

西区在宅ケア連絡会活動報告書（Ⅴ）

シンポジウム「つなぐかかわり ～ 地域連携を考える パート2」

平成21年5月19日(火)



西区在宅ケア連絡会

I はじめに

— 平成 12 年 6 月 発行分 —

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

II 発足までの経緯

平成 8 年 12 月発刊の札幌市医師会医療システム検討調査委員会報告書—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。

(略)

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

この会の活動目的は、以下のとおりとされた。

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

活動報告書 (II) のために
(略)

— 平成 17 年 10 月 発行分 —

活動報告書 (III) のために
(略)

— 平成 20 年 10 月 発行分 —

活動報告書 (IV) のために
(略)

— 平成 20 年 10 月 発行分 —

活動報告書 (V) のために

— 平成 21 年 7 月 発行分 —

前回の報告書発行、以降も活動は継続されている。平成 21 年 5 月には、前年のシンポジウム「つながりかわり～地域連携を考える」の続編として、第 127 回西区在宅ケア連絡会シンポジウム「つながりかわり～地域連携を考える パート 2」を開催した。この活動報告書 (V) は、これを特集として発刊したものである。

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

(幹事会 坂本 仁)

Ⅲ シンポジウム（第127回 西区在宅ケア連絡会 第80回手稲区在宅ケア連絡会）

シンポジウム「つなぐかわり ～ 地域連携を考える パート2」

（札幌市医師会西区、手稲区支部 地域ケアに関する研修会との合同開催）

（札幌市介護支援専門員連絡協議会西区、手稲区支部研修会との合同開催）

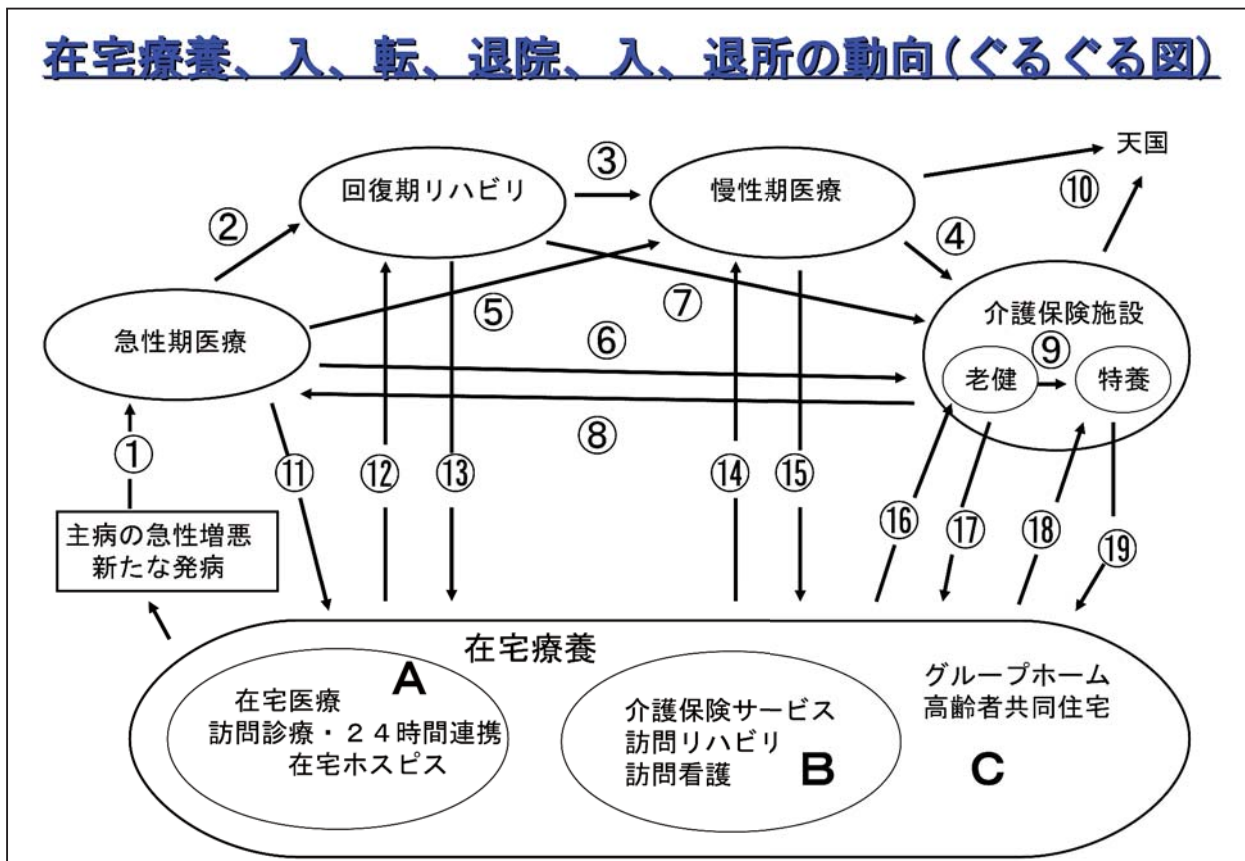
平成21年5月19日（火） 西区区民センター 大ホール

「西区在宅ケア連絡会」ではこれまでに、どんな状態になっても地域で生活を続けられることを目標とし、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ました。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ました。では現実にはどのような状態になったら、どうなっていくのか、という動きを「ぐるぐる図」で表してあります。

昨年、平成20年5月のシンポジウムでは、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。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、一命は取りとめたが身体が不自由になり、長くリハビリが必要となりました。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です。

シンポジウムにより、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、「つなぐかわりと地域連携」を実感することが出来ました。

今回のシンポジウムは、昨年の続編です。西 太郎さん、稲さんのご夫婦は、昨年、急性期、回復期、慢性期と転院した後、自宅の生活に戻りました。その後、お元気でしたが、太郎さんが脳梗塞を再発して入院しました。そのときから、稲さんの認知症が増悪し、苦勞しています。地域では、多職種のみなさんが、どのように連携しているのか、具体的な動向をもとに、医師、看護師、ケアマネジャーなどの専門職と市民の皆さまと再度、一緒に考える機会としました。



<配役>

西 太郎(夫) 岩間さん(秀友会介護保険相談センター 介護支援専門員)
西 稲(妻) 山崎さん(札幌第一病院 MSW)
娘さん 高桑さん(平和リハビリテーション病院 MSW)
医療ソーシャルワーカー //

ケアマネジャー平和 上河さん(ヘルパーステーションはばたき新琴似センター)

<解説>

ステージ1

急性期病院、脳卒中地域連携パスについて 板本さん(手稲溪仁会病院脳神経外科)

ステージ2

民生委員、福祉のまち推進センターについて 灰野さん(西区社会福祉協議会)

介護予防センターについて 坂本さん(介護予防センター 西野)

地域包括支援センター、個別処遇検討会議について 村上さん(第一地域包括支援センター)

ステージ3

小規模多機能型居宅介護支援、グループホームについて 菅野さん(ほくおう「風」)

認知症について 宮本さん(西成病院 内科)

<ナレーター> 谷藤さん(訪問看護ステーション山の手 看護師)

<総合司会> 中城さん(北祐会病院 理学療法士)

千葉さん(札幌市西区第一地域包括支援センター)

中城(司会):ただいまから公開シンポジウム「つなぐかわり～地域連携を考える パート2」を開催いたします。本日の司会を担当いたします北祐会神経内科病院理学療法士の中城です。

千葉(司会):札幌市西区第一地域包括支援センターの千葉です。よろしく願いいたします。

中城(司会):はじめに、札幌市医師会西区支部長阿部泰久さんから、ご挨拶をお願いします。

阿部支部長:今日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。この公開シンポジウムというのは、在宅での療養とか介護に関するものでありまして、区民の皆さま、サービス事業の方々、そして利用者、患者の皆さまが一堂に会して、お互いの役割分担を話し合います。そして、何をしてくれるかというよりは、自分たちで何ができるのかというようなことを、それぞれの方が確認しあって、そしてこの場でいろいろ学んでいただくというのが大変良いことではないかと考えております。本日の会が皆さまの自由な意見の交換によって、実りあるものになりますよう祈念して、私のごあいさつとさせていただきます。本日はよろしく願いいたします。

中城(司会):それでは本日の資料の確認をいたします。A4版の「A」と書いた、シナリオを書いたものと、それからぐるぐる図が1枚目に載っている「B」という資料です。また、このシンポジウムは、今年のシンポジウムの続編になっております。今年のシンポジウムに参加されなかった方や、内容を忘れてしまった方は、活動報告集Ⅳを読み返して確認してください。

それでは、シンポジウムを始めます。あれからの西さんご夫婦にどんな出来事が待ちかまえているのでしょうか?西さんご夫婦は、はたして地域で安心して幸せに暮らしていけるのでしょうか?では、ナレーションの谷藤さん、お願いします。

谷藤(ナレーター): 今回のテーマは、『つなぐかかわり～地域連携を考えるパート2』です。昨年に引き続き、西太郎さん稲さん夫婦のその後について、皆様と一緒に考える機会といたします。

まず、本シンポジウムの考え方についてご説明をいたします。私たちはこれまでに、どんな状態になっても地域で生活を続けられるためには、地域の中で顔の見える連携、ネットワークが必要であること、情報を共有し、また当事者の自己決定を尊重する関わりをもつことが重要であり、そのためには、どのような連携が必要なのかということをとくさん学んできました。とくに昨年度の西区在宅ケア連絡会のテーマは、ぐるぐる図を活用して難病、終末期など、あらゆるステージにおいてどのような動きになるのかを共有してまいりました。当事者が自己決定しにくくなった場合は、さらにさまざまな課題が出てくると思われます。今年もぐるぐる図はもちろん活用しながら、老老介護や認知症をかかえる方の関わりについて考えていきたいと思えます。

なお、今年のシンポジウムの詳細については、『西区在宅ケア連絡会活動報告書Ⅳ』を発行しています。『活動報告書Ⅲ』のセットを300円で、会場にて資料提供しておりますので、お持ちでない方はぜひお求めください。また、今回はそれぞれの所属している領域ごとの座席を設定させていただきましたが、本年はとくに決めてございませんので、ご自由にお座りください。

昨年から引き続き、西太郎さん84歳、稲さん81歳ご夫婦が登場します。一昨年、太郎さんの脳梗塞発症により、いくつかの病院に転院しながらも、太郎さんのリハビリなどにより、なんとか自宅に戻ることができました。

ぐるぐる図を参照してください。自宅から①急性期、②回復期リハビリ、③慢性期、④自宅となります。資料をお持ちの方は『活動報告書Ⅳ』をご参照ください。医療関係者以外の方は分かりにくいということで、昨年は、場面ごとに簡単なキーワードについて説明をいたしました。ここでは、制度に人が合わせていかなければならない現状を確認することができました。今回は、一般市民の方々と一緒に考えるシンポジウムにするため、できるだけ専門用語や特殊な表現を使わないようにいたしました。もし分からない場合は、遠慮なくご質問ください。今回も流れの中で、主要な箇所解説を用意しています。限られた時間でどこまで深められるか不安ですが、短時間でそれぞれの幹事が仕事をしながらつくったため、不十分な面もあるとは思いますが、ご理解いただければ幸いです。スライドはすべて資料として皆さまにお渡ししていますので、ご覧いただきながらご参加ください。

《ステージ① 退院後の一シーン》

西太郎さん84歳と稲さん81歳は二人暮らしです。2年前に太郎さんは脳梗塞を発症し、右半身マヒ約9カ月の入院リハビリ後、退院しています。太郎さんの要介護認定は要介護1です。週2回の通所リハビリを利用して入浴・機能訓練を受けて、在宅生活を送っています。

妻の稲さんは膝が悪く、ようやく歩いています。以前より物忘れはありましたが、最近はかなり進んだように見受けられます。稲さんは、家事はなんとか行っているようです。ケアマネージャーは訪問介護の導入もお話ししましたが、「家に知らない人を入れるのはいや」との意向が強く、サービスを導入するにはいたりませんでした。稲さんも要支援1の認定でしたが、介護保険サービスの利用は希望されず、要介護認定の更新も断っています。

それでも太郎さん担当のケアマネージャーは、毎月の訪問で稲さんの様子を気にかけて、経過を見ていましたが、調理や買い物もなんとか行っていたため、それほど大きな問題はありませんでした。しかし、ケアマネージャー訪問時、電話でご自宅におうかがいの連絡を入れると愛想はよく、訪問の約束をしますが、実際に訪ねると、そのときのことは忘れていたようで、しばしば稲さんが不在のときもありました。玄関には買物袋に入った多くの食材が置いてあることもありました。「何回も買い物に行くのが大変だからいっぱい買っているのさ」との言動に、ケアマネージャーも納得していました。

ケアマネジャー平和「こんにちは」
西稲「はい、どちらさま？」
平「三角山ケアプランセンターの平和ですが」
稲「あら、ずいぶんしばらくぶりだね」
平「先日電話で連絡したのですが、お邪魔してよろしいですか？」
稲「電話もらったかい？まあ上がって」

谷藤(ナレーター)：・・・と、家に招く。

平「西さん、こんにちは。お元気でしたか？」
西太郎「平和さん、まあ、なんとかやってるわ」
ナ：居間のソファで腰かけている。
太「母さん、お茶」
稲「あ、はいはい」
平「通所リハビリサービスはいかがでしょう？」
太「ああ、職員もとても親切で、お風呂も気持ちいいし、リハビリはきついけどな、ははは・・・」
平「そうですか。退院してしばらく経ちますが、お変わりありませんか？なにか少しやせたようにお見受けされますか？」
太「そうかい？年とったら、あまり食べたいとは思わないしょ。母さんのおかずが前よりしょっぱいみたいだ」
平「そうですか。通所リハビリから、“最近血圧が高くなってきているので心配です”とのお話がありました。お薬は飲んでいますか？」
太「ああ、ちゃんと飲んでいるけど、だから風呂に入る前に何回も血圧を測るんだな。おおい、母さん、お茶！」
稲「はい。なにさ、お茶って。ああ、お客さんだったね」
太「ああ、またいつものだ。平和さん、すまんね」
平「いえ、おかまいなく。どうかされましたか？」
太「いや、前から物忘れはあったんだけど、最近ひどくてさ。何回も同じ話ばかりするし、鍋さ焦がすし、物がなくなったら、俺に“とったべ？”とか言うし、しまいには“泥棒入った”なんて言うんだわ。しょっちゅうけんかだ」
平「そうですか。以前から物忘れはありましたけれど、少し進行しているかもしれないですね」
太「いやいや、80も過ぎてるからしかたないんでないの？いつもではないから」
平「そうですか。それではなにかございましたら、いつでもご連絡ください。この4月から24時間態勢で連絡できる体制にしましたので」
太「おお、それは助かるね。なあ、母さん。おーい、母さん！」
稲「いま忙しい！」

谷藤(ナレーター)：ケアマネジャーはサービス利用票を渡して印鑑をいただき、事務所へ戻る。

退院後はそのような日々を送っていましたが、その数日後、ケアマネジャーに通所リハビリのスタッフから緊急連絡が入りました。通所リハビリでお迎えに行った時に、まだ太郎さんはベッドにいて、様子をうかがうと、良い方の手がしびれて、自力で起き上がることができない状態で、ろれつも回っていないことから、脳梗塞の再発が疑われました。すぐに救急車を手配して、以前入院した急性期の病院に搬送されたということでした。そのときの状況を稲さんに尋ねると、よく理解していない状況で、特にあわてるわけでもなく、「なんでもないしょ」と、のんきに話をしていました。

中城(司会):さて、どうやら脳梗塞を再発してしまった太郎さんですが、昨年と同様に急性期病院へと入院してしまいました。このステージでは昨年も行いましたが、急性期医療の再確認と、札幌市における脳卒中の地域連携パスについて学習したいと思います。

手稲溪仁会病院の板本さん、解説をよろしくお願いします。

板本:昨年の「急性期病院とはなにか?」、回復期リハビリ病棟、それから慢性期の病棟というのもふくめて、非常に丁寧に説明されていたと資料で存じております。今回は難しい在院日数などという内容ではなく、概念的なお話で説明をしたいと思います。

たとえば私の専門分野である脳卒中になった、急性期の脳卒中、病気が発症したらどうなるかということ、だいたいかかりつけの先生のところへ、軽症であれば行ける人は行って、脳卒中かどうか。見るからに重いという場合は、たとえば救急車で運ばれていく。その時に救急車の方も一応プロですから、おそらく脳卒中であろうということで、すぐ脳卒中の急性期病院というところへ運ばれる。またあるいは、かかりつけの先生から急性期病院に紹介されるということになるわけです。そのあと患者さんは急性期の治療を終えると、軽症であればそのまま自宅に帰る方もいますし、回復期リハビリ、あるいは慢性期の病院、あるいは維持期施設というようなところへ行ったりして、いろいろな「ぐるぐる図」にそった形で、在宅療養になったり、あるいは施設でずっとお世話になったりというようなことになるのだらうと思います。

では急性期の病院とは何か、ということになります。簡単に言えば「疾患の急性期を担う病院」ということになります。つまり、病状が落ち着くという表現です。容態が落ち着くところまでを担う。脳卒中でいえば、たとえば3週間とか4週間。脳卒中でもいろいろありますから、その病気によってまた違ってきますが、病状が落ち着くまでを担う病院。それでは判然としないという場合、このような表現を使うこともあります。「保険診療所の医療区分である」と。これはだいたい病棟ごとに社会保険事務所に届け出ることになっている。つまり保険診療というのは社会保険事務所で扱っていますから、たとえば一般病棟であるICU、HCU、SCU、救命救急病棟であるというような表現。これに対しては看護必要度といいますか、看護師さんの数によってある程度の制限、たとえば7:1だとか10:1だとか、そういう制限が出てきて、これを届け出ることができるかどうかという、いろいろな条件が出てくるわけです。だいたいこういった病棟を届けているのが急性期を担うところということになるわけです。

それに対して回復期、あるいは医療型療養病棟、あるいは介護型療養病棟というようなかたちで、病院あるいは病院の中の病棟を機能分担しているというのが現在です。最近、さらに疾患ごとに病院や病棟を区分しましょうと。たとえば、ある病院はすべて一般病棟しかありませんといっています。ところが、その病棟が脳卒中という病気の急性期を担えないとしたら、その病院の役割としては、脳卒中に対しては急性期ということにはならないということです。ただし、実際にはその患者さんがその脳外科で脳卒中の急性期を担うというふうに判断されていなくても、そこに入って、急性期の治療をしても全然かまわないし、その場合は急性期の病院だということになるわけです。ただし、行政の医療計画、北海道の医療計画では、そういった脳卒中の急性期を担うだけのものがある病院は公表します。また同じように、回復期と回復期のリハビリを担うだけの機能をもっている病院は、そのように公表します。ということで、北海道のホームページに機能ごとに疾患の各時期に応じて、病院の機能ごとに公表されているというのが、一番新しい考えということになります。

ですから、必ずしもその病院が届け出ている病棟の機能だけではなくて、今度は疾患ごとという考え方が入ってきます。それが医療計画といわれるものです。疾患ごとの医療計画。これは厚労省が定めたものですが、都道府県は医療計画に4疾病5事業に必要な医療機能を担う医療機関の施設、具体的名称を記載し、住民に分かりやすく公表する。これが去年3月までにやりなさいということで、たとえば地域の救急医療の機能を有する医療機関、ようするに急性期

医療を担う機関ということ、こういう条件をつけて公表してもいいということになりました。

たとえば急性期では、脳卒中に関して言いますけれども、急性期では24時間対応をしてこのような十分な施設があるということ。さらに一番大事なのは、TPAが実施可能であると。脳梗塞が発症して3時間以内であれば、それを溶かすTPAという薬を使います。こういったことができるためには、非常に厳しい施設基準が必要になります。脳卒中に特化した厳しい基準が必要になります。こういったことができるのが脳卒中の急性期を担う病院として届け出て、公表されるということになっております。

そういった機能分化のもとでの脳卒中の医療体制ということで、道が、あるいは厚労省がつくっている、このような医療体制をつくっているということです。すなわち脳卒中が発症してからすぐに急性期を担う病院に運ぶ。救急搬入です。これを前方連携と呼んでいます。そして、その急性期の治療が終わったら、その急性期を担う施設から回復期を担う施設、あるいは維持期を担う施設というふうに移るということです。このような計画を実現するためにはどうするかということで、札幌市では最初に脳外科のドクターが集まってどうするかということを考えてわけです。それが前方連携に関しては、つまり救急車、あるいはかかりつけの先生からすぐに急性期病院へ運ぶという前方連携に関しては、札幌市脳卒中救急医療協議会二次輪番制救急というものを確立し、これによって、もれなくすぐにTPAが使える病院に運べる体制というものを構築したということです。そして後方連携に関しては、脳卒中の地域連携パスというのを使いまして、札幌市脳卒中地域連携パスネットワーク協議会というのをつくって、急性期から回復期、さらに維持期への橋渡しをしようというようなことを考えたわけです。

脳卒中地域連携パスというのは、去年のシンポジウムで清水さんが説明したと思いますが、基本的にはパスといいますとクリティカルパスという言葉を出す方が多いと思いますけれども、クリティカルパスというのは基本的には医療を標準化して、入院時から計画どおりに治療をしていきたいと思います。日数もふくめて計画どおりに治療していきたいと思います。そして、それをすべての職種と、なおかつ受療者、患者さんが同じ表などで、分かりやすくやっていきたいと思います。ことなのです。大事なのは入院時から予定どおり、計画どおり標準化した治療をしましょうというのがパスなのです。実は脳卒中の場合、なかなかこれができないんです。患者さん一人ひとりいろいろな合併症があって、入院日数が違ってくる。それで実際に脳外科の病院でクリティカルパスというのはなかなかできにくいのです。それで、それを地域連携パスとして次へつないでいこうなどという、もっとできなくなるというのが現状です。保険診療上はこのようなことが書かれていまして、標準的な予定される診療内容と、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携などを全部からめてやりましょう。つまり「クリニカルパスとしてやりましょう」というふうに書いているのですが、現実にはそれをやっているところはありません。実際に連携パスというのはクリニカルパスとはまったく別物であると思ってください。これは全国どこでもそのように使っております。クリニカルパスとしては使わないと思っていただければ幸いです。それはどだい無理です。

ではどういふものなのでしょう。診療、ケアの予定計画を進めるものではなくて、各診療施設での結果、あるいはケアの結果を関連施設で情報共有するものです。関連施設で情報を共有するという言葉は重要です。つまり一方通行ではないということです。ある施設からある施設へ送るだけではないんです。必ずその次の施設の診療ケアが終わったら、またもとの施設へ情報を戻すということが特徴です。ですから情報共有という言葉になります。同時に、クリニカルパスと同様にすべての職種の方が結果を、あるいは情報を共有するということもかたちにします。それだけではだめで、言葉を同じにする。共通言語です。たとえば評価項目を同一にするし、評価のしかたを同じにする。それで共通言語にするということです。医学用語ならみんな同じだろうというわけではないんです。あるドクターが考えている、あるいはある看護師さんが考えている言葉がある。それぞれ別々のもので使われてしまうのではなくて、同じ評価項目で共通言語としよう

ということです。それで初めて情報共有ができるということです。

これは患者さんへの説明のための連携パスの表です。これはあくまでも急性期病院の結果、回復期病院の結果、維持期の結果というのを患者さんが自宅に戻る時に、あるいは最終生活場所に行く時に説明をする。そのための表であります。そのようにして、これまでの連携が比較的急性期から回復期、回復期から維持期、あるいは在宅への一方通行の情報の流れだったのを、双方向の情報共有にしようというかたちです。そして保険診療上は急性期病院と回復期のあいだでの算定、あるいは、同じ一つの病院の中に急性期病棟と回復期病棟があったらその中でやりとりしても実は保険算定ができます。これは、いままで保険診療上にはなかったことです。いずれにしろ、双方向のやりとりをしましょうということです。実は点数が出るのは、この急性期と回復期のあいだだけなのですが、われわれが求めているのは、すべての急性期病院、回復期、施設、あるいはかかりつけの先生や、地域の支援してくれる皆さんと一緒に情報を共有するというのが最終的な目的になるわけです。そうしますと、患者さんを中心に、その連携パスという情報共有のツールをもって、患者さんが一所で、いろいろな資源がその患者さんのまわりにあるという表現が可能になるのではないだろうかというようなことを考えたのが、循環型の連携パスということになります。

そのような目標を達成するために、札幌市脳卒中パスネット協議会というのをつくりました。急性期病院 24 施設、これは札幌に限らず、小樽や恵庭といった近郊の病院も当然ふくまれてきます。回復期時期に参加を表明している施設は約 50 あります。このような動きは札幌およびその近郊だけではなくて、道南、函館、あるいは帯広、釧路、それから旭川、名寄といったようなところでもやっていっているということです。これらは、実は皆同じ札幌型という連携パス、同じパスを使うという方向でやっています。ということは、北海道全体、どこへ行っても同じ情報共有のものを使うということで、皆さんがんばっています。それが一番患者のためになるだろうということです。

連携パスの表の印刷したものは、実際に皆さんがもしこれを動かすような機会がありましたら、またあらためてご説明する機会をいただこうかなと思っております。

中城(司会):ありがとうございました。さて太郎さんが入院してしまって、稲さんは自宅で一人ぼっちでの生活を送ることになりました。次のステージでは稲さんを中心に進めていきます。

《ステージ② 太郎さんが入院して》

谷藤(ナレーター):そのような経過で太郎さんは脳梗塞の再発で入院となりました。稲さんは太郎さんの病室に毎日面会にやってきます。病院の面会時間は午後からなのですが、いつも朝早く来ています。病院スタッフとしても、稲さんが太郎さんのことをとても心配してとのことと聞いていました。稲さんに面会の時間の制限を説明しても、そのときは承知してくれますが、次の日も、その次の日も朝早く来ています。病棟の看護師も稲さんの物忘れについて少し心配して、病院相談室の医療ソーシャルワーカーに連絡をしました。

看護師「相談室の前田さん、太郎さんの奥さんのことなのですが、面会時間の件を何度説明しても、そのときは“分かった”と言うのですが、相変わらずその後も朝早く来ているんです」

前田「ご主人のことが心配なんでしょうか？面接時間外もいらっしゃるんですね」

看護師「いや、それだけではないんですよ。食事制限があるにもかかわらず、家でつくったおかずを持って来たり、いつも同じ洋服で、少々匂いがするんです」

前田「そういえば奥さんも、たしか要支援1であったと記録に書いてありました。入院にともない、太郎さんのケアマネジャーと情報交換するので、その時に話しておきましょう」

谷藤 (ナレーター)：病院相談室の医療ソーシャルワーカーは、太郎さんのケアマネジャーに連絡をした際、稲さんの物忘れのことについても状況の説明をしました。太郎さんのケアマネジャーは娘さんに連絡を入れて、地域包括支援センターに相談することとしました。以前、要支援1と認定が出ていましたが、サービスは一切利用していませんでした。稲さんが、本来知らない人は家に入れない、ということも分かり、地域包括支援センターは西区役所の保健支援系の保健師に連絡を入れて、個別処遇検討会議を開催することにしました。その会議の参加者は、地域包括支援センター職員、地区担当保健師、介護予防センター職員、民生委員、地域福祉のまち推進センターの福祉推進委員と娘さんです。

各機関がお互いに情報を確認したところ、介護予防センターの主催する介護予防事業「すこやかクラブ」に参加していたことが分かりましたが、ここ半年ぐらいは参加していないようでした。民生委員の方は、太郎さん稲さんご夫妻を退院前より気にかけていて、太郎さんが入院したあと、夜遅くまで電気が点いていたり、新聞が取られていなかったりしていたため、とても気になっていた様子です。民生委員さんが稲さんに声をかけると、それほど変わらない様子でした。福祉推進委員からは、夕方になると玄関前に出てきて、うろろしている姿を何度か見かけたということでした。

以上のことから、要介護認定の申請の必要性があることが確認され、参加していた娘さんの了承を得て、地域包括支援センターと西区役所で認定審査の手続を進めることにしました。地域担当保健師の認定調査の際に、稲さんは訪問を拒否しましたが、「区役所から来た」と説明すると、訪問を受け入れてくれました。訪問すると、家の中は食べ物や衣類などが散乱し、食べ物の傷んだ匂いがしていました。認定結果が出るまでは一カ月かかるので、それまでの間どのように支援をしていくか、地域包括支援センターを中心に調整を行い、民生委員や地域中心の見守り支援態勢をつくりました。

中城 (司会)：さて、せつせと太郎さんの世話をしに病院に通う稲さんでしたが、認知症状が少しずつ明らかになってきました。ここではまだ介護認定がおりていません。介護保健サービス以外の地域での支援態勢が活用されているようです。それぞれについて解説をさせていただきます。福祉のまち推進センターと民生委員について、西区社会福祉協議会の灰野さんをお願いします。

灰野：西区社会福祉協議会の灰野です。私から民生児童委員と福祉のまち推進センターについてご説明をいたします。時間も限られておりますので駆け足となりますが、ご容赦ください。

まず民生児童委員ですが、民生児童委員は民生委員法、児童福祉法とそれらの法律に定められた活動で、厚生労働大臣に委嘱された、いわゆる役所からのお墨付きをいただいたボランティアとして、守秘義務などももちながら、住民の方々がかかえるさまざまな悩み事、心配事の解決に向けたお手伝いをしています。主な活動としましては、地域の心配な高齢者を見守ったり、一人暮らしの高齢者には、月1回程度訪問し、心配事の相談などを受けながら、その相談内容に応じまして、専門機関のほうにつないでいくというような橋渡しの役割などを担いながら地域で活動をされています。

今回の認知症に関連して、悪質商法に気がついた一事例を申し上げます。認知症の一人暮らしの高齢者を日ごろから月1回から2回程度訪問していた民生委員さんがおりまして、実際に訪問した際に、玄関に大きな荷物が置いてあって、「どうしたのこれ？」と訊くと、「無理矢理若い男が来て、しつこいんでしかたなく買った」というようなことが、民生委員さんのほうに利用者から打ち明けられまして、民生委員さんほうが認知症であることも知っていたので、それをすぐご家族のほうに連絡を取り、あわせて消費者センターのほうにも相談をして、発見から、買ってから間もなかったので、クーリングオフなどを使って未然に被害を防止できた、そういうような事例もございました。こうした見守り、訪問などの活動を通じまして、問題を発見した場合、専

門の機関などを通じて解決するためのお手伝いをしているのが民生委員さんです。ただし、現状のところ少し書かせていただきましたが、かなり高齢化も進んでおりまして、民生委員さん一人当たりの受け持ち世帯が、心配な高齢者だけで20から40、50と、非常に多くなっている現状がありまして、今回の西さんに関わっている民生委員さんのように、きめ細かく対応するといったことが、非常に現実面で難しくなっているといった状況もございますので、そのような現状もご理解をいただければと思います。

では続いて、福祉のまち推進センターを説明いたします。通称「福まち」と呼んでおります。今回のテーマにもなっていますが、誰もが住みなれた地域で安心して住み続けられるように、身近な高齢者などへの支援を、ご近所同士の助け合い活動として進めていく。いわゆる「向こう三軒両隣」の、昔の助け合いの関係づくりを地域に復活させていこうという取り組みになります。町内会などの、そういう既存の会合などにわれわれ社会福祉協議会の職員などが出向きまして、ボランティアの必要性などを地域のほうへ働きかけます。そして、ここに書かれてありますとおり、ボランティアに関心、熱意がある方々などを協力者としていながら、町内会の役員などの関係者の方、それから先ほど説明しました民生委員、児童委員の方、こうした地域の関係者と協力しながら、お互いの顔の分かる範囲内、町内会を範囲に、こうした支え合い活動を進めていこうという仕組みづくりです。

では、実際に支え合いとは一体なんだろうかという部分で、☆(星)印に書かれておりますが、福まち活動の基本は、「見守り・安否確認」になります。心配な高齢者のお近くに住む方々がボランティアとして、たとえば回覧板をまわすついで、ゴミ出しなどに行くついでに、見守りの必要な高齢者の自宅の前を通るとき、たとえば郵便受けに郵便物がたまっていないかどうか、電気の消灯がきちんとなされているか、カーテンの開閉がされているかなど、そういったことを確認しながら安否を気遣っていく。そうした目くばり気くばりの活動を進めていこうというものです。先ほどのポイントでおさらいをいたしますが、福祉推進、いわゆる地域のボランティアさん、それから町内会の関係者、民生児童委員さんなど地域の関係者が協力して、近隣ならではの活動として見守り、安否確認を進めていきます。

こうした「見守り・安否確認」の活動を通す中で、サイン、いわゆる異変などがあった場合、たとえば顔色が悪くてすごく体調が悪そうだなとか、電気が昼間も点けっぱなしだったとか、そういった異変があった時に専門機関のほうのサービスにつないでいく。それからゴミ出しだとか除雪といった、近隣でなければできないような支援は、また福まちのご近所のボランティアさんが支え合い活動として進めていく。そのようなつなぎの仕組みをつくるというものでございます。

最後ですが、いま申し上げた、さまざまな地域の関係者が協力をしながら情報共有をして、心配な高齢者を見守り、そして必要に応じて、下にあります予防センター、行政、包括センターなど専門機関のほうへつなぎ、必要なサービスへの提供へとつないでいく。こうした仕組みを地域の中でのセーフティーネットとしてつくっていこうというのが、福祉のまちづくり事業です。

中城(司会):ありがとうございました。続きまして介護予防センターについて、介護予防センター西野の坂本さん、解説をお願いします。

坂本:西区介護予防センター西野の坂本と申します。介護予防センターという名前を初めてお聞きになる方もいらっしゃるかと思いますが、ぜひ本日、地域で生活をされる高齢者を支える仕事として覚えていただき活用していただきたいと思っております。

介護予防センターとはどういう機関なのかと申しますと、介護予防という取り組みを重点的に実施する機関として設置をされた機関となっております。スライドにありますように「高齢になっても、いつまでも住みなれた地域で元気に安心した生活を続けられるよう、地域の総合相談窓口、介護予防(健康づくりに向けたさまざまな活動の実施を目的に、札幌市が設置している機関

です)」ということで、設置主体が札幌市、行政になります。ただ事業運営に関しましては、社会福祉法人や医療法人等へ委託をしまして、具体的な活動を行わせていただいているということになります。それで市内には53カ所設置がされておりまして、西区は5カ所、手稲区は4カ所配置されておりまして。

次に具体的な活動ですが、まず、地域の身近な総合相談窓口ということで、地域のさまざまな方からのご相談対応をさせていただいております。この地域の総合相談窓口については、このあと説明があります地域包括支援センターの補完機関として、福祉などに関するさまざまなご相談に応じさせていただいております。また、地域の心配な高齢者を早期発見、円滑な支援を行うことをめざしまして、先ほどもお話しをされていましたが、社会福祉協議会さんだったり、地域包括支援センター、あとは行政といった関係機関、あとは地域組織、町内会や福まち民生委員さんなどとのネットワークの構築に向けてさまざまな取り組みを行っているところでございます。

二点目は、「介護予防事業の開催、介護予防の普及、啓発」ということで、地域にお住まいの高齢者、これは私どもがおおよそ対象としているのは、介護の認定を受けていらっしゃる元気な高齢者に向けてなんですけれども、こういった高齢者がいつまでも元気で地域で生活を送っていただけるように、うつ、閉じこもり予防、転倒予防、認知症予防など、さまざまな事を盛り込んだ教室を、地域の身近な町内会館などの会場で開催をさせていただいております。また、地域にお住まいのたくさんの高齢者の方々に、この介護予防、健康づくりに向けた取り組みを少しでも知っていただくために普及、啓発活動にも取り組んでおります。

三点目は、地域の福祉活動のお手伝いをさせていただいておりますということです。町内会や福祉のまち推進センター、老人クラブとか、地域の主体となっている高齢者に向けた活動はいろいろあるのですが、そういった活動のお手伝いなどもさせていただいております。さらに、地域の福祉活動を担うボランティアさんの育成なども、一緒にお手伝いをさせていただいております。

私ども介護予防センターは、あらゆる役割を実施するにあたって、どうしても地域、町内会さん、福まちさん、あと民生委員さんとか、そういった方々との協同と申しますか、協力というのがないと、一般の地域にお住まいの高齢者の方になかなか私たちのことを知っていただくことができないんです。そういった意味で、私たちは日ごろの業務の中から地域のいろいろな組織の方々と一緒に、地域にお住まいの高齢者の健康づくりと申しますか、安心して暮らせるように考えさせていただきながら取り組んでいるところでございます。地域の住民の方々、町内会の皆様、福祉のまち推進センターさん、民生委員さん、そういった方々との強いパイプといったものは各センターはもっているのかなと思っております。

中城(司会)：ありがとうございました。続きまして地域包括支援センターと個別処遇検討会議について、西区第一地域包括支援センターの村上さん、解説をお願いします。

村上：西区第一地域包括支援センターの村上と申します。まず地域包括支援センターセンターについてご説明いたします。地域包括支援センターは平成18年4月、介護保険制度の改正にともなって、全国で設置されることになりました。少子高齢化が進む中、できるだけ介護が必要にならないようにしていく、介護予防、そして介護が必要な状態になっても、お一人おひとりの生活のご様子に沿って、適切なサービスが切れ目なくできる体制づくりが求められております。その役割を担う中核機関として地域包括支援センターが位置づけられております。

札幌市の状況をお話ししますと、市内には地域包括支援センターが17カ所ございます。西区には西区第一地域包括支援センターと、西区第二地域包括支援センターの2カ所がございます。手稲区には手稲区地域包括支援センターが1カ所あり、それぞれ担当地区で活動を展開しております。どこの地域包括支援センターでも、主任ケアマネジャー、保健師等、社会福祉士の三つ

の専門職が置かれています。この三職種で、地域住民の方の生活を支えるために必要な態勢づくりを行っております。ちなみに、私ども西区第一地域包括支援センターでは、主任ケアマネジャーが3名、保健師等が3名、社会福祉士が5名おり、地域の皆さまや関係機関の方々のご協力をいただきながら業務を進めているところでございます。

次にセンターの業務をご説明いたします。第1に、地域でお暮らしの高齢者に関するさまざまなご相談への対応です。ご相談をお受けしたら、必要に応じて、ご自宅を訪問してご様子を確認いたします。そして困り事を解決するために必要なサービスであるとか、さまざまな制度を活用できるように支援を行っております。現在、少しずつ地域包括支援センターもPRを進めておりまして、ご本人やご家族、民生委員さんなど地域の方々、そのほか医療機関だとかケアマネジャーさん、本当にさまざまな方からご相談をいただいております。

第2は、ご高齢になっても生活上の問題をかかえた場合、たとえば認知症だとか虐待とか消費者被害にあっているなど、問題を解決していく態勢づくりを行うことです。生活上の困り事の中には、ご本人やご家族だけでは解決できないこともあろうかと思えます。また地域住民の方たちや民生委員の方、介護保険サービスを調整されているケアマネジャーだけのお力でも解決が難しいことがあろうかと存じます。そうした際に、私ども地域包括支援センターでは、いまここにお集まりいただいている皆さんを含め、多くの方々と協同して高齢者の生活を支えていく体制づくりを行っております。

今回の稲さんの事例は、ケアマネジャーさんからの相談をお受けして、ご家族、行政、介護予防センター、地域の方に集まっただいて、地域包括支援センターが個別支援検討会議を開催させていただいています。それぞれの方が把握していることを話し合うことで、稲さんがいまどういう状態にあって、今後どういう支援が必要であろうかということを検討し、お互い共通認識をもつことができました。さらにそれぞれが役割分担を行うことによって、稲さんを中心としたネットワークを構築しています。今回は介護保険の手続きは行政と包括支援センターが行い、民生委員さんや福祉のまち推進委員の方には日常の様子について、可能なかぎりで見守りをお願いすることになりました。こうしたネットワークは、稲さんの状況が変化した場合などでは、必要に応じて見直しをしていくこととなります。稲さんの場合のように、高齢者が暮らしやすい地域づくりを行っていくには、先ほどの説明があったように、さまざまな活動をされている方々とのネットワークが欠かせません。さまざまな専門機関の方や、地域の福祉関係者との連携体制をつくるとともに、地域のケアマネジャーさんへの支援を努めることも、私ども地域包括支援センターの業務としているところでございます。

第3に介護予防ケアマネジメントという業務です。ご高齢の方が介護状態におちいらぬように、心身の状態悪化を予防するために、ご相談ご提案を行いながら、お一人おひとりに応じた計画を作成しています。この計画に基づいて介護予防プログラムに参加していただけるよう、必要な手続きや調整を行います。お手伝いさせていただく方は、介護保険で要支援1および要支援2の認定をお受けになっている方、また介護保険の認定を受けるほどではないんだけど、少し心身が衰えてきているかなという心配な高齢の方です。稲さんが、仮に要支援という認定をお受けになった場合には、地域包括支援センターが担当となり、介護予防のケアプランをつくっていくこととなります。

中城(司会)：ありがとうございました。さて、稲さんは介護認定結果が出る間も地域包括支援センターを中心に、地域のサービスに支えられて一人暮らしを続けていくことができました。

次のステージでは、介護認定結果が出て介護保険サービスが導入されていきます。稲さんはサービスを受け入れ、自分らしい生活を送っていただけるのでしょうか？ナレーション、お願いします。

《ステージ③ 稲さんについて》

谷藤 (ナレーター): 約 1 カ月後、要介護 1 の認定結果が出ました。また話し合いがもたれ、その結果、環境の変化により、稲さんの認知症状の悪化が心配されていたため、小規模多機能型居宅介護支援での支援が適切ということとなり、ケアマネジャーが稲さんに利用を勧めました。しかし、いっように利用する気持はない様子です。

平「稲さん、一人で家にいると心配でしょう？楽しい所があるから来てみませんか？」

稲「いやだ。私は忙しいし、父さんのところにも行けなきゃいけないし、そんなところは絶対に行かないよ！」

平「そうですか？みんなでご飯を食べたりお話しをしたり、けっこう楽しいですよ」

娘「母さん、近所の山さんも行ってるって。楽しいみたいだよ」

稲「山さんも行ってるのかい？そうだねえ、じゃあ行ってみようかね」

谷藤 (ナレーター): 山さんとは、稲さんが以前から老人クラブで親しくしていた方でした。山さんと一緒に小規模多機能の居宅介護に参加した稲さんは、とても生き生きとした表情で、楽しくプログラムに参加することができました。稲さんは入浴も「家で入っているから」と言っていました。着替えもほとんどされていない様子でした。そこでスタッフが入浴にお誘いしても拒否していましたが、友人の山さんが「一緒に入ろう」と誘ったところ、なんの抵抗もなく入浴するようになりました。

中城 (司会): 稲さんは友だちの山さんの声がけもあって、サービスを受け入れることができました。ここでは小規模多機能型居宅介護支援の説明をいただきます。小規模多機能ホームほくおう「風」の菅野 (すがの) さん、解説をお願いします。

菅野: 東区からまいりました、菅野と申します。皆さんの熱心なご様子、すごく驚いております。小規模多機能型居宅介護のお話をさせていただきますが、これはそもそも介護保険で利用できるということ、それで在宅サービスの一つであるということになります。今回の西稲さんのように、たとえば認知症の症状で、生活でなにか困っていることがあるとか、あとは一人暮らしの高齢者の方、そういった方が介護が必要になってきたとか、さらに介護度が重くなってきたというような時に、それでも可能なかぎり住み慣れた家、住み慣れた地域で安心して生活ができるようにということで、制度としては平成 18 年 4 月にスタートしたものです。現在札幌市内には 26、西区には 3 カ所あります。まだまだ少ないんですけれども、そういう現状です。

提供サービスの内容ですが、大きく三つの柱があり、通いサービス、これが中心になります。通いを中心にして、あとは必要に応じて泊まることもできるサービス。これも必要に応じてですが、訪問のサービスを受けることもできます。デイサービスとショートステイと、あとホームヘルパー、この 3 つがこの 1 箇所ですべて受けられるというようなふうにイメージしてもらえれば良いと思います。

特徴を三つほどお話ししたいと思います。一つは、この名前にもありますけれども、小規模であるということ。登録できる定員が決められていて、最大 25 人までです。それと一日の通いサービスの定員もこれも決まっています、最大 15 まで。それから泊まりで利用できるのが 9 人までというふうに決められています。そういう感じで、少人数の登録制にするというようなことで、ねらいとして、家庭的な雰囲気をつくる。その中で、利用者さん同士だったり、利用者さんと職員の間で顔なじみの関係をつくりやすい、特に、それが認知症の方などには安心じゃないかというふうにいわれているということになります。

それから二つ目が多機能のところ。多機能というのは、単に通いと泊まりと訪問、この三つが受けられるというだけではないです。それだけではなくて、利用者さんの希望だとか状況に

合わせまして、たとえば、介護しているご家族さんが仕事があるという場合については、その時間に合わせて早く迎えに行く。朝早く迎えに行って、通いサービスを利用してもらったりとか、あとは帰りの遅い人については、夕食まで食べてもらって、それからおうちにお送りしたりとか、あとは送迎の際に身支度を手伝ったり、家事が必要であれば、ご飯の支度とかをついでにやったりとか、服薬の確認をしたりとか、他に、一人暮らしの方には電話して安否確認をしたりというようなこともサービス内容に含まれている。あるいは、急に家族に用事が出来たから泊めてくれないかという時にも応じられるように、かなり人員配置は柔軟にしているという特徴があります。

他の、小規模多機能型でない在宅サービス、たとえばデイサービス、ショートステイ、ホームヘルパー、そういったものについては、通常窓口はそれぞれ別々にありますし、担当する職員もそれぞれ別々にいるというのが普通ですけれども、小規模多機能型については、通いも泊まりも訪問も、どのサービスを利用しても、いつも顔なじみの職員が対応するということと、あとは窓口も一本ですから、その意味では、安心便利じゃないかなと思います。

もう一つの特徴として、24時間365日、切れ目なく稼働しているということです。たとえば自宅の中でも、なにか介護のことで困ったことがあるという時に、いつでも電話してかまわないです。電話していただいて、場合によってはすぐに対応するというようなことも可能だというサービスになります。たとえば、利用のしかたのいくつか例を挙げますと、今回の稲さんのように、サービスになかなかつながらなくて困っているような、サービス利用に対する不安が大きいような方については、まず自宅に、先ほど顔なじみの方が行ったりという話がありましたけれども、自宅へ少しずつ訪問するんです。訪問して一緒にお茶を飲んだり、おしゃべりしたりというところで、馴染みの関係をつくっていく、そこで慣れたところで、たとえば散歩に誘って、散歩しながら、外出の機会として、通いサービスにちょっとずつ繋げていくんです。短時間の利用から始まって、だんだん長くしていくとかという形で通いサービスにつなげていくとか、あるいは入院治療が終わった方、退院して、自宅に戻るのが不安だという方については小規模多機能ホームにしばらく泊まらせていただいて、その間に生活リハビリして自信をつけてもらって、そのうえで少しずつ自宅で過ごす時間を増やしていくとか、そういうかたちで柔軟にサービスを組み合わせることができるといえるようになります。

最後に利用料金のことだけちょっとっておきますけれども、介護保険の対象となる一割負担の金額、これは月単位の定額制になっています。たとえば要介護1だと一カ月約12,000円、要介護5の方だと、だいたい29,000円くらいが基本料金。それに利用した分の食費と宿泊費が加算されるということなので、定額制なので、利用限度額を気にしなくていいと。必要なだけサービスを利用することができるという特徴もございます。

中城(司会)：ありがとうございました。つづいてナレーションの谷藤さん、お願いします。

谷藤(ナレーター)：稲さんは小規模多機能居宅介護支援の通所訪問サービスを利用して、とても生活が安定しましたが、1カ月を経過したあたりから少しずつ精神面で不安定なことが多くなり、現在は宿泊も利用しています。施設で過ごすときは比較的落ち着いていますが、自宅では表情がこわばり、いつもなにかを探しものをして落ち着かない様子です。何度も太郎さんを探していたりするようです。ケアマネジャーは、今後について、担当者会議を開催することにしました。

平「稲さん、最近元気がないけど、なにかありましたか？」

稲「なんもさ。ここにいると楽しいし、うちにいても父さんが帰ってこないのさ」

平「ご主人は入院していますよね。」

稲「ああ、そうだったかい？なんか分なくなってるね」

娘「母さんは家で一人だと寂しいって言ってたよね」

稲「そんなことないよ、父さんがいるから」
娘「父さん、入院しているよ」
平「それではご主人が帰るまで皆さんと泊まっていきませんか？」
稲「父さんが帰るまでかい？それだったらいいよ」
平「ここに泊まって、ご主人のところにお見舞いに行きませんか？」
娘「それは父さんも心配しなくていいし、喜ぶんでないかい？」
稲「父さんのところに一緒に行ってくれるのかい。それは助かるね」

谷藤 (ナレーター)：稲さんは小規模多機能型居宅介護支援に併設しているグループホームに入居することになりました。物忘れは相変わらずですが、不安を訴えることは少なくなりました。週2回は職員や娘さんの協力で太郎さんのところにも面会に行き、稲さんらしい生活を送ることができているようです。

中城 (司会)：稲さんは、ご自宅で一人暮らしをするよりも、グループホームでみんなというほうが寂しくないという意思表示をしました。周囲の手厚い支援で不安症状が減少し、周辺症状も落ち着いてきているように思えます。ここでは認知症対応型グループホームの解説を再び菅野さんをお願いいたします。

菅野：次はグループホームの話です。法令上の名称は認知症対応型共同生活介護といいまして、介護保険での利用です。ただし、居住のサービスになっています。たとえば稲さんのように、認知症が原因で自宅で生活するのが難しくなったなどという場合に、入所先として検討すべき施設の一つといえると思います。札幌市内には240軒くらい、西区ですと25軒くらいあります。ただ空きは少なく、待機している方もいらっしゃるようです。

対象となる人は要介護1から5の方で、なおかつ、認知症としての診断が必要です。ホームによっては要支援2の方でも入居できますが、要支援1は対象外です。先ほどの小規模多機能型居宅介護と同様、地域密着型サービスというのに該当します。住み慣れた環境での生活を継続できるようにという観点がありますので、たとえば札幌市内のグループホームに入居できますのは、札幌市民に原則として限られるというような限定条件もあります。

ホームの定員は、一つのユニット、単位をユニットといいますが、5人から9人の規模、やはり小さい規模で家庭的、落ち着いた雰囲気の中で、馴染みの人と過ごすということで、認知症の方がたとえば失禁してしまったりとか、そういう生活上のつまづき、あるいは徘徊するというような行動障害などを軽減していく、心の状態を穏やかに保っていければいいということが期待されているところです。職員配置が利用者さん3人に対して職員1人というのが日中の配置、最低の基準です。利用者さん9人だと3人職員がいる、夜間は一人で見るというような基準です。ホームでの生活ですけれども、利用者さんはここで単に介護サービスを受けるだけという存在ではない。それぞれ能力に応じて、食事の支度をしたり、洗濯したり、掃除したりというようなことを職員と一緒にやっていくことで、一定の役割を果たすと。そこで失った能力を再び取り戻したり、あるいは潜在的な力を伸ばすというようなことも大きな目標として暮らしていると。利用者さん一人ひとり、認知症がありながらもホームの中で、主体的に自分の生活を自分でつくり上げるといったような自立を支援する、そういう場がグループホームであると思います。

こちら料金のお話をしますが、一割負担、介護保険の一割負担と、あと家賃がかかります。食費、水道光熱費、その他合わせますと、おおよそ月に10数万円から20万円くらいのところが多いようです。入居の際に必要な費用というのもあります。また、ご本人と一緒に、ぜひ現地を見学してみることが非常に大事でしょう。ケアマネジャーさんに、ぜひ相談してみてください。

中城(司会)：ありがとうございました。続きまして、今回、稲さんの主症状になりました認知症についての解説を西成病院医師、宮本さんをお願いいたします。

宮本：さっそく始めます。私たちの脳というのは、目とか、耳とか、五官を通していろんな情報が入ってきますけれども、その情報を分析して、判断して、その情報にふさわしい行動をつくる働きがあります。それを認知機能といいます。アルツハイマー病などの脳が壊れる病気にかかると、状況にそぐわない症状が出てきます。それを認知症の症状といいます。

認知症の症状を見てみますと、大きく二つに分かれます。まず、この中核症状といいます。これは脳が病気にかかって、細胞が減ってくるために起きる症状です。そして、その脳の侵される場所と程度によって、症状はさまざまな、こういう症状が出てきます。でも認知症になると、必ず記憶障害はでてきます。そして、こちらに周辺症状と書いてありますけれども、最近では、認知症の行動心理症状ともいわれています。こちらはなにかというと、認知症ですので、脳の細胞が減って、認知機能障害というのがありまして、それが根底にあるのですが、しばしば環境が原因になることが多い症状です。絶対ではありませんが、環境が原因のことが多いです。

稲さんを例をとって説明していきます。まず、稲さんにはこの記憶障害がありまして、同じ話を何回もするとか、ケアマネジャーが「これから行きます」と言っても、そのことを忘れて、出かけてしまったりしています。それから判断力低下は稲さんに関してはご主人が倒れて動けなくなっても、「たいしたことないじゃない」と、のんきに話しているということが書かれていました。それからこの見当識障害というんですけど、見当識というのはなにかというと、「いまは何時か?」、それから「いま、私はどこにいるのか?」、それから私が、たとえば話している相手がいるとしたら「話している相手は誰か?」、「いつ、どこで、誰か」ということが「わかる」のを見当識というんですけども、認知症になると、これがだんだん「わからなく」なってきます。最初の頃は時間が分らなくなって、病気が進むと場所が分らなくなって、もっと進むと人の顔が誰なのかというのが分らなくなるように、分らなくなっていく順番がだいたい決まっています。稲さんも病院に、「面会は午後からですよ」と言われても、そのことを忘れていることもあると思うんですけども、朝早くから出かけて行くと。だから、きっと時間が分らなくなってるんじゃないかと思います。

それから言語障害、失語ですけれども、認知症になりますと、言いたい言葉が、「マイク」とかいう言葉が出てこない、言葉が出てこない。それから進みますと、相手のしゃべっている言葉が理解できない。それから字が書けない、読めない、理解できないという、そういう症状が出てきます。稲さんも新聞受けに新聞が溜まっていたということからしますと、おそらく新聞が理解できなくなってきた、失語があると思います。

それから失行というのは、身体には麻痺がなくても目的のことができないことを失行と言いまして、たとえば電気炊飯器とか、電気洗濯機を使おうと思っても使い方が分らなくなるとか、洋服の着方が分らなくなるとか、そういうのを失行といいまして、稲さんにはそういう症状は書かれていませんでした。それから失認ですけれども、これはちゃんと見えているんだけど、それが何であるかというのは正しく認識することができなくて、物の区別、見分けがつかなくなって、たとえば「これはプラムだ」と思って買ってきてもミニトマトであったりとか、汚い雑巾と綺麗な台ふきの区別がつかなくなったりという、ちゃんと見分けがつかなくなってきました。稲さんの場合は今日の台本には書いてなかったんですけど、古い台本には「道に迷う」というのが書いてあったんですけども、自分の家のまわりでもちゃんと見えているんだけど、認識できなくなって、見分けがつかなくなっちゃって、迷うということがおきています。

さっきの環境要因が大きいといった周辺症状ですけれども、「不安」。稲さんも夕方になると家の外に出て、うろろしているというこの落ち着かないというのが出ていまして、外に出ようとするというのがあります。それから抑うつ、やる気がない。稲さんもすこやかクラブに半年前か

ら行かなくなっているという、そういうやる気のなさが出ています。あと、稲さんは夜に電気が煌々と点いていたということから、時間が分らなくなっているかもしれないし、それから不眠症、夜眠れなくなっている可能性もあります。それから妄想です。物を盗まれたという「物盗られ妄想」というんですけれども、ご主人に「物がなくなった、盗ったでしょう？」とか、「泥棒が入ってきて盗られた」とか、そういう妄想が出ています。その他に、攻撃的になったり、暴力をふるったり、それから興奮したり、そういう症状もこの周辺症状にはありまして、こういう周辺症状が出てくると、介護してる人は非常に大変になってきて、家で見えていくことができなくなることがよくあります。

では、家族の方に物忘れが出た場合、家族の方は「これは一体歳のせいなんだろうか？それとも病気なんだろうか？」、病院に連れて行くべきかどうかと迷うことが非常に多いと思うんですけれども、このような症状が何回もたくさん出るようになったら、病院に行ったほうがいいです。それから、「いままでとなんか違う、いままではこんな人じゃなかった」という、そういうことが感じられたときも、病院に連れて行くほうがいいです。読んでいきますと、「同じことを何回も言ったり聞いたりする」「財布を盗まれたという」「だらしくなった」。稲さんも洋服が汚いとか、洋服を取り替えない、それから家の中が食べ物や衣服で乱雑になっているという、そういう症状が出ています。それから「いつも降りる駅なのに乗り過ぎた」「夜中に急に起き出して騒いだ」「置き忘れやしまい忘れが目立つ」「計算の間違いが多くなった」。確定申告なんかでよく分ることがあります。「できなくなった」という訴えが多いです。「物の名前が出てこなくなった」「些細なことで怒りっぽくなった」。稲さんもなんか怒ってましたよね。

認知症というのは早期発見、早期治療がいいわけですがけれども、その意義ですけれども、可逆性疾患の治療が可能になるということで、たとえば慢性硬膜血腫とか、水頭症という病気があるんですけれども、そういう病気でしたら、半年とか一年以内に見つけて脳外科で手術してもらえば、認知症の症状がかなりよくなります。それから病気の理解が早まる。本人も家族も早くから病気の理解をすることによって、次はどんな症状が出てくるというのが分って、準備性が高まって、新しい症状、次から次へ症状が出てきますので、そういうときも不安が軽減します。それから認知症は適切なケアにより、認知症の進行を遅くすることができます。アルツハイマー病は薬物療法により進行抑制が可能です。でも、早ければ早いほどよく効きますし、遅くなればなるほど、効き目はなくなります。

認知症の人というのは、良い介護をすれば良くなりますし、悪い介護をすれば悪くなります。当然のことながら、良い介護をしてほしいのですけれども、では良い介護ってどうしたらいいんだろうかってことになります。まず、認知症の人の心理、心の状態、それから体験している世界、どんな気持ちでいるんだろうかって、そういうことを理解することから良いケアは始まります。

認知症の人の心の中というのは分らないことの連続で、不安と混乱でいっぱいです。それから家事や仕事の失敗の連続で自尊心もなくなっています。現実の世界についていけないので、焦燥、恐怖感がいっぱいあります。自分自身が壊れていく。なんか変だ。いままでの自分じゃないという強い恐怖感を抱きます。認知症の人というのは懸命に、いままでの自分のように、自分らしくありたいと願っている姿とってください。理解してあげてください。

先ほどの環境が大きく影響する周辺症状ですが、だからこそ原因があれば原因を取り除いて、なるべくこの症状を良くしていきたいわけです。原因としては身体疾患とか、薬物の副作用や急激な中断、不適切な環境やケア、こういうことで周辺症状が出てくることがよくあります。認知症の人というのは感染症、脱水、便秘、骨折とか、そういう病気になっても自分で身体の調子が悪い、と訴えることができないで、怒りっぽくなったり、暴力的になったりすることがあります。薬物では、代表的なのはパーキンソンの薬、抗うつ薬とか、抗不安薬といって不安を取るお薬、などの副作用とか、急激な中断で、急に凶暴になったりとか、そういうことがよくあります。

それから騒音ですけれども、私たちはうるさいスーパーに行っても騒音の中で自分と一緒に来

た人と話を続けることができるのですけれども、それは、集中力が働くので周りの音を自分の耳でかき消して、自分に必要な音だけを取り出すということができます。でも、認知症の人はそういう集中力がないので、全部いっしょくたに自分の耳に入ってきますので、もう相手の人がしゃべっていることとスーパーで流れている音楽とか、しゃべっている会話の内容とかが全部入ってきて混乱状態になります。それで騒音というのは認知症の人を混乱させてしまいます。

それから特にプライドを傷つけるような、「またお漏らししたでしょう」とか、そういうプライドを傷つけるような不適切なケアがないかどうかというのに注意します。

いろいろ原因を探して、いろいろやってみただけけれども、よくならないと、そしたら次に頼るのはデイサービスなどの専門の職員さんによる介護ですね。介護サービスを利用して、それでもだめだったら、最後にやはり薬ですね。抗精神病薬といって、興奮とか凶暴さとか、そういうことを穏やかにする薬を使っていきます。

先ほどから小規模多機能とか、グループホームの説明をしていただいたので、少し触れます。認知症の人というのは「感情が残存」と書いてありますけれども、それから喜怒哀楽などの感情やユーモアというのはまったく衰えていません。そして、変化にすごく頭が弱くなっています。環境の適応能力が落ちています。あと、「高齢者のペースでゆっくりと」というのは、認知症の人というのは頭の回転がすごくゆっくりです。それから身体の動きもゆっくりです。それで焦らせると、せかすと、もうそれだけで何も分からなくなってしまってパニックになるという、ご本人も言っていますので、根気よくゆっくりと接してあげることが必要になります。それから、いま持っている残存能力です。心身の力を最大限に引き出す。いまできることを伸ばしてあげると、それが必要です。

具体的にはグループホームとか小規模多機能が良いということですがけれども、認知症になりますと、こういう大きなところでは、大きな施設に入っちゃうと自分の部屋がどこなのか、食堂がどこで、どこがトイレか、場所がまず分らなくなります。それからたくさんの方がいると、職員も利用者の顔も分らなくなって、非常に「分らない、分らない」の連続で不安な状態になります。ですから小さい施設が良いのです。小さいところだったら、自分の家のようなだから、場所もよく分るし、人もよく覚えられるということです。認知症の人は、住み慣れた場所で終末期を迎えることを望んでいますので、そのことも私たちは考えていきたいと思います。

最後に、私のいま診ている患者さんで、小規模多機能を利用することによって、自宅でなんとか生活できている人の紹介をしたいと思います。69歳男性でアルツハイマー病の人です。妻と二人暮らしで、60歳で定年退職したころから物忘れが始まりました。その後、道に迷う、会話が成立しない、入浴や着替えに介助を要するようになりました。精神科でアルツハイマー病と診断されまして、それから訪問診療が始まりました。

最初は「バカヤロー、なにやってんだ」という暴言が多かったですけれども、しばらくするとなくなりました。私は奥さんを解放してあげたいと思って、デイサービスを勧めました。それで、半年後に小規模多機能施設に通い始めたんですけれども、まず、迎えの送迎車に乗らないといって、それから、なんとか言ってもお昼ご飯をまったく食べませんでした。奥さんが自分の車で送り迎えをするようにして、お弁当を持って行って、一緒にお弁当を食べました。そうすることによって、少し時間が経つと、自分で迎えに来た車に乗るようになって、施設のお昼ご飯も食べるようになりました。でも、マイクロバスっていうのは高い階段から降りてきますので、降りるのを非常に怖がったんです。それで嫌だということが分ったので、施設の方が、乗用車に変更してくれて通えることができました。

一年後には、どんどん認知症は進行していきまして、家の中でもトイレで迷って、それから尿失禁も出てきました。そして、奥さんの顔も分らなくなりました。食事も立って食べるようになりました。施設では利用者と職員へ暴力をふるうこともあり、鏡の中の自分ともけんかするようになりました。そこで、落ち着かせるために内服薬を抗精神病薬に変更しました。その後、暴力

行為はほとんどなくなっております。施設では認知症が進んできて、ゴミ箱に排尿したり、大便失禁もありますけれども、最初は拒否していた入浴もするようになって、今は週三回の通いと、それからときどき奥さんがどこか行くときとか、ショートステイをさせてもらっています。

二年後の現在、奥さんと穏やかに暮らしています。あるとき、私は奥さんに訊いたんですけれども、「奥さんの顔を分っているんですか？」って訊いたんです。そうしたら奥さんの返事が、「分ってないみたいだけれども、あなたが」と、「あなた」はご主人ですね、「あなたが私のことを忘れても、私はあなたのことを覚えているから大丈夫よって言う」って、それを聞いて、私はなんと良いご夫婦なんだろうって感激しましたので、皆さんにこのお話を伝えたいと思います。

中城(司会)：ありがとうございました。今回のシンポジウムでは、太郎さん、稲さん夫婦を通じて二つの大きな問題について勉強しました。一つは太郎さんの再発を例に、板本さんに急性期からの患者さんの流れを解説していただきました。いつもの「ぐるぐる図」ではありませんでしたが、「脳卒中になったら」というスライドや「脳卒中の医療態勢」を示したスライドなどは、いつもの「ぐるぐる図」をさらに詳しく説明していたものではないかと感じました。

もう一つは、稲さんの認知症が進行した場合の対応と、認知症の知識の再確認でした。知識の再確認では、宮本先生に、稲さんの即した症状の解説をしていただきまして、シナリオをつくりました幹事一同、稲さんの症状がはっきりと分かって、大変喜ばしいことかと思いました。

今回稲さんについては、うまく支援ができた例だと思います。皆さんの経験の中には、もっと多くの問題をかかえ、悲惨な現状を送る方もいらっしゃるかと思います。今回公開シンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考えるパート2」では、「ぐるぐる図」をもとに西さん夫婦の脳卒中再発や、認知症を発症した後に、本人の意思決定を尊重した生活を継続しつつ、地域で支えることができるのかを具体的に確認してまいりました。実際の生活を支えるインフォーマルサービスや、あまり聞き慣れていない介護サービスにもふれることができたかと思えます。

今後高齢化にともない、太郎さん、稲さんのような老老介護は増えていきます。介護療養型医療施設の廃止にともない、大変な状況での在宅生活を余儀なくされる例も増えてくるものと思われます。したがって、ますます皆さまの力と知恵を合わせた連携が大切な時代になってくるものと思われます。どんな状態になっても地域で生活を続けられることをテーマに、今後も皆さまと一緒に考えていく必要があります。

それでは全体討議にうつります。10分少々ですけれども質問やご意見をおうかがいしたいと思います。挙手にてお願いします。なお、報告書作成にあたり、質問やご意見を記録するため、所属とお名前をお願いいたします。

赤羽根：秀友会在宅部の赤羽根です。宮本先生にぜひよろしく申し上げます。とても分かりやすい説明、どうもありがとうございました。事例に出てきた方の奥さんはかなり大変だったろうなど、文書やお話をお聞きして思うんですけれど、先生のほうで、どのように奥さんに対して支援されたか、支えてきたかなど、もう少し具体的に教えていただけませんか。

宮本：私は2年前から関わっているのですが、私が行った時点で、奥さんは認知症の介護のことをよく分かっている状態でした。とくにになにも教えなくてもいいぐらいなんですけれども、ただ、私が一月一回行く中で気をつけているのは、奥さんの困っていることを、奥さんにストレスをためさせないために、奥さんの話をよく聞こうということに気をつけました。また、初めてショートステイするときには、奥さんに安心してもらうために、もしショートステイ中になにかあったら私に連絡をもらえるように、と自宅の電話番号を教えて・・・。

赤羽根：自宅のですか？

宮本：はい、夜は家に帰っていますから。「これを施設の職員さんに渡してください」と。いきなり病院に、おそらく施設から当直の医師に電話をしても、「そんなに日常がひどかったら受け入れられません」とか言われたら困るので、私がそういうふうにしておけば、「私の家に電話をください、私がなんとかします」と言っておけば、施設の人も安心すると思ったのです。泊めてくれるだろうと、そういう工夫もしています。でも、やはり奥さんがすばらしい方です、はい。

赤羽根：分かりました。はい、ありがとうございます。

中城(司会)：はい、次にどなたかいらっしゃいますか？解説をしていただいた先生方、大変時間が短かったのですが、なにかつけ足すようなことはございますか？

坂本：西区在宅ケア連絡会では、ずっとこの「ぐるぐる図」を使っていらっしゃるということなので、脳卒中の連携パスというのをぐるぐる図に当てはめて考えてみます。いま札幌市の脳卒中のパスネット協議会というのは、主にやはりこの急性期病院と回復期病院、施設、それから一部の慢性期の病院、施設、だいたいいわゆる「病院」と名のつく大きなところでしかまだ動いていないんです。今後非常に大事なものは、大きな病院ではなくて、クリニックですとか、あるいは介護保険施設、この「ぐるぐる図」でいうところの在宅療養を担う方々、そういったところも一緒に参加していただいて、まさに、この「ぐるぐる図」の完成をめざしたいと思っているところなのです。ただ、まだまだここまでで足踏みしているというのは、やはりどうしても複雑な、いろいろな職種の方がいて、いろいろな言語を使っていらっしゃる、同じ日本語ですけれども、やはり視点が違うんです。見るところが違うと言語も違うんです。そこのところをうまく調整して、同じ言語を使って情報を共有していけるようなということでもって、この「ぐるぐる図」を完成するのかなと思っています。ぜひご協力ください。

中城(司会)：ありがとうございます。地域の支援として民生委員さんや福祉のまち推進委員と介護予防センター、それから多機能と、今回四つ、勉強いたしました。私も初めて知ったものもありまして、それぞれがすごくかみあってお仕事をされているんだなと感じました。もう少しお互いの関わりの中で、短い時間でしたので話しきれなかったことはあると思うんですけれども、教えていただければと思います。解説していただいた4名の中でどなたか？

坂本：さきほどの私の説明に出てきた「地域との連携」とか、「関係機関とのネットワーク」などは、具体的にはどういうことなのか、という点をご説明します。たとえば私たちは、とくになかなか支援が必要な方々とかいうのは、問題が表面化してから携わることが多いのです。とくに認知症の方などは、なかなか外部との接点をとらなくなって行って、家に閉じこもりがちになってしまい、問題がなかなか表出されないのが現状です。ただ、ではそういう人をどのように発見するのか、私たちは心配な高齢者を早期に発見して、なんらかのお手伝い、支援をしていかなければいけないと思います。もし、「実は昨日、稲さんが夜遅くに外を歩き回っていたけれども、この人はもしかしたら認知症なんじゃないかい？」などということをして、近くの方が感じた時には、たとえば福祉のまち推進センターの推進委員さん、民生委員さんなどと私たちとつながっていることによって、早く発見ができる。そうすると、問題が早いうちにいろいろな支援ができたりするのではないかと思います。

私の過去の経験で、今回の事例に近いと思う、お一人暮らしの認知症の女性の方がいました。まったく外部の方を寄せつけません。私たちが行政とかも一緒に訪問しても、まったく「私は元氣だからいいです」というかたちで拒否されたり、あとはご家族とも疎遠だったのです。そこで、先ほど出ましたケア会議を関係機関と開催させていただいた時に、近所の方にも参加していただ

いたんです。そうしたらいろいろな情報をいただきまして、「この方は一日中電気が点かない」、「朝6時半に必ず庭をいじっている」とか、いろいろなより身近な情報を理解することができました。そういう情報を私たちとネットワークをもっていますから、そういう「いや、最近はどうだ」「実は、最近すごくやせて、足元もよたよたしている」とか、そういった情報をいただくと、とても判断しやすいわけです。その方は結局、お外で倒れていたのを近所の方が早い段階で発見することができて大事に至らずに済みました。まわり近所、地域の方がお持ちの情報というのは、実はとても多いのです。そういったことと私たちが携わっている専門機関がうまくつながることによって、より良い支援ができるのではないかと思います。

灰野：まさに本当に社会福祉協議会のほうでめざしている部分も、ご近所だからこそ気づける部分、ご近所でなければ気づけない、そうした、まわりに住む方が異変を察知して、最後は専門機関へとつなげていく。そうした仕組みづくりを個々のネットワーク図のようにイメージして、いま地域の中で取り組んでいるわけですが、ただし、なかなかいかんせん、理想はこのようなかたちなんですけれども、地域の方で、こういった取り組みに関わってくれるという方が、実際にどれだけいらっしゃるかといったら、こういった時代なので、こういったボランティア活動に参加していただける方というのは、そんなに多いわけではないんです。そこでやはり各専門機関の方々も、予防センターさん、それから包括支援センターさんをはじめ、こういった見守りの態勢が、いまこれからの高齢化社会を迎えるにあたって、非常に重要になってくる。そういったことを地域のほうに働きかけて、ご近所同士のそういった見守り支え合いの仕組みというのが、これからの福祉のネットワークをつくっていくうえで大切なんだということで、今日ご参加の皆さんにおかれましても、そういった人材の育成だとか、ボランティアをこういったかたちでつくっていかねばいけないというところに、少し私たちと一緒にお力添えをいただくと、大変助かるというのが、私ども社会福祉協議会からの一つのお願いでございます。

中城(司会)：ありがとうございます。西区在宅ケア連絡会でも、常日ごろ一般市民の方、住民の方を交えてこういった例会を開催するという考えはあるのです。しかし、この合同シンポジウムでも一般公開ではあるのですが、なかなか住民の方の参加が多くはないのが現状です。今後の課題としたいと思います。今回のシナリオにも、昨年と同様、著作権はありませんので、活用できる部分はどうぞ活用していただいて、地域で暮らすことの意味や地域のサービスの把握、それから連携の取り方などを再確認していただければと思います。それでは閉会のあいさつを札幌市医師会手稲区支部長上戸敏男さん、お願いいたします。

上戸支部長：ただいまご紹介がありました上戸です。本日はお仕事でお疲れのところ、多数お集まりいただき、ありがとうございます。毎年、幹事の皆さんの準備も大変かと思いますが、このように盛大に行われていることを喜ばしく思っております。本日はありがとうございました。

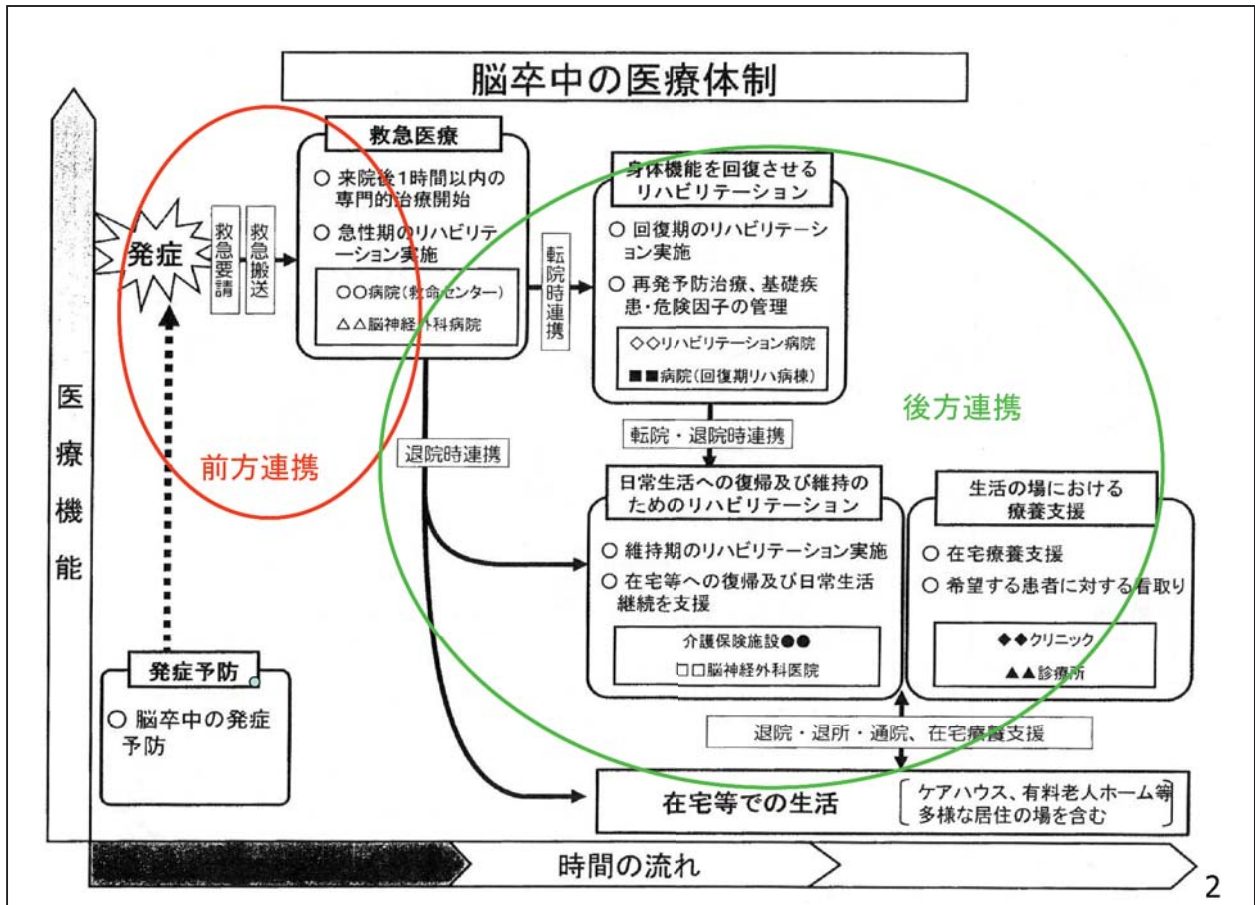
中城(司会)：これで本日のシンポジウムはすべて終了といたします。ありがとうございました。

急性期病院って何？

疾患の急性期を担う病院

保険診療上の医療区分・・・病棟ごと、社会保険事務所に届け出
 一般病棟、ICU、HCU、SCU、救急救命病棟
 回復期病棟、療養病棟、介護療養型病棟

疾患ごとの病院や病棟区分・・・道に届け出
 行政の医療計画に基づいて公表されたもの
 急性期、回復期、維持期を担う病院、病棟

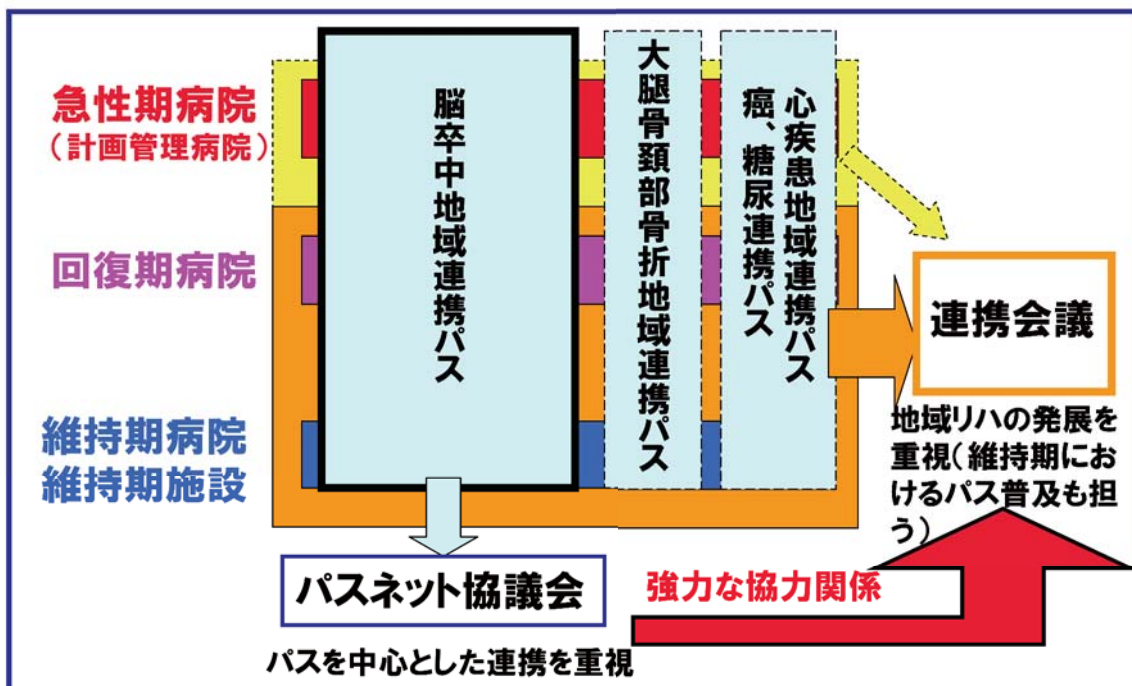


実際には

- 地域連携パスとクリニカルパスとは別物
- 診療、ケアの予定計画を進めるものではない
- 各診療施設での**結果**を関連施設で情報共有
- すべての職種の結果を共有
- 同じ評価項目・・・**共通言語**を持つことが大事

3

(最終的には)多疾患複合型パス？



4

民生委員・児童委員とは

● 民生委員・児童委員は、法律に定められた活動であり、厚生労働大臣に委嘱されたボランティアとして、住民（子育て家庭・高齢者・障がい者等）の方々が抱える様々な「悩みごと、心配ごと」の解決に向けたお手伝いをしています。

主な活動

見守り・訪問・相談・専門機関へのつなぎ など

活動事例

認知症の一人暮らし高齢者 → 悪質商法の被害
→ 訪問活動で発見 → 消費者センターに相談 → 解決（被害防止）

現 状

西区には294人の民生委員・児童委員があり、それぞれ担当地域（220～440世帯）で、支援活動を展開しています。

ただし、一人で何十世帯も支援が必要な高齢者を抱えている方も多く、見守り・訪問活動をきめ細かく進めることが難しくなっている現状があります。

※ その他（適切に相談・援助活動を行えるよう、福祉の制度・機関等について学ぶ研修なども受けています）



5

福祉のまち推進センターとは

- 通称「福まち」は、誰もが住み慣れた地域で、安心して住み続けられるように、身近に住む高齢者などへの支援を、ご近所同士の支え合い活動として、進めていく取り組みです。→（現代版：向こう三軒両隣の関係づくり）
- ボランティアに関心・熱意のある方々などを協力者（福祉推進委員等）とし、町内会関係者、民生委員・児童委員など、地域の関係者と協力しながら、お互いの顔が見える町内会を範囲に、支え合い活動を進めています。

支え合いとは（福まちの基本活動）・・・ *ご近所ならではの活動が基本*

- ☆ 見守り・安否確認 → 関係が発展したら（ゴミ出し・話し相手等）
- ☆ 活動を通して → サイン（変化・異変）への気づき
- ☆ その他（交流活動、研修活動、広報誌活動）があります。

ポイント

福祉推進員、町内会関係者
民生委員・児童委員等が協力
して（見守り・安否確認）

サイン（変化・異変）への
気づきや、新たなニーズが
あった時

福祉推進員・民生児童委員

福まち
軽易な日常生活支援
（ゴミ出し・除雪等）

専門機関
内容に応じて適切な機関
へのつなぎ

6

札幌市 介護予防センターについて

介護予防センターとは！？



高齢になっても、いつまでも住み慣れた地域で「元気」に「安心した」生活を続けられるよう、**地域の総合相談窓口、介護予防（健康づくり）に向けた様々な活動**の実施を目的に、札幌市が設置している機関です！

※事業運営については社会福祉法人、医療法人等へ委託）
※市内53ヶ所設置（西区5ヶ所 手稲区4ヶ所）

7

《具体的には・・・》



①地域の身近な総合相談窓口です！

地域包括支援センターの補完機関として、福祉などに関する様々なご相談に応じさせて頂いてます。また、地域の心配（支援が必要）な高齢者の早期発見・円滑な支援を目指し、関係機関や地域組織（町内会・福まち・民生委員など）とのネットワーク構築へ向けて取り組んでおります

②介護予防事業の開催、介護予防の普及・啓発！

地域にお住まいの高齢者が「いつまでも元気である」ことを目指し、閉じこもり予防や転倒予防、認知症予防など、介護予防（健康づくり）について様々な内容を盛り込んだ各種教室を、地域の身近な会場（町内会館など）で開催しております。また、たくさんの方々へ「介護予防」について知っていただくため、普及・啓発活動にも取り組んでおります

③地域の福祉活動のお手伝いをさせて頂いております！

町内会や福祉のまち推進センター、老人クラブや各種サークル活動など、地域住民が主体となって取り組んでいる活動へ、介護予防や各種制度についての講話の実施など、活動のお手伝いをさせて頂いております。また、皆が支えあって暮らしていける地域を目指し、関係機関と協力しながら、ボランティア等の育成のお手伝いもさせて頂いております

8

地域包括支援センターとは？

介護や健康のこと (介護予防ケアマネジメント)

- ・身体の機能に不安がある
- ・今の健康を維持したい
- ...

権利を守ること (権利擁護)

- ・財産管理に自信がなくなった
- ・虐待にあっている人がいる
- ...

さまざまな相談ごと (総合相談)

- ・近所のひとり暮らしの高齢者が心配
- ...

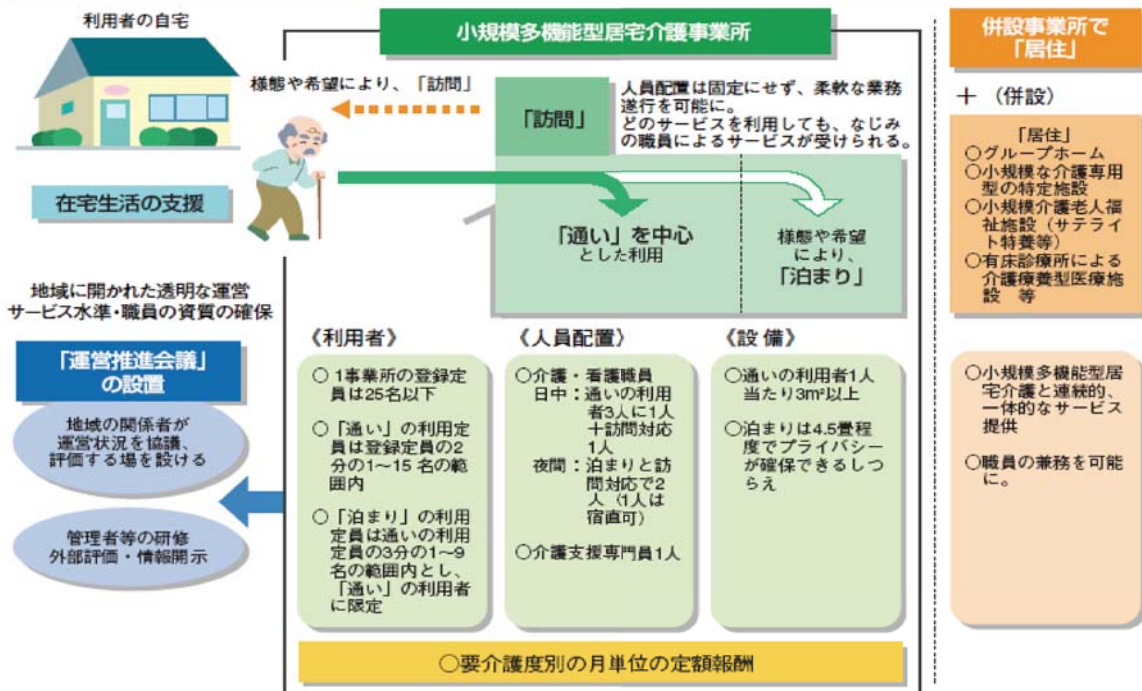
暮らしやすい 地域のために (包括的・継続的ケアマネジメント)

- ・ケアマネジャーって？
- ・ボランティアや見守り支援って？
- ...



■小規模多機能型居宅介護のイメージ

基本的な考え方：「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する。



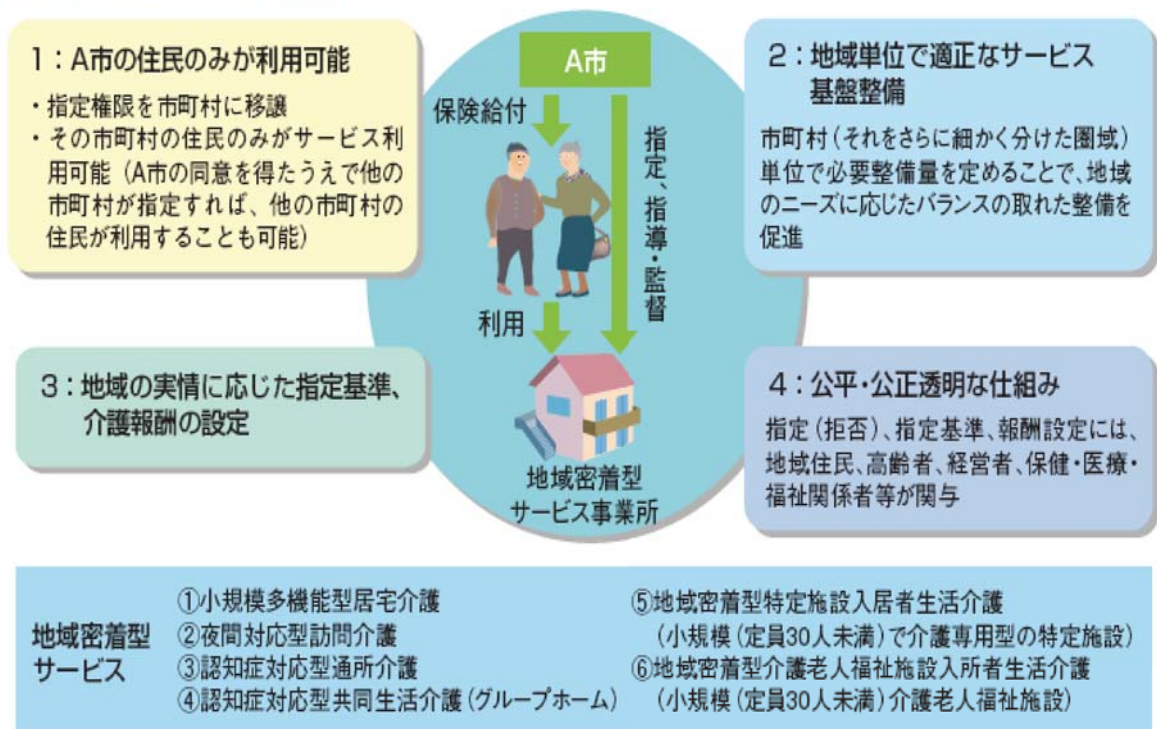
厚生労働省「介護保険制度改革の概要」から抜粋

グループホームとは

- ・ 法令上は「(介護予防)認知症対応型共同生活介護」
- ・ 「地域密着型(介護予防)サービス」に該当する「居住」サービス
- ・ 対象者 : (要支援2)、要介護1～5で、認知症の診断を受けた方
原則として事業所所在地の市町村の住民
- ・ 定員 : 1ユニット 5人 ~ 9人
- ・ 基本方針 : 認知症高齢者が、家庭的な環境と地域住民との交流の下、
必要な介護を受けながら、その有する能力に応じ
自立した日常生活を営むことができるようにすること
(住み慣れた環境での生活を継続できるようにすること)

11

■地域密着型サービスの仕組み



厚生労働省「介護保険制度改革の概要」から抜粋

12

認知症症状とは？

認知症症状

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

- ・ 記憶障害
- ・ 判断力低下
- ・ 見当識障害
- ・ 言語障害(失語)
- ・ 失行
- ・ 失認
- ・ ほか

周辺症状(反応性)

- ・ 不安
落ち着かない、イライラしやすい
- ・ 抑うつ
気持ちが落ち込んでやる気がない
- ・ 徘徊
無目的に歩き回る、外に出ようとする
- ・ 不眠
- ・ 妄想
物を盗まれたというなど

13

認知症ケアの基本 本人理解がケアの基本

認知症の人の心理、体験している世界

- 「わからない」ことの連続 → 不安と混乱
思い出せない、何かがおかしい
考えても考えてもわからない
- 家事や仕事の失敗 → 自尊心の喪失
自信がなくなる、孤独、あきらめ
- 現実の世界についていけない → 焦燥・恐怖
周囲とのずれ、戸惑い、焦り、苛立ち
- 自分自身が壊れていく → 強い恐怖

認知症を持ち、懸命に自分らしくありたいと願っている姿

14

認知症高齢者ケアの基本

～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
(環境変化に脆弱)



生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

15

日常の生活圏域を基本とした サービス体系の構築

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続



普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆ 事業者・従事者の専門性・資質の確保向上



終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書
「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

16

V 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。(略)

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

在宅療養者を支援するための、地域におけるネットワークを形成しようとする活動は全国的にも数多く報告されているが、「西区在宅ケア連絡会」はそれらの活動の中でもあくまで純粹、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。

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

活動報告書(Ⅱ)のために
(略)

— 平成 17 年 10 月 発行分 —

活動報告書(Ⅲ)のために
(略)

— 平成 20 年 10 月 発行分 —

活動報告書(Ⅳ)のために

— 平成 20 年 10 月 発行分 —

平成 20 年 5 月第 116 回として開催のシンポジウムは「つなぐかわり～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。

(略)

活動報告書(Ⅴ)のために

— 平成 21 年 7 月 発行分 —

平成 21 年 5 月、第 127 回として開催のシンポジウムは「つなぐかわり～地域連携を考えるパート 2」と題して、前回のシンポジウムの続編として開催された。前回のシンポジウムの内容は将来の連絡会の活動に多くの示唆を与えるものであったが、今回のシンポジウムもまた、地域ケアに関する活動に大いに参考になる内容となった。

したがって、いつでも参考書として引用できるような内容になっているので、多いにご活用をいただきたい。

そして、これは従来の報告書での記載と同様に、再度「さらなるご参加へのお呼びかけ」をさせていただきます。

(幹事会 坂本 仁)

事務局： 医療法人溪仁会 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

平成 21 年 7 月 発行

