

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第1号 令和2年6月17日発行

静岡市静岡医師会「医療・介護連携推進センター」をご存知ですか？

《静岡市静岡医師会 会長 袴田光治》

皆さんは静岡医師会の「医療・介護連携推進センター」をご存知ですか？ もしかすると、ご存じの方がまだあまり多くはないのかもしれませんので、今回、医療・介護連携推進センター（以下「センター」）で初めてのニュースレターを発刊するにあたり、少しセンターの説明をさせていただきます。

センターは元々当医師会が、静岡県事業の「在宅医療推進員配置事業」と静岡市の事業である「医療・介護・福祉スーパーバイザー人材配置事業」を受託したことに伴い、静岡市内で訪問看護ステーション所長やケアマネとして長く在宅医療に携わってきた経験豊富な2人に相談員をお願いし、静岡市静岡医師会館1階に平成28年10月に開設しました。

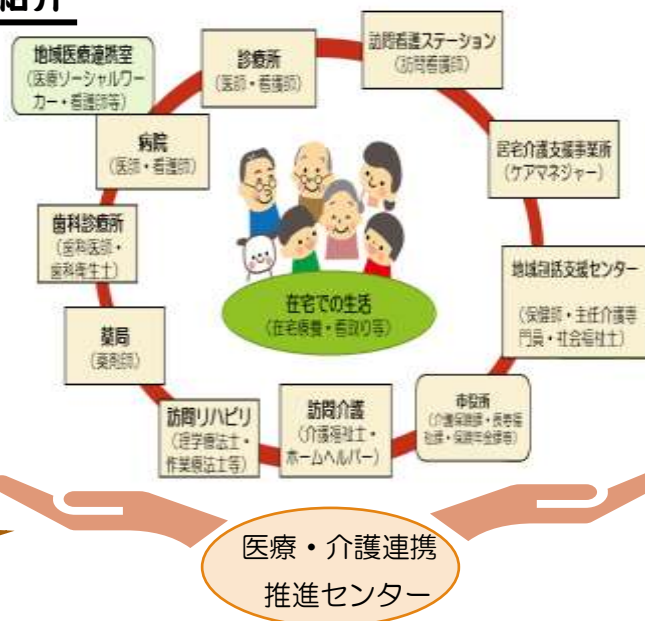
2人の相談員は、開設当初より非常に積極的に活動をしており、病院の連携室に出向いては円滑な在宅医療への移行などを協議したり、在宅診療を行っている診療所ばかりではなく、今後往診や訪問診療を行おうとしている診療所や、在宅医療が良く分からず今一歩踏み出せない医師から話を聞いて、その疑問などに対応したりしています。また、ケアマネや病院連携室の医療や介護に関する疑問などの相談に対応し、その内容は全て当医師会の在宅包括委員会で報告協議、問題点などを共有しています。

今後も当センターは、静岡市の医療・介護を円滑に行う中心として活動していく所存でありますので、今後ともセンターの活用やご協力をよろしくお願いいたします。

静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター紹介

医療・介護・福祉関係職種によりスムーズな連携促進により、在宅療養者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくための支援を目的として、平成28年10月に静岡市静岡医師会館内1階に開設されました。

本年度からは関係者の皆様との情報共有や連携が深まることを目指し、ニュースレターを発行する運びとなりました。



医療・介護連携推進センターは
関係者間の連携を支援し（下から支え）ます

◇主な3つの業務◇

① 在宅医療・介護相談業務

在宅医療、介護、福祉に関する相談を関係者から受け、公正中立な立場から助言や情報提供、関係機関

との調整等を行います。

＊各職種が問題や希望を出し合い、自由に話し合える場としてご活用ください。

＊相談内容及び相談内容から見てきた医療・介護・福祉の連携の課題等を整理し、行政や静岡市静岡医師会在宅包括委員会へ報告いたします。

＊相談業務は医療・介護・福祉の関係職種からの相談窓口です。患者様やご家族からの個別相談には対応できません。

② 関係機関との連絡調整業務

在宅療養者が抱える複雑・多岐にわたる問題に対し、医療・介護・福祉の其々の分野だけでの対応が困難な状況にある場合、相談者とともに、各関係機関及び市との連絡調整の支援を行います。

ア. 病院から退院するケースに係わる支援や在宅受け入れ体制づくりの調整、支援等

イ. 訪問診療が必要になったケースに係わる体制づくりの支援

ウ. 在宅医療が困難なケースに係わる地域の医療資源の紹介や連絡調整

エ. かかりつけ医や介護サービス等に係わる情報を集約した総合調整、地域医療の連携に係わる対応

③ 情報収集、情報提供、指導助言業務

在宅医療・介護連携に係る問題を共に考え、情報提供や啓発を行います。

＊成功事例、困難事例等積極的にお知らせください。それぞれの事例のヒントを皆で共有し、連携の幅を広げます。

当センターからも各関係機関や事業所に伺わせていただき、情報収集や情報提供に努めます。

令和 1 年度の活動報告



1. 月別相談件数（単位：件）

月別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	2	8	15	13	14	7	14	8	5	11	4	9	110

2. 相談者内訳 合計 110 人

単位：人

居宅介護支援事業所	68	地域包括支援センター	15	診療所（医科）	10	訪問看護 ST	8
病院（地域連携室のMSW等）	4	入所施設	3	その他関係機関（行政・社協等）	2		

3. 相談内容 合計 182 件（延べ数）

単位：件

医療・介護の制度サービスに関する事	61	かかりつけ医に関する事	47	在宅療養に関する事	38
入院に関する事	10	退院・退所に関する事	7	ケアマネジメントに関する事	7
介護保険施設入所に関する事	5	その他	5	看取りに関する事	2

4. 相談対応 合計 125 件（延べ数）

単位：件

相談者への情報提供・指導助言	109	介護（ケアマネ・サービス事業所等）との連絡調整	5	福祉（行政・社協等）との連絡調整	5
退院時カンファレンスや地域ケア会議等への参加	4	医療（医療機関等）との連絡調整	1	在宅療養継続のための調整	1

5. 相談の方法

単位：件

電話	98	来所	4	その他	8	合計	110
----	----	----	---	-----	---	----	-----

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター（☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27 1 階

利用者に係る関係者同士、利用者目線の同じ景色が見えるといいね！困っていることも一緒に考えると力強いね！でも初めて連絡を取り合うのって勇気がいるね。そんな思いを後押ししていきます。（相談員 杉山・大塚）

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第2号 令和2年7月27日発行

スーパーバイザーとは？

《静岡市静岡医師会 在宅包括委員会主務 鈴木研一郎》

医療・介護連携推進センター開設以来多くのご相談をいただきありがとうございます。当センターにはスーパーバイザーが常駐しています。スーパーバイザーは何をするのでしょうか？

スーパーバイザーは日本語では監督者や指導者と訳されることが多く、企業などではこの意味合いで使われていることが多い印象です。しかし、教育や介護福祉の現場では少し異なります。対人援助職者（担当ケアマネ等）がスーパーバイザーから教育を受ける過程をスーパービジョンといい、その目的は専門職としてのスキルの向上にあります。問題点に気づき、対応方法を自分自身で理解実践できるように、スーパーバイザーと継続的にコミュニケーションを取りながら解決に向けて働きかけ続けることで得られる知見が重要です。

当センターでは、事例を通して専門職の方々とのスーパービジョンをこれからも継続していくとともに、これまでの事例から、各職能団体、地域包括支援センター、行政にフィードバックして、今後の事業や施策に反映していくことも重要な役割と考えています。医療と家族の板挟みや、家族の代弁者の立場で医療職とコミュニケーションを取ろうとして、困っていませんか？ 医療と介護の円滑な環境づくりの一端を担えるよう各種事業を行ってまいりますので、今後ともご活用ください。

相談事例を共有し

一緒に考えてみましょう



※ 当センターで相談を受けた事例から、個別地域ケア会議が開催され事例の共有と検討が行われました。

相談内容：認知症のある独居高齢者。短期記憶障害により金銭管理ができない、呼吸苦症状がありながらも原因となる著しい疾患は無い。訪問介護、病院や銀行への付き添い、デイサービス利用等で、介護保険利用限度額は上限額一杯のため、ケアマネが提供サービス以外の支援をせざるを得ない状態。利用者は在宅生活の継続を望んでいるが、身体症状、生活上のリスク等により在宅生活が継続できるかどうか支援者達は心配している。

個別地域ケア会議（3密環境回避を最大限配慮し実施）

参加者：地区の民生委員、行政担当者、介護サービス提供事業所職員、ケアマネジャー

地域包括支援センター職員、当連携推進センター職員 計8名

テーマ：利用者の「自宅に居たい」という意思を尊重し、できる限り在宅生活継続の方法と可能性について検討された内容：

① 地域住民との連携

今まで利用者が培ってきた近隣住民との関係性（地域での交流の場、お茶飲み友達の存在、近隣食堂での食事など）を大切に維持し、町内会長、民生委員を中心とした近隣住民による見守りを継続。

② 本人の意思決定に基づく、今後の生活の場について情報提供と意思確認

地域での交流会を楽しみにしている思いに注目し、他者との交流が多いショートステイ利用による施設体験を通し、利用者が過ごしたいと感じる生活の場の選択の情報提供と意思確認をしていく。

③ 医療との連携

現在の呼吸苦に関する医師からのコメントと、今後起こりうるリスクについて情報の共有ができた。リスクへの対応策はサービス導入優先順位について検討し、現状のデイサービスの看護師による状態観察、体重管理による結果を皆で共有し、主治医との連携はケアマネを介し継続することとなる。

④ 金銭管理 地域包括が中心となり、後見人をつける。(身元保証人が無い事も想定)

⑤ 独居生活上のリスクと対応：食と火の始末に問題が無ければ独居生活可能と判断。

- ・適切な食の確保は、デイサービスでの食事と体重管理、ヘルパーによる購入、近隣の食堂で確認可
- ・火元の確認とリスクの解消 → ガス使用状況の確認と元栓ロック、電熱機能器具の検討

課題：介護職より、利用者は被害妄想、短期記憶障害により生活支援の拒否があり、強引に介入すれば信頼関係が壊れる恐れがあり、無理にはできない。

結果：地域住民、介護保険サービス、福祉関係者それぞれが、疾患や生活上のリスクに不安を抱えながらの支援に、共通認識と方向性が示され在宅生活継続へとつながった。

～地域ケア会議に参加して～

☆当センター職員：地域住民の積極的な活動や問題解決への考え方が強く印象に残りました。地域との交流の活性化のポイントについて地域包括支援センター所長に伺いました。

- ① 地域住民の活動の原点は、介護保険開始直後、町内でのトラブルや住民同士の交流の少なさを憂い、町内会長や民生委員をはじめとした地域住民達自らが「住みよい街にしたい」と望んだ事だった。その活動に呼応し、地域包括支援センターが「顔の見える関係作り」として月1回の血圧測定と茶話会を開催することから始まり、現在に至っている。
- ② ①の経過の中で、地域住民中心に団地の空き室を改修して月曜日から金曜日まで開放し、あらゆる人が集える集会所づくりが行われた。そこに多くの人が集い、交流が図られている。
- ③ 現在はさらに進化し介護サービス支援事業へと発展、地域住民主体のデイサービス、訪問介護事業としての活動がなされている。

答えてくれた所長さんは「地域包括がしたのは、『地域での問題は何か』を考えてもらうきっかけを作ったこと。みんな住民が頑張ってきたこと。」と仰っていました。長い間、地域の課題に向き合い、〔助け合い〕を起こし続けながら、住民とともに課題に取り組む姿勢を保たれているのだらうと思いました。そしてそれが今回の会議の結果につながっているのだと実感しました。

各地区でも様々な取り組みが行われているのではないのでしょうか？各地区の取り組みについてお知らせください。皆で共有し、地域包括ケアシステムの構築につなげていきましょう。

編集後記：地域ケア会議に参加し、生活支援を中心にした医療・介護の連携の在り方、被害妄想のある認知症患者への支援・医療や介護の意思決定支援の時期と他者決定の在り方など、さらに深く考える機会をいただきました。他にも、本ケースと同様の悩みを持たれることも多いのではないのでしょうか。このような会議をまとめた資料集などができれば多くの人の参考になるのではと思いました。

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター (☎ 054-247-5788)

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27 1 階

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第3号 令和2年8月18日発行

推進センターへ寄せられる相談内容について

《静岡市静岡医師会 在宅包括委員会副主務 佐々木玲聡》

医療・介護連携推進センターでは、ケアマネジャーや地域包括支援センター、訪問看護ステーション、施設責任者や病診連携室職員等より、経験豊かな相談員が、在宅医療や介護に関する多くの相談を日々受けています。最近のご相談を頂く内容も複雑化しており、相談事例として以下のようなものがあげられます。

- ・独居などにより、通院や医療機関受診に結びつかない在宅療養者の対応についての相談
 - ・家族・介護者の協力が得られない例の医療・介護相談
 - ・在宅療養患者の歯科、精神科、皮膚科、眼科などの医療相談
 - ・糖尿病や心疾患、難病など、介護依存度のみならず医療依存度も高い状態の患者についての相談
- また制度などに関する相談も多く寄せられています。
- ・リハビリテーションなど、医療保険制度と介護保険制度の間で移行期にある問題
 - ・各職種の業務範囲や義務・職責についての問題

医療や介護の現場から当センターに寄せられるこうした相談は、未だ医療制度・介護保険制度が追いついていない領域の問題も含まれており、ご満足いただける解答が難しい場合もあります。また、医療／介護職のみならず、地域住民の力を借りる必要がある事例もあります。本号（第3号）でも、相談員が対応した一例を掲載していますが、本ニュースレターでは毎号、こうした事例の情報共有をすることで、お読みになっている皆さまとともに、よりよい解決策を模索していければと考えています。そして多職種の協力・連携体制／地域包括ケアの向上に繋がっていくことを期待しています。

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう



※ 熱い時期、熱中症も心配な日々が続きます。当センターが真夏に受けた相談事例です。

相談者：訪問看護ステーション看護師

相談内容：対象者は、病院未受診・介護保険未申請で自宅療養を希望する独居高齢者。民生委員が、腰痛で動けず尿失禁状態の対象者を発見し、地域包括支援センターに連絡。地域包括が、介護保険申請、ケアマネ決定、訪問診療、訪問看護を調整した。認定調査が未実施だった為、医療保険サービスの先行介入となり、訪問診療と連日の訪問看護により体調管理、住環境を整えた。介護者となる近親者はいない。ヘルパーは介護保険申請4日後から介入を開始したが、認定調査前で十分な介入は困難だった。最高血圧は200を超える高値で、正確な服薬はできておらず、転倒も多い。高温多湿、量の腐食等、住環境の不備も目立つ。医師、看護師は「この環境下では患者の安全性が保てないのでは」とショートステイ利用等も含めた安全な場所への移動や、十分な介護介入を望んでいる。また、訪問看護開始時からケアマネとの連絡が十分に取れない状態の為、地域包括に相談したところケアマネに確認、相談し返答しますとの事だった。ケアマネと地域包括に介護サービス導入のスピード感と危機管理意識とをもって対応してほしいと思っているが、どことどのような連携を取ればよいのか？

当センターの対応：

- 相談者（訪問看護師）へ
 - ・ケアマネに対し、早急なサービス担当者会議開催の要請を助言
 - ・地域包括支援センターに対し、ケアマネへの支援の要請を助言
 - ・相談者の求めに応じ当センターの介入は可能である旨の情報提供
- 地域包括支援センターへ
 - ・相談内容の情報提供（相談者確認後）とケアマネ対応の情報収集
 - ・適切な時期に振り返りも含めた地域ケア会議開催の助言

経過：訪問看護師からのケアマネへの数回の電話連絡により、遅々とした動きながらも担当者会議が開催され、ケアマネは自宅に居たいとの利用者意向を最優先に支援しようとしていたこと、医療者との間に隔たりがあったこと等も情報共有ができた。担当医師や包括からのケアマネへの助言、当センターからの地域包括への現状の情報提供もあり、円滑な支援体制が整ってきたと報告があり、状況が安定していることから相談者の意向も含め地域ケア会議は保留となった。

～地域包括支援センターから～

相談事例とは別に類似した事例があると次のお話を伺いました。

「対象者は独居の方。暑い時期に自宅で倒れ総合病院に救急搬送され、加療後は入院の必要性が無いと判断され帰宅。病院から地域包括支援センターに「今から帰します」と連絡があり、帰宅後即訪問。対象者は寝たきりで介護者不在、住環境の不備等一人での生活は困難な状況。翌日の訪問では生命の危険も考えられた。包括では急遽、介護保険申請をし、ケアマネ及び医療保険サービスの訪問診療・訪問看護サービス導入を働きかけた。」

～医療保険サービスの介入が先行する理由について考えられること～

認定調査終了前の介護保険サービスの利用は、資格喪失による全額自費のリスクを抱え導入の難しさを伴う為、相談例と同様、取り急ぎ医療保険サービスでつなぐことが予測される。

～みんなで考えよう～

- ① 職種間の情報共有
 - ・利用者の危機的状態についての認識の共有
 - ・介護保険制度によるサービス導入について可能な時期及び利用者の意向を踏まえた優先順位
- ② 職種間のスピーディな連絡体制
 - ・医療と介護の情報交換
 - ・担当者不在時の連絡体制や情報交換の在り方
- ③ 病院、施設、在宅それぞれの療養環境の違い（提供可能なサービスの基準や限界等と連携について）
- ④ 独居高齢者、高齢者世帯への日ごろの対応（未受診問題を含む）

～行政の取り組み・静岡市「自宅ですっと」在宅医療・介護連携推進事業 令和元年度報告書より～

令和元年度は共通検討テーマを「地域リハビリテーション」とし、「閉じこもりがちの人などがどうしてそのような状態になるのかの要因の検討やそれぞれの立場からできる支援や相互の連携について」を対象地区の医療や介護の事業所に所属する専門職や高齢者支援にかかわる住民代表達の意見交換の場を設け、検討の成果をそれぞれの業務や活動において活かすこと、引き続き、皆で地域課題の解決に向けて取り組んでいくことが報告されています。

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター （ ☎ 054-247-5788 ）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27 1 階

編集後記：高齢者や虚弱者が脱水症をおこし救急搬送されることが急増しています。コロナ感染対策による新しい生活様式の中、脱水症予防の重要性を再認識しました。安全に注意し夏を乗り越えましょう。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第4号 令和2年9月11日発行

医療倫理の四原則…

《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 遠藤博之 》

来る10月10日、「在宅医療に関する意見交換会」が開かれます。医療・介護連携推進センターの相談員から「医療倫理の四原則を学びたいから松田純先生にご講演をお願いしてほしい」と頼まれました。松田先生は静岡大学名誉教授で、以前より私がとても尊敬する先生ですので、喜んで橋渡しをいたしました。お恥ずかしいことに私が「医療倫理の四原則って？」という感じです。調べてみると①「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」という自律尊重原則、②「患者に危害を及ぼすのを避けよ」という無危害原則、③「患者に利益をもたらせ」という善行原則、④「利益と負担を公平に配分せよ」という正義原則からなっているようです。

ふ〜…調べていくと、いい加減（私は自分を良い加減と勘違いしていますが…）な私にはとてもハードルが高くて…。

「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」⇒患者さんに私の個人的な価値観を押しつけていないか？

「患者に危害を及ぼすのを避けよ」⇒無危害原則には1) 殺すな、2) 苦痛や苦悩を引き起こすな、3) 能力を奪うな、4) 不快を引き起こすな、5) 他人の人生から良いものを奪うなといったものですが、私自身がこれを全うできているとはとても自信がありません。

「患者に利益をもたらせ」⇒善行原則なんて…私は悪行はしても善行なんて…

「利益と負担を公平に配分せよ」⇒正義原則なんて…正義って何？

調べれば調べるほど深さに感嘆しています。この医療倫理の四原則をご存じだった相談員のおふたりに敬意を表しながら、来る10月10日までに、私も勉強しなくっちゃ！

皆様どうぞお集まりください。

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう

※地域包括ケアシステムの仕組みの中で「本人の意思・在宅看取り」を支える

相談者：ケアマネジャー

利用者の状況：高齢の認知症独居女性。創部の処置を伴う癌を患っており、家ではほぼ寝たきりの状態。ケアマネによる支援を受けながら、総合病院及びかかりつけ医に車椅子で通院加療中。最近は状態が悪化しており、自宅で最期を迎える可能性も出てきたが、本人は在宅療養の継続を望んでいる。療養の場についての意思確認の際には、「利用者の望みをすべて叶える事はできないこと」や「利便性や安全性の問題も含め公的サービスや自助努力（自費でのサービス導入を含む）では限界があること」を繰り返し説明してきたが、利用者は一貫して在宅療養の継続と自宅での看取りを希望している。

相談内容：ケアマネとして利用者の意思に沿いたいと考えているが、以下について相談したい。

- ① 利用者の在宅看取りの意思を医療、介護の支援者が共有し、在宅療養を継続する為に何が必要か？
- ② 公的サービス及び自助努力（自費サービスも含む）には限界があり、インフォーマルサービス（ボランティア等）の協力を得たいがどうしたらよいか？



当センターからの助言

- ① かかりつけ医に在宅看取りについて早々に相談し、話し合う機会を持つ。訪問看護師に身体状況について
の見解等を報告してもらえよう協力を得る。
- ② 本人、近親者を中心に、医師を交え、関わる多職種による支援の方向性について、サービス担当者会議（人
生会議を含む）を開催する。
- ③ 地域の人々による協力体制について、相談者から地域包括支援センターに相談するよう助言。

経過

サービス担当者会議（当センター・スーパーバイザー同席）の結果、参加者全員が本人の意思を理解し、在宅療養支援の継続に同意した。訪問看護師から、「現状と今後の経過、リスクについて、親族が医師から説明を受け、同意を得てほしい」との意見があった。医師に会議の結果を報告し、訪問診療が開始となった。医師から親族に、病状や今後の経過と対応等の説明がなされ親族は納得された。

地域包括支援センターへ相談の結果、地域ケア会議が開催された。地域ケア会議には地域包括支援センター職員、地区自治会長、民生委員、地区社協委員、生活支援コーディネーター、市社協職員、訪問看護ステーション職員、ホームヘルプステーション職員、ケアマネが参加し、当センタースーパーバイザーが同席した。ケアマネから、公的サービス及び自費のサービス導入は限界に達しており、掃除、話し相手、買い物等の支援が不足している等の現状が報告された。

地域ケア会議の結果

- ① 地区全体の現状と課題、及び利用者の現状と課題について、参加者全員で共有
 - ・地区役員から病状不安定な人への支援の不安や、リバースモーゲージ等経済的工夫の提案があった。
- ② 市社協生活支援コーディネーターの介入によるボランティアの導入の検討等について
 - ・地域の取り組みとしては、経過を見ていくこととなった。

～生活支援コーディネーターから～

会議後も町内会長や民生委員との話し合いを続けた。町内役員は「この状態で1人暮らしが可能なのか？」と戸惑いを持っていたが地域での支え合いの視点で前向きに検討し、町内の人々と話し合い、見守り、話し相手のボランティアを呼び掛けた。利用者となじみの関係にあった近隣住民が快く応じてくださり、継続されている。

生活支援コーディネーターとして、「個別な事例があるこのような会議に参加できると、地域の具体的な困りごとに基づいた話し合いができる。困難な事柄に対しては話し合いを重ね、連携していくことが地域づくりにつながると思っています。」とのこと。

～残された課題への取り組み～

ベットサイドに置いた飲食物による誤嚥窒息等、事故の責任についてヘルパーが不安をかかえていることが問題となっている。これらについて、訪問歯科診療による義歯作成や嚥下指導、また、弁護士からのアドバイスを受ける等、事故責任についての課題や不安の解消に取り組んでいる。

～みんなで考えよう～

- ① 本人の意思決定過程において関係者が尊重すべきことは何か？
- ② 本人の意思に沿った支援を展開する上での課題は何か？
- ③ 「医療・介護専門職チームの連携の支援の輪」と「地域の市民による連携の支援の輪」の二つの輪（静岡型地域包括システムとは：静岡市より）をつなぐためには何が必要か？

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター （ ☎ 054-247-5788 ）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27 1 階

編集後記：利用者も支える側も生活の場についての思いや価値観は様々。利用者本位の支援とはなにか？相談事例から自身の考え方の基本となっていることや価値観に向き合う機会となりました。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第5号 令和2年10月15日発行

保湿って、とても大事！

《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 芦川大介 》

保湿、と聞いて、何を思い浮かべますか？辞書には、乾燥しすぎないように一定の湿度を保つこと、と書いてあります。皮膚科的には、「肌に適度な潤いを与えて皮膚バリアを保つこと」です。皮膚バリアの3因子には、①角層細胞の中で水分を引き寄せる「天然保湿因子」②角層の細胞と細胞のあいだで水分を保持する「細胞間脂質」③肌の表面で水分の蒸散を防ぐ「皮脂膜」、があります。これらがへってしまうと、肌が種々の刺激に敏感に反応し、かゆみ、赤み、かぶれなどのトラブルを起こしやすくなります。ちなみに、「汗で湿っている」と「保湿できている」は全く別の話ですから、ご注意ください！

とくにお年寄りには皮脂欠乏状態になりやすいので、肌トラブルを未然に防ぐため、積極的に保湿剤をつかうべきです。僕の場合、全身的にはもっぱらヘパリン類似物質油性クリームをつかいます。頭皮やかおにはヘパリン類似物質のローション剤、目のまわりには眼科用ワセリン、くちびるにはアズレン含有軟膏をつかいます。ローションやフォームは伸びがよく使いやすいのですが、うすくのばし過ぎると量が不十分になりやすいので注意が必要です。尿素含有クリームには角質溶解作用があり、がさがさの強い部位にはいいのですが、かえってバリアをこわす可能性が指摘されています。

では、適量はどのくらいでしょうか？FTU（フィンガーチップユニット）という塗布量の目安があります。軟膏、クリーム類では、大人の人差し指第1関節くらい、ローションでは一円玉大で、大人の手のひら2枚分の面積に塗れるとされています。あくまで目安なので、実際の保湿の具合をみて量を調節するとよいでしょう。

ごしごし擦り込むとよく効く、と信じている方がいますが、肌の微細なシワや凹凸に丁寧に塗布するには、ゆっくりのばすのがよいと思います。洗うときも、塗るときも、ごしごしは禁物です。

きちんと保湿で、肌トラブルのない健やかな毎日を！

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう



*かかりつけ医とは？ 私の主治医は誰？

・相談事例：かかりつけ医を作りたい 相談者：ケアマネ

対象者は現在、総合病院整形外科通院中。最近、直前の事を忘れることが多くなり、認知症や生活面も含めた相談をしやすいかかりつけ医を作りたいと考えている。今までに、風邪等で時に受診している医院はあるが、本人家族にかかりつけ医という認識はない。認知症に詳しい医院はどこか知りたい。

・当センター対応

受診の頻度にもよると思うが、これまでの診療情報を必要とする場合もある。「かかりつけ医という認識がない」医院への相談を助言し、同時に認知症対応を標榜している医院及びサポート医等について情報提供した。

☆かかりつけ医となる診療所の探し方

「静岡市静岡医師会ホームページ医療施設情報」、「静岡市静岡医師会医療マップ」、「静岡県医療ネットしずおか」、「静岡県医師会シズケア＊かけはし」等から検索できます。

☆認知症対応についての情報

- ・認知症サポート医とは（静岡市）：認知症の人の診療に熟知し、かかりつけ医への助言、その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センターとの連携推進役となる医師です。静岡市ホームページ「認知症サポート医養成研修修了者一欄」の掲載があります。

- ・ **静岡市認知症疾患医療センター**：静岡てんかん・神経医療センター内、医療法人社団リウ溝口病院内、市立清水病院内に設置されています。かかりつけ医のいる人／いない人の、それぞれの相談方法は各施設ホームページに掲載されています。

《参考資料》

☆かかりつけ医とは

～かかりつけ医の定義（厚生労働省、日本医師会、四病院団体協議会）～

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。」と定義しています。

～かかりつけ医って～（日本医師会ホームページより）

日本医師会では上記に加え、次のようにも掲載されています。「一人に限定する必要はなく、体調が悪い時にはまず相談する自分が信頼できると思った医師であり、内科医に限らずどの診療科の医師でもかかりつけ医になれます。また診療所に限らず、ご自身が信頼できると思えばどの医療機関の医師でもかかりつけ医と言えるのです。」

・相談事例：私の主治医はだれ？ 相談者：ケアマネ

対象者は、これまで心疾患で受診中のかかりつけ医に介護保険の意見書を書いてもらっていた。最近、暴力行為等精神症状が出てきた為、精神科を受診した。介護量の増加に伴い介護保険区分変更を行いたいが、介護保険主治医意見書は、かかりつけ医または精神科医師、どちらに書いてもらうことがよいか？

・当センター対応

静岡市「医師との連絡ガイドライン」に沿い、まずは介護保険主治医意見書記載の主治医に相談するよう助言した。相談者からは、介護保険区分変更に必要な現在の困りごとの情報を持っているのは精神科医師であり精神科医師に書いてもらうほうが良いのではないかと意見があった。

「主治医（しゅじい）とは、ある患者の疾患の診療方針全般に対して主たる責任を有する医師のことである」が、担当医、かかりつけ医との解釈等があり、必ずしも定義は明確になっていません。（ウィキペディア参考）

☆介護保険における「主治医」とは

～静岡市「医師との連絡ガイドライン」（ケアマネット協会と静岡医師会間のガイドライン）より～

- ・ 介護保険主治医（意見書記入医師・・以下主治医と記す）が診療所医師の場合で主治医以外の医師に病状等を相談する場合は主治医の了解を得て行う。
- ・ 主治医が総合病院医師で、診療所医師が主治医からの紹介状を受け取り、診療を行っている場合は診療所医師を主治医とみなす

～介護保険主治医意見書の意義～

（前略）新しい情報によって現在と予後を意識したものであることが必要です。「医療」と「介護」をつなぐための重要な情報であり、患者の傷病が介護の手に与える影響を含め十分な情報に基づいて記載されることが求められます。」 『主治医意見書ガイドブック』（H22年度 厚生労働省老人保健健康増進事業・「要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究事業」委員会編）より

～日常生活に与える影響を主治医に伝える「主治医意見書問診票」～（静岡市ホームページより）

主治の医師が意見書作成に際し、患者さんの状態をより正確に把握するために参考にするものです。問診票の記載は本人の普段の様子に詳しい家族の方やケアマネジャー等にご記入いただきます。

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター（☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記 私のかかりつけ医は、特定健診をお願いして以来、生活習慣病管理で受診している医院だと思っています。かかりつけ医に相談せず、自己判断で他院に受診することもあります。受診結果や検査結果は必ず報告しています。すると先生はカルテに記載し、検査結果はコピーされます。このような経過を経ながら、私の診療情報と信頼は積み重なっていきます。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第6号 令和2年11月26日発行

高齢者施設の現状

《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 門磨義隆 》

皆さん、在宅生活から施設生活へ移る場合はどのようにえらんでいますか？ 静岡市内には現在 300 近くの施設数があり、身体的側面や経済的側面に合わせて施設を選んでいくのはとても難しいことです。サービス付高齢者住宅(サ高住)は現在、全国に 25 万戸あり、2030 年には 60 万戸増えていく予定である一方、その他の施設はあまり増えておらず、入居を考えていくうえで、サ高住が選択肢の鍵になるかもしれません。

サ高住は元来、60 歳以上の方ならだれでも入居できるものですが、実際は運営上の問題で、自立者はほんの 1 割しかおらず、要介護3以上の方が3割を占めるという現状です(介護サービスを使わずに入居できるところはほとんどありません)。またサ高住として建築されているのにもかかわらず、その7%は特定施設入居者生活介護(介護付有料老人ホーム)として運営されております。ややこしいですね。今後制度がどんどん変わっていくことが予想されますので、最新情報を取り入れるようにしていくことが必要です。

<最後に小ネタ>

施設系といわれる建物のカテゴリーは10種類ありますが、入所と入居の違いはご存じでしょうか。施設に入所を入所といいます。施設とは、介護保険上では特養・老健・老人病院のみとなっております(老人病院でも介護保険を使うところは入所、医療保険を使うところは入院となります)。そのため、これら以外の施設に入るときは入居というのが正しいのです。

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう



- ・**相談事例** ケアマネからの相談。対象者は、介護保険主治医(静岡市医師との連絡ガイドラインによる主治医・・・)である A 診療所 A 医師の了解を得てデイケアを利用中。また同時に、B 診療所 B 医師の指示による通院リハを受けていた。利用者家族が、通院リハを指示している B 医師と相談した上で、A 医師に、通院リハから介護保険による訪問リハビリへの移行について相談したところ、A 医師から「自らが関与していない為答えられない」との回答であった。利用者家族から相談が入ったが、今後ケアマネとしてどの様に対応したら良いか？
- ・**当センターの対応** ケアマネが家族の許可を得て、直接介護保険主治医と面談し、経過の情報提供と今後のケアプランについて意見を求めることを促した。

Ⅰ 制度と役割の視点から

訪問リハビリテーションの指示を出せる条件を持った医師は誰か？その指示に従い介護保険主治医とケアプランがどのようにつながるか考えてみましょう。

通院リハを指示している医師が指定訪問リハビリテーション事業所の医師であれば、その医学管理下の指示で訪問リハビリテーションの指示は可能となります。ただし、ケアマネは利用者の同意を得て訪問リハビリテーションを導入した根拠を介護保険主治医に提示し意見を求めることが必要となります。その際の自立支援、重度化防止が示されたケアプラン作成には、訪問リハビリテーションに係わる医療関係者からの情報収集が大切となります。

☆「訪問リハビリテーションについての医師の指示」と「主治医の意見」にかかわる制度

○訪問リハビリテーション指示は誰から（訪問リハビリテーション運営基準 80条、81条参照）

訪問リハビリテーションは指定訪問リハビリテーション事業所運営基準に基づく計画的な医学管理を行っている同事業所の医師の指示のもと実施される。また、利用者が別の医療機関で計画的な医学管理を行っている医師からの情報を受け、訪問リハビリテーションを実施する場合は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者を診察し指示を出す。また同事業所医師が利用者を診察していない場合は減算となる。

○ケアプラン作成に当たっての留意点（居宅介護支援事業所指定基準 13条参照）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合やその他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、※当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

II 連携の視点から

多職種連携（IPW）について（在宅医療テキスト 第3版 P39 引用）

「在宅ケアにおいては、医療が生活モデルに役立つことを前提に多職種が病態・機能・心理・生活問題を俯瞰的にみて、患者や家族の最善（幸せ）という共通の目標で協働することが重要である」

みんなで考えよう・・・こんな問題が起こった場合！

①利用者または利用者の許可を得たケアマネは主治医に他診療所への受診について相談したが、主治医の見解と利用者の意向が一致しない。・・・課題を明確化した上での対応が必要

- ・医療者からの情報（客観的情報）と、利用者の思い（主観的情報）に基づくアセスメントを実施
⇒解決すべき課題（生活支援にかかわる課題）と目標は何か？

②利用者は主治医以外他診療所にも通院中であり、他診療所の医師の指示で通院リハ等を受けているが双方の医療情報の共有について不明な場合。・・・各専門職による多面的なアセスメントと有機的な連携とは何か？

- ・利用者からの主治医以外の医療情報収集や提供のタイミングは？
・情報共有が必要な場合…主治医及び主治医以外の医師間との情報収集・提供の対応はどうあるべきか？

③主治医に、生活支援をする上で必要な主治医以外への受診状況について相談や情報共有をしたいが利用者・家族が拒否している。

- ・利用者が拒否する理由は何か？
・連携の目的やケアプラン作成上の情報共有の必要性についての説明と理解は？

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター（☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記 多職種連携については、地域単位での多職種連携研修を継続的に実施することの意義は大きいとされており、静岡市では多くの機関で実施されています。スーパーバイザー人材配置事業の一環としても、多職種間の連携・理解を深める為、H29年度から事例検討、グループワークによる多種職種意見交換会を開催しています。今後もニューズレターを介し、多職種連携と理解について発信できるよう努めていきます。