても自立できると思われる。排泄の自立は、自尊心へ大きな影響を及ぼす。認知症があっても、これまでと同様の生活であれば不安は軽減できる。信頼関係のあるかかりつけ医が継続してくることも、患者・家族にとってはよいことである。ケアの方向性として、生活リズムを整え、夫婦ともに1日3食の嚥下機能にあった食事がとれる、そして、安全に嚥下でき食事も増え体力がつくようにすることによって、肺炎を予防したい。

## 3 訪問看護 3

## ■ケア

- ◆食事と排泄の実際を把握し脱水や便秘対策
- ◆嚥下機能評価（4 c c 水飲みテスト）によるアセスメントと食事時の姿勢の評価・現状の食事形態の確認と改善指導
- ◆口腔ケアと嚥下リハビリ(アイスマッサージや嚥下筋マッサージ、唾液腺の刺激)
- ◆昨日1日の食事摂取内容からカロリー計算し必要なカロリー摂取や繊維を多く含む、腸内細菌を増やす発酵食品など料理の工夫を伝える
- ◆1日3回の食事準備が困難な場合は妻の気持ちを確認し、ケアマネに相談 ex)食材の宅配サービス、配食サービス、好みにあったお弁当利用

訪問看護は、

- ✓ 本人の身体と日常生活障害から、家族全体の生活環境を整えます
- ✓ 患者・家族の心身能力向上とQOL向上を目標に看護を行います

まず、食事内容と排泄の実際を把握し、脱水や便秘になっていないか確認し、ケアをする。簡単な嚥下機能評価を行い、食事の時の姿勢を評価した上で、食事形態の確認や改善指導を行う。口腔ケアと嚥下リハビリを行う。痩せの原因が他の内科疾患にないことを確認した上で、カロリー摂取でき、便秘予防ために食物や腸内環境を整えるような指導をする。妻の様子で家事が難しければ、他のサービスを利用できるようケアマネジャーに相談する。訪問看護は、本人の身体と日常生活障害から、家族全体の生活環境を整え、患者・家族の心身能力向上とQOL向上を目標に看護を行う。

## 4 主な訪問看護提供機関

## ●保険医療機関(病院・診療所)

## ●訪問看護ステーション

機能強化型訪問看護ステーション医療保険

常勤看護職員人数、24時間対応体制、ターミナルケア療養費・ターミナルケア加算算定数、別表第7表利用者数、超・準超重症児の利用者数、居宅介護支援事業所の設置、地域活動より訪問看護管理療養費で評価

## ●定期巡回・随時対応型訪問介護看護（みなし指定）

## ●看護小規模多機能型居宅介護（みなし指定）

訪問看護提供機関はさまざまである。訪問看護ステーションは医療保険では機能強化型訪問看護管理療養費1がある。常勤換算7人以上、①看取りが年間20件以上、②看取り15件以上かつ15歳未満の超重症児・準重症児常時4人以上、③15歳未満の超重症児・準重症児常時6人以上のいずれかを満たし、別表7の利用者が月10人以上、24時間対応体制加算、居宅介護支援事業所の開設、地域住民の相談や人材育成事業を行っていることが算定条件である。定期巡回・随時対応訪問介護看護は地域密着サービスでは「一体型」と「連携型」があり、訪問介護と看護が密接に連携。看護小規模多機能型居宅介護も同様の複合型サービスである。

## 5 変化の時期の頻回なケアで「時々入院ほぼ在宅」を目指す

## ■急変時・入院時

- ▶24時間365日訪問し、主治医に状態報告を行います。
- ▶全身状態のアセスメントと本人がもつ自然治癒力を最大限引き出すケアを行ないます。
- ▶家族の不安へのケアも行ないます。

## ■退院支援（在宅移行支援）

- ▶退院後2週間日常生活における症状緩和や生活環境、家族指導を行ないます。
- ▶病院 病棟、外来との継続看護によりスムーズな連携ができます。

特別訪問看護指示書

- 医療保険：①急性感染症等の急性増悪時、②末期の悪性腫瘍以外の終末期、③退院直後で4日以上頻回な訪問看護が必要な場合
- 介護保険：特別指示書により医療保険  
①気管カニューレ使用者、②真皮を超える褥瘡 は月2回まで発行可能

在宅療養者の急変は肺炎などが多く、主治医と密に連携をとり、指示によって時には点滴など医療処置を行う。変化する全身状態を観察し、看護として全身の恒常性を向上し、本来もっている自然治癒力を向上できるように温め、安全に水分を摂取しリラックスできるケアを行う。不安を抱える家族にも十分なケアを行う。また、退院時在宅移行支援として、症状の観察や生活環境、家族への介護指導を行い、病院との連携によりスムーズな移行を支援する。特別指示書により医療保険、介護保険と、訪問看護は毎日入れるようになる。

## ii) 訪問リハビリテーション

大西 康史

### 1 訪問リハビリテーションにおける各職種の役割

理学療法士 (PT)



立ち上がりや歩行など  
下肢の訓練を  
主に担当します

言語聴覚士 (ST)



言葉の訓練や  
嚥下の訓練を  
主に担当します

作業療法士 (OT)

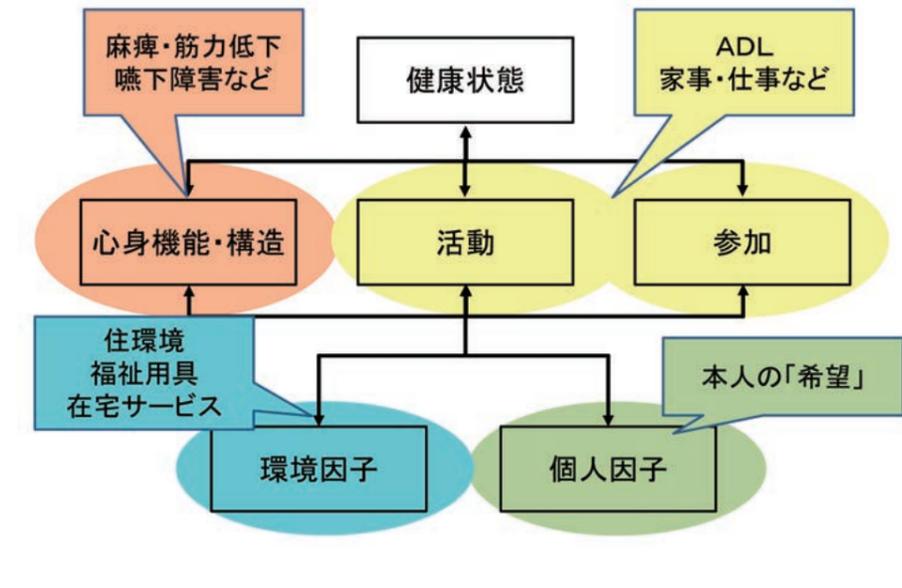


上肢の訓練や  
ADL訓練を  
主に担当します

※訪問リハの現場では、互いの職域を超えて活動を行うことが多い

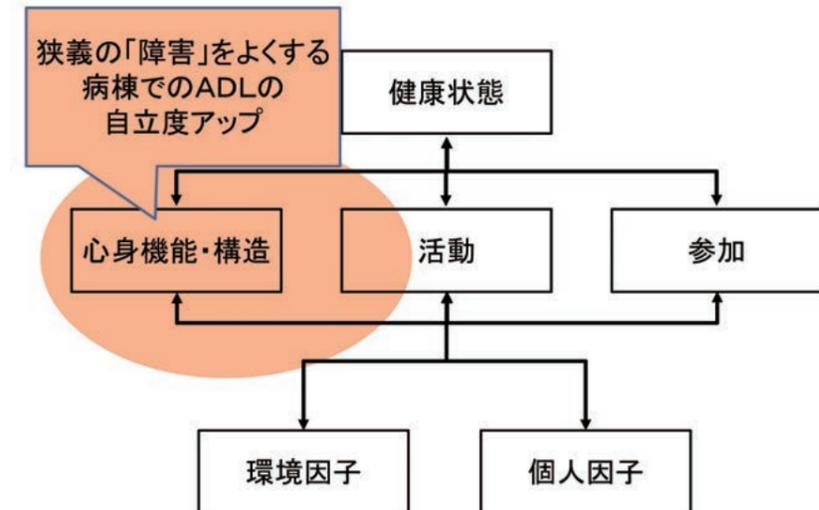
病院でのリハビリテーション（以下、リハ）は、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）はそれぞれの職域の境界を意識して、治療がオーバーラップしないように役割分担する。しかし訪問リハでは、患者を中心とする多職種チームに、3つの職種がともにいることはない。つまり、それぞれの職域とされる以外の内容も請け負ってアプローチする必要がある。つまり訪問リハに携わるセラピストは、リハ全般の幅広い知識と、問題を解決するための柔軟な思考を要するといえる。

### 2 国際生活機能分類 (ICF) について



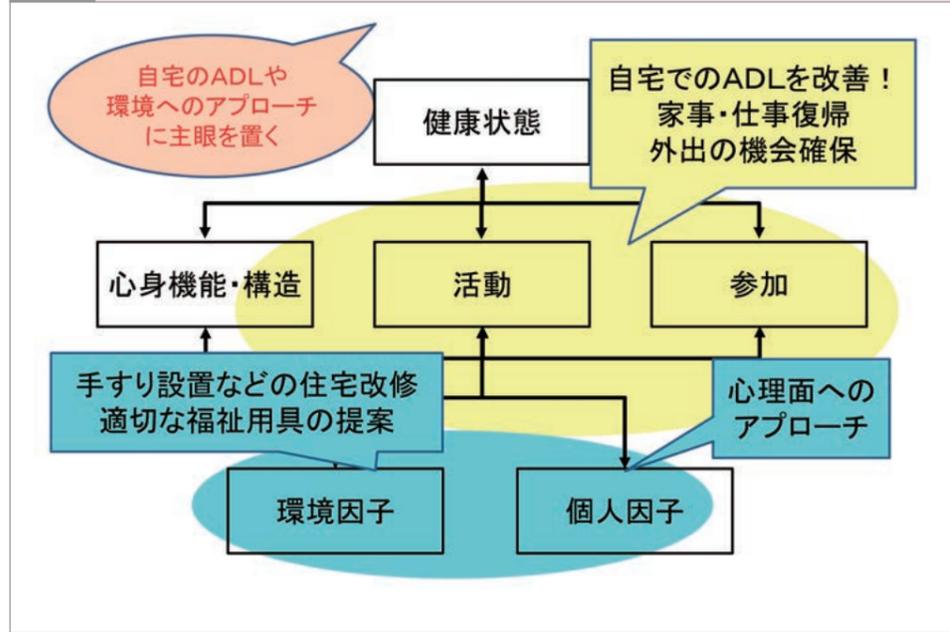
【ICFの定義】心身機能とは、身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。身体構造とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分である。機能障害（構造障害を含む）とは、著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題である。活動とは、課題や行為の個人による遂行のことである。参加とは、生活・人生場面への関わりのことである。環境因子とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。個人因子とは、個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状況以外のその人の特徴からなる。

### 3 入院（急性期・回復期）でのリハの目標



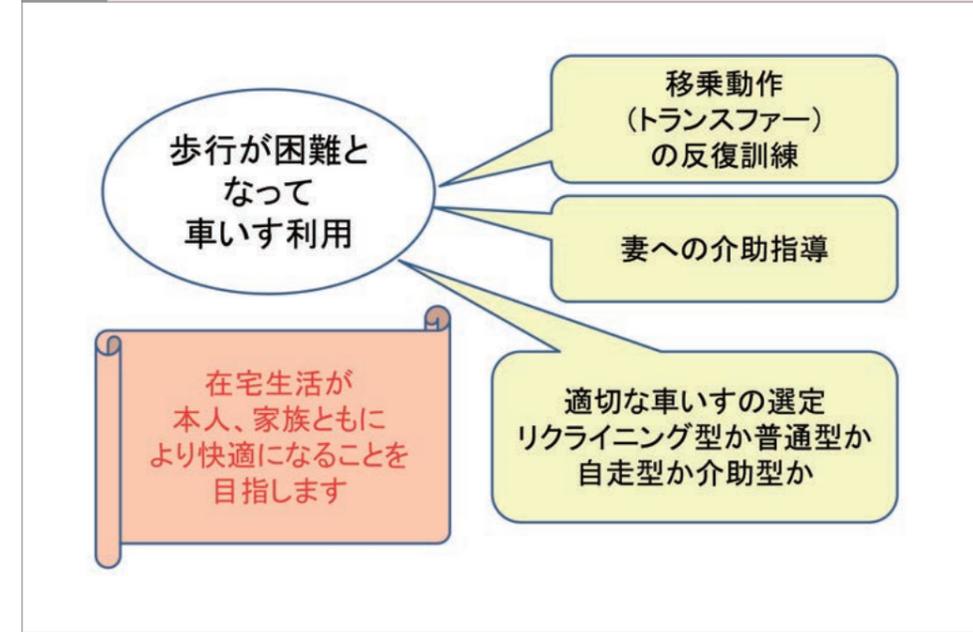
入院でのリハは、「心身機能・構造」の問題を重視する。具体的には筋力低下や麻痺といった運動機能、失語症や構音障害といった言語機能、食事のむせといった嚥下機能など、いわゆる狭義の「障害」の改善を目指すものである。また、急性期治療後の回復期リハビリテーション病棟では、病棟でのADLの自立を大きな目標としている。

#### 4 退院後自宅でのリハ⇒訪問リハ



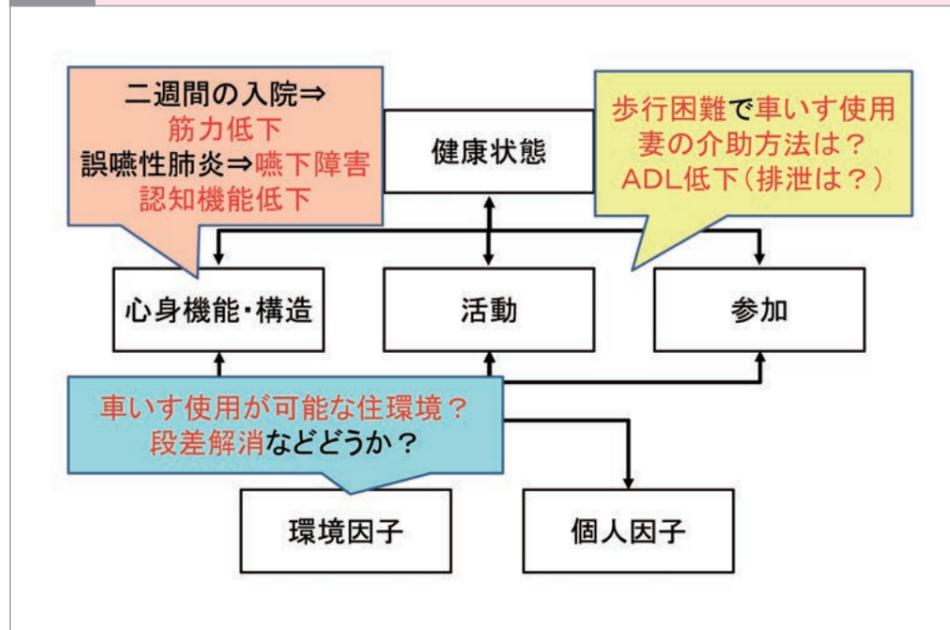
退院後の自宅でのリハ、すなわち訪問リハは、入院でのリハとは異なり、自宅でのADLの改善が大きな目標となる。すなわち、自宅内での歩行や階段昇降や排泄など、実際の生活の場面で介入できることに意義がある。さらに、家事や趣味活動などができるよう支援したり、外出のアプローチなども訪問リハの役割である。また、手すり設置や福祉用具の提案など、環境因子への働きかけも重要である。

#### 6 自宅での「ADL」に着目して指示



訪問リハの一番のポイントは、自宅でのADLに着目することである。そのために、①利用者本人へのアプローチ、②介助者へのアプローチ、③環境へのアプローチ、を考えることになる。

#### 5 【症例1】の場合・・・



訪問リハの指示を行う場合、ICFの分類をみて、それぞれのどこに問題があるのか、アセスメントすることがポイントである。問題点の把握がある程度であってもできれば、それらの解決に向けたアプローチを訪問リハに指示したい。



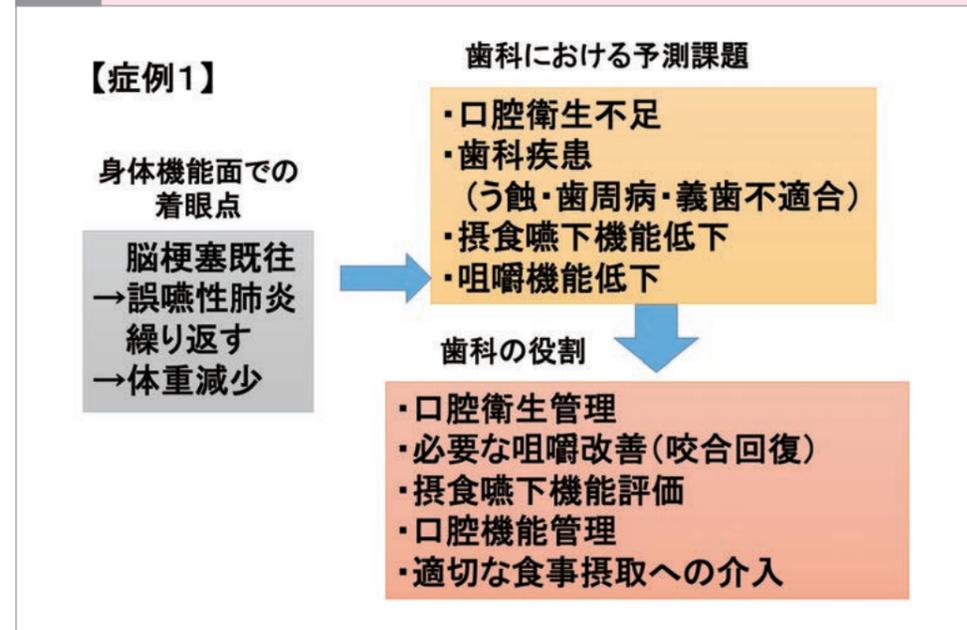
自立度の低下、全身的疾患の増加、加齢による口腔の変化・歯の喪失のリスク増加など、治療の難度・リスクの増加（高齢者の歯科治療の内容の変化）に対応しなければならない。つまり、歯の形態の回復だけでなく、口腔機能の回復を中心とした歯科医療を通じて、食べる機能の回復や口腔衛生の維持に努めることで、基礎疾患の重症化予防および質の高い生活を支援することが求められる。その中で、歯科疾患予防・誤嚥性肺炎予防・食支援において、口腔健康管理という大きな枠組みの中で歯科専門職が行う、口腔機能管理、口腔衛生管理、また、日常ケアとして多職種と協働して行うことは不可欠である。

**2 口の観察ポイント**



歯垢の付着部位として、歯と歯の間、歯と歯茎の境目、歯肉の退縮により露出している歯根面、残根の周り、入れ歯のパネがかかっている歯（鈎歯）、入れ歯自体（内面）、舌苔・口腔乾燥をともなう口蓋などを観察する。

**3 身体機能面での着眼点**



歯科が目指す身体機能面の着眼点は、誤嚥性肺炎の繰り返しと体重の減少である。予測される課題は、口腔衛生不足にともなう歯科疾患および摂食嚥下・咀嚼機能の低下であり、歯科の役割として口腔衛生管理、歯科疾患に対して咬合の回復を行う。さらに摂食嚥下機能評価に基づいた口腔機能管理・適切な食事摂取方法を指導する。

#### 4 生活環境面での着眼点

##### 【症例1】

生活環境面での着眼点

高齢夫婦  
→妻の介護力低下  
→多剤服用残薬が多い  
→歩行困難

歯科における予測課題

- ・食事提供環境の悪化
- ・口腔衛生不足（口腔乾燥など）
- ・摂食嚥下機能低下
- ・咬合力の低下（運動機能低下）

歯科の役割

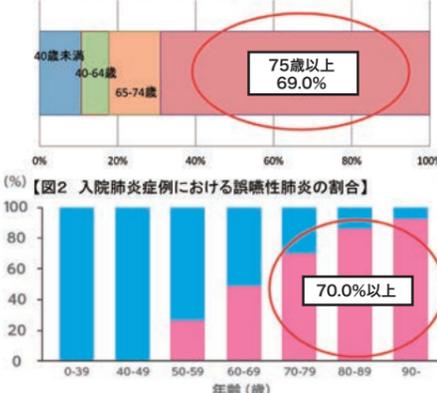
- ・適切な食事環境への介入（多職種との連携）
- ・口腔内残薬の確認（服薬方法の助言）
- ・口腔衛生管理
- ・口腔機能管理
- ・必要な咀嚼改善（咬合回復）

生活環境面での着眼点は、妻の介護力の低下、多剤服用、歩行困難である。予測される課題として介護力の低下また摂食嚥下機能の低下にともなう食事提供環境の悪化、口腔衛生不足、多剤服用による口腔乾燥、咬合力の低下にともなう運動機能の低下が考えられる。歯科として口腔衛生管理・口腔機能管理を行い、多職種と連携しての適切な食環境への指導、服薬方法の確認、さらに咬合回復による運動機能改善について助言する。

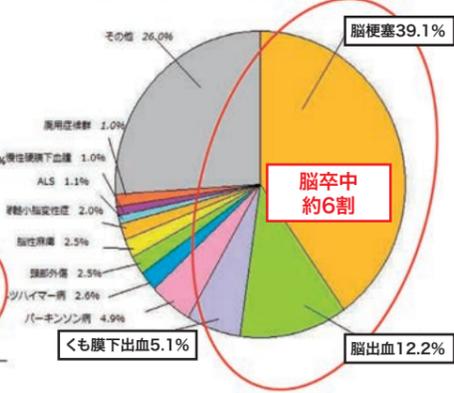
#### 5 肺炎について

- 肺炎患者の約7割が75歳以上の高齢者。また、高齢者の肺炎のうち、7割以上が誤嚥性肺炎。
- 誤嚥性肺炎を引き起こす嚥下障害の原因疾患は脳卒中が約6割を占める、脳卒中の後遺症が誤嚥性肺炎の発生に大きく関係していることが示唆される。

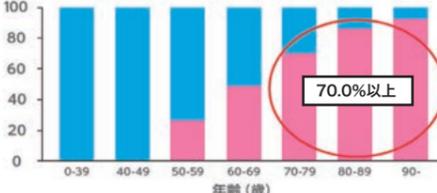
【図1 肺炎患者の年齢構成】



【図3 嚥下障害の原因疾患の割合】



【図2 入院肺炎症例における誤嚥性肺炎の割合】



出典：図1患者調査、図2Teramoto,2008、図3Yamawaki,2012  
平成28年6月15日 第2回医療計画の見直し等に関する検討会 資料2より

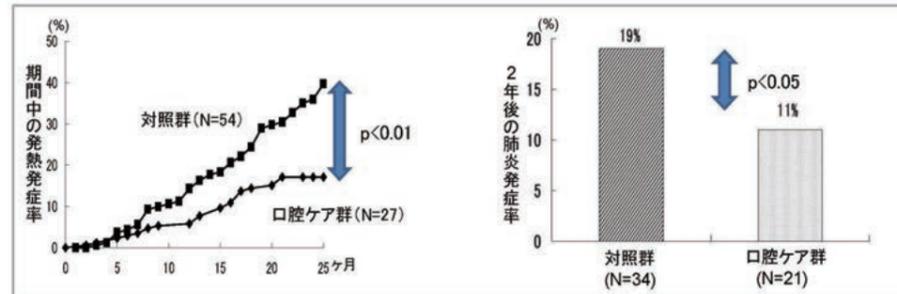
肺炎患者の約7割が75歳以上の高齢者である。また、高齢者の肺炎のうち、7割以上が誤嚥性肺炎である。誤嚥性肺炎を引き起こす嚥下障害の原因疾患は脳卒中が約6割を占め、脳卒中の後遺症が誤嚥性肺炎の発生に大きく関係していることが示唆される。(平成28年6月15日 第2回医療計画の見直し等に関する検討会より)

#### 6 要介護者に対するいわゆる口腔ケアの効果

対照群に比べて口腔ケア群では期間中の発熱発生率が低い

対照群に比べて口腔ケア群では2年間の肺炎発症率が低い

- 対象：特別養護老人ホーム入所者 366名（肺炎以外の原因で死亡した者を除く）
- 方法：口腔ケア介入群（184名：平均年齢82歳）と対照群（182名：平均年齢82歳）を無作為に割り付け2年間の発熱発症率、肺炎発症率を調査
- 対照群：入所者本人または介護者による口腔清掃
- 口腔ケア群：介護者による毎食後の口腔清掃+週に1~2回歯科医師もしくは歯科衛生士による専門的、機械的な口腔清掃
- ・発熱者：37.8℃以上の発熱が開始日より起算して7日以上発熱があったもの
- ・肺炎発症者：新たな肺炎浸潤像がレントゲン上で認められることならびに咳、37.8℃以上の発熱、呼吸困難といった主要症状で、入院もしくは死亡したもの

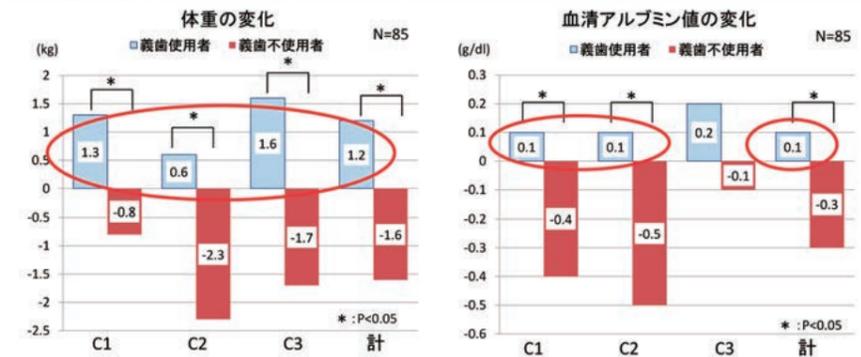


要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究：Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet 354(9177): 515, 1999. 米山武義、吉田光由他 日歯医学会誌: 20,58-68,2001

全国11特養施設の入所者366人を対象に、「口腔ケア群（184名）」には介護者による毎日の食後の歯ブラシ・1%ポピドンヨードの洗口+Dr・DHの週1~2回のPMTCを、「対照群（182名）」には本人介護者による従来の口腔清掃を、それぞれ実施した。2年間の調査で対照群の肺炎発症リスクは1.7倍、高いことが証明された（2001年：日歯医学会誌）。本人または介護者による歯ブラシを中心とした口腔清掃が有効であり、口腔清掃の自立に向けた援助、習慣化、巧緻性を踏まえての指導は必要である。それに加えての歯科医師もしくは歯科衛生士の専門的・機械的な口腔清掃を行うことはさらに有効である。

#### 7 訪問歯科診療による全身状態への影響 (要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類（咬合支持域の分類）のC群（上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態）に該当する85名（平均年齢85.2歳）に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者（義歯使用者）と義歯治療を行っていない者（義歯不使用者）の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定



(参考：アイヒナー分類) C1:上下顎に残存歯がある(すれがよい咬合) C2:上下顎のうち片顎が無歯顎 C3:上下顎とも無歯顎

C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

出典：「健康長寿に与える補綴歯科のインパクト(2012日本補綴歯科学会雑誌 397-402)」

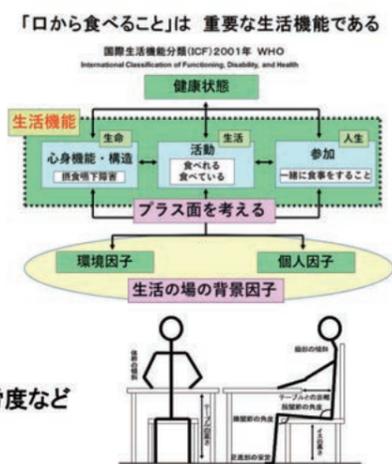
中医協資料からは、義歯などで口腔機能を改善することによって、栄養状況も改善するエビデンスが示された。

## 8 食事場面の観察ポイント



姿勢・食形態・食べ方(一口量とペース)  
介助方法・むせなどに注意!

- 食環境
  - ・食事の雰囲気 ・食事姿勢の確保
  - ・食具、食器の選択
- 食事内容
  - ・食形態 ・とりみ調整の状態など
- 食事介助方法
- 一口量、ペース、口からのこぼれ
- 口腔内の食物の残留
- 咀嚼運動の状況、義歯の具合
- 嚥下の状態、むせ、咳き込みの状態
- 食事時間と摂取量(食物、水分) 疲労度など



摂食嚥下・咀嚼機能などの口腔機能を評価するためには、食べているところを「みる」ことから始めることが大切である。昼食の時間などに訪問し食事場面を観察することで、口腔機能や食事にかかわる問題などをチェックする。口から食べることは、重要な生活機能であることから、ICF評価が大切で、残存する摂食嚥下機能に適した食形態や食環境調整、介護力、介護量などの環境因子、そして食べるものの好みや希望などの個人因子が、生活の場での食支援の背景因子として大きく影響する。

【症例 1】 84 歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

## iv) 訪問薬剤管理

大澤 光司

### 1 在宅における薬剤師の役割

薬剤師が関与し、  
患者にきちんと服用していただくことにより  
患者の病状、ADL、そしてQOLを  
改善または維持する。

そのために行うこと

- 【1】 服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善対策を行う。(服薬支援)
- 【2】 患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影響をアセスメントする。

薬剤師が在宅に訪問した際の役割としては、薬剤師が関与することで患者に薬を正確に服用して頂くこと、そして、そのことによって病状、ADLそしてQOLを改善または維持することである。そのため、もし服薬状況が悪い場合には、その理由を探り、改善対策を行う。また、患者の病状、ADL、QOLに薬が与える影響をアセスメントする。

役割【1】服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善対策を行う (服薬支援)

飲まない(飲めない)理由	対応策
①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない。	残薬を重複や相互作用、併用禁忌などに留意しながら整理する。
②何の薬か理解していない為、飲まない。	薬効を理解できるまで説明。またその理解を助けるための服薬支援する。
③薬の副作用が怖い為、飲まない	副作用について、恐怖心をとりつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。
④特に体調が悪くない為、飲まない。(自己調整)	基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。
⑤錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。(剤形上の理由)	患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入提案。

残薬を発見した際には、飲めない理由を探り、それぞれの理由に合わせて対応を行う。スライドは、飲めない(飲まない)理由とその対応策の代表的なものである。この中でも、①の残薬や併用薬が多くなりすぎて整理がつかなくなったため、飲めないケースが比較的多いと感じる。

残薬の整理

①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない場合

対応策

まずは残薬整理

残薬整理における留意事項

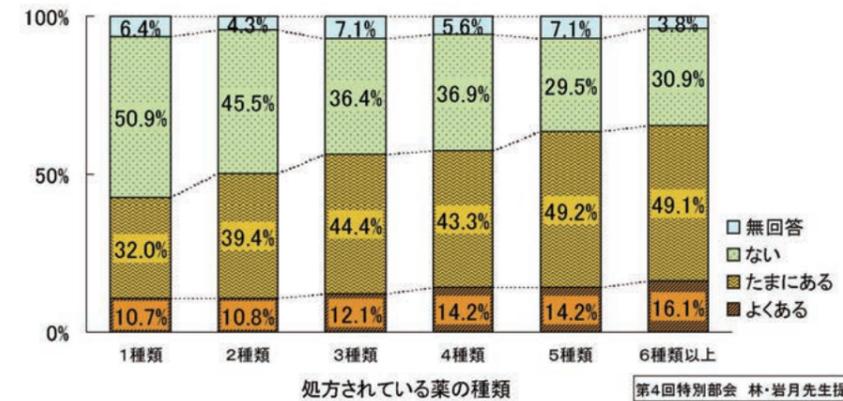
- 薬の重複、相互作用、併用禁忌、一包化した場合の吸湿性の有無をチェック。
- 直射日光、高温、多湿を避けるなど保管場所、保管方法の適切化。
- 患者の状態と能力に応じた管理方法を模索。

もし、そういったケースの場合には、残薬の整理を行うが、整理にあたっては薬学的な視点から、薬の重複や、相互作用、併用禁忌などに注意するとともに、一包化を行う場合には薬剤の吸湿性や安定性を考慮し、さらに患者の状態と能力に応じた管理方法を検討する。

薬の飲み残し・飲み忘れ

高齢者の場合、処方されている薬の種類数が多いほど、薬の飲み残し・飲み忘れのケースが目立つ。

高齢者の薬の飲み残し(入院外)



※平成17年「高齢者と薬」全国老人クラブ連合会女性委員会モニター調査

特に高齢者では、処方されている薬の種類が多いほど、薬の飲み残し、飲み忘れの割合が増えてくる。

残薬の例



写真は在宅で発見された残薬の例である。

6 残薬への対策

事前対策＜予防策＞

- ①多剤処方をできる限り減らす。服用方法もシンプルにする。
- ②医療機関受診時、残っている薬を医療機関または薬局に持参してもらう

事後対策＜解決策、再発防止策＞

- ③何が原因で残ってしまったのかの理由を明確にする  
薬に対する理解度と納得度の判定、多剤処方の問題、服薬介助、介護サービス問題、介護者(家族以外)の知識の問題
- ④原因別に誰が、どう関われば有効なのかを検討し実行・・・家族、関連多職種（ヘルパー、看護師等）

残薬に関しては、事前対策として、医師の相談の上で、処方医薬品数を減らすことを検討するとともに、残薬を医療機関や薬局に持参して頂くように働きかける。事後対策としては、残薬の再発防止のために、薬学的視点で残薬発生理由を明確にするとともに、対応策を立て、実行に移す。そして、原因別に家族ならびに関連多職種等がどのように関われば有効なのかを情報提供し、見守りを行う。

【症例1】84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

v) ケアマネジメント

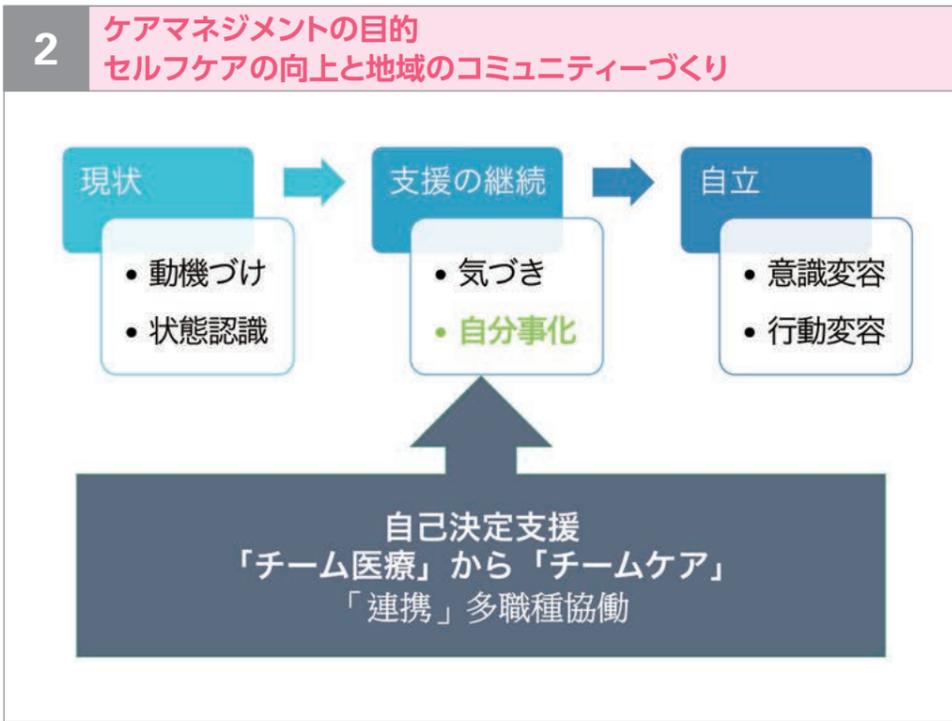
鷲見 よしみ

1 介護度とそのサービス・事業

2015年度 (2014改正)	非該当（自立）		要介護認定者		
	一次予防対象者	二次予防対象者	要支援1	要支援2	要介護1～5
サービス +事業	介護予防・日常生活支援事業				
	一般介護 予防事業	介護予防・生活支援サービス事業		介護サービス (給付)	
			訪問介護・通所介護を除く 介護予防サービス (給付)		

\* (介護予防) 居宅療養管理指導 医師・歯科医師【支給限度額外】  
通院が困難なものに対して計画的かつ継続的な医学管理又は歯科医学管理に基づき介護支援専門員に対するケアプランの作成等に必要の情報提供並びに利用者もしくは家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点介護方法などについて指導又は助言した場合に算定  
「情報提供」事項 (a) 基本情報 (b) 利用者の病状 (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 (d) 利用者の日常生活上の留意点

平成26年制度改正による現行のサービスの事業である。ここでは、介護保険制度の理念である自立支援に必要な在宅医療が提供できるよう多職種の視点をケアプランの原案に位置づけ、それをもとに生活の視点からケアが展開するイメージを共有する。介護保険制度は利用者の要介護度によって支給限度額が決められており、その範囲内で給付するのが原則である。居宅療養管理指導は支給限度額外で給付されケアプランに組み込まれるサービスである。医師の指示により位置づけられるが、位置づけた場合には担当ケアマネジャーへの報告が義務づけられ、その内容も定められている。収入により、1割負担と2割負担の方がいる。【居宅療養管理指導】(I) (-)503単位 (-)452単位。(II) (-)292単位 (-)262単位。月2回まで算定。



ケアマネジメントの目的は、具体的な支援を通して、利用者のセルフケア能力を向上させることと地域のコミュニティーづくりである。慢性疾患を持つ人たちの生活は、多様な構成要素で成り立っており、在宅生活の支える最大のソーシャルサポートである家族への支援も欠かせない。チーム医療から、チームケアとなり、その成果はケアの質や費用に焦点が当たる。またその支援は治療や指示ではなく、エンパワメントであり、情緒的な支持、最新の知識、適切な対応技能、セルフヘルプ活動を意味する。初動時の専門職のかかわりは、その後の生活の鍵を握る。患者・家族が「何に困っている」「なぜ実行できない」などの要因を明らかにし、「どうしたいのか」「どう実現するのか」をしっかりと聞くことが重要である。的確な動機づけにより、当事者が気づき、自分の事化ができるようになることが自立への一歩である。

### 3 ケアマネジャーが考える（アセスメント）視点とその順番

- 1. ニーズについて**  
本人の訴えとニーズ（専門職など）・気づいていないニーズ
- 2. セルフケア能力**  
できる行動・得意な分野・残っている資源・夢や希望（身体的な情報、心理的な情報、社会的な情報）
- 3. インフォーマルサポート**  
相互関係について質や量、交流内容、その方にとっての意味
- 4. 専門的ケア（5A）**  
利用可能性（Availability） 適量性（Adequacy） 適質性（Appropriateness） 受容性（Acceptability） 利便性（Accessibility）

自立支援を実現するためにアセスメントを行う際は、①ニーズ（本人が気づいていないこともあり、多くは「医・職・住・友」に関係）、②セルフケア（身体、心理、社会的な視点が含まれる総合的な見方が必要）、③インフォーマルサポート（人は大部分はこうした対人関係で支えられる）、④専門的ケアのアセスメント（最後に行われるべきものでその地域における利用可能な専門職機関や専門職に関する具体的な情報を整理）、である。ケアマネジメントは利用者との信頼関係の上で成り立つものであるから、専門職が必要だと判断したことで本人・家族が必要を感じていない時や地域に社会資源がないとき、費用面で位置づけが困難な場合などは、必要な支援内容を補完する事業やサービスに切り替えることや利用者ニーズを優先し進めることもある。しかし、そのときに精一杯の努力を行って目標を修正することも成果であり、専門職が必要と考える優先順位やその比重も異なるので、ある段階では、仮に選択をしないと先に進めない。

### 4 自立支援

#### ケアマネジャーの考える「自立」の理解の広さ（身体的・精神的・社会的自立）

- ①生きがいを見つけること
- ②その人らしい暮らしをすること
- ③身体的自立
- ④決定の自立
- ⑤利用者の力の利用
- ⑥その他

参考：ケアマネジメント実践力 渡辺律子 P65, 66 中央法規

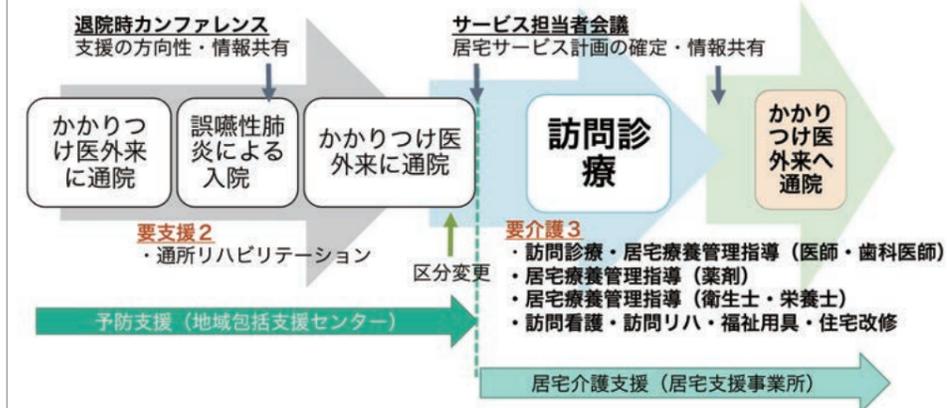
介護保険制度上では、自立支援の視点を「介護保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない」とされ、身体的な自立のみではなく生活の視点から幅広い自立が記載されている。

### 5 居宅支援事業所

本人家族の思い・ニーズ	今後病気はどうなる。在宅診療ではどのようなことができるのか 在宅でのサービスはどのくらいあるのか 家族にかかる負担どのくらいか 費用はどのくらいかかる
状態 脳梗塞後遺症・多発性脳梗塞 血管性認知症 誤嚥性肺炎で救急入院（2週間） やせの進行（BMI17） 徐々にADLの低下（歩行困難） 残薬が多い 環境整備の不足	疾病の療養上の留意点、今後予測される事態はどのようなことか 認知症に対するケアの体制どのようになっているか 誤嚥性肺炎を繰り返さないために必要なことは 食事量、内容など確認し痩せてきた理由は何か ADLの低下の原因、要因、今後どこまで改善できるか 薬が飲めていない理由は 今後の介護体制をどのようにするか etc.
セルフケア能力 84歳男性	現状を本人はどのようにとらえているのか 本人の心配はどんなことか、どのような生活を送りたいか 意欲低下の低下はなぜ起こっているのか 意思決定はできるか（支援が必要か） etc.
インフォーマルサポート 妻（85歳）が高齢 妻が家事をこなすのが 大変になっている	妻のサポート役は誰になるのか 介護力はどの程度あるのか（家族のかかわりを含む） 家族以外にかかわりの持てる人はいるか この地域の民生員の活動や外出に対する地域のサポートはあるか 金銭的な課題はあるか 生活のルーチン化と在宅の限界点 etc.

在宅へ移行するときは、利用者・家族は在宅療養に関して不安を感じている。今後、どのような支援が展開されていくのか、本人・家族が実施されるケアの内容がイメージできるように具体的に質問に答えたり、器具の扱いや介護方法などは実際に体験したりすることが重要である。特に初動1週間は困ることがないよう安心できる体制を整える必要がある。ケアマネジャーは必ず自宅と本人と面談してアセスメントをすることが義務づけられている。この事例においては、誤嚥性肺炎と徐々にADLが低下した原因・背景を利用者と一緒に考え、現状を認識するところから支援を始める。また、現状に対してどのような支援や指導が必要なのか、多くの専門職に相談、指導を得ながら、どのような暮らしをしたいのかを共有し、目標の設定を行う。

## 6 支援の進展



事例1Aさんの支援の支援展開である。要支援2のAさんは、入院を機に状態が悪化して要介護3となった。現在は、専門職の連携により訪問系のサービスを中心にケアを提供して、現状が改善されるよう、総合的な支援を行っている。それぞれの専門的なアセスメントとケアにより、効果的なケアの提供と、Aさんとともに効果を感じながら、以前の生活に近づけられるように次のステップを予測しゴールを目指す。介護保険制度では、基本的にはサービス担当者会議を経ないとサービス提供はできない。また、生活援助、福祉用具の貸与、地域密着型サービスなどは、利用者の要介護度によって利用に制限がある。

## 7 ケアプラン原案の作成（専門職の意見）

ニーズ	支援項目	支援内容
健康状態について	管見 体調の理（食事と排せつ） 誤嚥性肺炎の予防 残薬 訪リ 筋力の低下 関節の状態 誤嚥性肺炎 栄養 栄養状態の低下 薬剤 残薬	一日のリズムの調整 適切な食事 嚥下機能評価 口腔ケア 筋力強化、関節可動域訓練、嚥下機能訓練 慢性疾患等による浮腫、脱水などの確認 必要栄養量、食形態の検討 服薬の工夫 投与種類と回数を減らす検討
ADLの低下について	訪リ ADLの低下 排せつ動作 薬剤 多剤服用による副作用	嚥下リハビリテーション ADL全般の評価 起居、立ち上がりの動作訓練、 移乗動作訓練、妻への介助指導、福祉用具の選択 トイレ動作の訓練 多剤服用に関して医師に相談
認知機能の低下について	訪リ 認知機能低下 薬剤 服薬管理	外出支援の検討（例 通所リハの利用） コンプライアンスの確認
療養環境について	訪看 妻の家事能力の低下 清潔、保清について 栄養 食の楽しみ 環境整備	家事能力の見極めと食材、食事の調達（お弁当、 配食など）妻の食事内容の確認 身体介護 好きな食事、調理や食事のアドバイス 福祉用具の活用、住宅改修

ケアマネジャーは関係専門職の意見をもとに利用者自身のアセスメントとの調整を図り、ケアプラン原案の作成をする。それぞれの専門職の視点から総合的な援助の方針をたて、利用者・家族の同意のもとに専門職への支援へつなぐ。事例1の場合は専門職から、4つの視点が挙げられている。健康状態については、現在の病状の確認と今後の予見、誤嚥性肺炎の予防、栄養状態の低下、筋力の低下など。ADLの低下については、ADL全般の低下、排泄動作、多剤の服薬に関する事。認知機能については認知機能低下、服薬管理の必要性。療養環境については妻の介護力の低下、食の楽しみに対する支援が挙げられた。医師、歯科医師の指導、助言と、利用者・家族の状況を勘案して、原案作成を行う。

## 8 ケアプラン原案作成の視点と今後の展開

- ▶ 意欲を引き出すために  
 悩みや心配事をしっかりと聞く 本人家族の現状認識をチームで共有して働きかける 専門職種間連携の方法を決めて随時本人家族にフィードバックする。
- ▶ 在宅生活の継続  
 生活のルーチン化を図り日常生活のペースづくり（特に妻の負担軽減、運動の日常化）
- ▶ 必要な支援  
 重要課題に対するサービスの必要量と内容を医師等に相談、ケアプランに位置づける 介護保険で賄えないことに対する支援を補完する（家事支援、妻の体調関すること）
- ▶ ケアプラン作成上の留意点  
 訪問系サービスや指導の重なりによる本人の負担に対して検討し配慮する  
 初動時のサービス導入については目標を明確にして期間管理をしっかりと行う  
 生活全体から見た費用に関する課題を検討、整理をする  
 チーム全体が自立へのプロセスを共有し、次のゴールを目指す。

利用サービス  
 訪問診療・居宅療養管理指導（医師・歯科医師） 居宅療養管理指導（薬剤）  
 居宅療養管理指導（衛生士・栄養士）訪問看護・訪問リハ・福祉用具・住宅改修

事例1の場合は、意欲の低下した人をチームでサポートし、状態の改善と自立へ向けて支援する。このとき、本人がしっかりとサポートされている実感が重要である。専門職によるサポートは多様な視点から行われるほうが有効であり、効果も早期に現れると考える。効果を感じながら、自助努力を行うことで自立へと向かうことができるので、ケアプランの変更時期を意識する必要がある。自立へ向けて一つひとつのサービスを卒業して、次のステップへ移行していく。

vi) 訪問栄養管理

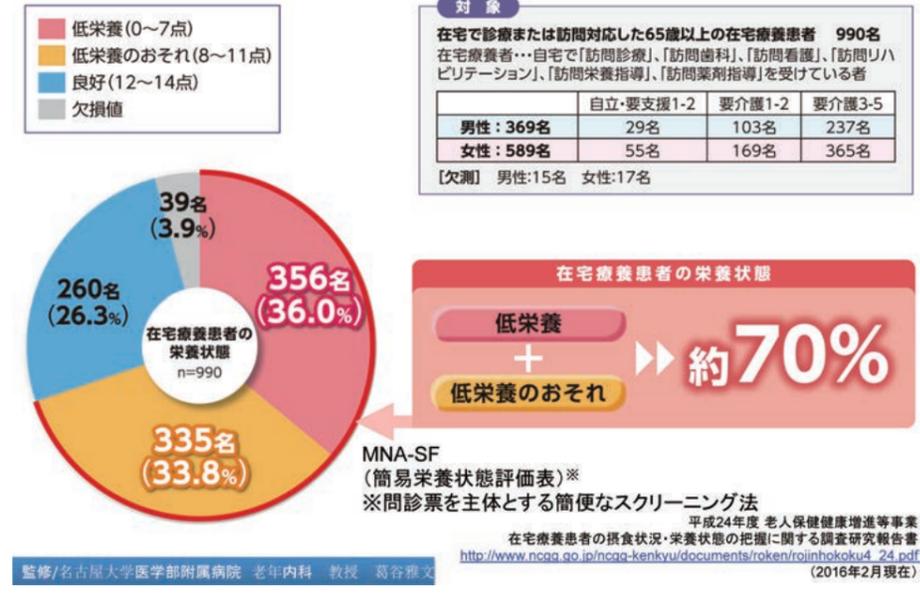
米山 久美子

1 管理栄養士はどのようなことをするのか

<p>■個々に合わせた栄養アドバイス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 経済力や介護力に合わせた食事アドバイス</li> <li>* 摂食嚥下状況・病態に合わせた調理アドバイス</li> <li>* 適した食事介助方法や食環境のアドバイス</li> </ul>	<p>■身体や食事状況の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 体重 * 血圧</li> <li>* 浮腫 * 排泄</li> <li>* 摂食嚥下状況</li> <li>* 採血データ</li> <li>* 食事内容 * 食事摂取量</li> <li>* 必要栄養量の算定</li> </ul>
<p>■調理指導や食材購入について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 簡単調理の方法</li> <li>* 買い物指導</li> <li>* 食品の選び方</li> </ul>	<p>■冷蔵庫やストック食品の管理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 食べている食品の確認</li> <li>* 食材管理の確認</li> <li>* 賞味期限の確認</li> </ul>

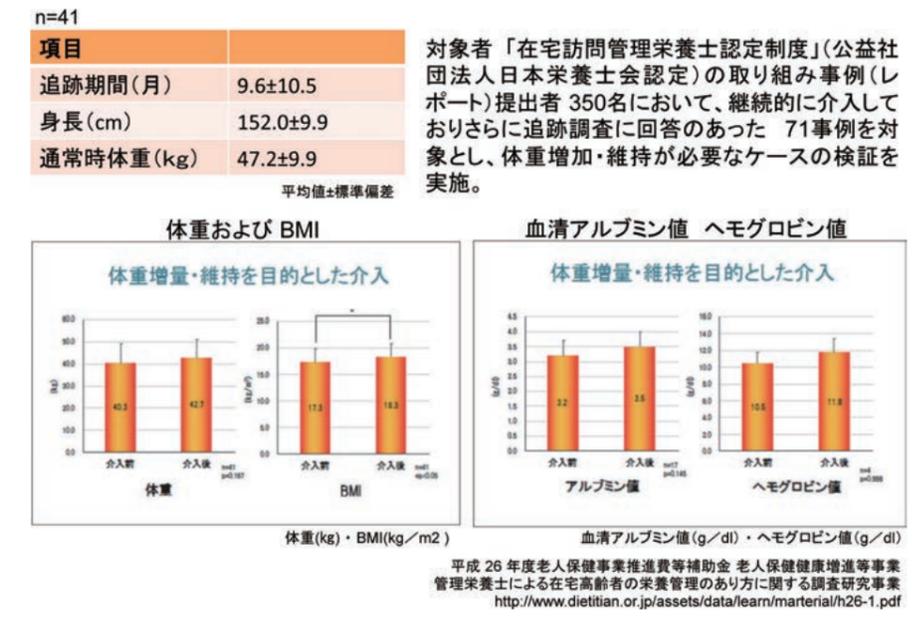
管理栄養士がどのようなことをして在宅療養者や介護者を支えているのか、少し紹介する。管理栄養士は、主に在宅療養者の栄養管理全般を担う。在宅療養者や介護者は高齢であることも多く、冷蔵庫やストック食品の管理が困難な場合も多くみられ、管理栄養士は食品の確認に加え、食品の管理についても気を付けている。また身体アセスメントや採血データなどを確認し、食べている食事などを聞き取り、摂取栄養量などを確認し、評価している。調理のアドバイスから購入食品の相談まで、食に関するあらゆる相談に応じている。食と心はつながっており、よく話を聞く、ということも大切にしている。

2 在宅療養患者の栄養状態



「平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養患者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書」では、在宅療養者の約70%が低栄養および低栄養のおそれありとの報告であった。この結果より、多くの在宅療養者の食事や栄養が整っておらず低栄養状態に陥っていると推測され、低栄養を起点にフレイルティ・サイクルへ陥る危険性も示唆される。在宅療養者のADLやQOL維持・向上のためにも、在宅における栄養管理の必要性が考えられる。

3 体重増加・維持を目的とした介入①



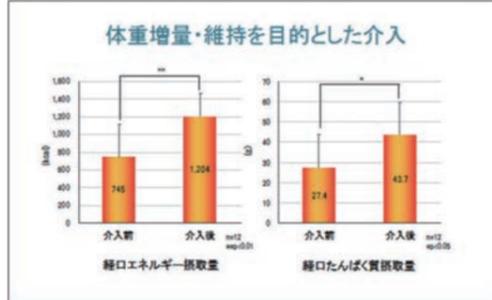
「平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 管理栄養士による在宅高齢者の栄養 管理のあり方に関する調査研究事業」において、体重増加・維持が必要なケースの検証が行われた。在宅訪問栄養指導の介入前、介入後の効果について、追跡調査を実施した。体重 (kg) においては、介入時 40.3±8.7 であったが、介入後 42.7±8.2 と増加した。BMI (kg / m<sup>2</sup>) においては、介入時 17.3±2.5 であったが、介入後 18.3±2.5 と有意に増加した。また、血清アルブミン値 (g / dl) においては、介入時 3.2±0.5 であったが、介入後 3.5±0.5 と上昇した。ヘモグロビン値 (g / dl) においては、介入時 10.5±1.3 であったが、介入後 11.8±1.6 と上昇した。

各論 1 A 多職種協働・地域連携

各論 1 A 多職種協働・地域連携

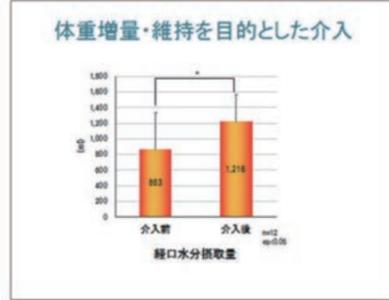
## 4 体重増加・維持を目的とした介入②

経口摂取エネルギー量および経口摂取たんぱく質量



経口摂取エネルギー量(kcal/日)、経口摂取たんぱく質量(g/日)

経口摂取水分量



経口摂取水分量(ml/日)

訪問栄養食事指導の介入により改善が期待できる

平成26年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業  
<http://www.dietitian.or.jp/assets/data/learn/material/h26-1.pdf>

経口摂取エネルギー量 (kcal/日) においては、介入時 745.3±372.3 であったが、介入後 1203.9±262.5 と有意に増加した。経口摂取たんぱく質量(g/日)においては、介入時 27.4±16.4 であったが、介入後 43.7±15.7 と有意に増加した。経口摂取水分量(ml/日)においても、介入時 863.1±476.9 であったが、介入後 1215.9±345.9 と有意に増加した結果となった。管理栄養士による訪問栄養食事指導を実施することで、経口からのエネルギー量、たんぱく質量、水分量などが増加し、低栄養状態の改善や体重増加等が期待できる結果が示された。

## 5 症例1への対応① 本人に対して

■症例1 ・医師からの指示内容：低栄養の栄養指導 ・利用保険：介護保険

▶状況①	▶アセスメント①
#脳梗塞後遺症 #血管性認知症 #誤嚥性肺炎を繰り返す	#低栄養状態 #摂食嚥下障害？ #食事形態が不適切？

▶管理栄養士の役割

#採血データ、身体測定等による栄養状態の評価

▶慢性疾患等の有無を把握し、浮腫、脱水症状など確認する。

#摂取栄養量の把握 #経口摂取可能な食事量の把握

▶必要栄養量を算定し、どのように必要な栄養量を摂取するか検討しアドバイスを行う。

#医師、看護師、歯科医師、セラピスト等と連携

▶適した食事形態を確認し、調理や食事のアドバイスを行う。

#本人の嗜好や食べたいものを把握

▶食の楽しみも大切なポイントとなるため、食事に取り入れる

脳梗塞後遺症、血管性認知症により摂食嚥下障害が疑われる。適した食事形態や食環境が整っていないことにより、必要な栄養量が食事から摂れておらず、低栄養状態となり、誤嚥性肺炎を繰り返していると推測される。医師や看護師、歯科医師、セラピストなどと連携を図りながら、適した食事形態で必要な栄養が摂れるような支援を行う。低栄養だからと安易に炭水化物(糖質)、脂質、たんぱく質などを付加してしまうと、疾患のある患者にとってはマイナスになることもあるため、どのような栄養素を付加するか、しっかりアセスメントし食事に反映していく。また食も楽しめるよう心がける。

## 6 症例1への対応② 家族に対して

■症例1 ・医師からの指示内容：低栄養の栄養指導 ・利用保険：介護保険

▶状況②	▶アセスメント②
#妻が虚弱になりつつある	#食事の用意が負担になっている

▶管理栄養士の役割

#経済力、利用しているサービス、買い物できる環境など確認

▶負担軽減のため、市販食品の購入、配食サービス等利用できるか検討。購入食品のアドバイスに加え、買い物指導等も行う。

#食事内容と食食用意手順の把握

▶簡単にできる調理方法や、少ない量で栄養量をUPする方法など具体的にアドバイスする。必要に応じ調理を介して指導。

#妻の食事状況も把握

▶介護者が食事が摂れていない状況が多くみられ、介護にも影響することや体調を崩すことがあるので注意してフォローする。

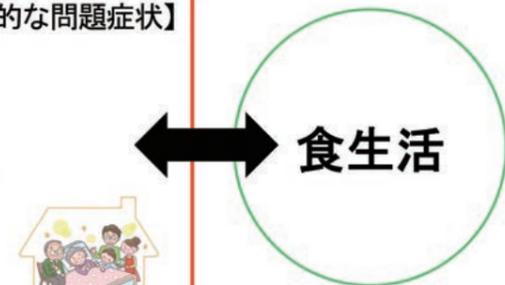
低栄養の改善 妻の調理(介護)負担軽減

食事は基本1日3食であり、介護者の負担も大きいのが事実である。ケアマネジャーや看護師などと連携し、経済力や介護力などを把握しながら、利用できるサービスの検討も行っていく。手の込んだ料理をしている人も多くみられ、少量で栄養が摂れる食品や簡単に栄養が摂れるような調理アドバイスも行う。必要に応じ買い物指導を行う。ヘルパーがいる場合には連携する。また、介護者が介護に夢中になることで自分の食事がおろそかになり、結果、体調を崩すケースもみられる。食事の聞き取りの際に介護者の食事についても聞き取りをするなど、介護者の体調や食事にも気を配る。

## 7 食事・栄養管理は居宅療養の生命線

【療養生活を阻害する代表的な問題症状】

- 低栄養
- サルコペニア
- フレイル
- 摂食・咀嚼・嚥下障害
- 便秘・下痢
- 慢性疾患
- 脱水
- 褥瘡 など



『食事・栄養』は在宅療養の基本であり大切な土台の一つです

居宅療養を阻害する問題症状は、低栄養、サルコペニア、フレイル、褥瘡、摂食嚥下障害、便秘や下痢など多くが栄養や食事と関係がある。低栄養が改善することで、病気や肺炎、サルコペニア、フレイル、褥瘡などを回避でき、またリハビリテーションにより筋肉や体力がつくことが期待できる。慢性疾患などの療養食が安定することで、病気の悪化を回避でき、在宅療養を安心して行うことにもつながる。また適した食事形態となることで、誤嚥・誤嚥性肺炎のリスクを回避でき、安心して食べられるようになる。管理栄養士はチームの一員として、在宅療養の土台となる栄養や食事を支える役割を担う。

【症例2】

59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移 座長：飯島 勝矢

1 症例の概要

- 肺からの脊椎Th4浸潤による神経障害のため、対麻痺、寝たきり。尿道カテーテル留置。
- 腹腔内の腫瘍浸潤のため食事摂取量がわずかで、胸部皮下に中心静脈ポートが造設され、中心静脈栄養を実施。PCAポンプを用いてモルヒネの静脈内投与。
- 食物は少量は摂ることができ、本人はとても楽しみにしている。
- 夫と未婚の娘二人との4人暮らし。介護は交代で行なう。夫と娘一人は日中は仕事に出るが、末娘は常時自宅で介護を行なう。

2 在宅医療の導入

- 緩和ケア病棟で疼痛緩和の一定のコントロールの後、本人が自宅に帰りたいとの意向を示し、退院時カンファレンスが行われ、在宅医療に移行。
- 退院前に介護保険申請が行われた。市役所へ早期認定依頼が行われ、要介護状態区分5の判定。

3 在宅医療導入後の在宅ケア

- **在宅医療導入時のサービス**
  - \* 医師の訪問診療での日常的な医学管理。
  - \* 訪問看護による療養指導、保清、食事摂取支援、急性増悪対応、療養環境整備、中心静脈栄養管理、麻薬注射管理、留置カテーテル管理、本人・家族の不安への対応・意思決定支援。
  - \* 薬剤師による訪問薬剤管理指導、中心静脈栄養剤調剤、麻薬注射液等調剤、家族指導。
- **在宅医療導入後に新たなサービス導入を考慮**
  - \* 訪問リハビリテーション導入、関節可動域の維持、生活行動空間の拡大の試み。
  - \* 歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア。看護師は管理栄養士と連携し、少量の食事を楽しむ支援。

### i) 訪問看護

平原 優美

#### 1 訪問看護 1

##### ■訪問看護師が注目する問題

- ▶痛みは緩和できているが寝たきり → 本人の希望？ポート、カテーテルによる？疼痛緩和基準が安静時になっている？
- ▶対麻痺や腹腔内浸潤 → 下肢が動かないことや腹水、便秘などの苦痛や不安
- ▶なぜ家に帰らなかった？ → 入院中で本人が感じた不安と退院後希望した生活患者の母・妻の思いの受け止めは？
- ▶家族の予期悲嘆は？
- ▶本人の食べる楽しみは重要 → 何を誰と食べるかで楽しみは増強する？排泄が整わなければ食欲がでない

- 予測問題：①本人が希望した家族と過ごす生活になっていない  
 ②Th4浸潤対麻痺は今後、麻痺範囲の上昇、呼吸苦等精神的不安の増強の可能性  
 ③中心静脈栄養管理は、終末期において腹水や浮腫管理において患者・家族、医師の合意形成が難しい

症例2では、訪問看護師は、痛みが緩和できているものの寝たきりであることが気になる。本人の希望なのか、医療処置による緊張や可動性の低下なのか、あるいは、病院で緩和医療を行う場合、安静時に合わせていることが多く、動く痛みが生じているかもしれない。また、対麻痺や腹腔内浸潤で苦痛や不安の可能性がある。そして、本人が退院を希望しているが、その真意や、思いを十分理解することが必要である。家族の予期悲嘆は大きいだろう。本人の食べる楽しみは重要で、家族と何を食べるかで本人の楽しみや嬉しさは違ったものになる。また排泄に問題があると食欲は減少する。以上のことから、本人は希望していた生活になっていないことや、今後、進行にともなってさまざまな症状や不安が生じることが予測される。また中心静脈栄養管理をしている患者の終末期は、その量やカロリー維持と症状が関係し、患者・家族の意思決定や医師との合意が難しいことが多い。

#### 2 訪問看護 2

##### ■患者・家族の強み

- ▶患者が自分の意思を持ち、退院を決定できた
- ▶上肢は異常がなく、痛みは緩和できている
- ▶食事摂取できる
- ▶家族の介護力大きい

- ケアの方向性：①身体の正常な機能を生かし、自分でできるADL自立を促すことで自信をとりもどし希望する生活ややりたいことの実現化を支援  
 ②食事が家族と楽しくできる。これまでの家族らしい時間を大切に  
 ③患者・家族と在宅チームとの治療やケアの合意形成支援により看取りにむけての療養場所が決定できる

症例2の強みは、患者が若く自分の意思がはっきりしている、上肢は異常がなく痛みは緩和できている、また食事を楽しむ程度ではあるがとれており、家族の介護力も大きいことである。ケアの方向性として、まだ動ける上肢や機能を生かして自分でできることを確認し、自信を取り戻すことができるといいだろう。また、食事が家族と楽しくとれることも重要である。今後、看取りに向けての療養場所の決定が、うまくできると良いと思う。

#### 3 訪問看護 3

##### ■ケア

- ◆患者の生きる力が引き出される生活を整える。まずは、食事の楽しみと便秘予防。マッサージや音楽、アロマなどによる副交感神経を有意にするケアを行う。
- ◆保清や排泄、医療的管理（感染予防）を行い、必要時家族へ指導する。
- ◆家族にも言えない本人の思いを理解し希望の実現化を知る。そのための支援を在宅チームで考える。
- ◆家族の予期悲嘆を理解し家族ケアを行う。

- 訪問看護は、  
 ✓ 24時間365日、患者を支え人生の最後の家族との時間が希望通りになるよう治療やケアの在宅チームと患者・家族の合意形成を支援します。  
 ✓ 生活を整え、癒しのケアにより患者の心と身体の調整を行い、笑顔を引き出します。

ケアは、患者の生きる力が引き出されるよう食事や睡眠、排泄を整える。マッサージや音楽、アロマなどを使い、入院中から緊張による交感神経を沈め、副交感神経を有意にできると、便秘も改善し食欲も出やすく、夜もよく眠れるようになる。保清や医療的管理も行き、必要時に家族へ指導する。何より本人と家族の気持ちに寄り添い、在宅チームとの懸け橋になることが大切である。訪問看護は24時間365日、患者を支え人生の最後の家族との時間が希望どおりになるよう、治療やケアの在宅チームと患者・家族の合意形成を支援する。生活を整え、癒しのケアにより患者の心と身体の調整を行い、患者と家族にとって思い出となるような場面づくりを支援し、笑顔を引き出す。

## 4 訪問看護の効果



### ■訪問看護は在宅看取りをすすめます

- 在宅療養生活支援として、あらゆる症状をマネジメント。
- がん・非がんの心身状態、病状、家族、療養環境などから課題と強みをもとに、看護計画、緩和ケアの実施。

平成21年の厚生労働省の報告によると、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高いという相関がみられた。訪問看護は、在宅療養生活支援として、全ての心身状態、病状、家族、療養環境などから課題と強みをもとに計画し、緩和ケアを行う。その結果として、在宅看取りへとつながっていく。

## 5 訪問看護は

### ■すべての年齢、疾患・症状の利用者へケアします

- 0歳から100歳以上、すべての疾患・症状が対象
- 精神科疾患患者は精神科訪問看護指示書により訪問看護を提供

### ■本人・家族を全人的に捉え、多様な価値観に柔軟に対応します。

- 身体(痛みなど、ADL,IADL,食事、排せつ、呼吸)
- 精神(不安、抑うつ、孤独感、いらだち)
- 社会生活(仕事、人間関係、家族関係、療養環境等)
- スピリチュアル(価値観、希望と絶望、宗教)

### ■多職種協働

- 主治医との連携を密にし相談体制による24時間対応
- 家族や介護職へ予測される事態の対応力を強化する支援

どのような状況にあっても寄り添い続けます

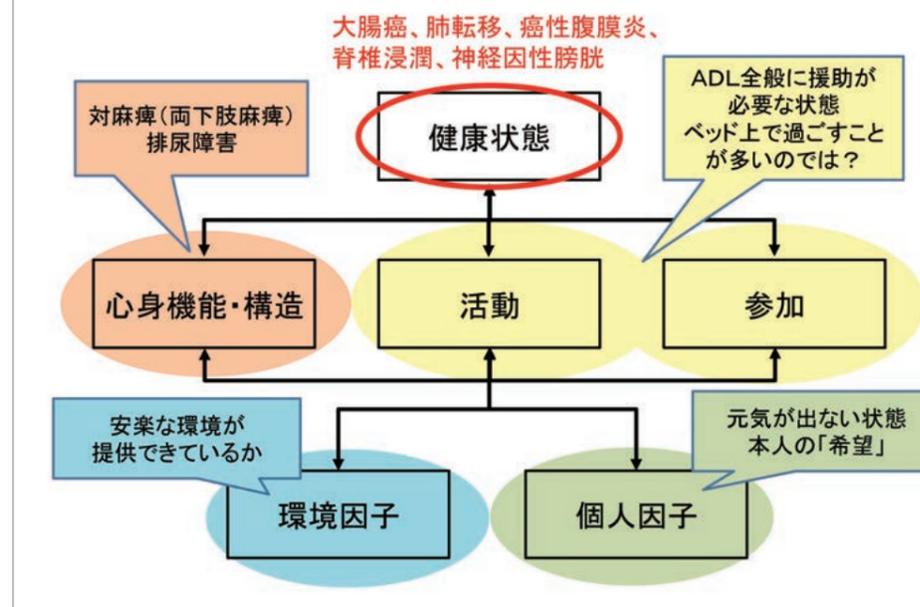
以上のことから訪問看護とは、全ての年齢、疾患・症状の利用者を、家族とともに、全人的な理解により、多様なニーズへの対応をしている。そして多職種協働の理念に基づき、どのような状況にあっても寄り添い続けることができることが特徴である。

【症例2】 59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移

## ii) 訪問リハビリテーション

大西 康史

## 1 【症例2】をICFモデルでアセスメント



訪問リハビリテーション(以下、リハ)の指示を行う場合、ICFの分類をみて、それぞれのどこに問題があるのか、アセスメントすることがポイントである。問題点の把握がある程度できれば、訪問リハの具体的な指示ができるだろう。しかし実際は、それぞれの問題は訪問リハだけでなく、ケアマネジャーや看護師やヘルパーなど多職種のチームで取り組むことになる。

## 2 心身機能・構造

問題点	評価	指示内容
対麻痺	下肢の関節可動域低下(拘縮)を来していないか？	関節可動域訓練
皮膚の状態は？	骨突出部(仙骨や大転子部や踵など)に褥瘡はないか	適切な除圧マットの検討 ⇒除圧度が高すぎるとかえって端座位がしにくくなるので注意 ベッド上での体位の提案

訪問リハでは、「心身機能・構造」の問題は、入院でのリハに比べて比重は小さくなるが、軽視するものではないだろう。例えば、関節拘縮のリスクがある人に関節可動域訓練を適切に行わなかった場合、車いすへの乗り降りなどの動作に影響が出て、結果としてADLが低下してしまう、ということはある。

## 3 活動と参加

問題点	評価	指示内容
ベッド上にいることが多い	時々座位をとれないだろうか	座位能力の評価 車椅子乗車の可能性をさぐる 可能なら、家族への介助方法の指導を
ADL全般に援助が必要な状態	食事以外にできることを少しでも増やせないか	整容(化粧など)などの提案
活動に取り組めない状態	できる範囲で生きがいの提供などできないか	作業活動の提案 (例えば手紙を書きたければ、その環境調整など)

「活動」と「参加」は、訪問リハにおいて、最も重要な要素である。そのアプローチにおいては、特に、看護師やヘルパーら、多職種との協働が重要である。また家族への介助指導など、家族への関わりも積極的に行いたい。

## 4 環境因子・個人因子

問題点	評価	指示内容
ベッドやマットレスは適当なものだろうか	ベッド上であることが多く安楽なものであるべき。褥瘡予防のマットレスはできているか。	適切なベッドとマットレスの検討を
車いすをレンタルするか	車いすに乗り移る可能性があれば、すすめたい	車いす乗車の可能性と希望があれば、適切なものの選定を

環境因子への介入は、セラピストの腕の見せどころである。担当ケアマネジャーから、車いすの選定で訪問リハのスタッフに意見を求められることは多い。手すりをつける場合、どの箇所に実際に設置をするか、訪問リハのスタッフは具体的に提案する必要がある。個人因子は、まず本人の気持ちを確認し、把握することが重要である。

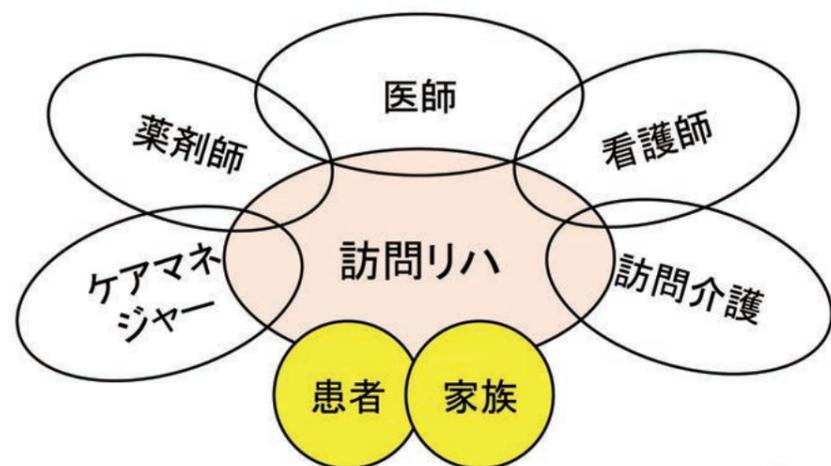
## 5 訪問リハの指示内容

訪問看護ステーションからの訪問リハの場合、訪問看護指示書での指示となります

- II 1. リハビリテーション
- ① 関節可動域訓練
  - ② 座位の評価
  - ③ 車椅子乗車の評価、必要なら家族への介助指導
  - ④ 適切なベッドやマットレスの検討を
  - ⑤ 本人の希望する活動を提案

訪問看護指示書の小さなスペースに、訪問リハの具体的な指示を記載するのは、実際は難しい。しかし、リハビリテーションに「○」をつけるだけでなく、「こういったことを訪問リハに期待している」という主治医の思いを書き込みたい。それによって、訪問リハのセラピストもプランを立てる際に、医師の意見として大いに参考にすることはできる。

6 訪問リハは「多職種協働」が鍵!



問題点を共有し、その解決に向かってそれぞれの職種の立場で、患者・家族を支援すること

在宅のチームは、一つの問題の解決に向かって、それぞれの職種が協働することが重要である。訪問リハのスタッフは、訪問リハの時間内に自宅で「訓練」を行うだけでなく、多職種と連絡を取り合う力が求められる。チーム医療の意義と多職種連携の方法論を学んだ、訪問リハを得意とする療法士が増えることを期待したい。医師は全体を俯瞰する立場で、オーケストラのチームの指揮者のような存在だろう。

【症例2】 59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移

iii) 訪問歯科診療

花形 哲夫

1 身体機能面での着眼点

【症例2】

身体機能面での着眼点

末期がん  
→少量の経口摂取が可能  
→口腔内トラブル

歯科における予測課題

- ・口腔衛生不足
- ・歯科疾患(う蝕・歯周病)
- ・口腔乾燥、口内炎、出血、味覚異常など
- ・摂食嚥下機能低下

歯科の役割

- ・口腔衛生管理
- ・必要な歯科治療(除痛含め)
- ・摂食嚥下機能評価
- ・口腔機能管理
- ・口腔乾燥・味覚異常への対応
- ・経口摂取の維持

歯科としての身体機能面での着眼点は、少量の経口摂取が可能であること、末期がんの口腔内トラブルである。予測課題としては口腔衛生不足、歯科疾患、口腔乾燥などの口腔内トラブル、摂食嚥下機能低下である。歯科の役割は、口腔衛生管理、必要な歯科治療、摂食嚥下機能評価、口腔機能管理、口腔乾燥・味覚異常などの口腔内の問題への対応、それにより経口摂取を維持することである。

## 2 生活環境面での着眼点

### 【症例2】

生活環境面での  
着眼点

家族介護  
→在宅介護  
希望:食べる楽しみ  
→医療用麻薬

歯科における予測課題

- ・口腔衛生不足
- ・嚥下機能低下
- ・咀嚼機能低下
- ・食事摂取環境の悪化

歯科の役割

- ・口腔衛生管理
- ・必要な歯科治療(除痛含め)
- ・口腔環境(乾燥など)の確認
- ・口腔機能管理
- ・適切な食事環境への介入(家族との連携)

歯科としての生活環境面での着眼点は、家族介護・在宅介護において食物を少しでも口から摂ることを楽しみにしていること、医療用麻薬を静脈内投与されていることである。歯科における予測課題は、口腔衛生不足、摂食嚥下・咀嚼機能低下、食事摂取環境の悪化が考えられる。歯科としての役割は、口腔衛生管理、除痛を含めた必要な歯科治療、乾燥などの口腔環境の確認および対応、口腔機能管理及び維持、家族と連携しての適切な食事環境への介入することである。

## 3 口腔衛生管理・口腔機能管理

### 口腔衛生管理

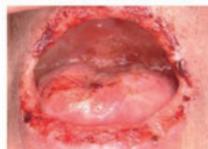
痛みのない、快適な口腔内へ



口腔乾燥



舌の乾燥と潰瘍



口腔内出血



下顎骨壊死



口腔用保湿剤(ジェル)



スポンジブラシ



吸引歯ブラシ

### 口腔機能管理

最期まで美味しく、口から食べるために



歯科医師の指示のもと、口腔ケア後の嚥下開始用ゼリーでの摂食嚥下機能評価



ご家族とともに

歯科専門職の口腔衛生管理は、痛みのない快適な口腔内づくりが目標となる。全介助での口腔ケアを行う場合は、姿勢の確保・開口を維持・適切な歯ブラシやスポンジブラシを選択し水分や汚れはよく除いてから使用する。口腔用保湿剤なども利用できる。また吸引歯ブラシを使用して、口腔ケアで誤嚥させない配慮が大切である。BP製剤服用に伴う下顎骨壊死の一因となる抜歯を避けるためにも、口腔衛生に留意する必要がある。口腔機能管理として、最期まで美味しく口から食べることを支えることが目標となり、摂食嚥下機能の再評価を行い、家族と連携しながら、好きな物を食べて頂けるような支援を優先する。

## 4 人生の最終段階のケアへの歯科のかかわり

\*積極的な延命処置は希望されず、在宅での看取りを希望  
\*「口から食べたい」と希望された。「歯肉からの出血」「口腔乾燥」の主訴が多い

- 口腔乾燥や疼痛などの苦痛を除くための口腔衛生管理・口腔機能管理が必要
- 無理なく、苦痛のない口腔ケア指導をご家族にも行う
- 最期まで、少しでも口から食べることができるような支援が重要
- 在宅医と訪問看護師等との連携強化が不可欠
- 家族への支援とねぎらい、グリーフケアを念頭においた対応が必要

家族・在宅医・訪問看護師などと連携を強化し、口腔内の乾燥が進むことから、口腔内の苦痛を除くためにも保湿を中心とした口腔ケアを行い、最期まで少しでも口から食べる支援をすることは重要である。また、食事介助や口腔ケアは家族にも行って頂くことが大切だと思う。緩和ケアを主体とする療養方針のもと、家族・多職種との協力のもと在宅療養を行ってもらうにあたり、口腔衛生管理・機能評価・訓練により機能に合った「味わい」を提言した。「食べる」ことへの支援・口腔領域のケアを通じて、医療介護関係者と連携・協働しての看取りまで関わる、生涯を通してのかかりつけ歯科医でありたいと考える。

iv) 訪問薬剤管理

大澤 光司

1 無菌調剤

〈無菌調剤〉

薬を調剤する際に、無菌的に行う方法。主に、輸液パックへのミキシング、麻薬の混注業務などの調整に用いる方法である。



ただ、無菌調剤は使用する薬剤や器材はもちろんのこと、ミキシングに関する知識や情報などが少ないため、処方せんが来ても調剤に取り掛かるまでのスピードが遅くなってしまう傾向がある。

無菌調剤は、受け付けることができる施設を見つけていち早く業務に取り掛かれるようにしておくことが大切である。

—まず行うことは—

- クリーンベンチ・無菌調剤室が設置している **保険調剤薬局の場所**を把握しておく。
- クリーンベンチの **種類**を把握しておく。
- PCAポンプの必要性の **有無**を検討する。

無菌調剤は輸液パックの調整や、ポンプなどに対して麻薬の充填を無菌的に行う方法である。しかし、行っている薬局が少ないことや、情報が少ないため、作業に取り掛かることが遅くなってしまうことも事実である。まずは、無菌調剤ができる薬局の場所とクリーンベンチの種類を把握して、依頼できる薬局を見つけておく必要がある。そして、PCAポンプを使用する際には、ポンプのレンタル料並びにカセット代（自費扱い）については、医療機関から患者に請求することになる。

2 クリーンベンチ・無菌調剤室の設置状況

■北海道から九州まで、薬局・薬店約56,000件の内全国で約800件の保険薬局に設置されており、関東地区に290件約35%が関東に集中している。

■補助金で薬剤師会、会営薬局に無菌室の整備が進んでいる。

■会営薬局を中心に無菌室が共同利用できる拠点薬局の整備が進んでいる。

北海道	46	埼玉	47	三重	11	鳥取	1	佐賀	6
青森	11	千葉	58	富山	9	岡山	2	福岡	23
秋田	22	東京	90	石川	12	島根	4	大分	9
岩手	5	神奈川	39	福井	5	広島	16	熊本	8
山形	8	山梨	7	滋賀	9	山口	2	宮崎	9
宮城	13	長野	9	京都	18	香川	3	鹿児島	6
福島	7	新潟	14	奈良	1	徳島	1	沖縄	6
栃木	23	静岡	20	和歌山	4	愛媛	1		
群馬	10	岐阜	30	大阪	22	高知	3		
茨城	27	愛知	7	兵庫	9	長崎	4		

平成28年10月10日 日科ミクロン調べ

このデータは、クリーンベンチ・無菌調剤室の設置状況を示している。都道府県ごとに設置してある薬局の数が違うことが確認できる。そのため、在宅に切り替わる際に無菌調剤が必要なときは、各都道府県ではなく近隣の県に協力・依頼することも検討していかねばいけない。

3 クリーンベンチの種類

クリーンベンチ：無菌操作のための装置で、箱形の構造にフィルターを通して無菌化された空気を送るようになっている。

・陽圧タイプ：  
外気を押し出すことで無菌を保つもの

ex.) TPN・IVHの調整、麻薬の混中業務



・陰圧タイプ：  
内部の気体を外に出さず、外気の流入は入り口上部からの送風で封じるもの

ex.) 抗癌剤の調整



陽圧タイプに対して陰圧タイプのクリーンベンチ、クリーンルームを設置してある保険調剤薬局は少ない。そのため、無菌的に抗癌剤の調整の必要性が感じられる時は、前もって各都道府県の薬剤師会などに問い合わせ、設置の有無を把握しておく必要がある。

クリーンベンチは大きく分けて、陽圧タイプと陰圧タイプが存在する。陽圧タイプは外気を押し出して無菌を保つものであり、TPNなどの調整に使用される。一方、陰圧タイプは、内部の気体を外に出さず無菌状態を保つものであり、主に抗癌剤の調整に用いる。陰圧タイプのクリーンベンチが設置してある保険薬局は少ないため、設置の有無を把握しておくことも必要である。

## 4 PCAポンプの必要性を視野に入れた無菌調剤

⇒麻薬の混中作業の一つとしてPCAポンプへの充填業務がある。

ー持続皮下投与に用いるデバイスー

あらかじめ設定された一定の流量で薬液を送り出すシステム

電動ポンプ	携帯型 ディスポータブルポンプ
操作方法の習得が必要（医療者）	特別な操作を必要としない
中途での用量変更が可能	中途で用量変更ができない
初期費用・維持費用が高価	保険償還できる
TE-361（テルモ） CADD-Legacy PCA(スミスメディカル)	シュアーフューザーA（ニプロ）

無菌調剤の一つとして、麻薬の充填業務がある。ポンプはいろいろな種類があるが、現在は、安定して薬剤を供給できることや、途中で用量の変更が可能なることから、電動式ポンプの使用が主流となっている。また、ポンプを使用する際の操作方法の事前指導を行っておくことで、いち早く作業に取り掛かることができる。

## 5 ポンプのレンタルについて

・PCAポンプは初期費用が高いため主に医療機器メーカーからレンタルして使用する。

しかし、今現在、調剤薬局ではレンタルすることは不可能である。

・ポンプは医療機関側でレンタルしてもらい、患者にセットする。

⇒医療費とともにポンプの加算として患者に請求する。

・薬剤は薬剤師がカセットに充填して、患者宅にお届けに伺う。

⇒使用した薬剤は薬局側で請求する。

※カセットはポンプをレンタルした医療機関側のみしか取り寄せることができないため、カセットの準備に関しても事前の打ち合わせをしておく必要がある。

※また使用したカセットの請求も薬局側ではできないため、患者と打ち合わせをした上で、医療機関側で行う。

ポンプを使用する際に最も問題なのが、初期費用が高価なことである。写真のポンプは購入すると1台約80万円くらいのものであり、レンタルでの使用が主流となっている。ただ、薬局側でレンタルすることは現状ではできないため、医療機関側でレンタルしてもらい、レンタル料も医療機関側から患者に請求する流れとなっている。

## 6 無菌調剤の対策と今後の課題

- ・輸液に関しては、ミキシング後の情報が少ないため、メーカーやミキシング、薬剤の安定性についての情報を集める。
- ・調剤薬局での無菌調剤業務に対するスキルアップのため、教育、研修などの制度をしっかりとマニュアル化しておく。
- ・担当者会議には参加をして、できるだけ患者の状態に関する情報を集める。
- ・訪問看護師やヘルパーと随時情報を共有化するために患者宅への訪問時間の統一化が必要である。
- ・退院時カンファレンスに参加できるならばその場で情報を交換して薬剤業務に役立てる。
- ・薬剤のみならず使用する資材についてもメーカーに問い合わせしておく。
- ・電動ポンプを使用する際は、カセットの送付先について事前に打ち合わせとしておく必要がある。

無菌調剤に対しては、薬剤に関する情報の収集や教育など、さまざまな問題がある。しかし、情報の共有や事前の準備、制度のマニュアル化を行うことで、作業効率が上がることも事実である。今後の課題は、連携を取り合う上で、どこまでできるのかを明確にし、密に情報を取り合うことが、無菌調剤をスムーズに行う第一歩であると推察される。

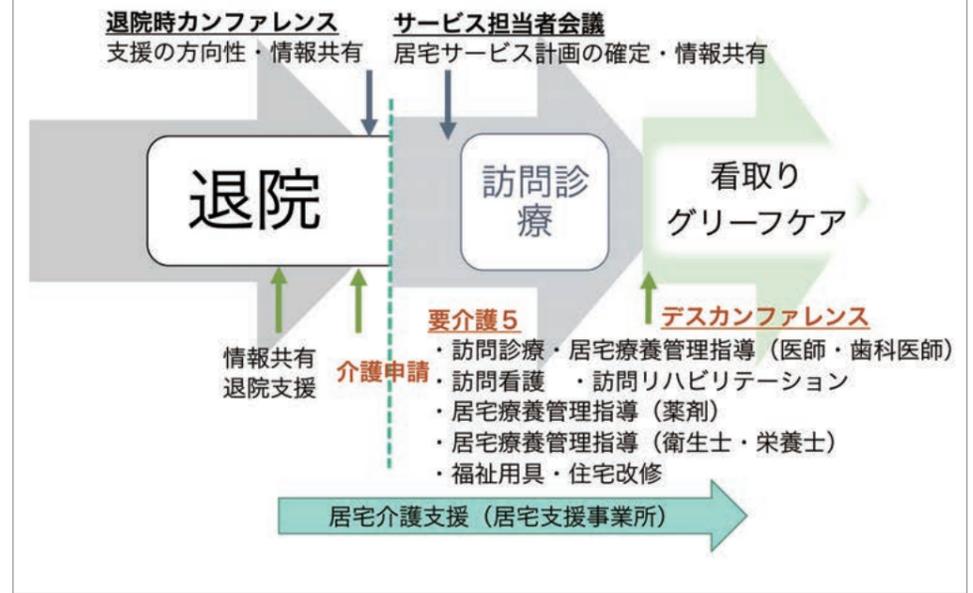
v) ケアマネジメント

鷲見 よしみ

1 居宅支援事業所		
思い・ニーズ	今後病状はどうなっていくのか 在宅診療ではどのようなことができるのか 在宅でのサービスはどのようなことができるのか 家族にどんなことが起こるのか（家族への思い） 費用はどのくらいかかる	
状態	大腸癌末期、腹水貯留、肺転移 疼痛緩和の一定のコントロール後 肺から脊髄Th4浸潤による神経障害のため対麻痺 中心静脈ポート設置、モルヒネ静脈内投与 食事摂取量がわずか	予測される症状への対応 症状悪化が顕著になってからどう過ごすのか 在宅生活療養上の医療ケアに関する工夫 身体介護の必要性（排せつ、保清、食事等）介護の体制をどうするか 機器の取り扱いや家族のできるケアの相談・指導 食べる楽しみをどのように対応するか 意思決定に対する情報提供の仕方と方法 （どの時期に誰の主導で、対応していくのか：裁量権を含む） 症状悪化時の連絡方法と対応
セルフケア能力	59歳女性 食事が楽しみ 自宅療養を意思表示	・現状をどの程度理解しているか（本人とのコミュニケーション） ・本人の希みをどう叶えるのか（在宅での過ごし方や死生観など） ・意思決定が十分にされる環境かどうか ・残す家族への心配や課題をどうするか
インフォーマルサポート	夫と未婚の娘との4人暮らし 交代で介護を行う 末娘は、常時自宅 夫と長女は日中仕事	・夫・子供たちへの支援（相談支援・身体的、精神的サポート） ・週間・一日単位のルーチン化 ・緊急時の体制をどうするか ・次女の今後の生活について ・看取り後の家族への支援 ・費用面（使える制度や経済的） ・患者会、ボランティアなどの地域のサポート

終末期の支援でも、がん特有の支援内容がある。特に痛みに対する支援と急激な変化に不要な医療が生じないよう、きめ細やかな対応を心がける。また、本人・家族にとって、専門職が確かな技術と誠意のあるケアを施すことが、直接的なケアばかりではなく、精神的な面においても大きな支援となる。症例2の場合は最初に本人がどこまでの認識をもって、家に帰りたいと話しているか、何に不安を感じているか、家に帰ってどのような生活をイメージしているかなどを確認する。適切な医療の提供体制のもとに課題を整理して、不安が増大しないようにする。また、生活面からは、すでに入院治療で、家族の生活のどのようなところが変化してきたのか、在宅療養する上で誰が一番負担がかかるのか、それはどのようなことなのかを検討し、小さな課題でも丁寧に対応することが重要になる。生計上の理由で収入の少ない次女が主介護者になったのかも。また、患者会などの当事者団体、NPO法人などの事業を視野に入れる。

2 支援の進展



利用者・家族の意向が大切になるので、本人の希望に沿った生活ができるように不安をできる限り少なくすることが適切な判断につながる。がん終末期においては、退院できるタイミングに合わせて在宅ケアがスタートできるよう体制を整えることが重要になる。がんターミナルの方に対しては介護認定も速やかに行われるようになってきている。症例2の場合、症状コントロールと本人が希望した生活の実現のための支援、家族のサポートが課題となる。なお、59歳という若さでの療養となり、次女が中心となって介護している。母親として次女の行く末も心配するところであるし、次女も母親の死を受け入れ、自身の人生をも考えるときがくる。しっかりと考えられるようサポートが重要である。

3 ケアプラン原案の作成（専門職の意見）

ニーズ	支援項目	支援内容
病状管理	訪看 痛みの緩和と来ている 腹腔内に浸潤、対麻痺 感染予防 生きる力を引き出す 訪看 対麻痺 栄養 がん終末期の食事 薬剤 服薬管理	疼痛緩和の基準 口腔ケア 下肢の麻痺や腹水、便秘予防 中心静脈管理についての課題 保清のケアや医学管理 皮膚の観察、口腔ケア 副交感神経優位に生活を整える マッサージや音楽、アロマなど 関節可動域訓練 食事のギアチェンジ 栄養の補給、おいしく食べる工夫 姿勢 疼痛コントロール
本人の望む生活について	訪看 家に帰りたい理由 寝たきりの状態 訪看 薬剤	自宅での希望した生活（家族と楽しく過ごす）不安へのサポート 家族への思い ADLの自立を促す 作業活動（手紙など） やりたいことへの達成に向けた支援 見取りに向けての意思決定 疼痛緩和の評価調整
終末期リハビリテーション	訪看	食動作、座位能力の評価 作業活動（手紙など） 移乗動作訓練、福祉用具の選択
療養環境及び家族支援	訪看 食べる楽しみ 清潔、保清について 家族への支援 訪看 環境整備 栄養 栄養管理 食の楽しみ	好きな食事の提供、調理や食事のアドバイス 入浴、身体介護 悲嘆ケア 経口摂取時の座位、福祉用具の活用（ベッドや除圧マット） 食べたいものが中心の食事 安心して食事ができる環境

がん終末期の支援においては、救急の対応や急変時の対応についても具体的に話し合うが、病状の変化にとまどい、多くの決断を本人・家族は迫られるので、適切な意思決定ができるよう情報提供や丁寧な説明が必要となる。症例2の場合は、専門職から4つの視点が挙げられている。病状管理については、痛みの緩和、腹腔内に浸潤、対麻痺に伴う症状緩和、安楽な生活への工夫、栄養の補給、おいしく食べる工夫。本人の望む生活については、家族への思い、やりたいことを達成すること、看取りに向けての意思決定支援、不安へのサポート。終末期のリハビリテーションについては、食動作、座位の保持、作業活動、福祉用具の活用。療養環境については、食べたいものを中心とした支援、食事の環境、居住環境の整備、見取りに向けての家族へのサポートが挙げられた。医師、歯科医師の指導、助言と利用者家族の状況を勘案して原案作成を行う。

## 4 ケアプラン原案作成の視点と今後の展開

### ▶ 病態の管理

症状のコントロール（痛みのコントロールなど）や予測しない事態を引き起こさないようする  
排せつを整え食べる楽しみを支援する 麻痺の上昇や呼吸苦などの精神的な不安の増強の可能性  
治療やケアに関する意思決定が難しい場面があることを理解する 口腔ケアや保清に努め感染症予防

### ▶ 本人の望む生活

安楽な時間の確保や家族との時間などを大事にする  
身じまいに関すること、やりたいことを達成するなど思いを理解して寄り添うケアを目指す

### ▶ 終末期のリハビリテーション

食動作、移乗動作、座位能力の評価など適切な介護の提供、作業活動（手紙など）福祉用具の選択

### ▶ 療養環境と家族支援

食事の環境を整える 緊急時の対応、看取りの療養場所  
家族の力の見極め、看取りに向けて家族に会った支援ができること、費用面での制度活用

### 利用サービス

訪問診療・居宅療養管理指導（医師・歯科医師） 訪問看護 訪問リハビリテーション  
居宅療養管理指導（薬剤師） 居宅療養管理指導（衛生士・栄養士） 福祉用具・住宅改修

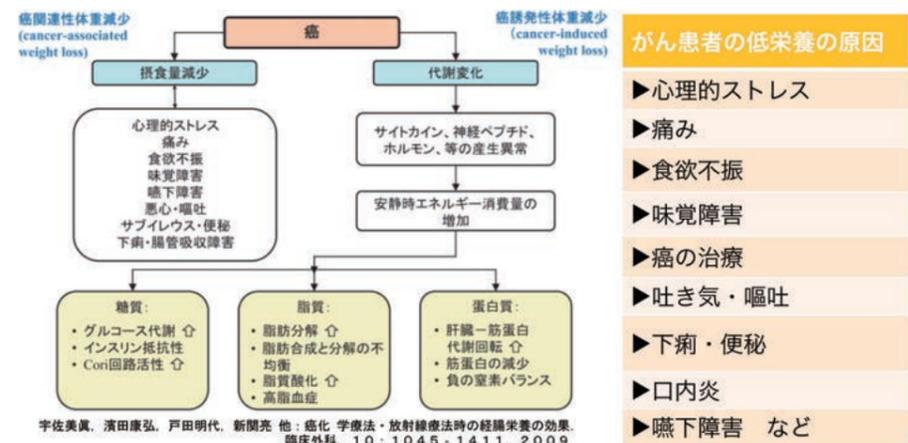
ケアマネジメントにおいては、その背景となる生活歴、経済状況、教育課程、人間関係、習慣、家族の関係性など、人と人のかかわりの情報が重要となり、支援の方向性に影響を及ぼす。利用者の生活は、その人、その家庭で築き上げられた歴史上に現在があり、それぞれに価値は、支援者とは同じではないので、支援者は自分の価値を知らなければならない。がん終末期の支援は、最後の時を「だれとどのように過ごしたいか」を共有し、適切な医療が提供できるような体制のもと目標の実現を目指す。この症例では、家に帰りたい、家族とともに過ごしたいという目的のためにチームが支援する。症状が落ち着くことがとても大切になるので訪問看護を中心に展開し、人と接することも負担となるようであったら、連携することでサービスもできる限りシンプルしたり、生計上負担にならないような制度の活用や配慮をすることも大切となる。

【症例2】 59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移

## vi) 訪問栄養管理

米山 久美子

## 1 がん患者への食事療法



がんの治療中の適切な食事によって、がんによる影響やがん治療の副作用に対する対処が容易となるといわれる。在宅においても副作用も考慮しながら、個々に合わせた栄養管理を行うことで体重・体力の維持、組織の再構築、感染への抵抗などに必要となる栄養素を摂取することが可能となる。治療前、治療中、治療後のそれぞれに時期において身体の状況も違うため、各時期に合った栄養療法の提案も大切となる。管理栄養士が予後のことも見据え、適切な栄養管理を実施することで、在宅療養者のQOLの維持・向上へ貢献できると考える。

## 2 症例2への対応

■症例2 ・医師からの指示内容：癌の栄養指導 ・利用保険：医療保険

▶状況	▶アセスメント
#卵巣がん末期 #腹水あり #少量の食事を楽しんでいる	#がん終末後期の食事へ ギアチェンジ
▶管理栄養士の役割	
<p>#医師、看護師等と連携しながら身体の変化に合わせた食事提案</p> <p>➡ だるさや食欲低下が出始める時期であり、状況を確認しながら、座位、臥床での食事の際に誤嚥などしないよう、安全な食環境等をアドバイスする。</p> <p>➡ 必要に応じ、適した食事形態を検討し調理指導する。</p>	
<p>#介護者が後悔しないような食事提供の手伝い</p> <p>➡ 身体の変化とともに、味覚の変化や食事量の減少など変化が起き家族の不安も強くなるため、食や栄養の専門職として一緒に考え美味しく食べてもらえるよう工夫や調理方法をアドバイスする。</p> <p>➡ 食事に関する不安を軽減できるようにする。</p>	

がんだけではなく、ターミナル期にはさまざまな症状が出始めるため、医師や看護師などと連携を図りながら、身体の変化に合わせた食事の提案をする。療養者が食事が摂れなくなってくると家族は不安になり、無理して食べさせてしまう場合もある。タイミングを間違えると誤嚥につながり肺炎になってしまう可能性もあるため、誤嚥や身体への負担を回避するためにも、管理栄養士は介護者の食や栄養の相談相手となる。少しでも栄養を摂ってもらおうと作った料理を栄養学的に評価して介護者の満足度を上げたり、安心感につなげることも心がける。介護者が後悔しないよう、食の面から支える。

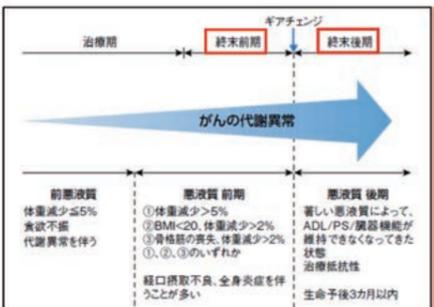
## 3 がん終末期の栄養管理

## ▶がん終末前期の栄養管理

この時期は栄養をサポートすることで、活動性が落ちる時期を先延ばしにできる可能性があるといわれます。栄養をがんに取り込まれているので、栄養を摂らないと悪液質が進み、筋肉も脂肪も急激に減ってしまうため、積極的な栄養補給ができる食事が勧められます。

## ▶がん終末後期の栄養管理

栄養を補給しても回復は望めず循環が悪くなり、徐々に栄養や水分が血管から外に漏れ出しむくみや腹水、胸水の貯留を進行させるといわれます。患者のQOLを下げるようになるため無理に栄養補給することは避け、患者の食べたい物を中心の食事が勧められます。



## ■がん患者への管理栄養士の役割

がん終末期はそれぞれの時期に適した栄養管理が必要となります。

医師や看護師等と連携を図りながら、時期に見合った栄養管理を行い、患者や家族のQOLに繋がる介入をしていきます。栄養管理に加え、食の楽しみや、安心して食事が行える環境を整えます。

最近では、がんに対する食事療法の必要性がいわれて始めている。がん終末期についても、前期と後期に分けての栄養療法が推奨されはじめています。その時期によって適した栄養素など、栄養管理には違いがある。がんの治療などによる口内炎や吐き気などある場合には、身体状況に合わせながら、必要な栄養補給ができるよう提案していく。介護負担や経済力、希望を確認し、必要に応じ栄養補助食品の提案も行う。身体にさまざまな変化が現れることも多いため、医師、看護師を中心に、多職種で連携しながら無理のない食事のアプローチとなるように進めていく。

## 4 在宅における管理栄養士の役割

地域の多職種と連携しながら  
管理栄養士は在宅療養者の栄養と食を支えます

在宅療養における食事や栄養管理は複雑な場合も多いため、管理栄養士は、医師や看護師をはじめ、地域の多職種と連携を図りながら、在宅療養者の食事や栄養を支える。独居や高齢者世帯、また在宅療養を支えている介護者についてもさまざまなあり、その家庭に合わせた食支援が求められるため、まずは経済力や介護力、利用しているサービスなどの「生活のアセスメント」を実施した後に、「食や栄養のアセスメント」を行い、一人ひとりに合ったオーダーメイドの栄養アドバイスを実施する。また、在宅療養は病院とは違うため、療養者や介護者の負担が少なく、また希望に沿った支援を行う。

## 5 訪問栄養指導のサービス内容と対象疾患

## ■訪問栄養指導のサービス内容

対象 通院などが困難な方が対象。  
さらに、医師がご家庭での栄養や食事の管理が必要と判断した場合にご利用いただけるサービス。

## ■対象疾患

医療保険	介護保険
腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、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（単なる流動食および軟食は除く）、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、消化管術後に対する潰瘍食、クローン病およ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、高度肥満症に対する治療食、高血圧に対する減塩食	経管栄養のための流動食、嚥下困難者（そのために摂食不良となったものも含む）のための流動食、低栄養状態
フェニールケトン尿症食、楓糖尿病食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食 がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者	

※医療保険に加入して介護保険認定も受けている者は介護保険の居宅療養管理指導を優先

訪問栄養指導は、まだまだ認知度が低く知られていない制度のため、サービス内容にふれておきたい。訪問できる対応疾患は決まっており、対象が医療保険と介護保険とで異なる疾患もある。例えば、「パーキンソン病の方で食事少し食べられなくなってきたので訪問ほしい」と依頼があっても、対象疾患にはあてはまらないので、訪問はできないが、「パーキンソン病で低栄養状態」であれば、訪問はできる、といった具合である。必ず医師の指示が必要なこともポイントとなる。また、介護保険がある人は医療保険ではなく、介護保険が適用となる。

## 6 訪問栄養食事指導にかかるコストなど

医療保険	介護保険
<b>■在宅患者訪問栄養食事指導</b> ■医療機関が、通院が困難な在宅で療養を行っている患者で医師が厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合に行われる。 →同一建物居住者以外の者 530点 →同一建物居住者 450点 ■給付限度 月2回	<b>■管理栄養士による居宅療養管理指導</b> ■居宅療養管理指導事業所が、通院が困難な在宅で療養を行っている患者で医師が厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合に行われる。 →同一建物居住者以外の者 533単位 →同一建物居住者 452単位 ■給付限度 月2回



### ■サービス内容のまとめ

★療養者本人・介護者の要望	★医師の指示（指示書など）が必要
★月2回まで医療（介護）保険適用 ★訪問時間 30分以上	★1回の訪問利用者負担 533円（同建物2名以上/同日の場合452円） +交通費（実費）

スライドは、訪問栄養食事指導にかかるコストなどについて示したものである。介護保険の、「管理栄養士による居宅療養管理指導」は、介護給付以外のサービスとなり、単位を全て使っていても、入れるサービスとなっている。コストとサービス内容についても、スライドの通りとなっている。

## 各論1 B モデル・ケアカンファレンス

### 【症例1】 80歳女性 独居、認知症、全盲

座長：飯島 勝矢

#### 1 病歴、生活背景など

- #生来による重度の視力障害（全盲）
- #アルツハイマー型認知症
- #気管支喘息

#### 20XX年5月：

- ・同居していた兄を亡くし、その後は独居
- ・療養環境は悪い（床にネコの餌が散乱、ハエ・ゴキブリがいる）
- ・公的サービスなどの申請手続きができなくなり、市役所からの依頼で初回訪問
- ・認知機能評価はHDS-R 9点、取り繕う現象あり  
⇒アルツハイマー型認知症と臨床診断を下した
- ・診察には当初拒否的であったが、話を聞いているうちに徐々に打ち解ける傾向あり
- ・多弁の傾向（昔の話を何度も繰り返す）



#### 2 直近の状況

#### 20XX年7月：

- ・訪問診療開始、しかし病院に行くから良いと拒否的
- ・さらに投薬に関しても拒否

#### 20XX年8月：

- ・訪問看護、薬剤師訪問指導が導入される ⇒少し和んでいった

#### 20XX年11月：

- ・投薬への同意あり。しかし介護職に対しては服薬拒否あり
- ・着衣失行あり、冬でもワンピース、常にストーブの前にいる  
⇒その後は比較的順調に経過していく

#### 20XX+1年1月：

- ・ストーブによって左脚の熱傷あり



**熱傷のエピソードもあり、今後のことについて担当者会議を開催し検討したい**