

議事録

第1回 西尾市「はあと」在宅ケアチームカンファレンス

「慢性疾患（心不全）をもつ超高齢者を自宅で見続けるには」

日時：2016年3月23日

場所：デイサービス「はあと」：西尾市一色町対米船原 61-1

参加者：54名 →内訳 ケアマネージャー 16名、看護師 15名、介護福祉士 6名、理学療法士 5名、柔道整復師 3名、社会福祉士 2名、作業療法士 1名、保健師 1名、病院事務 1名、ソーシャルワーカー 1名、デイサービス運転手 1名、医薬情報担当者 1名、医師 1名

内容(以下当日のスライド)

■在宅医療に関わる多職種の方々に集まっていただき、「顔の見える関係」を築いていくためのカンファレンスです。

■日本の人口ピラミッドの変化

1970年は9人の現役世代で1人の高齢者を支えていたが(胴上型)、2010年には3人で1人を(騎馬戦型)、そして2050年には少子化が進み高齢化率がさらに上昇して1人で1人を支える形になっている(肩車型)。現在の日本は高齢化率26%で「超高齢社会」。

■高齢者の特徴

- ・複数の疾患を合併している⇒内服薬が増加
- ・基本的日常生活機能が低下
- ・認知症が年齢とともに増加。平成22年時点で350～497万人と言われている(65才以上高齢者の12～17%が認知症)。

→単純な治療法はなく、医学的な診断と治療に加え、総合的な生活機能評価に基づくケアと生活支援が求められる。

■高齢者総合機能評価の項目(配布したプリントを参照)

■高齢者が医療に望むこと

死亡率の低下よりも機能障害の軽減・QOLの改善・介護負担の軽減など⇒多職種連携が重要

■「地域包括ケアシステム」

医療・介護・福祉を統合し、提供するシステムが「地域包括ケアシステム」

しかし医療と介護の間の連携そのものが構築できていない地域が多いのが現状である。西尾市もまだまだ十分に機能しているとは言えないと思われます。

■他の職種がかりつけ医に求めること(静岡県医師会が多職種の方々へ行ったアンケート結果より)

- ・訪問看護師・・・家族の同意の下で自然な看取りができるかかりつけ医であってほしい
- ・ケアマネージャー・・・介護保険のルールや介護サービスの内容をしっかりと理解してほしい。かかりつけ医とケアマネージャーとの意見交換の場をもってほしい
- ・薬剤師・・・重複・併用禁忌・飲み忘れなど、適切な薬剤管理のため薬剤師をもっと活用してほしい
- ・退院支援看護師・・・退院前カンファレンスを見据えての関係職種との定期的な話し合いの場の必要性

■多職種連携が困難な理由の一つに職種による目標の違いが挙げられる

・医療職は治療モデルで考える⇒病気の診断・治療が優先

・介護職は生活モデルで考える⇒様々な環境の中での「自立」＝「その人らしい生活」を大切に

→そこで、在宅ケアにおいては、医療が生活モデルに立つことを前提に、多職種が患者や家族の最善という共通の目標で協働することが重要である。

・そして、やはり顔の見える関係を気づくことが大切と考えられる

以下、超高齢慢性心不全症例を提示し、今後の方針について会場からの意見をうかがった。

<慢性心不全症例>

基礎疾患として慢性心房細動と僧帽弁閉鎖不全症をもつ超高齢女性。心不全増悪からの頻回の入退院を繰り返していた(計4回)。最終退院時より、在宅訪問診療を開始。キーパーソンは息子さん

訪問診療開始時に高齢者総合機能評価を行った(配布のプリント参照)。

■近年、在宅へ持参可能な小型医療機器が増えている。本症例においても携帯型心電図・心臓超音波での評価も行った。

・2週毎の訪問診療

・内服薬管理の徹底(心不全の病態説明・薬の重要性を繰り返し説明)

・毎日、体重測定を行い記録する

上記診療を続けていたところ、1年以上入院することなく経過。心不全による入院時にはBNP値1000pg/ml前後まで上昇していたが、訪問診療開始後はBNP200~400pg/ml程度で推移している。

「在宅高齢者の服薬コンプライアンス良好なのは70%程度で、30%の患者さんはきちんと内服できていない」といわれている。

■緊急の往診は計5回あった

・体重増加、下腿浮腫、息切れが出現したと連絡をもらった際は、利尿剤の注射、一時的に内服も増量して入院せずに改善した。

■治療モデルにおいては成功

訪問診療を開始し、再入院を抑制することに成功したが・・・

11ヵ月後認知症症状が悪化(幻覚症状・薬の内服を拒否・食欲も低下)→介護保険申請し、要介護5となる

■高齢者総合機能評価にて Barthel Index(可能な日常生活動作)と介護者負担尺度が悪化

→訪問リハビリ開始 : 目的は日常生活動作を取り戻すことと介護者の負担軽減

座位保持・車椅子移乗等のリハビリを行った。

その後、質疑応答へ(別ページにて)・・・

→本症例に関しては今後、デイサービスでリハビリや入浴を検討中です。

今回のカンファレンス参加者の方にアンケート調査を行っています。

Q. 今回の症例に関してあなたならどのように対応・サービスの追加を考えますか？

<会場からの回答>

- ・ショートステイの利用
- ・訪問看護やヘルパーの利用
- ・入浴サービス（デイサービス・訪問入浴）の導入
- ・デイサービスの利用
- ・訪問介護
- ・通所リハビリ
- ・息子さんの心のケアと息子さんが行える介護の指導や利用できるサービスの提供指導
- ・介護負担の軽減のためのサービスを検討
- ・ケアマネージャーに連絡し、判断が難しいようなら包括への相談
- ・金銭的に許される範囲で、介護者のリフレッシュのためにできるサービスを検討
- ・身体を観察（保清・食事・排泄状態で困っている事は、ないか）
- ・介護者が一人がかかえこまない。声を上げた場合は、何に困っているか検討し必要に応じたサービス提案
- ・本人・家族がどう生活していきたいのか意見を確認し専門職との関わりを考える
- ・経済的な問題があるため、包括に相談しながら他の福祉サービスも検討
- ・主治医の思いをケアマネージャーに伝え、主治医と連携をとる
- ・介護者への家族会議

Q. 在宅ケアに関わる日常業務での疑問点・意見があれば教えてください

<会場からの回答>

- ・心疾患のある方のリハビリ・入浴をどの程度行ってもよいかなど連携ができると良い
- ・介護者が継続しやすい環境作りをどのようにするか
- ・医師から患者様に介護サービス利用の声かけをしてもらいたい
- ・困った際は、医師と連絡が取れているので安心しています。
- ・訪問医の方からケアマネージャーに望むことを教えて頂きたい
- ・多職種との連携の大切さがわかりましたが、個人守秘義務をどこまで守り、どう対応していくか難しいと思いました
- ・利用者・介護者が病気・介護の理解の進み具合を多方面から評価する必要があると思われるがわからないままです
- ・急変時の対応をどうするか・・・

等々たくさんのご意見いただきました。