

甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第4回 多職種連携ワーキンググループ
議事録

日 時 令和6年5月1日（水）午後7時00分～午後8時30分
会 場 甲府市役所本庁舎6階大会議室
出席委員 12人（内代理出席1人）
欠 席 1人
事 務 局 保健衛生部長、保健衛生総室長、健康政策課長、医療介護連携担当課長、
地域保健課長、健康政策課係長、健康政策課担当

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 新年度担当職員の紹介
- 3 保健衛生部長あいさつ
- 4 座長あいさつ
- 5 議事

【座長による出席者数の確認】

委員13名中12名が出席しており、過半数を満たしているため、本会議は成立する。

議事（1）令和6年度の甲府市の取組について報告

【事務局】

資料1をご覧いただきたい。前年度皆様からいただいた意見を踏まえ、今年度の「甲府市」と9市1町の「県央ネットやまなし」で実施する取組を報告する。

顔の見える関係づくり交流会は、本日チラシを1枚配布している。今年度のテーマを「身寄りがない方への意思決定支援のあり方」とした。開催日は7月16日となっている。講師は、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン・事例集」を作成された山縣然太郎先生をお願いをしている。内容は、山縣先生より倫理面・法律面から身寄りがない方への意思決定支援について講義をいただき、グループワークは身寄りがない方の支援で困難を感じた事例について、支援者ができることを共有していく。また、甲府市生活福祉課より、身寄りがない方が亡くなった際に、行政ではどのように対応していくのかという視点で説明をする。当日はその業務を担っている生活福祉課職員5名程度が参加する予定である。

多職種連携のための基礎講座は、今年度は9月19日、10月4日、11月14日に開催する。昨年度同様に3回コースとさせていただき、内容については、2日目の事例検討では、ACPについて深めることができる事例を講師と打ち合わせながら挙げていきたい。

ステップアップ講座は12月の開催を予定している。内容はACPに関するものを検討していきたいため、後程皆様からご意見をいただきたい。

健康づくり同窓会は、6月11日より開始し、昨年度同様に健康政策課のフレイル予防事業として、甲府市内31地区を回り、専門職が健康づくりについて講義を行うため、その中

にACPを周知する時間を設けてもらい進めていく。

在宅医療・認知症市民公開講座は甲府市医師会に委託している事業の一部として開催する。9月28日に開催を予定しており、現段階では内容は検討中となっている。

市民向け映画上映会は、12月1日に開催を予定している。県央ネットやまなしの9市1町で行う事業となっており、幅広い市町民が対象となっている。

内容は、無関心層にも広く参加していただけるように、いのちの停車場という映画の上映と、成島監督、プロデューサーと在宅診療をしている山梨市牧岡病院の古屋聡先生などのトークセッションを予定している。また詳細が決まり次第周知をさせていただく。

わたしの想いノートは、甲府市では約1万9千冊が6月に納品される。今年度も引き続き医療介護関係機関と、市民にむけて配布していく。

昨年度までは、甲府市のみが取組となっていたが、今年度以降は9市1町の県央ネットやまなしバージョンとして、表紙の色と相談窓口一覧に各市町の連絡先が掲載されたものになる。

ACPのポスターは昨年度掲載した場所に、引き続き掲載予定である。

甲府市出前講座は昨年同様にシニアクラブといきいきサロンにチラシを配布していく。今年度既に2件申込があり、また皆様にメールにてお知らせするため、講師の方をよろしくお願いしたい。

今回参考資料として、昨年度実施したステップアップ講座、基礎講座、顔の見える関係づくり交流会のアンケート結果を配布した。

多職種連携やACPの部分では、参考資料1ステップアップ講座のアンケート結果では、「多職種でも、みんなが同じ気持ちをもち相手に接することができること」「家族の想いも無視できないこと」「『最期』を話題とするのが難しい」などの感想があった。

参考資料2基礎講座のアンケート結果では、「自分の職種が求められている役割を意識する」「職種ごと見ている視点や信念が異なるため、それを踏まえた上でやり取りしていきたい」という専門性の部分や、「医療に関して必要最低限の知識が必要と感じた」「連携の必要性は理解できているが、どのような連携の場面でどのようなツールを使うか考えるヒントを得た」など参加者が改めて深めていかなければならない部分を振り返ることができたというご意見があった。また、皆様にもご覧いただきたい。

【座長】

事務局からの説明について、ご質問はあるか。

【委員】

顔の見える関係づくり交流会について、対象に弁護士・司法書士が加わり、2月の意見を伝えたが反映してもらったと感じた。対象に加わったことは良いと思うが、実際に参加してもらえるのか参加者の確保が重要である。参加者の確保の方法や案はあるのか。弁護士はこのような研修会への参加率が高いが、司法書士の参加率が低いように感じる。身寄りがない方・意思決定支援という視点が、司法書士の業務と結びつきにくいと感じる方も多いのではないかと。せっかくの機会であるため多くの方に参加してもらいたい。

【事務局】

弁護士会と司法書士会には、直接お伺いし複数名の参加をお願いしたいと依頼していく予定である。

【委員】

第二期成年後見制度利用促進基本計画の中にも、司法書士が権利擁護に関わるべきだという文言が追加され、司法書士のなかにも「権利擁護」というキーワードから医療・介護との交流を目指す意識の高い方もいる。そのようなキーワードも上手く活用していければよいと思う。

【座長】

他にご質問はあるか。

(意見なし)

議事（２）ＡＣＰ・多職種の相互理解・多様なニーズへの対応強化について挙げた意見の確認

ＡＣＰの取組・多職種の相互理解・多様なニーズへの対応強化について、前年度皆様から挙げた意見の確認をさせていただく。

ＡＣＰの取組では、「わたしの想いノートはマイナスな印象があるため、市民から意見を募り、使用する方の視点を取り入れる必要がある。」「市民の意見を聴取するといった取組が必要である。」「医療側（病院職員）のＡＣＰの意識を高めるため、患者が退院する際はＡＣＰを取り入れ進めていく必要がある。」などの意見があった。

多職種の相互理解では、「様々な職種が集まっている場であるため、各職種が具体的にどのような活動をしているのか、職種の役割を明確にするのが良い。」「連携のタイミング、手法、各職種の負担感や課題をブラッシュアップする必要がある。」などの意見があった。

多様なニーズへの対応強化では、「家族介護者がどのようにサポートされていくのかが明確になっていない事例があり、支援が確立されにくい現状がある。」「老老介護のケースが増加している。」「家族が本人の介護を担い負担を感じている事例がある。」、また、「ヤングケアラーが散見している。」「生活保護を利用している認知症の方が多い印象がある。」「老障世帯が増加している。」などの幅広い意見があった。

議事（３）取組について内容の検討

次に、これまで多職種WGで挙げた意見を元に、さらに深めていきたい内容の検討をしていきたい。

ＡＣＰの取組について、これまで皆様からいただいた意見を元に、今後の取組内容（案）を記載した。

（１）専門職に向けたアプローチは、「既存の研修会や講座にＡＣＰについて考えることができる事例を含める」「病診WGで実施する『病院と診療所の事例検討会』に退院時のＡＣＰや病院内の職員に普及啓発できる内容を含める」とした。

（２）市民に向けたアプローチは、「日常の療養支援を行う中で、各専門職から『わたしの想いノート』の活用を患者・利用者に促す」「既存の市民向け講座や講演会にＡＣＰの普及啓発やわたしの想いノートの活用につながる内容を含める」とした。

記載されているもの以外にも、新たに取り組みたい内容、追加した方がよい内容があれば教えていただきたい。

また、ＡＣＰの取組でご意見いただきたい内容は、専門職に向けたアプローチでは「（１）令和６年度ステップアップ講座はＡＣＰをベースとした多職種連携・相互理解を深める内容としていきたいが、どのような場面、事例を取り上げるとよいか」、市民に向けたアプローチでは「（２）既存の『市民公開講座』『市民向け映画上映会』などに、共同開催を含め、

どのようにACPの内容を取り込むと良いか。」、また、出前講座については、今年度は受講者全員にわたしの想いノートを配布していく予定となっているため、講座内でノートをどのように活用していけば効果的なものとなるかなどについて、ご意見をいただきたい。

多職種の相互理解では、「それぞれの職種団体の立場から、他職種のどのようなこと、例えば役割、アセスメントの課題、提供できるサービスなどだが、どのような部分を深めていけばいいのか」について皆様から具体的なご意見をいただきたい。

多様なニーズへの対応強化は、「『家族介護負担』『男性介護者の孤立』『老々介護』『認知症』『老障世帯』『ヤングケアラー』『経済困窮』が増加しているとのことのご意見がそのような現状が散見されるが、どの部分に困難感があるのか」について皆様からご意見をいただきたい。

多職種の相互理解と多様なニーズへの対応強化については、具体的な事例や実際に課題・問題と感じている部分をざっくりばらんにいただければ、事務局で整理し、今後既存の研修等に反映させるもの、WG内で取り組んでいくもの、他の部署と共有していくものなどで分類訳をし、次回以降に皆様と検討していきたい。

【座長】

まず、「(1) 令和6年度ステップアップ講座はACPをベースとした多職種連携・相互理解を深める内容としていきたいが、どのような場面、事例を取り上げるとよいか」についてご意見いただきたい。

現場にいる皆様であるため、このような事例があると良いなどイメージが分かるようにご発言いただきたい。多職種連携に視点を置くと、入退院や看取りに意識しがちだが、日常の療養支援や、昨年度の顔の見える関係づくり交流会のテーマであった急変時もあるのではないかと。連携するうえで、どのようなスキルアップがあると良いか等をお話いただきたい。

【委員】

ACPを元に多職種連携を考える際、多職種の中で誰が舵取りをしていくのかは一つの課題である。各々が患者を取り囲んで聞き取り等を行ってしまうと、噛み合わないことが出てきてしまう。そのため、情報共有をしていくなかで、誰かが中心となり進めていくのが良いと思うが、どの職種が中心となるのか役割分担が難しい。正解はないと思うが、「このようなケースの場合は、このような専門職が中心となって関わっていくのがよいのではないか」と支援していく事例があると、自分の専門職は何をしなくてはならないのかイメージしやすくなる。

【座長】

様々な事例というよりは、多職種連携を総括する、舵取り役や役割分担について学ぶようなイメージか。

【委員】

多職種の中でどのように役割分担をしていくのか、事例を通して学ぶイメージである。

【座長】

現場では、普段どのような専門職が舵を取っているのか。

【委員】

私の経験では、これまでACPを通して多職種と連携したという事例はあまりない。例えば、わたしの想いノートに記載されている項目を本人と一つ一つ話し合ったことはなく、

患者に理学療法士の立場から「何をしたいのか」と想いを聞くことがあったが、それがACPの支援としてまとまっていたのかと言われると疑問が残る。

多職種でACPについて取り組んでいこうということであればもう少し役割分担が明確にできると、活動しやすくなると思った。

【座長】

私は訪問看護支援センターに勤務し、山梨県内の訪問看護師の様々な相談を受けている。山梨県の委託を受け在宅看護専門看護師が2名配置され、電話相談や現場に出向き相談を受けている。最近相談があった事例は、若い年代の神経難病の患者で胃ろうを増設しており、気管切開をするかどうかという状況である。その相談を受け、まさにACPを行うべきだと思った。だが、現場の訪問看護師はその部分に困難感を感じておらず、「家族が本人や訪問看護師に怒鳴ったりするためカスタマーハラスメントの対策をどのようにしたらよいか」という内容であった。相談を受けるなかで、本人がどうしたいのかということが明確になっていないことが分かり、やはり本質は本人の意思がどこにあるのかということだと思う。訪問看護師に、主治医には相談したのか確認すると「主治医は『そんなに困っているなら施設だね』と言っていた」とのことだった。それぞれの立場でその時に見る視点は変わってくるため、誰かが「まずは本人の意思を確認しよう」というとACPの方向に向かう。カスタマーハラスメントの話題になるとACPが置いて行かれてしまう。現場は様々な事柄に困っており、混沌としている状況を整理しながら対応をしているため、委員の言ったように誰かが取りまとめてくれたらと思う場面があり、それが看取りや日常生活の療養、入退院時など様々かと思う。

その他にご意見はあるか。

【委員】

委員の意見に関連しているが、ACPは本人の最期の意思決定支援ということだけではない。例えば、大きな病気で入院し、この状況で自宅に帰ることができるのかと、本人を含めてカンファレンスやインフォームドコンセントをする際に、その場にいる理学療法士や看護師等の専門職や本人・家族を含めて医療について話し合うこと、また、自宅で廃用が進行し、そろそろ在宅で生活していくのが難しいという時に、その時に関わっている支援者が話し合うのもACPである。最期だけではなく、その時にその場面に関わっている人たちがACPをしているという考えだと思う。そのため、改めてみんなで集まりACPのルールや基本を考えるよりは、今関わっている方がそれぞれACPをしていると感じた。

【座長】

恐らく現場では、患者の状態の変化や新たな治療が必要な時、退院し在宅での療養がはじまるというような場面や、在宅で歩いて生活していた方が歩けなくなった、家族の介護者が変わった・家族の仕事や環境が変わった、という時にも話し合う。昨日と少し状況が変わるだけでも、ACPをする場面が訪れる。その際、まずは主治医に意見を聞くこともあれば、違う職種に意見を求めることもある。

【委員】

委員の言う通りと思う。専門職は患者や家族のことを考えて想いを聞いたり、自分だったら何ができるのか、という視点で考えており、今行っていることがACPである。ただ、普及していくとなると、事例を通して「この患者にはこのような支援ができた」とイメージができると良い。マニュアルは難しいと思うが、イメージしやすいものが積み重なってくると

動きやすくなるのではないか。

【委員】

ACPは言葉にすると大それたことだが、1度行って終わるものでもない。例えば、患者にがんが見つかり、手術をするのか、BSC（ベストサポर्टティブケア：がんに対する積極的治療を行わずに症状緩和の治療のみを行うこと）をするのか、経過観察にするのか、そこがスタートであり、立派なACPである。また、手術かBSCかで過ごす場所も決まってくる。さらに、BSCを選択した場合、在宅か施設か病院かとなる。在宅で過ごす場合、訪問リハビリテーションをするのか、デイサービスに通うのか、その都度中心となる専門職が変わってくる。積極的な治療となれば医師が主導となり、在宅となれば他の専門職になる。難しいがACP自体が流動的で、何段階も行っていくものである。誰が中心となるかはその場で変わっていくものであり、その都度都度で行っている。また在宅療養をしていない人でもACPは必要であり混乱するものである。

ACP自体を知ってもらうということが、多職種WGの一つの意義・目的であると思う。ACPは誰が中心になるのかというのは、議論としては良い。とにかく「ACP」「人生会議」「わたしの想いノート」をみんなに知ってもらうということが大事である。

【委員】

前回の多職種WGで、わたしの想いノートを父に渡し実施したという話をした。自分で判断するということはもちろんだが、自分で判断するには資料・情報が必要である。本人は今の情報の中で、無意識のうちにできないことを選択肢から消してしまい、できることの中から選択するようになってしまう。本人はできないと思っても、専門職が「このようにすればできる」ということもある。選択した後に、「こんな方法もあったのか」と知れば後悔する。そういう意味では、高齢になり最期の場面で選択するより、第二の人生という定年退職時などにACPを進めるのが良い。実際はもっと前段階から考えても良い。私は高校を卒業したくらいの年代に栄養学を教えている。その中で骨粗鬆症が話題になり、「骨にカルシウムを貯めるためには10代の頃でなくてはならない、高齢になって貯める・強くすることは難しい」という話があった。高齢になってからそのことを知っても、もっと早く知ったかったという話になる。学生のうちに、この先死ぬまでに何をしたいのかと、浅くでも良いので考えてみる方が良い。また、今後書き換えて更新していく考えであれば抵抗感がなくなる。突然全ての学生にできるわけではないため、モデル的にどこかの学校で試すのも良い。子どもでも突然交通事故にあい麻痺が残る可能性もある。そのような部分も含めてどうするか考える機会を持ち、その様子で今後どのように他の学校に広げていくのか、具体的にしてみてもどうか。

医療が必要になってからでは遅く、その前に知っておきたかったこともある。人生は生まれたら始まるものであるため、若いうちから考えるという体制が必要なのではないか。それが当たり前になれば、高齢になってからでもスムーズに受け入れることができる。受ける方も、聞く方も気兼ねなくやり取りができる。あとは「このパターンであればこんな情報があると良い」という情報が分かるものが作れると良いのではないか。完全に全ての情報を入れ込むことは難しいが、「こういう時はこの職種と相談するのが良い」という方向性が分かると良い。

【座長】

本日多職種WG内で挙げた意見を各職能団体に持ち帰り、様々な場面で意思決定支援

をすることが必要だと伝えていっていただきたい。

【医師】

免許証の裏面に脳死時の移植について記載する欄があり、いつ起こるか分からないという部分はACPと似ている。残念ながら脳死移植は全然増えておらず、浸透していない。そのため、わたしの思いノートと同じような形になってしまうのではないかと思う。免許証の裏面についても、医学的知識が無くても記載できるものであるが普及していない。わたしの思いノートだけが先走りしてしまうのではないかと危惧している。せつかくツールがあるため、活用しない手はない。多職種WGで話し合い、このような書き方をしていくという案を出すのも必要である。

【座長】

わたしの思いノートは、書くことが目的ではなく、あくまでもACPをスムーズに行い、自分の思いを周囲に知ってもらう一つの道具であるという認識を皆で持っていきたい。皆様が言ったように、受けている医療や介護、療養場所が変わる時にACPを進める鍵がある。看取りまで進んでしまうと、重く捉えてしまうため、もう少し手前で考えていけるよう事例検討なども活用していければ良い。

次に、「（２）『市民公開講座』『市民向け映画上映会』などに、共同開催を含め、どのようにACPの内容を取り込むと良いか。また、『出前講座『ご存知ですか？在宅療養』の周知方法や講座を効果的に行うために取り入れた方が良いことはあるか。』についてご意見いただきたい。

【委員】

山梨市で行われた「いのちの停車場 映画上映会」に参加した。映画などはストーリーがあり、映画を見ている方々一人ひとりの状況は異なるが、「この映画のこの人だったらどうするのか」と考えると意見が挙がりやすい。自分のことであると、判断がつかなかったり、重たいという感じがある。映画は客観的な意見が言えるのではないか。

また、出前講座や市民公開講座には事例を取り入れて、「このような物語があるが、あなただったらどうするか」という形で投げかけると、ある程度材料が揃ったところで意見を述べるができるため、自分のことも考える訓練になる。

【委員】

市民向けに講座を開催し周知していくことは大事である。ただ、講座に参加する方はある程度自分や家族のことを考える場面に差し掛かっている、きっかけになる出来事があったため興味関心が持てるということがある。もっと裾野を広げると、ほとんどの市民はあまり自分事として捉えることができていない。地域包括支援センター（以下、包括と記載する）の立場で、市民向けに話をする機会があるが、興味関心を持って聞いてくれる人は、包括と既に関係構築ができていたり、自分が病気やケガで大変な思いをした、実際にケアを受ける立場になり自分でどのようなケアを受けたいのか決めることが大事だと分かった方がほとんどである。災害が起こることや認知症になる可能性があるということに似ており、どこか自分事として捉えることができない。

包括は、市民を医療・介護と結びつけ、地域包括ケアシステムをつくっていく立場であり、その部分で言うと、今後も継続して発信をしていくしかないのではないか。

【委員】

当職能団体の活動報告になるが、ACP（人生会議）の研修会を４年程前から企画し、こ

れまで2回職能団体内で研修会を実施した。昨年度、ACPに関するチラシやスライド(パワーポイント)を作成し包括に配布した。また様々な包括から連絡があり、そこで意思決定支援の講演やもしバナゲームを実際に体験してもらった。先日は、地区の民生委員児童委員からの依頼がありACPの講座を行った。来月は介護支援専門員向けに講座を行う予定となっている。また、現在は「誰もが講師になれる」という部分を目指し、取り組んでいるところである。

【座長】

ACPの周知は行っているが、なかなか広がらない感覚があるだろうか。委員の言った通り、ACPを考えなければならない立場になった方は、研修会に参加したり、体験することで自分のものになっていく。そのようなきっかけとなる場があるのは大事である。きっかけになった方に、専門職はできるだけ良い情報を提供し続けられることが必要である。

現在は、良い情報も悪い情報も流れており、高齢者はどこからどのように情報得ていけば良いのか疑問に思う。必要な方に必要な情報が届くように意識していかなければならない。現場の皆様が発信者となり、その発信を受けた市民がまた発信者となり口コミのような形で広がっていけば良い。

【委員】

市民公開講座や映画上映会は「心当たりがある」「何か知っておいた方が良いかな」と思い気軽に立ち寄る方もいる。参加した後に「なんとなく良かったな」で終わってしまうよりも、その後ディスカッションを行い内容が深まれば良い。その際にわたしの思いノートの活用やACPについて話ができると、敷居が高くてとっつきにくいと感じていた方が「こんなにハードルが低かったんだ」と感じるかもしれない。

わたしの思いノートは一度参加者全員で記載をし、今の自分の心境と今後変わった時の心境の変化に気が付くことができると、家族やその他の方に広げやすくなるのではないかな。一度体験してみると分かることがある。そのような工夫も必要と感じた。

【座長】

他にご意見はあるか？

(意見なし)

次に、「それぞれ職種・職能団体の立場から、他職種のどのようなこと(役割、アセスメントの視点、抱える課題、提供できるサービス内容や支援など)を知りたいのか。」についてご意見いただきたい。

【委員】

事務職に質問をさせてほしい。当職能団体でヤングケアラーの問題について「実態が見えない」「どこにヤングケアラーがいるのか」と意見が挙がり、どこの関係機関とつながっていけば良いのか疑問である。当職能団体内で、ヤングケアラーについて研修を受けたり、深めていかなければならないと感じている。学校等と連携ができれば良いのか分かれば教えていただきたい。

【座長】

今の質問については、事務局からまた回答をいただきたい。

他にご意見はあるか？

【委員】

当職能団体では、山梨県全体で「よろず相談薬局事業」を実施している。まずは薬局で様々

な相談を受け、薬剤師だけでは解決することができない場合に他の関係機関に投げかけたり、その部分について講演会を毎年開催する取組を行っている。例年様々な職種（3職種程度）に講師を担ってもらい、まずはその職種の仕事を知り、その内容を活かして市民に対応している。そのような取組を活かしながら、ACPを取り入れていけば良いのではないかな。

【座長】

先程ACPの議題でも、事例検討会という意見が挙がった。同じ事例を多職種で話し合うと職種間の相互理解につながる。上手くディスカッションができると良いが、意見が強い方に引っ張られてしまうこともあるため、ファシリテーターの技術も必要だろうか。

【委員】

多職種連携というテーマでは、必ず「役割」「強み」などがある。長年専門職という立場にいと、何を知らたいのかが分からなくなってしまう。それぞれのサービスの内容は既に知っている。事例検討を通してアセスメントの視点を知ることができるため、積み重ねていくしかないのではないかなと思う。以前別の会議内で、多職種の相互理解のために用語集を作成したが、多職種で捉え方が異なっていた。こればかりは事例を積み重ねるしかないのではないかな。

【座長】

専門職の立場にいと、他の専門職に自分の専門性を上手く伝えることができなくなることがある。事例を通して、自分はこのように思うと意見が伝えられれば、その専門職種らしさが分かるのではないかな。

次に、「『家族介護負担』『男性介護者の孤立』『老々介護』『認知症』『老障世帯』『ヤングケアラー』『経済困窮（生活保護）』などが増加している現状だが、どのような困難感（連携方法、役割分担、支援者の負担感）などがあるのか。」についてご意見いただきたい。

【委員】

ヤングケアラーの部分は先程委員も言っていたように、実際目の当たりにしたことはない。

最近では、家族の介護負担の部分で「利用者の想い」よりも「家族の介護負担」が大きく早々に入所してしまうケースが多い印象である。本人は自宅に居たい想いがあるが、家族が疲れてしまい「空いている施設があれば入所させてほしい」という声が多くなっている。サービス提供者側（支援者）としては悔しい想いがあるが、なかなかサービス提供者側の想いが伝わらなかったり、どこに向かって話をしていけば良いのか、他の職種とどのように連携していけば良いのかなど課題を感じる。

サービス事業所は、介護支援専門員とやり取りをすることが主だが、最近では直接医師や訪問看護師、デイサービスの職員などとのやり取りが増えてきている。現場では、介護負担に対して何か関わることがあるのか、介護負担に対する連携の仕方が分かれば良いのではないかなと思う。

【委員】

「家族介護負担」「老々介護」「老障世帯」は経験がある。自分の専門領域の中や訪問で関わる時は、自分一人であり、本人・家族・専門職の三者で話すことが多い。その際に、自分一人の意見を述べることはとても緊張し、悩むことがある。介護福祉士や訪問看護師等他の専門職と一緒に訪問する時は、多様な視点で考えることができるが、なかなか難しい場合がある。介護支援専門員に相談し、サービス内容を変更したり、本人の希望を伝えるようにし、本人の負担にならないように意識をしている。また、介護者のキャラクターも関わって

くる。一生懸命介護をしている方、他のサービスを利用したくないという方と様々である。そのような時は、多職種でディスカッションできるような場を設け、ある程度目指す場所が共有できれば、訪問時も不安なく本人や家族に助言ができると思った。

【委員】

高齢者を支援をする際に、フォーマルサービスにつながらないケースがあると感じる。本人が介護サービスを受けることを拒否し介護支援専門員につながらなかったりする。また介護予防の段階の相談が少なく、既に要介護状態で困っている相談が多い。そのままスムーズにサービス利用が開始できれば良いが、利用までに何らかの支援が必要である。その部分では、包括が感じる支援困難感ではないかと思う。

他委員が言っていたように、専門職だから当たり前前にできることでも、市民は医療・介護を全く知らない中で相談に来る。介護サービスを利用すると、どのような生活ができるのかイメージができると良い。包括側も分かりやすく伝えているつもりだが、本人が望んでいないのにサービスを勧めすぎると関係構築ができなくなる。そのようにならないように、どの立ち位置で関わるのが良いか事例ごとに考えることがある。

家族が介護に困り相談をしたい時に、本人が介護サービスを利用してれば、介護支援専門員が間に入り支援をしていくが、本人が介護サービスを利用していない場合は、家族の介護負担を聞き取る支援者がおらず、包括が不定期に訪問したり、家族から電話を受けて対応している。その部分では、家族の介護負担への支援は、包括が不定期に支援するというよりは、何等かのサービスが定期的に入ることで安定するのではないか。

【委員】

ショートステイの問題は現存しており、ショートステイは訪問診療・訪問看護の利用ができない。また、何年も入所しておりショートステイが名ばかりであり、内服をしているのに受診ができず、往診して薬を出している箇所もあるのではないか。

私の経験では、カテーテルの交換をする際、嘱託医がいない、訪問診療では対応できないため往診し、カテーテルが詰まってしまった場合は管理料をとっていないため、基本的には病院に行ってもらっている。ショートステイに長く入居している方は取り残されてしまっている。ショートステイのことも、問題点に挙げておいてほしい。がん末期の場合は訪問診療を行うことができるが、医師もそのことを知らない場合が多い。

【座長】

山梨県内は訪問看護ステーションが増えており、令和5年度は新規で12か所立ち上がっている。今年度は既に4か所立ち上がっており、把握している分だけでも86か所ある。昨年立ち上がった訪問看護ステーションの傾向では、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に併設しているもの、精神疾患を得意としたものがある。精神疾患を得意とした訪問看護ステーションは、医療的ケア児や若年～中年のひきこもり支援を積極的に行いたい志がある。精神疾患の方に、適切な支援・タイミング・回数行うことができているのか全国的にも課題になっていたり、夫婦、親子、介護者が精神疾患を患っている方、診断は受けていないが発達障害がある方に、支援者がサービス提供のしづらさを感じていることもある。精神科病院の中には、在宅で訪問看護を利用することを条件に退院を許可している場合もある。精神疾患患者も在宅で生活する中で、生きづらさを感じる部分があるため、その部分も多様なニーズに取り入れてもらいたい。

【委員】

経済困窮（生活保護）の部分で経験があるが、「困窮」というと一般的に経済面の困窮と捉えられる。専門職のなかでも「経済面の困窮」しかイメージできない方もいる。困窮というのは、生活困窮のなかに「経済」「ひきこもり」「DV」「児童・障がい者・高齢者虐待」など様々である。この部分で経済困窮だけを取り上げてしまうと、他の生活困窮を見落としてしまわないか懸念がある。また、生活保護については、生活保護に至る前の生活困窮者自立支援制度が平成27年度に施行された。生活保護になるまえに支援に入り、もとの社会保障が受けられるような生活に戻していくことが必要である。生活困窮というような幅広い視点で意識できると他のニーズも見落とさずに考えることができるのではないかな。

【座長】

皆様から挙げた意見は事務局で整理していただき、今後に反映してほしい。

【委員】

事務局に質問だが、わたしの想いのノートの使い方が記載されリーフレット等の資料はあるか。

【事務局】

ACPとわたしの思いノートはどのようなものか概要を記載したチラシはあるが、具体的にどのように記載していけばよいかの資料は準備していない。

【座長】

その他意見はあるか。

（意見なし）

【事務局】

皆様からご意見をいただき、ACPの取組、多職種の相互理解で共通していたのは、働きかけを積み重ねて知ってもらうことが大事だと感じた。また、一定の層の方については、ある程度お互いの職種についての理解が進んでいると受け止めたため、事例を通して、さらに深まる内容を検討していきたい。

多様なニーズは、精神保健福祉の領域や、子どもに関することも挙がっていたため、多分やの情報共有を進めていきたい。

3 閉会