



会 議 録

会議の名称	行田市在宅医療・介護連携推進協議会 研修部会
開催日時	平成31年4月11日(木) 開会； 18時30分・閉会； 19時15分
開催場所	行田市産業文化会館 管理棟 第2B会議室
出席者(委員) 氏名	阿久津彰良、古田和也、島田 喬、小林雅世、馬渡夏美、本木瑞穂、澤田千尋、鳥塚智子、加藤里美、川島 治、溝上俊亮
欠席者(委員) 氏名	堀内 規、小林永治、原 寛和、鈴木武則、嶋田由紀子
事務局	行田市高齢者福祉課地域包括ケア担当 行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑
会議内容	1. 研修会について 7月開催予定 「わたしの人生ファイル」の紹介研修会(案) ・シナリオ Ver8 (添付ファイル参照) に対して追記事項や発表形式等のご提案と決定 ・今後の予定(開催日、段取り等) ・その他 2. その他 ・笠原副議長退任にあたり副議長選出について
会議資料	(資料名・概要等) 会議議題 行田療養手帳シナリオ Ver8 わたしの人生ファイル(写)
その他必要事項	

会議録 の確定	確定年月日	主宰者記名押印
	令和元年5月17日	阿久津彰良  溝上俊亮 

発言者	会議の経過（議題・発言内容・結論等）
川島会長	<p>○開会【18:30】</p> <p>○事務局挨拶（柴崎推進幹、萩原）</p> <p>電子情報で伝えているが、6月9日、「わが人生の挑戦」という事で三浦雄一郎氏をお招きし健康フォーラムを開く。市民500人以上集まると思うが、その席で「人生ファイル」をPRする。これを作った部会が説明をするが、専門職の方にはまだ理解が行き届いていないので、皆さんにPRしていただきながら、市民が知っているのに専門職が知らないのは困るので、逆にこちらがしっかり指導をできるように皆さんにもPRしていただきたい。皆さん是非フォーラムにご参加下さい。</p>
阿久津委員	<p>議事に入る。</p> <p>今日は2点。7月開催予定の研修会について市としては7月開催を希望していた。6月、7月あたりで考えている。人生ファイルの紹介となる。馬渡委員から私の人生ファイルに関するシナリオを作ってください、皆さんからの意見で9回程書き直しをした。このシナリオで進めていくという事で宜しいか？</p>
全委員	はい。

阿久津委員	このシナリオで、パワーポイントとロールプレイという形で発表する。実際シナリオが出来たが、どんな発表形式が良いか？方法が決まったら、日程、開催日、どう集合するかおおよそのスケジュールを決める。発表の形式は如何か？
川島会長	素晴らしいシナリオなので1回で消えてしまうのは勿体ない。DVDにして包括や各事業所で人生ファイルの書き方が説明できる様に残せたら良い。そして、その必要性も皆さんに感じてほしい。
馬渡委員	シナリオ4まで作った。結構長い。分けた方がやり易い。研修の時間もあるので、これを全部やるのは厳しい。
阿久津委員	分けるとしたら、どこになるのか？4？
馬渡委員	看取りの所は分けた方が良い。
阿久津委員	活用方法が理解できるとなると3か？
馬渡委員	療養手帳の所は早めが良い。
阿久津委員	2？
馬渡委員	2です。
阿久津委員	話それるが、私が一番良かったと思う所が、看護師が「これは凄くいいですね」という所。
島田委員	シナリオ3の所では？
阿久津委員	紹介するのに「そんなにいいものなんだ」というのがいい。

	分けるとしたらどこで分けるか？
馬渡委員	療養手帳までの所と、シナリオでいうと3まで。1だと導入の所になってしまう。介護保険とは？みたいに。療養手帳の使い方をPRする為には3迄になると思う。
阿久津委員	1から3までという事でなくて、2、3とかそういう事？
馬渡委員	それでもいいのかもしれない。その分け方は皆の意見も聞きながら。最終的に4つの流れが見られれば良い。
阿久津委員	1巻、2巻、3巻、4巻みたいな形で。他に意見は？
澤田委員	4迄いくと長いので3迄が良い。3の中でも難しいと思うが。
馬渡委員	3は難しい。療養手帳迄いくと、「こうやって病院で使えたんだ」という所で療養手帳の所。
澤田委員	看取りでなくても、書いてあるとこんなに便利なんだよとそこで終わりの方が良いのか、その先迄いくのか。
馬渡委員	そこ迄が良いと思う。
澤田委員	調整カンファレンス迄いくと次に繋がってきってしまう。
馬渡委員	繋がってきってしまうので、看取りを視野に入れた退院調整カンファレンスの所は看取りの4。入院し、先程阿久津委員が言った「便利に使えるのね」という所迄で療養ファイルが終わる。
阿久津委員	シナリオ3から退院調整カンファレンスの手前迄。

澤田委員	出来れば、区分変更の時にも人生ファイルが役に立った所迄入ると良い。退院の直前迄やって退院以降をと思ったりもしているが贅沢だったかもしれない。
馬渡委員	シナリオを何処でカットするかで肉付けしていけば良い。
澤田委員	映像に残すことはもちろん、個人的にはロールプレイも良い。自分の職種でなく、他の職種をやってみる。多職種理解につながる。
阿久津委員	お互いの職種を理解するという事。
澤田委員	そうするともっと人生ファイルの深みができる。自分の関係する職種の部分だけでなく他に目が行く。
島田委員	シナリオを見て凄いなと思った。分けるというのは申し訳ない何処までか不明だが。DVDに残すのであればいつ迄が目安か？
阿久津委員	発表の時迄には仕上げないと。
島田委員	そうですね。集まってやるとなるとタイト。
阿久津委員	日程を組む。同じ事業所の中で勤めているのであれば融通もきくが、皆さん他の職場ですので、就業時間の問題などもある。夜になるか。残すとならば劇団員とかを使うようになるのか。
馬渡委員	職種が多いので皆で。
小林(雅)委員	秩父のDVDの方は劇団「いきあい」というグループ名で劇団員が集まり、今新しいDVDを作っている。

柴崎推進幹	<p>予算の絡みだが、DVD を撮影して、ディスク代の予算を確保していない。人件費がからんでくると想定外で今年度は難しい。</p>
川島会長	<p>最初少し話したが、これだけしっかりしたシナリオで、なおかつ市の課題が MCS が上手く出来てなかったり、退院調整カンファレンスが浸透していなかったり、皆さん「療養ノート」と呼んでいるが「人生ファイル」という呼び方で呼んでいただくと良いと思うが、そういう事が専門職の方が理解されていないと、ポイントポイント押さえられると思うので、最初から全部 DVD にして下さいというのではなく、記録を残しておくという事は、例えばシナリオ 3 なら 3 で、今回は人生ファイルの勉強会と理解しているので人生ファイルの事を市民に PR する為の場所として考えている。最初に人生ファイルをもらって、そこから使い終わる所迄をやるという事でも良い。見る人が何に使うかという事を考え、電子媒体から媒体する時には予算が当然かかるが、記録をきちんと残し、市が予算をとるのか前回の認知症研修の様にこちらで出来るか他からもってこられるかいうのを含め、これだけの事をやるのですから記録に残し、後々市民の方に見せられる様に出来たら良い。市に予算が無いのに作れという気は全然ない。ただ今後こういう事で周知した場合、「これどう使うの？」ってなった場合、各事業所がこういうものを持っていれば、それを見て専門職の方も見られる。1 回の勉強会でこれが済むとはとても思えない。市も 5 年間かけてこれを配っていく訳ですから、どう周知するか当然予算をかけてやっていただかないと。来年 DVD を出せという訳ではないので誤解のない様に。</p>
阿久津委員	<p>記録を残して研修会で発表するという事ですね。</p> <p>DVD 化という意見と、ロールプレイという職種を理解するという 2 つの意見が出たが他にいかがか？</p>
小林(雅)委員	<p>シナリオ 2 迄だとしたら、人生ファイルと MCS が盛り込め、</p>

阿久津委員	シナリオ3以降の話は、参加者は気になるのですが、それを寸劇にしたものを撮影しDVD化すれば苦勞する事はない。
小林(雅)委員	1、2を？  はい。1、2を人生ファイルの周知の目的と、あとはMCSの活用を周知、広めるといふ所迄にし、やっている風景を撮る。MCSと人生ファイル2つ示せる。
鳥塚委員	全部纏めるのは難しい。小林委員が言った様に、まず人生ファイルを知っていただく事が今の1番の目的だと思う。  寸劇をやるとなると、予算無いとなればみんなで作るといふことか。
阿久津委員	このメンバーでやる。
川島会長	包括、医療センター、医師会が手伝う。
小林(雅)委員	それが終わったら、次の時点で、皆でやる形で自分の職種ではない職種を経験し他の職種の立場を知る。
阿久津委員	寸劇を見てもらってからロールプレイが良い。
馬渡委員	見てから体験する。演習になる。寸劇にしたら何分位か？
小林(雅)委員	メインはファイルとMCS。人生ファイルの説明の時はパワーポイントを使っても良い。手元に各自資料を置き、実際のものはパワポで。
阿久津委員	寸劇をやるとして、皆夜集まれるか？

小林(雅)委員	場所の事もある。
澤田委員	曜日による。
馬渡委員	お子さんがいらっしゃる方もいる。
小林(雅)委員	1と2はナレーションが多い。一回に集まる時間は長くはならないと思われる。
阿久津委員	配役になった時は個人でセリフなど練習する。
小林(雅)委員	見ながらやるのもいいのでは？
阿久津委員	いや、見ながらは…。
馬渡委員	文字で読むのと、言葉で喋ってオーラルでやるとチグハグになる。
阿久津委員	演技指導はやってくれると思う。
澤田委員	1、2が寸劇？
阿久津委員	将来的にはトータルで寸劇になる。今は1、2だけ。
島田委員	当日パワポで人生ファイルをスライドに入れる時は、例を記入したりとかするのか？
阿久津委員	その方がいい。
島田委員	このままの状態ではなく、実際これとリンクさせたもの？



阿久津委員	はい。字が流れたりしていくのも良い。
島田委員	その方が使いやすい。
馬渡委員	「Aさん」の名前を付けて。
阿久津委員	時間的にはどうか？
大木委員	大丈夫です。
阿久津委員	決をとりますか？
島田委員	寸劇やって、役割チェンジのロールプレイ？
阿久津委員	そうですね。それを見せて、来られた方4～5人一組になり、役を決めてやる。それでいいですか？
全委員	はい。
阿久津委員	では寸劇の方向で。時間は？
馬渡委員	いつまでになるのか？
阿久津委員	5月か6月で仕上げるので7月までになるか。集まれる時間は？構成も考えないといけない。
澤田委員	木、金の18時以降。
馬渡委員	金曜日は無理。
島田委員	調整する。

阿久津委員	<p>では木曜日の18時以降。最大でも2時間。</p> <p>脚本は出来ているので、そこから配役を決める。物品が必要なら医師会の事務局が作る。</p>
川島会長 阿久津会長	<p>大道具は？</p> <p>要ります。</p> <p>皆イメージし、役柄と構成を作ってもらえれば良い。都合の良い木曜に集まる。開催月は7月か？市も7月が良いか？</p>
柴崎推進幹	<p>医師会で人生ファイルを周知するのが6月9日なので、それに合わせて7月くらいになるか。専門職の皆さんが知らないという状態では配布はできない。こちらの研修の日程に合わせてその後配布する形になる。</p>
阿久津委員	<p>7月の初めの方か？</p>
島田委員	<p>そうでないと遅くなる。</p>
阿久津委員	<p>7月の最初迄に仕上げる。2か月で8回、4月入れて9回。間に合わなかったら追い込む。</p>
澤田委員	<p>研修会に参加できる人が配役をもらう。</p>
阿久津委員	<p>そうですね。</p>
澤田委員	<p>日が確定しないと。</p>
馬渡委員	<p>欠員がでると困る。ホームビデオに撮るとか？</p>
阿久津委員	<p>頑張っているのを見せるのもひとつの手段。</p>

	<p>上手いかななくても期日に間に合わせて紹介が出来れば良い。</p>
澤田委員	<p>馬渡委員が言った、上手いって回をビデオで上映するのはどうか？</p>
馬渡委員	<p>ドキドキしてその場で上手いかない時もある。</p>
澤田委員	<p>ホームビデオの方が上手いくかもしれない。</p>
馬渡委員	<p>カットで繋いで編集しては？</p>
阿久津委員	<p>それは難しい。</p>
鳥塚委員	<p>上手いかなかったら、それはそれで良いのでは？</p>
阿久津委員	<p>伝われば良い。</p>
澤田委員	<p>ホームビデオで映すのか、その場でやるのかは、やってからでも良いか？練習しないと分からない。</p>
阿久津委員	<p>そうですね。 7月どうか？上旬？中旬？</p>
柴崎推進幹	<p>研修の日程だけは決めていただきたい。会場や通知が必要。今日でなくても近いうちにご連絡いただきたい。</p>
鳥塚委員	<p>木曜日第2だと7月11日。</p>
阿久津委員	<p>7月11日開催で宜しいか？</p>

全委員	はい。
阿久津委員	7月11日その前の週迄に仕上げる。
柴崎推進幹	以前の会議で商工センターという話がでたが。
阿久津委員	商工センターは駐車場に問題がある。
川島会長	グループワークをやるのなら舞台があった方が良いでしょう。
阿久津委員	やはり商工センターか。
柴崎推進幹	とりあえず商工センターを押さえる。確認する。
阿久津委員	7月11日で商工センターがとれなかった場合は？
柴崎推進幹	日程が優先。その時はまた調整する。
阿久津委員	分かりました。
柴崎推進幹	寸劇の人生ファイルのパワーポイントだが、シナリオが出来ているのでその時々に合わせて作るのか、文字が流れる様に作るのか？
阿久津委員	2画面でやれると良い。ビデオで寸劇を撮り映しておいて、一方でパワーポイントを映す。
柴崎推進幹	寸劇自体もその場で映すのか？
阿久津委員	まだ分からない。

澤田委員	ホームビデオに撮るかどうかも分からない。
阿久津委員	その場で実演するのかビデオに撮って映写するのか。 2画面は出来ないか？
柴崎推進幹 馬渡委員	分からない。 寸劇の場合、この人が見ているものがパワポに映し出されて、 情報1、2とこんな事書くんだみたいな感じでスライドで流す。
柴崎推進幹	スライドで、記載された状態のシートを寸劇に合わせてタイ ミングで流すというイメージで宜しいか。
澤田委員	それか、映像でホームビデオに撮ってあるなら、「こんなふう になっているんだ」となった時にそれを映せば良い。ホームビデオ の合間合間に。2画面でなくてもできる。
阿久津委員	一時停止にして映す。2画面というのは難しいか？
柴崎推進幹	わからない。確認する。
島田委員	パワーポイントの中に動画を組み込む事は出来るか？
阿久津委員	出来る。 募集や宣伝が手一杯になる。
柴崎推進幹	募集と宣伝というと？
阿久津委員	研修の募集及び情報宣伝をお願いしたい。
柴崎推進幹	周知は以前の研修も市でやっていたので問題ない。

阿久津委員	<p>ではこちらは中身作りを一生懸命にやる。 他何かありますか？</p>
柴崎推進幹	<p>確認だが、事務局は周知と通知をする。ビデオ撮影するのか、 どんな形にするのか、その辺はふらっと会員にお願いする。シナ リオは出来ているので当日の進行もお願いする。</p>
阿久津委員	<p>多少の備品は予算的には？</p>
柴崎推進幹	<p>額にもよる。</p>
阿久津委員	<p>やりながら必要な物がでてくると思う。高額でなければ大丈夫か？</p>
柴崎推進幹	<p>基本的に予算措置していない。ご相談頂きたい。この時点で大 丈夫とは言えない。</p>
阿久津委員	<p>撮影や、こういう話し合いをしている時、市の担当者は参加す るか？</p>
柴崎推進幹	<p>私は基本的に参加する。</p>
阿久津委員	<p>日程を決める。25日は如何か。25日迄にイメージ作りをす る。やりたい役、この人にこの役をとというのがあれば決めてお く。情景など詳細の話し合いをする。場所は行田中央総合病院の 会議室18時半集合。</p>
柴崎推進幹	<p>業務の関係で出られない時もある。進捗に応じて参加する。</p>
阿久津委員	<p>柴崎推進幹も役に入るかもしれない。</p>
柴崎推進幹	<p>役所はあくまでも事務局ですので。</p>

川島会長	<p>色々な議論有難うございました。</p> <p>費用に関しては、市が難しい時は私共、協議会で備品やビデオ編集など出来る限りさせて頂く。遠慮なく思いきりおやり下さい。</p> <p>周知に関しては皆さんが周知するというより、思いを込め作った患者情報共有の方がやるでしょうし、専門職に伝えるよう協議会も一生懸命やる。皆でバックアップする。推進幹含めて宜しくお願いいたします。</p>
阿久津委員	<p>議題2。笠原委員が退任され、溝上委員を副議長に指名したいが宜しいか？</p>
全委員	<p>はい。</p>
阿久津委員	<p>溝上委員ご挨拶をお願いします。</p>
溝上委員	<p>パワーポイントや動画編集は出来るので自分の出来る事でお力になればと思います。宜しくお願いいたします。</p> <p>&lt;拍手&gt;</p>
阿久津委員	<p>その他ありますか？</p>
馬渡委員	<p>お知らせがある。在宅医療カレッジ主催の試写会、「ピア街を繋ぐもの」の映画を観た。これを一度観ていただければ、多職種連携について理解出来る。4月26日全国順次公開。試写会を申し込めば監督にも来ていただける。ご参考まで。</p>
阿久津委員	<p>では本日は終わりにします。ありがとうございました。</p> <p>○開会【19:15】</p>





平成31年4月 ふらっと会議議題

開催日：平成31年4月11日 18:30

会場：産文管理棟2A

1. 研修会について

7月開催予定 「わたしの人生ファイル」の紹介研修会（案）

- ・シナリオ Ver9添付ファイル参照）に対して追記事項や発表形式等のご提案と決定
- ・今後の予定（開催日、段取り等）
- ・その他

2. その他

- ・笠原副議長退任にあたり副議長選出について

## 癌末期と診断された A 氏の療養ファイル

### <ケースの基本設定>

主人公：A氏 75歳。不整脈、脳出血後遺症による軽度の右片麻痺。身障3級の障害がある。

(後に、胃癌が見つかり、腹膜播種、癌性腹膜炎終末期となる)

妻B：70歳。高血圧症があるが内服薬でコントロール中。

(後に、右前腕骨折を起こす)

長男C：48歳。会社員。その妻と小学生と中学生の子供3人。他県在住

長女D：50歳。会社員。単身赴任の夫と大学生・高校生の子供2人。同県内に在住

### 係わるサービス事業所

ケアマネジャー、病院主治医、地域の往診医、地域連携相談員、看護師、福祉用具会社  
訪問入浴サービス、ヘルパー、薬剤師、デイケア (PT)、訪問リハビリ (ST)、  
訪問看護師、ショートステイ担当者

### シナリオ1

#### <介護保険導入時>

導入時のシナリオの要点とねらい

1. 介護保険のサービスの使い方、「わたしの人生ファイル(療養ファイルのこと)」の利用方法がわかる内容にする

#### <導入時のシナリオ>

Aさん65歳、冬のある日、右手の筋力低下と呂律障害が出現し救急搬送され脳梗塞の診断を受けました。右半身と言語障害の症状がありました。MSW(メディカルソーシャルワーカー)から家族に障害が残る可能性もあるので介護保険の申請を行うことを勧められ、市役所高齢福祉課にて申請を済ませました。

入院リハビリを行い症状は軽減してきましたが、右片麻痺は残り装具と杖を使用して退院に向けての計画へとなりました。病院内にて介護保険の認定調査が行われ2週間後、要介護2の認定を受けました。

家族は、高齢者福祉課からもらったパンフレットの中からケアマネジャー(以下：ケアマネ)が在籍する居宅サービス事業所を選択し、ケアマネの選定依頼を居宅サービス事業所に電話にて行いました。

担当ケアマネが決定し、A氏宅に連絡が入る。ケアマネから介護サービス調整のためのカンファレンスが病院にて開催される日程について連絡を受け、夫婦で参加することになる。

#### <退院調整カンファレンス>

参加者

A氏と妻B

院内看護師：山田

訪問リハST：鈴木

ケアマネ：行田

デイケアPT：佐藤

福祉用具会社員：木村

MSW：田中

歯科医(歯科衛生士) ←関りが薄いような

#### <方向性の決定>

- ・家屋の調整と福祉用具の選定（介護ベッドと手すりを自宅に設置）
- ・サービス提供（週2回のデイケア（通所リハビリ）、週1回の訪問リハビリ（ST）※で嚥下機能訓練）  
※訪問リハビリ（ST）3か月の指導終了後、訪看へ移行予定
- ・不整脈と脳梗塞後遺症の経過観察（月に1回かかりつけの〇〇医院へ通院）
- ・退院後（義歯調整や歯周病の予防のために歯科診療へ通院）
- ・通院時（送迎車の利用）

#### <カンファレンス終了後>

ケアマネから「わたしの人生ファイル」が手渡されました。

妻 B：これは何ですか？「わたしの人生ファイル」と書いてあるけど…。どんな時に使うのですか？  
ケアマネ：これはね…。今年の4月から、行田市の介護保険申請者や認定を受けた方に配られるようになったものですよ。在宅療養で医療や介護が安心して受けられるようにと作られたファイルです。

#### <使い方の説明>

各サービス事業所の担当者は、「わたしの人生ファイル」にその時点の状態について記載してください。基本情報の部分は、A氏と妻Bさんで記入してくださいね。  
わからないところや記入できないところがあれば、遠慮なくケアマネの行田さんへ連絡してください。

#### <A氏の在宅療養生活開始>

退院した夜のことです。A氏と妻Bさんは「わたしの人生ファイル」のページをめくりながら、記入を始めました。緊急連絡先、内服薬、かかりつけの病院や歯医者さんなどなど、『基本』のページの記入を終えました。

リビングウィル（これからの私）のページをみながら

妻B：『認知症や病気で意思表示できなくなった時のために、あなたが希望する医療についていまの気持ちを書き記してみましよう』ですって。ここは本人が書く欄になっているわ。

A氏：「そうか、そうなったときに書いておくと安心だな…」

妻B：「気持ちがかわったら書き直せるって…『今はわからない』でもいいのね。」

一通り書き終わって…

妻B：「せっかく、退院して家に戻って来れたのですもの。これから、お父さんとの時間を大切にしたいわ。孫の成人式の晴れ着姿や結婚式にもお父さんと一緒にでられるように、デイケアや訪問看護を利用して頑張りましょう！今よりもっと動けたら温泉にも行きましようよ。」

A氏：「そうだな。もう少しリハビリ頑張るか。」

## シナリオ2

### <急激な介護環境の変化/サービスの変更>

#### シナリオの要点とねらい

1. 「わたしの人生ファイル」を活用した介護保険のサービス内容の見直しと各サービスの調整ができる。(活用方法がイメージできる)
2. MCSの利用方法が理解できる。

#### <1年後>

A氏はデイケアで理学療法による運動と作業療法として将棋をさす日々を楽しみを持ち過ごしていました。そんなある日のこと…。妻が自宅で転倒し右前腕骨折、ギプス固定を1ヶ月行うことになりました。

腰椎に異常はありませんでしたが腰痛が強く動けず、1週間ほど入院経過観察が必要となりました。

2、3日であれば、A氏の介護を県内に住む長女Dが泊まり込みすることができますが、それ以上となると難しいため、ケアマネに相談することになりました。

ケアマネはA氏の希望を確認したところ、なるべく長女Dに世話をかけないで施設介護サービスを一時利用してでも在宅療養を続けたいとの希望がありました。

長女Dは心配でしたが、ケアマネと相談してA氏を介護施設サービス（ショート利用）に委ねることにしました。ケアマネは、A氏のショートステイ調整と妻Bの退院後の介護負担軽減のため、ヘルパーの導入を検討することにしました。

#### <緊急のサービス担当者会議が開催>

##### 参加者

A氏、長女D、ケアマネ

新規サービス担当者：ショートステイ担当者、ヘルパー

既存サービス担当者：デイケア担当者、訪看担当者

福祉用具会社員は欠席（照会書面での参加）

かかりつけ医師（MCSもしくはTVで情報提供）

##### <決定事項>

- ・担当者会議でサービス変更の目的や目標の確認が行われました。
- ・新規介入サービスも「わたしの人生ファイル」に生活の様子を記載していくことになりました。
- ・妻Bの腰痛が軽快して退院できるまでの1週間はショートステイを利用することになりました。
- ・妻Bの帰宅後もA氏の身体介護負担があると考え、ヘルパー利用を計画に追加しました。
- ・週末は、長女Dと長男Cが交代で介護支援することになりました。
- ・サービス提供事業所間で情報共有が素早く有効に共有できるようMCS（うきしろネット）を活用する。

##### <MCS（うきしろネット）手順説明>

- ・「うきしろネット」の登録方法は、行田市医師会のホームページの中にある「うきしろネット」を検索し、運用ポリシーに基づいてご利用下さい。
- ・登録が済まされていない事業所の方は「うきしろネット」にて情報共有したい旨を、行田市在宅医療支援センター（行田中央総合病院内の）に連絡の上、「利用登録依頼書」「利用に係る連携守秘契約書」提出をお願いします。
- ・管理者は医師となり、患者登録やグループ作成、メンバー招待などを行います。
- ・ユーザーは招待メールを開き、参加ができる様になります。

「わたしの人生ファイル」の記載内容の確認事項を参考にしながら、カンファレンスでそれぞれの専門職の視点での課題の評価と目標確認が行われ、施設利用やヘルパー利用時に予想される事象とその予防及び注意点などが確認されました。

<2ヶ月後>

妻Bの骨折は治癒しましたが、妻Bの介護負担を軽減するため、定期的なショートステイとヘルパー利用は継続することにしました。

### シナリオ3

<急性増悪>

急性増悪時のシナリオのねらい

1. 医療(病院との連携の方法と「わたしの人生ファイル」の活用の方法が理解できる。
2. 介護保険区分変更時の「わたしの人生ファイル」の活用方法が理解できる。
3. 「わたしの人生ファイル」を活用して利用者の意思決定・リビングウィルの方法について知ることができる。

<急性増悪>

数ヶ月前より食欲不振がありました。ある日突然激しい嘔吐と心窩部の痛みがあり、救急搬送。保険証、お薬手帳とお薬、「わたしの人生ファイル」を持って妻Bは病院へ付き添いました。

<救急外来入院の場面>

場所：救急外来

救急担当医：ふだんは、〇〇医院の〇〇先生がかかりつけ医(主治医)ですね。脳梗塞の後遺症で血液サラサラ服用されていますね。でも、今は出血もあるので少し薬を休んだ方が良さそうですね。症状が落ち着くまで少し入院して詳しく検査をしましょう。

看護師が、入院説明やお宅での様子を聞きに行きますので、奥様はここでお待ちください。

看護師：A氏の奥さまですね。ご主人のご自宅での様子を教えてください。

かかりつけ医の先生の連絡先わかりますか？

飲んでるお薬は、お持ちになったものだけですか？

ご自宅では、食事や排せつの状況はいかがでしょう？

それから、お食事は…。

いつから脳梗塞になったのですか？…。

緊急の連絡先を2か所教えてください。

妻：はい…。えーと？娘の電話番号はと？お薬は…。あーわからないわ…。

あ！そうだわ！「わたしの人生ファイル」に全部書いてあったわ！

看護師さん、これを見てください。主人の体のことや介護のことが書いてあるからわかると思いますが…。

看護師：このファイルがそうですね。(ファイルを広げ見ながら確認する)

緊急の連絡先やかかりつけの歯科医に薬局、介護サービス、Aさんの普段の生活パターンまで、細かく書いてあるわ…。食事は、呑み込む力が弱いのでおかゆや刻みの食事で、水分はトロミを使用されているのですね。

杖歩行で夜間は2回くらいトイレに通われているのですね。

あら、カラオケや囲碁が趣味なのですね。

Aさんが、大事にしたいことは「」ですね。

この「わたしの人生ファイル」すごいですね。私たちが、入院のお手伝いをするのに欲しい情報がみんな書いてあるわあ。この手帳があると入院時の情報収集が簡単だし、直ぐにケアに活かすことができるわ！

妻：私もとても助かってます。いつも入院すると看護師さんに質問攻めにあって、大変なのですが、この「わたしの人生ファイル」があると確認や聞かれたことをすぐに確認してもらえるので「わたしの人生ファイル」があつてよかったわと思うのです。

#### <数日後>

A氏は精密検査の結果、残念ながら、胃の幽門部に癌があることが判りました。

通過障害を起こしていること、腹膜播種転移による癌性腹膜炎あり、手術や化学療法の効果も期待できないことがわかり、余命3ヶ月の告知を受けました。医師との相談の結果、積極的な治療は希望せず、緩和ケアの方針を希望しました。

#### <その後>

筋力低下が進行し移動に介助が必要となり車椅子が常時使用となったため、介護区分変更の申請を行うことになりました。

#### <介護区分変更申請を行う>

介護申請時にも、「わたしの人生ファイル」が役に立ちました。

市役所高齢者福祉課職員：「わたしの人生ファイル」を見ると、身体状況の変化や医師の診療状況そして、これまでのサービス利用の経過がよくわかりますね。

#### <退院にむけての医師説明場面>

医師：Aさん。余命といってもあくまでも、病状からみた予測であつてそれ以上の時間が持てるかもしれないし、それよりも少なくなるかもしれません。これからの時間をどう過ごすかはAさん次第です。今やりたいことやどのような療養をご希望されますか？

A氏：脳梗塞の病気を病んでリハビリ頑張ってきたのですが…。そうですか…。

私はうちへ帰りたくです。今までと同じように通えるうちは、デイケアのリハビリや将棋やカラオケをやりたいです。デイケアでは将棋友達もできたし、最期は家でうちの布団の上で逝ければ本望です。でも、家内に苦勞かけますかね…？

妻 B：お父さんの気持ちはわかるけど…。私も年だし、子供たちはそれぞれ家庭があるし、忙しくて手伝いなんて頼めないし、私一人じゃ無理よ…。

看護師：Aさんは、介護保険ご利用されてましたよね。「わたしの人生ファイル」に今まで利用していたサービス機関のことが書いてありましたよね。これまでのように介護サービスを利用したら、奥様の負担も少なくなって自宅で介護できるかもしれませんよ。ケアマネさんへ相談してみれば如

何でしょうか？MSWに調整してもらいケアマネさんに相談してみましょう。

MSWを通じて、ケアマネへA氏が自宅に帰りたがっているが、奥様ひとりの介護力では在宅介護が困難なこと。奥様が自宅に帰ることに不安があることが情報提供された。

ケアマネが、奥さんの様子を伺い確認すると、夫の思いをかなえてあげたい気持ちはあるが、これからの介護に不安で躊躇していることがわかった。妻Bと子C、Dとの面談を行い、介護の不安はあるものの介護調整することで在宅療養を継続していく方向で家族の意見はまとまった。ケアマネは、MSWと調整を行い、在宅看取りも視野に入れて、往診医の調整についても検討して、退院調整カンファレンスを開くことになりました。

#### <退院調整カンファレンスの場面>

MSWの調整で在宅療養の方針が決まり、退院調整カンファレンスが行われました。

MSW：それでは、これから退院調整カンファレンスを始めます。

まず、各参加者の自己紹介をお願いします。

各事業所担当者：よろしくお願いします。

A氏と妻B、ケアマネ、医師、病棟看護師、訪問看護師、理学療法士、福祉用具担当者、薬剤師

ケアマネ：退院したら、どのように過ごしたいですか？

A氏：体調にムラはありますが体調が良くて痛みや吐き気がない時は、できればデイケアでのリハビリは続けて、なるべく筋力が落ちないようにしたい。トイレには自分で行きたいしね。

家内に迷惑かけたくないし。デイケアで、将棋仲間と将棋も指したいしね。

妻B：お父さんは、そう言いますが、痛みや吐き気が時々強くなるのが心配です。食事にもムラがあるし、そんな時どうして良いかわからないし…。私も手の骨折してから手の力が弱いので、どこまで介護ができるか心配です。今は、お父さんひとりでトイレ行けるからいいけど、動けなくなったら私一人で介護できるかしら（大丈夫かしら）…。

ケアマネ：大丈夫ですよ。定期的に医師も訪問診療してくださるし、訪問看護師さんも訪問してくれて、体調のことはみてくれますよ。奥さまの介護負担が大きくなるようでしたら、ヘルパーさんも手伝えることができますよ。

医師：奥様、痛みや吐き気などつらい症状が出た時は、鎮痛剤や吐き気止めなどをいくつか使い分けながら、療養していきましょう。

退院後は、在宅往診医の〇〇先生に往診を頼っておきました。先生に往診してもらい、お家で症状が軽減できない時は先生と相談して入院することもできますから、安心してください。

病状には気をつけなければなりません、生活を制限する必要はありません。転倒などには注意が必要ですが。デイケアもショートステイもAさんが通える時は続けてもかまいません。

ケアマネ：デイケアが負担になるようになったら、サービスを調整しましょう。

Aさんの家に帰りた。トイレに自分でできるだけ行ける体力は維持したい。デイケアは今まで通り通い続けたいとの希望がありました。

妻B：今後の病状管理と介護についての不安が強いため、訪問看護師の訪問を希望しました。

<各々のサービス担当者の意見>

- ・サービスの追加と変更調整が行われ、福祉用具会社によってトイレに設置型の手すりを設置する。
- ・デイケア週2回は、体調を考慮し週1回に減らす。
- ・医療保険による訪問看護を導入(週2回)病状観察と入浴介助及び清潔ケアを支援。
- ・ヘルパーと訪問入浴サービスは、体調をみながら導入を調整することで確認が行われました。
- ・服薬支援のために居宅療養管理を開始。今後変化するであろう服薬アドヒアランスを確認しながら、状態に応じて剤形の変更、粉碎などの手技を行う。家族へも薬剤の適正使用や管理説明を行う。

<数日後、在宅看取りを視野に入れて退院し在宅療養再開>

痛みや吐き気は時折みられましたが、痛み止め薬や食事の形態を変更したりして、症状や食生活等をコントロールしながら生活ができていました。

<2ヶ月後>

食事量が減少し、水分摂取量も少なくなってきました。

体力低下も進行し、終日ベッドで過ごすことが多くなり、デイケアへの参加もできなくなりました。

家族に対してこれまでの状況を振り返り、今後の介護についての意向の確認が行われました。

妻Bも家族C・Dも、妻Bの介護負担を心配しましたが、これまで在宅看取りに消極的だった妻Bから「最期まで在宅介護を行いたい」という決意が聞かれるようになってきていましたので、臨死期に向けた介護調整が行われました。

<臨死期に向けた介護調整カンファレンス>

参加者

A氏、妻、長女、ケアマネ、かかりつけ医、訪問看護師、薬剤師  
訪問入浴サービス、ヘルパー、訪問リハ(PT)、福祉用具会社員

<在宅での看取りについての確認>

- ・今後の治療(輸液や延命処置)について
- ・緊急時の対応と注意事項について
- ・ケアの分担と介護用具の変更と調整について  
(車椅子をリクライニングタイプに変更、エアーマットの導入について)
- ・デイケア利用から訪問リハビリへ変更
- ・緊急時の受け入れ病院に確認
- ・MCSによる情報共有の確認について
- ・薬局看取りまでに必要な輸液と備品の備蓄

以上が確認され、在宅看取りの方向が決まる。



## シナリオ4

### <看取りの時期>

看取りのシナリオのねらい

1. 看取りの段階に応じたサービス事業所の役割と関わり方がイメージできる。
2. 「わたしの人生ファイル」を活用した意思決定支援（リビングウィル）の方法がわかる。
3. 医療との連携とMCSが活用できる。

### <臨死期1ヶ月前>

サービス調整の担当者会議が開かれ、ヘルパーと訪問入浴サービスが導入されました。

また、るい瘦と臥床中の自力体動が困難となったため、エアーマットも導入されました。

デイケアの利用を中止したため、訪問リハビリへ移行し、リラクゼーションや関節可動域維持練習などを行い、A氏の希望を支持し、介入しました。また、定期訪問診療時、カンファレンスを行い看取りについても再度確認が行われました。

点滴について、本人は消極的でしたが、家族の希望もあり症状緩和の目的で実施されました。

点滴は、身体的負担や精神的負担などのデメリットが大きくなるようであれば、中止することも可能なことを伝え、中止も継続も選択肢にあることをA氏やご家族へ伝えて在宅点滴を開始することが決まりました。訪問看護師は、医療保険での介入となること。隔日で定期訪問看護と緊急時に訪問看護を行うこと。また、状態に合わせて訪問回数を調整していくことが決まりました。

訪問看護師よりかかりつけ医や各種サービス担当者に状態変化時や介護調整や注意事項があれば、MCSで発信すること。また、ケアマネへ介護調整必要なことについて連絡することなどが確認されました。

万が一、在宅療養で対応できないような状態が発生した時に備え、緊急受け入れ先の病院についても、医師より情報提供と依頼が行われました。

輸液は1週間に3回点滴を実施。輸液によるデメリットが出現すれば中止することで家族や患者と確認する。

### <臨死期1週間前>

輸液を行っていましたが、浮腫や腹満が強く、倦怠感も強くなり、点滴による拘束感も強くなってきました。痛みは、何とか麻薬とパッチでコントロールできていましたが、夜間の不眠や混乱の言動も聞かれ、昼夜逆転傾向をみられるようになりました。

訪問看護師は、本人の意思確認が難しくなってきたため、代わりに医療の選択をして欲しい『家族』に相談し輸液についての継続について確認を行い、かかりつけ医へ家族の意向を伝えました。

医師より、今後の注意点や緊急時の対応について指示と助言がありました。

家族は、事前に輸液についてのメリット、デメリットの情報を得ていたことで、輸液がA氏の身体的負担になっていることや残された時間が少なくなっていることを察していました。

ケアマネと各サービス担当者へ訪問看護師から、MCSを通じて情報提供が行われました。

訪問入浴サービス担当者やヘルパーへも注意事項と報告のポイントについてMCSで連絡しあうことや緊急時の連絡方法なども確認されました。

緊急受け入れ病院へも万が一に備え、情報提供が行われました。

家族へもお別れが近い状態にあることを説明し、緊急時連絡がつくように家族間での情報交換を行っておくことがアドバイスされました。

### <臨死期 2～3 日前>

訪問看護師から、オムツ交換時のおしっこがでていないこと。傾眠が強いことが報告されました。  
サービス担当者 MCS で確認。

### <臨死期 1 日前>

オムツ交換に入ったヘルパーから、呼吸のパターンがいつもと違うとの報告が入りました。

訪問看護師が緊急訪問すると下顎呼吸で、血圧も 80mmHg と低下していました。

訪問看護師からかかりつけ医へ電話で連絡し、かかりつけ医が往診し、臨終に近いことが家族へ伝えられました。

看護師より、臨終前後のケアについての説明がありました。

死前喘鳴について、呼吸が止まった後の状態の観察についてなど説明を行い、最期を家族で見守ることを説明し、臨終に立ち会う家族への連絡を入れることを提案。

臨終後の死亡確認やご遺体の安置や葬儀の方法などについての情報提供を行う。

### <臨終期>

妻から、呼吸が止まったとの報告が訪問看護師へ連絡が入り、看護師が緊急訪問実施し、呼吸や心停止、瞳孔の散大を確認して、かかりつけ医へ報告。かかりつけ医が緊急訪問して在宅での死亡が確認されました。

かかりつけ医より、家族へ労いの声かけられました。

訪問看護師より、死亡後の手続きなどについて説明が行われました。

死亡診断書の発行が往診医より発行されること。

ご遺体の安置、管理法について

葬儀社への連絡について

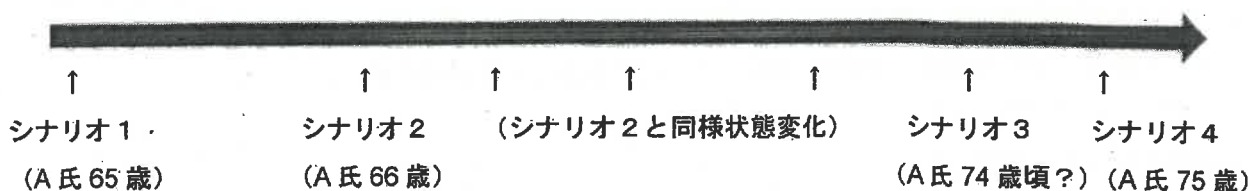
ご遺族の健康状態と管理について

### <死亡 1 ヶ月後>

グリーフケアのため訪問

妻は、「わたしの人生ファイル」の記録を読み直し、介護の思い出を振り返り語られた。

「わたしの人生ファイル」が療養中だけでなく、残された家族のグリーフワークにも役立つものであった。



頑張る貴方へごほうび企画♪

入場 手話 体験  
無料 あり つき

# 健康フォーラム2019

## 6月9日 日

開場 午後 0時30分

4時00分

会場：行田市教育文化センター「みらい」文化ホール

第2部≫ スペシャルトーク  
午後2時15分～ (先着 500名)

### 三浦 雄一郎 氏

### 「我が人生の挑戦」



第1部≫  
午後1時30分～

貴方の人生のエベレスト(目標・望み)はなんですか?

「わたしの人生ファイル」について 松原医院 院長 松原克彦

「人生会議」(大事なコト、望むコトを大切な人と) 行田中央総合病院 院長 川島 治

午後0時30分  
～1時30分まで

## 本日限定! スペシャルコーナー

無料! 行列のできる  
**医療相談所**

大評判の先生が、あなたの悩みにズバリお答えします。

試して どこでもカンタン! エクササイズ♪  
ガッテン! “ロコトレ”のご紹介

- \* 認知症検診
- \* 骨密度測定
- \* AED体験



これで安心★ 知ってトクする  
**パネル展示**

- \* 主治医がみつける **循環器科**
- \* わたしの人生ファイル 実際に手に取ってみましょう。

《主催》行田市医師会 《後援》 行田市・歯科医師会・薬剤師会・ケアマネ連絡会・訪問看護事業所団体・訪問介護事業所団体  
リハビリ連絡会・通所介護連絡会・短期入所事業所団体・うきしろ高齢者サービス事業者交流会  
〔お問い合わせ〕 行田市医師会 〒361-0066 行田市上池守44 電話048-556-8040 (平日9～17時) <http://www.gyoda.saitama.med.or.jp/>

