

## 2015年 地域の勉強会「座談会」で話された質疑応答の抜粋

### <認知症グループ>

◆質問：デイサービスにおいて認知症状を評価する方法、着眼点を教えてください。

また症状悪化にならないためのポイントがあれば知りたいです。

D r：診察室で本人と会う時間は短いですが、デイサービスは1日を通して本人の様子をみることができ  
る。また、集団での様子も評価することができるため、生活の情報がわかる。「生活に支障が  
あること」が認知症の定義にもあることから、日常生活能力が保っているかがポイントになる。

また、認知症の評価の基準として長谷川式スケールがあるが、そのうちの簡単な質問のみ行っ  
てみるのも良い(ex. さくら、ねこ、電車の言葉を時間が経ってから言ってもらう、100-7の  
答えから7引いた答えを言ってもらう、など)。

他に、便秘や水分不足など本人が困ったことがあると興奮したりすることもあるため、興奮  
しているときはその背景に何があるのかを考えてみると良い。

◆質問：問題行動や精神症状については、ケアの仕方を工夫して対応しているが、どこからが薬の調整  
が必要な状態なのか。

施設では、他人に危害を加えたら受診しているが、手が出なくても他の利用者とトラブルを  
起こしてしまっており、職員が間に入っている状況。嘱託医からは、「これ以上薬を増やした  
くない」と言われ、他の利用者が我慢している状況。

D r：怒りっぽくなるのは海馬が委縮しているため。感情のコントロールができなくなり、ブレーキ  
もきかない。元々の性格や職業で指示する立場であったり、口調が強い方だったりすると、こ  
の影響でさらに性格が強くなる。

しかし安易に薬を使うと寝たきりになったり病気になったりと、介護が大変になる。精神科へ  
入院したとしてもやることは施設と同じだが、Dr、Nsがいるので医療面で早く対応ができる  
という利点はある。施設で薬のコントロールをする場合は週1回受診し、薬が強すぎたりした場  
合は変更するなど、頻回に様子を見ていく必要がある。

◆質問：易怒性が出現。暴言暴力行為が見られるケースの受診、対応について。

D r：精神科では、採血をして認知症の状態がわかるわけではなく、どのように生活しているかが  
大切。本人が昔どんな人だったのかを知り、昔と今とでどんなところに違いがあるのかを知  
ること。

また、受診時に家族だけだとDr.に情報がうまく伝わらないことがあるため、職員も一緒に同  
行したり、病院のSWへ連絡してDr.へ伝えてもらうなど受診の流れを整えておくことが必要。

## <終末期グループ>

◆質問：在宅での看取りの限界はどういう状態のときか。判断のポイントを教えてください。

D r：まず皆さんと終末期の意識の共有が必要。現在厚労省は終末期ではなく「人生の最終段階」という表現を用いている。さまざまな原因で死に直面している人、余命3か月程度と推定される状態をいう。

D r：ここで、限界の話だが、だれにとっての限界か。私が思うのは、

本人の限界 ①本人が在宅を強く望まなくなった。不安や疑問が生じた。  
②家族の負担を見ていると人がこれでよかったのかと思ってしまうとき。

家族の限界 ①入院と同様のことを求められる。  
②家族の本人の状況が変化していくことに対する身体的精神的負担  
③ほか、経済的なこと、家族間の意見の相違、家族もチームの一員のはずだが、傍観しているケース。

医師、看護師の限界

①入院と同じ治療を期待されたとき  
②不作為以上の行為を求められる。例えば呼吸器を外すなど。  
③危険な行為、例えば鎮痛・鎮静剤の使用により呼吸抑制が起こるが、求められる時など。

訪問看護：ターミナルと宣告されて関わったが、食事も座位で摂取できるなど、可能性を感じ、もっとしてあげることが出来るのではと思えた事例があった。  
結局6か月ほどの期間過ごされた。ターミナルとしてとらえたことで可能性が狭まったように思えた。

D r：ターミナルでは、あえてしないことも出てくる。してあげたほうが良かったと思っても本人にとってはターミナルととらえたためにしてもらえることが減った。

看護師：家族と本人の意見の相違があった時、NSとしてどちらかを支持することはできない。情報提供に努めている。こういった場合悩んでしまう。

D r：本人の意思が明確であれば、チームが説得するしかない。  
本人がそう（在宅を望んでいる）  
思っているよと添えてあげればどうか？また、こういった場合にケアマネージャーが役割を発揮してくれないの・・・？

◆質問：小規模多機能施設における終末期利用者への対応の注意点について。具体的な事例があると分かりやすいです。自宅（ヘルパー機能）・小規模多機能（通所機能）・小規模多機能（泊りの機能）の利用上の留意点など。

D r：具体例がないと、話がしづらいです。小規模多機能に限らず、施設でも対応は大きな違いは無いのではないのでしょうか。

◆質問：職員が安心して終末期利用者に対応するために必要なことは何でしょうか。

D r：緊急時や急変のことを想定していると思われま。

不安なのは、変化が起きたときどうしたらよいかというシュミレーションが不足しているからだと思います。いろんな施設間で情報共有してはどうですか？

有料ホーム職員：当施設では、連絡体制を整備して、変化があれば的確な指示や対応ができるよう努めているので、大きな不安はありません。

◆質問：ケアマネージャーが本人・家族に配慮しなければならないことを教えてください。

（準寝たきり状態のとき・完全寝たきり状態のとき）

また、サービス提供事業所（訪問介護・訪問看護・訪問入浴・福祉用具・薬剤師・主治医・・・）が本人、家族への配慮のポイントは？

D r：もう一度ケアマネの立ち位置を教えてください。最初のチーム構成やサービスの調整はしてくれませんが、その後、どんな役割なのかわからない面があります。

私としては医療側からではなく、本人家族のそばに立って物事を見ていてくれるとありがたいです。

ケアマネA：利用者の望む暮らしが続けられるよう、本人や家族の意向を確認して、それを伝えたりチームで共有することが役割と思っています。

ケアマネB：生活全体を把握することが役割と思っています。体調の変化や医療のことなどは、ケアマネを通さず訪問看護に窓口になってもらうこともあります。

広く浅くではないですが、全体を見渡そうと意識しています。

D r：直接電話をして、家族や本人の本音を聞くと、教えてくれるなど、ケアマネとはそんなかわかりが持てるとやりやすいです。あと、介護や看護スタッフでも、いろんな提案をしてくれると、こちらもまたいろんな方法を検討できるので、助かります。

今日は薬剤師はいませんが、薬剤師さんも、時間外やその日その日で薬剤の量や内容も変更になることもあるので、時間外とかでも対応してくれると助かります。

◆質問：緩和ケアにおいて麻薬性鎮痛剤を使用することになりますが、痛みだけでは無く、呼吸苦に対しても使用されると知りました。  
麻薬性鎮痛剤の意外な効用とターミナル期の症状（しびれなど）の緩和治療・ケアについて教えて頂きたいので、お願い致します

D r：呼吸苦にもモルヒネを使うことがあります。呼吸抑制が起こるので注意が必要です。他にも、薬の副作用を逆手に取ることもあります。下痢が続く患者に便秘の副作用の薬剤を使用するなど。抗うつ剤、てんかん薬も、使います。ご飯が食べれない方に早い時期からステロイドを使うこともあります。  
こういったケースも、状況を見ていろいろ提案してもらえると助かります。

◆質問：ターミナル期の方は医療で訪問看護のサービスが入りますが、看護とリハビリのサービスを併用する場合、別の事業所では同日の請求が出来ず事業所が限られています。  
このことについて教えて頂きたいのですが。

D r：この件については、知っている事業所に問い合わせましたが、お応えできる返答はありません。  
保険協会など確認してみます。皆さんお間でも、このことについて確かな情報を共有しましょう。

◆質問：終末期のケア・連携方法などで、良い事例と悪い事例があれば教えて下さい。

D r：悪い例…方針が統一できないとき。家族がチームの一員に加わってくれないとき。

良い例…風通しのよい、なんでも意見交換できるチームが作れたとき。  
医師の処方にリアクションをもらえるとありがたい。

連携方法は、ハートネットホスピタルなど、うまく活用できるツールをいろいろ使っていきたいと思います。

◆質問 ターミナル期で、看護とリハビリのサービスを併用する場合、別の事業所では同日の請求が出来ず、事業所が限られます。このことについて教えて下さい。

D r：看護とリハビリそれぞれ、医療機関か訪問看護ステーションかによって異なります。

① 医療機関の訪問看護の場合、医療機関・看護ステーション共にリハビリは可能。（ただし医療機関のリハビリの場合、同一医療機関、特別の関係の場合は不可。看護ステーションの場合、特別の関係または同月にステーションに指示書を交付した場合は不可。「功労大臣が定める疾患、病状等」の場合は可。

② 訪問看護ステーションの看護の場合、医療機関のリハビリは算定可。看護ステーションのリハビリは不可。ただし2k佐諸以上の訪問刊を算定できる条件を満たせば同日可、

同日不可です。)

\*上記に関して法令、通知が出ておりご確認ください。

③

## <難病グループ>

- ◆質問：難病ではありませんが、脳血管障害の高次脳機能障害の方が症状の認識ができず周囲との認識を痛感しています。病状認識へのアプローチについて教えてください。

D r：症状を認識できない場合はリハビリをスムーズに進めることが出来ないなどが考えられる・・・。

病態失認に対しては伝えた直後は修正し対応することは可能であるが持続できないことが多い。そのため関わる度に麻痺についてなど症状について繰り返し伝えることが重要。発症後3ヶ月程度は変化する可能性があるため十分に評価し対応する必要がある。

病体失認：右頭頂葉の場合が多い。左の場合は失語が伴う為阻害因子になる。半側視空間失認を合併しやすく、その場合は環境を工夫することも重要。

- ◆質問：進行性核上性麻痺の方は転倒を繰り返していても楽観的なように思えますが疾患特性ですか？

D r：中脳や橋の障害により垂直方向の眼球運動障害が出現し後方に転倒しやすくなることが特徴。しかし楽観的であることは疾患特性ではなく認知症や元々のパーソナリティの影響が大きいだろう。

進行性核上性麻痺は最初パーキンソン病・症候群と診断されることが多い。

しかし抗パーキンソン薬が効かない、垂直方向の眼球運動が障害されている、画像診断により改めて進行性核上性麻痺と診断される方が多い。

- ◆質問：パーキンソン病で1人暮らしの女性。生活上の留意点や受診のタイミング、治療のポイントを教えて欲しい。

D r：進行状況は様々であるため受診のタイミングもそれぞれ。断言することはできない。しかし起立性低血圧には注意が必要。症状がみられた場合は必ず主治医に伝える。

投薬管理は重要。ヘルパーや家族の協力も必要。

『パーキンソン日記』：家族、ヘルパー、看護師など普段の様子を知っている方の情報は重要！  
1日の様子を観察し on-off を認識することで血中濃度を測定しなくても投薬の量・回数を調節することが可能となる。

◆質問：パーキンソン病の方に比べパーキンソン症候群の方の退院調節などに苦労することが多い印象がある。パーキンソン症候群の方への関わり方の工夫は？

D r：なぜパーキンソン症候群の症状が出現しているかの原因は主治医に確認すべき。原因が多発性脳梗塞、水頭症、多系統萎縮症などであれば利用できるサービス等もある。薬剤性であれば、原因となっている薬剤の調節が必要。またその際は日常を知っている看護師、ヘルパー等の意見も重要。  
(互いの立場を尊重し) 伝え方に工夫は必要であるが・・・。

◆質問：ALS 患者に対し呼吸器や胃瘻について伝えるべきタイミングが難しい。

D r：診断されたと同時に主治医が予後も含めて伝えることがあるが、落ち込む場合も多い。また月日が流れ家族環境など状況が変わり考え方も変化するのが現状。

タイミングが後手に回ることもしたくないが先手を取りすぎて追い詰めることもある。状況に合わせ、タイミングをみて対応することが重要であると考えられる。  
いきなり呼吸器ではなく、マスクを経由しその間に呼吸器にするか否か考えることも可能。

以上