

審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	平成 30 年度第 2 回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開 催 日 時	平成 30 年 11 月 21 日（水）午後 7 時 00 分から
3. 開 催 場 所	松阪市産業振興センター 3 階研修ホール
4. 出席者氏名	<p>[委員] 長友会長、小林昭副会長、谷川委員、清水委員、櫻井委員、平岡委員、長井委員、石田委員、木田委員、林委員、中村委員、藤井委員、齋藤委員、志田委員、鶴森委員、市川委員、近田委員、木村委員、泉委員、青木委員、奥田委員、川上委員、野呂委員、小林麻委員、山本委員、大戸委員、川村委員、鈴木委員、長島秀委員、植嶋委員、小山委員 計 31 名</p> <p>（欠席委員）長島喜委員、太田委員、中西委員、石神委員、山口委員</p> <p>[事務局]</p> <p>高齢者支援課：松田課長、藤牧担当監、西山担当監、前川主幹、森本係長、大西主任、稲垣主任、潮田、丸尾、介護保険課：田中課長</p> <p>[地域包括支援センター]</p> <p>第一地域包括支援センター：2 名、第二地域包括支援センター：1 名、第三地域包括支援センター：6 名、第四地域包括支援センター：5 名、第五地域包括支援センター：1 名、松阪地域在宅医療・介護連携拠点：1 名</p>
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍 聴 者 数	4 名
7. 担 当	<p>松阪市殿町 1 3 4 0 番地 1</p> <p>松阪市 健康福祉部 高齢者支援課 担当者：西山</p> <p>電 話 0 5 9 8 - 5 3 - 4 0 9 9、4 4 2 7</p> <p>F A X 0 5 9 8 - 2 6 - 4 0 3 5</p> <p>e-mail kourei.div@city.matsusaka.mie.jp</p>

協議事項 「松阪市の在宅医療・介護連携推進のためのとりくみ」

- 1) 話題提供 松阪市の在宅医療の現状から 松阪地区医師会 質疑応答
- 2) 意見交換
- 3) その他

議事録 別紙

平成 30 年度 第 2 回 松阪市地域包括ケア推進会議 議事録

日 時 平成 30 年 11 月 21 日（水）午後 7 時～8 時 50 分
会 場 松阪市産業振興センター

出席者

[委員] 長友会長、谷川委員、清水委員、櫻井委員、小林昭委員、平岡委員、長井委員、木田委員、林委員、中村委員、石田委員、藤井委員、志田委員、齋藤委員、鶴森委員、市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、奥田委員、青木委員、川上委員、野呂委員、小林麻委員、山本委員、大戸委員、川村委員、鈴木委員、長島秀委員、植嶋委員、小山委員

計 31 名

（欠席委員）長島喜委員、太田委員、中西委員、石神委員、山口委員、

[傍聴] 4 名

[事務局]

◎高齢者支援課：松田課長、藤牧担当監、西山担当監、前川主幹、森本係長、大西主任、稲垣主任、潮田、丸尾

◎介護保険課：田中課長

[地域包括支援センター]

◎第一地域包括支援センター 2 名

◎第二地域包括支援センター 1 名

◎第三地域包括支援センター 6 名

◎第四地域包括支援センター 5 名

◎第五地域包括支援センター 1 名

◎松阪地域在宅医療・介護連携拠点：1 名

事務局

皆さん こんにちは。定刻になりましたので、平成 30 年度第 2 回松阪市地域包括ケア推進会議を始めさせていただきます。

本日は、「松阪市の在宅医療・介護連携推進のための取組み」というテーマにより、松阪市の在宅医療の現状から、松阪地区医師会の H 先生、F 先生、N 先生よりお話をいただきます。

その後に以下 2 点について、先生のお話を踏まえて意見交換をお願いします。

医療や介護が必要になっても自宅で過ごし続けたい方が多数おられることや、退院後も医療的ケアが必要なまま在宅で生活される方が増えることが見込まれるなか、ご本人、ご家族がどんな心構えがしておけるとよいかについて、と、支援する立場であります医療と介護の専門職の連携を進めるために取り組みたいこと、課題と考えられることについてです。

会議のはじめに、会長よりごあいさついただき、会長には、その後の協議事

項の進行をお願いします。

会長

皆さんこんばんわ、今日は先生方のお話を聞いて、意見交換ということ、早速協議事項を進めていきたいと思います。

今日は「松阪市の在宅医療・介護連携推進のための取り組み」ということで、まず H 先生、F 先生、N 先生からお話をいただくことになっています。

それでは早速 H 先生にパワーポイントでお話をお願いしたいと思います。

発表者 H 先生

在宅医療の現状ということで、症例を出しました。全く普通の診療所の医者で、在宅を専門にやっているわけではなく、外来が忙しく大変で、いつ往診に行こうかということですが、12時半までが診療時間で、1時まで押すときもあるし、昼からは3時から診療、その2時間の間に何ができるかです。もちろん今後在宅の人数が増えれば自分の診療時間も変更をと思ったりもしています。ごく一般の診療所の医者がやっていることを紹介させていただきます。

2例持ってきました。まず1例目は、低酸素脳症後遺症により長期在宅療養中の70代の女性の方です。2例目もそうで、お2人とも女性でその旦那さんが献身的にすごく頑張ってみえる。そういう症例です。

病名も長く「せんえんせい いしきしょうがい遷延性意識障害、ししたいかんまひ四肢体幹麻痺、てんかん」もあります。

かんれんしゆくせいきょうしんしょう冠攣縮性狭心症というのは、心臓の血管、冠状動脈が痙攣して、流れが突然止まり、それで心筋梗塞を起こしました。意識障害、呼吸障害もあります。中枢性というのは、脳そのものの障害によって呼吸抑制も起こしますし、舌根沈下で気道が閉塞されるので、現在は気管切開をして、人工呼吸の機械を使っています。

当然えん下が出来ませんので胃ろうをして経管栄養をしています。困ったことに甲状腺に腫瘍があり、いろいろトラブルが起こしたりしました。それと寝たきりになってから胆嚢手術をしています。尿管結石もあり、尿管ステントを入れています。これも交換が必要ですから結構大変です。それから骨粗しょう症、いつの間にか左足の大腿骨を骨折してしまいました。

こういう方ですが、平成10年9月28日僕はこの時市内総合病院で勤務していました。そこで急性心筋梗塞を起こして、心室細動は心臓がほとんど止まっているような痙攣している状態で、救急車で運ばれてきました。

僕は丁度当直で、救急外来で受けて、電気ショックやいろいろ救命治療をして何とか蘇生には成功しましたが、やはり回復するまでの時間で、脳に酸素が行かなくなり、その後遺症のために現在の状態に至ったわけです。

そして集中治療室で管理しましたが、舌根沈下はのどの奥に舌が落ち込む窒息してしまうので、お父さんに気管切開しないと仕方ないと許可をもらい、のどぼとけに穴を開けて、チューブを入れて気道確保し、胃ろうは、お腹に穴

を開けてチューブを入れ経管栄養して、病状安定してから退院しました。

この頃からお父さんが、大事な奥さんを一生懸命みてみえました。ちょっとしたことでも「大丈夫やろか、大丈夫やろか。」と心配されるお父さんですが、それが今こうやって元気である一番の要因だと思います。

平成 11 年 2 月以降はある病院から訪問看護を受けました。

ところが平成 17 年 4 月お父さんが、僕の診療所の方に突然やって来て、「しょっちゅう呼吸困難を起し、救急車で運ばれるけど異常ないと帰される。先生一度診に来てくれないか。」と言って 7 年ぶりに診察することになりました。

結局は、気管切開で入っていた短いチューブを長いものに替えるだけで問題は解決しましたが、甲状腺の腫瘍で、その甲状腺がカニューレを横方向へ押しこめてしまい、先端が気管の壁にぶつかってふさがってしまうので呼吸困難を起こすことがわかり、トライアンドエラーでどのチューブが合うか、通常より長くても柔軟性のあるチューブを使って何とか気道確保でき、呼吸困難が全く起こらなくなりました。

それからずっと診察していますが、この方は障がい者 1 級の認定、介護保険が始まる前から在宅サービスをしていました。平成 11 年に介護保険制度開始して訪問看護受けています。当初は週 2 回で、今医療保険で週 3 回です。訪問リハビリ、訪問入浴をやり、特殊寝台は本人持ちで、床ずれマット貸与がサービス内容です。

これはお父さんに許可貰っての写真です。日本間にベッドが置いてあって、人工呼吸の機械、経管栄養しています。機械もコンパクトで性能もいいので、ご主人さんが扱えるわけではありません。よく急にアラームが鳴ったりしてどうしようと大騒ぎするんですが、そういったトラブルは全くありません。

主たる介護者はお父さんと娘さん 2 人、長女は同居してみえます。3 人が非常に熱心です。気管の掃除もお父さんがされます。やっちはいけないのですが、気管のカニューレも実は自分で替えていたんです。昔のカルテを見ると退院の時に指導されたとの話ですが、今はできません、医療行為ですから。それぐらいの能力があるご主人さんです。

人工呼吸器の管理、気管カニューレは交換しないといけません。交換して古いカニューレを見ますと非常にきれいです。全然痰が引っかかかっていない。お父さんが丁寧に痰を掃除されています。全く呼吸困難で僕に電話かかってきたことはありません。胃ろう交換、半年毎にしなければいけない。また尿管ステントが入っていて、毎月交換に行きます。人工呼吸の機械をつけながら交換に毎月病院に行くのは、大変だと思いますが、このお父さんできています。薬剤投与は抗てんかんであったり、狭心症の薬であったりします。

居宅サービス計画書の一部を持って来ました。「要介護 5、利用者家族の意向としては、去年は大変だったが今は落ち着いてきた。これからも今までと同じサービスを受けながら、自宅で安心して介護を受けられるようにしたい。引き続き病状と呼吸器の管理、リハビリ、介護の方法などについて指導や支援を

お願いしたい。総合的な援助の方針としては、家族やサービス事業所が連携を密にしながら、在宅医療を進めていくように支援していきます。」という経過になっています。

人工呼吸器管理は本当に大変ですが、当初は機械いらなかったんです。平成 27 年 2 月にてんかん発作と肺炎を起こして入院しましたが、その時に呼吸停止を起こして以後人工呼吸器管理となりました。何とか離脱できないか、もう一回再入院させて、呼吸器止められないか試したが、呼吸器なしでは、リスクは高いので今も人工呼吸管理です。

28 年 12 月呼吸困難を起こしました。この時ある病院へ行きましたが「異常なし」で、B の病院へ行きました。結局は人工呼吸の機械になったときに、また元々の短いチューブに変わってしまい、しばらくは良かったのですが、最初に僕が出したラセン入り気管切開という長いのに交換したら難なくトラブルなく呼吸管理ができます。

比較的安定した状態になったと思っていたら、また急性胆嚢炎を起こし、熱が急に出て苦しそうな顔をして、お腹を押さえると胆嚢の部分が痛そうにして、急性胆嚢炎を疑って病院へ入院してもらい、当初はチューブを胆嚢に挿して中の胆汁を抜く方法と抗生物質投与で退院したのですが、この後どうするかで、意識が非常にレベルも低い、寝たきりの方で、手術をした方がいいか、このまま何もせず自然に見た方がいいか迷うと思います。お父さんももう少しお母さんに頑張ってもらいたい、一緒にこうやって頑張ってきたので。

一見意識はないように見えますが、呼んだら目が開いたり反応が、お父さんにとっては、妻は生きているということなのでしょう。相談してリスクはありましたが手術をうまくしていただきました。入院中に右の腎臓に石ができて尿管をふさいでしまいステントを入れて、これが毎月交換しなければいけないのですが、お父さんはお母さんと一緒に頑張っていくという状況です。

重症かつ多重の疾患を認める中でも 20 年間在宅医療を継続している。病院としては医療や介護の連携もありますが、何よりも介護者である家族の積極的な関わりが非常に大きなポイントである症例です。

2 例目もご主人さんが非常に熱心な方です。進行性のパーキンソン病により在宅医療が必要となった 81 歳の女性の方です。「適切なケアマネジメントでどこまで老老介護の負担軽減が図られるか」という副題をつけましたが、この方比較的つい最近まで元気でした。平成 20 年に不整脈発作を起こし、ある病院へ通院されてみえました。

僕のところは循環器内科ですから、てっきり不整脈の継続治療で来たと思ったら、足がむくんできたので来ました。足がむくんできたのは血管がどこか悪いと思われたのです。

診させてもらったら、足の血管全然詰まっていなくて、心臓が悪くもないです。歩きにくく突進歩行といって、パーキンソン病の特徴的な所見ですが、神経筋疾患で足が上手に動かさず、ほとんど一日座っている。それで足がむくん

でくるのです。どうやらパーキンソン病らしいので、市内の総合病院を紹介して、治療のアドバイスをいただいて、僕が専門外ですが治療を始めました。

そして平成 24 年 4 月に玄関先でこけて一旦寝たきりになり、この時から訪問看護や訪問診療が始まりました。

現在受けているサービスは月 1 回の訪問診療、訪問看護が週 2 回。要はパーキンソン病がまた悪くなり、通院することができなくなり、僕が往診に行くようになりました。通所リハビリを週 3 回、福祉用具の貸与は、車いす、特殊寝台、エアマット、有料老人ホームに 1 月から 7 月末まで入所が 1 度ありました。この入所した訳がお父さんの病気です。

家族関係は息子さん 1 人と夫婦の 3 人暮らしで、主たる介護者は 80 代のお父さんで、非常に高度な難聴で、電話してもコミュニケーション取れません。

高血圧で僕のところに通っていますが、長男は敷地内の別棟で、昼間はお仕事があり関わりが困難です。お父さん頑固です。息子さんとしょっちゅう喧嘩して、それがケアマネジャーの悩みの種、頑張ってもらったところです。

実はこのお父さん、血尿があるので泌尿器科の診療所を紹介したら、膀胱上皮内癌という癌が見つかり、市内の総合病院にて、膀胱の中に薬剤を注入する治療を受けました。一旦症状としては治まりましたが、おしっこから出る細胞にまた癌細胞が出たので、1 月に精密検査で入院になりました。前立腺部分の尿道の癌があると診断されました。そして 3 月から 2 週間ほど尿道の切術を行いました。同時に前立腺癌が見つかりました。これは現在症状関係ないので経過観察になっているようです。

経過を示しますと、最初に平成 24 年、圧迫骨折を起こして僕が訪問診療してきました。何とか頑張って通院に戻りました。脱水で少し入院して、入院後短期間訪問診療に行きましたが、また通えるようになりましたが、徐々にパーキンソン病が進行して、この辺りから訪問診療になっています。訪問介護の方は最初の圧迫骨折から続いています。ずっと在宅ですが、お父さんが膀胱上皮内癌が判明したのもこのあたりです。お父さん僕のところまで道中 30 分ぐらいかけて自転車で来たりして、非常に元気で熱心なお父さんです。そのお父さんが悪性疾患の精査で入院したり、手術したりしたのがこの時期で、この時期だけ入所していただき、また家に帰って来られて頑張っています。

この方を診させてもらい感じたことは、僕は本当に普通に求められて往診しているだけで、その本人の希望や高齢の介護者の病状や要望を考慮した柔軟な対応は、ケアマネジャーの方が一生懸命やってみえるので、高齢で高度な難聴のある介護者との信頼関係を築くのに非常に苦労されたと思いました。

ケアマネジャーの書かれたものを今後の問題点ということを持って来ましたが、パーキンソン病の進行がどうなるか、ご主人さんも介護力が落ちてくると思われるし、息子さんとの関係性もうまく持っていく事も必要だと問題点を挙げています。そのまま文章を読むと、

「最近是自己自身の病院受診の付き添いを（自己自身というのはお父さん）

関係性の悪かった息子に依頼するなど、少しずつ歩み寄っている場面がみられてきている。このことをきっかけに夫と息子との距離を縮め、お互い協力して、共通認識を持って介護を続けていけることが必要となる。在宅生活を継続するためには、主たる介護者である夫の介護負担が重要となってくる。短期入所など定期的な利用も検討し、負担が少しでも軽減することで、自宅での生活が夫婦とも長く続けていけることを本当に理解している。今後も本人の訴えや体調変化を見逃さず、関わる全てのスタッフが注意把握し、医療と福祉が連携を図っていく事が今後の重要な課題である。」

そうやってまとめてみえますが、ケアマネジャーが非常に家族みんなの仲を取り持って、そしてサポートしているのがすごく大事な症例だと思いました。

会長

ありがとうございました。

今、H 先生からお話しいただきましたが、何か先生に少しだけ聞いておきたいということがあればお伺いしますが、よろしいでしょうか。後でまとめて皆さん方には、ご意見をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

それでは続けて F 先生に。これは皆さん方の手元に資料があるので、この資料を基にお話しいただきたいと思います。それではお願いします。

発表者 F 先生

94 歳のおばあさんです。平成 28 年 6 月から今年の 9 月までの経過をまとめました。大きく分けて平成 28 年 6 月を「第 1 期」、つまり通院から在宅へという時期と考えて下さい。

長年少し遠くのクリニックに一人で通院されていましたが、年を取って来たので近くの病院で診てもらおうということで私のところに来られました。ですから私は、この S さんの若い頃の状態、元気なころの状態は全然知りません。

診たときには、すぐにあっという間に寝たきり状態になり、嚥下障害がでて、あまり食べられないので、エンシュアを少し飲ませてあげる状態になり、訪問看護、訪問入浴を開始しました。

その頃往診を決め、在宅で看取るということなので、私もずっと診ていれば、自然にお家で看取るという感じでお引き受けしました。

その頃は往診に行くと、手の届くところにお菓子が置いてあって、本人が食べる状態に任せていた。時々ちょっと熱が出るので解熱剤を処方したり、秋ごろには急性の膝関節炎を起こして足には少し^{えそ}壊疽ができ、その時はうちに連れて来られて外科的な治療をしました。

年が明けて平成 29 年これが「第 2 期」として在宅医療の限界が来ました。2 月頃から高い熱が出始め、私も 24 時間体制は取っていないので、訪問看護の方とは、私に連絡が取れない時には、“救急搬送、”と方針を決めました。

口からはあまり食べられないので、皮下輸液、抗生剤注射、座薬などを処方して、一応在宅の往診でできる範囲内のことは目いっぱいできたと思ってい

ます。それなりに 7 月から 11 月までは安定していましたが、冬になって高い熱が出て、点滴、抗生剤等在宅でできる範囲でしましたが、呼吸困難というか苦しそうなので救急搬送で市内総合病院へ行きました。誤嚥性肺炎で、このとき CV ポート、中心静脈栄養が入った状態でお家へ帰って来ました。

入院は 12 月 12 日から 12 月 28 日まで入院して帰って来ましたが、すぐに熱が出て、救急搬送で入院という状況です。

平成 30 年に入って、入退院の繰り返しです。「第 3 期」ちょっと良くなって帰ってきて直ぐ熱を出して救急搬送される。誤嚥があるので経口摂取は駄目という状態で、口腔ケアをするため、総合病院へ入院すると吸痰が頻回に行われ、入院中は発熱が安定している。6 時間から 8 時間の間隔で吸痰をしてくださいと指示が出され、ケアマネジャーさんはできる限り訪問介護とお家の方と 6 時間から 8 時間、家の人が仕事でいないときは、吸痰ができるデイサービスを見つけて、毎日吸痰のためデイサービスに入るということで、家族の方がその間に家族の用事等をして、総合病院の地域包括ケア病棟を結構利用しました。

包括ケア病棟に入ると肺炎を起こすので、そのまま一般病棟へ行く状態を繰り返しているうちに、結局酸素吸入が始まり、在宅には戻れない状態になりました。今年の 9 月末には、酸素吸入が始まっていて退院ができない状態になり、在宅に帰る見込みなしという「第 4 期」です。

結局ここで私のこの症例を 1 期から 4 期までの流れを考えて、私の思いを 2 つまとめてみました。

私は 24 時間体制もとらずに、日常診療の合間の時間で在宅医療に関わらざるを得ない一例です。平成 28 年から平成 30 年までを 1 期 2 期 3 期 4 期と分けて振り返ってみます。

1 期～2 期の段階、つまり寝たきり、^{ごえん}誤嚥、^{じょくそう}褥瘡などの感染で発熱あって、皮下点滴、抗生剤や坐薬等の処置が効かなくなった時点で在宅医療による治療はここまでとして、このまま看取ることができたのにと考えると悔やまれます。

無駄という言葉は使いたくないですが、終末期にどれだけ医療行為を行っても、決して治ることはありません。医療の目的は病気を治して健康状態に戻すことです。医療で治せる時期がどこまでかを考えないといけないと思います。それには人生を点で対処する、つまり熱が出たら下げる、呼吸が苦しいから酸素をやるといふ点で対処するのではなく、その人の人生の時間の流れという線の中でどうしていくかを考えていくことも大事なことだと思います。終末期の在宅で行う行為は、医療、治療ではなく、あくまで介護ケアだと考え、多職種が頭を整理して考えていかなければいけないと、そういう点で考えてもいいということも大事なことではないかと思えます。(35:03)

それから私が一番心苦しいと思っていることは、私は 24 時間体制がとれないことです。内科医として開業医として仕事をしてはいますが、主婦でもあります。仕事が終わると急いで夕食を作って、一通りのことをしてやっと寝られる

という生活を毎日繰り返している状況です。

この症例でも私に連絡がつかない時や、ご家族や訪問看護の方々に本当に迷惑をかけたし、訪問看護の方も非常に悩んでたと思うし、迷惑をかけたことは大変申し訳なかったと思っています。ただ、私が主治医を引き受けてもいいのか悩みながらも、開業して 20 年以上過ぎますので、その頃からずっと診て 80 代 90 代近くになった方も「頼むわな」と言われると、実際に寝込んでおられて連絡がないと、どうしようかなと思いつつも一応診る約束をして、在宅医療に関わっていかざるを得ない状況です。

主治医、誰か在宅 24 時間で診てもらえる先生に交代した方がいいと思ながらも、見放すような感じがして、引き受けてしまって、この症例のように連絡取れなくて救急搬送されたことも実際に繰り返しています。そういう現状に対して迷惑等の話があれば聞きたいと思います。

この 2 点。「終末期の医療はどの辺までなのか」と「24 時間体制をとらない主治医がこうしてコツコツやってもよいのか」、サッと主治医が交代した方がいいのかという意見もお聞かせいただけたらと思います。

つまり「終末期の医療行為の選択について」と「24 時間体制なしで主治医を引き受けていること」についてご意見を伺いたいです。

その後の経過ですけど、結局 CV ポートからの栄養と NPPV、血中の二酸化炭素濃度が高い状態で呼吸不全だったので、非侵襲的陽圧換気^{ひしんしゅうてきようあつかんき}というマスク、気管切開をせずに酸素マスクをつけたまま衰弱されて 11 月始めにお亡くなりになりました。

お家に置いてあった CV 用のうちから貸し出してあったポンプを返してくださいとお電話したときに息子さんが、亡くなる前、「手を握ると握り返してくれるんだ」と言っておられたので、息子さんとしてはそれなりに満足していたのかなと、少し救われた思いもしつつ、複雑な思いで終えた事例を紹介させていただきました。

会長

ありがとうございました。何か聞きたいことがあれば頂戴しますが、いかがでしょうか。なければ続けて N 先生に、今度はまた前の画面の方でご覧いただいております。

発表者 N 先生

僕は森診療所、波瀬診療所、松阪市の一番西のはずれ、奈良県の方が近い診療所をやっています。ともに「へき地診療所」ありがたい指定を受けています。

今回前の二人の先生の話をお返ししたのではあまり面白くないので、ちょっと違った感じのスライドを作ってきました。

この森・波瀬地区は、御多分に漏れず高齢の方が多くて、70 代 80 代 90 代がメインです。若い人は籍だけおいて町の方に出て行っている方がいます。

平成 29 年 8 月から平成 30 年 8 月までの 1 年間に森・波瀬地区で死亡した人

は、35 人います。その人の死亡時の場所、状況を調べてみました。70 代未満が 5 人、70 代が 3 人、80 代が 13 人、90 代が 15 人です。男性は早く亡くなる方が多く、女性は 80 代後半から 90 代にならないと亡ならない、長生きということがわかりました。割合で見ると 80 代 90 代で 4 分の 3 を占めています。

さらに全部で 35 人亡くなられて半分の 17 人は、その時既に施設に入所、そこで亡くなられています。直近まで自宅にみえた方 18 人、その内うち通院が 10 人、訪問診療が 6 人、うちの診療所に全然かかっていない人が 2 人。

さらに、通院のうち 2 人の方は思いもよらない形で突然死、朝起きたら亡くなっていた、気が付いたら亡くなっていたという感じです。8 人は状態が悪くなって病院の方へ入院されてそのまま亡くなられました。訪問診療で行った方は、自宅で看取られた方 3 人、亡くなられる予定ではなかったけど亡くなられたのが 2 人、訪問診療で状態が悪くなって入院されて亡くなられたのが 1 人です。

病気になられても最期まで自宅で家族に見守られながら亡くなる、いわゆる在宅医療の理想の形は 35 人のうち 3 人、8.6%しかなく、残りの 91.4%は病院や施設で亡くなられている。このことから、森・波瀬地区は在宅医療の需要はそれほど高くない。

それよりも健康であったのが、何年かイベントがあるごとに健康度が落ちていきます。ある時期を超えると介護が必要になります。もっと悪くなると寝たきり、森・波瀬地区で暮らせる限界は意外と高いのではないかと。介護が必要になるのと等しいのではないかと思います。つまり要介護状態になったら、この地区では暮らしていけない。だから森・波瀬地区の方は元気な方しか残らないですし、在宅医療が必要な状態の方はなくなってきていると思います。

介護が必要になったら自宅では生活できません。在宅医療の需要が少なく、それよりも介護状態にならないこと、介護予防がうちの診療所としては重要ではないかと考えました。

ということで、介護予防のための住民講演会を行っています。大体 2～30 名の方が来ています。講演会で話すことは、「運動」が大事だ、筋肉をつけなさい。それから「栄養」、最近たんぱく質が少ない、アルブミンとか高タンパクの低下がいわれていますのでそのへんをとるように。なるべく「社会参加」をするように、この 3 つのことについて説明しています。

嬉しい話で、公民館のチラシに筋トレが入っている。外来診療でも、「先生毎日運動しています。」とか「この運動をしたら足が痛いので今さぼっています。」という話をちらほら聞くようになり、講演会頑張った甲斐があったかなと思っています。

とはいえ介護との連携も必要なので、「お茶会」というのを 2 週間に 1 回ぐらいケアマネ、包括、グループホーム、特に制限は設けていませんが、来るものは拒まずで来てもらっています。大体患者さん、利用者さんの具体的な情報交換が一番のメインです。あと一般的な医療相談を受けたり、こういう面白い

文献があったという話をさせてもらっています。

ケアマネさんと情報交換をもう少し密にしたいと、診察をしてカルテを記載したものをケアマネさんに知らせて、ケアマネさんの方から利用者さんを訪問したときの報告書を見せてもらうということを考えていましたが、カナミックという ICT の機器があり、それを利用できないかと思い、そこは止まっています。うまくいけばそれを利用して使っていきたいと思います。

これは行政との会合ですが「飯高会議」と名前を付けて、2ヶ月に1回会議をしています。先ほどのメンバーにさらに行政の振興局地域住民課の方が入って、困難事例の情報交換、飯高地区全体の住民福祉の話し合いをしています。

なぜこんなことを始めたかという、そもそもお年寄りについていろんなトラブルがあるお家は、そのお年寄りだけが問題ではなくて、その背景となる家族自体にも問題を抱えていることが多いです。でも例えば第三包括の方や社会福祉協議会の方でも、お年寄りが入所とか、亡くなると、その家から離れてしまい情報が入らなくなる。どうしようもなくなってから市の方へ来たり、診療所の方に来たりするので、それよりも前の段階で情報交換をして、認識を統一しておこうということがきっかけで始まりました。

それが講じまして、「飯高見守りネットワーク」という、あまりがっちりした見守りではなく、ゆるい見守り、「最近あの人ちょっと言うことおかしいよ」とか「どうも動きが、足の動きが悪くなったことがある」とか、気がついたけど、あえて人に言うほどのことでもない。というようなことを拾い上げるようなネットワークを作りたいということで、やり始めています。

ここからは個人的な意見です。この飯高町、主に森・波瀬地区は、介護と医療と行政の連携は、わりとできていると思っています。他は知らないのですが、手前味噌で勝手に思っているだけかも知れませんが、一応皆さんの顔をわかるような状態で、あの人のことで言えば、はいはいと言ってもらえるような経過で、非常にいいと思います。でも住民に対しては、診療所からは住民のことを患者さんという眼でしか見ていない。介護の方からは利用者としての面で見えていない。行政の方は市民として見ていますが、僕自身飯高町のもではなく、行政の方も飯高町の方ではないです。介護の方も2～3人はみえますが主に飯高町外の方です。町外の方が利用者さん、住民のことを周りから見ていろいろ気にしている状態は、これはちょっとおかしいかなと思います。

理想とする形としては、住民、主に住民協議会とか民生委員がメインとなって、それが医療、介護、行政にこういうことをしていきたいと、そして協力していくという形が理想じゃないかなと思います。

それへの第一歩として、この秋に初めてやりました、民生委員、住民協議会の方と診療所の会合を開き、こういう問題がある、こういうことがあるという話をさせていただきました。そして将来的には、僕個人の考え方ですが「対策型見守りネットワーク」と先ほどの「飯高見守りネットワーク」ではなく、対策型、つまり危ない人をまず見つけ出して、それをみんなで情報共有して、重点

的な見守りをできないかと思っています。

最後に全然関係ない話ですが、サービス提供者、主に介護人材の方です。先ほど飯高会議なり、お茶会などでケアマネさんとか話をする機会が多いですが、皆さんかなり頑張っていますし、大変な利用者はどこにでもいまして、出口のないような問題をずっと考えさせられています。そういう方がかなりまいているときもあるので、どこかでケアするようなシステムが松阪市としてあればいいかと思って、ここで言わせていただきます。

会長

ありがとうございました。何かよろしいですか。

それでは事項書に沿って 2) 意見交換ということで進めていきたいと思えます。まずここに書いてある 2 点です。まず 1 点目、「在宅ケアで暮らすことの本人・家族の選択と心構えについて」、今 3 人の先生方からお話をいただいたことも踏まえて、各委員の方々からお気づきの点があれば頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

先生方の方から何か、先ほど 20 分で短い時間でしたけれど。

発表者 H 先生

いろんなニーズがあり、訪問診療の依頼をされて行っていますが、2 つのケースとも女性が病気になられて、男性が介護する。ちょっと考えると大変だと思います。それにもまして熱心な介護者だからできるし、したいというニーズがあるから、それを少しお手伝いする。だけど結局は主たる介護者がやりたいことをやっているという構図だと思います。

だけど、こういうことができるからやったらどうかと提案はできません。ですから僕のところに通院してから、介護が必要になった時点で、N 先生が言われた、僕も訪問診療じゃなくて、施設に入る選択肢をとる方が多いでしょう。

僕は望まれたらできることで対処する。F 先生の 24 時間体制、僕も 24 時間体制はとても無理です、ただ電話だけはできますが。たまたま今のニーズはうまくいっていますけど、この方たちが、介護者とともに年を重ねていくともっと大変な問題がこれから出てくると思います。その時に僕に何ができるだろうと思うと、予測もつかないことがいっぱい起こるでしょうし、まったく見通せない。その時できることをやることしかありませんし、僕はそれでいいのではないかと思います。

会長

ありがとうございます。それでは……はいどうぞ。

委員

総合病院で内科医をしています。

当病院はこうした急性期病院で、胃ろうと CV ポートという栄養管理で僕らも悩みます。おそらく患者さんの家族の選択や心構えもそういうことで、すごい左右され、そこをどのように進めていくかが本当に悩むことがありまして、先ほど H 先生から症例を 20 年間胃ろうされてみえる。逆に胃ろうで 20 年間

生きていて、聞いた話ですけど、20 年間私の人生無駄にしたと言って怒った人もありまして、胃ろう 1 つで差が出てくる。20 年は特殊だと思います。

選択の時に、将来の心構えもそうですが、将来の復活あたりを我々としてもできるだけ説明しています。それと知っていただかないと、全然先生方も違うことになりますので、特に栄養管理に関しては、最期まで食べれば一番いいですが、やはり胃ろうするとどうなるかや、胃ろうしても元気になって食べられる人も当然いるわけで、もう少しいろんな事例を通して、家族さんにご提案して、思いを深めていただくのが、非常に重要と思いましたが、F 先生の症例も、我々も CV ポート使いますが、感染を起こしたり、先生非常にお悩みになられるんです。この何年間という結果が、良かったのかどうかとお悩みになっていますけど、非常によくわかりますし、そのあたりも本当に終末期においても栄養管理が非常に重要だと思っておりますので、またそういった機会ができればいいと思います。

会長

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

発表者 N 先生

先ほどの先生の話で思いましたが、つい最近亡くなられた 95 歳の男の方で、誤嚥性肺炎で入院されて、最期在宅ということで帰られて、1 週間ぐらいで亡くなられましたが、誤嚥性肺炎で嚥下ができなくて、嚥下訓練をしても駄目で、家族に病院から胃ろうや CV の話をして、家族の方は「延命治療はしません」と帰って来られました。僕が診せてもらったとき、まだその患者さん自体意識がはっきりして普通にしゃべれるのです。年齢相応の認知の低下はあると思いますが、決して認知症レベルではなく、はきはきしゃべれて、僕が診察した後も「ありがとうな」と言って手を振ってくれる方でした。それが次第に弱って最期感染症で亡くなりましたが、今思えばこの方は胃ろうしてもよかったなど。家族の方は「延命治療はしません」とかたくなに言われてましたが、点滴だけはしてほしい。点滴だけでは栄養がないのもたないですよと話をすると、栄養が保てると家族は思っていたという話で、今逆に延命治療は悪である。胃ろうすることが良くないという風潮があるように思えてきました。これは考え直す必要があると思いました。

会長

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

委員

総合病院で循環器をやっています。

我々急性期病院として実際在宅ケアに直接関与することはないですが、我々としては在宅ケアの患者さんが急変したとき、我々の病院に搬送されて、その時どういう対応をするかが、我々非常に問題になることがあります。高齢者や寝たきりの人が搬送されてくる事例も多いので、どこまで我々の病院ですか、意外と決められていなくて、ご本人さんは急変時ですから何も考えることはで

きない状況で搬送されることが多いですが、ご家族の方も決めてないことが多い。救急外来で処置をしながらそれを確認しなければならないことは、今後に向けた課題と考えており、そういう中で地域、若しくはかかりつけ医があるのであれば、あらかじめどこまでするのかを、ある程度線引きをされていると我々も、それに向かってしっかりと治療できると考えることも多いものですから。そういうことは当然家族だけでは決められない。かかりつけ医そしてチームとしていろんなことを合わせて考えていく必要があるかなと、いろいろ考えさせられる症例でした。

委員

私も急性期で働いている看護師です。

理想を言えば、元気なうちに自分の意思表示がしっかりできて、自分がこうしてほしいと家族間で話できるといいですが、家族の関係性で、自分はこういう状態になった時にこうしてほしいと話の出来る家族関係だったらいいと思います。いざそうなった時に、本人が意思表示がない、意識障害があるような状態で果たして、例えば私がそういう状態になった時に、私に主人が、こいつがこうやって言っていたことを尊重した医療の選択ができるか、ちょっと難しいところがあります。

現に父親と母親が亡くなりました。おじいさんを介護の施設に入れて、誤嚥性肺炎というか、嘔吐で窒息という形で息していないと情報が入りました。おばあさんは 7 年ぐらい前から寝たきりで特別養護でお世話になっていて、腸閉塞で総合病院へ運ばれて、落ち着いて、結局腸閉塞ではなく、今までご飯食べてたけど、5 日間ぐらいの絶食で食べられなくなり、主治医の先生からも「どうする」と言われても、主人が医師に聞いてもあまり分からないのです、素人ですから。私がかみ砕いて説明して、胃ろうとって胃に穴を開けて栄養を入れてもらうか、ポートを作るかを細かく素人でもわかるように説明して、それから家に連れて来て、介護の人に見てもらい、食べられなかったらそれで仕方ない、そういう選択も、私は 1 回言ったけれどやはり分かってもらえなくて、日をおいて主治医先生には少し待っていただき、同じことを繰り返して、でも答えを出してくれないのです。家へ結局連れてきて訪問の先生にお願いして、退院後の訪問看護を使って 2 か月ぐらい、私も夜中に皮下注射を自分でしておいて、朝終わるぐらいに設定しておいて、そんな感じでした。

本人の意思表示ができたなら本当にいいことで、その人を尊重したい気持ちも分かりますし、私達は医療に多少なりとも関わっているので、どうしたらこうしたらという話が出るかもわかりませんが、本当に素人の普通の人というのは分からないのです。それぞれの家族によっての選択肢もいろいろあるでしょうし、一生懸命 H 先生の患者さんのご家族のように献身的にやられる方もみえますし、ここで今までの夫婦間の関係性が見えて来るかなと思います。答えになっていないかもわかりませんが、それだけ選択するのが難しいということを経自身感じましたので経験談を言わせてもらいました。

発表者 H 先生

延命するかしないか、例えば 1 例目の方、この状態で胆嚢手術をするの？我々医療関係の人間はある程度その先のことがわかるので、本当にするの？という意見が出るのです。命の考え方は人それぞれ違うんだらう。だからこの方の場合はずごい高額の医療費です、冷静に見ると。「そこまでやるの？」となってしまうが、でもそれに対してニーズがある限り、応じて行かなくては仕方がないと思いますし、ある程度本人が元気なうちに延命処置とか救命処置をするのか、しないのかの話がありまして、3 病院の先生方大変なんですね。

昨夜 NHK で、高齢者が心肺停止状態になって病院へ運ばれてくる。救命措置をして、実際人工呼吸の機械につながって、そして胃ろうをして、意識も戻らないまま、何人もそういう方が次から次へと生み出される構図の原因に、ある程度確認できる間に救命措置をするかしないかを決めておいた方がいいのではないかと。

これは松阪市のいろんな救急の会議でも提案します。僕もそういうことが近々起こることが予想される方に、分かりやすく話をしているつもりですが、やはり予想外、僕らがおかしいとかの返事が返ってくる。「えっ、そこまでするの」大体の方は「先生僕そこまでは望みません。私も自然の…」と言われますが、中には「いやできることはやってほしい。」そういう答えもあるわけです。それを僕らが「いやいやそんなことは大変やから、先のことを考えてやめた方がいいんです。」なんてことも言う権利はありませんし、本当に難しい問題で答えがないですけど、そういった意思が確認できる方は、元気な間に確認をして、無駄なと言えは語弊がありますが、本人が望まなかったことは、やはり避ける部分も、できるものはしていった方がいいのではないかと。それが医療費の無駄使いにもならない、本人の望まなかった姿になることも避けられる。あるいはそんなことを予想していなかった介護者が、ついその時そう思って 5 年後に大変な思いをしてしまうと、介護者が非常に負担を感じてしまう、避けることができるのであれば、それはやらなければならないと思いました。

会長

F 先生、意思は変わるというか、ご家族の意思も変わったりする。そのあたりも含めて。

発表者 F 先生

理想は、最初に方針を決めておいてと我々はつい言ってしましますが、やっぱりその場になると、その時の状況で、どちらがいいかわからない状況が起こってくると思います。最近私が思い出したことは、今まで自分が生きてきた中でどちらかを選択ということはいっぱいあって、先が見えない時期を選択するので、その時一生懸命考えて選択したのであるから、別にそれが正確とか間違いとかではないと思います。ですから救急医療に携わっている先生方に、どちらを選択するかという話をしたときに、どちらを選んでも間違いではないですよという言葉をちょっと一言言ってあげると、すごく家族、選ぶ人は助かるの

ではないかと思います。

逆にその方がどちらを選んだとしても、あれは間違いだったよとは絶対に言っ
てはいけない事ではないでしょうか。その時点で先が見えない、後からだから
言えることであって、その時は先が見えない状態で、その時一生懸命 100%
の力で悩んで決定したので、その人の間違いではない。たまたま運が悪くて、
予想外で亡くなっても運命と言いますか、それはそれでそういう状態であった
のだということを受け入れてあげればそれでいいと思います。

確かに予想外の結果になると、私としては違和感というか、心地よくはない
です。その気持ち悪い状態をずっと持ちながら抑えて、寄り添っていかなくて
はいけない状況になりますが、それは仕事なので一線をおいて、この人はこう
いう考え方だからそれに沿って一緒に歩んであげようと努力しています。

会長

ありがとうございました。

委員

胃ろうの話に戻りますが、ご高齢の方で食べられなくなって、抗うつ剤を飲
まれている方。そこで胃ろうからある種の抗うつ剤を使うと非常に意思表示も
できる、非常に元気になって。そういうケースたくさん僕みていまして、やは
りそのご本人のメンタルの状態ですね。これが非常に大事だと思います。

その意思表示に関しても、私はご本人の意思が一番大事だと思っていまして、
仮にご本人が抑うつ状態であれば、やはりネガティブです。考えてしまって「も
ういいよ」ということにもなりますので、やはりご本人の精神状態です。これ
をきちっと客観的に判断して、その上で対応しないと誤った結果になる可能性
もあるので、先ほど皆さんがお話しされている終末期の対応について、これは
非常に難しいと私は思っています。

会長

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

委員

F 先生のコメントの、その時の判断も支援しようという点で、最近自身が訪
問に関わって、在宅で生活している方の支援が同じようなことがあり、旦那さ
んの方は胃ろうを望まないと意思表示を先にされていて、その経験としては、
その旦那さんの妹さんが実際胃ろうをされて、その時の経過が自分としては苦
しかったと言われていて、旦那さんの方が進行性の難病にかかれて、介護さ
れていた状況で、胃ろうを作ることを奥さんの方が判断されたのですが、その
時にその判断に至った経緯、ご本人は望んでいないことを知っていたけど、奥
さんとしては自分が在宅でみていくために、例えばトイレに移乗や、トイレの
移乗は奥さんの介助だけでできるところが、その方の限界点の一つの目安でし
たので、そのために栄養をどのように確保するか、筋力をどう維持していくの
かを主治医先生とも話をされて決められたのですが、何度も何度も旦那さん
の方に「これでよかったんだよ」と問いかけられていました。

そういうときに周りの支援者の一人としては、両方ともに寄り添っていかなければならない、当然 2 人が目の前にいるとき、ご本人 1 人のとき、奥さんのときとで少し対応を変えてはいますが、ただどういう決断をしたとしても、支援していくことに関しては、1 つの軸というのを持っていていいと思いました。

会長

ありがとうございました。続いてお願いします。

委員

胃ろうの話だけではなく、人工呼吸器でも何でも、本人の意思が一番大事で、家族で話し合いましょうというのは、2 年前老年精神医学会の方でも、一度たたき台で胃ろうの手順について学会からも出ましたが、賛否両論で最終的には、確か本人と家族の意思が大事とのことで、全国でもやっていますけど、エンディングノートというのもありますので、どういうふうに自分が将来死にたいか、遺産はどうするか、インターネットの ID はどのようにするかなど、そこまで書いてあるものもあり、こういうことは将来していかなければいけない。

医療従事者がどうすればいいかということ、本人の意思で僕が特に思ったのは、ALS の人で病気は特殊ですけど、私は食べられなくなったら終わりだと思うと、結果的に餓死して亡くなったのですが、結果だけ見ると、でも本人の意思ははっきりしていましたし、家族は別に介護放棄したわけではなくて、家の改造をして、2 階から外を見たいと言えばエレベーターをつけたりしていたのを見ると、私は本人の意思が一番大事だと思います。それにはエンディングノートがありますよということです。我々医療従事者がどうすればいいかですが、ドラマにもありましたが、介護の人は失敗をしてもよいが、後悔しないような介護をさせてあげたいということです。

H 先生の症例を聞かせていただいて、私はそこまではいきませんが、パーキンソンの方で旦那さんが一生懸命頑張っている方を診まして、残念ながらお父さんがいきなり心筋梗塞で亡くなり、お父さんの生きがいと奥さんの介護で、娘さんがお父さんの意思を継ぐということで仕事を辞めて介護をしました。お母さんは幸せで亡くなりました。しかし残された娘さんは仕事を辞めて介護離職で、最初のうちはお父さんの意思を継いでよかったよかったと思っていたけれど、段々状況が悪くなってくるといろいろ思うことが出てくるわけで、うつになってしまいました。そういうこともあるわけで、それは後悔していないと言うけれど、やっぱり後悔に段々なってくるのがあるのです。

F 先生のご意見もそのとおりで、その時にしっかり考えれば、ただしその考える内容は、その時に私は介護離職をしたらどうなるかを残念ながら言ってあげられなくて、それはお母さん喜びますよと進めてしまうと、進めるとなれば頑張ってくださいねとのことで、うつにはならないようにと一応は見てはいましたが、その時はやりがいを持ってみえたのですが、社会が介護離職に対して冷たいところもありますので、社会がどのようにするかという点では、会長のたくさんの文献を読ませていただきましたが、病院体制ですよね。地域包括ケ

ア及び地域医療構想ですが、実際のところ経済主導で何が何でも在宅という流れがあるので、選択肢を与えられるような、本当はそうしてあげたい。ただそうするにはまじめに考えるような人がやらないと、何でもいから病院で亡くなったなら聞こえがいいとは言いませんが、病院だったら安いなど、そういう考え方では、人に社会を合せてはいけないということもあるので、いろんなことも含めて、むしろ私の意見を聞くよりは会長にそういうご意見をお聞きしたい。

会長

僕に回ってくるとは思ってもみなかったです。

先ほど先生方が言っていたように、終末期の医療費はかかることを前面に出して、安く済ませよう体制をつくろうというのが、先生おっしゃったとおりなので、そういう材料に使われてしまっています。実際には選択できるように、先ほど先生方が言っていた通りだと思いますが、ご家族そして当然ご本人の選択でそれが望ましいということ。

あとは医療経済学的にいうと、わりと合理的判断をされることもわかってきていて、経済学的に無駄ではないこともわかってきていますし、これは全容が分かっているわけではないですが、医療経済学という小さな分野で分かっていることはそういうことです。先生方の実際のいまのやりとり、そしてもちろん先生だけじゃなくて、ここにいらっしゃる方々がいろんな連携を取りながらやっていたている支援は、かなり合理的で効率的な結果を生み出していることが少しわかってきたところです。だから全てそれがどれだけ反映、現場の実態がどれだけ反映できているかは別です。ですから先生の課題に僕が答える勉強をしていきたいと改めて思います。

委員

合せるのではなくて、状況に応じた病院体制、そうしないと不幸な結果になるだけだと思います。

会長

ありがとうございます。いま先生方からも話をさせていただきましたが、②の方ですね、F 先生からも、N 先生からも、H 先生からもケアマネジャーの話もありましたし、N 先生からは、住民が中心の中という話でいただきましたが、「支援する医療と介護の専門職の連携を進める」ことで、もちろんこの会議自体がそういう目的を持っているわけですが、取り組みたいこと、課題を考えられることについて、ご意見頂戴いただければと思います。いかがでしょうか。ここまで話して頂いた中で、気づいた点とか感じたことなんでも結構ですので。

委員

認知症の人と家族の会から来ています。

私も県から依頼を受けて、コールセンターで電話相談にも携わらせてもらっています。松阪からの相談者の方は多いです。県下で 2 番目に多く、その中でまず認知症の症状、これは認知症なのか、どこへ受診に行ったらいいのか、どこへ相談に行ったらいいのか、本当にそこからご家族、一般市民の方たちが、

戸惑っていて、お電話いただくケースがかなりあります。私も以前は専門職でしたが、今は家族の立場でいろいろ考えさせていただく場の方が多いですが、やはり先ほどから出ているように専門職の方は、当然そちらから見ているわけですが、実際の市民の方のご家族は、どうしたらいいのかと、そこから担ってらっしゃることが多いと思います。ですので、先ほど N 先生の話の中にも介護予防のことが出ましたが、認知症の場合も、早期受診で早期発見していただいて治療を開始していただくことがすごく大事ですが、それすらも最初にどこへ相談に行ったらいいのかもすごく困っています。

今包括ケアの場合、地域包括支援センターをまずご紹介させていただくというケースが多いですが、包括支援センターの役割について、まだまだ知られていないのが、多いような気がします。

お願いしたいことは、包括支援センターの役割から、皆さんに周知していただいて、そのあたり予防から入っていただく、また一から本当に下の段階から積み上げていただけたらと、最近つくづく感じています。

会長

ありがとうございました。地域も包括もだいたいふわっとした言葉で、うまくつけていると思う側面と、いかにこの言葉やこの要望をどうやって使うか、我々が市民の側に求められていると思います。いくら教えていただいてもそれをつかまえて我々が学習するような立場でないと、どういうときに使うのかわからないので、その側面をまた考えるのが必要なのかなとお話を伺いました。

委員

N 先生から介護予防のお話をいただいて、丁度私自身も飯南・飯高地区の一般地区介護予防事業に関わらせてもらう中で、先生言われるような在宅の限界点には、どちらかという高いより低い位置、たぶんそこは一つ納得する部分が現場に行っても感じていて、そう考えたときに診療所と介護予防、運動だけではなく栄養というつながりは、確かにもっと持たなければいけないと認識を持ちました。

それは飯南・飯高地区だけではなく、例えば旧松阪市内に関してのなかで、かかりつけ医の先生がいらっしゃいます、参加される方は。ただその介護予防でやっていることと診療所の診療や治療の部分が、少し結びつきがまだまだ弱いという印象を今日の話聞いていて気付いた感じがありました。

そういった点が、もしカナミックさんの ICT の中で、今どちらかという医療であり介護であり、特に要介護状態になったケースで連携をされている中で、介護予防という部分の少し前段階の段階で診療所の先生が ICT に入っている場合、そういう情報もし介護予防の面でも活用出来たり、こちらも実際参加された様子など、そういう部分もフィードバックできるようなことも今後可能性はあるのだろうと感じました。課題と将来性ということで。

会長

他にいかがでしょうか。

委員

認知症で私考えていることがあります。県の自殺の仕事をさせていただいていますが、今年は非常に増えまして、三重県は上から数えて非常に良かったのですが、今年は下から数えると早くなって、それを分析しますとやはり高齢者で独居ですね。結局、孤独になると抑うつ的になって、認知症を発症しやすいし、人として非常にアクティビティが低下するのです。ですので、医療と介護に関して、やはりきちっと連携して、特に N 先生の地区などは、独居の方とか孤独な方がたくさんいると思いますので、そこに 1 人ぼっちにならないよう医療や介護が連携して、もしうつ病だとかそういう非常に落ち込んでみえる方がいたら、早めにかかりつけ医の先生でよろしいので対応していただいて、一番心配しているのは独居の自殺を日頃心配しています。ここで課題として提案させていただきます。

会長

先生からも課題ということで出していただきましたが、他にありませんか。

委員

在宅医療を考えるということですが、在宅医療そのものが医師の先生方の目から見て、これだけはやってはいけないという三原則のようなものがあれば、この席で教えていただきたいと思います。

会長

たくさんありそうですけど、先生方今日は H 先生、F 先生、N 先生、最後は一言ずついただきたいと思いますので、そこで言うだけでいいと思います。在宅医療としてやってはいけないというのは。

委員

在宅医療を考えるという面で家族のものが、在宅医療に関して、先生方がどういうことが一番大切なことか、これだけは絶対に行っては駄目だというような三原則があれば、この席で教えていただきたいと思います。

委員

やってはいけないことは難しいかもしれませんが、やってほしいものは、ご家族がある意味納得していただけるというか、言葉は悪いけれど、仕方がないな、これなら受け入れるということだと。反対にそういうことがないのがやってはいけないことかなと思います。

かなりご高齢の方で、いろんなフェーズがあります。ここで点滴していいかどうか、でも点滴したがつまみ 1 週間延命出来て、その間にご家族とコミュニケーションがとれて、最期は点滴をもうこれ以上やめた方がいいですよ、とこちらが提案して、それもご家族が納得されて何日かで亡くなられたのはいいと思いますが、納得がなくなるとは良くないと思います。

特にどうしようもないのは、お若い方が亡くなられたときは、どうしても最後まで理不尽な心理になってしまいますので、ああすればよかったな、こうすればよかったかな、医療人もすごく後悔が残るので、納得して、納得しないよ

うなことはしないでおこうというのが今だと思います。

委員

一番大事なのは、まず介護者自身が健康であること。介護するには体力がいます。精神的にも肉体的にも健康であること。年をとってくるとなかなかそれができませんのでそれが一番大事です。

次に介護の基本は 10 割を目指さない。腹八分目ぐらいで止めておかないと、本人も倒れてしまいます。それこそ今は健康であっても病気になる。

3 つ目は週刊誌見ても書いてありますが、地獄の沙汰も金次第ではないですが、ある程度お金もいる。老後にいくらお金を貯めておけば幸せかとか、よく雑誌に書いてありますが、ある程度はいる。これからの日本は、日本自身も金がないのでそれは厳しくなってきますから、ある程度お金がないと選択肢を得られなくなってきます。

会長

他にもお伺いしたいところですが、先ほどの順番とは逆に N 先生の方から順に一人ずつご感想も含めていただけたらと思います。

発表者 N 先生

在宅で、最期とってご家族から相談を受けるときに言うのですが、延命治療を何もせずに亡くなられていくのを見ていると、結構辛いです。家族の介護にしても、医師としても何もせずに待つのは非常につらいので、それはそれなりの覚悟がいますよ、ということを行っています。

発表者 F 先生

私は先ほどのやってはいけない三原則の話ですが、こうあるべきという理想は持つてはいけないと思います。現実を見る、リアリズムと言いますか、現実を受け入れることが、大事ではないでしょうか。何かしないと云われますけど、それは医療をしないのであって、みんなが見守っているというのが、それでいいんじゃないでしょうか。

それはつらいですよ。一山越えなくてはいけないことがあるでしょうし、どうやって堪えるかは、それは関係者がちょっと支えてあげなくてはいけないところかなと思います。

発表者 H 先生

地域包括ケア推進会議ですね。こういうことを全国でやっていかなければいけない時代です。

F 先生が紹介した患者の方も、元々主治医の先生がみえて、在宅医療はできないので、F 先生の方に紹介されたと思います。僕にはとてもできないことも、こういう推進会議があって、たくさんの人の協力で、自分がその歯車の一つになってさえすれば、上手くいくというシステムがあれば、もしかすれば「僕往診ようせんわ。」という考え方の先生にも、もしかして「僕にもできるかも」という気持ちに 1 人でもなってもらえればいいと、医者立場で発表してて感じました。実際僕は、そういう歯車の一つで少しやっているだけで、患者さん

やその人を自分の力でやっているわけでは全然ないですね。そういうシステム作りが、皆さんここに来ている方は熱い方ばかりだと思います。会長にも松阪は非常に熱い地域だとお褒めのような言葉をいただきましたが、こういう輪を少しでも、無理だと思ってみえる方にちょっとでもできることがあるのよ、広めていくとますますこういう輪が広がって良くなるのではないかと理想論かもわかりませんが、そんなことを感じています。これからもできることはやっていきたいと思います。

会長

最後まとめていただいてありがとうございます。こういう場を作ることによって N 先生がおっしゃった、サービス提供者のケアですね。ケアする人をケアするということにつながっていくのかなと改めて思いました。

時間が来ましたので、ご意見もっと頂戴したかったですけど、僕の司会のまずさで、

あと事務局の方から、事項書 3 番その他で何かあればお願いします。

事務局

皆さんありがとうございます。ご連絡を、3 点ほどさせていただきます。

1 点目は、「第 10 回多職種勉強会」を 2 月 1 日 19 時から、済生会松阪総合病院の 7 階をお借りして開催させていただきます。まだ詳細は未定ですけど、決まり次第お知らせさせていただきます。皆様方のご参加をお待ちしています。

2 点目は 12 月 21 日金曜日に実施します「地域包括ケア勉強会」のご案内を差し上げております方におかれましては、今月末までに申し込みをしていただきますようお願い申し上げます。

3 点目は、次回の推進会議の開催を、2 月下旬から 3 月中旬までで調整しております。こちらも詳細が決まりましたら、お知らせさせていただきます。

会長

ありがとうございます。

それでは本当に遅くまでありがとうございます。次回もよろしく申し上げます。お疲れ様でした。