

西区在宅ケア連絡会活動報告書（XII）

平成27年6月9日（第194回）～平成28年5月24日（第204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 出席者	2
V 検討結果	3
VI シンポジウム	13
VII おわりに	29

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 23 年 12 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅷ)のために	—	平成 24 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅸ)のために	—	平成 25 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅹ)のために	—	平成 26 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅺ)のために	—	平成 27 年 9 月	発行分	—	(略)

前回の報告書発行以降も活動は継続され、平成 27 年 12 月には第 200 回開催を迎えた。この間、社会保障制度改革は非常に大きな転換期を迎え、地域包括ケアシステムという概念が提唱された。そして、その中で在宅医療と介護の連携推進事業の推進が図られている、それは、介護保険の地域支援事業としての位置づけもあるが、今後の地域ケア体制全体の基盤を成すものである。しかし、「西区在宅ケア連絡会」の活動はこの連携推進事業そのものの実践であったと言っても過言ではない。本活動報告書(XII)は、これまでの報告書と同様に、第 194 回～第 204 回のその実践活動報告並びにシンポジウム記録を掲載し発刊したものである。なお、ホームページ(<http://www.zaitaku-care.info>) が開設されている。

(幹事会 坂本 仁)

Ⅲ 開催状況

平成 27 年 6 月（第 194 回）～平成 28 年 5 月（第 204 回）の開催状況は次表の通りであった。

回	開催日	参加者	検討事例	研修等テーマ
第 194 回	27. 6. 9	85		特集 地域包括ケアと生活支援、「自助・互助・共助・公助」をめぐって①
第 195 回	27. 7.14	87		報告 第 2 回難病と地域ケア研究会「小児難病患者の地域ケア」開催案内 特集 地域包括ケアと生活支援、「自助・互助・共助・公助」をめぐって②
第 196 回	27. 8.11	111		研修 40 年後さっぽろで一番住みやすいまちをつくろう。 「地域コミュニティの担い手」商店街には、何を求められているのか。
第 197 回	27. 9. 8	93		特集 「ぐるぐる図」でみる医療・福祉・介護の実際 PART1
第 198 回	27.10.13	75		特集 「ぐるぐる図」で理解する、西区内の在宅療養と 入、退院、入、退所の現状 PART2
第 199 回	27.11.10	69		特集 「ぐるぐる図」でみる医療・福祉・介護の実際 PART3
第 200 回	27.12. 8	141		地域で最期まで暮らすために どんな病気・障がいになっても最期まで西区で「生ききる」ために
第 201 回	28. 2. 9	121		研修 アドバンスケアプランニング
第 202 回	28. 3. 8	86		研修 西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから その 1
第 203 回	28. 4.12	104		特集 西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから その 2
第 204 回	28. 5.24	116		公開シンポジウム 西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから ～西区における今後の地域ケアを展望する

Ⅳ 出席者

第 194 回～第 204 回までの参加者総数は 1088 名平均では 98 名と、準備会を含め過去 19 年 195 回の参加延べ人数平均 86.5 人（16868 人）を上回った。

回	開催日	医 師	歯科医師	保健師・看護師	PT	OT	ST	社会福祉士・SW	薬 剤 師	ケアマネ	歯科衛生士	ヘルパー他	介護福祉士	管 理 者	センター長	教員・学生	行政・団体職員	その他	合 計
第 194 回	27. 6. 9	5	1	8	9	5	9	18	2	7	-	4	7	4	-	6	85		
第 195 回	27. 7.14	5	1	9	13	7	7	14	1	7	-	1	5	8	-	4	87		
第 196 回	27. 8.11	8	2	8	11	7	5	19	3	11	-	2	11	3	-	21	111		
第 197 回	27. 9. 8	6	1	9	12	4	7	14	2	12	-	5	6	6	4	5	93		
第 198 回	27.10.13	5	2	11	7	3	6	12	2	10	-	2	4	2	-	9	75		
第 199 回	27.11.10	4	-	8	8	5	4	14	2	9	-	1	4	2	-	8	69		
第 200 回	27.12. 8	13	-	17	16	8	8	16	4	23	-	2	7	5	7	15	141		
第 201 回	28. 2. 9	8	2	9	15	9	7	10	3	16	-	2	11	10	1	18	121		
第 202 回	28. 3. 8	6	-	9	13	2	5	11	2	9	-	5	8	1	-	15	86		
第 203 回	28. 4.12	10	2	10	10	5	4	14	5	12	-	1	11	4	5	11	104		
第 204 回	28. 5.24	15	2	11	9	7	5	17	5	12	-	3	12	6	6	6	116		
合 計		85	13	109	123	62	67	159	31	128	-	28	86	51	23	118	1088		

※その他には一般市民・製薬会社 MR・柔道整復師・理美容師・所属無記入等が含まれる。

V 検討結果

■ 第 194 回 平成 27 年 6 月 9 日（火）18：30～ 西区民センター第 1.2 会議室

特集 地域包括ケアと生活支援、「自助・互助・共助・公助」をめぐる①

少子高齢化で、介護を必要とする人が増え、担い手が少なくなる将来を迎えて、地域包括ケアが必要とされている。その目指すところは、介護保険は重度や認知症の介護にシフトして専門職に担ってもらい、軽度者の生活支援は互助でお願いするというもの。

さらに、医療・リハビリと介護の連携で重度化を防ぐことと、高齢者の社会参加や生活支援などを行うことで介護予防も目指すという概念である。

そこで、今回は、高齢、疾病、障がい、認知症、低所得などの重複する問題を併せ持つ人への支援とは、どうあるべきなのかを議論した。特に「互助」の実際と、可能性について、「西区で安心して暮らしていくためには、何が必要か、何ができるか！」と題してグループワークを行い、この地域の現状と将来について情報を共有する機会とした。

生活支援の対象は、高齢者のみならず小児も含めた地域全体。従って地域づくりの課題に取り組むことになる。地域では、住民同士の関係が希薄という課題がまず浮かび上がる。課題解決として、挨拶から近所付き合いを始める。ビラ配り、サークル活動や地域の子どもたちへの教育から横のつながりを作り生活支援につなげて行く。いわゆるお節介なオジサン、オバサンになることが必要。地域には近隣の人に知られたくない、弱みを見せたくない、干渉されたくない人等色々な人が暮らしているが、お互いさまの気持で、周りの人をよく見る余裕が必要。行事などを町内会よりも小さな単位で行い、集まる機会を持ち、場所（役所、病院、身近なところ）を用意する。互助としては除雪、ゴミ出し、買い物、通院、会食、見守りなどが行われ何れも重要だが、需要と供給の調整、有償と無償、義務と責任等々ボランティアにも種々の課題があり、なかなか地域に浸透して行かないのが現状。従ってボランティア互助だけで全てをカバー出来ないのではないかな？そもそも SOS を出しにくく、どこに困っている人がいるのか、又どこにボランティアの人がいるのかも分からない状況。

地域の互助全体について情報共有し「お互いさま・支え合いの視点」でコーディネートする支援者が必要。西区在宅ケア連絡会が生活支援に関わる人材育成の役割を持ち、人と人との結びつきをコーディネートし、生活支援そのものにも関わるのが良い。

■ 第 195 回 平成 27 年 7 月 14 日（火）18：30～ 西区民センター第 1.2 会議室

1. 報告 第 2 回難病と地域ケア研究会「小児難病患者の地域ケア」開催案内

2. 特集 地域包括ケアと生活支援、「自助・互助・共助・公助」をめぐる②

テーマ 「“互助”について、自分は何ができるか？ケア連絡会は何ができるか？」

第 194 回例会の継続で、更に地域包括ケアの中軸と言われる「互助」に絞って議論した。そもそも「互助」とは何か、なぜ中軸に据えるのか。自分にとって「互助」とは何か、地域の中で「互助」とは何か、をいつも考えていく必要があるのではないだろうか。そしてそれが、西区在宅ケア連絡会は何をすべきなのか、の答えにつながるものと思われる。

1 自分にとっての互助

<家庭内など>

- ・困った時、身内の具合が悪い時に助け合う。親、友人もインフォーマルな互助。

<地域>

- ・公的な制度に乗らない、人同士の助け合い。
- ・お金を使わずに、利益なしに行う支援。インフォーマルの支え。本来自然発生的なもの。
- ・ボランティアは一方向。互助は双方向。互助≠ボランティア。互助＝働き返し。

- ・住民組織の活動。町内会活動では、お祭り、盆踊り、発表会、回覧板を回して近所の人と挨拶。
- ・近所付き合いは 50 年前をイメージ。調味料の貸し借りや除雪、ゴミ出し、犬の散歩を手伝う。
- ・昭和は物のやりとりが当たり前の時代。それが近所を気に掛けるきっかけとなっていたが、今は、施設・デイなどでも物のやり取りを一切断っている。
- ・現状は近所との付き合いの薄さからか、何か求められることが少ない。挨拶程度の付き合い。でも困っている人はいるはず。でも困っている人が発信できない。
- ・自分はピンと来ない。自分の住むエリアで一体何が「互助」か？明確に知らない。
- ・心配な人は包括等に相談したり、地域では既に出来ている印象。
- ・いつも気にかけていること（相手への関心）が互助。意識しないでも助けるレベル。
- ・町内会に顔を出し、知らない人に勇気を持って声を掛ける。病気以外の話題は話し辛いが。
- ・情報や制度を知らない人に積極的に声を掛け、話をよく聞く。
- ・責任は取れないが手を差し延べるという気持ちが必要→互助のレベルを高く設定しない。
- ・わずらわしい 隣だから知られたくないという方にどう対応するか。
- ・困って必要！となるまえからの関係づくりが重要。場〔サークル・サロン・町内の地区センターでの行事・集まり、小中学校などの OB 会〕が大切（子どもの頃から“つながり”のある環境にいと自然にこういうことができる）。
- ・若い人も老人も様々な年齢層がいる→子どもに目を向けた活動は設定しやすいのでは。

<事業所として>

- ・事業所単位での住民活動：町内会と一緒にしている花植えやゴミ拾いなど環境整備。
- ・施設においては利用者同士の助け合いがある。助け合いの精神を促していく。
- ・業務の中で、利用者の支援をしているつもりだが、実は助けられている。
- ・互助とは互いにプラスになる意味と解釈。患者にとってはリハビリ、スタッフにとっては技術の進歩。
- ・患者さんに元気を渡しているつもりでも、貰っている部分もある。
- ・色々な経験が別の方のケアに役立つ。互助の仲立ちをしていると言える。
- ・認知症カフェを開催している。家族患者のつながりの場。困っていれば入院に繋げている。
- ・家族・患者は役所や包括に相談に行くのは敷居が高く感じているのではないか。
- ・患者さん、利用者さんの話をよく聞くことが大事。
- ・環境問題等色々なアンテナを張り巡らせてヒントを得る。
- ・互助によりどんな変化が期待できるのか、イメージを持つことが大事。
- ・サービスを利用していない方に対してどう支援していくか。
- ・必要な人ほど断る。プライドに配慮する。

<今後の課題>

- ・地域毎に解決する問題、地域の顔合わせから始めるべき。まずは町内会。key となる人を見出す。
- ・事業所、そしてその職員としては、頼まれたことは断らないところから取り組む。
- ・事業所としては知り合う場、高齢者と若者の触れ合う場を提供する。
- ・患者さんが自宅に帰った時、同じマンション内や町内会で他の方からの助け、近所に守られていることが大事。サービスと上手く組み合わせて生活できるようになればいい。
→この様な情報があれば、退院支援に活用できるし、情報提供出来る。
→包括に問い合わせることは可能なので活用。

<制度上等の問題>

- ・この先介護保険は使い難くなってくるので、互助の役割が大きくなっていくだろう。

- ・どの辺まで互助が必要なのか。ボランティアの人にどの辺まで頼めるのか…？→サービスのみでまかなえないのが現状。
- ・要支援の高齢の方 サービスが切り離され、互助に移行していく。しかし、受け皿ない！！
- ・信頼したいが、できない環境・国になってきた！今になって互助？国ですべきこと沢山ある。
- ・情報共有した際に出てくる個人情報保護の問題をどうするのか？→札幌市に問題提起すべき。

2 ケア連にとっての「互助」とは何か、ケア連は何ができるのか

＜＜地域ケア会議としての機能＞＞

- ・個別地域ケア会議 町内で閉じこもっている人について検討する。
- ・個別課題→地域課題 地域のネットワークの作りやすいところから始める。
- ・地区地域ケア会議を行う。
- ・区地域ケア推進会議を開催。

＜大きな相談窓口としての機能＞

- ・ケア連に連絡すれば何とかなるといった形を作るのが理想
- ・介護予防センター、地域包括で住民から出た悩みをケア連の人間が話をしていく
- ・ケア連の中に部門を作って、受けた案件を検討して戻していく
- ・組織として民間から受けた相談を、そのネットワークを利用してコーディネートして応える。
- ・地域包括支援センターなど相談先などが既にある。セカンドオピニオンの立場がよい。既定のところに相談がなかなか出来ない時に「こんなのどうかな」と相談できる場があればよいのでは

＜多職種連携＞

- ・ケア連絡会で多職種と出会い、助け合いや新しい見方につながる。・医療の世界では見えなかったことがケア連でつながる貴重な場。
- ・ケア連に集まる人たちで情報共有し、互いに何をやっているかを知り、他の事業所ではこういう事が出来ると、連携していることをPRする。
- ・地域の在宅療養者のため、情報共有、研究発表し、相談したり話し合ったことを地域に伝えるなど様々な機能を有する。単なる事例検討研修会ではなく、実際に役に立つ。

＜地域住民との関わり＞

- ・ケア連は地域づくりに積極的に取り組む。
- ・ケア連絡会が町内会・自治会をどう巻き込むかが課題。
- ・普段から地域の活動をしていないと専門職から働きかけても地域の人には来るのが難しい。
- ・地域の人がケア連に参加するのは敷居が高そうなのでこちらから参加する。
- ・ケア連ができる互助を発信する。自治会の人、マンション、民生委員もケア連に参加してもらい、地域に周知する。
- ・そもそも地域のアセスメントが必要。
- ・地域との連携、どう地域を巻き込んでいくのか。まず地域の話聞く。
- ・互助提供する上で、歩み寄りの後、専門性を押し出してはダメ。

＜ケア連絡会 組織の在り方＞

- ・「ケア連が互助をする」「ケア連が互助をサポートする」「ケア連が互助の『窓口』となる」
- ・各地域の事業所のネットワークをつなげる。まとめて広げる役割。＝ケア連にとっての互助
- ・困っている人、助けたいと思っている人の仲介となる。

- ・生存権と貧困について考えて、地域ケアネットワークを形成
- ・地域の見回りパトロール
- ・学校との連携：ケア連によるモデル授業
- ・町内会への出前講座
- ・コンビニとの連携 ポスター カフェスペースへの展示
- ・ケア連でボランティア団体を発足させる。
- ・ケア連に携わっている人間が友の会を作る
 - ①得た情報・事例（どのような互助の形に）をケア連で共有し、②市民に周知させる。③情報の配信方法を考慮。
- ・介護保険で行っている事をケア連で実施する
- ・セキュリティが強く関われない現状の中、個人情報含め責任の所在をどうするかを解消する場

■ 第 196 回 平成 27 年 8 月 11 日（火）18：30～ 西区民センター第 1.2 会議室

1 研修 40 年後さっぽろで一番住みやすいまちをつくろう。

「地域コミュニティの担い手」商店街には、何を求められているのか。

ハツキタ 発寒北商店街 理事長 土屋日出夫さん

「地域のコミュニティの担い手」に商店街がなることを通じ地域の活性化が図られれば、商店街も活性化する。自分達は、地域に住んでいる人と一緒に「ECO・清掃などいい事の活動」をしたいが、商店街への期待を込めて、町内・NPO・PTA 学校は協力＝支え合いをしてくれる。現在は①地域の子どもたちを育てる。②「くらしの安心窓口」など住みやすいまちを継続的につくる③さっぽろ一のコミュニティをつくる＝地域おこしの取り組みを継続中。

2 夏の大懇親会・交流会

■ 第 197 回 平成 27 年 9 月 8 日（火）18：30～ 西区民センター第 1.2 会議室

特集「ぐるぐる図」でみる医療・福祉・介護の実践 PART1

西区在宅ケア連絡会が作成した「ぐるぐる図」の事業所種別（急性期・回復期リハビリ・慢性期・介護保険施設・在宅など）に分かれて座り、退院支援と生活支援の実践は？など、「ぐるぐる図」の①～⑯の line はどのような状況なのか、どういう課題があるのかをグループ毎に話し合い、本物の「地域包括ケア」の構築へ向けて意見交換を行った。

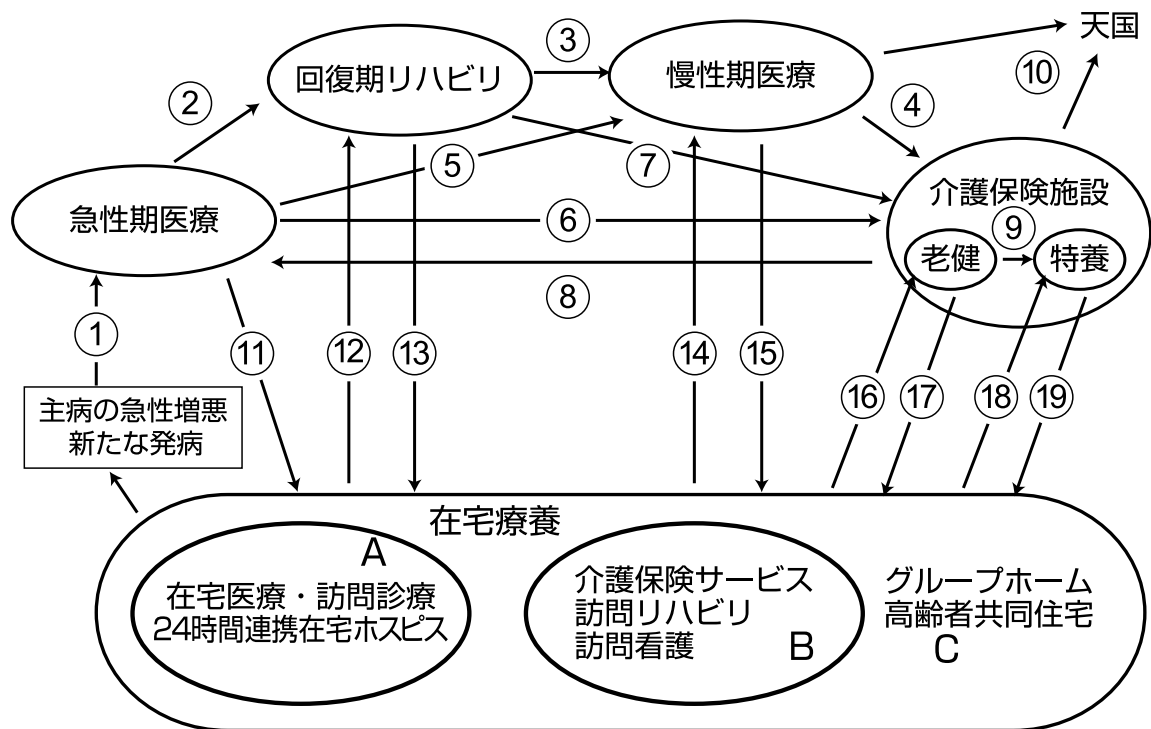
急性期から慢性期へは、入院相談時に欲しい情報は何かと質問され、これに対して、「診療情報提供書」「ADL（看護添書）」「血液データ」などと回答。初回の情報提供後に時間の経過とともに病状の変化があれば連絡いただきたいと要望された。合わせて、薬価が厳しくなってきたので、薬剤変更の可否及び中止等も含めて依頼先の Dr にお任せして頂ければ助かることと、急性期と「同じ治療・リハビリをしてくれる」と転院前に家族に説明されていると困ると報告された。

慢性期での入院期間が患者によって異なることについても質問があった。これに対して病院によっては、病棟（病床）単位で在宅復帰機能強化加算病床、地域包括ケア病棟（病床）、回復期病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟など複数以上の形態を併せ持つ所もあり、同じ医療機関でも退院目標日数が異なる事を御理解いただきたいと話された。（急性期でも 7：1、10：1、15：1 で平均在院日数が異なるはず）

慢性期と在宅との関係では、急性期からの転院時は看取り希望でも、在宅が望ましいと考えられる場合は、慢性期から在宅に向けて調整することもある。在宅から慢性期への流れについては、診療報酬上もそれを想定した内容になってきている（在宅復帰機能強化加算）。今後より一層、在宅と慢性期の間の入退院の流れは出てくると思われるとコメントされた。

人と人との結びつきを基盤として活動してきた会らしく、歯に衣着せぬ率直な意見交換となり、明日からの業務に直ぐに役立つ有益な例会であったと感想を述べた参加者が少なくなかった。

在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向（ぐるぐる図）



西区在宅ケア連絡会作成

■ 第 198 回 平成 27 年 10 月 13 日（火）西区民センター第 1.2 会議室

特集「ぐるぐる図」で理解する、西区内の在宅療養と入、退院、入、退所の現状 PART2

「ぐるぐる図」の事業所種別（急性期・回復期リハビリ・慢性期・介護保険施設・在宅など）に分かれて着席。ぐるぐる図の下方の在宅療養から、上方の病院や施設への利用者の動き、機能連携の動きなどについて、現状を理解し、今後の連携、ネットワーク形成に役立つ議論になった。

- ・ 大きい病院に情報の確認を電話でさせてもらうときに、たらい回しになり時間を要する。各部署でここではないと言われても、こちらはどこへ伝えていいのかわからず困る事がある。
- ・ 連携室があれば、連携室にまず連絡や相談をさせてもらうことが多いのだが、「ここでは病状のことは言えない」「文書以外の事務的なことは対応できない」と言われることがあるそれなら医療上の連携はどこを通させてもらえばよいか教えてほしいことがある。
- ・ 全ての病院が上記の状況ということではなく、連携がスムーズで十分に対応してもらえる病院も多くなっている。時間があれば医師が直接電話で対応し相談させて頂くこともある。利用者さんや介護者さんの安心感につながり、安心感が大きいと在宅で生活する上で精神的余裕ができる。
- ・ 在宅医とは、たとえ小さな変化であっても、利用者の不安軽減に繋がることは相談できることが多いが、病院との連携ではどのようなことに気をつけて報告すれば利用者のために有効に連携できるか悩むことが多い。（頻度、時間、報告書内容等）

■ 第 199 回 平成 27 年 11 月 10 日（火）18：30～ 西区民センター第 1.2 会議室

特集「ぐるぐる図」でみる医療・福祉・介護の実際 PART3

今回の例会も「ぐるぐる図」の事業所種別（急性期・回復期リハビリ・慢性期・介護保険施設・在宅など）に分かれて着席。在宅療養からの入、退院、入、退所の現状、特に「ぐるぐる図」の上方の病院、施設から下方の在宅療養利用者の動き、あるいは機能連携の動き（⑪⑬⑮⑰⑲）などに

ついて、現状を理解し、今後の連携、ネットワーク形成に役立てることを目的としたグループワークを行った。以下討論内容を抜粋して報告する。

<退院支援について>

- ・医療依存度の高い患者のサービス調整は困難。24 時間対応の訪看 st. やレスパイト先の検討等。
- ・退院日が退院支援者側の都合で退院直前に決まる事が多い。
- ・そもそも誰が退院の判断をすべきなのか？
- ・退院支援を成功させるためには生活の場を実際に見てみる事が大切。
- ・訪問診療導入について病院側の医師と在宅医の連携が更に重要
- ・在宅医療はお金がかかるイメージが強い。療養病棟では在宅の知識やイメージが不十分か？
- ・何が在宅へ戻れる条件か考えると 1 介護のマンパワー、2 お金の問題がある。
- ・入院という入口のところで出口のことを考えておくのが重要。

<老健退所について>

- ・老健を退所する人は殆ど居ないのでは？→在宅復帰強化型では積極的に取り組んでいる。

<情報共有について>

- ・入院のために必要な情報だけではなく、退院のために必要な情報も重要。情報共有の目的は在宅生活の期間を長くするため。退院支援では入院前の生活様式、家族の状況などの情報が必要。
- ・入退院に当たり、送り出す側と受け入れる側が双方情報収集をしていて、患者側が同じ話を何度もすることになる。又、似たような情報が幾つも集まり、結果として情報が錯綜する。個人情報への配慮が必要だが、書式のシステムを検討してはどうか？→自分の医療機関でも同じような問題を抱えている。ケア連で取り組めるか？

<リハビリについて>

- ・入院中と退院後で ADL の評価が異なる事が多い。在宅で関わるスタッフは退院前に状況を知るべき。リハビリの介入前に合同のカンファレンスを行い、在宅退院に向けたゴール設定を具体的に行うのが望ましい。

<意思決定支援 アドバンスケアプランニング>

- ・在宅医療のイメージにより、患者本人は在宅を希望しても家族が希望しないこともある。
- ・退院時、身体障害でサービス利用を勧めても、障害の受容が出来ていないこともある。
- ・亡くなる前にごく短期間でも在宅へ戻る事も出来るが急に提案しても受け入れ難いのでは？

■ 第 200 回 平成 27 年 12 月 8 日（火）18：30～ 西区民センター 3 階大ホール

西区在宅ケア連絡会 第 200 回記念例会

地域で最期まで暮らすために どんな病気・障がいになっても最期まで西区で「生ききる」ために
札幌市医師会西区支部 地域ケアに関する研修会との合同開催

①基調講演 「西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから」

報告者：坂本医院 坂本 仁さん

平成 18 年 11 月の第 100 回記念シンポジウムでは「西区・生きる・つながる」をテーマに討議した。それから 9 年を経て、「最期まで生きて、皆がつながっている」西区になっているだろうか？ケア連絡会誕生前の地域の状況や医師会での議論内容に始まり、これまでの歩みを振り返り、これからのことを皆で考える内容であった。

②ディスカッション 西区で最期まで生ききるために

ぐるぐる図に合わせて機能別のグループに分かれて討議し、討議後各グループから報告を受け全体討議を行った。

<急性期>

課題・病院職員自体が地域の実情を捉えられていない。介護の実情を知らない。

- ・生活の場は地域にあり病院ではない、という意識が病院スタッフに少ない。
- ・入院期間を最小限に抑えられるような支援を行う。患者の生活に関するイメージの共有が必要。「患者」ではなく「生活者」であるという意識を持つことが重要。

○顔の見える連携を実践する。

- ・病院の医師は在宅医と一緒に、病院の看護師は訪問看護師と一緒に地域を回る。
- ・ソーシャルワーカーは外来患者の家をケアマネージャーと一緒に回る。

○ICTで地域と連携する

<回復期>

課題・地域住民同士で話し合う場所・機会が少ない。社会資源の認識が不足している。

○院内で行っている行事を地域に広げていく

- ・情報提供 ◎◎公開講座、△△教室
- ・内 容 社会資源利用の啓発、家族向けのリハ教室・介護教室、小中学校など子どもむけに職場見学・体験、訪看など他職種に対しての教室
- ・運 営 社協、高齢者、最終的にはボランティアも入れることを展望

○患者さん・住民同士のコミュニティづくりに関わる

○在宅で最期まで過ごすために、病院内でのカンファレンスの充実

平成 27 年 12 月 第 200 回

地域で最期まで「生ききる」ために



西区内の課題と、明日からできること

<慢性期>

課題・慢性期同士の情報共有がなく、必要な人に情報提供出来ていない。(ケア連絡会に参加する医療機関がまだ少ない。)

- 慢性期同士横のつながりを強くする。
- 終末期を「在宅で」だけではなく、「慢性期」という選択が出来るように情報提供する。

<介護保険施設 老人保健施設・特別養護老人ホームなど>

- 看取り機能の準備
- レスパイト機能を高める

<在宅医療>

課題・在宅診療を新しく開業する診療所が増えない。高齢者の救急の問題がある。在宅マインドを有した在宅医養成。

- 他職種と一緒に在宅医養成
- バックアップは診診連携で

<グループホーム・高齢者住宅・小規模多機能・看護小規模多機能>

- 特養待機を有老ホーム、サ付き、グループホーム、定期巡回で解消
- 職種を超えたつながりで住民のつながりをコーディネート

<訪問看護・訪問リハビリ>

- 情報共有 相手の顔を知っていることが大事。顔の見える関係を構築。職種でも考え方が違う。みんなが理解できるような言語で情報共有する。
- 訪問看護ステーション同士の関わりを強める。(複数カ所訪看提供の場合)
- 退院前後訪問 主にセラピストが行っているが、訪問後のリハビリが生活様式に合わせてガラッと変わる。生活の様子を見てくれることが大切なので看護師も行った方が良い。

<通所サービス>

- いきいきサロン開催し認知症対策

<地域包括支援センター>

- 課題・各所属機関同士が共有できる場（カンファレンス）が少なかった。
- ・関わる事が難しい病院の存在（病院視点を主張。病棟での担当者もバラバラ）
 - 病院の各担当者それぞれと顔を合わせる機会を持つ。
 - 病院の機能を理解する。在宅部門の役割を理解してもらう。
 - 情報提供の方法を検討。
 - ・医師との連携票を簡素化。・カンファレンスへの積極参加。
 - ・外来受診に同行し医師と直接会う。(クリニックの医師は敷居が低いかもしれない)

<ケアマネージャー>

課題・介護保険制度でカバーし切れない支援をどうするかを検討。退院支援への関与。

- 本人の希望を叶える方向で資源を探求する。
- 地域ボランティアを生かす視点を持つ。
- 病院へ在宅の様子を知らせる。
- MSW と丁寧に連携する。

■ 第 201 回 平成 28 年 2 月 9 日 (火) 18:30 ~ 西区民センター 1F 第 1.2 会議室

1. 研修 アドバンスケアプランニング <講義とグループディスカッション>

話し合おう！人生の最終段階における医療やケア

考えよう！倫理的な問題

関わろう！アドバンスケアプランニング

講師：静明館診療所 医師 大友 宣さん

- ・背景として、人生の最終段階における医療に関する意識調査結果の内容について紹介。
- ・『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』の前半は医療およびケアのあり方に関する事項で、倫理的な検討が必要になり、後半は方針の決定手順に関してで、ACP が重要。
- ・札幌市西区の死亡場所のデータを提示。札幌でも自宅で療養したい人、最期まで過ごしたい人は多い。高齢者は多くなり死亡数も多くなる。在宅ケアで本人の希望を叶えるために、今後課題が大きくなってくる。→在宅ケアの観点から人生の最終段階における医療を整備することが今必要。
- ・倫理的な問題について様々な事例を提示し、参加者と質疑応答。個別的に考える時の原則を説明。
- ・意思決定のプロセスについての解説の後で、提示された事例に対して小グループで意見交換。その後 DNAR、アドバンスディレクティブ、ACP について説明。

2. 西区在宅ケア連絡会・例会 200 回達成！お祝いの会 3F ホールで開催。参加者 71 名。

200 回に及ぶ歴史を振り返り、会場のあちこちで思い出話に花を咲かせる姿があった。西区における今後の医療と介護の連携の取り組みについて熱く語り合い、最後に記念撮影をして終了した。



■ 第 202 回 平成 28 年 3 月 8 日（火）18：30～ 西区民センター 1F 第 1.2 会議室
特集 「西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから」

基調報告：地域ケア体制の過去約 20 年を、西区ケア連の活動と重ねて振り返る

報告者：坂本医院 坂本 仁さん

- ・「社会保障」とは生活上のリスクに対して生活を安定させる社会的サービス。
- ・「社会保障」における「医療」は「医療法」で、「介護」は「介護保険法」で規定されている。
- ・「医療」では医療制度改革をめざし「地域医療構想」が、「介護」では地域ケア体制構築のために「地域包括ケアシステム」が検討されてきた。
- ・医療法は昭和 23 年にさかのぼり、地域ケア体制の構築は広島県御調町の公立みつぎ病院に源流がある。
- ・平成 26 年 6 月の医療介護総合確保推進法成立とともに医療・介護提供体制の改革が統合され、「在宅医療の推進」が明確に打ち出された。これに伴い開始された「在宅医療・介護連携推進事業」について説明。
- ・上記事業と西区在宅ケア連絡会の活動内容を比較。連絡会では設立当初からがん終末期、認知症、神経難病事例、あるいはハイリスク、独居高齢者への対応等取り上げてきた。又、精神、知的、身体障害者への支援策まで、更に介護保険制度関連の地域ケア体制づくり等を検討し多岐にわたり地域全体における在宅医療と介護連携の推進に有用であった。
- ・今後市町村は、在宅医療、介護の連携推進事業を実施し、地域の関係者の会議、研修により在宅医療と介護の一体的なサービス提供体制をはかることになる。
- ・これまでの西区在宅ケア連絡会の活動は、今後の事業に大いに寄与するものと考えられる。

討論

基調報告を受け、西区ケア連のこれまでの歩みをもとにして、いかに地域ネットワークを形成するか、本当に役に立つ情報とは何か、本当に役に立つケア会議とは何か、などを議論。全市的な取り組みにしていくこと、住民の意向に沿い本当に役に立つ地域ネットワーク形成を目指していくことについて全員で討論した。

■ 第 203 回 平成 28 年 4 月 12 日（火）18：30～ 西区民センター 1F 第 1.2 会議室
特集 「西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから その 2」

基調報告：地域ケア体制の過去約 20 年を、西区ケア連の活動と重ねて振り返る

報告者：坂本医院 坂本 仁さん

グループワーク

参加者を 12 のグループに分け、各グループを在宅医療介護連携推進事業の（ア）～（ク）のどれか一つを選択し、「明日から出来ることは何か」を議論し、発表し合い意見交換した。

西区在宅ケア連絡会のこれまでの活動が、今の政策・施策に結びついており、これからの方向を皆で考えるのが大切であることは確認済みだが、グループ別により深く議論することにより、自らの課題として考えることが出来た。発表では各事業所間で連携を強め協働していく上で本当に必要な情報は何か改めて議論し、実際に役立つものとして「西区チェックシート」を作る事を提案。運用面では在宅ケア連絡会の HP から、誰でも、どの事業所でもダウンロードし利用出来るようにする等具体的な提案が次々に出され、有意義なディスカッションとなった。

■ 第 204 回 平成 28 年 5 月 24 日（火）18：30～ 西区民センター大ホール

公開シンポジウム『西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから～西区における今後の地域ケアを展望する』

（詳細は 13 ページ参照）

VI 公開シンポジウム

札幌市医師会西区支部地域ケアに関する研修会
札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部研修会
第 204 回西区在宅ケア連絡会例会

●『西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから～西区における今後の地域ケアを展望する～』

平成 28 年 5 月 24 日 (火) 西区民センター大ホール

シンポジスト：	坂本医院	坂本 仁さん
	訪問看護ステーションやまのて	谷藤伸恵さん
	五天山園居宅介護支援事業所	乙坂友広さん
	社会福祉法人 溪仁会	出井 聡さん
司 会：	北海道医療センター	保科 健さん
進 行：	勤医協札幌西区病院	吉澤朝弘さん

司会（保科（国立病院機構 北海道医療センター））：

ただいまから、札幌市医師会西区支部地域ケアに関する研修会、並びに札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部研修会、そして第 204 回西区在宅ケア連絡会例会を開催いたします。開会のご挨拶を札幌市医師会西区支部支部長嵐方之先生よりお願いいたします。

嵐 方之（札幌市医師会西区支部支部長）：

札幌市医師会は、在宅療養を支援する仕事をしなければならなくなっています。特に 2025 年問題で高齢者の割合が非常に高いものになりますので、それに向けての準備として、地域包括ケアシステムというものを作るのに積極的に指導的な役割を果たさなくてはならなくなってきました。医師会だけでそういうことができるわけではありませんので、皆様のお知恵を拝借して活動していなくてはならないというのは、常日頃考えているところであります。

これからも、今まで以上に地域包括ケアシステムに積極的に参加していかなければならない義務を持っていますので、皆様のご協力よろしくお願いします。

今日の研修会が実りの大きいものになることを祈念して、ご挨拶に代えたいと思います。

進行（吉澤（医療法人北海道勤労者歯科医療協会 勤医協札幌西区病院））：

これからの全体討論は「西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから」、そして「西区における今後の地域ケアを展望する」と題して行います。それでは最初に、坂本医院の坂本先生よりようお願い致します。

坂本（医療法人社団 坂本医院）：

「西区在宅ケア連絡会のこれまでとこれから」それから「西区における今後の地域ケアを展望する」という、大きな題が付いておりますけれども、これまでの 20 年間を振り返って、これから具体的にどうするのが良いのかというようなことでまとめましたので、提案といたしました。

今日は平成 28 年 5 月ですので、第 204 回です。年に 11 回開催していますから、19 年経ったということです。最初、西区内に住む患者さんのうち、在宅療養を希望する人の支援推進のための連絡調整を語る会議をしませんか、それから、全ての関係者などが集まって一人ひとりの患者さんについて、その人にとって一番良い結果が出るような、実のある結論が出るようにしませんか、そ

れから、ゆつくりとあまり焦らず、しかし、地域ネットワーク作りを目標にしませんか、ということをお呼びかけしたわけです。

この、みんなで連絡調整をして一人ひとりの患者さんのために、役に立つ実のある結論が出るように、しかしネットワークを作ること目標にしましょうと。つまりケアカンファレンスですね。その一人ひとりにあった、役に立つ結論を出して、しかもネットワークですから、いわゆる包括ケアシステムです。「ネットワーク作りしましょう」ということを20年間ずっとケア連絡会してきたということです。

とくに最初の5～6年は、たくさん事例検討をしたわけです。大体10年間で200例ぐらいの事例検討、今のケアカンファレンスのような内容をみんなでやったわけです。困った事例、あるいはサービスがない人を「誰かしてくれませんか」とか、そこで手挙げをして決めたとか、そういうことまでしていたわけです。

それから、平成18年第100回「西区・生きる・つながる」というようなテーマで、この会場で行いました。それからまた10年経って、昨年の秋からは、このようにグルグル図状に座って、実際の連携体制ですね、連携の現状と課題と、非常にいろいろなものが出てきました。良いところと、それから不十分なところと、たくさん出てきて、皆さん話し合いしながら、どんどん自分一人ひとりの考える時間がたくさん、ここ半年ぐらいはできてきているのだと思います。

それから12月は第200回。先ほど100回目は「生きる・つながる」でしたけれども、今度は10年経ってから「『生ききる』ためには何が必要か」というようなことで、明日から何をするのか、何ができるのかというようなことで、200回の非常にまとまりの良いディスカッションができています。こういうような形でケア連は、これから求められている状態にどんどん向かって進んでいるというところですよ。

そのあと第202回目と203回目、「在宅医療介護の連携推進事業」、これは先ほど嵐支部長先生も仰っていましたように、行政のほうもどんどん政策としてこちらのほうに向かって、「在宅医療介護の連携推進事業を、医師会と行政と一緒にやってやりましょう。予算がありますからどんどん

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握 ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援 ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用	（キ）地域住民への普及啓発 ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等 
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討	（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援 ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。	（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討
（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進	（カ）医療・介護関係者の研修 ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等	9

活動してください」というようになってきているわけですが、同じような目的を持った活動をずっとしてきているということで、先月にはこの推進事業の行政の出している項目、具体的な事業項目と取り組みについて、実際に各グループで自由に、ということが望ましいかというようなことをディスカッションしたわけです。

この（ウ）「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進を図るためには何が必要か」ということをディスカッションしたグループがたくさんありました。その結果をピックアップすると、やはり在宅ケア連絡会に参加して、顔を合わせて繋がりを付けて、そして関係作りを図ることが、これが非常に大切だということを、自らまとめてくれているわけです。

それからこの「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制」というのは、やはり生活継続のための退院時の状況、退院時の対応が非常に重要であるので、つまり病院の先生方、ワーカーさんとか、退院支援の担当の人とか、それらの人と普段から知り合いになっていること、あるいは顔見知りの関係といいですか、そういうことが非常に大切だということを自ら考えております。そしてその中には、「医師会が、このケア連の先生方とか病院のソーシャルワーカーさんたちへ、どんどんケア連に参加して、人の繋がりを作ってくださいということを、医師会からどんどん言ってほしい」というようなことを、結論として書いてあったグループもありました。その本音は、やはり医師・医療者以外の方は、医療者と上手に連携を図りたいというのが正直なところですね。上手に連携を図りたいというのは、皆さん思っているわけですね。従って、医療者とそれ以外の方の連携というのは非常に大切だということと同時に、このケア連は西区全体の会ですけれども、もう少し小さな会が、包括レベルあるいは包括の半分ぐらいのレベルで地域の、そういうケア連もあると、非常にもっと具体的な連携に繋がるのではないかという意見がありました。これは非常に良いことかなというふうに感じました。

こういうような活動することは、法的に市町村に義務づけられてきているわけです。それを西区、あるいは札幌市各区のケア連はずっといろいろな形で関係しているということで、その中の、今の（ウ）の「切れ目のない在宅医療介護の提供体制」の中に、一つ大事なことは、「在宅療養中の患者さんの利用者についての緊急時診療医療機関の確保」ということを含め、「切れ目のない」という意味で、非常に重要視されているわけです。これらは今から2年前の診療報酬制度の改正時に大きく取り上げられて、あらかじめ登録しておくような形に対して、非常にきちんと診療評価されているわけです、具体的には、当地区の北海道医療センターが在宅医療患者をあらかじめ登録しておいて、緊急時には入院できる体制をとっておくという形を早速作ってくれているわけです。

一方、介護保険制度のほうでは、札幌市在宅医療推進会議という大きな、行政と医師会、あるいは多職種、看護師さんとかケアマネージャーさんとか、いろいろな会の多職種の人たちが一堂に集まった連携会議が始まっています。しかしながらそれに準じて、現場ではケア連みたいなものが、現場の実際的な会議をしてきたというような感じを私は持っていますから、この札幌市在宅医療推進会議というものがあってもいいのですが、その傘下に、各区の在宅医療推進会議的なものがあるのが望ましいと思います。従って、このケア連の区レベル、小さいレベルの医療と介護がそれに全部くっついていくと、非常に頑強な連携の体制ができるかなと。そういう願いを持っていることを出させてもらいました。これは今後いろいろな所で練っていただければ良いかなと考えています。

人と人との繋がりということを盛んに話させていただきましたけれども、下から、自主的な地域活動、これはケア連と書きたいのですけれども書かないで、要するにこういう活動、自主的な地域活動も、上からも下からも、結局同じことを目的としているわけです。「地域包括ケアシステムはネットワークです」と盛んに言われているわけですが、20年前に「地域ネットワークをみんなで作りましょう」というふうに呼びかけさせてもらったわけです。同じことを目的としてずっとやってきているわけですから、私としては、ケア連はこのままでいいから、もっと実質的な、今までも充分、人の繋がりができて、おそらく普段の活動、あるいは業務に役に立っていると思っていますけれども、ますますそれを充実させるためには、このままでいいから、盛んに活動を拡大というか深める

というか、そういうような考えを持っています。そういう考えのもとに、各区の在宅ケア連絡会が、正直なかなか医師の参加が少ないということを盛んに言われますが、だったら違う見方で、ケア連の医師部会とでも言えるようなものを先に形を作ってしまうということで、札幌市在宅医療協議会というものが、去年の9月にできました。

在宅医療協議会は240人の人が集まって、しかも半分ぐらいの先生は病院の先生方です。つまり在宅の患者から頼まれる先生方が、この在宅医療に非常に関心を持ってたくさん集まってくれているわけです。目的は、医師の組織化と在宅医療の質の向上と、それから後方支援対策、この在宅医療と後方支援の連携を充実すること。それから、将来的にやはりこれも同じように、地域ごとの分科会みたいなものができればいいかなと思っています。今の活動は、本当に役に立つ情報を、どこにどういう在宅医療をする先生がいて、どこにどういう在宅医療の患者さんの受け入れをしてくれる後方支援病院があるかということ、今はその情報誌を作っているところです。

さらに、今の在宅医療協議会の西区支部みたいなものができればいいかなと思っています。今日もし後からディスカッションがあれば、〇〇病院と診療所はいろいろな関係ができて、それがもっと大きな関係ができるということで、西区支部全体でこういうものが、きちんとしたものではなくてもいいから、こういう普段からの人間関係ができれば非常に喜ばしいなということを考えているところでもあります。

地域包括ケアシステムづくりということは、あたかも、いろいろな関係者が同じ職場にいと。同じ職場にいて、そんなにケンカはしてられませんよね。あるいは、仲違いをしていただけないでしょう。そういう繋がりを普段から持っていくということが大切だなと思って、人々と暮らして、介護と医療があって、一地域で、みんなが同じ職員で同僚というような感覚になれること、そのためにこのケア連絡会がそういう役割を果たせば、なおよろしいかなというように、いつも考えているところでもあります。

この20年を振り返って、それから将来の、もしこういうことができればいいかなということも、ちょっと提案させてもらって終わりたいと思います。ありがとうございました。

進行：

坂本先生ありがとうございます。20年以上を振り返る熱いお話、今後の展望も含めたお話を聞いていただいて、是非今質問したい、感想を述べておきたいという方は、ご発言下さい。

五十嵐（株式会社まごころ 訪問看護リハビリステーション「まごころ」）：

訪問看護リハビリステーション「まごころ」の作業療法士の五十嵐と申します。ネットワーク形成というところ、繋がりというところをキーにお話しをされていたかと思うのですが、それに際して、一人ひとりがこういう場で繋がっていくということも非常に大事なとは思いましたが、やはり事業所に戻ってしまっていくところでの連絡が、そこまで密になりきればいいかなと、すごく理想のイメージは湧きましたけれども、それに向かって一人ひとりが意識したほうがいいことですか、持ち帰って各々の事業所でやっていったほうがいいこととかというのは、より良くしていく上での心構えというところを少し教えていただけますか？

坂本：

私が立派だと思ある先生がこういうことを言っています。「何のために、お前たちは医者になっているの？」と。それは、いろいろな所に共通したお話かなと思って、いつも振り返っているところですが、それぐらいで勘弁してください。

五十嵐：

分かりました。

進行：

地域でいろいろな機能をお持ちの医療機関からも先生たちが来ていただいているので、全体の討論の中で、またご発言をいただければと思いますが、よろしいでしょうか？

それでは、次の発表者の谷藤さんにお話をいただきます。よろしくお願いいたします。

谷藤（医療法人耕仁会 訪問看護ステーションやまのて）：

皆さんこんばんは。「訪問看護ステーションやまのて」の谷藤です。よろしくお願いいたします。

一番最初が平成4年、老人だけに行く老人訪問看護制度から始まり、平成6年に医療保険で訪問看護が行けるようになったので、この時点で年齢に関係なく訪問看護が行けるようになりました。

ステーション山の手は平成5年から開設してまして、その時は西区にステーションが1カ所もなく、最初のステーションとして開設しました。いま現在は、西区で20カ所ぐらいステーションが増えてきたということと、制度も、途中で平成12年から介護保険が始まって、ケアマネージャーさんというような役割を担ってくれる方がいて、うちは結構精神科もいるので、24年に医療保険の精神科が一般の身体の訪問看護と区別されるようになって、26年には機能強化型といって、ターミナルとか重症度の重い利用者をたくさん見ているステーションの単価がすごく高くなったと。なので、訪問看護は方向性としては24時間364日、いつでも多様な健康レベルの利用者の生活を支えるように、制度がそういうふうになんて変わってきています。

いま現在、チームというか連携がどう変わったかというふうに振り返って、連携の現状というのを考えてみました。

1つ目は医療機関との連携ということで、今は訪問看護ステーション自体がすごく周知され、最初の頃よりも、病院に連携室というような窓口がすごく設置されてきているので、連携がすごくしやすくなりました。本当に開設当時は、訪問看護ステーションの指示書をいただきに行っても、「そんなのは何だ？」というふうにちょっと怒られたりとか、外来の患者さんと一緒に受付をして順番を待つように言われたりとか、あと、診察代を取られた時もあると、本当に周知されないところで苦労をしたこととかがありましたし、病院に連携室がない時には、外来にかけてみたりいろいろとして、なかなか窓口が設定されていない、時間がかかった時もありました。

あとは、重症度の高い利用者さんへの医療ニーズへの対応ということで、当初はあまり訪問診療をする先生がいっぱいいなかったもので、病院に行けない病状が悪い人は、診察とか薬を出してもらったりとか、点滴の指示を受けるという時には、結構苦労した記憶がありますけれども、今は訪問診療をしてくださる先生がすごく増えたので、すごくそこへの対応もしやすくなったかなと思います。

いろいろな制度が、サービスとかマネジメントが当初よりも充実してきたので、セルフケアの能力がそれほどなくても、家族の介護力があまり充分でなくても、在宅生活ができるようになったのではないかなと。多分、平成9年の時には「おうちで見る」という選択は難しかったような方たちが、「とりあえずやってみよう」というような感じで、在宅に戻ってくることができるようになったのではないかなというふうに思います。

あと、当初は訪問看護に行くのは、自宅が主だったのですが、今は高齢者住宅など、本当の自宅ではない場所を訪問することもすごく増えました。

西区のケア連の考えとか方向性とかということを理解してくださる方々が地域にいっぱい増えたので、価値観とかそういう利用者さんに対する姿勢とかが一致しているので、すごく連携しやすくなったので、最初は「あまり病院にこんなことをかけ合ってもダメかな」とか、「こんなことで電話をすると、ちょっとどう思われるかな」ということとかはあったのですが、いろいろな職種のこととか、いろいろな方々を知ることによって、「ダメもとでちょっと電話をかけてみよう」とか、「お願いしてみよう」ということが、私がちょっと年をとって図々しくなったというのもあるかもしれませんが、そういう意味では連携しやすくなりました。

私が考えるのは、制度はいろいろあると思うのですが、チームケアが充実していれば、認

知症を抱えている利用者さんでも在宅生活が継続できるというふうに思うので、これからも制度がいろいろ変わっても、どうにかチームで、いろいろな利用者さんを支えることができるのではないのかなというふうに思っています。

進行：

ありがとうございます。

進行：

過去 24 年の住民の生活支援、介護支援の状況、各医療機関、各事業所を取り巻く環境、どう変化したのかを振り返り、西区ケア連の実践を確認します。

今ご報告いただいたのが、どういうふうに変化したのかというのを振り返るということですが、それで、「これからの西区の地域ケアについてどう取り組んでいくのか、皆さんと一緒に考えましょう」という中身です。引き続き、この後、乙坂さんにお話しいただいて、その後で出井さんにも話していただきます。「これからの西区、どうなるか」とか、「自分は何ができるか」など考えながら、引き続きお聞きください。

乙坂（社会福祉法人西平和会 五天山園居宅介護支援事業所）：

私も、いま五天山園居宅介護支援事業所という所でケアマネージャーをやっています。介護保険が始まったのが先ほど平成 12 年と言いましたから、12 年からずっとそれをやっていますけれども、この在宅ケア連絡会が始まったのが、先生の先ほどのスライドで 1 回目が平成 9 年の 8 月ということでした。

たまたま私がいた大手の法人の中で、在宅介護支援センターという、今の地域包括支援センター、あるいは札幌市の介護予防センターの元となるものがありまして、それが最初は各区 1 カ所から始まり、どんどん増えて、最終的には 60、今の介護予防センターぐらいの数まで増えていって、そして平成 18 年に地域包括支援センターができる時に、介護予防センターに鞍替えしたという経緯があり、私は在宅介護支援センターという所の相談員という立場で、実は参加をさせていただいておりました。

私が最初にこの会に参加した時のことを思い出しますと、先ほど先生から「お医者さんの参加が」というふうに言っていましたが、最初の参加者リストを見ますと、一番多かったのがお医者さんです。17～18 人とか実は来ていて、次に多いのが看護師さんで、あと、セラピストの方はちょっと少なかったかもしれません。ソーシャルワーカーもぼちぼちというような、そういうところが実はスタートだったのですけれども、この会のすごいというのは、今でこそ地域包括ケアというのは普通に語られるような時代になっていますけど、この設立の時の意向を、もし機会あったら後で読み上げることができれば読み上げますけど、いま言われていることと実は同じことを、20 年前に実はもう言われて、それを目指して一歩ずつスタートしたという会です。

ただ、最初から広い視点でというよりは、一つずつの個別のケースを重ねながら、各専門職の持っている殻を破る作業をきつとずっとやっていたのだと思います。今でこそ皆さん、お医者さんであったり看護師さんであったり、「少し気軽に」と言ったら怒られますけれども、まだご相談とかしやすいと思うのですが、20 年前に、先ほど谷藤さんも仰っていたように、簡単にお医者さんの所に行って「ちょっと先生、相談があるんです」とは言えた時代ではなかったと思います。つまりは、そういう垣根を外す取り組みをした、一つの会であったということです。

非常に印象に残っていますが、難病の方で、確か市立札幌病院に入院していて、「気管切開をして在宅に帰るんだけど、何とかありませんか？」という事例がありました。今でこそ、そういう事例を垣間見ることはあると思うのですが、20 年前ですから、気管切開一つだって、まともに病院以外でできるはずがないという時に、そういう事例が出た時に、みんなが頭を悩ませながら、「ど

こで何ができるだろうか？」ということをその場で決めて、そして「やってみよう」みたいなスタートをしたというのを非常に覚えております。

ですから、いま介護支援専門員がよくやるサービス担当者会議というのがあって、いろいろな職種が集まってそのケースについて検討するんですけれども、それとはまたちょっと違う、それぞれの職種から、その重要性であるとかリスクであるとか、そういうことがフランクに話されながら、その方にとってどうするべきなんだろうかということの取り組みをしたのを非常によく覚えております。

そこが5年も10年も15年も経っていくと、だんだん個別のケースからは若干遠ざかっていつているのかなと思います。しかし、今の幹事の方の中には、やはり原点を忘れずに事例の検討などやってくことも必要なのではないかなという声も、実は出ております。

これだけいろいろな所で会議ができるようになったので、改めて皆さんのいる場で事例検討をするという機会自体が少ないと思うんですが、やると、意外にいろいろな人からいろいろな意見が出て、しかもそれをそれぞれの専門職の立場、あるいは市民の方にも参加いただいて、市民の率直な声を拾い上げて、「本当に私たちって一般の感覚とずれていないだろうか？」という観点でシンポジウムを開催したりしました。

最初に1回目の参加人数を見ると、20人とかそれぐらいだったんですけれども、シンポジウムを1回目やったのが1年後か2年後ですか、その時に130名ぐらい、今日いらっしやっているぐらいだと思います。2回目からは150～180名ということで、どんどん広がっていきました。

皆さんご存じないかと思いますが、西区がまず在宅ケア連絡会の発祥です。それが元で他の区もだんだんと触発されて、今では全区で当たり前になされるようになっていきますし、年に1回みんなが集まる連絡会も、連絡会でキリンビール園を借り切るまでの勢いになりましたけれども、あれも西区が発案で、最初は確か200名ぐらいからスタートしております。それだけ実は周知されるようになり、公に言っているのか分かりませんが、私は個人的に西区の取り組みに、行政も追いかけてきているのかなという感じをしております。というのは、皆さんの生の声で討論するということが、いかにこれから先大事なのかなということを痛感しております。

介護保険の話をしますと、だんだん財政の件で実は厳しくなっています。それは当然です。支える人が少なくて、利用する層は大きくなっていくわけですから。でも、そういう中でも皆さんと膝を突き合わせながら、知恵を使ってなんとか5年後10年後、15年後、乗り切っていけるような取り組みにしていけるといいなと、それが多分先生の仰ったような、より小さな単位のケア連絡会がいろいろな所でできて、ちょっと地域の困り事を、何か声をかけたり、専門職がサッと集まってそこで解決し、それが積み重なって地域の課題解決に繋がっていくというのが、きっと理想なのかなというふうに思いつつ、私の報告とさせていただきます。

進行：

ありがとうございました。では次、出井さんのほうからお話を。

出井（社会福祉法人溪仁会）：

社会福祉法人溪仁会法人本部で働いています。縁がありまして、連絡会とは97年の8月誕生する少し前からお付き合いさせていただきました。

ケア連絡会ができる前はどのような社会情勢だったかというのは、高齢者等サービス調整会議というのがありました。これは保健所単位として全国で展開されましたが、サービス調整会議と名は付いておりますが、行政の方はあまりいらっしやらないと思いますので、座る順番から話す内容まで全部決まっていた。そこで実のある結論を元に解決していこうという、そういう動きが連絡会の原点というのは、そこにきっかけもあったわけです。

実際、行政の悪口を言うつもりはありませんが、たまたま良くない事例を私も経験しまして、今

まで地域ケア会議、ケアカンファレンスというものも何回か必要に応じてやりました。ただ、そこに立ち上がるのは、「処遇」と「指導」という言葉の名の動きでした。結局、利用者・患者さんが中心となるという考え方というのは、ややしばらくかかるということと、実際の説明と同意ですとか、インフォームド・コンセントという言葉が具体的に降りてくるまでは、なかなかなかったというふうに言えるのかと思います。

一つだけ事例を申し上げますと、私、神経内科病院に20数年在籍していましたが、その当時というのはソーシャルワーカーそのものも全道で100人ぐらいだったかと思います。大学にももちろんゼロでしたので、神経内科の先生がどうしても相談に乗ってほしいということで、大学の先生が私宛に紹介状を書いて持たせて、相談に訪れることが結構多かったんです。

その方の中に女性で、痙性対マヒでかなり歩行障害が強い方がいまして、経済的にも大変なので相談に乗ってほしいということで来たところ、身障手帳も持っていなかったんですね。生活保護を受け入れるべく準備を進めていたものの、重度障害の加算が付けばもう少し生活にも良いだろうということで、先生と相談して身障手帳を2級相当で出したところ、保護費は上がったかというその後の話の確認の時に、「何も変わらない」というお話がありました。なぜかと聞くと、区役所の人がそれを見て、「なぜあなたみたいな人が手帳がおけるんだ？」というふうに言われて、黙って帰ってきたと言っていました。私もそれを聞いてもう信じられなかったんですが、実際にその事実確認をすると、「いや、申したけど、どうしてあの人が身障手帳を持っているのか分からなかった」というように言いまして、私も若かったせいかブチ切れまして、私が何をしたかと言いますと、「すぐそれを変更して、正規の手続きをしてくれ」というふうな手紙を、札幌市長と〇〇区長と生活保護課課長に連名で出しました。そうしたら飛んで来ましたね。飛んで来たものの、結局決済したのは元に戻れないということで、最終的には障害加算は付いて、ただ、さかのぼることはできなくて、さかのぼる部分は本人が納得したという形をつくったみたいだ、という事例がありました。

極端な事例ではありますが、そういうことがまだ残念ながら時折あったという、そんな時代だった。ですから、患者のインフォームド・コンセントやら説明と同意やら、いろいろな言葉が出てきて、その後センタード・パーソンとかいろいろな言葉も出てきました。そしてケア会議も大事だ、利用者本位でなければならないということもやっと出てきたという、そういう時代から、実はまだそんなに経っていない。では、その本質をどこで継続していけばいいのかというところを考えると、この土俵である西区ケア連絡会というものが非常に有効であり、いろいろな職種、住民も含めてそこを確認していく作業というものは、やはり本質を引き継いでいくという役割はそこにあり続けるべきだと思っています。

97年に誕生した連絡会は、西区で発祥です。来年8月に20歳を迎えます。20年です。私も20年歳を取ります。今年に12月には、赤いちゃんちゃんこを着てケア連に参加しようと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

進行：

ありがとうございます。ケア連が始まった頃、この西区はどういう状況だったのか、世の中の状況はどうだったのかということ、そして区民の生活は、医療機関は、保険制度はどうだったのか。そして社会資源の活用については、いま出井さんのほうからすごく元気な頃というか、今も元気ですけれども、その源を聞いたような気がしてびっくりしました。医療・介護・福祉の連携は、前はどうか今はどうだと、地域ケアの力というか、そういう話もありました。今その話をそれぞれの方からいただいたわけですが、それぞれの方がさらに自分の体験、経験の中で20年前はこうだった、今はこういうふうに変ったのではないか、あるいは、こういうところは変わらないのではないかとかという、そういうご発言をいただいたり、あるいは、これからこういう西区だからこそ、こういう地域ケアについてやっていったらいいのではないか、あるいは、自分はこういうふうになりたいと思っているとか、自分の事業所とか個人、あるいは職能団体の代表として、あるい

は個人としてでもいいので、そして一番最初に言いましたけれども、最近の例会では、まさに明日から何をするかというような、そういう具体的な細かい話もしてきたのですが、今のお話を聞いていただいて、これからの西区ケア連がどういうことをやっていったらいいのか、総論的なことでもいいですし、あるいは各論的なことでもいいですし、なんでも結構ですので、発言し合って終わるというふうにしたいと思います。

橋本（医療法人溪仁会 札幌西門山病院）：

一つ残念だと思うのは、市民に向けたベクトルをもっと強く出してもいいのかな。もっともこの会が密に集まって、市民に対してこういうことやってみようという、そういう取り組みがもっとももっと、時々出てきてもいいのかなと思いつつ、ずっと感じた部分があつて、そのところでもう少し出ると、きっと、もっとももっとみんなが密に話すきっかけにもなるだろうし、市民に対するアプローチということで、この会がもう少し違う意味で活性化するのかなと思いつつ見て、時々参加させていただいています。

進行：

ありがとうございます。今のご発言に対してコメントいただける方、お願いいたします。

乙坂：

先ほどお話があった件ですが、実はシンポジウムをやり始めたきっかけというのが、通常集まっている人たちではなくて、広く市民の方、地域の方に集まってもらおうということで始めたことがきっかけだったんです。多分その当時やったテーマで最初にやったテーマは、「地域で生活すること」という標題で実はシンポジウムを行っています。また、「どこまでこの地域で安心して死ねますか？」というのもありましたね。「思うとおりに自宅で亡くなれますか？」みたいなこともやったんですけれども、ただ、先般の幹事会の中で意見が出たのが、どうしても開催の日時が、皆さんは火曜日の6時30分からというのは集まりやすいんですけども、一般の市民の人が火曜日の6時30分から来るとなると、なかなか親しみやすい時間ではないということもあり、先ほど先生が仰ったように、例えば土曜日の昼間に行うとか、そういう取り組みも今年度行っていつてはどうかという話が、たまたま先般お話しされたところでございますので、またそういう意見も含めてどんどん仰っていただいて、より地域住民に迫る、こういう活動をしているというのをどんどん広めるようにしていきたいなと感じています。

進行：

ありがとうございます。ケア連絡会は西区という単位ですが、もうちょっと小さい単位でやったほうがいろいろな意見が出やすいのではないかと、本当に地域に根ざしたものになるのではないかと、こののを坂本先生がまとめていただきました。小さくしたほうが住民の方々のご意見が聞けたり、住民の方々の生活に必要なもの、そこに密着したものができるのではないかと、この考えもあるかもしれません。

札幌市医師会でも医療・介護連携についての市民向けシンポジウムを企画するという事になっていますが、西区全体でシンポジウムという形でやったり、あるいは、もうちょっと小さい単位で意見の交換をするような会議をやったり、いろいろなアイデアがあると思います。その時に医療・介護連携という頭がつきますので、医者が集まって地域の何とか会館という所に行つて話すだけではなくて、やはり皆さんが集まっている、こういう医療・介護の連携の所と住民の方々という形で向かい合っていくというふうになるのかもしれない。

草野（医療法人静和会 静和記念病院）：

静和記念病院の草野と申します。私も2年前からこの会に参加させていただいて、今までは急性期ばかりを扱っていたものですから、こういった地域医療とか訪問介護とか、そういった医療でも、また別の180度違ったところをいま改めて勉強させていただいているというところです。

琴似にある静和病院は50年の歴史を持っているという所ですが、あまり地域に溶け込んでいないような感じがして、できるだけ地域に溶け込むようにして、うちの法人の包括センターとかケアプランセンターは一生懸命で、私も病院として地域に何とか溶け込みたいというふうに思っていて、この坂本先生は大学の先輩にあたるんですけれども、彼の力もすごく感じて、ふん張っていきたいと思っています。

今の「患者さんに対する」とか「市民向け」、これは是非この会でやっていただきたいと思って、今の発言は良かったなと思っています。

それから、市民に対して我々の西区のケア連がどのような認識を持って今とらえられているかということを、まず知る必要があるかなと思います。市民とのシンポジウムをやる時に、どのようなテーマでどういうアプローチをするかということ具体的を考えられて、是非早い機会に市民とのディベートとかディスカッションをかなりされたら、素晴らしい。

うちの病院も地域に十分な貢献はできていませんが、「やれるところからやる」と、3カ月に1回「健康相談コーナー」を作って、うちの理事長とか私も行って、イオンのお菓子屋さんの前でさせていただいている。それでも土曜日は50人ぐらい来たりして、この界限、やはり地域に根ざした、それから患者さんにこう一歩前に進んで、そういった患者さん、地域住民とのシンポジウムを通じて、さらに具体的な計画を練ってやっていただければと、坂本先生、よろしく願いいたします。

進行：

今日は坂本先生からも紹介されましたが、医療センターが、特に在宅患者については切れ目のない医療と介護の連携、あるいは医療機関ごとの連携を重視されているという事、でした。長尾先生、コメントをいただいてよろしいでしょうか？

長尾（国立病院機構 北海道医療センター）：

2010年に機構改革で旧国立西札幌病院療養所と旧国立札幌南病院が統合し、北海道医療センターとなり6年が経過し、やっと急性期病院の姿を整えてきて、地域医療連携室が平成13年頃からできて、とにかく地域に根ざした医療をやってほしいということで、新しい病院になってからは建物も立派になりましたし、特に救急を中心とした医療システムがガッチリとできてきたということで、ここ数年来、特に在宅で急変された方とか、あるいはどんどん病態が悪化してきて集中治療が必要だとか、そういった患者さんを受け入れるようにということで、昨年在宅医療をやっている、特に西区で坂本先生が中心にやっている方と一度会合をやりまして、先ほどのスライドでご紹介をいただいたような、在宅医療後方支援といいますか、うちの場合は病床が500床以上あるので、いわゆる一般的な病院でやるような後方支援を、大手を振ってはできないのですが、それは全く別として、とにかく地域の病院なので、その在宅医療の支援をやろうということで制度を作っております。

ただ、なかなか1年近くが経ちましたが、まだうまく機能していないのは、おそらく皆さんにあまり知られていないということもありますし、いま思うのは、やはり職員があまり在宅ということ意識していない、特に最近思うんですけれども、先ほどから地域包括ケアシステムという言葉が出てきていますけれども、実はうちの病院もこの4月から地域包括ケア病棟というのを作ったんです。そうすると、地域包括ケアという名前がやっとうちの職員にも浸透してきまして、それをやるためにだいたい僕らも院内の講演会とかをやったりして、先生たちも来たりしてやったんですけれども、何となくいま言われている地域包括ケアがどういう意味を持つかというのが、院内で少しずつ立ち上がってきているような雰囲気があります。

それと、やはり今うちの病院で一番問題なのは、介護に関わる職種がいないということなので、我々もそうですけれども、看護師さんもそうですけれども、介護というのは何なのかということが全然実感として分かっていないんです。いろいろな話を聞いたり本を読んだり、あるいはテレビのいろいろなドキュメンタリーを見たりして分かるのですけれども、やはり実感として職員同士が「介護とはこういうものだ」というのを分かっていないと、なかなかそういう連携ができず、ここ半年ぐらい退院支援ということで、ケアマネジャーの方に、入院したら来ていただいたりとかというより、まず介護保険が何であるかということもよく分かっていない職員が多かったので、その人がケアマネジャーの担当は誰かということを全く分からずに入院し、退院していったということも結構あったんですが、その辺の基礎の基礎から、もう一度病院でやり直しているというところなんです。

地域包括ケア病棟ができて、うちの職員も入院から退院へという流れを、病院の中でまず意識し始めたということが非常に大きいと思います。

ですから、病床をそういうふうにくつかの区分に分けることによって、在宅に向けて、今はもう入院した時から考えなければダメだということが、職員にだいたい染み付いてきていますので、今これからの問題は、やはり介護の職種がどういった仕事をしているのかということ、実感として分かっていって、そうすると、先ほどお話がありました医療・介護連携というのがもっと密接になっていくと思います。

なので、もっと病院の、うちは急性期病院なので介護職種というのはなかなか入り込む余地がないんですけれども、もっと一般の病院ではそういうことがあって、連携が組みやすいと思いますけれども、うちの役割としては病床数も多いですし、そういった形で繋がっていきたいと思っています。

進行：

ありがとうございます。北海道医療センターという、国立西札幌病院もここ20年で大きく変わったということです。それでさらに今後の医療センターも、地域の介護の従事者の皆さんと一緒に、本当に医療・介護の切れ目なく、皆さんが安心して過ごせるように地域の中で大きな役割を果たしたいと、そういうことだと思います。

佐藤（国立病院機構 北海道医療センター）：

北海道医療センターの佐藤です。

10年前にこの西区で勤務をさせていただいているんですけれども、この10年前に病院に勤務をした時に、ケアマネジャーさんとか訪問看護師さんに、病院から退院された患者様の問題を、「家でどうしているか？」ということ連絡して一緒に訪問をしたんですけれども、いま訪問看護ステーションさんとか介護支援事業所などで、病院の看護師と一緒に利用者さんのお宅に訪問しているといったことがあれば、ちょっと聞きたいのと、その時の患者さん、利用者さんの反応とかがあったら、今後もさらに病院の看護師として連携を取っていききたいなと思っているので、教えていただければと思います。

進行：

どうでしょうか？ 今の佐藤さんのご質問に対しまして、どなたか？

谷藤：

病院の看護師さんと、退院をした後に訪問看護をしたというのは、あまり記憶にはないです。ただ、退院前にリハビリの先生たちと日にちを合わせて一緒に訪問をしたというようなことはあります。ただ、昔は病院の看護師さんも訪問看護というのは知らなかったもので、例えば入院した時にサ

マリーを送るとか、例えば「どうなっているかな？」と聞きに行った時には、やはりチームの一員というよりは、ちょっと「なに？」という感じの空気がありましたが、今はやはり病棟に行ってもスムーズに利用者さんの情報を交換できたりとかというようなことができるようになったのと、あと、大きな病院でも病院の看護師さんが訪問看護を知るというところで、そういう実習を組んでくださったりとかするようになったので、すごく看・看連携も、かつてよりはやりやすいかなと思っていますし、北海道医療センターさんには全然かかっていないのに、もうにっちもさっちも行かなくて、しょうがなくて、ダメ元で「診ていただけますか？」とか、入院前提で相談した時には、連携室の方が優しく対応をしてくださって、窓口で答えるのではなくて、「まず先生に聞いてみます」というようにして連絡をくれるので、私としてはすごく助かっているので、これからもよろしくお願いいたします。

坂本：

坂本です。私の経験は、一人、ターミナル期で予後1～2カ月ぐらいの人が、病院で担当していた先生と担当していた看護師さんが一緒に3週間目ぐらいに来ていました。両方とも非常に感激していました。

それから今お話にもありましたけれども、最近、病院の看護師が訪問看護ステーションに実習として人を派遣して、週に1日とか3日とか、訪問看護ステーションに朝から晩までいて、何人か一緒に実習に行くというのは2カ所ぐらい聞いています。それは全て病院の看護部長の考え方だと思いますので、是非積極的に、あちこちの病院で行われると良いと思います。

それから退院をされた患者さんの所に病院の看護師さんが訪問して指導をするとか、看護の状態を継続するというアドバイスをするとか、そういうことに対して診療報酬が付き評価されるようになりました。そういうふうにどんどん変わってくると思います。

けれども実態は、200回例会の時もこの話は出ていたのです。退院をした患者さんの所へ医師と看護師が行って、リハビリをどのようにやっているのかを振り返ってみるというのは非常に有効なので、是非広めていただきたいと思います。

進行：

ありがとうございます。

奥田（NPO法人シーズネット）：

NPO法人シーズネットの奥田と申します。今は居宅介護支援事業所もやっていますが、NPOとして発言させていただきます。

西区のケア連はやはりすごいなと思います。何よりも「継続は力なり」というのは、本当にその通りで、これだけ継続しているということは、やはり魅力があるからで、坂本先生が先ほども仰っていましたけれども、「変わらずに行く」というのが大事なかなと思います。

先生が仰っていた、「地域が一つの大きな事業所になるんだ」という、そういう考えでやっていくことを考えますと、私も今日のプログラムを改めて見ると、「どのような病気や障害を持っていても、全ての地域住民が分け隔てなく最後まで住み慣れた地域で暮らす」と書いています。ここには「高齢者」という言葉は一つも出ていません。全て住民なんです。そういう意味では、多分障害者もそうでしょうし、低所得者もそうでしょうし、そういう地域包括支援的なものがやはり出てくるので、ですから、一層市民との関わりが必要になってくるのかなというふうに思います。

市民に関しては、シンポジウムをやったことはとても良いことだと思うので、ただ、シンポジウムというのは、どうしても上から目線ですよ、だから逆に市民のニーズというか、市民もいろいろな活動をしていますから、そういうものを聞くという、そういう意味では例えばNPOのさまざまな活動をしている人を呼ぶとか、あるいは、私もいま民生委員をやっていますけれども、民生委

員の方を呼んで、民生委員の日頃の悩み、結構いろいろな悩みを持っています。本当に医療・介護に関しては、民生委員はいろいろな悩みを持っています。そういうものを聞くとか、そういう、むしろ呼んで聞くというか、そういうものを期待したいというふうに思っています。

とにかく、地域が一つの大きな事業所になれるような専門的な集団というか、緩やかな繋がりとして期待しています。

もう一つだけ期待をしたいのが、いま現場で何が大変かという、介護人材が全然いないんですよね。特にヘルパーさんです。やはりある意味、介護人材を育てるまでは言わないけど、ケア連として、やはり介護人材をPRをしていくというか、介護職員の活躍の場をケア連でも、例えば介護職員にいろいろなことを話してもらうとか、あるいは、これは無理かもしれないけれども、高校生とかそういう人たちを呼んで、こういうふうに「みんなケアの現場で頑張っているんだよ」みたいなものを見せてあげたいとか、そういうことも期待したいなと。

とにかく、続けていくことを期待しております。

進行：

ありがとうございます。これからどんなことをやっていくか、新しいアイデアも出ましたけれども。何かご意見ありますか？

遠藤（医療法人北海道勤労者歯科医療協会 勤医協札幌にしく歯科診療所）：

歯科の立場から簡単に一つと、あとは過去を振り返ってというシンポジウムだったので、それに関してもう一つの意見を言わせていただきたいと思います。

2000年に介護保険が導入される前の北海道の事前アンケートで、「もし介護保険が始まった時、何を利用したいか？」という時に、確か第3位か4位に「歯科の訪問診療」だったり、厚労省が「医科の医師向けにどの科との連携を必要と感じているか？」という問いに、トップに歯科がきたりしていました。だから、要望はあるとは思いますが、結局ここでの事例でも、歯科の主治医というのは皆無で、結局そこところはこういうふうにしていったらいいのかなと思っています。

だから、私は勤医協の歯科法人で、5つの事業所が札幌にはあるものですから、歯科というのは0歳から亡くなるまで、障害者から健常者から、あらゆる人を対象にやっていますし、在宅に関してもいろいろなことを微々たる力でやっていますが、私はここに2013年から参加させてもらって、顔と顔の付き合いということでは頑張っていますが、結局、どういうネットワークができたのかというところでは、今はよくつかめません。あと一つは、歯科は、連携というよりも「歯科医療とは一体なんなの？」という、基本的なことが全然理解されていないと思っていて、専門職にはそういう話を1回、多分ここでもした方がいいのではないかなと思ってます。これは歯科のことです。

進行：

ありがとうございました。

大竹（北海道保健福祉部地域医療推進局 地域医療構想担当局長）：

大竹と申します。私も奥田さんのご発言にすごく共感したというか、今日のビラを見て、「どのような病気や障害を持っていたとしても」というところにすごく良いなと思いました。

地域包括ケアというと、何となく高齢者対象だと思われがちですけども、やはり障害者の方とか低所得者の方とか、いろいろな人が対象になってくると思いますし、大きな流れとしてはそうだと思いますけれど、まさにこのケア連がどの程度そこまで巻き込もうとしているのかというか、何となく、私は3～4回の参加なのでよく知りませんが、障害関係の方とか、今ご発言があったように、所得が全般的に下がってきているというか、離婚が増えたりとか、いろいろなパターンがあると思いますけれども、そういう困窮している方への支援とか、そういうものとのミックスとか、いろい

ろな組み合わせが出てきているのだろうなと思うので、その辺りの広がりがちょっとどのように意識をされているかというのを、坂本先生かどなたか、もしくは、いま取り組まれている方で、どの程度このケア連でそういう広がりを意識されているかというところを、もし教えていただければというか、質問をさせてもらえと思いました。もしくは、今後そういうところも広げていきたいというところでもいいと思います。

最近の厚労省の資料を見ると、行政のサービスは明らかに縦割りですが、やはり地域ケアは全体というか、丸ごとで行こうというような大きな方針でできているのかと思うので、その流れにいかに乗っていくかという方向で、このケア連も進んで行くといいなというふうに思っています。

進行：

高齢者対象だけではないということで、ケア連で今どのように考えているかだとか、何かこのフロアの方で、「自分はこう思う」という方がいらっしゃれば、是非ともご発言いただきたいのですが、どうでしょうか？

三木（みきファミリークリニック）：

東区にある、みきファミリークリニックの三木と申します。

今年だったか昨年だったか、厚労省のほうは、今までは高齢者を対象に地域包括ケアという言葉を使っていたんですけども、去年か今年ぐらいから、その枠を外して障害だとか、精神だとか、そういうところも含めた地域包括ケアという言葉を使い始めました。

多分西区のケア連も私たちの東区のケア連も、うちは精神と障害、そこも含めた今後のケア連絡会にしていきたいというふうにも思っております。というのは、実を言うと、東区では、難児連の事例検討会を毎月やっていまして、そこでよく出てくるのは、東区はちょっと貧しい所なので、何とか両親とか母親が障害の子を育てていてという形で、何とか成り立っていた。それは障害年金だとか、そういうところで一家が何とかうまく成り立っていたんですけども、今度はその母親が高齢化をして認知症になってくると、今度は障害の人だとか、子どもの精神の人だとか、その一家世帯の生活が破綻をしていきます。そこにケアマネとか包括が入りこんだ時に、なかなか障害だとか精神の担当者の顔が見えないみたいな、どこか制度自体が分からないというような形の問題点が生じてきて、私たちは多職種で事例検討会をやっているものですから、そこに障害の担当者にも来てもらおう、それから精神の担当にも来てもらおうというような形でやっていると、すごく顔が見えて、それ以降事例検討会をやっても、すぐそこに繋がるようになってくる。それがやはりいま、今日のチラシにあるように、どのような病気や障害を持っても、これからはそういう世帯単位で何とかぎりぎりやっていった所が、誰か一人生活を支えてきた人が、一人崩れていくと、その世帯全部が崩れていきます。

それで、障害のお子さんや精神のお子さんは、ではどのように生活を見ていくのかとか、そういうことも考えられるようなケア連絡会でありたいと。多分、坂本先生も同じように考えていますでしょうし、西区のケア連の方々もそういう形で向かっていくのではないかなというふうに、私は思っています。

進行：

ありがとうございます。最後に草野先生、ご発言いただいてよろしいでしょうか？

草野：

うちの病院が西区でどういう機能を発揮すればいいのかということをいま考えています。先日医師会のほうから後方支援協力病院としてアンケート調査が来まして、うちは後方支援協力病院として手を挙げました。在宅をやっている先生方にとって、我々がどのような形でそこで連携をとっ

てやれるかということで、坂本先生から時々「俺の患者が肺炎になったんだ。お前の所で診ろ」と。「診ろ」という命令ですから。そういう患者さんが坂本先生から紹介されて、そういった形で、在宅医療をやっている方も「我々の病院でこんなことをやってほしい」など、その上に北海道医療センターがあるということで、我々は在宅医療の後方支援協力病院として、我々はこれから私自身が機能していきたいというふうに考えておりますので、そういった形でのこの話し合いとか、スモールグループのディスカッションは、いつもこの200人ぐらいでやると、なかなか結論が出ないことがありますので、先ほども話がありましたように、小分科会プロジェクトチームみたいなものを作って、こういうテーマで、このグループで話して、またその結果をここで全体討論するというような形が、僕は良いのではないかなと思っています。

坂本先生から、「7月からこの区民センターが使えないので、静和記念病院の講堂を貸してくれ」と言われまして、あまりたくさんは入れないんですけれども、うちの病院でよければ、そういったことを私自身も企画をして、小グループでやらせていただきたいと思いますので、また皆さんからその時に貴重な意見とか、これからの在宅医療、我々は後方支援、また、北海道医療センターとの連携をどうあるべきかを考えてみたいと思いますので、どうぞよろしくお願いします。

坂本：

今日はいろいろな言葉が出ましたので整理をしてみたいと思います。

先ほどのポイントとなるのは、やはり一番心に残るのは、「市民とディベートをしろ」ということです。今までは、どのように市民とコンタクトを取ればよいのか、なかなか時間とか誰にアプローチをすれば良いのか等、いろいろと大変でしたが、でも何とかそれは、例えば民生委員の人とかいろいろと形があるかなと思って、頑張りたいと思います。

それから、ホームヘルパーと介護のことですけれども、西区にはホームヘルパー部会というのがあります。ホームヘルパーは今日どなたかいらしてませんか？ ホームヘルパー部会は、年に3～4回きちんとケア連の分科会みたいに、集まって情報交換をしています。ですから、そこをちょっともっと密接にコンタクトを取って、それから介護の実態とか、ヘルパーさんをテーマにした例会とか、病院の人たちとそういう時に一緒にやるとか、そういう企画もあるかなと思っています。

それから、先ほど大竹さんも仰ってくださいましたけれども、このケア連は、介護保険制度のための会ではないと、最初から言っています。つまりは、高齢者の要介護者のための会合ではないと。それから、地域の障害者、あるいは在宅医療を希望する人のための会であるということと同時に、障害者のこととか3障害のことを盛んに勉強しました。それから貧困のことをテーマにしてやったこともあります。

それと、今日はむしろだいぶハッパをかけられましたので、もう少し頑張りたいと思っています。幹事の皆さん、頑張りましょうよろしくお願いいたします。

進行：

皆さんお疲れ様でした。それではお時間ですので、閉会のご挨拶を介護支援専門員連絡協議会西区支部の杉谷さんをお願いします。

杉谷 邦雄（札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部支部長）：

今年度から札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部の支部長を務めさせていただくことになりました、杉谷です。

約20年前からこちらの活動をされていたというところも、昔の話はあまり聞く機会はなかったので、今では介護保険制度ですとか、医療と介護の連携というところが当たり前になっていることが、当たり前ではなかった頃の皆さんのご活動ということを知る機会ができたことは、非常に良かったと思います。

今後、介護保険制度も変わっていった、いま当たり前のことが当たり前ではなくなって、それぞれ地域とどのように連携をしていくか、皆さんと連携をしていくかということが、非常に今後は重要になってくるかと思いますので、また引き続き、私自身もケア連の活動に参加をさせていただいて、皆さんからのご意見をお聞きしながら、引き続き西区で活動をしていきたいと思っております。

進行：

それでは皆さん、長時間ご苦勞様でした。第 204 回の例会をこれで終わります。お疲れ様でした。

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、「西区市内での保健、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 1 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 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ける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き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 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 23 年 12 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅷ)のために	—	平成 24 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅸ)のために	—	平成 25 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅹ)のために	—	平成 26 年 9 月	発行分	—	(略)
活動報告書(Ⅺ)のために	—	平成 27 年 9 月	発行分	—	(略)

この活動報告書(XII)は、第 194 回～第 204 回例会活動報告および平成 28 年 5 月に開催したシンポジウムの内容を掲載したものです。

地域包括ケアシステム構築が求められる中、札幌市は、札幌市医師会との連携により在宅医療介護連携推進事業に取り組んでおります。その取り組み例として記載されている、(ア)から(ク)までの項目(p14)には、最近数年の間に実践された「西区在宅ケア連絡会」の活動において課題とされた内容がほとんど網羅されているのであります。したがって、定例会にて合同開催を図っ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。この一年間の全ての例会における活動は、地域ケア体制の基盤となる活動であることを実感することばかりであります。

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。

平成 28 年 10 月
(幹事会 坂本 仁)

西区在宅ケア連絡会活動報告書(XII) 2016 年 10 月発行
事務局：社会福祉法人溪仁会 法人本部 出井 聡
〒064-0823 札幌市中央区北 3 条西 28 丁目 2 番 1 号 サンビル 5F
(<http://www.zaitaku-care.info> / e-mail: info@zaitaku-care.info)
