

西区在宅ケア連絡会 活動報告書（Ⅰ）

平成9年6月 ～ 平成12年6月

西区在宅ケア連絡会

目次

I	はじめに -----	1
II	発足までの経緯 -----	1
III	開催状況 -----	4
IV	出席者 -----	6
V	検討結果 -----	7
VI	アンケート結果 -----	30
VII	研修会資料 -----	33
VIII	おわりに -----	66

I 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。それまでも私たちは、お互いに医療、保健、福祉の連携を目的とした意見の交換をする機会があったが、実際にその連携の成果を見出すまでには至らないのが現状であった。つまり、具体的な結論、結果をもたらすことの少ない連携にすぎなかったのである。そこで、それまでの反省から、実際に役に立つ連携をはかることが出来ないものか、と考えた有志が集い、「西区在宅ケア連絡会」の活動が始まり、現在に至っている。

本活動報告書は、平成9年6月の準備段階、同年8月の第1回から平成12年6月の第30回までの連絡会の活動をまとめたものである。この会は、ほぼ毎月一回、第2火曜日午後6時30分、札幌市西区区民センターにての開催が周知されており、30回で延べ2500名、一回平均約80名が参加した。そして、参加実人数は400名以上と推測され、これは、西区内で在宅ケアに関わるほとんどの人々が一回は参加していることとなる。延べ100例以上の事例検討を行ったが、その内容および検討結果、さらに、毎回20～30分をかけて行った研修会についてもその資料とともに掲載してある。

在宅療養支援のために活動する方々のご意見、ご助言をいただけると幸いである。

II 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一在宅療養についてII-1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。

平成9年4月、札幌市西保健所から機構改革された西保健センターを訪問し、保健婦と計画を相談したのが第一歩となった。西保健センター地域ケア係長、西区福祉部高齢者福祉相談主査、札幌市医師会西区支部在宅療養支援委員会委員の三名で世話人を引き受けることとし、さらに有志を募り、理解を得られた19名が平成9年6月4日、6月25日の二回にわたり準備会を開催し、意見交換、情報交換を行い、幹事会を構成すること、検討資料として個人連絡表の作成すること、会の名称を「西区在宅ケア連絡会」とすることなどが決定された。

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こなうこと

なお、次ページに、現在使用中の「個人連絡表」を掲載してある。

平成 年 月 日、第 回連絡会、提案者

◎問題点：□ADL低下 □IADL低下 □問題行動 □機能訓練 □医療 □経済的 □家族関係 □支援体制

◎対象者の状況

男・女	歳	住所	区	同居	無・有	本人性格・精神状況・生活歴、家庭内・社会的役割など		
主病名・主症状								
かかりつけ医		無・有 (科、病院・診療所、訪問 無・有)			歯科 無・有 (訪問 無・有)			
寝たきり度：J・A・B・C 年 月頃より				痴呆性老人日常生活自立度：I・II・III・IV・M 年 月頃より				
ADL	自立	一部 介助	全面 介助	IADL	自立	一部 介助	全面 介助	
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事用意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家事一般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
着替	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	電話利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	買物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
歯磨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	交通利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
摂食・嚥下：問題なし・そしゃくに問題・嚥下障害あり 食事の形態：常食・特食 () 義歯の状態：無・満足・不満足 □口腔の問題：無・有 (痛み、腫れ、出血、口臭、他) 体重の変化：無・減少・増加 () 医療器具：無・有 () 福祉用具：無・有 () 障害手帳：無・有 (種 級)								
認知・行動等	意思を伝達する：可・困難 () 他者を理解する：可・困難 () 聴覚の低下：無・有 () 視覚の低下：無・有 () 短期記憶の障害：無・有 () 判断力の低下：無・有 () 問題となる行動：無・有 ()					特別な医療	点滴 中心静脈栄養 透析 ストーマ処置 酸素療法 人工呼吸器 気管切開処置 疼痛管理 経管栄養 じょくそうの処置 尿留置カテーテル	薬剤概要

◎介護の状況

主介護者	歳、男・女	続柄	健康状態	良・不良 ()
介護者の負担	無・有	体力・精神・経済・多忙・介護方法不明・他の家族の理解なし その他 ()		家族図
家族以外のインフォーマルな支援 経済的状況：生保・年金・他 その他 (家族関係など)				

◎住環境の問題点：無・有

◎特記事項

		午前	午後	夜間
週 間 支 援 状 況	日			
	月			
	火			
	水			
	木			
	金			
	土			
その他				
基本サービス例	<p>A. 保健サービス：機能訓練、訪問指導</p> <p>B. 福祉サービス：高齢者相談窓口、在宅介護支援センター、ホームヘルプサービス、デイサービス（B型・E型）、ショートステイ、ナイトケア、施設入浴、訪問入浴、配食サービス、福祉用具給付・貸与、寝具乾燥サービス、オムツ支給・貸与、緊急通報システム設置、介護手当支給、住宅改修、老人ホーム（特養、養護、軽費）</p> <p>C. 医療サービス：主治医、専門医、後方支援病院、老人病院、専門病院、訪問歯科、訪問看護、訪問リハビリ、医療機関デイケア、老人保健施設（デイケア・ショートステイ・ナイトケア、入所）、装着医療器具</p>			

サービスに対する希望

.....

.....

.....

.....

検討内容

.....

.....

.....

.....

.....

検討結果

.....

.....

.....

.....

.....

Ⅲ 開催状況

		出席者数	新規例	再提案	経過報告	研修テーマ
平成9年						
準備会	6月4日	19名				
準備会	6月25日	19				
第1回	8月29日	24	9例			
第2回	10月7日	37	3	2例		市立札幌病院看護相談室について
第3回	11月11日	37	5			札幌市在宅福祉サービス協会について
第4回	12月2日	56	3	1		在宅介護支援センター業務について
平成10年						
第5回	2月3日	78	5			訪問看護ステーション業務について
第6回	3月3日	71			3例	システムの考え方とは何か?
第7回	4月7日	86	5			「痴呆」について
第8回	6月9日	101	2	1	1	「成年後見制度」について
第9回	7月14日	107	5			「訪問リハビリ」をめぐって
第10回	8月11日	88	2			第1回 懇親会
第11回	9月8日	89	2		1	過去10回までの事例のその後の報告
第12回	10月13日	104	5		1	在宅ケアにおける疼痛管理
第13回	11月10日	90	2			「社会福祉協議会」について
第14回	12月8日	84	1		1	「生活保護」について
平成11年						
第15回	2月9日	114	4			介護保険「モデル事業」について
第16回	3月8日	99	2	1		「身障福祉制度」について
第17回	4月13日	96	1	1	3	歯科「口腔アセスメント」について
第18回	5月11日	136				パネルディスカッション「地域で生活するということ」
第19回	6月8日	80	3			介護保険に関連した事例検討(1)
第20回	7月13日	80	2		1	同上(2)
第21回	8月10日	70				第2回 懇親会
第22回	9月14日	81	2			同上(3)
第23回	10月12日	76	1		3	同上(4)
第24回	11月9日	89	3		1	同上(5)
第25回	12月14日	69	2			とくに小児障害者事例の検討
平成12年						
第26回	2月8日	80	1	2		同上(6)
第27回	3月14日	75	3		2	同上(7)
第28回	4月11日	90	4		1	同上(8)
第29回	5月16日	187				講演会「抑制廃止について」
第30回	6月13日	96	3			「住宅改修」について

回 その他

準 アンケート

準 幹事会の構成を決定

1

2

3 「介護保険制度」の情報として要介護認定等モデル事業についての情報交換。

4 ホームヘルプ事業ならびにヘルパー派遣業務について質疑が多数出された。

5 「介護支援専門員（ケアマネジャー）」の資格対象者についての情報交換。

6 札幌大学 宮腰昭男教授による解説。

7 痴呆に関連して、今後重要となる「成年後見制度」についての話題が出、次回の研修テーマとする。

8 前月の依頼を受け、制度を巡る現状と課題について解説あり。

9 札幌市「機能訓練事業」「リハビリ教室」について、西区および西保健センターから情報提供あり。

10 札幌市歯科医師会から、訪問歯科診療協力医リストが提示あり。

11 これまでの全ての検討例41例のその後の経過報告、転帰などについて情報交換。

12 豊富なスライドを使用したわかりやすい解説でした。

13 緊急時通報について、札幌市のシステム、NTTその他民間のシステムについて情報交換あり。

14 西区保健福祉部保護課から豊富な資料をもとに解説。

15 札幌市「徘徊痴呆性高齢者SOSネットワークシステム」についての解説あり。

16 西区保健福祉部保健福祉サービス課から解説あり。

17 「成年後見制度」についての解説あり。札幌市医師会「協力医療機関名簿」について連絡あり。

18 難病連事務局、札幌ベンチレーター使用者ネットワーク、ほけ老人を支える家族の会、からの3人。

19 西区保健福祉部の機構改革についてに説明あり。

20 (架空) Aさんを設定し、介護保険制度運用の流れに沿った形でシミュレーションを行った。

21 第19,20回連絡会での問題点を念頭においた形での解説。二周年記念懇親会 46名参加。

22 ケアマネジャーの業務について、意見交換あり。

23 「在宅介護支援センター」の現状、要介護度が変化した場合の対応についての意見交換。

24 「介護認定審査会」の進捗状況、認定結果通知について説明あり。

25 「札幌市乳幼児健康支援デイサービス事業」について説明あり。

26 ケアプラン作成困難事例。札幌市内各区の「在宅ケア連絡会の連絡会」について情報提供。

27 ケアプラン作成のための情報交換。

28 医療保険適用か、介護保険適用かの情報交換。

29 定山溪病院 中川 翼先生。(手稲区在宅ケア連絡会と合同開催)

30 住宅改修施行事業者からの情報提供あり。

西 区 在 宅 ケ ア 連 絡 会 出 席 者 一 覧

回	医 師	歯 科 医 師	看護婦	保健婦	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士	栄 養 士	薬 利 師	歯 科 衛 生 士	リハビリ ケア-	介 護 士	社 会 福 祉 士	ケア ワーカー	ホーム ヘルパー	区 役 所 職 員	建 築 関 係	そ の 他	計
1	9		1	8							3					2		1	24
2	11		9	7	3						4					2		4	40
3	11		7	8	1			2			4		1			1		2	37
4	8		15	7	4	3		6			5	1				4		3	56
5	16		14	14	4	1		3			9	3			1	5		8	78
6	13		16	11	8	2		3			9	1				2		5	71
7	17		22	9	8	1		4	2		13	2			2	1		5	86
8	16	4	27	10	6	2	1	4		3	8	1			2	9		6	99
9	16	4	26	9	13	5	1	5		4	13	1			1	2	1	6	107
10	18	3	29	8	5	8		2	3	1	6				4	3		3	88
11	14	5	28	10	7		1	2	2	1	8	1			5	2	1	2	89
12	19	7	28	12	4		1	3	2	1	10	1			3	3	1	8	103
13	13	10	26	10	2	1		2	1	1	7				2	2	1	12	90
14	13	2	28	5	8	1		3	1		12				1	4	1	5	84
15	19	3	35	7	10	2	1	2	3	2	12	1			2	6	1	8	114
16	15	1	25	7	2	1			3	2	12				5	4		2	79
17	16	5	32	10	5	1		1	2	4	13	3			1	1		2	96
18	17	5	42	10	4	4		1	3	1	19	2			7	1	1	19	136
19	11	3	23	11	2	4	1		3	1	11	3			2	3	1	1	80
20	9	6	25	8	2	2		1	2	1	11	1			2	4		5	80
21	8	3	21	9	2				2		11	2			3	4		2	70
22	14	3	23	8	1	1	1		2	1	10				8	3		6	81
23	8	4	24	8	1	2	1			2	9	2			3	2	1	5	76
24	12	4	30	8	1	1		1	1	3	12	1			5			6	89
25	11	4	19	9	1	2			1	1	11				3			4	69
26	12	2	27	3	2	2		1	1	1	9	1	1		5	1		6	79
27	8	2	19	5	1	1			2	2	15	2			5	1		11	75
28	9	2	28	6	3	2	1	1	2	1	14	2	1		4	2		7	90
29	13	1	76	7		2	1		3		21		1		6	2		46	187
30	7	2	27	4	6	2	1	1			16	1			11	1	1	9	96
小計	383	85	752	248	116	48	13	48	41	34	317	32	4	48	83	78	10	211	2549

V 検討結果

第1回 (平成9年8月29日)

1001 95歳 女 (提案 西区 保健婦)。 独居、腎機能低下、高血圧(下肢浮腫 腰痛)。

現状： 訪問指導 配食 訪問看護 主治医。

希望： テイサービス、テイケア、を勧めたいが本人は難色をしめすので、どのようにすると良いか？

結果： 良く説明し勧めた後、再度検討すること。 緊急通報システム利用を考慮すること。

1002 71歳 女 (提案 西区 保健婦)。 夫と同居、ALS(下肢筋力低下 上肢しびれ)。

現状： 訪問指導 ヘルパー テイ 生活用具 主治医は公的病院で往診はせず、緊急時に不安あり。

希望： 訪問看護 訪問リハビリ 地域の主治医。

結果： 現在の主治医とのコンタクトを密にし緊急時の対応を考慮すること。

1003 89歳 女 諸問題がすでに解決したため検討せず。

1004 79歳 女 (提案 病院 看護婦)。 五女と同居、老年期精神障害 心筋障害 (幻覚 歩行障害)。

現状： 他都市に住民票あり、西区内でのサービス提供に制限が加えられている。

希望： 退院後の地域の主治医。

結果： 家族がF医師を受診した後今後の対応を検討すること。

1005 73歳 男 (提案 診療所 医師)。 妻と同居、肺ガン術後 狭心症。 現状： 主治医往診のみ。

希望： 将来ホームヘルプの希望あり。

結果： 行政の保健婦が相談窓口となり解決の予定。

1006 64歳 男 (提案 西区 保健婦)。 妻と同居、ペースメーター 脳梗塞 糖尿病 (全盲)。

現状： 訪問指導 福祉窓口 主治医。

希望： 妻の介護負担の軽減 二人の精神的解放 テイサービス。

結果： テイサービスの待機 障害者住宅を考慮 患者友の会の紹介 妻の説得と本人の納得を待つ。

1007 73歳 男 (提案 病院 看護婦)。 妻、息子夫婦と同居 脳梗塞(左マヒ) 陳旧性心筋梗塞。

現状： 訪問指導 福祉窓口 入浴 生活用具 おむつ 訪問看護 訪問リハビリ。

希望： 地域の主治医、テイ(玄関までに13階段あり移動に困難)。

結果： 家族がS医師を受診し、今後の対応を検討すること。 本人移動のためのリフトの可能性の検討。

1008 88歳 男 (提案 診療所 医師)。 娘夫婦と同居専従介護人あり、パーキンソン症候群。

現状： 訪問看護 主治医 専門医 後方支援病院。

希望： 訪問リハビリ(歩行練習)。

結果： 札幌市職員のPTが訪問し、評価と指導を行う。 その後、訪問リハビリの具体的実施を検討する。

1009 76歳 女 (提案 西区 職員)。 独居、糖尿病 高血圧 不整脈 痴呆。

現状： 訪問指導 ホームヘルプ デイサービス 主治医。

希望： 生活用具 訪問看護 痴呆に対する医療上の対応。

結果： 単身、高齢、痴呆という包括的ケアマネジメントを要する典型的な例と思われるので今後さらに検討。

第2回 (平成9年10月7日)

新規の3例と、第1回に提出された事例のうち2例を継続検討した。それぞれの場面で関わるスタッフの連携、方針の共有が大切なこと、意図的な関わりと本人、家族の自己決定、主体性を尊重すること、制度、サービスの導入には、タイミングが重要なことなどが報告された。市立札幌病院看護相談室からの報告もあり今後の連携が期待される。

1002 (2回目) 71歳 女 (提案 西区 保健婦)。 夫と同居、ALS

その後の経過：全身筋力低下が著明で、日常生活において夫の介助場面が多くなった。9月より訪問看護サービスを週2回利用している。精神的に不安定になった時など呼吸苦を覚えるが、精査にて異常なし。主治医、訪問指導員、訪問看護婦との間で、今後の体調の変化の可能性、療養環境について保健婦が連絡をとりあっている。

希望： 在宅支援体制整備、地域の主治医。 結果： 身体状況をみながら本人、関係機関と連絡して在宅の医療体制を考慮。とくに、このような例では、身体状況の変化に対しての医療の対応、さらに、最後にいかに対応するかについてまでの本人の意思確認をも含めた、在宅療養の方針の確認が重要と思われた。

1009 (2回目) 76歳 女 (提案 西区 職員)。 独居、糖尿病、高血圧。

その後の経過： とくに身体的に大きな変化はないが、糖尿病、高血圧などに対する内科的治療としての服薬および食事指導が不十分かもしれない。しかし、本人が経済的困難性を訴えるために、これ以上のサービス提供が進展しないのが現状である。

希望： 在宅療養継続の体制整備、食事、服薬指導。 結果：主治医とのコンタクトをより密接にし、できれば、ケアマネジメントの中心を誰が行うのか明確であったほうが動きやすいかもしれない。

1010 84歳 男 (提案 診療所 医師)。 妻、息子夫婦と同居、パーキンソン病 (動作がきわめて緩慢)。

現状： 主治医、専門医、専門病院、デイケア。

希望： おむつサービスの利用。 結果： 西区福祉部よりおむつサービスの制度の概要と具体的な利用の申請方法について説明あり、寝たきり度、生計中心者の前年度収入によりサービス度が異なるとのこと。

申請は在宅介護支援センター、保健婦を通じて同様に可能。 身障者手帳の申請を考慮すること。

1011 72歳 男 (提案 病院 PT)。 妻、息子夫婦、母 (障害) と同居。脳梗塞 (右片マヒ)、糖尿病。

現状： 在宅介護支援センター、主治医、専門病院、専門医。

希望： 転居のため住所変更、この際関わる在宅支援センターの変更、通院困難のため地域の主治医を希望、デイケア、デイサービスの検討。

結果：在宅介護支援センターの地域担当割りから、Gセンターへ引継。

地域の通院可能範囲からK医院を紹介する。将来的には、訪問リハビリの必要性があり考慮しておく。

本人の意思尊重とサービス導入の機会の困難さの報告でもある。

1012 81歳 女 (提案 診療所 医師)。 息子と同居、脳梗塞(65歳時)(左片マヒ)。

現状： 主治医(7年前から訪問診療)のみを受け入れ、その他には閉鎖的で生活改善が困難。

希望： 本人、家族は他のサービスを全く受け入れる姿勢はないが何か役に立つことができるでしょうか？

結果： 主治医である提案医師と最も信頼関係が出来ているようなので医師が何か困った時には周りの体制と十分連携が可能。 サービス提供体制は出来ているので、本人と家族の主体性を尊重しつつ、時間をかけてゆっくりと継続。 何かとつながりがあるとその後は良い方向へ向かうと思われる。

非常に難しい事例、いずれ、再検討の機会をもっていただくとありがたいことです。

第3回 (平成9年11月11日)

1013 92歳 男 (提案 訪看ST 看護婦)。 妻80歳との二人暮らし パーキンソン病 直腸癌術後。

現状： ホームヘルプ 訪問看護 主治医 専門医 デイ ショート。

希望： 妻(視力低下、神経痛)の介護力低下が目立ち始めている。一日2回の人工肛門ラバック交換のうち夜間の交換をヘルパーさんをお願いしたいが無理のようです。何か良い解決方法はないのでしょうか？

結果： ホームヘルプサービスの中に医療的処置が含まれず不可、薬の服用を求められることもあるがこれも不可、しかし、ほんの少しの世話ができずに介護の日程全部を埋めることができずに残念に思われる。

ボランティア活動をお願いすると活路が見えるかもしれない。

1014 66歳 女 (提案 診療所 医師)。 娘夫婦と同居、末梢神経炎 全身疼痛 歩行障害。

現状： 訪問看護 主治医 デイ。

希望： 10数年来の疼痛を訴え入院を繰り返しているが、最近訪問診療をすると本当に痛いのか疑問がある。

生活環境の変化を考慮してあげることはできないものだろうか？ 結果： とにかくもう少し経過観察をしていくこと。生育環境によっては本人のニーズが普通の人の幸福度と異なることもあるというアドバイスもあり。

1015 87歳 男 (提案 診療所 医師)。 妻(痴呆傾向)と同居。 胃潰瘍入院治療後自主退院8カ月放置。

現状： 総合相談窓口 訪問指導 主治医 ホームヘルプ 配食。

希望： 訪問看護の依頼。

結果： 既往歴、現状の詳細説明の後、Nステーションが了承。

1016 88歳 女 (提案 診療所 医師)。 夫と同居、高血圧 糖尿病 左大腿骨骨折術後。

現状： 室内車イスにて生活、自力移動不可。

希望： 施設での入浴サービス。

結果： T在宅介護支援センターを通じて提供することに決定。

1017 64歳 女 (提案 ヘルパーステーション コーディネーター)。 独居、後縦靭帯硬化症。

現状： 訪問指導 訪問看護 主治医 ホームヘルプ 生活用具 緊急通報システム。

希望： ホームヘルプの時間延長。

結果： ヘルパー派遣は通常午前9時から午後5時の日中に行われる

ことが多いが、このケースのように早朝8時から、また夜間8時までの派遣も行うこともある。

その後、利用方法、料金などを含め、在宅福祉サービス協会からホームヘルパー派遣事業について説明が行われた。

第4回 (平成9年12月2日)

1018 61歳 男 (提案 西区 職員)。 妻と二人暮らし 脳出血後遺症 ほぼ全介助 妻が心理的不安定。
現状： デイサービス 訪問看護 主治医 高齢者相談窓口 訪問指導。

希望： 家族は在宅療養継続を希望しリハビリテーションを受けさせたい。 結果： 妻は本人と別行動では不安が強く、経過をみながら在宅療養継続の条件、地域でのリハビリ受療の可能性につき検討する。

1019 39歳 男 (提案 西区 職員)。 筋強直性ジストロフィー、本人の独立性を保つため独居。
現状： 単身重度障害者として、各種サービス提供が必要であったが事実上何も受けていない。
インフォーマルな友人の介助あり。

希望： 十数年外部との交流がないことから本人、母から施設入所の相談あり、現在進めているが、何かご意見は？
結果： 施設利用が本当に本人、家族の希望であるかなどの確認が必要、在宅療養継続の条件を検討したり、医学的管理を再確認しながら病状につき経過観察し、さらに検討を重ねていくこと。

1001 (2回目) 95歳 女 (提案 診療所 医師)。 独居、心不全 腎機能障害 貧血 下腿浮腫。
現状： 各種サービス提供はほぼ完全に受けている。

希望： ケアチーム内での連絡の充実のための有効な連絡表の作成。 結果： 統一された連絡表はなく、ひな型も特別なものはない。 この「連絡会」に共通した連絡表の作成を考慮しても良いのではないかと、との意見あり。

1020 68歳 女 (提案 支援センター 職員)。 夫と同居、痴呆中等度、疾病、肢体不自由は認めず。
現状： 在宅介護支援センターの対応、デイサービス ショートステイ ナイトケア。

希望： 家族は特養入所を希望している。現在夫が介護しているが、介護不能時の受け入れ先は？ 専門医は？
結果： 老健などの利用は身障認定者以外は年齢的に無理。 専門医にまず痴呆状態の確認を依頼すること。

第5回 (平成10年2月3日)

1021 74歳 男 (提案 西区 保健婦)。 妻(うつ傾向通院中)と二人暮らし。腹部手術後のため通院中、見当識、記憶障害あり、痴呆傾向、昼夜逆転リズムによる体力的、精神的に妻の負担あり、介護方法わからない。
現状： 相談窓口へ依頼あり、現在、訪問指導、訪問看護の初回訪問の段階であるが、医療に関する情報も少なく、いかに今後のサービスを提供するか検討中。 (A 食事自立他は一部介助 III)

希望： 訪問指導 訪問看護 ホームヘルプ ショートステイ 配食 おむつサービス 専門医受診。

結果： 上記サービス提供が必要ではあるが、本人、妻、長男の希望に差異があり、調整を進めることが大切。

1) 子供との同居、家族による介護支援の可能性をさぐること、2) 妻の病状確認、通院継続、服薬指導のため近医受診のこと、3) 種々のサービス提供が必要であるが、受け入れ困難部分があると思われる、軸になるサービス提供が必要ではないか、4) 専門医受診を進めること、などが確認された。

(なお、医療に関する情報として、手術は大動脈瘤の人工血管置換術、大腸Ca切除術であったが、予後は良好で今後を検討する上で既往歴は考慮しなくとも良く、他医受診は必要であれば全く異存はない、との現在の主治医からのコメントが幹事から提供された。)

1022 75歳 男 (提案 訪看 S T 看護婦)。 妻と二人暮らし、 脳出血 脳梗塞 (左片麻痺) 糖尿病。
現状: 主治医 訪問リハビリ 訪問看護 配食サービス。 (入浴、着換一部介助、他は自立)

提案、結果、というより、当初、本人は訪問リハビリに固執しており、訪問看護の役割をよく理解していないようであったが、時間をかけることによりショートステイ、デイサービスへの理解も深めることができたこと、本人と一緒に考えながらより良い体制を整えることが可能であることなど、訪問看護業務の重要性についての報告あり。

1023 82歳 男 (提案 西区 職員)。 娘家族 (3人) と同居、多発性脳梗塞 (右上肢両下肢麻痺)。
(B 食事自立、他は全面介助 III)

現状: 相談窓口 訪問指導 介護支援センター ヘルパー ショート 主治医 訪問看護 訪問リハビリ。

提案、結果、というより、家族介護がしっかりしている状況においては新しいサービスが有用であってもその導入に警戒感、拒否感があることがあり、困難を感じることもあるという報告。

1024 73歳 女 (提案 訪看 S T 看護婦)。 長男 (47歳、家族3人) と二世帯住宅、長女 (49歳、東京在住)、頭部外傷後脳出血 左下肢麻痺 失行 失認 記憶力障害。

現状: ほぼ全ての可能な限りのサービス提供を受けている。(A 移動入浴は一部介助、他は自立 痴呆なし)

提案 というより 現在の問題点は、過去の家族関係の経過から、 1) キーパーソンが東京在住の長女であること、 2) キーパーソンが本人の病状を正確に理解していず、在宅でのリハビリに過大な期待をしていること、 3) キーパーソンが医療に対して不信感を持っていること、 4) キーパーソンが関係者の連携、情報交換を好まないこと、ということで、何かアドバイスがあったらお願いとのこと。

結果: 現状をよく説明し理解を求め、家族の中でのキーパーソンを明確にしてもらうこと、その上で関係者間の連携がいかに重要かということをも主治医からも説得してもらうこと、なぜならば、サービスの提供を受ける側にも受け入れ体制を整える義務もあるのではないかと思われるから、などの議論がおこなわれた。

1025 25歳 女 (提案 病院 看護婦)。 母と二人暮らし、小樽の祖母、近くの母の妹夫婦が介護協力。
家族性ポリポーシス、直腸 Ca にて大腸全摘術後、癌性疼痛、下部回腸狭窄。

現状、希望、結果ではなく、退院前後の関係者の良好な連携によりターミナル例でも満足できる在宅療養が可能であるとの報告。「西区の新たな退院者がいる時は是非この会へご相談を」との発言あり。

第6回 (平成10年3月3日)

今回は新規提案例ではなく、現在までの結果が良好な例を提示

1026 62歳 男 (提案 病院 P T)。 妻と二人、A L S。

人工呼吸器装着、胃瘻増設後、在宅ケアのための連携システムについて検討し退院に至った例。

1027 82歳 女 (提案 病院 S W)。 単身、障害、虚血性心疾患、右膝関節伸展強直。

長期入院であったが、本人の強い希望とスタッフの理解により、在宅に向けて取り組みを始めた例。

1028 92歳 女 (提案 訪問看護婦)。 娘夫婦と同居、右大腿骨骨折術後、腎障害。

立位保持困難であったが、在宅ケアチームの連携により自力(杖)歩行可能なまでに至った例。

1029 91歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。 娘(午後不在、漢方家)と二人暮らし、心不全(浮腫、喘鳴) 脳梗塞後遺症(左不全麻痺)、痴呆(見当識障害 夜間せん妄) (BC 全て一部介助、入浴全介助 IV)
現状: 相談窓口 訪問看護 主治医訪問診療 ホームヘルプ 訪問入浴サービス ボランティア
家族はできれば家に他人を入れたくないと思っており、仕事など自分の時間が欲しいので他人のケアを受けている。 自分の専門の漢方で生きているので入院はさせたくない。

希望: 夜間せん妄への対応はいかに? 介護が長期となった時の娘の介護負担軽減のためにはー?

身体状況悪化により在宅療養困難となった時の後方支援施設はー?

結果: 向精神薬を、マイナーのみならずメジャーまで工夫を。摂食状況も含めて痴呆、鬱状態の再チェックを。最後の入院先が決定し納得していることは、介護負担による不満の軽減、不安感の軽減につながり身体状況軽快に繋がる。このような意見交換の後、「医療的処置のための入院先が必要となった時皆が困ることが予想されて、つらい」との発言あり、これに対してS病院から「そのような時にはいつでもどうぞ」との受け入れの意思表示あり。

1030 80歳 男 (提案 老健 SW)。 妻と二人暮らし、近くの長女が主介護。 腰痛症、両膝関節症、(阪神大震災に被災後、転居)、痴呆症状(徘徊 見当識障害)の出現。(A 移動は自立、以外は全て一部介助)
現状: 老健のデイケア、ショートを利用中、最近急に痴呆の症状出現。

希望: 家族は特老などを希望、しかし、その前に老健としての、痴呆症状に対しての関わり方はー?

結果: 痴呆の場合、本人の家族の中での生活史が重要となる。一般に「引越越し鬱病」という病態もあるくらいだから被災経験の影響も推測され得る。とにかく、第一に精神科医師の確定診断を受けること、との専門医からのアドヴァイスあり。さらに、受診の予定が約束された。

以下の3例は、痴呆事例でこのような例もあるとの報告。

1031 87歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。 独居、妄想 (J ADL全て自立 痴呆性II)
看護婦の感想: 被害妄想により近隣とのトラブルが多かったが、本人は強く在宅生活を希望。痴呆があり親族の協力も得られなかったのでアクシデント時や方向性を出すときに、どこまで本人のニーズに対応できるか、などに苦労した。

1032 76歳 女 (提案 訪ST 看護婦)。 娘(40歳)と同居、(A ほぼ一部介助 痴呆性IV)(下血→死)
看護婦の感想: 痴呆の方は、身体的異常の早期発見を見逃しやすく精査を受けづらいことが多い。また、家族支援は重要で、看護婦としては家族の了解を得ながらすすめてきたが、結果としては不充実であった。心身のトータル把握の重要性と家族の状況に合ったインフォームドコンセントの困難性を感じた。

1033 (1033') 70歳代の夫婦二人 (提案 病院 医師) (二人共に、A、ADLは一部～全面介助、痴呆性IV)
医師の感想: ご夫婦共に重度の痴呆があり、難聴、視力低下も重なり、その生活状態は環境衛生面からも想像を絶するものであったが、ホームヘルプ、デイケアなど地域でのケアがあったおかげで5年間にわたり在宅生活の継続が可能であった。

本人の意向を尊重する時、このような事例でも在宅が可能という点で貴重な情報として記憶にとどめられた。

第8回 (平成10年6月9日)

1034 78歳 女 (提案 西区 保健婦)。 夫(74歳)と二人暮らし、糖尿病(インスリン28単位)、高血圧、バルーン留置(神経因性膀胱?) 歩行困難 軽度痴呆 (A 食事自立 入浴全介助 他は一部介助 II)
現状: 訪問指導 支援センター 訪問看護 主治医 ホームヘルプ 特老、市営住宅申し込みなどは本人拒否。

希望: 退院時から各種サービスを導入し在宅療養支援体制に取り組み始めた事例であるがさらに今後の体制づくりについて、病状悪化により在宅療養が困難になった場合の対応についてどのようにすると良いか。

結果: 関係者の連絡調整をさらに密に、連絡ノートなどの活用を。ヘルパー派遣の回数増、訪問栄養士の指導、調理指導。電動ベッド、トイレの改善の検討。デイケアの回数増の調整。訪問看護継続の中で排尿障害に関しては泌尿器科へ相談。作業療法士の訪問の検討。往診、訪問診療については今後調整。いずれ長期療養型施設での対応が必要であるがそれまでは現在の支援体制を充実させていくが、「連絡ノート」による情報連絡が重要となると思われる。

1001 (3回目) 95歳 女 (提案 西区 保健婦)。 独居、腎機能低下、高血圧(下肢浮腫 腰痛)。
(以前2回にわたり検討された事例、その後両下肢激痛のため現在入院中)

現状: 身体状況改善され退院可能となり、本人が強く在宅療養を希望。

希望: 退院後の在宅療養支援体制はほぼできているが、休日、年末期などの人的サービスの確保について。

身体状況低下の際のサービス提供をいかに。 結果: 人的サービスについては社会福祉協議会と連絡調整。

すでに退院後に向けての関係者の連絡会(主治医、訪看S T、ヘルパー関係者、入院病院関係者、保健福祉課)が開かれている。 状況の変化にはその都度対応する。 連絡ノートの活用を!!

1019 (2回目) 39歳 男 (提案 西区 職員)。 筋強直性ジストロフィー、本人の独立性を保つため独居。
現状: 全身的に体力、筋力の低下。(その後、白内障の手術、転倒により整形外科病院へ入院、最近退院)。

希望: 今後の対応。 結果: 入院した病院の対応により、交流に慣れ、乏しい表情も変化しているとのこと。

今後、医学的管理へ向かうとの経過報告。

1035 36歳 女 (提案 診療所 医師)。 母(MKのためいずれ入院の要あり)と二人暮らし、家事できず。
メニエール氏病、右上肢脱力感(心因反応?)、めまい、医療不信?

現状: 最近受診、受療なし。 一人では家事、買物ができない。

希望: 保健婦、訪問看護婦による精神的援助、受療行動への契機作り、母入院後の生活支援。

結果: 地域ケア係保健婦、訪問看護婦によるアプローチと精神科関連の情報提供を。いずれメニエール病の確診と精神科医師の往診を。

第9回 (平成10年7月14日)

1035 (2回目) 36歳 女 (提案 訪看S T 看護婦)。 母(MKのためいずれ入院の要あり)と二人暮らし、
(その後、母、治療のため入院、訪問指導、訪問看護、訪問介護サービスの導入)

現状: 訪問看護婦、ヘルパーと共に買物に外出可。 身体状況に変化はみられないが、訪問により得られる情報からは、メニエール病、神経症の確診にいたらず。

希望： 幼年期、就労時の体験の情報などから、いわゆるアダルトチャイルド？ とも思えるが、出席者また専門医のアドヴァイスを求めたい。 結果： 精神科医師より、アダルトチャイルドの説明あり、本例につき神経症と明確な鑑別診断は困難であるが、本人の話をじっくり聞いてあげることが必要、母が入院中に独立の可能性を探り、またカウンセリングの可能性を探ること、とのこと。

1036 61歳 男 (提案 病院 医師)。 独居、慢性肺気腫、慢性気管支炎、肺性心(労作時の息切れ、咳)
現状： 相談窓口 主治医 後方支援病院(自立しているが息切れのため体動苦痛)、
洗濯機、冷蔵庫なしで買い置きできず、しかし苦痛のため買物も室内掃除も困難。

希望： 吸入療法のための吸入器が必要、電話がなく連絡に不安あり、扶助が必要。

結果： 独居であることと身体状況から直ちに解決策が必要との理解で全員が一致。

関係病院、西区保健福祉部、介護支援センターが合議を開催することが決定された。

1037 74歳 男 (提案 訪看 S T P T)。 妻と二人暮らし、30歳時右大腿切断、義足、気管支喘息、糖尿病、左膝関節症、歯痛。以前は自立生活、5月転倒にて入院、軽快退院後自立せず、妻が介護困難と相談窓口へ。
現状： 訪問指導 訪問リハビリ 主治医 (訪問看護を理解せず)、玄関、居間、トイレ、浴室間に段差あり、車イス幅にも狭い。 (B 移動、排泄は一部介助 施設入浴サービス)

希望： 目標は屋外への出入りを可能にし、通所ケアへつなげること、歯科の訪問診療。

訪問リハ指導により妻の介助量は軽減しているが、室内移動、義足について妻の介助に対し本人の受け入れがまだ不十分、したがって妻のストレスは増加する。

結果： 訪問看護の意義を理解してもらうように主治医から説得すること。

また、出席の歯科医師より、訪問歯科診療、具体的な依頼方法について説明あり。

1038 86歳 女 (提案 病院 看護婦)。 夫(痴呆)、単身の55歳長男と同居、多発性脳梗塞のうえに腰椎圧迫骨折が重なり他の医療機関に入退院を繰り返していたと思われるが、今回発熱のため当病院入院。
治療後、軽快退院を機会に地域の往診可能な医療機関と、緊急時には入院可能であることを前提に連携が可能となった (C-2 全て全面介助 IV)。

現状： 訪問指導 訪問入浴 介護用品 おむつ 訪問看護 主治医 後方支援病院。

希望： 脳梗塞に対して可能な限りの入院治療、リハビリを行ったが、退院後地域の医療機関と連携が順調で良好な経過をたどっている。 結果： 今後の病、診療所の連携のあり方に多くの示唆を示している事例である。

より早期の病診連携が可能であったならば、より良好な結果が期待できた例との報告あり。

1039 71歳 女 (提案 病院 P T)。 独居(キパーソは近隣の長女) 脳梗塞(右片マヒ)、高血圧、右大腿骨骨折術後 (J 全て自立)。 経過： 平5年発症、その後3回入退院を繰り返し、その都度起居、移動動作の指導、家庭訪問、外泊訓練、環境整備、生活動作の指導、身体機能の自己管理など。退院後は、外来通院、通院リハビリ、訪問看護、訪問リハビリ、ヘルパーなど。しかし、平8年室内で転倒、骨折。

現状： ホームヘルプ 配食 入浴用具 主治医 専門医 後方支援病院

希望： 病院のPTとして、以下の反省点を検討したい。 生活の評価が不十分であり、在宅場面での評価が必要。

生活の中の「移動」能力の評価ができていないので、具体的な生活場面の評価必要。

結果： 結局、入院生活、院内でのリハビリ中ではわからないことがたくさんあり、在宅生活を念頭において身体機能面、生活動作の指導が重要となる。そのためにも、在宅療養の場面でかかわる訪問看護婦、訪問リハビリ、からの情報は必要不可欠となる。

第10回 (平成10年8月11日)

1040 66歳 女 (提案 病院 医師)。 夫と二人暮らし、筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、低酸素後脳症。平10、6、呼吸困難にて救急部へ搬送、挿管後レスピレーター装着、意識回復後の所見より、呼吸筋障害で発症した (ALS) と診断。MRI、脳波に異常ないが、近時記憶障害と企図性ミオクローヌスあり。 本人、夫は在宅生活は望まず困難。 現状： 人工呼吸器装着 (2時間程度離脱可能)。 移動：自呼吸で数メートル歩行可能。 食事：人工呼吸器をはずして坐位で自力で可能。 排泄：人工呼吸器をはずしてポータブル便器への移動可能だが簡単な介助を要す。 着換え、整容：簡単な介助を要す。 入浴：自呼吸で機械浴。 会話、筆談：可能。 予後：進行性ではあるが、呼吸筋障害で発症するタイプは経過が穏やかである。 将来は人工呼吸器からの離脱不能。 球麻痺のための嚥下障害、発声困難、最後に四肢麻痺の進行が予想される。 患者本人の病状理解： 低酸素後脳症のため、不十分。

希望： 現在入院中、介護体制不十分、人工呼吸器装着しながら、長期入院加療できる医療施設をさがしている。
検討： これらの神経難病などの療養支援体制については、診療報酬制度上、あるいは国レベルの行政上の姿勢に大きく左右されること、告知の問題と人工呼吸器装着について多くの問題を抱えていること、などについて多くの意見が述べられ、西区のみならず日本全体にとっての今後の課題が明白になるほどの内容であった。
しかし、その後、このような例でも、本人、家族の意志、希望が明確であるならば、地域で綿密に準備を整えることにより在宅療養は十分可能である、あるいは、可能にしてあげたいものである、との意見も述べられた。
結果： 現時点では、長期入院施設は見あたらない。

*これらの意見交換は、まさに、「連絡会」ならでのことで、出席者それぞれの立場にとっても非常に有意義であったと思われました。

1041 70歳 男 (提案 診療所 医師)。 妻と二人、膵癌のターミナル (肝転移 黄疸 腹水 傾眠)。 本人が在宅死を希望していたこと、妻、二人の息子が在宅看取りを強く希望していることから入院先病院も退院を承諾。 約2週間、往診可能な医師をさがすも承諾されず、困窮。
経過： 木曜日 夜、ある医師を通じて当院へ打診。金曜日 18:00 家族が依頼のため当院を訪問、主治医を受諾。土曜日 午前 入院先病院の担当医不在のため退院できず。日曜日 ベッド、酸素ボンベを自宅へ搬入。月曜日 15:30 入院先へ出向き民間の移送車にて自宅へ付添い搬送。訪問看護婦が出迎え、IVHカテ、留置カテ、酸素吸入、吸引器などを整えて在宅看取りの体制。火曜日 4:00 死去。 結局、約13時間の在宅療養生活に終わったが、家族は満足しているとのこと。

希望： エアーマットが緊急に必要と考えたがその方策はありますか？このような場合、酸素の供給などのように可能ですか？ 結果： 西区福祉部より、介護用品は申請からの事務手続きが原則とのこと (但し、あくまでも原則)。 介護支援センターより、介護用品の展示品を緊急の場合貸し出しは可能との情報あり。酸素供給については、在宅酸素療法に限らず、医師の指示、依頼がある際はボンベも貸し出すので、在宅での酸素吸入は十分可能、緊急時に対応できるとのこと。ただし、配送費、酸素代は自費負担となるとのこと。

第11回 (平成10年9月8日) 前回までの検討例のその後の経過について。

- | | |
|---|---------------------------|
| 1001 健在 9年12月入院、退院後の対応良好 | 1002 死去 10年5月入院後、肺炎 |
| 1003 | 1004 健在 依頼時のみ往診 |
| 1005 死去 9年10月、肺癌 | 1006 健在 ショート、デイ などを利用中 |
| 1007 死去 入退院2回、10年4月、肺癌 | 1008 健在 肺炎にて入院中 |
| 1009 ? | 1010 健在 痴呆進行にて老健入所中 |
| 1011 健在 元気すぎるくらい | 1012 健在 不変、現状維持 |
| 1013 ? | 1014 健在 メンタルケアを要し、入院中 |
| 1015 死去 大腿骨骨折あり入院後、3カ月後、肺炎 | 1016 ? |
| 1017 ? | 1018 健在 デイサービス利用後、不安感改善あり |
| 1019 健在 腰痛にて入院中 | 1020 健在 ショートステイが効果的で徘徊も改善 |
| 1021 ? | 1022 健在 居宅介護サービス利用中 |
| 1023 ? | 1024 健在 居宅介護サービス利用中 |
| 1025 死去 9ヶ月の在宅療養後、大腸癌 | 1026 健在 通院中 |
| 1027 健在 入院中 | 1028 健在 |
| 1029 健在 不変、現状維持 | 1030 健在 パーキンソンにて入院中 |
| 1031 死去 | 1032 死去 |
| 1033 死去 | 1034 健在 入院中 |
| 1035 健在 訪問指導、訪問看護、精神科医によるカウンセリング中 | |
| 1036 健在 10年7月連絡会后、病院、行政関係者、介護支援センターなど関係者が直ちに合議を重ねて対応し、生活用品は提供協力者から提供され、ヘルパーにより買い物、掃除、調理などの家事援助、夕食の配食サービス、週一回のデイサービスでの入浴、福祉電話の設置、身障手帳の発行、吸入器の給付などが順次行われた。本人は、気遣いが多く一週間は驚くことばかりであったが、その後落ちつき、非常に感謝しているとのこと。 | |
| 1037 健在 その後、訪問歯科診療により抜歯 | |
| 1038 ? | |
| 1039 健在 入退院を繰り返し、現在整形外科入院中 | |
| 1040 健在 10年8月連絡会后、在宅療養へ向けての調整中在宅人工呼吸療法を長期にわたり成功させるためには、予め、十分な病状告知と社会的側面の説明が必要であり、在宅療養開始後も誰のための治療なのか、患者や家族が満足しているのか、などの点で検討が不十分ではないだろうか、などの意見が出され、さらに家族との懇談、解決をはかる方策をとることが望ましいとの意見が出された。 | |
| 1041 死去 提案の当日、膵癌 | |

第12回 (平成10年10月13日)

1019 (2回目) 39歳 男 (経過報告 病院 SW)。筋強直性ジストロフィー、独居。

前回報告以後、白内障手術。その後、車いす、ホームヘルプ、配食サービス、単身生活をおくっていたが、結局、母、本人と話し合いの上、更正援護施設へ入所となった。

1042 70歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。 慢性心不全(浮腫 動悸)。 独居。
現状： 訪問指導、ホームヘルプ、訪問看護 希望： 特養入所には拒否感が強く、一人暮らしを切望している。
最近は病状変化しやすく、独居困難になってきている。 今後の方針は？

結果： 病状経過から、入院生活(療養型)などがふさわしいのではないのでしょうか。

* 以下、悪性腫瘍患者の疼痛対策、ターミナルケアに関する事例

1043 83歳 女 (提案 診療所 医師)。 直腸癌(切除不能、人工肛門)、娘夫婦、孫と同居。

10年前の症例で参考例として提示。 1) 今から10年前は訪問看護もなく、連携は何もなかった。 2) 現在は終末期でも十分対応が可能である。 3) 介護保険制度下ではこのような症例の訪問看護がどうなるかは示されていない。 4) 予め疼痛の可能性のある症例は永久的ブロックが有効であるとの意見あり。

1044 73歳 男 (提案 診療所 医師)。 腭頭部癌、妻、娘、孫と同居。

希望： それまでの病院の対応に不満あり、在宅死希望。

疼痛対策、訪問看護の受け入れなどターミナルケアが十分可能な体制となっている、という参考例の紹介。

1045 49歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。 進行性筋ジストロフィーで胆嚢癌を併発。 母、姉2人。

希望： 在宅死。 現状： 往診、訪問看護、補液、在宅酸素療法。

合同カンファレンスにて、チーム体制の確認、疼痛対策、栄養維持、酸素吸入の方針。 十分なターミナルケア。

I. C. の重要性 除痛の方針 医療の緊急時対応 他の社会資源の活用、連携の重要性を学んだ症例。

1046 54歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。 MK(肝転移)術後、入院化学療法中。

希望： 今後、在宅療養の可能性があれば、退院できるように働きかける予定。

主治医、専門医間の連絡調整、本人、家族の心理的支援、病状に合わせた介護用品の調達法などについて、検討中。

第13回 (平成10年11月10日)

1047 84歳 女 (提案 診療所 医師)。 独居、軽症高血圧。 希望： 緊急通報システムの依頼。

結果： 緊急通報システムは、原則として身体障害者、心疾患をもちあるいは高血圧でも危険なことが想定される場合に導入されるが、経済状態に応じて検討される。65歳以上の単身者か夫婦世帯でもどちらかが寝たきりあるいは病弱の場合に該当。電話と同じような壁かけ式か、ペンダント式。

現在、西区内で71世帯に導入、利用の実態は不明。緊急時の協力体制には条件があり、直ちに救急車がくるわけではない。いわゆる民間、NTTなどによるサポートシステムが普及しつつある。

最後に、スウェーデンの視察の経験がある出席者から、「困った時にはいつでも通報して下さい。通報にはすぐに対応します。と、導入する時にはむしろそこまで考えるほうが良い。」との意見あり。

1048 73歳 女 (提案 病院 SW)。 パーキンソン。

入院中の患者が大学病院への受診が必要となったが、本人一人での受診はできず家族の付き添いもできない状態。そこで、西区社協を通じてヴォランチアの依頼をし、その派遣により受診が可能となった例。この例の検討を機会に、西区、社協から「社会福祉協議会」についてのミニ研修会が開かれた。

第14回 (平成10年12月8日)

1036 (2回目) 61 男 (経過報告 支援センター 職員)。 独居、慢性肺気腫、慢性気管支炎、肺性心。

その後、可能な限りのサービス提供がなされ、在宅療養生活は安定してきている。HOT導入も検討とのこと。

1049 49歳 女 (提案 病院 SW)。 夫と同居、筋強直性デストロフィー。 肢体不自由もあり、生活も困難であるが本人の疾病理解が不足していることもあり本人からの希望はない。

保護担当者を含んだ関連職種との連携、本人へのアプローチをどのようにしていくのか、について検討がなされた。

第15回 (平成11年2月9日)

1050 55歳 男 (提案 病院 SW)。 独居(生保)、軽度精神遅滞 心気状態、頭痛、イライラにより多数の神経科、脳外科、内科を受診。頻回に救急車を呼び受診。 現状：入院、通院以外にサービスの提供はない。

希望：主治医からは、再び頻回に救急車を呼ぶ状態になれば、知的障害者施設入所ができるまで長期入院と説明しているが、本人は在宅生活を望んでいる。外来通院、デイケア、訪問看護の薦めもうまくつながらず、今後在宅生活を続けるために何かアドバイスを。 結果： 基本的に一人暮らしは困難かと思われる。しかし、在宅生活をベースにと考えるならば、療育手帳の交付を受け、知的障害者施設、生活寮などでの生活を。

1051 83歳 女 (提案 西区 保健婦)。 独居、胃癌 強度の貧血、A病院にて胃癌末期、余命3カ月との説明と思いこみ、気功を信じ、手術も貧血の治療をも拒否、しかし倦怠感増強しつつある。 現状：相談窓口、訪問指導、在介センター、ホームヘルプ、配食、生活用具、デイ、宗教への信頼感は強いが医療機関との連携は拒否。

希望：ターミナル時の医療体制の確保が必要な時期となっており、看取り医は？

結果：A病院での医療情報が幹事会から提供され、病期は末期ではなく手術により十分回復可能、現在の症状は主に貧血によるものとのこと。とにかく医療との接点を見つけたす必要あり、その後治療を勧めること。いずれにしても、出席の医師間で、万が一、在宅看取りとなった場合もふくめて今後の対応策を検討するとの確約あり。

1052 58歳 男 (提案 病院 医師)。 妻、次女と同居、くも膜下出血 蘇生後脳症(典型的植物症)、意識障害、四肢麻痺、開眼しているが刺激に反応なし、脳血流検査にて大脳半球血流認めず、脳波はほぼ平坦、気管切開、胃瘻造設、膀胱瘻造設、全介助にて車椅子坐位可能。 経過： 98年8月発症、A病院にて手術後、病状安定のためB病院転院を勧められたが、その後トラブル。家族が市内の20の病院へ依頼するも受け入れられず、11月ようやくC病院が受け入れ転院するも、12月さらにD病院へ転院。しかし、妻の不満が強く在宅療養を希望し、区役所相談窓口へ。「西区在宅ケア連絡会」参加の医師を通じて、提案者の病院において在宅療養生活準備の可能性の打診あり。転院。カンファレンス、指導、外泊訓練など準備中。 3W後退院の予定。 現状：相談窓口 訪問指導 ホームヘルプ 訪問入浴 生活用具 訪問看護 訪問リハビリ、後方支援病院は確定。

希望： 訪問診察をする地域の主治医。

結果： E医師が担当することで合意。

本例を検討する中で以下の事が問題点として明らかにされた。

1) 大学病院、大病院などの高度医療専門病院、さらに救急担当病院から地域のいわゆる民間医療機関へ転院してくる患者、家族の大多数は、転院したその当日から、体制の相違を指摘し医療対応、看護婦対応に対する不満を述べる。 2) それは患者家族側と医療側の、認識の相違により生じている。 3) その認識の相違は医療提供体制そのものによって生じており、医療側に落ち度があることは少ない。 4) 医療提供体制は国、厚生省が枠組みをつくる医療制度により決められているが、この複雑な医療制度の内容を国民に周知徹底する説明を、国、厚生省は個々の医療機関に押しつけているのが現状である。したがって、患者家族側と医療側との間でさまざまな問題が生じている。 5) 本例のように苦慮する症例は、今後の医療提供体制が変わらざるを得ないために、非常に増えてくる事が推測される。そして、今後の方向性として以下の意見が述べられた。 以上のような背景を十分に認識すると、これらの人々が在宅療養を希望した時に、その受け皿となる地域での医療機関が必ず必要とされることが理解される。したがって、西区における、医療、保健、福祉の連携の実際的、具体的な場として開催されている「西区ケア連絡会」の活動は今後ますます重要といわざるを得ない。

1053 88歳 女 (提案 診療所 医師)。 妻(69歳 知的障害 歩行障害)と二人暮らし、痴呆、糖尿病、両膝関節症。 障害を持つ介護者が不要なものまで買われ、結果的に経済的に困ることがある。 現状： ホームヘルプ、施設入浴、デイ、生活用具、おむつ、訪問看護、主治医。

希望： 介護者が障害を持つ場合の対応についてのアドヴァイスを。

結果： 各種サービス提供は十分になされているが、休日などに不都合がおこるので現状では解決に困難な点がある。

将来的に、このような人々こそ成年後見制度の運用の対象にはなるものと思われる。

第16回 (平成11年3月9日)

1051 (2回目) 82歳 女 (経過報告 診療所 医師)。 独居、MK、診療拒否。

その後、医師との面談により受診を納得、手術も納得。 民間療法に傾倒している事例への関わりについて検討。

1055 72歳 女 (提案 支援センター 職員)。 狭心症、両膝関節症。

希望： 布団からの起きあがりに負担が大きく電動の介護用ベッドが必要。身障は下肢、体幹での2級ではないため支給対象にはならない。

結果： 福祉機器業者から廉価で譲り受ける方法、レンタル、リサイクルなどの方法もあることが検討された。

1056 56歳 男 (提案 病院 医師)。 独居、多発性脳梗塞、安定、ADLはほぼ自立。

現状： 別居の妻が生活の援助をしているが自身も入院の必要がある。本人は自立しているが入院を希望している。
しかし、その必要性はなく完全な社会的入院となる。

希望： 在宅療養生活のためにどのように調整するとよいのか。

結果： 入院することで解決する問題ではなく、むしろ、他に問題点があると考えられる。時間をかけて本人との信頼関係の構築が必要。介護保険の対象外とも思われ、連絡会で継続して取り上げていくべき問題、事例である。

第17回 (平成11年4月13日)

4例の経過報告

1040 (3回目) 67歳 女 (経過報告 訪看ST 看護婦)。

ALS、病院から退院後、その後の経過報告。IADL全てに夫に負担がかかり、夫に慢性的に介護疲労あり、気管カニューレが抜けやすく、呼吸困難を起こしやすい、などの経過報告。

1051 (3回目) 83歳 女 (経過報告 診療所 医師)。

胃癌、強度貧血、本人は末期と思いきみ気功を信じ医療拒否その後、結局、外科治療を受けることを納得し入院中。

1052 (2回目) 58歳 男 (経過報告 訪看ST 看護婦)。

植物症(くも膜下出血 蘇生後脳症)、気管切開、胃瘻、膀胱瘻あり退院後、1ヶ月経て、その後の経過報告。

1054 (2回目) 56歳 男 (経過報告 病院 医師)

多発性脳梗塞、状態安定。在宅療養のための調整を進めたいが本人、家族は入院希望、その後の経過報告。

第18回 (平成11年5月11日)

第18回 西区在宅ケア連絡会は、10年9月に行った連絡会参加者へのアンケート調査の結果、患者さんの会、家族の会などの方のお話をお聞きしたいという要望をうけて、札幌市医師会西区支部主催の「在宅療養に関する研修会」をかねて、西区区民センター大ホールにおいて下記のように開催された。 出席者 136名。

パネルディスカッション 「地域で生活すること」

パネラー	北海道難病連事務局長	伊藤 建雄 氏
	札幌ベンチレーター使用者ネットワーク	佐藤喜美代 氏
	北海道ほけ老人を支える家族の会	奥山 幸三 氏

口演内容

伊藤氏： このような在宅療養を支える地域での活動は非常に大切である。この会は、活動に参加している人々も、検討の対象も、普遍的であることが良いと思われる。是非、このままの活動を続けていてもらいたい。

佐藤氏： 在宅療養者にとって、ケアチームの人々は一緒に生活する人々と思いたい。したがって、ケアに関わる人々の制服姿には逆に非常に緊張してしまう。そのような気持を是非理解してもらいたい。

奥山氏： 痴呆性に関わらず、老人の家族からしてみると、ケアしてくれる人々から自分たちは嫌われているか、いないかはすぐにわかる。 少しの言葉、すこしの行動でそのことはすぐにわかり残念に思う。 家族とはそのようであるということをも是非理解してもらいたい。

パネルディスカッション「地域で生活するという事」参加者へのアンケート結果					回答 87名		
1	研修のテーマは	良い	70	普通	15	良くない	1
2	会の運営は	良い	57	普通	26	良くない	0
3	時間は	短い	4	ちょうど良い	69	長い	14
4	場所は	良い	69	普通	15	良くない	2
5	参加して	良かった	83	どちらともいえない	4	良くなかった	0
6	今後もこのような研修を	望む	77	どちらでもよい	4	望まない	1

第19回 (平成11年6月8日)

事例検討というよりも、介護保険制度の運用を念頭においた、より具体的な疑問を提出し、情報交換の機会とした。

1057 78歳 女 (提案 ST 訪問看護婦)。 老人性うつ病、脳梗塞。

自立しており痴呆はない。精神科で受療しているが、今後の介護保険施行下でどのような支援体制ができるのか。

1058 73歳 女 (提案 支援センター 看護婦)。 軽症痴呆、脳梗塞。 デイケア、ヘルパー、訪問看護を利用して在宅療養生活。 介護保険施行後は負担増により現状維持は困難、 どのような支援体制ができるのか。

1059 76歳 男 (提案 支援センター SW)。 狭心症、リウマチ。 デイケア、デイサービス、ホームヘルプを利用し在宅。 介護保険施行後は自己負担は大幅に増加する。 どのような支援体制ができるのか。

以上の提案例をもとに、以下の質問が出され、されぞれ回答がなされた。

問 訪問看護は医療保険か介護保険か？

問 具体的にどのような違いが出るのか？

問 老健でのボランティアとは？

問 支援センターはケアマネ業務をするのか？

問 国立病院の介護保険への取り組みは？

問 介護保険の自己負担ができないときどうなるのか？

問 現在のサービスが保険下でどうなるのかの情報？

問 「広報さっほろ」にはお問い合わせはケアマネまでとあるが？

問 歯科領域での介護保険制度による弊害は？

問 ケアマネージャーとして活動するうえでのリスクは？

問 住宅改修についての検討はどこが窓口か？

第20回 (平成11年7月13日)

1060 50歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。 消化吸収不良症候群、上部消化管出血による貧血。母と同居。

現状： 3g/dlの貧血、輸血のため通院、ホームヘルプ、移送ボランティア。母のデイケア。

希望： 大変困っております。安全に通院、安楽に在宅療養できる方法はないでしょうか？

結果： ケアチームの合同カンファレンスを。

1061 67歳 女 (提案 西区 職員)。 心筋梗塞、心不全、反復する肺炎。 独居。

介護保険制度下では「自立」と思われるが家事その他に支援が必要と思われ、課題をかかえた事例の報告。

介護保険制度施行を念頭におき、以下の点について情報交換がなされた。

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1) 保険適用対象者の把握が十分か | 2) 被保険者が保険制度を十分認識しているか |
| 3) 基本調査が公平、適正な結果を出せるか | 4) 介護認定審査会が適正な判定結果を出せるか |
| 5) 十分なサービス提供が用意されているか | 6) 被保険者がケアプランに納得するか |
| 7) 自己負担が理解されるか | 8) 苦情の処理とその軽減策は十分にあるのか |
| 9) 「チェック機能」はどこにあるのか | 10) ケアマネージャーがその役割を十分に果たせるか |
| 11) ケアマネージャーの身分と評価は確立されているのか | |

第21回 (平成11年8月10日)

第21回は、研修会「介護保険制度の進捗状況」として、西区保健福祉部 担当職員から6月、7月の連絡会で明らかになった疑問点などについてこの時点までに得られた最新の情報が説明された。

その後、第20回記念懇親会が居酒屋「○○○」にて開催され、48名が出席。

第22回 (平成11年9月14日)

1062 63歳 男 (提案 大学病院 医師)。 ALS。

症状： 嚥下困難、胃瘻造設後。右上下肢完全麻痺、左も徐々に筋力低下が進行、移動は車椅子、食事は全介助、排泄の準備に介助、精神活動低下、今後は肺活量の低下、排痰困難が直接生命予後にとって危険となるほか四肢筋力低下が著明でまもなく機能廃絶状態が近く寝たきりが予想される。現在、気管切開はしていないがいずれ必要。

現状： 現在A町で妻と二人暮らし、町立病院から訪問診療、訪問看護、保健婦、月に一度大学病院受診。

希望： 10月中旬に札幌市西区へ転居し娘家族と同居の予定、については地域で訪問診療可能な医師、看護婦をはじめ、在宅療養支援体制づくりの要望。本人は最近無気力な状態となり、周囲への関心をはらうことも少なくなっているため療養の方針相談などは妻に委ねられている。病状告知、呼吸管理、在宅療養上の危険、窒息、致死にまでの説明などはされている、とのこと。本例を検討する中で、今後は、療養の方針が決定され、納得され、揺らぎがないこと、それがケアチームへ周知されているならば、地域での受け入れは十分可能との認識が深まった。

結果： これらの検討結果をうけて、B医師、C訪問看護ステーションが地域での担当を引き受けることを表明、その他の連携、環境整備、歯科診療などはさらに検討することとなった

本例を検討するにあたっては、大学病院に勤務する医師二人が直接本会に出席し、在宅療養希望者への地域での対応を依頼した形となり、そして、それに対して「西区在宅ケア連絡会」としてその参加者により依頼に応じた結果を得ることができた。このことは、本会が在宅療養支援のために有用な実際的な活動していることの証であり、西区には地域としての「受け皿」が形成されつつあるという点でその意義は大変大きいものであると思われた。

1063 88歳 男 (提案 診療所 医師)。妻と二人暮らし、痴呆(長谷川式1点)、便秘。

8月腰部に褥創発症し訪問看護にて軽快、これを機に、妻は在宅介護に限界を感じ施設介護を希望。

現状： 訪問指導、ホームヘルプ、訪問看護、訪問診療。

希望：このような痴呆の人の西区内の受け入れ可能施設、その具体的な依頼手順。

(また、一般論として、介護保険下で、ケアマネジャーは施設間の連絡調整などを業務として頂けるのでしょうか？さらに、訪問看護、医療必要度などが変化した場合、どのような役割を担っていただけるのでしょうか？との質問あり。その他の場合などを想定して、ケアマネジャーの役割について検討する機会にしたいとの提案あり。)

これをうけての主な発言は、1) 施設間(医療施設間も含め)の連絡調整は重要業務であり、現在そのことを日常的な業務としているケアマネとこれから勉強するケアマネがいること、2) 社会資源の活用に関心があるか、まことに求められており、どのようなケアマネが担当するかにより被保険者の満足度も変わるということ、3) ケアマネジャーはサービス提供側と対象者の板挟みに合い大変な業務になることが予想されること、4) 制度としては民間のいわゆる自由競争を促しているが、実際にはサービスの提供競争となるのでその質を考えると不安材料が多いこと、5) ケアマネジャーの連絡協議会が発足の予定であるが、ケアマネジャーのみの連携では実際のサービス提供には不十分で、各ケアマネが互いに個々のネットワークを持っているかが重要であること、6) そのためにも「西区ケア連絡会」をどうしてのネットワークづくり、ケアチーム形成に努めることが重要となること、7) したがって、「西区ケア連絡会」へケアマネジャーが参加する意義は大変大きいこと、などであり、参加者にとって有意義な意見交換となった。

結果： 当症例についての具体的な結論は時間の制約でできず、提案者が個々にあたることとされた。

以上、この2例の検討を通じ、「西区ケア連絡会」の活動がより重要性を増してきたことが示された。介護保険制度の運用のみならず、医療提供体制、社会保障制度全体に関わる問題点なども今後検討課題となることでしょう。今後も、医療、保健、福祉の関係者の連携により西区が「より良き状態」とならんことが期待される会となった。

第23回 (平成11年10月12日)

1060 (2回目) 吸収不良症候群、血色素3g/lの貧血。

その後の経過とケアチームの対応について報告、今後も継続。

1062 (2回目) 63歳 男、他町から西区へ転居予定のALS症例。

その後、受け入れのため情報交換を進めていたが、目前にして逝去。

1063 (2回目) 88歳 男、痴呆、在宅介護から施設介護を希望した事例。その後、主治医が在宅介護支援

センターに依頼、関係施設が満床で方々手をつくしてくれた結果約一ヶ月後、老健施設へ入所。

1064 84歳 男 (提案 訪看ST 看護婦)。 独居、脳血管性痴呆、パ病、左腸骨部褥創。平10、11、までは 寝B、痴II、要介護度4 にてその後、サービス提供開始。 訪問看護、訪問介護、デイケア、デイサービス開始後、徐々に逸脱行為減少、体交、保清により褥創治癒、リハビリによりつかまり歩行可能となる。トイレ手すり設置により自力排泄促進、食欲増進し、現在は要介護度2と思われる。

この事例をもとに、要介護認定後サービスが減少した場合、 1) ADL、精神機能の低下の不安があること、
2) 家族の介護負担増強の懸念があること、などについて検討された。

主な意見は以下のとおり。

1) 在宅生活にもどただけで入院、入所のストレスがなくなり、要介護者が要支援、自立に判定される状態になることは十分あり得る。 2) 6ヶ月毎の見直しは、再度基本調査、意見書をもとに判定されるが、順当に要介護度の変更ができるか不安がある。 3) 種々相談されるケアマネージャーは、板挟みとなり、大変苦労する。 4) 法的には、保険給付のサービス提供が減少しても仕方がなく、同じサービスを受けるには自費負担しかない。 5) 介護保険制度には家族介護の負担軽減という効果も期待していたが、実は、医療費抑制策であることが明白で残念である。

第24回 (平成11年11月9日)

1060 (3回目) 50歳 女 (経過報告 訪看ST 看護婦)。 消化吸収不良症候群、貧血。

その後の身体状況の変化、入院、退院、ケアチームの対応について経過報告。

1065 90歳 女 (提案 診療所 医師)。 老年痴呆、変形性脊椎症。 娘と二人、隣家に息子家族。 介護力不足。11年10月、イレウスにて4週間入院中に痴呆、下肢筋力低下進行。

現状： 主治医、訪問看護、ホームヘルプ(週3回2時間)、自費での夜間介護者依頼。

希望： 可能な限りの在宅療養の継続を希望するが、妄想、介護抵抗、暴言、とくに夜間の妄想、また、人との接触を望むのか頻回の尿意を訴えるが、自室内のトイレへの2mの移動にも介助が必要であり家族とヘルパーによる介護に時間的な限界がきている。何とか、現在のヘルプの増量、さらに他の多くの方々のお手をお借りすることはできませんでしょうか？

結果： 訪問看護の回数、ホームヘルプの回数、時間の増加、24時間巡回型ホームヘルプの導入、ボランティアへの依頼などが検討された。しかし、それぞれ業務が明確になっており、痴呆の人への単に「そばにいる」だけのヘルプには限界があり、身体状況、家族以外の人への反応などの情報から、今回の主な希望である介護者の時間的開放をもたらすことは困難が伴うと思われる。しかし、家族を含めたケアチームのカンファレンスを開き、これらの意見、アドヴァイスをとりいれて今後の方針を検討することとされた。
さらに、主治医と精神科医師との間で薬物療法について検討された。

1066 86歳 女 (提案 支援センター 職員)。 妻と二人暮らし、腰痛症、(A 正常)、インフォーマルな支援はない。

現状： サービス給付の要件に該当せず。経済的にレンタルはできず。

希望： ベッド、マット、肘掛け付きイスなど。 結果：しかし、支援センターとしてはこれまでの関わりの中で希望に応えたく、母体、各関係機関の協力を得て、調達と搬入を行いケア体制をセットした。

従来から、各地域の在宅介護支援センターは地域活動も重点的に行っており、それは、要介護状態にならないように、という予防活動でもありました。しかし、最近、運営方針の変更を余儀なくされかねない状況もあります。そこで本例は、今後の在宅介護支援センターの運営方針の変更によっては、このような活動は難しくなるのではないのでしょうか、という事例として提案された。そこで、今後の在宅介護支援センターの業務についての情報交換が行われた。

主な意見は、1) 行政からの業務委託費が減額される可能性があること、2) 活動に対する出来高的な収入、ケアプラン作成による収入が見込まれるが、現在の人員はそれだけの業務にかかりっきりとなることが予想されること、3) したがって、先の事例のようなニーズに応えられなくなることが、あるいは、一般的にインフォーマルな活動ができなくなるにではという心配があること、4) 例えば、電化機器などが用意できても搬入が出来ない、などということになること、5) ただし、これらのことは、各法人としての考え方により左右されること、6) つまり、母体である法人に余裕がある場合には、活動が継続できることとなり結果的に支援業務が拡大すること、7) 結局、今後、各センターは縮小するか、拡大するかのどちらかであること、8) 札幌市には、センター業務について、今後どのような形態を考えているのか、将来構想はどのようなものであるのか、を明確にしてもらいたいこと、9) 国、厚生省には、センター業務について、社会保障制度の中での介護保険制度とどのような整合性を保とうとしているのかを明確にしてもらいたいこと、などであった。

1067 77歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。平9年交通事故、気管切開あり、夫死亡、地方から西区へ転居し娘と二人暮らし。気管内に肉芽性変化があり、気管カニューレを離脱できず、うつ傾向あり、倦怠感つよく、ほとんどベッド上の生活。(A 正常)。

現状： 訪問看護、専門医、老健のショートステイ。

希望： 気管カニューレがあっても受け入れ可能なデイサービス、デイケアは？ 娘の介護負担感が軽減されるサービスについての検討を。結果： 老健でのデイケアは、送迎時間が合わず無理であったのが現状、特老でのデイサービスは、気管切開があると無理なのが現状。検討の中で、サービス云々よりももう一度、気管カニューレ抜去困難についての再検討の余地はないか、との意見が数名の医師から出された。

第25回 (平成11年12月14日)

第25回は、主に小児科領域における新規事例が提案された。

1068 12歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。先天性水頭症、低酸素性脳症後遺症、意識障害、四肢痙性マヒ、下垂体性小人症。母、本人、6歳の妹、祖母の4人暮らし。ADL、IADLすべて全面介助、経管栄養、吸引器、車いす、電動ベッド。現状：訪問看護、訪問リハビリ、ヘルパーによる入浴、月一回の病院受診、週一回の療育センターでの機能訓練、週二回の訪問学級(先生が自宅を訪問し学習)。

問題点： 1) 母親への精神的援助はどのようにあるべきか、2) 訪問学級の先生との連携をどのようにするのが良いか、などについて、アドバイスを。

結果： 1) 長期予後について断定的には説明されておらず、母親は回復の可能性がないことへの受容ができていない。2) このような障害児をもつ母親同士の情報交換のつながりは非常に強く、訪問学級の先生をも介して行われることも多い。3) 母親自身にとって、訪問看護婦、PTは精神的支えでもあるので、とりあえず徹底的に受け入れて、まず信頼関係をつくることが重要。4) すべての関係者の情報交換、カンファレンスなどに時間をかけることが重要。

1069 6歳 男 (提案 訪看ST 看護婦)。 脊髄腫瘍、両下肢不全マヒ、膀胱直腸障害にておむつ使用。 父母、兄二人、本人、3歳妹の6人暮らし、不潔、劣悪な住環境。
現状： 訪問看護(状態観察、母親支援・指導、環境整備について)、福祉用具(車いす、入浴用品、紙おむつ)、週三回の施設通園、月一回の専門医受診、排泄、入浴は全面介助。

希望：「元気なうちは家ですごした方が良い」といわれているが、現在の過ごし方で良いものか、アドバイスを。ヘルパー派遣の希望。要治療の齲歯が16本あり、通院治療は困難。

結果： 現在の情報からは不明確であるが、転移などの可能性もあると思われる、より正確な予後の情報を得ることが必要。その内容により生活条件なども含めたサービス提供体制が考慮されることが望ましい。歯科医から、条件によっては一度に治療することは可能とのコメントあり。

第26回 (平成12年2月8日)

1070 72歳 男 (提案 訪看ST 看護婦)。 慢性腎不全にて通院透析中、多発性脳梗塞、妻(69歳、腰痛)、孫と3人暮らし、(B、Ⅲ、移動、排泄、食事は一部介助、着換、入浴、整容は全介助)。

現状： 訪問看護、ホームヘルプ(週一回)、時に入浴介助、訪問歯科。

課題： 1) 外出する気が無く、ほとんど家の中で暮らしている、 2) ケアに対して暴言、暴力、抵抗があり、家族、ケア担当者が苦勞している、 3) 保清を嫌う傾向にあるが、ヘルパーの入浴介助を希望する、 4) 家族に医療不信もうかがわれ、ケアケアプラン作成に苦慮する場面あり。

結果： 1) 本人が一番望むことは何か、何ができ、何ができないか、よく知ること、 2) ケアへの抵抗は、イヤなこと、痛い、恐いこととの表現であることが多い、 3) 痴呆性は実際にはより低いことが推定される、 4) 閉じこもり傾向が、ケアを増やしていく可能性あり、関係づくりを重要視したケアチームが必要となる、などが議論された。しかし、困難事例であり、具体的な対応策については、今後の検討課題とされた。

以下、要介護認定結果から、サービス提供に限度あり、ケアプラン作成に苦慮する例

1071 66歳 女 (提案 ST 訪問看護婦)。 パーキンソン病、夫(75歳、DM ｲﾝｼﾞﾝ注)、息子夫婦と同居。(B、Ⅰ、ADL、IADLすべて全介助、介護認定は5)。 現状：ホームヘルプ(毎日深夜、夕刻の巡回型、滞在型)；49,204単位。デイケア(月4回)；3,836単位、合計53,000単位以上で限度額を超過。訪問看護、訪問リハビリは医療保険としても、自己負担20万円以上となる。

1001(3回目) 95歳 女 (提案 ST 訪問看護)。 多発性脳梗塞、独居、自分なりの価値観をしっかり大事に持ち続けている。(B、Ⅰ、入浴は全介助、他は一部介助、室内移動は這うように、介護認定は3)。 現状：ホームヘルプ(毎日深夜、朝、昼、夜の巡回型、滞在型)；70,000単位、デイケア(月8回)；64,000単位、訪問看護；68,000単位、現在のサービスは支給限度額を大幅に上まわっている。

以上の2例に共通して意見交換が行われた。

課題： 本人はあくまで在宅生活を希望しているが、施設サービスを受けるか、在宅サービスを減量するか、何か工夫か、アドバイスを！ 問題点： 1 巡回型ヘルプが時間帯もふくめて適切なサービス提供になっているか、 2 インフォーマルサービスは、身体に触れざるを得ない状態では無理がある、 3 1071例には、集中した在宅リハビリの

時間が必要ではないか。結果： 1このような状況の場合、介護保険制度下では施設サービスを選択せざるを得ないのではないか、 2どうしても在宅療養を選択する場合には、何が一番大切か、独居か、を十分考慮して、ケアプラン作成を、 3このような事例に対して、介護保険制度運用開始までに、マネージャーを中心に行政も含めた、連絡調整の場が是非必要である。意見： 1従来からの既存のサービスのみならず、何か新しいサービスの提供を創設する必要があるのではないか、 2介護保険法の趣旨には、自立、在宅療養支援が謳われているが、現実にはこのように限界を示されることが予想され、制度の矛盾、不十分な点の改善が望まれる。

第27回 (平成12年3月14日)

1072 80歳 女 (提案 訪看ST 看護婦)。夫と(脳梗塞、自立)と二人暮らし、多発性脳梗塞、痴呆、短期記憶低下、不安感強い、介護認定は要介護 3。

現状： 夫の介護力不足で、現在ショートを月に一回、デイサービス週二回利用。

希望： 家族はショートの利用を希望しているが、介護保険下では区分限度のため同様の利用は望めない。

1073 80歳 女 (提案 支援センター 看護婦)。息子夫婦、孫と同居、老人性痴呆。介護認定は要支援。

現状： デイサービスにより問題行動は落ちついている。

希望： 要支援のため、デイサービスの回数が減ると以前に戻る可能性あり。

1074 82歳 女 (提案 支援センター SW)。娘と同居、老人性痴呆、要介護認定は要介護 1。

現状： 老健による定期的な、デイ、ショート、入所が基本ベースで在宅療養安定。

希望： 要介護1による回数制限、また、定期計画的な入所は望ましいとはいわれていないのでどのようにするのが良いか。

新規検討の3例に共通して、要介護認定結果から、現在の受けているサービスの低下が心配されることに対して、以下のような意見、情報交換が行われた。

- 1 ショートステイは、その家族の介護負担軽減が主たる目的の一つであるから、期間の限定は実状にあっていないと思われる。改善が望まれる。
- 2 ミドルステイの有効的な利用を工夫する余地がある。

第28回 (平成12年4月11日)

1001 (4回目) 96歳 女 (経過報告 訪看ST 看護婦)。多発性脳梗塞、独居、自分の価値観をしっかりと大事に持ち続けている。現状： 現状のサービス提供は、介護保険下では困難となる。

結果： 結局、関係者の説得に応じるかたちで、老健入所となったとのこと。

1075 65歳 男 (提案 訪看ST 看護婦)。独居(生保)、介護認定は要支援。視力障害、幻覚、妄想あり、精神科、泌尿器科、内科通院が必要、一人で外出できないので、受診の際には介助が必要。

問題点： 要支援、受診介助、服薬管理、症状観察の訪問看護は必要、いままでは精神訪問看護での対応ができたが、今後も介護保険下で対応可能か。

希望： 精神科訪問看護として、医療保険で対応できないでしょうか。

結果： 介護保険下では精神訪問看護のみで、その他と同様にワケ内での訪問となる。精神（科）訪問看護はあくまで医療機関からの訪問で、この例はステーションからの医療保険下での訪問は認められない。

1076 78歳 女 （提案 訪看ST 看護婦）。再生不良性貧血、息子家族と同居、観察、指導のため訪問看護のみ利用中、行政のすすめに従い、要介護認定申請中であるが、訪問看護には制限がある。

問題点： 医療依存度の高い事例の訪問看護は、医療保険か介護保険か。

希望： 週一回訪問の注射治療、主治医が転勤し、地域の主治医を希望。

結果： 厚生省からの通達が、4月10日に札幌市から公表されており、訪問看護のみ利用の場合、医療保険での取り扱いで良いこと、すでに認定済みの場合、認定取り下げも可能であること、数カ月後の再認定に際して、申請をしなければ認定取り消しとなること、などの情報が伝えられた。

また、地域の主治医については、札幌市医師会発行の「在宅療養等支援協力医療機関名簿」を是非ご参考に、その上で不都合な場合にはあらためて相談、との発言あり。

1077 77歳 男 （提案 支援センター 職員）。パーキンソン病、介護認定は要介護4、妻は 要支援、

問題点： 夫婦の介護度が異なる場合、介護保険下でのサービス受給に制限あり。

希望： 現在、週一回、夫婦で老健、通所リハビリ利用中、今後は週二回を希望。

福祉用具のサービス提供と、妻の体調不良時にホームヘルプを希望。

結果： 制度上は夫婦でも個々のサービス提供となる。このような場合は、事業者にサービスとしてのサービス提供をお願いするしかないでしょう。

1078 72歳 男 （提案 病院 医師）。子供と交流なく、退院後、下宿にて独居の予定。脳梗塞術後、肺癌術後、ペースメーカー装着（ほぼ自立、痴呆なし）。

希望： 地域の主治医（水分摂取に制限あり、時に補液治療が必要と思われる）。

結果： 札幌市医師会発行の「在宅療養等支援協力医療機関名簿」を是非ご参考に。

第29回 （平成12年5月16日）

第29回 西区在宅ケア連絡会は研修会として、最近関心が高まっている抑制廃止に関連した講演会を西区区民センター大ホールにおいて下記のように開催された。出席者 189名。

講演会「縛らない介護を一抑制廃止について」 定山溪病院 院長 中川 翼 先生

抑制廃止にむけて大事なことは、

- 1 トップが決意すること
- 2 病院（施設）全体で取り組むこと
- 3 カンファレンスを通して変えていくこと
- 4 ご家族への説明が大切であること
- 5 経時的に抑制している患者さま（入所されているかた）の数を把握すること
- 6 長続きのする取り組みをすること
- 7 研究会に出席して他施設の情報を得、自院（自施設）を客観的に位置づけること
- 8 オンブズマン制度を取り入れること

講演会「縛らない介護を一抑制廃止について」参加者へのアンケート結果					回答	146名	
1	研修のテーマは	良い	121	普通	23	良くない	1
2	会の運営は	良い	88	普通	52	良くない	0
3	時間は	短い	6	ちょうど良い	136	長い	5
4	場所は	良い	96	普通	42	良くない	5
5	参加して	良かった	121	どちらともいえない	19	良くなかった	2
6	今後もこのような研修を	望む	132	どちらでもよい	9	望まない	1

第30回 (平成12年6月11日)

1079 68歳 女 (提案 診療所 医師)。 慢性関節リウマチ (要介護1)、三世同居。

現状： 午前中のADLの低下が認められる他は自立。

現在、他のサービスは利用していません、介護支援専門員も決まっています。

希望： 正しい歩行へのサポートを求め、介護保険下での訪問リハビリを希望。

結果： 身体状況の評価により、回数、リハ内容の検討が必要との意見あり。その後、西区内の、介護保険下での訪問リハビリ可能な医療機関のリストが供覧され、具体的な意向も出された。

また、訪問看護下での利用の可能性について情報交換がなされ、提案者に提示された。

以下、研修会「住宅改修」に関連し、参考事例の報告。

1080 68歳 女 (提案 病院 SW)。 パーキンソン病、要介護2、実母 (要介護1) と同居。

「住宅改修」を利用して手すりを取り付けた。 要介護状態2名いる世帯の利用例。

介護保険下では、20万円×2名分の利用が可能であったこと、建築業者との交渉については見積もり、経験、アフターサービスなど十分な考慮が重要であること、など情報提供された。

1081 61歳 男 (提案 病院 PT)。 脳梗塞 (左片マヒ) (A1)、妻と二人暮らし。

住環境の問題点として、玄関先4段の段差、狭い廊下、車いすでは近づけないトイレ、使えない洗面台、などがあるため、退院後のために2階に娘家族が住む住居を新築することになった。入院中に、担当OT、PTと建築士が細部にわたって打ち合わせ、また最終的には、現地に車いすを持ち込んでの施業者も交えた確認を行い、良好な結果が得られた事例報告。 担当の建築士も出席し、多くの情報が提供され、また、設計、施業者との対応について多くのアドバイスがもたらされた。

VI アンケート結果

平成9. 6. 4.

第一回準備会において実施した、アンケート「西区在宅ケア連絡会に期待すること」に寄せられた回答

- ・マクロ的視野での問題検討とミクロ的（地域的）にシステム形成を！
- ・恒常的に柔軟な対応が可能であるシステムの構築が必要と思われませんが、かなり難しいかも知れません。ともかく、今すぐできる事と、将来へのしっかりした見通しとの両面でいくことが必要です。
- ・限られた制度、社会資源の中での発想、ケアプラン作りではなく、全てを新しく創っていくくらいのモデル的な機能をもつことができたら理想的であると思います。
- ・各職種、立場の枠を取り払った上で、対象者が依りよい形で地域での在宅療養生活をおくることができるようケアマネージする力がつけられるように訓練する場であってほしい。
- ・各分野、職種間の理解が深められる場であれば良いと思います。
- ・事例検討の他に、在宅ケアの問題点、不明な点、困難な点についての質問が出せる場であってほしい、そして、情報交換ができ、検討、討論、が行われ回答があり、結論が出せる場であってほしい。
- ・現在の社会資源の理解と制度を活用する上でのシステム、具体的な方法について情報交換する場を。
- ・札幌市医師会「在宅療養等支援協力医療機関名簿」登載医の地域の在宅療養者への対応をいつでも希望する。
- ・往診、訪問診療が可能な医師、専門医のイエローページが作成できると良い。
- ・対応困難事例とともに、「うまくいった」事例もとりあげると大変参考になります。
- ・“在宅観”について話し合ってみたい。

平成9. 12. 2. 実施 西区在宅ケア連絡会 アンケート集計結果

ゴシック文字が回答数です 計 46名

- 1 全体の印象をお聞かせ下さい
1 大変良い 28 2 このくらいで良い 13 3 改善必要あり 5
- 2 来年2月以降、毎月 第1火曜日 開催の予定ですが、
1 それで良い 36 2 多すぎる 6 3 少なすぎる 0
- 3 現在、事例検討4～5例、在宅ケアに関わる社会資源についての学習も合わせて行っていますが、
1 この内容で良い 36 2 事例検討に重点をおいて欲しい 4 3 学習に重点をおいて欲しい 3
- 4 現在の事例検討について（複数回答 可）
1 一例につき時間はこれで良い 31 2 一例毎の時間が少ない 7 3 連絡表はこれで良い 9
4 連絡表は改善の余地あり 10 5 その他 2
- 5 平常の事務的経費（通信費、コピー費用など）が必要になってきましたので、
一回の出席毎に一人100円を頂いて費用に当てたいと思いますが
1 それでよい 40 2 他の方法を考えた方がよい 3
- 6 その他ご意見をご自由にお書き下さい
もっと医師の参加を！ ケアを受けている本人、家族の参加の可能性を！
連絡表の個人データはアラバターのこともありもっと簡潔で良いのでは？
検討の結果、その後どうなったかを知らせて欲しい！ なぜ100円か？
第一火曜日はレセプト事務のため忙しい！ 力をあわせて是非継続を！

平成 10. 9. 8. 実施 西区在宅ケア連絡会 アンケート集計結果

ゴシック数字が回答者数です 計 66名

1 全体の印象をお聞かせ下さい

1 大変良い 20 2 良い 4 3 普通 37 4 改善の必要あり 1

2 現在、毎月 第2火曜日 の開催ですが、

1 それで良い 65 2 多すぎる 0 3 少なすぎる 0

3 現在、事例検討3～5例、在宅ケアに関わる社会資源についての研修も合わせて行っていますが、

1 この内容で良い 51 2 事例検討に重点をおいて欲しい 7 3 研修に重点をおいて欲しい 4

4 現在の事例検討について（複数回答 可）

1 一例につき時間はこれで良い 40 2 一例毎の時間が少ない 11 3 連絡表はこれで良い 7

4 連絡表は改善の余地あり17

5 その他 2 (連絡表に住所記入のためある機関の関与があり、家族からのクレームありトラブルになった例があった 是非歯科の項目を！ 連絡表を改善し、時間がかからぬようにポイントをしばって)

5 最近は全体で約2時間を要しておりますが、会全体の時間は

1 このくらいで良い 58 2 短かすぎる 1 3 長すぎる 4

6 現在の出席者に加えてさらに多くの出席が望まれるのは（複数 可）

1 診療所の医師 22 2 病院の医師 14 3 コメディカル分野 16

4 患者の会など 34 5 ヴォランチアなど 15 6 行政職員 14

7 その他 5 (ヘルパー 学生 介護職員 薬局薬剤師 鍼灸師 歯科医師 病院の看護婦、看護部長 関与する人の中でより適切に発言ができるかた)

7 この会に出席して、最も良かったと思われることは（複数回答 可）

1 人とのつながりができたこと 28 2 ほかの事例から学ぶことが多いこと 41

3 研修内容が勉強になったこと 26 4 いろいろな情報が得られること 40

5 医療的な知識が得られること 14 6 自分の事例に具体的な解決が得られること 9

7 その他 17

8 2000年4月 介護保険制度がスタートしますが、そのとき、この「西区在宅ケア連絡会」は

1 より発展するべき 56 2 このままで良い 7 3 縮小するべき 0

ここで、1より発展するべき に○をつけた方にお尋ねしますどのような形で発展するのが良いのでしょうか

1 情報交換の充実をはかる 46 2 介護保険制度運用に対する調整を行う 30

3 地域別の連絡会に分割する 12 4 疾患別の連絡会に分割する 4

5 その他 (行政の事業計画などへ、会の意見が反映できるように

ケアマネジメント能力をより高めていけるように)

9 今後とりあげることを希望される、研修のテーマをお書き下さい

福祉用具 住宅改造 バリアフリー 寝たきり家族の会 西区のインフォーマル組織について

ADL別ケアについて 肺理学療法 退院前の在宅療養についての調査

9 その他ご意見をご自由にお書き下さい とにかく機関、施設間の連携が本人、家族の不利益にならぬように

連携の中で、困ることは困るといえる会であってほしい 医療ニーズの高い人が安心し、困らないような

システムが望まれる 自己紹介ははじめて参加の人のみで良い

ゴシック数字が回答数です 計 85 名

- 1 全体の印象をお聞かせ下さい
 - 1 良い 58
 - 2 普通 25
 - 3 改善の必要あり 0
- 2 現在、毎月 第2火曜日 の開催ですが、
 - 1 良い 71
 - 2 多すぎる 3
 - 3 少なすぎる 1
- 3 現在、事例検討3～5例、在宅ケアに関わる社会資源について、その他の研修も合わせて行っていますが、
 - 1 この内容で良い 64
 - 2 事例検討に重点をおいて欲しい 12
 - 3 研修に重点をおいて欲しい 7
- 4 この会に出席して、最も良かったと思われることは（複数回答 可）
 - 1 人とのつながりができたこと 39
 - 2 ほかの事例から学ぶことが多いこと 51
 - 3 研修内容が勉強になったこと 40
 - 4 いろいろな情報が得られること 68
 - 5 医療的な知識が得られること 16
 - 6 自分の事例に具体的な解決が得られること 6
- 5 介護保険制度との関係については、
 - 1 このままの内容でつづけると良い 60
 - 2 介護保険制度下のケアカンファレンスとしての意義を大きくした方がよい 23
 - 3 現在と別の内容が良い（ 医療、保健、福祉の関係者以外にも参加の輪をひろげていきたい
事例検討以外に介護保険制度の問題点の検討も）
- 6 在宅療養推進のため、将来のこの会の位置づけとして、
 - 1 NPO（非営利組織）方式 17
 - 2 第三セクター方式 22
 - 3 現状のままで良い 58
 - 4 他の方式が良い（ 西区のケアマネージャー連絡会議として保健、医療、福祉分野を統括する団体として
この会は適当と思う 自発的、自由な討論の場として継続していくこと
大きく発展することを目指さないほうが良い ）
- 7 医療、保健、福祉の連携が理想的に推進されると、西区内に在宅ケアのための一つの大きな「地域ネットワーク」が形成される可能性があります。 この会の活動が発展し、このような目標を掲げることにについて、
 - 1 賛成である 70
 - 2 わからない 13

- 8 その他ご意見をご自由にお書き下さい

事例についてこれからの支援状況についてより掘り下げた意見が聞きたい。

グループワーク方式など、より多くの意見が出しやすい形式も試みてはいかがか。

一部の人の意見が強く、必ずしも地域ネットワーク作りの内容になっていないのではないかと思う。

地域に根ざした市民団体的な会であることを大切に、冷静に地域医療、福祉行政、新たな制度改革を眺め、発言していく会であってほしい。

介護支援専門員連絡協議会など様々な団体がたくさんできてくるがそれらをまとめるネットワーク団体を！

この会での人のつながりを有効にして分科会的なケアカンファレンスを！

今の活力を維持するためにより多くの企画を！

事例検討には人数が多すぎる。

福祉オンブズマン的な会を！

とても参考になります。

VII 研修会資料

資料番号

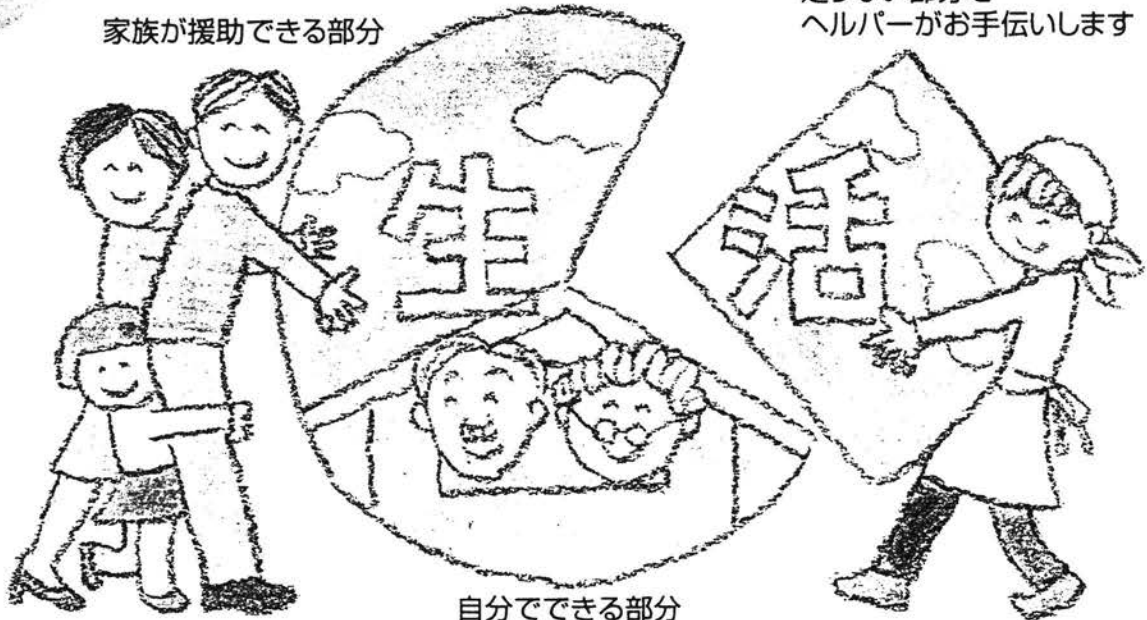
1	第 3回連絡会	ホームヘルプ事業について 札幌市在宅福祉サービス協会から	
2	第 4回連絡会	在宅介護支援センター業務について 五天山園在宅介護支援センター	乙坂 氏
3	第 5回連絡会	訪問看護ステーション業務について 訪問看護ステーション やまのて	谷藤 氏
4	第 6回連絡会	地域ケア支援システムの構築 札幌大学経営学部	宮腰教授
5	第 8回連絡会	成年後見制度を巡る現状と課題 西区保健福祉部	阿部 氏
6	第 9回連絡会	訪問リハビリテーションについて 秀友会病院 P T	岡田 氏
7	第 12回連絡会	在宅におけるがん患者の痛みの治療のために 市立札幌病院 麻酔科	合田先生
8	第 13回連絡会	社会福祉協議会の事業について 西区社会福祉協議会	佐藤 氏
9	第 14回連絡会	生活保護制度について 西区保健福祉部	埴 氏 横尾 氏
10	第 15回連絡会	徘徊高齢者 S O S ネットワークシステムについて 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部から	
11	第 16回連絡会	身障福祉制度について 西区保健福祉部	山本 氏
12	第 17回連絡会	在宅における口腔ケアアセスメントについて 札幌市歯科医師会	芦田先生
13	第 18回連絡会	研修会「地域で生活するということ」 案内パンフレットから	
14	第 24回連絡会	介護保険制度の進捗状況一介護サービス基盤について 西区保健福祉部から	
15	第 29回連絡会	講演会「縛らない介護を一抑制廃止について」 定山溪病院	中川先生
16	第 30回連絡会	住宅改修について 秀友会病院 P T	岡田 氏

* なお、紙面の関係上、資料の一部のみの掲載となっております。ご了承お願いいたします。

ホームヘルプサービスは 自立生活を援助することを 目的としています。

家族が援助できる部分

足りない部分を
ヘルパーがお手伝いします



自分でできる部分

こういうときにご相談ください

高齢で家事や 介護ができない

おおむね65歳以上が対象です。
単身者、高齢夫婦だけでなく、
家族がいても援助できない場合
もご相談ください。

障害のため家事 や介護をしてほ しい

身体障害などで家事や介護が
必要な方のお手伝いをします。
家族がいても援助できない場
合もご相談ください。

痴呆性の家族の 介護が大変

痴呆性の場合年齢が若くても
対象になります。

妻の入院中、高 齢な夫の食事を

同居の家族が病気などで一時的
に不在になる場合、家事や介護を
代わりにお手伝いします。

通院介助をして ほしい

通院、買物などの介助をします。

介護疲れを解消 したい

長期間の介助を乗り切るため
に、一時的に介護疲れを解消する
ことも必要です。介護者に代わっ
て介護のお手伝いをします。

(財)札幌市在宅福祉サービス協会には 2つの形のホームヘルプサービスがあります

	協会の受託事業(札幌市から)	協会の自主事業
派遣ヘルパー	ホームヘルパー	登録協力員
申し込み先	区役所地域福祉課 (サービス協会でも相談をお受けします)	(財)札幌市在宅福祉サービス協会各センター
派遣対象世帯	① おおむね65歳以上の高齢者で障害、老衰などのために日常生活を営むことが困難な世帯 ② 身体障害者、心身障害児(者)のいる世帯で、障害などのため日常生活を営むことが困難な世帯	① おおむね65歳以上の高齢者で寝たきり、痴呆性、虚弱、一人暮らしのいずれかに該当 ② 重度心身障害児(者)
サービス内容	1. 身体の介護 2. 家事 3. 相談・助言	1. 家事 2. 軽介護 3. 相談・助言
費用負担 (1時間単価)	世帯の生計中心者が ①生活保護世帯 0円 ②所得税非課税世帯 0円 ③前年所得税額10,000円以下 250円 ④// 10,001円以上 30,000円以下 400円 ⑤// 30,001円以上 80,000円以下 650円 ⑥// 80,001円以上140,000円以下 850円 ⑦// 140,001円以上 930円	一律750円(活動費700円 事務費50円) 交通費(公共交通機関使用の実費)
決定までの手続き		

在宅介護支援センター事業について

項目	札幌市在宅介護支援センター運営事業実施要綱	札幌市在宅介護支援センターの運営に関する業務仕様書
目的	在宅のねたきり老人等とその家族に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じるとともに、ニーズに対応した各種の保健、福祉サービスの適用が図られるよう、関係行政機関及びサービスの実施機関等との連絡調整等にお原義を供与し、もって地域の要援護老人及びその家族の福祉の向上を図ることを目的とする。	○利用者について○ 介護に関する相談については随時受けることとするが、継続的な援助を必要と認められる者については、適切な処遇をすることにも、その経過についても利用者台帳等により内容を明らかにすること。
利用者	市内に居住するおおむね65歳以上の者であって、身体が虚弱又はねたきり若しくは痴呆等のために日常生活を営むのに支障がある者又はこれらの者を抱える家族とする。	○実施体制について○ (1)相談窓口としての業務については、併設施設との連携の下に24時間対応の体制を確保するものとする。 (2)専用電話の設置、在宅介護支援センター専用回線を確保すること。 (3)相談協力員に対する定期的な研修会及び支援センターと相談協力員との情報交換及び在宅介護相談協力員相互の情報交換、親睦等を行うための懇話会等の開催並びに相談協議録との日営的な連絡調整を行うこと。 (4)在宅介護支援センターの事業内容の周知を図るとともに、地域との連携を確保するため、地元商店等（商店、薬局等）に対して協力を依頼すること。 (5)最新の介護機器を展示、紹介できるように、取扱業者との連携を図る事。
実施主体	(1)在宅介護についての各種の相談に対し、電話、面談、訪問等により総合的に応じること。 (2)各種の公的福祉サービスの広報及びその積極的利用についての啓発を行うこと。 (3)各種の公的福祉サービスの適用について調整を図り、利用申請手続きの便宜を図ること。 (4)介護機器の展示と利用者の身体状況を踏まえた介護機器の紹介、選定及び具体的使用方法に関する指導を行うこと。 (5)在宅介護相談協力員等から連絡を受けた場合、在宅介護の方法等について指導助言を行うこと。 (6)個別の要介護老人及びその家族に対する介護ニーズ等に評価を行うとともに、処遇のあり方についての諸資料を作成すること。 (7)緊急通報システム事業における福祉相談窓口として指導助言を行うこと。	○広報について○ (1)事業内容を紹介した専用パンフレットを作成し、在宅介護相談協力員及び協力商店等に配付すること。 (2)各種保健福祉事業の啓発の為、パンフレット等を収集し展示すること。 ○委託期間について○ 年度単位とする。
事業内容	(1)市は、支援センターと協議の上、年間の事業計画を定めるものとし、支援センターでは、この計画に基づき、月間の事業計画を定めるものとする。 (2)市は、地域における支援体制を確保するため、在宅介護相談協力員を定め、協力を依頼するものとする。 (3)支援センターは、事業の円滑な運用を図るため、福祉部、保健センター、医療機関、高齢者サービス調整委員会等との連携を図るものとする。 (4)支援センターは、事業の周知等を図るため、地域の商店、薬局等を選定し、協力を依頼するものとする。 (5)支援センターに併設する施設では、緊急時において、当該施設で実施する在宅サービスの利用が可能となる体制を予め確保するものとする。	
事業の実施		

札幌市在宅介護支援センター運営協議会	札幌市在宅介護支援センター運営事業実施要綱	札幌市在宅介護支援センターの運営に関する業務仕様書
支援センターの配置等	<p>(6)支援センターは、公的機関、在宅介護相談協力員からなる在宅介護支援センター運営協議会を定期的開催するものとする。</p> <p>(1)支援センターには、管理責任者を置くとともに、原則として次の職員を常勤で配置するものとする。</p> <p>①ソーシャルワーカー又は保健婦 1名 ②看護婦又は介護福祉士 1名</p> <p>(2)夜間における相談に対しては、併設する施設の夜間管理体制の中で適切な対応をするものとする。</p> <p>(3)職員は、利用者及び利用世帯のプライバシーの確保に万全を期すものとし、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p>	<p>○職員について○</p> <p>(1)職員は常勤・専任職員とし、組み合わせについては、原則として以下の通りとする。</p> <p>①ソーシャルワーカーと看護婦の組み合わせ ②保健婦と介護福祉士との組み合わせ (2)勤務時間は原則として、フレックスタイム制の勤務体制を組み、利用度の高い時間に対応できるものとする。 (3)各種研修会への参加及び異職種との交流等あらゆる機会をとらえ、個別処遇計画(ケースマネジメント)等の技術等に関する自己研鑽に努めること。</p>
在宅介護相談協力員	<p>(1)在宅介護相談協力員(相談協力員)は、民生委員等の中から市長が専任し、依頼するものとする。</p> <p>(2)相談協力員の任期は、民生委員法第10条に規定する任期を準用する。</p> <p>(3)相談協力員は、支援センターの円滑な運営に資するため、次の業務を行うものとする。</p> <p>①支援センターから依頼を受けた老人宅への訪問 ②地域の要援護老人の把握と支援センターへの連絡 ③支援センター及び公的保健福祉サービス等の周知</p> <p>(4)相談協力員は、利用者及び利用世帯のプライバシーの確保に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p>	
在宅介護支援センター運営協議会	<p>(1)運営協議会は、支援センターの事業計画の検討及び事業実施上の諸問題について協議を行うものとする。</p> <p>(2)運営協議会の構成者は、次のとおりとする。</p> <p>①所在する区の福祉部の老人福祉担当課長 ②所在する区の保健センターの保健予防課長 ③所在する区の社会福祉協議会事務局長 ④相談協力員の代表 ⑤併設する施設の長 ⑥支援センターの職員 ⑦その他支援センターの運営に必要と認められる者</p> <p>(3)運営協議会は、年1回以上開催するものとする。</p>	
構造及び設備	<p>(1)建物は、建築基準法に規定する耐火建築物又は規定する簡易耐火建築物とする。</p> <p>(2)支援センターには、運営に必要な事務室、相談室、会議室及び介護機器展示のための設備を設けるものとする。ただし、併設する施設の設備と共有すること等により、併設する施設の入所者等の処遇及び当該施設の運営上支障が生じない場合は、この限りではない。</p>	
その他		

＜ 訪問看護ステーションについて ＞

老人訪問看護制度の概要

1. 老人訪問看護サービスの対象者

疾病、負傷等により、家庭において寝たきりまたはこれに準ずる状態にある老人医療受給対象者であってかかりつけの医師が必要と認めた者です。なお、寝たきりに準ずる状態にある老人のなかには、脳卒中後遺症等で寝たきりに陥るおそれのある、理学療法士や作業療法士の対象となる老人や痴呆性老人も含まれます。

2. 老人訪問看護サービスの実施者

地方公共団体、医療法人、社会福祉法人及び厚生大臣が定める者のうち、一定の基準により、都道府県知事の指定お受けた者。

3. 老人訪問看護サービスの従事者

保健婦（士）、看護婦（士）、准看護婦（士）、理学療法士、作業療法士です。

4. 老人訪問看護サービスの内容

- ・病状の観察、判断－体温、脈拍、呼吸、血圧、などの測定、全身状態の観察
- ・日常生活の支援

食事－食事方法、栄養、水分のバランスなど

清潔－洗髪、清拭、入浴介助など

排泄－排泄の方法、浣腸、摘便など

移動－寝返り、車椅子への移動など

- ・医師の指示による医療処置

床ずれの予防と手当、傷の手当、各種カテーテルの交換・管理、吸入、吸引、在宅酸素の管理など

- ・薬の飲み方と管理

- ・リハビリテーション及び指導

- ・療養生活上の助言－室内の清潔や温度など

- ・痴呆、寝たきり予防

- ・精神、心理面のケア

- ・終末期のケア

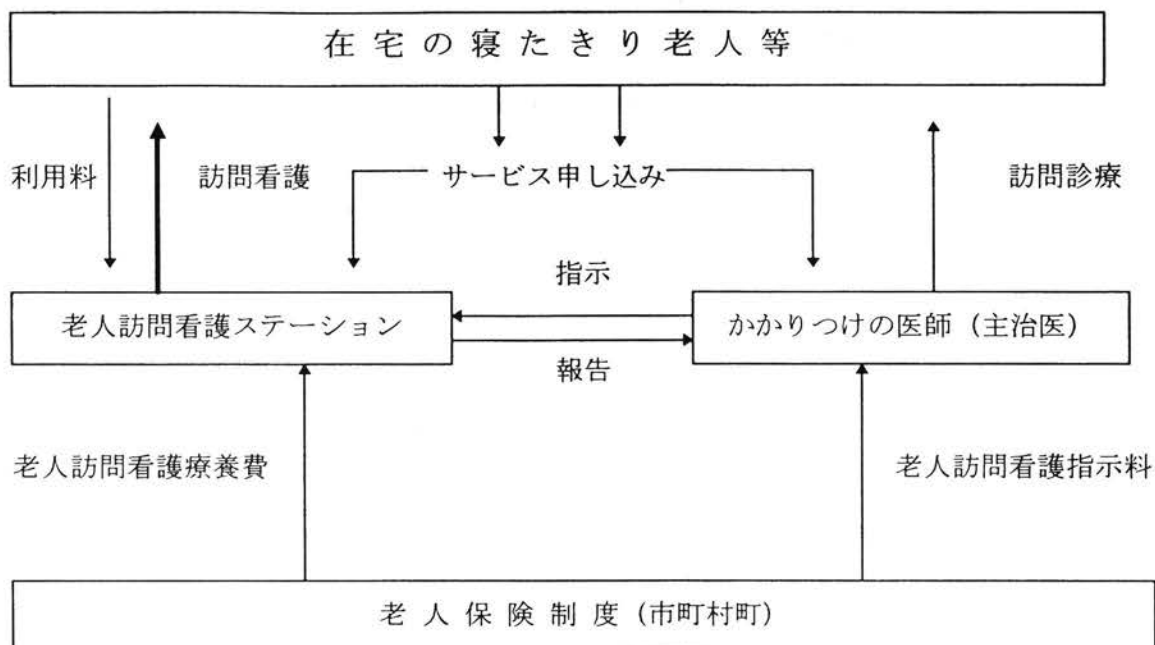
- ・かかりつけ医師との連絡と調整

- ・関係機関や関係職種との連携

（看護サービスの内容は、医師と相談し、さらにご本人、ご家族との話し合いによりきめさせていただきます。）

万一の事故等に適切に対処できるよう、老人訪問看護制度に係わる専用の賠償責任保険に必ず加入することとされています。

5. 老人看護サービスの流れ



6. 老人訪問看護サービスの実施基準

・人員基準

従業員の員数・・常勤換算で2.5人以上の保健婦（士）、看護婦（士）、准看護婦（士）を配置すること。

理学療法士、作業療法士は適当数を配置すること。

管理者・・専従かつ常勤であること

・運営基準

管理的事項・・従業員を管理、設備・備品等の衛生管理に努める。

運営規定および勤務体制を定める。

設備・備品・・十分な広さの事務室と必要な設備、備品を備える事。

市町村等との連携・・在宅支援センターや高齢者サービス調整チームを活用し

保健・医療・福祉との連携に努める。

手続的事項・・あらかじめ、利用者等に利用手続き、内容等の教示を行う。

サービスの開始にさいし、主治医から指示書の交付を受ける。

定期的に主治医にサービスの提供の継続の可否を相談する。

サービスの終了にさいし、利用者等に対する適切な指導を行うとともに利用者のケアの継続を図るため、他の保健、医療、福祉との連携に努める。

指定老人訪問看護の取り扱い方針・・心身の特性を踏まえ適切かつ計画的に行う

主治医との関係・・サービスは、指示書に基づき適切に行う。

地域ケア支援システムの構築

宮 腰 昭 男

(1) 現状についての印象

- ・ 医師、その他の医療従事者、行政等のスタッフが一同に会して、共通の事象について考える。
- ・ 各々の専門分野の紹介と情報交換及び相互理解
- ・ ケーススタディの研究
- ・ その時点での話題となる情報の提供

◎ ケーススタディの研究について

- ・ 各サービス担当者が切実な問題を抱えている
- ・ 1つ1つのケースが深刻である
- ・ 患者の状況が多様多様である
- ・ 個別ケースへの対応で手いっぱい
- ・ 継続的なサービス、観察が必要である
- ・ 患者が家族やその他の環境の変化に直接的に影響をうける

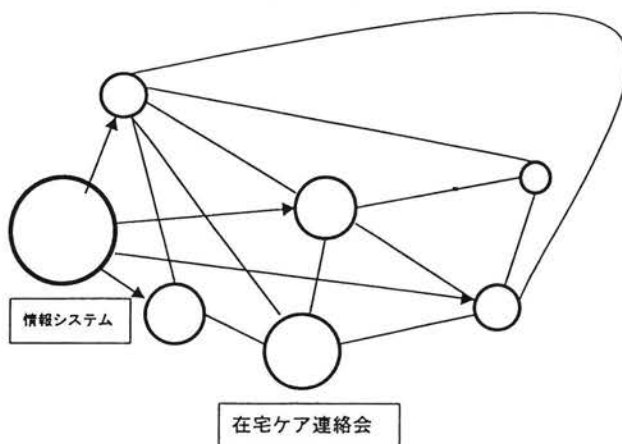
(2) 今後の方向性について

- ・ 関心が高い。参加者の増加
- ・ 連絡会の分化
 - より現場に近いスタッフの参加、地域の患者のニーズによりきめ細かく答えるため。参加者全員での検討（小人数化）
- ・ 会が分化すると連携が必要になる
 - 全体としてのネットワークの形成
- ・ 将来的には、西区在宅ケア支援システムを構築する
 - 組織的に正式なものに出来るか？各自が所属部署を持ち、それぞれの立場あり → 困難である

《バーチャル在宅ケア支援システムの構築》

- ・ 各スタッフが専門性を生かし、各自の立場で仕事をしていく
 - 在宅ケアサービス上での問題、困難に対して適切な支援、情報、知識等を与えて、各スタッフの活動を支援し、本来の業務に専念してもらう。
- ・ 現場重点主義、ボトムアップ方式
- ・ ネットワークづくり → 人と人とのつながり
 - ネットワークは基本的には人と人のつながり
- ・ 情報の提供についてのシステム
 - 情報の検索に多大の時間と労力を使用していて、本来の専門的な仕事に専念できない。
- ・ 公的介護保険の導入 → 不透明

バーチャル在宅ケア支援システム



(3) システム的なものの見方

- ◎サービスの質的向上
- ◎現場スタッフの活動環境の改善
- ◎他の分野のスタッフとの協働関係 → 人と人とのネットワーク
- ◎情報の交換、共有 → 全体のコミュニケーションの活性化
- ◎チーム的な活動

■システム的なものの考え方が必要になる

- ①サービス内容に対する共通の捉え方
コンテンツをいくつかの部分に分解して標準化する
- ②使用する用語の統一
- ③記録類の様式の統一化
例：個人連絡表
在宅での複数スタッフ間での連絡帳

■システム的な考え方 → 難しい、通常の業務に追われて余裕なし
難しく考えない事、日常的な意識でよい

- ・個別サービス間でのサービス内容や提供の方法が類似しているとか共通している
- ・患者サイドのもの見方
- ・現状を改善しようとする姿勢
- ・問題点の明確化と把握（問題意識をもつ）
- ・目的の明確にする（目的指向）
- ・情報の客観化と共通化（定量化）
- ・機能的な捉え方

(4) 退院支援システム

在宅ケアにとって重要なシステムは退院支援システムである。大半の高齢患者は入院加療し、安定な状態になると退院が考えられる。こうして次のステップとして考えられるのが「在宅ケア」であるが、現在は、入院、退院、そして在宅というステージが、連続したプロセスとして捉えられていない。つまり、一人の患者が入院し、退院そして在宅のステージに移行していくというフローとしての視点がなく、入院と退院そして、在宅というものが切断され、不連続に扱われている。退院は本人にとってはうれしい事であるが、帰宅する高齢者を介護しなければならぬ家族にとっては大きな不安がある。月に1度か2度の外来といわれても、介護バツのない家族にとっては在宅での生活は大きな負担となる。こうした状況は、入院していた医療機関とは無関係の環境のなかで、在宅ケアのサービスメニューが別の領域のスタッフによって検討される場合が多い。

退院支援システムの概要は以下のようである。

退院が明らかになった時点で、ケースワーカーが病室へ訪問し、医師等の医療従事者や本人等に面談してADL等をチェックする。家族の介護力や経済力も調査する。次いで、退院後に提供すべきサービスの種類、そのボリューム等を設計し、各サービスのマンパワーや全体的なスケジュールを調整する。介護用具の準備。また、ホームヘルパーに必要なならば、食事等の情報を病院から与える。加えて、病院が遠距離であれば、アクセスのよいところに「かかりつけ医」も見つける。予定の退院日には、必要ならば、スタッフが付き添う。また、退院から2週間程度は家族と密に連絡をとり、介護のトレーニングも行う。家族から見て明確なキーパーソンをおく。月に1回程度は関係者があつまり、ケースの検討会を行い、サービスを評価して、修正する。

* * 「成年後見制度」を廻る現状と課題 * *

1 行為無能力制度の現状と問題点

(1) 現行制度の概要

近代の各国の私法制度は、自由な意思をもった平等な市民が自らの責任で各種の経済活動を行い、法律関係を形成していくことを前提としている。そうして、そのような市民の活動を通じて個人と国家が発展していくのであり、国家は市民の自由な法律関係にできるだけ介入すべきでないという立場を前提としている。これが民法の基本原則の一つである「私的自治の原則」と言われるものであり、その背景となる考えを「夜警国家思想」という。

フランス民法典とドイツ民法典を継承して成立したわが国の民法も当然にこのような立場に立脚しており、個々人の自由意思によって各種の法律行為が国家の介入なしに行なわれることを自明のこととしている。

しかし、他方、現実の社会には自らの意思を十分に形成したり、表示できない者も存在するわけで、そのような人々も全て同等に扱えば、本人や取引の相手方に不測の不利益が生ずることも明らかである。そのため、法は意思能力（有効に意思表示をする能力）の有無・強弱を定型的・画一に区分した行為無能力者制度を設けている。

民法は第3条から第20条まで行為能力について規定しているが、行為無能力者は「未成年者」「準禁治産者」「禁治産者」の3類型としている。従って、このいずれかに該当すれば、行為無能力者として重要な財産上の行為は大幅に制限される（ただし、未成年者は結婚すれば成人に擬制されるなど、それぞれ法的効果は異なっている。詳細については省略）。

(2) 現行制度の問題点

行為無能力制度は、意思能力の減弱・欠如した者を現実の経済取引等による不利益から保護するという機能を有するとともに、取引の相手方にも不測の損害を与えないようにするという2つの法的効果を目的としたものである。

しかし、現実には次のような制度的問題点が指摘されており、有効に機能しているとは言い難いのが現状である。

- ① 取引の安全等への配慮から（準）禁治産であることは戸籍の記載事項であり（家事審判規則第28条、第30条、戸籍法施行規則第35条第5号）、本人や親族からは戸籍が汚れるとして宣告を忌避する感情が強い。
- ② 公職選挙法による選挙権などのように多数の法による資格制限が存在する。
- ③ 法的概念である「心神喪失」「心神耗弱」などの精神医学上の鑑定が困難である。
- ④ 一度宣告を受けると、仮に後で宣告が取り消されたとしても、一生涯ラベリングされてしまう（特に未成年の精神薄弱者が（準）禁治産宣告を受けるとこの問題の影響が大きい。）。

2 成年後見制度の必要性

近年の人口の増加、平均寿命の伸長、出生率の低下は、必然的に高齢者、身体障害者等（以下

「高齢者等」という。)の増加をもたらし、このような人口構造に対応した社会システムの構築が求められている。

国家や市民の社会生活を規律する法律の分野でも新法の制定や様々な改正が進められているが、高齢者等の増加に伴って従来の「私的自治の原則」「夜警国家思想」に基づく行為無能力制度の限界が明らかになってきた。具体的には、痴呆性高齢者の「痴呆症」は民法の禁治産の要件である「心神喪失の常況」にあるかどうかの判定が非常に困難であること、戸籍に記載される公示方法、現行制度が後見人になって資産を自由にしたい推定相続人ないし縁故者間の紛争に利用されていることなどの社会的問題が表面化している。

このような社会状況を背景として、かねて法務省民事局内に設置されていた「成年後見問題研究会」の報告書が昨年9月30日に公表された。この内容については各界多方面から賛否の意見が寄せられているが、現状見直しの第一歩としてそれなりに評価される。以下では成年後見制度を廻るこれまでの動向や意見などをNifty Serbeの毎日新聞データベースから抽出・整理した(原文のまま)。

◆ 95.09.15 大阪本紙朝刊

痴ほう症老人支援する「成年後見法」の早期立法化を決議－日本弁護士連合会

日本弁護士連合会(土屋公献会長)は十四日までに民法の禁治産宣告制度を改正し、裁判所が監督する代理人が痴ほう性老人や知的障害者に付いて自立を支援する「成年後見法」を早期立法化するよう決議する方針を固めた。高知市で十月に開かれる日弁連人権擁護大会に決議案を提出する。

痴ほう性老人が急増する超高齢化社会に向け、国の法制審議会も同法の検討を始めているが、日弁連が立法化の意思表示をするのは初めてで、今後立法化への動きが加速するとみられる。

成年後見法は裁判所が監督する代理人が、痴ほう性老人や知的障害者と相談しながら福祉サービスを調達、生活を支援するほか、財産を管理するなど人権侵害から守る制度。障害者本人が残された能力で生活を選び取る「自己決定権」を尊重するのが特徴で、既に欧米など十カ国以上で制定。人権擁護大会(西岡芳樹運営委員長)の「高齢者の尊厳にみちた生存の権利の保障を求める決議」の案文では、老人の現状を「家庭内の虐待や病院での寝かせきりなど人権侵害が報告される」と指摘。自己決定権を尊重する成年後見制度の立法化を求めている。

◆ 96.05.22 地方版 北海道

判断力が低下しても自己決定権の尊重を――函館でシンポ /北海道

◇高齢や障害で判断力が低下しても

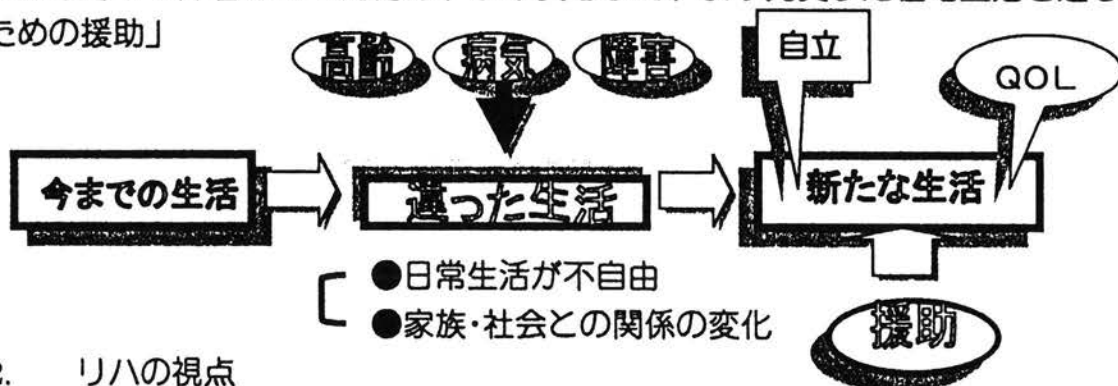
◇財産管理や医療など、カナダの制度を紹介

高齢で判断力が低下した時、だれに財産の管理を託すのか、自分の望む医療や福祉サービスを受ける権利を保障する法律は十分かどうか――。このほど函館市で開かれた「函館圏・高齢者保健医療福祉国際シンポジウム」(同実行委員会主催)で、日本では法整備の進んでいない「高齢者の自己決定の権利」についてさまざまな角度から話し合われた。講演を基に、カナダ・ケベック州の先進的な保護活動の例を紹介する。

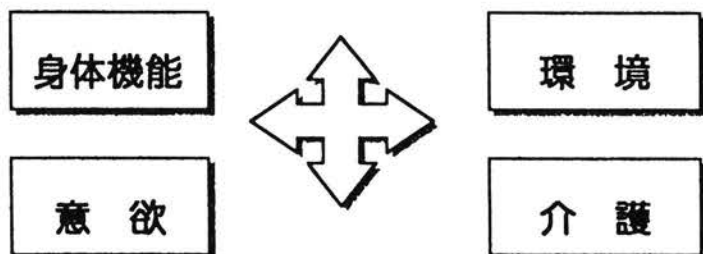
訪問リハビリテーション —理学療法士・作業療法士編—

1. 訪問リハビリテーション

「お年寄りや障害をもった方が、より安心して、より充実した在宅生活を送るための援助」



2. リハの視点



3. 病院リハと訪問リハの違い

	病院	在宅
対象者	患者・高齢者・障害者	生活者・家族
対象時期	急性期	生活期
環境	特殊	普通・当たり前
評価	高齢・病気・障害	生活能力
アプローチ	リハ主導・本人受身的 問題点の解決	本人主体的・自発的 良い点を引き出す
効果	機能の改善	生活の向上

4. 訪問リハの形態

	病院・診療所	訪問看護ステーション	保健センター
事業名	訪問リハ指導	訪問看護	訪問指導
対象	在宅で現に寝たきり、またはこれに準ずる方	在宅で現に寝たきり、またはこれに準ずる方	在宅で現に寝たきり、またはこれに準ずる方
年齢制限	なし	なし	40歳以上
指示者	同じ医療機関の医師の指示必要	どの医療機関からの指示でも可	保健婦
頻度・時間	3回/週、20分/日以上	3回/週、30~90分	
指導	PT・OT	保健婦・看護婦・PT・OT	保健婦・看護婦・PT・OT 歯科衛生士・栄養士
費用	保険診療自己負担分	基本料金 250円+利用料	無料
実施主体	保険医療機関	各指定訪問看護事業者	札幌市

5. 訪問リハの経済的基盤

1) 98年度診療報酬改定

	報酬額(円)	1日の実件数	総報酬額(円)
入院リハ	(老人)5100	10	51000
病院からの訪問リハ	5300	4	21200
訪問看護からの訪問リハ	(参考単価)9300	4	37200

2) 今後の動向?

- ①入院期間の短縮(28日が分かれ目) ⇒ 訪問リハの守備範囲の広がりは?
- ②自由競争が始まる ⇒ 買ってもらえるサービスに
- ③「介護報酬」未決定 ⇒ 1999年度初頭にわかるらしいが
- ④マンパワーの不足 ⇒ H13年には、養成校が6校になり、毎年PT200名、OT170名が生まれるが、現在、訪問リハの人材はかなり乏しい

[訪問リハのPT・OT]

	PT会員	訪問PT	OT会員	訪問OT
全国	16534名	38名?	8425名	23名?
北海道	729名	?	510名	?
札幌市	279名	4名?	228名	?
西区	25名	1名?	19名	1名?

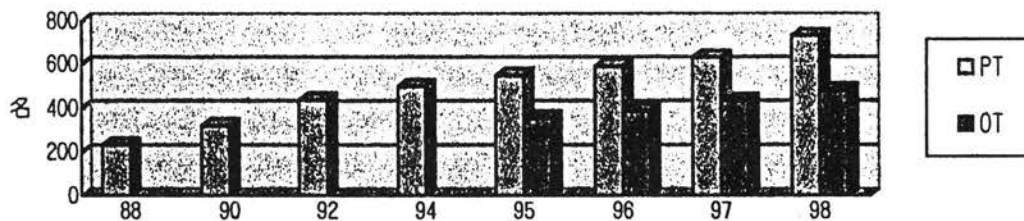
*訪問件数: PT+OT=117005件(訪問看護婦の1/36)[1996]

*全国訪問看護ステーションでのPT・OTの常勤換算は0.1%しかない[1997]

[札幌市内PT/OT分布]

区	中央	東	豊平	南	西	手稲	北	厚別	白石
PT	86	50	33	30	25	32	16	17	7
OT	30	35	37	29	19	10	22	8	9

北海道のPT/OT数の推移



[理学療法士と作業療法士の違い] 私見

	理学療法士	作業療法士
対象	小児・成人中枢・整形一般	小児・老人・身障・精神科
専門分野	運動療法・物理療法・補装具	ADL訓練・アクティティ・自助具
場面の雰囲気	個別に、静かに集中して	みんなで楽しく、なごやかに
得意な在宅アプローチ	日常生活の移動(歩行・車椅子・杖・装具等)・基本動作	日常生活行為(更衣洗面・トイレ・入浴・家事・調理等)・リレ-ヨソ
共通するアプローチ	本人主体・個別的・介助指導・環境の整備(住宅改善等)	

在宅におけるがん患者の痛みの治療のために

2

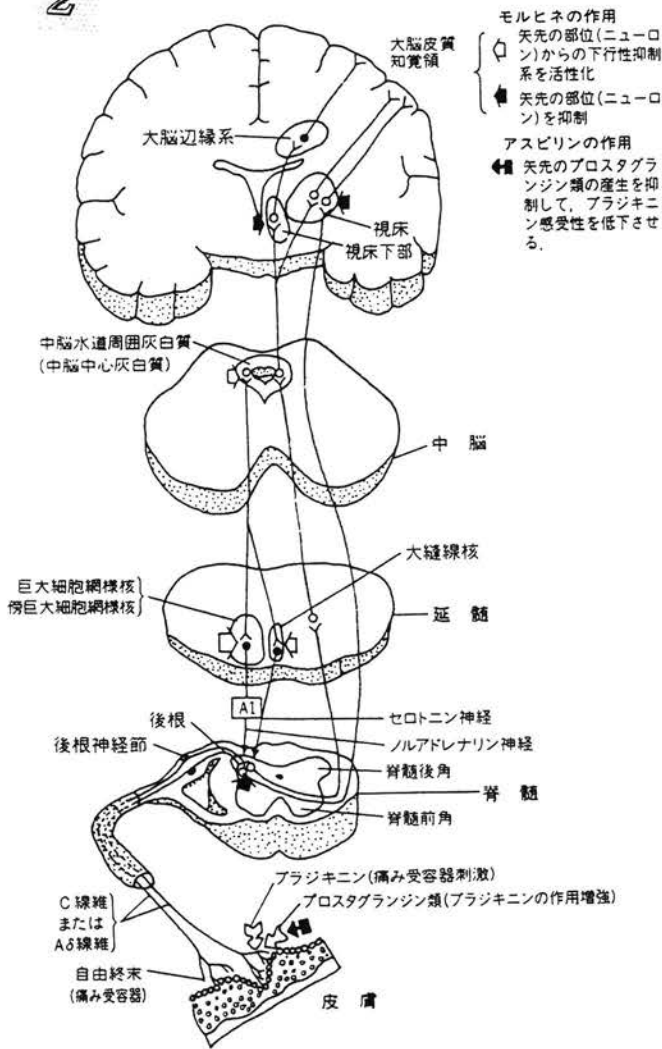
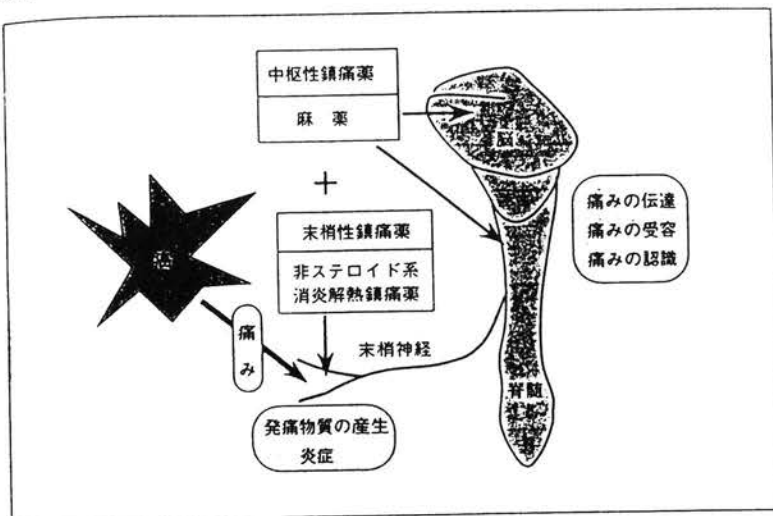


図 21 痛覚情報伝達路とモルヒネ、アスピリンの作用部位、脳・脊髄を輪切りにして示す。

図 2 ダブルブロック 1

癌による痛みは末梢神経を介して脊髄を経て脳に伝達される。末梢神経の先端部位では発痛物質が産生され、炎症が発生し、痛みが増強されるが、この機序を抑制するのが末梢（作用）性鎮痛薬の非ステロイド系消炎解熱鎮痛薬である。一方、脊髄・脳に働いて痛みの伝達・受容・認識機構を抑制するのが中枢（作用）性鎮痛薬の麻薬である。



3

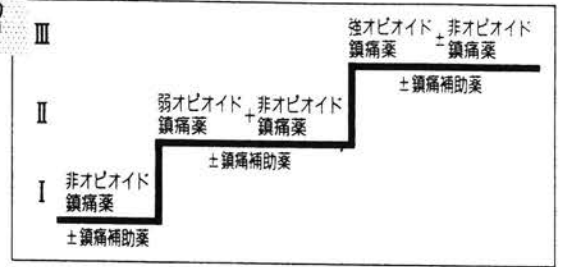


図 1 WHO 癌疼痛治療法

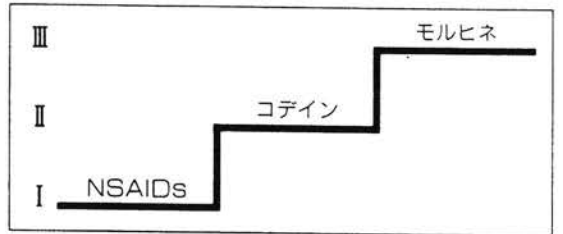


図 2 WHO 癌疼痛治療法の誤った理解
各段階で薬剤が変わっており併用されていない

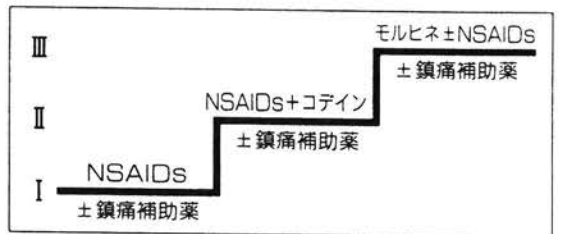


図 3 WHO 癌疼痛治療法の実際
IIでは NSAIDs+コデイン (= I+コデイン)
IIIではモルヒネ単独、不十分なら NSAIDs を加える

4

表 1 がん患者の痛みに用いる基本薬のリスト

群	基本薬	代替薬
非オピオイド	アスピリン アセトアミノフェン イブプロフェン インドメタシン	ジフルニサル ナプロキセン ジクロフェナク
軽度から中等度の強さの痛みに用いるオピオイド	コデイン	ジヒドロコデイン あへん末 トラマドール*
中等度から高度の強さの痛みに用いるオピオイド	モルヒネ	オキシコドン** ペチジン ブプレノルフィン***

*経口用製剤が入手できない。
 **経口用製剤の導入の準備が始まっている。
 ***坐剤と注射がある、舌下錠はない、パッチを導入すべく準備中。

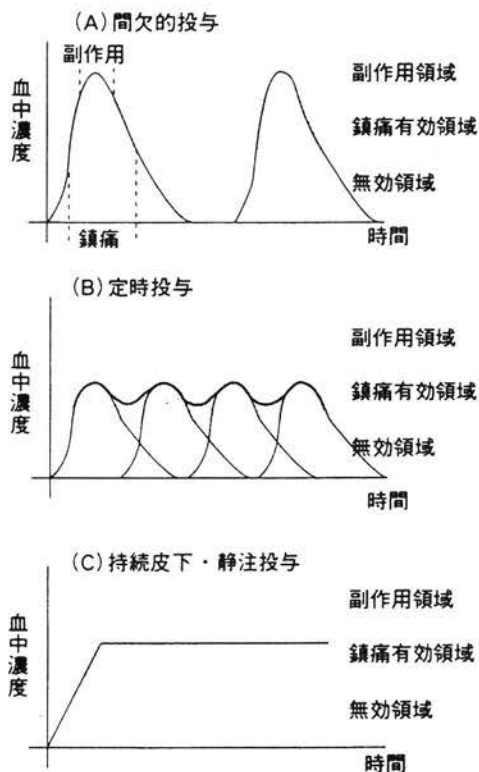


図 3 血中濃度の推移からみた投与方法による相違。

疼痛時に頓用で鎮痛薬を投与する間欠的投与法は、飲酒でいえば一気飲み相当する。したがって、時には血中濃度は鎮痛有効領域を超えて副作用領域にも達する（一時的に痛みは消失するが、時に副作用の出現）、そして時間とともに薬物が代謝されるので血中濃度は下降して鎮痛有効領域を経て無効領域に入る（副作用があれば最初に消失し、痛みも副作用もない状態から、やがて痛みが再発してくる）。患者からの痛みの訴えに応じて（通常はしばらく我慢させてから）、鎮痛薬が再度投与される。そこで血中濃度が再び上昇して鎮痛が得られる（A）。定時投与では、初回投与時の鎮痛薬の血中濃度が無効領域に下降しないうちに（痛みが発現する前に）次回投与が行われる。したがって、初回投与の薬物の血中濃度の下降を次回投与された薬物の血中濃度の上昇で補うことによって、常に鎮痛薬の血中濃度が鎮痛有効領域内を保つようにする（B）。持続的な投与方法（持続皮下・持続静注法）では、より正確に血中濃度が保持される（C）。

6

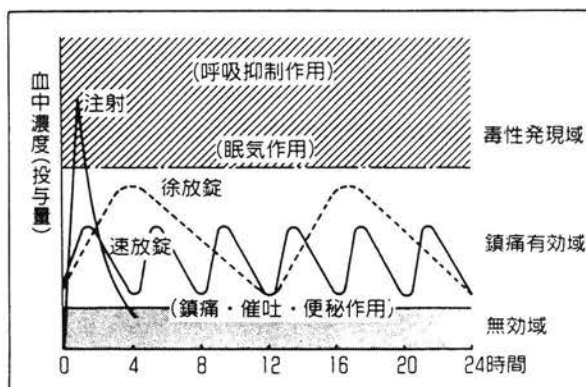


図 1 経口モルヒネの定時投与と血中濃度（文献2より引用）

5

7

表 1 モルヒネの製剤別特徴

	剤形	投与経路	変換比***	効果開始までの時間	最大効果までの時間	効果判定（投与後）	作用時間	基本処方 の投与間隔	最短投与間隔
モルヒネ末	原末	経口	1	10分以内	30~60分	1時間	3~5時間	4時間	1時間
モルヒネ錠*	10mg	経口							
モルヒネ水**		経口/注腸							
モルヒネ徐放錠 (MS コンチン®)	10, 30, 60mg	経口	1	70分	2~4時間	2~4時間	8~14時間	12時間(8時間)	8時間
モルヒネ坐剤 (アンバック®)	10, 20mg	直腸内	1/2~2/3	20分	1~2時間	1~2時間	6~10時間	8時間	1~2時間
モルヒネ注	10mg, 50mg	持続静注	1/3~1/2	直ちに	10分以上	20~30分			
		持続皮下注	1/3~1/2	数分	10~20分	20~30分			
		持続硬膜外	1/20~1/10	30分	1時間以上	1~3時間			

*モルヒネ錠とモルヒネ徐放錠（MS コンチン®錠）はまったく異なる製剤なので注意する。

**モルヒネ水は市販されていない。各施設で適当な濃度のものを調製する。

***経口投与を1とした場合の変換比。たとえば、経口→持続静注では、経口の1日投与量の1/3~1/2を持続静注する。

『社会福祉協議会の事業について』

平成10年11月10日(火)

社会福祉法人 札幌市西区社会福祉協議会 佐藤 朋紘

1. 社会福祉協議会について…参考：社会福祉協議会のしおり，札幌市福祉のまち推進事業のパンフレット，西区社協だより第24号（平成10年9月1日発行）等

① 組織及び事業～社会福祉事業法第74条に規定されている都道府県，市町村ごとに設置された民間団体。

事業は，「社会福祉を目的とする事業の調査，総合的企画，連絡・調整及び助成，普及及び宣伝，健全な発達を図るために必要な事業，活動への住民参加のための援助，事業の企画及び実施」がある。

つまり，「地域の中にある様々な福祉問題を明らかにし，みんなで考え，話し合い，協力して解決を図ることを目的としている民間団体です。」

② 職員体制～総数83名（専任職員77名《内訳：正職員43名，嘱託職員〔札幌市社協〕 25名〔市0B11名〕，臨時職員9名》，市派遣職員6名） うち，西区社協は，局長1，プロパー次長1，正職員2，嘱託職員1

③ 西区社協における主な事業

～低所得者世帯や身体障害者世帯等に対する貸付，区共同募金・区民生児童委員協議会の事務，ボランティア関係事業（需給調整などの相談，研修，登録，保険の取扱，体験事業，連絡会），福祉のまち推進事業，「ときめきランド」の実施，除雪ボランティア事業，配食サービス事業，移送サービス事業，広報誌「西区社協だより」の発行。

④ 西区社協の財源（平成10年度予算）

～事業費，事務費合計で18,248千円

〔うち80%以上が市補助金，共同募金配分金，5%が会費〕
その他，基金が 20,867千円となっています。

⑤ 西区におけるボランティア相談の特徴

◆ボランティアに来て欲しい方は…… 9年度実績122件

- ・施設より在宅からの要請が多い。
- ・要請のほとんどが、高齢者、身体障害者。
- ・在宅からの要請は、外出介助（通院，買物），家事援助（掃除，ゴミ出し，話し相手，除雪）が多い。最近は，子守りの要請や，入院患者の買物，洗濯，通院介助の要請も増えてきている。
- ・サクシヨン等医療行為に該当するもの，排泄介助等重度の方の介助も毎年増加傾向にある。
- ・区役所，在宅福祉サービス協会，在宅介護支援センター等からの電話での要請が一番多い。本人からの要請は少ない。
- ・施設からの要請は，高齢者の施設，保育園，小規模作業所等から，話し相手，レクリエーションや趣味活動の手伝い，作業や保育の補助，軽介助，遠足や祭り等の行事手伝いが多い。区保健センターから，行事の時の子守ボランティアも何回かきている。行事の際の芸能ボランティア（手品，歌謡サークル）を紹介して欲しいという要請も増えている。

◆ボランティア活動をしたい方は…… 9年度実績91件

- ・相談に来る方の9割は，どんな活動をしていいかわからない。
- ・希望者の8割は，女性で，40～60歳台の方が多い。男性は，定年退職者が多い。学生は，夏休み等長期の休みの時，急に増えるが，そんなに多くはない。夫婦や親子で共に活動したいという方も何組かいる。
- ・ヘルパー2級や看護婦の有資格者や，在宅介護の経験者が少しずつ増えてきている。
- ・精神障害者や，一人暮らしのお年寄りで活動を希望する方も少しずつ，増えている。

2. 介護保険制度に向けてのこれからの社協活動の課題と対策

介護保険制度からあふれる人が，沢山でてくると思われるので……

/隣近所における日常の助け合いの推進＝向こう三軒両隣の復活

〔ゴミ出し，話し相手，簡単な車イス介助 等〕

↓

地域へ出張講演等の機会に，地域でできるボランティアをPR。

生活保護制度について

1 生活保護制度とは

(1) 公的扶助の制度

公的扶助とは、生活に困窮する者に対し、その者の資力と需要とを調査したうえでその必要に応じて、公的な一般財源から支出される経済給付（金銭または現物給付）を意味する言葉として用いられている。

わが国の公的扶助の中核をなすのが生活保護制度と言われている。

(2) 所得保障を目的とする制度

経済給付を主な目的とする点で所得保障の制度でもあるが、同じ所得保障制度でも公的年金制度とは対照的な性格をもっている。

ア 公的年金制度は保険原理に基づく制度であり、防貧政策としての機能も強く働くが、あらゆる貧困の救済政策としては一定の限界がある。これに対して、国民の最低生活を保障する生活保護制度は、より広範な貧困者の救済制度として機能している。

イ 公的年金制度は保険料の納付を要件としているが、生活保護は保険料などの納付を一切要件としない。

ウ 公的年金制度の給付は一定の保険事故の発生に限定されているが、生活保護は、法の要件を満たす限り、経済的貧困状態に着目して行う。

エ 公的年金制度は資力の有無について問わないが、生活保護は自己の資力などを生活維持に活用することを要件とする。

オ 公的年金制度は画一的給付だが、生活保護は最低生活費の不足分についての給付である。

2 生活保護の基本原則

生活保護の運用にあたって、国民が等しく理解し、遵守しなければならない原理であり、生活保護法（以下「法」という。）には4点が明記されている。

(1) 国家責任による最低生活保障の原理

憲法第25条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対しその困窮の程度に応じ、必要な保護を行って最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長する。（法第1条）

(2) 保護請求権無差別平等の原理

すべての国民は、この法律の定める要件を満たす限り、法による保護を無差別平等に受けることができる。（法第2条）

(3) 健康で文化的な最低生活保障の原理

法で保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない。（法第3条）

(4) 保護の補足性の原理

保護は、生活に困窮する者がその利用しうる資産、能力その他あらゆるものを、最低限度の生活のために活用することを要件とし、民法に定める扶養義務及び他の法律による扶助は保護に優先して行わなければならない。（法第4条第1項、第2項）

なお、補足性の原理には、急迫した事由がある場合の例外規定があるが、これは、法の要件である補足性の原理を満たすかどうか調査確認するいとまのないほどの急迫した状況を想定しており、限定された取扱いとなっている。(法第4条第3項)

ア 資産の活用について

所有または利用を容認できるもの以外は、原則として処分を行い生活維持のために活用することとされている。所有や利用を容認する考え方としては、① 現に最低生活維持のために活用され、処分するよりも保有している方が生活維持や自立助長に実効があがっているもの。② 現在は活用されていないが、将来活用されることがほぼ確実で、いま処分するより保有している方が生活維持に実効があると認められるもの。などがある。

しかし、この考え方は具体性に乏しく、実際にはケース・バイ・ケースで個々の世帯の実態や地域の実情に応じて決めることとし、機械的、画一的な取扱いを避けるというのが基本的な考えとされている。要は、国民の税金でまかなわれる公的な救済を受けるのに、地域住民、特に低所得者との均衡からみて保有が容認できるものかどうか判断の基準になると考えられている。

イ 能力の活用について

現実に稼働能力があり、身勝手なことさえいなければ適当な職場があるのに、働こうとしない人については、補足性の要件を欠くものとして、保護を受けることはできないが、働く意思と能力があり、真摯な求職活動を行っても働く職場のないときには保護を受けることができるとされている。

ウ その他あらゆるものの活用について

補足性の原理は、あらゆるものについて適用され、例えば、他の公的貸付制度などの利用によって、十分安定した生活を営んでいくことができるような場合には、まず、その貸付を受けて自分の力で生活を維持するよう努力することが必要とされている。

エ 扶養義務について

いま現在も私たちのまわりでは、親子兄弟が互いに助け合っていることはよく見られることであり、法律の考え方も、私的扶養を生活保護に優先させるという考え方となっている(民法第877条、法第4条第2項)

特に、現在の民法の扶養義務においては、夫婦相互間や未成熟の子に対する親については強い扶養義務が課せられている。(民法第752条)

生活保護法においては、扶養能力のある扶養義務者が義務を履行しないときは、費用を徴収できることとされ、この費用について扶養義務者と協議が調わないときなどの場合は、保護の実施機関は裁判所に申し立てができるとされている。(法第77条)

オ 他の法律による給付について

生活保護の救済は最終の救済制度であり、他の法律による給付を受けることができる場合には、これらの給付を受けなければならないこととなっている。他法優先の原理といわれるものがこれである。

徘徊痴呆性高齢者SOSネットワーク システムの概要

痴呆の症状を持つ高齢者の行動で一番心配なことのひとつとして、徘徊があります。この徘徊痴呆性高齢者の早期発見と保護により、徘徊死といった痛ましい事故を未然に防ぐための標記ネットワークを、札幌市と北海道警察が主体となり、消防署、タクシー・JR・市バス等公共交通機関、ラジオ放送局、特別養護老人ホーム、在宅介護支援センターなどの協力参加を得て、指定都市としては初めて、土日・祝日も含め24時間体制の「札幌方式」として来年の2月からの稼働を計画しております。

このSOSネットワークは、平成元年4月に、釧路市で77歳のお年寄りが家を出て、徘徊の末の4日後に痛ましい姿で発見され、その後「釧路地区障害老人を支える会」が保健所、警察署等と何度も話し合いを重ね、平成6年4月から家族と警察、保健所、地域社会が一体となって全国に初めて作られたシステムで、現在では「釧路方式」として全国に広まり、道内の152市町村で32のネットワークが既に整備されております。

家出人などの場合、通常の手続きでは警察署まで行って書面による申し出が必要ですが、このシステムでは高齢者の行方が分からなくなった場合、直ちに警察署生活安全課へ電話による連絡だけで、警察はもとより消防署、ラジオ放送局、タクシー会社などのネットワーク協力関係機関の連絡網を使って捜索が開始されることになり、手続き等に要する時間を短くするとともに、広く地域の中に情報が伝わることによって、より速やかな発見と保護につながる可能性が期待できることとなります。

さらに、警察に保護した高齢者のうち、ほぼ9割の方が家族に引き取られますが、何らかの事情により引き取れない家庭に対しましては、各区に1ないし3カ所ほど指定する特別養護老人ホームのショートステイを利用し、家族が迎えに来るまで一時的に保護することにしております。

また、希望する家族に対しましては、この保護したショートステイに併設になっている在宅介護支援センター等による各種相談や必要な保健福祉サービスの情報提供を行うこととしており、介護されている家族の方々にとりまして、利用しやすい安心していただけるシステムにすることとしております。

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部	
高齢福祉課	主査(痴呆性対策) 青木
電話	211-2976
ファクス	218-5179

身障福祉制度について

11年3月9日 西区在宅ケア連絡会

1 制度のあゆみ

1946年（昭和21年）	旧生活保護法	日本国憲法（25条 生存権）
1947年（昭和22年）	児童福祉法	
1949年（昭和24年）	身体障害者福祉法	厚生省設置法
1958年（昭和33年）	国民健康保険法	
1960年（昭和35年）	精神薄弱者福祉法（知的障害者福祉法）	
1963年（昭和38年）	老人福祉法	
1968年（昭和57年）	老人保健法	
1997年（平成9年）	介護保険法	

2 身体障害者とは

身体障害者福祉法第4条に規定する者をいう＝身体障害者手帳の所持者＝
 援護（サービス）の対象者として、補装具、日常生活用具、医療費助成、更生援護施設
 などの利用が可能となります。

(1) 札幌市の心身障害（児）者数

10年3月末

障 害 別 区	A 総人口 (10.4.1現在)	身体障害（児）者		知的障害（児）者		いつくしみの手帳 被交付者
		B 身体障害者 手帳 被交付者	比 率 (B/A×100)	C 療育手帳 被交付者	比 率 (C/A×1000)	
	人	人	%	人	%	人
中央	178,153	6,245	3.5	547	3.1	85
北	255,377	10,590	4.1	893	3.5	33
東	245,331	10,749	4.4	990	4.0	10
白石	194,095	7,286	3.8	979	5.0	62
厚別	124,401	4,374	3.5	520	4.2	24
豊平	199,648	7,231	3.6	779	3.9	15
清田	105,475	3,375	3.2	326	3.1	0
南	156,444	6,031	3.9	675	4.3	50
西	196,074	8,187	4.2	898	4.6	203
手稲	133,339	4,193	3.1	508	3.8	90
総数	1,788,337	68,261	3.8	7,115	4.0	572

● 手帳取得の手続き

申 請	(1)窓口：各区役所保健福祉サービス課 (2)必要書類等 ①指定医師による身体障害者診断書・意見書（指定医師は窓口で確認できます） ②身体障害者手帳交付申請書 ③1年以内撮影の本人の写真1枚（縦4cm、横3cm）～上半身のもの
-----	---

↓

手帳交付	(1)手帳が完成したら自宅に封書にて連絡がある。 状況調査票（健康保険や年金、世帯状況など）が同封されているので、予め記入しておく。 (2)区役所で手帳を受け取る（状況調査票を持参して下さい）。 受け取り時に、医療助成の関係で健康保険証や印鑑などが必要な場合があります。
------	--

1. 身体障害者更生施設

基本的に、総合的なりハビリにより身体機能の回復や日常生活動作の拡大を図り、家庭復帰を目指す施設です。期間は視覚障害者更生施設、重度身体障害者更生支援施設以外は原則1年、必要に応じて延長があります。

肢体不自由者更生施設	<ul style="list-style-type: none"> ・相当程度作業能力の回復が見込まれる中軽度の障害を持つ肢体不自由の方が対象。 ・適性や障害の程度に応じた治療、機能回復訓練、生活訓練、職業訓練をします。
視覚障害者更生施設	<ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害の方が対象で、点字、歩行などの日常的な訓練をしての家庭復帰を目指したり、あんま、はり、きゅうなどの職業訓練をしての職業的自立を目指します。 ・入所期間は、日常的な訓練を中心とする場合が原則1年で、職業的に訓練を中心とする場合が2～5年です。必要に応じて延長ができます。
聴覚・言語障害者更生施設	<ul style="list-style-type: none"> ・相当程度作業能力の回復が見込まれる聴覚・言語障害の方が対象です。 ・治療、聴覚更生訓練、職業訓練を受け家庭復帰、職業的自立を目指します。
内部障害者更生施設	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓・呼吸器に障害のある方、又は腎臓等ほかの内部障害があり施設長が認めた方が対象。 ・医学的管理の下に更生に必要な指導、訓練を行う施設です。
重度身体障害者更生支援施設	<ul style="list-style-type: none"> ・主に重度の肢体不自由の方が、専門的、系統的な機能回復訓練を中心に行います。 ・現在無理でも、必要な訓練を効果的、専門的に行うことにより、自動動作機能が回復する可能性のある方が対象になります。 ・入所期間はおおむね5年とされています。

2. 身体障害者療護施設

身体の著しい障害のため常時介護を必要とする方が入所し、訓練ではなく医学的管理の下に治療と養護を行う生活施設で、対象者の範囲は次のいずれかに該当する方です。

- (1)身体上の著しい障害のため、常時臥床しており、かつ、その状態が継続すると認められる場合。
- (2)常時臥床はしていないが、身体上の著しい障害のため、食事、排便、入浴等日常生活の大半を他の介助によらなければならない状態にあり、かつ、その状態が継続すると認められる場合。

療護施設における治療とは、作業、訓練、ADL（日常生活動作）等の自立が困難であって、保健的医療管理の必要な程度をいい、積極的治療が必要な場合は療護施設の範囲を超えていることから、専門的医療機関への入院の対象になるケースもあります。具体的には、質疑応答集では右のように規定されています。

医療機関への入院対象の事例

- ・1日3～6時間の点滴が欠かせず、週2回程度の通院が必要な場合。
- ・てんかんの発作が重く、常時監視が必要な場合。
- ・呼吸不全のため酸素吸入器が必要で24時間の対応が要求される場合。
- ・安定剤等の効果が切れると、奇声、徘徊するため、付ききりの対応が必要な場合。

3. 身体障害者授産施設

現状では一般企業での就労が困難であっても、作業能力のある方に対して職業を提供し、自活の道を探る施設です。生活指導もありますが、ほぼADL面は自立している方が対象です。職業的自立が目標で、入所中は低額ですが作業工賃が出ます。職種（作業内容）差、個人差等があるので入所期間は特に定めていません。

「重度授産」と「授産」のどちらの施設活用が適当かについては、手帳の等級だけを考慮するものではなく、施設の訓練科目や作業内容、本人の適性、日常生活動作状況などを総合的に勘案して判断します。

身体障害者授産施設	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用困難な方に職業を提供し、実際に働き自活していく施設です。 ・目標は、一般企業への就職や自営等で自活すること。
重度身体障害者授産施設	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の身体障害のため、ある程度作業能力があっても特別な設備と職員がいなければ就労困難な方が入所し自活していくことを目的としています。 ・働くことに加えて、働くための生活指導も重視されます。
身体障害者通所授産施設	<ul style="list-style-type: none"> ・考え方は身体障害者授産施設と同様ですが、通所に限られます。環境、障害の状況等で通所利用でも自活を見込める方が対象です。

在宅における

口 腔 ケ ア

ア セ ス

メ シ

ト



社団
法人

北海道歯科医師会

在宅ケアアセスメント表
による口腔問題領域の選定表

在宅ケアアセスメント表			問題領域					
			1	2	3	4	5	6
			食物摂取についての検討	咀嚼・嚥下機能の検討	歯口清掃についての検討	口腔内状態の検討	発音機能の検討	口腔ケアを妨げる要因の検討
在宅ケアアセスメント表			コードなど					
B	1	短期記憶			カ			カ
	2	日常の意思決定		カ	カ			カ
C	1	聴覚						カ
	2	自分を理解させることができる		カ				カ
	3	他者を理解できる						カ
D	1	視力			カ			カ
	3	視力低下			カ			カ
E	1	うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候						カ
	2	問題行動						カ
F	5	a (孤立)			カ			カ
G	5	a (生活習慣) 飲酒			カ			
		b (") 迎え酒			カ			
		c (") 飲酒日数			カ			
		d (") 飲酒量			カ			
		e (") 喫煙			カ			
G	6	f (食事)		ヒ				
		h (個人衛生)			ヒ			
I	1	a、g、h、k、r (疾患)			カ			ヒ
		o、s、t、x (疾患)				カ		
J	2	a、d (下痢、食欲不振)		カ				
		e (嘔吐)			ヒ			
	4	a (痛み)				カ		
	8	b、e (その他の状況)			ヒ			
K	2	a (食事摂取)		ヒ				
		b (")		ヒ	カ	カ		
L	1	a (口腔状態) 咀嚼や嚥下に問題			ヒ			
		b (") 口の中が「かわいている」			カ	ヒ		
		c (") 歯みがきに問題				ヒ		
N	1	薬剤の種類				カ		
	2	a、b、c、d (向精神薬の服用)				カ		カ
	3	菜のアレルギー				カ		
	4	医学的管理				ヒ		
O	1	e、f、i、j、k (治療内容)				カ		カ
		n、p (療法)					ヒ	
		x (在宅での特別な対応)		ヒ				

ヒ：必然的な要因

カ：可能性のある要因

在宅療養に関する研修会のご案内

パネルディスカッション

「地域で生活するということ」

平成9年8月に発足した「西区在宅ケア連絡会」は、4月で17回の開催を
してまいりました。毎回、在宅での療養生活をテーマに事例検討と、幅広い
在宅生活の知識を得るための各種勉強会を行ってまいりました。この西区で
の取り組みも、札幌市内の各区に「在宅ケア連絡会」を発足する動きが活発化
しているとの話を聞き、関係者一同うれしく思っています。そこで今回、
「地域で生活するということ」をテーマに、現実の療養生活の中で一体どの様
なことが支障となっているのかを、パネルディスカッションの中で自由に意見
の交換を行います。本研修会は、一般の方も自由にご参加できます。席は
十分用意しております。たくさんのご参加をお待ちしております。

日 時 : 平成11年5月11日(火)
午後6時30分～

場 所 : 西区民センター3階大ホール
(西区琴似2条7丁目)

パネリスト: 伊藤 建雄 氏
(北海道難病連事務局長)
佐藤 きみよ氏
(札幌ベンチレーター使用者ネットワーク)
奥山 幸三 氏
(北海道ぼけ老人を支える家族の会)

参加費: 無料

主催 西区在宅ケア連絡会
札幌市医師会西区支部地域社会部

1998年度 月別相談受付方法・主な相談内容の内訳

(財)北海道難病連相談室

相談内容	月												合計
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
相談	83	76	65	67	69	88	108	77	75	76	92	91	967
来訪	11	13	9	6	9	14	14	7	9	7	11	15	125
手紙	1	2	7	2	6	5	4	2	1	8	6	5	49
電話	71	58	47	58	51	65	90	68	61	61	71	65	766
受付方法	0	3	2	1	3	4	0	0	4	0	4	6	27
その他	6	3	3	7	1	8	6	10	7	5	5	10	71
病気に ついて	1	3	2	2	0	0	0	1	0	1	3	0	13
療養生活 指導に ついて	16	6	10	8	13	8	15	17	7	8	20	7	135
専門病 院・専 門医 紹介	3	8	4	6	3	3	3	2	6	3	5	3	49
治療 (内容・ 方法) につ いて	2	3	1	1	10	3	2	3	4	2	1	2	34
医療費 につ いて	10	12	2	10	7	3	6	2	8	4	3	5	72
特定疾 患(申 請方 法・内 容)に つ いて	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
検診・ 相談 会に つ いて	8	3	5	1	6	4	4	3	12	7	3	3	59
吸引器 につ いて	22	18	20	23	17	12	28	22	12	19	28	26	247
友の会 につ いて	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保健婦 紹介	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
通院交 通費に つ いて	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3
付添い につ いて	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
障害年 金に つ いて	8	7	7	1	6	0	33	19	13	12	13	20	139
身障手 帳に つ いて	2	1	2	1	1	4	3	0	1	3	2	2	49
福祉機 器に つ いて	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	11
福祉制 度に つ いて	6	0	0	9	2	2	0	3	1	4	5	4	36
施設に つ いて	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	7
リハビ リに つ いて	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
教育に つ いて	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生活保 護に つ いて	1	2	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	11
社会復 帰・就 職に つ いて	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	7
患者手 帳に つ いて	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連絡	2	8	4	1	3	1	6	1	6	2	2	5	41
その他	6	6	8	6	8	14	9	7	7	11	6	9	97
ボラン ティア	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	1	3	10

1 介護サービス基盤について

(1) 札幌市の概要（平成11年4月1日現在）

人口 1,792,167人（内65歳以上 239,198人）
 世帯数 797,087 世帯
 面積 1,121.12 km²

(2) 札幌市高齢者保健福祉計画の進捗状況

ア 札幌市の要援護高齢者数（平成12年度は最近見直し人口に基く推計値）

項目	平成11年度推計	平成12年度推計
65歳以上人口 （高齢化率）	248,100人 （13.2%）	262,100人 （14.3%）
要援護高齢者 〔出現率〕	29,027人 〔11.7%〕	31,561人 〔12.0%〕

イ 進捗状況（介護保険給付関係分の抜粋）

施策名	平成11年度計画目標	平成11年度末見込み
ホームヘルプサービス （常勤換算ヘルパー）	910人 〔100%〕	956人 〔105.1%〕
デイサービス/デイケア	98か所 〔100%〕	100か所 〔102.0%〕
ショートステイ	528床 〔100%〕	703床 〔133.1%〕
在宅介護支援センター	65か所 〔100%〕	65か所 〔100.0%〕
訪問看護ステーション （公的訪問看護ステーション）	34か所 （施設数10カ所） 〔100%〕	63か所 （施設数10カ所） 〔185.3%〕
特別養護老人ホーム	2,850床 （施設数35カ所） 〔100%〕	3,030床 （施設数35カ所） 〔106.3%〕
老人保健施設	3,300床 （施設数36カ所） 〔100%〕	3,300床 （施設数36カ所） 〔100.0%〕

[] は、進捗率である。

(3) 札幌市の療養型病床群の整備（許可）状況

(平成11年3月現在)

	病 院		診 療 所		病床数(A+B)
	病 院 数	病床数(A)	診療所数	病床数(B)	
札幌市	43	5,597	41	393	5,990
札幌市以外	7	788	17	166	954
札幌圏合計	50	6,385	58	559	6,944
札幌圏の 整備目標量	—	3,931	—	950	4,881

※ 札幌圏の整備目標量4,881床とは、病院と診療所とを合わせた目標量であり、病院と診療所それぞれの数値（3,931床、950床）は一応の目安である。

(4) 民間事業者参入見込み

- ア 本市での事業展開を予定している者
 実施済のもの 約200社（サービス毎の重複あり）
 新規参入予定者 11社
- イ 本市での事業展開を予定しない理由
- ・冬季対応のノウハウがない
 - ・人材の確保が難しい、人材の育成に時間がかかる
 - ・介護報酬が不明確 等

(5) ケアマネジャー確保

ア 状況

北海道合格者	市内在勤又は在住
5,279人	1,375人

イ 確保見通し

市内については、「450人」の必要数は充足されると考えている。
 なお、現在、独自調査中である。

講演会のお知らせ

「縛らない介護を

抑制廃止について」

講師 定山溪病院 院長 中川 翼 先生
日時 平成12年5月16日(火) 午後6時30分
ところ 西区民センター 3階大ホール

「抑制とは、痴呆のお年寄りが暴れたり徘徊したりする問題行動を抑えるために、手足をベッドにくくりつけられたり、身体を車いすにベルトで固定したりすることです。抑制されたお年寄りは、身体的にも精神へきにも苦痛を与えられることとなります。そこで抑制のない介護をめざした取り組みが全国的に広がってきています。中川先生は、この取り組みの先頭に立って実践している方です。」

高齢社会を迎え、在宅介護の機会も増すことが予測されます。広く、多くの市民の皆様と一緒に考える機会としたいと思います。多数の皆様のご出席をお願い申し上げます。

主催 西区・手稲区在宅ケア連絡会

この会の主催は、西区および手稲区の「在宅ケア連絡会」ですが、これは医療、保健、福祉の関係者が集い、在宅療養を希望する人のための連絡調整を行うための会です。

「縛らない介護を、抑制廃止について」

定山溪病院 院長 中川 翼

《日本、北海道における抑制廃止への取り組み》

- 1986年 上川病院で抑制廃止問題に取り組み始める
- 1994年6月 第2回老人ケア研究会「疾患患者への抑制を解き放して」田中とも江
- 1995年12月 朝日新聞「看護婦さんの誇りを信じています」抑制廃止への応援メッセージ
- 1996年11月 第1回老年看護学会シンポジウム：抑制のない看護の実践 田中とも江
- 1997年2月 エキスパートナース：特集 抑制はナースのジレンマ
6月 福岡介護力強化病院研究会：講演 抑制廃止のために 吉岡 充, 田中とも江
- 1998年10月 抑制廃止福岡宣言（介護療養型医療施設全国研究会）
西日本新聞, 抑制廃止福岡宣言
- 1999年3月 厚生省令, 介護施設での身体拘束禁止
「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。」
- 6月12日 老人の専門医療を考える会, 第17回全国シンポジウム「抑制を考える」(Part1)
(於：グリーンホテル札幌)
- 6月19日 老人の専門医療を考える会, 第18回全国シンポジウム「抑制を考える」(Part2)
(於：銀座ガスホール)
- 7月1日 花川病院（石狩市）抑制廃止宣言
- 7月29日 定山溪病院 抑制廃止宣言
- 10月6日 第1回北海道抑制廃止研究会（札幌市）
参加者：計258名 内訳一病院45施設, 237名 老健3施設, 18名
特養2施設, 5名（札幌圏 248名, 圏外10名）
- 11月23日 札幌市以外での抑制廃止セミナー 参加者：計300名
（於：丸の内ホテル）
苫小牧市, 帯広市, 旭川市, 釧路市, 函館市
- 2000年2月5日 老人の専門医療を考える会, 第20回全国シンポジウム「抑制を考える」(Part3)
1999年12月4日 (於：銀座ガスホール)
- 2000年2月16日 第2回北海道抑制廃止研究会（札幌市）
参加者：計244名 内訳一病院40施設, 164名 老健10施設, 48名
特養7施設, 24名 専門学校生・御家族8名（札幌圏 219名, 圏外35名）
- 3月1日 丸の内ワークショップ「抑制チェック項目の検討, 抑制が許される場合」
(於：丸の内ホテル)
- 3月2日 全国抑制廃止研究会設立シンポジウム（東京）
- 4月25日 北海道「抑制廃止相談ネットワーク」発足
- 6月7日 14:00～17:00
(水) 第3回北海道抑制廃止研究会（札幌市中央区北1条西13丁目タケダビル2階）
参加希望される方：FAX 011-598-2079（定山溪病院看護部：今井, 服部）へ

抑制に関する調査

2000年

■抑制の内容とその現状

抑制の内容	①老専会 (対象11527名)	②定山溪病院 (対象366名)		
	1999年 3月	1999年 6月	1999年 10月	2000年 2月
(1) 徘徊しないように、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る	76 (0.7%)	0	0	0
(2) 転落・転倒しないようにベッドに胴や四肢を縛る	53 (0.5%)	0	0	0
(3) 点滴・中心静脈栄養・経管栄養のチューブを抜かないようにミトン型の手袋をつける	156 (1.4%)	11	12	4 (1.0%)
(4) 点滴・中心静脈栄養・経管栄養のチューブを抜かないように上肢を縛る	171 (1.5%)	1	0	0
(5) 車椅子からずり落ちないように腰ベルト(ひも)をつける	228 (2.0%)	10	6	3 (0.8%)
(6) 車椅子からずり落ちないようにY字型抑制帯をつける	469 (4.1%)	34	3	1 (0.3%)
(7) 車椅子から立ち上がらないように腰ベルト(ひも)をつける	36 (0.3%)	0	3	1 (0.3%)
(8) 車椅子から立ち上がらないようにY字型抑制帯をつける	163 (1.4%)	17	3	0
(9) 車椅子からずり落ちないように車椅子テーブルをつける	131 (1.1%)	6	3	3 (0.8%)
(10) 車椅子から立ち上がらないように車椅子テーブルをつける	38 (0.3%)	2	1	1 (0.3%)
(11) 脱衣・おむつはずしのある人に介護衣(つなぎ)を着せる	529 (4.6%)	14	8	0
(12) ベッド柵を2個使用し、とりはずしができないように固定する	447 (3.9%)	5	0	1 (0.3%)
(13) ベッド柵を4本つける	1453 (12.6%)	130	74	25 (7.8%)
(14) 必要以上(食事もできなくなる程)の眠気や脱力、精神作用を減退させる向精神薬の使用	29 (0.3%)	1	0	0
(15) 鍵がかかる部屋(病室)に患者さんを入れること	46 (0.4%)	0	0	0
合 計	4025件	231件	113件	39件 (35名)

	4月
(1)徘徊しないように、車椅子(椅子)やベッドに胴や四肢を縛る	0
(2)転落・転倒しないようにベッドに胴や四肢を縛る	0
(3)点滴・中心静脈栄養・経管栄養のチューブを抜かないように上(下)肢を縛る	0
(4)点滴・中心静脈栄養・経管栄養のチューブを抜かないようにミトン型のような手袋をつける(四肢の自由を奪う工夫や道具を含む)	1
(5)車椅子(椅子)からずり落ちないようにY字型抑制帯をつける	1
(6)車椅子(椅子)から立ち上がらないようにY字型抑制帯をつける	0
(7)車椅子(椅子)からずり落ちないように腰ベルト(ひも)をつける	3
(8)車椅子(椅子)から立ち上がらないように腰ベルト(ひも)をつける	0
(9)車椅子からずり落ちないように車椅子テーブルをつける	1 ①
(10)車椅子から立ち上がらないように車椅子テーブルをつける	0
(11)立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する	0
(12)脱衣・おむつはずしのある人に介護衣(つなぎ)を着せる	0
(13)自分で降りられないようにあるいはベッドから転落しないようにベッドを柵で囲む	15
(14)必要以上(食事もできなくなる程)の眠気や脱力、精神作用を減退させる向精神薬の使用	0
(15)鍵がかかる部屋(病室)に患者さんを閉じこめること	0
(16)病棟の出入口に鍵等をかけること	0
合 計	21 ①

『住宅改修』

～なぜ「住まい」の工夫や改善が必要なのか？～

医療法人秀友会 札幌秀友会病院 リハビリテーション科
理学療法士 岡田 しげひこ

1. なぜ「住まい」の工夫や改善が必要なのか？

2. 「生活の場」である「住まい」の条件は？

- 1) その人らしい、いきいきした生活ができること。
- 2) 「自立」した、「より豊かな」生活ができること。
- 3) 普通（当たり前）の生活ができること。
- 4) 『楽』で『安心』の生活ができること。

* 高齢者・障害者・車椅子・バリアフリー住宅をつくるのではない。「〇〇さん」の住まいをつくること。

* ところが「〇〇さん」本人・家族の「生活ぶり」を知らないと、これがなかなかむずかしい。

* また建物の改善だけでなく、生活や介助の工夫、在宅サービスやリハビリや福祉用具の活用との組み合わせがとても重要。

* だから、建築関係者だけでは、無理。保健婦、訪問看護婦、ホームヘルパー、介護福祉士、PT、OT、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどとチームを組み「住環境のニーズ」をくみ取り、取組むことが必要。

* 家の中だけでの改善では、片手落ち。いつでも楽に外に出られるようにすること。

* かならず、改修後のフォロー をすること。

3. 誰が「住まい」づくりを考えてくれるの？

- （社）北海道建築士会 女性委員会
- 福祉住環境コーディネーター（東京商工会議所認定）
- 「介護保険に係る住宅改修事業者研修会」（北海道シルバーサービス振興会）
- 「高齢者等住宅改善実務研修会」（北海道保健福祉部地域福祉課）
- 「高齢者住宅改善指導派遣育成事業」（北海道保健福祉部地域福祉課）
- 道内市町村の高齢者・障害者の補助制度等状況一覧（北海道保健福祉部地域福祉課）

4. どうやって施工業者を選ぶの？

- 住宅改修の実績を確認させてもらうことができること。（事例の資料・写真等）
- 住宅改修の事例宅の訪問見学をさせてもらうことができること。（利用者の感想も聞ける）
- 従来の建築の常識にとらわれず、柔軟に対応してくれるか。
- チームで問題・課題を十分に検討でき、意思疎通がはかれること。
- 潜在的なニーズを掘り返し、利用者の立場に立ったプランづくりができるか。
- 小さな改修の場合でも、複数のプランを立ててくれるところ。
- 介護保険制度や市町村の助成制度などが活用出来るか。

VIII おわりに

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。本冊子は、この間の活動をまとめた報告書である。

3年間に延べ100余例の検討を行い、それぞれの事例に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。

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粹、普遍的活動であることが、本報告書をお読みいただくと良く理解していただけると思われる。また、本活動中の平成12年4月から、介護保険制度が導入されたが、この会の活動は介護保険制度運用のためだけのものではなく、あくまでも西区内に住む在宅療養を希望する人のための幅広い支援活動と捉えられている。さらに、参加者へのアンケート結果によると、将来、西区内に大きな地域ネットワーク形成を目標とすることについては、80%以上の賛意が示されている。

これらの純粹性、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。

なお、検討事例の分析、考察などは紙面の関係上、第2報以降に予定している。

最後に、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 坂本)

西区在宅ケア連絡会 幹事会名簿

井澤 勉	(西区保健福祉部保健福祉サービス課	福祉サービス一係	9年6月～	10年3月)
阿部 裕雄	("	10年4月～	11年5月)
山本 祥一	("	保健福祉一係	11年6月～ 現在)
小野 栄子	("	地域ケア係	9年6月～ 10年3月)
小林 央子	("		11年4月～ 12年3月)
里見 弘子	("	保健福祉二係	12年4月～ 現在)
乙坂 友宏	(五天山園在宅介護支援センター		11年4月～	現在)
坂本 仁	(医療法人社団 坂本医院		9年6月～	現在)
谷藤 伸恵	(訪問看護ステーション やまのて		9年6月～	現在)
出井 聡	(医療法人北祐会 北祐会神経内科病院		9年6月～	現在)
花田 一誠	(医療法人社団 花田眼科		9年6月～	11年3月)
篠原 正英	(医療法人 札幌山の上病院		11年4月～	現在)
深澤 幸子	(手稲リハビリテーションセンター		9年6月～	現在)
藤原 秀俊	(医療法人秀友会 札幌秀友会病院		9年6月～	現在)

事務局

医療法人北祐会 北祐会神経内科病院内 「西区在宅ケア連絡会」事務局

☎ 063-0802 札幌市西区二十四軒2条2丁目4番30号 TEL 011-631-1161

平成12年9月 発行

