

# 第16回 奈良県保健医療福祉研究会

## 連携も含めた医療・介護に関する

### アンケート結果について（二面の関連記事）

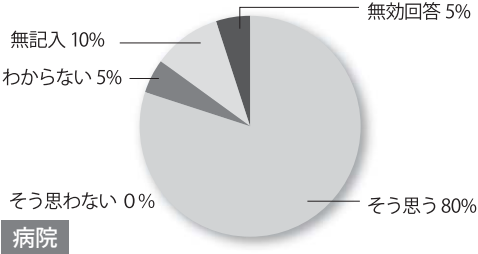
奈良県保険医協会

第十六回奈良県保健医療福祉研究会「健康で幸せな老後のために―医療・介護の現場から見えてくるもの―」では、医療、介護福祉に携わる施設間の連携の現状や現場の課題を把握するため、奈良県内の病院、介護保険サービス提供事業所、当会の医科開業医会員にアンケートを実施しました。アンケートは全て九月二十五日に発送し、十月十五日を締め切りとしました。結果の概要を紹介します。

#### 病院

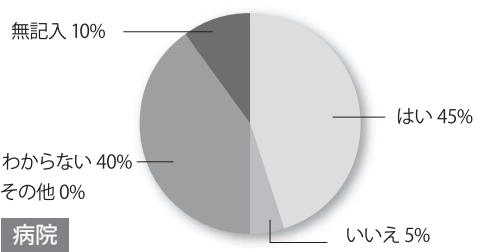
県内の七十七病院に送付し、四十病院から回答がありました（回答率五二％）。政府が長期入院患者を病院から在宅で看取る方向へと誘導させてきた結果、病院では長期に入院すると診療報酬が大幅に削減され、経営自体が成り立たなくなってきました。

#### 10月1日以降行き場のなくなる患者さんが増えると思われませんか？



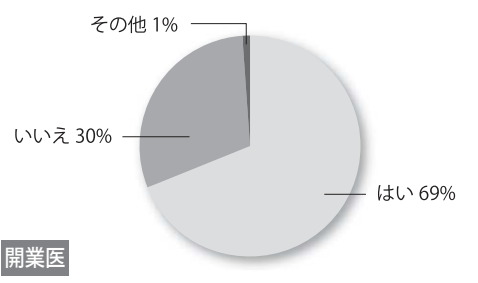
病院

#### 在宅で無理のある状況で生活している患者さんはいますか？



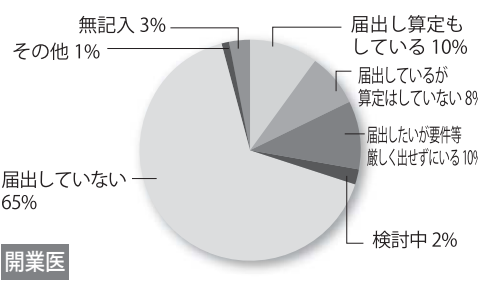
病院

#### 往診していますか？



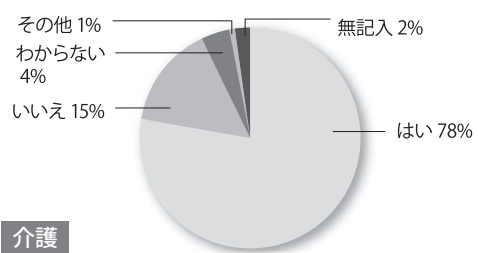
開業医

#### 在宅療養支援診療所の届出をしていますか？



開業医

#### 2006年改定により今まで受けられていた介護サービスを受けられなくなった利用者さんはいましたか？



介護

○「地域連携室」で施設間の移行は何かと出来るのですが在宅への移行は極めて困難な事例がほとんどです。移行できないので入院という形になっています。

○介護保険も使用できず家族の受け入れも悪いケースが一番困難である。

○八十五歳女性で認知症があり、糖尿病によるインシュリン注射が必要な方の在宅への退院を検討しましたが、同居であり長男一家も遠方に住んでおられる事から、介入は困難なため退院されないうまま、当院での入院が続いています。インシュリン注射管理が必要な方が入居可能な施設は限られており、施設待機とい

○「社会的入院」の定義はどう入るべきか、それっきりで役所や関係機関が放置してしまっている。

○厚労省の役人が現場を知らなすぎる。医療と介護の狭間で困っている人の問題を、特に公立病院や診療所に持ち込んで、それっきりで役所や関係機関が放置してしまっている。

○男性、約二年前脳梗塞で倒れ一人住まい、奥さんがいますがずっと入院中、デイサービス週に三回、ヘルパー（一回一時間）来られるも殆ど一人ぼっちです。杖をついて何とか歩ける程度です。本人にリハビリの意欲は強くあるのに、行けなくて気の毒です。

○認知症のある患者はほとん

#### 開業医

#### 開業医

当会の医科開業医会員五百六十人に送付し、百十七人から回答を得ました（回答率二〇％）。往診していますか、という問では、六九％が「往診している」と回答しました。往診していると回答した開業医で、一月あたりの在宅受け

出ししているが算定はしていない八〇％でした。「届出したいが要件等厳しく出せない」という一も一〇％ありました。開業医が二十四時間の在宅医療に対応していくために在宅療養支援診療所が導入されましたが、実際に手を挙げている医療機関は多くはないことがわかりました。

サービス減の具体的事例では要介護Ⅰ以上だった方が要支援Ⅰ、Ⅱになるなど要介護認定が軽度になった為、通院時の乗降介助（介護タクシー）

○「地域連携室」で施設間の移行は何かと出来るのですが在宅への移行は極めて困難な事例がほとんどです。移行できないので入院という形になっています。

○厚労省の役人が現場を知らなすぎる。医療と介護の狭間で困っている人の問題を、特に公立病院や診療所に持ち込んで、それっきりで役所や関係機関が放置してしまっている。

○男性、約二年前脳梗塞で倒れ一人住まい、奥さんがいますがずっと入院中、デイサービス週に三回、ヘルパー（一回一時間）来られるも殆ど一人ぼっちです。杖をついて何とか歩ける程度です。本人にリハビリの意欲は強くあるのに、行けなくて気の毒です。

○認知症のある患者はほとん

#### 病院

#### 記述部分の回答：具体的事例や制度全般への意見など

#### 病院

知症の患者が除外されました。長期入院患者の多くは重症の脳卒中後遺症や認知症の患者が除外されるとい

患者であり、一日三五〇点の加算があったものが除外されると、益々長期の入院や受け入れは難しくなります。

奈良県内の居宅介護支援事業所、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）五百二十二件に送付し、二百七件から回答がありました（回答率四〇％）。

○「地域連携室」で施設間の移行は何かと出来るのですが在宅への移行は極めて困難な事例がほとんどです。移行できないので入院という形になっています。

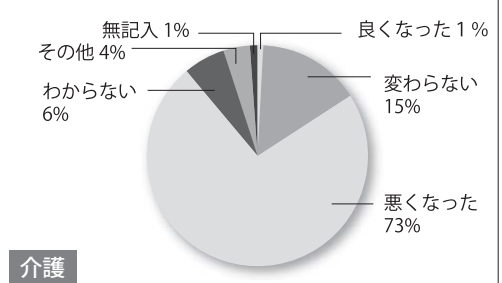
○厚労省の役人が現場を知らなすぎる。医療と介護の狭間で困っている人の問題を、特に公立病院や診療所に持ち込んで、それっきりで役所や関係機関が放置してしまっている。

○男性、約二年前脳梗塞で倒れ一人住まい、奥さんがいますがずっと入院中、デイサービス週に三回、ヘルパー（一回一時間）来られるも殆ど一人ぼっちです。杖をついて何とか歩ける程度です。本人にリハビリの意欲は強くあるのに、行けなくて気の毒です。

○認知症のある患者はほとん

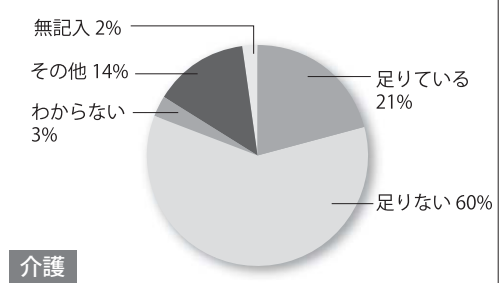
#### 介護保険サービス提供事業所

#### 2006年改定前と比べ事業所の経営状態はどうですか？



介護

#### 事業所のスタッフ体制はいかがですか？



介護

た・四十五件、などが多くありました。通院乗降介助が使えなくなった結果、通院しにくくなり受診回数が減ったという報告もありました。

受診を控えている方がいるか、の問では三七％が「はい（いる）」と回答し、具体的な事例では「受診回数を減らす」「受診先（複数受診科）を絞る」が多くありました。

医療との連携でスムーズにいかなくなった事例、医師（医療機関）への要望などを記述式で求めた回答では、「特に大病院で主治医の意見書がなかなか出してもらえず認定が遅れて困る」「問い合わせしても個人情報のためと言って教えて貰えない、利用者の受診の同席なども家族の依頼があってもさせてもらえない」とがある。「ドクターが忙しいので意見を聞くのを遠慮する、問い合わせしても中々連絡がとれない」「介護保険制度

なっているのでしょうか。言葉だけが一人歩きしているように思います。医療区別―社会的入院とは思えません。

○病院や介護施設の機能分化を長年国は強引に進めてきたが制度間、施設間の隙間だらけで居場所が確保できない患者は多く存在し、結果として、長期の入院や入所に成らざるを得ない。介護保険が認定を受けないと使えないことは大きな問題であり、手続きにも手間暇がかかりすぎる。国民にとって医療や介護は負担なしにするべきである。

どスムーズに入院できません。本来入院適応でも、不穩があるため入院できない等、説明の上、又、リスクの説明の上、できるだけ在宅で対応するのは仕方ない事と思うが「最初から認知症があるから

やる事はない」で、帰らされる事は多々あり。○医療保険を使える介護施設が減るのは実状に合わない。老人が介護と医療の両方が必要なのに医療を「マルメ」にするに十分な医療が受けられない

いし、在宅↓施設↓在宅と一貫した医療ができなくなってしまう。○各病院の役割分担すべきとは思いますが、役割の違う病院間の連携を密にする事が必要だと思います。

### 介護保険事業所

《二〇〇六年介護報酬改定によるサービス削減の具体的事例》  
○短期入所の日数(利用日数)が減り困っているご家族から聞く事がある。  
○要介護1の利用者が要支援2になり通院等乗降介助が使えなくなった。  
○杖歩行で立ち上がりが大変なのにベットの返却した(やむなく自費で)。○ガン末期(骨盤転移)外出時車椅子があるのに引きあげ。手続きで継続したが精神的に動揺された。

《その他制度への意見など》  
○何時もどんな制度も弱者に有利に動いてゆくものではない。その多くの方が高齢者であったり意見を述べることがありません。もっとも底辺で一杯頑張っている人の意見を聞ける場を設けてください。みんなあきらめて生活しています。生きていくのがしんどい。何時も何時も現場では訴え続けられています。

女性の多い職場でもあり、合わせて夜勤等の変則勤務を余儀なくされます。女性が結婚し、子育てをしながら夜勤を続ける事は非常に困難で、また望む者が皆無である。その為、スキルの高いスタッフが、一人又一人と欠けていき人材育成が追いつかない。またスキルが高くて、一人一人の許容はそう変わるものではないでしょう。根本的な人員の基準の低さという意味で環境・報酬に問題がある様に思います。

《医師・医療機関への要望》  
○意見書の提出が遅い為、認定が困っています。意見書の字が解読しにくい。  
○大きい医療機関は主治医の指示書(意見書)がなかなか返ってこないのもう少し早く返して頂きたいです。  
○カンファレンス開催時にはお忙しいと思いますが参加をお願いしたいと思います。医療面でのアドバイスなりがあればケアマネとして参考にさせていただきます。一層のプラン作り役に立って欲しいです。

○介護報酬や労働者(介護士・ケアマネ)の賃金アップ(民間企業レベル)、社会的地位を上げ、若い人達に希望の職種として位置づけられないと日本の介護はつぶれてしまうでしょう。  
○介護保険制度について、利用者の方々は、もちろん、年金がきちんと入っておられる方が多い。A市町村では良い、B市町村で認めない等。

○介護人材不足の問題について、引き起こしている要因は、労働環境、低賃金と言われています。それはどこに問題があるのか、一つは入所者の重度化に伴い、医療ニーズの多さ、認知症への対応等、一人一人の介護職のスキルアップを必要とします。反面

○ケアプラン作成にあたり、利用者・家族も承諾しているのに「個人情報」だと言って必要な事項を教えない。ケアマネジャーと積極的に関わって欲しい。在宅で診るのはムリと言われる病院の医師が多い。病院の医師にも介護保険を理解してほしい。

○介護人材不足の問題について、引き起こしている要因は、労働環境、低賃金と言われています。それはどこに問題があるのか、一つは入所者の重度化に伴い、医療ニーズの多さ、認知症への対応等、一人一人の介護職のスキルアップを必要とします。反面

○介護人材不足の問題について、引き起こしている要因は、労働環境、低賃金と言われています。それはどこに問題があるのか、一つは入所者の重度化に伴い、医療ニーズの多さ、認知症への対応等、一人一人の介護職のスキルアップを必要とします。反面

## 第16回奈良県保健医療福祉研究会 シンポジウム 「奈良県の医療と介護をめぐる課題」

各パネリストの 発言要旨

(文責は編集部)

### 介護支援専門員(ケアマネジャー)から

(医)岡谷会ケアプランセンター・センター長 山口 和行氏

ある日突然脳卒中中で倒れ、身体が不自由になった場合など、今後の生活のことで家族は大変不安に思います。そういった時、急性期病棟の時点で地域連携バスを使ってリハビリや退院までのフォローが出来れば画期的です。

### 在宅での看取り

山添村国民健康保険東山診療所兼豊原診療所・所長 吉本 清信氏

ただ、現在の介護保険制度では施設に移る場合以外は入院中は介護保険の申請ができない、退院時に介護タクシーが使えないなど病院と介護保険を切り離す制度になっていくような気がします。退院後のリハビリとしてヘルパーと散歩することは認められない、医療保険と介護保険のりは併用できない、受診の付き添いは原則として認められない、など制約が多く、ケアマネジャーは大変苦労してやりくりしています。ケアマネジャーの仕事は、いかに介護保険がひどい制度かを家族に説明する仕事ではないかと思ってしまうほどです。



吉本氏

山添村の二カ所の国保診療所所長を兼務し、地域包括ケアを実践しています。午前中は東山診療所で診察し、午後は豊原診療所に移動して診察という曜日もあります。百歳まで天寿を全うした女性の症例を紹介します。平成十二年四月にベッドから転倒して歩行困難になり初診。訪問診療、訪問看護を月二回ずつ、訪問介護週三回、訪問入浴月二回を開始しました。次女宅に一月月滞在した際、次女から同居の申し出もあったが「家に居たい」と自宅に戻されました。平成十四年に白寿のお祝い、ラオスから医師が視察に来ました。平成十六年に百歳六カ月で、自宅で家族に看取られながら死亡しました。この症例は、在宅で最後まで看取ることが出来るという自信につながりました。

### 奈良市脳卒中地域連携

市立奈良病院神経内科部長 高橋 信行氏

奈良市で立ち上げた脳卒中地域連携バスについてお話しします。現在市立奈良病院神経内科には、月十人程度の脳梗塞患者が入院されています。患者さんの平均在院日数と退院後の経過を調べると、約二割が他の病院もしくは施設に移っています。医師の中でも地域連携への重要性の認識が高くなってきたため、市内の十三病院で奈良市脳卒中

地域連携研究会を立ち上げました。



山口氏

あくまで患者さんが主役で医療者は伴走者であるというのが私のスタンスです。在宅医療では本人の希望を第一に尊重し、訪問看護、訪問リハ



高橋氏

現在取り組みを始めたばかりですが、今後地域の開業医、介護保険施設やケアマネジャーとの連携も図っていきたいと考えています。



牛久氏

訪問看護ステーションの看護師は病棟勤務の看護師とは違い、家に訪問するため患者さんの生活全体を看ることに なります。そして、在宅での生活がうまくいかない場合は何かしら問題があるということになるべく以前と変わらぬ暮らしができるように生活を整えてあげることが大きな役割の一つであると思います。例えば、一人暮らしの高齢女性で糖尿病の持病がある方が、食事の準備をお手伝いする方の時間の関係で夕食の時間が早すぎるため空腹になり夜中に鉛玉をなめているということがある。食事指導をした事例、服薬管理が出来ていない方の服薬指導、床ずれができないようにするために訪問看護を活用してもらう事例などです。

### 訪問看護ステーションの役割について

(医)松本快生会訪問看護ステーションさわやか 牛久 倫子氏

課題として、二十四時間オンライン体制をとっています。夜中に呼び出されても翌日は一日日中勤務があり、スタッフの人数から言って夜勤を入れるには無理があり、患者さんから依頼があっても限度額との兼ね合いで希望に出来ない場合などもあります。実際プランには入っていないけれどもボランティアで様子だけ見に行ってしまったこともあり、制度の枠内だけで在宅で暮らしていくことは難しい現状があると感じます。

急性期、回復期、維持期の流れの中で、急性期病棟からリハビリ病棟へ、さらに退院、施設入所などの各段階で、地域連携バスを有効活用し、病院完結型から地域・疾病完結型をめざします。医療者が使う急性期・回復期・維持期フォロースト、患者さんへの治療計画として同意書を兼ねた説明書を作成しました。