

令和5年度日本一の健康長寿県構想嶺北地域推進協議会

<日時> 令和6年2月14日(水) 19:10~20:30

<場所> 本山町保健福祉センター 1階一般検診室

<出席者>

会長：古賀真紀子 副会長：降幡雅也

委員：佐野正幸、西川正彦、川井利香、吉村典子、西村真由美、田村豊、和田純一、神野理江、伊藤京子、中平真司、澤田直弘、権藤重治、高樽かよ、平石典子、伊藤充恵、武内由佳（代理：和田亜夕美）

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、総務保護課長 坂田美紀、衛生環境課長 中村秋香、健康障害課長 宗崎由香、チーフ（地域連携担当）筒井加奈、主幹 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嶺北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) 人材確保育成検討会 資料4
(事務局説明)

【質疑・意見等】

(A委員)

資料2の7ページに、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の利用見込者数と必要入所定員総数が載っていて中央地域の数字になっているが、嶺北地域の数字がわかれば教えていただきたい。

同じく資料2の9ページ、ポイント⑤「介護人材の確保と介護現場の生産性・サービスの質の向上」
(3) 若い世代に向けた魅力発信とあり、ネガティブイメージの払拭と言われたが、辞めていく方は特に排泄介助を苦手として辞めることがあり、辞めた方は介護職以外に就いてる。当然、事業所も魅

力発信を頑張らないといけないが一施設だけでは難しい。高知県だけでも難しいのではないかと。全国的にも人材不足なので国としてどうするかを考えなければいけない。

愛媛県八幡浜市にある県立川之石高校は2015年に福祉系高校の認可を受けていて、2022年度の3年生15人すべてが介護福祉士に合格されている。介護職に就いたかどうかは確認していないが、愛媛県の事例を新聞で見たので紹介させていただいた。

将来推計人口によると、2050年にかけて人口の減少率、高齢化率ともに高知県は全国と比較して相当高くなっている。高知県のなかでも嶺北地域は更に高くなるのではないかと。そうなると、全国一律の施策では難しいので地域ごとに考えていかなければならないのではないかと。

(事務局)

特別養護老人ホームの管内の数値は、確認し、後日連絡する。

介護人材の確保について、ネガティブイメージの払拭、やりがいや賃金体系等の様々な部分を伝えていかなければならない。

例えば、高知県で進めているノーリフティングケアの取り組みはその一つである。シート等を使うことにより、在宅介護も含め介護の負担を軽減できることについて皆さんに知っていただく必要がある。県が取り組んでいる認証制度とも合わせて、民間の方の取組をお伝えしていく必要がある。

また、嶺北地域では福祉教育を社協も一緒に行っている。そういう取組を続けながら皆さんと一緒に協議していくことが重要である。

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5

(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、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ご意見をいただく前に、嶺北地域においての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、利用者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どう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、実際の現場で感じていることなどをお話いただきたい。

(B委員)

調査結果を見て、自宅を希望される方が思ったより少ないと感じた。自宅で最期を迎えるということに関して、当事者も家族も不安があるだろうが、サポートがもう少し充実すれば、状況も変わるのではないかと。加えて、ACPがまだ浸透していないことの表れではないかと。

医療機関でも積極的に取り組んでいるかということ、なかなか進んでないのが現状。

所属している団体でもACPの勉強会等があり、職員が出席しているが、医療機関へ治療に来られている患者さんに対しては、なかなか進んで提案はできていない。

(C委員)

本町村では数年前に医療従事者、介護従事者等を対象に「おぼえがき」によるACPの研修を実施した。その時に「おぼえがき」というのは自分の死や死後のことについて決めたい人の意思決定支援をしているということ学んだ。それを機に、いくつかの地区で住民さんを対象にエンディングノート勉強会を開催し、参加者からはACPや看取りについて学ぶことができたという意見があった。

また、ケアマネジャーは、おぼえがきの研修後、意思疎通ができる方については初回面談のアセスメント時や、本人の身体状態が大きく低下したとき、それと退院時の主治医等、医療従事者から看取りを検討した方がよいと言われたときに、ACPの話をしているとのこと。認知症の方には自宅での看取り対応や施設への申し込みについて家族に話したとのこと。

ACPの話し合いで本人の希望に沿えたケースもあるが、本人、家族と話し合っても、家族の状況、例えば家族が入院して支援者の人数が減ったなど、状況の変化によってはACPでの取り決めが変更になることがある。

ケアマネジャー等は、ACPの目的、話す時期を理解できていると考える。

(D委員)

家族を自宅で看取った者として、これから自分がとなったとき子どもたちに頼むのはなかなか厳しい。だから今聞きながら、帰ったら子どもたちと話をしようと思った。私は家族を看取れたことは本当によかったと思う。

(E委員)

両親を見送ったが、二人とも認知症が進んでいて本人の意思表示ができない状態だった。そのときに、もう見送ってあげたほうがいいのか、それとも延命なのか、自分としては厳しい判断をくださなければならない時が一番つらかった。もし自分に何かあったときに、自分の子どもにはそういう判断は委ねたくないと考えている。可能な限りおぼえがきなどで自分の意思表示を早めにしておいた方が、こちらも安心して最期を迎えられる。

(会長)

脳卒中などで急変した場合、本人の意思確認が困難となり、確認ができないといったことで困った事例や身寄りのない方、親類がいても疎遠で対応に困ったという事例があればお話いただいて、その際こういう対応したというお話をいただきたい。

(F委員)

医療機関では、脳梗塞などで運ばれてきて、家族が県外にいることもあるが、連絡をとり治療している。確認が取れなくても処置しないという選択肢はない。患者さんから事前に希望があればその通りするが、それでも家族からそうでないと言われると、やらざるを得ない。事前にACPをしていても全部をその通りするのは難しい。

また、身寄りのない方は役場と相談もするが難しい。治療をしないと選択するとなると、急性期の医療機関には送れないので、かなり高齢で家族もない場合、保存的な治療をすることはある。

在宅死が増えているということだが、嶺北地区に限ると、検案が増えている。突然死で自宅で亡くなったという人もある程度いる。郵便配達の方や宅配の人が発見したり、近所の人が最近見ないと訪ねて行ったら亡くなっていたこともある。

自宅希望の方はだんだん増えているので、訪問看護ステーション等で在宅を可能な限り支えていきたい。

老人保健施設でも看取りを積極的にしており、積極的な治療をしないのであれば施設で点滴だけ、酸素だけというのも増えているので、施設の看取りは増えてくるのではないか。

(G委員)

私は家族を亡くしたとき、家に連れて帰ってあげたいという思いはあったけれど、本人が痛いのは嫌だと言ったので、医療機関にお願いするしかなかった。自宅で最期というのがすべてではないと思う。

(H委員)

新型コロナウイルス感染症が流行して以降、自宅で過ごしたいという方が増えてきた。なるべく本人、家族の意向に沿うよう努めるうえで、医療関係者との連携は不可欠なものであり、相談しやすい関係性が作られてきていると感じているが、やはりB委員がおっしゃったように、本人や家族は不安が強く、嶺北地域にはまだ24時間のサポート体制が不十分なところがある。これからの課題なので、お知恵をいただきながら私もサポートさせていただきたい。

(会長)

現場でこのような課題があることが聞かれたが、元気なうちから普段家族とこのような話をされているなどのお話を聞くことがあるか。

(I委員)

看取りの経験をしている方からは、自分は家族に迷惑をかけたくないという言葉をよく聞く。

キーパーソンになる家族がいるにもかかわらず、その話をするほかの家族の話で、ご本人が迷い悩まれているのを感じたことがある。

また、体操のビデオを待ち時間に流してフレイル予防をしようと考えている。健康に恵まれた地域の中で次の段階のお話が気持ちよくできるような居場所づくりを考えて取り組んでいる。

(J委員)

あったかふれあいセンターは、皆さんといろいろなお話をする場所、皆さんで元気になっていこうという場づくりに励んでいる。来ない人がいたら、気にかけるような関係性ができている。

(K委員)

元気で活動したり通ってこられる方に、最期をどこで迎えたいかやどうありたいかという質問を

するのと、入院してきたばかりで今後に対する不安をものすごく抱えておられるタイミングで問診をする場合とで、答えが違ってくる。

老々介護をしているような状態であったとすれば、家族が県外にいたり、県内でも遠くにいと、世話になるというのは難しい実態もある。

両親が要介護状態になり、同時に2人を介護する状態になった。一日中付きっきりで食事から排泄の世話まですべて家族で担っていた。また、現在は両方が入院しないといけない状態になり家には帰れないかもしれない。もし帰るとすると、胃ろうを検討しないといけないような状態まで悪化していて、2人とも要介護3とか4の状況で果たして迎え入れるのか。本人たちの家に帰りたいたいという思いを支えたいが、実際、夜間の度重なる排泄への対応は共倒れになると思った。家に居たいということを支えたい気持ちはわかるけれども、それが果たしてみんなにとって幸せなのかということも考えて欲しい。

現在は、あれだけ家に帰りたいたいと言っていたが、施設が自分の居場所になり、そこの人たちと本当に居心地のよい状態で生活をしているところを見て、本人が最初に帰りたいたいと言ったからそれを実現させるのかと言うと違うと思った。タイミング、家族を支える人たち、地域のサービスの利用の仕方もあると思うが、私自身が実際介護をしながらまだ今悩んでる状況である。

(会長)

だいたい課題の共有はできたかと思うが、最後に切れ目なく意思決定支援を行っていくためにどんな取り組みが必要かについてご意見をいただきたい。

(L委員)

「おぼえがき」を作られたとき改訂のお手伝いをさせていただ中で、いざというときではなくて元気なときに、自分が好きなことやこれからしてみたいことなど、これからどう生きるかを書き記すことを大事にした。それに加えて、最期の医療なども合わせて書くことで、自分らしく生きていくための「おぼえがき」になる。そういう思いを持って作ったと聞いている。今あまり啓発等ができていないが、またこれから少しずつ、元気な場で皆さんで話し合えるようなきっかけづくりになればいいと思っている。

どういうふうに見取っても、やはり家族は後悔されることはあるので、元気なうちに話し合いができる場がくれたらいい。

(M委員)

私は昨年、入院しながら透析をしていたが家族がどうしても家に帰りたいたいということで、最後は家で看取りをした。家族で休みを取りながら常時2人ぐらいで介護をしていた。

その間、やはり家族だけで見るというのは負担が大きい中で、ヘルパーや訪問看護にも入っただき、予定より長く、ひと月家で過ごすことができた。本人が家に帰りたいたいと希望して帰ったことによって長く生きれたのではないかと、自己満足かもしれないがそう思っている。

在宅で見守る場合も、サポートしてくれる事業所がないとできないと思うし、私どもは家族が大勢近くにいたから見れたけれども、そうでない方は施設や医療機関などが選択肢になるので、それぞれの事情に対応できるような施設が必要ではないか。

(N委員)

本町村で6年程前にニーズ調査をした際、最期をどこで迎えたいかという質問に、自宅より医療機関や施設で迎えたいと回答される方が、私たちの想定より多かった。家族の不安感、家族に迷惑をかけたくないからという理由でそういう選択もあると思うが、私としては、本当は自宅で迎えたいけどこの町村の医療の現状では無理だからということ課題として突きつけられたようにも感じた。

最近、がん末期の患者さんで、もう入院が嫌だということで退院して自宅で過ごされた方がいたが、やはりご家族も不安で、周りの私たちも不安だったが、隣町から訪問看護が来てくれることになり何とか退院もできた。結局は痛みに耐え切れず、最期は医療機関で亡くなられたが、ご家族としては、一度自宅に帰れたということがすごくうれしかったようだった。自分たちも自宅か医療機関かどちらかという選択肢でなく、痛みに耐えきれなければ医療機関へ行くという選択肢もあるということ、まず知らないと選択できないというのをすごく感じた。

その時、家族はよかったと言ったけれど、周囲では、なぜ入院してもっと治療しなかったのかという声もあった。本町村で、人が死ぬということがあまり身近にないので、死ぬということも理解していかなければと思い、今年度は、死ぬことと生きることを考えていただくための住民講座を開催した。まだまだ関心を持つ人も少ないが、急にすると抵抗感があるので、いろんな場面で健康劇を交えてたりして、少しずつ人を集めて事例を重ねていきながら、最期に向けてどう生きるかという話を、これからもっと進めなければと感じている。

(O委員)

本町村は最近、高齢化率が60%を超えてきて、独居の高齢者世帯がすごく多くなっている。それでなのかわからないが、施設を希望する方が最近特に増えてきたような印象がある。

ACPについては、令和4年度に2回フレイルサポーターを対象にお話を聞いていただいた。

(P委員)

N委員の町村では死が自分の身近にないということだったが、本町村では最近空き家も増え、隣近所も居なくなり、皆さん死ぬということを身近には感じているけれどもとても不安である。家族や周りの者が不安に思っている。漠然とした不安の中で、当の本人たちは周りにも近所にももちろん家族にも迷惑をかけたくない。でも、自分の生き様やこれまで大切にしていたことを、家族や近い友人にはわかってもらいたいという思いがあり、皆さんの不安がどこから来るのかを話している。訪問看護でどこまでサポートしてもらえるのかという話があれば、訪問看護ステーションの方に来ていただいて、訪問看護ではこういうサービスができて、これくらいの費用がかかるが、24時間サポート体制で、家へ来ることはできなくても電話で不安を取り除いたりアドバイスをするという支援はできることや、連携している先生が身近にいるか等、そういう不安を少しずつ払拭していく。そんな中で、フレイル活動をされている仁淀川町が令和3年から取り組んでいるものを参考に、本町村でもフレイルサポーターを中心に岩手県の清水先生の心づもりノートを、医師とも検討を重ねながら、一人一人が自分の生きざまを記して更新して、ご家族や近い人と話ができるような体制を作っていきたいと話している。明るく前向きに死について話ができたらよい。

(会長)

本日は委員の皆様からそれぞれのお立場での大変貴重なご意見をいただいたが、最後に田上保健監からの総括をいただきたい。

(中央東福祉保健所 保健監 田上)

答えのない話だが、避けて通れない大変重要なこと。皆様方から貴重なご意見をたくさんいただいた。それぞれ自分ごととしてお話をされた方が非常に多かった。だからこそ、余計重たい課題だとも思ったし、このような話し合いの場を積極的に作っていくことが、とても大事である。

医療者の立場からすると、医療機関は治療をするところだから医療者から言い出すのはタイミングやきっかけが難しいということがあり、多くの場合は、ご本人に対しては十分に直接話ができずに、結局ご家族との対話の中で最期を迎える事例があるのではないかな。

重要なのは、タイミングと対話の場である。

いろんなタイミングがあり、自分の残りの人生をこう生きたいということと、最期をこう迎えたいということ、元気なときから対話をする、そういう仲間がいるということが大事なことだと思う。そのツールとしておぼえがきがある。

少し弱ってはきたけどまだ大丈夫だというタイミングでしっかり対話していくことを、介護予防・フレイル予防の場やデイなどいろんな場面で織り込んでいく。そこは各市町村や事業者の皆さんも意識して積極的に取り入れていただけたらありがたい。

次のタイミングは、入院・入所するときや、最初の介護保険の認定を受けるときなどをうまく活用する。入院時におぼえがきを作っているか確認しながら、それをきっかけに話をすることもあると思う。

さらに、死期が近づきつつあるタイミングがある。治療をしても治る見込みがなくなってきたときに、医療者はどのタイミングで話をするか難しいので、ご家族が少し早い段階でご本人に話をして、医療者とご本人の間に入ってけると医療者も話しやすい。

そういったいろいろなタイミングで対話する場を積極的に持てたらよいのではないかな。

最後に、話しをするきっかけの材料の一つで、「よさこい健康プラン21」の死亡のデータが資料3の2枚目にあるので、これも健康づくりの場面などで使いながらお話いただけたらよい。男性の働き盛りが早死にしているのを何とかしないといけない。また、70歳から80歳以上では長生きしている。この長生きしていることがいいことなのかそうでないかは死生観の問題。高知県は療養病床も多いので、ベッド上の長生きが多いということがここに表れている。こういうものも住民の皆さんに元気なときから話をするきっかけになる。長生きがいいことだという考えもあるし、ベッド上の長生き、管が入って長生きは嫌だという人もいるだろう。それは、自分はどうしたいかということもあり、家族ならどうあって欲しいと思うのか。そういう話し合いをするきっかけや場をそれぞれ工夫して積極的に作っていただくことがとても大事なことである。答えのない答えはその対話の中でそれぞれに出てくる。対話のないところでは、本人の意思と無関係の対応という結果になっているので、話し合いの場やきっかけを積極的に作ることをぜひお願いしたい。

4 閉会