

妻有地域包括ケア実践発表会 2023

抄 録 集

妻有地域包括ケア研究会

妻有地域包括ケア実践発表会 2023

主催 妻有地域包括ケア研究会

日時 令和5年11月25日(土)

午前9時30分から12時30分まで

プログラム

9:30 開会 あいさつ 妻有地域包括ケア研究会 会長 松村 実

9:35 実践発表

【第1群】座長 新潟県立十日町病院 看護師長 小林 隆子

- 1-1 下顎部に瘻孔が形成された口腔癌患者への皮膚排泄ケア認定看護師と多職種連携の報告
新潟県立十日町病院 児玉 幸枝(看護師)
- 1-2 在宅看取りとなった3症例 ～デスカンファレンスを通して学んだこと～
新潟県立松代病院 山田 麻未(看護師)
- 1-3 多職種と取り組む事業所健康診断の業務改善
津南町立津南病院 小野塚 あゆみ(看護師)

10:20

【第2群】座長 妻有地域包括ケア研究会 高橋 秀幸

- 2-1 十日町市成年後見制度中核機関の取組について
十日町市役所地域ケア推進課 地域包括支援係 風巻 静佳(社会福祉士)
- 2-2 十日町管内におけるアルコール健康障害に関する相談の現状と課題
～実態調査から見えてきたもの～
新潟県十日町地域振興局健康福祉部 八木 妃呂美(精神保健福祉相談員)
- 2-3 中里地域の医療と現状
社会福祉法人 清津福祉会 本部 上村 宣人(理事長)

11:10 休憩(10分)

11:20

【第3群】座長 新潟県十日町地域振興局健康福祉部 地域保健課長 関 芳美

- 3-1 十日町市における発達支援の課題と今後の取り組み
社会福祉法人 十日町福祉会
障がい者地域生活支援センターあおぞら 庭野 純愛(相談支援専門員)
- 3-2 穏やかに過ごせるように ～個々を知るという事～
社会福祉法人やまびこ 通所介護事業 川上 晴美(介護職員)
- 3-3 相談援助職自己点検表の作成から見えた気づきと課題
社会福祉法人 妻有福祉会
十日町南地域包括支援センター 角屋 宗敬(主任介護支援専門員)

12:10 講評

十日町いきいきエイジング講座 特任助教

白倉悠企様

12:25 閉会 あいさつ 妻有地域包括ケア研究会 副会長 涌井 巧



<https://care.tokamachi.life/2023/>

下顎部に瘻孔が形成された口底癌患者への 皮膚排泄ケア認定看護師と多職種連携の報告

新潟県立十日町病院

看護部

○児玉幸枝、富井未穂

【はじめに】当院は山間部の豪雪地帯に位置し、へき地医療を担う中核病院である。地域がん診療連携拠点病院までは 30 km 離れており、がん治療を要する高齢患者にとって遠方への通院は大きな負担となる。癌性皮膚潰瘍で下顎に瘻孔がある高齢患者が、在宅療養を継続できるよう皮膚排泄ケア認定看護師(以下 WOCN)が中心になって多職種で関わった過程を報告する。発表に際して本人の了承を得た。

【症例】A 氏 90 代女性、肺癌治療中の夫と 2 人暮らし。口底癌の皮膚転移で下顎部に瘻孔が形成され、浸出液や食事が流出し出血も伴っていた。

【介入の概要】

瘻孔管理の依頼で WOCN が介入した。A 氏は積極的治療を終えて在宅療養を希望していたが、瘻孔管理以外に①服薬方法と薬剤の形状の検討、処置時の鎮痛薬の使用方法②開口制限で食事摂取が困難な状況③予測される急変時の対応④在宅での生活や介護申請など複数の問題を認めた。認知機能の低下が少ないこと、ADL は自立していたことからリソースの活用により在宅療養の継続が可能と判断し、WOCN が瘻孔管理を実践しながら、ケアだけでなく症状に応じた専門分野の医療スタッフに介入を依頼し調整を行った。さらに他科の医師への相談や緩和ケアチームの介入など多方面へ支援の依頼も実施した。各支援開始後、潰瘍からの出血で一時的に入院治療を受けたが現在も在宅療養を継続中である。

【考察】

癌性皮膚潰瘍の管理は難渋を窮める。ケアでは疼痛、浸出液、臭い、出血の管理が重要でこれらが適切に行われることで精神的苦痛をはじめとするトータルペインの緩和に繋がる。しかし、当院には皮膚科や形成外科の常勤医は不在なため、WOCN が組織横断的な活動を活かして、多職種間の調整役となり協力依頼を行っている。また日頃から医師と顔の見える関係で信頼関係を確立しており、専門外の医師からも協力を得ることができた。さらに、WOCN は本来、皮膚ケアの専門家であるが A 氏を全人的な視点で捉え、抱える問題や必要な支援を導き出した。皮膚管理だけでなく総合的なマネジメントを担ったことで、専門医が不在な中でも限られた医療資源を最大限に活用し多職種の協力が得られ A 氏の希望に沿った医療提供ができた。

【結果】

WOCN の介入により多重課題のある A 氏が希望する在宅療養を継続できた。

看取りとなった3症例

～デスカンファレンスを通して学んだこと～

○山田麻未、山岸由美子、市川道代、上村久仁子、腰越香代子（看護師）
新潟県立松代病院

【目的】A病院の当該地域では高齢化率が50%を超え、1世帯当たりの平均人数は約2名という介護力不足がある。独居や老々介護者が多く、入院を機に在宅療養を諦め病院や施設での最期を選択する場合も多い。「地域包括ケア」が推進される中、A病院でも訪問診察・訪問看護により地域と連携しながら、地域住民が希望する生活を支援している。今回、在宅看取りを希望され訪問看護が介入した3症例についてデスカンファレンスを行った。この振り返りを通し、在宅看取り支援について改善し次の支援の充実に繋げていく。

【方法】R5年4月～8月の間、在宅看取りを希望され亡くなった3症例に対し1カ月以内にデスカンファレンスを開催する。事前準備として関係した医師・看護師・相談員にアンケートを配布しそれぞれの立場から自由記載で思いを表出してもらう。可能な範囲でご遺族の思いも患者サポートセンターからの電話や担当ケアマネージャーより聴取する。これを用いて、訪問看護委員会、担当ケアマネージャー、病棟看護師（訪問看護経験のない看護師を含む）をメンバーとしA病院にてカンファレンスを開催する。次に活かすことは何かを導き出し、それらについての改善点を検討する。

【実践内容】症例Ⅰ：90歳代女性 独居 訪問診察利用

「難儀で動けなくなった」と救急車で受診し入院を勧められたが本人の強い希望で帰宅、在宅看取りの方針となった。他県在住の長男夫婦と長女が在宅で介護することとなり訪問看護介入、連日訪問し10日間在宅で過ごす。しかし、介護者が頻回の排泄介助で疲労困憊したことや食べられない姿を見るのが辛いことを理由に入院を希望。本人も納得して入院し1週間後亡くなった。頻回の排泄介助による介護負担の大きさ、亡くなるまでの経過を十分説明できていなかった。

症例Ⅱ：80歳代女性 独居 訪問診察利用

他院で治療を受けていたが発熱を機にA病院を受診。意思表示はできず。他県在住の長男、長女の意向で積極的治療はせず在宅看取りの方針となり訪問看護介入。長男、長女が帰省し介護することとなったが介護経験がなかったため、ヘルパーを毎日利用し一緒に介護をしていた。フェントステープで疼痛コントロールができ静かに亡くなった。在宅での死亡診断は医師が単独訪問をして行い、看護師は同行しない体制のため、看護師からご家族へのねぎらいの言葉かけや、インスリン自己注射の物品処理まで説明がなかった。

症例Ⅲ：90歳代女性 特養から入院。訪問診察利用

胃瘻を造設し栄養注入していたが、繰り返す誤嚥性肺炎により注入を中止し看取りの方針になった。長男夫婦が最期は在宅での看取りを希望され、急遽施設退所の手続きやケアマネージャーを依頼しサービス調整、吸引指導をして退院となった。訪問看護が介入し24日後、静かに亡くなった。介護者から吸引カテーテルについての問い合わせがあった際に吸引の指導内容が統一されていないことに気が付いた。また、急遽担当になったケアマネージャーへの情報提供が不足していた。

【結果】3症例のデスカンファレンスから、①疼痛だけではなく苦痛に目を向け、患者家族を取り巻く人たちで情報共有し共に考えること②看取りのパンフレットに、亡くなったあとに行うことと、医療廃棄物の処理法を追記する③訪問看護時間を30分以上可能設定とし、余裕を持って看護できるようにする④吸引指導パンフレットを見直すこと、などの具体的な対策や支援方法について検討した。

【考察】在宅看取りの支援の方法は患者それぞれで違う。デスカンファレンスを通して自分たちの支援を振り返ることは、患者家族への理解を深め、患者家族を取り巻く専門職種間の理解も深める。家族が安心して看取れる環境を整えるために、デスカンファレンスでケアの振り返りを行い、看護の質の向上につなげる。

参考文献

1) 神山美沙子, 浦野知美, 杉本厚子:在宅において看取りに関する訪問看護師の支援についての文献検討-終末期看護教育への示唆-, 足利大学看護学研究紀要, 10(1), p. 41-50, 2022.

多職種と取り組む事業所健康診断の業務改善

○小野塚あゆみ 野崎睦美 島田芸子
町立津南病院 外来看護師

I. はじめに

当院の外来は内科を中心に非常勤を含めた8つの診療科がある。午前中はそれらの診療や検査の介助を行い、午後は午前中からの診療に引き続き、救急や発熱の対応、近隣の学校や事業所の健康診断などを行っている。その他電話での問い合わせ等事務的作業、院内外の調整役などその役割は多岐にわたる。また、スタッフの約半数は非常勤であり常に人員不足という問題を抱えている。煩雑な業務と人員不足は思うような看護ができないというストレスとなり業務改善は必須な状態であった。しかし実際にはどこから手をつけていいのかわからず、業務改善にかかるエネルギーを考えると一歩踏み出せないでいた。そのような時にメディカルから、事業所健康診断（以下健診）のサービス向上に向けて改善してみてはどうかとの提案があった。当院には健康診断に特化した部署はなく内科外来がその役割を担っている。午後の時間帯に行っているものの煩雑な外来業務と並行して行う健診はとても非効率的であるうえサービスという点においても十分とは言えなかった。今回、多職種が協力して業務改善に取り組んだことで各部署のスタッフ自身何ができるか考え協力し合える体制に近づいたこと、個々にかかる負担が分散されたことなど外来看護師にとって大きなメリットとなったため、その経過について報告したい。

II. 業務改善の方法とその経過

健康診断のワーキングチームを招集した。メンバーは外来看護師・放射線科・検査科・担当事務・その他協力可能な部署で構成。ワーキングチーム会は令和4年11月10日～令和5年7月7日迄に計5回不定期で行った。その後、定期的に行うことにした。

健診業務の洗い出しと独占業務の確認を行い、洗い出した健診業務を ECRS にあてはめ改善策を提案し令和5年3月からの健診から実行。

III. 健診業務の改善変更内容

- ・排除 (Eliminate) できるものとして、①健診の結果判定の一覧表への転記②医師の診察時所見を一覧表に記入せず、質問用紙に直接記入に変更。③紙ベースの心電図を台紙に貼り付ける作業④手作業での名簿とチェックシートの作成・スピッツ準備をあげた。
- ・結合 (Combine) できるものとして、①事務と看護師で別々に担当していた事務所からの依頼と名簿作成を放射線科で一括担当。②健診用患者番号を診察券の番号で統一とした。
- ・交換・再配置 (Rearrange) できるものとして、①健診場所を2階に変更。②健診順序は医師診察を1番に変更。③看護師が行っていた検尿検査を検査科が施行。④独占業務以外は誰でも対応できるようマニュアル化（準備・受付・身長/体重などの計測）とした。

- ・簡素化 (Simplify) できるものとして、①健診者変更時の各部署への連絡方法 (当日の名簿変更はせず別日に設定しキャンセルのみの連絡とした) ②健診開始の連絡は健診担当が各自で確認。③聴力検査の方法を、健診用機器に変更とした。

IV. 考察

ECRS の導入は業務面だけでなくコストカットや職場環境の改善に役立つと言われ、考え方の特徴として「従来のプロセスを再構築する」ことを重視している。長年続いている業務の中には前任者からそのまま引き継いだままで明確な目的のないケースもある。今回、看護師だけでは当たり前、仕方ないと思っていた業務に多職種が関わり様々な角度から見直し、1 つ 1 つ業務を洗い出し内容を分析することで最小限の手間で大きな改善効果を得ることができたように思う。また、他部署の業務内容を知り改善点を考え実行するうちにスタッフ各自が受付業務や計測、案内など進んでするようになった。しかし、まだまだ課題はある。外来そのものの作りに問題があり、どうしても移動がスムーズにいかないこと、医療器具が古いなどクリアできない部分も多い。そして、依然として看護師不足は改善されていない。これは今までのように特定の看護師しかわからないといった属人化に至る原因ともなり、業務効率が低下することが考えられる。人員不足による多忙感は意欲低下に繋がりがねない。人員不足はすぐに解決される問題ではないため患者サービスを充実させたい、看護師の業務負担を分散させたいという私たちの思いには、部署や所属科の壁を越え協力し合う風土が大切であると感じた。タスクシェアはもともと医師から他の医療従事者への移管であるが、今後も医師に限らず職種を超えた業務の見直し、改善が必要となってくる。

V. おわりに

今回、他職種で業務改善に取り組み負担が軽減したことで看護師本来の業務として何かできることはないか考えるようになった。当院での健診後、受診の際は健診データが保存されているため比較・継続した医療が提供できるというメリットがある。要検査の検査項目に対する生活習慣改善に向けたアドバイスはできないか、体をどのようにメンテナンスすればいいのか考え実践するきっかけとなるのではないか、早めの受診につながるよう何か工夫できることはないかなど今後はただ健康診断をするだけでなく住民や町で働いている方の健康が維持できるよう現在も試行錯誤の状態です十分なサービスとはいえないが、自分たちにできることを考えていきたい。

参考文献

<https://products.sint.co.jp> ECRS とは？ 4 原則の詳しい解説と具体例、実践の注意点 (システムインテグレーター)

十日町市成年後見制度中核機関の取組について

○風巻静佳 社会福祉士

十日町市役所 地域ケア推進課 地域包括支援係

1. はじめに

国の成年後見制度利用促進基本計画（以下、基本計画）では、「令和6年度末までに全市区町村による成年後見制度中核機関の整備」を目標としており、十日町市では令和4年4月1日に成年後見制度中核機関（以下、中核機関）を設置した。

中核機関とは、基本計画において「権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核となる機関」と位置づけられている。また、中核機関には、専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会等の事務局、地域連携ネットワークのコーディネーターが求められている。

2. 目的

当市の人口動態による高齢者や障がい者の現状や支援の中で見えてきた地域課題を分析し、中核機関における権利擁護支援の取組を検討する。

3. 方法・実践内容

（1）十日町市の特色について

令和5年9月末現在、当市の人口動態を昨年度の同時期と比較する。総人口は48,396人と約1,000人減少しており、高齢化率は41.17%と約0.5%上昇している。

また、令和元年度～令和4年度における総人口に対する障害者手帳所持者の割合は約6.15～6.18%でほぼ横ばいとなっており、障害者手帳所持者は総人口の減少に影響を受けていないことが分かる。

令和5年9月末現在の世帯数は19,514世帯、一世帯当たりの世帯人員は2.48人となっており、ともに減少傾向にある。そして、令和4年度の一人暮らし高齢者は2,414世帯、高齢者のみ世帯は2,801世帯となっており、年々増加している。

以上のデータから、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯は増加していき、高齢者以外にも単独世帯や核家族が増加していくことが予想される。

（2）中核機関の取組について

中核機関を設置するにあたり、既存のネットワークには後見人等を受任している弁護士や司法書士、社会福祉士を含んだネットワークがなく、新しいネットワークの構築が必要であった。

そのため、令和3年に成年後見制度に関わる専門職を集めた検討委員会を立ち上げ、中核機関設置に向けて体制整備を検討してきた。

検討時、相談支援関係機関や入所施設、医療機関、士業（弁護士、司法書士、社会福祉士、行政書士、税理士）、法人後見実施団体を対象に、成年後見制度の利用状況やニーズを把握するための調査を行った。調査の結果から、成年後見制度の施策に望むものとして、「身寄りのない人の制度利用（市長申立の普及）」が最も多く、次いで「支援者の申立て支

援等に関する相談窓口」と「成年後見制度の利用が適切かの判断」がニーズとして多いことが分かった。

調査結果を踏まえ、令和4年4月1日に地域連携ネットワークを担う成年後見制度中核機関と成年後見制度中核機関運営協議会を設置し、十日町市における権利擁護支援の体制づくりに取り組んでいる。

中核機関は、「広報機能」「相談機能」「成年後見制度利用促進機能」「後見人支援機能」の4つの機能が充実することで、本人や後見人等を見守る体制が構築されるとともに、不正行為の兆候を早期に把握する等の不正防止が期待されている。現在、広報機能と相談機能は担っているが、成年後見制度利用促進機能と後見人支援機能の取組は未整備の状態となっている。そのため、令和5年3月に策定した成年後見制度利用促進基本計画をもとに4つの機能の取組を段階的・計画的に実施する予定である。

4. 考察

中核機関を設置したことにより、パンフレット配布や市報への掲載等による普及・啓発や研修による支援者のスキルアップを図ることができている。また、成年後見制度に関する相談窓口を担うことで、市民や支援者からの相談件数も増加している。

支援者からの主な相談内容としては、本人が高齢者かつ身近な親族も高齢者となっているケースや、遠方に住んでいる子どもや親族と疎遠になっているケースのように“身寄りがない”という相談がある。また、障がいをもつ子どもを育ててきた親が高齢者となり家族内で支え合うことができなくなったことで“身寄りがないでも頼れない”という相談もあり、身寄りがない人への支援は地域の課題となっている。

しかし、成年後見制度ありきで権利擁護支援を考えるのではなく、支援者にも成年後見人等の役割について正しい理解を求め、必要な人が適切に制度を利用できるよう対応していく必要がある。

今後、段階的・計画的に中核機関の機能を充実させていき、本人の環境や状態によって選択が制限されることなく意思決定を行うために、関係機関と地域課題を共有しながら、十日町市の特色に合った権利擁護支援を検討していきたい。

十日町管内におけるアルコール健康障害に関する相談の現状と課題

～実態調査から見えてきたもの～

○八木妃呂美¹、島田知子¹、関芳美² ¹精神保健福祉相談員 ²栄養士
新潟県十日町地域振興局健康福祉部

1 目的

十日町管内にはアルコール健康障害を抱える人が多いという話を、医療保健福祉分野の関係機関（以下「関係機関」という）からは聞いており、対応に困った関係機関からの相談を当部で受けている。相談内容には、アルコール依存症が疑われ専門的な治療と周囲のサポートが必要なケースもあるが、本人や家族は問題が顕在化するまで相談や受診をしない傾向が見られ、当部には本人や家族からの相談が少ないことから、現状が把握しにくい。

そこで、十日町管内におけるアルコール健康障害に関する相談（以下「アルコール相談」という）の現状を把握した上で課題を整理し、課題解決に向けた取り組みの方向性について考察する。

2 方法

(1) R4年度精神保健福祉年度報告（新潟県障害福祉課調べ）およびR5年6月時点新潟県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定事務にかかる診断書の調査・分析

(2) 関係機関を対象とした聞き取り調査

調査期間：R5年7～8月

調査対象機関：十日町市健康づくり推進課、津南町福祉保健課、県立十日町病院、県立松代病院、町立津南病院

3 結果

(1) 資料による調査・分析

・当部のアルコール相談は実人数17、延人数228である。人口1万人当たりの県平均相談実人数1.4、延人数5.3に対し、当部は相談実人数2.9、延人数39.5である（図1、図2）。また、実人数17の初回相談経路は、本人1、家族5、関係機関11、延人数228の内訳は、本人27、家族29、関係機関172である。

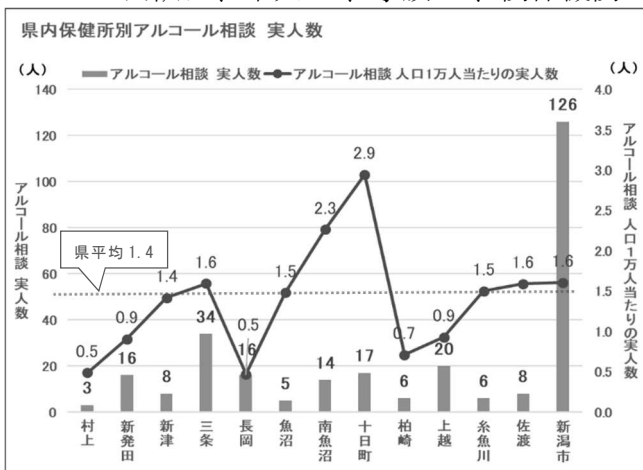


図1 県内保健所別アルコール相談 実人数

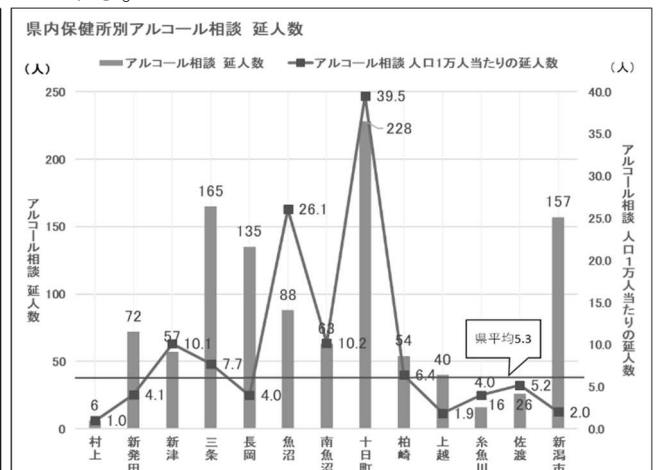


図2 県内保健所別アルコール相談 延人数

- ・自立支援医療費（精神通院医療）受給者総数 1,157 名の内、「精神作用物質使用による精神および行動の障害（国際疾病分類 F1）：アルコール使用による精神および行動の障害」の受給者は 35 名で全体の 3%であり、その診断書を分析すると、精神科通院治療のきっかけが内科等の医療機関からの紹介であったケースは、13 名で 37%だった。

（2）関係機関からの聞き取り調査

①管内市町

- ・地域保健活動の中で、アルコール健康障害やそれに関連した生活上の問題を抱える人を把握することがあるが、本人に困り感がなく、家族も問題意識が低いと相談支援や治療に応じてもらえないことが多い。問題が露見せず、本人や家族からの相談もないと、把握出来ないケースもある。
- ・相談に繋がれば、関係機関の支援者やかかりつけ医と情報共有をしながら支援を継続している。救急搬送やトラブル等、本人や家族が困ったタイミングで依存症専門医療機関（以下「専門医療機関」という）を受診したケースもあるが、再飲酒率は高い。

②管内医療機関

- ・外来受診者からのアルコール相談が、患者サポートセンターや地域連携室にあがってくることはほとんどないため全てを把握することは難しいが、身体疾患の原因が多量飲酒と思われる受診者はいる。
- ・アルコール依存症を疑う入院者は、管内 3 病院合わせても年間 10 人前後で、入院中は本人に専門治療の必要性を説得しているが応じない人が多く、退院後に専門医療機関を受診する人は 1 人程度。治療に繋がった人の共通項には、何度も入退院を繰り返したこと、家族の協力が得られたことがある。
- ・地域での生活や体調に心配がある場合は関係機関に支援や見守りを依頼し、関係機関から得られた情報は医療機関内で共有し診察時の参考にしている。

4 考察

- ・当部のアルコール相談は実人数、延人数ともに県内上位であり、調査結果を勘案すると、十日町管内のアルコール健康障害を抱える人は多いと考えられ、関係機関は自分の持ち場で把握したアルコール健康障害を抱える人に対し、問題意識を持って支援が途切れることのないよう、手厚く支援を行っていることが分かった。
- ・自立支援医療の F1 受給者の 37%が内科等の医療機関からの紹介であったことから、関係機関の連携の枠組みにかかりつけ医を加え、情報を共有するだけでなく、専門医療機関への受診勧奨をお願いすることは介入の有効な手段となり得る。
- ・本人や家族からの相談が少ないこと、本人に困り感がなく、家族の問題意識が低いことは、アルコール健康障害を軽視する風潮の裏付けと考えられることから、地域住民への正しい知識の普及啓発に取り組む必要がある。

5 まとめ

今回の調査により、本人や家族が関係機関に相談できれば、専門医療機関への受診に向けて関係機関同士の連携が図れていること、本人や家族が正しい知識に乏しく、アルコール健康障害に関する正しい知識の普及と早期介入が課題であることが分かった。

これまで当部では、支援者向けの施策に取り組んできたところだが、地域住民への正しい知識の普及啓発のため、市町と連携した健康教育や、ホームページ、リーフレットを活用した普及啓発活動に取り組むことで、早期介入しやすい地域づくりに貢献したい。

「中里地域の医療と現状」

○上村宣人 理事長
社会福祉法人清津福祉会

【目的】

人口減少による事業継続の困難は医療に於いても大きく影響している。無医村だった中里村で医療機関を開設して今年で85年になるが、この地域での医療の存続がとても難しくなってきた。どうにかならないのか。

【方法】

人口推移と事業実績から未来予想。

【内容】

・人口減少

中里地域での人口減少は直線的に右肩下がりである。

令和5年9月30日時点での人口4,544人、平成24年9月30日時点では5,684人。この12年間で1,140人減少。中里地域から毎年100人いなくなるということは、1年ごとに一つの集落がまるごと消えるくらいの規模でしょうか。そしてこの間、一度も前年より増加したことはない。

これは中里地域に限らず、十日町市全体では10倍の規模で同様に推移している。毎年1,000人の減少は家族や親せき、友人、知人、隣近所を合わせた数よりも随分多い。それほど多くの人がいなくなっている。

あと50年で0人か。

・人口減少の弊害

人口減少は社会の経済活動も低下させ、公共交通機関の縮小で交通が不便になる。現在は診療所の前を通るバスが無い為、クルマのない高齢の患者様は離れたバス停から歩くしかない。積雪時にはさらに困難を増す。経済活動の低迷による税収の減少から公共サービスも低下する。これは地域の文化活動を継続困難にし、人が集まるイベントや文化の継承も困難になる。地域の「良さ」や「楽しみ」が失われることとなる事を意味する。すなわち住みにくい地域となり更なる人口減少を助長する、負のスパイラル。

・患者減少

人口減少とリンクするように上村診療所における外来患者数も右肩下がりに減少。やはり前年を上回ることはない。この為、外来診療以外の収入を確保するべく、介護施設の往診の契約により午後は日替わりで5施設を訪問。年間で7,540名を診察。しかし医師1名ではこれが限界。

医療機関として持てる資産の有効活用で健康診断、人間ドックの実施。健診、ドック、各種検査、ワクチン接種など4,351件。

それでも赤字は変わることなく、支出の削減をしているが設備や施設の維持にかかる多額の固定費は減らない。

・事業縮小は必要か

現実的に、経費的な問題から入院病床を閉鎖したため休日・夜間の救急患者を受け入れることができず、中里地域内にお住まいでも十日町病院や津南病院に行ってもらえることは多い。入院が必要な病気やけがについても同様。こうなると救急でかかった病院や、入院した病院がかかりつけになる為、外来患者数はさらに減少する。

路線バスの無い地域には独自に無料送迎バスを運行しているが、この経費も大きな負担である。事業縮小は利便性の低下になり、収入の減少が目立つことになりかねない。

・病院の70%以上が赤字

日本病院会ほかの調べでは医業収益が赤字になっている病院は70.3%、コロナ補助金を加えても66.7%が赤字であり、言い換えれば3つの病院のうち2つは赤字となっている。すなわち今後は2/3の病院は資金が底をつき次第閉鎖されることが予想される。残るのは1/3のみ。

【考察】

人口減少に歯止めがかかる心配がなく、更に医療についても医療保険制度の破綻から、制度維持の為に診療点数が低く設定されており、収入が増加する見通しが立たない。

先日のニュースでは2020年以降、診療所の収益率が良いので診療報酬をマイナス改定する議論をしていくと報じられていたが、その期間はコロナ補助金が出ておりコロナワクチン接種以外の純粋な医療行為では赤字になっていることを考慮していない為、今後は更なる医療の継続困難に拍車がかかる。医療制度が破綻していることは明白である。

医療機関が無い地域を選んで人が流入、増加することなど考えられない。安心して出産と育児ができる環境がなければ人口は増えないのは当然ではないだろうか。

十日町市における発達支援の課題と今後の取り組み

○庭野純愛 相談支援専門員

社会福祉法人十日町福祉会 障がい者地域生活支援センターあおぞら

【目的】発達障害の理解や適切な支援が、家庭、教育現場、福祉で本人に届かないまま、二次的障害として強度行動障害や精神疾患を患ったり、不登校、引きこもりという状態になっている方が増えてきている。それぞれの現場がどのように関わったり、支援者を育成していけばいいのか、また幼児期から成人期までつながるような支援のバトンリレーを十日町市ではどのように作っていくのか、家庭・学校・事業所という枠組みを超えた横断的支援ネットワークづくりが求められている。このような課題に対して、学校、福祉法人、行政機関等がともに、自閉症スペクトラム症の方にもやさしいまちづくりを官民一体で取り組むことを目指す。

【方法・実践内容】セミナー1日目（2023年11月11日）の第1部は、自閉症eサービス認定コンサルタント講師による講義を通して、自閉症スペクトラム症の基本的な特性の理解と適切な対応の仕方を学ぶ。また、ライフステージを通して途切れずつながる支援、仕組み作りを行っている他地域の実践を知り、自地域の支援体制づくりに活かしていく。講義を受けて第2部のシンポジウムでは、十日町では今後どのような支援体制を目指していくか、それぞれの立場で何ができるかを幼児期、学齢期、成人期の支援機関や支援者をシンポジストとして迎え、講演者の助言も含め一緒に検討していく場とする。2日目（2023年11

月 12 日) は各現場からの事例を発表し、行動障害の具体的な対応方法を学び、中核的人材を育成する一環としての支援者向け事例検討会を行う。

【結果・考察】今回のセミナーを通して見えてきた課題と今後の取り組みとしては、①ライフステージが変わっても途切れず、一人ひとりの特性に合った共通の支援方法の伝達ができる共有システムを作っていくことの必要性、②将来を見据えた幼少期からの縦軸だけのつながりだけでなく、横軸の展開が今後必要となってくること、③二次的障害の予防として、支援者の専門性を確保していくこと、④自閉症支援が専門職しかできないのではなく、幼少期から自閉症の理解が普通であり、当たり前の手助けし合えたり、多様性を尊重し合える共生社会づくりが必要であることが分かった。

「穏やかに過ごせるように」 ～個々を知るという事～

川上 晴美（介護員） 老人デイサービスセンターやまびこ

【目的】

昨年度の認知症実践者研修に参加し A 様を対象とした実習をさせていただく。約 1 年が経過し A 様との関わりや職員間の情報共有のための意識変化を改めて振り返り今後のケアに繋げていく。

【方法 実践内容】

□対象者

A 様 男性 70 代 要介護 3 日常生活自立度 II b アルツハイマー型認知症

A 様は当時認知デイを週に 2 回利用。利用当初から落ち着かず帰宅要求も頻回、急に大声を出される時もあり意思疎通困難な状態であった。現在は週に 3 回利用。認知症状の進行もあり帰宅要求は聞かれなくなったが今度は職員を叩く行為や拒否が強く必要なケアが提供出来ないなど以前とは別の課題が出てきていた。

□具体的方法

- ・ ケース記録を過去にさかのぼり落ち着いている日と落ち着かない日の差を検証する。
- ・ A 様の表情の変化を観察記録する。
- ・ 多職種連携し情報交換をする。

【結果】

ケア提供側の想像をはるかに超えるスピードで認知症状の進行が見られ〔検証・考察・実践〕の一連の流れを経る前に別の課題が出てくるという難しい状況であった。

D S 利用日はその日その日の A 様の表情や仕草から状態を判断。表情が陰しい日は A 様の好きな歌を聞いて頂き落ち着いてから対応する、手を上げる仕草が見られたときは別職員に交代するなど A 様に不安が無いよう、そして少しでも穏やかに過ごせるようにとフロアリーダーや入浴リーダー等対応する職員間で情報共有し連携を図った。また、他サービスはご利用になっていないため、やまびこでの様子をご家族様に情報提供し利用日には夜間の様子、食事や排便の状態を情報提供頂きケアに繋げた。

【考察】

あくまでも在宅がベースのご利用者様との短時間の関わりの中で私たちは何が出来るのだろうか？と職員一人一人が考え観察力や記録能力を養うことが必要。また情報を共有した上で各職種が個々を知って個々の価値観に応じたケアを実践、さらにその後に活かしていく事が認知症ケアにとって重要と考える。

「相談援助職自己点検表の作成から見た気づきと課題」

角屋宗敬 主任介護支援専門員

社会福祉法人 妻有福祉会 十日町南地域包括支援センター

1 目的

妻有福祉会において主として相談援助に携わる者が配属される事業所は、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・相談支援事業所がある。これらの事業所には人事異動による転入や新規入職者がいるが、相談援助の実務経験がなく配属されることもある。

それらの職員を対象に各事業所で実務能力習得のための研修が行われているが、その研修内容の多くが人材育成担当を担う職員に委ねられていた。そのため妻有福祉会として研修内容の均質化を欠くこととなっていた。人材育成担当者も研修内容の妥当性や研修の有効性が不明瞭な中、育成に取り組んでいた。この結果として、研修の効果測定も十分に行うことができない状況にあった。

このような状況に対して「妻有福祉会相談援助職自己点検表」(以下、「自己点検表」)を作成することとした。

2 方法

居宅介護支援事業所・相談支援事業所から各1名を「自己点検表」作成担当者として選出。同担当者が作成した原案について、令和5年4月より同年10月までの間に、月1回居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・相談支援事業所の係長等を交えた会議を開催し「自己点検表」の項目や表記の加除修正を行なった。

この「自己点検表」の作成過程を通じ、相談援助職に求められるスキルに対する「気づき」や「課題」を明らかにしていった。

3 実践内容

① 第1回会議

「自己点検表」作成の目的の確認をした。「自己点検表」の項目の構成を「大区分」「中区分」「小区分」と設定した。「大区分」は「プロセス」とし「中区分」は支援過程に抛り以下の事項と決めた。「インテーク」「初回訪問」「契約」「アセスメント」「サービス調整」「計画作成」「担当者会議」「サービス開始」「モニタリング」。「小区分」に記載する点検内容は「態度(倫理)」「知識」「技術」をポイントとした。

② 第2回会議

「小区分」の内容は障害者総合支援法や介護保険法に限定せず、より一般性のある内容とすることに決まった。

「小区分」の内容を検討する作業を通じ、支援過程に共通する基礎となる事項の設定の必要性があるのではないかと意見が出、バイステックの7原則を基とし、「大区分」として「基礎」、「中区分」として「行動原理」の項目を設定することとなった。

③ 第3回会議

「自己点検表」原案の検討をした。バイステックの7原則のうち「情緒的関与」は、わかりやすい内容表記とする際に作成者自身の日常の実践を言語化することに難しさがあるとの意見が出た。「小区分」に「体調管理」「所属機関の役割の理解」を追加することとなった。

④ 第4回会議

自己点検の評価の判断基準の検討を行った。評価の段階は「理解する」「実践する」「説明する」と設定することとなった。

4 結果

スキルとは「態度（倫理）」「知識」「技術」から構成されることが確認できた。支援過程の前提としてバイステックの7原則の重要性を再認識できた。「点検」の結果を実践に活かすために、点検内容を具体的なものにする必要があることを理解した。その作業を通じ、作成者は相談援助のスキルを言語化する難しさを認識すると同時に、作成者が自身の実践におけるスキルを振り返る内省の機会となった。理解し実践できることはスキルを習得する上で重要な目標だが、人材育成に取り組む者には自身のスキルの理解と言語等により出力する力が必要であるとの認識を持った。