

平成 29 年度第 1 回 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> 平成 29 年 10 月 16 日 (月) 18:30~20:30

<場所> 中央東福祉保健所 2 階第 2 会議室

<出席者> (南国・香南・香美地域推進協議会委員)

会長：中澤宏之、副会長：川竹康寛 (欠席)

委員：宮田敬三、宇賀四郎、疋田隆雄、谷木利勝、公文龍也、宮野伊知郎、味元議生、岡西裕公、  
稲本悠、吉本智津子、豊永三奈、濱田二三恵、小松和紀、今井義則、中村洋子、福島富雄、  
島本佳枝、山内幸子、宮崎結城、吉村亮子、前田哲夫、時久朝子 (細川公子 欠席)

県関係者：医療政策課長補佐 松岡哲也、地域医療チーフ 濱田文晴、主幹 原本将史

事務局：(中央東福祉保健所) 所長 田上豊資、次長 (総括) 大寺啓夫、次長 河渕雅恵、健康障  
害課長 松浦朱子、地域支援室長 窪内悦子、地域支援チーフ 島田千沙、地域連携チー  
フ 山本忠明、主査 山本怜、技師 池内あさ

---

## 1 開会

### 2

#### (1) 部会報告

ア 健康づくり推進協議会 (松浦課長) 資料 P 1

イ 災害医療対策支部会議 (河渕次長)

ウ 連携部会 (山本主査)

#### (2) 各団体報告

ア お薬プロジェクトについて (稲本委員) 資料 P 2

イ 在宅医療・介護連携推進事業について (島本委員) 資料 P 3

## 3 説明・報告事項

### (1) 高知県地域医療構想 (中央区物部川部会) に関する事項

(議事録は高知県医療政策課 HP 公表予定)

ア 地域医療構想調整会議について

イ 病床機能報告について

ウ 地域医療介護総合確保基金について

エ 第 7 期保健医療計画について

オ 療養病床等の検討状況について

### (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関する事項

ア 地域住民の思いを叶えるために

・ 目指す方向性について (田上所長) 資料 P 4、A 3 資料

・ 現状と課題及びこれからの取り組みについて (山本チーフ) 資料 P 5

(議長)

事務局のほうから地域包括ケアシステムの構築に向けた方向性と、目的を達成するための現状の課題その抽出のための調査について説明がありました。各委員のみなさん、先ほどの説明につきまして何かご意見ございますでしょうか。後ほど、委員の皆さんには「地域住民への啓発」のところでご意見をもらおうと思っていますので、まずは先ほどの資料説明についてのご質問ご意見がありましたらお願いいたします。

(委員)

保健所長の話と同じようなことになるのですが、在宅での看取りはこの2、3年前からあります。実は私は検案に関わっています。数年前に警察の検視官と話しまして、これからは検案の回数がずっと減るだろうと喜んでいました。大体年間に1,250体くらいの変死体が出ています。これはここ数年全然変わっていません。減るだろうというどころかかえって増えるという形です。増えているのは在宅の看取りではなくて病院です。病院での終末期の搬送が非常に増えたためにそうなっています。それで、それに対応すべくといいますか、その時の在宅及び救急搬送での死亡診断書、検案書を作成するための勉強会を開こうと、このたび、高知県の研修医、卒業してから4、5年の間ですけど、その研修医を一同に集めて、検案にこれから携わってくれる、僕らの仲間になってくれる人を育てていこうということをやっています。

研修医というのは、一部を除いて医師会の会員ではないんです。その人たちを全部医師会に引き入れて、これから先のことを一緒にやっていきます。これからは看取りや救急で大病院に運ばれた場合は、研修医が死亡診断書を書きます。不安ながら死亡診断書を書いていた彼ら彼女らを集めて、大学時代に勉強したことをもう一度おさらいをして、これからのことに繋げようと思っています。

(議長)

ありがとうございました。研修医とか勤務医の先生方にも医師会に入ってもらえるように、最近では会費を減額する等、医師会としても努力していますので、そういった仲間が増えると、検案業務だけでなく、こういった地域包括ケアの一員として協力してもらえるのではないかと思います。

他によろしいでしょうか。

それでは最後の地域住民への啓発についてというところを意見交換に移りたいと思いますが、まずは説明をお願いします。

## イ 地域住民への啓発について（意見交換） （山本チーフ）資料 P 6

(議長)

ありがとうございました。本日の一番大事な部分ではありますが、住民への啓発と一言では言いませぬけれども、いろんなテーマがあると思います。事務局から説明にもあったように、今回は人生の最期についてということ为例にとってみて、住み慣れた地域で自分らしく幸せに暮らしたい、自分らしい最期をおくりたい、そういった目的を達成するために、我々がどうしていったらいいのか、地域住民の方はどういう思いでいるのか、また、家族の方はどういう思いでいるのか、そういう意味で地域の方にどのような形で啓発していったらいいのかということで、意見交換をお願いしたいと思います。

このテーマでは時間をとっていますので、一人ひとり順番に意見ををお願いします。

(委員)

私は脳卒中の当事者ですけど、僕らが話をするとどうしてもクレームという風に行政の人にも医療関係者からもとられて、自分たちの思いを共有できないことがすごく辛いです。

同級生の息子が理学療法士になった年の年末に自らの命を絶ったということがありました。そのお母さんと同級生ですから話をしたら、やはり仕事に対する悩みが大きかったと。それで、フェイスブックで繋がっている全国の人の情報を見ると、PTとかOTとかが、あきらめさせやというふうに、すごくその思いを吐いています。どう考えても僕ら脳卒中の患者が笑顔になるだけではないかん。家族も、医療介護福祉の従事者もみんなと一緒に笑顔にならんといかんということで今進めています。

高知市でちょっと話す機会があって、80人くらいの医療関係者の前で話をさせてもらったら、話が終わったあとで、男性の方が「いい話を聞かせてもらいました。私は医者をしていますけれど、私たちは患者と話をすることがないんです。」と言うんです。「それは先生いかんろう！」と言うと、「私たちは病気の話は一緒にするけれど、患者さんの持っている生き方とか悩みとかそんな話はしないんです」と。だから話を聞いて勉強になりましたというようなことを二人の男性のお医者さんから聞きました。それから間もなく、高知市で100名を超えるPT、OT、STが在籍する病院の婦長から電話をもらい、そこでも話をすると、「患者さんの話を聞いて学生時代を思い出しました」と。でも患者さんと毎日接しているじゃないですかという「いやいや、そんなに患者さんと私たちはそういう話をすることはありません。」と。その他、デイサービスの運営委員会でも話をし、「こんなことは利用者さんに話を聞いたらどうですか」と言う、「そんな、利用者さんから話を聞くなんてありません。」と。とどのつまり、医療介護福祉の世界で当事者の意見を聞かれることが全くないまますべてが進んでいるということです。これではいかんと思ひまして、去年から県の人と高知県リハビリテーション研究会で話をするとき、ピアサポートという名称を入れてもらえませんか、2年続けて言ったけれどそれも取り合ってもらえない。リハ研でこの前、社会資源というテーマで、公的なものでなくて当事者がやっている会をしたら、ケアマネさん等、190名を超える人が参加してくれました。そういった人たちが今本当に困っているんです。

例えば退院支援ひとつとってみても、当事者たちが出て行ってこうですよと言えたらものすごく役に立つんです。この前土佐リハビリテーションカレッジで、学生さんたちが当事者の方の話を知りたいということで仲間呼びかけました。すると、「役に立つんだっただけひとも行きたい、学生に自分の体を見てもらえたらそれでいいからいくぜ。」と、香南市の一名と香美市の一名が僕と一緒に来てくれました。

今の看取りのことまでは話が行きませんが、今、当事者の方たち患者の方たちが必要とされたいと思っています。だけど、この医療介護福祉の世界では全く必要としていないんです。そのことをこれから先やはり考えていってもらえたら、僕はもっと地域の住民に広がる力は強くなると考えます。

(委員)

ちょっと話が違うかもしれませんが、今、地域で、私が一つ悩んでいることがあるんです。ある人が、あそこが悪いここが悪い、ありとあらゆる病院へ行くけれど、心療内科へは行っていません。それで、そこへいったらと勧めましたところが、医大へ行きたいと言うんです。医大へ行くには紹

介状がいるけど、どこへ行っても紹介状を書いてくれないと。それでは医大じゃないところへいったらと話しても、その人は医大へ行きたいと言います。でも紹介状を書いてくれないからいけないということで、いまだに家でもんもんとして、家族も困っている人がいます。

それから、認知症の場合も医大の場合は3ヶ月待ちだそうです。上村先生に言ったら、それぐらいは待ってもらわなくてはならないということなので、民間病院に紹介しているんですが、医大へ行きたい人が多いですね。そんな場合に返答に困っています。

それからもう一つこれとは関係ないんですが、私が施設で勤め始めたのが47年でした。そのころに一冊の「老人介護」という本がありました。その中で、今は介護する人がいるけれど将来的には介護する人がいなくなって外国から呼ばれるようになると書かれていました。今、本当に介護職員がおりません。私は特養におりましたけれど、公立でしたので辞める人が一人もいませんでした。ところが今は辞める人がいるそうです。正職員ですら辞める人がいると聞いています。介護職員の不足をどうしていくかということが課題です。

それともう一つは、これも地域で聞く話ですけれど、病院から出るときになかなか施設に入れないということです。家では看れないということで有料老人ホームへ入ったそうですが費用が20数万円いるそうです。年金ではとても足りないから、子供が足さなければならないという状況です。これは娘の友達のお母さんのことだったので、娘から「お母さんお金もっちゅうかえ、施設へ入れん場合に有料へ入っても私たちはよう足さんで」というんです。私自身も20数万円もの年金もらっていないので足りません。せいぜい月額どれくらい余分に持っていなければならないか計算して、一生懸命貯めなくてはいけないと思っていますけれども、本当に、有料へ入れる人はいないです。そうかといって、特養は介護度が3以上4、5ぐらいでないとなかなか入れないということです。だったら家で看てもらえるかということ、私たちも働かなければならないし、とても看られないと言っています。しっかり看てもらえるとは思っていませんけれど、ほんとに施設がないですね。

ちょっと今日の話聞いてホッとしたのが、介護療養病棟が介護医療院に変わると、名称が変わるだけでベッドはそのままあるんですかね？前は全くなくなるように記憶していたのですが、そうではないんですね。

(医療政策課)

ベッドについては、もし転換となった場合でも、病床であったものが施設の病床数としてカウントされてトータルで言えば減らないようになっていきます。

(委員)

何年か前にこの会へ来た時に、全くベッドがなくなるかなと認識していたんですけど。それはホッとしました。

(議長)

どのくらい介護医療院に転換するとか、いろいろ詳細が決まってから、決断してくると思います。病院が施設になるということになるとは思います。ひょっとしたら減る可能性もあると思います。経営が成り立たなければ減していくということになるとは思います。そこはちょっと様子を見てみないと分からないと思います。

(委員)

先日同窓の者が30人ほど集まったことがあったんですけど、その時に出る話は孫の話か病気の話か薬の話か、お決まりの話になるのですが、その時に先ほど出ました延命措置の話になりまして。みんなが口々に話したんですが、ほとんどの人が延命措置はしてほしくないというのが意見でした。ただ、触れば暖かいし死んではない問題もありましたけれど、意見としたらほとんどの人が延命措置はしてほしくないということでした。

それともう一つ、困ったといいますか、介護の問題なのですが、ケアマネが来てくれていろいろ教えてもらったりしますけど、やはり本人が拒否するということが最近ものすごく多いということで、介護のことが分かる話が聞ける、そういうところがあればいいねという意見をもらいまして、なかなか難しい問題ではありますけれどそういうものもあればいいなと思った次第です。

(委員)

私は、民生児童委員をしています、すごく大変だったことがありますので、ちょっとお話ししたいと思います。

実は、家ですでに亡くなっていたのが2人、他、もう亡くなりかけていたのを救急車で運んで行って運んだ先で亡くなったという人、それから、救急車で運ばれて向こうへついてしばらくして亡くなったという人もいます。実は、亡くなっている人を見つけた場合、ものすごく手間がかかります。警察は来ますし、いちいち調書を取られますし。元々みなさんお年がいて亡くなるから、病気も持っているし入院退院もしていますので、もうちょっと簡単になったらいいのになあということもつくづく感じてます。

もう一つ、延命のことなんですけど、実は私の親族が、車を運転していて脳溢血ですか、途中で停まっています。ちょうど警察の人が見つけてくれて大きい病院へ搬送され、手術も受けました。先生は治ると意識が戻るであろうと言いましたけれど、ずっと意識が回復せずにはいて、三年近くになります。その間、高齢の姉も一年くらいは一生懸命看病していましたけれど、だんだん疲れてきまして、先生からどうしましょうという話をもらったようです。延命医療をしましょうかと。それまでは酸素だけしていたみたいですけど。私が病院へ長いこと勤めていました関係で相談を受けました。先生はどう言っていると聞いたら、皆さんで考えてくださいと言ったみたいです。私は、それこそ延命をすれば10年生きていても分からんし、5年若しくは1年で亡くなるかも分からん。そのまま寝たきりでもの言わず動きもしない状態で何年も過ごすのもどうか。結局、子供たちがもうちょっと生きてほしいということで延命を続けていて、3年になります。生きているときは、管などつけんとってと言っていたみたいですけど、いざその立場になった子供、妻、夫は延命をしてほしいと思うんです。そこでかっちり切れるということは難しいみたいです。最近そういったことにも自分が関わりましたので、ちょっと話しました。

(議長)

難しい問題だと思いますけれど、ありがとうございました。

(委員)

家族の思いや本人の思いというのをまずケアマネは汲み取るんですが、やはりその中で、今後の看取りというところまで、ご利用者やご家族に視野に入れてもらうということを最近話の中にいれている次第です。またそういった中で、家族や本人の思いというのが、各事業所や病院にいきわたるようにこの連携ツールを使いながら、その人の人生をこう思っているんだよということをお伝えできればという思いの連携ツールでもあってほしいかなと今思っています。

後、介護保険などについて、もっと地域住民の方にご説明できる場をケアマネとして啓発できるように考えていくべきではないかということをおもいました。

(委員)

この人生の最期についての6ページの訪問看護師が不足しているという項目があるんですが、この三市は充実していると思います。郡部の方に訪問看護依頼があっても中山間地域の補助もあります。実際感じるのが、土佐山田地域のヘルパー事業所が一つ無くなってヘルパーさん不足をすごく実感しています。ほんとだったらヘルパーさんでも大丈夫なのに入浴介護を、訪問看護で継続して、訪問介護に移行できないというのも実感しています。

あとは看取りです。在宅での看取りを考えている人には、訪問診療医を勧めています。でも別居の家族が受診同行をして、大きい病院を希望して、在宅での看取りに移行できない場合というのもあるので、それはそれぞれ話し合っながらその都度最適な選択ができるようにもっていきなさいなど考えています。私は住み慣れて地域で自分らしく、その時その時に選択できて満足できたらいいなというふうには感じて訪問看護をしています。

(委員)

看護協会の考え方として、今、看護師は人材の不足から少し充足してきた状態ですが、訪問看護となりますと、病院で勤務する看護師の能力だけでは対応できないということがありまして、訪問看護師の能力向上を今県立大学の方でスタートアップ研修という形で行っています。なかなかすぐに育成が進む段階ではないですけど、その人たちがリーダーシップをとりながら、中山間地域の訪問看護の質を上げていく形になるんですが、家族が看取りを希望されても、最期の数日かですらどうしてもやはり揺れてしまうということは当然のことかと思えます。その時に、急性期病院がどうかたちでその方たちを受け入れるのか、その思いを叶えるかというのも病院の看護師の能力資質にもかかわってくるものでして、訪問看護師だけではなくて病院側も看取りに関する能力学習に取り組んでいる状態です。医師の負担がすごく大きくてその部分をサポートするために特定行為という形で看護師もそこで教育を受けて関わっていく、医療を在宅に届けていくということで一致しています。

(委員)

高知市ではわりと最期の看取りまで薬を持っていく訪問薬剤が増えていると思いますが、まだまだこの地域ではそういった数が増えていない実感を受けています。

個人的に思ったのが、当然自分の考えと家族の考えが違って当然だと思いますけれども、そのなかで、家族や医療関係者に迷惑かけないためにしっかりと自分の意見、延命措置をしない、してほしいというのかの意見を書き残しておく、伝えておくというがすごく大事だと思います。やはり家族や医療、介護関係者にこうしたいんだよという思いを伝えておくことが迷惑をかけないということに、個

人的な意見ですが以上です。

(委員)

大学としては、地域包括ケアにおいて医療機関で入退院連携ができるようにしたいと思っています。ケアマネジャーたちと今後連携できるようにしたいと考えています。

(委員)

病床の機能がうまくいかないと地域包括ケアというのはいまうまく機能しないんじゃないかと思うんです。資料5ページを見ても、高度急性期の安芸地区が0、高幡区域0。後、あるのはほとんど中央区域です。この物部川でみてみたら、南国市では医大に40あるだけ。中央から離ればほとんどなにもない。

それからもう一つは、急性期病床というけれども、急性期病床はこれは本当に急性期なんだろうかと疑いたいところが私にはあります。というのは、急性期なのに夜間は全部他へ運ばなければいけない。昼間も急性期でちょっと難しいのは看られない。これは急性期というよりも慢性期病床になっているようにも思うんです。だから、これがうまく機能しないと地域で患者を看取ったりはできません。名前だけが独り歩きをしてもいかなので、それに対して何らかの対処がいるのではないかと。ある程度急を要するものが地域で看られるようなそういうシステムを病院の中身を検討して、夜間なんかの救急体制をある程度二次までやれる体制を組んでいかないと、この地域包括ケアシステムがうまく機能するかどうかそこにかかっているというふうに思います。

(議長)

ありがとうございます。私も先ほど住民の意見を聞いて、どうやってその人の最期を支援してあげるかという姿勢でいえないといけないと改めて思いました。やはりかかりつけ医が中心になって日ごろからこういうことを聞き取ってみなさんと連携していくのが一番かなと思います。また医師会としてもこの在宅医療介護連携推進事業のなかでかかりつけ医を中心としたシステムを作っていきたいと思えますし、できれば、往診、訪問診療の医師が増えるように努力をしていきたいと思えます。診療報酬の問題もありますけれども、できるだけそのあたりが実現できるように協力していきたいと思えます。

(委員)

亡くなった時のことばかりで申し訳ないですが、先ほど、訪問していたら亡くなっていて警察を呼ばなければならないという話がありました。ですけれど、それには法律がありまして、最終の診察をしてから24時間以内にその方が亡くなった場合は、診察をしたその医師は検案書でなくて死亡診断書はその患者を看ずに書くことができます。ただしそのドクターが看ずに書くということは通常ありませんから、24時間以上になっても一度看にあってそれから死亡診断書を書くということです。

救急車で重篤な状態のときは、搬送すればすぐに警察へ通報がいきます。2、3日経って亡くなっていることがはっきりした場合、これは誰が死亡診断書を書くかということですけど、かかりつけ医がいればその先生に診てもらって、かかりつけ医の先生が異常ではないと、今まで見ていた病気で亡くなったということがわかれば、その時に書きますし、今までの病気のこととは違うと判断すればそ

の時は、検案になりますから警察に通報することになります。いずれにせよ、24 時間以内であろうが数日であろうが、かかりつけ医がいないとできませんし、かかりつけ医の責任が非常に強くなりますので、日ごろからかかりつけ医の先生とコミュニケーションとってもらいたいと思います。

(委員)

配布資料の地域包括ケアシステムの図の心構えの啓発というところなのですが、今も聞いていると、やはり本人は管を刺したり延命をしたりしてほしくないというが、やはり周りの家族の人なんかは、してほしいというのが強い。なかなか、全体としてうまくいかない。結局その、患者の家族なんかに積極的に啓発して、「どう思いますか、こういうことを聞いてまた考えがかわりましたか。」とかいうようなアンケートなんかをとって、高齢になった時に、もういいですよと周りも思っただけでいいようなシステムもつくっていかないとなかなかうまくいかないんじゃないかなと思って、ちょっと提案したいと思います。

(委員)

夜間の救急の受け入れとなると、スタッフの問題もあって難しいことがあります。実際高知県では夜間等に関しては医療センターとか日赤とかあります。入院後はそこからいかに地元の病院に早く戻ってくるかというシステムを大学と県を中心にここ2、3年で進めてきているような話があると思うんですけど、情報がある程度集約して共有するということが非常に大事だと思います。そういった ICT も含めて、地域住民である本人と家族の思いが、行き先によって違ってしまうのは、情報の共有がきちんとできていないのが問題だと思いますので、そこをこれから進めていただければ非常にうれしいなと思います。やはり高知県全体でやらなければならないことだと思います。

それから、地域医療構想の調整会議はやはり時間もかかるし、民間の病院に対して強制権がないと思いますので、そこは病院の先生とか有床診療所の先生とかを集めるという形にした方がいいと思います。

(委員)

最初に、健康づくり推進協議会のところで、歯科の分野が結構成果を上げているということを聞いて嬉しく感じました。

それから、地域包括ケアシステム構築に向けてということで、この資料にかかりつけ歯科医の図が出ていますけれども、私たちもそんなに看取りまで関わることは少ないんですけど、こういったことに関わっていただけるとかと思っています。

ただ私は南国市の歯科医師の代表としてここに参加していますけれども、私自身も勉強不足なところが多いんですけど、ここに来ていない他の歯科医師の先生方はもっと聞いていないことばかりですので、南国市の歯科医師の集まりがあった時に、少しでも他の会員の先生にお伝えしていきたいなと思っています。

(委員)

歯科医師としては、人生の最期の看取りというところでは、あまり関与するところがないんですけど、この地域包括ケアシステムの構築に向けて、ここに書いているように、かかりつけ医と、かか

りつけ歯科医という図がありますけれども、香美香南歯科医師会としては、20年前では自宅であるとか施設であるとかに往診に行く先生が一人二人ぐらいしかいませんでしたけれども、今現在は増えています。お困りのときにはケアマネジャーに問い合わせしてもらったら訪問診療してくれる先生が増えていて相談してくれたら紹介してくれるので、よろしくお願いします。

(委員)

地域包括ケアシステムというのは、在宅での生活を支える仕組みづくりでもあり、今後医療と介護の連携に向けた取り組みというのを進めていくことが必要と考えています。今日の会でたくさん意見が出ましたので、これから何をしなければならぬかということ、最終的な目標を地域の住民の願いを叶える、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けたいという思いに向けて、これから、行政としても考えていきたいと思えます。

(委員)

地域包括支援センターでは、介護とか医療の部分について、いろいろと相談には乗っているんですけど、今日のそれぞれの発言を聞いて、まだまだ地域包括支援センターとして地域の住民あるいは当事者家族の話を十分くみ取ることが必要であるという風に感じました。例えば介護保険のサービスを使う場合は本人も含めサービス担当者会というのをやるんですけども、それもまだまだ形式的なものだけで、一回の会でそれほど本人、家族の思いというものを十分くみ取れないと思っています。継続的にそれぞれのケースに関わることによって、理解を深めていくということが非常に大切だという風に感じました。

(委員)

それで、意見交換として、人生の最期についての、地域住民への啓発ということですが、市町村行政としましては、延命措置を行わないことや尊厳死についてのことは、高齢者の人権や差別に関わることと思われる方がいることも考えられますので、人生の最期についての啓発はどのように行うか行政としては啓発の取り組みは様々に配慮して、慎重に行わなければならないものかと思っています。

(委員)

人生の最期についてというところは、本人の思いと家族の思いというものに乖離が出てくると思いますし、本人の思いも大事にする必要があると思いますけれども、資料にもあるように、世間の目が気になるとか、看取るのが怖いという家族の思いへの支援なんかも必要になってくるのではないかと思います。

それと、ひと昔前から比べると、死について語るとか看取りとか、最近では終活とかエンディングノートとか、最期どうしていくかということを考えたり話すことが、話題に出てくるのが以前に比べて増えてきていると思いますので、そういう場で、本人であったり家族であったりする機会が多いと思いますが、サービス事業者も含めて看取りのことについての普及啓発というのは包括でも進めていく必要があるのかなというように思います。地域住民の方にエンディングノートの勧めですとか、遺言とか看取りのことについては、毎年研修会や勉強会なんかを一般市民向けにしているんですけど、すごく参加される方も多くて、一人一人がそういう意識を持っていけるような普及啓発も継続的

にやっていく必要があるのかなと感じました。

(委員)

この看取りについて、本人の思いというのが家族に伝わっているのかというのがやはり一つの問題です。家族にとっては急変の場合にはやはり慌ててしまって、救急車を呼んでしまう、家で亡くなってしまうと警察の問題があります。一般的にすごく警察の調査が怖いといったことで暫時救急車で市内や市外に搬送するということがよくあるみたいです。

延命治療というのもでましたけれど、親戚が延命治療で点滴つけて管をつけて、本当にパンパンになるまでいたことがあります。徐々に弱くなって亡くなったという話ですけれど、やはりそういった家族の考え方もあるということもありました。

それと、香美市としてはやはり、在宅で過ごせるという中では、ヘルパーさんがかなり減ってきています。ヘルパー自体に若い方がいない、40歳以上の方になってしまって、結局70歳の方がヘルパーをしていると。養成しているところが少ないんじゃないかと思います。以前は施設でヘルパーの養成をしていたんですけど、最近聞かないなと思っています。学校から卒業した方は、最初にデイサービスで働いて、もし異動で施設になったらその施設を辞めていくといった流れがありますので、ヘルパーの育成というのをもう少し考えていかなければと思います。

(委員)

個人的にはこの人生の最期についてというところで、何をどうやっても正解はないかなという気がしてばたばたしてしまったり、後から苦い思いをかみしめなくてはいけなかったりとかいうのは、どうしてもあるんだろうなという風には感じています。

包括としてはやはり先ほども出ていましたけれども、住民にいろんな情報を届けたり、介護保険のサービスについても、十分知ってもらえる機会を持つとか、そういうところをこれからも丁寧にやっけていかななくてはならないと感じています。先ほどヘルパーステーションが1つ無くなるという話がありましたけれども、サービス事業所の介護職員がいないということで香美市もどんどん厳しくなっています。そこをどうしていったらいいのかなというのをこれから本当に考えていかななくては。医療療養病床が撤退されると本当に大変なことになってしまいますので、どんな形ででもベッドを残していただきたいというのが、本当に強い思いです。

(委員)

私事ですが、介護については45年ぐらい前に祖父母の介護を、介護保険もない紙おむつもなし、そういう時代に介護をして看取った経験があります。だから自分は家族に家での介護は絶対に嫌だという思いがさっきまでありました。私は子どもが三人いるんですけど、介護はしなくていいよ、ただどうせ認知症になるから施設に入る手続きだけはしてほしいと何年か前から子供たちには言っています。それから、この7月に膝蓋骨の骨折をしまして病院へ2ヶ月ほど入院をしまして、その時に、病院にたくさんの高齢者が入っている現場をみました。その時に初めてケアマネという言葉も耳にしました。自宅へ帰る人、それから施設へ行く人いろんな人がいて、そうなんだと思いました。病院では私は若い若いといわれて、本当に80、90歳の方がたくさんいました。ただその人たちも家に帰りたいたいという人がたくさんいたと思います。今こういうような意見を受けまして、やはり私としま

しては行政そして医療機関、また施設の方々とかに、今このように取り組んでいるこの連携を本当に期待して、私なんか施設に入るところにはうまく連携して施設にお世話になれるように皆さんにお力添えしてもらいたいと思います。

(議長)

ありがとうございました。さまざまな組織の代表から意見をいただきありがとうございました。まとめることはなかなか難しいと思いますけれど、結局はその住民の方の気持ちをどれだけ汲み取ってそういった取り組みができるかということ、それから、難しい介護や医療の制度をどうやって分かりやすく発信していけるかということにかかっているかなという風な印象を持ちました。いろんな意見がありましたけれども、最後に事務局の田上所長から一言よろしくお願いします。

(田上所長)

長時間にわたり、本当に貴重な意見をありがとうございました。

一点、私が聞きながら思ったのが、医療従事者、行政は住民の思いをもっと理解しなければいけないということを本当に肝に銘じたいなと思います。今日の最後の資料ですが、地域住民への啓発についてという、厚生労働省の資料をそのままここにタイトルに設けていますが、確かに地域住民の皆さんに理解してもらわなければならないことが多々あります。しかし、逆に、当事者、患者など地域の住民の皆さんに行政、医療介護のサービス事業者の方は学ばなければならない。啓発されるべきは私どもでもあると。このことを肝に銘じながらお礼に代えたいと思います。

(議長)

ありがとうございました。議事はこれで終了しますので、事務局にお返しします。

#### 4 連絡事項

- ・ 次回の推進協議会 平成 30 年 1 月～2 月頃を予定
- ・ 講演会の紹介

#### 5 閉会