

令和5年度 第2回 千曲市在宅医療・介護連携推進委員会 会議録概要

日 時 令和6年3月15日（金）午後7時00分～8時30分

会 場 千曲市役所 302 会議室

出席者 委員9名（4名欠席）

事務局7名 オブザーバー1名

1 会議事項

(1) 令和5年度の取り組みから千曲市の在宅医療・介護の現状について

資料1～5に基づいて事務局からまとめて説明

各委員からの意見・質問・回答

(委員) 国や県も ACP について本腰を入れてやっていく、と言っている。**資料 2-1**で、訪問看護7つ中、看取り対応可能5件 ショートステイ看取り可能2件、入所施設看取り可能21件とあるが、実際病院の現場では、本人の方向性を明示されていない。訪看・入所施設だと、夜勤の時間帯に状態が急変した場合、本人は寝たきり、経管栄養、家族が「このまま施設で看取ってください」となっているにもかかわらず救急搬送されることもある。我々も処置はするが、それが問題となる事がある。先に一次医療圏の病院に救急車が入っていると、搬送先が二次、三次医療圏の病院に運ばれてしまう。すると、「看取りの方向性が決まっているのに。」と施設と病院でちょっとしたトラブルが起こっている。訪看、ショートステイ、入所施設は、きちんと ACP とは何なのか、利用開始したときに家族とよく話をしておく事、話し合いも1回だけでなく何回も機会を取って、方向性を出しておく事が大事ではと思う。また、近くの身内より、遠くの親戚が入ってくると話がややこしくなることもあるので、身内が施設に入った時に、「終末期医療になる時はこういう方向性でやっていきますよ。」と家族会議をしたうえで書面などに掲示しておくことが大事なのでは、と思う。1回だけでなく、親戚が集まる度に何度も確認をしていく、かかりつけの先生が往診に行かれたときに、家族会議の結果を伝えていただくとトラブルが起こらないのでは、と思う。行政の方でも考えていただきたい。

(委員) 国民性としてこういう事に関してあまり話したくないような、腫れ物に触るような内容という認識を持っている方が多いと思う。宗教観がそうなっているのではないかな。いざという時に本人の意志に反するような方向性になってしまうのは極めて不幸なこと。今後どのようにしていくのか、決めておくことを書面で残しておく、誰と誰で話したのかということを残しておく事が遠い親戚に伝えるときに大事な事なのではないか。ACP の仕組みを市民に理解してもらうことは当然だが、そういう話（人生会議）をしましょうということを、市でも力を入れてやってもらっている。大事なことだと思う。

(委員) **資料 4-1-2**、住民の意識・ニーズ、の項目は、「自分が」という意識で回答した

ものだと思う。自分が人生の最期をどこで迎えたいか、「自宅」が一番となっており、「自分が」と「ホスピス・特養・医療機関」はパーセンテージが少ない。⑧死期が近くなった場合の延命治療を「望まない」、は60%を超えている。「望む」「どちらかといえば望む」を足しても4%行かないくらい。実際は、救急車で施設から運ばれてくる。訪問診療で特養に訪問しているが、入所時に「最期はどうか」、「家族はどう希望するか」をフェイスシートに必ず書いてあるが、結構な割合で、どんな風になっても「病院に連れて行って欲しい」と家族が希望している。**資料 4-1**・2-12 本人は「自宅で死にたい」と言っているが、特養に入った場合、家族は「最期まで医療を追求したい」と希望をする人の割合が多く、本人の希望とかなり乖離している印象を受けた。

(委員) 本人の意志と家族の考え方の違いがこの国の宗教観ではないかと思う。「何もしなかった」と言われるかもしれない、「責められたくない」という考えが多い国民性だと思う。しかし、本人の命なので、そこをどう考えるか、実際に、何かあった時に何もしないと家族全員で決めていたのに家族が病院に連れてきてしまう事例はあると聞いている。決めておくことが大事なことになるので、そんな話を進められるようになればと思う。

(委員) **資料 4-2** 歯科の訪問診療の実施のところで訪問歯科診療実施数が少ない、長野県の順位も17位と言うことで低い数字、施設の訪問診療は増えているが在宅は伸び悩んでいる。いかに増やすかということを求められている。4月の介護報酬改正の時にキーマンとなるのが訪問看護である。口の中の状態を早めに知らせていただくのと訪問看護計画に口腔ケアを入れていただく話し合いをしている。訪問診療をしている主治医の先生にも口腔への関心を持っていただくのが良い。一番は入退院時。入院すると、入れ歯をはずしてしまうことが多く、いざ退院、在宅となると、入れ歯が使えなくなるという事例がある。しばらく入れ歯を使っていないと口腔内も機能低下を起こす。食べられない事は低栄養の原因になるので、国も食べさせる事に力を入れている。我々もできれば自分の口で食べていただきたいので、できれば早い段階で入れ歯を使える状態にしなければいけない。退院時のカンファレンスで歯科関係者を呼んでもらい口の中の状態を把握しておき、退院してすぐに入れ歯を使えるように訪問診療していけば、口腔機能も低下せずに入れ歯も使えるようになるのではないかと考えているので、退院時のカンファレンスに呼んでいただきたい。歯科医師でなくても歯科衛生士も参加可能なのでお声掛けいただきたい。

(委員) 歯科医師はできれば退院カンファレンスに参加したいということで、確かに口から食事を召し上がっていただくのが、肺炎、認知症予防にも良いと思う。

(委員) 施設に入所している方に訪問看護を行っていて、入所される時に今後どうしていくか、看取りはどうしていくかを確認している。家族からは、「何かあったら病院に」とか「今は死に対して考えられない」という記述がある。状態が変わったり悪化した時に、その都度家族・ケアマネを呼んで話をするが、なかなか家族が死に対して理解

を深められないことが多い。入院すると、入院時には「延命をしない」と言っているが、病院から施設に帰ってきて状態が上向いてくると、そういうことが家族は理解できない。また状態が悪化して来た時に「延命はしない」と言っていたが、「救急車で行きたい」となってしまう。なかなかその辺は平行線で埋められない状況がある。

(委員) 現状はその通りなのだろうな、と思う。我々医師はそういう現場をたくさん見ているが、血縁関係があると難しいのか、国民性だろうな、と思う。

(事務局) 自身の親戚が施設入所していたことがある。入所中に体調が悪くなり入院をした。治療をして、また施設に戻ることができた。そこから数年経過し、再び体調不良で救急搬送され、その時に医師から「治療しても長くはない、生きながらえさせる事もできるが、延命治療しますか？」と聞かれて初めて家族の中で決めていた「延命治療しない」という事を伝えられた。具合が悪くなっても一旦元気になると家族としては「元気になって良かった、またこのまま何とか過ごせるんじゃないか」と安心感が出る。また具合が悪くなって病院で診てもらい、その時に医師から「どうしますか…」と言われて決心がつくという経験を自身もしたので委員さんの言う通りだと思った。施設も延命治療しない事は計画書にあってわかっているだろうが、夜などの緊急時に救急車を呼ばない、ということは果たして施設側もできるのか。その辺もどのように理解を進めていくか難しいところだと思う。

(委員) 医師の立場からすると、何でも延命をしないと言っている訳ではない。癌の終末期で、いよいよだ、となった時に最期に立ち会えないということがコロナ禍でもあり、沢山あった。肺炎や尿路感染など、治療をすれば良くなる病気については、そういう話はするが、良くなったらまた帰ってもらい、その都度毎回同意を取っていく必要がある。施設だと夜間帯などの責任が看護師に負荷がかかってくると、ちょっとでもおかしいと救急車を呼んでしまうところは非常に難しいところ。医療施設の指示書にも「これについてはいつでも撤回できます」と書いてある。延命治療をしないとなっても絶対ではないということ。気持ちが変わって当然だと思う。病気によって最期をどのように迎えるか考えて欲しい。全て「延命治療をしない」と言いたい訳ではない。

(2) 今後の方向性について

(事務局) これからも終末期医療について周知・啓発していく必要があるかと思う。

また、急変時や看取りの場面について、現状を把握するために、情報を収集したい。そして自分の意思を書面に残していくということについて来年度検討を始めていきたいと考えている。

入退院時における在宅医療連携ガイドも令和6年度、改定していきたい。

(委員) **資料 4-1** 訪問診療の件数 1 ヶ月にすると 170 人と言っていたが、増えているのか減っているのか。

(事務局) 令和3年に調査したときより減っている。レセプトの件数で出ているもの。在宅だけでなく施設に訪問したものも含まれる。

(委員) 入所の人の数（家にいるのか、施設にいるのか）は把握できないのか。 **資料 4-1**

より、ここ数年の訪問診療件数が在宅と施設の割合がどうなのか知りたい。診療をしていて、認知症の人で施設に入る方が多い印象、家族が手を焼いて施設に入ってもらいケースが多い。本人の意志はわからないが、家族の希望で施設に入るという事がこれからも出てくると思う。可能であれば、自宅にいるのか、施設にいるのか、どちらが多くなっているのかも把握してもらおうと色々な意味で良いのでは。

核家族になって、高齢夫婦数も県で5番目、家で看られなくなる方が急激に増えてくると推測している。これからの訪問診療、訪問看護もこういった体制で臨まなければいけないのか、そういった数もできるだけ把握できるようにしておいて欲しい。

(委員) 令和6年度はACPしかないのかな。コロナも終わったので顔が見える医療連携を進めていただかないと、この場所だけで連携する訳でない。長野市の医師会の連携の会ではACPの話や琉球大学の先生の講演、色々な業種の方が来て意見交換をしている。そこまで行かなくても大勢集まって医療連携の意見交換ができる場を設けていただかないとなかなか進まないと思う。

また、リハビリを含む栄養一体的な取り組みの中で低栄養の改善で、歯科も重要ということで長野県在宅医療推進連携協議会の栄養改善の話を聞いた。在宅の方が何を食べているかを聞くと施設で食べている物とおおきく異なる。在宅の方は低栄養である。そちらは栄養士会とタッグを組み低栄養改善しようとしている。この会議にも栄養士の方、管理栄養士も入っていただくのもいいかもしれない。

(委員) 今のご意見も市の方で検討していただきたいと思う。

以上