

# 西区在宅ケア連絡会活動報告書（VII）

平成20年12月9日（第123回）～平成23年5月21日（第149回）

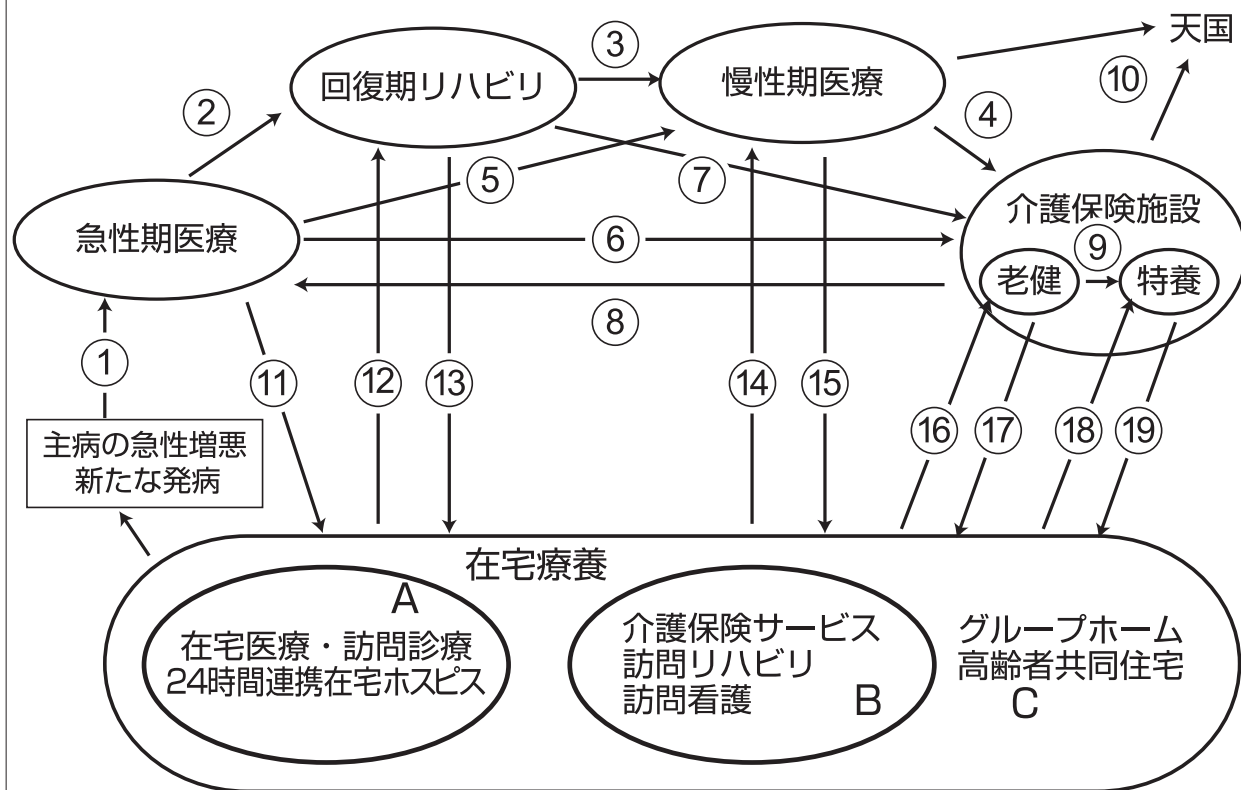


西区在宅ケア連絡会

## 目 次

I はじめに	1
II 発足までの経緯	1
III 開催状況	2
IV 検討結果	3
V シンポジウム	11
VI シンポジウム参加者・アンケート結果	23
VII おわりに	25

### 在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向（ぐるぐる図）



## 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	—	平成17年10月	発行分	—	(略)
活動報告書(III)のために	—	平成20年10月	発行分	—	(略)
活動報告書(IV)のために	—	平成20年10月	発行分	—	(略)
活動報告書(V)のために	—	平成21年7月	発行分	—	(略)
活動報告書(VI)のために	—	平成23年5月	発行分	—	(略)
活動報告書(VII)のために	—	平成24年1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23年5月には、シンポジウム「ある日突然脳卒中になったら…」を開催した。この活動報告書(VII)は、第123回～第149回の活動報告並びにシンポジウムを掲載し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 開催状況

回	開催日	人数	研修・特集内容
第 123 回	2009/12/ 9	-	札幌市地域リハビリテーション推進協議会研修会へ参加
第 124 回	2009/ 2/10	112	2009 介護報酬改定、ポイントはここだ
第 125 回	2009/ 3/10	98	ぐるぐる図と疾患シリーズ①神経難病と地域ケア
第 126 回	2009/ 4/14	141	ぐるぐる図と疾患シリーズ②末期がんと地域ケア 札幌市西部地域の在宅ホスピス・緩和ケアの現状を知り合う
第 127 回	2009/ 5/19	150	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 ぐるぐる図をもとに療養の場の流れを確認、理解を深めた
第 128 回	2009/ 6/ 9	76	認知症への関わり ①グループホームについて
第 129 回	2009/ 7/14	91	認知症への関わり ②在宅支援
第 130 回	2009/ 8/11	72	認知症への関わり ③西警察署が係わった事例について
第 131 回	2009/ 9/ 8	84	認知症への関わり ④総集編
第 132 回	2009/10/13	81	医療区分制度は何をもたらしたのか①
第 133 回	2009/11/10	84	医療区分制度は何をもたらしたのか②
第 134 回	2009/12/11	-	札幌市地域リハビリテーション合同研修会
第 135 回	2010/ 2/ 9	99	改訂版「介護と医療」(在宅福祉サービス協会編)をもとに、ホームヘルパーができることについて説明、検討、情報共有
第 136 回	2010/ 3/ 9	75	思いっきり事例検討、超困難事例を考える
第 137 回	2010/ 4/13	104	2010 介護報酬改定、ポイントはここだ
第 138 回	2010/ 5/ 8	167	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 3 パート 1、2、に続いて、療養の場について理解を深めた
第 139 回	2010/ 6/ 8	105	認知症サポーター 100 万人キャラバンについて
第 140 回	2010/ 7/13	80	みんなで考えよう、地域リハビリテーション!
第 141 回	2010/ 8/10	90	貧困問題を考える～病院周辺の見回り活動
第 142 回	2010/ 9/14	100	貧困問題を考える～ホームレスと社会保障
第 143 回	2010/10/12	82	退院時支援調整、入退所時調整など患者の動きの現状にあわせてぐるぐる図をもとに考える
第 144 回	2010/11/ 3	-	第 1 回北海道在宅医療推進フォーラムへ参加 ～多職種協働で支援する在宅療養～
第 145 回	2010/12/14	62	「脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査」報告・経過報告 今どきのフランスの医療・福祉事情
第 146 回	2011/ 2/ 8	57	「脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査」報告・経過報告①
第 147 回	2011/ 3/ 8	59	「脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査」報告・経過報告② 札幌市高齢者緊急通報システムモデル事業の進捗状況
第 148 回	2011/ 4/12	93	「脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査」報告・経過報告③
第 149 回	2011/ 5/21	107	公開シンポジウム「ある日突然、脳卒中になったら・・・」 町内会へ呼びかけて、皆さんと一緒に考えましょう

#### IV 検討結果

##### 第123回 平成20年12月9日(火)

- 1 研修 札幌市地域リハビリテーション推進協議会 全体研修会へ参加

##### 第124回 平成21年2月10日(火)

- 1 研修「2009介護報酬改定、ポイントはここだ」北海道医療新聞社 編集部 林、伊藤さん  
前倒しで出された介護報酬の改定。何が大きく変わったのか、資料と共にわかりやすく解説。基本ベースは「在宅」であり、次回はより在宅が基本となり「包括」的な考えが多くなるであろう。認知症に対するものや研修等が評価される。「医療と介護の連携」がより重要となり評価される。24時間ケア体制の構築が評価される。今後は成功報酬型の算定構造になっていくだろう。

##### 第125回 平成21年3月10日(火)

- 1 研修 「ぐるぐる図と疾患シリーズ①神経難病(パーキンソン病)と地域ケア」  
神経難病の代表的な疾患であり、高齢者に多いパーキンソン病。医療、保健、福祉、介護とすべての制度を利用し、多くの職種のかかわりを必要とします。よりよいケアをするためには何が大切なのか、みなさんでいっしょに考えました。
  - 1) 解説 パーキンソン病ってどんな病気? 北祐会神経内科病院 Dr 本間早苗さん
  - 2) 事例  
No.9174 74歳 女性 独居 北祐会神経内科病院 医療福祉部 MSW 渡邊 愛さん  
入退院を繰り返しながら在宅療養を続けてきたが、病状進行とともに在宅困難となった。  
No.9175 71歳 男性 妻と同居 札幌山の上病院 地域医療連携室 PHN 押田 美和子さん  
経過4年のPD。症状が多彩で変動も大きい。ケアプランのポイントを確認します。
  - 3) 「パーキンソン病～専門医からのアドバイス」 札幌山の上病院 院長 Dr 千葉進さん  
家族、ヘルパーにとっての病状観察のポイント、ケアの留意点。
  - 4) 全体討論、質疑
    - ①「音楽療法の実際について」報告。看護学教授。
    - ②「PD睡眠障害について千葉先生に質問。」理学療法士。
    - ③「医師としてできること、役割についてと感想。」菊地先生。
  - 5) 全国パーキンソン病友の会北海道支部について、北海道支部保科さん、難病連森元さんより報告。  
患者会の役割についてと特定疾患から除外されるのを押しとどめた患者会の運動を紹介。

##### 第126回 平成21年4月14日(火) 札幌ホスピス・緩和ケアネットワーク西部会と合同開催

- 1 研修 札幌市西部地域における、在宅ホスピス・緩和ケアの現状を知るために、ぐるぐる図を使い、地域での入退院の現状を報告した。
- 2 事例検討 在宅療養をしているがん患者の実態を知ること
  - 1) 平成20年1月～12月の間に病院を退院し、西区地域で在宅療養を開始した患者27名について一覧を行い、在宅療養開始までの経過の概要を、それぞれの担当者から報告
  - 2) 訪問診療、訪問看護の状況について情報提供  
在宅での治療の実際、鎮痛薬使用の実際、終末期の実際など
  - 3) 全経過を通しての、主に連携に関する課題について  
退院までの課題の検討、継続中の問題点の洗い出し、地域ネットワークについてなど今後の課題について話し合われた

## 第127回 平成21年5月19日(火)

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」

報告書(V)として発刊済み

## 第128回 平成21年6月9日(火)

### 1 研修 認知症へのかかわり～その① グループホームについて

グループホームすこやか 管理者 青柳さん

グループホームは、平成18年の改正により、地域密着型サービスの一つとして共同生活でありながら、在宅サービスの位置づけとなっており、9人を1ユニットとして、原則として個室の提供と家庭的な雰囲気の中で介護スタッフによる日常生活の支援や機能訓練を受ける事ができる。

### 2 事例検討

#### No.9176 94歳 女 要介護4

在宅生活を送っていたが、介護者の介護困難時に入居。意識が明瞭な時と不明瞭な時があり、明瞭な時は頓知の利いた冗談も出るが、不明瞭な時は会話もかみ合わず、また意味もなく動き回る事を繰り返し、夜間もゆっくり休むことなく大きな声を出す。

ケアの取り組み：24時間を通じて、生活リズムを考える(睡眠、水分、食事、排泄)。個別に不穏時の対応を検討

#### No.9177 90歳 女 要介護4

一人暮らしで、度々外出して自宅に戻れなくなり、子供達も同居ができないのでグループホーム入居となった。落ち着かないでうろうろ歩き出す事あり、台所での作業等も気になり声を掛けている。そのうち、突然怒りだすなど、他入居者との折り合いも悪くなりケンカとなる事もある。入居後癌が見つかり治療のために入院するも、状況を理解できないのか混乱と拒否により検査すら出来ない状態。一旦ホームに戻るも、認知症状が進行したのか、突然怒り出す事が多くなった。

続いて、西成病院 宮本先生から、事例1・2の認知症状の特徴や治療方法等の解説がされた。その後、スウェーデンのグループホームを視察された時の写真をもとに、実際の状況を説明される。日本と違い、かなり重度な方しか入居できない。ただ、経済的な理由で入居できない事は無い。以前の日本で言う措置に近い取り扱いとなっている。食事を作る事はせずに、外食となっている。

## 第129回 平成21年7月14日(火)

### 1 研修・事例検討 認知症へのかかわり～その②在宅支援

事例 Aさん夫妻

訪看 ST やまのて NS 谷藤さん

#### No.9178 妻 80歳代前半

多発性脳梗塞認知症、気管支喘息、狭心症、腸閉塞をもつ。認知症、喘息発作で入退院を繰り返す。記憶障害があるため、治療の継続(定期服薬や発作時の対応、安静がとれない)が難しい状況であった。

#### No.9179 夫 80歳代後半

後に、夫も認知症となる。妻が亡くなり独居生活を経て、グループホームへ入所となった。認知症状は、短期記憶障害や日時がわからないなどの見当識障害、失禁などもあった。

## 第130回 平成21年8月11日(火)

### 1 研修 認知症へのかかわり～その③

西警察署が係わった在宅療養高齢者の事例について 北海道警察 西警察署 生活安全課

### 2 夏の大型親会 やまさ会館にて 52名参加

## 第 131 回 平成 21 年 9 月 8 日(火)

### 1 報告

8 月 18 日 第 5 回 ホスピス・緩和ケア部会 市立病院にて 参加 100 名

8 月 22 日 第 31 回 日本プライマリケア学会にて活動報告(第 5 報)

### 2 紹介 失語症サロン「E-time(いーたいむ)」金浜悦子さん

### 3 研修・事例検討 認知症へのかかわり～その④総集編 地域でみんなで支えあうために。

No.9179 59 歳 女 若年性認知症 西区第一地域包括支援センター PHN 志釜さん  
仕事に打ち込む人生を歩み、調理は少ない、趣味はない、デイ以外は家にいるが、普段の生活実態は掴めない。他者の介入を拒む反応があり、生活上の問題点の有無や程度の把握、それへの解決策、予防策の糸口が掴めていない。

どのような具体策が考えられるか、どのような社会的体制づくりがよいのかについて検討。

No.9180 51 歳 男 若年性認知症 訪看 ST やまのて NS 谷藤さん  
7 年前から物忘れが目立ち、5 年前アルツハイマーの診断。最近は、幻覚、妄想、失禁、部屋の中を歩き続ける、夜間の不眠、過食などがあつた。意思疎通性も低下、妻は対応に苦慮していた。これらの状況にちょうど良く対応できるサービス提供がみつからない状況であつた。最終的に、精神科対応となつたが、どのような対応をすると良かったのかについて検討。

## 第 132 回 平成 21 年 10 月 13 日(火)

### 1 研修会 医療区分制度はなにをもたらしめたのか① 医療区分 1 の患者はどこへ療養病床の再編

#### 1) 療養病床へのアンケート結果

- ① 医療区分 1 の状態で新規受け入れができる医療機関は、2～30%
- ② 療養病床入院中で医療区分 1 の状態では、30%に退院を勧める
- ③ 相談担当者の 90%は、改善の余地ありと考えている

#### 2) 老健、特養へのアンケート結果

- ① 経鼻胃管、意識障害、腸瘻の患者は、80%が受け入れ拒否
- ② 胃瘻、喀痰吸引、インシュリン注の拒否の理由は夜間帯対応が困難だから
- ③ 胃瘻、悪性腫瘍、病院への要受診者には制限つきが多い

#### 3) 療養病床へ入院中の患者、家族へのアンケート結果

- ① A 病院では、療養病床の 34%、介護病床の 83%が、医療区分 1
- ② 90%の家族は、自宅での介護困難と回答
- ③ 家族形態の変化、老老介護などで介護力不足で、自宅での介護困難と回答

医療機関、施設、患者家族へのアンケート結果により、医療区分制度が行き場のない介護難民、医療難民を生むこと、が示された。この現状について、多くの医療機関、施設から、活発な情報交換、意見交換が行われた。

## 第 133 回 平成 21 年 11 月 10 日(火)

### 1 研修 医療区分制度はなにをもたらしめたのか② 医療区分と ADL 区分とは何?

前回の研修をもとにして、シンポジウムで知られた太郎さん、イネさんが再び登場して検討された。自宅に帰って生活している太郎さんは胃ろうを造り、痰を吸引器で取らなければならなくなり、イネさんは困ってしまっている。そのうち認知症も次第に進行してきた。地域の中で在宅、病院、施設での療養はできるのか、出席者による多くの議論が行われた。

## 第 134 回 平成 21 年 12 月 11 日(金)

### 1 研修 札幌市地域リハビリテーション推進協議会 全体研修会へ参加

## 第 135 回 平成 22 年 2 月 9 日(火)

### 1 研修 改訂版「ホームヘルパー 介護と医療」札幌市在宅福祉サービス協会編の報告

札幌市在宅福祉サービス協会 訪問介護係長 鈴木 紀子さん  
西ヘルパーセンター サービス提供責任者 南原 ユカリさん

在宅医療や医療機器の進歩により、医療依存度の高い人がサービスを受けながら自宅で生活する状況が増える中、札幌市在宅福祉サービス協会では、平成 11 年に「ホームヘルパー 介護と医療」を発行しヘルパーが医療行為の補助として行える介護内容を示し活動の指標とした。

医療行為と原則医療行為でないものを明確に認識すること、原則医療行為でないとしたものを行う際の判断基準を明確にすることの必要性を考え、プロジェクトチームを発足し平成 21 年 10 月に改訂版を作成した。

冊子の構成・・・医療除外行為 (P10～28)、医療行為 (P29～45)

依頼受付時チェックシート (P8) を記入し、現在進行形でモニタリングを行い、ヘルパーが目的を持って観察を行うようになり活用できている

## 第 136 回 平成 22 年 3 月 9 日(火)

### 1 事例検討：思いつき事例検討、超困難事例を考える、と題してこのままでいいのだろうか？あまりにも厳しい現実に、どこまでかかわったらいいのだろうか、必要な役割と連携とは？ など多くの議論がなされた。

No.9181 89 歳 女 独居 水疱性類天疱瘡 DM 認知症 訪看 ST やまのて NS 谷藤さん  
野生化した猫十数匹とともに暮らしていた。コミュニケーションはとれるが、短期記憶障害あり進行。下肢の潰瘍悪化し、訪問看護を開始する。通院も行っていたが、セルフケア能力の低下により入院治療が必要だが入院を拒み続ける。

No.9182 81 歳 女 褥瘡感染 広範囲褥瘡(深度Ⅳ) 訪看 ST やまのて NS 谷藤さん  
褥瘡感染のため緊急入院。治療し転院の話が出るも、経済的理由で拒否し自宅へ戻る。長男には、良くしてあげたい思いはあるもケア能力に乏しく、経済的な理由からサービスの導入を拒む。

## 第 137 回 平成 22 年 4 月 13 日(火)

### 1 研修「2010 診療報酬改定、ポイントはここだ」北海道医療新聞社 編集部 林、伊藤さん

## 第 138 回 平成 22 年 5 月 8 日(火)

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 3」

報告書 (Ⅵ) として発刊済み

## 第 139 回 平成 22 年 6 月 8 日(火)

### 1 研修

#### 1) 認知症サポーター 100 万人キャラバンについて

西区第二地域包括支援センター 桜田さん、山崎さん

認知症患者への支援については、出来るだけ本人の立場に成り代わり、ご家族に理解を求める対応をしている。認知症になってしまった本人を尊重できるような支援体制を目指して、介護サービス事業所等と協力している。高齢夫婦等だと、認知への理解が乏しく暴力行為(虐待)になる例があるが、愛情がないわけではない。認知症に伴う徘徊等の行動には、必ず本人なりの理由があるため、それをアセスメントにより明らかにしていく努力をしている。

#### 2) 認知症ケア専門士について

秀友会病院 在宅部 上野さん

病院でも認知症患者を受け入れているが、本当の意味で認知症を理解しているかが不明。出る



症状を理由如何に抑えたり、入院を拒んだりする例も多い。医療関係者こそ、認知症の理解を進める必要があるのではないかとジレンマを感じている。

#### 第140回 平成22年7月13日(火)

- 1 研修 みんなで考えよう、地域リハビリテーション！ 秀友会病院 赤羽根 誠さん  
坂本医院 Dr 坂本 仁さん

地域リハビリテーションとは、地域ケア、街づくり。だれでもどんな状態でも最期まで暮らしていけること。地域リハビリテーションの基礎を学び、「在宅ケア連絡会」の実践を振り返ってみた。

#### 第141回 平成22年8月10日(火)

- 1 研修 貧困問題を考える～病院周辺地域の見回り活動(ホームレスパトロール)  
勤医協西区病院 MSW 田村優美さん、田村史織さん

病院周辺地域の見回り活動(ホームレスパトロール)、MSWが地域にでることについて解説。心を閉ざしている人へのアプローチの難しさを感じたが、対話した人たちが、相談会などの制度を利用、けがをして勤医協病院へ入院したことなど、きっかけ作りに役だったと思われた。今後も、地道な活動が必要である。病院と行政の連携強化と具体的支援を求めていきたい。

- 2 夏の大型親会 やまさ会館にて 60名参加

#### 第142回 平成22年9月14日(火)

- 1 研修 貧困問題を考える～ホームレスと社会保障  
勤医協西区病院 MSW 田村優美さん、田村史織さん

前回の続編。貧困問題は個人の自己責任に帰結するのではなく社会問題である、というメカニズムについて解説。貧困と格差の問題に関連して、現在の日本のおかれている状況の解説、健康、医療にも表れていること。その結果、無料・低額診療が実施されていること、そして北海道勤医協の事業についてなどの解説。労働と福祉を考える会によるホームレス調査による6事例の紹介。SWだけでは解決できない問題が多く、いろいろな団体、専門家との連携、ネットワークの強化、体系化がますます必要であることが強調された。最後に、病院にかかれず悲惨な結果となる例はもっと多くある、と述べた。

#### 第143回 平成22年10月12日(火)

- 1 研修 退院時支援調整、入退所時調整など患者の動きの現状について  
ぐるぐる図を基に、患者の動向を示す双方向の矢印には関わっている職種の連携ができているのか、退院支援をめぐる病院SWと地域のCMの連携はできているのか、最近役割が重要となっている退院支援看護師の業務についてなど、今、現場で起きていることが確認された。

#### 第144回 平成22年11月3日(水)

- 1 研修 第1回 北海道在宅医療推進フォーラム「多職種協働で支える在宅療養」  
第14回連絡会の連絡会 合同開催へ参加

#### 第145回 平成22年12月14日(火)

- 1 報告 札幌市保健所医療政策課・西区在宅ケア連絡会が合同で行っている「脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査」の進捗状況、経過報告  
2 研修 「今どきフランスの医療、福祉事情」 秀友会病院 赤羽根 誠さん

## 第 146 回 平成 23 年 2 月 8 日(火)

### 1 研修 札幌市保健所医療政策課・西区在宅ケア連絡会の合同調査

「脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査」について

札幌市の 49 の施策における市民満足度調査で、新たなニーズにも対応した医療の確保、という項目について重要度は第 1 位であるが満足度は第 44 位であった。

また、高齢者に対する福祉の充実（介護保険など）という項目では重要度は第 3 位、満足度は最下位の第 49 位であった。今後の高齢化に伴い多くの市民が必要とする医療、予防の役割をもつ保健、健やかな生活をおくるための福祉、この 3 者の連携が今後ますます重要となってくると思われる。しかし、実際に市民が患者となった時、はたして、保健、医療、福祉の間を切れ目なく移動できているのか、あるいはどのような問題があるのかについての状況を示したデータはない。そこで、札幌市保健所医療政策課では「西区在宅ケア連絡会」と合同でこの点について調査を行った。西区民が脳卒中を受診する可能性のある 5 病院のご協力のもと、平成 21 年 1 月以降の入院患者で同意を得た 65 名について調査、分析を行った。

65 名の患者動向をぐるぐる図に落とし込み数値として表した。急性期病院退院時をぐるぐる開始 1 回目とし 6 回目を終了としたが、最終的に 47 名が在宅、回復期 1 名、慢性期 5 名、老健 5 名、特養 0 名、天国 6 名という結果であった。

患者の希望が実現したか否かについての分析も行われた。

## 第 147 回 平成 23 年 3 月 8 日(火)

### 1 研修 脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査結果報告および分析（その 1）

前月に引きつづき、分析を行った。個票 5 症例について意見交換。

事例 1：CVD で急性期、急性期で要介護認定を受けずに回復期リハビリに転院、回復期退院時要介護 4、慢性期療養へ転院。その後介護度変化なし。自宅を希望も実現していない理由として、希望する病院・施設に空きがない、ADL が回復しない、家族の介護力不足。現在も入院中。

MSW：回復期入院当初寝たきり、その後車椅子座位可能。左半盲、嚥下障害あり。夫・息子夫婦と暮らしていた。夫・息子仕事あり、夫は自分のことで精いっぱい介護力なし、特養待機となる。在宅へ戻るには介護力、経済力もない。解決策として家族の指導、地域でどこまで支えられるか。

事例 2：急性期から回復期、慢性期へ転院、要介護 4。ADL が回復しない、介護力不足のため自宅退院実現しない。

MSW：定年退職が近づいている息子がおり介護力確保できる。老健は 2 ヶ月入所待ち。左片麻痺、車椅子レベル、移乗軽介助で要介護 4、介護力クリアでき在宅へ戻れた。

司会：急性期から慢性期、老健後自宅へ戻れないという事例、実際の経験は。

MSW：当院は 1% 位で最後まで看取ることが多い。本人の意思確認できなく、入院相談時在宅へ戻りたいという方いない。要介護 4～5 多く、かつ内科的疾患を抱えているため家族も病院を望む。CVD 後遺症なら老健の人もいるが、年齢的に 7～80 歳くらいだと当院入院を希望する。

事例 3：要介護 5、急性期から回復期、老健に入所。自宅希望だが、医療処置、ADL 回復しない、家族等の介護力不足で希望かなわずにいる。

MSW：回復期から老健というようなパターン現在少ない。老健は在宅とみなされなくなってきた。老健は薬の問題など診療報酬が下がっており長期入所困難。老健の位置づけは通過施設であり、入所期間 3～6 カ月と短くなっている。行政からも早期在宅復帰を指導されている。月々 15 万円位かかるところもあるため、金銭的にも余裕がなければ入所出来ない。

事例 4：女性 55 歳 右片麻痺 夫が仕事をしている。子供 2 人、1 人仕事、1 人は学生。座位保持困難。その後回復期へ転院し、杖歩行可能。運動性失語でコミュニケーション困難。本人、家族ともに自宅復帰希望。家族忙しく介護力不足。コミュニケーションとれないこと、もっと良くなって欲しいと希望あり、リハできる老健へ入所。ST 非常勤のみで満足のいくリハは行えなかった。

司会：訪問リハの方、自宅で出来るリハは？

PT：リハが橋渡し役。病院では行えていたが、身についておらず行えていない人多い。

PT：生活が成り立つように、サービスを提供するため、リハは後回しになることが多い。

PT：訪問 ST は手稲区に 3～4 名、他区は 1 名いるかいなか。訪問 ST を増員するように働きかけが必要。

MSW：山の手リハでは通所 ST いる。リハビリセンターも高齢化進んでいる。出入りはある。医療保険・介護保険うまく使いながら行わなくては、制度複雑化している。

事例 5：男性 84 歳 車椅子レベル 立位・寝返り・移乗動作に介助を要す。糖尿病を合併。認知症の妻(家事・介護が出来ない)有。1 度骨折、リハ目的で回復期へ転院、インシュリン・排泄等介護保険限度額までサービス利用し自宅退院、褥瘡の為入院。褥瘡処置、体交は現在の介護保険上では困難。

PT：石狩市では介護保険で限度額使用した後、障害制度を使用した事例があった。

MSW：石狩市は寛容。介護保険を利用してから障害制度を使用する事は無理。あくまで介護保険優先で、上乗せで自立支援法を使う方法はある。

MSW：介護保険サービスがまだ使える状態で自立支援ヘルパーを無料で導入できる事例があった。

MSW：身障では、世帯収入に応じ負担額が決まるので、介護保険よりも負担額は安くなることになる。

MSW：外来で 2 件類似事例があった。1 件目は、要介護 4 で全介助レベルの方。訪看では足りず、自立支援を使用した 2 件目は、要介護 4 の脊髄損傷の方。身障ではじまり、身体介護を受けている。

会場：アンケートをとる際、本来患者が思うことと医療側と食い違うことは具体的には？

医師：看護師、SW、セラピストよりも、医師が 1 週間 1 ヶ月で在宅は無理だと説明時に動機づけしてしまうとずれるのでは。ここで「在宅を目指そう」と言われたら家族も在宅目指したくなる。医師はじめ、医療従事者が制度の知識をもっと持っていれば違うだろう。

## 第 148 回 平成 23 年 4 月 12 日(火)

### 1 研修 脳卒中患者追跡ぐるぐる図調査結果報告および分析(その 2) 個票 3 症例について意見交換。

事例 6：男性 68 歳 妻と二人暮らし 妻持病あり 子供二人(48 歳、38 歳ともに妻子あり)。脳梗塞再発 右麻痺 失語となり回復期リハへ。動作時の介助量が多く、今後も大きく回復は期待できないと医師から告げられた。今後は自宅に帰ることができるでしょうか？病院、施設での受け入れに対する医療区分、利用費などの問題もあるとおもわれる。

PT：一年間で 2～3 度再発し病院へ戻る方もいる。介護度は変わらないのに右麻痺→左麻痺と続いて不安になっている方もいる。精神的に支えてあげたい、再発を予防してあげたいが、できなくて悔しい思いをしている。

NS：一人暮らしで、次第に認知力が低下し、毎日サービスを入れているが生活の自己管理ができず、血圧が上手くコントロールされずしょっちゅう再発する方もいる。

ヘルパー：1 回退院した時は家族も協力するが、2～3 度繰り返すうちに家族も疲弊することが多い。そのうちショートステイやデイを頻繁に使う方が多い。

事例7：家族の介護力がない。高齢者共同住宅を希望していたが空きがなく、特養に入所中。

司会：高齢者共同住宅とは？

薬剤師：ほとんどが個室。ヘルパー派遣されていたり、食堂があったり、そこからデイに行ったりしている人もいる。部屋の中は普通でサービスを受けたくない人は受けなくても良い。下宿のような感覚に近い。一軒屋に3～4人で住んでいるようなところもある。こういうところには訪問というかたちで薬剤師が入ることが多い。認知症があり内服管理が難しい人は管理者に伝えたりする。

ケアマネ：介護度が高いと朝だけとか昼だけなどの短時間のポイント介護が受けられない。結局自費になるので費用が高くなる。他にナーシングホームも細かい介護が受けられないところがある。介護度でいうと3・4の人が多く、5の人はあまりいない。やはり生保の方が多い。

事例8：アルコール依存症。介護度が高い。保護基準の施設が不足していて、空きの目処がたたず、長期療養により認知が進行すると判断されたため、老健に入所。入所後は医療体制がしっかりとっていると、ご家族から「結果的には老健で入って良かった」との連絡があった。ただいつまで老健にいれるのかななどの問題がある。

司会：老健、特養について

ヘルパー：老健は自分から選んで入るとい方は少ないように思う。老健から自宅に帰った方も多い。生活保護の方でも高額所得者が数十万で受けれるサービスと同じ内容のものを受けることができるので、生保の方は月2～3万と低くすむ。家族にとっては何かあると診てくれる施設の方が安心。老健は特養よりも医師、看護師、リハがあるので安心する人多い。

司会：アルコール依存症の方が施設に入るメリットは？

NS：自我が脆弱なので守られた環境だとアルコールをやめる方も多い。他に透析をやっていると特養・老健には入れない。高齢者共同住宅はそういう人の受け皿になっていることが多い。

総括 札幌市医療政策課 渡辺さん

今回の調査を進めていく中で、退院後の希望には家族の意見が入っている方が望ましいなどの意見を頂き、意義のある調査となった。調査をしていく中で、なぜ退院後の希望が実現できないのか、疑問に思うこともあった。今後はそういった希望をかなえられる取り組みをしていきたい。

## 第149回 平成23年5月21日(土)

公開シンポジウム「ある日突然、脳卒中になったら」～西区脳卒中患者追跡ぐるぐる調査から～  
西区在宅ケア連絡会・手稲区在宅ケア連絡会

札幌市介護支援専門員連絡協議会西区・手稲区支部

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

(次ページ以降に詳細)

## V シンポジウム

シンポジウム 『ある日突然、脳卒中になったら・・・』

(第 149 回西区在宅ケア連絡会 第 94 回手稲区在宅ケア連絡会)

(札幌市介護支援専門員連絡協議会 西区・手稲区支部研修会)

(札幌市医師会西区・手稲区支部地域ケアに関する合同研修会)

平成 23 年 5 月 21 日 (土) 西区民センター 大ホール

突然脳卒中自宅で倒れ、救急車で病院へ運ばれました。知らないこと、とまどうことばかりが続く入院の日々です。あなたの不安、心配なことはなんですか？

西区で発病した、脳卒中患者の実際の入退院の動きについて、患者・家族の希望が叶ったかどうか、調査しました。その結果、いろいろなことがわかりました。

家に帰りたいけど、誰が支えてくれるの？お金はいくらかかるの？施設、住宅はどんなところがあるの？など知らないことばかり。

でもきっと大丈夫！みなさんで一緒に考えましょう。

と、町内会を通じて西区市民の皆さんに広くご案内して開催されました。

参加者 150 名 (運営スタッフ含む)

出井 (司会) :

今年市民公開シンポジウムは、「突然脳卒中になったら、一体どこの病院に行って、そしてどのくらいお金がかかるの？そしてお家に帰れるのだろうか？帰れなかったらどうなるのだろうか？」ということをや非常に分かりやすく、皆さんと一緒に考えていきたいということで、企画いたしました。私は、西区の在宅ケア連絡会幹事、札幌西円山病院のソーシャルワーカーをしています出井と申します。

岩間 (司会) :

手稲区在宅ケア連絡会の幹事、秀友会病院の社会福祉士の岩間と申します。

出井 (司会) :

開会のご挨拶を、札幌市医師会西区支部長、札幌第一病院嵐先生お願い致します。

嵐 (札幌市医師会西区支部長・札幌第一病院院長) :

札幌市医師会では、「市民の皆様信頼される医師会」をテーマにしてやってきております。このシンポジウムは、とくに病診連携、病病連携、さらには介護施設、それから訪問診療、訪問看護、あるいは老人保健福祉関係の皆様とか、そういった人たちとの連携を深める良い機会であると思っています。レジュメには、病気になった時にどうすれば良いのかが、キチンと書かれていると思います。それで、専門家と、また市民の皆さんもそこのところで議論に加わっていただいて、知識をお互いに深めていただきたいと思います。

出井 (司会) :

次に、札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部長青野さんお願いいたします。

青野 (札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部長) :

札幌市全市の介護支援専門員数は 1,234 名ほどおります。西区では 137 名、手稲区は 97 名です。居宅支援事業所は、西区が 34 カ所、手稲区が 25 カ所です。

各区支部ごとに年間いろいろと質の向上ですとか、皆様のお役に立てるように、研修会等も開催をさせていただきます。よろしくお願ひしたいと思います。

出井（司会）：

ありがとうございます。それではシンポジウムを開催してまいります、その前にこのシンポジウムの内容、ねらいなどをお話いたします。

今回のシンポジウムは、「脳卒中になったら」ということをテーマといたしました。自宅で倒れて、病院に運ばれた。その後、家に帰りたい、帰るにはどんな条件が必要なんだろうかということが一番大切なこととして、分かりやすく、そして、今日このシンポジウム、この研修会でできるだけ不安をなくすこと、そして少しでも安心して帰れるようにということを念頭に置きました。よろしくご協力お願ひいたします。

それでは次に、初めてお聞きになる方も多と思うんですが、今日のシンポジウムの中で使わせていただく「ぐるぐる図」を少し説明させていただきます。

これは「ぐるぐる図」というふうに、私たち在宅ケア連絡会で作成したものです。これは、地域での医療・介護・福祉・保険、おおよそどんな病気・障害でもこの図の中で動くというふうなことが言えるということで、図式にしたものなんですが、でもこれ分かりづらいですね。私たちは、普段この「在宅」つまり家で暮らしているわけです。

今日、これから出てまいりますけれども、予測していない脳卒中で倒れてしまった。それで救急車を呼んで入院します。おおよそ脳卒中の方の場合には、この「急性期医療」というところに救急車で搬送される。ではこれはどんな所だろうといいますが、救急車で連れていかれる病院、たとえば市立病院とか、緊急対応するような病院だというイメージを持っていただければと思います。ただし、ここは長くは入院できない。これは後ほどまた説明があります。

そして、流れで番号が書かれてありますけれども、たとえば、長くはいれないけれどもリハビリが必要だといった場合には、「回復期リハビリ」と書いてありますけれども、リハビリテーションを目的とした病院、ただしこれは、入院できる方を対象を定めています。脳卒中とか、あるいは骨折とか、そういう方々に対して、ある一定の期間を入院してリハビリするというような目的を持った入院する病院です。

慢性期医療の介護施設というのは、療養を目的とした長く入院する施設、長期療養型の、昔は「老人病院」といわれていた所です。ただし、ここもだんだん変化して、「社会的な入院」とよく言われましたよね。本当は病院で長期入院しなくても、生活できそうな人は「ここから除きますよ」ということで、慢性期の医療、長期療養する病院のベッド数を減らしましょうという動きが、いま起きていることです。

介護保険で定めている長期入院、あるいは療養できる施設は、老人保健施設、特別養護老人ホーム、こういった所が地域の中に存在しております。

もちろん、この急性期とかりハビリする病院からお家に帰る方もいらっしゃるし、ここからまっすぐここに移られる方もいる。つまりは、こういう在宅療養、ご自宅での生活を中心としつつも、このような環境に行ったり来たりする。それがこの番号どおりいくわけではなくて、いろんな双方向性という言葉は硬いですが、いろんな行き先が飛び交うわけです。これが、いま地域で起きている医療とか介護、それから何度でも行き交うような、往復するような、そういうようなことを図式にしたものです。

これは、これから脳卒中の追跡調査をした報告をします。その脳卒中の方はどんなふう動いていくのかということ、この図に当てはめながら今日は考えていって、不安なことをたくさん持ち帰るのではなくて、少しでも安心して、明日の生活に安心が与えられるように、得られるように、皆さんで共有するのが目的ですので、まずこの図を見ながら、覚えていただけたらと思います。

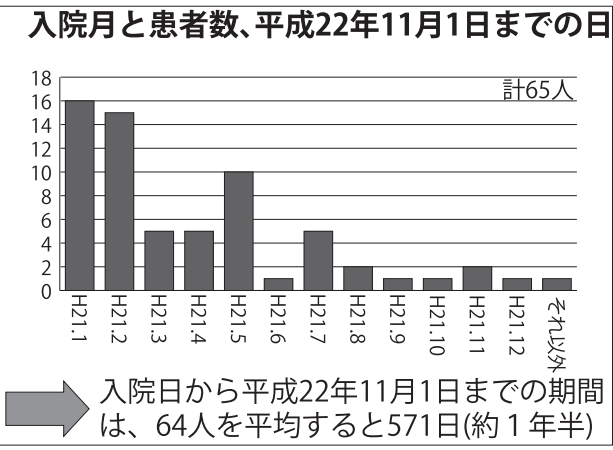
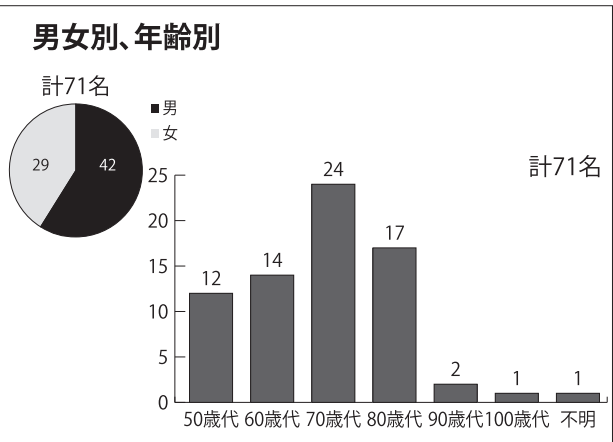
それでは次に、札幌市で行いました脳卒中のぐるぐる図、追跡調査の報告をいたします。渡邊さん、よろしくお願いいたします。

渡邊（札幌市保健所）：

札幌市と西区在宅ケア連絡会で合同調査した結果についてご報告いたします。

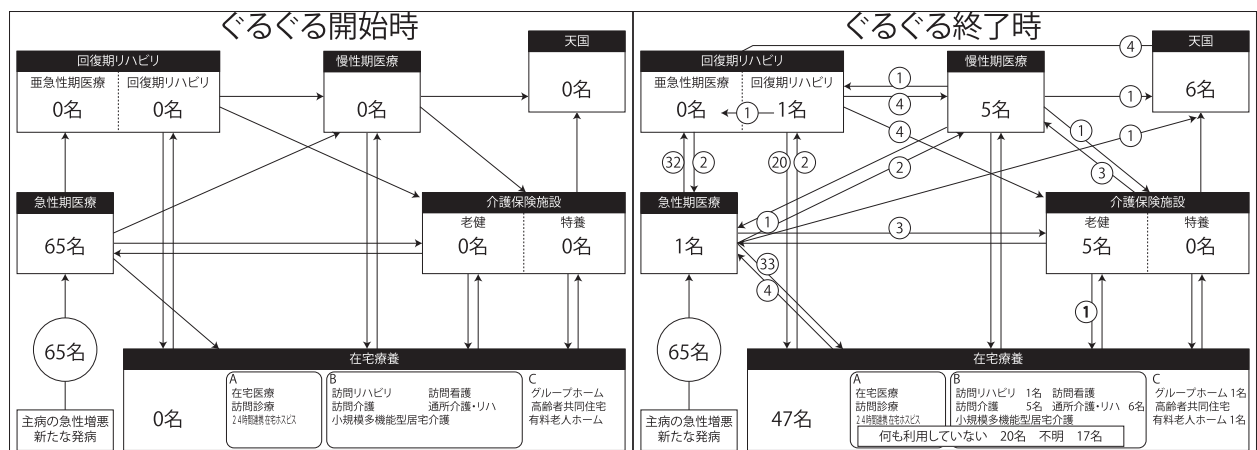
調査の目的といたしましては、「市民により良い地域ケアを」ということで、最終的には、これを目指すものになります。その第一歩として、現状を把握して、課題などがみえれば、その解決に繋げていくと考えました。調査対象者は、西区民のうち、脳卒中になられた方々です。調査は、西区民が脳卒中を受診する可能性のある5病院の協力を得て行いました。

調査項目は、性別ですとか年齢といった基本的な情報、また、病院を入院・退院してから22年11月1日現在までの状況、それを長期間追跡をして、どういう動きをしているのかを調べました。また、併せて患者さんの希望、たとえば「自宅がいいです」「自宅以外を希望します」、そういったことを聞きまして、その希望が実現したかどうか、実現していない場合は、その理由について調べました。結果は計71名を調査することができました。ただ、先ほどお話にありましたぐるぐる図におきましては、入院以降の経過が把握できた65名で分析をしています。



これが簡単な、基本的な情報として分析した結果になります。今回の調査の対象者としては、男性のほうがやや多く、70歳代の方が多く、それ以外の年齢の方となっています。

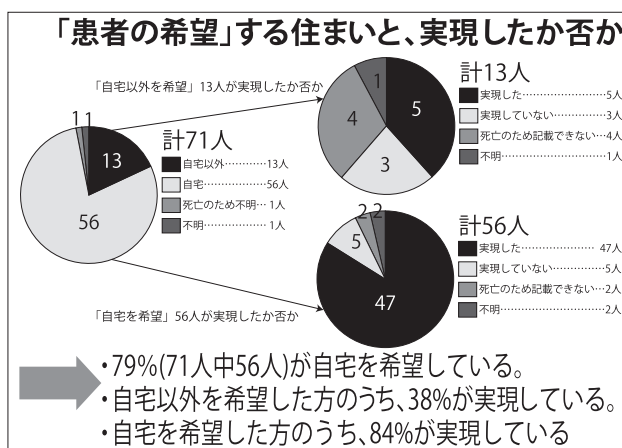
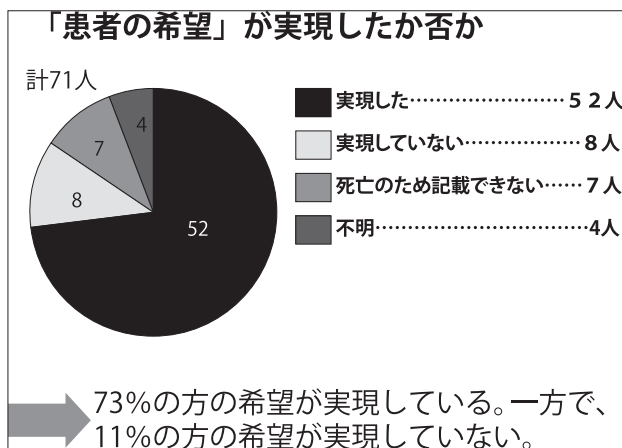
先ほど示した図とは見やすさが違いますが、基本的には内容は一緒です。「急性期医療」、先ほど説明がありましたが、救急車等で運ばれたときに受け入れられるような病院に対して、65名の方が入りましたところ、1年半後には、このような様々な患者さんが動きまして、最終的には、先ほど65名の方が入って、いろんな動きをした中で、最も多く最終的に落ち着いていたのが、在宅療養ということで、47名の方がこちらのほうに入られています。介護保険



施設にもいらっしゃいます。

先ほど調査項目の点でご説明しましたが、患者さんの希望が実現したかどうかについてのグラフになります。これにつきましては、71名のうち52名の方が希望が実現したということになっています。また8名の方が希望を実現していないという結果になっております。

これはさらに深めたものになるのですが、まず患者さんがどこを希望していたか、自宅以外を希望していた13人の方がいらっしゃいましたが、その方々は実現したかどうか。自宅以外を希望してなくて、実現したという方は、13名中5名。実現していない方は3名、あとは不明という方でした。また、71名のうち56名の方が自宅を希望しております、それが叶ったかどうかにつきましては、そのうち47名の方は実現しております。5名の方は実現していないという結果になっております。



出井（司会）：

ありがとうございます。予想外に、自宅に帰られたという方が多かったという結果でもありますが、ここで皆様にもう少し、脳卒中に実際なられて、どのような療養ができるのか、また現実的にどんな問題があって、何が分からないのかということ、詳しくみていきたいと思っております。それでは小嶋先生、よろしく申し上げます。

小嶋（溪仁会手稲家庭医療クリニック）：

これから皆さんに6分半ほどのビデオを観ていただこうと思います。

今日ご紹介したいのは、私が数年間ご自宅のほうで診ている、在宅療養されている80代の男性の方のことをご紹介したビデオです。私が直接インタビューして撮ってきたものですが、ある日、脳卒中になって病院に連れて行かれるわけですが、転んだときに腕も折ってしまっているんですけれども、こういう状況で救急車に連れて行かれて、病院に行くと、脳卒中のショックというのもあるんですけれども、非常に興奮してしまって、病院で暴れるようなことになってしまって、ご家族も見られなくなって、結局3日で、脳出血もあるんですけれども、本当に3日で退院したかたちになって、それからご自宅での療養が始まった方です。

（ビデオ上映）

小嶋（溪仁会手稲家庭医療クリニック）：

とても元気になったケースをご紹介しましたがけれども、麻痺を残したまま療養をがんばられている方もいますし、こういうふうにお元気になられた方もいるし、これから実際に脳卒中になった方が病院なり、いろんな医療機関、それから在宅でどういったかたちで療養を続けていくのか、そのためにどんなことが、どんな手助けが用意されているかということ、これから泉さんのほうからご紹介していただきたいと思っております。



泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

今回私は、自分の家族に置き換えて考えて、架空の家族をつくりました。急性期から家に帰るまで、不安から安心に変わる、そういうところでお話しさせていただこうと思います。『ある日突然脳卒中になったら』です。

これは入院までのあらすじですが、架空の家族です。父は75歳、もう定年していますね。車も乗れていますし、もうとても元気な普通の父です。母は76歳専業主婦です。

そんな時、父に突然その日が起こりました。救急車を呼び、脳神経外科病院に運ばれました。母と私は動揺して頭が真っ白、なにが起こっているのか分からないんです。先生から詳しい状況の説明がありましたが、ほとんど覚えていません。残っていたのは「車椅子の生活になるよ」ということだけです。

入院してからいろいろなことが心配になってきました。一つは、これからかかる費用です。特に入院費。医療福祉相談室というところがあります。誰に相談したらいいかなど、入院中に気になっていたんですが、看護師さんから「医療福祉相談室がありますから、そちらに行ってください」というふうに言われました。

そこで、札幌秀友会病院の医療福祉相談室の阿部さんいますか？父は先ほど年金生活と言っています。厚生年金が17万円程度です。入院費用ってどのぐらいかかるんですか？

阿部（札幌秀友会病院）：

入院医療費の心配があると、治療に専念できないということもたくさんいらっしゃると思います。この方の場合75歳ということは、後期高齢者医療保険の対象と思われ、また、年金も17万円程度受給されているということなので、課税世帯という理解でご説明をさせていただきます。

医療費は1カ月の支払い限度額が設定されており、この場合、表のほうにもありますが、

急性期医療				
	3割	一部負担金/月 (A)	食事療養費/月 (B)	合計/月 (A+B)
後期 医療 保険 高齢者	3割	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	23,400円	一部負担金+23,400円
	1割	44,000円	23,400円	67,800円
	低所得2	24,600円	入院90日まで18,900円	43,500円
			入院91日以降14,400円	39,000円
	低所得1	15,000円	9,000円	24,000円
国民 健康 保険	上位所得者	150,000円+(医療費-500,000円)×1% <83,400円>	23,400円	一部負担金+23,400円
	一般世帯	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>	23,400円	一部負担金+23,400円
	非課税世帯	35,400円 <24,600円>	入院90日まで18,900円	54,300円
			入院91日以降14,400円	49,800円

44,400 円を限度としております。また、右側に「食事療養費」というのがございますが、「食事療養費」として 1 カ月 23,400 円かかりますので、合わせると 1 カ月の支払いは最低 67,800 円ということになります。そのほか若干実費がかかるとお思いますので、月 7 万円から 9 万円程度考えていただければよろしいかと思っております。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

介護保険のことの相談とか、いろんな相談に乗ってもらえると、やはり入院中にこういうソーシャルワーカーの方、医療相談室の方がいてくれると、私はとても安心しました。愛隣園居宅介護支援所、ケアマネージャーの曾我部さん、介護保険の仕組みの中で、ケアマネージャーさんって、どんな相談にのってくれるのですか？

曾我部（愛隣園居宅介護支援所）

私たちケアマネージャーは、まずその方のお体の状態をお訊きいたします。具体的には、その方の動作で、たとえば起き上がるとか、立ち上がる、歩く、あるいは入浴動作、排泄動作、または調理や掃除、買い物、服薬などの手段を問うもの、あるいはコミュニケーションの能力ですとか、社会との関わり具合、あとはご自宅の住環境ですとか家族関係、あるいは家族の介護力といったものを、把握していきます。

介護保険のサービスは、ただ単に一つひとつの場面ごとのお手伝いをするということだけではなくて、住み慣れた自宅とか地域で安心して暮らしていき、あるいは意欲をもって生活を送ることができることを目指しております。ただ、私たちケアマネージャーが、独断でこういったことを押しつけて、「こうやったらいいよ」ということではなく、一緒にご本人さんご家族さんと考えながら各専門職につなげていって、その方たちと連携してその人らしい生活が送れるように、本人を中心としてサポートしていく態勢をとっていくというのが、ケアマネージャーの役割だと思っております。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

介護保険申請から結果が出るまでの流れを、教えてもらいました。それで介護保険のほうの結果が出て、介護度と、それから単位数も役所の人は教えてくれました。介護保険の結果が出て、そろそろ退院準備が始まりました。父に必要なのは、ケアマネージャーさんが退院に向けて、先ほどもケアマネの役割を言ってくれていましたが、病院スタッフと細かい打ち合わせをして、父に必要な在宅支援サービスの提案をしてくれました。このスライドにあるように、1 番から 5 番です。「父に必要なものその 1、訪問診療」です。

小嶋（溪仁会手稲家庭医療クリニック）：

実際には、お家を見せていただくというのは、病院で患者さんに来ていただくよりも情報がすごくたくさんあって、お家に行かせていただくメリットはすごくあると思います。もちろん患者さん、大変な通院をしなくて済むというところはあるんですけども、私たちお家を見ると、まず足場を見るんですね。「この人たちは歩く時に危なくないかな」って、結構家の中には電線ビンビンと這っていたりとか、カーペットがいっぱいあったりとか、段差があったりとか、「これは危ないな」ということを、お家に行って初めて分かるということがあります。

飲み込みが悪い人は肺炎にもなりやすいです。どうもおしっこがうまく出ないとおっしゃる方もたくさんいらっしゃいますので、そのへんがうまくいくかどうか、お薬を出したりしながら調整をします。そして実際にはもっと持病のある方も沢山おられますので、特にその再発、脳卒中に再びなりにくくするように、血圧をきちんとコントロールしたり、コレステロールが高ければ、コレステロールをきちんと下げのお薬を飲んでいただいたり、そういったことをお家

で続けていただけるようにサポートしています。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

次に「2、訪問看護」、でも訪問看護師さんはなにをしてくれるんでしょうか？

谷藤（訪問看護ステーションやまのて）：

まず訪問看護は、全体的に言うと、利用者さんの体や心の健康状態に合わせて、それから病状を良くしたりだとか、病気を悪くしないようにして、質の高い生活を送れるように支援させていただきます。具体的には、血圧、脈、体温などを測定したり、あとはお食事をとれているか、排泄をきちんとできているか、睡眠はきちんととれているか、痛みはないかなどの症状を確認させていただいて、その方のいまの病状とか体とか心の健康状態を確認させていただきます。それには経過を見ながら、その健康状態がよい方向にむかっているのか、それとも悪い兆候にあるのかというような見通しを立てていきます。

もう一つは、より健康状態や症状を良くするための生活上のアドバイス、たとえば脳血管障害であれば、血圧を安定にすることが大事なので、そのためのお食事の仕方であるとか運動とか、休養のとり方とか、そういうようなアドバイスをします。あとはお風呂に入る介助であるとか、あとは食事の介助、排泄の介助も健康状態に留意しながら、病状を悪くしないような方法で介助をさせていただきます。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

次は「3、訪問リハビリ」です。訪問リハビリテーション連絡会の竹内さんいらっしゃいますか？毎日リハビリって来てくれるんでしょうか？あとは、お金ってどのぐらいかかるんですか？教えてください、お願いします。

竹内（訪問リハビリテーション連絡会）：

毎日の訪問についてですが、現状では難しいです。まず訪問リハビリをするスタッフが少ないということです。訪問リハビリはなにをするかということですが、私たちはなるべく元の生活に少しでも近づけるような支援を一つずつしていくことと思っています。お家におうかがいしましたら、まずご本人さんがどのぐらい家の中で動けるのか、1日をどう過ごしているのか、を聞いたり、実際にやってみてもらったりしています。そこから、その方がたとえば、後遺症があったとしても、このお父さんみたいに右の手足が動く力があるとか、ここは座っていられるとか、一歩二歩歩けるといように、できることが必ずありますので、いま出来ていることを今よりももっと伸ばしていくことを相談させてもらって実践もしています。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

次に「4、訪問介護」ですね。西野ケアセンター・ヘルパーステーションのヘルパー主任の若山さんにお尋ねします。家族が同居していると、ヘルパーは来れないと聞いたことがあるんですけど、いかがですか？

若山（西野ケアセンター・ヘルパーステーション）：

ご家族と同居している方のご質問ですが、お風呂の介助の場合は、ヘルパーを利用することができます。しかし、お掃除やお洗濯とか料理をすることの内容では、ご家族と同居されていると、ヘルパーを利用できないという場合があります。それはどういう場合かというのは、ご家族がどれぐらいその方に対してご支援できる状況かどうかというのを、ケアマネージャーがいろいろ聴き取りして、それで検討して判断するということになります。しかし、「同居して

いるからヘルパーはダメ」というきまりではないので、是非ケアマネージャーさんにご相談していただきたいと思います。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

ヘルパーは家族がいても来てくれるということが分かりました。父にはよくても、でもほかの人にはだめということもあるというのが分かったので、必ずその都度、ちょっとケアマネさんと相談させていただきます。

そして最後に、「5、通所介護」ですね。ケアマネの曾我部さんが、今度は母のことも気にしてくれていたんです。「車椅子生活で家に出ることが難しくなると、夫婦2人きりで、お互い息詰まるよ」って。「気分転換するために通所に行ったほうがいいんじゃない」と教えてくれたんです。その通所って一体どんな所なんだろうな、と思いましたので、西野デイケアサービスの所長の菊池さんいらっしゃいますか？

菊池（西野デイケアサービス）：

まず、男性の方が利用するという事は、まったく心配ないと思います。最近は、男性の方で利用されている方はたくさんいらっしゃいますし、たとえば今日のお父さまもそうですし、ここにいらっしゃる男性の方が、万が一明日からデイを利用されるとしても受け入れるように、私たちがいろんな工夫をしています。たとえばお父さまの場合ですと、庭のお手入れが好きということであれば、なにかそういう草木をいじれるような、いろんな作業ができないかなあとか、また、男性の方ですと、結構リハビリを一生懸命やりたい方とかいるんですが、そういう方が結構専門的にリハビリを受けられるようなデイサービスというのもあります。

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

何か安心して父を任せられるような感じがしました。父に必要なのは、まだありました。段差の解消、手すり、ベッドのレンタル、あとはお風呂の入浴用品の購入です。でも、入院中からでも、たくさんの専門職の方々からアドバイスされて、悩みを聞いてもらったり、相談してもらえたりして、当初、脳卒中で入院したあの時の気持ち、漠然とした不安が消えていきました。一人で悩まず、相談できるのは、本当に安心につながるんだなという。それでこの家族、架空の家族ですけども、これで家に無事に退院することができました。

ある日突然脳卒中になっても、私たちのまわりには、医療福祉の連携による心強い支援体制があるということを知ってもらえたら、良かったのかなと思います。

出井（司会）：

脳卒中になって、病院からご自宅に帰る流れの一つの例として、いま皆さんと一緒に見てまいりました。ご自宅に帰られればいいんですけども、帰れない場合もあります。ご自宅以外の生活場所を選択された方、その方がどのような生活になるかということに関しましては、次に乙坂さんから説明をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いたします。

乙坂（西区介護予防センター西野）：

入院をしまして、ご家族や本人に「どうしましょう」と言った時に、帰れる場合と、ちょっと住む場所を変えなくてはいけないかなという選択をしなければならない場合があります。それは、必ずしも本人が希望するだけでなく、ご家族が「ちょっと家だと難しいのかな」という選択をされたり、あるいは本人がご家族に気遣いをされて「私のことで家族に迷惑をかけるのはなんだな」というふうに、選択をされる場合があります。ただ、いまこれからご紹介する施設なんですけど、この本当に5年・10年の間に、住まいに関する考え方というのも変わっ

てきておりますので、従来のような、不自由になったらもう施設に行くしかないんだということではなくて、かなりいろんな幅広い住む場所、生活をしていく場所というのが、どんどんできつつありますし、この領域に関しましては、いまある制度等について若干ご説明をさせていただきます。

重度の介護が必要だというのは、自分の意思でなかなか思うように体を動かすことができないというようなイメージでございます。この下のほうの「自立」というのが、まさしく今日この場所に来ていただいている皆さんと同じで、ある程度自分の意思でお体を自由に動かしたりすることができるということです。そして向かって右側が、いま皆さんがお住まいの「在宅」というところでございますし、そして左側の「施設」というのが、ご自分でなかなか思うように、体だけのことでなくて、認知症という病気もありますので、体は元気なんだけれども、なかなか気持ちが通わないとか、会話が通じなかったり、意思の疎通が難しくなってくるような場合もございます。

この施設の制度についても非常に複雑ですし、日々変化していっています。新しいものもどんどんできてきておりますので、いまはないかもしれないけれども、もう何カ月か先には、皆さんの希望するそういうものができたりするかもしれないし、あるいは、隣近所で住みなれた地域で住みたいという方の場合は、その地域の中で安心して住める場所を、みんなで揃って作ればいいんじゃないかというようなこともご協力できるのかなと思っております。

出井（司会）：

このぐるぐる図にあります下の各施設やサービスなどについての説明をいただきました。

冒頭では医療政策から脳卒中患者さんの流れについての説明、その後は脳卒中を発症された後、自宅に帰るにあたってどのような準備が、また、どのようなサービスがあるかということ振り返ってまいりました。また、ご自宅以外の生活場所を選択された場合の施設、住宅環境についての説明をいもうかがったところです。市民の方、どうぞお気軽にご質問いただければと思います。

会場から（男性）：

本日は順を追って説明をいただいて、的確に流れの中で教えていただきました。

在宅介護については、70%の方が在宅介護を希望するという事で承っておりますけれども、訪問介護をされまして、日中は訪問介護ということで、適切に介護をしていただいておりますけれども、夜の部について一言もちょっとふれられなかったところがありますので、夜間のところについて、訪問看護をされた後、夜間の看護ということ、寝たきりになりますと、夜間はそれなりの介護が必要となります。やはり家族の方がその面倒をみることにありますが、それは1日や2日でしたら、それは当然の義務と言いながら看ることができますが、長期にわたった場合、大変だと思うんです。心身的な苦勞も出てくるし、そうした場合、どのような対応策があるのかということと、夜間、家族で介護をしておりますと、長い間経つと心身的に相当疲れもきます。そうすると、やはり介護される方、する方、先ほど冒頭にお話ありましたけれども、どちらか介護をする方も倒れてしまう、共倒れになるんじゃないかということになりますので、そのへんをしっかりケアをしていただくというような医療機関、もしくは行政等において、それについての関わりをもって、ケアをしている方のケアについて、お訊きをしたところでございます。よろしくお願ひします。

出井（司会）：

それでは今日参加している事業所の方の中でお答えいただければと思います。2つ3つ分けてご説明したほうがいいかなと思っておりますが、まず訪問介護を、ヘルパーさんの体制について、

夜間どのような仕組みがあるかということについてのご説明をしたいと思います。

遠藤（すこやか介護サービス）：

西区も手稲区も、24時間訪問できる訪問介護事業所は何か所かあります。24時間どういう介護が必要なのかというのは、ケアマネージャーさんが相談にのってくれますので、たとえば排泄の介助がおむつ交換が必要なのかとか、眠れなくてたくさん歩き回っていてという状況なのか、そういう細かい内容をケアマネージャーさんと相談した上で、訪問介護のヘルパーが夜の何時に訪問するということが決まります。

出井（司会）：

続いて、必要に応じてということで、病状の変化、あるいは専門家の見立てが必要な時にということで、訪問看護が夜間の態勢を設けておりますので、訪問看護師さん、どなたか夜間の緊急の訪問などの態勢についてご説明いただけますでしょうか？

泉（手稲区第二地域包括支援センター）：

訪問看護ステーションは定期で、もし夜間とか早朝とか看護が必要であれば、そのようなプランを立てていただいて、日中だけではなくて、夜とか朝とかという訪問も体制を整えば可能です。あとは、緊急時の訪問看護加算、「いつでも連絡が取れて必要であれば看護します」という態勢加算1カ月540円ぐらいなんですけれど、それ付けていただくと、24時間365日訪問看護ステーションの看護師と連絡がとれて、必要であれば、訪問をさせていただくという態勢をとっております。

出井（司会）：

では、3つ目のシステムとしまして、在宅支援診療所の先生方のお話が、いまのご質問にマッチするかなと思いますので、在宅支援診療所の先生でどなたかご説明いただけますでしょうか。小嶋先生、よろしいですか？

小嶋（溪仁会手稲家庭医療クリニック）：

お手元の資料のほうにも西区と手稲区の一覧表を挙げてみました。在宅療養支援診療所という機能を持った診療所は以外と少ないんですけれども、西区にも手稲区にもあります。こういったところから訪問診療に行っているところは、夜間の対応をしなくてはいけないという決まりがありますので、この診療所から訪問診療に行ってる場合は、夜間になにかあったら、熱が出たり、お腹が痛くなったり、ゲーゲー吐いた時には、必ず対処しなくてはいけないということになっています。

会場から（女性）：

たとえばこの今回のお父さんが脳梗塞で倒れて入院して、今度は車椅子になったんですけれど、その「訪問診療」とあるんですけれど、もしこのお父さんが倒れる前に、糖尿病とか高血圧とか心療内科で診察を受けていて、毎月1回とか2カ月に1回通って、今回このようなことになって退院した時に、その訪問診療の先生には糖尿とかウツとかも一緒に診てもらえるんですか、それとも別にやはり車椅子になったとしても、自分で行かないといけないのかということをお願ひします。

出井（司会）：

では、訪問診療の内容だと思われまますので、小嶋先生、お願いいたします。

小嶋（溪仁会手稲家庭医療クリニック）：

このご質問に関しては、医者次第です。たとえば私は、整形外科の問題であっても、たとえば鬱病だとか精神科的な問題でも、特別できない領域というのではないものです。通常は在宅医療をされている先生方は、かなり幅広くされているので、糖尿があって胃も悪くて肺も少し悪いけれど寝たきりになっているという患者さんには、たいいていの所は対応される方が多いと思います。

出井（司会）：

そのほかのご質問があれば承りたいと思いますが、いかがでしょうか？

上田（西区連合町内会会長）：

私は大正 15 年の 2 月 12 日生まれでございますから 85 歳になります。

今日は 1 時間 50 分にわたる、いろいろなお話しをおうかがいして、私は初めて「なるほどな、こういうことがあるのかな」ということをしみじみ感じております。

ちょっとおうかがいしたいんですけども、今日来ていらっしゃる方で、全く医療関係者でない方、ちょっと手を挙げていただけませんかでしょうか。どれくらいいらっしゃいますか？ありがとうございます。こういうことから考えて、これは今日の会合を計画した方をお願いをしたいわけですけども、是非、これはいっぺんに増やしていくことはできないと思います。こういうふうに、少しずつ少しずつ年を重ねることによって生きていけるんだらうと。そして病気に対しても理解が深まっていくのだらうと思いますので、恐縮ですけども、「去年あまり集まらなかったから、もうやめようか」ということではなくて、少しずつ少しずつ増やしていくということを地道に続けていただければありがたいなと思います。そういう声があったということの一つ心に留めていただければありがたいと思います。以上です。

出井（司会）：

ありがとうございます。上田会長さんには、いまわれわれにも貴重なお言葉をいただきましてありがとうございます。もうお一方、手稲区の町内会の南さんから今日のシンポジウムの印象、ご参加されてのご感想などをお願いいたします。

南（手稲区前田連合町内会副会長）：

私は手稲区の前田連合町内会の副会長をしております南と申します。ただいま、琴似の大先輩の連町の会長が言ったことは、私も大賛成でございます。いま、手稲区の人口は 14 万人です。そのうち 65 歳以上の方は約 21%、29,500 人います。そのうちお一人暮らしの方約 7%、8,620 人おります。

今日お話しをうかがったところによりますと、私が考えるのには 3 つの段階がありまして、まずは病気になる前にいろいろな予防をすること。残念ながら病気になりましたら、立派な先生に診察をしていただいて治療を受けること。ある程度治療が終わったら、その後施設も利用したりしてアフターケアすること。この 3 つの段階があるのかなと思いますが、町内会の役割としましては、やはり最初の段階で、予防の段階が必要でないかと、今日つくづく考えました。

そのためには、まず体を動かすことから始めたいと思います。それで 65 歳以上の方、とにかく体を動かしていこうと。夫婦 2 人の方は、お互い夫婦でどこか外出したり、お互いにけんかをしながら、ほどよい体の動かし方になっているのかなと。ところがお一人暮らしの方は、できれば仲間づくりをしてほしい。たとえばいろいろなサロンとか、手稲区でもいきいきサロンとかいろいろな活動をやっております。そういったところに行って、一人暮らしの方はできるだけ仲の良いお友だちをつくって、たとえば適度な運動になるおしゃべりをする。そういう

意味で、できるだけお一人暮らしの方も夫婦の高齢者も体を動かす、口を動かすと、そういうことから始めて、できれば、少しでも予防の段階で、その予防の段階をできるだけ長くして、優秀な先生にかかるのを少しでも少なくしていきたいなど、つくづく今日感じました。本当に今日は大変有意義な話を聴かせていただきました。

出井（司会）：

上田さんと南さん、貴重なコメントありがとうございます。今後の継続開催について、また要望についても、今日は6団体、私どものスタッフで構成しておりますが、今いただいた意見を今後の事業に反映させていけるように検討してまいりたいと思います。では最後に、小嶋先生からまとめをお願いしたいと思います。

小嶋（溪仁会手稲家庭医療クリニック）：

皆様長時間にわたりお疲れさまでした。十分腑に落ちたところだとか、頭にしっかり残ったところと、なかなか覚えきれないなと思うところがあると思います。せっかく資料も作っていますので、是非大事にとっておいていただいて、分からないところ、なにか振り返っていただければいいなと思います。皆さん患者さんご本人になることもあれば、それを支えるご家族になると思うのですが、決してその本人とかご家族だけで支えきれないものでもないですし、そのように孤立する必要はまったくないのだと思います。今日はたくさんの医療関係者がここに来ていますが、みんなで支えたいと思っていますし、支えているんだろうなと思います。皆さんご家族だけではなく、いろんな人の助けを借りて、療養を進めていただければと思います。

本当に、これからも是非続けたいと思っていますし、また来年も皆さんお元気な顔で来ていただけたらすごく嬉しいです。今日はどうも本当にありがとうございました。

出井（司会）：

今日は、『ある日突然脳卒中になったら・・・』ということで、何名かのスタッフからの説明、また解説を加えて、2時間ほどどのような現状かということで議論をしてみました。最後に閉会のご挨拶をいただきたいと思います。札幌市医師会手稲区支部長田中さんからお願いいたします。

田中繁道（札幌市医師会手稲区支部長）：

皆様ご苦労さまです。札幌市医師会手稲区支部長の田中と申します。今日は、公開シンポジウム『ある日突然脳卒中になったら・・・』ということで、各専門職の方々から、非常に詳しく教えていただきました。

私自身ずっと、急性期の病院勤務であったものですから、こういう脳卒中なら脳卒中になって、急性期以後の患者さんの流れというのは、どんなような具合になっているかというのは、医療従事者といいながら、疎いところがあったんですが、非常に勉強させていただきました。たぶん一般の方々も、もっと勉強になったのではないかと思います。

以上で終わりたいと思います。有難うございました。



## VI シンポジウム参加者・アンケート結果

### 1 参加者

	合計	西	手稲	中央	北	豊平	清田	南	石狩	他
医師	8	4	4							
歯科医師	1		1							
看護師	3	2	1							
保健師										
薬剤師										
OT	7	5	1	1						
PT	9	7	1	1						
ST	2	2								
ケアマネ	10	5	3							2
MSW	7	3	4							
社会福祉士	4	1	2	1						
介護福祉士	1									1
相談員	1	1								
ヘルパー	6	5	1							
札幌市医師会										
美容師	1						1			
製薬会社										
管理者	3	3								
管理栄養士										
事務	1			1						
実習生	2	2								
一般	26	18	6							2
なし	9	7	2							
その他	6	4								2
合計	107	69	26	4	0	0	0	1	0	7

### 2 アンケート

#### Q1 シンポジウムのテーマは？

	18年5月		19年5月		20年5月		21年5月		22年5月		23年5月	
良い	98	(70%)	74	(69%)	112	(92%)	51	(86%)	58	(80%)	52	(98%)
普通	40	(29%)	27	(25%)	9	(7%)	6	(10%)	14	(19%)	1	(2%)
悪い	0	(0%)	4	(4%)	1	(1%)	1	(2%)	0	(0%)	0	(0%)
無回答	2	(1%)	3	(3%)	0	(0%)	1	(2%)	1	(1%)	0	(0%)

#### Q2 開催時間は？

	18年5月		19年5月		20年5月		21年5月		22年5月		23年5月	
良い	53	(38%)	63	(58%)	81	(66%)	33	(56%)	49	(67%)	34	(64%)
普通	72	(51%)	37	(33%)	37	(30%)	20	(34%)	20	(28%)	19	(36%)
悪い	14	(10%)	2	(2%)	4	(3%)	5	(8%)	3	(4%)	0	(0%)
無回答	1	(1%)	2	(2%)	0	(0%)	1	(2%)	1	(1%)	0	(0%)

Q3 開催場所は？

	18年5月	19年5月	20年5月	21年5月	22年5月	23年5月
良い	75 (54%)	68 (63%)	94 (77%)	46 (78%)	56 (77%)	40 (75%)
普通	53 (38%)	36 (33%)	22 (18%)	12 (20%)	14 (19%)	12 (23%)
悪い	11 (8%)	2 (2%)	5 (4%)	0 (0%)	2 (3%)	1 (2%)
無回答	0 (0%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (2%)	1 (1%)	0 (0%)

Q4 参加して良かったでしょうか？

	18年5月	19年5月	20年5月	21年5月	22年5月	23年5月
良い	99 (71%)	66 (61%)	114 (93%)	53 (90%)	58 (80%)	48 (91%)
普通	35 (25%)	37 (34%)	7 (6%)	3 (5%)	13 (18%)	5 (9%)
悪い	3 (2%)	3 (3%)	1 (1%)	1 (2%)	1 (1%)	0 (0%)
無回答	2 (1%)	3 (3%)	0 (0%)	2 (3%)	1 (1%)	0 (0%)

Q5 今後も研修を？

	18年5月	19年5月	20年5月	21年5月	22年5月	23年5月
望む	118 (85%)	87 (81%)	117 (92%)	51 (86%)	65 (90%)	49 (92%)
どちらでもない	16 (12%)	17 (16%)	3 (2%)	5 (9%)	6 (8%)	3 (6%)
望まない	1 (1%)	2 (2%)	2 (2%)	2 (3%)	1 (1%)	0 (0%)
無回答	4 (3%)	2 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (1%)	1 (2%)

## VII 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 — 平成17年10月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅲ)のために — 平成21年 1月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅳ)のために — 平成21年 1月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅴ)のために — 平成21年 7月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅵ)のために — 平成23年 5月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅶ)のために — 平成24年 2月 発行分 —

この活動報告書(Ⅶ)は、第123回～第149回の例会活動報告、および平成23年5月、町内会の皆様と一緒に開催したシンポジウム「ある日突然脳卒中になったら・・・」を掲載したものです。

今後、地域包括ケアシステム構築が求められる中、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、などを情報共有しながら議論している当会の活動は、今後ますます重要になってくると思われます。

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：医療法人溪仁会法人本部 ソーシャルワーク支援部 出井 聡  
〒064-0823 札幌市中央区北3条西28丁目2-1 サンビル6F  
TEL. 011-641-8833 FAX. 011-641-6874

平成24年2月 発行

