

令和3年度 防府市医療・介護連携推進協議会会議録

令和3年12月23日（木）午後2時から3時30分
防府市文化福祉会館3階4号大会議室

- 1 あいさつ 高齢福祉課長
- 2 委員・事務局の紹介 委員名簿により紹介
- 3 会長選出 会長：松村委員 職務代理者：山縣委員

4 協議内容

- (1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進について

【資料1】にて事務局より説明

- (2) 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

【資料2】にて防府市消防本部より説明

〈E委員〉

資料2で、「意思確認の方法（4）かかりつけ医に『直接』または『訪問看護師等を経由して』連絡し傷病者について確認する」とあるが、たまたまかかりつけ医に連絡がつかない場合に、訪問看護師が呼ばれて訪問することもあるが、心肺蘇生を望まないとの意思を他者が確認をしている場合はどうなるのか。

〈消防本部〉

一応、あくまでも医師ということで取り決めをしているが、「45分」という時間に関しても運用が始まったばかりなので、問題があれば検討していくということになっている。

〈会長〉

このようなACP（アドバンス・ケア・プランニング、自らが望む人生の最終段階における医療・ケア）の事案は、訪問看護等、介護の方で本人の意思が確認できれば主治医に速やかに連絡をとって対応するというのが本来の私たちの仕事だろうと思う。ヘルパーが救急要請したと聞くケースもあるので、ACPなどの事案はできるだけ消防に迷惑をかけないような形で連携をとっていきたい。このような事案があればこの流れでお願いしたい。

- (3) 意見交換（各団体の取組と課題について）

〈事務局〉

在宅医療・介護連携推進事業について、日頃の療養支援、入退院の支援、急変時の対応、看取りの4つの側面から考えていくこととなっている。日頃の活動の中で困っていること、取り組んでいること、また、もっとこうなったらよいと思うことなど忌憚のないご意見をいただきたい。

〈会長〉

防府医師会では地域包括ケア委員会が主体で動いており、今年度は2つの事業に取り組んだ。1つは、とくち診療所の中嶋先生と総合医療センターの田中師長に来ていただき、主に在宅や介護の現場での新型コロナウイルスの対応、予防着の着脱方法や感染症の対応策の研修会を行った。また、在宅支援の手引きを増刷した。例年は講演会を企画していたが、新型コロナウイルスにより人を集めるということが難しい状況であり、感染症対策の研修会は、ウェブと実際の講演会等を交えて参加人員を減らし、感染のリスクを減らして行っている。コロナ禍で、病院や介護施設に実際に行くことができず、病院の状況、入院時や退院の状況もよくわからない、施設のことよくわからないという状況で、なかなかこういう状況下では難しいのかなと感じている。特にここ1年、配慮についてもコミュニケーションが少し欠けている部分もあるのではと個人的には感じている。

4つの側面でと言われたが、「あるべき姿の共有」というのがなかなかできないのかなというのは今一番感じている。医療・介護連携については長くやっているが、それなりに皆さんが顔を合わせることもでき、資料のようにある程度のことはやってきているが、何か足りないのだが何が足りないかというのがちょっとわからないので、このあたりの議論ができればと思っている。

〈B委員〉

コロナ禍で、防府歯科医師会としてはあまり活動できていない状況。会員の例会などもやってない状態なのでこれから徐々に情報共有をしていきたい。歯科としては、訪問歯科診療についてホームページに掲載しているが、もう少しアピールしていきたいということと、介護される方の参考になれば口腔ケアの研修会なども必要ではないかと思っている。

〈C委員〉

薬剤師会でも市や三師会共催の健康フォーラムなどがコロナ禍で実施できず、市民に直接向けて何かを発信することができていない。薬局薬剤師としては、健康エキスパート薬剤師や健康サポート薬局の認定制度ができてきたので、薬局単位でそれぞれの地域の方の健康相談に乗ったり、アドバイスをしたりを徐々に広げていこうとしているところである。薬剤師会の在宅医療推進委員会の活動として多職種連携の研修会や会議を行っているが、例年通りの顔を合わせての研修会などはなかなかできていない。この2年間は対面とオンラインのハイブリッド方式で研修会をしており、社会福祉士会の防府ブロックと共催で地域連携等の研修会を行った。課題としては、コロナ禍で、多職種の方々とこれまでできていた顔の見える関係での情報の共有がなかなかできていないような状況である。

資料の図6、4つの事業の連動性であるが、この2年間、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）ばかりに進んでしまったように感じる部分があった。短期集中予防型サービスで、頑張っ健康で長生きしましょうというところで機能訓練の取組をされるのはとてもいいと思うが、他の連携、お年寄りにかぎらず自分たちの年代もそうであるが、どういうふうに人生の最期を迎えたいかという人生会議を、本来であれば一人一人にやっていきましょうというアプローチをしたり、自分の意思決定をしっかりといきましょうというところもやっていき、じゃあ最期、自分がどういうふうに看取ってほしいか、どうい

ふうに最期を迎えたいかを自分たちで考えて、それに向けての連携の体制を作っていこうということも大切である。元気で頑張るといふものと、最後をどう迎えたいかという、両極端であるが、この二本立てをしっかりとやっていかないとどうしてもおかしくなるのではと思っている。フレイル状態になった方で、総合事業を使って改善されている方もたくさんいらっしゃるの、とてもよい事業だと思っている。なので、その方がいつまでも元気で長生きできるように頑張る地域で支えていくということも必要であるし、その方もいづれは亡くなるので、そういう方が最期をどのように迎えていくかという今日のような会議の両方ともをしっかりと協議できることが必要と思っている。3年前に市で作成されたエンディングノートも、どういふふうを活用していくかという話ができていなかった。消防の方でも資料2のようなルール作りをされているので、私たち医療や介護の方も、本人からそういう意思を聞き取るためにどうしたらいいとか、エンディングノートを活用していこうとかをもっと多職種で話し合い、それぞれの職種がどういふふうに関わっていけるといふかを話し合える機会を何度か作っていただけるとよいと思った。

〈E委員〉

コロナの影響で、訪問看護ステーション協議会防府支部でも皆が集まって研修企画などはできていないが、新型コロナ感染者が事業所・職員から出たときにどう事業を継続していくか、BCP（事業継続計画）について防府支部訪問看護ステーションみんなで考えた。コロナのような感染症パンデミックの時と、災害時とに分けて、お互いがこういふふうに関わることができるという計画を作って、それぞれのステーションに配付した。それをもとに、それぞれの事業所オリジナルの事業継続計画を作ろうということでやってきた。

コロナ禍になって、退院前の調整会議で病院から第一に呼ばれるのがケアマネジャーになり、なかなか訪問看護師を呼んでももらえない。退院される方の身体状況や詳しい病状がわからないままの訪問看護スタートということが結構ある。コロナ禍をかいぐって先生と面談し、病状をちゃんと把握するステーションもあれば、病状がわからないままに訪問を続けているステーションもあるという現状である。逆に、入院だと面会ができないので、ターミナルの方が結構病院から在宅の方に出てきて、在宅看取りが増えてきている。もともと在宅看取りを増やしたいがなかなか増えなかったところで、コロナの後押しで在宅看取りにつながった。飛躍的に増えているわけではないが増えているというのが現状。コロナが落ち着いたとしても、できれば在宅看取りの件数が増えればよいと思っている。訪問看護師が入っているケースは、急変時の対応も病状によってはきちんと最初に家族と話をしているし、ターミナルの方は最期をどうしたいのかということも当然お伺いしている。しかし、今は全然最期のイメージできない時期の人たちについては、ACPの提案や本人の思いを聞いて話をすることが、多分訪問看護師もできていないと感じている。

〈G委員〉

地域連携担当でも、コロナ禍で防府地域病・病連携協議会や地域連携パス研究会、医療と介護の連携会議等が実施できない状況が続いていた。横の繋がりという意味合いで、対面で顔を合わせて行く機会が本当になかった。地域連携パスの研究会は一部 Zoomで顔を合わせてやっているが、参加率は対面の時期に比べると不安が残る面もあった。入院時、

退院時支援については、コロナ禍前はどうぞ病院にお越しく下さいという取組を行っていたが、コロナ感染者数の伸びに比例する形で在宅支援者の来院控えが顕著に現れた1年であった。病院としては原則面会禁止だが、面会に来ていただかないと在宅の話ができないので、そういう時期は主治医の判断によって面会可能、在宅の支援者の方にも入っていただくということをやっていたが、会議室のサイズによっては人数がいっぱいになり、本当にリスクな状況が生まれていたため人数制限という側面があった。医療機関域連携担当としては、なかなかうまく進まない1～2年であったなと思っている。

救急医療機関では、運ばれてくる方の意識がないという状況でどうするかという側面は非常に大きな課題であるし、救急医療を担当する医師の相当な負担が生じている。そういった中で、ACPという、その時々意思の変化をどれだけキャッチできているかということの不安は常に臨床にはある。蘇生は望まないという紙を出された時に、それが10年前のものだったりすると果たしてこれが今の意思かというのはとても不安がある。アドバンス・ディレクティブではなくアドバンス・ケア・プランニングというところが、社会の中でどうシェアされていくかが大切であり、訪問看護の方やクリニックの先生などが普通に話ができ意識を確認するということが、救急医療の中で少しプラスになっていき、医師の負担や家族の困惑等の軽減になっていけばと思っている。病院の地域連携担当だけでできることではないため、社会、防府市という地域の中でどうやってシェアしていくかということ、何か形になる会議になっていけばと思っている。

〈会長〉

このACPの考え方が日本人にあっていないのかという問題もあると思う。デス・エデュケーションができていない日本の現状で、この人生会議というのが本当にどこまで意味があるのかというのはよく問われるところなので、その辺も含めて考えていく必要がある。

〈H委員〉

防府市リハビリテーション専門職協議会が設置され、ある程度経験年数のある理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に専門的な研修を受けてもらった後、訪問アセスメントや通いの場の支援などの協力を行っている。医療センターでは毎日誰かが訪問アセスメントや通いの場の支援で出ている状況である。問題点としては、スタッフ間でアセスメントの技量やポイントが異なる部分があり、そこがそろってくればいいなと感じている。このことについては、研修会等を開いてそれぞれ擦り合わせ、差がないようにしていきたいと思っている。また、短期集中予防型サービス利用終了後に、ロスを感じて動けなくなられた方の支援について、どこかもっと集える場所に紹介できたらよいと考えている。

〈I委員〉

防府市リハビリテーション専門職協議会の活動に加えて、理学療法士会では県の協力事業として地域医療介護総合確保基金を活用し、介護従事者の確保に関わる事業の協力をしており、PT・OT・STの介護予防指導者の養成研修会を開催している。また、介護予防の推進リーダーの取得、地域介護予防領域の認定理学療法士の取得を促進するための人材育成などを行っている。また、PT・OT・ST指導者養成研修事業を取得した人たちのさらなるフォローアップとして、ウェブを利用した地域包括ケア研修会や地域リハビリテ

ーション研修会など、訪問アセスメント技術向上の研修会を開いている。県の基金を利用したPT・OT・ST指導者養成研修会はこの2～3年は行われなかったが、再度研修会を開催し、短期集中予防型サービス事業の訪問アセスメント等に協力し、地域医療の向上を目指していきたいと考えている。

〈K委員〉

防府市の栄養士会の動きは何歩も出遅れており、2年前に横の連携を組んでいこうと会を作ったが、コロナの影響で全く動けなかった。介護保険・医療保険の中では、栄養士も徐々に地域に出ていく、情報も提供していくという流れができている。今年度介護保険の改正の中で、訪問栄養指導を行える栄養士は、所属する医院や居宅療養管理事業所以外の医師からの指示も受けることができるようになった。だが、この制度自体がまだ浸透していないのか、外部からの委託は今年度1件ぐらいという状況。また、医療保険でも地域に栄養情報を提供できることになっており、入院患者がかかりつけに戻られる際、かかりつけ医栄養情報連携加算がつく。しかし、栄養士がそれを見て地域で動くという状況にはなっていない、そもそも診療所に栄養士がいないため、栄養情報が提供されても生かせる状況にないのがもどかしいところである。

栄養状況によって看取りの状況になっているという方も何度かお見受けしている。慢性的な低栄養もフレイルの要因のひとつであるが、その状況が長くあればあるほど栄養改善も難しくなり、知らない間に老化現象の一環で看取りとなってしまいが、そこに栄養士が栄養介入できるような状況を栄養士会でも作っていかれたらと思っている。

〈J委員〉

健康増進課では、健康づくり・介護予防というところが主な役割であり、その中でも壮年世代、若い世代からの健康づくりを重点的に取り組んでいる。医療や介護が必要になる前に健康である時間を長くし、自分らしく人生を最期まで続けられるように健康であっていただきたいとの思いで仕事している。コロナ禍では、各公民館の教室等も中止が多く、健康的な食生活について地域で普及活動をしている食生活改善推進員の活動などもなかなか実施できていない。直接住民と接して、健康であるための生活を自分で考え自分で選択していくというところを伝える機会が減っている。健康づくりについては、行政だけではなかなか広めることが難しく、1人ひとりの意識を高めたり、また介護されている家族の方も健康であり続けていただくため、関係機関の皆様にも機会があるごとに、利用者や家族に健診やがん検診などを受けていただくことや、健康について考える何かキーワードの声かけをしていただきたいと思う。

〈L委員〉

地域包括支援センターでは、短期集中予防型サービスはしっかり取り組んでいるところではあるが、先ほどご意見をいただいたとおり、それ以外のところもしっかり両輪でやっていくということを肝に銘じたいと思っている。同時に、短期集中予防型サービスは、ケアマネジメントを地域包括支援センターで行っているが、ケアマネジメントの部分を居宅介護支援事業所に委託するというやり方もあるので、市全体で短期集中予防型サービスについて考えていくことも手立てなのかなと思っている。コロナ禍で、会議をするのにZoom

でやるなどいろいろ工夫はしているが、ネット環境や馴染めないということで参加率の低下も見られる。動画や Zoom での研修なども検討し、コロナ禍にあった連携の取り方を考えていく必要があると思うので、例えば予算の取り方なども考えていきながら、対応ができるような体制をとっていくことが大事であると思っている。

〈M委員〉

確かにここ 1、2 年は介護予防・日常生活支援総合事業の部分が多くなり、他のところは若干支援の方向性が見えなくなってきたところがあった。次年度は、先ほど言われていたようにエンディングノートなどもきちんと活用して、短期集中予防型サービスを利用する方もいずれ将来どうなりたいかなどを今後検討できたらと思っている。先日看取りの相談があり、看取りのドクター、主治医をどこの病院にするかというところで、家族も少し困っておられた。看取り体制について、病院も主治医への調整や依頼などをされると思うが、肝心の利用者と家族がそのあたりをよくわかってないというのが現状だった。また、退院後 1 週間以内に亡くなられたケースもあり、介護認定も出ないままで、私自身も少し後悔の残った対応もあった。コロナ禍もあり、在宅医療についてきちんとお話ししていくことができなかった。さきほど、訪問看護もなかなか入れなかったという話をされたが、逆に何かアドバイスの、この方のケースで関わっていると、何か聞きやすいような体制ができたらいいなと感じている。

〈N委員〉

協議会に参加し、各団体の委員とも顔なじみになって、実業務の中では、病気に関することであれば医師、薬に関することであれば薬剤師、療養に関することはそれぞれの訪問看護師、入退院については医療機関地域連携担当と、いろいろなところにお世話になりながら知恵をお借りし、業務を進めている。最近の相談では、お金がなく療養もできない方が多い。年金はあるのに、借金などで日常生活を送るために必要な資産が満足にない方に対して、どう支援をしていこうかと悩んでいる。医療・介護連携については地域連携担当から早めに連絡をいただきながら退院後の生活を検討する時間をいただいているところである。先日連絡があったケースで、老夫婦 2 人世帯で片方がターミナルで入院されており、連れ合いの方が最期だから連れて帰ると言われ、病院から連絡をいただいた。ご本人は痛くて動けない様子で麻薬も入っており、車椅子で話を聞くのがやっとだったが、連れ合いの方は「帰るんやったら元気になって歩かんにゃ」と叱咤激励され、その言葉を聞くたびに本人は嫌な顔をされていた。本人に本当に帰りたいか聞くと「うん」とは言われず、連れ合いの方の自己満足で家に連れて帰りたいという可能性が高いと感じた。在宅の看取りの場合は、本当に、介護力がどこまであるかによって、どれだけの看取りができるかということも出てくる。様々なケースで先生方に相談させていただきながら、利用者の望む生活がどこで実現できるかと日々模索している状態である。

〈A委員〉

どちらの団体の方も、今年度はなかなか研修会等が開けなかったということだが、実際のところ、濃厚接触者になった・東京から子どもが帰ってきたがデイケアに行ってもよいかなどの問い合わせなどで、個別に皆さん方と話をする機会は結構あったのではないかと

思う。これはよく考えると、コロナが終わっても災害があるかもしれないし、ロングゴールとしての事業とは別に、想定外のことがあったときにショートなことで、皆さん方と顔を合わせているということが心強い。電話してちょっと聞いてみてみたというようなことで、すぐに動けたなという気持ちもある。現在はオミクロン株で随分広い範囲で濃厚接触者が療養所にいらっしゃるが、その家に認知症の高齢者やお子さんがいたらどうするかという話を先日した。この協議会も立ち上がって数年になるので、そういう時にフットワークよく皆さんとすぐに連絡がつくような状況であればいいなと思うし、狭いところで生じるエコノミークラス症候群の予防で、理学療法士から“こういうことをやるといいよ”というような内容の紙が入ったりすると役に立つのではないかと思う。

A C Pについては、日本は本当にデス・エデュケーションというのができておらず、行政や医師会の方から理解を広げていくのは難しいと思う。ただ、例えば看取りの終わった後、訪問看護やケアマネジャーなどで、“ああすればよかったね”とか、“私のときにはこうした方がいいわ”という機会をつくっていくことで徐々に機が熟していくのではないかと思う。そういう意味では、在宅での看取りがもっと増えていけば自然にそういう状況になっていくのではないか、それを待つのが一番自然じゃないかという気がしている。私たちも随分前から、研修会等でエンディングノートを紹介したり、訪問看護師に話していただいたりしているが、そうやってチラッと撒いていくみたいな感じでやっていくのがいいかなと感じている。消防の方できちんとシステムとしてできているということは何より心強いので、これもスタンダードということで皆さんに周知していきたい。

〈F委員〉

いつも連携をとっている方々が前にいらっしゃり、本日はとても良い機会だった。今後とも協力をよろしく願いたい。

〈会長〉

活発なご意見をいただいた。本日はおそらく、なかなか話をひとつにまとめることが難しいということで、皆さんからいただいた意見やここで出た議論を、また皆さんの中で考えていただいて、この推進協議会でどういうことをやっていくかということをもたえていきたいと思うので、ご協力をよろしく願いたい。

〈K委員〉

個人的な意見になるかもしれないが、地域で栄養評価というものをあまり見たことがない。もし栄養評価をさせていただく機会があれば栄養士に任せただけだったらと思うので、チャンスがあればお声がけいただきたい。

〈会長〉

フレイルの問題もあり、栄養状態の善し悪しが後の生命予後にも関わるので、栄養評価できる方がおられれば栄養士会に声をかけていただきたい。

(4) その他

特になし