

## ワークショップ

### 「医療、介護、市民のそれぞれの立場で地域でのケアを考える」第3回

【報告 ※2014年3月16日(日)15~18時 於：名古屋大学医学部医系研究棟1号館 地下会議室】

#### ◆ワークショップについて(伴信太郎理事長)

医療・介護・市民の交流ネットワークを作って連携の仕組みをどう作っていくかを考えていきたい。

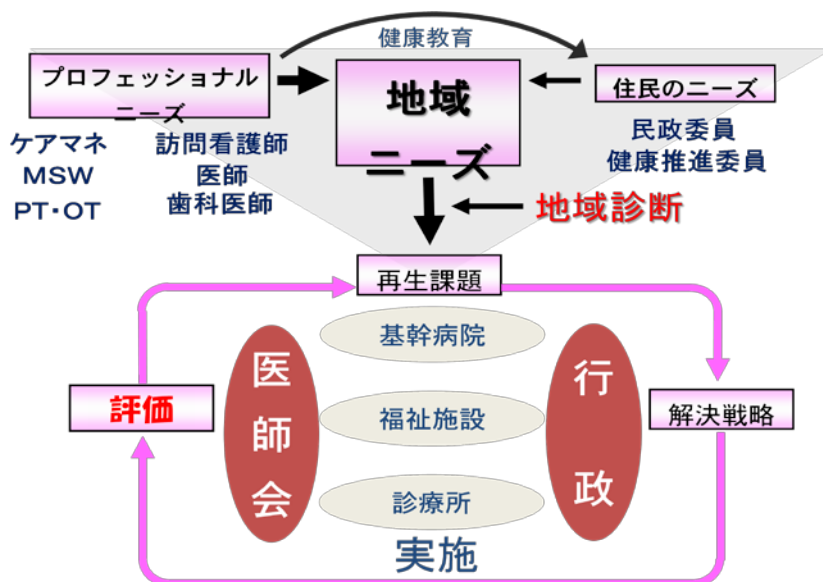
5~6回のワークショップを経て都市部における地域包括ケアの具体的な提案・提言が出来れば良いなど考えている。

#### ◆提起「改めて都市部での地域包括ケアについて」(伴理事長)

住民を巻き込んだ連携のシステム—Transprofessional という視点を求めていきたい。WHOの定義では65歳以上人口が21%を超えると「高齢化」でもなく「高齢」でもなく「超高齢」社会である。愛知県は全国で5番目のスピードで高齢率が高まっている。急速な超高齢化にどう対応するのか。

大学を中心とした専門医療中心のシステムではなく、コミュニティの人々と共に動く地域ケアの仕組みが必要である。多くの専門家、さまざまな立地がある中での組織化は困難だが、ボトムアップの地域ケアシステムを作っていくことが望まれる。

(参考)地域医療システムのイメージ



#### ◆話題提供「ケアマネの「想い」から地域ケアを考える」

(オフィス伊藤 伊藤徳幸氏)

ケアマネを10年ほど経験した後、介護事業者の顧問などをしている。

ケアマネには福祉系ケアマネと医療系ケアマネが存在するが、数的には圧倒的な福祉系は医療関係が苦手で主治医との連携も弱い。医療系は医療サービスを優先して介護サービスを後回しにする傾向がある。医療と福祉、この関係性が問題とな



る。地域ケア会議で問題解決を図っていった事例を紹介する。

### 【事例1】76歳要介護2の独居男性

認知症の傾向が強くなり、サービス担当者会議を主催するケアマネではどうしようもなくなり、地域包括支援センターが中心となる地域ケア会議が開かれた。主治医、近所の住民、警察なども係わってくる。地域の人々全てが関係してくる形に発展している。

### 【事例2】要介護認定を受けていないが階段の無い集合住宅居住での独居女性】

屋内での生活は全て自立だが、階段昇降だけが不安であり自力での外出が出来ず近所の人地域包括支援センターに相談。地域ケア会議で要介護認定を受けるまでの間、近隣スーパーによる食材配送サービスを利用しての介入を行なっていくこととなった。

何れもケアマネが参加しつつ、地域でのケアを作っていくことになった。

福祉系ケアマネの悩みを理解して頂くとともに、地域ケア会議などを通じた地域ケアのあり方を考えてもらいたい。

## ◆ワークショップ(ワールドカフェ方式)

- ・ テーマ①「医師・医療職との間合いの取り方」
- ・ テーマ②「医療、市民が“介護”をどう見ているか」

### 【テーブルA—医療職との間合いの取り方】

職種間のコミュニケーションの取りにくさといったものがある。何をしているのか、お互いのモチベーションが見えにくいというところ。専門家同士のやり取りだが、専門外のことが見えにくい。

「その人がどうあるべきか」が見えていないことが問題で、その解決のためには家族、地域の介入が必要であり、小学校区単位などの顔の見える関係での取組みが望ましい。「この地域でどうするか」を考える。

### 【テーブルB—医療職との間合いの取り方】

福祉系ケアマネには医療の学習機会が必要である。医師なども介護保険に対する意識を持ってもらいたい。ヘルパーなど介護福祉士も定期的なスキルアップの機会が必要だ。

そして、絶えず「顔の見える関係」を作っていくこと。患者、利用者の「生きていく目標」を共有することから始めたい。

### 【テーブルC—“介護”をどう見ているか】

市民がどう見ているかが議論の中心となった。現在の利用者、将来の利用者として。基本は「生活していく上での“穴”をどう埋めていくか」ということ。つまり「お任せします」が良いの？という視点。医療・介護だけでは無理があり、市民が担っていくべきことがあるだろう。介護に関する市民のリテラシーは決して高くない。行政はリストの提示だけだし、ケアマネには良いサービスを求めると“クレーマー”みたいに思われる。

意識ある市民から行動を起こして将来に向けてのリテラシーを高めていくことが必要ではないか。負担とサービスのバランスも考えていかないとけない。「畳の上で死ぬ」に戻っていくには共助の復活が必要だが難しい。そんな中で地域通過を使う試みなどがある。

### 【テーブルDー“介護”をどう見ているか】

家政婦と勘違いしている向きもある。サービス内容を十分に理解しているとは言えない。医療者には「介護に何が出来るの？」と思っている人も多い。“間合い”“というか、どういう関係性を持つか。医療者も市民も「介護に何が出来るのか」を勉強したい。今は過渡期かもしれない。

問題解決は情報格差の解消だろう。ICT(情報通信技術)活用による共通言語も考えられる。



### 【全体意見交換】

全体を通して未来が見えてきた感じがする。今は過渡期ではないか。それを加速していくために、連携するためのモチベーションを作っていきたい。地域ケア会議も地域包括支援センターのリーダーシップ強化で有効化していく。

医療と介護は分けて考えるのではなく融合させていくことを考えたい。何か良い言葉があれば理解が助かる。

何よりも街づくりの中で考えていきたい。モビリティも重要。少し遠出をするだけで嬉しい気持ちになれる。寝たきりの方にも生き甲斐を持てるようなコミュニティが作ることが出来ればと思う。

### ◆伊藤氏総括



今日は、気持ちの熱い人々が集まった。

若い人には「年金はもらえない」という考え方があるが、これを変えていくことが必要だろう。年金をもらえない＝生涯現役という考えを持ちたい。農村部で介護認定率が低いのは農作業で鍛えてきたりするから。そういうところから始めたい。

私は顧問先で「法連相」(ほうれんそう)を言っている。法令遵守＝介護保険法をはじめ、個人情報保護法など、サービスに関連する多種の法令など、連携＝1人の利

用者に多職種がチームとなって支援する、相互連絡＝一方的な報告にならないようにすること。お互いに連絡をとりやすく、顔の見える関係づくりの意味である。

### ◆関連発言

総合診療の世界では、例えば保健・医療・福祉など色々な職種、市民、患者との関係を持つ。外部の世界と関係を持つ、そういう機会を持ち続けたいと思っている。日本社会、制度の中で、その仕組みをどう構築していくか。

医療者も病院の中のことしか知らない、では駄目で、地域にアウトリーチしていく必要がある。行政は形を作るだけ。自らが出かけていく仕掛けが要るだろう。「本人のために」を考えて、介護の側からも発信していく、何のために仕事をしているかを考えれば、それが当たり前になっていく。

#### ◆伴理事長から

今回の診療報酬改定で主治医機能評価や在宅報酬などの変化があった。これにより、どう変わっていくのか、なども見極めて意見交換を続けていきたい。引き続きワークショップの場を持って、提案の具体化を目指すので、これからも参加願いたい。