

# 西区在宅ケア連絡会 活動報告書（ ）

平成12年7月（第31回） ~ 平成17年5月（第83回）

西区在宅ケア連絡会



第1回 平成 9年 8月29日 最初の定例会



第6回 平成10年 3月 3日  
システムの考え方



第10回 平成10年 8月11日  
懇親会 ぽんぽこぽん にて



第18回 平成11年 5月11日  
シンポジウム 地域で生活するということ



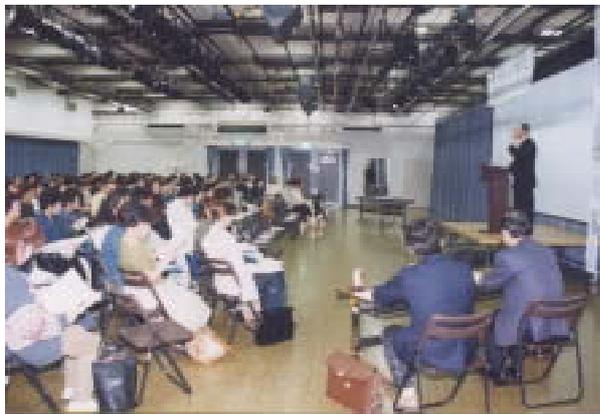
第21回 平成11年 8月10日  
懇親会 つぼ八 にて



第26回 平成12年 2月 8日  
ケアプラン作成について



第28回 平成12年 4月11日  
介護保険制度について



第29回 平成12年 5月16日  
講演会 抑制廃止、縛らない介護を



第30回 平成12年 6月13日  
住宅改修について



第32回 平成12年 8月 8日  
懇親会 やまさ会館 にて



第35回 平成12年11月14日  
高次脳機能障害について



第40回 平成13年 5月15日  
シンポジウム 地域における新しいサービス



第42回 平成13年 7月11日  
介護保険制度への苦情について



第43回 平成13年 8月21日  
懇親会 ぽんぽこぼん にて



第44回 平成13年 9月11日  
グループホームについて



第48回 平成14年 1月22日  
シンポジウム 介護保険と地域福祉



第49回 平成14年 2月12日  
安心カードについて



第52回 平成14年 5月14日  
シンポジウム 変わる医療、どうなる在宅



第55回 平成14年 8月20日  
市民フォーラム 痴呆症をあきらめない(1)



第57回 平成14年11月12日  
情報共有のための基本的情報票について



第59回 平成15年 2月18日  
鬱(うつ)について



第60回 平成15年 3月11日  
在宅療養者への救急対応について



幹事会風景 平成15年 4月 1日  
第61回 幹事会



第62回 平成15年 5月13日

シンポジウム 年老いた一人暮らしに、不安はないですか？



第65回 平成15年 8月19日

市民フォーラム 痴呆症をあきらめない(2)



佐々木信幸先生講演 と 介護劇



第66回 平成15年 9月 9日

ホームヘルプ事業について



第68回 平成15年12月 9日

地域医療連携室について



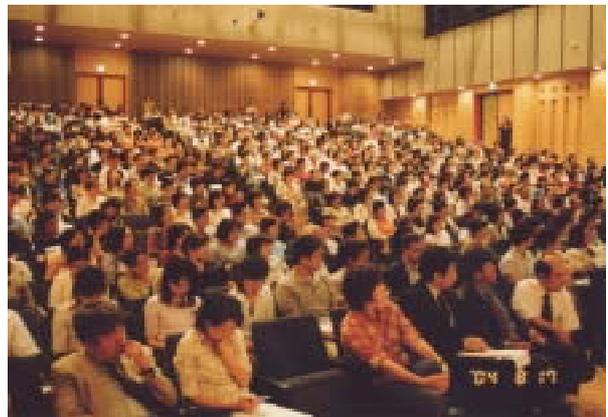
第72回 平成16年 5月18日

シンポジウム 地域で、自分の家で最期まで暮らせますか？



第75回 平成16年 8月17日

市民フォーラム 痴呆症をあきらめない(3) 長谷川和夫先生 講演



第74回 平成16年 7月13日  
グループホームについて



第76回 平成16年 9月14日  
人工呼吸器装着患者について



第77回 平成16年10月12日  
摂食・嚥下障害について



第78回 平成16年11月9日  
訪問薬剤管理指導について



第80回 平成17年2月8日  
在宅介護支援センターについて



幹事会風景 平成17年4月5日  
第82回 幹事会



第83回 平成17年5月17日  
シンポジウム 地域包括ケアシステムについて「地域包括支援センターに望むこと」





第1回 連絡会の連絡会 平成12年1月  
会場風景



第6回 連絡会の連絡会 平成15年10月  
シンポジウム より良い連携をめざして



第3回 連絡会の連絡会 平成14年1月  
懇親会風景



第2回 連絡会の連絡会 平成13年1月  
集合写真 240名 参加



第5回 連絡会の連絡会 平成15年1月  
集合写真 350名 参加



第8回 連絡会の連絡会 平成17年1月  
集合写真 370名 参加

## 目次

はじめに	10
その後の経過	11
個人連絡表	12
基本的情報票	13
開催状況	14
検討結果	16
シンポジウム	58
アンケート結果	77
出席者	78
研修会資料	81
XI おわりに	111

## はじめに

平成12年6月 発行分

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できないものか、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。

## 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―在宅療養についてⅡ―において、在宅療養者の持つニーズ情報、サービス提供者の持つサービス情報そして医療提供者の持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行うこと

## はじめに

## その後の経過

前回の報告書発行から、5年が経過したが、「西区在宅ケア連絡会」は、その後もほぼ毎月第2火曜日の定例会を継続しており、平成14年3月に第50回、平成17年2月に第80回を迎えている。この活動報告書(Ⅱ)は、この5年間、平成12年7月 第31回から、平成17年5月 第83回定例会としてのシンポジウムまでの活動を報告する目的で発刊することとなった。内容は、報告書(Ⅰ)をできるだけ踏襲する様式をとった。

平成9年、「西区在宅ケア連絡会」発足前後の社会的背景は、報告書(Ⅰ)のⅠはじめにて概説したとおりであるが、ちょうどその年、平成12年4月には介護保険法が施行された。高齢者を取り巻く環境は大きく様変わりをはじめ、平成14年4月には医療保険制度の改革がなされて、医療と介護、両面からの改革の方向性が示された。当会は、当初から、介護保険制度運用のためだけのものではなく、あくまでも在宅療養支援のためと広く捉えられているが、その姿勢は継続され、この会の目的として、当初6項目が掲げられたが、8年後の現在も全く変わらず、まさに同じ活動が着実に継続されているという。そればかりでなく最近はさらに、広く地域全体を見ずえた活動に広がってきているとも思われる。

報告書(Ⅰ)に記載されているように、当初の3年間に81例の事例検討がなされたが、その後の5年間に66例が追加され、計147例が検討された。ほかに、再検討、その後の経過報告なども随時なされている。本当に「次の日から役に立つ事例検討」であることが多く、参加者は多くの成果を得ることができたと思われる。同じ席に着き、顔を合わせて情報交換することにより「人と人とのつながり」ができ、その後の連携に大きな成果がもたらされていることは、その後の5年間も着実に継続されているのである。

アンケート結果は、以前と同様であるが、西区内に大きな地域ネットワーク形成を目標にすることについても、80%以上の賛意が継続して示されている。これに、呼応するように、平成17年2月以降の活動は、まさに、地域ケアシステム構築を念頭においたものとなっている。純粹性、普遍性、そして継続性が重要であることが折りに触れ語られてきたが、まさにそのことが最近の活動、検討内容に表されているのではないかと思われる。

医療保険制度と介護保険制度、その他の各種制度が横断的に連携がとられ、地域の中で普遍的にその成果が見いだされるような時が来ることを念願しながら、さらに活動が継続されることが期待される。

なお、次の12ページに、当初から現在まで使用中の「個人連絡表」を掲載してある。また、13ページには、数回にわたり例会の参加者により検討され、平成14年11月第57回連絡会にて作成された「情報共有のための基本的情報表」を掲載してある。

( 幹事会 坂本 仁 )





## 開催状況

回	月日	出席数	新規例	再提案	研修テーマ
平成12年					
第31回	7月11日	100	2		特定疾患にかかる難病と介護保険との関係
第32回	8月8日	67			介護保険制度の問題点の検討
第33回	9月12日	86	1		在宅における感染対策
第34回	10月10日	59	2		介護保険制度に関する意向調査の結果報告
第35回	11月14日	72	1	1	高次脳機能障害について
第36回	12月12日	63	1	1	高次脳機能障害について
平成13年					
第37回	2月13日	52	1	2	重症例の在宅療養について
第38回	3月13日	58	3	2	病院退院時の医療、看護、介護の連携
第39回	4月10日	72	1		札幌市における福祉NPOの現状と連携
第40回	5月15日	144			シンポジウム「地域における新しいサービス」
第41回	6月12日	57	2		精神障害者の在宅療養支援について
第42回	7月10日	61	1	2	介護保険への市民からの苦情について
第43回	8月21日	61			訪問歯科診療の実際について芦田先生
第44回	9月11日	79	1		痴呆対応型共同住宅の概要について
第45回	10月16日	41	1	1	札幌市難病患者等生活支援事業
第46回	11月13日	44	2	1	介護保険制と度措置制度との適用関係
第47回	12月11日	24	2		今後のケア連絡会の活動について
平成14年					
第48回	1月22日	110			シンポジウム「介護保険と地域福祉」
第49回	2月12日	48	2	1	訪問看護から、「安心カード」の紹介
第50回	3月12日	52			措置費から支援費へ、制度改革の情報
第51回	4月9日	52	2		児童虐待予防と保健センターの役割
第52回	5月14日	280			シンポジウム「変わる医療、どうなる在宅療養」
第53回	6月11日	70	2		退院時カンファレンスについて
第54回	7月9日	64	1		情報の共有について(1)
第55回	8月20日	420			市民フォーラム「痴呆症をあきらめない」
第56回	9月10日	62	2		情報の共有について(2)
第57回	11月12日	76			「情報共有のための基本的情報票」について
第58回	12月10日	47			シンポジウム「介護保険3施設はどうなっているか」
平成15年					
第59回	2月18日	58	2		「鬱(うつ)」について
第60回	3月11日	46	2		在宅療養者への救急対応
第61回	4月8日	40	1	2	事例検討
第62回	5月13日	320			シンポジウム「年老いた一人暮らしに不安はないですか？」
第63回	6月10日	57	3		前月シンポジウムの第2幕として
第64回	7月8日	59	2		新しい福祉用具について
第65回	8月19日	420			市民フォーラム「痴呆症をあきらめないその2」
第66回	9月9日	54	3		ホームヘルプ事業について
第67回	11月11日	62	2		特殊疾患療養病棟について
第68回	12月9日	80	2		地域医療連携室について
平成16年					
第69回	2月10日	29	1		難病重症患者の在宅療養支援について
第70回	3月9日	57	2		訪問リハビリテーションについて
第71回	4月13日	48	1		「在宅死」をめぐって
第72回	5月18日	250			シンポジウム「自分の家で最期まで暮らせますか？」
第73回	6月8日	38			看取りについて
第74回	7月13日	49	2		痴呆対応型共同住宅について
第75回	8月17日	480			市民フォーラム「痴呆症をあきらめない」
第76回	9月14日	55	1		人工呼吸器装着患者について
第77回	10月12日	61	2		摂食・嚥下リハビリテーションについて
第78回	11月9日	50	1		薬剤師による居宅療養指導管理について
第79回	12月14日	70	2		在宅療養者の皮膚疾患とスキンケア
平成17年					
第80回	2月8日	51			地域包括ケアシステム構築を目指して
第81回	3月8日	43	3		〃
第82回	4月12日	56	3		〃
第83回	5月17日	250			シンポジウム「地域包括ケアシステムを目指して」

## 特集および研修のテーマ

### 介護保険制度に関する意向調査

前回の意向調査をもとに現状に対する意見交換、第3回夏の懇親会

再度、意向調査をもとに介護保険制度の問題点の検討

「西区ケア連絡会活動報告書」について

報告書をもとに、事例1042番から1081番までのその後の経過報告

2回にわたり、高次脳機能障害について検討。アンケート結果報告

### 在宅における、医療機関の機能連携について

退院時支援には周到な準備が欠かせず、「人と人とのつながり」が重要

在宅感染対策について、ケアチーム内の意志統一に向けての情報共有のために

「はななぎ」「サポート24」「こころ」「NPOサポートセンター」からの4人

平成14年市町村事業として法定化された、精神ホームヘルパーについての解説

福祉サービスへの市民からの苦情に対する処理の概要とその対応について、市社協から解説

実際の事例の供覧および解説、第4回夏の懇親会

「みやこ」「風車の家」からの実践報告。西区基幹型在宅介護支援センターについての紹介

精神ホームヘルパーと合わせて、各法の事業対象から外れる人への「すき間」が埋められる

サービス適用の考え方、適用の順序、介護保険の上乗せ対象などについてフロー図の用いて解説

アンケート結果に基づいて意見交換

### 札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部研修会との合同開催

訪問看護ス連絡会議作成の「安心カード」が紹介され、その配布、活用について情報交換

これまでの事例9082番から9101番までのその後の経過報告と、問題点の確認

西保健センターの母子保健事業(虐待予防防止関係)についての解説

医療制度改革の在宅療養への影響につき、急性期、慢性期、訪問診療医、患者団体からの4名

退院時の情報共有について、具体的にどのような情報交換が求められるのかについて意見交換

「西区在宅ケア連絡会」を通じて、西区内では基本部分だけでも共通認識の上での業務遂行を

特別養護老人ホーム職員による介護劇上演および北海道医療大学中野倫仁教授の講演会

退院時支援、在宅療養開始への支援について、どのような情報共有が必要か

西区在宅ケア連絡会として、地域内の情報共有と機能連携のために共通認識の手段として作成

特養、老健、介護医療施設の現状について報告、質問、意見交換により、認識を深めた

### 札幌太田病院池田明穂先生により解説

札幌市消防局救急指導係小林克彦さんから、救命救急士の業務の実際について解説

具体的なサービス提供についての依頼、それぞれに解決

高齢者代表としての地域住民のお一人の要望をめぐって、情報共有と機能連携を目指す試み

前月シンポジウムの議論の不十分な点が深められた

介護保険利用の福祉用具利用と新しく認可された機器の紹介

昨年に引き続き介護劇と、手稲溪仁会病院佐々木医師の講演

事例から考える、ホームヘルプ業務の現状と課題について

長期にわたり療養が必要な重度障害者が入院する病棟の現状について情報交換が行われた

西区内の3病院に設置された地域医療連携室についてその紹介

### 事例検討

訪問リハビリテーションの現状について札幌市および西区内の現状について報告

坂本医院坂本医師から在宅療養患者の在宅死について情報交換

本当に最期を家で迎えるためにあなたはどうか考えますか？

地域におけるドイツと日本の「看取りの家」について意見交換

西区内の15のグループホームの現状について報告

「知ってほしい痴呆への取り組み」聖マリアンナ医大長谷川和夫先生による特別講演

井上病院人工呼吸器センターについて森松看護師より報告

北海道医療大学木下健治先生による講演

札幌市薬剤師会西支部から現状と課題について講演

小林皮膚科小林仁先生より講演

### その1 在宅介護支援センターについて

その2 居宅介護支援事業所について

その3 居宅サービス事業所について

平成18年度介護保険見直しにより創設される地域包括支援センターに望むこと

## 検討結果

### 第31回 平成12年 7月13日(火)

#### 1 事例検討

1082 69歳 男 提案 病院 SW

ALS、両上下肢、体幹筋萎縮、筋力低下。(C、I)、ADL全面介助。要介護5。

現状：難病であること、障害度が重く、介護サービスの利用を断られる。

希望：どのようにすると、介護サービスの利用が受けられるのでしょうか？

結果：ALSの場合、介護サービスと医療との連携が重要であり、事実上看護力のある施設、医療機関併設の施設、医療機関の療養型病床に限られる。また、小規模なショートの体制とか身障の人のショートのある病院がある。これらの議論のまとめとして、実際には通所した時には人手が足りないわけで、在宅リハビリのための体制の整備、サポート体制が必要であることが述べられた。また、専門医から、告知とその受容、最終的な受療の確認をした上での、地域のネットワークによる支援体制づくりが今後の課題であることが示された。

\*この事例に関連した情報として、特定疾患患者にかかる難病対策と介護保険の関係について一とくに自己負担について一が示された。

1083 64歳 男 提案 サービス協会 職員

脳挫傷による高次脳機能障害(J、IV)、移動、食事は自立、暴言、暴力、徘徊あり。

平8年脳挫傷、6病院、1老健を経て、介護保険下で非該当者となり、在宅療養となる。

現状：訪問指導のみ。

希望：1 高次脳機能障害へのリハビリ方法、支援情報を知りたい。

2 自立と認定された2号被保険者(高次脳機能障害者)への介護負担軽減のための支援について知りたい。

3 来年度、介護保険認定後の受け入れ施設、病院について知りたい。

結果：このような障害者についてのさまざまな経験、情報、対応が議論された。システム化されたリハビリはないこと、ケアチームの対応が統一されてくると問題行動も改善されること、介護者あるいは施設に慣れてくると良くなること、家族の受け入れを勧め、支援策を整理して介護負担軽減をはかること、必要であれば精神科からのアドバイスが重要となるのではないかと、などであった。

#### 2 情報提供

西区保健福祉部から

この事例に関連した情報として、札幌市における自立者支援サービス提供体制について

- 1) 特定疾患患者に係る難病対策と介護保険の関係について
- 2) 介護保険でない札幌市の高齢者福祉サービスについて

### 第32回 平成12年 8月 3日(火)

#### 1 介護保険制度の問題点の検討 一介護保険制度に関する意向調査をもとに一

介護保険制度運用開始から、4カ月を経て、種々の問題点が浮きぼりになり、したがって、今後の課題も明らかになりつつある。そこで、連絡会として、以下に掲載の「意向調査表」をもとに、問題点について意見交換、情報交換が行われた。

「西区在宅ケア連絡会」介護保険制度に関する意向調査表（平成12年8月実施）

在宅療養支援のための検討資料とするため、このたび、介護保険制度に関する意向調査を行い、  
1) 問題点の認識を共有すること 2) 関係者への要望、提案としてとりまとめることに寄与できれば、と勸化手おります。可能な限り、具体的な事例の、具体的な事項を記入してください。

- 1 記入者職種：医療職 看護職 リハビリテーション分野 事務職 薬剤師 栄養士 SW  
(○印) ケアマネージャ 社会福祉士 介護福祉士 ヘルパー 関連事業勤務 その他
- 2 被保険者： 歳 (男 女) 主傷病名、主症状 ( )
- 3 どのような項目に関する問題点か：(○で囲む)  
申請段階 訪問調査に関連して 介護認定について  
ケアマネージャ ケアプランの内容 ケアマネジメント全体  
介護サービス内容 介護支援体制 更新申請段階  
医療保険との関係 身体状況の変化に関連して 介護報酬請求  
介護報酬支払い その他 ( )
- 4 どのようなことが問題となり困りましたか、できるだけ簡潔に：  
(例：○○状態で、頻回の訪問看護を必要とするが、介護保険のみでは賄いきれない )
- 5 このような問題が起こらないためには、何が、どのように変わり、どのようになると良くなる  
と思えますか：(例：訪問看護が必要度に依じて、受給できる制度、となること )
- 6 そのためには、何を、どのように変え、どのようにするのが、良い方法であると思えますか：  
(例：介護保険の訪問看護の対象を拡大し、身体状況に応じた、より明確な規定にすること)

調査結果：「西区在宅ケア連絡会」介護保険制度に関する意向調査の解答結果をもとに、介護保険制度の問題点の検討を行った(数字は、回答数)。

- 1) 申請段階について：5  
制度が複雑すぎる 自分たちが非難されることあり  
制度の周知が不十分で、理解を得るのに苦労した
- 2) 訪問調査に関連して：10  
入院中と在宅療養中では同一の調査ではいけない  
病態像が反映される調査項目が望ましい 調査員の判断により結果が異なることになる
- 3) 介護認定について：6  
認定結果が低すぎる事例あり 介護体制、環境を考慮した方がよい  
在宅療養を念頭においた認定の仕組みが望ましい
- 4) 自己負担が負担になっている：12
- 5) ケアマネージャが十分機能していない：6  
事後連絡のみですまされている、など
- 6) ケアマネジメント全体：8  
カンファレンスが必要 退院時には病院スタッフとの連携が必要  
本当の意味でのケアマネージャ、ケアマネジメントが理解されていない  
病院スタッフにはケアマネージャの業務が理解されていない
- 7) 訪問看護はすべて医療保険で賄う方がよい：9
- 8) ショートステイの枠拡大と請求の簡素化：3
- 9) 身体状況の変化に関連して制度が対応できない：3
- 10) 介護サービス内容：各種制限 制度範囲 介護保険外のサービスへの要望
- 11) 介護報酬：ケアプランへの低報酬 請求が複雑 介護扶助の場合 福祉用具
- 12) 介護保険対象外(年齢、疾病、病状、病態、認定結果による)の人々への支援が必要

3 第3回 夏の懇親会 「やまさ会館」にて 19時30分頃から 48名参加

### 第33回 平成12年 9月12日(火)

#### 1 事例検討

1084 87歳 女

提案 居宅サービス事業所 看護師

脳梗塞後遺症にて在宅療養中、MRSA肺炎の診断・治療あり。多機関・多職種が訪問し、ケアに携わっていたが、関連機関の認識、体制の違いに関連し、感染管理方法の統一が困難であった事例報告。

#### 2 研修会：在宅における感染対策の実際について

はばたき 看護師 森松さん

事例検討参考にしながら、在宅における感染対策の実際について研修。

##### 1 病院での医療処置と在宅での医療処置の違い

医療処置の際の感染予防については、病院で行われていることがそのまま家庭ではできなかったり、また、する必要がないことがあったりする。その理由は、環境が異なること、設備や投入できる労力が異なること、経済的背景が異なることなどです。

##### 2 在宅ケアにおける医療処置の際の基本事項

基本は、手洗いです。きちんと手洗いされ、傷のない手指であれば、手袋は必ずしもつける必要はなく、医療器具も不要のこともあります。

##### 3 在宅ケアの関係各医療機関でマニュアル化するべき事項

在宅においてもいろいろな処置の場面に関連しての対応が必要となります。そのためのマニュアルを作成しようとする時の考え方を整理してみますと、処置に必要な物品の調達(何を、どのように、誰が負担して)、消毒方法(一般家庭での消毒、具体的な消毒剤、手順など)および廃棄物の処理、となります。

資料を参考にしながら情報交換、今後の対応についての意見交換などが行われた。

#### 主な意見

- 1 多職種が関わり、しかも家族の理解・認識不足の例では、非常に大変である。
- 2 在宅療養の継続中に、厳密なマニュアルどおりの対応をするのは非常に困難である。
- 3 病院入院患者に対しても、最近は厳密に対応することは少ない。免疫力、抵抗力の低下している場合にのみ、注意を払っている。
- 4 在宅における感染対策は大きな問題にはならないのではないか。在宅は、むしろ隔離病室のようなもので、退院後に無菌となる例を数多く経験している。
- 5 最も基本は「手洗い」である。医療従事者の手指が重要である。
- 6 退院時の指導、あるいは「主治医の意見書」における情報が重要である。
- 7 「ここまでは大丈夫」ということを含めて、医療処置、介護内容に合わせた情報が、ケアチーム全員に早期に伝達され、共有することが大切である。

### 第34回 平成12年10月10日(火)

#### 1 アンケート実施

#### 2 報告：「介護保険制度に関する意向調査」結果について。

この意向調査は、平成12年8月に行われたものである。

結果の詳細は、紙面の都合により、平成12年8月 第32回 連絡会の報告ページに記載してある。

### 3 事例検討

1085 76歳 男 提案 訪看ST 看護師

現状：脳梗塞（右不全マヒ）、高血圧、歩行障害、思考障害、長谷川式21点。

体調に対する不安が強く、医療に期待することも多いが、西区近郊の脳外科病院を転々としているように、医療を中断してしまう。介護保険でサービスを利用しているが、自分に必要はないと思い始めているし、お金のことで不信感を持ち始めているので、いつ、サービスを中断するかわからない。いままで、冬は病院で暮らしていた。

本人のニーズはマヒが回復し歩けること。

希望：今後、どのように関わっていくと良いのか、ご検討をお願い。

結果：独居で痴呆が加わるとこのような事例となることが多い。関係者が接触した時に、自ら自分一人ではもうダメという状態になって初めて解決がはかられる。

自分が本当に「困ったなあ」と思わなければ、医療は継続しない。

1086 80歳 女 提案 病院 医師

重症筋無力症、人工呼吸器30分装着後、2時間離脱、ADLは一部介助。

現状：退院予定で、訪問看護、ホームヘルプ、呼吸器管理は解決済み。

希望：週に一回訪問診療が可能な（気管カニューレ交換が必要）地域の主治医。

介護力不足を補うケアチーム体制づくり。

結果：近隣の医師が承諾、また、将来的には数人の医師でのチーム診療の可能性について意見表示あり。これにつき、訪問看護とも情報交換の必要ありとされた。

## 第35回 平成12年11月14日（火）

### 1 事例検討

1060（経過報告） 52歳 女 提案 訪看ST 看護師

消化吸収不良症候群、消化管出血による重度の貧血での危険性あり。

視力障害進行中で失明の不安あり。キーパーソンの母が痴呆あり安静が保てない。

その後の経過報告として、本人は多くの人々の援助を受けながら生きて生きたい、と思っていること、さらに、安静と全身状態の安定化が大事であること、他職種によるケアチームのケア内容が医療に伝わるようにつとめていることなど、詳細に報告された。出席者間でも多くの情報交換がなされ、提案者にとり有意義であった。

2 「西区在宅ケア連絡会活動報告書（I）」をもとに、事例1042番～1081番までのその後の経過について、報告していただき、情報交換の機会とした。

1042	6カ月後、病院にて死去	1043	既に死去
1044	1年後、在宅にて死去	1045	1カ月後、在宅にて死去
1046	一時在宅、最後二日間入院、病院死	1047	？
1048	ボランティアにより良好な結果	1049	サービス導入ないまま転居
1050	病院入院中	1051	その後、手術、結果良好、転居
1052	著変なく経過中	1053	病院入院中、老健入所希望
1054	一時入院、退院後在宅療養中	1055	老健デイ、健在
1056	退院前に死去	1057	一時入院、退院後安定、健在
1058	？	1059	特養入所、健在
1060	（上記のとおり）	1061	要支援の認定、健在
1062	転居前に（喀痰にて）緊急死去	1063	老健入所、健在

1064	要介1、健在	1065	老健入所後、現在肺炎にて入院中
1066	？	1067	健在、ショート可能となる
1068	？	1069	普通学級に入学、元気
1070	健在、暴力は増悪	1071	？
1072	夫が入院後、老健入所	1073	要支援から要介護1となり、健在
1074	？	1075	ガイドヘルパーにて対応、健在
1076	医療保険で継続、訪問歯科診療あり	1077	デイ継続、健在
1078	一時退院、現在他病院入院中	1079	他院にて外来リハビリ通院中
1080	すこぶる良好な経過	1081	すこぶる良好な経過

### 第36回 平成12年12月12日(火)

#### 1 事例検討

1083 (再検討) 64歳 男 提案 サービス協会 職員  
 高次脳機能障害(脳挫傷)、介護保険対象外。7月、第31回連絡会にて、今後の在宅療養支援について検討されたが、その後、介護者、さらに支援状況の変化があり。  
 現状：施設側の状況変化によりデイサービス利用の中断あり、イライラから暴言あり。  
 介護側の具体的なマンパワーの変更には困難がある。  
 希望：高次脳機能障害へのリハビリ、支援情報を知りたい。  
 介護保険認定後(13年6月)の受け入れ施設の情報を知りたい。  
 検討：ヘルパーからの報告によると、△△はダメよ、というと暴言、暴行される。  
 意思が伝わらないと暴言、暴行となる。しかし、外出願望があるので、気性をわかっている人が常時ついていると改善の可能性があるのではないか。  
 結果：施設としては拒否の対象となるが、馴染んでいくことが期待される。今後、介護保険認定の結果にもよるが、デイケアでの対応の可能性あり。新規の医療型デイケアを始めるという機関からの受け入れ可能性ある発言あり。

1087 64歳 男 提案 病院 SW  
 高次脳機能障害(脳挫傷、外傷性くも膜下出血、ラクナ梗塞)、独居。  
 ホームヘルプ、デイ、配食、訪問介護、主治医、後方支援あり。在宅希望。しかし、下肢筋力、耐久性の低下で歩行困難、転倒増加。短期記憶、判断力の低下がみられ、服薬など自己管理が不十分。在宅生活継続の阻害要因、危険性が増加しつつある中、自己決定、本人の意思の尊重は、まわりがどこまでフォロー可能でしょうか。要介護度により、状況は変わるので結果待ち。  
 希望：デイサービスの利用回数を増やしたい。  
 結果：住宅で転んでも良いように改修すること。一人の時間を少なくするように。冬季間は入院、夏場は在宅では？ グループホームは？ などの意見あり。非常に活発な意見交換、  
 \* 介護保険非該当となる、高次脳機能障害者については、今後も検討を継続する必要がある。

### 第37回 平成12年 2月13日(火)

1 第2回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告  
 平成13年1月11日にキリンビール園にて開催、出席者は市内全域から247名。  
 時計台病院大島峻先生による講演「地域リハビリテーションについて」の後、懇親会。

(札幌市内全区に「ケア連絡会」が発足したことを受けて、将来的に全市合同の検討会もありえることとなった。そこで、症例番号を市内共通にすることを考慮し、以下のように取り決めた。中央区0番台、北区1000番台、東区2000番台、白石区3000番台、厚別区4000番台、豊平区5000番台、清田区6000番台、南区7000番台、手稲区8000番台、西区9000番台とすることになり、以下、症例番号は、9000番台としてある。)

## 2 事例検討

9086 (再提案) 80歳 女 提案 病院 医師  
重症筋無力症人工呼吸器、30分装着、2時間離脱可能。前回提案は、地域の主治医の依頼。その後、退院し、毎週一回、人工呼吸器管理、気管カニューレ交換のために訪問。現在、地域の2名の先生が同行し、患者、家族とのコンタクトをとるため、呼吸器管理に慣れるため、気管カニューレ交換に習熟するために、3人で訪問診療を行っている。この際、訪問診療と往診と複数の医師による診療についてのあり方などについて意見交換、情報交換がなされた。また、神経難病患者への対応としての、病診、診診連携のあり方などについての意見交換がなされた。

9088 18歳 男 提案 病院 医師  
クロイツフェルトヤコブ病、意識障害、四肢マヒ、呼吸障害にて人工呼吸器装着。両親、妹の4人暮らし。  
現状：主介護は母 訪問診療 訪問看護 訪問入浴  
検討：1 在宅感染対策は？—脳神経系が身体に触れない限り感染はない。  
厚生省は、12年12月、感染管理体制をはずしている。  
2 定期的入院制度は？—介護負担解消のため、制度としては存在するが運用はされていない。本来は、国で対応されるべき事態である。  
3 地域の先生との間での訪問診療と往診との組み合わせは？  
前例と同様に、種々のケースが議論され、今後実際に対応することが示された。

9040 (経過報告) 68歳 女 報告 訪看ST 看護師  
10年8月に検討された事例。ALSにて人工呼吸器装着。その後、病院からの訪問診療、最近では地域の主治医の訪問診療、訪問看護により順調に経過。  
定期的に病院へ、検査などのため入院し介護負担も軽減されているとのこと。

## 第38回 平成12年 3月13日(火)

### 1 事例検討

9060 (経過報告) 52歳 女 報告 訪看ST 看護師  
吸収不良症候群、血色素3g/dlの貧血。平成11年7月13日、第20回の検討事例。  
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、との検討依頼であった。  
その後の経過報告で、視力は失われており、社協関連の通院介助を受け、なんとか在宅療養継続しているとのこと。

9087 (経過報告) 65歳 男 報告 訪看ST 看護師  
高次脳機能障害。生保。平成11年12月、第36回の検討事例  
要介護2の認定で、手すり設置、訪問介護、訪問看護、デイサービス通所。  
介護保険の利用で安定。もう1年は在宅希望、その後は老健も考慮される。その後の経過報告。

9089 89歳 女 提案 病院 SW  
パーキンソン症候群、狭心症、痴呆。娘と二人暮らし。3月になり、食事摂取低下、入院拒否。家族は、苦痛を伴う延命処置は好まず、在宅看取りの気持ちはあるが一。要介護2、利用なし。希望：地域の訪問診療医師、訪問看護（可能であれば、在宅看取りを。）  
検討：医療情報の交換、家族の希望、意志の確認が大切。  
結果：地域のA医師が可能との意志表示あり、BとC訪看STとが検討すること。

9090 90歳 男、 提案 居宅サービス事業所 CM  
間質性肺炎、糖尿病。妻（腰痛強度）と二人暮らし。他市在住の次女がキーパーソン。  
2月24日退院したが、本人、家族は強くさせられた、と思っている。病状理解も不十分で、二人でできるだろう、と希望的観測あり。  
問題点：1 要介護認定申請中の暫定プランであるが、必要なサービスを導入すると、予想される介護度からみた限度額を大幅にこえてしまうこと。  
2 本人の意欲がなく、入浴が行われていないこと。  
3 妻が入院すると独居となり、老健入所を考えているが待機期間が長いこと。  
検討：医療情報を的確に把握することと、どのようなサービス提供が必要か、が重要である。  
結果：どのような在宅療養生活を希望しているか、本人、家族の希望、意志の確認をすることが重要。とりあえず、妻と二人を対象にしてケアプランの作成を。

9091 59歳 男 独居。 提案 訪看ST 看護師  
多発性骨髄腫、貧血。告知あり、病状理解あり、しかし、将来への漠然とした不安あり。  
問題点：1 退院時の準備を密に行ったが、実際にはサービスの修正が必要であったこと。  
2 病院医師と地域の医師との連携が不十分な際には困難を感じる事。  
3 将来的な生活の場はどのような所があり得るのか、不安があること。  
検討：1 退院時の準備は非常に大切であり、在宅療養継続のための キーとなるが、実際にはかなりの修正が必要であることが多い。  
2 したがって、在宅療養生活を継続するために、その方の状況に合わせたサービス調整、変更を、むしろ、タイムリーに行われることが重要なのではないか。  
3 病院医師と地域の訪問診療の医師の間には密接な連携が望まれる。

- \* この2例に共通して検討されたことは、以下のとおりで、今後の重要課題とされた。
- 1 病院入院中に退院後の療養について、医療、看護、介護関係者は十分に準備をする役割があるのではないかと、とくに、高齢者には関係者の周到な準備が望ましい。
  - 2 本人、家族も含めた方針決定が曖昧であると、退院後に困難がある。
  - 3 介護保険との関連については、ケアマネージャにとって、病院を退院して在宅療養へ移行する場合の医療、看護、介護の連携は非常に重要であり、時には多くの困難がある。
  - 4 この「西区在宅ケア連絡会」などのように、地域での関係者が顔を合わせることによって培われる、「人と人とのつながり」が最も大切なこととなる。

### 第39回 平成13年 4月10日(火)

#### 1 事例検討

9092 72歳 男 提案 診療所 医師  
直腸癌術後（骨盤腔内再発）、糖尿病。夫婦二人。ターミナル期を迎え、訪問診療の開始。在宅看取りも予定され、いずれIVH管理となるが、糖尿病あり調整が必要、疼痛管理が必要。

希望：在宅IVH輸液調整の可能な調剤薬局は？在宅看取り時に訪問看護婦の役割は？

検討：在宅IVH輸液調整は困難が伴い、毎日の何らかの診療形態が必要となる。在宅看取りに際しての訪問看護婦の役割は、ご家族の意向、それまでのご家族との関係、主治医の捉え方、時間帯、さらに心構えなどにより、大きく影響される。

ケアチームとしての信頼関係に基づきどのような分担になるのか自然に予測できるのではないか、などの意見あり。いずれ、どちらかのSTに依頼予定。

結果：輸液調整の上毎日宅配も可能な、札幌市内で唯一の調剤薬局の情報提供あり。

## 2 研修会

### 1) 在宅感染対策について

提案 訪看ST 看護師

平成12年9月、第33回連絡会では、感染症を持つ在宅療養者へのケアチーム内の感染予防対応が統一されずに多くの不都合が生じた例が検討され、感染管理についてのケアチーム内の統一化に向けて、何らかの検討を始めよう、という結論になっていた。

そこで、今回は、在宅感染予防のための一つの試みとして、ケアチーム内でのケアカンファレンスで使用する、検討資料の素案が提示され、意見交換が行われた。

- 主な意見は、
- 1 地域で統一された感染管理対策はあった方がよい。
  - 2 個々の感染症への対応は共通認識が基盤にあった方がよい。
  - 3 認識の統一は必要であるが、細かな感染管理はチームごとの対応でよい。
  - 4 医療職と介護職との情報共有が大切である。
  - 5 今回の資料は、事例によっては療養家庭へ配布されても良いが、ケアカンファレンスで使用する内容に近いもの、と考えても良いのではないか。

今回のご意見をふまえて、さらに検討を続けることとされたが、このような情報交換が行われることにより、ケアチーム内の感染管理の意識が向上するならば、そのことだけでも意義があると思われた。

### 2) 「札幌市における福祉NPOの現状と連携」

(研修会資料参照)

札幌市ボランティア研修センター

ボランティア推進係長 佐藤 聡さん

平成10年12月、いわゆるNPO法が施行され、以来全国で3800、北海道で173団体が活動を行っている。札幌市内には80団体があり、その中で福祉系の団体は41、西区内では11団体が活動している。これらの活動状況、今後の取り組み、相互の連携、さらに現在の悩み、などが紹介された。

## 第40回 平成13年 5月15日(火) 18時30分 西区区民センター 大ホール

第40回は、手稲区在宅ケア連絡会と合同でシンポジウムを開催した。地域では、在宅療養者を支援するための新しいサービスが数多く始められており、中でも、住民参加型の在宅福祉サービスなどの活動が注目されている。そこで、地域で積極的に活動している方々、と北海道NPOサポートセンターから幅広く最近の情報をいただき、今後の地域の在宅療養支援のための連携を深めるための情報交換の機会とした。ご発言の要旨は以下のとおり。出席者は144名。

シンポジウム 「地域における新しいサービス」

シンポジスト

「サポート24」高井氏 ～ とくに移動困難な要介護透析患者の送迎、介助支援

「はななぎ」 木村氏 ～ とくに自立が困難な方の生活支援サービスホーム

「こころ」 小林氏 ～ 協同組合方式で助け合いの仕組みのホームヘルプ

「NPOサポートセンター」小林事務局長

1 「サポート24」高井氏 ～ とくに移動困難な要介護透析患者の送迎、介助支援

現在、北海道には1万人、札幌市内でも3500人の透析患者がおり、そのうち10～15%の人が要介護者である。足の不自由な高齢者が週に3回も通院しているのを見て、何か、手をさしのべることができないものか、という思いから、送迎、介助支援のボランティアを始めた。3年前、地域で生活している人を支えようという、という会で、本来は行政の役割かもしれないが、そういうばかりでなくみなさん方自身が行動を起こしてはいかが、といわれて始めた。私たちは足の不自由な患者さんをボランティアとして病院へお連れしているが、では、その人たちを受けている病院の人たちはそのことをどのように感じて、受け止めているか、いるのかな、ということをごぜひお聞きしたい、と思っている。

2 「はななぎ」木村氏 ～ とくに自立が困難な方の生活支援サービスホーム

在宅生活支援サービスホームの仕事をしている。17年間豊頃の特養で生活指導員をしていたが、入院生活を経験してサービスを受ける立場からふり返ってみると、本当に必要なサービスをしていなかったことに気がついて、本当に自分が納得できる介護をできる場所を作ろう、自分のためになることが、結局人のためになったらいいな～と思い、団体を立ち上げた。22名から始まり現在60名の会員がいる。基本理念は、人は花であり、ゆったりと落ちついていけるように、自分らしく生活していける様に、という思いで、「はななぎ」とした。現在、ミニデイサービス、宅老サービス、託児、昼食会、土曜日みのバリアフリー居酒屋、ピアノ教室などを開催しており、とくに週一回の居酒屋ではいろいろな方との出会いがある。一人一人の要望にすぐ対応できていると思われ、このようなサービスをしたいと考えていたので自分では満足している。

3 たすけあいワーカーズ 「こころ」小林氏

～ 協同組合方式で助け合いの仕組みのホームヘルプサービス

人は必ず老いるし、障害を持つようになるかもしれない、サービスの担い手がいずれは受け手になるという中で地域の助け合いの仕組みを作りたいという思いがあった。人の生き方に関わる介護に関して効率や、競争、利潤などを求めるままに任せておくのはやはりいけない、非営利ということで利用者の側にたったケアができるのではないかと始めた。利用者の選択肢を増やすために、介護保険をより使いやすいものにしていくために、介護支援事業所とした。現在、5名の介護保険利用者、30数名の非利用者がいる。自主事業として活動しているが、各家庭に入ると必ず他のサービスとの連携が重要となっている。そして、ヘルパーは洞察力と創造力を求められるということを実感している。利用者の納得行くケアを、ということは非常に大変なことである。私たちは介護ヘルプも家事ヘルプも相違はないと考えているが、介護保険の見直しとともに、ヘルパーの質を上げていくことも重要であると思っている。皆で話し合うことを基本姿勢としているが、問題の先送りにならないように注意している。現在28名のメンバーであるが、フルタイムの活動は5、6名であり、介護保険は2級以上を求められるで経験よりも資格が求められるようで割り切れない面もある。今後も、地域福祉の担い手を目指しながら、地道に活動を続けていくつもりである。

4 「NPOサポートセンター」小林 薫信 事務局長

- 1 「新たな地域づくり」を担う市民は育っているか？
- 2 NPOの育成が急務
- 3 NPO って何だ???

(研修会資料参照)

## 第41回 平成13年 6月12日(火)

### 1 事例検討

9093 81歳 女 頭痛 提案 保健福祉サービス課 保健師

中等症高血圧、ADLは自立、二人暮らしで同居の41歳の長男も脳幹梗塞の既往あり

IADLは一部介助、家事はほとんど行わず、金銭に盗られ妄想あり、一回往診、一回受診のみで、その後は往診、受診拒否あり、内服状態は不明。高血圧を認めるが受診は継続されていない。約束が守られることが少ない。

現状：訪問指導のみ。インフォーマル支援は望めず、サービス利用は拒否している。

4月、預金通帳を紛失、所持金もなく食料もない状態となり、対処できずにいた。

希望：今後の支援体制について、ご検討、アドバイスをお願いしたい。

検討：痴呆は認められるが、お金がない時にパニックになっただけで最も基本の生活はできているようなので、本当に困ったらサービス利用を希望してくるのではないかと。お互いに他人化している様子で、本来の母子関係が破綻している状況と思われる。

結果：精神科医師から、長男はいわば生活意欲の低下のみとも思われるので、きちんと説明し、金銭管理を任せてみる方法も良いのではないかと、痴呆を伴う高齢者にはとにかくいろいろな角度から接触し、馴染みになることが大切と思われる、などとのアドバイスあり。長男が受診する可能性のある医師、訪問指導員の今後の接触が重要との結論となった。

9094 58歳 女 提案 訪看ST 看護師

幻覚、妄想、意欲低下。30歳長男と同居、数回入院治療後、平成11年から2年間治療中断あり、13年5月、無為な生活となる。活能力の低下が著明となり、精神科治療が必要な状態。区役所から治療再開と、訪問看護の依頼あり。

現状：移動、入浴、食事用意、薬管理は一部介助、他は自立。

訪問看護のみ、本人は家が合わないということで、引っ越しを希望。

希望：今後の支援体制について、ご検討、アドバイスをお願いしたい。

検討：精神状態の安定と不安の軽減、服薬管理、問題解決能力、生活能力の向上、身の清潔などが重要であり、訪問看護に委ねられるところが大きい。満足できる日常生活が送れることを目標にした看護となるのでは、との意見交換あり。

2 研修会：「精神障害者訪問介護」 札幌太田病院 PSW 酒井佳子さん

平成11年の精神保健福祉法の改正に伴い平成14年度より精神障害者居宅生活支援事業が市町村事業として法定化され、その中の一つとして精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）が位置づけられることとなっています。2例の検討事例に関連性がある講演内容で有意義な情報交換となりました。（研修会資料参照）

## 第42回 平成13年 7月10日(火)

1 研修会：「福祉サービス利用者からの苦情について」 (研修会資料参照)

一介護保険制度施行一年をふり返って一 札幌市社会福祉協議会 星野 雅昭さん

札幌市社会福祉協議会では、福祉サービス利用者の適切なサービス利用と権利を守るために、市民の身近な相談・調整窓口として、「福祉サービス苦情相談センター」と「福祉サービス調整委員会」を平成12年4月に設置した。対象となる苦情は、介護保険サービスに関するもの、介護保険サービス以外の福祉サービスに関するもの、札幌市が行う福祉サービス決定に関するものな

どであり、苦情相談センターの職員が電話その他で苦情（相談）を受けつけている。

軽易な苦情については、相談員が制度の趣旨説明や話し合いの仲介を行うなど、当事者間の意見調整の手助けを行うが、当事者間で解決されない苦情については、有識者で構成する第三者機関である調整委員会で事業所などに対して改善提言やあっせん案などを提示し、公平、中立の立場で適切に解決し、利用者の利益を保護するとともに、福祉サービスの改善と質の向上をはかることになる。

相談者（申立人）が委員会の結果に納得できない時、行政処分については、札幌市の上級機関等への不服申立て、福祉サービスについては、北海道国民健康保険団体連合会（介護保険サービス関係）や北海道福祉サービス運営適正化委員会（その他の福祉サービス関係）への苦情申立て、また、札幌市に対する苦情については、札幌市オンブズマンに苦情の申立てができる。

平成12年度に受けつけた苦情は250件で、介護保険関連の苦情は75%、札幌市に対する苦情が25%であった。詳細な内容については、「苦情取扱状況報告書」をもとに解説された。

## 2 事例検討

9095 83歳 男 提案 訪看ST 看護師  
独居、要介護1、ほぼ自立、心疾患(バイパス術後、ペースメーカー)ふらつき、下肢浮腫、冷感あり。

現状：訪問看護、訪問介護。しかし、本人は「ケアマネージャに用はない。家事をしてくれるヘルパーさんのみ頼んだ。訪問看護を頼んだつもりはない。」という気持ちである。

希望：主介護者がいない独居老人に、介護保険制度をいかに理解してもらうか、アドバイスを。

検討：本人は、ケアマネージャなどがきて采配されることとか、事業者に利用されているのではないかと、などということにと不満、不安があるのではないかと。何か、怒りを訴えているのではないかと。ニーズは何か、を良く見極めてはいかがかと。家事援助のみ求めているのではないかと。医師から訪問看護の必要性/信頼性を説明してもらってはいかがかと。

結果：医療と介護保険とのマッチングが大切。利用者本位の立場で説明し理解を求めること。

9072 (旧 1072 経過報告) 82歳 女 報告 訪看ST 看護師  
脳梗塞、脳血管性痴呆。夫婦二人暮らし。隣に住む次女から、両親への支援があったが、痴呆が高度で、不安感が強く、介護の眼がなければ、日常生活行為ができない。

平成11年当時、夫による介護の負担の軽減を目的に、月一回ショートステイを利用し、在宅療養を継続していた。11月、老健入所時は在宅へ戻る予定であったが、12年4月制度施行後は、区分限度額のためショート利用できず、また、レベルの悪化により、12月入院、退院後老健入所を希望したが空きがなく、結局特養へ長期の入所となった。制度施行後、長期入所への制限がなくなり、在宅へ、という強い志向性が失われつつあるようである。

9064 (旧 1064 経過報告) 86歳 男 報告 在介支援センター 職員  
パーキンソン、脳血管性痴呆。独居。食事、排泄以外は一部介助。ほぼ寝たきりであったが、要介護1で、12年4月から通所リハビリ、通所介護などの介護保険制度利用により在宅療養が可能であった。生活環境の変化、とくに、4世代同居を余儀なくされ、むしろ身体状況は悪化し精神的負担も増大し、12年8月、要介護3と判定。問題点が増大したため、今後はサービス提供により状況が好転するか不明である。ケアマネージャが、本人、家族、サービス提供側との板ばさみとなり大変苦慮する例となっている。

\* 市民から寄せられた苦情の具体的な内容について良く理解できる機会となった。また、それを念頭におき、実際上の事例を検討することにより制度上の問題点が浮きぼりにされ、介護保険制度について考える良い機会となった。

#### 第43回 平成13年 8月21日(火)

- 1 研修会 「訪問歯科診療の実際について」 あしだ歯科医院 芦田医師
- 2 第4回 夏の懇親会 「ぼんぼこぼん」にて 20時頃から 55名参加

#### 第44回 平成13年 9月11日(火)(介護支援専門員連絡協議会西区支部研修会と合同開催)

- 1 研修会 「痴呆対応型グループホーム」の概要について  
もえれのお家 長井さん(北海道痴呆性高齢者グループホーム協議会副会長)
  - 1) 痴呆性高齢者のグループホームとは、家庭的でこじんまりとした生活空間であり、スタッフは“生活のパートナー”として、暮らしを支援している。いわば、自宅に代わる住まいとすることができる。
  - 2) グループホームの基本理念は、個人の尊厳とQOLを保ちながら穏やかな老後を送ることができるように支援することであり、また、家族も安心して日常、社会生活が送れるように支援することである。
  - 3) グループホームは、問題行動(認知機能障害に伴う行動障害)の緩和、安心感と意欲の増進
  - 4) 生活の継続性、主体性、自己決定原則を尊重することなどの必要性から、生まれてきている。
  - 5) 中程度の痴呆性高齢者を対象としている。
  - 6) 家族、医療、地域との関わりは大切で、とくに医師との連携は重要である。的確な診断(痴呆スケールも)が求められていること、かかりつけ医の有無がその後の生活を変えていくこと、緊急時の対応が望まれていること、専門医の理解が求められていること、などである。
  - 7) 今後の高齢者ケアについてグループホームが示唆していることは、痴呆介護の基本は地域の連携にあること、本人らしく、個人らしく生活できる自宅に代わる住まいが良いこと、コストについてホテルコストとケアコストとの二本立てで考慮すべきこと、などである。
- 2 実践報告：  
グループホームみやこから、設立の経緯、その後の運営状況について 芳賀さん
- 3 事例検討  
9096 78歳 女 パーキンソン 提案 グループホーム 職員  
20年前から独居。ADLはほぼ自立、IADLはほぼ全面介助。  
現状：週一回のホームヘルプと配食サービスを受けていた。最近、ふらつきによる転倒が増えてきて、また、デイサービスに通う曜日もわからなくなることもあり、ショートステイをつないで利用していた。  
希望：平成12年4月、介護保険施行時ショートステイに制限あり、また、より自立を目指すという希望もあり、グループホームへ入居した。  
入居当初の様子：  
夜間トイレから自室へ戻れないことあり、室内放尿あり。貴重品がなくなり「泥棒」と言うことあり。新しい環境、人との交流に慣れず、「帰りたい」と言うことあり。  
入居後の対応とその後の経過：  
スタッフ側は、言葉、行動の裏には必ず原因がある、という考え方で、問題行動として捉えず行動障害、その人の生き方として捉え、すべて受け入れ傾聴する姿勢をとり、説得より納得を得るという対応をした。トイレへの矢印の案内、お金をスタッフと一緒に保管、帰宅願望にはともに外出し、放尿には決して責めずに誘導する対応、などであっ

た。本人からは、過去のショートステイは家族に置いていかれたという気持ちが強かったという話があり、家族との外出の機会を多くとるようにした。家族は協力的で、母を想う気持ちは豊かで、外食、ドライブなどへ出かけ、置いていったのではない、という安心感が与えられた。一カ月後：少しずつ落ちつきがみられ、二カ月後：帰りたい、といわなくなり、外泊もして、スタッフ7名の名前も覚え、六カ月後：排便を促すための調理を自ら行い食し、スタッフへの相談もするようになり、一年後：眠剤の量をスタッフに相談しながら調整し、泥棒防止にドアロックを工夫した。

意見交換：

- 1 グループホームでは家族の協力が第一で、本人が最も信頼する人がいつでも来てくれる存在であることが重要である。
- 2 安定してくると他の入居者との差がでてくる。周囲が見えてくるとできない人に対する態度が変わり、重度の人との人間関係をどのようにするかが問題となる。
- 3 在宅療養の良さと施設の良さとがミックスされている。しかし、特養も個室化が検討されており、今後、在宅なのか、施設なのかの性格がはっきりしてくるだろう。
- 4 従業員の就労希望は多いが、条件は厳しく、経営は困難である。しかし、やりがいがあるから仕事を継続するという人が多く、職員は一流の人でなければならないとする理念が大切である。
- 5 精神科医師から、少人数による個別的対応が本人の本来持っているものを引き出すこととなり、非常に良い結果を生んでいる、というまとめあり。

## 第45回 平成13年10月16日(火)

### 1 アンケート実施

### 2 介護保険制度関連情報

保険料滞納者に係る保険給付の取り扱い(いわゆる給付制限)について札幌市から情報提供です。介護保険料を滞納している被保険者については、要介護認定あるいは要支援を受け、介護サービスを利用する際に、保険料の滞納期間に応じて、保険給付の一時差し止めなどの措置が定められています。

### 3 研修会：「札幌市の難病患者等生活支援事業」について

西保健センター 大野さん  
医療保険制度、介護保険法、老人福祉法、身体障害者福祉法などの整備により、社会保障制度の充実がはかられてきているが、それでもこれらの対象となれない事例がある。行政として、これらのサービスからもれる場合に何らかの支援を行おうとしている。通称これらを「すき間事業」と呼称している。6月のケア連絡会の研修会で説明された、平成14年4月から始まる精神障害者居宅介護等事業(精神障害者へのホームヘルプサービス)と、今回10月から始まったこの事業により、いわゆる「すき間」は埋めることができている、とのことである。

札幌市の難病患者支援対策事業は、難病患者等居宅生活支援事業と難病患者等地域支援対策とがある。地域支援対策事業としては、面接相談事業、訪問相談事業と在宅療養支援計画策定・評価事業などがある。  
(研修会資料参照)

### 4 事例検討

9088(再提案) 19歳、男、 ヤコブ病 提案 西保健センター 保健師  
第37回連絡会にて、介護負担軽減のための定期的入院制度について、制度として存在するが

実際には機能していないこと、国の機関が対応すべきであることなどの意見が出された事例。

#### ○第37回連絡会の報告

意識障害、四肢マヒ、呼吸障害にて人工呼吸器装着。両親、妹の4人。主介護は母。

現状：訪問診療 訪問看護 訪問入浴

検討：1 在宅感染対策は？—脳神経系が身体に触れない限り感染はない。厚生省は12年12月、感染管理体制をはずしている。

2 定期的入院制度は？—介護負担解消のため、制度としては存在するが運用はされていない。本来は、国で対応されるべき事態である。

3 地域の先生との間での訪問診療と往診との組み合わせは？

前例と同様に、種々のケースが議論され、今後実際に対応することが示された。今回は、その後の経過報告とともに、介護者から介護負担のために入院の希望が出されていたが、前記の新しい難病患者等居宅生活支援事業の中のショートステイの対象にならないか、とのことで、具体的には事業の一つである在宅療養支援計画策定のための10数名の関係者会議が開催された。結果的には、ショートではなく入院を希望しており、今後、国の機関などとさらに検討すること、さらに、訪問看護の回数増、ヘルパー派遣の時間増などになったとの報告がなされた。出席者から、このような難病患者の介護負担軽減のための定期的入院などを国の機関が受け入れ体制づくりなどを、札幌市として国に要望してもらいたいという意見、真の社会的入院が必要な場合があるという意見、医療保険におけるこのような症例の診療報酬制度が実際上不適切な設定になっている、などの意見が出された。

9097 63歳、女、 ベーチェット病 提案 訪看ST 看護師

独居、兄弟、甥が精神的援助、ADL、IADLは自立、しかし、症状の変動によりADL・IADLは変化する。無理に、自分でなんでもこなしている。元気な時と変動した時がある。

現状：訪問看護

希望：難病患者等居宅生活支援事業の対象者として、登録の希望。短期入所希望の場合の申し込み。

結果：対象となると思われる。申請後、決定の最終的判断は医師の診断書をもとに各区の保健福祉部の判断に任されている。とくに、個々の対応は、一連の事業に含まれている面接相談事業、訪問相談事業で対応される。短期入所の申し込みは、利用者が直接施設に、登録証および診断書か診療情報提供書の写しを提示して行う。

### 第46回 平成13年11月13日(火)

#### 1 事例検討

9098 75歳 女 提案 訪看ST 看護師

後縦靭帯硬化症(四肢マヒ)、子宮癌にて現在、病院婦人科入院中、治療はほぼ終了。本人、夫は在宅療養を切望している。三世同居、主介護者の夫は76歳で入院する可能性がある。

現状：入院中にADLが低下したが、Caについては当面、症状発現の可能性は少なく、むしろ原病が進行し、完全な四肢マヒとなる可能性が強い。本人、夫と長男夫婦の意見がわずかに異なり、ケアマネージャとしての調整に苦慮している。アドバイスを。

希望：在宅療養が限界となった際、どのような医療機関、施設に入院、入所できるのか。

結果：1 療養型病床に入院していて、急性発症があれば急性期病床に移動する。

2 療養型病床に入院し、調整の上、老健施設へ転所する。

3 急性発症の可能性が少なければ、当初から、老健も受け入れの可能性はある。

9064 (再提案) 86歳 男、脳血管性痴呆、パーキンソン、提案 在介支援センター 職員  
11年10月第23回にて検討事例。その後の経過報告と、家族状況の変化に伴う、処遇困難  
例。13年9月、脱水状態で入院。10月、軽快退院するも、家族との連絡不十分のまま退院  
のためスムーズなサービス導入に至らず、4日後脱水状態で再入院。

現状：関係者12人が集まり担当者会議を数回にわたり開催したが、最終計画も家族の意向に  
より変更されている。

検討：家族の介護に対する認識が不十分の場合、ケアチーム形成に支障がでることについて。  
関係機関の連絡調整のあり方について。

結果：種々の意見交換がなされた。家族の協力のもとでの、意向を汲み入れた計画作成が望ま  
しい。入院すると治療はなされるが、ADLはやはり低下する。高齢者の脱水傾向に十  
分な考慮が必要である。入院中にどこまで調整してから退院するのかが重要である。退  
院時計画の作成には綿密な配慮が必要である。

9099 61歳 女、長年の生保、障害1級 提案 病院 SW  
パーキンソン症候群、全介助。次男(無職)と二人暮らし。無動、四肢筋固縮、構音障害。

現状：病院からの訪問看護、ホームヘルプ、週一回デイ、福祉用具。外来受診が不定期となり、  
責任のある医療に結びつかない。病状が進行し、介護の重度化がみられる。家族の都合  
により、在宅サービスの利用中止、キャンセルが頻回である。同居の次男の対応に変化  
があり、非協力的であり、ホームヘルプに対して高圧的である。一機関での対応では解  
決困難であり、新制度である「地域ケア会議」での検討を依頼している。

検討：同居の次男に、経済的に自立してもらうなど、その位置を明確にすることがポイントと  
思われ、コーディネーターが必要であるが、では、誰がその役目を担うのか。生保の場  
合、公費受給という観点からケースワーカーが担うことになっているが解決困難な場合  
も多い。保健福祉サービス課は、生保担当者と連携により対応している。

- \* 関連して、新たに発足した「地域ケア会議」についての方向性、要望などについて意見交換。  
本例のように、行政との関係が多い事例こそ地域ケア会議が担当すべきことではないか、  
基幹型在宅介護支援センターには地域における信頼される相談窓口であり、行政とのつなぎ  
の役目を果たしてもらうことが期待されるなど多くの意見交換がなされた。

## 第47回 平成13年12月11日(火)

### 1 事例検討

9100 85歳 女 提案 訪看ST 看護師  
要介護5、寝たきり状態。長女と二人暮らし。老人性痴呆、高血圧、膝関節炎神経因性膀胱に  
て留置カテ、意思疎通困難、探索行為。(C. IV.) 13年10月まで、要介護5の利用限度  
をこえて訪問介護を利用し、超過分は全額利用者自己負担していたが、主介護者が就労するこ  
とになり、サービス提供について検討された報告。

現状：訪問介護 訪問看護 訪問入浴 通所リハビリ 福祉用具

検討：C. M. として時間延長の必要性を考慮していたが、理解が得られず、ヘルパーの苦勞  
も多かった。今後、日中には介護者が不在となる上、最近は嚥下能力の低下が見られ、  
現状よりさらに介護時間の延長を要すると思われる。

結果：介護者の知人として、家政婦派遣を受け、対応することとした。結果的に、利用者の自  
己負担額は介護保険のみ利用時よりも減額となった。

意見：介護保険下のヘルパーの医療行為については、厚労省の関心も強く、現在その適否につ

いて検討中との情報あり。また、一般的に、本事例などの保険利用以外については家人の援助と変わらないと判断され、責任問題については当事者同士の決め事とされている。

- 9101 62歳 男、 提案 訪看ST 看護師  
多発性脳梗塞（右マヒ）、全視力障害。要介護 5、寝たきり度 C。構音障害、嚥下障害、身障2種1級、じょくそうあり。本人の強い希望で退院し、介護保険、身障のサービスを併用し在宅療養中。  
現状：身障ヘルパー、自費ヘルパー、訪問看護、通所リハビリ、配食、通院ガイドヘルパー  
検討：今後、長期療養を考慮して、支援体制の再検討が必要。  
結果：身障との併用を考慮すると可能性があるようです。

#### 第48回 平成14年 1月22日（火）

（札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部 との合同シンポジウム）

西区 「介護保険と地域福祉」 公開シンポジウム

（研修会資料参照）

#### IV 医療・保健・福祉のネットワークを目指して 西区在宅ケア連絡会幹事 坂本 仁

1 はじめに : 国は、今後の高齢化対策を医療のみにおんぶすることを止め、福祉に重きを持たせるようにして、公的介護保険制度を始めました。しかし、高齢化対策は、歳をとることによる身体の変化に対して、医療の対応を土台とした上で、高齢者自身の生活面にも十分な考慮が払われたものでなければなりません。

#### 2 介護保険制度の評価と問題点

- (1) 保険料の負担と、利用料の自己負担が重くのしかかっています。
- (2) 要介護認定の仕組みはこのままで良いのでしょうか。
- (3) ケアマネージャ制度に問題はないのでしょうか。
- (4) 社会的入院は解消されるどころか、形を変えて増大しています。
- (5) ホームヘルパーの待遇は、十分でしょうか。
- (6) 訪問看護は、介護保険の対象のままで良いのでしょうか。

3 医療と福祉の連携が重要 : 今後の高齢化に対処するためには、医療と福祉が別々に仕事をするのではなく、お互いに密な連携をとることによりその成果を高めることが大切です。

#### (1) 連携が必要とされる理由

- 1) 財政面から — 医療と福祉の縦割りの行政のあり方の改善が期待されること
- 2) 医療のあり方から — 急性期医療、福祉施設、在宅療養までの、役割分担が必要
- 3) マンパワー確保という観点から — 医療と福祉の分野での競い合いは無意味

#### (2) 連携の意義を理解するための実例

#### (3) 連携に必要なことから

- 1) 医療と福祉の担当者同士が、実際の連携が必要とされる状況を知ること
- 2) お互いに支えることにより支えられる、ということを知ること
- 3) やさしくて温かい感性

#### (4) 医療と福祉の連携における高齢者保健の意味

医療と福祉が連携することの目標は、高齢者が残りの人生を有効に過ごすことができ、より豊かな日常生活を保つことでもあります。高齢者の保健とは、そのために、健康な状態をできるだけ長期間持続させ、さらに健康増進をはかるということです。

したがって、医療、保健、福祉の3つはお互いに重なり合うことによりそれぞれの役割を果たすことができます。そして、そのためには、情報交換の場が必要となります。

(5) 地域ネットワークを目指した「西区在宅ケア連絡会」の活動

西区では、平成9年8月から、このような、医療、保健、福祉の関係者が自発的に集い会合を開いております。これが、西区内における在宅療養支援のための、そして地域福祉の充実をはかるための、ネットワークの始まりとします。

- 1) 「西区在宅ケア連絡会」の目的は、西区内に住んでいて在宅療養を希望する人がいた場合、その方が在宅で順調に過ごせるための連絡調整をはかること、です。
- 2) 参加者は、各施設、医療機関、介護保険事業所の職員で、毎回60～70人が出席。
- 3) 例会は、毎月第2火曜日、区民センターにて開催。現在までに47回開催しています。
- 4) 重要な点は、多くの職種のそれぞれの役割分担を明確にして、信頼関係をもとにした連携、お互いを補いあうことを目標としていることです。
- 5) 在宅療養の方の現在抱えている問題点の解決のための意見交換、連絡調整などを行っております。さらに、在宅療養支援の講演会、研修会などを開催しています。

(6) おわりに

介護保険制度が順調に運営されることは大切ですが、しかしそのことのみならず、地域でのその他の多くの福祉活動がより充実していくことも大切であります。介護保険に関連する活動だけでなくすべての活動が純粋に連携し、さらに普遍的となり、そして継続されることは、地域福祉の充実そのものだと思います。将来的に、「ここに相談すると何でも解決につながる」という窓口を持つ地域福祉活動の受け皿ができることが望まれます。

## 第49回 平成14年 2月12日(火)

1 第3回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告

平成14年1月10日にキリンビール園にて開催された。各区の幹事の代表から各区のネットワーク形成についての取り組みが報告されたシンポジウム「地域ネットワークについて」を開催、その後、懇親会が行われた。出席者は市内全域の多職種から350名。

- 2 障害者福祉支援費制度の変更（措置費から支援費へ）について 西区保健福祉部から従来のいわゆる措置制度が、平成12年4月からの介護保険方式に移行する事業・施設、平成13年4月からの行政との契約方式に移行する施設、また、平成15年4月からの支援費支給方式に移行する施設・事業、の三つの形態に変更されることについての情報提供。

- 3 訪問看護ステーション連絡協議会から「安心カード」（通称オレンジカード）の紹介  
このたび作製された「安心カード」（別紙コピー参照）は、在宅療養者に、救急医療が必要な事態が発生した時、本人、家族あるいは看護婦、ヘルパーなどのサービス提供者が、救急隊に適切な情報が伝達でき、その結果、搬送が適切に行われ、さらに、救急医療者にも適切な情報提供がなされることを目的としている。この紹介と具体的な利用方法が示された。  
さらに、事例検討でも、これと関連した意見交換がなされた。（研修会資料参照）

4 事例検討 特集：救急対応が必要であった事例の検討

9102 73歳 女 提案 訪看ST 看護師  
夫婦二人暮らし、変形性脊椎症 多発性関節痛にて A病院通院中。訪問看護を中断中。ケアマネとして、何かの時にはA病院へ、といい、家族もそのつもりでいた。

経過：平日深夜、上肢シビレ、発汗、動悸、口渇にて、ケアマネに電話連絡、夫に、自分の車でのA病院受診を助言したが、夫はパニック状態となり119番した。本人は主治医の病院へ搬送を依頼したが、救急隊員の病態からの判断により、受け入れの病院は異なると

のことで、B病院へ搬送。結果的には異常所見に乏しく帰宅できた。

課題：結果的に問題はなかったが、主治医の病院に連絡がとれなかったことに、本人の疑問がある。事前に、どのような指導をするべきであったか。

- 検討：1 情報が乏しい時は、救急隊員の判断で搬送先が決まる。  
2 このような事態がありえることを、事前に説明しておくことが望ましい。  
3 本来、訪問看護婦が訪問することで、解決されることもしばしばある。

9103 65歳 男 提案 訪看ST 看護師

夫と二人暮らし、脳梗塞（10年間再発を繰り返す）にて、在宅療養中。OT訪問中。D脳外科病院の主治医からは、他科疾患の際には他の病院へ、といわれており、内科的な異常で緊急時と思った時、どこを受診するのがよいか、妻には常に迷いがあった、とのこと。

経過：ある日の午前4時、唸り声にて119番、救急隊員の判断にてE病院へ搬送、便秘として処置し帰宅。二日後午前6時にまた唸り声、119番、救急車にて今度は主治医のD病院へ、肺炎としてさらにF病院へ転医。

課題：訪問看護を中止していて、再開の必要性を感じていた。このような在宅療養者の緊急時の受け入れ先をどのように判断するのがよいか。事前に、どのような対応が必要であったか。

- 検討：1 妻の不安を解消するように、起こり得ることへの説明をしておくことが望ましい。  
2 在宅療養者の緊急時対応のネットワークがあることが望ましい。  
3 訪問看護の必要性、重要性を折に触れ、説得しておくことが望ましい。

9036 (旧1036) 65歳 男 再提案 訪看ST 看護師

独居、肺気腫 肺がん 肺性心、後方支援病院は決定している。

経過：土曜日の午後、顔色が良くないのでヘルパーは時間を延長して訪問看護婦を待つ。看護婦が到着すると同時に強く倦怠感を訴え、全身痙攣あり、119番通報中に呼吸停止あり、緊張で情報提供も落ちついてできなかった。蘇生中に救急隊到着。混乱の中、訪問看護婦は救急隊から、後方支援病院への緊急搬送の承諾を得るように連絡を依頼され、看護婦が電話をかけたが、院内の取次ぎの時間が非常に長く感じた。承諾を得てから搬送した。

- 課題：1 後方支援病院が決定していても、受け入れ病院内の都合で取次ぎに時間を要する。  
2 緊急の依頼といっても状態の確認が必要で、時間外の担当医の承諾が必要である。  
3 患者情報、医療情報は緊急であればあるほど、適切に伝達することは困難である。  
4 救急隊は、医療関係者がいる場合は、その判断を優先して、搬送先などを決定する。

- 検討：1 時間外、夜間、休日の主治医との連絡体制の確立が必要な緊急事態が起こり得る。  
2 今回紹介された、「安心カード」は基本情報伝達のために、有用であると思われる。  
3 後方支援病院との緊急時対応の確認は、できるだけ明確にしておいた方がよい。  
4 搬送先との連絡は、どのような場合にどのようになされるのが良いのか。

\* 「安心カード」の紹介のあとで、3例の検討を行ったが、カードの利用を普及させることが、在宅療養者にとって、緊急時に適切な対応がなされることにつながると思われた。また、在宅療養者とその家族とは、いろいろは機会を通じて、

- 1 想定される救命救急を要する緊急事態の発生の予測について
- 2 どのような医療的対応を望むか
- 3 どのような対応が予測され、どのような結果が予測されるか
- 4 想定されない緊急事態の発生時に、どのようなことが想定されるか

などについて、できるだけ、意見交換・情報交換を行っておく方がよい、などの意見が出された。

## 第50回 平成14年 3月12日(火)

第31回(12年7月) No.1082から、第47回(13年12月) No.9101までの検討事例、その後の経過報告の機会とした。

### 1 その後の経過について報告していただき、情報交換の機会とした。

この間に新規検討された事例

- 1082 老健での通所リハビリが可能で良好であったが、6カ月後入院、5カ月後死亡
- 1083 ?
- 1084 ?
- 1085 通所リハビリが継続され、良好に経過している
- 1086 地域の医師が訪問診療、気管切開チューブ交換、順調に在宅療養生活が継続されている
- 1087 要介護2となり独居継続。しかし心不全で入院、自己決定はどこにあるのか?
- 9088 主介護者、母親入院加療のため本人も入院中
- 9089 3カ月後脳梗塞発症、1カ月後、病院死亡
- 9090 直後に、家族内の介護力不足が露呈することとなり、入院
- 1091 市立救急から他医入院、その繰り返しかえしとなり、2年後、病院死亡
- 9092 5カ月後ターミナル期に入院希望、3日後死亡
- 9093 要介護1、ヘルパー導入、生活は破綻のまま、託老所はイライラ、要精神科診断
- 9094 その後は訪問看護継続できており、デイケアも順調に通所、良好な経過
- 9095 訪問看護への理解が深まり継続され、順調に経過
- 9096 グループホーム入所後、良好に経過
- 9097 ?
- 9098 結局、治療が優先され退院できず、2カ月後病院死亡
- 9099 地域ケア会議、処遇困難例として検討、ヘルパー導入、地域の連携体制ができてつつある
- 9100 いろいろ、ご要望が多く相変わらず困難事例
- 9101 karoujite、在宅継続されている

この間に再検討、経過報告された事例

- 1060 年に2~3回入院、ヘルパー導入、視覚障害に訓練し、在宅継続中
- 1040 次第にADL低下、呼吸器離脱困難、数カ月ごとに数週間入院を繰り返しかえし、継続中
- 9072 (1072) ADL低下により、老健入所
- 9064 (1064) 4世代同居となりさらに混迷、方針がよく変わり、ケアプラン作成困難

### 2 これからの「西区在宅ケア連絡会」フリートーキング

- ・ 多職種顔の見えるつながりができて、ざっくばらんな意見交換ができるのが良い。
- ・ 日常業務の中で、連携の重要性を感じているので、非常に役に立っている。
- ・ 退院前のカンファレンスが重要であることが良くわかる。
- ・ 退院時から在宅まで、さらにその後の経過を知ることが非常に勉強になる。
- ・ 介護保険に該当しない人を、地域でいかに支えるかが重要であるので、その検討を。
- ・ いろいろな制度の研修ができることが良い。
- ・ 本人・家族も含めたケースカンファレンスが望まれる。
- ・ 制度の情報を得ながら、プライバシーに配慮した事例検討を。
- ・ 専門職として意見を述べたいが、直接の関わりがないと無責任にならないか、と危惧する。
- ・ グループに分け、より活性化な意見交換をしてはいかかがか。
- ・ 情報を早くキャッチして連携を深めていきたい。
- ・ もっと、本音を出しあっても良いのではないのでしょうか。

- ・ 医療保険制度との関連した、事例検討を深めること。
- ・ 急性期病院の本音が出るようにしてもらいたい。
- ・ 地域全体で診療しているような、このような会が望まれていたのでこのままでよい。
- ・ 地域内の他職種間の本来の連携につながるのに役に立っている。
- ・ 急性期病院としては地域につなげることが重要であることを実感している。
- ・ この会では小さな細かなサービス提供の掘り起こしが望まれている。
- ・ 10年以上入院している人をどのように在宅に戻すのか苦慮している。
- ・ この会のおかげで、人と人のつながりができ多職種間の連携が日常業務の助けになっている。
- ・ 地域内での人と人とのつながりができることは心づよい。
- ・ 客観的な情報交換により、支援事業所として選ばれる努力が必要であることがわかってくる。
- ・ 医師にはさらに連携を強める姿勢が望まれる。
- ・ 連絡会はこのままでよい。
- ・ 西区はモデル的であるので他区へも広げてもらいたい。

## 第51回 平成14年 4月 9日(火)

### 1 事例検討

9104 地域の人から連絡のあった、いつも近所の公園で過ごしている児童。  
保健センター、福祉関係者、民生委員など地域の方々との連携による対応について。

9105 病院から連絡のあった、外傷を受けた乳児。  
保健センター、医療機関、児童相談所などの連携による対応について。

2 研修会：「児童虐待の予防と保健センターの役割」 西保健センター 渡邊医師  
(研修会資料参照)

第52回 平成14年 5月14日(火) 18時30分 西区区民センター 大ホール  
(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同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支部、手稲区支部研修会との合同開催)  
(手稲区在宅ケア連絡会と合同開催) (研修会資料参照)

シンポジウム : 「変わる医療、どうなる在宅療養」 280名 出席

### シンポジスト発言要旨

- 1) 急性期医療(一般病床)に対応する病院から：札幌秀友会病院 医師 藤原 秀俊氏  
今回の診療報酬改定のポイントを以下のように解説。  
急性期病院は入院日数を減らして、亜急性期病院への転院(14日、21日、26日)。  
一時治療が終了すれば、即たらい回し。一貫性の欠如、無責任化。患者側の混乱。  
リハビリが充分に行い難くなった。医療の質の低下、病院経営の悪化。  
180日問題のため、亜急性期病院は入院時点で在宅、施設等の方向性を決断する必要性あり。  
昨年より「回復期リハビリテーション病棟」の制度が始まり、急性期後のリハビリ病床として期待される(180日のタイムスケジュールが一時ストップする)続いて、今後、地域において、在宅療養支援、推進するためには何がとが求められているのか、について言及した。

- 2) 慢性期医療（療養病床）に対応する病院、施設から：札幌宮の沢病院 MSW 小柳 貞明氏  
とくに、療養型病床群における、特定療養費とその対応の問題点について以下のように言及。  
患者様に制度改革を理解してもらうのに多大な労力が必要。リハビリ加算がほとんどなくなったため、事実条リハビリがほとんどできなくなった。ADL改善は望みにくいので在宅への移行はますます困難。180日問題のため、長期療養施設から中間施設への質の転換（転換型老健への誘導）。入院患者は在宅よりは急性期病院。施設か天国に行くのがほとんどあるのが現実。結局、社会的入院患者の放出が始まり、老人難民の発生が大きな問題である。
- 3) 訪問診療、往診を行う診療所から：坂本医院 医師 坂本 仁氏  
医療の内容は変わらないが、どこで医療を受けるかが変わるとして、以下のように解説。  
在宅発病－急性期医療－慢性期医療－在宅療養という流れが変化する。  
在宅療養への移行は、急性期、亜急性期の段階で在宅に移行することが多くなる。慢性期以降の施設からは、在宅への移行が困難と思われる。在宅療養グループと病院医療のグループの緊密な退院時情報共有が必要。急性期疾病が発症後、早期に在宅に向かう用意が必要となる。在宅療養支援の受け皿としての在宅ケア連絡会の機能充実が望まれる、として、「人と人とのつながり」を基本にした患者、家族も参加した在宅ケア連絡会の活動を、との呼びかけを行い、とくに、訪問診療、訪問リハの充実、ケアチームのよりよい連携が重要、なわばり意識をすすめること、などの点が強調された。
- 4) 患者、家族、利用者の立場から：日本患者家族団体協議会代表幹事 伊藤 建雄氏  
一患者に対応する窓口などが多くなり混乱。病院では患者を長期に見られないので、無責任化。重度の患者ほど、入院は困難、しかし在宅療養への環境は不十分。朝令暮改の医療制度改革で、患者の混乱と政府への不信。医療の包括化、営利化、自由診療の導入等での医療の後退。貧富の格差、生命保険の加入拒否、社会保険給付制限の恐れあり。  
そして、国民の健康や生命に関わる制度の重大な政策決定に、当事者、患者の代表が参加できない仕組みに問題はないか、と言及。

討論：国は在宅重視とっているが施設化の流れではなかろうか。今後は受益者負担増である。  
もし、在宅重視ならば地域ネットワークの充実とネットに対する社会的評価が必要であり、施設重視ならば、施設整備を早急に行わなければならない。今後は入院医療施設、介護保険施設間や在宅療養関係などとのネットワークのさらなる充実と情報交換の必要性がますます重要となってくる。今回の改定は医療機関ばかりでなく、患者さん（国民）に対してさらなる経済的、精神的負担を強いるものであり医療制度改革に対する反対を（受益者である）国民の側から訴えるべきではなかろうか、と議論された。訪問歯科診療について、在宅療養者の自己負担増額について患者の要望をとりまとめてはどうか、在宅療養者の急性増悪時の緊急対応への要望と急性期病院の対応、退院時の情報共有のためのカンファレンスの開催、などについて活発に意見交換、情報交換がなされた。

## 第53回 平成14年 6月11日（火）

- 1 前回のシンポジウムの討論部分を再開し、質疑応答。ならびに意見交換
- (1) 既に、家族は6カ月のことを知り、相談件数は増えている
  - (2) 入院時に既に、退院時のことを心配する家族が増えている
  - (3) 退院時、カンファレンスをしようとしているが思うように開けない
  - (4) 情報共有と連携は、どのように実行されるのが良いか難しい

## 2 事例検討

9106 59歳 女 脊髄小脳変性症 提案 訪看ST 看護師  
退院時カンファレンスが、非常に有用であった事例。

9107 70歳 女 肝硬変 提案 訪看ST 看護師  
退院前カンファレンスが行えず、情報が乏しく、訪問開始後、やや混乱した事例。

## 3 研修会：在宅療養を開始するにあたっての情報の共有について — その1

入院、入所から在宅療養への、継続したケアを行うためには、関係者間の役割分担を明確にした上での、情報共有と機能連携が重要となる。西区内においても、「西区在宅ケア連絡会」を通じて、基本的部分だけでもよいので共通認識の上でたった業務の遂行を行えるようになることが提案された。そこで今回は、1) そのためには、どのようなことが必要か〜とにかく、このような情報交換が求められる、といった、できるだけ具体的は事項を挙げていただく機会とされた。

次回以降に、2) それらの、ご意見の中から、基本的部分を最大公約数的に抽出し、情報共有のための連絡票を作成する、という提案が出されて、了承された。(13ページ参照)

## 第54回 平成14年 7月 9日(火)

### 1 新制度の連絡

- (1) 身体障害者への日常生活用具の給付について
- (2) 身体障害者への支援費制度について

## 2 事例検討

9108 提案 居宅サービス事業所 職員  
ホームヘルプサービスの立場から、情報交換が重要と思われた事例

## 3 研修会：在宅療養を開始するにあたっての情報の共有について — その2

前回の検討を受けて、今回は、2) それらの、ご意見の中から、基本的部分を最大公約数的に抽出し、情報共有のための情報票の原案が検討され、参加者の合意が得られ、作成に向かった。

## 第54回 平成14年 7月 9日(火) 18時30分 ちえりあ 大ホールにて

(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同研修会との合同開催)

(手稲区在宅ケア連絡会と合同開催) (研修会資料参照)

西区・手稲区市民フォーラム 「痴呆症をあきらめない」 参加者 450名。

### 1 介護劇 「手稲家のある日の出来事」

特別養護老人ホーム「神愛園」で日常介護にあっている職員のグループ、代蔵元江とボランティアグループ「ほほえみ」の皆様により、痴呆性高齢者のいる手稲家のある一日の出来事が上演され、その場面場面でのまわりの人々の接し方、対応の良い点、まずい点とその理由などについて解説された。

### 2 講演 「痴呆の正しい理解」 北海道医療大学 心理科学部臨床心理学科 中野 倫仁 教授

痴呆とは、「一度獲得した脳の機能が、脳の損傷によって持続的な認知機能の障害をきたし、

そのために、患者の日常的あるいは社会的な生活、対人関係が明らかに障害された状態」との定義。アルツハイマー型と脳血管性痴呆の診断のポイント、早期診断、早期治療によっては治る痴呆もあること、治らない痴呆の症状には、記憶障害や認知障害を中心とした中核症状と、さまざまな精神症状からくる随伴症状があること、最近では内服薬による治療効果が期待できること、痴呆に対する正しい理解とその対応によって、症状は良くも悪くもなること、などについて一般の市民にもわかりやすく講演された。

また、介護劇の内容とも結びつけて、「あの場面のあの様な行動には理解をすることが必要である」、あるいは「あの様な場面のあの様な対応は非常に良い、あるいはあまり良い結果とはならない」などとの具体的にわかりやすく解説もなされ、非常に有意義であった。

## 第56回 平成14年 9月10日(火)

### 1 アンケート実施

### 2 事例検討

9109 66歳 男 提案 病院 SW  
10数年来、脳梗塞にて入退院を繰り返すが、トイレ歩行可、車イス外出の状態。平成13年脳梗塞再発、歩行不可、14年5月リハビリ目的で入院。ADL低下に伴い、通所の利用先、回数などの変更が必要になった。家族、ケアマネと調整・確認、7月に院内スタッフでカンファレンス、8月に全員で退院前カンファレンスを実施し、自宅退院となった事例。

9102 70歳 女 提案 訪看ST 看護師  
パーキンソン病。運動機能低下、痴呆の進行。主介護者の妻は、外部との接触を嫌がり、経済的負担もあり、サービスの利用に消極的。本人の強い希望で退院となり、妻も受け入れ。入院中にカンファレンスを行い、退院後の本人への支援体制について確認した。前もって情報共有により、介護者はいなかったが支援が必要であることが理解できた。退院後の定期的通院に際し、外来と、家族と訪看とが情報共有し、良好な状態となった事例。

### 3 研修会：在宅療養を開始するにあたっての情報の共有について — その3

「西区在宅ケア連絡会」において従来から検討されてきた、「情報共有のための基本的情報票」の最終版が作成された。これは、在宅療養者の入院、入所、あるいは、これから在宅療養を始めようとする時の情報交換に利用することを目的としている。いろいろな場面でのカンファレンスにも共通の資料として利用できることを念頭にして作成された。(13ページ 参照)

## 第57回 平成14年11月12日(火)

### 1 第4回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告

平成14年10月10日に札幌市医師会館にて開催された。5月に西区で開催されたシンポジウムの全市版とでいる、シンポジウム「変わる医療、どうなる在宅療養」が開催された。出席者は市内全域の多職種から250名。

### 2 支援費制度について、西区保健福祉サービス課から概要の説明

障害者福祉サービスは「措置制度」から「支援費制度」に変わります。

### 3 事例検討

9111 77歳 女 独居、痴呆 提案 在介支援センター 職員

現状：医療、介護のサービスは何も受けていない。外出後、自宅へ戻れないことあり。最近、短期記憶、判断力の低下に近隣の人は気づいている。金銭管理ができていない。

経過：ある日、苦痛を訴え、知人に相談、民生委員、知り合いの支援センターへ連絡あり。

希望：独居、痴呆、高齢者への支援の必要性について、理解を得るための方策は？地域における、支援（含む予備軍）が必要となっていく痴呆性高齢者の発見（気づき）情報（相談）の経路、地域ネットワークづくりを考慮する上でのアドバイスは？

検討：軽症痴呆の場合の解決はむしろ困難が伴うので、まず、近隣の方、困った時に相談知人などの情報を得て、見守り活動から始めること。

結果：同居しない家族への理解、協力を求めること、医療的判断を明確にすること、早急に介護保険利用計画を立てて、ケアチームを形成すること。福祉のまち推進事業、地域型在宅介護支援センター業務などと一体化した支援策が実行されると理想的と思われる。

9112 71歳 女 提案 サービス協会 CM

独居、頸椎性頸髄症（起立、歩行不安定、知覚過敏）で、改善策は外科治療のみ、頻回の開腹術後腹部不定愁訴あり、腸管癒着による発症の可能性はいつでもある。要介護3。本人は、生活の中での生活ペースへのこだわりが強く、また、人の好き嫌いがはっきりしている。

現状：訪問診療 訪問介護 13年2月 A訪看中断、14年10月 B訪看対応困難

希望：本人も訪問看護を望んでおり、現在、ステーションが決定していないのでこのお願い。

検討：訪問看護が定着しないのは、どこに原因があるのか。本人の理解に問題はないのか？

本当に訪看が必要なのですか

結果：訪問看護の必要性（身体の経過観察、服薬管理、精神的支援、リハビリなど）はあると思われる、さらに、生活過程を整えるという本来の看護業務に期待することもある。これを機会に、地域のどちらかのステーションに後ほど依頼することとなった。

9113 80歳 女 提案 老健 職員

アルツハイマー（AⅢ）、家族は 同居が困難で施設療養を希望するが、身体状況はより軽度である。事例を参考にして、老健利用の実際、老健からみた情報提供のあり方などについて意見交換がなされた。

- 1 入所者の3～4割は、条件がそろえば在宅療養は可能である身体状況であるが
- 2 しかし、退所して在宅復帰する例はほとんど見られない
- 3 したがって、老人保健施設が本来の中間施設としての役割を果たしているとはいえない
- 4 今後も制度上、いわゆる施設間の行ったり来たり、行われることが予想される
- 5 デイケア、ショートステイを利用しながら、入所待ちをしているのが実態である
- 6 入所時には、家族からの身体状況、生活状況の情報が求められている

## 第58回 平成14年12月10日（火）

### 1 事例検討

9111（その後の経過報告）：その後大きな変化はなく経過している。

信頼を寄せている地域に住む人と連携をとりながら、見守りを継続中。

9112（その後の経過報告）：新しいスタッフによる訪問看護を継続中。

とくに著変なく経過しているが、当面ニーズの把握をしっかりとしていく予定。

## 2 研修会：「介護保険3施設はどうなっているのか」

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設について実際の利用状況、入所待ちの実際の状況、自己負担費用、退所者のその後の転帰など長期療養の実際について情報交換の機会とした。医療制度の改革と合わせ、長期療養施設の現状を知ることは、在宅療養支援の立場にとっても非常に有意義であると思われた。

### 介護老人福祉施設 五天山園 乙坂さん

要介護1以上の人を対象として、現在はあくまで順番待ち。月額4～5万円を自己負担。慢性期疾患がほとんどである。看護師3人で協力病院とともに医療対応を行っている。3カ月以上入院で契約は解除。平均介護度は要介護2程度。

### 介護老人保健施設 平和の杜 森田さん

心身安定的の人が対象であり、医療依存度が高い人は適していない。時に順番に融通を利かせることあり。制度上は、6カ月ないし1年での在宅復帰を目指している。月額4～5万円を自己負担。その他に日用品費5万円。個室費用3～5万円。看護師4人で協力病院とともに医療対応を行っている。入所者への投薬はできないなど制限があるので、医療行為については今後提言が必要である。窓ガラスを割ろうとしたり、他人に手を挙げる様な人は精神科へ受診してもらう。入院すると平均約1カ月で退院してくるが、空きベッドはショートで調整している。平均介護度は要介護2程度。今後は次第に特養化していくと思われる。希望者は必ず見学に行き、実情をよく知ることが大切。

### 介護療養型医療施設 西村病院 岡本さん

要介護3以上を対象として、通常は退院する人はなく、終の棲家。3～4カ月の待機者。月額2万円の自己負担。病院内の介護保険対象の病床である。重症時には、病一病連携で対応。ほとんどの人が経管栄養。平均介護度は要介護4。病状、対応は医療保険対象病床との差異はほとんどない。

\* 現在、西区内の介護保険病床がある医療機関は、西村病院、八軒循環器病院、発寒中央病院、博友会病院、札幌形成外科病院、平和病院、札幌太田病院の7病院であることが紹介された。

## 第59回 平成15年 2月 8日(火)

### 1 第5回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告

平成15年1月16日にキリンビール園にて開催された。これまでの4回の「連絡会の連絡会」の活動について、スライド写真を交えながら振り返り、「地域ネットワーク」について考える機会とした。その後懇親会。出席者は市内全域の多職種から346名。

### 2 事例検討

9114 30歳 女 提案 訪看ST 看護師  
鬱病、家事、育児を続けていく自信がない。  
検討：過去についての後悔、周囲への怒り、自己概念の障害 などについて検討された。

9115 80歳 女 提案 訪看ST 看護師  
老人性鬱病、意欲の低下、心気的な訴え、不眠  
検討：本人はつらいので楽になりたい、家族はどのように対応して良いのかわからない精神的

には波があり、抑うつ傾向が強くなると臥床することが多くなり、心気的症狀に固執することとなり、結局、家族は対応に困難を感じる事となる。

- 3 研修会：「うつ（鬱）について」 札幌太田病院 池田 明穂 先生  
定義、うつ病とうつ状態、罹患率と有病率、症状、自殺の危険性、治療、家族療法など、資料をもとに、わかりやすく解説されました。（研修会資料参照）  
とくに、一般の日常診療にとってのポイントは、以下の質問と回答があった。
- 1 このようなことがあったら、「うつ」ではない、という除外診断は？  
～ 明らかなものはない
  - 2 これはやはり、精神科医の診断を受けた方が良い、という症例は？  
～ 自殺念慮が強い時、イライラ感が強い時、妄想に近い状態を認める時
  - 3 在宅療養中、通常、看護師がどのように接したらよいか、不明の時には？  
～ 精神科に勤めたことのある看護師が派遣されることが望ましい

## 第60回 平成15年 3月11日（火）

- 1 「札幌市コールセンター」～ ちょっとした質問にコールセンターがお答えします。  
—— という、新しいサービスについて、札幌市企画調整局 IT 推進課より 説明あり。
- 2 事例検討（ 救急対応に関連した事例 ）  
9116 90歳 男 提案 訪看ST 看護師  
狭心症、糖尿病 妻と二人暮らし  
現状：緊急時の入院先は決定されていた。  
経過：年末12月30日、突然の大量下血あり、救急車でかかりつけ病院へ搬送。  
検討：「安心カード」が活用され、落ちついて連絡がとれた。
- 9117 58歳 男 提案 訪看ST 看護師  
脳腫瘍、妻と二人暮らし  
現状：「痙攣とか、何かあったら 病院へ」といわれていた。  
経過：ある日、意識状態悪化、無呼吸となり入院、4カ月後永眠。  
検討：「何か」とは何か、解釈が異なる。  
配慮を重ねていたが、いつも 「これで良いのか」と自問を繰り返していた。
- 3 研修会：「在宅療養者への救急対応～救命救急士の業務の実際」  
札幌市消防局 救急指導係 小林克彦さん（救急ワークステーション）  
救命救急士の指導を行っている方から、上記の内容でスライドを使用したの解説あり。  
その後、在宅療養者への救急対応について、広く情報交換が行われた。

## 第61回 平成15年 4月 8日（火）

- 1 事例検討  
9112（経過報告） 71歳 女 報告 訪看ST 看護師  
頸髄症（起立、歩行不安定、知覚過敏）、独居、生活の中でのこだわりが強い。

訪問看護の必要性はあるが、ステーションが定着しない。第58回(14.11.12)、ケアマネージャが訪問看護の依頼を提案した例で、その後の経過報告。

訪問看護を受諾したその後も、看護師の対応に苦慮していたが、よく話し合いながら現在は良好な関係となり、継続できているとのこと。

9118 60歳代 男 提案 訪看ST 看護師

独居、幻覚、妄想状態、糖尿病、要支援

現状：最近幻覚、妄想、物忘れが目立っていること、外出支援サービスが不足していること、精神障害者も、介護保険が優先されることで、要支援の限度額一杯の利用あり。視力障害のガイドヘルパーは、視力障害者のみへの対応なので困難とのこと。

希望：本人のニーズや状況に適切な社会資源が不足していることへの相談

検討：4月からの「支援費制度」により、月に60時間のヘルプサービスを利用する予定で、やや改善。しかし、支援費制度と介護保険利用の優先順位の解釈が問題となった。

結果：経済的独面もあり、今後の対応をさらに検討することとされた。「支援費制度」と「介護保険」の利用の実際について、研修する機会が必要とされた。

9101(再提案) 63歳 男 独居 提案 訪看ST 看護師

脳梗塞(右不全マヒ)、構音障害、嚥下障害、じょくそうあり、全盲、要介護 5

現状：福祉用具、留置カテ、ホームヘルプ、通所介護、ガイドヘルパーと病院通院。妹さんが、90歳痴呆の父、本人、弟の3人の支援をしている。週間予定は、必要とされるケアで一杯となっている。

希望：楽しみの時間が持てるような、ボランティアの方いませんか？最近、訪問診療の対応が必要と判断され、希望もあり。訪問診療医は？

結果：医療、福祉関係の学生のボランティアが相応しいと思われ、具体的な連絡をとることとなった。出席の医師が、訪問診療を受諾することとなった。

第62回 平成15年 5月13日(火) 18時30分 西区区民センター 大ホール

(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同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支部、手稲区支部研修会との合同開催)

(第30回手稲区在宅ケア連絡会との合同開催) (研修会資料参照)

シンポジウム：「年老いた一人暮らしに、不安はないですか？」

～住み慣れた地域で、一人で安心して暮らしていくために～

シンポジスト

高齢者の立場から	村上恵 一郎さん	ジャーナリスト
患者・家族の立場から	伊藤 たておさん	北海道難病連事務局長
ヘルパーの立場から	中川 明美さん	在宅福祉サービス協会西ヘルパーセンター
訪問看護の立場から	小野 シズ子さん	在宅ケア事業団手稲訪問看護ST
訪問診療の立場から	坂本 仁さん	坂本医院
病院の立場から	伊藤 一輔さん	国立療養所西札幌病院
介護保険施設の立場から	森田 直樹さん	老健施設「平和の杜」
在宅介護支援センターの立場から	藤田 修一さん	在宅介護支援センター新発寒・前田

まとめ

高齢者ご夫婦お二人で、地域で生活するシンポジスト村上さんから、近い将来、夫婦いずれか

の独居世帯になる事実が示され、さらに、住み慣れたわが家で最後まで暮らしていきたいが、その希望がかなうためには、社会保障制度がどのように構築されていくのか不透明であること、年金制度の行方を含めた経済的な不安があること、相談にのってくれる窓口はどこにあるのかわからないこと、子どもへの迷惑を考えるとつらいこと、一人暮らしで終末期を迎えた時の不安があること、が示された。それらの不安に対して、他のシンポジストから、地域のそれぞれの立場を代表し回答する形で、現在のサービス提供体制が示された。

さらに、一般市民からの発言もあり、また、フロアの各職種の方々からの発言もあり、地域の現場における社会資源は、ハード、ソフトともに整備されつつあるが、充分活用するためには「お任せ」ではなく、「本人の主体的な意志」表明の重要性も指摘された。

出席者は、一般市民約70名を含め320名。 詳細な報告は、別ページに掲載した。

### 第63回 平成15年 6月 10日(火)

1 研修会： シンポジウムの第2幕として、高齢者の立場からのシンポジストの村上恵一郎さんから、追加のご発言をいただき、出席の皆さんと、議論を深める機会となった。

#### 2 事例検討

9119 80代後半 女 独居 提案 訪看ST 看護師  
痴呆、本人の意向を尊重しながら、頻回に相談しながら、サービス導入していた。  
本人の意向にしたがって、特養に入所。

9120 84歳 男 夫婦二人 提案 訪看ST 看護師  
大腸癌ターミナル、在宅看取りを希望、最後まで、医療的治療を望まず、在宅死。

9121 98歳 女 長女と二人 提案 診療所 医師  
20年来、うっ血性心不全にて、内科病院へ通院中、高齢化が進み、老衰。  
在宅看取りを希望するが、病院からは、往診できないとのことで、看取り医師を希望。  
医療的治療は、何も望まず、褥そう処置のみ施行。初診後、2週間にて在宅死。

### 第64回 平成15年 7月 8日(火)

#### 1 研修会：新しい福祉用具について

4月から、新しく加わったレンタル用具について、詳しい説明が行われた。  
六輪歩行器、立ち上がり補助イス、体位変換機、昇降リフト

#### 2 事例検討

9122 76歳 男 独居 提案 在介支援センター 職員  
糖尿病、肝機能障害、今後の支援体制について、検討を希望。本人は、通院はするが薬は飲まない。朝から、飲酒している。医療側からの、検査データを基にした、説明が必要。

9123 44歳 男 家族3人 提案 病院 SW  
現状：四肢の軽度の運動失調、短期間の入院後、在宅復帰している。子どもが小さい。  
希望：就労、社会参加できる場は？可能性は？

検討：黙っているにはなんともない病気であるが、就労することは困難。進行に伴い、身体機能の低下と家族の支援状況も厳しくなる場合が多い、という意味からの解説あり。

結果：介護保険関連でのサービス利用を考慮してはどうかなどの意見が出された。まず、患者会、家族会への参加が勧められた。

#### 第65回 平成15年 8月19日(火) 18時30分 ちえりあ 大ホール にて

(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同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支部、手稲区支部研修会との合同開催)

(第33回手稲区在宅ケア連絡会との合同開催) (研修会資料参照)

市民フォーラム：「痴呆症をあきらめない」

- 1 介護劇「続・手稲家の出来事」 代藏元江と神愛園OB有志の皆様
- 2 講演「痴呆性高齢者の心理とその理解」 手稲溪仁会病院精神保健科 佐々木信幸先生  
前年に引き続き、特養の職員の皆さんによる、高齢者をめぐる日常生活の場面を想定しての演劇が上演され、痴呆をめぐる対応について多くの示唆が示された。その後、佐々木先生による講演の中で、演劇中の家族などの対応について、「この場面のそのような対応は良い、あるいは、あまり感心できない」などといった解説もなされ、具体性に富み有意義な内容であった。参加者 350名。

#### 第66回 平成15年 9月 9日(火)

##### 1 在宅療養関連事項

特定疾患治療研究事業制度の変更、難病患者等居宅生活支援事業について、西区役所保健福祉部・西保健センターから概要の説明あり。

##### 2 研修会「ホームヘルパー業務の現状と課題」在宅福祉サービス協会西ヘルパーセンター宮田さん

資料を参考に、15年4月から導入された、支援費制度と介護保険制度との関連について、各制度とヘルパー業務との関係、サービス提供の優先度、ヘルパー派遣の整合性、自己負担の内容、など現状の解説と今後の課題について、以下の事例検討と合わせて、説明がなされた。

##### 3 事例検討

9125 54歳 男 提案 サービス協会 職員

うつ、独居、月に2回通院。体調が悪くなると入院。

現状：精神障害者ホームヘルプサービス事業、週に3回（一回2時間、掃除、調理、洗濯）派遣。体調に波があり、良好時は疎通がはかれるが、悪化すると横になっているだけのことが多い。隣家の女性の支援を受け、金銭管理もしているが、ヘルパーへもその女性から指示がある。

課題：利用者が満足し、その人を支援する関係者とも良い関係を保っていくことには困難性がある。病状について、医療機関からの情報を得る機会が少ないために、ヘルパーはいつも不安を感じている。

9126 24歳 女 提案 サービス協会 職員

うつ、そう。独居。知的障害、小規模作業所通所。週に3回（通所から帰る夕刻に）派遣。作業所の指導員からの細かな指導があり、全面的に依存していたが安定した生活。その指導員が

交代してから、生活が乱れ、連絡がつかないこともあり。通所も中断。派遣も中断。

課題：自立支援策に基づく事業であるが、契約そのものを一人で考えるのは困難もある。金銭の管理ができない場合、生活を総合的に指導してくれる人の存在が必要である。利用者にとって優しいヘルパーとは、利用者ができることもしてくれるヘルパーであるのか？いつも悩みながら業務にあたっている。

- 9124 81歳 男 提案 老健 職員  
高血圧、転倒（日中、独居の時間帯で転倒し数時間を過ごし、ADLの低下、精神的落ち込みがみられた）  
生活動作の安定化と精神的落ちつきを目的に老健を利用し、在宅生活へ復帰が可能となった。入所前からの、関係者による情報交換がよくできており、入所の目的が明確であることが良い結果となった。とりあえず老健、ということではなく老健本来の機能を理解されることが望ましい、との発言あり。「今回の事例を通して」というまとめは老人保健施設の活用について、非常に参考になる内容となった。

## 第67回 平成15年11月11日（火）

- 1 第6回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告  
平成15年10月16日に札幌市医師会館にて開催された。西区で5月に開催されたシンポジウムの全市版である、「住み慣れた地域での生活を支えるために」～より良い連携を目指して～が開催された。出席者は市内全域の多職種から301名。
- 2 研修会：特殊疾患療養病棟について  
特殊疾患療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者または神経難病患者が入院する病棟です。西区内の現状について、情報交換、意見交換が行われた。

### 3 事例検討

- 9127 79歳 男 提案 在介支援センター 職員  
脊髄小脳変性症、脳梗塞。  
現状：数カ月前から、ADLの低下が著明で、通所リハビリの変更も考慮されている。  
希望：家族は、介護に積極的で、少しでも良くなってほしいと考えている。しかし、嚥下困難により、体重減少が著明。今後の支援体制についての検討依頼。  
検討：病態の把握が先である。嚥下についての評価をきちんとしてはいかかがか。  
結果：閉会后、医療機関との間で、情報交換が行われた。

- 9128 86歳 男 妻と二人暮らし 提案 訪看ST 看護師  
C型肝炎～肝硬変～肝臓、動注治療後も腫瘍は次第に増大、5年後ターミナル期となる。悪性腫瘍に限らず、高齢化、老衰で終末期の方たちが、経口的に栄養や水分が摂取できなくなっていった時、医療者は、どんな医療を、どこまで実施するのか？という、問題提起。  
問題点：本人の希望をかなえること、家族の満足感を充足させること、これらのバランスを考え実施することに多くの課題がある。皆さんでの意見交換をお願いしたい。  
検討：結局は、こういう場合はこの様に、という決まりはないが、個々の事例により、対応は異なる。悪性腫瘍の場合、高齢者の場合、それまでの輸液治療の状況など関連して、多くの意見交換がなされた。

結果：あくまで医療処置をとるか、緩和のみで対応するか、その時点での本人、家族との十分な話し合いをし、納得の上で方針が決定されるのがよろしいのではないかと。

## 第68回 平成15年12月 9日(火)

### 1 研修会：「地域医療連携室」について

西区内では最近までに、札幌山の上病院、国立西札幌病院、北海道大野病院に、「地域医療連携室」が設置されました。それぞれ、地域との連携を重視しており、今回は、業務の実際、とくに、在宅療養との関連の観点から、現在の状況を説明していただいた。

在宅患者の入院時依頼、また、退院患者の在宅療養支援の場面で、十分な連携が求められているので、地域内の医療機関と諸施設との業務連携に有意義な内容となった。

### 2 事例検討

9129 63歳 男

提案 病院 地域医療連携室

経過：4年前に胃全摘術の既往あり。平成15年1月脳梗塞、脳外科入院。3月29日重症の誤嚥性肺炎のため当院呼吸器科に入院。気管切開、経管栄養。5月、在宅療養を希望し、A医師に訪問診療を依頼し、順調に経過。9月、ショート中に発熱、呼吸困難となり、当院呼吸器科へ緊急入院となった。その後嘔吐、腹部ぼう満をきたし、絞やく性イレウスと診断。空腸重積症、腸閉塞症にて小腸切除術、空腸ろう造設術を施行した。

現在：寝たきり状態で気管切開にて気道確保、腸ろう栄養を行っている。

希望：退院後、家族は再び在宅療養を望みその予定。

在宅療養から緊急入院(入院、転院-在宅療養-再入院・手術-在宅)を繰り返した提示し、地域医療室の機能が紹介された。

## 第69回 平成16年 2月10日(火)

### 1 第7回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告

平成16年1月15日にキリンビール園にて開催された。15年10月開催の第6回シンポジウムをビデオ上映でふり取りながら、各職種間の自由な交流をはかる機会とした。当日は大雪で、交通事情・道路事情は最悪となった。出席者は市内全域の多職種から250名。

### 2 事例検討

9130 36歳 女

提案 診療所 医師

両親と3人暮らし(母親が主介護者、エレベーターのない、マンション3階)平成1年確定診断、平成14年まで、慢性的に進行。糖尿病、顕性化する。神経内科、精神科(幻覚、妄想)受診、入院を繰り返さず。平成14年8月~15年5月まで在宅療養。15年6月入院したが、嚥下困難、四肢マヒ進行、座位保持困難となる。PEGにて栄養、バルーン留置、排便援助。15年9月、在宅療養を希望し退院。

現状：退院時から、病室での状態と変化(笑う、泣く、会話、上肢運動など)が見られたが、ベッドから母親が抱え起こして、両足をずる様に5m移動し居間のソファに座らせる、座位保持が3~4時間可能となり、最近では、次第に、意思疎通がはかられるようになり、四肢の運動の指示に応える、問いかけに返答する、日常の挨拶をする、ベッド柵につかまり横向きになるなどが可能となっている。

希望：現在の機能評価と、PTによる訪問リハビリテーションによる機能回復訓練の希望。

検討：医療保険による、訪問看護の中で、PTによる訪問リハビリの実施が最適であるが、実際上、その業務を提供できる体制が西区内にどの程度あるのか、不明である。本例への、訪問リハビリ受療の可能性は？

結果：ステーション、医療機関に打診の予定。

\* 検討の中で、西区内の訪問リハビリの現状について、多くの情報交換の希望あり。

## 第70回 平成16年 3月 9日(火) 西保健センター2階講堂にて

### 1 事例検討

9131 85歳 女 提案 訪看ST OT

脳梗塞(右不全マヒ)、夫と二人暮らし、近隣の長女がいつも家において家事全般を行う腰椎4、5陳旧性圧迫骨折、自発性に乏しく、冬期間に体力低下を繰り返す。

現状：在宅療養継続に対する阻害因子は、1) 自発活動性および役割の低下による耐久性、精神心理側面の廃用 2) 右不全マヒに伴う技能低下 3) 転倒の危険性 4) 陳旧性腰椎圧迫骨折による腰痛の悪化などである

目標：生活リズムの確立と、活動を維持し、廃用を予防すること、指導、教育を通して腰痛、転倒予防をはかり在宅療養生活を継続すること

目標達成へケアチームとしての検討：

- 1 役割、参加活動の確立に向けて活動選択とそれに対する位置づけを明確にする
- 2 達成感の確立のために、チェック表への記入と評価へのフィードバック
- 3 活動方法、状況の聴取と外来評価を合わせた指導、教育

検討：1 目標達成への対策は、この内容で良いかどうか

- 2 今後の訪問看護、リハビリとその他サービスの関わりについてアドバイスを
- 3 本人のしたいことは、実は、寝ていたいこと

結果：1 訪問と通所が連携した取り組み、個別性を重視することが望ましい

- 2 将来、心理的側面の廃用をきたした時の対応が重要となる

9132 89歳 男 提案 訪看ST 看護師

脳梗塞、脳血管性痴呆、胃ろう造設、妻と二人暮らし、近くに長男家族

入退院を繰り返しているが、結局、長期臥床により廃用症候群、上肢に少し残存機能あり

経過：平成11年から在宅療養、訪問看護、訪問リハビリを継続、1年後、寝たきりから2、3歩自力歩行、その後、つかまりながら膝の屈伸、浴室へ歩行移動、車イスの自走あり

現状：訪問看護 2×/週、訪問リハビリ 1×/2週

検討：OT、PTはアセスメント中心となり、訪問看護師のROM訓練となっているが、この連携が最も重要であること、リハビリにより、筋の緊張がほぐれ、可動域の拡大につながる良循環となっていること、などへの評価がなされた。

\* 寝たきりでも訪問リハビリを導入、継続することでADLの拡大がはかれた紹介となった。

2 研修会：訪問リハビリテーションについて 秀友会病院 PT 赤羽根さん  
札幌市身体障害者更生相談所 PT 盛さん

- 1 西区内、札幌市内の訪問、通所リハビリの現状
- 2 訪問リハビリによる効果、メリットなど
- 3 セラピスト間、他の専門職との連携の現状
- 4 地域リハビリテーションについて(研修会資料参照)

## 第71回 平成16年 4月13日(火)

1 研修会：「在宅死をめぐって」

坂本医院 坂本医師

2 事例検討

9133 77歳 女

提案 訪看ST 看護師

直腸癌術後、癌性腹膜炎。ターミナル期に入り、長女夫妻が介護のため転居、同居。

IVH管理で在宅療養、最期は病院で、と考えていたが、2カ月後、朝、亡くなっていた。

## 第72回 平成16年 5月18日(火) 18時30分 西区区民センター 大ホール

(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同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支部、手稲区支部研修会との合同開催)

(第40回手稲区在宅ケア連絡会との合同開催) (研修会資料参照)

シンポジウム：「地域で、自分の家で最期まで暮らせますか？」

～住み慣れた家で、一人暮らしでも本当に最期を家で迎えられるですか？～

出席者は、一般市民 約80名を含め、多職種から 合計 230名。

基調報告 : ジャーナリスト 村上恵一郎さん

一人暮らしの高齢者が要介護者となりましたが、このまま、住み慣れた家で、最期を迎えたいと考えました。どんな状態になっても、本当に、最期を家で迎えられるのでしょうか。

そして、そのために、何が必要で、どのような準備をすると良いのでしょうか。

地域の皆さんと一緒に考えるための、公開シンポジウムです。

シンポジウム 討論資料

日本において、在宅療養者、要介護者の大半は、身体不自由の上長期の療養生活を余儀なくされている脳血管障害の方です。そこで、70歳代、高齢夫婦か、あるいは一人暮らしの方で、高血圧症の方を想定し、ある日、頭痛がして右足が少しマヒして歩けなくなったとしたら、その後、どのような経過をたどり、その後の人生をどのように過ごすことになるのでしょうか。

村上さんには、この方ご本人、あるいはご家族の立場にたったとして、こんな時はどうしたらよいか、何が知りたいか、何がわからないか、を語っていただきます。

村上：いま、血圧降下剤を服用していますが、いきなり右足がマヒになったとしたら、妻はおそらく119番に通報すると思いますが、もっと適切な対応はありますか？

1. 休日、時間外に直接、脳神経外科病院を受診しても、診察してくれますか？
2. まず、かかりつけ医に電話で相談した方が良いのでしょうか？

村上：病院で脳梗塞と診断され、入院して治療しましたが右半身マヒとなりました。2週間後、治療は終わったのでこのあとはリハビリ中心と説明されました。

3. このあとはリハビリ中心といわれても・・・、自分は、どうすると良いのですか？
4. 回復期病棟、慢性期医療、療養病床とは、何ですか？

村上：リハビリ治療が終わり、退院といわれ、在宅療養を決心しました。子どもたちには、家庭の事情で介護を頼むことはできません。介護保険を利用したいと考えています。

5. 一人暮らしの時、右半身マヒでも自宅で生活できるでしょうか？
6. 区役所、在宅介護支援センターに相談すると、何をしてくれるのでしょうか？
7. 自宅で療養中でも、リハビリテーションを受けることはできますか？
8. 一人暮らしの時、夜間に介護を受けることはできますか？
9. 年金だけの収入で不安です。介護保険だけで在宅療養生活ができますか？
10. 在宅療養が困難となった時、施設入所の順番はどのようになっていますか？

村上：介護保険を利用して、在宅療養生活が始まりました。しかし、ケアマネージャ、ヘルパーさんと相性が悪くて困っています。

11. 他の人に変わってもらえるのでしょうか。誰に相談すると良いのでしょうか？ケアマネージャを依頼する時、参考になる資料は、何かありませんか？
12. 介護保険制度、そのサービスについての苦情の申立ては、どのようにするのですか？

村上：夜、急に具合が悪くなった時が一番心配です。

13. 要介護3以上の方が、自宅で急変したらすぐに駆けつける体制はできていますか？
14. 絶対に自宅から動かないという独居者が寝込んだ時、どのように対応しますか？
15. ご近所、町内会、ボランティアなどの支援体制ができている地区はありますか？
16. 医療、看護、介護の人たちが連携して、24時間対応の支援組織を望んでいるのですが、そのような動きはまだありませんか？

村上：誰かが家にいてくれないと、もう一人暮らしは無理です。どうしたらよいのかわかりません。

17. どこへ相談すると良いのでしょうか？
18. 物忘れがひどく、お金の管理もできません。成年後見制度とはなんですか？その制度利用のための費用はいくらかかるのですか？

村上：終末期医療について、おたずねします。

19. 在宅死を患者が希望したら、どんな病状、条件でも医師は認めますか？
20. 老衰の人は、医師がそばにいないとも、自宅で家族が看取ることができますか？
21. 病気はないが、最期は病院のベッドで、と希望したら病院は受け入れますか？
22. キュリー夫人は死ぬ時医師に、「頼むから、もう何もしないでください」と、いいました。医療者がそばにいて何もせずみているだけができますか？

これらの設問にたいして、札幌在宅療養委員会の坂本委員から、また、ご出席しているそれぞれのご質問に関係している皆さんからお答えしていただいた。

出席者皆さんがシンポジストです、という幹事会の趣旨に沿った内容となった。

## 第73回 平成16年 6月 8日(火)

- 1 5月のシンポジウムをふり返っての意見交換
- 2 訪問看護ステーション「やまのて」から、  
訪問看護についての、利用者とのコミュニケーションをはかる取り組みについて、報告。
  - 1 訪問看護計画の作成に、どれだけ参加したいと考えますか。
  - 2 訪問看護計画に取り入れたい項目はどのような事項ですか。
  - 3 訪問看護計画の修正（見直し）は、どのような間隔、時期が望ましいですか。

などについて、利用者の希望を聞き、一緒に考える対応について、意見交換が行われた。

### 3 研修会：

- 1 5月のシンポジウムにて、村上さんが提唱した、「(仮称) 看取りの家」とよく似た内容のドイツのある施設での経験をされた、看護師の白坂るみ子さんから、その報告。
- 2 (仮称)「看取りの家」のその後について、村上恵一郎さんから、先月のあとの、追加発言という内容で、具体的な準備を進めていきたいとのお話をうかがった。

## 第74回 平成16年 7月13日(火)

### 1 事例検討

9134 86 男 妻、長女夫婦と同居 提案 在介支援センター 職員  
脳出血後遺症、急性期治療後在宅療養。痴呆症状増悪し、家族の介護負担限界となり、ホーム入所。約8カ月後歩行状態、排泄、意思疎通などに関連して、介護負担が軽減し、退所。具体的な対応策は、ケアについて、一日の生活のリズムを大切にすること、関係性について関わりを取り戻す様につとめること、環境は住みやすい環境で、落ちつくためには私物があるようにすること、身体的には、不潔感をなくするようにつとめること、情緒的には喜びを見つけることができるようにすること、などであった。以後、在宅療養継続され、現在、通所介護を利用している。

9136 85 男 妻、娘夫婦と同居 提案 グループホーム 職員  
脳出血、保存的治療、不穏状態が続き、20日で退院。起床時、身体が棒状態、失禁、放尿、前傾歩行すぐに前のめりで転倒、時間わからず、洗面所、居間の位置わからず、テレビ、電灯など操作できない。自力起床不可。入所。  
入所時、ゴミ箱に放尿などあり。往診医を依頼、まず、内服薬を中止。奥さんは介護しすぎ。ここここ、と具体的に指示してあげるように、次第に回復。外泊を行い、結局、退所できた。

\* 今回の2事例は、グループホームから、在宅へ復帰した事例について検討された。  
内服薬の必要性についてコメントあり、しかし、減量が重要なこともあるとの共通認識となり、何らかのかたちで、「内服薬の減量策についてのマニュアル」作成の要望が出された。

2 研修会：「西区内のグループホームの現状紹介」 各グループホーム から  
16年7月現在、西区内には 15カ所のグループホームが開設されている。  
各施設の、運営状況、業務状況、入所者状況などについて、紹介していただいた。  
詳細は、WAMNETにて、閲覧が可能です。しかし、事務的な内容では知ることのできない、より具体的な、例えば、終末期への対応、現在の空き情報など、有用な内容となりました。

3 「グループホームの評価基準について」 五天山園 乙坂さん  
高齢者痴呆介護研究、研修センターにより、各グループホームに対する、外部評価が行われております。その評価項目、71項目について情報交換が行われた。また、実際に評価を行っている場面の映像資料を見た後、評価の内容について情報交換が行われた。

第75回 平成16年 8月17日(火) 18時30分 ちえりあ 大ホール にて  
(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同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支部、手稲区支部研修会との合同開催)  
(第43回手稲区在宅ケア連絡会との合同開催) (研修会資料参照)

第75回は、例年どおり、「市民フォーラム」として、長谷川式痴呆判定スケールでご高名な長谷川先生の特別講演会を開催した。出席者 480名。

特別講演「知ってほしい痴呆へのとりくみ」～痴呆介護の質の向上をめざして～  
講師：聖マリアンナ医科大学学長 長谷川和夫先生

- 1 原則的に (研修会資料参照)
- 2 痴呆とは、どんな状態か
- 3 痴呆性高齢者への接し方
- 4 痴呆性高齢者の心理  
痴呆の物忘れは、体験全体を忘れていて思い出すことが困難である
- 5 痴呆性高齢者のケア
- 6 私たち介護者を考える

\* 長谷川先生からのメッセージ

～この広い世の中でたった一人しかいないあなたの自分を大切に～

長谷川先生の「長谷川式スケール」について、その作成過程における根拠、実際に使用する際の注意点などのお話は、非常に役に立つ内容でした。

とくに、「100引く7はいくつですか?」「93です。」「では、93引く7は?」と、93とはいわないで、「それから、7を引くといくつですか?」と聞くこと。

野菜の名前について、痴呆の方の平均数は4.8であること、男女差は、花の名前にはあること。痴呆でない方の平均点が、2.4点であることなどは、重要でありました。

第76回 平成16年 9月14日(火)

1 事例検討

9136 54歳 男

提案 訪看ST 看護師

ALS、人工呼吸器装着し在宅療養中、肺炎を発症し、主治医も含めて、入院先を決めるのが困難であった。依頼に応じ井上病院が入院を受け入れ、2週間の治療後、在宅療養の再開。

検討：1) 人工呼吸器装着患者（とくに、ALSなど）のレスパイト先の病院の情報  
(レスパイト：介護負担軽減のために、在宅療養を一時的に休止すること)

2) 喀痰吸引に慣れているヘルパーステーションの情報

3) 患者との意思伝達手段についての情報

結果：1) 主治医とよく相談しながらというのが現状である。

2) 法的に認められたが、実際には、慣れているヘルパーステーションはない。

3) 新しい方法、手段などについて、情報交換が行われた。

本例は、在宅と施設との連携が良かった事例であるが、今後の、とくに神経難病患者などの在宅療養に関連して多くの情報交換がなされて有意義であった。

- 2 研修会：井上病院における、「人工呼吸器装着患者」診療について 看護師 森松さん  
井上病院では、人工呼吸器センターとして、29床、医師3名にて診療。  
態勢が整ってから、約8カ月、51例で、肺疾患20、脳血管障害5、ALS2例、など。  
転帰は、退院42%（呼吸器をつけての退院は、今回の事例1例のみとのこと）、転院28%、  
死亡19%など。緊急入院、例えば、ALS用に1ベッドを常に用意するなどとは、やはり、無理である。理念は、呼吸リハビリをしながら、在宅生活が継続できること。（研修会資料参照）

## 第77回 平成16年10月12日（火）

- 1 研修会：「摂食・嚥下リハビリテーション」 （研修会資料参照）  
北海道医療大学医療科学センター歯科 木下 憲治先生
- 1 唾液分泌能、口腔乾燥症など、口腔内機能低下と、高齢者について
  - 2 高齢者は、呼吸道と食物道の交差点で嚥下を制御できなくて、誤嚥する
  - 3 摂食の5段階の流れ（「食べる」という行為と食物が口から胃まで移動する運動の流れ）
    - (1) 先行期、認知期 : 何をどれくらい、どのように食べるかを判断する
    - (2) 準備期（随意運動）：食物を口唇でとらえ、咀嚼し食塊を形成する
    - (3) 口腔期（随意運動）：食塊を口から喉へ移送する
    - (4) 咽頭期（反射） : 食塊を喉から食道に移送する
    - (5) 食道期（不随意運動）：食塊を食道から胃に移送する
  - 4 資料の「摂食・嚥下障害の質問紙」のA項目が一つでもあれば誤嚥と診断しかし、痴呆の人は、その後の検査には不向きである
  - 5 検査は、内視鏡検査、嚥下造影検査がある
  - 6 摂食機能療法におけるポイント
 

片マヒでの姿勢、体位：健側下、マヒ側上とし、顔だけ上向き  
嚥下時の姿勢：頭部に枕を置き頸部を前屈し、頸部全体がやや前方に突出するように  
体幹に対する頸部の角度：前屈により、咽頭と気管に角度がついて誤嚥しにくくなる  
食形態：とろみ、ゼリー状、ゼラチンゼリーなど 寒天は不適当
  - 7 摂食・嚥下障害に関して、しばしば認められる誤解
 

誤嚥を防ぐ最良の姿勢は直立姿勢 — そうではなく、体幹を倒した方が減少する  
刻み食は嚥下障害食として適当 — そうではなく、刻み食は、むしろ、嚥下しにくい  
むせない、ということは誤嚥がない — むせない誤嚥もある  
「嚥下障害が問題のすべて」として、誤嚥＝（誤嚥性肺炎）＝ 禁食 ＝ 経管栄養  
という捉え方は、誤り — そのような患者は、むしろ少ない
  - 8 若年・正常人でも、夜間、睡眠時には、頻回に誤嚥をしているのである — 防御可能

## 2 事例検討

- |      |     |   |        |    |    |    |
|------|-----|---|--------|----|----|----|
| 9137 | 94歳 | 女 | 多発性脳梗塞 | 提案 | 病院 | 医師 |
| 9138 | 84歳 | 女 | 脳梗塞    | 提案 | 病院 | 医師 |

\* 嚥下障害の評価について、実際の検査映像を含めて事例提示された後、以下、まとめ。

- 1 急性期に経管栄養が必要であっても評価と訓練にて経口摂取可能となる場合がある。
- 2 そのときそのときの嚥下機能、全身状態の評価が大切である。
- 3 予後を予測して対応することが重要で、QOLを最高にすることを目標とする、
- 4 嚥下造影検査などの嚥下機能評価検査法による評価が重要である。
- 5 経管栄養と経口摂取は排反するものではなく、栄養を考慮し平行して進めることがある。
- 6 胃ろう、PEG造設術は安全な手技として定着しつつある

## 第78回 平成16年11月 9日(火)

### 1 アンケート実施

### 2 事例検討

9139 79歳 男

提案 病院 看護師  
調剤薬局 薬剤師

多発性脳梗塞、パーキンソン。病名、経過、薬剤、連携に取り組んだ点、訪問薬剤指導管理の効果、連携の問題点が、丁寧、かつ明快に解説されております。

在宅療養中、薬剤師による、居宅療養管理指導が有用であった事例、として有意義でした。

### 3 研修会： 「薬剤師による、居宅療養管理指導」について (研修会資料参照)

札幌市薬剤師会西支部 かかりつけ薬局委員 高市和之さん  
薬剤師会作成の「在宅介護— まちかど相談薬局」のパンフレットをもとに、その解説と、「薬剤師による、居宅療養管理指導」について、説明していただきました。

## 第79回 平成16年12月14日(火)

### 1 研修会：「高齢者のスキンケア」 小林皮膚科クリニック 小林 仁先生

(研修会資料参照)

皮膚の老化、高齢者に多い皮膚疾患、スキンケアなどについて、スライド資料を参照しながら、わかりやすく解説していただいた。

陥りやすいスキンケア落とし穴とは、1) 過度の清潔志向 2) すべてを加齢のせいにする  
3) 誤ったイメージ、例えば、洗えば洗うほどきれいになる、こすればこするほど皮膚は丈夫になる、高齢者の皮膚は汚いから消毒剤を、などを持つのははいけない。

### 2 事例検討

9140 60歳 男 統合失調症

提案 訪看ST 看護師

現状：水泡用湿疹 → 化膿性湿疹 → 茶褐色に変化 → 落屑膿胞症にて、このサイクルを2週間ごとに繰り返している。落屑がひどい。

検討：人に見られるのがイヤで通院したくない、精神的な負担となっている。

結果：苦痛に応じて対症療法となるが、やはり、受診、治療継続を説得すること。タバコ60本の影響が大きいので、説得が必要。

9141 95歳 女 高血圧

提案 在介支援センター 職員

夫、長女と同居。

現状：通所介護、ヘルパー、ショートステイ、全身がかゆい。激しい、引っ掻きキズあり。アレルギーとして、のみ、ぬり薬。24時に服薬後、3時間でかゆくて眼が覚める。

希望：かゆみ対策と介護軽減策はありませんか？

検討：経過と現状、薬剤からは、乾燥に伴う皮脂欠乏湿疹、と判断される。日常生活上の何かが、原因である。室内の乾燥、電気毛布など。

結果：入浴時のみがかゆすぎが原因のことが多い。液体石けんは、肌についた洗剤がとりきれないために不相当であり、その上、スポンジ、ナイロンタオルによる擦りすぎ、が重なり、乾燥肌となっている。高齢者には、固形石けんを使い、手でなでる、のが良い。

## 第80回 平成17年 2月 8日(火)

### 1 第8回 札幌市各区の【「在宅ケア連絡会」の「連絡会」】の報告

平成17年1月18日にキリンビール園にて開催された。一年間に各区の「在宅ケア連絡会」が行った地域に根ざした市民向けフォーラムの報告がなされ、その後自由な交流、懇親の場となった。出席者は市内全域の多職種から370名。

### 2 研修会：「在宅介護支援センターの歴史と現状」

北海道浅井学園大学専任講師 若狭 重克さん

最初に、在宅介護支援センター、の歩んできた歴史が紹介された後、支援センターの現状および今後期待される役割について講演された。(研修会資料参照)

### 3 特集：地域包括ケアシステムの構築をめざして ～その1～

平成18年度介護保険法見直しを機に、上記の特集を3回に分けて取り組み、シリーズとして2月在宅介護支援センター、3月居宅支援事業所、4月居宅サービス事業所について検討する企画とした。

2月テーマ、在宅介護支援センターからみたこれからの地域ケアシステムと題して、西区内の6ヶ所の「在宅介護支援センター」から、ご意見を発表していただいた。

#### 1) 西野：乙坂さん

地域型在宅介護支援センター業務と居宅支援事業と兼務している。住民の人たちは、連携の必要性、介護予防がどういうものかもわからないままに過ごしているので、自分に要介護の状態が自分の身にふりかかって初めて地域ケアということを考えている。したがって、自立に向けた介護予防事業などは、本当に必要とする人たちの1割ぐらいの活動であり、全体を包括する地域ケアシステムなどの業務の遂行には困難性もあるだろう。包括型は、目標、制度運用はシンプルな方がよい。インフォーマルな隣人などとのつながりを深めることが重要である。

#### 2) 山の手：石崎さん

要介護者の支援は、介護保険サービスが十分機能している。住民から見ると、支援センターは、法人、民間事業と捉えられている。介護予防事業は、対象も機能訓練も自分が関係する範囲内で実施されることになる。将来には、活動の周知が必要であり、関係する情報が集中することが大切である。情報とサービス提供の窓口が一本化されることが望ましい。

#### 3) 八軒：大石さん

支援を要する高齢者に対するサービスの連携が拡がりつつある。多職種間のネットワークづくりが重要であるが困難でもあった。新しい包括型がその役割を担ってくれるなら結構です。実は、この「在宅ケア連絡会」はまさにこのイメージに合っているものであり、これを中心に多職種間の連携を強化していくことが包括的な支援システムの構築につながるものと考えます。

#### 4) 二十四軒：檜垣さん

地域住民の自立した生活をめざして介護予防事業活をしてきているが、住民の認識は薄いものなので、行政のバックアップも必要と感じている。地域づくりに携わって行きたいが、所属法人の考え方、方針にも大きく左右される。大切なことは、このようなケア連絡会なども含めた多くのサービス事業者間の効果的な、地域に密着したネットワークづくりが重要と考える。

#### 5) 西町：青野さん

明確な指針がないままに、介護予防事業を進めて来た。支援センターの活動への理解、協力実践には地域間の温度差は相当あると思われる。現在の町内会を範囲とした活動よりも、より小さな集まりでのネットワークづくりが大切ではないかと考える。これまでの事業を続けたいので、いろいろ機関のバックアップをお願いしたいと考えている。

#### 6) 発寒北：住友さん

地域に根ざした活動として、すこやか倶楽部、福まち事業と支援センター事業とがうまくタ

イアップしている。しかし、介護予防事業にはそれを評価する方法がなく、すこやか倶楽部には活動マニュアルがない状態である。包括型では、統一した方式がとれることを望む。

現在の活動が制限されるならば、行政は住民に十分説明する必要があると考える。

討論：

- ・在宅介護支援センターとは、公的なソーシャルワークをしているようなものであるが行政はそれを後押しするのを怠ってきているのではないか。
- ・日々の事業に忙殺されて、活動が本当に住民にとって良かったのか、実証されていない。
- ・「どういう枠組みでいくのか」という、方針を明確にする必要がある。
- ・現在の支援センター業務とは、行政の委託により行政になり代って仕事をしているのである。
- ・西区内の6ヶ所の支援センター業務は、地域に根ざそうという、一定の方針が示されていた。
- ・連合町内会・単位町内会・隣人の関係による、見守り支援などは、一部の地域では、非常に良い成果を挙げている。この活動が、近接地域から、面として拡大することが望まれる。
- ・地域ケアシステム構築にはすべての関係者が必要であるのに、現在は、それぞれが「自分はその中でなにをして良いのかわからない」というのが、実際のところではないか。
- ・地域では、医療機関との連携が密であるほど、早い対応ができるのが現実である。
- ・包括型ができた時には、医療との連携を密に取りあってもらいたい。
- ・介護予防、地域づくりは、一種理想論という側面がある。行政は、このことを理想的に、「掲げていながら、実践ではどんどん後ずさり」というのが現状ではないか。
- ・一人一人がリーダーとなって、時間をかけて話し合いを進めることが必要ではないか。

## 第81回 平成17年 3月 8日(火)

特集：地域包括ケアシステムの構築をめざして ～その2～

### 1 研修会をかねた事例検討：「地域包括ケアシステム構築をめざして」

3月テーマ：居宅支援事業所、これからの連携のあり方

9142 81歳 女 重症筋無力症 提案 在介支援センター 職員  
独居、要介護2、介護保険から、訪問介護、訪問マッサージ、通所リハビリを受け、医療保険からの訪問看護を受けている。すべて、介護保険にすると、要介護5でも不足する。訪問看護と介護保険サービスとを併用しており、その間の細かな情報交換は行っていないが、とくに、支障なく継続されている。

このような事例の場合、全体を把握できるケアマネージャがいて、情報共有と機能連携ができることが望ましい、との議論がなされた。とくに、リハビリに関しては、訪問リハと訪問看護師のリハビリとがあり細かく情報交換が必要であるということが強調され、同意が得られた。

9143 72歳 女 パーキンソン 提案 訪看ST 看護師  
夫婦二人、ケアマネが、12年、15年、16年と交代せざるを得なかったが、症状の進行とともにサービスの利用を増やしてきた。医療保険と介護保険とが良好に連携がとれていくために大切なことは、ケアマネージャには必要事項のポイントをきちんと伝えること、ケアマネはケアプランを毎月情報提供すること、との議論が行われた。

9144 68歳 女 提案 老健 職員  
脳梗塞（右マヒ、失語により思いをうまく伝えられない）、3世代同居。  
訪問介護、通所リハビリ、ショートステイ、訪問看護。週一回、看護学生による話し相手のポ

ランティアあり。娘さんが生活のすべてを管理しようとする傾向がある。  
ボランティアを交えたサービス担当者会議により、「人やものへのこだわりや感情の起伏の激しい本人と、それを管理しようとする娘さん」という見方から、「愛情をもとに必要以上に本人に手をかけて管理してしまう娘さんと、それに対して自分の意見や思いをうまく伝えられず感情的になってしまう本人」という見方へと視点を変えることができた。  
サービス担当者会議により、密な情報交換、さまざまな発見ができた事例報告となった。

\* 3例の事例検討が中心となり、「連携という観点から、誰がコーディネートするのが最も良いのか」「個人情報保護」という点についての意見交換もなされた。結局、サービス事業者同士、あるいは、利用者との間の信頼・信用ということに尽きるという結論であった。

## 第82回 平成17年 4月12日(火)

特集：地域包括ケアシステムの構築をめざして ～ その3

- 1 研修会をかねた事例検討：「地域包括ケアシステム構築をめざして」  
4月テーマ：居宅介護サービス事業所、これからの連携のあり方

9145 67歳 男 提案 サービス協会 職員  
狭心症、糖尿病（インスリン注）、独居、知人が選択などの生活支援。  
現状：1～2カ月に一度、入退院あり。介護保険、自立判定により、生活支援ホームヘルプ利用となっていた。生活支援での利用であり、サービス調整は区役所担当者が行っていた。  
課題：緊急時に対応する体制が最初に必要であるが、困難である。休日、年末などに対応できる体制も必要である。  
検討：地域の担当者（民生委員、町内会の福祉部、協力員など）との日頃からの情報共有が重要となる。行政と地域の人とのつながり、住民の人同士のつながりも必要。これらの連携に、新しい、包括型支援センターが役割を担うことも望まれる。  
結果：結局、在宅介護支援センター、ケースワーカー、グループホームのマネージャなどの連携により、この方は、グループホーム入所へと導かれた。

9146 58歳 男 提案 病院 PT  
多発性脳梗塞、妻と二人。  
現状：移動が一部介助以外はすべて全介助。トイレ、ベッド間の移動ができることが在宅生活継続の必要条件である。  
検討：介助量、介助方法が変わることは好ましくなく、連携は重要である。  
結果：できるだけ本人の力を最大限用いてもらうことで、本人、妻、ともに落ちつがでて、ぎりぎりのところで在宅生活が可能となっている。

9147 66歳 男 提案 訪看ST 看護師  
上咽頭癌ターミナル期、妻と二人暮らし。  
現状：訪問診療、看護、介護、福祉用具、  
検討：医療依存度が高く、ターミナル期となり、身体状況の変化が激しくなり、対応が必要。  
結果：訪問看護から、ケアマネージャにヘルパーを推薦、病状の変化に応じてタイムリーな介護支援体制の変更が行われた事例  
検討：必ずしも、ケアマネが中心となっていなくとも、現場を良く知る訪問看護から情報が提

供されても良く、それを共有できることが、重要である。しかし、それでも、ケアマネは、もう少し訪問した方が良いと思われた。

- \* 3事例に共通した議論も行われ、将来の、地域包括型支援センターに望まれることとして
- 1 これまで培われた、地域の人々との信頼、協働の関係が続けられるように
- 2 これまでの、地域型が推進してきた地域活動は、包括型だけでは活動は無理であろう
- 3 最近、地域の人々も支援センターの活動を理解し始めてきている
- 4 培われた過去の活動の実績をきちんと評価する必要がある
- 5 早く、活動方針が示されることが望まれる
- 6 そのときのためにも、地域住民からの要望が、まとめられる方が良いなどの意見が出された。

2 研修会：「個人情報保護法」について ケアマネ連絡協議会西区支部長 乙坂さん  
介護保険事業所における、個人情報の取り扱いについて、ケアマネージャ連絡協議会における  
弁護士による研修会の内容について、情報提供された。

内容は多岐にわたり、また、法施行直後でありまだまだ現場での問題点も今後明らかになるという段階であり、多くの疑義については今後も取り上げていく、ということとした。ただし、重要事項のポイントとして、次の5項目を指摘された。1 不必要な情報を持たないこと。2 その人にとっていかにどれくらい重要かをこすりよすること。3 訴訟は2次的に拡大することがあること。4 情報は本人のものでありそれを持つことはリスクを負うことであること。5 第三者への提供と外部への委託との区別を明確にしておくこと。

**第83回 平成17年 5月17日(火) 18時30分 西区区民センター 大ホール**  
(札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する合同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支部、手稲区支部研修会との合同開催)  
(第50回手稲区在宅ケア連絡会との合同開催) (研修会資料参照)

シンポジウム：「地域包括ケアシステムをめざして」

～平成18年度介護保険見直しにより新設される地域包括支援センターに望むこと～

このたびの介護保険見直しには、在宅療養を支援する体制を強化する考え方が取り入れられ、地域で総合的なマネジメントを担う、地域包括支援センターが新たに創設される。大きな期待が寄せられている新しいセンターの機能に何を望むか、医療、介護、福祉関係の方々をはじめ、介護保険サービス事業者とそれを利用している地域にお住いの皆様にもご案内し、一緒に考えるための公開シンポジウムを企画した。出席者は、一般市民約50名を含め、250名。

シンポジウム：

司会：梶 尚仁さん（札幌市西区社会福祉協議会）

基調報告：杉岡直人さん（北星学園大学 社会福祉学部）

シンポジスト：渡部啓正さん（コムスン札幌手稲ケアセンター）

乙坂友広さん（ケアマネージャ連絡協議会）

住友里砂さん（在宅介護支援センター発寒北）

総括発言：前沢政次さん（北海道大学病院総合診療部教授）

詳細な報告は、別ページに掲載した。

## シンポジウム

- 1) 平成15年 5月13日(火) 第62回 連絡会  
シンポジウム「年老いた一人暮らしに、不安はないですか？」  
～住み慣れた地域で、一人で安心して暮らしていくために～
- 2) 平成17年 5月17日(火) 第83回 連絡会  
シンポジウム「地域包括ケアシステムをめざして」  
～平成18年度介護保険見直しにより新設される地域包括支援センターに望むこと～

以下に、二つのシンポジウムの詳細を記載する。

### 第62回 連絡会

シンポジウム：「年老いた一人暮らしに、不安はないですか？」

～住み慣れた地域で、一人で安心して暮らしていくために～

平成15年 5月13日(火) 18時30分から 西区区民センター大ホール にて  
出席者は、一般市民 約70名を含め、320名。

高齢者の立場から	村上 恵一郎さん	ジャーナリスト
患者・家族の立場から	伊藤 建雄さん	北海道難病連事務局長
ヘルパーの立場から	中川 明美さん	サービス協会西ヘルパーセンター
訪問看護の立場から	小野 シズ子さん	在宅ケア事業団手稲訪問看護ST
訪問診療の立場から	坂本 仁さん	坂本医院
病院の立場から	伊藤 一輔さん	国立療養所西札幌病院
介護保険施設の立場から	森田 直樹さん	老健施設「平和の杜」
在宅介護支援センターの立場から	藤田 修一さん	在宅介護支援センター新発寒・前田

高桑、出井(司会)：ただいまから、「年老いた一人暮らしに、不安はないですか?～住み慣れた地域で、一人で安心して暮らしていくために～」を開催いたします。司会の、高桑と出井です。よろしく願いいたします。では、開会の挨拶を札幌市医師会西区支部地域社会部長の伊東宏昭先生をお願いいたします。

伊東：介護保険が始まりまして4年弱になりますけれども、この制度が始まってから、医療と介護というものが、それぞれ細分化されてきました。病院の立場の私どもですと、入院されて良くなって「さあ退院しましょう」ということになりますけれども、その後はワーカーさんをお願いして生活方針を立てていただくということになります。私ども医師の立場からすると、退院したあとの生活というのは、なかなかわからないところがありまして、今日はそれぞれ施設の方とか訪問の方とか、専門のお話をお聞きして勉強させていただきたいと思います。

高桑(司会)：本日のシンポジストは、それぞれのお立場から、8名の方をお願いしました。お手元の図の説明は、現在の医療を受けている方、要介護者の動きを示しているものです。本日はこの図に合わせて、地域ネットワークの形態を実感していただくために、このような平坦で、座席を円形に配置した会場を設定しました。開催に至る経過および開催主旨について西区在宅ケア連絡会幹事の坂本さんからご説明いただきます。

坂本（西区在宅ケア連絡会幹事会）：このシンポジウムの主旨をご説明いたします。平成14年5月にこの会場でシンポジウムを開催、「変わる医療～どうなる在宅療養」というテーマで、医療制度が変わることにより、在宅療養を希望する人にどのような影響があるのかということをご皆さんで勉強しました。それから1年が経ちまして「では、具体的に在宅療養の現状はどうなっているのか」と、それから実際の在宅療養生活にとって、このままで十分かどうか。「もし改善の余地があるのであれば、どのような点がどのように改善されるとよいのか」といった内容のシンポジウムを企画した次第です。先ほど高桑さんからご案内ありましたように、このぐるぐるまわりの図は、将来一般市民の皆さんが、医療が必要になったり介護が必要になったりした時に、どのような動きになるのかということを示した図です。一番下に在宅療養の状態がありまして、急性期、回復期を経てから、慢性期の療養にまで動いていく患者さんの動向を示しております。

本日のシンポジストの村上さんから、本日の発言の要旨が示されております。村上さんは「そもそも、この住み慣れた家での、一人暮らしの地域での療養生活というのは、本当に可能なのですか？」という根本的な問いかけを、この地域の多くの皆さんにしているわけです。では、サービスを提供する側である地域の皆さん方には「地域の対応はこのようになっています」ということをお話していただく予定です。さらに、現在から将来にかけて、より良いサービスの提供態勢をつくるのには、どのようにすると良いのか、という点について皆さんと共に考えて、また明日からより良い高齢者対応のできる地域社会に向かって皆さんでがんばりましょう、というような認識を皆さんで共有していただければありがたいと思っております。

今日のキーワードは「地域の在宅療養支援のためには、情報の共有と機能の連携が大切であって、そのために最も必要なことは、人と人とのつながりである」ということかと思えます。

出井（司会）：それでは早速シンポジウムを開催いたします。村上さん、お願いいたします。

村上：私は74歳で、シンポジストの中の最高齢者ですが、なにか混んだ電車の中のシルバー席を与えられたみたいで、大変だと思っています。それに今日の机の配置、とても素晴らしいです。仲間内で皆さんと話し合えるような雰囲気をつくってくださってどうもありがとうございます。

私は子どもの時に多くの身内を家で見送りました。枕元に水しか置いていないような、なにか時間が止まったように静かで穏やかな最期でした。それがいまは、いろいろ管を通し、身体を転がすような、とても激しい医療のイメージが頭に浮かびます。私たちの不安をかき立てます。

いま国が進めている在宅介護は「あなたはもう治らないんです、社会的な入院者だから家に帰りなさい」といっているように聞こえます。でも人の助けを借りねば生活できないものが、一人暮らしで療養生活できるのでしょうか？その仕組みができていないのに、国は在宅療養を押しつけてはいませんか？倒れたら自分はどうすればいいのか、そこから先が自分でもわかりません。

寝ているだけの人に、生き甲斐を与えることができるのでしょうか？寝たきりの患者に、生きていて幸せだと思えるような生活をさせてあげることができるのでしょうか？長い介護生活、莫大な療養費は家族を苦しめ、家庭を破壊します。医師や家族は、生きていくことに執着します。現在のモラルでは、死なせるわけにはいかないのでしょうか。

在宅介護の日々の生活の延長線上に在宅死があるのが自然だとは思いませんか？一人暮らしでも、住み慣れたわが家で介護されながら死ねる態勢づくりをしてほしいのです。自分がそうなった時、周囲の何人の生活を破壊して介護犠牲者をつくるのでしょうか？それを思うと、自分の倒れる日がいつ来るのか、不安におびえます。日常生活ができなくなったら、在宅介護は、身内をはじめ周囲に迷惑をかけるという意識が、私たち老人には大変強いことです。

家族と暮らしている人は、自分の病気とその介護よりも、自分が倒れることによって、一家の生活の崩壊が気になるのです。また一人でいた暮らしの人は、常に介護者が家にいる状態をつくるのは無理です。病院で誰かに付き添ってもらうこともできません。3カ月ごとの転院先さがし、病院情報、費用、誰に相談すればいいのか不安なのです。これを以上の提言にいたします。

出井（司会）：ありがとうございます。大変具体的な、適切な問題の指摘だと思います。それではシンポジストの皆さん、いまの発言をお聞きになってのご発言をいただきたいと思います。

藤田：在宅介護支援センターの藤田です。在宅介護支援センターは札幌市に70カ所あります。介護保険該当以前の方たちの相談を24時間態勢で受けているところです。現在、実際の仕事の中で「自宅で死にたい」という方に、何人も接しましたが、費用的な問題、それから介護保険の問題、逆に「自宅で死にたい」と選んだ時の家族の介護負担の大きさという点で、日々、非常に悩んでいるところです。実際、支援センターとしてできることは、こういう機会を増やして連携をはかり、実際に介護保険にどうつなげていくのか、他のサービスをどのようにしていくのか、先ほど触れましたけれども、ボランティアさん、家族の調整、本人が今後どのように暮らしていきたいのかという点を話し合う、という関わりを大事にして業務を行っているという状況です。

森田：私は、介護保健施設の立場からです。まず、介護保健施設というのは、特別養護老人ホーム、特養施設、私の勤める老人保健施設、そして介護療養型医療施設、療養型の病院の三つです。サービスの内容は、まず入所・入院といった施設サービスと、通所、デイサービス、デイケア、短期入所入院、ショートステイといった在宅・居宅サービスとの二つに分けることができます。

まず施設サービスですが、特別養護老人ホームは、申し込んでから入所まで最低でも2～3年ぐらいはかかります。しかし、今年の4月から、いままで順番待ちというかたちだったのですが、その方の緊急度、後家族の状況ですとか、そういったものを勘案して入所させるということになりました。次に在宅・居宅サービスである通所サービスですが、ほぼ希望の曜日、週2回ぐらい使いたいということであれば、おおむね充足されている感じはあるのですが、ショートステイ、短期入所で、こちらは例えば二泊三日でも、例えば週末ですとか、皆さんが休みたいような連休の時にとるのは、なかなか難しいというのが現状です。

それでこういったことをどこに相談したらいいかということで、皆さん一番不安になっていると思うのですが、それぞれの施設ですとか、在宅介護支援センター、区役所など、いろいろな場所に必ず複数回、相談、質問してください。そしてぜひ、自分のご利用したい施設を見学し、そこで実際に話をお聞きするというのを強くお勧めします。

伊藤（一）：国立西札幌病院地域医療連携室長の伊藤です。当院では、「皆様の健康を地域医療連携で支援します」という窓口としまして地域医療連携室というものを昨年12月に、立ち上げまして、それをもとに地域医療連携の仕事を始めているところでございます。

現在は、高齢化、慢性疾患の増加、患者さんのニーズの多様化、医療制度など、いろいろな理由から一つの医療機関で診るのは不可能になっています。それを地域の診療所とか病院とか、介護施設とか、お互い利点を取りあってネットワークをつくり、患者さんのニーズに応じて医療と介護をやるということが、地域連携完結型ということに現在はなっております。

地域連携がうまくいくためには、まず、皆さんがホームドクターをきちんともつということが、その基盤になることだと思います。その中で当院の役割と機能を考えてみますと、当院は総合的な機能を備えております。このぐるぐる図でいきますと、左側の急性期医療ということ国立西札幌病院はこれから担っていこうと考えております。そして、在宅療養についての対応は、この「在宅」の左側のところにあります「主病の急性増悪ないしは新たな発症」ということが起こった時に、当院はその緊急の発病ないしは、そういう方を時間外ないしは、休日でも受け入れるということに対応しようと思っております。

坂本：訪問診療をする立場から、坂本医院の坂本です。この地域において訪問診療の体制というのはまだ不十分です。訪問診療、あるいは往診に対応する医師が少ないということです。もう一方で、やはり多くの市民の皆さんも医療関係者も、訪問診療態勢というものへの理解と信頼が、もう少し持ってほしいという希望があります。一人の患者さんにとって、ケアチームがうまく出来

上がるのに少し時間がかかるというのが現状であると思います。やはりこれからは、在宅療養の必要性が強くなってきますから、どこにどのようなサービス提供態勢があるのかということをも十分把握した上でケアチームを形成し、在宅介護支援センターとか、あるいは訪問看護ステーションの活躍が地域の皆さんに浸透してくると、もう少し在宅療養生活が充実してくるのではないかと考えております。

小野：訪問看護の立場から、北海道総合在宅ケア事業団の手稲訪問看護ステーションの小野です。訪問看護ステーションは、赤ちゃんから老人まで、どんな病気でも主治医の指示書をいただき、訪問することが可能です。最近の訪問看護ステーションにもリハビリスタッフを備えているところが多くなってきています。私どもはそのようにして病気を抱えながらも住み慣れた自宅、そして地域で安心して暮らせるように、また自分流の生き方の力になれるようにがんばっております。また訪問看護は、例えばいろいろなチューブをつけているとか、重症化していないと利用できないと考えていらっしゃる方もおりますが、そうではなく病気の悪化予防や、日頃の健康上の相談役としても、ぜひご利用を勧めたいと思います。「もっと早く出会えたら、こんなに悪くなっていなかったのに」と、訪問してから強く思うことがよくあります。とくに一人暮らしの方は、さまざまなサービスを活用しながら、ケアチームの態勢をつくり、その中で皆さんと連携しあい、安心して地域での生活を過ごせるように支援し続けたいと思っております。

「見放された死ではなくて、見守られる死をつくっていききたいな」と、日頃思っております。

伊藤：北海道難病連の伊藤といいます。私は「患者・家族の団体の立場」ということでお話しします。私どもの団体というのは、高齢になる前に、既に日常的に死とか介護ということに立ち向かわなくてはならない立場ということで、日常そのようなことを考えていますので、そういうものと重ね合わせて、何らかの社会に対する発言ができればな、と思います。

国はさまざまな制度や、いろんなものをつくりましますし、例えばこの5年間にたくさんの社会資源もでき、こういう連絡会もそうですが、多くの分野ができたわけです。それなりに、いまこういう仕事をしておられる方が、努力してられることもわかるのですが、しかしその目標となっていていところは、国が示したモデルだと思うのです。しかし、モデルをいくら示されたって、自分にとってしっかりこないモデルというのは、意味がないようです。実際の介護の現場というのは、かなりどろどろしたものだというように思います。あまり自然体ではいけないようなものがあるかと思えます。

患者団体で、こういうことをいうのは、おかしいかと思うのですが、本当のこの痛みとか、死に向かう恐怖というのは、一人一人違うということもあるのですが、まず他人にはわからないようです。良くなれないというものはっきりしているわけですから、だとしたらこの現状を長く続けていけない。どういうことどういう方向を選ぶかということも、やはり心のうちの中にはわからないというよりも、僕ははっきりとそういう立場から解放される。本人もそういう辛い立場にいつまでも置いておくことが、いいのかどうかということを考えてしまう。そういうことが現実にあるわけです。そここのところまで社会的なサービスが、心の中まで踏みこんできて、ケアしてくれるのか？訪問してくれるのか？介護してくれるのか？診療してくれるのか？治療してくれるのか？ということについては、ないということをも前提に私たちはこれからの介護なり、さまざまな仕組みを考えていかなければならないだろう。その中には、自分なりの覚悟というものも必要ですし、社会がどういう社会であるかということも考えていかなければならない、ということも思っております。

中川：札幌市在宅福祉サービス協会西ヘルパーセンターで、ヘルパー業務をしております中川です。私どもの業務は、とりあえず介護保険制度によるもので、いま最も注目されているところだと思います。この4月には、介護方針の改訂もありまして、業務は大きく二つに分かれました。身体介護とありますが、身体的なこと、つまりお風呂にお入れしたり、おむつをお取替えしたりする

ことと、あとは生活支援という、今回はその二つにくぐられました。

寝たきりになられても、本当にできることはあるのです。そういうところをまず、ご本人によく知ってもらって、どういう生き方をしていきたいかということが一番なのですけれども、できることとできないこと、できることはがんばってもらって、できないことはヘルパーが手助けしよう。お互いに話し合っていないと、ただ受ける一方ではダメなのだとすることを、本当に強く思うのです。

私たちの護の現場では、受け手が本当に「自分のお気持ちを、最も出すことのできる人なのだよ」ということを理解してもらい、自分の気持ちをどんどん出していただければいいと思うのです。こういうことをしてほしい、分はこういうことはいやだ、と言うことです。それでいて、利用者さんへは押しつけにならないようなかたちで、日々進めていきたいなと思っております。

出井（司会）：村上さんのご提言からシンポジストの皆さんのご発言を聞いて、大変広くて深い課題がたくさんあるようです。不完全ながら、この5年の中で、介護保険の成功とともに、態勢はできてきたし、制度も少しずつ拡充はしてはきたけど、質の面でどうなのか、という点で、主体である方々の本質をきちんとみているのだろうかという、そういう気付きも大事だと思います。会場の方、今日は一人一人が主人公です。ぜひいいこと、あるいはこれを聞きたいということがありましたら、ご発言いただきたいと思います。

会場から（女性）：サービス事業所の代表取締役です。私は、高齢者共同住宅をどう考えているかということをお話させていただきます。先ほどのように「家の中で暮らしたい、ですけれども一人では暮らせられない、だけど一人になった時にどうしよう、でも施設はいっぱいで入れない」という方がたくさんいらして、それで私は4年前に、この共同住宅を立ち上げました。

私どもは、24時間介護の態勢をとっております。24時間の中で「介護の時間はこれだけだから、あなたはもうできませんよ」というのではなくて、一日中安心して、そして安全に暮らせるように、という考えでいま私どもは経営しておりますので、今後も、たしかにご自分の家で暮らしたいのはやまやまであるけれどもできなくなる、という人たちを迎えたい、と考えております。やはり在宅で暮らしたい、でもそういう施設には入れない。共同住宅、高齢者共同住宅、1室が自分たちの部屋で、自分たちのお家として安心して、自分の持ち物をお家の中に入って、そして自分のお家として考えていただけるような安心した態勢づくりをしておりますので、一言ご紹介させていただきたいと思いました。

出井（司会）：はいありがとうございました。多くの方にご発言いただきたいと思います。

会場から（男性）：東区から来ました鈴木内科循環器科クリニックの鈴木です。今日は素晴らしいシンポジウムということでしたが、急用が入ってしまい、全然聞けないまま後ろに立っている状況なのですけれども、西区、ちょうど坂本先生と伊藤一輔先生いらっしゃるので、少しお聞きします。いま、東区でも困っているのが、ご存じのように平均在日数ということで、かなり高齢で重病の方が、在宅に持って行かざるを得ないということで、病院から退院してとりあえず「在宅でがんばってくれ」という話になるのです。しかし、在宅の受け入れ態勢が十分に整っているのを確認できないままで退院させられるケースが多々あるのです。西区の場合に、例えば総合病院である国立西札幌病院と、それから例えば坂本先生のやっぺらいらっしゃるような診療所の、いわゆる診療所から病院に行くケースは多いでしょうけれども、逆に病院の方から診療所に依頼するようなケースというのは、スムーズにいつているのかどうかというのをできれば教えていただければ、と思ひまして。

伊藤（一）：西札幌病院ですけれども、先ほど地域医療連携室をつくって、もちろん救急急性期の医療を担うということをいいました。たしかに在院日数が何日というのも重要です。ただし、地

域医療連携室を上手に機能させ急性期医療をやっていくためには、やはり次の慢性期への移行をスムーズにするのが大切だと思います。私どもはまだ地域の医療機関に、いまアンケートをやって、そういう受け入れ態勢とか、どういう患者さんないしは、どういう設備を準備しているのかどうかというのを聞きながら、患者さんないしは家族の希望を聞いて、それに対して対応をしようと思っているところなのです。だから、いま具体的に個々の例はありますけれども、何日以内にどうしなければならないとか、そういう対応はしていません。

とくに私がやっている循環器とか、脳外科などは、とにかく早く、1時間でも30分でも早く治療して、早く帰すということが大切なので、少しお答えから外れるかもしれないですが、当院では慢性期以上に急性期を担って、慢性期に関しては地域と連携しながら相談してやりたいと、そう考えているところです。

坂本：在宅訪問診療している坂本です。国立西札幌病院はこれからそういうおつもりでやっていくということです。まだおそらく不十分だと思うのですが、であるからこそなお、こういう連携が大切だということをおわかりいただいて、これからどんどん進めていただきたいと思うのです。ですから鈴木先生のご質問に対しては、東区と同じように西区も不十分なのが現状です、とお答えします。また、患者さんが在宅療養を開始するまでに準備が必要です。いろいろなチームをつくって、相談しながら「じゃあこうしましょう」と、十分な態勢をつくり、納得して退院するまでには2週間が必要だと思われま。いま、急性期病院の平均在院日数は、入院してから2週間とか、17日とかです。つまり、入院した時に退院したらどうしようかということ、決めなければいけないような時代になってきているのです。このことも、皆さんで認識した方がよろしいかと思ひます。

出井（司会）：鈴木先生よろしいですか、ありがとうございます。少なくともこれだけでも大変なテーマで、いろいろ確認しなければならないことがたくさんありますが、もう一度、村上さんのご提言に沿ってフィードバックしますと、いろんな問題がたしかに山積みされて、わからない状態にいる私たち。結局はどこへ行ったらちゃんと道案内してくれるのだろうか？それが自分の知らないうちに、知らないところへどんどん移ってしまうのではなくて、ちゃんと紹介してほしい。ちゃんとした選択を自分でしたいということかなと思うのですが、皆さんご参加された方がいいかですか？

会場から（男性）：今日ですが、私の所に「訪問診療する医者というのは、どこへ聞けばわかるのか？」と、それから「歯医者の訪問診療はどこへ聞けばわかるのか？」という問い合わせがあったのですが、これはどこへ行くとわかるのですか？

出井（司会）：歯科の先生いらしていませんか？芦田先生、お願いします。

会場から（男性）：西区八軒の歯科医院の芦田といいます。現在、札幌市の在宅の訪問歯科診療に関しては、例えば西区であれば、西保健センターに問い合わせをすると、保健センターから、衛生士の方が在宅に出向いてくれる態勢ができております。その後、計画に沿って歯科医師会に依頼がなされ、近隣の協力院の先生が行くという態勢がとられています。

ただし、少し時間がかかりますので、いろいろな医療関係者、例えば在宅へ訪問している訪問看護ステーションから直接依頼がある時とか、いろいろな態勢で訪問できる状況になっておりますので、まずそういう関係者に相談してみるといいと思います。

出井（司会）：それでは村上さんまたお願いいたします。

村上：高齢の一人暮らしになりますと、ほとんどの人が年金生活です。朝日新聞の世論調査により

ますと、老後の不安の1位がお金で28%、どのくらい生きて、どのくらいのお金が必要か、それがわからないからです。2位は介護迷惑で25%、長く寝込んで、家族に迷惑をかけるのが何より辛いということでした。

厚労省の調べによりますと、家族の介護労働はヘルパーの労働時間に換算して一日平均5時間、金額にして年間2兆円になります。介護の家族が自分のために使いたいであろう人生時間が失われたままなのです。介護されながら独居生活ができるという人は幸せです。ほとんどの人は年金内の介護を希望しています。介護保険を使いきる人は、去年は全国平均で4割の患者だといいます。1割負担ですら生活に重くのしかかっているのです。要介護2で朝1時間の家事援助、夕方2時間の身体介護をヘルパーさんに頼みますと、20日で支給限度額を使いきってしまいます。残り10日を自己負担すれば月に10万円かかるそうです。その他にもレンタルのベッド、おむつなど1万円は必要です。これは先月の週刊朝日の調査記事です。独居生活で寝込んだら、法的介護保険限度額の約2倍は最低必要になるといいます。年金で足りる人はほとんどいないのです。在宅介護はお金、人脈、情報の三つがあればなんとか乗り切れますけれども、地域全体でのネットワークがないと困難だと記事にはありました。

出井（司会）：それではここも大変また問題がたくさんあるところですが、あまり長くはできないので、森田さん、実際の在宅にかかる経費、または実質、施設・病院に入った場合の経費というのは実際相当負担があると思いますけれども、その辺のご紹介をしていただけませんか。

森田：皆さんのおおよその自己負担額は、特別養護老人ホームで毎月約5万円、老人保健施設で約6万円、療養型病院でほしい7～8万円位と認識していただきたいと思います。

そうしますと、7、8万円の年金を持っている方ですと、施設に入ればなんとかたしかにご家族の支援ですとか、ご本人さんの相当な預貯金の切り崩しとかがあれば、なんとか生活ができそうなのですが、ところがご自宅にいきますと、いま村上さんがおっしゃったように、もし重度の寝たきり状態になりますと、やはり10万円位かかるのじゃないかと思われまます。

今後は、介護保険でいえば1割負担これが上がっていくことがほぼ確実に議論されております。施設も、いまだいたい5万円から8万円必要とされているのですが、近いうちに、いま特別養護老人ホームでも計画があるのですが、全部個室にする。あるいは9人とか4、5人とかで区切ったような施設をつくりまますと、例えば5万円のほかに3～4万円位かかると。もちろん収入を考慮して計算される部分はあるのですが、確実に費用の負担が上がっていくと、そういうことが議論されています。ですからこういった普段の生活、介護のことでももちろん大変ですし、将来的な不安は多くあるのですが、こういった金額の部分についてもいろいろ情報を集めたり、皆さんで話題にされたり、ということが必要になってくるのではないかと考えています。

出井（司会）：それでは、実際にこう経済的に大変な広い問題がありますが、難病連北海道の伊藤さん、その辺総括的なご説明も含めて、ご発言いただきますでしょうか。

伊藤（建）：国がいろいろなところでは、高齢者の年金どのくらいもらっているとかいろんな試算をしていますけれども、われわれの実感というのは国が考えているよりもはるかに低いと思います。実際に年金額の低い人が圧倒的に多いのです。

ただ、私どもはどちらかといえば高齢以前の患者、家族と接していることが多いので、余計そうなのかもしれませんけれども、なかなか施設に入る、あるいは施設を利用する、あるいは共同住宅を希望するという人というのは、そう多くはないのです。できれば、できるだけいまの生活の中でいたいか、医療として安心のできる病院、医療機関に行くことを希望するという人が多いです。そこをどうするかという問題だと思います。最近、病院の側から「3カ月ですよ」といわれたということを時々耳にするのです。あるいは「在宅に行くという条件、それを誓約しないと受け入れません」と。これでは病院だかなんだかわからなくなっているのです。医療をするのだ

か何をするのだから、「なんだこれは？」というようなことが結構多くて、うっかりどこかでボタンを押し間違えると、その後ずっと違うのです。大変な状況が起きる。それでいろんな齟齬がある。制度というものの前にみんながそれにがんじがらめになってしまっている。例えば、入院期間の短縮であるとか、いろんなかたちでいわれてくる中ですくみあがっているというか、すべての仕組みがそうになってしまって、その前にあるお互い人間であるということの関係が極めて希薄になっている。そういうことを強く最近感じます。

普段は「いろんなこんなことを考えています、こういうことをいっています、とってもいい人だと思っても、現実にはそうではないということがいっぱいあるのです。つまりある意味では、優位に立っている立場から話をしている場合と、そうでない場合とでの間に、言葉の行き違い、感情の行き違いでも、行き違いというふうに単純にないような齟齬がある。そこのところにも充分留意しつつやっつけていかなければいけないのではないかとということを、述べさせていただきます。

出井（司会）：少し時間が迫っていますので、村上さん、4番へ移っていただきます。

村上：不自由な体で夜を一人で過ごす独居者の孤独感と、緊急時の不安感は、大変なことだろうと思います。私の友人で配偶者を亡くした方々は「数年間は寂しかった、例えようのない寂しさだった、夜は心が凍るようだった」「老人の一人暮らしの孤独が時間も解決はしてくれないのだ」といいました。

独居老人は自宅から離れたくないと、行く先を決めかねているうちに倒れてしまいます。そのような人は倒れたらどこへ消えるのでしょうか。周囲が気づかないまま忘れられている人がたくさんいます。どこかの病院か、孤独死として発見され、身内がいなければ、行政の手で処理される人もいます。独居老人の変死として扱われる数はわかりません。市や警察にも聞いてみましたが「統計がないけれども、確実に増えていると思う」といっています。私も心の中でふっと「孤独死もいいな」と希望するところがあります。それは「倒れても助かって、長い長い半殺しの病床生活を送るよりは」と、不遜なことを考える時があります。複雑な心境です。

出井（司会）：ここで、実際に在宅へ訪問され支援していらっしゃるヘルパーの中川さん、訪問看護の小野さん、実際の現場の中でのご体験とともにご発言をお願いします。

坂本：その前に、ご参考までに数字をお示しいたします。西区内にある7カ所の訪問看護ステーションのご協力を得まして、1月から3月までの訪問看護をしている方の数を調べてみました。西区の65歳以上の人口は33,000人です。介護保険を何らかのかたちで利用している人は約3,500人と思われまます。そのうち訪問看護を利用している人は、一月あたり約450名です。緊急発生時の話ですが、そのうち1カ月のうちに緊急状態があつて入院した人は、ほぼ20名です。1カ月あたり450人の訪問看護を受けている人の中で20人の人が1カ月あたり入院しているということです。そのうちの10人が、いわゆる緊急の入院です。その10人のうち、半分の5人は、予定された入院先が決まっているところに入院し、また残りの5人は、予定された病院ではなくて、いままでとは違う新しい病気の発症で入院したのが5人、という数です。それで私としては、かかりつけ医を持って、定期的な訪問診療、あるいは訪問看護などを受けている方が、これだけの緊急入院の頻度がありますので、よろしいかなという感想を持っております。

会場から（男性）：私が札幌市内で協力関係にある訪問診療をやっているドクター8人の統計をとってみたのですが、この8人で月平均282人の患者を訪問診療していますけれども、その中で一カ月の間に入院になる人の数というのが14人、この三ヶ月間の平均が14人でした。したがっていまと同じく約5%の人、20人に1人の人は、訪問診療を受けている人は1カ月のうちに20人に1人が入院するという、ほぼ同じ数字になっています。この282人の訪問診療を

受けている人の中で、こういう急性増悪があった時に、引き受け先が決定しているという人が33%、3人に1人だったということでした。ですから、いまの坂本先生と同じ要旨ですけれども、ドクターの側からみても、家で訪問診療を受けている状態の人というのはこの程度の比率で緊急入院になる可能性があるので、日頃からかかりつけ医を持ち、そういう場合の引き受け先というのを確保していた方がいいのではないかと同じような意見です。

小野：多くの訪問看護ステーションでは24時間の連絡態勢をとっています。私もやはり訪問した時に脳卒中の発作を起こして倒れていて救急車を呼んで入院させたという経験などもあります。リスクの高い方には鍵をどこかの一カ所に置いておいてもらうとか、あとは隣近所に二カ所ぐらいい鍵を預けていただいて、訪問した時にチャイムを鳴らしても電話かけても出ない時に入っているか、という確約をいただいて、訪問したりして緊急時に備えております。

独居の方が、自分がサービス提供者から受けるだけではなくて、自分からも発信してほしいなと、常日頃思っているわけです。とくに独居の方は、本当に「自分が今日も元気だよ」というふうに、例えば身内の人に電話をいれると。「でも今日電話が来てなかったからどうしたのだろう？」ということで、隣の人に見ていただくとか、そのようにして受けることと、自分から発信することをやっていただくと、より安心して暮らせていただけるのかな、というふうに思っております。

中川：いま訪問看護の方からいわれたように、私たちもほぼ毎日のようにおうかがいすると、一番多いのは「やっぱり病気になったらどうしよう」、それからあとは「突然倒れたら一体誰が見てくれるのだろう」という声は本当によく聞かれます。しかし、私たちは医療的に素人ですが、訪問時に、利用者さんとお話をしたり、様子を見たり、顔色を見たり、お家の中の様子を見て「いや、いつもと何か違うぞ、何か変だなあ」というところを早く察知をして医療面につなげていくというように、何か悪いものを発見できる立場にあるのかな、と思います。

ヘルパーが訪問してもご本人がいらっしゃらないことがよくあるのです。そういう時に、例えばお隣の方に常日頃「私はどこかに行くよ」と、連携がとれている方ですと「あっ、どこかに出かけたのだな」ということがわかりますので、やはり本当によくいわれますけれども、遠い親戚より近い他人と昔からいられているとおりです。「どうしているの？」というふうに、ちょっと声をかけあったりするということが、とてもこれからますます大事なことになってくるのではないかと思っています。

出井（司会）：まさしく在宅で独居など、不安ももちろんたくさん抱えてらっしゃる中での生活ですけれども、会場の皆さんから、ご質問であり、またご提言であり、いただきたいと思っております。

会場から（女性）：私は民生委員をしている者です。もっとこういうところに民生委員さんも関わったら良いのという話です。独居高齢者の見守りの部分では、各地域の民生委員さんが1カ月に一回は訪問するということになっていまして、いろいろな連携をとりながら、実際に活動しております。独居の人でもご夫婦の人でも65歳のお誕生日になりますと、必ず民生委員のところに調査用紙が回ってきまして、1回は訪問に行って調査結果を区役所に提出することになっています。独居高齢者ということになりましても、200m以内に親族がいる時には独居とみなさないという札幌市の決まりがありまして、上下で住んでいるとか、地域にご兄弟がいるとか、子どもさんがいるという時は、あまり見守りしなくていいですよ、という仕組みになっております。民生委員さんと、今日たくさんご出席の介護支援センターとかケアマネージャさんとかヘルパーさんとのつながりが無いということの時々耳にします。ぜひ、こういう在宅ケア連絡会の関係の方々、地域の人のつながり、福祉のまち推進センターとか民生児童委員さんとかがもっと連携し、お互いに利用しあうと良いのになというのが私の気持ちです。

出井（司会）：初めて知りましたね200メートル以内ですよ。ほかの方、いかがですか。

会場から（男性）：療養型病院に勤務している医師ですけれども、在宅で畳の上で、というのがご希望だと思いますが、現実にはたしかに病院で亡くなることが多いと思います。それもいろいろと管を自分の意思とは関係なく管を入れられて、延命させられて、という場合も時にはたしかにあるのも事実だと思います。われわれも実際は患者さんのためと思ってやっているのですけれども、その時にすごく困ることが、患者さんから「こうしてほしいんだよ」という意思表示ができないことが多いのです。では、患者さんに代わってご家族から「この人こういう終末期を迎えたいという希望がありました」ということをお聞きすると、その意思が最大限に尊重されます。しかし、多くのご家族は本人から聞いたことがないので「先生にお任せします」ということになります。ですから、これからは日頃から自分がこうなった時に、もし、体が弱った時には「こういうふうにしてこの最期を過ごしたいのだ」という希望を周囲の人にお話しておいてくれば、われわれもそういう希望に少しでも近い医療ができるようになっていけるのではないかと思います。

会場から（男性）：病院の医師です。外来通院している患者さんで「私が病気になったらこうしてください」とか、あるいは「こういうふうになったら何もしないでください」などと言う方は結構いらっしゃいます。いまのご老人の方は非常に恵まれていまして、最近、非常に良い制度になりつつあるだろうと思われます。ですから、今日ここにいらしている皆さんは、かかりつけの先生に、ぜひ「自分たちはこうしてほしいのだ」ということを言う方がいいのではないかな、と思います。先ほどの独居高齢者についてですが、実は独居の方を把握しているのは民生委員の方と札幌市と消防署と警察しかいないのです。これは全く隠されたデータといえますか、把握している独居の方々、どこにいるのかということは、われわれ支援センターでさえも、病院でさえも、訪問看護ステーションでさえも、全く把握してはいないというのが現実です。そのことをきちんと認識しておいた方が良いと思います。ですから、独居の方は早目にどこかの支援センターなり、病院なりに、「私は一人住まいです」ということをはっきり言っておいた方がよろしいのではないかと思います。

出井（司会）：では時間ですので、最後のお一人ということによろしいでしょうか？

会場から（女性）：私もただいま民生委員をしている者です。札幌市ではほぼ350軒に1人ぐらいの割合で民生委員が任命されております。その中で、例えば私の持っている地域ですと、24人の独居の方がいらっしゃいます。もちろん、先ほどお話がありましたように、近隣に三親等までの方がいないという方です。その方のご健康についてはたしかにどなたも知らないわけです。民生委員が訪問をして、日常的な関わりの中で、その方の健康状態、それから、その方がどこの病院にかかっていらっしゃるか、ということをお聞きしながら把握しているわけなのです。その中で、日々とても心配なことは起きてきます。一年間にだいたい24人のうちの1人か2人は、必ず一回は入院なさいます。先ほどから本人から発信ということが出ておりまして、私もこれからは皆さんとそういうお話をしていきたいと思っております。こちらでとても気になる方は、絶えずうかがったり、それから夜電気がついていないか歩いたりしております。ただ一人暮らし、今日のテーマにある、年老いた一人暮らしになった時に、どこまでどのような情報をその方が持っているかということは、本当に身近な私たち自身が、その方と深く話し合っていくこと以外にないと思っております。したがって、これからは今日ここに集まりの皆さんのこういうネットワークも民生委員のところまで拡げていくということは、とても大事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。やはり今日のテーマは、大変大事であることは充分認識できました。最後に村上さんから、ご感想も含めてまたご発言いただければと思います。

村上：今日のお話をうかがっていきまして、この介護は、まだ土台づくりで始まったばかりなのだな、ということを感じました。そして私がまもなく要介護になるかもしれない。要介護になった時のために、皆さん方をお願いしておきたいことがあります。それは、私がベッドの上の生活になった時には、自分はどんな理由で何のために生きているのだろう？と考えるだろうと思います。マザー・テレサは、「お年寄りの悲しみと絶望は、自分が役立たずになった、誰からも必要とされなくなったという時だと、自分もそう思い、人もそう思っている時だ。」と、いいました。たとえ寝たきりでも、「おじいちゃん、あなたが必要です。生きていて私たちの役に立っています。」と思わせるような介護がしてもらえるのでしたら、私があと5年の命が1年に縮まっても、充実した人生だったと満足して最期を迎えることができると思います。これは私の最後の提言でございます。

出井（司会）：ありがとうございました。深く心に刻まれます。シンポジウムの最後に在宅療養を支援する立場からとして、札幌市医師会医療政策部長の藤原先生にご発言をお願いします。

藤原（札幌市医師会）：札幌市医師会は今年度から組織の改編をしまして、まず三つのことをやろうとしております。

一つは、地域のネットワークを強力につくろうと。これはいままで在宅ケア連絡会が各支部でできておまして、非常に活発に活動しております。これをもう少し小さな単位でもっとできるように、例えばいま5、6件の医療機関の間でネットワークをつくるとか、もう少し細かい単位までできないだろうかということを検討していきたいと思っております。

二つ目は、退院時の情報をシステム化していこうということです。これは先ほどから問題になっていると思いますが、病院から在宅に移る場合に、どこにどういう先生がいて、どういうことが得意な先生がいるのかということについて情報を集めて、それを市民の皆さんに発信できるようにしたいというように考えております。

三つ目は、これからの問題なのですけれども、新夜間急病センターが完成します。その中に医療・保険・福祉の相談コーナーといいますか、一応24時間態勢で医療・保険・福祉の相談の窓口をぜひともつくりたいということをいま行っております。ぜひ期待をしていただきたいと思っております。

高桑（司会）：ありがとうございました。それでは閉会の挨拶をいただきます。札幌市医師会手稲区支部副支部長、手稲溪仁会病院田中繁道先生お願いいたします。

田中（札幌市医師会手稲区支部）：本日は夜遅くまで皆さん本当にご苦労さまでした。私自身も聞かせていただきまして、非常に勉強になりました。先日ある元官僚から聞いたのですが、いま国会で論議されているような大きい法律はともかく、現場でやっているような法律というのは、現場がいいと思うことをどんどんやっけていかないと、できないということです。ですから、こういったようなシンポジウムに集まっていた皆さんの声を集結して、そして、先ほど医療連携という話も出ましたけれども、介護連携も、それから地域の中で地域住民の連携もつくって「僕たちこの中から新しい法律をつくっていくような声にしていければ」というふうに考えました。次回もこういったような会を催していただけるのだと思うのですが、皆様ぜひ声をあげて、皆さん悩んでいますことを、それから、こうしたらうまくいっているというようなこともありましたら、ぜひ発言していただいて、できれば法律にまでつくっていくような声にしていただきたいと思っております。

高桑（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終了とさせていただきます。

## 第83回 連絡会

### シンポジウム：「地域包括ケアシステムをめざして」

～平成18年度介護保険見直しにより新設される地域包括支援センターに望むこと～

平成17年5月17日（火） 18時30分から 西区区民センター 大ホールにて  
出席者は、一般市民 約50名を含め、250名。

基調報告 : 杉岡直人さん（北星学園大学社会福祉学部）  
シンポジスト：渡部啓正さん（コムスン札幌手稲ケアセンター）  
乙坂友広さん（ケアマネージャ連絡協議会）  
住友里砂さん（在宅介護支援センター発寒北）  
総括発言 : 前沢政次さん（北海道大学病院総合診療部教授）  
司 会 : 梶 尚仁さん（札幌市西区社会福祉協議会）

梶（司会）：このシンポジウムの主旨は、平成18年度介護保険制度の見直しに伴い創設が予定されている地域包括支援センターに対してどのようなことを望むのか、ということです。介護保険の事業所、ケアマネージャの方、それを利用する地域の皆さんと一緒に考えます。基調報告の北星学園大学社会福祉学部の杉岡直人先生、お願いいたします。

杉岡：今日は、地域包括支援センターということで、一体どこにどんな問題があるのかということ、ケアマネージャを始め、さまざまなサービスに関わっている方々とともに今回いろいろと勉強させていただければと思います。

5月31日にも、また介護保険の事業計画の委員会もありますので、こうした機会に、かなりのキャリアを持って在宅ケアのあり方について取り組まれている「西区在宅ケア連絡会」の方々の蓄積のあるお話をおうかがいした上で、どんな課題を今後考えていけばよろしいのかということについても、ぜひ新しいアイデアをおうかがいできればと思っています。

コミュニティケアの本格展開の課題というのは、実は介護保険の動きの中では、当然のように障害者の方のサポートについても動き始めているわけです。いずれは介護が必要としている人に対する介護保険制度ということで、高齢者を含めて一本化されるような、概念的にはコンセプトを持っているわけです。コミュニティケアの定義そのものは、地域で自立した生活を望んでいる人たちが、自分の力ではカバーできないもの、あるいは不足しているサービスを提供していくという仕組み自体が、コミュニティケアのシステムなのです。コミュニティケアそのものは、包括的なケアの仕組みをもともともっているわけです。それを、いままでの介護保険制度というのは、高齢者に限定し、15種類の特例を設けて組み合わせるということになってはいますが、もともと包括でなければいけないし、包括の意味を実態としてうまく実現していくためには、包括にしなければいけない問題点を、逐一チェックしていかなきゃいけない、と考えております。

そういう面では、地域で生活していく上での具体的な課題については、利用者の生活ニーズにうまくアプローチするような仕組みと、それを吸い上げて、かつその問題を代弁できるような人とも一緒に専門職が共同して取り組むということが必要なわけです。

介護保険がいろいろ問題だらけだといっても、すぐれたケアマネージャの下では、すぐれた実践と評価を実現しているわけです。いままでの実績を生かした新しい包括支援センターの結びつきをどう考えていけばいいのかということは、実態を前提にして協議を重ねていただくことがポイントかなと思います。決していびつなものがそのままになるということではなくて、制度は自分たちで作直していくという作業を、いつも自覚的に取り組まなきゃいけないと思います。ぜひこの機会に問題、課題をどう考えて整理をしていったらいいのかということについて、議論を深めていただきたいと思います。私からの話題提起を終わらせていただきます。

梶（司会）：それでは、株式会社コムスン札幌手稲ケアセンター所長の渡部啓正さんから、訪問介護事業所としての立場からのご発言をいただきます。

渡部：サービス事業所の立場からお話させていただきますと、地域包括支援センターにはいろいろな情報を提供していただくことを希望いたします。

まず、介護予防に関する情報ですとか、データというのは支援センターに集中するために、サービスの質の向上に関わる情報は常に地域全体において共有をはからせていただきたいと思いますので、情報交換のできる場や勉強会などの場を定期的により多く開催していただけたら良いと思います。

医療、福祉、保健を巻き込んだ勉強会の開催を定期的に行っていただき、その中に地域の利用者の方々も参加できるようにしていただけると、利用者の方々からのご意見など、そして、なにをいま望まれているかということを把握することができまして、運営の透明性、情報の共有を行えるのではないかと思います。

地域密着型サービスである地域包括支援センターは、地域における介護予防の中心的役割を担っていると思われまます。その点において、各職種や各機関との連携は必須であり、支援センターからの積極的な情報発信を希望しております。それとともに、現場に家族を訪問して情報を多く持っているヘルパーとケアマネージャさんや、他職種の方々との情報交換をできるものを設けてもらうことによって、より質の高いサービスを提供できるのではないかと考えております。また他事業、他職種の方々で、もちまわりで勉強会などを開催するという事も考えていただければと思います。

梶（司会）：続いて、ケアマネージャの立場からとして介護支援専門員連絡協議会西区支部の乙坂友広さんのご発言をいただきたいと思ひます。

乙坂：この地域包括ケアシステム構築についてのシンポジウムの目的は、みんなで議論をしながら、あるべきこのシステムを目指して提言をしていこうということでございます。

私は介護保険の制度が始まる前から、支援センターにいた一人でありまして、介護保険が始まってから、ケアマネージャとして、約50件のご利用者の方を担当させていただいております。その仕事をしながら、常々感ずるのは、よく自立、自立という言葉がたくさん出てくるのですが、ケアマネージャはいろいろ苦しい思いをしながら、その人の自立支援に向けてサービスの調整をしているのではないかと思います。

介護の保険制度というのはたしかに、自立支援と謳っていますけれども、実はサービスを利用する多くの方が、あまり地域に頼ろうという感覚じゃないのが現状なのです。そのような中で、やっぱりサービスだけに頼っては、今後やっていけないだろうということで、そこで初めて地域というキーワードが出てきて、何年か前から札幌市の方でも基幹型センターを中心に、地域開拓という形で進めているのかなと思っております。

ケアマネージャとして非常に大変なのは、プライバシーの問題です。今年の4月から、個人情報保護の問題が出ています。いろいろなキーワードがあるのですが、地域をつくろう、でも個人の情報は保護しよう、などと相反することが、どんどん情報として先走っていて、本当に私たちケアマネージャが、ケアマネの仕事を実際に地に足がついているのかな、などと思っております。ですから、底辺から考え直す機会を持つというか、制度についていこうと走るのではなくて、少し戻りながら、足元を何か固めてくという必要があるのかなあ、などと私は考えております。ですから、地域包括支援センターが今後展開していこう活動についても、今一度足元を見直しながら、考えていかなければいけないのかなあ、と思ひます。

梶（司会）：西区在宅介護支援センター発寒北のセンター長、住友さんに、支援センターという立場でのご発言をいただきたいと思ひます。

住友：包括センターに望むことは、地域に根ざしたセンターをつくっていただきたい。最も大切なことは、専門職が意識的に地域に根ざして地域住民との結びつきを強めることである、と思います。この意識的というものが、非常に大事で、専門職として意識して、待ちの姿勢ではなく、地域の中にどんどん入っていかねばいけないと思います。

地域に根ざすために大切なこと。1番目は、これは、地域のニーズの早期発見。住民サービスの接近の可能性を高めることだと思います。地域の中にどんなニーズが隠されているのか、どんなサービスにつなげていくことがいいのかということを考えていく。専門職が、専門職のそれぞれの力を発揮して考えていく、ということが大切じゃないかなと思います。

2番目として、地域の実情に応じた効果的な資源の運用をはかることであると思います。これは、地域にはいろんな施設ですとか、事業所ですとか、また地域のボランティアさんなどがいる場合があります。そういう実情をきちんとふまえた上で、それに応じた効果的な資源の運用をはかること、それが大切なことではないかなと思います。3番目としまして、専門職が地域の実情を熟知することによって、個人が互いを共感しあい安心して暮らせる街を目標にすることです。そのために、意識的に地域に向けてさまざまなネットワークを生み出し、展開していくことが地域での多様な取り組みにつながっていくと考えるということです。お互いを共感しあい、安心して暮らせる街というのはなかなか現状では難しいじゃないかなと思いますけども、平成17年度、札幌市の65歳以上の高齢化率が16.5%です。10年後の2015年になりますと、26～27%になります。そう考えるといろんな公的なサービスのみならず、地域の皆さんの助け合いというのが本当に大切になってくるのじゃないかなと、そのとき必要になってくるのが地域に向けてのさまざまなネットワークづくりじゃないかなというように思っております。

安心して暮らすためにはネットワークづくりが重要です。地域活動の代表者と保健、医療、福祉の専門職が集まり、介護予防、生活援助や介護保険について意見交換、情報交換を行い、当事者主体のもと、高齢の方を介護している家族に対する保険、福祉サービスの向上をはかるとともに、できるかぎり介護を受ける時期を遅らせることにつながります。当事者主体で当事者、家族の方を中心にして、そのまわりに円を描くように、地域の皆さんや各専門職の皆さん、介護保険のサービス事業所やケアマネージャが円を描くように、当事者の方を見守って支援していくことが、介護予防にもつながるだろうと考えております。

最後に、超高齢社会で安心して暮らすために、支援センターとしての組織やシステムが変わったとしても、そのための条件整備を、住民行政、あらゆる専門職が進めていくことが大切だと思います。住民の方がこの地域に住んで良かったと思え、助け合いの輪の広がり、私のことは私が決めるということから、私たちのことは私たちが決めるという組織化が広がっていくのだろうというふうに思います。非常にそれは難しいことなのですが、いろんな職種の方、専門職の方が力を発揮して、いろいろな意見を交換しあうことで、そして地域の住民の方、当事者の方、当事者の方で困難事例の方なんかは、本人は困ってなくても、まわりが困っている。まわりの方と本人の方を交えての話し合い、そういうことが必要なんじゃないかなと思っています。ちょっと短いのですが、地域型の支援センターとしては、包括型の支援センターにこのような形で望んでおります。

梶（司会）： 基調報告は介護保険制度の改定のおおよその概要、地域包括支援センター創設という、この2点お話をいただいて、最後にコミュニティケアを展開していくための課題ということで問題の提起がございました。それから、シンポジストの渡部さんからは、保健、医療、福祉の連携をはかる情報交換の場、勉強会などの定期的な開催を望むということ、乙坂さんからは、地域包括支援センターが今後展開していただく活動に関連して、ケアマネージャとして制度についていこうと走るのではなくて、少し戻りながら、足元を何か固めてくという底辺から考え直す機会を持つという必要があるのではないかと、という発言、住友さんからは、地域に根ざした支援センターであってほしい、あるいは、地域活動の代表者と保健、医療、福祉の専門職が集まり、介護予防、生活援助や介護保険について意見交換、情報交換を行い、ネットワークを形成し

ていくことを望みます、というご発言をいただきました。

それでは、会場の皆さんからご意見いただければと思います。

会場から（女性）：私は、どちらかというと介護保険外のサービスということで、自宅療養中の方に、足裏マッサージ、リフレックソロジーをしております。何人か利用していただいている方のお話を聞くことがあります。その中で思ったことは、地域、利用者の方も一緒に情報交換できるような場をというお話もありましたが、いくら地域でそういう場を設けてもらっても、私は行けないという声ですとか、いろんなサービスがあるということすら知らなかったという方がおります。結局、行政とかいろんな専門職の方による、いろいろなサービスがたくさんあるのですが、実際に利用できるものがあれば利用したいと思っている方へ、そういう情報が届いてないということが現実としてあります。ですから、できるだけ地域の皆様のところへ行くという姿勢で、ぜひいろんな情報を得て、本当に生の声を聞いて、より良いサービスをどんどんつくっていただきたいというのが実感であります。

梶（司会）：はい、ありがとうございます。いまのお話の中で、本人を含めたその検討する場があっても、利用者の方は行けないようなこと、情報そのものがわからない、知らされていないというような現状、そういう利用者からのお話であったと思います。

現在もケアプランを立てる時にご本人を交えて立てるといことが多いかと思います。あるいは、自己評価の部分でもご本人さんを交えるとか、あるいは関係者の方々が集まってするということがあろうかと思いますが、そういう点では乙坂さん、住友さんいかがでしょうか。

乙坂：私も、最初に制度の説明をするのですが、利用者の方から聞く第一声が、「あ、こんなのがあったのですね。」ということはやはり多いです。私どもも、それをいかにわかりやすく説明するのかということに主眼をおいています。なかなかケアマネージャというのは、どちらかというと、孤独な仕事みたいでして、あまり情報の共有が事業者間でされていないのですね。公平中立の立場でありながら、仕事としてやっている側面があるのですから、あまりそういった情報の共有がされていないのが現状です。そのあたりを、区の専門員連絡協議会、区単位にまとめて、情報の共有化をして、西区のケアマネさんはどこの誰に相談しても、連絡協議会に入っている人は、どこでも、ある程度の水準を保てるのだなというようにしていきたいと思います。

5つの給付管理をするのはケアマネージャさん大変なのですが、私は、利用される方が選べる領域までサービスをどこまで噛み砕いて説明できるかというのが仕事なのかな、と思っておりますので、そういう観点で一応させていただいています。新しい地域包括支援センターをどこを中心に、どこまで拡げていくのかという点について、皆さんの期待する意見をどんどん出していただいて、ふくらませていくことはできないのかなというように、私は考えております。

住友：カンファレンスのことですが、現在はご自宅でご本人を交えて、ケアカンファレンスを行うようにつとめています。ご本人がいた方が本当にご本人のために良いだろうと思い、本人を交えたケア会議を、事業所で開催しております。ですから、足が不自由であるなどとしましても、いろいろなサービス事業者の方をケアマネージャが把握されると、調整をして、ケアカンファレンスはできるのじゃないかなと思います。

梶（司会）：それから、広報が不足をしているのではないかという意見がありましたが、杉岡先生いかがでしょうか。

杉岡：実際に私どもがですね、介護保険の推進事業の委員会をやっていて、その地域代表の委員の方から指摘されるのも、情報が十分いきわたってないとか、知られてないのではないかと、ということです。しかし、実際には、困った時に何かないかなというふうに思うのが常ですので、むし

る情報が十分伝わってないのだというのは、普段そういうことに興味を持っていなければ、たくさん情報が提供されても、なかなかピンとこないものです。実際に有効なのは、やはり、自分が信頼している人からの情報だと思います。それは、地域の中に生活していて、あの人に聞けば大丈夫だという人に居てもらおうということが重要だと思います。

伝統的に社会福祉協議会というのは、コミュニティソーシャルワークをやるということになっております。そこでいま考えているのは、まちづくりセンターのようなところに、包括支援センターがくっついていて、そこに社協職員がいて、地域のことをいろいろ一緒に考えて活動しているという状態です。そして、そこに保健医療福祉の専門職が、話をつないでサポートしあうというイメージをつくっております。しかし、専門職をつなぐ人が実はあまり簡単にはいないということもたしかです。ですから、誰か情報をたくさん持っている人を見つけましょうということをやりたいと思います。ですから、誰か情報をたくさん持っている人を見つけましょうということをやりたいと思います。ですから、誰か情報をたくさん持っている人を見つけましょうということをやりたいと思います。そのような人、民生委員とか、町内会の活動をされていたり、地域の世界役になっている方が多いわけで、そこに相談しやすい仕組みがうまく作られれば、より効果的になるのではないかと思います。

梶（司会）：先ほどお話いただいた中で、自立あるいは地域支援、地域づくりというキーワードがあるようです。乙坂さん、自立という点についてもう少し詳しくお話いただけますか。

乙坂：ケアマネージャとして、とくに要支援ですとか要介護1の方に関わる時に、非常に自立という状態により近い存在であろうと思います。ただ、自立というのは、皆さん、人それぞれ違います。私は、自立支援とは、いわゆる主体的に自分の生活を捉えていく中で、そのイメージした主体的な自分の、達成するための何か手助けという点かな、と思っています。より良いケアマネを目指して、私も自立に向けてやっているのですけれども、私は、常に自立とか主体ということを実現させるのは、一緒に長くやっていくことでしかないのかな、と思っています。それを投げ出したり諦めたりしないようにつとめております。

梶（司会）：フロアーの方から、ご発言いかがでしょうか？

会場から（男性）：私は、病院の医療ソーシャルワーカーです。本日のテーマが地域包括ケアシステムを目指してとありますので、在宅で自立した生活をするには地域をどういう視点で考えているのかという質問をいたします。

この西区在宅ケア連絡会がいままで一生懸命在宅のお年寄りを見守ってきた経緯を見ると、その地域という言葉への認識としてはあまり広範囲には捉えてはいないのかな、と思います。そこで、皆さんの立場で、地域とはどの単位、範囲をイメージしていらっしゃるのか、お聞きします。この認識を少しでも理解していれば、今後どのようなシステムが良いのか、そしてさらに包括支援センターはその地域の中でどのような役目を担うべきなのか、という点について整理されると思います。そして、行政に対しては受身の姿勢だけではなく、積極的にその活動のビジョンを発表していくことが重要で、それこそが、いままで積み重ねがあるこの在宅ケア連絡会の活動の持つ意義ではないかと思っています。

現在の在宅介護支援センターは、市内に約60カ所、各区に6カ所とのことですが、この数がどうか、その中で、委託されるところとそうでないところが出てくるのかもしれない。もし、支援センターの業務を継続しないところが出てくるならば、新しい地域包括支援センターが今後これらの事業所と連携しどのように在宅の方の援助ができるのか、が重要となります。できればいままで在宅介護支援センターとしての活動実績を積んできた皆さんにがんばってリーダーシップをとっていただきたい、と思います。そしてそのためにも、先ほどいった地域の範囲と言うことに対して、ある程度同じ認識を持つことが良い連携につながるのではないかと思いますので、それぞれのお立場で、地域とはどのような範囲か、ということを質問いたします。

梶（司会）：地域という範囲を、どのような認識を持っているか、順にお願いします。

住友：私の地域の認識というのは、本来西区全体を考えなければいけない、というふうに思っているのですけれども、支援センターという立場から考えると、現在、支援センター発寒北地域には、高齢者が、2,500人いらっしゃいます。職員3名といいますが、兼務ですので、1.5人ぐらいで見ているのは、2,500人でも多いぐらいかなというように思っています。私の場合は「発寒北地区が良くなればいい、発寒北地区を良くしたい」。その気持ちだけで、いま仕事をしています。それでいっぱいいいかな、という気持ちです。

乙坂：地域という範囲をどう考えているかということなのですが、私は広く西区全体、区単位なのかなというように考えておまして、その区単位の横の連携がうまくいけば、札幌市内どの区にいても滞りなく生活がしていけるのだろう。大きな枠で捉えればそうです。でも、具体的に地域の展開となった時には、今住友さんがおっしゃったように、一つの単位、町内会であるとか、そういうなところまで浸透していくのが、最終的な目的ではないかと思っています。

渡部：私の場合ですと、訪問介護事業所ということになりまして、今、手稲区のセンターになりますので、やはり、地域ということを見ると手稲区ということになると思います。それはどちらの訪問介護事業所の方もそうだと思います。私どもの会社も各区にありますし、例えば、西区の訪問介護事業所のサービス提供責任者の方に同じような質問をすれば、やはり西区ですという答えをされると思います。僕が考える中では、手稲区をよりよい住みやすい地域づくり、要するに、他の職種の方とも上手に連携をとって行って、例えば、札幌市内で、「手稲区っていいよね」といわれる立場になれば、そして、他の区の方たちが、手稲区を見習おうか、といってもらえるような地域づくりを目指しております。

梶（司会）：住友さんは仕事をしている地区、おおよそ連合町内会の範囲。乙坂さんと渡部さんが事業展開をしている区内の範囲と捉えるという、お答えをいただきました。私が考えていることを述べますと、だいたい単位町内会ぐらいを地域というように思っております。それはなぜかといいますと、だいたい住んでいる人口ですとか、世帯の数ということを見ると、連合町内会であれば、多いところで2万～3万、少ないところでも1万5千位、全市で見るともっと多いところもありますけど、それであると、人数が多すぎ、世帯数も多すぎるかなと考えております。単位町内会ですと、平均すると200前後位かなと思います。そうしますと、だいたい顔を合わせればなんとなく覚えているかなということがあろうかと思えます。

この地域包括支援センターの創設に対しては、日常業務の中で実際どのようなことが必要なのかをよく考えることが重要かと思えます。そして、このサービスを利用している人、あるいは現場の実務者がどんどん声を出していくということが必要ではないかと考えております。

会場から（女性）：保健師の〇〇と申します。介護保険制度に関しましては、何もわからない部分がたくさんありまして、言葉も難しかったり、あるいは、これはどういうふうに解釈すればいいのかなと思ったりしました。やはり手元に各演者さんのレジュメというのがほしいと思います。

そして、レジュメの中に使っている言葉の中で、専門用語でどんどん入ってきていますがその解釈というのは、それぞれ違うと思います。例えばコミュニティというのはどういうことなのだろうか、一体コミュニティ、あるいは、それからいろんな、そのような難しい言葉の中で、いってみれば「自分のコミュニティはなんだろうか？」と考えましたら、今日会った地域の人、何人の人と挨拶を交わしたのか、ここから出発するような気がするのです。自分の家族の中に、何人の人に声をかけたか。自分の家族から離れて安心して生活ができることが、私たちのこの介護保険制度の出発点ではなかったのでしょうか。そう考えますと、もう少し、家族が中心ではなくて、一個人が中心であるということ、もう一回この介護保険制度を出発させてところによるのでは

ないかと思うのです。そうしますと、同じ家族の人が安心して給付ができる介護保険制度でなければいけないのではないのでしょうか。そして、その家族が安心して、一日その地域で生活できるようにしていくことが、介護保険制度の目的ではなかったかな、と思うのです。

毎日の生活の中で、「自分たちがなにを自立しているか」と思います。自分たちの介護までいくまでの間の、毎日の生活の中で、自分は洗濯をしているだろうか、掃除をしているだろうか。自分が毎日の生活の中で、どれだけ自立しているか。そういう部分の選択、そういうものを願っていたと思うのです。そして、地域的なものというのは、やはりどんな地域に移っても「自分たちは地域の一人なんだ」という意識づけというか、自分がどこへ行っても安心して生活ができる、これが地域だと思うのです。どこの区域、あの区域というのはないと思うのです。その気持ちをやはり皆さんでつくっていききたいと思うのですけれど、いかがなものでしょうか？

梶（司会）：次回からは、資料の準備を考えたいと思います。それから「個人を中心とした制度として、介護保険制度はできたのではないか？」というご意見です。そもそも、それぞれ個人個人として、その介護を利用していくという目的で、この介護保険制度というはできているわけですが、生活全体ということを考えてみた時に、一つの世帯であったり、家族であったりということは否めないと考えられます。まとめに近くなりますが、いまの介護保険制度は「個人を中心としたものになっているか」という点で、杉岡先生いかがですか。

杉岡：介護保険の理念というのは、支え合うという仕組みを、保険という制度で成立させて、みんなが支え合う仕組みにどのように結びつけたらいいのか、ということからスタートさせたのです。これは介護の社会化を進めるさまざまな問題提起を受けながら、特定の人が介護のためにさまざまな苦勞を強いられることとか、あるいは介護を受ける方も自分に必要な介護を家族に依存しなければいけないこととか、そういうものから「できるだけ解放されるように」ということであつたわけです。そして、誇りを持ってその制度を使える、あるいは、安心して制度が、働く人を支えるような仕組みにしなければいけないという面で、介護の社会化を実現する一つの重要な柱として、介護保険制度をスタートさせたわけです。したがってご指摘のように、個人の生活や大事にしていることなどを守るための制度をどうするのか、という点が重要です。

実際にサービスを利用していく上での充実度ということからすれば、まだまだ不十分な点もあるわけです。これを先ほどの「自分たちが住んでいる地域の中で、充足できるような仕組みをつくる」ということになれば、先ほどの「地域とはなにか？」という質問、あるいは指摘をしていただきましたが、私もそういわれてみると考えてしまいます。地域包括といっても、包括される必要があるのは、やはり個人なのです。個人に対して包括的なケアシステムということが、うまく機能するようにして初めて、地域包括ケアというものが意味を持ってくるわけです。そのためには地域包括ケアを、どのユニットでやればいいのか、ということになります。

つまり小さな特養を小学校区ごとに全部つくるといふようなところが、ある面では、地域の中の小規模多機能ホームの推進というのも、実はそういうところにあつて、住み慣れたところに安心して通えるような場所をいくつも作り、なるべくその地域の中で生活できるような機会を確保するというようなあり方に、その地域包括支援センターがどういうイメージで作られればよいのかと思います。これを何カ所必要なのかということのも、何人の専門家がどんなほかの専門家と連携してうまく行き届いたサービスにしていけるのかということになりますので、いくら地域包括支援センターを作ってもそこにどのぐらいのキャパシティを持った体制を作れるのかという面では、やはり専門職の人のカバーできる範囲と、そのネットワークを持つような範囲によることになります。

その自宅でカンファレンスするといつても、それをやれる人の数もまた、つながっていかなくちゃいけませんので、今のところは札幌市だけのことを考えれば、せいぜいのところはですね、連合町内会単位のようなところに、最大公約数的な拠点があつて、それをサテライト的にカバーできるような仕組みをどうやって作ったらいいのか、というふうにつないでいくことが必要だと思

いますし、それを生かせるような仕組みに、やっていくためには、その地域の生活をしている人たちにとっての、一番身近な範囲での拠点をなんとか確保しなければいけないということを、具体的につめていく必要があるんじゃないかなというように思います。

梶（司会）：この包括支援センターの創設は、実は2年間の猶予期間がありまして、最も遅くて平成20年度から、ということになるかと思います。それまで、実際どのようなことが必要なのか、このサービスを利用している人、この実務にあたっている現場の人がどんどん意見を出していくということが必要ではないかと考えております。

最後に、北海道大学病院総合診療部前沢先生から、まとめのご意見をお願いいたします。

前沢：北海道大学病院総合診療部の前沢です。私は、地域包括ケアシステムとかというところが、がぜん、燃えるものがあるのです。札幌に来て、9年と少し経ちました。その前は、宮城県の涌谷町というところで、このシステムをつくろうという町長と一緒に8年間仕事をしました。結局、何もできなかったかなあと反省ばかりなのですけれども、今度の包括支援センターも、まあ言葉はカッコいいですけれども、何もできないだろうと思います。できると思ったら、それは幻想か、よほどのお人好しかとと思っていただければというように思います。

国の話をすると時間がないので、こういうことをやる時には、私は、保険と医療と福祉、ちょっと教育、社会教育みたいなものを合わせて仕事をしたのですけれども、三つ平衡してうまくやろうとか仲良くやろうといっても、絶対うまくいきません。それで、必ず一つ、今何をやるかということを見つけていただくというのが支援センターの大きな役割ではないかということです。総合相談支援とか、介護予防マネジメントというのは、何のことなのかわかりませんし、継続的で、高い立場、中立公正なケアマネジメントとかも何のことかわかりません。

それで、今、私が北区でやろうと思っていることは、住んでいてかつ働いている場所でやろうと思っていることは、やはり、これから団塊の世代、自分がそうなのですけれども、団塊の世代の人たちに、やっぱりメンタルヘルスをまずきちんとやるということとして、地域包括支援センターと結びつくかどうかわかりませんが、遠い道のりではあります、今一番大事なことではないかなと思っています。

外来でやっておりますと、定年あたりを境にうつ病の方がたくさん来られます。先週も学会に行って聞いてきましたが、うつ病というのは本当にたちが悪いようです。心臓の虚血性心疾患という心筋梗塞とか、狭心症とか、一番の悪は、高脂血症でも、糖尿病でも何でもなく、「うつ」だという報告も最近世界的になされているようでして、このメンタルヘルスあたりを、地域づくりに合わせてどうやっていくかというあたりが、重点なのかなと私は思っています。

皆さんのところでは、住友さんもいわれたように、地域づくりの推進者の方と、皆さんとがやっぱり話し合いの場を持って、自分の地域ではどんなことを重点において、地域包括支援センターを作っていくのかということをも十分議論して進めていただければと思います。西区には、時々おじゃましていろいろ勉強させていただいております。勝手なことを申しあげましたけれども、あまり三つのことを一緒にやろうと思うとうまくいかないということです。どこかに重点をおいて、それを何年かやっていくこと、こういう物事というのはだいたい螺旋階段上にしか成長しないことになっておりまして、それが世の中の鉄則であります。どうかいいものを皆さんでつくりあげていただきたいと思っています。

梶（司会）：基調講演の杉岡先生、シンポジストの渡部さん、乙坂さん、住友さん、ご発言の前沢先生、ありがとうございました。これで本日のシンポジウム終了といたします。

## アンケート結果

### Q 1 在宅ケア連絡会全体の印象

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
良い	58(70%)	39(61%)	22(58%)	33(57%)	48(59%)
普通	25(30)	24(38)	14(37)	22(38)	32(39)
改善の必要あり	0(0)	1(2)	2(5)	3(5)	2(2)

### Q 2 開催回数の設定

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
良い	71(96%)	60(94%)	36(95%)	52(93%)	74(88%)
多すぎる	3(4)	4(6)	2(5)	2(4)	8(10)
少なすぎる	0(0)	0(0)	0(0)	2(4)	2(2)

### Q 3 在宅ケア連絡会の内容について(事例検討3~5, 社会資源について, その他研修)

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
この内容で良い	64(84%)	49(80%)	30(83%)	52(75%)	56(66%)
事例検討中心	12(16)	7(11)	1(3)	5(7)	10(12)
研修中心	0(0)	5(8)	5(14)	12(17)	19(22)

### Q 4 例会に出席して良かったこと(複数回答)

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
人と人のつながり	39(47%)	25(39%)	19(50%)	12(21%)	30(37%)
事例からの学び	51(61)	47(73)	24(63)	30(52)	25(30)
研修内容	40(48)	27(42)	21(55)	24(41)	53(65)
さまざまな情報が得られる	68(82)	54(84)	26(68)	43(74)	56(68)
医療的な知識	16(19)	13(20)	7(18)	2(3)	34(41)
自分の事例の解決	6(7)	2(3)	4(11)	4(7)	3(4)
その他	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

### Q 5 介護保険制度との関連

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
このままの内容	60(71%)	39(72%)	34(87%)	29(54%)	55(71%)
カンファレンスの場	23(27)	15(28)	5(13)	22(41)	22(29)
別の内容	2(2)	0(0)	0(0)	3(6)	0(0)

### Q 6 在宅療養推進のために、この会の将来的な位置づけ

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
NPO方式	17(18%)	10(19%)	5(14%)	9(17%)	7(9%)
第三セクター	22(23)	3(6)	0(0)	3(6)	4(5)
現状のまま	58(60)	39(75)	32(86)	41(76)	64(85)
他の方式	0(0)	0(0)	0(0)	1(2)	0(0)

### Q 7 在宅ケア推進の地域ネットワークの形成を目的とすることについて

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月
賛成	70(83%)	57(92%)	34(87%)	40(85%)	74(88%)
わからない	13(15)	5(8)	5(13)	7(15)	10(12)
他の方向性	1(1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

出席者

	医師	歯科	看護師	保健師	P-T	O-T	S-T	栄養士	薬剤師	歯科 衛生士	SW	介護 福祉士	社会 福祉士	ケアワ ーカー	ヘル パー	事務	福祉 建設士	その他	計
第1回	9	0	1	8	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	1	24
第2回	11	0	9	7	3	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	2	0	4	40
第3回	11	0	7	8	1	0	0	2	0	0	4	0	1	0	0	1	0	2	37
第4回	8	0	15	7	4	3	0	6	0	0	5	1	0	0	0	4	0	3	66
第5回	16	0	14	14	4	1	0	3	0	0	9	3	0	0	1	5	0	8	78
第6回	13	0	16	11	8	2	0	3	0	1	9	1	0	0	0	2	0	5	71
第7回	17	0	22	9	8	1	0	4	2	0	13	2	0	0	2	1	0	5	86
第8回	16	4	27	10	6	2	1	4	0	3	8	1	0	0	2	9	0	6	90
第9回	16	4	26	9	13	5	1	5	0	4	13	1	0	0	1	2	1	6	107
第10回	8	13	29	8	5	3	0	2	3	1	6	0	0	0	4	3	0	3	88
第11回	14	5	28	10	7	0	1	2	2	1	8	1	0	0	5	2	1	2	89
第12回	19	7	28	12	4	0	1	3	2	1	10	1	0	0	3	3	1	8	103
第13回	13	10	26	10	2	1	0	2	1	1	7	0	0	0	2	2	1	12	90
第14回	13	2	28	5	8	1	0	3	1	0	12	0	0	0	1	4	1	5	84
第15回	19	3	35	7	10	2	1	2	3	2	12	1	0	0	2	6	1	8	114
第16回	15	1	25	7	2	1	0	0	2	2	12	0	0	0	5	4	0	2	79
第17回	16	5	32	10	5	1	0	1	2	4	13	3	0	0	1	1	0	2	96
第18回																			136
第19回	11	3	23	11	2	4	1	0	3	1	11	3	0	0	2	3	1	1	80
第20回	9	6	25	8	2	2	1	1	2	1	11	1	0	0	2	4	0	5	80
第21回	8	3	21	9	2	0	0	0	2	0	11	2	0	0	3	4	0	2	70
第22回	14	3	23	8	1	1	1	0	2	1	10	0	0	0	8	0	3	0	81
第23回	8	4	24	8	1	2	1	0	0	2	9	2	0	3	4	2	1	5	76
第24回	12	4	30	8	1	1	0	1	1	3	12	1	0	5	4	0	0	6	89
第25回	11	4	19	9	1	2	0	0	1	1	11	0	0	3	2	1	0	4	69
第26回	12	2	27	3	2	2	0	1	1	1	9	1	1	5	5	1	0	6	79
第27回	8	2	19	5	1	1	1	0	2	2	15	2	0	0	5	1	0	11	75
第28回	9	2	28	6	3	2	1	1	2	1	14	2	1	4	5	2	0	7	90
第29回																			187
第30回	7	2	27	4	6	2	1	1	0	0	16	1	0	11	7	1	1	9	96

	医師	歯科	看護師	保健師	P T	O T	S T	栄養士	薬剤師	歯科衛生士	S W	介護福祉士	社会福祉士	ケアマネジャー	ヘルパー	事務	福祉士	その他	計
第31回	8	2	25	4	4	3	1	0	4	0	13	4	2	9	6	4	0	11	100
第32回	6	3	21	4	1	1	0	0	1	0	9	4	0	7	3	1	0	6	67
第33回	6	4	24	7	2	2	0	0	2	0	12	3	0	9	6	4	0	6	86
第34回	7	3	15	2	1	1	0	0	0	1	11	1	0	7	1	3	0	6	89
第35回	5	5	19	5	2	1	0	0	0	0	13	2	1	6	0	6	0	6	72
第36回	3	2	17	5	2	1	0	0	0	0	10	1	0	3	2	4	0	14	63
第37回	8	0	13	5	0	0	0	0	0	0	6	1	1	2	3	2	0	11	52
第38回	8	2	11	6	2	0	0	0	0	0	6	0	0	3	3	4	1	7	53
第39回	6	2	21	7	5	2	0	0	0	0	9	0	0	3	3	3	0	12	73
第40回																			144
第41回	4	1	13	7	3	2	0	0	0	0	13	0	0	4	1	3	0	6	57
第42回	6	2	18	9	1	1	0	0	0	0	12	0	1	3	1	2	0	5	61
第43回	12	1	14	4	3	1	0	0	0	1	13	1	1	5	2	1	0	2	61
第44回	5	1	14	7	0	0	0	0	2	0	8	4	1	13	2	5	0	17	79
第45回	9	3	3	3	3	2	1	0	0	0	10	0	0	3	0	3	0	1	41
第46回	6	1	5	6	3	1	0	0	0	0	7	2	0	6	0	2	0	5	44
第47回	3	1	6	3	3	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	2	0	2	24
第48回																			120
第49回	7	1	11	3	1	0	0	0	0	0	6	1	0	6	1	3	0	8	48
第50回	4	1	14	4	3	0	1	0	0	0	8	1	0	4	0	2	1	9	52
第51回	5	0	14	9	4	1	1	0	0	0	12	1	0	6	0	2	0	3	58
第52回																			280
第53回	7	1	19	4	1	0	1	0	0	0	13	1	1	4	1	3	0	14	70
第54回	6	1	13	4	0	0	0	0	0	0	9	1	0	6	6	2	0	16	64
第55回																			420
第56回	6	1	15	3	0	0	0	0	0	0	12	0	0	7	4	3	0	11	62
第57回	6	1	15	2	1	0	0	0	0	0	18	3	1	4	2	6	0	17	76
第58回	5	1	10	1	1	0	0	0	0	0	13	1	1	3	3	4	0	4	47
第59回	6	1	19	4	1	1	0	0	0	0	9	1	1	2	2	3	0	3	53
第60回	4	0	16	4	0	0	0	0	0	0	5	2	2	2	4	2	0	5	46

	医師	歯科	看護師	保健師	P T	O T	S T	栄養士	薬剤師	歯科衛生士	S W	介護福祉士	社会福祉士	ケアマネジャー	ヘルパー	事務	福祉保健士	その他	計
第60回	2	1	11	2	3	0	0	0	0	0	6	0	2	1	3	5	0	4	40
第62回																			320
第63回	7	0	9	2	3	0	0	0	0	0	7	1	1	4	12	3	0	8	57
第64回	7	1	9	2	1	0	0	0	0	0	10	1	0	6	10	5	0	7	59
第65回																			420
第66回	7	0	12	2	1	0	0	0	0	0	13	0	0	5	8	4	0	2	54
第67回	5	1	16	3	0	0	0	0	0	0	12	0	0	7	1	3	0	14	62
第68回	11	0	19	3	1	0	0	0	0	1	16	2	1	3	1	4	0	18	80
第69回	3	0	6	0	4	0	0	0	0	2	8	0	1	0	3	1	0	2	20
第70回	3	0	11	1	13	3	0	0	0	0	12	0	1	2	4	3	0	4	57
第71回	4	0	10	4	2	0	0	0	0	2	6	0	0	4	12	3	0	1	48
第72回																			250
第73回	5	1	10	1	2	0	0	0	0	4	5	0	0	4	0	5	0	1	38
第74回	4	0	3	2	0	2	0	0	0	2	0	5	0	0	4	3	0	10	49
第75回																			480
第76回	8	1	20	4	1	0	0	0	0	2	0	7	0	5	3	3	0	1	55
第77回	5	2	17	2	3	1	2	1	4	0	9	0	0	5	0	2	0	8	61
第78回	5	2	8	1	2	0	0	0	4	0	7	1	0	10	1	2	0	7	50
第79回	6	0	11	2	3	0	0	0	3	0	6	3	0	5	25	2	0	4	70
第80回	3	2	8	3	1	0	0	0	2	0	7	0	0	15	4	2	0	4	51
第81回	6	2	9	3	3	0	0	0	2	0	8	4	0	5	0	1	0	0	43
第82回	4	2	8	2	7	3	0	0	0	0	7	5	0	7	6	2	0	3	56
第83回																			250
合計	505	145	1216	392	209	71	19	48	72	35	667	64	23	265	218	207	11	455	4752
総合計																			7759

(※ 職種別合計にはシブボジウム等の人数は含まない)

## 研修会資料

### 資料番号

- |    |            |   |
|----|------------|---|
| 1  | 第39回(P 82) | 札幌市における福祉NPOの現状と連携について                                    |
| 2  | 第40回(P 83) | 新たな地域づくりとNPO サポートセンター 小林薫信さん                              |
| 3  | 第41回(P 84) | 精神障害者訪問看護 札幌太田病院 酒井佳子さん                                   |
| 4  | 第42回(P 86) | 介護保険、特に苦情処理の概要とその対応について                                   |
| 5  | 第43回(P 87) | 訪問歯科診療  |
| 6  | 第44回(P 88) | 痴呆高齢者グループホームについて もえれのお家 長井卷子さん                            |
| 7  | 第45回(P 89) | 難病患者等生活支援事業のご利用にあたって                                      |
| 8  | 第48回(P 90) | シンポジウム「介護保険と地域福祉」   |
| 9  | 第49回(P 91) | 安心カード   |
| 10 | 第51回(P 92) | 児童虐待予防と保健センターの役割 西保健センター 渡邊さん                             |
| 11 | 第52回(P 94) | シンポジウム「変わる医療、どうなる在宅療養」                                    |
| 12 | 第55回(P 95) | 市民フォーラム(1) 介護劇：手稲家のある日の出来事<br>講演：痴呆の正しい理解 北海道医療大学 中野倫仁先生  |
| 13 | 第59回(P 96) | うつ(鬱)について 札幌太田病院 池田明穂さん                                   |
| 14 | 第62回(P 97) | シンポジウム「年老いた一人暮らしに、不安はないですか？」<br>資料：在宅・入退院・入退所の動向、通称 ぐるぐる図 |
| 15 | 第65回(P 99) | 市民フォーラム(2) 介護劇 と 講演<br>痴呆性高齢者の心理とその理解 手稲溪仁会病院 佐々木信幸先生     |
| 16 | 第70回(P100) | 訪問リハビリテーションについて 秀友会病院 赤羽根誠さん<br>札幌市身体障害者更生相談所 盛 雅彦さん      |
| 17 | 第72回(P101) | シンポジウム「地域で、自分の家で最期まで暮らせますか？」                              |
| 18 | 第75回(P102) | 市民フォーラム(3) 講演 知ってほしい痴呆への取り組み<br>聖マリアンナ医科大学 長谷川和夫先生        |
| 19 | 第76回(P104) | 人工呼吸センターについて 井上病院 森松さん                                    |
| 20 | 第77回(P105) | 摂食・嚥下リハビリテーション 北海道医療大学 木下健治さん                             |
| 21 | 第78回(P106) | 薬剤師による居宅療養指導管理 札幌市薬剤師会西支部から                               |
| 21 | 第79回(P107) | 高齢者のスキンケア 小林皮膚科 小林 仁さん                                    |
| 22 | 第80回(P108) | 在宅介護支援センターの現状 浅井学園大学 若狭重克さん                               |
| 23 | 第83回(P110) | シンポジウム「地域包括ケアシステムをめざして」<br>～ 平成18年度新設される地域包括支援センターに望むこと～  |

\* 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。

『札幌市における福祉NPOの現状と連携について』  
札幌市ボランティア研修センター 佐藤 繁 (社会福祉士)

1 特定非営利活動団体(NPO)とは

- (1) NPOとは  
 ~ Non Profit (営利) Organization (団体)  
 【概念】  
 ①NPO法人  
 ②営種のNPO  
 ③広義のNPO

(2) 特定非営利活動促進法(NPO法)とは

- ①施行日 1998年12月1日  
 ②目 的  
 特定非営利活動を行う団体に法人格を付与すること等により、ボランティア活動をはじめとする市民が行う自由な社会貢献活動としての特定非営利活動の健全な発展を促進することを目的とする。(特定非営利活動促進法第1条)

③設立要件

- 12の活動分野  
 ① 保険、医療、福祉 ② 社会教育 ③ まちづくり ④ 文化、芸術、スポーツ  
 ⑤ 環境保全 ⑥ 災害支援 ⑦ 地域安全 ⑧ 人権平和 ⑨ 国際協力  
 ⑩ 男女共同参画 ⑪ 子ども等の育成 ⑫ 前号の道徳、助言、援助  
 ○10人以上の会員を設けること  
 ○報酬を受ける役員が総数の3分の1以下  
 ○宗教、政治を主たる目的としない  
 ○事業報告、会計報告(収支計算書、財産目録)の公開  
 ○不特定かつ多数のものの利益の増進に寄与することを目的とすること

(3) 法人取組のメリット、デメリット

- ・契約や財産の管理を団体として行なうことができる
- ・社会的信用(寄付、行政や関係団体からの事業委託)。
- ・介護保険への参入
- ・所轄庁への申請事務、報告事務の発生、情報の公開
- ・小回りがきかない

(4) 法人新結成

- ・NPO法人の事務所が所在する都道府県 → 北海道
- ・上記の事務所が2つ以上の都道府県に設置されている場合 → 経済企画庁
- (5) 認証団体数(3月末現在)
  - ・全国 3,800団体
  - ・北海道 173団体

2 札幌市における福祉NPOの活動状況

- (1) 認証団体数(2月末現在)  
 ・札幌市80団体  
 ・道庁系41団体(内西区11団体) 【別紙1】

- (2) 介護保険、福祉サービスの活動状況  
 ①介護保険指定事業所  
 ・居宅介護支援 5団体  
 ・訪問介護 15団体  
 ②在宅福祉活動団体 56団体(内西区12団体) 【別紙2】

- (3) NPO団体の悩み  
 福祉情報の収集が困難  
 活動先の確保(地域、介護保険指定事業者との接点が不足)  
 担い手不足  
 資金、事務所の確保  
 事務処理負担の増

3 社協としての取組み

- (1) 札幌市在宅福祉活動団体連絡会の運営 【別紙3】  
 (2) ボランティア研修センターにおけるNPO研修の開催  
 (NPOの作り方研修、申請事務研修、計管理研修、マネジメント研修)  
 (3) 市民福祉活動セミナーの開催

4 福祉NPOとの連携を図るために

- ・公的サービス、家族、近隣、ボランティア、NPOとの役割整理
- ・区内のNPOとの情報交換、交流の場の設定
- ・ケースを通じての信頼関係の構築

## テーマ「新たな地域づくりとNPO」

### 1 「新たな地域づくり」を担う市民は育っているか？

(1) 「市民」とは？

(2) ボランティアという言葉いつ頃から使うようになりました？  
昔「奉仕」といった。

最近また、中高生の奉仕活動義務化といった言葉が使われる。

【広辞苑第3版, 1986年】

Volunteer ①志願者。篤志家。奉仕者。

②自ら進んで社会事業などに参加する人。

【現代用語の基礎知識, 2001年】

社会をよりよくしていくため、自分の技能と時間を自主的に無報酬で提供する人たちをいい、その活動に対する関心は阪神・淡路大震災以後、特に高まっており、参加する人が増えている。

### 2 NPOの育成が急務

「新たな地域づくり」を進める必要条件としてのNPO  
NPOを組織運営（経営）できる「市民」が生まれる土壌の造成  
行政手法の転換が必要 「協働」(Partnership, コア・パートナー)

【市民手続の事例】

YOSAKOIソーラン祭り

ボラナビ倶楽部

介護NPO 中学校区に一つの介護NPOがあったらいいな。

権利擁護「協働し」ボランティア(オンブズマン)

### 3 NPOって何だろ？？ What's NPO?

(1) NPOとNGO

Non Profit Organization 非営利組織

Non Governmental Organization 非政府組織

※ 専門性を持った有償スタッフとボランティアスタッフが必要

(2) NPOの定義 (レスター サラモン教授, ジョーンズホブキンス大  
学)

① 公式の組織

② 非政府組織 ③ 非営利分配

④ 自己統治・自己管理 ⑤ 自発的組織 ⑥ 公益性

(3) NPOが注目を集めるのはなぜか。

① 世界で

1 政府の失敗, 市場の失敗, 社会主義の崩壊

2 アメリカ ベトナム戦争 レーガン保守革命 小さな政府

3 巨額の莫大 トイアの環境改善, オランダの経済繁栄

4 北欧式社会主義 (福祉国家) の成功と挫折そして復活

5 ソビエト型社会主義の崩壊

6 東洋途上国 開発途絶/環境破壊

7 資本主義 (市場経済) の暴走をどう制御するか。

8 グローバリゼーションとIT革命

② 日本で

1 経済の高度経済成長

2 パゾル経済と崩壊

3 阪神淡路大震災

4 政府 (自治体) の政策遂行能力の減退 官僚制の弊害

5 NPO造の旅行

6 高齢社会の到来 介護保険制度スタート

7 男女共同参画社会化

8 政府 (自治体) の役割, 企業の役割, 地域社会の役割の変化

9 NPOの役割

10 社会貢献的「余暇」活動への関心, 企業の社会貢献活動

11 IT革命による新たな格差の発生にどう対応するか。

(4) NPO法 (特定非営利活動促進法) とは？

① 多くの市民活動団体は任意団体

契約が個人/財産も個人

② 民法34条による個別立法による法人制度

特異法人 (道路公園, 住宅供給公社など)

社会福祉法人, 労働組合

H13. 6. 12

札幌太田病院

西井 佳子

## 【精神障害者訪問看護】

はじめに

平成11年の精神保健福祉法の改正に伴い平成14年度より精神障害者居宅生活支援事業が市町村事業として法定化され、その中の一つとして、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）が位置づけられることとなった。

それに伴い、厚生労働省では平成11年度より各都道府県・指定都市を実施主体とした精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業を実施し、事業の本格実施に向けたノウハウの習得や問題点の整理等を全国的に実施しているところである。

本検討委員会においては、各都道府県・指定都市における実施結果を踏まえ、平成14年度から始まる精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）のあり方について検討すべく、昨年10月の第1回の検討委員会以来、6回の検討を重ねてきたところであるが、今後その検討結果を中間報告として取りまとめた。なお、多くの検討すべき問題を残しているがそれについては今後、検討を行っていくこととした。

この中間報告書を踏まえ、市町村が精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）の円滑な実施に向けて体制を整備されることを望むものである。

### ※ 「精神ホームヘルパー」の定義について

ここで用いている「精神ホームヘルパー」とは、精神障害者の訪問介護に関わるホームヘルパーの養成研修（9時間）を修了したホームヘルパーをいうこととする。

## 1 精神障害者居宅介護等事業の目的

### (1) 在宅生活できる地域づくりの推進

精神障害者の中には、精神疾患による機能障害のために食事および身の周りの清潔等、日常生活における基本的な動作および対人交流の全部または一部について継続して何らかの支援を必要としている人々がいる。こうした精神障害者は、入居生活を余儀なくされ、また、社会復帰への道が閉ざされてしまっていることも少なくない。ノーアライゼーションの理念に立ち、自立した居宅生活ができる地域づくりを推進することが急務となっている。

このため、改正精神保健福祉法において、市町村を居宅精神障害者に対する福祉事業の実施主体とし、精神障害者居宅介護等事業が創設された。

### (2) 日常生活の支援

精神障害者に生じる日常生活等の支障は、精神疾患によってもたらされた問題であり、その治療経過の中で通常であれば年齢に応じて習得できるだろう社会生活能力を段階を遡って身につける機会に乏しかったことに由来すると捉えられる。

精神障害者に対する福祉サービスの実施においては、本人の社会生活能力を向上させるような視点に立った支援を行う必要がある。

### (3) 地域生活の維持

生活の乱れによる親戚中断や生活上のストレスは、精神障害者の病気の再発と深く関係している。ストレスに強い特性を持つ精神障害者が、再発せず、地域生活を維持していくためには、精神障害者居宅介護等事業を中心とする生活の質の向上に配慮した日常生活への支援が重要である。

#### (4) 生きる喜びのための支援

また、身近な生活上の支援によって社会参加を促進し、活動の場、働く場など多様なかたちで社会との接点を確保することによって、利用者の気持ちや考え方を表現しやすくなり、生きる喜びを見出し、預り合いとなる役割を果したるような支援が必要である。

#### (5) 地域ぐるみでの支援

現在、障害者に対する地域住民の偏見はまだぬぐいさられていない現状にある。さらに地域住民にとって精神障害者は必ずしも身近な存在でないことから、精神障害者の生活のしやすさを増進する要因を、できる限り地域から取り除く努力が望まれる。そのためには、個々の精神障害者にとって適切な支援を認めるだけでなく、広く一般に、精神障害者に関する正しい理解を普及・浸透させ、地域ぐるみで支える事業運営を工夫することが必要である。

### 2 精神障害者居宅介護等事業の基本理念

#### 居宅精神障害者の自立支援

利用者が有する能力に応じて社会復帰および社会経済活動へ参加できるように、調理・買い物・洗濯等の家事援助、話し相手や生活等に関する相談支援、食事・身の辺の清潔保持等身辺介護、その他必要な身体介護等を提供する。

支援にあたり、精神障害者に対する訪問介護方法は代行型よりむしろ見守り型または共同実践型の援助が中心となるため、精神障害者以外の障害者に対して同じ内容の介護を行う場合と比較して所要時間を若干長く見積もる必要がある。

### 3 精神障害者居宅介護等事業のしくみ

#### (1) 実施主体

市町村とする。

#### (2) ホームヘルパー派遣事業者（以下、「事業者」とする）

国及び都道府県以外の者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立の促進を図るため、厚生労働省令の定めるところにより、あらかじめ、厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出て、精神障害者居宅介護等事業を行うことができる。

#### (3) 利用者

精神障害のために日常生活を営むのに支障のある精神障害者とする。

### 4 精神障害者居宅介護等事業の内容

#### (1) 介護等の種類

介護等の種類は、次のとおり「家事援助」と「」の2つに区分する必要がある。

##### ① 家事援助：調理、家事準備、買い物、洗濯、掃除、整理収納、家計一元化配分等

##### ② 身辺介護等

- ア 身辺介護：身の辺の清潔保持等、通院の援助、服薬確認、交通や公共機関の利用等
- イ 相談支援：人つきあいの相手、生活等に関する相談相手、近隣との関係づくり等
- エ そのも必要な身体介護に関すること等

## 介護保険、特に苦情処理の概要とその対応について

### (3) 構成等

#### ① 福祉サービス苦情相談センター

- ・ 札幌市派遣の係長職1名と相談員(調査員)1名により構成
- ・ 介護などでも相談など関係する関係相談窓口の相談員と連携

#### ② 福祉サービス調整委員会

- ・ 5名の有識者(弁護士、元家庭裁判所調査官、学識経験者、社会福祉士、精神保健に関する有識者)からなる合議制の機関
- ・ 事務局は福祉サービス苦情相談センターが兼務。同相談員(調査員)が優先への調整を行う。

### 1 福祉サービスに対する苦情解決制度

#### (1) 一時的解決手段

- ① 当事者間での解決が望ましい(行政から…住民と行政、福祉サービス提供・利用者と事業者、行政・事業者)
- ② 札幌市への苦情申出(利用者・事業者間のトラブル)
- ③ 中立的な立場で調整する市の第三者機関への苦情申立て

#### ア 福祉サービス調整委員会(介護保険以外の福祉サービス…行政処分含む)

イ 札幌市オンブズマン(福祉サービス含む市政全般の苦情に対応)

#### (2) 二次的解決手段

- ① 上級機関等への不服申立て(行政処分…介護保険では北海道介護保険審査会への審査請求)
- ② 中立的な立場で調整する第三者機関への苦情申立て(利用者・事業者間のトラブル)
- ア 北海道国民生活保護団体連合会(介護保険サービス)
- イ 北海道福祉サービス運営適正化委員会(介護保険以外の福祉サービス)

#### ③ 北海道への苦情申出

#### 4 苦情相談状況

平成12年度苦情取扱状況報告書(別冊)

## 2 福祉サービス調整委員会及び福祉サービス苦情相談センターの事業概要

### (1) 設置の背景

- 当事者間(利用者と提供者(行政・事業者))での解決が困難
- 一般に利用者は立場が弱い
- 第三者調整の必要性  
福祉サービス苦情相談センターの設置(平成12年4月17日)  
福祉サービス苦情相談センターの設置(平成12年4月3日)

### (2) 役割

#### ① 福祉サービス苦情相談センター

- ・ サービス利用者への制度説明や利用者、提供者間の意見調整の手助け
  - ・ サービス提供者に対する利用者の苦情の代弁
- #### ② 福祉サービス調整委員会
- ・ 改善提言やあっせん案の提示など、中立的立場で一定の判断
  - ・ 法律の根拠なし→強制力を持たない



# ねたきりのお年寄りの お宅へ歯科医師が うかがいます。



札幌市では、歯科医院に通院できないお年寄りの方を対象に、札幌歯科医師会の協力を得て「訪問歯科事業」を実施しております。

## 1 対象者

市内に住む65歳以上の在宅ねたきり、またはこれに準ずる状態で、歯科医院に通院することが困難な方。

## 2 内容

歯科医院に通院できないねたきりのお年寄りの方の自宅に、歯科医師が訪問して、診査（歯の状態のチェック、治療の必要性の判断等）します。

## 3 費用 無 料

診査の結果、治療が必要なお年寄りの方には、希望により訪問診療もできます。  
費用は、医療保険が、老人保健法医療受給者証でも使用できます。

お問い合わせ・お申し込みは、お住いの区の地域保健課へ

中央区地域保健課 ☎ 511-7221  
北 区地域保健課 ☎ 757-1181  
東 区地域保健課 ☎ 711-3211  
白石区地域保健課 ☎ 862-1881  
厚別区地域保健課 ☎ 895-1881

豊平区地域保健課 ☎ 822-2400  
清田区地域保健課 ☎ 889-2400  
南 区地域保健課 ☎ 581-5211  
西 区地域保健課 ☎ 621-4241  
手稲区地域保健課 ☎ 681-1211

社団  
法入

札幌市  
札幌歯科医師会



## 痴呆性高齢者グループホームについて

もえれのお家 長井卷子

1. 痴呆性高齢者のグループホームとは
  - (1) 家庭的でこぢんまりとした生活空間
  - (2) スタッフは“生活のパートナー”として暮らしを支援
2. グループホームの基本理念
  - (1) 個人の尊厳とQOLを保ちながら穏やかな老後を送ることができるように支援
  - (2) 家族も安心して日常・社会生活が送れるように支援
3. グループホームの必要性（誕生）
  - (1) 認知機能障害に伴う行動障害（問題行動）の緩和
  - (2) 安心感と意欲の増進
  - (3) 生活の継続性・主体性・自己決定原則の尊重
4. グループホームの対象者
5. 医療とのかかわり
6. 家族とのかかわり
7. 地域とのかかわり
8. グループホームが示唆する21世紀の高齢者ケア
  - (1) 痴呆介護の基本論の確立
  - (2) 生活環境への配慮
  - (3) コストに対する考え方の見直し

難病患者等居宅生活支援事業の

# ご利用にあたって

札幌市では、難病患者さんなどの在宅における療養生活を支援するために、「ホームヘルプサービス」「短期入所（ショートステイ）」「日常生活用具給付」の各事業を実施しています。

## 1 対象となる方

サービスの利用にあたっては、事前に登録の申請をしていただく必要があります。対象となる方は以下の方です。

- (1) 国の特定疾患対策研究事業の対象疾患（118 疾患）、慢性関節リウマチにより療養されている方
- (2) 市内に住民登録されている方
- (3) 病状が安定し、在宅が可能と医師が判断した方
- (4) 介護保険法、老人福祉法、身体障害者福祉法等の対象とならない方

※この他に、各サービス毎に身体状況・生活環境等の要件があります（3P参照）。

## 2 サービスの内容

### ■ ホームヘルプサービスとは

ホームヘルパーがご自宅を訪問し、介護、家事などの日常生活を支援します。

派遣時間：3時間～15時間（週あたり）

費用負担：生計中心者の前年所得税課税額により0円～950円（1時間あたり）

### ■ 短期入所（ショートステイ）とは

介護者の事情で介護が困難になった時、一時的に施設へ入所することができます。

利用日数：1回の利用につき7日以内

費用負担：1,550円（1日あたり。生活保護世帯の方が※の理由により利用する場合は0円）

※疾病、出産、冠婚葬祭、事故、災害、失踪、出張、転勤、看護、学校等の公的行事への参加の場合等

### ■ 日常生活用具給付とは

日常生活を支援する用具（国・市指定の17種目）を給付します。

用具の種類：便器、特殊マット、特殊寝台、特殊尿器、体位変換器、入浴補助用具、車いす、電動車いす、歩行支援用具、電気式たん吸引器、人工蘇生器セット、ネブライザーポンプ、パルスオキシメーター、電磁調理器、火災警報器、杖、読書スタンド

費用負担：生計中心者の前年所得税課税額により0円～52,400円

## 西区「介護保険と地域福祉」公開シンポジウム



【日時】 平成14年1月22日（火） 18時30分～20時

【場所】 西区民センター3階ホール（西区琴似2条7丁目）

【内容】 テーマ『介護保険と地域福祉』

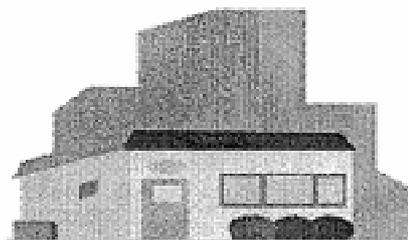
（コーディネーター）

札幌市社会福祉協議会 地域ケア推進部自立支援課地域ケア係長 柏 浩文 氏  
（札幌市介護支援専門員連絡協議会 事務局長）

（シンポジスト）

- I. 利用者と介護サービス事業者、双方との関わりのなかで  
札幌市南区社会福祉協議会 事務局次長 佐藤 朋紘 氏  
（元札幌市社会福祉協議会 地域ケア推進部 相談係）
- II. 在宅福祉サービスを提供している立場から  
西区内居宅介護支援事業所（交渉中）
- III. 地域で暮らす生活者として  
発寒地区福祉のまち推進センター 運営委員長 馬場 強逸 氏（交渉中）
- IV. 医療・保健・福祉のネットワークを目指して  
西区ケア連絡会 代表 医療法人坂本医院 院長 坂本 仁 氏（交渉中）

**どなたでも参加できます。ぜひ、お気軽にお越し下さい。**



主 催 札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部・西区在宅ケア連絡会

問い合わせ先 札幌市西区基幹型在宅介護支援センター  
（電話）614-6105 （FAX）611-6620

# 安心カード

年 月 日

■ ご住所:

■ お名前:

☎

■ 生年月日:

明・大・昭・平

年

月

日

男 女

■ かかりつけ医:

☎

■ 搬送希望病院:

有 無

病院

☎

■ 緊急連絡先:

続柄

☎

■ 主な病名(複数可、○で囲んでください)

狭心症・心筋梗塞

脳出血・脳梗塞

高血圧

糖尿病 (インシュリン投与 有 無)

その他

(病名・薬物アレルギー・喘息など)

■ 医師、看護婦、介護員などのコメント

.....

.....

.....

.....

.....

血液型:( )

■ 日常生活自立度:

J・A・B・C

■ 認知度:

I・II・III・IV・M

※詳しくは下記の担当までお問い合わせください。

担当:

☎

●札幌市訪問看護ステーション協議会謹製

### 《児童虐待予防防止と保護センターの役割》

【はじめに】

1 子どもの虐待のとりえ方 (Child abuse)

★児童虐待防止法

平成12年11月20日施行

《保護者（親に虐待するもの）が、その保護する児童（18歳未満）に対して行う》

虐待の定義 第2条

①身体的虐待

児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのあるおそれある行為を加えること

②保護の怠慢、疏忽（ネグレクト）

児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい虐待又は長時間の放置その他の保護者としての保護を著しく怠ること

③性的虐待

児童にわいせつな行為をすること、又は児童をしてわいせつな行為をさせること

④心理的虐待

児童に著しい心理的外傷を与える行為を行うこと

※虐待であるかどうかの判断 子ども側の状態、親の態度とは無関係、子どもにとって被害かどうかで判断すべき

(04年国語学、1994) (子供虐待防止の予防法、厚生省 2003年)

★マクルーリートメント：大人の子どもの対する不適切なかわり

「明らかに虫歯の問題が生じている」場合だけでなく、「明らかに虫歯が予防されたり、子どもが虫歯を受けたりしているもの」を含める

### 2 虐待が子供に及ぼす影響

★児童虐待は児童の心身の成長および人格の形成に重大な影響を与える (第1条)

◆身体的障害・死亡

◆精神的障害や社会不適応

◆対人関係上の問題（不安定な愛着関係、人間不信）

◆自己イメージの歪み（自己評価への影響）、不安、抑うつ

◆非行・行為障害・人格障害・犯罪・解離症状・虐待の連鎖

### 3 虐待の重症度

① 最重症 子どもの生命の危険が「ありうる」、「脅かすもの」

② 重症虐待 ③ 中度虐待 ④ 軽度の虐待 ⑤ 虐待の危険あり

### 4 虐待の発生要因

①親の生育歴：子どもの時に親や周りの大人から虐待を受けていること、虐待を受けた

りしていた親、親自身の問題

②生活上のストレスの多い親：経済的不安、夫婦不和、定形でない家族形態、夫婦関係、育児不安の強い親、アルコールや薬物依存、精神疾患、知的障害など

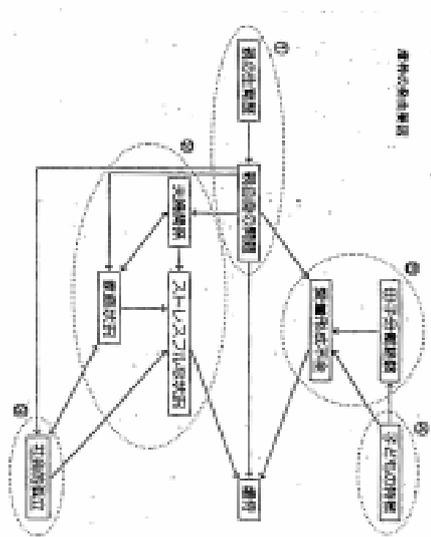
③社会的に孤立している親：独居、友人、隣人などには援助者がいない、人種や性差の問題

④子ども自身の要因 育児困難を伴いやすい男、

⑤親と子どもの関係：置きねじ親、出産・母子分離経験

(子ども虐待防止の予防法 厚生省 1997) (子どもの親子別)

### ※多要因・中虐待の発生



### 5 虐待の診断

子どもの虐待、親の行動、言葉や心理社会的背景から総合的に判断する

虐待を早期に発見するために 虐待に対しての感受性を高める

・虐待は「いつでも」「どこでも」「どんな人でも」起こる普遍的な現象であることを認識しておく (佐藤新代 虐待被害者子ども保護センター資料 2005)

### 子どもの虐待

一般に認識されにくい	親に注意すべき原因	注目すべき虐待状況
① 外傷がない ② 虐待被害者本人、保護者 の訴えがない ③ 虐待の状況 が不明 ④ 虐待被害者本人（児童、児童等） が保護者や親戚などから虐待を受けている ⑤ 虐待被害者本人が虐待を受けていない	① 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ② 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ③ 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ④ 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ⑤ 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え	① 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ② 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ③ 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ④ 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え ⑤ 虐待被害者本人の訴え、虐待被害者本人の訴え



札幌市医師会西区、手稲区支部地域ケアに関する合同研修会  
西区、手稲区在宅ケア連絡会 合同シンポジウム  
札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部研修会

## 公開 シンポジウム

# 「 変わる医療、 どうなる在宅療養 」

急性期医療（一般病床）に対応する病院から

札幌秀友会病院 医師 藤原秀俊 さん

慢性期医療（療養病床）に対応する病院、施設から

札幌宮の沢病院 MSW 小柳貞明 さん

訪問診療、往診をおこなう診療所から

坂本医院 医師 坂本 仁 さん

患者、家族、利用者の立場から

日本患者家族団体協議会 代表幹事 伊藤建雄 さん

医療制度改革により、入院医療に対する診療報酬の大幅な改定が実施され、結果的に、入院期間が短縮されること、自己負担が増加すること、長期療養入院が困難であること、介護保険施設への入所希望者が多数待機していること、などが課題となっております。

地域における医療機関、施設の現状を明らかにし、患者、家族の皆様はどのようなことを望んでおり、関係者はどのような対応をすると良いのかなど、皆様に討論する公開シンポジウムを企画しました。

医療、介護、福祉関係の方々をはじめ、地域にお住いの皆様にもご案内いたします。 多数の皆様のご出席をお待ちしております。

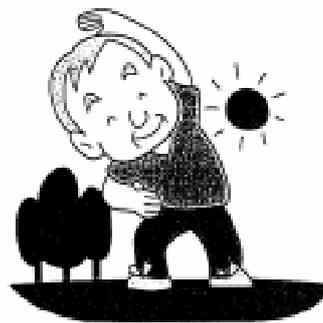
日時： 平成14年 5月14日（火） 18時30分から  
西区区民センター 3階 大ホール にて

札幌市医師会西区・手稲区支部地域ケアに関する研修会  
西区・手稲区合同在宅ケア連絡会  
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

## 西区・手稲区市民フォーラム

### 痴呆症をあきらめない

あなただけで、ご家族だけで、悩んでいませんか？



と き：平成14年8月20日(火) 午後6時30分～8時30分

ところ：ちえりあ(札幌市生涯学習総合センター)1F大ホール  
札幌市西区宮の沢1条1丁目1-10 TEL(011)671-2210

#### ●介護劇「手稲家のある日の出来事」

代蔵 元江とボランティアグループ「ほほえみ」の皆様

#### ●講演「痴呆の正しい理解」

講師 北海道医療大学 心理科学部 臨床心理学科  
教授 中野 倫仁先生

■入場無料(定員460名) どなたでもご参加いただけます

共催：札幌市医師会西区支部・手稲区支部・西区在宅ケア連絡会・手稲区在宅ケア連絡会  
札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部・手稲区支部  
エーザイ株式会社・ファイザー製薬株式会社  
後援：札幌市・札幌市社会福祉協議会・札幌ほけ老人を抱える家族の会・北海道新聞社  
北海道医療新聞社・北海道放送株式会社 (順不同)

問い合わせ先：エーザイ株式会社 北海道サポートセンター TEL 011(851)6172

「うつ (鬱)」について

札幌太田病院  
瀬田 明雄

定義

特徴的な気分の変化、興味と喜びの喪失 (始うつ気分)、精力の低下 (精神運動抑制) を示す状態である。生活機能の障害も起こる。

以前、うつ病は統合失調症 (精神分分裂) と共に二大精神病と言われた。現在は気分 (感情) 障害に富まねる。この結果、従来は神経症はうつ病と言われたものや神経症の一部が包含されるようになった。

うつ病とうつ状態

うつ状態とは広義の概念。二次性うつ病 (身体疾患、薬物 etc.)  
精神身体疾患は病よりも状態領域での指標が中心となる。  
「うつ病」は精神病であるとの意見。

罹患率、有病率

生涯有病率は女性で 10～25%、男性で 5～12% という報告がある。

症状

DSM-IV での診断基準

大うつ病

A. 以下の症状のうち 5 つ (またはそれ以上) が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能から変化を起している。これらの症状の少なくとも 1 つは、(1) 始うつ気分、あるいは (2) 興味または喜びの喪失である。

(1) 患者自身の言明 (例えば、朝じみまたは、望遠鏡を感じる) か、他者の観察 (例えば、涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の殆ううつ気分。

(2) はほとんど一日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退。

(3) 食事摂取をしないのに、著しい体重減少、または体重増加 (例えば、1 か月で体重の 5% 以上の変化)、またはほとんど毎日の食欲の減退または増加。

(4) 不眠または過度の過眠。

(5) 精神運動性の悪化または抑制。

(6) 思慮性、または気力の減退。

(7) 無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感。

(8) 思考力や集中力の減退、または決断困難。

(9) 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図。

B. 症状は臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は物質 (例: 乱用薬物、投薬) の直接的な生薬作用、または一般身体疾患によるものではない。

E. 症状は他の原因でほうまく説明されない。

うつ病の症状で他人からわかるもの

1. 見えにくい顔つきをし、眉を蹙らし、顔中に暗気がなく、口角が下がらない、笑顔を見せることもあるが、心から笑っている感じがしない、泣いておくと涙んやりしているが多い。
2. 寝たきりがなく、そばそばとすることがよくある。立ったり、倒ったり、歩き回ったりする時は、不安がかなり強い事を示す。
3. 仕事はほかからない、無理にやっても作業量が少なく、遅りが多くなる。しかも、その事を苦にし、申し訳ないと思う。仕度や身の回りなどに関心が乏しくなり、万事不情である。
4. 不潔欲、不出身の目立つ事もあるが、する体面とは違うのに、本人はする体面のように感じて自分を非難する。
5. 睡眠障害、食欲不振、体重の減少。

自殺の危険性

ある程度以上に進行したうつ病では程度の差はあっても、ほとんどの患者が死を考えると語っている。自分では死ねないが、寝たまま目が覚めなければいいとか、事故や病気でも死ねればいいと考えるでしょう。  
死んで楽になりたい、逃れる道は死しかない、生きていると回りに迷惑をかけるなどの言葉、生きている理由がない人間であるという無価値感、無力感、絶望感などから自殺が実行される。

自殺率に関しては 10%、15% などの報告もある。うつ病の自殺は全自決の 50 から 70%。

治療

- 薬物療法
- 心理社会的治療
- 心理教育

認知行動療法

うつ病を引き起こす認知の歪み (パターンズ、D.D)

1. 全か無の思考

2. 一般化のしすぎ

たった 1 つの良くない事があると、世の中すべてこれだと考える。

3. 心のフィルター

たった 1 つのよくないことにこだわり、そればかりをクヨクヨ考え、現実を見る前が暗くなる。

4. マイナス思考

5. 結論の早断

心の読みすぎ。

先読みが過ぎる。

6. 拡大解釈と過小評価

7. 感情移入の行方

自分の重要な感情は現実をリアルに反映していると考え、(こう感じるからそれは本当の事だ)

8. スベキ思考

9. レッテル貼り

一般化のしすぎ。

10. 個人化

何か良くない事が起こったとき、自分の責任にしてしまう。

11. 現実療法

## 公開 シンポジウム

### 「年老いた一人暮らしに、不安はないですか？」

～ 住み慣れた地域で、一人で安心して暮らしていくために ～

#### シンポジスト

- |                |              |          |
|----------------|--------------|----------|
| 1 高齢者から        | ジャーナリスト      | 村上恵一郎 さん |
| 2 患者会から        | 北海道難病連       | 伊藤たてお さん |
| 3 ホームヘルプから     | 西ヘルパーセンター    | 中川 明美 さん |
| 4 訪問看護から       | 事業団手稲        | 小野シズ子 さん |
| 5 訪問診療から       | 坂本医院         | 坂本 仁 さん  |
| 6 病院から         | 国立西札幌病院地域医療室 | 伊藤 一輔 さん |
| 7 介護保険施設から     | 老健平和の杜       | 森田 直樹 さん |
| 8 在宅介護支援センターから | 秀友会          | 藤田 修一 さん |

医療制度改革と介護保険制度の見直しが実施され、在宅療養を取り巻く環境に大きな変化をきたしております。

年をとっても、住み慣れた地域で一人で安心して暮らしていくために、今、何が必要で、何が準備すると良いのか、地域の皆さんと一緒に考えるために、公開シンポジウムを企画しました。

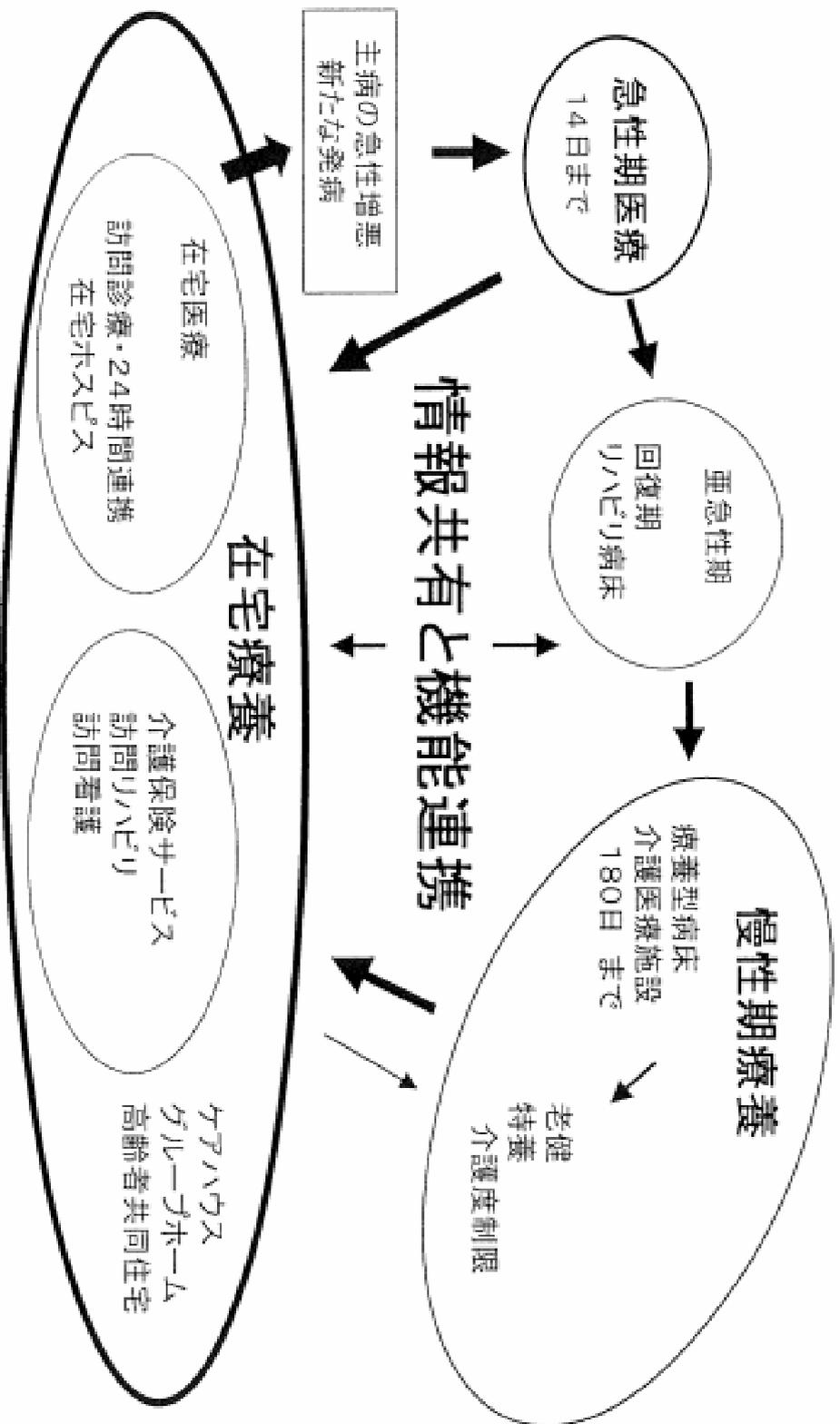
医療、介護、福祉関係の方々をはじめ、地域にお住いの皆様にもご案内いたします。多数の皆様のご出席をお待ちしております。

**日時： 平成15年 5月13日(火) 18時30分**  
**西区 区民センター 3階 大ホール にて**

**一般の方の参加も自由、無料です。**

合同開催 第62回西区在宅ケア連絡会、第30回手稲区在宅ケア連絡会  
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  
札幌市医師会西区、手稲区支部地域ケアに関する研修会

# 在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向の将来像



札幌市医師会西区・手稲区支部地域ケアに関する研修会  
西区・手稲区合同在宅ケア連絡会  
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

## 西区・手稲区市民フォーラム 痴呆症をあきらめない

あなただけで、ご家族だけで、  
悩んでいませんか？



どなたでもご参加いただけます(定員460名)

と き：平成15年8月19日(火) 午後6時30分～8時30分

と ころ：ちえりあ(札幌市生涯学習総合センター)1F大ホール  
札幌市西区宮の沢1条1丁目1-10 TEL(011)671-2210

### ●介護劇「続・手稲家の出来事」

代蔵 元江と神愛園OB有志の皆様

### ●講 演「痴呆性高齢者の心理とその理解」

講師 手稲溪仁会病院 精神保健科 主任医長

佐々木 信幸先生

共催：札幌市医師会西区支部・札幌市医師会手稲区支部・西区在宅ケア連絡会・手稲区在宅ケア連絡会  
札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部・札幌市介護支援専門員連絡協議会手稲区支部  
エーザイ株式会社・ファイザー製薬株式会社  
後援：札幌市・札幌市社会福祉協議会・札幌ぼけ老人を抱える家族の会・北海道新聞社  
北海道医療新聞社・北海道放送株式会社 (順不同)

問い合わせ先：坂本医院 札幌市西区琴似2条4丁目3-10 TEL 011(821)0808

札幌市身体障害者福祉センター理学療法士による介護支援専門員への支援

1 基本的な考え方

- ア 介護保険法による訪問リハとは異なり、老人保健法による保健事業(訪問指導)として行う。療養者や家族に直接、支援を行うのではなく、関係職種(介護支援専門員、訪問看護師、ヘルパー等)への助言・支援を行う。
- イ 介護支援専門員がケアマネジメントを行う際の一助として活用して欲しい。

2 支援内容

介護予防や転倒予防のためのリハビリ方法、住宅改修、福祉用具の適合、身体機能の評価等

3 支援方法(案)

- ア 在宅療養者への訪問での支援
  - ・ 保健事業として行うため、訪問を依頼する場合には区保健所に相談し、そこで区保健所は、訪問指導が必要と判断した場合は、理学療法士に情報提供を行う。
  - ・ 保健事業として行うため、訪問は単発的に行う(継続的リハ支援が必要な場合には関係職種に逐やかに引き継ぐ)。必要に応じて再訪問することもある。
- イ 支援定例会などへ参加しての技術支援
  - ・ 定例会や勉強会での知識や技術提供
  - ・ ケアマネSAPPRO等への参観
- ・ 本庁介護保険課との協働による研修会やアンケートの企画

4 参考一身体センター理学療法士の業務

- ア 訪問指導(訪問生活動作指導)
  - イ 福祉器具・車椅子給付、身体障害者手帳の交付に係る判定業務
  - ロ 機能訓練事業
  - ハ 関係機関に対する講師派遣
  - ニ 介護老人保健施設や介護者研修・更生保護施設等の施設指導
- 【昨年度の訪問指導実績】
- ・ 従事者 理学療法士 3名
  - ・ 訪問延人数 775人
  - ・ 介護支援専門員からの依頼 238人(30.7%)、事業所数 46ヶ所
  - ・ 主な指導内容と件数(重複あり)～リハビリ方法 692件、ADL・介助方法 333件、住宅改修 298件、福祉用具 342件、機能評価 223件

連絡先

札幌市身体障害者福祉センター、〒063-0802 札幌市西区二十四軒2条6丁目  
Tel.011-8850, e-mail hideki.suzuki@city.sapporo.jp

札幌市身体障害者福祉センター理学療法士と介護支援専門員との連携

1 身体センター理学療法士の業務

- ア 訪問指導(老人保健法、身体障害者福祉法、介護支援専門員支援)
- イ 福祉器具・車椅子給付に係る判定業務(身体障害者福祉法)
- ロ 機能訓練事業(老人保健法)の企画・調整
- ハ 在宅でのリハビリ方法、介護方法、福祉用具や住宅改修に対する相談、外部講師
- ニ 介護老人保健施設や研修者研修、更生保護施設等の施設指導

2 昨年度の訪問指導実績

- ア 従事者 理学療法士 3名
- イ 訪問延人数 775人
- ロ 介護支援専門員からの依頼 238人(30.7%)、事業所数 46ヶ所
- ハ 主な指導内容 リハビリ方法 692件、ADL・介助方法 333件、住宅改修 298件、福祉用具 342件、機能評価 223件

3 身体センター理学療法士と介護支援専門員との連携

- ア 在宅療養者への同行訪問による支援
  - ・ 同行訪問するには区保健所に情報提供を行うて頂く必要あり
  - ・ ヲツリの一助、及び介護保険サービスとの兼ね合いから、訪問は単発的なものとなる(継続的リハ支援が必要な場合には関係職種に逐やかに引き継ぐ)。また、常にケアマネーや支援が行えるか否かは状況により若干変化する
  - ・ 本人への指導というよりも、関係職種への支援が主なものとなる
- イ 支援定例会などへの参加、技術支援
  - ・ 定例会や勉強会への外部講師としての参加
  - ・ ケアマネSAPPRO等への参観
  - ・ 本庁介護保険課との協働による研修会の企画
  - 具体的にお手伝いできそうな項目について
- ロ 在宅でのリハビリ、介護予防、転倒予防、住宅改修、福祉用具の適合等...
- ハ その他

4 連絡先

札幌市身体障害者福祉センター  
〒063-0802 札幌市西区二十四軒2条6丁目  
Tel.011-841-8850  
e-mail hideki.suzuki@city.sapporo.jp

## 公開 シンポジウム

### 「地域で、自分の家で最期まで暮らせますか？」

～ 住み慣れた家で、一人暮らしでも本当に最期を家で  
迎えられるですか。 あなたはどう考えますか？ ～

基調報告 : ジャーナリスト 村上恵一郎 さん

一人暮らしの高齢者が身体に異常を感じました。  
このまま、住み慣れた家で、最期を迎えたいと考えました。  
手足が不自由になったとき、ガンになったとき、痴呆になったとき、  
どんな状態になっても、本当に、最期を家で迎えられるのでしょうか。  
そして、そのために、何が必要で、どのような準備をすると良いのか。  
地域の皆さんと一緒に考えるために、公開シンポジウムを企画しました。

シンポジウム： 会場のみなさん、全てがシンポジストです。

医療、介護、福祉関係の方々をはじめ、地域にお住いの皆様にも  
ご案内いたします。 多数の皆様のご出席をお待ちしております。

日時： 平成16年 5月 18日(火) 18時30分

所： 西区区民センター 3階 大ホール にて

一般の方の参加も自由、無料です。

第72回西区在宅ケア連絡会、第40回手稲区在宅ケア連絡会  
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  
札幌市医師会西区、手稲区支部地域ケアに関する合同研修会

札幌市医師会西区・手稲区支部地域ケアに関する研修会  
西区・手稲区合同在宅ケア連絡会  
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

# 西区・手稲区市民フォーラム 『痴呆症をあきらめない』



★



**入場無料！どなたでもご参加いただけます（定員646名）**

**と き：平成16年8月17日（火）午後6時30分～8時00分**

**と ころ：ちえりあ（札幌市生涯学習総合センター）1階大ホール  
札幌市西区宮の沢1条1丁目1-10 TEL671-2210**

## 特別講演

### 『知ってほしい痴呆への取り組み』

講 師：高齢者痴呆介護研究・研修東京センター長  
聖マリアンナ医科大学名誉教授

**長谷川 和夫 先生**

共催：札幌市医師会西区支部・札幌市医師会手稲区支部・西区在宅ケア連絡会・手稲区在宅ケア連絡会  
札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部・札幌市介護支援専門員連絡協議会手稲区支部  
エーザイ株式会社・ファイザー株式会社

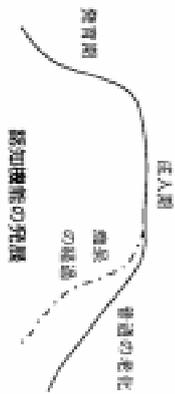
後援：札幌市・札幌市社会福祉協議会・札幌ほけ老人を抱える家族の会・北海道新聞社・北海道医療新聞社  
北海道放送株式会社・北海道医師会（順不同）

問い合わせ先：坂本医院 札幌市西区琴似2条4丁目3-10 TEL011-621-0808

※この市民フォーラムは北海道医師会の承認を得て、『北海道医師会認定生涯教育講座』（5単位）として申請中です。

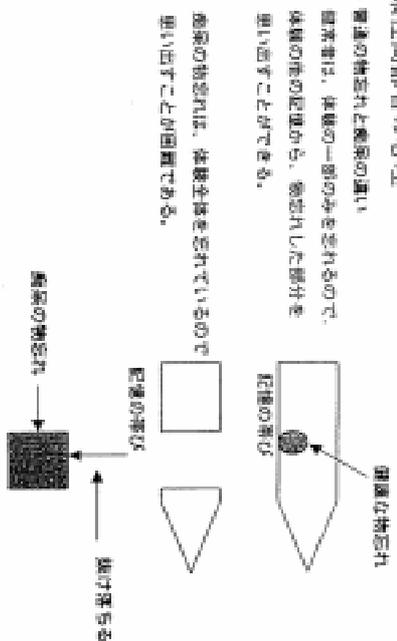
## 1. 原則的なこと

痴呆の人が暮らしてゆくことを援助する際に、二つの視点をもってゆくことが大切です。ひとつは痴呆についての正しい理解、もうひとつは痴呆をもってゆくらしき人を理解することです。凡ての高齢者は、老いたまえることに直面していますが、痴呆の高齢者は、これに加えて痴呆を生かすことに直面することになります。痴呆を固定した名詞として考えないで、動詞として老いをゆく過程の一つとしてとらえてみましょう。



## 4. 痴呆性高齢者の心理

○ 普通の特徴と痴呆の違い  
痴呆者は、身体の一部のみを失われるので、身体的能力の低下から、失われた部分を思い出すことができます。



## 2. 痴呆とは、どんな状態か

成人間における認知障害 (記憶低下を含む)

認知障害：失音 言葉のやりとりができない

失認 適切な認識ができない、失見当

失行 道具を使うことができない

実行機能障害 手順をふむ作業が困難

進行する、高齢期の経過をもつ

行動の障害：もの置られ妄想、徘徊、攻撃行動など

高齢期の原因疾患：脳血管性痴呆

アルツハイマー型痴呆

コリンエステラーゼ阻害薬 フリセプト

## 5. 痴呆性高齢者のケア

- 個人を中心におくケア 痴呆性高齢者 ではなくて 痴呆性高齢者  
その人らしさを大切に、その人の物語 (肉体的体験) を聴く
- 今、ここで何を求めているのか 誤った表現を受け入れてみよう
- 感情の交流を大切に 楽しく、ゆっくり、不安感を除く工夫
- ケア環境を大切に グループホーム ユニットケア
- 地域内のサービスネットワークの整備 ケアの一元性と継続性を  
小規模な機能施設を拠点に (厚労省)
- 痴呆ケア 人材の育成 高齢者痴呆介護研究研修センター  
ホームページ <http://www.demati.gr.jp/>

## 3. 痴呆性高齢者への接し方

1. 不安感をとる工夫をする。 6. 指示はなるべく簡潔に。
2. 楽しい明るい気分を促す。 7. 近くで話すこと、前後の距離。
3. 相手のペースに合わせて、ゆっくり。 8. 課題で討論はさける。
4. 目をみて話しかける。 9. まちがった言動をうけ入れる。
5. 遅やかな口調ではっきりと。 10. ゆとりのある対応。ユーモア。

## 6. 私たち介護者を考える

- 痴呆の方の内情体験を聴く感性を育てる
- 介護のストリスをのりこえるために
  - 充分な休息と健康を守る
  - 柔軟な心、どっしりとした心の盛り
  - 同僚同士の支え合い、ネットワーク
  - 楽しいこと、出遣いを大切に

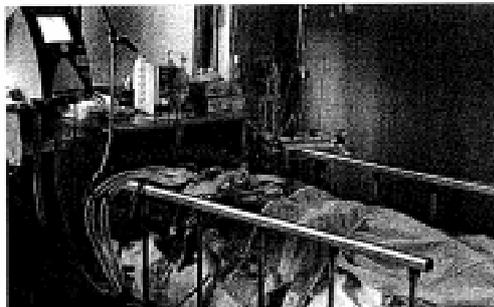
# “急性後期医療”の実践施設目指し、 ハイリスク患者対象の人工呼吸 センターを開設

井上病院（札幌市）

人工呼吸器装着の  
患者だけを受け入  
れるセンター

医療法人井上病院（山村副理事長 院長、八十二歳）は札幌圏における高度医療の実践を目指し、診療体制を人工呼吸関連疾患と消化器治療に専門特化。昨年九月には西階病棟にICUレベルの機能を備えた人工呼吸センター（三十床）を開設し、高度先進医療体制をもつ基幹病院と連携しながら、急性期医療から慢性期医療体制への橋渡しの役割を担っています。とくに人工呼吸器装着の患者だけを受け入れるセンターの設置は、神経筋疾患を受け入れる施設以外、全国的にも例をみないもので、注目を集めています。

同センターは人工呼吸器装着の必要な急性期ハイリスク患者を受け入れるRCUと位置づけ、人工呼吸器一千五百台のほか、生体情報モニター、血液ガス分析器、気管支ファイバースコープ、超音波診断装置、聴診ポリグラフ



センターには常時20人前後の患者が入院

診断装置などを導入。また、電子カルテシステムも移行中の段階となっています。

こうした医療体制を整備するにあたり、同病院では札幌市内では七割目となる人工空気装置を導入していることも注目すべき点です。

同病院では施設東側に、五十台以上の人工呼吸器に送気する能力をもつ人工空気装置を設置。これは液体酸素と

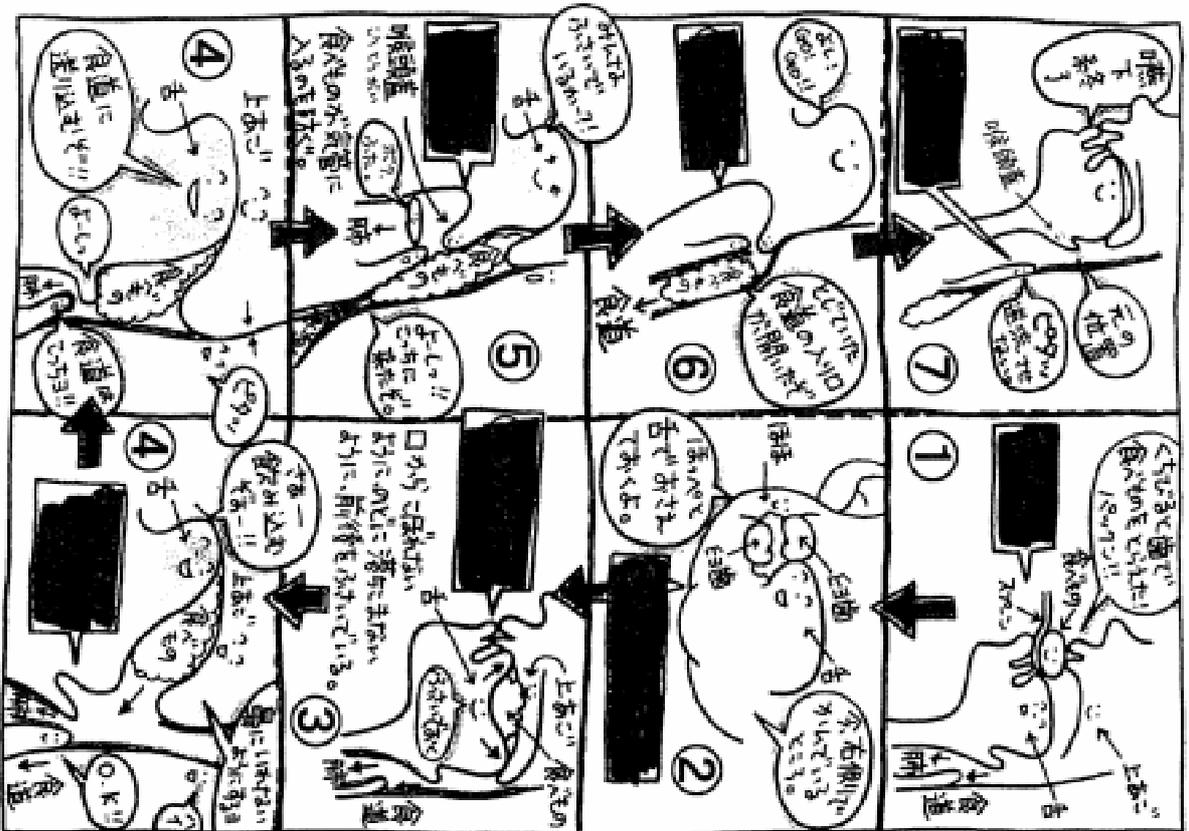
液体酸素を人工的に適正配合（酸素濃度二〇％）し、人工呼吸器装着患者全員にビュアな人工空気を供給するというもの。

このほか、人工呼吸センター開設のために酸素供給とバキュームのための配管も約三ヶ月を費やし、すべてやり直したといえます。

「高度医療を実践していくためには診療や看護、リハビリのソフトウェアも重要ですが、ハードウェアのインフラの十分な整備がなければ対応していくことはできません。ハード面はほぼ整い、現在、ソフト面の充実に力を入れている段階」だと山村院長は話します。



人工呼吸器装着の患者だけを受け入れるセンターの開設、全国的にも例をみない取り組みだけに注目を集める



### 先行期、認知期

(摂食5段階の一連の流れ)

— 先行期、認知期

— 準備期(随意運動)

(①、②、③)

— 口腔期(随意運動)

(④)

— 咽頭期(反射)

(⑤)

— 食道期(不随意運動)

(⑥、⑦)

摂食  
食べる

## 薬剤師の在宅医療の第一歩

### 在宅医療とは

平成4年に行われた医療法の一部改正では、医療提供の場として、従来からあった外来医療、入院医療に加え、新たに、患者の自宅等が明記されました。これが在宅医療の法的な根拠であり、以後、これによって在宅医療推進のための制度の整備やマンパワーの確保策が推進されています。平成6年10月に実施した診療報酬・開業報酬改定では、在宅医療を促進するため点数上の評価が行われ、これに伴い薬剤師の在宅患者訪問管理指導(判)が、診療報酬・開業報酬上で認められました。

また、平成18年4月から新たに導入された介護保険制度は、高齢者の介護に着目して、必要なサービスを給付する保険制度ですが、これにより在宅医療や在宅介護など高齢者の在宅(自宅)での療養は、さらに促進されるものと考えられ、薬剤師の在宅患者管理指導等が期待されています。

### 厚生労働省「在宅医療薬剤師研修推進施設開設(開設)届出制」による、薬剤師の在宅医療における役割として次の3つの役割が示されています。

1. 処方薬による役割
2. 訪問薬剤管理指導(居家指導、服薬管理、薬師管理、医師・看護師等との情報交換などの連携)
3. 在宅医療機器・用品・材料等の供給
4. 在宅患者宅における薬剤の保管・管理
5. 不要薬剤等の廃棄物処理(燃焼)
6. 患者の生活環境等を個別的に保つための指導、助言
7. 薬剤師の患者宅への配達
8. 高度在宅医療に必要な特殊薬剤等の調剤(使用指導等)
9. 高度在宅医療に必要な医療機器の使用指導
10. 患者・介護者のニーズの把握および関連情報提供
11. 在宅介護用品、在宅福祉機器等の供給・相談
12. 管飲・医療・福祉関係者への医薬品情報等の提供
13. 患者・介護者に対する啓発活動

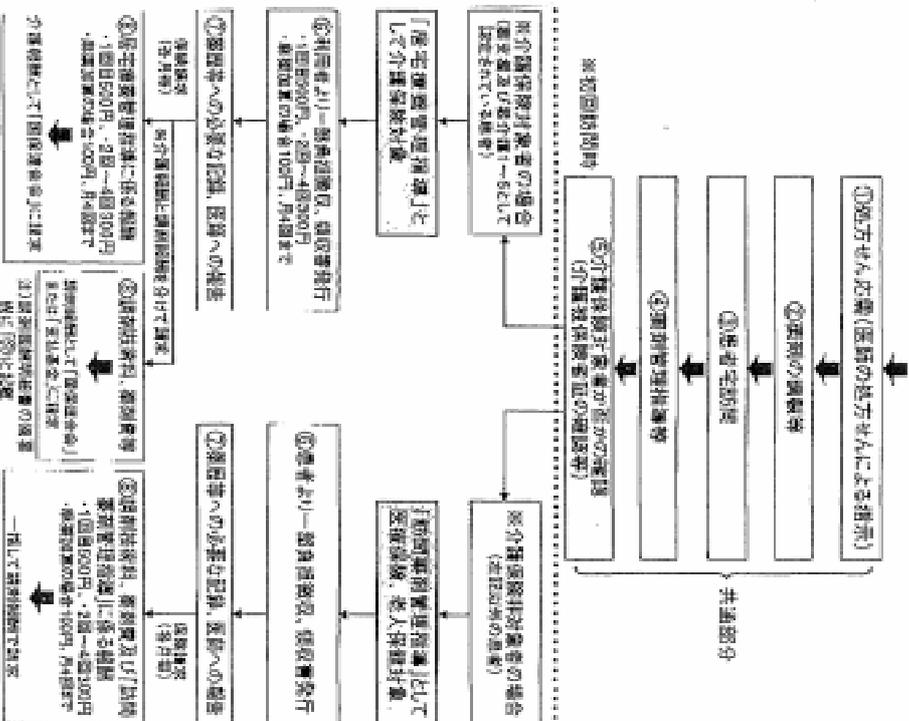
### 厚生科学研究「在宅医療薬剤師給付電子事業」には、在宅患者の薬剤使用について次のような問題が報告されています。

- ・処方薬の服用が必要・不要の区別がわかっていない、
- ・薬剤を勝手に選んで服用する、
- ・副作用による症状を、患者や家族が薬剤による症状かと思いついていない、
- ・服用薬剤が患者の日常の行動や生活に影響を及ぼす変化を薬の副作用と見い込み、勝手に一部の服用を中止する、
- ・薬の服用方法が間違っている、
- ・以前に投薬された薬剤(薬名)を同様の症状の際、自己判断で服用する、

### 「訪問薬剤管理指導」及び「訪問薬剤管理指導」の業務の流れ —サービス開始から保険請求まで—

#### 保険期間同一指定居宅医療管理指導サービス利用者(おなじ指定)

①②サービス開始から保険請求までの業務の流れは、訪問薬剤管理指導に同じく「判」の制による。③④「訪問薬剤管理指導」の業務に関するサービスは、別項「在宅医療薬剤師業務」の項で説明する。





## 在宅介護支援センターの現状～期待される役割～

北海道立井川大学 斎 賀 直 貴

### 1. 地域ケアにおける相関支援活動（在宅介護支援センター論）

#### 1. 地域ケア（community care）の定義<sup>1)</sup>

要介護者に対して個別、総合的、重層的に対応する、専門家と住民の公私協働による、高  
 度なケアを含んだケアの総称

#### 2. 地域ケア提供構築の考え方

##### 1) 主要な特徴や原則<sup>2)</sup>

①地域ケア提供構築の計画段階から実施、評価にいたるすべてのプロセスに、地域住民が主体的  
 に関与すること

②ユーザーニーズの発見を図ることを目的とし、人物の健康と尊厳を基本とすること

③ユーザー利用者の QOL を高い水準で維持することを目標とした運動を理念とし、個別対応、  
 当事者の主体的な選択と利用を促進すること

④ケアの計画を主体的な利用者ないし消費者として、さらに自立生活の主体者としてとらえる

⑤ユーザー利用者を家庭や地域社会を基盤におく生活者としてとらえ、生活全般を支える機能と  
 してのケアマネジメント体制を必要とすること

⑥ユーザーの内容は、ソーシャル・インクルーシブな双方を含み、在宅ユーザーと施設ユーザー  
 を包括すること

⑦ユーザー資源および関係機関互いの連携と協働に基づくネットワーク、住民の相互支援ネットワ  
 ークを基盤とすること

⑧利用者のライフステージに合った連続的かつ継続的な適切な仕組みを用意すること

⑨要するニーズを充足するには居るユーザーの関与と拡充に努めること

⑩地域社会に働きかけてより良い仕組みづくりを促進するコミュニティワークが不可欠である

⑪地域社会をその存在に依じた責任を持つものとして理解すること、そして、ケアの仕組みも  
 地域ごとに工夫されること

##### 2) 地域ケアの構成要素<sup>3)</sup>

###### ①ケアユニット・システム

◆居るか否かの心身、生活課題を抱えた生活課題をもつ状況に陥っている当事者（要介護者）

◆生活課題を抱えた当事者をケアしている介護者自身が「要介護者を抱えること」によって通常  
 の生活の質が阻害されている状況<sup>4)</sup>にある要支援者

###### ②ケアスタッフ・システム

◆直接的にケアをケアユニット・システムに提供するワーカーとその所属機関を含めだもの

◆多機関、多職種によるチーム的システムとして構築されなければならない

###### ③ケア資源システム

◆「相談型」「給付型」「訪問型」「通所型」「入居型」「利用型」に分類される資源

◆ケアユニット・システムのニーズ充足に向けて組み合わされる「ケアパッケージ」

※以上の3つの構成要素が相互に作用しながら展開される。

### 3. 相関支援活動の仕組み

#### 1) 地域における相関支援活動の定義<sup>4)</sup>

生活上のニーズをもつ人が最初に気づき、その不安を受け止め、必要な情報提供や助言をし、  
 あるいはケア・サービスをコーディネートすることによって、ケアユニットが問題解決に接近で  
 きるように援助する一連の活動のことである。それは、ケアユニットの立場になつてケア・サー  
 ビスへのアクセス（決定）を助ける専門的な援助活動であり、一般によくみられるような話を聞  
 いて助言するだけの単純な相談活動とは区別される。

#### 2) 相関支援活動の機能・役割<sup>5)</sup>

##### (1) 基本的な機能・役割

①直接を通じてケアユニットとの関係構築の形成を促進し、ケアユニットに対する心理的支援、  
 自己理解と動機づけ、事故解決能力づくり、自己決定に基づく自立への支援を行うこと

②関係構築に必要な助言や、ケア・サービスに関する情報提供や協定を行うこと

③ケア・サービスのコーディネートワークをはかりつつ、ケアマネジメントを展開すること

##### (2) 付加的な機能・役割

①普遍的な地域福祉課題を抽出し、代弁や提言を通じてコミュニティワーク展開への働きかけを  
 行うこと

②地域に居住しているニーズを早期に発見するためのリーダークの仕組みを用意すること

③総合的な地域ケア体制の構築を目標として、各層ユーザー提供機関や地域住民組織等との連携ネ  
 ットワーク形成に努めること

#### 4. 地域ケアにおける相関支援機関としての在宅介護支援センター<sup>6)</sup>

##### 1) 在宅介護支援センターの役割

###### (1) 一体性・継続性

一体性・継続性のあるサービスを提供できる体制を確立するため、積極的に地域の各種保健  
 医療福祉機関との連携を図り、地域の様々な社会資源を把握し、相互協働としての機能を強化して  
 いくこと。

###### (2) 専門性・中立性

専門的な見地からの総合的なケアマネジメントの展開し、市町村事業としての中立性のあるサ  
 ービス提供体制の確立。

###### (3) 在地本位

地域住民に対するサービス利用にかかる必要な情報を提供し、住民主体のサービス提供体制を  
 確立すること。

###### (4) 地域性

リーダークトにより高齢者の要領とニーズを把握し、関係機関や関係者との連携により要領  
 高齢者の情報を収集する体制を確立すること。

#### 2) 在宅介護支援センターの具体的な機能

##### (1) 相談援助機能

##### (2) 地域把握機能

##### (3) ネットワーク形成機能

##### (4) サービス提供機能

1) 日本社会福祉事業協会編『在宅介護支援センターの現状と展望』日本福祉出版社、2005年  
 2) 北海道社会福祉センター協議会編『在宅介護支援センターの現状と展望』北海道社会福祉センター協議会、2014年  
 3) 斎賀直貴編『在宅介護支援センターの現状と展望』北海道社会福祉センター協議会、2014年  
 4) 斎賀直貴「在宅介護支援センターの現状と展望」『在宅介護支援センターの現状と展望』北海道社会福祉センター協議会、2014年

5) 斎賀直貴「在宅介護支援センターの現状と展望」『在宅介護支援センターの現状と展望』北海道社会福祉センター協議会、2014年  
 6) 斎賀直貴「在宅介護支援センターの現状と展望」『在宅介護支援センターの現状と展望』北海道社会福祉センター協議会、2014年



# 公開シンポジウム

## 「地域包括ケアシステムをめざして」

～平成18年度介護保険見直しにより

新設される地域包括支援センターに望むこと～

平成18年度の介護保険制度見直しは、在宅での生活を支援する体制を強化する考えが取り入れられています。また、地域で総合的なマネジメントを担う「地域包括支援センター」が創設され大きな期待が寄せられています。この新しいセンターに何を望むか、介護保険サービス事業者と、それを利用する地域の皆さんと、一緒に考える公開シンポジウムを企画しました。地域にお住まいの方々をはじめ、医療・介護・福祉関係の方のご参加をお待ちしています。

### 基調報告

北星学園大学 社会福祉学部 杉岡 直人 教授

### シンポジスト

株式会社コムスン札幌ていねケアセンター 所長 渡部 啓正さん  
介護支援専門員連絡協議会西区支部 支部長 乙坂 友広さん  
札幌市西区在宅介護支援センター発寒北 住友 里砂さん

### 総括発言

北海道大学病院 総合診療部 前沢 政次 教授

### 日時・会場

平成17年5月17日（火）18時30分  
西区民センター 3階 大ホール

参加無料、直接会場にお越しください。

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き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、更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)

## 活動報告書( )のために

平成17年10月 発行分

### おわりに

前回の報告書発行から5年が経過したが、「西区在宅ケア連絡会」は、その後もほぼ毎月一回の定例会を継続している。本冊子は、この5年間の活動をまとめた報告書である。

当初からは、8年が経過しているが、この間、介護保険制度の運用開始、医療提供体制の改革が進み、この地域の在宅療養支援体制も大きく変化してきた。その中で、長期にわたり地域全体の動きを見たり、聞いたり、また直接関わってきたりする中で、この会は実に大きな役割を果たしてきたことを実感している。

報告書(I)に、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、と記載されているが、そこまでは、手が届かなかったことをお詫びする。

そして、これは(I)と同様に、「更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)

## 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～	13年3月)
厚海 勇一	( “ )		13年4月～	16年3月)
福田 聡明	( “ )		16年4月～	17年3月)
関 聖子	( “ )		17年4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～	14年3月)
鈴木はるみ	( “ )		14年4月～	16年3月)
新藤 君子	( “ )		16年4月～	現在)
芦田 真治	( あしだ歯科医院 )		14年4月～	現在)
池田 明徳	( 医療法人耕仁会 札幌太田病院 )		14年4月～	16年3月)
石川 晴海	( 西区社会福祉協議会 )		14年4月～	16年3月)
梶 尚仁	( “ )		16年4月～	現在)
岡部 実裕	( 医療法人聖愛会 発寒中央病院 )		17年4月～	現在)
鎌倉嘉一郎	( 勤医協西区病院 )		16年4月～	現在)
乙坂 友広	( 在宅介護支援センター 西野 )		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)
篠原 正英	( 医療法人 札幌山の上病院 )		11年4月～	15年3月)
高桑 恵美	( 平和リハビリテーション病院 )		16年4月～	現在)
高山 竜生	( はばたき西センター )		14年4月～	15年3月)
谷藤 伸恵	( 訪問看護ステーション やまのて )		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)
原間井朋子	( 札幌恵北病院 )		16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～	13年3月)
藤原 秀俊	( 医療法人秀友会 札幌秀友会病院 )		9年6月～	13年3月)
船越 龍	( 医療法人 札幌山の上病院 )		17年4月～	現在)
出井 聡	( 医療法人溪仁会 西円山病院 )		9年6月～	現在)

発行：西区在宅ケア連絡会

連絡先：札幌市西区琴似2条4丁目3-10 医療法人社団 坂本医院

電話 011-621-0808 FAX 011-615-0526

平成17年10月 発行