

表4 門真市の地域データ

<p>1. 高齢化率の推移</p> <p>1980 (昭和55) 年 4.6 % (全国 9.1 %)</p> <p>1985 (昭和60) 年 5.5 % (全国 10.3 %)</p> <p>1990 (平成 2) 年 6.8 % (全国 12.0 %)</p> <p>1995 (平成 7) 年 8.8 % (全国 14.5 %)</p> <p>2000 (平成12) 年 12.4 % (全国 17.3 %)</p> <p>2003 (平成15) 年 15.0 % (全国 19.0 %)</p> <p>2004 (平成16) 年 15.9 %</p> <p>* 国勢調査および国民生活基礎調査</p> <p>2. 転出入</p> <p>転入：年間約 6,800 人 (人口の約 5.0 %)</p> <p>転出：年間約 8,100 人 (人口の約 5.9 %)</p> <p>3. 人口密度</p> <p>10,842.10 人/平方 km</p> <p>2004 年 10 月 1 日の推計人口による順位で、全国 727 市中 8 番目。</p>	<p>4. 高齢者独居率</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全世帯数を母数とした、独居高齢者世帯の割合 10.2 % (全国 7.5 %) ・ 全高齢者数を母数とした、独居高齢者の割合 27.0 % (全国 14.0 %) <p>* 門真市は平成 17 年 2 月のデータ、全国は平成 15 年 10 月の「国民生活基礎調査」による</p> <p>5. 高齢者の住宅の状況</p> <p>高齢者全体の 29.2 %、独居高齢者の 43.3 %が、長屋住まい。</p> <p>* 要援護高齢者など実態調査/高齢者一般調査 平成 10 年 8 月</p> <p>* 関西では、規格化された 2 階建て構造の木造共同住宅を「文化住宅」と呼ぶ。</p> <p>6. 生活保護率 (生活保護を受けている人が自治体の人口に占める割合)</p> <p>3.72 % (大阪府下では、大阪市に次いで 2 番目)</p> <p>大阪府全体では 2.32 %で、全国都道府県中 1 番目、全国平均 1.12 %</p> <p>* 平成 16 年 10 月現在、大阪府試算</p>
---	---

すには不便な点が多い。

6) 生活保護率が高い。

残念ながら、在宅医療の推進には不利な条件が揃っているといわざるを得ない。このような土地と、そうでないところでは、地域の医療活動自体が、全く異なったものとなることはいままでの

い。したがって地域の医師会には、積極的に自地域のデータを収集および把握し、地域特性にあったアイデアを出したり、アプローチをすることが期待される。そして、それが有効に機能するよう、データの集積や分析手法の開発などによる支援が、都道府県医師会や日本医師会には望まれよう。

IV

地域連携の考え方

在宅医療を、一部ではなく、地域の多くの医師が普通に取り組むべきものと捉え、それが大きな無理なく果たされるよう、「主治医機能」を支援するのが地域の医師会活動と捉えると、地域連携の考え方にも変化が生じよう。

診療報酬上の表現にもある「特別な関係」や、いわば「お得意様」的な関係 (だけ) ではなく、多対多の対応のシステム化、いわゆる「面」の関係の構築が必要となる。

ここで、(急性期) 病院と診療所の関係は、それ

ぞれの地区で「病診連携の会」などが活発に行われるようになり、それらの努力により、実効のある連携システムが構築されつつある地域も多いと思われる。筆者の地域においても地区医師会が、開業医や病院勤務医を対象にした意識調査結果を反映させて、医療機関情報の共有に取り組み、さらに、地域あるいは広域の、有志によるオープンな連携の会や勉強会を積極的に支援するなどして、努力を重ねているところである。開業医と病院勤務医の意識のギャップはいまだ存在するが、

解消に向けての対話は始まり、手応えや展望も出てきている。

V ケアマネジャーとの連携に光は見えるか

一方、「主治医機能」の発揮において重要な一部を占めながら、今なおなかなか進まないのが、ケアマネジャー（介護支援専門員）との連携であろう。実際、医師に連絡せずにケアカンファレンス（介護サービス担当者会議）が開催されることも多い。医師の立場から見て、「そんなこと、さっさと相談してくれていれば、すぐに解決して独り相撲を取らずに済んでいたのに」、「もっと早くに情報交換ができていれば、ここまで問題が複雑になることはなかったのに」と思うケースに、残念ながら時に遭遇する。

よく医師への連絡は「敷居が高い」などと表現されるが、実際はどうであろうか。先日、当地のケアマネジャーとの懇談会で、主治医とのコミュニケーションについて質問してみたところ、「イメージとして怖い」の選択肢に手をあげたケアマネ

ジャーが、28名中8名（29%）、「具体的に嫌な思いをしたことがあり、トラウマ的になっている」が同5名（18%）と、少なからず存在した。医師の側にも、多職種協働のパートナーとして、十分な配慮が求められていることは事実であろう。

介護保険制度施行以来、主治医とケアマネジャーが、手軽に連絡を取るための工夫は、全国各地で試みられてきた。代表的なものが、「ケアマネタイム」の設定と「連携のための書式」の作成である。

「ケアマネタイム」は、北九州市の若松区医師会が最初に始め、今では各地に広がっている。それぞれの医療機関において、ケアマネジャーからの電話などの相談に優先的に応じる時間帯を1日に2～3時間程度設定し、それを一覧表にとりまとめて各事業所に配布するしくみである。

(医師→在宅介護支援事業所)
介護サービス計画等の情報提供依頼書
平成 年 月 日

在宅介護支援事業者
_____ 様

医療機関名
氏 姓 氏 名
或 是
F A X

下記の方について、情報提供を依頼します。

被保険者 (患者)	住 所	市	氏 名	(明・大・昭 年 月 日生)
--------------	-----	---	-----	----------------

ケアサービス計画をFAXで送ってください。

お問い合わせがありますので電話連絡をお願いします。

なお、照会事項の概要及び貴方の都合のよい日時・場所は下記のとおりです。

ケアカンファレンスの開催を希望しますので、日程調整をお願いします。

なお、協議事項の概要及び貴方の都合のよい日時・場所は下記のとおりです。

医師の方へ

主治医見習を起用した方以外の方について、情報の提供を依頼する場合には、必ず事前に当該本人の承諾を得てください。

同意書（主治医見習を起用していない場合）				
_____	氏 名	(明・大・昭 年 月 日生)	氏 姓	(印)

(介護支援専門員→医師)
要介護等認定被保険者に関する情報提供依頼書
平成 年 月 日

医療機関名及び主治医氏名
_____ 様

在宅介護支援事業所
介護支援専門員
或 是
F A X

介護サービス計画作成のため、下記の要介護等認定被保険者の継続状態・病状などについて、ご連絡したいことがございます。ご協力をお願いします。

相談を希望します。都合のよい日時・場所をお知らせください。

お問い合わせを差し上げたいと思います。ご都合のよい時間帯をお知らせください。

お問い合わせいただきたく存じます。

被保険者 (患者)	住 所	市	氏 名	(明・大・昭 年 月 日生)
健康調査 (患者)	住 所	市	氏 名	(明・大・昭 年 月 日生)

介護支援専門員の方へ

1. 提供される情報は守秘義務の対象となります。
2. 提供される情報の利用は、介護サービス計画の作成に限定されます。
3. 主治医と面談する旨、必ず事前に当該被保険者の承諾を得てください。

医師の方へ

文書による情報提供は、介護保険の認定審査官資格保持者を算定している場合以外、医療保険の診療情報提供料（A）の請求対象となります。

図 1

また、「連携のための書式」も、各地で種々の物が作成されている。当地でも2000年6月に、医師会が提案して作成し、保険者（当地では広域連合）に公式に採用された（図1）。当地で作成したものの特徴は、1）ケアマネジャーから主治医、主治医からケアマネジャー、双方向性を意識してそれぞれの書式を作成したこと、2）主治医意見書は大病院の専門医が書いているが、日常診療は地域の開業医が行っているケースを想定して、主治医意見書の記載医師以外の医師でもケアマネジャーと連携が取れるよう、利用者（患者）の同意書欄を含んでいること、である。

しかし、これらのツールにも関わらず、なお、効果が不十分であるという報告も多い。残念ながら当地でも同様である。

「(医療系サービスの) 必要性に応じて主治医と連携する」という声はケアマネジャー側からしばしば聞かれるが、そもそも、医療ニーズを的確に把握する技術がなければ、必要度を評価することはできないはずである。ケアマネジャーの受験資格は多種多様である（表5）。われわれ医師が思っているほど、医療の知識や重要性の認識があるとは限らないが、そこを責めても始まらないであろう。

連絡のハードルを低くというのは、連絡を取る動機があつてこそその最善の解決策であり、どんなに連絡方法に工夫をこらしても、必要性を感じていなければ、簡単なことすらおっくうになり手つかずとなりかねない。もともと怖いなどのイメージや経験があればなおさらである。「手段」だけではなく「動機」への関わり、すなわちケアマネジャーに、地域の主治医と連携することの必要性、大切さを実感してもらうことが求められている。この点、医師側はこれまであまりにも、当然のものと思ひすぎていたのかもしれない。

（参考文献）

1) 片山 壽：主治医機能とケアマネジメント。日本プライマリ・ケア学会誌、25 (3)：213-217, 2002.

表5 介護支援専門員実務研修受講試験 受講資格

<p>1. 国家資格などに基づき当該業務を行う者 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士</p> <p>2. 施設などにおいて相談援助業務を行う者（詳細省略）</p> <p>3. 施設などにおいて介護業務を行う者（詳細省略）</p>

制度施行当初に、全例連携、つまり、主治医の参加するケアカンファレンスを必ず開催することを打ち立てるのはきわめて有効だったと思われるが、制度が数年間動いた現在、現実問題として、今からそれを唱えるのは難しいであろう。組織（医師会）的な取り組みとしては、医療の関わり的重要性をアピールする場を、これまで以上に精力的に設けていくことが必要と思われる。と同時に個々の医師の立場から、自らも積極的にケアマネジャーにアプローチして、医療的アセスメント、すなわち医師の眼が入ることの価値や、医師の入ったケアカンファレンスの成果の大きさを実感してもらい、一例一例、医師が頼りになる存在であることの証明を積み重ねていくことが、地道だが最も確実かもしれない。ケアマネジャーとの連携の強化は、主治医機能、つまりは地域の医師の力を強化することにほかならない。

ちなみに、先に触れた当地のケアマネジャーとの懇談会において、ケアカンファレンスを開催してみた、の質問に対して「期待してやってみたが、思ったほどの成果は得られなかった」がわずか2名に対して、「予想外に、得るものが大きかった」が14名（50%）という結果は、これからの希望を持たせてくれるものではあった。

遷延性意識障害の患者における 在宅復帰と多科医療連携 (尾道モデル)

病院主治医の立場から

土本正治 尾道市立市民病院副院長・脳神経外科

はじめに

遷延性意識障害の患者への介護は、一般的に在宅では非常に困難な介護と認識されている。当然このような症例では、介護のための特別養護老人ホームへの入所も拒否され、療養型病床への入所しかないのが現状である。しかし、介護サービスの充実した現在、かかりつけ医と急性期病院との連携があれば、このような症例でも、家族の協力で在宅介護が可能となりえる。今回このような症例に遭遇したので、病院主治医の立場から検討してみた。

① 症例提示

症例は76歳男性、既往歴として前立腺癌がありホルモン療法を受けているが、ほかには特記すべき既往はなし。2003年6月18日に突然頭痛、嘔吐と意識障害をきたし、直ちに当院に救急搬送された。来院時には、軽度左片不全麻痺と意識障害(JCS10)があり、頭部CTにて右側頭-頭頂葉皮質下脳内血腫を認めた(図1)。

入院後の経過は、脳内血腫に対して開頭術を施行し、血腫除去と脳動静脈奇形の摘出を施行した。

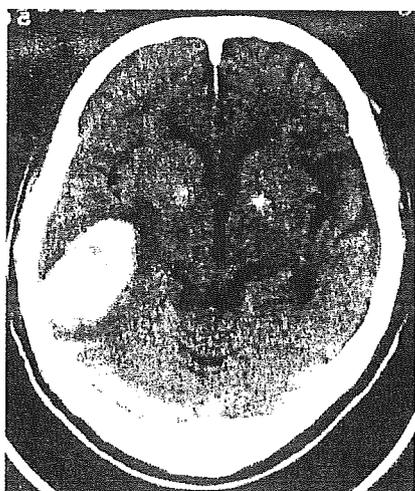


図1 頭部CT(2003年6月18日)

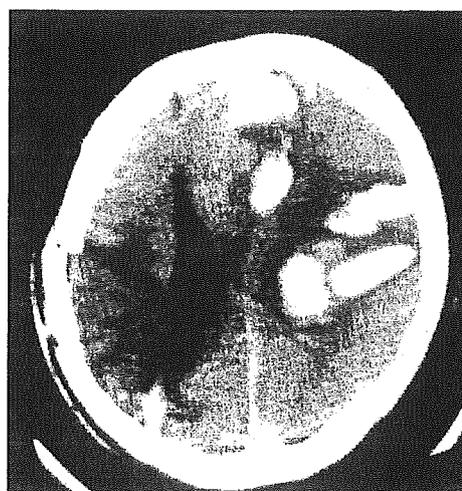


図2 頭部CT(2003年8月18日)

術後左片不全麻痺と意識障害は軽快するも見当意識障害、記銘力障害軽度残存していた。約2ヵ月後の8月16日には外泊をし、8月下旬には退院予定であったが、8月18日に病室で早朝突然意識障害（JCS100）をきたし、右片麻痺も新たに認めた。今回は左前頭葉、頭頂葉に多発性の出血巣を認めた（図2）。左大脳半球の広範囲の脳出血のため予後不良と診断し、今回は家族と相談して保存的加療の選択となった。8月21日には喀痰排出が困難なため経鼻気管内挿管を施行した。CT上血腫による著明な圧迫所見を認めるも致死的な脳ヘルニアをきたさず経過し、遷延性意識障害の状態に移行した。なお水頭症も併発しており、約4ヵ月後の12月22日に髄液短絡術を施行したが意識状態の変化なし。再出血約5ヵ月後の2004年1月21日には気管切開を施行した。その後介護を将来どこに依頼すべきかを家族と相談したところ、家族の支援協力をえながらの在宅療養も考慮された。2004年3月8日に在宅療養のために胃瘻造設を施行した。ついで4月8日に在宅療養を円滑にサポートするために在宅主治医、ヘルパー、訪問看護師が参加し、病棟の看護部長、病院PT、主治医を交えてのケアカンファレンスを開催した。気管切開チューブ、胃瘻、膀胱バルーンカテーテルは挿入したまま、再出血後約8ヵ月の4月12日にmodified Rankin scale 5で退院した。入院総日数は300日間、なお再出血後退院までの約240日間は意識障害が遷延していた。この間ほとんど毎日介護者である妻が患者を訪室し見舞っており、身体清拭や喀痰吸引の現場を実際見ている。在宅介護という方針がなされた後には、介護上の不安や問題点などを傾聴、助言をしながら、看護師から身体清拭や、喀痰吸引などの医療

処置、介護の指導もうけていた。

2 考 案

今回の症例は脳出血再発のため、四肢麻痺をきたし遷延性意識障害となったが、経過中に褥瘡の発生もなく胃瘻造設、気管切開、留置膀胱カテーテルの状態在宅療養となったケースである。当院では、通常このような症例では退院後の介護のために、まず療養型病床への転院を第一の選択として考慮しているが、幸い家族の支援、協力がえられて今回は在宅療養となった。病院主治医としては、家族の熱意だけでなく介護のサポートが十分保証されなければ在宅療養は勧められない。そのため、退院後の種々の連携した在宅介護支援のサポート（ヘルパー、PT、訪問看護師など）、在宅主治医との連携と緊急時での病院への受け入れ体制が、十分確保されなければ困難と思われる。

筆者も、この症例以外にも遷延性意識障害のケースで10年間かかわった経験から、在宅療養の条件としては、急性期病院が急変時に必ず24時間受け入れ可能な体制でバックアップするとの保証を、家族に対しても、また在宅主治医に対しても示すことが重要であると痛感している。

遷延性意識障害の患者の介護の場合は家族への負担は多く、負担をいかに軽減するかが介護サポートのポイントだと思われる。介護専門員がいかに、家族のニーズを探り適切な支援プランをだせるかが大きな要素となり、さらに短期間でも家族への介護の負担を軽減するために、療養型病床でのショートステイの対応が今後可能となれば、遷延性意識障害の患者への在宅介護への支援がますます十分なものとなりえるものと思われる。

在宅主治医の立場から

片山 壽 片山医院（内科医）

① 介護保険が急性期病院を変えた。 医療現場の進化「退院前ケアカンファレンス」

急性期、回復期、維持期の機能分担の議論が盛んであるが、はたして実践はどのように機能分担を実践しているであろうか。本稿では、遷延性意識障害の患者を家族、とくに夫人が在宅で看たいという希望を叶えるために尾道のシステム（The OMA method on long-term care management programs：前出）が機能した内容について、ともに取り組んでいる病院主治医、病院スタッフ、在宅協力医、在宅スタッフの投稿も加えて、患者本位の包括的な医療ケアの実践につき述べる。なお、重複をさけるために、TNさんのプロフィールなどは他稿を参考にさせていただきたい。

2004年の3月にTNさんの夫人が、医院においていなくなり、意識のない主人を家に連れて帰って看たいので、在宅主治医を引き受けて欲しいとの依頼をうけた。ちょうど、筆者がよく往診をしているエリアであったので承諾し、病院主治医の土本副院長にメールで情報を依頼した。数日後、別の患者の退院前ケアカンファレンスの前に、医院師長とケアマネジャーと同行でTNさんの病室に行き、病棟師長、病院主治医の説明を受けた。

説明を聞いてチームとしては耳鼻科、泌尿器科、歯科、訪問看護、24時間訪問介護がまず必要であった。退院前ケアカンファレンスの日程は、木曜日で調整がついたが、筆者が尾道市医師会看護専門学校、尾道准看護学院の学校長を兼務していて、ちょうど入学式の日程であった。調整の結果、終了後、病棟へ集合することになったが、

脳外科の主治医は手術日であり、15:00に途中で病棟に上がってくるようになった。

結果、泌尿器科、歯科は診療時間に重なってしまい、在宅側は在宅主治医の筆者と医院師長、耳鼻科医（開業医）と医院師長、訪問看護ステーション、24時間訪問介護、在宅介護支援センター主任（看護師）とケアマネジャーであったが、泌尿器科医は前立腺癌でTNさんの以前からの主治医であったので、状態は把握していた。介護者の控えめな熱意が「皆さんの助けをかりて、家で見てやりたいので、お願いします」という言葉から一同に伝わった。

約15分でケアカンファレンスは終了し、退院の日程が決まり、在宅の療養環境の整備は病棟の備品を参考に医療機器業者とケアマネジャーが準備にあたった。

退院当日、午後早めに初回訪問診療を行い、備品のチェックや介護者の喀痰吸引の技術を観察したが、器用な方で病院での指導の成果で実に見事な手際であった。

口腔ケアを担当する歯科医の石井先生は、ほかの重症難病の患者でもチームを組んでいるので、情報はメールで交換できた。

退院後44日目のモニタリングカンファレンスを当院で開催したが、薬剤師も加わり、在宅移行後の、経過の評価とケアプランの微調整を行ったが、順調な経過に介護者は大変に満足であった。

ケアマネジャーと相談し時期を見計らって開催した退院後9カ月のモニタリングカンファレンスでは、続発した皮膚のトラブルに皮膚科医の適切な介入で改善し、以前のメンバーに皮膚科医が参加し、医師チーム5人のメディカルカンファレンス

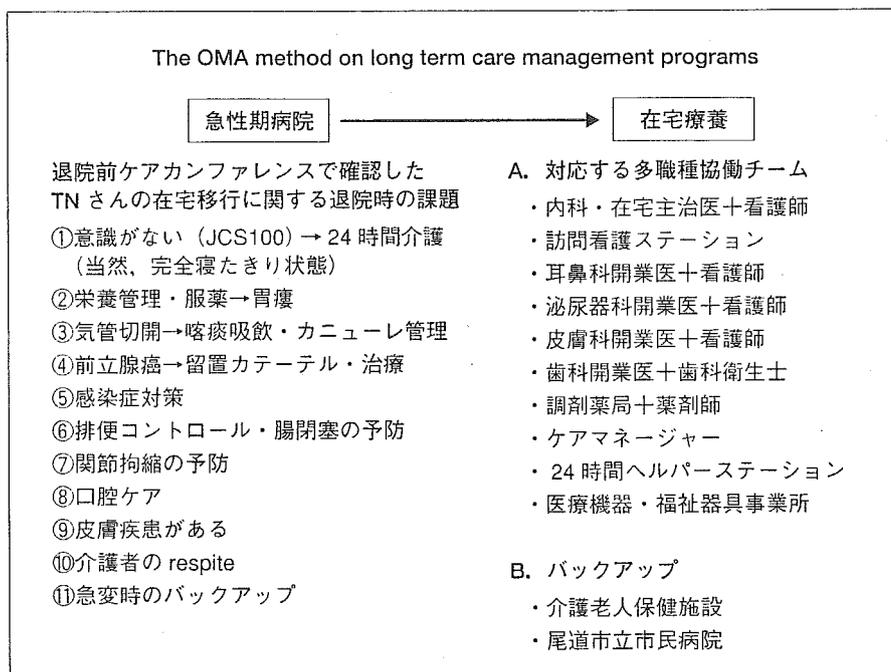


図1 TNさんの退院時の課題と在宅で対応する多職種協働のチームと支援体制

の様相であったが、感染症対策と長期栄養管理を中心に、訪問看護や薬剤師、訪問介護スタッフらと意見交換と確認を行った。

ベテラン開業医5人と急性期病院の24時間バックアップが支える多職種協働モデルは地域医療連携が機能して、まもなく1年を向かえるが、大変に順調な経過で、介護者の満足度は大きい。なんとといっても、ケアカンファレンスに馴染んだ介護者の率直な意見は、患者の視点で課題を共有する信頼の空間である。多職種協働の実践現場の様子は、資料ページ (p.1805) を参照。

図1は、急性期病院退院時でのTNさんの在宅移行の課題を集約したものであるが、左の課題解

決に、右側の在宅資源がチームとして対応する(多職種協働)わけである。ここでの特徴はケアカンファレンスに参加しているベテラン開業医チーム(多くは急性期病院の部長・医長職から開業)の継続的医学管理を中心に看護、介護、コメディカルが系統的な拡大チームとして、ケアプランに則って現場に展開している。尾道市医師会の在宅医療は「スピード&プロフェッショナルリズム」を重視した多職種協働チームを目指しているので、重度の患者でも在宅復帰への対応は万全であるが、これも継続的なケアカンファレンスにより精度管理ができていく地域医療連携の賜物である。

耳鼻咽喉科協力医の立場から

宮野良隆 みやの耳鼻咽喉科

遷延性意識障害のために気管切開を受けている患者に対し、在宅主治医よりの依頼を受け、2004年4月に尾道市立市民病院の病棟ナースステーションで行われたTNさんの退院前ケアカンファレンスに医院のスタッフと共に参加し、在宅移行時より気管切開部の管理を開始した。当初より週1回の訪問を行い、気管カニューレの交換を行っている。現在用いているカニューレは、金属カニューレである。会話が可能なケースなどでは、スピーチカニューレなどの使用を考慮する必要はある。日常的には喀痰吸引を主介護者である妻が施行しているが、吸引の仕方をよく理解し、上手に吸引を行っているため痰は比較的少なく推移している。

1 気管切開部管理の注意点・問題点

体動時や清拭の際、カニューレの抜去防止と患者自身の自己抜管を防ぐ意味からもカニューレの紐は必ず男結びとし、決して蝶々結びなどはしてはならない。紐の結びは2横指が入る程度とし、けっして強過ぎることのないようにしなければならない。

今回のケースの場合も一度、清拭の際に抜けたことがあったがケアマネジャーの迅速な判断により直ぐに再挿入し、ことなきを得ることができた。その後、カニューレを不用意に触らないことを再度確認し申し送った。また、気管切開部の急な狭窄やアクシデントに備え、現在挿入しているカニューレよりワンサイズ小さいカニューレを bed

side に常備している。

気管切開の患者において喀痰より緑膿菌やMRSAがみられることは、しばしばあり、今回のケースにおいても緑膿菌が認められた。在宅主治医への報告により抗生剤の点滴が施行され膿性痰の排出は消失した。かかる報告はコメディカルを含め慎重な対応が要求されるため重要である。ときに血痰が見られることがあり、その際には肉芽の存在を確認するためにファイバースコープにより観察を行っている。幸いなことに現在までに肉芽は認められず大量出血をきたしたこともない。冬季において痰がやや粘度を増したが室内の加湿とネブライザーの回数を増やすことにより十分に対応することができた。

2 ケアカンファレンスへの参加

ケアカンファレンスに参加することは局所の所見に囚われがちな耳鼻咽喉科医にとって全身状態の把握や、チーム医療の責任を果たす意味でも重要である。またTNさんのモニタリングカンファレンスには主治医をはじめ、皮膚科、歯科、泌尿器科の医師も参加して、ケアマネジャーや看護、介護のコメディカルとのコミュニケーションをとる意味からも有意義である。

気管切開部の管理以外にも、患者のQOLを高めるために耳鼻咽喉科医の在宅医療への積極的な参加は意義深いものと考えられる。

泌尿器科協力医の立場から

福島雅之 泌尿器科福島クリニック（広島県）

1 泌尿器科的経過

本症例は勤務医であった1995年5月より前立腺癌（病期D2，骨転移）に対し完全男性ホルモン遮断療法を行い，CRで治療継続，開業後も経過観察していた．2003年7月脳出血（AVM破裂）の診断にて急性期病院に入院したため治療の継続を担当泌尿器科医に依頼した．2回目のアタック以後意識障害を生じ，カテーテル留置で排尿管理が行われたが，塩類がカテーテルに付着しやすく，閉塞を起こすために頻回に結石溶解液（ソリューション・G）の膀胱注入が施行された．前立腺癌に対しては傾向摂取が不可能になった時点でLH-RHアゴニストのみの治療に変更されたが経過は順調で，遷延性意識障害のまま退院予定となった．

2 退院前ケアカンファレンス

地域医療において医師同士の連携プレーは予想以上に困難なことがある．しかし患者は複数の疾患を持ち，多様な症状を呈するために関係する医師間で病状，治療状況，そのつどの問題点について情報交換が必要となる．

尾道市医師会では急性期病院での退院前ケアカンファレンスが定着しつつあり，本症例の場合も開催された．病院主治医，在宅主治医，治療を継続するに必要とされた関係医師，ケアマネジャーを

中心とした在宅サービス支援チームが召集され，各自の対応のしかた，問題点が確認される．泌尿器科的には前立腺癌に対しての治療法・状態，カテーテル留置による排尿管理の注意点，合併症を支援チームと確認した．退院後も在宅主治医を中心に適宜ケアカンファレンスが開催され，専門の，いかんを問わず，協力援助体制を確立している．

3 介護者，医療サポートチームとの連携

限られた回数，時間のなかで他科の疾患と同様に，泌尿器科的に前立腺癌の治療と排尿管理を行うことは困難である．一番のトラブルである留置カテーテルの閉塞は週に何度かの訪問医療での滅菌生理食塩水を使ったパンピングでことなきを得ているが，この裏には医師，看護師，ホームヘルパーと介護者（家族）の情報交換，連携プレーが密接にあり，医療事故防止の意味でもそれぞれの役割分担を確認するために退院前からの流れに乗ったケアカンファレンスが重要である．

遷延性意識障害患者の在宅医療における泌尿器科医の役割は主に排尿管理（多くの場合留置カテーテルの管理）と尿路感染症のコントロールであるが，これらは訪問診療で十分対応可能である．しかし，さらに大事なことは多職種間で円滑に在宅医療が展開されるように在宅医療チームのキーマンの一人として存在することと考える．

皮膚科協力医の立場から

浜中和子 浜中皮膚科クリニック

高齢者の在宅患者に皮膚疾患の発生率が非常に高いことはよく知られている。2002年、日本臨床皮膚科医学会の在宅医療委員会が高齢者施設に対して行ったアンケート調査¹⁾では対象者3,583人中、70.1%に何らかの皮膚疾患が認められた。その内訳は皮膚真菌症(38.5%)が最も多く次いで湿疹・皮膚炎群(36%)、良性皮膚腫瘍(7.3%)、掻痒症(5.9%)、褥瘡(4.9%)、さらに潰瘍・びらん、疥癬、水疱症、悪性皮膚腫瘍と続く。在宅患者にもほぼ同様の皮膚疾患の発生率が推測される。

本症例ではその経過中に以下の皮膚疾患が認められた。白癬(手・足・爪)、接触皮膚炎(手)、皮脂欠乏性湿疹(顔面・頭・上肢)、褥瘡(下腿・膝・腰)。

1) 症状および治療経過

2004年9月25日初診時、両手掌、指間および全足趾間に落屑著明。糸状菌検査で白癬菌多数検出した。全足爪に肥厚混濁あり。顔面には皮膚乾燥と落屑あり。治療として手足に抗白癬剤(アスタット[®]軟膏)外用。顔面に保湿剤(ヒルドイド[®]S軟膏)外用した。その後抗白癬剤による接触皮膚炎を起こし、抗白癬剤とステロイド外用剤の混合剤を外用。指間にガーゼを挟み、指の密着を防止した。

12月14日、右下腿にくるみ大の潰瘍形成(褥瘡2度)あり、抗生物質入り外用剤(クロマイワセリン)外用し、体位変換、徐圧などに注意し

た。2週後、右下腿の潰瘍はほぼ治癒した。

2月2日、左膝に紅斑を形成(褥瘡1度)、左腰部にも貨幣大の潰瘍形成(褥瘡2度)を認めた。エアーマットを低圧にし、ムートンなどによる徐圧を行った。腰にはクロマイワセリンを外用、膝は単ガーゼで保護した。

2) 考察

皮膚科協力医としては在宅主治医の依頼を受け週に1回程度の往診を行っている。在宅患者は経過中に皮膚症状を伴う可能性が高く、異常発見時迅速に皮膚科医が対応することで、早期治療が可能になる。とくに真菌症の場合、顕微鏡検査で確認することで原因を特定し、的確な治療に結びつくものと思われる。意識障害患者の場合、とくに褥瘡の防止が大きな課題だが、これに対しては毎日の皮膚状態の観察とエアーマットやムートンなどによる徐圧などの予防対策が重要である。全身状態と皮膚症状は常に相関関係にあり、患者の全身状態の把握が重要である。この点ケアカンファレンスでは、多職種参加のもとにすべての情報が集められ、相互の理解が得やすく非常に有効なシステムであると思う。また必要に応じて在宅主治医とともに、患家へ往診し、その場で意見交換することもある。訪問看護師からメールで皮膚症状の写真とともに症状報告もあり、相互に情報交換をしている。在宅医療を担うチーム医療の一員として今後も皮膚科医の責務をはたして行きたい。

(参考文献)

1) 今井龍介, 他: 高齢者における皮膚科医療の現状と問題点. 日臨皮会誌, 81: 252-257, 2004.

歯科協力医の立場から

石井公浩 石井歯科医院（広島県）

TNさんの在宅ケアでは、私は口腔ケアと口腔リハビリテーションを担当する。

口腔リハは、咀嚼障害や嚥下障害のある要介護者の機能を回復すべく、あるいは低下を防ぐ目的で行う。口腔リハのメニューは摂食嚥下機能を評価して組み立てるが、経口か胃瘻かなど、栄養管理の問題と密接に関係する。嚥下障害は、要介護度が上がるに従い高い割合で見られるようになる。在宅での口腔リハは、障害の回復より悪化の予防の意味合いが大きいのだが、口から食べる機能、会話する機能を支えることは、要介護者の生きる力を引き出す作業である。

口腔ケアは歯科が携わる当初より一貫して行う。歯科衛生士の行う口腔ケアは、いわゆるプロフェッショナルケアであり、PTC（Professional Tooth Cleaning）、舌・硬軟口蓋の清掃、う蝕予防処置などを行う。口腔ケアは、在宅介護にもはや欠かせない。米山らの報告では、全国11の特養において、専門的口腔ケアを続けたグループと通常の口腔ケアを続けたグループを2年間追跡調査した結果、発熱発生率、肺炎発症率ともに有意差をもって専門的口腔ケアを行ったグループの方が低いことが示された。この結果より抵抗力の落ちた要介護高齢者の肺炎予防には、口腔ケアが有用であることは明らかである。

急性期病院から在宅への流れのなかで、多くの場合歯科は退院前ケアカンファレンスから参加する。全身の情報を得て口腔アセスメントを執り、

口腔ケアプランを作成する。

TNさんの口腔所見は、無歯顎で口唇閉鎖は良好であり、口腔内は湿潤状態が保たれていた。ケアプランの目標を、口腔機能の廃用の予防、口腔内乾燥の防止と保清においた。TNさんは遷延性意識障害があり、摂食会話などで口を動かすことがないので、口腔ケアとともに顎顔面へのマッサージと口唇・頬・舌の受動的筋刺激訓練を行っている。

主治医医療機関（片山医院）でのモニタリングカンファレンスは、主治医を中心にほかの職種と意見交換を行い、新しい情報を得て目的を再確認する貴重な場である。事前にケアマネジャーから渡された資料をもとに、15分程度で効率よく運営される。

地域医療連携の包括的ケアシステムは『尾道方式』として有名だが、尾道市歯科医師会も介護保険導入前よりコ・デンタルスタッフを含めた講習を重ね、在宅歯科診療に組織的に取り組んできた。訪問診療協力医制度を作り、かかりつけ歯科を持たない要介護者の要請に応えてきた。また、独自の口腔アセスメント表を作り、口腔機能の評価、問題点のリストアップからケアプランの作成までを円滑に行えるようにした。在宅専門の歯科衛生士のグループ「歯ミング」を結成し、市内の医療依存度の高い要介護者の口腔ケアを依頼している。今後も、多職種協働チームの一員として口腔ケアの実績を積むことと、口腔リハの一層の充実を図ることが望まれる。

（参考文献）

- 1) 角町正勝：あきらめないで！口から食べること。松風、2002。
- 2) 米山武義、吉田光由、佐々木英忠、他：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究。日歯医学会誌、20：58-68、2001。
- 3) 谷本啓二、吉田光由、西原達次、他：歯科医療における誤嚥の診断・予防およびその対策。日歯医学会誌、22：43-50、2003。
- 4) 山田祐敬、他：病院歯科における口腔ケア実施に関する実態調査。8020 推進財団 日本病院歯科口腔外科協議会、2004。

ケアマネジャーの立場から

山本 順子 尾道市医師会介護保険サービスセンターやすらぎ

尾道市では急性期病院から、在宅復帰する場合に、ご本人、家族が主体性を持って安心して生活できるよう、連続性を持てる仕組みになっている。介護支援専門員は院外より入り、院内での情報収集が可能で、その情報に基づき、ケアプラン原案を作り、必要とする事業所に知らせる。このような準備ができるからこそ、同一情報のもと、それぞれの役目を認識しカンファレンスに参加することができる。退院前ケアカンファレンスを開催することは医療依存度の高い方の在宅復帰するうえで大変重要である。

① 急性期病院から居宅介護支援事業所へ依頼

急性期病院から在宅介護支援センターを通して、居宅介護支援事業所に、在宅復帰の援助をして欲しいと依頼があった。即日、病室に訪問し、ご本人 TN さん、妻 MN さんと初めてお会いする。

② 利用者の状況把握、家族の意向と介護力の見極め

病室でのご本人は意識がなく、気管切開、胃瘻造設、バルンカテーテル留置でオムツを使用していた。ベッド上ではエアーマット、体位変換用のクッションを使用、ベッドサイドには吸引器が備えてあった。担当医師、病棟師長から一日の栄養・水分出納状況、排便の状態、吸入吸痰の回数などの説明を受けた。また主介護者である妻の介護量や介護技術の取得状況の説明も引き続き受けた。後日、ご自宅に訪問し、今までの生活状況や思いを聞いた。病気発症までは妻と農業を営み、野菜作りについては、表彰を受けるほどの腕

前で、趣味はカラオケであった。

現在の住居は夫婦二人の力で建て入居前夜は二人で祝い喜び合ったそうだ。このような夫婦の歴史があったからこそ、妻は寝たきりの夫を在宅で介護をすることを決めたのだ、と話してくれた。妻は「この家で夫を看取ってあげたい」と何度も繰り返す。また、状態把握のため頻回に病棟師長を訪ねるが、その度に快く相談に応じてもらえ、急性期病院と在宅がつながっていると実感した。ケアマネジメントの第1段階では、ご本人の身体・精神・社会的な能力・家族の意向・家族関係やサポート体制・生活環境・住環境・経済的なことなど、多方面からのアセスメントが必要。第2段階では、ご本人を尊重し、身体的な危機管理を踏まえることが必要であった。また一方で介護者の介護力と量を踏まえ、介護負担の軽減をすることが、在宅での長期介護を行っていくために必要不可欠であると考えた。

③ 在宅医師との相談

在宅主治医に相談し、在宅で必要なことや医療依存度の高い方の訪問看護、訪問介護の利用方法、役割分担について、助言を得る。それを元にケアプランを作成して行った。

④ 退院前ケアカンファレンス開催

ケアプランを作成し、妻に内容を説明、承諾を得た。あらかじめ各事業所、医院にケアプランを配布しておく。これは、事前に深くご本人のニーズや、家族の思いを各事業所に知ってもらい、短時間に専門家の意見をきくために必要である。カンファレンスでは、病院担当医師・看護師・リハ

びり関係者から、在宅主治医・協力耳鼻科医・訪問看護・訪問介護など在宅支援チームへ情報提供をうけ、次に各サービス提供者の担当する部分の確認を行った。

5 退院前ケアカンファレンスの意義

医療依存度の高いTNさんが在宅復帰のために、急性期病院と多職種協働で支えて行くチームが、継続性と共通の認識を成立したことを確認で

きたため、家族が安心して在宅介護を受け入れ、無事に在宅復帰ができた。

退院後、44日でも在宅主治医の医療機関でモニタリングカンファレンスも開催し、ケアプランの再確認を行ったが、多職種協働は医療連携を軸に十分に機能している。4月で在宅に復帰して1年を迎えるが、昨年11月より点滴中止でも発熱はなく順調な経過であるが、介護者の明るい顔が一同の喜びである。

訪問看護ステーションの立場から

檀上浩子 尾道市医師会訪問看護ステーション 管理者

在宅において療養生活を送る利用者への医療サービスとして訪問看護があるが、介護保険以後、医療依存度の高い利用者が今まで以上に増加し、その役割が明確に見えてきたと考える。地域において多職種協働のなかで、とくに急性期病院からの在宅復帰における訪問看護の役割について述べる。

TNさんの事例は、退院時ケアカンファレンスの関わりから開始しているが、重度の遷延性意識障害の利用者に、複数の科の開業医のチームが機能的に対応し、ケアプランに沿った多職種協働によって実に順調な経過を実現している。

急性期病院からの在宅移行において、平均在院日数の短縮化に伴い医療依存度の高い事例が増加しているが、訪問看護には広い領域の客観的な観察と適切な情報提供が求められている。

1 在宅医療と多職種協働協働

尾道市では利用者の身近に主治医機能があり、在宅療養の疑問を払拭してくれるが、日常的に開催されるケアカンファレンスはその説明機会として、利用者の視点を関係する多職種で共通認識を

確認し、その後の療養におけるインフォームドコンセントの役割を果たしている。

また、ケアカンファレンスにおける危機管理部分の大半を担っているのは、主治医の責任とそれを看護管理で分担する訪問看護の業務といえるが、長期のフォローアップでは利用者の最も身近で信頼を受けている専門職が訪問看護と自負している。

日常の状態変化の早期発見において、家族や介護サービスからの情報は重要あるが、訪問看護は情報を収集しながら利用者の状態をより詳細に観察し、的確な状況判断を行うことが、多職種協働における看護部分の機能分担として重要な任務を任されている。

2 急性期病院退院前ケアカンファレンス

尾道市では病院から在宅、在宅と施設との移行において、利用者の継続ケアのために、2000年ごろからケアカンファレンスを行っている。ここでは、在宅医療の高度化に伴い医療依存度の高い事例が多く、訪問看護には必然的に多科の医師との連携が求められ、広い領域の専門性に対応するこ

とが求められるために、看護の技術や観察の視点の拡大が必要である。しかし、このことは看護領域にも幅広いバックアップ体制ができたことにもなり、看護のケアの質の向上にも知識と実践の連続的評価として大きく影響している。

こうして、主治医機能の実践の延長線で、指示を受けて看護管理を徹底する訪問看護の位置付け

は、在宅医療の重要性のなかで共にその専門性を伸ばしているといえる。

地域の医療連携における訪問看護の対応能力は、あらゆる面で多職種協働を利用者にとって安心のシステムにするためには、在宅の受け皿の支えとして、利用者の視点に立った不可欠なサポートである。

24時間ヘルパーステーションの立場から

沖本美保子 尾道市医師会 24時間ヘルパーステーション 主任

当ヘルパーステーションは医師会立であり、365日24時間巡回型ホームヘルパーステーションである。医師会立ということもあり、医療依存度の高い利用者の訪問依頼が多いのが現状である。TNさんも気管切開、在宅酸素療法、胃瘻造設、尿道カテーテル留置で遷延性意識障害の利用者である。在宅主治医を中心として、耳鼻科医、泌尿器科医、歯科医、皮膚科医の在宅医療チームで医療面は手厚く支えられている。このように医療依存度の高い患者が在宅へ移行するためには、ケアカンファレンスの開催がとても重要である。関係各者が一同に集まり、ケアマネジャーのケアプランにおける情報の共有を図り、各先生方からの病状説明、注意点などを伺い、疑問点を各自が質問していく。

そのなかで、在宅主治医よりTNさんのケアの注意点は、意識障害で呼吸不全のため、ケア中はパルスオキシメーター装着（資料ページ写真7, p.1806）にて全身状態の観察を行いながら、ケアする必要があるなどの細かい指示を頂き、洗髪、全身清拭、手、足浴などを行っている。訪問中の異常時には在宅主治医を中心とした在宅医療シス

テムで迅速な支援体制により早期対処が行われており、遷延性意識障害の患者をもつ御家族の大きな不安も地域の支援体制にて支えられている。また、毎月在宅主治医には、報告書にて在宅での様子や状態などを報告している。

利用者の異常を早期に見極めるために質の向上が求められている昨今、尾道では医療・介護に関する研修会が頻回に開催されており、訪問介護スタッフも多数参加している。また医師会立でもあるため、各種の病院の協力も得られ、医療現場での病院実習や精神障害者についての研修会も、社会福祉協議会の介護スタッフを加えて行われ、尾道市内の精神科医の先生方に講義をしていただき、精神病院での実習も行っている。

このような連携や管理体制が整っている多職種協働の尾道方式のシステムがあるからこそ、医療依存度の高い患者でも個人の尊厳を重視した在宅生活の継続が可能となり、われわれ、訪問介護スタッフも安心して訪問ができているのである。

24時間訪問介護は利用者が一番近くで、ケアの安全と医療を支える訪問介護をこれからも行っていくことを目標としている。

主治医医療機関看護師の立場から

杉田貞子 片山医院 看護師長

片山医院は1898年に開設され、100年以上にわたって現在の場所で地域の医療を担ってきた。初代、菊松先生、2代目、健次先生の時代から、菊松先生は人力車や馬車、健次先生は原付自転車から「カブ」を使って往診を遠方までされていたと、母親から聞いたことがある。筆者は片山医院に勤務して30年以上が経過しているが、健次先生のころは、先生が一人で往診かばんを後ろに積んで深夜でも、嵐の日でも行かれていた。

20年前に3代目の現院長が東京から戻られてからは、往診車に看護スタッフを2名同乗で往診をされ、いままで行っていない重症の患者も在宅で診るようになった。

訪問看護ステーションが1995年にできたころには、重症の患者や末期の方を看取るが多くなり夜間の往診も多く大変であったが、医院の看護として筆者は24時間対応で、患者の電話を受けている。深夜、休日などに、緊急性を考えて院長に伝える前に訪問して状態をチェックするためであるが、そのときの状態により、院長が往診を行うことになる。筆者もこの地に生まれ育っているので、先代からの患者の情報、病名などはすべて記憶しており、また、永年、往診を行い末期の看取りを多く行うことで、信頼関係は一段上の医師と患者の関係と感じている。

末期を看取った場合、筆者とスタッフと2人で「死後の処置」を行うことを20年間行っているが、死後硬直の前に行わねばならないので、時間

は深夜や早朝であることが多い。また、院長とわれわれスタッフで行う「グリーンケア」は、末期看取りの後、時期を見計らって仏壇に線香をあげさせてもらいに行くのであるが、「よく頑張って見てあげましたね」と在宅で頑張った親や姑を看取った介護者を、改めて労う「仕上げ」の意味で重要であると思っている。

長期の在宅介護、とくに末期の看取りは家族にとっては大仕事である。この大仕事を、サポートするのが院長とわれわれスタッフであるが、介護保険ができてからは、いろんなスタッフがケアプランに沿ってサポートを行うので、以前とは大きな差があるが、介護保険の導入でもっとも変わったのは、ケアカンファレンスを医院で連続的に行うようになったことである。

筆者は99年ごろより片山医院で行われるケアカンファレンスには、すべて参加しているが、院長室に利用者、介護者、ケアマネジャーや多くの関係者が集合する。2000年初めは、多いときには午後9件のケアカンファレンスを行ったことがあるが、当初、患者や認知症の介護をしている家族の方は、ケアカンファレンスの最中に感激して泣く方が多かったのが印象として強烈であった。

また、2000年から行っている、患者の退院に合わせて病院で行う退院前ケアカンファレンスは、大変素晴らしいと思っている。ケアカンファレンスは不安をもつ患者にとって、素晴らしい信頼の基盤になるものと考えている。

病棟師長の立場から

石井淳子 尾道市立市民病院第5階東病棟 看護師長

① 退院調整アセスメントの開始

患者の状態が安定した時点で、病院主治医より
これからの治療計画について家族に説明が行われ

た。妻より家族の支援協力を得ながら在宅介護を
要望された。

医師、看護師、妻によるカンファレンスを行
い、介護上での不安や意向を聞いた。

表1 介護力の評価・指導（尾道市立市民病院 第5東病棟）

項目		現状の 評価	評価日	家人への 指導	指導者 印	指導の 評価	特記事項
1. 食事・水分・栄養							
栄養 管理	必要物品の準備						
	実施						
	後始末						
2. 清潔・更衣							
保 清	必要物品の準備						
	清拭						
	更衣						
	口腔ケア						
	髭剃り						
	陰部洗浄 手指足浴						
3. 排泄							
オムツ 交換	必要物品の準備						
	オムツの当て方						
	排便時の交換						
4. 退院後の医療							
薬剤 使用 管理と	薬の照合・区分						
	必要物品の準備						
	薬の溶かし方						
	薬の注入の仕方						
処 置	体位交換						
	胃瘻のケア						
	気管切開部のケア						
	薬剤吸入の仕方						
	吸痰の仕方 ギャジベットの操作						

評価基準

1. できない (1点)
2. 介助すれば一部できる (2点)
3. 介助すれば完全にできる (3点)
4. 一人でやっとできる (4点)
5. 一人でスムーズにできる (5点)

看護師は、妻の抱える問題点をアセスメントした。①医療処置を伴う介護量が多い、②急変時の対応、③医療機器の扱い方、④畑仕事をするとき、患者が一人になるなどの問題があった。

①②③について現状の介護力評価基準（表1）に基づき、家人に1. 食事・水分・栄養、2. 清潔・更衣、3. 排泄、4. 退院後の医療項目内容を「完全にできる」を目標に指導を行った。特記事項には、介護の習得状況を記載し、指導に生かした。

2 在宅支援に向け医療、看護、福祉の連携

在宅主治医には、介護者と相談の上、包括的医療ケアシステムのエリアを担当されている片山医院へ依頼した。

（参考文献）

- 1) 片山 壽：ブレインアタック時代の「脳卒中」診療。治療、87：164-166, 2005.
- 2) 弘中清恵：病院と在宅を結ぶ看護情報提供者の活用。看護、55：43-46, 2003.

介護保険申請を在宅介護支援センター「やすらぎ」へ依頼し、介護保険の利用内容、支援について患者本位の説明が行われた。

在宅療養において医療処置を伴う介護量が多く、支援体制が問題視された。地域連携室へ在宅療養に向けての情報を提供。在宅主治医と介護支援専門員は患者訪問、医師看護師長は病状の経過、家族の意向、介護の修得状況などの情報を提供した。

介護支援専門員は居サービス計画を作成、多職種と連携を取り23名の参加による退院前ケアカンファレンスを実施した。

ケアカンファレンスを通して、患者中心、患者本位の情報共有の必要性と家族との信頼関係の重要性を痛感した。

地域連携室の立場から

三浦明美 尾道市立市民病院地域医療連携室 看護科長補佐兼看護師長

1 退院支援の現状

当院は地域の中核病院として急性期医療を担っており、2002年10月に地域との緊密な連携を図るため地域医療連携室が開設された。退院支援は、病棟より連絡のあった問題のある症例に対してのみ対応しているが療養型病棟や老人保健施設など、介護保険関連施設は全くないため、退院後の施設探しには苦慮している。幸い、尾道市医師会では長期支援ケアマネジメントシステムが確立され、地域のケアマネジャーに連絡することで、他職種協働体制がとれ、重い障害を持ちながらで

も在宅介護が実現できている。今回、医療依存度の高い遷延性意識障害患者の退院支援を経験し、継続看護や退院前カンファレンスの重要性について再認識したので地域連携室としての関わりについて述べる。

2 TN氏への退院支援

a. 退院支援依頼

退院（在宅療養）が決まり病棟師長より地域連携室に、他職種協働の支援依頼を受けた。

b. 情報収集

TN氏は脳出血のため遷延性の意識障害があ

り、気管切開チューブ、胃瘻（経管栄養）、尿管バルンカテーテル留置などの医療処置があり寝たきりの状態であった。介護保険は要介護5と認定され、在宅主治医やケアマネジャー（看護師）も決まっていた。また、病棟では在宅介護における問題点をアセスメントし、家族に医療処置や介護方法について、介護力評価表を用いた指導が行われていた。

c. 退院前カンファレンスの日程調整依頼

地域連携室よりケアマネジャーに、退院前カンファレンスの開催および日程調整について依頼した。

d. 在宅関係者の患者訪問

在宅主治医とケアマネジャー、訪問看護師は事前に入院中の患者を訪問し、病院主治医や病棟看護師長から情報提供を受けた。

e. サービス計画書の資料提供

ケアマネジャーより地域連携室に居宅サービス計画書の資料提供があり、TN氏に関する病院主治医、病棟師長、理学療法士に資料を配付し、事前に計画書の内容の確認をしてもらった。

f. 退院前カンファレンスの開催

退院4日前の2004年4月8日、ナースステー

ションにおいて、在宅側より主介護者である妻や長男を中心にケアマネジャー、在宅主治医、耳鼻科開業医、訪問看護師、訪問介護職員など8名の参加があった。また、病院内より主治医、病棟師長、病棟看護師、看護助手、理学療法士、地域医療連携室看護師長など、総勢23名参加でのケアカンファレンスとなった。

ケアカンファレンスでは病状の経過説明や在宅介護上の注意点、医療処置内容や介護者の介護の修得状況、介護者の休養方法について検討され、専門医による訪問診療、訪問看護や訪問介護のほか、随時、ショートステイの利用などが参加者間で確認された。

3 まとめ

急性期病院における退院支援のポイントは、①早期よりの退院支援、②継続的な医療とケアの提供、③急変時の受け入れ体制の確立があげられる。退院前ケアカンファレンスは関係者が一同に集まり情報交換や意志統一ができ、患者や家族にも安心を与えることができ効果的であると考えられた。

(参考文献)

- 1) 片山 壽：ブレインアタック時代の「脳卒中」診療。治療，87：164-166，2005。
- 2) 片山 壽：急性期病院における退院前ケアカンファレンスと包括的地域ケアシステム。看護学雑誌，67：882-885，2003。
- 3) 岡田美幸、梶原和歌：看護を中心とする退院調整に取り組んで。看護，56：40-44，2004。

介護老人保健施設の立場から

築山順子 介護老人保健施設やすらぎの家 副施設長

尾道市「新・地域ケア」において、介護老人保健施設の果たす役割は、大きく2つに分けられる。一つは在宅支援、あと一つは急性期病院退院後のフォローアップである。

当施設は1997年5月に開設され、一般棟50床、認知症専門棟30床の80床で、通所リハビリテーションの定員は25名である。1998年には24時間対応のヘルパーステーションも開設した。また開設時より在宅介護支援センターを併設しており、2000年には居宅介護支援事業所も開設している。

尾道方式の包括的地域医療ケアシステムが進められるなかで、当施設も医療依存度の高い方の利用は増加の一途を辿っている。在宅での医療、看護との連携はもとより、単独型老健としては急性期病院との連携は必須である。

① 尾道方式指示付ショートステイ (機能評価)

まず在宅支援については、ショートステイのご利用は、介護者支援という役割を持つだけでなく、ご本人にとっては、PT、OT、ST、管理栄養士など多職種が揃っている施設の中での健康管理、機能評価が行える場でもある。ADLの再確認、摂食・嚥下を含めた機能評価、リハビリの進み具合、栄養状態の確認を行うという大きな役割を持っている。利用に先立ちケアカンファレンスに参加し、利用目的の確認を行うのは当然であるが、主治医からの情報提供書、訪問看護ステーションからの看護要約、ヘルパーステーションの

ケアプランなど大いに活用している。

② 在宅復帰プログラム

また、急性期病院からの退院援助という重要な役割も持っている。病状は安定されても、退院即在宅では不安を抱えられる方は多い。退院見通しの連絡が入ると、支援相談員と看護職とで、まずご本人の状態を確認に向く。ケアマネジャーからケアカンファレンス開催の案内が入ったときには、ケアプランのなかで役割を持つ職種すべてが参加することになる。時には、施設の看護、介護、ヘルパー、通所リハビリスタッフ、理学(作業)療法士、言語聴覚士、管理栄養士と数名のスタッフが施設から出て行くことにもなるが、15分前後で効率よく開催されている「尾道方式ケアカンファレンス」だからこそ、可能なのだといえる。

TNさんの場合は、介護者である奥様が農作業で忙しい期間のご利用であった。しかし、在宅で頻回に吸引が行われている情報をもとに対応させて頂いたにも関わらず入所翌日から発熱された。施設長の診察に加え、在宅主治医の指示も仰ぎ治療を行ったが改善されず、4日目にバックアップの急性期病院へ入院となった。医療依存度の高い方の場合、在宅では病状が安定されていても、送迎でかかる負荷、多勢が過ごされる生活空間はリスクを伴うことも考えられる。

介護者のレスパイトなどで、医療依存度の高い利用者にショートステイを安全に利用していただくためには、介護老人保健施設の医療機能の充実と在宅、病院とのスピーディな連携は必須である。

尾道市医師会方式多職種協働モデル 資料



写真1 尾道市立市民病院退院前ケアカンファレンス (2004. 4)

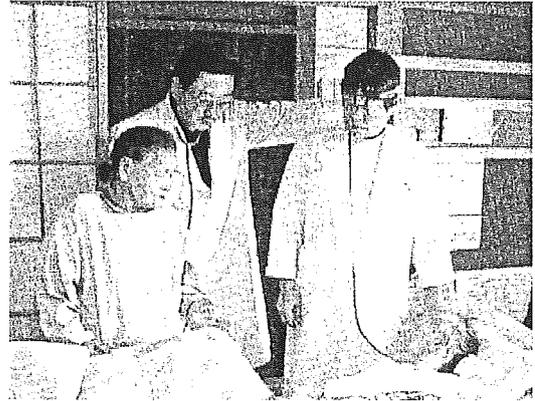


写真2 在宅初日
耳鼻科医、在宅主治医、介護者

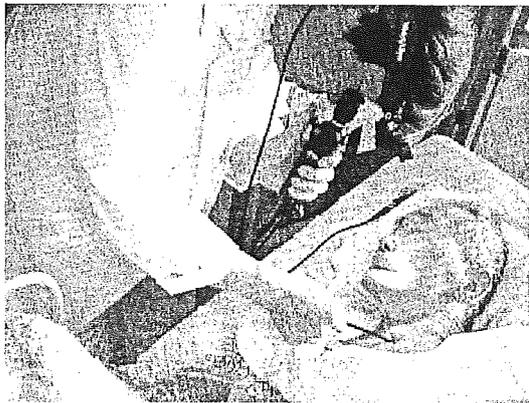


写真3 気管切開部の管理



写真4 泌尿器科医と主治医医療機関看護師

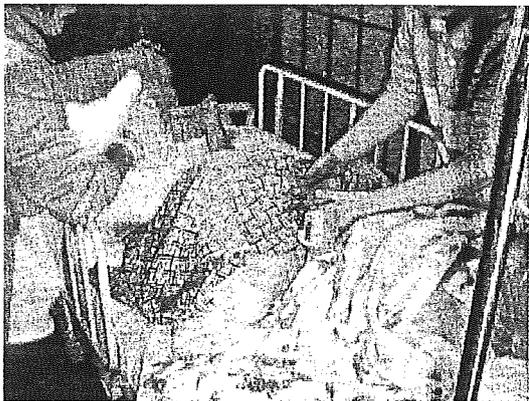


写真5 24時間訪問介護 (SPO₂測定下のケア)



写真6 訪問看護チームの胃瘻管理・看護管理