

在宅医療地域ケア通信

在宅

医療と介護の今

今号の主な内容

- 第3期の「在宅医療地域ケア会議」スタート — リーダー医師ら新体制で 1面～2面
- 医療と介護の連携促進へ「すぎなみガイドライン」改訂 3面～4面
- 地域で支える「最期まで自分の口でおいしく食べる」 — 杉並区歯科医師会が講演会 4面

■ 第3期の「在宅医療地域ケア会議」スタート — リーダー医師ら新体制で

高齢者の疾病治療は今後、「在宅時々入院」が主流にならざるを得ない状況ですが、その在宅医療を円滑に進めるためには「医療」と「介護」の連携が欠かせません。両者の「顔の見える」関係づくりを目指し、平成27年度から続けられている「在宅医療地域ケア会議」（以降「ケア会議」）は令和元年度で3期目（1期2年）に入りました。4月16日、杉並区医師会館で7圏域の新しいリーダー医師と主任ケアマネジャーらが参加して第1回の全体会が開かれ、新年度の運営方針などについて協議、意見交換しました。

各圏域のリーダー医師は次のとおりです（カッコ内は圏域名）。



伊東薫医師（井草）



小柳伊智朗医師（西荻）



安田正之医師（荻窪）



矢部裕之医師（阿佐谷）



石沢和敬医師（高円寺）



森谷泰和医師（高井戸）



門阪利雄医師（方南・和泉）

●増えた「ミニ学習」

全体会では平成29、30両年度の活動実績について事務局から説明がありました。それによると、ケア会議参加者（7圏域全体）は29年度の1,571人に対し30年度は1,513人で微減。職種別では、30年度は前年度に比べ医師ら医療系が軒並み増えたのに対し、ケアマネジャーら介護系は減少しました。それでも、新リーダー医師からは「医師の参加がまだまだ少ない」との意見が出されました。

これまで事例検討も多いケア会議でしたが、30年度は、井草、高円寺、方南・和泉などで「ミニ学習」が行われました。全体で90分という短い時間の中で、専門の職種から話を聞くもので、例えば井草は浮腫、摂食・嚥下、排せつの具体的な問題を取り上げました。



各圏域の主任ケアマネジャーの皆さん

●共通テーマは「入退院支援」など4つから選択

今年度の共通テーマは①入退院支援②日常の療養支援③急変時の対応④看取りの4つからいずれかを選択してもらう形です。事務局の在宅医療・生活支援センターは「過去4年間の在宅医療地域ケア会議を通して、関係者の顔の見える関係づくりができてきています。『最期まで在宅で過ごしたい』という人をどう支えていくか。それにはこの4つの在宅療養の場面での在宅医療・介護連携が必要になります」と説明しています。

全体会では最後に、圏域ごとに1年間のケア会議（3回）の運営について協議をしました。多くの圏域が第1回ケア会議を6月～7月に開催することを

内定しました。各圏域とも新体制でリーダー医師、企画運営メンバーが第3期目の会議運営をスタートさせます。



杉並区医師会 甲田会長(左) 多村副会長(右)

●医師の参加がまだまだ少ない

リーダー医師からは「ケア会議からは足が遠のいていますが、在宅医療では多職種の皆さんに協力をお願いしている立場。その意味で医師の皆さんにはできるだけ参加していただき、多職種の意見を聞いてほしい」「医師の参加が少ないのは課題です。今後、外来だけでなく訪問診療、往診と外へ出て行っていく診療が必要であることを改めて認識してもらいたい」など、医師の積極的な参加を求める声が上がっていました。

さらに、あるリーダー医師は「訪問診療や往診で患者やその家族との関係など課題がいろいろ出てくる。そうした課題をこのケア会議で共有し、専門職の話の聞いたり、解決策を考えたりして、結果として杉並の在宅医療に貢献できるように頑張っていきたい」と抱負を語っていました。



グループワークの様子

■ 医療と介護の連携促進へ「すぎなみガイドライン」改訂

杉並区では、在宅医療と介護の連携を推進する「すぎなみガイドライン」（以下「ガイドライン」）を平成26年3月に作成していますが、十分に活用されませんでした。そこで、平成30年度の診療・介護報酬改定を機に、連携に携わる多職種の専門職の意見を反映させた改訂版を今年3月に作成しました。会の中でのアンケートやディスカッション等を通し、改訂版作成にともに協力した「みんなで考え、みんなで支える地域づくりの会」（以降「地域づくりの会」）世話人の皆さんと杉並区ケアマネ協議会会長から話を聞きました。

● 病院と地域の「共通ツールが欲しい」

地域づくりの会の世話人は、荻窪病院・河北総合病院・佼成病院の入退院支援担当者（退院支援看護師や医療ソーシャルワーカー等）で構成しています。平成28年度の診療報酬改定時、退院支援加算の算定を契機に、地域関係機関との連携強化等を目指してスタートしました。地域との関係づくりは、各病院それぞれというより、合同で行ったほうが効率的で連携の効果も大きいと考え、「地域づくりの会」が発足しました。急性期病院と地域の多職種の専門職とで様々な課題や問題を話し合い、お互いより良い連携を構築することで、住みやすい地域づくりにつなげることを目標としています。年に3回、関係者100人規模で会合を開催しています。

病院と地域の医療・介護関係者とで率直な意見交換をする中で、病院側とケアマネジャー（以降「ケアマネ」）の双方から、情報共有のツールがほしいという意見が出てきました。そのツールとして「すぎなみガイドライン」の共通様式を活用することが提案され、行政とともに検討しました。



地域づくりの会世話人の皆さん
佼成病院の篠原明美さん（左）
荻窪病院の湊浩一さん（中）
河北総合病院の中野彩さん（右）

● 患者・家族についての情報共有は大きな利点

改訂ガイドラインの共通様式は、患者が在宅療養時にケアマネがかりつけ医等へ連絡する際に利用する「医療⇄介護 連絡（照会）票」（以降「連絡（照会）票」）、患者の入院時にケアマネが病院側等への情報提供に利用する「入院時情報提供書」、退院・退所時に入院機関からケアマネや次の受け入れ機関等への情報提供に利用する「退院・退所時情報提供書」の3様式があります。

地域づくりの会では、この共通様式の項目について、参加者へのアンケート

やディスカッションを繰り返し行い検討しました。共有する情報は多いに越したことはないですが、お互いに必要な情報を絞り込まなくてはなりません。入院前の本人の生活状況や本人・家族の意向を記す欄は、こうした検討を経て新たに設けられました。

これら情報提供書を使う病院としてのメリットについて、共通様式によりケアマネさんから早いタイミングで情報がもらえることです。患者さんにとっても、入院先に自分のことがきちんと引き継がれているという安心感があります。リハビリのスタッフにとっても、入院前に何がどのくらいできていたかなど分かると、プログラムを組む参考になります。

会では今年度の活動を通して、ガイドラインの活用に努めつつ、より良いものにするべく、地域とともに検討を重ねていきたいと言います。



●ケアマネからみた改訂版のポイント

「現場に役立つ」「どこでも使える」「連れていける」の3つです。

——「現場に役立つ」とは

例えば連絡（照会）票を活用すれば、医師とケアマネの事務が効率化します。外来医師の場合、外来時間と重なる日中は、サービス担当者会議への出席は難しくなります。この連絡（照会）票を活用して頂くことで本人・家族、そして多職種に助言や指示を伝えることが可能となります。また、かつては電話等で医師の意見を聞いたり、書面で頂く際には料金が発生すると言われてしまうこともありましたが、新しい連絡（照会）票には、「回答は『原則無料で』」と但し書きのあるのがうれしいです。

——「どこでも使える」とは

実際には区外の機関との連携も多いので、近隣区市に話を聞くと、病院ごとに書式を変えている地域もあることが分かりました。杉並区ではどの病院・施設でも同じ書式が使われるようになれば、と期待しています。

——「連れていける」とは

急性期の病院を退院した後、リハビリ病院へ転院し、さらに介護老人保健施設を経由してから、自宅に戻ることも少なくありません。そうした際に利用者が連れて（持って）

行ける情報提供書である「退院・退所時情報提供書」の上に、その後の入院・入所施設ごとの追加情報が積み上がっていき、最後にすべてがケアマネの手元に戻って



杉並区ケアマネ協会会長の相田里香さん

くる、そんな運用が実現してほしいと思っています。本人の最初の病気、けがの状況から、治療、リハビリが進むまでの受け止め方・意向がどう変化していったか、その流れがつかめたら本人への理解が深まり、その人らしい在宅生活に向けた支援を実現しやすくなるでしょう。

——現場では使われ始めているところでしょうか

「入院時情報提供書」は事前に準備しておかないとバタバタしてしまいますから、現在、順次利用者さんごとに記入を進めているところです。ケアマネにとってもこの提供書は聞き漏らしを防ぐチェックシートになります。これをしっかり記入出来れば多職種連携にも入退院時の支援にも自信が持てる、そういう心強いツールになることでしょう。

■地域で支える「最期まで自分の口でおいしく食べる」—杉並区歯科医師会が講演会

杉並区と杉並区歯科医師会が在宅医療推進の一環として実施している、摂食・嚥下機能支援のための講演会（令和元年度）が5月16日、杉並区医師会館で約100人が参加して開かれました。講師の菊谷武・日本歯科大学教授（口腔リハビリテーション多摩クリニック院長）が、「人生の最期まで自分の口でおいしく食べ続けたい」をどう地域で支えるかについて具体的に語りました。

菊谷教授によると、病院や施設から自宅に戻った高齢者のうち在宅療養を長く継続できているのは口腔ケアと排せつが自立している人。自立を妨げているのはサルコペニア（筋肉量が減少して筋力や身体機能が低下した状態）です。菊谷教授は「咀嚼で大きな役割を果たす舌の衰えはサルコペニアから起きますが、筋肉に比べ進行が遅いので気付にくい」と指摘。自宅に戻った早い段階で、摂食・嚥下機能の改善を本人や家族に理解してもらうことが重要だと言います。

「家族の介護・介助が期待できない場合でも、介護

（宅配）食やデイサービスを活用したり、ヘルパーさんに料理をお願いしたり地域の力を借りることができれば、まだまだ食べられるようになる。そのためにも医療と介護の連携が必要です」と訴えました。

菊谷教授は「在宅療養をする場合、最期に看取る家族に後悔をさせないことが大切です。療養の仕方に疑問を持ったまま見送ると悲嘆の回復を妨げることになりま

す」と語り、本人と家族が納得をする摂食・嚥下機能支援の提案が重要であることを強調しました。



菊谷武教授

★次号は令和元年9月発行予定です。