

医療と介護の連携の 好取組事例について



潤水都市 さがみはら

医療と介護の連携の好取組事例（1/3）

～レスパイト（休息）のための医療・介護関係者による支援～

取組前の状況等

利用者（患者）は、80歳代かつ要介護3であり、認知症が進行していた。認知症の進行により食べ物などを食べることが非常に難しくなっており、認知症の進行を抑えるための薬や栄養補助食品などを使用するが、あまり改善されなかった。また、認知症による過呼吸や頻呼吸もあった。このことが原因で救急搬送されることがあったが、認知症以外の異常はなかった。さらに、認知症による昼夜逆転もあった。要介護1の夫と長男夫婦と同居していた。義娘が主に介護をしていたが、利用者（患者）とその夫の介護に疲れ果てて体調を崩してしまっていた。また、義娘は、利用者（患者）がこのまま寝たきりにならないか、大きな不安があった。

医療と介護の連携の取組

介護支援専門員を中心に、義娘や訪問診療医、訪問看護師、短期入所療養介護のスタッフで話し合いを行い、利用者（患者）の体調や1日の過ごし方、対応の注意点などを確認するとともに、義娘に対し、短期入所療養介護の利用が可能であることを説明した。また、利用者（患者）が短期入所療養介護の利用を納得できるよう、訪問診療医や訪問看護師が助言をすることも約束された。

短期入所療養介護とは、介護保険サービスのひとつで、在宅復帰施設である介護老人保健施設などに短期間入所させて行われる看護や医学的管理の下における介護、医療などのこと

過呼吸や昼夜逆転、食事の拒否に対応するため、無理のない範囲で利用者（患者）の離床時間を確保し、生活のリズムをつけながら穏やかに過ごすこと、介護負担を軽減し主介護者である義娘のレスパイト（休息）を行うことを目標として、2週間の短期入所療養介護を利用した。

2週間の短期入所療養介護の利用中、利用者（患者）の過呼吸や食事の拒否がなく、安定した生活を送ることができた。

まとめ

利用者（患者）が短期入所療養介護の利用を無事終えたことは、介護に疲れ果てて体調を崩していた義娘にとって、短期入所療養介護が介護の選択肢のひとつとなり、安心感を与えるとともに、今後、介護を続けていくうえで気持ちが楽になった。

医療と介護の連携の好取組事例（2/3）

～利用者（患者）と家族の希望を実現するための多様な医療・介護関係者の密な連携によるチームケア～

取組前の状況等

利用者（患者）は、70歳代かつ要介護2であり、通所介護（デイサービス）などを利用していた。妻と娘と同居していたが、実質娘ひとりによる介護であった。

その後、脳出血による重度の後遺症でほぼ寝たきり状態になるが、利用者（患者）は自宅での生活を強く希望したため、娘を中心に献身的に介護を続けた。しかし、その後、誤嚥性肺炎で入院し、嚥下が困難になったことから胃ろうを造設した。

誤嚥性肺炎とは、食べ物や飲み物、胃液などとともに細菌が気管や気管支の中に入ることにより生じる肺炎のこと、胃ろうとは、胃の中に管を通し、食物や水分などを流入させるための処置のこと

家族の介護負担の増加により、利用者（患者）の在宅生活が困難になる恐れが高いと考えられたため、介護支援専門員は介護施設への入所を検討したが、娘は利用者（患者）の希望である自宅での生活を実現してあげたいという強い思いから、在宅復帰をすることとなった。

介護支援専門員（ケアマネジャー）とは、要介護（支援）者や家族などから相談を受け、適切な介護サービスなどを組み合わせた計画の作成などを行うとともに、介護サービス事業者などと連絡調整を行う者のこと

医療と介護の連携の取組

在宅復帰後、訪問入浴介護と福祉用具貸与の利用を再開するとともに、利用者（患者）の医療ニーズに対応するため訪問看護の利用を開始した。

訪問入浴介護とは、介護保険サービスのひとつで、スタッフが訪問し、浴槽を提供して行われる入浴の介護のこと

その後、家族の介護負担の軽減と、利用者（患者）の身体機能を少しでも回復させるため、訪問リハビリテーションなどの利用を開始した。

加えて、利用者（患者）の在宅療養をバックアップしてもらうため、医師による訪問診療の利用を開始した。

さらに、利用者（患者）の飲み込みの機能を回復させるため、訪問歯科診療の利用も開始した。

利用者（患者）が在宅での生活を希望していることや、家族がその希望を実現してあげたいと思っていることについて全関係者が共有しつつ、ケアの方向性について密に連携し、在宅療養や在宅介護を支え続けた。

まとめ

実質娘ひとりによる介護であったことに加え、胃ろうの管理などにより、当初は在宅生活の継続が困難と思われたが、娘の日々の献身的な介護はもちろんのこと、利用者（患者）の希望や娘の思いを実現してあげたいという共通認識をベースに、医療関係者と介護関係者が分け隔てなく密に連携することで、身体機能と嚥下機能が一定程度回復した。

利用者（患者）が最期を迎えるまでのほぼ全ての期間を自宅で暮らすことができ、利用者（患者）の希望、そして、それを受け止めた娘の思いを叶えることができた。

医療と介護の連携の好取組事例（3/3）

～地域をひとつの「病院」と見立てた終末期における包括的なチームケア～

取組前の状況等

利用者（患者）は、80歳代かつがん末期であり入院していたが、在宅療養のために退院した。入院中、病院の退院調整部門が、介護保険制度や医師による訪問診療などのほか、「利用者（患者）の食事や排せつなどの生活に必要な基本的行動は安定しており、また、家族の介護も期待できるため、退院後は点滴器具の交換日までに病院に連絡をとってくれば構わない。」と説明していた。利用者（患者）や家族はこの説明を理解できず、ただうなずくしかなかった。また、退院前には、利用者（患者）へのサービスを提供するスタッフによる会議も開催されなかった。このため、いざ退院してみると、初めての在宅療養に対応できない日々が数日続き、点滴器具の交換のため初めて訪れた訪問看護のスタッフに対し、利用者（患者）や家族は不安による不眠や動悸を訴えた。

医療と介護の連携の取組

退院前の調整により、退院直後から訪問看護の利用を開始したが、医師による訪問診療は保留になっていた。点滴器具の交換のため初めて訪れた訪問看護のスタッフに対し不眠などを訴えたため、このスタッフはすぐに訪問診療医を紹介し、その日の夕方には訪問診療が行われた。また、数日後には、介護支援専門員を紹介し、訪問介護や訪問入浴介護の利用を開始した。その後も利用者（患者）や家族の在宅療養や在宅介護を支えるため、医療・介護関係者が緊密に情報共有を行うことで、日ごとに異なる利用者（患者）の状態にも関わらず、その日のうちに必要なケアを提供した。

まとめ

医療・介護関係者がその担当のケアを提供するだけでなく、日ごとに異なる利用者（患者）の状態に応じて、必要なケアを提供するスタッフと調整をして、そのスタッフがケアを提供するなど、臨機応変に在宅療養や在宅介護を支えることができた。また、医師による訪問診療の効果として、体調が悪化した際にも、すぐに大きな病院に駆け込まずに済んだ。これらのことにより、利用者（患者）や家族に安心感が生まれた。

地域をひとつの「病院」と見立てることができた。自室は病室、道路は病院の廊下、訪問診療は医局からの治療、訪問看護はナースステーションからの看護、居宅介護支援や訪問介護、訪問入浴介護は医療ソーシャルワーカーによる支援、近隣の病院は検査室といったように、地域の医療・介護関係者によるチームが利用者（患者）や家族にとって「病院」となった。

居宅介護支援とは、介護支援専門員（ケアマネジャー）によって提供される、要介護（支援）者や家族などへの相談の援助、適切な介護サービスなどを組み合わせた計画の作成、介護サービス事業者などと連絡調整のこと、医療ソーシャルワーカーとは、病院などにおいて、患者や家族の心理的・社会的問題の調整や解決、退院や社会復帰、受診などの援助を行う者のこと