

在宅医療地域ケア会議通信

在宅

医療と介護の今

■ 老人ホームから自宅ひとり暮らしへ — 生きて楽しみ、恩返しを!

「死ぬまで生きよう、生きるなら楽しもう」。5年ぶりに久我山の我が家へ戻ったときに、水野眞澄さん（67）が開口一番に言った言葉です。この前向きな姿勢に押され、要介護5の水野さんの独居に向けて、多くの関係者のチームづくりが始まりました。

● 久我山に帰りたい

名古屋生まれの水野さんですが、大学進学で上京して以来ずっと久我山住まい。小児麻痺を患って多少歩行の困難はあったものの、建築士としてバリバリ仕事をしていました。それが50代半ばからだんだんと歩きにくくなり、疲労も重なったある日、倒れてしまいます。独身の水野さんは姉のいる名古屋の老人ホームに入所することになり、そこでポストポリオ（ポリオ後症候群）との診断を受けます。

行動派の水野さん。友だちもいない名古屋で、食べて、寝るだけという生活を続けるのはつまらない。「とにかく久我山へ帰りたい」という思いが募ります。前職の知り合いに思いを吐露したことをきっかけに、ケア24（地域包括支援センター）からケアマネジャーへとつながり、昨年8月からひとり暮らしに向けての準備が始まりました。「在宅医療のこととか何も分からずに、とにかくもう帰りたい帰りたいと押し通したので、ケアマネさんは本当に苦労したと思う」と振り返っています。水野さんの願いに応えるためケアマネジャーも介護体制の整備に奮闘したとのこと。難航はしたものの12月に帰宅。1日3回のヘルパー、月2回の医師、毎日の訪問看護がその生活を支えています。



水野眞澄さん

● 顔色の分かる間柄

「今日はいい顔してますね」「今日はどうかしたの?」。水野さんのその日の様子にすぐに気づいてくれるヘルパーの方たち。その関係が非常に嬉しい。「最初は何を言っているのか、何を我慢しなくちゃいけないのか、その線引きが分からなかったけど、いまはようやく分かってきた」。

最近の楽しみはなんといっても食事。老人ホームに居たときは薬と思って食べていたが、今は食べるときに「ああ、おいしいな」と、しみじみ思えるようになったと言います。出汁のきいた熱々のお味噌汁、脂ののった魚、たっぷり海苔を乗せたネギト口丼。ホームでは安全のため、熱い汁物や骨のある魚は出ませんでした。

月	火	水	木	金	土	日
8:30 ~9:30	9:00 ~10:00	8:45 ~9:45	8:45 ~9:45	9:00 ~10:00	8:00 ~9:00	8:15 ~9:15
10:00	10:45	9:45	9:45	10:00		
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
					13:00 入浴	
				14:00 PT		
					15:00	15:30
17:30	17:10	17:30	17:40	17:30	17:00	17:10

1週間のケアプラン

● 独居生活を発信

「これからの目標は?」と聞くと、「3つある」と即答。ひとつ目は、「要介護5の独居の生活をブログでレポートすること。どのように生活しているのかを動画で紹介したり、具体的な金銭面のことを書いたり。同じような境遇で悩んでいる人の参考にしてほしい…という思いです。さっそくベッドから車椅子への移動を動画で撮影しました。



ベッドから車椅子への移乗

ふたつ目は、建築士の仕事。最近、お寺のバリアフリー化を設計する仕事を引き受け、階段だらけのお寺を男性2人に車椅子ごと抱えてもらって視察しました。

もうひとつが、杉並区障害者地域相談支援センター「すまいる荻窪」への協力です。これまで受けたサポートへの恩返しという思いで、身体障害者の生活相談の窓口になればと打ち合せを重ねています。「精神障害者も身体障害者も老人ホームの入居者も、みんな大事にしたいポイントが違う。それを経験をもとに伝えていきたい」と積極的です。

「私の友だちは東京ばかりだから、名古屋での5年間は本当に寂しかった。帰ってきた時はみんなに『生きてたの?』と言われたぐらい。だからこそ、まだ生きなくちゃいけないと思った」と水野さん。ご自身の前向きな性格だけではなく、多くの支えの上に成り立っている生活だからこそその言葉です。

■ 入院患者の「在宅」への道筋を付ける — 病院のソーシャルワーカー

入院治療や手術を必要とする重症患者のための二次救急指定病院が、杉並区には6カ所あります（27年10月1日現在）。これらの病院には多くの入退院患者があり、特に退院する患者が自宅に戻って困ることなく生活できるようにするには病院側の支援が必要です。その役割を担うのがソーシャルワーカーで、「在宅医療」には欠かせない存在です。どのような仕事をしているのか、河北総合病院（阿佐谷北1丁目）を取材しました。

病院では、心不全や脳卒中など急激に病気が悪化した患者を受け入れ、検査や手術などを施して短期間で患者の状態を安定するような治療を行います。安定したら退院～自宅療養、もう少し療養が必要な人はリハビリ専門病院などへの転院ということになります。

河北総合病院では「住み慣れた地で救急医療を受けられるようにしよう」と、救急搬送される患者は極力受け入れる態勢を整えています。そのため、年間の入院件数はここ2～3年で4割増の約1,100件。この大幅増に対応するには入院期間の短縮をせざるを得ませんが、そのためには患者の早期退院と退院時のケアが欠かせません。この任務に当たっているのが医療支援部の「患者支援課」です。

落合直樹・医療支援部長は「入院後、支払いの問題で困る人、認知症が進行していて退院後の在宅生活に心配な人、介護する家族が要介護状態で帰宅が懸念される人など様々なケースがあります。こうした問題を解決していくのが患者支援課の仕事」と説明します。



小竿頭子（おざお・あきこ）患者支援課長によると、同課は現在小竿課長を含めソーシャルワーカー8人と看護師1人の計9人。担当している患者は約300人で、ソーシャルワーカー1人当たり平均38人をみている計算です。医師や看護師など院内スタッフだけでなく患者家族、ケア24（地域包括支援センター）、ケアマネジャーらとの連絡調整をこなすわけで、かなりのハードワーク。入院している間に新たに介護保険のサービスを必要とするような状況になった人には、サービス利用の認定を取るための申



小竿 颯子 患者支援課長

請や担当するケアマネジャーの選定などをケア24を通じて案内。同時に院内の医師、看護師、リハビリスタッフから在宅で必要となるサービスやケアを抽出してもらい、ケアマネジャーを交えた「退院前カンファレンス」を開き、在宅復帰への道筋を付けます。

入院期間を短縮するには、入院している間に早めに退院の準備をする必要があります。このため、退院時に支援を要する患者さんを早期に見つけ、支援できるよう、同課の看護師とも協働しています。また、地域の開業医と連絡を取り合っ、患者の受診、入院など、地域医療の窓口となっている「地域連携課」と一緒に対応することが増え、“多職種協働”が動き始めています。

「自宅に戻るのが難しいと思われる人は入院時から対応を検討するようにしています」と言う小竿課長。「親族がいるのかいないのか、いない場合後見人が立つのか、それまで行政が関わってくれるのか、お金がいくらあるのか、と

いったことを明らかにしないと受け手がない。それを限られた時間内で処理しなければなりません」と厳しい表情。「経験とスキルも大事ですが、タフであることが必要です」と苦笑しました。



■「まずは地域を知ることから」— 地域包括ケア推進員に聞く

杉並区は平成27年度から、区内20カ所のケア24（地域包括支援センター）に「地域包括ケア推進員」を配置しました。高齢者の総合的な支援を行うケア24の中で、いわば「地域づくり」の任務を負ったスタッフです。



亀澤拓也さん

その任務は①医療・介護の連携推進②認知症対策の充実③生活支援サービス基盤の整備—の3つ。いずれも高齢化が進むにつれて地域で課題になる懸案ですが、推進員の取り組みはスタートしたばかり。推進員の皆さんは日々試行錯誤しながら活動しています。

推進員の一人、ケア24上荻の亀澤拓也さんは社会福祉士歴5年の若手。「まずは地域を知ることから始めよう」と、人口や高齢化率、世帯数、社会資源等の「地域の情報」を収集するほか、地域の行事や連絡会にも積極的に参加しています。その結果、手掛けたのが「セルフケア MAP」です。住民の皆さんから「住民の方が集まるサロンや体操・運動ができる場所を知りたい」という話を聞いたためです。体操教室やいきいきクラブ、地域ささえ愛グループなどの団体を載せた MAP は上々の評判。「地域づくりのヒントは住民の中にあると思う」と亀澤さんは実感しています。

大きなミッションである「医療・介護の連携推進」については、「在宅医療地域ケア会議は初めての経験で何をしていけばよいか手探り状態」と言います。「地域ケア会議の企画運営メンバーが、将来の具体的な連携の共通目標を持ちながら会議を続けていくことで、連携の姿が見えてくるのでは」と今後に期待しています。

■ 顔を合わせて、専門家の意見を持ち寄り — 第2回在宅医療地域ケア会議の開催

9月から10月にかけて、7地域でそれぞれ第2回在宅医療地域ケア会議が行われました。各会議とも50人前後が参加し、薬剤師から「患者と他職種をつなぐ役割を果たしたい」「いままで電話で連絡をとっていた方々に会えた」などの感想がありました。

● 敷居の高さはお互いさま

高井戸地域では、情報伝達のツールとして共通のファックス送信票および DASC（認知症総合アセスメント）についてグループで話し合いました。ファックス送信票は、ケアマネジャー就任時の医師への挨拶状として作られた様式。これについて医師側から「介護認定の申請前に、事前に連絡を入れてもらえるとありがたい」「診療に来なくなった患者に医者からは連絡がとりづらいので、介護側と情報共有ができればありがたい」といった意見が出されました。お互いに感じている敷居の高さや、顔の見えづらさをはっきりと口に出したことで、次への一歩が踏み出せる機会となったようです。



ファックス送信票を検討中

● 「関係機関が多くなるほど、解決手段が出てくる」

方南・和泉地域では「認知症のひとり暮らし支援」について話し合いました。独居での在宅医療にはさまざまな問題が生じることがあります。それらをいち早く確認するためにも、「介入のタイミングはいつが適切だったのか」という問いが挙がり、杉並区が高齢者宅を訪問する「安心おたっしや訪問」の紹介もありました。

また、かかりつけ医への遠慮から、認知症専門医への受診に至らないケースに関しては、「訪問看護を入れることで、医師への橋渡しができるのではないか」などの提案が出ました。グループワークの発表で「関係機関が多くなるほど、解決手段が出てくる」とのコメントがありましたが、まさにそのような意見交換の場となりました。



それぞれ専門家の立場でディスカッション

■ 第2回在宅医療地域ケア会議の開催状況（開催順）

地域名	開催日	テーマ
井草	9/14	多職種連携の現場実践力向上につなげる
高円寺	9/14	在宅でのがん患者の看取りを支えるために
荻窪	10/15	本人・家族の思いと現実のズレで生じた事例を通して多職種連携を考える
西荻	10/19	ちゃんと飲めてる!?先生からもらった薬
阿佐谷	10/19	頻回な見守りや支援が必要な方々への取り組みを考える
方南・和泉	10/22	認知症のひとり暮らしを支援する事について
高井戸	10/28	地域支援を多職種連携で行う為に共有できるツールの活用を考える

★次号は平成 28 年 1 月発行予定です。

杉並区在宅 医療相談 調整窓口

高齢者等の在宅医療をサポートするため、相談員が区民の皆様や医療・介護・福祉の関係者の皆様からの在宅医療に関する様々な相談に応じます。

- 担当部署名：杉並区保健福祉部高齢者在宅支援課
- 電話連絡先：03-5307-0782（直通）
- 受付日時：月～金曜日（祝日・年末年始を除く）
午前8時30分～午後5時