平成３０年度第３回平塚市在宅医療介護連携推進協議会会議録

日　時　平成３１年３月２８日（木）　１３時１５分～１５時００分
場　所　平塚市役所本館　４１０会議室
出席者
○ 委員１３名
　髙山委員、小宮山委員、小川（明）委員、瀧澤委員、岩渕委員、田中委員、山崎委員、吉井委員、佐藤委員、島田委員、上條委員、三橋委員、宮崎委員
○　事務局６名
　津田福祉部長、中村地域包括ケア推進課長、楢山医療・介護連携推進担当長、塩谷主査、宇山主査、相原高齢福祉課高齢者相談支援担当長
○　平塚市在宅医療・介護連携支援センター３名
　遠藤氏、大平氏、泉谷氏

開　会
１　委嘱状交付
２　福祉部長あいさつ
３　新任委員自己紹介
４　議題
＜以下、進行は会長＞
議事に入る前の報告事項
　平塚市在宅医療介護連携推進協議会規則第５条第２項により、定足数である過半数の委員の出席を得て、本協議会は成立いたしております。また、本協議会は平塚市情報公開条例第３１条により公開となっており、会議の傍聴につきましては、平塚市附属機関の会議の公開に関する要綱のとおり、取り扱うことといたします。会議の傍聴者は１名です。

議題　（１）終末期における終活事業について
＜事務局＞
資料１に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
＜委員＞
参加メンバーについて、保健師や看護師、ケアマネジャーといった看取りにかかわる方々が参加されるのはわかるが、訪問介護といった介護の方がいないことが気になりました。介護の方ならではのエンディングノートについての意見が出てくるのではないでしょうか。
＜事務局＞
エンディングノートの想定では、この医療介護連携推進協議会に係る部分は医療処置部分の最期の希望部分になるかと思います。今回に関しては大枠の相続など本人の意思を伝える大きなところから作ると想定しています。その中で取捨選択をして、一義的には市民の方と

接する地域包括支援センターの職員に入っていただいて、いろいろな職種の方が候補として挙げられますが、医療介護連携推進協議会や地域包括支援センター管理者連絡会などで御意見をいただき、まとめていきたいと思っています。最初からメンバーを大きくしてしまうと、まとまりにくいこともあり、今回はこのメンバーで案を作らせていただき、いろいろな所から意見を聴取し作成できればと考えています。

＜委員＞

パッと見たとき介護の意見はいらないのという印象を受けてしまう。多くの方を巻き込んでいった方がいいと思う。

＜事務局＞

もちろんこの中だけで決めようとは思っていません。広く意見を伺いまとめていきたい。

＜会長＞

実際に会議が始まったら、いろいろな意見の方がいると思います。もし訪問介護の方が必要だと思ったら、来年度はこのメンバーですが、来年度以降にはお願いされるかもしれません。その際には意見をお願いします。

＜委員＞

今回のワーキングはエンディングノートを作ることが目的なのでしょうか。エンディングノート以外の終活事業はあるのでしょうか。

＜事務局＞

エンディングノートは終活という大きな事業の中のツールの一つです。道具の一つとして考えており、エンディングノートを作ることが目的ではなく、終活事業ではこんなことができると御意見をいただくことを考えています。

＜会長＞

市内のいくつかの地域包括支援センターにエンディングノートがあるとのことですが、今日出席の委員のところではあるのでしょうか。

＜委員＞

いまのところ作成していません。

＜委員＞

あさひきたでは包括独自で他の市町村を参考に作っています。皆さん書くところが多いと書ききれないため、ある程度項目を絞った簡素版で作成し、配布しています。

＜会長＞

皆さん持ち帰って自宅で書いているのでしょうか。

＜委員＞

持ち帰っていただいていますが、その後の状況確認はできていません。書き込んでいただいているかはわかりませんが、部数としては２００部を超えています。

＜会長＞

実際に持ち帰った方が介護を必要としたときに、ノートを基に医療や介護を進めていくことになると思います。

＜委員＞
　医療の方では、「ＡＣＰ」、アドバンスケアプランニングという特に医療面に対して、終末期にどこまで処置するかということがあるのですが、これはエンディングノートの中身に含まれるということなのでしょうか。それとは別にというイメージなのでしょうか。
＜事務局＞
　エンディングノートの中に医療処置を含めていきたいと考えています。こちらでは権利擁護のもの、こちらでは医療のものと別々のものを作っても使い勝手が悪く、ひとつにまとめたものを１年かけて使いやすいものを作っていきたいと思っています。
＜委員＞
　所属している訪問看護ステーションでは、近隣市にも事業所があるので、近隣市が作成したエンディングノートの活用方法などについて聞いたところ、「配布はされるが使い方がわからない」、「中身も渡しただけでどう使えばいいかわからない」といった説明が不十分ということがありました。また、チームが知らない間に利用者に配布されていたり、なかなか浸透できていない状況と聞いています。
　あくまでもエンディングノートはツールのひとつだと思います。ツールだけが先走り配布だけをしても、そもそもの終活事業と違う目的になってしまいます。どのように運用をしていって、市民の皆さんにアプローチしていくか、同時進行にいくものなのでしょうか。それともまず作成して、すぐに配布していくのか、まず土台を作っていかなくてはいけないのではないでしょうか。
＜事務局＞
　同時進行でできればと思っていますが、ワーキングの中で考えていきたいと思います。エンディングノートだけが独り歩きをしてしまって、配布だけはしたけれどもその後はわからないでは意味がありません。どのように運用をしていくか市の方で進めていきたいと思います。
＜委員＞
　行政の方でもたたき台ではないですが、プランニングは何かありますか。
＜事務局＞
　とくに今のところありませんが、ある程度の案はお示しさせていただく予定です。
＜委員＞
　作成だけではなく、市民への周知や運用を考えていくということですね。これだけポンと出されてしまうとこれだけにフォーカスが当たってしまい、市の方でもエンディングノートにいたるまでのプロセスがあると思います。それまでのプロセスが一番大事でそれをしっかりと書面で提示し明確化していただくことがこのプロジェクトを進めていくうえでいいのかなと感じています。
＜会長＞
　あさひきたではエンディングノートを２００部ぐらい配布されたとのことですが、配る前にこのノートはどのようなものか一人一人に説明をしたのでしょうか。

＜委員＞
　集団のサロンなどで説明してから配布をしています。あとは行政書士に終活の講演をしていただく中で、エンディングノートの活用方法をお話しいただいて配布しています。ただ、御自宅で書き込んでいるかの実情の把握はできていないです。もしかしたら御自宅のテーブルの上に置いてあるだけの可能性もあります。
＜会長＞
　エンディングノートを作成したら、地域包括支援センターをまわったり、医者と相談しながらこのようなものがあると説明しながらしていかないとなかなか周知ができないと思います。来年度いっぱい出来上がったら更に進めるために検討していただければ有用に使えると思います。事務局も各地域包括支援センターも協力いただければと思います。
＜委員＞
　エンディングノートは出来上がったものを使っているのですか。それとも内容を検討したうえで作ったのですか。
＜委員＞
　他の自治体のエンディングノートを参考にしていますが、とても分厚いので簡素版にしています。
＜委員＞
　使う人も千差万別ですから、その人にあったエンディングノートでないと書けない。書店で売っているエンディングノートでは本来の目的に合わない可能性があります。せっかくワーキングをするので、そこも検討してほしい。高齢者は増えていくし、認知症の方も増えていきますから、書きたい人は多いと思います。一人暮らしの人は誰かがアシストしないと書けません。本来の意味でのエンディングノートのために検討をしていただきたい。
＜会長＞
　できるだけ書きやすくて、薄いサイズでそれをよく来年度１年間練っていただいて検討してください。
＜委員＞
　６５歳の時に書いたものと１０年後、１５年後の体調変化で書いたものとで変わっていくと思います。最初に書いていただくのもハードルですが、さらにどのように更新していくかも考えていかないと本当の意味のエンディングノートにならないと思います。かなり運用が難しいと感じます。
＜委員＞
　他の自治体ですと書き直した日付を書く部分もあります。
＜委員＞
　書き直していただけると良いが、高齢者の方が書くということも大変な状況の中で、気持ちが変わったから更新するということは稀なことだと思います。そこを誰がフォローしていくかを考えると難しいです。６５歳の時に書いたものを８０歳の時に見て、その人への対応がこれでいいと判断できるのか。

＜委員＞
　ＡＣＰについてですが、参考までに言うと一番大切なのはプロセスを共有することです。結果として作ることではなく、作る過程で家族内で話し合ってその価値観を共有することが重要です。
＜会長＞
　エンディングノートは自宅に持ち帰った後にかかりつけの医師のところにも持って行くよう促すものになるのでしょうか。それとも御自宅で保存しておいて、元気なうちは活用しないで持ったままなのでしょうか。
＜委員＞
　地域の方にお話ししたのは、出来るだけ家族と話し合って書いたことやどこに置いてあるかなど伝えて共有しておいてほしいとお話ししました。医師に持っていってとは伝えていないです。
＜委員＞
　医療の同意といった部分は終末期には変わってくることもあります。エンディングノートの講演をしたことがあるのですが、貯蓄がいくらあるか、保険は何に入っているかといったあまり変わることがない部分は家族にここにあるとわかればいいと思います。今後の考える過程で話し合われると思います。
＜委員＞
　今回の検討ワーキング部会のメンバーに医療機関がいないのですが、作成していく過程で構わないので医療機関も入れて欲しいです。病院での症例で高齢の方が救急搬送されて蘇生の意思確認ができない状況で御家族の住所は市役所ではわかるけど個人情報保護条例のため御家族の個人情報を病院が知ることができない。御本人の意思確認ができないので、御家族の意思確認のために連絡を取りたくて、主治医が市役所に行くことや、文書で届けることを提案したり、市の弁護士や病院の弁護士と相談したりしましたが、結局、御家族の意思確認が取れず亡くなったケースがありました。医療の倫理というところで考えると御本人の意思が第一で、御本人の意思が取れなければ御家族の意思で希望する形での対応をしたいがなかなか病院では叶わないことがあります。
＜会長＞
　急変した患者さんの意思確認はなかなかできないと思いますが、済生会病院や共済病院、市民病院ではどうでしょうか。
＜事務局＞
　さきほどの御意見で、医療機関をメンバーに入れるという議論がありまして、医療処置の部分ですが、ワーキングでは大枠で考えていき、医療の部分や病院の現状などについて協議会で御意見をいただければと考えています。
＜委員＞
　共済病院は急性期病院で昨日も会議で救急搬送をどうするか、ちょうど次の資料２に「高齢者福祉施設からの救急搬送」がありますが、施設で患者さんのリビングウィルといったものを取れているところと取れていないところがあって確認に困難な例があります。救急隊と

しては要請があれば行って、蘇生しながら病院へ運んでくるが実際は呼吸も心臓も止まっている人を運んでくることがあり、病院に来て看取りになることがあります。逆に蘇生したために心拍が再開してレスピレーターが付いてしまったため、御家族の中には看取りするはずだったのにということもある。国のレベルや県のレベルで広く検討をしているようですが、まだ最終的な結論に達していない。広い意味でのエンディングノートを含めた終活事業を平塚発でやっていただきたい。

議題　（２）高齢福祉施設からの救急搬送について
＜事務局＞
　資料２に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
＜委員＞
　施設からの救急搬送は結構問題があります。希望では施設で患者さんや家族の終活の意見を前もってまとめていればいいのですが、全部に備わっていないです。また、介護施設は平塚市内の高齢者だけではなく東京や横浜から来て入所している人もいます。御家族と連絡がついてもこちらに来ることに時間がかかったり、連絡がとれないこともあります。施設でも困るようですし、救急搬送された病院としても困る。蘇生すべきがどうかや救急隊も出動したら処置をしなければならないので、蘇生しながら運ばれる。蘇生して復活される人もいますが、植物状態になってしまうこともあります。平塚市独自では難しいかもしれないが、一つの目安が決まるとありがたい。
＜会長＞
　市内でもうまくやっている施設もあると思いますので、そこでの意見を吸収して、共通の認識や必要でしたら研修を行えば進むと思います。逆に施設から夜間に病院へ搬送されてきたが軽傷でなぜ来たかということもあると思います。
＜委員＞
　搬送されてきたけど、軽傷でそのままお帰りになるケースも結構あります。施設でも少々のことであれば観察して翌日にということもあるかと思いますが、夜間ですとスタッフも少なく、自分たちが家族から責められるのではないかと救急搬送する。医療現場としてもその場で大したことではないと思っても、高齢者で老衰に近い人は次の日にどうなっているかわからない。いったん帰って施設で急変することもあります。医師の判断も難しいところです。国民の看取りに対する恐怖感を無くせるよう意識を変えていくことも必要だと感じています。
＜委員＞
　消防隊が聞き取りした施設は特別養護老人ホームと特定施設だけなのでしょうか。
＜事務局＞
　消防隊の聞き取りの件数にはその２つの施設に限定していません。
＜委員＞
　特定施設や介護付き有料老人ホームでは２４時間介護付きになるのですが、それ以外にサービス付き高齢者住宅やケアハウスなど多種多様に施設があります。国の施策で介護保険施

設を少なくして、有料老人ホームを増やそうとしていますが、そこに営利法人が参入してきていますので顧客の取りあいになっています。そうすると情報を集める前に入所させるということが起っています。緊急時にどうするかという話し合いができていないことがあります。レスピレーターが付いた時にその施設で受けられるというと、ほとんど受けられない。行く場所がなくなってしまうことが課題です。

特定施設であれば介護保険指定事業所であるので大丈夫ですが、実地指導などでどこが足りないか見て行く事も必要なのではないでしょうか。

＜委員＞

いろいろなタイプの施設があり、在宅として取り扱っていて、介護保険や医療保険を使って外から訪問診療や訪問看護を入れる場所もあると思います。逆にそうではなくレスパイトやショートステイで訪問看護が入れなかったという壁もあります。サービス付き高齢者住宅などの在宅扱いで訪問看護が入っている場所で夜間に転倒した時に施設に人がいない、その時には連絡をいただきたいと話をしていても施設側の不安などで転倒したら救急搬送というシステムを作り上げている施設もあります。軽傷でも救急を呼んでしまうが、訪問看護に連絡いただければ状況に応じて呼ぶべきかお話しできます。行政側にもお願いしたいのは訪問看護にも連絡を入れられるようなシステム作りをしていただきたい。

＜委員＞

県として訪問看護が入れないといったことは医療保険など大きな制度で県独自では変えられないですが課題として、考えていきたい。

＜事務局＞

地域密着型といった施設は市が受付していますが、特養などの施設は県で指定をしています。介護保険制度は全国的なものですので、県を通じて国へ要望を挙げていくことなども必要と思います。

＜委員＞

さまざまな施設があり、夜間帯の職員対応が全く違う。施設の特徴に合わせた話や説明会などで対策について検討していかないといけない。夜間に１人しかいない時はどうするかといった手順を考えていかないと、全ての施設一律の基準は無理だと思いますので各々の特徴に合わせた救急搬送の細かな説明が必要だと思います。

＜事務局＞

今回は現状認識というところで開催をしました。その際にも施設の種別で２つに分けて話合いをしていただきました。今後は全部を集めるというよりは施設ごとにどうしていくかを考えていきたい。

＜委員＞

施設側に関わっている立場として、家族からクレームが出たらどうしようということや亡くなる直前の方が転倒して亡くなり賠償金が払われたという情報があると恐怖感で呼ぶことがあります。そこを少しでも緩和できれば不適切な搬送を減らすことができるのではないかと思います。私も失敗したなと思う事例もあり、救急搬送する前に判断のためにかけられる電話番号が神奈川県などにあったと思いますので、そこを活用できれば減らすこともできる

と思います。
＜会長＞
　このような会議に施設の方々が出席いただき、皆さんの意見をいただいたので、引き続き高齢者福祉施設の救急搬送について検討していけば必要のない搬送が減らすことができると思います。

５　報告
報告（１）平塚市在宅医療・介護連携支援センターについて
　＜平塚市在宅医療・介護連携支援センター＞
　資料３－１、３－２に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
＜委員＞
　実績で「患者のための薬局ビジョン推進事業」は皆さんの御協力いただきうまくいきました。アンケートは９０件、お試し薬剤師も１８件実施でき、貴重な御意見をいただきました。今後も御協力お願いいたします。
＜委員＞
　３月２日イベントの参加者６７１人の内訳で市民はどれぐらいでしたか。どのような反響がありましたか。また、一般市民の割合を知りたいです。
＜平塚市在宅医療・介護連携支援センター＞
　講演会でのアンケートを１８１人分取っており、その中での回答でお住まいが市内との回答が１４５人、市外は３１人、回答なしが５人でした。また、職種としては医療職と介護職との回答が合わせて６６人、その他と回答なしは１１５人です。
＜事務局＞
　センターから回答がありましたが、アンケートの回収率は４１．６％ではありますが、回答いただいた１８１人中１４５人が市内との回答から考えますと半数以上は一般市民であったと分析できます。
＜委員＞
　今回のイベントは市民向けに行ったと思います。医療を提供する側と医療を受ける側に分けることができますので、受ける側への啓蒙と考えるとその割合も重要になると思います。

報告（２）認知症初期集中支援事業について
＜事務局＞
資料４－１、４－２に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
＜委員＞
　初期集中の初期は、認知症の発症初期と発症後ある程度たった後、最初に接触するということの初期と二つの意味だと理解しています。認知症患者に早期から対応するために、その

段階から患者をみつけて治療するのが本来の意味だと思います。
　そこで質問したいのは、総計５２件あるうちの発症初期の患者はどれくらいになりますか。
＜事務局＞
　最初に接触したケースがほとんどになります。
＜委員＞
　それではある程度の症状が進んだ患者に対する困難事例の対応になってしまい、本来の目的に合っていないのではないでしょうか。もう少し積極的に入り込んでいかないと活動の意味が出てこないです。周辺症状が出ている患者を治療してもあまり良くなりません。また、手間暇も症状が進んでいる患者の方が大変です。認知症の初期症状の方を見つけ出す方策を方向性として考えてほしい。
　初期集中支援チームの活動内容も早期に患者さんを拾い上げ、すぐに医療機関に結びつける。今後も認知症の方は増える一方なのでこの視点で考えていく必要があります。
　神奈川県でも一つの大きなテーマなっていて検討しています。しかし、市町村からやっていかないと効果はありません。
＜委員＞
　認知症の初期の方ほど隠したいという意識がある方が非常に多いです。介護の相談ケースとして上がってきたとしても、支援チームのシステムとして家族、本人の同意がなければ選定できないという実情があります。土壇場で家族が拒否することもあります。認知症は老化の側面もあると思いますが、本人が悪くないのですが、人に知られたくないという意識があります。市民への認知症に対する意識の普及啓発が必要で、なかなか初期集中支援の選定につながらない事情があります。
＜委員＞
　啓蒙は重要で、認知症は病気ですという概念を植え付けないといけない。
＜委員＞
　なったとしても本人が悪いわけではなく、周囲の人達にも理解していただければ、初期集中支援事業があるから早めに利用して治療につながっていきます。普及啓発は大事だと思います。
＜委員＞
　先ほどの研修会の場所や次のリーフレットの配布場所もそうですが、企業の従業員が高齢化してきています。今までは従業員の親といったもっと上の年齢の方を考えていたと思いますが、働いている人たちへの周知も大事だと思います。若年性認知症として本人もそうですが、６０歳以上の方を雇用している事業所も増えています。実は使う側の人たちが今まで伝わっていた指示が伝わらない。今まで営業ができていた人ができなくなる。大企業で産業医がいる場合はいいが、中小企業の場合で事業主や安全衛生管理者が認知症かどうか迷い困っていることがあります。認知症初期集中支援事業やリーフレットは初めて見たという人に見てもらう必要があると思います。商工会議所の総会などでリーフレットを配布することや、労務安全協会平塚支部の総会でリーフレットの配布や初期集中支援事業の紹介をするなど、紹介先をもう少し考えていく必要があると思います。

＜委員＞
目的としては認知症初期の方の対応とすることができればよいのだと思いますが、実際はそうではなく、拾い上げられていない中期、後期の認知症の人がいかに多いかということが顕在化してきており、一つの問題点として出てきていると思います。
システム化して、初期集中支援チームはより初期症状の方への対応に特化したくてもできない現状があると思います。症状が進んで問題が生じている方へは別の形かチームを広げて拾い上げるように発展していく必要があると思いました。
＜委員＞
病院を受診している方や救急で運ばれるケースで認知症の疑いがある方は、本人の同意があれば初期集中支援事業について案内できますが、独居だったり、家族と疎遠だったりした場合でも将来的に困る可能性があり、高齢者支援の視点で地域包括支援センターに関わっていただくことがあります。もっと早期に関わってほしいと思うのですが、地域包括支援センターにより温度差があり、職員の意識を高めることも必要ではないかと思います。
＜委員＞
薬局でも患者さんで疑わしい人は地域包括支援センターにお話しすることがあります。やはり差はありますので、研修などで職員のスキルアップをしてほしい。また、その後の対応についてもできれば薬局にも患者さんがどうなったかを教えていただければと思います。
認知症の初期やＭＣＩなどで地域包括支援センターに神奈川県から借りたタブレットがあると聞いたのですが。活用はされているのでしょうか。
＜委員＞
活用はしていますが、結果が出るのに半年ほど時間がかかる。医療職ではない方でもある程度スクリーニングできるシステムを国立長寿医療研究センターが開発しました。しかし、開発段階なのでタブレットで入力したものを市から県を通じて回収し、データを抽出するので半年かかります。
＜委員＞
わかるまで半年かかるのでは意味がないです。
＜委員＞
国立長寿医療研究センターの言い分としては、研究開発段階だということとタブレットなのでＷＩＦＩをつなぐとその場でデータのやり取りをして、印刷できるがセキュリティが担保されないということです。運用段階なので活用しているのですが、結果まで時間がかかってしまいます。
＜委員＞
医師がおかしいと思ったらすぐに東海大や市民病院などに運べば、その日のうちに検査ができます。診断結果が出るのに一週間はかからない。極端な話、外来にきた段階で、患者が認知症かどうかわかります。半年もかかるとその間に症状は進行してしまいます。
＜委員＞
よろず相談センターの職員でも明らかに認知症と思われる方にはタブレットを使わずに医療機関へつないでいます。地域性もあり、よろず相談センターにより相談件数が違います。

結果が半年かかるので断る方や認知症と結果を突きつけられるのが怖くて断る方もいます。

報告（３）在宅医療・介護リーフレットについて
＜事務局＞
資料５に基づき、説明を行った。
◎　意見・質問
　なし

６　その他
（１）今後の予定について
＜事務局＞
　委員の任期が２年となりますので、ここで委員の皆様は交代ということになります。協議会自体は来年度以降も継続していきます。各組織に委員の推薦を依頼いたしますので御協力をお願い申し上げます。

閉会

以　上