

医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会議事録

日時：平成28年1月27日（水）

18:00～20:10

場所：ホテルポールスター札幌 2階セレナード

1 開会（18:00）

○ 笹原主幹

それでは、定刻となりましたので、ただいまから「医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会」を開催いたします。

本日の進行を努めさせていただきます高齢者保健福祉課主幹の笹原と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

なお、用務の都合により高橋知事が遅れてまいります。到着後、知事から皆様方に御挨拶をさせていただきますが、会議の開催に当たりまして、事務局よりひと言申し上げます。

2 挨拶

○ 栗井高齢者支援局長

道庁高齢者支援局長の栗井でございます。意見交換会の開催に当たりまして、ひと言御挨拶を申し上げます。

本日はお忙しい中、医療と介護の各団体の方々に、このようにお集まりをいただき、心から感謝を申し上げる次第です。

また、日頃から保健医療福祉行政の推進に格別の御協力をいただいております。このことにつきましても改めてお礼を申し上げます。

御承知のとおり、介護保険法や介護保険制度の改正に伴いまして、平成30年4月までに、全ての市町村で、在宅医療と介護の連携に係る事業に取り組むこととされました。

本会議では、市町村や地域において、医療と介護の連携を一層推進できるよう、皆様方から御意見をいただくこととしております。また、本会議におきましては、具体的な事業やサービスを定めるものではございませんが、皆様方の御議論を今後の市町村への情報提供や施策の検討、あるいは、国への要望などに反映をしてみたいと考えております。

本日は限られた時間ではございますが、忌憚のない御意見を頂戴できますよう、よろしくお願い申し上げます。

※知事会場入り

○ 笹原主幹

ただいま知事が到着しましたので、知事から、御挨拶をさせていただきます。

○ 高橋知事

遅参いたしましたので、誠に申し訳ございません。高橋でございます。

本日は、大変、御多用な中、また足元も悪い中、こうやって、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。本日、医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会、これの初会合をやらせていただくことになりました。いち言、御挨拶を申し上げたいと思います。

今日、お集まりの皆様方におかれましては、日頃から、この広大な北海道のそれぞれの地域における保健医療福祉行政の推進に格別の御理解、御協力を賜っておりますことに対して、まずはこの場をお借りをして、心から感謝を申し上げる次第であります。

北海道では、御案内のとおり、全国を上回るスピードで高齢化が進行している現状でございます。

こうした中、団塊の世代の方々が75歳を迎えられる2025年、これを見据え、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことといたしているところでありまして、高齢者の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていただくため、とりわけ、医療と介護の連携を図ることが重要と認識をしております。こうした中、介護保険法の改正に伴いまして、平成30年4月までに、全ての市

町村において、在宅医療と介護の連携に係る事業に取り組むこととされているところでもあります。

このため、我々、広域自治体たる道庁といたしましては、医療と介護の一層の連携の推進に向けた課題把握やその方策につきまして、関係団体の方々に専門的な立場から御意見を伺わなければならない、このような思いの中で、こうした場を設定をさせていただいたところでもあります。

また、本日は、すでに道内のそれぞれの地域において、先進的な取組を進めていらっしゃる方々から、御報告をいただくこととなっているところであり、そうした事例も参考にしながら、北海道に適した医療と介護の具体的な連携手法などについて、活発に意見をかわしていただければと、このように御期待を申し上げる次第であります。

終わりになりますが、本日の意見交換会が、高齢者やその御家族をしっかりと支えていける、北海道における北海道らしい地域づくりにつながるものであることを、心から願い、いや、確信をし、私の御挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。

○ 笹原主幹

本日の配付資料についてご説明申し上げます。

まず、次第、委員名簿、出席者名簿、配席図、本会の開催要領、資料1～7となっております。

本日追加資料として、社会福祉法人ノテ福祉会の対馬理事長様の「介護でお困りになっていませんか」というパンフレットと、北海道慢性期医療協会の中川委員から、「医療・介護関係者の多職種連携等の視点」の資料が追加となっております。

資料等の配付漏れなどがございましたら、お申し付けいただきますよう、よろしく願いいたします。

次に、委員の皆様をご紹介させていただきます。

北海道医師会会長の 長瀬 清 委員でございます。

北海道医師会副会長の 藤原 秀俊 委員でございます。

北海道歯科医師会副会長の 西 隆一 委員でございます。

北海道薬剤師会副会長の 有澤 賢二 委員でございます。

北海道看護協会 砂山委員の代理の、前川 恭子 理事でございます。

北海道老人保健施設協議会会長の 星野 豊 委員でございます。

北海道地方・地域センター病院協議会副会長の 九津見 圭司 委員でございます。

北海道自治体病院協議会会長の 木村 純 委員でございます。

北海道総合在宅ケア事業団訪問看護部長の 工藤 和子 委員でございます。

北海道慢性期医療協会会長の 中川 翼 委員でございます。

北海道リハビリテーション3団体連絡協議会代表の 太田 誠 委員でございます。

北海道社会福祉協議会事務局長の 藤田 裕行 委員でございます。

北海道老人福祉施設協議会会長の 瀬戸 雅嗣 委員でございます。

北海道介護支援専門員協会 村山委員の代理の、渡邊 由果 副会長でございます。

北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会幹事の 川尻 輝記 委員でございます。

北海道ホームヘルプサービス協議会会長の 七戸 キヨ子 委員でございます。

北海道デイサービスセンター協議会副会長の 西川 雅浩 委員でございます。

北海道介護福祉士会 小泉委員の代理の、羽山 政弘 事務局長でございます。

北海道認知症グループホーム協会会長の 宮崎 直人 委員でございます。

次に、本日先進的な取組事例をご報告いただく2名の方をご紹介いたします。

社会福祉法人ノテ福祉会理事長の 対馬 徳昭 様でございます。

社会福祉法人美瑛慈光会理事長の 安倍 信一 様でございます。

皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

なお、北海道病院協会理事長の 徳田 禎久 委員は、本日都合により欠席されておりますので、お知らせします。

次に、事務局を紹介いたします。

はじめに、保健福祉部少子高齢化対策監の 内海でございます。
地域医療推進局長の 荒田でございます。
改めて、高齢者支援局長の 粟井でございます。
地域医療課課長の 大竹でございます。
高齢者保健福祉課長の 鈴木でございます。

次に、座長の選出をお願いしたいと思います。

本会の開催要領第2条第2項の規定により、委員の互選により座長を選出することとなっております。

事務局案といたしまして、座長につきましては、北海道医師会の長瀬委員をお願いしたいと考えますが、皆様いかがでしょうか。(異議なし)

それでは、長瀬委員に座長をお願いいたします。

恐れ入りますが、長瀬座長には、これからの議事の進行をお願いいたします。

○ 長瀬座長

ただいま座長に指名されました、北海道医師会の長瀬と申します。

これから、議事に入らせていただきますが、その前に一言ご挨拶させていただきたいと思います。

ただいま知事さんからお話がありましたように、超高齢社会を迎えるということにあたりまして、地域包括ケアを推進するということが非常に大切になります。これをするため、医療と介護の連携を図ることが大変重要なことになると思っております。

この度、医療関係者と介護関係者がこのように一堂に会しまして、意見を交換すると、そういうことになりました。医療と介護の連携推進ということで、非常に大切なことだと、そのように思っております。

短い時間、2時間です。大勢いらっしゃいますので、要領よくお話をいただき進めていかないと、2時間内に終わらないのではないかと、そのように思っておりますので、皆様方のご協力を得ましてやっていきたいと、そのように思っております。

本日の会が非常に有意義な会となりますように、是非ご協力をよろしくをお願いいたします。

3 議事

(1) 市町村における在宅医療・介護連携の取組等(行政説明)

○ 長瀬座長

それでは、次第に基づきまして、議事を進めさせていただきます。

議事の(1)について、事務局から説明をお願いいたします。

○ 鈴木高齢者保健福祉課長

市町村における在宅医療・介護連携の取組等について御説明申し上げます。

まず資料1をご覧ください。

医療と介護の連携については、平成27年度の介護保険法の改正に伴い、平成30年4月までに、全ての市町村において、資料に記載されておりますとおり、医療と介護の連携に係る(ア)の「地域の医療・介護の資源の把握」などの8項目の事業を実施することとされておりまして、道におきましては、これらの事業の円滑な実施に向けて、研修会の開催や先進的取組の情報提供など、引き続き市町村を支援していくこととしております。

次に、資料2をご覧くださいと思います。

医療と介護の連携が必要な具体的な場面といたしまして、(1)の「病院からの退院時に、入院している医療機関と地域の介護関係者等とが連携して退院支援を行うこと」ですとか、(2)の「地域における日常の療養時に医療と介護の多職種が連携してサービスを提供すること」などが考えられております。

次のページをご覧くださいと思います。

「北海道における在宅医療・地域包括ケア関連施策」についてでございますが、個別の事業に関する

る説明は省略させていただきますが、真ん中の絵で描かれている様々な関係者を対象とした研修事業などを行うとともに、左上にありますとおり、地域におきましては、保健所がコーディネーター役となり、二次医療圏ごとに協議会を設置し、様々な関係職種相互の「顔の見える関係づくり」などに取り組んでおりまして、道といたしましては、今後とも、こうした取組を進めながら、医療と介護の連携の推進に努めてまいりたいと考えております。説明は、以上でございます。

(2) 先進的な取組事例報告

○ 長瀬座長

ありがとうございました。

大体今説明を受けました。これらのことについては、今お集まりの皆様はご存じのことと思います。

早速ですね、2番目の「先進的な取り組み事例」について、お願いしたいと思います。

まず、最初に、ノテ福祉会の対馬理事長様からよろしくお願ひいたします。

○ 対馬理事長

ただいまご紹介をいただきました、ノテ福祉会の対馬でございます。

私からは、今、札幌で開発・実践をしております、「特別養護老人ホームを核としたノテ地域包括ケア」、そして、このシステムと医療の連携について説明をさせていただきたいと思ひます。

これが今、ノテ福祉会の概要でございます、本部は札幌でございます。今、事業所数が65ということで、左側の下から3番目に小規模多機能型居宅介護と、事業所の数が21でございます。これはやはり、認知症の高齢者が、在宅で暮らす方が増えてございますので、これの切り札として事業を開設してございます。

そして右側の一番上に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と。私どもが18年の歳月をかけて開発したものを国の制度にしてもらったものです。これについても、大体15万人の人口に1箇所ということで設置をしているものでございます。全体で、65の事業所をやらせていただいているところでございます。

在宅の高齢者の多くは、住み慣れた家で生活を望んでいるところでございます。我々はそんな願いを是非とも実現したいと、平成6年の2月、札幌で、「24時間在宅ワープケア事業」を開発・実践をしたわけです。そして、平成15年から東京世田谷で共に開発を行い、夜間対応型訪問介護、そして、平成24年には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護ということで、約18年の歳月をかけて開発したものを国の制度にさせていただいたところでございます。これによって、在宅の中重度の高齢者がサービスを受けることによって自立して暮らせるシステムが完成したわけでございます。

完成したのはいいのですが、国保連のデータを見てみますと、要介護5の利用者の方で1日1回、訪問介護を1時間しか使っていないというのが実績でございます。私どものような特養に入ってる人は、要介護4、5。平均しますと大体4.4の要介護の人が入っていますが、私どもの職員が利用者に対して1日平均8回サービスを提供して、なんとかその中で自立して生活ができています。残念ながら在宅は要介護5で1日に1回、1時間しかサービスが提供されていない。こんなことでは到底在宅で暮らせるということにはなりません。

それで私どもは、病院に入院をしていて退院が決まった方に、「ノテ地域包括ケア総合相談センター」に電話をもらって、来月の何日に退院をしますと、ついては在宅に戻るとということで相談を受けていますが、在宅に戻る前に、先ほど言ったケアプラン、プランに従ってサービスが提供されるわけがありますので、その間に介護保険の認定を受けて、私どもがやっている介護老人保健施設に大体1週間から2週間入所してもらって、その方のニーズを把握したケアプランを作成するという仕組みを作っています。これが「アセスメント入所」ということで、今回、国と道から基金を頂戴してですね、これの報告書をまとめているところでございます。

これが今私どもの地域包括ケアの仕組みでございます、ちょうど病院を退院して相談センターで電話を受けて、げんきが出る里に1週間から2週間入所します。この間に私どもの老健のお医者さん、あるいはPT・OT、そして看護師、あるいは介護福祉士・社会福祉士、この5職種でその利用者さんのニーズを把握するようにします。これは、各々シートがありまして、各々の専門分野に基づいたアセスメントシートを使って、そしてカンファレンスをして在宅に戻るときのケアプランを作るという仕組みです。そして、ケアプランを作って在宅に戻るわけです。

戻ったときに、障がいの高齢者の方には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護そしてリハビリテーションのサービス。それから、このサービスが適さないケースがあります。とりわけ、認知症の中度の方にはこのサービスはマッチングしませんので、そういうときには小規模多機能型居宅介護を使ってもらって、「通う」「泊まり」「訪問」という、その利用者さんの状態に応じて、フレキシブルにサービスを提供するという仕組みでございます。

かつ、これだけで支えられませんので、支援体制としては、特養に併設しております、デイサービス、ショートステイ、もしくは通所リハビリサービスというのを提供させていただく。その中で、私どもほとんどがボディタッチをする身体介護が中心になり、生活援助のところは疎かになりますので、私どもは社会福祉法人で非課税法人でございますので、利益の一部を地域に還元しようということで、食事の3食の宅配だとか、洗濯サービス、生活支援と、こういったものを提供しているところでございます。

これが今開発中のアセスメントシートです。先ほど言った、お医者さんの領域、あるいは社会福祉士の領域、あるいは看護師さんの領域と、各々のシートで聞き取ったものをこのシートの総括表に落としてですね、最終的にカンファレンス書、ケアプランを作るという。これは6回目の作成でございまして、7回目はこのものをかたちにまとめて、出来れば次の医療報酬・介護報酬の同時改定でこれを提案したい。国の制度にさせていただきたい、こう思っているところであります。

これがアセスメント入所する前に作られていたケアプランです。これが日本で一番スタンダードなケアプランの状況です。週4回訪問介護を使って、週1回通所リハビリに行っていると。この方のケアプランは、私どものアセスメント入所に利用していただきますと、このようなケアプランになります。両方とも同じ人ですし、要介護度は3でございます。見てください、このようにサービスがかなり使えますし、通所リハビリテーションについても週2回ということでもあります。この要介護3で、介護保険の支給限度額ちょうど一杯使えています。なおかつ、定期巡回のサービスがくまなく入っていますので、このサービス以外で看護あるいは介護のサービスが必要であれば、自分の自宅にあるケアコールを鳴らしてもらえれば、更にサービスを提供するという、随時サービスの仕組みも入ってございますので、かなり、十分サービスが提供できるようなシステムでございます。

これが、今私どもが実践をしているサービスシステムです。大体12万~16万人に1箇所のイメージです。動画を持ってきましたので、これで説明をさせていただきます。

(動画)

このように、24時間365日サービスを提供させてもらっています。

これがこのサービスに使っているシステムでございまして、テレビモニターは利用者のお宅にもございます。そして、ケアコールを鳴らすとここに利用者の顔が動画で出まして、それで、オペレーターがやりとりをして、「どうしましたか?」と。「トイレに行きたい」あるいは「身体の向きを変えたい」ということで、話を聞きます。そして右側に、その利用者の直近のサービス状況、あるいは他の事業所、あるいはお医者さんからいろんな情報を頂戴しますので、その情報が右側の画面に。そして左側の画面で、複数いますうちのヘルパーが今どの利用者のところに行つてどのようなサービスをしているかが一目瞭然でわかりますので、3分以内に駆けつけることが可能です。これが仕組みであります。これが、ヘルパーとナースが持って歩いているモバイルです。これはスケジュールなのですが、これをクリックすると、例えば、10時に対馬さんの家に行つて今日は全身清拭をする、というスケジュールになっているのですが、家族から電話が来て、どうも風邪気味なんで今日は清拭をやめてくれ、と。そういう連絡も入りますし、あるいはかかりつけ医のお医者さんから連絡が入って、今日対馬さんのお宅に行つたらどうも血圧が高いので、バイタルチェックを必ず朝晩やって報告してくれ、ということで右側の画面に血圧を入力して、かかりつけ医のドクターに送つてですね、いろいろと指示を仰ぐと。こういう仕組みでございます。これはデンマークとドイツからノウハウを頂戴して、この札幌で開発したシステムでございます。

わりと、在宅で中重度になると施設に入れ気味です。もう要介護3になっちゃったら施設に入れちゃおう、というふうになっていますが、やはりご本人は在宅での生活を望んでいるわけでありまして、その方を支えるためには、その方が使っている全ての社会資源、これをしっかりネットワークを組んでですね、事業者が情報を共有してサービスにあたることで、結果として在宅生活の限界点を引き上げるといふふうになるのかなと思っています。

これが、先ほどお話しした、定期巡回で対応出来ない認知症の高齢者の切り札が、この、小規模多

機能型居宅介護と。これは2万人に1箇所、設置をさせていただきます。

私どもは札幌の7区をエリアにサービスを提供します。その地域を第三本部制で、3つにエリア分けをしてですね、サービスシステムの提供体制を作っているところであります。

これが、先ほどお話しした、アセスメント入所をしてケアプランを作って、地域に戻る。戻った時に定期巡回もしくは小規模多機能、訪問看護、訪問リハビリで支えると。もし万が一在宅で支えられない時は、その地域の核となる特別養護老人ホームのショートステイを1週間、2週間利用してもらって、良いケアをして、また状態が落ち着いたら自分の家に戻ってもらうと。そういう意味ではこのバックアップ体制を、この地域包括ケアの体制の中で作ってございます。

これが全体です。この特別養護老人ホーム幸栄の里を中心にして、2万人に1箇所、小規模多機能を作っています。なおかつ障がい高齢者の方には、この中に定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所がありますので、ここから24時間365日、介護と看護のサービスが提供されると。これが地域でいうと、3つのエリアに分けて地域包括ケアシステムの体制を作ってございます。

先ほどお話ししましたが、我々は身体介護中心のサービスでございますので、こういったライフサポート事業ということで、生活援助のサービスをしております。これは、費用の負担ができれば、30%、50%、100%と全額免除にもします。これは先ほどもお話ししましたが、私ども社会福祉法人で、税金を納めておりませんので、その利益の一部を地域に還元するということで、こういう事業に取り組んでいるところでございます。

これが私どもの本拠地のアンデルセン福祉村です。以上でございます。どうもありがとうございました。

○ 長瀬座長

どうもありがとうございました。大変素晴らしいお話を聞かせて頂きました。
何か質問ございますか。

(質問なし)

もし後でも話の中で質問がありましたら、お願いをしたいと思います。
それでは次に、美瑛慈光会の安倍理事長 様からお願いいたします。

○ 安倍理事長（社会福祉法人美瑛慈光会）

慈光会の安倍と申します。

私がこの場に呼ばれたのは、たぶん、都市部とは異なる農村部での実践の紹介を期待されてのことだと思って参りました。

美瑛町では、これから更に高齢化が進んでいくなかで、今後どうしていくのが良いのか検討が始まったのが、平成16年のことでした。どんな議論が行われていたのかについては、お手元の資料のとおりですが、根本的なところからの解決策をなんとか採っていこうということで、広大な面積を持つ町をこれまでのように市街地一局で支えるのではなく、四つの生活圏域に分けた上で支えられるようにしました。

そして、それぞれの生活圏ごとに、小規模多機能型居宅介護を中心としたサポート拠点を設け、「通い」や「訪問」、「泊まり」などの介護サービスを提供するとともに、予防活動や配食、送迎などの生活支援サービスについても、それぞれの地域で自展していけるような仕組みづくりを進めていこうということになりました。

そして、その後約10年の歳月をかけて、周辺地域を含む四つの生活圏域にサポート拠点を作り上げてきたということになります。

実際にどのような支え方が出来るのかということをお話します。

ご承知のとおり、小規模多機能型居宅介護は包括報酬という仕組みによる24時間の体制を持ったサービスです。ですから、給付限度額管理やサービスごとに定められた細かな内容規制がありません。その特性をもとに、24時間の中で即応性と弾力性を持ったサービス提供ができるように作られています。

例えば、娘さんが美容室に勤められているAさんについてですが、大体9時過ぎくらいに娘さんが事業所にAさんを連れて来られます。そして、お仕事が終わる夜9時過ぎくらいに迎えに来られるということです。Aさんはその間、昼食を取り、夕食を食べて過ごされているということです。娘さん

の仕事がうんと忙しい時には、そのままAさんは「泊まり」を使われる、ということが自在に行われている。おおよそ要介護2くらいなのですが、そういうことで、ほぼ週5日～6日、サービスを利用されるということです。従来のサービスでは給付限度額の関係で、こうした利用をすることは無理だと思いますが、包括報酬という仕組みの中で、それが可能になっているということです。

また、若干認知症の進んだBさんは、お一人暮らしなのですが、日中は自宅で過ごされていて、お昼ご飯は届けに参ります。夜は事業所が迎えに行き、事業所で夕食を取っていただいて、そのまま泊まりになるという生活をされています。日中の安否確認プラス夜間の安全。暮らしを支えているということです。これも、従来のサービスではなかなか困難なことであると。夜だけ泊まりに来る、ほぼ毎日、ということとは不可能かと思えます。

それから、介護度4の方がおられるのですが、おばあちゃんとの2人暮らしなのですが、朝8時半頃、おばあちゃんから電話があります。「父さん起きた」って。ガチャッと電話切れちゃうのですが、そうすると事業所からすぐ走って行って、ケアをして、ということをして1日に8回くらい繰り返します。先ほど、対馬理事長さんのお話でも大体介護の方で8回という話になっていますから、大体いいところですね。で、夜10時半に最終の訪問を終えたら、施設して戻ってくるのですが、朝までの間でも何かあったら、事業所はそばにあるし24時間体制なので駆けつけることができるし、そこでの安全と安心が保障されているからなんとか見れてるということです。町営住宅にお住まいなのですが、包括報酬という仕組みがあると、施設に頼らずなんとかご自宅で粘っていけるのではないかと。そういう事例でした。

もちろん、医療との連携も可能で、病院への送り迎えや、訪問看護や訪問診療、訪問リハビリなどの組み合わせも可能です。

美瑛町においても、3～4年前から整形外科の先生による訪問診療や、老人保健施設による訪問リハビリが始まりました。先日、ある勉強会であるドクターが「治す医療から、治らなくても支える医療へ、考え方を考える必要がある」と言っていました。そのとおりだと思います。訪問診療をしている先生も、担当者会議の中でこんなことを言っていましたので、動画をご覧ください。

(動画)

～訪問リハビリの担当者会議の風景～

(安倍理事長解説)

これは、訪問リハビリの担当者会議なのですが、先生が往診に出かけるところを捕まえてですね、15分程度で会議をやるわけです。往診に出かける時には、割と時間が自由になりやすいので、そのチャンスでこういったことをやっている。

～訪問診療のメリットについて、町立病院の医師の話～

「忙しいと病院に来れないが、病気だったらなんとか皆さん来る。ところが、けがだとか腰が痛い、膝が痛いというのは、そんなの年寄りの病だから我慢しなさいと。そういう人たちは忙しいと来れない。来れないんだけど、日常生活動作がどんどんできなくなっていく。だったら医者が行ったらいいでしょうと。私が行って診断して治療して帰ってくる。医者が行けば、その人達がまた日常生活が送れるようになります。こういった形が理想なんですよ。」

こんなかたちで、田舎町である美瑛町でも医療と介護の連携が進みつつあるということです。

最後に一言。専門職の確保が難しい離島でのサービスは、実は様々な弾力策が認められているんですね。フル装備の人的体制じゃなくても構わないようになっています。特に、医療サービスについて、北海道の過疎地域の状況は離島とさほど変わりがないのではないのでしょうか。そこに全国一律の条件を強いられていることが、在宅医療の推進を妨げるような気がしてなりません。そこに工夫の余地はないのでしょうか。この委員会でもそのようなことが取り上げられることを期待して、私からの報告を終わります。つたない報告でしたが、ご静聴に感謝します。ありがとうございました。

○ 長瀬座長

どうもありがとうございました。

ただいまお話を伺いましたけども、皆さんそれぞれの思いでやっているということがよくわかりました。

今の報告、発表に対して何か質問される方いらっしゃいますか。

(質問なし)

よろしいですか。

これから皆様方にお話を伺いますので、そのときにでもまたお話をいただきたいと思います。

どうもありがとうございました。

(3) 医療と介護に係る具体的な連携手法（意見交換）

○ 長瀬座長

それでは、今、医療と介護の連携に向けた先進的な取組、老人保健施設や小規模多機能型居宅介護事業所の事例報告がありました。

ただいまの報告内容を踏まえまして議題の3番目、医療と介護に係る具体的な連携方法について、テーマごとに意見交換を行ってまいりたいと思います。

私の方から委員の方にご指名をして発言をいただきたいと思いますのでよろしくお願いたします。全ての委員の方からご意見を伺いたいと思いますけども、全部話していたら時間がいくらあっても足りませんので、すみません、一部の方になりますけども。

あと、言いたいことものがたくさんあるかと思えますけれども、この人数でやりますので、どういところが問題かということ、まとめて2分くらいでお話をいただき、またあとでお話をしたいと思います。

テーマ ア 医療と介護の多職種連携

○ 長瀬座長

まず、一つ目のテーマですが「医療と介護の多職種連携」についてです。

医療と介護の連携については、医療や介護のさまざまな職種による連携が重要となってきます。私も地域を回って、よく訪問看護ステーションの看護師さんが、担当する患者さんのことで医師に相談しようとするのですけれども、どうも医師とのアクセスが難しいそういう話も聞いたりします。

そういうことですね、医療と介護の連携を円滑に行うためにどういうふうにしたらいいか、看護師さんの役割が大変重要であると、そのように思っておりますので、最初に「北海道総合在宅ケア事業団」の工藤委員にお話をさせていただきたいと思います。

介護職員の方からどのような相談を受けることがあるか、また、その相談に対して訪問看護ステーションで解決した例、医師と医療機関につなげた例、そういったことについて工藤委員からよろしくお願いたします。

○ 工藤委員（北海道総合在宅ケア事業団）

私ども総合在宅ケア事業団は、現在56カ所の訪問看護ステーションを道内で運営しております。サービスを提供している市町村は93の市町村となっておりますが、このうち60を超える市町村がいわゆる過疎地域でございまして、その半数は事業団しかサービス提供ステーションがないという状況となっております。

全体の利用者数は月平均で見ますと、約3,500人でございまして、看護師、理学療法士、作業療法士など約470名の職員で看護サービスを提供しております。

訪問看護の利用者は、訪問介護、いわゆるホームヘルプを併せて利用されている方が多いので、日常的にヘルパーの方とは、連絡ノートとか電話で相互に連携を取りながら動くということが非常に多くなっております。

ヘルパーさんの方から相談を受ける内容は、利用者さん各々に異なりますが、割と多いポピュラーなのは、ヘルパーさんが訪問してみたら、食欲がなくてぐったりしているとか、ご飯を残しているとか、熱があるようだけど入浴どうしたらよいだろうかとか、そのようなことは日常的によくございます。

訪問看護師のほうは一般的に1週間に1回とか2回しかお伺いすることができないのですが、ヘルパーさんのほうは比較的、訪問回数が訪問看護と比べると多い方が多いので、服薬管理のことだとか、お熱があるだとか、認知症の問題行動でこうだったとか、そういうお話、情報をいただくということが、訪問看護師にとっては大変貴重な情報となっているというのも現状でございます。

こうした情報提供とか連絡があったときには状況を詳しくお聞きして、また必要に応じてすぐ訪問して看護師としてできる必要な対応や助言はすぐしております。

また、身体状況によっては主治医に連絡をとって指示をもらう、あるいは一緒に受診をする。救急車を呼ぶということなどもあります。

主治医の先生との連絡は、主に訪問看護師が担う場面が多いというのが現状としてあります。

最近では介護職員の業務としてたんの吸引ができるようになりましたので、ヘルパーさんから、痰がうまくとれないとか、カニューレが入らないとかいうような相談も増えてきております。

一番連携場面が多い訪問介護との関係はこんなところですが、介護保険で訪問看護を利用する方については、介護支援専門員の調整のもと、先ほどお話のあった訪問介護をはじめ、利用者が利用するデイサービスや福祉用具の担当者の方など関係者が集まるサービス担当者会議が開催されますので、そこで利用者のケアについての協議ですとか意見交換だとか確認などをいたしますが、この会議の持ち方というか、どのように意見を出せるか、出し合うか、それらがすごくいいサービスの提供のためには大変重要な機会となっていると考えております。

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

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。続けて他の委員の方からも医療職と介護職との円滑な連携についてご意見を伺いたいと思います。

次に、「北海道看護協会」の前川理事さんからよろしくお願いたします。

○ 前川理事（北海道看護協会）

はい、ありがとうございます。

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

そこで、今回、時間の関係もあることから一点のみ、顔の見える関係づくりを重層的に進めていくというか、お互いを知るということが、非常に大事ではないかなというふうに考えております。

医療機関、介護関係機関、相互にですね、お互いの制度や役割について正しく理解されていないということが現実的にはありまして、それがちょっとトラブルの原因になっているということもございます。

例えば、制度的には問題はないけれども、この方を受け入れるには少々経営的に難しいという事例は確かにあります。そうした場合に「どうして？」という思いが出てくるんですが、その施設の役割ですとか介護報酬的なこと、診療報酬的なことを考えると、ここはこの方には難しいんだなというふうに考えますと違う選択ができるわけです。その違う選択をするためには、そこを紹介するケアマネにしても、いろんなケースワーカー、ソーシャルワーカーにしても、その施設の役割ですとか、制度的なことを理解していなければ、そこで若干の食い違いが生じてしまうということが現実には起こっております。

また、情報の共有、このことに関してもですね、お互いに必要な情報ということを理解していなければ一方的に送りたい情報を相手に送るというようなことも起こってきます。

先程スライドを見せていただきましたが、お互いが必要な情報を得ることができるような情報ツールですとか、情報シートが必要だなというふうに考えております。

こういった課題を解決していくためには、各専門職のレベルアップというのも一つ必要。個々が自分の役割をしっかりと考えて、そこでレベルアップしていくということと、他の施設、そこは何をす

る所か、ほかの職種はいったい何をするとところかということをしかりと考えていかなければならないということと、代表者会議だけではやはりだめなんです。代表者はやはり代表者なので、現状をより多く分かっている人たちで話し合う、カンファレンスですとかフォーラムですとか、事例検討の継続的な取組を重ねていくということが、重要ではないかなというふうに考えております。以上です。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

それでは次に「北海道リハビリテーション3団体連絡協議会」の太田委員からお願いいたします。

○ 太田委員（北海道リハビリテーション3団体連絡協議会）

はい、私、北海道理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会で構成されています、北海道リハビリテーション3団体連絡協議会の太田と申します。

この団体は、平成24年から訪問リハビリテーションを推進するというで立ち上げております。

リハビリテーションのこの専門職の立場からの考えといたしましては、我々リハ専門職っていうのは、割的にはかなりの人が病院の中での専門職というかたちで働いている。そのため、介護の領域の方達に十分に我々の職種の内容が理解されてない部分があるのかなということ常日頃感じております。

介護の方からすると、何をしてくれるのがそれぞれの専門職なのかっていうところの理解がまだまだ十分ではない、我々の方の啓発が十分ではないということもあろうかと思えますけども、PTは機能訓練で、OTは何するのかな、STは見たことないな、というようなかたちで、一部先進的に進まれている事例を作られているところはあるんですけども、我々の啓発が十分でないところが反省点かなと思っています。

介護の方からすると、それぞれの専門職が、それぞれ何をしてくれるのかということとわからないために、地域の方では何をお願いしたらいいのか、まだ十分にわからないということとこの連携が上手くいってないところにつながっているのではないかと感じております

現在179市町村ある中で、理学療法士が所属なり住居しているのが約6割5分、7割くらいしかありません。作業療法士は約5割です。言語聴覚士は179のうち3割しかいませんので、この三団体で連携を取りあってですね、とにかく足りないところは助け合って、今なんとか支援体制の窓口を作ろうということで、ようやく179市町村の窓口がPTかOTかSTか、もちろんいるところはPTとOTとSTが、というようなかたちの設置ができております。

リハビリテーションの最終的な目標は、ご存じのとおりADLの獲得、維持、向上ということにありますので、利用者さんがなぜ不自由になってるのかということについて生活の中で評価し、問題点を共有して、短期目標、長期目標を立てて、やはり日々の生活の中で多職種の共同作業の中で自立支援の視点でアプローチをしていくことが重要になります。

病院の中にいけば、短期目標、長期目標、整理されてということになりますけども、やはりある程度、今、この状態の短期目標をうまくクリアすれば、また生活に戻れるということと、うまく我々と一緒に、介護の領域の方で体験していただければ、その領域が広まるのかなという感じがしております。

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

現在、介護職のその質を上げるということで、そこでのPT、OT、STのリーダーを育成する、そこでなんとかレベルアップを全国的にやりましょうということで、地域医療総合確保基金を今年度いただいて、それを財源としまして、今年度全道8カ所で地域ケア会議の模擬会議等を中心として研修会を行っております。

この1月の最初の頃にも作業療法士である厚生労働省の課長補佐も一度呼び出して、札幌で300人規模の研修会を開催することができました。これには市町村の担当の職員の方が約50名ほどPOSと一緒に参加していただきまして、そういう連携をとりながらうまく進められればということで、先ほどありました顔の見えるような関係づくりが非常に大事かと思っています。以上です。

○ 長瀬座長

どうもありがとうございました。

続けて「北海道医師会」の藤原委員からよろしくお願いします。

○ 藤原委員（北海道医師会）

北海道医師会の藤原です。北海道医師会では、先日、北海道医療福祉関係者職能団体懇談会を行いまして、今年34回目となるそうで、33団体が参加しておりました。いろいろなところに私も顔を出していますが、医療と介護の連携はかなり進んできているんじゃないかというような実感をしています。今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて、課題となるところをいくつか挙げたいと思います。

まず、福祉系の人間と医療系の人間の言語の違い、これはもうちょっとのところかなという感じがあります。

それから、北海道全体で考えるということよりも、二次医療圏とか市町村が考えなければいけないわけで、そのへんをどうしようかなというところ。

それから、さきほどもありましたが、ITを活用する方法も、どの単位でやるかということが問題だと思います。

それと、医療介護関係の団体といいまして、33団体もありまして、どことやるのが一番効率的かということも考えています。

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

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

○ 長瀬座長

どうもありがとうございました。

それでは、「北海道ホームヘルプサービス協議会」の七戸委員さんお願いします。

○ 七戸委員（北海道ホームヘルプサービス協議会）

北海道ホームヘルプサービス協議会の七戸です。よろしくお願いします。

2分間の持ち時間なので、なかなか一杯言えないということだったので、重要なところだけちょっと、2、3お願いしたいと思います。

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

ヘルパーも、藤原先生が言ったように、医療と福祉の言語の違いとかそういったことの難しさを考えておりまして、協議会として「ヘルパーおたすけブック」みたいなものを、脳血管疾患の方への対応方法だとか薬の情報なんか最新情報で載せて作り上げました。それで、緊急時対応なんかもさせていただいています。脳卒中についてはアクトファストということで、確認を取って、救急隊員に引き継ぎ、病院に連携を取っていくなど、在宅でのそういった発見時の対応も確実にのびてきております。

それから、飲み込み嚥下という部分でも、肺炎予防する、口腔ケアというような部分でも連携をして、勉強をするから見えてくるというようなところが出てきて、協議会としても一層がんばっていかなければならないと取り組んでおります。

ただ、地域にベッドを返すということが平成18年くらいから言われてきていたと思いますが、やっぱり医療ニーズの高い方が在宅に来ております。その中で、ヘルパー、訪問看護師さん、それから在

宅診療の医師が絡みながら、いろいろと連携を取って今に至っておりますが、まだまだ勉強していかなければならない。それから、さきほど訪問看護師さんから言われたように、たんの吸引についても、なかなか事業所としては実績が伸びていかない。なぜならば、たんの吸引の利用者がいないとそこ研修に行かないということ。それから、地域にはそういった方々が増えてきています。そういったところも、我々は医療系ではないですけれども、地域を支えるという立場で、これからも学びながら医療と連携をしていきたいと思っておりますので、今後とも、こういった場でお話させていただき、ヘルパーの支えになっていただければなというふうに思っております。よろしく申し上げます。

○ 長瀬座長

どうもありがとうございました。

もうひとつ方、「北海道老人福祉施設協議会」の瀬戸委員さん。

○ 瀬戸委員（北海道老人福祉施設協議会）

ありがとうございます。北海道老人福祉施設協議会の瀬戸と申します。

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

今日のテーマで、医療と介護の多職種連携の課題ということで、現場レベルから見た課題を2点ほどお話をさせていただきたいと思えます。

一つ目は藤原委員もおっしゃっていた言語の違いとまったく同じようなことですが、医療と介護の専門領域が違う、それぞれ専門職ですので、利用者をどう捉えるかという視点がかかなり違って、当然、医療は病気から見ていきますし、介護は生活が基本的な視点にありますので、そこから見えてくる課題が違ってくる場合があるんですね。確かに多くの場合は、健康状態から起因して様々な問題が起きていますので、適切な医療で解決することがたくさんあります。ただ、そこから次に出てくる後遺症などは、ただ単に病気からではなく、生活状態ですとか家の状態ですとか、そういうところから出てきますので、それらを全て一緒に見ていかなければ、課題解決はできないということがあります。どうしてもそれぞれの専門職の専門領域を大切にすることがために、他領域を見れなくなるということがありますので、他の方もおっしゃっていましたが、それができるように育てていくことが地域の中でも必要ですし、できれば道なんかそういうところに支援をしていただければありがたいなということが一点。

もう一点が、次の課題の情報共有にも近い話になっちゃうんですけども、在宅での生活を考えたときに、先ほどのノテ福祉会さんのように、一つの法人で様々なことをやっていければいいのですが、多くの場合は事業所や法人が違い、かなり考え方も違ってきますので、情報の共有ですとか、サービス提供の仕方なんか大きく変わってくる場合があります。その時にどうしてもうまく連携できないことが出てきますので、先ほど、刈馬理事長がおっしゃったような共通アセスメントシートをしっかりと作っていくですとか、クリティカルパスのような課題解決の指針を地域で持つ、そういうようなことを地域、地域で作っていくことが必要だと思えますので、道としても各地域で仕組みづくりができるような支援をお願いしていただくと、医療と介護の連携が、多職種の連携が進んでいくんじゃないかなと考えております。ありがとうございました。

テーマ イ 医療・介護関係者の情報共有

○ 長瀬座長

どうもありがとうございました。

情報の話も出てきましたので、次に二つ目のテーマである「医療と介護関係者の情報共有」についてお聞きしたいと思いますけれども、別添資料の5番目にあります「北まるnet」の概要、これは北網圏でやっているものです。それから、東胆振圏では別添資料6の「医療と介護の連携のための関係機関連絡様式」、そういったことで、色々な取り組みが行われております。医療と介護の連携を進めていく上で、こうした取組は大変重要であると考えます。

「医療・介護関係者の情報共有」については、平成30年4月までに、全ての市町村で取り組まなければならないということになっております。こういったような点に留意しながら取り組んでいけばいいかということで、お話をお伺いしたいと思いますけれども、介護側の立場から、北海道介護支援専

門員協会の渡邊副会長さんにまずお話をお願いいたします。

○ 渡邊副会長（北海道介護支援専門員協会）

私どもは、ケアマネージャーの会です。北海道でケアマネの資格を持っている方が3万人くらいいるのだろうかという感じで、現業がきちっと把握されていないのだろうかと思うのですが、会員自体は北海道だけで600人かない加入率、組織率の低い団体ではあります。

ただ、全道に散らばっておりますので、色々なこういう問題について話し合うこともあるものですから、各地域の意見も聞いてまいりました。

資料の6にあるようなシートを、そこそこの有志団体、先程藤原先生がおっしゃったような、札幌でいうところの「地域ケア連絡会」という団体で、このようにして医療との情報を共有したらどうだというような提案をさせていただいています。提案を受けてそこに来る方が使ったり、先生がそれを「こういうのあるよ」とケアマネに教えてくださったりとかしているところは全道各地にあるみたいなのですが、どうしてもそれがその地域全体には広がらない、そこに参加する人しか知らない、というようになっております。

できましたら、これから市町村に分かれていく中で、先生がおっしゃったように二次医療圏でもいいのですが、どんな領域でも良いから、そこに共通の言語みたいなもの、「こういう書式があるよ」とか、行政側から「これ使ってみたらどうなんだい」というような提案、若しくは、書式を精査していただいて「これ良いからちょっと使ってみたらどうなんだい」というように、市町村の方から何かの折に、医師会・地域医師会のお力も必要かなと思いますが、声を掛けてくださる、普及に力を貸してくださる、ということが、情報共有しやすい。書式を持ってビクビクしながら私が藤原先生のところに行って、言い方を間違えて「二度と来るな」と言われたとしても、「先生、行政も推進している書式なので、書いてください」というように言えるかななどと思っております。やはり、行政、その市町村のお力添えをしていただいて、こういう共有書式をまず使っていく、そして、そこそこの団体が会員、私どもでしたらケアマネージャーに「この表現はこう書きなさい」という勉強会も開けるのではないかと考えております。以上です。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

「北海道認知症グループホーム協会」の宮崎委員さんいかがでしょうか。

○ 宮崎委員（北海道認知症グループホーム協会）

おばんでございます。ここ数日、虐待の報道がされていまして、そういったことも課題のひとつではございますが、グループホームは、生活をベースに認知症に特化したサービスのひとつ。介護保険では、認知症グループホームと通所介護の二つしかございません。認知症の状態にある人の支援のスペシャリストというスタッフがそこに存在して、ケアに携わっているというところなんです。私は、どっぷり認知症の状態にある方々の生活の場に、寮夫と言われている時代から携わってきたのですけれども、今、看取りのところまでできるような仕組みになってきております。そこでかなり色々な課題があります。スタッフ、家族との連携であるとか、医療との連携。その中でも、私の事業所では、訪問看護師さんには足を向けて寝られないくらいお世話になりました。本当に感謝しています。それと、夜中でも訪問診療に飛んできてくださるドクターの方がいらっしゃる。そういった熱意のあるところは、とても充実して推進はできるのですが、なかなかそういった情報の共有ができないような地域があるとすると、そこはこれからの課題なのではないかというように思っています。そのようなことを言ってもしょうがないので、私のところは胆振振興局なのですが、そこでは介護職を対象にして看取りについての勉強会を二カ年計画でこれからやる、とか、市民に向けて「いったい自分はどこで死にたいのか」という市民向けのワールドカフェみたいな形で、何百人という市民の方を対象に、専門職と市民、医療とか介護が意見を交換する場を作ったり、そういう取り組みを街、地域の単位でできてくるといいな、つまり、顔が見える関係から、それが協働して活動できる集まりになっていく、というのがとてもいいなと。そういう先駆的にやられているところがどんどんと出てきているのも事実ですので、そういったものをどんどんと推進していく施策であったり、私たちの心構えだったりと

かはとても必要なのかなというように思います。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

医療側の立場から、「北海道慢性期医療協会」の中川委員いかがでしょうか。

○ 中川委員（北海道慢性期医療協会）

皆さまに2枚ものの資料を配付しておりますので、これに沿ってお話しさせていただきます。

まず、ちょっと前の議題になりますが、多職種連携のことからお話しします。当院、定山溪病院は南区にあり、368床の慢性期医療機関ですが、2013年から病院内の仕事だけでなく、地域を療養病床として捉えるという考えで、訪問診療・訪問リハビリテーション・訪問歯科等を実施しております。具体的な連携の内容は、福祉施設への医療支援6施設。これは、特別養護老人ホームであります。それから高齢者住宅等の医療支援、1施設5事業。訪問リハビリテーション・訪問歯科診療等でございます。

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

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

2 ページ目は、まだ小さいのですが、北海道慢性期医療協会の活動について述べております。以上でございます。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

続けて、「北海道歯科医師会」の西委員からお願いします。

○ 西委員（北海道歯科医師会）

北海道歯科医師会の西と申します、よろしくお願ひいたします。本日は、歯科医師の立場から、是非皆さんに伝えたいことがございまして、発言させていただきます。というのは、現在歯科では、在宅で、歯科医に通院できないような患者さんたちに対して訪問診療を行っております。

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

このことを皆さんにしっかり認識していただきたくて、今日、発言させていただいていますが、これをもとに、情報共有を考えたときに、先程フェイスシートとかを紹介していただきましたけど、この中に歯科的な情報、歯がどれくらいあるとか、入れ歯が使えているとか、歯茎の状態がどうか

とか、そういう情報をきちっと入れていただきたいなと思います。

というのは、そういう情報が、その患者さんの食事のレベルを判断する材料になるので、とっても重要なことだと思います。

それともうひとつ、皆さんに逆にお聞きしたいことがございます。皆さんの手元にはないかもしれませんが、自分の手元にある資料で、地域ケア会議の概念図というものがございます。いろいろたくさん図があるのですが、この中に、主な構成員、実務者、地域包括支援センターの構成員の中に、ケアマネージャーとか自治体職員とか医師とか色々あるのですが、歯科医師・歯科衛生士というのも入っているんですね。だけども、実際に地域包括支援センターの中に、我々の同業者の歯科医師とか歯科衛生士が入っているかどうかというのは、実態把握できていないのです。もしそういう実例があったら教えていただきたいなと思っています。以上です。

○ 長瀬座長

次に、「薬剤師会」の有澤委員さんどうでしょう。

○ 有澤委員（北海道薬剤師会）

北海道薬剤師会の有澤でございます。

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

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

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

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

ICTとかも、「北まるnet」みたいなものもやっているのですが、薬局の事業規模では、大手の、大きい会社のチェーン店さんを別として、固定の薬局はそういったハード面の負担というのも多いので、こういったものも是非考慮していただきたい。

それから、何よりも在宅医療・介護連携推進事業の中で、資料1(カ)のところ、やはり医療・介護者の研修というところで、先程からよく言われておりますが、職種の中で医療と介護、私どもはドクターといった方々とは比較的近い関係で連携はしやすいのですが、介護の方とは言語とか価値とか見方、目線がちょっと違ってきますので、一緒にグループワークを症例、題材を持ってやっていく。こういったことを積み重ねて経験を積んでいかないと、きちんとした対応もできていけないのではと思っております。そういった点で、平成26年、27年と、基金の方で、訪問薬剤の管理の実施体制の整備事業というのを今やらせていただいて、これは、薬局で全て完結しているわけではなくて、多職種の連携でそれぞれのモデル地域で実際に事業を起こしてかなり連携が進んだし、お互い顔が見える関係にもなりましたし、情報共有がすごくしやすくなったというような形になっております。これも報告書で報告させていただくと思いますが、こういったケースをたくさん積み重ねていかないといけないのではと思っております。

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

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

それではもうひとつ、「北海道老人保健施設協議会」の星野委員から。

○ 星野委員（北海道老人保健施設協議会）

北海道老人保健施設協議会の星野でございます。

2年前、札幌でアンケートがありまして、医療を受けている方が介護を受けているというのが75%、介護サービスを受けて医療を受けている方が95%くらいとなっている。実際に医療と介護の連携ですけれども、一番必要としているのは、患者さんであり、地域の住民の利用者さんといいますか、これは同一人物で、本当に一番必要としているのは、ご本人なのだろうなと思います。そういう視点でも、医療と介護の連携というのは必要だと思います。そうすると、地域の介護資源だとか医療資源が、地域の方々にしっかり伝わって、住民の方々がご自分でニーズをしっかりと出していき、そういうのを調整していくといったそういう意味の啓蒙活動も必要なのではというように思います。

もう一点ですが、平成24年に在宅医療連携拠点事業というモデル事業がありまして、そのときにたまたまですが、夕張の「メロンネット」というところと、私どもの東区にある「タッピーねっと」というところがモデル事業を行いました。その中で感じたことは、これからの地域の中では、都市部もそうですけど、行えることが非常に限られると思います。十分に承知している訳ではないのですが、一層過疎化が進んでいく中で地域間連携というようなもの、あるいは都市部と郡部の連携というようなものの視点も必要なのかなと感じておりました。

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

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

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

ここです、高橋知事さんには他の用務がありまして、ひと言いたしたいと思います。

○ 高橋知事

ありがとうございます。ちょっと他用務がございますので、出なくちゃならないことをお許しいただければと思います。

今日、御出席をいただいております皆様方の会の組織率が、藤原副会長、それから、ホームヘルプサービス協議会の七戸会長もそのようなことをおっしゃっておられたと思うわけですが、ほかの皆様方の団体がどうかというのも、私ども、また勉強をさせていただきたいと思うわけですが、いろいろな情報を共有をし、それぞれの地域の現場で、在宅の医療、そして介護の連携を支えていくためには、やはり情報共有をいろんな形でやっていく必要があるという中で、それぞれの皆様方の組織率が必ずしも高くないということ、どのように政策的に考えていくのか、これは私どもとしても、議論を深めていかなければならないかなと、このように思った次第であります。

それから、本当にいろいろな職種の、医療と介護の方々の中でも、お医者さま、看護師さん、それ

から、三士の団体、リハビリテーション三団体の方々のお話もございましたし、ほんとにいろんな多種多様な職種の方々連携をして、患者さん一人ひとりを支えていくということを考えた場合には、顔の見える連携ということの重要性ということも認識をしたところであります。

これはやっぱり、都市部での情報共有の有り様と、地域、地方におけるそれは、ちょっと違うところがあるのかなと、先ほど美瑛の例で、実際に在宅に訪問されたところのお医者さまの時間を若干使って、関係の方々がディスカッションをするという場面もあったわけでございますけれども、そういう顔の見える連携と書式の統一というシート、あるいはICT技術を活用した情報の共有ということの御提言もあったわけでありましたが、そこらあたりを我々行政として、これから現場で支えていくためには必要なことと、直感的には思うのでありますが、ただ、この北見のケース、あるいは、苫小牧のケースの資料の提示もあるところでありますが、それぞれがそれぞれの地域の思いもあるだろうし、それこそ、みんなが加入するわけではなくて、アウトサイダーの方々が出られた場合にどう考えるのか、それを行政として強制することが、道民のそして国民の医療のレベル、生活の質を高めるために必要なかどうかとかです。ね、まだまだ私のこの頭の中で整理できていない部分もあるわけでございます。

それから、一方でですね、北海道は179市町村がございまして、美瑛は1万ちょっとの人口でしたですね、1万の人口にいかない町がいっぱいあります。そういうところの方々からは、それぞれの単体の市町村ごとに、在宅医療を支える、地域医療の構築というのは無理であると、広域連携が必要であるというお声もいただいているところでございまして、そういうことを、今日お集まりの医療の現場の先生方、介護の現場の先生方に、どのようにお考えいただくかなどですね、まだまだ課題は多々あるかと思えます。

今日は一回目の会合でございますので、今、私がちょっと触れました、連携のあり方についての考え方の整理であるとか、あるいは、団体の組織率の問題であるとか、そういったことなど、今日、最後までいれなくて恐縮なんですけれども、皆様方からいただいた御意見を集約するかたちで、内海以下、事務局がしっかり残って、ポイントを整理をして、そして次回の意見交換会までに、私どもとして委員の皆様方に御呈示を申し上げる、また、ディスカッションをしていただくポイントについて、御呈示を申し上げればと、このように思っているところでございます。

今日はキックオフでございます。と言っても30年の4月までというのは、もうあまり時間もございません。是非、今日御出席の団体の皆様方、それぞれの委員の皆様方のお力をいただきながら、北海道民がどこに住んでいても、安心して老後を迎えることができる、そういう社会づくりをしっかりとやっていきたいと思っておりますので、これからもお力添えを心からお願いを申し上げます。

重ねて中座することをお許しいただければと思います。ありがとうございます。

○ 長瀬座長

知事さんありがとうございました。

※知事退席

テーマ ウ 医療・介護関係者の研修

○ 長瀬座長

それでは、3つめのテーマに入らせていただきたいと思います。時間が押していますので、もう少しですので頑張ってくださいと思います。

「医療・介護関係者の研修」についてということですね、別添資料7にもありますが、道では、本年度「地域医療介護総合確保基金」を活用して、研修会とかそういったことをやると伺っております。

医療や介護の双方の現場で使用する専門用語が理解されていないんじゃないかとかですね、そういったことがあって、「医療・介護関係者の研修」が大変重要であると思います。

「医療・介護関係者の研修」については、平成30年4月までに、全ての市町村で取り組まなければならないとなっておりますし、市町村がどういう点に留意しながら取り組んでいったらいいのか、そういう点もあります。医療と介護の連携が進む効果的な研修のあり方、そういったことで専門的な立場でご発言をいただきたいと思います。

まず、医療側の立場から、「北海道地方・地域センター病院協議会」の九津見委員からお願いをしたいと思います。

○ 九津見委員（北海道地方・地域センター病院協議会）

今、皆さんご存じのように病院の中ではチーム医療ということでやられてます。以前は医師の指示のもとでみんなが動くということでしたけども、やはり今はそれぞれの専門の分野で知識と技術を深めることによって、それぞれ尊重しあえる関係ができたということで、チーム医療というのが出来てきたというふうに思っています。それを地域に広めていくというのが医療と介護の関係をよくしていくということにつながるんじゃないかと、そういうイメージじゃないかなというふうに僕は感じています。

そういうことを考えますと、お互いに尊重しあえる関係をつくるということで、しっかりとした介護の技術や知識を介護の方が学ぶことによって、ちゃんとした身分や地位、それから報酬をきちっと保証してもらえる。今でもそうでしょうけども、もう少しそういう部分に配慮してもらえることによって、これは国の視点かもしれないけれども、やはり、自尊心というものと、周りで認知されるということでお互いに尊重しえるような関係ができるんじゃないかと。それによってまた、介護の方の離職というのも多いと聞いていますので、そういう離職防止にもつながるんじゃないかというふうに思います。

それと、医療との関係ということでいうと、利用者の方の状態とか症状を、きちんと把握してそれを医療者にきちっと伝える、そして医療者からの話をちゃんと理解する。皆さんもずっとお話していたように、言語ですね、言語をお互いに統一しあうということ、そういうような研修もきちっとやっついていかないといけないんじゃないかというふうに思います。

もう一つは、これは先ほどから皆さん言われているように、地域ごとに医療資源がだいぶ違ってきます。地域と都市部とでは全く違うわけで、その地域、地域でのやり方とか言葉の使い方、文化的なものが違うと思うんですね。そういうことを、医療者側もあまり介護の方たちの活動をよく知らないという状況もありますので、地域の中心的な事業所とか病院の中において、先ほどから言われているように、顔が見えるような関係を築くような地域に根ざした研修会というのもまた必要だという風に思います。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございます。

続いて、「北海道自治体病院協議会」の木村委員からよろしくお願いします。

○ 木村委員（北海道自治体病院協議会）

自治体病院には札幌とか旭川みたいにバリバリの急性期病院もいくつかありますが、大半は地域の中小病院です。先ほどもお話がありましたが、医療と介護の連携というのは自治体病院にとってはある意味最大のテーマだというふうに思っています。

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

共通言語の設定は非常に重要で、道南では、全国老人保健施設協会版の ADL 評価ツール、A3 アセスメント、介護の領域では比較的使われているというふうに聞いていますが、それを NPO 法人道南地

域医療連絡協議会、通称「^{メディカ}Medika」のネットワークに乗せて、医療・介護双方が電子情報として共有出来る仕組みを動かしています。当院は急性期病院ですが、回復期病院への転院だとか各種施設を含む在宅に戻る場合だけでなく、地域では患者さんが循環しており、急性期に来る前の状況がわかるので、どこまでこの人は求められるのかというような情報が急性期病院にもわかるということで、かなり重宝しています。十分なマンパワーを確保するのはなかなか難しいということはハッキリしていま

すので、どれだけ効率的に情報共有するかという観点からも ICT の活用は重要だろうと思っています。

それから、医療と介護の顔の見える関係はもちろん重要で、道南では 2006 年から道南在宅ケア研究会というのが立ち上げられて、事例の検討会とか講演会とか懇親会とか開催されてます。

ただ、先ほどもお話に出ていましたが、「Medika^{メディカ}」にしても、道南在宅ケア研究会にしても、地域の医療・介護の一部しかカバーしていません。みんなが入っているわけではありません。これらを活用して地域全体に広げていくのか、あるいは新しい仕組みを考えるのか、ここは誰かが強力にリーダーシップをとらないと動かないと思います。リーダーシップの問題はすごく重要と考えています。医療と介護両方に精通してない人がリーダーシップをとるとんでもないところに行ってしまうのではないかという心配もあって、実際に地域が誰がどういうふうに関与してリーダーシップをとってどこに行くのかというのが一番大事なのかなというふうに思っています。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

それでは介護の立場から、「北海道デイサービスセンター協議会」の西川委員をお願いします。

○ 西川委員（北海道デイサービスセンター協議会）

ありがとうございます。北海道デイサービスセンター協議会の構成は、社会福祉法人ももちろんなのですが医療法人さんですとか株式会社、有限会社そういった民間のデイサービスセンターの事業所も含めて構成されております。組織化率、先ほど話が出てたんですが、株式会社はフランチャイズ方式でどんどんどんどん増えていまして、構成化率が下がってきているような状態です。そのような中で今回の介護報酬（の減）となりました。

そちらのほうは置いておいて、先ほどから色々ご議論の中で出てきていますように、情報の共有というのがまず大切だという話の中で、当然研修が必要だというお話で、研修の話もある程度出てきているかなというふうに思うのですが。

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

ただ、こういったことも認知症だけの切り口、これはもちろん介護と医療をつないでいく中では重要なテーマなんですけども、先ほど西委員がおっしゃられたように、「ごはん、この方食べないね」といったときに、口の状態、歯科から見た立場というのは大変重要なことですし、また、薬の関係で、食欲がないだとか、なかなか唾液が出なくなってしまってそういった状態の中で食べられない、そういったような問題が色々あって、各団体から来て頂いて、そして、それぞれの地域の中でみんなが一つの話を話し合っていくというのが大切だというふうに思います。

そのときに、今残念ながらこの中では介護職というのはもしかしたら日本の文化的、歴史的な背景の中で、一番遅れて介護保険制度が始まってから進んできた関係で遅れている部分、そして一番勉強しなければならない部分かもしれません。ただ、やはりみんなが一緒になってそれぞれの立場から、色々な視点の中から、それぞれの職種が色々な知識を持って、そして一人の地域の人、お年寄りの方、そういった方々を支えていける、そういったような地域になるためにも、グループですとか、そういった多職種と一緒に関わったそういった研修が今後も必要になってくると思います。

時間も押していますので、そういった形で今後も色々な形ですすめられれば良いと思います。どうもありがとうございました。

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

それでは次、「北海道社会福祉協議会」の藤田委員。

○ 藤田委員（北海道社会福祉協議会）

私、北海道社会福祉協議会の立場から発言させていただきたいと思います。

まず一つ目が、地域福祉の視点なんですけれども、医療と介護の協働のステージとして今求められておりますのが、紛れもなく地域包括ケアシステムだということでございます。

ただ、昨今色々皆様方からのご意見の中にもございましたとおり、同じ方、お一人の住民の方にとって困り事ってというのは、確かに医療ニーズあり、生活ニーズありというかたちで、それぞれが補完し合って生活を成り立たせているんじゃないかなろうかというふうに思っております。生活課題への気づきというのを的確に読み取って、住民に向かい合ってますね、地域の中での個別支援というものを可能にしていくという、そういうところがおそらく地域包括システムの本旨でもあろうかと思っておりますので、「安心安全な街づくり」という言葉で表現されますけれども、地域の中で安心して暮らせる、それぞれの個別の支援というものをきちんと読み取り、気づいて、それを形にしていくというような人材育成ってのがまず一番大きいのではなからうかなと思います。具体的には、地域包括支援センターの職員研修ですとか、社会福祉協議会等からニーズが高いコミュニティソーシャルワーカーの研修、そういう技量を持った職員が地域の中で展開できるような環境を作り上げていきたいなというふうに思っております。それが一点でございます。

もう一つは、虐待防止の倫理観の問題が非常の大きいのかなと思っております。

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

○ 長瀬座長

はい、どうもありがとうございました。

それでは、「北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会」川尻委員。

○ 川尻委員（北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会）

北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会の川尻でございます。

地域包括支援センターが法制化されてから、現在は北海道の全ての市町村に設置をされておりました、その中で先ほどお話しがありましたとおり、加入率の部分ではやや苦慮しているところでございます。包括支援センターは直営型・委託型に分かれる訳ですが、おそらく加入をしていない地域包括支援センターは、直営型・規模の小さい町村でございまして、更に財政的にも厳しいところが多くなかなか入っていただけないという現状があるものですから、町村会等通じて是非ご入会いただけるよう働きかけを、といったところではなかったかなと思っております。

また、先ほど西先生の方から地域ケア会議のお話ございました。私は小樽にあります包括支援センターの職員でございますが、小樽はとても医師会も素晴らしく、連携に協力いただいておりますし、歯科医師会の会長さんや会の皆さんも、連携に熱心な方です。また、薬剤師の皆さん、あるいはセラピストの皆さんもとっても熱心に連携のための研修をいろいろやっております。

その中でも、連携に関する研修がとっても多いんですが、やはり感じるのはですね、来る人はいつも同じだと。熱心な方はいつも来てですね、「顔が見えすぎる関係」になる。ところが、「このケアマネージャーは来て欲しいな」「この先生にちょっとこの話聞いてほしいな」という先生はなかなか来て頂けない。つまり、地域のなかで医療・介護の連携が出来ている、出来ていないではなくて、おそ

らくかなりまだらなんだろうと。その中で、医療を必要とする高齢者、介護を必要とする高齢者の方々は、そのケアマネージャーさん、その病院のドクターが連携に熱心な先生なのか、連携の得意なケアマネージャーなのかがよくわからない。ある意味では運みたいなのところがあるので、そういった部分では底上げというのがとっても大事なんだろうとっております。

その中で地域包括支援センターというのは、特に地域のケアマネージャーさんの支援を行うという役割を持ってますので、包括協といたしましては、地域包括支援センターの方々に情報の提供ですとか、そういったことをさせていただいて医療介護連携についての研修ですとか、啓発についてそれぞれの地域で行って欲しいということのを推し進めていきたいとそうふうに思っているところでございます。

地域包括支援センターが出来てしばらく経っておりますが、意外と国の調査などでも地域包括支援センターについて認知度が低かったりする訳であります。特にですね、医療関係の方々についてですね、ある時急に受診に来なくなったり、いつも調剤薬局で薬を取りに来る高齢者なただけでもちょっと心配だな、という方がいたときに、どこに連絡をして様子を見に行ってもらおうかということ、地域包括支援センターなんですけど、やはり知っておられない方がいて、どこに連絡すればいいんだろうと。そういったことも含めて、包括支援センターが包括支援センターの役割を、地域の医療関係者に改めて、あの、出来た時は一生懸命研修するんですが、出来て3年くらい経つともう知ってるだろうということではなくなっちゃうことがあるもんですから、そういったこともしていく必要はあるんだろうと、そのように思っております。以上でございます。

○ 長瀬座長

はい、ありがとうございました。

大変時間をお待たせしてしまいましたが、「北海道介護福祉士会」羽山局長をお願いします。

○ 羽山事務局長（北海道介護福祉士会）

介護福祉士会でございますけども、介護福祉士の国家資格を持った者が、任意で個人で入っている団体で、先ほど高橋知事が組織率を言われた時に、今うちの持っている組織率と同じくらい私は小さくならなくちゃいけないかなと思って、どこに言おうかとは思っていたんですが、そのくらい組織率は悪いところとっております。

今回研修というテーマをいただきました。先ほどお話ししたとおり、介護福祉士会は本当に研修を中心としているところでございますけども、まず、毎年行っていることで、介護福祉士の初任者研修というものをしております。この研修については、介護福祉士の資格取得後1年～2年未満の職員向けの研修ということで、その中で介護福祉士のための医学知識という項目で、基本的な医学知識の学習というのをしております。講師に至っては必ず医療関係者の方をお願いしております。この研修自体は振り返り研修の意味合いを持っております。少し働いて慣れが出てきたところで、もう一度学び直し自分を見つめ直す機会になっているところの研修でございます。

それと今年度ですが、専門研修と題しまして「ターミナルケアの取り組みについて」というテーマで看護協会さんの方に全面的に協力をいただきまして、研修会を実施いたしました。元々日本看護協会が提案する、「介護施設等における看取り研修プログラム」という研修が看護協会さんの方でありまして、本日ご出席の看護協会の理事でございます前川様の方からお話をいただきまして、この研修会が実施できました。こちらについては、施設・在宅問わずターミナルケアに対しての知識と学習、のみならず介護そのものの考え方について学ぶことができたかなというふうに思っております。

その他なんですけども、今年度、北海道じゃなく日本介護福祉士会で認定介護福祉士、介護福祉士のちょっと上の段階のところの資格になるのかな、その勉強会のところの認定機構の方つくりまして、たぶん来年度再来年度から認定介護福祉士というのが動いてくるのかなというのがひとつあります。

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

それからもう一つ、北海道介護福祉士会は北海道内に10の支部があり活動させていただいております。それぞれの支部については、介護の中心となる人が役員となって精力的に活動させていただ

ております。今後は支部レベルでのつながり、医療とのつながりということで研修が実施されることを願いたいなというふうに思っております。以上でございます。

○ 長瀬座長

ありがとうございました。

本日まで出席の方全員にお話をさせていただきました。2分間という短い時間で無理なお願いをしました。

それぞれの立場でお話をいただきましたが、色々なこともわかりましたし、問題点もずいぶんいくつもあったのではないかとそのように思っております。

本当にご協力をいただきましてありがとうございました。

この次もまた開催されると思うので、その際にはご意見をいただきたいなと思っております。

これから、道がこの後スケジュールを含め、どのような取り組みを行っていくかについて、事務局から説明をいただきたいと思います。

○ 粟井高齢者支援局長

本日は委員の皆様方からは、医療と介護の連携に係る数多くの貴重なご意見をいただき、誠にありがとうございました。

道としては、地域における医療と介護の連携を今後推進していく上で、本会議で頂戴をいたしましたご意見あるいはご提案の趣旨を踏まえながら、今後、一つには、市町村や関係団体、またはサービス事業者等へ助言または情報提供を行っていくことをはじめ、地域医療介護総合確保基金等も活用しまして全道レベルでの施策の展開方法あるいは展開内容、そのほか国への要望などについて、検討を行うことなどを考えております。そうした取り組みを通じて、引き続き市町村支援に努めてまいりたいと考えております。

次に、今後のスケジュールですが、道では、医療・介護の連携に係る市町村や関係団体等の取組状況について引き続きモニタリングを行うとともに、毎年度の国費予算要望や次期医療計画あるいは介護保険事業支援計画の策定、さらには、診療報酬、介護報酬の同時改定などといった節目を意識しながら、年1～2回程度、本日の会議を開催していくことを予定しておりますので、よろしくお願いたします。

○ 長瀬座長

本日の意見交換会の終わりに当たり、道保健福祉部を代表して、内海監から、医療と介護の連携など、地域包括ケアシステムの構築に向けた今後の道の取組について、ご発言をお願いいたします。

○ 内海少子高齢化対策監

長瀬座長をはじめ、委員の皆様には、大変熱心なまた長時間にわたってのご議論、ありがとうございます。十分時間が無かったこと、私ども重々承知しております。本当にありがとうございます。

先ほど知事からもお話がありましたとおり、本日、いくつかの論点にまとめられると思えます。情報共有の必要性ですとか、それに向けた研修の意義、そういったことに関しては今日お集まりの皆様の中では当然の共通認識でございます。

今回初めて北海道レベルでこういった皆様のご参画を得たということは、私どもとしては、知事というところのキックオフでございます。

このことは、当然この全道レベルでの会議は引き続き続けてまいりますけれども、もう一つの、本日意見が出た中で、これをどうやって地域の中で、そして、市町村の中でうまくやっていくのか。そもそもの一つの目的が、30年の4月までに各市町村がどれだけ取り組みを進められるか、ということでございます。それに関しましては、冒頭の方に担当の課長からお話申し上げましたように、二次医療圏ごとに保健所が中心となりまして、多職種連携協議会を設置することになっておりますので、地域レベルではここも活用していただきながら、それを更に市町村レベルの方で議論を深めていただくための支援策ということで、私どもとしては、重層的にこの会議、地域、そして市町村と、こういうような仕組みですすめてまいりたいと思っております。そういう中では、本日出てきました議論を私どもの方で大至急集約させていただき、30年4月までの市町村の支援ということに関してはちょっと

時間が無く急がなければいけませんので、このご議論につきましては、議論方法、このように全体会議でやるのかということも含めて、座長の方と私どもの方で打ち合わせさせていただきまして、また皆様の方にご連絡を申し上げまして、今後の議論の進め方を検討させていただきたいと、このように思っております。

組織率等のお話も出てまいりましたけれども、私ども、30年4月に向けての市町村における医療と介護の連携が大事なんだということが浸透することによって、それぞれの団体の重要な役割と、こういったものに結びつけていくことが大事だと思っておりますので、そういった観点に立ちまして引き続きこの会議への皆様のご協力をお願い申し上げます、私からのお礼の言葉とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。

○ 長瀬座長

ただいまご発言がありましたとおり、今後とも、道内における医療と介護の一層の連携が図られ、地域包括ケアシステムの構築が進みますよう、皆様方の絶大なご協力が必要ですので、どうぞ引き続きよろしく願いをいたしたいと思っております。

10分ばかり予定をしていた時間が過ぎてしまいました。

本当に長時間にわたってありがとうございました、またよろしく願いいたします。

閉会（20：10）

【出席委員等】

【医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会】

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