

患者を多職種協働で支える。

企画/国医グループ 発行/日総研出版©  
隔月刊誌 地域連携 入退院と在宅支援 第8巻 第5号  
平成27年11月30日発行(奇数月の末日発行)



会員制 隔月刊誌

# 地域連携 入退院と在宅支援

2015  
11・12月号

特集1

## 老老・認認介護世帯への 退院支援の具体策

特集2

災害発生時に機能する  
連携体制の構築



### 新連載

連携実務者・退院支援担当者が  
身につけたい!  
ソーシャルワークの実践スキル

### 特別企画

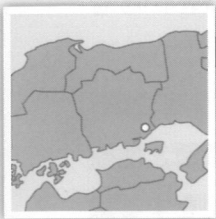
回復期リハビリテーション病棟  
における協働・連携と  
社会福祉士の必要性  
～医療ソーシャルワーカーの視点から



# 老老・認認介護世帯への 退院支援の具体策

入院から在宅へという国の施策が進む一方、高齢化の進展によって増加している、いわゆる「老老介護」「認認介護」の世帯の患者・家族に対する退院支援や在宅療養支援が大きな課題となっています。介護事業所や在宅医療機関と連携しつつ、いかに住み慣れた地域で生活を続けられるかは、地域包括ケアシステム構築に向けた試金石とさえ言えるかもしれません。本特集では、各地での取り組みを紹介します。

## 地域連携で進める 老老・認認介護世帯の在宅療養



兵庫県尼崎市

長尾クリニック



長尾和宏 院長

ながお かずひろ ●1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。1995年長尾クリニックを開業し、現在に至る。医療法人社団裕和会理事長、医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本内科学会認定医、日本在宅医学会専門医、労働衛生コンサルタント、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会・副理事長、在宅療養支援診療所連絡会理事、エンドオブライフケア協会理事、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授（高齢総合医学講座）。

### 地域医療における 医療と介護を取り巻く現状と課題

#### ◆なぜ老老・認認介護世帯が 増加するのか

在宅医療の現場に従事していてこの数年、一番感じることは老老・認認介護世帯の増加である。加えて、家族の介護力の低下も実感する。また、核家族化に伴う単身世帯、つまり「おひとりさま」の増加も著しい。一方、複数世帯では、圧倒的に老老世帯が増えている。たとえ子どもや孫がいても、別居しているケースが多い。

65歳以上の4人に1人が認知症ないしMCI（認知症予備軍）であるので、高齢世帯の在宅療養の半分は当然、認知症がらみになっている。老夫婦のみの世帯では、認知機能が正常範囲であった配偶者・介護者も、長年介護しているうちに認知症になることは時々経験する。そして、軽かった方の認知症が重かった方を追い越してしまうというケースも稀ではない。それを「認認のダブル在宅」と呼んでいるが、高齢夫婦2人ともが要介護認定を

受け在宅医療を活用しているというケースが年々増加している。いずれにせよ、在宅医療に従事していると、残っていくのは、知らず知らずのうちに老老・認認介護世帯になっていく。

#### ◆老老介護の実態と無料低額診療

老老介護の実態について考えてみたい。『下流老人』という本がベストセラーになっているが、生活保護というセイフティネットにひっかかる前に位置される高齢者が増加している。それは、おひとりさまであったり、老老世帯であったりするのだが、いずれにせよ経済的な困窮が土台にある。さまざまな理由で施設入所を望んだとしても、経済的に特別養護老人ホームしか選択肢がなく、結局在宅療養するしかない場合がある。しかし、退院した病院からは、インスリンの4回打ちや多剤投与、胃ろうの管理などが加わることもあり、医療依存度の高い老老世帯をよく見かける。

一方、健康保険料は何とか払えても、自己負担が払えないという人も増えている。また、年金収入があっても子どもが管理していて親

には使わせないという経済的虐待とも言える状態の高齢者もいる。いずれにしても一定の基準を満たせば「無料低額診療」という救済システムが使えるが、あまり知られていない。もし病院の地域連携室のMSWに無料低額診療を受けるのに必要な手続きを教えて、制度につなげていただければ、高齢者はどんなに助かるだろうか。多くの高齢者にとっては、気になるのは病気よりもまずはお金であろう。

## 多職種で進める老老・認認介護世帯 患者・家族への支援の実際

### ◆退院前カンファレンスの活用

こうした老老世帯の1人が入院した場合、その配偶者も要介護者である場合も少なくない。骨折や肺炎などで1人が入院した途端に、2人での共同生活のリズムは大きく崩れる。毎日見舞いに通う途中で転倒し別の病院に緊急入院したケースもあった。同居人がいなくなった途端に介護者の認知機能が低下することもよく経験する。「介護」という適度な労働や刺激が突然なくなった時、配偶者にもかなりの悪影響があることを予測しておくべきである。

病院の外来では、どうしても病気だけに目が奪われがちだ。しかし、在宅医やかかりつけ医は生活を診る視点も有していることが多い。そのため、できる限り安易な入院、社会的入院は避けたいと考える。おおらかな時代には夫婦で入院ということもあったが、もはや昔の話である。老老や認認を問わず、高齢者にはとにかく入院という環境の変化が強く悪影響を及ぼす可能性を孕んでいる。

例えば、腰椎圧迫骨折で2週間入院しただけで、完全寝たきりになり認知症が進行したならば、何のための入院だったか分からなく

なる。つまり、高齢者の入院の適応は、その配偶者の要介護状況も考慮しながら、慎重に決められるべきだろう。

退院前カンファレンスは、可能な限り行うべきだ。在宅の主治医やかかりつけ医が参加できない場合も多いので、訪問看護師やケアマネジャーの役割はとても大きい。最近では、開業医においても、MSWや地域連携スタッフを擁し連携に力を入れているところも出てきた。

地域包括ケア時代を前に、「地域ケア会議」の開催が謳われている。地域の多職種と地域包括支援センターや行政が顔合わせをする意義は大きい。病院と在宅の文化の差を埋めるためには、面倒くさがらずに、地域ケア会議を開催し議論を盛り上げる必要がある。また、病院の地域連携スタッフの皆さまにも参加していただきたい。病院も地域の多職種の一員だ。

### ◆ケア会議の励行

医療職側からはケア会議と、介護職側からはサービス担当者会議と呼ばれているが、個々の患者ごとに適宜ケア会議を開催することは極めて重要である。退院前カンファレンスを終えて在宅に帰ったらすぐにケア会議のことを考えなければいけない。老老・認認は難渋例であることが多く、そうした症例にこそケア会議が威力を発揮する。可能であれば、病院の地域連携室のスタッフにも参加してほしい。ケア会議は最高の意思決定会議であることを決して忘れてはいけない。

医師とケアマネジャーが協調しないと、ケア会議は開催されない。私は「困った時のケア会議」と、日頃から地域の多職種の皆さまにお願いしている。有名なあの尾道方式を見習い、こまめにケア会議を開催することこそ

が、地域包括ケアの近道であり、その土台となる。ケア会議はどこで開催してもよいので、診療所で開催することもある。しかし、老老・認認介護世帯においては、患者宅でしか開催できないであろう。

### ◆遠くの家族と信頼関係を構築するために

「意思決定支援」という言葉がある。在宅に帰る際には療養の場、医療処置、介護サービスなど意思決定の連続である。しかし、認認世帯における「意思決定支援」はどうあるべきだろうか。杓子定規にはいかないことが多い。例えば、胃ろう造設の意思決定支援になると、かなり倫理的課題も孕むので慎重を期すべきである。もし可能であれば、比較的元気なうちから本人にリビングウィルの表明を促すことが大切だ。

しかし日本は、家族の権限が強い。また、リビングウィルが法的に担保されていないという、先進国では唯一の国であることも同時に知っておくべきだ。したがって、老老・認認世帯においては、遠くに住んでいる子どもや親戚と普段からメールや電話で連絡を取り合っておくことが大切だ。遠くの家族とのICTの活用こそが、老老・認認介護世帯の在宅療養を成功させる肝であると考えている。

## 老老・認認介護世帯への支援の ための地域連携充実の具体策

### ◆多職種連携研修会の工夫

地域包括ケア推進のために、全国1,700余の自治体で競うように多職種連携研修会が開催されている。筆者も全国各地から講演に呼んでいただき、さまざまな研修会の様子を知る機会があった。率直に言って多職種連携研修会のやり方はさまざまであるが、総じて形

式的な研修会が多い印象がある。基調講演、各職種からの報告、そしてパネルディスカッションが定番になっている。先進的なところでは、研修の大半の時間をグループワークに充てているところもあった。

そもそも多職種というが、いくつくらいの職種があるのだろうか。実は、驚くなかれ約20職種もあるのである。本来であれば、それに救急、警察、宗教師と葬儀屋までが研修会に集まるべきだが、今までにそこまで一堂に会した研修会を見たことはない。最高で20職種程度だった。一方、数職種しか集まらない場合もある。参加者数と同様に職種も増やすことが大切である。

老老・認認介護世帯を本気で地域で支えるのであれば、研修会に20数職種が顔を揃えることが大前提となる。そして、座学だけでなく、具体的な老老・認認介護世帯のケースワークを、できればワールドカフェ方式のようなフラットなやり方で行うべきだ。さまざまな意見が出るだろう。意思決定主体はあくまで本人と家族にあるのだが、それを支える多職種はあらかじめ選択肢の多様性を知っておくべきだ。特に老老・認認介護世帯は多くの倫理的課題も孕むということも共有しておくべきだ。

最初は画一的、形式的な研修会であっても、回を重ねるうちにかなり充実した研修会に成熟していく自治体も見てきた。大切なことは、単に年に1度の打ち上げ花火的に開催するのではなく、実務検討も行うなどできる限りの工夫を凝らすことだ。

### ◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護の推進

定期巡回・随時対応型訪問介護看護制度は、まだ普及途上にある。市民や病院関係者

には馴染みの薄い言葉であろうが、筆者はこれまで数件に関与してきた。おひとりさまだけでなく、老老・認認介護世帯にとっては不可欠なシステムであることを知っておきたい。病院の地域連携スタッフは、たとえ1回でも夜間の患者の見守りに同行すると意識が変わるのではないか。病院の病室や連携室で見ると全く異なる素顔を見せてくれる。生活臭そのものであるが、実はそうした現場が楽しくてやっているのが、筆者のような在宅スタッフなのだ。「事件は現場で起こっている」というドラマの台詞があるが、まさに「ドラマは自宅で起こっている。それも夜間に起こっている」ことを実感しないと、老老・認認介護はイメージできないのではないか。

### 病院連携実務者・退院支援担当者に期待される役割

#### ◆在宅医療の実態を知る 研修のチャンスを設ける

在宅医療が推進しない理由はいくつかあるだろう。その一つに、病院スタッフが在宅医療の実情をよく知らないことが挙げられる。病院スタッフが目にする「ザイタク」とは、在宅患者の看取り搬送であったり、ギリギリ搬送の場面であったりする。在宅医療のいわば負の面である。病院スタッフは、在宅医療の素晴らしい現場を実際に観るチャンスが少ないため、「ザイタク」を誤解しているスタッフも少なくない。

結論から言えば、たとえ老老・認認介護世帯でも、上手に介護保険制度を使いながら、普通に生活しているケースがいくらかもあることも広く知っていただきたい。在宅医療の実態を知る研修のチャンスを設けていただければ幸いである。

#### ◆病院の地域連携室と 地域の多職種の意見交換の場

地域の拠点病院が主催する連携研修会の案内をよくいただく。その病院での先進医療の導入であったり、最新医学の講義であったりと、それはそれで開業医にはありがたいチャンスである。しかし、一方通行の情報伝達だけの場合がある。在宅現場の成功例を、地域の拠点病院に報告するチャンスは意外に少ない。病院から帰った後、「こんなことやあんなことがありました」と病院スタッフに伝えたくても伝えるチャンスがあまりにも少ない。開業医側の努力不足もあるのだろう。しかし、もし可能であれば拠点病院が主催する連携研修会において、在宅側からの報告ができれば、相互理解が進むのではないだろうか。

例えば、「おひとりさま」の在宅医療は無理だと思いついて入院している病院スタッフが多いと聞く。しかし、現実には反対で、「おひとりさまの末期がんが看取りの難易度が一番低い」という現実が、病院スタッフはほとんどが知らないだろう。筆者が提唱する「平穏死」が叶いやすいのが、「おひとりさま」なのだ。理由は家族がいないからである。「え？ まだ平穏死を知らない？」そんな人に向けて、平穏死と題した数冊の一般書や看護学書も書いているので、ぜひとも参照していただきたい。

一方、老老・認認介護世帯はそうは簡単にいかないことが多い。いわゆる周辺症状に悩まされるケースが多い。火の不始末などの対策やそれを心配する近所への配慮も大切な仕事だ。こうしたケースこそ、病院の地域連携室と地域の多職種の意見交換の場が不可欠である。

#### 現状の課題、今後の展望

#### ◆実は、明日は我が身の老老・認認介護

「おひとりさま」にせよ、老老・認認介護にせよ、本稿を読んでいただいている皆さまは、当然自院に入院される患者のことだと思いつつ読まれていることだろう。多職種の研修会にしても、常に対象は患者であり三人称の視点であろう。

しかし、考えてみてほしい。日本は、少産多死の時代に突入している。少産については未確定の部分があるが、多死は確定している。現在年間120万人の人が亡くなっているが、2025年には団塊の世代が全員後期高齢者になり、年間死亡者は160万～170万人に達すると推計されている。そして、多死社会のピークは2032～2036年頃と推定されている。

私自身、ここを乗り越えられるかどうかはかなり危ないと思っている。その後、死亡者数はややプラトーに達した後、ゆるやかな減少傾向のカーブが予想されている。ここで確実に言えることは、本稿を読まれている皆さま全員が、現時点よりもずっと「多死社会」の中で自分自身も人生の幕を下ろすことになることだ。

すなわち、地域包括ケアも多職種連携も退院支援も、すべて来るべき自分自身の最期のための予行演習とも言えることに気がついてほしい。つまり、「おひとりさま」も、老老認認問題もすべて私たち自身の問題なのである。数十年後には、本稿の課題は三人称から二人称、そして確実に一人称に変わる。しかも、経済的にも物理的にも現在よりずっと厳しい状況の中、人生を閉じるのだ。「少産」なので、若い世代に頼ることは期待できない。

したがって、老老・認認介護とは実は明日

は我が身、と知った上で取り組むことが大切である。どこか福祉施設が充実した田舎にでも引っ越そうと漠然と思っているとしても、その頃には地方消滅の危機に瀕しているだろう。想像を絶する未来になることが分かっているから、地域包括ケアシステムの構築という方法しかないのだ。反対も賛成もない。それ以外の方策がないので推進せざるを得ないのである。そう考えると研修会でのグループワークにも力が入るだろう。一人称はまだまだ遠いとしても、自分の親世代が間もなく二人称に入るといふ人も多いことだろう。

#### ◆今後の医療・介護が目指すものは 町造り

「地域包括ケアとは何か？」というテーマで議論したことが何度かある。ある人は多職種連携だと言い、ある人は食支援だと言い、またある人は看取りであると言った。すべて正解だと思う。住み慣れた地域で最期まで暮らすためには、どれも大切な論点であろう。そのために、何をすべきかと考えた時、机上の理論より行動が必要であることに気がついてほしい。身軽に動くことで新しいネットワークが構築される。行政という横糸が入ることで線が面になる。今はまだないネットワークという布を織ることこそが、地域包括ケアである。

「おひとりさま」は、24時間定期巡回随時対応型訪問看護・介護制度で対応できるとすれば、本稿のテーマである「老老・認認介護世帯」という難問にどう対峙するのか。この命題は、地域の多職種だけでなく、病院の連携スタッフにもぜひとも積極的に参画していただかないと決して前進しない。東京都の前医師会長の野中博先生は、「これからの開業医の役割は町造りだ」と述べられた。この

メッセージを理解する医者は残念ながらまだ少ないだろう。しかし筆者も、町造りこそが自分の仕事であると思いながら、日々診療している。町造りがよい悪いではなく、確実にそのような時代に移行していく。

### ◆顔の見える連携から腹の見える連携へ

最近各地で流行している「カフェ」という発想は素晴らしい。いろいろな人が垣根を越えて情報交換ができる場となるからだ。一方、兵庫県西宮市のNPO法人つどい場<sup>さくらちゃん</sup>代表の丸尾多重子氏が、「つどい場」で「まじくる」ことを提唱され、10年以上が経過した。カフェとつどい場の異同について述べるならば、カフェはお茶を飲むところだが、つどい場は一緒にご飯を食べたり酒を飲んだりする場所である。たしかに人間、一緒にご飯を食べると本音を語ることでより仲良

くなれる。つまり、「顔の見える連携から腹の見える連携」と彼女は主張されてきた。

ちなみに「まじくる」とは、「ごちゃまぜになる」という意味の彼女の造語だ。立場や職種を越えてフラットな気持ちでまじくらないと、医療と介護の連携は決して進まない。病院との連携も然りである。したがって、全国各地にカフェだけでなく、つどい場もどんどん増えている近況をぜひ多くの読者に知ってもらいたい。「老老・認認介護世帯」という課題は、「つどい場」で「まじくる」ためにあるような気がしてならない。

#### 引用・参考文献

- 1) 長尾和宏, 丸尾多重子: ばあちゃん, 介護施設を間違えたらもっとボケるで!, ブックマン社, 2014.
- 2) 長尾和宏, 近藤誠: 家族よ, ボケと闘うな! 一誤診・誤処方だらけの認知症医療, ブックマン社, 2014.

## 症状を軽減させることもできる言葉遣い・表現方法を事例で解説!

### 「この人は味方だ!」と理解してもらおうポイント 認知症高齢者と心の通いあう 声かけ・対応テクニック

病棟・介護現場にありがちな事例・体験談で!

米山淑子氏

NPO法人生き生き介護の会 理事長  
日本老年行動科学会 常任理事



1973年より神奈川県内の特別養護老人ホーム生活指導員として高齢者福祉に携わる。1992~2000年まで、都内の特別養護老人ホームで施設長を務め、その間、全社協、東京都、都社協等で各種委員も務める。現在は、特定非営利法人生き生き介護の会理事長、日本老年行動科学会常任理事、社会福祉法人心会理事、医療法人社団葵会理事、社会福祉法人永明会評議員。主な著書に、『認知症介護困る場面の声かけテクニック』(日総研出版)ほか。

札幌

16年 1/17 (日)  
道特会館

名古屋

16年 2/20 (土)  
日総研ビル

大阪

16年 3/5 (土)  
田村駒ビル

参加料  
税込

本誌購読者 15,500円  
一般 18,500円

[時間] 10:00~16:00

詳しくはスマホ・PCから 日総研 14134 で検索!

### 自尊心を傷つけない、 「否定しない」コミュニケーションを習得する

#### プログラム

#### 1. 認知症の理解を深めるための基本

- 1) 認知症の種類とそれぞれの特徴
- 2) 中核症状・周辺症状 (BPSD) の理解と接し方のコツ
- 3) 看護・介護職として知っておくべき認知症高齢者の心
- 4) 認知症高齢者が出す“サイン”を見逃さない!

#### 2. 信頼関係の構築につながる! 不安・混乱を軽減する対応

- 1) 認知症高齢者が抱く不安・混乱の理解
- 2) 看護・介護職の不適切な対応が及ぼす影響
- 3) BPSDの原因を理解したコミュニケーション
- 4) 言葉でのやりとりが難しい方の「心の声」を聞く

#### 3. 認知症高齢者とよりよいコミュニケーションを 取るためのスキル

- 1) 聞き上手・言わせ上手 2) 余裕のある態度・誠実な態度
- 3) 感情を傷つけない態度 4) 相手を尊重した態度

#### 4. 言ってはいけない「こんな言葉」と「言いかえ」のテクニック

- 1) 適切なコミュニケーションを行うための心がけ
- 2) 認知症高齢者を傷つける言葉、口調、態度、表情
- 3) 「言い換え」のテクニック~不安を緩和させる言葉へ
- 4) 困った状況でこそ求められる適切な対応

#### 5. こんな時どうする?

##### ありがちな場面での適切な対応・声かけ

- 1) 暴力・暴言が見られる場合 2) 被害妄想が見られる場合
- 3) 帰宅願望が強い場合 4) 何度も同じことを聞いてくる場合 など

