



地域包括通信

発行 高崎市医療介護連携相談センターたかまつ
〒370-0829 群馬県高崎市高松町6
旧高崎・地域医療センター3階
TEL: 027-329-6611 FAX: 027-329-6612

編集 坂本道子 太田直樹 近藤清廉 森田廣樹
(地域包括ケアシステム委員会)

CONTENT

- 笛吹けども踊らず 小屋 淳 ①
- ある在宅医の独り言 田路 了 ②
- [在宅医療 Q&A] ②
- [在宅療養の豆知識] みちこさんの介護日記⑥ ~病状の変化、介護も変化~ ③
- 相談センターたかまつの活動報告 ④

笛吹けども踊らず

藤岡多野医師会 小屋 淳

踊らせようとして笛を吹いても、誰も踊り出さないという意から、手を尽くして働きかけてもそれに応じようとする人がいないという意味のことわざとして用いられる。応じられない理由として意味の差異はあるが、踊り方がわからない、難しすぎるので踊らない、踊りそのものに興味がなく踊らない等が考えられる。これを地域包括ケアシステムの医師の関わり方に当てはめて考えてみたい。

超高齢社会における持続可能な社会保障の為、各自治体において介護を要する高齢者が住み慣れた環境で自分らしい生活を最期まで送ることができるように、医療の世界では様々な職種の人々と連携協力することで機能するシステムを構築することが求められる。このシステムを構築する際に重要な点は、医師が主軸となり他の職種の人々と共に高齢者の生活を支えることだと思われる。しかしその主軸となりうる医師の世界では温度差が大きく一筋縄ではいかず、在宅医療が可能ならば行ってみてもよい医師と、自身の診療所での業務で手一杯であり関わるできない医師がいるのが現状である。医師会の担当理事の間では各医師の負担をできるだけ軽くし参加しやすい工夫もされているようだが理解が得られない状況である。この解決方法の一つとして、マンパワーの充実、即ち多くの医師が参加できる環境を再度検討し、各個人の負担軽減ができれば良いのではないかとと思われるが如何だろうか。その為には何が協力することの妨げとなっており、どのような状況であれば各医師が参加をしてもよいと思えるのか、様々な医師の声を聴くことも必要となるだろう。この作業は時間がかかるかもしれないが、このひと手間が今まで別々に機能してきた医療機関と介護施設などがスムーズに連携していくことにつながっていくと期待したい。近年、医師の社会的地位の低下が叫ばれて久しいがこのシステムの成功はその歯止めの一役買うものと確信している。

藤岡多野医師会の准看護学校講堂のエントランスに大理石の壁があり、そこにはラテン文字で「ノブレス・オブリージュ」の言葉が掲げられている。我々の先輩方が「社会的地位の保持には責任が伴う」という信念を持ち、我々医師ひいては医師のサポートをする准看護師の人々にもこの言葉の重要性を認識してもらいたいという想いから掲げられたものと思っている。

医師が通常診療の他にも在宅診療に携わるということは早朝・夜間・緊急対応などもこなすことになり、肉体的にも精神的にも過酷になることは想像に難くなく課題が多いことは十分理解している。様々な課題を少しずつクリアしていきながら超高齢社会における持続可能な社会保障の為に医師が主軸となり、一日でも早く医師・看護師・薬剤師・介護福祉士・ケアマネジャーおよび行政などの多職種の人々が各々の特性を生かしつつ連携協力しながら地域住民の方々に安心して過ごせる社会を届けられるよう願うばかりである。

是非とも行政が笛を吹いた際には、医師は傍で見物しているのではなく、率先し他職種の方々の輪に加わり素晴らしい踊りを披露したいものである。



(撮影者)本多 忠衛 (タイトル)蓮華

在宅医療には医療と介護の介入が必要ですが、その主体者は本人と家族です。特に自宅での看取りには本人と家族の覚悟と協力、両者の相互理解が必要です。そこに各家庭の物理的(時間的)事情、経済的事情が複雑に絡み合ってきます。

高齢者にとって、いずれ死を迎える状況になることは必然です。そのため事前に家族と本人との会話が必要になります。これがAdvance Care Planning(ACP)です。その方が一生に一度の死を迎えるために考えたACPを実現するために、医療人と介護関係者は最期ま

でACPを認識しつつ、寄り添う責任があります。

在宅医療には病院の医療行為のようなクリニカルパス(標準的医療行為)は適用困難です。なぜなら、その現場は日々生活のある自宅だからです。在宅医療を行うためには、その方々の人生観や死生観を意識した広い視野と、変化するACPに対して許容力を持って対応する必要があります。



在宅医療 Q&A 第6回

Q 訪問診療の必要性はわかりますが、24時間対応が必要となるところが、どうしても二の足を踏んでしまいます。不在となる場合にお願いできるようなシステムがあるとよいと思いますが……。

A 在宅医療を始める際、24時間365日対応することは、先生方の大きな負担となると思います。2012年に日本医師会総合政策研究機構が行った「診療報酬改定についての調査結果報告」でも、24時間対応が必要となる在宅療養支援診療所(在支診)の届出は、日本全体で14%程度にとどまるという結果があります。そして、在支診の届出を行わない理由の上位に「24時間往診が可能な体制を確保できない(約52.3%)」が挙げられています。高崎市医師会では、24時間365日対応の負担軽減のために、互助の精神による『在宅往診支援システム』を構築しました。それについて簡単にご説明いたします。

在宅往診支援システム

～実施要項より抜粋～

- 支援医手配は原則主治医(依頼医)であるが、手配できない場合に表記システムを利用(原則3日前までの申出)。
- 利用できるのは、システムに登録した医師のみ。
- 支援医の調整は「相談センターたかまつ」が請け負う。
- 支援医は概ね1時間以内に患家に到着できる範囲で待機する。
- 依頼医は診療行為が発生しない場合でも、待機料を支払う(別途医療行為に対する報酬、交通費等)。
- 原則、支援医は依頼医の医療機関の非常勤医師とする。
- 表記システム利用事例が発生した場合、原則、患家・訪看・ケアマネ等から依頼医にファーストコールし、依頼医から支援医に直接状況説明を行い出動依頼する。

2019年12月現在で、8名の先生が登録しております。2018年2月より試験運用を開始し、2019年12月現在までに、延べ5名の先生(17日間)がご利用されています。

登録をご希望される先生、詳細をお知りになりたい先生は、「相談センターたかまつ」へご連絡ください。

在宅医療について皆様からの質問を募集いたします

ご質問は、相談センターたかまつ(FAX: 027-329-6612)または、高崎市医師会(FAX: 027-323-2551)へお寄せください。

みちこさんの介護日記 ⑥ ～病状の変化、介護も変化～

父は、脳梗塞発症をきっかけに、在宅療養生活を始めて早2年になります。母との二人暮らしは沢山の方々に支えられています。



お父さんの様子に、いつもと違うことがあれば、まずは看護師さんに連絡だったね。慌てて救急車¹を呼ぶんじゃないでね。(母)

- ◆冬の早朝、「お父さんの様子がいつもと違うから、訪問看護師さんに連絡したよ。」と母から連絡がありました。私は急いで実家に向かいました。日頃から、「もしもの場合」について話し合いを繰り返していた母は、慌てることなく訪問看護師さんに電話をしたようです。

ご主人は意識がありますか？ お名前を呼ぶと返事ができますか？ お話ができますか？ どこか痛がっていませんか？ 今からご自宅に伺いますね。(訪問看護師)



- ◆看護師さんは電話で状況を確認し、自宅訪問で本人の状況を確認し、医師に電話で報告していました。

脳梗塞の再発が考えられるね。ご本人とご家族に急性期の処置の必要性を伝えて、短期間の入院による検査と治療をすすめよう。(在宅医)



- ◆早めの治療をすすめられ、父は2週間の入院となりました。命に別状はありませんでしたが、以前より麻痺は残り、飲み込む力も弱くなりました。それでも父は再び在宅療養を選択して退院しました。支えてくれる方々がいることを知っているからです。より介護力が必要となり、介護認定の変更申請も行われました。



お母さん、あのね、在宅療養を選ぶときって、『選んだからには、100%家で頑張る!!』ではなくて、頑張り過ぎずに『ときどき入院、ほぼ在宅』っていうように柔軟な考えも大切らしいよ。本人のためにも、家族のためにも!!……ね。なんかホッとするね。(みちこ)

★★★ 病院相談員が中心となって開催された『退院時カンファレンス』に参加しました。★★★

1回目の入院生活から退院に向けて開催された会議と同様に、病院と在宅療養を支える専門職の皆さんが集まって情報交換や引継ぎが行われました。母と私も参加しました。

★★★ ケアマネジャーが中心となり、自宅で開催された『サービス担当者会議』に参加しました。★★★

(出席) 父、母、私、在宅医、訪問看護師、福祉用具スタッフ、訪問介護担当、訪問入浴担当、ケアマネジャー
(内容) 父の状態に合わせた支援の方法が話し合われました。以前よりも介護力が必要となっています。
(結果) それぞれのスタッフが自宅に来る回数が増えました。飲み込み力も弱くなっているため、食事形態にも工夫が必要です。また、排泄もベット上、入浴方法も変更となります。専門職の皆さんにお願いする事が増えました。

おむつ給付サービス²の申請を高齢者あんしんセンターに依頼しましょう。経済的な負担も軽くしながら生活をしましょう。困り事があれば、その都度お気軽にご相談ください。(ケアマネジャー)



次号に続く

1 救急車：救急車で搬送されると、医療機関は可能な限りの救命処置を行います。たとえば『延命治療はせず、自宅で自然に最期を迎えたい』と望んでいた方の場合、意思とは異なる結果となるかもしれません。高齢者の救急搬送件数は年々増加していますが、ほとんどの方は、延命処置について家族と話し合っていない。日頃から家族と『最期をどうしたいか』を話し合い、救急車を呼ぶのか、在宅医または訪問看護師に連絡するのか、よく相談して決めておくことも大切かと思えます。

2 おむつ給付サービス：委託業者が月2回程度自宅を訪問し、おむつを配達します。1ヶ月の限度額まで無料です。おむつの形態も状況に合わせて相談できます。

相談センターたかまつの活動報告



「医療者として、介護者として」

講師：中島クリニック 中島 透 先生 令和2年2月7日

♡ご両親の介護やお母さまを自宅で看取られた経験で感じた事をお話いただきました♡

医療者、介護者として感じたこと

- 医療者の立場からは介護を受ける方の身体的側面に重きを置きがちだが、介護者の立場からは、精神的側面に自然に気持ちが向いてくる。
- ケアマネジャーをはじめ、多職種の方が在宅に入ってくださり、介護保険の有難さを痛感した。一方で、担当ケアマネジャーが不在で連絡が取れず、すぐに相談ができなかった経験から、ケアマネジャー同志の相互サポートも重要であると感じた。
- 多職種の情報伝達がスムーズに行えるようにベッドサイドにノートを置き、家族も含めて活用した事はとても良かった。

ケアマネジャーさんへメッセージ

- 担当者が不在でサービスの変更は出来なくても、他のケアマネジャーが話を聞いてくれたり提案してくれるだけでも安心できるのではないかな。
- 患者さんの病気や家族構成により100人いたら100通りの介護がある。医療者や介護者が、やりがいや喜びを持ち、医療・介護・多職種がワンチームとして力を合わせて介護者を支えていくことが大切。

参加者は、先生からのメッセージを受けて、あらためてご家族様や患者様への対応を振り返り、今後に活かしたいと思われたようでした。中島先生、大変貴重なお話をありがとうございました。



救急を学ぶ消防職員に向けて ～群馬県消防学校にて～ 令和元年11月25日

救急科講義の中で消防職員73名に向けて「在宅療養を取り巻く環境」というテーマでお話をさせていただきました。

内容は、地域包括ケアシステムや在宅療養についての概論。また、在宅療養を支える職種や役割の紹介、介護保険制度、ACP、高齢者入所施設における救急の現状などについてお話をした。

後半は、グループワークの時間を取り入れ、余命わずかの想定で自らの価値観を考えみんなで話し合う「もしバナゲーム(もしバナ≐もしものための話し合い)」というカードゲームを体験していただいた。どのグループも真剣にカードを選んでいく様子が見えた。「貴重な体験をさせていただいた」「死生観について考えるきっかけとなった」「大切な人とのお別れをどう伝えたら良いのか考えた」「身内を看取った時の思い」などの感想を全体で共有した。自分にとって何が重要なのか、何故それが必要なのか考えるきっかけとなったようでした。

講義を通して、「在宅医療と救急医療の連携が今後さらに必要となること、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する事が在宅医療推進には欠かせない大切な事であること、救急要請について一人一人の理解が大切であること」などを伝えた。また、皆さんと繋がりを持ち、在宅医療の情報提供と普及啓発をはかり、在宅医療を推進していきたいとお伝えし、講義を締めくくった。



言の葉

3月～4月にかけての季節を「木の芽時(このめどき)」というのをご存じでしょうか。樹々が芽吹き、虫たちが冬を超え動き出す季節です。安定しない天候や、様々な変化への対応などがストレスとなり、自律神経のバランスを崩しやすい時期と言われています。自分に合った心身のリフレッシュ方法を見つけてみてはいかがでしょうか。



相談センターたかまつ