

平成26年度岡山県在宅医推進協議会 議事概要

日時：平成27年3月18日（水）

18：00～20：00

場所：ピュアリティまきび「白鳥」

- 【議題】（1）岡山県在宅医療推進協議会の公開について
（2）岡山県及び各団体の在宅医療、介護に関する取組について
（3）各団体間の事業調整及び意見交換

〈発言要旨〉

○会長 今日議題は、お手持ちの資料で（3）の議論がこの協議会の山だと思うので、ご協力をお願いします。それでは、事務局からお願いします。

○事務局 まず岡山県の役割については、県民が住みなれた地域で望ましい療養生活を送れる社会を実現するため、在宅医療提供体制の充実、個別の疾患、領域等に着眼した質の向上、在宅医療に関する普及啓発等について、関係者の方々との調整役や音頭取りの役割を果たすことで、皆が一丸となって在宅医療、介護を推進できる環境を整えることと考えている。

現在の在宅医療提供体制の構築で最も大きな事業が岡山県在宅医療連携拠点事業になる。医療と介護の連携に向けて医師会や医療機関等と市町村の協働で連携体制づくりに取り組んでいただき、それにあわせて県保健所、支所も連携、支援していく形で県内各地域で取組が行われている。27年度からはオプションとして入退院支援ルールが策定できるようになっている。現在、県から委託を受けている事業者は22カ所ある。県の委託を受けてない真庭地域は独自に行っているもので、県内全域で取組が実施されている。

また、重症心身障害児者の方を中心に在宅医療を必要とする小児等を対象とした小児等在宅医療連携拠点事業を、旭川荘に委託して実施している。

人材育成の研修会は、これまで主に在宅医療、療養関係者を対象にして実施してきたが、病院からの在宅移行の流れづくりが必要ということで、病院協会に委託して病院職員を対象とした事業を開始したところ。

この2月には、県民2,500人を対象に在宅療養及び人生の最終段階における医療に関する県民意識調査を行い、現在集計中である。

最後に、県の当面の課題だが、現在実施中の在宅医療、療養に関する事業の多

くが地域医療再生計画による基金で実施しており、27年度末で終期を迎えるため、28年度以降は、介護保険の地域支援事業または医療介護総合確保促進法に基づく基金事業で再構築していく必要がある。このため、市町村事業として実施するものについては適切に実施できるよう助言するとともに、県事業は継続して行うべき事業の精査と、新規事業として行うべき事業を企画する必要がある。

○会長 この会議は、それぞれの団体が在宅医療、医療介護においてどういう役割を持っているか、今何をやるか、それから今後どういうことにチャレンジしたいか、そして今それぞれの団体が抱えている問題は何かということを事前に皆様方にアンケート調査を行って、まとめられたものに基づいたもの。この会議の目的は、それぞれの在宅医療、医療介護の連携という視点で、それぞれの団体がどのように考えているのかをお互い知るための機会として、ご意見をお願いしたい。

岡山県医師会からお願いします。

○副会長 役割については地域包括ケアの推進、特に関係団体や行政との連携で、包括ケアシステム構築の前提となるケアミーティング統合ということで、行政から地域住民までそのあたりの前提条件を作るのに協力していきたい。

昨年9月に地域包括ケア部会を発足した。4月以降は関係他団体、職能団体等、最大10程度の外部団体にも入っていただく。オール岡山で取り組みたい。

今後の取組については、基金で既に認めていただいている地域ケアコーディネーターの配置を検討している。

地域医療構想・地域包括ケア研究会は在宅医療だけではもう語れない。地域医療構想、地域医療、医療介護の連携。療養病床の医療区分1の7割、あるいは一般病床のC3という一定の医療の提供の薄い方等を含めて、全て在宅医療でカウントして、ガイドラインで作ろうということで、これは大きく地域医療構想に影響するからそのあたりを含めて、あるいは介護のことも全て知っておかないと、在宅医療の患者の85%が要介護度、在宅医療の半分の方に認知症が認められるから、介護とは切っても切れないということで、そういった医療構想と包括ケアを抱き合わせたような研究会を次年度発足できればと考えている。

とにかく24時間365日どう支えるのが非常に課題で、かかりつけの主治医の7割、8割が1人で24時間365日の負担は大変だと感じている。それから急変時の対応が大変で、その体制をどうしていくのか。在宅医療患者について主治医と

副主治医制の複数の医者で診ることがいいのかどうか。これは医師会でももう既に県の方とも一緒にミーティングを開いており、1人で十分だという人もいれば、あるいはこういう体制があると助かるという医師もおり、今後考えていく必要があるが、必ずそこには24時間、入院を受け入れる在宅医療の後方支援病院あるいは在宅療養支援病院がバックにいる必要がある。訪問看護、訪問リハ、あるいはその他の介護居宅サービスも必須であり、在宅医療単独では存在し得ないと思っている。

また、在宅医療支援診療所、在宅医療支援病院が本来の役割をもう少し発揮するべき。特に今回できた地域包括ケア病床は、まさに在宅医療のバックを支える病床なので、きちんと連携していくことが必要。

それから、介護との連携、あるいは地域支援病院は、法的に大きく役割が拡大している。地域包括支援センターと今までの医師会や医師の連携は希薄なので、その連携、あるいは地域ケア会議との連携。それから認知症は避けて通れないから、この分野との連携。それから医療、介護の医療保険制度。ある程度、現場のスタッフの方が成長していくようなサポートが必要と思う。

それから地域特性。先般も新聞に限界集落が県内に1,422カ所というデータが出ていた。岡山も都市部から限界集落までいろんな地域があるので、そのあたりを診る在宅医療を検討していく必要がある。

それから在宅医療の将来推計。おそらく今回のガイドラインの見直しで地域医療構想の中で、そこを上方修正せざるを得ない状況になっている。在宅で肺炎が診ていけるのかどうか、在宅医療の受け皿の拡大と機能強化は避けて通れない。目標数値の設定はまだまだだが、とりあえずPDCAサイクルを回していけるような状況にしていくことが大事だと思っている。

最後に、皆保険の被保険者である国民が、この社会保障が財源的に危機的状況にあること、それから地域包括ケアの言葉や中身を多くの国民がご存じないという実態があるので、危機感、覚悟を国民と行政と我々事業者が共有して初めて一歩前進する取組になる。そのあたりは、今後解決すべき課題と思う。

○会長 それでは、病院協会をお願いします。

○委員 在宅の患者を医療が必要な時に後方支援する体制をとっていききたい。それから、患者の家族やレスパイト入院などの対応をしていききたい。これは地域包括ケ

ア病棟がかなりの役割を担っており、県下に適切な配置ができればいい。365日24時間対応できることを目標にするのが病院としての最大の役割だと思う。

現在の事業は、県から委託されて在宅移行円滑推進事業を進めている。病院の医師、看護師に対する在宅医療への啓蒙を続けていきたい。

それから各種医療施設との連携。顔の見える関係をつくるために、地域での講演会や協議会などにどんどん出かけていきたい。以上が今後の取組である。

課題であるが、これから地域医療構想が議論されていくが、そのときに各病院の機能分担がスムーズに行われるかが気にかかる。地域によってかなり状況の違いがあると思われるので、県下で同じような感覚で話ができるのか危惧している。県民の皆さん、利用される方々の理解がどこまでできるかも一つの課題。

○会 長 では、県歯科医師会をお願いします。

○委 員 まず一番に考えているのは口から食べることのサポート。それから口腔機能を維持向上することにより自分の口で食べる楽しみを作り、ひいてはQOLの向上に努めることが最大の役割と考えている。

現在の事業は、岡山県からの事業委託で歯科往診サポートセンターを平成23年度に設置して、現在4年目を迎えている。主な役割は、歯科往診についての相談、あるいは歯科往診が可能な歯科医院の紹介をしてほしいといった要望に回答しており、岡山県民の口腔機能の維持向上に役立つようにしていきたい。

それから現在、摂食リハビリテーション従事者コースが、岡山大学との共催により本年度で10回を迎えた。次年度も平成27年4月から9回コースで開く予定。

続いて、グループホーム歯科実態調査を、県の委託により現在実施中。岡山県歯科医師会の現在のメインテーマとして、認知症への対応を考えている。歯科医療従事者は認知症の方が苦手という意識が強いようで、それを払拭することが最大の課題と考えている。

今後の取組は、まずサポートセンターの機能をもう少し充実させたい。例えば、全くコミュニケーションのとれないせん妄性の意識障害であって歯が一本もなく義歯も入ってない、全く自分の口から食べることができない、そういった方は歯科とは全く縁がないと思われるが、実際は色々な問題を抱えている。例えば、口腔感染、口臭、口腔の廃用萎縮。そういったことは歯科医療従事者でないとできないこともあるので、歯科往診の依頼を進めていただければと思う。

○会 長 薬剤師会、お願いします。

○委 員 薬剤師はいわゆる調剤をすることが主業と見られているが、在宅での生活を見ながら服薬支援をしていくことがこれからの在宅医療での役割と思っている。

現在の事業は、県の委託で多くの事業を受け、特に在宅訪問薬剤師の養成事業を中心に行っている。

今後の取組だが、多職種との連携の中で薬剤師が介護職、看護職との連携により薬を適切に服用されているか、カンファレンスを通じて適正な医療への支援をさせていただくのが薬剤師の役割。特に、介護職が訪問事業、服薬介助や薬剤訪問指導内容の情報共有を通じて在宅での生活をされている方々のコンプライアンスを高めるための支援を、今後薬剤師が行っていくことが重要。そのためには、薬剤師のフィジカルアセスメント等の研修を行うことによって、薬剤師の資質向上にも努めていかなければならない。

今後の課題は、ご存じのように訪問薬剤管理指導は医師の指示があって、薬剤師の活動が存在している。今後、医師からの指示が出るようなシステムづくりを是非とも導入していただくことが重要と思う。

お薬手帳をご存じと思うが、お薬手帳は患者が管理をするわけで、多職種の方々がお薬手帳への記入をすれば良いのにもかかわらず、薬剤師でなければ記載ができないという誤解があり、それが活用されていない。患者が管理しているお薬手帳に対して多職種で書き込めるような啓蒙活動をしていって、多くの方々にお薬手帳を活用していただくことも、今後在宅の中で進めていく必要がある。

○会 長 それでは、看護協会お願いします。

○委 員 岡山県看護協会の会員は約16,000人で、就業者は約27,000人。58%をカバーしているが、職能団体として在宅医療の推進や介護分野における看護職の機能を充実するには、非会員への取組が必要になる。

それから、最近は退院支援と退院調整、地域連携、在宅、生活を見据えた退院支援ということで、研修も充実させている。在宅の看護実習を科目で習っていない年代の人は在宅についてのイメージがまだまだ湧かないので、今後その世代へ向けての取組が必要と感じている。

介護職員の喀たん吸引等の指導者講習会は、昨年、県から委託を受けて行っているが、これについても裾野を広げる必要があると思っている。

訪問看護ステーションへのアドバイザー派遣事業は、訪問看護ステーションをしっかりと応援する意味でも重要に思っている。

今後の取組は、特に介護分野で働く看護職員の研修を強化していく必要があるが、非会員の方が多いのと、少数配置のためなかなか研修に参加できないという課題があり、研修を地域ごとに行うなど色々工夫するのを感じている。

課題改善等については、県民の理解も必要なので、看護職としても地域での健康応援出前講座等で伝えていくようにしたい。行政で行われる地域医療連携の委員会に、支部の役員が出席し発言をさせていただく機会も得ており、このような取組を強化していきたい。

○会 長 訪問看護ステーション連絡協議会からお願いします。

○委 員 現在、ステーション協議会には県内124のステーションが開設されているが、そのうち107が会員になっている。訪問看護の役割としては、訪問看護は医療保険と介護保険のどちらからもサービスが提供でき、医療と介護の両面から関わることができるために、在宅医療では大きな役割を果たすものと考えている。ステーションの中で24時間の連絡体制をとっている所が約9割あるので、在宅医療で24時間365日対応する医師のサポート役となり、連携を組んで在宅医療をサポートしていきたいと考えている。

現在の事業で特に力を入れている項目は、県からの委託を受けて行っているコールセンター事業で、在宅療養者への支援や関係機関との円滑な連携を目的として、事務局に専任の職員を置いて電話相談等を受けている。

また、地域に出向いて訪問看護のPRも行っている。医療機関、介護事業者、ケアマネからの相談がなかなか増えないが、県民へのPRも行いながら、今年度は県民や介護保険事業所からも相談をいただいている。最近では、訪問看護ステーションを新設するところが多く、運営についての相談が増えており、年間約400件強の相談を受けている。

課題検討委員会を設置して、訪問看護の中で常に起こってくる課題を検討し、その対策に向けて取り組んでいる。25年、26年は災害マニュアルを作成した。それから、教育を段階的にやっていこうということで、最初、新任期のラダーを作成し、現在、使用できるような状態になっている。新任者や未修了者を対象にして、訪問看護に魅力を持って続けていただけるようにしている。

今後取り組みたいことは、まずは円滑な連携に向けて顔の見える関係づくりや、ICTを活用した情報共有の推進、それから訪問看護ステーションの開設やサテライト設置の支援を行っていききたい。訪問看護師の人材確保、定着、質向上を目的とした教育の充実も考えている。

課題だが、まずは訪問看護ステーションの人材確保が重要。慢性的な看護師不足は訪問看護ステーションも同じであり、人材不足でやむを得ず休止しなければいけないステーションもあるので、若い世代の人材が採用できるように、人材確保は常に課題に上がってきている。

在宅医療をリードする質の高い看護師等の育成だが、全国で岡山県だけが訪問看護師の認定看護師がいない。認定看護師の養成には時間も費用もかかり、ハードルが高くなっていると思うが、養成をしていきたい。

それから、県内124カ所のステーションがあるが、市町村の中で全くステーションがない空白地に向けてのサテライトの設置を現在検討中である。

また、訪問看護がどういうものかをご存じない方が大勢いるので、住民への普及啓発に力を入れていきたい。

○会長 それでは、栄養士会からお願いします。

○委員 患者は低栄養の方が多いため、管理栄養士が在宅現場に行き直接の支援活動するのが栄養士会の役割と思う。栄養士が在宅へ行くことがまだまだ不十分で、他職種との連携もできていないのが現状。また、栄養ケアステーションを栄養士会の中で立ち上げてはいるが、それすらご存じない方がいる。皆さんに知っていただき活動していききたい。

現在の事業は、限られてはいるが、岡山県地域保健医療福祉連携懇話会に参加して、市民、多職種の方に栄養士会もあるということを知っていただいている。

それから介護福祉士、介護支援専門員と連携して、岡山市を中心に平成26年度で二十数件の在宅支援を行っている。食事支援を継続していくためには、かかりつけ医との契約によって管理栄養士を非常勤雇用していただかなければならないため、先生方に、有効だったとご理解いただかないとなかなか進めていけない。

それから市町村の包括支援センターとの連携によって高齢者の特性に応じた栄養指導等も実施していききたいが、やはり重要性がわかっていただけでならず、難しいところがある。

栄養士会としては、栄養ケアステーションにいる栄養士に在宅の方の栄養ケアの研修会を行うと同時に、ヘルパーから「どういう食事をつくったら良いかわからない」という相談を受けるので、ヘルパーに研修を行い好評を得た。この研修を推進していきたいと考えている。

- 会長 今年度、栄養士会と一緒に調査を実施した。栄養士の活動の理解が難しいということだったが、介護支援専門員の方は非常に理解があって、そのニーズがあるとおっしゃっていた。一番ニーズを意識されていないのが訪問看護ステーションの訪問看護師さん。これは意外な結果だと思った。

続いて介護支援専門員協会からお願いします。

- 委員 介護支援専門員に対しては賛否両論があって、なかなか質が高まらないということが出ているが、介護支援専門員は在宅医療を医療に結びつけるために生活情報をしっかりと医療スタッフの方々に伝えていく役割とともに、退院時にスムーズに在宅での生活ができるよう支援を行うことが役割と思っている。そのためには、今、盛んに言われている地域包括ケアシステムといった問題、一体どういうことなのか、行政や地域包括支援センターなどのアドバイスによって、市民の方々に啓蒙する役割を今後担っていく必要がある。

今後の取組として、まず一つ大切なのは、入退院支援ルールを決めて、介護支援専門員に普遍化すること。入退院支援がうまくできていない、あるいは医療スタッフとのやりとりが苦手な福祉系の専門職員が多いため、入退院支援ルールとして決めた中で、そのシステム化された業務が行えるようにということを現在進めている。そのための一つとしては、主治医意見書がきちんと記入できるように生活情報を有効期限の2カ月前までに医師に届ける取組を今後行っていかなければならない。一つ一つの活動が医療の中で役に立つという認識を持っていただくことで、介護支援専門員が在宅医療に貢献できるのではないかと考えている。特に、介護支援専門員は介護職員が多く、医療分野に苦手意識を持っている者が多いため、今後は医師、看護師、歯科医師の先生方にアドバイスをいただきながら医療寺子屋等を開催して、医療職からの知識習得や医療職とのコミュニケーションができる研修を企画していく必要がある。

今後の課題は、医療の職能団体が常に情報交換ができる組織が必要。そういった組織を各地域で作っていただければ、そこへさまざまな職種が出て自然に情報

交換や共有化ができると思う。

- 会長 一番悩み大きい職種で、なおかつこの在宅医療介護連携のキーパーソンだと思っている。ご指摘いただいた点についても後で皆様方に議論をお願いしたい。

医療ソーシャルワーカー協会からお願いします。

- 委員 保健医療分野で患者さん方の相談を受けるとともに、医療機関と在宅医療、介護の関係機関との連携や調整をすることが医療ソーシャルワーカーの役割と思う。介護と医療と双方の視点を持っている患者が、医療から生活の場へ安心して移行できるように支援できることが医療ソーシャルワーカーの専門性。その維持向上を図るために研修を積んでいる。結局、医療ソーシャルワーカーも地域連携や退院支援に非常に追われていて、とかく病院の方にしか目が向かないところもあるが、これからは地域の方に目を向けながら関係機関と連携を図っていくことが私たちの重要な役割の一つと考えている。

現在の事業は、対話的な活動としては、市民や専門職の方への啓発活動としての公開講座の開催であったり、難病相談会や地域ケア会議への委員の派遣など。

今後の取組は、会員400弱ぐらいの小さな団体で、職能団体の域を超えてないところがなかなか対外的な活動ができないが、在宅医療、介護の関連団体との連携や推進につながるような研修会の開催と地域住民の方への啓発活動に取り組めたらと思っている。

課題と改善点は、一つにはこのような会議で情報共有させていただくことが大切。お互いを理解して、行政機関を含めて連携を図ること、特に急性期の病院のスタッフが在宅医療、介護への理解が十分ではないこと、医師とコメディカルの意思疎通が十分図れていないこと、医療機関と在宅医療、介護機関における情報共有が不十分であること、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師と介護支援専門員の連絡や連携方法が標準化されていないこと。在宅医療、介護を担う専門職の人材育成やコミュニケーション能力の向上も重要と思っている。

最後に、今、患者と話をしていくにつれ、地域包括ケアは地域住民の方にどこまで浸透しているのか、ほとんど何も知られていないのではないかとということを感じている。地域住民や患者家族の理解が課題だと思う。

- 会長 どの会に行っても指摘される点が明確になっている。特に急性期の病院の先生に対する悲痛な叫びでして、在宅医療や介護への理解が十分ではないというのは

どこも、内科系の先生もが異口同音におっしゃっている。

それでは介護福祉会からお願いします。

- 委員 利用者の生活を支えること、以前は生活の場、すなわち食べること、排せつ、入浴が3大介護と言われていた。最近は心身の状況に応じた利用者の介護を行うとなっている。それは、医療ニーズが非常に高い利用者も増え、そういう方も介護するようになってきたこと、それから非常に多い認知症の人への対応、体の方は医療ニーズの高い人たちの介護をしなければならないため、保健・医療・福祉関係者との連携が絶対不可欠という状況。

現在の事業は、介護技術の指導を地域に出前講座で行っている。在宅の場合、介護者が倒れると利用者は即入院か施設に入らなければいけないことがあるため、介護の仕方を一緒に勉強させていただくことによって、より楽な介護や長期の在宅生活につながることから、地域の保健師さんに参加者を集めていただいたり、民生委員の方と連携しながら介護教室を活発に行っている。県南よりも県北のほうがニーズが高いと感じている。今は指導者が県南に偏っており、もう少し頑張りたい。

それからケアマネジャーの介護福祉士が非常に多くなっており、本当に医療が弱いので、医療面での研修会を活発に行っている。

今後の取組は、岡山介護福祉会は県下8つの地区に分かれていますので、地域の医療従事者の先生方を講師に研修会ができるようにしていきたい。

課題、改善点だが、地域ケアシステムの基盤や人材が非常に厳しい。ヘルパーを含めて介護職員の人材不足が大きく、ヘルパーが非常に高齢化している。そのあたりを改善しないといけないが、その背景は、社会的地位が低いことだと思う。労働が肉体的にも厳しいし、責任も非常に高い、仕事の割には給料が安い。国家試験があるが、その義務化が3度延期している。国家資格だけれども、社会的地位の低さを実感している。私たちの役割として、介護の仕事ってこんなに楽しいんだよというところをアピールしていかなければいけない。

- 会長 老人福祉施設協議会からお願いします。

- 委員 我々の事業は、医療とは切っても切り離せない状況にある。我々が目指していることもほぼ全てのことで医療と関係があるので、色々な面で連携をとりたい。居宅介護支援事業所などはまさに、きちんと連携をとらないと何もできない。

私たちが今力を入れていることは、在宅はデイサービスを中心にやっていますが、特養では、看取り、口腔ケアに力を入れていけない分野だと思っている。そういった面では特養と医療との連携はできているようでできていない。嘱託医との関係もあるし、もう少しすっきりいい形に連携のとれたものにならないかと思う。特に特養は、在宅の先生が特養に来ても利益にならないから来たくないと言われる方もおられ、これから先どういうふうに関係をとっていったら良いのかが本当の課題。お互いやりやすい形でメリットのあるウイン・ウインの関係で、地域の先生方と一緒に進めていきたい。

これからは看取りで厚生労働省からも期待をされているところだが、現実的には、ドクターが入院と言われたら私たちはもうどうしようもないし、もう少し連携が取れないものかということを感じている。

それから本当に人材不足で、介護職員も看護職員もいない。田舎に行けば行くほど人材不足の問題が深刻となっており、何か改善できればと思っている。

○会長 大きな問題である看取りについても問題提起をしてくださり、ありがとうございました。続きまして老人保健施設協会から、お願いします。

○委員 老健は各地域に計画的に開設されており、地域包括ケアシステムの構築と運営には重要な拠点施設になる。さらに、この平成24年、27年の介護報酬改定、新しい医療報酬改定によっても老健の在宅医療、介護の支援機能が従来にも増して明確。これは制度によって強化されている。

老健の4つの機能として在宅強化型、アウトリーチ強化型、終末期緩和医療、認知症対応強化型があり、老健がこういった幾つかの機能に施設全体が分かれていくかもしれない。全部まとめて実施するところもある。ただ、老健は設立当初より医療専門職、医師、薬剤師、PT、OT、ST、管理栄養士の配置が現在の制度でも義務づけられ、介護職との連携がなされてきている。その経験は地域包括ケアシステムの構築に役立つものと考えられる。

岡山県老健協の役割は、老健の在宅支援機能を県民に広くアピールし、施設内で培った医療、介護の連携を積極的に地域に貢献するよう会員施設を導くこと。

現在の事業としては、直近の2年間は老健協の組織強化と活性化を図ってきた。定款を見直し、学術委員会を初め各委員会を作って老健内での多職種が最新の知見、技術等を共有し、広報情報PR委員会を窓口にして老健の理念、役割を医療

介護関連団体、職種に積極的にPRしてきた。また、認知症介護実践研修を実施し、人材の養成も行ってきた。利用者の入退所時、病院、在宅医療介護事業所との情報共有を目的にした会議を頻回に開催し、実施している。地域ケア会議にも積極的に参加している。

今後の取組として、これは私の私案が含まれており、次年度の協会各委員会の活動テーマに提案したいと思っている。一つには、包括ケアシステム構築組織に老健内の専門職をチームメンバーとして参加を推進する。それから、病院及び在宅医療介護事業所との連携推進会議の計画をしたい。

老健からのアウトリーチを推進、在宅医療介護専門職との相互研修の企画、会場提供、地域住民への教育、啓蒙の企画、認知症における新しいケアの色々な試みがあるが、そういうものを施設内から地域へ展開していく。それから離職防止の取組。職員への腰痛等のリスクマネジメント、新しいケアのチャレンジ等でモチベーションを高めて離職防止を図りたい。中高年層、これはマンパワーの確保という意味で、特に家族介護の経験者を介護現場に投入していったらいかがか。そのトレーニングの場所としても老健は積極的に支援していきたい。

課題、改善点だが、資金不足は切実で、基金の有効な活用を期待する。幾つか案を出しているが、決定されることを期待している。

○会長 それでは、障害福祉施設等協議会の方からお願いします。

○委員 障害の分野は、介護保険、高齢者の方となかなか連携がとれないような状況。

役割は、医療施設等の障害福祉サービスの選択肢の一つであるということ。

現在の事業は、協議会としては実施しているという現状である。

今後の取組と課題は、障害の方は特に相談支援事業所で最近、この3月までにはサービスについては利用計画を立てなさいということで、事業所が次々できていく。相談支援専門員もいるが、なかなか高齢者と居宅との連携がとれていない現状がある。特に、今年の2月には厚労省から自立支援給付等介護保険制度の適用関係に係る留意事項ということで連絡が来ている。相談支援専門員と介護支援専門員で連携をとりながら今後はやっていきたい。

重症心身障害児者、ご家族の安心生活サポート事業が現在立ち上げられており、体制整備を行っていきたいが、なかなか職員が充実しない。特に介護福祉法等の改正により、痰の吸引が介護でもできることになったが、研修が必要で、な

かなか増えておらず、これが一つの課題。

○会 長 それでは、地域包括センターから、主に課題について、特に地域の課題について今までの団体の皆さんの発言を含めながらお願いします。

○委 員 先ほど地域包括ケアシステムが地域の皆さんにまだ浸透していないという意見があった。包括支援センターで色々な啓蒙活動等もしているが、まだまだ浸透していない。ただ、それについて、ここにお集まりの皆様と連携することで、包括支援センターのみならず関係機関と連携をしながら関わっていくことで広がっていくように思う。

そして、共有化等々だが、県からの委託の医療連携の事業で（本市で）ケアカフェ等昨年度から実施した。その中で、皆さん方がやはり医療、介護の方の顔の見える関係があって、こういう悩みがあるというのも医師からもいただき、本当に対等の関係で参加することで、今ようやく顔の見える関係、そしてこれからどうやっていくかという状況があると思う。医師から「介護職の方の悩みが十分に自分たちにまだ伝わってないような気がするので、こういう場を活用したい」とご意見をもらった。このケアカフェは来年度2回やっていく中で、介護の面を全面的に出しながら勉強していきたいと思う。

○会 長 それでは最後に、市長会からお願いします。

○委 員 市長会ですが、15市と、たくさんの状況があるので、高梁市の立場でお話をさせていただきます。

高梁市は、限界集落が県下で一番多く、実に36%が限界集落である。高齢化率も37%だが、その中で今、県の委託で医療連携という形の拠点事業に取り組んでいる。その中で色々情報共有はできた。今、ITを活用した事業を進めている。これによって色々情報を共有できるので、結果としては良かったが、それに対してのバックアップ体制がなかなかとれていないという課題を今持っている。

高梁市のような中山間地域になると人口密度が非常に低く、例えば在宅で訪問する場合で、家から次の家まで1時間もかかる場合も出てくる。それから医師、またそれぞれの分野の支援者の高齢化も課題として出てきている。

10年前に高梁市は1市4町で合併したが、その合併をする市町で福祉に対する満足度を調査した。そのうち1市3町に関しては福祉に対する満足度が50%以下だったが、旧川上町だけが3,000人ほどの住民だが、70%の満足度だった。これ

がどうということなのか、しっかり勉強していかないといけない。やはりそこには医師なり、訪問看護、訪問介護、そうしたスタッフの皆さん方の地域との連携、顔が見える関係が、大きかったのだと思う。それを全市へ広げるかとなると、難しい問題がある中で、今、拠点事業に取り組んでいる。

それからもう一つ、課題として今思っているのは、障害をお持ちの方がこれから先、年を重ねるにつれてだんだん不安を強く感じてくるという声を聞くようになった。さまざまな不安をお持ちであり、こういった介護とか医療の取組が高梁市としてどう考えるべきなのかという思いを持ちながら、今、ここに参加させていただいている。

○会 長 愛育委員も在宅医療、介護、地域包括ケアについての活動が多くなっているということで、非常に効果があるようにも思うが、実感としていかがか。

○委 員 顔が皆さん見えて、互いがやっぱり、あ、こんなこと思っているなというのが大分わかってきた。何回も会合を重ねて、自分の抱えている問題が見えてきた、お互いそれを共有できたことが非常に大きな成果だと聞いている。

○会 長 次のセッションに移る。各関係団体間の事業調整及び意見交換、ここが今日の本番になる。在宅医療、介護における多職種連携、人材育成、住民への普及啓発についての意見交換だが、県は各団体で自ら何をどういうふうに充実させていけば良いのかを考えていく機会としてこの協議会を作ったというのが趣旨のようである。各団体の方々の本音の意見を聞いて、自分たちの団体が何をどうすればいいのかを考え、ここでの議論を持ち帰って、それぞれの団体で検討いただきたい。そういうことを前提に、まずこの多職種連携について1から7まで具体的な指摘がある。こういったことが皆様方へのアンケート調査で浮き彫りになってきたので、このことを踏まえてご意見、ご質問、意見交換をお願いしたい。

すなわち、この会議そのものが多職種連携のモデル的練習の機会になろうかと思う。今までの多職種連携について、色々な課題があると思うが、医師会の立場としてどのような問題提起、あるいはどういうことを強化したいとお考えか。

○副会長 私が考えているのは、一つは地域包括ケアのシステムをどう作るか。地域包括ケアの本質は地域づくり、まちづくりなので、関係機関と重なり合う部分をうまく活かしたほうがいいだろうし、過不足なく連携を図っていくことが必要。カリスマ的なスーパーマンがいる地域ではできるが、そうでない地域はできない、と

というのはシステムではない。そのシステムをどう考える、どう我々で作っていくのか、これをオール岡山でどう構築するのかということが非常に重要な視点だと思う。そのシステムの中で、自分の団体や立ち位置で何ができるのかというのが、基本的な考え方に移っていくことが望ましいと思っている。

そのシステムを考える中で、今回3つの要素がある。一つは、地域住民のニーズ。在宅を望んでいない方に無理やり在宅医療を押しつけてもうまくいかないだろうし、「在宅医療を本音で考える会」でも、病院と同じレベルのことを在宅でやってくれるんですか、という時点で話が御破算になる。それは当然、それ以上進まないわけで、在宅医療とはを理解していただく必要もあるし、そもそも地域包括ケアへの理解もあるので、まずそのニーズと、住民のご家族、本人の希望と介護力によってかなりバイアスが入ってくる。

2点目が住まい。在宅医療の在宅の定義は居宅に加えて特養、老健も入るし、一軒家から集合住宅、介護保険施設まで様々な形態があり、その住まいによって提供の仕方も変わってくる。

3点目は地域特性。都市部と限界集落なり色々な地域、岡山県も広いので様々な状況があり、人口がどうであるか、そこに社会資源がどうあるのか。隣の家まで車で10分、20分のような地域に訪問診療、あるいは訪問サービス、在宅サービスを入れていくというのは、なかなか現実的ではないので、そのあたりをどうしていくのか。この3つの観点に応じて、それを踏まえた上でシステム構築を考えていくことが必要と思う。

特に、地域包括ケアの住みなれた地域というのは自己の選択に基づいて選ぶ地域なので、住みなれた地域を選ぶ方もいれば、都市部で要介護者になったのでケア付き住宅に移る方もいる。その住まわれる地域が、地域包括ケア、住みなれた地域になることを踏まえて議論する必要がある。医療を受ける側の県民が主役であるが、今までの連携の場合、そこが抜け落ちていることが多いのではないかと感想を持っている。そこを踏まえていくと、おのずとここにある番号に対する答えも出てくる。

○会 長 どうもありがとうございました。

特にこの多職種連携で1から7についてご意見をお願いしたいが、特に6番と7番、これいかがでしょう。

○委員 どういうシステムをつくったらうまくいくかも大切なことだが、私は目の前に困っている人がいて、どうしたらこの人が幸せになれるか、家族など、色々な人が関わる場合にどうしたら在宅生活ができるかを皆が真剣に考えれば、システムは要らないと思う。医者も病院で治療をしたからそれで終わりという感覚ではいけない。この人が家に帰るためにはどうしたら良いか。在宅にしても、例えば施設へ行く場合にこの人をどうしてあげたら良いかを真剣に考える気持ちがあれば、連携は簡単。患者を目の前にして、病院の医師、病棟の看護師、訪問看護ステーションがどの程度この人に対してできるかを真剣に考えれば、それが連携の基本である。気持ちがない医師や看護師が関わったら、どんなシステムをつくってもだめだと思う。

○会長 現在の状況として理解が不十分であると。それから、病院としても連携のシステムができていないという指摘があるわけで、いかにこの県下の病院に意識改革がなされるか。市のワールドカフェで、地域連携室の機能が全くばらばらという現状を見て驚いた。これは病院協会としてどうしたらいいか、持ち帰って是非。

○委員 そのために我々が中心になって円滑に在宅移行する事業をして、それぞれの病院の医師や看護師の啓蒙をどうしたらいいかを病院協会としては進めている。

○副会長 今、勉強会を担当しており、急性期や一般病床の病棟の栄養士、看護師に既に研修会を始めている。そこで在宅医療への理解を進めることを3年間やっているが、担当として考えているのは次のステップが大事で、病棟の看護師が1年間病棟に従事するのであれば、1カ月、2週間でもいいが、訪問看護に配置転換し、経験する。それを持ち帰ると大分理解が進む。勤務医もどこかで在宅医療を体験する場を作ることが次のステップだと考えている。

○委員 病棟の看護師は、患者のために地域へ帰ったらよりよい方法を考える人たちでなければならないということで、在宅支援をする委員会が1月に退院を支援するためには病棟看護師が何をしないといけないかについての研修会を実施した。超急性期のところは参加しないと思っていたが、急性期がどこも均等に来た。急性期の看護師もやはり必要は感じているようで、病棟間の連携をまず行い、それから多職種との連携も進めていかないといけないことを実感した。

2年目だが施設間の交流研修で、訪問看護ステーションへ病棟の看護師がお願いをして手挙げ方式で研修を行っている。

○委員 私どもの保健所の東備支所管内で、入退院支援のルールづくりを開始している。ケアマネ協会の協力を得て、平成24年に入退院調整についてのアンケート調査を実施した。ケアマネと病院のコミュニケーションを良くしていくことが目的であり、ケアマネと医療連携室のMSW、病棟の看護師、この3者に参加してもらいそれぞれに部会をつくって、3者合同で話ができないかと進めている。医師や病院長は、それは大切なことだということさえ理解していただき、実務的なことは今言った3職種あたりが中心で実施すれば良いと考えている。

それからもう一つ、この在宅医療連携拠点事業の中の6番で入退院支援ルールの策定が出ているが、在宅医療連携の22拠点が、細切れである。退院調整、入退院支援グループでいうと、こんなに小さな地区では本当はだめで、せめて2次医療圏位の単位。東備でもたかだか8病院。今、県南東部県域にはもも脳ネットという脳卒中、大腿骨折の医療連携の集まりがあるから、今までのつながりも活用しながら、もう少し広域で入退院支援ルールづくりを進める必要があると思う。

○委員 急性期の医師としてだが、急性期は当然しっかり治療してもらわないと、なかなか在宅在宅言う必要はないのではないかと。それから、ソーシャルワーカーを有効に利用していけば良いと思う。顔が見えても見えなくてもちゃんと動くシステムをつくらないと無駄な時間になる。

地域ケアシステムを作らないといけな。この2年間でそれなりのしっかりしたものを作っていくのは大変だ。我々、町でシステムの部会を開いたが、特に特養の配置の問題も、最近岡山の保健協会からアンケートの集計が出されたが、結構厳しい。高齢の診療所の医師がしっかり頑張られているが、今後は厳しくなる場所かもしれない。看護協会も介護保険施設の看護や医療は非常に脆弱だということはお存じだと思うし、そのあたりがまだまだこういった話の中で具体的に出てこない。

それから認知症だが、急性期で手術する半分は認知症の患者である。我々の小規模病院を見ていただければ、都市部の急性期病院も数年後にはそうなるだろうと実感している。色々な部分でミーティングや情報交換をしっかり行うことが重要である。ホテルなどへ集まるよりも、廊下で立ち話するぐらいで十分。

○会長 先ほど東備保健所の話があったが、全県的に全ての保健所がそのような活動支援をする計画はあるのか。

○事務局 2次医療圏単位で行うことが理想的と認識している。全県的にというのも視野には入っているが、まずは一定の圏域で実績を上げていただき、それを普及させていきたい、東備には大変期待をしている。ただ実際には拠点がそれぞればらばらであり、保健所に力を発揮してもらい、入退院支援ルールは上乘せでほかの事業に配分するように考えている。

○会長 是非、東備保健所をモデルとして大きな働きを期待したいと思う。

その他いかがか、多職種協働で。

○委員 今日のこの話し合いは各団体持ち帰って何かをやるということだが、それだけでは限界が来ており、やはり他団体と協力をしながらやらないといけない。今は市や県、医師会等、いろんな取組をしていたり、岡山市でも区ごとにカフェや地域ケア会議をしていて、事例検討をしながら本当に顔の見える関係以上のつながりができていると思っている。ただ、岡山市のような広い地域だと、ワールドカフェをしても集まるのに時間がかかるので、なかなか顔の見える関係がつかれない。正直うちの会員も疲弊しており、例えばルールをつくるのであれば、ある程度の区域を区切って職種が集まって、そこでたたき台みたいなものを実際に作っていかないといけない。もも脳ネットも最初はたくさん集まっていたが、結局そこに乗らない病院や施設が抜けていっている。どこかでリーダーシップをとって、ある程度の圏域で多職種が集まって実際に作っていかないと、いつまでも各団体で頑張りましょうということだけでは進まない。例えば研修にしても、今、職能団体ごとの研修は看護協会やケアマネ協会もされているので、何か協力できるような研修があれば、そういう一つ一つの協力事業が積み重なっていくと、システムにつながるかと思う。

○会長 個人的な意見としては、今のような問題点と指摘、それを的確にしてくださることが活動の最も重要なことだと思う。そういう意味で委員に伺いたいが、病院協会が取り組んでいる事業に対してどのような情報あるいはご意見をお持ちか。

○委員 病院協会が実施している在宅円滑移行事業の企画の中に入れていただいているが、医療と介護の連携の中で情報共有するシートがある。シート一つとっても保健所単位で全部違う。そうすると、その境界線上にあるところはそれぞれのシートが全部違い、それを使用するケアマネジャー、あるいは看護師との間で全然統一化が図れないといった現状がある。そういった意味では入退院支援ルール

は、それぞれの地域で作るのではなく、この中で積極的に代表チームを作って、そこが入退院支援ルール、要するに急性期から在宅へ行く場合、あるいは回復期から在宅へ行く場合のルールを作り、きちんと守っていただく。その上で、ケアマネジャーに半ば強制的にこういったルールでやりなさいよといったほうが、むしろケアマネも仕事がしやすくなると思っている。そのあたりを我々が会員あるいはケアマネジャーに出して、こういう形で在宅支援にきちんとつなげなさいということを指導すれば良いが、今はそのためのルールもないし、成果をきちんとフィードバックすることができないので、是非統一的なルールにしてほしい。今は国の事業で西播磨地域を参考に東備だけ作っているが、そういったものを岡山県版として作って、実施するシステムでない限りは、なかなか進んでいかない。

○事務局 様式を示しても地域で使われないということは、この医療介護連携でないところでもたくさん経験している。実際使われるのは地域で話し合っ、関係者の中でこれを使っていこうという意思を決めて、使い始め、広がっていくのが、実際に使われる形だという感じを持っている。今、境目のところの問題が出てきているが、市町村の境目を越えたら今度は2次医療圏の境目、次は県の境目と、どこまでも行ってしまい、最後には国で作ってくれないかと。だから、国で作ってくれたものに従いますとはいいいながら、実際は私が満足するものを作ってくれたら使いますというのが当然、前提にあるわけで、それが実際難しい。ただ、そういった現場の小さなところの試行錯誤だけに頼ると、市町村あるいは保健所は何をしているのかというのは当然あるので、より広域で幅広く使えるもの、その調整は我々も努力する必要があると思うし、現場からも行政機関にはそういった要望はしっかり上げていただきたい。

○会長 これは技術的には行政が作るものではないので、病院協会、医師会、看護協会、訪問看護協会、介護支援専門員などがこれだけはしっかり共通のものにしましょうと、この基本さえ押さえれば大丈夫ですよというのを、プロ団体の責務として早急にまとめるべきだと思う。この協議会が終わるころにはきっちりしたものが、これだけはどの地域でも共通して絶対に押さえるべきものだというようなものができることが望ましいと思う。

次に人材育成について、在宅医療的目線としては職種の層が薄い、待遇が悪いというようなこともあろうかと思うが、いかがか。特に訪問看護師の専門訪問看

看護師認定、これについて看護協会としてはどういう検討をされているか。

○委員 認定の在宅訪問員の看護師もゼロではあるが、今、特定看護師が言われている。この特定看護師の養成機関として岡山県内には2つの医療圏の大学があるので、そこに指定の養成所として手を挙げていただくと、施設での療養、在宅での療養は大きく前進すると思っている。

訪問系の看護師が少ないことについては、新卒の看護師が訪問系の事業所へ就職して1年から2年かけて育成をすることが必要。カリキュラム的に在宅看護も学んでいるので、そこで自分は臨床よりも在宅が良いと考える人も出てくる。臨床の経験も育成計画の中でしながら、在宅もエキスパートとして育てていくことが必要と思っている。

○会長 介護支援専門員のほうから、医療系ではない福祉系のケアマネについての色々な課題があったが、ケアマネ以外の団体でそのことについて何か要望、あるいは、心配ないとか、そのような意見はないか。多職種協働の視点で、どういう問題があるか、こうすれば解決できる等、多職種の方で何か意見は。地域包括支援センターから見ているかがか。

○委員 包括支援センターでは、ケアマネの育成で、一緒に研修を実施し中心にもなっている。その中に介護職の方等がいるが、一緒に研修会を考えていく上で、どのようなことをしたら良いというのは個々、包括支援センターないしは市町村の介護保険の関係も資質を上げるということで検討している。研修にあたり、受講者の気持ちを酌んでいるのかということはあるので、常々ケアマネのお話を聞くことが大切と思う。

○会長 そういう問題を深く聞くと、多職種連携でどうにでもなるのではないかという問題がほとんど。介護職のケアマネのいろんな問題点を具体的に一つ一つ、20ケースくらい聞いたが、その全ては多職種連携でカバーできる問題と私は印象を持ったが、委員はどういうお考えか。

○委員 お互いに刺激を受けて解決することが多いと思う。ただ、私どももこれからは介護職の方への研修の場の影響も考えていかないといけない。

○委員 ケアマネジャーというと福祉職が非常に多いが、看護師、保健師、言語聴覚士等色々な人がいる。その基本的な資格があってケアマネジャーを行っているので、ケース会議を結構頻繁にやっていて、難しい利用者に対しては一緒に考え、

それぞれの特性、専門を活かしながら支援する。介護福祉士が全てを網羅するのではなく、看護師が担う部分もあり、そのあたりが連携ではないかと思う。

○委員 厚生労働省の方からヘルパーのケアマネジャーが非常によくないと、教育をし直さないといけないとよく言われたのだが、介護で育ったケアマネジャーにしても、やはり介護のことがよくわかっているならば、逆に医療的なことがわからないとしても、それはそれでメリットになる。例えば施設で勉強して介護福祉士を取ってケアマネジャーになった方であれば、口腔ケアであったり、看取りであったり認知症介護のあたりはどちらかという介護の方が長けているのではないかと思う。例えばうちの施設であれば今、70名中、1人も下剤を服用している人がいない。全員が布パンツの中にパッドを挟んで、トイレで排便ができています。そういった技術は医療でないところで頑張っており、介護には介護の底力がある。

○副会長 例えば点滴をしながら適度に喀たん吸引をしている人は、今後在宅医療に移る。在宅では、介護福祉士は将来、日常的にリハビリも提供するし、一方でそういった医療にも関わっていく必要がある。一部の指摘で言われているのは、例えば今、在宅のヘルパーのかなりの人が病院経験が少ない。一方で病院の医師はかなり重症患者を診察し、亡くなる経過まで日常的に体験しているので、その知識や技術は経験値を踏まえて初めて生きた知識、技術になる。ある意味では、在宅の支援者が病院で、病棟で研修を受けるのも一つのアイデアだし、病棟の人が在宅で実際に体験し、お互いそういうことを通じて連携が深まっていけば、人材確保につながってくることも期待される。

○会長 続いて最後の住民への普及啓発、非常に大きなテーマだが、いかがか。

よく在宅医療のミーティングで、病院で在宅普及の機会が必要ではないかというのを聞くが。

○委員 このことをご存じない患者が多く、地域で色々な方が頑張っておられる。

○会長 地域包括ケア側が幾ら広報しても、自分たちのサービス受給者にしか届かない。実は、そちらに来る上流は病院にいらっしゃるわけだが、病院にいる患者家族の方々へ在宅医療の現状を知っていただくことは、病院の職員ではできないので、在宅医療側が出向いて行って病院主催の患者家族への普及の機会を定期的に行っていただけないか、すなわち、病院は場所を貸すだけで、プログラムや実際にやる方々は在宅側の関係者というようなことが在宅医療の関係者の中で強く求

められている。

住民への普及啓発について、こんな取組やって結構いいよ、というようなことがありましたら。

○委員 拠点事業の中で愛育委員の活動の指摘をいただいたが、それとは別に福祉委員制度というのを設けている。それまでは町内会長さんが兼任すれば良く、1年で代わるような制度だったのだが、福祉委員さんに役割を持っていただき、地域の愛育委員さんと一緒になって、地域でみんなで見守りをしましょうということをした。まだ1年目で、福祉委員って何をするのかという状態のところもたくさんあるが、そうした委員さんを活用して、在宅に対する正しい見方を皆さんに知っていただくことが大事だし、満足している地域というのは何かと言えば、やはりそれを十分皆さん理解されているということだろうと思うので、実践している地域のこともしっかりと市全体で共有する、そのための福祉委員さんにまず裾野を広げていただくことが大事。正しく理解してもらうのはなかなか難しいが、してもらわないといけないので、行政としては進めていこうと思っている。

○委員 行政のほうが本来、在宅医療に関して、啓蒙なり教育していくのが筋なのだろうと思うが、我々のところの老健も強化型、在宅期の努力をしている施設が多い。そういう所がきちんと教育、啓蒙していけばいいのではないかと思う。急性期に言っても、平均在院日数が10日ぐらいのところなので、治療に専念してもらわないといけない。60日入れる地域包括ケア病床、それから老健も少なくとも1カ月ちょっとの入所期間で在宅復帰を進める。そういうところで実際倒れてみて初めてわかるわけだし、健康な人に幾ら教育を受けてもぴんこない。だから、そういうところで死生観も含めて亡くなることもリアルな話として経験を積んだ地域の小規模病院を有効に利用していくのが一番いいのでは。

○会長 次回の協議会だが、今回のように事前にアンケートで皆さん方からコメントをいただくのは非常に有効だったように思う。次回は他の団体の要望にこういうことをお願いしますということを、詳しくは県がフォーマットを決めて送るので、他の団体がこういうふうと考えてくれると在宅医療は県民のためになる、そのようなアンケートに基づいて議論を行いたい。

○副会長 この連携というのは、2025年を踏まえての連携という理解でよろしいか。医療分野が7割と一般病床以外の出来高の診療所が250点以下になると、それが全

部、在宅医療に入ってくる。そうすると、今以上に本人、家族の希望の有無を問わず、在宅医療をされる人は確実に増え、医療ニーズが非常に高まるが、医療対応ができないといけないので、今のイメージと10年後のイメージは全く違う状況になっており、24時間365日は絶対連携できないといけない。そこを踏まえた連携ということによろしいか。

○事務局 2025年を一つの目標というのは国を挙げての大きな課題なので、当然そこを見据えた連携を考えていこうと思う。しかし、いきなり完成形の連携は難しく、段階的に進めていくこともあろうかと思う。2025年目標のもの、そしてそこに向かって途中経過、それをどういうふうに質問に盛り込むのかというあたりも考えて様式をつくりたい。

○会長 時間がオーバーしてしまいました。それでは、皆様どうもご協力ありがとうございました。