

橋本・伊都サポセン

ふりかえり集



橋本・伊都サポセンでは
「住み慣れた我が家で療養したい」
を実現するため
多職種が連携し様々な事業を行っています。

- ・在宅医療介護の現場では、個人の判断が求められることが多くあります。その時に生かされるのは机上における知識に加えて「経験値」がウエイトを占めるといわれています。それぞれの体験を情報提供・共有することで現場において重要と言われる「経験値」を広げることができるのです。今、感染症対策のためデスカッションの場がなかなか持てない状況にあります。皆様の成功・失敗体験を共有するツールとして活用してください。また、貴重な体験を残していくためにも「ふりかえり集」を看護・介護関係者みんなで作成していきましょう。



橋本-伊都在宅医療-介護連携支援センター
☎ 080-2520-6078
Fax 0736-33-1924
Mail itosaposen@ito-med.or.jp

2025年10月

ふりかえり集作成にあたり



対象：橋本保健所管内で訪問看護師・ケアマネジャー・病院地域連携室関係者・地域包括支援センターが体験したケースをサポセンに情報提供、または相談として提供された事象。

成功およびそうでないケースなんでもOKです。きちんと整理してみましょう。実践の振り返りにもなります。この様式に沿って記載・提出いただいても結構です。

倫理的配慮：事象を捉えて、対象者が特定できないように修正し、サポセンスタッフがまとめ、センター長・保健所・地域包括職員が監査的な役割（於：打ち合わせ会）を行います。特に「ポイント・コメント」は個人の意見でなく多職種で検討いたします。

事例提供：電話またはメールでご一報ください。

配布方法：サポセンHPで見えていただくことができます。インターネット環境取得が難しく、希望される団体にはファイルを準備いたします。追加ケースは、地域包括支援センター開催の研修会で準備し配布いたします。

参考：神奈川県相模原市から発行している「支え手帳」にある事例集を、模原市地域包括支援センターに許可を得て参考にさせていただきました。

もくじ

1. 残薬
2. 認知症高齢者の車の運転
3. 意思決定支援のタイミング
4. 主治医連携連絡票の運用
5. 医療行為（検査等）の判断
6. 災害時や医師の都合で処方が受けられない
7. 歯科訪問治療の情報提供
8. 医師とCMの関係作り
9. 多職種とCMの関係作り
10. 良い評価を伝えること

略語等	
サポセン	（橋本・伊都）在宅医療・介護連携支援センター
包括	地域包括支援センター
ケアマネ CM	ケアマネジャー
HP	ホームページ
ロボ	服薬支援ロボ（ケアボット株式会社）
連絡票	主治医連携連絡票

正式名称を使って記載するのがスペース上困難なため、当方で記載しやすい表現に代えさせていただいております。初出の際のフルスペル記述もしておりません。ご理解ください。

2021年3月

もくじ

- 11. 要介護の新型コロナ濃厚接触者の対応
- 12. 意識消失患者の救急搬送
- 13. 認知症疾患センターとの連携
 - 2. 認知症疾患医療センターの機能
- 14. 薬を「自己管理する」と譲らない
- 15. 知っとかなくちゃ 自立支援医療制度
- 16. 認知症高齢者が・・・警察から連絡
- 17. 虐待を疑った時こそ連携を
- 18. 利用者に寄り添えるCM
- 19. ケアマネの夜間救急受診介助

略語等	
コロナ感染症	新型コロナウイルス感染症
スタンダード・プリコーション	標準予防策：感染症の有無に関わらずすべての患者のケアに際して普遍的に適用する 予防策
PPE personal protective equipment	個人用防護具 主なPPE：ガウン、手袋、マスク、キャップ、エプロン、 シューカバー、フェイスシールド、ゴーグル
HT	高血圧
DM	糖尿病
認知症ケアパス	認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、 認知症の様態に応じたサービス提供の流れを各市町村で作成したものです

もくじ

- 20. ケアマネの時間外労働
- 21. PMDA？＜次のページ＞
あっぱれな電話対応
- 22. 退院後食事を食べていない
- 23. これで患者が安心して在宅で過ごせる？
- 24. 薬が頼り・・・ポリファーマシー
- 25. 長期療養でも継続して連携
- 26. 在宅訪問時のリスク回避

略語等	
MSW	メディカル・ソーシャル・ワーカー 社会福祉士資格、または精神保健福祉士資格という国家資格取得者の総称として「ソーシャルワーカー」という呼称があり、その中でも医療機関で働いている人たちのことを、医療ソーシャルワーカー、メディカルソーシャルワーカー（MSW）と呼んでいます。
退院支援 退院調整	退院支援 とは、患者様・ご家族が 退院 後の療養生活を自分で選ぶことができるように、その思いを引き出しながら必要な情報を提供していくことと、 退院 後も医療を継続できるように 調整 することです。 退院調整 は、療養を継続していくために必要な環境を整える作業を言います。
ドクヘリ	ドクターヘリ出動要請基準 救急現場において以下の項目のいずれかが認められるとき ㊦ 生命の危険が切迫しているか、その可能性が疑われるとき ㊧ 救急現場で緊急診断処置に医師を必要とするとき ㊨ 重症患者であって搬送に長時間を要することが予想される時 ㊩ 特殊救急疾患の患者（重症熱傷、多発外傷、指肢切断等）で搬送時間の短縮を特に図るとき 基本的には県を超えての利用はしないため、協定する等前もって手続きが必要となる。

1. 残薬

ケアマネジャー

薬が飲めておらず、血圧が上がり、このままでは近隣の病院では治療できなくなると言われました。近くの病院で治療が受けられないと通院までやめてしまうのでは。

保険調剤薬局薬剤師

いつの薬をどれくらい服薬できていないのか、生活パターンや認知度などの情報を共有し服薬支援します。また、言葉かけで薬を飲む方なので、服薬支援ロボの活用が可能ですね。1週間に一回訪問し服薬状況や健康チェック・主治医との情報交換など実施します。

原因と結果：CMが一人で悩まず、地域包括に情報提供したことで薬剤師が介入開始。自宅訪問、CMの情報提供、主治医と相談し、一包化処方依頼、複数科の処方もまとめることができました。更にロボの導入により定期的に内服できるようになりました。結果、200/mmHg以上に上昇していた血圧が安定しつつあり、近隣病院に継続して受診可能となりました。

コメント：薬剤師の介入で残薬の整理もできました。CMと調剤薬局薬剤師との情報交換はとても大切です。CMからの情報提供がなければ、薬剤師も介入の必要性を判断しかねます。サポセンでは、お薬相談シートの活用で簡単に連携が取れるシステムを準備しています。活用していきましょう。サポセンHP =調剤薬局= のページで用紙がダウンロードできます。

2. 認知症高齢者の車の運転

当事者

車に乗り（エンジンはかかっていない）携帯電話中、緩やかな下りをゆっくりとバックし、後方に停車していた車にぶつかり停まった。声をかけたがそのまま発進、走って追いかけているのに気付いたのか、離れた場所で停車。

「自分は当てていない。
知らない。」

発見者

事故を目撃しすぐに写真撮影。認知症当事者の集まりにいられていたことがわかり、主催した包括に後の対応を依頼。

原因と結果：開催者は当事者が車で来られていたことも、更に代車であることも把握していた。結局、当事者は知らないの一点張りで、被害者が泣き寝入り。事故扱いしなかった。駐車場内の事故については自己責任で開催者は関与しないということであるが、本人のためにも事実を曲げずきちんと対応する必要があると思った。さらに、今後來場時の注意や支援の方法を明確にするべきではないでしょうか。

コメント：今回、「人を傷つけたりすることはなかった」と安堵するのではなく、病気によって「できない事」を明確にし、家族や地域も巻き込み、一緒に考えるきっかけになるといいですね。

3. 意思決定支援のタイミング

施設CM

住宅型ホームに入居中。消化器系がん末期、夜間眠らず自室のものを投げたり壊したりと興奮状態が2週間以上続いている。受診も拒否。住宅型ホームでは看取りはしていないし、このまま症状が続けばここでは限界。

急遽、訪問診療をお願いし、その後2週間程度で興奮症状が安定し対話ができるようになった。

入所時の説明で「看取りはしない」旨説明している。病状が悪化すれば早い日に入院等の対応をお願いしている。今回のように基礎疾患の悪化でなく、興奮・せん妄・認知症周辺症状等と思われるような場合は、緊急入院の対象外となる。

相談員

日ごろから看取りについてどのような支援がされているのか確認したが、病状理解度、意思確認などの情報はなかった。施設としての限界であるならと、看取りを含め24時間専門職の対応がある看護多機能を紹介し、家族とともに面接を受けた。

結果：状態が安定したこともあり、慣れたホームでの生活を本人が選択し施設も受け入れた。

コメント：「最期をどこで迎えたいか」末期の方にストレートに聞き取りはできません。自ら気持ちを話せる環境を整えましょう。生活場所が変わったり病状の変化があった時もタイミングだと思います。今後は、家族や医療関係者と十分連携を取り、意思決定支援をチームで実施していくことが必要ですね。

4. 主治医連携連絡票の運用

CM

連絡票を病院受診時に患者家族に手渡した。家族は診察室で主治医に渡したが、取り扱いが不明で、患者家族を介して包括に戻ってきた。

病院非常勤医師
・
外来看護師

家族からこんな文書を受け取ったことがないなあ。連携室に行ってみてください。

原因と結果：連絡票の受け取りは連携室であったが、記載内容が「主治医意見書記載可能ですか？」といった内容であったため、連携室から文書受付に行くよう指示、月に数回しか来院しない医師で文書記載は受け付けていなかったため、連絡票は家族を介してCMに戻ってきた。結局家族は病院内であちこち案内され、時間も費やした上に、また包括にとご苦労いただいた（´Д`）／

ポイント：基本連絡票は、CMが医療機関に届けるものです。患者家族が受診時に持参していただけるなら、提出窓口をきちんと伝えておく必要があります。また、病院の窓口も連携室を介して記載者との連携を図っていただくなどの配慮をお願いしたいところです。

その他：連絡票は、ケアプラン変更時の情報収集のためだけでなく、主治医の意見を反映させてこう変わりました・などの情報提供にも使用してください。サポセンHPに簡単な取り扱い説明を記載していますのでご確認ください。

5. 医療行為（検査等）の判断

在宅療養中、ポータブルトイレを自分で使用し
後片付けは、家族またはサービスで利用。
38.0℃の発熱があったが、自覚症状の訴えはない。
高次機能障害があり、訴えがうまくできない。
緊急入院となったが、はっきりとした原因
は不明のまま解熱し退院した。膀胱炎の可能性
が強いと言われた。

CM

誰も膀胱炎症状に気付いてあげられなかった
ことを反省し、訪問診療毎に検尿をお願いし
てみようと思っている。

CMが採尿し事前に
クリニックに届けよう

相談員

採尿（その他検査含）についてはCMが判断する
のではなく、訪問看護に相談・依頼すること
がベストではないか。

ポイント： 身体の不調を上手に表現できなくなっ
ていることも理解されており、何とかしてあげたい
という気持ちを感じました。しかし、まずは利用
者の身近にいるCM・ヘルパー・家族に、いつ
もと違うを正確に迅速に伝達できる関係性を作る
こととキャッチするアンテナが大切です。身近で
受け取った人は、主治医や訪問看護師にスムーズ
に情報提供し、判断をしてもらえるといいですね。

6. 災害時や医師の都合で処方を受けられないとき

CM

診療所に通院中、翌日受診予定で薬が今晚の分しかない。医師の都合で急に休診となり、どうしたらいいかわからない。お薬手帳は整理されている。木曜日の午後の連絡で休診の診療所が多く返答に困っている。

相談員

伊都医師会事務局に連絡し、伊都医師会長が休診の期間対応できるよう対処した。

原因と結果：本人が足が悪く、近くの診療所しか受診できない状況で、2番目に近い診療所に行けるよう連絡し、無事受診できた。

ポイント：医師の都合だけでなく、災害時に備えて、お薬手帳をきちんと整理（副作用歴やアレルギー歴を含め）しておくことで対応がスムーズにできます。また特に災害時は物流も停止しますので、いつも飲んでいる薬は3～7日間程度手元に置いておくことが理想といわれています。かかりつけ薬局と相談しながら安心して薬を服用できるように連携しましょう。

CM等関係者の研修の場で情報提供していただくように伊都薬剤師会に依頼しました。

災害時の準備

- 常用している薬(3日～7日分)
- お薬手帳
- かかりつけの病院や薬局の電話番号を書いたメモ
- 保険証のコピー

7. 歯科訪問治療の情報提供

家族

要介護5 歯がほとんどない状態。経口摂取はできている。最近歯の痛みを訴えるが通院は困難。認知症もあり、待合室で待つのも難しい。家族がCMに聞いたら歯科に電話するよう、歯科はサポセンに電話するよう言われた。

CM

家族に直接電話してもらったほうが早く伝わる。申込用紙もらってないし、書類は面倒

原因と結果：管内すべてのCMに歯科訪問治療システムの活用方法を周知できていないことと、CMが全員HPから様式をダウンロードできる環境下でないという状況。CMにシステムの説明をし、事業所管理者にお願いして申込用紙を入手、情報提供後患者さんは無事に訪問歯科治療が受けられました。

ポイント：医療と介護の連携の事業として、かかりつけ歯科医を持たない、またはかかりつけが訪問診療をしていない方に訪問歯科相談・治療を提供できるようにと、伊都歯科医師会が取り組んでいる事業です。CMの情報は歯科医師への「紹介状」の価値があるものです。患者さんが安全に治療を受けられるよう情報共有しましょう。
CMからまずはサポセンに一報ください。丁寧に説明いたします。

8. 医師とCMの関係作り

CM

連休前、認知症が徐々に悪化し興奮状態となり、通院も困難。基礎疾患の悪化ではなかったため緊急入院も対応してもらえるところがなく、紹介状なしでA診療所に往診を依頼した。

紹介状なしで診察を受け、頓服処方をしてもらい、更にB病院への紹介状も記載された。しかし、A診療所に結果の報告をせずに、新たに、認知症患者の入院対応可能なC病院の受診をした。

原因と結果：興奮状態の患者が、連休を居宅で過ごすことは本人はもちろん、家族も介護関係者にも大変な負担である。その大変さを理解して急な往診に対応していただけたAに結果の報告、了解なしで、家族とCMとの判断で別の行動に移ったが、入院には至らず認知症が原因ではないと診断され居宅に戻った。

ポイント：たとえば家族がその判断をしたとしても、関係者はその場しのぎの対応をしないことが大切です。医療と介護の良い関係性の維持は、結果、患者への負担軽減につながります。初めての経験であれば特に、こういったケースをきちんと振り返りこれからの糧になるようにノートに整理していきましょう。

9. 多職種とCMの関係作り

CM

病状に注意して、常に誰かがそばで観察を怠らない条件の＜要観察＞の患者、在宅療養中に新規で訪問歯科診療を依頼。
手順通り、経過を申込用紙に記載し、情報提供を行った。

相談員

＜訪問歯科治療以外の情報＞緊急時の対応についての情報共有がされたか不安で確認を行ったところ、重要な情報（心臓マッサージ禁止）が提供されていなかった。

原因と結果：日ごろから多職種とも情報共有を大切にされるCMであり、たまたま相談員にかかってきた電話で会話中に気が付いたためすぐに歯科医師に報告し、大事に至らなかった。

ポイント：医療ニーズの高い方が在宅療養されることが多くなってきています。そのため、多職種がチームで一人の患者さんに関わることも増えています。多職種での情報共有はその人の人生や生命にも影響します。丁寧に情報の整理と共有を行っていきましょう。

10. 良い評価を伝えること



相談員

ある日の打ち合わせの時、医師が「A施設に入所してから、認知症の患者さんの表情が見違えるように明るくなった。」と話が出た。良い評価を名指していただけたことがうれしかった。

A施設は口腔ケアにも関心が深く、歯科訪問診療もよく利用される。情報伝達も非常に高いスキルがあるなあ。

早速、A施設の管理者に医師が言っていた通りに評価を伝えた。管理者は「励みになります。スタッフにも伝えます。今後はまたそのような評価を頂けるよう、みんなで頑張るわ!」と(*^-^*)

ポイント： 間接的に伝える褒め言葉は、直接伝える以上に相手を喜ばせる効果があります。これは、ウィンザー効果といいます。第三者の褒め言葉は伝えるためにあるそうです。



11.

介護が必要なCOVID-19濃厚接触者の対応

CMからの相談

コロナ感染症濃厚接触者 一人暮らし 他県に長女在住。
デイサービスを利用していたが、濃厚接触者となり、2週間の予定で利用できず自宅待機。長女が1回目検査受診介助のため来県したが、仕事や家庭もあるため長く滞在できない。

訪問看護

同事業所のケアマネから相談あり、食事・清潔ケアなどの訪問を担当することになった。また、2回目のコロナ検査のための受診介助も自社の車で送迎介助。検査だけでも自宅だと保健所に相談したが受けてもらえず、スタンダードプリコーションがとれるPPEを貸与された。限られた人が出入りするほうが良いと判断し、自宅には子供がいるが担当に名乗り出た。

原因と結果：結果、この方はウイルスが検出されず、自宅待機期間を終えてデイサービス利用が再開された。訪問看護師は、家庭もあり、見えないウイルスへの恐怖感があった。しかし、事業所でも家庭でもケアする人がない方であったので感染予防知識のある看護師が対応した。

ポイント：訪問看護やケアマネは同日に複数の利用者の対応をしています。スタンダードプリコーションやケアの順番などの配慮も徹底して行っています。まだまだ行政も手探りの対応もあり、こういったケースをどんどん相談して連携し解決策を一緒に考えていきましょう。

この事例提供を受けて、今後の対応案検討のため、関係者から困った事例、何とかした事例など提供し今後に役立てていただけるようになりました。

12.

意識消失患者の救急搬送

CM

高齢男性・認知症ある 妻と二人暮らしで、一緒に座ってTVを見ていたら、急に下を向いて呼びかけに返事をしなくなったため、妻が救急車を要請。救急車に収容され搬送先を探しているうちに覚醒したが、病院に運ばれた。その時は異常が発見されず、帰宅した。当日、担当CMに病院から「救急対応の患者ではない、妻に伝えておくように。」と電話があった。

次、救急車呼べない😞

エエエエ！！
どうしたらいいの???



原因と結果：患者は帰宅後、同様の症状は起こっていない。CMは、高齢者のてんかんの講義も受講し、複雑部分発作について知識もあり、妻の判断は間違いではないと感じていたが、電話の相手に意見できなかった。

ポイント：いつも一緒にいる妻が「いつもと違う」と思ったら救急要請は間違っていないと思います。もし、状態の変化に余裕があれば、かかりつけ医にまずは電話で相談するのも良いかと思います。

今後、もし、こういった状況に出会ったときは、電話の相手の所属・名前も確認し、サポセンに報告をお願いします。

13.

認知症疾患センターとの連携

施設CM

住居型介護老人ホーム（以下：ホーム）で生活されている方が不穏？物を投げる・昼夜とも眠らず興奮？共同サービス拒否などの現象が2週間程で増強し、自施設での生活が困難と判断。転出を念頭に圏域内認知症疾患センターでの入院目的の受診相談を行った。近医は紹介状作成。

病院相談員

直近（10日先）での受診予約はできたが、あくまでも外来扱い。その方の環境を整えるなどして対応してください。「認知症」の方の入院はできませんし、今までにもそのような経験はありません。どうしても入院希望でしたら、県外のB病院に相談してみてくださいはどうか。

私（CM）が「入院」とばかり
言ったからや😞

原因と結果：県外のB病院に相談し至急検査を受けたが、認知症の診断はなく、投薬・看護師の介入等で少しずつ安定し、ホームでの生活を継続できている。

ポイント

認知症疾患医療センターの機能：**次ページ**
入院の必要性の判断をするのは、診察した医師です。いずれにしてもまずは診察を受け、正しい診断をしてもらいましょう。

13 - 2枚目

認知症疾患センターとの連携

認知症疾患医療センターの機能

認知症疾患医療センターは、その規模などにより以下の3つに分類されます。

基幹型

主に総合病院。検査機器・入院設備などが整っており、行動・心理症状（BPSD）や合併症に対応できる施設です。

地域型

単科精神科病院など。基幹型と同等の人員を確保しており、CT以外の検査機器や入院体制は、他の医療機関との連携体制で対応します。

連携型（診療型）

独自の検査や入院設備がない代わりに、急性期への対応ができる他の医療機関との連携体制を確保します。



残念ながら、和歌山県には基幹型・地域型といった施設はありません。

当地域においても、地域包括・サポセンも力を合わせて、認知症の予防事業おやび、早期発見早期治療のためのイベントや研修会など積極的に行っています。どんどん参加・活用してください。

14. 薬を「自己管理する」と譲らない

施設CM

高齢男性 妻と二人暮らし。HT・DM・認知症があり、複数の医療機関に通院。かかりつけ薬局もなく、院内処方と2か所の薬局で薬をもらっていました。お薬手帳も複数冊ありましたが、活用されていませんでした。妻もケアマネも残薬が増えていることには気づいていましたが、どちらにも管理を任せてもらえず、困っていました。

原因と結果：外出から帰ってきた妻に倒れているところを発見され緊急入院となりました。血糖・血圧コントロールで2週間入院。退院前、病院から妻に薬の管理をするように指導がありましたが、また、今まで同様、薬は自己管理を続けています。



ポイント：①在宅で薬の管理ができていないと感じたら、かかりつけ薬局を持つようにして、薬剤師に相談をしましょう。サポセンでは、「お薬相談シート」を準備していますので活用してください。薬の管理を、妻やケアマネに任せられなくても、専門職の介入で成功したケースはたくさんあります。②入退院は、薬の管理を任せようと考え、きっかけとなります。服薬の曖昧さを連携室に文書できちんと伝え、退院後に生かせる連携が必要です。また、専門職の介入は全て有料です。必要なサービスの内容と量をきちんと判断・評価して利用しましょう。

15.

知っとかなくちゃ 自立支援医療制度

CM

要介護1 統合失調症の独居高齢女性
坐骨神経痛のために短期間入院。退院後も不安、不眠、神経痛等様々な症状があり、CM、親類、別世帯の息子に頻繁に同じ訴えで電話がある。耐えかねた息子が、かかりつけ医（A）に全くよくならないと激しく訴えたため、A医は「自施設での限界です」と投薬も中止に至った。自立支援医療制度を利用している。

A医院はB医療機関への紹介状を記載。しかし、親戚の方も度重なる電話での対応に困っていたこともあり、「医療機関C・Dがいいと聞いた。」との情報を本人に提供。本人は相談相手が良いといった医療機関に受診しようと考え「今から親戚の人に送ってもらう。」とCMに連絡があった。

原因と結果：CMは、親戚の方のご苦勞を労い、また、Bへの紹介状が既に準備されていることなど説明し、Bに受診するまで留まることで納得いただいた。その時は自立支援医療制度に対して知識がなかったが、この制度を利用して受診する場合は、先に届け出が必要であることが分かった。本人も十分理解していなかったが余計な負担をかけずに済んだ。

ポイント：自立支援（精神通院医療）は、精神疾患の治療に掛かる医療費を軽減する公的な制度です。経済的な不安を軽くすることで、体調の安定や治療への専念などにつなげることができます。この制度は適切に利用（1疾患について1医療機関、先に届け出指定する等）されない場合、適応されないことがあります。役場は本人に説明しているとのことでしたが、周囲の関係者もこういった学習も必要ですね。

16. 認知症高齢者が・・・警察から連絡

警察

夜0:30 妙寺警察から高齢女性が駅前を血まみれで歩いているところを発見。認知症があり、連絡先が不明で持ち物を確認したところ、バッグの中に貴施設（デイサービス事業所）の請求書があったので連絡しました。

事業所管理者

夜間で恐怖心もあり、家族と一緒に確認に行ったところ、週5回デイサービスの利用者であった。近隣県（車で3時間）に住む家族に連絡したが、交代勤務もされておりつながらなかった。

事件性もなく、転倒したと判断し、警察は引き上げた。現場から救急車を呼び病院に付き添い、処置の間病院で待機。自宅に送り、途中軽食を購入、4時過ぎに自分も自宅に帰ることができた。

2日後20時また警察から同事業所管理者に連絡があり、道路を歩いていたので警察で保護していると連絡があり、再び引き受けに行った。

原因と結果：近隣県に住む家族は、翌朝には連絡があり駆けつけてくれたが、仕事もありその日のうちに帰られた。

夜間の対応も
うちなの？ 😞

これを繰り返してい
ていいの？ 😞

ポイント：「認知症ケアパス」を用い、早めに危機回避ができるよう家族・CMが協力して対策を検討しましょう。まずは家族が市町包括に相談に行くことも大切ですね。
また、橋本市・かつらぎ町においては市町に夜間緊急対応窓口を設置しています。

17. 虐待を疑った時こそ連携を

CM

80歳代女性 要介護1 認知症ある

半年以上前に虐待事例と近所の人が通報。今回、CMが訪問した時、「息子にげんこつで顔を殴られた」「バスタオルでたたかれて、殺したろか、と言われた。怖い。」と報告あり、すぐに行政に報告した。入浴サービス時に身体を確認したが、皮膚の変色や傷などはなかった。しかし、以前にも通報歴があり、緊急に措置入所などの手続きを取ってもらえるものと思ったが、「行政が入ると家族関係が更に悪化する」と相談のみで終了。更にCMは訪問回数を増やすなどしながら、措置入所の準備を整えるとともに日にちを変えて再度相談した。

原因と結果：今回は2回目の相談で、ショート利用し措置入所空き待ちの手続きを取ってもらうことができた。

ポイント：高齢者に関わらず虐待は、「もしか」と思ったら迷わず通報です。高齢者虐待防止法により市町村（包括）へ通報の努力義務も課せられています。特に虐待を受けたと思われる本人が言わないときや、言えないときは関係者や周辺の方の情報提供だけが頼りです。今回、1度目の通報で地域包括のアクションが見えなかったため、再通報しました。市町村は通報を真摯に受け止め、情報提供者に可能な限りの方向性を示す必要があったと思われます。通報即入所という流れは全ての方に適応されるわけではありませんが、通報者と市町村の連携で、高齢者の命と養護者の人生をも守ることができると思います。

18. 利用者に寄り添う

CM

95歳 一人暮らし 重症心不全 要支援2 食事は妹夫婦（80歳後半）や友人の協力がある。自宅トイレに行くだけでも喘鳴が出現。かかりつけ医は在宅療養では心臓への負担が大と総合病院に紹介。2回は妹夫婦の協力で受診したが、待ち時間の苦痛や入院拒否もあり、病院に行く目的が分からないと通院も拒否するようになった。認知症はなく、薬はきちんと服用している。この先、医療と介護をどのように提供していけばよいかと相談があった。

支援者も高齢のため、介護タクシーの利用ができればと介護保険は区分変更申請をしている。

1週間以内に予定している病院受診に同行し、利用者の受診行動の負担軽減につながる要因を検索する。薬もきちんと指示された分を服用しており、病識もあるため治療への協力はできると判断。かかりつけ医は少しでも楽に元の生活ができるように入院を勧めてくれている。しかし、「病院に入院したら施設を勧められる。この家にもう戻ってこれない。私はこの家で死にたい。でも、死んだら何日もたたずに見つけて欲しい。」

相談員

すごい！

あとは、かかりつけ医、本人、キーパーソン、CMもしくは訪問看護師が話し合うだけで解決するやん。本人が自ら最期について語れる関係性も築いてるし。

ポイント：この利用者さんが孤立しないよう、友人や妹夫婦の関係性も保ちながらサポートしていくことは大変難しいと思います。また、利用者さん自ら最期をどう迎えたいかといった話をするまで信頼関係を築けている等、利用者さんとの関係性を良い距離間を保ちながら、マネジメントできていると思います。事例を人に伝えたり、文章にまとめると案外問題点も見えやすく、方向性も見えてくるものです。一人で抱え込まず、いただいたことに感謝いたします。今後は、かかりつけ医や訪問看護師の力も借りて、一緒に利用者さんの変化する気持ちに対応していきましょう。

19. ケアマネの夜間救急受診介助

施設CM

80歳代夫婦の二人暮らしで一人息子長男は県外（車で3時間以上かかる）在住。夜間、急な発熱があり、頼る人がなくケアマネに連絡が入った。長男に連絡を入れても、交代勤務をしていることもあり、連絡がつかず、ケアマネが受診の支援を行った。

まずは、受付の代行、診察・検査結果待ち、その間のトイレ介助、以前はレントゲン室への車いす移送もあった。
結局、入院が必要となり、病院側から病棟への移送も依頼された。翌朝早くに息子さんから連絡が入り状況報告した。

原因と結果：医療機関は夜間救急受診の場合は特に、一緒に来院された方を「関係者」とし、入院もしくは帰宅の判断がつくまで同席を期待いたします。この地域は夜間の帰宅手段がありません。たとえケアマネが好意で付き添ったにしても家族等関係者が来院するまでは・・・ということになってしまっているのでしょう。

ポイント：医療機関関係者とは、結果が出たら連絡をもらなどのやり取りも必要です。お互い相手の立場を理解し対応することが必要です。

離れて住む家族とは特に連絡を密に取りサービス提供がされていることと思います。今後は、更に緊急時の連絡について検討をしていく必要がありますね。

20.

ケアマネの時間外労働

打合せ会議メンバー

先日から、ケアマネ等在宅で活躍されている方たちの時間外の呼び出しが多いことが気になります。一人暮らしの方の夜中の警察からの呼び出し、病院への付き添い、自宅への送迎、高齢者2人暮らしの発熱時の受診支援などケアマネの時間外呼び出しが増えています。

こういった時間外の呼び出しや対応はほとんどがボランティアですが、長時間・頻回になると翌日の勤務に支障が生じたり、気持ちの負担・不安にもなってきます。

原因と結果：特定事業所加算の24時間連絡の登録を行っている事業所もありますが、インターネット検索をしてみると、和歌山県内は2事業所しかヒットしませんでした。更にそういった事実は、全国的に生じているようで、投書欄や相談コーナーに掲載されていました。

ポイント：利用者の方で、夜間緊急対応が予測される場合は、地域包括等に相談してみましよう。また、普段からキーパーソン・介護保険の契約者もしくは行政と連携し、対応の確認をしておくことも必要です。

このようなことで困った事例があった場合は、サポセンにご報告をお願いします。

21. PMDA？＜次のページ＞ あっぱれな電話対応

担当者

県外で済む長男が、妹と凝らしている高齢の母親のポリファーマシーを心配して、薬に関する地域での窓口はどこかと入電。

何
怒ってる？

ちょっと
攻撃的💧

長男

1病院（複数科）2診療所に受診しており、複数の薬局で処方を受け取っている。詳細は個々の薬局ではなく、窓口の方の専門職の方に報告相談したい。

CM

サポセンを介し、薬剤師会長に相談。会長から対応しますと回答いただき、日時調整。息子さんが、きちんと情報を整理して相談内容をまとめますとのことで連絡待ちしていたところ、会長まで巻き込んでしまって・・・PMDAに相談しますと担当者不在の間に連絡があった。

原因と結果： PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）は相談窓口ではないので、納得がいかなければ、再度連絡があると思う。

ポイント： どこに受診しているか、どこでお薬をもらっているか？「そういったことは専門の方に直接報告します」とはじめちょっと攻撃的と感じたが、電話を受けた担当者が「そういったお薬に関する相談沢山あります。薬剤師会も連携しきちんと対応します。」と真摯に対応したことで相手に変化があった。専門職と連携してるんですね。こんな内容で電話して大丈夫なんですね。

PMDAとは

Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

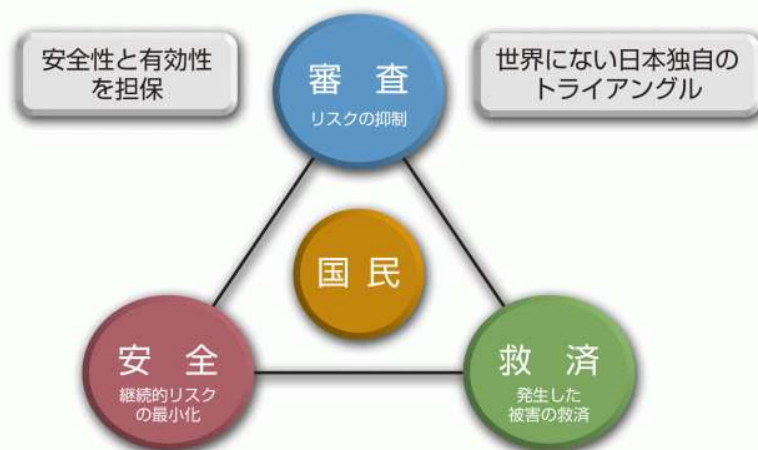
- 独立行政法人医薬品医療機器総合機構
(PMDA ; Pharmaceuticals and Medical Devices Agency) は、平成13年に閣議決定された特殊法人等整理合理化計画を受けて、国立医薬品食品衛生研究所医薬品医療機器審査センター、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構及び財団法人医療機器センターの一部の業務を統合し、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて平成16年4月1日に設立され、業務を開始しました。

PMDAは、医薬品の副作用や生物由来製品を介した感染等による健康被害に対して、迅速な救済を図り（健康被害救済）、医薬品や医療機器などの品質、有効性および安全性について、治験前から承認までを一貫した体制で指導・審査し（承認審査）、市販後における安全性に関する情報の収集、分析、提供を行う（安全対策）ことを通じて、国民保健の向上に貢献することを目的としています。

PMDAの果たす3つの役割

セーフティ・トライアングル
～3つの業務による総合的なリスクマネジメント～

PMDAは、医薬品などの健康被害救済、承認審査、安全対策の3つの役割を一体として行う世界で唯一の公的機関として、レギュラトリーサイエンスに基づき、より安全でより品質のよい製品をより早く医療現場に届け、医療水準の向上に貢献しています。



22. 退院後食事を食べていない

娘さん

89歳男性 妻と二人暮らし 術前の歯科受診で、入院直前に不具合のあった義歯を調整してもらった。結局、入院中も義歯を装着すると痛みがあり使用せず。入院前からそうであったが、ほとんど食事を摂取しない。義歯を治してもらったら食べるんじゃないかなあ。訪問診療を受けたい。

今回の入院で介護保険申請。術前（大腸がん内視鏡手術）も気力がなく、勿論食べようとしなかった。結局、点滴のため予定よりも早く入院した。術後はリハも嫌がり、本人の希望で自宅退院。退院後9日ほぼ寝たきりの状態。

MSW

退院支援できてるのかしら？

「知らないうちにほぼ事故退院された。まだ、退院支援はほぼ未着手。救急車で戻ってくるような支援はしたくなかった。」

かかりつけ歯科医師

誰か様子を見に行ってえ～

歯科訪問診療の際、全身状態の観察を依頼。病院から処方されているメイアクトを1日1本何飲用している。義歯の調整は必要、舌カンジダもあり、味覚異常もある。誤嚥性肺炎の徴候もなく、バイタルサインは正常。来週の病院受診時に、本人の希望も聞き、今後の方向性を相談してください。

原因と結果：十分な退院支援・調整が受けられないまま、本人の希望で緊急退院。家族は退院後のイメージもできず、支援も受けられず、どこに助けを求めてよいかわからず混乱してしまったことでしょう。家族に了解を得て、サポセンから地域包括に連絡をしました。

ポイント：在宅での生活が難しいと思われるケースは、病院で丁寧に退院支援されますが、このように十分調整されずに退院するケースも少なくないと思います。CMがいれば病院からの連絡もあり、シームレスなケアが継続されますが、ケアのコアがない場合、きちんと包括への連絡ができるような関係であってほしいですね。

23.

これで患者が安心して在宅で過ごせる？

No.22のケース

A：かかりつけ医（患者の家の近く）

B：消化器専門医

C：患者を手術した病院医師

入院時の紹介状の流れ

A → B → C

退院時の紹介状・逆紹介

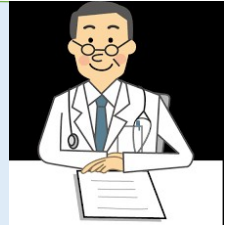
C → B

患者家族が退院後まず相談に行ったのは

A

入院中に介護保険申請しようと言われて、主治医意見書を依頼されたのは

C



ポイント：何も間違いはありませんが、これで本当に患者・家族様が安心して医療・介護を受けられるのでしょうか？

自分の立場で一度考えてみてはいただけませんか！！

24. 薬が頼りで・・ ポリファーマシー CM



高齢夫婦2人暮らし。男性支援1 妻は認知症がある。歩行の不安定さと呂律が回らないため総合病院受診。脳外・整形外科とも異常なく、薬の飲みすぎが原因かもと診断。日ごろは不眠のため、近医内科と心療内科通院、布団に薬を隠している。妻は夫を心配し自分の薬をあげることもあるという。

院内処方と門前薬局（遠い）で薬を受け、薬手帳も持っていない。いつどこでどんな薬をもらっているのか、CMも息子さんも確認できていない。

最近まで、妻が運転し通院・処方を受けていたが、認知症が進行し運転免許証を返納したため、交通手段はCM経由で依頼がくる。もしくは息子さんの支援を受ける。

相談員

薬剤師会に相談しましょう

そうだ！
そうだ！

薬剤師

ポリファーマシー事例ですね。①お薬手帳の管理が難しいなら、かかりつけ薬局を持つ。薬剤師が医師にお薬照会、院外処方に統一し分包・管理など行うことができます。②認知症の妻の分も一緒に管理する必要があるかも。

ポイント：薬に関しては、「自分のことは自分が一番わかっている。家族やCMに言われたくない。」という方が多いようです。専門職になら少し任せてみようと言ってくれる方もあります。今後、近医に自分で処方を受けに行く場合もあるので、かかりつけ医にはきちんと息子さんとCMで相談・報告しておく必要がありますね。

25. 長期療養でも継続して連携



救急救命士

医療ニーズの高い重症患者が在宅療養を開始するとき、救命士も含め退院前カンファレンスが行われた。しかし年月が経過するにつれ、家族やCM、サポセンからの報告がなくなり、現状が全く分からなくなった。

初回退院前のカンファレンスでは、ドクヘリの越県問題や救急時、災害時等の対応等患者の自宅に多職種が集まり多くの意見交換や情報共有が行われた。退院後数回入退院を繰り返していたが、1年近く前に救急要請があって以降、どこからの連絡も途絶えた。年度末の引継ぎもできない。

相談員

早速、CMと連絡を取り状況確認するとともに、直接救命士への連絡を依頼した。

原因と結果：在宅療養が2年、3年・・・となり、入退院を繰り返しているうちに、患者周辺の人たちも少しずつ対応に慣れ、危機感が希薄化してきた。今後は定期的（イベント時、2Mに一度）にCM報告を依頼するとともに、連絡がないときは、救命士からもサポセンに報告依頼をするよう連携の充実に努める。

ポイント：医療・介護福祉・救急・・・の連携は患者家族が安心して療養できるために必要です。必要な情報はきちんと情報共有しましょう。

26. 在宅訪問時のリスク回避

テレ朝記事より

『埼玉県ふじみ野市で医師が散弾銃で撃たれて殺害された事件は、在宅医療現場が抱えるリスクを浮き彫りにしました。専門家は医療従事者を守る対策を考えるべきだと訴えています。筑波大学臨床心理学研究・原田隆之教授：「情報共有しながら、どういう手立て、安全を十分に施すことができるのかと。警備員や警察の援助をもらうとか方法を社会全体で考えていかなければいけない」』

歯科医師

サポセンも歯科訪問治療の窓口を担ってくれているので（一度考えてみてください）



打合せ会

歯科訪問治療はCMから申し込まれることがほとんど。CMが家族に関しても知っている情報を共有できないか？個人情報保護法の観点から、個人情報取り扱いについては厳しく制限がある。治療に必要がない家族情報をもし知っていたとしても伝えることができない。

いったいどうしたらいいねん！

原因と結果：個人情報の取り扱いについては、知りえた情報を正確に取り扱う、情報共有の必要性を判断し、了解をとって提供する。伝える相手も守秘義務のある関係者です。「この地域では起こりえない・」何事にもこういう考えが寝ざしている地域であるが、真剣に仲間を守る方法を自分たちで考えないと。

ポイント：在宅訪問を安全に行うには、利用者だけの情報だけでなく、家族や環境の情報もキャッチし、必要な情報を適切な人と共有すること。また、医療・介護提供者はお互いを否定するような発言をしないことも大切です。

27.

もう明日から行けるデイがない！

高齢患者の長男

80歳過ぎ女性 脳出血後の在宅療養中。
半身麻痺があり、リハを継続できるデイケアを利用して
いたが、暴言・暴力があり、明日から利用停止宣言受け
た。3か所目。CMに自分でデイの行き先を探すように
言われた。長男は「明日から仕事いけなくなる。」「自
分の親だとわからないように遠くに行ってほしい。」「
どこに相談したらいいのかわからない。」

自宅での様子等：移乗など痛みの伴う接触時につねった
りたたいたりする。大きな声で暴言は常。若いころは男
性に交じって運送業をしていた。

CMに詳細確認してみますね。
そんなに不安にさせてごめんね。

CM

電話のやり取りをしているうちに、CMの知り合いから
デイ利用できるところを紹介され、すぐ利用できるよう
に調整しました。

原因と結果：CMも苦労してデイ3か所目をやっ
と探しあて通所されていたところ、利用者が移
乗時介護者をたたき、介護者だけでなく他の利
用者にも暴言を発する等の理由で事業所から利
用を断られ、「明日から利用中止です。自宅で
看るかデイを探してください」と家族を不安に
させてしまった。

ポイント：家族はCMよりも知識も情報もありま
せん。CMには苦労して調整をしていただい
ているところですが、困ったときはCMから地域包
括に相談してみましょう。

28.

レスパイトは医療入院だけじゃない

一般

70歳代女性 夫は3歳年上 16年前に脳出血
右半身麻痺で車いす生活 要介護4 障害者1級
(肢体不自由・体幹) 子供3人は別世帯 車で30
分のところに1家族在住 言語障害はあるがゆっ
くり聞けばほぼ聞き取れる。

夫は基礎疾患（DM、HT等）はあるが、生活は
自立で、妻の介護を16年間続けている。今年に
なって大腸ポリープ（数年前は入院して受け
た）が、妻の心配もありクリニックで外来で治
療を受けた。

ポリペク当日、妻がトイレ移乗時に転倒、夫が
抱きかかえたときに大量の出血。結紮が外れた。
再治療後妻の介護をCMにSOSしたが、日常の
サービスで枠を使ってしまうのでこれ以
上は無理ですと断られた。

CM

原因と結果：介護保険の利用枠を超える支援が必要
となったため、CMはこれ以上の利用は無理で
すと即答してしまった。

ポイント：どの利用者にも起こりうる事象です
ね。利用者が医療ニーズの高い方であればレス
パイト入院ですが、介護にもレスパイトという
システムがあるようです。特に本人の希望する
居宅レスパイトケアについてもう少し調べてみ
る必要があります。困ったときは地域包括に相
談してみましょう。

29.

患者より家族が満足する医療介護の提供って？

関係者

90歳 難病患者 医療と介護で訪問リハ週5回、訪問看護週2回利用している。週5回デイ利用。帰宅後に訪問リハを受けることがある。入院中は毎日リハを受け、ADLが改善。リハを続けた方が良いというアドバイスを受けた。

そんな必要性があるのかなあ。
患者さん疲れてないかなあ。

本人

息子の言うようにします。デイサービス利用後で疲れたら運動よりも話を聞いてもらっています。

不安軽減に訪問リハを利用しているの

CM

息子さんの母親への想いは強い。痩せがあるため目標体重を設定する。安全に過ごせる体制を確保する。少しでも今の歩ける状況を維持してほしい。等
しかし、家族は、介護サービスだけでは納得いかず、また金銭的な負担も大きくなるため、定額の医療でできることを補っている。

原因と結果：年を重ね、病状の進行も伴い少しずつ自立した生活が出来なくなっていく母親への強い思いが、過剰と思われるまでの医療と介護サービスへの期待となっている。本人のゴールではなく家族が期待する高いゴールに到達するには少し無理がある。
後日、主治医と本人・家族が話し合いリハを2回減らすことになった。

保健所は、適切に難病医療提供がされているかといった監査的機能は無い。適切に医療介護サービスが提供されているといつもは思っている。

ポイント：主治医や保健所の力を借りて、出来れば本人・家族も一緒にケア検討会を開催することをお勧めいたします。
また、体力維持増強には食事摂取量との関係が大きく影響します。重複した運動より栄養状態の評価が必要かもわかりませんね。

30. CM担当変更に至った失言



相談員ききとり

80歳過ぎの夫は障害のある妻（要介護3）を20余年介護をしている。加齢とともにできない介護も少しずつ出てきた。

夫は趣味として、鉢植えの手入れや畑での野菜作りをしている。CMが夫の趣味を減らしそれに使う時間をもう少し介護に使うよう話をした。翌日、担当CMを変更して欲しいとの訴えがあった。

60歳定年を迎えるまで会社員として働き、退職後まもなく妻が脳血管疾患で杖歩行となり、以降自宅で介護をしている。最近サービス量が増え枠がいっぱいになり、夫の介護量を増やしてもらおうと「趣味に使う時間を減らしてほしい」という発言に至った。温厚な夫の怒りに妻がCM担当変更の依頼をした。

原因と結果：CMは長年介護をしてきた夫を、当然の介護力としてみている。車いす生活の妻に生活を合わせて可能な範囲で趣味を楽しんできたが、CMは「単なる趣味でしょう」と心無い発言をしてしまった。

ポイント：長年介護された方へ共感の気持ちと言葉を忘れずに、夫も自らの生活を楽しめるように支援できるといいですね。

今後は、夫の健康維持のためにも妻のショート利用などもご夫婦・キーパーソン交えて検討する機会を設けてみましょう。

31.

救急時の電話対応(病院)

デイNS

80歳代女性 デイ利用中、てんかん複雑部分発作と思われるような動作（無意識に体や上肢を大きく動かす 座ってられない）が突然発生し救急車でA受診。到着時は治まっており異常なしで2日後B病院神経内科の紹介予約を取りデイに帰宅

翌日も同様の症状があり、救急車コール前にB病院地域連携室にTELし状況と上記を伝えた。「救急ですか」に続き「ハア」とため息をつかれ「今日の救急担当は消化器内科ですので無理ですね」と断られた。しばらくすると症状が改善したため明日の受診まで様子を見ることにした。同事業所の住宅に入居中

①救急受診時、明日予約のあるBに受診するほうが良いかと思った判断が間違えていたのか。②頻回に起こることが予測できなかったが、A病院で次回受診までの待機期間に同様の症発生時の対応を確認しておくべきだった。③今後B病院への相談がしにくくなる。

原因と結果：今回の救急は専門医に診察を希望しているのではなく、今起きている症状を他の病院に救急受診するより受診予約のある病院で診てもらう方が良いと判断した。日勤中のことであったので救急を断られるとは思っていなかった。

ポイント：デイなど医療関係者が少ない中での病気の発生はとても混乱します。病院に電話をしたとき、断るだけでなく、「カルテがあるA病院にもう一度だけ救急受診できないか」等、前向きなアドバイスがあれば助かりますね。
また、何らかの薬を処方されてると聞きましたが、かかりつけ医への相談で解決できたかもわかりませんね。

32.

居宅療養管理指導（薬剤師）

訪問看護師

薬剤師が居宅療養管理指導料を取って介入しているかどうか分からない。知る必要はないのか？どうやって多職種は知るのか？

居宅療養管理指導料の算定

- ①介護保険認定を受けている場合：介護保険を利用、CMを通じて介護保険枠外で算定される
- ②介護保険認定がない場合：医療保険で算定

薬剤師

医師の指示で服薬管理介入①の場合のみCMに報告書を送る。訪問看護等の関係者には直接薬剤師会から報告することはない。利用者様に薬のことで不具合（例：シートから薬を取り出せない）やトラブル（例：飲み忘れ、カレンダーに薬が無い）があれば直接かかりつけ薬局に連絡いただけるか、CMに連絡していただければ対応いたします。②訪問看護利用されてる方は、看護師から連絡があることが多い。

原因と結果：居宅療養管理指導料を算定しているかどうかは問題ではなく、患者様が薬を正確に安全に管理・服用できる支援がされているかです。介護保険を通じてであれば支援のリーダーであるCMがカギとなります。多職種でなる関係者と必要な情報を共有することも大切な役割です。

ポイント：自宅での服薬管理に関しては問題がとて多く、担当したCM・NS・家族も自分たちで何とかしないといけないと思い、時間やお金を使いご苦労されていることが多いです。そんな時はまずは専門家（薬剤師）の相談してみましょう。居宅療養管理指導以外にもいろいろなサポートをしてもらえます。例1）医師と相談して1日3回を1回にできる薬もあります。例2）お薬の時間になったらロボが教えてくれる服薬支援ロボも試すことができます。

デイケアで点滴はできませんか？

介護保険関係者

退院前カンファレンスで食事量の少ないまま在宅療養に移行する方。毎日点滴が必要であるが、独居患者さんの安全確保のため、デイケアの時に点滴実施できないか？

問題点

- ①デイの利用目的が果たせない。
- ②デイケア利用は介護保険利用中。点滴は医療保険、保険の併用はできない。
- ③そもそも毎日点滴が必要なほど医療ニーズが高い方がデイケアで安全に過ごせるか。
- ④点滴実施中の安全確保が可能か？

国、県、近畿厚生局に問い合わせを行った。法律上も「実施できる・できない」の記載はなく、最終的に県介護サービス指導室の回答を参考にするように指導があった。

結果：原則在宅での点滴は訪問看護が自宅で実施する。しかし、どうしても訪問看護を利用して自宅で実施できない場合はデイでの点滴が可能な場合がある。その場合は、以下の1. 2が条件。

1, 医師からの指示書があること。

2, 訪問看護が使えない理由があること。

指示書は訪問看護指示書のことではありません。医師からデイNSへの指示書のことです。医師からの指示が指示書という形でなく口頭というケースもありえますので、その場合はその旨を記録してください。（指示と解釈できる可能性があります、なぜ口頭になっているかの理由を明確にしてください）
デイ事業所が判断に困ったら、介護保険サービス提供中の点滴であれば、指定権者（県、あるいは市町）に相談ください。医療・医療保険のことは近畿厚生局に相談願います。

ポイント：利用者様にとって何が安全で安心できるのか皆様で話し合って決めていくことが必要ですね。