

# **西区在宅ケア連絡会 活動報告書（Ⅲ）**

平成17年6月(第84回)～平成20年11月(第122回)

**西区在宅ケア連絡会**

## 目 次

I	はじめに .....	2
II	個人連絡票 .....	4
III	基本的情報票 .....	5
IV	開催状況 .....	6
V	検討結果 .....	8
VI	シンポジウム .....	38
VII	アンケート結果 .....	69
VIII	出席者 .....	71
IX	研修会資料 .....	73
X	おわりに .....	79

## Ⅰ 活動報告書発刊に当たって

### 1 活動報告書（Ⅰ）のために

— 平成12年6月 発行分 —

#### (1) はじめに

平成6年から8年にかけて社会的に多くの議論がなされた。それはその後急速に高齢社会が到来し、社会環境も変化し、地域における、市民相互の共生が求められるであろうということ。また、在宅療養支援に対する要望も高まり、地域ぐるみでの多くの分野のサービス間の連携が求められるようになるであろうということ、そしてこれらのことにどのように対応するのが良いのか、という議論であった。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1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2,500名、1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かかわるほとんどの人々が1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、ご助言をいただくと幸いである。

#### (2) 発足までの経緯

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

平成9年4月、札幌市西保健所から機構改革された西保健センターを訪問し、保健婦と計画を相談したのが第一歩となった。西保健センター地域ケア係長、西区福祉部高齢者福祉相談主査、札幌市医師会西区支部在宅療養支援委員会委員の3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2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1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1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

## 2 活動報告書（Ⅱ）のために

— 平成17年10月 発行分 —

- (1) はじめに
- (2) 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月の第31回から、平成17年5月の第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える。そればかりでなく最近はさらに、広く地域全体を見すえた活動に拡がってきているとも思われる。

## 3 活動報告書（Ⅲ）のために

— 平成21年 1月 発行分 —

- (1) はじめに
- (2) その後の経過

前回の報告書発行から、3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18年11月に第100回を迎えている。

この活動報告書（Ⅲ）は、この3年間、平成17年6月の第84回から、平成20年11月の第122回定例会までの活動を報告する目的で発刊することとなった。

当初からの介護保険制度運用のためだけのものではないという姿勢は継続されている。そして、その後も広く地域ケア全体に関わる内容の活動に拡大しつつある。

報告書（Ⅰ）には、当初3年間の81例の検討事例が報告され、同（Ⅱ）には、その後の5年間の66例が追加され、本報告書（Ⅲ）には、その後の26例が追加され合計173例となっている。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。顔の見える関係ができることによる「人と人とのつながり」が、地域内の連携に大きな成果をもたらしていることは間違いのないところである。

この会の純粹性、普遍性、そして継続性が良い結果につながっている。

なお、次の4ページに、当初から現在まで使用中の「個人連絡票」を掲載してある。また、5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票」を掲載してある。

平成19年3月、鎌倉幹事のご努力で、ホームページ (<http://maglog.jp/zaitaku/>) が開設された。

(幹事会 坂本 仁)



### III 基本的情報票

作成日 年 月 日

<情報共有のための基本的情報票>

依頼先 担当者様

依頼・相談内容

ふりがな  
利用者氏名 (男・女) 生年月日 (才)  
M・T・S

住所 (続柄) TEL

緊急連絡先 氏名 TEL

本人の希望

家族の希望

病名 主治医

主訴

治療内容

(医療機器の種類・設定)

(内服薬)

(急家の可能性)

緊急・報告連絡先

衛生材料物品の窓口

受診日開隔 再入院先

既往歴

現病歴

最近の経過

感染症の有無

<日常生活状況>

移動 (自立・一部介助・全介助)

清潔 (自立・一部介助・全介助)

食事 (自立・一部介助・全介助)

排泄 (自立・一部介助・全介助)

着脱 (自立・一部介助・全介助)

<手段的日常生活動作>

買い物・調理 (自立・一部介助・全介助)

清掃 (自立・一部介助・全介助)

洗濯 (自立・一部介助・全介助)

金銭管理 (自立・一部介助・全介助)

服薬管理 (自立・一部介助・全介助)

この連絡をすることについて、ご本人・家族の同意を得ています。

<要介護度> 自立・要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 認定期間 / / ~ / /

<寝たきり度> J 1・2 A 1・2 B 1・2 C 1・2 制度利用状況

<傾床の状況> なし I II a・b III a・b IV V

<在宅サービスの利用状況>

ケアマネージャー

サービス機関

<心身の状態> バイタルサイン

筋肉・骨・関節・痙攣・筋力低下・関節可動域・バランス 身長・体重 (体格)

感覚器 視力

理解力

コミュニケーション 意志伝達能力 精神状態

<介護状況>

家族構成 (続柄)

主介護者

介護内容

指導内容・課題 (健康・理解力・受け入れ・時間)

経済状況

看護の課題

リハビリの課題

本人への説明内容と反応

家族への説明内容と反応

その他特記事項

作成者 機関 ( ) 氏名 ( )  
管理者 ( )

#### IV 開催状況

回	月日	出席数	新規例	再提案	研修テーマ
平成17年					
第84回	6月14日	47	1		5月のシンポジウム各演者の発言要旨取りまとめ、質疑応答
第85回	7月12日	80			自立支援法を考える 1「精神障がい者福祉」
第86回	8月9日	60			自立支援法を考える 2「知的障がい者福祉」
第87回	9月13日	52			自立支援法を考える 3「身体障がい者福祉」
第88回	10月11日	45			完成「西区在宅ケア連絡会活動報告書(Ⅱ)」
第89回	11月8日	60			高齢者の栄養評価、食のアセスメント
第90回	12月13日	50			「歯を磨いても虫歯になる」「口腔ケアの実際」
平成18年					
第91回	2月14日	56	4		変わる介護保険、どうなる在宅療養(1)
第92回	3月14日	60			変わる介護保険、どうなる在宅療養(2)
第93回	4月11日	60			変わる介護保険、どうなる在宅療養(3)
第94回	5月16日	250			公開シンポジウム 「変わる介護保険、どうなる在宅療養」
第95回	6月13日	65			変わる介護保険、どうなる在宅療養 西区版
第96回	7月11日	79	1		在宅における経管栄養について
第97回	8月8日	85	1		退院時支援体制(病院から在宅へ)について
第98回	9月12日	56	1		自立支援法と知的障がい児者
第99回	10月10日	40			身体障がい者福祉ホーム 自立ホーム24の報告
第100回	11月21日	130			100回記念シンポジウム「西区・生きる・つながる」
第101回	12月3日	41			西区在宅ケア連絡会 10年のあゆみを振り返る
平成19年					
第102回	2月13日	41	3		介護保険改定から1年、現場はどうなっているのか (1)訪問系
第103回	3月13日	55	2		同 上 (2)通所系
第104回	4月10日	73	3		同 上 (3)居宅系
第105回	5月15日	228			公開シンポジウム 「変わる介護保険、どうなる在宅療養2」
第106回	6月12日	70			札幌市地域自立支援協議会について
第107回	7月10日	167	4		もっと リハビリテーション!
第108回	8月7日	54			講演会「これからの地域ケアを考える2007～継続は力なり、煩惱を超え
第109回	9月11日	91			回復期リハビリテーション病棟～現状と地域連携について
第110回	10月9日	73	2		地域生活支援センター活動報告。自立支援法施行。
第111回	11月3日	71			はじめてでもわかるICF国際生活機能分類の基礎
第112回	12月11日	91	3		ハイリスクと地域ケア、困難事例とのかかわり
平成20年					
第113回	2月12日	88			①「北海道医療計画(仮称)素案の概要」説明
第114回	3月11日	78			①「後期高齢者医療保険について」
第115回	4月8日	94	2		地域からみた連携、在宅支援の立場から事例を通して考える
第116回	5月20日	196			シンポジウム「つながりかかわり～地域連携を考える」
第117回	6月10日	55			続 シンポジウム～もっと語ろうぐるぐる図 パート1
第118回	7月8日	78			続 シンポジウム～もっと語ろうぐるぐる図 パート2
第119回	8月12日	64			講演会「これからの地域ケアを考える 2008 ～安心と希望の介護ビジョ
第120回	9月9日	79			続 シンポジウム～もっと語ろうぐるぐる図 パート3
第121回	10月14日	85			続 シンポジウム～もっと語ろうぐるぐる図 パート4
第122回	11月11日	75			続 もっと知りたい、もっと聞きたいぐるぐる図 完結編

## 特集及び研修のテーマ

これまでの例会、シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築をめざして」を振り返り討論

自立支援法の概要を西区社協の梶さんより説明、地域生活支援センター手稲の吉澤さんより活動報告

知的障がい者福祉制度について出井さんより報告、手稲この実寮の川路さん、越戸さんより報告

介護保険制度改正（ホテルコスト）の解説、自立支援の現状についてHOP代表、竹田保さんより報告

事例9082から9148までの、その後の経過報告と再検討

訪問栄養指導の現状、在宅患者訪問栄養食事指導、高齢者の栄養についての報告

歯科医の芦田さん、齋木さんより報告 第9回連絡会の連絡会の告知

新たな介護報酬の概要と問題。ホテルコスト、訪問介護、訪問看護の現状と変化の報告

施行間近の自立支援法について上河さん、診療報酬改定について鎌倉さんより報告

地域の診療所の役割を坂本さん、介護保険制度改定の要点について乙坂さんより報告

シンポジストは手稲区地域包括藤田さん、くらら渡辺さん、手稲溪仁会デイサービス宮村さん、はばたき上河さん

シンポジウムを受け、西区の在宅療養の現状について地域包括支援センターや各事業所から報告

勤医協札幌西区病院の鎌倉さんより胃ろうについての講義

訪問看護STことに柳谷さんの事例をもとに地域連携室や退院支援のあり方について討論

札幌ボプラ会の上田さんより知的障がい者の支援の現状と課題について報告

自立ホーム24長澤さんより身体障がい者福祉ホームの生活について報告

シンポジストは、DPI東さん、発寒ケアプランセンター泉さん、訪問看護STことに柳谷さん

10年の活動のあゆみについて制度の変化とともに報告し、今後の10年へつなげるために意見交換

訪問看護STやまのて谷藤さん、はばたき新琴似センター上河さんより事例報告とともに討議

西野ケアセンター伊之ベス加藤さん、五天山園テ伊之ベス山田さん、機能訓練単独テ伊之ベス高橋さんより事例報告

介護予防センター石崎さん、すこやか介護サービス渋谷さん、西区第一包括渡辺さんより事例報告

シンポジストは西区第一包括の白髭さん、五天山園居宅の乙坂さん、勤医協西区通所リハの仲村さん、秀友会訪問リハの鹿野さん

地域生活支援センター手稲 吉澤さんより説明・報告

西円山病院 横串さん、秀友会在宅リハ PT堀本さん・OT徳永さんより在宅の事例報告

て」 北海道社会福祉士会会長 奥田龍人さん

夏の大懇親会

札幌山の上病院リハビリテーション部長、清水兼悦さんによる講演

生活支援センター手稲の吉澤浩一さん、NPO精神障害者を支援する会の細川久美子さんより実践報告

3つの困難事例の報告を質疑応答により深める

②「必要から生まれた地域連携 追認から生まれた医療計画 パート1」

②「あたらしい医療、保健、福祉の連携、情報と地域連携パスに向けて パート2」

2事例の報告をもとに事例検討

ぐるぐる図をもとに、具体的に高齢者が療養生活を送る場合の流れを確認し、理解を深めた

シンポジウムの理解を深める企画で、急性期、回復期の部分について検討し、議論が行われた

前月に続いての企画を行い、慢性期、介護保険施設の部分について検討し、議論が行われた

ンと札幌市の介護保険計画から」 北海道社会福祉士会会長 奥田龍人さん

夏の大懇親会

6・7月に続いての企画を行い、在宅療養の部分について検討し、総仕上げとしての議論が行われた

6・7・9月に続き、ぐるぐる図の費用部分について検討し、情報交換、議論が行われた

6・7・9・10月に続き、ぐるぐる図の費用部分について検討し、情報交換、議論が行われた

## V 検討結果

### 第84回 平成17年6月14日(火)

#### 1 事例検討

9148 70歳 男

提案 訪看 St.やまのて

独居 DM、高血圧、妄想あり J、II、要介護度 2年間で要支援から要介護2へ。

現状：訪問看護(身体状況の確認、服薬確認)、介護(主に家事)、配食、身障支援費の居宅サービス(通院、買い物同行)

経過：お金がない、薬がないといった不安となり、パニック、その都度訪問看護が援助。約2年間で生活能力が低下し、独居困難。医療機関との連携なども、訪看が行った。結局、ケアプランは最初にかかわったステーションが作成した。しかし、次第に、計画以外のサービスも頻繁となった。ケアマネ、訪看がボランティア的に支援し、とりあえず引っ越しするまで支援して、グループホームへ入所した。

希望：このような場合、誰か支援する人がいないときに、誰かがしなくてはいけないが、今回のステーションとケアマネで対応するのが適切であるのかご検討を。また、このような場合、将来の包括型は、何をしてくれるのか？

検討：保護課は？～保護課は、キチンと役割が明確であれば動ける仕組みとなっている。

基幹型は？～個別処遇検討部会があるので、このような場合に利用できる。

ケアマネは？～このようにボランティア的に動かざるを得ない場合もあり、どこまで、どのようにするのか、は難しい点である。結局、特定の人にしわ寄せが行かないように配慮してコーディネートすることになるのではないだろうか。

結果：結論は出ない(出せない)難しい課題である。しかし、このような困ったときに相談できるネットワークが必要なのである。そして、この西区在宅ケア連絡会で、話し合いができることが良いことである。

### 第85回 平成17年7月12日(火)

#### 1 研修会：「障害者自立支援法を考える その1 精神障害者福祉」

##### 1) 自立支援法とは何か、その概要

西区社会福祉協議会 梶さん

国会で審議された自立支援法の登場の背景、どんな仕組みかについて解説。

##### 2) 「地域生活支援センターの役割～精神障害者の地域ケア」

地域生活支援センター手稲 センター長 吉澤 浩一さん(精神保健福祉士)

病院から地域へ、精神障害を持つ方への生活支援の現状と問題点を、事例をもとにして、わかりやすく報告していただいた。要旨は、以下のとおり。

昭和62年に精神衛生法から精神保健法に代わり、精神障害者の人権尊重、入院中心の医療から地域中心の療養への流れが成立し、平成11年社会復帰施設として、「地域生活支援センター」が新設されることとなった。センターでは、主に「相談」「憩い」の場としての機能を持っている。市内に現在4ヶ所、「手稲」では1日平均、電話17件、来所26名である。

現在、「なんでも屋」になっていることで、支援対象範囲が不明確、実地事業が広範、オーバーワークが常態化していることなどが課題としてあげられる。したがって、今後、支援のポイントとしてケアマネジメントが重要であり、サービス中心にならないように、自己完結的にならないように、などがあげられる。

障害者自立支援法案が審議中であるが(7月12日現在)、その改革のポイントは、障害福祉のサービスを「一元化」、障害者がもっと「働ける社会」に、地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」、公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」、増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支えあう仕組みの強化などである。

では、今どうするか、ということになるが、自分たちの業務の再評価と改善を、新しい情

報とか他所で起きていることに敏感な姿勢を、顔のわかるつながりを、地域を意識した視点を、という点をあげたい。そして日常業務の中で、どのような接点で、どのようなつながりがあり、どのように新しくつながりを作れるか、この点がスムーズであるならば、「つながり」はさらに有効に機能連係される。したがって、この「西区在宅ケア連絡会」のような、「連携」を目的とした「つながり」は今後も重要である。

つづいて、現在、国会で審議中の自立支援法に絡めて、精神保健福祉の実際はどのようなのか、地域でどのようなケア体制が必要であるのかなど、参加者で討論した。

とくに、地域の精神科診療所職員として地域医療に携わっている、三浦メンタルクリニックの精神保健福祉士 高瀬さんから、次のような発言があった。

当院にとって、さまざまな社会資源との連携は不可欠であり、とくに、地域生活支援センターとの情報共有は大切だ。医療機関だけでは把握できない患者さんの生活モデルに沿った支援が重要だからである。当院でも、医学モデルだけでは不十分なので「精神科デイケア」を併設しており、当院職員全員が医療、保健、福祉を包含したフォローをめざしており、そのために、コメディカル同士の専門性の違いに垣根を作らず、コミュニケーションを図るためのケース会議を実施している。地域に根ざした地域医療は、地域との垣根を作らないこと、そのためには院内での垣根を作らないことが大前提である、という考えに基づいている。

現在のストレス社会にさらされた市民は、多方面で通常の生活に苦痛を感じているようである。しかし、以前と異なり精神科の敷居も低くなり、とくに診療所（クリニック）を受診する方が急増している。札幌市内の診療所では新患の予約は1ヶ月以上待ちというのが実態である。（結局、再診も同じである）予約時間からの待ち時間も3～4時間かかることがある。電話での問い合わせは、1日平均100件になっており、患者の苦痛感をとめられない実態に、職員としてもやるせない気持ちを抱いているのもまた事実だ。

現在、障害者自立支援法案が審議中であるが、「精神障害」の分野では疾患と障害が並存しているので、「自立」実現までに疾患に対する医療が間に合うかどうか、という点が非常に心配だ。感覚的には「向かい風」です。障害者自立支援法では、現行精神保健福祉法32条を適用している方でも、精神科以外の医療行為には、社会保険適用で3割の自己負担となる。精神疾患があるために内科的疾患の適切な医療が受けづらい方々は、医療費が払えずに中断という事態も危惧される。

経済的基盤の脆弱からくる不安と、疾病全体への医療継続が可能かどうか、困惑は隠せない。法施行後の、事務手続きも決まっておらず、現場の不安は大きいまま、急増する「心が疲れきっている方」へのフォローをしているというのが現状だ。

## 第86回 平成17年8月6日（火）

### 1 研修会：「障害者自立支援法を考える その2 知的障がい福祉」

- 1) 知的障がいの福祉制度 西区在宅ケア連絡会幹事 出井さん
- 2) 知的障がいへの地域支援の実際 手稲この実察 川路さん・越戸さん

知的障がいを持つ方への生活支援の現状と問題点を、事例をもとにわかりやすく報告していただいた。

研修会は、今国会で審議中の「障がい者自立支援法」に絡めて、知的障がい福祉の実際を正しくとらえて、地域でどのような支援が必要なのかを考える機会となった。

## 第87回 平成17年9月13日（火）

### 1 新制度情報：「介護保険の改正～ホテルコストについて」

保健福祉部 保険給付係長 伊藤さん

## 2 研修会：「障害者自立支援法を考える その3 身体障がい者福祉～当事者の立場から～」

NPO 法人 HOP 障害者地域生活支援センター代表 竹田 保さん

- 1) 自立支援法は利用者の負担増であり、十分な審議がなされていないことから反対である。
- 2) 「低所得」と「自己負担」の相関をはっきりさせること。
- 3) 公平な正しい負担のあり方を持つべきであり、国、サービス提供者と利用者との間に不信感が生まれる仕組みはよくない。
- 4) ケアマネジャー、ソーシャルワーカーなど相談を受ける職種の考え方、姿勢が問われる。
- 5) ニーズのないところに制度の改革、変更はない。
- 6) 地域の中で新しいサービスのシステム構築が必要である。
- 7) 病院、デパートなどが他機関との連携によってさらに利用しやすいように移送、交通、介護などのサービスを可能にすることなどが考えられる。
- 8) 従来までの規制にとらわれない発想が必要である。

以上のように、身体障害をもつ人への生活支援の現状と問題点がわかりやすく解説された。自立支援法の問題点を当事者の立場から見つめ、総括し、地域ではどのような連携と支援が必要かを学ぶ良い機会となった。

### 第88回 平成17年10月11日(火)

#### 1 報告：「西区在宅ケア連絡会活動報告書(Ⅱ)」が発刊された。

編集担当の幹事より、内容について、活動のポイントとなる点について、詳しい解説がなされた。とくに、シンポジウムの内容は非常に役に立つ内容であるので、ぜひじっくりと読み込んでいただきたい、とのこと。

#### 2 事例検討：これまでの検討事例の、その後の経過報告および、再検討をおこなった。

活動報告書(Ⅱ)に記載の事例9082から9147の経過報告していただき、再検討、あるいは意見交換が行われた。

### 第89回 平成17年11月8日(火)

#### 1 研修会：「高齢者の栄養評価、食のアセスメント」

##### 1) 「西区の訪問栄養指導の現状について」西保健センター主査 管理栄養士 柏原敏子さん

西区内では平成16年度中に3名の管理栄養士と1名の委託栄養士で、市民17名を対象に訪問栄養指導を年に1～2回行っている。対象者は、病院等での栄養指導を受けていないが、食事療法、体重コントロールが必要な人。

##### 2) 「在宅患者訪問栄養食事指導の実際」 管理栄養士 市川 一代さん

病院と契約し在宅患者訪問栄養食事指導を行っているが、保険点数として算定できるのが月に2回まで(1回540点)であることや、栄養指導の重要性の認識がまだうすいため、利用者は少ないのが現状である。

##### 3) 「高齢者の栄養について」 勤医協札幌西区病院 医師 鎌倉 嘉一郎さん

入院時、患者の約半数が低栄養状態であり、入院期間中に更に栄養状態が悪くなる人が多いのが現状である。

低栄養状態では合併症発症率・死亡率ともに標準状態の約2～20倍となっている先行研究が発表されている。潜在的な低栄養状態の場合でも同様の結果であり、在宅での栄養評価と対応が重要となっている。入院あるいは外来通院の場合であれば、携わる医療者のトレーニングによって低栄養者のスクリーニングが可能であるが、在宅の場合は困難な状況となっている。

## 第90回 平成17年12月13日(火)

### 1 研修会

- 1) 「歯を磨いても虫歯になる」 あしだ歯科医院 芦田 真治さん  
2) 「口腔ケアの実際」 琴似さいき歯科医院 齋木 章さん  
①口腔ケアの意義 ②高齢者の口腔内の特徴 ③口腔内清掃のポイント  
④義歯の取り扱い ⑤リハビリと体操

## 第91回 平成18年2月14日(火)

### 1 研修会：「変わる介護保険、どうなる在宅療養(1)」

介護保険の新たな報酬体系が出された。概要を確認し、現場で何が問題となるか。  
私たちはどのように患者、利用者とかかわっていくべきかが討論された。

- 1) 介護施設より、ホテルコスト導入の影響について報告  
①発寒中央病院 ②介護老人保健施設エル・クォール平和 ③介護老人福祉施設五天山園  
2) 生活を支える、訪問介護の現場からの事例報告 はばたき新琴似センター  
9149 80代 夫～心疾患、妻～リウマチ、二人暮らし。掃除中心。  
9150 70代 夫婦二人とも糖尿病、無職の息子との同居。生活援助。  
9151 69歳 女、パーキンソン病、夫の介護力が限界となっているので、ショート利用。  
3) 訪問看護はどう変わるか、訪看からの事例報告 訪問看護 St. やまのて  
9152 80歳 女、糖尿病。日曜日だけのインスリン注のために、訪看の依頼。

## 第92回 平成18年3月14日(火)

### 1 研修会：「変わる介護保険、どうなる在宅療養(2)」

前月に続き、現場での問題点を明らかにして、患者、利用者との関係が討論された。

- 1) 施行近い自立支援法、ヘルパーの利用はどうなるのか。  
はばたき新琴似センター 上河さん  
2) 医療保険、驚愕の診療報酬改定～病院が潰れる。  
勤医協札幌西区病院 鎌倉さん

## 第93回 平成18年4月11日(火)

### 1 研修会：「変わる介護保険、どうなる在宅療養(3)」

とくに、医療保険上の改定、予防給付に絞っての情報交換が行われた。

- 1) 地域における診療所の役割 坂本医院 坂本さん  
診療報酬改定にみる「在宅療養支援診療所」  
2) 介護保険の見直し、改定の要点 介護予防センター西野 乙坂さん  
動き出した予防給付、新しい支援

## 第94回 平成18年5月16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)

公開シンポジウム：「変わる介護保険、どうなる在宅療養」

基調報告： 北海道社会福祉協議会 事務局次長 白戸 一秀さん

シンポジスト：

地域包括支援センターから 支援センター手稲 副センター長 藤田 修一さん

ケアマネジャーから	NPO 法人夢紡ぎ・くらら 代 表 渡邊 智子さん
通所サービスから	手稲溪仁会デイサービス 所 長 宮村 善英さん
訪問サービスから	はばたき新琴似センター 所 長 上河真奈美さん
司 会：	札幌秀友会病院 医療相談室 岩間 光紀さん

基調報告：北海道社会福祉協議会 事務局次長 白戸一秀さん

10年後の2015年には団塊の世代が65歳となり、1億人中、3000万人が高齢者となる。厚生労働省は、そこを見据えた改革を行っている。

まとめると、介護予防、地域づくりを重要視したサービス提供体制を構築しようとしている。自立支援の内容が変わってきて、本人の生きる力への支援といえることができる。明確な希望とその実現への意欲を拓ける努力をするということである。利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組み合わせを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能することが求められている。説明できるケアプランが必要である。将来的に、施設から地域へ、という流れは変わらないので、新しい関係づくり、「地域ネットワークの形成」が最重要となる。

シンポジスト発言要旨：

●藤田修一さん（手稲区包括支援センター）

①総合相談、②権利擁護業務、③包括的継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントの業務を3職種で対応している。要支援1、2に認定された人のケアプラン作成を誰が行っていくのかなど、手探りのスタートであるが、利用者の声を行政に伝えていく役割がある。基本は、個々の高齢者の自立を支援し、本人ができることはできる限り行ってもらおう、ということであるが、目指すことは、サービスを利用しない生活、あるいは必要最小限のサービス利用での生活を少しでも長く続けていくことができること、である。そのためにも、地域のあらゆる関係者の「連携」が鍵となる。

●渡邊智子さん（居宅介護支援事業所 夢紡ぎ・くらら）

基本理念は、自立支援と尊厳の保持である。今までのケアプランはできない部分を補う本人の希望通りの「お困り解決プラン」であった。これからのケアプランは、その人らしく自立した生活とは何か、という目標を利用者もケアマネジャーも共有化し、「個別性の具体化、必要なサービスを計画的に導入」という内容が求められる。そして、介護保険だけでは生活は補えないから、地域にアンテナを張り巡らしてお互いの理解を深め、社会資源をうまく活用することである。

●宮村善英さん（手稲溪仁会 デイサービス）

介護予防サービスとは、軽度者の状態に合わせた自立支援と「目標指向型」のサービス提供を推進することである。運動器、口腔ケア、栄養改善などの選択サービス導入された。しかし、週1回の介護予防通所介護の利用で各機能の維持、改善が可能であるか、という問題がある。

今までの通所では社会交流、閉じこもり防止、入浴など様々な機能が複合的に行われる利点があった。これからは目的が明確な目標指向型のサービスが求められ、ただ漠然と利用していた利用者にも一石を投じることとなった。

●上河真奈美さん（訪問介護事業所 はばたき新琴似）

訪問介護は、本人が自力で家事などを行うことが困難であり、家族などの支えあいや他の福祉施策などの代替サービスが利用できないときに、提供されること。現行の身体、生活援助の区分を一本化し、また現行の時間別の評価を月単位の定額報酬とすることとなった。

## 第95回 平成18年6月13日（火）

- 1 研修会：5月開催のシンポジウム「変わる介護保険、どうなる在宅療養」を振り返り、議論の不足の部分をさらに掘り下げる機会とした。

西区版として、下記の皆様にご発言をしていただいた。

- |                 |              |       |
|-----------------|--------------|-------|
| 1) 地域包括支援センターから | 第一地域包括支援センター | 白髭さん  |
|                 | 第二地域包括支援センター | 五十嵐さん |
| 2) 居宅介護支援事業所から  | 夢紡ぎ・くらら      | 渡邊さん  |
| 3) 通所系サービスから    | 西野デイサービスセンター | 加藤さん  |
|                 |              | 奥田さん  |
| 4) 訪問系サービスから    | はばたき新琴似センター  | 上河さん  |

## 第96回 平成18年7月11日(火)

### 1 事例検討

9153

提案 訪看 St. ことに

経管栄養に伴う情報の共有と連携のあり方についての事例

### 2 研修会：「在宅における経管栄養法～胃ろうについてもっと良く知ろう」

勤医協西区病院 医師 鎌倉嘉一郎

- 1) 栄養が大事であることの解説
- 2) 経管栄養とはなにか
- 3) PEGの紹介と、PEGの種類、造設術の実際
- 4) 胃ろうの管理、トラブル、対処法
- 5) 経腸栄養剤の種類、投与方法
- 6) 経腸栄養剤以外の投与方法
- 7) 胃ろう以外の方法の紹介

## 第97回 平成18年8月8日(火)

### 1 事例検討

9154 88歳 男 介護力あり

提案 訪看 St. ことに

パーキンソンにて長期に在宅療養中。血尿にて西札幌病院入院、膀胱がん、すでに終末期。膀胱部分切除（主腫瘍部のみ）、周辺への浸潤あり、遠隔転移は精査していない。膀胱ろう。術後肺炎、蛋白漏出性胸膜炎にて、約2ヶ月治療。このまま、終末期となると説明あり。それならばと、胸腔ドレナージ、IVHカテのまま、退院、自宅看取りを希望。一連の経過の中で、退院時支援体制が不十分であったと思われる。

\*本事例を参考に、退院時における病院と地域の支援体制との連携について検討された。

- 1) 医師間、看護師間の連携について、意見交換。
- 2) 地域の病院に設置されている、「医療連携室」に期待する役割について、意見交換。
- 3) 地域内における、「退院時支援体制」の整備について、提案、今後の課題などについて

### 2 研修会：「退院時支援体制（病院から在宅へ）について」

#### 1) 急性期病院からの退院時支援体制のあり方

- ①本例の場合の反省点は、入院中の情報の把握が遅れたことにある。
- ②退院時に、その後の生活を考慮するために、退院前訪問が行われつつあるが、まだ不十分な体制といわざるを得ない。
- ③退院してから短期間で再入院する人については、情報共有が不十分であることが多い。

#### 2) その際の情報提供・情報交換の方法について

- ①退院時支援として、ご家族などと一緒に退院前に家を見に訪問する機会を持っている。
- ②とにかく、顔を合わせる機会を持つことが大切と思われる。

- 3 国立病院機構西札幌病院の地域医療室の取り組み
- 1) これを機会に、今後の取り組みの指針を作成した。
  - 2) 退院を控えた症例について、地域の関係者と一緒に行う「退院前カンファレンス」の開催を具体的に検討したいと考えている。
- 4 西区内に設置されている、そのほかの病院の地域医療室の業務について
- A 病院：退院1週間前に、退院前カンファレンスを行っている。
  - B : MSW を中心として、OT、PT も一緒に退院前訪問を行っている。
  - C : ケアチームが在宅療養支援体制と、在宅での生活状態のイメージを作って、退院前カンファレンスを行っている。ただし、医療依存度の高い場合実際に生活してみないとわからない面が多々あることを経験している。
  - D : 退院前の情報が上手に活用できるように事前準備を充実するようにしている。医療依存度の高い場合、看護職との事前カンファレンスを行っている。現在ある「もの・情報」それぞれを生かしていくことが重要と思う。
- 5 モデル的、「(仮称)退院時支援カンファレンス」の開催について
- 当初のこの「西区在宅ケア連絡会」では、先ほどからいわれている、退院前ケースカンファレンスを毎回行った。今後も、地域全体で検討する必要のある例などは、この会の事例検討に提出してもらいたい。これだけ多くの専門職がいるので、必ず結論が出ると思われる。したがって、この会の一部を、「退院時支援カンファレンス」、とすることも可能であるとの意見が出された。
- 西札幌病院から、院内において「(仮称)退院時支援カンファレンス」の開催を検討しているので、その際には、ご協力をお願いしたい、との発言あり。
- そのような会と、在宅ケア連絡会などが連携を取り合い、西区内に何らかの「退院時支援システム」が実現されることが望ましい、との発言あり。

#### 第98回 平成18年9月12日(火)

- 1 事例検討
 

9155 27才 女性 独居 提案 札幌太田病院 精神保健福祉士  
てんかん 中等度精神発達遅滞。  
精神科デイケアを月から金まで利用している。ヘルパーなど必要かと思われるも拒否。
- 2 研修会：「自立支援法と知的障がい児・者～理解と支援のあり方」  
札幌ポプラ会 代表 上田 マリ子さん

#### 第99回 平成18年10月10日(火)

- 1 研修会：身体障がい者福祉ホーム「自立ホーム24」からの報告
 

はじめに、利用者(入居者)H.S.さんから、親元を離れ自立ホーム24に入居した経緯や決意、生活の状況が報告されました。母が病気で入院しその間、自宅で1ヶ月間ヘルパー支援を受け何とか一人で暮らせた事がきっかけで、親元を離れ暮らしたいと考えたそうです。最初心配していた母親も今は応援してくれているとのことでした。生活は支援費(10月からは自立支援法)からの訪問介護の対応等で支えられています。

つづいて、ホーム長 長澤 愛さんから写真の紹介を交えて日ごろの生活の様子、地域との交流の様子、自立ホーム24の設立の経緯、支援の体制等について報告されました。

日ごろの生活の様子：当事者ヘルパーと食事を作ったり、季節の行事や、誕生会など、生き生きとした入居者の姿が写真から伺えました。

地域との交流：すぐそばにある保育園の園児が訪問してくるとのこと。バーベキューや花火大会等の行事に招くなどの交流の様子がありました。

設立の経緯：4年ほど前に、ある家族の強い希望でグループホームとして始めました。昨年秋、現在の建物ができ福祉ホームとして新たにスタート。11名の定員に対して8名が入居されているとのこと。

支援体制：常勤2人（ホーム長・相談員）、当事者ヘルパー、提携している訪問介護事業所で24時間体制で個々のニーズにあった、その人らしい生活ができるようにと支援をしているとのこと。

以上の報告に対する質問とその答え

Q：当事者ヘルパーとは？

A：主に、知的障がいをもった人がヘルパー資格をとり、勉強をかねて、1時間100円位の賃金で手伝いに来てくれている。いずれ、慣れてきたら、もう少し賃金を払えたらと考えている。

Q：ボランティアとして自立ホーム24に関わるにはどうしたら良いのか？

A：基本的には登録制。いきなり来てもらっても何かしら手伝ってもらえる事はある。

Q：経営の仕組み、24時間支援体制をどのように作っているのか？

A：常勤2名は入居料等で給料を、24時間体制はホップ障がい者自立支援センターと提携し自立支援法、介護保険法のサービス料で対応している。

Q：地域の反応はどうか？

A：地域的には比較的理解があるが、ごみだしできちんとしているのに、指定時間外にだしているような苦情が来た事がある。

Q：自立支援法が動き始め実際の生活、役所とのやり取りはどうか？

A：まだ始まったばかりで良く分からず、不安は強い。1割負担が厳しい世帯もある。相談員と一緒に役所等に手続きに行くが、役所側もまだ、ハッキリしていない部分がある。本庁に問い合わせてもらいながら対応してもらっている。

Q：医療との連携は？

A：個々のサービスのひとつで訪問看護が入っている。往診医等など特定の連携している医療機関はない。今後は検討する必要があると思われる。

この他、出席していた学生さんからもいくつか質問ありました。今後、この「西区在宅ケア連絡会」ともどのように連携していくか一緒に考えていければならない、との発言で締めくくりました。

**第100回 平成18年11月21日（火）18時30分 西区区民センター3階 大ホール**

**第100回記念シンポジウム「西区・生きる・つながる」**

シンポジスト：

当事者を支援する立場から：	DPI 北海道ブロック会議事務局次長	東 智樹さん
地域でケアマネジメントする立場から：	発寒ケアプランセンター	泉 ひろみさん
地域で医療連携を担う立場から：	訪問看護ステーション ことに	柳谷 幸枝さん
司 会：	西円山病院 医療福祉課	出井 聡さん

詳細は38ページに記載してありますのでご参照ください。

**第101回 平成18年12月13日（水）**

テーマ：「西区在宅ケア連絡会10年の歩みを振り返る」

11月に行われた、第100回記念シンポジウムを振り返り活動報告のスライドを見ながら、今後の活動のあり方について意見交換が行われた。

	制度の動き	西区在宅ケア連絡会の活動
平成9年	4月 介護保険法 成立	8月 第1回連絡会
10年	4月 知的障がい者福祉法制定	
11年	4月 ゴールドプラン21策定	5月 シンポジウム 地域で生活すること
12年	4月 介護保険法施行	9月 活動報告書(Ⅰ)
13年		5月 シンポジウム 地域の新しいサービス
14年	4月 健保本人 3割負担	5月 シンポ 変わる医療、どうなる在宅療養
15年		8月 市民フォーラム 痴呆をあきらめない
16年		5月 シンポ 地域で、自分の家で、最期まで
17年	4月 個人情報保護法施行	5月 シンポ 地域包括ケアシステムを
18年	4月 地域包括支援センター創設	5月 シンポ 変わる介護保険、どうなる在宅
	4月 自立支援法施行	11月 第100回 記念シンポジウム

### 第102回 平成19年2月13日(火)

- 1 報告：第1回日本介護支援専門員協会全国大会(2/12(月)東京)について  
第5分科会テーマ「地域包括ケアの質の向上策」 座長：乙坂友広(五天山園)さん。  
西区在宅ケア連絡会の取り組みについて、坂本 仁(坂本医院)さんが報告。  
北海道でのこのような地域ネットワークづくりの取り組みに、全国の方々が強い関心を示した。

### 2 研修：「介護保険改定から1年、現場はどうなっているのか(1)訪問系」

#### 事例検討

#### 訪問看護の現場から：

9156 85歳 女 肺癌

提案 訪問看護 St.やまのて

介護保険未申請ということで訪問したところ、以前より予防給付で訪問介護を受けていたことが判明。包括支援センターの職員と同行訪問、訪問看護のみ利用開始となる。予防給付では車椅子はレンタルできないため、St.の備品を一時的に貸す。その後病状悪化とともに要介護3となり、ケアマネ変更。訪問入浴、車椅子レンタル、訪問診療開始となる。

会場意見：(主に訪問看護師)

- 1) 予防給付になるとベッドや車椅子などの介護用品のレンタルができないのが困る。
- 2) 介護保険を申請しても認定結果が出るのが遅いとき、訪問看護は実際に入っている、保険が医療なのか、介護なのか、予防なのかということが未決定となり困る。
- 3) 訪問看護師がその方の疾患や病態から将来を早めに予測して、スピーディーに対応することが求められるのではないかと。

#### 訪問介護の現場から：

9157 75歳 女 膝関節機能全廃

提案 はばたき新琴似センター

脳梗塞により軽度右麻痺。要支援2。家事全般、本人の受診付き添いなどは全て夫に頼っていたが、その夫が脳梗塞で倒れ入院した。生活スタイルの作り直しも含めてヘルパーを導入したが、夫にしてもらっていたことをそっくりそのままヘルパーにして欲しいという意向が強く、自立支援という概念の理解が難しい。根気よく対応し、買い物を生協の宅配を利用したり、現在は通院もタクシーで行ったり自分で親戚に付き添いを頼んだりするようになった。

会場意見：(主に訪問介護事業所の方)

- 1) 要介護から要支援になった方は、特に「以前はしてもらっていたのに、どうして今はしてもらえないの」「年寄りをいじめるなんて」という声が多い。
- 2) 介護保険制度が始まった当初は「要介護認定を受けている方がこんなにいる」「サービ

ス利用者もこんなにいる」ということで「いい制度・必要な制度」と言われていたが一転して「要介護者が多すぎる」ということで予防給付が生まれて・・・、が現状である。サービス提供者側も制度に翻弄されていると感じる。

- 3) 自立の概念を利用者に理解してもらおう特効薬のようなものはない。自立支援を行うことが先々利用者のためになるという信念を持って地道にやっていくしかないのではないだろうか。

9158 76歳 女 視覚障害、DM 提案 はばたき新琴似センター

身の回りのことは工夫しながらほぼ自立していた。今回の改正で、要介護1から要支援Ⅱとなった。主旨説明も含め調整しながらかかわっている事例。

会場意見：

- 1) 要介護1から支援Ⅰになった。ヘルパーが週2回のみ。サービス内容は介護度変更前後で変わらない。
- 2) かえって自立心が芽生え、できることは自分でしたいと言ったり、発言や生活にハリが出てきたように感じられる。

主にヘルパー事業所の方や訪問看護師の方に発言していただいたが、自立支援についてどのように利用者に説明し、理解を促すかという点がとても難しいという意見が多かった。

### 第103回 平成19年3月13日(火)

#### 1 研修：「介護保険改定から1年、現場はどうなっているのか(2) 通所系」

1年間を通じて介護から予防への推移など西野ケアセンターデイサービスセンター 加藤さん  
事例検討

通所介護の現場から：

9159 78歳 女 変形性脊椎症 提案 五天山園デイサービスセンター

介護保険制度改定前より、通所介護を利用。6月より機能訓練を開始している。機能訓練開始当初は、集団でプログラムを行っていたが、その後個別対応に変更となった。

各種目の時間を計測しているが、集団で行なう場合と個別に行なう場合での差がとても大きい。単独で行くと、人(同様の身体状況等)の交流がないため活気が出ない。それ相応の効果は確認されるが、機能訓練の方法により眼に見えて効果が違い、単独で行うよりも集団で行う方が明らかに効果が確認出来た事例。

9160 71歳 男 脳梗塞後遺症他 提案 札幌すこやか介護サービス

通所リハビリを週2回利用しているが、回数増は費用負担がかかるとの事で様子を見ていた。機能訓練を目的に、時間の短いサービスが開始された事を受けて、見学の後利用に至った。

機能訓練を2つの事業所で受けるため、より効果を明確にするため、通所事業所のセラピストが訓練方法等について確認を行い、連携を取った事例。また、機能訓練を目的に専門職を配置し、短時間サービスを行っている事業内容が紹介された。

参加者からの質問について

Q：どうしてこのような事業を考えたのか？

A：既存の通所サービス利用について、利用者から時間や内容に疑問が多く聞こえてきたので、その声に応えようと考えた。

Q：自宅での生活上の問題についての支援はどのように行なっているのか？

A：職員が自宅を訪問して評価を行なっている。

Q：職員体制・送迎等はどのように行なっているのか？

A：専門職を配置しているが、一部兼務。送迎は近所の経験のある方に依頼している。

## 第104回 平成19年4月10日(火)

### 1 研修「介護保険改定から1年、現場はどうなっているのか(3) 包括、居宅、予防センター」事例検討

介護予防センターの立場から：

9161 81歳 女 提案 介護予防センター山の手、琴似  
特定高齢者(閉じこもり)への援助、連携の事例。

病名：高血圧、糖尿病、心筋梗塞、腰椎すべり症

3年前に夫を亡くし、近隣との付き合いもなく、人の好き嫌いもはっきりしており、友人との交流も減り、閉じこもりがちになっていた。外出や交流の機会を…と、すこやか倶楽部を勧めるが、人の意見を聞き入れる事は難しい方であり、体操は嫌いということもあり、不調を理由に不参加が続いていた。娘や民生委員からの誘いを継続して行くうちに、マンションの「生き生きサロン」に自主的に参加するようになった。本人を取り巻く関係者が連絡と面談を重ねることで、動機と意識づけに良好につながった事例。

参加者からの質問

Q：「すこやか倶楽部」は好まず、「生き生きサロン」は良かったのは何故か？

A：体を動かすプログラムや交流に対して、茶話会形式であるのが良かったのではないかと。地区町内会で行われており、参加者は比較的年齢層が若いのに対し、マンションの建物から出なくて参加できる利便性が良かったのではないかと。

居宅・ケアマネの立場から：

9162 68歳 女 提案 札幌すこやか介護サービス  
様々な問題を抱えた夫婦への援助、連携についての事例。

病名：うつ病、脳血管性認知症、DM

夫婦二人暮らし、子供はいない。介護拒否、他者への不信感、暴言、被害妄想などがあったが、訪問看護による服薬管理もあり、現在は比較的落ち着いている。主介護者である夫から、ストレスや睡眠不足があると暴力を受けていた疑いもあり、包括支援センターや区保健師、警察、精神科医、MSW等も支援チームに加わり対応している。本人の状態は心身共に自立度が向上してきているが、夫側は飲酒も増え、介護者としての役割が果たせなくなっている状況である。今後も二人共に自宅で生活する事を希望されている事例。

ケアチームのメンバーからの発言

- 1) 訪問看護：当初は家に入る事も拒否があり難しい状況であったが、馴染みのヘルパーに仲立ちしてもらいながら関係性を築き、服薬の支援が行えるようになり、体調や精神が安定するようになった。
- 2) 訪問介護：以前は寝ている状態も多かったが、服薬管理がされるようになってからは、起きて活動する事も可能になり、今では一緒に調理や掃除を行えるようになっている。以前は夫の都合(ストレスや疲れなど)によって眠剤を多く服用されていた様子がある。
- 3) 通所介護：支援チームの中では関わりが浅く、サービス開始当初は拒否も強く、朝の送迎が到着する間に眠気が強くなり休みがちになる事もあった。週に2回の利用から最近になって週に1回に変更したいとの申し出があった。本人は利用料の事も気がかり。
- 4) 包括支援センター：虐待の疑いがあり、本人の退院前に緊急に処遇会議を開催すると共に行政へも報告する。警察(生活安全課)への連携依頼も行う。

参加者からの質問

Q：「虐待」というケースに直面した時の対応の難しさがあると思うが、に夫への働き掛けをどのように進めたのか。

A：夫側の支援者(医師、MSW、保健婦など)もチームに入っており、介護者からの視点

でも調整ができるように工夫した。

Q：介護者としての役割が果たせなくなってきた原因は？

A：夫のもともとの性格は「穏やか」であり、自分が関わらなくても何とかなっている状況が重なり、サービスに対する依存心が強くなってしまったと考えられる。ご主人との約束事についても、朝から飲酒が始まることもあり、自身の回りの衛生が保たれなくなっている。妻の受診同行については、医療との引き継ぎが不十分になるため、現在はヘルパー対応となっている。

Q：「同居家族に問題あり」というのは本当に「問題」なのか？夫の思いは受け止めているのか？

A：事例のシートにある表現としては不適切だったのかもしれないが、はじめから夫の支援も含めて検討や討議を重ねてきている。

発言：多職種の方々がチームでケアしており、地域や行政をも含めたそれぞれの役割を担って支援している、とても素晴らしいケースだと感じた。

包括支援センターの立場から：

9163 85歳 女 提案 西区第一包括支援センター

サービス拒否の多い方へのチーム形成、連携についての事例。

病名：両変形性膝関節炎、左足関節炎（装具着用あり）、糖尿病

感情の起伏が激しく、他者に対する暴言や暴力が見られ、被害妄想的に昼夜を問わず電話で近隣の知人に訴えたり、時には警察に通報する事もある。幼少期より働きに出たため、文盲であり、子供をもうけたようだが、30代より独居となっており、音信不通であるため、支援は期待できない状態である。受診に対する強い拒否があり、健康状態は不明である。服薬はなし。精神面の不安定があり、周囲に対する被害妄想も強く現れるため、現在の所、本人は在宅生活を強く望まれているが、今後においてどのように「在宅での限界」を見極めて行くべきなのかをアドバイスや意見交換をしたい事例。

参加者からの質問

Q：医学的評価が見えてこない。認知症？精神疾患？老年期精神病？疾患をしっかりと見据えて関わるためにも、訪問看護の導入を検討してはどうか。

A：拒否感が強く、医療との連携がとれない状況であり、往診医にやっとながった所である。差し迫った生命の危惧があるという状態ではないが、健康管理は必要である。

Q：在宅生活の見極めについては、家屋の状況（大家さんの判断）も一因となるのではないか。

A：GHを勧めた事もあるが拒否され、現在は在宅で生活する事を強く希望されている。

Q：警察への協力依頼について、反応はどのような感じなのか？

A：生活安全課は、大きな事故や事件に結びつく可能性がある場合には動いてくれる見込み。

Q：昼夜を問わず電話をかけたか、警察への通報はどのような内容か？

A：「お金を返してくれ」「通帳はどこへやった」「盗られた」など。

Q：在宅生活の見極めについては、体調面や病状の変化が大きな要因となるのでは？

A：包括支援センターの見解としても同様に考えていた。在宅生活の継続については、いかにインフォーマルな支援を取り込んで行けるかが、重要と思われる。

全体を通しての発言として

1) 困った時には包括支援センターや区役所に相談できる！強いつながりが確信できた。

2) ケースを通して、「連携」を一緒に勉強させてもらったと強く感じた。

3) 普段から、本人が最後をどうしたいのかを聞いておくべきである。

4) 今回は良くなった事例の報告であったが、悪くなった、困った等の事例も聞きたかった。

5) 今回の改正により、法的な部分では対応が不十分で、ともすればケアマネが訴えられる懸念もある。原点は「本人がどうしたいか～を支えて行く事」と考えている。

第105回 平成19年5月15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研修会との合同開催)  
(第66回手稲区在宅ケア連絡会と合同開催)

公開シンポジウム:「変わる介護保険、どうなる在宅療養 ～パート2～」

シンポジスト:

地域包括支援センターの立場から

西区第一地域包括支援センター 主任ケアマネジャー 白髭 幹子さん  
ケアマネジャーの立場から

五天山園居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 乙坂 友広さん  
通所系サービスの立場から

勤医協札幌西区病院通所リハビリ デイケア主任(看護師) 仲村 真代さん  
訪問系サービスの立場から

札幌秀友会病院 訪問リハビリ 作業療法士 鹿野 幸児さん  
会: はばたき新琴似センター 所長 上河 真奈美さん

詳細は51ページに記載してありますのでご参照ください。

## 第106回 平成19年6月12日(火)

### 1 報告

#### 1) 学会発表

- 4月14日 北海道MSW協会(札幌市)で原間井さんがケア連絡会のことを発表
- 5月26日 日本プライマリケア学会(宮崎市)で坂本さんがケア連絡会のことを発表
- 6月1日 日本MSW協会(高知市)で原間井さんがケア連絡会のことを発表

#### 2) 公開シンポジウム

各シンポジストから感想とコメント。テーマが大きくて質問が多岐にわたってしまった。シンポジストは答え難かったと思われた。連絡会幹事会では幹事とシンポジストが長時間打ち合わせをして、今回のシンポジウムを行うことになりました。今年のテーマを生かして、1年経過したことの変化や現状を伝えられると良かったのですが、アンケート結果を見るとご批判もありシンポジストには迷惑をかけてしまいました。

#### 3) ホームページの開設

鎌倉幹事のご努力でホームページが立ち上がりました。アドレス <http://maglog.jp/zaitaku/>

### 2 研修会:「札幌市地域自立支援協議会について」

地域生活支援センター手稲 吉澤 浩一さん

札幌市は市内10ヶ所の事業者には障害者相談支援事業(地域自立支援協議会を含む)を委託。3障害のA型、B型、C型に分かれている。A型は1事業所で身体障害の拠点、B型は5事業所で知的障害の拠点。C型は精神障害の拠点です。地域自立支援協議会の主な機能としては、福祉サービス利用に関わる中立的な相談支援事業、公平性の確保、困難事例への対応のあり方に関する協議、調整、地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議などがある。札幌市の場合おもな協議内容は、①相談支援事業者の中立・公平性の確保、②地域の関係機関によるネットワーク構築で協議会では2つの部会を設置して運営しています。運営評価部会とネットワーク部会です。

参加者からの質問

Q: ネットワーク作りをしていきたいのか?

A: 協議会は支援事業者の公正な立場を守るのが一番

Q：具体的なイメージがわからない。相談件数は？事例は？

A：事業所C型（精神）相談業務のほかにデイサービスを行っています。手稲の事業所は札幌で最初の事業所で相談件数の多い方で、1日20件である。事業所B型では訪問相談を行っている事業所もある。事業所によって相談件数にばらつきが見られ、年間数回の事業所もある。最近では事業所同士のつながりが繋がりが出てきた。対象者によっては障害が1つではないので合同で訪問に行くなどの活動もみられる。

Q：10ヶ所しかない。場所は偏っている。仕事のばらつき。どの様な点で連絡会と重なるのか？地域とのかかわりを目的に行っているのか？

A：当初、各区に1ヶ所を作る予定でいたが、結局委託する形になってしまった。事業者は担当地域がある訳ではなく、それぞれがバラバラで、基本的には札幌市全域である。今後、B、C型は年間1ヶ所ずつ増やしていく予定。障害者の高齢化により困難事例があり連絡会を通じて相談していきたい。また、相談支援センターとして提供していきたい。

Q：事業所の一般向けPRは？

A：町内でのイベントなどで宣伝しているが反応は弱い。どうしたら良いか考慮中です。

Q：負担金は？介護保険と自立支援法のからみは？

A：負担金は返答困難です。登録料や利用料などは取る、取らないは事業所によって異なる。

発言：相談業務がしっかりしてくれば連絡会の進化系に感じられる。

## 第107回 平成19年7月10日（火）

### 1 講演：「在宅でリハビリ資源を有効に使うために」

西円山病院リハビリテーション科 横串算敏先生

診療報酬、介護報酬改定について、平成18年度、疾患別リハビリテーション料、算定上限、1単位単価の変更、集団療法の廃止などについて説明。診療報酬改定は1年おきに行われるものであるが今回は2年連続で変更になった。算定日数上限が設けられ、リハビリテーションが必要な患者さんに対しても急に打ち切られる現状があったための措置と思われる。平成19年度は算定日数上限の除外対象患者の範囲拡大、維持期リハでのリハビリテーション医学管理料（包括性の導入）、疾患別リハ料の導入が記された。しかし、財源は財政中立という範囲内で行われ経済的背景が見て取られるものであった。リハ医療変化の背景として小泉元首相の構造改革、骨太の方針が紹介され、20兆円を越す社会保障費を減らしていくことが背景にある事が説明された。医療費適正化計画として保険給付の見直しをしていく中で生活習慣病対策強化、平均在院日数短縮についての説明あり。介護報酬においても平成12年度の要支援・要介護者の給付費が平成16年には3倍近くになっていることが示された。そもそも介護保険が施行される時、リハビリを前提として施行されてる。要支援、要介護者の人をターゲットにしてADLを自立方向に向け、介護に掛かる費用を減らしていくことが狙いになっている。平成18年の介護報酬改定後のリハビリでの変更点はPTなどの訪問が保健師または看護師の訪問回数を上回る事ができなくなった。一方、言語療法士の訪問が認められ、リハビリマネジメント加算や短期集中実施加算が新設された。

病院でのリハビリ場面として西円山病院の回復期リハ病棟の紹介があり、事例が提供された。回復期から在宅へ向けての準備がどの様に行われ、どの様にコミュニケーションをとっているのかが説明された。在宅で利用できるリハ資源として健康保険、介護保険、自立支援法を用いて病院や医療、介護支援事業所、地域包括支援センター、相談支援事業所などの場面で活用できることが説明された。事例は在宅で生活されている脳梗塞、寝たきりの人。良くなると考えていないご本人とご家族に生活の意欲を与え座位保持からADLの拡大に繋がり、介助量も減っているとの事だった。在宅リハスタッフとは一騎当千と信頼を置いている。リハビリテーションをもっと使っていただきたい。他の在宅スタッフと同じ土俵にあげていただきたい。そうす

ればリハスタッフが持つたくさんの引き出しから利用者やご家族のためになるサービスが提供できるようになります。リハを使っていたくのために、札幌には無いですが、“地域リハビリテーション広域支援センター”があり、リハ実施への相談支援や研修講師、連絡協議会の設置運営などが行われているので連絡して使っていたくしたい。そして住民に対して医療・介護・障害福祉に渡ってすき間のないリハサービスを提供し、安心して暮らせる町づくりをしていくことが必要である。町づくりそのものが地域リハビリテーションである。

## 2 研修会：「心が動けば、体も動く。体が動けば、心も動く ～リハビリテーションとは～」

医療法人秀友会 在宅リハビリテーション OT 徳永 典子さん

医療法人秀友会 在宅リハビリテーション PT 堀本 千恵さん

事例を通してリハビリテーションの考え方や実践を具体的に報告していただいた。

9164 40歳 女 脳挫傷後遺症（交通事故）

退院後、通所リハをやめて徐々に出来ない事が増えていた。座位も傾きADLに影響が出ていた。在宅生活を諦め、施設への入所をご本人も高齢の母親も考えていた事例に対して、ヘルパーさんからリハビリテーションの必要性があると情報発信がありリハビリが介入するようになった。リハビリテーションに関わることで機能・能力低下の原因を見極め、問題解決のためにご本人、介助者、ヘルパーの方々に起き上がり動作や立ち上がりなど動作の注意点について説明を行なって、全ての関わる方々でアプローチを行っていった。その結果、現在では一人でトイレに行ける、入浴時に浴槽に入る回数が増えるなど、ADLの改善が認められた。そしてご本人、ご家族とも施設入所の考えがなくなった。

この患者さんに関わっている全ての方が生活全体を意識して気付き、情報を共有することによって最大限の効果が生まれてくる事を実感する事例であった。

9165 70歳 男 脳梗塞後に閉じこもりになっていた。

退院後の家屋内での転倒トラブルをセラピストと乗越え、ADLの更なる拡大と屋外歩行の獲得、そして、何より意識の改善が見られた事が印象に残っている。家族の誘いに対しても“やりたくない、行きたくない”の引きこもり状態から外出に自信を持ち、お孫さんの運動会の応援に出かけるまでに活発になった事例。

9166 60歳代 女

関わるスタッフの役割がそれぞれ担われる事によりご本人の想いを把握でき、生活の更なる発展が可能になった事例でした。“歩けるようになりたい、長距離でなくて良いので外に出たい”と言うご本人の想いは、スタッフのそれぞれが得た情報を合わせると、お孫さんを心配するあまりの発言で、物騒な世の中なので玄関前までお孫さんの送り迎えがしたいとの事だった。スタッフの役割ではケアマネさんがキーパーソン、看護師さんは体調を含め医療面での関わりと精神面での受け止めとリハビリの実施、ヘルパーさんは足浴時に足の動き易さを出すような関わり、リハビリは歩容の確認、転倒の可能性のある場所の確認、歩行練習の実施と他のスタッフへ歩行練習の伝達になっていた。退院半年でトイレや洗面所に行くときの移動が4点杖歩行で自立する成果が得られ、精神的にも向上が見られていた。そして、看護師より“さらに生活の中でできることを増やせるようになりたい”との情報で今は新たな挑戦に取り組んでいる。

スタッフが役割を持ち情報を共有することでご本人の想いを正確に捉える事ができ、目標に向かってスタッフも利用者さんも一緒に取り組むことができた事例報告である。

参加者からの質問

Q：事例9164では医師の関わりはどの様なものだったのでしょうか？また、入院しての集

中リハと言う考えはなかったでしょうか？

A：医師からは指示書のみ頂いており、コミュニケーションはとっていなかった。

A：医師も仲間に入れたほうが良い。入院しての集中リハは慢性期リハでは困難だがどこかが痛いなど訴えていただければ別の病名をつけて、リハ入院をする事も可能だったと思う。

Q：医師の巻き込み方はどうすると良いのでしょうか？

A：本当は医師の方から入っていくのが本当だと思うがなかなかそのようにはならない。医師を襲うつもりで強引にやってもいいのではないだろうかと思う。

Q：現実問題、医師はリハの仕組みが分からない。どうすればリハを提供できるのか？介護保険は利用しているが他のサービスで給付量が一杯になっているとき具体的には？。

A：介護保険を利用している方は基本的には介護保険で訪問リハを行なうことになる。訪問看護7では看護師の訪問回数を超えてセラピストが訪問することはできない。

Q：心を動かすリハに対して、緩和ケアに対するリハも大切だと思いますが緩和ケアのリハビリの可能性はどうでしょうか？

A：呼吸リハや排痰療法などが行われると思います。肝癌の方で最後の訪問リハを施行し屋外を歩いた人は、最後に散歩ができて本当に良かったと言っていました。

A：パワーリハの学会で緩和ケアの報告がありました。モルヒネだけでの緩和だけでよいのか、そうではないのではないかとということで、リハビリテーションを行なうことで薬物を減量することができたという報告でした。

A：秀友会は19年前から訪問リハを行っているが1日平均3件であれば赤字になり、1日4～5件できればペイできる。訪問リハの採算が取れるようにならないことは訪問リハの発展にマイナスになる。そんな状況では緩和リハに向ける余裕もない。ホスピスリハは20年くらい先になるのではないだろうかと思う。

Q：胃瘻を作って在宅療養をする人が多いが、ヘルパーさんはそれをどの様に感じているか？

A：胃瘻は良いと感じています。栄養状態の改善、維持や誤嚥のリスク回避になる。ガイドラインによるとヘルパーが胃瘻を触る事はできません。しかし、きれいにする事や後始末はしています。それから、触れないからといって緊急時に放って置くことはありません。

A：胃瘻のガイドラインではヘルパーが胃瘻を触ることはできない。ALSの場合サクシオン研修を受けてサクシオンができるように制度が変わった。ヘルパー向けの胃瘻の研修会があればガイドラインに沿ってできることが増えてくると思う。研修体制が揃って欲しい。

Q：連携を取ることで胃瘻に関わる問題は解決することがある。

A：昔のリハビリは病院の中だけだった。今は外に行くようになった。リハは昔の概念から完全に抜け出せていない。訪問リハスタッフは一人で問題に立ち向かわなければならない。理学療法士会では訪問リハスタッフの人材育成もやっている。

Q：在宅スタッフが病院に患者を見舞ったときに病院スタッフに声を掛けて欲しい。

A：逆に病院から在宅に向けて連絡を取って欲しい。

Q：ケアマネさんへ質問します。連携はどうしていますか？

A：以前、個人的には連携を取ってたが、支援センターと言う立場では連携を取っていない。しかし、できないことではない。貪欲にやって欲しいと思う。この連絡会を生かしていつも連携を取れる状態になると良いと思う。

Q：ケアマネの立場から医師との連携は一番の難関になっている。ある病院からリウマチの患者さんがほぼ丸投げで帰ってきた。病院のMSWに電話で情報提供を申し入れたが病院の都合で断られた。リハビリでは訪問リハをいつも利用している。生活にあいつたりハビリが必要といつも思う。新築の家での車椅子移動や、入浴介助の方法を直接していただきたいと思うし、女性であれば包丁の使い方をリハスタッフに直接指導して欲しいと思う。こんなこともお願いしていけるのだろうか、教えてください。

A：リハビリマネジメント的思考では今の発言は特別ではありません。リハビリが対応すべき生活動作といえます。当然のことと認識してリハビリに依頼していただけたらと思います。  
発言：私のところにケアマネさんが来ることもあるが個人的にはあつかましいケアマネさんが好き。事例2、3例目は退院前に外泊をし、準備をしての退院となったが、結果的に退院直後に引きこもりになってしまった。この事は訪問リハを19年前に開設したときと変わっていない。19年前も今も退院した直後には訪問リハが必要と考えている。(秀友会病院医師)  
発言：私は患者さんがこのまま退院して大丈夫なのだろうかといつも感じている。在宅生活で、入院中に行っているADLをどの様に行っていけばいいか？在宅スタッフへどの様に情報を伝えていけばいいか考えています。(苫小牧東病院PT)

## 第108回 平成19年8月7日(火)

### 1 講演：「これからの地域ケアを考える ～継続は力なり、煩惱を超えて～」

北海道社会福祉士会 会長 奥田 龍人さん

現在の地域ケアの課題として、格差社会、多死社会、変な規範社会、希薄な人間関係の社会をキーワードとして取り上げ、それぞれについて解説された。今後のケアの方向として、国の政策としては、施設ケア、医療ケアを提供する意思は無いこと、しかし、ケアは集合化、集積しところに投入されなければ、この国の社会保障がもたないことを説明された。したがって、在宅サービスが、保険内と保険外とのミックスで提供されるようになるだろうと解説された。

そして、地域というプラットフォームの上に、「専門職」の連携がなされ、「西区在宅ケア連絡会」などのような活動が地域づくりにとって、今後重要な役割を果たすことになるであろう、と解説された。

### 2 夏の大懇親会：やまさ会館にて、約50名が参加、おおいに盛り上がりました。

## 第109回 平成19年9月12日(火)

### 1 報告

- 1) 居宅介護、移動支援事業所研修会(兼、第5回訪問介護事業所部会) 上河さん
- 2) ICFケアプラン研究部会(仮)について 奥田さん

### 2 研修会：「回復期リハビリテーション病棟 ～現状と地域連携について」

札幌山の上病院 リハビリテーション部 清水 兼悦さん

西区内には現在回復期リハビリ病棟が、山の上病院88床、第一病院35床、高橋脳外科20床のある。リハビリ関係の診療報酬体系の変遷、山の上病院の現状、今後の方向性、さらに将来の医療保険と介護保険のそれぞれの対応についてなど、について解説。第一病院、高橋脳外科病院の現況が紹介された。その後それぞれの病棟での、認知症患者への対応の実際について報告あり。

今後は、急性期医療からの依頼患者が増えてくると思われる。従来からの医療提供機能の最期のとりでとなり、次の慢性期医療、あるいは長期療養体制への「つなぎ」の役割を果たしていくことになるであろう。在宅療養に関係する職種との連携も重要と思われる。

また、医療保険から介護保険でのリハへの移行前後でも、能力低下の評価はFIM(機能的自立度評価法：Functional Independence Measure)で行われるであろう。

## 第110回 平成19年10月9日(火)

### 1 報告：第1回 ICFケアプラン研究部会(9月28日開催)について、赤羽根さんより報告。

居宅介護支援の現場にて、多職種で活用できる共通言語として、生活機能分類(ICF)を利用したケアプラン作成を研究する部会を、西区ケア連絡会の中の部会として立ち上げた。

## 2 研修会および事例検討

### 1) 障害者自立支援法のポイントと相談支援事業の役割

生活支援センター手稲 吉澤 浩一さん

平成18年10月1日全面施行された自立支援法のポイントについておさらい。

障害者の福祉サービスを「一元化」、障害者の福祉サービス体系を再編、障害者の福祉サービスに係る費用を皆で負担して支えあう仕組みづくり、障害者の福祉サービス支給決定の仕組みの透明化、明確化、就労支援の抜本的強化、市町村と都道府県に障害福祉計画の策定を義務化など、相談支援事業が市町村に一元化され必須事業として位置付けられる。

相談事業について事例を元に「統合調整の機能」、「ワンストップの機能」について説明。

### 2) 事例報告

提案 相談室 ベガ

9167 キーパーソンである父が亡くなり家庭崩壊。支援相談員のかかわりで本人はグループホーム、ショートステイを経て、最終的にケアホームと通所での生活と落ち着いた事例。本人に関することで精一杯となり、母親への支援まで出来なかったと、反省点も残る。

9168-1・2・3 キーパーソン不在、家族の誰もが問題を抱えているが問題としてとらえてない。支援相談員がさまざまな機関との調整により、療育手帳の取得への支援、グループホームへの入居、就労支援を行った事例。

### 3) 支援の実際について NPO 法人精神障害者を支援する会 細川 久美子さん

この会の歩みについては、別紙を参照。相談内容は全道から多岐にわたる。

地域で一人で暮らしたいが保証人がいないときは、会が保証人となっている。お金がうまく使えないときは、管理を手伝う、など当事者が主人公と捉え、一緒に意見的・身体・精神の全ての障害について学習し、支援している。

#### 参加者からの意見

社会福祉法人この実会から、保証人にはならない方がいい。多少有料になるが制度で対応するのがベストである。自立支援法には反対。11、12月がこの法律を作り変えられるチャンスとなればと考えている。

細川さん（NPO 法人精神障害者を支援する会）より、日本の社会制度使えるものは全て使うのが私の考え方。制度にないものは行政と一緒に考える。必ず解決できるので是非私のところへ相談を。

## 第111回 平成19年11月13日（火）

### 1 研修会：「はじめてでもわかる ICF 国際生活機能分類の基礎」

秀友会在宅部 赤羽根さん

国際生活機能分類（ICF）とは、人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取りまく社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類し、記述・表現をしようとするものです。その特徴は、障害のあるなしに関係なくすべての人間を対象にしていること、ある人を客観的に表現すること、国、人種、そして医療、保健、福祉の分野の共通認識、共通言語として期待されていること、などです。実際には、人間の生活機能をアルファベットと数字で表しており、第一、第二レベルが362コード、詳細レベルの第3、第4レベルが1424コードまであります。たとえば、第一レベル、A4とは運動、移動を表し、第二レベル、A450とは歩行、第3レベル、A4501とは長距離歩行を表しています。厚生労働省は、さまざまな人に向けたサービスを提供する施設や機関などで行われるサービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段を提供することができるとしてその導入、普及、活用を力を入れている。

具体的な事例を想定し、共通の認識と共通の言語で、疾病や障がいだけをみるのではなく、その人の日常生活全体を見ようとしていることの解説が行われた。

## 第112回 平成19年12月11日(火)

### 1 報告

- 1) 11月21日 第1回江別在宅ケア連絡会が開催。参加者87名。
- 2) 12月7日 第2回ICFケアプラン研究会が開催、ケースをICF整理シートに落とし込む演習を行った。赤羽根さんより報告あり。
- 3) 消費者問題出前講座について 全国消費生活相談員協会 北海道支部 逢田さん
- 4) 夜間対応型訪問介護サービスについて 光星ケアサービス 大本さん
- 5) 研究紹介「tangible リモートケア」について N T Tコムウェア 坂本さん  
試作段階の緊急通報システムを東京から持ち込んでデモを行う。対象者を遠隔地に住む家族が「さりげなく見守る」というのがモットー。PC画面と発光装置の光の色によって居場所と危険度を察知する。1セットの価格は「試作段階なので未定。」とのこと。

### 2 事例検討および研修会：「ハイリスクと地域ケア、困難事例とのかかわり」

9169 87歳 女 提案 西区保健支援係

「かかわりを拒み続ける一人暮らしの女性」ハウダストが原因の喘息。自宅への入室拒否があり生活状況が把握できないが、猫を数十匹飼育しておりし尿等で不衛生な環境。しかし、ご本人は現状への問題意識が薄く改善に至らない。定期的訪問を今後も継続していく予定。

9170 87歳 女 提案 西区第一地域包括支援センター

「障がいを持つ長男と暮らす高齢、認知症の女性」夫を早くに亡くし、知的障がいの長男と二人暮らし。認知症出現し生活は崩壊していたが、知的障がいの長男はそれに対応できずにいた。たまたま長男がデイケアスタッフに母親の状況を話したことがきっかけで支援につながったケース。日頃からの担当者間の情報交換とネットワーク構築の大切さが問題発見と支援につながる。「西区在宅ケア連絡会」で顔のみえる関係をつくっておくことが実際の連携につながることを実感。

9171 77歳 男 提案 西区第二地域包括支援センター

「精神疾患を持つ長女との二人暮らしの男性」妻は精神障害で入院中、長女も精神障害。脳梗塞後遺症で右麻痺、自宅で転倒を繰り返し生活全般に支援が必要だが、頑固な性格で必要なことでも気に入らないと受け入れない。地域の理解と緊急時の支援体制をどうつくっていくか。参加者から発言

ヘルパー：部屋が散らかっていて環境的によくないと思えるお宅は多いが、ご本人やご家族の話を知っているとその生活で十分幸せだったり、全く困っていないことがある。そのような様子を見ていると、援助者が良かれと思って何かを変えたり改善しようとするのが果たしてご本人やご家族にとって本当によいことなのか、差し出がましいことをしているのではないかと思うことがある。一方、生活環境が劣悪でご本人は全く困っていなかったが、援助者側の判断で多少一方的にサービスを組み入れたことによりご本人が生活に前向きになり、ADLも向上したというケースもあり、なんとも難しい。(感想)

訪問看護師：当事者の意見はもちろん尊重しなければならないが、私たちは専門職なのだから、生活改善の切り口を何とか探して積極的にアプローチしていく必要があるのではないか。

医師：脊髄小脳変性症の例を紹介。いろいろと生活へのこだわりを持っている人の場合、どこまで寄り添えるかが大切と思われる。

医師：処遇困難ケースというのは包括でどのくらい抱えているのか

保健師：困難ケースの数自体は包括のほうが把握していると思うのでなんともいえないが、区の保健師は虐待など様々な相談の入り口の役割を担っている。ある程度整理してから居宅な

り包括にふっている。(区役所保健師)

### 第113回 平成20年2月12日(火)

札幌市医師会西区支部「地域ケアに関する研修会」との合同開催

#### 1 研修会：「地域医療連携」について

##### 1) 講演：「北海道医療計画(仮称)の概要」 北海道保健福祉部健康推進課 砂山さん

4つの基本的方向

###### ①疾病または事業ごとの医療連携体制の構築

4疾病(癌、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)および、5事業(急性期医療体制、災害医療体制、へき地医療体制、周産期医療体制、小児医療体制、在宅医療の提供体制(北海道独自))があげられている。

###### ②医師などの医療従事者の確保と資質の向上

###### ③良質な医療を提供するための医療安全の確保

###### ④住民、患者の視点に立った医療情報の提供

医療計画の推進と評価、医療計画における脳卒中の医療機能及び医療機関名の公表への取り組みについて説明あり。

参加者からの質問

Q：特定健康検診についてもう少し教えてほしい。

A：札幌市のすこやか検診は30数%、平成24年までに受診率70%を目標にしている。

Q：「応急手当・病院前救護」と「急性期医療」の機能の違いは

A：「応急手当・病院前救護」は医療機関と消防機関が連携、実際へき地では連携が難しい状況でもある。

Q：地域ケア構想について説明を。

A：北海道、特に地方では在宅に戻ることが厳しい。在宅に戻りたいという方向性の選択肢を増やすという意味に受け取ってください。

##### 2) 「必要から生まれた地域連携 追認から生まれた医療計画」(株)メディウエル 古川さん

西区在宅ケア連絡会の発足の経緯や活動目的と絡めて医療計画、パスについてコメント、4月の診療報酬改定のについて説明あり。

クリニカルパス、地域連携パスなど様々な名称が飛び交っているが、一つの目的達成に手を携える関係の共通のものさしであって、それをパスと呼んでも呼ばなくてもいい。

西区在宅ケア連絡会での連携は在宅ニーズへの対応を起動力に始まった。はじめにニーズへの対応で必要から生まれた連携である。

2008年度の改定では平均在院日数短縮はしない。医療計画への記載があってはじめて連携加算算定できる仕組みになっている。連携が前提で必要だから行う連携、行政がそれを後追いして点数化となるべきと考えられる。

### 第114回 平成20年3月11日(火)

#### 1 研修会

##### 1) 「後期高齢者医療保険について」 西区保健福祉課 木野課長・宮崎係長

75歳以上の方と65歳以上の一定の障がいのある方は、平成20年4月より老人保健制度がなくなり「後期高齢者医療制度」の被保険者となって医療を受けることになる。

水色の「後期高齢者医療被保険者証」は1人に1枚交付され、対象者には3月末までに送付。手続きは不要。4月以降は「後期高齢者医療被保険者証」を持って受診。

子供などの扶養(社会保険や国民健康保険等)に入られていた方についても、4月からは「後

期高齢者医療保険」の適応となるため、保険料の負担が発生。全国で約180万人を予想。

保険料は年金収入の他に資産等収入がある場合など、その方の状況によって金額が異なるため、詳しいことは西区役所3階「保険年金課」に問い合わせを。65～74歳の重度心身障がい者についても「保健福祉課」か「保険年金課」に問い合わせを。

## 2) 「あたらしい医療、保健、福祉の連携、情報と地域連携パスに向けて PART II」

西円山病院 医師 橋本 茂樹氏

北海道の人口や高齢世帯構造、高齢者の就業率、老人医療費の額等から、高齢者にとって北海道の環境がどのようになっているかを説明。医療制度改革によって在院日数が短縮され、在宅での維持期が長くなる。

回復期リハ病棟の現状については、医師の専従が外れることにより、作りやすくなる。連携パスの効用と問題点を含めた「パス」のあり方やつながりの重要性を説明。医療区分1や要介護1～2、の方の行き場が狭まり、在宅医療体制の強化が必要である。同じ医療負担金を支払っても、地域の医療体制によっては受けられる地区とそうでない地区が生じてくる。

参加者から質問

Q：医療体制の制度的流れの誘導によって、在宅での関わりが不十分となる懸念がないか？

A：充分に関われます

Q：ハード面でのリハビリが多く出ていましたが、先生にとってのリハビリとは？

A：病気だけを見るのではなく、疾病や障がい、経済状況なども見ながら行っていくものであり、関わる人全てが心身両面からの、リハビリ提供者となるというか考えです。

Q：「心理的な安定」とありましたが、具体的にどのようなことをいうのでしょうか？

A：「これをやれば安定する」というものはなく、波がありながら少しずつ受容していくもの。

将来的には「ピアカウンセラー」のシステムを作りたいと考えている。

回復期病院より発言：

札幌第一病院より

複合的な疾患があるので脳卒中だけを取り上げないようにしている。「パス」によって期間を切らないようにしたい。

高橋脳外科病院より

現状として「回復期」に移行できない患者が多く、在宅に出さないといけない状況で頭を抱えている。「パス」に参加できた、できないで患者側に差が出るのではないか。

## 第115回 平成20年4月8日（火）

### 1 報告

- 1) 札幌ホスピス緩和ケアネットワークとの合同で、西区在宅ケア連絡会の緩和ケア部会の活動を開始する予定。
- 2) 長野県佐久市の講演：3月16日、農村医療、地域医療で有名な佐久総合病院にて当会の活動を報告した。5月から当会を参考に同様の活動を開始する予定とのこと。報告 坂本さん

### 2 研修会および事例検討：「地域からみた連携、在宅支援の立場から事例を通して考える」

事例を通して地域連携の考え方や実践を具体的に報告、議論した。

9172 50歳 男性

提案 秀友会ホームヘルプサービス

ADEM（急性散在性脳脊髄炎）母と二人暮らし

母の認知症をきっかけに立場が逆転して、本人の意識が変わり、自立に向かっていった事例。自立への援助は適切であったか。本人は自立支援法、母は介護保険と異なる制度の利用、関りの連携はどうとるのか。拒む本人への心理的支援はどうしたらよいかなどを検討したい。

自立支援法と介護保険、異なる制度で多業種がかかわるが、全体的なケアマネジメントは誰がすべきなのか。制度に動かされるのではなく、目の前にいる対象者（クライアント）にかかわるのが相談援助従事者の立場である、などの意見。病院のMSWは制度に関係なく、全ての領域に渡り援助するのでもっと活用をとの意見なども出た。

9173 80歳代の高齢夫婦 提案 五天山園居宅介護支援事業所  
妻は夫の支援を受けて生活していたが、夫が入院。退院後、夫を支援する生活となる。夫婦ともに主治医が同じとなり、ともに医療ニーズを抱えており、どちらかが倒れても、在宅生活が不安定となるため、在宅支援の側から医療機関へ検討を依頼した事例。

退院後の在宅生活中の変化と支援の組み立て。退院後、外来で関る病院との間の情報の共有、連携について検討される。状態の変化による最期のあり方も関わりの中にあってもよいのではないか、などの意見が出される。

第116回 平成20年5月20日（火）

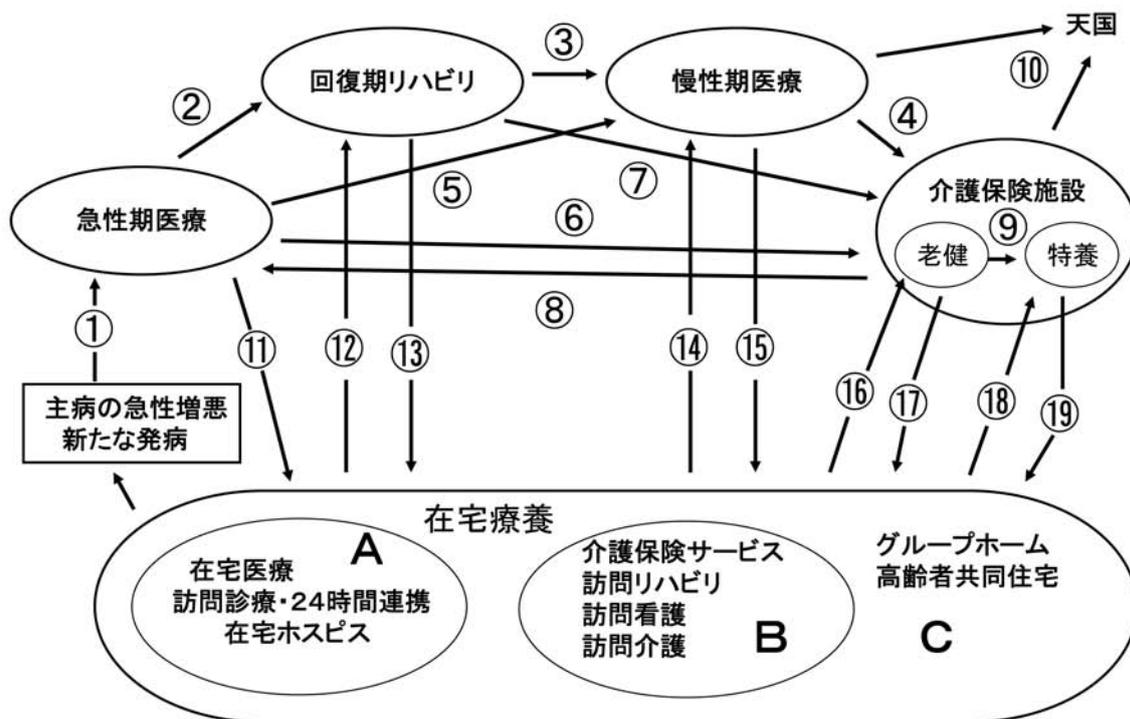
シンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考える」

出席者 196名

これまでに、どんな状態になっても地域で生活を続けられることを目標とし、そのためには地域の中で顔の見える連携、ネットワークが必要であること、そして情報を共有し、また当事者の自己決定を尊重するかかわりを持つことが重要であることを確認してきている。さらに、そのためには何が大切で、どのような連携が必要なのか、などについて研修をしてきた。では現実にはどのような状態になったら、どうなっていくのか、という動きを「ぐるぐる図」で表してある。

シンポジウムでは、西 太郎さん（82歳）と稲さん（79歳）の二人暮らしのご夫婦が登場した。突然、太郎さんは脳梗塞のため自宅で倒れ、救急車で病院へ運ばれた。一命は取り留めたが体

在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向(ぐるぐる図)



が不自由になり、長くリハビリが必要となった。早く家に帰りたい太郎さんと不安がいっぱいの稲さん。医療制度、介護保険サービスなど初めて知ることばかりだった。再び二人で暮らせるようになるまでの、地域内の多職種による情報共有と機能連携、「つなぐかかわりと地域連携」を実感しようとする企画であった。

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

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

詳細は、別冊 報告書（VI）「つなぐかかわり～地域連携を考える」に記載してあります。

## 第117回 平成20年6月10日（火）

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

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

#### 1) 急性期医療

- ① 国の医療制度改革、医療費適正化計画
- ② 医療機関の機能分化：特定機能病院、診療所、将来の機能分化など
- ③ 平均在院日数について：算定の方法、長期入院の実際、転院状況の実際など
- ④ 入院診療計画：入院時、診断時の説明の実際、病態ごとの対応の実際など
- ⑤ 情報の共有：クリティカルパス、地域連携パスなど
- ⑥ 医療機能に応じた連携：現状、診療報酬による誘導、将来像など

#### 2) 回復期リハビリテーション

- ① 回復期リハビリテーション病棟とは
- ② 診療の現状
- ③ 問題点
- ④ 将来への期待

#### 3) 医療と介護の分化と連携についての議論

## 第118回 平成20年7月8日（火）

### 1 報告

西区在宅ケア連絡会在宅ホスピス・緩和ケア部会と、札幌ホスピス・緩和ケアネットワーク西部会との、第1回合同部会について。6月17日（火）市立札幌病院にて開催、123名出席。

在宅療養者支援のための多職種間ネットワーク形成を目的とした「西区在宅ケア連絡会」の、とくにがん患者のホスピス・緩和ケアの普及活動と、がん患者支援のためのホスピス緩和ケアネットワーク形成を目的とした「札幌ホスピス・緩和ケアネットワーク」の、とくに地域へのホスピス・緩和ケアの普及活動とは、その目的を全く同じくするものであり、それは「地域ネットワーク構築」そのものであり、合同開催が企画された。

部会での事例検討は、正直であるがままで、縄張りを越え、内容が濃く、より深く掘り下げ、明日からすぐに役に立つ内容となり、さらに、新鮮で、実践的で、実用的な情報交換も行われた。

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

5月開催のシンポジウムの続編として、6月の例会は、議論の内容をより深く「患者のこの動

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

## 第119回 平成20年8月12日（火）

1 講演会：「これからの地域ケアを考える 2008～安心と希望の介護ビジョンと札幌市の介護保険計画から～」

北海道社会福祉士会 会長 奥田 龍人さん

平成20年3月厚労省社会援護局発表「これからの地域福祉のあり方に関する報告書」、7月開催厚労省老健局主催第1回「安心と希望の介護ビジョン」会議、7月開催「札幌市介護保険事業計画推進委員会」における資料を基にこれからの地域ケアを考えるためのヒントを提供。

2 夏の大懇親会：やまさ会館にて 約50名が参加。

## 第120回 平成20年9月9日（火）

1 報告

西区在宅ケア連絡会在宅ホスピス・緩和ケア部会と、札幌ホスピス・緩和ケアネットワーク西部会との、第二回合同部会について。8月21日（木）西札幌病院にて開催、86名出席。

2 研修会：「続シンポジウム～もっと語ろうぐるぐる図 パートⅢ」在宅、総括 編

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

1) 退院時：要介護1

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

2) 要介護1から要支援2へ変更時

- ① 何がどう変わるのか。
- ② 本人と援助側（ケアマネや事業所等）との間にくい違う点や場面はあるのか。
- ③ 『自立』に向けての支援とは何か … 討議（説明の仕方や現場での苦悩等）
- ④ 利用者の状態像としては何ら変わりがないのに、認定結果が変わるケースもある。また、どうしてそうなるのかという質問に対する意見交換。

3) 要介護1から要介護3へ変更時

- ① サービス利用票及び別表、週間サービス計画表、ICFシート（要介護3）の説明
- ② 妻の認定申請も含め、世帯の支援が変わっていくことについて。
- ③ 退院時のアセスメントをもっと重視すべきである。要介護3になった要因は何か。限界を

見極めて次の手を予測しておくことも大事である。

- ④ 2ヶ月間での急激な体重減少は即入院対象。全身状態の回復時間を設け、その間に在宅ケアの見直しをする必要もあるのではないか。
  - ⑤ 退院直後2ヶ月間位は訪問系をしっかりと充足させ、通所系に繋げていくべき。とくに老々介護においては大切である。不必要な部分を抜いていく視点が必要。
  - ⑥ 自宅に戻って実際の生活や身辺動作における困難さはいかがか。本人の活動性はどうか。趣味はどうなったか。評価はどうか。本人はどうなって、どのように思っているのか。
- 4) 全体を通じての議論として、次の項目が重要な課題となるようである。
- ① 退院前からの関わりも大切であり、退院時に「お約束」をしておくことも有効的である。
  - ② 広い視野で様々な見立てによるチーム作りが理想である。

## 第121回 平成20年10月14日(火)

### 1 報告

- 1) 9月3日 第3回西区地域精神保健福祉連絡会 佐々木さん
- 2) 新しい事業の紹介「訪問ボランティアナース キャンナス札幌」 真鍋さん

### 2 研修会:「続 シンポジウム ~ もっと語ろう ぐるぐる図 パート IV」

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

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 急性期(札幌第一病院 山崎氏)        | 回復期(高橋脳外科病院 永石氏)    |
| 慢性期(勤医協西病院 行沢氏)        | 介護療養病床(西村病院 西村氏)    |
| 介護老人保健施設(エル・クォール平和 林氏) | 特別養護老人ホーム(五天山園 乙坂氏) |

## 第122回 平成20年11月11日(火)

### 1 研修会:「もっと知りたい、もっと聞きたいぐるぐる図、完結編。」

今回は最終回として、これまでの話し足りない、聞き足りない内容、地域での医療、福祉、介護の実態を共有した。

- 1) 急性期の立場から(札幌山の上病院竹井 Dr)
- 2) 在宅ケアの体制は早急にできるのか(高橋脳神経外科病院永石 SW)
- 3) ケアマネージャ(CM)の立場では急性期病院からの依頼は現状どうか(飯田 CM・秀友会介護保険相談センター水田 CM)
- 4) 訪問リハビリの立場からはどうか(札幌秀友会病院在宅部赤羽根 PT)
- 5) 慢性期の立場からはどうか(勤医協西区病院行沢 SW・西札幌病院赤間 SW)
- 6) リハビリの立場から(手稲ロイヤル病院 OT・西円山病院 OT・札幌秀友会病院在宅部 PT)
- 7) ヘルパーの立場から(夢紡ぎ・くらら鎌田ヘルパー)
- 8) 急性期からの流れで多いのは(高橋脳神経外科病院永石 SW・札幌第一病院山崎 SW)
- 9) 慢性期はどうか(西村病院西村 SW・西円山病院大井 SW・田中メディカル小柳 SW)
- 10) 老健の立場から(老健エル・クォール平和林 SW・老健博友会上林 SW)
- 11) 特養の立場から(稲寿園・勤医協西区病院塩川 Dr)
- 12) 自立支援法の立場から(アンビシャス高沢氏)
- 13) その他(田中メディカル小柳 SW・西円山病院橋本 Dr)



17.8.9 第86回例会



17.9.13 第87回例会



18.2.14 第91回例会



18.3.14 第92回例会



18.5.16 第94回 シンポジウム「変わる介護保険、どうなる在宅療養 1」



18.6.13 第96回例会



18.10.10 第98回例会



18.11.21 第100回 記念シンポジウム「西区・生きる・つながる」



19.2.13 第102回例会



19.4.10 第104回例会



19.5.15 第105回 シンポジウム「変わる介護保険 どうなる在宅療養 2」



19.6.12 第106回例会



19.8.7 第108回懇親会



19.9.11 第109回例会



19.11.13 第111回例会



19.12.4 第112回幹事会



20.2.12 第113回例会



20.5.13 第116回幹事会



20.5.20 第116回シンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考える」



20.6.10 第117回例会



20.7.8 第118回例会



20.8.12 第119回例会



20.8.12 第119回懇親会



20.9.9 第120回例会



20.10.14 第121回例会



20.11.11 第122回例会

## VI シンポジウム

- 1) 平成 18 年 11 月 21 日 (火) 第 100 回 連絡会  
100 回記念シンポジウム「西区・生きる・つながる」
- 2) 平成 19 年 5 月 15 日 (火) 第 105 回 連絡会  
シンポジウム「変わる介護保険、どうなる在宅療養 パート 2」

以下に、二つのシンポジウムの詳細を記載する。

なお、平成 20 年 5 月 20 日 (火) 第 116 回 連絡会

シンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考える」は、別冊にて発行した。

### 1 第 100 回記念 シンポジウム 「西区・生きる・つながる」

平成 18 年 11 月 21 日 (火) 18 時 30 分 西区区民センター 3 階 大ホール

司会 : 西円山病院 医療福祉課 出井 聡 さん  
シンポジスト

当事者を支援する立場から : DPI 北海道ブロック会議事務局次長 東 智樹 さん  
地域でケアマネジメントする立場から : 発寒ケアプランセンター 泉 ひろみ さん  
地域で医療連携を担う立場から : 訪問看護ステーション ことに 柳谷 幸枝 さん

出井 (司会) : ただいまより西区在宅ケア連絡会 100 回記念シンポジウム・札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部の研修会ならびに札幌市医師会西区支部地域ケアに関する研修会合同シンポジウムを開催いたします。テーマはこのとおり、『西区・生きる・つながる』という、非常に印象に残るテーマで開催したいと思います。

開会のごあいさつを札幌市医師会西区支部長小池さんをお願いいたします。

小池 : 今日は、いままでの会が 100 回にも積もり積もってなっております。医師会は市民に信頼できる医師会というものをモットーにしてやっております。今日のこの会が明日からの診療ないしは介護にとって力になってくれるものと思っております。

出井 (司会) : ありがとうございます。それでは本日のシンポジストを発言順にご紹介させていただきます。最初に、当事者を支援する立場から DPI 北海道ブロック会議事務局次長、東智樹さんです。お二人目は地域でケアマネジメントをする立場で発寒ケアプランセンター・ケアマネジャーの泉ひろみさんです。最後に、地域で医療連携を担う立場から訪問看護ステーション「ことに」所長・看護師の柳谷幸枝さんです。よろしくをお願いいたします。

西区在宅ケア連絡会は今日で 100 回目を迎えます。約足かけ 10 年の歩みがあります。100 回をむかえた西区在宅ケア連絡会はどのようなときに、なにをめざして、どんな活動をしてきたのか、皆さんと少し振り返ってみたいと思います。スライドのナレーターは「平和リハビリテーション病院」の高桑さんをお願いいたします。

高桑 (ナレーター) : 西区在宅ケア連絡会は実際に役に立つ連携を図るため、有志が集い、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連絡調整を図ること、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を目的として活動してきました。平成 9 年 8 月の第 1 回より毎月 1 回開催し、本日で第 100 回をむかえることができました。毎回約 70 名の参加があり、問題解決を図る事例検討と研修会を組み合わせる内容で行っています。また、年に 2 回ほど、本日のような地域住民の方も参加する公開シンポジウムを開催しています。

ほか、交流を深めるための懇親会も行っています。以上、ケア連絡会の歴史の振り返りでした。

出井（司会）：10年を振り返ってみると、いかにこの10年の中で介護保険あるいは自立支援法など、大きな法律が施行されたかということもよく分かります。また連絡会はこの100回の中で、地域で暮らすために、また、医療者、患者が主人公であるということを念頭に置いて、本当に一生懸命活動してきたという自負をもっていいかなと考えております。シンポジウムを始めます。それでは最初に東さん、お願いいたします。

東：私はDPI北海道ブロック会議の事務局におります。まず、障害者自立支援法の簡単な説明をさせていただきます。私たちはいままで福祉のサービスを受けるうえで、自己負担をする、自分でお金を払ってサービスを受けるということはなかったのですけれども、この4月から、本格実施は10月からですが、生活保護の方以外はとりあえず一割負担をなさいということになりました。サービスを受けた分の一割は自分のお金を払いなさいということで、自己負担分を支払うことになりました。それで、このことのなにが問題かといいますと、障害の状態が悪ければ悪いほどサービスを利用して自己負担が増えるので、サービスを受けないという人が増えてきているのです。サービスを受けないで、なんとか現状でがんばろうとしている人たちが多くて、現状として障害者年金とあと作業所に通っている人たちは作業所の工賃、工賃とはいってもこれは数千円とか、もらっている人で何万円です。この中でやりくりをしているわけですから、札幌の相場を考えると、家賃も払って、電気代水道代全部払ってやっていくとなると、なかなか一人暮らしだとしても、世帯があったとしても生活していけない状態です。その中で自己負担をさせられるというのは、非常に生活が圧迫しているということです。これは本当に僕らにとっては生存権の問題で、どちらかという福祉サービスというよりは、生きるか死ぬかという話なのです。生活保護を受けてみようかなと思ったところで、そう簡単なものではなくて、審査の段階で却下されてしまったり、ご自分の生活のうえですべて拘束されてしまうというのは、やはりつらいと思っている方もいらっしゃいますので、生活保護を受けているというか、これから受けようと思っている人もなかなか増えてはいません。

このまま1割負担をしていくのはわれわれにとってベストな状態ではないと思います。やはりこれだけ苦しい人がいて、実際、このことを苦にしてお亡くなりになっている方ですとかたくさんいらっしゃるのです。でも私たち、そうはいつでも、この地域の中で一生懸命活動して生活をしているわけですから、もっと行政などもそうですし、われわれ当事者もやはりお互いに情報交換というよりはコミュニケーションをきちんととったうえで、もっと良い方法はあると思うのです。払えないでやっとの思いで生活している人たちがたくさんいるのです。そういう人たちのこともやはり考えていただきませんか、このまま収入が100万あっても、僕らが10万ぐらいしかなくても同じ1割なのです。同じ1割払わなくてはいけないのです、サービスを受けたいうえで。もし本当に地域の中で一生懸命生活している人たちがお互いに助け合えるのであれば、なるべくでしたら地域で生活して、表の社会の中で生活をしていくことが最善の状態なのかなと思います。街づくりひとつとっても、やはり僕もそうでしたが、施設にいる間、建物の中にずっと生活しておりましたから、表の社会がどういうふうになっているのかと、地下鉄にエレベーターがないとか、バスに乗れないとかということはまるっきり考えませんでした。でも表に出たことによって、そういうことがどんどん変わっていくことが必要なのだということが分かったことが、いま非常にプラスになっています。僕も15年札幌に暮らしていますが、札幌の街の中はいろいろな面で良くなっています。建物ですとか、街づくり全体がバリアフリーになっていたり、そして人がなによりも優しくなっています。本当に、タクシー1台、いままで乗車拒否されていたものが、いまはそういうこともなくきちんと停まってくれます。本当に人が優しくなっているということは、本当にそれだけ皆さん余裕があると僕

は思うのです。余裕があるから優しさが出てきて、お話もしてくれますし、僕みたいに障害をもった人たちのお話もいろんところでさせてもらえるのです。やはり普通といいますか、「健全者」というのはあまり好きではないのですけれども、そういう人たちの場に行って、「僕ら当事者の意見をどんどん聞いてくださいね」と言ったときに、いままででしたらまるっきりお話をする場がなかったのですが、いま学校の総合学習などでお話をさせてもらえるという現状になったことだけでもまだまだ良いことなのかなと思っております。

出井（司会）：ありがとうございました。次に、泉ひろみさん、お願いいたします。

泉：発寒ケアプランセンターでケアマネジャーをしております。今回のテーマが『西区・生きる・つながる』ということで、ケアマネジャーの立場の目線で皆さまが困ったときや迷ったとき、必ずそばに支えてくれている人がいること、見つかること、またより長く自宅での生活を続けていくための何点かポイントを挙げさせていただきながら、また、私が経験させていただいたご利用者さまの一例を挙げさせていただきながら、お話をさせていただきます。

はじめに、私も西区で10年ほど勤務させていただいておりますが、この10年の間に古いアパートがマンションになったり、地域住民の憩いの場であった銭湯がアパートになったりということで、以前その場所になが建っていたのか分からないほど街の風景が変わってきていると実感しています。街の風景が変われば、そこに住んでいる方の生活にも影響があります。特に高齢の方にとっては、近くにあった商店がなくなって、遠くのスーパーにまで買い物に行かなくてはならなくて、いままで一人で行ける距離だったのに行けなくなってしまいました。銭湯がなくなって、自宅にはお風呂はありませんし、話をする場所もなくなってしまった等々、そのようなお話を耳にするようなことは少なくありません。そのとき、一つでも生活の中で困ったことがあったときに、すぐ誰かに相談できる人がいれば、なにかしらの解決の糸口は見つかりますが、どこにも相談することができない方もまだまだたくさんいることも現状多いかと思えます。私たちケアマネジャーはまだまだ身近な立場になっていないかもしれませんが、ちょっとしたことを相談できる方、それが家族でもお友だちでも、どの方でも自分がお話ができる人がいれば、まずその方にお話しさせていただきたいと思えます。こんなことは話してはいけないのかなとは思わないで、どんなことでもかまいませんので、まずは相談させていただきたいと思っております。二つ目として、困ったことで、いま自分がなにを望んでいるかということです。いつもお話を聞いている中で、意外と難しく考えてしまう方が多いのですけれども、ちょっとしたこと、自分の望むことだったりすることが多いかと思えます。ある利用者の方なのですが、なかなか外に出ることも億劫な方で、「買い物には行きたいけれど歩けないから無理をしたくない。だから買い物にはいけない」とおっしゃっていた方がいらっしゃいました。たしかに歩行も不安定なのではけれども、誰かの付き添いがあれば外に出られない方ではなかったですし、社交的ではないけれども、一対一であればよくお話しできる方でしたので、その方と会話をする中でよくよく一番の望みを聞いてみたところ、「外に出たい、買物をしたい」ということでした。とにかくむずかしく考えないで自分の望むこと、どんな生活をしたいのか、そしていまサービスを利用していなくてもこれから介護を利用することがあったときに備えていまから考えておくことも必要なかもしれないと思えます。

三つ目としては、とにかく無理をせずに自分でできることから始めていただきたいということです。印象に残っているご夫婦の方で、どちらも80代で、ご主人が50代で脳梗塞をされてから30年近く奥さまが介護をされてきた方がいらしたのですけれども、私がケアマネとして関わらせていただくとき、奥さまのこだわりと強い希望もあったのですけれども、とにかく自分がすべてにおいてがんばって、それからご主人に対して介護を行いたい。他人に任せたくない。そしてベッド生活のご主人を他人に知られたくないという気持ちが強かったということ

です。そのこと自体は本当にとっても尊重しないといけないのですけれども、このご夫婦の場合は、遠方にお住まいの息子さんからのご相談で、奥さまも高齢で、徐々に介護をされる中で体調をくずされることも多くなってきたこともありまして、息子さんが心配をして、ご夫婦の自宅から近い私どもの事業所にご相談されたという経緯でした。とにかく奥さま自身、とてもかたくなに他の人を自宅に入れることを拒否されておりましたので、私のほうも何度も足を運びまして、民生委員の方やそれから、もちろん息子さんもそうですけれども、ご主人の主治医の方、それからときには奥さんの主治医の方にも相談しながら、少しずつご理解を得て、お会いしてから3カ月経って、初めて訪問入浴を導入することができたケースでした。このご夫婦のように、サービスにつながることができればいいのですけれども、つながらないケースもたくさんありますが、私のケアマネの立場としては、ご本人・ご家族を見守ること、そして、ときには助言をさせていただきながら、無理をせずに自分でできることを継続していただくことを望んでおります。なんでも話せて、皆さまがホッとできる存在になれるように、これからも日々努力をしていきたいなと思っております。また私の個人的な願いかもしれないのですけれども、「縁の下の力持ち」そんな存在になれるようにがんばっていききたいなとも思っております。

皆さまが今後、安心して生活できる西区になることを願ひまして、私の話を終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。

出井（司会）：次に、訪問看護ステーション「ことに」の柳谷さん、おねがしいたします。

柳谷：訪問看護ステーション「ことに」で看護師をしております。訪問看護ステーションの現状というところからレジュメに沿ってお話をしたいと思います。訪問看護というのは、もう制度が始まってから10数年経ちます。しかし、なかなか皆さんにはどんなことをしてくれるのかというのが分かりにくい事業なのですけれども、実際には、ご本人の体の状態を見たり、家族の介護指導とか支援をしたり、一緒にリハビリテーションをしたり、体の清潔の保持のお手伝いをしたり、ヘルパーさんと重なる部分もいくらかあります。あとは薬の管理なども一緒に行っています。私たちのステーションの特徴としては、医療の、いろいろな医療依存度が高かったり介護度が高い方の訪問も引き受けて実施しているというかたちになります。もし看取りをご希望されるのであれば、おうちで看取することも行って、だいたい年間15名前後ご自宅での看取りをしています。

次に、実際に重症な患者さんをケアした経験から、施設と在宅での療養の違いということをお話してみました。まずはご本人・家族にとっては安心、これは書いてあるとおりなのですが、本当に心地の良い場所で生活ができるということです。2番目は「選択と決定」で、医療でも介護でも、いつまでどのようにどこで過ごしたいかとか、最期をどのように、畳の上で死にたいとか、病院に戻って死にたいとか、なんでも自分で決めることができるという大きな利点があると思います。一方、不安な部分は、24時間どんなに具合が悪くても「オーイ」と呼ぶとすぐ来てくれる、すぐそばにいるような医療者はいませんので、そういう部分での不安が大きいのと、介護する方の心身の負担が増しやすという点があげられると思います。

連携については、医師、ヘルパー、看護師すべて、同じ施設の中にはおりませんので、同じ時間に訪問はしないので、たとえばノートを使ったり、会う機会をつくる必要性が非常に高いと思います。検査や処置などは書いてあるとおりで、観察についてはいろんな機械が、まわりに心電図がついていたりとか、血圧計が24時間ついていたりとかしないので、五感が必要なのと、ときには「なにか怪しいぞ」とか「ちょっと変だぞ」とかいった第六感も非常に必要で、目や耳をフル活用して観察をしています。

次に在宅での看取りを毎年14～15例させていただいているとお話ししたのですけれども、その中で連携上の課題ということがいくつかあります。一つは病院職員が在宅での療養生活を

理解できていないということです。これはイメージ化できていないという点もふくめてと思います。さらに、本人、家族が病気についての理解が不足、同じく在宅生活のイメージ化が不足しているということで、これは分かっている人がいないので説明してくれる人がいない。だからなにか不安だし、不安だから帰れないというような結果になっているかなというように思います。つぎに、地域での支援態勢、連携が不十分という点で、これを課題にして取り組んでいく必要があると感じています。

最後のレジュメの4番目の「連携上の課題」という点ですけれども、これを克服するためにはどうしたらいいのかということ、本物の連携をしてつながるといことと思います。これはどちらかというと真ん中に書いてある小さな字なのですけれども、施設の垣根を越えて、本人、家族、医療者、介護者、どんな職種の人たちもいつでもどこでも相談しあえる関係をつくって、いくつかのそういうチームをつくって、それをモデルケースとして、そういう患者さんの事例を積み重ねていくことによって、西区が一つのチームになるのではないかと考えています。

出井（司会）：ありがとうございます。3名のシンポジストのご提言をいただきました。シンポジストの3名の方のご提言には、福祉も介護も看護も医療もすべて入っていた報告だと思います。それではこのシンポジストの方々のご提言、発言をお聞きになって、ご質問あるいはご意見、あるいは現場ではこんなことも実際はあるのではないかとか、あるいはもっと課題があるはずだ、もっとこうしなければならないというようなご意見をいかがでしょうか？

東：追加発言をさせてください。いま自立支援法になって障害程度区分というのが1から6まで区分判定というのが行われるのですが、これは障害の度合いです。これは札幌市の場合、区役所の職員の方が在宅とか施設とかのわれわれ当事者のところに来て、106項目、いろいろな項目について質問をします。たとえば「ご飯を一人で食べられますか」と聞かれて、「はい」とは答える人はいるのですけれども、たとえば自分の目の前に食器をきちんと置いてもらってフォークやスプーン、そして箸などを「手に持たせてもらったら食べられます」というのと、単純に自分でご飯の準備もして、「自分でご飯をつくって自分で箸を持って全部食べられますよ」という人と、やはり状態が違うと思うのです。そういう状態というのは項目の中で特記事項といって別にチェックをつけている下のほうに本来書かれなければいけないものがなかなかそれが反映されていないと思われまます。本来サービスというのは均等に誰もが等しく公平に受けられるものが必要なのではないかなといつも思っているのですけれども、これは僕らは障害者自立支援法ということだけを勉強するのではなくて、これから先、見直しとされているのですけれども、見直されたらたぶん介護保険と一緒にしてしまうのかなと思っております。そうするとたぶん「障害者の制度などはその中に入っているのかい？」という、すごくそのところは僕は不安になっていて、サービスがいままで受けられた人がもっとサービスが受けられなくなって、お金だけを負担しなければいけなくなってくる時代がやってくるのではないかと、すごく不安になっています。これは早急にわれわれ自身も勉強をして、そのかたちをつくって、そしていろいろなかたちで行政やいろいろな人たちと意見交換の中で情報交換をして進めていきたいなと思います。

なんとかして1割負担をなくす方向というよりは、仮に1割負担したとしてもいいと思うのです。ただし、僕らの所得があまりにも低いということです。ですから、逆に所得保障ということも考えていただきたいということです。そして僕もそうだったのですけれども、作業所に通っているのにお金を負担しなければいけなくて、たとえば五千円もっているのに、一万五千円負担しなければいけない、という人がいたりします。このような人は、作業所に通えなくなって自宅のほうに、「引きこもり」という、在宅のほうに戻ってしまっている人たち

が僕らの仲間にも実際います。こういう状況も少しは改善していただかないと、本当に良い街にはならないのではないかと思いますので、追加としてお話しさせていただきました。

出井（司会）：自立支援法は皆さんご存知のように身体障害、知的障害、精神障害、児童福祉法もふくめてという、サービスの一本化という面がありますが、ご参加された皆さんの中でいらっしゃいませんか？精神科領域あるいは知的障害の領域で働いてらっしゃる、あるいは生活してらっしゃるというような方でご発言できる方はいらっしゃいませんか？課題をどなたか言っていただけないでしょうか？

女性（会場から）：ホームヘルパーサービスをしております。先ほど、訪問看護ステーションの柳谷さんのほうから「施設の垣根を越えて本人、家族、医療、そして介護職」という、西区で一つのチームとなるという言葉聞いたときに、まさにそのとおりだなと思いました。ご質問とちょっとそれしてしまうのかもしれませんが、なかなか同居のご家族がいる場合など、たとえば看取りであってもヘルパーの出る部分というのは大変制限されていたりしています。そういった中で、やはりいろんな情報交換や、先ほど東さんのほうから「情報の共有ではなくてコミュニケーションが必要なんだ」といったお話もありましたので、そういった他職種間とかご利用者さまとかご家族とか、皆さん一緒に生きていくんだ、つながっていくんだというところを、きちんと小さなところから小さな単位でしていかないと、なかなか難しいのではないかとこのことを感じております。

出井（司会）：柳谷さん、泉さん、いまのフロアからご発言ですが、いかがでしょうか。

柳谷：私が西区が一つのチームにならないと本当に良い地域にならないのではないかなというふう感じたのは、いろいろな事業所と仕事をしながら、本当に顔の見える、理解し合って協力し合える関係を、一人の利用者さんにつき一チームずつついでいねいにつくりあげていくと、西区では、このようなチームというのできるのではないかと感じている、ということなのです。ここには本当に西区の在宅ケア連絡会の存在がすごく大きくて、そこで知り合った方とか、そこで一度でも顔を合わせた方とかということがきっかけに、そのチームづくりをしてきたなという印象がすごく大きいのです。地道な努力なのですけども、そういうことがとても大事なと、私は感じています。

泉：ケアマネジャーの立場からですが、一度、訪問看護と一緒にみた方がいるのですけれども、本当に末期の余命半年ぐらいの方で、退院しても誰も見ていただけない状態で、本当にちょっとした関わりで次につながったという経験をしたのですけれども、本当に西区の中では、こういう在宅ケア連絡会とかで私たちも勉強しながら、知り合いをつくりながら、一つのチームに少しずつなっているような状態なので、本当にこういう勉強会をしながらみんな考えていく必要はあると思っています。

出井（司会）：はい、ありがとうございます。いかがですか、お集まりの皆さん。専門職とか職能の方だけが発言できるわけではありません。一般市民の方のご発言も大いに歓迎いたしますので、どうぞお話しいただければと思います。いかがですか？

西区内での「きょうどう」という、「共に働く」か、あるいは「協力して働いていく」ということの意味合いかと思うのですけれども、どうでしょうか、お医者さん側から見た連携、あるいはつながるという意味で、患者を中心として見た場合ということを主題としてお話いただければと思うのですが、どなたかご意見いただけませんか？

男性（会場から）：勤医協西区病院の鎌倉と申します。仕事としましては病棟の医療、そして訪問診療をしております。病弱な患者さん、高齢者の方を入院の治療をさせていただいて、その後も縁がありますと訪問診療などをさせていただく。入院の患者さんは病院ではいろいろな表情を見せていただきますけれども、同じ方が家に帰ると、まったく違う表情をされる方、あるいは同じような方であっても、「あっ、こんな生活をされているんだな」ということをご自宅に訪問をさせていただいて知ることが多いです。医師として、あるいは人間としてとても勉強になって、いつも充実した仕事をさせていただいていると感謝しております。介護分野、それから医療のわれわれと、一人の患者さんや生活されている方を中心として話し合うことができたらなというふうに思いますので、一緒にがんばっていきたいと思っております。

出井（司会）：はい、ありがとうございます。先ほど東さんから出ました、「場所と人によってサービスが違っていいのか？」という、そういう課題、懸念もありますが、そのへんについてはどうでしょう？皆さん、なにか普段お感じになっていることとかございませんか。あるいは「もっとこうだぞ」という、ちょっと厳しいご意見もいただければと思うのですが。

男性（会場から）：介護支援専門員連絡協議会西区支部長の乙坂です。ケアマネジャーの仕事が世に出て6年、平成12年の介護保険制度が始まってから関わらせていただいているのですが、3年ごとに制度が大きく改定になってきております。最低でもこの西区のケアマネジャーさんは、どこに相談しても同じぐらいの力量がなんとか担保できるようにということで、西区支部の活動ということでさせてもらっています。ただ、札幌はとても恵まれていて、サービスを選ぶことができるのです。でも、少し離れた地方ですとか離島になると、サービスを選ぶことができないわけです。その土地その土地の知恵をはたらかせながら、なんとかその地域で生き延びていくという方法を考えなければいけない。恵まれている環境の中で日々変わる制度に、制度が変わったからどうしよう、こうしようというふうに、逆に制度にとらわれているのではないかなというふうに、私は実は活動を通じながら考えます。また、ケアマネジャーによせる過剰な求めによって、けっこうケアマネジャーさんが続かない方が実は多いのです。なにかケアマネジャーさんはなんでもできる便利屋さんかなと思いますと、実はそうではなくて、一人ずつのご利用者の方とこの地域で一緒に生活をしていく、そういう障害ですとか病気をかかえながら生活をしていく、一緒に生活をしていく、よき相談者・支援者としてずっと寄り添っていけるかというのが、実はケアマネジャーに課せられているものではないかなというふうなことを、生意気ながら、この6年7年目にはいつてようやく感じてきたところだと思うのです。最初は本当に便利屋だということで、ショートステイを使いたいという、いろいろ奔走してなんとか調整しなければいけない。いわゆるサービスの調整屋さんだったのですけれど、いまでは「場合によっては使えないということもその選択の中の一つですよ」というように、使えなかったら、「では一緒にどうしようかというのを考えていきませんか？」というふうに、私のほうでは関わっております。

4月、制度の改正のたびに、私はとても国の向かっている方向としては良いふうに、実は変わっていったのではないかなと思うのです。ケアマネジャーは、この3月までは一人50件程度もって活動してもいいよと言われておりましたが、4月からは35件に、実は減っているのです。そうすると15人も標準持ち担当件数が減れば、それだけ関わる時間も増えます。もっともっと関わる皆さんがケアマネジャーに対していろいろな要求、要望、できれば声にあげてしていただきたいと思います。それをするによってだんだん強化されていくのではないかなと思っております。西区の介護支援専門員はどなたに相談しても、それ相応の内容が担保できる。逆にどんな苦情・不満を言っても太刀打ちできるように、これから支部としてもがんばっていきたい。まだ力量不足なのですけれども、どんどん皆さんに鍛えていた

だきたいということを述べさせていただきます。

出井（司会）：はい、ありがとうございます。いやいや現場はそういうものではないぞとか、もっと大変な場面がある、あるいは私の給料は変わらんとか、なんでもけっこうですけども、現場ではということで、どなたかいらっしゃいませんか？

男性（会場から）：北祐会神経内科病院 MSW の黒田です。大変良いシンポジウムの題で、西区で人とつながって生きていくというのはとても良い言葉かなと思ってこの話を聞いていました。それで、先ほど3人の中で最後、訪問看護から連携についてお話があったので、柳谷さんに一つご意見を伺いたいのです。国の評価は「在宅へ、在宅へ」ということであり、もちろんそのように流れていっているのだと思うのですけれども、ただ本当に在宅がそれだけ豊かな資源があるのかというと、実は、そうでもないと思うわけです。非常に医療の依存度が高いとか、それから医療的な処置が多く必要な人が長く入院できないのです。あるいは社会的な入院もできないということで、病院でもなくて、施設でもなくて、また一人暮らしの在宅でもなくてということで、いわゆる高齢者の共同住宅であったり、あるいはお金はかかりますけれども、介護付きの有料マンションであったりというところに退院される方がポツポツと出てきてはいます。そこで、今後、在宅がとても大事だというように国は言うのですけれども、そういう地域ではないところで生活する人が増えてくるということ、あるいは医療的な依存度が高いけれども在宅療養を選択せざるをえない人が増えてくる、ということに対してのご意見を伺いたいと思います。

柳谷：いま言われた医療依存度の高い患者さんの住み家ということを考えるとき、その医療の依存先をどこで考えるか、ということになると思います。たとえば北祐会だと、気管切開をして吸引が必要な患者さんがたくさん入院していたり、中には人工呼吸器を利用して生活される方もいらっしゃると思うのですけれども、私は制度を駆使するとなんとか在宅で生活することも可能だし、その方の経済状態によっては、すぐお金があれば先ほどのように介護付のマンションを探すとか、住む場所というのは、札幌市においてはたくさんあるのではないかと思います。

ただし、その方の容態が悪くなったときの受け入れ先に不安な部分があります。長く入院されては困るという反応とか、医療度とか日常生活度によって分類で、医療度の高い人でないと受け入れないという病院も出てきますでしょうし、一旦どこかの施設、在宅には行ったけれども、容態が悪くなったときに行ける場所というのが本当にあるのかということなどが、なんとなく気がかりということです。たとえば生活保護をもらっている方だと、自立支援法のサービスも使えて介護サービスも使えてとか、うまく組み合わせるとかなりのサービスが使えたりとか、年齢によったり、病名によってはいろいろなことを駆使できるのではないかと思います。

出井：黒田さん、どうでしょう？よろしいですか？そのほかいかがでしょうか。

男性（会場から）：秀友会病院の藤原ですが、黒田さんに反論を覚悟で言わせてもらいます。私は開業して18年になるのですが、ずっと在宅の支援といいますか、在宅を念頭にしてきました。私は始めたときから未だにそう思っているのですが、家に帰れない人は一人もいない、どんなに医療依存度が高かろうが、どんなに介護の全介助の状態であろうが、絶対に誰一人として家に帰れない人はいないというように思って、私はずっとやってきました。本当にそういうことは分かっていますし、分かりますし、ただできない人は何人かいて、在宅困難と皆さんは言うのですけれども、在宅困難な人などは本当にいないのです。ただ在宅できない人はお

金のない人、それから家族がない人、それからもう一つは、はっきり言うと医者メンテナンスが悪い人、これは医者が患者さんに関わっているときに「こんなこともできるんだよ」ということをきちんと患者さんや家族に提供できない医者に会った人は、大変不幸です。そういう人は100%在宅はできません。けども、われわれが「こんな制度もあるんだよ」、いまこんなに堅苦しい制度の中でもこういうことが生かせたら、あるいはこういうところを利用したら、あるいはこういう人に相談したら家で生活できますよ、家で生活できますよ、楽しい生活ができますよという情報を提供してやれるような医者が増えない限りは、在宅療養はうまくいかないのではないかと思います。私は自分自身ではいまだに、先ほどの3点を除けば、100%在宅生活は可能だと思っております。

つぎに、最近ちょっと思って面白かったなということの一つだけお話ししておきますけれども、当院から退院した人がいまして、非常に状態が良くなった人がいました。退院してまだ1カ月も経っていないのに、退院して良くなったのはなぜだろうと思いましたが、それは間違いなく、私は家族の愛情だと思います。その一点しかないのです。やはりその施設、病院ではなくて、やはり家族の力というのは非常に大きいのだなということ再認識しました。ですから、ますますこれからも在宅療養というのは良いのではないかなと、政府の政策は別として、僕は非常に良いものだと思います。

出井(司会)：はい、ありがとうございます。反論・共感、両方ともけっこうですので、皆さんいかがでしょう？シンポジストの皆さんもどうぞふくめて。

男性(会場から)：社団法人の北海道医療福祉センターの事務局の菊地と申します。私どもの社団法人はいま言った長ったらしい名前なのですが、「福祉は住まいから」という理念でいろいろなことをしてきたのです。大変今日感激していますのは、初めての参加なのですが、西区という地域にしぼって、この西区はいったい高齢者、障害者にとって生きやすい街であるかどうかということ、これだけの皆さんが参加されて熱心に利用されてということで、非常に感動いたしました。ぜひここにいらっしゃる方、それからリーダーの方たちをお願いしたいのは、そういう高齢者・障害者にとって良い区、あるいは社会というものの評価基準ですね、まず目標を定めるといいう、先ほどネットワークが大事だと、医療と看護その他のですね。その他、われわれの立場からしたら、いったい自立する自宅というのが、どれだけこの西区で整備されているからとか、結局なにをする場合にしても、介護の場合でもいろいろな判定様式から点数をつけているわけです。これから西区というのはまだまだ、100年も続くのでしょうか、この100年も続いていく、もっとさらに続いていく社会資本として、いったいどういものがわれわれにとって理想なのかと。そして毎年毎年この時期になったら評価して、何点上がったと、いま問題はここだねというような評価基準というものをつくって、来年はここままでいこうじゃないか、なにが問題かと、こういうことを定めていただいて、年間の反省と来年の目標、それが10年20年経っていくと、西区は北区に比べてすばらしいものになっていたと。評価基準が大事なのではないかなということ、一つ指摘させていただきたいのです。

もう一つお聞きしたいのは、在宅の効果がすばらしいということは、いまお医者さまのほうからの話もありましたし、泉さんの話もあったと思うのです。私がお聞きしたいのは、在宅が望ましいということは、そのとおりだと私も思うのですが、いまこういう現場で日々努力されている方たちにとって、在宅の物理的現場の状況ですね。私どもはデンマークとかスウェーデンとかというところの福祉の、結局、生活現場の話を聞くのですけれども、やはりトイレが広いとか、あるいはトイレと洗面所が一体になっているとか、結局若いときからそこで生活していくのに非常にもともと良いベースができています。それに比べて、日本の家屋というのは、高齢になったときに介護を受けるにしても自立するにしても非常に難しい家屋構造であるとい

うふうに聞いているのです。そういう点について、どのように現場で努力をされている方たちが感じていらっしゃるか聞いてみたいと思います。先ほど評価基準の中で、住む在宅である、自宅というのがどういう状況なのかと。それが介護される方、それから介護する方にとってふさわしいものになっているかどうか、このへんも先ほど冒頭言いました西区の良い評価基準としての一つだと思うのです。ぜひ戻って介護を受ける現場である在宅の状況がどんな問題があるのか、そのへんをどなたかに聞かせていただきたいと思うのですが。

出井（司会）：はい、ありがとうございます。なかなか答えづらいかもかもしれませんが、レベルの高い部分でもあると思いますけれども、現実面としてということで、実際現場にいらっしゃる方はどう見ていらっしゃるのでしょうか？

泉：西区だけに限らないと思うんですけれども、やはりお一人暮らしの方だと、アパートで暮らしている方はたくさんいらっしゃいます。私の見ていた方もそうなのですが、本当に四畳半の中にまだストーブが真ん中にある、そういうアパートもたくさんあるのです。その中に、一つベッドをレンタルしたいときでもベッドは入らない、それから住宅改修したくても「住宅改修はいけません」という家主の方もいらっしゃる中で、どうしたらいいかとなると、変な話、「もう無理です」と、諦める方も中にはいらっしゃるのです。その中で福祉用具のレンタルで手すりをつけたりとか、それも難しい方もたくさんいるのですが、本当に駆使して、いまあるテレビ台を支えにするとか、それから布団しか敷けない場合は、布団から起きあがるにはどうしたらいいかということ、訪問看護師、OT、PTさんに入っていていただいて工夫することしかできない方も中にはいらっしゃいます。西区の中でも地域によってはご夫婦で自宅一軒家のところもたくさんありますので、そういうところは住宅改修で手すりをつけたりとか、あと、まだまだ外階段の、やはり冬の札幌は高くなっていますので、そこから手すりをつけたりとか、本当にお金があるかないかで変わってくるのですが、特に、生活保護を受けている方というのは、なかなかそれを受理していただけないことが多くて諦める方も実際いらっしゃいます。

出井（司会）：東さん、いまと同じ質問で、住みやすさ、家屋も地域もふくめてですけれども。

東：やはりいまお話しされたように、どちらかという建物に体を合わせると、ですからお風呂などもそうですしトイレなどもそうですけれども、いま泉さんがお話しされたように、手すりなどもつけられない。お風呂などに支えるための簧の子を敷くとか、そういうこともさせてもらえないというのが現状としてありました。もうそこで自分の腕力ですとかそういったもので四苦八苦しなながら、なんとか建物の中で生活していくのが現状でありました。僕らがもっと本当に考えなければいけないのは、自分たちが、やはり力がなくなってやはり自分の体も動かすことが満足にできなくなったときのことを考えて、もう少し住まいの改造ですとか改築というものも進めていかないと。もっともっと住みやすいように自分たちでも努力をしていかなければいけないですし、サービスなども、やはりいまいろいろな制度があるのです。お金がかかってしまう話ですけれども、改築にかかるお金だとかを助成してくれる制度とかありますから、そういうものもきちんと見定めてやっていく必要性もあると思います。

出井（司会）：そちらで手を挙げてらした方がいました。お願いいたします。

女性（会場から）：秀友会在宅リハビリテーションの理学療法士の堀本と申します。私に関わらせていただいている中では、やはり家に帰られてレンタルのベッドを入れたけれども今度は眠れ

なくなって、ではその理由はなんだろうと考えられたときに、実は奥さまと一緒にいつもダブルベッドに寝られていたので、それでないと眠られないという状況だったり、逆にいつも和室でお布団だったのでお布団でないと寝られないという方がおられたりと、その方の以前の生活状況だったり、その方のいままでの志向だったり生き方だったりというのも大きく関わってくると思います。すべてが環境調整でそろっているから良い部分もありますし、逆にすべてが揃っていなくても実際にその方がなにを求められていて、どういう優先順位でそこを、自分たちもそうですし、そのサービスに関わるいろいろな状況の人たちもそうですし、実際にその声を拾って行って、それに対してどういうふうに対応するのがいいのかというのが、この「生きる・つながる」という、このサービス全体で把握して、必要なサービスが得られたりいろいろな方法が探せたらいいのかというのを感じています。

出井（司会）：梓にはまるのではなく、人が中心になるということだと思いのですね。参加者の皆さん、いかがでしょうか？もう少しお話を続けたいと思います。

女性（会場から）：「NPO 市民と共に創るホスピスケアの会」の山田と申します。あるガン関連の団体が集まる研修会に行きましたときに、そこには在宅を推進する会の方もいたのですが、比較的年齢の若い乳ガンの患者さんの団体もあったのです。その方たちがおっしゃるには「在宅、在宅と言ってくれるな」と。「私は独身で帰る家がない、帰っても家族がいない、在宅って言わないでほしい」と、そういう方がいらっしゃるという現実もあるのです。たとえ家族がいらしても、必ずしも愛の溢れる家庭ではなかったりします。先ほど東さんがおっしゃったように、建物自体の問題もありますし、お金がないということもあったりします。私は在宅に決して反対ではないのですが、現実にはそういう人たちもたくさんいるということも、頭の隅に置いておかなければいけないと思うのです。では、そういう方たちに対してどうやったらいいかということも考えなければいけないのですが、この「つながる」という言葉なのですが、いま発言の多くは医療者、介護者、専門職の方が「私たちはつながって皆さんを助けていきましょう、一緒になって助けましょう」というような感じで進んでいるのですが、実は住民がまずつながらなくてはいけないのではないかなと思うのです。障害者の方も自立支援法でいろいろ大変だということですが、住民同士がつながっていれば、もしかしたらお互いにちょっと助け合ったりすることができるかもしれません、お金を使わないでも。そういうこととか、まだ医療とか介護のお世話になる前の段階で元気な人も助け合っていれば、ささやかな異常も発見できたりして、それを専門職につないでいくこともできると思うのです。今日はむしろ、連絡会でいつもつながっている私たちがますますつながりましょうということももちろんなのですが、まずはそういう専門職の方も住民であるわけですし、「住民みんなでつながっていこう」という会ではないかな、今日はそういう会ではないかなというふうに思っています。

出井（司会）：はい、ありがとうございます。この会は専門職のためだけではなくて、一般市民・住民の方にもまったくオープンで集まっています。

それでは100回、連絡会だけのシンポジウムではありませんけれども、西区で始まったこの在宅ケア連絡会は足かけ10年という歳月をかけ100回をむかえました。この100回は先ほど見ていただいたように、いろいろな制度の変化も社会の変化もありましたが、この100回記念を総括して在宅ケア連絡会の幹事会で長年活動されてきた、坂本医院の坂本先生に少しご発言をいただきたいと思います。

坂本：私は60年間、西区の住民であります。幹事の一人として、西区がぜひ良い状態になってほ

しいなという気持でみなさんにお呼びかけをさせていただき、素晴らしいシンポジウムになって本当に良かったと思っております。そもそもこの「西区在宅ケア連絡会」の活動は、地域ネットワークができれば良い、ということが大きな目標でした。このネットワークというのは、縦と横との関係が良くて網目のように見えるということだと思います。しかしながら現実には、この社会の中でのいろいろな仕組みというのは、多くは、いわゆる縦割りでできているものが多いと思います。医療、あるいは介護の関係も同じようなことが言えると思います。その中で、この在宅ケア連絡会は、まさに横のつながりをつける役割を果たしているように思っております。初めにスライドで何度か見ていただいた、懇親会の様子ですね。あそこにはまったく縦割りの社会で生きている人たちが横のつながりで一堂に会しているということが示されております。まさにその縦だけの関係ではない、人と人との横のつながりがあの写真の中に表れていると考えております。

この地域ネットワークというのは、私の考えるのには、必要なときにワッと集まることができると人と人とのつながりが普段からできているということではないかと思っております。とくに最近、日常の仕事の中でも西区内にそのようなワッと集まることのできるような人と人との関係があちこちにできていると思っておりますし、そのためにこの在宅ケア連絡会もお役に立てているということを実感しているところです。

これからのことですけれども、せっかくできているこの人と人とのつながりというものを、ぜひ既存のいろいろな制度であるとか組織であるとか、そういうものの活用、運用の中にぜひ活かして、大いに役に立たせていくことはできないのかな、と思っております。とくに制度であるとか、行政のほうの運用であるとか、是非、この会でできている人と人とのつながりをどうぞ利用して、この会のこのような力を利用して、それぞれの仕事に反映させていただければ良いのに、と思っているところであります。

今日の100回記念のシンポジウムのテーマは『西区・生きる・つながる』ということですが、100回の次は200回ですから、200回というあと10年後ということでもありますから、10年は僕にはもう厳しいかなと思っているのですけれども、ですからあと5年でもいいのですが150回記念に「西区で生きた・つながった」というような、それで先ほど出ましたけれども、「西区で死ねて良かった」というような、そういうような西区になっていることを願っているところです。

これからはなければいけないこと、したほうが良いことはたくさんあると思います。5年後、10年後まで力を合わせて皆さんで大いにがんばっていきたくと思っています。どうかよろしく願いいたします。ありがとうございました。

出井（司会）：ありがとうございました。そろそろ時間ですが、シンポジストの方、本当に貴重なご発言ありがとうございました。最後にお一言ずつお願いいたします。

東：本日はありがとうございました。いま皆さんのお話を聞いてすぐくためになったのは、本当に、地域での関わりがどれだけ持てるかということも重要だと思いますので、私も八軒に住み、地域の方々と一緒に自分の生活、そしてまわりの人たちの生活がいかにか、どのようにすれば良くなるかということ、普段から考えてがんばって活動していきたいなと思いますので、今後ともよろしく願いいたします。ありがとうございました。

泉：私も一度西区から離れていた時もあったんですけども、なぜかやっぱり西区に戻ってきているのです。それだけやりがいがある場所かなということと、こういうケア連絡会というのを盛んにしているところというのも一つの魅力かなと思っていますので、これからは自分なりに勉強しながら、また利用者の方にどうやって関わっていくかということの一つひとつ考えながら、

また明日からがんばっていきましょうかなと思っております。本当に今日はありがとうございました。

柳谷：最後の山田さんの発言を聞きながら、考えていたのですが、実は医療者や介護者というのは、東さんの最後のほうの「がんばらない」とありましたが、とてもがんばって、「私たちががんばろうよ」というふうに背負い込むところがあるのではないかなというように感じています。本当に地域の人々が良い関係を、西区の、地域の良い関係というか、隣同士とか、昔あったようなお醤油を借りる関係だとか、そういうようなことがまた元に、徐々にもし戻ることがあれば、それこそ本当につながったという、その中で私たちは利用してもらえる立場というふうになっていくと、もっとわれわれの肩の力も抜けて、住民と専門職が同じ力でつながりあうことができるかなという感じがすごくしました。私も町内会活動とか、できるだけ参加しながら地域の人々との関係も本当につくっていきたいなというふうに感じました。どうもありがとうございました。

出井(司会):ありがとうございました。それでは最後に北大大学院の前沢教授がいらしますので、総括的なコメントいただければと思います。お願いいたします。

前沢：皆さん、おぼんでございます。今日は100回の記念ということで、一つはおめでとうございましたし、多くの方が言っていたように、100回と一言でいっても、10年というのは大変なことだったと思います。それで皆さんのご努力というか、とくにリーダーシップをとられた方々のご努力に深い敬意を表したいと思います。

今日もお聞きしながら、『西区・生きる・つながる』ということで、先ほどもご指摘がありましたけれども、介護、医療、保健はどうか分かりませんが、そういう職種間のつながりというのはかなりできてきたということが言えると思いますし、そのことをとおして良いケアがかなり提供されてきたということが感じられたので、素晴らしいことだと思います。

ただ一方、先ほどもご意見がありましたように、「もうちょっと数字で見せてよ」というところも、外から見ていると希望としてあるのではないかなと思っております。たとえば他の区と比べて在宅を一生懸命やるドクターがジワジワと増えてきたとか、そういうことも知りたいと思いますし、それから住民の方のつながりということも考えると、本当に亡くなる方々の中で在宅死を、それがベストだというわけではないのですが、在宅死を、満足できる在宅死された方のパーセンテージがどう変化したのか、そういうことも一緒に知りたいなというお考えをもった方もいらしたのではないかなということを感じました。

せっかく10年経ちましたので、これからは第2ステージといいますか、西区は他の区と比べてどういう特色をもって、とくにどんなところに力をいれて、坂本先生は5年とおっしゃいましたけれども、私も同世代ですので、また150回200回をできるだけ参加したいと思っておりますけれども、どんなふうやっていくのかということは、101回目からぜひ課題として、皆さんにご提示いただければいいのかなというふうに思います。

またぜひ150回、200回に、元気で参加したいなと思っております。今日は本当にありがとうございました。

出井(司会):ありがとうございました。それでは閉会のごあいさつをいただきます。介護支援専門員連絡協議会西区支部支部長の乙坂さん、お願いします。

乙坂：本日は大変悪天候の中、たくさんの方がお集まりいただきましてありがとうございます。在宅ケア連絡会も100回を迎え、また介護支援専門員連絡協議会西区支部も市民向けのシンポジウムということで開催をさせていただいております。本当にフロアの方からの積極的なご意

見、それとシンポジストの方の貴重なご意見をいただきまして、本当にためになる勉強会になったと思います。10年後、10年も経たない中で、札幌ではどんな人でも気持ちよく在宅ができる、そしてどういうものがあると在宅ができるかというものを、数値またはいろいろなツールを使って、もっと広くここから発信をして北海道に、また日本に向けて、世界に向けて発信できるような、そういう大きな会になっていければなと感じております。

出井（司会）：ありがとうございました。これをもちまして本日のシンポジウムはすべて終了いたします。

## 2 シンポジウム「変わる介護保険、どうなる在宅療養 ～パート2～」

第105回 平成19年5月15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研修会との合同開催）

（第66回手稲区在宅ケア連絡会と合同開催）

司会： はばたき新琴似センター 上河真奈美さん

シンポジスト：

地域包括支援センターの立場から：

西区第一地域包括支援センター 主任ケアマネジャー 白髭 幹子さん

ケアマネジャーの立場から：

五天山園居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 乙坂 友広さん

通所系サービスの立場から：

勤医協札幌西区病院通所リハビリ デイケア主任（看護師）仲村 真代さん

訪問系サービスの立場から：

札幌秀友会病院 訪問リハビリ 作業療法士 鹿野 幸児さん

上河（司会）：皆さんこんばんは。司会進行役のはばたき新琴似センターの上河です。介護保険の改定から一年ということで、地域のケアシステムが大きく変わって、これからなにが変わりにかが課題なのかをみんなで考えていくという公開シンポジウムです。

本日は4名のシンポジストの方にお越しいただきました。では、お一人目の西区第一地域包括支援センターの主任ケアマネジャーの白髭幹子さん、お願いいたします。

白髭：いまお話がありましたように、平成18年4月に介護保険法が改正になりまして、それから大きく変わりました。地域包括支援センターというのが昨年の4月から立ち上がりました。介護保険法115条によって地域包括支援センターというのが設置されたわけなのですが、これは地域住民や、地域、組織、ケアマネジャーがかかえる高齢者支援の悩みや相談を受けて、一緒に考えていく、支援していくという目的で設置されております。

私は西区第一地域包括支援センターというところにありまして、札幌市内には17カ所あります。西区には、第一地域包括と第二地域包括支援センターがありまして、第一地域包括支援センターは山の手、琴似、二十四軒、八軒、発寒、一部を除きますが、そこを担当しております。これ以外の西区におきましては第二地域包括さんが担当していただいております。今日は手稲区さんも一緒でしたので、手稲区さんは1カ所の地域包括支援センターがあります。この包括支援センターというところは、必ず、保健師と主任介護支援専門員、社会福祉士の三職種がおりまして、この三職種でいろんな業務を行っております。西区第一地域包括支援センターにおきましては、保健師3名、主任介護支援専門員2名、社会福祉士5名で計10名でこの業務

を行っております。

それから主な業務として説明をさせていただきます。必ずこの三職種が行っているわけなのですが、最初要支援1・2になられた方の予防プラン、これはみなさんご存知だと思うんですけども、予防プランを作成しております。それから地域支援事業としまして、特定高齢者施策、特定高齢者というのは自立でもなく、それから要支援だとか要介護認定にはずれた方の、元気になる、もう少しで要支援や要介護になるおそれのある方を対象にしまして、そういったいろいろな施策がありますので、そういった方たちにもプランをつくる必要がありますので、そのプランを立てたりしております。

それからさまざまな相談がありました。相談も本人からだったり家族だったり、それから近所、民生委員から「心配な方がいますよ」ということで、いろんな相談業務もここで行っております。ちなみに昨年は介護保険の相談が非常に多くて、合計しますと365件。介護予防に関する相談もいろいろありまして318件。ケアマネジメント支援の相談業務65件となっております。

それから社会福祉士がおりまして、社会福祉士を中心にしまして、権利を守るということで、皆さんも聞いたことがあると思いますが、権利擁護事業というのをやっております。権利擁護事業というのは、認知症などによりお金の管理ができなくなってきた方などを公の機関で管理してくれる、そういったところに紹介をしたり、つないだりするお仕事もしております。もう少し進みますと成年後見人制度などという社会制度などにもつないでおります。また虐待の人たちがいましたら、虐待の人たちの話し合いを行政の方たちとつないだりをして、色々な相談業務それから事例検討会そういうものを開いたりしております。また、ケアマネジメント支援にも入りますけれども、皆さんが地域に住んでいる方たちが暮らしやすい地域にするために、担当のケアマネジャーさんの支援をしたりとかそれから色々なインフォーマルな支援を紹介をしたりとか、それから困難事例がありましたら困難事例と一緒に検討したりして会議を開いていく、こういう業務をいろいろやっております。

そもそも地域包括支援センターができた介護予防の目的というのは、もう平成12年の介護保険が始まってから基本理念であります自立支援ということです。要支援、要介護状態になっても自分の住み慣れた地域でより健康に生き、健康に老い、必要な支援を受けながら自立して生活し、自分らしく人生を終えられること。つまり元気になるということではなくて、自己決定、自分で決めて、そして自己実現、これが一番大事な自立支援ではないかと思っております。自己決定をして、そこにあります精神的な自立した生活ができる。本当に体がお元気になることよりも、精神的に自立しなければ本当に意味での自立支援ではないのではないかなと考えております。

ここでいま自己決定と自己実現という言葉が出てきましたので、特定高齢者の事例を一人ご紹介したいと思えます。80歳で地域に守られながら生活されている方なのですが、この方は女性です。認知症があって、一つ暮らして、要介護度3という、本当に認知症もかなり進んでいる方なのですが、受診もなかなかしていただけない。地域の方たちは、一人ではちょっと無理なのではないかと。まわりにも非常に迷惑を掛けているので、ヘルパーさんが来ても断ったり、いろいろな問題がおきているものですから、どこかの施設にという考えがあったのですが、担当のケアマネジャーのほうもいろいろ考えまして、私たちと考えながら、本人の意志というのは「なんととしてもここに暮らしたい」。その意志が非常に強かったものですから、地域の方たちと何回も話し合いの末、いまは自分の住んでいるところで暮らしている、その間には本当にまわりの方に迷惑をかけて、本当にここに書いてありますけれども、区役所の方たちとか警察だったりとか、それから灯油屋さんにもご迷惑をかけたりとか、近所の方にお食事をもらったりとか、それをしながらも自分でその道を選んで自己実現をして生活をされている方がいらっしゃいます。

以上、事例を紹介いたしました。それで私たちは一年間を振り返りまして、本当にまずなにが必要なのかな。ご本人が望む生活。当たり前が続く生活。その中でやはり生きる意欲を見なければならぬのだということ。私たちの包括支援センターとしては、本当にそのサポート機関として一緒に考えて、一緒に解決策を見出していくセンターなのだと思います。一人を支えるためには十人十色の協力ネットワークが必要であり、本当に介護保険だけではその人のサポートは難しいのではないかなということ、一年を振り返って分かってきました。それで私たち包括支援センター、少しは地域の中に入っていったのかなというふうにいま考えて、これからもっとどんどん地域に入っていかねばいけなと痛感しております。

上河（司会）：ありがとうございます。皆さんのほうからいま白髭さんからのご説明と報告がありましたところで、なにか聞いておきたいということがございましたらどうぞ。

男性（会場から）：秀友会在宅リハビリの赤羽根と申します。事例の80歳の方なのですが、地域に守られながらの生活で、認知症の方の一人暮らしというのは本当に大変だとは思いますが、その中で近所の方から火元、火が出てしまうのではないかと、さまざまな問題といますか、近所の方から声が聞かれたりとか、そういうのがあったのかなと思うのですが、近隣の方と一緒に話を進めていったということもありましたが、どのようにして近隣の方まで具体的に話をされたのか、そこのところを教えていただければと思います。

白髭：地域の方たちの話し合いの元でやったと思うのですが、見守りをつくったりとか、近所の方の町内会のやはり夕方になったら必ず見守りをするとか、あとはヘルパーさんとか、そういった連携をきちんとやっていたのではないかと思います。

赤羽根：そうですか。私が以前ケアマネジャーをしているときに、同じような方がおられて、近所の方から「火を出すから」といわれて、いろいろ話し合いをしましたが、結局ダメで、特養に入ってもらった苦い経験がありましたので、どういうふうにされたのかなと思って気になりました。

白髭：それは一番問題になりますね。私もこの方の事例ではないのですが、やはり地域の方に見守ってもらうときに火の元が一番大事だということで、いろいろガスを止めたりとか、それからIHに替えたりとか、そういうふうにして支援をしていって、やはりぎりぎり最後は火の元がどうしても管理ができなくなったときは施設というふうにはなっていました。この方は、いまのところこの見守りで続けているということで、まだ大丈夫なのではないかなと思っております。

上河（司会）：では、五天山園居宅介護支援事業所の乙坂さん、お願いいたします。

乙坂：ケアマネジャーをしております乙坂と申します。2000年に新たな保険の体系としてこの介護保険という保険ができました。その保険の一端を担う主要な役割として、介護支援専門員、ケアマネジャーというしくみができました。そして今年、7年を経過して「さて、どうなっていますか？」ということで、今日は少しお話をさせていただきたいと思います。

介護支援専門員はいったいなにをするのかということ、いわゆる介護保険の制度の根幹は、いま白髭さんのほうからもお話がありましたけれども「自立支援」というキーワードが出ています。これは制度施行時から自立の支援。それと2年前から出てきたもう一つの言葉が「尊厳を保持する」という。「自立の支援とその人の尊厳を保持する」と、そういう点からケアマネジャー

はといったいなにをするんでしょうかということなのです。マネージャーという役割はなにかというと、スポーツにたとえると選手はやはりご利用者の方でいらっしゃるのです。その選手の方が生き生きと活躍できるようにマネージャーがいろんな調整事をしていく仕事ではないかなと思っているのです。だからそのマネージャーがいかにもえらくなってしまうと、これはやはりあまりよろしくないなと思います。やはりマネージャーによっては頼りがいのあるマネージャーと頼りがいのないマネージャーは当然いるのだと思います。けれども主役はやはり選手です。この自立支援というものを考えたときに、本来自分で介護の計画を立てるセルフケアプランという言葉があります。本来は自分のことは自分でやっていただくのが、自分のことは自分でやりますし、なんでもかんでも人をお願いしたいという人は、世の中広く探しても少ないのではないかなと思います。しかしながら、やむを得ず病気になるようになってしまって、なかなか大変な状態で家に戻る。あるいは施設に入る。そのような中でケアマネジャーはどういうお手伝いができるかということにつきると思います。スーパーケアマネジャーなどというものはいないわけですし、かえってスーパーケアマネジャーというのは人生の先輩の方のほうが、私は当然そうだなと思っておるところでございます。

ケアマネジャーのもう一つの役割として公平中立という役割があります。これはなにをもって公平中立とするかというのがなかなか難しかったり、あるいはどの介護度の方がどのくらいのサービスを利用しているのが妥当なのかとか、さっぱり、私たちも整理をしてみないとよく分からなかったのです。そこで今回この前のほうに出した表なのですけれども、18年の4月、去年の制度変更時と今年の4月で、私どもで実はケアプランを5人のケアマネジャーで去年の4月には190件ほど立てさせていただいていました。今年の4月は148件ということで、ほぼ40何件、実は少なくなっております。そこで各介護度別に分けて、どのくらいの平均した利用割合かというのを出してみました。左から平成18年度については要介護1の方はだいたい3割3分ぐらいの利用率でした。要介護1で月額で使える単位というのが、お金の換算すると16万5000円分ぐらいサービスを使えるのですけれども、この3割の利用率ということは「約5万円ぐらい利用していますよ」ということです。これが19年度を見ると35.4%ということで、あまり変わっておりません。

通所リハビリについては、私どものほうでは平成18年度は5カ所の事業所に対して35人の方のプランを立てています。それが19年は7カ所で同じ35人。ですから、うちの事業所で7カ所の通所リハビリのほうにプランを立てているというふうにご覧ください。それから通所介護。デイサービスは6カ所。18年も19年も6カ所で、18年は97人、19年は83人の方のプランを立てています。訪問入浴でございますが、3カ所の事業所で5人のプランを立てています。19年は2カ所で5人立てています。訪問看護なのですが、7カ所の事業所で11人立てていまして、19年は6カ所の事業所で9人のプランを立てています。訪問リハビリは、実は1事業所1名いたのですが、19年は残念ながらいなかったです。訪問介護、ヘルパーの派遣は、うちは25カ所の事業所で都合100名の方をお願いをしております。それが19年度は18の事業所で69名。そして福祉用具については11の事業所で立てていまして、ごめんなさい数字がこれだけ出ていないのであとで説明します、65名です。19年は10カ所で45名。短期療養介護、老人保健施設等のショートステイですが、2カ所で5名。これは19年も同じです。それと老人福祉施設等の短期生活介護、ショートステイについては一つの事業所で18名。これはうちの施設が母体のホームがあるのでそこだけだったのですが、今年度は2カ所で14名と。これがどういう参考の標準になるかは分からないのですが、これをもって公平中立といえるのかどうものも、なかなか言い難いのですけれども、これだけたくさんの方の190名から140名の方、「これだけ割り振りしてつくっていますよ」ということを参考までにご覧いただきたいと思えます。

上河（司会）：ありがとうございました。3人目は、通所系サービスの立場から、勤医協札幌西区病院通所リハビリ・デイケア主任で看護師の仲村真代さんです。

仲村：私は「予防給付が始まって」と題しまして、実際の現場の様子をお話いたします。

当院の通所リハビリは2000年の11月、40名でスタートしまして、現在は予防給付開始と同時に50名と届け出を変更しています。3月の利用者状況なのですが、うちの事業所としては介護1・2の利用者さんが多いことが特徴になっています。それと同時に要支援の利用者さん、予防給付の利用者さんも15名ほどご利用されています。一日のプログラムを介護と要支援に分けてみました。全体的に同じことをやっているのではないかというふうに思われがちなのですが、午前の介護のところは集団と個別という感じで入っているのですが、支援のほうは午前午後合わせまして個別プログラムを主体的に行っています。短期集中リハビリですが、一日12名前後の利用者さんがリハビリ技師と行いまして、「じゃ、他の残っている利用者さんはどうするんだい」とよく言われるのですが、一応介護職員とマン・ツー・マンで訓練を行っています。予防給付の利用者さんが、どのように増えていったかということ推移している表を見ますと、3月末で15名だったのですが、4月末では21名と増加傾向にありまして、問い合わせのほうも現段階では5～6名増えまして、たぶん5月いっぱいでは30名ぐらいの予防給付の利用者さんがいるかなというふうに思っています。スライドは、運動機能向上訓練の様子です。一人ひとりの個別メニューによって訓練内容は違いますが、当院はマシーンを導入していないのです、実際の話。それでストレッチとか起立訓練、マット訓練、ホール内歩行、平行棒歩行とか、その人の状況に合わせてメニューを立てまして、ちょうどそこに白い服を着ているのは私なのですが、実際予防を担当して運動をしているところです。当事業所を希望される利用者さんは、可能な限り適応できるように努めています。可能な場合は担当ケアマネジャーさんとか地域包括センターの職員の皆さんと一緒にご家庭を訪問しまして契約を結び、個別のプランを立てまして開始しています。予防給付が始まって1年が経過しました。いままで介護の認定を受けられていた利用者さんが更新の時期を迎え、突然要支援1・2の認定がおり、いままで通りの回数では通所リハビリには来られない、サービス内容を変更しなければならぬといった戸惑いを感じながら、要支援となったということを受け入れることに、とても時間を要した利用者さんもおります。またなんとか時間を要しながら受け入れるのですが、受け入れた中で、こちらで個別プログラムをご本人に説明しまして、その中でリハビリをやっていく中で、生き生きとリハビリに取り組んで実際に、今回は載っていないのですが、今日カルテを見ていましたら、すごいADLが上がった人とかかなりいるなという実感がありました。

サービス担当者会議への参加はできるかぎりしています。1カ月平均15～20件ぐらい参加しているのですが、うちの事業所はカンファレンスを毎週月曜金曜日と15時20分から30分間行っています。このカンファレンスではサービス担当者会議での内容を通所リハビリスタッフへ提供したり共有することで、利用者さんの目標やかかえている問題点を明らかにすること、サービス担当者会議には必ず評価して反映させることなどを行っています。またサービス担当者会議に関係なく、ケアマネジャーさんや必要部所とはファックスとか直接電話をしたりしてなどの情報提供をしています。あと当事業所は、病院併設型ということもありまして、利用者さんが急変したときなど連携をとって、ドクターコールで医者と呼ぶシステムもっております。

厚労省は平成19年4月1日よりリハビリテーションを医療保険と介護保険の給付調整の通知を出しました。このことにより、当事業所でも医療機関の外来リハビリと介護保険でのリハビリが併用できなくなり、選択を迫られた利用者さんもおります。昨年来、医療機関でのリハビリは一定制限を受けることになり、介護保険での通所リハビリはその受け皿として期待されています。しかし、期待される役割に添えていくためには、個別を重視したりリハビリの役割や

態勢確保の問題もあるかと思えます。よりいっそう居宅ケアマネジャーや家族、サービス事業所との連携を含めたプラン、援助計画をつくることが大切と考えます。

上河（司会）：それでは4人目、訪問系サービスの立場から札幌秀友会病院訪問リハビリの作業療法士をなさっております鹿野幸児さん、よろしくお願いいたします。

鹿野：今日は、訪問リハビリの現状をお伝えしまして、課題について一緒に考えたいと思います。

まず、2006年の制度改正から新しく新設されましたリハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハビリテーション加算が訪問リハの特徴を示していると思えますので、説明いたします。

リハビリテーションマネジメント加算ですが、これは名前が難しいのですけれども、他職種が共同して利用者さまごとの課題の把握、改善に関わる目標の設定、計画の作成などの一連のプロセス、そういったことを継続的に実施することでつけられた加算です。少し難しいのですが、端的に言いますと、他職種が共同することによりつけられた加算なのですけれども、共同するためには連携が必要となります。次にその連携の範囲というところで見たいと思います。介護保険内のサービスとか、身近なご近所やご友人の方とかまで、地域における連携というのはたくさんあると思うのですが、その方らしくその地域で生活していくために連携というものを広い視点で考えていくことが大切と考えております。

次に新設されました短期集中リハビリテーション加算ですが、こちらは退院退所後、病院のほうを退院されてからとか、要介護認定を受けたあとに早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるために短期集中ということで、だいたい3カ月以内週2回ぐらい、2回以上の頻度ぐらいでリハビリテーションを実施した場合につけられる加算なのです。この表の説明なのですが、まずこの下の線ですけれども、こちらがリハビリの介入がなくして進んでいった状態なのですが、ここで家に戻られたときに環境の変化などから、いままでやっていた動作に不安があって行わなくなったとか、そういうことで低下をきたしやすい時期なのですが、その退院直後の時期に訪問リハビリが関わらせていただきまして、生活動作などの確認やアドバイスなど、そういうことをさせていただくことで、生活機能が落ちていかないで向上していったり、維持ができたというようなこととなります。

事例ですが、73歳女性の方で、左脳梗塞、障害名が右片麻痺、要支援2で生活活動動作の状況はほとんど自立で10分ほどの屋外歩行もできています。訪問リハは週一回と訪問介護週一回です。あと住宅環境は一軒家に独居の方なのですが、まず導入時の連携としまして、退院時カンファレンス、これは病院のほうと担当のリハビリのスタッフの方とか看護師さんとか、あとは医療ソーシャルワーカーの方とか、もちろんケアマネジャーさんとはいりまして、院内で想定される、家に戻られてからの課題などを検討させていただきました。次にサービス担当者会議でのご本人さまのお話なのですが、やはり生活する上でどんな問題がおこってくるか不安だということと、あと買い物・掃除はできればヘルパーさんのほうにおまかせしたいというお話がありました。これはご本人さまも入院生活から家に戻られるということで環境がけっこう変わってしまうということで、いままでやっていた動作に対しての不安などがあつたのかなと考えております。実際会議で話されたことですが、生活動作を評価させていただきました、できるところと介助が必要なところを明確にしてケアマネジャーさんとヘルパーさんと連携を取りながら介助のほうを調整していくという点と、あとは自立支援の観点から、できる範囲はご本人にも協力をいただくということが主に話された内容となっております。

経過ですけれども、買い物は一人で行えるようになりました。あとは高所の掃除はリハビリとか他のサービスが関わらせていただく中で、背伸びして届くところをご自分で行えるような状況になりました。具体的などころなのですけれども、生活動作全般というところでは、やは

り最初布団からの立ち上がりに少し不安があって、どうしても床からの立ち上がりというのはとてもバランスとか力のいる動作ですので、そこが不安だったということでその動作を確認しまして、いまはタンスに寄りかかって立つことができます。あと荷物が軽いものであれば一人で行けているとのことなのですが、重いものはこれは弟さんが車で買って来てくれます。あと高所の掃除ですけれども、けっこう背伸びしても安定して行えるようなお体の状態にはなったのですが、やはり照明機器の上のホコリを落とすとか、そういうところでイスを使ってその上に乗ってやらなければいけないような、それは更に難しい技なのですが、そこだけはヘルパーさんに手伝っていただくということで行っております。Aさんはご自宅での生活動作が確立され、いまデイケアのほうにも通われるようになりまして、訪問リハビリは終了となりました。その後は札幌市主催の老人大学とかにも参加しました。

いまの世の中の流れで、どうしても病院での入院期間が短くなったり、療養型病床も削減の方向にある中、在宅ケアに求められる役割というのはどんどん膨らんでいくと思うのですが、これからの在宅生活を考えていく上でも連携がとても重要になるかと考えております。それで今回ご本人様を取り囲んだ連携の中身なのですが、このような方と連携を取りました。連携を取ることで、訪問リハビリもどうしても時間的な制限とかがありますので、連携するということが相乗効果、お互いに相乗効果を高めていくことがとても重要だと考えております。

上河（司会）：どうもありがとうございます。1人目の白髭さんからは一年間地域包括支援センターが行ってきたことを事例などを交えてご紹介いただき、地域包括支援センターの設置、予防給付の創設の目的のお話をいただきました。自己決定や自己実現を主軸にとらえて支援してきた内容等のご紹介もいただきました。2人目のケアマネジャーの乙坂さんからは、ケアマネジャーの歴史の浅さもありますが、いま現在もノウハウを培いながらマネージャー業務として、その人らしいケアプラン等をつくりながら業務を行っている、キーワードとしては自立支援であるとか尊厳の保持、公平中立という言葉を用いてお話をいただいたと思います。3人目の通所系サービスの仲村さんからは、通所を利用されている利用者さんが実際にどのようなことをされているかを、主に去年の4月に創設されました予防のところの利用者さんのことを、事例の紹介をいただきながら担当者会議でありますとか、連携のあり方などの現状の報告をいただきました。今後の展開につきましては、医療保険と介護保険のすり合わせによって支障がいま現在生じてきているかという課題も投げかけられました。4人目は訪問系サービスの訪問リハの立場からの鹿野さんでした。私はこれは個人的な感想もあるのですが、訪問リハビリというイメージとしては、どうしても重度というイメージが一般の方も含めて多かったのではなかろうかと思うのですが、鹿野さんの発言によりまして、生活動作の改善から訪問リハビリを利用してその方らしい生活を実現していくために目標をもって訪問リハビリが関わっているというお話も聞いて、もっと身近なものに感じられました。

全体を通して、4名のシンポジストの方にぜひここで聞いてみたいとか、ここはどうなっているのだろうということを、いまから質疑応答のお時間にさせていただきたいと思います。はい、どうぞ。

女性（会場から）：ケアプランセンターはばたきの小林と申します。地域包括の白髭さんにお聞きしたいのですが、特定高齢者は実際にいま西区で何名ぐらいいらっしゃるのか、それで今後の特定高齢者のあつかいと、それと実際に機能訓練等、栄養等、口腔衛生等、三つ事業があるかと思うのですが、どこでどのようなかたちでされて評価されているかという点について、よろしくお願いたします。

白髭：一年間の人数をまずご報告したいと思うのですが、一つ札幌市内では一番西区が特定

高齢者として挙げた人数が非常に多いということで、一応63名の対象者がいました。その中で、一応いま口腔だとかの話が出たのですけれど、訪問事業ということで、保健士さんの訪問事業という、その中には月一回、訪問事業と通所系の自分が通うという筋力トレーニング、それから運動トレーニングという対象者がおまして、それは63名です。これからその運動トレーニングと筋力トレーニングに関しましては3カ月を目途にして、その後は自主的にやっていくというかたちをとっております、そのときにまた評価をいたしまして、必要であれば他のまた事業につないでいたり、健やかクラブにつないでいたり、それから先ほど言いましたけれども自主事業につないでいたり、訪問事業につないでいたりしております。

上河（司会）：はい、ありがとうございます。前のほうの方どうぞ。

女性（会場から）：ロイヤル病院デイケアの者です。仲村さんに、個別プログラムのほうで、30数名の方のリハビリの先生の数を教えていただきたいのですが。

仲村：リハビリの技師は、午前中2名午後1名の態勢でやっています。

上河（司会）：そのほか、ご質問がありましたら遠慮なく手を挙げて聞いてみませんか？

男性（会場から）：手稲区の札幌緑誠病院の成松といいます。昨年同じテーマでシンポジウムがありました。「かゆいところに手が届くケアプラン」が良いプランだったのが、今度は予防ということで自立支援、「できることはやりなさい」というふうに包括型支援センターがやってくこと、考え方が変わってしまうということ。「自分たちがどう理解して、今度は利用者さんにどう説明してというところがとても不安だ」と去年言われたように記憶があるのですが、その辺はどのようにしてクリアなさっていたのかというのが一点です。それから、認知症の方は地域で見守っていったということでもとても良いことだと思うのですが、このご時勢ですので、個人情報保護のこととたぶん矛盾してしまうと思うのです。そこもどういうふうにしてクリアなさったのか教えていただきたいなと思います。

上河（司会）：予防給付のケアプランのところについては白髭さん、お願いします。

白髭：たしかに昨年4月の頃は「予防」ということで、特に訪問介護のほうなのですけども「自立」ということで、ご本人さまに納得してもらうことが非常に難しい。ですからその中で一番自立、自分ができることがなんなのか、自分が本当はどうしたいのかということ視点を、最初のうちは全然だめだったのですけれど、何回も繰り返していくうちに少しずつ分かっていただけてきているのかなと。これはやはりケアマネジャーさんもそうなのですけど、私たちの間の包括との信頼関係もありますし、まだまだ分かってもらえない方はいっぱいいますが、その中でも少しずつは私たち包括の中では、地域の人たちが考え方が変わってきたのではないかなという、少しずつの実感はあります。すっかり一年間の間にそれがぬぐい去れたかということとはまったくありえません。いま非常に報道関係でもNHKだとかいろんなテレビでも「包括」ということで「大変なんだね」というお声が聞かれたり、「やっぱり自分でやらなければならないところは、やらなければならないんだね」というお声が少しずつ入ってきておりますので、そういった声で助けられながら予防プランを立てているという状況です。

認知症の方なのですけども、私たちのほうで認知症は、あまり要支援1・2の方は認知症の方は少ないのですけれども、先ほどの80歳の事例の方もケアマネジャー支援の部分で、ケアマネジャーさんが認知症の方をどういうふうにかかえていったらいいのかということで、

一つの困難事例であるのですけれども、そういったかたちで私たちが包括してサポートしていくというところなものですから、認知症の方のこれからの支援というのは直接的ではないのですが、間接的とうのでしょうか、そういったかたちで支援していくというところで、どこまでこれが支援していけるのかわからないのですけれども、本当にケアマネジャーの支援という部分なので、詳しくは、最後まで認知症の方の支援が完全にはこれもできないのかなと思いつつも、ケアマネジャーのサポートでこれからもつないでいきたいなと思うのですけれども、こういうお答えでよろしいでしょうか？

上河（司会）：ありがとうございます。二つ目の認知症の地域での見守り、個人情報のところに関しましては、ケアマネジャーの乙坂さんからお答えをどうぞ。

乙坂：包括センターでケアマネの支援をしているというところで、先ほど認知症のケースが出たのですけれど、先ほど私どものほうで事例で出させていただいた、事例というか表で見ていただいて、あくまでもあれは平均で出したのですけれども、今回それを利用している幅を見てみたのです。いわゆる一番少ない人が何%か、一番多い人が何%かというふうに見ましたら、各介護度ごとで中には100%利用している人もいます。1でも2でもいるのです。その100%あるいは90%に近い人はどういう特性があるのかなということで見ましたら、やはり「認知症」というのが一つキーワードになりそうです。ショートステイを使うとか、あるいはヘルパーを使う、通所の回数を多くする、そういう方たちがやはり多かったなという感じはいたしました。片や使っていない方は、それこそ福祉用具を単品だけ使うような方だとか、あるいはいつ予防に行ってもいいように、月の中で生活支援を1回2回使うような方が多かったです。やはり認知をかかえている方で、先ほどもご指摘があったように、外に知られたくないという希望が多いのか、限られたサービスでなんとかしたいなというご家族の方の思いは多いです。だからといって、では地域が分かることによって、はたしてどういうところにそれをもっていけるのかということも非常に慎重を要するというか、難しい、個別支援が鉄則ですので、あくまでもこの地域の中でみんなに支えられてという話になれば、当然ご理解を得ながら進めるのですけれども、やはりなかなか「火を出したら困る」とか、いろんな問題があって、まだまだ地域がもう少し、それこそ介護予防センター等の働きかけで理解をいただくような必要があるのかなというふうには感じております。

上河（司会）：ありがとうございます。はい、どうぞ。

男性（会場から）：西円山病院の横串と申します。どうもありがとうございました。リハビリをやっているのですが、リハのことに質問させていただきたいと思うのですが、今年の4月の診療報酬の改定で、仲村さんも言うておられましたけれども、リハビリテーション管理料というのがとれるようになって、慢性期でもリハが少しできるようになりました。ただ介護保険のリハとサービスを一緒に使ってはいけないということになって、おそらく現場では混乱しているのだと思うのですが、白髭さんと乙坂さんに現場のケアマネでいろいろサービス調整をする段で、実際には医療保険でもリハにもかかる必要があるし、介護保険でもリハでサポートする必要がある人は実際にいると思うのですが、「実際その現場で混乱していませんか？」という質問を二人にしたいと思えます。

それと介護保険のリハのキーワードというのは短期集中で、仲村さんのところも鹿野さんのところも実際その加算をとっておられると思うのですけれども、実際この短期集中というのは本当に効果があるのだろうか？加算がとれるほどきちんとした効果を上げているのだろうかということをお聞きしたいのです。おそらく仲村さんは通所リハをずっと前から、だいぶ長い間

されていますし、鹿野さんも前からずっと訪問リハをされているわけですが、実際こういう短期集中ということをいわれるようになって、実際そういう加算をとった患者さんが、以前のリハサービスと比べて本当に効果が上がっているのかどうかということの本音でいいですから聞きたいのです。

最後にどなたでもいいのですが、僕はいま医療保険側において、実際に西円山の回復期からはだいたい5割ぐらいの人が在宅に帰っていかれます。鹿野さんが報告の中で述べておられるように、退院前カンファレンスというのをやって、なるべく医療保険と介護保険の間の情報のギャップがおきないようにというのを僕は思っているのですが、でもおそらく皆さん方は病院のほうから流れてくる情報というのはすごく少ないとおもっていらっしゃると思うのです。それで、そういうギャップをなくするためのネットワークづくりというんでしょうか、こういうような会もそうだと思うのですが、実際その患者さんが地域でリハビリを完結するために、医療保険のほうから介護保険のいろんなサービスを支えている人たちに対して、特にリハについてどういう情報を流したらいいのかということをおアドバイスいただければと思うのですが。

上河（司会）：では一つ目にご質問のありました、医療保険と介護保険のほうの兼ね合いからリハビリが使えなくなっていくというところで、白髭さんと乙坂さんのほうから現状を、ということでしたので、よろしくお願ひします。

白髭：そのお答えなのですが、いまのところは医療系のサービス、医療のほうの通所のほう、通院リハと通所リハのほうとの混乱はいまのところおきていません。特にないのです。ですからいまうちの中のスタッフでも両方使っている人、この間発表があったときにちょっといろいろ注意したのですが、いまのところ混乱はおきていませんし、ダブリで使っている人はいないようなのです。

乙坂：はい、先ほどのご質問のことですが、私のほうでは何人かやはりその対象になる方がいたのですが、ここ何年かの間に病院で行うリハの時間ですとかやり方だとかがけっこう変わりました。その中で患者さんが「今回はけっこう長いことやってもらえるのだけれども、いきなり一つになった」とかいう混乱があって、しかもこの何月からは、実費が払えばやってもらえるかもしれないという。たとえば何千円か払えばできるといったときに、初めて通所系のサービスに活路が開かれた例はありました。いわゆる短時間でリハビリテーションをメインにやってもらえるような通所介護というのも何カ所か出てきておりますので、そういうふうにつながったもの。それとリハのいわゆる患者さんのニーズについては「好みのリハをしてくれるのがいい先生」、いわゆる効果うんぬんではなく、相性であったり本人好みの、たとえば本来であったら機能訓練のためのなにかをやらなければいけないのだけれど、どちらかというとなんかマッサージに近いようなものが本人にとっては効果があるとなれば、どうしてもその先生がいいというふうになってしまうのですが、それも一年も二年も続けていると、意外と混乱もなく納得はいただけました、私どものほうとしては。だから、それをきっかけに介護のほうのサービスにきちっと移行できたと、あるいは整理できたという方のほうが多いです。ただ特徴としては、若い方はなかなか介護のほうのサービスになじまないことが多いです。高齢の方たちと一緒にやると、どうも、こう士気が高まらないというようなことは傾向としてあるかなという感じは一応いたします。はい。

上河（司会）：はい、ありがとうございます。二つ目のご質問として短期集中のリハビリですね。仲村さんと鹿野さんにおうかがいしたいということで、加算をとってサービスのほうをしてい

と思いますが、効果のほうは実際的にどのようなものであろうかというご質問だったのですが、仲村さん、鹿野さん、よろしく願いいたします。

仲村：はい、私がうちに来ている通所リハビリの利用者さんで、明らかに効果があったと、いま私がいえる方ははっきり言って一人です。あとは横ばい状態かなと思うのですが、やはり一人20分以上とか、短期集中の1になりましたら一人40分以上とかいう、時間は制限されていますが、充分なりハビリ効果をその中で得ることはできているという実感は、私自体ははっきり言って、そこで充分なりハビリ効果を得られるとは思ってはいないです。ただ、ご本人のモチベーションをどれだけ上げて、ご家庭の中でも継続してやっていただけるのかとか、実行していただけるのかというところで上がってきてるなと思われる方はいらっしゃいます。

鹿野：訪問リハビリのほうからです。なかなか利用者さまご本人、ご家族も実際の生活でどういうところが問題になってくるのだろうかというのが、予測がつけられるところと予想もしなかったところがあるのが現状だと思います。それで漠然とした不安をお持ちの方がたくさんいらっしゃると思うのですが、短期集中で、頻回に週に二回以上とか入らせていただくのですが、やはり一回で聞いたり確認したりできる生活動作の状況だとか問題点だとかというのが、どうしても時間の制限もありまして、全部聞くことがなかなか難しかったりします。また、意外と生活の中で問題がまだ明確になっていなかったりすることがあるのですけれども、頻回に入らせていただくことで、出たときにすぐに訪問リハビリのスタッフが状況を確認して対策を考えていけるということはいえます。それでご本人の不安も「あ、そういうことがこの間大変だったけれども」ということで、すぐ相談できるということ。こういうことの対応が遅れますとその分だけ、ご本人さまの生活動作などへの影響が出てきてしまうと思いますので、頻回に訪問させていただいて出てきた問題にすぐ対処させていただくということで、短期集中を使っている方は比較的生活動作なども、退院から家の生活への移行がスムーズにいています。あとは動作場面でも実際少し向上がうかがわれたりだとか、それが短期集中でなければ、普通は主な頻度が週一回ぐらいだと思うのですが、それと比べてどうかということと正確なところは出しにくいところではあるのですが、こちらが訪問している印象としましては、やはり出た問題に対してすぐ対応させていただくということで、ご本人・ご家族の安心感だったり、あと生活動作の低下、そういうことを防いでいるのではないかと考えております。

上河（司会）：はい。三つ目のご質問に対しては、広く全体にいただきたいということで、退院時のカンファレンスなど鹿野さんのご報告にありましたように、活性化をされてきているが医療保険から介護保険への退院時の情報のギャップはないのだろうか、それに対するこういうアドバイスの「こんな方法をとったらいいよ」というような情報交換などもあればいいかというところだったのですが、どなたかそれに対してご発言いただける方はいらっしゃらないでしょうか？

たとえばリハビリ的なことなので、訪問看護ステーションさんからのご参加が。フロアーからなければ、鹿野さんのほうからなにかアドバイスのものがございましたら。

鹿野：やはり先ほどの状況の表を皆さんに見ていただいたと思うのですが、退院後の早期に関わるというのがとても大事だと思います。そこでの関わりが遅れると、やはり生活動作がすごく低下してってしまうということで、私の私見ではあるのですが、退院されたときに、生活上でどういうところが問題になっているのだろうかというところが具体的にっていると、入院しているときから、先生方はじめみなさん退院後の生活後の生活に向けたいろんな評価だとかお考えをもっているとは思いますが、実際の生活でどういうところが問題かということ

が重要です。それが本当に明確になっていけばなっているほど、そこにバトンタッチしていただいて、そこにすっと入っていただけますので、そこでの時間的な隙間に気づいて、またそこからリハビリを始めていくというよりも、きれいにバトンタッチしていただくと、そこからすぐ始められて、その間に時間があったことによって機能低下が進んでしまうといったことが避けられるのではないかなと考えております。

まとめますと、ご本人、ご家族、そのご家庭の生活での問題点というところを、いかに具体的に つめていただけるかということだと思いますけれども。

上河（司会）：はい、ありがとうございます。そちらのほうの方、どうぞ。

男性（会場から）：私は介護療養病床でお世話になっている者の家族です。本日のテーマが「変わる介護保険」ということですので、関連して2点質問いたします。

一つは新聞報道等によりますと、2001年には介護療養病床の37万人を25万人に削減するということが報道されています。こうなりますと、現在介護療養病床にお世話になっている患者の方は、それぞれがどういう、質問の一つはどういう基準で、たとえば介護5であれば5だとか、あるいは1であればどうだとか、どういう基準でそれぞれ在宅になったりあるいはグループホームに行ったり、または特養に行くというようなことがあるのだらうと思います。その基準を一つ教えてほしいと思います。

それからもう一つは在宅になった際に、先ほど鹿野さんもおっしゃっていましたが、本来のいま病院で療養型では、大変リハビリの先生方もご熱心に機能訓練をやっているわけですが、はたしてその病院と同じような在宅におけるリハビリというのが可能なのかどうか、この2点についてご質問いたします。よろしくをお願いします。

上河（司会）：いまのご質問に対してシンポジストの方、会場の方からいかがですか？

男性（会場から）：療養型病床の医師ですけれども、現時点で状況はまだ流動的な部分などところはあると思うのですが、一応介護・医療を含めて38万床を15万床にするという方向で進んでいます。要介護5の人が病院に入れるのかどうかということで、私の理解で言いますと、医療療養が制度的には残るのですけれども、その場合には入院していただくと、そういう言い方をしているのかどうか分からないのですけれども、生活にかかる部分ではなくて医療にかかる部分、たとえば気管切開の処置であるとか、点滴をするとか、酸素をするとか、発熱を繰り返しているとか、そういう常に医療行為を必要とされる方が主体となって、たとえば食事の介助であるとか、おむつ交換であるとか、入浴であるとか、生活の部分がほとんどとなる方はおそらく療養病床の適用外から、現時点でははずれてくるのではないかと理解しています。ただ状況は流動的ですので、4年後もこうかどうかは分かりません。

上河（司会）：ありがとうございます。では生活動作のリハビリのほうで、生活動作の改善ですとか、それを退院してきてから家の中の動きに変換していくというような流れの話もありましたので、今日は訪問介護事業所さんの参加のほうも多数ありますので、ヘルパーの目線で、なにか退院してきて困った事例や、こんなことがあったというような発言があったらうかがいたいなと思ったのですが、どこか事業所さんのほうで声を上げてくださるところはないでしょうか？

女性（会場から）：秀友会の鶴岡と申します。退院後ということなのですが、先ほど鹿野さんが言ったように、本当に退院後すぐに問題点が見つかり、それに向かって協力をしていくのが理想的だなとは思っているのですが、案外その中で転倒したり、発熱したりして、いろいろ

症状も変わってはいくのです。今日たまたま訪問してきた例なのですが、「ヘルパーはいらない、お金がかかってもいいから自分はやる気がないので、介護保険を使わないで人に頼ってというか、お手伝いさんのような状態で自分の生活は守ってもらいたい」というようなお話をしていたのですが、「ヘルパーサイドでこういうふうに関われますよ」というような説明をしている中で、「じゃ、少しでも自分ができる範囲はやっていこう」というような話になっていった例もあるのです。その中でリハビリの人に生活動作の「こういう点に気をつけよう」とか、そういうアドバイスを受けながらそういう意欲に結びつきながらというのであれば、入っていくほう、訪問するほうも、利用者さんのほうも良い結果がでていくのではないかなと感じてはいるのですが、

上河（司会）：どうもありがとうございます。リハビリという言葉を使うと、ホームヘルパーの場合にはいろんな医療行為とかにあたる部分もありますので、なかなか考え方が難しいところもあるかと思いますが。他にご質問ございませんか？

男性（会場から）：秀友会在宅部の赤羽根です。包括の白髭さんをお願いします。自立支援の中で「自己決定」という言葉が使われていたのですが、その自己決定といいますとこれも大変難しく、たいてい皆さんは自分が年を取ってこられたりして、体が動きにくくなってきた、生活が考えていたよりも思わしくなくなってきたりですか、そういうことはけっこう初めてのことだと思うのですが、その中で自己決定をしていくといいますか、本当に大変だなといいますか、自分が本当にそういうふうになっていたらどうやって自己決定をするのかという思いってしまうのですが、その中で自己決定に関係してどういうふうにして具体的に取り組みをされているのかなというか、その具体的なお聞きしたいなと思います。

白髭：私は、今日は自立支援ということで自己決定、それから自己実現ということをずいぶん強調してきたのですが、これはあくまでも元気になるということではなくて、精神的な自立に向けて「自分が本当になにをしたいのか」ということであると思います。いまの状況でいいのか、これはやはり利用者さんとの話し合いになってきますし、サービス一つ使うにしても「あなたはこのサービスを使ってなにをしたいのか、それからどうなりたいのか」ということですね。そして予防プランの中には必ず一日の目標だとか一年の目標「一年後にはあなたはどうなっていたいのでしょうか」ということを話されると、「いままでできなかった旅行をしてみたい」とか、それから私の利用者さんでは「コンビニに一人で歩けるようになりたい」とか具体的な目標が立てられるのです。ですからその中で、自分は「本当にできるところから一つひとつ決めて自己実現に向けていきましょうね」と、具体的に自己実現だとか自己決定という言葉は使わないのですが、「あなたの目標はなんですか？」ということで、なにをしたいのか、このままでいいのかというところから入って、少しずつ自分の生活がある程度満足できれば良いのかなと考えています。より精神的にも健康で、より健康的に老いていって、本当にその人生が終えるという手助けができればいいのかなと、いうことです。それが本当に最後まで在宅でということが一番望ましいのですが、そういった意味では私たちの関わり合いというのは、ほんの小さなひとつでも自己決定があれば、私は自己決定でいいと思うので、それほど大きな望みではなくて、小さな目の前にいる、そして80歳の方もやはりその方がそこで住みたいという気持ち、その気持ちの現れが自己決定というように私たちはとらえて、少しでもサポートしていくようにはしているのです。あまり大きな望みではなくて小さな望みから自己実現をしていく手助けをしていくつもりなのです。

赤羽根：その小さなところから一つひとつ行ってきて自立支援に向けてというところでしょうか。

白髭：はい、精神的な自立ということが、私たちが一番望んでいることと思っています。

赤羽根：はい、分かりました。ありがとうございます。

上河（司会）：はい、ありがとうございます。いまキーワードとして出ました「自己実現・自己決定・その人らしさ」というキーワードがいくつか出ました。今日は一般の方もたくさん参加してくださっているので、ではこういう三つの言葉というのは実際どういうことなのだろうということを、その方その方のご意見でかまわないと思いますので、ご自分が考える自己実現、自己決定、その方らしさというのはこういったものではないか、どなたかフロアーからお話ししていただける方はいないでしょうか？

赤羽根：今度は私、リハビリの立場でお話します。自己決定とか、さまざまな利用者さんと関わらせていただく中で、先ほど本当に自己決定というのが難しいなと思っております。私の個人的な考えなのですが、リハとしては体の動きですとか、そういうところが専門家になりますので、いまこのままで「このままの体の状態ですとトイレがこういう状態、ごはんを食べるのがこういう状態、でももう少しトレーニングしたり、もう少しするとここまでできそうですね」とか「このままやらないでいるとこうなりますね」とか、ある程度客観的にというか、こちらから提示させていただいて、そこでチームでの話し合いはあると思うのですが、やはり決めるのはその方ということになりますので、私たちリハビリ職の立場としてはできるだけ体の動きの面から生活事情を考えて、客観的な部分といいますかAパターン、Bパターン、Cパターンようなかたちとして「どれを選択されますか？」と尋ねます。その中で、「俺はもうこの年だからこれ以上トレーニングはしたくないです、動きたくはないです、このまま徐々に落ちていけばいいから」と言われる方も多いのですが、その中で大きなお世話かもしれませんが「もう少しやりませんか？」ですとか、そういうように言ったり、でしゃばりなのかなといえるかもしれませんが、「このようにすればそれほど大変じゃないですから、もうちょっとやってみませんか？」とか「一緒にやってみませんか？」というようになんとか一緒に進んでいけるようにと考えてしております。しかし、本当にこれは私の私論ですので、実際に本当にこれでいいのだろうかとか日々悩みながら、他の方にも相談しながらいま実際にしていることが、その方と自己決定とか、一緒に考えていく上での一つの方法ではないか、などと考えています。

上河（司会）：どうもありがとうございます。本日は「変わる介護保険、どうなる在宅療養、パート2」ということで、このようにたくさんの方々がお集まりいただきました。昨年5月のシンポジウムで、ケアマネジャーの立場から発言されました、夢つむぎくらの渡辺さんがいらしますので、一年経って、こういうところがこうなりましたというようなお話をお願いしたいのですが。

渡辺：夢つむぎくらの渡辺です。今日はありがとうございました。昨年5月には本当に混乱状態で、いろんなことが削られる、ヘルパーさんが来ていただけなくなる、ベッドを返さなければいけないとか、いろいろな問題がありました。一年間経ちまして、サービスが少なくなったからといって具合が悪くなった人というのはさほどいなかったかなと思います。それなりに皆さん、うまく生活を現在も続けられていらっしゃる方がほとんどだという印象を受けています。ただ、その中身をいろいろと自分なりに考えてみますと、たとえば介護から予防に移行された方は、ヘルパーさんがいままで週3回来ていたのだけれども、「予防になったのだから、あなたは週1回程度ですよ」となったときに、あとの2回どうしようと考えて、自費でヘルパーさんを入れていらっしゃる方もいらっしゃるのです。そうなったときに、はたしてその人は自立

に本当に向かっているのだろうかという疑問を持ちながら、ケアマネジャーをやってきたということでもあります。本当にサービスを減らされてがんばって自分でなんとかしなければいけないという、がんばってやってらっしゃる方もたくさんいらっしゃいますので、そのへんのお客さまへの意識づけを私たち連携する、ケアする立場の者としてはどのような考えで利用者さんの意識改革をしていくかということが大事になってくるのではないかと、強く感じました。そういう中では先ほどからお話が出ていますように、本当に自己決定、自己実現というすごく難しい問題なのですけれども、これは本当に利用者さんだけではなくて、私たちが生きていくうえとか、私たちが仕事をしていくうえでも日々必要な自己決定、自己実現のかなというように考えております。この意識づけをもっと皆さんで連携しながらやっていくと、より自立へ向かった介護保険になるのかなというように感じた一年でした。

上河（司会）：いまのご発言を受けて、なにかご意見ございませんでしょうか。

男性（会場から）：田中メディカルグループ相談センターの小柳と申します。以前は札幌宮の沢病院のソーシャルワーカーでした。いまの在宅の関係と、それから先ほどご家族から療養がどうなるのだというご質問と、それから自己決定といろんなテーマで話が出ていたと思います。今後どうなるかということになりますと、たとえば介護保険のほうの病床がなくなるのですけれども、病院がなくなるわけではないのです。ご家族の方が新聞紙上を見ると15万床しか入院できなくなるのではないかとご発想だと思いますけど、厚生労働省の説明では「38万床は38万床なんだ、あとは老健になるんだ、高齢者住宅になるんだ」ということで、数はあっているのだという説明を実はしております、全員が追い出されるわけではないということだけ押さえておいていただければと思います。では「はたして病院が老健になるか高齢者住宅になるかは未知数です」ということです。そこで出てくるのは、実は医療保険が大きく在宅に関わっておりまして、皆さんお聞きしたことがあるかどうか分かりませんが、医療区分1、2、3という評価を去年の7月から医療保険で導入されまして、実は病院間の入院のご相談とか在宅への復帰だとかに関して、医療区分であるかないか、「1なら在宅ですよ、2、3は入院していいですよ」という、流れが動いているわけです。その中で医療区分1とは果たして何かということですが、実は先日出ましたけれど、要介護5で寝たきりの方で胃瘻がありまして、その方が実は医療区分でいうと1に該当してしまうのです。こういった方の在宅療養がこれから可能なのかということが、まさに今後のテーマになってくるのではないかと思います。

今日のシンポジストの皆さんのお話は、自己決定がだいたいできる方々が対象のお話だったと思うのですけれども、今後はほとんど自己決定のできない方々がこれからどうなるんだろうかということになります。そしてその方々がどのように在宅療養が可能なのか、ということにすでにテーマは移っているのではないかと、私も思っております。その医療区分1、2、3というのも病院関係者の方は詳しいとは思いますが、まだ一般的にはあまり認知されてはおりません。そここのところがずいぶん課題になりまして、たとえば「在宅酸素をしていた方はいいんです、医療区分2なんです」とこうなってしまう。いままで実は療養は在宅酸素の方は苦手だったのです。そういうふうなずいぶん変わりました。これは医療が変わったのです。その結果、在宅でどうしようかということになるわけです。最近はいろんな高齢者住宅がありますけれども、「在宅酸素はけっこうですよ」という高齢者住宅もいままではあまりなかったのですけれども、実はたくさんあります。今そういうような世の中全体の動きが介護保険が3年に一度の点数改正と6年に一度の制度改正ごとに行われています。実は医療保険は2年に一度の診療報酬と制度改正ですから、その隙間をぬってこういった在宅がどのようになっていくかということ想定していかなければなりません。本当にこれから、要介護度5で寝たきりの方も、在宅で療養していかなければならない時代が来るかもしれません。そういったことに対

しておのこの皆さんの立場で今後良い知恵を出し合っていければよろしいのではないかと  
うように思っております。自己決定できる方々はいいかなと思っていたのですが、実はそ  
うではない方々もこれからたくさん在宅療養に向けていくことになります。まさにこの「西区  
在宅ケア連絡会」が、いろいろな方との連携をとりながらやっていただくことを大いに期待し  
ている一人です。よろしくをお願いします。

上河（司会）：はい、ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

女性（会場から）：市民と共に創るホスピスケアの会の山田と申します。いま自己決定自己実現と  
いうキーワードで質問いたします。地域包括支援センターも一年ですが、末期ガンが特定疾病  
になりましてからもう一年です。たぶんまだあまり利用者がいないかと思うのですが、末期ガン  
の場合は、末期ガンでも比較的日常生活はきちんとできるのです。それで介護認定がなかなか  
されないケースもあったり、低く出たりします。そうしますと地域包括支援センターのほうに  
行くということも多くなると思うのですが、いまご発言に自己決定ができないというお話があ  
りましたが、この場合自己決定ができるわけです。残り少ない人生の自己実現をするために、  
もしそのようなケースがあった場合に、地域包括支援センターではどのような支援をしてい  
ただけるものなのでしょうか？

白髭：末期ガンの人に対する自己実現はどのように、ということと思います。末期ガンの方もいろ  
いろありまして、いまおっしゃったように本当に、末期ガンの方でも要支援1・2となってい  
る方がいます。ただ私たちの中で、その要支援1・2の状態のときには本当に自己決定ができ  
ますから、ご自分も、それを告知された方の「自分がどのように生きていくか」ということで、  
私たちは要支援の介護保険のサービスを利用しながら、やっていくことになります。やはり末  
期ガンですので状態が変わってくるときに、私たちは訪問看護師さんをお願いしたり、それ  
で充分足りないときにはほとんど容態変更ということでも区分変更のほうをしていただきます。  
そしてずっと家庭での療養をご希望する方が多いものですから、在宅療養を続けていくためには  
この状態ではいけないということで、ほとんど要介護度が変わって行って、そしてその中で自  
分の生きていく道を選んでいただくという方向です。

要介護となった段階で私たちの手を離れますので、そこまでの間はやはりご自分がしっかり  
していらっしゃる方が多いものですから、その中で自己決定はしていただいていると思いま  
す。それ以降に関しては私たちはサポートしていけないわけで、手を離れてしまうということ  
です。それまでの私たちが関わっている間は本当に自己決定は、やはりご本人たちにしてい  
ただいているということになります。

上河（司会）：はい、ありがとうございます。いろんな考え方があって、とても難しいことだとは  
思います。最後に総括的な介護保険の流れについて、札幌市介護支援専門員連絡協議会会長の  
奥田さん、ご発言いただけたらと思います。

奥田：まずケアマネジメントがかなり介護保険の導入で変わりました、やはり正直申し上げて、  
軽度の方にはケアマネジメントというのは、国は「あまり必要ないだろう」というような流  
れになりました。地域包括、札幌は一応民間がやっていますけれども、でも実際は市の責任と  
いうか、「自治体の責任でやりなさい」ということになっております。これからもたぶんその  
流れは変わらないだろうと思います。介護予防あるいは地域密着的部分については自治体の  
責任であるということです。そうするとケアマネジメントはどこで発揮するのかというと、  
やはりいま皆さんから問題が出たように「要介護3、4、5の重たい方々を中心にケアを組み

立てるときにどうするのか」ということになると思うのです。そのときに二つあるのですけれども、一つはやはり自己決定できるような方々をどう支えていくかということです。QOLをどうするかということです。もう一つはやはり明らかに、もう自己決定できないけれども在宅で療養せざるを得ないというような方々をどう支えるか、ということでもあります。これはまさにチームケアで支えなければいけないと思いますので、本当にこの「西区在宅ケア連絡会」のようところで情報交換をしながら、チームケアで支える方法を考えていかなければならないという、かなり切羽詰まった状況に来ている、と私は思っております。

実は国は、医療依存度の高い人以外は、やはり老健とか特養とか有料老人ホームとか在宅とか、さまざまな中過ごして、というように言っていますが、実際には在宅ではなかなか難しく、私が思うには、おそらく集合化されたところでのケアとなると思います。これはいますごく雨後の竹の子のように出ていますけれども、高齢者下宿、高齢者マンション、しかもかなり医療的な部分も見てくれるというところですが、しかし、そういうところはやはり拒否される方もけっこういらっしゃるのです。やはり世代間交流があつてごく普通なところ、まわりが高齢者ばかりではないところ、というような要望があります。そういう意味ではこれから大事なことは、都会の話ですけれども、住宅そのものが集積化されてきておりますので、集積化されたところに訪問、あるいは通所のケアがどう効率的に入るかということになってくるのではないかなと思うのです。そうやって支えていくケアというのをみんなで考えていかなければならないなというように思っています。とくに地域に関しては、地域ケアとよくいわれますが、実際は地域は社会防衛的になってしまっていて、なかなかケアの基盤をつくる状況も厳しくなつてきております。とくに個人情報保護法に関しては、あれがかなり厳しくなつてきまして、本当に地域のケアをどのようにつくっていくかというのはすごく難しい状況になってきています。ですから、ケアに携わる私たち皆さんで本当にきちとしたベースで情報交換して対応していかなければならないということを考えています。

それからもう一つは自己決定のところから出てきましたけれども、やはりQOLを支えるケアというのを私たちは考えていきたいなと考えております。ADLを支えるケアはおそらくみんなできると思うのですけれども、QOLを支えるケアというのは、お金の問題もありますけれども、まだまだ難しい面があります。そこを考えていきたいということと、もう一つご承知のように、今回の改定それから医療保険の改定を見ますと、明らかにお金持は助かるのでしょうけれども、低所得者には非常に厳しい状況というのがうまれてきております。やはり日本は、生活保護以外は、低所得者の医療というものをあまり考えてきていなかったと思われまふ。しかし、そういう点を、やはり僕たちも声を出して言っていかなければならないような状況がくるのではないかな思っております。その点も皆さんで考えていければならないと思います。

上河（司会）：どうもありがとうございました。それでは最後にシンポジストの4名の方々から一言ずついただいて閉会としたいと思います。白髭さんからお願いします。

白髭：今日は皆さんありがとうございました。いま本当に奥田さんからもお話がありましたように、私は包括として自己実現、自己決定を強く感じてしまっていて、それをテーマに出したことが皆さんこれだけ反響を得たんだなと思います。ですからやはり自己決定、私はやはり要支援1、2の包括のほうで予防プランを立てているものですから、できるだけ地域の方たちが本当に自己決定、自己実現に結ぶことができるようなサポートができれば良いと痛感いたしました。また今後がんばっていきます。皆さん、どうぞ地域包括支援センターのほうを活用していただいて、身近に感じていただけたらなと思っております。今日はどうもありがとうございました。

乙坂：これからも、ご利用者の方と寄り添いながら、それが結論として自己決定のお手伝いになれ

ばなどという、そういう視点で、いやがられないようにお付き合いをさせていただきたいなというように感じております。また皆さんからご意見をたくさんいただきながら、西区の介護支援専門員ケアマネジャーの質を向上させていきたいと考えております。「こんなことをケアマネに言われて大変だった」とか、そのようなことをざっくばらんに言っていただけるような、そして質を担保できるように今後も取り組んでいきたいと思っておりますので、どうぞ今後ともご指導ご鞭撻のほどをよろしくお願いしたいと思っております。今日はありがとうございました。

仲村：たくさん勉強させていただきました。まとめられないのですが、ここで皆さまからいただいた意見とか、他のシンポジストの方々の意見とかお話を聞いて、明日からの事業に役立てていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

鹿野：ありがとうございました。今日は私は連携ということを中心にお伝えさせていただいたのですが、今日ここにお集まりの皆さんも、その人らしくその地域で生活し続けるためにという、同じ目的でいろいろ連携をとっていくことができれば良い、と考えております。訪問リハも微力ではありますが、その中の一助としてご利用していただければありがたく思います。

上河（司会）：皆様、ありがとうございました。私の司会もここで終わります。

原間井（総合司会）：それでは閉会のお時間になりました。閉会のご挨拶を札幌市医師会手稲区支部総務部長の成松さんをお願いいたします。

成松：皆さまお忙しい中多数出席していただき、また熱心なご討論も聴かせていただき、どうもありがとうございました。18年の介護保険改正から一年経過し、どう変わったのか、またいま何が課題かを4名のシンポジストの方から教えていただき、大変勉強になりました。シンポジストとしてくださった西区第一包括支援センターの白髭さん、五天山居宅介護支援事業所の乙坂さん、それから勤医協札幌西区病院通所リハビリの仲村さん、それから札幌秀友会病院訪問リハビリの鹿野さん、どうもありがとうございました。また司会の上河さん、どうもありがとうございました。

簡単ではございますが、西区手稲区在宅ケア連絡会、介護支援専門員連絡協議会西区支部、札幌市医師会西区手稲区支部の合同のシンポジウムの閉会の挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

原間井（総合司会）：ありがとうございました。今日は230名以上のご参加がありました。皆さまお疲れのところありがとうございました。それではこれで終了いたします。

## VII アンケート

例会

### Q1 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	17年11月
良い	58(70%)	39(61%)	22(58%)	33(57%)	48(59%)	39(51%)
普通	25(30)	24(38)	14(37)	22(38)	32(39)	32(42)
改善の必要あり	0(0)	1(2)	2(5)	3(5)	2(2)	2(3)

### Q2 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	17年11月
良い	71(96%)	60(94%)	36(95%)	52(93%)	74(88%)	67(89%)
多すぎる	3(4)	4(6)	2(5)	2(4)	8(10)	4(5)
少なすぎる	0(0)	0(0)	0(0)	2(4)	2(2)	1(1)

### Q3 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	17年11月
この内容で良い	64(84%)	49(80%)	30(83%)	52(75%)	56(66%)	52(68%)
事例検討中心	12(16)	7(11)	1(3)	5(7)	10(12)	10(13)
研修中心	0(0)	5(8)	5(14)	12(17)	19(22)	14(18)

### Q4 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	17年11月
人と人のつながり	39(47%)	25(39%)	19(50%)	12(21%)	30(37%)	26(15%)
事例からの学び	51(61)	47(73)	24(63)	30(52)	25(30)	22(12)
研修内容	40(48)	27(42)	21(55)	24(41)	53(65)	45(25)
様々な情報が得られる	68(82)	54(84)	26(68)	43(74)	56(68)	53(30)
医療的な知識	16(19)	13(20)	7(18)	2(3)	34(41)	28(16)
自分の事例の解決	6(7)	2(3)	4(11)	4(7)	3(4)	3(2)
その他	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

### Q5 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	17年11月
このままの内容	60(71%)	39(72%)	34(87%)	29(54%)	55(71%)	46(67%)
カンファレンスの場	23(27)	15(28)	5(13)	22(41)	22(29)	23(33)
別の内容	2(2)	0(0)	0(0)	3(6)	0(0)	0(0)
その他	-	-	-	-	-	0(0)

### Q6 在宅療養推進のため将来的な位置づけ

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月	17年11月
NPO方式	17(18%)	10(19%)	5(14%)	9(17%)	7(9%)	5(7%)
第三セクター	22(23)	3(6)	0(0)	3(6)	4(5)	5(7)
現状のまま	58(60)	39(75)	32(86)	41(76)	64(85)	54(79)
他の方式	0(0)	0(0)	0(0)	1(2)	0(0)	4(6)

### Q7 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	17年11月
賛成	70(83%)	57(92%)	34(87%)	40(85%)	74(88%)	66(87%)
わからない	13(15)	5(8)	5(13)	7(15)	10(12)	9(13)
他の方向性	1(1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

### Q8 会費の徴収

	11年11月	12年11月	13年10月	14年11月	16年11月	17年11月
賛成	-	-	-	-	-	29(38%)
反対	-	-	-	-	-	23(30)
その他	-	-	-	-	-	24(32)

※ Q8 については 17 年度よりアンケートに含めたため 11 年～ 16 年については記載していない

シンポジウム

Q1 シンポジウムのテーマは？

	18年5月	19年5月	20年5月
良い	98 ( 70%)	74 ( 69%)	112 ( 92%)
普通	40 ( 29%)	27 ( 25%)	9 ( 7%)
悪い	0 ( 0%)	4 ( 4%)	1 ( 1%)
無回答	2 ( 1%)	3 ( 3%)	0 ( 0%)

Q2 時間は？

	18年5月	19年5月	20年5月
良い	53 ( 38%)	63 ( 58%)	81 ( 66%)
普通	72 ( 51%)	37 ( 34%)	37 ( 30%)
悪い	14 ( 10%)	6 ( 6%)	4 ( 3%)
無回答	1 ( 1%)	2 ( 2%)	0 ( 0%)

Q3 場所は？

	18年5月	19年5月	20年5月
良い	75 ( 54%)	68 ( 63%)	94 ( 77%)
普通	53 ( 38%)	36 ( 33%)	22 ( 18%)
悪い	11 ( 8%)	2 ( 2%)	5 ( 4%)
無回答	0 ( 0%)	2 ( 2%)	1 ( 1%)

Q4 参加して…

	18年5月	19年5月	20年5月
良い	99 ( 71%)	66 ( 61%)	114 ( 93%)
普通	35 ( 25%)	37 ( 34%)	7 ( 6%)
悪い	3 ( 2%)	3 ( 3%)	1 ( 1%)
無回答	2 ( 1%)	3 ( 3%)	0 ( 0%)

(重複回答あり)

Q5 今後もこのような企画を…

	18年5月	19年5月	20年5月
望む	118 ( 85%)	87 ( 81%)	117 ( 96%)
どちらでも良い	16 ( 12%)	17 ( 16%)	3 ( 2%)
望まない	1 ( 1%)	2 ( 2%)	2 ( 2%)
無回答	4 ( 3%)	2 ( 2%)	0 ( 0%)

## VIII 参加者

	医師	歯科	看護師	保健師	PT	OT	ST	栄養士	薬剤師	歯科衛生士	SW	介護福祉士	社会福祉士	ケアマネ	ヘルパー	事務	福祉建築士	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	56
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	99
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	3	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	3	3	4	0	2	70
第22回	14	3	23	8	1	1	1	0	2	1	10	0	0	8	0	3	0	6	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
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

	医師	歯科	看護師	保健師	PT	OT	ST	栄養士	薬剤師	歯科衛生士	SW	介護福祉士	社会福祉士	ケアマネ	ヘルパー	事務	福祉建築士	その他	計
第33回	6	4	24	7	2	2	0	0	2	0	12	3	0	9	5	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	59
第35回	5	5	19	5	2	1	0	0	0	0	13	3	1	6	0	6	0	6	72
第36回	2	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	2	3	0	12	72
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
第61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

	医師	歯科	看護師	保健師	PT	OT	ST	栄養士	薬剤師	歯科衛生士	SW	介護福祉士	社会福祉士	ケアマネ	ヘルパー	事務	福祉建築士	その他	計
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	1	0	16	2	1	3	1	4	0	18	80
第69回	3	0	6	0	4	0	0	0	2	0	8	0	1	0	2	1	0	2	29
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	2	0	6	0	0	4	12	3	0	1	48
第72回																			250
第73回	5	1	10	1	2	0	0	0	4	0	5	0	0	4	0	5	0	1	38
第74回	4	0	3	2	0	2	0	0	2	0	5	0	0	8	4	3	0	16	49
第75回																			480
第76回	8	1	20	4	1	0	0	0	2	0	7	0	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	19	0	24	10	12	1	1	0	0	0	51	6	0	42	16	0	0	52	234
第84回	4	0	9	4	5	1	1	0	0	0	7	0	0	1	8	1	0	6	47
第85回	7	1	14	1	3	2	0	0	3	0	19	0	0	5	7	3	0	9	74
第86回	6	2	8	1	2	1	1	0	1	0	16	0	0	0	3	1	0	6	48
第87回	5	0	7	1	6	2	1	0	1	0	13	0	0	1	4	2	0	9	52
第88回	5	1	9	3	5	0	2	0	1	0	11	0	0	0	2	2	0	4	45
第89回	6	2	12	2	5	0	4	5	1	0	8	0	0	1	7	3	0	1	57
第90回	6	3	3	3	4	0	6	1	2	1	7	3	0	2	3	2	0	2	48
第91回	7	0	11	1	5	0	0	0	0	0	12	2	0	2	7	6	0	3	56
第92回	4	0	7	1	7	0	2	0	1	0	8	7	0	0	11	2	0	10	60
第93回	5	0	12	2	5	0	1	0	0	0	6	2	2	2	9	1	0	7	54
第94回	6	0	33	0	7	0	1	3	3	0	10	0	3	24	18	6	0	16	250
第95回	6	0	7	3	5	0	1	0	0	0	12	3	4	8	3	0	0	13	65
第96回	7	0	18	1	3	1	0	0	0	0	5	0	0	1	10	0	0	33	79

	医師	歯科	看護師	保健師	PT	OT	ST	栄養士	薬剤師	歯科衛生士	SW	介護福祉士	社会福祉士	ケアマネ	ヘルパー	事務	福祉建築士	その他	計
第97回	7	0	19	2	4	2	1	0	0	0	15	3	1	1	7	1	0	22	85
第98回	5	0	9	1	1	0	0	0	0	0	11	6	0	6	9	1	0	7	56
第99回	4	0	9	0	3	0	1	0	0	0	9	4	0	2	0	2	0	6	40
第100回	10	0	15	5	9	1	3	0	0	0	26	3	1	19	8	8	0	22	130
第101回	2	0	7	0	4	0	1	0	0	0	8	0	0	5	2	1	0	11	41
第102回	5	0	3	1	5	2	1	0	0	0	7	0	0	3	9	1	0	18	55
第103回	6	0	6	0	8	2	1	0	0	0	13	0	0	5	4	2	0	20	67
第104回	5	0	6	3	5	2	1	0	0	0	12	4	5	11	3	2	0	14	73
第105回	12	0	28	4	18	12	3	1	0	0	39	15	0	44	12	3	0	37	228
第106回	5	0	4	0	2	1	1	0	0	0	17	5	0	10	6	2	0	17	70
第107回	9	0	10	1	31	17	5	0	0	0	28	9	0	37	3	2	9	6	167
第108回	4	0	3	0	5	1	2	0	0	0	14	3	0	11	1	0	0	10	54
第109回	6	0	7	1	13	7	3	0	0	0	19	2	0	13	2	1	0	17	91
第110回	4	0	5	0	8	0	2	0	0	0	23	6	0	11	2	2	0	10	73
第111回	8	0	4	2	10	3	1	0	0	0	16	2	0	9	2	1	0	13	71
第112回	7	0	4	4	5	0	1	0	0	0	28	3	0	16	5	1	0	17	91
第113回	10	0	4	2	12	7	2	0	0	0	17	1	0	14	4	0	0	15	88
第114回	6	0	3	0	8	4	2	0	0	0	14	1	0	23	2	0	0	15	78
第115回	7	0	5	2	9	5	1	0	0	0	14	2	0	22	2	0	0	25	94
第116回	12	0	24	5	16	6	1	1	0	0	39	5	4	42	9	2	0	30	196
第117回	8	0	4	2	7	2	1	0	0	0	8	0	0	6	3	0	0	14	55
第118回	8	0	4	1	8	4	1	0	0	0	31	4	0	17	2	0	0	22	102
第119回	8	0	4	1	8	3	1	0	0	0	15	1	0	10	0	0	0	13	64
第120回	8	0	5	3	4	3	1	0	0	0	18	0	0	15	2	0	0	20	79
第121回	3	0	5	2	6	1	2	0	0	0	19	1	0	8	0	0	0	22	69
第122回	6	0	1	1	7	6	2	0	0	0	23	0	0	12	5	2	0	9	74
合計	863	154	1588	468	499	170	81	59	85	36	1355	187	43	726	430	270	20	1058	10969

IX 資料集

2005.7.12 在宅ケア連絡会

障害者自立支援法(案)の概要

1 障害者自立支援法(案)の理念

(1) 障がい種別によらない、共通の枠組みづくり

障がい者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障がい種別ごとに異なる法律に基づいて提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度・枠組みの下で提供する仕組みを創設する。

自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について必要な改正を行う。

(2) 障害者自立支援法の目指すもの

障がい者が一人ひとりの能力や適性に応じた個別の支援を行い、自立した生活(日常生活や社会参加による社会生活)を営むことを支援する。

障がい者の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる「地域社会づくり」を進める。

障害者自立支援法より

(目的) この法律は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害者の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

2 障害者自立支援法による改革のねらい・概要

(1) 障がい者の福祉サービスを一元化

サービス提供主体を市町村に一元化するとともに、障がい種別にかかわらず障がい者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。

(2) 障がい者への就労支援

一般就労へ移行することを目的とした事業(就労移行支援事業)を創設し、働く意欲と能力のある障がい者が企業等で働くよう、福祉側から支援。

(3) 地域の限られた社会資源を活用できるよう規制緩和

市町村が地域の表情に応じて障がい者福祉に取り組み、障がい者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和する。

(4) 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」

支援の必要度合いに応じ、サービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化・明確化する。

(5) 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化

障がい者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等に応じた利用者負担(応負担)を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。

(6) 他法との関連

障害者自立支援法 ～ 障がい種別によらない共通の給付等に関する事項について規定

身体障害者福祉法 ～ 身体障がい者の定義/福祉の措置 等  
知的障害者福祉法 ～ 福祉の措置 等  
精神保健福祉法 ～ 精神障がい者の定義/措置入院等 等  
児童福祉法 ～ 児童の定義/福祉の措置 等

3 法案の概要

(1) 給付の対象者

身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者、障がい児

(2) 給付の内容

ホームヘルプサービス、ショートステイ、入所施設等の介護給付費及び自立訓練(リハビリ等)、就労移行支援等の訓練等給付費(障がい福祉サービス)  
心身の障害の状態の軽減を図る等のための自立支援医療(公費負担医療)等

(3) 給付の手続き

給付を受けるためには、障がい者本人又は障がい児の保護者が市町村等に申請を行い、支給決定等を受ける必要があること。

福祉サービスの必要性を明らかにするため、各市町村が設置する審査会の審査及び判定に基づいて、障がい程度区分の認定を受けること。

障がい福祉サービスを利用した場合に、市町村はその費用の9割を支給し、残り1割については利用者が負担し、また公費負担医療についても、原則1割負担となる。ただし、利用者が負担する事となる額については、所得等に応じて上限が設けられる。

(4) 地域生活支援事業

市町村又は都道府県が行う障害者等の自立支援のための事業(相談支援、移動支援、日常生活用具、手話通訳等の派遣、地域活動支援等)に関する事項。

(5) その他

(障害福祉計画) 市町村及び都道府県は、障害福祉サービスや地域生活支援事業等の提供体制の確保に関する計画(障害福祉計画)を定めること。

(費用負担) 自立支援給付の支給に要する額を市町村が負担。(国1/2、都道府県1/4を市町村に支弁)

(附則) 附則において利用者負担を含む経過措置を設ける。附則において精神保健福祉法をはじめとする関係法律について所要の改正を行う。

(6) 施行期日

・平成17年10月～利用者負担の見直しに関する事項のうち自立支援医療(公費負担医療)にかかわるもの

・平成18年1月～新たな利用手続き、国等の負担(義務的負担化)に関する事項、利用者負担の見直しに関する事項のうち障害福祉サービスにかかわるもの等

・平成18年10月～新たな施設・事業体系への移行に関する事項等

注) 7/12現在、国会で審議中の法案であり、今後、法案修正などにより内容が変更となる場合もある。

・公費負担医療にかかわるものについては、平成18年1月から導入することが、7/8厚生労働委員会では修正案として提示されている。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1.html>

<http://www.wam.go.jp/> を元に資料を作成。

17.7.12 第85回例会

札幌市の障がい者の現況

(1) 札幌市の障がい(児)者数

障がい種別	障がい者数 (18.4.1)	身体障がい(児)者		知的障がい(児)者		精神障がい者		
		A	B	C	D	A	B	
		人数	比率 (B/A)	人数	比率 (C/A)	人数	比率 (D/A)	
中央区	193,697	6,714	3.5	574	3.0	85	742	3.8
北区	267,885	10,234	3.8	1,168	4.4	33	1,206	4.5
東区	251,060	9,892	3.9	1,143	4.6	10	997	3.9
白石区	200,325	7,539	3.8	1,024	5.1	62	829	4.1
厚別区	129,482	4,821	3.7	635	4.9	24	476	3.6
豊平区	208,004	7,283	3.5	832	4.0	0	652	3.1
清田区	112,793	3,655	3.2	419	3.7	0	316	2.8
南区	153,745	6,051	3.9	779	5.1	50	575	3.7
西区	203,142	7,458	3.7	1,065	5.3	203	813	4.0
手稲区	137,427	4,995	3.6	590	4.3	90	414	3.0
総数	1,857,560	68,643	3.7	8,243	4.4	957	7,020	3.7

(2) 療育手帳交付件数

区分	札幌市 (各年度末現在数)					
	12	13	14	15	全	道
総数	7,978	8,363	7,706	8,249	33,056	34,491
A	3,435	3,623	3,632	3,697	14,785	15,446
B	4,543	4,740	4,074	4,352	18,270	19,045
18歳未満	2,626	2,839	2,085	2,280	6,584	6,941
A	1,088	1,171	947	1,020	2,973	3,052
B	1,538	1,668	1,138	1,260	3,611	3,889
18歳以上	5,352	5,524	5,621	5,969	26,471	27,550
A	2,347	2,452	2,686	2,677	11,812	12,394
B	3,005	3,072	2,936	3,092	14,659	15,156

※平成14年度末統計から集計方法を一部変更

(3) 精神障害者保健福祉手帳

区分	札幌市 (各年度末現在数)				
	13	14	15	全	道
総数	4,239	5,983	7,020	13,146	15,257
1級	965	970	760	2,377	2,101
2級	3,227	3,996	4,596	8,928	10,267
3級	547	1,017	1,664	1,841	2,889

◎相談一般

・障がい(者)地域療育支援等支援施設事業者  
在宅の障がい(者)のライフステージに応じた地域での生活を支援するため、障がい児(者)施設の有する機能を活用し、療育、相談体制の充実を図るとともに各種サービスの援助、調整等を行い、本人及び家族の家庭の福祉向上を図る。また、療育、相談サービスの提供のほか、各種福祉サービスの調整を行うなど、知的障がいに関する相談一般を受け付ける。※札幌市障害福祉圏域に1カ所ずつあり、「相談室ばぼ」(中央区南9西13 Ⅱa 522-4112) 札幌この実会へ中央、西、手稲

・知的障害者相談員

各区2名ずつ配置されており、知的障害者に対して必要な相談・援助を行うことが目的。

◎就労相談

・障害者職業センター(北区北24西5 札幌サンプラザ5階 Ⅱa 747-8231)  
専任のカウンセラーによる職業相談や職業能力の評価、職業指導などを実施しており、療育手帳を取得していない場合でもこうした相談に応じてもらえることがある。また、職場適応援助者(ジョブコーチ)事業において、職務を円滑に遂行するために必要な技能に関する指導などを行う場合がある。

・札幌公共職業安定所

障がい者向けの窓口「みどりのコーナー」がある。

・障がい者就労・生活支援センター(北区北7西2 37 Ⅱa 516号室 Ⅱa 738-2000)

◎その他相談

・障害者あんしん相談(中央区大通西19 市社会福祉協議会 Ⅱa 633-1313 Fax 633-3887)  
障がいのある方々の権利を守り、相談員が様々な相談に応じます。また、弁護士による法律相談にも応じます。(月1回 第2水曜日午後 予約制)

・地域福祉生活支援センター(西区琴似2-7 西区社会福祉協議会 Ⅱa 641-2400(459))  
高齢や障害のために判断能力が十分でない方々が地域で安心して生活できるよう、様々な契約に関する相談や金銭管理の援助を行います。

・成年後見制度

知的障がい者などの判断能力が不十分な人の財産管理について適切な保護者を選任できる成年後見制度があり、家庭裁判所で選任手続きが必要。  
札幌家庭裁判所(中央区大通西12 Ⅱa 221-7281)

リーガルサポートさっぽろ(中央区大通西13 中委ビル6階札幌司法書士会館内 Ⅱa 280-7077 (札幌司法書士会))

ばあとな北海道(北区北10西45ビル2階 Ⅱa 717-6886(北海道社会福祉士会))

高齢者・障害者支援センター「ホット」(中央区大通西10 南大通りビル7階 Ⅱa 242-4165 (札幌弁護士会))

17.8.6 第86回例会

「当事者団体として福祉サービスへ望むこと」

2005年9月13日

特定非営利活動法人

ホップ障害者地域生活支援センター

竹田 保

1. ホップの概要について

開設 1988年2月

NPO法人ホップ障害者地域生活支援センター

Origin (オリジン) ホームヘルパー派遣事業所 (支援費・介護保険)  
 小規模作業所あてんど (身体・知的 19名定員) 福祉用具搬入搬出、軽作業  
 あてんど食品事業部ケータリング愛・藍 (弁当製造販売)

ディ・サービスセンター愛・藍 (身体・知的 15名定員)

ディ・サービスセンターあつぷ 201 (知的 20名定員)

移送サービスパード (会員制送迎サービス)

重度障がい者共同住居自立ホーム 24 (定員 7名)

タイムケア (ユース障がい者体験プログラム)

障がい者ケアマネジメント (地域移行支援活動)

株式会社北海道オフィスプロダクツ (福祉用具販売・レンタル)

社会福祉法人 HOP

身体障害者小規模通所授産施設ホップ (定員 15名)

知的障害者小規模通所授産施設豊平 MAX (定員 10名)

小規模作業所ペーカリー愛・藍 (身体・知的定員 10名)

職員 常勤職員 35名

非常勤職員 9名

パート職員 約20名

合計 64名

利用者 作業関係 50名

ディ・サービス利用者 40名

ヘルパー利用者 60名

移送サービス利用者 200名

合計 350名

関係者 約400名

2. 障害者自立支援法案について

障害者自立支援法案に対する障害者団体の基本的な考え方

- ・ 法案提出過程における説明不足
- ・ 原則1割負担への抵抗 (障害者サービスへの応益負担の導入)
- ・ 介護保険制度との統合への不安
- ・ 重度長時間介護 (全身性の重度障害者) への不安
- ・ 財源不足による制度破綻への不安 (法案成立を前提として10カ月分の予算)
- ・ 地域間格差差正への期待
- ・ 福祉サービスの社会化による向上への期待
- ・ 規制緩和による事業の多角化への期待
- ・ その他

自立支援法案提出の背景

- ・ 支援費制度の財政負担増⇒社会保障費全体増⇒財政赤字⇒新たな財源の確保
- ・ 不公平の是正と制度の持続性⇒結局は財源不足
- ・ 社会的な合意の形成⇒サービス提供水準の適正化⇒利用者負担の導入⇒義務的経費

障害福祉サービスへ望むこと

- ・ サービス利用への不公平感の是正
- ・ 応益負担の撤回
- ・ 所得保障
- ・ 社会連帯と共助の仕組みづくり

制度への信頼回復と社会共助システム

- ・ 制度設計 (行政) とサービス提供者 (事業者または行政) と利用者との関係構築
- ・ 税負担と社会保険負担についての合意形成
- ・ 新たな共助システムの構築

障害程度や種別に関わらず地域で安心して暮らせる社会づくり

### 介護・口腔ケアセミナー

\* 本日のMENU \*

1. 口腔ケアの意義
2. 高齢者の口腔内の特徴
3. 口腔内清掃のポイント
4. 歯菌の取り扱い
5. リハビリと体操
6. 結び

### 口腔ケア

- ・ 広義の口腔ケア  
口腔の持っているあらゆる働き(摂食、咀嚼、嚥下、構音、審美性・顔貌の回復、唾液分泌機能等)を完全に維持する、あるいは介護すること。
- ・ 狭義の口腔ケア  
口腔衛生管理に主眼を置く一連の口腔清掃。
- ・ 器質的口腔ケア  
衛生管理に主眼を置く。
- ・ 機能的口腔ケア  
機能面に主眼を置く。

### 健康な成人に対する「うまく食べられないこと」への対応

咀嚼嚥下  
摂食障害  
健康な食生活

### 口腔ケアの効果2(歯肉炎率)

歯ケアなし 歯ケアあり

### 厚生労働省HPより抜粋

高齢者の口腔ケアの重要性と、歯菌の除去と口腔ケアの重要性、口腔ケアの方法、口腔ケアの効果、口腔ケアの注意点、口腔ケアのまとめ

### 実際に口腔ケアで行うこと

口腔清掃…器質的ケア  
歯や歯の周囲の汚れ  
歯菌の汚れ  
粘膜面(舌・頬・歯肉・歯根)の汚れ  
口腔と周囲のリハビリ(機能回復)…機能的ケア  
洗剤を用いて新義歯や改造義歯に適合できるようにするため  
誤嚥(性肺炎)を防ぎながら、口から元氣よく食べるため  
費用(歯料)使われない食事(嚥下)を確保していくこと  
(異常や不都合があれば応援を頼むこと)

### 重介護高齢者に対する「うまく食べられないこと」への対応

口腔清掃の徹底  
嚥下指導  
食料の調整  
食具の提供  
咀嚼嚥下  
食事の面の姿勢指導

### 口腔ケアの効果3(発熱の発症率)

歯ケアなし 歯ケアあり

### 厚生労働省HPより抜粋

高齢者の口腔ケアの重要性と、歯菌の除去と口腔ケアの重要性、口腔ケアの方法、口腔ケアの効果、口腔ケアの注意点、口腔ケアのまとめ

### 口腔ケアの意義

口腔ケアは自立や生活の質を向上させる出発点

1. 口腔環境の改善
2. 食生活の改善
3. 身体機能の回復
4. 生活意欲の回復
5. コミュニケーションの回復
6. (介護負担の軽減)
7. (感染症の予防)

### 口腔ケアの効果1(歯垢付着率)

歯ケアなし 歯ケアあり

### 口腔ケアの効果4(肺炎発症率)

歯ケアなし 歯ケアあり

### 通所介護における介護予防に向けての取り組み

デイサービス相談員の自主活動（ミーティング・情報交換会）

- 第1回目～平成18年1月（4事業所 5名）
- 第2回目～平成18年3月（6事業所 8名）
- 第3回目～平成18年5月（11事業所 19名 ※ 居宅事業所、包括センター、予防センター含む）

ミーティングを通じて導かれた共通認識（持つべき視点）

**要支援1・2の利用者の、デイサービス卒業（自立）の必要性**

○背景：各事業所における、個別対応の限界  
制度・成果の面から個別対応が求められる

⇕

職員配置、スペースなどの制約

⇒ 予防対象者の、人数的な枠（定員）を設ける必要がある

○卒業の「先」にあるものは？（活動性の再低下を防ぐには？）

- ・利用していたデイへのボランティア参加
- ・友人等との交流
- ・地域活動への参加（老人クラブ、いきいきサロン、町内会による交流活動など）
- ・介護予防事業等への参加（すこやか倶楽部、老人福祉センターなど）
- ・町内会、福まち、民生委員等との連携

⇒ デイサービス利用との同時進行  
⇒ 地域になじんだ生活への、スロープ（滑走路）作りが要される

- ・地域で行われている活動の把握
  - ・事業所同士の連携
  - ・本人への動機付け
- 不可欠

### 西野デイサービス 介護予防の取り組み（アクティビティ）

4月以降の実施状況

実施内容

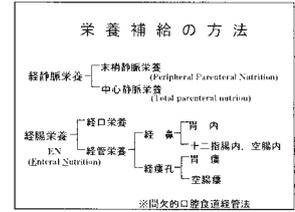
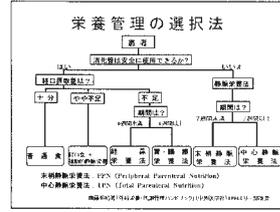
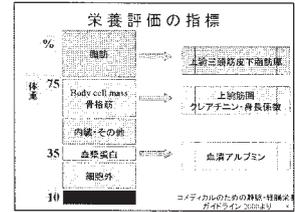
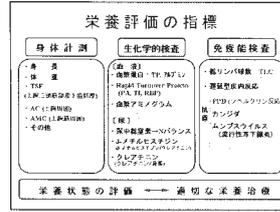
- ・オリエンテーション → 課題の把握
- ・体力測定 → 体探（ストレッチ、筋力体操）
- ・脳の健康度チェック → 脳トレーニング
- ・話を聴く

見えてきたこと

18.6.13 第95回例会

### 在宅における経管栄養について～胃ろうについてもよく知ろう

2006年7月11日



項目	末梢静脈栄養 (PPN)	中心静脈栄養 (CPN)	経腸栄養
適応症	軽度の栄養不足	重度の栄養不足	経腸栄養が可能
リスク	低	高	低
管理	容易	複雑	容易

項目	PN	EN
栄養素の吸収	腸管を bypass する	腸管を通る
感染リスク	高	低
経管栄養との併用	可能	可能

動医協札幌西区病院 リハ科/在宅医療部 鎌倉嘉一郎

18.7.11 第96回例会

### 平成18年9月12日 地域ネットワーク形成をめざした札幌市「西区在宅ケア連絡会」定例会

(社) 日本自閉症協会・北海道支部  
札幌分会 (札幌ポプラ会) 会長・上田 マリ子

### 自立支援法と知的障害がい児者・理解と支援のあり方

- 1. 自閉症をメインにお話いたします**  
自閉症は脳機能障害、知的障がいを伴う方と伴わない高機能自閉症・アスペルガーがあります。
  - 2. 自立支援法と自閉症**  
入所より地域へと道は14%の数値目標、しかし地域に何人移行できるかグループホームとケアホーム。これまで個人で使用していた身体介護のお風呂介助が10月より出来なくなる。いわゆるホームヘルパーがケアホームで使えない、利用者4人に夜間専従職員一人（支援が届かない・不安大）区分2より利用できるが、これでは施設運営がなりたない、又区分が上がる親の割り負担が大きくなる。障害程度区分は、本来の障害を把握していない。身体は動くが、知的に重く、言語のない方が大半、おまけに強度行動障害があり自傷・他傷・器物破損・睡眠障害等あり、てんかん発作を有する人も多く、投薬している。介護給付を受けるための106項目は知的障害者にあわない、医師の意見書が必要口額計算 児童施設も10月より利用契約制度へ
  - 3. 知的障害・自閉症への理解**  
特に自閉症への理解は難しいのでは？ 悪い 乱暴 と思われがち コミュニケーション障がいです、様々にこだわりを持ちます。個別のプログラムを作成することにより、地域で生活出来る。スキルアップ、構造可非言語の方でも、写真などの視覚から理解出来る
- 1・地域に望む事
- 西区には、施設 養護学校 特殊学級があります。障がいがあっても、一人登校している人は多々あります。独り言 手をひらひらと常同行動 遠回しに見ないで下さい 彼等は懸命に生きてます 目は口ほどに物を言います！ 誤解はトラブルを招きます！ 19年より特別支援教育が始まります。市内の各小中学校に特別支援教室を設け発達障害のある方が利用出来ます (LD ADHD 高機能自閉症)

是非地域の皆様方のご理解とご支援をお願い致します

### 札幌ポプラ会の歴史と取組

社団法人日本自閉症協会  
北海道支部  
札幌分会 (札幌ポプラ会)  
会長 上田 マリ子

- 昭和42 「北海道情緒障害児父母の会」 設立総会 初代田中会長
- 44 情緒障害児学級設置にむけて陳情
- 47 札幌市内小中学校に情緒障害学級が開設  
田中会長が治療施設に関して札幌市議会へ  
48 市立札幌病院診療院に「児童部」が開設
- 50 札幌支部 (ポプラ会) 結成 会員120名
- 51 市立札幌病院診療院小児特殊病棟に自閉症過年齢病棟を新設のための請願書を提出
- 54 第2種自閉症施設「第二おしま学園」開設
- 57 第1種自閉症施設「札幌市のぞみ学園」開設
- 60 成人施設運動「札幌はるにれ会」として陳情開始
- 62 社会福祉法人・はるにれの里「厚田はまなす園」開園
- 平成元年 社団法人日本自閉症協会発足  
第11回自閉症児者全国大会開催
- 2 道「障害者の日」記念事業 4分科会 ポプラ会員12名提言者として
- 7 道警察生活安全課と懇談 自閉症を理解して
- 11 シンポジウム「障害児と心かようきょうだいの関係を育てる」
- 12 道警察生活安全課との懇談  
パンフレットを作成し、600枚道警察に進呈
- 14 服巻先生による「親のための勉強室」開始
- 15 同
- 16 服巻先生による公開講座
- 17 札幌市自閉症自立支援センターゆい 11月オープン (平成11年度より開設の運動にたずさわる ゆい は親の会が名付け親)

18.9.12 第98回例会



### 診療/介護報酬改定

在宅ケアでリハ医療を有効につかうために

深仁倉野山病院  
榎本 寛敏

### 老後が待ち遠しい-介護保険

リハ前置主義、地域完結型リハ

高齢者に提供されるサービスは数年前に比大したがり...

### H18-19診療/介護報酬改定後のリハサービス

介護報酬改定 (17%)

介護報酬改定後のリハサービス

### 在宅医療

在宅医療の現状

在宅医療の課題

### 社会構造の変化と厚生行政

H11 ゴールドプラン  
H16 ゴールドプラン  
H17 高齢者フレックスマインド

### 高齢者医療/福祉にいかにかり込むか

平成18年度 国民医療費 (31兆6千億円(4.37%増))

平成19年度-平成20年度 国民医療費 (218.2億 → 387.4億)

### 病院リハ診療

病院リハ診療の現状

病院リハ診療の課題

### 急性期リハ

急性期リハの現状

急性期リハの課題

### リハ医療変化の背景-構造改革

01- 医療の効率化  
02- 10年計画医療政策  
03- 30年計画医療政策  
04- 地方-財源確保  
05- 診療報酬  
06- 11年度に基礎的診療報酬改定

### 診療/介護報酬改定の骨子とリハ医療

診療/介護報酬改定の骨子とリハ医療

診療/介護報酬改定の骨子とリハ医療

### 回復期リハ医療

回復期リハ医療の現状

回復期リハ医療の課題

### FIMの課題難易度

FIMの課題難易度の現状

FIMの課題難易度の課題

1

2

19.7.10 第107回例会

### 108回例会の開催

おめでとうございます!

継続は力なり・煩惱を超えて

北海道社会福祉士会  
会長 奥田 龍人

### 今日は剣舟のつまきという感じで聞いてください

### 格差社会なのに応益負担...

高所得者や資産家  
一所得税・相続税・固定資産税などの減税  
低所得者  
一所得税の控除廃止、奨学金削減など  
消費税増税  
介護保険・障害者支援法→応益負担  
後期高齢者医療保険制度→応益負担

### 医療改善による高齢者の負担増

06年10月-  
○現役並み所得(単身世帯で年収380万円以上)の70歳以上の高齢者窓口負担 2割 → 3割  
○70歳以上介護療養病床の食費、居住費の負担増【08年4月-】  
○70歳~74歳の高齢者の窓口負担 1割 → 2割  
○65歳~69歳介護療養病床の食費、居住費の負担増  
○75歳以上の高齢者医療保険料徴収(年金天引)  
※しかし、医療提供が増えれば、結果的に負担は減る

### これからの地域ケアを考える

・あたえられた課題は  
これからの地域ケアを考える  
・しかし時間があまりにも足りないの  
で、勝手に今の地域ケアの課題ばかり取り上げたい!  
・これからの話は、またいつか.....

### 今の日本の立ち位置(2つの統計)

1:世界の軍事費(06)  
前年比3.5%増の146兆円  
1位米(46%)、2位英・仏(5%)、4位中国(4%)、5位日本(4%)

2:ヘルステータ2007  
OECDが発表、日本の一人当たり医療費は28万円で30ヶ国中19位、OECD平均を下回り先進7ヶ国(67)では最下位。

### 多死社会の到来

年間死亡者数の増移  
2001年-97万人が死亡  
2038年-170万人が死亡  
(年間出生数は70-80万人にまで落ち込む)  
＜政府の在宅死キャンペーン＞  
・病院死が在宅死に置き換わる  
・病院での末期は医療費がかかる  
・できるだけ自宅で療養したい方が6割  
・フランス・オランダ・スウェーデンの病院死は3-5割

### 死亡の場所の推移

死亡の場所の推移

死亡の場所の推移

### 地域ケアの課題

＜前提＞少子高齢社会と社会保障給付費の抑制<キーワード>  
①格差社会(応益負担で低所得層が大変!)  
②多死社会(在宅死は可能か?)  
③変な規範社会(集団いらいら!?)  
④希薄な人間関係の社会(家族の愛宕・孤独死etc)

### 少子高齢社会と財源問題

・平成18年度国家予算→80兆円  
・平成18年度社会保障給付費→88兆円  
※平成8年から保険料収入が税金収入を上回る。  
・介護保険給付費一年々5千億円増加  
要介護者毎年30万人増加×1人15万円  
=450億円×12ヶ月=5400億円

### 終末期医療の費用

厚生労働省の医療費の将来見通しに関する検討会が3月22日開催され、終末期の医療費を、死亡前1ヶ月間にかかった医療費と規定した場合、14年度の年間終末期医療費は、医療機関での死亡者数80万人、死亡1ヶ月の平均医療費112万円となり、計約9,000億円と試算した。

(北海道医療新聞「メディア21」平成19年3月23日付)

### 介護療養病床の廃止

①療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応。  
②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止める。

19.8.7 第108回例会

### 回復期リハビリテーションと地域医療連携 ～福中リハをモデルとして～

わがためにあらず、すべての人のために  
札幌山の病院 リハビリテーションセンター  
清水俊哉

### 当院のリハビリテーション体系

リハ実施 夜間日以外毎日  
中央診療一棟配置へ

リハ1	PT30	OT31	ST11
車椅子	搬送3		

回復期リハ病棟の施設概要  
 病床数: 41床+47床  
 専従医: 2名(内産科2名)  
 RN: 2.5:1  
 PT: 14名  
 OT: 14名(2名は地域連携)  
 ST: 4名  
 MSW: 2名(非専従)  
 訪問看護ステーションとリハセンター

### この周辺地域と病床

地域	世帯数	人口	老人比率	平成19年8月現在
中央区	114,255	209,045	17.3%	
西区	93,257	208,690	18.1%	
手稲区	53,854	138,555	17.7%	

病院数 施設数 一般 産科 総合病院 平成19年1月現在  
 中央区 42 9,501 6,141 1,861 124 西野48 山崎12 神野44  
 中央区 24 3,605 2,221 716 143 山の24 第一15 高野20  
 手稲区 15 3,267 1,092 1,333 124 南支那5 西野10 神野14

### 回復期リハ病棟の適応患者

- 脳血管疾患、脊髄損傷、関節外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症の発症・病後 150日
- 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重症の脊髄損傷および脳幹部外傷を含む多部位外傷 150日
- 脳・大動脈・股骨・骨髄の骨折・術後 90日
- 外科手術・肺炎後の高熱は術後・発症 90日
- 脳・大動脈・股骨・骨髄の軟部損傷後 60日

注: 脳腫瘍等は発症後1ヶ月以内  
 治療開始時のFIMで115、EITで85以下  
 早期から介護保険や退院後を要したサービスが必要

### 当院における地域医療連携室

- 設立主旨  
いわゆる医療格差のみならず、地域医療連携の窓口・縦内システムの構築・効率化
- メンバー  
連携医: リハ医・産科医  
MSW・OTR(訪問専門)・外来看護部長  
ベッド調整会議スタッフ代表  
ペグ調整会議(連携担当)  
看護部(代表)・診療部長(連携)・リハ医・地域医療連携・医事・リハ部

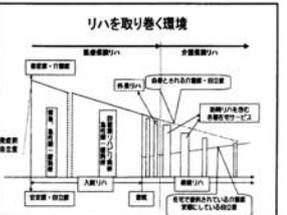
### リハの診療報酬 07年変更を含む

- 循環器・脳血管等・運動器・呼吸器に大別される疾患別リハ
- 日数上限は期に150日・180日・150日・90日
- 一単位は20分以上・OPSTに問わず合計6単位以上
- 回復期リハとADL加算を合わせれば一日9単位可能
- 脳血管・循環器などは一単位250点(141日目から210点)
- 運動器・呼吸器などは一単位180点(111日目から140点)
- 現行の一日1単位は単位→2.4単位(108単位)まで可能
- 飲食機能療法を積極的に実施(OT・PTも可能)
- 上層日数を超えた患者は、医学的に状態の改善を判断し、継続
- 医療費削減でのリハと介護保険でのリハの併用を原則認めない
- 急性期から回復期は医療保険、維持期から在宅は介護保険

### 回復期リハ病棟の今後？成果方式について

産科新聞 8月10日

- 成果方式の導入(厚労省の方針)  
入院時と退院時の状態を比べ改善度の高い良好な患者の数が診療報酬に差をつける
- 一患者の病状によって期待できる回復状態が異なる
- 一回復元しにくい患者を優先し困難な患者を救済
- 一病状に合わせた改善度の目標達成度を
- 訪問時の評価基準として算定
- 一過去の実績から高い評価基準をクリアした病院に診療報酬を高める
- 今秋の中協での統計事項→20年度改定に盛り込む?



### 脳血管疾患等リハの対象疾患

- 急性疾患  
上層180日 一単位250点  
141日目から510日に連続  
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、脳腫瘍脳症等、脳梗塞欠点(慢性脳梗塞不全\*)  
脳腫瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍術後、てんかん重積発作など  
多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害など
- 慢性疾患  
パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患、遺伝性運動神経ニューロロフィー、末梢神経障害、左心房肥大、多発性動脈硬化など
- 失語、失行、失算、高次脳機能障害
- 肺炎などによる長期療養(FIM115以下)

### 回復期リハビリテーション病棟

- 脳血管疾患又は大脳脊髄神経系骨折の患者に対して、ADL能力の向上による後たせりの防止と家庭復帰を目的としたリハプログラムを、医師・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士等が共同して作成し、これに基づきリハを集中的に行うための病棟であり、回復期リハを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟。
- 福中においても発症から141日目で診療報酬が15%増収「全生え」達成の場合、外来リハとサービス併用の費用が不可能

### 事例検討 機能回復が困難でFIM4レベルでの自宅復帰例

- 81歳 男性
- 発症前 背骨骨折等症 軽度認知症 バスで妻と通院
- 06年12月20日 左脳梗塞(放線型)で三次救命救急
- 15日目で意識回復 20日目で病院訪問(PH・OTR)
- 32日目で 保存治療後当院へリハ目的で転院
- 入院時状態: 右麻痺・言語障害・意識障害(不醒)
- FIM66点、遷延化された問題に対し一般病棟での重症急性期治療を要した
- 60日目で回復期リハ病棟へ転院(入院180日以上) 転院時FIM72点

### 事例検討 その2

入院180日以上

- 初回評価後、入院後12日目で家族面談
- 予後として退院後FIM4～5レベル
- 介護保険申請着手、来院時家族指導開始
- 55日目で要介護3判定(ケアマネ決定と後継)
- 75日目で自宅訪問、その後退院日決定
- 途中、身内に不幸が有り退院延期が継続
- 110日目でサービス拒否拒絶(ケアプラン決定)
- その後、住宅改修や外泊練習などを経て
- 134日目で自宅退院 退院時FIM73点
- デイサービス2回/週 ペットリハビリにてフォロー中

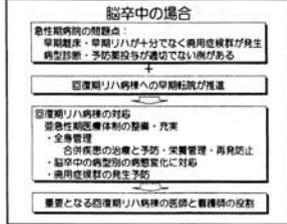
### 回復期リハ病棟から眺める地域連携

第114回西区在宅ケア連絡会

西円山病院  
リハビリテーション科  
橋本茂樹

北海道はお年寄りが住みよい環境?

回復期リハ病棟の現状



### 都道府県別の転入・転出超過人数(人)

	2007年	2006年
東京	94500	90079
神奈川	32474	21848
青森	▲10274	▲9465
北海道	▲20267	▲18386

### 札幌、北海道は高齢者にとってどんな場所なのか

	70歳以上就業率	老人医療費/年	老人クラブ数/人口10万
北海道	12.6%	93.0万	86.6
全国	16.0%	75.7万	106.7
長野	25.1%	60.2万	128.6

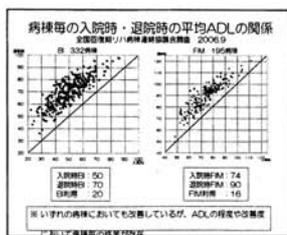
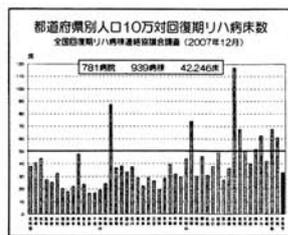
### 回復期リハビリテーション病棟の使命

- 急性期病棟から早期受け入れ
- 重症患者の積極的受け入れ
- ADL(日常生活活動)の改善
- 家庭復帰率の向上

- ### 回復期リハ病棟の特徴
1. 入院患者の状態が特定
  2. 入院目的が明確
  3. 発症～入院までの期間限定: 1～2月
  4. 入院期間の上限設定: 60～180日
  5. Dr・Ns・CW・PT・OTの専任従事
- 強力なチームアプローチにより、病棟におけるADLの向上 → 家庭復帰

### 高齢世帯の世帯構成

	平成12年 (%)	北海道	全国	北海道	全国
総世帯数に占める					
高齢世帯のいる世帯	30.5	32.2	31.2	30.7	
総世帯数に占める					
夫婦のみ高齢世帯	9.9	7.8	12.4	10.8	
高齢世帯のいる世帯に占める					
夫婦のみ高齢世帯	32.5	24.3	42.8	35.2	
総世帯数に占める単身高齢世帯	7.4	6.5	10.4	9.4	
高齢世帯のいる世帯に占める					
単身高齢世帯	24.2	20.2	33.3	30.6	



## X おわりに

### 1 活動報告書（Ⅰ）のために ～ おわりに

— 平成12年9月 発行分 —

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

在宅療養者を支援するための、地域におけるネットワークを形成しようとする活動は全国的にも数多く報告されているが、「西区在宅ケア連絡会」はそれらの活動の中でもあくまで純粹、普遍的活動であることが、本報告書をお読みいただくと良く理解していただけると思われる。また、本活動中の平成12年4月から、介護保険制度が導入されたが、この会の活動は介護保険制度運用のためだけのものではなく、あくまでも西区内に住む在宅療養を希望する人のための幅広い支援活動と捉えられている。さらに、参加者へのアンケート結果によると、将来、西区内に大きな地域ネットワーク形成を目標とすることについては、80%以上の賛意が示されている。

これらの純粹性、普遍性、そして継続性は今後も参加者全員の一貫した姿勢として持ち続けることができるものであり、また参加者自身による新たな発想、積極的な活動によりさらに発展していけるものと確信している。普遍的活動であればこそ、将来にわたっていろいろな可能性を秘めた活動であり、今後も各分野の多くの方々への参加が望まれている。

### 2 活動報告書（Ⅱ）のために ～ おわりに (略)

— 平成17年10月 発行分 —

### 3 活動報告書（Ⅲ）のために ～ おわりに

— 平成21年 1月 発行分 —

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が始まった。この会の活動の特徴は、純粹性、普遍性、そして継続性である。

平成12年9月に活動報告書（Ⅰ）が、そして平成17年10月に（Ⅱ）が発行されている。前回の報告書発行から3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3年間の活動をまとめた報告書である。

活動開始当初からは11年が経過しているが、この間、多くの法的制度の運用開始があり、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。そのなかで、在宅療養者を支援するための、地域における関係者のお互いに顔が見える「人と人とのつながり」をつけるために、この会は実に大きな役割を果たしてきた事を実感している。

平成20年5月第116回として開催のシンポジウムは「つなぐかかわり～地域連携を考える～」と題して、実際の疾病者、高齢者、障がい者が地域の中でどのような動きをしているのか、現在のその課題な何か、などを明らかにする機会となった。この、第116回のシンポジウムは、内容が将来の連絡会の活動に多くの示唆を与えるものと思われ、いつでも参考書として引用できるようにするために、西区在宅ケア連絡会活動報告書（Ⅳ）「つなぐかかわり～地域連携を考える」として、このたび発行することとなった。

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

（ 幹事会 坂本 仁 ）

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～	19年3月)
湧島 正之	(	〃	福祉支援係	19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～	20年3月)
伊澤 栄子	(	〃	保健支援係	20年4月～ 現在)
赤羽根 誠	(医療法人秀友会 在宅部		19年4月～	現在)
芦田 真冶	(あしだ歯科医院		14年4月～	現在)
荒 正和	(西区社会福祉協議会		18年4月～	現在)
池田 明穂	(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)
岡部 実裕	(医療法人聖愛会 発寒中央病院		17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)
梶 尚仁	(西区社会福祉協議会		16年4月～	18年3月)
鎌倉嘉一郎	(道南勤医協函館稜北病院		16年4月～	現在)
上河真奈美	(はばたき新琴似センター		18年4月～	現在)
斉藤 定三	(医療法人 札幌第一病院		19年4月～	現在)
坂本 仁	(医療法人社団 坂本医院		9年6月～	現在)
塩川 哲男	(勤医協西区病院		19年4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)
竹井 秀敏	(札幌山の上病院		19年4月～	現在)
谷藤 伸恵	(訪問看護ステーション やまのて		9年6月～	現在)
手計志津雄	(西区第一包括支援センター		19年4月～	現在)
中城 雄一	(北祐会神経内科病院		17年4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)
堀口 朋子	(		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～	現在)
船越 龍	(医療法人 札幌山の上病院		17年4月～	19年3月)
山崎由美子	(医療法人 札幌第一病院		18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)

事務局：医療法人溪仁会 西円山病院 医療福祉課 出井 聡  
〒064-8557 札幌市中央区円山西町4丁目7番25号