

## V. まちづくり的地域リハ活動の実際〈北網地域リハビリテーション推進会議の取り組み〉

### 【本章のねらい】

この章では「まちづくりのマニュアル改訂版（逢坂悟郎氏）」で提案されている8つのステップに沿い北網圏域で行ってきた活動を会議の議事録、実施した研修会の概要などを資料として多く掲載し、具体的に紹介します。各圏域のみなさんは北網圏域の活動例の通りに進める必要はありません。「まちづくりのマニュアル改訂版」の手順を踏まえ独自の活動をしていただきたいと思います。

この章は地域で「医療と介護をよくするまちづくり」を始めるにあたり、何をどうしたらよいのか、と考える方に少しでも具体的なイメージや取り組み方を提供することがねらいです。ちなみに北網圏域ではこれまで逢坂先生の現地訪問による「直接指導」を3回、メールによる「遠隔操作」を随時受けながら実施しています。

また活動を通じて気がついたことを「コラム」にしました、これも是非お読みいただければと思います。

### 【まちづくりのマニュアル改訂版と北網のまちづくり的地域リハ活動の特徴】

「まちづくりのマニュアル改訂版」は2010年1月に出されました。北網圏域ではそれまで改訂前のマニュアルに基づいて活動しています。エッセンスは変わりありませんが、改訂版発出後は以下の考え方がさらに明らかになったと感じています。

1. 地域リハ（CBR）の「障害者の自立支援やそのための社会変革」だけに拘らず、「誰もが住みやすい健全者を含めた社会をつくること」と対象を広げたこと。

2. 地域リハ活動を行う「主役」と地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」の役割をさらに明確にしたこと。

医療制度改革（2006年閣議決定）以降、効率的な医療・介護の提供に注目が集まり、地域連携パスの推進、病院完結型から地域完結型医療へのギアチェンジ、病院と在宅の連携強化などが時代の流れとなってきました。こういった地域の仕組みづくりに成功した地域は、「このままではまずい」という課題意識をもった人々が存在し、「なんとかしなければ」と考え行動した結果であるといえるでしょう。

北網圏域も「このままでは北網の医療と介護の未来が大変なことになる」という問題意識を持ち、「たとえ障がいがあっても、住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをみんなで作ること」を長期の目標にしつつ、まずは短期の目標を「医療と介護をよくするまちづくり」を具体的な目標に設定し活動を進めています。

「医療と介護をよくするまちづくり」は障害を持った方、要介護状態の方は勿論ですが、健康な人でも将来安心して暮らせるまちをつくる、という点で健常者へも対象を広めています。

また北網圏域における地域リハ活動を行う主役は「タウンミーティング運営委員会」という地域の有志で組織化されたメンバーが主役となり積極的な活動主体となっています。地域リハ活動を支援する戦略的脇役は「北網地域リハビリテーション推進会議」が担い、明確に役割を分担しています。まさに地域リハ活動を行う「主役」と地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」の役割が分離し、相互補完的な関係を形成しています。

## 【北網圏域での取り組み実例】（まちづくりのマニュアル改訂版に沿って）

### 1) できる範囲で、担当地域の状況・問題点を探る。

#### 1.1) できる範囲とは

平成20年4月、北網圏域では保健所地域リハ担当者、事務局病院と運営委員が集まり次年度の地域リハ推進会議総会へ提案する事業計画について協議を行いました。その結果、従来の研修会&技術指導をやめ「まちづくり的地域リハ活動」へ取り組む作戦を立てました。この時点での北網圏域での「できる範囲」とは保健所担当者、事務局病院と運営委員の三者（5名）でした。

この頃、北網圏域では「オホーツク脳卒中研究会」という脳神経外科医師をはじめとする病院間の横の連携を結ぶ有志のグループの活動により、脳卒中地域連携パスが始動する予定でした。この時オホーツク脳卒中研究会が逢坂先生を招聘し、「北見地域の医療・介護ネットワークと脳卒中地域連携パス」というタイトルで講演をしていただきました。講演で逢坂先生は「地域連携パスは病院間連携の小道具。病院と在宅サービスを結ぶなら、地域連携パスとは別の連携を共に考える必要がある。」という強烈なメッセージをいただきました。この事をきっかけとして急性期と回復期という病院間だけの脳卒中地域連携パスだけではなく、病院から在宅・維持期への連携拡大が重要な課題であることを認識しました。そこで「できる範囲で集まった担当者たち」は北網圏域における地域リハ活動を「まちづくり的地域リハ活動」へ大きく舵を切ることに決定し、北網地域リハ推進会議の総会で提案し承認されました。

#### 1.2) 地域の状況・問題点を探る

「まちづくり的地域リハ活動」に取り組むにあたり、「できる範囲で集まった担当者たち」は急性期から回復期を通じ、維持期・在宅に至る流れがスムーズになっていないことが地域の状況・問題点である

と考えました。前述の講演会で逢坂先生は「地域連携パスは急性期と回復期だけにしか経済的なメリットがない」とメッセージを頂いたことがきっかけです。また「地域連携パスによって病院ネットワーク（病院間の連携）は進むが維持期（施設や在宅）のネットワークはバラバラであり、病院ネットワークは維持期の誰と協議してよいか不明（逢坂氏の講演より）」であることから、北網圏域では「維持期ネットワークが未整備であり、そのため在宅サービスが効果的に活用されていないこと」をとりあえず問題と定め、活動を開始する事としました。（平成20年7月）

### 2) とりあえずの戦略（対象とする人々、長期目標、活動の手順）を決める。

#### 2.1) とりあえずの戦略（活動の手順）

平成20年の北網地域リハ推進会議の活動として「医療と介護のネットワークづくり」が承認され、その年の10月に研修会を開催することとしました。この研修会では維持期である介護事業所の多くの人々に、「医療と介護がこのままではまずい」と認識させ、私たちの活動に協力してくれる地域のメンバーを増やすことを「とりあえずの戦略」とし、研修会を組みました。その研修会の内容は「資料1」の通りです。

#### 2.2) 対象とする人々

この時期は研修会の対象とする人々は特に限定はせず、医療機関の関係者や介護保険の事業所としました。出来るだけ多くの興味を持った方に集まって欲しいのはやまやまでしたが、まず、関心を持った人の心をつかまえて少しずつ「感染者」という名の協力者を増やすことにしました。

## 2.3) 活動の仲間を募る

上記の研修会を開催するにあたり、「できる範囲で集まった担当者たち」だけでは実行不可能です。

私たちの立案した「とりあえずの戦略」を理解し協力してくれるメンバーを「できる範囲で集まった担当者たち」は探し始めました。メンバー拡大の戦略として、北網圏域ではケアマネジャーの団体が既に発足していることから、団体の長を直接訪ね、研修会の趣旨と説明し、まちづくり的地域リハ活動に協力してくれるメンバーの選定を依頼しました。その結果 15 名の仲間が集いました。(平成 20 年 8 月)

## 2.4) 長期目標の決定・共有（仲間の参画による研修会の下準備）

この仲間は結果として現在のタウンミーティング運営委員会のメンバーとなっていますが、当時集まっていたいただいたメンバーの役割は「まちづくり的地域リハ」の趣旨を理解していただき、研修会で実施するグループワークのファシリテーターを担っていただくものでした。

研修会の下準備として 3 回集まっていたいただき、長期目標の決定と共有を行いました。(図 1)「とりあえずの目標」

単に研修会を開催すれば「まちづくり的地域リハ活動」ができるものではありません。「感染者」を増やし、現実困っている課題に取り組むためには、「できる範囲で集まった担当者たち」が目標を共有し活動の輪を大きくしていかなければなりません。その核となる仲間たちとは多くの時間を費やし理念を共有することが大切です。参考資料として共有の様子を感じていただくために長期目標を共有した過程が分かる会議の議事録をご覧ください。(資料 2) 地域リハ支援者「戦略的脇役」が地域リハ活動を行う「主役」を育てる様子が分かります。

このステップをしっかり踏んでいることがマニュアルの「5」以降の幹事会活動への下準備にもなります。ここはしっかり時間をかけて進めたいところです。(平成 20 年 9 月)

「できる範囲で集まった担当者たち」が時間をか

け、地域リハ活動を行う「主役」たちに「その気にさせる」活動が「まちづくり的地域リハ活動」の原動力となります。

また会議のこういう経過は是非議事録にしてください。また、メンバーの疑問点やタウンミーティング開催への進め方などの遠隔操作を「全国地域リハ支援事業連絡会の若手ワーキングチームのメーリングリスト」で受けることをお勧めします。このメーリングリストは逢坂先生に申し込むと参加できます。逢坂先生だけでなく同じ志を持った全国の仲間からのアイディア・意見は大変参考になります。

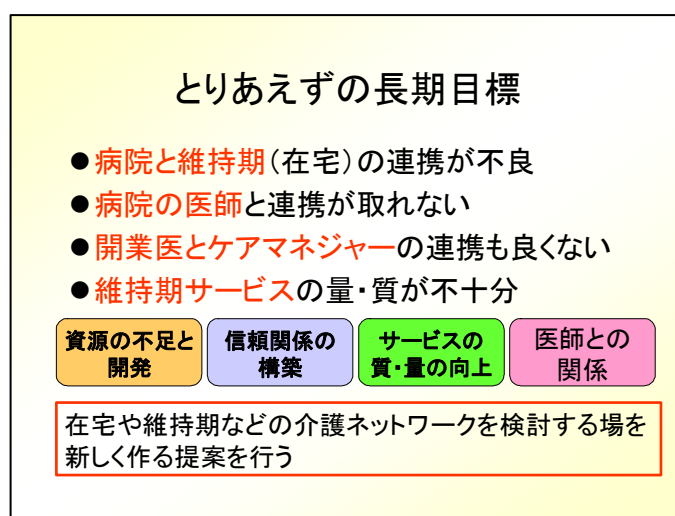


図1. とりあえずの長期目標

3) 多くの人々(医療・介護専門職、住民)による会合・研修会を開催し、その地域のおおまかな状況や問題点について頭の整理ができるようにする。これにより、問題意識の共有が起こる。参加者が漠然と感じている問題を明確化し、「このままでは大変だ!」、「どげんかせんといけん!」という気持ちにする。(例:いつもの講演+グループワーク)

### 3.1) いつもの講演会

逢坂先生の直接指導のスタートです。いつもの講演会とは、逢坂先生が以前勤務されていた大阪府豊能圏域での取り組みの紹介です。平成 12 年頃の豊能圏域は急性期病院がひしめき、逆に回復期リハビリ

テーション病院のベッド数が非常に少ない地域だったそうです。急性期から回復期へ転院するにしても日数がかかり、紹介状を7~8枚病院から持たされた家族が回復期病院を転々と相談して回るという「悲惨」な地域だったそうです。逢坂先生は「これではあかん」と考え、当時勤務していた回復期病院の窮状を急性期病院へ伝え歩き、連携を作られました。

その結果、急性期から回復期への過剰な期待が減少し、回復期は急性期の繁忙さが理解できたそうです。その後、急性期と回復期同士が定期的に会議を開催し、お互いのストライクゾーンを明らかにしスムーズな転院、病院間の信頼関係の醸成と、なにより患者さんの安心がもたらされたと述べられました。「当時は『地域連携パス』などという道具は無かった時代だが、今はこういった活動に診療報酬点数がつく時代、互いのストライクゾーンを知るためには、自分達の『強いところと弱いところ』を本音で語ることから出発しなければならない。」と述べられました。

現在、脳卒中地域連携パスは急性期と回復期にしか経済的なインセンティブが無いため、在宅や維持期などへは波及効果がありません。病院間だけの地域連携パスだけでは患者さんの流れが回復期でストップするので、介護保険など在宅のケアマネジャーやサービスが困り、最終的に在宅での暮らしの維持や再発予防につながりません。「これからは医療と介護が共に手を携え本音で語りましょう」と述べられました。

逢坂先生からは維持期である介護・在宅ネットワークがまとまらないと急性期から維持期までのなめらかな連携が維持できない。介護ネットワークが一つにまとまることがその方法の一つであるということです。維持期メンバーが持つ問題意識を「本音で話す、言われたほうも連携のためなので恨みっこなし」という姿勢が大切と参加者の背中を押してくれました。

### 3.2) いつものグループワーク

このグループワークから「まちづくり的地域リハ活動」の本番です。「この地域で脳卒中になったら」をテーマにして、自分達の地域の社会資源を振り返り、地域の問題点を探り、じゃあどうなったらいいかを考えます。表面的な話し合いではなく、「本音で語る」ことにより多くの問題点が参加者から吐露されました。

当日出された意見や課題は非常に強烈なものも多く（逢坂先生にも「物凄く強烈な膿が出とるなあ！」と感嘆されてしまったほどです）、文字通り「地域の叫び」が聞こえるようでした。ちなみに、このような「膿」「叫び」が出ました（グループワーク「地域の問題点」より抜粋）

#### 地域の問題点

- ◆維持期病院や施設は重症患者を受け入れないとか、選抜があるようだ
- ◆患者の求めるゴールと病院のゴールが違う
- ◆地域包括支援センターはプラン作りで一杯、機能していない。そもそも包括は何をしてくれるのか？
- ◆どうしたらいいのか分からないほど準備できていないのに、退院の話になる
- ◆退院の話し合いで地域包括支援センターの入ってもらうタイミングが分からない
- ◆カテーテルが入っているとショートステイが使えない
- ◆「リハビリをするのは病院」というイメージがいまだに一部ある
- ◆ショートステイ事業所は利用者を選ぶな
- ◆老健から在宅へ戻せる人は戻せ
- ◆入院期間を短くする努力をみんな
- ◆デイサービスでもリハビリしよう
- ◆ベッドが空いていても、手がかかる人は受け入れ側が「うん」と言ってくれない
- ◆急性期病院から「転院先を探せ」と言われたがそういう急性期病院が責任を持って探せ！
- ◆何より医師同士の連携が出来ていない
- ◆医療情報を点でなく流れで知りたい

- ◆電話の掛けづらい病院がある
- ◆急性期病院から回復期病院に転院することを「捨てられる」と誤解する患者がいる
- ◆医師の書類が読めない
- ◆在宅へ戻っても、悪くなって病院に戻ってくる
- ◆病院は退院日を教えてくれない
- ◆在宅ケアマネジャーは急性期病院へ「なんでこんな状態で退院してくるのよ?」と思う
- ◆急性期医療機関は在宅ケアマネジャーへ「なんでこんな状態なのに家で暮らしているんだ?」と思う→意思疎通が乏しい
- ◆老健施設が特別養護老人ホーム化している
- ◆胃ろうの患者が増えているのに受け入れ可能な施設少ない
- ◆特に郡部では老老介護が多いのに、在宅を勧められても困る
- ◆MSW 不在の病院は連携が取れない。ソーシャルワーク機能・部門が必要
- ◆コメディカルの理解は得られても、肝心の医師の理解がない
- ◆いきなり「明日退院です」と言われ準備が大変

こういった問題点が出された後、「ではどうなればいいのか?」をグループ探りました。「どうすればいいか?という解決のための方法」を考えなくてよく、無責任でいいのです。

#### どうなればいいのか?

- ◆回復期リハビリテーションが増える
- ◆急性期と在宅の連携がすすむ
- ◆連携パスが在宅でも活用される
- ◆医療と介護が意見交換できる
- ◆老健で医療処置が報酬上で加算される
- ◆在宅や地域に理解のある医師が増える
- ◆医療対応ができて、緊急受け入れができるショートステイがある
- ◆しっかりしたリハビリテーションする場所がある

などが出され、代表で3つのグループが発表し、本音ミーティングを終了しました。

### 3.3) 参加者の問題意識の共有が起こり、参加者が漠然と感じている問題が明確化する

グループワークの最中、参加メンバーは日常業務で抱えていた地域の問題を具体的に話し、共感してくれる仲間を発見することにより興奮が高まり、一時は騒然とする雰囲気になりました。互いに問題を言語化し、確認しあうことにより「自分だけが感じていた問題ではないのだ」と知ります。グループワークの作業過程で問題を改めて表現し直すことによって、問題が少しずつ明確化していきます。まさに参加者は「このままではまずい」と気づく瞬間を見ることが出来ます。

ところが参加者の欲求不満が最高潮に達したとき、グループワークは終了します。参加者からは「えー時間が足りない」など不満めいた発言がきかれました。実はこれが逢坂先生と事前に打ち合わせていた作戦通りの手順です。欲求不満を持った参加者は既に「まちづくり的地域リハ活動」への十分な動機付けの準備が整っています。なぜそうするのか。グループワークを途中で終了する理由は次の2点です。

「本音」で語ったことの無い参加者がこの場でスッキリされてしまうと次の活動に結びつきづらくなってしまいます。

またグループワークを取り仕切るファシリテーターや地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」にとって、この場ですべてをまとめ上げてしまう事は相当なプレッシャーになります。プレッシャーのあまり自由闊達な意見が押さえ込まれることだけは是非避けたいものです。

地域リハ活動を「支援する戦略的脇役」とファシリテーターは事前に逢坂先生から指示のあったとおり、次の開催日時と場所を伝え「是非参加してください」と呼びかけました。つまり、欲求不満が最高潮に達した参加者へ次回のタウンミーティングの案内を行うことで、逢坂先生のマニュアルの次の活動に結びつくのです(ここはすごく重要です)。ポイントは次回の開催日までの期間を空けないことです。北網圏域では次回開催は1ヶ月以内に設定しました。またここで地域リハ事務局は参加者に対し「私たちではこの問題は解決しません、是非皆さんに助けて

いただき、暮らしやすいまちにしていきましょう」と提案し、活動への参加を呼びかけました。つまり地域リハ活動を行う主役は「タウンミーティング運営委員会」という地域の有志であり、地域リハ活動を支援する戦略的脇役は「北網地域リハビリテーション推進会議」という構図を宣言したのです。マニュアルでは 4.3) で行いますが、私たちはこのタイミングで行いました。

#### 4) 後日、問題意識を持った人々による会合を開催する。(例：タウンミーティング)

##### 4.1) 地域の状況や問題点についての確認や追加

北網圏域ではその後のタウンミーティングを3箇所に分け開催しました(北見・網走・美幌)。開催にあたっては 3.3) でファシリテーターとなったメンバーがそれぞれ地元でリーダーとなり「問題意識を持った人々」に声を掛けグループワークを再び実施しました。前回に比べ2回目は地域を限定したため、

地元の多くの参加者が集まり、さらに問題点が絞り込まれました。

開催にあたっては北網地域リハ推進会議が各地へ訪問しグループワークの前に「活動の趣旨」と題し「まちづくり的地域リハ活動」の趣旨と長期の目標の共有に努めました。(4.2 参照)

##### 4.2) 長期目標、戦略の確認・修正(地域リハ支援側が決めた「問題解決への作戦」を全体で議論する)

各地域でのグループワーク開催後各地で抽出された地域の課題と戦略を地域リハ事務局でまとめました。まとめたものを3地区のタウンミーティング主催者へ伝えました。この活動に取り組んだ3地区のうち、北見地域はこの地域リハ事務局がまとめた「問題解決への作戦」について議論を行い、具体的な活動の柱にしました。

---

(現 状) 医療・介護関係機関の相談窓口が不明確→関係機関同士の連携が不調→医療依存度が悪化相談窓口が分からない…の悪循環がある。

(ゴール) 相談窓口が明確になる→関係機関同士の具体的な情報共有が可能になる→利用者ニーズの的確な把握・適切なサービス選択を可能にし、重症化予防に直結…の好循環を実現

(ゴール達成のための戦略)

- ① 医療・介護の各機関の相談窓口・担当者を地域に明確に発信する。
- ② 医療・介護の各機関がそれぞれの特長や得意分野等の活かした情報を“本音で”地域にプレゼンテーション(情報公開)する。
- ③ ①・②の実施により、関係者間で質の高い情報が円滑に流れ、医療依存度の高い患者・利用者であっても住み慣れた地域・在宅で長く暮らせるようになる。

荻野 純一氏 (北海道北見保健所 企画総務課 作業療法士)

「ぱぶりけーしょん 28 号」北海道医療ソーシャルワーカー協会広報誌 2009 年 7 月

---

## コラム1 「夢は大きく目標は小さく」

共通理念は私たちの活動の最終到達（最長期のゴール）ですが、これを私たちは「夢（北極星）」と位置づけました。地域リハ活動をどのように展開するか分からなかった頃はこの「夢（北極星）」に直接到達しようとして、活動テーマが抽象的になったり、事業を実施しても効果を感じられなかったり、活動そのものに自信を持てずにいました。

しかしグループワークを実施しながら、今現在自分達が困っていることを抽出し、優先順位を決める作業をしていく中で活動内容が具体的・現実的なものへ変化しました。この具体的な活動テーマを私たちは「目標（電信柱）」と呼びました。北極星（夢）は「たとえ障がいがあっても、住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをみんなで作ること」として遠い将来へ向けての私たちの活動を示し続けるものとししました。陥りやすい間違いは「暮らしやすいまちをつくる」を電信柱（目標）をとしてしまうことです。こうすると逆に具体的な活動に結びつけられずに「連携を推進する」「顔の見える連携をつくる」など連携そのものを目的化して活動してしまいます。暮らしやすいまちづくりとずっと手前の電信柱を分離して考えることにより、ぐっと活動内容が具体化できました。この夢（北極星）と目標（電信柱）の関係については以下の抜粋をご参照ください。

「夢と目標は違う。夢は大きく、目標は小さく。夢は、たとえば北極星のようなもの。北という方向がどちらかを私たちに知らしめてくれる。もし北極星がなかったら、たとえば航海しているときに、船がどちらの方向におかっているのか見失ってしまうだろう。しかし北極星があれば、今東へ向かっているな（中略）ということが分かる。そして自分は北へ行きたいならずっと進んでいけばいい。そうしたら目的地へ着くだろう。ただし、一生航海していたとしても北極星に着くことは絶対ない。（中略）北極星は私たちに方角を示してくれるという点で、とても大事なものである。夢を近くにもってくと逆にまずい。北極星は遠いところにあるから、ちゃんといつも北を示し続けてくれる。夢を近くに置くと、ちょっと自分の位置が変わると、夢の方角がずれてしまう。だから夢は大きく、遠くに。それに対して、目標は小さく、すぐそこに見えるもの。到達したことがわかるもの。たとえば、歩いているときの電信柱みたいなもの。」

神田橋 條治 著 「精神科診断面接のコツ(追補)」 岩崎学術出版社、1984年（追補版1994年）

4.3) 「皆さん」がその気になった段階で、地域リハ支援側から「自分たちは微力なので、皆さんの主体的活動がないと問題は解決しません」と確認。（皆さんが「主役」、地域リハ支援側は「戦略的脇役」）（地域リハ支援側としては）参加者のなかのキーパーソンの発見・確認

いつもの講演会&グループワーク後、北網圏域は3地区でタウンミーティング運営委員会が発足し、4.2)で示した活動に取り組み始めました。「主役」と「戦略的脇役」の確認を本マニュアルではこの時点ですることになっていますが、北網圏域では早い段

階でこの整理をしてしまいました。振り返ると早い段階でこの話を地域の仲間達にしてしまうと「皆さん」は早い段階でやる気を無くしてしまいかねません。ある程度活動の方向性が見え、意欲がわいてきたこの段階で確認すべきでしょう。北網圏域では「いつもの講演会&グループワーク」でファシリテーターだった方との事前の目標の共有(2.4)の時点で既に「主役は自分である」という意識になっていただけでした。

またこの時期になると活動する地域のメンバーの中で、リーダー的存在の方が明らかになってきます。



「まちづくり的地域リハ活動」のキーパーソン（地域リハ活動の主役の中のリーダー）となる方です。北網圏域の3つのうち北見市では地域包括支援センターの社会福祉士の方が地域包括ケアを推進したいという理由から「皆さん」の同意を得て代表に選ばれました。（図2）

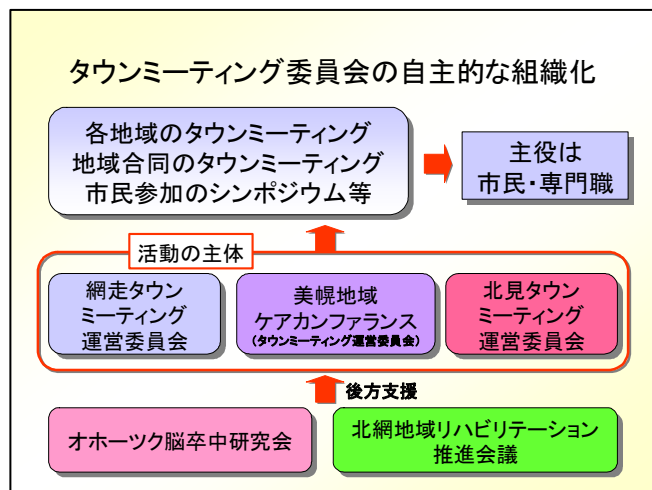


図2. タウンミーティング委員会の自主的な組織化

## 5) 幹事会の発足

5.1) キーパーソンらによる幹事会を発足し、中心メンバーの組織化を図る。その後は、彼らによる主体的な活動を支援するようにする。これがその他の参加者の主体的な活動や組織化につながる。

平成21年1月には北網圏域3地区で「タウンミーティング委員会」が発足しましたこれが「幹事会」です。このうち北見地域タウンミーティング運営委員会では2ヶ月に一度集まり、具体的・短期的な目標のそのための戦略を立てる活動をしています。メンバーは居宅介護支援事業所のケアマネジャー、訪問看護師、行政職員（市町村）、病院のMSWやリハビリテーションスタッフ、地域包括支援センタースタッフら15名です。

6) 活動開始（例：病院のネットワーク化、在宅サービスのネットワーク化、病院・在宅連携、住民主体の介護予防活動、中学校区での医療一介護連携・認知症対策などなど）

### 6.1) 第1回 病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会の開催

幹事会が発足し、いよいよ活動を開始しました。私達は「熱い思い」が冷めないうちに（4.2）で整理された課題と目標に取り組む活動について検討し、幹事会発足後2ヶ月後に「病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会」というタイトルのタウンミーティングを実施しました。（資料3）

このPR大会は出席者から大きな反響があり、終了後のアンケートでは「発表した医療機関の仕事に懸ける心意気が伝わってきた」「各機関の長所がよく分かった」「地域にある事業所を大いに利用して地域が一体となってまちづくりをしていくと良いと思った」等、多くの前向きな回答を得ることが出来ました。この活動のポイントは「本音でありのままの所属機関について語る」ことにより「活かした社会資源や情報」が実は不足していることを痛感しました。各発表者の発表の狙いについてもタウンミーティング委員会で事前に検討しました。ただタウンミーティングを実施するのではなく、北極星を見定めつつ、具体的目標に少しでも進む戦略が事前に充分練られていることが大切です。

### 6.2) 「超高齢社会における在宅介護の未来を考える ～先生、この患者さん家に帰れます!!～」の開催

6.1)の活動後、北見地域タウンミーティング運営委員会では医療と介護の連携推進を主なテーマとして協議してきました。その中で、医療と介護の連携とは具体的に病院から退院する患者さんへのケアマネジャーに対する情報提供であり、協働した退院調整の充実を図る必要があると考えました。この必要性を多くの地域リハ活動が大切だと理解してくれる地域の仲間を増やす活動へ結びつけることが必要と



考えました。また、急性期から在宅への流れを推進するには在宅で出来る医療・介護サービスについての知識を地域に啓発する必要があると考え、以下のタウンミーティングを開催しました。このタウンミーティングが逢坂先生からの「直接指導」の3回目になりました。(資料4)

#### [症例報告]

症例Ⅰでは急性期病院が退院調整されぬまま退院した患者の家族から訪問診療を依頼された医師が悪戦苦闘しながら訪問看護の協力を得て終末期を迎えた症例であった。急性期病院としては退院後自院でフォローするつもりであったが退院後の診療方針の理解に家族と食い違いがあった。発言者からの課題として①退院時のカンファレンスの重要性、②急性期病院医師の在宅サービス資源の理解、③急性増悪時の入院先の確保、④市民の在宅医療の知識獲得であると報告された。

症例Ⅱでは四肢麻痺と認知症の進行した患者と家族の看取った症例の報告であった。印象的であったのが症例報告のあと、発言者である訪問診療医師自身の訪問診療に対する条件、スタンスを述べた内容であった。①自分は9時から5時までの間しか診療しない(訪問診療も原則その時間内でのみ実施する)、②バックアップする病院医師がいること、③患者家族が終末期を自宅で迎えたいという意思をもっていること。④以上を充分理解した上でいること。というものであった。当該クリニックは在宅療養支援診療所の届出をしておらず、通常診療の間の時間に訪問診療をするというスタンスである。報告をして下さった医師は65才という高齢であることも要因のひとつであるが、医師自身の診療範囲を明確に示すことによって急性期医師や在宅サービスのスタッフも依頼しやすくなり、貴重な情報であった。当該医師のストライクゾーンが分かるということは画期的であると思う。

#### [特別講演]

逢坂先生から、超高齢社会、在院日数の短縮などから今後急性期から重症患者がぞくぞく自宅または

自宅に近い場所へ退院してくるケースが増加する。北見では全国に先駆け20年早く訪れる。その対策として医療(病院)と介護(在宅サービス)の強力な連携が不可欠であるが、全国的にも進展していない。方法の一つとして在宅サービスのネットワークを強め、病院ネットワークへの提案・提言する活動が必要である。例として播磨地区での取り組みを紹介していただいた。偶然、前述の症例報告と同様のケースが増加するものと参加者は受け止めることができ、逢坂先生の講演が実感できるお話であった。

#### [グループワーク]

グループワークでは、医療と介護の連携で「失敗したこと・問題と想ったこと」を出していただき、「どうなればよいか・どうするか」について作業を行った。(全部で13グループ)

報告では3つのグループの検討結果を報告した。退院患者を「送り出す側」よりも「引き受ける側」からの意見・問題提起が活発であり、引き受け手側の問題意識の強さが改めて浮き彫りになった。

- ①急性期病院の退院調整が良くない。退院日前日に「明日退院」と連絡が来てもサービス調整が間に合わない。大病院であっても、地域連携推進室が機能していない。院内の医師に地域連携推進室の存在が認識さえされていないこともあるようでは困る。
- ②医療機関からケアマネに書面で流れてくる情報提供書の内容が専門用語だらけで難解。しかも、内容が医療に偏っており、ケアマネその他在宅で引き受ける側にとって有用な情報が少ない。医師の記入した診療情報等の書面をそのままコピーして添付してくるケースも多いが、病院のMSW等がそう少し在宅側で使える情報に加工するあるいは医療情報を咀嚼して分かりやすくケアマネに提供するシステムは構築できないものか。
- ③患者を送り出す側と引き受ける側の両者にとって使いやすく、負担なく記載でき、必要な情報が網羅されているような有用な情報提供の書面があればよい。どんな様式が良いか検討で

きないものか。

- ④連携に当たる担当窓口・部署をもっと明確するべき。MSW やケアマネという調整役は既に存在しているが、その他に退院調整に専門的に当たる職種・部署があっても良いくらい。急性期と回復期、医療と介護、病院と診療所・施設・在宅のあらゆる調整をワンストップで完結させる存在を設置してほしいくらいである。

#### [全体の感想]

- ①北見で訪問診療を実施している3名の医師のうち2名が参加し報告をしてくれ、私たちの今後の活動に肯定的な感想をいただいた。
- ②グループワークの具体的な課題への取り組みがとても早く、多くの参加者が現状に課題を持ち、解決が必要であると感じてくれていた。  
(12/3 に当日のグループワークの延長戦の実施をアナウンスしたので多くのメンバーがこの地域を「どげんかせんといかん」と感じてくれたと考えます)
- ③市内で診療所と介護保険事業（特養・老健）を広く実施している法人の理事長が逢坂先生の講演後の質問で「これからの老健のあるべき姿は」といった質問を逢坂先生に投げかけ、安心して地域で暮らせるために老健がなにをすべきかに自身が関心を持ったことを示してくださった。

- ④およそ1年前の第1回タウンミーティング開催時に比べ、医師の出席者が増えたのみならず、出席する医師の意識や考え方に変化が窺えること。また、急性期と回復期を担う病院の院長が、訪問診療を行っている医師の少なさを知って危機感を抱き、それこそ「どげんかせんといかん」と感じてくださった。

- ⑤自ら「自分のできることとできないこと＝ストライクゾーン」について肚を割り、明確に示してくださった訪問診療医師の出現。「連携を取る側」と「連携を求められる医師側」が共に最小限の負担感で最大限気持ちよく協働できるシステム作りを検討する上での大きな一歩を踏み出せたと感じました。

## コラム2 「泣き」と「ストライクゾーン」

この活動は「本音」で語ることが最も重要です。美辞麗句、上辺だけの発言は共感を呼ばず、過去の多くの「うまくいかなかった活動」の回数だけを増やす結果となります。「本音」で語るとは、各事業所や機関の弱点・困っていることという「泣き」と、得意な分野・もっと来て欲しい患者さんや利用者像という「ストライクゾーン」を本音で思い切って発信することです。通常の情報では見えないこういった「活きた情報」を隠さずやり取りを行い、積み重ねていく作業が必要です。

## 7) 戦略の定期的な確認・見直し

### 7.1) 地域リハ支援の担当者間

6.2)でのタウンミーティングを終え地域リハ支援者（保健所・事務局病院・運営委員）で協議を行いました。病院退院時の連絡調整が大きな課題であり、この連絡が増大することを目的に活動することを北見地域タウンミーティング運営委員会（幹事会＋地域リハ支援の担当者）で提案することとした。併せて、その根拠となるための実態把握のため、病院退院後、要介護状態として介護保険サービスを受ける利用者の総数と実際に病院から退院時の連絡等（口頭または文書）があった件数をカウントする実態調査をすることを提案することとしました。

### 7.2) 幹事会＋地域リハ支援の担当者

後日、北見地域タウンミーティング運営委員会（幹事会＋地域リハ支援の担当者）を開催し、アンケートの目的、方法などを協議し決定しました。アンケートの詳細は（資料 5）の通りです。また、アンケートの依頼の趣旨は以下のようにいたしました。この会議では皆が熱くなり「回収率 100%を目指そう」をキャッチフレーズに熱く検討しあいました。そのあと懇親会（会議後は毎回）でも熱く語りました。

### 7.3) 目標（電信柱）の立案と達成のための戦略のコツ

北極星（夢）は「たとえ障がいがあっても、住み慣れた場所でいつまでも生き生きと暮らせるまちをみんなでつくること」として遠い将来へ向けての私たちの活動を示し続けるものです。これに対し電信柱（目標）は具体的で明確なものにすることが必要です。まずこの二つをきちんとわけておくことが必要です。（図 3）またこの電信柱を決定する際のコツは、①優先度が高く（一番やばいところ）、②実現の可能性が高いもの（電信柱ですから…）、③表現が具体的で（定量化できる・増減の概念を使用）、④肯定的に表現できるもの（「・・・がない」はダメ）、⑤み

んながドキドキするもの（魅力あってなんぼです）、⑥健康な人も対象に含めて考える、ということに注意して立案すると良いでしょう。

また立案した目標（電信柱）を達成するための戦略として重要なのは、①今あるもの「ヒト・モノ・情報」を使う（無いものは使えません、無いものを作るのはすごく大変）、②順番をつける（次の電信柱までの小さなステップをつくる）、③仲間を見つける（活動を推進できる協力者を発掘する）、④感染者を拡大する（内輪だけの会と周りから認知されたらおしまい）、⑤煮詰まったら北極星を確認（アリの目と鷹の目）、⑥こつこつやると次の電信柱が見えてくる（芋ずる式・または出たとこ勝負）、これが私たちが活動する中で見つけたコツです。

### 夢(北極星)と目標(電信柱)の分離

- 夢(北極星)とは
  - 障害・要介護でも安心して暮らせるまち
  - 医療と介護のよいまち(対象を一般市民へも拡大)
- 目標(電信柱)とは・・・(退院調整がよくなる目標の場合)
  1. 退院患者の連絡がケアマネへくる割合が〇〇%になる
  2. 主要病院とケアマネジャーとの定期的な会議が開催され「地域ルール」が適時更新される
  3. 地域の殆どのケアマネジャーが病院の退院前会議へ参加し病院の退院支援チームの一員になる

この電信柱を一つずつ進む活動を私たちは地域リハ活動と呼んでいます

図3. 夢(北極星)と目標(電信柱)の分離

### 7.4) 参加者全員で

アンケート結果を踏まえ、北見地域タウンミーティング運営委員会（幹事会＋地域リハ支援の担当者）では次の戦略を練るとともに、アンケートに協力してくれたケアマネジャーさん達を含め、地域へ向けての報告会を実施する予定です。（平成 22 年 2 月 12 日現在）アンケートの結果を報告するとともに、北見地域タウンミーティング運営委員会で検討している戦略をさらに深めるため、参加者全員でタウンミーティングを実施する予定です。

### コラム3 「頑張っているところが儲かる」

「医療と介護の連携が進んだまち」は障がいをもつ方も暮らしやすい地域です。しかし「医療と介護の連携が進んだまち（公益）」を作るためには事業所がなにかしら儲かる・得をする（私益）というインセンティブ（利益誘導）が必要です。医療依存度の高い患者さんの在宅サービスの受け入れをする事業所は地域からの尊敬が得られる、特定事業所加算（介護報酬上のルール）を取得できる、特定の医療機関からバックアップが得られる、など医療と介護の連携に積極的に取り組む事業所への具体的な名営や経済的利益も戦略の味付けとして忘れてはなりません。

#### 8) 活動の振り返り

年1回は行った活動について、各レベルでの一般的な反省会を持ち、戦略の確認・見直しを行う。これに基づいて、その後の活動を行う。

7.3)で予定している参加者全員によるタウンミーティングの際には他地域（網走・美幌）の活動についても報告していただき、成果と今後の戦略につて報告していただく予定です。こういった報告会では隣接する地域リハビリテーション推進会議とも共同で行っても良い刺激になるでしょう。

今後北網圏域では急性期病院からの要介護または要支援と思われる退院調整患者の連絡がすべて病院からケアマネジャーへ届くような「地域ルール」を作りたいと考えています。そのためには地域のケアマネジャー団体がいわば退院調整に係る一つの活動部会として活動を進めていくことになると思われます。

このケアマネジャー団体の要望を受ける相手として地域の主な医療機関で構成する「病院ネットワーク」です。北網圏域の場合は前述した「オホーツク脳卒中研究会」という急性期と回復期の病院ネットワークがその窓口になると思われます。いずれにしても各領域の組織化と窓口となる担当者を決め、全体を調整する役割（戦略的脇役）が重要です。北網では「北網地域リハビリテーション推進会議」がこれを束ねる「戦略的脇役」として機能しています。病院ネットワークと在宅ネットワークを結びつける機能・役割として保健所はまさに適任です。保健所を媒介とすることによって密接な情報共有と偏りの

ない活動についてのアドバイスを適宜受けましょう。また、現在は介護予防事業や4疾病5事業など、国策として進めている活動も地域リハ活動は密接な関係を持っています。地域の草の根的な活動が広がると行政施策からもバックアップを受けることが期待できます。活動の経過や戦略には是非「地域リハ支援者」である保健所等と友好的関係をつくっていきましょう。

#### 【最後に】

2008年から2010年度末までの北網圏域の取り組みを紹介しました。北網はまず「オホーツク脳卒中研究会」という医師のまとまり（病院ネットワーク）ができ、地域における脳卒中連携の活動を進め、「脳卒中地域連携パス」を始動させました。

活動の過程で、実は脳卒中地域連携は維持期である在宅や施設との協働活動がもっとも重要であることに気づき、「地域の医療と介護を良くする取り組み」を行う私たちの活動を後押ししてくれました。

地域リハビリテーションの推進は、活動に参加する仲間にとって直接的な利益はもたらしません。しかしこの活動がつづいている理由の一つは「自分達の住むまちを良くしたい」ということであつたと思います。それは自分自身の事に直結するものであると同時に「一人ではできないけれど、みんなできたらを合わせればできるかもしれない」と感じられたことです。逢坂先生の講演（直接指導）で、当初は

「このままではまずい、なんとかしなければ」と感じ、活動していくうちに、自分も地域を変える活動に参画できる資格があり、とても楽しいものであることを気づかせてくれました。これを共有する所属を超えた仲間との協議は大変楽しいものです。

### 活動の本音

やってみてきて言えること

---

- ◆ 地域リハなんて言葉は地域のみんなは**知らない**
- ◆ 何をするのかが**はっきり分らない**と協力してもらえない
- ◆ 公益と「**私益**」の**両方を見出す方法が必須**
- ◆ 「目の前の課題」と「まちづくり」を結びつける**説明(プレゼン)**が取り組みの肝⇒感染者
- ◆ 地元の**有力者との協働開始が第一歩**(医師集団)
- ◆ 全体計画は描けない、出たとこ勝負、**前へ進みな**が**らしか戦略は立てられない**

図4. 活動の本音

北網圏域の活動を振り返り今だから言えることをまとめました「活動の本音」(図4)。北網圏域の活動でこだわったことは「何をするのかできるだけ明確で分かりやすいこと」でした。何をするにしても他の仲間の協力が必要ですから、常に「何をやるのか」「どうしたいのか」が問われました。このために複雑な課題を細かく分ける作業と序列をつける作業に多くの時間を費やしました。細かく分けることによって手を付けやすくなり、活動がしやすくなりました。「活動のまとめ」(図5)を参考にしていたら幸いです。

### 活動のまとめ

---

何をやるか 課題抽出	⇒	互いの情報を <b>本音で公開</b> 上手くてできること・ <b>困っていること</b>
誰とやるか 仲間選定	⇒	在宅などの <b>維持期メンバー</b> とスクラム 機会を見て <b>病院・開業医</b> へアプローチ
どうやるか 頑張ると儲かる	⇒	よい取り組みは <b>事業所の良い評判</b> となり、 <b>真似をする事業所の増加</b> で地域の 連携強化、住み易い「まち」へ発展

図5. 活動のまとめ

北網圏域のやり方はあくまで一つの方法です。地域によって「まちづくりのマニュアル改訂版(逢坂悟郎氏)」を踏襲しても北網圏域とは同じ進み方にはならないでしょう。やはり地域の仲間の個性やそれまでのネットワークなどによって異なりますが、地域の多くの仲間と共通した目標で活動する喜びを皆さん味わっていただければと思います。

<担当 関 建久>

## オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティングの概要(平成20年10月18日開催)

### 【タイトル】オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング

平成20年度北網地域リハビリテーション推進会議事業 第3回オホーツク脳卒中研究会学術講演会

### 【開催趣旨】

医療連携の仕組みは「病院完結型」から「地域完結型」へ様変わりしました。オホーツク脳卒中研究会では脳卒中患者さんの医療連携推進のため、平成20年6月より「オホーツク脳卒中地域連携パス」を始動しました。脳卒中は入院治療だけに留まらず、自宅退院後もきめ細かい継続したケアが必要です。しかし、脳卒中地域連携パスは急性期と回復期このみ有効であり、いわば「病院ネットワーク」の連携です。今後はさらに、在宅や維持期の方の「介護ネットワーク」とのきめ細かい連携が重要になります。

そこで「医療」と「介護」、相互のネットワーク作りのきっかけとしてこの度「オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング」を開催いたします。前回北見へお越しいただいた西播磨総合リハビリテーションセンターの逢坂悟郎先生より、「まちづくり」の視点からの医療・介護ネットワークについてお話しいただきます。その後私達の住む北見・網走地区における医療・介護の課題と対策について参加者の皆さんとともにグループワークを行います。

これからの連携は単に「互いにやり取りをしている」という状態から「互いの信頼を基盤として本音で話し合う」関係になる必要があります。本音の連携づくりは一朝一夕で達成できません。しかし「本音のやり取り」が進んだ地域は、患者さんや利用者にとって住みやすい地域になっていることでしょう。この機会が「医療・介護ネットワークの本音の連携づくり」を皆で進める活動のきっかけになれば幸いです。今後、北網地域リハビリテーション推進会議を中心に、北網三医師会、オホーツク脳卒中研究会、北見地域介護支援専門員連絡協議会、網走市ケアマネジャー連絡協議会の協力を得て開催する予定です。多くの医療・介護関係者、特に開業されている医師やケアマネジャーの方の参加をお待ちしています。

### 【開催要項】日 時:平成20年10月18日(土) 午後2時30分より午後5時30分まで

対 象:北網地域の医療・介護関係者約100名

内 容:開会あいさつ:(社)北見医師会 会長 古屋 聖児 先生

[ミニセッション]脳卒中と高血圧 講師:北星脳神経外科病院 院長 松岡 高博 先生

[講 演]医療と介護を良くする「まちづくり」の話

講師:兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 西播磨病院

リハビリテーション科医長 総合相談・地域連携室々長 逢坂 悟郎 先生

[グループワーク]北網地域の医療・介護の課題と対策を考える

司会:兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 逢坂 悟郎 先生

主 催:北網地域リハビリテーション推進会議・北見地域介護支援専門員連絡協議会

オホーツク脳卒中研究会・日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

共 催:(社)北見医師会



## オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング 打ち合わせ会議の議事録 2008/9/3 開催

## オホーツクの医療・介護ネットワークづくり本音ミーティング 打ち合わせ会議 議事録

## 1. 本事業の位置付けについて(略)

2. 本事業の狙い説明 (要約)これから北網地域リハビリテーション推進会議という行政の団体を私達が使って私達が今まで困ってきたことを、みんなで解決して乗り越えていこうじゃないか。というのが将来の目標。どんなことが解決して欲しいかは多くの方が集まる中で決まっていくと思いますが、悩みは切実。すぐ解決するものから、時間をかけなくてはならないものがある。一つ一つ取り組むことが大事。目的は、介護ネットワークのまとまりを作って、今取り組んでいる在宅のいろいろな課題を解決していくこと。そのためには、各病院に私たちのフィールドのことを理解してもらい、課題と思っていたことが解決できると、Win-winの関係になるので絶対病院も喜んでくれるはず。そのためには、介護ネットワークである、維持期や在宅のメンバーが固まらないと、病院ネットワークとうまく連携をとることが出来ない。まず、まとまりを作りましょうということが、次回タウンミーティングで達成したいことです。

## 3. 当日の研修会の流れ(略)

## 4. グループワークの進め方(略)

5. 司会者に注意していただくこと \* 参加者に「このままでは大変だ」と意識付けができるところまでお願いします。

## 6. 目標の共有(意見交換)

A: 地元の先生にも地域の現状を分かってもらい、一緒に取り組もうという状況

B: 役員会でもケアマネが危機感を感じていないという状況もある。ケアマネ自体が連携のイメージがついてな

い。10月18日の本音ミーティングを起爆剤として進めていきたい。A市では、タウンミーティングをしていきたいと考えているが、市民レベルまで落としていくのに時間がかかると思う。まずはケアマネ連協の役員間の意識共有から始めたい。通所や訪問介護などの事業所を組織化して、それぞれの長所や短所を共有できる仕組みを作りたい。最終的には医師会にも理解される活動へつなげたい。

C: 10月18日の会議で医師は多くはこないだろう。来てくれる医師はもうすでに連携がとれているか、連携がし

やすい医師。課題としては、来ない医師をどのように取り込んでいくかを考えていて、18日の会議後、後日医師会の会議を開催し、医者を対象に18日にでた地域の課題を提示してみたい。ぜひ、一緒に課題を解決していきましょうというように進められる場を作ろうと考えている。

D: まだイメージは漠然としているが、筋道は見えた。自分を含めてどのように進めていくかをよく考えたい。あと

は、ケアマネや地域に話を持ち帰ってみんなの意見も聞いていきたい。

E: 当地区では、笑顔で輪作り実行委員会というものが立ち上がった。包括や事業所、行政、保健師が参加して

いる。立ち上がったきっかけは認知症だった。課題として、会場が無いということで、病院の会議室を借りることになった。そこで、事務長さんとつながりができ、月に一回何かやろうということになった。そこから、病院のスタッフへの講師依頼などつながりができ、病院とやり取りするという敷居が低くなった気がする。2月に市民参加型のフォーラムをやろうという計画もある。きっかけはささいでも、連携が広がるという体験ができた。

## 7. その他 \* 参加者からのフィードバック(共有の確認)

F: 病院⇄在宅連携が課題だと思う。現状でも医療機関から知らぬ間に利用者が退院して来ているということが

以外と多い。意外と知らぬ間に病院から施設系の入所になっていったなど。医療機関に依存するだけでなく、ケアマネ側も医療機関へ足を運ぶなど、ケアマネ自身が努力することも改善の方法だと思う。病院側の連絡、情報提供が薄い気がするのには確か。

G: 逢坂先生の資料を見ると、脳卒中になったときの社会資源というキーワードがあるし、文章の中でも脳卒中

になったときの連携という言葉がある。根本的に最終的な目標がまちづくりであるということに繋げていけば、論点は脳卒中に

絞ったほうがいいのか？そうではなく、障害のあるかた、認知症の方、加齢こともなう課題など全部含めた論点でも構わないのか？

**事務局:** 逢坂先生もその地域で取り組む課題が、糖尿病とか、透析の患者を何とかしたいということならそれで

いい。と言っている。大事なものは、「自分の地域で今困っていること」。課題にはいろいろな種類があると思うが、あとは、優先順位をつけて進めていければいい。脳卒中であれ、認知症であれ、小児であれなんでもいいので話し合いの中で取り組むことを決めていい。脳卒中というテーマだと最大公約数でいけるテーマになる。

E: やはり医療機関もからめた話をした方がいいのか？在宅だけの話をするのは良くないのか？

**事務局:** 病院のことを関係なく話し合いするのはいいと思いますが、きっと、その人が健康を維持するためには

医療機関が必要で、少なからず病院もからんでくる。グループホームで肺炎になって病院で治療を受けても退院後ADLが低下した状態で帰されても困りますよね。どうしても医療機関は関わってこざるを得ないと思います。医療機関と連携することが目的ではなく、困っていることを解決することが目的なので、グループワークを進めていって下さい。

D: 参加するメンバーだが、今回のミーティングに病棟の看護師も参加してくれるだろうか。病棟看護師が参加すると、在宅スタッフやケアマネがこんなことで困っているという現実が伝わると思うのだが。

**事務局:** 病棟の看護師で地域のことに関心のある方は少ないのではないかと。今回のミーティングは、地域の課

題を出してこのままではいけないということとを共有したいし、今日は、司会者のみなさんにその意識付けを感染させました。18日には約100名程度にも感染させたいと考えています。そうすることで地域にもどっても、10月18日に来なかった人にも感染させることができると思う。地域に戻って取り組む課題が看護師も参加してもらって解決できそうなら、病棟の看護師が興味を持てるようなテーマを設定するなどの作戦が必要です。こない病院や機関はどんなことをしてもこない。極端な言い方をすれば、ほっといていいと思う。そうすることで、集まってやっているのを見て、参加してくるようになると思う。自分から参加するという意識をもってもらうことが大事。逆に言うと、参加しない機関が参加しないとまずいと思うような活動していくことが大事。

D: 医療機関との窓口がしっかり決まるといいと思う。看護師長とか看護師とか、何かしらのきっかけを作って行きたい。

**事務局:** 多分、看護師長が来てもなかなか上手いかわからないかもしれない。看護師長さんの下の主任さんやリー

ダーさんレベルの方が来てくれる方がいい。看護師長が変わらなくても現場が変わると病棟が変わると思う。もう一つ、逢坂先生が言っているのは「元院長ところが儲かる」ということ。いいサポートをする病院には患者が集まる。元院長と利益になる。元院長とやりがいになる。こういう良いサイクルになる。看護師もやりがいが無くてはならないので、退院した患者さんがどうやって自宅で生活しているかを知るチャンスがありますよ、とか関心を持てるテーマを設定しなくてはならない。理想論だけで突き進むと息切れしたりズレが生じたりすることになる。当日は医療機関の実名を出してもいいと思う。ただ、苦情を言うだけでなく、どうなったらいいのかまで考えて欲しい。例えば、医療機関は退院の1週間前に情報を出して欲しい。すると、病院が決めた退院日にサービスをきちんと開始できます。というようにお互いにコミットとだということとを強調できます。結果的には患者や利用者への利益にもなります。

C: 医療と介護の垣根をなくす作業をしていくのだなと今回参加するまでは考えていた。今日参加してみて目的

や意味合いを良く聞くと、地域をリハビリテーションする、つまり地域作りだということが分かった。進行していく中で、意外と愚痴が多く展開されると予測できる。看護師とケアマネや医師とケアマネが話せる機会が欲しいとかの意見がでるとおもう。これを「地域の問題」として広げて進行していく必要があるのだろうか？

**事務局:** 目の前で困っていることを解決する方法が出されればいい。看護師とケアマネの意見交換がスムーズ

になるというのは目的ではない。その意見交換がスムーズになることによって、今困っているいくつかの課題がどう解決できそうかという解決方法像に変換するギアチェンジが重要になる。問題を目標に表現しなおすことをしていく。問題を目標に変換すると、出された問題は解決に至るプロセスの一つだということに気がつくことができる。話し合いができること目標にしてしまうと、お酒を飲みに行くとかという別のことになってしまう。逢坂先生も、これはこういうことだろ？と変換してくれます。課題がたくさんでて、まとめると同じことだということにも気がつけるし、課題が解決できている状態はどんな状態かを参加者へ問うと、そこでもう一段階考えを深められる。

A:愚痴を聞きすぎて司会が耐えられるかどうか心配。

事務局:崩壊しそうになったら休憩をとるなど、適宜司会者が行ってください。

E:50分で「どげんかせんといかん」までもっていくのは無理ではないか。10人グループなので、すごい喋る人が2人いたら50分なんてあっという間に過ぎる。参加者それぞれが、昨日こんなことがあったとか長々しゃべったら終わらないと思う。

事務局:終わらないかもしれませんね。方法は2つあって、別な日にもう一度やるか、延長するか。当日は30分くらいの延長は可能です。

E:やはり問題点を探って「どげんかせんといかん」までもっていくのは大変だと思う。今日の21名の参加者だけでも意識付けは難しいのに、当日はもっと大変だと思う。

事務局:当日は逢坂先生もお話ししてくれますし、糸口はあると思います。それでも駄目なら、再度日程調整してやるしかない。10月18日で課題を出し尽くさなくてはならないと考えたらしんどくなる。この司会のメンバーは18日が終わると解雇します。その後、北見・美幌・網走それぞれで核となる人を集めて進めていく。取り組んでいく課題、内容を形式は問わないので、地域ノハ事務局へ提出して欲しい。事務局でまとめて、他の地区にもわかるように配布したい。そうすることで、他の地域でこういった活動がおこなわれているかを知ることができます。みなさん宜しくお願いします。

以上

## 第1回 病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会 実施要綱

【開催趣旨】 昨春秋、「医療・介護ネットワークの連携づくり本音ミーティング」と「北見地域タウンミーティング」が開催され、北見における医療と介護の問題点が浮き彫りになりました。そこでは各機関の窓口が分らない、スタッフとの連絡が取りづらいなど、病院・事業所の相談・調整の窓口が不明であることが多くの方から指摘されました。また病院と介護事業所との間に厚い壁がある、サービスの特色が知られていない、施設などの空き状況が分らないなど、相互の連携や情報の不足に関する問題が挙げられました。このような問題は以前からの課題でしたが具体的な解決には至っていません。

昨年の本音ミーティング後発足した、「北見地域タウンミーティング運営委員会」ではこの課題に取り組み、活動目標を「北見を要介護になっても障害を持っても安心して暮らせる『まち』にする」として活動を開始しました。委員会では、互いの事業所の本音の情報公開とサービスの特徴を知ることが重要と結論づけました。私達は病院や各事業所の情報について偏った見方をしていたり、誤解をしていたり、逆に事業所の良い取り組みが周りへ知られてないなどがあり、この点を解消したいと考えました。

そこで、まず第一弾として、「病院から在宅の流れを考える」をテーマに、運営委員の所属する病院・事業所の課題や取り組み、事業所の自慢できる事を本音で語り「使える情報の共有」を通じて「窓口の明確化・連携の強化」をシンポジウム形式で開催します。開催にあたり北見の医療・介護を良くしていくため、このPR大会の重要なルールを定めました。それは「思い切って言いたい事を言う、言われた方も恨みっこなし」です。地域の連携推進は恨みっこなしの本音で語る皆さんの力が不可欠です。このPR大会に是非参加していただき、北見の医療と介護を良くしていきましょう。

【開催日時】平成21年3月21日(土) 午後1時30分より午後5時00分まで

【参加対象】北見地域の病院・介護事業所関係者約300名 定員になり次第締め切ります

【主催】北見地域タウンミーティング運営委員会・北網地域リハビリテーション推進会議 北見市

【後援】北見医師会・北見保健所・北見地域介護支援専門員連絡協議会・オホーツク脳卒中研究会

【内容】Ⅰ北見市における要介護者等の状況 北見市 介護福祉課 長尾 智美

Ⅱ病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会 司会:北網地域リハビリテーション推進会議 事務局

オーガナイザー:道東脳神経外科病院 副院長 関 建久・北見保健所 荻野 純一

コメンテーター:医療法人治恵会 北見中央病院 院長 森本 典雄先生

居宅介護支援事業所こもれびの里 島田 剛

### 「脳卒中急性期病院における患者支援の役割と限界」

道東脳神経外科病院 MSW 山崎 章

当院の平均在院日数は12日と非常に短い。短期間の入院でMSWが行う患者支援は、病状の安定、生活課題の共有と転帰先の選定で精一杯。多くの他事業所からのリクエストに応えたいがままならない。地域における当院の役割、脳卒中地域連携バスやMSWの業務を紹介する。

### 「急性期と維持期の狭間で進む回復期のリハビリテーション」

北星脳神経外科病院MSW 及I断 OT 西村考司

集中的なリハビリテーションを実施し、維持期(自宅・施設等)へ移行する事が、回復期のリハビリテーションの役割。現状では入院期間の延長により、十分に患者様の受け入れができないという課題を抱えている。維持期へスムーズに移行するための取り組みと当院の有効な活用方法を紹介する。

## 「在宅支援と長期療養 役割が拡大する老健の課題」

老健いきいき 支援種職員 岡田 博之

老健といえば、医療と在宅の中間施設としての機能があるが、はたしてその実態は…。運営上、介護保険で求められるニーズ、地域のニーズそして時代のニーズに答え続けるべく様々な取り組みを行わざるを得ない。そのなかで今私たちの追求する老健像は何かを、在宅支援、長期療養の両側面にある課題とともに伝える。

## 「入所者の認知症と重度化にどう対応するか」

特養こもれびの里 せせらぎ 荒井 みゆき

穏やかに生活していただくためには何が必要なかを求め、一つ一つのことを大切に考えています。様々な生活の形、想いを支援する中で個々の尊厳にどう考え携わってきたのか、認知症を含めた心身の重度化へはどのように対応してきたのか。今後の課題は何か。個別対応はもちろん、しつらえ、職員を含めた雰囲気作りなどへの工夫を紹介します。

## 「医療依存度の高い患者さんの未来」

北見中央病院療養型病床 松本 大吾

当院はもともと急性期の病院であった。介護保険施行時より介護療養型に転換し、オホーツク管内で最大の介護療養型ベッド数を保持している。現在、医療的処置等の必要な方の長期入院が可能な施設として地域での役割を担っている。

## 「相談窓口におけるワンストップ機能とは」

西部・相内地区地域包括支援センター 小泉 昭工

当センターは医療と密接な環境にあります。予防・介護の間で様々な問題を抱え、相談にこられた方々がどのようにすればよいのか、そして適切なアドバイスが出来るのかなど、包括本来の機能である「ワンストップ」機能を理解していただき、活用していただく方法をご紹介します。

## 「訪問看護はこんなこともできる」

訪問看護もあ 保健師 高橋 奈津美

訪問看護はお客様が家で元気に楽しく生活するため、専門的な知識をアドバイスしたり医療行為を行うだけではありません。「訪問看護って何するの？」を解決します。皆様気軽にお声をかけてください(´▽`)／

## 「在宅生活を支えるために」

北見市社会福祉協議会 岡崎志乃

在宅福祉サービスの中核ともいえる訪問介護。市内に4事業所を持ち、地域に密着したサービスで利用者の在宅生活を支える。しかし、医療的管理が必要とされる利用者が増える中、ニーズと制度の狭間で悩む訪問介護員…。事例を通し、訪問介護と医療の連携について紹介する。

## 「上手な福祉用具活用術」

介護ショップこばやし 内山 和良

当社は平成10年2月開設、以来11年間、地元企業として北見地区で福祉用具の提供と住宅の環境整備の事業を続けています。今回は現場で検討すべき現実的なポイントを発表します。

以上

## 超高齢社会における在宅介護の未来を考える ～先生、この患者さん家に帰れます!!～

【開催趣旨】今年3月に開催した「病院から在宅の流れを考えるリレー式PR大会」では各事業所の特徴や取組みを共有し、北見市で要介護認定を受けている居宅利用者2531名のうち約1割の223名の方が医学管理を必要している事が分りました。これから訪れる超高齢者社会、病床の削減という情勢は、医学管理などを必要とする多くの方が地域で暮して行くこととなります。

そこで今回は、医学管理が必要な方が今後増える中、私たちの地域の課題を理解し、医療と介護従事者はともに手を携え、どんな準備をしたらよいかについて、皆さんとともに検討したいと思います。これには医師をはじめ、ケアマネジャーや訪問看護師などの協力的体制が欠かせません。本ミーティングでは、医学的管理が必要な方の事例を病院医師、訪問診療医師、訪問看護師やケアマネジャーなどからの報告から北見地域の課題を理解します。そして今後の超高齢社会における医療と介護の問題についての特別講演。最後に限られた医療・介護資源のなかで、私達が準備する対策について話し合いしたいと思います。

日時:平成21年11月14日(土)午後2時00分から午後4時30分まで

場所:端野町公民館 多目的ホール (端野町二区471番地11 TEL 0157-56-2515)

対象:北網圏の医師・コメディカル及びケアマネジャー・介護保険事業所職員等

主催:オホーツク脳卒中研究会・北網地域リハビリテーション推進会議・大塚製薬株式会社

北見地域タウンミーティング運営委員会・北見薬剤師会・北見医師会・北見歯科医師会

内容:Ⅰ【リレー式症例報告:北見における在宅医療の現状と課題】14:00～14:50(25分×2題)

症例Ⅰ:「がん終末期在宅医療の現場からみえた在宅医療の現状と課題」

症例概要:症例は75歳男性。胃がんに対して在宅での終末期医療を希望され、当院医師と訪問看護ステーション看護師でこれを担当し、ご自宅で最期を迎えられた。この症例から学んだ改善すべき点を基に、北見市における在宅医療の現状と課題について検討する。

報告者:本間内科医院 副院長 本間 栄志 先生

北見赤十字病院 消化器内科 鎌田 豪 先生

訪問看護ステーションもあ 看護師 伊藤 慶子、八木 真由子、高橋 奈津美

居宅介護支援事業所もあ 介護支援専門員 深澤 悦子、加藤 久美子

症例Ⅱ:衰弱した高齢の妻を最後まで自宅で介護した症例

症例概要:患者は78才の女性、強度の認知症で発語はごく稀にある程度で、意思の疎通が図れず、嚥下困難や誤嚥を起こしやすく、四肢関節の拘縮が強く自力では体を動かさない状態であった。在宅死までの10カ月間、夫の献身的な介護のもと入院する事なく生活できた。

報告者:みやまクリニック 院長 織田 善彦 先生

北見地域訪問看護ステーション 看護師 橋本 真恵美

北見地域ケアプラン相談センター 介護支援専門員 松田 典子

司会:関 建久 (道東脳神経外科病院 副院長)

コメンテーター:逢坂 悟郎先生(兵庫県立西播磨総合リハセンター西播磨病院)

Ⅱ【特別講演】14:50～15:40



超高齢社会における病院と在宅ネットワーク(50分)

講師:兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 西播磨病院

リハビリテーション科部長 総合相談・地域連携室々長 逢坂 悟郎 先生

Ⅲ【グループワーク】15:40～16:40

超高齢社会における病院と在宅ネットワークを考える(60分)

司会:北見地域タウンミーティング運営委員会 コメントーター:逢坂 悟郎先生

## 医療機関とケアマネジャーの連絡実態に関するアンケート

北見地域タウンミーティング運営委員会

調査目的: 病院と在宅における連携問題と解決策について研修会を実施した結果、病院からの退院時調整の連絡が無いことや互いの機能や理解が不十分であることが判明した。そこで退院時のケアマネジャーへの連絡の有無を把握すること目的とした。併せて、入院時にケアマネジャーが医療機関へ情報提供した割合について把握すること目的とした。

調査の内容: 退院後に介護サービスを利用した全体数と退院時に病院から連絡のあった件数及びその伝達方法。入院時にケアマネジャーが医療機関へ連絡をした件数の2種類とした。

調査期間: 平成21年12月16日～平成22年2月6日

調査対象期間: 平成21年4月～9月末の6ヶ月間

調査対象: 北見市内の介護サービス事業所・施設の97件事業所

内訳 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護 48箇所  
施設(特養・老健・認知症GH) 49箇所

回答者: 上記事業所へ勤務する介護支援専門員(ケアマネジャー)

回収率: 回収件数は83件(97ヶ所配布)、回収率 85.6%

調査実施主体: 北見地域タウンミーティング運営委員会・北網地域リハビリテーション推進会議

## 調査結果

## 結果1[アンケート回収件数]

回収件数	回収数/配布数	回収率
包括・居宅	45/48	93.8%
施設等	38/49	77.6%
合計	83/97	85.6%

※包括・居宅介護支援事業所の在宅系事業所の回答率が93%であった。

## 結果2[入院時の相互の連絡の有無]

入院時の相互の連絡の有無	退院連絡のあった件数/全件数(N=666)	割合	ケアマネジャーが病院へ連絡をした件数/全件数(N=660)	割合
包括・居宅	177/418	42.3%	202/418	48.3%
施設等	209/248	84.2%	176/242	72.7%
合計	386/666	57.9%	378/660	57.2%

※病院退院時にケアマネジャーへ連絡が来る割合は約4割であり、かつケアマネジャーが患者の入院時に医療機関へ連絡する割合も5割弱であった。

## 結果3[入院時における相互の連絡方法]

入退院時における相互 の連絡方法	退院時の連絡方法 (N=386)	割合	入院後の連絡方法 (N=378)	割合
電話等	277	71.7%	213	56.3%
文書	63	16.3%	95	25.9%
電話等+文書	46	11.9%	70	18.5%
合計	386		378	

※退院時にケアマネジャーへ来る連絡の7割が電話などによる連絡であり、文書が来るのは約1割であった。