

# 平成 29 年度 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議 第3回在宅医療・介護連携推進に関する会議 会議録

## 1 開催日時

平成 29 年 11 月 2 日（木） 19:00～21:00

## 2 開催場所

TKP小倉シティセンター 5階 K-1 会議室

## 3 出席者等

### (1) 構成員（◎：代表）

井上構成員、黒木構成員、重藤構成員、下河邊構成員、白木構成員、白水構成員、高嶋構成員、玉野構成員、手島構成員、長江構成員、永野構成員、◎中村構成員、牧之瀬構成員、森川構成員、力久構成員、渡邊構成員（五十音順）

※欠席者 石田構成員

### (2) 事務局

地域福祉部長、健康医療部長、長寿社会対策課長、地域福祉推進課長、地域支援担当課長、介護サービス担当課長、地域医療課長

## 4 会議内容

### <議事>

- (1) 次期高齢者支援計画について（試案）
- (2) 在宅医療・介護連携支援センターの今後の活動充実等について（報告）
- (3) 在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議 議論のとりまとめについて（報告）
- (4) 多職種・多機関連携の今後の進め方について

## 5 会議経過及び発言内容

### <議事>

#### (1) 次期高齢者支援計画について（試案）・・・資料 1

事務局：資料 1 に沿って事務局から説明

**代表**：今説明があったように、この試案については、計画の概要、試案、計画の体系、本市における地域包括ケアシステムの概念図、分野別会議、関係団体からの意見という構成になっている。どこからでもかまわないので、ご意見があればお願いしたい。

**構成員**：資料 2 枚目の、横向きの表について、目標の中で「1 健やか」の有償ボランティアについては、財源との関係になるので、実施するには費用も要るので、よく考えていただきたい。また、色々な企業体で、有償ボランティアの利用の仕方は個々で違うと思うので、それをどう整理しているのか。

それと「2 支えあい」の市民センターへ配置するボランティアコーディネーターだが、これは外郭団体へ委託となるのか、指名か公募か、有償なのか無償なのか、わからない。市民センターに突然コーディネーターが入っても、自治会との関係やボランティアに対していろいろな考えもあるので、どう進めていくのか。

認知症サポーターについて、7 万人はのべ人数。誰がいつサポーターになったのか、どのように活動しているのかも把握できていないので、単に数を増やすことを目標にするのでは

なく、実態をきちんと把握して進めていくことが必要ではないか。

成年後見制度について、仕方がないところもあるが、早くて3ヶ月、長くて1年くらいかかっており、なかなか決まらない。もちろん推進したほうがいいが、それは成年後見制度を利用している人数を増やすのか、権利擁護・市民後見センター「らいと」や北九州成年後見センター「みると」の機能をさらに強化するのか、市の方針がわからない。

**代表**：有償ボランティアについて、ご意見のある方はいらっしゃるか。

**構成員**：地域を川として例えると、川辺で子どもが遊んでいるとして、親や地域の皆さんが見ている。少し子どもが水のほうに行くとか気にかかる、さらに子どもが水の中に入っていくと大丈夫か傍に行くといったように、生活の場所である川の周囲では地域の見守りができていく。それが深化したものが介護保険事業であり、さらに特化していくと医療分野が入る。市民センターでボランティアといっても、すでに校区社協の会長の方たちはどんどん活動をしている。今現在、取り組んでいる部分は、ある程度形が出来ているし、また介護保険事業も同様。その形に、地域がどのように入ってくるか、そのシステムをもっと簡単な言葉で表すほうがいい。

**代表**：少し分かりやすい表現がいい、またすでに取り組んでいる部分もあるということですね。

**構成員**：構成員のご意見のとおり、実態的にはあると思う。

**代表**：今の有償ボランティア、ボランティアコーディネーターに関する意見に関係してご意見をお願いしたい。

**構成員**：事業所のほうにボランティアさんが良く来てくださっている。介護保険の保険料で相殺できるということで、ボランティアの状況は変わってきていると感じる。ただし、市民センターのボランティアコーディネーターについては、事業所と市民センターはあまり近い存在ではないので、支えあいがどのような形になってくるのかイメージがわからない。

成年後見制度推進計画の策定については、本当にスピード感をもって対応して欲しい。最近他都市で、ケアマネジャーが認知症の姉妹に対し、後見人を付けずに自分が養子になって財産を搾取したという事件があり、最高裁まで争ってケアマネジャーが敗訴したということであった。市民後見人を含めて、後見人制度と本人を守ることは、とても近いことだがなかなか制度が進まない、その要因をしっかりと解決していかないと、これから認知症高齢者や独居の方が増える中、ケアマネジャーが困ることは多い。後見人で対応できることと、そうではないことをしっかりと区別して考えていかないと、安心して暮らせるということにはかなり厳しい状況になると思う。

また「1 健やか」については、シニアハローワークに登録して働く方が増えてきて、大変助かっている。シニアの方はとても真面目な方が多いので、もう少しPRをしっかりと、ボランティアではなく、まだ現役で働ける方もたくさんいらっしゃるので、「1 健やか」もしくは「2 支えあい」のところをしっかり項目立てをしたほうがいい。

**構成員**：成年後見制度に関連して、前回会議でも話をしたが、福岡県医療ソーシャルワーカー協会では、身寄りのない高齢者を支援する手引きを作成しているが、身寄りのない方を今後どのように対応していくかが問題。特に成年後見の場合は4親等以内の申請となっていて、身寄りがない場合は、本人が申立てるか、法テラスを活用するとか色々な手立てを使い申請することが必要。そのときには市長同意が必要となるが、他の構成員が言われたように速や

かな対応が本当に求められている。これから、かなりの件数が出てきて、申請には実際にお金もかかってくるので、予算化も検討が必要だろうと思っている。

**構成員**：地域の無償ボランティアと、介護保険という利益事業とはもともと相容れないところがある。それをどのように融合させるのか、事業所と市民センターの間を取り持つようなコーディネーターであれば、意味はあると思う。

**構成員**：今年の7月に、北九州市社会福祉協議会と北九州市高齢者福祉事業協会が、地域における公益的な取組みの推進に関する協定書を締結した。その内容は、155ある校区社協に、施設職員、PT・OTやケアマネジャー、社会福祉主事などがいるので、月1回の校区社協の会議に出席したり、「1 健やか」にある地域サロン等への運動や栄養、口腔の専門家派遣も施設にいる専門職を、ニーズに応じて派遣するもの。また市民センターへのボランティアコーディネーターについても、今回の協定書の締結によって、社会福祉協議会と一部を担えると考えている。

「3 安心」については、介護保険に関する説明なども今年4月から始めている。今年度は、市内7区の校区社協に、2施設が職員を派遣している。来年度は155校区全てで実施する予定である。そこで、医療については、在宅医療・介護連携支援センターへ発信することもできるし、例えば障害や保育のことであれば、それぞれの団体に市社協を通じて情報提供することもできる。社会福祉法人として、地域で汗をかくことに取り組んでいる。

**構成員**：市の総合事業を受託して、対象者の方をどのようにフォローしていくか、支え合って地域がつながるためには、スポットで起きている事例を共有していくことが大事だと感じる。実際に起きている、またストレンクスとして実になっている役割は多くあるが、それぞれ情報共有ができていないために、ニーズに対して何を計画して準備したらいいのかわからない。情報共有の場と、生じた問題に対してどう解決するのか、次を見据えた支援が必要であると感じる。実際、最初の総合事業の利用者が、3月に卒業するがその後どうなるのか、せっかく得た情報なので次にその情報を繋ぎたいが、どこにどう渡したら次に繋がる支援になるのか迷うので、計画のところから次への繋ぎまで、切れ目のないサポートがあればいいと思う。

**構成員**：施設で介護支援ボランティアを活用し、5～6人の方に常時来ていただいている。地域の人で、好きで参加している方もいるが、大抵この事業のことを知らないのので、施設から説明して、講座を受けてポイントももらって活動している人もいる。ポイント制を利用したボランティア活動をさらに拡げていく必要は感じる。

「3 安心」の中で、医療と介護の連携というところでは、地域ケア個別会議が他の自治体では民間の専門職を活用して始まっている。北九州市ではまだ、区の中で行っているようだが、各事業所に理解を求めて、市にいる多職種をもっと活用していく必要はあるのではないかと。

**構成員**：北九州の状況として、今後20年ほど後期高齢者が増えてくるのでリスクも高くなる。また、一人暮らし、二人暮らしの世帯も増えるという背景もあると思うが、54ページに書かれている基本的施策2の「当事者の孤立感を無くす」ということが大事。喪失体験を繰り返すとよくいわれるが、まず身内が亡くなることから始まり、また自分の身体機能が衰えていく喪失体験から孤立感が増すといわれている。先ほどからも意見のあった、運動することでの参加や、社会に関わるというボランティア活動など、参加できるということが一つの肝であると思う。そのために、なかなか一人で出られない人へのきっかけづくり、どこかに結びつけることがポイントであり、行うのは町内会であってもいいし、専門職のケアマネジャー、

また病院の先生であってもいい。とにかく地域に連れ出していき、関わっていく機会をつくるのが大事。加えて、事故から守るという視点も必要で、サポート体制をどうしていくかということも重要である。

**構成員**：北九州市の特徴は、地域包括支援センターが直営であることで、事業所も本当に助かっている。特に虐待への対応などについては、他都市の状況を聞くが、地域包括支援センターが直営であることでフレキシブルに動いてくれることが北九州市の強みだと思うので、もっと周知を行って、市民にまずは地域包括支援センターに相談に行くことが大事であることをPRすべき。政令市のなかでも、直営を守っているのは北九州市だけなので、その強みを評価していただきたい。

**代表**：今までの意見の中で、一つは相談できる窓口の整理や周知、またそういったところに出て行くきっかけ、参加できる場、情報の共有化、サポート体制、安全というところの意見が出た。

**構成員**：地域の見守り体制を強化する「地域の作戦会議の開始」とあるが、今までになく高齢者の方が参加する場面は増えてきた。ただ地域の方と話すといつも問題になるのが、こういった場に出てこられない人への支援をどうするか、どのように出せばいいのかということ。地域包括支援センターの職員とも話をするが、外に出すだけで1年以上かかる人もいるし、家の中に入るとごみ屋敷になっていたり、そういった相談をする窓口や、引きこもっている方たちを一步外に出す取組みをもっと強化してほしい。

**構成員**：北九州の中で、一部は高齢化率40%を越えているような地域もある。人口の二人に一人は独居の高齢者もしくは高齢者のみの世帯。地理的な問題もあり出てこられない人も多い。構成員の意見にもあったが、地域包括支援センターが直営なのは高知県と北九州市くらい。あとは民間事業所や医師会、社会福祉法人が受託している。この特徴をもっと活かさないと勿体無い。相談に出ていけない人たちをどう支援するのが大きな問題だと思う。

**代表**：行政のほうから意見や感想をお願いする。

**長寿社会対策課長**：ご意見ありがとうございました。まず、ボランティアについては、現在ふれあいネットワークが地域ごとに展開している。ボランティアそのものは無償性・社会性・自主性に基づいて活動するものであるが、高齢者の方の中には、全くの無償だと気兼ねをして頼みにくいという例もあったり、また今まで活動していない方をどのように輪の中に入れてもらうかということで、有償ボランティアの活用を進めているところである。有償については、介護支援ボランティアが1時間200ポイントなので、交通費など考えると微々たる額ではあるが、きっかけづくりの1つとして考えている。

また、地域のボランティアコーディネーターについては、それぞれの地域の特性もあるので、一斉に配置するようなものでもなく、地域の作戦会議など協議体が出来つつあるところから、実際に助けられたい人・助けたい人をどのように結びつけていくのかを、できる地域から始めていきたいと考えている。

また、認知症サポーターについても、実働的なサポーターとして活動していただきたいと考えている。今後も当然、認知症そのものの理解を広げていく必要もあると思うので、10万人を目指していきたいと考えており、また活動が効果的なものになるようにしていきたい。

成年後見制度については、今家庭裁判所を中心に、専門職ではない市民後見人を含めて、いかに活動を広めていくかということについて、市と家庭裁判所が協議をしている。成年後

見制度の策定については、家庭裁判所も計画に関わっていただくことで市も推進することも出来ると考えている。

**代表**：それでは議事を進める。在宅医療・介護連携支援センターの今後の活動充実等について事務局から説明をお願いします。

## (2) 在宅医療・介護連携支援センターの今後の活動充実等について・・・資料2

事務局：資料2に沿って事務局から説明

**代表**：質問やご意見はありますか。連携支援センターについては、この会議においてご議論いただいた。今後も、市医師会をはじめ、関係者と協議をしながら役割の強化、あるいはもう一度活動内容を明確にする、取組みの評価を含めて、検討いただいて来年度以降に順次実施していくということ。意見がなければ次に進める。

それでは、議事の(3)在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議 議論のとりまとめについて、(4)多職種・多機関連携の今後の進め方について、一緒に報告をお願いします。

## (3) 在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議 議論のとりまとめについて

・・・**資料3**

## (4) 多職種・多機関連携の今後の進め方について・・・**資料4**

事務局：資料3、資料4に沿って事務局から説明

**代表**：ではまず、在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議の議論のとりまとめについて意見をお願いします。

**構成員**：いくつか疑問に思った点について確認したいが、ケアマネジャーが入院を知らないという記載があったが、ありえることだろうか。ケアマネジャー個人のスキルの問題ではないか。マネジメントをしていく中で、病状を把握し、かかりつけ医と連携していれば入院を知らないということは無いので、違和感を覚えた。

また、職能団体という言葉が何度か出てくるが、北九州において居宅介護支援専門員は職能団体が後付けで出来たので、加入率が低い。それぞれの地区で事業所連絡会がとても機能しているし、職能団体が出来る前にNPO法人ケアネット21が立ち上がっていて、そちらのほうが会員数も多いという現状もある。そういった北九州の現状、ワーキング会議の中でもソーシャルワーカーの組織率が低いという意見もあっているようだが、職能団体に限らず、地域の事業所連絡会なども影響力や活動実績があるので、そのことはまとめに含まれているのか。

**地域医療課長**：ケアマネジャーの例については、実務者の中で事例として上がった内容。具体的な背景や原因、事情は様々考えられるところではある。もう1点、職能団体については職能等の中に事業所連絡会などは当然含まれている。議論のとりまとめ(概要版)の8ページ、①多職種・多機関連携実行会議(仮称)の1つめのところに「各職能や事業所団体等」として、それらの団体も一員とすることを想定している。

**構成員**：連携に関しての考え方、手法について整理していこうという話であったと思う。一

つは、連携については様々な場面で異なることがある。急性期から回復期でいうと治療が主体となるし、回復期から老健という場面もあれば、回復期から生活場面、介護保険へということもある。それぞれの場面の成功例、サンプルのようなものを、従事者に向けて作ったらどうか。現場の人間というのは、事例の積み重ねでスキルアップする。報告書が基本となって、事例が入ってくると理解しやすい。色々な機関が連携している事例をたくさん積み重ねてもらえるといい。もう一つ、大切なのは時間軸で整理すること。連携はもたもたしているとうとうしようもない。生活の場面でも、機能が低下していて、1週間放っておくとすぐにひどい状態になってしまうことがある。そういうときは早く医療機関や短期集中リハビリに結び付けるなど必要になってくる。その時間軸においてスピーディに連携していかなければいけないんだということを、発信しなければいけない。そこに誰が関わって、どの軸でどういう役割を果たして、連携の効果が出たということがまとめの中にないと、ただ単に繋げばいいということではない。

**構成員**： 各種の協議体や連携体などで効果的な取組みをして地域に還元する、とあるが、連携自体がうまくいったかどうか、うまくいくような形になっているのかという検証が必要である。その場合には、事例検討より模擬ケースでもいいので困難事例を設定して、その連携体制で本人のニーズに対応できるか、効果があるのかを確認し、必要に応じて体制を見直し、可視化しておけば、スピーディに連携が進む場合もあるのではないかと。

**構成員**： 今まで同職種間での会議や多職種連携の研修会などで問題点が話し合われても、結局その内容が上がっていくところがなかった。このとりまとめを読むと実際に現場で起こっている問題や課題、対応案がとてもわかりやすく、よい機会だったと思う。

**構成員**： 5市が合併し北九州市になって50年過ぎたが、未だに「地域によって」「地域性」という言葉で逃げている。今まで先進的にやっているところは人口がだいたい15万人程度まで、100万人規模ではない。100万人という単位で、モデルを作っていくとけないということが、事務局の思いと理解したので、そういう意味では共通シートは必要だと思う。事例も必要ではあるが、事例を作って満足して終わってしまうことはよくあるので、それよりも実行してまず結果を出すということ、100万の市民を対象とできる、お薬手帳のような、活用するシートも含めて皆が使えるものにするといい。また行政では、市役所と区役所がばらばらで情報が共有されていないことがよくある。そういったことを考えると最低限のルールは作るべきではないかと思う。

**構成員**： 個人情報については、共有シートは必ずいると思う。実際に連携をするにあたっては、連携パスを作ること、そのときにやるべきリストとフローチャートによって、何をするという流れを作っていくことが必要になる。そのために、成功例を基にしてフローチャートを作っていくとけない。例となる数が多いのはいいが、逆に個々の病態や条件が違うので、必要なサービスも変わってくる。それに対するフローチャートは、次の段階はここでこの点をチェックする、というようなものになると思うが、膨大な量にならないか懸念する。

**構成員**： 病院も多く、連携することがなかなか難しいと感じている。それならば、最低限することを決めたほうがいいのか。細かく決めると自分のところで使っている様式やルールがあるので、市全体で最低限のものを作ったほうが利用しやすいと思う。

**構成員**： ワーキング会議の議論のとりまとめを見ると、もうオール北九州で取り組んでいけないとけないと思う。とりまとめにある、多職種・多機関連携実行会議等について、これ

は市全体で1つのイメージだろうか。それとも区毎を想定しているのか。区毎になると、医療機関の数なども差があるので市単位のほうがいいと思う。

**地域医療課長**：多職種・多機関連携実行会議は市で1つと考えている。解決策等を作りこむ作業部会は市に1つもしくは東西地域で2つのどちらかを検討している。たとえ東西で検討しても、合意する場合は1つと考えている。三層目は、地域ごとにできるもの、旧5市ごとにできるものもあれば、職能、事業者団体ごとにできるものもあるなど、いろいろな形があると思っている。

**構成員**：ケアマネジャー個々のスキルというより、急性期病院は救急を持っているので、腰椎圧迫骨折など患者本人が救急車を呼ぶことがあって、その場合、疾患によっては3日～1週間で退院、回復期への転院となって次の病院から確認で初めてケアマネジャーへの連絡に思い至るというように、急性期は全くケアマネジャーへの電話などしておらず、バタバタするということがある。先ほど発言にあったように、お薬手帳は皆持ってくる習慣がついてきて、保険証とセットにしている。そのなかに、どの事業所のケアマネジャーが担当しているのか、どこに通っているのかなどわかるものが一緒についていれば、もっと連絡しやすいと感じる。ケアマネジャーの方は本当にいろいろよくしてくださる方が多くて助かっている。

**構成員**：多機関・多職種連携は良い仕組みだと思う。統一した取組みを作っていく方向性になることは大事なことだと思う。実際にこの多職種・多機関連携の会議を立ち上げていく、人を集めていくのは大切だが、例えば、適時思いついたことを書き込めるようなところがあって、それをこの連携の会議で取りまとめるなど、ネット社会なので、会議だけでない方法も取り組んでいけると良いと思う。

**構成員**：フローチャートの作成にあたって、事例データを分析するということがだったが、是非口腔内のことを入れて欲しい。福岡県の事業で、歯科の連携室を小倉歯科医師会、戸畑歯科医師会で運営している。口腔内のチェックの依頼で増えているのは、整形外科からの依頼で、高齢者が整形外科に罹る理由のほとんどが骨折であり、骨折しやすい脆い骨となる原因が、口腔内の環境が悪くて栄養が十分に取れていないということだった。また、誤嚥性肺炎についても、口腔内の環境が要因になる。ある程度自分の身の回りのことは自分でできる方の場合、口腔ケアも一人でしているのでケアが行き届かないことがある。例えば片麻痺の方は、自分で食事は摂れるのでケアの対象になっていないが、入れ歯の手入れや歯磨きが不十分なことは多い。ぜひフローチャートの中には食べられる口腔内かどうかをチェックすることを入れて欲しい。その中で歯科の専門職が参加できることが北九州市に出来たらいいと思う。

**構成員**：治療依頼の際、口腔の情報を、本人もしくは介護の方がうまく伝えられないことが多い。もちろんスキルの高いヘルパーさんやケアマネジャーさんもいるが、大体は「歯が痛いと言っているので、治療に来て欲しい」というもの。行けばもちろん状況はわかるが、治療にあたってどんな道具を持っていくのか、また処置にかかる時間はどのくらいを見ておくのか、その後の診療時間との調整もある。しかし行ってみると、事前の話と全く状況が異なっている場合が多く、場合によっては診療所と患者宅を行き来するなど時間がかかってしまう。口腔内のことを的確に伝えられる、歯科衛生士に間に入ってもらえるようなシステムを作って欲しい。実際にあった例では、入れ歯が合わず痛いということで訪問して診察すると、口の中に顆粒の薬が大量に残ったまま入れ歯をしていたことが原因だった。ケアマネジャーを通して、薬剤師に薬剤の変更をお願いしたこともある。

**構成員**：ワーキング会議のまとめを見て、よくまとまっていると感じる。急性期から在宅医療というのは少ないと思うが、急性期から回復期、慢性期へと移行して、在宅へとなったときに一番困るのは、在宅での食事のこと。病院では治療食を食べていたけれども、在宅でその治療食をどうするのかわからない、結局、好きなものを好きなだけ食べているという現状もある。そういう場合に、作成していく連携パスのなかに、早期から栄養士による介入が必要か、栄養状態の把握というのをに入れて欲しい。栄養状態を確認するチェックシートを作り、そのシートを使って、栄養の問題がある、あるいは治療食が必要となれば栄養士に繋いでもらうと連携の形ができるのではないかと。

あと1点、何をもって成果とするのか、どの症例であれば成果に結びつくかについて、提案だが、在宅医療・介護連携支援センターで運営している多職種連携研修会は、すでに研修を実施しリーダー格となる人も出来ていると思うので、連携支援センターに依頼のあった症例を、多職種連携のチームで訪問し成果をあげて、それをフローチャートにしていくのも、1つの方法ではないか。すでに顔が見えている関係である多職種連携研修会のメンバーを活用して成果をあげてフローチャートやパスを作成すると良いと思う。

ワーキング会議での議論のなかで、各病院で食事の呼び方が異なっていて、それをそのまま退院サマリーに書かれているのでわからないという意見が上がっていたが、栄養士会でも問題として捉えているが、共通の言語で統一することが難しい状況であった。付随して、食形態の呼び名（きざみ食、ソフト食など）についても、栄養士会としては共通言語となるよう様式等を作ってきたが、利用に繋がっていない。理由としてそれぞれの病院で導入しているコンピューターのシステムで固定されているものを改善することが難しいことが挙げられる。コストもかかることもあり、うまくいっていない。周りから固めていくのではなく、市のほうから「これを使いなさい」と指示してもらうことで、周囲が変わっていくことはあると思う。

**構成員**：介護保険制度も財政的に厳しい状況で、特別養護老人ホームも潰れていく時代。口腔ケアについて入所施設はほとんど取り組んでいる。食べられないと入所者が元気にならないし、食べるためには口腔内の状況はとても大事。しっかり栄養を摂って、リハビリをして健康になることは基本。特養は要介護3以上が要件だが、入所して元気になる方も結構多い。在宅の方を地域で支えるためには、ケアマネジャーの質が重要ではないかと思う。

**構成員**：とりまとめの中に、「医療・介護の団体、行政が一体となって進めていく必要がある」とある。先日、自分が担当した事例で、病院と地域包括支援センターとの連携がうまく進まなかったことがあった。今後、非常に多様なニーズをもった市民が増えていく中、独居や家族がいない方であっても、行政が管理をするような姿勢ではうまくいかない。しかし病院側からすると、地域包括支援センターは要であり、民間だけで支援していくのは難しい。施設や病院がうまく連携して、多様なニーズに応えていく必要がある。行政と医療・介護の団体等と一体となる、「オール北九州」を進めてもらいたい。うまくいっていない現実もあるが、だからこそこういった推進体制を作っていく必要があると思う。必要な情報を順次渡していく文書化されたものを作ることは良いと思う。

**構成員**：北九州市は地域包括支援センターが直営なので、利益が関係せず公平。各団体からも職員が出向していて良い体制だと思う。

**構成員**：支援が必要な人を全て拾い上げるのはなかなか難しい。ただ行政の中で、地域包括支援センターと障害、生活保護の連携が不十分で、たらいまわしになってしまい、結局、ケ



アマネジャーや訪問看護、主治医が対応に悩むといったことはある。個人的には、他の地域より北九州市のほうが支援体制はあるように感じている。

**地域福祉部長**：貴重なご意見ありがとうございます。地域包括支援センターについては、様々なご意見いただいたが、それぞれ正しい意見だと思っている。今後のことも含め、直営という方式が強みだというのは間違いないと感じているので、引き続き維持していきたい。ただ、今後の人員体制や、あるいは高齢者以外の障害者、子どもに関することもあるので、行政の保健師をずっと投入し続けることには限界も出ている。直営という形は維持しながら効率化ということも検討していきたい。また、各地域包括支援センターで様々な事例の積み重ねはできているが、弱点はその情報が、皆様方地域の関係者へ広がっていない、役所の中で留まっているということだと思う。行政も情報を出す、民間も収集する、そういった関係性になることが、この提案している多機関・多職種連携を進めていくことにつながるものである。今日のご意見の中で、反省すべきところはしっかり受け止めたい。

**構成員**：地域包括支援センターは、様々な困難事例にしっかり対応してくれ、助かったことも多々ある。直営かどうかといった形式のことだけではなく、現実的に出来ていないところについて共有されていないということが課題。この会議で構成員の皆さんからも多職種で連携しようというご意見が出ているので、良い事例もうまくいかなかった事例もあるので、ぜひ現場の話をする場が欲しいということを伝えたかった。

**構成員**：多機関・多職種連携の会議を運営していくなかで、さまざまな団体・事業体からの意見を入れたところで、例えばパブリックコメントのようなものをうまく活用して、広く意見の収集と課題の整理をしていくことが大事ではないか。自分の職種以外の他職種の役割等について多職種連携の中で情報共有していけたら良いと思う。

**構成員**：地域の中で出た問題について、地域包括支援センターに伝えると、職員の方はとても頑張っただけで対応している。ただ、それ以降のことについては個人情報だから伝えられないということで終わってしまう。どういう対応をしたのか、訪問したのか、それすらわからないので、情報提供してから先は消えてしまう。介護保険申請したのか、認定が下りたかどうかの情報も提供してもらえない。そういった状況で地域とどう連携していくのか、個人情報の保護は大切だと思うが、時と場合によっては妨げになることもあるので、どこまでを個人情報とするのか、どのように連携を取るのか、そのシステムを作って欲しい。

**代表**：ありがとうございました。多職種・多機関連携の進め方につきましては、皆さんのご意見も十分含まれているものと思う。なにか最後にご意見ありますか。

**構成員**：以前行政が主体となって、脳卒中連携パスも作った。色々な連携パスを今まで作ってきたが、それが活用されていないのはなぜか。現場で連携する方々は役割も十分理解されているので、同じ失敗を繰り返さないために、あまりにも書くことが多いとか、そのシステム自体が重たくなりすぎると動かなくなるので、誰が中心で何をやるべきなのかをシンプルにして、今までの二の舞にならないようにして欲しい。

**代表**：それではワーキング会議で議論いただいた内容については概ね構成員の了解をいただいた。次のステップについては、より具体的に進めていくことを事務局にお願いしたい。最後に、この件は誰かが腹を括らないと進まないということが事実。実際のデータベースの問題やシステムの問題、さまざまなネットワークをするためのたたき台を、誰が苦労して、誰が

責任をもつのかというところを含めた議論をしていかないと、意見だけ出しても先には進まないで、具体的な場にしてほしい。

多くのご意見ありがとうございました。出た意見を是非、次期計画に反映させていただきたい。また在宅医療・介護連携支援センターの今後の活動の充実、多機関・多職種連携の今後の進め方について、意見を踏まえて着実に進めていただきたいと思います。それでは本日の議論はこれで終わらせて頂きます。