

## ◀◀ 新春座談会 ▶▶

### 地域包括ケアシステムと 多職種連携

福島県医師会会長  
高 谷 雄 三

福島県薬剤師会長  
町 野 紳

福島県介護支援専門員協会会長  
千 葉 喜 弘

福島県理学療法士会長  
山 口 和 之

福島県医師会副会長  
木 田 光 一

福島県歯科医師会専務理事  
海 野 仁

福島県看護協会会長  
高 橋 京 子

福島県訪問看護連絡協議会長  
門 馬 君 江

福島県作業療法士会長  
長谷川 敬 一

福島県医師会常任理事 (広報担当)  
司会：丹 治 伸 夫



**司会** あけましておめでとうございます。

ただ今より新春座談会を開催いたします。本日の司会を務めさせていただきます常任理事の丹治でございます。どうぞよろしく願いいたします。

本日はお忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。はじめに、本日の主催者であります福島県医師会の高谷会長よりごあいさつをお願いします。

### あいさつ

**高谷** 会長の高谷でございます。新春座談会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。



早いもので、会長に就任して6年目を迎えました。この間さまざまな出来事がありましたが、なんといつでも発生から早5年になろうとする東日本大震災と福島原発事故がいま

だに県民生活全般にわたり大きな影響を及ぼしており、地域医療への影響もその例外ではありません。こうした中、地域で診療を続けられている会員、避難先で新たに診療を再開されている会員、避難指示地区の解除などに伴い故郷に戻り医療を提供されている会員など、それぞれが一生懸命地域の医療提供に携わっておられることは心強い限りであります。

本日の座談会は、「地域包括ケアシステムと多職種連携」をテーマとして、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協会、県訪問看護連絡協議会、県理学療法士会、県作業療法士会の7団体の代表の方にお集まりいただきました。

昨年6月、我が国の持続可能な社会保障制

度の確立を図るため、「医療介護総合確保推進法」が公布・施行され、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目標として、効率的で質の高い医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題であることは皆様ご承知のとおりであります。特に、地域包括ケアシステムの構築においては、多職種が協働して医療と介護の連携体制を整え、地域のニーズに応じた包括的な在宅医療などを提供できるようにすることが極めて重要であり、私たちの課題でもあります。

本日は、こうした観点から、これまでの取組や今後の対応策などについて皆様にご意見を出し合っていたいただき、今後の多職種連携の取組に生かせれば幸いです。

どうぞ忌憚のないご発言をお願いし、あいさつといたします。

**司会** ありがとうございます。

ただ今、会長から提示されましたように、本日は「地域包括ケアシステムと多職種連携」をテーマに話し合いたいと思います。議論を始める前に、まず、自己紹介をお願いしたいと思います。

**門馬** 福島県訪問看護連絡協議会の会長をしております門馬と申します。よろしくお願いいたします。

訪問看護ステーションは県内に約110ありますが、そのうち100施設ほどがこの連絡協議会に入っており地域の訪問看護活動をしている状況です。多職種連携の包括ケアシステムについては、訪問看護がどのように関わったらいいのか、まだ私たちも模索している途中です。皆様のご意見をお聞きしながらこれから進めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

**千葉** 福島県介護支援専門員協会の会長をしております千葉と申します。

本会の会員は現在1,800名ぐらいですが、現任に就いていない有資格者も入れれば

7,000人を超えているかと思います。私の職場としては、白河にひもろぎの園という老健があるのですが、その中にある包括支援センターのセンター長も兼ねており、今日話題となるような地域ケア会議を開催しています。何か皆さんからいいご助言をいただければと思って逆に勉強しにまいりました。よろしくお願いします。

**高橋** 福島県看護協会会長の高橋京子といます。よろしくお願いします。

会員は現在1万1,800人で、入会率は約49%の状況です。看護職といますのは、保健師、助産師、看護師、准看護師、これらが看護職となり会員となっています。本会の目的は県民の健康に寄与するという大きな使命があり、その目的のために資質向上や事業展開をしています。本日はよろしくお願いします。

**海野** 福島県歯科医師会専務理事の海野でございます。本来であれば会長の金子がこちらにお伺いするところでございますが、会長が公務で出張しておりますのでご容赦いただきたいと思います。

福島県歯科医師会でも、在宅歯科医療を中心としました地域包括ケアシステムの構築に少しでもお役に立ちたいと考えております。本日、皆様と意見交換をさせていただきまして、これにしっかり取り組んでいきたいと思っております。よろしくお願いします。

**町野** 福島県薬剤師会の町野と申します。会長になりまして2年目になりました。

地域包括ケアシステムは医療と介護の連携ということになるかと思いますが。私も実はケアマネの資格を持っておりまして事業所の立ち上げに関わったこともございます。薬局は、患者さんにとって薬物療法においてラストアクセスの場であり、医療と介護の連携の架橋となればと考えております。今日は皆さんの意見をいろいろ聞きながら会員にも反

映させていきたいと思って参加しておりますのでよろしくお願いいたします。

**山口** 福島県理学療法士会の会長をしております山口和之と申します。

リハビリテーションというと、本来であればチームで行わなければならないとされながら、なかなかそれができないでいた状況でしたが、介護保険が始まってからは皆さんと連携をとらせていただくようになりました。地域包括ケアシステムについては、本会としてもさらに努力して参画していきたいと思っております。

現在、会員数は1,244名となっています。今までは少なかったのですが、このところ急激に会員数が増えています。したがって、平均年齢も30歳ぐらいとまだ未熟者が多いのかなというところもありますが、どうぞよろしくお願いします。

**長谷川** 福島県作業療法士会の会長をしております長谷川と申します。

作業療法士会は約850名いますが、とにかく対象者の自立支援をしていくのが仕事です。最近では地域ということが盛んにいわれていますので、一生懸命に研修会などをやって、地域に貢献をするようにと会員に発破をかけているところです。ただ、リハ職というのは病院や施設の訓練室にこもっていますので、本当にできるのかなと思うところもありますが、頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いします。

**木田** 福島県医師会で地域医療を担当しています副会長の木田光一です。

医師会においても地域包括ケアシステムの構築が急務になっています。そこで、私どもは地域医療構想や地域包括ケアに対応するために、多職種連携の協議を進める一環として、平成27年3月から地域医療対策委員会を立ち上げました。その中の地域包括ケア検討委員会では、各地域において地域包括ケアに関する意見交換会をできるところから開催して

りまして、7月には福島市で開催されたところ  
です。各地域でいろいろ特性がございます  
ので、こうした取組みを行うことによって地  
域の問題点を掘り起こし対応していきたいと  
思っております。

今日は皆様から忌憚のないご意見を聞きま  
して、地域包括ケアが前進することを願っ  
ております。どうぞよろしく願いいたします。

**司会** ありがとうございます。

では、本日のテーマに関して、まず、各団  
体の取組状況をお話させていただきたいと思  
います。

はじめに歯科医師会の海野常務理事からお  
願います。福島県歯科医師会様には福島県  
糖尿病対策推進会議や在宅歯科医療連携室  
運営会議などで医師会と一緒に取組んでい  
ただいておりますが、やはり訪問歯科診療が  
ひとつ大きな課題になっていると思います。  
そのあたりも含めましていかがでしょうか。

### 福島県歯科医師会

**海野** 県歯科医師会での多職種連携に関し  
ての取組についてお話しさせていただきます  
と、本会では平成22年から福島県在宅歯科  
医療連携室を設置し



ております。これは、住民や在宅歯  
科医療を受ける患  
者さんやご家族の  
ニーズに応え、地  
域における在宅歯  
科医療の推進およ  
び多分野との連携  
体制の構築を図る

ために設置されたものです。この在宅歯科医  
療連携室の主たる業務としては、1つ目には  
訪問歯科診療等の相談窓口、2つ目に訪問歯  
科診療を行う医院の紹介、3つ目に、特養・  
老健施設などへの出張口腔ケアの研修が挙げ

られております。また、この連携室の県内  
での周知を図る目的で、県内の病院の地域医療  
連携室や地域包括支援センターなどに出向い  
て説明なども実施しております。

ただ、地域包括ケアシステムに対しての取  
組はまだ地域差がありまして、地域包括ケア  
化運営会議に出席している地域もあれば、ま  
だ声がかかっていない地域もあるようです。  
今後は、誤嚥性肺炎や低栄養の問題、摂食嚥  
下の問題など、私どもの必要性も増してく  
るものと考えておりますし、そのためにもし  
っかりと準備をしてみたいと思いますので、  
他の職種の方々にもぜひお声がけをお願い  
したいと思っております。

問題点といたしまして、まず、私どもの職  
種がほかの職種の方と一緒に仕事をするこ  
とに慣れていないということがあります。私  
どもの勉強不足もあるのですが、専門用語  
への理解不足、介護現場への理解不足など、  
内弁慶的なところがあるのかもしれない。  
また、基本的には歯科は開業医がほとんどで、  
訪問診療を専門にしているごく一部の歯  
科医師を除いては、必ずしも外へ出かけてい  
ける体制にはなっていないということがあ  
ります。さらに、近年は機材がかなり進歩し  
てきましたが、内科の往診に比べれば機材の  
運搬準備にかなり手間がかかります。このよ  
うなことから、県内の訪問診療の状況を  
調べますと、福島市や郡山市近辺に  
関しては対応が進んできているよう  
ですが、郡部におきましては  
まだ行き届いているとは言い難い  
状況です。

このような問題点を踏まえまして、福島  
県歯科医師会としては、皆様のご意見を  
伺いながら役割を果たしていきたいと考  
えております。

**司会** ありがとうございます。

次に、薬剤師会からお願いしたいと思  
います。残薬の問題が取り上げられる中  
において「かかりつけ薬局」制がスタート  
するという



ことですが、そうすると地域における薬剤師さんの果たす役割もまた変わってくるのかもしれない。我々医師ともさらに連携を強化していただくことになるだろうと思いますが、町野会長、いかがでしょうか。

## 福島県薬剤師会

**町野** 「かかりつけ薬局」という言葉は以前からあったのですが、今回、厚労省により公表された「患者のための薬局ビジョン」には



重要事項として登場しています。医薬分業の意義としては、薬局の薬剤師が患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握することで、複数の科を受診されている患者さんの重複投

薬や相互作用の有無を確認し、患者さんの副作用や期待される処方薬の効果を継続的に確認することが挙げられてるわけです。最近、皆様もご存じのとおり分業バッシングともいえるようなことが起こってしまっていて、我々はこのことを真摯に受け止めなければならないと思っています。まさに、この「患者のための薬局ビジョン」は、かかりつけ薬剤師やかかりつけ薬局のあるべき姿を明らかにして、中長期的な視点に立って薬局を再編していく道筋を示したものだとして受け取っています。県薬剤師会としては、平成28年度から各委員会の組織の再編を行って、このビジョンに順次対応していこうとしています。

では、これまで本会はどんなことをしてきたのかといいますと、県内の各地域から選出された委員で構成する在宅医療推進委員会や医薬分業・職能対策委員会が中心になって、在宅医療への対応が可能な薬局のリストを

作ったり医療材料の供給体制の整備を行ってきました。また、在宅医療における残薬の状況を把握したり、在宅での薬学的管理の必要性についての理解を促す研修会を開催したりと、多くの薬剤師や薬局が在宅に参画することができるよう活動してきました。また、認知症対策の研修も開催して「新オレンジプラン」への対応にも努めるほか、多職種と連携してワークショップなどを開催しています。しかし、まだ各地域での取組に温度差があることが悩みです。

今後、認知症の患者さんや医療密度の高い患者さんが在宅医療に流れてくると考えますと、在宅での薬学的管理がますます必要になってまいりますので、患者さんの状況の継続的な把握や服薬情報の処方へのフィードバック、服薬アドヒアランスの向上、残薬の整理などの業務に積極的に取り組んでまいりたいと考えています。そのためにも、今年度中に、仮称ではありますが「かかりつけ薬局推進委員会」を設置して医療機関等の連携の強化を図りたいと考えておりますので、皆様にもご理解とご協力をお願いしたいと思います。

**司会** ありがとうございます。

続きまして看護協会ですが、看護師さん、准看護師さん、保健師さん、助産師さんと多くの職種の会員がおられ、特に保健師さんは保健指導や予防活動など大きな力を発揮されています。今後もますますそうした活動が望まれると思っておりますが、その点も含め、高橋会長からお願いいたします。

## 福島県看護協会

**高橋** 今お話がありましたように、東日本大震災の直後より社会から保健師活動が求められたと同時に、保健師という働き方が認識されたのではないかと考えています。そもそも看護職の中で保健師といえますのは、厚生労



働大臣の免許を受けて保健師という名称を用いて保健指導ができると規定されているとともに、時代の変化に対応しながら個別支援と地域診断を実施することが

求められているところです。

では、時代の変化とはどういうことかといいますと、やはり少子超高齢時代ということに加え、福島県では震災・原発事故によって避難されている方々に対しての健康支援、予防活動だと考えています。超高齢社会においては、住み慣れた地域で生きるといったところに看護職の使命があると思いますし、その意味でも保健師に焦点が当たっていると思っています。また、震災後は各地域や医療圏ごとに震災対応の事例報告会などを積極的に開催して対応の検証にあたっているところです。

保健師といいますと、戸別訪問して母子の指導をしたり障害者の支援をするというイメージがあるかと思います。それは基本的に大事なことですが、やはり福島においては、被災者の方の健康状況の把握と支援が不可欠ですし、さらには地域における健康課題を捉えて健康政策に提言をするということが求められているのではないかと思いますので、そのためにもいろいろと勉強しているところです。

今回のこの会議を通して、看護職、特に保健師たちが力を出していきたいと思っておりますので、皆様方からのお力添えをよろしくお願ひしたいと思います。

**司会** どうもありがとうございました。

それでは、次に介護支援専門員協会の千葉会長をお願いいたします。介護支援専門員が

入らなければ多職種連携は成り立たないような状況ですし、今後もケアマネージャーさんが果たす役割はますます大きくなると思っておりますが、千葉会長、いかがでしょうか。

### 福島県介護支援専門員協会

**千葉** ありがとうございます。まず、協会がどんな取組をしているかお話ししますと、厚労省の地域包括ケ

ア推進員をビッグパレットにお呼びして講演会を開いたり、また、ケアマネージャーが年間を通じて受けなければならない4つの研修すべてに「地域包括ケアと

は」という座学を入れ、それを徹底してやっているところです。

ケアマネージャーは、地域ケア会議において事例を積極的に出していくことが求められています。

もともとケアマネージャーは地域の中で活動しているのですけれども、専門性にばらつきがあり、どうやったら専門職の意見を聞けるかということが課題でした。そこで、これは県南地区になりますが、例えばリハビリの必要性の判断に悩んだときは作業療法士会や理学療法士会から人材を派遣するというのを始めています。

もう一つは、白河医師会会長の穂積先生が医療・福祉情報センターをモデル事業で立ち上げて、医師会で継続していただいているのですが、そこではグループホームも居宅の突然死もすべて往診と看取りをしてくれていまして、そういうものが地域にたくさんあればいいなと思っているところです。その足がかりとして、県全体というより、まずは自分の



地域のシステムをつくることを考えていくとスムーズにいくのかなと思っています。顔が見えるという意味においても、地域においてそれぞれの専門職の方々が集まってくればいいなと思っていますところでは。

**司会** ありがとうございます。

それでは、次に訪問看護連絡協議会の門馬会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

### 福島県訪問看護連絡協議会

**門馬** 訪問看護ですが、私たちが対象にしているのは障害や病気を持っている方々で、医療依存度が高い方、病状が悪化し在宅で看取りをする方を多く



訪問している状況です。また、寝たきりの看護ばかりではなく予防の面でも、ケア提供して症状の安定を図り、住み慣れた場所で安心して過ごしていただくこと

を考えております。認知症は、ご存じのとおり軽いうちから関わることで悪化を防げることがありますし、認知症ばかりではなく疾患の悪化予防の面でも早期に訪問看護師の関わりがあれば、病院に入院することなく在宅で過ごせるのではないかと考えております。また、私たちは介護される家族のケアも担っております。長年介護されている方が疲弊してしまいますので、ご家族のフォローも行っています。

地域包括ケアシステムの中で訪問看護が最も力を出すのは在宅看取りの場面ではないかと思っています。現在、かかりつけ医と連携して在宅看取りの支援もさせていただいていますが、まだしっかりしたサポート体制が整って

いないのが実情です。在宅看取りは1人のかかりつけ医の方だけではとても難しいですので、チームで利用者さんをみていただく体制を整えていただければ件数も増えるのではないかなと思っています。

最近では精神疾患の患者さんも多くなっています。在院日数の関係で長期入院ではなく在宅へということで増えているのですが、去年から精神科訪問看護基本療養費が算定されるようになりまして、訪問看護のほうでも精神科の患者さんをどんどん受けているところですが、小児や障害者も同じようにやはり増えているのですが、こちらについては医療というより福祉のネットワークを持つ必要があるのではないかと感じています。

最近では家族の形が変化して高齢世帯や独居世帯が増えていますので、医療ニーズのある方が在宅で過ごすことが難しくなっているような状況も見受けられます。そのようなことから今後は24時間サービス体制の確立も必要になってまいりますので、この点でも多職種との連携はとても大事になってくると思います。また、訪問看護師が主体となりまして、訪問看護、訪問介護、デイケア、ショートステイを組み合わせ、看取りや重症化した方々を支援する施設を開設もしていいという認可が下りておりますので、今後は地域の中でますます訪問看護が展開されるのではないかと期待しているところです。

**司会** ありがとうございます。

次に、福島県の理学療法士会にお願いしたいと思います。理学療法士の方は、身体機能や運動能力の指導をはじめ、在宅や地域活動への復帰など多方面にわたっておられますが、山口会長からよろしくお願いいたします。

### 福島県理学療法士会

**山口** 本県の理学療法士の数を見てみますと、今年3月の時点で人口1万人当たり6.42





人、全国で34位という状況です。さらに、高齢者の比率を考えれば人口当たりの人数で単純に比較できませんので、相当数足りていないというのは皆さんご存じ

のとおりです。

地域に関わる中で問題となるのは、私たちのほとんどが病院や老健施設にいる勤務者です。外に出にくいということがあります。しかし、リハビリテーションを病院だけでやっていたのでは身体機能しかできません。在宅医療における理学療法とは何かといいますと、予防の理学療法、治療の理学療法に加え、支える理学療法というものがあります。これは、社会復帰であったり家庭復帰であったり、在宅生活を維持するための理学療法です。また、その後も予防の理学療法として、再発の予防、悪化の予防、重症化の予防と進んでいきます。また、緩和ケアといわれておりますけれども、和らげる理学療法というものも存在します。

福島県においては、平成12年に全国で8番目に地域リハビリテーション支援体制整備推進事業が開始され、現在は皆さんと一緒にこれを推進しているところです。また、福島県訪問リハビリテーション研究会を立ち上げ、訪問リハビリテーションに従事する人たちの質の向上と問題の共有化を図っていこうと取り組んでおりまして、現在までに500人ほどの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が参加しています。

今、理学療法士に課せられているのは、自立支援型マネジメントにしっかり関与していくことだと思っています。なかなか数が増えていない中ではありますが、できる限り早く

地域で生活していただけるように、介護保険と一体的に提供できるような体制を組んで今後も進めていきたいと思っています。

司会 ありがとうございます。

次に、福島県作業療法士会ですが、生活支援の活動や支援体制、作業療法士会の考え方や現状についてお話をしていただきたいと思います。長谷川会長、よろしく願います。

### 福島県作業療法士会

長谷川 作業療法士会の長谷川です。よろしく願います。

さまざまな活動をしていますが、今日は1つだけご紹介させていただきますと、日本作業療法士協会では

7年前から厚労省から委託を受けまして、生活行為向上マネジメントというものを研究・開発してきました。これはどういうものかといいますと、人は、ただ歩ける、

ただ筋力がついたというだけではだめで、家に帰ったら何か役割があるとか、おしゃべりをして外に出るとか、そういう行為がないと結局は弱ってしまうということに国も10年前ぐらいから気づいて、これに対しての介入ツールとして開発したものです。

生活行為向上マネジメントとは、その人にとって何が生きがいなのかを聞き出して、その実現のために適切な訓練をしたり、福祉用具を使ったり、場合によってはヘルパーさんに入ってもらうなどして、その希望を実現をさせるというものです。介護支援専門員協会さんと連携して開発していますので、生活行為申し送り表を作成してケアプランに反映し





やすいようになっています。

折しも、昨年、「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」がありまして、その中で、「リハ職は運動や機能訓練ばかりで地域活動への参加をあまりやっていないのではないか」ということが指摘され、ちょうど追い風になりました。また、介護報酬改定では、生活行為向上リハビリテーション加算として点数化になり、やっと日が当たってきたところです。

作業療法士会としては、地域ケア会議への出席、介護予防への協力、認知症対応について取組を強化しているところです。福島県は地域リハビリテーション支援体制がきちんと残っているので、各地域の地域リハビリテーション支援センターと協力して、地域にできるだけ出ていきたいと思っています。

そこで、今日は医師会の会合なのでお願いなのですが、理学療法士や作業療法士は雇われの身として勤務しているものですから、病院の院長先生、理事長先生、もしくは老健の施設長さんに地域へ「行ってこい」と言ってもらえると出やすいところがあります。リハ職も頑張って地域に出ていく気持ちで体制を組んでいますので、そのあたりご理解とご協力いただけるとありがたいと思います。

最後はお願いになってしまいましたが、どうぞよろしくお願いいたします。

**司会** ありがとうございます。

次に、県医師会の活動になりますが、地域医療対策協議会包括ケア検討小委員会など、この分野における中心になっておられる木田副会長からお願いします。

### 福島県医師会

**木田** 県医師会の木田です。

地域包括ケアの実現には多職種連携が必須であるということは共通認識となっております。そこで、県内の6地域で地域包括ケアに

関する意見交換会を開催することになりました。開催地は、福島市、郡山市、白河市、会津若松市、相馬郡、いわき市です。参加依頼団体ですが、本日おいでい



ただいた各団体の皆様のほかに、市町村、警察署、保健福祉事務所、社会福祉協議会、そして各地域包括支援センター、在宅介護支援センターなどに声かけをさせていただきました。

意見交換会は、地域包括ケアについて行政側あるいは県医師会の役員が話をした後、各地域の現状について郡市医師会の役員もしくは市町村担当者からお話をいただき、最後に1時間ほどの意見交換の時間を設けております。なお、この意見交換会につきましては、福島県地域医療再生臨時特例基金事業補助金における多職種連携研修会等支援事業ということで、この補助金を利用しての開催でございます。

開催状況ですが、福島市が皮切りで、平成27年7月21日に開催しております。郡山市では11月26日、いわき市では11月18日に開催しました。そのほか3カ所についてはこれから開催計画を練っているところでございます。

各地域によって抱えている問題はいろいろ違ってまいりますので、こういった会議を開催して多職種連携を進めてまいりたいと思っております。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

**司会** ありがとうございます。

次に、本日のテーマで大変重要な課題となるのが人材の確保と育成であります。医師不足も全くそのとおりなのですが、このことについて、各団体から現状や取組等についてお

話していただければと思います。

では、門馬会長から順にお願いいたします。

### 人材確保と育成

**門馬** 人材という点からしますと、訪問看護師は高齢化が問題になっているような状況です。病院の看護師のようにチームを組んで患者さんをみるのではなく、訪問看護師が1人で在宅に伺ってアセスメントからケアまですべてを行いますので、行けるようになるまでの教育に時間がかかります。しかし、訪問看護ステーションは小規模のところが多いですから、1件いくらという報酬で施設が成り立っているところで、さらに訪問看護師を教育するとすると、人件費がかかるにもかかわらず報酬がいただけない期間が生じてしまいます。そのようなことから新しい方をどんどん入れることが難しいということが全国的に問題になっています。

そこで、全国の訪問看護連絡協議会もそうですけれども、看護協会のほうでも、新卒の看護師を訪問看護に持っていく、学校を卒業したら病院ではなく地域に出ていただくという取組も始まっていますので期待できるかと思えます。ただ、それにはやはり教育システムがとても大事ですので、地域の病院などの研修場所の確保や養成するための資金を県のほうからいただいでできるようになるのではないかなと考えているところです。

**高橋** 看護職としては、2025年問題に対して「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」という看護の将来ビジョンを表明いたしました。それに基づいて、これから資質向上に取り組んでいくのですけれども、特に地域包括ケア体制の構築推進に向けて、保健師の教育支援プログラムが5カ年計画で始まったところでございます。

また、看護職全体はまだまだ人材不足の状況で、卒業生が県内にとどまるためには労働

環境を良くしなければならないということでワークライフバランス事業を行っています。さらに、震災後の24年度からは、不足しているところに看護師を派遣すること以外に、看護力向上支援事業というものを行っています。これは、特定の能力を持ったナースをその病院に派遣して、例えば感染について能力の高い看護師が行くことで、派遣先の看護職が感染に対する知識を得て自信を持って働ける、こうしたことが離職率を下げるという結果が出ておりますので、この事業を今後も続けていきたいと考えています。

**海野** 歯科医師会の海野でございます。地域包括ケアシステムを考えた場合に、歯科医師会として何が求められているかといいますと、認知症の方に対する対応と、訪問歯科診療、そして口腔機能の維持管理に話が集約できるかと思えます。

それぞれの部分について人材の育成を考えていかなければならないのですが、まず認知症については、重篤な認知症の患者さんが歯科治療を拒否されますと手の打ちようがなくなってしまうので、初期の段階で治療できるよう、認知症の初期集中支援チームの皆様にご協力いただきたいということが一つあります。

私どもとしましては、訪問歯科診療に取り組む歯科医師数を増やしていくために、研修会などを通して資質の均てん化を図っていきたいと考えています。また、口腔維持機能管理については歯科衛生士の確保が必要ですので、福島県の医療人材対策室などにもご助力いただいで人材の確保に努めていきたいと思っています。

**町野** どの職種も漏れずに人材不足であり、薬剤師も例外ではありません。特に、開局する薬局に新たに勤務する薬剤師さんは少ないというところもあります。しかし、人手不足とばかりも言っていられないので、やり

方の工夫も必要だろうと思っています。

例えば地域ケア会議が昼間ですとなかなか参加できる人がいけませんので、夜などの時間を使うようにしたり、あるいは今県全体で取組んでいる医療情報ネットワークを利用して、インターネット会議等を開催してはどうかと思います。

在宅における薬の管理について、必要性が高いということは認識していますが、患者宅に訪問する時間やそのきっかけがつかめないという声も会員の中から聞こえています。在宅医療に参画するには、やり方を変えるということと、各地域で顔が見える連携をとることが大切になります。行政を含めた地域包括ケアの推進のための計画が必要と考えます。

本会の在宅医療推進委員会では、各地区から推薦をもらって在宅に対応できる人材育成に努めておりますので、今度は育った人たちが地域で根っこを生やして、その成果が見えてくれればいいのではないかと思います。

**山口** リハビリテーションというのは、理学療法士や作業療法士だけではできません。私どもは地域リハビリテーション支援体制整備推進事業を進めてきましたが、なかなか浸透していないのが実情です。それは、各職種が同じベクトルにないことが要因ではないかと思っておりますので、リハ職の必要性をほかの職種の方にも理解していただくことが重要だと思っています。また、人材不足については、ただ人を増やせばいいということではなく、我々自身、やはり質を確保することが大事だと思っています。

そこで、福島県理学療法士会では、地域包括ケア推進委員会において地域包括ケア推進リーダー導入研修会を開催しています。これは、リハビリテーションの視点をしっかり持って地域ケア会議に臨みましょうという研修会で、現在まで154名ほどが受講していま

す。また、介護予防推進リーダー研修会といまして、現場に行って介護予防の指導ができる人間を育てるための研修会は現在まで104名ほどが受講しております。

このように、現在は人材育成のほうに力を入れておりますので、育ってきた推進リーダー等を活用して、地域ケア会議への参加、あるいは地域づくり、まちづくりを支援していきたいと思っています。

**長谷川** まず数の話ですけれども、作業療法士は絶対数が足りませんので、理学療法士会と一緒に、県のほうに学校をつくってくださいというお願いを一生懸命しているところです。

また、地域包括ケアに資する人材を育成するということが、これまで、先ほどご紹介しました生活行為向上マネジメントができる人材を養成するとともに、県内には厚労省のモデル事業の協力病院が多かったこともあり、いい感じで進んできたのではないかと思います。

では、地域ケア会議や介護予防に具体的にどのように協力するのかということですが、現在、理学療法士会が単独で行っている研修のほかに、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会と一緒に6方部それぞれで研修会を開く予定になっています。これは県の基金を使わせていただいています。正直言ってこれから研修会ばかりで大変ですけれども、協力できるスタッフを1人でも多く養成しようと努力している段階です。

**木田** 医師会では、医師の総数の不足の問題もありますが、地域包括ケアに関わる医師をどのように確保していくかということに絞ってお話をさせていただきたいと思っております。

まず地域包括ケアにおいては、かかりつけ医という認識を会員に持っていただき、その役割を実践してもらうことが当面の大きな課題です。かかりつけ医の定義は、「なんでも

相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」となっています。しかし、これがまだ十分会員の先生方に理解されていない部分があります。各地で研修会等を開催いたしましてかかりつけ医の認識が浸透していくようにして県医師会として努力していく必要があると思っています。

看取りについても可能な限り関わっていくべきと考えています。ただ、1人で対応するのは難しいので、地域の中でチームをつくって、主治医、副主治医、あるいは各専門領域のドクターも関与して、1人の患者さんを複数の医師が診療するような体制づくりが必要かと思います。

また、診療報酬上の点数に在宅療養支援診療所というものがありますが、この要件が、24時間対応であるとか、1年間に緊急往診をした件数が4件以上とか、1年間に看取った件数が2件以上など、かなりハードルが高くなっています。こういったことも必要なのかもしれないですが、もう少し国のほうでハードルを下げていただくことが、在宅に参加するドクターの数を増やしていくことにつながる

のではないかと考えています。

現在、福島県での在宅死亡の割合は15.9%ですが、県では平成29年までにこれを20%にして、現在県内に172カ所ある在宅療養支援診療所を227カ所に増やすことを目標に掲げています。これもなかなか安易なことではありません。やはり会員の在宅医療に取り組みやすいような環境づくりを国と県が足並みをそろえて進めていくことが大事だと考えています。

**司会** ありがとうございます。本来であればさらに議論を深めたいところではありますが、残念ながら時間となってしまいました。

今、各地で多職種連携の推進しようとする会議が非常に多く開催され、皆さんの意識が本当に変わってきたなという印象を受けております。今後は行政とも連携して、より良い地域包括ケアシステムの構築に向けて皆さんと一緒に歩みを進めていきたいと思っております。本日はありがとうございました。

