

令和4年度第3回柏市在宅医療・介護多職種連携協議会議事録

1 開会

事務局（齊藤志帆委員，清水委員，横尾委員，曾根委員，山本委員欠席の旨報告）

2 議事(1) 各部会の取り組みについて

ア：多職種連携・情報共有システム部会

事務局（資料1に沿って説明）

古賀委員（部会長） 多職種連携・情報共有システム部会では、以前に多職種連携のルールを作成しましたが、作成してから時間も経ったので、現在、柏市の多職種連携の問題が何かを考えるため、今年度、新たなルール作りに向けて取り組んできました。柏市では医師、訪問看護師、ケアマネジャー等の連携がしっかりできていることは、改めてよくわかりました。一方、在宅チームが関わらないような軽度な症例について、病院のMSWさんと地域包括支援センターさんとの連携でうまくいっていないところが見えてきているので、今後の課題として考えていきたいと思っています。

イ：研修部会

事務局（資料2に沿って説明）

松倉委員（部会長） ウェブを通じての顔の見える関係会議がうまく進むようになって参りました。これまでやっていた年間3回の会議ができるようになり、圏域も一つ増えました。特筆すべきは、これまで病院側の参加が少なかった中で、病院の皆さんに声を掛けたところ、多くの方が参加してくださいました。柏は幸いなことに、がんセンターもあれば、大学病院もあれば、一般病院もあり、それぞれの先生方、看護師さん、ソーシャルワーカーの方が参加してくださいました。参加した方々は「すごくよかった」と言ってくださいました。eラーニングについては、コロナの影響で集合の勉強会ができなくなった分、eラーニングで学んでいただくということで始めました。今、ご覧いただいた動画には、事務局のみなさんも出演してくださり、手づくりではあるものの、非常にクオリティが高いと思っています。今回は在宅編なので、次は施設編を作って、柏市のホームページから観られるような形にして、市外の人も含め在宅に関わる人たちの学びに役に立ててもらえたらいいと思っています。すばらしい企画を、事務局の方達が力を合わせて作ってくださったことは、評価していただけるのではないかと思います。

ウ：啓発・広報部会

事務局（資料3に沿って説明）

織田委員（部会長） 啓発・広報部会は、様々な角度からアプローチを試みております。ここ最近では、無関心層と名付けたすぐに介護が必要ではない世代に対して、どのように啓発していくかという取り組みをしてきました。直近では、スープレシピ選を行いまして、私も審査員の1人として参加しましたが、非常にいい感触を得ました。うまく広がっていけば、多くの市民の方に知ってもらえる機会になる。という印象を受けています。また、スポーツ選手とのコラボ等のアプローチにも繋げていきたいと思っております。こうした取り組みを踏まえ、10年経って一度振り返り、さらに良くしていくために、柏市の市民の皆様、在宅医療の啓発を通して、どのような状況になって欲しいかという「目指す市民の姿」を設定して、それに向かってギャップを埋めていこう。というアプローチで、グループワークをしています。今回で何か答えが出るものではなく、様々な案を出していただきながら、来年度にかけて少しずつまとめていきたいと考えています。

議事1 全体質疑

平野委員 多職種連携・情報共有システム部会で積極的にルールづくりをしていますが、以前の経験として、あまり焦らずルールづくりをしないといけないと思っています。私も東京大学と一緒にやらせていただきましたが、かなりの月日をかけてやりましたので、もう少し細かく検討しながらやっていったほうが良いと少し心配をしています。

古賀委員 目標としては、次回のガイドライン改定時で、あと1年の猶予がありますので、ゆっくりとやっていきたいと思えます。今回は多くの事例を集め、今の柏市の多職種連携の現状を見ていきたいと思っていますので、1つ1つを大事に見ていきたいと思えます。

高林委員 多職種連携・情報共有システム部会で、大変多くの症例をすでに見られていてすごいと思う一方、実状として、カシワニネットでは1症例に対するアクセスや入力に関するデータがあれば教えてください。実際に、ICTがどの程度機能しているかを見る一つの指標は、どれだけ利用されているかだと思います。IDを持った人数、施設数のデータはありますが、1つの症例に対して、どれほどのアクセスがあり、どれくらいICTが役に立っているのか、他市でもきちんとしたデータがありません。とても大事なことだと思うので、現状、どれくらい使われているものなのか示す意味があると思っています、質問させていただきました。

古賀委員 事務局何かデータをお持ちですか。

事務局 こちらについてはデータをとっておりませんので、今後の課題として取り組んで参ります。

高林委員 とても大事なことだと思います。本当にICTを活用することは大事なことで、日本中で言いながら、実際にどこもきちんとしたデータを出してないので、ぜひ柏でやっていただければと思います。

長瀬座長 私の方から1つ。研修部会のeラーニングの続きを観てみたいと思ったところですが、どのような方に研修を受けいただきたいと考えていますか。

松倉委員 意思決定支援ガイドラインは、比較的経験の浅い介護職員や施設の方達が、意思決定支援の仕方を学べるものとして作りました。ガイドラインを作って終わりにしてしまうのではなく、具体的に生かす方法として研修を考え、その1つの形としてeラーニングを作っていただきました。ですので、施設ないしは在宅に関わる比較的経験の浅い方達に学んでいただければありがたいと思っています。

2 議事(2) 本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進について

事務局 (資料4に沿って説明)

長瀬座長 皆さん、短い期間で事前意見に回答くださりありがとうございます。データを見ますと、自分事としての視点が大事になるのではないかと思います。データから見る現状と推計については、事務局から説明がありましたので、続いては、実際の現場の状況についてお伺いしたいと思います。古賀委員お願いします。

古賀委員 資料にあったとおり、これから先、非常に在宅療養の方が増えるということですが、今の時点ですでに溢れている状況ではありません。ただ、訪問看護ステーションも随分数が増えてきている中でも、それぞれのステーションが患者数をキープできているということは、全体としては増えてきているだろうと思っています。訪問診療している先生方の間でも、断っているという現状はなさそうですが、まだまだ、訪問診療する診療所を増やしていく必要があると考えています。

長瀬座長 続きまして、ヘルパーステーションの立場から、介護サービス事業者協議会の柴田委員に人的資源の状況をお伺いしたいと思います。ヘルパーさんは、在宅医療・介護を支える上で非常に重要な役割を担っていますが、事前意見では、現状でも足りていないという意見もございました。実際の状況についてお聞かせください。

柴田委員 今後の介護需要の増加が見込まれる中で、ヘルパーや介護職員の担い手不足を心配される声が多かったと聞きました。これから介護需要が増えていく中で、介護を安定して、供給することが重要だと考えています。しかし、介護現場では、必要な時にすぐ人材を

確保することが非常に難しく、とても簡単なことではないと実感しています。その理由としては、いわゆる3Kのイメージであったり、業務に対しての給与であったり、人が辞めてしまっても新しい採用ができず、既存の職員にしわ寄せが行き、オーバーワークが悪循環になっていくこともよく聞きます。職員の安定確保ができないことで、支援するケア自体の質も下がってしまいますし、やりがいで続けられない現状もあると感じています。また、介護の職種によって資格が必要になってくるので、介護の仕事を始めるにも、時間とお金のかかることで、ハードルが高くなっているのではないかと感じています。事業者側も、新しく担い手が増えるようなシステム作りや介護職員が辞めない環境づくりをしていく必要があると思っています。柏市と事業者協議会でも、年に1度、介護の仕事の相談会や資格を取得する支援制度等、ポジティブな取り組みも行っているのです、それを多くの方に知ってもらうこと、また、こういったことを介護事業者・自治体・介護保険制度で連携をして、必要があれば、現場の声を上げていくことが大切なのだと感じております。

長瀬座長 介護サービス事業者の報酬はどのような状況ですか。

柴田委員 当初からは一旦下がりましたが、ここ近年は、国の方も報酬を少しずつ上げてきている状態で、介護保険だけでは賄えない部分を利用者負担という形でいただいている、事業所としては報酬的に少し上がってきている現状ではあります。

長瀬座長 もう少しこうなったらいい等ありますか。

柴田委員 私も長く勤めていて、とてもやりがいのある仕事だとは思っていますが、どうしてもやりがいだけでは、続けられない仕事だと思っています。仕事に見合う給与や、負担を減らすことができれば、職員が定着する形に近づけるのではないかと感じています。

長瀬座長 ありがとうございます。では、地域の現状について、ふるさと協議会連合会の佐藤委員にお伺いしたいと思います。サポートが必要な高齢者、困りごとを抱えている高齢者が増えているという実感はございますか。また、どのような困り事が多いか、もしわかりましたら教えていただければと思います。

佐藤委員 地域社会で集まるとシニアの方が多いため、健康の話、病気の話等に関心があり、話題になっているところです。しかし、こうした在宅医療も含め、行政から情報発信していただいているものの、実際、そうした状況にならないと、真剣に耳を貸さないことが多いと感じます。行政の方には大変ですが、老人会、サロン、ふる協等そうしたところへのフォローは、件数的にまだまだかと思っています。啓発していくには、相当な関係者の努力、行政の努力が必要だと、地域と皆さんとのパイプ役を果たしている中で感じております。

長瀬座長 行政の方からお答えできますか。

事務局 出前講座もコロナ禍前と比較し、件数が減ってきている状況ですので、地域に向いて、困り事がないかも含めて情報収集できればと思います。

長瀬座長 それでは、地域の現状についてもう1点聞きたいと思います。UR都市機構の西村委員に、豊四季台団地の世帯構成の特徴や困り事、他の団地と比較して豊四季台の特徴等あれば教えていただきたいと思います。

西村委員 豊四季台団地の実情について説明します。豊四季台団地は1丁目から4丁目までに分かれています。1・2・3丁目は賃貸住宅を建て替えて、一部の土地は売り、民間の戸建て、マンションができています。4丁目については、古い建物が残っており、1世帯当たりの人数が1.65人、高齢化率54%となっています。立て替えた後の住宅についても基本的には従前お住まいの方が戻られるものですから、初めの入居当時は、4丁目とほぼ同じような傾向になっていますが、その状況から少しずつ入居者が入れ替わり、若い世帯も住んでいる状況です。1・2・3丁目で、世帯人数、1世帯当たりの人数、高齢化率にばらつきがありますが、民間の住宅の割合が多い1丁目は、子供がいる世帯が多いので、世帯人数も増え、高齢化率は下がっている傾向です。また、豊四季台団地では、生活支援アドバイザーを配置しておりまして、そのアドバイザーが高齢者の相談対応をしたり、登録者については定期的な見守りを行ったりしています。アドバイザーに相談があったような内容、困りごとを資料に記載しております。フレイルが進んだり、認知症になったりしても助けを求める先がわからないとか、ちょっとした生活の不具合でも対応できない、ゴミ出しが困難、買い物・病院に行けない等々、アドバイザーが相談を受けて、社会福祉協議会や地域包括支援課に繋ぐことをやっている状況です。

長瀬座長 いろいろな変化が少しずつ起きていると思うのですが、困りごとはたくさんあるようです。生活支援アドバイザーさんは、どこか1ヶ所にいらっしゃるのでしょうか。

西村委員 管理事務所に隣接された場所に普段おりまして、何かあればそこに来ていただき、相談していただく体制をとっております。

長瀬座長 アウトリーチはしているのでしょうか

西村委員 2,000世帯以上あるものですから、基本的には相談に来ていただいています。また、登録されている方については、週1回見守り電話確認をする等、アドバイザーの方からアクションを起こしています。

長瀬座長 引き続き、見守っていただけるようどうぞお願いいたします。ここまで医療・介護と地域の現状をお伺いしました。皆様と現状に対する認識を共有できたところで、事務局が設定した質問に議論を移します。「2040年頃にあなたやあなたの家族が在宅医療や介護サービスを利用することになったら、どのようなことが心配や不安になりそうですか」

か？」について、事前意見を参考にお伺いしたいと思います。まずは、地域包括支援センターの神津委員をお願いします。

神津委員 私からは完全に市民目線、団塊ジュニアのど真ん中世代の意見として出させていただきました。4つの場面のすべてに該当すると思いますが、社会構造、社会保障のありようが、当然、今と全く同じというわけにはいかない中で、サービス供給量が需要を下回ってしまって、自分自身または自分の家族が、介護・医療難民化する点が一番不安だというのを、素直に出させていただいたところです。

長瀬座長 サービス提供が、今後、受けられるのかどうかというところですね。需要と供給がマッチするかという心配は、他の委員さんからも結構多く聞かれております。続きまして、介護支援専門員協議会の狩野委員、いかがでしょうか。

狩野委員 コロナ禍の渦中でもありますし、かつての地域の相互扶助、ご家族同士の助け合い等の支え合いがさらに弱まっている印象を受けております。そういった影響もあってか、現状は、互助などの支えが中心ですと、サービス自体がかなり不安定になってしまって、どうしても保険制度等の公助に頼ってしまう現状にあると考えています。しかしながら、2040年の未来の社会保障制度の持続可能性を考慮しますと、サービスの選択の余地もないまま、自助、互助に頼ることが増えると予想されます。そのために、今のうちからの備えとしては、地域共生社会を意識した取り組みが必要だと感じています。健康寿命を延伸するためには、なるべく健康なうちから、介護予防、社会参加をしていくことが非常に重要だと思っています。柏市のいきいきプラン21の基本理念ですけれども「すべての高齢者がその人らしく、住み慣れた地域で安心して生き生きと暮らせるまち柏」とあります。この理念を受動的ではなく、主体的に一人一人が行動していくということが、とても必要なのだと感じております。

長瀬座長 公助に頼れず、家族間での支え合いが落ちてくる状況になると、解決するには、自分で何とかしなきゃいけない部分が出てきます。そうすると飯島委員が普段からおっしゃっているようなフレイル予防等が大事になってくるのだと思います。続きまして、社会福祉協議会の中川委員いかがでしょうか。

中川委員 先ほど、神津委員からも意見がありましたが、今後は介護関係が激変していくと思います。そうなった時に、自分自身でできることは極力やりながら、あとは家族或いは医療関係者のサポートを受けるという形に、自分としては生活していきたいと思っています。支え合いの状況等も大分変わっていくと思うので、社会福祉協議会としましても、社会に呼応したやり方を少しずつでもやって、隙間があるところを埋めていく活動を今後やっていくことが必要だと思っています。

長瀬座長 高齢者が増加している中では、施設、特に看取りの数が増加してるサービス付き高齢者向け住宅も重要な役割を果たすように思います。その観点から、介護サービス事業者協議会の曾根委員からご意見をお願いしたかったのですが、本日欠席ということでした。ご意見は文書でいただいておりますので、行政の方から代読していただきたいと思います。

曾根委員（事務局代読） 施設にもよりますが、医療、リハビリに対応できるかということが不安です。できないところもあり、可能であっても、費用が高額になる懸念もあります。急変時には訪問診療や訪問看護が入っていれば対応してもらいますが、入っていない場合は、基本的に家族の対応が必須となります。家族に対応してもらえないケースでは、スタッフの不安や負担感が増すことも心配な要素です。

長瀬座長 サポートがないと難しいというところで、様々な面で連携を取っていかないと、成り立たないというところをおっしゃっているのだと思います。続きまして、認定栄養ケア・ステーション柏市連絡協議会の中村委員お願いいたします。

中村委員 かなりご高齢の胃ろうの患者さんに、関わったことがあります。その方のお嬢様は、本人を入院させて状態を良くしたい思いがあったようですが、そのチームは各職種がバラバラになっていて、どうしても連携が取れず、わからないことが多い状態でした。コロナ禍にもなり、患者さんの方から訪問診療を打ち切ったあとに急変されて、救急車を呼ばれましたが、亡くなった状態で入院されたので警察沙汰になり、解剖になってしまったようです。在宅の先生がいないと大変だということを多職種でもっとお話できていれば、こうした事態にはならなかったと反省しています。柏の場合はカナミックで、在宅の先生との多職種が繋がっていますが、その方は他市の方だったので、なかなか難しい状況にありました。こうしたことがありましたので、報告させていただきました。

長瀬座長 ありがとうございます。在宅の連携がとれていることが安心になるのだと思います。資料では2040年になりますと、看取りが非常に多くなるということです。その中で、今は在宅での看取りも大分増えてきていますが、それだけではカバーが難しく、高齢者施設での看取りも増え、また多くの場合、病院で看取っています。病院側の立場から松倉委員、ご意見いかがでしょうか。

松倉委員 先生がおっしゃるように、在宅の方たちが関わっているケースであれば、病院はある程度のところを管理しながらになりますが、柏モデルの最初に高林委員がおっしゃっていた津波というような形に今なりつつあって、在宅チームが関わっていない方たちが救急車で病院に入ってきます。そうした、全然身動きがとれないような人達を、いかに在宅に繋いでいくかという状況になっているので、病院側も本当に在宅の皆さんとちゃんと繋がっていかなくてはいけないと思っております。

長瀬座長 病院と在宅と、そして高齢者施設が連携をとりながら、できるだけキャパシティを増やしていく必要があると思います。これは、また年数を経るごとに変化を見ながら対応していくことになるのかと思います。不安もとても多いと思うのですが、みんなでそういう不安を取り除きながら、議論して進めていければと思います。ここまででご意見はありますか。

それでは、次に移りたいと思います。問2は「今後、より多くの在宅療養者に対するサービス提供が求められる中で、本人と家族の意向に沿った支援を行うために同職種間・多職種間の連携でできそうなことは何ですか。」という質問でした。まずは、医師会の平野委員にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

平野委員 資料の16・17ページに退院時共同指導のグラフがありますが、私も口うるさく言っているせいか18年、19年と伸びていって、コロナ禍になって途端に減っています。ただ、コロナ禍で一番いいことは、ICTを使って連携ができるようになったことです。今まではできそうでできなかったことが、Zoomを使って退院時共同指導もできるようになりました。皆さん、現場でやっていると思うのですが、家族と多職種とのファーストコンタクトはとても大切で、それを無しに、いきなりケアを始めてもいいことは無いと思います。最初の時に、お互いで顔を合わせながら、家族の意見、各職種の意見をきちんと言いつつ、スタートを切ることが大事です。ぜひやっていただきたいし、また外来でも同様です。外来をやっていると介護が必要になるときがきます。その時、点数は付きませんが、いわゆるケア会議を1度やらないと、様々なトラブルが起きてしまうので、できればやっていただきたい。そうしていないと、意志統一できてないケア、意志統一できてない多職種連携になってしまいます。柏は、合言葉のように最初はまずやろうよ、ということでケア会議をやっていただきたい。実際にお会いしなくてもZoomを使ってもいいと思います。それから、この後の退院時共同指導のデータが22年まで来るとは思いますが、増えていることを願っています。退院時共同指導をやっている方にはわからないかもしれませんが、やると全然違います。なぜ違うかというと、家族と職種が最初に様々な意見を言い合って、思いを告げてそれでスタートしますので、気持ちが1つになります。それがとても大切だということ。忘れている方もいるのではないかと思いますので、是非とも結果をデータ化していただければと思います。

長瀬座長 退院時共同指導がとても大事だということで、ICTを使えば、またスムーズにできるのではないかと、早いタイミングで顔の見える関係を作ることが一番いい、というご意見だったと思います。続きまして、病院ソーシャルワーカーの堀田委員をお願いします。

堀田委員 入院中の本人のご意向を、早い段階から介入できるケースは、早めに意向確認をする、或いは退院後の療養生活を考えるきっかけを、早期にできるようにアプローチするのが必要だと思い、意見を出させていただきました。おそらく、患者さんは2040年問題を含めて非常に増えてしまうことが予想されます。それによって、入院中にACPの場を適切なタイミングで十分に設定できない可能性が、残念ながら増えてしまうのではないかと考えています。そうした中では、軽い段階だったとしても、せめて療養生活を考えるきっかけだけでも与えられるように、その時に必要な職種からアプローチすることが、先々の療養生活を支える布石になるのではと考えています。これは、患者さんのご家族に対してもそうですが、病院内或いは病院の外のスタッフに対してのアプローチという意味も込めています。院内スタッフを中心に、退院をゴールとする視点が、結構、根強く残っているところが多いと思います。あくまで大切なのは、日常生活をどういうものにしていくかが大事だと思うので、そういった対応の視点を持って、入院中にできることを考えられるように、意識付けをしていくことが必要だと思います。この視点は人材不足や患者さんの増加によって、どうしても忙殺されてしまう視点になりがちだと思うので、なるべく、カンファレンス等多職種で話し合う機会に、この視点が損なわれないよう、アプローチを続けていくことが、ソーシャルワーカー側としては求められてくると考えています。

長瀬座長 先ほどの退院時共同指導について、在宅との連携という意味でご意見ございますか。

堀田委員 退院時共同指導に関しては、コロナ禍で一気に件数が落ちてしまっているように、実施できていないところを強く課題として考えています。平野委員におっしゃっていただいた様に、集まることの効果は非常に大きく、ICTの活用をしてもしなくても、その効果に大きな変化はないと思っているので、なるべく、その機会を作っていきたいと考えています。一方、その機会を捻出するまでの時間と、それを作ろうと思えるスタッフないしは患者さん家族の考えを、根付かせていくところから必要になってくると思うので、そこからアプローチできればと考えています。

長瀬座長 コロナ禍で、身内であっても本人に会うことも叶わず、意見を交わすこともできないような状況が結構あったと思います。本人の意向だけではなく、家族の意向も大事だと思うのですが、面談等そういう点の改善を考えていたりしますか。

堀田委員 ご本人との面談に関しては、ICTを活用して、タブレットを2台使って顔を見ながらお話していただいたりしています。あとはクリアなパーテーション使って、感染対策が整えられた上でお話できる場を設定しています。個々の病院でハード面の課題、予算の関係あると思いますが、なるべくなら顔合わせて、ACPに繋がるような機会を提供するところ

ろは、なるべくやっていったほうがいいと思います。あとは、その機会が大事だということを組織に働きかけていくことを中心にやっているところではあります。

長瀬座長 病院に限らず老人福祉施設でも、同じ状況だと思います。このことも、今後は考えていかないといけないだろうと思ってお聞きしました。ありがとうございます。それでは続きまして、歯科医師会の中山委員、ご意見お願いいたします。

中山委員 普段の診療をして感じていることですが、多くの高齢者の方が、かかりつけ医にて定期的な健診をなさっています。特に歯科に関して申しますと、予防という概念が、保険診療でも取り入れられているようにかなり定着しています。定期健診を行うと、現在の体調、内服の処方、独居といった生活環境、家族構成等の情報が自然に入ってきます。その情報をうまく、同職種間や多職種間で共有できないかと考えています。単純に言うと、歯科医院をうまく利用して欲しいと感じています。歯科医院は、そういう情報を本当に多く持っていて、特に、歯科医師よりも身近にいる歯科衛生士、歯科助手のような方は、情報を得ながら診療に携わっています。その情報を院内で共有して、記録した上で、院外の情報共有にも有効に共有できればと、こういう協議に参加すると特にそう感じます。こうしたことで、利用者にとっても、やさしい円滑な連携ができるのではないかなと思います。そうした意味で、かかりつけ機能がより重要視されるのではないかなと思っています。

長瀬座長 歯科医師会の先生方もかかりつけ医として、非常に積極的に考えていただいてありがたいと思います。連携をとりながら情報共有して、利用者さんやその家族のためになると一番いいのだと思います。どうやったらその情報をうまく共有できるかがとても大事なのだと思いました。続きまして、薬剤師会の斎藤委員お願いいたします。

齊藤委員 まず、多職種連携では、患者さんの生活、嚥下、薬をどのように飲んでいるかといった情報を、早く捉えることが大切だと感じています。例えば、前日の様子をカシワニネットにあげていただくと、その後に訪問する際、それを踏まえた上で患者さんに対応できるので、非常に助かります。今やっていることを一生懸命継続して、さらに、ケースバイケースで強化していくと良いかなと思います。同職種連携の課題では、退院時共同指導に病院の薬剤師さんが出られない状況なんです。病院薬剤師と薬局薬剤師との間で、退院する患者さんの情報を共有できる状況を作っていくことが大切だと思っています。今のところは、それが点数になるわけではありませんので、退院時共同指導に薬剤師同士が出られなくても、最低限の情報共有ができて対応ができる仕組みができるといいなと思っています。

長瀬座長 本人と家族の意向に沿った支援を行うための連携では、薬剤師さんが在宅で関わっていくときに、ご本人あるいはご家族から飲み薬に対する要望や意見を聞く機会もあるのでしょうか。

中村委員 もちろん、行って話してくれる場合もありますが、そうではなく、例えば、ヘルパーさんがお食事を食べているところを見ていて、少し問題があるといったような情報をしっかり共有して繋がれるといいのかなと思っています。

長瀬座長 利用者さんも家族も話しやすい職種や人柄があると思います。そういう話しやすい方に意向や自分たちの思いを話してくれるタイミングがあると思うので、拾い上げて、情報共有して連携を取っていくことが大事なのかなと感じました。ありがとうございます。続きまして、消防局救急課鞍橋委員、お願いします。

鞍橋委員 急変の際に、その方の希望どおりになるようにしたいのですが、慌てて救急要請してしまって、望まない救命処置を実施され、病院に搬送されることがあります。また死亡兆候があって、救急隊が病院へ搬送しなかったら警察が来て、大騒ぎになってしまうこともあります。住み慣れた思い出いっぱいの住宅・施設で看取って欲しかったのにどうしてと思うところがあると思いますが、私たち救急隊の活動は、119番のあった人を病院に搬送することが任務になっております。その活動の基準は、いわゆるプロトコルに従って活動しております。心肺蘇生を望まない患者についてのプロトコルは、現在、柏市では制定されていません。厚生労働省や総務省消防庁でも、心肺蘇生を望まない方への対応のあり方について、検討会を実施しましたが、全国統一のプロトコルの制定までには至りませんでした。しかし、全国各地で少しずつ、独自にプロトコルを制定し活動している地域があります。先進市を参考にして柏市でも実施できるように、関係機関と検討していきたいと思います。本年度は、訪問看護ステーション連絡会様等のご協力のもと、救急隊と事例検討会を計画しておりましたが、コロナ禍の関係で中止になってしまいました。来年度に実施したいと思います。よろしくお願いします。

また、ACPについても、国がもっとアピールすべきだと思っています。

長瀬座長 日常の中でどういう意思を持っているのか、どういうふうに生きたいか、死にたいかを、考えておくということが大事なのだと思います。高齢者施設との連携が必要になってくると思うので、老施協の方々とも一緒にお話をして、考える場を設けていかなくてはいけないのかなと感じます。ありがとうございます。続きまして、訪問看護ステーション連絡会の三浦委員、お願いします。

三浦委員 私としては、本人の意向が共有されている状況を、どう作っておくかが大切だと考えております。急変時には、本人や家族の本当の思いや意向を正確に聞き取るということとは、かなり難しいと思います。そのため、急変時よりも日常的にアプローチすることが基本だと考えております。それには、日頃の担当者会議やICTの活用が有効になってくると思います。退院前カンファレンスで、直接は会えなかったとしても、顔を合わせて同じ場の共

有で、直接言葉を交わすというのは、情報を共有する上ですごく大切に重要だと思っております。それでも、急変時には意志が揺れることもありますし、基本的にアドバンスケアプランニングは、何度でも繰り返し確認が必要と言われています。私たち医療者は、とかく専門用語に偏りがちになってしまいますので、そうしますと利用者さんやご家族はもちろんヘルパーさんとか、支援者の方々に理解していただけない場面もあるかと思います。きちんと共有ができるように、相手のペースに合わせて、相手の理解を確認しながら進めていく必要があると思っています。また、この選択でよかったのだろうか、思っていたのと違うということに陥らないように、その後の生活をイメージできるような説明を、日頃から意識して関わっていく必要があると思っています。

長瀬座長 急変時において意思決定をするのは難しいので、普段から本人・家族とコミュニケーションをとることが大事、というお話だったと思います。ありがとうございます。続きまして、在宅リハビリテーション協議会連絡会の橋本委員をお願いします。

橋本委員 看取りの部分でコメントさせていただきました。簡潔に言いますと、カシワニネットを活用していくということです。皆さんも実施されていると思いますが、支援内容とかバイタルを書くだけではなく、人と人との繋がるような内容、或いは利用者・家族の思いが繋がっていくような内容があるような形でカシワニネットが活用されていると、ものすごくいい支援ができると思っております。具体的に言うと、訪問リハビリステーションをやっていた時に、終末期の方のリハビリが入ることがありました。本人の声とか家族の声が、それぞれの関係職種が入って変化する様子を知ることができたので、実際訪問した時に、家族の今の気持ちや本人の思いを知った上で介入できることが、すごくよかったと思っています。また「立ち上がりが少し大変になってきたんですけど、リハビリの方、家族に介助指導してもらえますか。」みたいな形で投げかけてもらえると、それに返事ができる。そういったことを積み重ねていくと、結構、チームとしてすごく強くなっていくのを、関わっていく中で実感していきます。なので、特に、看取りはいろいろな変化が起こってくる場面でもありますので、なかなか皆さんお忙しいとは思いますが、頻回に更新を日々していけると本当にいい形での支援ができると思っております。

長瀬座長 ありがとうございます。その他どなたかご意見ある方がいらっしゃいましたら、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。

単なる連携でしたら今まで通りでいいわけですが、どうしたら本人の意向に沿う、或いは家族の意向に沿った連携ができるのかというところは、各職種の皆さんが意識して、本人・家族と接するということが日常から行われ、そして日常の中でその議論ができるという場を設けていくことが大事なような感じがいたします。それでは総括に入っていこうと思います。

竹内委員 今回の調査が送られてきた時に、不安の方にフォーカスを当てている質問で、基本的に楽観的に生きている私には答えにくいなと思って、一生懸命不安を感じられるようなことを探したのですが、なかなか見つかりませんでした。確かにそういう問題はあるのかもしれないかもしれませんが、何かうまくできてしまいそうな気がしてしまいます。その中で、本人それから家族の問題ですが、問題が重層的と言いますか、レベル感があるのではないかと思います。診察室やケアの現場で考えなければいけないこともあります。例えば、心のケア等ソーシャルワークのような専門性が必要なレベル。それから、いろいろなコンフリクトがあって倫理上の検討しなければいけない様なレベル。事によっては、裁判所に行かなければいけないような医療安全上の問題もあると思います。そのようなことは、ほとんどないと思いますが、問題の根っこは共通のものではないかと思います。なので、その共通の根っこの部分をしっかりと見つけていくことが重要なのだと思います。量的に検討するという中で、非常に質的に検討しているのですけれども、量的な検討では、どうしても思いという言葉が落ちてしまう時に、こういったことを検討するのは大変価値があったのではないかと感じております。

高林委員 どのような不安があるかという問いの中で、何人かの方々がサービスの供給が、需要の増加に耐えられなくなるのではないかという不安がまさに一緒に、私も同じようなことを考えます。津波の話をしたのは、2025年問題について考えていた時で、2010年ぐらいだと思います。そしてあと2年で2025年が来るわけですが、どうやら何とか2025年は乗り越えられそうかなと思います。2040年がどういう年かということ、一番人が亡くなる年ですよね。そうすると問題は、どこで亡くなるのかということだと思います。柏の場合は、今は在宅で看取られる方が10.7%ぐらいで、施設が9.6%ぐらいになっていたと思います。一体どこをどれぐらい上げるのかを考えていく。絶対数は何人ぐらいで、だからどれだけ必要なのかを考えることだと思います。大変興味深いのですが、松戸でも同じことをやっています、松戸だと在宅が15%ぐらいです。一方、施設で亡くなる人は8%ぐらいで柏より少ない状況です。それぞれの自治体で、大体どう推移するのかを考えていく必要があります。現実を見つめてどれだけ大変かを見た上で、どこから取り組みを進めるかは、これから計画することなのかなと思ってお聞きしていました。そうすれば、何とか2040年も乗り越えられるような気がいたします。とはいえ、2025年までの10数年間は大変でしたし、それがまだまだ続くという覚悟が必要なのだと思います。もう一つ大きなテーマは、本人と家族の意見を聞いて連携するということでした。当たり前のことが出てくるのは、普段意見を聞いてないからなのかなと思いました。私が働いているのは亜急性期の病院なので、毎日毎日、本人・家族の意見を聞いて動いていますが、聞いてもらえない

ぐらい言いたいことを言ってきます。意見をそのまま聞けばいいものではなく、説明して現実的にどの選択が本人・家族にとって一番ハッピーなのか、そのために我々は情報提供しなければいけません。エコノミカルな問題、家族の関係等ある中で、どうすれば一番いいと思いますか、という話をしてあげるのが我々プロの仕事だと思うのです。これが1人ではなく、チームワークでできるようにできれば一番理想的ですし、そういう意味で退院時共同指導を初めとして、ICTを使った会議をすることは、これから当たり前で大事なことになると思っています。もう一つはACPの話です。松戸でもやっていて、日常的なアプローチの中で様々なことを、松戸の情報共有システムに書き入れていこうとしています。ただ、そうした情報を集めていくと、それで一つの答えがでるのではないかという楽観的な考えをする人たちがいます。私はそれに対して真っ向反対しておりまして、本当にそれでその人が死んでいいかどうか決められるのでしょうか。誰しも具合が悪い時は死にたいと言うし、苦しくなければ生きていたいと言います。これは当たり前の話で、誰も死にたい人はいないはずなのです。一方、事前指示書があればいいのかというと、最後の最後になったらひっくり返ることもあります。それは仕方のないことで、気持ちが収束するとはとても思えません。それから問題は収束しても、明瞭な形で書いていなければ、初めて会った救急隊員や三次救急の先生は、判断がつかないということです。要するに、普段関わっている人たちの意見がまとまっていて、その範囲内であれば問題はありませんが、全然関係がなかった人のところに行った際にどうなるのがこの問題だと思っています。ただ、せめてそうした情報をまとめようと、私は自分が受け持っている特養全員の事前指示書を情報共有システムに入れていきます。松戸市ではパニックオープンといいます。緊急時には救急隊が特別にその事前指示書を見ることができる仕組みを作りました。今は3次救急の病院も見られるようにしようという話が出ています。問題はこうした仕組みを作ったのであれば、今度はカシワニネットの中にきちんと入れなければいけません。仕組みはできても、何も書いてないとなると役に立たないという話になってしまいます。この辺は結構大変な作業になるので、モデル化してでも進めていくのは、一つの形かなとお話をしました。

金江委員 今までのお話を聞いていまして、柏では在宅医療の質を一生懸命向上させようという印象を受けます。県の医師会で在宅医療を全県的にどうやって進めるかを担当していますが、県の方では質よりもまず量です。いかに在宅医療を進め、やる人を増やしていくかを中心に考えているつもりです。先ほど在宅医療の患者さんがこれから増加していくと事務局から説明がありました。最近、在宅診療所、訪問看護ステーションが増えているという実感はあるものの、最近のデータがどうなっているのかわかりません。今後、さらに在宅医療を受ける人が増えるにあたって、どう進んでいくのかも参考資料として出していただければありがたいなと思っています。

事務局 今後データをお示しできるように整えていきたいと思います。

辻委員 今回、2040年という高林先生のおっしゃった津波がやってきたら、どう考えるかというボールを投げられました。結果としていい勉強になりました。というのも、量の問題は確かにあります。ただ、柏市では量の問題について、これまで1回経験済みの状態といえます。システムとして量をどう増やしていくのがいいのかまで来ております。これは実は素晴らしいことで、コロナ禍が2040年の先駆けと言えます。病院に患者が集中したけれども、病院が受けとめきれないでどうするという事で各地は大混乱しました。柏市は、医師会の在宅医療の体制でもって、多職種連携がきちんとしていたので、淡々と対処されたと聞いております。それは、今の医師会が在宅医療を正面から受けとめて、市役所にきちんとした組織があり、そのもとで多職種が今日のようにきちんと話し合うシステムがあると。これ自身が完全な備えになっています。従って、おそらく長瀬座長が言われたことが正解で、先ほど、普段からきっちり議論していくことですね。とおっしゃっていました。金江委員がご指摘になりましたように、今はどうなのかと聞いたら、市がきちんと情報を出すと、きちんと情報を出したらまたみんなで議論する。このシステムをまずきちんと維持して、津波がやってくるときに向けて議論していくことが正解だとわかりました。ただきちんと議論する時に、フレイル予防のポピュレーションアプローチを徹底的にやらなくてはなりません。要するに要介護の人が激増すると、介護施設だけではなく、病院に非常に大きな負担がかかります。病院と施設に対する重圧を防ぐという意味で、柏市の在宅医療・介護多職種連携協議会においても、フレイル予防のポピュレーションアプローチをきちっと位置付けて、トータルとして津波を小さくすることを考える必要があると感じました。しかしそれでも、津波がやってきた時には、病院と施設が追い詰められるわけです。そうなるとコロナ禍と同じように、在宅医療に必ず圧力がかかります。従って在宅医療の体制ができていればいいですが、その中でも調整機関が一極に集中してしまったら大混乱になります。

ですから、かかりつけ医が相談相手としての機能を果たすことが必要だと思います。ご本人・家族からは「どこへ行ったらいいんでしょう。行政は電話でいっぱいだし、どうにもなりません」と言います。私はやはりかかりつけ医が重要だと思います。また、診療所も大変になりますが、その前に介護や施設が行き詰まるわけです。そうすると「できる限り家で本人・家族がなんとか頑張れ」となります。そのときに、介護側で一番必要なのは、小規模多機能だと思います。小規模多機能に看護があるとなおよいです。診療所が頑張っても、家でも辛い思いをしている人の受け皿になる多機能の施設がないと駄目だと思うのです。従って、2040年に向けて、今止まってしまっている柏プロジェクトの基本テーマである看護小規模多機能をいよいよ計画的に考えていかなければいけないと考えました。それにしても

やはりかかりつけ医が本当に大事だと思います。コロナ禍でも、かかりつけ医が柏市のようにしっかりしていれば、うまく回っていたはずです。ただ、かかりつけ医全員に在宅医療を求めるのは難しいです。基本的には平素のかかりつけ医に在宅医療をやってほしいですが、かかりつけ医が在宅医療をやれない時は、かかりつけ医が同職種の訪問診療できる診療所をきちんと紹介する同職種連携が必要ではないかと思います。それにしても本当に診療所が大変だと思います。急変時にどう対応するのか、コロナ禍の話を書いたら、神戸市の訪問看護師さんが大活躍したと聞いています。結局、医師の指示をもって訪問看護が急変時の対応をするしかないと思います。最期はお医者さんといってもお医者さんはひとりですので、診療所と訪問看護が急変時の対応機能をきちんと持つ。訪問看護と診療所の関係をタイトにして、危機管理的な体制を常に頭に置いておく必要があると感じました。

長瀬座長 柏市でやっている看護小規模多機能は厳しいと聞いていますので、そのあり方も考えていかないといけないと思いました。

辻委員 小規模多機能は大変難しく、看護小規模多機能はもっと難しいと聞いています。この点に関しては、国がもっときちんとした介護報酬のあり方を考えるべきだと思います。柏市だけで解決できないと思うのですが、包括報酬型の多機能の充実は、9期の介護保険事業計画の一つの重点になっていると聞いています。従って、全国的なモデルになっている柏では、そういう将来的な議論をしていただきたいと思います。

飯島委員 当初2025年を目標に掲げていろいろとやってきて、もう近づいてきているので、2040年と先の目標に掲げてということですが、柏市だけではなく全国的に地域包括ケアという大きなスローガンのもとに作り込んできた10年と、次なるステージでどう動くのかはおそらく違うのだろと感じています。だからこそ、ICT部会で平野委員がおっしゃるように、おそらくでき上がりの成果物だけがすべてではなく、時間を掛けながら十分みんなで納得して作り込んだステップの方が、もしかしたら重要なのかなと思ったりもしました。大きく期待している部分です。また、単なる私の疑問なのですが、2040年に向けての質問二つに添えて出された最後の数ページのデータに関して、全国のトレンドがどうなっているのか気になりました。当然立地条件等、ロケーションが異なるので、違う見方をしなければならぬのはわかっていますが、例えば、柏市とほぼ似ているサイズで、大体シチュエーションが似ている感じのところで、こういう解析結果が公表されているならば、どういうトレンドをとっているのか、ふと思った疑問でした。無理に次回までとお願いしているわけではないです。それに付随して、退院時共同指導料1・2と介護報酬の居宅支援退院退所加算を比較すると、介護だけ2019年から落ちています。現場をよく知っている方、全体のトレンドを知っている方なら理由をご存じかもしれません。2020年からのコロナの

問題をどう捉えるのかは、2021年、2022年が出てくれば見えると思いますが、2019年以前をどう読むのかが気になったので、教えていただきたいと思います。また、鞍橋委員から心肺蘇生を希望しない方の、柏でのプロトコルがないとのお話がありました。そのコメントを聞きながら、皆さんのご意見が書かれているコメント集を読んでいると、目に留まったものがありました。「本人が望む最期を迎える時の気持ちや言動、ご家族の思いの情報共有をすることによって、多職種でどのように支えていけるかを話し合える場があると良い。」と書いてあります。逆に言えば、そういう場がないと言っています。1つのコメントをもって柏市全体の問題と決めつけてはいけませんが、これもまた無視できないコメントであると思いました。そういう意味では、このコロナ禍の3年間で、医療全般に、そしてこの在宅療養に大きなボディブローになるのか。こういうコメントをされる方がいるからこそ、また次なる10年を、みんなで時間をかけながら、意識を合わせながらやっていくのだろうと感じた次第です。またさらに一緒に勉強させていただきたいなと思います。

3 報告(1) 満足度調査について

事務局（資料5に沿って説明）

3 報告(2) 在宅医療推進のための多職種連携研修会について

事務局（資料6に沿って説明）

4 団体トピックス UR都市機構

UR都市機構 東氏 豊四季台団地にオープンした、スポーツクラブとコミュニティ食堂のご紹介です。3月1日に、豊四季台団地の敷地を活用して、いつまでも元気で活躍できるまちの実現、実現に繋がる生きがい就労、生きがい支援、外出、移動交流、地域活動を促す環境づくり、健康づくり、介護予防の場となるスポーツクラブと、コミュニティ食堂がオープンいたしました。この施設は柏市、東京大学、URと三者で構成する研究会の取り組みのモデルプロジェクトの一つとなっております。この施設では、いつまでも元気で活躍でき、活躍するために大切なフレイル予防の三つの柱である栄養・運動・社会参加のすべてを実践できる施設となっております。まず食堂で、管理栄養士と考えた健康づくりメニューの提供や、高齢者の欠食防止に繋がるイベントを実施予定です。次に運動として、フレイル予防プログラムの実施をする予定でございます。社会参加として、外出、移動交流、地域活動を促すイベントの企画や実施、生きがい就労に繋がる雇用機会の創出を実施していく予定です。スポーツクラブは、株式会社ダンロップスポーツウェルネスが運営しております。施設設備

としては、マシンジム、スタジオ、プール、浴室等がございまして、マシンジムについては24時間営業でございます。コミュニティ食堂は、株式会社わとか食堂が運営しております。営業時間が9時半から21時となっていて、健康づくりメニューの提供や、一般社団法人セカンドライフファクトリーと連携し、イベントの企画や実施、高齢者の生きがい就労を実施する予定です。豊四季台団地の商業区域にございますので、近くに寄った際にはぜひお立ち寄りいただければと思います。続きまして、豊四季台の春の団地まつりについてご紹介します。3月25日10時から、豊四季台の23号棟の集会所と集会所の周辺を使いまして、久し振りに豊四季台の春の団地祭りを実施します。高齢者だけではなく、子育て世帯にも団地を知っていただく機会になればと思い企画しております。高齢者と子供たちの多世代交流が生まれるような企画もしておりますので、会場にお越しいただければと思いますので、よろしくお願いいたします

その他

令和5年度第1回は、令和5年7月3日（月曜日）午後7時 開催予定