

平成24年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

重度化する要介護者に対する施設看取りの 推進に向けた調査研究事業



平成25年3月

宮城県涌谷町

【目次】

第1章 本調査研究の概要	1
--------------	---

- 1-1 背景
- 1-2 目的
- 1-3 調査対象の概要
- 1-4 事業実施体制
- 1-5 検討委員会
- 1-6 倫理審査委員会
- 1-7 作業部会

第2章 施設内看取りに関する意識調査	17
--------------------	----

(会議録) 施設内看取り体制構築のための作業部会報告 31

(会議録) 地域包括医療・ケア「看取り」シンポジウム 55

付録 施設内看取りワークブック

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

1-1 背景

特別養護老人ホームは重度の要介護者にとって「終の棲家」とされ、名目上は看取りに対応できるとされている。しかし、現実的には国のテコ入れ策によっても、特養内での看取りは依然として少なく、多くは終末期に病院に救急搬送され、元々は利用者自身が希望していない延命処置を受けてから死亡確認されるケースも少なくない。このことは医療費の増大を招くばかりか、地域の医療資源の逼迫に拍車をかけ、また介護施設からの救急搬送が敬遠される一因ともなっている。

1-2 目的

本事業は、特別養護老人ホームにおける看取りを推進することによって、医療資源が限られた当地において、地域包括ケアの充実を図ることを目的とする。

そこで本事業では、看取りが進まない施設側の要因（スタッフの看取り経験が乏しい、嘱託医の体制が手薄い等）と利用者側の要因（施設での最期を家族が土壇場で拒否等）を実態調査によって掘り下げ、特養での看取りが日常的に行われるようにするためのマニュアルや教材、ツールを完成させ、全国規模で施設内での看取りを増加させることを目指す。

1-3 調査対象の概要

（1）涌谷町の由来

涌谷の起こりは、「湧矢」で、矢が湧く意に起因している。往古征夷の軍がこの地に駐屯した時、まず軍神塩釜神社を祀り、次いで当時の武器の資材となるようになったので、この事実になみ涌矢と称し、更に涌谷と転称したと伝えられる。

（2）歴史

町の北東、長根丘陵には国指定史跡長根貝塚があり、縄文の時代からこの地が人間の営みに適した場所であったことが伺える。また、749年（天平21年）には、当町から日本で初めて金が産出し奈良の東大寺大仏建立の際には、この金を献上した。大伴家持が「すめろきの御代栄えんと東なるみちのく山に金花咲く」と詠んだのは、まさにこの地を指してのことで、万葉集に納められた歌の中では最北限である。

近世に入り伊達騒動（寛文事件）の中心人物として名高い伊達安芸宗重公の城下町として知られる。大正、昭和初期には、鉄道と2本の国道が通る交通の要所として大崎地方の物流中心地となり、繭や穀類の集産地として栄えた。戦後、昭和40年代からの好景気では、アルプス電気など中小の企業の進出が盛んになり、第二次産業の発展に影響を及ぼしている。

（3）面積

（単位：ha）

	田	畑	宅地	山林	原野	その他	計
平成12年度国勢調査	3,112	523	596	2,418	22	1,537	8,208
平成17年度国勢調査	3,097	514	606	2,414	22	1,555	8,208
平成22年度国勢調査	3,082	505	616	2,410	22	1,573	8,208

（4）人口及び世帯数、産業別15歳以上就業者

（単位：人・世帯）

	人 口			世帯数	人口密度	産業別15歳以上就業者			
	男	女	計			第一次	第二次	第三次	分類不能
平成12年度国勢調査	9,363	9,950	19,313	5,517	235.3	1,395	3,667	4,448	19
平成17年度国勢調査	8,892	9,518	18,410	5,515	224.3	1,395	3,667	4,448	20
平成22年度国勢調査	8,472	9,022	17,494	5,496	213.1	1,134	2,620	4,463	18

涌谷町町民医療福祉センターの概要

涌谷町町民医療福祉センターは、文字通り保健・医療・福祉・介護が一体的に提供できる体制を整えた施設である。涌谷町国民健康保険病院、涌谷町訪問看護ステーション、涌谷町老人保健施設さくらの苑、居宅介護支援事業所、涌谷町の行政部門（町直営の地域包括支援センター）などが同じ建物に入居している。

涌谷町町民医療福祉センターの経緯

昭和47年1月、涌谷町民による「総合病院建設町民大会」が開催され、昭和49年5月には有権者の65%（9,275名）に及ぶ署名が集まり、総合病院建設の要望が提出された。

町は昭和50年7月に「町立総合病院建設問題臨時委員会」を設置し、調査検討を開始。昭和59年1月に「病院建設準備対策室」を設置し、同年12月に「涌谷町町民医療福祉センターシステム構想」を発表した。

この内容こそ「地域包括ケア」であり、「ヘルス・ケア」（保健・予防）、「メディカル・ケア」（医療）、「アフター・ケア」（リハビリ・在宅ケア・福祉）いわゆる「保健」「医療」「福祉」の連携を謳ったものである。地域住民の生命を守ることを行政の基本とし、生まれてから死に至るまであらゆる健康を保つため、基本目標として「安らかに生まれ」「健やかに育ち」「朗らかに働き」「和やかに老いる」ことを掲げた。これらの目標実現のため町民のつとめとして、「自らの健康は自らの手で」「家族は役割を分かち合う」「地域は手を取り合う」ことも謳った。すなわちこれは現在の「地域包括医療・ケア」に通じるものであり、30年前から涌谷町が先進的に取り組んできたものである。

これらに加え、平成12年には介護保険制度が導入され、「保健」「医療」「介護」「福祉」が携を取りながら住民サービスを展開している。

- ・保健...行政の健康づくり班（保健師、管理栄養士、歯科衛生士などによる健康づくり予防活動）
- ・医療...涌谷町国民健康保険病院 病床数121床（一般80床、療養病床41床）
- ・介護...老人保健施設80床（一般50床、認知症専門棟30床）
- ・福祉...行政の地域福祉班（保健師、社会福祉士、介護支援専門員）

平成15年には福祉複合施設の「ゆうらいふ」を開設した。通所、訪問サービスのホームヘルプサービス、訪問入浴サービス、デイサービス、指定認知症対応型デイサービス。施設サービスのグループホーム（9人2ユニット）、特別養護老人ホーム（30床）を運営している。

また、健康と福祉の丘には「トレーニングセンター」や世代間交流の場としての「世代館」、研修、宿泊施設の「研修館」、そして、健康増進施設としての温泉施設「天平の湯」があり、周囲は健康パークとして整備され、散策やランニングなどができる。

涌谷町国民健康保険病院

- (1) 診療科目：内科・外科・整形外科・眼科・泌尿器科・麻酔科・肛門科・耳鼻咽喉科・皮膚科・消化器内科・神経内科・婦人科
- (2) 病床数：121床
- (3) 建物面積：16,260 m²
地下 317.1 m²(倉庫) 1階 9,154 m²(外来・検査・手術・機能訓練・厨房等)
2階 5,483 m²(第1病棟 40床・療養病床41床) 3階 1,305 m²(第2病棟 40床)
- (4) サービス
入院基本料 10 対 1・療養病棟入金基本料 2・特定入院料(亜急性期)・運動療法施設基準・在宅酸素療法指導管理施設
- (5) 医療機器
MRI・X線診断装置(全身用CT・X線TV・断層X線装置)・血管撮影装置・超音波診断装置・生化学自動分析装置・全自動血液ガス分析装置・重症患者監視装置・内視鏡全般・脳波計・リハビリ機器
- (6) 運営状況 (平成 23 年度)
入院患者 43,232 人 (稼働 366 日、118 人/日) 1 人 1 日収入 26,939 円
外来患者 69,779 人 (稼働 244 日、286 人/日) 1 人 1 日収入 11,860 円
- ・収益的収支
病院事業収益 2,324,469 千円 (うち医業収益 2,091,434 千円)
病院事業費用 2,237,516 千円 (うち医業費用 2,140,010 千円)
差引 86,953 千円 (うち医業収支 48,576 千円)
- ・資本的収支
収入 66,616 千円
支出 246,838 千円 (内訳、建設改良費 135,324 千円、企業債償還 111,514 千円)

涌谷町町民医療福祉センター職員数（平成24年4月1日現在）

	合 計		涌谷町町民医療福祉センター		涌谷町国保病院		涌谷町訪問看護ステーション		涌谷町介護老人保健施設		涌谷町役場健康福祉課	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医 師	14	1	3		11	1						
保 健 師	12		1		2						9	
看 護 師	72	7			61	4	4	2	6	1	1	
准 看 護 師	22	18			14	13			8	5		
薬 剤 師	5				5							
臨床検査技師	4				4							
放射線技師	3				3							
理学療法士	6				3		1		2			
作業療法士	8				3		3		2			
言語聴覚士	1				1							
管理栄養士	5				2				1		2	
歯科衛生士	1										1	
社会福祉士	6				1						5	
介護福祉士	39	34			7	7			32	27		
事務職員	28		1		11	1					16	
看護補助員	7	7			7	7						
介 護 員	12	12							12	12		
医事事務員	17	17			17	17						
事務補助員	11	11			5	5					6	6
運 転 員	1	1			1	1						
合 計	274	108	5		158	56	8		63	45	40	6

患者数の動向（涌谷町国民健康保険病院）

<入院>

		平成 21 年度		平成 22 年度		平成 23 年度	
		延べ数	1 日平均	延べ数	1 日平均	延べ数	1 日平均
内	科	26,973	74.0	27,621	75.7	28,334	77.4
外	科	10,886	29.8	7,555	20.7	9,488	25.9
整 形 外 科		596	1.6	5,385	14.8	4,782	13.1
産 婦 人 科		5	0	0	0	0	0
泌 尿 器 科		500	1.4	703	1.9	580	1.6
耳 鼻 咽 喉 科						48	0.1
合 計		38,955	106.7	41,264	113.1	43,232	118.1
町内外 比 率	町内	65.9%		62.4%		52.4%	
	町外	34.1%		37.6%		47.6%	

<外来>

		延べ数	1 日平均	延べ数	1 日平均	延べ数	1 日平均
内	科	35,408	146.3	37,112	152.7	39,325	161.2
外	科	7,092	29.3	6,454	26.6	6,826	28.0
整 形 外 科		8,750	36.2	10,859	44.7	10,925	44.8
眼 科		2,254	9.3	1,885	7.8	1,752	7.2
泌 尿 器 科		2,791	11.5	2,864	11.8	2,918	12.0
耳 鼻 咽 喉 科						2,921	12.0
皮 膚 科		1,556	33.1	1,500	22.4	1,961	20.0
東 洋 医 学		2,706	24.6	3,125	53.9	2,984	12.0
婦 人 科		228	1.2	86	4.5	167	14.0
合 計		60,785	251.2	63,885	263.0	69,779	286.0
町内外 比 率	町内	78.2%		77.0%		76.0%	
	町外	21.8%		23.0%		24.0%	

特別養護老人ホーム ゆうらいふ 概要

涌谷町は高齢化の進行に対応すべく他の市町村に先駆けて町民の福祉の向上のために積極的に取り組んできている。

当時は国内でもあまり例のない保健・医療・福祉を統合させたサービス提供が可能な町民医療福祉センターの建設を初め、老人保健施設、療養型病床群の建設と健康と福祉のある丘の機能は常に町民の需要に応えてきている。

そのような中で、更なる超高齢化の進展の対応のために涌谷町高齢者福祉複合施設「ゆうらいふ」の建設に平成 12 年度から着手した。

保健・医療・介護・福祉の密接な連行のもとに、総合的に町民の健康を守り増進していくために、地域包括医療・ケアの実践と更なるシステムの構築推進のための計画である。

管理・運営は指定管理者制度を利用し社会福祉法人涌谷町社会福祉協議会で行っている。

社会福祉協議会は介護保険制度が開始された翌年(2001 年)には、以前から町で実施していたライフサービスやデイサービスセンターE 型(認知症対応型)在宅介護支援センター、24 時間ホームヘルプサービスなどの居宅介護サービス事業を継続実施した。同時に新たに配食サービス及び会食支援サービスを実施した。

平成 15 年 5 月にオープンした高齢者福祉複合施設は、特別養護老人ホーム 24 床(のち 6 床増床) 高齢者支援ハウス 5 床、デイサービスセンター 30 人で、オープニングセレモニーにはデンマーク王国ソロー市からハンセン市長を初め市の幹部 3 名が来町し姉妹都市の調印式を行った。

その後、平成 16 年 5 月に認知症高齢者グループホーム 18 床を供用開始した。

施設概要

名 称	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ
所 在 地	宮城県遠田郡涌谷町涌谷字新下町浦 192 番地
設 置 者	涌 谷 町
事 業 者	社会福祉法人涌谷町社会福祉協議会【指定管理者】
開 設 年 月	平成 15 年 4 月
敷 地 面 積	15,516.29 m ²

建 物 構 造	<p>涌谷町高齢者福祉複合施設本体施設</p> <p>鉄筋コンクリート（一部木造）1階建て 3,816.10㎡</p> <p>【特別養護老人ホーム、生活支援ハウス、デイサービス、管理棟他】</p> <p>（竣工期日 H15.2.28 増築部分 H20.2.29）</p> <p>グループホーム[2棟] 木造1階建て 617.6㎡</p> <p>（竣工期日 H16.2.29）</p>
実 施 事 業	<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホームゆうらいふ[ユニット型小規模介護老人福祉施設] ・ゆうらいふデイサービス[通所(予防)介護] ・ゆうらいふ五番町デイサービス[地域密着型認知症対応型通所(予防)介護] ・グループホームゆうらいふ[地域密着型認知症対応型共同生活介護] ・ゆうらいふホームヘルプサービス[訪問(予防)介護][居宅介護・重度訪問介護] ・ゆうらいふ訪問入浴サービス[訪問入浴(予防)介護] ・ゆうらいふ居宅介護支援サービス[居宅介護] ・生活支援ハウス 他 法人事務局・ボランティアセンター

特別養護老人ホームゆうらいふ 概要

開設年月日	平成15年5月1日
種 別	ユニット型小規模介護老人福祉施設
入 居 定 員	30名

ユニットの概要	(1) ユニット数 3ユニット		
	(2) ユニットごとの定員及び概要		
	ユ ニ ッ ト 名	定 員	居 室
	ゆうらいふ一番町	10名	個室 10
	ゆうらいふ二番町	10名	個室 10
ゆうらいふ三番町	10名	個室 10	
(3) 主な共通設備等の概要			
設備等の種類	室数	備 考	
医 務 室	1室		
一 般 浴 室	1室	大浴槽 個浴 2 リフト式 1機	
特 別 浴 室	1室	特殊浴槽 (仰臥位浴 1 座位浴 1)	

職員の配置
状況

(1) 主な職員の配置状況 (平成 25 年 1 月 1 日現在)

職 種	常勤職員		非 常 勤	平成 24 年 4 月 1 日現在 (指定基準)
	専 従	兼 務		
1 . 管理者		1		1 名 (常勤)
2 . 医師			1	必要数
3 . 生活相談員		1		1 名 (常勤)
4 . 介護支援専門員		(1)		1 名 (常勤)
5 . 看護職員		2	1	2 名 (2 名常勤)
6 . 機能訓練指導員		(2)		1 名
7 . 介護職員	15		6	10 名以上 (常勤換算)
8 . 管理栄養士		1		1 名 (常勤)
9 . 栄養士		1		
10 . 調理員			6	

(2) 主な職種 of 勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1 . 医 師	毎週 1 回 午後 2 時間程度
2 . 看護職員・機能訓練 指導員	早番 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 遅番 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
3 . 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 1 名 日勤 7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 2 名 遅番 1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 3 名 夜勤 1 6 : 0 0 ~ 翌日 1 0 : 0 0 2 名

	15 年 度	16 年 度	17 年 度	18 年 度	19 年 度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度
延べ人数	7,395	8,736	8,337	8,656	8,605	10,301	10,290	10,293	10,363
1 日平均	22.0	23.9	22.8	23.7	23.6	28.1	28.2	28.2	28.4
平均介護度	3.32	3.47	3.50	3.44	3.43	3.54	3.50	3.49	3.54

利用状況

平成 15 年 ~ 平成 20 年 2 月 定員 24 名、平成 20 年 3 月 ~ 定員 30 名

1-4 事業実施体制

事業の実施体制

都道府県、市町村又は法人名 宮城県遠田郡涌谷町

事業名 重度化する要介護者に対する施設内看取りの推進に向けた調査研究

事業担当者（当省との連絡担当者）

役職 参事
氏名 横井 克己

担当する事業の内容

- ・委員会の開催
- ・看取りマニュアルに関するアンケート調査票発送

事業の全体のとりまとめ

役職名 町民医療福祉センター長
氏名 青沼 孝徳

事業担当者

役職名 副センター長（事務担当）
氏名 佐々木 敏雄

担当する事業の内容

- ・看取り実態調査に関するモデル事業の連絡調整
- ・アンケート調査の集計、分析調整

事業担当者

役職名 事業部長（事務担当）
氏名 遠藤 彰

担当する事業の内容

- ・アンケート調査の集計、分析
- ・モデル事業実績報告書の印刷、配布

事業にかかる経理担当者

役職名 主査
氏名 菅原 美紀

担当する業務の内容

- ・アンケート調査票の開封・整理・入力
- ・事業実績報告書の発送
- ・事業に係る領収書の整理

1-5 検討委員会

特別養護老人ホームにおける『看取り』体制整備に向けた検討委員会

委員長	涌谷町町民医療福祉センター 参事	横井 克己
副委員長	石巻市開成仮診療所 所長	長 純一
委員	涌谷中央医院院長（遠田警察署警察医）	鎌田 啓
委員	涌谷町民生委員児童委員協議会 会長	今野 武則
委員	（社）向陽会理事・特養ホーム 万葉苑施設長	今野 涉
委員	涌谷町高齢者福祉複合施設 施設長	眞田 典子

ゲスト

委員	涌谷町社会福祉協議会 会長	氏家 昭
委員	涌谷町社会福祉協議会 常務理事	大友 信一

事務局

委員	涌谷町町民医療福祉センター センター長	青沼 孝徳
委員	涌谷町町民医療福祉センター 副センター長	佐々木 敏雄
委員	涌谷町町民医療福祉センター 事業部長	遠藤 彰

1-6 倫理審査委員会

1-6.1 倫理審査委員

役職	氏名	承認	職名	備考
委員長	横井 克己		参事	
副委員長	高橋 喜成	欠席	老人保健施設長	
委員	青沼 孝徳		センター長	
委員	新田 篤		院長	
委員	大西 律人		参事兼外科部長	
委員	江藤 雅彦		内科部長	
委員	関井 威彦		呼吸器科部長	
委員	津留 祐介		循環器科部長	
委員	斎藤 秀和		医療技術部長	
委員	久保 伸		薬剤部長	
委員	千葉 昌子		看護部長	
委員	佐々木 祥子		訪問看護ステーション管理者	
委員	日影 幸子	欠席	居宅介護支援事業所管理者	
委員	佐々木 敏雄		健康福祉課長	
委員	久道 光子	欠席	技術参事	
委員	浅野 孝典		総務管理課長	

承認	13 名
不承認	0 名
会議欠席	3 名
計	16 名

1-6.2 倫理審査結果
(様式2号)

平成24年9月6日

申請者

所 属 総務管理課
職 名 経営戦略専門官
氏 名 遠 藤 彰 殿

涌谷町町民医療福祉センター倫理委員会
委員長 横 井 克 己

平成24年8月21日付けで申請のあった、下記の件につきまして涌谷町町民医療福祉センター倫理委員会設置要綱第5条第2項の規定により通知する。

記

- 1、申請事項 平成24年度老人保健健康増進等事業施設内看取り推進事業
・特別養護老人ホームにおける実現可能な看取りに向けた
マニュアル及び教材の作成
- 2、審査結果 承認
- 3、実施条件等 倫理委員会の指摘事項を訂正の上、申請内容のとおり遺漏、
手落ちの無いよう実施のこと

1-7 作業部会

1-7.1 実施スケジュール

9~10月	特養職員に対する「看とり」に取り組めない理由の聴き取り調査 調査対象：特別養護老人ホーム ゆうらいふ職員 施設内看とり先進事例についての聴き取り調査 調査対象：特別養護老人ホーム 万葉苑 介護老人保健施設 歌津つつじ苑
11/9	ガイダンス 座学「検視について」
11/19	ケース記録の書き方 身体観察の手法
12月	ケース記録マニュアル作成 利用者および家族への「理想の看とり場所」聴き取り調査実施
1月	近隣の特別養護老人ホームや老健への視察研修の企画・実施
1/18	ITを活用したケース記録と情報共有についての検討
2/1	利用者および家族への意思確認マニュアルの作成
2/15	医療福祉センターへの要望書作成
3/1	医療福祉センターとゆうらいふ職員の意見交換 「ゆうらいふで看とりを行うにあたって、医療機関との連携」

1-7.2 作業部会メンバー

NO	職 職	氏 名	所 属	所属役職名
1	部会長	長 純一	石巻市市立病院開成仮設診療所	医師
2	副部会長	眞田 典子	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ	施設長
3	会員	若山 浩幸	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ	生活相談員
4	会員	沼田 賢治	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ	介護福祉士
5	会員	只埜 小百合	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ	看護職
6	会員	日野 琢智	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ	介護員
7	会員	吉田 ひとみ	涌谷町高齢者福祉複合施設ゆうらいふ	介護員
アドバイザー				
NO	職 職	氏 名	所 属	所属役職名
1		柴山 敏美	涌谷町訪問看護ステーション	看護師
2		沼倉 巳和子	涌谷町国民健康保険病院	主任看護師
3		下平 裕子	涌谷町国民健康保険病院	主任看護師
4		鹿野原 由美	涌谷町老人保健施設	介護福祉士兼介護支援専門員
コーディネーター				
NO	職 職	氏 名	所 属	所属役職名
1		大久保 三代		慶應義塾大学SFC研究所上席所員
協力施設				
NO	施設名			所在地
1	社会福祉法人 涌谷町社会福祉協議会 ゆうらいふ			宮城県涌谷町涌谷
2	社会福祉法人 向陽会 特別養護老人ホーム 万葉苑			宮城県石巻市北村
3	医療法人 医徳会 介護老人保健施設 さつき苑			宮城県東松島市大塩
4	医療法人 医徳会 介護老人保健施設 歌津つつじ苑			宮城県南三陸町歌津
事務局				
NO	職 職	氏 名	所 属	所属役職名
1	事務局	青沼 孝徳	涌谷町町民医療福祉センター	センター長
2	事務局	佐々木 敏雄	涌谷町町民医療福祉センター	副センター長兼健康福祉課長
3	事務局	遠藤 彰	涌谷町町民医療福祉センター	事業部長（事務担当）
4	事務局	菅原 美紀	涌谷町町民医療福祉センター	健康福祉課地域福祉班主査

第2章 施設内看取りに関する意識調査

2-1 背景（再掲）

特別養護老人ホームは重度の要介護者にとって「終の棲家」とされ、名目上は看取りに対応できるとされている。しかし、現実的には国のテコ入れ策によっても、特養内での看取りは依然として少なく、多くは終末期に病院に救急搬送され、元々は利用者自身が希望していない延命処置を受けてから死亡確認されるケースも少なくない。このことは医療費の増大を招くばかりか、地域の医療資源の逼迫に拍車をかけ、また介護施設からの救急搬送が敬遠される一因ともなっている。

2-2 目的（再掲）

本事業は、特別養護老人ホームにおける看取りを推進することによって、医療資源が限られた当地において、地域包括ケアの充実を図ることを目的とする。

そこで本事業では、看取りが進まない施設側の要因（スタッフの看取り経験が乏しい、囑託医の体制が手薄い等）と利用者側の要因（施設での最期を家族が土壇場で拒否等）を実態調査によって掘り下げ、特養での看取りが日常的に行われるようにするためのマニュアルや教材、ツールを完成させ、全国規模で施設内での看取りを増加させることを目指す。

2-3 調査対象

看とりを行っていない特別養護老人ホーム「ゆうらいふ」

2-3.1 調査対象施設概要

1-3.2 を参照のこと

2-4 調査方法

調査員1、対象者1の面接による聴き取り調査。

調査内容は、性別、年齢、職種、職歴、キャリアプロセス、健康状態、今後のキャリア形成への希望、施設内看とりに対する考え、研修等の希望、である。

調査を実施したのは、2012年9月である。

2-5 結果

2-5.1 調査対象者の属性

性別	年齢	職種	職歴
男性	40	介護福祉士	19年目
男性	39	ヘルパー2級	18年目
男性	24	介護福祉士	4年目
女性	47	介護福祉士	10年目
女性	38	ケアマネ	16年目
女性	40	ヘルパー二級	15年目
女性	45	ヘルパー二級	4年目
女性	43	看護師	10年目
男性	34	介護福祉士	12年目

2-5.2 聴き取り結果

施設内看とりへの思い
<p>「やっていけるのかな」という思い。看護師はいるけど、23時間常駐しているわけではないので。利用者さんや家族から、「施設内で看とりを迎えたい」という声を聞いたことはない。入所時に「看とりはできません」と言っているのでは？ただ、本人や家族が望んでいるのであれば、今後やっていくとよいのではと考えている。今まで看とりをしたことはないのだけど、「ここで最期を迎えたい」と言われたとしたら、やる気になって頑張ると思う。</p>
<p>個人的には、だめではないと思う。テレビで、看とりをやっているのをみて、こういうこともできるんだなと思った。看とりのお手伝いをするのに、抵抗は感じないなと思った。家族や本人の同意とか希望が「施設で最期を迎えたい」とあるのであれば、やってみていいと思う。</p>
<p>施設内の看とりは「ありなんじゃないかな」と思う。もし受け持ちの利用者さんから、施設内看とりを要望されたら、経験上「やってみたいな」と思う。実際みたことがないから、イメージはわからないけど。</p>
<p>夜間帯はナースがいないから、二名の夜勤スタッフだけで、蘇生すべき方なのか、静かに見守る方なのかを見極めなければならないことに自信がない。たとえ、本人と家族の同意があったとしても、その時になってみて、どうなるわからないのだから、責任もてないと感じる。</p>
<p>看とりに取り組めるのであれば、やりたい。利用者さんから、看とってほしいという希望はない。施設の代表が「ここでは看とるな」という方針があるため。しかし、医療処置を何もしないということであれば、ターミナル期に車で輸送するのはどうなんだという思いがある。病院で亡くなる時って、自然な亡くなり方ではないのでは？本人の意志は確認できないかもしれないけど、家族の希望と同意があるのであれば、施設内での看取りが対応できるようになっていくべきではないかと考える。ただし、現行の人員体制では無理。24時間診てくれる医師が、今はいない。夜間看護師がいない。オンコールだけでは、ターミナル期は支えられない。死亡確認を、どのように行うのか。検死扱いにならないようにできるしくみが必要。介護職員への医療知識に対する研修も必要。「死ぬ」ってどういうことなのかから、学習する機会が必要だと思う。</p>
<p>今をこなすことで精いっぱい考えたこともない。</p>

今の状態では無理。看護師さんがいない状態で私達だけでは無理。怖い気持ちがあって、看とりには関わりたくないという思いがある。家で家族が看とるのが本来の形なんじゃないかという気持ちがある。自分は、祖母と一緒に寝ていて、家族介護の末、看とる経験をしているので。

今の体制では無理。職員の数としては十分できるけれど、職員が看とりについて勉強していないから難しい。利用者さんの期待に応えられないと思う。看とりとなると、本人のケアと家族の対応をしなくてはならない。安らかに永眠されるまでのケアは、すごく大変。病院で医療行為でがんじがらめになるより、施設でお風呂にも入れてもらい、好きなことをしてもらいながら、安らかに亡くなるのがいいとは思うのだが、苦しまずに、自然にみんなで看とられて亡くなるというのは、いいこと。しかし24時間拘束、いつ呼ばれるかという不安を抱えるのがしんどい。おせわ事態は仕事なので、負担ではないのだが、外の訪看におせわになるのは否定的。施設の職員だけで看とりをしてあげたい気持ちがある。ケアワーカーの賃金をあげてあげられれば。

研修等の希望・要望

収入のために夜勤を頑張ると、仕事が終わってから勉強する時間と体力がない。ケアマネをとりたいとは思っているが、パソコンを覚えたい。ケア記録をサクサク打てるようになりたい。パソコンが使えないと、業務上ついていけないような気持ちがある。

介護福祉士の国家試験を10年位受けているが、なかなか通らない。収入のために夜勤を頑張ると、仕事が終わってから勉強する時間と体力がない。

来年受験資格がとれるので、ケアマネをとりたい。痰吸引や胃ろうの、正式な勉強をやってみたい。以前、特養の中でさらっと教わっただけだから。

ケアマネをとりたい、数年挑戦しているが、なかなか通らない。体力的に楽になるから。痰吸引は夜間帯にやっているが、研修は受けていない。胃ろうはナースがやっているが、「覚えて悪いことはないな」と思うので、勉強はしたい。

待遇、介護技術、医療知識の研修をしてほしい。介護職は、閉鎖的な環境での仕事が多いので、他の分野の人と話すと、一般常識を知らないんじゃないかと思うことがある。家族と関わるのだから、一般的な常識というか接遇マナーは知っておくべきだと感じる。医療知識は、特養でよく出される薬については、病気に対する医薬品の効能とか副作用を勉強したい。緊急時の対応について、知識だけでなく、身体で覚えられる機会がほしい。医療福祉センターとの人事交流などで、研修の機会があればうれしい。特養では、なかなか緊急事態になるようなケースが発生しないため。夜間はナース不在なのだから、何かあったときに対応できないと困るわけなので、胃ろうや痰吸引の手技に関する研修を受けたい。指導ができるスタッフがやめてしまい、痰吸引の研修を職場内で実施できなくなってしまい、困っている。

今をこなすことで、精一杯なので、勉強したいという意欲は残っていない。

腰痛があるので、身体を痛めないようにする介護技術を学ぶ機会がほしい。パソコンも覚えたい。報告書を書かなきゃいけないときがあるから。夜中の看護師さんがいない時間帯などには、痰吸引をやっている。できるから、研修は必要ない。

介護研修を受けたい、自分は医療系だから。医療と介護では、見る視点とか考え方が違う。集団処遇のなごりがまだあって、ユニットケアの浸透はまだ不十分だなと感じている。医療と介護のちょっとしたズレを解消するような研修があればと思う。痰吸引は、口の中だけなので、あまり意味がなさそうだから、ちゃんと奥の痰がとれるように国が考えてほしい。圧をあまりあげないとか、のどちんこのところまでにするとか、決めごとをすればいいと思う。

社会福祉士の資格はいずれとりたい。今後通信教育を受ける等してみたいと思う。

2-6 考察

ゆうらいふは、看取り実績がないので、職員のキャリア形成実態や今後のキャリアアップの希望を中心に聞き取り。総じて、若い時から介護職についている者は、継続や向上の意欲がみられたが、中年期になってから介護職に転じたものは、不満や不安の訴え、並びに健康上の不安の声が多かった。看取りケアを施設内で実施することには、「要望があれば受け入れてみたい」という意思が聞き取れたが、実際に経験したことがないため、具体的なイメージのないままの回答であることが推察された。看取りを施設内で実施するために、外付けで訪問看護等のサービスを入れることには否定的であった。

2-7 調査結果の活用

本調査結果を特別養護老人ホーム「ゆうらいふ」において、看とりを行えるようにするための基礎調査に位置付け、追加調査を行った。

2-8.1 先行事例をもつ施設への視察

介護老人保健施設「歌津つつじ苑」

特別養護老人ホーム「万葉苑」

2-8.2 ゆうらいふ入所者および家族に対する「理想の看とり場所」聞き取り調査の実施

さらに、本調査結果と2-8.1、2-8.2を踏まえて、「ゆうらいふ」における看とり体制整備プログラムを作成し、作業部会を開始した。

2-8.1 先行事例をもつ施設への視察

介護老人保健施設「歌津つつじ苑」

つつじ苑では、看取りを施設内で行う体制は、医師が常駐でないという理由からとられていない。しかし震災発生直後に、必要に迫られた3件の看取り事例があった。

介護職員の離職率がダントツ低いさつき苑では、高校卒業したばかりの無資格

者でも、やる気次第で、積極的に採用。そして、約一年かけて、ほぼマンツーマンで実地研修を受けさせている。働きながら、介護福祉士やケアマネをとる支援もしている。また研修は、看護職と介護職を一緒にして行っている。実地研修で徹底的に仕込まれるのは、利用者さんの容態変化をいち早く適切に見出し、医師や看護師に伝えられる医療の観察ポイント。施設長(医師)のコメントは

「確かに介護職は、医療行為はできないけれど、利用者さんの変化を観察して報告することはできる。変化に一番気づきやすいのは、利用者とも最も長く接している介護職だ」

日々の人材育成の積み重ねは、震災時に発揮された。建物は津波の被害は受けなかったものの、周辺の道路が遮断されて、陸の孤島になった同施設。震災後二週間という混乱期に三人の利用者さんが、お亡くなりになった。亡くなるまでのプロセスは、きちんと記録に残されていた。はじめに容態変化に気づいたのは介護職。当時、施設内に医師が不在だったため、震災支援ドクターに適宜診察は受けながらも、最期をモニターみながら看取ったのは、看護職と介護職だった。混乱期にも関わらず、家族による「容態急変した場合でも、積極的な治療は希望しない」という意志確認を行っていた。

つつじ苑の事例を通じ、老健や特別養護老人ホーム内でも、家族や本人の希望があった場合に、看とりができるような介護報酬等による誘導について、懸念を示すことができそう。人材育成の積み重ねがない場所で、介護報酬加算に誘導された看とりが増えてしまうことがないよう、質を裏付ける研修体制確立を訴えている。また研修を充実させるには、人員配備に余裕がなければならない点の検討が必要。

病院が母体にあるため、きっちりとした研修の上でケアを提供するつつじ苑とは対照的で、万葉苑は「まず実践あるのみ」という勢いと「利用者さんを知っているのは介護職」という信念・情熱を前面に出した看とりケアを行っている。研修体制がないことが必ずしもよくないわけでもないのが、万葉苑の興味深さであった。「特養は生活の場。生活の中で自然に看取りが訪れるよう支援している。看取りに向かうケアだからといって、特別な切り替えは必要ない。また、看護の支援はそんなに必要もない。スタッフが丸となって、看取りたいから、外付けサービスは不要」と述べていた。

ゆうらいふ職員は、つつじ苑・万葉苑への視察・交流を通じ、身体観察や容体変化をわかりやすく綴る記録の書き方、利用者および家族への意思確認の在り方を学び、ゆうらいふにおける看とり介護体制構築に生かすこととなった。

2-8.1.1 視察見学会実施報告

<p>事業等 (会議) 名 称</p>	<p>視察見学と情報交換会</p> <p>ゆうらいふで看取りを行うため、作業部会を実施し記録の大切さを学びました。実際に記録に関して看取りを行なう際に必要な観点を記録に取り入れている施設と情報交換、見学等を行っていききたいとの思いから2ヶ所選び実施に至りました。</p> <p>さつき苑においては、院長が警察医でもあるためケア記録の書き方に定評があり、医療的な観察ポイントを習得するために選びました。</p> <p>郷和荘は昔から看取りを行っていて実績もあり、ゆうらいふに近いと言う事もあり看取り全般を学ぶというために選びました。</p>
<p>日 時</p>	<p>平成25年1月16日(水) 10:00 ~ 15:30</p>
<p>場 所</p>	<p>介護老人保健施設さつき苑 10:00 ~ 11:30</p> <p>特別養護老人ホーム郷和荘 13:30 ~ 15:30</p>
<p>主な内容 参加者</p>	<p>介護老人保健施設さつき苑にて施設見学・看取りについての情報交換会 特別養護老人ホーム郷和荘にて施設見学・看取りについての情報交換会 (事前質問事項資料については別紙参照)</p> <p>主任・介護職員2名、准看護師、副主任</p>

【備考】

午前は、さつき苑にて施設内見学後、情報交換を行う。

看取りについては行っていない施設であるが、記録のとり方についてなど参考にみせていただく。

記録は看取りを行っていく上でも大切である。実際色々な家族がいてトラブルもあるとのこと。

実際、その記録がどこまで効力があるかはわからないが、自分の身を守る意味でも大切であるとのこと。又、医師との話し合いや、理解、家族との信頼関係など、どれだけ築き得ることが出来るかというような話し合いとなった。

午後の郷和荘でも、施設内見学後、情報交換会を行う。

事前にFAXしていた質問事項資料については別紙参照。

施設内見学では、ハードについて、平成6年に開所ということもあり、回廊型で多床室ではあったが、食事スペースを分け、しつらえの工夫などでユニット作りに努力されている。

情報交換の中では、今年度郷和荘で、7名の方々の看取りを行ったとのこと。

別紙にもあるが、ここでは協力病院が個人病院で、往診は週3回、随時TELは可能で、夜間亡くなった時などは、すぐに掛けつけてくれるとのこと。

家族との関わりについては難しいところもあり、始めの同意と変わってくるなどがある。同意を得る時には、身元引受人だけの確認だけではなく、他家族とも十分に話し合いを行い、方向性を決めていかなければならないとのこと。その後の家族とスタッフの関わりについては、とても大切で重要とのこと。ユニット便りでの状況報告や家族会行事への誘いなど、毎月何らかの関わりを持ち遠方の方などへも連絡を取るなどの方法を取っている。常日頃の状況、状態報告や関わりなどで信頼関係を築いているとのこと。

看取りの入居者様へは出来るだけ環境を変えず、普段通りの介護を心がける。基本的には笑顔で話しかけたり、手を握るなどスキンシップを取り、少しでも不安を取り除けるよう心がけているとのこと。

スタッフに対しては、看取りの研修なども年1回、『思い』について行っている。家族や入居者様の思いに対するスタッフとしての誠意、スタッフとしての思いについて、共有理解ということで行うなど、メンタル面についてもフォローしたりと、十分に配慮されている。

この情報交換会で何度も話されていたことは、医師との連絡調整、又、理解と協力がどこまで得られることが出来るか。さらに家族との関係については、日々の関わりで、どれだけスタッフが信頼関係を築けていけるかとのことだった。

看取り以外でも、8H夜勤(シフトの組み方)、24Hシートについてなども色々と聞かせていただくことが出来た。

郷和荘では、3年ほど前から8H夜勤になったとのこと。

変更前はスタッフより、明けがない分休みが少なく感じる等不満の声が聞かれていた。

しかし、行ってみると、身体的負担、精神的負担が少なくなった、16H夜勤には戻れないとの意見が聞かれるようになったとのこと。(夜勤手当では変更なく、16H夜勤と同額支給している。)

今後ゆうらいふとしては、一番に不安といってもいい医師がすぐ来ていただけるのか？を作業部会を通じ病院との協力体制を整えていく。

スタッフとしては、家族との関わりをどう持って行くか。今後、郷和荘の事例も参考にしながらゆうらいふでもより良いコミュニケーションツールを模索していきたい。

精神面でのフォローに関しては、現在看取り経験者がほとんど居ないため、どのようにフォローしていけば良いか、研修を通じ学んでいく必要がある。

看取りに関してゆうらいふで取り組んでいくことになれば、家族の方、入居者様に最後がゆうらいふで『良かった』と思っていただけるよう行なっていきたい。

所感

二施設での情報交換会で重要なところとして出た話が、医師との連携、理解と協力がどこまで得ることが出来るか、又、家族との信頼関係をどれだけ築けていけるかが大きなところ。

信頼関係については、看取り以前の問題で、常日頃の自分達の接し方や言動を再度見直し改めていかなければならないところであった。

今後、ゆうらいふでは、作業部会を中心に勉強会や講義などで得た情報は、正しい理解と知識として他スタッフへ伝えて行き、看取りについてはすべてが初めてで不安なところはあると思うが、メンタル面ではお互いにフォローし合える環境作りを進めていきたい。最終的には、入居者様、家族の方がここで良かったと思っただけのようよう、又、スタッフも、やりきったことで不安から自信へとつながっていければと思う。

介護職員 N

日々、入居者様の言葉に耳を傾け共感する姿勢を持ちながらお世話をし、入居者様・家族様に安心・信頼感を持っていただき余生を有意義に過ごしていただけるように。そして後悔のないよう最善の援助を行い、天寿を全うしていただけるよう看護していきたいと思いました。

看護師 T

郷和荘は実際に看取りを行っているとの事で、事前の質問に一つ一つ丁寧に答えて頂く。入居される前に看取りの説明、入居されてからも話し合いが必要との事。家族の方でも看取りに関して色々な考えがあるので一人だけでなく皆で話し合いをして頂くようにした方がいいのでは？との事。やはり看取りに携わったスタッフはメンタル面で影響があるようだが、その思いなどを聞き、フォローしていると話されていた。

郷和荘の看護師は、このような仕事をしていれば必ず自分も当たる可能性はあるので人ごとではないとの事、怖がらず最後まで見守って送ってあげる事と力強く話していた。

医師へ連絡『呼吸を終えた時』すればすぐに駆けつけてくれているとの事で、スタッフとしては、少なからず不安要素が軽減しているのではないかと思った。

ゆうらいふでも協力病院（医師）がどこまで理解、協力して頂けるのか、今後の課題の一つとなってくるのではないかと感じた。

スタッフに関しても、看取りについての理解、互いの協力が重要ではないかと改めて実感した。

嘱託介護職員 Y

今回の施設見学、情報交換で改めて医師との協力体制が重要であると感じた。今後ゆうらいふで看取り事業を進めていくにあたって、協力病院との関係が重要であり、協力体制をしっかりと整えていく必要がある。体制を整えることにより、スタッフの不安な気持ちも軽減されると思う。

又、家族、入居者との信頼関係もとても大切なこととお話しあり、日々の関わりが重要と改めて実感した。最後がゆうらいふで良かったと思っただけの取り組みを目指すべきと思う。

介護職員 H

看取りについては現場職員が疑問に思うこと、不安に思うことなどを事前にアンケートを取り情報交換会で確認を行った。情報交換内容については別紙参照。

さつき苑については、現在看取りを実施していないとの話であった。ただ、看取りを行うには協力病院との連携であったり、医師との協力がなければ難しいとの話であった。

郷和荘についても、さつき苑と同様に協力病院と医師の協力がなければ難しいとの話があった。ゆうらいふでの作業部会内でも病院や医師との協力がどこまで可能なのかという議論はしているため、お互いに共通した意見が出された。ただ、郷和荘については、協力病院の医師の協力がしっかりとしており、深夜や朝方であっても医師が駆けつけてくれるとのことであった。ゆうらいふでの看取り実施についても協力病院と医師との協力がどこまで可能なのか、細かい内容で議論をしていく必要があると感じた。そのためにゆうらいふとしての意見をきちんと病院側へ伝えていくべきであり、職員が不安と感じている対応方法などを解決していければと思う。郷和荘では、今年度7名の看取りを行ったとのことで、看取りに関しての実績は十分であるため、今後も継続して意見を聞ける関係を持つていければと思う。

介護職員 W

2-8.2 ゆうらいふ入所者および家族に対する「理想の看とり場所」聴き取り調査の実施

2-8.2.1 調査方法

調査員1、対象者1～2の面接または電話による聴き取り調査。

調査内容は、性別、年齢、介護が必要になった原因疾患、直近に入院した時期、直近の入所期間、要介護度、経済状態、同居家族、理想の療養場所、理想の看とり場所である。

調査を実施したのは、2012年12月である。

2-8.3 結果

話を聞いた人	
1:本人	5
2:配偶者	3
3:子供(嫁婿を含む)や孫	16
4:きょうだい、親戚	4
5:その他	2

性別	
男	6
女	24

住所	
全員が町内	

患者本人の年齢	
1:60 - 64歳	1
2:65 - 69歳	1
3:70 - 74歳	1
4:75 - 79歳	6
5:80 - 84歳	7
6:85歳以上	14

介護の原因となった疾患【重複あり】	
1:脳血管障害	16
2:腎不全	0
3:糖尿病	7
4:難病	1
5:その他	13

要介護度	
1:要支援	
2:要介護1~2	5
3:要介護3~4	10
4:要介護5	1

認知症	
1:なし	6
2:軽度	5
3:あり	19
4:意識がなとかたない	0

同居家族:全数がなし

胃ろう	1:あり	4人
	2:なし	26人
人工呼吸器	1:あり	0人
	2:なし	30人
透析	1:あり	0人
	2:なし	30人
痰吸引	1:あり	3人
	2:なし	27人
気管切開	1:あり	0人
	2:なし	30人
酸素	1:あり	0人
	2:なし	30人
経済状態	1:課税	1名
	2:非課税	29名
	3:生保	0名

コミュニケーション	
1:可能	16
2:やや可能	9
3:不可能	5

理の看場所本人	
1:自宅	3
2:介護施設	4
3:グループホームなど高齢者向け住宅	0
4:自から氏病院	1
5:専門的看護を受けられる病院	1
6:わからない	20
回答し 複数答	2

理想の療養場所(本人)

1:自宅	3
2:介護施設	5
3:グループホームなど高齢者向け住宅	
4:自宅から近い病院	
5:専門的で高度な医療を受けられそうな病院	1
6:わからない	19
回答なし	2

複数回答

理想の療養場所(家族)

1:自宅	
2:介護施設	23
3:グループホームなど高齢者向け住宅	1
4:自宅から近い病院	2
5:専門的で高度な医療を受けられそうな病院	1
6:わからない	1
回答なし	2

複数回答

理想の看取り場所(本人)

1:自宅	3
2:介護施設	4
3:グループホームなど高齢者向け住宅	0
4:自宅から近い病院	1
5:専門的で高度な医療を受けられそうな病院	1
6:わからない	20
回答なし	2

複数回答

理想の看取り場所(本人)

1:自宅	3
2:介護施設	23
3:グループホームなど高齢者向け住宅	
4:自宅から近い病院	4
5:専門的で高度な医療を受けられそうな病院	2
6:わからない	
回答なし	

複数回答

調査対象者は、

本人の「理想の療養場所」選択理由

自分でご飯がおいしくないと感じた時には病院に行くが、それ以外であればゆうらいふにいたい。持病の喘息で呼吸するのが大変になってきた。

仙台にある自分のかかり付けの病院の先生は、自分の体のことをわかってくれているから病院に行きます。

状況によるが、最期は病院で迎えたい。娘たちが引き取って看たいと言うのであれば自宅だが、難しいのであればギリギリまではゆうらいふで過ごしたい。娘たちもそう思っていると思う。

病院は嫌。知っている顔で安心できる場所のゆうらいふ。自宅の方が本当はいいが、子ども達に迷惑をかけてしまう。子ども達の思いなど聞いてみたい。自宅があるのだから、以前のように訪問介護など利用しながら家族に見守られていきたいというのが本当。

<p>気持ち的には自宅と思うが、現実はずかしいのでここでお願いできればとのこと。安心したところで最後はすごしたい。</p>
<p>家族の「理想の療養場所」選択理由</p>
<p>自宅は難しい。急変し病院でそのまま息を引きとればだが、そうでなければゆうらいふにお願いしたい。自分達はゆうらいふに任せているのが現状。ゆうらいふで良ければゆうらいふにお願いしたい。</p>
<p>特養で看取ってもらいたいです</p>
<p>一人暮らし、左半身マヒのため自宅は困難</p>
<p>遠方にいるのでゆうらいふにお願いしたい。また、急変等でなければ受診も望まない。高齢でもあるので…。ただ、入院となった場合は看病しなければいけないという思いがある。</p>
<p>延命治療は希望しません。このまま安らかに特養で永眠していただきたい</p>
<p>返送が無く確認できず</p>
<p>延命治療は希望していない。治療となれば本人もひどい辛いと思う。そのため、ゆうらいふにお願いしたい。</p>
<p>自宅に戻るとするのは現実的に難しい。延命治療も希望しないため、急変等でなければ、病院には行かず、ゆうらいふにお願いしたい。</p>
<p>身元引受人より、今回の調査協力は控えさせていただきたいとのこと。</p>
<p>このままゆうらいふで過ごしてほしい</p>
<p>何かあればすぐに病院で、最後まで病院で看取りたいです。病院が理想(今も入院しているので)</p>
<p>ゆうらいふでお願いします。</p>
<p>延命をせずにそのままがいいと昔は話していた。年も年なので延命はしない考えなので施設で。</p>
<p>本人は、ゆうらいふでと思っているのではとのこと。私も、病気持ちなので、ゆうらいふで看取ってもらいたいと考えています。95歳までの施設利用料は貯金している。嫁とも話しっていて身元も引き取ってもらう様になっています</p>
<p>本人からは、そのような話をきいたことない。その時に、ならないとよくわかりません。どのような状況(本人、家族)かによって色々と変わっていくのではないかと。施設よりかは、病院のほうがやっぱりいい。</p>
<p>何かあった際は病院へ。</p>

<p>本人が昔最後は自宅だと話していた。家に行っても一人で、私も家族がいるのでお願いしたいと思います。</p>
<p>俺も病人だからな、信用しているのでおまかせしたいと思う</p>
<p>すぐに病院に行ける。本人の状態が一番わかっている施設にお願いしたい。涌谷ですっと生活していたので本人もその方が幸せだと思う。看取りは施設でと思っています。今後ともよろしく願います。今のままで良いと思っています</p>
<p>老衰の時は、施設でと思っているが、よくわからない。他の兄弟にも聞いた事がないので...状況によって延命で助かるのであれば病院に連れて行ってほしい。体調が悪い時には、病院に連れていってもらえるのであればいい。</p>
<p>老衰であっても最期は病院で医師の診察を受けたい。本人の自宅は古いし、自分の家(娘の自宅)となると、夫や子供がいてお互い遠慮して良い思いはしないと思う。</p>
<p>状況によると思います。その時になってみないと、パニックになってしまうこともあると思うので。急変したときは、病院へ搬送してもらいたい。老衰で点滴等が必要でなければ施設でお願いしたい。</p>
<p>最期を迎える際は、家族も一緒に側に(ゆうらいふに宿泊して)迎えたい。郵送で書類が届いてから、家族内で話し合いを行い、家族としては看取りを行うのであればぜひお願いしたい。</p>
<p>延命治療は希望していない。老衰であれば施設が良い。しかし、状況によっては急性期であれば病院に行って治療はして欲しい。モニター装着や点滴等が必要でなければ病院に連れて行かないでほしい。</p>
<p>病院とも考えたが、付き添いなどになると、看るのが自分一人なので家庭もあり動けない部分があるので、お願いしたい。</p>
<p>何かあった場合は、すぐに病院と考えている。以前から、そのような考えであったと話す。</p>
<p>家にずっといる人がいないため難しい。</p>
<p>遠方にいるため、近くにいる叔母に頼むようになります。</p>
<p>遠方に住んでいるため、ゆうらいふにお願いしたいとのこと。またもしもの時が来た時はここで寝泊りしながら見ていきたいとのこと(食事など出していただきたい)</p>
<p>気持ち的には自宅と思うが、現実はずかしいのでここでお願いできればとのこと。安心したところで最後はすごしたい。</p>
<p>ゆうらいふに期待すること</p>
<p>ゆうらいふにまかせっきりになっているので、対応はすべてゆうらいふに任せます。</p>

<p>ゆうらいふにお願いして「看取りをゆうらいふにお願いしたい」と言える立場にないが、お願いします。以前、自宅で2人を看取ったことがある。警察が入ったりということもあると聞いていたので大変な印象がある。</p>
<p>ゆうらいふに任せていて安心の為特にありません。</p>
<p>身元引受人より、今回の調査協力は控えさせていただきたいとのこと。</p>
<p>今まで通りお願いします。</p>
<p>ゆうらいふに対しては何もございません。</p>
<p>今まで通りお願いします。</p>
<p>ゆうらいふへは何これと言ったお願いはないです。今もよくしてもらっているなので、このままでお願いします。看取りは行ってもらったほうがいいと思う。</p>
<p>一生懸命してもらっているため何もない</p>
<p>今も良くしてもらっているのでお願いします。</p>
<p>ゆうらいふで看取りについて考えてくれるのはありがたい。しかし、迷惑をかけてしまうという思いがある。</p>
<p>リハビリがしたい。歩行訓練を行い、加湿器の水の補充や電気毛布のスイッチを入れてみたい。</p>
<p>看取りについては、施設側で行って欲しい。迷惑をかけると思うが、ぜひ、前向きに検討をして欲しい。以前、職場(息子)の同僚で、親が施設で最期を迎えたが良かった。との感想を聞いたことがある。</p>
<p>ゆうらいふに期待すること迷惑をかけてしまうが、看取りについてはゆうらいふでお願いしたい</p>
<p>今のようによやかに過ごしてもらえればいい。</p>
<p>今まで通りお願いします。</p>
<p>特になし。</p>
<p>充分に行って頂いているので何もない。看取りについてできるだけ早く整備してほしい</p>

2-8.4 まとめ

施設職員に対する聴き取り調査では、「利用者および家族より、看とりに関する要望は聞いたことがない」と述べていたが、実際に調査を行ってみると、8割近い利用者が、ゆうらいふ内での看とりを希望していた。この調査結果は、ゆうらいふ職員が、看とり介護体制構築の動機となった。

平成 2 4 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
**重度化する要介護者に対する施設内看取りの
 推進に向けた調査研究**

「特養での看とり体制整備」作業部会実施報告

と き：平成 2 5 年 3 月 1 日（金）

ところ：涌谷町町民医療福祉センター第 1 会議室

（参加者）

特別養護老人ホームにおける『看取り』体制整備に向けた検討委員会

委員長	涌谷町町民医療福祉センター 参事	横井 克己
副委員長	石巻市開成仮診療所 所長	長 純一
委員	涌谷中央医院院長（遠田警察署警察医）	鎌田 啓
委員	涌谷町社会福祉協議会	今野 武則
委員	（社）向陽会理事・特養ホーム 万葉苑施設長	今野 涉
委員	涌谷町高齢者福祉複合施設 施設長	眞田 典子

特別養護老人ホームにおける『看取り』体制整備に向けた作業部会

部会長	石巻市開成仮診療所 所長	長 純一
副部会長	涌谷町高齢者福祉複合施設 特養老人ホーム 施設長	眞田 典子
会員	涌谷町高齢者福祉複合施設 特養老人ホーム 主任	若山 浩幸
会員	涌谷町高齢者福祉複合施設 特養老人ホーム 副主任	沼田 賢治
会員	涌谷町高齢者福祉複合施設 特養老人ホーム 准看護師	只埜 小百合
会員	涌谷町高齢者福祉複合施設 特養老人ホーム 介護福祉士	日野 琢智

会員	涌谷町高齢者福祉複合施設 特養老人ホーム 介護福祉士	吉田 ひとみ
	コーディネーター（慶応義塾大学）	大久保三代
ゲスト	涌谷町社会福祉協議会 会長	氏家 昭
ゲスト	涌谷町社会福祉協議会 常務理事	大友 信一
事務局	涌谷町町民医療福祉センター センター長	青沼 孝徳
事務局	涌谷町町民医療福祉センター 副センター長	佐々木 敏雄
事務局	涌谷町町民医療福祉センター 事業部長	遠藤 彰

大久保 よろしくお願ひします。「重度化する要介護者に対する施設内看取りの推進に向けた調査研究」という国の事業について、これまでの経過等をご説明いたします。特に「特養での看取り体制整備」の作業部会について報告いたします。

まず、問題意識です。特別養護老人ホームは、重度の要介護者にとって「終の棲家」とされ、名目上は看取りに対応できるとされています。しかし、現実的には国のてこ入れ策にもかかわらず、特養内での看取りは依然として少なく、多くは終末期に病院に救急搬送されており、もともとは利用者自身が希望していない延命措置を受けてから死亡確認されているケースも見受けられます。このことは、医療費の増大を招くばかりか、地域の医療資源の逼迫に拍車をかけ、また介護施設からの救急搬送が敬遠される一因ともなっています。

事業の目的です。看取りが進まない施設側の要因、例えばスタッフの看取り経験が乏しいとか嘱託医の体制が手薄だといったことと、利用者側の要因、施設での最期を家族が土壇場で拒否するなどの要因も実態調査によって掘り下げることを目指し、夏までに調査を行いました。その結果を踏まえて、特養での看取りが日常的に行われるようにするためのマニュアルや教材、ツールを完成させる。これが事業全体の目的です。

そして、目的を達成するために、作業部会を作りました。マニュアルや教材、ツールを完成させるとともに、どうやってそのマニュアル、教材、ツールを完成させていったのかというプロセスを広く関係者にお知らせして参考にしていただくことで、全国規模で施設内での看取りが増えることを目指すということが今回の作業部会の目的です。

それで、まず、作業部会の基本的な考え方をご説明します。まず、聞き取り調査の結果を参考に、ゆうらいふで看取りができる体制整備を行うことを目指しました。現実的に具体的に体制構築を進めるという観点から、日頃の業務を見直し、長所を伸ばし、短所は改め、手が届く目標を設定するといった無理のない体制づくりをすること。また、本事業をきっかけに、涌谷町民医療福祉センターや近

問題意識

- 特別養護老人ホームは重度の要介護者にとって「終の棲家」とされ、名目上は看取りに対応できるとされている。しかし、現実的には国のてこ入れ策によっても、特養内での看取りは依然として少なく、多くは終末期に病院に救急搬送され、元々は利用者自身が希望していない延命処置を受けてから死亡確認されているケースも見受けられる。このことは医療費の増大を招くばかりか、地域の医療資源の逼迫に拍車をかけ、また介護施設からの救急搬送が敬遠される一因ともなっている。

事業目的（赤字は作業部会の目的）

- 看取りが進まない施設側の要因（スタッフの看取り経験が乏しい、嘱託医の体制が手薄い等）と利用者側の要因（施設での最期を家族が土壇場で拒否等）を実態調査によって掘り下げ、特養での看取りが日常的に行われるようにするためのマニュアルや教材、ツールを完成させ、全国規模で施設内での看取りを増加させることを目指す。

作業部会の基本的な考え方

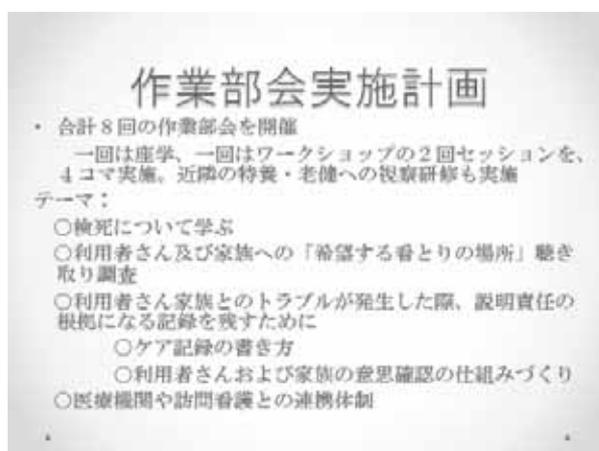
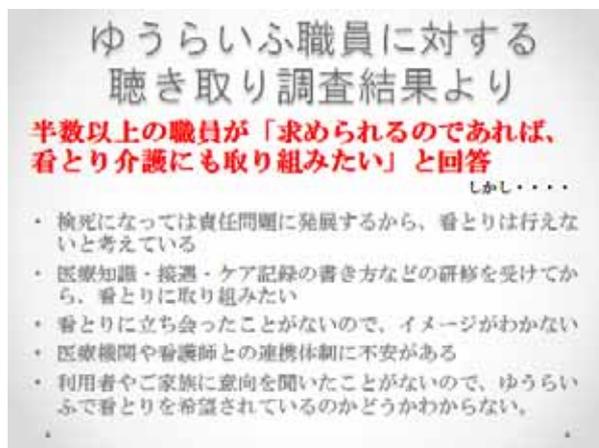
- 聞き取り調査結果を参考に、ゆうらいふで看取りができる体制整備を行う。
- 現実的に具体的に体制構築を進める観点から、日頃の業務を見直し、長所を伸ばし短所は改め、「手が届く目標」を設定するといった、無理のない体制づくりをする。
- 本事業をきっかけに、涌谷町民医療福祉センターや、近隣の特養（万葉苑）・老健（さつき苑）との交流をはかり、長所を生かし合う関係づくりを行う。

隣の特養、例えば万葉苑、老健、例えばさつき苑との交流を図り、長所を生かし合う関係づくりを行うということです。ここがこの事業でのもう一つの新しい点で、異業種の交流です。地域のネットワークを変えてきたわけです。特養と老健と病院が連携するというのも言っていたんですけども、特養同士、老健同士での連携も横のつながりを作っていこうというのが今回の作業部会の目的でもありました。

まず、ゆうらいふ職員に対して、この作業部会に先んじて聞き取り調査を行っています。その結果ですが、まず、半数以上の職員が、「利用者さんやその家族から求められるのであれば、看取り介護に取り組みたい」と回答していました。しかし、「検視になっては責任問題に発展するから看取りはそもそも行えない」と腰が引けている。さらに、「医療の知識とか接遇とかケア記録の書き方などの研修を受けてからでないと、看取りには取り組めない」と考えているし、「看取りに立ち会ったことがないので、イメージが湧かない」「医療機関とか看護師との連携体制に不安がある」といった不安も聞かれました。さらに、そもそもゆうらいふは看取りができない場所、というふうにご家族に考えられているところがあって、利用者やご家族に最期をどうしたいのかなんていう意向を聞いたことがない。だから、ゆうらいふで看取りを希望されているのかどうか自体がわからない。そんな声が聞かれました。

そこで、作業部会を実施しました。合計8回の作業部会を開催しました。基本的には、1回は座学、1回はワークショップという2回セッションを4コマで、近隣の老健や特養への視察研修も併せて実施しました。

それぞれのテーマは、検視について学ぶ。利用者さんと家族に「希望する看取りの場所」の聞き取り調査をする、利用者さんの家族とのトラブルがもしも発生した際に、説明責任の根拠になる記録を残すために、ケア記録の書き方のマニュアル、利用者さん及び家族の意思確認の仕組みづくりを行う。最後に、医療機関や訪問看護との連携体制を検討する、です。



まず、作業部会その1、「本当に怖いからできない」という声で聞かれたのは、とにかく検視になるのではないかという不安がまず一番にあったものですから、まずは検視って一体何なの、というレクチャーをしました。この会にはゆうらいふからも参加されて、一緒に勉強するところから始めるというぐらいの意識の高さでした。

皆さん、こんな心配はありませんか。特養で人が亡くなると、警察を呼ばなければならないんじゃないか。警察が来ると犯罪者にされてしまうんじゃないか。逮捕されなくても、ねちねち事情聴取されるんじゃないか。警官が出入りしたら、ほかの利用者にも迷惑がかかるんじゃないか。こんなふうに考えていませんか。そういったわけで、「利用者の具合が少しでも悪くなったらとりあえず119番しておこう」「病院で亡くなるなら警察は関係ないよね」、そんなふうに考えているというのが実情かなと思います。

そこで、本日は、まず、看取りに関する法律を覚えましょう。看取りのうちで、警察沙汰になってしまうのはどういうものなのかを覚えましょう。もし警察が来たら何が起こるかということを知りましょう。法律を知って、正しくビビりましょうということを周知をしました。

まず、看取りにまつわる法律です。死亡確認は確かに医師だけが出来る仕事なので、医師法が絡んできます。医師法20条には無診察診療の禁止というのがあり、21条に異状死の届出というのがあります。死亡の確認と

作業部会その1 特養での看取り

～警察とのお付き合い～
悪いことをしなければ彼らは来ませ
東北大学医学系研究科社会医学講座法医学分野
非常勤講師 大久保倫一

皆さん、こんな心配はありませんか

- ▶ 特養で人が亡くなると、警察を呼ばなければならない？
- ▶ 警察が来ると、犯罪者にされてしまう？
- ▶ 逮捕されなくても、ねちねち事情聴取される？
- ▶ 警官が出入りしたら、他の利用者にも迷惑がかかる？

→ とりあえず、具合が悪くなったら119番しとく？
病院で亡くなるなら警察は関係ないよね？

ふむ



特養で亡くなった人がいるっていうんですけど、捜査するんですか？



- ? 看取りにまつわる法律
- ? 看取りのうちで、警察沙汰になってしまうもの
- ? もしも警察が来たら何が起こるか
- ? 「検視」の実際(鎌田先生に聞いて下さい)

法律を知って、正しくビビろう！

大成医典 taiei-saikn.co.jp

看取りにまつわる法律

- ▶ 死亡確認は医師だけが出来る仕事
→ 「医師法」が絡んできます。
20条 無診察診療の禁止
21条 異状死の届出
- ▶ 死亡の確認は医師にまかせればよいので、スタッフの皆さんがビビる必要はありません。

安らかに旅立terようなケアこそが重要です。

というのは医師にまると任せればよいので、スタッフの皆さんがビビる必要はまったくありません。安らかに旅立てるようなケアこそが重要なんです。それこそスタッフの皆さんの出番なのです。

異状死の届出。医師法の21条「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」とあります。警察に届け出たら、刑事と鑑識が来ます。遺体を丸裸にして調べる、つまり検視が行われます。悪いことはしていなくても、警察が来るのは嫌です。難癖つけられて捕まってしまうのかも心配になります。

では、そもそも異状死ってどんなことを言うのでしょうか。「死体の外表におかしい点があったら、警察に連絡をしましょう」と最高裁が言っています。ナイフが刺さっているとか、頭が吹っ飛んでいるとか、そういう状態を言います。

特養で亡くなると外表に異常が起きるでしょうか。老衰でお部屋で亡くなると傷がつくでしょうか。ナイフが刺さる、バットで殴られる、ベッドから落とされるなんていうことはないはず。普通は死ぬほどの怪我なんかしないので、異状死の届け出はする必要がありません。褥瘡のよっぼどひどいのを何にもしないでわざと放置していた、というような場合は論外ですが、普通に手入れをしていれば何の心配もありません。

だけど、よく皆さんが心配されるのはこれです。普通に夕飯を食べていた、いつもどおり眠った、夜中の巡回で反応がない、揺すっても起きない、息をしていない。触ったら冷たくなっている。夜勤のスタッフさんは「え

「異状死」の届出

医師法 第21条
 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

警察に届け出たら、刑事と鑑識が来ます。
 遺体を丸裸にして調べます（検視）



悪いことはしていなくても警察がくるのは嫌なものです。
 難クセつけられて捕まってしまうのかも心配になります。

そもそも「異状死」ってどんなの？

「死体の外表におかしい点があったら、警察に連絡を」
 by最高裁



ナイフが刺さっている 頭が吹っ飛んでいる

特養で亡くなると外表に異常？

老衰でお部屋で亡くなると、傷がつくか？

ナイフが刺さる？
 バットで殴られる？
 ベッドから落とされる？

普通は死ぬほどの怪我なんかしないので「異状死」の届け出はする必要ありません。

褥瘡～よっぼどひどいのを放置していれば論外ですが、普通に手入れしていれば何も心配ありません。

でも夜の巡回で冷たくなったら？

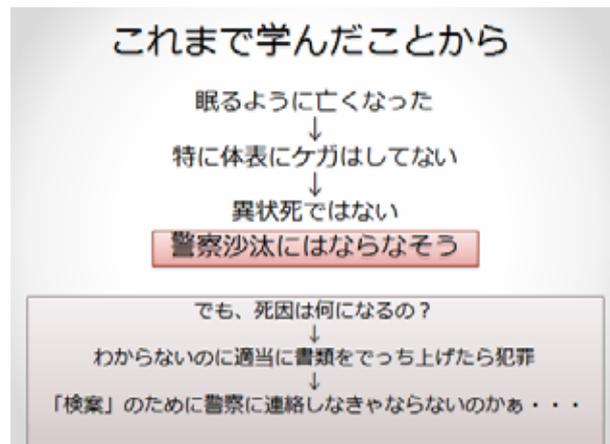


普通に夕飯を食べていた。
 ↓
 いつもどおり眠った
 ↓
 夜中の巡回で反応がない
 ↓
 ゆすっても起きない。息していない

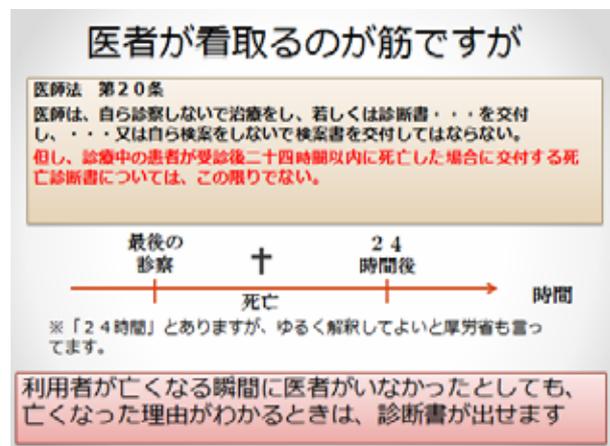
夜勤のスタッフ
 「もしかしたら死んでる？ 私つかまっちゃう?!」

「！もしかしたら死んでる？私捕まっちゃう？」と心配してしまいます。

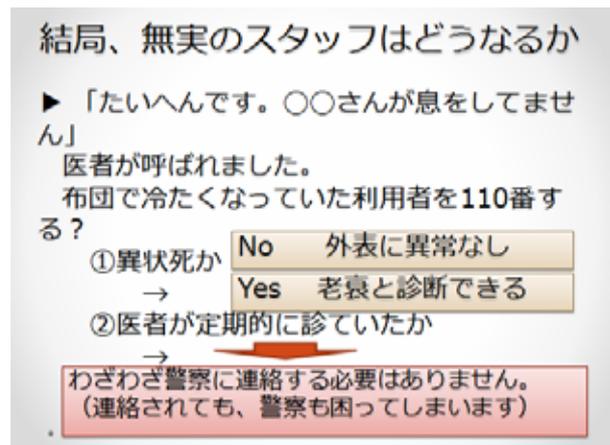
これまで学んだことから、眠るように亡くなった、特に体表にケガはしていない、異状死ではない、そういうことなら、警察沙汰にはならなそうだとわかります。でも、死因は何になるのでしょうか。わからないのに適当に書類をでっち上げたら、それはそれで犯罪じゃないでしょうか。検案のために警察に連絡しなきゃいけないんだったら、結局警察沙汰になるのでしょうか。



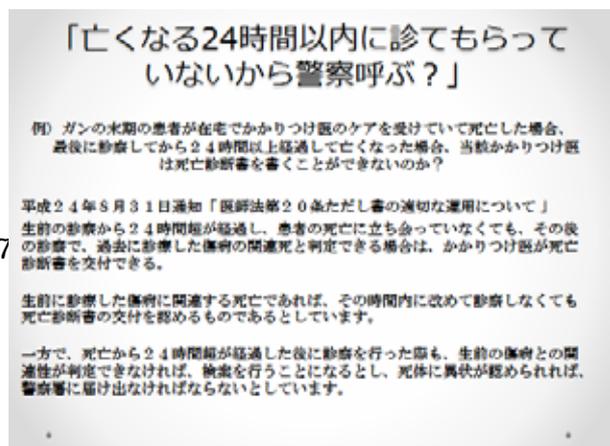
医師が看取るというのが筋なんです。医師法の20条には、「医師が自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書……を交付し、…又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。」とあります。「但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない。」というのが付いています。しかも、この「24時間」なんです。これはちょっと緩く解釈してもいいよということを厚生労働省が言っています。なので、利用者が亡くなる瞬間に医師が立ち会っていませんでしたとしても、亡くなった理由がわかるときは診断書が出せるんです。



結局、無実のスタッフはどうなるか。「大変です、さんが息をしません」、医師が呼ばれました。布団で冷たくなっていた利用者を110番しますか。異状死ですか。いいえ、外表に異常ありません。医師が定期的に見ていましたか。必ず診察していますね。イエス、老衰と診断できます。わざわざ警察に連絡する必要はないし、連絡されても、警察も困ると。



しかし、亡くなる24時間以内に診てもらって、がんの末期の患者が在宅でかかりつけ医のケアを受けていて死亡した場合、最後に診察を受けてから24時間以上経過して亡く



なった場合、当該かかりつけ医は死亡診断書を書くことができないのかという問題が残っていました。

そこで平成24年8月31日に国から通知が出ました。「医師法第20条ただし書の適切な運用について」というものです。生前の診察から24時間を超えた時間が経過して、患者の死亡に立ち会っていないくても、その後の診察で、過去に診療した傷病の関連死と判定できる場合は、かかりつけ医が死亡診断書を交付できる、とはっきり書いてあります。生前に診療した傷病に関連する死亡であれば、24時間以内に改めて診察しなくても死亡診断書の交付を認めるという意味です。

一方で、「死亡から24時間を超えて経過した後に診察した際も、生前の傷病との関連性が判定できなければ検案を行うことになる」とも書いてあるので、死体に異状が認められれば警察に届けなければなりません。

まとめです。特養で利用者が亡くなった場合、1つは、見た目に明らかな異常がない、つまり異状死でないこと。2つは、医師が普通に定期的に診察していて、その病気で亡くなったこと。この2点があれば、わざわざ警察に連絡する必要はないのです。深夜や休日など、医者目の前で利用者が亡くなるとは限りません。その場合には、後で医者呼んで死亡確認してもらっても、警察沙汰にはなりません。施設のスタッフの皆さんには、利用者ご家族のサポートをよろしく願います、という説明をしました。

次に、これを踏まえて、ゆうらいふの職員の方が、電話か面接、アンケート用紙を配布するという形で利用者さんと家族への聞き取り調査を行いました。本人に意思確認ができる場合は本人にも聞いています。例えば認知症とかでちょっと意思が表明できないという方についてはご家族に聞きました。「理想の看取りの場所はどこですか」という質問には、約80%の利用者の家族が施設内での看取り、つまりゆうらいふで看取ってほしいと希望していました。自宅から近い病院、多分ここの涌谷町国保病院のことですが、これが14%。専門的で高度な医療を受けられそうな病院というのはわずか7%でした。ゆうらいふに看取りの対応をしてほしいという声が多数あったんです。

まとめ

- ▶ 特養で利用者が亡くなった場合、
 - ①見た目に明らかな異常がないこと（異状死でない）
 - ②医師が定期的に診察しており、その病気で亡くなったことの2点があれば、わざわざ警察に連絡する必要なし。
- ▶ 深夜や休日など、医者目の前で利用者が亡くなるとは限らない。その場合には、後で医者呼んで死亡確認してもらっても、警察沙汰にはしない。

→ 利用者ご家族のサポートをよろしく願います！

利用者さんおよび家族への聞き取り調査

調査期間：2012年11月下旬～12月末
調査方法：電話や面接による聞き取り・質問紙調査
調査主体：ゆうらいふ職員

理想の看とり場所

- ・ 約80%の利用者家族が、施設内看取りを希望。
- ・ 自宅から近い病院 14%
- ・ 専門的で高度な医療を受けられそうな病院 7%
- ・ ゆうらいふに「看とり対応をしてほしい」の声多数

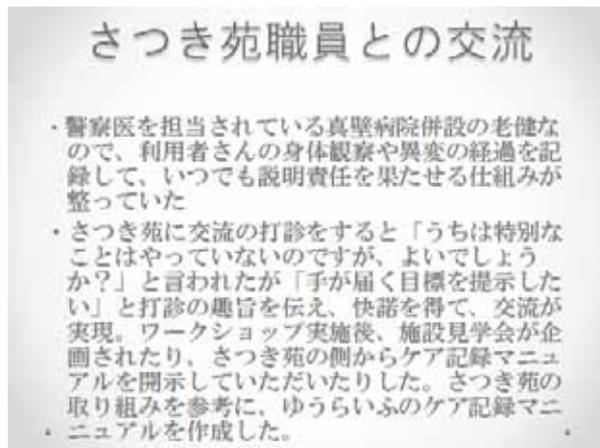
<利用者家族の声>
本人は、ゆうらいふでと思っているのではとのこと。私も、病気持ちなので、ゆうらいふで看取ってもらいたいといます。95歳までの施設利用料は貯金している。嫁とも話していて身元も引き取ってもらえる様になっています

利用者の家族の声を1つお示しします。もう認知症が進んでしまっていて意思がわからないけれど、本人は「最期はゆうらいふで」と思っているのではないかというのです。「私も病気持ちなので、ゆうらいふで看取ってもらいたいと思います。95歳までの施設利用料を貯金しています。嫁とも話して身元も引き取ってもらうようになっています。こういう準備をしているからゆうらいふをお願いします」というのです。

次に、ケア記録の書き方の作業部会をしました。利用者さんの家族とのトラブルが発生した際に、説明責任の根拠になる記録を残す、という目的です。

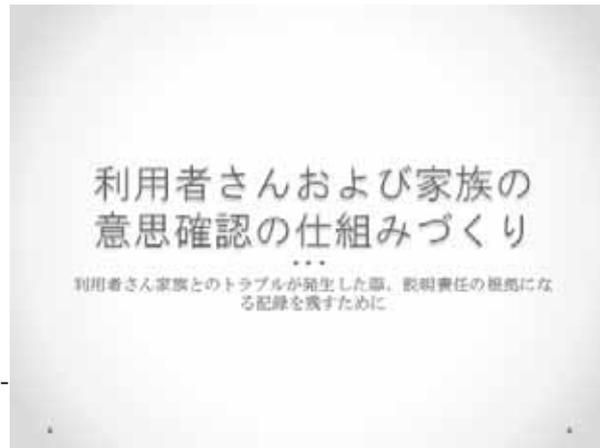


それに当たって、さつき苑という老健の職員との交流会をしました。交流してワークショップを行いました。なぜかという、真壁病院は警察医をされています。つまり検視をやる側の先生が経営されている病院併設の老健なので、利用者さんの身体観察とか異変の経過を記録して、いつでも説明責任を果たせる仕組みを整えているので、さつき苑に交流の打診をしたんです。が、このときに「うちは特別なことはやっていないんですが、大丈夫でしょうか」と遠慮されました。そこで、手が届く目標を提示したいんだというこの作業部会の目的、趣旨をお伝えしまして、快諾を得て、交流が実現したわけです。



これは私が言ったわけではないんです。ワークショップ実施後、ゆうらいふとさつき苑の方の現場の声で施設見学会が企画されまして、さつき苑の側からケア記録マニュアルを開示してもらったりしたんです。これを参考に使ってくださいということで。それで、さつき苑の取り組みを参考に、ゆうらいふのケア記録マニュアルが作成されました。

次は、利用者さんとそのご家族の意思確認の仕組みづくりです。利用者さんの家族とトラブルが発生した際、説明責任の根拠になる記録を残す、これも同じです。



万葉苑の職員と交流を行いました。万葉苑をなぜ選んだかという、看取り介護を実施している特養だからです。それで、万葉苑の職員の聞き取り調査を先に行いました。すると、看取り介護を行った達成感とか満足度が高いことがうかがわれましたので、ゆうらいふの職員にもよい刺激になるのではないかと考えたわけです。

万葉苑の職員が看取り介護に満足している要因はいろいろあります。例えばスタッフ間の関係がピラミッドではなくてフラットになっています。若い職員がリーダーを務めて自分が理想とする看取り介護ができる。あとは、利用者家族が看取りに積極的に関わっているで、看取りの後、家族からスタッフに感謝の言葉が伝えられているんです。これらがスタッフの満足につながっているとわかりました。それで、万葉苑の職員とゆうらいふの職員とのワークショップの中では、万葉苑から利用者さんとそのご家族の意思確認のマニュアルとか書式を開示していただいたんです。そして、万葉苑の取り組みを参考に、ゆうらいふの意思確認の仕組みというのを立案しました。

すみません、ここに書いていないんですが、ゆうらいふの場合は社会福祉協議会なので、決裁をどこまで上げるかというようなことをしっかりと明示をするとか、誰が責任を持ってコーディネートをするのかということをはっきりと明らかにしたり、何人体制でどういう職種の体制でやるのかということをはっきりと定めるといことに留意をいたしました。

それで、これはゆうらいふの皆さんが自ら企画した研修会ですけれども、25年の1月16日に介護老人保健施設さつき苑と特別養護老人ホーム郷和荘に施設見学と看取りについての情報交換会に行っています。

最後に、医療機関と施設との連携です。

「医療機関への要望書を作成しましょう」という作業部会をしました。7回の作業部会を経て、涌谷町町民医療福祉センターへの要望書を作成しました。最初にゆうらいふが作

万葉苑職員との交流

- ・看取り介護を実施している施設。職員の聞き取り調査を行ったところ、看取り介護を行った達成感や満足度が高いことが窺われたので、ゆうらいふ職員にもよい刺激になると考えた。
- ・万葉苑職員の看取り介護に対する満足が高まる要因として「スタッフ間の関係がピラミッドではなく、フラットな関係。若い職員がリーダーを務めたりしている」「利用者家族が看取りに積極的に関わり、看取りの後、家族から感謝の言葉が伝えられている」等が見受けられた。
- ・ワークショップでは、万葉苑より意思確認マニュアルや書式を開示していただいた。万葉苑の取り組みを参考に、ゆうらいふの意思確認の仕組みを立案した。

視察研修会実施

- ・平成25年1月16日(水)
- ・介護老人保健施設さつき苑にて施設見学・看取りについての情報交換会
- ・特別養護老人ホーム郷和荘にて施設見学・看取りについての情報交換会

医療機関と施設との連携

成した案では、急変時、医師にすぐ往診してもらいたい、嘱託医の週1回の回診のほか、看取り介護の対象者には週2、3回往診してほしいなど、医師への依存が高い要望書だったんです。

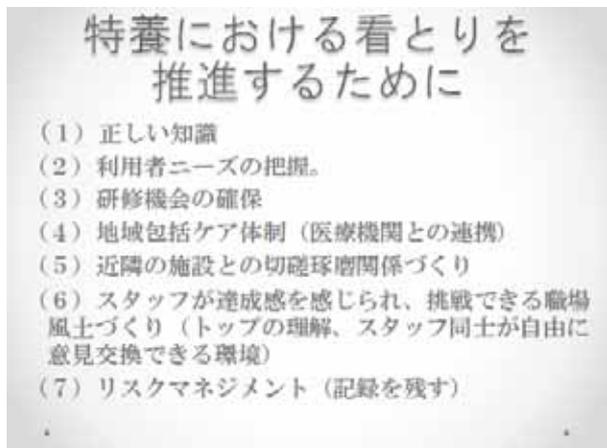
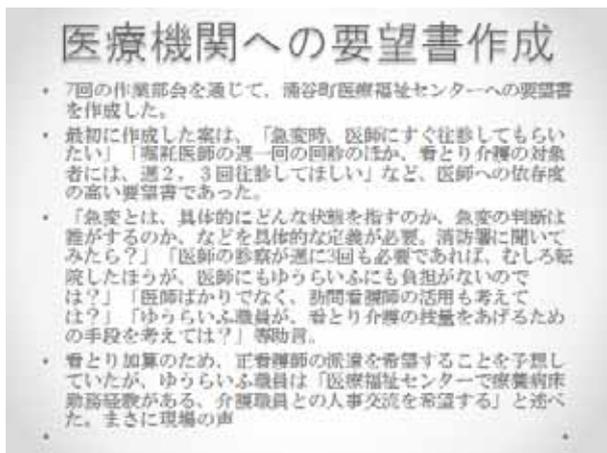
それは実際難しいと聞きましたので、私がファシリテーター役をしました。「急変って言うけど、具体的にどんな状態を急変って言うんですか」、「急変という判断は誰がするんですか」など具体的な定義が必要ですよ、とか、「消防署にちょっと聞いて参考にしたらどうですか」なんていうアドバイスをしました。また、「医師の診察が週に3回も必要であれば、むしろ転院したほうが医師にもゆうらいふにも負担がないではありませんか」とか、「医師ばかりでなく、訪問看護師の活用も考えたらどうですか」、「ゆうらいふ職員が看取り介護の技量を上げるための手段をいろいろ考えてみませんか」など助言しました。

それで、最初、せっかくゆうらいふで看取りに取り組むなら、看取り加算のため正看護師の派遣の希望がゆうらいふから上がるかなと予想していたんですが、その予想が外れまして、ゆうらいふの職員は医療福祉センターで療養病床勤務経験がある介護職員との人事交流を希望するという声が上がりました。介護職員同士で交流をして切磋琢磨していきたいという声があったのが、まさに現場の声だなと感じました。

最後のポイントは、作業部会を通じて、特養における看取りを推進するために何が必要なのかという要素を明らかにしました。まずは正しい知識です。もちろん身体観察やどういふふうに人が亡くなっていくのかということもそうですし、さっき触れました検視について正しく理解するというのもまず重要です。次に、利用者のニーズをきっちりと把握すること。研修機会を確保すること。地域包括ケア体制、医療機関との連携体制を組むこと。

近隣の施設との切磋琢磨の関係づくりをすることですね。さきほど言った特養同士、老健同士もつながろうというのも入っていますね。さらにいうと、スタッフが達成感を感じられる、さらに挑戦することができる職場の風土づくりが必要だろうと思います。例えば、トップの方の理解があって、「よし、やってみよう」と言ってくれると、現場はやはり活気づくわけですね。そういう理解がないところではやっぱりなかなか進められないだろうと思います。

また、スタッフ同士が自由に意見交換できる環境が必要です。今回のゆうらいふの作業部会は自由に意見交換をやって、どうしよう、どうしよう頭を突き合わせて、一緒に考えて



葛藤するという姿勢がありました。非常にそれがよかったと思います。

そして最後に、ちゃんとリスクマネジメントとして記録をしっかりとるということ。これをやっていくことが必要なのではないかということが、今回の作業部会を通じて明らかになったかなと考えております。以上です。

それでは、先週ゆうらいふに赴きましたときに、「今日は全員に感想を言ってもらいます」とお願いしています。皆さん考えてきているはずなので、お一人ずつ、作業部会をやってみた感想はどうでしょう。

眞田 管理者をしています眞田です。今回、看取りの作業部会を行って、最初は、今までゆうらいふのほうでは看取りはしない方向で考えていたんです。でも、やはり勉強する中で、利用者さんや家族の方が要望しているというのがすごくわかったんです。「ああ、ゆうらいふに対してこれだけ最期まで見てほしいんだな」。やはり管理職だけ、主任とかだけではなくて、現場のスタッフが入ったことによって、現場の声が伝わりましたし、みんなで意見を出し合って、今回いろいろな方向で前に進めたと思っています。今回はこういう形ですごくいい機会だったと思うので、来年度に向けては、ゆうらいふ全体の職員に周知しながら進めていきたいと思います。

若山 主任をしています若山です。眞田のほうからも話がありましたけれども、やはりゆうらいふでは看取りに対して今まで考えてきていなかった部分があったので、それを一から考えていくことは、いい勉強になりました。ただ、一からでしたので、実際には看取りに関する指針だったりとか報告のマニュアルというのを作成していくというので、さつき苑さんだったり万葉苑さんだったり、実際に研修に行った郷和荘さんの資料をもとにして、それを参考として、あとはゆうらいふ独自に、我々が活用できる指針であったりマニュアルというものの作成が今回できたのかなというふうに思います。

自分の中では、やっぱり業務がある中での作業部会で、新たな資料作成もしていくという部分で大変ではありました。けれども、今ここに来て、それが完成をして、これからもゆうらいふとして看取りを実施するに向けても、家族の思いも確認できましたので、すごくいい機会になったと思います。

これからも看取りに関しては、今回のメンバーだけではなくて他のメンバーとも研修などを通して理解を深めて、家族の方と利用者の方に「ゆうらいふで最期を迎えることができて本当によかった」と思ってもらえるような、そういうケアをしていきたいなと思いました。

沼田 副主任をしています沼田と申します。今回の他施設での研修だったり、あと意見交換とか研修などでも学んでいく中で、入居者様とご家族様の思いとか、あとスタッフの思い、不安という部分、とてもすごい深い部分なんだなと感じました。

今後看取りを行っていく中で、看取り期に入ったからといって利用者さんとの向き合い方を変えとかではなくて、その方の思いとかその人らしさを大切にしていって、また、家族の不安とか思いとかを一緒になって考えていけるとか、私は常に自分だったらという、その入居者様とご家族様の立場に立って常に考えていかなければならないのかなと思っています。スタッフ側としても、そういう恐怖感とかプレッシャーとか、いろいろそういう不安があると思いますけれども、今後、この作業部会のメンバーが中心となって勉強会などを重ねてい

って、メンタル面の部分もフォローし合いながら頑張っていきたいと思っています。

最後に、先ほども主任が言ったんですけれども、入居者様、ご家族様に、「最期はゆうらいふでよかった」と言ってもらえるような感じで、努力して頑張っていきたいなと思っています。以上です。

吉田 介護員の吉田です。今回、看取り作業部会に選ばれて、正直、初めは看取りってできるのという自分の中での思いがあったんです。一番自分の中で大変だったのは、家族への聞き取り調査です。どのように話を切り出していくのか、家族はそれで不快な思いはしないのだろうかという、内心ちょっとドキドキしながら行ったことです。

看取りを進めていく中で、施設見学や意見交換、研修にも行かせていただきまして、看取りケアはやっぱり日々のケアの延長であり、決して特別なことではないのかなど。それで、その人らしい人生を最期まで送れるように、やっぱり現場でもケアしなければいけないと思いました。今後もし看取りを行っていくのであれば、現場のスタッフだけではなく、ゆうらいふ全体で看取りについての理解や職員の研修も必ず必要になってくると思います。

日野 介護職員の日野と申します。今回、初めて看取り作業部会に参加させていただきました。自分としても、最初は調査の時点でやってみたいという回答をしたんですが、実際進める中で、こんなにもマニュアルとか気にするものがあるものなのだなという、のが一番びっくりしました。こんなに書類等があるんだなと。あと、施設どうしの交流の中でも、記録の書き方であったり、家族とのコミュニケーションのとり方であったりというのが、とても看取りに関して重要だということを知りました。

それで、私も大変だったのは家族への聞き取りでした。死というデリケートな部分なので、言い方や捉え方の部分ですけれども、不快に思われないように気を付けながらやるのは大変でした。今後、進めていくに当たって、自分たちだけでなくほかのスタッフも看取りに対する知識はゆうらいふの特養部門だけでなく、施設全体として考えていくことだと感じましたので、スタッフみんなで情報を共有していきたいと思います。

只埜 お世話になってます看護師の只埜と申します。私は以前、看取りをしている特養に勤めていました。本当にご家族と私たち職員で見守りながら、穏やかに安らかに最期を看取るということ、終末期ケアは本当に肉体的、精神的に大変でした。それをしていく上で、利用者様は、やっぱり徐々に自分の意思が伝えられなくなり、看護師ながら本当に望んでいることが自分たちができているんだろうかという思いも常にありました。ただ、その都度、やっぱり看取りとはその人らしさを最期まで尊重し、敬意を持って見送る、すごい尊い瞬間なんだということも感じさせられました。

そして、今回、この看取り作業部会に参加させていただき、改めて看取りについて考えさせられました。今後、当施設で初めての看取りに取り組むわけですが、この看取りのケアを通じてよかったことや困ったこと、そして不安や感じたジレンマなど、その気持ちを表に出し共有することで、次のケアにつなげていき、そしてその人らしく利用者さんが自然に死を迎えることができる看取りを実現し、最期はやはり特養で看取ることができてよかったと思っています。以上です。

大久保 このような感想をいただきました。委員長、いかがでしょうか。

横井 ゆうらいふの皆さん、本当にお疲れさまでした。今、皆さんのお話を聞いていますと、全くないものから新しい概念に挑戦していく中で、大丈夫かしらという不安があったのですね。そしてその挑戦が終わった中で、今6人の方のお話を聞いていたら、もう本当に自信にあふれているように見受けられました。やる気をすごく上手に刺激された長先生とか大久保さん、本当にお疲れさまでした。ありがとうございます。

どなたかマニュアルのことをおっしゃっていましたが、皆さん方も本能的に、マニュアルというか成書に基づいて看取りや常時の介護をどうしたらいいかということが、余計本能的にわかったんじゃないかなと思います。今聞いていて、本当に久しぶりに感動したというか、すごいことだなと、今本当に思っています。これからもこういうことがますます高齢社会で増えていくでしょうし、ほかの施設との視察とか交流もどんどん深めていって、この地域で、あるいはこの地域から、どんどんこういう輪を大きくしていって、この看取りということを全国的に発信できるようないい報告書になるんじゃないかなと思います。

検討委員会の委員の皆様方、どうでしょうか。

今野(武) 私、大分心配してきたんですが、今、ゆうらいふの職員の皆さんが勉強、研修を受け、そして皆さん独自でそれぞれ勉強した中で、今の発言が非常に私も感動しました。本当にゆうらいふの皆さんがそこまで言っているとは思いませんでした。社協の氏家会長さんをはじめとして、管理者の皆さんがゆうらいふのスタッフの皆さんをこれまで研修されてきた。あるいはこうやっていろいろなものに取り組んで、作業部会ですか、こんなことをやってきたと全然私思っていないので、今の話を聞いて非常に感銘を受けましたし、本当に、ないところから今回始まるわけです。最初はいろいろと不安あるいは戸惑いなどもあるかと思いますが、ぜひその辺りを乗り越えて、スタッフや関係の皆さんとの連携を密にしながら、看取っていただき、家族の皆さんから感謝されるようにしていただければありがたいなと思っています。

本当はゆうらいふのスタッフの皆さんの教育はどういうことをやっているのかなと、非常に疑問を持ってきました。今、皆さんの話を聞いて、あるいは大久保先生の今のお話を聞いていまして、そこまで行っていたんだなということで、私も安心しましたし、これからぜひゆうらいふの皆さんに頑張っていたきたいと思います。本当にお疲れさまでした。

横井 今の今野さんも僕と一緒に、感動されたというご意見でした。本当に失礼な言い方もしれませんが、皆さん本当にびっくりされたのではないのでしょうか。それと同時に、ここにおる全員で、ある程度、こういうことを進めていく自信みたいなもの、それも確固たるものになっていったと思うんです。長先生、作業部会をまとめられて、どうでしょうか。

長 最初の方で私が申し上げたと思うのですが、看取りを介護職の方々は積極的にやりたいというか、取り組みたいと思っている方が潜在的に多いと思うんです。ただ、そうなると実際には看護師さんと連動する医師の負担がおそらく増えるんじゃないかと。私が関わった特養は7割を看取っています。医療者側がどちらかという看護とか介護の方々のほうに、いい意味で責任を委ねていくような流れを作っていけばいいと思います。一定の質が担保されていることが大前提ですけれども、どんどん育っていくという言い方も失礼で、むしろ医療者側がついていけないことを貪欲に吸収していかなければいけないということが多いのではな

いかなと。

その点、最初に聞いて、看取りに取り組みされていないということで、涌谷はどうやっているのかなと正直思ったんですが、今の話を聞くと、やはりそれだけの地力があると感じました。こう言うと大変失礼になるかもしれないんですけども、恐らく高齢社会のいろんなあり方とか地域のことというのは、医療職とか専門性が高いことばかりで決められるものではありません。むしろもっとケアの現場で活動されている人たちのほうが自主的に問題意識を持って、自分たちで考えて発言して、仲間を育てたり物事を動かしたり作っていけるようになっていけば、全てにおいて変わっていくのかなと思います。変わっていくというか、もっと大きくなっていくような気がしたというか、教えていただいた。

その中で、私がまた今後協力できることがあればさせていただきたいと思いますし、私も実際に推進していく。つまり、皆さんのように医療センターの方から動いて、全体にかなり高い水準を維持しながらやっているところばかりではないと思います。今後この地域でこうした活動を広げていくのにいろいろと取り組ませていただければと思います。

こういうことをまとめる能力が高いのはすばらしい。私はこういうことが全然できないので、やっぱり相当努力されたんだと思うんですけども、できることをやっていきたいと思います。またよろしく願います。

横井 どうもありがとうございました。ほかの委員の方。何かご意見や感想はありませんか。鎌田先生、どうでしょう。

鎌田 ご苦労さまでした。看取りの場所の希望ですが、「自宅から近い」が14%、「高度な医療機関」が7%、合わせて21%。つまり、5分の1の人は、やっぱり施設内の看取りじゃない方がよいと考えている。逆に言えば、年寄りだからこそ難しいな、家族が反対に考えたなというふうに思うんです。だから、この7%が多分何かあったときに文句が出る人たちなんだと思うんです。専門的で高度な医療を受けられそうな病院の対応を考え、徐々に悪くなっていくのを想定していない家族も結構いるんだなと。その人たちとどういうふうに接していくかが大事なかなと思いました。

横井 確かにそういう事例、全てが、オール賛成というわけではないですから、確かにそういう人たちに、先生のおっしゃるとおりどのように接していくかと、説得は難しい場合もありますからね。大事なことなんですけれども、センター長、どうですか、ご意見。

青沼 私も涌谷町に来て25年になりますけれども、厚生労働省のこういう仕事をきっかけにネットワークができたというのは、私にとっても大変画期的な出来事です。涌谷町に来たことも私にとって画期的でしたけれども、こういう形でまた一歩進めることができたというのは、大変私自身もありがたいですし、うれしく思います。皆さんのおかげだと思っています。

私が思うに、人は生まれる場所を選ぶことができません。けれども、亡くなるころ、これは自分で意識的に選べるわけです。今、それが非常に人為的に制限されている形で人生の最期を迎えなくてはいけない。終わりよければ全てよし、という言葉もありますけれども、やはり人生の最期をどのように終えるかというのはものすごく人間にとって大事なことだと思うんですね。それが今、日本の我々の社会では非常に制限された形でそれが行われてい

る。自分の意思とは関係のないところで行われている。それが非常に、一見難しい、非常に特殊な人たちでないとそれができないように多くの人たちが思ってきたことが、このようにみんなで力を合わせれば国民一人一人が自分の最期を自分の望む場所で選べるようになるという意味で、今日のこの研究、この取り組みは、僕はたいへん画期的だったと思います。それは、ここにご参加いただいた横井先生をはじめ、委員の先生方、それから関わってくれたゆうらいふの皆さんのおかげです。この皆さんがこれを今、全国に向けて発信されるということ、この涌谷町からこういうものが発信できるということを大変うれしく思います。皆さんの取り組みに心から敬意を表したいと思います。この厚生労働省の仕事に関わったことが、涌谷町にとってある意味新しい一歩になるのではないかと考えております。本当に皆さん、どうもありがとうございました。

横井 今、センター長からも大変感動したというか、感銘を受けたというような、非常に力強い発言もありましたけれども、大久保さん、本当にお疲れさまでした。

大久保 まだこれからです。

横井 たしかにこれで終わりというわけではないですね。今までのところはものすごい刺激を与えていただきました。もちろん医師だけじゃなくて、ほかの全ての医療職、医療に関わる人たちの結束が非常に大事であると。これは別に看取りにかぎらず、全てに通用することであると思います。そういう意味で本当にお疲れさまでした。

大久保 ゆうらいふの皆さんはうずうずしていたんです、本当はもっとやりたくて。皆さんに聞き取り調査をしていたら「あっ、ここだったらやれるかも」という感触があったんです。皆さんまず、介護を志して入ってきた熱い方々が多いし、きちんと勉強されています。仕事をしながら資格を積み重ねてもいる。看取りについても、全然イメージが湧かないんだけど、やってみたいというのを素直に出せる。その素直さというのをお持ちだったので、やれるんじゃないかなと思ったんです。やっぱり今回うれしかったのは、トップが「やってみろ」と言ってくれたことなんです。ご意見を聞きたいのですが、いかがでしょうか。

氏家 実はびっくりしました。今日で8回目ですか、今回で。これは特別表彰に値するね。実は、ゆうらいふの特養が10年になるんです。ですから、最初のときは、これはどうなるかなという感じがしましたがけれども、これは自信をつけられると思いますね。大変ありがとうございました。

大久保 医療福祉センターへの要望書についての検討は。

佐々木 ゆうらいふのほうから要望書が出ていました。要望書が出てからちょっとスタッフやセンター内で話し合いをしましたので、その結果を報告いたします。

遠藤 では、私のほうから報告をさせていただきます。

先ほどスライドでもありましたけれども、看取りに関して、医療福祉センターに対する要望が6項目ほど出てきました。その中で、支援策の要領を作る前にもう1回意思疎通を図りたいということで話し合いました。確かに最初要望書を出されたときは、初めてのことなので、センターのほうに頼りたいという部分が相当あったんですね。

特に、その中で、訪問看護師に週2回訪問してほしいとか、夜間についても対応してほしいというものがありません。もちろん、センターとすればできないことはありません。。ゆう

らいふと契約を結んで、訪問をすることはやぶさかではありませんけれども、当然そこにはお金も発生します。それでもよろしいでしょうか、と話し合ったところ、とりあえず、1回はゆうらいふで看取りをやってみるということになりました。どうしても人手が足りないという場合には、改めてセンターに相談し、契約も含めて話し合いたいということになりました。また、夜間に状態変化したときに、センターの医師で対応できるかという要望がありました。センターは、救急外来として夜に医師が必ずおりますので、対応は可能です。

あと、併せて、息を引き取ってから24時間以内に来ていただけますかと。そういう部分についても、必ずしも嘱託医師だけが対応するのではなくて、センター全体として夜間等についてはオンコール制度というのがきちんとできております。そういう中で24時間依頼に対応は可能ですよと。そういった部分もしております。

あと先ほど出た人事交流という部分もありましたけれども、やはりセンターの療養病棟とゆうらいふの看取りの内容がちょっと違うような感じもするので、なかなか人事交流は難しい。ただ、現場職員として、特にセンターの中の療養病棟の職員と、それからゆうらいふの職員の中で、現場を聞く、そういう機会を設けましょうというような形でいろいろ話し合いをしました。

それで、それに基づいてまとめたのが、今日配付しております「センターによるゆうらいふにおける看取り対応に関する支援要領」です。今日お手元にあるかと思えます。こういった内容で、センターとしては24時間連絡体制を確立して、ゆうらいふが看取りをする上においてのバックアップ体制を作るというものです。今日お示しした内容で医療福祉センターの医師の役割なり、あるいは看取りの具体的方法などを取り決めました。

そして、最後にその他として、看取りに関して医療福祉センター職員、特に療養病棟の職員とゆうらいふ職員の情報交換の機会を設定をすることとし、そういった部分で取りまとめているところであります。

横井 今、遠藤部長から説明がありましたけれども、今皆様のお手元に要望書はないですか。

大久保 要望書が本日今日の配付資料の中になかったので、ゆうらいふからどんな要望書を上げたかについて説明いたします。

内容は、ゆうらいふから、医療福祉センターに対する協力体制についての要望書です。

まず、1点目。現在、ゆうらいふの嘱託医師による回診は週1回実施されています。入居者が看取り時期に入った場合、訪問看護師に週2回くらい日中訪問していただき、夜間についても関わってほしい。ゆうらいふは常勤看護師が2名のみで、夜間等の対応が難しいため。

2点目。夜間、状態変化時に、血圧、脈、呼吸数、意識レベル、酸素飽和度を電話で報告するので、医療福祉センターの医師で対応、つまり指示をしてほしい。どうしなさいと。

3番目、看取りを多く対応している涌谷町国保病院の療養病棟の介護職と、ゆうらいふの特養職員が人事交流を行う。6カ月とか1年といった期間で。ただ、異動の時期もあるので、5月くらいから実施してほしいというもの。

4番目は、息を引き取ってから24時間以内に医師に来てほしい。利用者家族には、死亡診断書を記入していただく場合には嘱託医とは違う場合があるということも伝えます。医療

福祉センター内で医師の連携をお願いしたい。

5つめは、現場職員が看取りに関して国保病院の療養病棟の職員の現場の声を聞く機会を設けてほしい。

というのが要望でした。

横井 今、遠藤部長の説明の中に大体そのように網羅されていたと思うんです。今、非常に簡潔明瞭に紙にまとめてありますから、それをゆうらいふの皆さん方が読まれて、もし疑問点とかがあれば、こちらのほうにお話ししてください。あとは、全部まとめて、厚労省へ出す事業報告書に盛り込みます。今月中に出すということですよ。

大久保 はい。では、確認いいですか。まず、1番については、契約関係を結べれば検討するという回答ですか。

遠藤 センターとして契約するのはやぶさかではありませんとお話ししたところ、もう一度ゆうらいふのほうで検討してもらいました。先ほども説明しましたが、とりあえずまずは看取りを1回ゆうらいふでやってみると。そして、どうしても人手等も含めて難しいという場合があれば、もう1回センターと相談をさせてもらいたいという内容になっています。

大久保 なるほど。1番についての追記は、今、介護保険の訪問看護サービスというのがあるんですが、訪問看護は在宅を対象としているので、特養は対象外。特養は全部丸めて入っているというものなので、そのサービスを付けるかどうかということになる。つまり外付けだと全額自己負担になるので、利用者さんにとってもかなりの高額になってしまう。例えば年間単位で契約をすとか、そういう形で考えていかないといけないという、そういう意味の答えですよ。

遠藤 そうです。そういった金額的なものも含めてお話ししたところ、さっき言ったように、とりあえずやってみようということになりました。

大久保 厚労省の調査事業をなぜやっているかという、一つには政策提言ができるからなんです。たとえば、特養では訪問看護を1割負担で外付けでいれられると、もっと看取りがやりやすくなるということがわかれば、これを国に上げることができます。来年度すぐには難しくても、現場の声として上げることができます。こうしたことがこの事業の大きな意義だということも覚えていてください。現行の制度下でできるのはそういう意味なんです。

要望書の2番目、医療福祉センターの医師に対応していただきたいというのは、電話では24時間連絡体制を確立するという回答でよろしいですか。

遠藤 はい。

大久保 電話でいろいろご相談に乗ってくださるということですね。

遠藤 救急外来には、夜も毎日どなたか医師が出ております。この間の対応というのは、全て囑託医師個人ではなくて、センター全体として対応したいということでもあります。

大久保 つまり、状態が変化してどうしたらいいんだろうと困ったときに、血圧とか脈とか呼吸数をちゃんと測定をして救急外来に電話をすれば、適切なコンサルテーション、指示が受けられるということですね。では、2番目も対応してもらえると。

それで、人事交流は難しいという回答でしたね。

遠藤 やっぱり内容的にちょっと違うので、6カ月とか1年間で人の交流というのはなかなか

難しいです。ただ、実際に例えばセンターの療養病棟のほうに看取りの患者さんがもし発生したような場合、そこに実際の、見学と言うか実際の様子を見てもらうとか、あるいは情報交換をするという部分はできますよと話しております。

大久保 今後またご検討いただきたいのですが、この人事交流という話がなぜ出たかという、ゆうらいふもシフト制で、それなりにきつきつでやっているものですから、2人抜ければ2人入ってもらわないと回らなくなっちゃうんです。療養病床から来た人が通常の介護職員の業務を行いながら周りの教育をやってもらえると助かるというのが現場の声でした。

遠藤 確かに、最初はそのようなお話をされたんですけども、やはりセンターとしても、療養病棟の例えば専門の人が2人抜けるとするのはちょっと困る話です。これから看取りをどんどん進めていく中で、療養病棟の取り組みをもう少し詳しく見たい、聞きたいといった要望が出てきた段階でまた改めてご相談をさせていただきます。ただ、現場の声を聞く機会はぜひ設定していきたいと考えております。

青沼 それに関連していいですか。身分の問題もあると思うんです。基本的に私たちセンター職員は地方公務員で、ゆうらいふは法人ですね。ただ、我が町では、社会福祉協議会と役場というか我々が交流した経緯もございます。求められていることは、単なる視察研修ではなくて、実際に実地でそういう経験を積みたいということだと思っんです。もしそのような形であれば相当の期間、一方的に医療福祉センターから人を派遣するということはちょっと難しいと思っんです。そのためにはやっぱり交流という意味で、労力をマンパワーとしてお互いにやっぱり地盤の提供をやると。身分の問題が出てきますし、給与体系の問題もあります。これをクリアすれば、私はむしろ積極的にそういうのはやるべきだと思っっています。

遠藤さんにちょっと申し訳ないけれども、私は、可能であれば社会福祉協議会とかいろんなところと、これから公的な施設の人たちもそういう人事交流をきちんとやれるような体制を作りたいと思っっています。これはやっぱりやる方向で考えなきゃいけない。半年がいいのか1年がいいのかはまた別ですけども、お互いに人が育ってくれば交流をしなくてもよくなるかもしれないですね。ただ、最初のうちは、これはもう町長にご理解をいただいて、社会福祉協議会の方も工夫してやっていきたいですね。

大久保 ぜひ前向きにご検討ください。皆さんからもお願いしてください。

長 本当にもっともなお話で、私もいろいろな所属による難しさは経験するところです。人材が混ざってくることによるメリットはあります。おそらく看取りは介護と連動したほうが強いのです。認知症のケアはどうなんだとか、これはケア系の人たちがもっとよくわかっていたら、そして介護福祉のほうが進んでいる例がいっぱいあるんですね。療養病床や医療のほうも、介護福祉系から進んでいることもいっぱい取り入れて混ざっていく。これは非常にメリットがあるし、いわゆる所属が違っても大きく見れば一つの基本の公的な役割を担っているところが交流できる意味は非常に大きいと思っます。それは在宅もそうだし、急性期もそうだし、そういうところが少しでもシームレスになっていくのは、人が動くことによって作られていくのではないかなというふうに思っます。

大久保 先ほどスライドで説明しましたが、私にとっても驚きだったのは、これが現場の声なのだあと。私は、「医療福祉センターから正看をゆうらいふに出してくれ」という声が来

と思っていたのですが、そうじゃなくて、介護職同士で学び合いたいという声が出たのがおもしろかったし、なるほどと思いました。それならば応えられるものなら応えてほしいと思いましたので、ぜひ前向きなご検討をお願いします。

さて、要望書の4番、息を引き取ってから24時間以内に来ていただけるようお願いしたいということはどうなんでしょうか。

遠藤 これもさっきちょっと話したつもりだったんですけれども、土日とか休日等も含めて、医療福祉センターではオンコール制度をきちんと確立しておりますので、24時間以内に来ていただきたいというものに対しては、問題なく対応ができると思っております。

大久保 検視の心配はないということですね。

遠藤 はい。

大久保 利用者のご家族には、ゆうらいふから、「いつも診てくれる嘱託医と看取る医師が違う場合もありますよ」ということをきちんと説明しておくということですね。

遠藤 そうですね。

大久保 それでは今回出たようなことを決めるときに、いろいろと現場の声を聞く機会を設けてほしいということです。ご検討をお願いいたします。

遠藤 これも、今日お渡ししている要領の中の最後にも入れておりますけれども、やはり情報交換も含めて、そういう機会を設定していきたいと考えております。

大久保 この要望書の前のバージョンがあります。医師に週2、3回来てほしいとか、急変時にもずっと診てほしいとか、すぐ往診してほしいというような内容だったんです。それについて、皆さんに本当にブレイクスルーをしてもらって、自分たちでできることはやるんだと。そもそもゆうらいふで看取ってほしい、とご家族が言ったというのはどういう意味だったのか、病院とは違うんじゃないのという話をしていく中で、実現可能な、だけれども質は保つというような要望書に仕上がったんじゃないかと私は思って見ていました。

横井 それは、先ほどのスライドにありましたよね。レクチャーで先生が「あなた方が中心にするんじゃないの」とお話しされたということが出ていましたね。それでやっぱりゆうらいふの皆さんも意識がちょっと変わったんじゃないかなと思います。

今野(武) 1つよろしいですか。私、まるっきりど素人で、こんな質問をすると笑われるかもしれませんが、ちょっと教えてほしいんです。夜間に変ったことがあって、電話でどういう対応をしたらいいかゆうらいふが指示を求めてきた場合に、こちらのセンターで、例えば仮に専門分野でないお医者さんがたまたま当番医でいたとき、そのときすぐに対応できる、指示できるのか。あるいは専門医の先生からよこすのか、その辺どうなんでしょうか。

横井 あそこに書いてあるとおり、これは医師にとっての基本ばかりで、専門医の資格だとか耳鼻科、眼科といったものは関係ないです。医師の国家資格を取っている者ならば、血圧、脈、呼吸数といった本当に基礎的なことですから。

今野(武) そうですか、わかりました。そういうのがわからないので、ありがとうございます。

横井 例えば、この大動脈瘤をどう手術するかとか、そういうレベルの話じゃないですから。

今野(渉) 万葉苑の今野です。うちも実際に看取りをやってはいます。今、横井先生にお願

いして、今週の月曜日からまた1人、看取りということで入所した方がいらっしゃいます。看取りという確認をした時点で、状態変化した場合には、もうほとんどお亡くなりになるという方向になるんですね。看取りというのは、「それ以上の医療を望まないという状態」だと私たちは解釈をしています。今までは、あと数日から数週間ぐらいで看取りです、という状況は連絡したのですが、あらかじめ施設で看取るという前提で入所した方はいなかった。

私たちのほうも、日中に看取ることになって横井先生にすぐに来ていただいたこともあります。24時間以内に先生に来ていただけるかというのに関しても、私達はセンターとの契約のおかげですごくスムーズにできています。今後やっていく中でも、そんなに心配しなくてもいいのかなと私自身は思っていたのですが、やはりうちの職員も悩んでいました。やり始めというのは、こういうことがあったらどうするんだろう、こうなった場合にはどうするんだろうというのが当然あったんですね。

私たちも実はマニュアルがあるんですが、今回作ったものほどしっかりしたマニュアルではないので、この事業ですばらしいものができたと思います。こういったものを使っていく、あとはマニュアルで網羅できていない突発的な出来ごとが起こるので、そういったものは経験をしていながら、いろいろな対応ができていくのではないのかなと思っています。まず、家族及び利用者のニーズです。施設での看取りを希望された場合、応えてあげるといふ姿勢がまず第一歩だと思います。要望書も重要ですが、これが必要になってくるのは看取りが走りだす1年後とかでしょうか。検討委員会とか作業部会とかで議論したように、ぜひ利用者及び家族のニーズを酌み取って看取りをやっていただけたらいいなと、私も思っています。

横井 今野さん、適切にフォローしていただいてありがとうございます。僕は、うっかり一番基本的なことをお話しするのを飛ばしてしまったんです。大事なものは、看取りに入れば、ある意味、医療を離れた状態だということなんです。「今、血圧が30ですからどうしましょう」とか、そういう医療の現場とはちょっと違ってきますから。

今野(武) ちょっとその辺が不安なんですね。

横井 ものすごく不安だと思います。特に介護職の方にはこの上もなく不安でしょう。自分の担当の時間に看取らなきゃいけないんだったら、もしかして自分は悪いことをしたんじゃないかと、当然思われることかもしれません。ですが考え方としては、今、万葉苑の施設長さんの言われたとおりで、1例、2例、3例と看取りを経験していけば、自信になっていくと思いますね。それが過信になっちゃ困りますけれども、

大久保 では、皆さんから質問や言っておきたいことはないですか。

若山 この要望書の中にある「状態変化時」というところなんですけれども、もちろんそこはもう現場としては全くの経験のないところですので、すごく不安が大きいんですね。

ただ、それを私たちゆうらいふでは「指針」を作成して、看取り介護の緊急時の対応を載せました。脈拍とか呼吸が不規則だとか呼吸困難がある、そういう部分をまとめたんです。

現場のスタッフが重要なポイントをきちんと理解する中で、少しずつそれを経験をして看取りに関する不安を取り除ければいいのかなと。今回、ほかの施設でなかなか無いところを、ゆうらいふなりに指針にまとめました。スタッフのメンタル面も考慮しながら、この指針と

というのができた。だから、まず最初に研修をしていきながら経験を積んでいければ、入居者にとって良い、「本当にゆうらいふでよかった」と思ってもらえるような看取りやケアができていくと思います。まずはこの「指針」をスタッフがきちんと理解していくことを今の目標としてやっていこうと思います。

大久保 先ほどのスライドの中でも書きましたが、ゆうらいふオリジナルは凄いですよ。みんなで社協の施設を見に行きまして、指揮命令系統だったり決裁だったり、どういう体制なのかというところをきちんと決めました。状態変化というのは具体的に何を指すのかとか、みんな同じ目標を共有できるように、共通部分は押さえようねというふうに丁寧に作りこんであります。

青沼 皆さん、大変不安なんだと思うんですね。やっぱり人が最期を迎えるというのはあまり経験のないことです。我々医者も最初、患者さんが亡くなる時というのは大変緊張したものです。今はある程度、多くの場面に接して慣れてきましたが、介護職の皆さんは特に最初は不安だと思います。みんな経験が少ない時期に、こういうことを心配される。だから、最初は私はセンターに電話していただいていいんだと思うんです。そして、では私たちはどうい対応をするか。まあ様子を見なさいと、こう言うんですね。ご家族はもう興奮しちゃっているから、騒ぐかもしれない。「何とかしろ」と。それだったら、結局救急搬送になると医療ですから、病院に来てくださいという形になるかもしれない。でも、多く皆さんが長い長いプロセスの中で話し合いをされていて、じゃあ静かに最期を迎えましょうという話になっている。ご本人はあまりしゃべれないかもしれないけれども、穏やかに弱っていくのであれば、ご家族も多分そのまま時間の流れを見るようになる。だけど、それが皆さん最初はとても不安なんだと思うんです。だから、どうぞ何度か電話をよこしていただいて、「病院って電話してもしょうがないな。結局同じじゃないか。様子見ようと言うだけだ」ということを何回か経験するでしょう。そのうち「ああそうか、電話しなくてもいいや。しても同じだ」となって、そして静かにそこで最期を迎えられるようになる、でも、最初はそういうことを何回か経験されればいいと思いますね。だから、最初のうちは大いに電話をいただいてよろしいかと思います。

今野(武) 青沼先生もそう言っているから、最初は安心して取り組みましょう。

長 そういうふうに言われている先生方の前だから言えることなんですけれども、要するに看取りに関しては、医療ができることはほとんどなくなってきていると思うんです。医者というのは社会的な影響力がいろんな意味で強い。だけれども、介護の現場にいる人たちが、看取りをマネジメントするにあたって、「ということ、あなたの言葉でうまく言ってくださいね」みたいなことを医者が言えるようになってくると、もっとよくなると思います。

入所者の8割が今の時点で施設内での看取りを希望する、というのは相当高い割合だと思います。残りの2割というのは、恐らく本人のためというより、世間体で絶対病院でなきゃだめとか、とにかく医療をやってくれということなのでしょう。そういう人たちって絶対に一定数いるので、それを考えると8割というのは非常に高い。しっかりケアをやっていて信頼されている施設だと思います。

介護職が「先生もこういったことを言っている」というか、逆に医者をどんどん使いこな

す感じで、「この家族にはこういうことを言ってください」みたいにできれば、すぐにいいところにいくんじゃないかなと思います。そのうち「私たちだけでいいですから」みたいな感じになっていく。「下手に医者が介入しないほうが、私たちだけのほうがうまくいきます」みたいな、それぐらいの自信がついていく日も、そんなに遠くない日にやってくると思います。

大久保 来年度に向けてのご希望はいかがですか。

眞田 ゆうらいふのほうでは、今、ペーパーレス化ということで、今まで紙で書いていた記録を3月からパソコンで全て入力することになっています。スタッフもいろいろ大変ですけれども、実際に情報を共有化、看護師もすることで、いろいろな幅が広がってくるのかなと思います。医療福祉センターとの何か共通の、パソコンじゃないんですけれども、情報交換がもっと入れば、嘱託医の江藤先生ともうまく情報共有ができるのかなと思います。なかなか難しいのはわかっているんですけども。

横井 今ここで簡単に、はい、わかりましたとはならないようなことも含んでいますけれども、それは今遠藤部長も多分聞かれています。とにかくゆうらいふの皆さん、ゆうらいふの全職員の方に同じモチベーションでこういう問題意識を共有できるように、積極的に働きかけてもらっていただきたいと思います。

もうそろそろ時間ですね。今日は本当に大久保さんのすごい上手にまとめられたスライドを見せてもらって感激したのと、ゆうらいふの皆さんの心意気に感動したのと、実り多いお話し合いもできて、ありがとうございました。それでは、この辺でこの検討委員会を終了ということにしたいと思います。どうもお疲れさまでした。

【地域包括医療・ケア「^みと^り」シンポジウム】

(平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

と き：平成24年12月15日(土)午後1時30分～

ところ：涌谷町町民医療福祉センター研修ホール

地域包括医療・ケア「^み看^と取り」シンポジウム

(平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

次 第

13:30 開 会

挨拶

涌谷町長

涌谷町町民医療福祉センター長

安部

周治

青沼

孝徳

13:40 第 一 部

基調講演

テーマ： 自宅で大往生

～「ええ人生やった」と言うために～

講 師： 福井県おおい町名田庄診療所長 中村 伸一 先生

15:15 第 二 部

パネルディスカッション

テーマ：「病院・施設・在宅の看取りについて」

パネリスト

前沢 政次 先生

涌谷町町民医療福祉センター名誉所長

北海道大学名誉教授

ひまわりクリニックきょうごく所長

長 純一 先生

開成地区石巻市民病院附属診療所長

国民健康保険川上村診療所長

長野佐久総合病院勤務

中村 伸一 先生

福井県おおい町名田庄診療所長

コーディネーター

横井 克己

涌谷町町民医療福祉センター参事

介護老人施設内看取り推進事業検討委員会委員長

17:00 閉 会

開 会

司会 ただいまより地域包括医療・ケア「看取り」シンポジウムを開会いたします。

私は、進行を務めさせていただきます医療福祉センター健康福祉課の佐藤と申します。よろしくお願いたします。（拍手）

挨拶

○司会 初めに、主催者として、涌谷町長の安部周治よりご挨拶を申し上げます。

○安部 きょうは土曜日で雨が降っていますし、この師走の忙しい状態の中で、このように町内の皆さん、あるいは、町外の方々もご出席いただいておりますけれども、大勢の皆さん方にご出席いただきましたこと、改めて厚く御礼を申し上げます。本当にありがとうございます。

この中には、間もなく12月の定例会が開催されますけれども、そういう忙しい時間帯であります。大勢の町議の皆さん方にもご出席いただきました。それだけ、このシンポジウム、関心があったのかなという思いでございます。大変本当にありがたく、皆さん方に感謝を申し上げたいと思います。

そしてまた、きょうは基調講演をしていただくこととなります中村伸一先生、福井県から本当に遠いところ、そしてまた忙しい時期にわざわざ涌谷町までおいでいただきまして、この看取りシンポジウム、そして基調講演ということで、「自宅で大往生～『ええ人生やった』』というために～」という内容でお話をさせていただくことになりました。本当にありがとうございます。

そしてまた、この当医療福祉センターの名誉顧問をしていただいております前沢先生、北海道からこれまた忙しいところ、そしてまた遠いところをおいでいただきました。本当にありがとうございます。

そして、石巻市からは長先生にもおいでいただきまして、シンポジウムを開催いたす状況になりました。本当にこの時期に皆さん方とともに、この医療福祉センター、開設いたしまして、はや25年という歴史と伝統を数えました。この間、前沢先生、あるいはセンター長さん方にいろいろこの歴史をしっかりとつくりいただきましたことに対しまして、改めて厚く御礼を申し上げたいと思います。

そしてまた、皆さんご案内のとおりだと思いますけれども、前沢先生もそうですが、国診協のメンバーであります。特に青沼センター長は、その会長を4月から仰せつかっておりまし

て、大変忙しいところを、全国の国診協の為に頑張っておられる状況でございますので、これまたお疲れさまでございます。涌谷町がそれだけ認められてきているのかなという思いでございます。

そしてまた、きょうはこの歴史をさらに深めていただくということでございますので、改めて認識をしていただければありがたいなと思います。5月に、開設25周年の記念事業を行いました、山口先生をお迎えしてのパネルディスカッションも行いましたし、その際、デンマークからも、友好都市協定を結んでおりますソロー市から2名の職員の方々が参りまして、涌谷町の取り組み、あるいは向こうでの取り組み等々について皆さん方に紹介したわけでありまして、それから、その関係で、在デンマークの大使であります佐野利男大使がわざわざ涌谷町においでになりまして、この現場を見ていただいております。そういう姿で1年間、慌ただしい状況でもしっかりとこの25年の歴史の区切りをつけたわけでございます。

これからは、昨年の東日本大震災を受けまして、さらに今後のこの町民医療福祉センターのあるべき姿と我々町民の責任というものをしっかりと受けとめながら、歴史をつくっていかねばならないのかなという思いでございます。ぜひそういう面では、皆さん方のなお一層のご理解と、そしてまた町民もあわせてそうでありますけれども、町政万般にわたりますご理解とご支援もよろしくお願い申し上げたいなと思っております。

私が長々と話しますと講演に響きますのでやめますけれども、この後青沼センター長のほうから、いろいろと現況等々もお話がされると思いますけれども、どうかこの時間帯、人生の終焉を迎えるための一番大事な心構えというものをしっかりとご指導されるということでございますので、ご清聴のほどよろしくお願い申し上げます、そしてまた、来る新年にますます皆さん方のご活躍を心よりご祈念申し上げますながら、開会に当たっての御礼と挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。よろしく申し上げます。ありがとうございました。（拍手）

司会 続きまして、涌谷町町民医療福祉センター、センター長の青沼孝徳よりご挨拶を申し上げます。

○青沼 開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

町民の皆様、かくも多く、町長も今お話になりましたけれども、師走の忙しいときに、しかも足元の悪いときに、かくも多くの皆様に集まっただきまして、主催者の1人としては大変光栄に思っているところでございます。

さて、世の中には、人を説得するためにいろいろな手法がございます、その最たるものが、この統計というものがございます。非常に客観的な数値で、非常に説得力をもっている

と。中には、例えば90%の人がこの製品を使っているという話を聞きますと、おお、そうか、そんなにいいものなのかということをおもいますが、その製品をつくっている会社の社員の90%が使っていると。よく背景を知らないと、逆に言えば、宣伝しても10%の社員は使っていないと、そういう統計も世の中にはあるわけでございます。

そういう中で、人が亡くなると。この統計は、100%の確率で人がこの世を去ると。それに異議を唱える方はいらっしゃらないのではないかなと。残念ながら、人は100%の確率で死ぬということは、そんなことはないという方がもしいらっしゃれば、ゆっくり後で議論をしたいと思うのですが、これは間違いのない統計だと思うのです。

そういうことを踏まえたとき、我々人類というのは、万物、生きとし生けるもの、全てこういう宿命を避けられないわけでございます。動物は、みずからの死を悟ると、犬、ネコでも、犬畜生というのでしょうか、畜生という言葉、余りいい言葉ではないかもしれませんが、そういうものたちも自分の死を悟ると聞いております。万物の霊長たる我々人間が、自分の人生の最期を考えられないはずがない。我々の人生で最も大きな出来事である、この自分の最期をきちんと考えておくということは、非常に大事なことでないかと。

死というのは、何となく嫌なもの、避けたいもの、できれば触れたくないもの、聞きたくないものかもしれませんが、確実に来る、この自分の人生、最期というものを考えるということは、逆に今の自分、生きている自分に感謝して、どう自分が生きていくかということを考えることにつながるのではないかと私は思います。

ここにも私の人生の先輩の方々もいらっしゃいますけれども、多くの日本人は、在宅で家族に看取られて、そして去っていく方が多かったわけです。それが、統計的には昭和51年に、在宅で、うちで亡くなる方と施設、特に病院ですけれども、病院で亡くなる方が逆転しました。昭和51年のことでございます。現在は8割以上の方が病院で亡くなっています。この病院で亡くなるということが、我々国民が望んでいることなのか。結果的にしようがなく病院で最期を迎えているのか。これは、よく考えなくてはいけないことだろうと。きょう、そういうお話が多分スピーカーの先生方から出てくるんだろうと思います。

自分の死ぬ場所、死ぬタイミング、死に方、これを考えるということは、私は非常に重要な、我々にとっての責任だろうと思っておりますが、ちょうど私もそういうことを考えているときに、厚生労働省から、老人保健健康増進等事業と、これは国が先進的な研究をしている施設、団体にお金を出して、ぜひ国に提言をしてくれと、こういうような事業でございます。多くは、いわゆる医療の学界とか、それから大きな団体、私は町長にもご紹介いただき

ましたけれども、全国の国民健康保険診療施設協議会、大体850ぐらいの組織が集まっている大きな団体ですが、ここも、この国の事業を大体年間五つか六つ受けて研究事業をしています。もっと我々申し込んでいるのですが、全てが通るわけではありません。幾つか選択されて決められるわけですが、涌谷町は、このたび申し込んだところ、国からぜひ、人が最期を迎えるというのはどういうことなんだということを、涌谷町からの提言といいますが、そういうものを聞きたいということだろうと思います。

そういう意味で、我々のところが採択になったと。その関連の中で、人生の最期というのは、これは町の仕事ではなくて、皆さん、お一人お一人の問題でございます。ですから、皆さんにやっぱり考えていただくと。そういう機会をとということで、今回このようなシンポジウムを企画したわけでございます。

どうかお帰りになるときに、きょうの感想でもいいですし、ご提案でもいいですし、こういうものをぜひ残していただきたいと。それを私達はまとめて、そして国に、日本人のこれからの人生というものをどういうふうに、最期をどのようにすることが、日本国民に最もふさわしい、最もふさわしいといいますが、そういうものをこの涌谷町から発信してまいりたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

きょうここに来ていただいている3人の先生方、町長からもご紹介ありました。中村先生は私の大学の後輩でもあります。非常にマスコミ受けといいますが、大変有名な、いろんなところでテレビに出て、私なんかよりずっとテレビに出る機会が多い方でございます。そういう先生にきょう来ていただいて、自分の経験を踏まえてお話を聞けるというのは、大変私たち光栄なことだと思います。彼は非常に引っ張りだこで、大変お忙しいところ、きょう本当に来ていただいてありがとうございます。

それから、前沢先生は、もちろん皆さん、前沢先生を知らない涌谷町民はいないのではないかと思いますけれども、現在北海道大学を退官されて、今新しい、前沢先生らしい、小さなつぶれかけたと言ったら失礼でしょうか、診療所を今立て直そうということで、先生、幾らも行くところあったと思いますけれども、あえてそういうところを選んで、今そういう地域の方々、地域医療とはどういうものかということを実践されていると。そういう経験を、お話を聞かせていただくというのは、大変私達も勉強になろうかと思えます。

また、長先生は、佐久総合病院、皆さんはご存じないかもしれませんが、若月先生という大変高名な農村医学といいますが、地域医療のいわゆる発祥といいますが、そういうことを本当に先駆けてやった、長野県にある大変有名な病院、そこでお仕事をされた後、我々と同じ

ような国保の病院とか、そういう診療所を含めて経験されて、今現在石巻で、大変大きな被害があったわけですが、その惨状を見て、そしてそこで何かお仕事をということで協力したいということで来ていただいて、本当に宮城県にとっては大変ありがたい方だと思います。そしてまた、今回のこの研究事業でも、委員長をお受けしていただいて、この看取りのことについて、まとめていただく先生でございます。そういう意味で、本当に長先生ありがとうございました。

最後に、シンポジウムできょうコーディネーター役をやっていただくうちの横井先生は、大変涌谷町に本当に思いを込めて来ていただき、私をいろいろな意味でアドバイスしていただいている先生でございます。この先生にきょうはコーディネーターをやっていただいて、そのシンポジウムが、皆さんからもご意見をいただきながら、盛会のうちに終わればいいなと期待しております。どうかざっくばらんにいろんな形でフロアとそれから我々の間でお話ができればと思います。

そういうことで、ちょっと話が長くなりました。きょうのこの3人の先生方に期待すると同時に、皆さんがまたそういう人生のことについて考える機会になればということで、きょうの企画したこのシンポジウムがうまくいくことをお祈りして、私の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

基調講演

司会 それでは、早速基調講演に入りたいと思います。

講演時間は午後3時までを予定しております。

本日の演題は、「自宅で大往生～『ええ人生やった』と言うために～」、講師は福井県おおい町国民健康保険名田庄診療所所長の中村伸一先生です。

ご来場の皆様にご連絡申し上げます。六軒前にとめてありますお車ナンバー9828の黒いお車でお越しのお客様、至急お車の移動をお願いいたします。

それでは、中村伸一先生をご紹介します。

中村先生のプロフィールについては、配付資料にもございますが、主な内容としましては、平成元年に自治医科大学を卒業後、平成3年に国保名田庄診療所所長として、福井県立病院での研修2年間を除いて、現在まで長年勤められています。この間、名田庄地区で唯一の医療機関の医師として、地域医療を支え、幅広い領域に1人に対応しております。また、保健、医療、福祉の連携で、旧名田庄村の老人医療費や介護保険料は福井県内で最も低くなっ

ております。

なお、地域医療の医師としての半生をつづった著書、「寄りそ医」がドラマ化され、NHK BSプレミアムで「ドロクター～ある日、ボクは村でたった一人の医者になった～」のタイトルで放送されました。そのほか、多数の著書も出版されております。

それでは、「自宅で大往生～『ええ人生やった』と言うために～」と題して、中村伸一先生、ご講演をよろしく願います。

○中村 どうも皆さんこんにちは。（拍手）どうも温かい拍手で迎えてくださってありがとうございます。きょうは、自宅で大往生ということでお話をしていきます。おつき合ください。

今ご紹介いただきました中にはなかったのですが、実はNHKの「プロフェッショナル 仕事の流儀」という看板番組に間違っただけで出ちゃいまして、その次の年には朝日新聞の「フロントランナー」というところで紹介されてしまいました。これは週刊現代という雑誌に今も連載されているのですが、「町医者ジャンボ！！」という漫画があります。このひげ面の男、これがジャンボドクターで主人公なんです。このモデルは実は僕なんです。このひげ面の男と僕と顔似ていますかね。余り似てない。実は今から9年前の僕の写真出します。はい。似ているでしょう。ねえ、この漫画家のこしのりょうさんというのが、僕の昔の顔を見て、こういった主人公にしたんです。でも、この当時の僕は、どちらかというと、ある宗教の教祖様に似ていると言われていた時期でもあったんですけれども、はい、どこの宗教かは言いませんけれどもね。

それでね、今ご紹介にあった「ドロクター」というドラマが9月に放映されまして、小池徹平さんという男前の俳優が主役だったんですけれども、そのモデルは僕なんですけれども、これ、似ていますかね。余り似ていない。余り似ていないですか。そうですか。まあ、ツーショットで写したり何かしていますけれども、実は、ニュースです。1月3日木曜日の正午から2時間、ぶっ続けでNHK BSプレミアムで再放送が決定いたしましたので、お正月、1月3日のお昼、正午にはぜひNHK BSプレミアムにチャンネルを合わせてください。

その、ドロクターの原案が、今ご紹介あった「寄りそ医」という本ですので、この「寄りそ医」という本の帯は、NHKで一緒させていただいた茂木健一郎さんに書いてもらっていますけれども、そういうことはどうでもよくて、では、僕がこれまで名田庄で何をやってきたかというと、実は僕の大学の大先輩である青沼先生のような立派なことは僕はやっていませんで、地域の人々とよりよい関係を築こうと、これだけはやってきました。これは地域の医

療者なら誰でも思うことであって、もう一つは、当たり前のことを当たり前に行ってきただけです。例えば新しい治療法を発見したとか、あと誰にもできない難しい手術を僕ができるということはありません。ですから、僕は神の手を持った医者ではありません。神の手は持っていません。髪の毛は持っています。

うちの特徴というのは、恐らく、僕が地域を支えているつもりが、僕自身も地域から支えられている、その双方向の絆みたいなものですね。この住民の方との絆、これがうちの特徴だと思うのです。

うちは本当に片田舎ですけども、最近三、四年、マスコミに取り上げられるんですよ。これ、どうしてかという、恐らく地域に根ざした医療とか、そういったことが世間から求められているのかなという気はします。

自分自身、どういう経緯をたどって今までいるかといいますと、平成元年に青沼センター長と同じ、地域医療に従事する医師を養成する自治医科大学という、これは栃木県にありますけれども、そこを平成元年に卒業しまして、すぐに最初の2年間は初期研修といって、医者は研修するわけですが、福井県立病院という福井県で一番大きい、ベッドが1,000床以上あるような病院で、内科、小児科、外科、産婦人科といっぱい回って、最後の半年間外科をやっていたのです。そして、医者になって3年目、3年目で医者が1人しかいない僻地の診療所に飛ば……、あっ、飛ばじゃねえや、派遣されます。ごめんなさい。言葉の使い方大切ですね。派遣ですね。派遣されます。

そして、そこを普通1年か2年で移動するのが僕らの常識なんですけれども、気に入っちゃったもので、5年間連続いて、そして医者になって8年目と9年目は再び福井県立病院に戻って、そこからは外科だけを2年間やっいまして、10年目からは再び名田庄診療所に戻ってきて、現在に至るということで、僕が社会人になってこの方ずっと、名田庄診療所と福井県立病院しか知りません。福井県で一番端っこの一番ちっぽけな診療所と福井県で一番でかい病院、この二つだけしか知りません。そして、ずっと公務員ですので、きょう僕がここでぼけた発言をしたら、皆さんご遠慮なく「痴呆公務員」と呼んでください。ここは笑う場面ですよ、皆さん、いいですか。はい。

僕が普段働いている名田庄というのはどこにあるかという、旧名田庄村、旧ということは、もう今は名田庄村はないです。平成18年3月に、あっ、名田庄村はここにあります。福井県、オタマジャクシのような形で、その一番下にありますよね。

平成18年3月に原発立地自治体である、漢字の大飯町と合併して、今現在は平仮名のおお

い町名田庄地区という言い方をします。今、日本で唯一原発が動いているのがうちのところです。平仮名のおおい町にある漢字の大井原子力発電所というふうに新聞、テレビとかで記載されていますけれども、これは合併するずっと前から原発はありますので、そういった表記になりますよね。

それと、人口は、僕が赴任した平成3年あたりだと、3,100人から200人の間だったのが、今は2,600人に減っています。そして、高齢化率も今は33%、65歳以上の人口割合ですね。僕が赴任した20年以上前は20%だった、つまり5人に1人が高齢者だったのが、今現在は3人に1人が高齢者になっている。医療機関は相変わらずうちの診療所だけで、そして最寄りの総合病院は車で25分のところ、公立小浜病院、小浜市ってわかります。あのオバマ大統領就任のときに馬鹿騒ぎしていたあの市ですね。そこに総合病院があるんです。そこまで車で25分、そんな感じの環境です。

僕は、とにかく平成3年に、インターネットも何もない時代ですね。初めて名田庄に行きました。一応レントゲンとか、超音波とか、胃カメラ、大腸ファイバー、医療機器はそこそこそろっていたんです。医者になって3年目で僻地診療所に赴任するというのは、うちの大学は卒後9年間は県庁の人事で地域医療をやらなきゃいけないというので、僕はそこに赴任したわけですが、たかだか3年目のキャリアで1人しか医者がいないところに行くのは、それはプレッシャーですよ。しかも、この建物を見てのとおり、地区の集会所以下のレベルのぼろい建物だったんです。

この昔の診療所から100メートル離れたところには、結構おしゃれな建物があるんです。これ結構おしゃれでしょう、この建物、これ何だと思います。実はこれは下水処理施設なんですよ。それと見比べても見すばらしいような診療所で、えらいとこ来たなと思ってね。と思ったんですが、ただ、名田庄赴任直後に感じたこと、この名田庄という村は、とにかく今でも屋号で呼び合う風習があるんですよ。皆さんの地区で、屋号で呼び合うところちょっと手を挙げてください、もうないですかね。屋号ね。うちはまだあるんですよ。何兵衛とか何右衛門という昔の、名字がついたのは明治以降ですから、その以前にある家の代々伝わる名前ですよ。ドラえもんとかホリエモンはいませんよ。あと、家族のつながりがすごく強くて、3世代、4世代の同居世帯が結構多いです。かなり多いです。ちなみに、全国で3世代同居世帯割合が最も高いのは富山県、第2位が福井県なんです。その福井県の中でも3世代同居世帯が多いのが名田庄ですから、もちろん独居老人とか老夫婦世帯もありますが、3世代以上が多い。

あと、家で死にたいという高齢者がほとんど、9割以上そうです。家族もできるだけそれを支えたいと感じています。もちろん実際にそうなるわけではありませんけれどもね。ですから、こんな方たちとおつき合するうちに、在宅、家で暮らす人たちを支えたいと僕は思うわけです、若いころ。ところが、若いころの思いって空振りするんです。こんな人がいた。

どんな人がいたかというと、脳卒中になる、脳の血管が詰まって倒れます。そこで救急車で小浜病院に運ばれます。そこはいいですね。その後、小浜病院で脳外科の先生が見て治療したんですけども、寝たきり状態でそれ以上症状は改善しないということで退院になります。退院になった後どうしたかということ、1カ月に一遍、家族が総出でよいこらせと自家用車に乗せて、小浜病院の脳外科に通っていたんです。そんなおじいちゃんが、風邪引いて高熱出しますね。そうすると、どうなるかということ、熱が出てしんどいので自分も余り動きたくないし、ただでさえ、みんなでよいこらせと運んで何とか車に乗る人が、熱出してぐったりすると、重たくなって運べないんです。そうすると、うちの診療所に電話がかかるんです。往診してくださいって。僕往診します。往診に行くでしょう。まあ、診察しますけれども、今はしんどそうに見えるけど、でもこれは風邪だから、薬出せば二、三日以内に熱下がるでしょうと言って、そのとおりになるんですが、そういった際に、「いつも小浜病院の脳外科からはどんなものが出ているのですか」と言って薬を見せてもらおうと、血圧を下げる薬、血液をさらさらにする薬、あと脳の代謝をよくする薬、要するにどこにでもあるような薬なんですよ。「あっ、これならうちの診療所にもありますから、もしよかったら、僕らが1カ月に一遍定期的にお宅に訪問しますよ、脳外科に行っても、いつもCT撮るわけじゃないですよ。だから、僕らが普段見ていて、脳外科の先生には半年とか1年に一遍見てもらえばいいじゃないですか」と言うと、家族はどう言うかということ、一旦は「そのとおりですね」と返事をするんですけども、「では、どうします」と聞くと、「いや、やっぱりいいです、先生、また困ったら呼びますから」と。つまり、いざというとき、病院とつながっていないと困るから、診療所じゃ当てにならないと言われてしまうんですよ。20年以上前の名田庄村でも、やっぱり病院信仰というのがあって、僕ら診療所の医者には当てにされていないということがあったんです。困ったら呼びますからという対応ですよ。

あと、長年寝たきりで、3年間風呂に入っていなかった、そんなおばあちゃんがいた。訪問に行くたびに、「死ぬまでで1度でいいから風呂に入りたい」というのがおばあちゃんの口ぐせのようになっていた。でも、この当時の名田庄村には寝たきりのお年寄りをお風呂に入れる、そんな仕組みはなかったんですね、システムはなかった。それと、耳はいいけれど

も、ぼけたじいさまと、耳が悪いけれども、しっかりもののばあさまの2人暮らし、ぎりぎり老夫婦、でも、こういうのはなかなか支えきれないんです。こんなことがあったんです。

じいさまのほうで、1週間前から動くとき胸が苦しいと言って、顔と足が腫れてきたと電話がかかってきた。だから、往診してくれという電話なんですね。で、僕は往診した。狭心症という心臓の周りの血管の血流が悪くなる病気で心臓が働かない、心不全というのを起こしていると僕は判断したので、その場でできるだけの処置をして救急車で小浜病院に運んだ。心臓の専門家は循環器科と言います。その小浜病院の循環器科の先生が出てきてくれて対応してくれた。「ああ、あとお任せください」みたいな感じで向うに任せた。

ばあさんは、そうすると1人でうちにいなければいけませんね。ばあさんは家に1人での不安なんです、耳遠いから。どうしたかという、とりあえず息子さんはもう名田庄を出ていまして、京都市、名田庄村は京都府と接しているんですけども、車で2時間ほどかかる京都市内のアパートに息子さんが住んでいる。息子さんは、とりあえず一時的にお袋さんを京都市内の自宅のアパートに引き取るんですね。

3週間の入院の後、じいさまは退院となります。そのときに、息子さんは考えるんですよ。いいですか。ばあさんを家に戻そうとしたんですね。ところが、ばあさんのほうは、京都の息子さんのアパートでお嫁さんに世話されて、至れり尽くせりの便利な生活を送ると、もう名田庄に戻ることが怖くなってきて、不安になってきたんです。息子さんが思うには、お袋だけならうちで面倒見れるだろうと。耳は遠いけれども、身の回りのことはできるし、家事の手伝いもしてくれる。だけど、親父まで引き取るほどうちのアパートは広くないし、手狭だし、それに親父はまたいつ病気が再発するかわからないから、これは困ったなと息子さんは考えちゃうわけ。結局どうなったかという、ばあさんは京都の息子さんのお宅へ、じいさんは施設に入院と、二人はばらばらになってしまうんですよ。

僕のほうへは、小浜病院の循環器科の先生からお手紙来るわけです。心臓の血管のどこそこが狭くなっているんで、そこを広げて、心臓の血流がよくなって心不全も治りました。何月何日退院となりましたという医学的な情報は届いているんです。だから、僕は医学的な情報から見ると、体は治ったんだから、てっきり夫婦は元通り家で生活していると思ったんです。ところが、随分後になって、あの2人はばらばらにいて、もう名田庄にはいないんだってということを風の便りで知るわけですよ。これは悲しかったですね。僕、医者として間違ったことしていませんか。していませんよね。小浜病院の循環器科、心臓の専門の先生も悪いことしていませんか。やっていませんよね。皆よかれと思ってやって、体は治っているんで

す。体は治っているんだけど、生活はばらばらになっちゃった、もとには戻らなかった。このころに、医療と介護が連携していればなと本当に思いましたよね。

それから11年経つ。平成14年、平成14年というのは介護保険が始まって3年目です。そのころにはどうなったかという、ちょっと細かいところは省きますけれども、末期の前立腺がん、前立腺というのは男の人にしかない臓器ですけれどもね。膀胱と直腸の間であって、その癌が広がって、膀胱にがんが顔を出して、直腸にも顔を出すから、おしっこするたびに血尿が出て、うんこするたびに血便が出るというひどい状況ですけれども、それでしかも認知症でひとり暮らしです。にもかかわらず、ケアマネジャーと連携して、僕は2週間に1回訪問します。そして、うちの看護師は週に2回訪問に行きます。ホームヘルパーが1日3回行く。そして、この人の生活を助けるんです。だから、末期がんで、認知症で、ひとり暮らしの男性でも、平成14年の今から10年ぐらい前にはもう家で、自宅で生活できるような状況になっているんです。たった1回の心臓病の入院で生活がばらばらになってしまった平成3年当時と比べて、随分変わっていますよね。でも、この11年間は一足飛びに来たわけではないんです。

まずは、保健、医療、福祉をどう連携するかというのは、僕が最初に村にいたときのテーマでしたけれども、当時の名田庄村というのは、保健センターがなかった。ここは立派な保健センターがありますけれども、うちは保健センターはなかった。では、どこが保健の中心かという、役場の住民福祉課に保健師が1名いて、その保健師の机の上が保健センターだったということで、健康教室とか、予防診断とか、どこでやっているんだという、地区の集会所をぐるぐる回ってやっていたという感じですよ。福祉の中心は、老人福祉センターというのを社会福祉協議会、社協が運営していた。そして、医療の中心というか、ここしかないですけれども、名田庄診療所があって、この三つの施設というのは点在しています。連携も必要最小限化していない。つまり、ハードもソフトも貧弱なのが、当時の名田庄村だったんですね。

でも、その寝たきりのおばあちゃんを何とかお風呂に入れてあげたいねと何となくみんなで集まったときにしゃべったので、それで役場の住民福祉課と名田庄診療所と、それから社会福祉協議会、この三者は連携するわけです。とりあえず、寝たきりのおばあちゃんをお風呂に入れようという話になったんだけど、いきなり寝たきりの92歳のおばあちゃんをお風呂に入れるの危険ですよ。だから、練習しようという話になって、では、だれが練習台になるかという、当時一番年長者だった社会福祉協議会の事務局長を海水パンツ1枚にして、

片方の手足を縄でくくって、人工的に片麻痺老人にした上でお風呂に入れると。で、僕がビデオをとって、後でみんなで反省会を開くというような形にして、手づくりのデイサービスをやった。そして、訪問看護も始めましたし、事例検討会、この方にはどんなサービスをするのがいいのかなということ、医師、看護師、保健師、ヘルパーだけではなくて、役場の福祉担当者も交えて2週間に1回みんなで話し合う、これは今でも続いています。

さらには、健康と福祉の集いという健康まつりも共同開催して、在宅ケア講座というのも共同開催した。そうしたら、在宅ケア講座に参加した住民の方が、「もう先生、話は聞き飽きたから何かやらせてくれ」と言うんです。だから、このメンバーの中から、デイサービス時の入浴時の衣服の着脱だとか、昼食の調理を手伝ってもらう、そういったボランティアグループ、やすらぎ会というのをつくってもらった。この方は、山本幸子さんという初代の会長ですけど、今は会長は3代目になって、世代交代も進んでいます。

それと、これも大体今20年近く、十七、八年経っていますかね、やすらぎ会ができてから。この当時、一番最初のころにボランティアで参加してくれた女性が、今脳卒中の後遺症でデイサービスの利用者になってくれています。この当時、医療とか福祉の方向に一番熱心だった村会議員がいました。その方は、僕は役場の側で、その方は議員側だったんですけど、僕にとっての議会側の一番の応援団長みたいな方だった。その方は、今神経難病になって、要介護5で、一番重い介護度でデイサービスを利用してくださっています。これは本当に不思議なことで、情けは人のためならずということですよ。かけた情けは、つまり、この当時ボランティアとか福祉に一生懸命やっていた人たちは、自分の体が悪くなって、今はそれを利用する立場になっている。かけた情けは、その人のためであるんだけど、結局目に見えて自分に戻ってくるということですよ。

それと、こんなことを役場の住民福祉課、診療所、社会福祉協議会の全メンバーでいろんなことをやっていって、ボランティアグループも協力体制ができてくると、次は建物を新しくしようという話になって、最終的には保健・医療・福祉、連携から統合へということで、うちの総合施設ですね。こちらほど立派な大きな建物ではありませんけれども、保健・医療・福祉の総合施設、あっとほーむいきいき館という診療所に保健センター機能もついて、そこでデイサービスもホームヘルプも行って、高齢者用の居住スペースもあるような施設ができました。

これ、平成11年にオープンしたときの写真です。ちょっと皆さん、この写真、少し目に焼きつけておいてください。このあっとほーむいきいき館というのは、雪が降りますと、こ

んなふうになります。あっとほーむいきいき館というのは、大雪が降りますと、あっと言う間に生き埋め館になるので、除雪は命がけなんですね、うちの地方はね。

家で暮らす、これで病気や障害を持って、住みなれた自宅でその人らしい生活を送れるような、ソフトもハードもそろったんですが、僕らにとっての看取りというのは、看取りを専門にやっている医者ではございません。ましてや、在宅を専門にやっている医者でもございません。普段の診療の9割方は外来診療です。午前の外来と午後の外来の合間に訪問に出かけるわけですが、でもみんなで協力して、できるだけ家で暮らす、そういったことをサポートしようとして、たまたま家で亡くなったら、自宅で大往生ということでございます。

これは、厚生労働省ではなくて、経済産業省のホームページからとってきたグラフなんですけど、「今後の看取りの場所」って小さい字で書いてあります。看取りの場所ってどういうことですか。死に場所ってことですよね。これから日本は年間の死亡者数、どんどんふえていきます。多死時代と呼ばれています。理屈は簡単ですよね。人口のピークは団塊の世代にあるわけで、団塊の世代の方がこれからどんどん亡くなっていくんですけど、ですから、2030年における日本人の死に場所はどうなっているかという、その予想の統計です。これ小さい字で見えないでしょう。大きい字で示してみます。2030年における日本人の看取りの場所、死に場所、予測は、医療機関89万人、介護施設9万人、そして自宅20万人、その他47万人。その他ってどこだと思います、皆さん。僕も一生懸命考えたんです。例えば自宅20万人で愛人宅が47万人、それはやっぱり不自然ですよ、どう考えてもおかしいですよ。だから、どこで死ぬだろうという話ですよ。今から、例えば医療機関ですね。病院のベッドがふえるとか、介護施設がふえるという話を聞いたことがありますよね。減るっていう話は聞いたことがありますよね。ふえるという話聞いたことないですよ。だから、僕らはどうしたらいいんだろう。これは、国に何とかしろと叫ぶことが大事なんじゃないかと、みんなで一緒に考えることが大事だと思います。

また、話を名田庄の話に戻しますけれども、合併してからの、合併後のうちの地域だけの死亡統計とかとるのは非常に難しいんです。個人情報保護もありまして。ですから、僕が赴任した平成3年から合併する直前までの15年間の死亡統計を見ますと、名田庄村で亡くなった方は512名で、そのうち216名、42%が在宅で亡くなっているということで、全国平均に比べると高いみたいです。

どんな方が在宅で亡くなっているかというと、老衰としか言いようのない人が半分近くいるのですが、がんと悪性疾患も15%余りあるということで、大体家で、在宅で長く診るのが

難しい病気って大体三つぐらいありまして、がん、認知症、それから神経難病です。特にがんというのは、日本人の2人に1人が今はがんになる時代です。そして、亡くなっていく方の3人に1人はがんですから、在宅でのがんの看取りって重要だと思うのです。

がんの在宅死は難しいか。多くの方は老衰なら家で、がんは病院だろうというイメージを何となく持っておられるようですけれども、実は僕はそう難しくないと思うのです。家族介護、家庭介護は大変だろうという声を聞きます。いや、それは大変ですよ、もちろん大変ですけれども、今は介護保険が始まりまして、もう10年以上経ちまして、昔と比べると、僕が赴任したころと、平成3年と比べると、随分、どんな田舎でも社会資源はふえています。いろんな介護サービスが受けられるようになっている。もちろん不十分かもしれないけれども、それでも昔と比べれば十分いい。

そして、痛みの緩和ですね。麻薬の種類が今はどんどんふえてきました。がんの末期でも麻薬をどんどん使えるし、うちのような1人の医者しかいないようなちっぽけな診療所でも麻薬を管理するって面倒くさいんですよ。面倒くさいというか、ごめんなさい、二つの難しさがあって、一つは、金庫で厳重に保管しなければいけないという難しさ、もう一つは、これご商売やっている方ならわかると思うのですが、不良在庫をつくってしまうんです。要するに、仕入れたものは全部さばかないと利益にならないですよ、当たり前だけど。仕入れた薬を、100錠仕入れて10錠しか使わないときに患者さんが亡くなってしまうと、90錠が余っちゃって、それは不良在庫といって、経営を圧迫するんです。でも、今は調剤薬局、院外処方といって、外の薬局が薬を管理、処方、調剤してくれるので、僕は処方箋を書くだけでいいと、管理は随分楽になった。これは僕だけではなくて、全国の小さい、1人しか医者がいないクリニックを運営している先生方は、みんなそういうふうに思っていると思います。ですから、がんの末期の患者さんにとっては、今追い風の時代なんですね。

あと、介護者の立場からするとどうか。末期がんと寝たきりでは、それを見ている介護者の抱える不安の質が違います。末期がんの方を見ている介護者が抱える不安というのは、いつ死んじゃうんだろうかっておどおどしているんです。でも、寝たきりを抱えている介護者というのは、いつになったら死ぬんだろうかと。つまり、末期がんの場合、期間限定だから、ゴールが見えるから、まだ介護しやすいと言うことができると思うのです。

これから、がんで亡くなっていった方のお話をします。これからのお話は、許可を得たレベルで写真は出していますし、治療法はこの当時の治療法であって、今現在の治療法とは異なるということをご了承ください。

最初の紹介する方は、73歳の女性でお腹の調子が悪いということで、うちの診療所でいろいろ検査をして、最終的にはお尻から大腸ファイバーというカメラを入れていくと、かなり進行した大腸がんが見つかったんです。本人とご家族にきっちり告知して、よその病院に連れていって、僕自身はその人の手術をしました。お腹を開いたら、もう開いた時点で「あっ、これは」というぐらい進行しているがんでした。何とか抗がん剤を使いながら、1年はもったんですけれども、1年後には肝臓にがんが転移して、お腹の中にがんが散らばって、腎臓が張れる状態になって、再入院して病院で治療を行いました。入退院を繰り返して、肝臓が悪くなると、黄疸といって体が黄色くなるんですね。黄疸が進行して、食べることもままならない。飲むこともままならない状態で、これは入院だねって3度目の入院をしました。これは誰が見ても、もう今度入院したら家に帰ってこれないだろうなという状態の入院でしたが、僕は患者さんとご家族の方に一声だけかけました。「うちの診療所はいつでも待ってますからね」って一言だけかけておいた。

そうすると、どうなるかということ、平成14年、物すごい雪が多かった、そんな1月のある日でした。その日だけ雪がぴたっとやんだんです。「帰るなら今しかない」とご主人が言って、「今から帰るぞ」って奥さんに言って、「それなら戻りましょう」と奥さんも言った。ところが、病院のスタッフびっくりして、「えっ、今からこの状態で帰るんですか」、びっくりしたんです。病院の先生も驚いたんですが、僕に電話をかけてきました。「中村先生、例の患者さん、家に帰りたいたうんだけど、先生、受け入れどう」ってきたんで、「いや、うちの診療所は受け入れはいつでもオーケーですよ」と待っていたんです。雪の日の中、病院の先生は僕にこう言った。「いや、帰る途中で息絶えるかもしれないよ。随分衰弱しているから。だから、もしものことがあったらよろしくね」という電話でした。

だけど、この方は幸い無事家に帰ってきました。家に帰ってきた後、お孫さんの出迎えを受けたら涙流して喜んでいました。「おばあちゃん、お帰り」っていう無邪気なお孫さんの出迎えを受けたら、涙を流して喜んで、いいですか、点滴だけで、飲まず食わずの点滴だけで、帰る途中死ぬかもしれない人が、何と3週間生き長らえて、ご家族と十分お別れの時間をつくって、ご自宅で永眠されました。今にも死ぬかもしれない人が、家に帰って3週間ももつんですね。これはもう家の力としか言いようがないです。家に帰ってきたというだけで、また再び、少し命の炎が延びるんです。こんなことを僕らは少なからず経験しています。

次の物語は、「あれっ、どう違うんだ、この物語2と物語3と何が違うんだ」という話ですけど、実は主人公はこのご主人です。介護しているご主人です。僕は、旦那さんを献身的に

介護する奥さんというのは何人も見えています。でも、奥さんをこれほど献身的に介護したというのは、この人は僕の見てきた男性の介護者の中でナンバナーワンです。物すごい一生懸命介護していた。その方が奥さんを看取った7年後に、80代半ばになっていましたけど、腎臓がとことん悪くなった。心臓も肺もあちこち悪いんですけど、腎臓が一番悪くなったんです。腎臓が悪くなったら、最終的にどうしますか。透析ということをするんです。腎臓というのは、血液をろ過するようなものですから、でもそれができないもので、血液を一遍外に出して、機械でろ過して、また体に戻すというのが人工透析ですけど、それをこの方は拒否しました。「わしはそんなことをやってまで生きたくない」と、そう言いました。これはいいか悪いかではなくて、本人の価値観の問題です。この人は80代半ばになって、「わしは十分生きたから、そこまでしたくない」と本人は言われました。これ、40代で同じことになったら、違うことを言いますよね。でも、80代半ばになったから、もうわしはいいと言っていたんですね。

でも、3月の下旬になって、この人、ぼつんとこんなことを言うんです。「ことしは桜が見られるかな」ってぼつんと言うんです。この人が奥さんを献身的に看病していたのを僕ら見えていますから、何としても桜を見に行かせたいと思うわけです。ただ、本人とご家族に尋ねたことは、相当衰弱しているので、外出すること自体が命を縮めるかもしれない。体力がないから。だから、桜を見に行きますか、それとも体力を温存しますかという話をするわけです。そうすると、ご本人も家族ももう老い先短いのだから、できることなら桜を見に行きたいと言うわけです。どうしたかというのと、とにかく何とか4月1日まで何とか命がもったので、4月1日からは社会福祉協議会、社協は5台の福祉車両というのを持っているのです。福祉車両というのは、車いすごと、丸ごとばっと乗せられる車両なんですけれども、その5台のうち1台は、この人を桜に連れ出すために1台だけキープしておいてくれとお願いしたら、社協はオーケー出してくれたんで、その機会を、タイミングを図っていました。

平成21年4月9日、これ木曜日です。木曜日の午後は、僕は予約外来にしているので、ちょうど15時から16時までは予約が入っていませんでした。しかも、この日は快晴で満開になったばかり。よし、今しかないというので、その福祉車両に乗って、うちの看護師と社協のケアマネジャーを連れて行って、本人宅に行きました。看病はご家族が交代でやっているんで、たまたまお孫さんが看病していたので、あなたも一緒に見に行こうよと言って、みんなそろって桜を見に行ったときの写真です。僕が写っていません。これは、僕が写真を撮ったからで、その後かわりましょうかと誰も言ってくれなかったんで、僕写っていないん

です。うちの看護師は酸素ボンベを持っています。社協のケアマネとお孫さん、お孫さんはめっちゃうれしそうな顔で写っている。

今、デジタルカメラの時代だから、すぐプリントアウトして、その写真をこの人のお宅へ持参して持っていったんです。このご主人喜んでいて、「いや、ええ桜やった、生き返ったような気がする」って笑ってましたね。でも、腎臓が悪いもので、体に尿毒症といって、毒性の物質がたまってくるわけです。だんだん身の置きどころのないつらさに襲われて、またうとうと眠って、また目が覚めてはこの写真を取り出して、「ええ桜やった」と言って、そんなことを繰り返しながら、この桜を見に行ったら、9日後にご自宅で召されました。この方にとって最後の外出になりました。

どうしてこの方に桜を見に行かせたいと僕が思ったかということ、実は残念な経験があるんです。この7年前に、ちょうどご主人が奥さんを看取った年と同じ年だった。74歳の男性で、もと学校の先生、だからこそ人一倍桜に思い入れがあるような方でした。この方が胃がん末期で入院していました。僕が発見した胃がんなんですけど、発見した時点でもう相当進行したがんで、治療を行ったんですが、再発して入院していた。肝臓にがんが転移して、がん性腹膜炎って、お腹の中にがんが散らばって、しかも飲むことも食べることもできないもので、24時間ずっと持続の点滴、この鎖骨下静脈という、この鎖骨の下から心臓の奥深いところまで管が入ってまして、そこに大きなボトルで点滴が入っているんです。そのボトルの中には麻薬が入っている。ずっとそんな状態でした。この方の桜に対する評価というのは、うちの施設ですね。あっとほーむいきいき館前の桜が一番きれいだなというのが、この人の桜に対する評価でした。

いろんな用事があって、その人の入院している病院に行ったんですけど、そのときに帰りにこの人をお見舞いしたんです。「どうですか」みたいに病室に見に行ったら、この元学校の先生は僕にこんなことを聞くんです。「ことしは桜が見られるかな」、酷な質問ですよ。僕は「桜を見に行けたらいいですね」と言ったんです。「見に行けたらいいですね」ということは、これは高校でお勉強した英文法でいう仮定法過去ということで、見に行けたらいいですねということ、見に行けないということなんです。

細かいことを言うと、「ローマの休日」という映画が昔ありましたよね。オードリー・ヘプバーン演じるアン王女が、王女じゃなくて平民の格好をして町に出ます。町に出ると、そこで出合った理髪師が「今夜のダンスパーティー行きませんか」と誘うわけですね。そのときに、オードリー・ヘプバーンは答えるのです。「I wish I could」。

「I wish I could」というのは、行けたらいいのにねというのが直訳ですけども、でも字幕には「残念ですが」。つまり、行けたらいいですねということは、行けませんということなんです。「桜を見に行けたらいいですね」ということは、桜を多分見に行けないでしょうということを僕はやんわりと言ったつもりだったんです。婉曲的に言ったつもりなんですけど、この元学校の先生は、英語の先生でもなくて、国語の先生でもなかったので、美術の先生だった。だから、僕の言った意味を解さず、「ほな、わし帰るわ」って帰ってきちゃったんです。点滴ぶら下げて。

帰って来ちゃったという言い方をなぜしたかという、この方は子供さん3人いるんですけど、3人とも皆都会に出ているので、老夫婦2人暮らしなんです。奥さんは反対だったんです、退院することに。「そんなものぶら下げて帰って、お父さん、もしものことがあったらどうするんですか」ってご主人を叱ったんです。そうしたら、そのご主人、がんの患者さんご本人は、「お前、何かあったらって、何かあったら死ぬだけやんけ」って、非常にあっさりとした、なかなか腹の座った人物で、「何かあったら死ぬだけやろう、別に家に帰るんや」って言って帰ってきたんです。

桜は五分咲きだったのですが、今のうちに見に行きましょうよって、その人を誘ったんです。その学校の先生を。何で誘ったかという、がんの末期の患者さんって、一見大丈夫そうに見えても、どこかでことごとく逝ってしまうことがあるので、早い段階で連れていかなきゃなと僕は思っていたので、でもお誘いしたんですけれども、いや、まだ寒いし、今は行ってもきれいじゃないしって、のらりくらりと逃げるんですよ、本人が。無理やりなことも僕言えないので、「ああ、そうですか」と言いながら、仕方なく僕は引き下がっていたんですけど、そうこうするうちに、3月30日、突然ご自宅で息がとまってしまった。幾ら何でもまだ大丈夫だろうと僕も予測していたので、今夜が危ないですよとか、そろそろ危険ですよ、あと何日の命ですということを僕は奥さんに言ってなかったんです。突然家で呼吸停止したんで、息がとまっちゃったんで、奥さんから電話がかかってきた。「先生、主人が息してないんです、先生、何とかしてください、主人が、主人がー」って、もう叫ぶような声だったんです。とにかく僕は急いで診療所の往診車を走らせたんですけど、慌てました。もちろんがんの末期の患者さんですから、ご自宅行っても、その患者さんに人口呼吸とか心臓マッサージとか施しませんよ、もうやっても無駄ですから。だけど、僕が急いだのは、動揺している奥さんを何とかしなきゃなというので僕は急いだんです。

そのときに僕がやったことなんですけど、うちの診療所は、この桜の木の前を通り過ぎて、

坂を下って国道に出るんです。このあたりの桜が目に入ったので、車からおりて、その七部咲きの桜の枝を折って、患者さんのお宅へ行きました。玄関入って、お部屋に向かって、お部屋のドアをあけると、奥さんがご主人の体を揺すって、「お父さん、目覚まして、お父さん」と言って泣きじゃくっているのです。何も言えませんよね。僕は持ってきた桜の枝を「はい」って奥さんに渡すと、奥さんはその枝を持って、ご主人の目の前に持って行って、「ほら、お父さん、あんなに見たがっていたいきいき館前の桜、中村先生が持ってきてくれたよ、お父さん、見てえ」と言って泣きじゃくっているんですよ。もう何も言えません。ただ、その横にずっと寄り添っていました。

10分ほどしましたかね。10分ほどしたら、奥さんはようやく落ち着きを取り戻して、その桜の枝を両手で持って、僕のほうを振り返って、奥さんは僕に言ったんです。「中村先生、長い間ありがとうございました。おかげで主人は最期に桜を見ることができました」、つらかったですね。つらかった。こんなことなら、もっと早く桜を見に行かせればよかったと言われたほうが、まだ、何か後悔しているみたいで、まだ何となくいいんですけど、でも僕もこのご主人に桜を見せることができなかつたのが非常に残念なんです。残念だから、その枝を持って行ったんです。その僕の残念な思いに対して、奥さんは、奥さんだつて重々わかっていますよ、もう死んでいるんだから、目の前に桜持っていったって見ているはずないんですよ。でも、僕に対しては、桜を見ることができましたって、お礼の言葉と同時に僕に言っているんです。僕の思いを、この奥さんは、また思いでもって僕に返してくれた。これが絆なんです。

桜に関しては、もう一つお話があります。58歳の比較的若い男性です。悪性神経膠腫という、これは非常に珍しい病気です。脳の悪性腫瘍の中では一番たちの悪いものですよね。そんな脳腫瘍になった58歳の男性がいて、過去1年間に脳外科で3回手術、1回放射線治療していると。もうやるだけのことはやって、やり尽くしたんです。それで、自宅に戻ることを決意して、それまで僕は診断も治療も何もかかわっていませんけど、家に帰りたいというので、脳外科の先生が僕に紹介状を書いたんです。その脳外科の先生は、もうあと残り数カ月で、脳ヘルニアというのは、脳がパンパンに張れ上がって、にっちもさっちもいなくなるような状態になって、数カ月で亡くなるだろうという予測で僕に手紙をくれました。

在宅療養を希望して、最初に往診に行ったんです。最初診たときに、もう右半身が動かない。運動性失語というのは、人の言っていることは理解できるんだけど、自分ではうまくしゃべれない。少し間を置くと、すぐふっとウトウトと寝てしまうんです。だけど、不幸中の

幸いで、時々足が痙攣するものの、口から物をとることは十分できたので、この当時はね。そんな状態でした。

介護しているのは、奥さんと、それからすぐご近所に実の妹さんが暮らしていらっしゃる。そして、奥さんのお姉さんは千葉県に在住、随分遠いところに住んでいるのですが、それでも介護の手伝いにやってくるという、介護のマンパワーとしては非常にいい状態だったんです。

もちろん要介護5です。介護が一番かかるランクです。こういういろんなサービスを利用して、在宅生活に入った。手厚い介護と家の力としか言いようがないのですけれども、家に帰って来たということで、実は数カ月で亡くなると予想されたのが、1年間ほとんど病状が悪化しなかった。そこで、その間、抗がん剤のテモダールという薬が日本で承認された。それまで日本で認可おりなかったんですけど、飲み薬なんですけれどもね、抗がん剤。ご家族はそれを希望したし、ご本人もまだ自分の意思を表現できる時期には、この薬、もし間に合ったら使いたいということをおっしゃっていたので、テモダールを使うことにしました。でも、日本では初めて出した薬だから、僕は使い方がわからないし、紹介してくれた近くの脳外科の先生に、このテモダールという薬を使った経験がありますかと聞いたら、「いや、わからないから、条件は中村先生もわしも一緒だから」という返事だったんです。

そこで、製薬会社を呼び寄せて、日本で一番治験、治験というのは発売される前に患者さんに使っているところはどこだと聞いたら、大阪の北野病院という病院だったので、その脳外科の先生に直接電話をして、電子メールで、パソコンのメールでやりとりできる体制をつくった。全然見ず知らずの人間が電話をかけているのに、それに対して親切に教えてくれる、これが本当の専門医だと思うのですけれどもね。その先生とメールで交換できるようにして、幾つかのアドバイスを受けました。吐き気どめを最初に飲ませることと、カプセルをかまないことが大事だよといろいろ細かいアドバイスを受けて、量も決定して、この抗がん剤をいった。5回いったんですけども、5回目いった後は、下半身に皮下出血、青血をいっばいつくっちゃったので、もうこれ以上はできないなということで。でも、5回この治療を繰り返したので、かなり意識レベルが上がった。そして、以前好きだった石原裕次郎の歌を口ずさむようになった。かなり回復してきた。

平成18年の春、うちの施設の前の桜の木の下で撮った記念撮影。平成19年の春、桜の木の下で撮った風景。これ、意識レベル上がっているのは何でわかるかっていうと、もっと拡大します。「ほら、記念撮影するわよ」って奥さんが顔を持って、あっち向きなさいって言

って、むりやり顔を向かせたのが平成18年。平成19年は、鳥が飛んでいるんですけど、それを自分の目で追っているんですよ。これは明らかに意識レベルが上がっていますよね。もちろん失語症だから、うまく表現はできないけど、意識レベルは上がっています。

ところが、平成20年春には、もう初診から2年経っています。意識レベルは低下して、もう飲み込むこともできなくなった。胃ろう、胃に穴をつくろうかという話もあったんだけど、意識レベルが低下しているの、鼻からチューブを入れたら、そんなに何も嫌がらない。苦痛を感じなかったんですね、意識が落ちているから。そこで、鼻から胃に管を通して栄養剤に行くという方法をとったんです。平成20年はそういう状態ですから、桜を見に行くこともできないような状態になったんです。

そのときに、僕は桜を見に行き、ことは記念撮影できないなと僕自身残念だった。という事は、奥さんもきっと残念な気持ちなのかなと思って、あることをやったんです。あることをやったことに対して、奥さんは僕には手紙とか言葉とかかけてくれなかったんだけど、ケアマネジャーに手紙を送ったんです。それを公開することは、もう奥さんの許可を得ていますので、今からそのお手紙を朗読してもらいます。お願いします。

○司会 今年の桜。先生と看護師さんがいつものように診察に来られました。ベッドに横たわる主人の胸元30センチぐらいの高さに先生は握りこぶしを差し出し、「奥さん、手を貸してください」と私の手のひらを主人の胸の上に添えました。「えっ、先生、いつから祈禱師に」と思いきや、「松本さん、桜ですよ」とおっしゃって、握ったこぶしの指の隙間からヒラヒラと桜の花びらが私の手のひらと主人の胸の上に舞い落ちました。何とも粋な計らいに私は目頭が熱くなり、無心で落ちた花びらを主人の枕の上に散りばめていました。

主人が伏してから3年目の体は、3度目の桜を見せてあげられる状況にはほど遠く、あきらめてはいたものの、桜の花が咲き始めてから私の心中は穏やかではありませんでした。満開の桜から、散り始めた花びらに、「散らないで、お父さんはまだ見ていないんだから」と呼びかけたいような複雑な思いで、日々窓から見える桜を眺めておりました。そんな私の思いを先生はいとも簡単に、さり気なく成し遂げてしまわれたんです。機械の管につながれた高度な医療よりも、はるかに心のこもった巧妙な医術に、感激やら、感動で胸がいっぱいになりました。今はもう、窓から見える葉桜をよい思い出に変えてくださった先生と看護師さんに感謝しながら眺めています。

○中村 ありがとうございます。

僕が残念だから、きっと奥さんも残念がっている。本人にもし意識があったら、多分来たが

っていただろうなという思いですよ。思いを酌み取って、思いを返すことって大事だと思うのです。意識レベルが低下して、管で栄養するようになって、そして2年4カ月後には痙攣どめの薬を目いっぱい使っているけど、それでも起きる痙攣と、たび重なる呼吸器感染、肺炎ですね。繰り返し肺炎を起こしていたので、2年6カ月後にご自宅で永眠されました。

この方は、最期だけにかかわった方です。平成10年の話です。随分前になりますけど、麻薬を十分使っていた方です。77歳の男性で、京都市内にあります某国立大学の病院って、大体どこかわかるんですけど、そこで診断治療を受けていました。肺がんだったんですけど、本人には告知していなかったんです。本人には重症サルコイドーシスという別の病名を伝えていて、平成10年当時は本人に告知しないということもあったわけですから、でもそれでも本人は退院してきた。なぜ退院してきたかという、これが重要でして、この方は名田庄村で一番の資産家でした。何とご近所のお寺の改修工事に1億円の寄附をした。すごいごつい話ですよ。実はこの方は、小さいころにお母さんを亡くしてから仏門に傾倒した。本当はお坊さんになりたかったんですけど、生活のことがあったので建設会社に就職して、そこで頭角をあらわして、やがて独立して自分で建設会社を起こすわけです。景気がよかった時代ですから、どんどん会社を大きくして、一代で資産を築いた。

でも、やっぱりお坊さんにはなれなかったけど、仏門に対する思いがあったので、その本人の長年の夢が、自分のうちのご近所にあって、自分のうちも檀家であるそのお寺を立派に改修することが、この方の長年の夢だったんです。そして、1億円の寄附をしたその改修工事が中盤に差しかかっているけど、自分は大学病院に寝ている。これはいてもたってもいられなくて、「わしゃ、うちに帰る」と帰って来たんです。

大学病院の先生から電話ももらいましたし、十分なお手紙ももらいました。十分な麻薬を投与しているし、在宅酸素療法、肺がんの末期ですから、息が苦しいから、家で酸素を吸えるような機械をセッティングするんですけど、それも大学病院の先生が在宅酸素の業者に電話をかけて連絡してくれたんで、僕は全然ノータッチで、最初からセッティングされていた。こんな状態でボタンタッチされた僕としては、やることと言えば、痛みに応じて麻薬をふやして、そして息苦しさに応じて酸素の量をふやして、亡くなったときに死亡診断書を書けばいいんです、事務的に言えば。だけど、やっぱり告知されていない患者さんに対して、どういふふうに接していくかというのは、僕にとっては非常に難しい問題だった。

一番最初の往診のときに、本人にご挨拶して、型通り診察をして、世間話を二、三して診療所に帰ろうと思ったのですが、そのときに僕、苦し紛れにこんな質問をしてみました。「も

しも今より痛みがひどくなったり、もっと息苦しくなったら、また大学病院に戻りますか」
って言ったんです。そうしたら、この方はギロツと僕を見て、こんなふうに言いました。「いや、わしゃ何があっても、絶対に大学には戻らん」、そうおっしゃったので僕は右手をすっと差し伸べました。びっくりしました。本当にこの人がんの末期というぐらい、力強い握手で僕の手をぐっと握り返してきたんです。それは力強かったです。その瞬間、この人は家で死ぬつもりだということはわかりました。ですから、この人には告知もしていないし、何の同意書もとっていませんけど、僕とこの方の間には、その握手の瞬間、非言語的な、言葉にはあらわせない、文字にもあらわしていないインフォームドコンセント、同意があった、説明の同意があったと信じています。

この方はお寺の工事を見続けました。ご家族が車椅子に乗って、酸素ボンベも車椅子に乗って、工事現場の近くへ連れて行って、「ほら、おじいちゃん、工事はうまくいっているよ」と励まして、そして車椅子にもおりられなくなるぐらい衰弱したら、家族が工事現場のビデオや写真を撮って、枕元持ってきて、「ほら、おじいちゃん、うまく言っているからね」と励まして、そして工事を見続けて工事は完成しました。その落成式の日朝、ご自宅で息を引き取りました。これはもう在宅ならではです。病院にいてはこういうことはできないですね、入院してはね。

一昔、二昔前は、患者の死というのは医療の敗北だとみなす医者もいたのですが、この人の死亡というのは敗北なんでしょうか。僕は、この人は一代で資産を築いて、自分の夢を成し遂げて、それを見て最期逝ったんだから、人生の勝利者だと思います。そのすばらしい人生の最期におつき合いさせていただいて僕は感謝していますし、この人は死んだのではなくて、生き切った、そういうふうに僕は思っています。この人は十分酸素もいたし、麻薬もいきました。

この方のほんのご近所に住んでいる方で、2年ほど前の話ですけど、この人が亡くなった平成10年、平成8年の話ですけど、今どき珍しい小高い丘の上の茅葺きの家に住んでいる方でした。そんな方がいました。この方は、診療所には年に二、三回、畑仕事をやり過ぎて、腰が痛いというので名田庄診療所に時々くるような、そういう緩い関係があった方ですけど、あるとき、いつもの腰よりももっと上の背中の方が痛くて、ご飯もだんだん食べられなくなった、おいしくなくなった、食欲もないとおっしゃるので、おかしいなと思ってお腹触ったら、嫌なもの触れるので、エコーって、ゼリー塗って見ますよね。あれやって見たら、臍臓の頭のほうにでっかいがんがあったんです。これはいかんと思って、本人に全部本

当のことを話しまして病院に紹介しました。病院では、内科の先生と外科の先生が相談したんですけど、とって手術できるような代物ではないということで、これは専門的な話になりますけど、膵臓の頭の部分にがんができますと、肝臓からつくられる胆汁がうまく十二指腸のほうに流れないので黄疸になってしまいうんです。そうならないように、胆汁の流れをよくするための金属製のステントというのを胆道に入れまして、その周辺に放射線をかける。これで治療はおしまい。今だったら、膵臓がんにも有効な抗がん剤は日本で認可されていますけど、平成8年当時はそれで治療はおしまいなんです。病院から退院してきて、しばらくは何となく元気そうだった。だけど、やっぱりがんという病気の性質上、だんだん痛みは激しくなってきました。

その人に、麻薬を使うように僕は差し向けたんですけど、麻薬を拒否するんです。患者さんの中には、麻薬を使うと頭がおかしくなるとか、麻薬を使うと死期が早まると勘違いしている人もいるでしょうから、そんなことないですよ。そんなことないですよといろいろ説明しているし、がんで痛みが激しくなったら、もちろん麻薬使うのは、世界的な標準的な治療なんですといろいろ説明したんですけど、頑として「麻薬は要らん」と言うんです。

だから、逆にこっちから質問した。「どうしてそんなに麻薬嫌なんですか」って聞いたら、全然こっちが思いも寄らない返事が返ってきたんです。こんな返事でした。「なあ、中村先生、わし、若いころシベリアに抑留されとったんや。朝起きたら、右に寝とるやつが死んどった。次の朝起きたら、左寝とるやつが死んどった。そんな日もあった。こらあ厳しかった。そやけど、わしは五体満足で日本に戻ってきて、戦後の復興見てきたし、自分もちいとはそれに参加したと思うと。なあ、先生、がんって何や。あんなもんは体の中から勝手にできてくるもんやろう。そんなんでも死ねるなんて幸せやと思わんか。せやからわしは、この程度の痛みを耐えんと、シベリアで死んでいった仲間に申しわけない」、もうこの一言で僕は麻薬を勧めることをやめました。

不幸中の幸いで、もともと腰痛で来ていたので、腰痛用の痛みどめのお薬は飲んでくれました。座薬とかも使ったんですけども、到底それで治まるような痛みじゃなかったですよ。この方は、小高い丘の上から、こんな山の風景を見ながら、ちょうど雪解けの3月にご自宅で息を引き取りました。恐らく僕らが、例えば僕なんか「あなた、がんの末期ですよ」といきなり言われたら、僕にとっては人生最悪のニュースになるんですけど、この方にとっては、恐らくがんになったことよりもシベリアで抑留されていた経験のほうがつらかったんですね。だから、若いころ魂の奥底にくさびのように刺さった、そんなシベリアでの痛

みを、がんによる体の痛みに耐えることで解放していったんじゃないかなと僕は解釈しています。徹底的に麻薬を使った人と、麻薬を全然使わなかった人がご近所だということも不思議なんですけどね。

あとこの人は、平成14年ですね、今から10年前の方で61歳、この方も比較的若い男性でした。診療所の比較的近くに住んでいるんですけど、余りうちの診療所にかからない、もともと元気な方でした。風邪引いたときに二、三年に一遍来るかなぐらいの、そんな程度の緩いつき合いでしたけど、あるとき、何か割とげっそりやつれた表情で来て、半年で6キロ体重が減った。しかも、飯もうまくないというので、たまたまご飯を食べずに来たので、エコーやってみましょうとエコーを当てたら、肝臓の中に腫瘍がいっぱいあった。肝臓の中にぼこぼこに腫瘍があったので、これはまずいなと思って、きょうすぐ胃カメラしましょうと胃カメラやったけど、胃カメラは何ともない。でも、翌日には大腸ファイバーって、お尻からカメラ入れる予約をとって、翌日の午後に大腸ファイバーやったら、肛門から30センチぐらいのところまでっかいがんがあったんです。血液検査も翌日の夕方には返ってきて、これは腫瘍マーカーといいます。がんだと高くなるものです。このCEAというやつが、正常値は5以下、CEA99というのは、正常値は37以下です。つまり、正常の上限の1,000倍もあるということは、物すごく進行したがんということがわかるんです。ですから、ご本人に全部本当のことを言いました。

そうしたら、本人はこう言いました。「先生、わし、あとどのぐらい生きることができるんやろ」と質問してきました。そんなことは治療効果によって変わりますから、あと何カ月とか、そういう予測はできませんと僕言ったんです。そうしたら、ご本人は「あと何カ月というレベルなのか」と質問してきたんで、僕ものりくりその質問はかわしたんですけれども、最終的に本人は、「いや、中村先生の予想が外れたからといって、先生を責めんから、率直な感想を教えてくれ、聞かせてくれ」と言うもんで、「あと3カ月ぐらいだと思います。僕はあなたの味方ですからね」と言ったら、「そうか、味方してくれるか」と言って、しばらく沈黙があって、その後この方はこんなふうに言いました。「治るんやったら1年でも2年でも入院しとるわ。けど、治らんのやったら、たった2カ月の延命目的で、そのうち1カ月も入院していたくないな」という言い方でした。

僕も一生懸命考えました。それで、在宅で家にいながら治療をするということを目的とした治療法ですよ。それに協力してくれる病院を探しました。病院の先生方の中には、診療所ががんの治療なんか無理に決まっているだろうと言って、僕が電話をかけても、けんもほろ

るに突き返された、そんな病院の専門医の先生もいたんですけど、ある病院の先生は「わかりました、では、協力しましょう。だけど、最初の1カ月は入院してやりましょうね」ということを言ってくれました。だから、僕とその病院の先生と患者さんの三者で約束したのは、最初の1カ月は入院します。でも、残りは極力在宅、つまり診療所側でやりましょうということになりました。

その病院に入院したときのCTの写真です。これはお腹を輪切りにしているんですが、この黒くなっているのががん細胞です。黒くなっているのががん、これが肝臓全体です。白く染まっているのが真っ当な肝臓の細胞ですから、ですから、がんのほうか体積というか、面積が大きいことがわかりますよね。これ、ひどいがんです。

どういう作戦に出たかという、こういうふうには皮膚の下にポートを埋め込んで、ポートからはカテーテルという管が心臓近くまで行っていますけど、そのポートのところに直角型の針を指して、そこから抗がん剤を、がんの薬を入れるという作戦に出ました。18日目というのは、これは入院中ですけども、その入院中に抗がん剤をいくようにして、40日目というのは、もう2カ月目に入っていますから、40日目からは自宅に戻ってきて、名田庄診療所で抗がん剤治療を行うという作戦にしました。

これ、結構効きましたけど、160日目に熱が出ます。160日目ということは、6カ月生きていたということです。その6カ月目に熱が出て、熱の原因は、いろいろ探ったけど、最終的には埋め込んだカテーテルとポートが悪さしているのかなと思って、それを抜いたら熱が下がった。次は、別の抗がん剤治療にメニューを変えて、1年はもたなかった。けど、11カ月目にご自宅で亡くなりました。2カ月の延命目的で、そのうち1カ月も入院していたくないなと最初に本人はおっしゃったんですけど、1カ月の入院で残り10カ月を家で暮らすことができた。奥さんと息子さんとお別れの時間を10カ月つくったんで、僕は責任は果たしたかなと思っています。

うちの診療所は、実は医学生の実習と研修医の教育を請け負っています。自分の母校の自治医大の5年生の実習を平成12年から、随分前から受け入れているんですが、実はさっきの患者さんが在宅で抗がん剤治療を闘病しているときに、2週間の実習の一番最後の日に、この実習に来た2人の5年生の学生は「例の患者さんのところに最後に寄っていいですか」と僕に言うから、「えっ、どうしたの」と言ったら、ごそごそってこれを紙袋から取り出してきました。この2人は、患者さんとの会話の中で、患者さんが中日ドラゴンズのファンだということを知ったので、球団事務所に掛け合って、この当時現役だった立浪選手の直

筆サイン入り色紙をうまいこと入手してきて、ゲットしてきて、最後は患者さんの家でこれをプレゼントして帰ったんです。患者さんも奥さんも涙流して喜んで、「2人ともいいお医者さんになってね」と言って、この2人を送り出したんです。その3カ月後に患者さんは亡くなります。この2人の医学生の携帯電話に情報を入れました。「あの患者さん、亡くなったからね」って電話したんです。電話の向こうで2人とも泣いていましたね。こういった患者さんの死に涙できる感性というのを持ってほしい。この2人は医者になって9年目ですけど、本当に順調に成長しています。

それと、うちの診療所は研修医も受け入れています。平均すると年間10名ぐらいの研修医が来ています。初期研修だけではなくて、3年目以降の後期研修医というのも平成22年度からは年間12カ月のうち6カ月は来てくれています。そんな感じで、うちは若い研修医が出入りする診療所ということになっていますが、僕、前にひげを生やしていたときの写真を出しましたよね。ひげを生やしていた9年前には、おっさんの研修医が来ていたんです。この人は1回東大工学部を出て、一般企業に就職して、それからそこをやめてから医学部に入り直したんで、僕よりちょっと年下だけのおっさんの研修医でした。

ところが、僕がひげをそったら、次の年からは随分と若い女性研修医が次々と来るようになってきて、たまたまですが、これは男の人ばかりそろったんですが、「一遍に3人も研修医が来て大変ですね」と言われるのですが、そうじゃなくて、この人が研修医で、この2人は学生さんです。自治医科大学の5年生です。一遍に来て大変かということ、実を言いますと、研修医が医学生の教師役になってくれるんで、実は以外と大変ではないということで、大勢受け入れても大丈夫ということです。

ちなみに、僕が着ているのはパジャマじゃないです。術衣です。手術するときの服ですから、ちょっと色が派手なだけです。術衣ですから、これは外科医としての正装のつもりですけどもね。はい。

一番最初に、末期の前立腺がんで、末期がんで認知症でひとり暮らしでも在宅で暮らせるという写真を、物語1というのを出したと思うのですが、実はこの方を診に行った後、一緒についてきた医学生が診療所に戻ってきて、こんなことを言いました。「末期がん、認知症でひとり暮らし、三重苦みたいなものですね。それでも、こういったケースでも在宅医療の適用になるんですね」と関心していたんですね。僕は、何かこの言葉はおかしいなと思って、何か違和感を覚えたんですけど、どういう違和感かということ、僕もうまく言語化できずにいたんです。ところが、後になってわかりました。これ、発想を逆にするとわかるん

です。

多分入院の適用とか、入院医療の適用という言葉はあるんです。だけど、在宅の医療の適用という言葉は最初からないんです。つまり、家にいるということは当たり前ですよ。患者さんか、家族か、あるいは在宅生活を請け負う医療機関とか、訪問看護ステーションとか、どこかがギブアップしたときに入院となるわけで、それ以外はずっとギブアップしなければ、試合続行なんです。在宅医療の適用なんて言葉はありません。家にいることは当たり前です。例えばきょう皆さん、この講演会終わって、今夜は家に帰る適用はあるかなと考えます。もしあるとすれば、愛人3人ぐらいいる人は考えるかもしれませんね。「ああ、きょうは愛人宅じゃなくて自宅の適用、帰宅の適用かな」と言うかもしれない。普通の人は、家に帰る適用なんて言いません。家に帰るのは当たり前、家にいるのは当たり前です。

あともう一つは、こういったこともあったんです。これは、研修医を引き連れて、もうそろそろ危ないかなというご老人、老衰ですけど、その老衰の患者さんのお宅へ2週間に一遍訪問するんですけど、2週間に一遍の予定どおりの訪問をしに行ったら、その訪問しに行った、ちょうどそのときにすーっと息を引き取ったんです。「そろそろ親父が危ないんで、先生、来てください」とか言われて、行って、息を引き取るということはありますよ。でも、全然そんなことなく、予定どおり行ったら、そこで息を引き取った、これ珍しいんです。僕2人目です、この人。でも、たまたまその研修医は、高齢者の方が老衰で息を引き取る瞬間に立ち会ったんですね。

僕が診療所に戻って、死亡診断書を書いていたんです。そのとき研修医は僕に一言言うんです。「中村先生、心肺蘇生しませんでしたけど」、つまり人工呼吸とか心臓マッサージはしませんでしたけれども、「その同意書はとってあるんですか」という質問をするんです。病院ではとるみたいですけど、僕ら在宅でやっている人間はそんなものとりません。いや、しないのが当たり前だから。病院文化と診療所文化とか在宅文化は違うんですね。信頼関係のある中で同意書はとりませんし、その研修医の人は、公私ともに自宅での自然な死に方を知らなかった。先ほど青沼センター長のお話にもありましたけど、昭和52年に病院死と在宅死が逆転します。今の研修医は昭和52年以降の生まれがほとんどですから、知らないんですね、在宅で死ぬということ、プライベートでも。だから、診療所研修の意味があったのかもしれません。

看取りの文化というのは、住民の方にも、それから医療者自身にも、そして若い世代に継承していくことが大事だなと思っています。

これ、最後のケースです。さっきは、抗がん剤で在宅でとことん戦った話をしましたけど、がんと戦わなかった人の話です。79歳、認知症、5分前のことも覚えてないくらいぼけちゃった。娘さんが介護していたんですけど、娘さんが心配して、このままだとますますぼけちゃうし、よぼよぼしてきたんで介護保険を申請したい。でも、このおばあちゃんは大の医者嫌いで、医者なんてかかったことがない。だから、一番手近な僕のところに来て、主治医意見書というのを書かないと介護保険って申請できないんで、とりあえず医者のところに行って、書類書いてもらわなきゃいけない。だから、僕のところに来たんです。これからぼけちゃうから、ますますぼけるといけないから、デイサービスを利用したい。家族がみんなどこか用事でいないときは、一人で置いておくには忍びないので、ショートステイを利用したい、そういったことだったんです。そのときに、「デイサービスとかショートステイを使うんだったら、おばあちゃん、もし結核あるとみんなに迷惑かけるから、レントゲンだけ撮っておこうよ」と言ってレントゲン撮ったら、結核ではなくて、その左の上のほうに、皆さんから向かって右上のほうに影があります。これ、肺がんです。がんがあったんです。

そのときにどう対応するかということですが、認知症の特徴というのは、事実は忘れ、感情は残るといふのがあります。つまり、おばあちゃんにがんを告知すると、こういう感じになるんです。「おばあちゃん、さっきの検査でね、がんだったんですよ」と例えば僕が言ったとします。そうすると、おばあちゃんは、「えっ、私はがんなんですか。ガーン」とショックを受けるわけ、おばあちゃんは。ただ、おばあちゃんは認知症だから、私はがんだというその事実は、5分もすれば忘れます。だけど、「ガーン」という、その後半の「ガーン」です。嫌な感情とかショックはずっと残るんです。それって、いいことないですよ。認知症といってもレベルがあるんですけど、すぐ5分前のことも忘れてしまうような認知症の方には、告知することは得策じゃないから、一番近い身内の方に、この方の場合には娘さんですけど、もしもお母さんに真っ当な判断能力があったらどうすると思いますかという質問を投げかけたんです。

娘さんが、こんなことを言いました。「中村先生、私なら治療を受けます。もうちょっと長く生きて、いろんな仕事もしなければいけませんし、私なら肺がんの治療を受けます。ですけど、きょうのがんはなかったことにしてください」と言われたんですよ、娘さんに。えっと僕思っ、て、見つけたがんをほっておくって、何か医療者としては悪いことしているような錯覚にとられるので、だからそれはちょっと困ったなと思ったんですけど、娘さんはこんなことを言いました。「ただでさえ医者嫌いの母が病院に入院なんかしたら、ますますぼけちゃ

いますよ」、それもわかります。

もう一つ、彼女はこんなことを言いました。「私は理解できますから、私ならがん治療を受けますけど、理解できない母にとって、入院とか治療はただの拷問でしかありませんから」、納得です。理解できるから、つらいこと、苦しいことを我慢して、その治療を受けようと思うのですよね。でも、理解できない人にとっては、嫌なことをやられていると感じるだけなんです。だから、こういう言い方をするんです。でも、これは本当に僕は納得して、では治療はしませんけど、3カ月に一遍だけレントゲン撮りに来てくださいねって、そういう約束だけしていた。おばあちゃんは全然気にしていない。デイサービスの風船バルーンをめっちゃ楽しんでいました。

それで、2年後、2年後ということは、がんの治療何もしてないけど、2年生きているんです。両足が動かなくなるんです。何で両足動かないかという、肺がんが背骨のほうに転移して、そこから下の足の神経をだめにしたから動かない。もうそれから寝たきり、車椅子生活。だけど、このおばあちゃんは、「年やから歩けんでもしゃあないわな」と、まるで深刻さが無い。ぼけてるって、いいかもしれませぬ。痛みも簡単な痛みどめでとまってしまいます。そして、家族との触れ合い、寝たきりのベッドの周りを曾孫さんが走り回っている。そして、おばあちゃん、死んだふりごっこをやっていました。死んだふりごっこって何かというと、ベッドで寝たきりになっているでしょう。寝たきりになりながら、娘さんと呼ぶんです。「ヒデコや、ヒデコ、もうあかん……」、カクッ。娘さんはびっくりして、「お母さん、しっかりして、お母さーん」と言うと、「嘘やで」って、ぱっと目覚めます。ぼけているから、何遍でも同じことやるんです。

3年半後、あの影大きくなっているでしょう。がんは大きくなっているけど、でもこの時点で呼吸困難はない。あるとき、肺炎と痙攣で2回短期入院しましたが、1泊2日ですぐ家に帰ってきます。そして、あるとき息が苦しうだから、往診しに来てくださいと往診しに行くと、病院とかで指にパカンとはめる酸素はかるやつあるでしょう。あれでやると、体の酸素濃度が低かったんで、在宅酸素療法、家で酸素を吸えるようにした。顔色もよくなって楽そうになったら、その4日後に亡くなったんです。一番最初の診察から4年後の83歳でしたから、女性の平均寿命にちょっとだけ達しませんが、さあ、この方は今の日本の標準的な肺がんの治療を受けていません。だから、この人の人生は不幸だったと言えるかどうかです。

亡くなる4カ月前、最後のお正月に家族で撮った写真です。曾孫さんが頭の上ののっかち

やっています。でも、このうちでは普通の風景、曾孫さんをあやすときのおばあちゃんは、本当に幸せそうな、亡くなる4カ月前に見えない。毎年年金の中から、お孫さん、曾孫さんにはお年玉をあげていた。それを楽しみにしていたおばあちゃん。でも、もらったほうは意味がわからなくて、きょとんとしています。この写真は、この真ん中に写っている娘さん、ヒデコさんが、「これは我が家の自慢の写真です。うちの母は本当に幸せな最期でした。ですから、中村先生、全国どこでも講演するときは、この写真を全国の皆さんに見せて、我が家のことを自慢してください」と言って提供してくれました。

抗がん剤をいったり、いかなかったり、麻薬をどんと使ったり、使わなかったりしましたが、うちに来る医学生とか研修医は僕に質問します。「中村先生、どこで線引きしているんですか。この人にはいって、この人にはいかないと、どこで決めているんですか」と。僕は言うんです。「医学とか医療にはガイドラインはある。だけど、人生にはガイドラインはない。たがら、一人一人の人生に寄り添うことが大切なんだよ」と言います。そうすると、半分の研修医とか医学生は「なるほど」と言います。残り半分は「はあ？」と言います。でも、この混乱がまた成長につながると思っています。

ちょっと時間がないので飛ばしますけど、うちの村の医療費は、在宅ケアを始めてから安くなっている。1人当たりの老人医療費も安くなっている。介護保険料も安くなっているという話です。ちょっと飛ばします。

やっぱり同居する家族にとって、昔は家で生老病死、家で生まれて家で死にました。葬儀も家であげました。今は病院で生まれて、老いも施設で迎える人もいますし、死にそんな病気になったら病院で死ぬ人がほとんどで、それから病院で死んだら、一度も家に戻らずにセレモニーホールに直行というパターンですよ。悪いというんじゃないですよ。悪いというんじゃないけど、必要に迫られてそういうパターンになったんですけど、でもどっちのほうか命のリアリティーを感じるかということですよ。

僕は、名田庄の人が在宅にこだわるので、僕も在宅死にこだわるのですが、家という日常生活の場で息を引き取るということは、本人のため、それが一番ですけど、それだけじゃないんですね。そこに一緒に住む子供さんやお孫さんに命のリアリティーを伝える大切な儀式だと思っております。

せっかちな人というのは慌てて逝くのです。本当に人というのは、最期の3カ月間ぐらいにその人生を凝縮したように亡くなっているんです。きっちりした人というのは、自分の死に装束とか、自分の葬儀費用まで計算ずくで逝ってしまうんです。しかも、後で計算したらそ

のとおりになっているんです。

めっちゃ前向きな人っていうのは、肺がんの末期、このおじいちゃんは肺がんになって、10年間いろんな治療法をして生きてきたんですけど、最後肺がん末期で、家で在宅酸素療法という酸素を吸いながらいたんですけど、寝たきりにはなりたくないと言って、ベッド柵を持って、自分で足踏みして、こうやってリハビリしていた。その翌日に亡くなりました。これを愚かな行為と言えるでしょうか。このおじいちゃんはすごく前向きな人だった。死ぬ前まで前向きだった。僕は、その人らしければ、がんであろうがなかろうが、僕は末期でも健康だと思うのです。

健康って、何だと思います。WHOがつくった健康の定義というのは、身体的、精神的、社会的に完全な良好な状態であり、単に病気あるいは虚弱でないことではない。何かわからないですよ。よくわからないでしょう、これ。だから、WHO、世界の権威的なところが決めているんですけど、何かよくわからないですよ。

僕が好きなのは、順天堂大学の島内教授という人の健康の定義です。たとえ病気や障害を持っていても、生き生きとして生きている、あるいは、生きようとしている状態、それが健康なんだ。例えがんの末期でも、前向きな人、例えがんの末期でもすごく計算できる人は一生懸命計算して、そういった、これが健康じゃないのかなと思っています。ということでした。以上でおしまいです。ありがとうございました。（拍手）

○司会 中村先生、貴重なご講演ありがとうございました。

○中村 あっ、朗読もありがとうございました。

○司会 せっかくの機会ですので、何か中村先生にご質問などはございませんか。ご質問のある方、ぜひ挙手をお願いいたします。

それでは、中村先生には……。あっ、ご質問のある方、はい、よろしく願いいたします。

○質問者1 民生委員のコンノでございます。遠いところ、涌谷までお越しいただきまして、本当にありがとうございました。

先生の今のお話を聞きまして、普通のお医者さんは大きな町の大きな病院で働くのが夢かなと思っております。ところが先生は、本当に二千六百何人の町で、しかも小さな町で患者さんと家族のようなおつき合いをして診療に当たっているということです。非常に私感動を覚えました。こんなに素敵な先生と患者さんとの間柄になってもらいたいし、涌谷町の町立病院でもこのような先生の方が多くなれば、涌谷町の医療センターももっともっと大きな病院になるのかなと思っております。本当に患者さんと家族のような接し方をしている先生の姿

に感動を受けたということで、非常に私も勉強になりましたし、私も何かの機会でこういった接する人と先生のような気持ちで、これから残り少ない人生を過ごしていきたいと思いません。以上です。（拍手）

○中村 ありがとうございます。

きょうの話の中では出さなかったんですけど、実は僕は名田庄の人たちに随分と助けられています。僕が地域を支えるけど、地域の人が僕を支えてくれています。簡単に申しますと、著書の中に書いてあるので、買って読んでいただくと一番いいんですけど、僕が若いころに誤診したことも村の方は許してくださいました。

それと、僕9年前に実は病気で倒れているんです。病気で倒れる前は、年間で1,000人以上の時間外救急の患者さんがうちの診療所へ来たんです。ところが、僕が病気してからは、中村は病み上がりだから救急診療をいたしませんというアナウンスは、こちらから一切していないのに、今では年間120か30ぐらいですよ、救急の患者さん。がばっと減っています。いわゆるコンビニ受診というのを、軽いことで夜中とか、休みの日に僕を呼び出すことを、皆さんは、僕が病気して以降、自主的に控えていらっしゃるんです。そういうふうにして、僕は村の人から支えられています。ですから、僕が地域に施していることよりも、僕が地域の方から施されていることは、フィフティー・フィフティーのいい関係だと思うのです。そういったことがあるから、この地域に残っていこうと思う。この地域が好きだからということです。そういった関係というのは大事だと思います。

例えば、地域の人が文句とかクレームばかり医療者側に言うと、僕ら医療者はどうするかというと、地域の人に文句を言われないように仕事をするんです。そうすると、持っている力の半分ぐらいしか出せないのですね。でも、頑張って地域の人から感謝されると、僕らやる気になります。ですから、地域の人たちのためにやろうと。つまり、地域の人たちに文句を言われないようにしようと思うと半分しか出せない力が、地域の人たちに喜ばれるために頑張ろうと僕らが思いながら仕事をする、持っている力の1.5倍から2倍出るんです。だから、お互いの信頼関係、そういったものが一番大事なんじゃないかなと思います。

質問ありがとうございます。（拍手）

○司会 中村先生、ありがとうございます。（拍手）

中村先生には、この後のパネルディスカッションでパネリストをお願いいたします。

以上をもちまして基調講演を終了いたします。

この後、休憩を入れまして、3時20分からパネルディスカッションを開催いたしますの

で、よろしくお願いいたします。

[休憩]

パネルディスカッション

○司会 それでは、お時間になりましたのでパネルディスカッションを行います。

テーマは、「病院・施設・在宅の看取りについて」です。なお、終了時間は午後5時を予定しております。

パネリストは、前沢政次先生、長純一先生、そして先ほど基調講演をいただいた中村伸一先生の3名でございます。

コーディネーターは、町民医療福祉センター参事、介護老人施設内看取り推進治療検討委員会委員長である横井克己先生です。

それでは、コーディネーターの横井先生、これからの進行をよろしくお願いいたします。

○横井 はい、では、皆様方、改めましてこんにちは。きょうは本当に足元の悪い中、たくさんの方に参加していただきまして、本当にありがとうございます。

私は、今ほど紹介のありました涌谷町当センターの参事の横井と申します。きょうは、このシンポジウムの司会進行を仰せつかっております。

先ほど一番最初に、センター長のお話の中にもありましたけれども、私どものセンターでは、この9月から特別養護老人ホームの看取りについて調査を進めてまいりました。皆様方ご承知のように、特別養護老人ホームというのはつのすみかでありまして、名目上は看取りに対応されていますけれども、現実的には施設内での看取りは大変少なく、終末期には病院に搬送され、そしてもともとは余り望んでもいないような延命治療、濃厚治療を施されて、死亡確認されるということが80%以上とされて言われております。そのような現実を踏まえまして、ホームで看取りの進まない要因は何であろうかということを実態調査してまいりました。

本日のシンポジウムでは、3人の方をパネリストにお迎えいたしまして、これは先ほどご紹介ありました前沢先生、長先生、中村先生、そしてそれぞれの立場から、いろいろな方面から看取りに関してご意見をいただき、そして会場のフロアの皆さん方の疑問点でもいいし、意見でもいいし、何でもいいですから、このお三方、スペシャリストの方にどんどん質問あるいは意見をぶつけていただいて、そしてこの限られた時間内でありませけれども、看取り

ということのテーマを、皆さん方と一緒に共有して考えていきたいと思っております。

このシンポジウムは、お一方ずつ発表していただき、そして最後にまた全体的に討議したいと思しますので、よろしく願いいたします。

では、まず最初に前沢政次先生、慣例によりまして簡単に略歴を紹介させていただきます。

前沢政次先生は1971年新潟大学医学部をご卒業になり、そして84年には自治医科大学地域医療学の助教授に就任され、88年からは皆様方よくご存じの当涌谷町のセンターの所長、そして涌谷の国保病院の院長として就任されまして、文字どおりこの涌谷の保健・医療・福祉、地域包括ケアの基礎を築かれた方であります。そして、96年には現センター長の青沼先生にバトンタッチされ、北海道大学病院の総合診療部の教授に就任されまして、それから大学院医学研究科の教授を歴任され、2010年に退官されておられます。

現在は、ひまわりクリニックきょうごくの所長として、あるいはまた地域医療教育研究所代表理事として後進の育成にも非常に力を注がれておられ、日本プライマリ・ケア連合学会、前の理事長を務められて、あるいは日本在宅医学協会の理事も務められ、そしてまた、全国国民健康保険診療施設協議会の理事など数多くの公職を務められております。

それでは、前沢先生、病院での看取りとその限界と題しましてよろしく願いいたします。

○前沢 皆様、こんにちは。(拍手)

まず、おわびしないといけませんのは、25周年のときに来ると言っていて、ドタキャンというのでしょうか。急に来れなくなって、ちょっと患者さんで重症の方がおられて、当時研修医はいたんですけど、彼1人に任せられないわけでもなかったのですが、心情的になかなか来れない状況になりまして、心からおわびを申し上げたいと思います。青沼先生が代読をしてくださったんですかね。大変申しわけありませんでした。きょうは、その分まで話すわけではございませんけれども、病院での看取りとその限界というお話をさせていただきたいと思います。

先ほど、センター長からも紹介があったように、つぶれかかった病院にいたらしいですね。これ皆さん、富士山みたいですけど、これは私の住んでいるところから二、三分歩くと山が見えるんです。羊蹄山という山です。蝦夷富士とも呼ばれているので、富士山に形が似ていて、しかも周りにほとんど山がないので、すごいいいなと思います。こんなところで仕事をしております。

ここの麓の町でして、人口3,400人を最近切ったのかな。もう名田庄村に近づきつつありますけれども、ところで、麓なので、日本名水百選の一つだそうですけれども、羊蹄山の

湧き水があって、水を飲んでいるので、いまだに若く元気に頑張っております。ただ、この3月31日で介護保険の第1号被保険者になってしまいました、2号から1号に上がりまして、ですが、まあ頑張って、涌谷でいただいたエネルギーをそのまま生かしながら頑張っております。

先ほど中村伸一先生のお話を聞きながら、若い先生が頑張って、本当にすばらしいなと思っております。一応私は、恩師と呼ばれるほど何もできなかったんですけども、彼は教え子の間柄なんですけど、当時、影の薄い教師でしたので、中村先生に何もインパクトを与えることができなかったのですが、本当に名田庄村に行かれて、地域の中で、住民の方に育てられて、今すばらしい、日本を代表するようなお仕事をされているので、本当にうれしく思います。きょうは共演できて光栄でございます。

それで、中村先生の物語をいっぱい聞いていたので、僕もちょっと昔の物語を皆さんに、余り本に書いたり口に出したりしていないんですけども、在宅医療のこと、ちょっとだけいいですかね。

涌谷町へ、昭和63年、1988年に参りまして、外来医療を、外来出るときは本当にたくさんの方に来ていただいて、いつも5時間待ちと言われてお叱りを受けていました。何で5時間待ちかということ、9時スタートなんですけど、皆さん4時に来るので5時間待ちと。もうすごい早起きの町なんです。そんなことがありました。

外来医療をやりまして、2時、3時にやっと終わって、昼飯食うや食わずで病棟の回診をして、5時、6時にやっと仕事が終わります。それから、在宅医療に行ったりしていました。随分昔は働いていたんです、これでもですね。皆さんご存じないでしょうけれどもね。

ある夕方、96歳になるお里のあるお家のおばあちゃんですけど、行ったんです。夏だったんですけど、ちょっと薄ら寒い気で、一生懸命布団被って寝てしまったのか何か、熱があるというので往診をしました。そうしたら、布団をまくり上げて脈をとろうとしたら、おばあちゃん、ぱっと目をあけて、「何だへー、こんな医者来て」って言われたんです。先生、わかります、東北弁、わかりませんよね。「何だへー、こんな医者来て」って聞こえたので、96歳にもなると、一目見ただけでやぶってわかるんだなと思って、涌谷の人は、亀の甲より年の功と言うけれども、すごいなと思ってショックを受けました。「すみません、青沼副院長に来てもらえばよかったですね」と思わず言ってしまったんですけど、まあ、そんなときがありましたですね。後で孫嫁さんに解説をしていただくと、「何だへー、こんな家さまで来ていただいて、ありがたいこと、ありがたいこと」ということだったんだそうで

す。劣等感持っているものですから、青沼先生の実力と僕の実力考えると、それですごいなと思ったことがありました。

それから、一生懸命頑張っていると、先ほど中村先生のお話にもありましたけれども、大体夜中、明け方に亡くなられる方が多いのです。呼ばれたら行くということで、あるお里のおうちには、十数回呼吸がとまったと行きましたけれども、行くと、もう呼吸が戻っているんですけれどもね。そんなこともありまして、いろいろ思い出があります。

やっているうちに、不思議でね、今の青沼先生ほど忙しくなかった。時々出張がありますでしょう。大丈夫かな、大丈夫かなって、当時、携帯電話の始まりぐらいのときに、鹿島台からおりて、タクシーが何かで戻ってくるとき、南郷から涌谷に入ったところで、ブーブーなって、「あっ、今呼吸が怪しいので、すぐ来てください」って、ああ、俺ってすごいな、神様だなと思ってですね、私が涌谷から離れている間は患者さんがちゃんと息をしてくれている。戻ってきたら、呼吸がぱっととまる。すごいなと思って、自分が神だと思ったときもちょっとだけありましたけれども。でも、だんだんと神通力がなくなって、そのうち留守の間に亡くなられて、看取れなかった方も何人か出てきました。

そうしているうちに、終わりごろ、だんだん疲れてきたんでしょうね。「今晚あたり危ないですから、呼吸が少し変だと思ったら遠慮せず電話くださいね」ってお願いしていたんですけど、夜中電話来ないので、大丈夫だったのかなと思いながら病院来たら、「先生、電話ありましたので、これからでいいそうですから来てください」って、あるお宅へ坂を上って行ったんです。そうしたら、もう今朝亡くなって、袈裟が見えるんですね。何かちょっと話が難しいですけど、医者よりもお坊さんのほうが先に来てしまったという、千葉さんのご主人様、タマミさんのご主人様でしたけど、そんなことがあって、在宅医療ってすごくいいなと思ひまして、本当に皆さん理解してくださって、夜中に院長呼ぶのはやめようと。朝まで家で家族が診ていて、でも、まだ来ないな、お坊さん呼んじゃおうかなんてことになって、おおらかに皆さんが看取りというのを認めてくれたということで、在宅医療って素晴らしいなと思っていました。

続けようと思っていたんですけど、すみません、北大に応募して、北大へ逃げてしまいました、大変申しわけなかったと思っております。

でも、その後皆さん一生懸命で、在宅医療も入院医療もやってくれて、経営もよくて、青沼院長、本当にすばらしく頑張ってください、今センター長でなお続けて、今管理者ですかね。頑張ってくれておりまして、感謝を申し上げたいと思います。

それで、きょうは最初は何か司会をやれということなので、はい、わかりましたと引き受けたんですけど、何か病院の話を、看取りの話をしろと言うので、ちょっと困っているんです。でも、話をしないといけないので、お話ししていきたいと思います。

病院での看取りというのは医者次第で、どんな医者に診てもらおうかということで全てが決まってしまうということなんです。これは病院の歴史でもあろうかと思うのですが、医者の仕事というのは、ずっとともかく1分でも1秒でも患者さんに長生きしてもらおうというのが仕事でしたので、延命至上主義的な医者がずっと大半を占めておりました。現在でもなお、生き延びております、こういう人たちもですね。特に救急医療の先生方です。

きのう、実は石巻で地域医療の連携の話を長先生と一緒にやってきたんですけど、石巻日赤の救急の先生も一緒にお話しされて、私たちは、来るとともかく命を延ばす、何とか命を落とさないように努力する。全てですから、一応年齢だとか、その人がどういう環境に今いらっしやるとか、どんな人生を送ってきたかということはお構いなしに、それからこれからどんな生き方で自分はいいいんだということ、全くお構いなしに、ともかく一生懸命蘇生したりするということなんだそうです。ただ、今すごく悩んでいるのは、数がたくさん来るということは、自分たち仕事なのでいいんだけど、本当に高齢の方、救急車で来て、命を何とかとどめるんですけど、その後どうなんだろうかというあたりですごく悩まれたり、本当に自分たちのところへ来てもらってよかったんだろうか。一生懸命誰もに同じように手を尽くすことによって、もっともっと救急救命とって、年齢だけではないんでしょうけど、難しい病気で、一生懸命自分たちが力を注がないといけないことに力を注げないことというのが、すごくストレスだということをおっしゃってました。ですから、やはりもう少し前の段階で、救急病院に救急車で駆けつけたほうがいいのか、もっと別な手段を使って、先ほどの話にもありましたように、特別養護老人ホームなんかで、その場で十分看取っていただくことがいいのかということ、これからお一人お一人が少し自分の将来ということを考えていたり、それから家族にいろんなお願いをしておいたりということをしていかないといけない時代になってきているんだろうなと思います。救急病院にも、迷惑をかけるということではないんですけども、自分が連れて行かれるのがいいのか、それともこの場でおうちなり、福祉施設なり、病院なりで、病院はそのままですけども、おられるのがいいのかということ、は考えていかないといけないということなんですね。

私の周りにも延命至上主義の医者がいまだにありまして、後ほどちょっとお話ししますが、いいのかなと思いつつながら、性格の非常に強い人なものですから、私はこんな人間なの

で、「ああ、そうですか、では、先生のやりたいようにやってください」みたいなことになってしまって、これから少しきょうはエネルギーをいただいて、もうちょっと強く言えるようになりたいなと思ったりしております。

それから、緩和医療派、派とつけるのはおかしいですけども、緩和医療というのを一生懸命やっていて、私の北大に行ってから教え子で、岡本拓也というのがいるんですけども、最近本書いたんですね。中村先生もどんどん書いているし、私はいまだに自分1人で書く本というのは書けていないんですね。出版社からも何件か言われているんですけど、今この冬休み頑張ろうと思って、先生に刺激を受けてですね。

それで、岡本君というのも本を書いていたんですね。かれは今洞爺温泉病院、洞爺湖のちょっと高台にある温泉病院のホスピス長というのをやっているんです。彼にも時々来てもらって、いろいろなことを教えてもらっている。もう本当に我々、中村先生も研修医に教えてもらったりしているんでしょう、そうでしたね。逆でしたっけ。あっ、研修医が学生を教えているのですか。失礼しました。

本当に教え子に教えてもらいながら、勉強しながらやっているんですけど、緩和医療というのは物すごく進歩してきました。本当に人間を全体的に見て、例えば痛みの問題も、体の痛みなのか、心の痛みなのか、家族関係の中でちょっとつらいことがあって痛んでいるのか、社会的な痛みと申しますか、そういうことをよく見て、少しでも緩和していこう、それから場合によっては積極的に麻薬を使って、痛みを和らげていって、その人の人生の質、残された毎日、毎日というのを少しでも充実させて生きてほしいということで、すごく頑張っています。私たちも学ぶところがたくさんございます。

それから、最近「『平穏死』のすすめ」ということで、石飛先生ですか。中村先生も頑張っていて、先生も平穏死というわけではないんですかね。違うんですね、はい。ということで、特別養護老人ホームですごくいいお仕事をされている先生がこういう言葉を言われて、もう少し穏やかに死ねる環境整備というのをしていけないといけないのではないかとということを訴えておられます。

後ほどもお話ししようと思っていますけれども、自分の力で食べられなくなった人をどうするのかといったときに、やっぱり餓死させるわけにはいかないということで、「先生、できることをやってください」ということが多いのですけれども、そうではなくて、石飛先生は、食べられなくなって人工栄養ではなくて、もうやはり来るべきときが来ているので、食べられないので、そっと自然に見守っていくというのも大事な見方ではないのですかという

ことで、こういうことを言ったりしております。これもすごくなるほどなと思います。

そして、こういうやり方をすると、点滴、人工栄養ということで胃ろうもしないことが多いようですし、それから中心静脈栄養というのもやらなくて、点滴を少しやって、血管もだんだんつぶれて、点滴もできなくなると、皮下に点滴をして、ごくごく少量の水分をして、それでもやっぱりいろんな研究があるんですけど、胃ろうをつけた人と、例えば認知症があって胃ろうをつけた人と、認知症があって、本当に自然に診ていた人の生きる長さというのは余り変わらないという統計が出たりして、こういうやり方もいいのではないかということが言われ始めました。

ただ、病院でやると、医療経済的にもうからないんですよ。何もしないで診ているだけですから。私も時々するんですけども、看護婦さんからは「先生、何もしないんですか。ひょっとして、やぶだからしないんじゃないですか」とあたかも言われているような言い方をきつく言われたりして、怖いな、いまだにこういう看護師さんもいるんだなと思いながらやっております。

それから、4番目は、まだ私か少数の先生しかいないのかなと、食死派というのがあって、何のことだというのですけれども、自分の力で食べられなくなったら、人間はそろそろ寿命なので、食べることが、食べられなくなることが、やや近づいているんだということで、自然に見守ってもいいんじゃないかなと思ったりしております。極端ですから、時々危なくて、警察に呼ばれたりするかもしれません。

実はこの前あった症例なんです。78歳の男性が、慢性閉塞性肺疾患ということで、本人は騙されて吸ったと言っていましたけれども、煙草をすごく吸われて、肺が肺気腫とか、慢性気管支炎とかを繰り返して、かなりぼろぼろになっていて、しょっちゅう肺炎を起こして入退院を繰り返していました。まだ少し元気なときに、ケア会議というのを開いて、ケアマネジャーさん、介護支援専門員さんがこれからどうしますか、ここに長く置いてもらう、「いや、俺はいいよ」と言うのですけれども、みんなケアマネさんたちは遠慮して、「3カ月でしょうとか」と言われて、「ああ、そうなの」と言いながらやっていますが、これからどうしようかという会議を開きたいというのでやりました。私は、もう1回うちに帰ったらいいんじゃないのと進めたんですけども、ケアマネジャーさんは、いや、まだまだ生きられそうなので、洞爺温泉病院はホスピスもやっているんですけど、リハビリも一生懸命やっているものですから、そこの病院へ転院して、リハビリしてからおうちに帰ったらどうですかということを強く主張されました。

家族は、いろいろ話したら、在宅は嫌だと言うのです。何で嫌だったかということ、以前の苦勞がよみがえるのですね。僕勤めていないときのお話だったので、わからないんですけど、おうちへ帰って、福祉の方も無理やりデイサービスに行かせようとしたらしいんです。「起きない、行きたくない、行きたくない」と言っていて、家族も起こしてバスに乗せるまでが大変だったみたいなんです。そういう苦勞はしたくないということだったんです。デイサービスに行ってみると、将棋が得意か何かでみんなに教えたりして楽しくやっていたので、ぜひと思っていたんですけど、私は物すごく家族に重荷をかける在宅サービスだったんじゃないかなと思っておりました。

この人も私も優柔不断ですから、ぐずぐずしているうちにだんだんと悪くなってきて、入院中だったんですけど、自力で食べるのが難しくなってきましたので、家族を呼んでお話をしました。「これからどういたしましょうかね。かなり厳しい、命もそろそろ厳しいと思います。静かに見守るのも一つです。それから、中心静脈を入れて栄養を補給するのも一つです。それから、胃ろうをつけるというのも一つです」ということで説明をしたんですけど、「親を餓死させるわけにはいかねえ」とか言い出して、息子さんは胃ろうをやってくれという話になりました。

僕は中村先生のように外科医ではないので、胃ろうをきちんとやってくれる隣の病院か洞爺温泉病院にお願いしないといけないというので、岡本先生に電話してどうなのと聞いたら、「いろいろ先生、条件がありまして、うちの病院で受けるには基礎的な条件が整わないとできません」と言うので、血液の中のたんぱく質の一つであるアルブミンというのがある数値以上でないといけないとだめですと。そのときは3.3だったかな、3.5とか、3とかいうのがありましたけれども、この人は既にもう2ぐらいだったんです。では、どうするといったときに、若い医者の方が、当然中心静脈をまずやりましょうということになりました。その後、たんぱくは結局上がりませんでした。そして、中心静脈ですごく水分もたくさん入りますので、たんもたくさん出て、ご飯も当然食べられなくて、たんの吸引を物すごくやって、もう相当苦しそうでしたね。それでも、餓死させないということですから、いいのかなと思いつつやっていました。

息子さんも敏感な方ですので、前沢は食死のすすめて、どこで書いたか読んだか、呼んでいただいたのか、聞いていただいたのかわかりませんが、そんなことを言っている医者だということで、「先生は反対でしょうけども、私は胃ろうをつけてやりたい」とおっしゃっていて、なかなかつらかった症例です。その後、1カ月ぐらい中心静脈栄養で亡くなられ

ました。亡くなられたとき、若い医者が看取ってくれたんですが、私が行こうとしたら、家族は逃げるようにおうちに帰りました。どうだったのかなと思いながら、すごく悩んでいた症例でございます。

ただ、私たちの思いとご家族の思いというのは、すごく違うんですね。ギャップがすごくあるということで、いつも肝に銘じております。家族にとっては、お父さんというのは、オンリーワンのファーザー、オンリーワンの1人の人ですね。一つの花というか、1人の父です。私たちにとっては、亡くなられる方、COPDという病気の方、何人かのうちの1人に過ぎないのです。家族は父親と息子、1対1の関係でやっておりますけれども、私たちはたくさんいる人の中の1人ですし、どうしても悪い臓器を診る、胃がんであれば胃を診る、肺に転移があるとすれば肺を診ると、ついつい臓器を診てしまって、三人称でやっていることが多いのです。

柳田邦男先生、死の問題、看取りの問題を一生懸命言っていますけれども、2.5人称の視点ということで、せめてこの中間ぐらいの視点で、専門技術職も創造力を働かせて、家族のように患者さんお一人お一人に接してくれると随分違うのにねということをおっしゃいます。

それから、ご家族にとっては、本当に緩やかな時間が流れるのですよね。病院に入院して何カ月経っても、まだまだ生きてくれるという思いで診ておられることが多いかと思います。私たちは追われるように、1カ月過ぎたら、ああ、もう1カ月も経ったとかって思ってしまうのですけれども、そういう時間の流れも違うということで、ご家族に病院の中で合わせていくというのは大変難しいので、これをうまく家族の視点で見ていくというのは、介護という点では大変なんですけれども、やっぱり在宅という選択肢のほうが私もはるかにいいのではないかなと思います。

それから、何で食死かということなのですが、人間というのは、いろんな救急病院でばたっと、ぴんぴんころりというのは心臓死でいきなり逝く、心筋梗塞というのはPPKで逝けるんですけども、一般的に緩やかな死が訪れるとすると、最初に社会死というのが訪れます。なかなか社会との接点がなくなって、お友達のお葬式に出られないとか、自分がひとりぼっちになるとか、あるいは家族がいても、家族以外とは接することが亡くなるという死が少し訪れることがあるのかなと思います。

それから、肉体は頑張ってくれているんですけども、精神死ということで、心の働きが非常に鈍くなる。認知症、イコール、ではないと思うのですよね。認知症は先ほどお話があった

ように感情というのがすごく残って、豊かですので、それではないんですけど、何かやっぱり精神の働きみたいなのがとまってしまうという段階を経る方がいらっしゃるかと思います。それから、食べられなくなる。それから、脳の働きがとまる。そして、最後に心臓がとまるということで死というのを考えています。私は、食死という、自分の力で食べられないあたりの死というものも、一つの区切りとして、覚悟の死みたいなものも自分自身にはあっていいのかと。人に勧めるわけではないんですけども、自分にはあっていいのかなということ考えております。

今、いろいろな認知症の人も、私が働いている町もふえてきて、お薬はちゃんと飲めないし、福祉のサービスをうまく導入したいと思っても、「私はそんなサービスには頼りたくありません。結構です、結構です」と追い払われるのです。そういう中で、どんなふうやっていったらいいのかなというのは、今健康推進員がこの町にもいて、皆さんと話し合っているのですけれども、自分の思いというのを書いておくノートみたいなものをつくってみてはどうかなということ今考えて、幾つかのヒントをいろんな町からいただいて、書いてみようかということで、中身をどうしようかと今議論しているところです。

もし脳卒中になったら、どこの病院のどんなところにかかって、どういうふうにするか。もちろん軽症のとき、重症のとき、随分違うと思うのですけれども、それから心臓病になったとき、100キロ離れた札幌の病院に送ってほしいですか、どうですかとか、もちろんこれはころころ変わるかもしれません。変わるけど、今の思いを書きとめておきましょうと。認知症が進んだときに、どんなサービスを受けますか、サービス受けないでごみ屋敷の中で生活しますかみたいなこともあるかと思います。自分で食べられなくなったとき、どういうふうに栄養補給を求めますかというようなことですね。こんなことを、ちょっとネガティブな面ですけども、考えたいですね。

それから、これから死ぬまでにやっておきたいこと、これだけはしておきたい。もう1回ふるさとに帰りたいとか、昔の仲間にもう1回だけ会いたいとか、その次にありますね、死ぬまでに会っておきたい人、こういうのをちょっと書きとめて、これからだんだん命は縮まるんだけど、まだまだ夢とか希望があったら、それを書きとめておいてみようかとか、それから迎えにきてほしい人というのは何ですかということなんですけれども、お年寄りを診ていると、結構亡くなった方と交流していますよね。がんの末期の在宅の方なんかも相当数がそういう状況があると言うのですけれども、私も認知症の方なんかといつも、おじいちゃんが亡くなったのに、きょうは釣りに行って、夕方見舞いに来ると言っていたという話がある

と、「ああ、きょう来てくれるんだ、いいね」なんて言いながら、すっかり私自身も認知症の世界に入ってお話をしたりしております。そういう人ですね。時々は迎えに来てもらいたいなんていう気持ちも大事なのかなと思います。

それから、看取りの場所、これもなかなか選んでおいても、いろいろな条件が重なると、また変わるかもしれませんけれども、自分としてはどんな看取られ方がいいのかということも話し合っておくといいのかなと思います。

これは、札幌の西区というところが在宅ケア連絡会というのをやっていて、最近ぐるぐるというのを書き始めたんですね。連携をよくするためにつくったんですけれども、これをノートに書いておくというのもいいのかなと思うのですが、これはなかなか一般の方には選びにくいかなと思います。「何だ、私はたらい回しされるのか」ということに、ぐるぐる目が回ってしまうということになるかと思えますけれども、でも、こんなことに、例えば脳卒中になったときは、急性期にはどここの脳外科の病院とか、リハビリはどこでやるとか、ここに住んでいたら、こんなふうになりますんですけど、どう思いますかとか、たまに見学に行ってみますかとか、そんなことを話し合いながら、どんな最期の時期を送りたいかということは、普段から少し話し合っておくと、私たちもご家族に選択肢を提示するのに、ちょっと気持ちが楽かなと思ったりしております。日本がどんな社会になっているかわかりませんが、こんなことを考えながら仕事しております。

時間が超過しまして申しわけありませんでした。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

○横井 どうも前沢先生、ありがとうございました。病院、あるいは、最初在宅のお話もちらっとありましたけれども、病院での看取りはお医者さんの考え次第だというようなお話で、そして思いのノートですか。非常に何かいい感じのノートかなと思って、聞かせていただきました。どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、長純一先生、慣例によりまして簡単に紹介させていただきます。

長純一先生は、1992年、信州大学医学部をご卒業になり、そして当時、農村医療、あるいは、地域医療のメッカとされていました長野県の佐久総合病院に勤務されました。19年間勤務されましたけれども、うち11年間は非常に高齢化率の高い山間部の診療所で勤務されていたと聞いております。昨年5月以降、大震災の被災地である石巻に何度も診療支援に来ていただきまして、そして先生は歩いていける距離に医療機関がないのはおかしいと。そういう思いを非常に強く持たれ、そしてことしの5月、石巻市立病院の開成仮診療所長としてこちらに、佐久総合病院の職を投げ打って赴任されておられます。

聞くところによりますと、もともと医学部、お医者さんを目指した動機というのは、マイノリティーですね。少ないほう、マイノリティー側の人に、何かについて役に立ちたいということをおっしゃっておられたと思います。今では、医者側から出向いていきたい、こういうことをモットーに石巻地区で活躍され、そして地域の住民の方々からとても信頼、信望の厚い先生です。では、先生、よろしく申し上げます。

○長 ご紹介いただきましてありがとうございます。

皆さん、初めまして、紹介いただきました長と申します。よろしく申し上げます。

すみません、今紹介していただいたのですが、簡単に追加しますと、私は東京で生まれて、その後6回人口の少ないほうに移ってきた、ちょっと変わった人間なんですけれども、どんどん田舎に行って、最後は途上国と言われている国に行きたいなと思っていて、そんなこともあって、今回こちらのほうに来たというのもあるかと思えます。

佐久病院という長野県最大の病院なんですね。実はきょう自治医科大学の先生方が多いのですが、農村医科大学というのを佐久病院はつくりたくて、農民のための医学部をつくるんだということで、長野県最大の病院になって、結果的にそれは自治医科大学ができるという形で佐久病院には医科大学をつくれなかったんですけれども、そのような農村部の医療を守るというようなことを使命とした病院で、今まで所属しておりました。いずれは農村部の診療所に行こうと思って、当時より、学生時代からいろんな在宅とかの勉強をしておりました。

一方で、東京に3年間出向で行きまして、健和会という、訪問看護とか在宅医療では日本の草分けのところ、3年間勉強したと。どっちかという、都市部の、北欧をモデルとしたケアシステムを勉強したことがあります。北欧の勉強に行ったりしながら、今紹介ありましたように、4,800人の村、今その村長が全国の町村会の会長をやっておられますが、そちらのほうで包括ケアシステムに取り組んだということがあります。ただし、中村先生と違いまして、私の場合は佐久病院から派遣で行っているということがあって、先生のようにゼネラルマネジャーのような、医療は任されたんですけども、保健、福祉等に関しては、正直なかなか発言権はなかったというところがありました。

病院の中の医療も経験して、佐久病院というのは大きな病院なんですけども、在宅医療もやっているという、病院の在宅も経験したと。また、佐久病院と診療所というのが40キロ、1時間なので、週1回は行き来すると、医者がかかわるというふうになっておまして、高度医療機関である病院の中にも関与できるというのが佐久病院の特徴かなと思います。

村の診療所とかをやって、後で、去年、実は在宅医療を支える診療所市民ネットワークとい

う、在宅医療の集まりって幾つかあるのですが、その老舗に近い、プライマリ・ケア連合学会は在宅だけではないので、在宅ケアでは一番老舗系で大きいところの実行委員長をやっていた。実はそういうことで余り震災支援には来られなかったのですが、震災の後、こちらに来させていただいております。

あと、神戸の震災支援を継続して細々と行っていた経過から、仮設で起きてくる問題というのが、医療が必要だと言って診療所を実はつくってもらっていたのですが、本当は医療は余り必要だと思っていなくて、保健とか、生活支援とか、本当に真っ当な仮設、被災者の方のそういったところを何とか支援すること、それが健康問題で一番大きいだろうと思っております。一応、開設される前の診療所だったのですが、なぜか国がモデル事業をくれまして、今在宅医療連携拠点事業ということで、同時に県の在宅医療推進のコーディネーターという役割をいただいております。ただ、宮城県のこと全然わかっていないので、これから本当に学ばせていただきたいと思っております。ということで、都市と農村、病院と診療所、医療と介護何でもありというのが自分の特徴かなと思います。

市立病院は、本当に海沿いにありまして、ここは新北上川の河口ということで、これが病院です。きょうも職員何人が参加させていただいておりますが、丸3日間缶詰になったということで、大変な経験をした職員と今仕事を一緒にしております。

私のいる診療所は、これがみんな仮設なんですね。これが400メートルトラックで、これが野球場ですので、大きさはわかるかと思うのですが、こういうのが全部仮設です。1,880に4,700、実は神戸で私がかかわった仮設は神戸市最大と言われて1,060でしたので、それから比べても相当大きい。ここに医療機関がないということで、市のほうと交渉して、そこにつくってもらったという経緯があります。

佐久病院の写真ですけれども、先ほど言いましたように、長野県最大の病院となっております。約800床、しかし昭和20年、若月という医師が赴任して当初より地域に出かける医療をやってきたと。当時、まだ農村は皆保険ではなくて、医者にかかるのは死亡診断書を書いてもらうだけだったという時代ですけれども、そういった時代に地域に出かけていったということで、このような活動をやってきた。つまり、地域社会の中にこそ、健康の阻害要因があるということを最初から意識していた。恐らくというか、私の知る限り、涌谷町、前沢先生から青沼先生に引き継がれて、恐らくこういった地域のいろんな活動をやられているんだろうということ、それが全国的に評価されているわけですが、その多分日本で最初に取り組んだのが佐久病院であったという歴史があるかと思っております。

このように、地域の中に入って行って、どんな生活をしているのか、こういったことを地域に入ってやってきた。こういった、今言いましたように、社会の中、生活の中にこそ健康の阻害要因があるとすると、被災した方々の今の状況は非常に大きな課題を抱えているはずだという思いで、そういった経験を行かしたいと。また、国際保健にも興味があったので、国際保健でもそういうことが非常に重要であるということがわかっておりますので、押し付けてきたということになります。

これは昭和22年のピラダそうですね、このように演劇を持ち込んで、地域に入っていくという歴史があります。

私がおりました、これは村の診療所です。これが診療所で、これが複合施設で、これがデイサービス、ここが介護予防の場所ということ。医師住宅がこの正面にあって、消防署があるということで、私もやっぱり朝5時ぐらいに仕事が終わった農家の人にドンドンと来られるような生活をしておりました。

これは、夕方5時前に村の保健・医療・福祉関係者が全部署から集まって、毎日連絡会をやる。自治医大の地域医療学教室が調べたアンケートで、当時毎日カンファをやっていると答えたのはうちの村だけだったと聞いております。

看取りのことということでお話をします。ちょっとかたい話になりますけれども、皆さんが高齢化して、治らない病気になったら、どこで亡くなりたいですかというアンケートがあります。自宅、急性期病院、介護療養型施設、または長期の病院、介護施設、皆さんはどこですかという話を、どうでしょうか。皆さんは、ここの中ではどうでしょうか。自宅がいいという方はどれぐらいいらっしゃいますか。では、大ざっぱに分けて病院がいいという方どれぐらいですか。いないですね。すごいですね。教育が行き届いていますね。今の2人の話を聞くと、家で亡くなれると思いますよね。素晴らしいことだと思います。施設という方はどうでしょうか。いらっしゃらない。

すみません、きょう介護あるいは看護の職場にいらっしゃる方って、どれぐらいいらっしゃいます。介護施設っていないんですね。これから、ちょっと介護施設のところを話すということで話させていただきます。

これ、あなた自身はどうですかというような、これは医療者向けですけども、医療者がどうですかというのを、実際どこで亡くなっていますかという設問をちょっとさせていただきます。ちょっと時間がないのではしよりますが、家で亡くなる方がどれぐらいかというのは、先ほど青沼先生がお話しされたところで覚えていますか。では、ちょっと聞いてみま

ず。どんなものでしょう。自分の中では、覚えていますかね。ちょっと思い出してください。こんな感じなんですね。ちょっとデータが古いのですが、大体12%ぐらいで、ただ、この中に突然死が数%含まれているはずなんです。私が村で調べたところでは、3%ぐらい家で亡くなった方、自宅死に分類されているはずなので、10%ぐらいと考えてもらっていいと思います。8割以上が病院で亡くなっているというのは、世界で日本だけ、日本が最も家で亡くなっていない国なんです。

これが大事だと思っているんですけども、先ほどの設問に対しての答えを聞くと、一般の方というのは、青が病院ですので、結構病院と言う方いらっしゃるんですけども、これが問題だと思うのですが、医者はどこで亡くなりたいか。治らない病気になったらどこで亡くなりたいと聞くと、自宅が約5割ですね。それで、急性期病院が2.1%ということです。看護師も同じです。看護師も急性期病院で亡くなりたいは2.1%、町立病院は急性期と両方なのかなと思うのですが、長期型の病院を含めても25%ぐらいということで、医療者は自分たちが働いている病院で亡くなるのは嫌だと思っているということです。でも、患者さんが来て、何とかしてくださいって、患者さんというよりは家族だと思えますけれども、家族が病院に来ちゃうと、さっき言われたように、医療者としては何かしなければいけないのではないかなってしてしまうわけです。しょうがないから、余り意味のない治療をやっちゃったなんてことが多い。

つまり、これぐらい、治らない病気というのが、一般市民の方にはなかなかわかりにくいわけですが、必ず亡くなるわけなので、医療者であれば、これはもうちょっと治らないといった状況がわかるわけなんですね。わかったときに、医療関係者、実は病院は死ぬ場所としてふさわしくないと思っているわけです、本音では恐らく。ところが、それをなかなか言いにくいということが大きな課題で、これは変わっていかねばいけないだろうと思っております。と同時に、住民の方へも、そういったことを知った上で、では、どういうふうになくなっていけばいいのかということ、先ほどの前沢先生のように、一つ意思表示をするというのも一つだと思いますが、考えていく必要があるのではないかと思います。

繰り返しますけど、医療関係者は病院で亡くなりたくない、それがいいとは思っていないということで、でも病院に行って何とか言うと、「では、治療しましょう」とかそういう話になってしまうんです。自分がやりたくない治療をやっている医療者も本当はつらいのかもしれないのですけれども、医療に頼れば何とかすると国民が思っている限りは、そう振る舞わなければいけないようなところがあるんだらうと思います。

これは私の村の数字で、中村先生のようにきれいにまとまっていないのですが、私が6年間最初にいたときにやったことですが、ちょっとわかりにくいんですが、緑色が村の在宅死率で、厚生労働省統計だともうちょっとこれより高くなるんですけど、大体二十何%が4割ぐらいまで平均で上がりました。中村先生のところと大分違う、全国的にも違うんですけど、私の村ではその大半はがんでした。実は、医療者が、医者と看護師が頑張れば、がんは家で看取りやすいんです。

介護のほう、赤いのは老衰と書いたんですけども、脳血管障害、寝たきりとか認知症、こういったのは医者が幾ら頑張っても、私と看護師が24時間きっちり見るということをやっても、なかなか看取れない。というのは、介護福祉、地域の支え合いというところが非常に重要で、先ほど言いましたように、私がそこまで権限がなかったので、介護福祉系のほうが残念ながらそこまでレベルアップできなかった。

一方で、佐久病院という病院が急性期医療もやっているんで、がん患者さんって、ほとんど佐久病院だったんですね。病院との連携が極めていいので、病院のがん患者さんを私が連れて帰って来て、家で看取るということで、全国平均が当時六、七%ですので、6割は全国の10倍、がんは家に連れ帰って看取る。でも、脳血管障害は幾ら医者が頑張っても、看取れないというのが結論でした。317例を分析したところ、平均は上がったと。これは医療と看護がきっちり対応できるかどうか。

一方で、老衰死は残念ながら減ってしまったと。これは、住まいの問題とか、介護の問題、家族の変化、こういった問題が大きいんだろうなと。とすると、やっぱり福祉をどうするか、介護の問題をどうするかというのは大きな課題で、そこを恐らく涌谷町というのは両方、両面を持って、きっちりやられているんだろうなということ、それは本当に前沢先生、青沼先生らの先駆的な活躍と行政の理解なんだろうなと思います。

ちょっとここは早く飛ばしますが、私が地域での看取りにこだわっていたのは、中村先生はそれをおもしろく語れるのですが、私はおもしろく語れないので、簡単に言うと、死や老いが地域にあってほしいと。地域を構成する要員として、とても老いとか死ってすごく大事なことだと思うのです。いろんな伝統文化って、生老病死と非常に結びついたところにあるはずで、そういったものがさっきお示しした、あるいは先ほどまでの方が言われたように、たかだか数十年で、医療の専門職に任せてしまうようになってきたわけです。そういったことを地域に返せればなと思って、とにかく看取って、看取ったときに、どうやってその看取ったご家族に一声かけてあげるかということ、そのために看取っていたような気がします。

看取りのときには、必ず、結構田舎の村でしたので30人くらい人が集まってくるのですが、その方がどうやって老いてきて、どういう希望を持って、うちで最期まで亡くなったか。それを支えたご家族なり、サービスをする人たちがいるわけです。そういった人たちの思いをちゃんと伝えてあげる。そういうことによって、先ほどの、特に寝たきりの方の介護者とかって、かなり負担を感じながら、頑張ってお嫁さんなんか見ているケースがいっぱいあるわけですが、そういったことを労ってあげることは非常に重要で、最期の最期、1週間入院しちゃったりしたら、そういう機会がなくなってしまうんですね。何とか家で看取って、最期、本当に頑張った方々をちゃんと労ってあげると大事なことだなと思いつつ、そうやって支え合いを、地域の中でやれるんだよねということを示したいなと思ってやりました。

介護している人たちが労いをやるために、ある意味看取っていた。病院に行ってしまうと、そういうのが亡くなってしまふので、せつかく人の死という非常に大きな、地域にとって大きなドラマチックな場面が、病院に行ってしまうと、本当に数人の中で入って行って、機械的に看取られて、何も無いような看取りになってしまうので、長い間、特に介護した方に関しては、極端に言うと、絶対送らないというようにしていたつもりなんですけど、残念ながら最後は介護力不足で施設、病院に行くということが、先ほど示したように、現実には起きていたということです。本人にとっては、本人は家で死ぬただけでいいかなと思っているんですけども、古い人たちはこういったことがあるかなと。あと同じように、近所、親戚、デイサービスとか、職員が地域の方々に守られて、看取られていくというのは意味があるだろうなと思っていました。

あと、私は、今言いましたように権限が余りなかったもので、特にスタッフの人たちにモチベーションを上げていってもらふ必要があると。私以外は村の職員と、派遣で行っておりましたので、そういう立場の中で職員が看取りに参加することによって、地域の中で自分たちがこの人たちを世話するんだとか、この村のそういったところを支えていくんだということになっていくということを期待してやっておりました。

家族にとっても、通院の手間が省けるとか、交通弱者のじいちゃん、ばあちゃん、あるいは子供、お孫さんとか、そういった方々が看取りに参加できるというのは、多分伝統文化的な意味での意義があると思っていましたし、先ほど言った労いに近いこと、そういった、やっぱり田舎だったこともあると思うのですけれども、本当に家族関係が壊れているような家族でも、誰かが死ぬという状況になったら、みんな優しくなったりするんです。喧嘩していた

家族が、親の死を機会に仲直りしたなんていうケースがいっぱいあるんです。病院行っちゃうと、多分そういうことは起きなくて、ちゃんと時間を分けて面会に行くみたいなことをするわけですが、みんなが協力しないと看取りができないわけなので、そういった意味で家族関係の再構築、あるいは特にお孫さんとか、子供への教育的な効果というのは大きいのではないかなと思って活動していました。

あと、地域にとっては、先ほど言いましたように、死が身近なものにあるというのは、本来当たり前だし、どうやって老いて死んでいくのかということ、きょうそういう勉強しているわけですが、そういうことを日常的に考える機会として、そういった死が近くにあったほうがいいと思っておりました。

何度も言いますが、まず、医療職の専門家に任せるのではないと。専門家に任せられた結果、専門家が任せられて、そうではないですよと言えなくなっている状況だと言いましたよね。専門職に任せるのではなくて、みんなで考えましょうねと。考えた上で病院という選択肢があってもいいと思うのですけども、無条件に医療がないと死ねない、あるいは病院で死ぬのが幸せだというふうになっちゃっているのではないかということをお話ししているわけです。

特にスタッフにとって、非常に大きな意味があるんじゃないかと思っています。先ほど言いましたように、病院で最期を迎えた場合、もちろん病院でも緩和ケアを一生懸命やっている方とかがたくさんいらっしゃれば違いますが、一見さんのお客さんみたいな感じなわけですね。何でこんな状態になって最期来たのみたいな、1週間だけかかわった人たちはそうなりますよね。しかも、3交代というシステムで動いていますので、個人的な関係をつくることは余りなく動くわけです。

それに対して、看護師さんとか、サービスヘルパーさんとか、施設の職員とか、そういった方々、年の単位でかかわっているようなことが多くあります。そういった方々に看取られるほうがはるかに重要だと思いますし、また、その人たちにとっても、特に田舎ではそういった人たちがさっき言ったように頑張るって地域を守るといって、とても重要だと思います。

個人的には、私もいろんなところを回ったりしていますが、保健師さんが元気な地域って、やっぱり地域全体が元気な気がしますよね。そういった地域のことを、かたい言葉で言うとソーシャルキャピタル、やわらかい言葉で言うと絆みたいなものをつくり出している非常に大きな要因が、ケアと言われている領域だったり、ヘルスと言われている健康の問題、保健師さんの活動ではないかな、あるいはそういった活動が皆さんのような方々をどんどん育てていくというのが地域の現気力にもなっていると思っています。

あと、亡くなった後フォローするのは地域ですよ。病院で亡くなって看取ってもらった方に、その後かかわることって、ほとんどないですよ。よっぽど主治医が同じだった場合にかかると、病院で亡くなったら、そこで切れてしまうんです。でも、地域で看取りがある、あるいは施設で看取りがあると、そこへの行き来が起き得るわけです。そういったことが大事かなと思っていました。

地域包括ケア、ちょっとかたい言葉で、少し飛ばさなければいけないので、簡単に言いますが、よく言えば地域全体で保健・医療・福祉及び地域づくりがつながっていきましようという考え方で、涌谷はその中でも有名なところですけど、悪く言うと、社会保障が、今後高齢化の中で、今までと同じように支えきれなくなってくるんですね。そういったところに、地域づくりと、住民の支え合いということも明確に文章化しています。そういったことがないと、医療・保健・福祉のサービスだけでは、地域が支えられなくなるということがうたわれています。

施設での看取りを中心と言われていたので、ちょっとはしょって言いますが、施設内看取りはまだ数%です。私は特養のホームに7年間配置医として、施設内看取り、7割ぐらいの看取りをやっていました。施設で7割大体看取っていたということです。もちろん入院する場合もあるんですけども、同じ佐久病院の系列だということで、本当に治らなければ、最後施設に戻して看取るなんてことも含めてやっていました。あと、老健やケアつき住宅等にもかかわってきた。

同時に、これは佐久病院という特殊性だと思うのですが、急性期医療から、慢性期医療から、在宅医療から、施設から、全部同時並行的にかかわれるので、ある方がどこで亡くなるのがいいのかという感じが同時期に見られるのです。その人がどこにいたときに、どういう姿だったかということを見ることができる立場でした。

結論から言うと、当たり前なんですけど、在宅で亡くなる方が一般的には一番幸せそうで、その後施設で、大分落ちて病院という感じですかね。施設でなくなるというのは、決して悪いことではないと思っています。

結果的には、この地域では、私の村で4割だったのですけれども、広域で見ても4割を超えて、病院以外で4割を超える死亡があって、多分全国で、広域という意味ではトップだったと思います。

看取りを進めるために何が必要かといいますと、恐らく先ほど言ったように、医療には限界があるということを医療者側が伝えていく必要があり、また、住民側も勉強していく必要が

あるだろうなと思っています。特に胃ろうの問題、前沢先生、先ほど言われましたが、どうしても家族に決定をフィフティー・フィフティーで委ねると、ご家族は、私その人の生死にを決定するということになれていないわけですね。そういう中で、どうしても積極的治療をやってくださいという話になるわけですが、私はそういう場合に、必ず皆さんだったらどうですかと聞くようにしています。自分の問題だったら、それはやってほしくないんだけど、家族としては忍びない、あるいは、責任を負えないみたいな感じで物事を決定していることが多いですね。「でも、自分だったらどうですか」「いや、俺はそこまでやってくれないでいい」って、皆さん、大抵の方はおっしゃいます。

そういうことをやっている、もちろん私が胃ろうを勧めるケースもあるんですけど、そういう積極的な医療に関しては、多くの方が少し抵抗感がありながら、でも、何となくその場の雰囲気とか、家族全体の意見が統一されていないという中で、本人のためではなくて、そういったことのために決断してしまうことが多いので、そういうことをわかっているのは、多分地域の医者、あるいは地域の医者以外に看護や介護の人たちだったりするというふうにして、そういう意味でも地域でできるだけお世話したいと思っております。

老いと病気で、ちょっと違うんだらうと。老衰死ということを私は積極的に書いています。先生も老衰死が多かったのですが、老衰死と厚生労働省は書くなと言っているのですが、私の村の死因第2位は、同じように、がんの次は老衰死でした。ちなみに老衰死が多いのは長野県で、長野県というのは、では医療をやっていないのかというと、日本一の長寿なわけですね、実は。そういうことになります。

それは何を言っているかということ、私なりに大ざっぱに言うと、老衰死と書けるのは、その人の人生を知っていない人じゃ書けないんです。この人が本当に老衰だというのは、一見さんの飛び込みで来た人は、この人が老いて死んでいる過程でいいのか、治る過程なのかわからない。老衰死と書けるのは、地域でその人の人生を見守ってきて、この人が最期はこの辺で、これはもう仕方がないと思える、そういう医療者が多い地域は、実は長生きしているのです。

実は、医療の関係で言うと、医療費が高いところ、あるいは病院の多いところが長寿かというと、全く関係ないです。むしろ病院がふえた地域の住民は短くなっているんです。というか、延びていないんです。トップは長野県ですし、沖縄とか、福井とかが非常に健康指数がいいんですけども、地域医療をやっているような、つまり医療とケア、あるいは生活のあり方、そういったことをバランスよく見られるようなことが本当は必要なんです。つまり、医

療の問題だと皆さんが思っていることの多くは、世界的には介護福祉の問題です。病院は大体6日か7日しかいない場所なんです。

あるいは、それをやっていくためには、介護職の不安をとっていき、あるいは介護職を支えていくことが大事だろうと思っています。治らない場合、その場合看取るのではなくて、病院から最後は施設に戻して看取るといことも私は非常に意味があると思っています。なぜならば、介護職員は本当に年にわたってお世話してきている。でも、なかなか最期にありがとうと言ってもらえることって少ないんですよね。病院だと、「何でこんな状態で来ちゃったの、来たからしょうがないから点滴して、3週間で看取りだね」と多くの職員が思っているのと、何とかさん、ばあちゃんとかと言いながら世話してくれた人たち、どっちに看取られるのがいいんだろうかということを考えた場合に、私はぜひ介護職の中で看取りを進めてもらいたい。医療費とか、そういったことではなくて、そう思っています。

看取りを行うと、職員の質が非常に上がっていくと思っています。それは、そういった、自分がこの人たちの最期にかかわることを意識するということで、本当にそういったことを頑張る人たちがふえるということですね。

さらに進むと、施設から自宅に戻って看取るようなケースも出てくるのではないかと。私も何例か経験しました。あるいは、私が施設からうちに戻して、特養に入っていた方の最期を村に引き戻して看取ったことを見て、それまで家でいっぱい、いっぱいだけれども、家で絶対看取りたいといった息子さんが特養を使いました。その方が2年経って、弱ってきて、いざとなったときには、その息子さんの希望どおりに、最後2カ月間、おうちでお世話をして看取ったというケースもあります。

つまり、特別養護老人ホームというのは、入ったら帰ってこないまちだというふうに一般的に思われていますが、そのように一生懸命見たいけれども見られない。昔は姥捨山みたいなイメージがありましたけれども、一生懸命見たいんだけど見られないという方にとって、一時的に使う場所になり得るということです。最期、家に帰って、最期の最期、数週間だったら頑張れるというケースを看取っていくのも意味があるし、そういうことをやると、今度特養の職員も、やっぱり家庭的なケアってこう違うんだと。施設はみんな家庭的なケアをするというんですけど、家庭で看取った経験のある職員が圧倒的に少ないんですよね。そういう中で、家庭的なケアを経験できるというのはすごく意味があるので、そうやって特養の機能を地域化していく、地域分散型サテライトケアとか、逆デイとかという方法論がありますけれども、介護系で施設が地域を支える、あるいは、地域に出て行くことで地域とは何かとい

うことも知れるし、地域のほうにとっても、そういった施設に行くということのマイナスのイメージが変わってくると思っています。

ちょっとはしょりますが、どんどんそういった流れが進んできていると思いますし、生活を重視する、その人の思いに寄り添う、そういったものが重視されてきているし、質も改善してきているだろうと思っています。小規模多機能と言われるようなところを、そういう言葉が出る前から、全国視察にたくさん行っておりました。

今言いましたように、施設機能の地域化というのは、2015年の高齢者介護という報告書でかなり強調されておりますが、実際ほとんど進んでいないのですけども、施設から地域に出かけていくなんていう方法論もあるんです。デイサービスというのは、家から、昼間施設に行くところですが、施設から、特養から、昼間に地域に戻るなんてことを取り組んでいるところもあります。

私は地域共生型富山方式というのを実はやりたいのですけれども、なかなかそこまでノウハウ、力がないのですが、そんなことを思っております。なぜこういうことを強調しているかということ、何度も言いますが、地域の中でどうやって支えていくかということを経験が考えなければいけなくなってしまうということです。そういったことが身近に感じられることが必要で、私は自宅というのもそうですし、施設というのもそうですけども、できるだけ医療ではなくて、皆さんが手が届く範囲、あるいは皆さんが物事を決められるような、そういった身近なものにしていくということが非常に重要だと思っております。老いや死というものを理解していく、任せっきりにしないということです。地域住民の方が手が届く、近所だから話し相手しようとか、そういったようなことはとても大事なんじゃないかと思っています。各集落単位ぐらいにそういった集まる場所があったりすることが、地域再生につながるかなと思っています。

これ、最後のスライドにしますが、社会保障費が日本は世界的に少ないということはお存じかと思うのです。医療費も少ないということが話題にありました。確かにこれを見ると、これ医療費です。これはGDP、国民総生産における社会保障費が、ヨーロッパに比べて明らかに低いということがわかります。医療はこれですから、確かにヨーロッパに比べて少ないのですが、最大の課題はこことこのバランスだと思えます。これ、介護福祉です。ヨーロッパは介護福祉が全て医療を上回っています。日本は、医療が福祉の倍ぐらいあるんです。だから、簡単に言うと、社会保障費全体の中で、日本は医療に非常にお金を使っている国なんです、実は。社会保障費総額はすごく少ないので、医療が足りないと言われているのです。

が、日本で医療の問題だと言われていることの大半は、世界的には介護福祉の領域の問題なんです。施設だったり、在宅ケアだったり。ところが、残念ながら日本では在宅ケアと言われている領域や、高齢者が住みやすいまちづくり、地域づくりというのはほとんどできていないというのが実態だと思います。

どう見てもこれで、高齢化率一番世界で高いですからね。医療から福祉にシフトしていく流れは、今後間違いなく進んでいきます。ただし、そうだけれども、さっき言ったように、社会保障だけでは支えられないので、地域の力をどうやって引き出すかということはすごく大きな課題で、そういった意味の病院アセスだけに頼ってはいけないうし、病院よりは施設、施設よりは自宅という流れを何とか、そこをつなぎながら考えていくことが必要だと思います。ちょっと小難しい話をしましたが、発表を終わらせていただきます。（拍手）

○横井 長先生、どうもありがとうございました。先生には施設に関してのことを少し事前にお願ひしたこともありまして、施設での看取りということ、簡単に一言にまとめることは難しいのですけれども、まずは医療と介護、保健、福祉、全てのバランスが必要であると。これから医療だけに丸投げするのではなくて、やはり地域力をもっと高めて、皆で看取りあるいは死というものを考えていきましょうというような内容だったかと思います。

それでは、最後に、先ほど基調講演していただきました中村先生に登場していただきますが、まずは簡単に少し略歴を紹介させていただきます。

中村先生は、1989年、自治医科大学ご卒業、そしてすぐ福井県立病院にスーパーローテーション方式の臨床研修を受けられまして、本当に3年目で国保名田庄診療所所長に赴任され、そしてそこでの5年間で先生のいわゆる地域医療への情熱、あるいは先生のこれから先の医療人生がもう決定してしまったのだと思います。96年から2年間は福井県立病院に戻られ、外科医として研さんを積み、それから2年後にまた国保名田庄診療所所長に返られました。

そして、その翌年、これは非常に全国で珍しいことだと思うのですが、医療のトップ、診療所所長と同時に、名田庄村にあっとほーむいきいき館というのをつくられまして、これは複合施設です。ゼネラルマネジャーに就任され、役場の保健課長も兼ねられた。ですから、文字どおり、医療、保健、福祉の連携以上に、統括されて、そして名田庄地区の地域包括医療ケアに多大な貢献をされておられます。その結果、先ほどのスライドにありましたように、非常に高い在宅死亡率を示され、そしてまた、老人医療費あるいは介護保険料が県内でも最低ランクを維持しているという素晴らしいお仕事をされておられます。

2000年には、出身の自治医科大学の地域医療学の講師になられ、また同時に、全国国民健康保健診療施設協議会理事に就任され、2009年には自治医科大学の地域医療学の臨床教授を務められており、非常にたくさんの研修医、医学生を指導しておられます。

それと同時に、著作活動も非常に盛んで、2009年にはNHKの「プロフェッショナル仕事の流儀」にご出演、それから2010年には基調講演のタイトルにありましたように、「自宅で大往生」を刊行され、そして2011年にはこれまでの先生の地域医療の集大成とも言うべき「寄りそ医」という本を出されまして、それをもとにつくられたドラマが、ことし9月、NHKで「ドロクター」として放映され、来年1月に再放送されるということですので、ぜひまた皆さん、見てあげていただきたいと思います。

それでは、中村先生、よろしく申し上げます。

○中村 どうも横井先生、本当にありがとうございました。丁寧にご紹介いただいて、僕、横井先生のどこにカンニングペーパーがあるのかなと思ってずっと見ていたんですけども、全然何も読まずにご紹介いただいて、本当にありがとうございます。いや、きょう一番感動したのが今の横井先生からの紹介でした。

前沢先生は、僕の学生時代の師匠で、僕が5年生から6年生になる間でしたかね。今度、地域医療学の助教授の前沢先生が大学出て、どこかの病院の院長になるんだ、どこだろう、何か涌谷ってという、あのときは「おけや」と、これ読み方違うぞ、これ「わくや」と読むらしいぞという話をして、それが四半世紀前のことだったんです。でも、前沢先生と僕が最初に「おけや」と間違えて呼んだ、あの涌谷町でこうやってご一緒させていただくというのはすごく感激です。

それと、長い間、長先生の講義をちゃんと聞きたいなと思っていて、きょうは横で聞かせていただいてありがとうございます。

では、ちょっと在宅での看取り、追加発言ですけど、パソコンの関係で座らせて話させていただきます。

看取り救急という言葉、皆さん、聞いたことがあります。僕、全然知らなかったんですけど、新潟県のある研修会で聞いた言葉なんですけど、「うちの地方って、看取り救急多いのよね」とある保健師さんが言っていたので、何それと聞いてみたら、最期の最期に救急車で搬送して、救命救急センターで死亡診断するんですけど。ずっと在宅で診ているんだけど、結局不安に駆られて、家族は家で診ようと思うんだけど、何かどこかから来た親戚の人、遠くからその話を聞いて駆けつけた親戚の人とかが、「何やっているの、これ、救急車で送れ」

と、何かその勢いで救急車で送って、最期、救命センターで看取るということで、でも僕が思うに、末期であるなら、今ここで人が倒れたら、それは救急ですよ。でも、末期の人、棺桶に足半分突っ込んだような亡くなりゆく人々は、急変しても、それは救急ではありません。それは当たり前のことですということなんですね。

大往生という言葉、ありますけど、そもそも大往生って何なんだろうかということで、実は1998年、今から14年ぐらい前に、浜辺先生という、これは東京の都立墨東病院の救命救急の先生です。その先生が書いた本があります。その本の中に書いてあったエピソードですが、92歳の女性で、もともと寝たきりのおばあちゃんが、朝家族が起こしに行ったら、息がとまっていたそうです。息子さんは驚いて、救急車を要請して、でも救急隊行ったら、いわゆる死後硬直で硬くなっていたので、これは亡くなってから数時間経っているのに、これは救急車で運ぶものではないと。これは生きるか死ぬかではなくて、もう死んでいる、死体だということで、これは運べませんからと救急隊は一旦救急搬送を断ったんですが、息子さんが強引に、「いや、そんなことはない、絶対救命救急センターに運んでくれ」と強く言ったもので、仕方なくしぶしぶ救急隊はご遺体を救命救急センターに運んだんです。

救急隊も申しわけない、救命救急センター忙しいと思いながら運んだんですが、救急隊も運んできたから、人工呼吸に心臓マッサージを、死後硬直の起きた、死後硬直起きているから、挿管って、管はもう硬くて口があかないから入らないのですね。人工呼吸、心臓マッサージをやって、でも頃合い見計らって、息子さんの表情を見て、これはお母さん亡くなっていますよと死亡宣告して、息子さんの気分を害さない程度に、「何で救命救急センターに運んだんですか」とやんわりと聞いたんです。そうしたら、息子さん、息子さんといっても92歳の女性の息子さんですから、70ぐらいですよ。その息子さんがぼろっと言ったそうです。「いや、何としてでも母を大往生させたかった」。この息子にとっては、救急病院に運んで、やれ心臓マッサージだ、何だってやるのが大往生だという、息子さんはそう思っていたみたい。もう大往生自身の感覚が何かおかしいなという話ですよ。

僕が経験した最近のぼっくり大往生というのがあります。それは82歳の男性で、ご丁寧に右の脳出血を起こして、その後には左の脳出血……、あっ、逆か。左の脳出血が先で、右の脳出血を起こしたんですね。両方の脳出血の後遺症がある。でも、リハビリによって麻痺はないんです。両手とも握力すごいあって、足もがっとう動かせるんです。だけど、バランスをとるところがやられちゃったの。だから、麻痺はないんだけど、立って歩けない。しかも、飲み込みが悪いんですね。嚥下が、飲み込みが悪い。で、よくむせるんですね。でも、むせ

る患者さんで、不思議なことにこんなことがあるんです。自分の大好物だけは飲み込めるんです。このおじいちゃん、ぼた餅が大好きで、ぼた餅はなぜか飲み込めるんですね。

それで、いつものように、ある日ぼた餅食べたんです。なぜかごくんとうまくいくんですね、これが不思議といつものようにうまくいくんです。ところが、そこでよしときゃいいのに、余りうまかったもので2個目をいったんです。そうしたら、うっと詰まってしまったんです。この人のお宅は名田庄村で一番奥の集落にある。しかも、僕はいなかった。いてもいなくても同じなんだけど、一番奥の集落で、腰の曲がったおばあちゃんと二人暮らしだから、そのおばあちゃんは、餅詰まっても、それをうまく出したりができないわけですよ。だから、とにかくぼた餅詰まらせたなら、この人はおしまいという条件なんだけど、でも、ぼた餅詰まらせたので、とにかく救急車呼んで救急搬送した。近くの小浜病院という救急病院に行ったんですけど、もちろんもうお亡くなりになっていたということで、その後そのおばあちゃんも往診で診ているので、おばあちゃんのところ往診しに行ったんです。亡くなったんですけど、家族は、好きな物食べて亡くなったんだからいいかということで、僕、おばあちゃんを訪問診療に行ったときに、「いや、先生、すみません、救急車呼んで申しわけなかった。本当は先生に看取ってほしかったのに」って、おばあちゃんが僕に謝っていたんですけど、「いや、いいです、それは仕方がないことですよ」という話をして、僕はとにかく人が亡くなったおうちに行くと、そこの仏壇行って、手を合わせるんですよ。おじいちゃんは、デイサービスで写真撮ったときの、こんなにこやかな写真が遺影になっていて、その遺影のもとには、何とぼた餅が備えてあったんですね、仏壇に。懲りない人たちだなと思いつつながら、でも、これはいわゆる大往生ですよ。自宅ではないですけど、救急車で運ばれたんですけど、これは大往生ですね。好きな物食べて逝っちゃった。

もう一つは、今から10年ほど前の話ですけど、アセトアミノフェンという薬があって、これは風邪薬程度の一番弱い熱冷まし、痛みどめの薬です。簡単に言うと、熱冷ましによく使うやつで、赤ちゃんにも使う座薬あるでしょう。これがアセトアミノフェンです。一番緩い安全な鎮痛剤、解熱剤。その一番緩い鎮痛剤で緩和ケアを行った大往生があって、47歳、若い女性です。胃がんの手術をした人。もともとは九州出身なんですけど、名田庄出身の夫と子供さん2人と4人で京都に在住していた。ところが、胃がんになって、その京都市内の病院で治療を受けたんです。彼女の九州のご両親は、2人とも要介護状態でよぼよぼなんです。胃がんが再発して末期状態になって、それでも京都のお宅でご主人とご家族4人で暮らしていたんですけど、でもとうとう家事もできなくなって、自分が世話を受ける状態になっ

た。その後どうしたかという、いろんな選択肢があったと思うのです。だけど、どうしたか。名田庄にある夫の実家に単身で移住して、そこで夫のご両親の世話を受けるという選択をしました。だから、名田庄で僕が主治医になったわけですけど、いわゆる逆縁です。夫の両親を嫁さんが面倒見るとか看取るというのはよくありますよ。そうじゃない。そのうちの嫁さんが、夫の両親の世話を受ける、この逆縁、そういうことになりました。

でも、この方は本当にいつもにこにこしていて幸せそう、がんの末期というイメージ全然ない女性で、いつも感謝の気持ちをあらわしている。「いつも義母には甘えてばかりいるんです」ってにっこり笑って、その義理のお母さんもそれをにっこり笑って受けとめる、そんなような感じでした。非常に穏やかな感じで、緩い鎮痛剤だけで、それも通常の量で十分な痛みを緩和した。名田庄に移住して4カ月後に夫の実家で、夫の両親と、最期に駆けつけた夫の息子さん2人に囲まれながら永眠されました。ということは、愛情に包まれた幸福感ですね。それは麻薬と同等以上の効果があったんだと思いますし、年とったら人生に不足がないから大往生で、若い人はかわいそうと言うかもしれませんが、僕は彼女は47歳でしたけど大往生だと思っています。

あとは、自宅で大往生のはずだったのに、当てが外れた人もいます。これはごく最近のケースです。この方89歳の女性で、長年おつき合いしていて、ひとり暮らしの糖尿病の患者さんです。ところが、最近食欲がなくなった、やせてきた。ところが、糖尿病のデータが悪くなっている。普通、やせて食欲がなくなってきたら、糖尿病としてはデータはよくなっていくはずなんです。ところが、悪くなっているから、何かおかしいな、何かあるはずだなと思って、膵臓がんを疑ってエコーやったけど、もう腰曲がっているので、エコーがよく映らなくて、病院に紹介してCTをやったら、膵臓の尾っぽのほうだから、体の裏のほうにがんがあった。しかも、肺に転移した。胸のレントゲンではわからないんだけど、CTを撮ってみるとがんが転移していたという状態で、これは末期の状態だったんですね。

千葉に息子さんがいるんですけど、定年した直後だったんで、母親の介護目的に一時的に名田庄に戻ってきた。これだったら介護の体制が十分だなと思って、しかもこの人は痛みが全くない人。食欲がなくて、要するに食べたいのに食べられないのではなくて、食べたくないから食べないという状態、老衰に近いんです。がんの末期だけど老衰に近い。多分僕がCTを撮ってなかったら、恐らく老衰と判断されたと思うのです。典型的な自宅で大往生パターンだと思うでしょう。しかも、小規模多機能施設はすぐ近所にあるんですよ。

ところが、この患者さんが寝たきりになった瞬間、息子さんは「もうだめだ、これはもう入

院だ」と言って入院させちゃったんです。させちゃったと言うと悪いけど、十分自宅で見れるパターンだったけど、息子さんは、もうこんなもの自宅で見れるはずがないと頭から思い込んで、その偏見を、僕は説得したんだけど崩すことはできなかった。それで、母親も「息子がそんなに言うなら、迷惑かけたくないから」というので病院に入院しました。

つまり、この息子さんは千葉在住で、僕はこの母親が末期がん、このおばあちゃんが末期がんになって、初めてこの息子さんに会うんですよ。例えばこの息子さんが名田庄で暮らしていて、僕が診ている患者さんだったりすると、こんなことは絶対起こらない。でも、息子さんに田舎の価値観はない。千葉の都市部の価値観しかないから、こんなもの家で見れるはずがないと思ってしまって、病院に入院。息子さんにとっては、それでよかったのかもしれないけど、僕的には、二十年以上診ていた主治医としては非常に残念です。

あと、小規模多機能施設での大往生というのを僕は最近経験しました。83歳の女性で、知的障害の次男と二人暮らし、長男は隣の町に住んでいます。重度の心臓弁膜症で循環器科に入退院を繰り返しています。心臓の弁膜症のすごく重たい人というのは、一見元気そうに見えても、ぼんと突然死しちゃうことがあるんです。もちろんそのことを循環器科の先生は本人にも家族にも十分説明していましたが、我々もそのつもりでいました。眠っているときに呼吸状態が、心臓悪い人はおかしくなるんですよ。そのために、在宅の人口呼吸器、これ寝ている間だけつけていたんですけど、もう循環器は突然死は十分あり得ると、もうみんなに言っていた。

小規模多機能施設に通っているときに、いきなり立ち上がってトイレに行こうと思ったら、そこで心臓がとまってしまった。僕ら呼ばれて行ったんですけど、そのときにはあごで、下あごで呼吸していた。ああ、もうすぐ亡くなるなという状態。息子さん、間に合わないなと思ったんです。どうしたかという、息子さんの携帯電話に小規模多機能施設から電話をかけて、「今お母さんを診ているけど、突然亡くなるというのが今来みたい。今もうかなり危ない。亡くなった人に聞いたわけじゃないからわからないんだけど、最期まで耳、つまり聴覚は生きています。お母さんにメッセージがあったらどうぞ、今お母さんの耳元に電話を向けますからおっしゃってください」と言って、おばあちゃん、呼吸しているから、多分意識ないと思うんですけどね。だけど、「母ちゃん、何とかだよ、おれ何とか」ってお母さんに息子さんがしゃべっているんです。よく聞こえませんでしたけれども、内容までは。それから、息を引き取った。「今、息を引き取りになりました」と言った、息子さんは電話の向こうで泣いて、「ありがとうございました。家で1人でいるときじ

やなくて、施設で、しかも先生やスタッフの方に見守られてよかったです、ありがとうございました」と僕に言ってくれました。こういう小規模多機能施設の看取りというのは、これからあるのかなと思っています。

それと、実は青沼センター長とは、おととい、東京で全国国保診療施設協議会のとある会議で木曜日にご一緒させてもらったんです。そのおとといから、きょう来るまでに、実は2人僕看取っているんです。何でこのタイミングで2人看取るんだというので、実は12月13日の午後に3時半から5時半まで会議があったんです、東京でね。それから、自宅に戻ったのが22時、夜の10時ごろでした。警察から電話がかかったんです、僕のうちに。電話がかかって、僕の携帯電話に警察から電話がかかったんですね。うちの診療所に電話をかけると僕の携帯電話に転送されますから、警察から電話があつて、俺何か悪いことしたかなと思ってうるたえたんですけど、そんな話ではなくて、75歳の男性、ひとり暮らしの方が亡くなったから来てくれという警察からの呼び出しで、子供さんは都市部に住んでいます。ひとり暮らし。何でひとり暮らしかというのと、4年前に母親、1年前に奥さんを亡くしたんです。実は3年前に、膠原病っぽいけど、どうもリウマチとは違って、どうも僕が診たことのない病気だということで、小浜病院の膠原病科に紹介したんです。そうしたら、全身性エリテマトーデス、これは割と若い女性になるんです。年寄りの男性になること珍しいので僕はわからなかったんですけど、それで膠原病科の先生が診断して、糖尿病も患って、今は小浜病院の膠原病科に3年前から通っているのですが、調子は最近よかったと聞いています。つまり、死ぬ予定のなかった人です。最近調子よかったです。

ところが、前夜、地区の祭りであらふく飲んで泥酔した後、酔ってるれつが回らない状態で子供さんの携帯電話にかけて、「きょう楽しかったぞ」みたいな感じでしゃべっていたみたいです。ところが翌日、つまり13日当日は電話しても全然この人は電話に出ないから、その息子さんは、自分にとってはいところに当たる、この患者さんにとっては甥に当たる人に、一遍見に行ってくれと、見に行ったら冷たくなっていた。ベッド上で吐いた跡があるから、多分泥酔して、吐いた物をのどに詰ませたのではないかな。窒息で亡くなった。

こういった場合は、死ぬ予定のない人が突然自宅で亡くなっていて、冷たくなっているのを発見して、しかも今かかっている病気でなくなっていたのではないですから、死亡診断ではなくて、死体検案ということになります。私は死体検案書というのを作成いたしました。12月13日の22時に呼ばれて、死体検案が終わったのが1時半で、それから診療所に戻って、死亡診断書とか書いていて、もたもたして、それから家帰って、風呂入って、飯食

って寝たので、僕寝たのは3時近くになっていました。

そして、その3時間後、14日の朝6時に今度は患者、家族から呼び出しがかかって、これは91歳の女性で、4世代が同居している大家族が暮らす旧家です。過去4回手術をしています。大腸がん2回、それから大腸がんの手術をした後の腹壁癒痕ヘルニアと、それから腸閉塞の手術、過去4回手術してまして、そのうち3回は僕がかかっています。大腸がんの執刀したのが1回で、それからヘルニアと腸閉塞が助手で2回入っています。僕が深くかかわったおばあちゃんです。老衰状態で自宅で介護した。最初はデイサービス使っていたんだけど、衰弱してからは訪問入浴に切りかえていてお風呂は入っていた。介護者のそのうちの嫁さんは、とある病院の元病棟婦長で、点滴などの末期の状態の延命治療は否定的です。ですから、点滴も何もしなかった。14日の0時までには会話していました。最期、みんなにありがとうと言って、6時に呼吸がとまりました。僕往診しに行ったんですけど、そのうちは田舎ですから、ふすま取っ払うと大広間になるような家で、ですから廊下が少ないんですね。おばあちゃんが亡くなったその隣の部屋では、3歳の曾孫がすやすや寝ていました。かわいい寝顔でしたけどね、こういったのがありましたね。

僕は、片や死体検案、片や死亡診断ですけど、酔っぱらって、上機嫌で子供さんに電話かけた後、死んでいるんですね。この方は大家族で看取られて死んでいるんです。僕はどちらも大往生だと思っています。

「自宅で大往生」という本を出したんですが、実は「大往生したけりゃ医療とかかわるな」という本を書いている、これベストセラー、50万部売れています。この著者は中村仁一といいます、この先生。僕は中村伸一です。1字違い、1字違いというよりは、濁点がつくつかないかの違いなんですけど、実はこの5月に2人で合同の講演会をやったのですが、年を明けた2月8日、2人の共著を出す予定でいます。もう今最後の執筆にとりかかっていますので、もしよかったらまたごらんになってください。以上でございます。（拍手）

○横井 はい、どうもありがとうございました。

3人の先生方にいろいろな看取りを中心に、今の考え方、あるいはこれからの世の中の動きというような感覚でお話をいただきました。

ここで、まず3人の先生方に、それぞれでいかがでしょうか。お互いの思いと違う、あるいはここはこうではないかという点がありましたら、少しお話し合いをしていただければと思いますけど、前沢先生、いかがでしょうか。

○前沢 中村先生のパワーに圧倒されて、私も大往生したいなと願っておりますが、なかなか死

に方は選べない部分もあろうかなと思います。

それで、すごく感動したのは、中村先生の、物語を上手に、日頃の日常の業務の中で物語を組み立てるのがすごく上手だなということ、お話もちろん上手で、本の執筆も非常にこれからまた楽しみにしております。

私たちは、なかなか死に方をうまく選べないかもしれないのですけれども、できるだけ日頃から、人間はいつかは命が途絶えるものだという前提のもとで、どんな死に方をしたいかなというあたりを、ご家族やお友達と話し合っておくといいのかなということをつくづく思いました。そういう中で、何かこう愛情といいますか、温かいものが、みんなが少し表現できたり、それから温かいものを亡くなる人からもらえるような、演出というのか、組み立てができるといいんだなということをつくづく思いました。どうもありがとうございました。

○横井 どうもありがとうございました。

長先生には、スライドの中で、それぞれの死にたい場所、医療関係者と一般の方の大変な違いというものをを見せていただきましたけれども、これは先生、どうなのでしょう。例えばもっと深くというか、解釈しようとする、ということが背景にあって、一般住民の方の看取りということに対する考え方もそれぞれ多種多様だと思いますけど、もし一言で言い表すことができるのであれば、この違いというのはどんな感じなのでしょうかね。

○長 一つは、先ほど言いましたように、亡くなると、治らないと思ったときにどうかという設定自体が住民の方にはなかなかわからない。さっき言ったように、病気と老いという言い方をすれば、病気なのか、老いなのかという、これは戻らないという状況の判断が、医療者とそれ以外では違うというのは多分あるんですけども、そういったところを医療者がちゃんと住民に提示できるようにすれば、住民の方と医療者が本音というか、自分たちができないんですよということをおある意味素直に言う場、医療現場で言うというのはなかなか大変だという考え方があるのかもしれないのですけども、こういう機会もそうだと思うのですが、そういうことを提示していくと、その上でももちろん病院という選択や施設という選択があってもいいと思うのですが、病院は、医療者は本当は看取る場としてよくないと思っていますよということを示せば変わってくるのかなと。

だから、医療者というのは、どうしても医療現場でしか出会わないんですよね。しかも、病院のごたごたした状況の中で、非日常の中に入ってしまったところで、いろんな意思決定するというのは非常に難しいところがあるので、普段から家族で話していくのもそうだし、いろんな形で健康教室とか、いろんな医療者と地域の方との接点をふやしていくとかというこ

とが大事かなという気がします。

あと、ちょっとさっき言い忘れた、落としたのですが、施設のことと言うと、ちょっと今スライド出ませんが、介護施設の方は介護施設で亡くなるということを希望されている方、あのデータで3割ぐらいいるんです。介護施設の方は、在宅と同じぐらい介護施設という方がいて、介護施設の方々は自分たちの働いている場で看取っているということに、ある意味誇りを持っていらっしゃるというのが現状からあるのかなと思います。

そういうのを医療側が少しサポートして、介護施設で看取ったときに、ご家族にできるだけ介護の方を立てるようなセッティングをして、「本当にこの方によく診てもらいましたね」と一言言ってあげると、本当に介護の方、夜亡くなって、病院のほうで貧乏くじ引いたみたいな感じで、実は看取りにかかわること多いんですよ。3軒回って大変だったみたいな話になるのですが、介護施設だと、看取った後に職員がいっぱい集まってきて、呼んでもいないのに自分たちで、もちろん給与なんか出ないですよ、時間外とか。そういうので集まってきて、最期みんなで見送りするなんてことは施設で起きてくるんじゃないかな。それぐらい大事に普段見てくれているような、そういうことが、多分さっき言ったように介護施設の質も上げていくし、そういうことは多分介護施設の方のほうが、よっぽど医療系の人たちよりも、地域の生活感を持っている方が多いです。特に医者はほとんど外から来ているのが普通なので、そういった意味でも地域との対話ということを進めていくことになるかなと思います。ちょっとうまく言えていないかもしれませんが、そんな形で介護施設や自宅での看取り、あるいは看取りだけではなくて、その前段からのところにいかに関係性を持っていくかということの中で、日常的に老いや死の問題を考えたり、語ったりすることができるのかなという気がしています。

○横井 例えはある患者さんが急変して、病院なり診療所に来られたと。医療者側が「これはもう治りませんよ」と言って、患者さんあるいは家族の方に「そんなはずはない。絶対納得できない」というところで、もうそこで何か信頼関係がずれていくような場合もあるかと思うのですが、それはどうでしょうか。我々ももちろん努力は必要ですけども、そこら辺非常に難しい。医療の専門家と医療の、言ってみれば素人的な感じの人で、そのギャップを埋めるといふか、何かいい方法、やはり対話でしょうか。

○長 そこは、ちょっと私は涌谷の事情がわからないところがありますが、佐久病院の中で思うのは、多分そういった背景には、先ほどの大往生が病院でなきゃと思っているような家族の価値観とかということが多分いろいろあるんだと思うのです、人間関係だったりとか。一般

的に言うと、多分病院での意思決定でキーパーソンとされる方というのは、田舎だと恐らく長男とか男世帯で、その人を一番大事に思っている人かということ、それは意外に違ったりするんですよね。一番よく見ているのは、奥さんだったり、嫁さんだったりしているわけだけど、あるいは本人から見ても、その人たちが本当にその人のことをわかってやってくれているお孫さんだったりするんですが、病院だと世間体が目に立つような、そういった長男さんとかが意思決定とかしちゃうんです。そういう構造みたいなものを病院ではわからないので、できれば診療所の医者とか、あるいはその人のケアマネジャーさんとか、その人あるいはその家族のことをよくわかっている方に、もちろん救急救命のときにそれを把握しろというのは難しいと思うのですが、何でこの家族がこういうことを言うんだろうか、あるいはこの人が本当に、キーパーソンとされているいる言ってくる人が、本当にその人のことを考えてくれている人なのかということ、なかなか病院ではわからないんですよね。そういうことをわかっている地域の支援の方に一声聞いてもらうと、「いや、あの息子は面子だけで言うてんだ」とかよくありますよね。東京から帰ってきて、今まで何もしていなかったからと言われるのが嫌だからって。そうすると、私は本来その人に意思決定の決定権はないと個人的には思っているので、血縁より本人のことを考えてくれる人はどう思っているんだろうかということが聞き出せて、それに合わせてみんなで知恵を働かせれば、結構そういう問題は回避できるかなと。

そういう、その人を取り巻く人間関係とかを、診療所、かかりつけの医療とか、ケアマネとか、訪問看護とか、いろんな取り巻いている人たちが知っている可能性が高いと思うので、そういったことが聞こえてくるような距離感で普段仕事ができているといいかなという気がします。そういうことは、私の場合、病院に出かけて行って、「息子がこう言っているからこうする」というのも、「いやいや、この息子の言っていることはできるだけ聞かないようにして、この人の意見を聞いてくれ」というようなことを、私の場合は病院の医者に言えたんですね、佐久病院だから。そうすると、帰って来れるんです。だって、見るのは嫁さんなので、本人見る気全くないから、その人の意見じゃないんですよね。嫁だったり、連れだったりとか、あるいはこの人がこの家族においては本当は大事な人なんだけど、病院というのは、意思決定が最もうまくいく、発言権の強い人を普通キーパーソンとするので、それは本人のためを代弁しているわけではないことは、しばしばあるというところが、結構落とし穴ではないかなと思っております。

○横井 どうもありがとうございます。

中村先生、20年以上、名田庄で経験されて、名田庄へ最初に行かれたときと、あるいは20年以上経って、今とですね、何か物すごい住民の方々の病気に対する考え方、あるいは看取りに対する考え方の違いを何か感じられているようなことはあるでしょうか。

○中村 僕は28歳で名田庄診療所所長になって、今49歳でまた名田庄診療所所長という、一つも出世していないという、20年間以上肩書が同じなんですけど、大体僕が平成3年に名田庄に行ったころには、明治の終わりか大正1桁の親を、昭和1桁あたりの子供さんが看取っていたというパターンでしたけど、今は大正の終わりか昭和1けたの親を、昭和20年代あるいは僕と同じ30年代の子供が看取っているというのがある。つまり、1世代違うんです。昔の年寄りとはとにかく頑固だった、「わしは死んでも病院行かん」と言ったら、そのとおり病院行かないんですよ。今の年寄りは、例えばがんを告知しても、「そうですね、家族と相談して」と言う。柔軟な思考と言えばそうなんですけれども、悪い言い方をすると、軟弱なんです。それが違う。

それから、看取りの場面で、昔は、僕は本当に患者さんが息とまってから呼ばれたのに、最近は息とまる前に何回も呼ばれたり、電話かかってくるんです、何回もね。だから、亡くなる過程を実況中継するんです。「血圧が下がったんですけど」「ちょっと冷たくなったんですけど」「息がおかしいんですけど」、それは死ぬ過程はそうだから、そうなるんだけど、一々実況中継して、要するに不安なんですよ、見てられないのですね。

何が違うかという、昔は逝く側も看取る側も戦争を体験しているんです。つまり、戦争という、戦地行った人も行かない人も、死というものをリアルに実感しながら日々生きていることを経験した人たちです。戦中を生き抜いた人たちというのは。でも、今は逝く側は戦争を経験しているけど、看取る側は戦争を経験していないんです。リアルに死の実感がない。昔と比べて、今のほうが社会資源はずっとよくなっているし、在宅ケア、在宅医療を行うのに十分なシステムが整ったにもかかわらず、在宅死とか在宅ケアがそれほど発達していないとしたら、それはそこで看取る人の覚悟、腹の座り方だと思います。そこが違うんだと思います。ですから、システムとか、診療報酬とか、社会資源とか、それをよくすることは大切ですが、それ以上に看取る側の意識だとか、覚悟だとか、看取りの文化というのを醸成していかないとだめだと思っています。そこをどうつくっていくか。ですから、診療報酬やシステムだけで物事は語れないというのが、僕の最近の実感でございます。

○横井 どうも非常に貴重なご指摘をわかりやすく話していただきまして、ありがとうございます。

ここで、フロアの皆さん方、いかがでしょう。3人の医療のスペシャリストの方々の看取りに関するご報告、あるいはいろんな物語風の症例報告のような感じで話をさせていただきましたけれども、どうでしょうか。私は、いや、俺はこういう意見があるんだという方、ぜひともどなたかごさいませんでしょうか。はい、どうぞ。

○質問者2 民生委員をしております佐々木と申します。きょうはありがとうございます。

自宅での大往生ということなんですが、涌谷町で私がかかわった、自宅で亡くなった方です。休日で、たまたま主治医がいなくて別な先生にお願いしたら、検死ということになりました。それが二つ、三つ経験しました。これが、家族が亡くなって、もうばたばたしているときに、検死が結構時間がかかるということで、後でわからないことはこちらから警察のほうにお話ししますのでということで、途中というか、それでも2時間、3時間ぐらいやるんでしょうかね。家族にとっては、布団の上で全身、衣類を外して、それで検死するわけですから、ちょっといたたまれないということもありましたので、先ほどの危ないというときに救急車を呼ぶというの、これは休日だとか、そういうときは、家族にとっては、そういう検死を経験した方は、まず救急車と判断せざるを得ないのかなと感じました。

それから、一つ、長先生にお尋ねしたいのですが、仮設住宅に入っていて、テレビのニュースで、今いる仮設住宅は、会社の事務所がそこにあったものですから、被災して、仮設住宅をつくるどころから私見ていたんですけれども、そこにいた80ぐらいの女性でしょうかね。生きてよかったかどうかわからないと。それで、具合悪くなくても病院に行かないし、救急車も呼ばないという方がいたんです。恐らく先生もそういうことを経験されたかと思えますけども、そういうときはどういうふうに対処されたかお伺いしたいのですが、よろしくをお願いします。

○横井 では、先生方、よろしくをお願いします。

○中村 非常に重要な問題で、死亡診断ではなくて、死体検案ということですよ。例えば僕が診ている患者さんで、全然死ぬはずのない人が死んだら、僕が主治医であって僕が行っても、それはやっぱり死体検案になります。例えば軽い糖尿病と高血圧にかかっている人が、朝家族が起こしに行ったら死んでいた、亡くなっていたということになると、僕は主治医だけど、そんな死ぬという予測をしていませんから、そうしたらそれは変死体となって死体検案になります。それは悪いことではない、それはそうせざるを得ないからやるんですね。

警察の方は、死体検案のときは、おっしゃったとおり、衣類を全部ひっぺがして、写真を撮ります。死んでからヌード写真撮られるの嫌ですよ、誰でもね。死んでいる本人は死んで

いるからいいんですが、家族がいたたまれないという、その感情もよくわかります。でも、警察はそれを趣味でやっているわけではございません。警察は仕事でやっているんです。警察の仕事は、事件性があるかないかを見るのが警察の仕事です。これ、大事な仕事なんです。だから、これは誰が悪いわけでもない、そういったことになっているんです。

でも、それは仕方なく、病院に連れて行ったらどうなるかということですけど、そうしたら死体検案されなくて済むだろうということになるかということ、どうなんですか、必ずしもそうでもないですね。そこは病院に運ばれたらどうなるんですか。診断がつけばいいんですよ、CTとかでね。

○横井 主治医が違う場合、診た先生が初めて診る場合、診て、これはひょっとしたら異常死かもしれないと判断されれば、同じような経過になる可能性もあります。

○中村 病院でも警察を呼んで……。

○横井 病院でも、そういうシステムというか、法律というか、我々はそれを異常死だと判断すれば、届けなければいけない。そういうことを届けないと我々が罰せられるという、そういう日本の法律上のシステムになっていますから、ですから、今のお気持ちは非常によくわかるのですけれども、あながち、本当に中村先生が言われるように、誰が悪いとかっていうことではないと思うのですけれども。

後のほうの質問、長先生。

○長 検案のこともちょっと一言ありまして、検案、現実そうなんですけども、こういったこと一個一個が、多分超高齢社会になるまでずっと医療の問題だと。老いのこととか死のことをしてきたんですね。多分医療側がしてきたことが大きいと思うのですが、実態に追いついていないという認識が少しずつ出てきていると思います。医療の周辺の経済だとか、法律だとか、倫理だとか、哲学だとかという領域が日本は極めて弱いんですよ。そういうことが、それでは超高齢社会にふさわしくないということで、だんだん議論になってきているので、個人的にはそういうのがだんだん緩んでいくのではないかと。海外では、もう医師が死亡診断にかかわらない国が出てきているんです。看護師さんが、予定される死ですよ。死亡診断書を書くということを看護師さんがやってもいいというような、アメリカの州とか出てきているので、超高齢社会になって、医者が全部死につき合いきれるか。2025年の地域包括ケアの報告した中でも、看取りは看護師がやると書いていますよね、将来像として。

そういうふうに、いい悪いは別にして、医療をちゃんと守るために医者が医療をやって、一方でケアとの連続性の中で、介護や看護の人たちに、今までよりもっと医学的なことも含め

て対応していこうという流れは、もう厚生労働省の中では出てきていて、ただ、今言ったように、ほかの領域はまだまだおくらしているとか整備されていませんが、基本的にはずっと同じ形で医者が全部看取らなきゃいけないといったら、本当に中村先生のような、今でも120件電話かかってくるの、やってられないという話になってしまうので、だんだん変わっていくのではないかと。また、それを国民がどう考えるかというのも大事なのかなと思います。

仮設の中のことでいいますと、確かにそういう方がたくさんいらっしゃる、そういう方々を何とか少しでもサポートできれば、あるいは医療ができることは本当に限られているかもしれませんが、ただ、一方でそう思う背景に、鬱と言われるような気持ちの落ち込みの病の領域がある方もかなりいらっしゃるはずなんですね。仮設の私達が行った調査で、多分仮設の15%が鬱状態という状況で、その方は薬を飲むとかいろんなかわりをするとかかなり改善するはずなんですね。ただ、ちょっと話すと長くなりますが、多分こういう地域性からして、自分が心を病んでいるということを言い出すとか、そういうことで医療にかかることは非常に困難な状況があるので、それを身近な、風邪で来たというようなときに、そういうところまで拾い上げて、少しかかわってあげれば。「あなたは精神的に病んでいますよ」と言うことではなくて、日常の医療の延長線上の中で、そういったメンタルを病んでいる方をサポートしたいと思っています。

と同時に、そういった方々とはとにかく仮設というコミュニティがない中で、そういったことがどんどん増悪していく可能性が高いので、保健師さんとか支援員という専門的なとか、そういう立場のある方と同時に、ボランティアの方とか、あるいは地域の自治活動をしているような方々とも、これは個人的ですけれども、個人的におつき合いをして、何とかそういう方から孤独死、孤立死と言われているようなことを生まないようにしなければと思って、活動を始めています。

先週、地震があって警報が出たことによって、この1週間でPTSDと言われる方が5人来られました。PTSDというように一般で言われている症状では来ていないのですね。頭が痛いとか、お腹が痛いとかと言って来られた方にも、そういうPTSDがあるんじゃないかという前提で、少し時間をかけてゆっくり話を聞いていくと、実はやっぱりあると。1人は定期通院している方で、私はわからなかったんですけど、鬱ではないなと思って、ちょっと何か違和感があるなと思いながらおつき合いをして、だから、たくさん受診されていない方がいらっしゃる。一つは、医療がサポートできる領域もある。でも、本質的には、多分本当

は震災対策というか、将来的な不安というか、展望が見えないということが圧倒的に大きいでしょうし、そこまで私がかかわれないので、地域包括ケアという中で言われている住宅の部分、地域づくりの部分を考えながら復興をやらないと大変なことになるよと。

もともと田舎というか、地方は、地域の力を前提にして、それぞれ介護保険のサービスとか、システムとしての整備はそんなにしていなくてもやれてきたわけですね。そこに頼っていた地域が、震災で破壊されたときに、都市部よりも支え合いが弱ったときに、どうやって今まで介護サービスとか、サービスをつくらずにやってきた地域を支えられるのか。本当に復興の中での住宅をどうつくるか、まちづくりをどうするかというのは、すさまじい健康問題ではないかなと思って、そういうことに少しでもかかわればと思って行政に入ったということであって、ようやく保健とか福祉関係の方々には、行政の方ともお話し合いさせてもらえるようになってきていますが、第一義的には、本当に被災対策、特に復興住宅をどうつくるかということと非常に大きく関係するかなと。ちょっと話がごっちゃになっておりますが、医療的な課題でもあるし、それ以前の健康の問題、さらには生活支援、そういったこともトータルにかかわらないと、よくなるまいだろうと思っております。

○横井 はい、どうもありがとうございました。よろしいでしょうか。

ほかに皆さん、いかがでしょう。はい、どうぞ。マイクを上げてください。

○質問者3 断固拒否されまして、なかなか大変だったんですけど、やっと最近寝たきり状態になりまして、それでもいろいろ自宅で、在宅で見ているんですけども、先ほど民生委員の方がおっしゃられたように、死んでから、死にそうになったら救急車というわけではないんですけども、でも何かやっぱり自宅で亡くなると、先ほど言いましたように、死体検案ですが、そういうふうになるよというのは私も聞いたりなんか、見聞きしていますので、やっぱり心情的に、すごく危なくなったら、やっぱり救急車で運んでもらったほうがいいのかなとか、何かちょっといろいろなお話を聞いて、何となく揺れ動いているというのが今の気持ちなんです。

○横井 はい、どうも。お二方の質問の中には、どうも同じような要素が含まれておりますけれども、そこら辺はいかがでしょう。その法律的なという、大上段に事を構えるわけではないんですけど、前沢先生、何かご発言をお願いいたします。

○前沢 私はお互いに納得ずくで、私も町を離れるときがあるんですけども、納得ずくで、うちでいいですよということを了解とっておって、別な医者が行ってもわかるようにきちんと申し送りを書いたり、ちょっとこれは怪しまれるかもしれませんが、死亡診断書の下書

きぐらいまで、いつ発症して、どんな病気で来たというのをこっそり書いておいて申し送りをしていくと、ご家族も納得、先生もわかってくれて、こうすればいいんだな、老衰でいいんだなということでやるので、じわじわと厳しい時期になったら十分話し合いの上で、こういう場合にはなるべくおうちで、ご家族にも迷惑かからない、それから医師も何とか対応できるような形でやっていきましょうねということをおあらかじめ話し合っておくというのが、法律にどうかかわるか分かりませんが、私はいいのではないかなということをお、入院中の人も在宅の人もお願いをしてやっております。

○質問者3 何かこう気持ちが楽になって、まあ、できるだけ、在宅で見てやりたいとは思っているんですけど、ありがとうございました。

○中村 ちょっといいですか。誤解のないように言っておきますけど、死にそうにもない人が家で死んでいたら死体検案になるということで、死にそんな病気、例えばがんの末期とか、老衰とか、心不全とかの末期とかだったら、絶対死体検案になりませんから、それは死亡診断になりますので、だから、死にそうにもない人、ぴんぴんしていた人が家でいきなり死んでたら、それは死体検案になるでしょうけど、もう棺桶に半分足突っ込んでいる人が亡くなくても、それはもう死ぬべくして死んだんだから、それは死亡診断になります。

○質問者3 わかりました。安心して……。

○横井 まあ、自宅で亡くなられれば、必ず死体検案というわけではないですので、ぜひ温かい介護、看護を続けてあげてください。

まだまだいろいろお聞きしたいんですけど、時間が迫ってきましたので、こちら辺でこのシンポジウムを閉じたいと思いますけれども、きょういろいろお話を聞きました。そして、皆さん方にも真剣に看取りについて考えていただきました。ですから、今涌谷町で生まれてよかった、そして暮らしてよかった、涌谷町で死んでよかったとみんなが思えるように、もっともその死ということをお、タブーではなくて、話す機会がふえればいいと思います。そうすれば、お互いに納得づくの看取りということに、これは小さな一歩かもしれませんが、少しずつ歩いていけるとお思います。

ということで、きょうは3人の先生方、どうもありがとうございました。（拍手）

皆さん方、どうもありがとうございました。

特別養護老人ホーム ゆうらいふ

ゆうらいふ看取り作業部会

管理者	真田	典子
主任	若山	浩幸
副主任	沼田	賢治
介護職員	日野	琢智
看護師	只埜	小百合
嘱託介護福祉士	吉田	ひとみ

【目 次】

- ◆ 特別養護老人ホームゆうらいふ看取りに関する指針・・・・・・・・・・ 1
- ◆ 終末期の看取り等について（意思確認書 ゆ特 - 看1）・・・・・・・・ 6
- ◆ 看取り介護についての同意書（ゆ特 - 看2）・・・・・・・・・・・・ 7
- ◆ ゆうらいふ看取り書類マニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- ◆ 特別養護老人ホームゆうらいふ記録報告マニュアル・・・・・・・・・・ 9
- ◆ 看取り介護計画書（ゆ特 - 看3）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
- ◆ 看取り介護計画モニタリング表（ゆ特 - 看4）・・・・・・・・・・・・ 23
- ◆ 看取り介護カンファレンスの要点（ゆ特 - 看5）・・・・・・・・・・・・ 24
- ◆ マンガ「終末期医療と看とり介護について」

特別養護老人ホーム ゆうらいふ 看取りに関する指針

1. ゆうらいふにおける看取り介護の考え方

看取り介護とは近い将来に死に至ることが予見されるゆうらいふの入居者に対し、身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、入居者及び家族の意向を踏まえた上で、入居者がゆうらいふに於いて死に至るまでの期間、充実して納得し生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的とし、医師、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、介護職員、栄養士等が協働し入居者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめて支援することである。

2. 入居から看取りまで

入居者は複数の疾患を持って日々の生活を送っていますが、加齢に伴う機能低下と共に疾患の再発や急変により、要治療状態が起こる可能性がある。施設では、入居者の重度化に伴う医療ニーズの増大等に対する視点から、責任者を定め24時間体制の確保を行う。

- ① 入居時、健康に何らかの問題が生じた場合について、どのような対応をご希望されるか、本人又はご家族に「事前確認書」により確認する。
 - ・基本的に、身体的状況・既往歴等を考慮したうえで、半年に1度の定期採血・心電図・胸部レントゲン検査の実施。医師・看護師による観察を行います。
 - ・健康に何らかの異常が見られたら、その都度医師の指示により対応します。
- ② 医師による診断のもと、施設で可能な治療を行います。（投薬・処置・点滴など）
- ③ 改善がない、もしくは施設での治療が困難な場合は病院へ受診します。
 - ・この間に何か問題が起こった時点より、ご家族様には密に上記の報告をさせていただきます。
 - ・状態の急変時、もしくは施設での看取りを希望される場合、24時間連絡体制の元、看取りまでを行います。
- ④ 看護師勤務時間内は看護師が、勤務時間外はオンコールマニュアルに基づいて対応を行います。
- ⑤ 施設での看取り時、夜間はドクターコールにて死亡確認を行います。
 - * ご家族様には随時報告を行い、その都度話し合いを行いながら対応します。

3. 看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜する事も普通の状態として考えられます。

施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることであり、施設は利用者または家族に対し以下の確認を事前に行い理解を得ます。

- ① 施設における医療体制の理解（常勤医師の配置がないこと、医師とは協力医療機関とも連携し必要時は24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理などに対応すること、夜間は医療スタッフが不在で、看護師は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること）
- ② 病状の変化などに伴う緊急時の対応については看護師が医師との連携をとり判断すること。夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制にもとづき看護師と連絡を取って緊急対応を行うこと。
- ③ 家族との24時間の連絡体制を確保していること。
- ④ 看取りの介護に対する家族の同意を得ること。
 - ・事前確認書について
説明者：生活相談員又は看護師又は介護支援専門員が行う
 - ・看取り同意書について
説明者：基本はユニットリーダーと看護師。不在時は生活相談員又は介護支援専門員が行う。
 - ・決裁：ユニットリーダーと看護師→生活相談員と介護支援専門員→管理者→施設長→事務局長→会長

4. 看取り介護に対する具体的支援内容

入居者に対する具体的支援

(1) 身体ケア

①バイタルサインの確認

- 状態を観察（血圧、脈拍、呼吸、皮膚の状態、浮腫、尿量、排便量、食事量、水分摂取量、意識消失等）し記録すると共に、看護職員へ報告する
- 体調や様態の変化に注意を払い、身体状態に変化があれば、家族に連絡すると共に、医師との連帯を密にする

②食べることの大切さ

- 入居者本人が食べやすく嗜好に合った食事の提供を行う
- 誤嚥防止のため、トロミをつけたりゼリーにしたりして、食事形態の配慮を行う
- 医師、栄養士、看護職員、介護職員などの職種で連携を図りながら、少しでも口から食べられる物を探していく
- 口腔マッサージを取り入れたりして、食事の時間にこだわらず、食べられる時に食べられる量だけ食べていただく
- 食べることに無理強いやプレッシャーを与えずご本人に無理のない程度に行う
- 経管栄養は個々の条件を考慮し、本人や家族との話し合いを十分にする

③活動と睡眠のバランス

- 日中、可能な限り疲労を配慮した上での、動く事へのケアを行う
- 他者との交流や家族との対話を大切に行っていく
- 睡眠環境の調整、マッサージ、心地よい睡眠の保障
- 必要時の眠剤使用と効果の確認をする

④清潔ケア

- 常に清潔が保てるよう、負担がかからない程度に入浴や清拭、手浴、足浴などを行う
- ご本人の『気持ちいい』ことを重視し、身体状況を確認しながら、適切な方法で清潔を保つ
- 皮膚の清潔を保ち、褥瘡などの皮膚トラブルが起こらないよう配慮する

⑤環境の整備

- ご家族が気兼ねなく付き添い、入居者本人と最期の時間を過ごせるように対応する
- 室温調整や採光、換気などの環境整備に注意する
- 音楽をかけたり、お花を飾るなどご本人の嗜好に合わせた工夫をし、最期の時を安楽にゆったりと迎えるための環境の整備をする

(2) メンタルケア

①身体的苦痛の緩和

- 全身倦怠感の緩和から補液が必要な場合は可能な限り少量に調節する
- 入眠前のマッサージは特に穏やかな眠りや気持の安らぎにつながる
- セデーション（鎮静）の適応（状態に応じて行う）
- 窓を開け涼風を入れるだけで呼吸苦が緩和する

②コミュニケーションの重視

- ご本人の不安や苦痛、恐怖心を取り除くため、できるだけ一人にしないよう訪室する
- 孤立感や不安感への対応として声をかけるなどのコミュニケーションと手を握るなどのスキンシップを図り、ご本人に寄り添うことを大切にする

(3) 家族に対する支援

- ・話しやすい環境を作る
- ・希望や心配事に真摯に対応する
- ・家族の身体的精神的負担軽減へ配慮する
- ・家族と共有できる思い出を語り合える関係作りを行う

5. 看取り介護の具体的方法

①看取り介護の開始時期

- ・医師により一般的に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が薄いと判断した対象者に、看取り介護の説明を行う。
- ・医師より入居者またはご家族にその判断内容を懇切丁寧に説明する。
- ・看取り介護に関する計画書を作成し終末期を施設で介護を受けて過ごすことに同意を得て実施する。

②医師よりの説明

- ・医師が①に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員又は生活相談員を通じ、当該入居者の家族に連絡を取り、日程を決めて医師より入居者又は家族へ説明を行う。この際、施設でできる看取りの体制を示す。
- ・この説明を受けた上で、入居者又は家族は入居者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関の入院を希望する場合は、入院に向けた支援を行う。

③看取り介護の実施

- ・家族が施設内で看取り介護を行うことを希望した場合は、「看取り介護についての同意書」の内容を説明し同意を得た後、介護支援専門員は医師、看護師、介護職員、栄養士等と協働して看取り介護計画書を作成する。
- ・週1回の回診時、医師からの説明と看取りカンファレンスに家族に同席して頂き、生活相談員と介護支援専門員、看護師、ユニット職員が同席する。看取りカンファレンス実施後に意思確認書や同意書に同意したが家族の意思に変化が生じる場合があるため意思確認を行う。看取り介護計画書の説明は介護支援専門員、意思確認書の確認は看護師が行う。(面会のない家族や遠方の家族に対して医師からの説明内容や看取り介護計画書、状況報告を電話にて行い、看取り意思に変化があるか確認する。)
- ・看取り介護の実施に関しては、個室で対応すること。なお家族が泊まりを希望する場合は、居室にベッドを準備すること。
- ・看取りを行う際は、医師、看護師、介護職員等が共同で入居者の状態又は家族の求めに応じ随時入居者又は家族への説明を行い同意を得る。
- ・施設の全職員は、入居者が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるように入居者又は家族の支えともなり得る身体的、精神的支援に努める。

6. 看取り介護の緊急時の対応

(1) 看取り介護の容体変化の観察

介護職員は、看取り介護の対象者の四肢の末梢の冷感（チアノーゼ）、血圧低下、脈拍異常（頻脈、不整脈、徐脈）、呼吸苦（努力呼吸、下顎呼吸）、意識消失など下記のような状態を発見した時は、看護職員に連絡し指示を仰ぐ

- a) 脈拍＝頻数微弱となり、次第に触れなくなる
- b) 呼吸＝不規則で浅く、呼吸困難となる
 - ①鼻翼呼吸、下顎呼吸＝呼吸困難が高度になり、鼻翼や下顎の運動を伴う呼吸
 - ②チェンストーク呼吸＝一時無呼吸→深い呼吸→無呼吸の状態を繰り返す重症の症状
 - ③喘鳴呼吸＝喘鳴を発しながらする呼吸。分泌物のある時に起きる
- c) 外観＝顔面は白く、口唇や爪の色は生気なく、顔貌は変化して、目は落ちくぼみ、眼瞼、下顎はげっそりと下垂する
- d) 四肢＝四肢末端は、冷感・チアノーゼを呈し、運動はほとんど停止する
- e) 皮膚＝しっとりとした冷汗による特有の感触が時には冷たく感じられ、浮腫が現れる場合もある
- f) 瞳孔＝散大して光に対する反応が低下する

※その他言語不明瞭であったり、まったく応答できなくなり、やがて意識不明に陥る。これらの状態は、一般的に現れる終末の状態であるが、この他にも個人的に様々な状態が現れることがある。

7. 夜間緊急時の連絡と対応について

当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な連絡を行う。

8. 医療機関との連携体制

当施設は協力医療機関である涌谷町国保病院との連携により365日、24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとる。

9. 看取り介護終了後カンファレンスの実施について

看取り介護が終結した後、看取り介護の実施状況についての評価カンファレンスを行う。

10. 看取りに関する職員教育

ゆうらいふにおける看取りの介護の理念を理解し、その目的を明確化するために定期的に職員の研修を行う。

- ・看取り介護の理念と理解
- ・死生観教育
- ・看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- ・夜間・緊急時の対応
- ・看取り介護実施にあたりチームケアの充実
- ・家族への援助技術法
- ・看取り介護への振り返り（検証と評価）

11. 責任者

夜間緊急対応及び看取り介護については、看護職員のうち1名を定めてこれを責任者とする。

附 則

平成25年4月1日より施行する

終末期の看取り等について（意思確認書）

ゆ特一看1

入居者の皆様へ

当施設では、ご希望される方に精神面でのケア（緩和ケア）を中心とした、ターミナルケアを行っています。入居者の方の容体が悪くなられた時に、入居者ご自身が、こうして欲しいという意味やご要望に対しては、倫理的に問題のない限りにおいて、できるだけ反映させていただきたいと考えております。

つきましては、以下の質問項目により、入居者の方がターミナルケアに対してどのようなお考えをお持ちなのかをお伺いしますので、可能な範囲で結構ですので、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

1、終末期を迎えたい場所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 「ゆらいふ」で最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 自宅に戻って最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 入院を希望する <input type="checkbox"/> 今はわからない												
2、終末期の医療はどのような形を望まれますか？	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1) 点滴</td> <td style="width: 16.5%;"><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td style="width: 16.5%;"><input type="checkbox"/> 希望しない</td> <td style="width: 35%;"><input type="checkbox"/> 今はわからない</td> </tr> <tr> <td>2) 酸素</td> <td><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td><input type="checkbox"/> 希望しない</td> <td><input type="checkbox"/> 今はわからない</td> </tr> <tr> <td>3) 心停止、呼吸停止の蘇生</td> <td><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td><input type="checkbox"/> 希望しない</td> <td><input type="checkbox"/> 今はわからない</td> </tr> </table>	1) 点滴	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 今はわからない	2) 酸素	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 今はわからない	3) 心停止、呼吸停止の蘇生	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 今はわからない
1) 点滴	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 今はわからない										
2) 酸素	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 今はわからない										
3) 心停止、呼吸停止の蘇生	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 今はわからない										
3、その他（ご希望、ご要望があればご記入ください）													

※緊急時に_____に連絡がつく場合は、その場での判断を優先にします。連絡がつかなかった場合は、上記希望の対応をお願いいたします。

注) 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでもお申し付けください。

平成 年 月 日

入居者氏名 _____ 印

ご家族氏名 _____ 印 (続柄)

ご家族氏名 _____ 印 (続柄)

施設立会人

職種・氏名 _____ 印 職種・氏名 _____ 印

会長	常務	施設長	管理者	主任	介護支援 専門員	副主任	看護師	栄養士

看取り介護についての同意書

ゆ特一看2

私は、_____の看取り介護について特別養護老人ホームゆうらいふの提供する対応及び医師の説明を受け、私どもの意向に添ったものであり、下記の内容を確認し同意致します。

記

- ① 医療機関での対応（治療）は平成_____年_____月_____日をもって、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。
また、危篤な状態に陥った場合も病院搬送せず、ゆうらいふ内で最期を看取ります。
- ② 身体的な介護では安心できる声かけをし、身近に人を感じられるよう_____様の尊厳を守る援助を致します。
食事はできる限り経口摂取に努めます。
- ③ 医師に相談指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、ゆうらいふでできる限りの看取り介護をします。
- ④ 但し、ご本人、ご家族様の希望、意向に変化があった場合は、その意向に従い援助させていただきます。

以上

特別養護老人ホームゆうらいふ
施設長 眞田 典子殿

平成_____年_____月_____日

身元引受人 住所
氏名 印（続柄_____）

その他の家族 住所
氏名 印（続柄_____）

説明医師 医療機関名
氏名 印

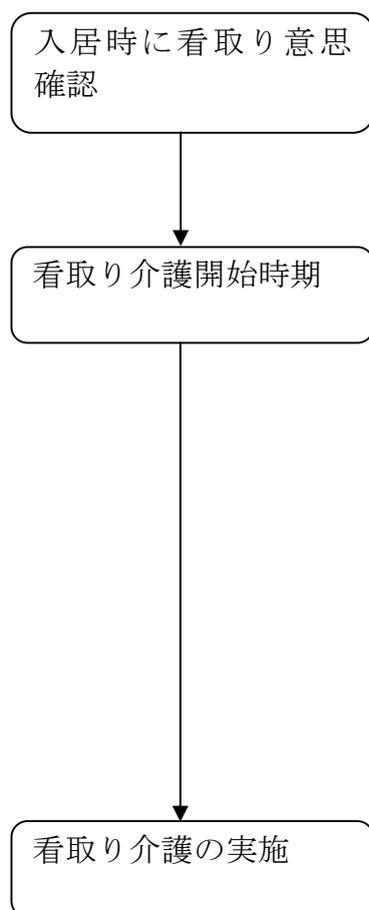
施設立会人 職種
氏名 印

施設立会人 職種
氏名 印

会長	常務	施設長	管理者	主任	介護支援 専門員	副主任	看護師	栄養士

特別養護老人ホームゆうらいふ

ゆうらいふ看取り書類マニュアル



- ・ 終末期の看取り等について（意思確認書）で、生活相談員が意思を確認する（意思確認書：ゆ特一看1）

看取り介護開始時期

- ・ 嘱託医から看取りについて家族へ説明を行う。
- ・ 意思確認書で家族の意思を確認する：生活相談員、介護支援専門員又は看護師（意思確認書：ゆ特一看1）
- ・ 看取りに関して同意する場合（同意書記入）
ユニットリーダーと看護師。
不在時は生活相談員又は介護支援専門員（同意書：ゆ特一看2）
- ・ 看取り介護計画書を作成する：介護支援専門員（看取り介護計画書：ゆ特一看3）
家族に同意の記名を頂く。説明した者も記名し交付する
- ・ 記録として、看取りカンファレンス用紙に介護支援専門員が記入する。（看取りカンファレンス用紙：ゆ特一看5）
- ・ 看取りカンファレンスについては、回診時実施する。

看取り介護の実施

- ・ 家族の気持ちの変化をくみ取るために、週1回の回診後にモニタリング状況を説明し意思の確認を介護支援専門員が行う。気持ちが変わった場合には、事前確認書を説明し確認を行う。
- ・ 週1回のカンファレンスには基本参加していただく。遠方の場合やどうしても調整できなく来所できない場合には、電話にて説明と意思確認を行う。
*モニタリング：ゆ特一看4
*看取りカンファレンス：ゆ特一看5
- ・ 看取り関係書類の決裁は、記入後3日以内に回覧する。

特別養護老人ホーム 記録報告マニュアル

特別養護老人ホームゆうらいふ

記録報告マニュアル目次

✚ 記録の目的	1 1 ページ
✚ 記録・報告について	1 2 ページ
✚ 各記録物の書き方	1 3 ページ
✚ 介護記録書き方例	1 4 ～ 1 5 ページ
✚ 入居対応、退居対応、事故報告例、各記録物の詳しい詳細	1 6 ～ 1 7 ページ
✚ 介護記録、看護記録見直し	1 8 ページ
✚ カルテ用語一覧	1 9 ～ 2 1 ページ

◆ 記録の目的

情報を文章化して他者を伝えて共有し、良い介護サービスを利用者に提供すること
(記録すること自体が目的ではない。記録を通して良い介護を提供することが目的)

※事例検討や介護研究に活かされたり、法令に関するトラブルが生じた時、行政の監査等の時などに重要な資料となる。

もしもの時、リスクを予測することがどの程度可能だったのか
適切な対応、適切なケアが実施されたのか、を証明できる記録が必要

☆ 厚生労働省令で、サービス提供後2年間の保管が義務付けられている。

(正確に入力する)

- ・情報は出来ごとが発生した順番に記載する。
後からまとめて入力すると記憶が怪しくなり、時系列が混乱するのでたまらないうちに入力する。
- ・いつ、誰が、どこで、何を、どのようにしたのか・・・をできるだけ詳しく入力する。
- ・「見たり、聞いたりしたこと」と「判断したこと」を書き分ける。

(読みやすく入力する)

- ・読む人のことを考え丁寧に入力する (誰が見てもわかるように)

〈主観的情報〉

- ・利用者や家族の訴え、感情、考え、意見などを、できるだけそのままの言葉で入力する。

〈客観的情報〉

- ・観察された利用者の情報、反応、行動や測定された値 (体重、血圧等)、検査結果、診断所見などを入力する。

◆ 記録・報告について

1、 記録・報告は「伝える為の唯一の手段」、「自分を守るための物」「支援した証」。

2、 記録、報告の書き方を復習しよう

① 文章作成の基本技法

いつ	(when)	発生の時期
どこで	(where)	発生の場所
誰が	(who)	何が
何を	(what)	内容
なぜ	(why)	どうして、そうなったか
どうなったか	(how)	結末、結論

② 口頭での報告の留意点

- ・何を伝えるかをしっかりと整理する
- ・順序をたてて話す
- ・相手の立場を考えてゆっくり、確認しながら話す
- ・重要な部分は繰り返す
- ・内容が長い時は途中で、まとめて話す
- ・第三者からの中継は避ける

③ 文章で伝える記録の留意点

<書く際のルール>

- ・5W1Hを分かりやすく入力する
- ・文章を長くしない
- ・書いたら読み返すこと（文章の内容、誤字、脱字がないか確認）
- ・過去形は使わず現在形で入力する
- ・固有名詞は控える
- ・誰の立場で記録するべきなのか考える（家族に開示することあり）

◆ 各記録物の書き方

【バイタル表について】

- ✚ バイタルサインを測定したら、バイタル表に忘れずに入力する
- ✚ 排泄回数、FR の尿量、食事量、水分量、BD、入浴の有無も日付を必ず確認しながら、漏れがないように入力する。他のスタッフの入力漏れがあれば代わりに入力する。

【看護・介護日誌について】

- ✚ 鉛筆でメモ書きした場合は責任を持って消す。
- ✚ 職員勤務状況に勤務者の名前を入力する。
年休の際は『〇〇：〇〇～▲▲：▲▲』と取得時間を入力する。
- ✚ ある・なしを（+）（-）で表示しない。
- ✚ 毎日、管理者・主任・副主任から決裁の印鑑をもらう。

【看護・介護記録について】

- ✚ 介護記録は本人以外の名前はイニシャルで入力（個人情報のため）
- ✚ 食事内容が変更になった場合入力する→変更理由と変更内容を記載する。

【全体について】

- ✚ 基本は黒色・・・特変時：赤色（体調不良、熱発、転倒、誤薬など）
受診時：青色
- ✚ ケース記録はありのままの言葉、事故報告書類は標準語で入力する。
- ✚ 記録の時間配分について
日勤：8：00～16：00 遅番：16：00～20：00
夜間：20：00～0：00 深夜：0：00～8：00

※引き継ぎノート類は年度がわかるようにして継続する。

◆ 介護記録の書き方

1、日勤帯の書き方

- ・ケアプランについては、実施状況等を『ケアプラン実施状況』欄に記入すると共に日勤帯の様子も詳しくケース記録に入力する。
- ・更新調査、実調、認定調査が行われた場合は、対応した職員が生活の様子欄に入力する。



年月日	時間	種別	ケース	記録者
H25/ 3/ 1	08:00		水分:お茶(200ml)	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	08:30		排泄行う。その後清拭し上着を着る。	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	09:00		体温:36.3℃	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	10:00		水分:清涼飲料水(100ml)	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	12:00		量: 主食:6 副食:3	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	12:00		水分:お茶(200ml)	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	13:00		ユニットスタッフより『主任を呼んでいる』と話あり。居室後に訪察する。本人より東北大学病院に目が見えなくなってきたため手術かいつになるのか連絡し確認してほしいと話ある。見えなくなってきたことに不安がある	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	15:00		【摂取量】10 【記録者】沼田 賢治	沼田 賢治
H25/ 3/ 1	15:30		息子様に電話し、眼科の件を確認ですが、病院からは今までと同じ診えだったと話す。今後も本人気になる場合は、今まで同様の話をしていただきたいとのこと。	沼田 賢治



年月日	時間	実種別	主食	副食	記録者	ト-1
H24/ 2/18	朝 08:00		5	3	沼田 ひと	
	昼 12:00					
	夕 18:00					
H25/ 2/28	朝 08:00		1	1	沼田 ひと	
	昼 12:00					
	夕 18:00					



年月日	時間	種別	内容	記録者
H25/ 3/ 1	07:10		朝: 洗面:10 刷牙:10 ベーシンの使用と確認される。『あまっこい』『おんずい』と言葉が出た。	沼田 ひと
H25/ 3/ 1	12:00		どてま履きまく。ミニツイ・笑顔をあつという間に涙が流れる。	沼田 ひと
H25/ 3/ 1	17:00		之: 主食:10 副食:10 ミニツイ・笑顔とベーズ着く間、みんな居るホールで笑ったあか笑話も多く、表情良い。	沼田 ひと
H25/ 3/ 2	08:00		朝: 主食:10 副食:10	沼田 ひと
H25/ 3/ 2	12:00		朝: 主食:10 副食:	沼田 ひと



年月日	時間	入浴方法	入浴	記録者	ト-2
H26/ 3/ 2	14:10	特浴	○	渡辺 聖紀	ト-2
H25/ 3/ 6	15:00	特浴	○	沼田 ひと	ト-2
H25/ 3/ 6	15:00	特浴	○	沼田 ひと	ト-2

※ケアプランに沿って入力した例

いつ・どこで
 どうだったのか
 どういう対応をしたのか
 その結果どうだったのか

☆わかりやすいように記入し、また評価する際、
 大切な参考となるので、きちんと入力しましょう。

- ・略字、略語の使用は一般常識の範囲で誰が見ても理解できる内容であるよう心掛ける。
- ・事故報告書類、家族の名前は実名で入力OK。
- ・ケース記録には他者の名前はイニシャルにて入力する。

2、特変時の書き方

- ・特変状況等の詳細を入力すると共に対応した内容も入力する。
- ・家族連絡した場合も入力する。(具体的に誰にしたのか等)

年月日	時間	種別	ケース	記録者
H24/ 2/15	20:10	発熱	体温：38.4℃ 血圧：145/ 88mmHg 脈拍：82回/分 SpO2：91% 解熱みられオースに状態報告入れる。 クーリング続行にて様子みる、やや呼吸は苦しそうであ	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/15	21:00	特変	体温：38.5℃ 血圧：144/ 83mmHg 脈拍：80回/分 SpO2：90% 水分50cc 状態変わらずクーリング継続	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/15	22:00	特変	体温：38.6℃ 血圧：138/ 83mmHg 脈拍：79回/分 SpO2：90% 解熱見られず2点クーリング開始	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/15	23:15	特変	体温：38.5℃ 血圧：135/ 85mmHg 脈拍：79回/分 SpO2：89% 状態清明にてクーリングにて様子みる 水分補給100ml継続だかのまわてる	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/16	00:10	特変	体温：37.8℃ 血圧：128/ 78mmHg 脈拍：72回/分 SpO2：91% 呼吸状態安定されてる、寝息を立て休まわてる	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/16	02:15	特変	体温：37.8℃ 血圧：127/ 85mmHg 脈拍：75回/分 SpO2：89% 解熱みられ一点クーリングにて様子みる 本指げに反応良好にて、水分補給100ml飲まれる	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/16	04:00	特変	体温：37.2℃ 血圧：126/ 81mmHg 脈拍：75回/分 SpO2：89% 変わりなく休まわてる	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/16	06:00	特変	体温：36.6℃ 血圧：125/ 80mmHg 脈拍：76回/分 SpO2：95% クーリング外し様子みる	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り
H24/ 2/16	08:00	特変	体温：36.2℃ 血圧：125/ 85mmHg 脈拍：78回/分 SpO2：96% お話をしたの事でミキサー提供〜3割増取する 表情穏やかであり活動多くきかれる	吉田 ひと ☑ケース ☐申し送り

※経過観察は3日間とし日勤、夜勤帯それぞれに状態の記載を行う。

※経過観察中に新たな経過観察が必要な場合は最初からのカウントとする。

◆ 入居・入院対応、事故報告例、各記録物の詳しい詳細

入居対応の入力の仕方

- ・入居時の状況・・・表情、バイタルチェック等、体重
- ・ADL状況

※入居対応のチェック表参照

年月日	時間	種別	ケース	記録者
H25/ 2/22	11:20		股さん夫婦と一緒に入居される。居室にて家族と荷物片づけし通す。	岡山 浩幸
H25/ 2/22	11:45		ホールに出でくる。少し緊張している様子だが、他入居者と会話し通す。	岡山 浩幸
H25/ 2/22	12:00		居室は「私いっぱい食べっから」と、残さず開食。居室内、すぐに居室へ戻り、家族と通す。	岡山 浩幸
H25/ 2/22	13:40		「コーヒーが飲みたい」と、ホールへ出て来る。コーヒーは自前である。	岡山 浩幸
H25/ 2/22	14:30		トイレに出て来る。	岡山 浩幸
H25/ 2/22	15:20		点滴、血圧測定する。「私、目薬すぐなくなっからさ3回だよ」と思ったと思うと「1日4回だから、寝る前もだよ」と話かぶる変わる。「あっちで寝いでる人何やってんの？」と気にしてい	岡山 浩幸
H25/ 2/22	15:30		少し寝て通す。「少し寝れたわ」と言っている。	岡山 浩幸
H25/ 2/22	16:00		居室へ戻っていく。	岡山 浩幸
H25/ 3/ 1 00:00			変わらずなく休まれていた。	日野 厚智

- ・入院の場合は、それまでの経過を入力する。
- ・入院時の様子、医師、病棟看護師からの報告についても入力する。

年月日	時間	種別	ケース	記録者
H25/ 2/17	08:50		肛門より赤色の出血と暗赤色のユアグラ排出あり状態悪化のため救外受診促す。	日野 厚智
H25/ 2/17	09:30		国保HPD受診。江藤Dより赤し尿血点液の指示受け施行する。先生にはバット内の出血の様子みて頂く。	日野 厚智
H25/ 2/17	10:00		「肛門から熱いものが流れてくる」と話し、国保HPDとバット交換。暗赤色のユアグラ排出みられオムツとバット着用する。	日野 厚智
H25/ 2/17	10:45		「また熱いの流れてきた、上の方にあがっている」と話され確認すると暗赤色のユアグラが排出みられる。バット交換はせず様子を見る。	日野 厚智
H25/ 2/17	12:30		江藤先生より出血の場所がわからないため、さびからこの肛門を指さすと話し江藤先生に連絡してもらおうように話しする。	日野 厚智
H25/ 2/17	13:00		胃カメラを行うが胃の状態は良好。大腸の方を調べるためカメラ行う。	日野 厚智
H25/ 2/17	14:30		江藤先生より出血場所は大腸の奥の方だと要られるので大きなHPDで検査したほうが良いので日赤に連絡しますとのこと。なつさんが了承される。	日野 厚智
H25/ 2/17	15:30		日赤HPD到着。17時予（注）さんより説明を聞き出血があったため精血をし肛門からカメラを入れて原因を探りますとのこと。入院が機位かはその時にわか	日野 厚智

- ・入居時には、生活の様子に表情、BDチェックなど状態入力する。
- ・退去時は、退去時に対応した職員がすべて必要書類をチェックし1週間以内に医務室に保管すること。

2、転倒があった際の入力の仕方

- ・どのように転んだのか、どのようにして転んでいたのか、を発見した職員は詳しく入力する。
- ・バイタルチェック、外傷、疼痛の有無。
- ・事故報告書類は標準語で入力する。
- ・転倒後に経過観察が必要であれば、ケース記録に記載する。

例) 日中に転倒・・・ケース記録に様子を入力する。

※経過観察は3日間とし日勤、夜勤帯それぞれに疼痛、状態の記載を行う。

※経過観察中に新たな経過観察が必要な場合は最初からのカウントとする。

- ・必ず発見者が記録する。
- ・家族連絡した場合も入力する。(具体的に誰にしたのか等)

* 年月日	時間	種別	ケース	【58件】	記録者
H25/ 3/ 5	06:15		ポータブルトイレ処理行う。		笠松 里香
H25/ 3/ 5	07:30	リスク	リスク区分 : ヒヤリハット 内容(出玉事) : 身体ケア関連 場 所 : 居室		平塚 泰行
H25/ 3/ 5	08:30		水分 : 水(200ml)		平塚 泰行
H25/ 3/ 5	10:00		水分 : 梅こぶ茶(200ml)		平塚 泰行
H25/ 3/ 5	10:30		相談室にて夫との面談を行う。区長さん、包括支援センター富田さん同席する。夫からは体を心配する話があるが、本人は「(手の話か)耳が聞こえないし何をやっているのかさっぱりわからない」と話す。また夫に「お		尾山 浩幸
H25/ 3/ 5	12:30		水分 : お茶(200ml)		平塚 泰行
H25/ 3/ 5	14:00		おうちで、これからどのくらいお茶が入るかお気になっているとのことで、若山主任に説明してもらう。		眞田 真子

- 3、トラブルがあった場合
 - ・トラブルの内容を詳しく入力する。(暴言、暴力行為等)
 - ・家族連絡した場合、誰に何を連絡したのか、具体的に入力する。
- 4、ADLが変わった場合
 - ・ケース記録に記載し、職員同士の情報交換を行う。
- 5、最初の入浴、皮膚状態、眠剤を内服した場合
 - ・入浴状況、皮膚状態を詳しく入力する。
 - ・睡眠状態、覚醒状態をケース記録に詳しく入力する。
- 6、排尿間隔が開いた場合
 - ・5時間以上排尿がなかった場合はケース記録へ記載し、看護師にも報告する。
- 7、入浴時の対応
 - ・入浴時には全身観察を行い、発疹などがあった際には看護師へ報告する。
詳しくケース記録へ入力する。
- 8、外出・外泊の場合
 - ・外出については、事前に本人・家族に確認した内容をケース記録に入力し、外出に係る担当がバイタルチェックし、看護師確認後対応する。ケース記録にも入力する。
 - ・外出後は、外出に関わった担当職員がバイタルチェックし、外出時の様子等をケース記録に入力する。
 - ・外泊については、家族に報告した内容をケース記録に入力する。また、外出時間や家族からの要望等があった際は、ケース記録に入力する。
 - ・外泊から戻った際、家族から説明があることがある。その都度ケース記録に入力する。
例)「昼食時に食べ過ぎて嘔吐してしまった。その後は安静にしていたため、落ち着いた」
「家のトイレで転倒し、左腕に1.5cmの内出血ができた」
 - ・家族が来所した時、施設での介助状況や注意点を再度口頭にて説明する。
※詳しくはマニュアル参照

<その他>

- ・地震、停電時で特変者が出た場合でもケース記録へ入力する。

◆ 介護・看護記録の見直し

1、利用者本人や家族が不快になったり、誤解を招く表現はしない

(例) 職員が良くない思いを持っているととられかねない表現は避ける。
客観的に表現する。

好ましくない表現	適切な表現
暴力行為あり	職員の胸元をつかみ離さない
暴言あり	「馬鹿!」「何やってんだ!」など大声で笑う。
話が通じない	理解が得られない
何を言ってもわからない	〇〇回説明するも、受け入れてもらえない。
ボケ症状／まだらボケあり	・説明しても忘れている ・入居してベッド臥床していることを理解していても、夕方になると「仕事に行く」と言っている。
日中ボーっとしている	日中何もしないでベッド上にて過ごしている
理解力低下／理解力不足	〇〇回説明したが、理解を得られなかった
目つきが悪い・きつい	横目で見ると
悪臭あり	汗／尿の臭いが強い
太りすぎ	体重〇〇kg

2、誤解を招きやすい表現はしない

判断材料を提供できるよう、具体的に入力する

3、略語、記号等の使用を見直す

別紙参照

◆ カルテ用語一覧表

圧痛	押して圧力をかけると痛みを感じる事
異食	食べ物ではない物を口にしてしまう事
胃部不快	重苦しいモタモタした感じ、心窩部～上腹部の不快感
意識レベル	呼びかけや痛覚に対する反応の程度
咽頭痛	喉の痛み
悪寒	寒気による震えゾクゾクと感ずること
嘔気	吐き気
嘔吐	吐くこと
喀痰	痰を口から出すこと
覚醒状態	目覚めの状態
咳嗽	咳
偽薬	医薬品ではないが、見た目が似たような物
拒薬	薬を飲むことを拒否すること
胸苦	胸が苦しい
拳上	高く上げること（浮腫がある部位等に行うこともある）
傾眠	刺激をすれば目を覚ますが、刺激をやめるとすぐ眠ってしまう状態
倦怠感	身体がだるい状態
眩暈	めまい
誤飲	誤ったものを口にすること
誤嚥	物を飲み込んだ時に、誤って気管に入ってしまうこと
口渇	のどの渇き
口唇	くちびる
呼名反応	意識レベル低下時に名前を呼ぶと、目を開けたり体を動かしたりすること
擦過傷	擦り傷
腫脹	身体の一部が局所的に腫れ上がった状態
振戦	身体が震えること
失禁	尿・便をもらしてしまうこと
失見当	自分の現在の状況、場所、日時等がわからない状態
湿疹	皮膚の発赤、腫脹やかゆみ
頭重感	頭が重苦しく感ずること
喘鳴	気道狭窄により呼吸するときヒューヒュー、ゼーゼーすること
せん妄	錯覚と幻覚
搔痒感	かゆみ
体熱感	身体に触れたときに、普段よりも温かい状態
多弁	普通以上に次から次へと喋っている状態
多動	じっとすることなく絶えず動いている状態
帯下	おりもの
貼付	湿布等を貼りつけること
痛覚反応	意識レベル低下時等に叩くなど刺激反応
摘便	肛門より指を入れて便を摘出すること
低血糖	血糖値が低下（一般に 60mg/dl 以下）した時起こる。冷汗、生あくび、空腹感、倦怠感が生じる。
導尿	尿道口より管を入れて、尿を体外に出すこと
疼痛	痛み

独語	独り言
怒責	いきむこと、腹に力を入れること、排便時にきばること
塗布	軟膏など、塗り薬を塗ること
飲みきり止め	処方されている薬をすべて飲み終えたら、それで終わりにすること
排ガス	おならが出ること
発汗	汗が出ること
表皮剥離	長時間の圧迫やこすったりして表皮が剥がれること。またその状態
皮下出血	打撲などで皮膚の中に出血すること。皮膚の上から暗紫色に見える。
不随意運動	意識的に動かしていないのに、勝手に身体が動いてしまう状態
腹満	腹部が張った状態
不眠	睡眠が量的、質的に十分でないこと
不穏	行動や言動にまとまりがない、興奮した状態
腹圧	腹部に外的な圧力をかけること
発赤	皮膚の色が赤くなっていること
発疹	皮膚に湿疹や蕁麻疹（じんましん）等のようなものが出ている状態
暴言	暴力的な言動
膀胱洗浄	尿道口より膀胱に管を入れて水を入れ、膀胱内を洗浄すること
抑制	身体の動きを制限すること。ひもや専用の器具を用いる。
裂傷	切り傷、裂けた傷
冷汗	冷や汗

◆ カルテ用語（カナ）

アイテル	膿（のう）、うみ
エデム	浮腫（むくみ）
ガーグルベース ン	うがいをした時等に吐き出すための器
クーリング	冷やすこと。氷枕、アイスノンを使う。
コアグラ	血のかたまり。ゼリー状のことが多い。
ストーマ	人工肛門
タッピング	背中を叩くこと。痰を出すのに役立つ。
グル音	腸の動く音。蠕動（ぜんどう）。
チアノーゼ	唇や指先などが暗紫色になること
デクビ	褥瘡
ネブライザー	吸入器
ヘモ	痔

◆ カルテ用語（アルファベット）

B P（B D）	血圧
B S	血糖値
D M	糖尿病
F B S	空腹時血糖
F R	膀胱内留置カテーテル（膀胱に通して常時尿を排出させる管）
G E	グリセリン浣腸
H B S	B型肝炎（HBs 抗原陽性のことと思われる。感染のおそれあり）
H C V	C型肝炎ウイルス
H R	尿
K T（B T）	体温、熱
K O T	便
L K	肺がん
M K	胃がん
M M K	乳がん
P K	膵臓がん
P	脈拍
P（整）	脈拍が規則的で正常
P（不）	脈拍のリズムが不規則なこと
R K	直腸がん
S P	痰
S C	吸引器で痰を取ること
3 × 1	内服薬を1日に3回ということ

◆看取り介護計画書（ゆ特一看3）

(ゆ特一看3)

看取り介護計画書

作成年月日 平成 年 月 日

入居者名 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日 要介護度 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

ご本人の持病期に対する意向 _____

ご家族の持病期に対する意向 _____

ケア項目	状況・ニーズ	本人・家族の意向	ケア内容・日々の関わり方
医療	・全身状態の低下により、日々の状態観察が必要	(本人) (家族)	・毎日の血圧、体温、脈、呼吸状態の観察 ・痛みの部位と痛みの状態の確認を行い、痛みに対しての対処療法を行う。
食事	・食欲の低下と、嘔吐することが見られる ・水分量の低下（甘い物、ボカシ、お菓子を提供）	(本人) (家族)	・食べやすい状態での食事提供と、食欲の状態に合わせた介助を行う ・食事、水分の摂取状況の把握 ・ご本人の好きな物を、食べる事が難しくても味わって頂けるようにする
排泄		(本人) (家族)	・排泄の回数にあわせた介助を行い、少しでも不快感が持続しないように対応。 ・オムツや尿とりパットでの圧迫感を感じないように、最小限の着用を行う。
清潔		(本人) (家族)	・身体の状態に応じて、可能な時は入浴を行う ・毎日の洗顔、整髪、剃りを行いご本人にも気持ちよく感じて頂けるようにする。
体位姿勢		(本人) (家族)	・ご本人が一番楽な姿勢が取れる、体位の確保を行います
居室環境		(本人) (家族)	・居室の照明の明るさや室温を調整し、快適に過ごせるように配慮します ・ご家族面会時には、ゆっくりと通ごしていただけるよう、居室に椅子等を準備します。
精神的関わり		(本人) (家族)	・少しでもご本人のお話が聞けるよう、細かな話を言い声掛けをしています。 ・声掛けやスキンシップを取り、体にいる安心感が得られるようにしていきます。
その他		(本人) (家族)	・今後ご本人の状態変化により、ご家族の気持ちも変化が出てくると思います。 その際はいつでもご相談できるようにし、ご本人・ご家族の思いに沿ったケアができるようにしていきます。 ・可能な限り面会に来て頂き、ご家族と一緒に過ごす時間を多く設けて頂けるよう、ご協力お願いします。

上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。
上記サービス計画について説明し、交付いたしました。

平成 年 月 日 利用者・家族氏名 印
平成 年 月 日 計画作成担当者 印

◆看取り介護計画モニタリング表（ゆ特一看4）

看取り介護計画モニタリング表				(ゆ特一看4)			
入居者名		様 生年月日 M・T・S		年 月 日		計画作成年月日 平成 年 月 日	
開催日時		平成25年 月 日 ()		～		要介護度 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	
	嘱託医		本人		ご家族		
	看護師		ユニット職員		生活相談員		
	介護支援専門員						
項目	ご本人の状況	ケア内容の実施状況		今後のケアの内容			
医療							
食事							
排泄							
清潔							
体位姿勢							
居室環境							
精神的関わり							
その他							
本人・家族の意向							
同意日		平成	年	月	日	氏名(捺印)	
確認日		平成	年	月	日	確認者氏名(職種)	

◆看取りカンファレンスの要点（ゆ特一看5）

記入日 平成 年 月 日 (ゆ特一看5)

看取りカンファレンスの要点

入居者名 _____ 計画書作成者（担当者）氏名 _____
 開催日 平成 25 年 月 日
 開催場所 会議室 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目						
内容検討						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

調査研究報告書のサマリー

平成24年度老人保健健康増進等事業

重度化する要介護者に対する施設内看取りの推進に向けた調査研究事業

〔宮城県涌谷町 (報告書A4版182頁)〕

(1) 介護老人福祉施設等での看取りが進まない要因を明らかにすることとし、その方法は、

施設側の要因(スタッフの看取り経験が乏しいことや、嘱託医の協力が手薄いこと等や

利用者や家族の側の要因として、施設での最期を家族が土壇場で拒否する等の実態調査を行い掘り下げていった。

(2) 介護老人福祉施設等で実現可能な看取りに向けた介護職向けのマニュアル及び教材を完成させるため、マニュアルには介護職・看護職が無用な心配をせずに、自らの施設での看取りが可能となるようなQ&A集、高齢者が弱って死に至るまでのプロセスを綴り、おおまかな余命が推測できる観察ポイントなどの調査検討を行った。

在宅、施設、病院の看取りについて、実際に在宅看取りや施設内看取り、病院の看取りの違いを住民に認識して貰うため、実際に看取りを積極的に行っているドクターの基調講演とシンポジウムを開催した。シンポジウムでは、住民の認識や考え方、不安な点など生の声が聞かれ、在宅や施設での看取りのマニュアルの作成にあたっては多いに参考となった。それらを踏まえた看取りのマニュアルであるので、多くの介護福祉施設にも十分参考となる内容となっている。宮城県内の介護老人福祉施設にマニュアル等を配布したので十分に活用してもらいたい。

介護老人福祉施設と利用者・家族との間で良好な関係を築き、終末期において必要性が薄く効果も乏しいと考えられる医療を受けることなく、双方が納得のいく形で施設での看取りが行われる体制を確立して欲しい。

また、施設での看取りの推進は全国に共通する問題であり、成果を全国で活用できるよう、宮城県涌谷町のホームページ等を通じて情報発信を図り、医療費の削減にも貢献できれば、本事業の効果は大きいものがあると考えられる。

事業目的

介護老人福祉施設等での看取りを推進することにより、限られた医療資源の中で地域包括医療の充実を図る。

事業概要

介護老人福祉施設における看取りの実態に関する聞き取り調査及び施設研修
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会開催のユニットケアセミナーへの参加
涌谷町町民医療福祉センター倫理委員会の開催 16名出席
施設内看取り検討委員会 3回開催 計33名出席
施設内看取り作業部会 6回開催 計60名出席
地域包括医療・ケア 施設内看取りシンポジウム 開催 123名参加

調査研究の過程

- (1) 介護老人福祉施設等での看取りが進まない要因を明らかにすることとし、その方法は、施設側の要因(スタッフの看取り経験が乏しいことや、嘱託医の協力が手薄いこと等や利用者や家族の側の要因として、施設での最期を家族が土壇場で拒否する等の実態調査を行い掘り下げて行った。
- (2) 介護老人福祉施設等で実現可能な看取りに向けた介護職向けのマニュアル及び教材を完成させるため、マニュアルには介護職・看護職が無用な心配をせず、自らの施設での看取りが可能となるようなQ&A集、高齢者が弱って死に至るまでのプロセスを綴り、おおまかな余命が推測できる観察ポイントなどの調査検討を行った。

事業結果

施設の職員からのヒアリングでは「利用者や家族から看取りに関する要望は聞いたことがない」と言っていたが、実際利用者や家族から聞いてみると8割以上が施設内看取りを希望があり、看取り看護体制の構築の大きな動機となった。

課題...実際に看取りを行うための問題点と解決策を検討した。

1. 嘱託医は週1回の回診であり、夜間に看護師がいないため急変の対応が不安。訪問看護などの利用や急変時に医師の往診が欲しい。
2. 医療的な行為に夜間等の状態変化時に医師の指示が欲しい。
3. 看取りの経験やスキルアップのために人事交流をお願いしたい。
4. 息を引き取ってから24時間内に死亡確認と死亡診断書を書いて欲しい。

解決策

1.2. については医師が「看取り」と診断した以降は、医療的な治療はほぼ無い。急変などであればこれまでのように救急外来を受診。経験をすることで解決できると思われる。

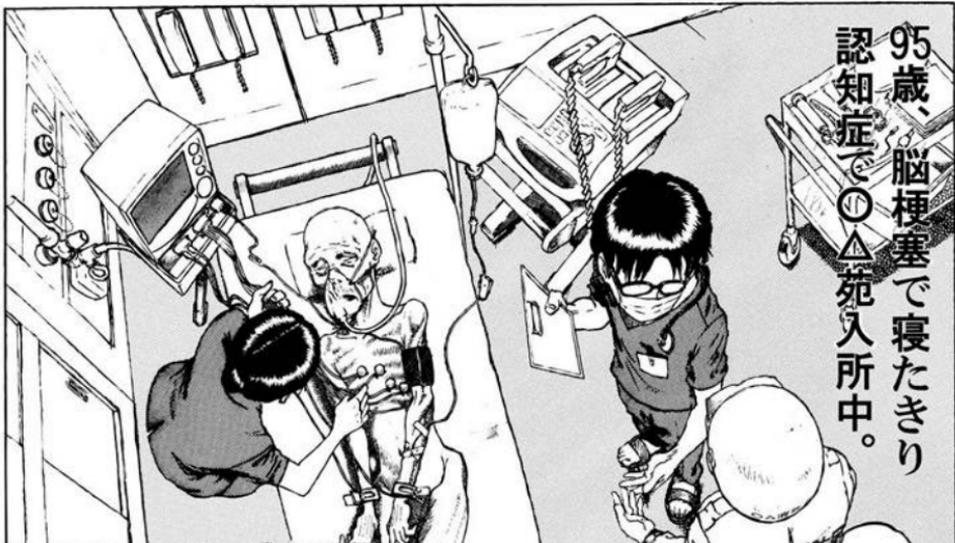
3. お互いのスキルアップのためには是非実施する。

4. 病院内で在宅対応のオンコール制度があるので、その制度で対応は可能。

事業実施機関

施設名 宮城県涌谷町町民医療福祉センター
所在地 宮城県遠田郡涌谷町涌谷字中江南278番地
郵便番号 987-0121
電話番号 0229-43-5111

95歳、脳梗塞で寝たきり
認知症での△苑入所中。



最近、食事をほとんど
摂れてなかった様です
今朝から呼び掛けにも
反応しなくなったため
救急要請



診察したら
ご家族に相談
しましょう



なるほど

ご家族が
隣の部屋に
お見えです

…つまり
診察や検査の結果、歳相応の衰え
所謂「老衰」と判断します

医学的には
もはや治せない
ものと考えます

そんな
爺ちゃんを元気に
……歩ける様に
治療して下さい

老衰って…点滴して
リハビリすればまた
元気になるんでしょう

困るわよ
万一、死なれてもしたら
親戚に何て言われるか…

あう…あ

お気持ちには
わかります。が、
ご本人を見て下さい







点滴等の医療行為を一切行わないと、およそ一〜二週間で衰弱して死亡します

それじゃ見殺しじゃないか

確かに残酷に見えるかもしれないが、意識が徐々に落ちていき苦痛や不安を感じる事無く死に至るとされています

ポイント

患者本人の希望によって延命治療を開始しないことによって家族や医療関係者が罪に問われたケースはこれまでありません

ただ、一度始めた延命治療を中止した場合には殺人罪に問われる可能性があります

※国会でも患者の意思を尊重して延命治療を中止した場合に関係者の責任を問わない法律を作る動きがありますが、まだまだ先の話です

その心配はないでしょう

でも俺達家族も虐待とか保護責任者遺棄致死で捕まるんじゃないの



せめて
点滴くらいはして
貰えませんか



私達医療関係者は
ご本人の意思を
一番に尊重すべきと
考えます



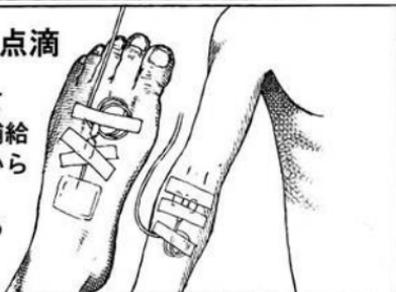
ただ、ご家族で考えて頂く為に
一般的な点滴について
説明します

位置と
ボルトの
位置から
大きく分
かれます
3つに
大きく分
かれます



①手足からの点滴

栄養は殆ど入って
いないが水分を補給
する事で数週間から
一か月程度の
延命が期待できる



水だけで
そんなに
延びるん
ですか



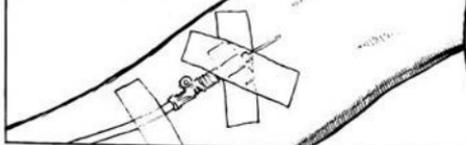
認知症の方だと自分で点滴の管を
引き抜いてしまう恐れがあります。
手袋をはめたり、動かないように
バンドで体を固定しなければ
ならない事もあります



はい。最低限の水分さえあれば
体のタンパク質や脂肪を
エネルギーに変える事が出来
ます。そして少しずつ衰えて
いきます



普通は血管の中に柔らかい針を入れたままにして点滴します



水分の補給だけなら「皮下点滴」で対応できます

食べてないと血管が細くなって点滴の針が挿せなくなると聞きましたか？



血管に針が挿せなくなった場合代わりに皮下に針を挿して点滴します



もし針が抜けてもほとんど出血しませんので認知症の方でも安全ですが急速点滴が必要な方には向きません

「中心静脈栄養」

水分だけじゃなくても栄養になるものも点滴して貰えますか？

エネルギーや栄養素を補給できますが一方で感染症や血栓の予防管理が大変で認知症の方が自分で引き抜いてしまうと大量に出血する恐れがあります胃腸を使わないので腸の粘膜が委縮してしまい口から食べる事が難しくなります

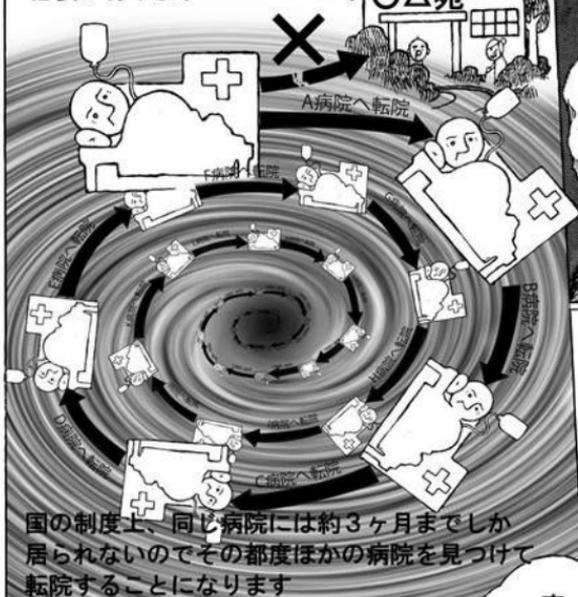


大腿静脈



足の付け根や鎖骨の下等にある太い血管から高カロリーの高い輸液を点滴する「中心静脈栄養」という方法があります

中心静脈栄養は介護施設での管理が出来ないのでずっと入院する必要があります



太い血管からの点滴だとどれ位生きられますか？



一年以上生きる方が多いです。ただ…



点滴じゃない栄養補給もありますか？

栄養剤を管から胃腸に直接流し込む「経腸栄養」ですね

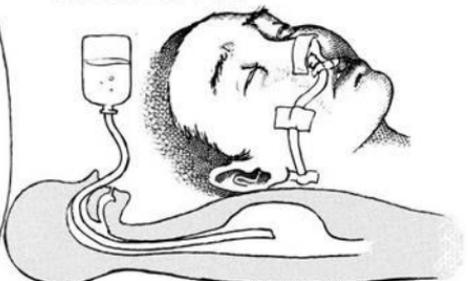
主に「経鼻経管栄養」と「胃瘻」の2種類があります

…どう違うんですか？

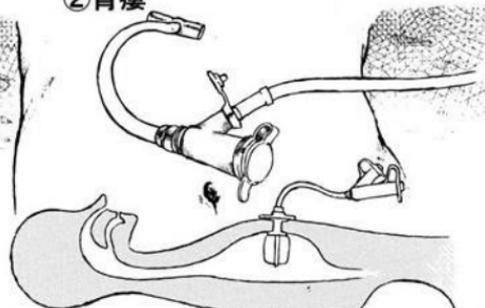


経鼻経管栄養は管を抜けば傷は残りませんが胃瘻は皮膚から胃までトンネルを掘って栄養を流し込みます

①経鼻経管栄養



②胃瘻



どちらも定期的な管の交換が必要になりますし…

栄養剤が胃から肺に逆流して肺炎を起こすリスクがあります



高齢者だと命に関わる事にもなりかねません

なにより命治療は一旦始めたら中止出来ません

よく話し合い事前の意思表示を



先生、お爺ちゃん
やっぱり家に連れて
帰ります

死ぬ時は自分の家がいって
爺ちゃんよく言つてたから

在宅医療は様々なサービスが
あります。医療ソーシャルワーカーと
よく相談してみてください。



でも正直、連れて
帰るといっても…家で
何をしたら良いのか…
お金の面も不安だし

相談室

老衰のせいだとわかつて
いても家で死ぬのを
見届けるのは不安です。

なるほど。在宅医療を手掛けている
クリニックは24時間相談に応じてくれます
ので、そんなに心配しなくても大丈夫ですよ。



お住まいの地域だとO△Kクリニック
が近いです。訪問看護にも力を入れ
ています。主治医から紹介状が出てい
ますので一度面談してみてください。

費用の面ですが、高齢者の場合
負担する医療費の上限が決まってい
ますので1割負担だとだいたい
クリニックに月1万円程度と
薬局に薬代が必要となります。
公的な支援制度もありますので
「病院の方が安くて
自宅で過ごす」と高くなる
というイメージは当てはまらないことが
多いです。





自力で寝返りが打てなくなる



自力で食べる事ができなくなる

X

W・C



自力で排泄ができなくなる

残念ながらいよいよ
最期が近づいている
様です。

いよいよなんで
しょうか…



今まで少しずつに
弱ってきたと伺って
おりました。



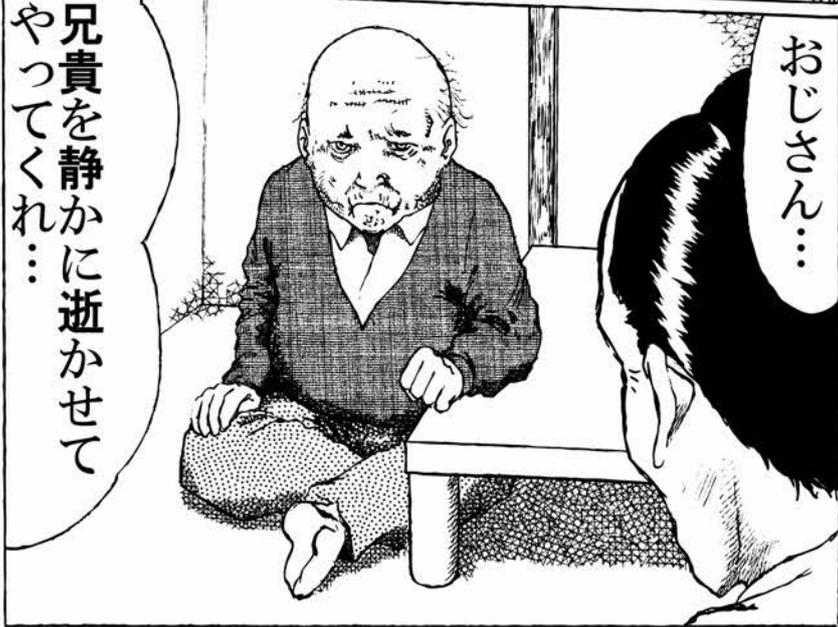
爺さんはどうなって
いくんですか？

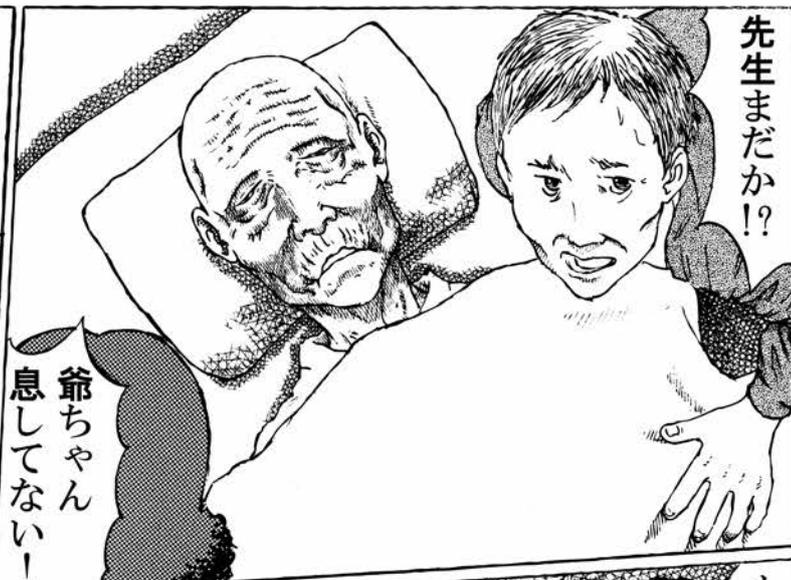


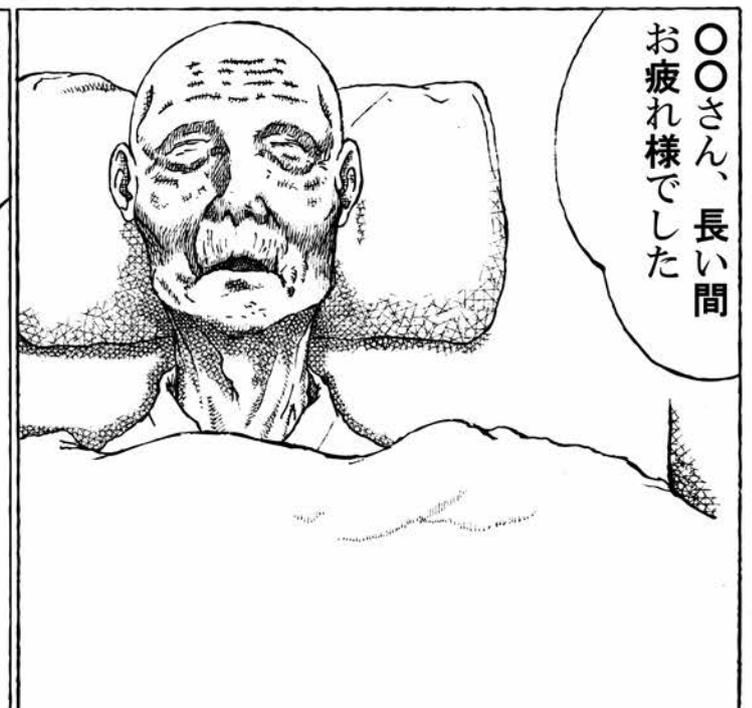
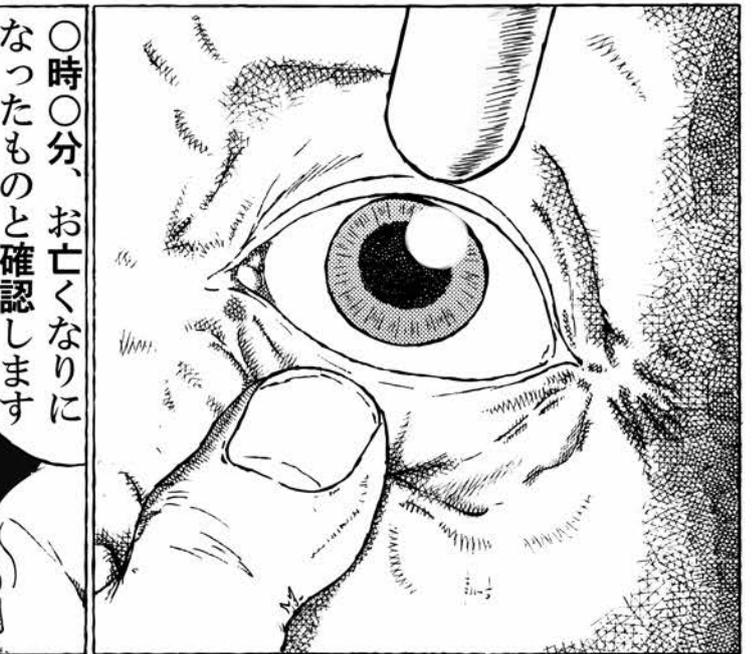
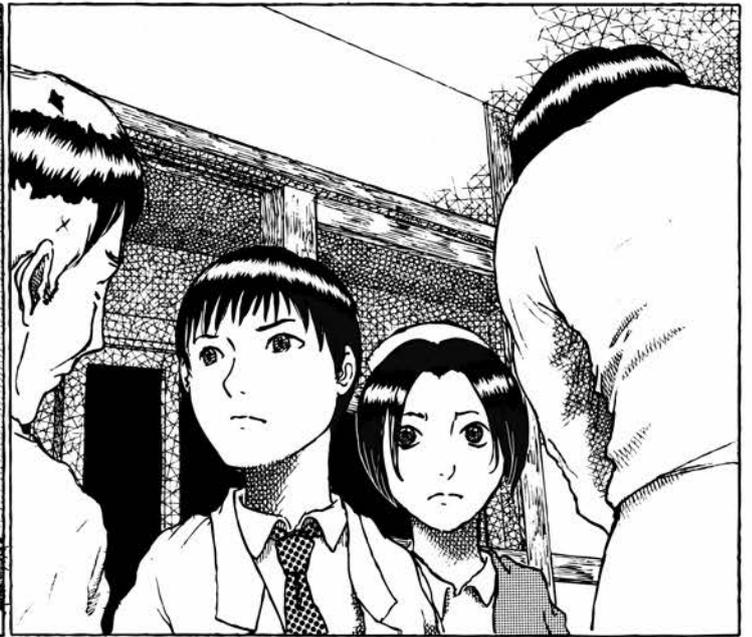
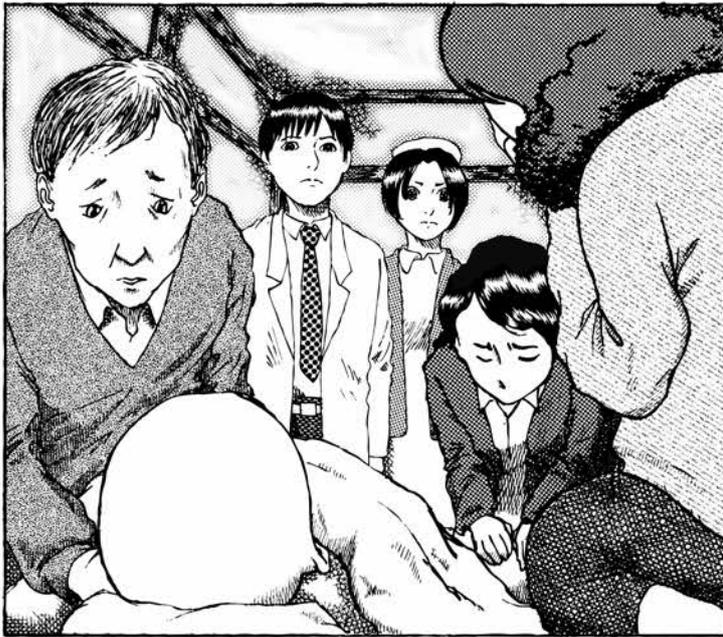
これから







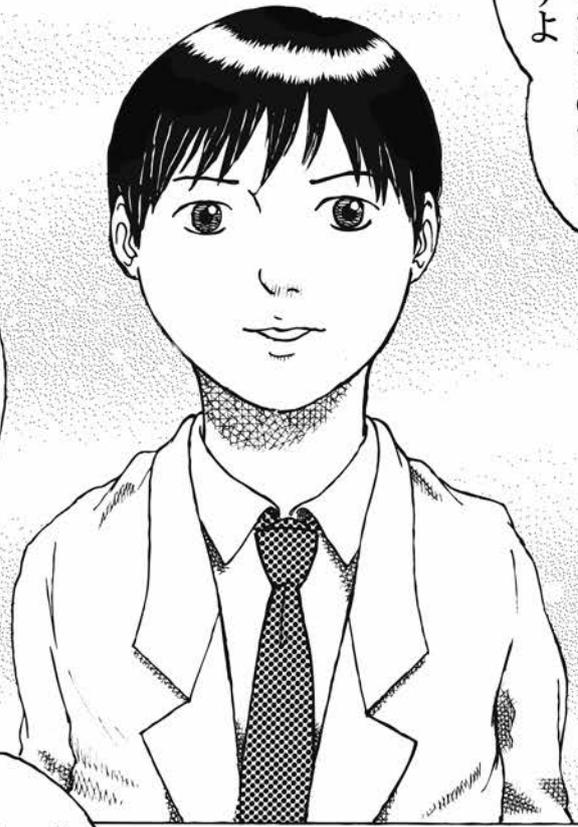




ご本人こそ皆さんに
そう言いたいのだと
思いますよ



病院で最期を迎える方が多い中
家に連れて帰ろうというご家族の
決断は素晴らしいと思います



ご本人にとって
人生の締め括りは
幸せだったのでは
ないでしょうか





そつうよそつうよ

生きていた限り年金は
お命ちゃんたし



連れて帰っても何かあったら
心配なので入院させてもらえ
ませんか？



酷なようですが
老衰に対して
医療が出来ることは
ありませんよ



当院はこの地域の救急医療の砦です
ベッドは重病や怪我を負った方の為のものです
老衰の方で貴重なベッドを埋めてしまう訳には
いかないのです

入院は
認められません



当直の先生ですよね!! O号室のOOさん
サチユレーション
血中酸素飽和度が60台です



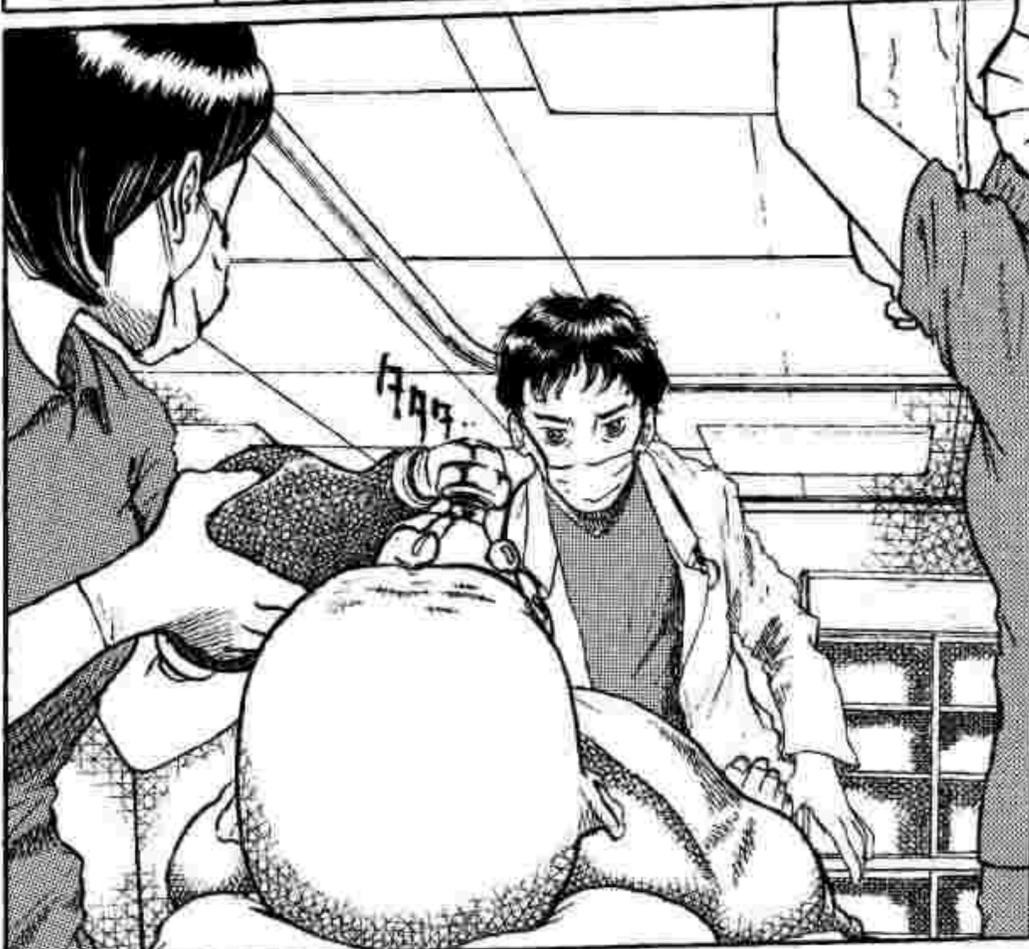
意識レベル300で
血圧は触診で
上が50です!!

わかった
すぐに行きます

夜分遅くすいません
O△病院です。
OOさんのお宅ですか



OOさんの容体が
急変しましたので今すぐ
来てください!!



自発呼吸が
無いね...



胸の上がりが悪いです
痰も引けません

はい...でも
そこまでやるんですか?

先生、
どうしますか?



...挿管、
しましょう



蘇生不要
DNARという話に
なっていないからね...



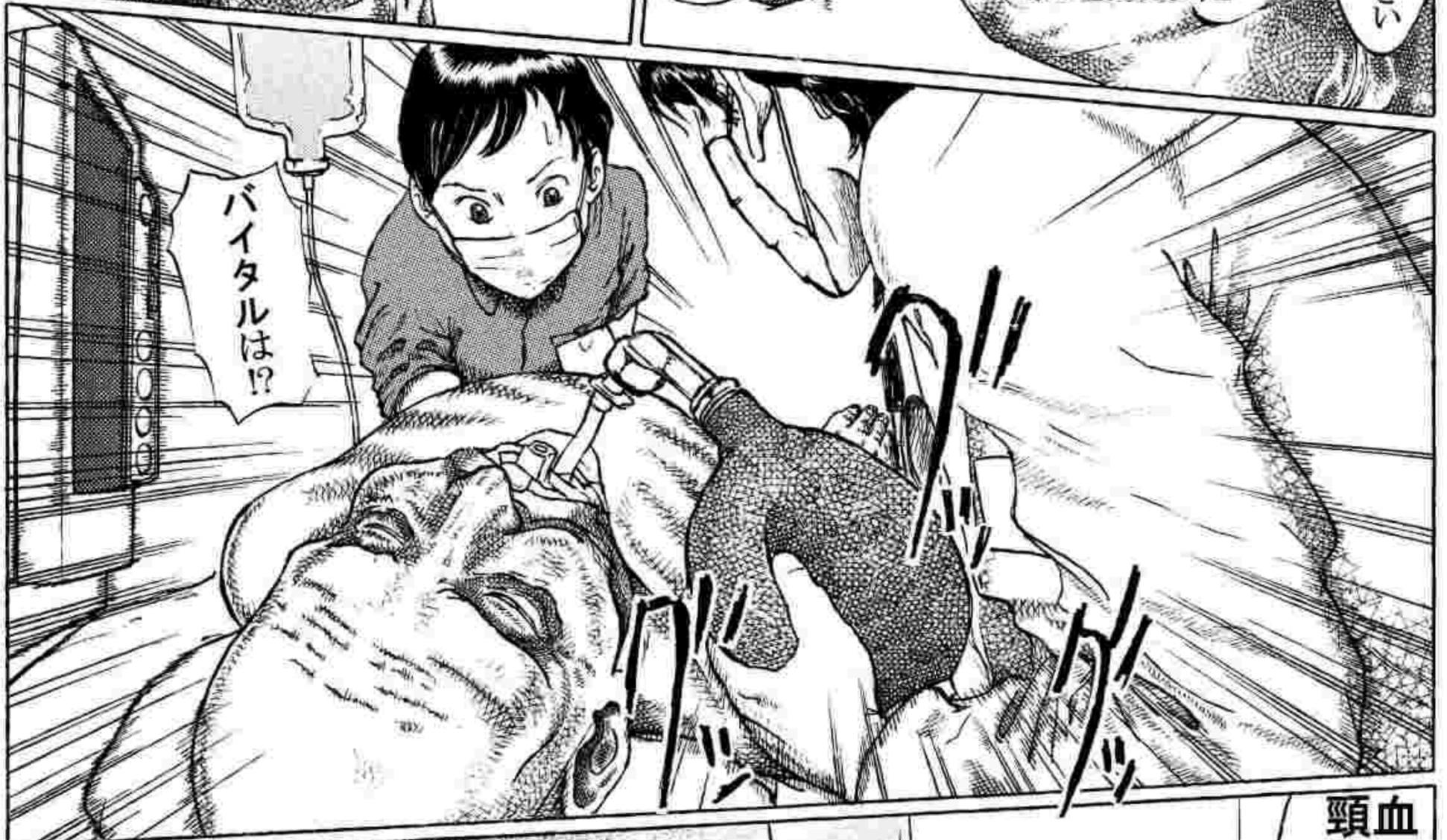
換気良好
固定しよう

前歯折れちゃった

顎が硬いね

よし、
なんとか入ったぞ

挿管チューブ下さい

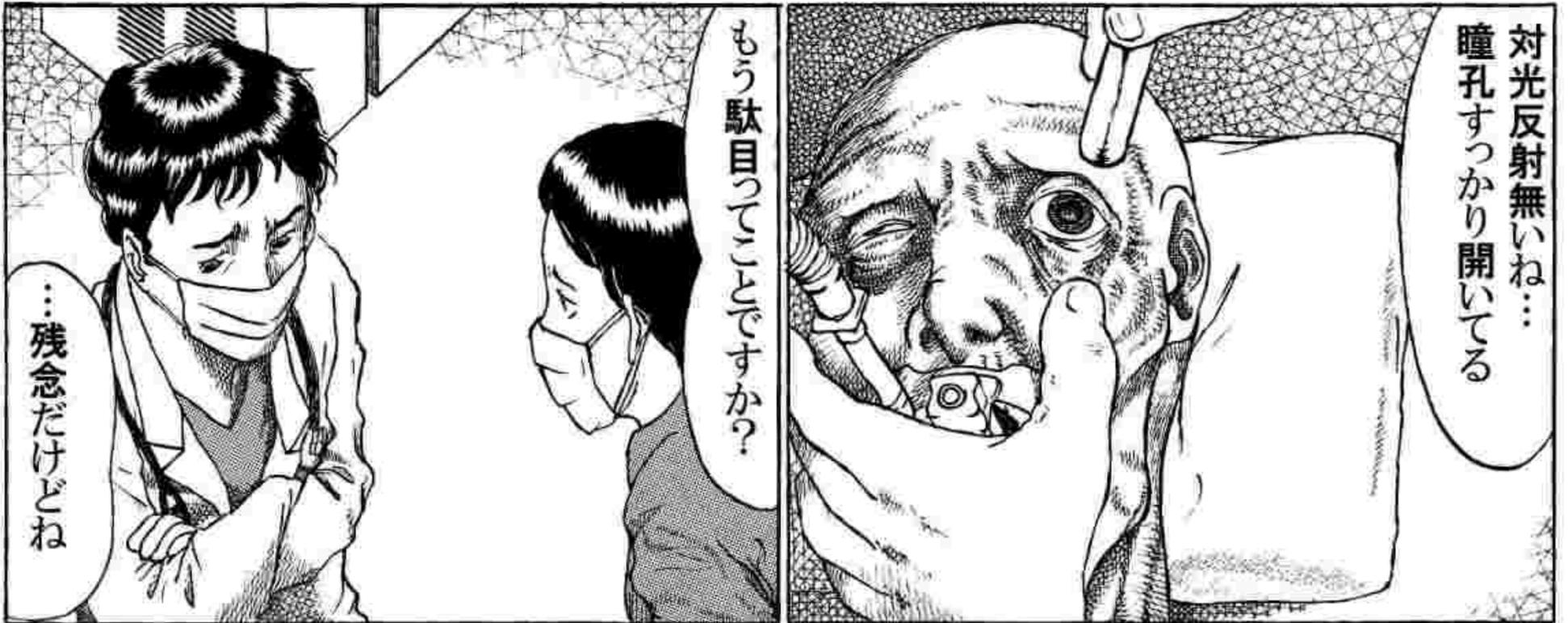


バイタルは!?

血圧測れません
頸動脈もふれません



レスピ
人工呼吸器
つなごうか



…残念だけどね

もう駄目ってことですか？

対光反射無いね…
瞳孔すっかり開いてる



てめえ、ウチの爺さんに
何しやがった！

タタタタタ

先生！
ご家族が
お見えです



こんなに機械に繋がれ
ちゃつて…
どういふつもりよ！

もしものことがあったら
タダじゃおかないって
言っただろう！



呼吸が止まりかけた為
人工呼吸器を装着

血圧低下に対して
昇圧剤を使って
います

…ただ対光反射は無く、
脳は機能していないと
考えられます

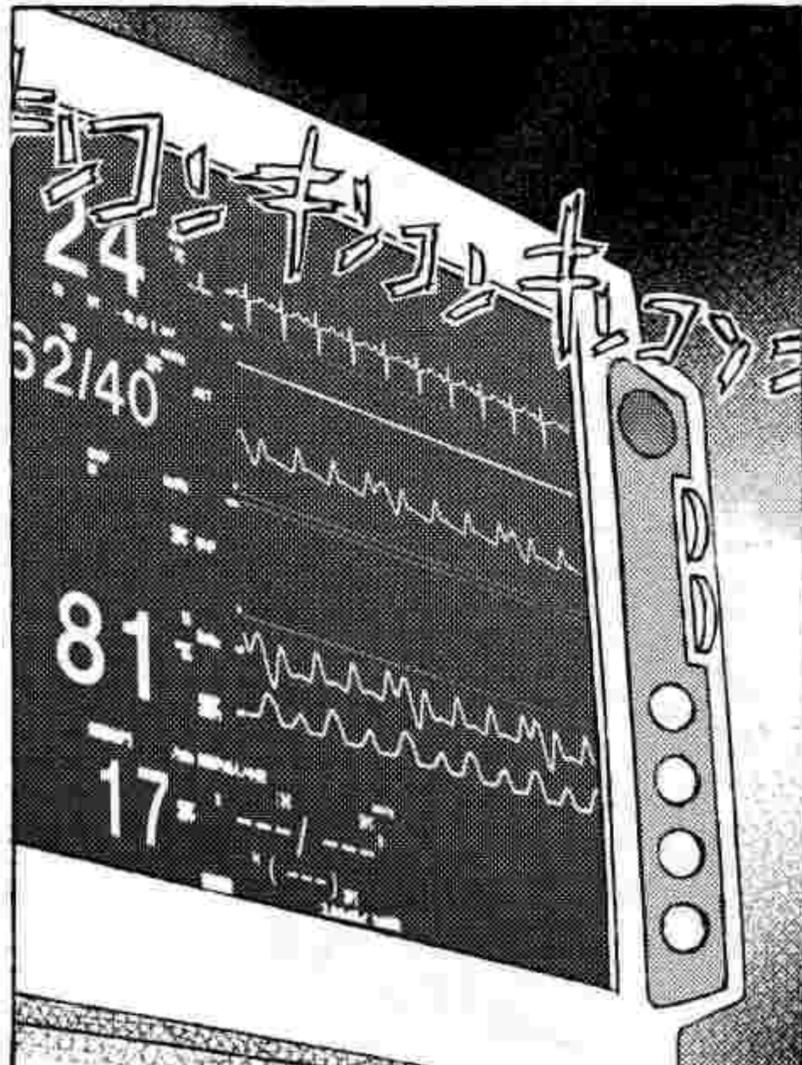


死んじゃったら東京の兄貴に
何て言われるか…
役立たずの老いほれでも年金は
そこそこもらってたからな



心停止に至るのも
時間の問題です

くそ…



とにかく、生かすために
なんでもやってくれよ

場合によつちや
訴えるからな!



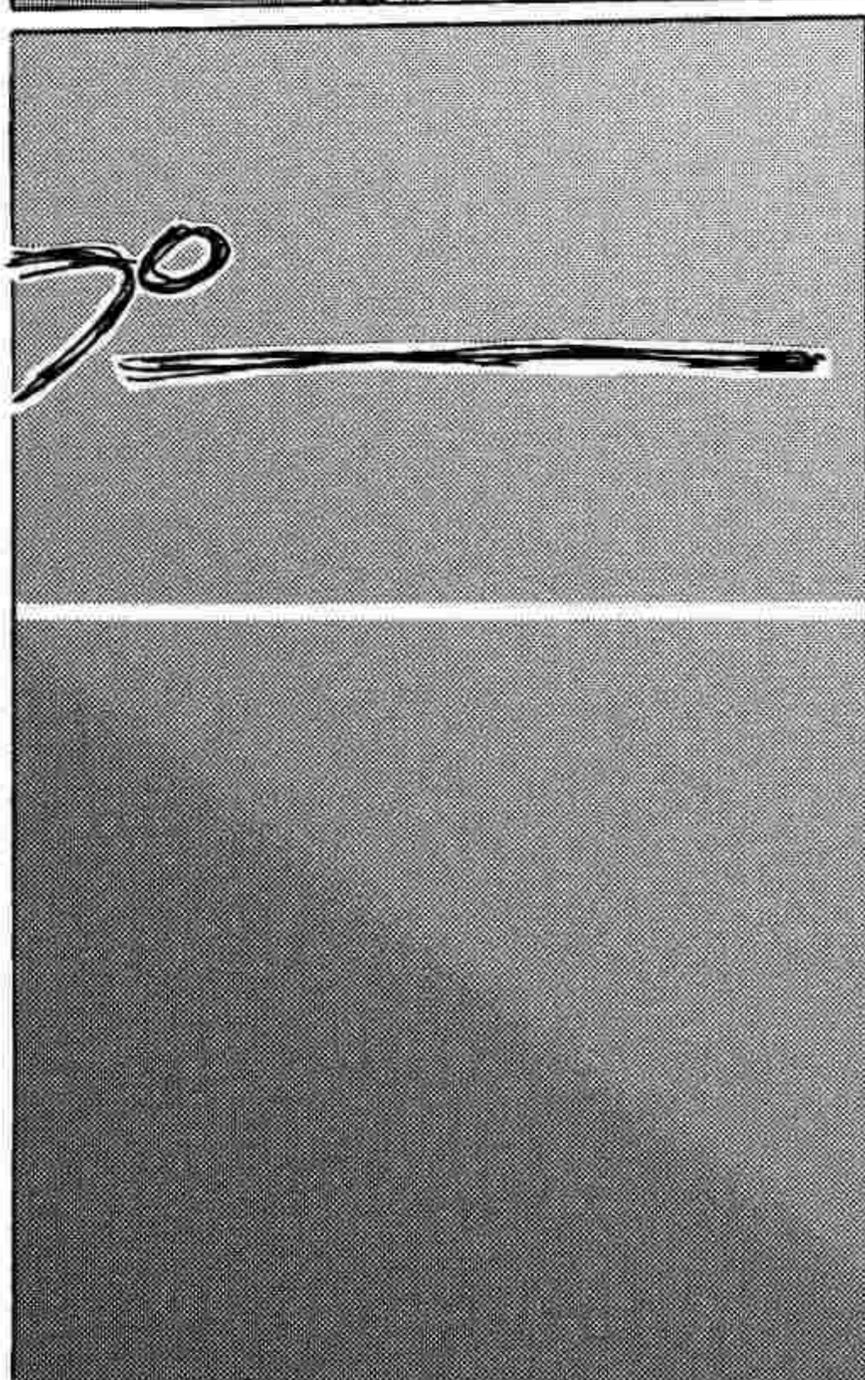
馬鹿言うな!!お前医者だろろう
なんとかしろよ!!



先生、心拍が
20台まで落ちてます



もう心臓が
止まりそうです



これ以上出来ることはありませんよ!?
電氣的にはモニターに波形が出ていますが
心臓はもう動いてないんです。ポンプとして
血液を送る役割はもう果たしてないんです!!

残念ですが
只今の時間をもって
死亡確に…

ガッ

お前！心臓マッサージでも
なんでもやれよ！！

今から心臓マッサージをやっても
ご本人を痛めつけるだけです！！

いいからやれ

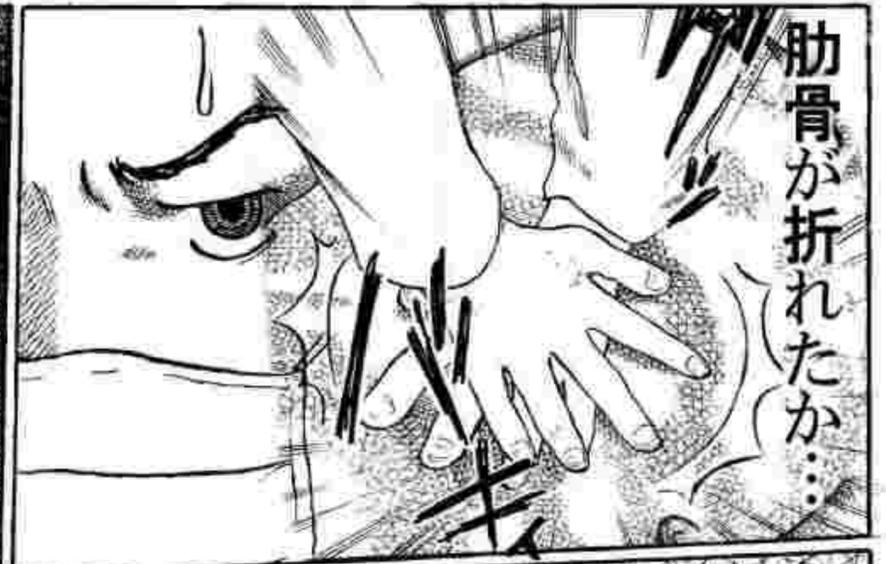
やれと
言ってるんだ！！

…どうなつても
知りませんよ

キッ



老衰が原因なんだから蘇生なんて無理だろう
心臓マッサージしても骨がもろい高齢者は肋骨や胸骨を折ってしまうだけだが...



肋骨が折れたか...

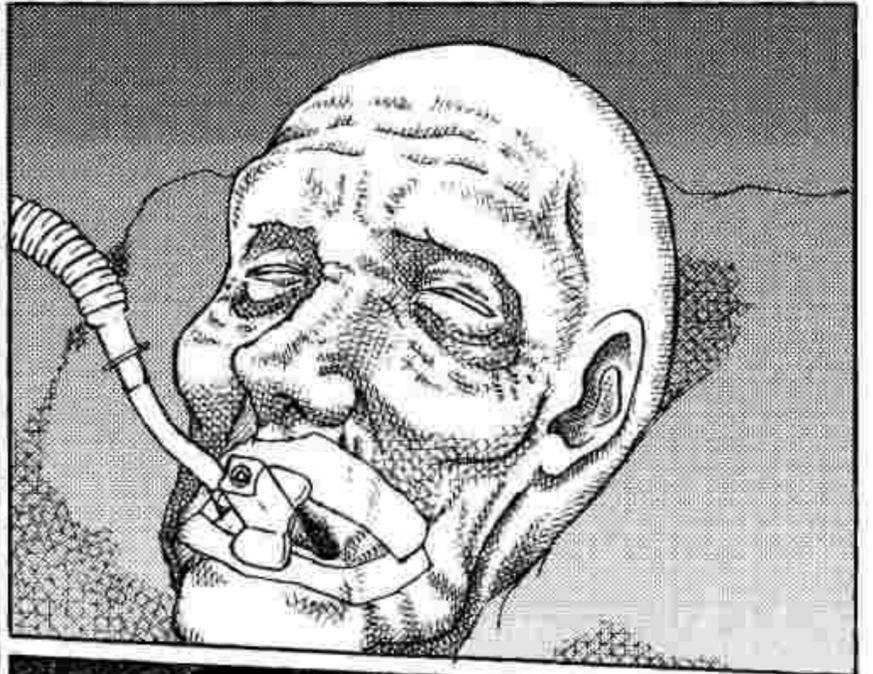


どうなってるんだ
この病院は！

爺さんを
どうにかしろよ



心肺蘇生を長時間試みましたが
もはや回復する見込みは
ありませんので中止します。



はあっ

はあっ

はあっ



○△病院で医療ミスがありました
亡くなったのは○○○○95歳男性



ちっ



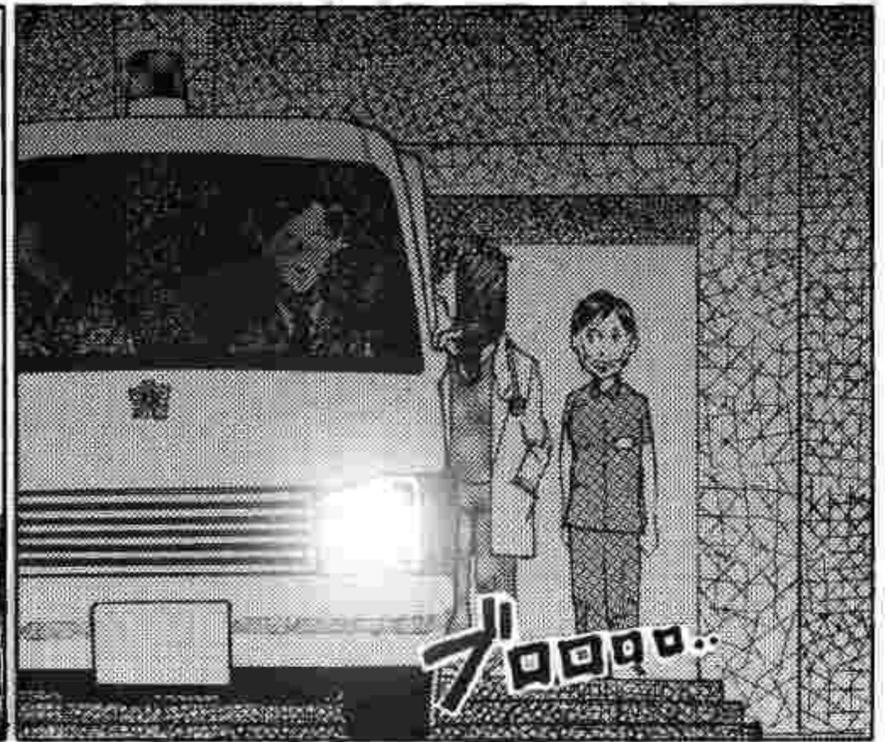
もしもし
警察ですか







私達、免許剥奪
ですか？



でも、もう私この病院辞めます
人助けがしたくて看護師していた
だけなのに警察沙汰なんてもうイヤ
です

