

# 新潟市在宅医療・介護連携推進協議会（第2回全体会） 議事録

## ■ 日 時

平成27年10月6日（火）19：00から21：00

## ■ 場 所

新潟市総合保健医療センター 2階 講堂

## ■ 次第

### 1 開会

### 2 議題

#### （1）分科会報告

①基盤整備促進分科会

資料1・2・3

②多職種連携・普及啓発・人材開発育成分科会

資料4・5

#### （2）その他

### 3 閉会

---

## ■議事録

（○委員からの質問・意見 ●事務局の回答など）

次第2（1）分科会報告 （2）その他

### ①基盤整備促進分科会

○1回目の分科会の際に資料2のところの人員体制のことについて、社会福祉士という言葉があったと思いますが、第2回分科会の資料ではなくなっていて、消えた理由は何かあるのか。

●事務局の考えでは医療ソーシャルワーカーの方の中に含まれるのかなというところで、整理したところですよ。

○社会福祉士っていうのは資格みたいなものでしょうけれども、ソーシャルワーカーってもっと広い範囲の、独立した資格とは違うと思うんですけども。

○厳密にいうと医療ソーシャルワーカーが必ず社会福祉士を有しているわけではないので、中には

社会福祉士の資格を有しておらず、医療ソーシャルワーカーを行っているのですが、そのあたりが国家資格として要件にするのか、医療ソーシャルワーカーとして要件にするのかで変わってくるかと思えます。

○ソーシャルワーカーというのは国家資格ではないわけですよね。一般的な職種という形で。わかりました。

●確かに社会福祉士を持っている医療ソーシャルワーカーさんが望ましいということが一つと、あとは実際に医療ソーシャルワーカーが必ずしも社会福祉士資格を持っていないというもの承知しておりました。社会福祉士を必ず備えているのが望ましいですが、それに相当するような知識・経験をお持ちの方も視野において良いのではないかとということもありますし、27年度スタート時点では、主に医療の中の病病連携・病診連携といった在宅医療の推進の部分の比重も大きいのではないかとということもあり、MSWということで資料の中で整理させていただいたということです。

○そうしますとこの資料2の資格・職種のところで「医療知識を有し、かつ社会福祉士や介護支援専門員の資格を有するなど」と追加しても良いんじゃないですか？「等」に入るのかもしれませんが。そのへんいかがでしょう。

●ご指摘の通り、考え方の整理の中で「かつ」の中に社会福祉士の言葉も書き加えておきたいと思えます。

○特別そこに入れる必要ないんじゃないかと私は思います。資格と言ったためにごちゃごちゃとなっている経過もありますので、要するに、ソーシャルワーカーマインドを持って適した人物が来てくれれば良いわけですから。別に資格を厳密にこだわる必要はないんじゃないかと私は思います。

○「なくてはならない」ではなく「望ましい」という書き方なら良いんじゃないでしょうか。いかがでしょうか？限定すると人は集まらないということはあると思えますけれども。

○資格を限定するわけではなくいろんな人に関わっていただきたいですし、ただ、こちら側の意図としてはこういうふうな資格を持っていたほうがより良いというような意思表示をするためにも書くことで限定するわけではないという今の「望ましい」という書き方で私は良いのではないかと考えます。

○管理者というかセンター長のことなんですけれども、いろいろ検討いたしまして最初は事務方のトップあるいは次長くらいの方が動きやすいかなと思ったのですが、多職種連携には医師もかなり入ってきますので、地域医療を担当しているドクターにやってもらおうかなと、まだ決めてないんですが考えております。ちょっと補足しておきます。ご質問ありますか。

○前回の会に話があったと思うのですが、基幹型とされるものと医師会の中でおかれる在宅医療推進センターの方のすり合わせといいますか、意思統一というところにおいては医師会の中で同一フロアで、人材も共有しながら同一の方向性をもってやっていくというお話があったと思うんですが、その方向性は特に変わっていないということによろしいですね。

●その通りです。今ほどお話いただいたとおり、同じフロアで両センターの業務を行う予定としております。実際に医師会のほうでもその準備を進めておりますので同じ場所で両センターのスタッフといいますか、3の(1)の3名の体制でとりあえず平成27年度スタートをさせたいと考えていますし、センター長につきましては医師会さんの方に市からも相談差し上げたいと思っております。

○はい。センター長は基金のほうの推進センターと支援センターの事業内容が重複し分けができませんので、センター長を兼ねることになるのではないかと今のところ考えております。この辺については事務方のほうから補足していただきたいのですが。

○いまほどの通りでございます。分科会の中では人員配置につきましてはより具体的に10月1日付けでSEと事務を兼ねた職員を一名採用いたしました。11月1日、主任ケアマネをもつ看護師さんを採用するという事です。社会福祉士の方につきましても現在交渉中ですので、市が求めている形というのは可能ではないかと思っております。最初県の基金のほうで早くやれと、お金はふんだんにあるから早く雇って早く進めるように言われたので、それを忠実に守りまして当初10月からある程度の人員ということを考えていたのですが、SEだけを取って県にはとにかく要求をしたんですが、ご承知の通り、県の基金が当初県がもくろんでいた1/4程度しかこなかったもんですから、億の単位で予想していたのが具体的には8千万くらいしかなかったということです。それから今時点で半年分の用意をしているのが2千万円で、県にはその2千万円の中からとにかく金をくれという話をしているのですが、県のほうは「今後どうなるかわからないのであんまり新潟市だけには配分できません」と言う話をしてしています。とにかく県とは綿密に相談をしながらいろいろと事業を進めていたんですが残念ながらはしごをはずされたみたいな状況で、今困惑はしておりますが、粛々とこの事業は進めていきたいという風に考えております。以上です。

○ありがとうございました。最後の2千万というのは地域医療再生基金の残りですね。

○地域医療介護総合確保基金のほうのお金です。26年度924億でしたかね、26年度の後半から始めたものですので、ほとんど執行できず、その執行残も含めて半年間は、県に言わせると10月からのセンターの開始に向けた準備のお金です、という名目で2千万円ほどすでに予算があるということです。当初早く作れと言ったが実際はセンター運営の要綱自体がまだできていないということで、10月16日に県議会が終了して普通はそこで採決をして補正予算が付くということで、県いわく、それが付かないと運営ができないと。それだったら早く言ってほしく、最初から10月1日からなんて絶対できなかったじゃないかという話はしているのですが、そんな状況で、とにかくお金がちょっと今は思っていたよりは足りないという状況です。

○予算あるいは議会の決定とかいろいろ複雑な状況はあるようですが、よろしいですか、その辺に関しての質問があるようでしたら。

●事務局のほうから補足ですけれども、資料で申し上げますと、資料2の(5)の「その他」というのがありますが、センターの開設に当たっては「地域医療介護総合確保基金」、これが県議会で審議中の部分ですけれども、その基金の予算による在宅医療推進センターと介護保険事業に基づく在宅医療・介護連携支援センターとの経理区分というのは実際の県から県医師会を通じて市医師会に配分される金額の内容を見て、経理区分を市の医師会と協議したいという内容のものです。まだその金額がはっきりしているわけではない状況ですし、また今日この会議を終えて実際の委託契約をどうするかという具体的な話を市医師会さんと協議を進めたいと考えております。費用の部分についても今後当然検討の材料となるものです。以上、補足です。

○あまりお金のことは言いたくないが、ある程度自由できるような形をとらせていただければ、我々としてもありがたいと思っております。

○先ほどの資格についてなんですけれども、この表現ですと、「看護師・医療ソーシャルワーカーが

望ましいが当該要件を満たす人材の確保が困難な場合、これに相当する知識を有すると認められるものの配置を行う」という書き方はいかがかなと思います。この職種があてなければじゃあ他の職種にします、たとえば介護支援専門員の中でもセラピストの方もいらっしゃるれば介護福祉士もいる中で、この資格の人がいなかったら次この資格の方にしますよって言う書き方というのは、もう少し平たく表現を見直していただいたほうが読み手としてはよろしいかと思います。以上です。  
○確かにちょっとくどくどした書き方ですよね。事務方いかがですか？  
望ましいと、切っても良いかもしれませんね。

## ②多職種連携・普及開発・人材開発育成分科会

○先程、人材開発育成の現状をまず確認したいという言葉だったんですが、一応ご確認いただいて、目標となる数値というのが必要となってくると思うんですが、その数値ってというのはどこを基準として持っていらっしゃるのかというところをお聞きしたいのですが。

○それは私たちが市の方にお聞きしたいというところですが。

●あとで補足しようと思っていましたが、どのくらいを目標にという形をとるかということですが、実は今、地域医療構想の県の計画を立てているところですが、その中で今クローズアップしているのがベッド数云々ですけれど、そればかりではなく在宅医療の量というものが、その場面で協議され、それに伴う人材の確保という形で、量的なものも県のほうで話し合われる計画になっております。その中で新潟市は人口も規模が大きいので、あくまでも新潟県としての計画ですけれども、新潟市としての数値というものについても議論をしていただくように、県のほうにはお願いをしていきたいと考えておりますし、これから調整会議などが開かれていくのですが、今年度中に量的な目標値が出るのかというところがスケジュール的に遅れているのですけれども、あくまでも目標数値が出たところで、それに向けての市としての方策という形を考えていきたいという風に今思っております。座長からもそこをはっきりしないとぼやけるのではないかとことを言われております。

○数値の目標がないと、あとで検証できないということになると思います。多職種連携についてのご質問に入っておりますが、この際、基盤整備と多職種連携を区別せず、両方に関してご質問・ご意見をお受けしたいと思っております。よろしくお願いたします。この会議における「在宅」のかなり広い定義と申しますか、説明がございましたが、これが現実に即した考え方と思っておりますが、そのへんいかがでしょうか？いろいろな施設を含めた在宅という、これからはこういう方向で考えて行くべきだと思うんですが。

○この読み方からしますと、病院、有床診療所以外をつめて在宅と見る、ということではよろしいでしょうか？例えば老健そのものが在宅としてみなして良いということになるのでしょうか？老健の場合は、基本的に医師と看護師が常勤でありますので、この辺の検討は医療的には現在の在宅という範疇からすると、この辺は乖離があるのではないかと申すのですが、いかがですか。

●事務局としても悩みどころで、診療報酬の観点からの在宅という定義だと、老人保健施設は削除

されるというところなのですから、あくまでも事務局が提示したのが介護法人保健施設から終の棲家ではないというところで、在宅に戻ってこられるという基本がありますので、という面で連携を語る時に在宅として見なしたほうがいいのではないかと考えていたかと思いますがいかがでしょうか。

○基本的には老健は在宅復帰施設であるということなので、そこを入れてネットワークとか連携を取るのには良いことなのですが、これだと老健に在宅の医師も入り込むというふうに捉えられるのではないかなと思うんですね。決して共同でやっていくことについては私も異論はないですが、国の方針と誤解されてしまうのではないかなと思うんですが。

○定義ではなく、範囲ですから。そういう意味では広い範囲で良いと思うんですが。

○要するに包括ケアを考えていく上で、在宅全体をどう見ていくかということが必要なわけで、医療保険の定義とかそういう問題じゃなくて、先程事務局が言ったとおり、今、老健からまた戻ってくる施設も利用しつつまた自宅に戻ってくるという、行ったり来たりということがあるわけですので、そういうところも全部含めた上で考えていかないと、在宅のことを総合的・包括的には考えられませんので、私はこの定義で良いと思います。

○これがどういう風に影響するのも良くわからないんですが、地域包括ケアでは病院とかも入ってくるわけですね、結局のところは。今回は病院とか入れてなくて病院との連携も必要だって話になっているんですね。で、病院は入っていないくて、老健は入れるって言うところで老健入れなくて良いんじゃないかと私は思うんですけどね。結局連携を取り合うのは病院とも連携を取り合うわけですし、老健とももちろん連携取り合うわけですから。結局、老健を入れるんだったら慢性期病院も一緒なんじゃないかということにもなりかねないし、厚労省として医療機関ともなされている老健は外しても良いんじゃないかと私は思うんですけども。

●先程事務局として提示させて頂いたとお話させていただいたんですが、この基本となっているところが地域医療構想の在宅という定義のままここに落とし提示させていただいております。これはあくまでも、地域医療構想の定義ですので、この場でいろいろご議論いただきたいと思います。

○地域医療構想の定義としては、老健は入っているわけですね。後方支援病院は入っていないということで、厳密な定義と在宅患者の動く範囲という風に考えると、二段階に書いたほうがいいのか、これだけではまずいみたいだし、かといって老健を外してしまうと、後方支援病院というかそれとの関連も抜けてしまうような感じもしますが。

○地域医療構想というのは、どこが中心になってやっているんですか？

●県です。

○老健を入れた理由というのは？

●国が定義として、地域医療構想が何を基準にするかという診療報酬基準にされるので、在宅に降りてくるという中の、ベッド数を考えたときの量なんですけど、その中に老健も盛り込んであるというのが国のガイドラインに出ているのです。

○国が言っているならそれに従っても良いのかなと思いました。

●補足ですが問題になっている地域医療構想ガイドラインはこの4月に都道府県に配布されまして、1回目の全体会の資料の中に、実は資料5-1っていう県が説明した資料の中にその件が出ておりまして、在宅医療等とはという記載で、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホー

ム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院、診療所以外のところ」という記述があります。それに倣ったということが一つ。慢性期の医療については、国でも議論不足だということで、厚労省の方で検討会議を立ち上げて、慢性期病床のあり方について検討会が年内に検討課題の整理をするということで確認しております。地域医療構想では、在宅医療等の需要の推計というのを実際には新潟県がするんですが、推計も予定されておまして、今後事業計画を立てるうえで、地域医療構想との整合性をどうするかという話も出てきますので、できれば事務局としては、老人保健施設も居宅の中に、というか在宅医療の中に含めていただけると整理がしやすいというお願いです。

○「在宅」と括弧してしまうと在宅を定義してしまうことになると思うんですね。あえて括弧で在宅を括らないほうがいいと思います。

○ということはこの在宅医療の範囲ということで良いのでしょうか。

●事務局からのお願いにもなるんですが、資料5のローマ数字の基本方針の1のコメ印のところですけれども、在宅医療等の範囲ということにして、願わくば地域医療構想ガイドラインの定義と揃えさせていただければありがたいと思います。

○その気持ちはわかるんですけど、言葉としてはおかしいですよ。在宅医療等の範囲というのは。「等」って便利な言葉なんですよ。厳密な定義じゃないわけだから、ちょっとぼやかしてこういっておきますか。患者さんは行ったり来たりだから。

○そうすると療養型病床はどうなるのか、よくわからない。医療者・介護者、今日来られている方はわかると思いますが、市民は何をイメージするか、療養型病院を入れて良いのかどうか疑問だと思うんですね。

●療養病床の患者さんをどう区分するかにつきましては、在宅医療の需要の推計をするにあたってはガイドライン上では機械的な計算をすることとなっております、実際にこの部分が課題になっております。ご指摘の療養病床をどうするか課題が残るので考えてみます。

○療養病床も、医療療養病床と介護療養病床とあるわけで、医療の方は問題なく病院だと思うんですよ。では介護療養病床はどうするかってとこで、おそらく病院とつくところは病院なんじゃないかと思いますが、何を持ってこれを分けているかはっきりしないんですよ。

●ここの基本というのがみなさまにどこまで考えていただくかということを経理局として考えて提示をさせていただきましたが、まだまだ、議論の余地があるというところです。

○要するにこの範囲を決めることがこれからの議論でどういうふうにご利用されることになるのかということだと思うんですが、こちらの分科会、人材育成ですが私が考えるには特養も微妙なところだと思うんです。要するに特養でうちにいれない方は見てもらう、老健で見てもらう、という時に、介護職員の方が大勢みておられるんですよ。そういうところの介護職員のことも含めて考えていかなきゃいけないってことだと、こういう定義で、これで良いんじゃないかなって気もするんですけど。

○先程の介護型あるいは医療型の病床があるところは病院ですよ。そこに含むという解釈が良い気がするんですが。今の意見にあったように広い範囲にしておかないと、これからやっていく在宅療養あるいは連携という意味では、落としてしまうとまずい気がするんで、範囲というのは基本的にはこの書き方でいいと思うんですが、括弧在宅というのは落とすかどうかは別として。

○市民側のほうから見ると、たぶん病院と有床診療所以外のところは在宅みたいなイメージを持っていると思うんですね。ですからわかりやすく言うのであれば、これで良いのではと思います。実際には、老健のほうも最近少しスタンスが変わってきております。本来の老健の姿で在宅と老健の間を行ったり来たりということに対して、非常に一生懸命やっていますので、そういう点では入れても良いんじゃないかと思います。括弧で在宅をとということでは「等」をつけると皆いろいろ入るので、もし括弧をとるんだったら在宅医療の範囲だけで良いんじゃないかと思いますが。

○2025年には施設での看取りも含めてこういうところがまさに在宅医療の現場になるわけで、在宅医療の範囲で、で良いと思うんですね。厳密な定義ではないわけですから。事務方に整理してもらって、新たに訂正文を作っていただきたいと思います。

これ以外に何かご意見いかがでしょうか？多職種連携のほうでいろいろ説明ありましたが。

○先程の資料も含めて介護支援専門員という言葉とケアマネジャーという言葉が混ざっているの、介護支援専門員に統一ということが良いんじゃないかなと思うんですがいかがでしょうか？もしカタカナ表記する場合はケアマネジャーなので。

○介護支援専門員（ケアマネ）が良いんじゃないですか？

○資料2も「医療ソーシャルワーカー」でよろしいんじゃないでしょうか？他には訪問看護師が非常に重要だと考えておられて、人材開発育成の2番に入っておりますけれども、たぶん10月1日から「特定看護師」の制度が始まったと思うんですけれども、この辺との関連というか制度に絡めての意見とかありましたでしょうか？

○特定看護師の教育がこれから始まるというところで、新潟県はなかなか進んでいない事情もあって全国でやっていくと都心部が教育としてカリキュラムができ始めておりますが、新潟県ではこれからなので、まだこれを議論するには少し早いような気がします。

○同じようなのが医師のほうでも「総合診療専門医」というのが出てきておられて、このプランで間に合うような年度の話ではないので、同じような話になると思うんですが、専門性が高い職種も将来的な目標としては良いですが、今働く人、がほしいわけで、その辺の質のところでも量にも関係しますが、どういう看護師、どういう医師がどのくらい最初の年は欲しくて、将来的には特定看護師、総合診療専門医がこれくらいと、いうものをわかるように提言できればいいなと思いました。

●ありがとうございました。

○訪問看護に関しては県の看護協会が毎年県内全体の訪問看護ステーションにアンケートをとっておりまして統計をとっています。25年度のアンケートの結果が出たんですが、確かに訪問看護件数は増えているし、訪問看護ステーションの従事者も増えているのですが、最近の方向として訪問看護ステーションにリハビリの人も入っていて、PT、OT、STと事務の人の割合を調べたら26%もあるんですよ。訪問看護の件数として増えているというのは出しているんですが、果たして本当に訪問看護が増えているのかって言うのが見えてこないような感じになっていて、ほんとに訪問看護というのが、どれだけ不足しているのか余っているのかということも今良くわからないような状態なんですね。

○事務方なにか情報ありますか？

●実は明日、訪問看護推進協議会があり、この会は、県が看護協会に委託をし、県の訪問看護推進の体制を考える会になっており、そこに新潟市も寄せていただいております、そこでこれから議

論していくところになっております。

○訪問看護ステーションもいろんな形態がありますよね。実際に不足しているかどうか実態がわからないと数値目標も立てられないと思います。ある程度厳密な調査が必要で、サ高住に併設したような訪問看護ステーションを、ちゃんとした訪問と考えると良いのかということもあるし、商業資源主義的なものが入ってきている場合にはチェックがちょっと難しいと思うんですが、その辺の調査、分析をお願いしたいと思いますが。

○専門医制度に問題になっているのが指導医とか研修場所とか非常に問題になっておりまして、育てるのは良いのですが育てる人がいないという状態になっています。医師も看護師も同じような状態になっていると思うんですが、例えばあまり専門性のないような先生が在宅医療をやるというようなイメージで思っていますが、例えば外科でメスを置いて在宅をやってみたいけれども本当に私がやれるのかどうか、というような不安を取り除けるような研修、看護師も同じようなのがありますよね。そんな研修の場と指導する人たちが無理なく、若い 20 代 30 代ではない定年間際とか定年してからという人が入り込めるような場があったほうが良いかと思います。それは、専門医とか特定看護師とかじゃなくて、現場に即した在宅医療、訪問看護を担っていただく人材の育成という意味で、最高峰の一流を目指す教育だけじゃなくて普通に診てくれる医師、看護師を育てるそういう研修とか指導する方の仕組み作りを、これは基盤整備のほうの問題だと思いますが、その辺含めて検討していただければと思います。

○ありがとうございました。在宅医療推進センターの業務計画にも研修も入っていますので、ぜひそういったお知恵も拝借したいと思っております。

●医師・看護師育成の仕組みについて実際にどうやって行うか、というあたりは、まだこれからの検討課題かなと考えておりまして、いろいろご説明できるような段階にないので申し訳ありません。

○ありがとうございました。将来的には特定看護師とか専門医制度も絡んでくると思います。○資料 5 の推進の柱なんですけれども、先般会議の中で事務方のほうから 2025 年までに 37 万人の介護職が不足するというデータをいただいて大変ありがとうございました。新潟県では 4,800 人でしょうかね、もう不足だという数字が出ておりますので細かい文言で申し訳ありませんが⑦の医療・介護職員の育成のところ「人材確保」という文言を入れていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○ありがとうございました。2 の推進の柱の 1 の⑦ですね、人材確保。まさに喫緊の課題だと思いますけれども。育成が間に合わないということもあるかもしれませんが。介護の人材確保のためにはあまり状況は良くない措置みたいのが行われておりますけれども、これはやっていただきたいと思います。他にいかがでしょう。

○市民啓発活動ですとかそのあたりの文言の中にこの協議会でさしているところというのは、新潟市の地域包括ケア推進課で行われているような事業等との擦り合わせとか、市の中の別セクションとの整合性とかそこらへんお考えあれば教えていただきたいのですが。

●市民の方々との共同を考えた場合に、今ご指摘のあったとおり医療部門だけでは成し得ないので、そういう意味で包括推進のほうの担当課にもこの協議会のほうに事務局として入っていただいております。中身については一緒に検討させて頂きたいと思っております。特に 3 番の②の在宅医療を地域で支える街作りの推進というのが、地域としても支える体制を作っていかなければならないという



ご意見をいただきましたので、そのような形で協議させていただきたいと思います。

○今までの話の中でいろいろ事業を立ち上げたいというのが出てきていると思うんですが、これを統括してみていくのはこの協議会を中心としてやっていくのか、基幹型とかぶる部分がありますので、いろんな職能団体や行政とか地域とかと絡みながらいろいろ出てくると思うんですが、やりたいことはわかるし非常に重要なこともわかるんですが、どこが音頭をとるのかとか、指令系統ではないがそれがはっきりしないと、目標だけ立てて宙ぶらりんになってしまいそうな気がするのですが、そこらへんに関して今後どう協議していくのでしょうか？

●医療介護連携の取り組みについては、介護保険法に基づく8つの項目がありますが、いまお話のあった、地域で支えあう街づくりという部分は、地域包括ケア推進課とかぶる部分でもあるので、この協議の持ち方について事務局のほうで検討させてください。ですが、この会議で当初からお話をしている多職種連携普及啓発人材開発育成について、あるいは基盤の部分もそうですが、それらについてはすべて介護保険法に基づく事務事業という位置づけになっておりますので、それらはこの協議会を踏んで事業の企画・進捗管理などしていきたいと思っています。

●補足です。事務局としては、この協議会が協議していく場と考えておまして、そこと介護保険事業策定委員会というのもありますし、またここに協議会に医師会の理事の先生方や職能団体の代表の方などに入ってきていただいているのは職能団体との擦り合わせというのもこの協議会の中に入れまして協議していきたいということで、あくまでもここを中心というふうに事務局としては考えております。

○在宅医療を理解してもらうというのは、資料4のところ、市民出前講座等の中で認知症ケアで盛んに行われている介護者の集いや家族の集いなどの、そういう形での不安軽減を図るとありますが、介護者同士の集いなんかも始めてますか？

○言おうか迷っていたんですが、この在宅医療の中で認知症ってものすごく大事で国家戦略になっているくらい重要だと思うんですが、認知症という言葉が全然入っていないけど、全体として関わっているから入っていないのかと思うんですが。ただ、認知症のところと在宅医療をどうつなぎ合わせていくかって言うところが私は前から考えているんですが、そこは非常に難しいところで、認知症専門にやっているところと協議会もそうですが、在宅医療をやっているところの連携というのが非常に大事になってくるのではないかなという風に考えております。

○在宅を考えるならほとんど認知症なんで、あえて入れてないのかなと感じていたのですが、全てのケースを包括的に考えていかなくちゃいけないので、個々の疾患として協議を始めるといくら時間があっても足りなくなると思うので、まずは全体を包括的にやっていく仕組みを作るのが必要なんじゃないかとまずは思います。

○確かに全体を包括する形での在宅医療ということですから、あえて病気そのものをピックアップする必要はないと思いますが、例えば糖尿病友の会とかがあります、在宅医療友の会とかそういうのはあるんですか。

●秋葉区のほうでリビングウィルという形で終末期とか看取りとかの会が立ち上がっているのはお聞きしておりますし、ほかの自治体でも市民の方が在宅医療を考える会というのを結成され、いろいろ議論を行い行政や職能団体に要請されているというのを聞いております。そういう動きが新潟市としても立ち上がっていくような支援というのも考えていかなければならないと、事務局とし

ても考えております。

○今後の課題ですね。

○基盤整備促進分科会としての意見としましては、基幹型の運営調整のところの 2.3.4.5 に盛り込んだような意図があります。立ち上がってからまたその辺の連携作りもお願いできればなと思っております。関連しまして、情報共有ツールの活用普及促進というところで、認知症ケアのところでむすびあい手帳や連携手帳や健康ファイルみたいなもの、利用者本人の情報共有についても基幹型のほうが立ち上がってからどういうふうにやっていくのか考えていかなければと考えております。

○在宅医療・介護連携ガイドラインの作成は基幹型の仕事に入ってるんですが、事務方の力も借りて作ることになりますでしょうかね。

●先だっの分科会の際に、鹿児島県医師会さんが作られたガイドラインを委員の皆さんにお配りしたところですが、大変参考になる内容かなと思って配布したわけですが、先週の基盤整備促進分科会でも少しお話ししたんですが、多職種の方々が相互理解を深めていただき、その方々に市民啓発にもあたっていただくと、文章としてガイドラインを明文化しておいたほうが良いだろうと事務局のほうでも考えております。その中で認知症に関わる部分も出てくると思いますが、事務局のほうでも基幹型を予定している市の医師会さんと連携しながら、多くの職種の方からいろいろご意見や情報を頂きながらまとめていけたらなと思っております。

○これは結構大きな仕事になると思うんですが、どの程度の範囲でどういう方々に対してのガイドラインなのかその辺をあれこれ盛り込んだりすると大変なことになると思うので、よろしくお願ひします。

●本日議論していただくことではないんですが、2つの分科会に分かれておりました空白のところというか気づいたのですが、いわゆる在宅で急変した場合の後方支援病院との連携のあり方とか、包括支援センターのヒアリングのほうでも出たんですが、居住系サービスの中で医療依存度の高い患者さんを入れてくれる事業所が新潟市では量的に少ないというところで、その確保をどうしていくかということと、体制的な仕組み作りをどこで協議されるのかということと、今後基盤整備の分科会のほうとの兼ね合いもあるんですが、そういうところもあるということと、医師会を初めとした推進センターや歯科医師会、薬剤師会それぞれの職能団体のやっているところが仕組み的なところを、担っていただいているのでそういったところとの擦り合わせが必要と事務局として考えておりますので、今後ともよろしくお願ひいたします。

○基盤整備とサテライトがどういう機能を担っていくのかというのは、基盤整備促進分科会でこれから議論されていくと思うが、多職種連携・普及啓発・人材開発育成分科会で非常に具体的な基盤整備の体制、内容などが明記されているのかなと思いました。はじめに、事務局のほうから職能団体にやってもらうとか、行政にこれをやってもらうとか話がありましたが、センターにやってもらうこととか、サテライトのやってもらいたいことの振り分けというのはどのくらいのタイミングでなされていって、基幹型のほうに資料として盛り込まれていくのか、いかないのかということ教えていただくとありがたいのですが。

●12月1日に次回の分科会を予定しておりまして、拠点の分科会でサテライトの選定要件などの議論を深めようという目論見で考えておったところ、人材の分科会の内容が非常にサテライトの業務にも大きく関わってくることもありますので、次回分科会の前に一旦事務局で整理したものを

意しまして、メール等で委員の皆様にご確認いただき、ご意見いただければと考えました。

○基盤のほうの分科会でサテライトの話は次回の検討課題だということでしたので、質問でなかったし、触れませんでした。設置場所、資格など、どういうところがということ、サテライト型については地域包括支援センターにいろいろな意見を聞いておりますのでそれも含めて次回議論できるかと思えますけども。そういうことでよろしいですね。

●ありがとうございました。委員の皆様におかれましてはお忙しい中ありがとうございました。次回の分科会は12月1日にそれぞれの分科会を同時開催したいと思っておりますので、万障繰り合わせのうえご出席くださいますようお願い申し上げます。基盤整備分科会のほうではサテライト型の選考を進めるわけですが、それにあたり、今回人材の分科会のほうから上がってきた内容も整理しつつ、12月1日に臨みたいと思っております。必要に応じて電子メール等で情報共有を進めてまいりますのでよろしくお願いいたします。また、これとは別に、「在宅医療連携拠点整備運営委員会」という2つの地域医療再生基金によるモデル事業について、モデル事業が今年度末までの事業期間ということで、これより佳境に入るわけですが、その事業終了後、一旦総括させていただいたうえで、次回の全体会を開催したいと思っております。したがって、次回の全体会は来年4月に開催したいと考えております。その際には平成28年度の事業展開なども、これまでの議論を継続する形でご議論いただきたいと思います。それでは以上を持ちまして本日の全体会を終わります。ありがとうございました。