

し在宅となった。

症例7 63歳 男性

傷病名：頸髄損傷

障害名：不全四肢麻痺

経過：自宅をつまずき転倒し、前額部を箆筒に強打し四肢麻痺となった。第5頸髄レベル以下の不全四肢麻痺。両肘屈曲可能。両肘伸展、手指機能、両下肢の自動運動わずかに認めるが実用性なし。

ADL：食事動作一部介助以外全介助、歩行不能、車椅子生活。

介護保険非該当、身障手帳1級、介助量多く在宅が困難であるが施設入所できない。

変形性膝関節症または股関節症の場合、関節可動域制限があり片側でも床からの立ち上がりが困難でベットが必要であるが手帳では支給対象は2級からである。人工関節置換術施行により片側で身障手帳4級、両側で3級でありベットは支給対象外である。介護保険の特定疾病では両側でない対象とならないため片側では非該当でありサービスを受けられない。

関節置換術を行う前は疼痛が強く歩行困難でも条件に合わせると手帳で5級にしかならないが、手術後は4級になるが逆に疼痛は無くなり、関節可動域も改善し、歩行能力は改善し、サービスが不要になることが多い。現在の支給制度では必要ときに十分なサービスが受けられない。次の例も必要な時にサービスが受けられない例である。

症例8 43歳 男性

傷病名：前立腺癌、転移性脊髄腫瘍

障害名：脊髄損傷、対麻痺

経過：腰痛、両下肢の筋力低下で整形外科受診し、第12胸椎病的骨折認められた。精査にて前立腺癌と診断された。両下肢わずかに自動運動あるが体重を支えられず、また腰痛で座位保持困難、起立・歩行不能、移乗全介助。

ADL：疼痛のためベットからおきられずほぼ全介助、介助量多い。

介護保険非該当、手帳交付待ち。

家族は早期に自宅退院を希望しているが自宅での生活に必要なリクライニング車椅子、ギャジアップできるベット、エアーマット、スロープ、段差解消、入浴サービスなどの福祉サービス利用に必要な身体障害者手帳の申請、交付に時間がかかるため退院準備が進められない。生命予後不良であり給付されてもすぐに不必要となることが考えられるためこの症例では一律な給付制度ではなく、必要な時期に貸与できるシステムが望ましい。

まとめ

以上述べてきたように、介護保険が導入されたことで入院期間の短縮が得られる反面、急性期病院から慢性期病院へと移行し易くなり、十分な機能回復の機会が失われることが生じている。療養型介護療養施設では医師の数やリハビリスタッフの数は極めて少なくよく、身体機能を維持していく程度にしかリハビリは行えないため、寝たきりを作らないためには回復期リハビリが行える施設を増やしていくことが必要である。

疾患や年齢による一律な制限ではなく症状・介護度に応じて必要な時期に必要なサービスが選択できる制度に変えていくことが必要である。

高次脳機能障害や痴呆などで介護を要する場合、現在は介護度が低く認定されやすいため十分なサービスが受けられないことが起こっており、介護度の判定に正しく反映されるようにすべきである。

司会(辻) ありがとうございます。整形外科あるいはリハビリテーションの立場から様々な指摘いただきましたが、いかがでしょうか、ご討論をお願いします。

堀川 脊髄損傷等の障害もいずれは組み込まれる予定と聞いておりますがそうなんですか？やはりまだしばらく平行していくのであれば障害者のためのショートステイするための場所とかとても数が足りないしそのベッドを新潟市だけで4床くらいしかない。そこへショートステイするのは容易なことではなく、まだ若い人たちを見ているときに大変さってのはお年寄

りと同じくらい変わらないわけです。まだ平行していくのであれば何か工夫してショートステイのベッドを増設するとかそういう介護保険に合わないような若年の病気のためのでだてってのを平行して行っていかなければいけないと思います。

崎村 ショートステイも原則として7日間しかできないというのは非常に問題で、7日間で実際に問題が生じた場合これでは対応できないため、7日間ショートステイで次に病院を探すと言うようになっていきます。

堀川 それから意見の追加なんですけど、介護保険がはじまってから例えば高齢福祉課とか難病について新潟県の保健所等は一生懸命頑張っていますが、そういったその他の病気について一緒に平行して頑張ってきた連携が切れちゃって何もかも介護保険におんぶしてっというか、介護保険で様子を見ながら他がこれから動くかと思っておられるのかも知れませんが、一歩も二歩も後退した部分が特に高齢福祉会などであるような気がします。そういったところも介護保険が全てではないということをよく理解してたとえば在宅介護支援センターの体制なんかも高齢福祉課が殆ど手を引いてしまっていますし、そういった問題も合わせてこういう今のような患者さん達を見ながらプラスしていきたいと思えます。どうもありがとうございました。

司会(辻) いかがでしょうか。県の方から何かございますか？

石上 あの脊髄損傷が介護保険の方にはいるのかということ、ちょっと私も情報が分かりませんが、先生がおっしゃったようになんでも介護保険ということで皆さんバラ色の目で見るとはまずいと言うことで、今堀川先生がおっしゃったとおりだと思います。もう一つはその人達の生活支援をしていく観点、すなわち介護度があろうがなかろうがですね、介護予防、生活支援という側面から行なうサービスも介護保険の別枠であるんですね。そういうものを市町村がどれくらい、事業立てするかが重要です。この費用は国が半分出し、その他市町村四分の一、県が四分の一という出し方でできます。そういう制度を利用して地域で皆さんが困っている問題や、どういう物がしてほしいのか、どのようなサービスが必要なのかということを実は一つずつ吟味して入れていかなければいけないと思います。そういう中でお金の工面も市町村は四分の一出せばできるわけですから、費用的には介護保険とほぼ同じなわけですね、だからそういうものを市町村が力をつけてやっっていかなければいけないと思います。それから在宅介護支援セ

ンターのお話がありましたが、ホントは逆の話で在宅介護支援センターが力をつけて地域ケア会議というのをつくって、関係者との連携を図り、地域で支援の必要な人のリストをつくり、どんなサービスが必要なのかというのを検討する事を本当はやらなければいけないのです。今後これらのことを市町村の方にも指導していきたいと思えます。

司会(辻) どうもありがとうございました。これで4名の方から発表いただいたのですが少し時間がありますので、全体を通じて御議論していただければありがたいのですが、介護保険制度始まって2年目ということで良い面も多いと思えますけども、制度的に不備もあるかと思えます。そういった点で見直ししていくべき点もいろいろあると思うのですが。

石上 さっきの介護報酬の事は今は計画が12, 13, 14の三年間の計画で市町村が動いているんですね、5年計画を立てて3年でローリングしていくという格好ですので、今介護保険始まって一年半ですよ、サービスの提供状況とかを見ても非常にのびてきています。これらを見ながら来年の2月頃から次の計画の見直しに入ってくるわけですね、例えば施設が足りないとかサービスがこんなに足りないとか、全ての市町村がもう一回見直して、また新しい3年間のスパンの計画を立てることになっており、今市町村はそういう作業をしているということです。ちょっと話題提起と言うことでさっき堀川先生がおっしゃった訪問看護ステーションの話で細かい話ですみませんが、都会ではある程度設置されているのですが、新潟県全体では極めて少ない整備率になっています。私どもの目標値が平成16年度末の整備数を279くらいとしていたんですが平成12年度末には94くらいしかない、整備率は33.8%くらいの低い値です。私思うのは医療的なサービスでささえる体制をある程度どこの地域でもでき、かつ、支える事のできる量も必要と思っているのですが、新潟県は整備が非常に遅れている、それはステーションの側から言わせると、需要が少ないんだと、患者さんが少ないので、うちらがペイできないので、新しくできないんだ、という。これは新潟市以外の話だと思うんですが、やはり主治医の先生方が必要な方々に指示書を出してですね、どんどん訪問看護ステーションに役割を与えてやらないと伸展しません。実際にどっちが先かという話なんです、卵が先か鶏が先かという、ただでもこういうことをやらなければダメだと思うのです。そこで3月分のサービス提供状況もってきたんですが、訪問看護ステーションから実際サービス受けてい

るのは3月一ヶ月間で、4200人しかいないんです。それです、そのうちステーションから受けているのは3500人、一方、病院とか診療所で受けているのは740人しかいないんですよ。ということは医療系の病院や診療所がもっと自分の患者のことですから、もっと真剣にやってもらわなければダメだと思います。このことは、病院長会議であるとか、それから医師会の先生方にもお話ししていますが、ここが足りないのではないかなと思います。そういう支援する体制があれば在宅にいらっしゃる皆さんが助かるのではないかなと思います。いかに地域で皆さんを支える事ができる体制をつくっていくかというのが今一番問われているのではないかと、もう一つはサービスを提供する側の質の問題、ケアマネージャーとかサービス事業者とかの質の向上を図ることをこれから進めていくつもりですけども、大きく分けてこの二点が問題なのではないかなと思います。

司会(辻) ありがとうございます。病院の側の理解が足りないんじゃないかというご指摘でした。いかがでしょうか？小山先生なにかございますか。

小山 実は今日こういうような勉強に來させていただきましたのは、うちが今新しい病院を作っていて、急性期病院になります。そして急性期病院でありながら回復期リハビリテーション病棟と医療病棟をくっつけて、急性期を2週間くらい見て、そのあとそれを補

完する物としてそれらを動かそうとしているわけです。それで勉強させていただいているのですが、どうのこうのというのは私は外科医者でよくわかりません。私の方からお願いは私こういう学会でお話しを聞いた後、抄録が出たのは数行しか医学会誌に載らないのであります。今日お話になった先生方からするとみんなご存じのことかも知れませんが、私にとっては非常に勉強になる話で、おそろくうちの病院の関係者にとっては今日出てきた問題点としてあげていただいたようなことがおそろく大きな問題になるはずでございますので、本当におっしゃったことが全部乗るような形でのペーパーにして頂けると非常にありがたいです。ただ、新潟リハビリテーションセンターの先生がおっしゃったことなんですが、一度先生の所とうちの間で、患者さん行ったり来たりしたことがあると思うんですけど、先生のおっしゃったことが現実に問題になっているところでございますので、身にしみてうかがっております。

司会(辻) 本日の御講演を伺っていると、まだ制度を十分に活用しきれていないところがあるような気がします。そういう点で医療側がもっと勉強しなければいけない点も多いように思います。先生方は遅くまでシンポジウムに御参加いただき本当にありがとうございました。