

連携等 編

ねらい：院内・院外の多職種連携の意義を理解する

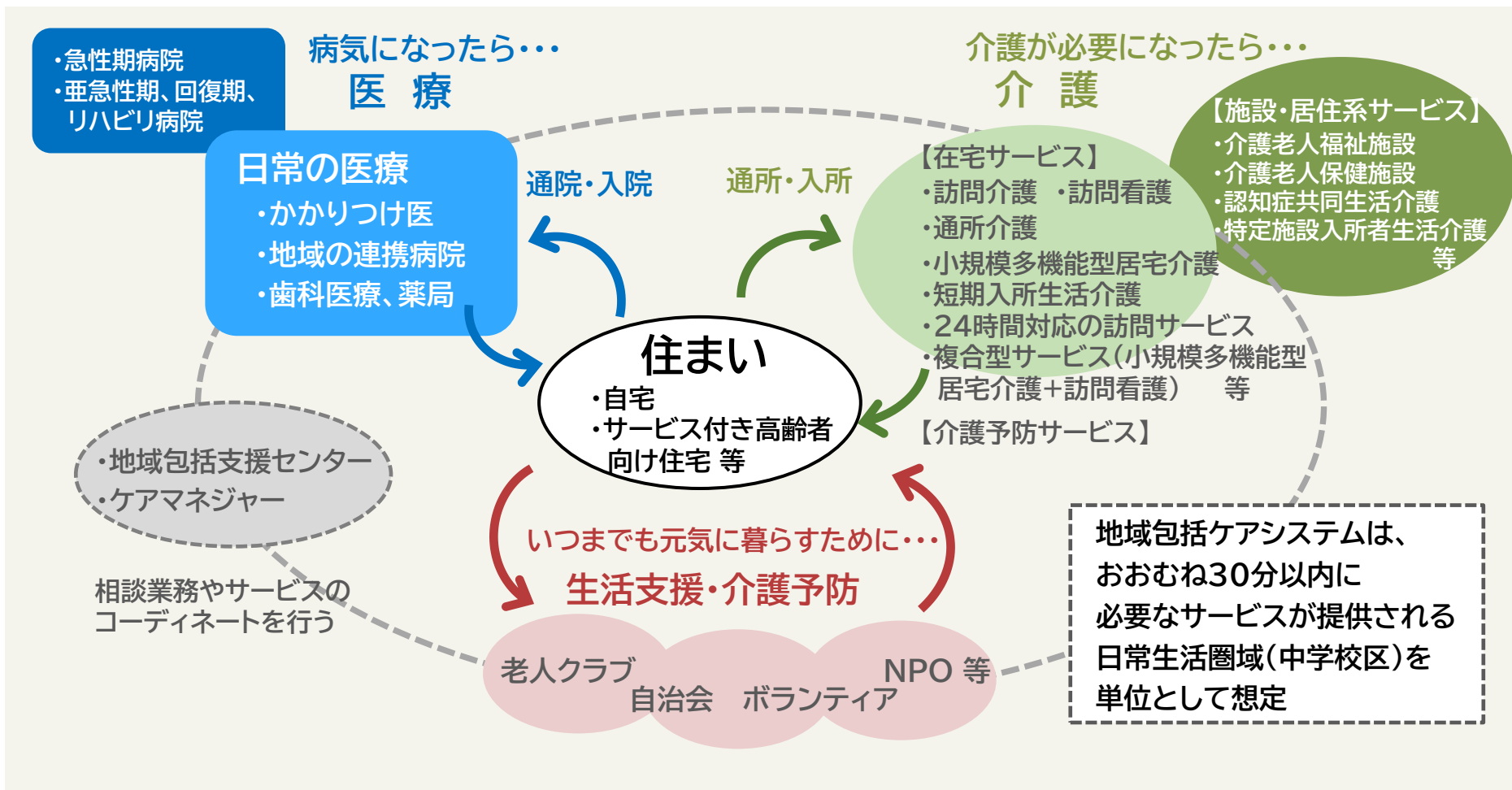
到達目標：

- 多職種連携の意義とメリットを理解する
- 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する
- 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する

地域包括ケアシステム

〔連携1〕

住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる



連携とは

〔連携2〕

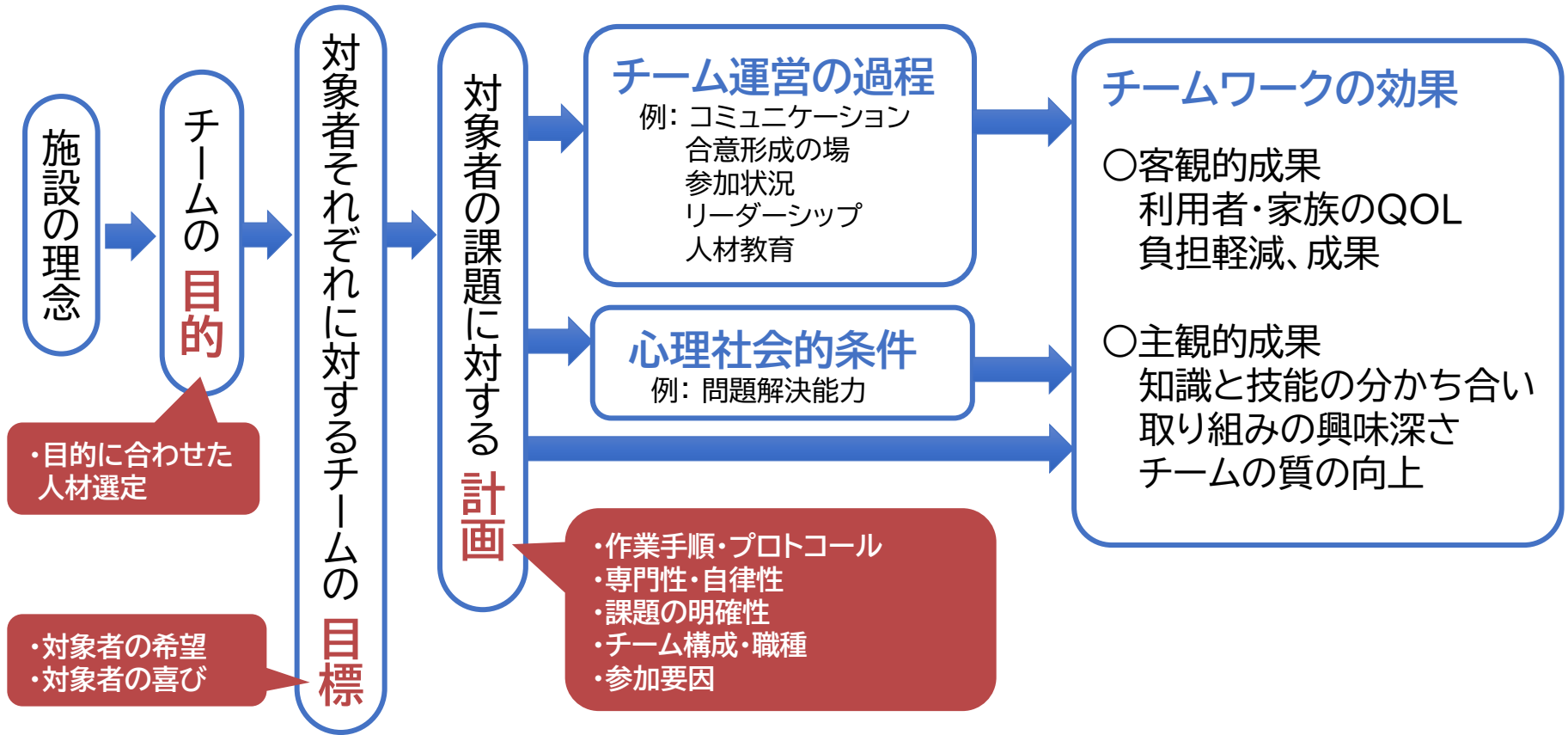
- ◆ 「共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」
- ◆ 「連携」の展開過程には、連携する相手に対する評価や失望など「認識」レベルのものと、打ち合わせや助言などの「行為」レベルのものが含まれ、以下の7段階の過程を経る

- ① 単独解決できない課題の確認
- ② 課題を共有しうる他者の確認
- ③ 協力の打診
- ④ 目的の確認と目的の一致
- ⑤ 役割と責任の確認
- ⑥ 情報の共有
- ⑦ 連続的な協力関係の展開

多職種連携の効果をもたらす要因

〔連携3〕

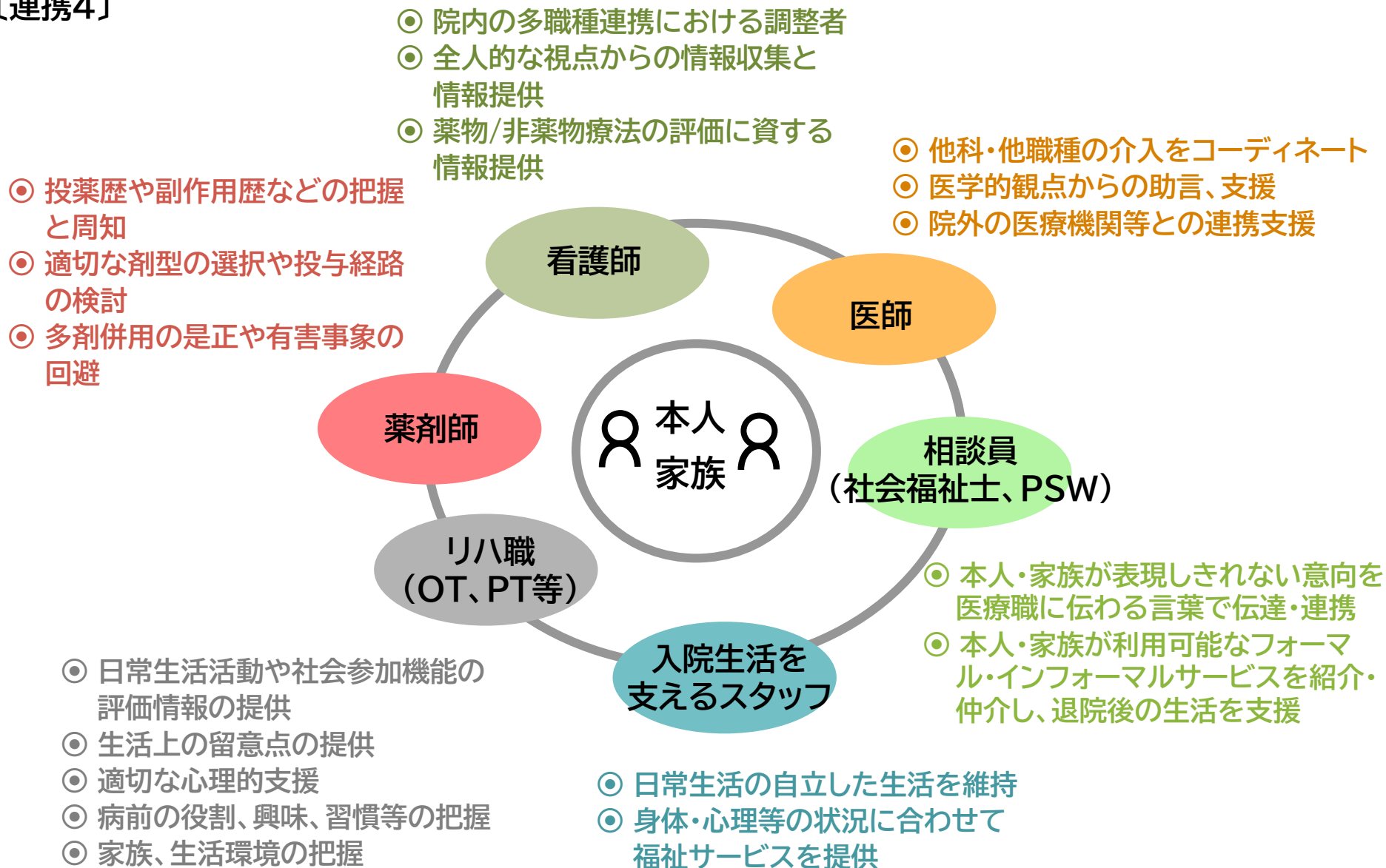
チームワークの効果をもたらす要因の関係



目的を共有し共通認識を持つことが、多角的な視点を収束しやすくする

院内連携における各職種の役割

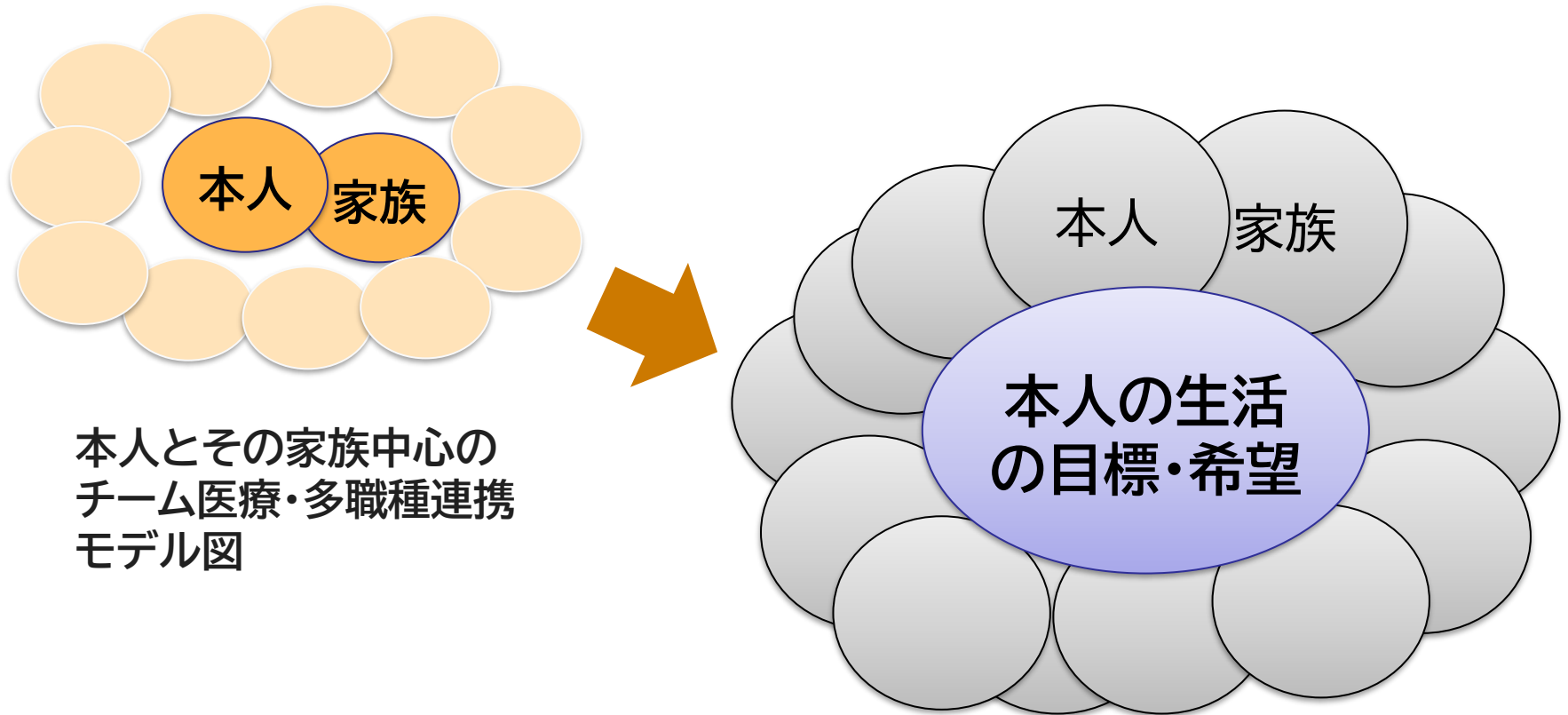
〔連携4〕



多職種でカンファレンスを行う

〔連携5〕

目標志向で、本人—家族—多職種が連携する



本人とその家族中心の
チーム医療・多職種連携
モデル図

本人とその家族も多職種連携の輪に入り、
目標や希望を据えてケアプランを立て、共有

カンファレンス開催時の要点

〔連携6〕

- **正確な情報の収集と共有**

入院前の情報は、本人や家族、医療従事者、入院元の関係者、ケアマネジャーから、入院後の情報は本人に関わる院内の多職種から随時収集する

- **多職種によるチーム医療の実践**

入院中の院内資源の活用や多職種でのチーム医療の提供、適切な情報共有、認知症の症状への対応を継続する

- **退院後の生活を見据えた支援**

退院後の医療や介護サービス、療養環境、家族や介護者の状況、医療依存度などを考慮した支援を検討する



本人の視点を重視したアプローチ

入院時の院内多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

〔連携7〕

- 本人の希望や意向、価値観、身体機能、生活機能
- 身体疾患の治療計画や想定される経過
- 認知症の重症度や症状の特徴、治療経過
- 入院前の生活状況・環境や介護状況、支援体制
- 院内で活用可能な資源の確認と調整



- ◇ 本人の視点を重視したアプローチの継続
- ◇ 専門性を生かした多職種チーム医療の実践

多職種連携は入院の前にも、後にも

〔連携8〕

入院前

入院中

退院後

カンファレンス

カンファレンス

- 入院前の生活状況を踏まえた入院

入院前の連携先(社会資源)

【相談、バックアップ】

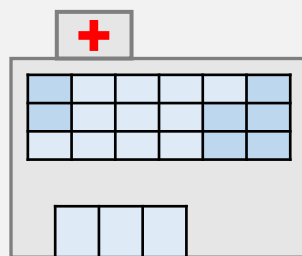
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症サポート医
- ・地域包括支援センター
- ・福祉事務所
(障害者手帳、生活保護等)
- ・権利擁護・後見センター

【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

- 安心・安定した加療・入院生活
- 入院中の心身機能低下の防止・軽減

院内連携



- スムーズな退院
- 退院後の安定した生活維持

退院後の連携先(社会資源)

【介護保険サービス】

- | | |
|----------------|------------|
| ○居宅サービス | ○居住・施設サービス |
| ・居宅介護支援事業所 | ・グループホーム |
| ・訪問看護/訪問リハ | ・介護老人保健施設 |
| ・訪問介護 | ・特別養護老人ホーム |
| ・デイサービス | ・療養型医療施設・ |
| ・通所リハ(デイケア) | 介護医療院 |
| ・短期入所(ショートステイ) | ・有料老人ホーム |
| ・居宅療養管理指導 | ・サービス付住宅 等 |
| ・小規模多機能 等 | |

【多様な資源】

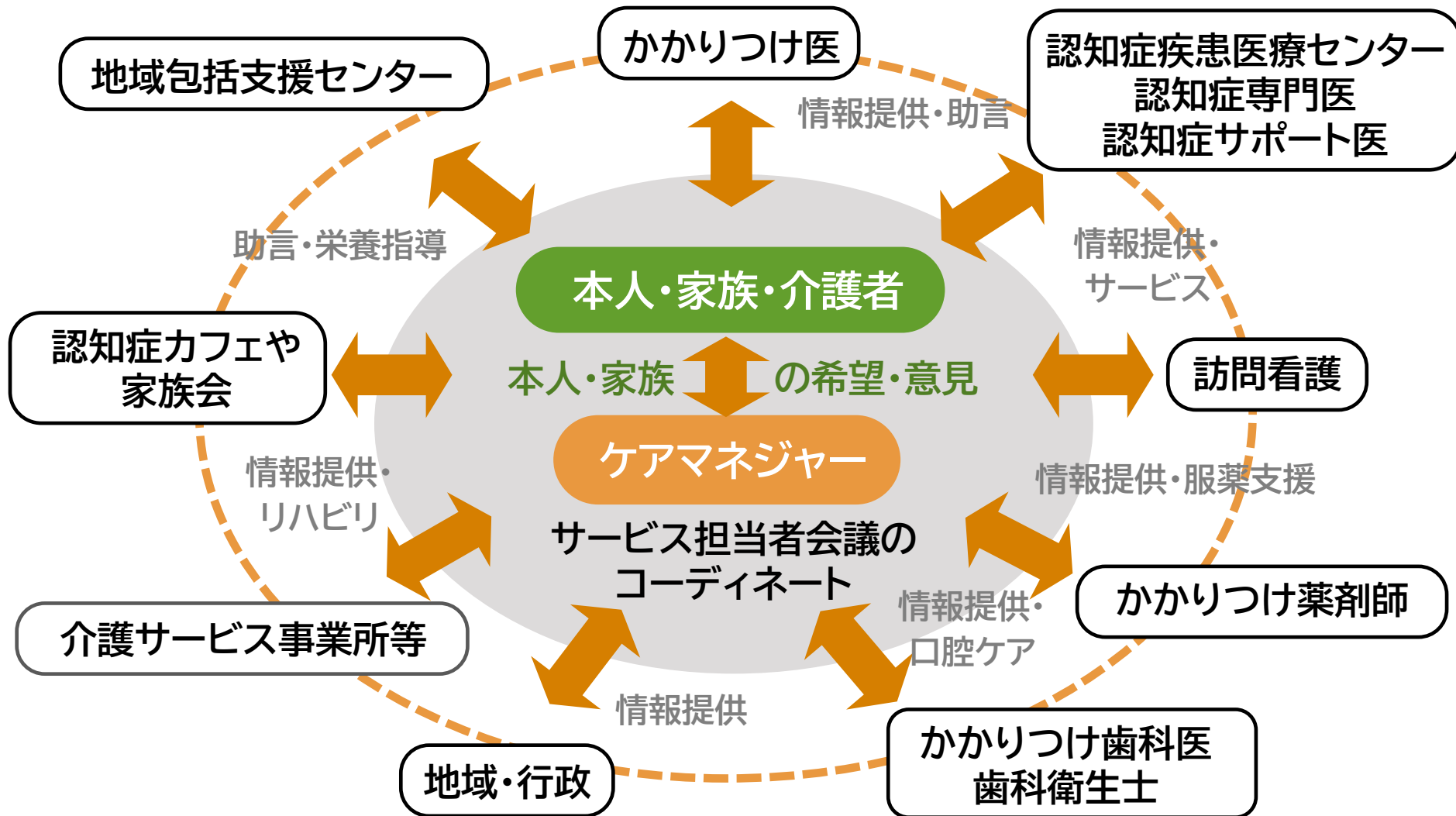
- | | |
|-------------|---------|
| ○認知症の人と家族の会 | ○医療機関 |
| ○認知症カフェ | ・歯科医療機関 |
| ○本人ミーティング | ・薬局 等 |
| ○当事者会 | |

【医療サービス】

ケアマネジャーと多職種による地域連携

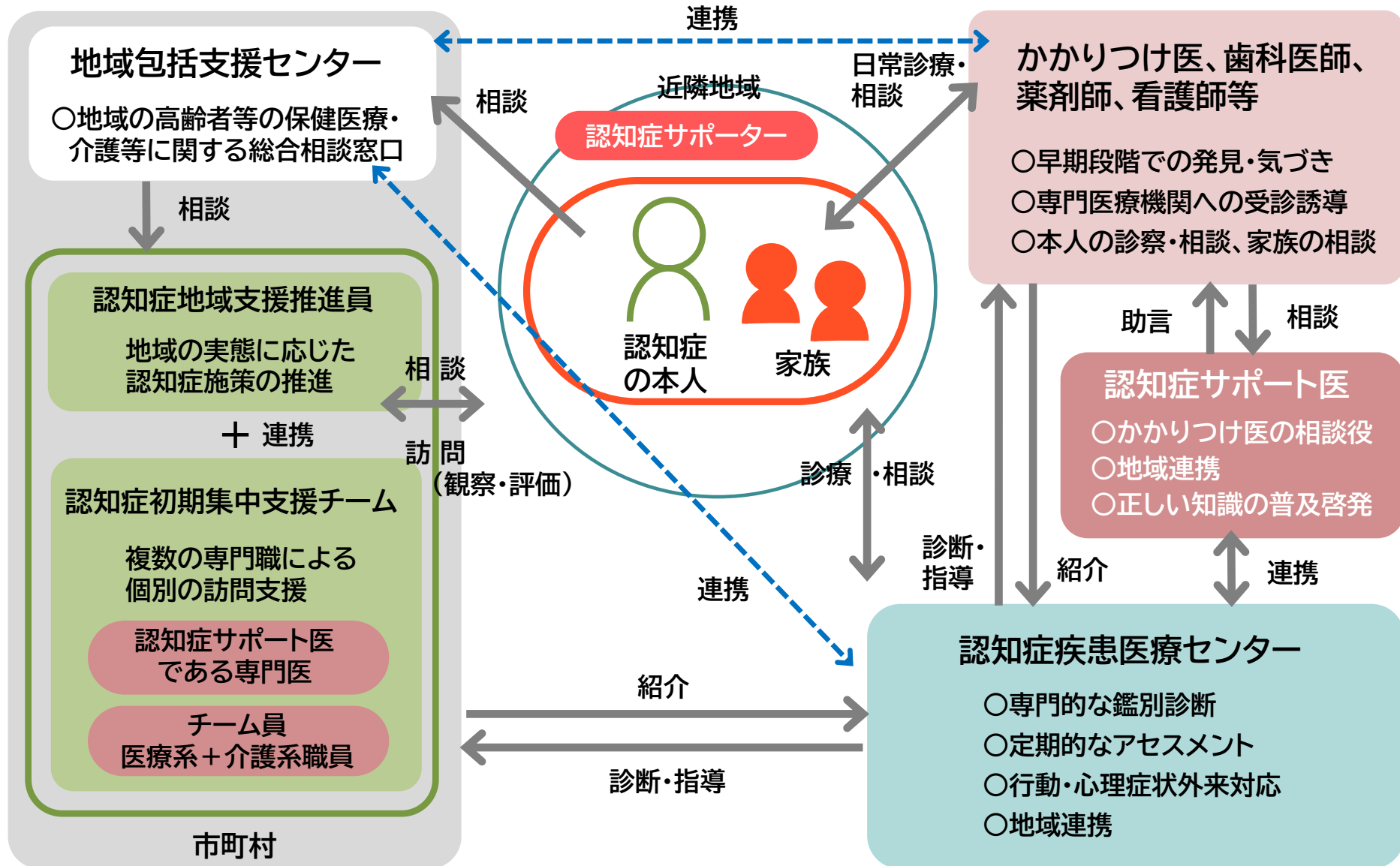
〔連携9〕

退院後はケアマネジャーや多職種による情報共有と協働が重要



認知症の人を支える様々な仕組み

[連携10]



退院時の多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

〔連携11〕

- 本人や家族の希望や意向の再確認
- 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応
- 退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続
- 療養環境や利用可能な社会資源の確認
- 本人の生活を支援する介護サービスへのつなぎ



- ◇ 本人の視点を重視した退院後の生活支援
- ◇ 地域の多職種との連携と情報共有

修了者に期待される役割（再掲）

〔連携12〕

- 認知症に関する正しい理解と適切な対応
- 本人の視点を重視したアプローチと人生や生活の継続性を目標とした対応
- 生活機能の維持や行動・心理症状の軽減や緩和
- 専門性を生かしたチーム医療の実践
- 適時・適切な情報共有と院内連携の構築
- 院外の社会資源の把握と多職種連携の実践

私たちは、認知症とともに暮らしています。
日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、
いろいろな可能性があることも見えてきました。
一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、
希望を持って自分らしく暮らし続けたい。
次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、
いい人生を送ってほしい。
私たちは、自分たちの体験と意志をもとに
「認知症とともに生きる希望宣言」をします。
この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、
そしてよりよい社会を一緒につくっていこうという
人の輪が広がることを願っています。

『認知症とともに生きる希望宣言』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成



参考資料

- ◆ 演習の目的・意義
- ◆ サンプル事例

演習は、実施要綱の標準カリキュラムには含まれませんが、都道府県等での研修実施の際に、各地域の事例を用いてグループワーク等を行うことを妨げるものではありません。以降のサンプル事例は、適当な事例がない場合、また、事例の選定にあたっての参考としてください。

演習の目的・意義

- 認知症の困難事例やせん妄の事例を通して、チームで解決する方法を考える場とする
- さまざまなBPSDに対して、薬物療法だけでなく、ケアや対応、非薬物療法を検討する場とする
- 演習を通じ、病院での認知症の課題をチームで解決することを学ぶ場とする

サンプル事例①：認知症の人の退院支援(前半)

- A氏 82歳女性、高齢の夫と2人暮らし 近くには娘夫婦も在住
- 元々、糖尿病があり外来通院をしていた。
- だんだんものの忘れが目立つようになり、4年前、もの忘れ外来でアルツハイマー型認知症と診断を受け、現在、ドネペジル5mgを内服。MMSE20点。
- 自宅では夫が家事全般を担うようになり、疲労が募っていた。近居している娘はA氏にデイサービス利用を促すが、かたくなな抵抗と拒否にあい、A氏も興奮状態となるため、利用をあきらめざるを得なかった。
- 今回、在宅療養中、高血糖を呈し血糖コントロール目的で入院した。

サンプル事例①：認知症の人の退院支援(後半)

- およそ2週間後、血糖は安定し、経口血糖降下剤の内服と食事療法で退院可能な状態となった。
- しかし、夫も娘夫婦もA氏の在宅復帰に難色を示し、施設への入居を希望された。
- A氏は入院10日目ごろから、帰宅願望を訴えるようになり、今日は、日中から荷物をまとめて出て行こうとするなど、そわそわと落ち着きのない様子が強まっている。

Question

A氏の退院支援をどのようにすすめますか？
帰宅願望にはどのように対応しますか？

サンプル事例①: 解説

課題抽出

入院中のBPSDへの対応、退院困難の予測の遅れ

議論

- ▶ 本人の心理状態について(寂しさ、孤独感、入院中何もすることがないという状況、今どうすればいいのかわからないことからくる焦燥感)
- ▶ 病院内の認知症ケアの資源・環境について
- ▶ 多職種連携による入院中の医療とケアの両立について
- ▶ 退院支援のスクリーニング方法やシステムのあり方について

論点整理

- ・ 中等度認知症者の認知機能について、BPSDとのかかわり・対応の要点
- ・ 認知症サポートチームとの連携
- ・ 院内デイの開設/利用、リハビリテーションやアクティビティケアの実施
- ・ 退院支援の必要性を早期にアセスメントする方法とシステムの確立
- ・ 入院中の情報収集内容の見直し、暮らしの情報の重要性・価値づけ
- ・ 担当ケアマネジャーとの連携
- ・ 家族との計画的な面談、家族教室への参加の促し

まとめ

認知症の人の心理的ニーズを理解し、対応策として多職種連携の充実が必須であることの認識を深める。病院においても地域在宅での実践を参考に、医療現場で認知症ケアの提供体制整備が必要である

サンプル事例②:興奮状態を呈するケースへの対応(前半)

- B氏 76歳女性、2年前にアルツハイマー型認知症と診断を受け、抗認知症薬を内服していた。長男と2人暮らしで、これまで入院歴なし。
- 要介護1。自力歩行。排泄はリハビリパンツを使用していたが、排泄介助は不要で自立。
- ある日、自宅の玄関前で転倒し動けず。救急搬送され右大腿骨頸部骨折の診断にて即、緊急入院。
- 入院後、とても陰しい表情で、攻撃性、易怒性が高まっていた。オムツ交換時は特にケア拒否が強く、ナースに手を挙げ抵抗する状況であった
- 入院3日目、静脈麻酔と脊椎麻酔を併用し、骨接合術が実施された。
- 術後も術前同様の状況が続き、さらに夜間不眠を認めるようになった。術後は食事摂取量も低下した。
- 術後5日目、午後からB氏は補液ルートの保護テープをはがそうと触っていたり、外転枕を投げ落としたりする様子を認めた。ナースは頻回に訪室し、その都度元に戻し、危険な行動にてやめるよう注意した。

サンプル事例②:興奮状態を呈するケースへの対応(後半)

- 同日の夕方からは、ナースコール、ベッドのコントローラー等周囲のコード類を次々と全て引っ張って外し、ナースが制止すると、大声をあげ興奮して払いのける状況であった。意思疎通性が極めて悪い状況であったため、やむを得ず上肢抑制の同意を家族に得て実施。夜間帯も大声が続き、病棟中に響いていた。
- 夜勤の看護師は、19時に不穏時指示のセレネース5mg筋注を実施した。すぐには鎮まらず、およそ1時間後から徐々に鎮まってきた。
- B氏の術前・術後を通して疼痛時指示のボルタレン坐薬25mgの適用は計4回、不眠時指示のゾピクロン7.5mgはほぼ毎日適用されている

Question

B氏の状況をどのようにアセスメントしますか？

B氏にどのようにかかわっていけばよいのでしょうか？

サンプル事例②: 解説(前半)

課題抽出

疼痛緩和の不足・過少評価、せん妄のアセスメントと治療、骨折受傷前後での生活状況の比較検討不足・軌跡の理解不足

議論

- ▶ 痛みを疑う・緩和
大声等の振る舞いと痛みとの関連、行動に潜在する意味・メッセージ(pain behavior)、疼痛緩和に対する多職種連携での非薬物/薬物療法・方針
- ▶ せん妄への対応
せん妄の診断、多職種連携で遷延化予防・方針について、せん妄遷延の強力因子の検討(痛み、身体拘束)、生活リズム調整の実施、薬物療法
－本人からの視点で考える－
- ▶ 状況・経緯
転倒骨折を機に、暮らしが一変し、急激な環境変化、ADL不応状態と強い混乱をきたしている。理性的に受容することは容易ではないことを認識し接することが必要。
- ▶ コミュニケーション
病院側の正論で本人へ説得している傾向がチーム内で強まっている時は、認知症の人とのコミュニケーションの基本について振り返る。肯定的に接するための工夫、アイディアを出し合い人的な環境調整を図り、助け合っていく。帰宅要求への対応はチーム内でリリースし合えることが必要

サンプル事例②：解説(後半)

議論(続き)

- ▶ 排せつケアや体位交換
本人にとって理解し難い他者からの介入であり、実施時には毎回十分な声かけを行い、羞恥心・寒さ刺激、痛みなどの苦痛に対し細心の配慮を払い行うことを周知徹底する。
- ▶ 食事
セラピストも連携し食べやすい体位の工夫と同一体位保持時間の検討・調整、ベッド上や病室での食事提供を見直していく。好物の提供、NSTへの相談も図る。

論点整理

- ・ 本人の視点に立って苦痛に満ちた状況を認識する
- ・ 常に快適・安心の状態を目指し多職種連携をとっていく
- ・ 医療とケアの両立を実現する
- ・ 症状マネジメントを十分に実施できるようにアセスメント力をつける

まとめ

認知症の軌跡とその途上で遭遇する様々な困難を知ることの重要性
医療職の苦痛緩和の専門性を認知症の人にも十分に発揮する
認知症の人の尊厳を認める価値観と組織風土