

審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	平成 30 年度第 3 回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開 催 日 時	平成 31 年 3 月 7 日（木）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	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、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、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、植嶋委員、小山委員 計 31 名 （欠席委員）清水委員、石田委員、中西委員、小林麻委員、石神委員、 [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] 第一：2 名、第二：2 名、第三：2 名、第四：3 名、第五：1 名
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍 聴 者 数	1 名
7. 担 当	松阪市殿町 1 3 4 0 番地 1 松阪市 健康福祉部 高齢者支援課 担当者：西山 電 話 0 5 9 8 - 5 3 - 4 0 9 9、4 4 2 7 F A X 0 5 9 8 - 2 6 - 4 0 3 5 e-mail kourei.div@city.matsusaka.mie.jp

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) 報告 第 3 回在宅医療アンケート最終報告
平成 30 年度 地域包括ケア推進事業報告
- 2) 話題提供 松阪市の在宅医療の現状から 松阪地区医師会
- 3) 意見交換
- 4) その他

議事録 別紙

平成 30 年度 第 3 回 松阪市地域包括ケア推進会議 議事録

日 時 平成 31 年 3 月 7 日 (木) 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、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、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、植嶋委員、小山委員

計 31 名

(欠席委員) 清水委員、石田委員、中西委員、小林麻委員、石神委員、

[傍聴] 1 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 2 名

◎第二 2 名

◎第三 2 名

◎第四 3 名

◎第五 1 名

事務局

第 3 回松阪市地域包括ケア推進会議をただ今から始めさせていただきます。本日は、平成 30 年度のとりまとめ、総括ということで進めたいと思います。

今日はまず報告事項「第 3 回在宅医療アンケートの最終報告」、「平成 30 年度の地域包括ケア推進事業」の高齢者支援課の取り組みについて、松阪地域在宅医療・介護連携拠点と認知症初期集中支援チームの取り組み、啓発などについてご報告させていただきます。

その後、意見交換として、今日は在宅の K 先生から話題提供のお話をいただき、皆様に「在宅医療で暮らす場合の本人の選択と本人と家族の心構え」、「在宅医療が必要な高齢者を多職種チームで支援していくために」というテーマで意見交換をさせていただきたいと思います。

それでは、開会に当たりまして会長よりごあいさついただき、あいさつのあと引き続いて協議に入らせていただきたいと思います。

会長

こんばんは、早速協議事項に入っていきたいと思います。

今日もお忙しい中ご出席を賜っていますので、是非貴重なご意見をどんどん出していただければと思います。

それでは協議事項のテーマは、「松阪市の在宅医療・介護連携推進のための取り組み」で、まず報告です。資料 1 で「第 3 回在宅医療アンケート最終報告」を事務局の方から話をいただきます。

事務局

中間報告を 1 年前のこの場でしましたが、最終報告ということでアンケートの目的、結果、アンケートの活かし方を順を追って報告をさせていただきます。

アンケート調査の目的は、松阪地域の松阪市、明和町、多気町、大台町の医療に関する基礎的な情報を把握すること、在宅医療提供体制の整備や医療・介護のネットワークづくりのための基礎資料とすることで、アンケートを 29 年 11 月 13 日に発送して、医師会の皆様からご回答いただきました。昨年の中間報告の時と数字に大差はないですが、まとめの仕方を変えていますので、今から報告に入ります。

各包括別に医療機関の数を病院と診療所に分けてその数字を入れています。病院と診療所の違いの説明を付け加え、病院は 20 人以上の患者を入院させるための施設を有する、診療所は 19 人以下の患者を入院させる施設を有すると、すみ分けがされていることの解説を付け加えました。

市民向けの情報公開のご質問をいただいたので、基本的には、今日この報告の内容で、後々ホームページで公開させていただく予定です。

診療所の数ですが、包括圏域ごとに診療所の数と人口、各地域ごとの人口の比率を出して比較するグラフを作りました。ご覧の通り人口と診療所の数が比例している格好で出てきました。

訪問診療と往診の実施状況を積み上げグラフで整理しました。緑の折れ線グラフは診療所全部の数、それに比べて訪問診療、往診、訪問診療のみも若干あり、それぞれの包括圏域でどれぐらいあるかを比較できるように整理をしました。

処方についての問いは、院外処方みの病院、診療所と院内処方みの病院、診療所で、3 種類に区分けして、ご紹介しています。

在宅医療を考えたときに、今内服の管理等々で薬剤師さんが、自宅に訪問して支援をしていただくことも拡大しつつある中で、院内処方だけのところは、そういう体制が難しいこともあります。院外処方が出来ていることは薬剤師さんが、自宅の方へ出向いていただく機会が多いという想定をしていただくためにこの表をご紹介しました。

医師以外の職種からそれぞれの診療所、病院の先生方へ連絡をする際、初めて連絡をするときと、2 回目以降の連絡方法で、先生方にご希望を尋ねた結果がこの円グラフで表わした通りです。電話が一番多くあり、2 回目以降になると、もう少し FAX の答えが増えたり、診療の時にであったり、病院に出向いての面談という回答をいただいています。メールという手段が初回と 2 回目と

わずかではあります希望と回答いただいた先生方があり、これはどちらの回答も同じ先生方でした。加えて、全ての先生が在宅医療を行っている先生方がメールという手段を希望されていて、便宜上だと推測しています。その他は、文書も多少ありました。

往診と訪問診療は、2 つをまとめて比較をしてから整理しました。まず訪問診療と往診について、市民にもご理解頂けるよう解説をつけました。これはアンケートで載せた文章をそのまま転記をしております。※印は、アンケート実施時の在宅療養支援診療所として届出のある医療機関は 17 か所です。

往診の実施状況は、答えをいただいた先生方が 55 ですが、その中でどういう時間帯に往診をしているかで、診療時間内のみ、診療時間外も、が一番多く、それぞれの先生方の御都合に基づいて、こういう割合で往診の方を対応していることが判ってきています。

在宅医療の対象。元々通院していた方に限定、ほぼ限定されている医療機関も結構な割合であります。初回依頼にも相談をしてもらってもいいとてお答えをいただいた診療所もあります。

訪問診療についても、元々自分が診ていた患者さん、他からの紹介、患者さんや家族からの直接依頼も相談に乗っているという回答をいただいています。

アンケート調査のあと今年度連携拠点がスタートしてから、在宅医療をしている診療所に何件か足を運んで、直接お話を伺った中でも、アンケート結果とほぼ一致したような割合で、「うちは元々の患者さんなんやわ。」という先生から、「その時の状況によって対応できるかどうかはわからないけど困ったことがあったら相談してください。」という先生もあり、心強いお言葉をいただいています。実際には外来の患者さんをたくさん抱えている先生は、気持ちはあっても在宅までは厳しいという先生もありました。

往診の対象場所は、ご自宅、最近では居住系の施設にも往診や、訪問診療に出させていただいて、半数以上がどちらにも行きますと答えをいただいています。

ICT については、パソコンやスマホ等いろんな機種を使って、先生と患者さんの情報共有をしたり、相談をする。タイムリーなケアにつながっている実例が全国でもあるということで、それについてお考えをお尋ねしました。

まず活用の必要性です。お医者様全体の割合が左側の数字で、「あまり感じない」という方から「活用したい」という方まで、このような割合でご回答いただいています。その中から、在宅診療を行っている先生方に絞って割合を出しますと、「必要性を感じない」という方もいます。でも、「活用したい」という数字が若干割合増え、半数近くまで増えるという結果が出ています。

実際に松阪地域でも情報共有システムが今年度導入されました。説明会を 7 月にして 400 名近い方にご参加いただいた状況なので、実際に ID の申請がありましたのが 2 月末時点で 350 名。現在実際に在宅で療養されている方、介護を受けている方について 24 名分のお部屋が今動いています。私達は中身が見えませんが、どういうやりとりが繰り返されているのか判らないですけど、

関係をされている方々がコメントを入れられると数字がでますので、今日は動いているかなと時々拝見をしています。少しずつでもご活用されている様子が伺えています。

主治医、副主治医制について、お考えはそれぞれで、在宅を行っている先生だけで割合を出すと関心が高い割合が増えることがわかりました。まだ、主治医、副主治医制は、実際にそれを制度としてやるには、まだまだ情報不足ではないか等、先生方の本音もアンケートの中には書いてありましたので、関心はあるけど、すぐにやろうというところには、まだ至っていないと拝見しました。

最後の問いで、緊急時の入院受入れに関する連携体制。困っているか、困った経験がある、課題はある、連携が図られている、課題はあるは少し多い割合が出ています。これを、在宅をされている先生方に絞りますと、お困りになった経験や、課題があるとお考えの割合が一気に増えてまいります。

松阪地域の中でいろんな課題があることが、このアンケートで判ったのと、先生方がいろんな思いや葛藤をいただきながら、日々診療をされていることも分かりました。それをどう解決していくかは、当然連携拠点だけでどうにかできることではありませんので、これを大事な資料として連携拠点の方で持たせていただいて、また日々の業務の中で、うまく皆さんのお力をいただいて皆さんと一緒に解決できる場所は解決につなげていけるといいと考えています。

アンケート調査の活かし方で、1 つは連携拠点が専門職の皆さんを後方支援という形で資源を活用していく中で、医療機関個別の情報の充実、更新を適宜行っていきたいと考えています。関係専門職からの相談を開始し、これまで 55 件ご相談をいただいておりますが、その中に医療情報に関わるようなご相談も多々含まれていますので、その都度相談内容に応じて、お伝えできる情報は提供させていただいて、また必要に応じて先生方にもご相談させていただきながら、大切な資源として活用していきたいと思っています。

いつ、どこで、どんな情報が更新がされているかをどうやって情報を入手していくかが、今課題だと考えております。うちの情報こんなに変わったよと伝えていただくところまで、まだ関係機関さん、医療機関さんも、介護事業所さんも含めて、そこまで共有ができておりませんので、情報の更新をどうやって知っていくか、その上で更新した情報をどうやって皆さんにお伝えしていくかが、今後の一つの課題になっていくと考えています。

会長

ありがとうございます。それでは続けて「平成 30 年度地域包括ケア推進事業報告」を、事務局の方からお話をいただきます。皆様方のお手元の資料 2 以降を使ってご説明をいただきます。それではお願いします。

事務局

資料の 2~6 までのご説明をさせていただきます。

資料 2 の「平成 30 年度松阪市地域包括ケア推進会議の事業報告」です。地域包括ケアの推進は、高齢の方が切れ目のない介護や医療サービスを受けて、

住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしていけるように、在宅医療の推進を目指して関係機関と調整を図って、介護と医療の連携を強化することを目的に設置されています。

松阪市では、「地域包括ケア推進会議」を平成 26 年度から開始しております。今年で 5 年目に入りました。ここが全体の親会議のような位置付けで、推進会議は年 3 回開いています。始めの頃の協議は、認知症の方が高齢者には増えているので、その支援の取り組みを重点的に話し合いを続けてきました。今年度は 4 月から、この連携拠点と認知症の初期集中支援チームが新たに専門機関として設置をされたので、大きくジャンプアップしたのではないかと考えています。30 年度の地域包括ケア推進会議は、在宅医療・介護連携のための取り組みで、特に医師会の先生方に話題提供をしていただき、在宅医療の患者さんをどのように診ていけばいいのか、看取りの考え方も、前回の会議でもたくさん意見を出していただいたところです。このように多職種の方が集まった中で、在宅医療・介護連携を推進していくための地域の現状を把握したり、課題を抽出していく場として、この推進会議をこれからも進めていきたいと思っています。

その下の「多職種勉強会」、「顔の見える連携部会」、「認知症に寄り添う部会」、につきましては、この地域包括ケア推進会議が親会議としますと、それぞれの専門部会という位置づけをしています。

多職種勉強部会は、「顔の見える関係を築く」ことから始まり、「多職種の役割を理解する」、そしてそれぞれの「専門職の資質を向上する」、そしてその上で「連携の仕組みを作る」。この目的を基に平成 26 年度から年 2 回勉強会を開催しております。30 年度からは部会長を 2 名選任いたしまして、内容を顔の見える関係交流だけでなく、専門職の方が現場へ持ち帰って、現場で活かせるような内容にしていこうと取り組み強化を進めています。

顔の見える連携部会は、30 年度は、カナミックの内容になります。平成 30 年 6 月に松阪市がカナミックネットワークと契約して、在宅医療と介護に関する情報を関係者の方々がスムーズに共有できるように、安全で効率的なタイムリーな情報共有ができるということで導入をしました。今年度は勉強会を全部で 7 カ所開催して、399 名の方々がその勉強会に参加いただきました。

認知症に寄り添う部会は、これまでは認知症のハンドブックの作成や、認知症の初期集中支援チームをどう作ったらいいかを話し合ってきましたが、30 年度は、認知症初期集中支援チームがスタートしたので、その稼働状況や地域の支援体制について協議させていただきました。

裏面の上段は、多気郡 3 町と協議・調整を図っていること。

地域包括ケア推進会議の運営幹事会は、推進会議の全体的な進行を管理していこうという位置づけで、毎月 1 回医師会の先生方や多職種の方々と協議を持っています。

松阪地域在宅医療・介護連携拠点運営委員会準備会は、30 年度の 10 月から始まっています。

三重県在宅医療連携アドバイザー事業は、お医者様の櫃本先生による指導です。松阪市と松阪地区医師会が連携して在宅医療・介護連携を推進できるように三重県と県医師会による共同事業に応募して依頼しました。9 月と 12 月に先生に来ていただいて講演をしていただきました。

市民啓発は、平成 27 年 7 月から広報松阪に「高齢者の暮らしを考える」、地域包括ケアを少しでも市民に分かってほしいと連載しています。今連載は第 44 回まで伸びています。第 1 回は会長に取材をさせていただいて、この連載がスタートしています。今後も多職種の方の取り組みや、市民の方のいろいろな元気高齢者づくりや地域の中でやっている取り組みを広報を通じてどんどん発信していきたいと思っています。28 年 12 月から市のホームページにいろいろな制度の取り組みや、総合事業等で掲載をしています。啓発冊子の作成を平成 28 年度からいくつか発行をしてきています。「在宅医療を考える」は、A5 版の 79 ページもので、元々はシニア玉手箱に連載された内容を再編したものです。「大切な人の最期を看取ることについて」、28 年度に最初発行したもので、元々今日この後話題提供をしていただく K 先生が「四日市の医師会でこんないいものを作っているよ」とご紹介いただいて、四日市の担当部署に了解を得たうえで、松阪市版に作り直したものです。今年度は、松阪市役所の「お悔みコーナー」も追加をして、全 18 ページで改訂しています。

次に資料 3、「松阪地域在宅医療・介護連携拠点の事業の進捗報告」です。連携拠点については、医療と介護に関わる、特に在宅医療を支える専門職の方々を相談支援する窓口で、30 年 4 月に松阪地区医師会館に開設をして、看護師、社会福祉士、事務それぞれ 1 名ずつが配属して、この事業にあたっています。実施主体は、松阪市と多気郡 3 町の実施主体です。月曜から金曜まで 9 時から 4 時まで相談対応をしている体制です。

1 つ目の項目としては、地域の医療・介護資源の把握で、アンケート調査で地域の実態を知るとともに、直接在宅のお医者様のところに訪問していただいています。医療機関や介護事業所マップも作って、拠点の方にいつでも閲覧できるように用意をしました。

2 番目の医療・介護関係者の情報共有支援は、先ほども紹介しました ICT を活用した情報共有システムで、30 年の 6 月から始めまして、登録の ID パスワードの発行の登録の手続きをした方が、2 月 28 日現在で 350 名です。患者さんの部屋は 2 月 28 日現在で 24 部屋に増えてきています。このカナミックのシステム利用に関しては、個人情報の心配があるとか、インターネットを使うこと自体の不慣れな方への少しでもハードルを下げる意味で、マニュアルの入門編を拠点の方で作成して、少しでもご利用が増えるように進めています。

医療・介護関係者の情報共有としては、広報紙の「わおん」の第一号を作っただいて、前回の会議 11 月 21 日にお配りしています。

具体的に相談支援は、左下の棒グラフの通りです。平均すると月平均 5 件ぐらいで、相談支援としては、大半は電話ということになっています。

裏面は、相談の内容ですが、在宅医療の情報をお問い合わせいただく医療系のものが一番多くなっています。支援内容は、それらの医療の情報を提供することが 53% で一番多くなっていて、関係者からの相談に助言をしたり、後押しをしたり、共有したりと支援内容も 31% と多くなっています。相談者の職種の内訳は、医療職、ソーシャルワーカー、包括とありますが、ケアマネさんが一番多い状況になっています。拠点としては、この相談の機能をしっかりと整えていくためにも、相談をしたら記録をしっかりとっていただいて、その相談対応のあとで、満足度調査もまとめているところです。少しずつノウハウをつけて改善を図っている。頑張っている相談機能を高めているところです。

4 番目の医療・介護関係者の研修は、多職種勉強会の内容です。30 年度から部会長を 2 名配置しましたので、今までよりもバージョンアップした内容で行いました。9 月 7 日は薬剤師さんと、リハ職さんの 2 職種により、「ポリファーマシーを知って、みんなで考えよう」というテーマで、2 月 1 日は「看取りを迎える家族の“ゆらぎ”を多職種でどう支えていくか」で、お医者様の話題提供の下、グループワークをしました。グループワークには必ずお医者さん、看護師さん、ケアマネさん、それぞれの職種が配置される構成メンバーも工夫して、活発なグループ討議がされたところです。

資料 4 です。「松阪市認知症初期集中支援チームの実績報告」、4 月から 1 月までのまとめです。こちらも 30 年 4 月から開設で、松阪地区医師会館に設置をされています。保健師 1 名と精神保健福祉士 3 名の専門職が対応しています。認知症かとも思われる方へチーム員の専門職が家庭を訪問して、本人や家族の困りごとや心配事の相談を集中して 6 か月間支援するものです。その支援をする中で、その時のアセスメントや、その方向性、どういう対応をしたらいいのかチーム員会議をしています。それが 2 番の表です。松阪厚生病院さんと南勢病院さんでチーム員会議を開いています。チーム員会議の中の医師 34 名は、チーム員のお医者様だけではなくて、医師会にいる専門医やサポート医の先生等が、このチーム員会議と一緒に加わっていただき、共有をしていただいた結果です。相談件数は、4 月から 1 月までの実人数は 36 名で、女性の方が 61% と多くなっています。

次のページ、年齢の内訳は 75 歳から 84 歳までが一番多くなっています。対象者の内訳は、独居と夫婦のみという内訳が一番多くなっています。

相談元の内訳は、子供さんからの相談、そこから包括支援センターが把握して、認知症の初期中に相談されたケースが割合的に一番多くなっています。

次のページ、9 番目、チーム員への支援希望内容は、医療機関への受診をさせたいという思いが一番多くなっています。

10 番の支援に対する阻害要因の内容ですが、本人さんが認知症であるかどうかのご理解が難しいのと、認めないという拒否のこと、BPSD で本人さんの不穏な状態であるとか、暴言はあるとか、問題行動によって、家族の方がいろいろと困っている。これらを初期中に支援を求めています。

11 番が、認知症初期集中支援チームの成果になります。介入前では主治医の先生がいないのが全体の中で 11 件あったのが、介入することによって、その内の 7 件に主治医の先生が確保できた。そして認知症の鑑別診断がつかなかった方が 31 件あったのが、介入することによって 17 件は鑑別診断がついたということで、6 か月間集中して専門職が家庭訪問を続けて介入することで、いろいろな成果が出ています。

次のページ、関係者との連携内訳の中では、地域包括支援センターとの連携が一番多くなっています。この認知症初期集中支援チーム自体が、本人や家族からの直接の相談を受ける場所ではないと市民に広報していることもありますが、包括支援センターがたくさんの多職種と関わって、本人や家族を支援している構図がこれでよくわかると思います。

資料 5 は広報のページで、資料 6 は、地域の元気な高齢者の方が、その元気を少しでも長く保っていただくためには、外に出て社会参加をしていただくことが一番だということで、平成 28 年からお元気応援ポイント事業を始めています。65 歳以上の方が 4 人以上老人クラブの活動であるとか、サロンとか、宅老所の主体的な活動をしていただいていると登録ができます。このカードに参加するたびに“はんこ”を押し、20 個たまりますと参加賞をお渡ししています。ごみ袋や食器洗剤の日常にすぐ使えるようなもので、市民の声を聞きながら、品も替えながら満足いくように賞品も用意しています。今、登録だけで 489 団体あり、このカードを持っている方が、重複していると思われませんが、9,000 人ぐらい持っておられます。年 2 回抽選会で 100 名の方が当選されます。とっても喜んでいただいて、つどいの場へ出てくるのが楽しみに、励みになっているというお声をたくさんいただいていますので、こういう地域の取り組みも、地域で頑張っておられる高齢者のみなさんや、担い手のみなさんのこういう取り組みもどんどん支援していきたいと思って紹介させていただきました。

会長

資料 1 から 6 までご説明をいただきました。ここまでのところで各委員の皆様から何かお気づきの点とか確認したいこと、あれば頂戴したいと思いますがいかがでしょうか。

なければ続けて、今日の大きな 2 つ目の意見交換ということに移りたいと思います。ちょうどこの会前回は、H 先生、F 先生、N 先生に話題提供ということでいただきました。今日は K 先生に「14 年間在宅医療をした経験から」ということで、連携について思うことということで K 先生にお話しいただこうと思います。準備をしていただいております。

発表者 K 先生

開業してこの夏で丁度 14 年になります。いろんな思いがたくさんありまして、今までの経験から得た中で、多職種連携ということですので、連携がうまくいった例といかなかった例の話をさせていただきます。

1 例目の症例は、96 歳の女性の方です。戦争でご主人を亡くされて、子供が

成人してから松阪で 1 人暮らしをしていました。娘さんと息子さんがみえて、娘さんは県内、息子さんは県外にみえました。8 年程前から私どもの外来にいられて、昨年春に出血があるというので、婦人科に行っていたら、子宮がんが見つかりました。

ただ本人さんは病院とか行きたくないし、96 という年齢から検査や治療はしませんということでした。ちょうどこれが見つかる少し前に、息子さんが定年退職され、親の面倒を見るため、家を改築されて一緒に住んでいました。まだ 1 年も経たないうちに子宮がんが見つかり、その 2 か月ほど経ったときに墓参りに行かれて、ころばれて大腿骨の頸部骨折をされました。

病院へ行きたくないといっても、そっと触っただけで大騒ぎするので、自分もいろんな患者さんを診ていますが、場合によっては骨折しても病院に行かず、そのまま寝たきりになってもらうことも大事な時があるんです。何でも病気が見つかったら治さないかんということではありません。本人も歩きたいと言われましたので、そうしたら手術しかないので病院へ行ってもらいました。

手術を受けたんですが、リハビリを始めたら付けた金具がずれていくんです。それだけ骨粗しょう症でボロボロだったんです。リハビリの病院にも行ったんですが、写真を撮るとずれていくので、リハビリできずに、家に帰って来てもらいました。

その介護について、息子さん夫婦と同居されていますが、息子さん夫婦はずっと 2 人だけの生活を県外でされていて、人の世話を経験したことがないし、ずっと都会におられたので、何かあると「病院」とすぐ言われる方でした。ただ介護のやり方も何も分からないので、ヘルパーさんに入ってもらいました。とにかくおむつ一つ替えられないというご夫婦でした。

訪問入浴を受けまして、亡くなる前日も入れてもらいました。入浴の人ってすごいと思うんですね。前日でも入れてくれるんやと。

リハビリをすることは、本人に生きる希望を与えるんです。もうリハビリも受けられないという思いをする方がいけません。自分の患者さんやガン末期の患者さんでもリハビリをしてもらいます。リハビリといっても本当に立って歩けということじゃなくて、ベッドの上で過ごすのに、ここの筋肉を落とすのはいけないとか、ここの関節は拘縮させないという感じで、マッサージが主になることも多々あると思うんですけど、本当にリハビリの先生が最後までやってくれて、患者さん自身がもうリハビリもできないのかという思いがなかったみたいです。

ケアマネさんもお夫婦が、なかなかうまくいかないことを知っていたので、頻回に来てくださいました。ありがたかったです。これは。

だから息子さん夫婦は、「どうしていいかわからへん。」とずっとそのまま。「人に聞いたらどう」と、そのケアマネさんが来てくれていますので相談して、その人らに頼って、何もできなかった人が一つ一つおむつを替えるようになり、ものを食べさせることができるようになって、そうするとちょっとずつできると

いう形になったのです。

実はこの方、いっぱい病気を持っていて、さっきの金具がずれるだけでも、息子さんは整形の手術をした病院へ行こうと。病院へ行こうといっても、ずれた金具を外してもう一回入れても、またずれるわけなんで何ともしようがないことが分からないんです。病気があったら、病院へ行ったら治ると考えてみる方だったんです。それを僕が何回も、毎日同じ説明をしても理解してもらえなかったです。嫁さんの方は判っていたけど、ご主人が難しかったんです。

目も緑内障と白内障がありました。目薬もらいに眼科へ連れて行くというから、「足の骨折れて金具もついていない人どうやって連れて行くの、本人が痛がりますやんか。」と言っても、やっぱり眼科の先生に診てもらわないとという言葉が当初何回も出てきました。ただ私が医者 of 言い方で偉そうでいかんのかもしれませんが、医療で支えきれない、日常の些細なこと、そういう気持ちをヘルパーさんらが本当に上手に言ってくれたんです。おむつが替えられて、いろんな介護ができるようになると、ヘルパーさん褒めてくれたりするわけですよね。「ようできるやん」ということが段々伝わっていくと一生懸命 2 人がやるようになってきたんです。もちろんそれをしてくれるスタッフが、私どもを信頼してくれたおかげでここまでできたんだろうと思います。

これは去年の話ですけど、年内で命はないと思ったんです。そこから驚異的なことがずっと起こって、血圧下がっても呼びかけたらしっかり答えるし、前日まで風呂入れるぐらいですから。正月を迎えられないと言ったんですが、十分正月を迎えて、ちょっとずつ 2 人がいろんなものを口に入れながら、最後まで介護ができて、最期の方では病院とか一切言わなくて、「どうもありがとうございました。」ということで天寿をまっとうされました。

一応これはうまくいった方です。

2 例目が、あまりうまくいかなかった例です。82 歳の男の方で直腸がんで手術して、次の年に再発して人工肛門がついている方が、脳梗塞を起こして右マヒで自宅におられたんです。言語障害で言葉もしっかり出ないものですから、誤嚥性肺炎を繰り返して、ご自宅に 2 人でおられました。娘さんと息子さんとおられるんですが、とても 2 人の生活は無理だろうと、看取り目的で 2 人一緒に施設に入りました。

自分が主治医をするのは、施設からの依頼か、患者さんなら直接電話かけてきたり、クリニックに来られることもあるんですが、その施設では看取りをしてもらっている施設なので、そこから連絡があって、看取りでいいので先生診てもらえますかということだったんです。

ご家族に入所の時に来ていただいて話をさせてもらったり、場合によってはクリニックに来てもらって、家族の思いを確認させてもらっているんです。その時に延命治療はしません。点滴や酸素もしません。施設で穏やかな生活をさせてください、ということだったんです。

ところが入所後から常に 37 度台の熱が出て、咽喉がゴロゴロいってしまし

た。4 か月目にも 39 度台の熱が出てゴロゴロいって、SPO2 というのは酸素飽和度、動脈血の中の酸素の量が 82、自分らは 95 以上あるんですが、それだけ落ちて、「ああこれは肺炎になったな」ということでご家族に言ったら、「こんな急に悪くなったことが納得できない」と突如 2 人が言い始めて、「病院に行きます」ということで、病院へ送らせてもらったら、案の定誤嚥性肺炎で、いったん抗生剤や点滴で良くなりますけどまた起こすので、とうとう経管栄養をされたみたいです。病院へ送った時点で、私どもの主治医がはずれているのですが、その後病院でも酸素吸入したり、また肺炎になって、最終的には病院で亡くなったと伺っています。

一応、施設入所の患者さん、家族となるべく話すようにしているんですけど、どうしても先に入所が決まってしまうと、いつも自分が行くところは、たいいてい施設の長の方が家族と話をし、「この施設で最期でいいですか」という話をされているわけです。そこで「いいよ」ということであれば、私に頼もうと連絡をいただくので、時々直接話さないことがあるんです。実際に施設に入っているから、家族は松阪市にいるかということ、そうではなくて東京や大阪におる人が多いので、しょっちゅう来れないのです。そうすると家族と話をして思いを確認することは、なかなか難しいのです。でも家族は時々来ますよね。来た時に私が往診するとは限らないので、特にご家族は土曜日や日曜日となると、そこへ訪問するのを合せるわけにはいきませんので、どうしても施設長とか看護師さんを通して家族の思いを確認させてもらっています。先ほどの方も誤嚥性肺炎が起きることも予め言っているんで、こちらとしてはそのまま看取りにもっていくのかなあと思っていたんです。施設の看護師さんもしっかりした看護師さんでしっかり話をしてくれていたのですが、急に態度を変えられまして、確認がしてあったのに残念なことでした。一応これが 2 つ目です。

3 つ目は、実は多職種連携にならない症例をいいます。23 歳の男の子です。肝臓がん、実はものすごく大きい肝臓で、癌が大きくて骨盤の中まで肝臓が、お腹触ると癌がどこかわからないけど、下の方まであるなというぐらいお腹が張っていて、腹水が多量に溜まっていて、実は大学卒業が決まって就職も決まり、翌年から働くという 12 月にそれが見つかって、とても大きすぎるということと、抗がん剤を使ったけれど効果がないということで、病院の外来に肝不全で毎日点滴をするということで通ってみえたんです。

お母さん、息子 1 人。親 1 人子 1 人で藁をもつかむ思いでいろいろ調べたら、丸山ワクチンがあるということで、それを扱うお医者さんをインターネットで調べて、その先生に頼んでワクチンを取り寄せて、お母さんがアンプルを切って、注射器で息子にうっていたんです。本人さんにとってははすごくつらかったそうです。息子の腕やらお尻に注射を泣きながらやっていたそうです。

最終的には呼吸不全を起こして、病気が見つかったから 9 か月。自分が関わったのは、最後の 1 か月ぐらいですけど、辛い思いで亡くなられた。これを何で出したか後ほど一緒に話をさせていただきます。

この時本人さんは家で死にたい。緩和ケア病棟の予約もしましたが、絶対に行かないと言いました。お母さんは当然ちょっとでも 1 日でもいいから生きてほしい。ただ 1 人で見ていることがすごく不安。もう仕事辞めますと言って、でも我々の使命は、見ているお母さんを支えるということで、仕事を辞めさせたらいかん、「休業してください。息子さんがある程度落ち着くまでは。」ということで、そしたら仕事は辞めなかったんです。でもありがたいのは、病院の先生が私に言ったのは「いつでも受けます。」と言われました。もちろん夜間とか休日とかはどうか分かりませんが、いつも連絡を取るたびに「先生いつでも送ってください。自分がおる間は受けます。」と言われました。これは在宅をしている医者にとっては、うそでもありがたい言葉です。

松阪市の現状、みなさん多職種連携でこれだけ勉強しています。みんなは他の市のことをご存知の方はいらっしゃるでしょうか。四日市とか伊勢とか津とか、他の市がどんなことをしているかご存知でしょうか。知っている人います？僕も在宅医療して何年かしたときに、三重県の在宅の先生が年に 1 回ぐらい集まっていたんです。四日市の先生、伊勢の先生、津の先生とかが集まるんですが、みなさん尾道方式とかいろんな言い方、何とか方式とか。尾道の先生の話の聞きました。四日市の先生、伊勢の先生とずっと話をしていました。松阪は、尾道の先生の話の聞いたら、「こんなん松阪では何年も前からしているやんか。」と、松阪にはできているんです。私 14 年前に開業しているいろんな方々と連携を取りましたけど、お医者さん、病院はもちろんですけど、三病院、救急で私が紹介状を書いたら必ず受けてくれますよね。歯医者先生も開業したときに入れ歯が落ちたとか、歯が抜けたと言って、歯医者さんへ連絡すれば往診してくれました。歯科衛生士さんも動いてくれます。薬剤師さん私が頼んだら、先生行くところなら配達しますと言ってくれました。先生この薬あまり良くないですよ、これと合わせるとか、この薬はこうしてくださいとか、聞いたらすぐ教えてくれました。だから私もやっていく中で、全然 14 年前から苦労したことがないぐらい松阪は充実していると思います。これは誇るべきことだと僕は思っています。他の伊勢の先生に聞いても、津の先生に聞いても、「えっ、そんなこともう松阪ではできるの。それだけみんな協力してくれるの。」自分はそれが当然と思っていたんで、伊勢とか津とか四日市はそういうことがないので、私は恵まれていると思いました。

この 14 年で施設もいっぱいできました。自分は開業した 14 年前は、在宅で死ぬのがベストとっていました。病院や施設に行くのはいかんと考えていたんですね。ただ、10 年も経った頃にふと思ったのが、核家族化、結局年寄り自体がいても子供達は自分の生活や大学へ進学したり、そこから就職すると松阪に帰ってくる子は少ないんです。結局東京や大阪にいと介護するにも介護できないですよ、当然。一緒に住んでいないわけだから。

もう一つは介護についてのものの考え方が、14 年前とだいぶガラッと変わってきました。核家族化が進んで、外で親の面倒が見えないとなったら、誰かに

任さないといけないし、実際夜出ていったりして、徘徊して行き先が分からんようになったり、ドブにはまったり、いろんなトラブルが起こってくる。その度に東京や大阪におる子供らが呼ばれて来ないといかん。みんなに謝らないといかん。それだったら施設に入った方がいい。自分が子供だったら「頼むでお父さん施設へ入ってくれ」と言いたくなりますよね。そばにおらないのだから。そうすると施設がその人にとっては自宅になるわけなので、施設のスタッフがそのまま家族になるんじゃないかなと考えています。

実は最後の症例を出したのもそこにかんでくるのです。この 2~3 日前 7 時のニュースを見ていたら、ある家の新聞受けに新聞が 7 日分か 10 日分溜まっている、警察が入ったら、お年寄り 2 人が亡くなって 1 週間から 10 日経っているという事件がありました。その次の日に見たら老夫婦を介護していた息子さんが、親 2 人殺して自分も心中した事件があり、2 日続けて報道されたのを見て、また最近育児で子供も虐待してしまったり、殺してしまったりする。結局この人たちの共通するのは相談する相手がいない、自分がぼやく相手がいないということだと思えるんですね。結局在宅医療、多職種連携ももちろん大事なんですけど、そうやって悩んでこらえている人がまだたくさんいるんじゃないかな。私どもからお願いしたいのは、そういう方々を発掘するのは市の仕事かと思っています。自分でもの言える人は大丈夫なんですよね。言えない人が中で困っているのかなあとと思っています。

自分らもこうやっていたら支えて欲しいんですよね、しんどい思いしますから。だから病院の先生の「いつでも受けます」というのは、自分らの支えになるのと同じで、「これ困っているんやわ、親のことで」ということが言えるような状況を作ってほしいなと考えています。

介護者が、自殺したり、親を殺してしまうのは、止むに止まれずというところがあると思うんです。自分も痛い目をしています。開業して 4 年目か 5 年目ですが、お母さんが老衰で亡くなったんですが、その後息子さんに自殺されてしましまして、しまったということがありました。自分らの課題は、患者さんはもちろん大事ですけど、介護者が疲弊してしまったり、変な方向へ行ってしまうことがないようにすることが在宅医療の使命と考えています。うちの看護師がこれだけは言ってこいと言われました。実際にさっきの自殺のことだけじゃなくて、介護している方が先に病気になって亡くなった人も経験しています。娘さんが先に癌で亡くなったり、奥さんが癌で亡くなったりして、結局辛い思いをしている患者さん自身もいるので、介護者自身も健康でないといけないのです。その介護者を支える人間が、先ほどのうまくいった例では、ヘルパーさんが介護者、何もできない人を一生懸命ヘルパーさんが育ててくれたから最後まで家にみえたわけで、あれができなかったらおそらく病院と言われたのかも知れません。

僕も病院に勤務している時にはそんなことを思わなかったんですが、在宅って患者さんだけ診ていたらいいのではなくて、逆に家族をしっかり見てあげな

いと在宅は成り立たないです。結局在宅で介護者が疲弊してしまったり、兄弟げんかをされたりすると、こうなると家におれなくなってしまう。

14 年前は家で死ぬのが一番いいと僕は思っていました。でも今は全然思いません。家で死んでも後で子供らと喧嘩するなら家で死なない方がいいです。そのために病院へ送ります。そして施設にいても悪くないんです。施設の人が家族。うちの看護師が「施設のヘルパーさんや看護師さんはこの患者さんの家族なんよ。」というんです。そのとおりだと思います。施設の介護者はスタッフなんです。その介護者が心地よく、元気よく仕事をしていただくことがその患者さんにとって大事なことと思っています。

会長

どうもありがとうございました。それでは意見交換のテーマで、事項書の方も 2 つ書かせていただいています。1 つは「在宅医療で暮らす本人の選択と本人・家族の心構え」で、もう 1 点は「在宅医療が必要な高齢者を多職種のチームで支援していくために」ということで、最後の方に K 先生にもふれていただきましたが、この 2 点について主に意見交換を進めていきたいと思っています。どなたからでもかまいませんので、お気づきの点とか K 先生のご質問とか、あるいは感想も含めてでもかまいませんので頂戴いただけたらと思います。

委員

私も在宅をやっております、K 先生の気持ちはものすごくわかるというか理解できます。

まず患者さんは、ものすごく良くなることはありませんので、何を支えるかということ、家族は絶対に疲弊させてはいけないと、共通する意識をみんなが持っていることがものすごくそのチームで大事なことで、一番最初の症例で K 先生大変な思いをされたんですね。人が看取るということは、すごくストレスで、それを乗り越えていただくことは、その人にとってその家族にすごく成長されるんですよ。最後は人間的に成長されたなと感じる瞬間はあると思うんですが、それをわかっていただくのが、結構そこまでの過程が難しいかなと思っています。しかしそれが達成したらその家族全体が、すごく仲が良くなりますし、人間的に成長されることを目にする事ができると思います。

それから松阪市のことを言いますと、僕は K 先生と一緒に、すごく恵まれたところであって、我々が連携するのに何も困ったことがないです。皆さんよく勉強されますし、3 病院も困ったらちゃんと助けてくれます。そういう意味では、いいところだなと思っていますが、松阪市ってこれだけいいところで、医療も進んでいるけれど、残念なことがあります。実は平均寿命って三重県で、男性は平均ぐらいですけど、女性は平均以下なんですよね。これだけ環境がいいのに何でなのと考えてしまうわけで、病気にならないようにすることも大事、いいところに慣れてしまっただけいけない、ということで私は健康づくりをやっております。

会長

確かに平均寿命だけでいうと先生おっしゃるとおりですね。松阪の女性がたぶん男性に気を使って生きているということですね。それを数値化できればいいなと思います。ちょっとお知恵をお借りして僕も分析したいなと前々から思っていますね。

委員

何故なのか。こんなにいいところなのに。御飯も美味しいし、環境もええし、何が悪いのかな。病気になったら病院へ行ったらええと思っている人がいっぱいいる。病気になってもええと思うのがまずいのかなと思います。

会長

他にいかがでしょうか。

委員

先ほどの K 先生のお話の中で、施設に入所する時にご家族さんと施設の方とで、延命治療をしないというのが、悪くなったら延命治療の方に気持ちが傾かれたということで、私高齢者 85 歳の方、お元気な方ですけど訪問した時に、私は延命治療してほしくない、そこらじゅうに「延命治療は拒否します」と書いて貼ってあるんです。これだけ書いてあったら大丈夫かなと言われたんですけど、「それは時と場合によって、親族の方に救急隊が入れば、また連絡されるかと思うので、私は何とも申し上げられません。」と帰って来たんですけど、そういうふう書いてあった場合にどうなるんですか。

発表者 K 先生

本人がいくら延命治療望まないと言っても、意識がなく倒れているときに誰がそれを言うんですか。言わないですよ。息子が来て、何もしゃべれない、意識がなくなっている時に、いくら延命治療していらんと書いてあっても、その子供の思いがありますよね。例えば、病院へ行っても、本人が治療はせん、入院はせんと言って帰って来た人もいます。子供がいくら病院へ行けと言っても、向こうで検査は絶対いや、血も抜かない、点滴もしないと言ったら医者は何もできないです。だって本人が拒否しているものは駄目でしょう。

例えば、意識が無くなって、運んでしまうでしょう、子供らは。だから、子供に話をして、元気なうちに何回も何回も言わないと駄目だし、東京や大阪に子供が行っていたらどうするのということです。近所の人が見つけて放っておけないですよ。結局心停止していたら、警察を呼ばなければいけないので、そうしたらもちろん本人にとっては延命にならないので、いいことになるのかも知れないけど、子供さんらにとっては、それは納得できないと言われるかも知れません。だから貼り紙に「延命はしない」と書いてあるのであれば、これをちゃんと子供さんと話をして、それこそ終活じゃないけど、遺書を書いとかなないとはいけません。そうすれば何も問題ないのかも知れませんね。

委員

貼ってあって、紙が、印鑑も押してあるんですけど。

発表者 K 先生

駄目でしょう、それは。例えば子供が 3 人いたら 3 通りのものの考え方をするんです。絶対に一緒にならない。一人っ子だとその人に聞いて、「あなたのお父さん死んでどうするの」と聞いたら「病院へ運ばんでいいです」と言えば、それで OK。ただ 3 人おると 1 人でも病院と言われたら病院へ運ばないといかん。必ず後で喧嘩になるんです。実際に喧嘩になったところも見ました。だからそうやって考えると本当にちゃんと子供らの前で遺書を書くのであれば、その延命しないというのは生きて来ると思います。

委員

先生のお言葉の中で、家族がもめたり、介護者が健康を害するようであれば、施設入所を勧めるとおっしゃっていただきました。私は、介護をいろんなところから応援をいただいて、家族で介護していくのが、この地域が目指していることなのかと、ちょっと誤解していました。すごく肩が軽くなりました。

家族さんが親の介護のために仕事を辞められる、それを先生は辞めないでくださいとおっしゃってくれました。辞めて家族は親の年金で生活しているわけなので、親が亡くなった後、介護していた子供さんもええ年になって再就職は不可能です。そうすると今度その方が生活保護などに移っていかざるを得ない現状も見ていますので、力強い後押しをしていただいたような気がしました。

発表者 K 先生

僕、何人か民生委員の人から、患者さんを紹介されたことがある。全部自分らが抱え込んでしまったらいけないし、民生委員の方も自分の地域にどんな人がいるか分かっていたら、相談だけでもこちらへ電話ください。話だけでも。そこから私どもが、例えば医師会の方へ言ったり、いろいろなところへ言って、いろんな人の知恵を合せたら、その人の居たい所へ、自分らは最初に自宅がいいと思ったら、自宅になるべくするようにしますが、環境が変わったり、状況が変われば施設も使っていかなければだめだと思いますので、困ったことがあったら、こちらへ電話していただいて結構です。話はいくらでも聞きますし、自分らが提供できるものがあれば、話させてもらおうと思っています。

抱え込まないことです。結局。民生委員の方も真面目な方が多くて、困っている人結構多いんですよ。他の民生委員の人にも言ってください。医師会に言ってもいいと思います。そういう相談に乗ってくれますので、どうぞ電話をください。抱え込まないことです。介護と同じで、自分で抱え込んでしまえば自分が疲れてしまいますよね。

委員

介護者の方が親の世話をしている、最後に自殺ということがありましたけど、他の人の事例ですけど、息子が自殺をしてしまって、その息子の自殺に至るまでのことを親が見抜けられなかったことで、子供が自殺してしばらくしてその親御さんが自殺されたんです。本当につらい出来事やったんですけど。

発表者 K 先生

さっきの 3 例目の人、僕が仕事を辞めるなと辞めさせなかったのですが、今

ちゃんと仕事されています。その姿を見て安心しています。

あと 1 つは、人が死ぬということは、すごいストレスがかかることです。その人によって大切な家族が居なくなることで、自分も自殺した人は 1 人だけど、旦那さんが亡くなって家族と一緒にいるにも関わらず、奥さんはずっとうつ病になってしまって、外へも出られない状況が続いたことがあります。5 年経ってようやくクリニックに来てくれました。手紙をくれました。ようやく治りましたと。それを見たとき、本当に嬉しかったです。実際に自殺をしなければいけない状況になってしまうのは、ものすごく真面目だろうし、家族を大事に思っている方だろうと思うのです。その親がまた自殺をするのは、息子に先立たれてしまったら、余計親にとったら自分の責任と思うから、自殺に至ったと思います。これも誰かこれを打ち明ける人、ぼやける相手が欲しかったんだと思います。誰か人につらいことでも言うとしは楽になるんですよ。何か助けになるわけではないけど。自分らも聞くだけですけど、でも聞くということ、聞いてくれるというのが、ちょっと違うと思うんです。介護しているのもみんな同じだと思うんです。さっき人に頼ると書いたんですけど、これってすごく大事なことで、自分一人で抱え込んでできないことは山ほどありますし、介護なんて、人の死を看取ることは、学校で教えてくれませんかよね、やっていくことで、少しずつ自信をつけていくということになるので、そうすると気持ちの問題もそうだと思うんです。

ただ、自分もそうですけど、自分も親 2 人とも死んでいますけど、1 人は風呂で死んでしまって、1 人は自分が看取りしたんです。病院で死ぬと、病院へ行ったらそこに居そうな気がするんです。自宅は、この部屋のこのベッドがあってそこに居た人間が突如居なくなるので、すごい喪失感はしばらくあるんです。これをどう乗り越えるかと言うと、それも家族の支えしかないんです。結局、僕らも今まで通っていた家に患者さん亡くなったら、突然行かなくなるのですよね。行かなくなったら、どうしているかは全然自分らは分からない。例えば相談に乗ってあげたいと思っても、自分で言える人だったら OK ですけど、言えない人が結局自殺になってしまう。そうするとあと家族が、親族がどれぐらいその人を大事に思うかとしか答えようがない。その人を自殺に追いやらないようにするには、非常に難しい問題で、人間の気持ちというのは、薬で替えられるわけではないので、持って生まれた性格はあると思うんです。

委員

母親が自殺してしまったんですけど、相談する相手がいなかったのかな。一途にそれを思い込んで、その方をフォローするのも私らも気が付かなかった。というのは反省するところでございます。

会長

他にいかがでしょうか。

委員

認知症を抱えていらっしゃるご家族の方のコールセンター、ご家族の方から

お電話をいただきまして、今日は 40 分いろんなことをずっと話をされて、聞かせていただくしかないと思いながら聞きましたけど、先ほど K 先生おっしゃったように、ご家族の方の相談相手というのは、本当に必要だなと思いながら毎日聞かせていただいています。何人かお電話いただきますけど、本当に長い方は 40 分ぐらいずっとしゃべられます。溜まっていたものを全部吐き出されるのだなと思うのですが、話をしたりします。

私も以前病院へ勤務していましたが、やはり現場ではすごく忙しくて、なかなか時間をとって聞くのは難しいと思いますけど、電話相談であれば時間のある限り聞かせていただくこともできますので、ご相談いただけたらと思って、認知症の方に限らず、何でもご相談くださいと言っているんです。

今日、日本在宅ホスピス協会の会長の小笠原文雄（ぶんゆう）先生の「なんともめでたい御臨終」という本を間で読んでいたら、在宅でずっと何件か看取りをしている先生ですけど、ご家族がみな写真を撮るときに、臨終されてお別れの時にピースをされるんです。それで、なんともめでたい御臨終という感じの本を書かれていて、感動して読ませていただきました。いろんなケースはあるかと思いますが、日本ホスピス協会の会長さんのようにご家族が御臨終のときに満足してピースして、みんなで関わっていた、連携された職種の方々が、お医者さんに限らず、看護師さんも、ケアマネさんも、いろんな方がみんなでピースしているのに私すごく感動しました。

ケアマネのときに K 先生にもお世話になったんですが、その時に今先生も松阪はいいところで、いろんな連携をいただいていることをお聞きしまして、松阪もこういうふうに関連されていることも聞かせていただいて、いずれはピースをされるような、そういう在宅医療になったらいいなと思いましたので、感想を述べさせていただきました。

会長

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

いくつか今もお話しいただきましたが、2 点のどちらかのテーマからでも構いませんので話をいただければと思います。

委員

今病院の方で、在宅で家族がいなくて在宅へ戻っていけない人は、松阪の場合は、一般療養的な病院が 200 床ぐらい減ってきている中で、かなり松阪では、施設にお世話になることが多く起こっています。施設の方々の介護してもらう方が家族として、その方々が働きやすい環境が大事というお話しがありましたけど、私がいろいろ接触している介護施設さんでも、介護の人が募集してもなかなか集まって来ないというお話を聞いています。松阪ではどうか分かりませんが、北の方からでもそういう話があって、今、日本が入管法を 4 月に改正して、企業もそうですし、介護現場でも介護の方々の従業員で外国人に頼ろうと、特にベトナムとか、中国の方は前からみえますけど、そういうところから日本人と同じように勤勉であるので、介護の外国人を雇用しようと、実際北の方が

らでは、そういうところに手をつけながら、何とか施設を守っていこうという動きもしているところもあるんですが、実際松阪の方でどういう状況が起きているのか、今では話が出ていませんので、この場ではたくさん施設の方、ケアマネの方来てみえるんですが、それは今松阪ではどういう状況かお聞かせ願えればありがたいと思います。

会長

〇〇さん、もしご存じであれば。

委員

私の知る範囲では、四日市の方とか大きいところだと、かなり外国人の方を結構採用されてうまくいっている事例はたくさん聞いています。松阪では、今のところ先進的に外国の方を取り入れて、採用してうまくいっているのは、これからの課題になってこようかと思います。

最近在宅医療の話は、私も他の市町村の在宅の先生の話聞く機会があるんですが、「K 先生は 14 年前にやっていたことじゃない。」ということを感じます。四日市の方では頻繁に、ちょっと著名な先生が出て来たり、それはちょっと前からやっていたなというのと、施設へ K 先生エールを送っていただいて、施設は今人手不足とリスクマネジメントの面で非常に問題を抱えています。新聞報道等でも虐待じゃなくて事件が起こっている。私どもも施設がありますけど、何が起っても不思議じゃないような現状の施設もあります。いろいろなこういう機会の先生のお話しを伺ったり、介護の集まりの連携の共同体でもありますので、管理者向けの研修だとかをやっていくないと、先生がおっしゃったように、元気に職員が働く、そこへ持っていく難しさは現場にいて本当に感じますので、ちょっと外国人の話とは離れてしまいましたけど、外国人の方をお迎えする前に、まず自分のところの職員を確保すること、元気に働いてもらうこと、どうしたらそういうことができるのかというお知恵を先生方からもいただきたいと思います。

会長

いま言っていたように、病院の先生方が K 先生にいつでも診るよと言うメッセージとか、K 先生から介護の方へエールを送っていただいたり、お互いにケアする人をケアするような働きかけが、様々なところでやられているのがすごく大事なと改めて話を聞いて思いました。他にいかがでしょうか。

委員

大切な人の最期を看取ることについて、参考にさせていただきました。

人生会議、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) ということで、今盛んに話題になっていますけど、精神科医としてこの場でも申し上げたんですけど、1 点目お聞きしたいのは、ACP、生前にどのような看取りを希望するか、最近言われ始めたばかりですけど、どれくらい実際の場面にご経験はあるかということ。それから、そういうものがあつたとして、それをどういよういよう活用されているかをお聴きしたい。もう 1 点、もしこういうとき自分は何もしてい

らないと、ただ子供さんが複数みえると意見が分かれるので、きちっとそれを子供の前でやったほうがいいよ、というようなことをおっしゃったと思いますが、例えば、ご本人の意思が認知症等で確認できないケースが多いんですね。「死にたいの、生きたいの」と聞けば、「生きたいよ」とおっしゃったとしないですか、ご家族はこうしていいよとおっしゃったときに、そういう場合非常に医師として判断お悩みになると思うんですけど、ですから ACP は心身ともに健康な時に、ご家族としっかり話し合っ、定期的に取っておくべきものだと思うんですけど、それらを含めまして、ご意見をいただければありがたいと思います。

発表者 K 先生

自分が対象とする患者さんはみんな高齢で、自分の意思をある程度言われるにしても、年寄りなので言うことが変わってきます。必ず言うのは「早く死にたい。早く死にたい。」と言う人は絶対に早く死にたくない人です。ほとんどがそうです。本当に死にたい人って、僕があつぱれと思ったおばあさんが 1 人おるんですけど、そのご主人を自宅で看取ったあと、2 年か 3 年ほどそのおばあさんも診ていたんですけど、おばあさん食べられるんですけど、もう自分は食べたくない、死んでもええと思ったら何も言わずに食べるのを止めました。この人は絶対に食べられると思いました。そういう人ってあつぱれなんですよ。ぐずぐず言わずに、昔の姨捨山へ行く、自分で歯を折ってでも山を登っていくようなおばあさんだったんです。

でも最初に聞きます。「あなたはどこで最期を迎えたいですか。」「誰のそばに居たいですか。」と聞きます。でもそれを聞いてその通りしている人は少ないです。どちらにしても最期の方になってくると、意識がもうろうとしてきますので、はっきりした判断力はもうないので、本人の意思は聞きはしますけど、さっきの 23 歳の男の子だったら前日まで意識がありましたから当然のことだと思うんですけど、お年寄りの場合は言っても途中で変わっていく事もあるし、もちろん家族も変わってきます。僕ら医者はたくさんの死を見てきますので、この人はこうなっていくという想像はつきますけど、一般の方は、ご家族の方は想像がつかないので、変な症状が出て来たり、例えば嘔吐する、まず血を見たら普通の家族の方は病院と言われます。またもどす、吐くというようなことがあると、よう見ていないのが普通です。家で見るといってもその段階で送らざるを得なくなってしまうことがある。病院の先生から、「K、何で在宅医療の人が送ってくるのや」と言われたことがあります。僕も送りたくはないんですけど、家族が音をあげたら送らざるを得ない。そうやって家族や本人に意思を確認しながらやっても、やっぱり変わってくる。人間の気持ちは。だから最初に家で死にたいといっても、そうならないことは多々ありました。先ほどの方もそうだと思うんですけど、恐らく最後土壇場になったとき、本人が病院へ行くという人もいます。家で死ぬと言いながら、やっぱり本人が行くと言ったら行かざるを得ないので、医者や看護師さんだったらある程度分

かって、この病気ならこうなっていくと想像します。それで恐くなると逆にお医者さんや看護師さんも家におれなくなる場合がもちろん当然ある。これは一般の人だったら特にそうだと思うので、自分の身体が本当に具合悪くなってきて、つらくなってきたら、病院って言うてくるんです。だから最初先生言われた ACP と言われましたけど、その通りにならないことが多々あると思っています。

その場その場で、この人はこういう気持ちが変わって来たんやなということ尊重しながら、「じゃもうちょっと頑張ろか。」「大丈夫？もう病院へ行かんでもええかな。」ということ聞いています。家族にも確認しています。「このまま、あなた家で見て大丈夫。不安になったら病院も行けるよ。」と言いながらやっていくようにしています。最近。家でないと駄目とか、あんたこうやって言ったじゃないのと言っても駄目だと思うので、特に高齢になってくると、認知症になるし、例えば、死というものが目の前に近づいたのが判った人は、夜すごく不安になります。たいがい不安になって昼夜逆転を起こしてくるんです。そのときにちゃんとした判断を言うかということ、言わないと思うので、「大変やなあ、夜こうやって、昼間寝て夜起きとるのやったら、家族の人に夜楽しむ方法を考えやなあかなあ。」「昼間寝たらええやんか。」というような話をしながらやっていくしかないと思います。確かに本人が言ったことは、尊重しないといけないけど、どこまでが本当かどうかというのを、いつもそういうことを考えながらやっていました。

委員

延命治療はしないというのが貼ってある方がいる、印鑑まで押してある。実は延命治療の意味が、患者さんたちにとって全く一人一人違うんですよ。現場で言いますと、我々の延命治療と患者さんの考えの延命治療は違うし、場合によって延命治療は全部違って来るから、結局は良く分からないんですね。

例えば、先ほどの方が家で倒れていて救急車が呼ばれて来る。でも、治療をして点滴をすれば治る可能性だって非常に高い。私の領域でいきますと、ご老人というのは尿路感染症というだけで、意識を失う危険、点滴をして抗生物質をすると、弱るけど返ってくる。そういう状態だと、延命治療って何なのとご本人に聞いても分からないし、そういう状況の中で、普段は在宅に居て段々弱ってきますからね、たまに点滴のために入院して、また在宅に帰るといふことの繰り返しをしていく中で、実は多くの患者さんとか家族は、みんなそこで何となく「おじいちゃん駄目なんだな。おばあちゃん駄目なんだな」と、その中で例えば在宅とか施設で、もしくは病院の中で亡くなっていくとみんなが納得して亡くなっていくので、ものすごく自然な亡くなり方になると思います。

ところがもう一つ困ったことは、ほぼ在宅でたまに点滴だけ入院というのを、急性期の病院がそれを受けていくのは、難しい状況になっています。それはここで詳しいことを説明できないですが、厚労省は、急性期の病院は、急性期らしいことをしろということ常々言っていて、だんだんハードルが高くなって

きています。だから弱った患者さんが入って来て、点滴をしてしばらくしてから帰って行くのを急性期病院で受けるのは、徐々に難しくなってくる時代が今来ているので、非常に 3 病院とも、今はいいんですけどそのうち段々厳しくなっていくということがあって、そういうのを一体どういうふうにするか、本当に 200 床ばかり減ってしまったというのがあります、それをどうするか今必死に考えないと 10 年後大変なことになると今思っています。

ご家族は、皆さん納得して自然に亡くなっていくのがごく普通でして、そういう時代に多分なりつつあると思います。ただ先ほどの 20 代の巨大な肝がんの患者さんは、あれは本当に誰も納得していないから、最後にどんなにみんなが納得する格好を取ったって最期のピースはできない。ピースというのは、みんなが本人も周囲も納得した方はピースでいいかと思うんですけどね。

会長

ありがとうございます。時間もそろそろ迫って来まして、K 先生最後にご感想も含めて、今の話も受けていただければありがたい。

発表者 K 先生

“延命、僕も経験あるんですけど、延命というのは本当にみんな考え方が違って、例えば挿管して人工呼吸器を延命という考え方の人もいるし、「点滴をしてくれ。」「これも延命になるんですよ。」「えっ、点滴は延命にならんやろ。」って、「いや勘違いしたらあかんよ。」と。とにかく患者さんや家族に言うのは、病院に行くということは、何らかの医療行為を求めて行くわけなので、全てある意味延命になるんです。例えば、さっきの尿路感染症で点滴したら治ると、延命なんですよ、ある意味ね。そのまま尿路感染で家で死ぬこともゼロではないわけなので、延命をしに行く、ただ簡単な病気で死ぬのはつらいですよということ、僕実際に病院へ送りたくなくても、93 歳のおばあさんが、盲腸になったんです。でもこのまま盲腸で死んでもらうのはつらいよねと思うから、病院へ送りました。当然 1 週間で帰ってきました。それは延命ということかという、延命じゃないと思いますよね。だから結局は状況、病状とか、病気自体が何をしたら治るか、治らないのか、これを本当に希望するのか、実際に肺炎と分かっている、先ほど繰り返し肺炎を起こしている病院で亡くなった方、あれも実際、僕肺炎で家で亡くなった方いっぱい見えています。明らかに肺炎だけどうする。「先生、病院へ行って手足縛られて点滴して生きている姿はいやや。」家族が言う。そうすると「ここで点滴してできるのならしてもらった方がええし、点滴も入らんのやったら、このままこれが親父の人生。」とってくれる家族が多いです。そこからはある意味、私を信じてくださいとしか言いようがない。苦しめないよう頑張りますから、ここで看取るか。私は何時でも来るからと言って、在宅で肺炎で亡くってもらっています。これはこれでいいのかなと自分らも病院へ行ったら治るかもしれませんとっても、やっぱり病院へ行くと皆さん「ここはどこ、私は誰？」点滴は抜くわ、酸素は外すわという形になる姿を、家族はやっぱり見たくないと思います。それを繰り返す

わけですよ。病院、誤嚥性肺炎起こして救急車、また帰ってまた救急車でということ繰り返す姿を家族にとっては、確かにつらいことだと思うんです。

まとめにはちょっともならないと思うんですけど、実際に元に戻ると介護者が僕らにとっては一番大事なと 14 年間やってきて特に思います。実際に介護者が先に倒れて死んでしまった例、自殺した例とかを考えると、どこまで自分らが支えられるか、それがいろんな多職種が入っていることで、気持ちが乱される人もいるし、逆に相談相手になってくれる場合もあるので、このへんが関わってもらくと、1 つの命ですけど、その命が絶えた後の家族の命、家族の気持ちを支えることも頑張ってもらってほしいなと思っています。

在宅がベストではなくて、ご本人がどこに居るか、どこに居たいのかというのを聞いてそこでできればいい、でもできなくても、違う施設に入っても、そこでみんなでスタッフとともに、その人を家族と思ってみていく事が大切ななと思っています。

多職種に入ってもらっている自宅の方は、自宅に居れるのは本当にありがたいことだと思います。やっぱり家族に見てもらっているわけなので、本当は家で最期を迎えるのを子供や孫の世代まで、それを見てくれることが一番本当はいいのかなと。実際に何件か孫が、ひ孫がおじいちゃんやおばあちゃんが亡くなる姿を見て、亡くなった死後処置を孫やひ孫としたことがあります。そうやってくれる孫、ひ孫は大きくなったときに、これが一つの人生勉強でないかも知れませんが、どこかに何か残ってくれるというのがあると思うので、在宅で見れるのが少なくなってしまったのは残念なんですけど、こういう人の死、病気で老いていく姿を学校で教える事は出来ないの、家族で教えられたらありがたい社会だなと思います。ただ、施設も僕らにとっては家族って考えていますので、施設で働いている方も頑張ってもらってほしいと思うし、在宅で関わってくれる多職種の方々に家族も一緒に支えてほしいと思っています。

会長

ありがとうございました。K 先生に拍手をもってお礼に替えたいと思います。それでは事項書では「その他」ということで、事務局の方から何かアナウンス等あれば頂戴したいと思います。お願いします。

事務局

皆さんありがとうございました。K 先生ありがとうございました。今年度のこの会議は終わりで、また来年度、委員の皆様引き続きお願いしていただければありがたいと思うのと、来年第 1 回目は 6 月か 7 月ぐらいに開催させていただきたいと思いますので、その時はまたご参加の方をよろしくお願ひしたいと思っています。

会長

以上で終えたいと思います。どうも遅くまでありがとうございました。