

新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

(令和2年度第三回全体会) 議事録

■ 日 時

令和3年3月23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

■ 出席者 別紙 出席者名簿のとおり

■ 次第

1 開会

2 議題

- (1) 令和2年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会活動報告
- (2) 令和3年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会活動計画
- (3) 新潟市医療計画について
- (4) 医療・福祉職 就職状況にかかる調査について
- (5) 地域医療提供体制ならびに医療・介護連携に関する実態・意識調査について

3 その他

4 閉会

※2議題の質疑応答、意見のみ記載(事務局説明は省略)

○委員、オブザーバー、関係機関の発言(敬称略)

●事務局の回答

(1) 令和2年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会活動報告

○横田：在宅医療・介護救急連携推進パイロット事業のワーキンググループの座長を務めております、横田です。

ただ今関根係長さんからお話しがあった通りですが、本来ならばもう少し進んでいる予定ですが、コロナ禍ということと西区でのクラスターがあったということで、特に西区の高齢者等施設での説明が頓挫しているということで進行が遅れているというのが実情です。先ほどもお話しがありましたけれども、この救急シートを、今後ICTを使って連携するということは市の予算が下りまし

たので積極的に進めていくところです。特にこの連携シートが、今ワーキンググループのメンバーである程度直したものと、直す前のものについては関根係長の方から説明があった通りですが、これに関しては今日の委員の皆様に見ていただいて、ぜひ積極的なご意見をいただいて、今回のご意見をいただくことによって、今後は内容が変わるかもしれませんが、最初はこれでスタートしようと思いますので、ぜひご意見をよろしくお願いします。あとは5月に坂井先生の講演を皮切りに意思決定支援というような講義を西区の高齢者等施設の関係者に対して研修を始めていくということになっています。以上、簡単ではありますがよろしくお願いいたします。

○宮崎：今、横田先生からお話がありました通り、まずは1回世に出して、そしてそれをきちんとアップデートしていくということがこれから大事になってきます。それを今度、横展開していくということですので、まずはある程度整理して、着地させて、世に出して、そこでまたご意見をいただいて修正をかけていきたいと思っております。よろしくお願いします。

○阿部：関根さんと横田先生の方からご説明いただいた通りですが、特にこの「もしものときを考えたことがありますか」のシートについてはワーキンググループの委員の中からもたくさんの意見が出ていて、なかなかまとまらなかったところでもありますので、この会の中でたくさんの意見を頂戴できればと思っております。

○永井：時間をかけてだんだん良くなってきたとは思いますが、私がとても気になるのが裏側の「治らない病気になったり」という、この「治らない病気」というのは何を想定したのでしょうか。神経難病は全部治らないです。この小さいところですぐ決められるような事は何もなくて、「分からない」しか答えられないでしょうね。なので、ここは何を想定してこの項目を作られたのかということと、あとはこれを誰が書くことにするのか、あとどこに保管するのか。今一番問題になっているのは、ショートステイの人たちが救急になった時に問題だと思いますが、今一番むすびあい手帳を持っていますので、そういうところに挟み込められるものだと、ショートの時も必ず持ち歩くので出来ると思いますが、これを単独でやるとどこに保管するのか、なのでまだとても問題のあるシートじゃないかなと私は思います。

●まず、運用面の話ですが、永井先生がおっしゃったようにむすびあい手帳に挟み込むというのも協議させていただきました。まず運用面で言うと、このシートそのものを写真に撮ってPDF化してICTツールに入れ込むということを考えると、むすびあい手帳だと小さくてページが分かれすぎて運用面で難しいというような相談をさせていただいた経緯があります。

保管方法は、1年ずっとご意見をいただいておりますが、一旦施設でこのまま保

管をしていただきますが、この後エリアも対象者も、在宅とか他の区に拡大していった時に、確かにご意見の通りこのままだと少し課題があるということもワーキングでも話をさせていただいておる状況なので、まだ検討段階かなという風に考えております。それから、ここで言う「治らない病気」ということについては、補足をいただいてもよろしいですか。

○横田：阿部さんの方からもお話しがあると思いますけれども、結局これは「もしもシート」と同じような形で、これを全て見て書いてもらうというものではなくて、これは意思決定支援者、これはこれから研修を始める訳ですが、そういう人から利用者と利用者の家族に対してこういったものを見ながら意思を決定していくという形になるものであって、これが全てではなく、今後その辺の研修会も非常に重要だと思っています。そういった中で今後「治らない病気」の具体的な事に関しても、おそらく主治医も入ってこないといけないと思いますが、いろいろと相談していく中でどういった意思決定支援をしていくのかということも今後議論の対象になってくるのかなと思っています。なので、これを患者に渡して書いてきてくれというものではありません。ACP自身がそういうことで、結局ACPというのはそのプロセスということなので、一応そのプロセスを大切にしようと思っていますので、意思決定支援を行う人と利用者の家族がいろいろ相談するプロセスの一つの材料になればという風に考えているところです。

○阿部：横田先生のご説明の通りです。このシートを手取る時に、まずワーキングの中で一つ話し合っているのが、このシートだけを渡して書いてきてくださいねということではなくて、必ず誰かが一緒にこのシートと共にご説明をしながらご本人の想いを聞くということをまず大切にしたいということで、そのためにこのシートを用いて欲しいなというのが一番の想いです。そしてこのシートを手取る段階が、本当にご病気・疾患を抱えていらっしゃる方なのか、それともすごくお元気で疾患という段階にない方なのかによっても、これらの想いというのはどんどん変わってくると思うので、その段階に応じて話しあっていく事が大切だよね、ということも含めてこのシートを活用して欲しいなという風に思っております。

○永井：どこで管理するんですか。

○横田：西区の今回のパイロットに関しては高齢者等施設と決まっていますので、その施設内に置くと思います。なので、これを持ち歩くものとかではなく施設内で、おそらく救急対応の時は施設に救急隊が来ますので、その時に施設の人が救急隊に渡すということなので、おそらく最初の西区のモデル事業では施設に置く。ただ先生がおっしゃるように今後は在宅の人も対象にする可能性があるので、それに関してはこのパイロットを通して議論をしていかなければ

いけないと考えています。

○永井：ちょっとまだ、本当に上手く運用するには、もっと考えていかないといけないと思います。とにかく誰が保管して、誰がこれをちゃんと配っていくのかというのを、むすびあい手帳の場合は包括支援センターがやってくれているので上手くいっていますけれども、施設もいろんな施設を利用する可能性があるので、契約の時に出すのか、具体的な事を考えないと運用が難しいのではないかと思いますけれども。

○横田：西区の施設は対象がある程度決まっています。多分配るものは市の方から配ることになって、おそらくその施設が全部同じ運用の仕方にならない可能性もあって、ただ今回はパイロット事業なので、そういったことも含めて検証を行うということになるのではないかと。これを決定事項で、これを今後市に広めていくということではなくて、あくまでも今回はパイロット事業ですので、いろいろな形が想定できるのかなという風に考えています。

●今回は西区に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、ショートステイを対象に想定しています。ショートステイの場合はケアマネさんがいらっしゃいますのでケアマネさんにも保管していただきますし、施設の方でも保管していただきます。ただ、同じものが2カ所にあるというところの弊害も出てきますので、そのあたりの更新作業とかというのはもう少し整理が必要かなと思っております。

○伊藤：このシートの情報はSWAN ネットに登録するのでしょうか。

○斎川：この情報は、まずシートを記載していただいて先ほど関根さんからも説明があったようにPDFファイルにして現時点では医師会に送信をしていただき我々医師会の担当者、おそらくそうなるかと思いますが、そこで初めて新規作成される人は情報入力をして新規登録というような形になろうかと思えます。あえてプラスして言えば、通常のSWAN ネットの画面を見ていただいている方は分かるかと思いますが、今回の救急のこのシートの閲覧に関しては特別な画面を想定していて、日頃細かな情報が書いてありますけれども、このもしもシートがポップアップされてこの情報が閲覧権限を有する消防隊と救急、西区で言えば5病院の救急担当医が閲覧できる権限を持つというような形を想定しています。

○野本：その際に個人を特定するキーは何にする予定ですか。新たに作るのか、既存の何か、保険証番号とか何かそういうものの予定はありますか。

○斎川：基本は、名前・生年月日等の属性で検索がかけられるようになるということで今、制作の方からは聞いております。

○豊嶋：先ほどのお話しだと今後他の区にも広げたいというお話がありました。今現在、社会福祉協議会の方で作っている「緊急情報キット」というものがご

ざいます。それとの兼ね合いとか、それがこちらの方が入ってくることによって社会福祉協議会が推奨している「情報キット」をどういう風にしていくのか、それも教えていただけるとありがたいです。

●ぜひ池田委員からもコメントをいただけたらと思っておりますが、きりりんの「緊急情報キット」の方も基本的には救急の情報ですので、基本的な理念は一緒だと思っております。ただ、運用の面で社協さんの方は、自治会さんや民生委員さん等々、地域の関係者の方のご尽力で記入であるとか、記入支援、更新をやってらっしゃると思っております。それもまた地域で運用の仕方も違うという部分で、今回私どもの方は施設の相談員さん、ケアマネジャーさん、医療介護の従事者さんの方にご協力をいただいて更新をしっかりと、モデル的に検証していこうという部分で若干関わってくる方が違うというのが、少しすみ分けているところです。ただ今後、全市的にやっていった時に、地域住民から見たときに何が違うのという部分を説明出来るようにしていきたいなという風に思っています。

○池田：今ほど関根さんからご説明がありました様に、私どもの「緊急情報キット」の方は民生委員さんや自治町内会、地区社協の活動として住民活動で広げさせていただいております。そのキットの、筒の中身には緊急連絡先ですとか、かかりつけのお医者さん、飲んでる薬とかを書き込む欄がありますけれども、あくまでペーパーベースのものでして、今回この救急連携シートの様にICT化の部分ではないという状況です。その「緊急情報キット」につきましては、例えばおくすり手帳のコピーを入れたりですとか、今回のこのシートを入れていただいたりですとか、情報を追加して筒に入れていただくことについては何ら問題視しておりませんので、ぜひそこも上手く活用していただければなという風に思います。以上です。

○小山：対象者の確認ですが、とりあえずモデルでやるのは、西区に住所がある高齢者で西区のケアマネさんが西区の事業所を使う時にということが良いですか。

●少し違いまして、西区の施設に入所されている方、利用されている方がこの情報の対象者で、ケアマネさんで言うと西区に限らず関わっていらっしゃると思うので、そのあたりのということです。

○小山：この説明がどこまで事業所の方にされているのかなと思って聞いてみました。

●ありがとうございます。実はその辺の説明がまだ行き届いておらず、特にショートステイについてはこれからまだまだです。

○鈴木：関根さんに確認なのですが、この2,000とか18,000とか43,000というのが最大と書いてありますが、2,000というのは具体的にどういう数で、

特養、ショート最大の数が2,000人位いるということで良いのでしょうか。あとは18,000とか43,000とか、そういう対象の方がそれ位いてということですか。まず1点目です。

●ありがとうございます。鈴木先生におっしゃっていただいた通り2,000というのは、西区の対象施設の定員数を全部勘定した時になります。ただ2,000件の情報をこの短期間でというのは全く想定しておりませんので、この辺りの目安というのはまた検討していきたいなと。

○鈴木：そのことを聞きたかったのですが、2,000という場合にパイロット事業でどの位あればいいとか、何か想定があれば教えていただきたいです。

●この「もしもの時のことを考えたことがありますか」というシートについては今回対象とする西区の利用者さん、入所者さん、ご家族の方に多く目に触れていただきたいとは思っていますが、現実にもデル検証、事業の性質からするとある程度その中でも救急を想定するような入所者さん、利用者さんというのを施設の方とご相談させていただきながら、対象者というのを相談していければいいかなという風に思っています。従いまして、人数というのはまだお答え出来ません。

(2) 令和3年度新潟市在宅医療・介護連携推進協議会活動計画

○斎藤：ACPについては坂井さゆり先生がアカデミアとして非常に統一した見解をおっしゃっていますので、大事なことは終活と重ならない事です。この救急シートもあくまでも終活の最たるもので、これがACPのシートだと誤解されないように、ACPとはそういう考え方、プロセスであって、でも一番大事なのは終活だと思います。坂井先生もおっしゃっているのはとにかく考え方をきちんと、意思決定支援ではなくて意思表示支援であるという、それをどちらかに決めないといけないというACP=意思決定支援になってしまっていて、書かなきゃいけないというそういった事に追い込まれるような感じではなくて、やはり意思を表明できる、意思が表明できなくなったらどうするかというのも一つのACPの考え方ではありますけれども、そういう形でやはり何でも「見える化」をしていかないと一般の方々には理解が出来ないのではないかと思います。なので、在宅医療そのものも見える化で、いわゆる漫画を書いたりとかそういったものが非常に大事なかなという感じがしています。そういう形で事務局大変でしょうけど、分かりやすい漫画を作っていただければと思います。以上です。

○成瀬：資料2-4のところの「本市の認知症のアンケート」のところですが、例えば「認知症を疑うような様子の変化に気づいた場合にどの段階で受診しますか。」とかですね、そういうところもまだまだ、数年経っていますけれども、全然すぐという方が増えていないということが非常に問題だと思います。

やはり一番大事なのは認知症に関する正しい理解の普及。「新潟市が進めていく認知症対策として何を重視していくべきだと思いますか」というところで、やはりこの中で一番大事なのは多分、認知症に関する正しい理解の普及だと思っていますので、そこをぜひ重点的にやっていただくと他のところも理解が出来れば結構分かるような内容のところが多いので、そこを何とか深めていけたらいいかなという風に考えています。以上です。

○宮崎：医療と介護の出前スクールの件ですが、今関根さんから次世代の育成ということで話がありましたが、インプットしたのならばアウトプットをする機会を設けていただきたいと思いますと思っています。地元の FM ラジオで中学生の主張というのがありまして、その中で中学生 2 名の方が障がいの理解や高齢者についてのことを主張されているものがあります。私も聞かせてもらって、今の中学生はそこまで考えているのかというところのものを非常に感じましたので、ぜひインプットしたあとは何かしらの形でアウトプットする機会を是非設けて欲しいと思います。よろしくお願いします。以上です。

(3) 新潟市医療計画について

○永井：この意識調査を見ますと、訪問在宅医療を行っている年齢別 60 代 70 代で半数以上。もう少しするとこの世代が引退するとなると、若い人を在宅医療をやってもらう方向へなんとかしないといけない。医師会も市医師会も含めて考えていますけど、なかなかいい方策がないということで、ここをなんとかしないといけないなと思っておりますが、具体的に何かアイデアは少し出ているのでしょうか。

●アイデアというより現状のまた補足をさせていただきますと、目標で現状維持ということで掲げさせていただきましたが、新潟市というのは政令市の中でも一番医師の平均年齢も高いですし在宅医療に取り組んでくださっている先生方の平均年齢も政令市の中一番高くなっております。そういう風に考えますと、先生にも先ほどおっしゃっていただきましたが、現状を維持するというのが非常にハードルが高いというのを補足させていただきます。そしてアイデアということにつきましては、答えを用意しておりませんが、阿部先生いかがでしょうか。

○阿部：非常に難しいご質問だなと思いながら聞いておりましたが、やはり在宅医療の魅力を伝えていくしかないのかなと思っております。魅力をどこにどう伝えるのかがなかなか難しく、例えば、学生さんに伝えたとしてその学生が在宅医療に向けてやっていくのは何年先になるか、病院の先生方にそのあたりを分かっていたいただきたいが、そういうきっかけがない。そういうところを何か突破口にできればいいかとは思いますが、具体的に何か動いているわけではない。

難しい質問なので、どなたにふってもこの問題についての答えはたぶん出てこないのではないかと思う。どの地域やエリアにおいても課題となっているところで在宅、訪問診療をやっているところがどんどん増えているのは、東京の近辺でシステマチックにやっているところはあるかもしれないが、なかなかそういうところでないといけないというのが現状でないかという印象です。

○永井：訪問看護を今、大型化しよう、していかないといけないと言っている。東京などでは10人で訪問診療、訪問看護をやっているところもある。そうすれば休みもとれるし、在宅医療をそういう風にしていかないといけないかなとは思いますが、具体的にできるかというとなかなか難しい。

○斎藤：おそらくその答えになるのが、日本在宅ケアアライアンスで在宅医療の定義が始まっています。これまで開業医がやっているものが、在宅医療かというところが曖昧だったので、先生方がおっしゃるようにどうやって増やすかというところがありましたが、今回、入院医療、外来医療、そして第3の医療として在宅医療があるという定義の仕方をしています。その目標は、生きがいを作るということで、一般市民の方々、専門職にも在宅医療とは一体何かという基準がない。なので、見える化しないといけない。在宅ケアアライアンスで定義の途中だが、その定義を知るということと、一般市民向け、学生向けに6月6日にピアという在宅医療の映画を上映します。5月に吉永小百合さんのいのちの停車場という映画でも在宅医療、医療と介護の連携が出てきますし、その前にケアニン2という映画もありました。我々、医療・介護関係者が劇をするのではなく、本物のプロの方が演じるものをこれが在宅医療だよという形で、日本在宅ケアアライアンスが監修しているので間違った方向ではないと思います。何でも同じベクトルでいかない在宅医療について研究していこうとしたときに色々な方向にいつてしまっていますが、今、国が在宅ケアアライアンスに対して、厚労省が支援して定義していつている状況ですので、今年は我々ステーション中心にそういった問題をやっていこうと思います。おそらくそれが、一つの方法になるのかなと思います。

○斎川：新潟市医師会の中で在宅医療を熱心にされている先生の協議会、在宅医療・在宅ネット運営協議会というところで、地域医療というところにかに先生方に目を向けていただけるかという場作りに関しては医師会の方でしている経緯があります。永井先生からご発言がありましたが、医師が気軽に集まれる空間作り場づくり、阿部先生が、在宅あるある会という非常に興味深いライトな集いの中に若い先生方が来てくださっている実績もございますので、病院医師との交流とか病院の取組みを地域の先生と共有するという、先程バックアップ体制のこともありましたが、新潟市内で先生と患者さんの見取りを助け合う仕組みをとの議論があったので、こういった活動をしっかりと医師会の方で

基盤作りをする、医師会の中で協議されているというところが一つと、あと今日、県医師会の服部さんがいらしているので、先般の協議会では県内の取組みの共有というところもさせていただいているということを追加で発言させていただきます。

○阿部：色々な活動は行われているんですが、この在宅医療がどれだけ充実しているかというところで、先ほど永井先生からお話で訪問看護ステーションが大型化しているという話がありましたが、一つのステーションで見れる患者数は増えるわけですね。だからステーションの数で一つが増えたからいいとのかという問題ではなくて、ステーションが抱えている人数、キャパの問題、やはりステーションの数、在宅訪問診療をやっているクリニック数とかだけでは評価できなくなっているのが、今の現状なのではないかと思えます。

次の資料5の一番最後に出てくると思いますが、どれだけの患者さんを見ているか、そういう指標を新たにもっていかないと地域における在宅医療がどれだけ行われているか、というところの評価が難しくなっているかなとは思っています。ちょっと指標の立て方を改めて考えないといけないと思っています。

○横田：在宅をやってらっしゃる先生は感じていらっしゃると思いますが、最近患者さんの亡くなる場、終の棲家はだいぶ変わってきているのではないかなと思ってます。従来は在宅の介護力がある場合は、最後まで自宅にいらっしゃるということで多かったんですが、今は多くの方々はやはり介護力がなくなると施設に入る方々が増えてきて、おそらく統計的に見ても在宅よりも施設で亡くなられる方が増えてきて、現状はこういった傾向は続くのではないかなと思っています。在宅医が、皆さん各家々に出向いていくという訪問診療ではなく、施設に行く機会が今後増えてくると、在宅医の定義というか、そういうもの自身考え方が変わってくる。そういうことも考えた上で新たな在宅というのか、施設医というのがいいのか、よく分かりませんが、そういった人達を増やしていくという考え方も必要なのではないかなと思えます。

(4) 医療・福祉職 就職状況にかかる調査について

○中川：訪問看護ステーションの人材不足は、永遠とずっと続いている話で、採用しても実際来ない。携帯電話の当番が意外にネックで、看護師って夜勤をしないで訪問看護ステーションで働くという考え方もあって、就職された方が、結局携帯電話の当番をやることに負担感があって、結局辞めてしまうという最近の傾向が強くなってます。なので採用してもすぐ辞めてしまう現状も見られていることから、やはり経験重視で今まで考えた訪問看護ステーションの職員の雇用という考え方は遅いという風に考えていくと、やはり

り新卒からきちんと育てあげていくという考え方に昨今は変わってきています。

それには確かに新人の研修のあり方や、きちんと仕事が出来ない間の給料部分を確保できる補助金みたいなものの制度がないと、教育するにも3年位必要だと言われているのを短縮したとして、2年弱位まで実際かかっているというデータも出ている。その辺が完備しないと元々、人数が少ないステーションに新人が入ってくるのも厳しい状況があります。ですがこの辺をかなりクリアしないと、いつまでたっても人材不足ということもありますし、色々と看取り看取りと言われているところでも、実際に携帯電話の当番が出来ないということで、ステーションが伸び悩んでいる。そういうのを含めると総合的に人材確保のあり方を根本的に考え直すところで、このデータが出ているのがよく分かります。

○永井：リハビリ職に関してこれを見ると不足がそうないようですが、実際には在宅で嚙下とか、作業療法士、言語療法士がすごく不足している状況があって、それも中々来てもらえないことがあって、対象が訪問リハビリということを考えて、今、訪問看護ステーションにリハビリ職の人がいますけど、一時、国もどんどんやれやれと、また訪問看護ステーションが出る場合の診療報酬もどんどん下がってまして、今後、訪問看護ステーションからのリハビリは減る傾向にあります。うちは医療機関から出しています。そういうところも調査していただかないと実態がわからないのではないかと、今後、体制についても考えていただきたい。中川さんがおっしゃいましたけど、訪問看護も新人をやっけていかななくてはならない。県看護協会が教育体制を考えています。中川さんがおっしゃたように、研修の期間のお給料、小さい訪問看護ステーションでは、とても何も仕事してない人にお給料をあげることができないので、全国的に何箇所かで、県がそれなりの費用を出すということもやっていますので、市でもいいですし、新潟県でもいいですし、考えていただきたいと今思っているところです。

●回答が違うかもしれませんが、中山議員が欠席ですが、実はリハビリ職の求人ということを知った時に、県内医療機関から県内養成校に養成の依頼をかけて、実習は積極的に受け入れているが、実態としては数年、欠員補充という形でしかとっておらず、新潟の学生の実習は受け入れるが就職は県外という世知辛い状況にあるとお聞きしました。ただ、永井先生がおっしゃった様に実態ということでは視点を改めて調査していく必要があると思いました。

●中川委員にお聞きしたいのですが、「問4. どのようなサポート体制があれば新卒採用がしやすくなるか」という問いで、「病院などと連携した新人研修の体制整備」の回答が多かったが、これはどのようなことをおっしゃている

のでしょうか。

○中川：やはり訪問看護の技術的な部分、どうしても新人は出来ないことが多いので、訪問看護ステーションの人数が少ない所で、教育となってくると非常に厳しいので、それであれば例えば医療法人の母体がある所のローテーション枠に入れながら、在宅を今まで経験している看護師が学ぶ機会と、新たにステーションに来た新人を病院に派遣して、そこで色々実技を学んでもらうという、そういう病院と訪問看護ステーションの連携がきちんと図れるとこの辺の教育も少しくリアできるという考え方が、けっこう出てきています。

先ほど永井先生もおっしゃったように、ここにはお金がかかる話なんで、この辺の補助金制度的なものが、何かしらないと新人を無駄にして置けないので、ステーションの維持尽力となるために、教育の仕組みを、もう少しお金を担保して、出来る仕組みが本当に必要なんだろうなとつくづく感じている医療のあり方になります。

●成瀬先生にリハビリテーション病院は、本当に順調に採用があると聞いておるんですけど状況をお聞かせください。

○成瀬：先ほど関根さんが言ったのとちょっと違って、中々リハビリの人が来てくれなくて、特に作業療法士と言語聴覚士は圧倒的に足りなくて、とくに作業療法士は日本中で足りない、たぶんこれはですね特養がいっぱい入っているんで、特養でリハビリの人はそんなに多くは必要ないので、施設数が一緒になっちゃうと傾向が見えなくなる。

例えば、訪看とか訪問リハビリ専門にやっている所とか、老健なんかは結構来てくれるところが多くてイメージが違う。

●確かに問2の辺りでは、訪問看護ステーション、特養、老健というのが一緒になっているので、この辺り分けて出すことができるので、次回まで整理したいと思います。

（5）地域医療提供体制ならびに医療・介護連携に関する実態・意識調査について

○和澄：今までのお話をお聞きして、中々在宅の医療介護に関しては、末端に私ども含めまず一般の市民にどこまで浸透しているのかな、早くもしもの時に、これも作っておかないと駄目なんですけど、いつどの時にも、介護看病で真っ盛りの中でそんなもの聞かれたって、どうすることも出来ないというか、早めに早めに一般の市民に、我々の所に早く在宅介護医療に関する情報、それと何故これが必要なのか、それを納得させると言いますかね、パンフレットを一つ渡していいですよということではないと思いますので、これこれ事情があって、今こんなことをしている、だからこんなふうに協力してください、というのを

早く私らに渡して、教えていただきたいと思っております。小さめでもいいんですが、包括の組織であるとか、あるいは民児協であるとか、あるいは支え合いの仕組みとか、そういったこまめにこまめに、小さくていいですから、何回も研修会、講話みたいのをお聞かせいただきながら浸透させていくのが、すでに2025年に近いですから、急がなくては何とか早く全員の皆さんに認識していただくのが一番だと思います。以上です。

○平澤：新潟市は二つ歯学部あるんですけど、卒業しても県外に戻らない、新潟に居着いてくれることが多いので、このデータになっていると思います。

飲み込みを見る専門的な所が弱っているのでレベルアップしていかなければと思っています。訪問看護ステーションに属する言語聴覚士さん、圧倒的に少ないので、そこは何かどういう事情があるのかなと思っています。明倫短期大学の言語聴覚士科も無くなり、村上のリハビリテーション大学の言語聴覚士科も無くなっている。そういった所、何が原因なのか、もっと探っていく必要があると考えています。以上です。

●先程の調査ですが、新潟県と県医師会とで行った経緯がございます。服部さんの方からぜひコメントをいただければと思います。

○服部：今回の調査をかいつまんで、秋山さんからお話いただきましたが、今まで3本やっていたものを、1本にしたこともあって、ものすごく膨大な情報量になっております。まだ業者から集計があがってきたばかりでして、実は私も読み解いていないんですけど、ざっと見たところ、やはり退院時カンファレンスというわりと多職種の連携場面が今注目されると思いますが、そこに対する意識、かなり職能によって違うと思いました。個人表も回収しておりますが、職務満足度を今回聞いておりますが、圏域でかなり差が出てきます。かなり興味深いデータがございますので、今回棒グラフは圏域でしかお示ししておりませんが、もう少し丁寧に在宅医療、本当に地域特性というところで地域で見ただけのように、細かい単位で、また修正をかけまして検討をするフィールドも在宅医療推進センターとか、市町村ですとか、そのあたりも検討しながら、また皆様にご報告出来たらと思っています。