西区在宅ケア連絡会 活動報告書 (IV)

平成20年5月(第116回)~平成20年11月(第122回)

シンポジウム「つなぐかかわり ~ 地域連携を考える」

西区在宅ケア連絡会

目 次

Ι	はじめに	· 2
П	シンポジウム	. 3
\blacksquare	研修会まとめ	27
IV	研修会資料 シンポジウム資料 A · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	31 34 38
V	おわりに	48

I 活動報告書発刊に当たって

1 活動報告書(I)のために

一 平成12年6月 発行分 —

1) はじめに

平成6年から8年にかけて社会的に多くの議論がなされた。それはその後急速に高齢社会が到来し、社会環境も変化し、地域における市民相互の共生が求められるであろうということ、また、在宅療養支援に対する要望も高まり、地域ぐるみでの多くの分野のサービス間の連携が求められるようになるであろうということ、そしてこれらのことにどのように対応するのが良いのか、という議論であった。(略)

2) 発足までの経緯

平成8年12月発刊の札幌市医師会医療システム検討調査委員会報告書ー在宅療養について Ⅱーにおいて、在宅療養者のもつニーズ情報、サービス提供者のもつサービス情報そして医療 提供者のもつ医療情報が一つにまとめられ個々への対応が検討される体制づくりが望ましいと の提言がなされたが、具体的な活動の動きをみることはできなかった。そこで、札幌市医師会 員の有志が検討をした結果、実際に地域の関係者に呼びかけてできることから始めてみよう、 ということとなった。(略)

平成9年7月15日第一回幹事会が開催され、以下の活動目的のもとで西区内の医療、保健、福祉の関連施設、機関に広く参加を呼びかけて第一回連絡会を開催することが決定され、実際の活動が始まった。

この会の活動目的は、以下のとおりとされた。

- ① 西区内に在住し、在宅療養を希望する人の、在宅療養推進のための連絡調整をはかること
- ② 各施設、機関から現在の問題点の調整を求める提案をすること
- ③ 希望者の在宅ケアのサービスメニューを作成すること
- ④ 医療を希望する人の主治医をさがすこと
- ⑤ 医療機関相互の連携を推進すること
- ⑥ 活動結果の見直しを継続的におこなうこと
- 2 活動報告書(Ⅱ)のために (略)

一 平成17年10月 発行分 一

3 活動報告書(Ⅲ)のために

一 平成21年10月 発行分 —

(略)

4 活動報告書(IV)のために

一 平成21年 1月 発行分 一

- 1) はじめに
- 2) その後の経過

この活動報告書(IV)は、活動報告書(Ⅲ)に続いて、平成20年5月第116回シンポジウムから11月の第122回までの6回分を、「地域ケア」特集としてまとめたものである。 なお平成19年3月、鎌倉幹事のご努力で、ホームページ(http://maglog.jp/zaitaku/)が開設された。

(幹事会 坂本 仁)

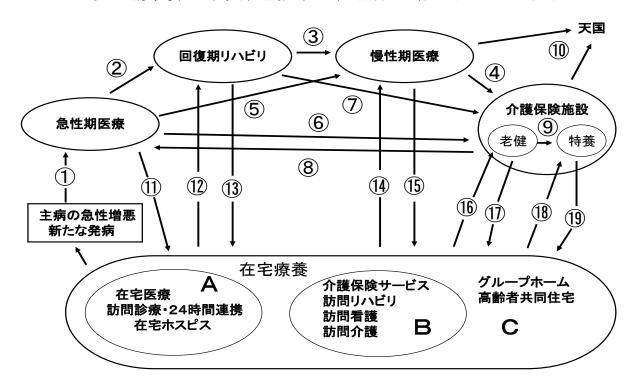
第116回 西区在宅ケア連絡会 第77回手稲区在宅ケア連絡会 シンポジウム「つなぐかかわり ~ 地域連携を考える」

(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する研修会との合同開催) (札幌市介護支援専門員連絡協議会西区、手稲区支部研修会との合同開催) 平成20年5月20日(火) 西区区民センター5階ホール

これまでに、どんな状態になっても地域で生活を続けられることを目標とし、そのためには地域の中で顔の見える連携、ネットワークが必要であること、そして情報を共有し、また当事者の自己決定を尊重するかかわりを持つことが重要であることを確認してきている。さらに、そのためには何が大切で、どのような連携が必要なのか、などについて研修をしてきた。では現実にはどのような状態になったら、どうなっていくのか、という動きを「ぐるぐる図」で表してある。参加者の皆さまにはこの「ぐるぐる図」にしたがって、自分の事業所の位置に、写真のようにお座りいただいた。シンポジウムでは、西太郎さん(82歳)と稲さん(79歳)の二人暮らしのご夫婦が登場した。突然、太郎さんは脳梗塞のため自宅で倒れ、救急車で病院へ運ばれた。一命は取り留めたが体が不自由になり、長くリハビリが必要となった。早く家に帰りたい太郎さんと不安がいっぱいの稲さん。医療制度、介護保険サービスなど初めて知ることばかりだった。再び二人で暮らせるようになるまでの、地域内の多職種による情報共有と機能連携、「つなぐかかわりと地域連携」を実感しようとする企画であった。

夫の太郎さんは在宅から、新たな発病で急性期病院へ入院、ぐるぐる図の番号①その後②回復期リハビリを経由して③慢性期医療へ行き、やっと自宅(在宅)へ戻った⑤。そこで西さんが行くそれぞれの「場」がどんなところかを解説していただいた。また、経過中、妻の稲さんに対する支援も必要であり、あるいは、早期退院⑪⑬の可能性、介護保険施設への入所⑤⑦④などの可能性についても言及された。最後に、在宅療養を継続するためのポイントをケアマネージャーが解説した。発病後の療養生活が実際にどのような可能性、選択肢のある中で決定されているのか、全体の動

在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向(ぐるぐる図)



き、流れを知る上では非常に役に立つ内容となった。

それぞれの「場」でいかに人ではなく制度が中心となっていること。制度に人間が合わせていかなければならない矛盾が見えてくるので、その現状を理解していただいた。

さらにそれぞれの「場」でいろいろな職種の人が西さん夫婦にかかわるが、そのかかわりはしっかりとつながっているのだろうか、どのような連携が必要なのか、役割分担と情報の共有はどうなっているのか、どのような形であったら良いのかを問題提起する場となった。

<配役>

西 太郎(夫) 岩間さん(札幌市西区介護予防センター発寒 社会福祉士)

西 稲(妻) 山崎さん(札幌第一病院 MSW)

医師 ステージ1 中城さん(北佑会神経内科病院 理学療法士)

ステージ2 上河さん(はばたき新琴似センター 介護福祉士)

ステージ3 谷藤さん(訪問看護ステーションやまのて 保健師)

<解説>

退院時支援、在宅調整の実際 行沢さん (″ ″ ステージ 4 在宅支援、企業サービスについて ス版さん (五天山周星宅企業 7 である)

ステージ 4 在宅支援、介護サービスについて 乙坂さん(五天山園居宅介護支援事業所 CM) ICF(国際生活機能分類) 赤羽根さん(札幌秀友会在宅部 理学療法士)

MSW)

ナレーター 高桑さん(平和リハビリテーション病院 MSW) 総合司会 出井さん(西円山病院 MSW)



出井(司会): ただいまから公開シンポジウム「つなぐかかわり〜地域連携を考える」を開催いた します。札幌市医師会手稲区支部長の上戸先生からごあいさつをいただきます。

上戸:手稲区支部長の上戸でございます。本日は、地域連携などについていろいろとご意見をうかがいたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

出井(司会):札幌市介護支援専門員連絡協議会手稲区支部事務局長、曽我部様お願いいたします。

曽我部:今回のテーマは、「つなぐかかわり〜地域連携を考える」ということです。昨日付の読売新聞をご覧になった方はいらっしゃるでしょうか? その中で「認知症介護に関する専門研修を受けた認知症コーディネーターを2009年度から地域包括支援センターに配置する」という記事が出ておりました。こういうかたちで専門職の方々が、ご高齢者が地域で安心して暮らしていけるための制度を、また、認知症コーディネーターというものもふくめて、案としてあがってきている、と感じているところです。地域で安心して暮らしていけるためには、医療、介護、福祉、さらには地域の住民の方たちとどのような連携を図って、安全にいままで暮らしてきたところで、またさらに住み続けられるのかなというところが今回のテーマであります。私も一介護支援専門員として、皆さま方と一緒に学んでいきたいと思っております。

出井(司会):今日の資料は、レジュメ、それから資料のAとBと書いたものです。今日はこの資料を徹底的に使いますので、お忘れないように。それでは始めます。

まず、本日のシンポジウムの進め方についてご説明いたします。皆さまにはこの図を出していただけますか?戸惑った方もいらっしゃいますが、「急性期」「回復期」「慢性期」「在宅」というように分けて座っていただきました。これには意味がありまして、私たちはこれまでに、どんな状態になっても地域で生活を続けられること、そのためには地域の中で顔の見える連携、ネットワークが必要であること、情報を共有し、また当事者の自己決定を尊重する関わりをもつこと、そのためになにが大切でどのような連携が必要なのかということをたくさん学んでまいりました。では、現実にはどのような状態になったらどうなっていくのか、その動きを図で表したのがこの資料Bの1番の「ぐるぐる図」、単純なネーミングですが、「ぐるぐる図」であります。双方向性で、平面ではなく、どちらかというと、三次元的な球面体として見たほうが正確だとは思います。シンポジウムでは、今そこに座っていますが、西太郎さんとその妻、稲さんが登場いたします。太郎さんは82歳、稲さんは79歳のご夫婦です。お互いを支えあい暮らしてきましたお二人で

太郎さんは82歳、稲さんは79歳のご夫婦です。お互いを支えあい暮らしてきましたお二人ですが、夫は急に脳梗塞のため自宅で倒れてしまいます。すぐに救急車で運ばれ、入院します。重い障害をもつことになりました。早く家に帰りたくて必死にリハビリをする太郎さんと不安でいっぱいの稲さん。再び二人で暮らす日はくるのでしょうか?

資料の「ぐるぐる図」をご覧ください。皆さんの資料にも綴じてあります。夫の太郎さんは自宅、在宅から ①という線のところに番号をふっています。 ①で急性期医療へと行きます。その後、②回復期リハビリを経由して ③慢性期医療へといきます。そしてやっとの思いで在宅へ戻ります。これが⑤番なのです。医療に従事している人なら、それぞれの人の場が、回復期とか急性期がどのようなところかは、またどういう人が対象かはすでにご存知でしょうが、関係者以外の方には分かりにくいことと思います。そこで西さんが行くそれぞれの場で、どういうところかを解説していただくことにしました。それぞれの場でいかに人ではなく制度が中心になっているか。制度に人間が合わせていかなければならない矛盾が見えてくるでしょう。まずはその現状を理解することが本シンポジウムの目的の一つです。さらにそれぞれの場でいろいろな職種の方々が西さんご夫妻に関わります。その関わりはしっかりとつながっているのか、どのような連携が必要なのか、役割分担と情報の共有はどうなっているのか、どういうかたちであったら良いのかを考

えること、これが二つ目の目的にしております。一般市民の皆さんと一緒に考えるシンポジウムにするために、できるだけ専門用語や特殊な表現は除き控えましたが、分からない場合にはご遠慮なく質問してください。各ステージごとに解説をご用意いたしました。そこでご質問やご意見をいただきながら進めていきます。ここで映写しますスライドは、基本的に皆さまのお手元の資料にすべて落としてありますので、それもご覧いただきながら参加していただければと思います。それでは始めましょう。

≪ステージ1≫

高桑 (ナレーター): それではステージ1から、在宅から急性期医療へ進めていきます。

西太郎さん82歳、稲さん79歳はお互いを支えあい西区に住んでいます。子どもは長男と長女、それぞれ家庭をもち道外に住んでいます。盆と正月には帰省をしており関係は良いですが、同居する予定はありません。夫は糖尿病と高血圧症の持病をもち、2週間に1度一人で通院しています。妻は膝が悪いために長い距離を歩くのはつらく、階段の昇り降りに手すりが必要です。家事は二人で分担していて、介護サービスの利用などはしていません。

いつもと変わりなく夕食を食べて、二人でテレビを観ていました。夫は立ち上がり歩こうとしますが、よろけて倒れてしまいました。そのまま動きません。

妻:「お父さん、なしたの? お父さんてば」

起こそうとしますが動きません。声をかけても返事をしません。妻は気が動転していますがなんとか救急車を呼び、救急病院へと向かいました。医師はCTを見ながら妻へ説明します。

医師:「ウーン、これ、ここがつまってるね。もともと血圧は高かったでしょ?まずは入院です。 もう1回きたらきびしいですよ。そのつもりでいてください」

妻は医師の説明に呆然とし、へなへなと座り込んでしまいます。看護師が抱き起こしてくれますが、足元は弱々しく、立っているのがやっとです。夫は言葉の障害と右半身マヒがあり、車イスを使うことになりました。杖歩行ができることをめざしてリハビリを始めます。夫は家に残した妻のことを心配して、早く自宅へ帰ることを希望しています。「ぐるぐる図」で、ここで⑪になります。しかしリハビリのため3カ月以上の入院を見込まれました。また、妻も夫の状態は介護に自信もなく不安が大きい様子です。

入院して1週間が経ちました。妻は病院へ行き、病状説明を受け、今後のことを話し合いました。医師からはいますぐ退院、自宅に帰るのは無理、このまま病院で入院を続けることもできないと、きびしく言われます。

医師:「うん、1週間経って峠は越えたね。あとはこれからのリハビリのがんばり次第でしょう。 言葉の障害と右側に強いマヒが残っているから。そうだね、年齢もあるから短くても2~3カ月 は入院してリハビリをしなければならんでしょう」

妻:「助けていただいてありがとうございます。先生のところでリハビリがんばらせます。先生、 よろしくお願いします」

医師:「うん?いやあ、ここには長くいられないんですよ。どこか別な病院を探さねばね」

妻:「えっ?出なきゃならないんですか? そ、そんな」

医師:「おいてあげたいんだけどね、そういう制度になってるんだよ。これは悪いのは国だからね 僕じゃないよ」

医師は地域連携室の医療ソーシャルワーカーに、回復期リハビリ病棟のある病院の紹介を指示して部屋を出ました。医療ソーシャルワーカーは、病院の紹介と自宅で一人暮らしとなった妻へ

の支援として、地域包括支援センターへ地域支援事業などによる関わりを依頼しました。 スライドにも出ていますが、お手元にもある資料の「ぐるぐる図」の ⑪です。 ≪ステージ 1 終了≫

出井(司会): これまでが第1ステージです。迫真の演技でありました。それから「ぐるぐる図」、 皆さんまだお分かりいただけないかもしれませんが、お手元のものを見て、番号がふっています。 それは、どこからどこになんのために行ったかという流れを示しますので、それをたどってい くようにしていただければと思います。

ステージ1がこれで終わりますが、ここで解説いただきたいと思います。まず、在宅で倒れて 救急車で向かいましたが、この急性期医療とは一体、何なのでしょうか。どのような病院なのか、 回復期リハビリへの情報提供、それから家の残された妻への関わりということまで出てくる、そ ういうステージです。それではまず急性期医療とはどういった内容のものなのかということを、 札幌第一病院の嵐院長先生にご説明いただきます。

嵐:普段、急性期医療ばかりやっているわけではないですけれども、お引き受けいたしました。資 料の3番に書かれているとおりで「急性期医療」とタイトルがありまして、国の医療制度の改革 の中で「医療費適正化計画」というのがあります。いままでは高齢化社会をむかえるにしたがい 医療費がどんどん高騰していきました。そこで社会的入院などを減らして、きちんと適正に、国 が言うところの適正な医療を与えるような計画を立てる、ということで、その中の一つとして出 てきたわけです。それで医療機関の機能分化、それから連携の推進、さらに情報共有と、こういっ たことがうたわれているわけです。機能分化の中の急性期医療というのは、普通の病院といって も良いのですが、急性期、病気が発症したときの最初の落ち着くまでの間、非常に不安定で、ま た治療もしなければならない、手術も必要だと、そういった状況が対象です。それから手術をし ないまでも、ある程度病気が落ち着くまでの間を面倒見ようという、そういう病院なわけです。 しかし、いろいろな病院がそういう病院を目指して同じようなことをしていたら、非常に人の面 とか、医師、看護師、それから施設その他いろいろな面で無駄になりますので、集中的にそのよ うな病院をつくって、そこがそのような医療を受けもつというかたちにする、ということです。 その代わり、入院基本料など面での優遇をするということもあるわけですけれども、反面、人を 揃えなければならないということにもなります。 一般病院の入院基本料の高いほうの施設要件 というのは、こういうことがなければならないというのは、やはり看護師さんの数が7:1とか 10:1とか、そういった急性期だとそのあたりのことです。ここに書いてあります、7:1と いうのは、患者7人に対して看護師一人というわけではなくてもっといるわけですけれど、病棟 に実際には看護師さんは2人とか3人、それしかいないとか、看護婦さんの勤務時間とかこうい うことをいろいろ勘案して、そういったもので計算していったらこういうふうになるという、そ ういう数字なのです。実際の数とは違います。

もう一つの要件は在院日数です。平均在院日数というのがありまして、これが7:1なら19日です。それから10:1だと21日と、そういう在院日数で診ていけということなのです。一番の大きな要件はそれなのです。ただ、平均在院日数といっていますけれども、本当に在院日数が19日とか21日とかそういったことではなくて、在院日数の計算の式があって、その計算の式でやっていくと、在院日数の値が出てくるという、本当は在院日数というのは言葉の表現が間違いで、在院日数指数なのです。そのへんのところを理解していただかなければならないわけです。そうでないと長く重患で入院していつまでもいても、その人たちがどんどん引っ張っていくということのなるのですけれども、そこのところはうまく避けるようなかたちにはできているのです。しかし、なかなかそれは難しいところです。病院というのはそのようなことが成立しないと、看護師さんの数とか平均在日数の要件をクリアしないと経営的に苦しくなるし、病院自体がなく

なってしまう、そういうことになってしまうのです。問題点は、やはり先ほどのモデルのほうで示されたように、「あ、もう移るんですか」とかそういうことになって、治療が途中で切らなければならなくなってしまうという、そういうことはありえますね。病院としてはその最初の2~3週間の間にきちんとした診断をつけるということは、非常につらいことといえます。医師としてはそんなに簡単に診断をつけるのは難しいだろうし、だから治療も終わらないだろうということです。それからもう一つは、次の病院を探さなければならない、ということがあります。それでソーシャルワーカーの人たちとか連携室、そこで皆さんがんばっているのですけれども、そういった非常に難しい仕事があります。

さらに、問題としては、病気というのは、患者さんの発症というのは、たくさん起こるわけです。からだ全体が弱っているところで、ほんの氷山の一角としてポンと出てくるのが病気であって、急性期だからといって、その病気を治療したからといってほかの問題が解決するわけではまったくないわけでして、多彩な病気を抱えていて、それで次の病院に行ってもその問題は持ち越したままとか、そういったことはたくさんあります。そこで、この図のようにぐるぐる回ればいいですけれども、急性期と回復期のそのあたりでぐるぐる回ってしまうとか、そういう状況はよくあるわけです。ですから、そのあたり問題点というのはたくさんあると思っております。

出井(司会):ありがとうございました。各ステージでの解説は3人を予定していますので、続けて解説いただいたあとにご質問とかご意見を少しいただければと思います。それでは実際の連携の現状を手稲渓仁会病院地域連携福祉センターの清水さん、お願いします。

清水:手稲渓仁会病院地域連携福祉センターの清水です。資料の4番をご覧ください。この中で、「入院して1週間が経ちました」という文章がありましたので、1週間7日を想定して資料を作成してみました。お手元の資料は入院診療計画です。患者さんが病院に入院するときには、入院した段階で入院診療計画というものを病院の主治医の先生が作成します。この入院診療計画というものは入院から7日以内に文書で患者さんやご家族に説明をするというように定められております。

また、急性期病院の中では現在、クリティカルパスというものが進められています。クリティカルパスというのは、医療の内容を評価改善して質の高い医療を患者さんに提供することを目的としています。いわゆる医療マネジメントという考え方なのですが、標準化ということを図るためにクリティカルパスを運用しています。クリティカルパスの良い点としては、患者さんの病気、看護、そういうものを統一できるということもあって、患者さんに、職員が違っても同じ治療や同じ看護、処置ができるという良い面をもっていますし、また患者さんにとっても自分が入院してから退院するまでの間、どういう治療を受けられたり、どういう看護を受けられるのかということが目で見えるということが非常にメリットあるものと思います。

また続きまして、DPC というものが進められている急性期病院もあります。日本語でいいますと、急性期入院医療の診断分類に基づく1日あたりの統括評価制度、こちらの科学的根拠に基づく標準化ということで、病名を設定するときにはWHOで発行している国際疾病分類というものから選択して、手術や処置などの医療行為は重症度に基づいて診断分類を決めていく。その中で、たとえば、こういう病気については何日間が標準的な治療期間ですよというふうに、細かく決められているものがDPCというものであります。

どちらかというと、標準化、そういうことが図られていまして、先ほど、司会の出井さんからも話がありましたように、患者さんの状態ということではなくて、なにかこういうデータや資料に基づいて標準化という動きがあるのが急性期医療の特徴であると思います。

続いて、「地域連携パス」という項目です。急性期病院で治療、または看護、処置を行っていたものを、次の医療機関にしっかりとバトンタッチをするという目的で地域連携パスというもの

が進んでいます。地域連携パスというのは、地域連携診療計画管理と言われております。これは 急性期の病院を退院するときに、急性期の病院で治療していた内容や看護の内容、日常生活動作 の状況、その他どういう薬を服薬、投薬していたのか、などの情報をまとめたうえで、次の回復 期病院にしっかりとその情報をお渡しするというものが地域連携パスであります。また地域連携 パスの特徴としては、回復期病院から患者さんが退院するときに、そのパスを文書で、どういう 状態で退院したのかということを急性期病院に戻して初めて地域連携というふうに位置づけられ ています。このように急性期から回復期にバトンタッチ、患者さんの情報をお渡しして、急性期 と回復期の情報の共有に努めているのが現状です。いままでお話しした内容というのは、細かく お話しするとかなり大きな内容になってきますので、資料には参考にしましたホームページの一 覧を載せておりますので、別途ご参照いただければと思います。

資料の5番をごらんください。これは、最近始まりました札幌市脳卒中地域連携パスネット協議会からの資料を抜粋しております。スライドにありまように、急性期病院でどういった治療が行えますかとか、患者さんの状態によって、いまどういう状態にあるのでどういう治療をします、どういうリハビリテーションを提供しますということを説明するのと同時に、急性期病院から回復期病院に移ったときにリハビリテーションはどういうことが受けられるのか、また、回復期リハビリテーション病院を退院するときには、維持期の病院に移るのか、または在宅に移るのか、こういった将来像がイメージできるようなパス表を患者さんご家族にお渡しして説明していっているのが現状であります。

また、急性期の病院も、先ほどの DPC ですとかクリティカルパスということで書いておりますけれども、次の入院、救急車で搬送されてくる患者さまをやはり受け止めるべく、ベッドをつくるということも目的としてベッドを空けているというのが現状です。

出井(司会):急性期医療とはなにか、また現場はどうかということを、ご報告いただきました。 稲さんは結局夫が入院してしまったために家で一人ぼっちになりますから、すごく不安そうな顔 をしております。そういう稲さんを支えるのは、どのようになるのでしょうか?お願いします。

白髭:このような稲さんを支えるために、包括支援センターというところがあります。資料の6番です。設置の目的は、地域住民や地域の組織、ケアマネジャーが抱える高齢者支援の悩みや相談を受けて一緒に考えて支援をしていくということですけれども、まさしくそこにある地域住民の方の助けとして稲さんを助けることができるのかなということで包括が関わりたいと思っております。

地域包括支援センターの主な業務を紹介いたします。資料7番です。まず介護や健康のことでは介護、予防ケアマネジメントということで、ケアマネジャーの支援をしております。さらに、さまざまな相談事ということで総合相談、これはセンターでは誰でも受けておりますので、気軽に相談していただければと思います。いまの稲さんのケースはこの総合相談の窓口で、私たちは受けることになると思われます。次に、認知症への対応ということが大切でありまして、権利を守ることということで、権利擁護、成年後見人制度のほうに、私たちは直接に関わらないのですけれども、そういうところにつなぐパイプ役とか、ご相談に乗ること、などの役割をしております。それから暮らしやすい地域のためにということで、包括的継続的ケアマネジメント、実にさまざまな相談業務、それからケアマネジメント支援、そういうことをしております。

ここで、包括支援センターとして稲さんに関わるとするときの、具体的なことをお話します。 まず稲さんはいま、非常に不安になっているところです。ご主人の太郎さんに関してはもう医療 がしっかりとしていますから、私たちはまず、稲さんが一番安心して相談できる窓口になりたい と思います。そのためには包括としてはまず稲さんに会うことから始めます。実態把握をして、 稲さんの状態はどのような状態なのか、精神状態、身体状態を全部ふくめまして、まずお把握し たいと思います。そして、お会いしてから介護保険が必要かなということになり、このような状態では稲さんのお身体の状態がどれくらいかは分からないのですけれども、79歳というお年なものですから、ある程度は介護保険のサポートが必要なのかなと想定しますと、ここで介護保険の申請をしなければならないということになります。ただし、そのときにはご本人それから道外にいる息子さんだとか娘さんたちの了解も得なければなりませんし、今回お父さまが倒れたということで、たぶん家族の方はこちらにいらっしゃると思うので、その機会をねらって必ず家族の方にお会いして、そして代行申請をしたいと考えます。先ほどの日常生活実態把握の中では、稲さんを中心にいろいろ聴き取りをしまして、お二人での地域の方との関わりはどうだったのか、それから町内会活動へ参加にはどうだったのか、老人クラブには行っていたのだろうかなどといった、ご近所、友人との付き合い、などを聴き出したいと思っております。その中で必要な支援は、その地域の方たちにまた助けていただいたりしなければならないと思うわけです。

代行申請をしますときに、やはり緊急性を感じ、一人ではとても在宅は無理だと私たちが判断したときには、申請のときに西区役所の保健支援係に直接私たちがお願いに行きまして、同行訪問もしております。それで認定申請が間違いなくおりるだろうと想定されたときには、皆さんご存知のように、介護保険は申請日にさかのぼって使うことにいたします。ただ要支援というのは、非常に難しい部分もあるのですが、認定がおりるだろうと想定したときには、すぐに暫定プランということで私たちがリードして、この稲さんを支えていくようにホームヘルプの利用とか、それから太郎さんの転院などを考えることになります。

それで稲さんの状態によっては、先ほどの聴き取りの中で、やはり個別処遇会議を開いて、どういうふうに地域の人たちが関わりをしていくのか。区の方も、予防センターの方も、それから包括の職員もみんなで、ご主人が帰ってくるまでの間、稲さんに対して、どのようなサポートをするのかという会議を開くこともあります。包括としましては、そういう関わり合いをしていくと思います。他の方たちもすべてしております。そして当分の間、本当に見守りの中で消費者センターのほうからも出ている見守りのネットワーク事業も今年からありますので、地域の人たちに見守りをしてもらうとか、私たちもときどき訪問をするということになります。それから包括の中でも三職種おります、保健師もおります、支援介護専門員もおります、社会福祉士もおります。その中で地区別に稲さんをどのように地域の方たちと関わりながらサポートしていかなければならないのかということも、小さな会議もセンター内ではよくしておりますので、そういった関わりで見守って、一番稲さんが安心してご主人が帰られるまでの頼りどころとして地域包括支援センターが関わることになると思います。

出井(司会):はい、ありがとうございます。これで第一ステージの解説も終わりました。ご質問、ご意見といきたいのですが、このペースでいきますと、太郎さんは家に戻れませんので、最後のほうでは総括的なご意見とかお話し合いができればと思いますのでよろしくお願いいたします。それから皆さんの資料なのですが、A がシナリオで B が資料になります。B のこの「ぐるぐる図」と、その中に綴っております資料がそれぞれのステージに必要な資料ですので、これを参考にしながらご覧ください。それでは続きます。

≪ステージ2≫

高桑 (ナレーター):「ぐるぐる図」の②の、太郎さんが急性期から回復期リハビリへ転院したところから始まります。

転院して4カ月が過ぎました。太郎さんの頑張りもあり、屋外では長い距離は車椅子を使いますが、屋内ではゆっくりでも杖歩行ができるようになりました。早く自宅へ帰りたい希望が強く、試験外泊をすることになりました。理学療法士なども同行して、手すりの取り付け、福祉用具の利用、介護保険サービスなどを利用すると在宅療養は可能かに見えました。「ぐるぐる図」では

③になります。しかし、妻からまだ自信がない、もう少し待ってほしいと言われます。お話しを聞くと、外泊中の夜間にトイレに間に合わず大変だったそうです。また家のなかは寒いので、今は無理だと思うと辛そうに話しました。今は 11 月中旬、これからが冬本番です。病院で今後のことを話し合いました。回復期リハビリ病棟は病気ごとに入院期間の制限があること、退院できなければどこか療養できる場を探す必要があると言われます。医療ソーシャルワーカーから長期入院できる慢性期の病院、③と介護保険施設、ぐるぐる図のでは⑦で示しておりますけれども、そちらの説明がされます。結果、リハビリを継続することから医療療養病棟のある病院へ転院することになりました。これが ③です。

医師:「どうでしょうか。今のままでは自信がないと奥さんは考えておられます。かといって、ここの病院もこれ以上の入院は難しいですし、もっと長くいられる病院や施設を考えてみたらどうでしょうか?」

妻:「えっ! また出されるんですか」

医師:「回復期リハビリ病棟は病気ごとに入院期間の制限があるんですよ」

妻:「そんな・・・。まだリハビリも途中で、家に帰っても私、自信ないし、冬だし・・・。」

夫:「なに、おまえっ!俺をずっと入院させておきたいから、そんなこと言うんだべ!」と怒りを 現します。

妻:「そんなことない。そんなこと言ってないっしょ。なしてわかってくれないの?」と泣き出します。 医師:「まあ、そう興奮なさらないで。たしかに今は11月、これから寒さも本番です。もう少し 長くいられる病院でリハビリを続けて、春ころには家に帰れるように考えてみませんか。ここに いる医療ソーシャルワーカーが調整しますよ」

医療ソーシャルワーカー、リハビリを続けられる病院を探すこと。妻が自信を持てるように相談していくことを伝えます。

≪ステージ2終了≫

出井(司会):はい、ありがとうございます。皆さんに黙っていましたが、これは北海道バージョンですので北海道弁が豊かに出てきます。それでは、その回復期リハビリについて解説をいただきましょう。回復期リハビリとはそもそもどういったものなのか、その制度の概要を現場からの報告ということでお願いしたいと思います。高橋脳神経外科の松村院長先生お願いいたします。

松村:資料の8番をご覧ください。はじめに回復期リハビリテーション病棟というものがどういうものかという一般的なことをまずご説明します。平成12年の4月からこういうタイプの病棟が考えられまして、脳卒中や脊髄損傷、大腿骨骨折などの整形外科疾患、さらに外科手術後の廃用性症候群など、発症から急性期を経たあとの回復期に、その状態ごとに定められた期間の中で行っていくリハビリのことです。リハビリが集中的にできるというメリットがありますし、ただここに線を引きますけれど、効果が期待できる患者さんを選んで、ということがあります。それによって日常生活動作、歩行の自立などを目標として理学療法、作業療法、さらに言語聴覚療法などを集中的に行うリハビリのことなのです。日本ではリハビリテーションの専門病院にもありますし、回復期リハビリテーション病棟をもっている病院もありますし、専門のリハビリ機能を有する病院などにこういう病棟が設けられています。手稲区、西区を合わせますと5病院に回復期リハビリ病棟がございます。

それで、ここにもその状態ごとに定められた期間ということで、西太郎さんがいまこの資料では4カ月目で、経っているということなのですけれども、細かく言いますと、資料の8番の中の表の1番にあたります。脳卒中の場合は発症から2カ月までにその回復病棟に入っていただいて、

入院可能な期間が5カ月間、150日になっています。この西太郎さんがいつ回復期病棟に移られたかが、この資料からは分からないのですが、仮に1カ月以内に回復期リハビリ病棟におられて、いま4カ月経っているとなると、もうこれですでに発症から5カ月経っているわけです。ここでこの患者さんが、失語があって高次脳機能障害があると判断したら、その場合は180日まで回復病棟にいることができます。

ということで、私が回復病棟を担当していまして、一番患者さんのために良いと思っていることを一つ言いますと、あまり知られていないのですが、回復期リハビリ病棟に入ると、1日3時間までリハビリができるのです。脳卒中の場合は急性期2カ月間は整形の疾患と違いまして、2時間までではなくて1日3時間までリハビリができます、急性期病院でもです。ところが2カ月過ぎると、以前は3カ月だったのですけれども、2カ月すぎると、患者さんはどれだけリハビリしたといっても、1日2時間までのリハビリしかできないのです。ところが回復期リハビリ病棟に移りますと、そこにいる間は1日3時間までリハビリができるというメリットがあります。これは意外と知られていませんで、私が患者さんに回復病棟をおすすめするときに、体力がついてきて2カ月目、3カ月目、4カ月目、5カ月目のときに「リハビリをすごくしたいと思っても、一般の病院にいたのでは1日2時間までの制限があるんですよ」ということをお話しして、了解を得て入棟してもらっています。

では皆さん、「回復期リハビリ病棟、いろんな病院につくればいいんじゃないでしょうか」と思いますよね。それで最後に書かせていただきました。やはり厚生省は考えていまして、施設基準というのを厳しく設けています。リハビリ室の広さも決められていますし、廊下幅も決められていますし、さらに専任の医師や理学療法士などのスタッフの要員も決められています。平成20年4月からは、さらに厳しくなりました。資料の8番の一番下に1、2、3、と書いていますけれども、これは病院にとっては大変なことですが、回復期リハビリ病棟にいる患者さんは、やはり重症の人も診なければいけませんよということです。このようなさまざまなしばりが医療機関に対してもなされてきているというのが、最近の回復期リハビリの現状です。

出井(司会):大変分かりやすく解説していただきました。それでは実際の回復期リハビリテーション病棟での支援の実際、また関わりの現実的なところを、同じ高橋脳神経外科病院ソーシャルワーカーの永石さん、お願いいたします。

永石:ではまずそこに入棟、入院するというところからご説明したいと思います。まず病棟に入るためには、入りましょうといってすぐに入れるほど簡単なものではありません。各医療機関同士が情報のやりとりをして、それに伴なってその患者さんが入棟できるかどうかについて、各医療機関で判定会議となるものを、実は行っております。やはり動作、それから今後の将来像、そして家族さまはなにを求めてられるのか、受け入れるか否か、についての話し合いをして判断をしているということです。ですからすぐにではなくて、2~3週間は必要と思います。ただ当院のように自分の病院の中にリハ病棟がある場合は、また時間はもう少し短くすることはできますが、どこの回復期リハビリテーション病棟をもっているところにおきましても、そこのところ、早くしたいけれどもなかなか行えない事情があるのが現状です。その点、ご理解ください。

またこのあと、回復期リハビリテーション病棟から退院といったときの行き先には、いろいろこれから段階を追って説明があると思いますが、もちろん在宅、それから老健、特養などの介護施設と呼ばれるところになります。それと医療機関、リハビリのできる病院となります。ただしこれについても最近、この4月からリハビリが月13単位で、1単位が20分として決まってくるとか、いろいろこの4月から動きもありますので、またそれについては細かな説明はしていただけると思います。

回復期リハビリテーション病棟から退院に向ける中で、一番重要なこととしましては、やはり

入院に入るまでの期間の制約があったり、退院するにもある程度の入院期間というのは縛りが出てきます。ですから、この稲さんはいろいろ将来のことを心配なされています。ただ心配なされるだけでは、実はいろいろの答えに結びつかない。現場へ行ってリハビリ状況を見たりとか、そういうこともたぶんなされて最終的な答えに結びついていくのではないかと思います。ただ本当につらいのがこの期間ということになります。ご家族さまのニーズがありますし、このようになってほしいとう希望があります。しかし、その入院期間ですべてが解消されるわけではないので、われわれ医療関係従事者もそうですし、もとより家族さま、本人さまというものが一番つらいのではないかと思っています。ですから自宅に退院する場合に、なんらかのハンデをもって、意を決して決めていく、そういう中でこの病棟というものは対応しているのかな、というように思っております。

出井(司会): 先ほど急性期で清水さんから解説していただいた情報の共有という点で、地域連携パス、脳卒中のパスがあるとご説明をいただきました。それで回復期に太郎さんは行きましたけれども、そのパスの動きというのは急性期から回復期でどのように移動するというか、情報が行くということなのか、もう少し詳しく、現実的な流れをお話しいただけますか?

清水:情報の受け渡しというのは、現在2種類で動いています。まず1種類がUSBにしっかりとパスワード設定をしてセキュリティをかけたうえでUSBに記録をして、そのUSBを転院するときに患者さんのご家族にお渡しをして、「病院に到着したら、病棟の看護師さんもしくはMSWの方に渡してください」という言葉をそえて渡しています。またその他、パスワード設定をしていますので、セキュリティをかけていますが、いまのEメールに資料を添付をして、確実に事前に聞いているMSWの方のメールアドレスに直接メールでお渡しするという、この2通りの方法でパスを受け渡ししております。

松村:連携に関しましては、どのように行っているかといいますと、まずソーシャルワーカー同士の情報の提供でやりとりさせていただいています。ですから電話、そして文書のファクス、もちろん個人情報を保護した上でですけれども、情報のやりとりというのをしています。ですから実際、いま清水さんが言われたように、情報を連携パスという実体を通じてやるかたちと、まだ現存しているいままでの文書、連絡ペーパーによる情報提供というようなかたちで、現時点では連携ということに関していえば、この二つが存在していることになります。

出井(司会):ありがとうございます。回復期リハから次のステージ、第3ステージへ進めましょう。

≪ステージ3≫

高桑(ナレーター):「ぐるぐる図」の中の③番の「回復期から慢性期」へ移行いたします。 医療療養病院へ転院して約半年が経ちました。外泊も何度かでき、妻は少しずつ自信を持てて きたようです。夫はこの春には自宅へ戻りたいと希望していて、状態も安定しています。転院後、 要介護1で認定を受けており、介護保険サービスを利用しての在宅療養もできそうです。そのた め、このまま入院を続けることは難しいとも言われます。今後の療養の場について話し合いがも たれました。

医師:「大分安定してきましたね。奥さんの負担を減らせば在宅も可能ではないでしょうか。自信がなければ、施設に入ることも考えられると思いますけど・・・。」

夫・妻:「また出されるんですか!」

医師:「今のご主人の状態は医療区分1なので、長く入院はできない仕組みなのですよ。」

夫:「俺は今まで区分されたことなんてないです!」

医師:「いえ、これは国が決めた医療の制度なんです。患者さんの状態や必要な医療を3段階に分けたものなのです。この制度では医療区分1の患者さんは長く入院できないようになっているんですよ。」

夫:「よくわからない制度だね。先生、できれば私、もう家に帰りたいです。この前、ヘルパーさんとか看護師さんやリハビリの先生も家に来てもらえるようなことを聞いたし。やっぱし家に帰りたいですよ。今なら大丈夫かなと思うしね。なあ、いいべ、母さん。」

妻:「はい。父さんもがんばったしね。自信はないけど、何とかなるしょっていう気持ちにもなり ました。もうこれ以上の入院は・・・。家に帰ろう、ね、父さん。」

その結果、妻の介護負担の軽減を考えて、ヘルパー、訪問看護、訪問リハビリなどがあれば在 宅療養ができると予測されました。ぐるぐる図の中では④番の施設での療養ではなくて⑮番で家 に帰ることを希望し、つまり在宅療養を選択しました。

そこで、ケアマネージャーを中心に在宅療養の支援体制がつくられ、退院計画が詰められることになります。病院にて本人、妻、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリなど在宅療養を支えるスタッフが集まり、病院からは医師、病棟看護師、理学療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカーが参加し在宅へ向けての話し合いをもちました。退院後の二人の生活を支える体制を検討し、介護サービス利用の計画、ケアプランが作成されました。

待ちわびた退院の日、心配は尽きないけれど西さんご夫婦は笑顔で住み慣れたわが家へと帰りました。

≪ステージ3終了≫

出井(司会):はい、ありがとうございます。太郎さんのストレスもたまって、だいぶなまりも強くなってきました。それではこのステージ3の慢性期の医療の実際です。医療区分という言葉もでましたが、医療区分とはなんでしょうか?

また、なぜ入院が続けることができないのか。退院に向けての多職種の話し合いなどの解説をいただきます。勤医協札幌西区病院の塩川先生お願いします。

塩川:私はいまこの医療療養病棟を担当しております。慢性期医療としては、他に介護療養型病床 というのもありますし、それから当院にもあるのですが、障害者等施設一般病棟という特殊な病 棟などもございますが、ここでは医療療養病棟が出てきましたので、そこを中心にご説明いたし ます。

ここは、急性期病棟と比べて二つの特徴があります。一つは平均在日数の制限というのがないということ、もう一つは診療報酬が包括性、定額制になっているということです。リハビリなどは出来高で算定できるのですが、主な検査とか治療、薬はいわゆる持ち出しということになっているのが特徴です。資料の9番、10番をご覧いただきます。平成18年7月ですから、約2年前に厚労省は、医療療養病棟における診療報酬について、医療区分とADL区分によって患者さんを、九つ、点数でいうと六つに分類したのです。非常に細かな基準の表が出ていて、われわれはいまでも苦労しているのですが、医療区分3が一番重症、1が軽いということになっていまして、医療区分3のところを見ますと、疾患と状態ということではスモン、それから医師および看護師による24時間態勢での管理が必要な状態、モニターなどがついている状態です。医療処置としては中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピュレーターなど、酸素療法、感染隔離などです。医療区分2というのはたくさんありまして、疾患と状態ということでは、いわゆる神経難病、それから慢性の呼吸器疾患とか肺炎、鬱状態、その他もろもろ、です。線を引いているのが、このリハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内という、実はいま回復期病棟で2カ

月以内の発症で5カ月できるという話がありましたが、 非常に矛盾したことです。30日しか医療区分2はできませんよということで、われわれも実はここで実は非常に苦労しております。資料の10番を見ていただいて、医療区分2の続きですが、医療処置としてはこの透析とか、胃瘻も経管栄養だけでは医療区分1なのです。発熱や嘔吐をともなった場合とか、いろいろ制限がついております。これらに該当しない方は医療区分1ということになります。

それからもう一つ ADL 区分というのがありまして、このような表によって点数をつけて、医 療区分1、2、3に分けるということです。この西太郎さんはおそらく、医療区分は1になると 思われます。医療区分としても1なので、その10番の下のところに二つ、字が薄くなっていま すけれども点数が出ておりまして、これは古い資料からもってきたので、「現行」と書いており ますのは、実は3月までの点数で、「改正案」というのが4月以降、現在の点数になっておりま す。ですから3月までいきますと、このADL区分1、医療区分1で764点。毎日7,640円が病 院に基本料として入ってくるということです。よくこれを表して「ビジネスホテルなみだ」とか いろいろ言われていると思いますが、その右側の医療区分3のほうを見ますと1740点ですから、 2倍以上の差になっております。医療区分1の方ばかり入院していますと間違いなく赤字、病院 としては運営していくことができないということになります。どうしても医療区分2・3を中心 に患者さんを診ていかなければ経営的にペイしないというようなことですが、厚労省はそこをね らって、医療病棟削減のために、そういう点数をつけたというところが本当のところであると思 います。20年4月以降どうなったかといいますと、今回、診療報酬全体で実質わずかにプラス ということで、われわれも期待しているのですが、医療病棟に関してはご覧のとおりほとんど軒 並み下がっているのです。 西太郎さんでいいますと、764点から750点、14点ですから1日 140円ですが、それも1カ月でみますと4.000円ぐらいですか。塵も積もれば、ということで、 やはり非常に苦労してやっているというのが現状であります。

出井(司会): それでは、その慢性期の中での関わり、また、退院時の支援の実際、在宅調整など との関わりについて、同じく勤医協札幌西区病院のソーシャルワーカーの行沢さんお願いします。

行沢:私は、資料 A のシナリオに書かれている言葉を使いながら解説していきます。まずなんといっても大事なのは、どこのステージでも同じなのですけれども、ご家族、ご本人がどんな希望をもっているのかということです。ステージ3にこの西太郎さんと稲さんが来たときに、いろいろありましたけれども、おうちに帰りたいという思いになりました。ということなので、おうちに帰るための支援を慢性期の病院でもしていくというリハビリになります。それでこちらのところに書いてあるのは、まず外泊。「外泊も何度かできましたよ」というふうに書いてあります。それでこの外泊によって二人で1日を過ごしてもらい、たとえば「おトイレから立ち上がるのは大変だったよ」とか、こういうお話を聞くわけです。そのときに、リハビリの先生なども一緒に、病院のスタッフも一緒にお家のほうの状況も見させていただきます。

そういうことを繰り返しながら、だんだん退院の準備が整ってきたというときに、ここに書いてある病院に集まり話し合いをもつことになります。これを私たちの間では「サービス担当者会議」と呼んでいるのですけれども、病院に集まって、ケアマネジャーさんを中心にプランをつくっていただくために、奥さまが希望されている訪問看護、訪問介護、ヘルパーさん、訪問リハビリや、たとえば診療に来ていただきたいというときには訪問診療の先生にも参加していただきながら、このサービス担当者会議などを開いていくということになります。目的はもちろん、お家に帰っていただくときに病院での医療の継続ですとか、治療の継続、リハビリ、どういう希望をもっているかというのを在宅のケアマネジャーさんとか介護士さんにお伝えしていくということであります。もちろんこのときに大事なのが、ご本人とご家族が参加することと思いますので、当院でもできるだけ本人、ご家族に参加していただくような配慮をしております。

出井(司会):ありがとうございました。急性期から回復期リハビリ、そして慢性期というところまで来まして、お分かりいただけたでしょうか。少し時間がありますので、まずこのステージ3の慢性期、それから介護保健施設という範囲についてのご質問、ご意見の他に、さかのぼって回復期、急性期もふくめてのご質問、ご意見をいただきたいと思います。どなたかございませんか?

女性(会場から):地域連携パスは、実際にいま、どのように使われているのでしょうか?

清水:渓仁会の清水です。地域連携パスは当院では実際に使っています。札幌市内だけではなく、 当院からも倶知安方面ですとか岩内、後志方面まで使っているのが現状です。もちろん札幌市内 のほかの病院でも使われ始めております。

出井(司会):よろしいですか? 現実に医療区分1の方がやはり多く入院していらっしゃると思うのですが、その方々の今後の行く末というのはどうなるのでしょう?非常に答えづらいかもしれませんが、西村病院の西村さん、お願いいたします。

西村:西村病院のソーシャルワーカーの西村です。医療区分1の状態の患者さんの今後の行き末としては、当院においては介護療養病棟を有しているので、こちらに転棟していただくという選択肢があります。他には老人保健施設もしくは有料老人ホームというような生活の場所への入居ということを説明しております。ただ介護療養病棟がいずれ廃止されるということで、皆さんもご存知かと思ういますが、療養先を検討する選択肢が少なくなってきつつあるということを感じます。そして障害者施設、一般病棟でも脳卒中患者さんに関しては入院も制限されてきているので、現在は、老人保健施設が最も多い検討先かなと思われます。

出井(司会):ありがとうございました。大変苦しそうにお答えいただきました。それでは最後までいってまた総括、全体の中でということで、またご質問ご意見をいただくということにいたします。それでは最終ステージの4へまいります。

《ステージ4》

高桑 (ナレーター):次は「ぐるぐる図」の⑮ 番になります。「慢性期医療から在宅へ」ということになります。

ようやく自宅へ戻った夫は笑顔です。妻も一人で全部抱えるのではなく、いろいろかかわってくれること、いつでも相談に乗ってくれるひとがいることがわかり安心したようです。退院するときは 不安も大きく、たくさんの介護サービスの利用を考えました。自宅へ戻って生活していくなかでサービスの利用も整理され、うまく利用する「コツ」もつかんだようです。また倒れたらどうしよう。そんな不安を感じるときもあります。

今回、夫が病気になって入院して初めてわかったことがたくさんありました。同じ病院でも急性期や回復期、慢性期とそれぞれに役割があって、入院の対象や期間には制限があること。医療、介護、福祉の制度は複雑でわかりにくいですが、知らないと利用できない。どこに、誰に相談してよいのかを知っておくことが大切です。やっと我が家での暮らしにもどった二人はしみじみと語ります。

夫:「もう、家での生活は無理だべなと思ったんだけど、こうして帰ることができてよかった。やっぱり家が一番いいなあ。母さんにずい分と心配かけたもな。すまんかったなあ。」

妻:「いいや。もっと早く帰れなくてごめんね。でも、知らないことばっかりで、何をどうしてい

いのかわかんないことだらけだったし・・・。」

夫:「ほんとだ。そうだったなあ。知らないのも悪いのかもしれんが、なにか、人のための制度じゃなくて、制度に人が合わせなきゃならんようになったみたいだなあ。」

妻:「ほんとに、そうだね・・・。」

≪ステージ4終了≫

出井(司会):ありがとうございました。お二人は、また元の生活に戻ることができました。そのステージ4での在宅の支援、介護サービスについての解説をいただきましょう。五天山園居宅介護支援事業所のケアマネジャー、乙坂さんお願いします。

乙坂:ケアマネジャーとしましては、患者さんが医療機関から在宅へ戻るときに、今後の在宅療養でのさまざまなご相談をお受けすることになります。今日のシンポジウムでは医療の制度を中心にいろいろな説明がなされました。私はケアマネジャーの立場で、資料の11番になりますが、あくまでも西太郎さんがこのような状況で家に戻ったときに、どのような支援がどういう着眼点で関わりをもつとよろしいのか、ということを中心にご説明をいたします。

西太郎さんは、入院中に要介護1と認定されております。制度上、要介護1であれば、かろう じて介護保険のサービスをなんとか活用することができるようになります。そこで、ケアマネ ジャーが関わる中で、サービス担当者会議におきまして問題点の抽出までができていれば、比較 的サービスの導入ですとか検証というのは難しくはありません。しかし多くの場合、そこまでき れいに整備されて、このように、西太郎さんと稲さんのように、「これだけ制度に振り回されたな」 などという話をしている家族に関わることはまずないのですけれども、やはり「分からないで家 に帰ったわ」という例もあります。しかし、ここまで出来ていると、本当に整理して説明をしや すいことになります。ただ関わるときに、まずこの例でとても良かったなというのは、何度か外 泊をしているということなのです。そうすると、家に戻って1日2日生活をしていると、具体的 に家で生活をしていてなにが困りましたかというところから、まずは入らせていただきます。ケ アマネジャーの仕事で一番重要な課題分析、アセスメントをするということになります。そこか らさまざまな情報収集をして、当面の課題、問題点を設定をしまして、それを解決するようなプ ランを立てます。そこで、一応著明なマヒが残りながら失語もあって戻る太郎さんですが、いま 家の状況は、古い家なのか新しい家なのか分かりませんが、この老夫婦が住んでいる家と考える と、昔ながらのつくりの家ですと、やはり家の中には段差もたくさんありますし、つかまるよう な手すりもない。そしてトイレも、ともすると和室のトイレかもしれません。ですから、まず身 のまわりのことができる環境の整備を検証するということで、移動面ですとかトイレ、そして寝 起き等を中心にまず住宅の整備等を考えます。そして入浴を検討します。いままでの病院での入 浴は、ある程度環境整備がされて、介護の手があって行いました。家での入浴と考えるとき、最 も大きいのは事故の起きないように考えることです。そして関係をつくりながら、ご本人にとっ ての自立支援、ご家族にとっての自立支援とはなにかということを考えます。「あ、このケア マネジャーさんに言ったらなんでも調整してくれるわ」というのではなくて、できる能力を最大 限に生かしながら、主体的にお二人の生活をつくっていくために、必要最小限のサービス調整を していくことになります。それも何カ月か、何年か先を見越した調整ごとをしていきます。

また、たぶんお二人は年金生活者ではないかと思いますので、まずは介護にかかる費用の見込みといいますか、どのくらいまでだったらよろしいですかなどという話をしながら、負担にならない範囲で金銭的な面も見てまいります。さらに、この西太郎さんというのは、実は趣味もなく頑固な方だと次のページの情報で書いているのですが、この半年にわたる入院の中で、どのような入院生活を送ってきたかということも大切です。頑固な性格であっても、実は人との交流は十分していたとか、そういう細かな情報をいただきながら、退院後も人と交流ができるような環境設

定であったりします。

あるいは、ご夫婦二人でいままでは動けたのに、なかなか思うように動けなくなると家に閉じ こもってしまう可能性もありますので、この精神面の活性化と関わることによって、その方の生 き方を少しでも良い方向にいけるような支援を心がけております。ではどういうところを自立と 考えるのか、どういうアプローチをするのかというと、まずは元気なときに主体的に行っていた 生活なりを基本として、可能な限りそれに近づけていくということで行っています。介護する上 であれもこれも便利に使えるのだったらということで、いままで本人の中の選択肢にないような ことはそれほど強調して提示はしないようにはしております。

ここで例なのですけれど、家での快適な生活、これはあくまでも既存の家に少し加工することによってより便利に生活ができるという提案をしながら進めますが、手すりの取り付けであったり、この住宅改修については20万円まで9割助成ができる制度がありますので、そういうものの調整、そして手すりの設置位置であったり、どこにどういうものが必要かというのは、病院のリハビリの先生等と連携をとりながら活用をしていきます。また最近、平成18年以降、手すりのレンタルが非常に増えてきております。要介護1だと車イスのレンタルであったり、ベッドレンタル等々になると、いろんなちょっとした制限が出てきますので、そのような書類の作成、行政との折衝をしながら、必要な福祉用具の対応などの見立てをしていきます。

認知症のない、いままで元気だった方というのは「治るようにがんばりたい」という意欲をもって退院される方も多いので、通うことによる通所リハビリなどを基本的な考え方として、当面は身体機能の向上と、それと入浴については、家で危険な思いをして入るよりは、少し広めのところで、通所リハビリ等において入浴をして、そしてそこから今度、在宅に向けてのアプローチが可能かどうかという検証ができるのではないかと思っています。また、この方にとって重要な通院医療面におきましては、往診とか訪問診療という手もあるのですが、この介護1程度であれば、いままでいくつかの病院に通院してきた中で、最もその患者さんが信頼をおけると思った病院を主治医の先生にして、在宅の支援をお願いする。そのための通院支援ということで、通院等乗降介助という、いまタクシー会社さんですとか、そういうものを使って通院する。また、だんだんと病気も安定していくと、通院が毎週だったのが2週に1回になり、月に1回になります。そうするときちっとお薬が飲めているのか、血圧の管理がどうなのかという心配事が出てきますので、このあたりは訪問看護さんに入っていただきながら健康の相談を受け、ちょっとした変化をすぐ、重篤にならないために、早めにサービスを受けていくことになります。

そしてケアマネジャーのもう一つ大事なことは、いままで各医療機関の中ではさまざまなルール、しばりの中で生活をしていきましたけれど、皆さま方の一般的な生活をする中で、社会一般的な社会の規範、ルールはありますけれども、基本的には自由であるということです。自由ということは介護保険のサービスだけでくくられる生活というのではなく、それ以外のさまざまなサービス、いわゆる「社会資源」というような表現をしていますが、「使えるものはなんでも使え」ということで、必ずしも制度でしばられたものではなく、きちんとお金を払って受けられる「こんな便利なサービスがあったのね」とか、そのようなものと関わり合い、相談をしながら生活をしていただいて、「ああー、本当に安定をして生活できるね」などと言ってもらえるのが、きっとケアマネージャーとしては本望なのかな、などと考えております。

そして、要介護1の患者さんは更新のときに、よほどの重篤でなければ、これは必ずしもこうとは言えませんが、多くの場合が要支援になる方です。皆さんもイメージされているとおり、この西太郎さんはほとんど認知症がないのです、少し失語がありますけれども。そうすると意思疎通ができて、要介護1の状態像であれば、まず7割8割がきっと次期更新においては要支援2になる可能性がありますので、介護1の中で集中的に機能を向上して予防のほうにいけると、次は包括支援センターさんあたりでマネージメントをしていただくということになります。

出井(司会):はい、最終ステージの4までいきまして、西太郎さんは無事自宅に戻りました。そ

れではこの一連の、家からまたずっと流れて家まで帰ってきた太郎さんと、また稲さんの振り返りをしたいと思いますが、総合的な討論をする前に、お手持ちの資料の12番、13番のこの四角で囲んだ図があります。この図についての解説を先にしていただいて、そのあと皆さんとでまた討論していきたいと思います。秀友会在宅医療部の赤羽根さん、お願いいたします。

赤羽根:資料の 12 番と 13 番です。太郎さんの状態を、病気の前と病気の後で整理をしました。 12番は、病気の前の太郎さんです。糖尿病と高血圧症がありながら、また筋力が低下している とか硬いということがありながらも、自分のことは自分でできております。自分のこともされて いますし、家事も奥さんと一緒にされているということで、性格的には頑固で、奥さんからは話 を聞いてくれないということはありながらも、でも仕事一筋で、そういうところに奥さんの稲さ んが太郎さんに惚れたのか、お見合いだったのかどうかは分かりませんけれども、そういうふう にしながらも、長男さん長女さんは道外に行きながらもお二人で幸せそうに過ごされていたとい うのが、病気の前の状態といたしました。しかし、そういう幸せなところから、なんとあの脳梗 塞になってしまって、右半身のマヒ、さらに言葉の障害ということですけれど、演技では流暢に 話ができていましたけれど、言葉の障害。それによって太郎さんの日常生活としては介助が必要 になってしまって、車イス状態で介助が必要ということになってしまいました。太郎さんの頑固 さですとか、話を聞いてくれないとか仕事一筋の面は、脳梗塞になったからといって全然変わら ないのですけれど、日常生活状態では介助が必要になってしまって、奥さんの稲さんが介護をし ないといけないという大変な状況になってしまったということです。脳梗塞になっても、ご本人 だけではなくて、稲さんまで大変になってしまっているということが整理できるかなと思います。 やはりそこの一つの施設ですとか一人の専門家だけでは、やはりこの大変さは支えられないのか な、と思われます。

出井(司会): この 12 番、13 番の四角い表なのですが、小林さん、ICF という国際機能分類というものに沿ってのこの落とし方だと思うのですが、簡単に ICF というこのような落とし方があるというものの説明をしようとすると、分かりやすくいうとどのようになりますか。

小林:お一人の人を客観的に、その方がどういうふうに生活をされているかというのをパッと言葉で表す方法といえます。そこで、太郎さんの病気の前の状態をこの12番の1枚で表して、太郎さんがどういう方だったのか、どういう生活をされていたのかというのが、専門家だけではなくて一般の方もすべてわかるようにというのがICFの目的です。これは世界共通のもので、日本だけではなくて、世界各国の方がこれを見ると分かるようにということです。その太郎さんの状態が病気などで変わってしまった。それで次にもう一枚のように、その影響などがどうなって出ているのか、生活上にどうなっているのかというが、13番の1枚で見てとれる、ということです。それによって、どこが大変になっているのかというのが分かりますので、どこで支援が必要なのかというのが、また整理しやすくなっていくということです。この方法で、いま病気の前と病気の後とを表してみたものです。

出井(司会):ありがとうございます。この手法といいますか、これを利用することをケアマネージメントの関わりに生かそうということで動き始めているということですね。はい、わかりました。それでは西太郎さんが無事家に戻って、生活がまた再開されました。皆さんはずっとその一連の動きを見てまいりましたが、各ステージごとで問題、課題がたくさん見えたと思いますが、分からないこともたくさんかかえてしまったことも同時にあったかと思います。ここでご質問、ご意見をいただきたいと思います。振り返ってみて、これはちょっと分からなかったのでもう一度聞きたい、分かりやすく言ってほしいというところなどもふくめて、あるいはご自身のお考え

のご意見などでもかまいません。どのようなご質問でもけっこうですけれども、いかかがでしょうか?

橋本:西円山病院の橋本です。このぐるぐる図によります回復期リハビリを出るときに、奥さんがまだ不安でした。ただ医師のほうの提示として、もうほとんど身体能力とか ADL 的に伸びることがなかったかどうか、ここのところがまず一つ大切なのだと思います。もしそうであれば、次からの入院というは、ある意味で社会的入院になってしまう。そうすると、逆にそれで半年間もさらに入院してしまうということが、ほとんどの患者さんが、それを北海道の人たちはわりと希望するときが多いのですが、それをみんながやってしまうと、それは大変な医療費を使うということになって、それこそまた大変な状況になるかもしれません。このときに回復期リハビリの先生が、いかにいろいろなアドバイスをしながら在宅で暮らせるということを説得できるかという点も大切なのかと思われました。これはただ単に医師だけの話ではなくて、ほかには地域リハビリテーションというかたちで、冬になっても地域で支えられるような社会づくりというか、ノーマライゼーション、そういうのも含めて社会全体で社会的入院を減らしていくというようなことをしないと、なかなか医療費が減らないと思われます。それこそ厚生労働省の思うつぼにどんどんはまっていくというのが、いままで聴きながらの感想です。そのあたりは皆さんどうでしょうか?

出井(司会):はい、ご意見と共に問題提起ということもありました。太郎さんが強引に急性期から回復期、それから慢性期で家まで帰ったという強引なシナリオをつくった私の責任もございましょうが、進行上、やむをえない部分もありました。橋本先生がいま提起された部分ですけれども、皆さんどうでしょうか?現実には大いにありえることだと思います。いかがでしょうか?回復期から流れてきて、慢性期で先ほどの医療区分という問題もありました。長く入院できない、ということもあります。また自宅に帰れるチャンスをということもありました。小柳さん、実際に今後のことも少しふくめて現状から見てみたところでのご意見をお願いします。

小柳:慢性期医療に関わり、いまタナカメディカル相談センターというところでいろいろな方から の相談を受けております、小柳です。

いまの橋本先生のご発言がもっともだと思う場面と、今日のこのストーリーが、実は聴いていて「いや良かったね」という場面とがあります。これは病院関係者にとっても、本人、ご家族にとっても非常に良いシナリオだったと思うのです。しかし、実はここにたどり着くパーセンテージは100人中何人いるだろうかと考えると、なかなかそうはうまくいかず、無理矢理あっちへ行ってくれという場合もあると思います。ここは手稲区と西区の在宅ケア連絡会でこういう地域連携を考える会ということをこのように熱心にされているので、一般の市民の方もまったく医療区分など知らないけれども、今日ここで聞いて「ああそうか」ということになったと思います。他の区ではまだ分からない方がたくさんいます。「一般病院ってなんだ?回復期ってなんだ?」ということも分からない方もいっぱいいるということで、やはり地域連携を考えるということをますまつていかなければと思いました。

できれば今日のシナリオをそのまま生かして、ここにもし二十三軒の自宅の隣りに長男さんが 住んでいた場合に、その方の意見はどうなったのかということになってしまいます。お父さんが もし意識がない状態で病院に行った場合に、誰がその決定権をもつかとか、俗にいうキーパーソ ンは誰かとか、こうなってくるわけです。道内・道外にいた方が今後どういうご意見をもつかと いうのも重要な要素になってくる、ということです。今日のパターンは本当に満点賞の素晴らし いシナリオだと僕は思って聴いていましたが、はたして現場はそうなっているかということです。 たとえば、2回目の脳梗塞を発症したら西さんはどうなるのだろうということです。また「倒 れちゃいました」となります。また急性期の病院に行きました。2回目の手術を受けました。今 度は寝たきりになってしまいましたということを、できれば次回さらにレベルアップをしまして、 そこに長男さん長女さんが東京から飛んでくるわけです。「どうした親父」ということになりま す。その時点から、実は始まっていることのほうが現実かなというふうに、私も感じておりまし た。そこで、いよいよ慢性期はどうかというと、残念ながら医療区分1です。脳梗塞後遺症、寝 たきりの方で、鼻から栄養を入れていても医療区分1です。在宅復帰が必要となります。このほ うがドキッとしますよね。実を言いますと、これで療養病棟は苦しんでいるのです。その人も帰 さなければいけない。先ほどの低い点数です。あれの点数を入れていてあげれば病院はつぶれて しまうという点数制度になってしまった。ここで療養病棟は苦しんでいて、強引に帰したくない けれども、医療区分2と3の患者さんを受け入れていかなければ病院が破綻してしまうというの が最近の医療制度改革です。国の方は、そのようには言いませんから、目いっぱい国に文句を言 わなければいけない立場なので言わなければいけないのですけれども、それが「一般病院での平 均在院日数をさらに縮めなさい」ということでしばりがくる。回復期はさらに日数制限をどんど んかけられてきて、「もう出さないと病院点数は低くなるよ」といわれてくる。療養は医療区分 というものが導入されて区分の低い人を入れていたら、破綻します。たとえばペースメーカーを 入れている方も医療区分1ですし、残念ながら肺が半分なくても医療区分1、胃が全摘の方も医 療区分1です。つまり実際には先ほどの表にあった2と3は、非常に細かいようですけれど、ほ とんど該当することが難しいのです。今日のこのテーマのもとに、このような医療が抱えている 問題を議論する「西区在宅ケア連絡会」は本当に素晴らしい会なのです。これをさらにレベルアッ プして、2度、3度と、役所の人も一緒になり、実際に起こりうる現状を市民の方と一緒に考え ていくことができれば、非常に良い会になるのではないか、と思いました。

出井(司会):ありがとうございました。そのほか、全体をとおしてでも、また、ふだん日ごろ連携において課題だと思っていらっしゃることもふくめてけっこうです。

小柳:もうひとことです。地域連携という言葉は素晴らしいですよね。皆さん、手稲区と西区は恵まれていると思ってください。急性期の病院が多くあります、それからこちらにはたくさんの療養病床がありますけれども、区によっては1ヶ所しかない区もあるわけです。そうすると、区をまたいで行かなければいけない。回復期リハビリが5ヶ所ありますが、もしそこに入れなければ、区をまたいでいかなければいけない。では地域とはなにかと考えていくと、ものすごく広範囲になってきます。やはり地元でぐるぐる回れると良い。ですからこの「ぐるぐる図」になっていけると良いのです。残念ながらこの「ぐるぐる」を完成するためには、急性期は手稲区、回復期は西区、慢性期は東区ということがありえます。これが先ほど言ったことで、ご家族が、長男さんが西区にいた場合、「そんな遠くの東区の病院までお見舞いなんか行けねえぞ。どこか西区で療養病床はないのか?」というのが現状での本音かな、ということをつけ足しておきます。



出井(司会):ありがとうございました。皆さんいかがでしょうか? ご質問ご意見、はい、どうぞ。

斉藤:西円山病院の訪問リハビリの、PT 斉藤です。テーマは地域連携ということです。先ほど橋本先生から「地域リハビリテーション」という言葉が出ました。それは急性期、回復期、慢性期、在宅療養の各時期で言えることですけれども、リハビリテーションの前置という意味では、リハビリの関わりという部分でその人の可能性、介護保険制度においても自立とリハビリということが明文化されています。リハビリというのは、われわれセラピスト中心主義ではないと私は思っていますので、各施設でのリハビリに対する関わりについて、各時期の医療機関の先生方にリハビリの現実、もしくはリハに関してのご意見をお聴きできればなと思います。

出井 (司会):リハビリテーションに関しての各時期での医師の意見をということですが。

西川:札幌在宅医療クリニックの西川です。在宅医療を専門としております。西太郎さんよりもも う少し重い方、要介護度でいえば3、4ですとか、脳梗塞でもかなりマヒがある方とか、あるい は脳梗塞になにか心疾患を合併しているというような方を多く診ています。そういった方はやは り通所でのリハというのがなかなか厳しいですから、けっこうな割合で訪問リハをお願いするこ とが多いです。

それで、自分がいつも思っているのが、やはりリハビリというのは、やらないと悪くなるとい うのが一番困ることだなというように思っています。たとえば先ほど橋本先生がおっしゃったよ うに、それ以上機能の回復が見込めないという場合、ではリハビリをしなかったらどうなるのか というと、これはどんどん悪くなってしまうのです。実際にたとえばお家にいて、「あなたリハ ビリをしなさい」と言ったところで、患者さんは皆さんそうそう簡単にできるわけではないので、 誰かかが来て「こういったプログラムでやっていこうね、1週間よくがんばったね」と言ってく れるだけで、実際にリハビリというものを行っている以上の効果というのがあると思います。 ただ一方で、ここ最近僕が困っているのが、やはり訪問リハというのが、まずかなり混んでいる ことで、だいたいいまお願いしても1カ月から1カ月半ぐらい待つことになっているかと思いま す。同時に、施設によっては訪問リハを止めてしまったとか、そのようなことも最近多いような 気がします。ですから逆に僕はリハビリの先生方にお訊きしたいのですけれども、今回の西太郎 さんの場合よりももう少し重い方、もう少し家で続けてリハビリをしたほうがいいのではないか という方に継続的にリハビリをするために、たとえば施設さんでの通所リハもあるのではないか ということですが、施設さんによっては、それこそ PT さんがほとんどいないような施設という のも中にはあるでしょうし、実際にやっていても、それをわれわれ医師にフィードバックしてく れないという施設さんも、中にはないとはいえない状況です。実際にリハビリの現場の先生方は どういったかたちでリハビリを行っていくのが理想なのか。たとえば訪問リハだけやって採算 がとれるのかとか、そういったこともふくめてお訊きしたいと思います。

出井(司会):はい、ありがとうございます。斉藤さん、お答えいただけますか。

斉藤:訪問リハビリに関しては、いま実際には資源が少なく、それだけの人材が実はいないというのが現実です。それから、コストの面では訪問リハからですと、以前の訪看7では、まるで単位が違いまして、どちらかというといまは訪問リハビリでは支出のほうが多いようです。訪問リハは経営的にみると明るくはないです。ですから、訪問リハを置きたいけれども経営的には非常に難しいということです。では在宅に帰るのに、そのリハビリがやはりパッケージで一旦退院する時点でもうシームレスに入るということになるのは、非常に少ないです。とくに、北海道では少ない。札幌でもまだまだ少ない現状ですから、経営的な部分とか、もしくはマンパワーの部分で

は、難しいです。ですから、これからその人材の育成であるとか、そのサービスのいまの現況の 復活であるとか、そういう大きな課題は非常にあります。ただし、流れとしてはわれわれが訪問 リハビリには当然医師、ケアマネ、訪問看護が関わってくるので、その連携が非常に重要になっ てきます。それへのスイッチもできることができないと、われわれセラピストがすべてではない ということもありますから、やはり地域で包括的に連携を考えていく必要性があると思います。

出井(司会):ありがとうございました。少し専門的になってきましたので、もう一度もとにもどしてよろしいでしょうか? いまのご意見も大変貴重な部分もありますが、今日はできるだけ一般市民の方にも分かっていただきたいという思いを込めておりますし、一緒につくりあげていくものだというわれわれの会の趣旨もありますので、ご発言をどうぞ。 ほとんどが職能といいますか、医療保健福祉関係者のようではありますが、一般市民の方で今回お聴きになって分からなかった、あるいは「これは変だぞ、あなたがたもう少しちゃんとしなさい」というお叱りでもけっこうですけれども、どなたかご意見ございませんか?ご遠慮なさらずにどうぞ。はい、どうぞ。

女性(会場から):今日は医療制度の説明がたくさんありました。たとえば、西太郎さんが医療区分1で、そこの病院から何度か長く入院しているわけにはいかない、出なきゃならないというように言われているのですけれども、「絶対にここを出ないぞ」と西さんががんばった場合に、西さんに対するペナルティーというのがあるのかどうかということをお聞きします。

また、医療保険で入院している場合の入院費の自己負担額と、介護保険の病床のところに入所した際にいくらお金を払うのかという、西さんの自己負担部分のお金の違いが、もう少し皆さんが分かったほうが良いと思いますので、そこを説明していただければと思います。

出井(司会):はい、ごもっともです。それでは慢性期医療を報告していただきました塩川先生と 行沢さんにお願いいたします。

塩川:医療区分1で退院を勧めても「退院しない」と、もしがんばられた場合、無理に追い出すということはできません。また、いまおっしゃったペナルティーというのは意味がよく分からないのですが、病院としてなんらかの追加請求をするとか、そういうことは少なくとも当院では一切しておりませんし、ほかの病院もあまりそういうことはできないと思います。

行沢:当院の療養病床の場合ですが、限度額というのは決まっていますので、所得によっても段階がありますが、普通の所得の方でしたら、1ヶ月だいたいお食事代もいれて6万円ぐらいです。ほかの病院を紹介するときには、病院ごとに決められた1日の日用品費というのが決められていますので、その金額によって変わってくるわけです。1日1000円とっているという病院であれば、いま私が言った6万円プラス3万円かかりますし、1日500円いただいているというところであれば1万5千円足されますので7万5千円ぐらいかかるということになります。施設のほうも所得によってこの区分が決まっていますので、だいたい7万円前後はかかるかと思います。それぞれの病院や施設の経営の方針によって少し金額が変わってきますが、いま言ったようにお食事代を入れると約6万円前後がベースになってくるかなと思います。

女性(会場から):経営者側で出て行ってもらわなければならないという状況であるということは 理解できたのですけれども、法律で決まっていることなので、法的ななにか、病院から出なかったら法的な罰ということがあるかということでした。また、自己負担を、たとえば1日5千円払 えば長く入院していられるシステムがあるとか、なにかそういうことがないのかなと思ったこと が質問の理由でした。いまのご説明でよく分かりました。いまは介護保険の施設でも医療の施設

でもだいたい7万円ぐらいの自費だというご説明ということですよね、ベースが。

行沢:・・・というよりも、皆さまの病院とか施設では、上乗せがたぶんされていると思いますから、いまは平均ですと、私が紹介している病院や施設さんなどでは長期で入院したい場合、約 10 万円前後かかっているかなと思います。

出井(司会):はい、よろしいでしょうか? 必ずきちんとその病院、施設に確認をするということがやはり大事であるということです。

これまでの流れの中で、患者さんは結局は自宅には帰られましたが、それぞれ関わった側の情報の提供、共有というものもきちんとできたのだろうかという不安もあります。そこの関わりについて、また本人の、よく言われます「あの人らしく」とか「主体性を」「自己決定を」ということもこの文にも出てきましたが、そのへんのかかわりの連続性について、総括的な部分でどなたかご意見を。

女性(会場から):公立病院に勤めています看護師です。今日のシンポジウムに出席しまして、やはり患者さんの身になると、最初に発病して病院に担ぎ込まれたときに、ある程度の説明が必要なのかなと思いました。最初の急性期のところで予測はつきますので、そこの段階で医療に携わる方々が、将来的にこういうふうになるとか、ここの病院ではこういうところまでですよ、というような、最初の説明をして「段階的に行き、結局は家に戻らなければならないのですよ・・・」と。そのためにはこういう「ぐるぐる図」のようなことを説明してさしあげると、患者さんはベルトコンベアーのようにもっていかなければならないかもしれないけれども、でも自分がどこを選択するかということを、少し決めやすいのではないかと思います。ですから、急性期のパニック状態、その時期を過ぎたところで、医師だけでは忙しいですから、看護師など、あるいは MSW でもいいですから、ベッドサイドで少し説明をしてあげられるような状況をつくればいいのかなと思います。

いま2年ごとに診療報酬が改正されますよね。改正か改悪か分かりませんけれども、でも、あれはやはり国全体としての予算が限られていますから、「総論賛成、各論反対」でものを言ってもきりがないと思います。医療機関の中には自己完結型のような施設ももっていらっしゃる場合もあり、そういう施設に入院、入所することができた患者さんは幸せかもしれないけれど、やはり多くの場合はそうではありません。

地域の中で、どうしたらやはり患者さんが安心して在宅までもっていけるか。あるいは医療処置とか医療依存度が高い患者さんが在宅までいくためには、あるいは、本当は家で過ごしたいというときにはどうしたらいいかというのを、それこそ地域連携でみんながいまどこでどういうことが大切なのかということで連絡を取り合うようなシステムができることを願っております。今日はそのためには大変有意義なシンポジウムであったと思います。

出井(司会):はい、貴重なご意見、ありがとうございます。では、最後に、社会福祉士会会長の 奥田さん、地域の連携、関わりについてご意見をお願いいたします。

奥田:医療における地域連携と、介護は地域連携というよりは地域を変えていくというか、地域福祉をしていくという部分がすごくありますので、介護における地域連携という両者がメインになっていくのはあたりまえのことなので、そういう観点に立つと、今日はとても良い議論ができたのではないかと思います。このモデルはいろいろな意味で非常に有効に使えるのではないかと思います、とくに市民にとってです。一般市民の立場にたつと、けっこう分かりづらかったと思うのですが、でも逆にいうと、わかりづらさがいろいろ出てきたので、たぶんこのモデルをバー

ジョンアップさせていくと、すごく良いモデルになり、皆さんいろいろなところで使えるのではないかと思いました。たとえば、みんなの出てきた意見がお金のことであったり、急性期の最初の説明が大事であるとか、それから家族を巻き込むとか、社会的にとか、リハビリとか、本当に大事な議論がどんどん出てきので、もっと分かりやすくするためにはこれをふくらませていただければ、本当にそれが市民の皆さんに勉強になり、それが地域福祉をつくるうえで役に立つという、とても良い循環になると思いますので期待をしています。

とくにドラマ仕立ての部分が良かったなと思うのですけれども、実はどんどん制度は分かりづらくなってきています。私が思うには、分かりづらくしているのはどうも厚労省の戦略ではないかなと思うのです。分かりづらくして利用しづらくしているのかなと、私は本当は思っているのです。ただし、厚労省の側からは、やはり医療関係者や介護サービス事業関係者を根本的に信用していない、ということができます。先ほど医療区分1・2の話がありましたけれども、あのようになってしまうと、医療関係者はなにを考えるかというと、「医療区分1をどうやって医療区分2にしようか」と考えたりするのです。そういうことがやはりいたちごっこであります。

したがって、本当にこの結論にありますように、制度に人を合わせるのではなくて、人に制度を合わせるようなものを、ということを、私たちがここで、この西区在宅ケア連絡会という素晴らしいところで検討していくことができれば最高に良いのではないのかなと思っております。

たとえば DPC にしろ、アメリカの DRG というものがモデルだと思うのですけれども、あれも 医療抑制の費用効果というのはまだはっきり分かっていないし、介護予防だって、今回厚労省は 一応中間で答えを出しましたけれども、でもどうも介護予防もはっきり介護費用抑制の効果があ るかないかというのは分からないところです。むしろそうやってどんどん細切れで、介護予防な どは特にそうなのですけれども、PDCA サイクルを人の生き方に当てはめていくという中で、絶 対的に無理な部分が出てきて、そこからはずれる人というのが出てくるわけです。どうも世の中 の社会が、そういうルールからはずれる人を排除する傾向にあるような気がしてなりません。私 どもはむしろやはりこれから地域福祉をつくっていくといううえでは、そういう方々が排除され ないように包み込むようにして本当に一緒に歩んでいけるようなかたちをつくっていきたいなと 思うわけです。そこを基本にもっていけば医療であろうが福祉であろうが大丈夫ではないかなと 思うのですけれども、そういう意味では、やはり今回のこういうことをすると当事者の声がどん どん出てくると思うのです。特に高齢者の場合は、高齢当事者というのはなかなか声を出さない ということですので、声を出すことでやはり変えていくと、状況を変えていくというのが大事 だと思います。たとえば骨太の方針で、今回社会保障費の 2.200 億円がどうなるかというのが、 この6月にかけて大事なことなのですけれども、やはり私どももそうですけれども、そういう高 齢者本人が声を出すということでやっていくようなかたちというのが本当に大事かなと思いま す。そういう意味で、これからはやはり地域で介護保険以外のいろいろなものもしていかなけれ ばならないし、それはやはりみんなでつくっていくものだということで、今回大変勉強になりま した。今後ともこのモデルをさらに拡げていただければ、この西区在宅ケア連絡会というのはす ごいんだなと、本当に実感できるのではないかなと思います。

出井(司会):ありがとうございます。シナリオは著作権がありません。皆さん大いにご活用ください。 それでは最後に、今日の主人公でありました西太郎さんと西稲さん、お一言ずつお願いします。

岩間(西太郎役):はい、家に帰れて本当に良かったです。ありがとうございました。

山崎(西稲役):いま、離ればなれに座っておりますが、夫がこうなって、それで帰ってくるまで の過程、少しぼけている妻の役だったのですが、ぼけているところはまったく見せずにすんだこ とが良かったかなと思いますが、やはりこういう役をするとあらためて最近の制度の動きの難し さなどが、私自身も実感できました。今日はありがとうございました。

出井(司会):ありがとうございました。今日のシンポジウムで、慣れない役をこなしておられた 配役の方、また忙しい中、解説をしてくださった皆さん、大変ありがとうございます。これにて 本日のシンポジウムは終了したいと思います。では来月以降、また西区、手稲区のそれぞれの連 絡会で発言していただくことで終わりにしたいと思います。閉会のごあいさつを札幌市医師会西 区支部の副支部長でいらっしゃる嵐先生、お願いいたします。

嵐:札幌市医師会西区支部副支部長の嵐です。毎年こうやってシンポジウムをしていただいているのですけれども、とくに今回、シナリオが分かりやすくて配役の方々も楽しく演じてくれて非常に良かったと思います。ですから、仕組みというのが簡単なかたちで演じていくとかえって見えてくるということがわかりました。そういうことでで非常に皆さんも勉強になったと思うのです。というのは、私などもこの会などに来ましても、やはり職種によって問題意識というか発想の原点とかが違うものですから、「あの人たちはいったいなにを考えて、なにをやっているのだろうか」ということをいつも考えています。今日は、そのことがお互いに分かりあえて非常に、本当に良かったと思います。

出井(司会):ありがとうございました。これで本日のシンポジウムはすべて終了といたします。

研修会:「続シンポジウム~もっと語ろうぐるぐる図 パート | 」急性期、回復期 編

(第117回例会 平成20年6月10日(火))

5月開催のシンポジウムの続編として、地域内には、太郎さんと稲さんのように経過する人ばかりではなく、本より多くの疾病、障害を抱えている人が多く、ぐるぐる図の中の、動向線もより多くの流れがあると思われます。そこで、6月と7月の例会は、議論の内容をより深く「患者のここの動向についてはよくわかった」といえるまで徹底的に掘り下げることを行った。

1) 急性期医療

- ① 国の医療制度改革、 医療費適正化計画
- ② 医療機関の機能分化:特定機能病院、診療所、将来の機能分化など
- ③ 平均在院日数について: 算定の方法、長期入院の実際、転院状況の実際など
- ④ 入院診療計画: 入院時、診断時の説明の実際、病態ごとの対応の実際など
- ⑤ 情報の共有: クリティカルパス、地域連携パスなど
- ⑥ 医療機能に応じた連携: 現状、診療報酬による誘導、将来像など
- 2)回復期リハビリテーション
 - ① 回復期リハビリテーション病棟とは
 - ② 診療の現状
 - ③ 問題点
 - ④ 将来への期待
- 3) 医療と介護の分化と連携についての議論

研修会:「続シンポジウム〜もっと語ろうぐるぐる図 パートⅡ」慢性期、介護保険施設 編

(第118回例会 平成20年7月8日(火))

5月開催のシンポジウムの続編として、6月の例会は、議論の内容をより深く「患者のここの動向についてはよくわかった」といえるまで徹底的に掘り下げる、ことを行った。続いて、7月は、慢性期、介護保険施設を中心に医療区分の導入、療養病床の削減で現場はどうなっており、今後、どうなるのか。特別養護老人ホーム、老人保健施設には入所できるのか。終の棲家はどこになるのか。在宅ケアとともに地域では療養病床(入院)と施設(入所)は絶対必要なものではないか。医療難民、介護難民の増加は必至である、などの議論が展開され、現場からの本音の報告が行われた。

研修会:「続シンポジウム~もっと語ろうぐるぐる図 パートⅢ」在宅、総括 編

(第120回例会 平成20年9月9日(火))

脳梗塞で倒れた太郎さん、救急車で急性期の病院に運ばれたあと、回復期リハビリ病棟へ移り、さらに慢性期の病院を経て、ようやく自宅へ戻ることができました。要介護1の認定を受けて介護サービスを利用しながらの生活です。ところが更新申請の結果、「要支援2」となってしまいました。どうなるのでしょうか。また、稲さんの負担も大きいようで、太郎さんは栄養状態が悪くなり、服薬もまばらで、どんどん動きも悪くなり、床ずれもできて「要介護3」になってしまったらどうなるのでしょうか。稲さんの認知症が進んだらどうなるのでしようか。太郎さんが再発したら、新たな病気になったらどうなるのでしょうか。ぐるぐる図の在宅、総括編として、皆さんで考えてみる機会となりました。

- 1)退院時:要介護1
 - ① 前回までの経緯を振り返る … ICFシートにて(病気前・病気後・要介護 1)
 - ② ケアプランの説明 … 居宅サービス計画書(1)(2)、総体的な視点や立て方、サービス 調整や担当者会議の開催・福祉用具や住宅改修についてなど
 - ③ サービス利用票(別表)の見方について
- 2) 要介護1から要支援2へ変更時

- ① 何がどう変わるのか。
- ② 本人と援助側(ケアマネや事業所等)との間に食い違う点や場面はあるのか。
- ③ 『自立』に向けての支援とは何か … 討議 (説明の仕方や現場での苦悩等)
- ④ 利用者の状態像としては何ら変わりがないのに、認定結果が変わるケースもある。また、どうしてそうなるのかという質問に対する意見交換。
- 3) 要介護1から要介護3へ変更時
 - ① サービス利用票及び別表、週間サービス計画表、ICF シート(要介護3)の説明
 - ② 妻の認定申請も含め、世帯の支援に変わっていくことについて。
 - ③ 退院時のアセスメントをもっと重視すべきである。要介護3になった要因は何か。限界を見極めて次の手を予測しておくことも大事である。
 - ④ 2ヶ月間での急激な体重減少は即入院対象。全身状態の回復時間を設け、その間に在宅ケアの見直しをする必要もあるのではないか。
 - ⑤ 退院直後2ヶ月間位は訪問系をしっかりと充足させ、通所系に繋げていくべき。とくに老々介護においては大切である。不必要な部分を抜いていく視点が必要。
 - ⑥ 自宅に戻って実際の生活や身辺動作における困難さはいかがか。本人の活動性はどうか。趣味はどうなったか。評価はどうか。本人はどうなって、どのように思っているのか。
- 4)全体を通じての議論として、次の項目が重要な課題となるようである。
 - ① 退院前からの関わりも大切であり、退院時に「お約束」をしておくことも有効的である。
 - ② 広い視野で様々な見立てによるチーム作りが理想である。

研修会: 「続 シンポジウム ~ もっと語ろう ぐるぐる図 パート Ⅳ」

(第121回例会 平成20年10月14日(火))

「もうひとつのぐるぐる図 費用版」をもとに、保険上の自己負担費用、難病(特定疾患)や障がい者の公費負担などの費用負担が、それぞれの場では一体いくらかかるのか、また、病状、障がい、介護度などの違いで費用も変わるのか、などについて以下の各関係機関の方々により非常に詳しく解説された。

急性期(札幌第一病院 山崎氏)慢性期(勤医協西病院 行沢氏)

回復期(髙橋脳外科病院 永石氏) 介護療養病床(西村病院 西村氏)

介護老人保健施設(エル・クォール平和 林氏) 特別養護老人ホーム(五天山園 乙坂氏) (38ページ以降に解説資料を掲載してあります)

研修会:「もっと知りたい、もっと聞きたいぐるぐる図、完結編。」

(第122回例会 平成20年11月11日(火))

「もっと知りたい、もっと聞きたいぐるぐる図、完結編。」5月の合同シンポジウムで「太郎さんと稲さん」の事例から始まった「ぐるぐる図」の特集。今回は、最終回として、これまでの話し足りない、聞き足りない内容、地域での医療、福祉、介護の実態を共有した。

1)急性期の立場から

札幌山の上病院竹井 Dr: 脳卒中は程度の軽い方、ラクナ梗塞の方などは家に帰る。問題は病巣がどこにあるのか、家族がどう受け止めてくれるのかによる。

2) 在宅ケアの体制は早急にできるのか

高橋脳神経外科病院永石 SW: 気持ちの切り替えの部分にかかわりながら、短期間でもサーポートできることを伝えていっている。追っかけで退院後のサービスなど調整することもある。介護保険認定結果がわかるまででるまで1ヶ月かかる。総合的な調整を短期間でやらなければ

いけないが帰ってから在宅の部門の人たちにお願いすることもある。

- 3) ケアマネージャー(CM) の立場では急性期病院からの依頼は現状どうか
 - 飯田 CM: 急な調整が実際多く、依頼から1週間後に退院ならいい方。理想は退院前にカンファレンスを開いたり、入院中に Ns と話をしたり、必要なものの準備の計画やどの程度できるか確認したい。医学的処置の継続が必要な人も多い。その点はその都度行い、他は徐々にということが多い。
 - 秀友会介護保険相談センター水田 CM:退院する時、MSW と家族との関係がどの程度できているかによる。MSW が家族・患者ときちんと向き合っていると安心感を持っていろんな方法を一緒に考えていける。関係性に MSW や CM がどうかかわれているかがポイント。
- 4) 訪問リハビリの立場からはどうか
 - 札幌秀友会病院在宅部赤羽根 PT:退院後訪問リハビリするという意識がまだ薄いように思う。
- 5)慢性期の立場からはどうか
 - 勤医協西区病院行沢 SW:入院 21 日以内の急性期病棟・障害者病棟・療養病床からなる。入院 紹介時、紙での情報提供と実際とが違うこともある。SW としては本人・家族の希望すること や経済的なこと事前に確認するようにしている。
 - 西札幌病院赤間 SW:療養の目的などの場合、老健やリハビリ継続できるところを紹介するが、患者・家族の希望に 100%沿うことは難しい場合があり、近隣の病院で待機していただかないとならないこともある。回転の早い病棟から退院を早急に求められるが、患者はもっとリハビリしたいということもある。家族の希望を当院でできないところを次の機関へ続くようできるだけ対応させていただいている。
- 6) リハビリの立場から
 - 手稲ロイヤル病院 OT: 在宅生活 100%把握しきれないで退院されることもある。訪問リハビリとかかわったり調整はしているが実際帰ってから転倒してしまった方など調整が甘かったと思うことがある。
 - 西円山病院 OT: 実際に顔を会わせたりカンファレンスをして情報提供する方がイメージがわく。 退院してすぐは環境調整。その後やってみて困ったところを調整している。
 - 札幌秀友会病院在宅部 PT:退院されてくる方で医療的なかかわりが多い方もいる。合併症の理解も重要。CM と連携したり、病院に確認している。健康面がしっかりしてから身体面、生活動作にかかわる。
- 7) ヘルパーの立場から
 - 夢紡ぎ・くらら鎌田ヘルパー:在宅に戻るとき、医療機関・CMからの情報が重要。情報があるかないかで違う。退院しすぐサービスが必要な場合でも情報が少ない場合が多い。瞬時に判断しなければならないところが大変。福祉用具も退院前に準備が整っている方がありがたい。
- 8) 急性期からの流れで多いのは
 - 高橋脳神経外科病院永石 SW:サービス使わなくてもよい人は在宅へ戻ることが多い。介護保険を利用する場合は療養型病院へ移ることが多い。慢性期病院、回復期への転換が多く、次に高齢者住宅・グループホーム、そして介護保健施設。
 - 札幌第一病院山崎 SW: 在院日数 21 日と回復期病棟がある。前のレベルに戻れば回復期でリハビリを受け、リハビリにのらなく、もとの状態に戻ることが難しい場合はどんなサービス利用をすればもとの上体に近い状態で生活に戻れるか調整していく。療養病院・老健を待つこともある。療養病床からリハビリをして帰る人は少ない。重症患者を 15%受けるようにといわれているが在宅目標ではじめうけても入院中、自宅には帰れないと変わることもある。
- 9)慢性期はどうか
 - 西村病院西村 SW: 医療・介護・障害病棟がある。介護病棟は今後廃止・閉鎖になる。医療区分2・3、難病、重度意識障害がある方の急性期からの紹介が多いが、待機が長い。介護施設で医療

依存度が高くなり、紹介ということもある。

西円山病院大井 SW:回復期・療養病棟がある。医療の必要性のある医療区分1の人や制度にの らない方の相談に悩む。

田中メディカル小柳 SW:以前は慢性期から在宅はあまり考えられなかったが、医療区分1の方の在宅という流れがでてきた。医療区分2に該当するような方の共同住宅からの紹介も増えている。療養病床のベットは空いてきている。老健からサクションが必要になった方などの相談もくるようになってきた。グループホームなどで医療の必要性がでてきた人の受け入れ先などが今後のテーマかと思う。行き場のない人、病状で区切られる人。医療区分が導入され、今までの流れと変わってきている印象。

10) 老健の立場から

老健エル・クォール平和林 SW: 在宅からと慢性期からの紹介が多い。回復期・急性期からの紹介は認知症の強い方の相談が多いが急性期からの相談・入所件数は少ない。医療依存度の高い方を医療機関へお願いする場合もある。数ヶ月限定で入所を受ける方もいる。施設としてデイなど、在宅とのかかわりもある。

老健博友会上林SW:新型老健。看取りは一人のDrでは難しく医療機関へお願いすることがある。 自宅から入所になり、自宅へ帰る人もいる。入退所が増えている現状。

11) 特養の立場から

稲寿園: 胃ろうの方が多くなってきている。100 名中 19 名。入所の時既に胃ろうの方は受け入れられず。入所中の方が胃ろうになるケースが増えている。待機している人もいる。待機中に体調を崩され人も多い。入所の回転が早くなってきている。待機は 150 名ほど。緊急性を考慮している。集団生活が困難なくらいの認知症の強い方の案内は遅れることもある。

勤医協西区病院塩川 Dr:急性期、療養病床とある。95歳で老健から肺炎で入院。落着いたが老健では今後の対応無理と判断あり慢性期で診ることになった方がいる。90代男性で肺炎になった在宅で過ごしていた方、神経因性膀胱でバルーンとなり在宅が困難となった方など。このような方々の今後の対応に悩んでいる。

12) 自立支援法の立場から

アンビシャス高沢氏: 訪問介護の提供、相談支援業務と地域へ帰ることを試す体験室なども提供している。利用の際情報が少ない場合もある。知的・精神・身体の3障害あるが施設は足りない。選択肢は介護保険より少ない。

13) その他

田中メディカル小柳 SW:小規模多機能を今後はぐるぐる図に是非加えてほしい。高齢者住宅もいろいろある。介護付有料老人ホームもある。老健について薬がマルメで使えないということは一般の方の理解が少ない。特養は自己負担。どういうところにどういう方を紹介するか、医療区分1といわれていても医療区分2・3に該当する人もいる。医療区分2・3で7割を目標にしている医療機関が多い。

西円山病院橋本 Dr:将来的に回復期はいらないと思う。在宅でリハビリをする、家での生活を基盤とするのがこれからではないかと思う。在宅を支える私たちが力をつけること、地域リハビリテーション提供しつづけることが重要。地域リハビリテーションを活性化していくことが課題だと思う。

STAGE① 在宅から急性期医療へ

り関係は良いが同居する予定はありません。夫は糖尿病と高血圧症の持病を持ち、2 週間 に一度1人で通院しています。妻は膝が悪いため長い距離を歩くのは辛く、階段の昇り降 りには手すりが必要です。家事は二人で分担して行っており、介護サービスなどの利用は 子どもは長男と長女。それぞれ家庭を持ち道外に住んでいます。盆と正月には帰省してお 西 太郎さん 82 歳と稲さん 79 歳は、お互いを支えあい西区二十三軒に住んでいます。

いつもと変わりなく夕食を食べて、二人でテレビを見ていました。夫は立ち上がり歩こ うとしますがよろけて倒れてしまいました。そのまま動きません。

妻「お父さん、なしたの!?お父さんってば!」妻、起こそうとしますが動きません。声 をかけても返事をしません。妻は気が動転していますがなんとか救急車を呼び救急病院へ と向かいました。

抱き起こしてくれますが足元は弱々しく立っているのがやっとです。夫は言語の障害と右 血圧は高かったでしょ。先ずは入院です、もう一回来たらきびしいですよ。そのつもりで いてください。」妻、医師の説明に呆然とし、ヘナヘナと座り込んでしまいます。看護師が 医師、CT を見ながら妻へ説明します。「うーん、これ、ここ。つまってるね。もともと 半身の麻痺があり、車椅子を使うことになりました。

していて、早く自宅へ帰ることを希望しています⑪。しかし、リハビリのため3ヶ月以上 杖歩行ができることをめざしてリハビリが始まります。夫は家に残した妻のことを心配 の入院を見込まれました。また妻も今の夫の状態では、介護に自信もなく不安が大きい様 入院して1週間たちました。妻は病院へ行き病状説明を受け、今後のことを話し合いま した。医師からは今すぐの退院、自宅に帰るのは無理。かといって、このままこの病院で 入院を続けることはできないと厳しく言われます。

医師 「うん、1週間たって峠は越えたね。あとはこれからのリハビリのがんばり次第 でしょう。言葉の障害と右側に強い麻痺が残ってるから・・・そうだね、年齢もあるから、 短くても 2~3 ヶ月は入院してリハビリしなきゃならんでしょう。」 「助けていただいて、ありがとうございます。先生のところでリハビリがんばらせ ます。先生、よろしくお願いします。」 医師「ん、シーん。いや、ここには長く居られないんですよ。どこか探さなければね。」 「置いてあげたいんだけどね。そういう制度になっているんだよ。これは悪いのは 妻 「えっ!出なきゃならないのですか!そ、そんな!・・・。」

国だからね。僕じゃないよ。」

となった妻への支援として地域包括支援センターへ地域支援事業などによるかかわりを依 医師は地域連携室 MSW に回復期リハビリ病棟のある病院の紹介を指示して部屋を出まし た。MSW (医療ソーシャルワーカーの略称。相談員) は病院の紹介と自宅で1人暮らし 傾しました⑪。

急性期医療とは何か。どのような病院か。回復期リハビリへの情報提供は。 地域包括支援センターとは。

公開シンポジウム「つなぐかかわり~地域連携を考える。

皆さま、本日は公開シンポジウム「つなぐかかわり、地域連携を考える」にご参加いただ きましてありがとうございます。

皆さまにはこの図(PP 座席説明スライド)のようにお座りいただきました。

それでは本日のシンポジウムの進め方についてご説明いたします。

これには意味があります。

は地域の中で額の見える連携、ネットワークが必要であること。情報を共有し、また当事 私たちはこれまでに、どんな状態になっても地域で生活を続けられること。そのために 者の自己決定を尊重するかかわりを持つこと。そのためには何が大切で、どのような連携 が必要なのかということをたくさん学んできました。

では現実にはどのような状態になったら、どうなっていくのか。その動きを図で表したの がこの「ぐるぐる図」です (スライドを見ながら)。双方向性で平面ではなく3次元的な球 面体として見たほうが正確だといえます。

たくて必死にリハビリをする西さんと不安で一杯の稲さん。再び二人で暮らす日は来るの シンポジウムでは西 太郎さん 82 歳とその妻稲さん 79 歳のご夫婦が登場します。 お互 いを支えあい暮らしてきたお二人ですが、夫は急に脳梗塞で自宅で倒れてしまいます。す ぐに救急車で運ばれて入院しますが、重い障害を持つことになりました。はやく家に帰り でしょうか。

「ぐるぐる図」をご覧ください。夫の太郎さんは自宅 (在宅) から①で急性期医療へ行き ます。その後②回復期リハビリを経由して③慢性期医療へ行き、やっと自宅(在宅)へ戻 医療に従事している人ならそれぞれの「場」は、どのような人が対象でどのような場所(病 院)なのかご存知でしょうが、関係者以外の人にはわかりにくいと思います。

そこで西さんが行くそれぞれの「場」がどんなところかを解説していただくことにしました。 それぞれの「場」でいかに人ではなく制度が中心となっていること。制度に人間が合わせ ていかなければならない矛盾が見えてきます。先ずはその現状を理解することが本シンポ ジウムの目的の一つです。

はどうなっているのか。どういう形であったら良いのかを考えること。これをふたつ目の さらにそれぞれの「場」でいろいろな職種が西さん夫婦にかかわります。そのかかわり はしっかりとつながっているのか。どのような連携が必要なのか、役割分担と情報の共有 目的にしました。 一般市民のみなさんと一緒に考えるシンポジウムにするため、できるだけ専門用語や特 珠な表現は除きました。が、わからない場合はご遠慮なく質問してください。各 STAGE 限られた時間でどこまで深められるか不安ですが、少ない時間で手弁当で作ったものでも ごとに解説を用意しました。そこでご質問やご意見をいただきながら進めていきます。 ありご理解いただければ幸いです。

スライドはすべて資料としてみなさんにお渡ししております。ご覧いただきながら参加 してください。それでは始めます。

る

STAGE③ 回復期から慢性期へ

医療療養病院へ転院して約半年経ちました。外泊も何度かでき、妻は少しずつ自信を持ててきたようです。夫はこの春には自宅へ戻りたいと希望していて、状態も安定しています。転院後、要介護 1 で認定を受けており、介護保険サービスを利用しての在宅療養もできそうです。そのため、このまま入院を続けることは難しいとも言われます。今後の療養の場について話し合いがもたれました。

結果、妻の介護負担を軽減を考えて、ヘルパー、訪問看護、訪問リハビリなどがあれば 在宅療養ができると予測。施設での療養④ではなく在宅療養、家に帰ることになりました。 ケアマネジャーを中心に在宅療養の支援体制がつくられ、病院に集まり話し合いが特た れました。俀⑮。退院時計画と(ケアプラン)が詰められることになります。

医師「大分安定してきましたね。奥さんの負担を減らせば在宅も可能ではないでしょうか。 自信がなければ、施設に入ることも考えられると思いますけど。」

本人、妻「また出されるんですか!」

医師「今のご主人の状態は医療区分1なので、長く入院はできない仕組みなのですよ。」 本人「俺は今まで区分されたことなんてないです!」

医師「いえ、これは国が決めた医療の制度なんです。患者さんの状態や必要な医療を 8 段階に分けたものなのです。この制度では医療区分 1 の患者さんは長く入院できないようになっているんですよ。」

夫「よくわかんない制度だわ、先生。できれば私、もう、家に帰りたいです。この前、ヘルパーさんとか看護師さんやリハビリの先生も家に来てもらえるようなことを聞いたし。やっぱし家に帰りたいですよ。今なら大丈夫かなと思うしね。なあ、いいべ母さん。」奏ば「はい。父さんもがんばったしね。自信はないけど、何とかなるしょっていう気持ち

病院にて本人、妻、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、訪問りたじりなど在宅療養を支えるスタッフが集まり、病院からは医師、病棟看護師、理学療法士、言語聴覚士、MSWが参加し在宅へ向けての話し合いを持ちました。

にもなりました。もうこれ以上の入院は・・・。家に帰ろう、ね、父さん。」

退院後の二人の生活を支える体制を検討し、介護サービス利用の計画、(ケアプラン)が F成されました。 待ちわびた退院の日。心配は尽きないけれど西さんご夫婦は笑顔で住み慣れた我が家へ 帰りキしか.

<解説>

慢性期医療の実際。医療区分とは何か。なぜ入院継続はできないのか。 退除に向けての多職種の話し合いについて。在宅支援スタッフとの連携のあり方。

STAGE② 急性期医療から回復期リハビリへ

転院して4ヶ月が過ぎました。本人の頑張りもあり、屋外では長い距離は車椅子を使いますが、屋内ではゆっくりでも枝歩行ができるようになりました。早く自宅へ帰りたい希望が強く、試験外泊をすることになりました。理学療法士なども同行して、手すりの取り付け、福祉用具の利用、介護保険サービスなどを利用すると在宅療養は可能かに見えました③。が、妻からまだ自信がない、もう少し待って欲しいと言われます。聞くと外泊中の夜間にトイレに間に合わず、大変だったそうです。また家のなかは寒いので、今は無理だと思うと辛そうに話しました。今は11月中旬、これからが冬本番です。

病院で今後のことを話し合いました。回復期リハビリ病棟は病気ごとに入院期間の制限があること。退院できなければどこか療養できる場を探す必要があると言われます。MSWから長期入院の慢性期病院②と介護保険施設⑦を説明されます。結果、リハビリを維続することから医療療養病棟のある病院へ転院することになりました③。

医師「どうでしょうか。今のままでは自信がないと奥さんは考えておられる。かといって、ここの病院もこれ以上の入院は難しいですし、もっと長くいられる病院や施設を考えてみたらどうでしょう?」

妻 「えっ!また出されるんですか。」

医師「回復期リハビリ病棟は病気ごとに入院期間の制限があるんですよ。」

妻「そんな・・・。まだリハビリも途中で、家に帰っても私、自信ないし、冬だし・・・。」 夫「なに。おまえっ!俺ばずっと入院させておきたいから、そんなこと言うんだべ!」と怒 りを現します。

妻は「そんなことない。そんなこと言ってないしょ。なしてわかってくれないの。」と泣き #1 + + 医師「まあ、そう興奮なさらないで。確かに今は11月。これから寒さも本番です。もう少し長くいられる病院でリハビリを続けて、春頃には家に帰れるように考えてみま

もンダレ皮くいられる物的でリハヒリを続けて、脊型には多に縮れるように各名にみませんか。ここにいる MSW が調整しますよ。」 MSW、リハビリを続けられる病院を探すこと。妻が自信も持てるように相談していこ

<解説>

うと伝えます。

回復期リハビリとは何か。

っ

<配役>

岩間さん(札幌市西区介護予防センター発寒 社会福祉士) 西 太郎(夫)

山崎さん (札幌第一病院 MSW) (釜) 結 E

谷藤さん (訪問看護ステーションやまのて 保健師) 上河さん(はばたき新琴似センター 介護福祉士) 中城さん(北佑会神経内科病院 理学療法士) STAGE® STAGE® $STAGE \oplus$ 医節

<解説>

清水さん (手稲渓人会病院 社会福祉士) (札幌第一病院 院長) 臓さん 8-① 急性期医療、病院について。 地域連携とパスについて。

白髭さん(西区第一包括支援センターCM)

地域包括支援センターの役割

MSW) 院長) 松村さん(高橋脳神経外科病院 永石さん (回復期リハビリ病棟について 支援の実際。

(MSM 塩川さん(勤医協札幌西区病院 副院長) 行沢さん(慢性期医療、療養型病院について 退院時支援、在宅調整の実際 乙坂さん (五天山園居宅介護支援事業所 CM) 在宅支援、介護サービスについて **S**-⊕

赤羽根さん (札幌秀友会在宅部 理学療法士) ICF (国際生活機能分類)

高桑さん (平和リハビリテーション病院 MSW) <ナレーター>

出井さん (西円山病院 MSW) 〈座長・総合司会〉

STAGE④ 慢性期から在宅へ

ようやく自宅へ戻った夫は笑顔です。妻も1人で全部抱えるのではなく、いろいろかか わってくれること、いつでも相談に乗ってくれることがわかり安心したようです。

退院するときは不安も大きく、たくさんの介護サービスの利用を考えました。自宅へ戻 って生活していくなかでサービスの利用も整理され、うまく利用する「コツ」もつかんだ また倒れたらどうしよう。そんな不安を感じるときもあります。今回、夫が病気になっ て入院して初めてわかったことがたくさんありました。

同じ病院でも急性期や回復期、慢性期とそれぞれに役割があって、入院の対象や期間に は制限があること。医療、介護、福祉の制度は複雑でわかりにくいが、知らないと利用で きない。どこに、誰に相談したらよいのかを知っておくことが大切です。

やっと我が家での暮らしにもどった二人はしみじみと語ります。

やっぱり家が一番いいなあ。母さんにずい分と心配かけたもなあ。すまんかった 夫「もう、家での生活は無理だべなと思ったけど。こうして帰ることができてよかった。

妻「いいや。もっと早く帰れなくてごめんね。でも、知らないことばっかりで、何をど 夫「ほんとだ。そうだったなあ。知らないのも悪いのかもしれんが、何か、人のための 制度じゃなくて、制度に人が合わせなきゃならんようになったみたいだなあ。」 うしていいのか。わかんないことだらけだったし・・・。」

妻「ほんと。そうだねえ・・・。」

< 解説>

在宅療養 介護サービスの利用の実際。ケアマネジャーの役割。

へ物格>

どんな病気、障がいでも「ぐるぐる図」で示す動線が基本となる。 動きに併せた連携、情報の提供、共有はどうあるべきか。

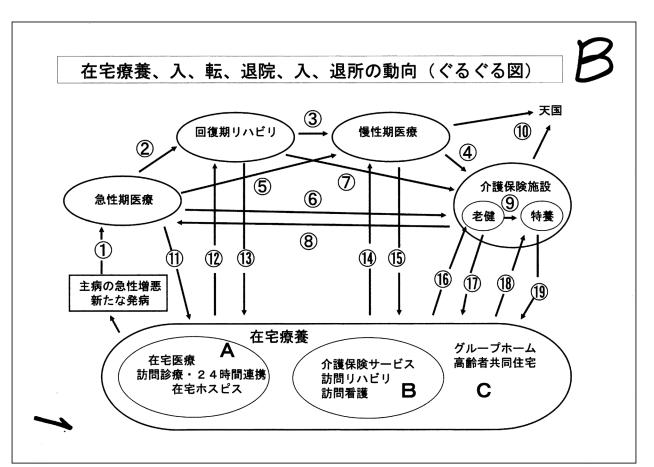
西 太郎さんの病気の前と後はどう変わったか。 ICF(国際生活機能分類)についての説明。

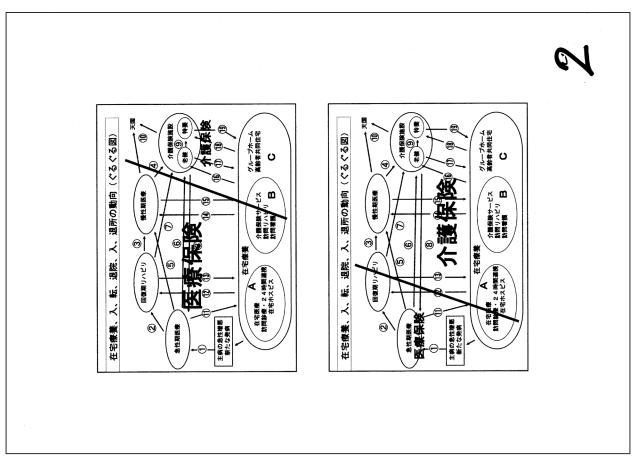
4

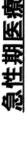
9

නු ල

S-(3)







国の医療制度改革⇒医療費適正化計画

医療機関の機能分化・連携の推進・情報共有

<u>在院日数制限</u> 急性期の治療が済んだら退院 次の機能の病院へ

→看護体制(7:1、10:1)入院基本料

・寿名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推測される入院期間等が記載

 ・入院から7日以内に文章で患者又は家族に説明。説明に用いられた「文章」は患者または家族へ交付。 【クリティカルパス】(医療の内容を評価・改善して、質の高い医療を患者さんに提供することを目的。驀準化。) ・入院時診療計画と同様、入院から退院までの計画。

・主要診断群分類に大別し傷病により分類。傷病名はWHO発行の国際疾病分類(ICD10)の中から選択。 ・入院から退院までの流れをイラストを用いたり時系列整理し、よりわかりやす<u>(養など」で表現。</u> 【DPC】(急性期入院医療の診断分類に基づく1日あたりの包括評価制度。科学的根拠に基づく<mark>種準化</mark>。)

・手術、処置などの診療行為、重症度等に基づく診断群分類を決定。診断群分類により入院日数等の基準を設定 [地域連携パス](地域連携診療計画管理・退院時指導:脳卒中・大腿骨頚部骨折)

病名、入院時の症状、予定されている診療内容・選連<u>的な</u>転院までの期間、転院後の診棄内容、選携する保険 医療機関を退院する<u>選準的な</u>期間、など基準を定める。(計画管理病院・回貨期病院は社会保険事務局へ届出) 入職から7日以内に文書で患者又は家族に説明。説明に用いられた「文書」は患者または家族へ交付。 診療計画(べ入表など)は、回復期病院へ確実に引きつぎ、回復期病院退除時に計画管理病院へ文書提出、

(bttp://www.brn.mhw.go.ja/shingi/2006/12/dis1206-8c.pdf) -北海道医療計画:「北海道医療計画の概要、第3章 4疾病5季素等の医療道路体制の構築」(P14) (http://www.pref.hokkado.ja.ja/NR/don/pres/24FAE902-03E1-4803-885F-D2D8435C038AU03.pdf) 参考ホームページー覧 ・シリティカルバス:「シリティカルバス・ライブラリー」(http://epsth.medis.jg/) ・DPC:参加所県別DPC対象解験に編作数の状況。「資本し、DPC更件の項目別線除数」

手榴漢仁会病院

(http://www.prefnakkalo.jub/NR/donhros/BECBDA0F-A483-4435-A71C-143EACB53DFB/08.pdf) 札幌市脳卒中地域連携/スネット協議会ホームページ(http://www.rankel-bass.net/)

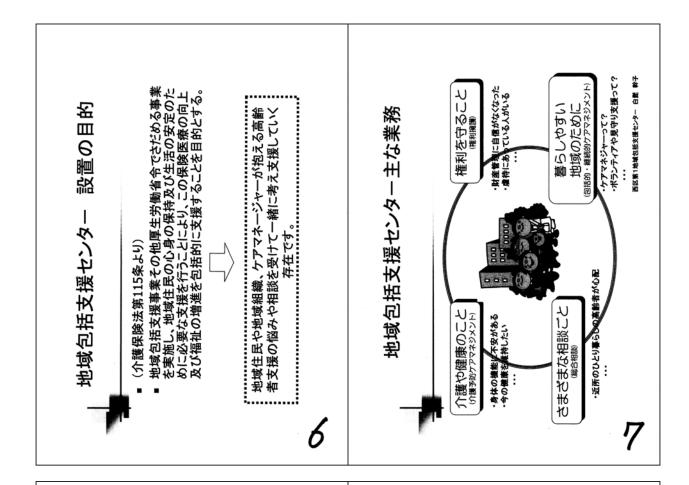
1-P163)

| S P 1999 | 16 | B / U | | 日本 東 | 山 明 % | A | B | C D | E | F | G | H | I | B | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | F | B | 留卒中地域連携 パスメニュー 維持期リハ病院・施設 短期リハコー: (1ヶ月) FIM 100~126 中期リハコー (2~3ヶ月) FIM 80~99 長期リハコー (3~6ヶ月) FIM 18~79 8 在宅医療 (かかりつけ医) 転跳入所先調整 5 ・ N\脳卒中連携パスメニュー/、患者リスト/連携パス表/MSW情報提供書/薬剤情報連絡箋/FIM表/連携図)、患者用パスシート/ | **園 め・2・A・■ 黒 丑 □ □ ■**

札幌市脳卒中地域連携パスネット協議会(札幌市及び近隣市町村 72医療機関が参加) 協力:社団法人日本脳卒中協会北海道支部、社団法人札幌市医師会、札幌市脳卒中救急医療協議会

札幌市脳卒中地域連携パスネット協議会ホームページ(http://www.renkei-pass.net/)で詳細をみることができます。

'08.05.20 手稲渓仁会病院 地域連携福祉センター



「回復期リハビリテーションとは」

平成20年5月20日 公開シンポジウム資料

- ●回復期リハビリテーション病棟は、平成12年4月に厚労省によって承認された、新しいタイプ病棟です。
- ●回復期リハビリテーションとは、脳卒中や脊髄損傷、大腿骨骨折などの整形外科疾患、外科手術後の廃用症候 群など、発症から急性期を経た後の「回復期」に、<u>その状態ごとに定められた期間のなかで</u>行っていくリハビリテ
- ●リハビリテーションを集中的に行うことにより効果が期待できる患者さまに対して、日常生活動作(ADL)、歩行の 自立などを目標として、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等を<u>集中的に行う医療</u>です。
- ●本邦では、リハビリテーション専門病院、回復期リハビリテーション病棟、専門リハビリテーション医療機能を有す
- ●回復期リハビリテーション病棟への入院には、決められた病名とその病名により入院期間が定められています。

疾患	発症から入院 までの期間	入院可能日数
①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント所後、脳 腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症の発症もしくは手 術後	2ヶ月以内	150日
②高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の顕髄損傷・頭部 外傷を含む多発外傷	2ヶ月以内	180日
③大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の骨折もしくは手術後	2ヶ月以内	90日
④外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後	2ヶ月以内	90日
⑤大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の神経、筋、靭帯損傷後	1ヶ月以内	60 B

●回復期リハビリテーション病棟の施設基準

リハビリテーション科を標榜し、専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上、作業療法士1名以上

平成20年4月から

- ①回復期リハビリテーションを要する状態の患者さまが、80%以上
- ②重症の患者さまが15%以上、居宅などへの復帰率が60%以上
- ③重症の患者さまの30%以上が日常生活機能指標で一定以上の改善がみられる

療養型病床の医療区分とADL区分

平成18年7月から、医療療養病棟における診療報酬について、医療区分とADL区分により患者を分 類し、その組み合わせにより評価することになりました。 具体的な区分内容は下記の通りです。 ◆医療区分

医療区分3

【疾患・状態】

・スモン ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態

【医療処置】

- ・中心静脈栄養 · 24時間持続点滴
- ・レスピレーター使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄
- ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア
- 感染隔離室におけるケア

医療区分2

- 【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症
- 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)パーキンソン病関連疾患
- ・その他神経難病 (スモンを除く)
- ・神経難病以外の難病・脊髄損傷

- 肺気腫慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
- 疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍
- 肺炎尿路感染症 創感染
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 脱水
- ・体内出血 ・頻回の嘔吐 福街
- ・うっ血性潰瘍 せん妄の兆候
- うつ状態



【医療処置】

- 透析発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養
- ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア
- 血糖チェック
- 皮膚の潰瘍のケア手術創のケア
- 創傷処置 ・足のケフ

医療区分1 医療区分2・3に該当しない者

◆ADI 区分

	自立	準備	観察	部分的援助	広範囲 援助	最大援助	全面 依存	本動作なし
ペッド上の可動性	0	1	2	3	- 4	5	8	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	8
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6

ADL区分1=0-10点 区分2=11-22点 区分3=23-24点 ↓「現行」とは平成20年3月まで、「改正案」とは同年4月以降のこと。

(現行) 医療区分、ADL区分における入院基本料 療養病権入院基本料

	医療区分1	医康区分2	医療区分3
ADL区分3	885#I	1,344点	1.740点
ADL区分2	764#i	1,344点	1.740点
ADL区分1	764点	1,220点	1,740.ద

Ų

(改正案) 医療区分、ADL区分における入院基本料 療養網権入院基本料

	医療区分1	医嫩区分2	医维区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750A	1.320点	1,709点
ADL区分1	750₫	1,320点	1,709.0

(中医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を指まえて配慮する。)

10

平成 20 年 5 月 20 日 公開シンポジウム資料

札幌市介護支援専門員連絡協議会 西区支部長 乙坂 友広

公開シンポジウム「つなぐかかわり〜地域連携を考える」 西 太郎氏のケアプラン作成時の着脱点について

ケアマネジャーや依頼する事業所によって、導入などについては違いがありますが、 私自身が関わる時に促意する点を発表いたします。

- ① 発症後、しばらくぶりの在宅生活。⇒ 数回の外拍において、具体的に因った事情を中心に問題点を他出する。(移動・トイレ・故寝・寒入浴・その他)
 ② 本人にとっての自立支援と家族にとっての自立支援→ 本人がどの程度の力を有していて、生活の中で有効的に活用できるようになっているか。また、それを支える家装が通波な負担となっていないか。(株実的に負担が強くならないか)。家庭構設を改善すると、より快適に自立して生活できないか⇒住宅改修・福祉用見年金等経済的な事情 ⇒ 介護金数に要する費用が、家族が生活を送る上でどの程度の必須となっているか。
 ④ 関わりにより、新たな人間関係を模倣して、人との交流による精神面の話性化やまったのといるがよりよりままねを示し、

- 考え方の変化につなげるように支援を行う。 ⑤ 元気な時に主体的に行っていた生活を基礎として、可能な限りそれに近づける。

家での快適な生活
リハビリ・入路
⇒ 通所リハビリ等の住宅改修・手すり数置福祉用具貸与等
通院・医療面
⇒ 訪問介護による通院支援(通院等乗降介効等)・訪問看護

サービス開整時の留室事項について 利用者・家集は、関わるんが他一の相談機関となり、公平中立な立場でサービス 内容の説明と、選ぶ平助けをします。 そのためには、介護保険制度だけではなく、様々 なサービス等の情報を設備する必要があります。 業者の選定でも、「何もわからないの に選ぶ運事もない・・」中で紹介するのは難しいので、重に沿わない場合はいつでも 変える事が可能・と伝える事が重要です。 本人・家集には出来るだけ直接選んで いただく事が理想です。(通所等の事前の見学等)

適切なマネジメントができると、西 大郎さんは、次の更新で介護予防(要支援)となり、地域包括支援センターに移管となります。

11

役割や外出の状態 外出は病院くらい 役割や外出の状態 特に役割なし 特に役割なし 太郎さんの日常生活の状態(病気後) 太郎さんの日常生活の状態(病気前) ・入院中 (項固(聴いてくれない) その他・個人の状態 ・頑固 (聴いてくれない) その他・個人の状態 ・仕事一筋だった 仕事一筋だった 82歲、男性 82歳、男性 家事の活動はしない 日常の活動の状態 ・自分のことは行う 日常の活動の状態 健康の状態 健康の状態 介助が必要 車椅子使用 高血圧症 脳梗塞 糖尿病 ・糖尿病 ・妻 (78) と2人 持ち家 まわりの状態 長男長女は道外 ・妻 (79) と2人 まわりの状態 長男長女は道外 ・一軒家、持ち家 一軒家、 全身的な筋力低下 心身の状態 心身の状態 右半身の麻痺 言語の障害 体がかたい 囯 12 13

在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向(ぐるぐる図) ▶ 天国 3 (10) 回復期リハビリ 慢性期医療 2 **(4**) $\overline{(7)}$ **(5)** 介護保険施設 **6**) 急性期医療 老健 特養 (8) (1)(12)(14)(15)(13)(16)(17)(18)主病の急性増悪 新たな発病 在宅療養 グループホーム Α 介護保険サービス 在宅医療 高齢者共同住宅 訪問リハビリ 訪問診療・24時間連携 訪問看護 在宅ホスピス В 訪問介護

西区在宅ケア連絡会2008

急性期医療

保険証		一部負担金/月 (A)	食事療養費/月 (B)	合計/月 (A+B)
220	3割	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	23.400円	一部負担金+23,400円
医療保険後期高齢者	1割	44,400円	23,400円	67,800円
医療保険	圧売組み	24 COOTI	入院90日まで 18.900円	43,500円
除	低所得2	24,600円	入院91日以降14.400円	39,000円
	低所得1	15,000円	9,000円	24,000円
国	上位 所得者	150,000円+(医療費-500,000円)×1% 〈83,400円〉	23.400円	一部負担金+23,400円
健康保険 国民健康保険	一般 80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>		23,400円	一部負担金+23,400円
険保険	非課税	非課税 35,400円	入院90日まで 18.900円	54,300円
P P	世帯 <24,600円>*2		入院91日以降14.400円	49,800円

^{*2:}一部負担金内◇は過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合の金額になります。

低所得2:世帯全員が市民税非課税である場合。生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方。

低所得1:世帯全員の所得が0円の場合(公的年金の控除額を80万円として計算)生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方上位所得者:健康保険等については、標準報酬月額53万円以上の方。国民健康保険においては、年間所得600万円以上である方。一般:上位所得者、非課税世帯以外の方。

一般:エ位所侍有、非謀税世帯以外の 非課税世帯:住民税を納めていない方

³割:同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、一人でも市民税の課税所得が145万円以上ある方。

¹割:本人の他に同一世帯に後期高齢者医療制度の被保険者がいない場合は、本人の収入の額が383万円未満の方。いる場合は、その方と本人の収入の額の合計が520万円未満の方

急性期 難病(特定疾患)の公費負担医療給付

受給者証		一部負担金、食事療養費/月						
		階層	生計中心者が患者本人以外(a)	生計中心者が患者本人 (b)				
特		Α	0	0				
定		В	4,500	2,250				
特定疾患医療受給者証	一般	С	6,900	3,450				
医	一放	D	8,500	4,250				
受处		Е	11,000	5,500				
者		F	18,700	9,350				
証		G	23,100	11,550				
	重症		0	0				

対象疾患は、国が定める45疾患と、北海道が独自に定める6疾患です。

重症認定は、対象疾患を主な要因として、身体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい 支障(他人の介助を受けなければほとんど自分の用を行うことができない程度)があると認められる場合、認定を受けられます。 なお、身体障害者手帳の交付を受けている場合、その写しを重症患者認定申請書に添付することにより診断書及び重症患者認定基 準表の提出を省略することができます。ただし、身体障害者手帳は、当該特定疾患による障害であることが明らかであり、その障害が 2級相当以上であることが確認できる場合に限ります

- A:生計中心者の市町村民税が非課税の場合
- B:生計中心者の前年の所得税が非課税の場合
- C:生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合
- D:生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001~15,000円の場合
- E: 生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001~40,000円の場合
- F: 生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001~70,000円の場合
- G:生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合

軽快者:更新申請の審査において、治療の結果、疾患特異的治療が必要ない、臨床所見が認定基準を満たさず、著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことが可能である、治療を要する臓器合併症等がない、この基準すべてを1年以上満たすと認められた場合、「軽快者」に認定されます

急性期 障がい者の公費負担医療給付

受給者証	一部負担金/月 (A)		食事療養費/月 (B)		合計/月 (A+B)
医重	老課•障課	44,400円	23,400円		67,800円
療度費心	を重	IN ET 48 o	入院90日まで18,900円	18,900円	
マタ 給障 者害		0円	低所得2	入院91日以降14,400円	14,400円
証者			低所得1	9,000円	9,000円

重度心身障害者医療費受給者証の対象・・・札幌市に住民登録または外国人登録をしている健康保険の被保険者(組合員)の方、もしくはその健康保険の被扶養者となっている方で、次の1.および2.か3.に該当する方です。 1.生計を主として維持する方の前年または前々年の所得額が、限度額未満の方

- 2.身体に障がいのある方で、1~3級(ただし、3級にあっては、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、または ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいに限る)の身体障害者手帳をお持ちの方
- 3.知的障がいのある方で、「A」と判定された療育手帳をお持ちの方、または「重度」と判定(診断)された方。

老課:75歳以上で課税の方 障課:75歳未満で課税の方 老初:75歳以上で非課税の方 障初:75歳未満で非課税の方

課税とは、道民税、市民税を納められている方

回復期リハビリ

保険証		一部負担金/月 (A)	食事療養費/月 (B)	合計/月 (A+B)
e de	3割	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	23.400円	一部負担金+23,400円
医療保険後期高齢者	1割	44,400円	23,400円	67,800円
医療保険	近記組み	24.600円	入院90日まで 18.900円	43,500円
険齢	低所得2	24,600円	入院91日以降14.400円	39,000円
	低所得1	15,000円	9,000円	24,000円
国	上位 所得者	150,000円+(医療費-500,000円)×1% 〈83,400円〉	23.400円	一部負担金+23,400円
健康保険	一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈44,400円〉	23,400円	一部負担金+23,400円
険 保	保 p p p p p p p p p p		入院90日まで 18.900円	54,300円
			入院91日以降14.400円	49,800円

- *2:一部負担金内◇は過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合の金額になります。
- 3割:同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、一人でも市民税の課税所得が145万円以上ある方。
- 1割:本人の他に同一世帯に後期高齢者医療制度の被保険者がいない場合は、本人の収入の額が383万円未満の方。いる場合は、その方と本人の収入の額の合計が520万円未満の方

低所得2:世帯全員が市民税非課税である場合。生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方。

低所得1:世帯全員の所得が0円の場合(公的年金の控除額を80万円として計算)生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方上位所得者:健康保険等については、標準報酬月額53万円以上の方。国民健康保険においては、年間所得600万円以上である方。

一般:上位所得者、非課税世帯以外の方。 非課税世帯:住民税を納めていない方

回復期 難病(特定疾患)の公費負担医療給付

「								
受給者証		一部負担金、食事療養費/月						
		階層	生計中心者が患者本人以外(a)	生計中心者が患者本人 (b)				
特		Α	0	0				
定		В	4,500	2,250				
患	ńл	С	6,900	3,450				
医	一般	D	8,500	4,250				
特定疾患医療受給者証		Е	11,000	5,500				
者		F	18,700	9,350				
証		G	23,100	11,550				
	重症		0	0				

対象疾患は、国が定める45疾患と、北海道が独自に定める6疾患です。

重症認定は、対象疾患を主な要因として、身体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい 支障(他人の介助を受けなければほとんど自分の用を行うことができない程度)があると認められる場合、認定を受けられます。 なお、身体障害者手帳の交付を受けている場合、その写しを重症患者認定申請書に添付することにより診断書及び重症患者認定基 準表の提出を省略することができます。ただし、身体障害者手帳は、当該特定疾患による障害であることが明らかであり、その障害が 2級相当以上であることが確認できる場合に限ります

- A:生計中心者の市町村民税が非課税の場合
- B:生計中心者の前年の所得税が非課税の場合
- C:生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合
- D: 生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001~15,000円の場合
- E:生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001~40,000円の場合
- F:生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001~70,000円の場合G:生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合
- 軽快者: 更新申請の審査において、治療の結果、疾患特異的治療が必要ない、臨床所見が認定基準を満たさず、著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことが可能である、治療を要する臓器合併症等がない、この基準すべてを1年以上満たすと認められた場合、「軽快者」に認定されます

回復期 障がい者の公費負担医療給付

受給者証	一部負担金/月 (A)		食事療養費/月 (B)		合計/月 (A+B)
医重	医重 老課·障課 44,400円			23,400円	
療度費心	老初·障初	0円	低所得2	入院90日まで18,900円	18,900円
医療費受給者証重度心身障害者				入院91日以降14,400円	14,400円
			低所得1	9,000円	9,000円

重度心身障害者医療費受給者証の対象・・・札幌市に住民登録または外国人登録をしている健康保険の被保険者(組合員)の方、もしくはその健康保険の被扶養者となっている方で、次の1.および2.か3.に該当する方です。1.生計を主として維持する方の前年または前々年の所得額が、限度額未満の方

2.身体に障がいのある方で、1~3級(ただし、3級にあっては、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいに限る)の身体障害者手帳をお持ちの方

3.知的障がいのある方で、「A」と判定された療育手帳をお持ちの方、または「重度」と判定(診断)された方。

老課:75歳以上で課税の方 障課:75歳未満で課税の方 老初:75歳以上で非課税の方 障初:75歳未満で非課税の方

課税とは、道民税、市民税を納められている方

慢性期 医療療養病棟 医療区分Ⅱ、Ⅲの方

保険証		一部負担金/月 (A)	食事療養費/月 (B)	合計/月 (A+B)
44	3割	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	23.400円	一部負担金+23,400円
医脚	1割	44,400円	23,400円	67,800円
療管	近記組の	24 COOTI	入院90日まで 18.900円	43,500円
医療保険 後期高齢者	低所得2	24,600円	入院91日以降14.400円	39,000円
	低所得1	15,000円	9,000円	24,000円
国	上位 150,000円+(医療費-500,000円)×1% 所得者 <83,400円>		23.400円	一部負担金+23,400円
健康保険国民健康保険	一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈44,400円〉	23,400円	一部負担金+23,400円
険 保 険	非課税	35,400円	入院90日まで 18.900円	54,300円
	世帯 <24,600円>*2		入院91日以降14.400円	49,800円

^{*2:}一部負担金内◇は過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合の金額になります。

低所得2:世帯全員が市民税非課税である場合。生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方。

低所得1:世帯全員の所得が0円の場合(公的年金の控除額を80万円として計算)生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方上位所得者:健康保険等については、標準報酬月額53万円以上の方。国民健康保険においては、年間所得600万円以上である方。

一般:上位所得者、非課税世帯以外の方。 非課税世帯:住民税を納めていない方

³割:同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、一人でも市民税の課税所得が145万円以上ある方。

¹割:本人の他に同一世帯に後期高齢者医療制度の被保険者がいない場合は、本人の収入の額が383万円未満の方。いる場合は、その方と本人の収入の額の合計が520万円未満の方

	慢性	期 医療療養物	病棟 医療 [区分Ⅰで65歳以	<u> </u>
保険証	_	-部負担金/月 (A)	食事療養費/月 (B)	居 住費 (C)	合計/月 (A+B+C)
.44	3割 * 1	80,100円+(医療費ー 267,000円)×1%	41.400円	9,600円	一部負担金+51,000円
医療保険後期高齢者	1割	44,400円	41,400円	9,600円	95,400円
医療保険	低所得2	24,600円	18.900円	9,600円	53,100円
険 野				9,600円	33,600円
	低所得1	15,000円	9,000円	かつ老齢福祉年金受給者 0円	かつ老齢福祉年金受給者 24,000円
国健民	上位所得者	150,000円+(医療費 -500,000円)×1% 〈83,400円〉	41.400円	9,600円	一部負担金+51,000円
健康保険	一般	80,100円+(医療費- 267,000円)×1% <44,400円>	41,400円	9,600円	一部負担金+51,000円
陝 *3	非課税 世帯	35,400円 <24,600円> * 2	18,900円	9,600円	63,900円

- * 1 過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合(多数該当)は44,400円になります。
- *2 〈 〉内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合。
- 3割負担:同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、一人でも市民税の課税所得が145万円以上ある方。
- 制負担:本人の他に同一世帯に後期高齢者医療制度の被保険者がいない場合は、本人の収入の額が383万円未満の方。いる場合は、その方と本人の収入の額の合計が520万円未満の方
- 低所得2:世帯全員が市民税非課税である場合。生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方。
- 低所得1:世帯全員の所得が0円の場合(公的年金の控除額を80万円として計算)生活保護法に規定する保護者であって、この区分によって高額療養費のサービスを受け、かつ、食事療養および生活療養の標準負担額について減額されたとすれば、保護を必要としなくなる方。
- 上位所得者:健康保険等については、標準報酬月額53万円以上の方。国民健康保険においては、年間所得600万円以上である方。
- *3 65歳以上75歳未満の方のみ対象
- 一般:上位所得者、非課税世帯以外の方
- 非課税世帯:住民税を納めていない方
- 外来受診は、入院中病院の標榜科目と同科の受診は入院中病院の負担。標榜科目以外の受診は、患者様の負担となります

慢性期 医療療養病棟 難病(特定疾患)の公費負担医療給付

受給者証		一部負担金、食事療養費/月					
		階層	生計中心者が患者本人以外(a)	生計中心者が患者本人 (b)			
特		Α	0	0			
定		В	4,500	2,250			
特定疾患医療受給者証	一般	С	6,900	3,450			
<u>医</u> 療	一放	D	8,500	4,250			
受处		Е	11,000	5,500			
者		F	18,700	9,350			
証		G	23,100	11,550			
	重症		0	0			

対象疾患は、国が定める45疾患と、北海道が独自に定める6疾患です。

重症認定は、対象疾患を主な要因として、身体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい 支障(他人の介助を受けなければほとんど自分の用を行うことができない程度)があると認められる場合、認定を受けられます。 なお、身体障害者手帳の交付を受けている場合、その写しを重症患者認定申請書に添付することにより診断書及び重症患者認定基 準表の提出を省略することができます。ただし、身体障害者手帳は、当該特定疾患による障害であることが明らかであり、その障害が 2級相当以上であることが確認できる場合に限ります

- A:生計中心者の市町村民税が非課税の場合
- B:生計中心者の前年の所得税が非課税の場合
- C:生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合
- D: 生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001~15,000円の場合
- E:生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001~40,000円の場合
- F: 生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001~70,000円の場合
- G:生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合

軽快者:更新申請の審査において、治療の結果、疾患特異的治療が必要ない、臨床所見が認定基準を満たさず、著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことが可能である、治療を要する臓器合併症等がない、この基準すべてを1年以上満たすと認められた場合、「軽快者」に認定されます

慢性期 医療療養病棟 障がい者の公費負担医療給付

受給者証	一部負担金/月 (A)		食事療養費/月 (B)		合計/月 (A+B)
医重	老課•障課	44,400円	23,400円		67,800円
医療費受	老初·障初	0円	低所得2	入院90日まで18,900円	18,900円
一 定				入院91日以降14,400円	14,400円
証者			低所得1	9,000円	9,000円

重度心身障害者医療費受給者証の対象・・・札幌市に住民登録または外国人登録をしている健康保険の被保険者(組合員)の方、もしくはその健康保険の被扶養者となっている方で、次の1.および2.か3.に該当する方です。1.生計を主として維持する方の前年または前々年の所得額が、限度額未満の方

2.身体に障がいのある方で、1~3級(ただし、3級にあっては、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、または ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいに限る)の身体障害者手帳をお持ちの方

3.知的障がいのある方で、「A」と判定された療育手帳をお持ちの方、または「重度」と判定(診断)された方。

老課:75歳以上で課税の方 障課:75歳未満で課税の方 老初:75歳以上で非課税の方 障初:75歳未満で非課税の方

課税とは、道民税、市民税を納められている方

慢性期 介護療養型医療施設

要介護度	1	2	3	4	5
一部負担金/月	23,954円	27,294円	34,520円	37,586円	40,349円

	月額上限一割負担金額(高額介護サービス費利用)	食費	居住費 (多床室の場合)*5	合計 (月額上限で計算した場合)
	(A)	(B)	(C)	(A+B+C)
ᇙ	基準費用額*1	基準費用額	基準費用額	基準費用額
得	37,200円/月	41,400円/月	9,600円/月	88,200円/月
所得税、	第3段階 * 2	第3段階	第3段階	第3段階
1	24,600円/月	19,500円/月	9,600円/月	53,700円/月
課税	第2段階*3	第2段階	第2段階	第2段階
別	15,000円/月	11,700円/日	9,600円/月	36,300円/月
別 費 用	第1段階*4	第1段階	第1段階	第1段階
Ж	15,000円/月	9,000円/月	負担無し	24,000円/月

- *1 課税者
- *2 世帯全員が市民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方(所得金額は課税所得であり、課税年金収入には遺族年金、障害者年金等の非課税年金は含みません)
- *3 世帯全員が市民税非課税で利用者負担段階が*1、*2以外の方
- *4 世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給している方、もしくは生活保護を受給している方
- *5 多床室以外の場合 ユニット型準個室従来型個室・・49,200円 ユニット型個室・・59,100円
- ※(他医療法人への外来受診)入院病院標榜科と同科外来受診の場合・病院負担
 - 入院病院標榜科以外の外来受診の場合・・患者様負担
- ※(同医療法人への外来受診)入院病院標榜科と同科外来受診の場合・病院負担
 - 入院病院標榜以外の外来受診の場合・・患者様負担

慢性期 介護療養型医療施設(難病・特定疾患の方)

		一部負担金	食費療養費	居住費	合計
4.4	一般*1	生計中心者の	基準費用額* ³ 41,400円	基準費用額 9,600円	一部担金+51,000円
特定疾患	特 A~G 定 疾	所得と治療状 況によります。	第3段階*4 19,500円	第3段階 9,600円	一部負担金+29,100円
特定疾患受給者	丢止*2	ОΠ	第2段階* ⁵ 11,700円	第2段階 9.600円	18,600円
	重症*2	0円	第1段階*6 9,000円	第1段階 負担なし	9,000円

- *1*2 急性期、回復期と同じ方が対象となります。
- *3 課税者
- *4 世帯全員が市民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方(所得金額は課税所得であり、課税年金収入には遺族年金、障害者年金等の非課税年金は含みません)
- *5 世帯全員が市民税非課税で利用者負担段階が*3、*4以外の方
- *6 世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を需給している方、もしくは生活保護を受給している方
- ※ おむつ代は一部負担金に含まれます。

介護老人福祉施設

要介護度	1	2	3	4	5
一部負担金/月	20,820円	21,480円	23,610円	25,770円	27,900円

	月額上限一割負担金額(高額介護サービス費利用)	食費	居住費 (多床室の場合)*5	合計 (月額上限で計算した場合)
	(A)	(B)	(C)	(A+B+C)
丽布	基準費用額*1	基準費用額	基準費用額	基準費用額
得	37,200円/月	41,400円/月	9,600円/月	88,200円/月
所得税、	第3段階 * 2	第3段階	第3段階	第3段階
1	24,600円/月	19,500円/月	9,600円/月	53,700円/月
課税別費用	第2段階*3	第2段階	第2段階	第2段階
別	15,000円/月	11,700円/日	9,600円/月	36,300円/月
費田	第1段階*4	第1段階	第1段階	第1段階
Ж	15,000円/月	9,000円/月	負担無し	24,000円/月

- *1 課税者
- *2 世帯全員が市民税非課税で利用者負担段階が*1、*2以外の方
- *3 世帯全員が市民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方(所得金額は課税所得であり、課税年金収入には遺族年金、障害者年金等の非課税年金は含みません)
- *4 世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を需給している方、もしくは生活保護を需給している方
- *5 多床室の場合・・第1段階0円 第2段階、第3段階9,600円 従来型個室・・第1段階9,600円 第2段階12,600円 第3段階 24,600円 ユニット型個室・・第1、2段階24.600円 第3段階49,200円

介護老人保健施設

要介護度	1	2	3	4	5
一部負担金/月	23,802円	25,290円	26,898円	28,539円	30,147円

	月額上限一割負担金額(高額介護サービス費利用)	食費	居住費 (多床室の場合) * 5	合計 (月額上限で計算した場合)
	(A)	(B)	(C)	(A+B+C)
所	基準費用額 * 1	基準費用額	基準費用額	基準費用額
得	37,200円/月	41,400円/月	9,600円/月	88,200円/月
税	第3段階 * 2	第3段階	第3段階	第3段階
課	24,600円/月	19,500円/月	9,600円/月	53,700円/月
税	第2段階*3	第2段階	第2段階	第2段階
湿	15,000円/月	11,700円/日	9,600円/月	36,300円/月
 別 費 用	第1段階*4	第1段階	第1段階	第1段階
	15,000円/月	9,000円/月	負担無し	24,000円/月

- *1 課税者
- *2 世帯全員が市民税非課税で利用者負担段階が*1,*2以外の方
- *3 世帯全員が市民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方(所得金額は課税所得であり、課税年金収入には遺族年金、障害者年金等の非課税年金は含みません)
- *4 世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を需給している方、もしくは生活保護を需給している方
- *5 多床室の場合・・第1段階0円 第2段階、第3段階9,600円 従来型個室・・第1段階9,600円 第2段階12,600円 第3段階 24,600円 ユニット型個室・・第1、2段階24.600円 第3段階49,200円

身体障害者手帳とは

身体障害者(児)の方が、医療給付、補装具の交付、施設の入所などの各種の福祉サービスを受けるときに必要な手帳として、交付される。

対象者…視覚、聴覚、平衡機能、音声・言語機能、そしゃく機能、肢体、心臓機能、 じん臓機能、呼吸器機能、ぼうこう又は直腸機能、小腸機能、ヒト免疫不全ウイル スによる免疫機能のいずれか(または複数)に永続する障害がある方が対象。

等級は、障害別に1級(重度)から6級(軽度)まであります。また、種別は、障害の程度により一種と二種があり交通機関の運賃割引の基準となる。

また、肢体不自由には等級上「7級」が存在するが、7級単独の障害では身体障害者手帳は交付されない。7級の障害が重複して6級以上となる場合は手帳が交付される。

療育手帳とは

知的障害者(児)に対し、一貫した相談や、援助を行うと共に、各種サービスを受けやすくする事を目的としている。 対象者・・・児童相談所又は、知的障害者更生相談所(市内「手をつなぐ相談センター"まあち")で知的障害の判定 を受けた人が対象。

区分 (札幌市の場合)	認定の目安
A(重度)	IQが概ね35以下の方(又はIQが概ね50以下で、肢体不自由等の身体障害者)を重複する方)で札幌市療育手帳交付要綱で別に規定する用件を満たす方
B(重中度)	IQが概ね36~50の方
В-	IQが概ね51以上の方

精神障害者保健福祉手帳とは

精神障害者に対し、援助やサービスを受けやすくする事を目的としている。

対象者・・・(統合失調症、精神作用物質による急性中毒または依存症、知的障害者、精神病質その他の精神疾患を有するもの)指定都市市長が精神保健福祉センターの判定を受けた人が対象

区分	認定の目安
1(重度)	日常生活の用を弁ずる事を不能ならしめる程度のもの
2(重中度)	日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活において著しい制限 を加える事を必要とする程度のもの
3	日常生活もしくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活もしくは社会生活に制限を加える事を必要とする程度のもの

介護保険 高額介護サービス費の給付について

利用者負担段階	利用者負担の上限額 (月額)
下の区分に該当しない方	37,200円
世帯全員が市民税非課税の方	24,600円
世帯全員が市民税非課税の方で ①所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方 ②老練福祉年金を受給されている方 ③生活保護を受給している方	15,000円 (個人)
利用者負担を15,000円に減額することで生活保護の受給者とならない方	15,000円

介護保険では、サービスを利用した場合、その費用の一割が利用者負担となります。

この利用者負担には上限額が設けられており、利用者が1ヶ月に負担した額が上限額を超えた場合、この超えた部分に相当する額が申請に基づき高額サービス費として払い戻しされます。

*高額介護サービス費については2年前まで遡り申請を行うことが出来ます。

慢性期 医療療養病床 食費、居住費(ホテルコスト)負担

対象者:療養病床に入院する65歳以上医療区分 I に該当する患者様

内 容:食事の提供と光熱水費に関連するサービスを「温度、照明及び給水に関する 適切な療養環境の形成である療養」を合わせ、療養給付と合わせて行う生活 療養とし、介護保険との観点から、食費及び居住費の負担を求めるもの

V おわりに

1 活動報告書(Ⅱ)のために

一 平成12年9月 発行分 一

平成8年4月、札幌市医師会西区支部有志が集まり、「西区内での保健、医療、福祉の連携により、在宅療養者支援のために、とにかく実際に役に立つことができないか」と話し合ったのがきっかけとなり、準備を重ね、平成9年8月、第1回「西区在宅ケア連絡会」が開催された。その後ほぼ毎月一回開催を続け、平成12年6月、第30回開催にまで至った。(略)

3年間に延べ100余例の検討を行い、数多くの成果が得られ、また非常に豊富で実際に効果的な情報交換がなされたが、実は最も価値のある結果は、「人と人とのつながりができたこと」であり、顔を合わせて話しをすることが連携の第一歩であることが如実に示されていると思われる。(略)

在宅療養者を支援するための、地域におけるネットワークを形成しようとする活動は全国的にも数多く報告されているが、「西区在宅ケア連絡会」はそれらの活動の中でもあくまで純粋、普遍的活動であることが、本報告書をお読みいただけると良く理解していただけると思われる。 これらの純粋性、普遍性、そして継続性は今後も参加者全員の一貫した姿勢として持ち続けることができるものであり、また参加者自身による新たな発想、積極的な活動によりさらに発展していけるものと確信している。普遍的活動であればこそ、将来にわたっていろいろな可能性を秘めた活動であり、今後も各分野の多くの方々の参加が望まれている。(略)

活動報告書(Ⅱ)のために
 (略)

一 平成17年10月 発行分 一

3 活動報告書(Ⅲ)のために (略) 一 平成21年 1月 発行分 一

4 活動報告書 (IV) のために

一 平成21年 1月 発行分 —

平成20年5月第116回として開催のシンポジウムは「つなぐかかわり〜地域連携を考える〜」と題して、実際の疾病者、高齢者、障がい者が地域の中でどのような動きをしているのか、現在のその課題な何か、などを明らかにする機会となった。この、第116回のシンポジウムは、内容が将来の連絡会の活動に多くの示唆を与えるものと思われ、また、その後の5回の定例会では、今後の地域ケアに関する活動に大い参考になる内容となっており、いつでも参考書として引用できるようにするために、報告書(IV)として、このたび同時に発行した。

そして、これは(I)(II)(II)と同様に、「さらなるご参加へのお呼びかけ」をさせていただきます。

(幹事会 坂本 仁)

事務局:医療法人渓仁会 西円山病院 医療福祉課 出井 聡 〒 064-8557 札幌市中央区円山西町 4 丁目 7 番 2 5 号