

日時：令和7年3月11日(火) 19:00～20:30

場所：呉市役所2階 202・203会議室

1 議題

(1) 令和6年度の進捗状況及び令和7年度の活動計画（案）について

【事務局】

資料1 呉市在宅医療・介護連携推進事業計画について説明

資料3 別紙 令和6年度呉市在宅医療・介護連携に関する相談実績について説明

(改訂版)人生の彩ノート 人生の彩ノートの改訂について説明

資料4 人生の彩箱（いろどりばこ）について説明

資料5 令和6年度市民公開講座について説明

資料6 宮原・警固屋地域医療介護連携ネットワークチームの立ち上げについて説明

資料8 資料8-1 資料8-2 第4回在宅療養を支えるスタッフのための多職種連携研修会について説明

【質疑応答、ご意見等】

質疑応答、ご意見等なし

(2) しっかりとクレの新たな活用方法について

【事務局】

資料2 関係機関との連携ツールとしての有効活用について説明

参考資料 呉市要援護者登録制の概要について説明

【質疑応答、ご意見等】

(折本委員) 調査対象者は単身世帯や複数世帯に限らずということか。

(事務局) 65歳以上の全ての高齢者を対象とし、その中で希望者のみ登録している。

(光野委員長) アカウントは施設に1つか、それとも施設職員1人につき1つか。

(事務局) 事業所ごとに1つのアカウントを発行している。必要に応じて増やすことも可能である。

(光野委員長) これが実現すれば、救急としてはかなり助かるのではないか。

(平塚委員) 実際救急の現場では、連絡先がわからない、身内の所在がわからないことで困っているという現状がある。こういった形で情報がいただけるのであればとても助かると思う。

(3) 研修の内容について 事前アンケート参照

【質疑応答、ご意見等】

○市民公開講座について

(光野委員長) 事前アンケートをご覧になって、ご意見はあるか。

(折本委員) 身寄りのない方の終活に必要な準備ということが個人的なテーマである。「1人で安心して死を迎えるためには何を準備したらいいのか」という相談が最近増えている。適切な回答ができれば救急時に治療について困ることがなくなるのではないか。個人的には何が必要なのかを整理していきたいと思った。そして公開講座のような場で周知できれば、将来に向けた安心ができるのではないか。

(光野委員長) 全く相談する人がいない方は困ると思うので、呉市としての見守りができればと思う。

(平塚委員) 予防救急と救急安心センター事業 #7119 を挙げた。特に予防救急を啓発したい。この冬お風呂で倒れたとかちょっとした救急事案が起こったという報告が多く、いわゆるヒートショックのような事案だと思う。対策などを広報していけば防げる部分はあるのではないかと感じている。また、手すりをつけることによって転倒を防ぐことができるのであれば、情報を知っておくだけでも違うのではないか。救急要請に至らないような具体的な対策について市民啓発したい。

(光野委員長) 予防救急という考え方で予防できることはかなりあると思う。

(宮下委員) 介護保険の申請のタイミングについて。高齢者は不安が強くとりあえず介護保険認定が欲しい。理由を聞くと主治医から言われたとのことだが、ADL が自立していて希望のサービスもない場合は本来であれば介護保険を申請する必要はないと判断する。ただ申請する流れになる場合には医療機関に電話することもあるので、本当に困ったときに利用することが介護保険の仕組みであることを高齢者や医療関係者とも共有ができたらと思う。

(光野委員長) 困っていても申請しない人もいるので、それもまた啓発する必要があるのだろう。

(谷内田委員) 家族が入院時の連絡先がわからず、訪問看護ステーションに連絡をしてもらうことがよくあるので入退院時の連携方法を挙げた。また、かかりつけ医をもつ意味について具体的に進められたらと思う。基幹病院にしかかかっていない場合は緊急時には基幹病院に搬送するしかないが、かかりつけ医がいればかかりつけ医と連携して在宅療養の継続や看取りができることもある。以前この会議で、家での看取りを希望しても実際に呉市では看取りができないとアンケート結果があった。それをふまえてかかりつけ医をもつ意味を理解してもらえれば、呉市でも家で最期まで暮らしていけることができるのではないか。

(折本委員) かかりつけ医をもつ意味というところはその通りだと思う。かかりつけ医をもつときに開業医の先生と基幹病院の先生の連携方法がいつも課題になる。どこまで、どうやって、どんな情報を共有するのか、調整が難しい。連携室が間に入り全てを調整することに限界があるので、医療・介護関係者の研修の場で医師同士の顔の見える連携をとっていただけたらと思う。

(光野委員長) 骨折のパスがある。様々な基幹病院、リハビリテーション病院、介護サービス事業所が集まって顔の見える交流ができています。そういう形で何か実習ができたらいいのかなと思う。

(藤田委員) 人生の彩ノートに歯科に関するお口の健康栄養についてページを加えていただいた。市民にお口の健康について考えてもらうととてもよいきっかけになると思っている。歯科医師会でもこのページについて市民に広く啓発できる方法を検討していきたい。

(光野委員長) 歯科は介護保険申請でも極めて重要である。

(新谷委員) 最近学会等で職能団体が市民公開講座をしている内容を挙げた。理学療法士会は、介護予防やフレイルの中でもサルコペニアに対する市民公開講座が多く報告をされていた。作業療法士会は、脳血管疾患や癌になって離職する方への復職支援の方法や制度等も含めた市民公開講座をされていた。言語聴覚士会は、失語症や構音障害、喉頭癌などで摘出した際のコミュニケーション支援が多かった。

(舂谷委員) 谷内田委員からもあったように、私たちも病院のかかり方で困ることがある。例えば、抗がん剤治療のため総合病院に通院していたがもう治療はできないと言われた方が、体調が悪そうな状態で急に相談に来られてかかりつけ医を探すところから支援することがよくあるが、難しさを感じる。普段からかかりつけ医をもってもらい、総合病院とのやりとりの際にかかりつけ医に間に入ってもらえたらと思うことがたくさんある。また、訪問看護を利用したくても総合病院の医師から指示書もらうことが難しい状況も見受けられる。市民には状況に合わせた病院のかかり方を啓発できたらと思う。治療の選択については、特に独居や高齢者世帯、認知症を患っている場合などはインスリン自己

注射や透析などの療養管理が難しくなってくることをふまえ、治療を選択する際の心構えや予備知識を持ってもらえたらと思う。また、下剤や眠剤を飲まれている方もたくさんいるので、薬の効果的な使い方についても学んでほしい。

(河合委員) 栄養士としては直接的に看取りなどに関わることは少ないが、退院後に自宅に帰っても食べることに休みはないので、家族支援をどうするかが課題。時間をかけて作っても見た目や食感の問題などで食べてもらえず、家族の心が折れてしまったという相談を受けることがある。最期まで口から食べたいという本人の希望を叶えることを前提として、食事を準備する際の工夫やアドバイスなどをまとめて、少しでも家族の助けになるようなものが提供できないかと考えている。

(向井委員) 身寄りがなく身元引受人を社協に引き受けていただいて看取った方とか、食事が食べられないなど、いろんなことで嚥下機能の低下に困っている。嚥下機能をビデオで確認し適用する刻み食等で対応しているので、食事の見栄えや味の良し悪し、嚥下機能の低下を確認する必要があると思う。

(亀本委員) 皆さんの意見をお聞きして、身寄りのない方の生き方というのはとても深いテーマだと思う。数年前に孤独死をされるというニュースがあったが、最近呉市では孤独死をされる方はおられるのか。

(事務局) 正確な数は把握していないが間違いなくいらっしゃる。AI を活用して孤独死を防ぐ方法に取り組んでいる地域もあるという話も聞いている。

(亀本委員) 突発的なこともあり全てを防ぐことは難しいと思う。歯科としては介護予防。オーラルフレイル、摂食嚥下機能、口腔ケアなどを重点的テーマとして挙げたい。前年度の公開講座では藤田委員が訪問歯科診療の場面を寸劇されたが、まだまだ市民に必要な情報が伝わっていないように思う。歯科の分野でも訪問診療や口腔ケアを受けられるサービスがあるということを広く普及していきたい。

○医療・介護関係者の研修等について

(光野委員長) 次に、職種に応じた ACP 啓発の具体策についてご意見をお願いしたい。歯科医師を対象に ACP 啓発を行ったとの報告を受けているが、亀本委員いかがだったか。

(亀本委員) 前回の会議で、歯科医師の ACP の認知度が低いという結果を受けて研修会を行った。6~7割の会員の先生方が参加され、理解を深めて活用すると言われていた。人生の彩ノートも進化しているので、定期的に新しい情報を歯科医師会で研修をしていただければ嬉しく思う。それをふまえて会報誌で周知し、8020 運動やハッピースマイル等で人生の彩ノートを配布する形で協力はできる。

(横田委員) 先日ケアマネジャーや訪問看護師などと認知症の方の服薬についてグループ討論を行った。私は、患者は正しく薬を飲んでいると思って渡していたが、実際には残薬がたくさんあるという話を多くの専門職から初めて聞いた。相当な残薬があるのではないか。また、複数の薬局に行くことで同じような薬をもらっている場合も多い。残薬、薬の飲み合わせ、薬局の効果的な活用などについて市民啓発できたらと思う。職種に応じた ACP 啓発の具体策については、薬局で人生の彩ノートを配架しているが持って帰る方は少ない。啓発のためのパンフレットのようなものがあれば、薬と一緒に渡しやすいのではないか。実績として、自局で脳のいきいきチェックのパンフレットを 1,000 枚作成して薬と一緒に渡しているが、反応があったのは 10 名程度だった。多くの方にパンフレットを渡すということで貢献できるかなど。

(新田委員) デイサービスやショートステイを使う際のポイントや選び方などを講座に入れてはどうか。ケアマネジャーがいろんな情報から地域性に応じて高齢者にサービスを提供されていると思うが、後悔しない選択をしていただきたい。ACP の研修については、施設連の全体研修の場を活用することで介護職の理解が進み啓発に繋がるのではないかと思う。

(花房委員) 訪問介護事業所はケアプランに基づいてサービスを提供しているが、介護保険サービスでできること、できないことへの市民の理解が十分でないところがある。議題からそれるかもしれないが、

介護人材が不足していて特に島嶼部では訪問介護事業所の存続自体が危ぶまれている。サービスの希望があっても提供できないところもあり介護人材の確保をどうするか模索している。こういう現状も市民に知っていただきたいという思いがある。サービス事業所や行政施策として何か手立てを講じないといけないが、いい解決策がないので知恵を貸していただきたい。

(小笠原委員) 皆さんの意見をお聞きして、改めて内容が多岐に渡って幅広いと思った。相談先がわからないということもあると思う。先日認知症カフェのような場で、住民から「一人暮らしで体調が急変することが不安だからお風呂は明るいうちに入っている」と聞いた。呉市の緊急通報装置の話になったが、地域包括支援センターをご存知なく繋がっていないと思った。このような方が地域にはたくさんいる。我々としてはいろんな形で相談窓口を設置してパンフレット、ホームページ、市政だより等で情報発信しているがなかなか届かない。これをすれば全部解決するという話ではないが、専門職を対象とした研修は非常に効果があり続けていくしかないと思っている。また、地域包括支援センターが多岐にわたる相談業務から多忙であるという話も聞いている。機能を高めていくようなところも必要だろう。行政として何ができるのか常に考えているので、何かあれば教えていただきたい。

(光野委員長) 様々な準備をしても必要な人に届かないということはよくある。民生委員が誰か知らないというところもある。差し伸べた手が必要な人に届くような対策ができればと思う。

(4) 本人・家族の意向に沿った療養支援について

【質疑応答】

(亀本委員) 人生の彩ノートは診療を通して必要とされる方に渡している。私たちが直接的に介護保険を調整することはないが、状況に応じてケアマネジャーに相談している。

(藤田委員) ACP を含めた在宅療養支援については、歯科医師会の中でも講演会や委員会を通じて支援方法を検討し、訪問診療の依頼があった場合に実践している。最近、治療よりも誤嚥性肺炎の予防のために口腔ケアを継続して希望される在宅患者が増えている。そういう流れになってきつつあると思う。

(折本委員) それぞれの意向が割れた場合に悩むことがよくある。その場合には、それぞれが思う理由を聞きながら意向確認をしている。また、遠方の家族が突然出てきて意思決定に影響を及ぼす場合もあるので、いつ、どのような歴史で意思決定が行われてきたかを確認し、遠方の家族を巻き込みながら方向性を決定している。

(河合委員) 食事に関して、特に独居の場合は自分に合った食事を自分で準備することが難しく、惣菜を買ってくるのが精一杯。食べているだけまだいいという方が多いのが現状である。持病の悪化や筋力がつくような食事ができていないケースも多く、ケアマネジャーに相談している。本人はやっているつもりでもその努力が実っていないというところで本人の理想と現実とかなり差があり、どう修正していくか。食事を作る本人や家族の手がどこまで取れるのか。金銭的余裕のある方には配食を勧めることもできるが、そうではない方が多いのが現状だと思う。

(花房委員) 本人と家族の意向は家庭環境や関係性によってかなり左右されると思う。本人が在宅で過ごしたいと言っても家族の意向で施設を選択することもある。独居の場合、食事の確保ができないため配食サービスを頼もうとしても合併町では配達してくれないという現状があるし、ヘルパーを利用することを遠慮されることもあってなかなか決まらない。最終的には本人と家族のどちらか意見の強い方を優先せざるを得ない状況になり、ケアマネジャーはいろんな葛藤があるのではないかと思う。

(舂谷委員) ケアプランを作成する際に今後どこでどのような生活を送りたいかを聞き取りする。本人と家族の意思が明確な場合はサポートしやすいが、そうでない場合はもしもの時が起こって初めて動かないといけない状況のため選択肢も少なくなり、意思決定支援に難しさを感じることもある。看取り

の場面では、病院と在宅での看取りのメリットとデメリットを本人と家族にしっかり話をした上で寄り添いながら支援している。ただ、在宅看取りは支援者が必要ということもあり、高齢者世帯だと近所も大変に感じることもある。往診医が少なく、在宅看取りを選択できない人がいることも事実。

(平塚委員) 私の経験した事案でいうと、救急車を要請されて、本人は病院に行きたくないが家族はどうしても病院に搬送してほしいという場面で、本人の意思を尊重してというわけではないが病院に搬送できなかったケースもある。家族には、本人が拒否しているから搬送できないが、何かあったら救急要請していいし地域包括支援センターや保健所に相談してはどうかと声掛けしていた。

(新田委員) 特別養護老人ホームを例に話をさせていただく。特別養護老人ホームは要介護3以上の方が入所できる施設で医師は常駐していない。医療的ケアもそれほど必要ない。入所された際は主に家族と緊急時の対応や延命治療について話をする。看取りについてもその場で話すこともあれば、体調が悪化してきた際に嘱託医と連携しながら家族と協議して最期の場所を決定する。大体施設が9割、病院が1割である。どちらかといえば家族の意向が主で家族が本人の意向を酌み取った形で話をしているが、人生の彩ノートを持って入所してもらえれば本人の意向に沿ったその人らしい支援ができるのではないかと感じている。

(光野委員長) どれだけご自身の希望に沿えるかは介護度に応じて変わってくると思う。

(宮下委員) 現場の肌感覚で言うと、以前は家族の意向が強い印象があったが、最近は家族も仕事をしていてしかも遠方ということで、本人の意向に従うという家族が増えてきたように思う。本人が一人暮らしということもある。その中でも本人と家族の意向が相反していて家族の意向が強い場合にトラブルとなり、専門職も方向性に悩んで結局決められない。また、一人暮らしの方も多いので全部自分で決めないといけないことへの不安もある。何を決めないといけないのかわからない方に対しては、人生の彩ノートを少しずつ埋めていくことで自分の考えがまとまるかもしれないと声を掛けながら関わっている。ケアマネジャーや包括職員は、考えは変わっても大丈夫だと常に声を掛け、自分と向き合うことのサポートをしていかないといけないのではないと思う。

(新谷委員) 病院での治療が終わった後の生活について本人の意向を聞き取り、本人と家族の意向に沿ったリハビリテーションが提供できるようにすることが基本的なところ。一人暮らしの方や救急搬送後に意識がない方など、本人や家族から治療に対する意向が確認できないときが一番困る。その場合には院内カンファレンスで医師、看護師、ソーシャルワーカーと情報共有や意見交換を行った上で、倫理的な面も含めた本人にとっての最善を選択するようにしている。

(谷内田委員) 訪問看護での事例を紹介したい。90歳代後半、認知症があり娘が1人で介護をしている。ある日窒息し救急搬送されたが一命を取り留めた。本人は延命治療をしないと意思表示していて胃ろうはせずに点滴加療を行った。退院後は訪問看護が毎日入って点滴を実施した。娘にこれからの意向を聞くと、「この人は口から食べることが好きだから、落ち着いたら口から食べさせてあげたい」と言われた。主治医と相談の上、点滴をしながら看護師の介助のもとで口から食べてもらっていたが、慣れてきた頃に娘の介助で誤嚥し一時中止となった。1週間後に回復され再度意向を確認した。口から食べさせたいという娘の意向を汲んで、訪問歯科医に嚥下状態や口腔内を診てもらったが嚥下ができていなかった。しばらくして吸引が必要になったが家族ができない状況だったので、在宅療養を継続することのメリットとデメリットを家族に説明し、家族の迷いもあり入院してから考えてみようということで入院になった。このように、私たちは家族に納得してもらえるようにメリットとデメリットを説明し、1つずつ一緒に考えながら対応している。訪問看護の場面を振り返ると、残された家族がこれから生きていく中で鬱状態になることもある。本人の意思決定も必要であるが、家族にどうしたいかを考えてもらう場面も多く、あの時の選択はよかったと思ってもらえるように関わっている。

(光野委員長) 残された家族が健康的に生活できるということが大事なことである。

(横田委員) 普段の業務の中で意思決定に携わるということはあまりないが、意思決定後に薬剤師が関わることが多い。在宅医療における薬剤師の関わり方としては、外来受診ができない方に自宅に薬を届けて残薬を含めて管理する。お薬カレンダーを設置して誰が見ても服薬状況が分かるように管理していくことが多い。家族がいる場合は家族にお任せしている。往診同行することもあれば薬剤師だけで訪問することもあり、訪問の状況を医師やケアマネジャーに報告している。在宅訪問をしたいと思っている薬剤師は多いと思うがやり方がわからないという現状があると思う。またケアマネジャーは訪問してくれる薬局がわからないので、いつも訪問してくれるところに依頼するという形になっているのではないか。ただ、今後地域を支えていくという意味ではすべての薬局が在宅訪問に対応できるようにならないといけないと思うので、薬局としてできることを進めていきたい。

(向井委員) 開業医で在宅を診てくれないという話があるが、365日いつ呼び出されるかわからない、いつ亡くなるかわからないので新幹線に乗ったこともなかった。在宅で診てくれる医者がいないと嘆いている地域があれば、広範囲に訪問診療や在宅看取りをされている先生もいる。しかし一般の開業医が1人で対応するのは難しい。昔は3世代だったから在宅で看取ることができていたが、今はほとんどが一人暮らしであるから何かあればもう施設に入るしかない。延命治療についても、退院後は一切点滴しないという方を看取ったが、亡くなる前日にしんどかったと言って亡くなられた。それからは最低限点滴だけでもしてあげたいと思った。また誤嚥と肺炎を繰り返して点滴をすると栄養状態が悪くなるという状況をみていると、どうしても胃ろうを勧めたくもなるし経鼻経管栄養で退院される場合もある。延命治療については賛否あるが、最低限していかないといけないかなと思っている。私は生かす医者ではなく死亡診断書を書く医者だと認識して看取るようにしている。在宅看取りが難しい状態になっていると思う。

(光野委員長) 本人の意思をしっかりと残してあれば、それをふまえた対応ができるのではないかな。

(小笠原委員) 昔施設職員から「家族が入所者の年金を搾取しているのではないかな」と相談があった。年金の使い道について本人の意思が確認できずに家族の思い通りになってしまったケースだった。法的に代理行為ができるかどうかについては確認が必要であるが、成年後見制度を使うしかないだろうと思っている。しかしそこに至らないケースが多々あると思う。おそらく現場では悩まれて仕方なく現実的な対応をしているのではという認識でいる。成年後見に関しては市長申し立てという制度があり非常に増えており、法整備も必要だと思う。改めて人生の彩りノートを活用して本人の意思がはっきりわかる段階で意思表示をしておいていただくのも大事だと思う。今すぐすべてが解決するわけではないが、呉市だけの問題ではなく全国的にも同じだと思う。本人の意志を尊重して本人の利益に叶うような形でサポートしていかなくてはいけない。このことを忘れずに引き続きよりよい方向になるようにやっていきたい。

2 その他

(事務局) 委員の継続について、委員の任期に定めがないため、所属団体の人事異動等で委員交代等の変更がある場合は、呉市高齢者支援課へご連絡いただきたい。

以上