

# 令和元年度第1回柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会

と き : 令和元年7月24日(水) 19:00~

と ころ : 柳川山門医師会館 講堂

討論テーマ 『在宅生活への支援にあたり本人を取り巻く家族の思いが様々であるなか  
それぞれの意向を踏まえての退院支援を試みて』

事例提供担当: 柳川リハビリテーション病院 MSW

## 意見記入職種の内訳

- |            |         |            |                  |
|------------|---------|------------|------------------|
| ① 医師       | ② 歯科医師  | ③ 薬剤師      | ④ 看護師            |
| ⑤ 保健師      | ⑥ 歯科衛生士 | ⑦ MSW・PSW等 | ⑧ OT・PT・ST 等     |
| ⑨ ケアマネージャー | ⑩ 介護福祉士 | ⑪ 民生委員     | ⑫ ボランティアコーディネーター |
| ⑬ 事務       | ⑭ その他   |            | ※ 数字のないものは未記載    |

## 医療

- ・低血糖の対応できているか？ ③
- ・薬はきちんと服用できているか？ ③
- ・用法の簡素化 1日3回(全食前)  
⇒1日1回(朝食後)etc ③
- ・セララ、フロセミド必要か？ ③
- ・妻は病識がないが、本人の薬の管理はできているのか？ ⑨
- ・独居になって自分で服薬が可能か？  
⇒ 医療管理も可能な施設入所が良い①

・ヘルパー介入  
・処方の見直し

## 本人の問題

- ・本人の想いは揺らぐ傾向だが尊重したい ⑭
- ・妻がいなくなった場合の金銭管理 ⑬
- ・本人の想いを尊重する為に何か困っていることないか？ ③

金銭管理 娘さん、社協

## 介護支援

- ・独居となって、本人が生活支援を受けながら自宅で生活可能か？ ①
- ・食生活(病気を意識した食事内容か) ⑨
- ・食事自立とあるが糖尿病食等できているのか？ ③
- ・食事はどうなるのか。配食サービス、管理栄養 ⑭
- ・妻が入院したら誰が介護するのか(病状が悪くなったら) ⑭
- ・団地での生活。妻の負担。 ⑤
- ・妻が入院、あるいは死去したあとの生活はどうするのか？ ①
- ・一人になった場合…。 ⑤
- ・本人の経済力がない場合は、入所可能な施設は？ ①
- ・5階は高すぎるのでは。 ③
- ・妻の体調が悪化した場合の対応はどうするか。 ⑬
- ・妻の介護力は。 ⑨
- ・妻 肝硬変悪化、今後のこと考え施設入所できないか。 ③
- ・自宅での生活が厳しくなった場合の施設入所⇒経済面 ⑨
- ・妻が入院した場合の生活はどうなるのか。 ⑨
- ・介護度が軽くなった場合に残すべき支援は何か？ ①

独居になった時を見据えて対応すべきでは

## 家族の問題

- ・妻へのサポート  
・食事 ・掃除 ・ゴミ出し ・買い出し ③
- ・娘さんの想い  
施設入所先検討、予算？ ③

入所がベスト

## 地域の支援

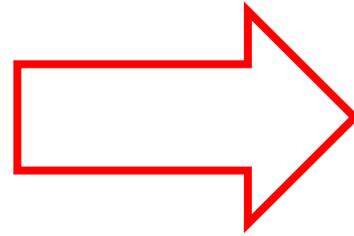
- ・団地、地域交流は？ ③ ・地域との関わりはあるのか。 ⑨
- ・地域コミュニティの介入は可能か？ ① ・民生委員の訪問、地域行事に参加させる。 ③

# 今後の課題・リスク

# 対応

## 本人の問題

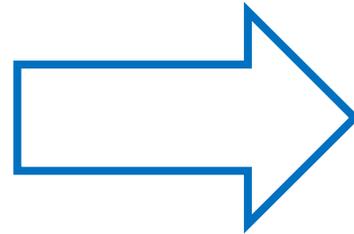
- ・認知症あり MMSE 15/30 ①
- ・要介護4 ⇒ 2になりそう。 ①
- ・リハビリ継続でADLの更なる改善が得られるか？ ①
- ・口腔ケアは？ ②



- ・リハビリの継続 ①
- ・小規模多機能事業  
デイ・訪問・泊まりの3つができる。 ⑦
- ・デイケアorデイサービス
- ・デイサービスの代わりに地域交流

## 妻の問題

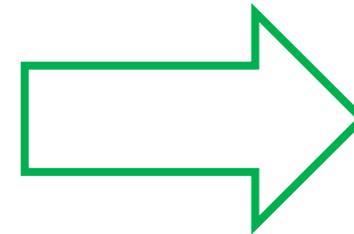
- ・妻への依存度が高い。 ⑦
- ・妻の入院。 ⑫



- ・宅食サービスはどうか？ ⑦
- ・栄養指導等で奥さんの入院リスクを減らす。 ①
- ・娘の支援。在宅時。

## その他の問題

- ・関係家族が多く、意見がバラバラ。



- ・キーパーソンをしぼる。 ①
- ・弟が一番の心の拠り所。 ⑦

# グループ3

- ・引きこもりになる恐れがあるのでは。家屋状況からみても、そこでサポートが必要では？ ⑪
- ・利尿、血圧、胃薬、服薬管理、通院の割合、妻の負担。 ③
- ・移動、他者との交流、妻の負担。 ⑨
- ・優先順位 ①服薬管理 ← ヘルパーorサービス事業所 ⑨
- ・介護度よくなるなら、リハビリを優先して入浴はヘルパーに？ ⑨
- ・地域サロン。男性は少ない。地域の人への声かけ必要では？ ⑪
- ・目的は在宅。Ⅱ型DM、食事の管理、再発作、服薬の管理が必要。  
⇒ 定期的な診察必要。 ①
- ・服薬の調整が必要。 ③
- ・妻の病状次第では独居になる可能性も。 ⑤
- ・妻への支援。服薬管理。 ①
- ・口腔内のチェックして、支援につなげる ①
- ・ワーファリンをエリキュースへ。食事はワーファリンより気にしなくて良い。  
(ワーファリン・・・制限ありコントロール必要。出血リスク) ①

- ・受診の間隔。介護度4 ⇒ 介護度1なれば、サービス内容減らすことも ⑤
- ・介護度が良くなった場合、サービスの選択は？ ⑤
- ・社会資源、地域のサロンへの参加は？ ⑧
- ・介護度4から良くなる可能性あり。それに応じたサービスの見直し ⑧
- ・サービス内容の具体的な中身。 ⑧
- ・口腔内のサービスはどうか？DMからの口腔内の症状はどうか？ ②
- ・通院手段、食事の工夫、内服の管理。 ④

## 将来

- ・介護度の変化(4→2or1)に伴うサービス内容(入浴・リハビリ)
- ・サービスの変化での外出↓ 引きこもり←サロンの参加は低い(男少ない)
- ・妻の症状悪化による環境変化(独居になる可能性)
- ・本人の病状悪化

## 現在の課題

- ・服薬管理、調整
- ・口腔内のサービスの検討
- ・通院手段(娘さんの負担を考えた)
- ・地域との交流

## 奥様の病状悪化

- ・奥様が入院になると在宅での介護者がいなくなる。 ⑭
- ・起こりうる事  
奥さんの病状悪化。介護する人又は施設？ ①
- ・妻の病気の再発。「肝硬変」 ⑪
- ・妻の体調不良。入院による介護力不足。
- ・妻が体調崩した時は？ ③ ・奥様が入院したとき支援者は？ ⑨
  - ・妻の入院等で在宅での生活が困難になる。

## 本人の健康問題

- ・栄養管理、低血糖リスク、薬の管理(食前・食後・寝る前) ③
- ・起こりうる事  
脳血管障害のリスクファクター多いので、再発は想像される。  
→訪問診療又は看護。薬の服用の確認。 ①
- ・DMもあり病気の再発の可能性。他の病気の可能性。
- ・内服管理。血糖コントロール。
- ・左手まひ。横になる時に左側を下にして寝ると、誤嚥の心配があるので気をつける。
- ・定期リハビリ受診の介助、送迎。

## 本人

- ・家族の意思統一
- ・起こりうる事  
今後の介護の方針。家族で定期的に意見交換。 ①
- ・独りになった時の本人の想い。  
今後のプラン ③

## 妻の気持ち

- ・妻の叱責(+)、病気、ストレス？  
本人、妻の心のケア。
- ・妻の介護疲れ。 ・虐待(本人への期待から)
- ・本人、妻との関係の悪化(本人の精神不安定など)

## 生活環境

- ・5階の団地。階段昇降が困難。 ⑭
- ・転倒のリスク
- ・起こりうる事  
転倒リスク→妻への連絡方法を確認。 ①

## 金銭面

- ・77歳(本人)、79歳(妻)  
金銭面 16万/月 ③
- ・介護の費用上昇。 ⑪
- ・施設入所となった場合、費用の問題。

## 介護サービス維持？

- ・介護保険更新。サービス利用の変更。
- ・現在のADLでは介護度4の認定は出ない。  
( サービス量が減少する。 )
- ・要介護が軽くなった場合、サービス量が減るのでは。 ⑨
- ・介護↓ ③
- ・介護認定だのみ？ 認定レベルダウン。要支援1~2。 ⑪
- ・認定結果では、サービス(通所)利用回数減る。 ⑭

・本人の意思確認。ACPも含め。①

### 対応策

・訪問看護の活用。④

・配食サービス  
DM治療食。④

### 医療リスク

・主人の病気再発。⑬

・内服管理。① ・脳梗塞再発。⑨

・食事や薬の管理ができるのか。④

・本人の病状悪化。① ・薬剤の管理。④

・訪問看護の人に判断してもらう。②

・本人の体調変化あった時どうするのか？⑪

・薬の管理がきちんとできているのか？  
妻はいつも本人の支援ができるのか？⑨

・通院困難 → 訪看、在宅医療の必要性。①

### 妻の病状

・妻体調不良時、家事支援、内服管理。⑨

・妻が入院した場合、在宅困難。⑨

・妻の病状悪化。① ・妻が入院した時の対応。④

・妻の体調次第。② ・妻の体調不安。⑬

・現在食事の用意をしている妻が体調を壊して入院したらどうするのか？⑪

・妻の病識の理解 → 食事が偏る。④

### 介護

・週5回通所サービスを利用してあるが、他の日はどうしてあるか？妻の介護負担は？⑨

・リハビリの継続した方がいいのでは！？①

・介護度の変更によりサービス利用の制限。④

・介護負担増。ショートステイ利用？

・夜間の排尿。尿器が自分で使えない。⑨

・介護認定軽度による介護サービス利用不足。⑬

・老老介護による負担増加。①

### 家族

・家族の病識不足。④

・食事面、糖尿病の悪化。⑨

・弟がおやつをもってくる。①

・姉の誘惑。小国に帰ろう！⑬

・姉は引き取るが介護はしない。

・娘のサポートの状況。①

・デイに行かない日の家族の支援

### 環境

・住宅改修。  
手すり等 ④

・本人の転倒。手すり等の  
住宅改修の必要は？⑨

・自宅の改修。  
手すりなど ①

# グループ6

## 本人・家族の想い。

- ・結局、本人が一番どうしたいのか？ ③
- ・姉、故郷に引き取りたいが介護はしない。  
→ 誰がする？ ③
- ・娘の支援が減る。 ①
- ・Y市の自宅の場合、妻(体調不良)娘(月数回)が介護者だが…。 ③
- ・姉からの誘い ①
- ・家族間での意見の不一致。 ③

## 妻の病状悪化

- ・奥さんの病状悪化。 ⑨
- ・奥さんの状態悪化 → 介護者不在に。 ③
- ・妻、再入院。 ①
- ・妻の介護疲れ。 ⑨
- ・食事…肝臓病食、糖尿病食。  
毎日3食を奥様の負担。 ②

## 脳梗塞の悪化

- ・本人の脳梗塞再発 ①
- ・本人の病気の再発 ⑨
- ・今後の認知症の症状。パーキンソン症。 ③
- ・脳梗塞の再発 ⑦
- ・再梗塞の心配  
→ 食生活の確認支援。 ④
- ・体調変化(糖尿・血圧)  
生活リズムの乱れの心配 → 定期受診Dr、訪問看護。 ④

## 他疾患の併発

- ・糖尿病の悪化。 ⑦
- ・本人の転倒、骨折 ①
- ・自宅での転倒した場合の処置、連絡方法。 ③
- ・服薬管理できている？ ⑦
- ・糖尿病の管理(調理できない) ③
- ・転倒の心配→デイケア・デイサービスでの運動。 ④
- ・DOAC(エリキュース)→転倒による出血リスク。 ③

## 二人共倒れ

- ・妻の入院によって、生活の質の低下。 ⑦
- ・本人、妻。  
買い物ができない。食事が作れなくなる ①
- ・本人、妻の体調悪化の心配。  
→ヘルパー、近所の見守り、安心TELサービス。 ④

## 社会からの孤独

- ・近所付き合い。 ①
- ・社会からの孤立。 ⑦
- ・5階…。自殺したりしないか…。 ③

## 介護サービス減

- ・介護度の変更によってサービス量が減る？ ⑦

・訪看、訪薬剤  
導入 ⑦

・介護サービスの  
調整。 ⑦

・訪問看護の導入。  
(食事や生活について  
助言)病気の理解。 ⑨

・治療食の配食  
サービス。 ⑨

・ショートステイの利用。 ⑨

・配食サービスを利用することで、妻の負担が  
少なくなり、心に余裕が出来て、二人の生活が  
長く保たれるのではないかと。 ⑩

・TELの方法。  
家電・携帯。 ②

・近所に友達がいたら、  
遊びに来てもらう。 ⑩

・民生委員さんの関わりが大事。 ⑦

・民生委員・福祉委員が見守る。 ⑩

# グループ7

- ・ 本人、妻の在宅退院の気持ちを大切にしたい。 ①
- ・ 本人と妻の想いを最優先に考えて、在宅で利用できるサービスを提案する。 ⑬

- ・ 経済的困窮。  
※年金以外の収入なし。 ①
- ・ 介護度が低くなった時、サービスが不足するのではないか。 ⑤
- ・ 本人の変更申請後、認定度がどうなるか。収入の範囲内でのサービスが可能か？ ⑬
- ・ 現状では対応できている。課題が出た時に対応策検討する。 ⑤

- ・ 病状の進行→移動困難(ADL低下)在宅介護困難となる。 ①

- ・ 糖尿病の悪化？ ⑦

- ・ 意見がわかれるリスク。家族の面談にて気持ちの変化等を把握しておく。 ①
- ・ 姉との関係性が壊れた？ ⑦
- ・ 熊本の姉との関係は大丈夫？ ⑤

- ・ 奥さんの入院があり、独居になるリスク。 ①
- ・ 妻の体調不良で入院となった場合どうするのか。 ⑤
- ・ 奥様が入院されたら、本人様はどうされるか？ ⑪
- ・ 転倒を恐れてあまり動けなくなりうる。 ⑦
- ・ 必要時、娘の支援得られるのでは。

- ・ 服薬管理は出来ているのか。 ⑤

- ・ 食事制限などできているのか。 ⑤

- ・ 妻の介護・家事の負担軽減のため、配食サービスをすすめる。 ⑬

- ・ 通院ドロップアウトの可能性。 ①

- ・ 家族の意見を出しあい、実現可能な方針を立てる。(場の設定が必要)
- ・ お互いの関係性を保つことが大切。

- ・ 妻の継続治療の必要性を伝え、健康状態の把握をケアマネに！
- ・ 医療機関とケアマネの連携、仕組みが必要。
- ・ 近所の方？ お友達？

- ・ 団地の五階はどうでしょうか。一階の方が良くないか。 ⑪
- ・ 団地の役割負担が出来ない。 ⑦

- ・ 医療機関の役割大きい！！

- ・ ケアマネが相談しやすい医療機関は？訪問看護ステーション利用。

# 在宅生活を継続するために

妻

- ・妻の病状の悪化。⑦
- ・妻の健康問題。③
- ・妻の入院。⑧
- ・妻が体調悪化した場合のフォロー。⑦
- ・奥さんの体調不良時の対応。①

本人

- ・再度、妻が入院した際の独居生活。⑦
- ・麻痺の進行等による悪化。③

家族

- ・Faの協力は？③

住環境

- ・家屋環境  
手すりetc ⑧
- ・トイレ(自宅内) ③
- ・歩行不安定→転倒 ⑦

薬

- ・薬の管理。  
回数を減らす。種類を減らす。③
- ・薬の管理  
ロゼレム・ルネストによる転倒リスク。①
- ・糖尿病薬による低血糖に注意。①

食事

- ・食事  
病者用のサービス ③

介護保険

- ・介護保険 ⑧
- ・認定結果によっては  
サービス量が減る。⑦
- ・更新申請後の介護度によって  
希望するサービスが受けられるか  
どうか。②
- ・介護度が下がることによるサービス  
回数の減少。③
- ・経済状況 ②

- ・Fa、娘、弟の援助。⑧
- ・ヘルパーサービス利用。  
入浴、食事 ⑧
- ・自宅と姉のところと本心では  
どちらが希望？ ②
- ・Dr、薬剤調整。①
- ・ショート利用。③
- ・訪問リハ ⑧
- ・配食サービス(治療食) ①
- ・奥さんの介護保険の  
利用をすすめる。①

?

- ・通院は？ ③
- ・本人何をしたい？ ②

# 再発リスク ↑

## 食事

- ・ 食事面。配食サービス、生活支援導入。 ⑩
- ・ 食事指導が必要→誰が食事を作っているのか？ ①
- ・ 糖尿病。食事をキッチンととれているか？  
→とれない時、低血糖(注意) ③
- ・ 主治医。食事に対する支援体制があれば可能。  
訪問栄養指導等、居宅療養費は(介護限度額外) ④
- ・ 奥さんの食事支度の負担も減らすことも今後は考えていく。配食サービスの情報提供もしておく。 ⑥
- ・ 食事療法をきちんとするためには、管理栄養士による指導が必要。 ⑥
- ・ 水分強化。家族からの声かけ。 ・ 食事の管理 ⑭

## 薬

- ・ 投薬の管理？→脳梗塞再発。 ①
- ・ シックデイの糖尿病薬の服用。 ③
- ・ 服薬管理は出来ているのか？ ⑩
- ・ きちんと内服。薬表などによる内服管理。 ④
- ・ メンタルのケア。抗精神薬など検討の必要。 ③
- ・ 糖尿病は歯周病との関係が深く、噛みにくい等の症状がでないよう歯科の定期診療が望ましい。⑥

## 医療

- ・ 訪問リハビリの必要性。 ①
- ・ 専門医への受診  
(物忘れ、精神面) ⑩
- ・ 訪問看護、医療的な視点での相談体制、24時間緊急対応。 ④

# サービス量減に伴う

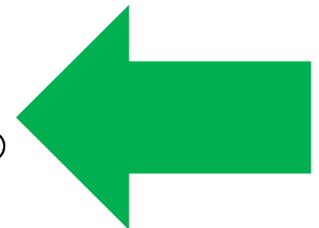
## 介護者

- ・ 妻の体調の安定具合や本人の状態、生活レベルを継続的に把握し、自宅以外の選択肢を頭に入れて支援する。 ⑨
- ・ 妻の介護保険の必要。 ①
- ・ 妻が再入院した場合の生活。 ⑭
- ・ 更新申請の結果確認後にサービスバランス、調整の正式検討を行う。 ⑨
- ・ 妻の病状悪化時、SS、もしくは入所の検討。 ④
- ・ 週2回デイケア、週3回デイサービス利用。緊急時の入所(限度額面) ⑩

## 本人

- ・ デイケアでの口腔機能の訓練や家族でできるメニューをプリントで提供する。 ⑥
- ・ 入浴介助 ⑭
- ・ サービス量が減った時の機能低下。  
→趣味などで外出できるように、活動量は減らないように。 ⑭
- ・ 通院支援 ⑭

# 妻の体調不良



- ・ 金銭面 ⑩ ・ 減額申請検討
- ・ サービス、家族、本人で、生活の役割分担を出来るだけ明確にする。 ⑨
- ・ 妻が支援できなくなった時、どこで過ごす事になるか？(娘、姉の思いの違いと本人の希望) ⑭
- ・ 妻の体調変化により、主介護者の不在が予想される。  
→臨時にショート調整を。老健へ ⑨
- ・ 妻の体調不良が進行した場合のことも家族で話し合い、本人の同意を尊重しつつ決めておく。 ⑥

## 今後のリスク (メンタル、機能)

- ・ 転倒による骨折、転倒による慢性硬膜下腫、脱水、便秘、糖尿病コントロール不良。
- ・ 夫婦間の不和(見守り) 第三者の介入、民生委員、老人会への参加、サロンなど。
- ・ 家庭内での夫婦関係の悪化(リスク) ③
- ・ 妻はずっと家に居る!?として、夫が、デイケア、デイサービス利用時、地域のサロンへ参加。 ⑩
- ・ 脳梗塞の再発。 ③
- ・ 閉じこもりに対するリスク。 ⑧

## 今後の方針

- ・ 自宅で看取り、施設か。 ⑤
- ・ ケガなどされないように、今以上の見守りが必要。 ⑥

## 外部利用サービス

- ・ 薬の飲み忘れ。カレンダー、薬局管理、訪問看護。 ⑦
- ・ ヘルパーさんの介入が増やせれば。 ⑥
- ・ 妻の介護負担を軽減するためにご主人のショートステイ。 ⑨
- ・ 配食サービス ⑦
- ・ 奥さんが入院中、服薬状況の確認とサポート。薬剤師の訪問。 ③
- ・ 入浴サービス(在宅) ⑤
- ・ 妻の介護負担の軽減のため、ヘルパーを入れては?(服薬管理も) ⑩
- ・ 転倒リスクあるので、手すり等をつける。 ⑨
- ・ 食後の口腔ケアが気になります。(歯科訪問) ⑥
- ・ 妻の入院。ショートステイ、小規模多機能の利用。
- ・ 妻が介助できなくなった場合、ADLの向上? ショート? ヘルパー? 入所? ⑧

・ 奥さんへのメンタルケアも必要かも

## 家族ケア

- ・ 子供さん達の手助けは? ⑥
- ・ 介護者の負担。精神的、健康管理。 ⑤
- ・ 奥様の体調を考えると、昼はデイに行かれているが、夜の介護がどこまで出来るか…。 ⑥
- ・ 家族の協力。生活面など。 ⑤