

専門病院主導型（ ）

ケースワーカーがコーディネーター

福永秀敏

類型

入院から在宅へ。過疎地で専門病院主導型。社会福祉士（MSW）がコーディネートし、過疎地の未整備地域でケアシステムが構築できた例。

患者

47歳の男性，（ALS）

家族

病気になって離婚し，妻と娘さん二人は東京。郷里に両親と兄弟が在住。

経過

東京で発病し，1年3ヵ月後に郷里の病院に転院後，4ヵ月ほど入院したのち，在宅に。4ヵ月の在宅生活の後，呼吸不全で近くの医師会病院に緊急入院し，挿管はしたが呼吸器は付けずに死亡。

地域特性

過疎の農村で高齢化率30%。同町のホームヘルパーは4人。保健所は隣町。

ADL

退院時は寝たきりに近く，意思疎通は困難で，食事は経管栄養

介護者

主介護者は母親。

ケアコーディネーターとコーディネートの状況

専門病院のK児童指導員（社会福祉士の資格あり）。

患者さんは「治療薬はできる。この病気に負けるわけにはいかない」と意欲的で在宅を強く希望した。ただ呼吸器装着は病初期は介護力など考えて希望していなかった。家族の受け入れは，当初（まだ状態のいいとき）は一緒に暮らそうと言うことだったが，進行する状況を見て，退院は勘弁して欲しいに変わった。

患者の退院したいという希望に応じるため，主治医より要請を受けたK氏が，地域の社会資源の調査，保健所保健婦や町福祉課，社会福祉協議会の関係者と何度も話し合いを持った。そして保健所の呼びかけによる調整会議が開催され（この時点からは保健婦がコーディネーター），次第に在宅での受け入れ体制ができていった。最初の頃は自信がないと言っていたヘルパーも「やるしかない。やりながら考えましょう。」というふうに変わっていった。緊急時は，訪問看護婦を引き受けてくれた医師会病院の神経内科医に専門病院からの連絡がとられた。

サービス内容（1週間の支援体制、ケアプラン）

	支 援 メ ン バ ー		支 援 内 容
月	家族（母親）	ホームヘルパー	身体の保清，家事援助
火	家族（母親）	訪問看護ステーション	入浴介助，身体の保清，病状観察
水	家族（母親）	ホームヘルパー	身体の保清，家事援助
木	家族（母親）		身体の保清，家事援助
金	家族（母親）		入浴援助，身体の保清，病状観察
土	弟 夫 婦		
日	弟 夫 婦		

ケアコーディネーターの保健所保健婦

毎週1回訪問

南九州病院から訪問医療が月に1回

緊急時は郡医師会病院へ

問題点と考察

- (1) 主介護者が高齢の母で，福祉サービス未整備の地域でのケア構築であった。
- (2) 「家で暮らしたい」という本人の希望に応じるため，地域の福祉資源の調査と調整に何度も足を運んだ。K氏の意志と病院（国立）サイドは付加業務として対応した。
- (3) 熱心な保健婦がケアコーディネートの役割をしてくれるようになった。
- (4) 町役場もはじめての難病の在宅ケアで初めは戸惑いもみられたが，介護保険を前にいい勉強になったと評価している。
- (5) 呼吸不全時に搬送させた病院で担当医師は，気管切開をめぐって本人，家族の調整に頭を悩ませた。
- (6) 意欲的に取り組めば，何とかできていくというケースである。