

## 令和5年度日本一の健康長寿県構想南国・香南・香美地域推進協議会

<日時> 令和6年2月5日(月) 19:10~20:30

<場所> 中央東福祉保健所 2階第2会議室

<出席者>

会長：中澤宏之、副会長：川竹康寛

委員：井坂公、疋田隆雄、岩河基行、公文龍也、宮野伊知郎、池田隆志、稲本悠、小笠原美和、清遠由美子、北村由佳、楡金美彦、長山由里香、林佐江子、筒井桂子、福島富雄、中村俊一、西川明美、都築敏夫、松村千賀子、中山繁美、時久朝子（欠席：都築英雄、味元議生、安岡君枝、岡崎法子）

県関係者：医療政策課 課長補佐 宮地洋雄、チーフ（地域医療担当）原本将史、主幹 夕部智之、主査 大久保萌

事務局：（中央東福祉保健所）所長 谷脇淑代、保健監 田上豊資、次長（総括）香川 景、次長兼地域支援室長 尾木朝子、衛生環境課長 中村秋香、健康障害課長 宗崎由香、チーフ（地域支援担当）和田真由美、主幹（地域連携担当）井上佳菜

---

### 1 開会

(1) 挨拶（中央東福祉保健所長）

(2) 日本一の健康長寿県構想南国・香南・香美地域推進協議会について 資料1  
(事務局説明)

(3) 会長、副会長選任

### 2 報告事項（各部会等報告）

(1) 高知県高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業支援計画の概要 資料2  
(事務局説明)

(2) 中央東地域健康づくり推進協議会 資料3  
(事務局説明)

### 3 意見交換

テーマ「本人らしさを尊重する意思決定支援」 資料4、参考資料1～3  
(事務局説明)

(会長)

元気なうちから、自分自身で前もって考え、家族と話し合い意向を伝えるための取り組みや、医療従事者、介護従事者が、本人・家族の意向を事前に確認して、切れ目なく意思決定支援を行っていくためにはどのような取り組みが必要かといった投げかけであった。

具体的な取り組みの意見をいただく前に、南国・香南・香美の三市におけるこの議題を取り巻く現

状・課題を共有するための議論をしていきたい。資料の中で、担当患者さん・利用者さん本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、話し合いを行っているかの調査結果があったが、この地域ではどうかといった現場の話をお聞かせいただきたい。医療関係、介護関係の方々からは、話を聞くタイミングが難しいという話を聞くことがあるが、実際の現場ではどう感じるか、日頃の印象を含めてお話しいただきたい。

#### (A委員)

入院するときに患者様のご家族に、急変時どうするかという話は今はほとんど行っている。国がこういう方針なのでと説明した上で、主には患者様というより家族に問い掛けることが現実的に多い。

印象としては、入退院を繰り返している方や施設にいらっしゃる方の家族は、ある程度明確な返答を持っていることが多いが、初めて入院される方は、そんなことを考えたことはないと言われることが多い。

実際のところ、病院で受け入れをする場合に、認知症であったり判断ができないケースが非常に多く、家族間で事前に話し合いを持ってもらうことが非常に大事かと思う。そこに関して、行政等から啓発いただけたらと思う。

#### (B委員)

在宅での看取りは少ないが、今までの中で思うことは、家族の方の協力がないと難しいということ。例えば、本人が自宅での看取りを希望していても、家族が大変なところを見ていられないとか、家族は寝たきりになったら看られないということもあり、病院や施設へ行ったりする。ご家族をどうケアしていくか。無理強いはできないので難しい。必ずしもその利用者さんに沿った支援ができていくかと言うと、難しいところはあるが、できるだけご家族も含めての話し合いができるように、声かけとかは気をつけているところ。

#### (C委員)

健康なうちから話をしておくのは大事だと認識しているが、最初のアセスメントの中で、最終段階の話をするのは難しい。きっかけがつかめれば可能かもしれないが、きっかけが難しい。

ターミナル、終末期の方は、心づもりの話はする。きっかけがあるから話をしやすい。

今回のように大きな災害があれば、災害が起きたらどこに避難されますか、といったことを切り口に、どのような考えかを聞くことは可能な場面がある。

#### (D委員)

家族がいるのが大前提の話をしてると思うが、地域には独居の方も多い。県外の家族もいなくて本当に一人という方に、どんなふうにして最期を迎えたいかなどの取り組みも一緒に考えていけたらと、今回の話を聞いて思った。

地域の中で知らず知らずのうちに亡くなっているということもある。地域活動を行う団体で会議をしたが、地域の活動でも来てくれる人は関心がある、では来てくれない人にどうアプローチしていけばよいのかという話になった。家族だけではない部分ももう少し議論していただけるとよいかと思う。

(E委員)

仁淀川町がフレイルチェックを始めるときに黒潮町へ視察に行くということで、私にも声がかかり交流があった。人生会議をテーマにした大会で、仁淀川町の方が自分の人生会議のプランをこういう活動の中で話せる人が増えてきたと話されていた。この地域でも大豊町が一生懸命されているフレイルチェックで人生会議の話をしている。ACPをどう進めたらいいかと言っていたが、フレイルチェックがそれに一番近いような活動だと思う。例えば、健康寿命を延ばそうということが大きなメインではなくて、そういう仲間づくり、人生会議をも一緒にできるような仲間づくりという視点においてやられている。家族でもなかなかそういう話しは聞きにくい。

それから、マイナンバーカードを活用できたらよいと思っている。家族とした話をパソコンで打ち込んでマイナンバーカードに記録することができたらもっと広がるのではないかと感じる。

(F委員)

若年性認知症の家族が入所施設にいるが、認知症が進んでいて何をしたいかも聞けなかった。食べることができず胃ろうか経管栄養、若しくはそのままというとき、家族内でどうするかと話した。認知症が進行する前に、エンディングノートを制作しておけばと感じた。

また、別の家族ががん末期のときに、エンディングノートがなかったので、最期を私だけが決めないといけないことがあり、いまだにそれでよかったかと考える。

(会長)

続いて、脳卒中等で急変した場合に、ご本人の意思確認が困難となったり、確認ができず困った事例や、身寄りがない方や、親類がいても疎遠で対応に困ったという事例があると思うが、その際、こういう対応したとかいった事例があれば、お話をいただきたい。

(G委員)

意思確認が困難となる前、元気なときに話し合っていくことが大事と思う。そういった事例には当たっていないのでテーマと直接関係ないが、がんが進行している患者さんが緩和ケア病棟に居たが、本当は家族と2人で家で過ごしたいが、がんの場合在宅での医療処置が必要になるので、処置ができる医療機関を探していたようだが難しい。医療的な対応も今後の課題と思う。

(H委員)

ご高齢の方、認知症の方もいる。今日の話から、ACPなどをすべきだと感じたのでこれから勉強していきたい。

(会長)

各自治体からの意見はどうか。

(I委員)

身寄りのない方等の支援を行うことがある。事例でいうと、既往もあり入退院を繰り返しながら、

要介護3で家族と2人で暮らしてた方がいたが、主に介護をされていた方が急に亡くなられて独居になった。ケアマネジャーさんが調整してサービスを利用して繋いでいたが、どうしようもなくなって、やむを得ない措置で施設に入所することになった。措置入所にあたって、何かあったときのことや医療のこと等、どういうふうに考えているか聞いてみたが、その時点では「考えられない」とのことだったが、そこを上手く聞き取ることがすごく難しいと思った。

その後、救急搬送で入院となった時は、支援者がいないことで地域包括支援センターが緊急連絡先になっていたの、後日ご本人と一緒に医師の説明を聞くことになった。そういう状況になると、今後の治療について医師から確認されたときには、苦痛のない範囲での処置をしてもらいたいなどご自身のお考えを話された。

その後、転院となったときは、前回の救急搬送で聞いたことを伝えたが、急変したときにはどうするか本人に確認ができないとき、本人の思いと異ならないようにするための自己決定支援は本当に大事だと思うが難しい。

本市で、身寄りのない人が養護老人ホームへ入所されるときに、緊急時や終末期の対応を聞き取っていく様式を作成したものを準用してみたが、難しいというのが現状。

(会長)

様式ができて、そこから話を進めるのは難しいと。現場でこのような課題があることが、一定聞かれたが、元気なうちから普段ご家族とどのような話をされてるか、実際住民代表の方たちにご意見伺いたい。

(J委員)

見守り活動の中で自分の担当に、体が動きづらいという方がいたので、地域包括支援センターに相談した。訪問していただいて、丁寧に対応していただいたが、入退院を繰り返した後に病院で亡くなった。県外のご家族にその方の元気な時の様子などをお伝えしたかったが、連絡が取れなかった。

(K委員)

私たちは、地域に出向き活動をしており、参加された方のうち独居の方の日常の話聞く機会はあるが、自分がどうしていききたいかといった踏み込んだことは聞けない。でも、関わる中できっかけになるような出来事や、何かヒントになる言葉をどこかにつなげていけるような活動になればと思いながら話を聞いた。

(会長)

皆様から現状をお話をいただき、一定のこの地域での課題共有はできたかと思う。

これを受けて、元気なうちから自分自身で前もって考え、家族と話し合い意思・意向を伝えるための取り組みや、医療従事者や介護従事者が本人・家族の意向を事前に確認して、切れ目なく意思決定支援を行っていくためにどのような取り組みが必要かということで、それぞれの立場からご意見をいただきたい。

(L委員)

私の勤務先ではまず医療者がACPについて学ぼうということで、定期的に多職種で研修会を行っている。所属する団体でも、今年度、アドバンスケアプランニングに関連した事例検討会を開催したが、医療者自身もアドバンスケアプランニングはとても大変というような反応だった。

実はアドバンスケアプランニングというのは、普段のケアの会話の中でも自然にある。がんの末期などは話合いの場を構えて聞き取るケースもあるが、普段のケアの中で、その人が何を大事にして生きているのかをいかに話していくことが一番大事というような研修会だった。普段の会話の中でアドバンスケアプランニングについて考えていくための題材にしようということで、カードを使った「もしばなゲーム」というものがある。余命宣告を受けた自分がそのカードの中で何を大事にしていきたいかをみんなで共有して、自分が大事なところを自分でまず気づく、周りの人にも知ってもらい、それを家族でしていく。こういった知識を提供していく必要があるのではないかと。それから、団体が実施した研修では、この地域には高度急性期、急性期、慢性期と色々な施設があるが、患者さんが転院していく中でその意思決定をどのように伝えていくか、そして、意思決定というのは1回決めたから終わりではなくて、その時の状況によって変わっていくので、その変わった場面でどのように聞き取るかが、課題であるということだった。次年度もアドバンスケアプランニングを主体とした研修会を行っていこうと考えている。私たちがまず知ることが大事ということと、難しい、取り組みにくいではなくて、高齢者の集まる場所などいろんなところで知識を提供していく必要があるのではないかと思った。

(M委員)

私もACPの勉強会等を一緒にさせてもらうが、実際現場へ行くとやはり皆さんと一緒にタイミングとか難しいというところがあり、待ってしまうところもある。ご家族がいるともう少し早くできるときもあるので、ご家族からかと思う。

「高知家@ライン」は介護が必要な人に対して、情報共有してケアしていくのが主な使い方である。徐々に具合が悪くなっていく方や、終末期になっている方に厚い連携をするような使い方をされることもある。先ほど委員からあったように、普段の会話にあるという点で、ケアラインの一番よいところは、日頃からずっと関わる職種の方が患者さんや家族と話したことが蓄積されているので、あえて皆が聞かなくても、患者さんの意思を聞き出せていたりする。ほかにも「心づもりノート」をスキャンして高知家@ラインで共有するという取り組みも行われている。

県外の家族との共有等といった課題も出てきているので、今後はそういうことも進めていきたい。

(会長)

「高知家@ライン」は、ACPに関連したコミュニケーションツールの一つとして、また多職種の意見の積み重ねにも有効に活用できるのではないかと思う。

続いて、各地域包括支援センターから、今後の取り組みについてご意見をいただきたい。

(N委員)

今年度から在宅医療・介護連携推進コーディネーターを地域包括支援センターに兼務で2名配置している。市の目指す姿を、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの4つの場面に分

けて事業を実施している。

今年度、ACPの市民講座を実施した。この講座は今後も続ける予定。

来年度は、身寄りのない方への対応や、親の介護が現在の世代・50代から60代の方に対してのアプローチができるよう計画を考えている。

救急搬送や急変時の対応について、今年度、消防署との連携体制ができたので、来年度は、本人の意思に沿った救急搬送や、延命を望んでない場合の医療機関と介護の連携体制ができるよう話し合いをしていく。また、普及啓発のために救急救命講習を市民、介護保険施設等に実施したい。

#### (O委員)

本市でも令和5年度に、在宅医療・介護連携コーディネーターを配置した。高齢者のことで困ったら地域包括支援センターへという相談窓口の認知度は高くなってきたが、さらにコーディネーターを配置して、医療とご本人・家族・介護をつなぐ窓口が誰であるのかを明確にした取り組みを開始している。

コーディネーターの役割としては、個別の相談以外に、通いの場等に行き出前講座などを行っている。また、支援機関との連携ということで、ケアマネジャー等の会議や地域ケア会議にもコーディネーターが参画して、連携を図るような体制をとっている。

エンディングノートを平成28年から作成して幅広い市民の方に活用いただけるようご用意している。令和4年度に再版をしたので、このノートを活用した普及啓発も充実を図っていく予定。

#### (I委員)

本市も同じく在宅医療・介護連携事業でコーディネーターも配置し、その事業の中でACPに関する講座も行った。介護予防事業等と連携しながら、介護予防講座の中に講座を組み込んだり、地域の集い等へ出かけることがあるので、そこでも話を少しずつしていけたらと考えている。

また、成年後見制度利用促進の中核機関もでき、そちらの普及啓発の中にあわせてエンディングノートの話も入れて、地域の皆さんに考える機会を持っていただくことを考え取り組んでいる。

#### (会長)

本日は委員の皆様からそれぞれの立場で大変貴重なご意見をいただきました。最後に、中央東福祉保健所 田上保健監からコメントをいただきたい。

#### (中央東福祉保健所 保健監 田上)

入所している家族と最期どうするかという話をする。入所している施設では事前指示書的なものではなく、私から本人に書いてもらったものを施設に渡して、救急搬送するときには持って行ってくださいとお願いしている。施設から本人に話しをすることや施設から家族にお願いをして、タイミングをみて家族と本人で話し合ってもらったのも一つの方法かと思う。

コロナ病床が逼迫しているときにも、最期どうするかといった確認が必要だったが、印象としては、十分に事前準備ができてない方が圧倒的に多かった。

本日のお話を聞く中で、一番重要なキーワードはやはりタイミングだと思う。もう一つは、きっかけづくりをどうするかということ。それから、話をする場づくりやそのツール。

タイミングの中には、元気なうちからお話ができていること、近づいてきてから話しをすること、両方正解だと思う。E委員からお話のあったフレイル予防の仲間づくり、そういった仲間の中で気軽に話し合えるような場を作っていくこと。またそういう場でも使われていいかと思う、L委員からお話のあった「もしばなゲーム」のようなツール。そういう場とツールをうまく活用して気軽に話ができる場を作っていく。それはその仲間づくりの中でやることもあるし、ご家庭の中でやることもあるし、そこをもうひと工夫が要ると感じた。

近づいてからということ、入院するタイミング、入所するタイミング、それから介護認定を受けたとき。こういうタイミングを使って、どこでもそのタイミングには一度確認される。例えば、エンディングノートをお持ちですかとかいうことを、気軽に聞けるようになること。特定の人だけにというのはやりにくいので、そういった工夫も必要だと思う。

また、病気の状況によっても、随分違ってくるのではないかと。例えば、がんのターミナルやALSの患者さんなど、回復の見込みがなくて本人の意思が確認できる方の残された人生をどうするかということはタイミングが比較的計りやすく、本人とも会話しやすいので比較的進んでいると思うが、しっかりできているかの確認が必要。

脳卒中とか心筋梗塞、交通事故など、突然に起こってくることがある。この対応は、事前にご家族等と話し合って、事前の意思、推定意思を表明、伝えることができるようにしておくことが必要で、それについては以前から、例えば「命のバトン」というものもあるし、N委員からお話のあった消防との連携もあるかと思う。

難しいのは、よくなったり悪くなったりしながら悪くなっていくような状況のときにどのタイミングでということ。医療者から切り出しにくいという問題もあるかと思う。ご家族とは割とお話がされているかと思うが、ご本人とのお話のタイミングが難しいという意味では、ご本人からもっと自分の意思表示を積極的にしないと、先生はなかなか声をかけにくくなりタイミングを逸することがたくさんあるということ、住民の皆さんに知っていただくことも大事かと思った。

大変重要なテーマなので、こういうことを気軽に話をする場をいろんな場面で積極的に作っていただけることが大事なことだと考える。

(会長)

またこういった形で協議を進めていきたい。

#### 4 閉会