

# 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2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 8 月 1 日（火） 19:00～20:30

## 2 開催場所

北九州市役所 3階 大集会室

## 3 出席者等

### (1) 構成員（◎：代表）

石田構成員、井上構成員、重藤構成員、下河邊構成員、白水構成員、高嶋構成員、玉野構成員、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

※欠席者 黒木構成員、白木構成員、手島構成員 （五十音順）

### (2) 事務局

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

## 4 会議内容

### <議事>

- (1) 在宅医療・介護連携支援センターの活用促進等による効果的な事業展開に向けた検討について
- (2) 在宅医療・介護や看取りに関する効果的な啓発・研修活動について

## 5 会議経過及び発言内容

### <議事>

- (1) 在宅医療・介護連携支援センターの活用促進等による効果的な事業展開に向けた検討について・・・資料 1

事務局：資料 1 に沿って事務局から説明

**代表**：論点として、特に在宅医療・介護支援連携センターの関係機関との連携、地域包括センター等との連携の問題について。それから連携支援センターに求められる役割というものをもう一度確認整理していきたい、そのための議論をここでお願いしたい。

**構成員**：最近は医療の進め方、治療の仕上げ方が非常に早くなってきている。例えば、急性期も 2 週間以内に帰らないといけない、回復期も 70 日とか 80 日で在宅に帰る、そうなると医療的な課題を、患者さん自身が抱えながら在宅に帰って生活をしていかなければいけない。そのときに、医療的なサポートをやっていく必要がある。主治医や訪問看護など、最初の在宅導入期にしっかりと関わってもら。安定していくまでそういった作業が非常に大事になっていく。この点で連携支援センターでの役割、関わりの在り方があると思う。もう一点は前回も話があったが、在宅で生活されている方々に対して、いかに早く医療にかかって元の生活に戻っていただくかという教育啓発の役割も支援センターが担ってもいいのではないかなと思う。病院から在宅、在宅から早めに病院へかかって、早く元の生活に戻る、というところでも、支援の在り方としてセンターの役割といえるのではないかな。

**代表**：在宅への導入、それから在宅から適切な医療機関へどのように繋ぐか、その繋ぎの所で、連携支援センターの役割が大きいのではないかという意見をいただいた。

**構成員**：さあ退院、退院時に持って帰った薬が無くなって一体どうしよう、というのが結構多い。地域と顔が繋がっていても、退院調整の際になかなか薬局は出て行きにくいというのがあるのかもしれない。今は薬剤師もできるだけ対応できるように努力しているので、是非退院前、最初の時点で薬のことにに関して相談してほしい。

**構成員**：連携支援センターが研修会をしているなどの話は聞くが、まだ知らない職員も多い。支援センターがどういうことが出来るのかまだ周知されていないので、そのアプローチも必要と思う。

**代表**：周知の問題に関係してご意見いただいた。本日2つ目の議題である啓蒙・啓発についてのときにも更にご意見いただきたい。

**構成員**：連携支援センターと地域包括支援センターの役割が、分かるようで分かりづらい。情報をいかに共有するか。医療情報と介護情報、どこまで情報を流していいのか、その整備も必要と感じた。

**構成員**：関係機関との連携について、地域包括支援センターは民生委員や地域の方から直接相談を受けて動いているので、医療機関にも患者と一緒に来ることがあるので顔が見えるが、連携支援センターは、医療機関や在宅医への繋ぎの動きしか病院にいると見えてこない。地域包括支援センターとの連携が必要という提言も出ているので、そこを強化する必要性があるのではないか。また認知症や難病の医療機関等の情報把握について、センターが担っていくのか。求められているところではあると思う。また官・民間機関との連携についても考えていく必要がある。

**代表**：一つは地域包括との連携を強化するという観点と、もう一つは難病のネットワーク等の検討、そして医療・官との連携とその情報をどこが集約し、共有するのか、この機能を連携支援センターが担うのかという視点についてご意見いただいた。

**構成員**：この在宅医療・介護連携支援センターの動きの中に、是非歯科医師会も入れて頂きたい。口腔ケアの所がメインではあるが、きちんと噛めないと転倒が多いというデータが出ている。噛みあわせを作るのも大事。各区の歯科医師会に相談していただければ対応できる歯科医師を紹介できる。

**構成員**：現在連携支援センターが市内に5地区あるが、将来的に7区にそれぞれ設置するのか。また地域包括支援センターは今の数では足りないと思うが、どのように考えているのか教えていただきたい。

**地域医療課長**：在宅医療・介護連携支援センターについて、医療に関しての相談窓口ということもあり、各地区の医師会の中に置くことを考えており、今のところ各行政区に設置するという事は考えていない。

**地域支援担当課長**：包括支援センターの配置について、高齢者3000人以上5000人未満の地域

で保健師又は是に準ずる者、社会福祉士それに準ずる者、主任介護支援専門員がそれぞれ1名ずつとなっている。現在の地域包括の人数について、この人数を賄っている状況であるが、また高齢者数が増えれば、職員人数はまた検討していかなければいけないと考えている。

**代表**：この会議では、連携支援センターを中心とした、医療と介護の連携のことについて議論していくことをお願いしたい。地域包括支援センターについては別の分野別会議で議論していく。少し話を戻すが、連携支援センターについて、連携や周知についてご意見出てきているが、求められる役割についてご意見はいかがだろうか。

**構成員**：高齢化がどんどん進んでいくと、認知症というのが大きな問題になってくる。今でも在宅で暮らす場合、夫婦だけ、もしくは独居の方が多くて、どちらも認知症という方もいらっしゃる。認知症に関して対応できる情報、例えば、こういう場合はこの病院、こういうときにはこの施設など、しっかりとした情報を連携支援センターに集めてもらうと助かると思う。

**構成員**：情報を今の段階でどのように整理しているのだろうか。またその内容を公表していくのか、それがどう評価されるかというのも明らかにしていくことも必要ではないか。

**構成員**：北九州市は蒲生病院に認知症疾患センターがある。連携支援センターは認知症にはどう関与していくのか。認知症疾患センターや市内全域にあるものわすれ外来と、連携支援センターとの連携はどうか。

**代表**：その点もここで議論いただくべき観点。いわゆる認知症疾患センターやものわすれ外来といった認知症に関しても、医療間や介護でのネットワークが必要になってくる。その中で連携支援センターが、どんな情報を持って発信すべきか、情報を集約するというのも一つの観点と思う。その他いかがでしょうか。情報にポイントをおいて話が出ているところである。

**構成員**：一人暮らしや夫婦二人暮らしの方が非常に北九州市では増えていて、そういった中で病気をもちながら孤立化し、早期に発見されないまま、重篤化しているという現状がある。ご自身で判断して、どこかに相談できる場合はいいが、相談できない人たちがたくさんいる。地域の民生委員さんや、近隣の方がそういった方を発見した時に、どこに結び付ければいいのか。近隣の医療機関なのか、地域包括なのかとなるが、1つの役割として、連携支援センターが結びつける先の役割というものがとれないものか。連携支援センターで、例えば医師や看護師などに結びつける、交通整理する役割ができると、理想的なセンターの役割ではないか。

**構成員**：今出たご意見のように、病気を抱えて在宅にいる方が非常に多い。一番は、食事という問題が非常に大きな問題とを感じる。先日、連携支援センターから在宅の患者さんについて、栄養士に訪問してもらえないかという相談があった。しかし、栄養士の訪問は、医師の指示のもとで、かつその医師との契約が必要であるなど、縛りがあり実現しなかった。連携支援センターの活用促進について、例えば、今連携支援センターが多職種連携で、顔が見える専門職が集まって会議や研修会等を行っているので、センターの役割は、それぞれの専門職にパイプを付け、困った利用者の方がいらっしゃるご家族やケアマネジャー等が相談に来た時、対応できる体制を持つことはできないものかと考えている。先日の相談では、連携支援センターは相談しても結局対応できないとお叱りを受けたと聞いた。連携支援センターが連絡す

ると専門職がすぐ対応できるような仕組みがあれば、何か困ったときセンターに相談すれば、どなたか専門職が関わってくれるということが出来れば非常に良いと考えている。逆に私たち専門職が困ったことがあれば、センターに相談すれば必要な専門職を紹介してくれるなど、センターに相談すればパイプがあるという仕組みが出来るのが理想だと思う。

**代表**：そのとき地域包括支援センターの位置付けはどのようになりますか。

**構成員**：地域包括支援センターは、市民が病院から退院する時に、紹介してもらおう先。地域の方は連携支援センターの存在を知らないの、まず地域包括支援センターで、今困っているところの日常的なサポートのことを依頼するものと思っている。医療的なことや、歯や口腔、栄養のことなど専門職が関わらないといけない問題がたくさんある。そういったことは地域包括支援センターではなく、連携支援センターが役割を持つと良いと考える。

**構成員**：地域包括支援センターと連携支援センターとの役割分担・連携について、平成18年に地域包括支援センターができた時、薬局から高齢者の方や心配な方について地域包括支援センターに紹介、連絡して初期の認知症の方の早く発見し対応していこうとしたが、なかなかうまくいかなかった。今も薬局の窓口で、退院した後、なかなかお薬が上手く行かないという方が沢山いる。連携支援センターが医療・介護関係者等の相談窓口となったが、地域の心配な方についての情報は地域包括に連絡するとして、地域包括支援センターへの情報が連携支援センターにも円滑に伝わる仕組みができると、医療の関わりも早くなるのではないかと以前の経験から感じている。

**構成員**：緊急性が高いものから整理をしていく必要がある。全部を推し進めていくのは、どうしても人材に限界があるし時間もお金も必要になってくる。より緊急性の高いものから手を付けていくことを意識して、情報を集めて交通整理をしてバイパスを作っていく次の重要度が高いもの、緊急性が高いものと進めていったらどうだろうか。

**構成員**：北九州市は医療機関が充実している。しかし今後、治す治療から支える治療、生活を支えていくことが医療も含めて必要になっていくと思う。その時連携支援センターの役割とは、医療も含めて多職種をリメイクしていくことではないか。先程から出ている、認知症について、早期発見ができない理由にある、引きこもりがちだといったことについて、地域包括支援センターと連携支援センターが連携を取っていくことは重要だと思う。直接市民から連携支援センターに相談は来ないが、やはりそこをキャッチしていかなければ、医療機関や専門職だけを繋いでもなかなか市民には浸透しないし、ましてや市民に浸透しなければ当然、私達専門職も利用していかない。やはり地域包括支援センターとしっかりとした連携を作っていくことは1つの要になっていくと思う。

**構成員**：連携支援センターというのは直接市民の方とは接しない。連携支援センターの役割は、今から在宅に帰って来る方を支援するチームを作る、また今在宅で生活している方の体調が悪くなり介護が必要になった時に地域包括支援センターからの情報をもらって、支援メンバーを作ることだと思う。関係機関との連携について、地域包括支援センターとの関わりは拾い上げること、医療機関については退院時にチームを作るという働きになるのではないか。今、連携支援センターは医師会が受託して運営している。今の所、実際の相談件数は決して多くない状態で、小倉、八幡でも、月に10件ほどの相談件数。相談内容は殆どが訪問してくれる往診医の依頼である。連携支援センターもまだ周知が十分でないのはよく分かっているの、顔が見えるよう病院の医療連携室の方への顔つなぎ、多職種連携によってさ

さまざまな職種の人と繋がるような関係作りをやっているところである。

**構成員**：例えばハローワークに行く場合、仕事を探すという目的はハッキリしているがどんな働き方があったり、どんな求人票があるのかはわからない。けれどそこでは専門的な人がいて、希望を聞きながらプランニングも一緒に考えてくれる。もし、連携支援センターがハローワークのように、センターに相談すれば、家に帰ってどんな生活の仕方があるのか、医療の部分も介護の部分も情報をたくさん持っていて、プランニングも一緒にしてくれて、他の専門職と繋げてくれるのなら、相談件数は増えるのではないかと思う。

**代表**：大きな医療と介護の連携の仕方や、個人に対して今後の関わり方のパスを連携支援センターで担っていくと現場は良くなるのではないかと個人的に感じた。

**構成員**：ワーキング会議で、医療介護の連携構築について検討しているとあるが今の状況について説明して欲しい。

**代表**：事務局、説明をお願いしたい。

**地域医療課長**：ワーキング会議では、患者さんが在宅で急変して入院し、その後退院してまた在宅へというサイクルの中で、切れ目なくサービスが提供できるためにはどうしたらいいかという点を検討しています。その中で必要なのは、専門職が同じ情報、同じ目線で患者へ支援していくことが大事で、必要な情報が医療機関、在宅まで引き継がれていくには、どのように、いつ誰に渡すか各地域バラバラなので、少し整理整頓して共通的な仕組みやルールを作ることで、専門職全体の負担も軽くなるという意見があります。そのような仕組みやツールの在り方など、どのようにしていこうかという協議をしています。今センターが行っている専門相談や研修、啓発活動以外に、新しい北九州市の連携のデザインを描いていく中で、連携支援センターの新しい役割ができていくかもしれませんので、夏までに意見をまとめ、次回以降それを踏まえて、またご議論していただきたいと思います。

**代表**：その他意見ありますか。よろしければ先に進みます。

## (2) 在宅医療・介護や看取りに関する効果的な啓発・研修活動について・・・資料2

事務局：資料2に沿って事務局から説明

**代表**：ただいまの説明の通り、平成28年度の取り組み状況が一覧になっていて、中身によって4つのカテゴリーに分けています。ここでご議論頂きたいのが、啓蒙、啓発、研修等において、どういう対象者にどういった試みが効果的かというのをそれぞれの立場でご意見いただきたい。

**構成員**：個人的課題でもあるが、今要介護2の家族を在宅で看ている。デイを週3回利用し、2週間に1回通院して薬をもらっている。ほかにも難病があるので1ヶ月に1回違う病院にもかかっている。本当はものわすれ外来も行かなければいけないし、歯も悪いが、薬もなかなか本人では管理できないので、訪問看護を入れている。そういった調整を、今までケアマネと一緒にいろいろ話し合っていたが、自分が看護師でも、例えば薬の管理を薬剤師に頼むという発想にならなかった。こんなとき、どうしたらいいかというQ&Aのようなものはどこに情報があるのだろうか。

**構成員**：昨年度、薬剤師会と市で「じょうずにお薬と付き合うために」というパンフレットを作った。これは居宅療養管理指導料や薬剤師が在宅で何をするのか、どんな時に必要でどんなことができるのか、ということ詳しく書いている。このパンフレットは、資料では市民向けになっているが、例えばケアマネの方や通所の職員、ヘルパーさんとか普段接する支援者の方に見ていただいて、訪問看護で服薬管理を依頼しているケアマネさんも多いと思うが、今は薬の種類が多く、同じような名前のもも多い。昔は先発薬でだいたいどなたでもわかっていたものが、今は同じ成分で何種類もの薬が出ているので、薬剤師でも気をつけないと見落としてしまうくらい複雑。そういう状況の中で、薬の管理的なことは専門職である薬剤師に相談してほしいと、ケアマネさんたちに周知していきたい。また医療連携室の方も見てもらって、退院前カンファに薬剤師も呼んでいただくことにつながればいいと思う。

**構成員**：現在施設でも介護保険料の加算をとりターミナルケアをしている。各施設でターミナルのやり方があると思うが、私どもの施設では、例えば身体を硬直させないようにROM訓練や筋マッサージなど織り交ぜて提供している。また嘱託医の先生からのお話や研修を開いたり、関節可動のトレーニングを受けたり、エンゼルケアにも取り組んでいる。施設職員も地域住民として、医師会から看取りのスタイルとかそういったものが示されれば、施設協会でも地域におけるボランティア的な啓発活動をしていきたいと考えている。

**構成員**：このことは医師に、ここは看護師に、というのはケアマネでも家族の方でもだいたい頭にあると思うが、ターミナルになった時にどうするとか、こうなった時こんな場所があるという情報をまとめて発信するのが、連携支援センターの役割ではないかと思う。先ほどの話にあったように、医療職であっても、他の医療職のことは知らないこともある。ケアマネや家族も皆そうなのではないか。その情報を皆必要としているのではないかと思う。

**構成員**：世の中は終活時代で、自分の人生をどのように閉じるかということをも自分達で考えていかなければいけない時代になってきているが、その裏には家族のことが前提にあるといっても過言ではないと思う。介護は家族に負担をかけるところがあるが、また家族の努力ではどうにもならないことがある。例えば、症状への対応はどうしたらいいのか、痛みに対してどうすればいいのかということは分からない。先程のご意見のように、こういう状況になったら、この薬を吞みましようとか、熱が出たらどうするかという家族への指導や、逆にこうなったら専門職にSOSを出すといった、家族への理解を促すこと。どこかできちんと専門職と繋がっていて、SOSを出したらすぐ駆けつけてくれるような保障がないと看取りや在宅医療は進まない。専門職がどう繋がるかという学習の機会を、連携支援センターがしていくことが必要だと思う。

**構成員**：施設では1つ1つの痛みとか、食べれない時どうするか、胃ろうをするのか、何度も何度も本人や家族で話していく。呼吸器を付けるか、蘇生をどうするかとか、何回も何回も話して、施設で看取ってほしいと希望する家族もいるし、状態が悪くなったらやっぱり病院に行くという方もいるが、ある程度期間かけて早くから、ずっとご本人の意思と家族の気持ちを組み上げていくことをしている。最期はどこの場所で、どんな死を迎えたいか、なかなか決められないことなので、平日頃からいろいろな機会に本人、家族に接して考えてもらう、それが啓発になると思う。

**構成員**：急性期病院から療養型、そして在宅と移行していくが、以前の医療と今の医療は随分変わり、急性期病院も今は入院期間が2週間を切っていて、そういうとき、市民は「早く出

された」と感じる。治療が終わったら次の病院に行くように言われ、次の病院を探さないといけないと本人・家族はまずそこにぶつかり直面する。今後、療養型から出て在宅という方向になっている。私たちはこういった会議に出て、看取りまでの考え方の話をしているので、それが当たり前と思うが、一般市民は急性期病院、療養型、リハ専門病院といった病院の特性も知らない。例えば急性期病院はこういう病院で、大体こういう治療があるから、次はこういう流れだということが、市民や、特に高齢の方は全く知らないのではないかと。病院を出された、行かされた、探さないといけないという話をよく聞く。そういう在宅や看取りも含めた医療の流れを、何かパンフレットのような形で、フローチャートのようなものを作ってはどうかと思う。またその中で、急性期での専門職の関わりや、在宅療養の中で専門職がどう支援するかについて載せたらどうか。大きな医療の流れと在宅における専門職の関わりの冊子を作ると、市民だけでなく専門職にも有効だと思う。

**構成員**：急性期病院に入院しても、疾患によって回復の状況など全く違う。今は病院だけでなく、老健も在宅復帰率をいわれるようになっていて積極的に取り組んでいる。急性期の医療連携室はそのことを認識していただくことが必要。

**構成員**：特養での看取りの対応について大変感銘を受けたが、まだ施設差があり、看取り加算を取っている特養でも最期まで看取りが出来る場所は限られている。医療機関で、急性期に入院してから、胃ろうをするか、経管をどうするかということを決めるのは大変なので、施設におられる段階から少しずつ、何度も何度も話をしていくというのは、本当にそのとおりだと思う。どういう医療、最期を迎えたいかを、しっかり話をしておくことが1番大事だと啓蒙していくことが重要。また一度決めても、リビングウィルを書いても、状況はその時々変わってくるし、実際息が苦しくなったら、やっぱり医療行為はある程度してほしいということもある。そこでまた医療機関の専門職も含め、本人・家族とで話していくことが大切で、また話せる環境づくりをしていくことが必要だが、医療機関はその点が大変遅れているので、しっかり考えていきたい。また今の話から少し離れるが、福岡県医療ソーシャルワーカー協会で身寄りのない方への対応についてのパンフレットを作成中。身寄りがない、また支援する家族がいない方について、判断能力が落ちているとき、誰が医療を選別していくかなど、入院時から退院、その後の在宅をどう支えていくかを含めたものを今年度仕上げる目標。権利擁護と成年後見も含めて、身寄りのない方の対応ということのも重要だと思う。

**構成員**：認知症の患者や家族に関わっていても、在宅医療や連携支援センターのことを全く知らなかったのが、多くの人に知ってもらえると良いと思う。また連携支援センターの中立性があるが、こちらが希望する人を選ぶことは難しいだろうか。

**構成員**：前回の会議で公平性の話が出た時に、歯科はそれが無理で、まずは患者さんの希望が優先される。特に歯科は技術的なところが大きくまた大事な点であるが、先程構成員が言われたように、専門職である私達も知らないことがあることはポイントだと思う。互いに知らないことがある中で、顔を見て誰に頼むかとなるので、相談を受けた時に、「あの先生だったら大丈夫」とか「あの看護師さんだったら相談に乗ってくれる」というように、専門職が集まって同じ情報を共有するとか、情報の収集をすることが行政の関わる意味だと思う。

**代表**：職種の垣根を崩して頂こうということ。いい連携を計ることだと思う。

**構成員**：啓発研修活動については、今のように地道にやっていくしかない。例えば、年齢が40歳になったら、保険組合から、パンフレット等を配るのはどうか。だいたい40歳前後に

なると、親が高齢化してきて介護のことも考える歳ではないか。早い段階から目に入るようにしておかないと、高齢になった時に、病院の機能や人生の最期について考える時間がないと思う。一生懸命働いている方が病気になったとき、今から考えてください、今決めてくださいと言われても厳しい。早く段階から考える時間をとることが大切。

**代表**：早い段階からというのは、1つのキーワード。

**構成員**：ガンの患者さんの中で、自宅でなるべく長く過ごしたいと希望する方、またそれを受け入れる家族が徐々に増えてきたと感じる。その中で痛みとの戦いや食事が摂れないといった問題があって、コーディネートしているケアマネが大変だなと思っている。介護職のケアマネが多いので、薬やリハビリといった医療的な情報がない中、一生懸命なケアマネを見ると、教育をしっかりとすることが大事と思う。そのことを連携支援センターができれば、情報発信や事例研修をするのも良いと思う。結果的に在宅で亡くなる方、入院する方いろいろだが、本人がどれだけ望んだ生活が出来たかを振り返ることも必要だし、いろいろな事例を知ることによって、示せる形が作れるといい。啓発や研修に関して、専門職や関係者が看取りに対してしっかり知識をもつ必要がある。

**代表**：医師会はいかがでしょう。

**構成員**：患者さんが在宅療養や終末期にどう過ごすかに関しては、連携支援センターが中心になって、ケアマネの支援プールにならなければいけない。生活面はケアマネが中心、医療の面では医者や看護師ですけど、在宅生活ということになるとやっぱりケアマネがメインになるので、ケアマネが相談するのが連携支援センターであってほしいと思う。そこで色々出てきた知恵を、専門職に繋げていくことでうまくシステムが回っていく。もう1つは、先程言われた終活。リビングウィルをある程度しっかりしている時に作っておいて、定期的に確認しながら、延命装置のこと、経口摂食出来なくなった時のことなど、最初から決めておけば少しスムーズに行くのではないかなと思う。ただそれが法律的にどのくらい有効かというのは不明確なところもありますが、ご本人の意思をご家族が確認しておけば、それが1番上手く行く方法だと思うし、望んでない延命や救急搬送も減っていくと考える。研修は資料を見ると、非常に上手くやっているように思う。ただ参加する人が少ない、同じ人が参加していることが問題で、もっとたくさんの方が参加して、新しい顔が増えていくといいと思う。

**代表**：介護の方に対して、医療から求めることはありますか。

**構成員**：看取りをしている施設もあるが、実際に介護職員が、人が亡くなるのを見たことがなくて凄く動揺されることがある。医療者は人の死によく遭うので、死をある程度体験しているが、見たことが無いとか、もしくは亡くなった方をお世話するエンゼル処置がストレスになっている職員も多いのではないかなという印象はある。皆さん責任もってされているので特にこうしてほしいことは無いが、逆に心のケアが必要なのではないかなと感じる。

**構成員**：施設では吐血や嘔吐は気をつけている点。家族と主治医はしっかり打ち合わせしていただきます。あとは先程言われた積み上げと確認が大事だと思う。

**代表**：その他ご意見ありますか。

**構成員**：研修会や啓発をするにあたって、構成員から出た「どこで教えてくれるのかわからな



い」ということに課題が集約されていると思う。どんなパンフレットを作っても、どんな医療関係者がどんな研修会をしても、伝えたい内容と対象者が知りたい内容がシンクロしていなければ読まないし、研修会にも来ない。研修会とか啓発は、対象者がどんな情報を知りたいと思っているのかをまずマーケティングしてから企画していかないと、企画倒れになる。知って欲しい人に研修会やパンフレット作成をするのであれば、その人のニーズはどこにあるのか、マーケティングはどこまでされているのか、というのを精査する必要があると思う。PDCA サイクルの視点で、プランの段階からしっかりマーケティングして知りたい情報が何かを企画の中に入れていかないといけない。また、皆日々の業務が忙しい中、研修を受ける時間がない場合もあるので、実施方法を考えていくことも必要ではないか。例えば、登録制でe-ラーニングを導入し、自由にいつでも見られるようになれば、施設の中で、職員が15分残って、セミナーを皆で聞くこともできる。対象者に届くような研修会の方法を考えて欲しい。もう一つ、アンケートの活用。項目を精査して、参加者が求めていたことや、またパンフレットを広めていくことなど、アンケートの構成を考えていくといいと思う。ニーズを調べてから企画しないと、費用対効果が薄くなるので、オーディエンスのニーズを把握して研修会や講演会をしてほしい。

**代表**：次の議論につながる意見をいただいた。ぜひ、出た意見から、具体的にどういう研修を組み立てるのか、その機能を連携支援センターに持たせることができるかが次の焦点になってくる。その為にセンター職員はどのような人材が必要かということに繋がればいいと思う。本日の議論はこれで終わらせて頂きます。