

令和5年度第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会議事録

日時：令和5年10月11日（水） 午後7時00分～8時30分

場所：磐田市役所4階 大会議室

出席：委員13名（うち1名オンライン）

事務局（高齢者支援課長、地域包括ケア推進グループ長・グループ員2名）

傍聴：1名

○事務局：ただいまより磐田市在宅医療介護連携推進協議会を開会いたします。

次第に従いまして進めさせていただきます。始めに委嘱状の交付を行います。

（委嘱状交付）

○事務局：事務局を代表しまして高齢者支援課長より御挨拶申し上げます。

○課長：みなさんこんばんは。日中の業務でお疲れの所御出席いただき、またこの度は在宅医療介護連携推進協議会委員についてお引き受けいただきましてありがとうございます。任期は2年となり、会議は年に2回程度の開催を予定しておりますのでよろしくお願いいたします。本会議は高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることが出来る地域包括ケアシステムの推進の為、在宅医療及び介護に携わる関係者が円滑な連携を図る為に必要な事項を協議する場となります。

現在磐田市では令和6年度から8年度までの介護保険事業計画の策定を行っております。高齢者の増加に伴い介護を受ける認定者も増加すると予想される為、必要とされるサービスの確実な提供に加え、自立支援、介護予防、重度化防止の取り組みの強化や地域において包括的かつ継続的な在宅医療、介護を提供することなどが重要とされています。本日は市の在宅医療、介護連携推進事業の現況、昨年度取り組んだ救急情報シートの配布状況、市の取り組みについてご説明いたします。委員のみなさま方には、それぞれのお立場により忌憚のないご意見をいただけるかと思っております。限られたお時間ではありますがよろしくお願いいたします。

○事務局：続きまして委員の改選がありまして新たに委員になられた方も多くいらっしゃいます。簡単に自己紹介をお願いします。

（委員自己紹介）

○事務局：会長、副会長の選出に入ります。本協議会の要綱第4条により会長、副会長は各1名で委員の互選により定めることとなっております。いかがいたしましょうか。

（会長・副会長の選出）

○事務局：会長、副会長から一言御挨拶をお願いします。

○会長：みなさんありがとうございます。普段は在宅医療という事でまさにここの会のテーマに関わる仕事をさせていただいています。医療だけやっていると、皆さんの声が聞こえていない部分もあると思いますので、この会を通じでいろいろ学びたいと思います。是非よろしくお願いいたします。

○副会長：ありがとうございます。磐田市立総合病院地域医療支援センターを代表して参りました。急性期病院ですけれども、こういった連携について各課の先生あるいは関係者の方々に情報提供していきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

○事務局：ありがとうございました。ただいまから議事に入ります。議事の進行につ

きましては要項第5条により会長にお願いしたいと思います。

○会長：次第に従って会議を進めていきたいと思います。(1)在宅医療介護連携推進事業について、事務局からよろしく願いいたします。

○事務局：在宅医療介護連携推進事業について、説明をさせていただきます。

資料1-1の資料を御覧ください。これは、国が示している在宅医療介護連携推進についての資料になります。まず1ページ目ですが、こちらは皆様御存知の通りの地域包括ケアシステムを推進していく為に地域における在宅医療と介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要になることから市区町村が中心となり、地域の関係機関と緊密に連携しながら、体制の構築を目指すものです。地域包括ケアシステムの推進について目指す目的として掲げられて長年経過しておりますが、高齢者の抱える課題の多様化、関係機関や関係者も多い中、なかなか思うように進めていくのが難しいというのが現状です。

1ページにありますように、円の中心にいるのは、利用者、患者、というところは揺るがずに位置づけて、利用者、患者のそのときの状況により、重点的に支えるものが、医療であったり、介護であったり、その時々で変わってきますが、そこを支える、医療介護などの関係者が、中心にいる利用者、患者の情報を上手に共有して支援することが求められます。しかし現状は、退院後に自宅に戻る、退院後に施設に入所、といった節目に、支援、情報連携がうまく継続出来ていないというところも現状としてはあるように感じています。そうした1件1件のケースに丁寧に向き合いながら、関係機関、関係者の理解を少しずつ深めていくということが少しずつですけれども、重要であると思っています。

平成26年の介護保険法の改正によって、この在宅医療介護連携の事業が、地域支援事業として、市町村が実施するというところに位置づけられています。事業の円滑な実施のため、3ページになりますけれども、国でも手引きを作成しておりまして、目指す姿というのが実現されるように、改定がされてきているところです。

令和2年9月の手引の見直しでは、それまでに行われてきた事業を行うこと自体が目的になっているのではないかという指摘もあり、本来目指すべき姿というところが置き去りになっているのではという事もあり、地域の実情に応じて取り組み内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって、この事業の目指す姿の実現がなされるように改定されてきています。改定のポイントとしては3ページの下段にあります4点になります。三つ目の丸のところ、高齢者の状態像の変化と、出来事のイメージに沿った四つの場面を意識した考え方というのが、また、4ページに詳しく書いてありますが、高齢期になるとその場面をたどる方が多いと思いますし、在宅医療連携という場面が、まさにこの4点に整理できるのではと感じています。

本市の取組ですが、平成27年度からこの「磐田市在宅医療介護連携推進協議会」が置かれ議論や取組がされてきました。検討され、整理された内容として、意思決定支援、救急搬送時の情報ツールの整備を優先課題として取り組みがされて主な結果として、皆様方に事前資料として、お送りいたしました「住み慣れた場所で自分らしく生きていくために」、という薄い冊子になりますが、そちらと「救急情報シート」というものが作成されています。「住み慣れた場所で自分らしく生きていくために」とい

う冊子ですが、各地域包括支援センターで行われています ACP 普及の講座等で使われ、どう生きたいか、人生の最期をどう迎えたいかを考えるきっかけづくりに使われています。「救急情報シート」につきましては、(2)の協議事項として挙げさせていただいておりますので、後ほど詳しく報告させていただきます。

次に資料 1-2 を御覧ください。こちらの資料は、市内の介護予防の関連のケアマネの皆様、訪問看護ステーションの皆様、事業者連絡会では市内の事業者の皆様にお話しした内容になりますが、大きく分けて 3 点載せています。1 点目が本市の高齢者の状況、2 点目が来年度からの高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画作成のために、2 号被保険者を対象に行ったアンケートの結果、3 点目、昨年度市が参加した厚生労働省主催のプログラムの中で、本市の課題を探って、主に介護予防という視点から、今年度取り組んでいる「目指す姿」について報告をさせていただきます。3 ページ、4 ページを御覧ください。こちらのページの人口推移等については皆さん、御存知だと思いますが、少子高齢化がますます進展する中、本市でも全国同様の傾向が見られます。4 ページの人口ピラミッドを御覧ください。2040 年に向けて、特に介護ニーズの高まる、80 歳以上の人口が増加する事が大きな課題になっていくと推測されます。5 ページにありますように、こちらは高齢者世帯の推移を示したものになりますが、1 番右側 2023 年、今年度ですが、1 番左のところから見比べていただきますと、ここ十数年で大きく変化しているのが見て取れると思います。高齢者のみの世帯が約半数にまで増加をし、それに伴った高齢者の課題が明確になっている状況にあります。6 ページを御覧ください。こちらは介護認定者の推移と将来推計です。要介護・要支援認定者数は増加傾向であり、2040 年、令和 22 年にピークの 10,197 人になる見込みです。2023 年、令和 5 年からの介護度別の伸びを見ますと、2035 年、令和 17 年までは要支援 1・2、要介護 1 と軽度の区分で伸び率が大きくなっています。2040 年、令和 22 年以降では、要介護 5 の伸び率が大きくなる見込みです。2035 年、令和 17 年には認定率が 20% を超え、その後も 20% 前後を推移する見込みです。

7 ページを御覧ください。こちらは認知症高齢者の推移です。今年、認知症基本法も成立し、今後ますます増加すると見込まれる認知症の方への対応策が重要になってくると思っています。

8 ページからは、計画作成のためのアンケート調査より、2 号被保険者からの回答の結果を示したものです。40 代から 60 代まで、それぞれの年代 150 人前後の方の回答が載せてあります。第 2 号被保険者 40 歳から 64 歳の方は、これから介護者になり、さらにその先には自分自身が介護を受けるということが予想されます。自分自身の介護は、約半数の方が施設などへの入所、入居を考えていることがわかります。また、介護サービスや福祉サービスを使いながら、という人を含めると、9 割の方が介護サービスを利用したいと考えている状況です。10 ページを御覧ください。親などに介護が必要になった場合、どのように介護したいかという問いには、介護サービスを利用しながら、住み慣れた自宅で介護をしてあげたいと考える人が 6 割近くいる事がわかります。2 号被保険者、特に 40 歳代の方は、介護がまだ現実的ではない方も含まれると思いますが、やはり自分も家族も介護保険制度を使いながら、在宅生活を送りたいという考える方が多いということがわかります。

その一方で、11 ページを御覧ください。こちらは県の資料になりますが、2025 年に

は、介護人材が6,000人不足すると推測されています。介護人材確保に向けた取り組みも重要になりますが、介護人材だけが不足するのではなく少子高齢化が進む中で、働き手の数がどんどん減っていく中、あらゆる職種で人材確保が難かしくなっている状況を見ると、介護人材だけを増やすことは容易ではないと感じています。12ページは、これまでのまとめになっています。高齢化が加速し、高齢者の数は大幅に増加しないけれども85歳以上の方が増加していく、2号被保険者も多くの方が介護サービスを利用して介護を望んでいる。生産年齢人口の減少等様々な理由で、介護人材、介護に限らず、人材が不足していくという現状を踏まえた中で、磐田市として、どのようなことを考えていて、先ほどもお伝えしましたとおり、市内の皆様にもお伝えしていることですが、13ページ以降を御覧ください。昨年度、相談機関等へ聞き取り調査を行った結果、「通いの場」というところが磐田市は多く、県内で1番多い。高齢者の人口に対して、「通いの場」と言われるものが多いのはとても良い事だと思えますが、「通いの場」に来られなくなった方がいらっしやいまして、ここに書かれているような声が聞こえてきました。「老いた姿を見られたくない」とか、「本当に困ったら、限界が来たら、介護サービスのお世話になろう」とか、「生活は今のところ何とかなっているから、市や包括に相談するほどではない」ということを高齢者の方は実際考えているということが分かりました。今までは、近所の方と交流していた、外出をしていた高齢者が、「通いの場」へ行けなくなった後、どのようになっていくかということ、14ページを御覧ください。今まで仲のよかった人も、その方が分からなくなる。また、本人は、まだ家で何とかなっているのに相談することじゃないと言っている間に、だんだんと体の状態が悪くなっていく。そして生活に限界が来て、もうどうしようもないとなった時に初めて相談につながるという現状が15ページに示してあります。16ページですが、市としては、外出等がしにくくなってから生活の限界を迎えるまでの期間が重要であると考えました。17ページを御覧ください。現状、要支援者は改善の可能性があるということをお前提に、市としては支援出来ているか、支援する方法というものもあるかという問いに対して、十分ではない、そこが大きな課題である、ということが市としても、そういう結論になりまして、現在、改善可能性のある人を少しでも改善の方向に向かっていける仕組みというのを作ろうと考えています。

18ページを御覧ください。磐田市の今後の目指す姿として、自分の力があるうちに、専門職の支援で持てる力を引き出し、自分でできるようにする。身体の状態が悪いのを少しでも遅らせて、長く自立した生活を送ることができる期間を延ばしていきたいと考えています。これは高齢者自身のためでもあります。ケアを受け続けて維持しようとする、先ほどもお伝えしたとおり介護人材がたくさん必要になってきます。少子高齢化の中で働き手がいなくて、限られた人材を大事に使っていくところからも、持続可能な制度として介護保険が続いていくために、ケアが必要な方が十分なサービスを受けられるようにすることも大切なことだと考えています。最後のページ、19ページ、20ページです。19ページの、通いの場等に行けなくなった人たちを回復改善の上向きの軌道に乗せるために、市内の関係者の皆様方に御協力をお願いしているところです。最後の20ページは、今後取り組んでいきたい事を含めて、4点示しています。1番目の市民への啓発としては、今年度の6月号の広報い

わたの特集にもこの取組について掲載をさせていただきました。一度の啓発ではもちろん駄目だと思っておりますので、継続していくことが必要であると思っております。関係する方、職種、組織も幅広く簡単には進まないと思感しているところですが、今の磐田市の課題の一つを解決するために、できることを確実に進めていきたいと思っております。(1)については以上です。

○会長： どうもありがとうございました。ボリュームがかなり大きい内容ですが、非常に分かりやすい内容と思えました。皆様の中でこのことについて御意見や、分かりにくい点がありましたら、御発言いただけたらと思っております。高齢者の現状を、いろいろデータで見ることはあまりないと思っておりますが、訪問看護ステーションではいかがですか。

○委員：自分たちが訪問看護や訪問リハビリに伺う方というのはフレイルの後の方になってしまうので、やはりフレイルのところで予防的なケアをしていくことで要介護者が減っていくと思うし、予防することで重介護者を減らしていくことができるという事を常々感じています。要支援、要介護の方でも訪問看護は病気になったらお世話になるという視点が強いので、出来たら予防的な、例えば薬の管理が出来ていない状況から介入させていただくと、内服管理がしっかりできることで大病につながらない、大病になって入院しADLが下がるとかそのようなことも予防できるので、このような視点をもちたいと思えました。フレイルはなかなか手が届きにくいところですが、事業所として、どう関わっていけるかというところを一緒に考えていきたいと思っております。以上です。

○会長：ありがとうございました。確かに、介護サービスになるとどうしても悪くなってから関わるが多く、磐田市の目指す姿としては、そうなる前からどうやったら予防できるかということで、通いの場はうまくいっているが、そのつなぎの部分は今、大変なのではないかという御指摘だったと思っております。そういった意味では包括支援センターが少し前の段階を見るという立場だと思うのですがいかがですか。

○委員：私たちがフレイル予防っていうところを重視していかなければいけないと思いつつも、やはり機運として、高齢者全体がそういった気持ちになってもらうにはどうしていけばいいのか、それがすごく大事だと思っております。私たちが計画をし、包括支援センターばかりが旗を振ったとしても、それが空回りになってしまっただけではないので、どうやって普及していくか、どういった形で地域の通いの場を増やして行けばいいのか。よく言われるのが65歳以上の高齢者をひとくくりにしても、70歳の方がいらっしゃれば、90歳、100歳に近い方もいらっしゃいます。そういう方たちが、親子ほどの年齢差があって、同じ通いの場で良いのかどうか。内容もさることながら、いろんな問題点があるのではないかと思います。多様な通いの場というか地域自治会作りみたいなものも同時にやっていかないと、予防というところは難しいと思っておりますし課題だと思います。

○会長：ありがとうございました。ほかは何か皆様から御意見ありますでしょうか。私のところも介護サービスの前の状況は見ることも出来ず、もっと後で動けなくなってしまうお付き合いが始まりますので、元気な方は接する機会がないのですが、元気な方も通ってくると思われる歯科の立場から、介護状態になる前の段階で何かありますでしょうか。

○委員：私は歯医者をやっております、歯科医院としての患者さんとしては0歳から上は100歳まで、一般診療に通って来られます。歯科の現状でも似たような状況があって歯医者でも予防に目が向いてないような気がします。今回のフレイルになってから状態を向上させるのではなく、もう少し前の状況からもっと若い世代の人、青年期の人たちにも、もっとこの話を伝えてもいいのではないかと今見て感じています。そうすれば、介護状態になる前にどうするか、そういう知識を持った方が増えれば、自分の親世代にもそのような事で会話が増えたり介護予防が出来たりすると思います。

○会長：どうもありがとうございます。他に何かなければ次のテーマに行きたいと思うのですが、よろしいですか。(2)救急情報シートについて、事務局から説明をお願いします。

○事務局：救急情報シートについて、報告させていただきます。

先ほど(1)の報告でお伝えしました、これまでのこの協議会での検討として、救急搬送時の情報ツールについての議論がされてきた中で、ICT化の動きもあり、県の医師会や磐田病院や消防の皆様と令和3年度に検証検討を重ねた結果、個人情報管理の課題が大きく、ICT化については見送ることとさせていただきました。

これまで、救急時のツールとして、「救急情報キット」として活用されてきたものがあるため、「救急情報キット」と併せて、より有効なツールを検討しようということと完成したものが「救急情報シート」になります。昨年11月の「広報いわた」に掲載後、ちょうど民生委員の改選の時期となり、高齢者支援課の行政説明ということでこのことを説明し、配布もさせていただきました。「救急情報キット」については、地区により取組みが様々であったことから、取組みを続けている地域ではそのまま継続していただき、中断や中止している地域については、緊急時に活用できる有効なものであることをお伝えしながら、活用していただけるよう、配布説明させていただきました。11月に広報に掲載して以降これまでに、13,000枚程度、配布させていただいております。ホームページからもダウンロードできる形となっており、個人の方から「どこから入れば見られるのか」という問い合わせや、訪問看護ステーションでも配布してくださっているということも聞いておりますので、活用が広がっているところかと思っておりますが、希望のある地域の民生委員や自治会の方に配布することが多く、地域差があると感じています。市内に満遍なく周知していくことが課題だと感じておりますので、皆様から良い周知方法やご意見等があれば事務局までお知らせいただけたらと思っております。

○会長：ありがとうございます。皆さんこの「救急情報シート」今回より以前に見たことがあるという方いらっしゃいますか。大体見ていらっしゃいますね。その前のドアの後ろ側に丸いシールが貼ってあるというものがこちらにバージョンアップをするという事だと思います。消防本部のお立場から何か補足や現場での御意向とか、何かありましたら、コメントいただけますでしょうか

○委員：救急情報キットとして始まった時から消防では救急現場で参考にさせていただいています。結果的に救急情報キットが活躍するという事は少ないのですが、必要なときに、このシートがあつて助かったという場面は何件かあります。件数は少ないのですが、救急隊としてはとても助かっております。前回の救急キットからこちらのシ

一トに変わったことをきっかけに消防にもこのシートが欲しいと来署される方が増えました。以前は病院から、患者さんの情報がその場ですぐに必要という話もあったのですが、今は緊急だったらそういったことはまず後にして、本当に緊急のときは救急車と消防車と一緒に出動するようになっているので、救急車は患者さんを病院に早く運んで、そのあとに残った消防隊が、こういった救急シートとか、家の中にある情報を探して、あとから病院に送るという形でも、今は許していただいていますので、以前よりもすごくスムーズに活動できています。

○会長：現場の意見をありがとうございます。救急情報シートの裏を見ていただきますと、緊急時の医療行為の参考になりますので、できるだけ正確にお聞きくださいというところの中で、飲んでいでの薬だったり、かかりつけ医だったり、入院経験等が書いてあります。そういったものは実際の現場でこういう情報は、すごく大事だというのはあるのでしょうか。

○委員：救急の場合ですと、どんどん独居の方が増えていたり、いざ、その方の意識がなかったり、具合が悪い、あるいは認知の部分で少し問題があったりするとやっぱり消防隊、救急隊の方からの聴取は難しいこともあると思います。やはり本人から聞いても分からない、あるいは本人から聞けないというときに、こういった情報があることはかなり助かっています。

○会長：ありがとうございます。現場でも大分助かっているということですね。療養型医療施設では患者様が暮らしているという状況の中で、何かあると救急搬送という場面があると思うのですが、実際に施設でこの救急情報シートっていうのは存在感とかどういふもののでしょうか。もしあれば、コメントいただけますでしょうか。

○委員：私どもの病院では、この救急情報シートではなくて、独自のシートを準備しています。もう少し詳しい、現病歴であったりだとか、現在の様子であったりだとか、バイタルですね、そういったものの医療情報まで記載するようになっているものを、救急隊の方にはお渡ししております。

○会長：ありがとうございます。医療機関としてはより詳しい情報を送るということですね。特別養護老人ホームでも同じように、患者様を預かるという立場で、いかがですか。実際このシートの活用状況とか何かもうちょっとこういう視点はどうかみたいな事があれば、発言いただければと思います。

○委員：特別養護老人ホーム自体では、こういう救急シートっていうのは施設独自の物を持っていたり、病院から配布されているものを使ったりすることが多いかと思います。たまたま最近、うちの職員会議で竜洋支所の分所の救命救急士の方がいらして、いろいろなお話と情報交換させてもらって、救命士の人も困ることもあるし、施設側としての訴えもなかなか通らないときもあるし、今、病院の先生がおっしゃったように、同乗者が、どうしても乗せられないというときに施設の場合はあったりするものですから、それでも大丈夫ですか、なんていうこともありました。やっぱりこういうものがあると、実際に高齢者世帯が多い中で、ここに書いてくれてあるよいに冷蔵庫にちゃんと貼っておいてくれればいいのですが、なかなかそういうのが難しいと考えたときに、これを書いて実際どこに保管しておくのか、そして、それは誰が知っているのかっていうのが、今後の課題になってくるのかな、施設は私たち職員が管理しますので分かりますけども、そのように思いました。

○会長：どうもありがとうございます。薬剤師の立場からいかがでしょうか。救急で飲んでいける薬の情報というのは結構重要な情報で、場合によっては造影のCTを撮るときに、これを飲んでいるのであれば制約がかかることもあるし、もしくはその時の病態の解明という意味でも、非常に重要な情報であると思いますが、この情報シートについて御発言いただけたらと思いますが、いかがですか。

○委員：お薬手帳には薬だけではなく、副作用とか、そういった点を記載する内容がありますので、救急隊員の方が現状をわかるように、そういったものをうまく利用していただきたいと思ひますし、本当に役立つシートだと私も思ひます。もしよければ、我々薬剤師会や薬局も、普及のために活用していただければと思ひます。そして、より多くの人に認識していただいて、いざという時のために、役に立てばと思ひます。

○会長：薬局は、多くの方が関わる場所ですから、こういったものを普及させる動きがあれば、より、この情報シートが市民の皆さんに伝わると思ひます。市民団体の代表の方に来ていただいております。もちろん、その前から(シートを)知っていたと先ほど、手を挙げていらしたのを見させていただいたのですが、実際どうでしょう、市民団体としてこういう市の取組、救急だと、どうしても皆さん慌てます。なかなかこういうことをふだんから書いておくと、非常に助かるなということもあるのですが、御意見があればお願いします。

○委員：私も地域で色々な役をやってきましたので、いつもこの話をするのですが、前の救急情報キットは本当に枠の中に書きにくいというのが最大の難点でした。その事は以前の会議でも良く言ってきました。それから地域によって取組状況に大きく差があるということも言ってきたものですから、今回このように改善されたことは、好感を持っています。しかし、変わったことを知らない市民が多いというのが現実だと思ひます。今度、出前講座に出かけますが、この「救急情報シート」や「あんしんノート」の事なども「知っていますか？」というところから働きかけていけるのが、市民が市民に伝える1番いいことかなと思ひます。機会あるごとに伝えたいです。私も民生委員をやっていたのですが、当時の会合の時に、よく理解されていない民生委員さんがいたので、その場で少し説明をさせていただいた、というようなこともやらせてもらいました。やはり、ある程度知っている方は、身近な方々に伝えていくことが一番大事なことではないかなと思ひます。

○会長：ありがとうございます。せっかく今日この会議で初めて知ったとしたら、自分たちの共同体で渡すのも良いと思ひますし、この用紙を誕生日プレゼントにするとか何かのきっかけで、こういう話が出来たりすると、より市の方の進めたいことというのが、今日参加していただいた皆様方がいる意味いろんな共同体の代表だと思ひますので、所属されているところで情報提供し、そこからまた広げていくという形で進んでいくと思ひます。皆さん貴重な御意見ありがとうございました。

○会長：それでは、(3)市の取組みについて、事務局から説明をお願いします。

○事務局：市の取組みについて、いくつか御報告をさせていただきます。

事前資料としてお渡ししている「あんしんノート」、こちらについて御報告させていただきます。人生の最期をどう迎えるか、医療やケアについて、まず自分自身で考え、それを身近な人たちと共有していく「人生会議」の一つのきっかけとしてこの「あんしんノート」を使っていたいただけたらと思ひます。「ACPノート」とか「エンディング

ノート」として各市町で全国的にも作成をしているものです。本市でも市民相談センターで作成しておりまして、終活おうえん窓口、地域包括支援センター等が行う講座等でも配布、活用されています。今年度は、静岡県医師会でも、県内各市町で作成したこのノートについて、医療機関や介護施設、事業所など、医療介護関係の諸機関に対し、所在市町の ACP ノートの周知への協力を呼びかけ、市町と関係機関の連携のもと、ACP の普及啓発を推進していく事業を県の医師会でも行っています。そちらの事業に磐田市も参加をしていますが、ちょうど今、市内の関係機関から申出書というのが出てきている最中です。配布に御協力いただける各機関に配布をしまして、そこからまた情報が発信され、この「あんしんノート」が広く普及されていくのではと思っています。

そのほか市の取組として、主に、地域包括支援センターで行っています、在宅医療介護連携推進事業という事で ACP をテーマとし、訪問診療とか、訪問看護というものを御存知ない住民もいますので、そのようなところをテーマとして、医師、看護師の講話を聞き、各地域で普及啓発を進めています。先日は「遺影」を撮りながら、待っている間に ACP の講座を聞くとか、ちょっと一歩踏み込んだ人生の最期を考えるというような講座も地域で行われています。みなさま「もしバナゲーム」を御存知でしょうか。色々な場面が書かれたカードが 35 枚入っていて、そのカードをめくりながら自分の大切にしているものは何なのかという価値観を自分の気持ちを掘り下げて、みんなで人生の最期について考えていくきっかけになるカードゲームです。人生の最期を考える事が大切ということはみんな分かっているのだけれども、敬遠されるテーマだと思います。しかし、家族や友人と話し合うきっかけづくりを包括支援センターでも行っているのです、少しずつこの「人生会議 ACP」が住民の中にも広がっているところかとは思いますが。でも「ACP」という言葉がまだ浸透していない現状がありますので、包括支援センターと市で協力しながら啓発を進めていきたいと思っています。

次に、キーパーソン不在ケースの調査についての報告をさせていただきます。

先ほど説明の中で高齢者世帯が全世帯の半数を占め始めてきているという事を報告させていただきました。「キーパーソン」という言葉にはいろいろな意味がありますが、よく身寄りのない人が、入院するとか、施設に入るとか、何かケアやサービスを受けるといふときに色々な問題が発生することがあります。身寄りがないということは、本当に家族がいないかという現実的にはそれ程多くはなく、調査していけば親族は見つかるのですが、現実的にはもういないのと同様で、遠くに住んでいたり、40 年 50 年の長い間の人間関係の中で、どうにもならなくなった家族関係があったり、何かしてくれるかと言ったら何もできない、そういう方たちが居て、天涯孤独と変わらないような状況の方もいらっしゃる。でもその方たちが地域でサービスを受けたり、病院にかかったり、施設のショートを利用する、入所をするということについても受入れ体制がうまく整ってない部分もあり、それをどうしたらいいかというのは市の課題であります。その点については全国的にもアンケート調査が行われていますけれども、磐田市でも身寄りがない、キーパーソンがいないといった中で、何が問題なのか、本質として何が一番問題で、それを解決できる手段があったら変わるのかというところを研究していこうと考えています。こちらに御参加くださっている皆様のところ

も、御案内がいくと思います。市としても在宅医療介護連携を進めていく上で、解決の糸口を少しでも見つけられたらと思っているところですので、皆さんに報告させていただきました。

○会長：ありがとうございました。大きく「ACP」と「あんしんノート」の話、「キーパーソン不在ケースについて」というお話でした。まず「ACP」と「あんしんノート」の事についてお話を共有したいと思いますが、今日ケアマネの代表の方がお見えです。実際そのACP、アドバンスケアプランニングという事前にそういう相談をしていく場面が業務の中でもあると思いますが、このあんしんノート、位置づけ、これからどうしようとか何か御意見ありますでしょうか。

○委員：実際自分が居宅で関わっている方で身寄りがない方をどうしたらいいという時に、このノートを取りにいったら、関わらせていただいて、それを一緒に書かせていただきます。身寄りがないと一緒に書くのはケアマネになりますが、そのときに戸惑う事があります。例えば通帳のところとか、やはりケアマネが見られないところなので、そういうところに来たときに、誰かに知ってほしい人いますかと話すと、誰かが出てきて、そこからキーパーソンに繋がっていき、この人だったら通帳を見せてもいいのだなと言う人が出てくるという場面があったので、やはりこの埋めることが出来ないところをどうするかというときには、私たちが全部を背負うことは出来ないで、家族とか在宅の先生に力を借りながら、看取りの時期が近づいてきている時にどうしたいのか、協力して話が進めていけたらというのはすごく感じます。

○会長：ありがとうございます。「在宅医療」という現場では「地域連携室」という組織を作っており、そこにメディカルソーシャルワーカーに入ってもらって、ひとり暮らしの方、看取りまで見ることもあります。その時は戸籍まで遡っていく場面も出てくると思います。ACPに関して話を戻しますと「もしバナゲーム」を定期的にクリニックの中でやっていたりしますし、毎日、日常的に年間200名以上御自宅で看取る方の経験をさせていただいているので、そういった意味では日々、ACP、今できることがないか、今お話が伺えることはないかというところから、今後の療養先、どういうふうに過ごしたいかみたいなことを日常的にやっているのだからこういったツールは非常に強力なツールになると思います。よく見てみたら確かにいろいろ踏み入れ難いことも書いてあるなと思います。しかし、そういった事を知るきっかけという意味でも、非常に良い資料じゃないかなと思います。今日、小規模多機能の代表の方に来ていただいています、実際の現場での感想というか、何かありますでしょうか。

○委員：まだ、これを使っただけのことでは出来てないのですが、家族が遠くて話をする機会が難しい方などのきっかけとしてこういうところを取り入れて話をしていきたいなとは思っているところです。

○会長：逆に御家族がしっかりしてれば、こういうのは進むものなのではないでしょうか。家族がしっかりしているかどうか、だけではないような気もしていますが、普段生活しているけど、なかなかそういう話題にはならないところに僕らが小石を投げるみたいな作業が多いんですが、たぶん小規模多機能などと同じように、やっぱり生活の場で、介護サービスを提供されていると思いますし、割と今後の展開としては短いかもしれないという方を見ているのだらうと思いますが、実際どうですか、御家族がいる人は、こういう話は進むものですか。

○委員：御家族がいると、今後についてどういうふうにしていこうかっていう話はある。進めていけると思います。確かに、このACPについて話す機会っていうのはちょっとまだ少ないです。

○会長：ありがとうございます。療養型医療施設として御参加をいただいておりますのでACPアドバンスケアプランニングについて、もし先生の視点で何か取組などがあればお願いします。また、「あんしんノート」資料がお手元にあるかと思いたすけれども、何か御感想も含めて何かコメントありましたらお願いいたします。

○委員：私どもの療養型の病院病棟に入院される方は、もう最期の迎え方というのを決めてらっしゃる方がほとんどです。ただ、その中でも、やはり御本人の本音のところで言えば、家で亡くなりたいとか、家で最期を迎えたい、だけど、酸素がついているからとか、介護が必要なのでということで、御家族が受入れられないという、本当の本人の理想とか希望とかは叶えられないという方もいらして、そういうところは非常にジレンマに感じている場面が日々あります。

○会長：ありがとうございます。なかなか現場でも模索しながら、ということですかね。次にキーパーソン不在のテーマについて話を移していきたいと思いたす。

確かにキーパーソンがいなくて困る場面もあると思いたすが、病院でそういった方が救急で連れて来られて、家族がこの場にはいない場面でも、目の前の方を救わなければならない場面もあると思いたす。家族がいない、もしくは天涯孤独とされている人が、来た場合に困る事はありますか。

○委員：困りますね。やっぱり、治療を施して良くなる方であればいいのですが、そうでない方ですよね。そういう方で、市のサポートもまだ受けてらっしゃらないとか、そういう方の場合、市のサポートを受けている方であれば、多少連絡をつけさせていたいただいているのですけれど、そうでない方ですと病院では調べる手段が極めて限られているものですから、分からなくて警察に介入してもらうこともあります。

○会長：現場では困るといふか、本当はつながればいくのだけれど救急の現場で今すぐ判断といふのは困った状況があるということですね。当院でも安心ファイルといふ患者さんに配っているファイルがあって、そこにいろんな情報を入れてあり、それを救急の先生が見ればどんな治療をしているか内容が分かるようにしているのですが、うっかり忘れてしまふとか、後になって当院を受診しているということがわかり、うまく情報連携ができないこともあり、課題はあります。包括ですと住民サイドに立って準備ができる立場かもしれないですが、身寄りがない方、キーパーソン不在といふテーマだと、どんな困りごとをお持ちでしょうか。

○委員：逆にお聞かせ願いたすのですが、例えば特別養護老人ホームとか小規模多機能、看護多機能、訪問看護が、身寄りのない人、キーパーソン不在、保証人がいない場合、実際の受け入れって出来ますか。なかなか、そのようなところが無いといふ事で本当に大変な思いをしています。実際のところ、どうでしょう。

○会長：訪問看護とかはどうですか。実際身寄りがない方で、どのように対応しているか、受け入れるのか受けないのかも含めてどうでしょう。

○委員：契約書に連帯保証人はないので、受入れはします。こちらに来る時は大体ケアマネさんがついていらっしゃいます。実際、身寄りのない一人暮らしの方で、今、貯金があつと4万円ぐらいしかない方とか来ていますが、ケアマネさんがいるといふこ

とで、今、その方は後見人の話が進んでいます。ケアマネさんから来るので、断ったりはしません。ただ、意思決定が必要になったときは、遠方の家族とか、連絡つかないといけないなと思います。天涯孤独の場合は、それこそこのノートが生きてくると思います。このノートを見ると、割と字が書ける状態の時から把握しておかなければいけないと感じました。例えば、70代80代の方にこれを渡しても「何のこと？」みたいになってしまうし、もう少し若い段階のところで渡していただくと、自分たちが看護に入ったときに、人間関係を構築するに当たって、話題を模索します。そのときに、好きだった事とか興味がある事を少し読ませてもらうとそこを読んで、お話をすると信頼関係が構築でき、訪問看護も順調に入っていけると思います。話がずれましたけど、基本的に、私共としてはケアマネさんがついているものですから、何かあれば包括に繋がります。

○会長：ケアマネとしてどうでしょう。身寄りのない方を、そのサービスにつなげるために、苦勞されると思います。私のところでは色々な立場の人に手をかえ品をかえて探っていくって、お聞きした情報をもとに電話をかけたりするのですが。

○委員：実際には個人情報に邪魔をしているというのが大きな問題になっていると感じます。身寄りのない方から「誰もいないよ」と言われてしまうと、私たちもその先が探せないの、結局包括に相談して包括と一緒に探していき、たどり着いたときにその方をしっかり捕まえておき、代表者になってもらいます。包括が関わることで上手に関係を構築していただきます。ケアマネもやはり契約書に代理人が必ず必要なので、やはりやそこがないと困ります。やはり介護保険を受けるためには、「一緒に考えていく人が必要」というところから話をし、その中で「誰かいないか」ということを聞き出しておかないと、御本人が心配なこともある。居宅のサービスを受けるということは、契約しなければいけないので、その場その場で不安がある方も多、何かこれは「怪しいものではないのか」と不安に思う方も多、そういうときにはやはり誰か探していくことになります。

○会長：本当はいるけど、「疎遠だから、あの人に言うな。」のような、こういう場としては困りますね。私の立場で言うと死亡診断書を渡すのは基本的に親族があればその方になるので、本当にその究極の場面でもう困るからと言って、無理に疎遠にしている人をお願いをすることもあります。実は、みんなが拒否したら市のほうで受けてくれるサービスがあると思いますが、そこをなるべく使わないようにはしています。あと最後にやっぱり仲直りをする方もいたりします。わだかまりが解けて、看取りを迎えるみたいなこともあるので、そういう努力は無駄ではないかなと思います。

○委員：なかなか悩ましい課題だと思います。やはり高齢者がこれだけ増えると、時代の変化もあると思いますが、疎遠になっている方が増えている実情もあります。高齢者の年齢が90歳代や100歳が増えている磐田市なので、支える方も高齢者になって、その方たちがもう亡くなってしまっていて、孫の代という方も増えているのではないかとすると本当に大変だと思います。

○会長：先ほどその施設の受入れという意味で、後見人なしで受入れているみたいな事というのは事例としてはどうですか。なかなか契約もあるから難しいと思いますがいかがでしょうか。

○委員：後見人制度をできるだけお願いします。措置で入所という場合もありますが、

結局保証人がいないと何が困るかというところ、最終的にまず医療。もしくは、元気なうちに本人が痛いとか、かゆいとか、辛いと言った時に、救急搬送しました。僕ら職員がついていますが、家族さんは来てないのかと言われ僕らも叱られます。まず、そうすると、次の一手が厳しくなる。亡くなった後、どういう対応するのかというところも問題としてまた残っています。そして先ほども言いました、介護保険制度になってからやはり個人情報の問題というのがすごくあると思います。私はたまたま、この仕事を長くやっているので、措置の時代から見ていますが、措置の時代というのは、施設に入るときに、行政から2枚程度生活歴が書かれた用紙が送られてきます。それを見ると、この人がどこで生活していて、どういう暮らしをしていたのかがわかった。だけど、今は生活履歴を追う手段がない、そうすると、本人と関わっているうちに家族から話を聞いていくというケースが多いです。僕らもケアマネからお話をもらう時は、生活歴をまず始めに見る。どんな人なのかというところを見ますが、そこにやはり昔ほどよく書いてくださるのは少ないですね。最後は、後見人制度ところになっていくのですが、後見人制度も基本的にはかなりか時間がかかるということ、費用も多少かかるというところでは少しネックな部分があるかと思います。そして施設として、本当はこれがすごく生きるという僕は思いますが、実際に特別養護老人ホームに入所するとき、お看取りの話をするとうち80代90代のお年寄りの方でも、まだ、看取りの話をするに関して抵抗があります。ですので、言葉を考え考え、看取りの話をしていきます。実際にこのノートは、先ほど話にもあったように、もっと前の段階で使うべきだと思います。がんや認知症、認知症は法律が変わってきましたので予防が大切だということになってきましたが、こういう看取りに対する考えの予防が変わるかどうか。ご家族に看取りの話をするとうち、「まだ早いぞ」と言います。「まだ元気なので」と言い、入所のときに言うとうち、「まだ入ったばかりだから」と皆さん大体おっしゃるので、そういう点では少しこういう行動や考えの予防をしていくことが大切ではないかなと感じております。以上です。

○会長：はい、ありがとうございます。ここまで話してきて浜松医科大学教授のお立場から、磐田市の取組も含めてディスカッションが行われたと思いますけども、もしコメントいただけましたら、また何かほかの地域の事もよく御存知だと思いますので、磐田市の方向性も含めてどうでしょうか。

○委員：ふだん学生を教育している立場で、皆さん方本当に専門職としていろんな立場で非常に貴重な御意見をおっしゃっていて、私は医療に携わる学生を教育している立場なので「あなたたちはこれからこのようなことをやっていかないといけないよ」という話をしていく。その学生は専門的な知識を持って卒業していく。若いけれどもその仕事に携わるからそのように育っていくのですが、一方で、ごく普通の一般的な市民に、その考え方がどれくらい浸透しているのかと言ったら、そこにはすごく乖離があるのではないかなと感じています。現に私が今日一市民として参加させていただきました。一市民としてこれを見たときに、この存在は知っていましたが、自分の義理の両親が、これを持っているのかさえ知りません。だから、そういうところで、もっと、誰に聞いても分かるように浸透していくのはちょっと時間もかかると思います。これを見て、先ほども皆さんおっしゃったように、今私が書くとしても結構大変かなという気がします。だからもっともっと前の世代から、こういうことを考えていくこ

とが当たり前なのだというのが浸透していかないと、それこそもう入所しているのに「ちょっとまだ先だから」とかいわれてしまう時代になってしまうのかと、改めて痛感します。

○会長：せっかくこういった協議会の中でこのようなプロダクトが出来てきましたので、今期をかけて、ぜひ個人的キャンペーンを皆さんでやっていただいで、少しでも、今日の会議が意味のあるように、やっていけたらと思います。

では議題はひと通り済んだわけですが、全体を通じて何か御意見がある方ありましたら、ぜひ御発言いただければと思います。いかがでしょうか。

○委員：薬局としては薬が飲めているのか、いないのか。それは大切なことだと思います。我々も確認をしてしっかり飲めているのか確認していますが、中には隠す人もいますし実際に飲めていない人も結構いるかと思えます。薬の重要性を伝える場として出前講座の利用でも良いですし、うまく利用してもらいたいです。あとはお薬手帳の普及もそうなのですが、先ほども申し上げたとおり、薬局をうまく利用していただければと思います。市の取組で「フレイル予防」、これは本当に大切なことだと思います。実際私の母もそうでしたが、早く認知症に気づいて介護申請をして要支援をもらったのですが、実際に利用できるのはデイサービスが週1回で、あとは自費で払って体操教室に通うなどいろいろやりました。早く気づいても、なかなかうまく取組みが出来てなかったのかなと思えたので、そういった支援をしていただけたら一般市民もうれしいと思います。

○会長：ありがとうございます。では、消防のお立場から、ACPの話、救急の現場でいろいろ迷う場面があると思います。キーパーソン不在の話もちろんそうですが、今御発言のあったフレイル予防のことも含め、感想等あれば教えてください。

○委員：はい。ACPについては消防ではあまり広がってなくて、理解が難しかったのですが、そういった中で心肺蘇生を望まない人に心肺蘇生を行わない、運ばないといった手順書を作成しました。やはり救急隊として、救命を目的に現場に行ったときにやらないといった選択をするのは難しく、分かりやすい書面があれば、その書面を信用して動けますが、書面がない場合は救急隊も迷ってしまうことが多くて、病院の先生と相談をしながら、トラブルがないように進めております。検証を重ねて、手順書をアップデートしていくという作業を進めています。キーパーソンがいないことに関しては消防ではあまり困らないです。ただ、当然受け入れる病院が困ってしまいます。病院が困ってしまうと、後々まわりまわって消防が困ってしまう。当然先生の希望があれば頑張っ探していますが、限界はあります。

○会長：最後に市民団体の方からいかがですか。いろんなディスカッションが出て、なかなかなじみのないこともあったかもしれませんが、何かございますか。

○委員：専門分野を総合的に聞く場で、とてもいい勉強をさせていただきました。私たち市民の役割って何なのかなと考えながら聞かせて頂きました。やはり私たちみたいに地域医療のことを活動としてやっている団体での方でさえ、この前のネットワーク協議会のときに出てきたように、自分の身内になったら本当に慌てた、と話が出てきました。ですから、そういう場面に遭遇しないと、「他人事」みたいな感じの方がかなり多いことと、「何とかなる」「行政が何とかしてくれる」という、防災も同じなのですが、そういう感覚の高齢者が多いのではないかと私は思っています。ですか

ら、こういう学びというのは、早い時期から、企業や学校の間でもいろんな場で少しずつ学んでいくということが、御家族に何かあったときの支えになるのではないかと私は自分の経験を通して思いました。

○会長：ありがとうございます。とてもいい会になりました。では、皆さんありがとうございました。以上をもちまして、今回の議事は終了したとさせていただきます。では事務局に戻します。

○事務局：ありがとうございました。皆様、それぞれのお立場で、本音の部分でお話をしていただきました。行政としても、周知が難しい面もありますが、ここにお集まりの皆さん、それぞれの団体を通し、市の考え方や課題を共有できる場の一つとしてこの会議を今後も開催していきたいと思っております。今日は様々な御意見、誠にありがとうございました。以上をもちまして、磐田市在宅医療介護連携推進協議会を終了します。