



# つながり

「つながり」は、医療や介護に従事する皆様が、多職種に向けて自らの情報を発信し、互いに理解を深め、顔の見える関係を築くための連携ツールとして、季節の節目ごとに発行しております。

令和5(2023)年 3月23日 発行  
発行元  
秋田市在宅医療・介護連携センター  
TEL 018-827-3636  
E-mail renkei-center@acma.or.jp

## 在宅医療・介護に携わる関係者9人がオンライン集合！ 座談会『医師と本音で話し合おう』を開催しました（前編）



「多職種からの率直な意見が聞きたい」という医師の考えから出発して生まれたこの座談会。R2年に在宅医療・介護の関係者が集まり第一回目を行いました。（つながりVol. 8に掲載）今回は高齢者の介護施設（居住系サービス）に焦点を当て、関係者9人が医療・介護連携の課題などについて意見交換しています。



**長谷山 俊之氏**  
長谷山内科医院 医師  
外来のほか、訪問診療、往診を実施。介護施設へも定期的に訪問し、診療している。



**伊奈 慎介氏**  
早川眼科伊奈皮膚科医院 医師  
外来のほか、往診にて皮膚科診療を実施。介護施設からの外来患者に対応することも多い。



**千葉 利昭氏**  
旭北歯科医院 歯科医師  
外来のほか、医院にある3台の専用車で訪問診療に向かう。介護施設へも定期的に訪問している。



**岩間 雄一氏**  
アルヴェいわま薬局 薬剤師  
株式会社いわま薬局の代表取締役。市内に6店舗ある薬局のほか、特定施設として指定を受けたサービス付き高齢者向け住宅等を運営。施設では看取りまで対応している。



**加藤 健悦氏** (左) ソフトハンド四ツ小屋 代表取締役  
**森川 保氏** (右) ソフトハンド四ツ小屋 看護師  
認知症の方を対象にしたグループホーム(認知症対応型共同生活介護)を市内で4カ所運営。R3年度より常勤の看護師を配置し、施設内の体制を強化。看取りまで対応している。



**加藤 祐子氏** (右) 医心館秋田 看護師  
**染瀬 昭子氏** (左) 医心館秋田 看護師  
住宅型の有料老人ホームに訪問看護ステーションと訪問介護ステーションを併設。特に医療依存度の高い利用者を受け入れ、ホスピスの役割も果たす。入居者全員が訪問診療を受けている。



**市原 利晃氏**  
秋田往診クリニック 医師  
市内で唯一の在宅医療専門のクリニック。訪問診療、往診を行う。今回の座談会ではファシリテーターを担う。

施設関係者から出された課題をもとに、意見交換がスタートしました。本誌ではこの座談会の様子を2回に分け、Vol. 17で「施設によって、できることとできないことがある」「看取りを考える」、Vol. 18で「最期まで自分らしく過ごす～“食べたい”をサポートする」「垣根を取り払い、情報を共有する」をご紹介します。

### 施設によって、できることとできないことがある

**市原氏** 今回の座談会では「最期まで自分らしく過ごす～施設（居住系サービス）の中でできること」のテーマで、普段感じていることなどを自由に意見交換していただければと思います。ソフトハンドの加藤さんが事前に職員から意見をまとめてくれたようですが、何か出ましたか。

**加藤(健)氏** はい。この座談会に向けて、医療との連携で課題に感じていることなどを施設の職員から聞き取ってきました。いくつか出た意見のなかに「施設の中でできることとできないことがある。その違いを先生方に理解してもらいたい」というものがありました。例えば、入居している利用者さんの症状が悪化した時の対応についてです。うちのようなグループホームは夜勤帯など介護職員が一人になる時間があるので、医療処置が必要な場合など、常に看護師がいる施設とは同じように対応できません。医師に医療面での対応を期待されることもあります。施設ごとに機能や体制の違いがあることを知ってもらいたいです。

**市原氏** 伊奈先生と長谷山先生は介護施設に訪問されていると思います。いかがでしょうか。

**伊奈氏** 施設によって「できる」「できない」があって、それを分かったうえで指示して欲しいということですね。可能な範囲でそうしたいのですが、訪問し始めの頃はこの施設では何ができて何ができないのか分からない、というところが現状です。何回か訪問して慣れてくれば適切な指示が出せるようになると思いますが、そして症状悪化時の対応については、このような時はどうすれば良いのかなど予め聞いておきたいということでしょうか。訪問時に、なるべく色々なことを想定して一般的な話として説明することはできるかもしれませんね。

**長谷山氏** できることとできないことには、二つの意味がありませんか。一つは単純にスキルとしてできないこと。もう一つが、法律上できないこと。症状の悪化に対して介護職員の判断で医療処置をするのがこれにあたりますよね。そこは各施設の職員体制によっても幅が大きく変わってくるかもしれません。しかし伊奈先生がおっしゃるようにその体制が外から見えずらく、私たちも施設利用者への対応で頭を抱えるところですよ。

**市原氏** 私もそう思います。そしてできることとできないことを分けたとしても、どうしてもその間のグレーゾーンが出てきますし、そこをどうしようかという話にもなります。これはやりながら調整していくことになると思いますが。

**長谷山氏** 介護施設の種類が多く機能の区別が難しいのが、ややこしくしている一因ですよ。もともと在宅医療に携わっている医師であれば何となく分かりますが、大きい病院の医師にとってはもっと分からないと思います。必要最低限の区別がつけば、送り手も受け手もやりやすくなると思うので、施設側からできることとできないことを教えていただければありがたいです。

**伊奈氏** 私の医院の職員も、私がどのような種類の施設に行っているのかよく分かっていないと思います。もしかするとそのような部分で、施設側からの相談を難しくさせているかもしれませんね。

**市原氏** 施設の機能については、簡単な表のようなものがあると分かりやすいかもしれません。施設の特徴や医療提供の可否などを載せた表を、連携センターの方に是非作ってもらいたいです。

解決策の一つになるかもしれません。これは後でお願いしてみましょう。(下表「主な施設の特徴と医療提供のめやす」参照)ほかに何かありますか。

## 看取りを考える

**森川氏** 私から伺いたいことがあります。ご家族の意向で過度な医療に繋がるケースがあります。私たちから見て利用者さんの意向に沿っていないように感じても、ご家族の想いを汲むのが当たり前なのかどうか悩みます。良い方法があれば教えてください。

**市原氏** 長谷山先生いかがでしょうか。

**長谷山氏** 私は家族にできる限りコンタクトを取り、話をするようにしています。主に特養でそのような場面に遭遇しますが、来れる家族であれば来てもらい、現場の職員も含めて意見が食い違わないよう、しっかりと病状説明して決めていくようにしています。けれども最後に決定権を持つのは利用者さんご本人ですし、ご本人が意思表示できなければご家族に聞くことになるので、医療側として思っていることをきっちり伝えて、それでも希望があればそれを尊重するしかありません。己の未熟さを感じることもあります。

**岩間氏** 私が経営する施設でも看取りのお手伝いをしています。以前市原先生から、決めごとをしてもいざとなった時に優先するのはその時の利用者さんやご家族の気持ちだから、とアドバイスを受けたことがあります。職員一同経験を積みながら学び、少しずつ臨機応変に対応できるようになってきました。

**市原氏** ありがとうございます。おそらくACPに繋がる話ですよ。そこに来るまでに利用者さんやご家族とどこまで話をしているかが大事です。そしてその話し合いのファシリテーター役を私たち関係者が担うことになりますから、今みんなACPについて勉強していると思うのです。施設に看取りが必須だとは思いませんが、そこまで対応できると利用者さんやご家族と深く関わることになり、私としてはできた方が良くと思っています。それが大きな経験になり、その後の施設内での取り組みも変わってくるはずですよ。今日集まっている施設の皆さんや私たちに、まだ経験していない施設を引っ張っていく役割があるのかなという気はしますが、その辺りの議論はまた違う回でしょうかね。

**長谷山氏** 看取りの対応という部分で少し補足させてください。今日参加されている施設がそうであるように、昔みたい

な杓子定規のルールどおりではなく臨機応変にやってくれる施設が増えてきて、私としては本当に心強い限りです。ですが、施設が看取りの対応をしたくてもできないのであれば、これは我々医師や行政、サポートするための機関など、施設以外のところに問題があるように思っています。最近のことですが、ある施設で看取りのお手伝いをしました。施設側は当初「看取りをしてくれる医師を知りません。だからうちの施設で看取りはできません」と受け入れに消極的でした。分からないからできない、という理由です。けれども私が「いざとなったら私が行きます」と言ったところ、案外あっさり受け入れてくれて。この例のように、自宅や施設に看取りに来てくれる医師が分からないというのが一番の問題なのかもしれません。ここを改善させていくために、連携センターの方にも頑張ってもらって、何か良い方法を考えていきたいですね。また市原先生がおっしゃったとおり、研修会などに参加して積極的に学んでいくことも大切なことではないでしょうか。

この後、利用者さんの「食べたい」をどうサポートするかという話に展開していきます。次号(4月発行予定)でご紹介します。



## 主な施設の特徴と医療提供のめやす

施設入所されている方の受診等の目安にしてください。参考資料をもとに、連携センターの職員と作成しました。利用者さんの病名や※の3カ所については特定施設の指定の有無によっても異なりますので、詳しくは参考資料等でご確認ください。

施設・住宅の種類	対象者	施設の特徴	医師の配置義務	看護職員の配置義務	医療機関による往診	医療機関による訪問診療
			○あり、×なし、△条件による	○あり、×なし、△条件による	○可、×不可、△条件による	○可、×不可、△条件による
特別養護老人ホーム(特養) (介護老人福祉施設)	原則要介護3以上	生活全般の介護を提供する施設 終の住処	○	○	△	△
介護老人保健施設(老健)	要介護1以上	在宅復帰のためにリハビリを行う施設	○	○	△	×
ケアハウス (軽費老人ホーム) ※	自立～介護度が軽い方が多い	低額で食事と生活支援を行う施設	×	△	○	○
有料老人ホーム ※	自立～介護度が重い方までさまざま	サービスを施設職員が提供する 介護付と、外部契約の住宅型などがある	×	△	○	○
サービス付き高齢者向け住宅 (サ高住) ※	自立～介護度が軽い方が多い	生活支援、安否確認のある バリアフリー住宅	×	△	○	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	要支援2以上で 認知症の診断	職員のサポートにより共同生活を送る 1ユニットの定員9人以下	×	×	○	○
小規模多機能型居宅介護 (小多機)	要支援1以上	通い、訪問、泊まりが一体となった施設 登録定員29人以下	×	○	○	△
看護小規模多機能型居宅介護 (看多機)	要介護1以上	上記に訪問看護サービスが追加 登録定員29人以下	×	○	○	△
ショートステイ (短期入所生活介護)	要支援1以上	短期間入所して介護を受けることのできる施設	○	○	△	△

参考資料: 社会保障審議会(介護給付分科会)第79回「介護サービス利用者に対する医療提供のあり方について」、参考文献: 永井康徳(2021)『在宅報酬算定マニュアル』日経ヘルスケア



## 秋田市在宅医療・介護連携センター

〈受付時間〉月～金(祝日を除く)午前9時～午後5時  
〒010-0976 秋田市八橋南一丁目8番5号(秋田市医師会館内)  
TEL:018-827-3636 FAX:018-827-3614  
E-mail renkei-center@acma.or.jp



## 編集後記

本番前に zoom で顔合わせの場を持ちました。そこでも様々な意見が飛び交い、日頃の奮闘されている様子が伝わってきました。このつながりで少しでもご紹介できればと思います。熊谷

