

平成28年度第2回岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：平成29年3月22日（月）

18：00～19：30

場所：ピュアリティまきび「飛鳥」

- 【議題】（1）在宅医療・介護連携について
（2）幸福な長寿社会実現事業（新規）について
（3）その他

〈発言要旨〉

○会 長 議題1 在宅医療・介護連携について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 資料3ページは前回の協議会で提案された事項について掲載している。その後の経過等を項目ごとにご報告させていただく。

1つ目の在宅医療連携拠点事業の評価は、平成24年度に一部の市町で始まり平成27年度までに22拠点となった。独自に取り組を進めていた真庭地域も含めると、県内全域で在宅医療・介護連携に取り組んでいることになる。その評価としては国も指標を検討しているが、介護保険の地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）への足がかり的な意味合いが大きいことから、厚生労働省が平成27年度と平成28年度に実施した実施状況調査の結果報告に代えて説明させていただく。調査結果は、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）の事業項目ごとの実施状況について、全国、岡山県全体、備前、備中、備北、真庭、美作、岡山市、倉敷市という地域別で示している。岡山県は全体的に全国に比較して実施率が高く、平成27年度より平成28年度の実施状況が高い傾向にある。これらは、在宅医療連携拠点事業や地域医療ミーティングなどの事業から継続した取組につながっている成果と考えられる。事業項目ごとの状況については資料をご参照いただきたい。

資料6ページからは、事業実施、または実施する予定と回答した市町村に対して、都道府県からの支援があったかという調査結果である。岡山県は全国よりも支援率が高い状況で、特に広域対応に関係するもの、体制構築の推進に関係するものについて支援率が高くなっており、反対に市町村が既に独自で実施できる相談支援や研修、住民への普及啓発は低い支援状況である。

次に資料3ページの2番目、先進事例の評価と活用について、平成25年度から実施している先進事例伝達研修では、在宅医療連携拠点事業の先進事例、最近ではリビングウィル等の意思決定支援の取組に関する研修を実施している。

先日、3月17日（金）に意思決定支援に関する研修を行った。他地域の取組について情報交換することで考え方の整理につながり、来年度からの取組の示唆を得たというご意見も多くいただいた。

続いて3番目の連携シートの統一化については、前回の協議会の中でも、複数存在している連携シートを県内で統一できないかというご意見をいただいた。

これについては、利用者様のご意見を聞きながら必要に応じて研究してまいります。

次に4番目の退院前カンファレンスについては、退院前に医師を始めとする多職種で情報を共有し、支援方針を統一した上で切れ目のない支援につなげる試みについてご提案があった。これについては地域の実情もあり、一気に全県的な取組を開始するのは困難であることも予想されるので、始めるならば、モデル的な取組と考えている。

5番目の研修情報については、現在、岡山県介護保険関連団体協議会が事務局を担っている岡山県介護支援専門員協会が、関連団体の研修情報をホームページ等で発信してくださっているので、当面そちらをご活用いただきたい。

6番目の連携の窓口の共有は、県のホームページ以外に在宅療養サポート情報というサイトを運営しており、年度末の異動状況も反映させた形でこちらのサイトで情報提供していきたいと考えている。

○会 長 議題の1のテーマの在宅医療・介護の連携については、団体ごとに課題克服に向けた取組を行っていくことを確認した。本日は、改めて今日この場で協議できるものは協議する。この調査結果によると、おおむね全国よりも進んでいるらしい。

○委 員 市町村の担当者により捉え方が様々である。当保健所管内の一部の市町村は保健所の支援がないと回答しており、愕然とした。困ったことがあったら相談に来てほしいと思っている。今年の3月上旬に開催された国の担当者会議の資料を見ると、在宅医療・介護連携推進事業の8項目の平均値は、平成27年度は全国で2.5、岡山県は4.8であり、全国で3番目に高かった。平成28年

度の同じ調査で、全国は4.2とかなり増えた。岡山県は4.8から5.1とそれほど増えていない。順位も9番目に落ちた。これで順位を争うわけではないが、全国のスピードはかなり高い。9位でもよいほうだが、よほどスピードを上げてやらないと、きちんとした体制で間に合うかどうか。

- 副会長 この調査は、事業に着手しているかというヒアリングなので、着手より中身の充実度や達成度が一番大事である。
- 会長 皆さん同意見だと思う。では、今まで在宅医療と介護連携において、各団体が今どういうことを考え、どういうことに取り組んでいきたいと考えているか、発言をお願いしたい。
- 委員 講演会を開催したりしているが、小さい協会なので自分達に終始しているところがある。
- 委員 看護職は母数が多く、様々なところで働いているので、相互理解が1番核だと思っている。退院支援を中心として意識的に取り組んでいる。病院での支援ばかりが中心ではないという意識変換について、相互理解を継続していきたい。住民の期待に応える医療・介護の提供のためには、医療中心のこれまでの働き方のイメージは払拭しつつ、地域力のある看護職にチェンジしていこうと意識している。急性期病院とも連携している。ただ管理職の立場の方への働きかけはまだまだである。短期間ではあるが、急性期病院から訪問看護ステーションへ体験に行くなど相互体験の取組も行っている。急性期病院から訪問看護ステーションへは多数出た。
- 委員 岡山県栄養士会としては、まず管理栄養士を知っていただくことだと思い、連携会議や検討会、研修会などに参加している。徐々に浸透していっていると思う。
- 委員 特別養護老人ホームの入所者もこれからどんどん重度化していくので、医療としっかり連携をとっていかないといけないと考えているが、入所者が減ってきている現状がある。在宅では、居宅介護支援事業所とケアマネが中心になって連携の中継ぎをさせていただいている。以前に比べれば非常に連携がよくなってきたように思う。特にケアマネなどは退院前の会議にもよく出席している。在宅との連携とは一体何をもって連携というのか、その基準がよくわからない。一人一人、在宅で生活をしておられる方が問題なく生活ができれば、それで連

携がとれていると思うが、判断基準が難しい気がしている。課題は、過不足なくやり過ぎない程度にきちんとサービス提供ができるかどうか。サービスを提供し過ぎるとかえって自立ができなくなることもある。その他、急変に即対応できるような支援体制が必要だと思う。いつも土日にそういう大変なことが起こり、ケアマネが慌てていることも多いように思う。在宅での突然死もあるので、24時間切れ目なく、対策をとることが必要だと思う。認知症の方に対しては、もう少しきちんと連携しないと1人で暮らすのは難しいと感じている。たかさんの目で見ないと、在宅という選択肢はないのではないかと感じている。施設の看取りについては、施設によってまちまちであるが、時代として今はやらないといけな思っているので、少しずつは進んできていると思う。ただ、全くやらない施設も結構ある。施設としては、看取りと認知症、重症化への対応は力を入れていくべき課題と思っている。

- 委員 事務局が提示している資料は中身の評価に適さないと私も思う。やはり着手しているかどうかだけではなく、地域の特性に合ったことをきちんとできているかというところを見て評価していかないといけない。高梁では、現場レベルの連携はかなり進んでいると思うが、多職種連携の会議に出てくる人は決まった人なので、裾野を広げる、連携の拡大が必要だと感じている。その他、個々のプレーヤー同士の連携はそういう形で広げられるが、今後、病院間や病診間など組織としての連携をどうやってつくっていくのが課題。
- 会長 評価については、市町村へのアンケートで聞くより、実際に受益者サービスとしてどうかという評価が非常に重要になる。それについて展望か何かあるか。
- 委員 市民向けにやるべきだと思っているのは、これから先、人口が減っていくことや高齢化が進むことについて実感を持って受け止めてもらうことだと考えている。この現実をきちんと見せる必要がある。見せた上で、そういう町になったときにどういう医療を受けたいか、それが今は提供されているのか、満足しているのかという観点で、アンケートなどを進めていく必要があると思う。
- 委員 今日の新聞に、介護施設の虐待が増えたという記事が出ていた。その理由として、介護職員や職員の知識と技術の未熟さが66%、その次がストレス20%となっており、非常にショックを受けた。やはり人材不足という点で、とにかく職員を雇用しなければいけないが、なかなか質が保てないという現状が

ある。今は景気がいいので、逆に福祉にはなかなか来てくれない。養成校も定員割れという厳しい現状がある。介護福祉士会としては、質向上のために、介護グランプリというイベントを去年から2回やっている。今年は介護福祉士の専門性である介護技術を12チームで競うイベントを実施した。もう一つ大きなイベントとして、看護フェアで、介護そのものの魅力を広く、浅く、県民の皆様を知っていただくために実施した。介護の仕事を継続する人が非常に少ない状況で、研修しても、実習指導しても、資格を取ってもすぐ辞めてしまうので、繰り返し繰り返し同じことを継続してやっていかないといけない現状がある。

- 委員 訪問看護ステーション連絡協議会では、看護協会からも紹介があったように、病院看護師長との交流会を実施している。病院の看護師からは、在宅を知らなかった、目からうろこという感想も述べられている。在宅をととても身近に感じていただけるよい機会だったと思う。先程の出向制度も実施されている。6カ月間訪問看護ステーションに出向き、活動を知っていただく。また、訪問看護ステーションでケアマネの実習や研修を1日行っている。これもケアマネに在宅を知っていただくチャンスになる。私達も連携をとりやすくなり、とてもよい実習になっている。訪問看護ステーションのスタッフ教育という点では、スタッフの教育もそうだが、新規の事業所の管理者の質がなかなか上がらないことも課題としてあったため、今年度ラダーを作成し、新任期から管理者までの教育をラダーに沿って行う形をとっている。顔の見える関係が一番だと思う。多職種での研修会に訪問看護スタッフもよく出ている。
- 会長 現場で一番時間が多くサービスを提供されているのは福祉の方であるが、医師との連携はいかがか。
- 委員 基本的に介護福祉士は最初から引くような傾向があるので、力をつけないといけないと思っている。ケアマネも今は介護福祉士が非常に多い。
- 委員 先生とは仲よくしたいと常々思っているが、クリニックや医院の先生方とのコミュニケーションをとるときには、そこに連携したことのある看護師がいるととてもやりやすい。
- 委員 在宅歯科医療関係者に関しては完全に二極化している。熱心に診てやっている人もかなりいるし、全く関心がない人も結構いる。あまり関心がない人に対し

ては、せめて依頼があれば行ってあげてくださいと常々発信している。研修情報の共有については、他団体から研修会、講演会等の案内があれば、広報紙やメール等で会員に周知している。こちらからの情報発信では、先日は倉敷で口から食べるということをテーマに講演会を実施した。来る4月19日から岡大の歯学部との共催で、「摂食嚥下リハビリテーション従事者研修会初級者コース」を始める。全部で9回コースで、半数以上は歯科関係者ではなく他団体からの参加。会費は4,500円であるが、是非皆さん方にも来ていただければ。

- 会 長 口腔ケアや摂食嚥下について、多職種連携は進んでいるか。
- 委 員 以前に比べれば進んでいると思う。例えば介護保険がスタートしたときに口腔ケアという言葉を知っている人はほとんどいなかったし、歯科医が往診をすることもほとんど知られていなかった。その頃に比べれば雲泥の差だと思うが、まだ医療・介護者が一番困っているのは、歯科往診等を依頼するときどこに頼んだらいいのかということではないかと思う。それに関しては歯科往診サポートセンターという窓口を設置している。摂食嚥下については、正直なところ歯科関係者もまだまだという感じがする。やはり診断という点ではなかなか詳しく説明できないものもある。
- 委 員 どこまで連携をするのが一番大きな課題なので、ケアマネ協会としてもいろいろな医療連携に関係した事業を実施している。介護保険が始まり、以前と比べると雲泥の差で連携は進んでいるが、連携の指標をどこに置き、目標値をある程度定めてどこまでやるのが課題。おそらく入院している患者さんが連携により在宅できちんと生活できることが目指すところだと思うが、このような事例の成果をどんどん発表して、こういう連携をするとこれだけ患者さんにとってメリットなんだと、我々が市民へ伝えていくことからやっつけていかないと考えている。例えば、昔は病院に地域連携室自体がなかったのが、今はどこの病院に行っても地域連携室があるので、ケアマネが窓口になったり、受け口になったりして支援している。備前県民局では退院支援ルールを作り、ケアマネが退院のときに活用できるように、連携窓口もホームページで示してやっている。倉敷市では、介護認定の更新前に、主治医の意見書の様式上、ケアマネが生活情報にも記録できるように指針ができていたので、スイッチが入

ると一気に進んでいくのではないかと考えている。そのスイッチをどこに設けるか。市民の方々に、連携をすることによってどれだけメリットがあるかというを感じていただくということが大切である。我々だけが連携ばかり言っているが、本当は市民の方々に連携の効果などをしっかり感じていただくことが必要である。ケアマネの研修でも、医療の知識を入れることでコミュニケーションがとりやすくなるということで、今年度から医療の知識を入れた新カリキュラムが取り込まれている。岡山県は他県に比較して医療連携のシステムはかなり進んでいる地域ではないかと思うので、もう一歩何のスイッチを入れれば動くのか、いろいろな仕掛けをつくっていかねばいけないと思う。

○会 長 地域包括支援センターでは多くの事例を経験され、蓄積されているが、特に連携という点では困難事例等いろいろあると思う。その経験から、今発言のあった何かスイッチを押せるようなアイデアがあるか。

○委 員 地域での困難事例の一つに、認知症がある。ご自身はぼけている認識のない方もいて、地域で困っている事例もある。元気なうちから通院されているが、課題が出たときに本人のみに言うのではなく、ご家族や身内の方にも先生から話しておいていただけるとありがたい。うちの親はぼけてないという子供さんもおられる。実際に問題が起こってから関わるのは大変難しく、時間がかかってしまう。地域の認識と家族の認識にずれが生じていることもあるので、かかりつけ医の先生方の存在は大変大きいと思う。とはいえ、かかりつけ医の先生は大変多忙でじっくり話ができるかということも承知しているので、何か打破できないかと思う。それから、連携の効果については、先日、赤磐医師会の上野先生が、岡山県医師会報で赤磐市の在宅医療・介護連携協議会の活動を発信してくださった。その中で、赤磐市の在宅支え合いノート「ささえさん」を紹介した。これは、医師を始め多職種で連携してノートに記載するもの。その連携の効果について、ある事例では、外に対して頑なであった高齢者の方が、先生や他の人達が自分のことを心配しているというノートに書いてくれていることを知り、こんなに自分のことを心配してくれているんだとわかり、病状が深刻で退院できるかという状態であったが、今は退院して自分なりに生活されている。人によっては、人に支えてもらうことが生きる元気にもなると感じた。小さなことの積み上げかもしれないが、医療スタッフや介護スタッフの皆さんが

顔の見える関係で同じ目的に向かっていくと、そういう大きな効果が得られる。また、今年度、病院の連携室、病院のスタッフ、ケアマネジャーの代表者と話し合いを持った。今後も顔の見える関係でそういう話し合いを重ねることが必要。連携の到達点について、他の先生方にも導いていただけると嬉しい。

○委員 老人保健施設協会は、設立当初から在宅は理念としてあった。例えば、在宅強化型老健施設や在宅復帰、在宅療養支援機能加算等もあり、訪問リハビリも老健から直接出ていくように変わっている。短時間、通所リハビリ、認知症短期集中リハなど様々な加算、インセンティブをつけて、在宅でのきっかけづくりをしている。国が出しているインセンティブについて情報交換し、それで質もよくなる。評価の表も年々加わる・・・そういう時代になっている。ただ、実際の顔の見える関係がどこまで続くか。家族や関係者が集まるのもあまり度が過ぎると非効率になる。そうなると、お互いの顔が見えなくても、要するにキーパーソンがしっかり連携すればいろんなものが動いていく。これからマンパワーの面で専門職が減っていく中で、そういうことも考えていかないといけない。アウトプットからアウトカムへと叫ばれ、その指標は何かと考えると、どこがどういうふうにしていくのか。例えば、介護保険の認定結果を出すのに時間がかかったり、役所の前で門前払いなど、各部署の壁によって起こっていることもあるので、連携というキーワードでいろんな課題を見出していくのもまた新たな我々の役目かと思っている。

○委員 障害福祉施設等協議会は、身体障害、精神障害、知的障害も含まれている。基本的に病院では医療職としっかりつながって子供から大人まで対応できている。その中で、入所されている方は職員等と医療でしっかり連携がとれていると思うが、在宅でサービスを受ける方については、介護保険からケアマネジャーとの関わりが始まり、それから計画相談という流れになるので、障害福祉は介護保険に比べて医療との連携は少し遅れていると感じている。障害者のデイサービスと高齢者のデイサービスでは、障害者の方が60歳になると本当は介護保険に移行しないとイケないが、障害により長くそこの施設を使われているので、なかなか移行の希望者がいない、また、移行してもうまくいかなかったということもある。資源も少ない。どちらでも受けられるとよい。その地域で

子供から大人まで見られれば一番よいと思うが、そこまでいくには少し時間がかかる道ではないかと感じている。

○委員 我々が事業を進めるときはきちんと評価をしていくが、評価はなかなか難しく、結局数字で評価していくことになる。一筋縄に評価できるものではないと思う。市町村も事務担当者が代わり、今までの経緯がよくわからずに調査に回答するなどして正しく答えが出るかどうかという問題点はあると思うが、意識は変えていかないといけないと思う。地域包括ケアの深化と言われているが、量的にはある程度できてきていると思うので、それを深化させるためには今後の方向性を出したらいいのではないかなと思う。先程から顔の見える関係とか、サービスの質の向上をしていくという意味では、ケアカンファレンスを強化することが非常に大事になる。これからは、病院が中心になって退院者カンファレンスをしっかり実施してほしい。在宅のかわりに誰が中心になってカンファレンスをやれるかという、できれば病院に来ていただきたいが、ケアマネジャーは介護とのつながりがあるが、医療ともつながっていただかないといけない。今後の方向性として、ケアマネジャーが関係者と連携して形づけるようなことも仕掛けにあって、そこで短時間で協議をする。短時間でするためには事前に情報共有をやらなければいけない。地域の事情があるが、そういう方向でやろうじゃないかという方向性をここで詰めていただくと、我々のほうも地域で進めやすい。

○会長 今の発言に対しては後で集中して議論をお願いしたい。病院はまさにバックアップ。急性期病院、それから地域包括ケア病棟、地域包括ケア病床を持っている病院の役割など、病院の立場ではいかがか。

○委員 病院協会としては、まず病院の医師や看護師が在宅医療をどれだけ理解しているかということがまだ薄いのではないかなということ、県の病院協会として、県からの委託事業で平成26年度、27年度、28年度に在宅移行円滑推進事業を実施した。病院の医師や看護師の理解度を深めるための研修会を3年間で16回ぐらい全県下、備前、備中、美作など等で行った。1,283名が来られ、そのうち医師が100名で8%、看護師が465名で約36%、あとの50数%が介護士、MSWなど、それから行政、保健所の方が参加された。しかし、まだまだ理解していない印象も持っている。医師8%を多く見るか少な

く見るかであるが、私自身としては少ないと思う。特に急性期中堅どころの医師が全然在宅医療について認識できてないと感じている。例えば、私が紹介したがんの患者さんが倉敷方面の大きな病院から治療を受けて帰ってきた。在宅でいける患者さんなので、向こうの病院で、在宅でいけるという話があったか尋ねたら、そのような話は全く聞いておらず、とにかく、金光病院に帰りなさいとしか言われてない。看護師さんも同様だったと。それで、家で過ごせると話をしてすぐに退院されて、ご本人も家族も喜んで退院して在宅でしばらく家におられた。悪くなって最終的にはうちへ入院して最期を迎えられたが、そういう状態が現実。3年間事業で取り組み、やらないよりはよかったかもしれないが、まだまだこれからの医師や看護師の認識をどのように深めるかが非常に大切だと思う。地域包括ケア病棟を持っているところは、施設や在宅の最終的なバックアップをしないと安心して在宅医療はできないというのが私の考え。在宅医療を受けている全員が最期を在宅で迎えるわけではない。最期の2～3日でもいいから入院して最期を入院で看取るという形でもかまわない。そのような場合に、病院の医師などが「家で看るのではなかったか？」というような態度で接することがあるので、そうではなく、最期数日の入院もあり得ることも含めて、病院と在宅が共通認識できるようにして在宅医療を支えていかないといけないと思う。

- 会 長 病院のトップがこういうお考えなので、我々は期待を持って安心して前へ突き進めばいいと思う。引き続き、県も是非事業の継続も視野に入れて。
- 副会長 今、国でワーキング会議も開催されている在宅医療会議では、行政と医師会は車の両輪にあるという方向性を出しており、我々医師会も是非協力していきたいと思っている。1つ考えているのは、まずは地域医療構想など様々なビッグデータやその他のデータに基づいて議論をしていかないといけないということである。いつどこでどのぐらい連携が必要なのかなど連携に関する客観的指標を考えていかないといけない。我々は今こちらサイドで考えているが、住民の方たち一人一人の意思が尊重されることが一番大事であり、主人公は住民なので、そこを踏まえた上でどの提供体制がいいのか検討する必要がある。今、県が示している二次医療圏ごとの在宅医療を受ける人数は、高梁・新見、真庭、津山・英田は実はこれからもほとんど増えない。高梁・新見は今がピークでこ

れから減っていく。今が成り立っていればいいという考えが一方であるかもしれないが、実はそれは間違いであり、高梁・新見や真庭もじきに同様になっていく。病院で働いている医師、看護師の年代別に一番多いのが50歳代であり、中心は40、50代あるいは60代。これから先を考えるとそこには非常に重要な課題があるし、在宅医療や訪問診療の数は、県南東部と県南西部が約1.3倍～1.4倍に増えていく。全国データでいうと、全病院の中の在宅医療、訪問診療をやっている割合は3割。全診療所の中で訪問診療をやっている割合は2割。一方で、看取りの対応をしているのは全医療機関の全病院と全診療所のどちらもそれぞれ5%。この5%が看取りにおいて十分足りていない。それがエリアごとに当然違うので、データや住民のニーズに基づいて検討しないといけない。そういう意味で今、人生の最終段階における医療・介護におけるACPを丁寧にやっていくことが必要。1つ連携モデルでいうと、実は2年前の介護報酬改定でリハビリテーションマネジメント加算Ⅱが出た。これはまずデイケアの医師が利用者に説明と同意を得る。その後は、本人と家族、担当ケアマネ、医師やリハなど多職種が一堂に会してカンファレンスをする。制度上は最低毎月1回ずつ行い、地域で1人ずつを支えるという、まさに今ここで言っている顔の見える関係のカンファレンスを行う。おそらく国はスタンダードにしていこうという考えだと思う。例えば、今のリハビリテーションマネジメント加算Ⅱというのは、私は看取りまでそっくり使えると思っている。だから、局面ごとにどのように連携をとっていくのかというのが非常に大事。それから国では在宅医療のエビデンスを蓄積していこうとしている。今まであまり在宅医療のエビデンスがなかった。これからは在宅医療の質を問われる時代になっており、どう考えていくのか。最後に、国がよく出している資料で、平成24年のデータで内閣府が高齢者に最期の居場所の希望を聞いているものがある。自宅は55%に対して病院が28%ある。日本人は実は病院で最期を全うしたい人も比較的多い。同じ質問を要介護の方に聞くと、自分は迷惑をかけたくないという気持ちでかなり変わってくるが、そのあたりはACP等で本人の意思を最大限に汲み取る仕組みをもう少し取り入れていく。このように、特に人生の最終段階での多職種の顔の見える関係は非常に重要なプロセスになる。社会資源の物量も各地域で全然違うので、社会資源の中できちんと成り立つ

当地システムをどう作っていくのかが非常に重要。住民主体で、みんなで議論して住民自ら考えることが深化につながる。在宅医療の推計値から見ると、県南東部と県南西部は岡山・倉敷があるので、その影響を除くと、二次医療圏ごとの医師の数は多くなく、県南西部については一番低い。今後はもう少しデータに基づいた精緻ある議論ができることを期待している。

○会 長 多職種協働によることで実り豊かなACPを提供できるのではないかと思います。ACPの入り口の話をしつつ、先程のケアカンファレンスの提案にもう一度議論をおろしたいと思う。では、事務局、次の話題の議題の（2）について説明をお願いします。

○事務局 資料8ページに掲載しているが、来年度から正式に幸福な長寿社会実現事業として取り組むことになった。本事業に取り組む背景になったのは、ご本人が望む療養生活や人生の最期をどのように支えていくかというところに焦点を置いた取組みが必要だろうということで、まずは本人がどのように療養生活を送りたいのか、最期を送りたいのか考えてみる。それから、それを周りの方と共有して実際の実現につなげていく、そのような取組を何とかできないものかと始めることになった事業である。事業の主な柱は、まずはご自身の最期を考えてみる、療養生活を考えること。それから、そういったことを周りの人達と共有をしていくことの必要性などについて普及啓発していく。そのために必要な資材を作ったり、働きかけを講演等で行っていくものである。2つ目は人材育成である。ご自身でもなかなか自覚できていないところに対して働きかけ、考えるきっかけを持っていただいたり、何度も何度も話し合う過程の中でその希望を支えていく、そのような過程を支える人材を育成していこうというのが2つ目の柱になる。8ページ以降は、もう少し具体的に著している。今後の事業は平成29年度から平成32年度までの4年間で取り組む予定にしている。初年度は、普及啓発の取組がスタートする年でもあるので、資材を作成したり、既に取り組んでいるところは今後も推進していただき、これから取り組むところには少し検討して力添えして普及啓発していきたいと考えている。人材育成については、1年目は中心となって講師的な役割をとっていただけるような方の人材育成を中心に行い、その後はそういった方々を中心に多職種でも支えていけるような人材育成も併せて行っていきたいと考えている。11ページか

らは、考えるきっかけとなる資料として参考までに活用もしていただけたらということで、様式例を岡山市と一緒に共同で考えている。11ページから14ページまでが様式例、15ページから18ページまでは、この様式をどのように活用していただくかという手引き案として参考までに載せている。

○会 長 顔が見える関係と幾度も言われるので、共通の目標、いわゆるこの患者さんにサービスを提供していくときに、ヘルパーさんやケアマネさん、訪問看護師さん、医師などそれぞれが共通の目標に向かって、専門性を通してサービスを提供するのが一番の基本。ACPはその一部分にすぎない。という中で、先程、一緒にカンファレンスしましょうという提案があった。カンファレンスなしで1人の患者さんにいろんな職種の方が共通の目標を持ってサービスを提供することは事実上できない。顔が見える関係とか連携とかといっても、そういう機会を持たないで的確なサービス提供はできない。その前提で、先の御提案、医者のところ押しかけていって、カンファレンスをやろうということへのご意見をお願いしたい。私は、一堂に会して議論をしないで顔が見える関係とか地域包括ケアサービスの提供はできないと思う。私も1カ月に1回は訪問診療をやっており、1カ月に1回、連携会議、多職種会議をやっている。

○委 員 会議は一堂に集まってすることは大事だと思うが、先生方が集まれる機会はおそらくとても少ないのではないかと思う。そこがどうか・・・。

○会 長 皆さん、いかがか。

○委 員 ケアマネジャーが中心でケアカンファレンスをやる。ケアマネさんが物凄く担当をしている。カンファレンスは居宅サービス計画書に基づいて担当者会議などでケースの検討をしているのが実態。非常に緊急度の高いときはカンファレンスになるが、ケアマネの負担を考えたときに、居宅サービス計画を立てるだけで物凄く大変なので、一堂に会する会議の整備をしないと現実的にカンファレンスができるのかと思う。

○会 長 看護協会、いかがか。

○委 員 カンファレンスはもちろん大事だが、在宅へ移行するときにある程度医師の間でルール化をして、同じ目線で病院から在宅へ移行することができないのかと思う。また、介護保険のケアカンファレンスはケアマネが中心となるが、医療保険でカンファレンスが必要なときは訪問看護師が退院支援部門とつないでい

くと思うので、訪問看護からも発信して集まろうと呼びかけ、重要度に応じて医師にも来てもらい、その後は関係者でよいと思う。

- 会 長 今は医師に来てもらうのではなく、医師のところを提案されている。
- 委 員 それでいい、みんな向こうでやって。
- 委 員 いわゆる尾道方式をやるということで、もちろんケアマネジャーが企画するのはなかなか大変だと思うので、そうすると訪問看護の方と関係者の方が医師のところに出向いてやる必要があるのではないかと思う。短時間で実施しないと先生方も皆さんも大変だろうから。
- 委 員 そのときに、医師の共通理解がないと押しかけていっても、のこの何しに来たんだというように現場が混乱するかと思う。
- 委 員 もちろんカンファレンスは重要だと思う。ケアマネが召集する会議は報酬に基づく会議なので、そんなことはどうでもいい。要するに在宅で生活したいという方々のために本当に集まって話をするということが大切だとは思いますが、ドクター側の受け入れの問題がテーマだと思うので、ざっくばらんに話ができる先生以外とどのようにこれから進められていくのかが大きな課題。もう既にしている先生はしている。
- 会 長 岡山ではまれで、あまりいない。
- 副会長 僕らも医師会にいるので、熱心に取り組んでいる医師がたくさんいるのを知っている。この会議では、自分の知り得ている主観の情報より、客観的な情報、例えば今の必要量とかニーズとか……。
- 会 長 主観ではなくて、データを方法論として今議論している。
- 副会長 そうではなくて、先生は足りないと思っているし、私はそこそこいけていると思っている。要はデータを得る客観的視野がないといけないということを行っている。
- 会 長 私が言いたいのは、方法論として在宅医療のサービス量どうこうではなく、いわゆる多職種協働でそれぞれの専門性を持って、1人のサービス受給者に対して共通の目標を持って、それぞれの専門性を果たしながらサービスを受ける方の問題を克服していきましょうということ。これを四六時中やりましょうと。尾道ではそれが一つの土台。顔が見える関係というのは、文字どおり顔が見え

る機会をつくってそれでやりましょうということである。実は、私は10年前に岡山市で1回やっている。でも岡山市ではそういうケースが非常にレア。そのことをやっと最近知った。ですから、皆さん方の中で、地域で、退院時カンファレンスをやる、地域で在宅療養を続けておられる中で急変、あるいはなかなか大変だというときに、多職種が一堂に会してこの方の問題点について共通認識を持って、それぞれの専門分野の方々がどう働いて、どうするかというカンファレンスのようなことを日常的に持ってらっしゃる方をご存じか。あるいは皆さん方自身経験されているかお尋ねしたい。

○委員 先生の医院に押しかけていって、ケアマネさんや訪問看護師やヘルパーなどの方々とカンファレンスをするのはたまにある。

○会長 やはりそういうのが必要に応じてタイムリーに行われることが一つのベースの方向。尾道はそのシステムがフルワークされている。是非この協議会でそういった方向性、このようなカンファレンスを地域で行うことに対して技術的な難しさはあるだろうが、地域でみんなが集まってそういう考えをするというトライアル・アンド・エラーをしない限りスキルは身につかない。このようなカンファレンスを地域でやっていこうかという方向性をこの会議で議論したい。もう一度皆さん方のご意見を伺いたい。

○委員 先程話題に出ていたリハビリテーションマネジメント加算Ⅱは、まさしく在宅で生活している方に対して医師を中心にカバーしないといけないシステムであり、現にしている。本当に連携しなければいけない人にはきちんとしている。それを全部ルール化して、全部の事例にカンファレンスしようとすると思う。

○会長 全事例じゃなくて必要に応じてやる。

○委員 必要に応じてやるカンファレンスには、当然ながらドクターも入っている。

○会長 されているか？

○委員 している。

○会長 私は岡山市の方と話して、していると聞いたことがない。

○委員 在宅の人に対して、私は訪問診察もやっている。私の担当に関しては、多職種で何らかのルールづくりをしなきゃいけないときは看護師と医師で決める。そこで解決するものもある。多職種でケアマネジャーも含め、介護も含めてする

必要がある場合は、多職種でそれは患者さんのお宅とか、あるいは自分の病院、診療所でやるときもあるし、あるいは電話でやるときもあるし、ケース・バイ・ケースで臨機応変にやっているのは事実。

- 会 長 私の情報ソースが乏しいのか……。
- 委 員 数値目標をきちんとあげることが連携だと思う。
- 会 長 数値目標というのは何の数値……。
- 委 員 例えばケアマネが医師とカンファレンスした回数がどれぐらいになったのか、はまさしく成果であり、それをアピールすることによってその数値目標をどんどん上げていけば、それがスイッチになると思う。だから、そういう指標をきちんとつくって、ドクターとカンファレンスした回数みたいなものをデータ収集または届け出る。そうして医師を交えたサービス担当者会議の必要性の根拠とする等。
- 委 員 やっている人に聞いたらやっていると答えるのは当たり前。多分やっている人がやっているとやっていると、やっていない人を知っている人はいやできてないよねという議論になりかみ合わないの、それはデータをとるなりして、それをベースにして議論をしましょうというのがよい。もう一つは、私も現場の人間ではないので、カンファレンスの必要性、程度もあるが、どこまでやらなければいけないかという指標はきちんとつくらなければいけないと思っている。高梁がある意味全てに適応できないのはわかっているので、やまぼうしというICTを使って連携して進めていきたいと思いますと取り組んでいる。それはある意味別のアプローチである。顔が見える関係は、あの人知っているという関係をまずつくっておいて、あと個別ケースの情報のシェアはICTを使ってやりましょうというアプローチ等を使って、効率的にやろうとしているのが高梁の現状なので、どこまで一堂に会するカンファレンスという形でやらないといけないか、できない部分はそういうICTを使って補っていくというのもありだよという、そこまで含めて準備していきたいと考えている。
- 会 長 まず1つ、指標をとること自体が実はカンファレンスに付随する提案の具体策の一つである。なので、もしこの協議会でそのようなことを一つの指標とするならば、是非皆さん方集めましょう。
- 副会長 在宅医療を受ける患者さんの推計値が二次医療圏ごとに出ている。人数が何人

で、その中の半分ぐらいが訪問診療を受け入れている。性年齢階級別推計値もかなり正確である。もし在宅医療の提供量が少ないのであれば、これは一遍持ち帰り、地区医師会に当然応援願うことは役割だと思っている。もう一点は、例えば県北のほうの次の世代になる医師、これは医師会としても行政としてもタイアップしてでも次の世代の医師、看護師の提供体制をどうつくるかということが重要な課題。これについては、医師会がリーダーシップをとっていくと思っている。ITでいろんなツールができていて、ケアキャビネットもあればやまぼうしもある、今後も多分バージョンアップしてできてくると思うが、そのときに顔の見える関係とそのITを使ったときのどちらのクオリティーが高いかについては全くデータがない。必要量を踏まえて提供量をそこにどうマッチさせるかということが大事。何をするにしても数字がないと。私が言っているのはニーズに対して供給量がどうマッチしているか、そこを出していきたいのがデータで、そこにITが絡んでくる。特に最期の死が近づくときに当然、本人も家族も気持ちが揺れるので、そこはすごいデリケートにやって手厚くしないといけないし、そのあたりについて何かデータをもとに議論をしていかないと話がかみ合わないと思っている。

○会 長 それで、前回の議論を思い出していただきたいが、医者との連携がなかなか難しいと皆さんいつもおっしゃっている。どうやったらそのハードルを除くことができるのか。岡山市ではそのようなカンファレンスが常態化はしていない。エビデンスは、何も一々アンケート調査をやってということではなく、一定の情報ツールから集まった中で判断する。やっている人はやっているで十分。でもその中で決定的に欠如しているのがかかりつけの先生とのカンファレンスである。毎回する必要は全然なくて、ノウハウはある意味、尾道は確立されている。是非皆さん方、医師を交えた地域での症例基準の症例見学というような指標を、とれるのであれば一つとっていくことをそれぞれ戻ってご検討いただければと思う。

○委 員 お互いのカンファレンスの定義が何か違うのでは？尾道方式がいいかどうかもあると思うが、今の内容は退院前カンファレンスはやりませんと言われているように感じる。退院前カンファレンスも大切なカンファレンスである。例えば地域に移行してからも近頃はケアマネジャーさんも結構病院に来ていただいて

やっている。場が問題ではなくて、何のためにやるカンファレンスかが重要。カンファレンスと言ってもいろんな意味合いがあるので、例えばそれが全員そろわなくても、ケアマネさんは結構病院に来てくださっている。そこで、ワーカーと医師と患者さんも含めてやっている。多分カンファレンスの意味合いが違っているので、幾ら指標を立てても、そこから話し合いをしないといけないのではないかと思う。

○会 長 いわゆる地域でも自分の患者さんでの……。

○委 員 地域とは？

○会 長 自宅で療養中のこと。退院時のケアカンファレンスはある意味確立されていて、しかしながらなかなか医者が参加できないとかいう問題があるのをみんなわかっている。今、1つテーマとして挙げているのは、自宅で療養中の患者さんに対してどうやって多職種で、他の問題が起きたときにどうしましょうとか、あるいはどういう療養計画をお互いの専門性を活用して進めていこうかという内容のカンファレンスを指している。なので、入院時とは少し意味合いが異なる。地域で療養している中で病院も地域ではないかという言い方はできるが、退院時のカンファレンスはカンファレンスでいい。先程県庁としては、ACPについて是非皆さん方にご理解いただきたいということで提案があった。岡山市が作成した様式例について意見があればお願いしたい。これは岡山市が県とも話をしながら作っている。

○事務局 このACPの検討に私も実は加わらせていただいている。議論は一生懸命してくださっているが、どれが正解というのはなかなか難しいので、まずは岡山市で作ったこの案を県も一緒に重ねて走り始めて、恐らく今後改定もされていくので、その中でどんどんバージョンアップもしていこうと考えている。これを将来的には岡山市と県と合わせて使うというようなことをここでお許しいただければありがたい。

○委 員 1点だけ申し上げたい。ACPはタイミングがあって、早過ぎても失敗するし、遅過ぎても役に立たない。この様式を使うならACPとして成り立つように若干ファシリテーションしないといけないと思う。

○会 長 どのようなかわり方、それぞれの専門職種の立場として、しかも多職種協働という視点でこのACPをどうお考えになるのか、一人一人意見を伺いたい。

- 委員 私はとにかくACPという言葉をまず市民の中に広めていかないといけないのではないと思う。これをいきなり渡されても家族はすごく困惑すると思う。このごろは退院時にこれをいきなり突きつける病院がある。家族はへえという感じになる。現場としてはここに至るまでのこともきちんと患者さんとカンファレンスしないといけないが、そんなこと簡単にできるわけもなく。それから、それをチームでやりましょうと言う場合に、患者さん自身もまず考えないといけないし、誰が患者さんに入っていか、生活時間と必要な情報を誰からもらったいいかなどすごくいろいろな問題がある。いきなりこれを持ってこられてもこれを書ける患者さんは非常に少ないと思う。
- 委員 私は職能団体として、このようなことが今取り組まれつつあるということを職員研修として広く知っておいて、実用化の前に知識としては知っておくべきだと思うので、これを啓発しないといけないと思っている。求められる時期が来たら深くかかわれるような研修を進化しないといけないと思うが、まず生きろ死ぬというのは使わない。
- 委員 栄養士会としては、最期こういうことをしてみたい、どう生きたいかということを実現できるための支援ができるところでかかわりたいと思う。
- 委員 施設へ入られる方は入れる。ご家族でも答えられないものは、施設に入ろうとしているご本人になるとほとんど答えられない状態になってしまっている。なので、私達特養ではあまり現実的ではないし、少し項目が多過ぎると思う。できるだけもう少しお元気なときにゆっくりと静かなところでお考えになられるのがよいのではないと思う。
- 委員 現場でかかわられている方は個別のケースからずっとイメージが入ってくるのだろうと思うが、私の立場で市民をマスで見たときに、どういったときにどういうサービスが受けられて、どこまでのことをどの機関に頼れるのか、そこからそもそもわからないといけないという状態だと思うので、まずそこが初めのハードルなのかなと思った。多分、それをいきなり渡されても困るということはおっしゃるとおりだと思う。
- 会長 おそらく行政もこれをいきなり渡すということは考えていないと思う。
- 委員 個人にこれを突きつけられると、考えないといけないことだと思う。私はデイサービスに行っているが、7割方認知症なので、実際に大変だよなということ

もあるし、家族の方に聞いても急変したら変わることはあり得る。在宅よりやはり病院がいいということもあったりする。大事なことだけど・・・これから勉強したい。

○委員 私もこれは看護師自身がよくよく内容を知らないで、説明する側によるところもあるかと思うので、書いていただくために、看護師自身が勉強しないといけないと思う。ステップ3の内容を見ると、これと同じようなことを入院して検査するときに全部書くようになっている病院があり、入院の度に同じこと書かされて、本当に見てくれているのかと疑問になったことがある。

○会長 基本は各ステージのどのタイミングでどなたがどういうことを聞き出して、どうしていったらその方の最善の人生の締めを送ることができるのかということであり、これはまさに多職種チームの連携モデルの話である。対象者の病状の軽さやステージによって違うが、こういうふうに具体的なことをどうやって進めていこうかというときに誰かがフライングすると怖い。だからますます多職種協働がないとなかなか難しい。

○委員 私たち歯科医は終末期の患者さんにかかわることはあるが、そういうことを聞く機会はまずない。これは基本的には健康な人が健康なときに考えるべきことだと思う。医療や介護が必要になってからも、それ以前にも準備して考えておく。例えば家族同士で話をしたりすることが一番の基本になると思う。一般の人がどういうきっかけでこういうことを考えるかということをもまず話し合うことだと思う。

○会長 高齢社会を迎える中で医療・介護をどうするのか、そういうことを考えるのは基本で、今現在健康な人ばかりじゃなくて、実際にサービスを受けておられる方の思いもある中での話し合い。一スタートとしては健康な人間。お盆などにACPデーみたいなのをつくって、そのときに考えたらどうだというのも提案されたこともあったようだが。

○委員 とにかくこういうことを市民の方々と語り合うことが大切だと思う。普及啓発や人材育成は他部署でも考えている。この内容がどうかというようなことは次の議論になるので、こういったことを考えていく、議論していくことが大切。

○委員 ACPではないが、赤磐市では赤磐市バージョンのリビングウィルを作った。これを題材として最期を考える大切さを考えてもらえたらという思いがあっ

た。今年度ケアカフェを実施して地域の介護・医療スタッフが120名ほど集まった。自分の最期をどう迎えるかということについて、みんなの学習会もしたりしながら意識を高めていくという時代になり、それを進めていくのは地域包括支援センターでやっていくことかと思っている。訪問看護ステーションの看護師さんは、リビングウィルを持って、ここぞというときに話ができる方である。訪問先で家族の人と話し合った事例もある。そういうことを積み重ねていっているのが現状。進めて行くにはタイミングなど難しいこともあると思うが、今私どもができることは、住民の方に、考えてもらうことは大切だということを広報、啓発していくことだと考えている。まずはスタッフから、これって大切だよねということを理解し合うことだと思う。

○委員 死に方、生き方のガイドラインは各団体が以前からたくさん出しているが、ほとんどの人はそういうガイドラインの存在すら知らないというのが続いている。これも上から目線でこのようなものを出すのも問題だと思うし、本来、死に方、生き方は非常に個人的な要素もあるし、その辺は放っておいてくれという人もいれば、お一人様はどうしてくれるんだ等様々である。その辺を一つの流れに統一するというのはおかしな話で、むしろ自由奔放にやっていけばいいし、ガイドラインとして当然参考に使える。常に毎日人は死んでいて、特に多くは書面があってもなくても、問題なく我々とも良い関係で亡くなっている。我々の病院でも、認知症の人の家族の代表が決めて書面に書いて、最後にアンケートで質問したら、決めた人の心のケアをしてほしいという声もあった。どこまで代弁できるか、あるいは本人が決めても認知症で長い間患っていたら、あれはどこにいったとか、あるいはどうなっているのかということにもなる。個人個人で違うので、我々がむしろきちんとした情報を見える化して皆さんに出す。実際、今の医療の体制はこうで、介護の体制はこうだと伝えた上で、みんなですべてどうやってもうまく対応して、苦しまないように満足いく死を迎えるか。それは地域のみんなで考えてもいいことであって、むしろそういう話をきっかけにこういうものを使うというのはありかと思う。このとおりでやったほうがいい、これをいつ書くかと悩むより、これを見ながら一緒にお酒を飲んだり、コーヒー飲んだりするほうがむしろいいのかなと思う。

○委員 こういうことの研究をしていくのはいいことだと思う。私は個人的に、脳死に

関係して親とそういう話をしたことがある。チューブにつながれるのは嫌だとか、口頭でもそういう話を親子でした。そういう機会の一つになるのかと思う。

○委員 行政がこういうことを進めるのは慎重にはあるべきだとは思いますが、時代もあるのだと思う。要は使い方だと思う。あえて作って配るとしたら、元気なときに配る。当然、ケアのステージになったら内容が変わっていくので。

○委員 幸福な長寿社会実現事業として、人生の最終段階のあり方について、一般の元気な県民の方々にこういう啓蒙活動をするということは賛成であるが、実際病院へ入院となると、私どもの病院は高齢者が多いので、例えば施設から来られた場合は、御飯を食べなくなったときには、食べても栄養を与えても役に立つだけの内臓の力がなくなっているというところまで説明して決めたりする。一時急変したときにどうするか、心臓マッサージとはどういうこととか、レスピレーターをつけるとはどういうこととか、補液ならどの程度のことをするかなど長い文章で示した紙をつくったが、私は一度も使わなかった。マニュアル化するのは嫌だし、自分もされるのが嫌だから。入院したときや施設に入ったときに文書を渡されたら、何だと思うか。それでまず看護師が主治医に聞くのがCPRするかどうか。今入ってきたばかりなのに。家族に確認してくださいと言う。そんなことをあなたのお父さんかお母さんが入ってきたときに聞かれて、あなたはどういう気持ちができるのかと聞きたい。私はこういったものをマニュアル化するのは嫌である。その他、私は外来の患者さんに、お盆などに息子さんや娘さんが帰ってくるときに、楽しい話ばかりでなく、今後の過ごし方やお墓のことなどどうするんだというようなことを話さないと言っている。みんな避ける。楽しい話とかばかりで。だから、それをやめて、お盆とかお正月はそういうことを一回でもいいから話すように伝えている。そういうことで私は総論賛成、各論反対である。

○副会長 このツールを地域住民に配布するのは基本的には反対である。というのは、ACPというのは、本人の意思を最大限尊重するために、医療ケアチームが徹底的に本人と話し合っただけで合意を形成することが醍醐味である。結果よりも話し合いのプロセスが最大限に重視される。懸念しているのは、お母さんが子供に迷わずいいこととして伝えるようなパターンリズムと、もう一つは情報提供型モ

デルといって医者、医療側は何もせず、説明陳列するだけで患者さんの価値観のみで支援治療を選択すること。これはどちらもよくない。シェアード・デジション・メイキングで双方が徹底的に合意を形成するために話し合うことが重要であり、ACPは紙面ではない。介入すべきステージとして適しているのは、脳卒中を起こして嚥下障害があり、誤嚥性肺炎を1回起こしたぐらいのステージと言われている。それから、一般の人が持つリビングウィルのイメージは、がんの末期で、あと数カ月で100%死ぬような状況を想定しているところがある。しかし実際は亡くなられた方の3人に2人は非がんであり、だんだん衰弱していったり、認知症が進行していったりする方のほうがむしろ多い。がんであっても非がんであっても緩和医療が非常に大事だし、その中で意思を尊重していくことが必要になる。我々はおそらく患者さんの検査データや画像データがよくなることをすごくよいことだと思っているが、そのときの局面によっては患者さんはそう思っていないかもしれない。そもそも我々は患者さんの人生に素人である。一方で患者さんは医療に素人なので、そこをすり合わせていこうというのがACPである。最後にもう一点、ご本人の意思を踏まえていかないと、我々がよかれと思っている、住民にもいろいろな価値観の人がいる。一人一人なぜ話し合いかという、その一人一人の状態とステージでチームが話し合う、それがACP。この紙だけではACPではないので、ACPと書いてあること自体が誤解を与えるのではないかと危惧している。

○会 長 ですから話し合いのプロセスが非常に大事だということ。誰か一時期一つの一業種が独断と偏見で語り、実践するものではないということである。皆様方にもいろいろな意見があり、患者さんの一言一言に対しても、いろいろな解釈があるので、だから話し合いが必要なんだというところで今日の結論にまとめたいと思う。ですので、カンファレンスについては医者のところには押しかけて行くのは一つのわかりやすい話であるが、サービスを受ける人も含めて関係職種が一員となって、一つの方向に向いて垣根のない形で進んでいけたらと思う。