



服部さんのご家族 お正月にみんな集まりました（孫たちと一緒に）

できる限り わが家で暮らしたい
 ～介護が必要になっても、住み慣れたわが家で、
 自分らしく、暮らしていくために～

団塊の世代が75歳以上となる平成37年に向けて、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいが包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現が必要となっています。

宇陀市では、平成24年度から、地域医療の在り方や在宅医療体制と看護や介護との連携について協議を重ね、平成27年度には、奈良県内では、初めてとなる、「地域包括支援センター」機能と「在宅医療と介護の連携支援」を行う「医療介護あんしんセンター」を開設しました。

平成29年5月、65歳以上の方を対象とした抽出調査「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では、「人生の最期をどこで迎えたいですか？」との問いに、約63%が「自宅で迎えたい」と答えられました。

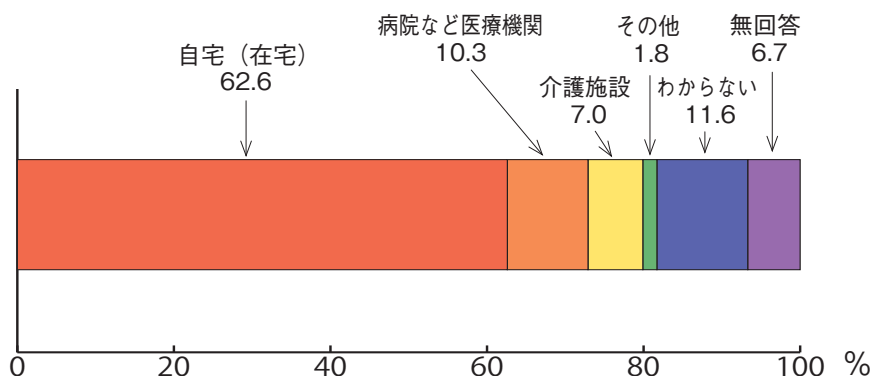
しかし、「家族の介護負担が大きくなるのでは？」「病状が急変した時に医療がすぐに受けられるのか？」など不安な気持ちをお持ちの方も多いでしょう。

そこで、療養生活を送っている方を紹介しながら、住み慣れた自宅で生活し続けたいという願いを実現させる、かかりつけ医をはじめ、さまざまな職種が協力・連携したチームの取り組みを紹介します。



医療介護あんしんセンター
 所長 林 佳江

人生の最期をどこで迎えたいですか？



問 医療介護あんしんセンター

住所：榛原福地 28 番地の 1
 (☎ 85・2500 / IP ☎ 88・9480 / FAX 85・2501)

※電話番号の間違いにご注意
 ください。

無理しない在宅介護

服部 菊夫さん (81歳)

妙子さん (74歳)

(榛原赤埴)

在宅での医療を受けよう

在宅での生活は覚悟が必要でした。治る病気がない入院でもいいが、治らないと分かれれば在宅で私が最期まで看たいと思いました。しかし、制度も分からず不安いっぱい食事喉を通らなかつた。そんな時、ケアマネジャーさんに出会い、「任しとき！」の一言で、不安が取れ担当者の胸でいっぱい泣きました。自分一人ではどうにもできないのでやっぱり相談して聞いてもらうことが大事ですね。



二人のコミュニケーション

夫の「うん」が唯一

二人のコミュニケーション

まさか夫が難病になるなんて
夫が約10年前に仕事を辞め、これからは二人でゆっくり過ごそうと思った矢先、夫の身体に異変が…。病院を転々とするも病名が分からず、やっと分かった病名は「多系統萎縮症」という難病でした。病気のことを書いた本を買い、夫婦で何度も読みました。やはり、本にあるような症状が出て来て、病気を受けるまでに3年かかりました。

平成24年ぐらいから寝たきりになり、2年前から人工呼吸器を使用しています。コミュニケーションは、私が話しかけると夫は「うん」と反応してくれるんです。伝わっていると悪いときは反応ができないので、「しんどい」とは言えないけど、状態が分かります。

やっぱり在宅がいいね

もし、入院していたら毎日が忙しくて疲れていたでしょうね。病院への往復や、帰ってからも心配になるし…。

家に居てくれるから時間もあり、自分の事も出来るんです。心配なことや体調が悪くなっても、先生や看護師さんが来てくれるので、一人ではないのが心強いですよ。毎日、誰かが来てくれるので、話をすることで元氣になります。夜中でもすぐに駆けつけてくれるのでありがたいです。病院は治療が中心だけど、在宅は生活も支えてもらっているの、入院とは全然違います。

1週間のスケジュール

月	訪問診療・訪問看護
火	訪問リハビリ
水	訪問入浴・訪問看護
木	訪問看護
金	訪問歯科・訪問看護・訪問リハビリ
土	訪問看護

夫が今日も無事で、私も元気でよかった

私にとつての介護は、一生懸命になるのではなく、夫の事は生活のリズムになつているので苦になりません。夫の食事は1日3回、栄養を胃に直接点滴入れます。必ず食事準備をするので、私の食事作り毎食しっかり食べています。



アイデアと愛情が詰まったパジャマ

夫は左側に麻痺があり、入浴などの着替えの度に不便を感じていたんです。時間もかかるし、夫も痛そうでした。どうにかできないか考え、麻痺のある左袖の手首部分から胸元まで切り、着られなくなったパジャマのボタン部分を、切り取ったところに縫い付け、簡単に着脱できるように改良しました。パジャマ作りも趣味のひとつです。時間を見つけて、楽しんでいきます。

また、夫は外に行けず季節が分からないので、家の中には季節に応じた花を飾り夫に声をかけながら一緒に楽しんでいきます。夫も花が好きなので、嬉しそうに眺めていますよ。やっぱり夫と住み慣れた家で過ごすのが一番落ち着きますね。



夫から見えるところに季節の花を飾っています

在宅医療について



加藤クリニック
加藤 久和 医師

福井療院
福井 直人 医師

宇陀市で在宅医療に取り組んでおられる、加藤医師と福井医師にお話を伺いました。

訪問診療（在宅医療）とは

加藤（以下、加） 一人で通院が困難な患者のもとに医師が定期的な診療のために訪問し、計画的に治療・看護・健康管理を行うものです。定期訪問に加え、緊急時には必要に応じて臨時の往診や入院先の手配なども行います。

往診と訪問診療の違いは？

福井（以下、福） 往診は臨時。訪問診療は事前に診る計画をたて、自宅で患者さんを診察します。療養の場を自宅にする形で診ていくのが訪問診療です。

訪問診療の対象者は？

加 通院が困難な方で、通院ができない状態であればどんな病気でも大丈夫です。

訪問診療の手順は？

福 入院していて、退院時のカンファレンスで依頼が来る場合もあれば、今まで外来で来られていた方が、だんだん通院が難しくなり訪問診療に移行した方もいます。

訪問診療の目的は？

加 訪問診療は、単に病気を医学的に対処するだけでなく、本人や家族のつらさ、しんどさをどう取



り除けるのか家族全体を対象として診ています。我々の仕事は、治療を行うことの一つの目的です

が、医療面を通じて、本人と家族の生活をどう支えられるかを考え対応していくことを目的としています。

訪問診療を受けられる患者さんのメリットは？

福 依頼を受ける患者さんが、家で最期まで長く生活をしたという願いを叶えてあげられるのが一番のメリットではないでしょうか。

加 たとえ動けなくなっても、最期まで自分の役割を果たしながら、住み慣れた家で、最愛の家族やその地域の人と一緒に生活できることは最大のメリットですね。

福 また、私の経験上、家に帰ってきただけで元気になる方もいますよ。

訪問診療を行って思うことは？

福 患者本人よりも、家族とお話している時間の方が多いですよ。

加 家族が患者本人の希望を一番知っています。その患者さんに対する一番良い生活を家族と一緒に考えます。訪問診療では、話を聞くことの方が大事です。在宅では医療を行うだけではないんです。病気を治す医療と、生活を支える医療とは全然目的が違うんです。



在宅介護を支える病院の役割

こんなことを
しているよ！



レスパイト
入院



リハビリ
入院

地域包括ケア 病棟

中井 美代子さん（96歳）

昨年11月に自宅で倒れ入院となった。当時は口からの食事が取れなかったが6月に辻村病院へ転院し、えん下訓練を行ったことで、自分で食べられるようになり、表情も良くなった。好物はウナギとブルーチーズ。先日念願の好物を食べることができ、外出もできるようになった。（辻村病院スタッフと家族とともに）

在宅介護などで、介護者が日々の介護に疲れを感じ、介護力の限界を超え、介護不能となることを予防する目的の短期入院です。例えば、近親者の冠婚葬祭や介護者の病気、家族の事情などに利用できます。

レスパイト入院

病院外の介護・福祉が一体となって入院中から連携し在宅復帰に備えます。



患者さんを中心に病院内はもちろん、病院外の介護・福祉が一体となって入院中から連携し在宅復帰に備えます。主治医の判断により、最長60日、患者本人と家族を中心に、在宅復帰とその後

の日常生活を視野に入れて、医師・看護師・理学療法士などが連携をとり、社会復帰を目指します。また、在宅での療養準備が必要な場合や、様々な申請や手続きについてもサポートします。

地域包括ケア病棟

宇陀市立病院



摂食・えん下リハビリ評価入院

辻村病院

食事中のえん下障害（食べ物を上手に飲み込めない状態）で困っている方を減らすことを目標に、県内でも数少ない「摂食・えん下リハビリ評価入院」を行っています。

評価入院は、患者さんの状態を専門スタッフが評価し、在宅で家族がケアを継続できるようにするために行うものです。内視鏡を使った検査（VE）で実際に飲み込んでいるときの映像を確認できるため、在宅や施設への往診でも使えます。また、食べる時の姿勢はとて重要で、看護助手など定期的に勉強会も行っています。

辻村病院では、医療・介護・福祉のトータルケアを目指し、安心して家に帰れるように退院を支援しています。困っている高齢者が窓口に来られた時に、必要な医療・介護・福祉サービスを紹介できるシステムを目指し、職員全員が同じ意識を持って取り組んでいます。



在宅療養を見守る人たち



居宅介護支援事業所ゆあほうむ榛原
ケアマネジャー 永塚 均司

ケアマネジャー

介護が必要になられた方に、一番最初に関わるのが、ケアマネジャーです。介護保険制度を利用して自宅での生活が送れるよう支援します。対象者や家族の生活に寄り添い、必要とされていることに対して制度やサービスを紹介し、相談のうえサービスを調整します。多いときは、一人で1か月に35人ほどの担当することもあります。

病院と連携して支援します

高齢の人が入院された際に、早い段階から退院に向けての準備できるよう、病院とケアマネジャーが連携するために「入退院連携マニュアル」を活用しています。

病院

入院時：ケアマネジャーに入院したことを連絡

退院時：5日前までにケアマネジャーに連絡し、カンファレンスの開催



ケアマネジャー



- ・自宅での生活の様子を病院に連絡
 - ・退院時、ベットや手すりなどの福祉用具や住宅改修の手配
 - ・訪問看護の調整
 - ・ヘルパーやデイサービス など
- 在宅療養に必要なサービスを調整します。



利用者だけでなく、家族の方にも寄り添い、少しでも不安を軽くしていただくためには、じっくりお話しする必要があります。例えば「入浴が困難なとき」には、①環境を整えたと入浴できる場合↓手すりの取り付け。②人的介助が必要な場合↓ヘルパーなどの利用。③環境を整えても自宅の浴室に入れない場合↓デイサービスや訪問入浴を利用。などサービスの種類は様々です。

自ら大切に思っていることは、利用者や家族、主治医の先生やサービス提供事業所（訪問看護やホームヘルパーなど）との連絡や連携を重視し、電話だけではなく、できるだけ直接お会いして顔の見える関係作りを心がけていることです。

利用者や家族の方から、「相談できてよかった」「安心できた」と言われるとこの仕事の重要性を感じます。

宇陀市では在宅療養の体制が整っていると思いますので、住み慣れた自宅で暮らしたい方の思いを実現できるように、寄り添っていけたらと思っています。

訪問看護師

（アンフィニ訪問看護ステーション
天笠さん・森口さん）



看護師さんの訪問を心待ちにしていた今西マキノさん

看護師等が利用者の家庭を訪問し、病状や療養生活を見守り、適切な判断に基づいた看護ケアやアドバイスをを行い、在宅での療養生活が送れるように支援します。



情報を共有するための連絡ノート

その他在宅療養をサポートする専門家

- ・在宅リハビリテーション
- ・ホームヘルパーによる日常の支援
- ・歯科医師による口腔機能管理
- ・薬剤師による服薬管理
- ・デイサービス など

医療・介護の専門職が 連携して支える

～安心して医療やサービスが受けられる～

重い病気や介護などの不安を抱えた高齢者が在宅で療養するために、かかりつけ医、病院、在宅をサポートする専門家が連携し、療養生活を支えます。

■地域医療連携会議

■病院連携懇話会

在宅療養を支援する医療や介護の専門職と行政が連携して対応する環境づくり、後方支援する入院医療機関とかかりつけ医との連携を推進するために必要な取り組みについて話し合います。



いろんな職種の方が集まり、定期的に話し合いを行っています。

■宇陀在宅医療を推進する会研修



今回は「援助的コミュニケーション」についての勉強会



隣の人とペアになってコミュニケーションの実践研修

在宅療養支援診療所の医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員など介護に関わる専門職が自主的に企画して、医療と介護の専門職の研修会（緩和ケア・口腔ケア・認知症のケアなど）を定期的に行い、在宅医療について勉強しています。年々参加者が増えています。



医療介護あんしんセンターでも、在宅医療や介護についてのいろんな相談や連携を推進しています。お気軽にご相談ください。
スタッフ一同