

平成25年度茨城県在宅医療・介護連携拠点事業 つくば市医療福祉事例検討会と地域包括ケア会議の共催による在宅医療困難事例の検討会

日時：平成26年2月21日 18時30分～20時30分

場所：つくば市市役所 2階会議室

出席者：78名：医師会 6名、その他の医師 2名、 歯科医師 1名、ケアマネ 43名、看護師 7名、施設管理者 4名、PT 4名、OT 2名、 ST 1名、臨床心理士 1名、地域包括支援課 7名

今回検討事例1は88歳女性。骨盤骨折後ADLが低下したが、同居している50歳台の独身の次男と二人暮らしで十分な介護が受けられない状態で、東京在住の長男から地域包括支援センターに相談され介入となった。介護者は次男で定職は無く昨年12月死亡した父親の借金返済もあり経済的には困窮し、かつ精神的に問題があるようで（受診歴なし）導入された介護サービスは悉く拒否し、医療不信もあり事例の医療も中断となった。問題点として1）次男の拒否でサービス導入が進まない（不衛生な環境で偏った食事摂取となっている、リハビリと称し事例に部屋掃除と食器洗いを次男が強要）。2）遺族年金が借金返済に回り事例のために使えない。が挙げられた。長男は成年後見人を利用し次男と事例を切り離し遺族年金を使用し施設入所を検討中。これは事例の問題解決には効果的ではあるが切り離すことで事例・次男ともに精神的ダメージが生じる危険が高い（事例は次男を気遣っている）ことが指摘された。次男は自宅での入浴介助を希望しており、介護サービス導入しながら次男と包括課担当者が信頼関係を構築し、次男の行為を徐々に軌道修正していくことが提案された。そして介護サービス利用にも主治医が必要で医療再開も図るよう提案された。親の借金は法律相談を利用し負担軽減を図ることが確認された。

事例2は50歳台男性で糖尿病合併症（網膜症、腎症）、左下肢切断、右足底潰瘍の診断。障害福祉課から地域包括に相談があり介入。持家がある独居で、経済的困窮があり生活保護申請したが持家の取り扱いの調整で受給まで時間がかかり具体的な介護サービス開始まで遅れが生じた。性格的に自己中心的で、感情的になることもありすべての親戚と疎遠となっていた。糖尿病と足底潰瘍の治療で2か所の医療機関に通院していたが、在宅生活での問題が多く、問題点として1）訪問診療の切り替え時期、複数科受診で情報共有方法。2）介護サービスに対し事例の希望とケアマネから見た必要性の高いサービスでズレがありその調整方法。が挙げられた。医療度の高い事例で早期から訪問診療・訪問看護を導入が必要で、在宅主治医が専門医と連携し所謂「二人主治医」をとり、在宅主治医が調整役を果たすことが提案された。頑なな性格でサービス導入に支障がある場合、信頼関係のあるかかりつけ医からその必要性を説明してはとの意見が出た。糖尿病患者で難治性足底潰瘍は病状悪化の兆しで不幸な転機をとることが多く、すべての職種で同様な事例に遭遇した場合、危機感を持った対応の必要性が指摘された。

今回2時間の検討会で多職種が参加し、活発な意見交換が行われ、各職種の立場から貴重な意見が出され有意義な会でした。

文責 成島 淨