

地域密着型“医療介護”の実現

～優ったり村の新たな取り組み～

■クリニックとグループホームの同建物内での運営

平成30年11月1日、「優ったりグループホーム江東北砂」が運営をスタートしました。優ったりグループホーム江東北砂の特徴は建物の1・2階がクリニック(医療法人社団共栄会サワイメディカルクリニック)、3・4階は奉優会のグループホーム、隣接に薬局(メイトピア江東薬局)があり連携できる点です。またスタートしたばかりですが、この特長を活かして医療と介護が連携し、より良いケアを創っていききたいと思います。

■優ったりグループホーム江東北砂4つのメリット

- ①強力なサポート!** 同建物内にクリニックがあるため、ご入居者が体調不調の際には初期段階から医師の判断を得られ、迅速かつ適切な対応が得られます。
- ②多職種連携できめ細かく** 医師と介護士をはじめ、薬剤師、訪問看護、訪問歯科とも連携。多職種が力を合せることで多くのニーズを満たすことができます。
- ③質の高いケアの実現** 介護職員へ医師、薬剤師から入居者の症状や薬の情報が提供され質の高いケアの実現につながります。
- ④「なじみ深い」関係** 顔なじみの介護・医療スタッフでご入居者のより安心した暮らしを提供します。

▶▶▶ オープンして3カ月。現場の“生の声”を直撃!!

入居者A様

いつもお医者様が来られて安心ですし、ご飯も美味しく居心地良いです。これからどうぞ宜しくお願いします。



居宅事業所ケアマネジャー

やはり医療の側面での安心感が強いですね。他のグループホームに比べ魅力的で紹介しやすくなります。



訪問看護事業者

利用者が北砂で安心して自分らしく暮らせるよう、優ったり村をはじめ、みんなで協力してケアに努めてまいります。





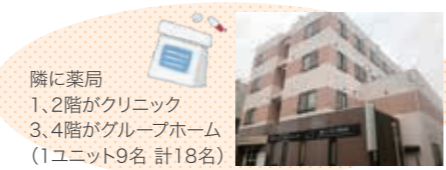
この江東北砂の地を中心に、地域密着型の医療と福祉の担い手として力を発揮し、奉優会さんと一緒に頑張っていければと思います!

医療法人社団共栄会 サワイメディカルクリニック 院長 金田 竜真



他職種の皆さんと連携を図り、たくさんの安心と笑顔をご入居者お一人おひとりと地域の皆様に届けたいと思います。

優ったりグループホーム江東北砂 責任者 濱崎 真一



隣に薬局
1、2階がクリニック
3、4階がグループホーム
(1ユニット9名 計18名)



セルフヘルプの持つ力

女性特有のがんの体験者、家族、支援者のためのサポートグループ
認定NPO法人オレンジティ 理事長 河村 裕美

静岡県の特産品をご存知ですか?そうです、「みかんとお茶」です。静岡県という地域に根ざした、顔の見える活動をしていきたいという気持ちで「オレンジティ」というグループ名で2002年に発足しました。オレンジティでは、当初、子宮・卵巣がんなどの婦人科がんを対象に発足しましたが、乳がんの体験者からの「一緒に参加したい!」という声を受け、現在は、女性特有のがんを広く対象とし、活動の場も全国に広がっています。

女性特有のがんは、そのとき治療をすれば終わりというものではなく、その後も子供が産めないこと、性機能の障害、リンパ浮腫など生涯にわたって後遺症とつきあっていかなければならない問題があります。そのため、継続的にかかわってける存在が必要なのです。

オレンジティの中心となっている活動は、グループカウンセリングの場「おしゃべりルーム」です。静岡県は、東西に長く、東部、中部、西部で医療環境や風土、地域性などが非常に違います。そのため、それぞれの地域の人たちにあった活動を行うため、東・中・西部のそれぞれのスタッフが中心となり「おしゃべりルーム」を月1回開催し、身近に体験者同士

がくつろげる場を提供しています。ほかにも、おしゃべりルームから出た疑問などを専門家を招いて勉強会を開催したり、政策提言、がんの啓発活動など多岐にわたり活動しています。

18年間の活動で当初30歳代だったスタッフも年齢を重ね、30歳代の悩みと50歳代の悩みが変わってくることに気がつきました。40歳、50歳になるとライフステージが変わりそれまでなかった親の介護や子供の独立、なによりも自分の老化についても考えなければなりません。がんの術後の後遺症をかかえながら、変わっていく自分の生活と折り合いをつけていくのはとても大変です。そのため、これまで蓄積してきた知識や経験を次世代に受け次ぐ「オレンジブロッサムカフェ」を立ち上げ、若いスタッフを中心に美容、生活、養子縁組・里親といった相談支援の場を提供しています。これからも患者のニーズに的確にこたえられるような多様な組織になっていきたいと考えています。

オレンジティで今一番必要なのは「協力者」です。女性ががんになるということは家庭全体のバランスが変わってしまい、誰でも他人事ではないということを認識してもらう必要があります。そのため社会においてオレンジティのような会の必要性を認識し、奉優会様をはじめ、様々な立場の方からご協力やご支援いただければと思っています。


Profile 河村 裕美(かわむら ひろみ)
 社会福祉士・精神保健福祉士・PRプランナー・静岡県東部里親会理事。
 1999年7月結婚、1週間後に子宮頸がんを宣告され治療。闘病中の経験から、患者サポートの重要性を認識し、2002年にセルフヘルプグループ「オレンジティ」を設立。患者サポートに加え子宮頸がん検診などの啓発を行っている。また、最近では、若年性のがん患者支援やがん患者への養子縁組・里親の相談などを行っている。

問合せ先 認定NPO法人オレンジティホームページ: <http://o-tea.org/>

公益法人による地域協働

■地域協働で取り組む認知症予防「理学療法士と始めるいきいき脳活体験塾」

港区高齢者の認知症予防を目的とした「理学療法士と始めるいきいき脳活体験塾」を東京都済生会中央病院と協働で開催しました。講師は、同病院認知症疾患医療センターの理学療法士、國枝洋太氏です。本講座では、「二重課題(有酸素運動+認知課題)を含んだ運動療法(コグニサイズ)」を軸とし、約3カ月のプログラムに取り組んできました。事前・事後には、「記憶」「注意」「言語」「視空間認知」「思考」の5つの認知機能を評価する「ファイブコグテスト」を行い、効果測定を行いました。ほぼ全ての結果が向上しており、参加者にとっても私たちにとっても大変有意義な講座となりました。また、本事例は昨年9月に開催された第8回日本認知症予防学会学術集会にて國枝氏より発表されました。



認知症予防においては、認知機能の低下にいち早く気づき、対策を行うことが重要です。これからも、自分のノウハウや経験を関係機関と共有し、地域の高齢者の方々の認知症予防や健康増進に寄与できるよう活動していきます。

東京都済生会中央病院 認知症疾患医療センター 國枝 洋太 氏

【ファイブコグテストの結果】

| 評価結果 | 事前 | 事後 |
|-------|-------|-------|
| 運動 | 27.60 | 29.07 |
| 位置判断 | 24.53 | 24.00 |
| 単語記憶 | 16.07 | 19.53 |
| 時計描画 | 6.33 | 6.60 |
| 動物名想起 | 19.60 | 21.00 |
| 共通単語 | 12.33 | 12.60 |

東京都港区
高輪いきいきプラザ
マネジャー 齋藤 加寿子

私が
ご報告
します!




認知症についての講義
コグニサイズを取り入れたトレーニング

奉優会は女性の活躍を応援しています!

東京都女性活躍推進大賞優秀賞を受賞

奉優会は2018年5月30日に女性活躍推進の優良企業として厚生労働省より「えるぼし」マークを取得しました。この度は、東京都より全ての女性が意欲と能力に応じ、多様な生き方が選択できる社会の実現に向けて取組んだ企業などに贈呈する「東京都女性活躍推進大賞」の医療・福祉分野において優秀賞をいただきました。法人の女性職員サポート制度や部長以上の女性比率44%と高いことなどが評価され受賞となりました。



小池都知事から表彰していただきました。



For You News 2019 February Vol.10 2019 2月15日発行
社会福祉法人 奉優会(ほうゆうかい) 法人事務局 154-0012 東京都世田谷区駒沢1丁目4番15号 真井ビル5階
TEL:03-5712-3770 FAX:03-5712-3771 http://www.foryou.or.jp/

より良い地域福祉をめざして。

私たちは地域の方々が安心して住み続けられるよう、さまざまな工夫を続けています。その中で、各事業所の実施している活動の様子を事例でご紹介いたします。



私がご報告します!

特養・沓掛流多職種協働による医療連携

東京都杉並区
特別養護老人ホーム沓掛ホーム
施設長 染谷 和匡

それぞれの職種がそれぞれの役割を果たし医療と連携していく

沓掛ホームでは、入居者様にいつまでも施設で過ごして欲しいという想いから多職種が連携しケアを提供しております。下記は、その相関図です。介護の現場で最大限の連携にプラスして医療との連携で入院日数が削減出来たり、減薬して食事が増えた事例を2例紹介します。



事例1 早期発見で入院が3泊4日で退院出来たM様のケース

【基本情報】
・M様 女性
・大正15年生まれ92歳
・要介護度 5
・全介助
・全粥ミキサー・ミキサー

【既往歴】
・認知症 ・高血圧症

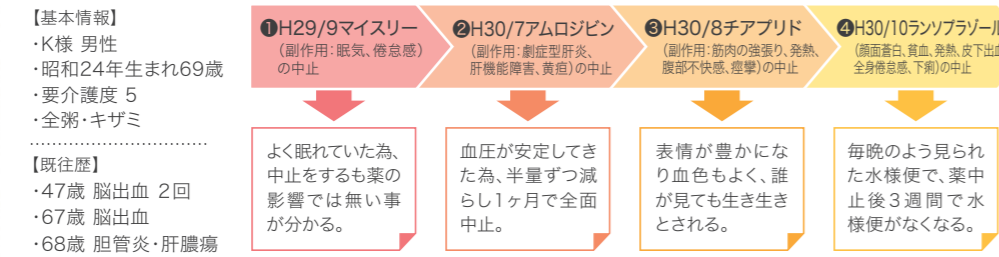
多職種協働により早期入院・早期退院できた方のケースです。蜂窩織炎であったM様ですが発熱があり食事の飲み込みが悪いなどいつもとは違った様子だと介護職から迅速な報告がありました。続いて看護職より急激に臀部に腫脹と発赤が現れたことを発見し、これも迅速に報告がありました。往診医に相談し採血をする。M様は採血のデータ上あきらかな炎症反応があり、患部の腫脹もありましたのでどの角度から見ても入院レベルの状態ではありましたが3泊4日という早期入院早期退院がなされ、ADLの低下や褥瘡の悪化などがなく戻って来て下さいました。

介護職の気づきと医療連携が3泊4日という短期間での入院となる。

もし遅れていたら
介護職の発見が遅れたら、「敗血症」で入院が長引いたかも! ADL低下や褥瘡の悪化がなく退院。

事例2 減薬で笑顔を取り戻し食事もUPになったK様のケース

減薬により食事が増えたケースです。自分で食べたいと強い意志を持たれているK様に対して、往診医が段階的に減薬することを試み、その結果、誰が見ても生き生きとされ、食事も増えました。



ケースで分かった事
薬の副作用による症状なのか、体調不良なのかの判断が付きやすい。
ご本人の身体の負担が少ない。
主症状が判断しやすくなる。

余命3カ月のご利用者がお元気!

～デイサービスができることの取り組み～



東京都世田谷区
優つくりデイサービス喜多見
事業所責任者 坂本 美紀

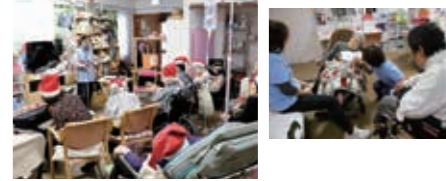
■ 重度医療認知対応型デイサービス

世田谷区喜多見にある認知症対応型通所介護の優つくりデイサービス喜多見。ここでは最期まで在宅生活を続けたいという本人・家族の想いを叶えるため、医療的ニーズに答えられるよう看護師配置や介護士の喀痰吸引研修受講、医療処置が高い方の受け入れも可能となり、ご利用者の平均介護度4.0のデイサービスとなっています。



■ 優つくりデイサービス喜多見の取り組み

平成30年1月17日に嚥下困難・高血圧にて入院したAさま。食事水分摂取ができず、余命3カ月と診断を受けました。その後、誤嚥性肺炎・たこつぼ心筋症と診断されますが、「病院が苦手」「自宅で最期まで暮らしたい。」「息子と一緒に居たい。」と切なる願いをうたえられ、それらを思い叶えるために、医師・看護師・ケアマネ・デイ・看護職員その他関係者がカンファレンスを行い、自宅に戻りました。



退院後のAさまの表情の変化

Aさまの容態は平行線で日々体調に変動は見られましたが、元々人との関わりを楽しまれていたこともあり、デイサービスでは体調観察を行いながら活動にも参加していただきました。特別じゃなく、普段と変わらない生活支援が大切だと考え、**本人と家族がお互いに感謝や思いを伝える大切な時間**を有効に過ごして頂く為のお手伝いをしてきました。

(信頼関係で結ばれたサポート体制)

優つくりデイサービス喜多見のサポート

ご本人のその日の容態に合わせて散歩に行ったり、音楽を楽しんだり、ご家族の話をするなど**精神面・体力面・看護面**でサポートすることにより体調が良くなってきました。



地域の様々なサポート



9/3
再開直後表情乏しい



皮下点滴
約3時間で500ml滴下



歯科定期検診
口に手を入れての嚥下確認



徐々に表情が現れる



10/23
覚醒時カメラに視線を向ける



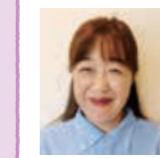
経口摂取
ご家族の意向により経口摂取を開始(主治医・歯科医師連携)

INTERVIEW インタビュー



息子様

正直、デイには戻れないと思ってました。退院前のサービス担当者会議で、デイサービスの坂本責任者が「デイのみですよ!」という言葉が後押しとなり週1回から再開しました。今は週6回利用となり、デイで刺激を受けて元気になり、反応や笑顔も出てここまで変わるとは思っていなかったのでも満足しています。



優つくりデイサービス喜多見
責任者 坂本 美紀

今後もデイサービスの体制を強化しつつ、在宅生活を支える様々な関係機関と連携することで、デイサービスでもターミナルケアを実現できることの確立を図っていきたく思っています。確立できることで看取り難民が減り、ご本人やご家族が望む在宅生活の支援をしていただくと常々考えています。

私
が
ご
報
告
し
ま
す
!



自宅での「自分らしい最後」を支えるために

～シームレスな支援の確立!～

▶▶▶ 東京都世田谷区
等々力の家居宅介護支援事業所
責任者 佐々木 克祥

■「その人らしい」看取りが実現できるターミナルケアマネジメント体制に向けて

当事業所では、本人の内心を探るマネジメントを大切にする援助を続けるうちに、地域の課題(共通理解不足)が目に入るようになってきました。認知症ケア同様ターミナルケア支援においても既存サービスのコーディネートだけでは限界と感じ、事業所の理念でもある「本人の尊厳を守り、心に寄り添う」支援を実践することが必要だと考え、自宅での「その人らしい」看取りが実現できる体制づくりとして「ターミナルケアマネジメント加算」算定の準備を始めました。「ターミナルケアマネジメント加算(400単位)」は地域包括ケアシステムを構築するなかでケアマネジャーに期待されていることが具体化した典型とも言えます。この体制づくりの事例を紹介します。

体制づくりの準備

STEP
1

事前に以下の体制を整える

- ターミナルケアマネジメントを行うことについて、契約時に利用者の同意を得る
- 利用者や家族、主治医等との「24時間の連絡」に対応できる体制を整えておく
- 24時間対応体制のなかで、必要に応じて居宅介護支援の提供を可能とする体制



STEP
2

以上の「体制」を整えていることを、 事前に保険者に届け出る 平成31年4月申請予定



STEP
3

ケアマネジメントの開始後は、以下の支援経過を 5表(支援経過)に記録

- 終末期の利用者の心身、家族の状況、環境変化およびこれらに対して行った居宅介護支援
- 上記支援にあたり、主治医や居宅サービス事業者と行った連絡調整について



STEP
4

ターミナル期において、利用者や家族の同意を得たうえで 実際に以下の実務を手がける

- 「利用者の死亡日」+「死亡日前14日以内に2日以上」利用者の居宅を訪問する
- 利用者の心身等の状況をモニタリング情報として記録
- 上記のモニタリング情報を、利用者の主治医や居宅サービス事業者に提供する



当事業所では、ターミナルケアマネジメント支援の機能強化に向けて、ケアマネジャーとして、ご利用者本人は何を望み、一方、ご家族は何を求め、現場で働いている私達は、どのようなお手伝いができるのだろうか、そして、生活の援助者として、精神対話によりご利用者本人の生命力の消耗を最小限にしてあげられる方法論(支援)はあるのだろうかと今でも模索し続けています。そして『ターミナルケア支援』に向けて、スピリチュアルケアへの概念に向けたチームアプローチによる共通理解の重要性を学び、加えて、地域の支援体制の整備などにも目を向け事業所内、地域づくりに尽力しています。



「ターミナルケアマネジメント加算」算定までの道のり

道のり① 事業所の体制づくり

対象となる末期がん患者は、ターミナル期になると著しい状態変化が生じることが多くなります。ケアマネジャーとしては、いざその時になって慌ててしまわないように、予後予測を頭に入れるとともに、主治医等との連絡を緊密にする必要があります。また、家族の心理的動揺も大きくなるので、それについての対応も事前に心得ておくことが必要です。

■専用マニュアルを準備

ターミナルケアマネジメントにかかる専用のマニュアルを作成しました。具体的な内容は以下の通りです。

- ① 主治医等との連携手段（連携推進事業で示されているツールがある場合は、その使い方など）
- ② 経過記録の取り方
- ③ ターミナル期における頻回訪問の方法（必要に応じた二人訪問体制や、利用者・家族の負担への考慮など）
- ④ サービス担当者会議（以下、サ担会議）の開催方法など



③における「利用者・家族の負担への考慮」については、訪問系サービスが入っている機会に合わせて、その前後で訪問するといったことを定めています。「24時間連絡体制」のマニュアルも必要算定要件に関連し、別途作成しておいたのが「24時間連絡体制」のマニュアルです。たとえば、担当ケアマネの不在時に利用者、家族から連絡があった場合の対応（電話を受けた者が「伝言ノート」等に記載する項目、朝礼での報告、緊急時の上司の報告に関するルール）です。また、持ち回りで業務時間外に携帯電話を受け持つ場合、事業所からの転送電話の設定などを記しておきました。

道のり② ケアマネへの研修

ターミナルケアに際しては、医師や看護師のかかわりが多くなるうえで、「どのような医療が行われているか」についての理解が乏しいと、ケアマネは「置いてきぼり」の状態になりがちです。ケアマネとしては「本人の死生観に寄り添い、家族との新たな思いづくり等をサポートする」といったビジョンはあるものの、そこでも疼痛コントロールなどがしっかりできていることが必要です。その意味で、末期がんという病気や緩和ケアについての基本的な知識を修得するための研修は必須となります。

■研修は1回きりではなく、継続的に行う

がん治療や緩和ケアにかかる医学の進歩は著しく、次々と新しい技術などが登場しています。また、医師や看護師の本人、家族に対するアプローチの仕方も日進月歩で変わっています。たとえば、本人の意向をきちんと確認したうえで、それに合った「薬剤の調整」を行うなど、患者主体の医療も進んできています。そうした点を考えた場合、地域で信頼できる「がんクリニック」などと連携しながら、（時には共催を模索しつつ）継続的な研修を企画しました。ただし、やみくもに学ぶのではなく、年間計画を立てながら「ターミナルケアに必要な知識」をステップで積み重ねていくことも重要



です。たとえば、「痛み」と「精神的なつらさ」の関係などは、トータルペイン（全人的な痛み）として体系化していくことが必要です。「この時の本人のつらさは何に起因するのか」を知るうえで、何と何を学べば理解できるのかをしっかりと見据えて行っています。

道のり③ 利用者・家族との調整

ターミナルケアマネジメント加算を算定する場合には、事前に本人や家族の同意を得ることが必要です。また、状態が変化した後の頻回訪問や主治医との連携といった実務についても、本人・家族の同意を得なければなりません。現場でよく問題になるのは、この場合の同意について「同意書を取る」ことが必要なのかどうかという点でした。

■重要事項説明書へ追記し、同意のサインでOK

保険者によっては、「同意書が必要」という指導をしている所もあるようですが、厚労省の解釈基準では「同意書の必要性」についてはふれていません。一般的に考えれば、重要事項説明書に「ターミナルケアマネジメント加算についての事項（状態変化後の頻回訪問や主治医との連携についてもふれる）」を追加し、そこに本人・家族の同意のサイン・捺印をもらえばOKという解釈になります。なお、頻回訪問や主治医との連携が必要になり、それを実際に行った際には、その旨を経過記録に記すことも忘れずにしています。

■同意を得る際は、家族への配慮も必要

「契約段階でターミナルケアの話を出すのは気がひける」というケアマネもいますし、利用者のなかには、本人は「末期がんであること」を知らされていないというケースもあります。このような場合は、家族とよく話したうえで、「人生の最期までご本人らしく過ごしていただく」という趣旨のもとで、同意を得ることにしています。



道のり④ 他職種との調整

2018年度の運営基準改定では、末期がんの利用者のケースについて、著しい状態変化が訪れた場合などに際してサ担会議を簡略化することが可能となりました。ただし、主治医との連携など、簡略化に際しては以下のような前提条件が必要です。

■サ担会議の簡略化の前提条件

- ① 利用者の主治医等が「本人の日常生活上の障害（著しい状態の変化）が1か月に出現する」と判断する。
- ② ①の時点から、主治医等の助言を得る。
- ③ ケアマネからサービス担当者への意見照会を求める。



■簡略化に備えた準備が必要

「サ担会議は簡略化できる」とはいえ、ご利用者の状態変化に応じたサービスの種類やご利用回数の変更等には、素早い対応が必要です。そこで、「著しい状態変化」が生じる前に（つまり、上記①の段階で）、今後利用が必要と見込まれる居宅介護サービス等の担当者も含む関係者を集めたいうえで、予測される状態変化とどのような支援を行っていくかという方向性を関係者全員で共有します。つまり、状態変化後の会議は簡略化できますが、状態変化が訪れることの予後予測がついたタイミングで、事前のサ担会議の開催が求められるわけです。また、会議は召集しなくても、文書による意見照会を随時行っていくという手続きも必要となります。この事前のサ担会議の要点や意見照会の内容は記録に残さなければなりません。もっとも、著しい状態変化が生じた場合、本人や家族の不安をやわらげるために、関係者が一堂に会する機会を設けるなど臨機応変な対応をしています。



利用者・家族の希望を支える（エンパワメント^{*}の獲得）ための体制が整い、来年度から始動します！