

第6回症例検討会 まとめ (25. 11. 21)

テーマ「家族が自宅退院を拒み続けた真意は？」
「家族の意向をどのように捉えて支援すれば良かったのか？」

	医師・歯科・薬剤師(緑)	MSW(黄)	Ns・PT・OT・ST(オレンジ)	CM・CW・包括(ピンク)	権利擁護・行政・その他(青)	全体の要点
本人について	<ul style="list-style-type: none"> ・この程度のADLと認知症では、施設入所が妥当というのは一般的な考え。 ・認知症の人の場合は本人の意向をどこまで聞いていくのか？ ・在宅から入院で認知症の症状の変化はあったのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の家族への思いはどのようなのか。 ・家族が施設入所を希望されたとき、本人の意思確認をどこまでするのか？特に認知症の場合。 ・本人のできることとできないことを整理していくことが大切。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の症状(認知症)の理解が十分必要。 ・本人がサービス拒否する原因をアセスメントする必要がある。 ・本人の意見を尊重してあげたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の今の状態を正確に把握することが必要 ・今までどのような生活をしてきたのか？ ・生育歴、家族関係 ・本人がサービスを拒否する理由(真意)は？何が不安なのか ・本人の在宅生活での希望は何か。本人の意向を十分に確認することが大切。 ・在宅での本人の限界について検討していく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅に戻ると、食事や行動的な不便が多くなり、病気の進行など在宅でのデメリットもあるのではないかと。 ・本人がサービスを拒否している。 ・本人が在宅生活を希望するのは当たり前。 ・地域における人間関係など本人の生活歴のアセスメントが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・まず、本人の判断能力が低下している場合はどこまで本人の希望を尊重していくのかを協議する必要がある。 ・本人ができること、できないこと(認知症の程度)を明確にして判断することが大切。 ・本人の生育歴、生活歴、家族関係、パーソナリティ、を分析して支援に生かすことが大切。 ・今回はサービス拒否の原因を考える必要あり。 ・本人の在宅生活での希望の確認が必要。
家族について	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と患者の人間関係が崩壊しているのでは？ ・衛生面が保たれないことで困難を感じる。 ・介護やサービスの知識不足があるのでは？ ・支援方法についてDVDなどの教材が不足しているのでは？ ・家族自身の生活を守る。仕事に穴をあけられない。 ・心の余裕がない。 ・経済的余裕がない。 ・日中の空白や見守りは誰が？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅に戻ってもまた元に戻るのではないかと(入浴拒否、外出しない)という不安。 ・精神的、身体的に負担がきつかった。 ・長女さんの次女さんに対する気持ち(負担のことなど)は？ ・元々の家族関係が良好だったかどうか。 ・家族は本人の意向をどう受け止めていたのか。 ・娘さんは近くにはいるが、何かあってもすぐには行けない。 ・自宅で転倒や怪我、動けなくなるのが心配。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護負担が大きく、支援が難しい。 ・入浴、排泄、食事などサービスの種類、内容の知識不足。 ・試験外泊などの選択肢はなかったのか。 ・家族ともう少し関わりをもてないか。サービス内容を具体的に説明したのだろうか。 ・衛生面の管理が困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅に戻るとDCやDSにも行かず、訪問介護も拒まれると家族がずっと(一日中)面倒を見なければならぬ。介護負担が大きい。 ・協力者(長女)がいない。介護負担が大きい。他の家族はいないのか。 ・サービスを拒否したことがあるので、同じことの繰り返しを恐れた。 ・認知症に対してどのように対応したら良いかわからず、退院を拒まれたのではないかと。問題行動があったのでは？ ・家族とご本人の気持ちのズレが大きかった。 ・長女は次女のように介護負担を強いことへ長女も負担を感じた。(長女のサポート、役割を明らかにできればよかった) ・子供以外の家族の関係は？ ・仕事を続けることが困難になる ・トイレの介助、汚染時の対応がキー。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人と家族の関係はどうだったのか？「援助は必要ない」という本人の真意を聞き取る努力はどんなふうにしたのか？ ・日中の見守りが難しい。仕事で日中は不在になるため転倒などの不安。 ・家族に認知症についての知識がなかったのでは？ ・介護サービスなどの認識不足。教材が少ない、DVD等で紹介。 ・介護負担の大きさの検討ができなかった。 ・自宅では見守る人がいない。食事の世話、薬の管理、転倒予防などできない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と本人の関係について確認し、家族の希望を確認する必要がある。 ・家族の不安(介護負担や安全面、衛生面など)を分析しそれに対する対処法について考え提示することが必要である。 ・介護の知識の不足や今後の在宅介護への具体的なイメージの不足が考えられるため、サービスを利用し在宅で生活している事例等のDVDなどの媒体を用いた家族教育の必要性が考えられる。 ・家族の経済的な問題にも着目し支援が必要。 ・キーパーソンが誰か、介護力のアセスメントが必要。

医療について	・在宅医の紹介。	・病院機能により入院期間やリハビリ状況も違い、入院された医療機関により患者生活の違いもあるのではないかな。	・家族は転倒や急病の時にどう対応すればよいかという負担がある。	・病院受診させられない。 ・病院でのカンファレンスの時、主治医やCMは参加したのか。 ・薬の管理ができないことは困る。	・緊急時の対応。	・在宅医の確保。 ・薬の管理の確保。 ・緊急時の支援体制の確保が必要。
環境について	・自宅が4階である		・階段昇降が厳しい。 ・同じアパートで4F→2Fへ転居の提案。 ・市営住宅変更は？ ・エレベーターなしの5Fであるが、転居は難しい。(経済的な理由)	・外出するにも介護が必要で、階段の上り下りも大変だから。 ・4階という住宅環境、その支援ができるかわからない。 ・住み替えなどできなかったのか？ ・浴槽が深くて入浴できそうにない。	・4階であるが引越しが難しい。 ・階段がネックだった。	・環境要因を退院前に確認し支援に生かしていく必要がある。
サービス制度について	・通いやすい家族の希望にあう施設を探す。 ・施設入所までDC, DSを利用して慣れてもらう。 ・在宅介護、生活の具体的なプランを示す。 ・小規模多機能ホームの紹介。	・まずは間をとって老健等に転院したらよかったのではないかな。 ・家屋調査を家族、本人、他職種で行う。 ・入院中にデイケア、デイサービスの体験(集団リハなど) ・小規模多機能施設の利用。 ・自宅で受けられるサービスの紹介。24時間介護、配食、DS, DC, など ・サービスを利用すれば自宅に帰れるよと本人に声掛けしてみても。約束させてみては。	・サービスの種類、内容の知識不足に対してCMはもっときちんと説明をすべき。 ・試験外泊などの選択肢はなかったのか。 ・サービスの導入として訪看利用の検討。(内服、リハビリ、家族指導) ・日中デイに通っても、仕事が終わるまでの時間のロス。 ・家族による介護困難な場合は、日中だけでもデイサービス、ショートステイなど利用するように勧めたい。	・小規模多機能も含め、根気よくサービス導入を勧める(顔見知りから) ・今回の入院中にデイサービスの体験。 ・認知症DSの利用についても検討 ・介護サービス、社会資源の情報をきちんと提供できていたか。	・教材が少ない、DVD等で紹介。 ・サービスの利用方法を詳しく説明する。 ・DS, DC利用に際しては家族と一緒に来てもらう。 ・地域との交流。民生委員の方に入ってもらおう。 ・小規模の利用。 ・転倒のリスクをいかに防ぐか(技術的な転倒防止方法(マットなど)を検討したのか。	・入院中にできるだけ、在宅でのイメージがつくようにDSなどの体験を行うことも必要。 ・小規模多機能施設の紹介や活用についても検討していく。 ・訪問看護の利用の検討。 ・地域との交流や民生委員のかかわりなどについても確認すればよい。
支援者について	・CWと家族がもっと時間をかけて話し合うことが必要。 ・どの条件がクリアできれば在宅が可能になるかを家族から聞き出し、それを埋める努力をする。 ・ご本人の意見を最優先とし、本人の意向に沿った連携をとるべきと思われます。 ・専門職の連携をもう少しできなかったか。 ・施設入所に向けて本人がポジティブに受け入れられるようにする。(努力がされていたか?)	・折衷案をみつけ提案できていたか？ ・MSWが在宅サービスについてどれだけ具体的に知っているか。関わったMSWにより今後について変化があることも。	・本人や家族の話にきちんと傾聴はしたのか。 ・SWだけからの説明ではなく、関係者でカンファレンスを行う。 ・キーパーソンを決めていたか。 ・家族は在宅介護は困難と言っていたが、無理に在宅への支援を考えるのではなく、本人と家族にとって一番良い施設を探すことに努力を注ぐことができなかったか。	・CMとしての関わり方(サービス利用につながる方への支援方法)の検討 ・合同カンファレンスにCMの出席もあれば、別の意見もあったのかも。 ・本人の意向を中心に退院に向けての検討ができていない。 ・家族の意向をどのように捉えて支援すればよかったか。小規模等の利用も考えて包括などに相談を行ってもよかったのではないかな。	・そもそも家族のいない患者の場合はどうするのかを考えてみる必要がある。 ・ご本人の意向とご家族の意向の摺合せのタイミング。 ・長女に在宅の話を時間をかけて行ってみては？ ・総合的にどのように本人をケアできるのかを家族に伝えられなかった。	・合同カンファレンスにCMや他職種が出席し多方面からのアセスメントや支援を行う必要がある。 ・話しを傾聴し本人や家族の希望を十分に考慮し、支援していく必要がある。 ・支援者も在宅でのサービス等について十分な知識が必要。その上で家族に分かりやすく説明を行っていくことが大切。