



2 年ほど前でした。父の部屋からドスンという音がしたんです。何事かと思いい見に行ってみると、父が椅子のそばで倒れていました。痛がるそぶりはなかったのですが、「何だ椅子から落ちただけか」と思ったんですよね。翌日になって父が痛みを訴えたんです。ヘルパーさんに相談すると、すぐに病院に行った方がいいと言われました。慌てて救急搬送してもら

いました。結果は圧迫骨折。すぐに入院することになりました。父を川西に呼んだのは12年前。当時83歳でした。遠方に一人で住んでいたんですが、腰を悪くして、日常生活に不便なところが出てきたので、一緒に住もうかということになりました。少しずつ体は衰えてきていましたが、家の中に手すりを付けたり、たまにヘルパーさんに来てもらうぐらい。元気で、ある程度、自分のことは自分でできてたんですよ。自宅とは違い、慣れない病院。夜中にトイレに行って病室に帰れないことが何度かあったらしいんです。家に居ても、じっとしていたら骨はつながるからと言われ、翌日には退院することになりました。安静にしていたらよくなる

市内に住むAさん。自宅で父親を介護しています。在宅医療・介護に至った経緯や実情について話を聞きました。

きつかけは椅子からの転倒 あつという間に要介護5に

本 格的に介護をするようになって初めて、全くの素人では介護はできないと実感しました。訪問看護師さんやホームヘルパーさんなど、いろいろな人に助けってもらって何とかやっていますが、一人では体を支えたり、車いすに乗せることも難しい。始めのうちは、ベッドから落ちることも度々ありましたし、昼夜逆転することもありました。デイサービスに行きたくないからと、1カ月ほど休んだことがあったんですが、途端に体が弱ってきたので、心を鬼にして行かせたりしたこともありました。夫の両親を病院でみとったんですが、自宅で見てあげたらよかったと思ったんですね。そのときの思いもあつて、在宅での介護を続けています。

あつという間でした。今は寝たきり状態になっていま

だろうと思っていました。それがよくなかったのか、要介護1だったのが、たった2カ月で最重度の介護を必要とする要介護5に。

在宅医療・介護を続けるためには、無理をしないことが大切

Aさんの父親の在宅医療を担当していても感じるのですが、患者さんのほとんどは「いつまでも自宅で過ごしたい」と望んでいます。しかし、病状などにもよりますが、現実問題として、自宅での生活を維持するのは簡単ではありません。医療的なケアや家族の負担、費用の問題、制度の難しさなど、理由はいろいろあると思います。理想的な在宅生活の環境をつくるのは、難しいのが実情です。ただ私たちは、本人の「家で見てあげたい」という気持ちや何とかかなえようと、知恵を絞っています。大切なのは無理をしないこと。手を差し伸べてくれる人はたくさんいます。



医師 久保雅弘さん

いつまでも住み慣れたまちで
暮らし続けるために



【特集】 在宅医療・介護を**考**える

— “そのとき”は突然やってくるかもしれない —

今後ますます進む高齢化。川西市も例外ではありません
知っているようで知らない在宅医療・介護の実情
増える高齢患者。高齢化する医師
高まる医療や介護の需要に応えるため
多職種での連携や支援の仕組み作りが進められています

問合せ 長寿・介護保険課 ☎(755)7581



藤末医院では10年以上前からヘルパーや看護師、ケアマネジャー、薬剤師などが集まり、月に1回「ターミナルケア会議」を開催。これまでに100回以上行われている。

在宅医療を支えるには 多職種連携が不可欠

今後ますます需要が高まる「在宅医療・介護」の現場。それを支える専門職の皆さんに話を聞きました。



医師 藤末洋さん

増える在宅での対応

現在、市内で在宅医療を行っている医師は30人ほど。在宅医療は、往診のように、予定外に診察へ行くのではなく、あらかじめ計画を立てて、定期的に診察に行くものです。それに、川西市は高齢化率は高くても、元気な高齢者が多いので、今はそれなりに何とかなっています。

しかし、今後、高齢患者は確実に増えます。それに、国の方針もあり、病床数が減ることが予測されているので、在宅での対応が必要な人は増えるでしょう。また、医師も高齢化します。在宅医療・介護の現場が大変になるのは、誰が見ても明らかでしょう。

チームで動くことが必要

高まる需要に対して、限りある医療・介護資源を有効に活用するためには、効率性を考えないといけません。1人ではできないことも、多職種が集まりチームで動くことで、1+1が3にも4にもなるんですよ。

在宅医療の困難事例などを話し合う「ターミナルケア会議」では、さまざまな専門職の人が集まり、患者さんについて、情報の共有や意見交換などを行っています。

そうした場を持つことで、5分、10分診察するだけでは見えない、患者さんの普段の生活や考え方が分かってくるんですね。

定期的に顔を合わせることで、多職種でありながら、お互いの顔が見え、連携できる関係を築くことができます。それは在宅医療を進める上では、欠かせないことです。

元気なうちから準備を

今後も在宅医療を続けていくためには、医師が増えるのももちろん、今、そういった助けが必要な人もそうでない人も、皆さん自身の意識が変わらないといけません。

老いていくのは誰もが避けられないものです。今は元気でも突然療養や介護が必要になることは十分考えられます。そのときになってから考えるのではなく、予防はもちろん、どこに相談すればいいのか調べたり、家族で話し合うなど、元気なうちから準備しておくことが大切です。

在宅医療・介護を支える専門職



visiting nurse

訪問看護師
吉川友子さん



care manager

ケアマネジャー
堤良子さん



home helper

ホームヘルパー
藤江裕子さん



medical social worker

医療ソーシャルワーカー
濱田晴江さん

家族が持つ介護の力をサポート

初めて行く所では、「何をしてもらえるんでしょうか」ということをよく聞かれます。

私たち訪問看護師の主な仕事は、主治医の指示書による体の状態のチェックや薬の管理などですが、必要があれば入浴の介助や排せつの手助け、家族からの相談に乗ったりもします。

また、「グリーンケア」といって、利用者が亡くなった後、残された家族に寄り添ってサポートすることもあります。

病院ではなく住み慣れた家で療養したいという人は増えていますが、実現するためには家族がどれだけ介護の力を持っているかが重要になってきます。それを支えていくのが私たちの役割だと思います。

その人らしい生活を一緒に考える

介護保険の認定を受けた人たちが、その人らしい生活ができるように、一緒に考えるのがケアマネジャーです。

単にサービスを提案したり、つなげたりするだけではなく、本人の思いや意向をくみ取りながら、利用者や家族にとって何が最適なのかを考えて計画を立てます。

一度計画を立てたらそれで終わりではなくて、定期的に訪問します。

状況が変わっていないか、困り事はないか、サービスがうまくいっているかなど確認し、医療とも連携して、その時々状態に応じて調整します。

プライベートな部分に深く関わるので、いかに信頼関係を築くかが重要です。

本人の力を引き出し介助する

ホームヘルパーはケアマネジャーの計画に沿って必要な援助や介助をします。

介護度や同居の家族が居るかによって変わりますが、掃除や洗濯、食事といった生活援助、入浴介助や買い物同行、通院介助といった身体介護などを行います。

でも、自分でできることは、声を掛けてやってもらうようにしているんですよ。

以前はお世話型で、なんでもやっていたですが、今は本人の能力を最大限発揮できるよう、自立支援型へ変わってきていますね。長い目で見たとときに、本人にとってプラスになると思うんです。それが在宅を長く続けるコツにもなるんじゃないでしょうか。

入院前から退院まで幅広く支援

医療ソーシャルワーカーは、医療機関の中で社会福祉の立場から、患者さんを支援する専門職です。医療機関で積極的に配置が進んだのは平成12年ごろだと思います。

入院相談や、入院生活における費用や精神的な悩み、退院後の生活の不安など、院内外の専門職と連携し、治療と並行してサポートすることが主な役割ですね。

同じ年齢で同じ病気であっても、過ごしてきた生活背景は一人一人違うので、支援の方法も違ってきます。

ですから、その人の状況に応じた丁寧な対応を心掛けています。

また、最近では退院後の生活の質向上のために、退院支援ルール作りに取り組んでいます。

地域包括支援センター

市内に8カ所ある各センターでは、主任ケアマネジャー(介護に関すること)や保健師・看護師(医療に関すること)、社会福祉士(高齢者の権利や人権に関すること)、認知症地域支援推進員(認知症に関すること)が、それぞれの専門性を発揮。チームで解決する体制になっています。

【総合相談】

地域の高齢者や家族からの介護を含めたさまざまな相談に応じます。

介護保険サービスをはじめ、各種制度や地域の資源を活用し、総合的な支援を行います。

【権利擁護】

消費者被害の防止や成年後見制度の活用、高齢者虐待の防止など、高齢者の人権に関する相

談に対応します。

【包括的・継続的ケアマネジメント】

地域で自立した日常生活ができるように、医療や福祉、保健、地域資源といった社会資源を適切に切れ目なく活用できるよう支援します。

【介護予防ケアマネジメント】

介護保険の認定を受け、要支援1または2となった人や、要介護状態になる恐れがあり、介護予防のサービスを利用する人に、利用者に応じた介護予防ケアプランの作成やプランに基づいたサービスを手配します。

【その他】

介護予防教室の開催、福祉サービスや介護保険の申請代行、高齢者の実態把握、保健福祉サービスの広報・啓発など

センター名(所在地)	担当地域	電話番号
東谷(丸山台3)	国崎、黒川、下財町、笹部、大和、長尾町、西畦野、一庫、東畦野、東畦野山手、丸山台、見野、緑が丘、美山台、山原、山下町、山下、横路	(790)4055
清和台(清和台東2)	赤松、石道、芋生、けやき坂、清和台、虫生、柳谷、若宮	(799)6800
緑台(水明台1)	向陽台・水明台・清流台・緑台	(792)6055
多田(平野3)	新田、多田院、多田桜木、鼓が滝、西多田(明峰担当地域除く)、東多田、平野、矢間、矢間東町	(790)1301
明峰(西多田)	鶯台、鶯が丘、錦松台、滝山町8番地、西多田1-1・2、西多田字上平井田、萩原2・3、萩原台、南野坂、湯山台	(793)2703
川西(中央町)	鶯の森町、小花、小戸、霞ヶ丘、絹延町、栄町、栄根1・2(1~6番)、滝山町(8番地除く)、中央町、寺畑、出在家町、花屋敷、花屋敷山手町、萩原1、日高町、火打、丸の内町、満願寺町、松が丘町、美園町	(755)1041
川西南(加茂3)	加茂、久代、栄根2(1~6番除く)、下加茂、東久代、南花屋敷	(755)3315
川西市中央(中央町)	各センターの統括	(755)7581



1・2_5月にオープンした在宅医療・介護連携支援センター。徐々に情報が集約され一元化が進む3_先駆的な取り組みとして厚生労働白書でも紹介された「つながりノート」



医療や介護、生活支援など 一体的に提供する仕組みを作る

平成37年以降に75歳以上になる人は約3万人。住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい。そんな思いに応えるための体制や仕組み作りが始まっています。

構築が進む 地域包括ケアシステム

療養や介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けたい。市の第6期介護保険事業計画アンケート調査によると、65歳以上の高齢者の約6割がそう望んでいます。

また、平成37年以降は市内の団塊の世代約3万人が75歳以上になり、医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。

そんな中、市が進めているのが、住まいを中心に、医療や介護、介護予防、生活支援が一体的に提供される体制「地域包括ケアシステム」の構築です。今、地域の特性に応じたシステム作りが始まっています。

つながりノートで 相談しやすく

市独自の取り組みとして、「つ

ながりノート」があります。認知症の人とその家族が、日々感じたことを医師などに相談しやすいようにするためのツールとして、大阪大学の協力で、市と市医師会が作成したものです。

本人の基本情報や医療情報、介護情報、関係者間で相談したいこと、知っておいてほしいこと、日々の状況などをノートに記録。

医師や各サービス提供者の間で情報共有しやすくなるため、より適切な医療や介護を受けることができます。

今は要介護度が要支援1以上と認定された人に限定していますが、もっと多くの人が利用できるように改定を進めています。

介護などの相談に対応 地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの中で、中心的な役割の一つを担うのが、市が設置している「地域包括支援

センター」。

地域の総合相談窓口で、高齢者の皆さんが地域で安心して生活できるように支援しています。

同センターでは、市民の皆さんからの介護を含めたさまざまな相談に対応したり、介護予防のケアプランを作成する他、介護保険の申請を代行するなどの支援を行っています。

専門職のための 連携支援センターを開設

多職種での連携をサポートするため「川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター」を市医師会の協力で開設しました。

同センターは医療・介護サービスの専門職を対象とした機関。情報の集約と一元化、専門職の皆さんの連携を支援するのが主な目的です。

在宅医療に関する相談への対応や各種研修、普及啓発などを行う他、いつでも情報交換できる場所を用意しています。

市民の相談窓口である地域包括支援センター。専門職のための川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター。

お互いが役割を補完することで、これからの在宅医療・介護を支えていきます。

在宅医療と介護連携を 協働で推進

介護保険制度の改正によって27年度から在宅医療と介護連携の推進の取組が市町村で実施されています。

25年1月に市医師会が始めた在宅医療推進協議会を27年4月に市が引き継ぎ、毎月1回、在宅医療・介護連携推進協議会を開催。その取り組みの一つとして、在宅医療・介護連携支援センターが開設されました。同センターは在宅医療や介護を必要とする高齢者などの生活の質を向上させるため、専門職が活用します。市民の皆さんからのご相談は、地域包括支援センターが対応します。

これからも、医療・介護関係者と行政が協働して在宅医療と介護連携を推進し、地域の高齢者の皆さんが安心して在宅生活を過ごせるよう、取り組みたいと思います。



長寿・介護保険課
主幹 田中英之