

**令和7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（要約版）**

開催日時：令和7年9月29日（月） 18：30～20：30

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、安岡 しずか
西村 敦司、和田 真樹、石黒 純子、高橋 幸栄（敬称略）

【事務局】基幹型包括支援センター 半田・武正

地域共生社会推進課 鍋島・橋本・森本・川田

欠席者：【委員】田邊 裕久、中島 信恵（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

- ・昨年度の在宅医療・介護連携推進委員会の意見をもとに簡略化した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）をもとに、活用しやすい看取りの連携シートにするための検討を行う。

<委員意見>

【和田委員】意思決定支援は大切なところなので簡略化していないということであったが、大切だからこそ文字を大きくして見やすく記載してほしい。現場で大切なことは理解していても、利用者さんを前にすると抜けてしまうことがあるため、アピールしてもらいたい。意思決定支援に関しては、簡略化はしなくて良いと思っている。

【高橋委員】終末期と臨死期のリハビリの方のアプローチが活動・参加の動作負担・介護負担軽減と質を確保できるようなアプローチだけになっている。この時期はリハビリの日数が少なくなる時期だが、重要な役割があると思っている。リラクゼーションや環境調整、安楽な肢位などを追加してはどうか。簡略化だとは思いますが残念だと感じた。

【西村委員】高橋委員が言われたような受け取りはしていなかったが、確かに大事なところが分かりにくくなったと感じる。

【森下委員】矢印の中に環境調整へのアプローチと全身状態の維持・リラクゼーションを入れると、キーワードが入ってよいのではないかと感じた。

【西村委員】安定期の活動・参加を上げていけるようなアプローチという意味を違った意味に捉えられないか心配している。全身状態、体力を維持しながらという意味で、もう少し上手な言い方ができたらと考える。

【安岡委員】訪問看護の中で、終末期に新症状と記載があるが、そのような表現はないため、様々な症状が適切かと思う。

【石黒委員】訪問歯科医はそこまで省略化されていない。このままの記載で大丈夫。

【森下委員】簡略化とは別で、今更ではあるが…。意思決定支援のところで、記載内容の最後にカッコ書きで往診医などと記載があるが、先に持ってきた方が良いのではないか。現行のものも、簡略化したものも訂正したほうが、見やすく分かりやすいのではないか。

【中川委員】最終的にはどの大きさを考えているか。

【事務局】 サイズ感は委員の皆様にご相談したいと思っている。

【中川委員】 例えば、災害対策マニュアルは冊子、そのマニュアルに対応したアクションカードは胸ポケットに入るようなサイズ感で作成している。このように二種類用意するのはどうかと思う。アクションカードである程度流れがわかって、詳細はマニュアルを見るという流れ。現行のものは無理がでてきていると感じている。極端に言えば、単語だけのアクションカードがあってもよいと感じている。

また、訪問診療医のところの終末期の空白が寂しい。この時期は医師に役割があまりなく、登場回数が少なくなるため、意思決定支援でリアルタイムについていけない場合がある。医師としては、全体の意思決定を把握する必要があると考えている。

【安岡委員】 予後、残された時間の説明をこの時期に入れたらどうか。

【中川委員】 予後について医学的な判断をし、情報共有するということですね。

【森下委員】 大変なところであるが、医師に予後のところは家族・本人に説明をお願いしたい。この時期の医師の大事な役割であると改めて感じた。その説明から、訪問看護師やケアマネジャーが動いていけるようになる。また、先日の入・退院時引継ぎルールの特典協議でケアマネジャーと病院の入・退院の担当者に説明した時に、時期に着目することが大事だと改めて感じた。全体を理解することも大事だが、時期を分けて、一つの時期だけを1ページにするなどの対応はどうか。

【中川委員】 森下先生の言われたとおり、大きな時期ごとにまとめると確認しやすい。また、それに加えて全体像が見えるものが一枚あればよい。

【和田委員】 時期別に分けるのであれば、オリジナル版で分けるのはどうか。時期別に一枚にするなら、もう少し見やすくなる。全体像（A3）は事務局（案）の特典化したものにする。そのようなものなら、新人のケアマネジャーにも活用できそうだと感じた。

【安岡委員】 和田委員と同様で、大きいサイズのものが特典化したバージョンでよいと思う。自分が訪問看護の初心者なら、職種ごとにも、時期別の一枚ものがあつたらよいと感じた。

【中川委員】 様式のデータをスマホで共有できればよい。

【事務局】 ホームページには現行を掲載しているが、改訂した場合は改めて掲載させていただく。

・医療機関の役割を詳細にした看取りの連携シート（準備期・開始期）をもとに検討を行う。

<委員意見>

【安岡委員】 病棟看護師はサマリーだけでなく、在宅で継続するケアをシンプルにする等、在宅復帰に向けて動いていることもたくさんあるため、そのようなことを記載してみてもどうか。

【西村委員】 準備期には、病院側にいるリハビリ専門職からすると退院前訪問でどんな家に住んでいるのか、家周辺の環境がどうかなども見に行くことがあり、そのあたりも一言添えていただくと良い。

【石黒委員】 退院前カンファレンスにあまり歯科は呼ばれないが、退院後にどんな物が食べられるか、どういう風に食べさせていくかは口腔内の評価として歯科は関係していくところ。当日カンファレンスに参加できなくとも、状態を診に行く、訪問することは可能なの

で、かかりつけ歯科医に相談してくださったら…。ケアマネジャーさんからそういったことを情報提供していただけたらと考える。

【森下委員】初期カンファレンスと担当者会、退院前カンファレンスの関係性はどうなっているのか。退院前カンファレンスは基本全員でやっていくものとして、歯科医師にも声をかけて参加を呼び掛けるもの。もし参加ができないとしても、その後しっかりカンファレンスの内容は報告させていただく。

初期カンファレンス・担当者会と退院前カンファレンスの位置づけをきちんと検討できたら、退院前カンファレンスがチームで取り組む大事なことであるとの位置づけがしっかりするのではないかな。

【事務局】カンファレンスについて他にご意見はありませんか。

【森下先生】準備期にカンファレンスを行うことは変わらないが、その人の状況によって準備期の中でもカンファレンスの時期は異なるし、書類も異なってくる。

【中川委員】初期カンファレンス、担当者会が一番左、今の場所に退院前カンファレンスが自然かなと思う。また、私が施設に出向く時によく歯科衛生士と出会う。歯科医師と歯科衛生士は分けて書いてみてはと思う。

【石黒委員】歯科衛生士は医師の指示のもとに動いている。特にがん末期の方は口腔ケアがとても重要になってくるため、回数を多く提供するなど、歯科衛生士の方が頑張ってくれていると感じている。訪問歯科医の中に点線等で歯科衛生士の枠を作って記載してはどうか。記載する文言も今後検討してみる。

【中川委員】医師の記載については、こう書くしかないかなと思うところもある。ところで、退院前カンファレンスは誰が仕切るものかな。

【事務局】退院前カンファレンスは地域医療連携室が基本的には取り仕切っているもの。

【中川委員】退院前カンファレンスで出席している方に医療面での現状と予後を説明するのは医師だと思う。書類もちろん作成するが、それ以外に病状や予後の説明する役割も記載しておくようにするというのはどうでしょうか。

【森下委員】確かに準備期の意思決定支援に病院側の医師はとても重要な役割を果たしている。病院側の医師や看護師などのスタッフを入れていくようにしてみてもどうかと思った。

【中川委員】そうですね。現行に書かれているのは、在宅側のことですから、意思決定支援に記載するのもいいかもしれない。

【佐々木委員】連携室の担う役割として大きいものは、病院と地域の繋ぎだと思う。カンファレンスの人数が増えるほど、日程調整が大変。

【事務局】カンファレンスの記載の仕方についてご意見はないか。

【佐々木委員】初期と退院前などと分けずにカンファレンスと一つにまとめるのもいいのではないかなと思う。

【事務局】たくさんご意見をいただいたため、事務局でいったん取りまとめをしてみる。個別にご意見をいただく機会もあるかと思いますが、その時はご協力をお願いしたい。

- ・看取りの連携シートの活用状況に関して事務局から報告し、委員からも活用状況について報告をいただく。

＜委員意見＞

【和田委員】新人ケアマネジャーが3月に入職した際に、このシートについて説明し、がん末期の方を担当する時があればまた一緒に見てみようと言話をした。委員会で改訂されたら周知していきたいと思っている。

【安岡委員】ケアマネジャー向けの実務研修、再研修で看取りのコマを担当している。その際には、参考にとこのシートのQRコードを記載し、プロセスごとに抜かりなく進めることができるお伝えしている。高知県の訪問看護の委員会でも報告している。

【事務局】今後、看取りの連携シートをブラッシュアップしていく予定ですので、その際には周知や活用についてご協力お願いしたい。

（２）心配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について

- ・①消防局と地域共生社会推進課が連携したプロトコールの啓発、②令和6年5月にプロトコールが施行されてから令和7年3月までに心配蘇生を望まない方の救急搬送の実情について報告し、各委員からご意見を伺う。

＜委員意見＞

【和田委員】訪問診療医につなげるケースはケアマネジャーとしては安心できる。しかしながら、信頼している、かかりつけ医に看取ってもらいたいという意思があり、またその先生自身も最後まで伴走するつもりがある方の中に課題があると感じている。その場合は訪問診療医につなぐことはできないため、土日祝日には連絡がつかないこともあり、ケアマネジャーとしてはもどかしいと感じることもある。

【安岡委員】同意書・指示書を枕元に置いてもらっている方が1名いる。主治医にすでに指示書は書いてもらっているが、一般の医療機関ですので、主治医に連絡がつかない時はどうするかと投げかけを行っている。ケアプランにも載せて、家族にも周知をしている。ただ、理解してもらいながら進めていくには時間を要する。ご理解をいただくこと、プロトコールについても一般の方たちは知らない。がんの方でなく、老衰ターミナルの方には、ご家族に説明をしたりして、さらに労力がかかる。医療機関の理解もまだ至っていないと感じており、周知を促していく必要はある。どのくらいの医療機関がプロトコールについて把握しているのか気になるところ。

【事務局】高知県から医療機関にプロトコールの周知をしていると聞いている。

【佐々木委員】こういったプロトコールの指示書を書いてもらうことについて、私が知らないだけかもしれないが、医療機関の周知状況については不明。実際には、高知県下でどれだけ指示書が書かれているのか具体的に数がわかれば教えてほしい。

【事務局】今のところ、数については情報がない。高知県が把握しているかは不明だが、確認してみる。

【安岡委員】高知県に確認するなら、この指示書を書いてもらうことで費用は発生するのかについても確認してほしい。

【中川委員】私は、今まで2例記載したことがある。お二人とも100歳を超えている方。

指示書を記載することに関しては、診療報酬は発生しない。

まだ病院の外来に通院できているような方で、老衰のケースは少ないと思う。そのため、病院ではあまりプロトコールについて話題にならず、医師が知らないケースが多いのではないかと。また、病院の医師は基本的には自宅へ訪問しない。そのため、病院ではプロトコールについて広がらない印象をもっている。また指示書の様式が手書きなので書きにくい。パソコンで打ち込みができるようになっていたらよいと思う。

プロトコールに記載されている心肺停止でないと判断した場合は必ず救急搬送することで間違いないでしょうか。下顎呼吸の患者をどう対処するか、プロトコールの判断基準は微妙なところと感じた。

【事務局】今後も気になることやご意見があれば、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。