



季刊 すまいる

花脊の里

京都洛北の花脊の里は鞍馬本町から鞍馬街道を北上し、花脊峠を越えたところにある。地名の由来は花の美しい北山の懐にあるから、また花の都京都の北の背骨に位置するところにあるからなど諸説ある。経路の途中には牛若丸が七才から十年間を過ごした鞍馬寺があり、現在はパワースポットとして人気が高い。また旅館「美山荘」は摘草料理で有名で、立原正秋や白洲正子などの多くの文化人に愛され、京都から門外不出の料理といわれた。



盆踊り

平安時代に仏教行事として空也上人によって始められた念仏踊りが起源といわれている。お盆の先祖供養の行事として継承されてきたが、現在では全国各地で行われる夏の風物詩としての性格が強まっている。秋田の西馬音内(にしもない)盆踊り・徳島の阿波踊り・岐阜の郡上踊りが日本三大盆踊りである。



オクラ

オクラは日本では六月から八月が旬の夏野菜である。生のままサラダにしたり、天ぷらや炒め物にしても美味しい。刻んだ時の特有の粘り気はベクチン・アラビン・ガラクトタンという食物繊維でコレステロールを減らす効果があり、ビタミンやミネラル、カルシウムも豊富なので夏バテ防止にも効果がある。



マリンスポーツ

アウトドアレジャーには様々なものがあるが、やはり夏といえばマリンスポーツだろう。琵琶湖でも湖面を漂うヨットは目にも爽やかで清涼感がある。他にもボートやウインドサーフィン、水上スキーなど多彩なマリンスポーツが盛んだが、最近では自然との一体感が味わえるカヌーやカヤック、また子どもも楽しめるウエイクボードなども人気があるようだ。



夕顔

インド・北アフリカを原産地とするウリ科の植物で蔓性一年草。平安時代には中国から伝わり栽培されていた。初夏の夕方に白い花を咲かせ朝にはしぼむことが名前の由来である。「源氏物語」の登場人物夕顔は美しく、はかない女性として描かれている。

介護報酬改定 について

平成24年度



厚生労働省老健局老人保健課長

宇都宮 啓氏

各サービス毎の改定の概要

◆訪問看護の主な改定内容

訪問看護は1回で長時間提供する滞在型のサービスではなく、短時間で手際良くサービスを提供し沢山の人の回る、あるいは同じ人に1日何回か回るように変えていこうということで、看護の時間区分の短い方を高くして長いほうを少し低くしました。訪問看護ステーションからのリハビリについては30分単位で区切っていました。実際には20分単位で提供されているというデータに基づき20分ごとの単位設定にしました。重度系の方への対応では特別管理加算を医療保険に合わせました。特別管理加算と緊急時訪問看護加算については区分支給限度基準額の算定対象外として、よりサービスが受けやすくなるように

地域の住民が基本的な保健、医療、福祉というサービスを24時間365日利用出来る、安心して生活できる地域を作る「地域包括ケアシステム」。現在政府の目指す社会保障の方向はこの地域包括ケアシステムの構築です。今回の改定はその2025年の実現を目指した第一歩として今後の医療と介護の機能分担と連携をより一層高めていくことを踏まえて行われました。

◆訪問リハビリテーションの提供の流れ

自立支援の鍵である訪問リハビリを推進するため、サテライト型の訪問事業所の設置を認めましたので是非活用して頂きたい。訪問リハビリに行くための先生からの指示を毎月ではなく3ヶ月に1回に緩和しました。老健も同様に3ヶ月に1回とし、そのまま継続して何ヶ月でも訪問リハビリを行うことができる様に変えました。ただ医療保険と違ってこの診察のお金は出ませんので訪問リハビリの中で包括的に考えて頂くということにはなっていますが、それでも老健から継続して訪問リハビリができるようになるのでは非生かして頂ければと思います。

◆居宅療養管理指導と訪問介護の主な改定内容

居宅療養管理指導、一つはケアマネに対する情報提供を必須化とし、以前は減算で取れましたが取れなくなったので気をつけてください。また在宅か居住系かという分かれ方だったので同一建物か否かに変え

ました。医師・歯科医師については診療報酬側と同様に介護側も減算しました。併せて看護の方も減算規定を設けました。実際の減算の率は大体新規のものは1割減算ということです。

訪問介護は短時間で沢山回るといことで時間の設定などの括りを変えました。

◆通所リハビリテーションの主な改定内容

通所リハは自立支援の鍵となる要なので色々見直しを行っています。一つは通所リハのお預かり機能とリハビリの機能を分けて評価するべきという意見もありましたが綺麗に分けるのは難しかった。しかし例えば6時間〜8時間のリハの場合、殆どがお預かり機能だろうということで、長時間の部分については減算をさせて頂きます。そのかわり短時間の部分、個別リハ実施加算1時間以上2時間未満については複数回算定できる様により強化してリハビリをしやすくしました。平成18年の制度改正の時に急性期リハ・回復期リハは医療保険、維持期リハ・生活期リハは介護保険という役割分担をしましたが、その後なかなか介護の方への移行が進まない。ある程度急性期、回復期が終わったら来て頂きたいがそれがなかなか進まない。例えば今の短時間のリハの場合、介護の場合は基本サービス費に個別リハが入っていき一生涯命やっても取れない。それで基本サービス費

から個別リハを外出しにして医療保険と同じ様に複数回算定できる様にしました。これについてはお預かり機能ではなくリハ機能を強化すること、医療保険から円滑に移行して頂くという二つの意味があります。

もう一つリハビリテーションマネージメント加算は1カ月に8回通所してないと取れなかった。ところが医療保険側のリハを見ると月8回の算定なんて殆どない。寧ろ維持期に近くなれば月4回、週1回くらいで医療保険をやっている。医療保険で月4回なのに介護で月8回は来ない原因になるので月4回に緩和しました。それによつて医療保険からの移行を図ります。ただ単純に緩和しただけではなく、今回は新たに利用する方については利用開始後1ヶ月までに利用者のお宅を訪問し、その方の体の状態や家の状態を見た上でリハビリの計画を策定してもらうことを要件に加えました。事業所の中の施設でリハビリをしている程度色々できる様になっても、その人の家に合ったりハをやらないと意味がない。自分の家でヘルパーさんが来なくても排泄ができるとかそういう発想を入れて頂きたい。リハ職は施設の中だけで考えるのではなく是非お宅を訪問して頂きたい。リハ職外へ出るというメッセージです。通所リハについては短時間の場合と3時間以上の場合で報酬体系が違うとか、2時

間から3時間というのは報酬が非常に分かりにくい構造になっていたので全部一つの体系にしました。もう一つの見直しは、リハビリ機能とお預かり機能を分けてお預かりの方は下げると言いましたが、ただどうしてもお預かりの中で考えなければいけないことがあります。それは医療が必要で、ある程度以上重度な方については普通デイサービスの事業所は預かって貰えず、ある程度医療的なものができる所でないといけない。通所事業所というのは病院、診療所、老健で、老健も医療法に定める医療提供施設なのでこういう方を預かって頂く場合の加算を付けることにしました。リハについてはお預かりのところは下げて純粋のリハをきちんとやること、もう一つは医療の必要な方については医療提供施設としてお預かりはして頂きたいという二つの機能をお示しました。

◆通所介護・ショートステイ特定施設の主な改定内容

通所介護はある程度がお預かりの部分ということで適性化した上で時間区分の変更などをして、長時間のお預かりも含め家族の負担軽減をやりました。それから個別機能訓練はリハとの違いという点が宿題になっていますが、ある程度充実するようにはしました。

短期入所療養介護、療養ショートは、

緊急の受け入れに加えて今回医療機関の方にしか付いていなかった重度療養管理加算、これは老健も加算を取れる様にしました。今回は老健にリハをきちんとやってくださいということに加え、医療提供施設としての機能を発揮してくださいというものが幾つかあります。

短期入所生活介護は空床確保などで変なことをなるべくしないように幾つか要件がついています。

特定施設はターミナルケア加算と短期利用支援策が付きました。

◆予防給付の主な改定内容

予防給付も本体と同じ様にリハと訪問の合同のものを評価しました。

通所については運動機能向上加算はかなり算定されていますが、栄養と口腔の売れ行きが非常に悪い。実際最近の高齢者の方はメタボよりも栄養障害を起している方が多くて、予防の段階で非常にこれが重要になってます。あと嚥下性肺炎の発生ということからも口腔機能は非常に大事です。複数のプログラムのセット加算は本来運動と栄養で375単位のところがセットで480単位、栄養と口腔だけなら300単位のところがセットで480単位と1・6倍になっていますので、是非セットで活用して複数のプログラムを実施して頂きたい。事業所評価加算はごく一部の対

象者が維持改善した場合でも全員に全体として100単位の加算が付きました。その対象者の数を6割以上にこれを実施と少し厳しくさせて頂き、そのかわり単位数を少し引き上げました。それからアクティビティー実施加算は日常生活に直結した機能向上グループ活動をやった場合100単位という風になっています。

地域密着型サービスの新しい流れ

◆定期巡回・随時対応サービスの創設

地域密着は新しく2つのサービスを作りました。一つは24時間対応の定期巡回・随時対応サービスです。短時間でも1日に複数回行く。1日1回のサービスですと排泄のケアとかが非常に困る訳です。一人暮らしの方や老老介護でも自宅で暮らせるように法改正してこの4月から始めました。いざとなればオペレーターに繋がって随時対応しますが、看護と介護の一体型、看護を一体化するのは難しいところは連携型という設定をしています。ただ訪問看護を利用しない介護型の場合でも看護職員による定期的なアセスメントは絶対に受けて頂く、普段訪問看護を利用しなくても急変して随時対応でオペレーターから呼ばなければいけない時に、実際看護師さんがその人の体の状況や病気が分からなければ

きちんと対応できない可能性がある。そういうことのない様に日頃からどんな状態かということのアセスメントしておいてもらう。これは訪問看護とは別なのでこの包括の中でやって頂きます。全部出来高にするのと、随時対応で利用者も呼びにくくなるし、事業者も大体どのくらい呼ばれてどの位訪問に行くかある程度予想がつかないと非常にやりにくいので、今回は月単位の包括にしています。

◆複合型サービスの創設、グループホームとケアマネ

次に複合型は元々の小規模多機能に訪問看護が付いた複合です。法律上は複合型サービスはそれぞれ介護保険の中で個別のサービスがあり、どんな組み合わせでもできることになっていますが、今回はこの小規模多機能と訪問看護の組み合わせだけを報酬として見ることにしました。ですから次の改定以後、別の組み合わせが出て来る可能性は充分にあります。今回は小規模多機能と訪問看護が付いたのですが、これに併せて、今の場合小規模多機能に看護師さんがいても療養上の世話しかできなかつたものを、主治医の指示による診療の補助もこの複合型の中ではサービスでできる様にしました。医療が必要な人はどんなに利用してもらおうかと思っています。看護師さんは事業所の中にも詰めていますので、当然泊りや通いの時にも医療が必要であれば見てもらえらることになる訳です。

複合型サービスの報酬は全員が看護を利用する前提で1種類しか単位を作っていない。万が一看護を利用しない場合でも同じ単位数で、非常に単純化しています。母体となった小規模多機能の方は地域で増やそうということでサテライト型を認めることにし、事業開始時支援加算は3月廃止の予定でしたが小規模多機能の伸びが少ないので若干要件を厳しくした上で一部残しています。それを母体とする複合型にも事業開始支援加算が入っていますので、これから複合型をやってみたい方は活用してください。

グループホームはフラット型を少し直しました。ケアマネージメントは若干要件を厳しくしました。あとは医療との連携強化で医療連携加算の名称を自身の分かる様な名前に変え、今FAX一本送っても150貫えたのを100に下げ、訪問した場合には200に、退院退所加算は入院中3回まで取れる様にし医療との連携強化という観点から見直しました。

介護保険施設の問題点とそれへの対応

介護保険施設の問題点は、特養の場合

入院先での死亡が34%もある。つまり死ぬ時だけ救急車を呼ぶという実態がここ出て来た訳です。これを踏まえて特養では癌末期だけでなく、外部の医師が看取りをできる様にしました。

介護老人保健施設については本来在宅復帰の施設なのに4分の1程度しか家庭に帰っておらず、医療機関が半分くらいということがあります。しかも3年前の改定の時と比べると在宅復帰が減っている。そもそも老健施設は居室における生活への復帰を目指すものでなければならぬと明記されていますが、実際には在所日数が平均で取ると非常に長く、中央値で取っても1年くらい、長くなると1200日以上という所がある。一昨年、「施設側から見ると入っている人が実は何処が相応しいか」という調査の結果を公表しました。施設側から見ても老健が相応しい人は3割程度で、それを上回る4割くらいの人は実は特養が相応しいという状況になっています。地域によっては近所に特養がない、あつても入れないので老健で引き受けている場合などがあると思います。しかしそれにしても特養が相応しい人の方が多いのはこれではないのかと思わざるを得ない。

前回の改定の時の宿題で質の評価に基づいた報酬を作れという話がありました。それで色々調査をした所この結果だけ一



つ出て来ました。それが老健の平均在所日数なんです。リハビリを一生懸命やって早く家に返す様な老健というのは当然ADLの状況が良くなっている。そういうアウトカムと繋がりがあるということが言える。こうした老健としての役割や実態を踏まえて今回の老健の改定を行った訳です。その一番大きいのが基本料を2つに分けて、在宅復帰の強化型とそうでないものにしまし

た。強化型は引き上げましたが、在宅復帰の状況とベッドの回転率で指標を作りました。私は平均在所日数を指標にしないように言った。例えば第二特養で10年くらい入っている様な人が1人いると、1人で平均を上げてしまう。5年くらいの方が2、3人いればもうそれで平均が上がってしまう。その場合施設としては、「改定で要件が変わったので施設を変わってください」と長期入所者に言ってしまうことになると思っ

た。そこで平均在所日数を考える時、3ヶ月の在所ののべ日数を同じ3ヶ月の新規の入所者の平均で割る方法にしました。これだと5年選手や10年選手が少しくらいいても全然影響を受けない。回転率って指標が入ったから長い人は出てくれないということ。もちろん長い人ばかりは駄目ですが多少そういう人がいてもこれは影響を受けない指標です。在宅復帰と回転率ばかり強調すると軽い人ばかり入るので重症者もある程度は

見て頂くためにこういう縛りをかけました。

ただ50%10%は中々厳しいというお声も聞いて、少し緩い30%5%も作らせて頂きました。これは21単位という加算ですが、少し頑張れば取れると思うので是非取る方向で頑張ってくださいと思います。それから老健の場合、退所の直前直後の訪問指導の加算もありましたが、これに加えて入所前にお宅に伺ってその人と家の状態を見て、うちの老健ではどういうことをやればいいのかという計画を立てて貰うという加算を付けました。これもリハ職外へ出ると言う話ですので、是非これを使って在宅復帰に向けて頑張ってくださいと思います。在宅復帰や施設入所の考え方として、今は一回在宅復帰するとそのまま家にいなさい、或は一回施設に入るとずっと施設という考えだと思っんですがそれは難しい。例えば在宅復帰で1ヶ月程度なら家族も対応できるかもしれないが、半年いる1年いるというと非常にプレッシャーになるかも知れない。少し短期に帰して短期に戻し、もう少し長く戻してまた少し施設に来てなどで段々長くしていく、あるいはベッドシェアリングの様なことも含めて今後の在宅復帰は考える必要がある、そして単になるべく家にとことだけではなくて、長期間施設にいる場合、家に居場所を確保しておいてあげるといふ視点も大事だと思いま

す。

診療報酬側で付いている大腿骨頸部骨折と脳卒中のクリパスの加算は、老健に渡した場合の加算のみで受け入れ側の加算がなかったのを両側とも付けました。短期集中リハは、入院して短期間に出て来た場合2回目は取れなかったのですが最近医療機関も割と早く帰してしまうので加算を取れる様にしました。但し他の法人の老健に回した場合、以前は取れましたが、今度はそれを取れません。それから特に老健の場合とても軽いのに救急ということがありました。これも非常に評判が悪くて、ちよつとした肺炎ですぐ救急車を呼んで救急外来に運ぶので、処置を急ぐ重度の方の診療に支障を来すということがよく言われていました。老健の言い分は、「診て上げたいがすべて包括で全然そういうお金がない」とのこと。診てくれているところもあるがこれは完全に赤字ですので、今回ぐわすかですが1週間程度抗生剤を投与して良くなる様なものに付いては老健でやって頂く。老健は医療法上定めている医療提供施設なのでお金を付ければ可能なので今回やりました。

ただ、財源の話があるので疾患が非常に限られています。肺炎による感染症はかなり多いので是非活用して頂きたい。

あとは転換老健でより医療の必要な人について見た場合に高い点数を付けまし



厚生労働省老健局老人保健課長

宇都宮 啓 (うつのみや おさむ)

履歴

- 1986年 慶應義塾大学医学部卒業
厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課
 - 1988年 岩手県環境保健部保健予防課
(岩手県高次救急センターにて臨床研修)
 - 1989年 岩手県久慈保健所
 - 1990年 成田空港検疫所
 - 1991年 Tulane 大学公衆衛生・熱帯医学大学院
(New Orleans)
 - 1992年 California 大学 San Francisco 校保健政策
研究所
 - 1993年 環境庁地球環境部環境保全対策課研究調
査室
 - 1995年 厚生省保健医療局疾病対策課
 - 1996年 世界保健機関(WHO)西太平洋地域事務局
(Manila)
 - 1998年 厚生省大臣官房政策課
厚生省大臣官房国際課
 - 1999年 厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄
養課
 - 2001年 厚生労働省健康局総務課
厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学
技術調整官
 - 2002年 岡山県保健福祉部長
 - 2004年 厚生労働省医政局医事課 医師臨床研修
推進室長
 - 2006年 厚生労働省医政局研究開発振興課 医療
機器・情報室長
 - 2007年 厚生労働省大臣官房総務課 企画官(保険
局併任)
 - 2009年 厚生労働省老健局老人保健課長
現在に至る
- その他：医学博士
M.P.H. (Master of Public Health)
慶應義塾大学医学部客員教授

た。介護療養型は全体に適性化し、栄養と口腔もある程度見直しをしてももう少し普及するようにしました。

今後の課題

今回私が非常に心残りなのは認知症とケアプランの関係を今ひとつきちんと出来なかつたことです。これらは、次期改定に向けて議論したりデータを集めようとしています。その他、介護事業所の医師や看護師の配置が本当に機能しているのか見直すための調査も必要ということを含め色々宿題があり、今回介護報酬改定検証・研究委員会を立ち上げました。一つは今回の改定についての検証を行い時期改定に向けて必要なデータを揃えて行く。具体的には4月26日に第一回を開き、検討を進めてお

第五期の事業計画については被保険者要介護者、あるいは認定者の数というものが非常に増えているとか、社会保障と税の一体改革のシナリオとの関係も目標に近いところもあれば満ちていない所もありますが、今後はこういうシナリオに沿っていきます。定期巡回随時対応と複合型ですが、難しいかと思いましたが、意外とそれぞれ189保険者109保険者が計画に入れているということでした。1700の1800自治体があるのに手を上げている所が少ない、国は何を考えているんだという様なことを書いている新聞がありました。が、我々に言わせれば全く新しいサービスです。国として強制的にやるわけに行きませんし、できる所からやって頂いて広げることが大事で、粗製濫造的にいきなりやってもむしろ利用者が困るだけなので確実に伸ばして頂ければいいと思っている所で

2012年6月2日京都ホテルオークラで行われた「京都きづ川病院春の文化講演会」の内容を抜粋して編集させていただきました。

す。具体的な都道府県ごとの状況ですが京都は6、7、7ですね、京都はもう少しあつてもいいと思います、大都市です。私はと思わん方は是非やって頂きたいと思います。平均保険料も出しましたが全体には4972円、京都は少し上という状況です。

今回の改定の主旨、できるだけ自立支援を促す、その為にどういうことができるのか色々考えさせて頂きました。現場からすれば我々がいう通りに行くのか或は非常に難しいのかということも含めてお話を聞かせて頂ければと思います。

秋の文化講演会のお知らせ

講演	「地域医療から日本医療制度改革へ——社会保障立国論は日本を救うのか」
講師	社団法人 京都府医師会 会長 森 洋一氏
日時	2012年 10月6日(土) 14:00~16:00(受付13:00~)
場所	京都ホテルオークラ
参加費	無料
連絡先	0774-54-1111 (担当：地域医療連携室・西)
主催	医療法人 啓信会 京都きづ川病院



パートナー医院を紹介します

勘田内科医院

院長 勘田 紘一 先生

内科・小児科・胃腸科・放射線科

〒610-0033 京都府久世郡久御山町林宮ノ後36-8 TEL(0774)45-1280

外来診療時間 AM9:00～12:00 PM5:30～7:30 (水・土曜日休診)

《休診日:日曜日、祝祭日》



勘田内科医院は、来年開業30年目を迎える地域の方々に長年親しまれている医院です。お忙しい中、スポーツやご趣味も楽しんでおられるという勘田先生にお話をうかがいました。

開業までのプロフィールを教えてください。

生まれは徳島です。高校卒業まで山や川、豊かな自然に囲まれて過ごしましたね。大阪医科大学を出て、大阪の病院で勤務した後、守口で開業していた先輩ドクターの後を継ぐことになり、数年間院長としてやっていました。それから昭和59年に、自宅のあるこの場所勘田内科医院を開業しました。

医者を目指されたきっかけは？

小学校4年生の時に、勉強が面白くなくなつて、いわゆる登校拒否症になつたんです。一生懸命勉強して知りたくなつたことより、授業の順序が優先されたのがつまらなかつたのかな。親が心配して医者へつれていったけれど、心配して医者へつれていったけれど、あつていない診療をされている気がしたんです。それなら僕が医者になろう

と思った。単純ですね。

特に関心を持たれている領域は？

日頃の診療の他に、警察医として検死をしています。京都府警の所轄ごとに警察医がいて、署からの要請があれば出向くことになっています。半年前から署内で検死を行うことになりましたが、それまでは夜中でも関係なく、現場や病院へ行かなければいけなかったので、大変といえば大変。ですが、医者として非常に興味深い仕事だと思っています。臨床では生から死を見ているけど、検死では、逆に目の前に死があつてそこから考える。臨床への考え方も違つてきますね。気がついたら始めてから20年になりました。

趣味は？

私自身、高校時代ラグビーを経験していたこともあり、幼稚園から中学生の子どもたちにラグビーの指導をしています。もう30年以上になります。子どもが大好きなようで、今も毎週一緒に走りまわっていますよ。「南京都ラグビースクール」というスクールなんです。仕事でも、花園で行われる全国高校ラグビー大会にはスポーツドクターとして毎年会場に行っています。

もう一つは山登り。去年の夏は、雪の残る南アルプスの北岳にチャレンジし、念願の「キタダケソウ」を見ることができました。最近では偶然山で知り合った4人の仲間と、時間を見つけては一緒に登ったりして楽しんでいます。

信条とされていることはありますか？

「ものごとを公平に見ること」ですかねえ。常に自分の目で見て公平な判断をしたいと思っています。僕は、仕事でも趣味でも好きなことを一生懸命やって、それが次へのエネルギーになっている。いろいろなことをやることで気持ちのバランスがとれて、見方が偏らず、総合的な判断ができるようになる、そんな気がしています。



きづ川の看護 2012



「退院支援・退院調整看護師」を目指して

3階リエゾン病棟 看護師長 山本 富美代

退院支援・退院調整看護師の役割

京都きづ川病院は、地域の中核病院として患者様を受け入れ治療を行っています。今から約30年前、私が看護師になったころは、退院許可が出れば退院を喜ぶ患者様、御家族様が多くおられ、喜んで自宅へ帰られていました。しかし核家族が増え共働きの家族が多くなり、高齢者と共に生活することが少なくなり息子さんや娘さんたちでさえ年老いた両親がどのような生活を送っているのかを知ることができなくなっています。退院のお話があると「お母さんが心配でここに居たら安心です」「一人暮らしで何にもできません」と今は、退院を希望せず一日も長く入院を継続させてほしいと言われる家族様も居られます。

しかし患者様は、どうでしょうか？「自宅に帰って生活したいが帰れない」とあきらめて落ち込んだり、悲しんだりされます。患者様が長く入院生活を送っている間に、患者様であるおじいさんやおばあさんの部屋をなくし物置にしている家庭も少なからず見られます。また病院の狭い不自由な生活は、家族と離れ社会性が乏しくなり高齢者にはあまりいい環境とは言えません。

我が国の方針として、入院期間の短縮を図り医療費の削減を行うように指導されています。しかし入院される患者様は高齢の方が増え、病気が良くなり動けるようになるまでに時間がかかるため、治療の継続が必要な状態の患者様や動けないまま退院しなければならない患者様が増え、何らかの支援が必要になっています。そこでMSW(ソーシャルワーカー)と協力して退院支援・退院調整を行うことが出来る看護師が必要になりました。

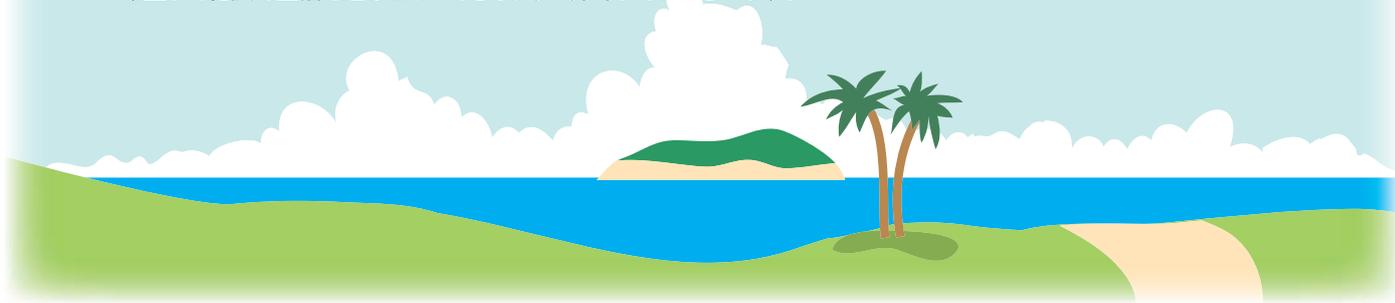
医療施設不足と介護保険

平成50年ころには、超高齢者時代になり病院・施設が不足すると予測されています。施設入所を希望されても入所が困難となり自宅で不自由な体のまま介護をする人がいなくても一人で生活を送ることになります。今は、病院で亡くなることがあたり前ですが、病院で死を迎えることができなくなり終の棲家を探さなくてはならなくなります。主治医から退院を許可されても相談できる人がいなくてどのように介護すれば良いのか分からず、自宅での介護をあきらめ施設を希望されるご家族様も増えていきます。しかし、すでに施設や療養型病院が不足しているので申し込んでもすぐにはいることができず自宅待機をされています。

平成12年介護保険が施行されました。当初は介護保険の認定を受けていない患者様が多く使い方が分からない家族様が居りましたが、今はとても多くの高齢者の方が認定を受け利用されています。老老介護(高齢者のみの世帯)・認認介護(認知症の方が重い認知症の方を介護する)・昼間独居(家族が働きに行っているため昼間一人になる)・独居(身内がいなくて子供はいるが遠くで生活している)の世帯が増え自宅で生活することが困難になる場合や癌や神経難病の末期で治療ができなくなり入院継続が困難になった場合に患者様に寄り添い、少しでも地域で安心して生活を送るために介護保険を使い地域につなぐ援助が必要となっています。

地域で、安心して生活するために

退院支援・退院調整看護師は、患者様が入院された時からかわりを持ち「家に帰りたい」、家族様の「家に連れて帰ってやりたい」「残された時間を安心して生活ができるところに入れてやりたい」などの希望を聞きそれを実現するためにどうすれば家や施設で生活することができるのかを検討します。医師に今後の治療方針を確認し病棟スタッフと共に支援を考え少しでも希望に近づけるように話し合いを持ちながら進めていきます。私は、退院支援・退院調整を行いながら地域の社会資源(訪問看護・訪問介護・通所リハビリ・通所介護・在宅医の往診・訪問リハビリなど)を利用し連携することで一人でも多くの患者様が自宅や希望した施設で生活を送ることができるようになりたいと思います。



医療法人 啓信会

京都きづ川病院

〒610-0101 城陽市平川西六反 26-1 TEL 0774-54-1111 FAX 0774-54-1119
URL <http://kyoto-keishinkai.or.jp/kizugawa>