

統合ケアマネジメント事例検討会は、一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われている多職種の検討会。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策 ーに関する捉え方や考え方を出し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

今月の A さん

統合失調症でこだわりが強く、薬の管理が困難
 同じ病気の夫と 2 人暮らしで、荒れた生活が心配

事例検討会の参加者

- 事例提供者 G 子さん 訪問看護ステーション 看護師
- 司 会 川越雅弘 株式会社 日本医療総合研究所
- 参 加 者 ケアマネジャー
 医師
 看護師
 PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）
 管理栄養士
 介護福祉士
 小規模多機能管理者
 その他多職種、参加者 30 名

果たして、統合ケアマネジメントを通して G 子さんの見立てはどのように変わるでしょうか。皆さんも、次の表から A さん像を想像してみてください。

A さんの概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	女性・50 歳代後半・要介護 3
② 自立度 身長・体重	寝たきり度：ランク A1（準寝たきり） 認知症自立度：認知機能障害なし 身長：158 cm 体重：48kg
③ 主介護者 家族状況	統合失調症の夫と 2 人暮らし

④ 経済状況	生活保護受給。家賃は生活保護課で代理納付。計画的にお金が使えない。 料金滞納で電気が止まってしまったことがある。スマホも使えなくなった。
⑤ 居住環境・住んでいる地域の様子	公営住宅で暮らす。 夫婦共に物盗られ妄想があり、寝室の雨戸とカーテンも防犯のためと閉めたまま暮らす。
⑥ 連絡元	精神病院の MSW からの依頼
2. 生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴・出身地・家族の関わり等	【生活歴】 高校時代に発症。5 歳年下の夫とは病院で知り合い結婚。親族とは疎遠。飲酒や喫煙なし。 【職歴】 なし 【家族の関わり】 常に夫と過ごし、夫の姿が見えなくなると「夫が死んじゃうかもしれない」と泣き叫ぶなどパニックを起こす。 夫は以前、「妻が浮気している、生きているのが辛くなった」とオーバードーズで救急搬送されたことがある。
② 現在の生活状況	平日は訪問サービスを毎日利用している（見守り目的で毎日サービスが入るよう調整）。生活リズムは不規則で、昼夜逆転傾向にあり。夜中に夫と散歩に出かけている。布団は敷いたままで、昼間も寝たり起きたりして過ごす。 食事は保護費が入った時にお米をまとめて購入している。コンビニ弁当やご飯に味噌や醤油などをかけて食べ、病院から出してもらったエンシュアも主食としている。
③ 性格	看護師の様子を気にかけて声をかけてくれる。訪問時間などの約束ごとは守る。夫婦の受診スケジュール、夫の薬を管理している。 妄想や不安症状により、精神的に不安定なことがある。大腿骨頭壊死による痛みや原因不明の痒みを訴え、身体症状による辛さがあると「殺してほしい、自殺はしたくない」等の発言あり。
④ 本人の持つ強み・抱負・興味・自負等	入院しないで自宅で過ごしたい。老後は施設に入りたい。 夫の調子が悪いと、夫の薬を管理し行動を見守ることができる。
⑤ 趣味・嗜好	音楽を聴くこと。
⑥ 参加	デイケアに通所したことがあるが、現在は通所していない。
3. 病歴／健康状態	
① 入院歴	3 年前の秋以降、入院なし
② 合併症・疾患	統合失調症、大腿骨頭壊死
③ 受診状況 服薬状況	精神病院に 1～2 週間おきに受診、下肢痛や掻痒感などがあり近所の内科・整形外科等を複数科受診。 エンシュアは精神病院と内科から重複処方を受けている（違う薬局から処方を受けている）。 物盗られ妄想により薬をカバンや下着の中に隠し保管している。 【処方薬】 ラモトリギン（抗てんかん薬）1 日 2 回朝夕、テブレノンカプセル（胃薬）トラマドール、ニューロパッチ 4.5 mg 1 日 1 枚、アリピプラゾール（抗精神病薬）1 日 2 回朝昼、リボトリール（抗不安薬）0.5 mg、アモキシサンカプセル 25 mg（抗うつ薬）、ロキソプロフェン 【看護師が考える課題】 訪問看護で服薬管理を行うが、数が合わず服用状況がつかめない、精神科以外の通院が把握できず処方内容が不明
4. 心身機能／基本動作／ IADL / ADL	
① 心身機能	統合失調症による物盗られ妄想、不安感、パニック発作等症状あり。 右大腿骨頭壊死（未治療）により痛みあり、全荷重がかけられない。 長期間歩行していないため足関節や趾関節の変形を生じている。

② コミュニケーション	意思疎通は図れる。 「薬をもっていかれちゃう」など物盗られ妄想のような言動がある。	
③ 基本動作	起居動作：寝返り、起き上がり、ベッド上の移動、座位可、立ち上がり不可 移乗動作：車いすや便器への移乗は可 移動動作：室内は四つ這い移動	
④ IADL	電話する能力（自分からかけられる）、買い物（少額の買い物はできる）、食事の準備（準備された食事を温めて給仕する）、家事（全ての家事に手助けが必要）、洗濯（全て他人にしてもらう）、移送（まったく旅行しない）、服薬（自分の薬を管理できない）、財産（日々の小銭は管理するが、預金や大金などは手助けが必要）	
⑤ ADL	移乗（座ることはできるが移動は介助が必要）、トイレ移動（自立）、歩行（全介助） 階段昇降（全介助）、着替え（自立）、排便尿コントロール（失禁なし） 保清（夫や看護師の介助により週1回程度、シャワー浴）	
5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針		
① 本人	夫と協力しながら過ごせるようにしたい。入院にならないように生活したい。	
② 家族	腰痛等で十分な世話が難しいが2人で協力しながら生活を続けたい。	
③ CM・計画作成者等の援助方針	日常的な健康観察や受診、服薬管理等はセルフケア及び看護師、薬剤師のサポートを続けながらすすめていきます。急変や体調変化が察知できるよう医療機関や看護師と連携していきます。立ち上がりや日常移動動作が安全に行えるよう手すりの設置等により環境整備を行います。家事は自身も夫も難儀しているので買い物や掃除は訪問介護による支援を導入します。	
6. CM、計画作成者などが設定した課題		
【課題内容】	【長期目標】	【短期目標】
① 夫と二人で生活を続けたい	入院しないよう安定した体調で過ごせるようにする。	日常的な体調観察や定期受診を継続できるようにする。トイレでの排泄習慣を維持できるようにする。安全に移動ができる。咀嚼し、バランスを考慮した栄養が摂れる。
② 夫が不在になった時のことが不安に感じる	自宅での生活が続けられるようにする。	不安を緩和できるようにする。
③ 生活費が足りなくならないようにしたい	金銭管理ができるようにする。	不安を緩和できるようにする。
7. サービスの利用状況		
① 病院	1～2回/週受診。夫の介助で車いすで通院。	
② 訪問薬剤師 薬剤師居宅療養管理指導	週1回水曜に配薬。 薬が足りなくなると、薬局へ行き早めに処方薬を受け取る。	
③ 介護支援専門員	月1回定期的な訪問。	
④ 訪問看護	週2回月・木曜に訪問、服薬確認や症状観察、医師との連携、清潔の援助。	
⑤ 訪問介護	週1回火曜、夫の障害福祉サービスで週1回金曜の計2回。買い物、掃除。	

● 課題の確認

司会 まず、資料にもとづき、事務局から簡単な説明をお願いします。

事務局 はい。50代後半の女性で要介護3、体重は48キロ。主介護者は夫で、お2人とも統合失調症で親族とは疎遠のようです。現在は生活保護を受給しています。金銭管理が苦手で、未払いで電気が止まったこともあります。

お住まいは公営住宅で、物盗られ妄想があり、ドアに鍵を厳重にかけて、カーテンを締め切って暮らしています。

生活歴ですが、高校時代に統合失調症を発症。ご主人が年下ですが、病院で知り合ったということです。いつも一緒に、Aさんはご主人の姿が見えなくなると、「夫が死んじゃうかもしれない」と不安定になります。ご主人も、「妻が浮気をしている。生きているのが辛くなった」とオーバードーズ（過剰摂取）で救急搬送されたことがあります。

生活状況ですが、生活は不規則で寝たり起きたり。食事は保護費が入った時にお米をまとめ買いしたりはするのですが、お金を使い切ってしまうと、次の支給日まで医者から出してもらったエンシュアを主食にしてしのいでいるということです。

大腿骨頭壊死は未治療です。痛みや原因不明のかゆみがあり、体が辛くなると、「殺してほしい」と訴えることもあり、見守り目的で平日は訪問サービスを毎日利用しています。夫や支援者以外とは関わりはほとんどありません。訪問看護師に気遣いのある言葉掛けができ、時間等の約束は守る。夫婦の受診のスケジュールや夫の薬の管理をされていてしっかりした面もあります。

ADLは歩行は全介助。座ることはできますが、立ち上がることはできません。入浴は、ご主人や訪問看護師がシャワー浴をしています。ご主人は通院での外出のほか、散歩にもよく連れ出してくれていますが、家事は苦手で難儀しているそうです。

司会 この方の課題として担当のケアマネが考えているのは、「体調を整えて入院をしないようにしていく」、「夫が不在になった時の不安を何とかしたい」、「金銭管理ができるようになる」の3つ。ご本人・家族の意向は、ご本人は「夫と協力しながら入院にならないような生活を送っていききたい」。ご主人も

「自分も腰痛等があるけれど、協力しながら今の生活を続けていきたい」とお考えである。よろしいでしょうか。

G子さん はい。

司会 その他、支援の上で困っていることや、お集まりの専門職に聞きたいことがあればお願いします。

G子さん この方は、メインの精神科の他に複数の診療科を受診しているのですが、その状況が全く把握できておらず、自らポリファーマシーの状態を作っています。医療機関同士の連携はできていなくて、訪問看護は服薬管理ということで訪問しているのですけれども、何をどんなふうに飲んでいるかわからない。体調に影響があるのではないかと不安を感じています。

● 本人像への質疑

保護費をすぐに使ってしまったら
いつも食費が足りない

司会 まずは本人の状態像や人物像、家族との関係性等につきまして事実関係の確認をした後で、皆さんからアドバイスをいただきたいと思います。

管理栄養士 この方の身長、体重をみると、痩せ気味ではあるけれど、BMIは標準の範囲です。なぜエンシュアを医者に出してもらっているのか不思議なのですが、精神疾患で食べられないとか何か事情があるのですか？

G子さん 生活保護で生活していますが、金銭管理ができないので、お金をすぐに使ってしまったらいつも食費が足りない。未払いで電気が止まってしまった時は、食事も摂れずに痩せてしまって、精神科の先生は入院を勧めたのですが、ご本人は拒否して、「るい瘦著明」でエンシュアが処方され、それから継続的に出ています。精神科以外からどういう理由で出ているのかはわかりません。夫婦で食べているので、訪問するとエンシュアが80缶とかかなりの量があって、空き缶がゴミ袋一杯に3袋とかあるような状況です。

管理栄養士 食べることにあまり執着しない感じですか。

G子さん 経済的な問題だと思います。保護費が入った時に以前は外食もしていたのですが、最近は近くのスーパーでお弁当を買う程度で生活水準が徐々に下がっているように思えます。

薬剤師 A 内科と精神科は違う医療機関で薬局も別ですね。訪問薬剤師は、どちらの薬を持ってきているのですか。

G子さん 精神科です。でも、ちゃんと飲めていない。一包化した袋には、日付や時間も書いてありますが無視しています。物盗られ妄想があり、薬を隠してしまうので、お薬カレンダーは使えません。

ご主人の方がオーバードーズ気味で、薬が足りなくなると A さんが自分の薬もご主人に渡しているらしく、どう飲んでいるのかが全くつかめない。

私は服薬管理で入っているのですが、訪問すると生活の問題が見えてしまって、果たしてこれで良いのかと葛藤しています。

薬剤師 A ご主人が A さんの薬まで飲んでしまって、A さんの統合失調症が悪化しているということはありませんか。

G子さん ないです。薬というよりもご主人との関係性で症状が揺れることが多いです。

ケアマネ A 私は成年後見事業にも関わっていますので、金銭管理のことをお尋ねします。家賃は福祉事務所が代理納付をしているということですが、他に何か金銭管理でできることがあるのでしょうか？例えば生活費を毎週持ってきてくれるとか。もう一つは、何にお金を使ってしまっているのか。ご存知だったらお聞きしたいと思います。

G子さん 生活保護のワーカーが光熱費等の口座振替を提案してくれてはいるのですが、ご主人がお金を管理されることに拒否的で進まない状況です。何に使っているのかも全くわかりません。連絡用のスマホが止まってしまったのは、スマホの新しい機種がでるたびに機種変していたらしく、支払いが追いつかなくなった。その程度のことしか分かりません。

共生型通所介護 管理者 この方は、まだ 50 代で第 2 号被保険者ですが、なぜ、介護保険が適用になるのですか。訪問看護は精神科からですか。

G子さん 特定疾病の「両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症」が該当するということです。精神科訪問看護指示書で訪問しています。

ケアマネ B 大腿骨頭壊死はいつ起きて、その前はよく動いてらっしゃったのか。生活の変化を教えてください。手術をしない理由は聞きましたか。

G子さん 訪問看護が開始になった時には、既に大腿骨頭壊死で歩行が不能な状態でした。さかのぼって、既往症等確認しようと思いましたが、ご本人に聞いても分からなかった。ご本人は血管が細いから手術ができないと言っておられて、ご主人は手術して歩けるようになって出ていかれたら困るから手術は拒否と言っております。

Y 作業療法士 訪問サービスが毎日入っているのは、誰の希望なのか。本人からなのかケアマネから提案があったのか、その辺を教えてください。

G子さん ご主人が障害福祉サービスを使っていて、奥さんが介護保険サービスで、組み合わせて毎日誰かが入るようになっていきます。病院から服薬管理という視点で毎日入ってほしいということと、あとは安否確認。誰かが見守らないと生活も健康もご自身たちで守れないということで毎日入っています。ご夫婦は、訪問サービスに全く抵抗なく、希望はしていないけれども、生活の中に組み込まれていて、ちゃんと待っていてくれます。

● 本人像への質疑

身体が辛いと「殺してほしい」と訴える

Y 作業療法士 本人又はご主人が自殺未遂したことはありましたか。

G子さん ご主人がオーバードーズした時に「生きているのが辛くなった」と話していました。A さんは、自死はしたくないから殺してほしいというようなことを辛くなると看護師に訴えています。

Y 作業療法士 何の薬を過剰摂取したのですか。

G子さん 訪問看護に入っていて、そんなにたくさん薬があるとは思わなかった。何をどれだけ飲んだのかも把握できていません。A さんが救急車を呼んで搬送され、その時は事なきを得ました。

薬剤師 B 大腿骨頭壊死の痛み止めとしてトラマドールを飲んでいると思いますが、痛み自体はこれでコントロールできているのか。辛いと殺してほし

いという訴えがあるそうですが、辛さの中身には痛みもあるのでしょうか。資料には、お2人でよく散歩に出かけるとありますが、歩いてでしょうか？

G 子さん 痛みは波があって、最近は訴えないのですが、痛みのコントロールは十分にできていないと思います。トラマドールは精神科で処方していますが、整形外科にもご自身で通って、電気治療とか薬の処方を受けている時がありました。痛みがあるとご主人がマッサージしています。歩けないので散歩は車椅子で、ご主人が押して、どこへでも出かけています。家の中はいざって四つ這いで移動しています。

I 看護師 この方は本当は統合失調症ではなくて、パーソナリティ障害で薬が不安を助長させている可能性はありませんか。パーキンソン薬のニュープロパッチは何で出ているのかなと思いました。

F ドクター 薬剤性のパーキンソンニズムを疑っているのかもしれないですね。ドーパミンに比べると精神症状は少ないけれど、オーバーになると統合失調様症状という副作用があるので関係あるかもしれないですね。

A ドクター 私もニュープロパッチは何でかなと思っていました。もしかすると、足の症状で訴えがあって出して、そのままずっと続けているのかもしれないですね。

統合失調症の要素はあるとは思いますが、処方を見ると抗うつ薬的なものが多く出ていて、不安や鬱が強い人という印象を受けます。痛みがあるので、それで不安が強くなっているのかもしれないですね。私が心配なのは誰も内科的管理をしてないということです。「痒いです」とか訴えに対して対症療法的に薬が出ている。これだけロキソニンとかを飲んでいて腎機能とか全体を見る主治医がいないところが気になっています。

G 子さん 私もそこがとても心配です。対症療法的に出してもらった薬をたくさん飲んでいて、それに関して責任を持つ医師がいない。ご本人たちもそれが健康被害を及ぼすという感覚は持っていない。たまたま自治体の検診のお知らせが届いて、精神科の病院も検診先になっていたので予約するよう勧めるところです。血液データを見てもらって、問題があればそれをきっかけに何かに繋げたいと思って

います。

小規模多機能 管理者 このケースは、ご夫婦を別々に考えるよりは、1つのユニットとして支援を大きく捉えると効果があると思います。精神病院、介護保険、障害福祉、生活保護と関係者が多いのですが、チームのリーダーになりうる人はいますか。過去に全体で支援方針の会議を持ったことはありますか。

G 子さん 全体会議はしたいと思っているのですが、まだできていません。ウェブの情報共有ツールでご主人の相談支援員とご本人のケアマネジャーに同じコミュニティに入ってもらって、やり取りをしていますが、なかなか一体感がでない。電気が止まって、食事が摂れなくなり生活の危機という時には、訪問看護師の立場で保健師や生活保護のワーカーに訴えて動いてもらいましたが、私の肌感としては親身になっていただけなかった。状況が良くなってきたら保健師の訪問もなくなりました。

明らかに生活水準が下がっているので、同じような危機をこれからも繰り返していくのだろうという思いと、ご本人たちが年を取っていっており、もしかしたら亡くなっているかもしれないという危機感を持ちながら毎回訪問しています。

質疑応答から 見えてきたAさん像

- ① ポリファーマシー状態を自分で作っている
- ② 大腿骨頭壊死の痛みはコントロールできていない
- ③ 薬もお金も管理されるのは嫌
- ④ 電気が止まり、食事がとれず危機的状況になった
- ⑤ 多職種、多機関連携が不十分

● 多職種からのアドバイス

本人だけでなく夫婦セットで考えて
生活の役割分担をみていく

司会 では、ここまでのお話を踏まえてアドバイスををお願いします。

Fドクター 統合失調症同士の夫婦に関する文献があって、維持できる人と維持できない人の違いはシンプルに言うと、夫婦のどちらかが安定しているかどうかだったそうです。安定しているというのは、難しいタスクはこなせないけれども、通院ができて、服薬もちゃんとして、自分のルーチンワークはできる状態。だから、このご夫婦も夫婦のどちらかが精神上安定することをまず目指しても良いのかなという気がします。精神科は独特の医師患者関係があって、来なくなった人に中断チェックとかはしないので、支援者側で旦那さんだけは必ず確保するようにしようとか、そういう感じでやってみる。

また、訪問看護の研究で、老老世帯ではユニットとして ADL がどういうふう to 成立しているかを見ると良いというのがあります。必ず夫婦で役割分担をしているはず。トイレはどうなのか、食事の準備はどうなのか、全くカオスな状況でずっといることはない。クライシスになるギリギリのところまで踏みとどまっている 2 人の共同能力を探る。その上で、今できているところをどう維持するかみたいな感じで考える方向が良いのかなと思いました。

これは「激甚」困難事例で、どうしたって簡単に解決しないのですが、状況をしつこく共有し続けることは重要です。やるやらないは考えずに情報提供やいろいろな声掛けはざっとしていた方が良いでしょう。

I 看護師 精神疾患の方で行政も巻き込んで多機関連携ができるようになるのに 6 年かかった経験があります。すぐにできないことも多いので、まず医療を立て直す。この方の場合、私ならポリファーマシーを退治します。できるだけ薬を飲む回数を減らして、きちんと飲めるようにした上で、本当に大事な薬は何なのかっていうふうに、薬剤師と医師に聞いてみて、その大事な薬だけ飲めればいいんじゃない、みたいな感じのところを持っていく。

私達の地域だったら、金銭管理は保護課に頼んで

毎週支払いにしてもらったり、社協の日常生活自立支援事業を使うパターンもあります。あとは、例えばヘルパーに頼んで、お金が入ったら、お米や味噌を買ってもらうようにする。

これだけ生活水準が低いので、自分の力で自分を守ることができない人たちというふうに捉えても良いのかなと私は思いました。電気のブレーカーがしょっちゅう落ちてしまう老夫婦世帯があって、記録をとって何回もケアマネに見せて大変だって訴えたら、ケアマネから生活保護につながって、後見制度を使うところまでいった。看護師が繋いでいかないと地域は良くなっていかないと思うので、大変だと思いますが、お互いがんばりましょう。

ケアマネ A 私も全体で見ていく方が良いと感じました。訪問した時に亡くなっていたらどうしようと思うことがあるとか、こういうところに悩んでいる、困っているということをチームとして共有することは非常に大事かなと私も思います。世帯で見ていくという視点では、一番手取り早いのはケアマネを介して、ご主人の相談支援員とどの程度共有できているのか探ってみる。何も言わないとケアマネは放っつけになっちゃうのですが、いろいろ言っていくとケアマネも困るので、地域包括支援センターや行政に繋いでいく。

薬剤師 B 薬剤管理の目標に関してですが、処方通りに飲めないことには、その後の薬の判断、薬の評価ができないと思うので、処方通りに飲めるような処方にしてもらうっていうのがまず第一。例えば 1 日 1 回で良いようにしてもらって、誰かが訪問した時に確実に飲んでもらう。

たぶん、この方は痛い時だけ飲む頓服は無理だと思うので、1 回ないしは 2 回で飲む。又は貼り薬もあるので、頓服は止めて、確実に飲んでもらう方法を探るのが良いのではないかと思います。

● 多職種からのアドバイス

意外に生きる力がある
リハ職の視点でのアプローチの検討を

Y 作業療法士 自殺するかもしれないとご心配というお話ですが、私は実はまったく逆のことを考えて

います。電気が止まって食事ができない危機も乗り越え、エンシュアを主食にしているのはたくましくて、生きる力が強いと感じます。私の知っている統合失調症の方は、周りがサービスをガツンと入れて、空いている時間がない状況がイヤで、居留守を使ったり逃げたりしています。この方たちに対する支援も手厚すぎていて、そこに依存している印象を受けました。お話を聞いていても、夫が全く見えないので、そこもよく調べて、家族というユニットで考えていったらどうでしょうか。

K理学療法士 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士はケアをしているわけではなく、本人たちの持っている力は何か、何がどういうふうに生活障害に結びついているのか、生活障害を乗り越えて活動されているかというところを見ていきます。

生命の危機を感じる程、るい瘦著明だった方々が散歩を楽しんでいるということですので、この方たちは生きる力があると思います。20年の訪問看護経験からすると、30分ぐらいの散歩ができる人は、おおむね寝たきりにはならない。寝たきりになる人は促してやっと15分歩けるぐらいのところから、寝たり起きたりの生活をしてだんだん活動量が落ちていくというのが経験則です。

大腿骨頭壊死は相当痛いはずで、それがトラマドールで何とかなっているのかとか、関節に著しい変形があってどういう姿勢で車いすに乗って、いざって日々の生活が苦しくないのかなとか、理学療法士として感じることは多々あります。

精神科訪問看護指示書だと理学療法士は入れませんが、作業療法士は精神科作業療法という分野も必ず勉強してきますので、困っているからヘルパーが支援をするというのは違った視点でこの人たちがどういう生活を本当にしているのかみてもらったら良いと思います。

屋外歩行という名目で散歩に連れ出すと、家の中では話せない話も出てきます。1人ずつ連れ出せるようになるとまた違う視点が見えてくると思います。

Y作業療法士 ケアする人はみんな優しい人ばかりで、そうすると、どうしても本人もそれに便乗してくる。

統合失調症の方で、やはり金銭管理できなくて、

電気が止まったりしている方でしたが、公園清掃の仕事をやってもらったら、長く続いてコミュニケーションもとれるのが見えてきた。リハ職がリハ職たる所以は、できないことだけをみるのではなく、この人は何ができるのだろうかという視点があることです。できないこと、課題ばかりあがっているのがどうしても気になる。

シンプルに何かしたいことはあるかとか、選択肢を提示するとか、病気とはちょっと離れた形のアプローチがあっても良いと思いました。

共生型通所介護 管理者 うちにも統合失調症で精神科の薬をオーバードーズしている利用者が何人かいます。そういう場合は、主治医とやりとりして回数を減らしてもらうことをしながら訪問薬剤師からグループの訪問看護ステーションに薬を1か月分とかまとめて運んでもらって、訪問看護やヘルパーとか訪問の人が持って行って飲ませるといったことをやっています。

金銭管理ですが、後見人がついていても、毎日の生活費とかまでは面倒をみてくれないので、うちで預かって1日1000円、取りに来たら渡すという援助をしている方もいます。来た時に、お薬を飲んで、1000円もらって一緒に買い物に行って、「お酒は買っても2本まで」とかそういうことをして、それを半年、1年続けていると信頼関係もでき、ご本人も安定していくという事例も何例かありました。

● 多職種からのアドバイス

エンシュアを飲み続けるのは危険
生活にチームで関わる

小規模多機能 管理者 先ほど、夫婦に対してチームケアでというお話させていただきました。うちは小規模多機能ですので、ご夫婦の場合は2人とも利用者になっていただいて、泊まったり、通ったり、訪問したり、病院に同席したりとかいうことを多職種と一緒にやっていきます。複数の支援者がいる中で、クライアントからみて本心から信頼でき、本音を話せる人が誰か1人出てくることを目指します。

この方々は死をすごく意識されてきた人生だと思います。なので、この人だったら俺の私の本当の気持ち可言えるという人が出てきたら、散歩しながら、人があんまりいないベンチみたいなところとか、ゆっくりお話できる環境で、いずれ死ぬということを含みながら、だからこそ、それまでにこういう暮らし方をしたい、生き方をしたいっていうお話が出てくるような気がします。そこが支援の重要なポイントとしてチームケアをそこに向けて進めていく。

現実には避けられないシーンなどを含めて一緒に語っていくと切り口がチーム全体で見えてきて、いろんなところから発案があるんじゃないかなというふうに考えるところです。

管理栄養士 エンシュアが出るくらいに痩せてしまった方が、BMIも標準まで回復しているということは、胃腸はきちんと動く力があるということです。ただ、消化に負担の軽い液体を今のように主食代わりに飲み続けていると、10年後、胃腸はかなり弱ってしまって、エンシュアしか飲めなくなってしまいます。

だから経済的な問題があって、エンシュアで体重維持できているからよしとしてしまわないで、食生活を整える必要があるということの意識統一をしていただきたい。薬のことも心配でしょうけど、生活、その中の食生活というところにも視点をやっぱり置いていただきたいなと思いました。

司会 最後にAドクターお願いします。

Aドクター いまさらな質問なんですけど、訪問すると割とフレンドリーに接してくださるそうですが笑いはありますか。

G子さん 毎回あります。冗談好きで、英会話で迎えてくれたりとか、歌を歌ったりとか、看護師が行くと、お帰りなさいとか行ってらっしゃいっていう感じで、はい。すごく穏やかな感じで、そういう面もたくさんあります。

ご主人もフレンドリーな感じですが、Aさんのほうが安定していて、ご主人がオーバードーズで呂律が回らなかつたり、変なモードにはいってガスコンロで何かずっとあぶっている時もありますが、そうでない時は、ご主人も一緒に話に入ったりとかしています。

Aドクター 外来をしていた時に、統合失調症のご

夫婦が来ていたことがあって、やっぱり共依存的っというかお互いがお互いを頼っていました。ひよんなことから奥さんが団地の5階から飛び降りてしまったのですが、翌週、「ちょっと骨折しちゃいましたあ」みたいな軽いノリで来て、意外と頑丈だなと感心したことがあります。こっちから見ていると生活破綻しているようでも、その人たちなりの生活ができています。

支援慣れしているのであれば、もう一声、訪問診療を入れたい。

精神科の医者は、精神面は見るけれども身体は見ない。ただ、意外とその身体的なことが精神的に影響が出ていることも多いので、総合診療的な目で見られる医師が主治医的にスルスルと入ってくると、その医師が整形外科とか内科とか精神科とやり取りして調整をして見通しが良くなると思います。

物盗られ妄想で「薬は絶対渡さない」ってこじれてしまわないように調整できる医師がいて、そこを核にサポートチームができると良いかなというふうに聞いていました。

多職種からのアドバイスで Gさんが 気づいた手立て

- ① 夫婦をユニットとして考える
- ② ケアマネに困難な状況を伝え続ける
- ③ 課題だけでなく、できているところをみる
- ④ きちんと薬が飲めるよう回数等を調整してもらう
- ⑤ 往診の総合診療医をチームの核にする

司会 ありがとうございました。最後に G 子さんからご発言いただければと思います。

G 子さん たくさんのご意見ありがとうございます。課題や問題ばかりを前面に考えて難しさを感じていましたが、役割分担しながら生活ができているというふうに、発想を変えることができるのではないかと思いました。

薬を管理されることがとても苦手で、自分で主治医と交渉してきた経緯があり、そこはこだわっているのですが、薬の管理を変えるのは難しいと思います。生活全体を見て、発想を変えながら改めて関わっていきたいと感じました。

