日医かかりつけ医機能研修制度
平成29年度応用研修会

6.「症例検討」

医療法人 北海道家庭医療学センター
理事長　草場　鉄周

板橋区役所前診療所
副院長　鈴木　陽一

症例検討のねらい

- かかりつけ医として必要な様々な知識を、日常よく遭遇するやや困難な症例に対する検討を通じて、より実践的な臨床の知として深め、それぞれの診療現場での問題解決に資する
- 具体的なケースとして
  1. 複数の疾患に罹患している患者に対するマネジメントに困難があるケース
  2. 家族内の問題（独居、老老介護、虐待など）によってマネジメントに困難があるケース
  3. 認知症患者のケアに困難があるケース
  4. 癌患者のケアに困難があるケース
  5. 精神疾患、アルコール依存などの問題を抱える患者へのケアに困難があるケース
- 今回は、「１」と「３」を取り扱う

図1

◆症例１

外来診療から効果的に介護サービスへつなげるために

図2

症例１　H.Oさん

- 82歳　女性　一人暮らし
  - ＃1.　気管支喘息
  - ＃2.　両膝変形性関節症
  - ＃3.　右脳梗塞後
  - ＃4.　乳癌術後（右乳房切除術）
- ADL
  - 更衣：自立／食事：自立／移動：杖歩行
  - 排泄：自立／整容：自立（自宅入浴）
- IADL
  - 買い物：娘と共に／掃除：自立／金銭管理：自立
  - 調理：娘が援助しながら自立
  - 公共交通機関の利用：不可

図3

家族図

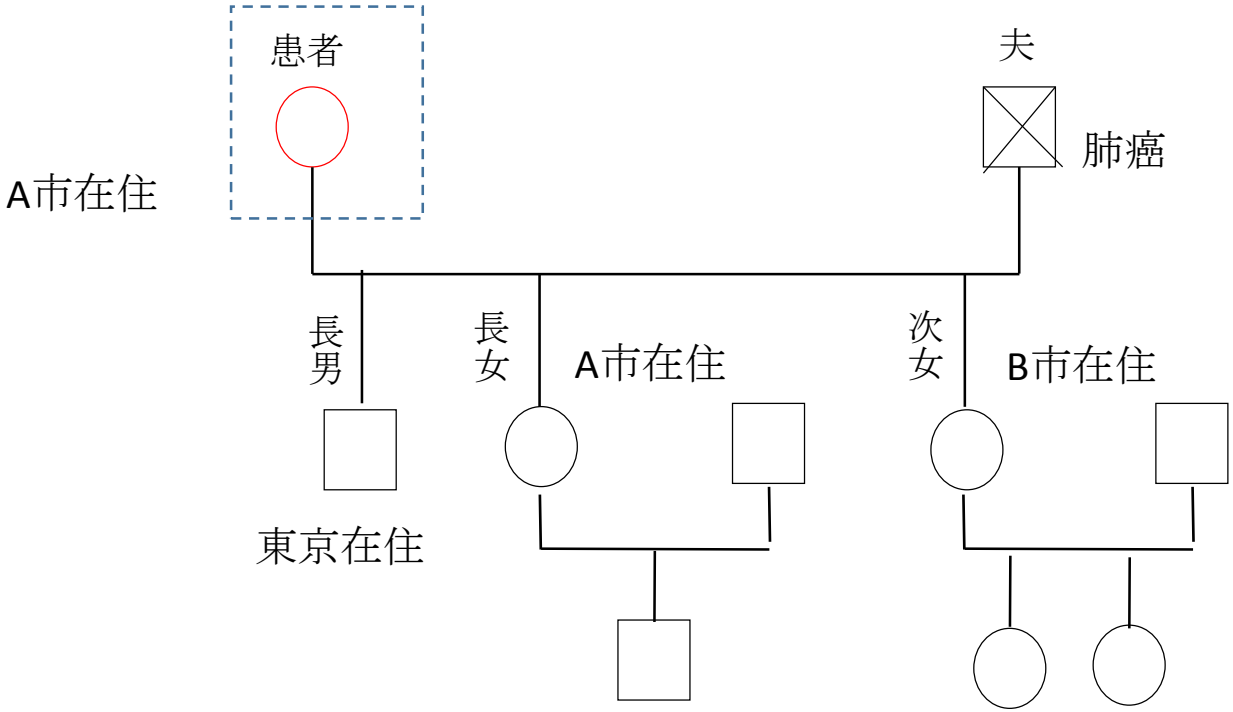

図4

Case…身体虚弱性（フレイル）の進行

- 外来では、年に２回程発症する中等度の気管支喘息発作に対して吸入で対処
- 今回、喘息発作に肺炎を併発。低酸素血症もあり、近隣の病院の呼吸器科に紹介し入院へ
- １週間程度の入院で喘息・肺炎共に改善し退院
- 帰宅後、３日目に自宅で転倒し、打撲症で受診

☆この患者が転倒に至った要因はどのようなものがあるでしょうか？

図5

転倒の要因

1. 両膝の変形性膝関節症
   - 膝関節の可動域低下と疼痛による歩行障害
2. 右脳梗塞後
   - 左下肢不全麻痺に伴う歩行障害
3. 入院による廃用
   - 短期間でも臥床が続くと下肢筋力は低下
4. 薬剤の副作用
   - 降圧剤、抗不安薬、睡眠剤、抗コリン剤などの投与が影響
5. 家屋環境の問題
   - 段差、手すりの未設置など

☆かかりつけ医として次の一手は何でしょうか？

図6

２つの介入

- 医学的介入
  1. 両膝痛に対する鎮痛剤や関節注射
  2. 副作用を引き起こしている内服薬の減量や中止
  3. 歩行機能改善のためのリハビリテーション

- 生活環境・生活機能への介入
  1. 杖以外の歩行補助器具の検討
  2. 家屋の段差などの改修

☆生活環境・生活機能の介入のために主治医が取るべき対応は？

図7

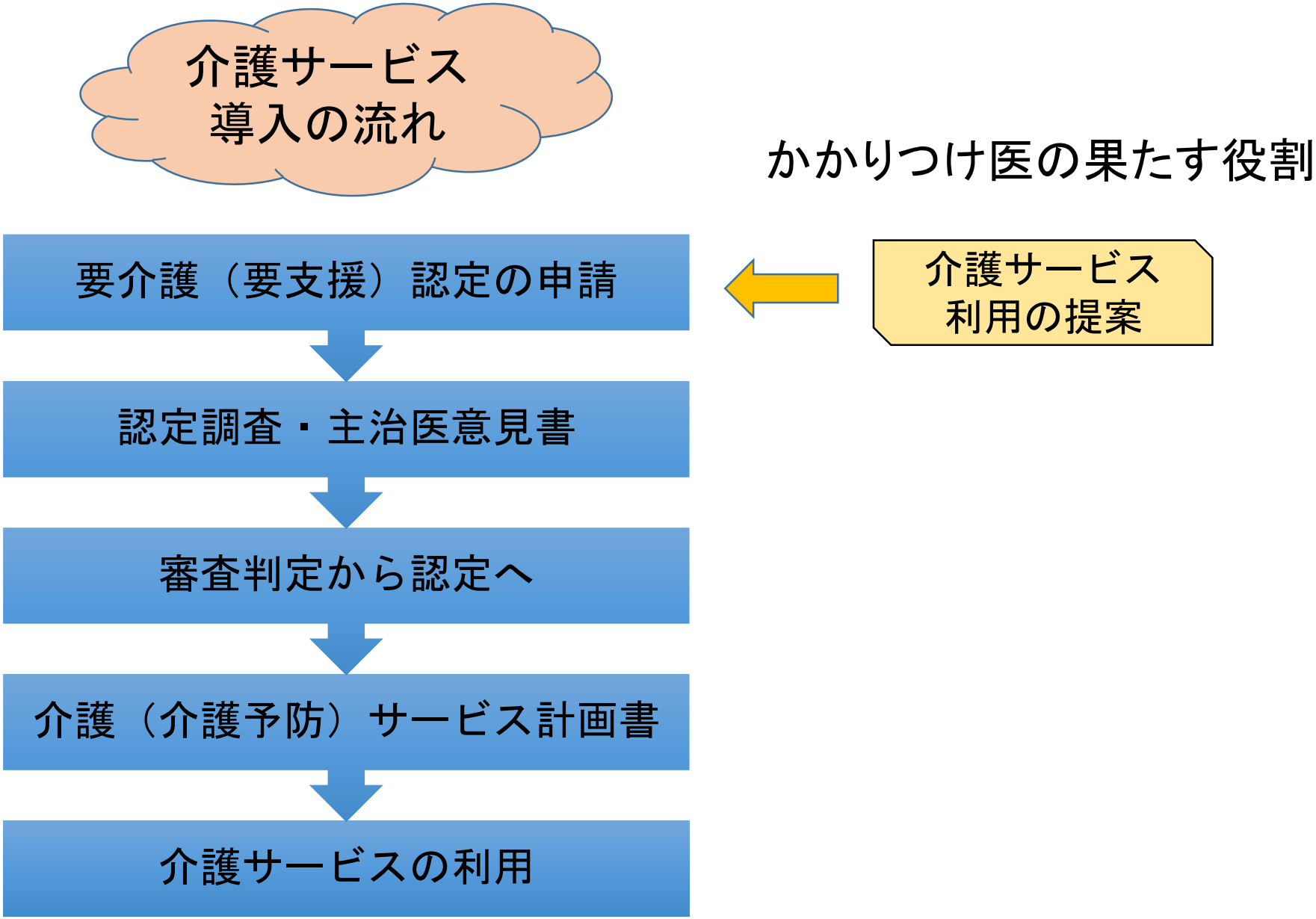
介護サービス
導入の流れ
かかりつけ医の果たす役割
要介護（要支援）認定の申請
介護サービス
利用の提案
認定調査・主治医意見書
審査判定から認定へ
介護（介護予防）サービス計画書
介護サービスの利用

図8

介護保険

- 要支援か要介護かの判断
  - **要介護状態**：身体上または精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、原則６ヶ月にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態
  - **要支援状態**：要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、または身体上若しくは精神上の障害があるために原則６ヶ月にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態
  - ADLはほぼ自立だがIADLは自立していないなら要支援、ADLも自立していないなら要介護
  - 要介護１～５／要支援１～２の区分があるが、ADLやIADLの自立の程度に応じて変動

図9

介護サービス

- 大きく６タイプのサービス
  1. 介護サービス利用の相談やケアプラン作成
  2. 自宅で受けられるサービス
  3. 事業所に通って受けるサービス
  4. 施設などで長期間あるいは短期間、生活（宿泊）して受けるサービス
  5. 訪問・通い・宿泊を組み合わせたサービス
  6. 福祉用具の利用に関するサービス
- 要支援該当者はこの中で【予防給付】に該当するサービスのみ利用可能
- 地域密着型サービスは原則的に同一市区町村の住民のみ利用可能

図10

主要なサービス（１）

● ：予防給付もあり

自宅に訪問するサービス

●訪問介護（ホームヘルプ）

●訪問看護

●訪問リハビリ

・夜間対応型訪問介護

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回や随時通報への対応など、利用者の心身の状況に応じて、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供

事業所に通うサービス

●通所介護（デイサービス）

●通所リハビリ（デイケア）

・療養通所介護

●認知症対応型通所介護

H30年度より、全ての市町村で訪問介護・通所介護は【介護予防・生活支援サービス事業】に統合されて市町村の管轄に

図11

主要なサービス（２）

● ：予防給付もあり

施設での生活（宿泊）

●短期入所生活介護（ショートステイ）

・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

・介護老人保健施設（老健）

・介護療養型医療施設

●特定入居者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）

訪問・通い・宿泊の組み合わせ

●小規模多機能型居宅介護

・看護小規模多機能型居宅介護

施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問（介護）」に加えて、看護師などによる「訪問（看護）」も組み合わせることで、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護と看護の一体的なサービスを提供

図12

主要なサービス（３）

● ：予防給付もあり

地域密着型サービス

●認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護

・利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるように配慮
・地域や家族との結びつきを重視

福祉用具

●福祉用具貸与

●特定福祉用具販売

☆貸与は13品目が設定
　特殊寝台、床ずれ防止用具、手すり、スロープ、車いす、歩行器、杖、徘徊感知機器等

☆販売は5品目が設定
　腰掛便座、入浴補助用具等（同一年度で10万円まで）

図13

Case …介護サービス導入の提案

- 歩行機能低下等の虚弱性の進行を防ぐため、介護保険のサービス導入が必要と判断
- 現状では、要支援２程度の認定が得られるイメージで、**通所リハビリ**や住宅**改修**などを念頭に置きながら地域包括支援センターに連絡
- すぐに、ケアマネジャーが自宅を訪問し、介護保険導入のための相談に乗る流れへ

☆次に、かかりつけ医が果たす役割は何でしょうか？

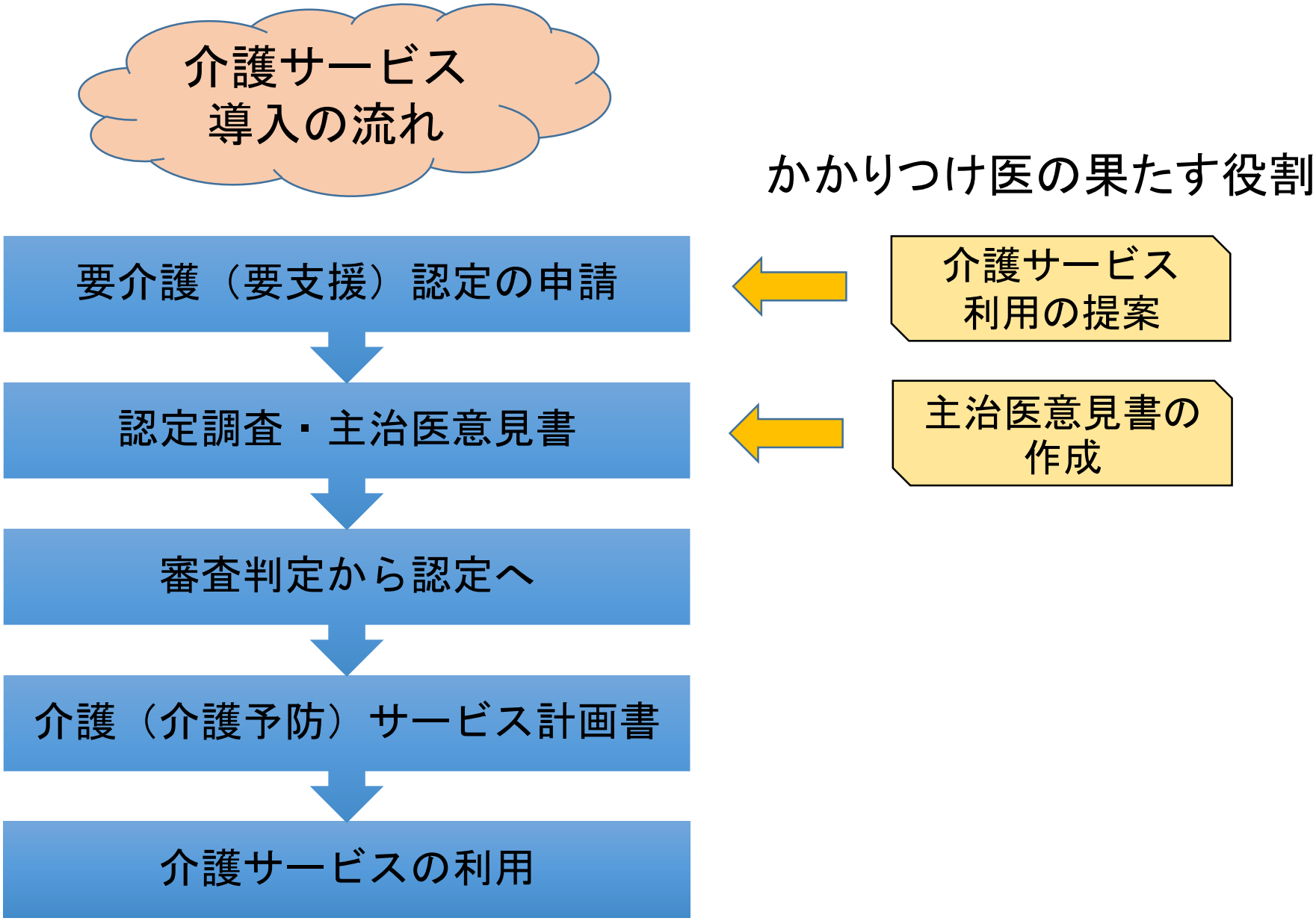
介護サービス
導入の流れ
かかりつけ医の果たす役割
要介護（要支援）認定の申請
介護サービス
利用の提案
認定調査・主治医意見書
主治医意見書の
作成
審査判定から認定へ
介護（介護予防）サービス計画書
介護サービスの利用

図15

主治医意見書

- 主治医意見書利用のねらい
  1. 第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかどうかを確認
  2. 介護の手間がどの程度になるのかの確認
  3. 状態の維持・改善可能性の評価 （要支援2と要介護1の境）
  4. 認定調査による調査結果の確認・修正
  5. ケアプラン作成時の利用
- 作成のポイント
  1. 【生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容】：生活機能の低下要因については傷病や疾患以外の要素についてもふれてよい
  2. 【特記すべき事項】：認知機能、嚥下機能にふれ、可能な限り介護の手間についての具体的な情報提供

図16

Case…認定プロセスとサービス導入

- Ａ市から届いた「主治医意見書」記載の依頼を受けて、患者の＜両膝変形性関節症＞＜右脳梗塞後遺症＞＜気管支喘息＞の情報を提供
- 更に、入院に伴う廃用の影響で下肢機能が低下しており、通所リハビリの導入と住宅改修などが期待されることを詳述
- その後、【要支援２】の認定がおりたとケアマネジャーからの連絡もあり、１回／週の**通所リハビリ**と玄関の段差解消目的のスロープ、浴室の手すりを設置。
- 家族と介護サービスで状況は安定

図17

更なる機能の低下と環境の悪化

- それから１年が経過した頃から、物忘れが目立ちはじめ、認知機能検査と画像検査を通じて軽度の脳血管性認知症との診断
- 調理が難しくなり、服薬も不安定になってきたが、本人は自宅での生活を強く希望
- その頃、次女が夫の事情で遠方のＣ市に移動。更に、長女も乳癌で抗癌剤治療を受けることとなった

☆さて、かかりつけ医として次の一手は？

図18

介護サービス導入の流れ

かかりつけ医の果たす役割

要介護（要支援）認定の申請

↓

認定調査・主治医意見書

↓

審査判定から認定へ

↓

介護（介護予防）サービス計画書

↓

介護サービスの利用

← 介護サービス利用の提案

← 主治医意見書の作成

→ ケアマネジャー等との情報交換（サービス担当者会議等）

・要介護ならば居宅介護支援事業所
・要支援ならば地域包括支援センター

図19

サービス担当者会議

- 参加者

  利用者・家族、サービス事業担当者、かかりつけ医、介護予防ケアプラン作成者、インフォーマルサービスの提供者等

- 開催時期：ケアプラン作成時あるいは、状態変化時
- 目的

  1. 利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
  2. 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報を共有し、その役割を理解すること
  3. 利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること
  4. 介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること

図20

Case …会議の開催とサービス調整

- 会議
  - 本人、娘２人、ケアマネジャー、通所リハビリ担当者、かかりつけ医が参加し、サービス担当者会議を開催
  - かかりつけ医、通所リハビリ担当者から最近の本人の情報を共有
  - 事前に再申請した介護認定で要介護２の評価
  - 訪問介護の導入や訪問看護の導入、更には家族の介護負担軽減のためのショートステイ導入を検討したが、最終的には近隣に開設された**【小規模多機能型居宅介護】**を導入することで合意
  - 加えて、**訪問リハビリ**と**薬剤師の訪問による薬学的管理指導**も導入

図21

その後の一家

- 介護サービスを活用しながら２年が経過したが、気管支喘息発作の増悪がきっかけで入院治療をすることとなった
- 入院中にせん妄が悪化し、退院後もBPSDが目立ちはじめ、薬剤によるコントロールも困難に
- 独居での生活は困難と判断し、**認知症対応型共同生活介護（グループホーム）**への入所を決断
- 現在は、比較的安静に入所生活を送っており、娘も週に１回程度面会に来ている

図22

かかりつけ医としての関わりのポイント

1. 疾患の重症度と関係なく、ADL/IADLの観点からどの程度の機能レベルかを評価し、得られるであろう認定レベルをイメージ
2. 患者に必要な介護保険のサービスをイメージ
3. 主治医意見書の記載の目的を意識しながら、現状の課題と必要な介護サービスを具体的に記載
4. サービス担当者会議にはできる限り参加するべきであるが、特に患者の病状の変化が介護必要度の増加に直結する場合などは医師からの情報の重要性が高く、必ず情報を提供（書面でもOK）

図23

日医かかりつけ医機能研修制度
【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

図24

◆症例2

重大な疾病があることを自覚していなかった後期高齢者とその家族へのケア

図25

症例

- 76歳女性
- 診断名：COPD・Ⅱ型慢性呼吸不全
- 病歴：5年程前より労作時呼吸苦を（MRC
  グレード3）自覚するも通院せず。

H28年1月15日呼吸苦増加、下腿浮腫にて病院受診。COPD、右心不全併発の診断にて入院。

- 既往歴
  特記なし
- 併存症
  特記なし
- アレルギー歴
  インフルエンザワクチンにて発疹歴
- 嗜好
  喫煙：30本/日 x 50年（入院直前まで喫煙）
- 職業
  主婦

家族図

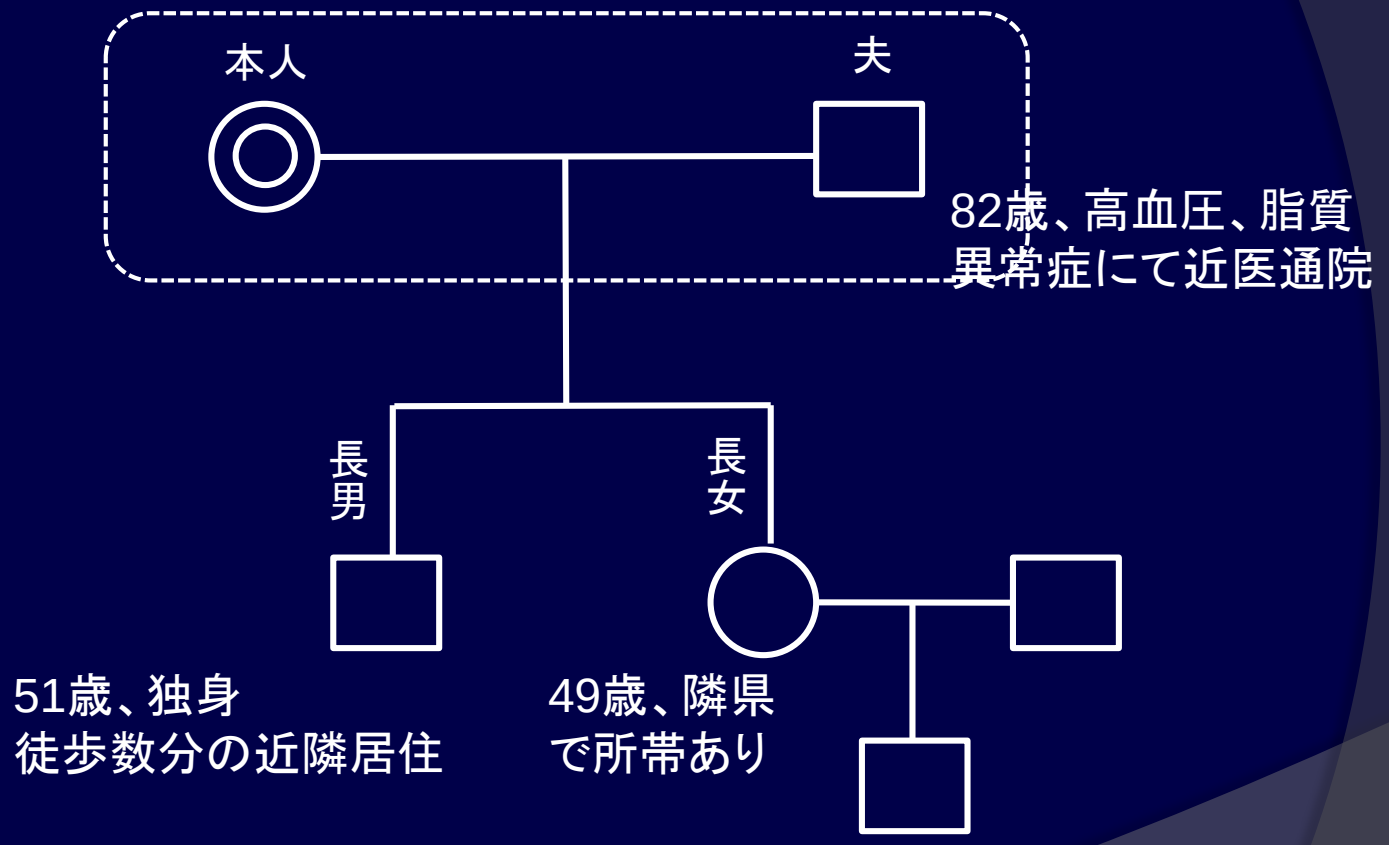

図28

入院後経過：

- 微量酸素、ステロイド剤、利尿剤投与等にて小康となった。
- 在宅酸素療法（0.75L/分）導入が必要となったが、労作時呼吸困難および廃用筋力低下にて通院困難と判断された。

- 訪問診療について検討。
- 退院前カンファレンス開催の運び。

退院前カンファレンスに参加

- 参加者：病院医師、病棟看護師、病院医療相談員、地域のかかりつけ医、訪問看護師、地域包括支援センター相談員、患者、患者夫、患者娘
- 会議目的①：今後の患者中心のチームを構成するメンバーの顔合わせ
- 会議目的②：現状況の情報共有と課題の明確化

✓ 議題①：現在の病状について情報共有（画像情報含む）
✓ 議題②：入院までの医療・介護状況とカンファレンス時の身体状況
✓ 議題③：退院後の医療についての方針
✓ 議題④：本人・家族の考え
✓ 議題⑤：退院までに解決しておくべき事柄

図30

議題①：現在の病状について情報共有
（病院医師から）

- 動脈血液ガス（O_2 0.75L/分）：
  pH 7.38　PCO_2 69.9Torr　PO_2 70.5Torr
- Alb 2.9　T-Cho 122
- 呼吸機能検査：FEV1　0.36L（22.9%）
- 胸部CT：両肺びまん性に著明な気腫性変化
- 心臓超音波：入院時認めた右心系拡張は改善。肺動脈弁圧格差42→15mmHgと改善している

議題②：入院までの医療・介護状況と
カンファレンス時の身体状況
（病院看護師・医療相談員より説明後、質疑応答）

- 医療：既往歴なし。住民健診受診歴なし。
  かかりつけ医もいなかった
- 介護状況：夫婦共に介護認定も受けていなかった。
  本患者は入院後に医療相談員の勧めで申請した。
- 認知度 Ⅱa　ADL C1
- 食事：全粥軟菜塩分6ｇ制限、　服薬：看護師配薬、
  排泄：ポータブルトイレ利用、
  酸素流量設定：0.75Ｌ/（24時間）

図32

議題③：退院後の医療についての方針
（病院医師とかかりつけ医が主に相談）

- 退院後の酸素療法含む呼吸不全管理を訪問診療でかかりつけ医が行う
- 禁煙の継続を徹底
- 呼吸リハビリ、服薬管理指導、栄養療法導入
- 胸部ＣＴ、心臓超音波は年1回、病院にて行う
- 呼吸器身体障害の申請をしておく

議題④：　　本人・家族の考え

- 本人ー落ち着いたし、夫婦のみで静かに暮らせる
- 夫ー自分だけで介護できるし、子どもに迷惑をかけられない。経済的にも自宅療養にしたい。
- 息子ー（同席できなかったが）老夫婦二人では生活できないのではないか？　転院や施設入所でもよいのでは？
- 娘ー母親が自宅で療養したいという希望を叶えたい。老夫婦だけでは困難であろうから自分が通って介護すべき。しかしずっと泊まり込むことは、家庭もあり、できない。

図34

議題⑤：退院までに解決しておくべき事柄

- どこの家の、どの部屋に退院するのか？
- エレベーターのないマンションの階段をどうやって上るのか？
- 車いすは必要？　介護ベッドは？
- 排泄はどのように？　ポータブルトイレなのか？
  （住居の視点）
- 自宅退院なら、介護者は誰になるのか？
- 食事は誰が、どのように用意するのか？
- 入浴はどのように？
- 訪問診療以外の社会資源はどの程度必要か？
  （基本的な生活方法の確認）

図35

いざ退院（退院前カンファレンスから1週間後）

- 身長：156cm/体重：33.5kg
- %IBW：62.6　　腹囲（仰臥位）：68cm
- アルブミン：3.1

—経過をみる指標を決めておく

◉生活課題：呼吸苦のため、活動範囲はベッド上。
入浴ができない

◉LINQ（Ver.10）：計23/26—患者が原疾患（COPD）のことをよく理解できていない
病気3/4 薬4/5 自己管理6/6 禁煙2/3 運動5/5 栄養2/2
（個別の項目で理解が不足しているということ）

看護師だけでは対応困難。
薬剤師の訪問による薬学的管理指導、
管理栄養士の訪問による栄養指導を

図36

訪問看護

2回/週の訪問
✓患者の健康状態評価
✓在宅酸素療法のコンプライアンス
✓機器の衛生状態維持
✓内服・吸入薬の遵守
✓呼吸リハビリの具体的進行（臥位・座位での基本的リハビリ、リラクセーション、生活訓練）

呼吸リハビリ

- ✓ 労作時の酸素量の決定：最も頻繁な家庭内動作
  ＝トイレ歩行、食事動作
  この動作に伴う必要酸素量の観察――1.25L

必ず、新しい動作やステージでは医師が立ち合う。
SpO_2 88%以上を保ち、修正ボルグスケールにて
5以下となるような動き/休憩パターンを構築する。
最終的には通所サービスに行けることを目標に。

薬剤師の訪問による薬学的管理指導

退院時処方
テオフィリン薬　3錠/3x　毎食後
気道潤滑薬　3錠/3x　毎食後
ループ利尿薬　1錠/1x　朝食後
ジギタリス製剤　1錠/1x　朝食後
プロトンポンプインヒビター　1錠/1x　夕食後
抗コリン吸入剤　1C　1日1回1吸入
ステロイド・βアゴニスト混合吸入剤ディスカス
1日2回　1回1吸入

1・2回/月の訪問
✓内服・吸入薬のコンプライアンス（残薬確認や内服理解の再確認）
✓吸入薬のデバイス毎の習熟度確認および指導
✓薬剤の奏功、副作用の確認

図39

管理栄養士の訪問による栄養指導

1･2回/月の訪問
✓食事量（カロリー）、栄養バランス、形態、環境、介護力の把握
✓修正すべき点の助言、間食の勧め、買い物アドバイス
✓実際の作業者であるヘルパーやケアマネジャーに情報を伝達していく

食事内容　評価

- 摂取エネルギー量：1200kcal/日
  （%TEE：80.0）
- 摂取蛋白質量：35g/日
- 塩分摂取量：9g/日

ー入院中の食事指導の確認および退院後の食事内容や茶わんの大きさを把握する

実際の茶碗

朝食

配食弁当

図41

サービス担当者会議（退院後2週間）

（在宅療養となってから、多職種からみた課題と本人家族の思い）

本人ー自宅でのリハビリがはじまった。自分でも練習はやっている。
夫ー毎日はしていないんじゃないかな。食事はあまり食べない。
　　昔から小食。2食の日も多かった。
娘ー帰ってきてからベッドの上にばかりいて心配。老夫婦だけの時間が
　　大半だが、どの程度苦しくなったらどこに頼めばいいのか？

看護師ー患者自身が積極的に取り組むというのはまだーー。
　　労作時呼吸苦強く動きたがらない。
　　生活訓練の中で、食事や排泄時に酸素流量を増加するという
　　ことができない。一度転倒した。
薬剤師ー残薬がみられる。昼薬・夕薬はしばしば忘れる。
　　吸入が予定どおり減っていない。
管理栄養士ー食事量不足、偏食

図42

本人の意識の向上と家族の不安に関して
かかりつけ医からの提言

1）労作時呼吸苦強く動きたがらない
　実はリハビリに気が乗らない一因なのでは？
　・安静時0.75Lの酸素量を、リハビリなどの労作時は増量してみよう
　（その後のタイトレーションで1.5LでSpO_2が88％以上
　保たれ、修正ボルグスケールも5以下であった）
　・リハビリ前に短時間型β刺激薬吸入によるアシストユースを導入
　・酸素濃縮器の位置が生活動線から離れすぎ、
　流量変更が面倒になっている→濃縮器の位置を変更

2）日誌の導入（次ページ・図44）

3）少しずつでも取り組んでいることに対して評価ーエンパワーメント
　禁煙を継続し、少しずつだが自立に向けて取り組んでいることに対して
　褒める

図43

看護師から示された課題に対する
かかりつけ医からの提言

- 疾患自体の理解の補助、服薬の重要性、日々のリハビリの必要性、食事栄養の現状分析と修正の必要性の説明を医師から行う。
  - ・日誌の導入
    日々の体調、食事、服薬、リハビリを、本人にも記載してもらうことで、自己管理意識の高まりを期待
  - ・リハビリの図示化と部屋への貼り付け
    日々行うリハビリ内容の図や写真を貼る
  - ・体調増悪時のアクションプランを貼り付け―娘さんの不安にも対処
    増悪時にまず自身で行うこと（バイタルサインの確認およびリラクセーション、短時間作用型の吸入、酸素流量をどうするかなど）、予想される症状毎の連絡先などを貼り付け
- 転倒について―環境整備
  - ・生活動線上の手すり
  - ・敷き物の必要性の再考（すべったり、つまずく原因になりうる）
    →ケアマネジャーと協議

図44

薬剤師から示された課題に対する かかりつけ医からの提言

- 残薬がみられる。昼薬・夕薬はしばしば忘れる。
  - ・日誌の活用
    服薬の項目も利用。
  - ・処方の整理
    種類を少なく、また回数も少なく。なるべく一包化。

カンファレンス前

テオフィリン薬　3錠/3x　毎食後
気道潤滑薬　3錠/3x　毎食後
ループ利尿薬　1錠/1x　朝食後
ジギタリス製剤　1錠/1x　朝食後
プロトンポンプインヒビター　1錠/1x　夕食後
抗コリン吸入剤　1C　1日1回1吸入
ステロイド・βアゴニスト混合吸入剤ディスカス
1日2回　1回1吸入

カンファレンス後

テオフィリン薬　1錠/1x　朝食後
気道潤滑薬徐放錠　1錠/1x　朝食後
ループ利尿薬　1錠/1x　朝食後
ジギタリス製剤　1錠/1x　朝食後
プロトンポンプインヒビター　1錠/1x　朝食後
抗コリン吸入剤　1日1回2吸入
ステロイド・βアゴニスト混合吸入剤エア
1日2回　1回1吸入

一包化、および朝1回内服へ。吸入は多少上手に吸えるエア型へ変更し、服薬タイミング・回数は薬剤の外に貼り付け。吸入有無も日誌に記載

図45

訪問による栄養指導を行った管理栄養士から示された課題

- 患者の嗜好
  好きなものを食べている
  味の濃いもの　→　塩分摂取過多
- 介護力の把握
  夫（高齢男性）
  →簡単にしか調理ができず、疲労しやすい
  娘（週1・2回通ってくる）
- 入院中に栄養・食事に関する指導の機会がなかった

<必要栄養量>
エネルギー量：1500kcal/日
蛋白質量　：　55g/日

<適切な栄養量にするためには>
エネルギー量：+300kcal/日
蛋白質量　：　+20g/日
塩分量　：　6g/日以下

図46

栄養指導計画

管理栄養士、医師からケアマネジャー、サービス担当責任者へ

- 男性介護者でも簡単にできること

  配食弁当を利用：2食/日（昼・夕食）

  （塩分量の調節）

- 食事は3食/日
- 間食2・3回/日

  和菓子やホットケーキ等（100～200kcal）

  生活リズムに合わせて摂取時間を決める（午前・午後・就寝前）

- 栄養剤の利用（200kcal/日補足）
- 塩分6g/日以下

  塩分を多く含む食品の情報提供

→ 体重+1.5～3kg/3ヶ月を目標

経過　（H28.1～5月）

身体：
- 体重増加（+5.2kg）・%IBW（62.6→72.4）
- 上腕周囲長（17.5cm→21.3cm）
- 上腕三頭筋皮下脂肪厚（6mm→8mm）
- 腹囲（68cm→76cm）
- アルブミン（3.5→4.0）
- プレアルブミン（16.5→18.7）
- LINQ　栄養2/2→0/2

症状：急性増悪なし。労作時呼吸苦について自己対応できるようになった。

ADL：
・酸素流量調整、アシストユースを利用できた。
・ゆっくり室内つかまり歩行が可能となった。
・自宅シャワー浴ができるようになった。

図48

次の段階へ

夫および娘さんの負担感も増していると予想された。
通所リハビリの導入を考慮することをケアマネジャーと相談

↓

・階段昇降の練習を訪問看護時に行うよう指示。
・酸素流用や休息のタイミングは練習初回に医師が付き添いながら確認し指示。
・通所での約束事（酸素、薬剤、急性増悪時）を通所事業所責任者に連絡。
・通所時のリハビリ・入浴・食事について書面で指示。

↓

- 軽介助による階段昇降ができるようになり、通所リハビリに週2回通うようになった
  →夫が日中外出できるようになり、趣味も再開でき、ストレスが減少した。

- 娘が頻回に通う必要がなくなり、負担が減少した。

図49

その後の一家

本人:
週2回の通所リハビリ、週1回の訪問看護、隔週の訪問診療と薬剤師の訪問による薬学的管理指導、月1回の管理栄養士の訪問による栄養指導、週2回の訪問介護サービスを受けている。
夏期に食欲低下を認めたが、室温調節や栄養水分補助の指導にて小康状態を保っている。
夫の短期入院時に短期入所を利用した。

夫:
患者が安定したことから、介護はしているが、趣味のダンスを継続できている。一度めまい症で1週間入院した。今後、夫の年齢も考慮し、将来の暮らし方について一緒に考えている。

娘:
患者宅への訪問は月1回程度となり、医師の診察時にも同席はしていない。
連絡は急用は適宜電話にて、急ぎでない用件はノートに記載としている。

図50

情報の共有化

- 日誌：医師と看護師、患者が使用
- 医療・介護連携を目的とした連絡帳：
  例：地域ケアノート：患者宅に保管。
  全ての患者に使用。医師、夫および娘、看護師、薬剤師、管理栄養士、ケアマネジャー、ヘルパーが記載。他の患者宅では、理学療法士、歯科医師が記載することもある。
- 指示書：定期指示および報告。
- 報告書：採血結果や動脈血液ガス結果、臨時処置・処方や薬剤変更などの報告とその後の指示。訪問当日の夜または翌日にFAX。
- 電話：急ぐ指示や報告。

図51