

令和6年度第1回高知市在宅医療・介護連携推進委員会多職種連携WG議事録

開催日時：令和6年11月7日（木） 18：30から20：30

開催場所：高知市役所本庁舎6階 611・612・613会議室

出席者：【委員】森下 安子，中川 宏治，佐々木 美知子，中島 信恵，安岡 しずか
西村 敦司，田邊 裕久，和田 真樹，安部 朋宏（敬称略）

【事務局】高知市在宅医療介護支援センター 高橋・石本

地域共生社会推進課 島崎・鍋島・西山・朝比奈・森本

【情報提供】高知市消防局救急課 吉村・山本

【関係機関】高知県在宅療養推進課 池

欠席者：【委員】石黒 純子（敬称略）

1 協議事項

(1) 在宅看取りにおける経過時期別連携シートについて

- ・在宅看取りにおける経過時期別連携シート（以下、看取りの連携シート）に関する活用状況を伺い、今後の活用に関する検討を行う。
- ・事前に提出いただいた委員からの意見については、資料にまとめ当日配付した。

<委員意見>

【和田委員】高知市居宅介護支援事業所協議会の理事の協力を得て、アンケート調査を実施した。東西南北の4ブロックにて集計したが、結果はブロックで差があった。このばらつきは理事会などで確認していきたい。慣れているケアマネジャーは看取りの連携シートを見る必要もなく連携できていると思うし、自己流という部分もあると思う。訪問看護や病院がケアマネジャーを調整する場合、看取りの対応に慣れている居宅介護支援事業所を選んでいるように感じることもある。よって、看取りの対応の経験がないケアマネジャーが所属している居宅介護支援事業所も多くあると思われる。

【安岡委員】和田委員の発言にもあったように、医療機関から先に訪問看護につながり、その後ケアマネジャーを調整する場合には、看取りの対応に慣れている居宅介護支援事業所を選定しているように感じるため、看取りの対応経験については居宅介護支援事業所で偏りがあると思う。もともとケアマネジャーがつき支援をしている利用者が、途中でがんと診断されたような場合については、看取りの対応経験の有無に関わらず、ケアマネジャーが活用できると思う。看取りの対応に長けた居宅介護支援事業所であれば、看取りの連携シートの活用は参考程度にとどまり、活用するまではいかないのではないだろうか。ケアマネジャーと同じく訪問看護に関しても、周知が不十分だと反省している。県外の研修会等でも紹介させていただくことがあるが、関心の高い反応をいただくことがある。

【中島委員】看護協会が運営している訪問看護ステーションに聴取したが、看取りのケースを対応経験が豊富な事業所であるが、看取りの連携シートは活用できていないとのことだった。新人看護師や新たに訪問看護を始める事業所、スタッフにはよい指標になると考える。事業所独自で看取りの経過時期別シートを作成しているが、訪問看護の視点のみになるので、このマニュアルを用いることで、他機関の動きを俯瞰して全体的な流れで捉え、時期別の役割

を明確にすることで、市内全体の看取りの質の向上が図れると考える。在宅での看取りとなると、訪問診療や訪問看護が主体となり、他機関は一步引いている印象を持つことがあると聞く。このマニュアルで時期別で役割が明確にされていることで、チームでの協働方法を具体的に落とし込めることや、どの場面で、どのように繋がったら良いのかの指標になる点は有意義だと考える。個人的な意見も含まれるが、市民は各職種の役割を知らないことが多いので、この看取りの連携シートを活用して各職種の役割が整理できるのはよい。名称が「在宅看取り」となっているが、在宅支援の決定については病棟看護師が担う役割も大きいと考える。医療機関の職員に、在宅療養の実際を理解してもらうことが患者の意思決定支援に役立てられると思う。看護協会では、県内9つの地区支部で多職種事例検討会を開催し、看看連携に加え、他機関との連携を推進している。がんの看取り事例を用いた検討もしているので、参考にさせていただきたいと考えている。この事例検討会には森下委員も参加している。

【森下委員】先ほど中島委員から話があったように、看取りの事例検討を高知市のブロック別で行っているが、病院の職員にも参考にしてもらうために看取りの連携シートについてPRできたら良いと改めて思った。

【中島委員】この事例検討会は、看護師の参加が多い会議になるが、保健師や助産師、准看護師、領域でいえば医療機関や在宅で勤務する看護職が参加するため、まずは看護職同士の連携を図るため開催している。ケアマネジャーや理学療法士に参加いただく場面もあるため、今後は他の職種の参加等も検討していきたい。

【安部委員】管理栄養士の出番が訪問歯科医の安定期の欄にあるが、準備期から介入があればよいのではないかと考えた。以前石黒委員から意見があったと思うが、「最期に何を食べたい？どういったものを食べるか？」という本人の意向を聞くことは非常に重要だと考える。医療機関内での連携をすすめるためには、歯科医だけでなく管理栄養士などの職種にも関わってもらいとよいと思った。地域包括支援センターにおいて、看取りの連携シートに関する問い合わせを受けたことはないため、周知ができていないと感じた。委員の皆さんの団体での反響はどうか。

【西村委員】前任に看取りの連携シートの活用について確認したところ、周知をこれからしていくという認識だった。病院にもいくつか問合せみたが、理学療法士が直接看取りに関わっておらず、活用していないという状況だったので使いにくいと感じた。理学療法士がどのように関わっていただけるかを教えていただけたら協会を通じて周知を図っていただけると思う。看取りの連携シートはまだ認知されていないように感じた。

【安岡委員】がん末期の方でも今までと同じような活動を希望されたり、リンパ浮腫など身体に変化があっても緩和のためにリラクゼーションをしたり、環境調整をしたりという役割はリハビリ職にお願いしている。「食べたい」という気持ちの面でも身体機能面でも、リハビリ職の役割は在宅で十分あると思う。看取りの連携シートは各ステージが見渡せるので、支援者が準備できる。既に看取りの連携シートを見た方からは、各項目がチェックリストとして活用でき、自分が意識して次のステージの状態変化に備えられるという意見を聞いている。また、看取りの連携シートの裏側についている『メンバー紹介シート(A3)』が良い。利用者や家族が主治医や訪問看護、定期巡回など、関係機関が多ければ多いほど、どこに連絡したらいいか分からず混乱する場合があるので活用できるという声を聞いている。

【森下委員】看取りの連携シートは実現可能性を追求している。様々な書籍で理想を書いているが、理想を言っても実現するのは難しいところがある。そのような意味で管理栄養士さんも入れたらいいという議論もあったが、マンパワー的になかなか難しいということで、入れることができなかった。リハビリ職の部分は、作成段階で在宅のスタッフに聞いてくれて整理したという経過がある。準備期からリハビリ職が入り、入院中の評価を行い、それを在宅にどのようにつなげるか、在宅の支援者がどうそれをケアに転換するか、ということ連携していくイメージをしていただけるとありがたい。リハビリ職が集まる場で紹介していただき、在宅の事例紹介をしてくださるとイメージが湧き活用できると思う。また、安部委員が管理栄養士、中島委員が病棟看護師のことを言われたのを聞いて、医療機関スタッフを「地域連携室」でまとめてしまったことを反省している。病院では地域連携室だけではなく、リハビリ職や管理栄養士、病棟看護師がかなり関わってケアを行っているため、早速見直しをしたらどうかと思う。臨死期での管理栄養士さんの実現可能性も分からないので、そこを検討していただけたらよい。ベテランのケアマネジャーは、看取りの連携シートに書いてある内容のポイントを押さえて支援をしていると思われるため、ケアマネジャーとして連携して看取りの支援ができていたかを振り返る際に活用していただけたらと思う。新人教育にも有効なのでぜひ使っていただきたい。高知県立大学看護学部が実施する訪問看護師の新卒・新任者の研修を行っているが、看取りの連携シートは必ず紹介している。現状作ったままになっているので、団体で一度、丁寧に紹介していくことが大事だと改めて思った。

【西村委員】職能団体の中でまず周知を図り、病棟にいても在宅につながりにできることがあると思うので、この看取りの連携シートを使って在宅療養についてイメージをすることができると考える。

【佐々木委員】なかなか活用していないのが現状。カンファレンスの時に、看取りの連携シートを実際に広げて多職種が情報共有や確認をしていくのが良いと思った。

【和田委員】明日理事会もあるので早速周知していく。新人ケアマネジャーや看取りをしたことがないベテランケアマネジャーにも有効なので、活用してもらえよう周知していきたい。

【事務局】周知については、職能団体だけで難しい部分は行政も協力させていただく。推進委員会の他の職能団体にも周知をしていきたいので、今日のご意見は推進委員会にも共有させていただく。

【中川委員】初めて出席するので連携シートの経過が十分分かっていないところもあるのだが、用語の整理や体裁など改善できる点がたくさんあると思う。

【田邊委員】死別期まで行き届いて丁寧に作られた印象があるので、ブラッシュアップしていくのが大事だと思う。

(2) 情報提供：高知市在宅医療介護支援センターから

- ・高知市在宅医療介護支援センター（以下、センター）が検討している「聞いちゅうでノート（案）」について各委員からご意見を伺う。

<委員意見>

【安岡委員】同意書などあるが、本人の思いを書き添えていく中で「蘇生したくない」「延命処置したくない」と書かれている時、このノートの記載を基に処置を行わない選択ができるのだから

か。どのような効力があるのか、どこを目指しているノートなのか。救命処置等中止できるような効力を持つのであれば普及していこうと思う。

【センター】内容、運用ともに現在検討している段階である。実際に支援者が活用できるものに持っていきたいが法的効力がない。本人の文書に残した思いをどこまで信じ、活かしていくのかについて検討しなければならないと考えている。

【森下委員】『多職種協働チーム』と記載はあるが、本人・家族が『多職種協働チーム』のメンバーに入るかどうかについてどのように考えているか。

【センター】家族を『多職種協働チーム』に入れるという考えは持っていなかった。本人を中心に支援するという視点はある。

【森下委員】『多職種協働チーム』には、本人や家族も含まれているように定義した方が良いのではないだろうか。本人の意向を残せるようなページや、会議録を残すページもあるため、法的な効力の面は検討の余地があると思われるが、本人にサインをいただくような方法も検討してみてもはどうだろうか。

【中島委員】今までの業務の中でこのような媒体を作成したことがあるが、意思確認をした日を書いておくようにしていた。本人のいつの時点での思いなのか、という確認作業を常にしていけないといけないと思う。意向が変わった時には新たに作り直すのではなく、最初に作ったものを追記・修正していくようにするのだろうか。手書きする媒体としてのイメージでよいか。

【センター】手書きしている媒体をイメージしている。裏などに更新日やサインを羅列していたらよいと考えている。

【事務局】今後も気になることやご意見があれば、センターに伝えていただきたい。必要に応じて推進委員会でもご意見をいただきたいと考えている。

(3) 情報提供：高知市消防局救急課から

- ・高知市消防局救急課から資料に基づき、①高知市の救急の現状、②心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコール（以下、プロトコール）、③ACP 普及の期待と想定される課題について説明し、各委員からご意見を伺う。

<委員意見>

【安岡委員】訪問看護連絡協議会には、プロトコールの情報が届いていなかった。プロトコールの運用開始後、実際に何例か心肺蘇生を望まない対象者の看取りの対応に苦慮したことがあった。もし臨死期の状態で本人の思いを表明しているものとしてプロトコールの指定の様式以外が通用しないのであれば、先ほどの『聞いちゅうでノート』を作成しても意味がない。警察を呼ぶと、一緒に救急を呼ばれる流れは一般的なものなのだろうか。

事例概要：重度心不全で外来通院をしている患者。主治医は在宅診療機能のない外来診療をしている医師。患者は数日前に医療機関を受診したばかりで、いつ亡くなってもよいと家族と話し合いができており、本人の直筆サインの入った手紙も作成していたが、プロトコールの事前指示書等の準備はできていなかった。深夜帯に看取りの対応を訪問看護が行うことになった際に、本人は延命を望んでい

なかったが、結果として警察や救急を呼ぶ対応になってしまった。

【救急課】警察が亡くなったと思われる事案を把握した場合には、救急を呼ぶようになっている認識である。時間がかかるかもしれないが、警察との連携についても検討していきたい。プロトコールの周知については、運用開始時に県が医療機関全てに通知した直後改正があった。改正があった際は消防局が市内の医療機関に通知することとなっているが、消防では管内の医療機関を把握していなかったため通知に時間を要した。介護関係者には伝わっていないと思う。6月に県主催で、県内の医療機関、消防機関の会議があった際にプロトコールも議題となり ACP にも触れられたことから、各機関への周知徹底をするよう意見をしたところである。

【在宅療養推進課】在宅療養推進課がプロトコール関係の周知・啓発に関する主を担当していないためお答えできることがなく申し訳ない。在宅療養や在宅看取りを進めていくためには、医療機関との連携は非常に重要であることから、在宅療養推進課と医療政策課との連携しながら支援について考えていきたい。

【事務局】消防だけでなく医療介護の現場が困っている様子が伺えること、警察との連携は県の協力を得ながら進めていく必要があることから、このワーキングで出た意見については県とも共有しながら整理していきたいと考える。残りの時間で更なるご意見をいただきたい。

【森下委員】家族としての立場から話をさせていただく。私自身自立した 90 代の両親と同居している。家族としてはいつ朝起きることができないかもしれないことを覚悟している。先日病院で、父が医師から心肺蘇生の意向について聞かれる場面があったが、はっきり自分の意思を答えていた。医師は患者の意思表示をカルテに書くだけで、プロトコールの指示書に書くところまでは徹底されていないと思う。市民も医療機関も、もっと知らないといけないうことだと考える。もっと周知を進めてもらいたい。

【中川委員】この問題は切実な問題だと考える。プロトコールについては噂に聞いていたレベルなので、これからぜひ広報に力を入れていただきたい。医療機関はもちろんだが、本当に大事なのは現場への周知啓発だと考える。啓発先としては高齢者施設の中でも、特に特別養護老人施設へは、出向いて研修会を開くような方法も検討していただきたい。施設入居者の主治医になるのは、地域の開業医や訪問診療医である場合が多いので、施設への啓発に併せて施設担当医にもしっかり伝えていただきたい。

【救急課】施設や医療機関からの問合せは今のところない。施設等への啓発は、担当課の協力を得ながら啓発していきたいと考えている。プロトコールについての啓発はもちろんだが、家族を含めて本人の意向を確認している場合には、いざという時に慌てて救急車を呼ばないこと、主治医に連絡すること等について家族や医療機関、介護スタッフ等と共有していただくことも大切だと考える。自身の経験を踏まえても、高齢者施設での ACP の取組の弱さを感じている。

【事務局】施設への啓発については、介護保険施設の担当課は介護保険課事業係になるため、これから検討していきたいと考える。

【和田委員】ケアマネジャーにもぜひ周知をしてほしい。「救急車を呼んでほしくない」「心肺蘇生をしたくない」という方に対し、公的な方法がないと話す医師がいるが、医師が実際に

運用できるような周知をぜひお願いしたい。質問だが、プロトコルに記載のある「主治医等」の「等」は何をさすのか。

【救急課】主治医の医療機関に在籍する他の医師をさす。

【事務局】プロトコル発動時に、どのように救急が主治医等と連携をとるのかの仕組みづくりが必要。現状では、個別の状況に応じた対応をとるしかないのか。

【安岡委員】この問題に直面するのは、規模の大きい病院にかかっている方だと考える。訪問診療・往診医ではない。規模の大きい病院にかかっている利用者が、自宅で亡くなった場合の死亡診断書は誰が書くのだろうか。先ほどの事例を振り返ると、医療機関は検死対応を期待し警察に連絡するよう指示するが、警察は救命の必要性を判断し救急隊を呼ぶしくみになっている。救急隊を呼ばない体制づくりをするなら、誰が死亡診断書を作成するのかについて整理する必要がある。在宅に携わる医師は問題ないが、そうでない医療機関の医師は夜間・休日に連絡を取ることが非常に難しい。在宅医でなければ、たとえ訪問看護でも主治医の連絡先は知らない。そういった医師が主治医である場合のプロトコルの細かいルールをもう少し整理してほしい。

【救急課】本プロトコルは、警察が検案しなければいけない方は社会死の方の対応であり、自然死である場合は主治医が診てください、という趣旨で作成されている。在宅診療機能がない医療機関が主治医の場合には、改めて仕組みを整える必要がある。資料で説明した静岡市のような取組がないと、そのような問題が続いてしまう。

【田邊委員】死亡の判断を誰が行うか。DNARについて書面で表明したのもでも可能なのか。

【救急課】死亡の判断は医師のみが行える。指示書でなくても、DNARについて書面で表明したのもでも可能。

【田邊委員】医師会で協力できる部分については検討する。

【事務局】本日のご意見も踏まえて、県市の関係部署で協議していきたい。医師会の市民フォーラムでは本プロトコルに関連するテーマが3月に開催される予定があると聞いている。今日のご意見を改めて、高知市消防局や県等協議をし、その結果も踏まえて推進委員会で共有させていただきたいと考える。