

- 1 日時 令和4年11月1日(火) 19:00~20:30
- 2 場所 長崎県勤労福祉会館3階大会議室(長崎市桜町9-6)

3 議題

- (1) 部会長の選任について
- (2) 在宅医療・介護連携実態調査について
報告：在宅医療・介護連携実態調査
協議：在宅医療・介護連携における課題解決に向けた取組
- (3) その他(報告事項等)

—議題(1) 部会長の選任について—

○委員の互選により、J委員が部会長に選出される。
部会長席に移動後、部会長からの挨拶。

以降、部会長による議事進行。

—議題(2) 協議：在宅医療・介護連携における課題解決に向けた取組 について—

<日常の療養支援>

【H委員】

地域ケア会議については、1包括あたりの担当圏域が非常に広く、個別の課題や地域の課題がその地域の特性でかなり違うので、だいたい小学校単位でのスモールグループで地域ケア会議を開催している実態が多い。地域ケア会議の開催は、多職種チーム化名簿の活用や、これまでの実績を踏まえ案内しているが、専門職の中には関係性が構築できていない場合、どうしてもメンバーが固定化してしまうという傾向にある。スモールグループで参加を促進できれば、顔の見える関係性の確立も、地域ケア会議の中で整っていくのではないかと感じている。専門職の皆様に参加していただけるように、地域ケア会議の意義についていま一度共通認識を図るという機会が必要なのではないかと感じている。

【部会長】

包括のセンターの領域よりもさらに細かく、小学校単位で地域ケア会議を開催する傾向にあるということで、多職種の連携、顔の見える関係を作っていくというような説明があったところだが、他に何かあるか。

【N委員】

報告の中では特に歯科と栄養士の方々との連携が上手くいっていないという声が多くあったと思うが、グループを進める上で、先に歯科や栄養士グループの方々に、そういったものに対する意識を確認しておかないと。もし

かすると、そういったものに自分の役割は必要だと思っていないかもしれないので。

【部会長】

メンバーが固定されるという感じで、実態もそのような感じか。

【H委員】

地域ケア会議も種類があり、自立支援型の地域ケア個別会議というものには4職種以上の職能団体の皆様に参加いただいている。ケースによって歯科医師や歯科衛生士、在宅支援リハビリセンターや栄養士には必ず参加いただいているので、個別会議の個別ケースの検討には、各職能団体の皆様が万遍なく参加いただいていると感じている。地域課題を検討するとなると人数も多くなるので、なかなか皆様が揃わないという実態もあると感じている。

【F委員】

5ページの下の方の「歯科診療所と連携できているか」という問いに対して、連携できていない理由の中に、「日常的に連絡を取り合う必要性を感じない」が一番多いというのは少し驚きで、長崎は歯科医師会の動きが活発なので、介護に従事される方々が歯科医師会と一緒にになって口腔機能・口腔衛生を担保していくという流れを理解し、相談をしていくようなしくみや環境があればいいと思う。一つだけ気になるのは、病院の中のカンファレンスもそうだが、開業医の先生や、歯科の診療所の先生は、時間設定が5時までだと、診療があり参加できない。そこをどう工夫をすればいいのかはカンファレンスを主催する病院側としていつも悩むが、何かアイデアがあるか。

【H委員】

個別会議の方は、各地域包括支援センターが、毎日時固定で開催しているので、事前に歯科衛生士にはFAXをして派遣をしていただいているが、歯科医師は地域包括支援センター毎に協力歯科医師をセッティングしていただいております、その先生方の中から参加いただいているので、開催の固定をしているところが有効だと思う。だいたい日中の時間帯なので、協力歯科の先生の中で少し時間のすり合わせをしていただいていると感じている。

【F委員】

そのようなチャンス含めて接点があれば、逆に歯科医師の先生方により施設、あるいは在宅の支援に関わっている方々に対する啓発が必要なかもしれない。

【部会長】

歯科に関して長崎市にも歯科に関する部署があると思う。医師会だけでなく、長崎市も一緒に動けるような形が見えてくると良いのではないかと思った。実態としては、互いの職種の理解・知識不足、顔の見える関係づくり、こういうものが求められる。解決が必要ということで研修会や地域ケア会議、これが鍵になると思うが、多職種連携の強化をしていくという方向は確認されてきたと思う。

<入退院支援について>

【D委員】

ケアマネジャーの場合、入退院支援では調査結果にあるように厚労省のひな型の書式を利用しながら、入退院支援や退院退所時の連携をとっていく。課題として、退院カンファレンスでは、時間帯で参加が難しいという現状

があって、情報がまちまちになりやすいというのが、共通認識がとれていないと感じられるのかと思う。連携というのは入退院時だけのことではないと思う。解決策として連携のルールとあるが、ケアマネジャーであれば、介入のスタートは、退院時や在宅中でのスタートとなる。例えばその介入のスタートが在宅中のスタートとなったときには、介入時にほぼ必ず主治医、外来看護師が関われるチャンスがあると思う。外来看護師、連携室等、そういう部分の関わりをもっと深めていくことで、入退院時に今よりもっと効果を発揮するのではないかと思う。入退院時だけを考えるのではなくて、その介入時や、急変時等、ポイントのタイミングにしっかり入ることで入退院時連携もさらに深まるのではないかと感じている。

【部会長】

退院時にというのではなく、退院が決まる前からという考え方で協議ができないかということであろうかと思う。この解決策に上がった連携のルール、これは絶対必要である。エチケットの検討というのはどのようなものか。

【事務局】

最初は、共通で連携のシートをと考えていた。ただシートとなると既にそれぞれの医療機関や事業所で使っているものがあるため、統一は難しいという話の中で、それでは実際にエチケットや手引きというような、連携のために気をつけておくことやそれぞれの役割等、心得ておくことを整理し、共通の大まかなルールのようなものを作ったらどうかと考えている。

実は平成 30 年頃に、この部会でも案として出したが、その段階ではなかなか議論が進まず、それぞれ今やっている分で良いという話であったが、改めて今回アンケートで意見を聞く中で、改めて考えたらどうかということで、書かせていただいた。

【部会長】

大まかなマナーのルール、作法ということで、意味はわかった。他何か意見はあるか。

【N委員】

介護と医療での情報がそれぞれバラバラというのは、どこの地域でもよくきく話である。それぞれが各々の連携シートを利用しており統一は難しいとの話だが、逆に言えばその地域の中で利用されているものを全部集めて、ある程度長崎市の標準的なものを用意し提示することで、自分たちが使っているものをできるだけその標準的なものに近づけるよう、修正、対応していくような努力をしなければ、エチケットのようなものだけでは解決しないと思う。

【部会長】

他に何かあるか。9 ページの入退院支援の上の方で、歯科診療所のほかに、薬局も上がっているが、K委員何かないか。

【K委員】

退院時に病院から連絡がないというのが一番で、在宅で多くの高齢者が薬を使っているのに、薬剤師会からも病院の連携室等に訴えかけ、退院する方がいたら連絡をくださいという形で持っていけないといけないという話をした。

【部会長】

薬剤名だけ伝えればということでは物事が進んでいるところが、多分にあるかもしれないが、連携が必要と思う。この点については、今、皆さんも十分認識しているように、入院時から今後のことを見据えていくということを委員から発言いただいた。退院後のサービスにはある程度時間がかかるということもある。当然受ける方は早く情報がほしいと思い、渡す方は予定がたってからというところがあるのかもしれないが、情報共有は進めていくということが一つ求められていると思う。

情報共有は当然だが、入退院のルール作りを決めていくということで、今後の検討を進めていきたいと思う。

<急変時の対応>

【C委員】

確認だが、ここで言う急変時は看取りの部分、あるいは想定していないことが起こって急に状態が悪くなった、その二つで全然違うと思う。看取りで、担当のドクターがおり、訪問看護も入っている場合はそれに従っていいし、あるいはそれがない時も、想定していない事態が起こった時にどうするかというのが問題なのだろうと思うので、ここを分けて考える必要があるのではないかと思う。

【部会長】

これはワーキングの時にも意見が上がり、分けて考えることとしている。

【L委員】

言われたように、この急変時は看取り以外の急変という話であったと思う。あくまでも看取りを予定している方は全然違うのではないかなと思う。

【C委員】

さらにもう一点病院側から言わせていただくと、今地域の医療体制の中で役割分担の問題があり、何かあればすぐに大学病院やみなとメディカルの救命センターに行くのが、正しいのか、そうすべきなのかという議論もある。本来であれば、そうなる前の段階できちんと診る体制を地域で作っていくことが必要なのではないかという気がしている。

【部会長】

これは次の看取りのところとも関連してくるかと思う。ワーキングのときに急変時ということで予期せぬ終末期、急変ということになると、現場としてはどう対応したら良いかわからないということから、救急車を呼ぶという一連の連鎖が起こってくることと推測される。今言われたところ、大きなくくりではそのようなことも含めた改革、社会的な対応が必要である。現状で、在宅の高齢者の急変時の対応ということについてはいかがか。

【H委員】

地域包括支援センターに勤務しているので、比較的軽度者の方のケアマネジメントに携わることが多い。看取りを予定されている場合はどこに連絡をしたら良いか、しっかりと情報共有されているが、要支援や事業対象者の比較のお元氣な方への支援については、サービス担当者会議等で疾患のリスク管理というよりも、生活行為やADLやIADL面での留意事項を打ち合わせることが多いので、急変に備える意識が優先度として上がってこないこともある。この急変時の対応で介護職の皆さんやご家族の不安は、このような軽度者や想定していないことに現場でどう対応するかが、不安に繋がっていると感じる。担当者会議等でそこを打ち合わせておくことに加え、急変

時のフローチャート等を活用するのであれば、この活用方法の研修会等々でしっかりと介護職の皆さんに周知をしていくことも大事と感じた。

【F委員】

それは基本的には緊急時対応なので救急の知識が必要になってくる話と思う。例えば在宅療養や施設療養など関係なく、高齢者の救急をどうするかとなってしまうので、要支援であろうとかかりつけ医がいるので、そこのリスクに関する課題というのは、いの一番に挙げないといけない課題のはずである。在宅というのをひとくりにするよりも、要支援になったら多くは家にいるわけなので、施設等に関してはおそらくもう対応のマニュアルは、何がしかの形であるのではないかと思うがいかがか。

【L委員】

基本的には医療職にまず連絡して、そこから指示を仰ぐ。介護職が判断することはできない。結果的に救急車をよぶように言われると、それに従うしかない。

【I委員】

老人保健施設は、基本的に夜勤の看護師や当直の医師がおり、そこで医療が必要かどうかの判断はできるため、特に問題はない。さっき言われたように、これは基本的には思い掛けない急変時の質問であって、その中に死に関する不安が入り込んできており、ACPと混同してしまったのを拾っていると思う。なので、急変時というところでもう少し具体的に設問をしていると、皆さん分けて答えられたのではないかと思った。

【部会長】

明確には難しいが、分けて考える面もあると感じた。他にあるか。

【D委員】

急変時において、一生懸命対応を考えているが、利用者自身またはご家族が、急変時にどう対応するのか考えていないことも多い。ショートステイで緊急時の対応を確認する中で、かかりつけ医が誰なのか、夜間の対応はどうか等こちらから質問することで、家族も初めて考えることが多くある。サービスを提供する上でも、急変時の対応を、どこまでご本人、ご家族が考えているのかを確認することもサービス事業者それぞれ。ショートだけでなくデイサービスでも、ヘルパーがいるときもあると思うので、そこをどれだけ周知しているか、共有しているかが必要になると感じている。

【C委員】

今のお話を伺って思ったが、急変時のイメージは、行ったら息が止まっていたというイメージか。ただ、そこで考えるべきはむしろ緊急時、普通の状態だと病院にかからないといけないような状態の時にどうするかという話と、行ったら息が止まっていたとでは、やはり全然違うと思うので、もともとかかりつけ医あるいは在宅医師が行って、急変で息が止まっていたという話ではあれば、その施設で最終的に看取ることはありだと思うが、そうでない限りは家にいて、急に具合が悪くなり、どこに行くか分からないという時には救急搬送しかないと思うので、そこはACPと別の話のような気がする。ここは分けて議論すべきではないか。

【部会長】

おっしゃる意味はよくわかる。ただ一方で現実。現場というか、介護者あるいは在宅の方においては、わかる判断が明確じゃない状況もある。

【C委員】

だからこそ患者や利用者の取り巻いている状況によって、対応が変わってくるはずなので、取り巻いている環境を先に考え、そのときの対応策を考えるという方が私としては組み立てやすいような気がする。

【F委員】

家族は預ければ安心と思う。そのような認識の方が結構多いので、急変してもきちんとしてくれるということの裏返しになる。なので、やはり要介護1以上5まで含めて、家ないしは施設に入られる状況の中では、すでに話し合いをしておかないといけないと思う。ACPとまた別の次元だと思う。例えば、いつも疑問に思うが、かかりつけ医はどなたですかと言ってもわからない。かかりつけの意味が分かっていないので、風邪をひいたらどこに行くか、あるいは高血圧の薬はどこでもらっているかと説明しないと浮かんでこない。そのような次元が多いので、家族がかかりつけ医と思うところに、連絡をとり、そこと共有した対応策を考えていかないといけないので、おそらく先生が言っているような状況において突然起こったことに関しては、救急搬送されるが、その次の段階の問題もある。最初に言われたように、その人をみなとメディカルに運ぶのか大学に運ぶのか、これは次の次元である。なので、そのような現状を家族がきちんとわかるように早く契約しないといけない。おそらくそこが長崎では抜けているのではないかという気はするが、ACPに飛んでしまったという気がしないでもない。

【部会長】

様々な意見が出たが、今回の調査から上がってきたことは、現実として介護職が急変時に対する不安が大きいということと、介護職から医療職に伝達すべき事項がわからない。様々なシーンがあるかもしれないが、これだけは確かなようである。今、ここで既にいろんな意見が上がったように、捉え方や心構えも含めてギャップもあるので、この点をどうやって埋めていくかということが今後やるべきことになろうかと思う。この件についてはぜひ今後いろいろ多職種で様々な人も関わりながら検討していくということでよろしいか。フローチャート、急変に対しては、もう当然想定されるので、どのような時点で求められるかということも整理していく必要があると思う。

<看取り>

【N委員】

先ほどの話題に関わるが、コロナが蔓延して自宅死が出た時に、ひとつの原因はかかりつけ医がいないからでないかという話があり、全国でアンケート調査された時に、患者からは50%はかかりつけ医がいると回答された。しかしながら、その50%と回答した中で、逆に医者の方が、自分がかかりつけ医とっていない可能性があるということで、実質はもっと少ないのではないかという話が掲載されている。結局急変した時にどうするかとなれば、看取り以外では、急変時には2パターンあり、もともとの基礎疾患や要介護のせいで誤嚥性肺炎を起こすような予測ができるパターンと、全く予測がつかないいわゆる急病というもの、二つあると思う。そうすると、前者はかかりつけ医の介入によって、先ほどのどうしていくかやACPの把握を含めそこから進めていかないと、基本的にはこの問題はなかなか解決しないのではないか。

そのような中では、国も本格的にかかりつけ医を持つことを推進しようとしているので、例えば長崎市でもかかりつけ医をしっかり持つような動きをしていくことで一つの解決ができるのではないかと思う。

【部会長】

看取りと急変時にも繋がるが、看取りにおいて本人・家族の意思決定支援というだけではなくて、かかりつけ医

の持ち方、捉え方、考え方、これが重要ということがあった。他にあるか。

【O委員】

介護認定を受けている方については、主治医意見書を提出しているの、それに対して意見書を書いたほとんどの医師は、介護職の方々への意見書の提供を許可していると思うので、最初サービスを受けられるときには、主治医意見書のコピーあるいは誰が主治医意見書を書いたのかを聞くことで、全ての医師ではないかもしれないが、かかりつけ医として判断していいのではないかと思う。

【部会長】

ほか看取りについて御意見がある方はいるか。

D委員ACPについて、何か課題になっているようなことはあるか。

【D委員】

話し合いの場で考えたときに、その機会をいつと捉えるかということがあると思う。私たちが関わる前から「元気なうちから手帳」などを活用するという段階があり、ケアマネジャーであれば、アセスメントでそこをある程度網羅し確認する。例えば、病状が悪化した時や吸引を入れるなどの処置の前の段階で、病状も含めての検討時、施設サービスの入所時、退院前・後も含め、そのようなタイミングでの話し合いの場がもっと必要と思う。

【部会長】

ACPを推進されているということで、専門職を対象とした講習会、あるいは一般の方を対象とした啓蒙活動、このようなものが進んでいると思うが、ますます推進していく必要があるかと思う。

オブザーバーAも入っておられるので、何かACPについて意見があれば。

【オブザーバーA】

ACPを普及・啓蒙していく立場にあるが、今「元気なうちから手帳」を始め、医師会としても取り組んでいる。今年度は4つしかできないが、長崎市を8つに分けそれぞれの地域で顔の見える関係をつくりながらACPを広めていき、本人が希望しない救急搬送を少なくするという取り組みをしている。やはりACPなんかいららないという方たちもあり、決めてもいざとなったら違うではないかというご意見もある。だが、いざとなった時に心の拠り所になるのがACPではないかと思っている。結果が出るのは5年後10年後と思っているので、普及・啓蒙は取り組む必要があると思う。今回、看取りの対策ということで、ACPの推進が解決策になっているが、やはりまだまだ介護職の方が看取りをすることに不安があったり、大きな事業所は看取りまでされているが、小さい事業所やグループホームなどは、まだまだ看取りをしていないところもあるので、小さいところも自施設で看取りができるように、研修会やパンフレットなど作ると良いと思う。

そして看取りを進めるためには、看取る医師がどうしても必要である。かかりつけ医もだんだん高齢化し、もう看取りをしないという医師も多く、60歳前後の中年層が大変である。医師側の問題だが、医師がチーム化をし、施設での看取りを進めていくということを、医師会としても取り組んでいかなければならないと思っている。

また、アウトカムをどこに持っていくか、何を指標に頑張ればいいのかということで、施設看取りに関しては、看取りができる施設を増やしていくことを数値化し、施設での看取りの件数を市で把握しても良いのではないかと思っている。

【部会長】

オブザーバーAはワーキングのメンバーでもあり貴重な意見をいただいた。

ACPは言葉だけ先走ったり、またコロナで生命維持をするかどうか、そこだけがクローズアップされているが、その前の段階の認識がなく進められることはあってはいけないと思う。そのような意味でしっかりとした啓蒙、理解が広まっていくようにしていく必要があると思う。

それと現状、現実、今後を考えると、施設内の看取りを一つの形として考えていく必要があるかと思う。

【L委員】

特養の施設は看取りの体制はあると思う。ただ実際看取りを行っている数がだんだん増えているかは、おっしゃるように把握するとよいのではないかと思う。

先ほどコロナの話があったが、現状面会制限がずっと続いており、なかなか顔を合わせないので、看取りに関して、家族との信頼関係が気になる。家族の意思決定支援について、家族の気持ちが急に変わる場合は、看取りが出来ないが、医師と連携し家族に看取る気持ちがあれば、施設の方では段々と対応できるようになっていくのではないかと思う。

【部会長】

この実態調査はコロナ禍で行われた調査である。様々な課題がクローズアップされた中で、ワーキングとしても議論した中でこのような意見が出てまとめたという形になると思う。非常に貴重な資料であり、現状把握するうえで貴重なデータになるので、これをしっかり今後結び付けていくことで、今回も大分意見が上がったので、これを参考に今後長崎市として在宅医療介護連携を進めていかれることを願っている。

それでは、実態調査に対する評議は以上である。

—議題 (3) その他 (報告事項等) —

事務局による説明。

【C委員】

長崎版の地域包括ケアシステムについて、確かに地域包括ケアシステムとしては医療・介護・介護予防、ここでいう医療は主に在宅医療という話だと思うが、ただ、それを補完するものとして、病院の医療というのも絶対必要だと思う。そのときの病院の医療は決して大学やみなとメディカルで行われる高度急性期医療ではないと思う。地域密着型の病院が行う、必要だったら入院してきちんと治療する。また在宅も来ていただくことも必要で、医療の一つの策として必ずこの中にあるべきだと思う。長崎市にお聞きしたいが、ここにあまりそういう観点はないが、今後どのようにお考えか。

【事務局】

そのチラシの部分だと思うが、時々在宅、時々入院というかたちで、医療機関の中に地域包括ケア病床というものがあるので、言われるように、端にもそういった病院は三次救急の病院ではないが、地域包括ケア病床を持つ病院、あるいは病床少し持つ病院、診療所が入ってくるとは認識はしている。

【C委員】

その連携が上手くいっているのか。これは私達に問いつけられている話と思っている。

【部会長】

そのような実態があるということで。その場合どなたが代表で、窓口が存在するのかというところが、なかなかアプローチしにくいという気もする。地域で地域包括ケアを上手くやる中では、医療基盤というのは皆さん分かっていることであり、地域医療の地域密着の医療施設が無くては何も始まらないということは、皆理解していると思う。どう上手く一緒に連動していくか取っ掛かりが掴み難いというのが、現実にあるのではないかと思う。個人的には医師会、様々な大学等があるかもしれないが、もう少し何かこれからの実態に即した役割があると良いのではないかと私も思っている。