

## 審議会等の会議結果報告

1. 会議名	令和元年度第1回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開催日時	令和元年7月31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	[委員] 長友会長、谷川委員、櫻井委員、小林昭委員、平岡委員、長井委員、長島喜委員、木田委員、林委員、太田委員、中村委員、石田委員、藤井委員、志田委員、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、中西委員、小林麻委員、山本委員、大戸委員、川村委員、山口委員、鈴木委員、長島秀委員、小山委員、計31名 (欠席委員) 清水委員、齋藤委員、鶴森委員、野田委員、植嶋委員 [傍聴] 2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、大西主任、稲垣主任、林主任、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4名、第四地域包括支援センター3名、第五地域包括支援センター4名
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍聴者数	2名
7. 担当	松阪市殿町1340番地1 松阪市 健康福祉部 高齢者支援課 担当者 : 西山 電話 0598-53-4099、4427 FAX 0598-26-4035 e-mail kourei.div@city.matsusaka.mie.jp

### 1. 協議事項 テーマ「松阪市の在宅医療・介護連携の取組み」

～最期の暮らし場所について医療・介護サービス利用の現状について理解を深める～

- 1) 話題提供: 特別養護老人ホーム等関係者から
- 2) グループ討議: 本人の選択と本人・家族の心構えについて

### 2. その他

議事録 別紙

## 令和元年度 第1回 松阪市地域包括ケア推進会議 議事録

日 時 令和元年7月31日(水) 午後7時~9時00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、櫻井委員、小林昭委員、平岡委員、長井委員、長島喜委員、木田委員、林委員、太田委員、中村委員、石田委員、藤井委員、志田委員、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、中西委員、小林麻委員、山本委員、大戸委員、川村委員、山口委員、鈴木委員、長島秀委員、小山委員

計 31名

(欠席委員) 清水委員、齋藤委員、鶴森委員、野田委員、植嶋委員、

[傍聴] 2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、大西主任、稲垣主任、林主任、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 2名

◎第二 1名

◎第三 4名

◎第四 3名

◎第五 4名

### 事務局

本日は何かと御多用の中、また大変お暑い中、委員の皆様におかれましては、ご出席を賜りましたことを厚くお礼申し上げます。

本日は、昨年度より引き続き「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、まずは介護施設の現状から「特別養護老人ホームにおける看取りについて」、今日は市内の特別養護老人ホームの2人よりお話をいただきます。そして、その後に「在宅医療で暮らす場合の本人の選択と本人・家族の心構え」をテーマとして、グループ討議をしていただきます。皆さまよろしくお願いたします。

協議に入ります前に、報告事項として、事務局より別添資料の松阪市の在宅看取り率についてのご説明をさせていただきます。

### 事務局

第8期高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画において、基本目標を定め、松阪市の総合計画の施策ごとの目標とも整合を図っているもので、松阪地

域在宅医療・介護連携拠点を平成30年度に設置し、医療・介護の関係者などを中心に8項目の施策に取り組み、その中で松阪市は、平成26年度に在宅看取り率が16%ですが、平成36年度（2024年度）には、在宅看取り率は20%を目指すことを介護保険事業計画で目標を定めています。

松阪市の場合、平成29年度で既に22.2%まで増えた状況です。その看取り率とは、どういう数字を表しているのか、その下に計算方法を書いてあります。

老人ホームで亡くられる方、自宅で亡くられる方を全体の死亡者総数で割ったものになります。数字については、三重県のホームページより検索し、在宅看取り率を計算した結果です。

老人ホームの内訳は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームを含む。自宅とは、自宅のほかグループホーム、サービス付き高齢者住宅を含みます。いろいろな暮らし、最後の暮らしの場所が、昔に比べて増えてきた現状もあって、在宅看取り率の在宅という言葉の捉え方も変わってきているように思います。

その下は、少し古いデータで、平成25年度の国の調査で、終末期をどこで迎えたいか、国民の希望は自宅が一番多くて5割を超えて、次が病院という結果です。

## 事務局

はい、ありがとうございます。

それでは、地域包括ケア推進会議を始めさせていただきます。長友会長よりごあいさついただきまして、その後長友会長におかれましては、協議の進行をお願いしたいと思います。

## 会長

こんばんは。本当に暑い中、そしてご多用にもかかわらず、貴重な時間を割いていただきましてありがとうございます。みなさんとともに、貴重な、より活発な議論を踏まえて、今日もテーマに取り組んでいきたいと思っています。

早速協議事項に入りたいと思います。

今日のテーマは、これまでも皆さん方にご協力いただき、ご議論いただいておりますが、「松阪市の在宅医療・介護連携推進のための取り組み」で、先ほどもご紹介がありましたが、まず最初に「特別養護老人ホームにおける看取りについて」ということで話題提供をしていただくこととなります。それで「最期の暮らし場所の医療や介護サービスの実情を理解する」とともに「在宅医療に関する市民啓発、そして本人家族を支援する取り組み」ということで、話題提供をいただきます。まず発表者Kさんからお話をいただいて、その後発表者Fさんからお話をいただいて、そこでご質問等があればお受けして、お答えできる範囲で答えていただければありがたいと思います。

## 発表者 K

まず、私どもの施設概要です。前身が1960年2月に松阪市さんの協力を得て、松阪市大黒田西林に、養老院ということで設立され、松阪市の困っている方などを、お世話させていただいたのが前身です。ここから私どもの施設は始まってい

ます。

御承知の通り、老人福祉法ができ、1972年に高齢者の方も増えて、重度の方も増えて、三重県、松阪市さんのご要望もあって、私は県内3番目と言っていますが、特別養護老人ホームとして設置されました。

今の施設は、前身から含めると60年ぐらいで、福祉施設で60年というとは結構、老舗的な施設ではないかと思います。

入居者の定員は90名、短期入所生活介護は15名、平均年齢が90.2歳、平均介護度が3.92とほとんど要介護度4に近い現状です。介護支援専門員1名、確か基準では90名に1人で、一応私も施設ケアマネジャーとして関わらせていただいています。介護職が35名、看護師が4名、管理栄養士が1名、調理師が6名、私どもは常勤の先生がいらっしゃいませんので、ご無理を言って内科の先生も3名、嘱託の医師でお願いしています。また眼科の医師と精神科1名と協力歯科医の先生にも往診していただいています。

平成27年から28年にかけて、看取りに関して介護職の方が、非常に不安だとか、夜間看護師もいない現状で、「ちょっと看取りどうするの」という議論になった時に、私ども施設の中でアンケートをとりまして、それをベースに今日発表させていただこうと思います。

まず職員全員に「看取りの経験はありますか」という質問で、大体私どもの施設では、90%以上は「はい」と、看取り経験はあると答えています。

「当施設で看取りを今後も続けていきたいですか」という質問には、「だいたい思う」と「思う」という意見が8割を超えていました。

自由記述で「看取りから学んだことは何かありますか」ということで、「死に対して前向きになった」「死の怖さより天に召されたという安堵感」「死を自然なものと思うようになった」「最初は自分を失うほどオドオドしたが、平静に受容できるようになった」「人はいつか死を迎える」などを看取りから学んだという答えが出ました。その中には課題もたくさんありまして「食事介助における介助者の葛藤やストレスを個人で抱えている」、いわゆるもう食べられなくなって、準備段階に入られた方も、介護職は栄養補助食品など、なんとか苦労して食べさせないといけないと、かなりストレスを感じています。「看取る利用者さんの傍にいる時間がもっと欲しい。業務内ではなかなか傍にいる時間がない」という意見も出ていました。「8割以上の職員が看取りに関する知識が足りない」、知識もないので不安も当然だと思います。一番大事な介護職が、「看取りの決定に至る経緯を知らない」、というのを私たちは問題視しました。

生活相談員・看護師・リハビリ、そういう私も含めてですけど、「あなたは看取り決定に至る経緯を知っていますか」、ご家族の意向とか当施設で最期を看取ってほしいか、という経緯を、生活相談員、看護師、リハビリは、「まあまあ知っている」「いつも知っている」が、8割以上ですが、事務職とか厨房の職員は、当然と言えば変ですけど「あまり知らない」「全然知らない」、肝心の介護職が「あまり知らない」「どちらともいえない」が半数以上で、これではいい看取りはできな

いと、情報の連携、施設内での連携をどうしていくかを考えてきました。

情報伝達のために、生活相談員が家族との面談や電話でのやり取りを重ねて、その中で看取りの意向が確かになっている様子や、あるいは最後まで揺れておられる状況を、毎週のカンファレンスの中で伝達して、かつ文書でも回覧するようにいたしました。

リーダー職への申し送り、会議録を作成して介護職員へ毎回情報伝達していく。看取りケースは、会議を行い、状態の変化があったあとは毎回やるということです。

10時と16時に介護職の申し送りをしていますが、それを活用しています。

意識レベルやバイタルの変動がみられる頃になると、夜勤者に個別でも申し送りを行い、対応についてのすり合わせを行いました。

介護職が非常に不安なので、私どもや生活相談員が当直に入りますが、急変したらどうするのかなど、そういうことに関しては、当直の者が家族さんと話をしますので、そういうすり合わせも行いました。

受け持ちの介護職には、ケアチェック表を渡して、定期的のモニタリングを行う事で、担当利用者の状態把握の意識を高めました。

こういった、当然と言えば当然ですが、改めてこういうことを行った結果、「これらの伝達方法について、看取りの方針の情報伝達のために役に立ちましたか」という調査をしたところ、医療職の医務室からの伝達が「大体役に立った」「役に立った」看護師さんがいるというのが、一番安心感というか、できたら夜中もいてくださいという感じですけど、そうもいきませんので、看護師さんからの申し送りが一番役に立ったと。介護士同士の申し送りも「大変役に立った」「役に立った」、カンファレンスの議事録も「大体役に立った」「役に立った」ということで、いろんな形で情報伝達しないとという感じをさせられました。

簡単な症例ですけど、Iさん、要介護5で意思伝達はできません。嚥下はできませんが、開口しないため、食事介助が困難な方でした。歯のない部分から介助にて何とか食べられていましたが、口唇に不良肉芽ができ、不得手な方からならざるを得ず、スプーンでは限界があって、注入のアダプターを使って流し込んでいる状況でした。嚥下能力の低下を来し、むせ込みが強くなっていますということでした。御家族は早い時期から、当施設の方での看取りを希望されていまして、また看取りのプロセスに関与するのが困難な状況でした。姉妹もいましたけど、お兄さんはブラジルに在住して、妹は世俗を離れた修道生活、シスターということで、なかなかホームに来てくれない状況で、また、夫は認知症で、夫の親族はいませんでした。従って第三者である私たち、最も身近な介護職員が看取りのプロセスに関わらなければならない状況でした。

さっきの看取りに関して手を打って、「キーパーソンが看取り介護に関わっていくのが困難であることを知っていましたか」、ということ介護職に質問したところ、一応うまく伝わって「大体知っていた」「知っていた」という結果が出まして、「キーパーソンである夫が認知症、兄妹がブラジルや東京在住で、しかも高齢で

あることを知っていましたか」、これも全職員に伝えましたので「大体知っていた」「知っていた」ということで、それと「人工的な延命は全く希望しないという家族の意向を知っていましたか」も書面等で全部通知しましたので、「大体知っていた」「知っていた」が8割になりました。

この後、「今までと比べると看取りのプロセスの情報を渡されていたと思いますか」について、「大体思う」「思う」が半数で、「この方を看取ることに納得できましたか」について、「納得できた」50%、32%が「大体納得できた」。今まで足りなかったのは、各部署間で情報共有が非常に足りなかったのを反省しまして、今はそういうプロセスで、やっと動けるようになったのが現状です。

25年間の当施設で、どこで亡くなられたかを全部洗い出してみました。オレンジ色の方がホームで看取りしたケースで、青い方が病院で亡くなられた方です。

介護保険が始まったのが平成12年頃、介護保険が始まる前でも、当施設においては圧倒的に看取りをしていました。病院で亡くなられる方は、徐々に近年増えてまいりまして、やはり最近は家族の医療に対するニーズが非常に高まっております。かと言って、特養は、夜間看護師もいない状態です。看護師が必要としている情報がうまく伝わればいいんですが、もうちょっとちゃんと看護師が判断できるような情報を伝えるような教育をしていかないといけないんです。それは取り組んでいますけど、なかなか難しい。看護師さんと介護職の間の、溝というか、何というか、なかなか難しいのが現状です。令和元年度は5名の方が病院で亡くなられていますけど、MSWの皆さんにもお力をいただいて、医療を必要とされる方は、入院いただいた後は、私どもへ帰っていただくのが当然ですけど、どうしても24時間点滴ができないとか、先生は本当によくやっていただいていますけど、先生に24時間365日来てくださいというのは現実的に無理な話なので、何とかうまくできないかと思いつつも、「24時間点滴できないんですか」と家族に聞かれたら「すみません。うちは看護師7時になったら帰ってしまうので無理なんです。」と言わざるを得ない現状があり、看護師が夜間はいないとか、あとは医療に関しては限界がありますよということを、ご家族が了解の上で、「できる範囲で、自然みたいな形で、大丈夫ですと、それで見てください。」ということでしたら、承諾書をいただいて看取りをさせていただいています。ただ近年数字でも上っているように、病院で亡くなられる方が徐々に増えてきているのは確かです。

特養というのは、いろんな特養があります。私どもで過ごすための、終末期のための課題ということで、再三申し上げていますように、介護職員の医療に対する知識の底上げ、看護師さんもいろいろ勉強会などしてくれていますけど、これが実を結ぶのはちょっと年数がいるのかなと思っています。

あとは全職員に対しての情報共有です。先ほど手をつけたものをもうちょっと深めていきたいと思っています。あと、先ほどデータにもありましたけど、古くから私どもも看取りをしていましたが、だんだん世代交代で、ベテランの介護士が退職して、新しい職員さんが入って来て、看取りの経験、看取りをしたことがないという職員さんが増えてきまして、継続した看取りの教育が必要になって来ると

思っています。

看取りを希望されている家族への、急変したときや、特養で何もできないので救急搬送させていただくことに対してのご理解をいただきたいこと。夜間の医療体制の確保、これは配置基準が変わらない限り看護師は30人に1人でもいいということで、もうちょっと看護師さんを増やそうと思うと配置基準を変えてもらわないとどうにもならないことなので、ただ工夫で何とかしたいと思っています。また先生方のお知恵をお借りできればと思っています。

これは葬儀の写真ですけど、社会福祉法人なので、看取りというか、身内のいらっしゃる方とか、葬儀が何らかの事情でできない方は、私どもは葬儀屋ではないですが、便宜上お身内のいらっしゃる方などは、最後は葬儀をさせてもらっています。これも最後は献花をして、職員みなでお見送りをしています。最後は、お身内のいらっしゃる方、私篠田山へ行って、1人でお骨を拾ったりも場合によっては、やっています。

令和元年6月19日「かざはやの里」へあじさい見物に行っていました。特養は入居した段階で、ターミナルケアは始まっていると、職員の皆さんにも伝えていますが、穏やかな時も、看取りの時も利用者さんの傍でいたいなど、もし最後に出会う、この世で最後に出会う職員になるかもわかりませんよと職員には伝えてあります。

これからも看取りに関しては難しい問題もはらんでいますが、続けていきたいと思しますので、先生方あるいは福祉関係者、地域包括の皆さん方のいろいろなお知恵を借りながら、歩みを進めていきたいと思しますので、今後ともよろしくお願いたします。

## 会長

どうもありがとうございました。今看取りの現状と課題ということでアンケートの結果も交えながらいろいろ説明いただきました。何か確認しておきたいことなど、ご質問等いただければと思いますけどいかがでしょうか。また後でも結構ですので。

それでは、続けて発表者Fさんの方から、資料も参考にさせていただきながらお話をいただきたいと思します。それではよろしくお願いたします。

## 発表者 F

29床の特養ですので、本当に走り回ることが多い現場です。私も一緒になっていろんなことをしていく中で、見えていることをお伝えできればと思、私がお話しさせていただくことになりました。

2003年に特別養護老人ホームに「ユニットケア」が導入されました。ユニットケアというのは、家庭の継続、個人の生活の継続、家での生活の継続ができるように、まず個室での対応ができる、そのことが大きなことだと思います。要介護3から5までの方を対象として「看取りの施設」として位置付けられています。

法人の理念のことで少しご説明させていただきたいと思します。

まず、1番に神を愛する隣人を愛し支える。そのためには、神に造られた自分

自身をも愛する事が大切である。

2 番目に、人の価値は何かができることを良しとする「行為価値」にあるのではなく、一人ひとりが固有の存在であることを大切に「存在価値」にある。

3 番目に「老い」をその人の年輪として、その人にしかないもの、その人にしか出せない美しさを肯定的にとらえる。

という私たちの理念は、特に2番目にあります、それぞれの方が、何かができないという形になる、どんどんできない状態になってきたとしても、その方がそこにいて下さるだけでいい、そこを大切にしていって、私たちの大切にしている理念になります。

看取り介護の基本というのは、何よりも入居者ご本人とご家族の意思を尊重して、その望みを叶えて差し上げることにあり、いつも私たちも教えられています。そのためには職員が全員で、看取り介護への共通理解をしていくという大きな課題があります。

看取り研修が、年に一度は必ず理事長の方からありますが、あとは日々の朝礼であり、夕礼であり、そのあたりでも、あとカンファレンスを通していつも確認をとっていくことですが、まず看取り介護は、日常ケアの延長線上にあるということが大切で、何か特別なことではないこと、また看取り期に起こりうる身体的・精神的変化への対応方法、入居者やご家族への精神的支援の方法、また家族との連携方法、それと夜間、緊急時の対応方法などを中心に研修を通して、そしてまた看取りが始まった時には、そこをみんなで確認しながら進んでいます。

難しいですが「死生観」については、様々な考え方があることを理解すると理事長の方からも言われています。まず、人は自己の死を悟るようになるとき、全ての社会的地位、名誉、誇りなどに対するこだわりを捨て去ることができると言われていています。

他者との比較によって自分の価値を測る「相対的価値観」などからも解放されて、死を前にして本当の自分を取り戻す、と言われていています。

幼子のような心のメッセージを聞き取り、それに応える動きをしていく。このような働きが大切であると、できればと思っています。

私たちがしている看取りの流れをお伝えします。

まず、入居時に全家族に「看取りの事前調査書」への記入をお願いしています。

いつから看取りに入るのか。「看取り期」の判断は？ ここはすごく難しいところですが、日常の介護の中で、死に向かっているという入居者本人の兆候を見逃さないことが大切と言われていています。私自身も介護現場に入っているわけでもありませんが、何より一番関わっている、介護の職員や看護の人達がだんだん変わってくる状態を日々見ている人たちの目ほど確かなものはないので、そこをいろいろと話を聞き、受け止めたうえで、一つひとつの働きが始まっていきます。

老衰であったり、悪性腫瘍であったり、いろんなことがあり、一般的には医師が医学的見地に基づいて回復の見込みがないと判断した人が、看取りになっていくんですが、もう一つ、本人の生前の意思を尊重して、家族が年齢等も考慮して

治療を望まない場合、その場合には私たちから、主治医の方にも連絡を入れます。

「主治医の看取りに関する意見書」に主治医から署名捺印をいただいて、ご家族への説明を行い、同意をいただきます。そして「看取りの指針」の説明を全部私の方からさせていただき、死については、このとき初めて看取りという言葉は出ていても、はっきり分かっていらないご家族だったり、いろんなところで迷っているご家族に、文章の中に「死」という言葉をはっきり伝えながら「死」について、はぐらかさず、今後予想される状態などを具体的に、特に具体的なところでは、最期に身につけていただく衣類なども話し合います。いろんな状態のことで話し合いをしている中で、そういうお話を出すことで、そこだけのご家族は、「お父さん、何着せようかな。」「お母さん、何着せようかな。」という言葉が出てきます。そしてその指針を説明したうえで、ご家族様から「看取りの同意書」にもう一度署名捺印をいただきます。

看取りプランの作成として、本人様の意思が聞き取れる場合、本人様とご家族の思いを聞き取り作成しています。そしてご家族と多職種による週に一度のカンファレンスで、その都度その「思い」と「状態」の確認をしていきます。こまめに訪室して、傍にすることが大切です。また、安楽な体位による苦痛の緩和、声かけと手足をさするなどスキンシップをとり、また食事の摂れる方は、好きな食べ物を、少しずつ時間をかけて食べていただく。そして身体の清潔の保持をし、お部屋にご家族が希望される場合は、音楽を流したり、花を飾ったりして、本当に暗くならないように、寂しくならないような配慮をしていきます。

こういう例がありました。最後に何か召し上がっていただきたいものはありませんかと尋ねたときに、本当にお酒が好きなお父さんだったけれど、いろんなことが起こるからと、お酒を取り上げた息子さんがいました。その方、すごくそのことが心に残っているから、最期にお酒を飲ませたいと日本酒の一升瓶を持ってこられ、それを少しだけお口に入れたら、本当に水分も摂れない方だったのに、お酒はグイッと飲まれたんですね、そして本当に嬉しそうな顔をされたことがありました。この時期になると、本当に食べていただきたいもの、飲んでいただきたいものがありますかと尋ねながら、許される限りで、とっていただくという形で、そのようなことをさせていただいています。

全てご家族と共に行うことになります。まずその指針を説明など「説明と同意」が続くんですが、その後には「相談と協働」へと、何でも一緒に話し合しましょう。とにかくご家族の気持ちは揺れます。いろんなことで揺れますので、相談してください。尋ねて下さい。そして一緒にやってみましょうねと、そういう言葉がけをいつもしています。そして医療は「最高」ではなく、「最善」をさせていただくということで、先生方もいていただきますので、最善の医療で対応していくことを、ご家族もそれを納得されて受入れていただいています。そして緊急時の連絡先の確認をここではもう一度し、本当に死が近くなった時、私たちもご家族様にその居室での宿泊を勧めます。何より、家族が居ていただくことをご本人が望んでおられることは一番ですから、そのことをお勧めします。私たちの法人

は制服がありません。法人の考えとして、家族との隔てがないように私服で仕事をすることになっています。

お泊りを希望される方には、部屋にソファベッドを入れて一緒に休んでください。そしてお布団をお貸ししますということで、宿泊をお勧めします。それは職員にとっても安心なことであると聞いており、それは私たちにとっても大切なことです。ただ困難な方もいらっしゃいます。ご家族さんが遠い方など、どうしても来られない方の場合は、やはり最期の時をお一人だけは、私たちはできたら避けたいという思いもあり、職種関係なく、多職種で見守る形をとっています。

呼吸が停止したときに、主治医、ご家族、それから管理者に連絡があり、医師による死亡診断が行われます。

死後の処置、エンゼルケアですが、お身体を清潔にして、ご希望された衣服に着替えていただきます。この時ご希望であれば、看護師、介護士とともに、ご家族の方も一緒にしていただくこともあります。

施設、ユニット居室でのお別れ会。これは私たち、希望された場合は葬儀も行っています。葬儀まで行かない方でもお別れ会という形で、必ずさせていただくようにしてまして、参加者には、ご本人、ご家族、そして入居者、チャプレン、牧師ですね、そして管理者、ユニット介護士、看護師、栄養士、相談員、事務員、みんなで出られる人が出るという形でしています。本当に10分から15分なので、まず讃美歌をいつもやっています、耳慣れた「いつくしみ深き」という歌の1番を歌っていただき、そしてチャプレンからお祈りや御言葉があり、「証」が特徴なのかと思います。そこでみなさん関わった思い出とその方によっては、私たちが教えられたことを2~3分ずつみんなが話をします。そして最後には、また讃美歌があって、お見送りという形になります。入居者の方が出席してくださるのが特徴で、みなさん喜んでというか、いいなと行ってくださるのが、私たち本当に感謝なことです。そして職員も家族の方も、この時に涙されることが多いです。

1人の方の死をお伝えできなかった時に、入居者から「何で言わんのや！」と怒られたことがありました。そして、その時に私、入居者の方にもお別れ会は、やっぱり声をかけなければいけないと思いました。お別れ会で入居者の方が涙を流して寄り添う姿に「もう一つの家族」の存在を私自身思いました。本当に言葉がないんですが、触って「小さくなって」とか「きれいにしてもらったな」という言葉がけ、それを聞いたご家族が「ここで本当に生活していたんだな」と「ありがとうございます。」と私たちのことに対するよりも入居者の方に対しての感謝がいつも多いです。

私が思うに、在宅で本当の家族に見守られる方は、住み慣れたお家で、愛する家族に見送られ、本当に幸せだと、私は一番幸せなんだと思っています。その形に少しでも近づけることが施設においてできるならば、本当に大切な、人生最後の、よく飛行機の着陸態勢のところから最期の時を、その方の「尊厳」を大切に、ご家族とともに送り出すことができると話しますが、そのことをさせていただいていることを本当に感謝しています。

一人の方の「看取り」の導入時からお送りするまでには、ご家族も、私たちも、揺れ動く思いや葛藤もあります。それぞれの「死」に本当に学ぶことがいっぱいです。

グリーンケアであったり、看取りの振り返りカンファレンスも行っています。2017年に当施設を開設しまして、看取りは、その年は17名でした。うち1名の方は病院で亡くなられています。私、開設したときに思ったことが、開設してすぐお亡くなりになられる方がたくさんあった時に、この方たちは亡くなられる場所を探していたんだなあとは思いました。亡くなられるために開設したわけではありませんが、本当に安心して、ここで最期の時を過ごしていただいたんだと思ひ、このことをみんなが受け入れていくことに対していろいろな配慮が必要でしたけれど、そういう場所に選んでもらったんだと思ひました。2018年度、昨年の看取りは6名でした。今年度今まで3名で、今現在は看取りの方が1名おられます。

余談ですが、最期の時は、ご本人の意思にあった形で、神様が与えてくださっておられると私は思っています。これは私自身が、ここまで関わらせていただいた中で思っています。やはり寂しがり屋さんという方は、みんなが見守ってくれる朝やお昼に亡くなられる方が多く、迷惑をかけたくないという思いが強い方は、ひっそりと夜のうちに亡くなられる方が多かったです。またこういうこともありました。子供さんには死の瞬間を見せたくないと思われる方が、見守りがないうちで、私もスタッフの中で息を引き取られる方もありました。どの方も苦しめることなく本当に安らかなお顔で旅立たれていかれました。

私たちは、どこに当てはまるのでしょうか。というのが最後の言葉です。

#### 会長

ありがとうございます。お2人のお話をいただきましたが、何かご質問とかあれば頂戴したいと思いますがいかがでしょうか。

#### 委員

開業医をしています。うちはお年寄りが多く、死を迎えるとか、看取りもやっていますけど、精神的な救いというか、それって僕らにはなかなか難しいんです。お聞きしたいことは、精神的支柱がないんですね、お年寄りの人達は。しっかりしたものがあって、それは何かというとおそらく宗教的なものとか、そういうものが支えてないとか、ですから迷う子羊という感じでよく損をしているというのが、うちのお年寄りの現状ですが、それでどのような宗教的なアプローチをされるか、どういうことをされるか。死後の世界について、みなさんそういうことを言われるのかどうかを聞いておきたいのです。お願いします。

#### 発表者 K

冒頭申し上げたように私はカトリックで、Fさんはプロテスタントということで若干違いはありますが、キリスト教であることは、違いはないんです。

カトリックの場合は、聖人がいたり、マリア様のお像が庭にあったり、結局これは人間の組織ですので、人間の作ったもので、カトリックでしか見られないで

す。

先生おっしゃるように、それが通じるのは、カトリック信者だけです。カトリック信者はマリア様がいて、マリア様のところで死にたいわ、というのはあるんですが、結局入居される方は地域の方ばかりですので、さっきの写真も出ましたけど、ほぼ最後はご自分が信じる仏さまなら仏さまとか、天理教さんなら天理教とか、そういう自分の信ずる最期をお迎えしていただく、ただ、長く入居していると、私どもまだ幸いシスターが高齢ですけど、施設内にいまして、お年寄りを集めて、神様の話とかをしてくださるので、それが支柱になっているのかどうか分からないです。

信者は私と元上司と部下に1人いますけど、ほとんど職員は普通の人です。そして入居者も普通の人で、地域の方は、本当に穏やかな方ばかりです。

## 会長

プロテスタントは。

## 発表者 F

プロテスタントというのは、私あまり話せませんが、私たちが今までさせていただいている中では、週に3日ですけど、9時半から20~30分ですが、讃美歌を歌い、チャプレンのお話を聞き、ラジオ体操をして終わるという時間を週に3日持っています。それは寝たきりにならないためにというのもあって、そういうリズムを作っていただくためにやっていますが、そういうこともしっかりメッセージなんですけど、宗教関係なく、ただ聖書の御言葉を簡単に説明することで、わかりやすくお話することで、それは多分今まで生活されてきた、仏教などいろんな宗教にも通じるところがあるんでしょうか。みなさん来ては何かいい話しないかと思って、うなずいておられる方とかおられます。その中でも、私たちもちょっと宗教のことをお話すると、私たちはすぐ復活するという話になっていまして、ですから私は難しいところは飛ばして、また会いましょうねという言い方で、最後お送りさせていただくということが、そしてご家族にもお会いすることができる日を楽しみにして、今お別れですけど、という言い方でさせていただいている部分はあります。

## 委員

どうもありがとうございます。ちょっと答えにくいことを答えていただきましてありがとうございます。今僕らが診ているおじいちゃん、おばあちゃんはおわいらしい方なんです。わかりました。

## 会長

Fさんの最後のお話なんか、僕自身もそう思いましたし、みなさんもそれぞれ思っているのかなと思いますが、今伺いたいことはたくさんありますが、お話をお2人にいただいたことを踏まえて、事項書2)ですが、意見交換ということで、グループ討議の方に移りたいと思います。今お2人の話の中にも、たくさんの方の在宅で暮らす場合のご本人の選択ですとか、ご本人の心構え、あるいはご家族の心構えというお話であったかと思いますが、それではグループの方でお話をい

ただきながら、後でまた全てのグループの方からお話を頂戴したいと思います。  
それでは各グループでお願いします。

☆☆☆☆☆☆☆☆ グループ討議 ☆☆☆☆☆☆☆☆☆

会長

そろそろ時間になりました。各グループでお話ししていただいたこと、今進行していただいている方に報告をお願いしたいと思います。それでは6グループの方から大体1グループ2分30秒でお願いします。

6G

6グループです、深い話をさせていただきました。総合病院の院長先生と在宅の先生からは、病院にいたときには分からなかった、自宅に入ることで見えてきた、家族がどうしたいか、家族が子供さん3人みえて、お2人が在宅で看取りと言っても、お1人が病院ということでしたら、なかなか家での看取りというのは難しいというお話とか、すごく丁寧に教えていただきました。病院の方に運ばれるということは、救急、延命ということで、今回消防の方もおみえですけど、現地で延命をするとか、どうかというところで、ご家族の方で話をさせていただいたり、治療、命を延命していくのか、家族としては医療を望まないというところ、すごく各専門職の方、葛藤とジレンマがあるんだなと非常に今日感じた次第です。

会長

それでは5グループお願いします。

5G

5グループです。冒頭の話で、松阪市においては平成29年の時点で在宅の看取りのパーセンテージが20%を超えている状況で、在宅での看取りに関しては、数字は達成できているというお話でしたが、その質ですね、今日冒頭の施設長さんのお話の中でもありましたが、看取り医療と介護職の連携もなかなか難しく、施設の中でも看取りに対しても対応を苦慮しているというお話しがあつた中で、在宅の一般の素人の方たちが、より良い看取りができているのかというと、多分課題になってくると思います。

最近、入院中の方でも、家族さんの希望で、食べられなくなったら何もしてもらわなくてもいいと言われる家族さんもおられるかと思うのですが、そういった方などの看取り先、難民になってしまう方とか、今後どうしていくかということが課題になってくるかと思しますので、そういった対応も検討していく必要があるのではなかという意見がありました。

また、在宅の看取りを迎える家族さんの対応において、その当本人らも人となりなどを見たらうで、看取りの対応というのを家族さんと話していくべきだと思いますけど、そのタイミングを、どこで誰が口火を切って、そういった話し合いを持っていくかが課題かと思えます。今では在宅のケアマネジャーさんなどがいて、生きている方の支援はしているかと思うんですけど、その看取りの支援のタ

イミングという、どこが切り出してお話をしていくかということも大事だと思いますので、そのようなことなど今後検討できたらいいと思います。

#### 会長

はい、ありがとうございます。うまくまとめていただいていますので、どんどんハードルが上がっていくのかなと思いますが、それでは4グループの方お願いします。

#### 4G

4グループです。はじめ感想を言い合いました。その中で、「主治医の看取りに関する意見書」というのをどんなものか見てみたいという意見もありました。その中で特養の嘱託医のどういった診療があるのかという意見もでました。

医師が少ない中、いろんなドクターが関わっていただいているなど、その中で24時間点滴が難しかったり、などというのは変わらないと思います。

2つの施設とも葬儀も入居者さんとも一緒に取り組んでいるのが印象的でした。ましてや、在宅で家族に看取られながら死ぬことで、その家族さんが自分自身の今後の生活、私生活ですね。そういったところも考えるきっかけになったらいいかなと、なかなかそういう機会が今はないのが、現在考えていかなければいけないことにつながっていくという意見を出し合いました。

看護師を置くと医療職と介護職のなかなかコミュニケーションが、ということでは、介護職員の知識不足がある中、そのレベルアップの取り組み、活性化していく必要があるのではないかという意見も出ました。

#### 会長

はい、ありがとうございます。それでは3グループの方お願いします。

#### 3G

3グループでは、まず本人と家族さんの思いを聞き出して、話をまとめていって、また時間が経つにつれて、本人さんの思い、家族さんの思いは変わっていくと思いますので、その都度たくさんの方の支援者を交えて話していく事が大事という意見が出ました。

先生側の意見としまして、延命処置において医療側と本人さん家族さんとの思いですれ違う部分が出て、先生側としては、ここまでの処置、延命処置において、具体的はどこまでが延命処置をするのかをしっかりと決めておかないと、家族さんと先生の意見が、すれ違いが出て来て、お医者さんの目線では、本人さんと家族さんとの看取りについての意見が食い違った時に、最終的には残された家族さんの意見を尊重して話を進めていくという意見が出ました。

看取りについて、実際にいい看取りと悪い看取りはどういったものがあるのか、在宅で看取るのが一番いいという話になってきていますが、実際に山間部の地域においては、在宅で介護の力を得られない状態で、在宅で看取るのが本当に一番いいのかなという意見も出ました。

#### 会長

はい、ありがとうございました。それでは、2グループお願いします。

## 2G

2 グループです。家族の選択というのは、揺れるなあと話されました。その時々、その都度、その都度、心の揺れとかに周りのスタッフ、周りの支援者の方が寄り添っていくように教育していくのがいいのかな。そういうのを担当者会議等で協議していくのがいいのかなというのが出ました。

ご本人さんが決められないような場合、主たる介護者の方をうまくサポートできなかったことを聞きいて、その人を支える周りのサポートが大事というのが出ました。

在宅で看取りをするのは、条件が揃わないと難しいのではないかと、家族さんが、ご本人さんがそれを感じる場合というのと、どうしてもそれに耐えられず、施設に入るとか、病院に行くことを選ばれてしまうのがあるというのが出てきました。でも看取りをするのは、家族さんにとっても、素晴らしい経験、素晴らしい成長があるのではないかとというのがあって、ドクターからの意見ですが、そういう方たちに講演会で発表していただく機会を持っていただくこともあるようです。

ただ、やはり心遣いは変わってしまうのはあるので、それにどう寄り添っていくかを大切にしているという話もありました。

家族さんやスタッフは、どうしても看取りに不安を抱えられるところがあって、先生からのご指示が大事で、それがあってこそ安心感を得られるのもあると聞かせていただきました。

どうしても専門の医療のスタッフであっても、ご自身の経験から家族さんの思い入れというのか、そういう心の揺れがあるというのを知ることができて、その揺れる気持ちに寄り添っていくとか、今の状況とか、今後の予後とかそういうことも、しっかりした説明も、責任をもって対応できるようになられたということも聞かせていただきました。

病院であると、救急で運ばれる場合があっても、そのご本人さんの気持ちとか思いというのが聞けないと、病院では全面的に治療する、治すというところを持っていくんですが、その方がひょっとしたら何もしていただきたくない方という場合もあるので、病院としては、どう対応するのか、ということが考えられることを聞かせていただきました。治療に対しての意思を表示してもらいたいというのがドクター側の意見としてはあるのを知ることができました。

慢性疾患の方、救急として運ぶタイミングとか、そういう話し合いの途中で終わったところでは。

## 会長

ありがとうございます。それでは1グループお願いします。

## 1G

1 グループです。まず感想の方から話を始め、施設で看取りをすることは、経験のある施設の人に見守られながらというのは、いかに幸せなことなのかというのがあって、在宅で看取りをするにあたって、先生の意見の中で、以前専門職の方に「最期はどこの場で考えていますか」という質問を投げかけたときに、ほと

んどの専門職の方が、病院という意見を言われたというところで、何で病院なんですかとすると、家族や子供に迷惑をかけたくないのが先に立って、自分の本当の意思が出ていないのがあって、やはりもう一步踏み込んで、ご本人の意見をどこまで見出していけばいいのかというところがあったんですが、在宅で見るにあたっては、在宅はまだ点でしかないというところがあって、どういうふうに関わっていくにしても、在宅には限界があったり、理想通りにならないこと、人手不足があったり、在宅で看取りをするのには、なかなか条件が整はないと難しいという意見になりました。

## 会長

ありがとうございます。急がせて申しわけなかったですけど、時間内で活発な議論を進めていただいたのかなと思います。看取りについて、いろんなご意見がありましたけど、ここにいらっしゃるみなさん自身の看取りについて、自分がどうするのかとか、ご家族がどうするのかをお話ししたり、触れていただいて、自分たちがまずどうするかというところ、そしてもちろんいろんな皆さんのお立場上、仕事上どうするかというお話も、これから検討していかないといけない課題も話していただいたのかなと思います。また次回につなげていくことができるかなと思いますが、ここで今日話題提供をしていただいたお2人に、今聞いていただいて、ご感想等を含めてお話しいただきたいので、よろしくお願いします。

## 発表者 K

本当に看取りに関しては難しなという意見、感想を持ちました。皆様方の発表で。ただ、特養は、生活の場と偉そうなことを言っていますが、いざという時は、結局は医師会の先生方に頼らざるを得ないというか、先生方の力なければ、看取りは絶対にできませんので、今後とも医師会の先生方にはお力添えをいただきたいということと、先般の会議で総合病院の院長が、私老協の立場で参加させていただいて、「施設困るんだよね。」ということを書いてみえました。分かっているんですけど、私のスタンスとしては、お願いした以上はお受けするというスタンスを堅持しているつもりですけど、どうしてもご家族が、医療が必要であると、医療してほしいという方は、その時は、MSWさんなどに、「ちょっとうちで看れないんですけど」と言ったら、病院を紹介していただいたり、本当にお力になっていただいて、本当に助かっています。本当にこの場をお借りしてお礼申し上げたいと思います。お礼を申し上げて私の感想とします。どうもありがとうございました。

## 会長

ありがとうございます。それではFさんお願いします。

## 発表者 F

いろんなところでお話し出ていましたけれど、やはり私もそこに出しましたが、いろんな家族の葛藤、思いが揺れ動くところや、スタッフの中でも、これはどうするのか、あれはどうするのかということが、特にうちでは、看護師がきっちりしていないことで、揺れ動くことがありまして、不安になってきて、それをどう

したらいいか、その時にやはり2つあるとすれば、1つ先生からの言葉を待っています。先生がおっしゃられたというと、看護師は、「あっ、そうだったら、それで。」という形で進んで行くので、先生ここで話ししてもらったら、と、そして、私も以前在宅のケアマネをしているときに、先輩のケアマネさんから教えられたことが、「ケアマネジャーというのは看取りのときになったら決めてあげることです。それだけをしていかないと家族は迷う。」と言われたことがありましたので、それに沿ってやったことがありますが、看取りという判断になってもいろんなご家族がありますし、揺れるんだなと思いました。

やはりそこで先生方の意見を言うていただくことが本当に大切だと思いました。またそれと併せて、入居いただいた時から、少し状態が悪くなってきたときから、看取りは始まっているんです。ということをお日頃から、みんなというか悩んでいる人たちに伝えるんです。特に、家族にどこまで求めるのかというのが私もありまして、最終的には長男さんであったり、そこで決断していただくときに、その方が全部自分がそこを担うからという形でハッキリ言うていただくご家族があると本当にありがたいという形で、それに沿って、ご家族もそれに合わせて、同じような思いでいていただくと、私達はありがたいんですけど、やはりどうしても延命ということで、例えば心停止、止まっているときにAEDを使う、使わないということに対しても、うちの看護師も病院だったら「しないと言えれば完全にしないよ。」と言われるんです。けれどもうちもありました、突然お部屋に伺って亡くなっている。今さっきまでお元気だった方がいらっちゃって、それに対してAEDを使ったということで、そのことに対しても、やはりいろんな意見も分かれました。そのご家族は、基本は事前調査では看取りということは言うておられました。けれども、それでも、そのことを報告の電話を連絡入れたとき、びっくりされており、車に乗れないご家族でしたので、近所の方に乗せて来てもらって、走って来られた時に、その娘さんには、私たちこういうふうにさせていただきましたけれど無理でした。と言ったら、そこまでしていただいたんですしたら、もうありがとうございます、という言葉があったんです。それを聞いたときに、本当にいろんな形があるなと思いました。

それがあった時に、はっきりと看護師の方からも看取り、何というか延命治療を、こういうことはする、しないというのをもっとはっきり書いた事前調査みたいなものを作ったらどうかという意見があったんですけど、私自身の思いとしては、それを家族様に書かせるのは酷であるという思いはあります。やはり揺れる思いはありますし、そして本当に揺れ動くことが多く、やはり一番大切にしていることは、このご家族様、看取りと言われて、看取りに入らずと対応させていただいているけれど、何かあった時、絶対何か言われるなというご家族様もやっぱりあります。でも、そのご家族には何をしていくか、私たちが今思いついて、皆さんに言うていくのは、まずはご家族の思いを、とにかく受け入れていこうと、本当にお疲れさまです、私たちも一緒にやっけていきますから、本当に大変ですけど、いつ何が起きるかわかりませんが、ちゃんと対応させていただきますので、

というその言葉ばかり毎日来られるご家族に説明し続けて、最後には納得してという形がありました。

とにかく、寄り添うことも出ていました、関わるという言葉も出ていました。本当にそういう意味では、みんなでそういうことができるようになっていくのが一番いいんでしょうけど、まだまだ私達も本当に施設がそこまではいきませんが、一人一人そういう人が増えていってくれて、そういう思いで関わっていく事ができれば、施設でもできる限りのことができるんじゃないかと思っています。

#### 会長

ありがとうございました。お二方に改めて拍手をもってお礼に代えたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは事務局の方から、4のその他で、今日のお話を受けて、また次回以降の、いつの時期かぐらいのことも含めてお話をいただければと思います。

#### 事務局

その他といたしまして、4点ほどご連絡させていただきます。

まず1点目、8月3日の土曜日に午後1時30分より農業屋コミュニティ文化センターにおきまして、在宅医療市民講演会を実施させていただきます。講師に長尾和宏先生をお迎えしまして、「穏やかな最期を迎えるために ～できていますか？最期を迎える心構え～」と題しましてご講演をいただきます。またご都合がよろしければ、ご参加していただきたいと思います。

2点目は、多職種勉強会の開催です。第11回目となります多職種勉強会を8月23日金曜日午後7時より済生会松阪病院さんをお借りしまして実施します。シリーズものとしまして、「シリーズ、連携がうまくいくコツ、いかない理由」というテーマで、今回は、「食べたいを叶えるために多職種で取り組んだ症例」ということで、歯科衛生士と介護支援専門員のお二人より話題提供をしていただきます。8月14日まで受付をしていますので、皆様方のご参加をお待ちしています。

3点目です、RUN伴2019が今年もございます。月日は10月24日(木)です。ルートも記載していますように、松阪市内の2ルートで走りますので、また沿道などでの応援をよろしくお願いいたします。

最後です、次回の推進会議の開催です、10月から12月の間で予定しています。また詳細が決まりましたら、ご連絡をさせていただきますのでどうぞよろしくお願いいたします。

#### 会長

はい、ありがとうございます。今日は暑かったですけど、次回は大分涼しくなっていると思います。今日も夜遅くまで貴重なお時間を割いていただきありがとうございます。また次回もよろしくお願いいたします。

ではお疲れ様でした。ありがとうございました。