

**令和元年度 第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会
会議録**

開催日時 : 令和元年7月3日(水) 午後7時00分～午後8時30分
場 所 : iプラザ(磐田市総合健康福祉会館) 2階 ふれあい交流室3
出席者 : 委員15名 欠席0名
傍聴者 : なし

1. 開会

2. 委嘱状交付

3. 部長挨拶

4. 委員自己紹介

5. 会長・副会長選出

6. 会長挨拶

7. 議事・協議

(1) みんなでつながるしっぺいプロジェクト進捗について(資料1)

(2) 今後の事業の推進について(資料2)

8. 報告事項

(1) 令和元年度の予定について

9. その他

(1) 第2回協議会 時期未定

会場 iプラザ(磐田市総合健康福祉会館) 2階 ふれあい交流室

10. 閉会

事務局：本日は、お忙しい中、御出席いただきまして、ありがとうございます。

ただいまより、磐田市在宅医療介護連携推進協議会を開会いたします。

では、次第に従いまして、進めていきます。

初めに、委嘱状の交付をいたします。委員の皆様のお名前を、お手元の名簿の記載順に読み上げさせていただきます。なお、役職等につきましては割愛させていただきますので、よろしくお願いいたします。

〔委員氏名読み上げ〕

以上、14名様です。

健康福祉部長：皆さん、よろしくお願いいたします。

今、委嘱状を交付させていただきました。2年任期になりますが、よろしくお願いいたします。

さて、この会議におきましては、会の設立以来本当に多職種の方が顔を合わせる中で、まず顔の見える関係から始まって、その後、いろいろ議論が深まっているところだというふうに認識をしております。

昨年、国のほうは人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインが改定され、アドバンス・ケア・プランニング、公募により人生会議というふうな名前もつけられました。こういった研修もいろいろなところで始まっているというのが現状ではございますが、今後も、この会の下部組織になりますみんなでつながるしっぺいプロジェクトなどを通じて、一層の取り組みをお願いしたいというように思っています。

組織も変わりまして、集中して事務に取りかかれるような体制を整えましたので、皆さんと一緒に地域包括ケア、在宅医療介護連携推進が一層進みますことをお願いして、冒頭の挨拶といたします。よろしくお願いいたします。

事務局：では、次に、会長、副会長の選出に入りたいと思います。

協議会の要綱によりまして、会長、副会長は各1名で、委員の互選により定めることになっておりますが、いかがいたしましょうか。はい、お願いします。

委員：会長は〇〇先生で、副会長は〇〇先生にお願いできたらいいと思いますが、いかがなものでしょうか。

〔「異議なし」の声あり〕

事務局：よろしいでしょうか。

では、会長、副会長から一言ずつ御挨拶をお願いします。

会長：御推薦いただきありがとうございます。

昨年の9月、NHKのクローズアップ現代で、タイトル、「相次ぐ蘇生拒否、

救急現場で何が」という放送があったそうです。どういうことかといいますと、急変した親を見て、家族はもう救急車を慌てて呼ぶと。慌てて呼んでいるうちに、親は心肺停止に陥ると。ところが、実はその親はもう95歳でがんの末期で、いつどうなってもおかしくないというんだけれども、急変しましたから救急車を呼びます、そうすると、蘇生を必ずやります。思い出した家族は、この人はもう延命処置は要らないと生前に言ったから蘇生はやめてくれと頼んでも、やめるわけにはいかないと。もう呼ばれた以上はとことんやるというような救急現場の状況になっているそうです。ここをなんとかしないと、こんな人たちがいっぱいふえてきますので、この会でも、それは非常に問題となっていますので、皆さんも問題意識等を持っていただいて、何とか話し合いでいい方向が見つかるといいなと思っておりますので、よろしくお願いします。

副会長：よろしくお願いします。

補佐して頑張りたいと思います。

今お話しした救急の問題は、病院にとっても非常に切実な問題ですので、皆さんと一緒に考えていければなと思います。よろしくお願いします。

事務局：では、議事のほうを会長にお願いいたします。

会長：では、次第に従って議事進行を進めたいと思います。

まず1番、みんなでつながるしっぺいプロジェクトの進捗状況について、事務局からお願いします。

事務局：（1）のみんなでつながるしっぺいプロジェクト進捗についてということでお話をさせていただきます。

資料につきましては、事前にお配りさせていただきました資料1-1からホチキスどめのものになります。

この、みんなでつながるしっぺいプロジェクトというのは、正式名称にするととても長い検討部会の名称になっておりますので、皆さんに読んでもらえる名前をつけたらどうだろうということで、みんなでつながるしっぺいプロジェクトという名前を付けております。

この検討部会については、昨年度からスタートしております。どうしてスタートしたかということなんですけれども、これについても、その前の平成29年度のこの在宅医療介護連携推進協議会の中で、やはり救急であるとか看取りの関係のお話が出た中で、もう少しそういったところに特化して話し合いができる検討部会をつくらどうかという提案を受けまして、この検討部会が昨年度からスタートしているというものになります。

30年度は、1年間10名の部会員で構成をしておりましたけれども、資料の1-1にありますように、網かけの方が交代しているのと、あと、市立総合病院から師長にも新たに入っていて、このメンバーで今年度スタートしていますと

いう御報告になります。

では、進捗についてということですので、みんなでつながるしっぺいプロジェクトの進み具合についてお話をさせていただきたいと思います。資料1-2をごらんいただければと思います。

今年度に入りまして、このしっぺいプロジェクトの会議も5月14日に1回目を実施しております。平成30年度については、多職種グループワークをさせていただきながら、まず救急と在宅医療と介護の連携の課題について、とにかくたくさん出していただいて、それを検討部会のほうで整理をしていって、項目ごとに整理をしていったというのが昨年度1年間でした。

どんな意見が出ていたかというところ、A4で両面で4枚とか、そのぐらいの量の課題が、皆さん現場の方から出てきたわけなんですけれども、それを大きな項目にまず5つに絞ったのちに、その中でも優先して磐田市として取り組むものは何なのかというところから出てきたのが、資料1-2の下の方にありますけれども、大項目2と1、1と2の順番が逆になっていますが、これは進める順番が2で1ということになりましたので、このような順番になっています。

その中でも、5月14日に話し合いをしたことは、大項目2の意思決定支援のことについてお話をさせていただいております。2つありますが、まず案1と案2ということで、それが資料1-3と資料1-4ということで後ろにつけてあるんですけれども、そういった比較を検討部会のほうに提案させていただいたというように5月14日になります。

資料1-2の裏を見ていただいて、一番最後の丸、協議結果ということになりますけれども、その案1の住民への普及啓発（多職種啓発チーム結成）についてという資料1-3のことにつきましては、元気な方を対象とした普及啓発にしていくこと、それから、状態ごとに療養生活がイメージできるパンフレットなどの媒体案を作成していくこと、それから、多職種グループワークを、8月下旬から9月初旬の予定でいますけれども、そこでパンフレット案などの提示をして、そのパンフレットを使って各職能団体や事業所等で何ができるのか、どう使っていくのかということをお話し合いをしていったらどうかという御意見がありました。

もう一つの案2は、資料1-4にかかわるところですけれども、かかりつけ医の先生による意思決定支援についての提案に関して、きっかけづくりとしてアンケート形式のものを作成する、アンケートについては、ほかで使っているものを借りるか磐田市独自のものをつくるかの結論は、そのときは出ませんでした。アンケートをとるタイミングとしては介護保険申請時がよいのではないかというような御意見が出ています。

資料1-5からは、5月14日にかかりつけ医の先生による意思決定支援のところ、こういったツールがほかではあるよというところで、参考につけたものに

なります。資料1-5はまだ完成版ではないんですけれども、これはがん患者さんが自分で受けている緩和ケアのプロセスを評価するツールということなんですけれども、今、神戸市の医師会が開発しているツールというように伺っています。

資料1-6の私の心づもりという資料につきましては、広島県の地域保健対策協議会というところで作られています。これはインターネットにも公表されていますけれども、望ましい死に関する尺度化、アウトカム評価に使うものというふうに聞いています。こういった資料をつけながら、こういった、ほかでも使っているものを参考にするのかどうかというところはまた考えていきたいかなということを考えています。

以上のところまでが5月14日の会議までの話になりますけれども、ここまでのことについて、プロジェクトの進め方について御承認いただけるかどうかというところと、それと、御意見をいただけるのであればいただきたいというふうに思っておりますので、よろしく願いいたします。

会長：まず、今やっていることは、この大項目2の意思決定支援のためどのような看取りになるか媒体を使って啓発していくという方向、そして大項目2、救急搬送時の情報についてのいろいろなキットを、お薬手帳に何か添付すると、そういったものの見直しを行うという項目で現在進めておりますが、これについて御承認いただけますでしょうか。よろしいですか。

〔「異議なし」の声あり〕

会長：なければ、では異議なしということでお願いします。

方向性としてはこれでいいと思いますけれども、では、これに対してもう少しこうしたらいじゃないかという、何か御提案とかはありますでしょうか。

副会長：かかりつけ医の意思決定支援、アンケートをとるのは介護保険申請のときというふうに書いてありますが、これは、かかりつけ医がとるということでいいですか。

事務局：かかりつけ医がとるというか、介護保険の申請時に意見書を願うときのタイミングで、例えば、待合室とかで簡単に書けるようなものを使ってとるというようなことも考えておりますし、それが難しいということであれば、ほかの職種の方に手伝っていただくということも考えられるのかなと。

副会長：ほかの職種。

事務局：例えば、ケアマネさんとか。

副会長：なかなか、病院でとるのはちょっと難しいかなというふうに思いますけれども。

会長：僕、見させてもらって、資料1-6、私の心づもり、これはなかなかいい感じですよ。ACPを自分の家でとろうとして、自分の母親に心肺停止したときに

蘇生はいいよねとか、そんな話になると非常に難しいんですね。で、そのときに、やはり話をいきなり、そういうのは持っていけないので、こういう資料があって、これを一緒に考える機会があると非常にいいと思います。

あなたの希望や思いについて考えましょう、あなたが大切にしたいことは何ですか、あなたの健康について学びましょう、健康状態を理解している人が病気になったときなんか教えてほしいかどうかと、そういうふうに、こういう心づもりがあればその人に説明しやすいと思うんですよね。これ、すごくいいので、そのままでもよろしいでしょうか。

これを、例えば介護認定審査のときの資料に入れて、これも一緒にお答えくださいみたいにして考える機会を与えたり、あるいは、それじゃないタイミングでもいいけど、何か、とにかくこれを考えるタイミング、これがあると考えると思うので、使えるといいなと思いますけれども、いいですかね、何かいい使い方、提案がありましたら。あるいは。はい、どうぞ。

委員：これが、どのように現場に使えるようになるのかというのがちょっと見えてなくて、これを書くことによって、本人の勉強というか普及にはなると思うんですけども、そのあと、これをカルテに置いておく、医者がカルテに置いておくのもあれですし、結構資料も厚いのでこれをどこかに置いておくというのも難しいと思いますし、何かいい方法があればいいかなと思いますけれども。

会長：それも、何か考えるきっかけには非常になるものですから、それは、誰がこの情報を利用して誰が管理するかという問題がありますよね。

委員：共有できるんだったらすごくいいですよ。しかも、介護保険の申請のときに、変わっていくと思うので、考えも。で、随時更新されていくというのはとてもいいと思うんですけども、でも、結構厚いと、どこに置いておくとか、どうするのかというのがちょっと見えない。

委員：この情報が一番必要な人は、どなたですかね。ドクターもそうでしょうけれども、ケアマネさんですよ。これを持って一番いいのは。

会長：この先にあるDNARをとるための前振りになるのかなって。

委員：そこのところは、救急キットみたいなところに、もう少し簡便になったりして、どこかにわかるようにしておくという形で。

副会長：救急キットみたいに、何かに入れておくみたいな。

委員：わかるようにしておくということですかね。例えば、お薬手帳の後ろに何かちゃんとしたもので。

副会長：普通は、訪問看護師さんが見てくれたりとか、いろいろな方が見てくれて、一晩、次の対応の先生というか担当の先生の手が空くまでというのが大体最近は多くなってきているんですよ。

委員：やはり、その施設側でも、そこで看取ることができるような体制をつくるよう

な努力がやはり欲しいですね。

会長：どうですかね、入所されている方は大体入所時にDNARをとりますか。

委員：そこまではやらないですね。ただ、意向としては軽くは聞きますけれども、結局、御本人も高齢の方ですので、そこまで理解のある方も、御家族もなかなかそこまで理解はという方もいますので、幾ら説明しても、いざそのときになると言うことが二転三転する御家族もたくさんいるものですから。

会長：やはりとれないんですけれども、縁起の悪い話はしづらいですね。で、外来で時間も割けないので。だけど、特養は、限りなくDNARをとったほうがいい人たちの集まりになるものですから、この、私の心づもりという突破口をとり。

委員：これは、私も見ていいなとは思いましたけれども。

会長：何か、そういう書式なり、何かそういうのがあればね。まず、このDNARを特養からとっていかれるといいのかなと思いますけどね。

小規模多機能はどうですかね。いろいろな形態があるんだけど。

委員：基本的に在宅なものですから、中には、ずっと使っている方でなじみの関係ができてから、小規模のショートステイを使って、みとってほしいという方も中にはいらっしゃいます。

制度的にショートステイをずっと使っていてもいいかというような部分もあるものですから、なかなか、家族としては家で見るのが怖いと。ですので、小規模のショートステイで見ただけないかと。もちろん、先生とも連携してという形はあるんですけれども、そこら辺はやっていますね。

委員：現場で、いつも意思決定支援や最後をどうするのという議論をするときに思うんですけれども、人間が最後に息を引き取るときにどういうふうにしていくかというのを決めるのが勿論最終的なところなんですけれども、私たちみたいにその前の段階からかかわっている人間からすると、もうそこは本当に最後だけ、そこに行くまでにどういうふうにかかわるかを、そこを聞かないとかかわれないというふうに思うんですね。最後の一瞬をどうするかはもちろん大事ですけれども、そこまで。

そうやって思うと、多分施設でかかわっている看護師さんや介護士さんも、この人はあと何か月なのか何日なのか何年なのかわからないけれども、どういうふうにしていきたいかということ、ケアする側が知るための最終段階としてどうしていききたいかというふうになってくるんじゃないかなというふうに思うので、救急蘇生をするのかしないのかという、議論だけでなかなか、意思決定支援という、DNARをとる、とらないというところだけでは。

委員：では、すみません、いいですか。

多分、僕が一番死亡診断書を書いている医者だと思うんですけれども、ACPという、さっき言った、介護保険のときにとるとか、勉強するというのはとても

啓発としていいと思うんですけど、実際問題、DNARということになると、特養とか施設でDNARをとれるというのは、入所するときにも多分おっしゃっていらっしゃると思うんですけど、ただ、それはうちの病院に療養型で入院する人も入院時にとってある、もちろん全員にとってあるんですけども、例えば往診に行く人ももちろんにとってあるんですけども、本当のDNARをとって看取り加算をとるような状況というのは、やはり、もう病状がこれ以上よくなるという、がん患者さんははっきり言って簡単だと思うんですけども、あとは、脳梗塞とかでもうこれ以上意識、脳がもうよくなるしある程度病状も固定していて、その状況でお話したときに、多分看取り加算なりいろいろとあると思うんですけどね。

例えば、在宅で見ている場合でも、寝たきりとかでもいいと思うんですけども、寝たきりでも何も話せないとか、それから本人の意思が完全に決定しているという人の場合とかはいいと思うんですけども、そういったときにDNARをとるべきです。

それから、ある程度もうそれが、張ってあるというのは、その意思表示があるというのはもうある程度強い状況じゃなければ逆に張っちゃいけないと思うんです。適当に、何となく丸をするようなものではなくて、そのぐらい決定権が強いようなものにしないとイケないのかなと思っています。

委員：話が戻ってしまうんですけども、先ほど先生がおっしゃっていましたがけれども、包括には、それこそひとり暮らし高齢者ですとか、高齢者のみだからということで、相続の問題とか金銭管理ができないんですけど、本当にこのごろ多いです。社会福祉士もおりますし、それこそ私たちは、社協の日常生活支援事業でお金の管理をしてもらえる事業ですとか、後見人が必要ならば、認知症の人だったら後見人が必要だったり、しっかりしている人だったら、私もこの10年間に何人が後見人をつけるという人を紹介したりですとか、あと、遺言を書きたいから公証役場へ、それこそ司法書士さんにつなげたりとかということもやっていますし、あと、今はきずなの会とか、前もってお金を納めておくと、永代供養をして最後まで、病院の入院の保証人、施設の保証人とかそういうのをやってくれるというのものもありますから、いろんなところを紹介したりというのは、地域包括支援センターもかなりやっております。ということだけ、包括の業務としてあるということだけ知っていただきたいなと思ひまして。

委員：私たちとか訪問介護さんとかケアマネさんとか、そこのお宅に定期的に30分、1時間おじゃましている人たちは、多かれ少なかれそういう人生のお話、家族のお話、亡くなる話、亡くなったらどうする話、いっぱい多分聞いてきていると思うんです。それは、私たちなんかは意識的にそこをとというふうに、今、思っている。

ただ、意識的じゃないにしても、そうやって顔見知りの人たちには絶対みんな

聞いていると思うんです。それを、やはり先生たちや関係者に私たちは伝えていく役割ってすごくあるなと思うので、状態はこうですよということにプラス、今この人はこうしたいと思っているというようなことを情報として出すという努力は、今、させてもらっているんです。

先生たちの中では、それというのは役に立っていますか。

委員：なので、どんどん、やはり先生たちに、もう介護の人なんかは数を本当に行っているから、いっぱい聞いていると思うんですね、家族や患者さんの思いを。どんどん上げていくというのが、この連携のいいところかなと思うんです。

会長：今、磐田市は65歳以上の高齢者は5万人弱いるんですよ。そのうちの半分ぐらいは独身でひとり暮らし、あとは老々、だから2万人近くがそんな人たちなんです。普通に生活している分にはいいけど、あるとき、ちょっと歯車が崩れるとがたがたになって、もうにっちもさっちも行かなくなって、そのときに慌てて僕らのところに来るんだけど、ケアマネにも行ったりとかするんだけど、その前に何とか手を打てないかなと、思うんですよ。

あと、キーパーソンを書いてもらうという取り組みもやっています。高齢者がかかってきて、それで老人1人で来るんだけど、実際、診察の室内で意識障害を起こして病院へ運ばなければいけないという事態があったものだから、この人のキーパーソンは誰で、連絡先はどこかと聞いておかないとまずいと思って、今、聞いています。

キーパーソンが、日中はお仕事先でいいのか、あるいは自宅の携帯でいいのかというのを聞いてやっているけれども、そういう情報も何か把握しておいたほうがいいかなと。

会長：これを、ひょっとしたら、介護保険の認定のときにキーパーソンは誰かと聞いて提出してもらって、あるいは市でデータベースとしてもらえるか、磐田病院ですぐキーパーソンがわかるといいかなと。

委員：私は民生委員をやっているんですけども、包括につなぐまでの間が結構大変なんですね。

先ほど、御家庭で、ACPのこともそうなんだけど、話し合ったり意思決定をするところに行くまでの、包括に行くまでの前の段階、そこからがやっぱり家族間、あるいは遠くの御家族も含めて話し合いができるかできないかというのが結構、疎遠な中で、あらかじめ事前に情報は私たちは入れておくんですね。それで、いざその気になったときにタイミングをうまくつかんで連れていったり、後押ししたりというのをやっているんですけども、やはり、包括さんの段階じゃなくて、実はそのキーパーソンも民生委員が案外知っていたりする部分って、自治会の中だからあるわけですよ。親戚関係とか、御近所の知り合いであるので、本当にそこら辺というのは包括さんと民生委員のつながりの中でつないでいくとい

うようなものが現実ですね。

会 長：続きまして、2番の今後の事業の推進について、事務局からの説明をお願いします。

事 務 局：資料は2-1から2-3になります。順番が前後しますが、2-3の資料が、先ほど言ったアからクについての資料のまとめをしてあるものになります。

その中で、(2)磐田市在宅医療介護連携情報システム、いわゆるシズケア*かけはし、先ほどもお話に出ていましたが、その補助金を昨年度から初めまして、実績としましては35件の補助をさせていただきました。ただ、登録数も今62ですので、それは行政の高齢者支援課も入って62ということで、まだまだ、補助金を創設しましたが伸び悩んでいるという現状があります。

あと、裏に行ってください、12番になりますが、昨年度医師会の先生の御協力を得まして、市内3カ所で、交流センターで在宅医療などについての講演をしていただきました。ありがとうございます。そこから、今年度につきましては、地域包括支援センターのほうに委託をさせていただいております、各包括支援センターが地域の実情に合わせて在宅医療や人生会議などの普及啓発を行うということで、今年度新たに始まったものになります。

市民文化会館で行っていた地域包括ケアを考えるシンポジウムについては、昨年度で終了ということで、地域に移行をしていくということになります。包括支援センターの取り組みの一部の、委託させていただいている普及啓発事業についての資料が2-1になります。現在のところで決定している予定になっております。既に2回終了しておりますけれども、こういった形で包括支援センターごとに企画をさせていただいておりますので、中身も話の内容も違ってくるかなというところになります。御協力いただく先生もいらっしゃると思いますし、また地域で取り組みがあった場合には皆さんにも足を運んでいただけたらというふうに思っていますので、これは順次、決まり次第追加がされていくというものになります。

もう1つ、A3の資料がつけてあります。これにつきましては、厚生労働省のほうで全国の市区町村の在宅医療にかかる地域別データというものがエクセルで見られるようになっていまして、その中の磐田市のものだけ、平成26年からの実績をこちらに落としてあります。最新が平成29年になります。

この資料で私が何を言いたかったかということ、特に、項目番号の14番、訪問診療を実施する病院ということで、多分これは先生の病院かなと思うんですが、26年に比べるとかなり、これは月間の訪問診療実施件数ということですが、かなり数字がたくさんになっていただいているなというところと、あと、項目番号20番の、これも月間ですが、診療所につきましても、磐田在宅医療クリニックも開業した後ということもあるかと思いますが、こういった形でかなり件数が伸びてきているなということ。

それから、下の段に行きまして、項目番号44番、みとりについて、これも月間の件数になります。これが倍ぐらいに伸びている。

それから、50番から53番につきましては、歯科訪問診療になりますけれども、こちらも件数が施設も居宅も伸びてきているなというところが見えるかなと思います。

あと、訪問看護ステーション、58番から60番につきましても、なかなか人材確保が大変な中でステーション数も訪問看護の職員数も常勤換算で伸びてきているというところで、数字で見えてきたところです。

66番と67番、これが1年間の自宅死の割合と老人ホーム死の割合ということで、かなり数字が上がってきているなということがこれで見取れるかなと思います。

今、平成28年の人口動態統計が市のほうに来ているんですけども、そちらの数字を見ますと、磐田市内で1年間でお亡くなりになられる方は1,596人だったので、1,500人台、1,600人ぐらいということになります。そのうちの15.7%の方が自宅で、老人ホームで10.1%の方ということになります。

皆さんの体制の強化であったりとか、いろいろな取り組みの中で、需要がある中で、こういった形で応じていただいているということがあったものですから、それにつきましてすごくありがたいなというふうに思っております。ただ、そうは言いましても、なかなか、今後、高齢者がふえる、後期高齢者の方もふえていくという中で、まだまだ取り組まなければいけないということもあるかなと思いますので、またそういったところ、まだまだここがというところの御意見をいただけたらいいなと思ひまして、きょう、この資料をつけさせていただきました。お願いします。

会長：ただいまの御説明に、何か、御質問とか御意見はありますか。

在宅死の割合、今、計算したら240人が在宅で亡くなっているんですね。

いつも言うけど、検死って150名、百二、三十名ありますので、120、40のうちで。かけはしは、かけはしを利用しているドクターから連携している人たちに広がらないと広がり方が難しいんですけど、先生、どうですか。使っていないですか。

委員：使っています。

委員：シズケアがどうして進まないかって、2つ私は思っているんですけども、1つは、チームを組んでいる全員が入っていないので、シズケアだけで、チームを組んでいる全員が入っていればそれだけで終わるんですけども、全員が入っていないから二度手間になる。入っていない人にもう1回送らなきゃ、何かしなきゃいけないということと、あとは、シズケア*かけはしに入ると何かをやらなきゃいけないといって、もし、二の足を踏んでいる人がいたら、何もやらなくていいので情報だけもらってもらえばよくて、要するに来たものを読んでもらえばいいから入ってもらいたい。

- 会長：そうですね。既読しただけでいいですよ。
- 委員：そう、何かをしなければいけないものだからそれはとてもできないとって、多分やらない方が多いと思うんですけども、ぜひ、既読だけでいいので入っていただきたい。そこからスタートしないと全然広がらないと思います。
- 会長：特に訪問診療を使っている人から、まずちょっと広めて、そういう人が行っているグループはチームに入ってもらってというのをね。
- 委員：この意思決定支援の話をするのであれば、やはりいろいろな情報を得る、発信する。それからやはり、画像を送れるというのが私は絶対強いと思うので、ぜひ、本当に先生方。
- 事務局：はい。なので、もし数字が伸びているというところもあるんですけども、こういったところがまだ課題として残されているというところがもしあればというのと、あとは、6月29日の普及啓発事業の上段の豊岡で2回目、市内では2回目だったんですけども、そういったことがありましたので、もし報告することとかがあれば。
- 委員：計画のときから医師会の先生ともいろいろ話し合ったりして、うちは森町家庭クリニックの先生からACP、人生会議について御講義をいただいて、そのあと、地元の先生と話し合おうということでグループディスカッションをやりました。
- やはり、医師会の先生からも、医師の思いと、やはり住民、患者さんの思いとギャップがかなり、医者任せというところはまだないかもしれないですけども、やはりそういうギャップがあるようなところをまだ、何とかしたいね、話し合いたい、意見交換をしたいねという意見が地元の先生から出まして、そういう機会を持ちました。
- グループディスカッションを先生の講義の後にしたときに、本当に活発に意見が出るんです。住民が、かなり、自分の意見をどうしたいとかって。理想的な死について、ACPを4事例ぐらい先生がみとりに対して出してくれたときに、地域の人は、いや実際はこうじゃないよと、もっと兄弟間でし烈なトラブルがあるんだよとか、自分はこうだとかというので、生々しい住民からの声、こんなきれいな話じゃないよなんて話も出たんです。そういう中で、やはり、先生はもういろいろなものを見ていると。ただ、それは理想的にいった、家族の最初の話し合いができていたから理想的にうまく行ったケースを出したんです、そこに行くまでにやはり話し合いが大切ですねということはコメントしてくれたんですけども、やはりそこで、住民と医者との違いというギャップがわかったし、そこにケアマネさんやヘルパー、事業所とか、訪看さんにも入ってもらって、ファシリテーターをやってもらったんですね。その意見の違いを埋めるのが、そういう、私たち、訪看さんとかヘルパーさん、ケアマネさんの役割かなというので、そういうのをケアマネさんとかが感じてくれたというのが大きな、住民もACPのこ

とをちょっと意識してくれた、意思決定ということを考える機会になった、きっかけになったということもよかったんですけども、そういう、事業所の人たちが、ああ、これだけいつも苦勞して、身近で家族とか本人と接する中と医療とのギャップというところを、こうしたらいいのにというのを常に思いながらもできないでいた、そこを埋めていく役割なんだなというのを自覚したという言葉聞いたときに、ああ、これが本当に医療と介護の連携だなということ。

そのプロセス、やはり医師会ともいろいろ何回か打ち合わせをしたときに、医師会の先生も、本当に、アンケートをとろうよと言って、それこそさっき4つぐらいのアンケートをとってということで、終末期の医療に、きょうお聞きしますのは、思いは変わりますけれども、現時点での考えをお答えくださいということで、最善の治療を尽くして可能な限り生命を維持したい、痛みの緩和をして苦しみを和らげてもらいたい、できるだけ自然な形でいきたいという、今の、現時点でいいから書いてくださいとってアンケートをとったんですね。先生もとってほしいということ。

そうしたら、私たち、真ん中の、予想は痛みの緩和で苦しまないでというところかなと思ったら、自然な形でというのが67%でした。7割方が自然な形というのだったんだというので、ちょっと驚いたのと、あとやはり、子供がいるからいいやと思っていたとか、それじゃいけないんだとかいう住民の声も聞けたので、とっかかりとしては本当に、住民も今、こういうのを考えるきっかけで、あちこちでACPの講演会がありますけれども、やってよかったなというのは包括としても実感として、先生のほうからも第2弾をやろうという、医師会のほうからも言っていただけで、そういうのが、各包括で計画していますので、ぜひ協力をお願いいたします。

委員：今回、初めて来させていただいて、わからないところも、さっきのかけはしとかというの、ちょっとわからないところが、済みません、あったんですけども、ちょっと様子を聞かせていただいて、大変勉強になりました。

感想になってしまうんですが、さっき、120の方がいらしたというので、住民さんの中でどれぐらいの割合の方かというのもあると思うんですけども、私はやはり、一定の割合の方はもともと、割と普段意識も高くて、そういうことを考えなければいけないというのは何となく社会の空気もあって思っているけれども、何かきっかけがないから、そのきっかけを提供してもらえればでは家族とも話してみようかなという気持ちになるという方たちが一部いるのと、やはり、そこに全然引かからないような方たちがいらっしゃって、その人たちがやはりどうしても問題になってくるのかなと思うと、何か、いろいろ網目をつくって、何とかその方たちの、ACPがいずれ達成できるような仕組みを二重、三重にやはり作っていく必要があるのかなということ、きょうのお話を伺って改めて感じまし

た。

委員：私がかかわるケースは、もうほとんど人生の最終場面に向かっていく方たちが多いので、もう本当に予後が短い方であれば、その方にかかわるときからどこでどうしたいかという話を積極的に私はお話を本人から聞くようにして、かかわるときに心がけています。

ただ、やはりお年の高い方でまだまだこの状況が長く続くなという方に関しては、ゆっくりかかわりながら、少しずつ落ちていく中で、それをきっかけに、このタイミングだというときを見計らいながら、では入院もきっかけだったりとか、例えば、ショートステイを長く使わないような状況になってしまったとかいうところをきっかけに、最後は本当にどうしたいのかというのを、御本人が発することが出来るうちに私はなるべく聞き取ろうかなというつもりで、今、かかわるような感じにいるんですけども、ちょうど、本当にターミナルの状況の方が数人、今いらっしゃって、本当にさまざま、年齢もさまざま、若い方からお年の方まであるので、退院のときにどうしてもうちに帰りたい、管をつけて過ごすことは絶対に嫌だというのを私に訴えかけてきたので、これを娘たちに言ってほしいということだったので、それを、後で聞いていた娘さんたちが、それまでは何とかもう少しと思っていた気持ちが、私にしきりと訴えかけていたのを聞いて少し気持ちが変わって、今はお父さんの気持ちに寄り添おうというところで、退院を、1日も早くお家に帰らせてあげようということで、今、そんな動きができておりますけれども。

本当に、家族さまざまにいろいろな場面があるので、どのタイミングかというのは本当に難しく、常に悩むのだけれども、私は、やはり御家族の気持ちも支えてあげなければいけないと思っているので、御本人がしっかりしている方であればやはりそこが一番メインになってくるとは思うんだけど、もう御本人が正しい判断ができなかったりすると、お父さんがどうしたいというのは、どう考える方だったかねということをお父さんに投げかけて、きっとこういうふうになるんじゃないかというのをなるべく家族から引き出して、じゃあどうしてあげることがいいかねというようなサポートをしなきゃいけないなというつもりでかかわるような、最近、本当に多くあります。

本当にケアマネがかかわるべきなのか、どのタイミングなのか、じゃあほかの職種でいいものなのか、難しい問題だとは思いますが、やはり、私としたり、最初から介護保険でかかわるとき、そのきっかけのときが、何かお話ししやすいかなというのは、今までの中でちょっと感じる部分もあって、私なりにタイミングを見計らって話をしていけばいいかなと、今、思っています。

ほかのケアマネさんたちがどんなふうに思われているかは、皆さん、ケアマネさん自身も言える方と言えない方があると思うので難しい問題だとは思いますが

けれども、誰も、人は死ぬんだよというところ、ずっと生きていることはできないので、それがいつか来るので、そのときのために考えようという感じで、私は、ちょっときっかけを、お話しせてもらっているんです。

また、ケアマネ連絡会のほうも、多分医師会のほうとのグループワークも、勉強会も計画していると思うので。

委員：私は現場なので、やはり、訪問していると、あなたにだけ言っておくよとか、結構そういうことも、やはり〇〇さんがおっしゃったように言ったり、あと、これだけお金をここに置いてあるとか、札束をごっそりあるところに連れていかれたりとか、そういうこともあって、それは全部ケアマネさんに、全て報告はするようにしているんですが、長く入れば入るほどそういうことがふえてきているので、やはり、こういう連携は大事だなと思いました。

事務局：報告ですけれども、今年度の予定ということで、まず今決まっているところなんですけれども、先ほどから話しています多職種のグループワーク研修の日を、ケアマネ連絡会の研修の日と近くて申しわけないのですが、8月30日の金曜日の夜で計画したいと思っていますので、皆さんにお知らせを今後していく予定でいます。金曜日の夜で、なかなか、御予定がと思いますが、済みません、会場の関係等々で申しわけありません。8月30日になります。

続けてですけれども、2回目の協議会なんですけれども、大体、例年年3回で、この6月の時期と9月ごろと年度末、2月か3月というところで行わせていただいておりますけれども、2回目の協議会については、ほかの進捗などを見ながら進めさせていただきたいというふうに思っておりますので、もしかすると、これが次は年度末になるかもしれないですし、また中間で実施するかもしれませんしというところが、ちょっと今は未定ですので、その点はよろしく願いいたします。

また、皆さんにできるだけ出席していただきたいので、日程調整のメールなどでお知らせいただきたいと思っておりますので、御協力お願いいたします。

会長：はい、ありがとうございました。

皆さん、活発な御意見をいただきまして、ありがとうございました。これで本日の議事は終了します。