

## 医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会議事概要

日時：平成28年1月27日（水）18：00～20：10  
場所：ホテルポールスター札幌 2階セレナード

### 1 開会（18：00）

### 2 挨拶（知事）

### 3 議事（座長：長瀬北海道医師会長）

（1）市町村における在宅医療・介護連携の取組等（行政説明）

（2）先進的な取組事例報告

・社会福祉法人ノテ福祉会 対馬理事長

「特別養護老人ホームを核としたノテ地域包括ケアと医療連携」

・社会福祉法人美瑛慈光会 安倍理事長 「地域で支える」

（3）医療と介護に係る具体的な連携手法（意見交換）

テーマ（ア） 医療と介護の多職種連携

#### ○ 工藤委員（北海道総合在宅ケア事業団）

総合在宅ケア事業団は、現在56カ所の訪問看護ステーションを道内で運営。サービス提供市町村は93だが、このうち60を超える市町村が過疎地域で、その半数は事業団しかサービス提供ステーションがない状況。全体の利用者数は、月平均約3,500人、看護師、理学療法士、作業療法士など約470名の職員で看護サービスを提供。

訪問看護の利用者は、訪問介護との併用が多いので、日常的にヘルパーとは連絡ノートや電話で相互に連携を取りながら動くことが多い。ヘルパーからの相談内容は、利用者によりいろいろだが、多いのは、ヘルパーが訪問してみたら、食欲がなくてぐったりしているとか、ご飯を残しているとか、熱があるようだけど入浴どうしたらいいだろうかとか、そのようなことは日常によくある。

訪問看護師は一般的に週に1、2回しか訪問できないが、ヘルパーは比較的、訪問回数が訪問看護と比べると多い方が多いので、服薬管理のことや、熱があるとか、認知症の問題行動でこうだったとか、そういう話や情報をもることが、訪問看護師にとって大変貴重な情報となっている。

こうした情報提供や連絡があったときには状況を詳しく聞き、必要に応じすぐ訪問し看護師としてできる必要な対応や助言はすぐ行っている。また、身体状況によっては主治医に連絡をとり指示をもらう、あるいは一緒に受診する、救急車を呼ぶということなどもある。

主治医との連絡は、主に訪問看護師が担う場面が多い。

最近は介護職員の業務としてたんの吸引ができるようになったので、ヘルパーから、痰がうまくとれないとか、カニューレが入らないとかいう相談も増えてきている。

介護保険で訪問看護を利用する方は、介護支援専門員の調整のもと、訪問介護をはじめ、デイサービスや福祉用具の担当者など関係者が集まるサービス担当者会議が開催されるので、そこで利用者のケアについての協議や意見交換により確認などをするが、この会議の持ち方、どのように意見を出せるか、出し合うかが大事で、大変重要な機会と考えている。

こうした地域の医療・福祉の関係者との協力、連携をどこまで丁寧に、きめ細やかにできるかが在宅での患者の生活の質の確保や、事故の防止につながるものであり、今後更に看護職として多様なニーズに応えられる力をつけていくことと、ほかの職種の方との連携の強化に努めていかなければならないと考えている。

#### ○ 前川理事（北海道看護協会）

看護職は医療機関のみならず、介護・福祉関係施設、在宅等の領域で多く勤務しており、多職種連携という意識はかなり向上し、強く感じているところではあるが、実際の現場ではつながりにくさというのをかなり感じているのも現実。

顔の見える関係づくりを重層的に進めていく、お互いを知ることが、非常に大事ではないか。

医療機関、介護関係機関、相互に互いの制度や役割について正しく理解されていないことが現実

あり、それがちょっとトラブルの原因になっていることもある。

例えば、制度的には問題はないが、この方を受け入れるには少々経営的に難しいという事例は確かにある。そうした場合に「どうして」という思いが出てくるが、その施設の役割や介護報酬、診療報酬などを考え、ここはこの方には難しいと考えると違う選択ができる。その違う選択をするためには、そこを紹介するケアマネにしても、いろんなケースワーカー、ソーシャルワーカーにしても、その施設の役割や、制度的なことを理解していなければ、そこで若干の食い違いが生じてしまうということが現実に起こっている。

また、情報の共有に関しても、互いに必要な情報ということを理解していなければ一方的に送りたい情報を相手に送るというようなことも起こる。先程スライドを見せてもらったが、互いに必要な情報を得ることができるような情報ツールや情報シートが必要と考えている。

こうした課題を解決していくためには、各専門職のレベルアップも必要。個々が自分の役割をしっかりと考え、そこでレベルアップしていくということと、他の施設、そこは何をする所か、ほかの職種はいったい何をする所かということとをしっかりと考えていかなければならないということと、代表者会議だけではやはりだめで代表者はやはり代表者なので、現状をより多く分かっている人たちで話し合う、カンファレンスやフォーラム、事例検討の継続的な取組を重ねていくということが、重要。

#### ○ 太田委員（北海道リハビリテーション3団体連絡協議会）

この団体は、平成24年から訪問リハビリテーションを推進するということで立ち上げている。

リハ専門職は、割合的にはかなりの人が病院の中での専門職という形で働いている。そのため、介護の領域の方達に十分に我々の職種の内容が理解されていない部分があるのかなと常日頃感じている。

介護からすると、何をしてくれるのがそれぞれの専門職かの理解がまだ十分でない、我々の啓発が十分ではない所もあると思うが、PTは機能訓練で、OTは何をするのか、STは見たことがないなど、一部先進的な事例を作られている所もあるが、我々の啓発が十分でない所が反省点。

介護からすると、専門職が、それぞれ何をしてくれるのかわからないため、地域で何をお願いしたらいいのかわからず、連携が上手くいってないことにつながっているのではないかと感じている。

現在179市町村ある中で、理学療法士が所属なり住居があるのが約6割5分、7割くらいしかなく、作業療法士は約5割、言語聴覚士は179のうち3割しかいないので、この3団体で連携し、足りない所は助け合い、何とか支援体制の窓口を作ろうと、ようやく179市町村の窓口がPTかOTかSTか、もちろんいるところはPTとOTとSTが、という形の設置ができている。

リハビリテーションの最終的な目標は、ADLの獲得、維持、向上にあるので、利用者がなぜ不自由になっているのかについて生活の中で評価し、問題点を共有して、短期目標、長期目標を立てて、日々の生活の多職種共同作業の中で、自立支援の視点でアプローチをしていくことが重要。

病院の中にいれば、短期目標、長期目標、整理されてとなるが、今この状態の短期目標をうまくクリアすれば、また生活に戻れるという所を、うまく我々と一緒に、介護の領域の方で体験していただければ、その領域が広まるのかなという感じがしている。

また、介護領域の方達の接点を多くしていく中で、地域での勉強会なり包括支援センターの中で関わる場面を増やせれば、またそういうリハ専門職が何をするのが専門的な仕事で、という所を理解されればまた使ってもらえるということで、つながってくるのではないかと考えている。

現在、介護職の質を上げるため、PT、OT、STのリーダーを育成する、レベルアップを全国的にやりましょと、地域医療総合確保基金を今年度いただいて、それを財源とし、今年度全道8カ所で地域ケア会議の模擬会議等を中心として研修会を行っている。

1月の始めに作業療法士である厚生労働省の課長補佐を呼び、札幌で300人規模の研修会を開催することができた。これには市町村の担当職員が約50名ほどPOSと一緒に参加し、連携をとりながらうまく進められればということで、先ほどあった顔の見えるような関係づくりが非常に大事。

#### ○ 藤原委員（北海道医師会）

北海道医師会では、先日、34回目となる北海道医療福祉関係者職能団体懇談会を行い、33団体が参加。いろいろな所に顔を出す、医療と介護の連携はかなり進んできているのではと実感。今後の地域包括ケアシステムの構築に向け、課題となるところをいくつか挙げたい。

まず、福祉系の人間と医療系の人間の言語の違い、これはもう少しの所かなという感じ。

それから、北海道全体で考えるというよりも、二次医療圏や市町村が考えなければいけないわけで、そのへんをどうしようかなという所。

それから、ITを活用する方法もどの単位でやるかということが問題。医療介護関係の団体といっても、33団体もあり、どこでやるのが一番効率的かということも考えている。

もう一つは、地域包括ケアシステムのキーポイントは、訪問看護と地域包括・在宅介護支援センターではないかと思うが、実は、この支援センター協議会の組織率が50%以下で、これが問題なのではないかということで、知事から各市町村の地域包括・在宅介護支援センターの方に、この協議会に参加するように是非呼びかけていただきたい。

それから私、札幌市の在宅ケア連絡協議会というのをやっているが、ここは、医療と介護の連携が非常にとれていると思う。顔の見える関係を月に1回、関係構築をしているので、また、忌憚のない意見交換をしているということもあり、これが連携の秘訣かと思うので、今後も、いろいろな地域で顔の見える関係を構築することが大事。

#### ○ 七戸委員（北海道ホームヘルプサービス協議会）

北海道ホームヘルプサービス協議会は、事業所が所属する団体。会員数が202事業所、その中にいるヘルパー数は約5,500人。その中で介護福祉士になっている者が7割強と頑張っている。医療と介護の連携では、協議会としても多々医療の勉強会などをしており、ドクターやナース、リハビリの先生を呼び、いろいろな取組をして今に至っている。

ヘルパーも、藤原先生が言ったように、医療と福祉の言語の違いなどの難しさを感じており、協議会として「ヘルパーおたすけブック」を、脳血管疾患の対応方法や薬の情報なども最新情報で載せるなどし作り上げた。緊急時対応などもしており、脳卒中はアクトファストということで、確認を取り、救急隊員に引継ぎ、病院に連携を取っていくなど、在宅でのそうした発見時の対応も確実にのびてきている。

飲み込み嚥下、肺炎予防、口腔ケアというような部分でも連携して、勉強するから見えてくる所が出てきて、協議会として一層がんばっていかねばならないと取り組んでいる。

ただ、地域にベッドを返すということが平成18年くらいから言われてきていたと思うが、やはり医療ニーズの高い方が在宅に来ている。その中で、ヘルパー、訪問看護師、在宅診療の医師が絡みながら、いろいろと連携を取って今に至っているが、まだ勉強していかねばならない。さきほど訪問看護師が言われたように、たんの吸引についても、なかなか事業所としては実績が伸びていかない。なぜなら、たん吸引の利用者がいないとそこに研修に行かないということ。一方で、地域にはそういった方々が増えてきている。そういった所も、我々は医療系ではないが、地域を支えるという立場で、これからも学びながら医療と連携をしていきたいと思っているので、今後とも、こうした場でお話させていただき、ヘルパーの支えになっていただければと思っている。

#### ○ 瀬戸委員（北海道老人福祉施設協議会）

我々は、いわゆる老人ホームの団体で、特別養護老人ホームや養護老人ホーム、軽費・ケアハウスなどで、会員数は約400事業所、日々現場で介護の実践をしている団体。

医療と介護の多職種連携の課題ということで、現場レベルから見た課題を2点ほど話す。

一つ目は藤原委員もいっていた言語の違いと全く同じようなことだが、医療と介護の専門領域が違う、それぞれ専門職だが、利用者をどう捉えるかという視点がかかなり違い、当然、医療は病気から見ていくし、介護は生活が基本的な視点にあるので、そこから見えてくる課題が違ってくる場合がある。多くの場合、健康状態から起因して様々な問題が起きているので、適切な医療で解決することがたくさんある。ただ、そこから次に出てくる後遺症などは、ただ単に病気からではなく、生活状態や家の状態などから出てくるので、それらを全て一緒に見ていかねば、課題解決はできないということがある。どうしてもそれぞれの専門職の専門領域を大切にすることがために、他領域を見れなくなるということがあるので、それができるように育てていくことが地域の中でも必要であり、できれば道などがそういうところに支援をしていただければありがたいなということが一点。

もう一点が、次の課題の情報共有にも近い話となるが、在宅での生活を考えたとき、ノテ福祉会のように一法人で様々なことをやっていければいいが、多くの場合は事業所や法人が違い、かなり考え方も違ってくるので、情報の共有やサービス提供の仕方なども大きく変わってくる場合がある。その時

にどうしてもうまく連携できないことが出てくるので、先ほど、対馬理事長がいったような共通アセスメントシートをしっかりと作っていくとか、クリティカルパスのような課題解決の指針を地域で持つ、そういうことを地域、地域で作っていくことが必要だと思うので、道としても各地域で仕組みづくりができるような支援をお願いしていただくと、医療と介護の連携、多職種の連携が進んでいくのではないかなと考えている。

#### テーマ（イ） 医療・介護関係者の情報共有

##### ○ 渡邊副会長（北海道介護支援専門員協会）

北海道でケアマネジャーの資格を持っている方が約3万人くらいいる中、現業がきちっと把握されていないとはいえ、会員は600人に満たず、加入率の低い団体。

ただ、全道に散らばっており、こういう色々な問題について話し合うこともあるため、各地域の意見も聞いてきた。

資料6にあるようなシートを、そこそこの有志団体、札幌でいうところの「地域ケア連絡会」という団体で、このように医療との情報を共有したらどうだというような提案をしている。提案を受けそこに来る方が使ったり、先生がそれを「こういうのあるよ」とケアマネに教えてくれたりしている所は全道各地にあるが、どうしてもそれが地域全体には広がらない、そこに参加する人しか知らない、というようになっている。

できれば、これから市町村に分かれていく中で、先生がいったように二次医療圏でもいいが、どんな領域でも良いから、そこに共通の言語みたいなもの、「こういう書式がある」とか、行政側から「これ使ってみたらどうですか」というような提案、若しくは、書式を精査し「これ良いからちょっと使ってみたらどうですか」というように、市町村の方から何かの折に、医師会・地域医師会の力も必要かなと思うが、声を掛けてくださる、普及に力を貸してくださる、ということが、情報共有しやすい。書式を持ってビクビクしながら医師の所に行き、言い方を間違えて「二度と来るな」と言われたとしても、「先生、行政も推進している書式なので、書いてください」というように言えるかななどと思っている。やはり、行政、そこの市町村の力添えをいただき、こういう共有書式をまず使っていく、そして、各団体が会員、私どもでしたらケアマネジャーに「ここの表現はこう書きなさい」という勉強会も開けるのではないかと思っている。

##### ○ 宮崎委員（北海道認知症グループホーム協会）

グループホームは、生活をベースに認知症に特化したサービスのひとつ。介護保険では、認知症グループホームと通所介護の2つしかない。認知症の状態にある人の支援のスペシャリストというスタッフがそこに存在して、ケアに携わっているという所。私は、どっぷり認知症の状態にある方々の生活の場に、寮夫と言われている時代から携わってきたが、今では看取りのところまでできるような仕組みになってきている。そこでかなり色々な課題がある。スタッフ、家族との連携であるとか、医療との連携。その中でも、私の事業所では、訪問看護師には足を向けて寝られないくらいお世話になった。本当に感謝している。夜中でも訪問診療に飛んできてくれるドクターがいる。そういった熱意のあるところは、とても充実して推進はできるけど、なかなかそういう情報の共有ができない地域があるとすると、そこはこれからの課題なのではないか。私のところは胆振振興局だが、そこでは介護職を対象に看取りについての勉強会を2カ年計画でこれからやるとか、市民に向け「いったい自分はどこで死にたいのか」という市民向けのワールドカフェみたいな形で、何百人という市民の方を対象に、専門職と市民、医療とか介護が意見を交換する場を作ったり、そういう取組を街、地域の単位でできるといい、つまり、顔が見える関係から、それが協働して活動できる集まりになっていく、というのがとてもいいなと。そういう先駆的にやられている所がどんどん出てきているのも事実なので、そうしたものをどんどんと推進していく施策や、私たちの心構えなどは必要。

##### ○ 中川委員（北海道慢性期医療協会）

2枚ものの資料を配付しており、これに沿って話す。

まず、多職種連携についてだが、定山溪病院は南区にあり、368床の慢性期医療機関。2013年から病院内の仕事だけでなく、地域を療養病床として捉えるという考えで、訪問診療・訪問リハビリテーション・訪問歯科等を実施。具体的な連携の内容は、福祉施設への医療支援6施設。これは、特別養

護老人ホームと高齢者住宅等の医療支援、1施設5事業。訪問リハビリテーション・訪問歯科診療等。

元々、当院は院内においてカンファレンスなどを通じ、チーム医療を充実させ実践してきており、多職種連携には抵抗がなかった。当院が行う多職種連携は、院内で行われていたことが院外でも行われるようになったということ。医療と医療の連携が中心だったが、医療と介護の連携に変化し、この連携の中で大きな役割を担ってきたのは、やはり地域連携室のメディカルソーシャルワーカー。医療と介護の連携には何らかの媒介が必要であり、その役割が医療と介護が混在する地域にある慢性期医療機関なのではないかと考えている。

次に情報共有についてだが、当院では、現在、電子カルテ利用を進めているものの、慢性期医療機関の場合、電子化が進んでいるとは思えないことから、アナログ的な情報共有になりがちなところ。連携を意識した情報共有はフェイス・トゥ・フェイス、顔の見える関係が基本であり、機関と機関の一对一の連携が基本。情報通信技術の活用を考えると、実際には導入コストの問題が非常に大きいことと、それぞれの施設で使用するメーカーが異なることが大きな弊害となるため、統一が難しい場合があるのではないかと考えている。

2ページ目は北海道慢性期医療協会の活動について述べている。

#### ○ 西委員（北海道歯科医師会）

本日は、歯科医師の立場から、是非皆さんに伝えたいことがある。現在歯科では、在宅で歯科医院に通院できないような患者に対して訪問診療を行っている。

以前、私が訪問診療で、患者の総入れ歯を作った時に、その患者が言った言葉がとても印象に残ったので、皆さんに紹介したい。その患者は癌で入院されていて、合わない入れ歯であまり食べられずに退院されて自宅に戻り、私が行って入れ歯を作ったのだけれど、患者が、入れ歯が入りご飯が食べられるようになったときに、しみじみ言った。「病院に入院し治療を受けていて、どんな高い注射を打たれたり、どんな薬を飲んだりしても、美味しくご飯を食べさせてくれない」と。「自分は美味しくご飯を食べることが何よりの薬であり、何よりの治療だと思う」とその患者が教えてくれた。私はそのことを患者から学び、改めて我々歯科医の仕事の大切さというのを認識したところ。

このことを皆さんにしっかり認識していただきたく、今日、発言しているが、これをもとに、情報共有を考えたときに、先程フェイスシートなどの紹介があったが、この中に歯科的な情報、歯がどれくらいあるかとか、入れ歯が使えているかとか、歯茎の状態がどうかなどの情報をきちっと入れていただきたい。そうした情報が患者の食事のレベルを判断する材料になるのでとても重要。

もうひとつ、皆さんに逆にお聞きしたいことがある。地域ケア会議の概念図の中で、主な構成員として、ケアマネージャーや自治体職員、医師など色々あるが、歯科医師・歯科衛生士も入っている。だが、実際の会議で、我々の同業者の歯科医師とか歯科衛生士が入っているかどうかというのは、実態を把握できていない。もしそういう実例があったら教えていただきたいなと思っている。

#### ○ 有澤委員（北海道薬剤師会）

薬局の業務の中における他職種との情報共有ということで、まず地域包括ケアシステムの中で、薬局・薬剤師が担うべき役割としては、外来・在宅における適切な薬物療法、そして地域住民の健康維持・増進を推進する役割で、セルフメディケーションの推進。そして薬局というのは、地域のひとつの資源であり、商店のようなものですから、いろんな相談がある。

そういった中、ファーストアクセスとしての相談を受け付ける医療・介護の相談の場がある。これらは全て薬局の中で完結するものではない。当然、薬物療法については医師が処方するし、セルフメディケーションについても他職種との連携という土台があって初めてできるものである。

当然ファーストアクセスの相談を受けた際も、どこにつなぐかということになる。そうした中、情報共有における問題としては、どの職種の方がどういう情報が欲しいか。情報を出せと言われれば、いくらでも普段から話している内容を書けば出せるが、なかなか手間がかかる。適材にその職種につなぐには、こういう情報があったら良いというのがまだまだ不足しているような気がする。そういったものも含めて、ICTの活用ということもよく言われている。

特に北海道の場合は、札幌と地方都市では薬局の資源、薬剤師の資源、あるいは患者さんの状態が異なるので、当然、その地域包括ごと、あるいはその市町村ごとに、しっかりとどういう情報が必要かということを議論していくことが必要ではないかと思う。

ICTでは、「北まる net」のようなものもあるが、薬局の事業規模では、大手や、大きい会社のチェーン店は別として、固定の薬局はハード面の負担も多いことも考慮する必要がある。

それから、何よりも在宅医療・介護連携推進事業の中で、資料 1 (カ) のところで、医療・介護者の研修で、私どもはドクターとは比較的近い関係で連携はしやすいが、介護の方とは言語とか価値とか見方、目線がちょっと違ってくるので、一緒にグループワークを症例、題材を持ってやっていく。こうしたことを積み重ねて経験を積んでいかないと、きちんとした対応もできていかないのでは。そうした点で、平成 26 年、27 年と、基金で、訪問薬剤の管理の実施体制の整備事業をやらせていただき、これは、薬局で全て完結しているのではなくて、多職種の連携でそれぞれのモデル地域で実際に事業を起こしてかなり連携が進んだし、お互い顔が見える関係にもなったし、情報共有がすごくしやすくなったというような形になっている。報告書で報告するが、こうしたケースをたくさん積み重ねていかないといけないのでは。

薬の情報共有に関しては、電子版のお薬手帳というのが私どもの上部団体の日本薬剤師会が主体になり、会員薬局に対してツールとして安価で提供できる体制を作っているのをこれから推進していこうと考えている。

#### ○ 星野委員（北海道老人保健施設協議会）

2年前の札幌市内のアンケートでは、医療を受けている方が介護も受けているというのが 75%、介護を受けている方で医療も受けている方は 95%くらいとなっていた。実際に医療と介護の連携を一番必要としているのは、患者であり、利用者であり、本人。本人視点でも、医療と介護の連携は必要。そうすると、地域の介護資源だとか医療資源が、地域の方々にはしっかり伝わり、住民が自分でニーズをしっかりと出していく、そういうのを調整していくといった啓蒙活動も必要なのでは。

もう一点、平成 24 年に在宅医療連携拠点事業というモデル事業があり、そのときにたまたま、夕張の「メロンネット」と、私どもの東区にある「タッピーねっと」がモデル事業を行った。その中で感じたことは、これからの地域の中では、都市部もそうだが、行えることが非常に限られる。十分に承知している訳ではないが、一層過疎化が進んでいく中で地域間連携、あるいは都市部と郡部の連携の視点も必要と感じていた。

北海道の老人保健施設は 190 くらい。老人保健施設は、介護 3 施設の中のひとつだが、医師がいて看護婦がいて、中である程度の医療ができるようになっている。4、5 年前の北海道では、地域で訪問看護が整備されていない地域、それから訪問リハが整備されていない地域が、確か 50 か所くらいあった。50 か所というのは、その中に老健がある地域が 50 か所と聞いた。北海道老人保健施設協議会の立場から言うと、老健は医療と介護の要素を兼ね備えているので、それらが地域の中で活用できるようにと思う。これは制度上のことで、先程、美瑛の発表の中でも、老健から訪問リハビリに行っているということで、そのような活用だとか、制度的なところで行いやすい形になるといいのでは。

情報共有というのは、医療の面と介護の面、先程話のあった言語の話や視点の違いもあると思うけれども、様式の統一が必要なのではと思うことと、自分のところでも介護部分の情報共有を進めているが、特に介護の部分では、IT ひとつとってもたくさんの会社があって、なかなか 10 くらいの所を連携するのも難しい。そういう中で、道並びに市町村の行政の指導などがあり、比較的色々なことを含めたマニュアルができると、より一層進むのではないかと思う。

#### テーマ (ウ) 医療・介護関係者の研修

##### ○ 九津見委員（北海道地方・地域センター病院協議会）

今、皆さんご存じのように病院の中ではチーム医療を行っている。以前は医師の指示のもとでみんなが動くということだったが、やはり今はそれぞれの専門の分野で知識と技術を深めることにより、それぞれ尊重しあえる関係ができたということで、チーム医療というのができてきたと思っている。それを地域に広めていくというのが医療と介護の関係をよくしていくということにつながるのではないかというイメージ。そう考えると、互いに尊重しあえる関係をつくるということで、しっかりとした介護の技術や知識を介護の方が学ぶことにより、ちゃんとした身分や地位、それから報酬をきちっと保証してもらえる。今でもそうだが、もう少しそういう部分に配慮してもらうことにより、これは国の視点かもしれないけれども、やはり、自尊心というものと、周りで認知されるということで互い

に尊重しあえる関係ができるのではないか。それによりまた、介護の方の離職も多いと聞いているので、離職防止にもつながるのではないかとと思う。

医療との関係でいうと、利用者の状態とか症状を、きちんと把握してそれを医療者にきちっと伝える、そして医療者からの話をちゃんと理解する。言語を互いに統一しあうということ、そういう研修もきちっとやっていかないといけないのではないか。

もう一つは、地域ごとに医療資源がだいぶ違っている。地域と都市部とでは全く違うわけで、その地域、地域でやり方や言葉の使い方、文化的なものが違うと思う。そういうことを、医療者側も介護の方たちの活動をよく知らないという状況もあるので、地域の中心的な事業所や病院の中において、先ほどから言われているように、顔が見える関係を築くような地域に根ざした研修会も必要。

#### ○ 木村委員（北海道自治体病院協議会）

自治体病院には札幌とか旭川のようにバリバリの急性期病院もいくつかあるが、大半は地域の中小病院。医療と介護の連携は自治体病院にとってはある意味最大のテーマだと思っている。

研修ということに直接つながるかどうかはわからないが、基本的な立ち位置として、医療、特に病院の医療と介護には視点の違いや、求める情報の相違があるということを双方がしっかり認識した上で取り組む必要がある。医療と介護の両方の現場を理解している人がリーダーシップを取らないと、なかなか上手く進まないのではないか。事前にいただいた資料に、「介護職員が医療に関する知識を深める」という文言があったが、医療職員の介護に対する知識を同時に深めないと、連携はなかなか進まないのではないかとと思う。

共通言語の設定は非常に重要で、道南では、全国老人保健施設協会版の ADL 評価ツール、A3 アセスメント、介護の領域では比較的使われていると聞いているが、それを NPO 法人道南地域医療連絡協

議会、通称「<sup>メディアカ</sup>Medika」のネットワークに乗せて、医療・介護双方が電子情報として共有できる仕組みを動かしている。当院は急性期病院だが、回復期病院への転院や各種施設を含む在宅に戻る場合だけでなく、地域では患者さんが循環しており、急性期に来る前の状況がわかるので、どこまでこの人は求められるのかというような情報が急性期病院にもわかるということで、かなり重宝している。十分なマンパワーを確保するのはなかなか難しいということはハッキリしているので、どれだけ効率的に情報共有するかという観点からも ICT の活用は重要と思っている。

医療と介護の顔の見える関係はもちろん重要で、道南では 2006 年から道南在宅ケア研究会が立ち上げられ、事例の検討会や講演会、懇親会などが開催されている。

ただ、「<sup>メディアカ</sup>Medika」にしても、道南在宅ケア研究会にしても、地域の医療・介護の一部しかカバーしていない。みんなが入っているわけではない。これらを活用して地域全体に広げていくのか、あるいは新しい仕組みを考えるのか、ここは誰かが強力にリーダーシップをとらないと動かないと思う。医療と介護両方に精通してない人がリーダーシップをとるととんでもないところに行ってしまうのではないかと心配もあり、実際に地域で誰がどういうふうなリーダーシップをとりどこに持って行くのかが一番大事だと思う。

#### ○ 西川委員（北海道デイサービスセンター協議会）

北海道デイサービスセンター協議会の構成は、社会福祉法人はもちろん医療法人や株式会社、有限会社などの民間のデイサービスセンターの事業所も含めて構成されている。組織化率について先ほど話が出たが、株式会社はフランチャイズ方式でどんどん増え、構成化率が下がってきている状態。そのような中で今回の介護報酬の減となった。

私は新十津川町という空知の郡部に事業所があり、砂川市の市立病院がすぐ隣にあり、広域で色々な活動をしている。その中で、実は今日、「認知症の多職種事例検討会」というのが行われており、NPO 法人の「中空知地域で認知症を支える会」という組織を作り、介護職、医療職、認知症の家族の方なども一緒に参加している。今日のテーマは「認知症高齢者の自動車運転に関する事例提供」ということで、本当に色々なテーマの中でやっている。

ただ、こうしたことも認知症だけの切り口、これはもちろん介護と医療をつないでいく中では重要なテーマなのだが、先ほど西委員がいわれたように、「ごはん、この方食べないね」といったときに、



口の状態、歯科から見た立場というのは大変重要であり、また、薬の関係で、食欲がないとか、なかなか唾液が出なくなってしまうという状態の中で食べられない、そういう問題が色々あって、各団体から来て頂いて、そして、それぞれの地域の中でみんなが一つのことを話し合っていくというのが大切。

そのときに、今残念ながら、この中では介護職というのはもしかしたら日本の文化的、歴史的な背景の中で、介護保険制度が始まってから進んできた関係で一番遅れている部分、そして一番勉強しなければならない部分かもしれない。ただ、やはりみんなが一緒になりそれぞれの立場から、色々な視点の中から、それぞれの職種が色々な知識を持ち、そして一人の地域の人、お年寄りの方、そういった方々を支えていける、そういった地域になるためにも、グループですとか、そういった多職種が一緒に関わった研修が今後も必要になってくると思う。そういった形で今後も色々な形ですすめられれば良いと思う。

#### ○ 藤田委員（北海道社会福祉協議会）

まず一つ目が、地域福祉の視点だが、医療と介護の協働のステージとして今求められているのが、紛れもなく地域包括ケアシステムだということ。ただ、一人の住民にとって困り事というのは、確かに医療ニーズあり、生活ニーズありという形で、それぞれが補完し合い生活を成り立たせているのではなからうかと思っている。生活課題への気づきというのを的確に読み取り、住民に向かい合って、地域の中での個別支援というものを可能にしていくという、そういうところがおそらく地域包括システムの本旨でもあろうかと思うので、「安心安全な街づくり」という言葉で表現されるが、地域の中で安心して暮らせる、それぞれの個別の支援というものをきちんと読み取り、気づいて、それを形にしていくというような人材育成がまず一番大きいのではなからうかなと思う。具体的には、地域包括支援センターの職員研修や、社会福祉協議会等からニーズが高いコミュニティーソーシャルワーカーの研修、そういう技量を持った職員が地域の中で展開できるような環境を作り上げていきたいと思っている。

もう一つは、虐待防止の倫理観の問題が大きい。確かに、医療と介護という一つの並列された言い方をするけれども、医療専門職の倫理観というのは非常に高いものをこれまで培ってきたのかなと思う。その点で、昨今ニュースで出てくる介護場面における虐待というもの、これについては真摯に取り上げ、これを防止するための手立てを研修という形で各専門職の方々に伝えていかなければいけない。医療と連携する大前提という形で、こういう倫理観の醸成ってというのが必要になってくるのかなと思う。私ども法人の行う研修は、虐待に関する基礎的な一般市民を対象とした研修会、あるいは施設職員対象の研修会、あるいは在宅サービスの担い手の方々が虐待について学ぶあるいは虐待防止を考える研修会を毎年開催しているが、この5～6年間大体6～700人の参加がある。ただし、ほとんど会場のキャパシティの問題でそれ以上は断っているのが現状。おそらくはそういうニーズ、危機感というものは非常に多くもっていると思う。そういう面では今後はこのような倫理観の醸成というところの研修会というのも、地域の中で展開すること、求められていくことが重要ではなからうかと考えている。

#### ○ 川尻委員（北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会）

地域包括支援センターが法制化されてから、現在は北海道の全ての市町村に設置されており、その中で先ほど話があったとおり、加入率の部分ではやや苦慮しているところ。包括支援センターは直営型・委託型に分かれ、おそらく加入をしていない地域包括支援センターは、直営型・規模の小さい町村で、更に財政的にも厳しい所がなかなか入っていただけないという現状があるので、町村会等を通じて是非ご入会いただけるよう働きかけを、といったところではなかったかなと思っている。

また、先ほど西先生から地域ケア会議の話があった。私は小樽にある包括支援センターの職員だが、小樽は医師会が素晴らしく、連携に協力いただいているほか、歯科医師会会長や会の皆さんも、連携に熱心な方。また、薬剤師やセラピストもとても熱心に連携のための研修をいろいろやっている。

連携に関する研修がとても多いが、やはり感じるのは、来る人はいつも同じ。熱心な方はいつも来て、「顔が見えすぎる関係」になる。ところが、「このケアマネージャーは来てほしい」「この先生にちょっとこの話聞いてほしい」という先生はなかなか来て頂けない。つまり、地域の中で医療・介護の連携ができていて、できていないではなく、おそらくかなりまだらなのだろう。その中で、医療を



必要とする高齢者、介護を必要とする高齢者の方々は、そのケアマネージャー、その病院のドクターが連携に熱心な先生なのか、連携の得意なケアマネージャーなのかがよくわからない。ある意味では運みたいなどころがあるので、そういった部分では底上げというのがとても大事だと思っている。

その中で地域包括支援センターは、特に地域のケアマネージャーの支援を行うという役割を持っているので、包括協としては、地域包括支援センターの方々に情報の提供や、医療介護連携についての研修や、啓発についてそれぞれの地域で行ってほしいということを押し進めていきたいと思っている。

地域包括支援センターができてしばらく経っているが、意外と国の調査などでも地域包括支援センターについて認知度が低かったりする。特に、医療関係の方々について、ある時急に受診に来なくなったり、いつも調剤薬局で薬を取りに来る高齢者だがちょっと心配だな、という方がいたときに、どこに連絡をして様子を見に行ってもらおうかという、地域包括支援センターなのですが、やはり知っておられない方がいて、どこに連絡すればいいのだろうと。そうしたことも含め、包括支援センターが包括支援センターの役割を、地域の医療関係者に改めて、できた時は一生懸命研修するが、できて3年くらい経つともう知ってるだろうということではなくなってしまうことがあるものだから、そうしたこともしていく必要はあると思っている。

#### ○ 羽山事務局長（北海道介護福祉士会）

介護福祉士会は、介護福祉士の国家資格を持った者が、任意で個人で入っている団体で、先ほど高橋知事が組織率を言われた時に、今うちの持っている組織率と同じくらい私は小さくならなくてはいけないかなと思っていたが、そのくらい組織率は悪いところ。

介護福祉士会は研修を中心として活動しており、毎年、介護福祉士の初任者研修を行っている。この研修は、介護福祉士の資格取得後1年～2年未満の職員向けの研修で、その中で介護福祉士のための医学知識という項目で、基本的な医学知識の学習を行っている。講師は医療関係者にお願いしている。この研修自体は振り返り研修の意味合いを持っている。少し働いて慣れが出てきた所で、もう一度学び直し自分を見つめ直す機会になっている研修。

今年度は、専門研修と題し「ターミナルケアの取組について」というテーマで看護協会に全面的に協力をいただき、研修会を実施した。元々日本看護協会が提案する「介護施設等における看取り研修プログラム」という研修が看護協会であり、本日まで出席の看護協会の理事の前川様から話をいただき、研修会が実施できた。こちらは、施設・在宅問わずターミナルケアに対しての知識と学習のほか、介護そのものの考え方についても学ぶことができた。

その他、今年度、日本介護福祉士会で、認定介護福祉士、介護福祉士の少し上の段階の資格になるのかな、そこの勉強会の認定機構をつくり、たぶん来年度か再来年度から認定介護福祉士というのが動いてくるのかなというのがひとつある。

北海道介護福祉士会としては、就職してから3年目、4年目の施設で中核となっている職員を対象とする「ファーストステップ研修」を、その中でも医療系の話は出てくるのかなと思っているので、研修あるごとに医療に関しての勉強はしている。

もう一つ、北海道介護福祉士会は北海道内に10の支部があり活動している。それぞれの支部について、介護の中心となる人が役員となり精力的に活動している。今後は支部レベルでのつながり、医療とのつながりということで研修が実施されることを期待。

#### ○ 事務局挨拶

4 閉会（20：10）

[出席委員等]

【医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会】

北海道医師会	会長	長瀬 清
	副会長	藤原 秀俊
北海道歯科医師会	副会長	西 隆一
北海道薬剤師会	副会長	有澤 賢二
北海道看護協会	理事	前川 恭子
北海道老人保健施設協議会	会長	星野 豊
北海道地方・地域センター病院協議会	副会長	九津見 圭司
北海道自治体病院協議会	会長	木村 純
北海道総合在宅ケア事業団	訪問看護部長	工藤 和子
北海道慢性期医療協会	会長	中川 翼
北海道リハビリテーション3団体連絡協議会	代表	太田 誠
北海道社会福祉協議会	事務局長	藤田 裕行
北海道老人福祉施設協議会	会長	瀬戸 雅嗣
北海道介護支援専門員協会	副会長	渡邊 由果
北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会	幹事	川尻 輝記
北海道ホームヘルプサービス協議会	会長	七戸 キヨ子
北海道デイサービスセンター協議会	副会長	西川 雅浩
北海道介護福祉士会	事務局長	羽山 政弘
北海道認知症グループホーム協会	会長	宮崎 直人

以上