

# 西区在宅ケア連絡会活動報告書 (IX)

平成24年7月3日(第162回)～平成25年7月9日(第173回)



西区在宅ケア連絡会

## 目 次

I	はじめに	1
II	発足までの経緯	1
III	開催状況	2
IV	出席者	3
V	検討結果	4
VI	シンポジウム	9
VII	おわりに	25

---

## I はじめに

— 平成12年6月 発行分 —

平成6年から8年にかけて社会的に多くの議論がなされた。それはその後急速に高齢社会が到来し、社会環境も変化し、地域における市民相互の共生が求められるであろうということ、また、在宅療養支援に対する要望も高まり、地域ぐるみでの多くの分野のサービス間の連携が求められるようになるであろうということ、そしてこれらのことにどのように対応するのが良いのか、という議論であった。(略)

## II 発足までの経緯

平成8年12月発刊の札幌市医師会医療システム検討調査委員会報告書—在宅療養についてII—において、在宅療養者のもつニーズ情報、サービス提供者のもつサービス情報そして医療提供者のもつ医療情報が一つにまとめられ個々への対応が検討される体制づくりが望ましいとの提言がなされたが、具体的な活動の動きをみることはできなかった。そこで、札幌市医師会会員の有志が検討をした結果、実際に地域の関係者に呼びかけてできることから始めてみよう、ということとなった。(略)

平成9年7月15日第一回幹事会が開催され、以下の活動目的のもとで西区内の医療、保健、福祉の関連施設、機関に広く参加を呼びかけて第一回連絡会を開催することが決定され、実際の活動が始まった。

この会の活動目的は、以下のとおりとされた。

- 1 西区内に在住し、在宅療養を希望する人の、在宅療養推進のための連絡調整をはかること
- 2 各施設、機関から現在の問題点の調整を求める提案をすること
- 3 希望者の在宅ケアのサービスメニューを作成すること
- 4 医療を希望する人の主治医をさがすこと
- 5 医療機関相互の連携を推進すること
- 6 活動結果の見直しを継続的にこなうこと

活動報告書(II)のために	—	平成17年10月	発行分	—	(略)
活動報告書(III)のために	—	平成20年10月	発行分	—	(略)
活動報告書(IV)のために	—	平成20年10月	発行分	—	(略)
活動報告書(V)のために	—	平成21年7月	発行分	—	(略)
活動報告書(VI)のために	—	平成23年5月	発行分	—	(略)
活動報告書(VII)のために	—	平成23年12月	発行分	—	(略)
活動報告書(VIII)のために	—	平成24年9月	発行分	—	(略)

前回の報告書発行、以降も活動は継続されている。平成25年5月には、シンポジウム「生ききる 地域で最期まで過ごしたい ～本当に大丈夫?～」を開催した。

この活動報告書(IX)は、第162回～第173回の活動報告並びにシンポジウムを掲載し発刊したものである。

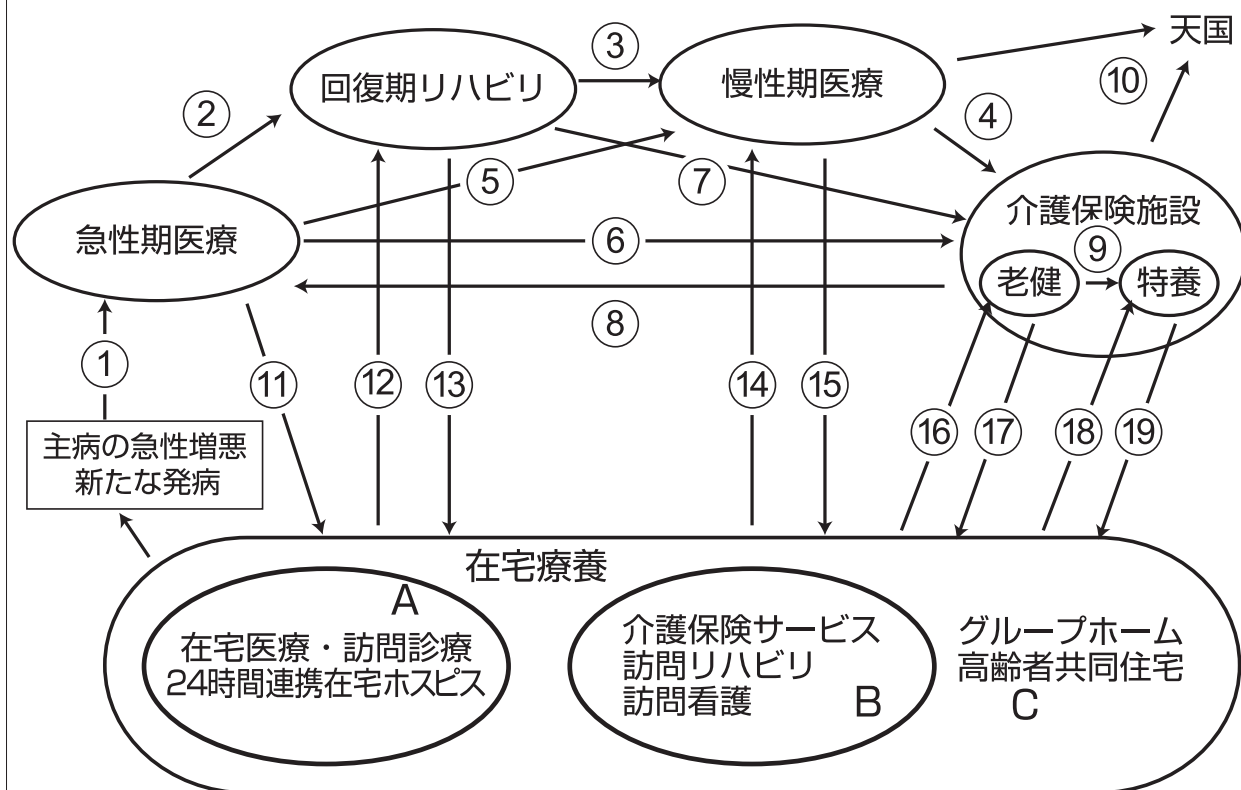
なお、平成19年3月、鎌倉幹事のご努力下、フェイスブックページ(<http://www.facebook.com/renrakukai/>)とホームページ(<http://www.zaitaku-care.info/>)が開設されている。

(幹事会 坂本 仁)

### III 開催状況

回	開催日	出席者 (医師)	検討 事例	特集および研修テーマ
162	24/ 7/ 3	83( 4)	—	特集「高齢者をねらう消費者被害について」 ほっとワーク会議運営委員会
163	8/ 7	137(12)	—	手稲区合同研修「手稲区の在宅医療連携における課題」 手稲家庭医療クリニック 小嶋 一さん
164	9/11	84( 7)	—	特集 三輪書店「地域リハビリテーション」執筆者から解説 1～4
165	10/ 2	81( 5)	—	特集 三輪書店「地域リハビリテーション」執筆者から解説 5～10
166	11/ 3	—	—	第3回 北海道在宅医療推進フォーラム に参加
167	12/11	49( 2)	—	特集「地域で孤立させない、少しでも安心できるかわりとは？」
168	25/ 2/12	57( 3)	—	特集 新聞記者がみた障がい福祉サービスの実情 (1) 北海道新聞生活部 弓場敬夫さん
169	3/12	64( 3)	—	特集 新聞記者がみた障がい福祉サービスの実情 (2) 北海道新聞生活部 弓場敬夫さん
170	4/ 9	79( 4)	—	特集「今、住宅はどうなっているのか？」 北海道高齢者向け住宅事業者連絡会 奥田龍人さん
171	5/21	308	—	合同シンポジウム 『『生ききる』地域で最期まで過ごしたい、本当に大丈夫？』
172	6/11	80(6)	—	特集 「生ききる」地域で最期まで過ごしたい 在宅編
173	7/9	104(6)	—	特集 「生ききる」地域で最期まで過ごしたい PCU(Palliative Care Unit) 編

### 在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向（ぐるぐる図）



西区在宅ケア連絡会作成

#### IV 出席者

回	開催日	医師	看護師	保健師	PT	OT	ST	SW	CW	薬剤師	ケアマネ	ヘルパー	介護福祉士	サービス提供者	管理者	その他	合計
第151回	2011/7/12	10	6	1	8	5	1	13			10	11	3	4	2	13	87
第152回	2011/8/9	2	2	1	11	2		11			8		1	3	4	15	60
第153回	2011/9/13	5	3	2	6	3	1	10		1	11	3	2	1	10	10	68
第154回	2011/10/11	3	8	1	5	5	1	12		1	9	3	2	5	6	13	74
第155回	2011/11/3	北海道在宅医療推進フォーラム															0
第156回	2011/12/13	3	14		8	6	2	6		2	12	1	5		9	5	73
第157回	2012/2/14	7	4	1	6	3	1	13		3	7	3	2	3	4	7	64
第158回	2012/3/13	5	7	1	4	5	1	12		2	12	8	1	7	3	3	71
第159回	2012/4/10	6	12	2	11	3	3	13		4	14	4	2	10	8	6	98
第160回	2012/5/15	合同シンポジウム															198
第161回	2012/6/12	2	8		4		2	14		3	15	8	3	4	2	1	66
合計(第151-161回)		43	64	9	63	32	12	104	0	16	98	41	21	37	48	73	859
第162回	2012/7/10	4	4	1	7	3	2	22		3	14	7	1	2	6	7	83
第163回	2012/8/7	12	13	2	7	2	3	23		2	32	4		3	12	22	137
第164回	2012/9/11	7	5	3	4	3	2	20		3	14	5	1	3	5	9	84
第165回	2012/10/9	5	10	1	6	2	2	19		2	13	3	1	3	5	9	81
第166回	2012/11/3	北海道在宅医療推進フォーラム															0
第167回	2012/12/11	2	4	2	6	3	3	10		1	5		1		6	6	49
第168回	2013/2/12	3	6	2	7	3	3	13		1	8	1	1		4	7	59
第169回	2013/3/12	3	6	1	8	3	4	12		2	6	2	2	2	7	6	64
第170回	2013/4/9	4	4	1	16	3	2	16		4	11		3	2	2	11	79
第171回	2013/5/21	合同シンポジウム															308
第172回	2013/6/11	6	5	1	10	4	2	8		3	18	5	1	1	5	11	80
合計(第162-172回)		46	57	14	71	26	23	143	0	21	121	27	11	16	52	88	1,024
第173回	2013/7/9	6	6	4	16	6	5	10		3	20	2	1	3	7	15	104

(在宅医療推進フォーラムは出席者数をカウントせず、合同シンポジウムは総数のみカウントした)

## V 検討結果

### 第162回 平成24年7月10日(火) 18時30分 西区民センター

#### 1 情報提供

「西区で起きた絶望の果ての事件について」の新聞記事を回覧し、これ以上事件を起こさないよう例会を検討中。

#### 2 特集 「高齢者を狙う消費者被害について」

北海道札幌方面西警察署 生活安全課 生活安全係長 警部補 池田 隆政さん  
札幌市市民まちづくり局 市民生活部消費者センター 消費生活係 手塚 拓郎さん  
社団法人札幌消費者協会 組織課 消費生活アドバイザー 星原 智江さん  
札幌市西区第一地域包括支援センター 社会福祉士 山口華奈江さん  
札幌市西区第二地域包括支援センター 社会福祉士 松本 愛美さん・山崎 真央さん

##### 1) ほっとワーク会議運営委員会の立ち上げ活動状況の報告

##### 2) 高齢消費者被害防止ネットワークの事業説明

高齢者のキーワードは「お金・健康・孤独」。高齢者は悪質商法のターゲットになり易く、被害にあっても被害者としての認識が薄いため、周りに相談しない傾向がある。

##### 3) 事例紹介： 札幌市西区第一地域包括支援センター 社会福祉士 山口さん

78歳 男性 要介護1。アパートで独居、通所・訪問介護利用。温厚な性格で断りにくく、日常生活上の意思決定は本人がしている。布団販売業者が頻繁に出入りしており、業者が訪問中に偶然訪問介護員が遭遇しケアマネへ報告したことが発端となり、ケアマネが本人に消費者被害にあっている可能性を働きかけた。了解を得て消費者センター相談室へ相談。今後被害に遭わないよう個別処遇検討会議を開催。問題の共有を図り役割を確認。金銭管理の依頼について行政書士の自費サービスを紹介し、生活上の変化を気づけるよう介護サービス事業者をお願いした。介護サービス事業者が訪問中に業者に遭遇した際は110番通報することとした。また手持ちのお金がないときに銀行まで車に乗せて金融機関に行ったこともあり、年金支給日に警察のパトロールを強化してもらった。

##### 4) シンポジウム形式での意見交換、質疑応答

消費センタートラブル防止ガイドに気づきのポイントチェックリストがあるので利用していただきたい。被害の事例として、配置薬が通常の使用範囲を超える量おいてあった件で相談した事例の紹介。訪問販売はすべて怪しいのか？については、「商売の為、一概には言い切れない。金融商品取引法で許可を取るの500万円以上となっている」、という紹介。

最近の被害の傾向について。劇場型勧誘元年といわれ、株や水資源、様々な有料権利、社債投資商品等何でもありの状態。札幌市における被害の現状は、相談件数は減っているが高齢者の割合は増えている傾向であるとのこと。リフォーム関係については、価格の目安は国土交通省の建築指導センターにあり、アドバイスももらえるので利用することが良いとのこと。

最後に運営委員会メンバーより、「消費者被害を減らすには教育・相談機関を知り、見守る側の心構えとしてお金の感覚が若者とはイメージが違うことを認識すること」とのアドバイスがあった。

### 第163回 平成24年8月10日(火) 18時30分 西区民センター

#### 1 研修 「手稲区の在宅医療連携における課題」 手稲家庭医療クリニック 小嶋 一さん

平成24年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業に採択された溪仁会手稲家庭医療クリニックにおいて活動の一環として合同会議で行われた手稲区の在宅医療連携における課題について発表された。

(1) 日常の療養支援について、ニーズが高いのに家族・親族・キーパーソンの支援・協力がなく、医療提供に抵抗感が強いこと、など。(2) 医療機関の受診については、病状が悪化するまで受診しないこと、悪化後では受け入れ決定が困難なこと、家族ケアが限界で病院へ駆け込むこと、など。(3) 急変時の対応では、ヘルパーから一時的な容態の変化にどのように対応すると良いのかが難し

いこと、夜間休日の緊急対応が難しいこと、確実な24時間連携をとること、など。(4)退院時支援について、在宅移行に本人・家族が理解していないこと、急な退院で調整の時間がないこと、カンファレンスもなく情報提供が不十分なまま退院し、退院後のニーズの把握が不十分なこと、など。(5)認知症について、要支援者が潜在的であること、家族の理解が少ないこと、診断する医療機関が少ないこと、独居者の生活支援、服薬管理が困難なこと、消費者被害、権利侵害の被害、など。(6)地域の医療・介護資源について、認知症患者や軽医療依存度の入院受け入れ可能なところ、介護施設で終末期対応可能なところ、胃ろう・自己注射・透析患者の受け入れ可能な施設、往診・看取り応需の医療機関、若年障がい者のデイサービス、など。(7)職種間の連携については、医療機関あるいは医師と連絡が取りにくいこと、入院中と在宅のADLの違いを相互によく知ること、など。(8)業務上の不安、情報不足などについて、在宅生活の実際についての理解が重要であること、医療情報の共有が大切であること、終末期、看取りへのその後方針、対応についての情報の共有が大切であること、など。

2 夏の大型親会「炎」にて開催、108名参加。

### 第164回 平成24年9月11日(火) 18時30分 西区民センター

#### 1 報告

##### 1) ごみ排出支援事業「さわやか収集」について

札幌市環境局環境事業部 業務課長 小湊 龍三さん・調査担当係長 本谷内正俊さん

##### 2) 札幌市西区社会福祉協議会・札幌市自立支援協議会西区支部 合同地域交流会について

札幌市地域自立支援協議会西区地域部会 会長 村岡 章子さん

2 特集 三輪書店刊「地域リハビリテーション」に連載された「つながりかわり ぐるぐる図をもとに地域連携を考える」を各執筆者からより掘り下げて解説、その1。

第一回 札幌市西区在宅ケア連絡会の活動とぐるぐる図 坂本医院 医師 坂本 仁さん

第二回 急性期を中心としたぐるぐる図 高橋脳神経外科病院 医師 松村 茂樹さん

第三回 回復期リハビリテーション病棟 札幌西円山病院 医師 橋本 茂樹さん

第四回 慢性期を中心としたぐるぐる図 札幌西円山病院 MSW 大植 友樹さん

### 第165回 平成24年10月9日(火) 18時30分 西区民センター

1 報告 西胆振地域医療連携室担当者懇談会・室蘭・登別在宅ケア連絡会合同研修会参加

2 特集 三輪書店刊「地域リハビリテーション」に連載された「つながりかわり ぐるぐる図をもとに地域連携を考える」を各執筆者からより掘り下げて解説、その2。

第五回 老人保健施設を中心としたぐるぐる図 札幌田中病院 小柳 貞明さん

第六回 介護支援専門員からみたぐるぐる図 宏友会 青野 栄さん

第七回 在宅療養を中心としたぐるぐる図 訪問診療の立場から 坂本医院 坂本 仁さん

第八回 同 訪問介護の立場から 西野ケアセンター 若山 紀子さん

第九回 同 訪問看護の役割 訪問看護STやまのて 谷藤 伸恵さん

第十回 同 訪問リハの立場から 秀友会在宅部 赤羽根 誠さん

### 第166回 平成24年11月3日(土) 13時 札幌市医師会館 5階ホール

第3回北海道在宅医療推進フォーラム「神経難病の在宅医療」へ参加

在宅療養の当事者(本人・家族)によるフリートーク 司会 矢崎一雄(静明館診療所)

・経過3年の筋委縮性側索硬化症男性患者

・多系統萎縮の夫を10年間介護し、自宅で看取った妻

・在宅人工呼吸を施行して5年になる筋委縮性側索硬化症の母を介護している娘

在宅療養を地域で支える多職種によるフリートーク 司会 伊藤たてお(日本難病協議会)

深澤俊行（神経内科医師・セレスさっぽろ神経内科クリニック院長）  
齊藤潤子（看護師・ケアマネ・北海道総合在宅ケア事業団札幌ケアプラン相談センター所長）  
市村淳子（介護福祉士・訪問介護・札幌市在宅福祉サービス協会中央サービスセンター所長）  
内藤麻生（理学療法士・訪問リハビリ・ハナミズキ代表取締役・訪問看護ステーションつぼみ）  
特別発言 山本尚子（厚生労働省健康局疾病対策課課長）

## 第167回 平成24年12月11日（火） 18時30分 西区民センター

特集 「地域で孤立させない、少しでも安心できる関わりとは？」

西区で発生した、介護疲れによる？心中事件を機に、高齢者を孤立させない、少しでも安心できる生活へ、私たちはどのようなかかわりをすべきかについて、最近の孤立死の傾向や、地域での活動を報告していただき、皆さんで考える機会とした。

1) 孤立死を中心に、地域、事業所への要望： 札幌方面西警察署生活安全課 池田 隆政さん

65歳になると民生委員がリストを持つが、安否確認などはその人の仕事ぶりによる。市は、申請主義であるから、孤独生活を希望の人が接触を拒否すると確認できない。許される限り、情報を有し、人のつながりをもとにして地域住民と一緒にという社会性をもった生き方が大切となる。

気づいてからどこかへつなぐというよりも、支援活動自体を一緒に行うという姿勢が大切である。行政、社協などが持っているものよりも、民生委員とか町内会が把握していることがはるかに重要。

さらに、地域の情報は、ケア連のような現場から警察へ行くことで良い。

2) 社協の取り組みについて： 西区社会福祉協議会 事務局次長 灰野 楽さん

札幌市の高齢者の現況は、あいさつ程度の付き合いが50%、近所付き合いがほとんどないが9%と近隣との関係が希薄化し、地域から孤立し、孤立死・消費者被害・災害時避難困難を招いている。民生児童委員の組織と活動、福祉のまち推進センター事業、町内会が協力して福祉、防災、防犯の一体的な推進を図ろうとしている。具体的には、見守り対象世帯に対して見守り、町内会役員への通報、その情報伝達の仕組みルートを地図上に明記してある福祉マップの作成などである。しかし、マップを作成し見守りの強化を図っても、民生委員の交代や活動者の高齢化などで、活動が衰退・停滞する地域も多く一進一退である。その人の援助ではなく、その人の援助を通して、豊かな人間関係を築き、地域の力を向上させることを目的としている。

その後、多くの質疑応答・情報交換が行われ、最後に、「行政、施設、事業所、地域の連携によって孤立を防ぎ、不幸な事件を未然に防いでいきたい。地域包括支援センターはその中心の役を担うことになるであろうが、地域全体で関わるすべての人が意識を持って臨むことが肝要である。この人のつながりこそが地域包括システムであり、西区はこの在宅ケア連絡会が土台であると言っても過言ではない。今後も、事業所間を超えた連携によって地域力を高めていきたい。」との総括発言が地域包括支援センターよりあった。

## 第168回 平成25年2月12日（火） 18時30分 西区民センター

1 特集 新聞記者が見た障がい福祉サービスの実情（1）

～在宅ケア連絡会ができること、やるべきこと～

北海道新聞 編集局 生活部 記者 弓場 敬夫さん

社会保障と税の一体改革が進められるなか、政権交代を経ても孤立死は後を絶たず、働く場もなく、生活保護減額など生活を圧迫、将来への悲観からの自殺も少なくない。推し進められようとしている施策のなか、地域の現場の実態を取材したジャーナリストは何を見て聞いたのか。重度の障害を持つ一人暮らしの事例から、在宅ケア連絡会の役割は何かを参加者で考える機会となった。

障がい者自立支援法（25年4月施行、障がい者総合支援法）のポイントは、「(第一条)障がい者および障がい児がその有する能力および適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、必要な障がい福祉サービスに係る給付その他の支援を行い」との表現であり、こ



れがすべての基本と考える。また、「(第二条)市町村は必要な自立支援給付および地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うこと」とされていることが重要であるとして、障がい福祉サービスの内容、サービスが決まるまで、その後の法改正についてなどについて解説された。

#### 第169回 平成25年3月12日(火) 18時30分 西区民センター

##### 1 特集 新聞記者が見た障がい福祉サービスの実情(2)

～障がい者自立支援法から総合支援法へ変わる障がい者施策、難病対策の改革～

北海道新聞 編集局 生活部 記者 弓場 敬夫さん

今までの障がい者自立支援法の目標と問題点について、(1)福祉サービスの一元化が図られたが、市町村の財政力で格差が生じたり、障がい程度区分によりの確なサービスが受けられなかったりしている、(2)もっと働ける社会をめざしているが、一般就労への移行支援が脆弱のままである、(3)公平な負担を求められたが、応益負担に耐え得ない障がい者が多数発生した、(4)障がい者程度区分の弊害、発達障害への支援が不明確、などがあげられると解説された。さらに、総合支援法施行で変わること、変わらないこと、難病患者への障がい福祉サービスなどについて解説された。

その後、北海道難病連事務局から当事者、患者団体としての発言あった。

#### 第170回 平成25年4月9日(火) 18時30分 西区民センター

##### 1 研修 「住まいはどうなっているのか」北海道高齢者向け住宅事業者連絡会 奥田 龍人さん

地域包括ケアシステムとは、「病院にも施設にも頼らないケアシステムをめざす」ということ。理由は、病院も施設も社会保障費がかかるからであり、今後、介護保険から生活援助を外すこと、要支援を外すことも検討されている。つまり、急速に増える要介護者、足りない介護職員という環境の中で、重度者・認知症の人も在宅で、介護と医療との連携が必要、そこで、サービスのついた住まいがあると良いということで、サービス付き高齢者向け住宅が推奨されてきた。それは、賃貸契約に基づくバリアフリー住宅であり、安否確認・生活相談・生活支援・食事サービスを行い、その他の医療・介護サービスを入居者が建物内外から選択して提供される。

現在の札幌の施設系サービスの入居者の現状は、特養4,500床、老健3,500床、介護療養型病床2,000床の合計10,000床で、介護保険が始まった2000年以降ほぼ変わっていないが、この間に高齢者は16万人も増えているが、これらの人々はどこで生活しているのか、グループホームで3,500床、特定施設入居者生活介護(主に有料老人ホーム)で4,000床に過ぎない。したがって急激に増加しつつあるのが併設の訪問介護事業者などを活用した高齢者向け住宅であり、札幌市内に約100ヵ所運営されている。今後は、質の評価が重要であり、行政による規制がないサービスであるからこそ自分たちによる評価あるいは第三者評価が必要である。事業者団体としての倫理綱領の作成も必要である。そして最後まで暮らしを支えるために必要なことは、成年後見人、ケアマネージャー、身元の保証、入院時の支援さらには終活の支援などと思われる。

#### 第171回 平成25年5月21日(火)

公開シンポジウム 「『生ききる』地域で最期まで過ごしたい、本当に大丈夫？」

西区在宅ケア連絡会・手稲区在宅ケア連絡会

札幌市介護支援専門員連絡協議会西区・手稲区支部

札幌市医師会西区・手稲区支部地域ケアに関する合同研究会

詳細は「VI シンポジウム(9ページ)」をご参照ください。

## 第172回 平成25年6月11日(火) 18時30分 西区民センター

### 1 研修 「生ききる」地域で最後まで過ごしたい 在宅編

勤医協札幌西区病院 在宅医療部長 吉澤 朝弘さん

1950年代には、約80%の方が自宅で最期を迎え、残りの約20%の方が病院もしくは診療所で最期を迎えていた。その後、医療の発達に伴いその割合は変化し、1990年以降は約80%の方が病院で亡くなるようになった。2015年には約140万人(65歳以上約120万人)である年間死者数は今後急増し、超高齢化社会を迎える2025年には約160万人(65歳以上約140万人)に達すると予想されている。病院の病床数が増加しないと推定すると約76万人が自宅や介護施設、高齢者向け住宅など病院外で亡くなると推定され、今後さらに在宅医療は重要な役割を担うと考えられる。

人が住み慣れた地域で最後まで生きる「生ききる」を支えるためには、医療・介護・家族を含めた連携が不可欠であるが、今回は在宅医療の立場から「生ききる」を支えるためには何が必要かを考える研修会を開催した。在宅医療は単に在宅で提供される医療を意味するのではなく、患者さんが死ぬまで住み慣れた地域・家で生きたい「生ききる」を支えるために、その患者さんの生活に寄り添った医療を提供することが重要である。また、在宅緩和ケアでは、患者さんの日常生活支援、身体的苦痛や精神的苦痛に対する医療支援、家族に対する支援といった医療、介護などの多職種連携が重要であると解説された。在宅で生ききるためには、24時間応需の訪問診療システムの確保、チーム医療及び医療連携の確立、後方支援病院の確保など医療支援システムの整備と生活支援システムの整備、患者・家族の希望などの条件をクリアする必要がある今後の課題も指摘された。

## 第173回 平成25年7月9日(火) 18時30分 西区民センター

### 1 研修 「生ききる」地域で最後まで過ごしたい PCU(Palliative Care Unit)編

札幌清田病院 MSW 福澤 公美さん

緩和ケアは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切に評価し対応することを通じて、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族のQOLを改善する取り組みであるとWHOにより定義されている。

将来の意志決定能力の低下に備え、今後の治療・療養について患者・家族とあらかじめ話し合うアドバンス・ケア・プランニングや人工呼吸器、輸血の有無、蘇生処置の有無、代理意志決定者の指名、療養に関する要望など患者が事前の意志表示を行うアドバンス・ディレクティブ等に関し、緩和ケアチームのスタッフである医療ソーシャルワーカーがどのように患者・家族と関わっているかを具体的症例も含めて解説していただいた。

また、緩和ケア病棟にて逝去された割合が90%以上と高い一方、自宅退院は8%程度と低く、在宅緩和ケアを選択したいが実際のところ実現は困難と考えている患者・家族が多いことが示された。

自宅退院調整には、在宅介護力の確認・検討や介護保険関連手続き、ペインコントロールの確立、在宅酸素・輸液などの手配や家族への手技指導、ケアマネージャーや在宅医、訪問看護ステーションなど支援者の確保、急変時の対応確認などが必要であり医療・介護・家族の連携が重要であることも示された。健康なうちに自分自身の終焉を一度考えてみるよい機会となったのではないかと思われる。

## VI シンポジウム

### 『『生ききる』地域で最期まで過ごしたい、本当に大丈夫？』

コーディネーター：NPO 法人シーズネット	副代表 奥田 龍人さん
報告者： 勤医協札幌西区病院	在宅医療部長 吉澤 朝弘さん
シンポジスト： 介護老人福祉施設（特養） 神愛園手稲	施設長 橋本 修一さん
介護老人保健施設（老健） 愛里苑	理学療法士 赤羽根 誠さん
グループホーム エルムの家	管理者 能代谷智枝子さん
勤医協複合型サービス 結	管理者 深澤 友子さん
高齢者・障害者向け住宅 さんりん舎	管理者 杉淵 美芳さん

#### 池田（司会）：

合同シンポジウム『『生ききる』地域で最期まで過ごしたい、本当に大丈夫？』を開催いたします。開催に際しまして、札幌市医師会西区支部長嵐方之さんよりご挨拶をいただきます。

#### 嵐方之（札幌市医師会西区支部長）：

テーマとしては『『生ききる』地域で最期まで過ごしたい、本当に大丈夫？』ということですが、先日 NHK の番組で、病院に居られないから家に帰され家で亡くなっていくという受け身のかたちでの話がありました。一方で実際に家で最期を迎えたいという方もたくさんいらっしゃると思いますので、そういった世の中の流れの中で、こういったことをタイムリーに取り上げていただいた幹事の皆様方には、本当に感謝を致しております。

在宅で亡くなられた場合、いままでの診察の延長として患者さんの所に行って診なければならぬというのは間違いのないことですので、在宅を支える先生方も本当に大変だと思いますので敬意を表すところです。また、ヘルパーの方々とかその他訪問看護の皆さんとか、そういった方々のご努力にいつも敬意を捧げているところでございます。

最後になりますけれども、今回のシンポジウムを企画された幹事の皆様、本当にありがとうございました。これで私の挨拶に代えさせていただきます。

#### 池田（司会）：

続きまして、札幌市介護支援専門員連絡協議会手稲区支部長の泉京子さんにご挨拶をいただきます。

#### 泉京子（札幌市介護支援専門員連絡協議会手稲区支部長）：

去年 24 年の 1 月に、日本の将来の人口の推移ということが出ていて、その時には結構話題になったというふうに聞いています。2018 年以降からは、1 年間に 50 万人の方々が減っていき 2041 年以降は 100 万人の方々が年々減っていくとのこと。

いま日本の国では 1 億 2000 万人の方々がいらっしゃいますが、それが 2041 年になると 1 億人未満に人口が減っていくというふうに聞いております。減るということは、本当に亡くなるということなんです、そういうたくさんの方々が亡くなるといった時には、やはりどこでどんなふうに亡くなりたいのか、看取られたいのか、または、どこでどんなふうに看取っていきたいというふうに思うのかというのが、本当に今回の「生ききる」というテーマにぴったりなんだなと思っております。

今後どちらにも精通する、看取りたい、看取られたいというところでは、どんなふうに生ききっていくのかというのがテーマになっていると思いますので、今回参加されている関係機関の方々、地域の方々とともにシンポジウム、シンポジストの皆様のご意見を参考にして、一緒に自分たちの

ことも考えていけたらいいのではないかなと思っております。

**池田（司会）：**

では、コーディネーターであります NPO 法人シーズネット副代表の奥田龍人さんお願いいたします。

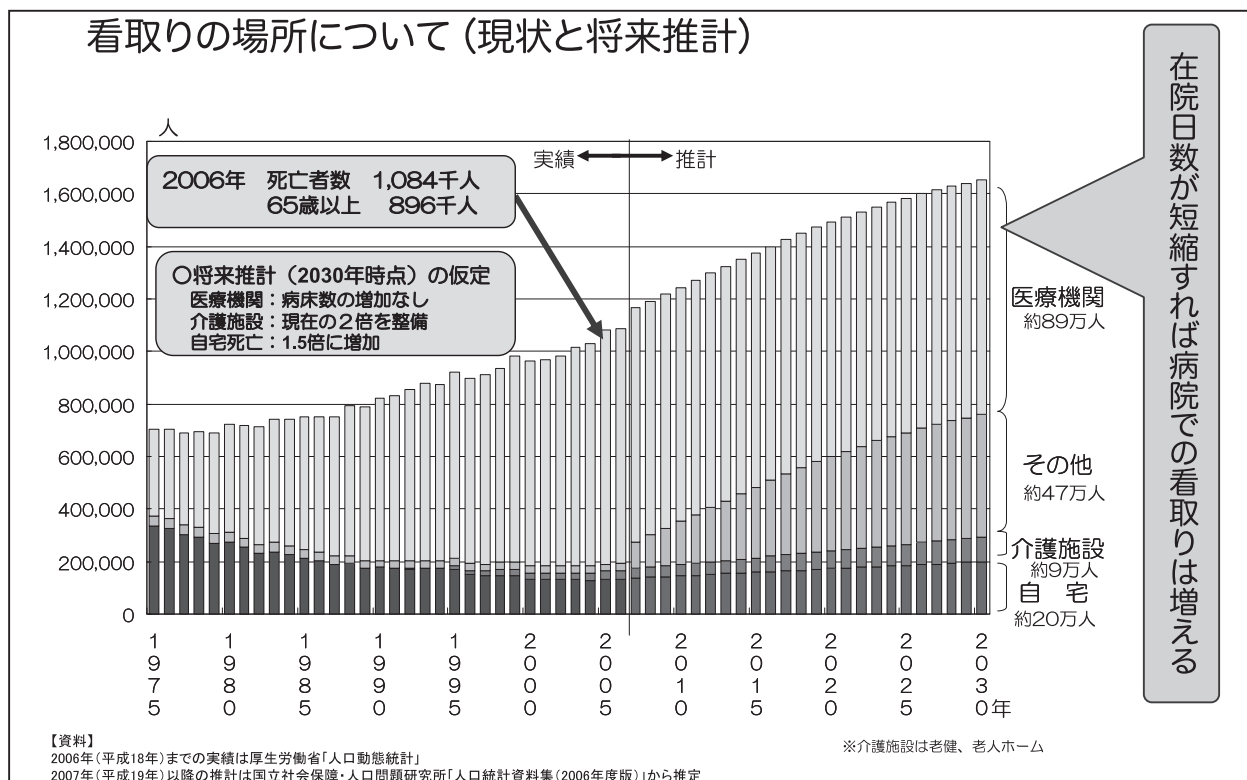
**奥田龍人（コーディネーター／NPO 法人シーズネット副代表）：**

私からは、まず基礎的な資料を提示して皆さんと共通認識をしたいと思います。

最初に死亡の場所別に見た死亡数ですが、統計を取り始めた昭和 26 年には 84 万人の方が亡くなっていましたが、病院で亡くなっていたのは 10%に満たないです。診療所を含めても 10%程度です。ほとんどの方が自宅で亡くなっていました。ところが、2009 年には 114 万人が亡くなっていますが、病院で亡くなっている方は、診療所を含めて 8割と増加し、逆に自宅で亡くなる方はどんどん減ってきたという状況です。ただ、介護保険が始まってからは少しずつ減りが遅くなって、自宅で亡くなる方も少しずつ増えてきていること、特養ホームで亡くなる方が少し増えてきていること、老健で亡くなる方も少し増えてきていることが、見てとれると思います。

厚生労働省が発表したデータでは、自宅で亡くなる方は、これから少しずつ増えていこうと推測されます。つまり介護保険が始まって、今日のように在宅ケアが進んできているので、少しずつは増えていこうと思われれます。しかし、いっぺんに増えるわけではありません。というのは、やはり自宅で亡くなる場合は、看取る人がいるという一つ的前提がありますので、これから一人暮らしが多くなってくるわけで、そうすると自宅で亡くなる人というのはそんなに多くないだろうということです。

一方、病院で亡くなる人はどんどん増えてきていますが国は医療を抑制しようとしています。ですから、なるべく病院で亡くなる人を少なくしようということで、介護保険施設で亡くなる方も少しは増えますが、実は「その他」で亡くなる方が非常に多くなると予測されます。この「その他ってなに？」というのが、今日の一つのテーマですが、介護施設には介護老人福祉施設と介護老人保健施設、「その他」というところに、グループホーム、在宅ですからどちらかという自宅に分類



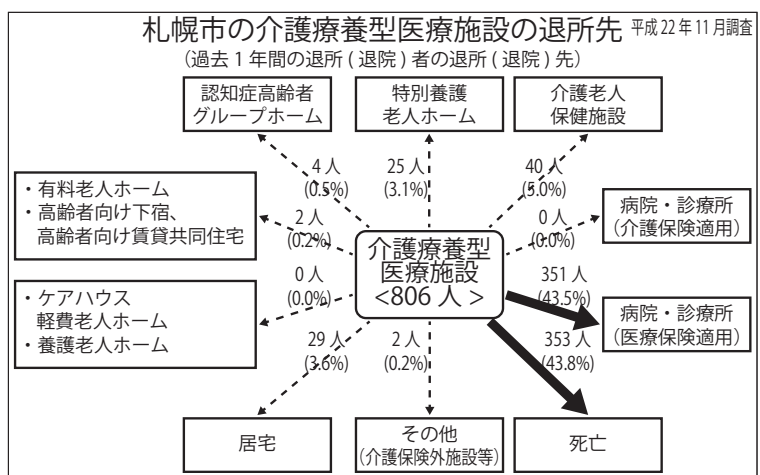
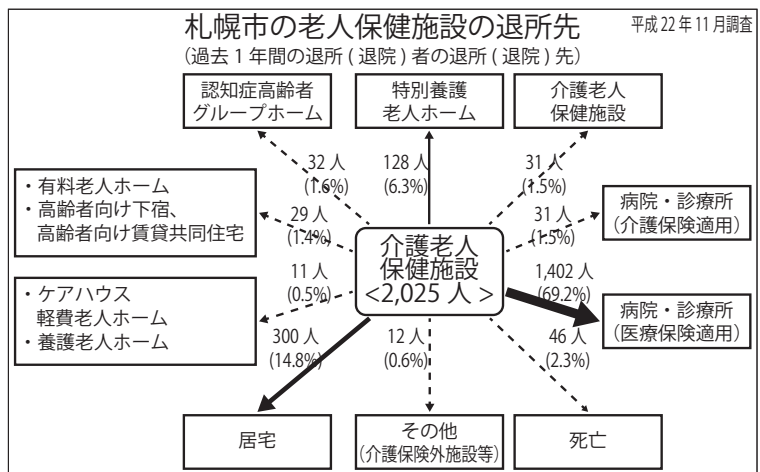
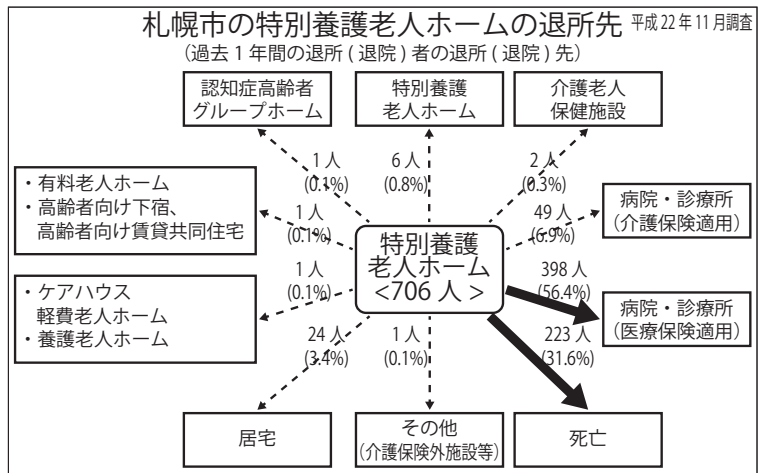
されますが複合型サービス、それと高齢者障害者向け住宅等が含まれ、入居されている方々がそこで亡くなるということで、本日は各施設で実際にいま亡くなっている現状を話していただけるというので、非常に勉強になるのではないかなと思います。

これが平成22年11月に調査した、札幌市の特別養護老人ホームの退所先です。つまり特養で706人の方が過去1年間に退所しています。そのうち死亡退所が31%で、病院に運ばれる方が診療所を含めて60%近くいるということで、残りはわずか1割ですから、死亡が3割、病院に行くのが6割というのが特養の現状です。

次に老人保健施設ですが、実は死亡は非常に少なく2.3%です。ほとんど病院に行きます。病院と診療所を合わせて7割以上です。それから特養待機という面もあるので、特養に行く方もやはりある程度多いという状況です。老健での死亡が少ない理由は、老健というのは中間施設だから、自宅に帰るのが一つです。それと実は、老健のように医療者がいるところほど、逆に看取りはしたくない。なぜかという、医療者がいると、こういうところで看取るわけにはいかないということで病院に送ります。そういう部分が多いと思います。ところが現在、療養型の老健ができたので、そこではある程度看取りは必要になってくるのかなと思います。

次が療養型です。療養型は、やはりまさに療養型というだけあって、死亡が4割から5割近いということになっています。それから療養型から病院に行くことがあります。もう一回急性期に行って亡くなるようなイメージなんですけれども、療養型から急性期型に運ばれるというのも4割から4割5分ぐらいということで、2つ合わせても90%ということで、あとはそれほどないということで、療養型は、療養型で亡くなるか病院に行くかみたいなことが非常に多いです。

札幌市における施設系サービスの推移というのは、療養型はどんどん減ってきています。特養と老健はゆっくり増えてきていますが、療養型の減少はカバーしきれず、それをカバーしているのがグループホームと有料老人ホームなどの介護保険サービスと、それにサービスにはのらないこの高齢者住宅です。受け皿としての高齢者向け住宅というのが非常に増えてきているという事情ですか



ら、やはり高齢者住宅での看取りというのもこれからのキーになります。

また新しいサービスとして、24時間対応の定期巡回随時対応サービスというのがあります。これは定期的に回っているほかに、「オンコールがあればすぐ駆けつけますよ、随時対応します」というサービスで、これに訪問介護と訪問看護がほしいと一緒にチームを組んでやりますということで、在宅の切り札ということになっていますが、まだ全然全国的には伸びていません。多分自宅でこれからそういう看取りのほうまでいく場合は、こういうサービスの利用、あるいはこの複合型サービスの利用が多いかと思えます。複合型サービスというのは、要するにいま現在では小規模多機能に訪問看護が付いたというサービスです。

高齢者住宅での看取りというのは、医療との連携、本人の意思の確認、親族の意思の確認、特に一番大事なのは、後者の2つです。入った時にも確認しますが、その後定期的に確認しないと、その都度変わりますので、随時確認が必要です。

それから「職員の看取り介護の共通理解」・「看取り指針の作成」・「看取り介護計画とカンファレンス」・「看取り介護の実践」・「家族へのケアと振り返り」と、こういうものが要求されるということになっていまして、多くの高齢者向け住宅、あるいは有料老人ホームなどではこういう指針をちゃんとつくってやっているという状況です。

以上、共通的な認識をとということで、私のほうからさせていただきました。それでは「生ききる」という今日のテーマをつくっていただいた吉澤先生お願いします。

#### 吉澤朝弘（勤医協札幌西区病院在宅医療部長 医師）：

『「生ききる」というのは、『生きる』じゃないの?』と思った方がいらっしゃると思いますが、日本在宅医学会では「看取り」という言い方だけではなくて、「生ききる」という言い方を使っています。そこにはどういう意味があるのかなというふうに、私自身も考えていました。

「生ききる」とはいったいなんだろう、「生きる」とどう違うのかと国語辞典を調べてみました。英語に直すと、「生きる」というのは「暮らす」ということと共通するんですけど、動詞でいえば“Live”、名詞でいうと“Life”、ここでもう一度“Life”というのを調べてみると、「生活」とか「人生」とか「生命」、「生活」とか「暮らし」と書いてあります。だから、「生ききる」というのは、その人らしい生活を続けて人生を全うすることかなと。それで、生命の命の灯火が消えるまで人間としての尊厳を当然守られるべきであると。こういうことが「生ききる」ということなのかなと僕なりに考えています。

それで「看取り」とどう違うのかというのは、現象としては同じかもしれませんが、「看取り」よりも「生きる」ということを含めた「生ききる」だと思っています。「生きる」ということを大事にしているから「生ききる」があるということで、単なる看取りのための医療とか、看取りのためのなんとかということではなくて、生きることをあくまでも尊重するというふうに考えています。

次ですが、私の経験したケースを紹介致します。95歳の女性で膵癌の方でした。B2で認知症のほうは2A、要介護3で、お嫁さんが主介護者です。食事がほとんど摂れなくなってきて、膵癌の治療している専門医は、予後が長くて半年ぐらいあるのではと考えていたようですが、在宅の担当医は1カ月以内と考えています。どちらにしても終末期であるということが分かったので、この患者さんの息子さんとお嫁さんは、なにがあってもおかしくない、サービスを利用している際の急変の可能性についても理解されています。この患者さんAさんは入浴がとても大好きで、入浴を続けさせたいということで、通所介護を継続したいというふうに言っていました。ただ、その通所介護から、「そういう状況になっているんですか」ということで、お断りがありました。こちらではケアマネージャーさんに、「もう一度再検討していただけないでしょうか?」というふうにお問い合わせしたところ、ケアマネさんから連絡がなかなかなくて問い合わせたところ、すでに関連の医療機関に入院の申し込みをされていました。私には「診療情報提供書を書いてください」というふうにご連絡があって、ちょっと唖然としていたのですが、その後、この専門医の定期受診の時に、在宅で

見ていたほうが、入院の時にスムーズだというふうな話をされ急展開で、入院しないことになりました。ただ、その後介護者のお嫁さんは在宅看取りを望んでいたのですが、実はこの息子さんには下半身に障害がありまして、この患者さんご本人Aさんと息子さんがお嫁さんの介護負担を心配して入院、私どもの病院に入院となって、入院後1週間で亡くなっています。

もう一例、この方は75歳の女性で肺の血栓塞栓症で慢性呼吸不全で在宅酸素の方です。C1・2Aの要介護5で独居の方です。慢性呼吸不全でその治療を行って退院されたのですが、急変の可能性が高いというふうに判断しまして、娘さんは東京のほうにお住まいなのですが、独居で過ごすお母さんの急変の可能性を理解されていました。それで生活、生きるということを支えるために、訪問介護とデイサービスの利用継続を希望されていました。退院直後にサービス担当者会議をケアマネージャーさんに開いていただいて、私はそこで病状説明をしました。各事業者さんは、いままで利用したサービスを継続しましょうと。それで利用中に急変があった際には、救急車を呼ばずに主治医に連絡するということが確認されて、ヘルパーさんはいわゆるDNARというのを理解され「なにかあった時には救急車を呼ばずにお家で」というふうに、いわゆる「生ききる」ということを支えるというふうになっております。

「お看取り」というのが、そのまま同じ「生ききる」ということと完全なイコールではないとは思いますが、「生きる」ということを支えるということは、共に生きる、「生ききる」ということを支えるということはお看取りできるというのか、もっとその人その人の人生にとって有意義な、そういう時間をそれぞれのお住まいでお過ごしいただいているので、簡単にしてしまうと失礼なんです、こういうふうに考えていました。

それで先ほどのケースでありましたが、生ききることを支えるというのは、私たち在宅医療を専門にやっている人間にとっても、そんなに簡単なことではありません。それぞれのお住まい、いろいろな施設で実際にご苦労されたりだとか、いろいろな工夫をされていることがあると思うんですが、そういうことについて、これからお聞かせいただければありがたいなと思います。

**奥田（コーディネーター）：**

次は介護老人福祉施設 神愛園手稲の施設長の橋本さんに来ていただきました。よろしく願います。

**橋本修一（介護老人福祉施設「神愛園手稲」施設長）：**

特養の視点というか立場がありますので、その点からふれたり、在宅施設というところの関連でふれたいと思います。

「生ききる」と聞いた時に、私は「精一杯命を生きる」とか、「全力で走りきる」とか、そういうイメージがありました。ですから、「満足のいく終焉を迎えるための備え」というような感じかなというふうには思っています。

介護保険制度が施行されて13年です。特に「在宅、在宅」といわれてきたと思います。もちろん否定するつもりはありませんけれども、ただ、現状では十分なサービスが行き届いているのか、疑問というか心配もあるなというふうに思っています。このことは在宅だけではなく、特養にももちろん限界はあります。あくまでも生活の場という意味です。だからこそ今回のテーマに沿いながら、よく整理して話していきたいと思います。

一つはこう考えています。4つのパラドックス、マトリックスというか、心理学でいう4つの窓というのがあると思いますけれども、1番目は在宅にあって施設にないもの、つまり在宅でできて施設にできないもの、これにはどんなことがあるか。

2番目、施設にあって在宅にないもの。これは皆さん方はいろいろなことを思いつくと思います。思いつく項目が多いほど深めることができると思います。施設にあって在宅にないものですね。すぐには不可能という意味で、いろいろなことができないかなと思ったりもしています。

3番目が、在宅にあって施設にもあるもの。これはどちらでも可能ですから、選択肢としては非常に問題がないです。たとえば機能訓練指導員などというのは、老人福祉法の時代から配置基準がありました。介護保険法も加算などというのがありました。在宅でも訪問リハビリとかいろいろあります。ですから、たとえばどちらでもできると。

問題は、4番目の窓になりますけど、在宅にもなくて施設にもないもの。つまりどちらでもできないもの、ではそれをどうするんだという話です。ですから、そういったところの柱にはどんなことがあるんだろうかというのを、ここのフロアの皆さんと少し深めていきたいというふうに思っています。

ここ数年、施設の在宅化あるいは逆に在宅の施設化ということがいわれて、どちらでも過ごすることができるようにしていこうと、そういう動きがあると思うんですけど、それにはなにがあるかということなんです。

勤務している特養でさかんに4～5年前から、ご高齢者の皆さん方も家族の方も、理事さん、評議員さん、役員さんもボランティアさんもキリスト教の理念を持っていますので、毎朝礼拝をしています。牧師先生たちもボランティアで来てくださっているんですね。この人たちを引っくるめて、私は「神愛園家族」と呼んでいます。シーズネットの代表の岩見さんの書物とか講演を聞くと、やはり「地域家族」というのを言うわけです。ですから、もしかすると場所の問題ではなくて、誰と関わって最後を看取られていくかという、そういったところが、もしかして重要なのかなというふうに思っています。

先週74歳の男性が亡くなりました。天涯孤独な方でした。小さい時から親の顔も知らない、兄弟もいない、結婚もされなかった、そういう方が亡くなったんです。そして小さい時孤児院で育ったと。朝・昼・晩と3食お食事の前にお祈りをしていたというんです。20歳になって社会に出て働いて寮に入った時、誰もそんなことをしている人はいない。自分が変わってたんだと、自分が特殊だったんだということでキリスト教会を離れて、いろいろ社会でお仕事をされていた。ところが、自分には家族がないから、50代でまた教会を頼って戻ってきたんです。そして74歳で亡くなりました。結局どなたもいらっしゃらなかったから、教会員だけが集まって小さなお葬儀をしたんです。でも、私は温かさを感じたし、この方の生涯の中で、教会員という人たちが家族としたんだなということを思ったんです。ですから、家族は血縁かどうかの問題はありますけれども、もしかしたら地域にもいらっしゃるし、自分たちのまわりにどういうふうな人たちがいるか、そのことを含めると、私たちはもしかして場所の問題ではないのかなというふうに思っています。どういう人たちに囲まれるんだろうかな、みんなに囲まれて生まれてくる、でも一人で死んでいく。そうではなくて、やはりどういった人たちが身近にあって、家族、家族の役割ってなんなんだろうかなというところが、非常に大きなテーマかなというふうに思っています。

ちなみにターミナルケアは、昨年神愛園では29名の方が退所をされていて、その中で15名がターミナルケアということです。今後はもっと増えると思います。ですから、その方たちは特養を最後の場を選んでくださった。そして職員を家族と思って一緒に過ごしてくださった。そういった所で過ごしております。

前段ですので、投げかけとしては、施設でできること、施設でできないこと、在宅でできること、在宅でできないこととか、4つの窓をお話しましたが、そういったことが基本になっていくかなというふうに思います。そして今あるサービスを活用しながら、また新たにサービスを創り出していく、必要だからこそ創り出さなければならぬとも思っていますので、今日はそのことを深めながら、ここのフロアの皆さんとやりとりをしながら、終の棲家をどういうふうに考えていくか、そこを私自身も今日は学びたいというふうに思っています。

**奥田（コーディネーター）：**

どうもありがとうございました。神愛園さんは、やはりさっきの統計に比べると看取りの数が多



いですね。次、介護老人保健施設愛里苑の赤羽根さん、よろしくお願いします。

### 赤羽根誠（介護老人保健施設「愛里苑」理学療法士）：

老人保健施設である愛里苑での役割です。まず1つ目、在宅復帰、あと継続支援で、こちらはいま自宅の方に対しての支援をさせていただいています。杖を使ったり、トイレに行くのに椅子につかまりながら、99歳で、今日も訪問させていただきましたが、「下の世話はいらん」というかたちでなんとかトイレまで行っているような状態です。

この方は80歳で、お寿司を食べに行きたいというかたちで、そういうプチ目標を生きがいにしてながら一つひとつ達成しながらやっているところです。

さらに引っ越し支援があります。こちら老健から特養に引っ越しということで、みんなで送別会を開きました。認知症の方ですが、もう感動的な挨拶をいただいたりとかして、でも後でお話をお聞きすると、「あの人は転勤していった」とか、そういうような話をしながらでも、すごくこちらがウルウルするような話を聞かせていただきました。

続きまして3つ目として「お看取り」というところで、まず最初に、うちでは昨年12月の時に「お看取りを開始したい」ということで、坂本先生に来ていただきまして、丁寧にお話を聞かせていただきました。昨日もお一人亡くなったんですけど、昨日までに3名の方のお看取りをさせていただいています。

これは、いま呼吸のところなんですけど、実際に職員もそうなんですけど、ご家族にこういうようなことをお伝えしたりして、ご家族が近場で、まわりにながら、ちょっと苦しそうにしているけれども、「どうしたらいいんだろう、手を出したら、変にさわると、かえって悪くなるんじゃないだろうか」とか、いろいろあるところなんですけど、ご家族にお伝えして、「ちょっと苦しい時には、こういうふうにしてあげると楽になります」というようなこともお伝えしたり、あと、最後の最後まで食事も摂れますので、ここらへんがズルズルしていると、かえって食べにくくなりますので、そういうようなことも取り除くようなかたちでやっています。

実際にこういうような、ぐっと硬いような方に対しても、少しずつ優しく優しくそっと、これは先ほど言いました職員だけじゃなくて、近くにおられるご家族にもちょっとずつやっていただいたりして、少しでも楽にというかたちでしています。

それで、その呼吸以外にこういうような手足、どうしてもそういう方が多いんですけど、そういう方に対しても、手を握って、拝むようにしてさせていただいています。こういうふうにして少しずつほぐれていきますと、ご家族の方が「お父さん」とか「おばあちゃん」とか話しかけながら、ご本人は目つぶったままですけど、ピクピクっと手を少し動かしてくれたりしますと、もうご家族としては、本当にたまらないというようなことがあります。

実際に私の祖父も昨年11月に99歳で亡くなりました。私の父親とかいとこにも先ほどの呼吸のこととか、この手のことも伝えていました。亡くなる時には、みんなで寄ってたかって私の父親とかいとこが、私のおじいさんにみんなで胸に手をやったり、手をさすったりとか握ったりとかしながら、泣いたりしながら、おじいさんがいつあの世に行ったかが分からないぐらい、ずっとまわりで騒いでいるような状態でした。私のおじいさんは、すごい昔からいろいろな人たちがいっぱいいるようなおじいさんで、最後の最後までみんなに囲まれながらあの世に行ったのかなということで私的にも羨ましいぐらい、最後におじいさんが生ききってあの世に行ったんだなというのがありました。

ここから実技ですけれども、隣同士で2人一組になっていただきまして、実際にどちらかの方の手を握っていただいて実際にちょっとだけ体験していただければと思います。相手の手首を握っていただいて、実際にそれで拝むようにというか、相手に対して手首のところを握ると手首がほぐれます。さらにちょっと上の指のほうもしますと、ゆっくり優しくしますと、手のほうが、硬かった指とかがほぐれていきます。ほぐれてくると、なんとなく少しピクピクと動きたい感じになりま

す。実際にそういう場面で寝ている方がピクピクと動かしてくれると、やはり声にならないことを返してくれるというか、そこはすごく大事ななと思っています。

それでは、これで私の発表を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

**奥田（コーディネーター）：**

最後は実演までありがとうございました。それでは、次にグループホーム「エルムの家」管理者の能代谷さんをお願いします。

**能代谷智枝子（グループホーム「エルムの家」管理者）：**

この度『看取り・心に残る人々』というタイトルでお話しさせていただきたいんですが、当本部は平成16年に開設いたしまして、いままで7人の方の看取りをさせていただいております。そのほかに病院で亡くなった方が8名です。いろいろなご事情で退居されたり亡くなったりしているんですが、その中で本当に実践として体験したことをお話しさせていただきます。

1番の「家族と共にその人の思いを尊重」というところなんですが、ホームに縁がありまして私どもに入居なさった方は、本当に「家族のように終身まで」ということが、私のかねがねの願いだったものですから、それをいま現在まで実行させていただいております。やはり終の棲家として、その人が安心して暮らせる日々なんです。スタッフ一同が、その方々の側に置いていただき、その思いに伝えるべく支援をさせていただき、一人ひとりを尊重していくべきではないかなと思います。また、家族の方とのコミュニケーションがとていままでもよく、本当に言いづらいことも、「最後にはどうしたらいいんですか?」とか、「重度になったらどうしますか?」という、そういうお話を本当に時を見ながら、体調を見ながらさせていただいています。サービスを開始し9年にもなりますと、80歳だった方がもうそろそろ90近くになります。それでその都度家族とお話の中で、やはり終身、「亡くなる時もエルムでお願いします」とか、そういうご希望をなるべく私は叶えられるようにがんばってきました。

そうして、亡くなる、看取っている時に一番スタッフは大変じゃないかなという、そういう看取りの場面に出会った時に慌てないように、日々研修会をしながら、お話をしながら、時にはお医者さんに入っていただき、看護師と共にそういう話し合いをしています。

2番の「病院に入院して自室に帰る日」という、これはお医者さんと相談します。「本当にあと幾日もないのであれば、エルムに帰していただいて、うちで看取ってあげたいんです」と言ったら、「ああ、いいですよ、どこも行くところがないから、いま療養型のほうを考えていたんです」と言うんですけども、やはり本人の思いを私たちが聞いてあげる約束だったものですから、家族の方との約束も、やはりエルムの家の自分のベッドにまた返してあげて、そこでまた今までのような生活ができるようなかたちで、食べられなくなったら流動食を作ってあげたり、本当にスタッフともども努力していただいているところです。

そして、家族の方というのは、一応入居したらいつかは亡くなるということを忘れていく時があります。入居してからお食事もするようになり、笑うようになり、「あんなのではなかったのにな」とか言いながら、たくさんレクリエーションにも参加し、歌も唄えるようになり、お話ができなかった人はお話ができるようになり、強度の認知症の方々も、やはり心というものはあるものですから、そこを本当に尊重して、「本当に良かったね」と一緒になってほめてあげたりしています。

最後に、エルムの家で初めて看取ったAさんことをちょっとお話しさせていただきます。

人生最後の日ですね、とある大手病院さんに、この時にこのAさんは、呼吸が苦しいというのが始まりまして、胸部写真を撮っていただいたところ、肺に水がたまっていて、肺癌が見つかりました。自分が入居しているエルムの部屋は1階だったんですけども、入院している部屋は4階だったんです。そうしたら「1階の部屋に帰りたい、1階の部屋に帰りたい」と言うんだそうです。主治医の先生とお話しした際、「先生、エルムに連れて帰っていいですか?」と言ったら、「そうした

ほうがいいね、本人の希望を聞いてあげましょう」ということで退院してきて、入居者さんみんなにお話しして、入居者さんがたくさんいつもくつろいでいる所にベッドを置きまして、そして職員が台所で朝・昼・晩のお食事を作るトントントンと響く包丁の音を聞きながら、「今日のお昼はなんなの?」とか、「今日はこうこうこうなんだよ」とか言って、「ふーん」という感じで、そういうふうにしてなじみの場所で、ご本人の希望により最後に息を引き取りました。この方に子どもさんはいらっしやりませんでした。お孫さんがいました。そのお孫さんにひ孫が生まれたと言って、それを希望にし、本当に最後の最後まで自分の思いをかなえてくれたということで、感謝の言葉を逆にいただきました。その時に、もう駄目かなという時でも、耳元で声をかけていると、「うんうん」と手もちゃんと握ってくれるし、「いまお孫さんが走って来るからね」と言ったら、「うん」と言いながらも、主治医の先生とお話をして、そのまま静かにという感じで看取った一例です。

うちでは何人かまだ受けているんですけども、うちのホームでお通夜、お葬儀、そして私たちがよければお骨も拾わせていただきます。そしてその現場に、出会いからお骨を拾うまで私たちのお仕事なんだと、本当に感動させられることは多々あります。

それで、皆様の入居からのアルバムを作っているんです。遠い地方にもいる、外国にもいる息子さん娘さんもいらっしやる方々がたくさんいるので、口では伝えられないと思って、アルバムを残しております。家族の方がお見えになった時に、そのアルバムと、実は全員の手形を取っています。この手形はもう二度と、お母さんやお父さんの手にさわることはできないんですね。遠くから駆けつけた時に、私がそっと見た時に、この手にそっと手を当てている子どもさんがおりました。この手で、おぎゃあと生まれてからいろいろな苦勞があり、子育てしながらそれこそ人生を80歳90歳まで、そしてこの手で人生をがんばってきたわけです。これを私たちはアルバムの一番最後にそっと入れておいてあげた時に、涙を流しながら手を添えていました。その子どもさんたちもお母さんお父さんにいろいろな思いがあると思うんです。そういう、本当にちょっとしたことしかできないんですが、そんな感じでいままで看取りをさせていただいております。

病院に入院しても、必ずエルムに連れて帰って来るようにしてご葬儀をいたします。それは本人との約束と、あと参列してくださる入居者様、あるいはスタッフです。家族は3人ぐらいでも、斎場はいっぱいになるんです。ちゃんと葬儀屋さんが来て作ってくれますから、本当に立派な斎場ができ上がります。それである人は「この花嫁姿、ウエディング姿を遺影にしてくださいね」と、それも約束しました。

そんな感じで看取らせていただいております。

#### 奥田（コーディネーター）：

ありがとうございます。本当にエルムの家が終の棲家になっているということですよ。

それでは次、新しいサービスですけど、複合型サービスというかたちでやっている「結」の深澤さん、よろしく願います。

#### 深澤友子（複合型サービス「結」管理者）：

複合型サービスは、在宅を支えるというサービスのほうになっております。小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーションが一体となりまして、ご利用者様に介護と看護のサービスを提供できることによって、認知の症状だけではなく、病態が進行しても住み慣れた地域で住み続けることができるということを目指して、「結」のほうは小規模多機能から、法律の改正で認められた2012年の7月に複合型サービスのほうに転換をいたしました。

介護事業所を展開している総合施設の中に「結」があるんです。その中で「たんねの里」という共同住宅にお住まいの方で「結」をご利用なさっている方の事例をご紹介したいと思います。「たんねの里」から「結」を登録してご利用なさっている方は、当初は5名ほどだったんですけども、住居のほうは3年を過ぎまして、だんだんやはり介護の手がないと、暮らしていけない方が増えて

きたことと、共同住宅は外付けのサービスでなければいけない場所なので、いま現在は「たんねの里」入居で、「結」の登録ご利用者様 15 名というかたちになっております。

その中の A 氏の経過なんですけれども、A 氏はもともと西区の一戸建てに住んでおられました。奥様も体調がすぐれないので、玄関が 2 階にあるご自宅での生活は続けるのが難しいということで、うちの共同住宅「たんねの里」の夫婦部屋のほうにお二人で入居なさいました。入居当初は、うちも小規模多機能でしたので、A 氏は小規模多機能と医療での訪問看護、奥様のほうはデイサービスと訪問介護をご利用で生活を支えておりました。当時は要介護 3 で、歩行器を利用してご本人も自力で住居の食堂まで出ることが可能な状況でした。ただ、やはり月日が経つにつれて、もともと心臓に疾患がある上に、膀胱瘻も着けており、糖尿病でインシュリンも打っておられますので、移動自体も、足の調子も悪くなって車椅子となつたいまでは、要介護 5 というかたちになっております。

いま現在この方は、奥様が今年の 1 月にお亡くなりになられまして、一人の部屋になられたんですけれども、その方を支えるために複数回のうちの訪問の手が必要になりました。一日のこの方の流れですが、朝 7 時 40 分からモーニングケアにうかがいます。起床の促しからウロバックの交換、尿量の確認、身支度、洗面介助、そして車椅子に乗っていただいて「結」の通いのフロアのほうへ行きます。それで通いのフロアのほうで 8 時から午後の 13 時 30 分までを通いというかたちにさせていただいています。そこでご飯をなじみの皆さんと一緒に食べていただいて、そこで口腔ケアなど内服介助などを受けております。その方が皆さんが外から来られる方や後から来られるのを見守っていただいたり、「おはよう」とかいろいろ挨拶して下さるんですけれども、そんな中で、今度は 10 時にはフロアの看護職対応で血糖測定とインシュリンの施行、10 時の薬もありますので、その時に内服介助も行っております。その介助をフロアで受けて、その間になじみの方と将棋を指したり、お喋りを楽しんだり、たまには外出をしたり、勿論入浴も定期的にさせていただいております。それで奥様が入院中には、その間に入院の面会介助も職員のほうで行ったりもしてまいりました。この方は月に 2 回、外の病院を受診されますが、ご本人が症状を正確に伝えられませんが、職員のほうが最近の状態をお医者様にお伝えをして、お医者様からうかがったことは持ち帰りまして職員間で情報を共有しています。「結」で昼食を摂りましてからは、13 時半くらいに自室のほうに戻ります。今度は 13 時半から 14 時 15 分の間は医療による訪問看護が入ります。瘻管部のガーゼ交換ですとか褥瘡部の処置とか、在宅酸素療法をなさっていて、ASV を装着しますので、ASV の装着をしてお昼寝というなかたちで 17 時まで酸素療法を受けていただいて、休んでいただきます。17 時には、今度は複合型の看護職が ASV を外しにいきまして、体調を確認して、夕食を「結」で摂るために車椅子で「結」のフロアまでまた誘導してもらいます。18 時からの夕食は「結」のフロアでなじみの皆さんと食べて、また口腔ケア等の介助を受けて、19 時過ぎくらいに、また自室に戻っております。19 時過ぎに戻った時に、更衣介助やウロバックを夜用に換えたりとかナイトケアをするんですけれども、この方、まだ 20 時 20 分に最後の内服介助があるものですから、最終は 20 時 20 分に就寝前の内服介助をして、とりあえず一日のケアは終了というかたちになります。

ただその間、夜間の急変等がありましたら、共同住宅なんですけど、コールが付いていますので、コールが鳴った場合は訪問看護の待機電話に連絡が入る態勢になっています。

ということで、精一杯の訪問でこの方を支えさせていただいて、複合型サービスの最大の利点が、この通いや訪問や宿泊時や、どの場面においても医療行為が認められているという点があることで、A 氏が認知症の症状のみならず、病態が進行しても共同住宅で住み続けていられるということができております。この「結」のサービスが住居と併設していなければ、この方の病態では余生は療養型への入院でしか過ごすことができないと思います。この方は複合型のサービスを利用しながら、お花も好きなので、今年の目標としては、「お部屋にお花を絶やさないようにしようか」という目標があって、毎週お花を購入して、お部屋に花を絶やさないようにするとか、その方のお好きなことを支えながら、いま現在生きる、そして看取りに向かっているという状況です。この方はもうシンク率が 30% なので、もう本当に朝訪問した時に亡くなっているもおかしくないという

ような状況ではありますが、それでも毎日を特別なことをするのではなくて、毎日を和やかに楽しく好きなものに囲まれて、馴染みの人と一緒にお喋りしながらご飯を食べてという生活を続けていただいているような状況があります。

こういったサービスで、共同住宅という地域で住んでいることも手段として今はできてきているということをお知らせさせていただいて次につなげたいと思います。

#### 奥田（コーディネーター）：

複合型サービスというのは、要するにやはり基本的には住宅に小規模があつて、その小規模と一緒にやっているというようなイメージで、住まいがすぐそこにあるというようなイメージで考えていただけるといいと思います。やはり細かい医療ケアが必要な方には非常に有効なことかなと思います。

それでは最後になりますが、高齢者・障がい者向け住宅「さんりん舎」管理者の杉淵さんをお願いします。

#### 杉淵美芳（高齢者・障がい者向け住宅「さんりん舎」管理者）：

2002年から共同住宅を始めまして、今年で11年になります。まずは共同住宅「さんりん舎」ですが、高齢者のほかに、知的障害者・精神障害者の方々が住んでいます。

2年前、ワンルームマンションタイプのヴェルテさんりん舎というのをオープンさせました。こちらのほうは4階建の1階・2階を使用して、2階には自立度の高い高齢者、1階はほとんどの方が認知症・アルツハイマー病の方が多く住んでおられます。

実際に共同住宅をスタートさせた当時ですけれども、入ってきた皆さんというのは、お元気な方たちがほとんどでした。重度な人で要介護3、車椅子の人は一人もいませんでした。それがこの11年の間に脳梗塞を持っていた人は2回目の脳梗塞になり、認知症のなかった方はアルツハイマーの診断を受け、いま建物の中で3分の2の方が要介護度の認定があり、しかも要介護3以上という状態です。

この11年の中で19名の入居者の方が亡くなり、そしてヴェルテさんりん舎、それからさんりん舎のほうで3名の方を見送りました。今年になりまして、3月4月と癌患者を続けて2名看取っております。

入居している皆さんがお元気な時に、「自分はいつまでもここにいたい」「入院しても帰ってきたい」「家族には介護の迷惑をかけたくないので、最後は病院を考えている」、このようなお考えの方が多いです。もしくは、自分の年金の額を考え、施設を希望されている方もいらっしゃいます。

家族の思いとしましては、「できるだけ治療をさせたい」「少しでも長く生きていてほしい」「共同住宅での死がかなえられるのなら、自分もスタッフに加わって一緒に世話をしたい」という方もおられます。

ちょうど1年前のことです。私どものところに10年間住んでいたKさんというおばあさんがいました。Kさんは、12月に高熱を出しまして肺炎になりました。うちでは普通のごはん、常食を食べていましたが、入院した途端に嚥下障害が出まして、逆流性胃腸炎といわれ、なおかつ口からものを食べれば誤嚥になる。「胃瘻が望ましい」と言われました。

この方はアルツハイマー病でした。風邪で入院したり肺炎になったりするとよく手を縛られてしまうので、点滴中は、私たちがいつも付き添っていました。11月8日に91歳のお誕生日を迎えられました。12月に肺炎になられまして入院した後、たった1カ月あまりの中で、酸素が入り、経管栄養が入り、そのほかにカテーテル、両手にはグローブ、このような状況で入院生活を強いられるようなことになってしまいました。

私どもの住む共同住宅のお年寄りというのは、病院に入院すると、治療のもとでいつもこのような状態になってしまいます。食べられなくなったKさんが病院から提案されたのは、もう在宅に戻

ることは難しいという判断でした。胃瘻になる、療養型に移る、こういう提案で家族に説明されています。でもKさん、もう90を過ぎていて、あともう少しというような細々とした命をつないでいる方でした。胃瘻になって、自分に理解のできないものが体に付いた時、きっとそれを取ってしまうのではないかと、家族はそういう想像をしていました。家族の出した結論は、胃瘻をせずに、自然に最後を迎えたいということでした。

しかし、実はこの時、この方はMRSA3+でした。この方の在宅生活をいままで見ていた往診の主治医が出した答えは、「MRSAがあるのであれば、共同住宅は難しいでしょう」。そういうお答えが私のほうに返ってきました。私たちにもその厳しさは分かっていました。元気な方ばかりではない、弱った方も住宅には住んでいる。しかし、ただ死に場所を求めているこのKさん、治療することも長生きすることでもなく、安らかに生を全うしたい、ただそれだけの思い、そして家族もそうさせたいという思い、私たちはそれをかなえてあげたいというふうに思いました。

私は、残された道は、主治医になってくれるドクターを探すことだというふうに考えました。その日からドクター探しが始まりました。このKさんは12月に入院したので、もう年末の忙しい時期、そういう時期に私は医者探しをやっていくことになってしまったのですが、「この12月の忙しい時期に新規の患者を受けることはできない」、多くの先生がそういうお応えでした。

2人目の先生、「年末年始はナースが少ない、1月3日まで今の病院に置いてもらいなさい、4日なら受けてあげられるから」というお応えでした。いくら看取り加算が付いても、24時間つながる人員態勢を備えても、ドクターがいなければ、この方は帰ってくることはできません。私は初めて、重度の方を看取ってくれるドクターを確保するというこの大変さに直面しました。

2011年12月31日、私が大晦日のおせち料理をスタッフと作っている最中、1本の電話が鳴りました。「母がいま息を引き取りました」。次女さんからの電話でした。皆さんに大晦日の料理を振る舞っている中、遺体となったKさんがやっと私たちのもとに帰宅されてきました。遺体のまま年越しをし、元旦にお雑煮を供え、年を明けて葬儀となりました。

最後に私がお伝えしたいのは、確かにご自宅で看取るということは理想のかたちだと思います。しかし、一人ひとりのお考えになっている「生」は、必ずしも家でない場合があります。私が大切に思うのは、「生」を全うさせられるのかどうか、その支援が私たちができるのかどうか、そういうことだと思っています。

今回のテーマは「生ききる」、自宅で生ききるということは、皆さんの望むところだと思うんですけども、場所にこだわらずとも、終末期をいかにその人らしく生きられるか、そのお手伝いができていけるかどうか、これは私どもの毎日の課題であり、いまの入居者さんと向き合い、そのことを少しでもかなえていきたいというふうに考えていきます。

その人らしく生きるってどういうことでしょうか？ 全うするってどういうことでしょうか？

3月に亡くなられた方は昨年、要介護2の体で「青森に墓参りに行きたい」と言いました。お一人でお出しました。向こうには家族の方が待っておられました。そして会えた。みんなに会えた。墓参りをできた。両親に手を合わせてこられた。そういう一心で一つの思いがかなって、北海道に戻ってきて、その後パチンコをし、飲みにも出て、そして毎日毎日煙草を吸い、自分の好きなことをやって、本当にほっとしたような満足した顔で3月で息を引き取られました。その方は、最後は在宅酸素でしたけれども、在宅酸素の器械を外した後、私たちスタッフは、残っているスタッフでその方に煙草を吸わせてあげました。

その人らしく生きるということ、やはり私はこれからも追求していきなというふうに考えています。

**奥田 (コーディネーター) :**

最後のほうのまとめにもありましたけれど、まさに今日の実のテーマは、多分連携なんだろうというふうなところが問題提起されたのではないかなと思っています。

生きるというか、生ききるというか、看取りというか、やはり吉澤先生が初めに投げかけましたように、共に支える、生きることを支えていきながら看取りまでできるという部分は、施設でも在宅でも、あるいはその他という所でも、そこは変わらないと思います。百通りのそういう看取り方があるだろうと思っています。

そういう意味では、初めに今日在宅診療の立場から、在宅、施設、そしていわゆるその他という、新しい高齢者向け住宅とかグループホームとか複合型、それぞれの実践をいただけたかと思います。

それでは、フロアからの質問・コメントの前に複合型のほうで、ちょっと言い足りなかったことがあったので、若干付け加えていただいています。

#### **深澤（複合型 管理者）：**

どちらからいうと、いまは住居に小規模多機能を付けてという所が、かなり札幌市内でも増えてきています。ただその所で、この住居に入るのであれば、小規模多機能に登録をしなければいけないということではあってはいけないと思うし、そのようなことは改善していかなければいけない問題になってきてしまっているのかなということ、正直思っています。

地域の小規模多機能の場合は20分圏内が望ましいといわれています。「病院から出る時に、どこが受け入れてくれるんだろう？」というような状態の方であっても、そのレベルでも受けてもらえる可能性が制度としてはあるんだということは、あまり複合型サービスというのが知られていない部分もあるものですから、特にケアマネージャーさんたちにはそうしたサービスを利用できるということえを覚えていただければ、なにかのご縁があった時にはご家族様と協力して、本当に最後まで慣れたおうちで支えていけるお手伝いをさせていただければいいなとは思っています。

#### **奥田（コーディネーター）：**

それではフロアのほうから、どなたがいますか？

#### **保科（北海道医療センター）：**

私は病院に勤めていて、奥田さんからの報告にもありましたように、病院でお亡くなりになる方というのがやはり多いという現状の中で、皆さんが生ききるということを支えるために、非常に素晴らしい実践をされていることが分かりました。

その中で、患者さんの自己実現だとか自己決定を支えていく、それを寄り添って、できる限り実現させていくということ考えた時に、そういった実践をされている人や場所というのが、やはり増えていくということが重要・必要になっていくのではないかと思います。そう考えた時に、実践されている皆さんが、普段どのように考えてやっていらっしゃるのかとか、これからどのように増やしていくということに関して、なにかお考えがあるのかということと、あと、今日参加している私も含めて、我々がなにかやることができ、もしくはこういうふうに考えていったらいいんじゃないのかということがあれば、教えていただきたいと思っています。

#### **奥田（コーディネーター）：**

はい、ありがとうございます。こういった実践を支える場所は多分増えていくだろうと思います。それで今日の実践があったと思うんですけども、そのへんをまた皆さんに聞いてみたいと思います。ホスピスの会の山田さん、感想でもよろしいのでお願いします。

#### **山田（ホスピスの会）：**

最初、何人かの方が「看取り」という言葉でした。でも、最初の段階から話し言葉の中にもパワーポイントの中にも、「お看取り」という言葉を使うんですね。私はなにかとてもそれに抵抗を感じているんです。「看取り」という動詞になると、主語は医療をする側、看護する側、介護する側で

すよね。それが名詞になった途端に「お」が付く。「患者中心に」とか「その人らしく」とか言いながら、「なにか“看取り”って違うんじゃないの？」と。「看取り」じゃない言葉を私は考えましようかと、「なにかいい言葉はないですか？」と、ちょっと前から言っているんですけども、普段使っている方は、多分なんも抵抗もなく使われていると思います。確かに「看取り」だと思うんですね。「生ききる」のほうがちよっといいかなと思うんですけども、本当に「生ききる」にしても、その人らしくということを考える時に、そう思いつつも、先ほどの発表の中にもありましたけれども、本人の思いと家族の思いのギャップがあります。

家族の時にはそう思っていたけれども、本人になった途端に遠慮してしまいますよね。それって、でも遠慮してしまっただけで、本当は家にいたいんだけど、病院に入るとか施設に入るとかということを見せてしまうと、「その人らしく」というのがなくなってしまう。

やはり「生ききる」ということを、この元気なうちから本当に真剣に考えていないと、ご本人の「生ききる」を支えることができないのではないかと常々思っていて、皆さんの感想にはなっていないんですけども、これは皆さんとかいろいろな人と共に何度も何度も考えていて、本当に生ききることのできる世の中を私たちがつくっていかなくてはいけないんだなと思っています。

#### 奥田（コーディネーター）：

大変貴重なご意見、ありがとうございます。私どもも、看取るとなると、どうしてもこちら側の立場になってしまっただけで、どうも主体が外れるというような、ずっといずいなと感じていました。まさにそういうこともあるのかなと思います。

それと、「看取る」という部分の、主体と客体とのあり方ですね。このへんについては、施設のほうでもどうなのかなと、橋本先生にお願いしたいと思います。

#### 橋本（特養 施設長）：

「看取りという言葉に抵抗」という、これはいいことだなと思っています。ターミナルケアというのは終着点なんだという言葉は私たちがよく使ったりもするんですけど、確かに「看取る」というのはどうかなと、いま改めて考えさせられました。

周囲の人間がやってはいけないと思うのは、今日のテーマに関わって言わせていただくと、「生ききらせてはいけないだろうな」と思いますね。「生ききる」というのは、やはり主体性があって、ご本人の問題。「生ききらせる」となると、もう看取りとかターミナルとか、そういう領域を外れるだろうなと思います。

それで施設のほうで、うちはドクターが非常勤で3人いて、ローテーションを組んでいまして、もちろん24時間365日間態勢ですね。その中でドクターがいるのは、ターミナルのケアはなにをして、なにをしないことかの中で、一言でいえば、「痛みを取り除いてあげるんだ、やれることはそう多くはない」と、正直に言います。「やれることは多くない」。このことは結構ポイントで、自然死だとか平穏死だとか平安死だとか、いろいろなことを言います。それで私も勝手に言葉を作りましたが、自由、つまりどんな選び方でもできるんだということを、ちょっと思ったりもしています。やはり看取られる場所、いま看取りという言葉に抵抗ありながらも、その言葉を借りますけれども、やはり場所の選択肢が広がるということは、やはり良いことだなと思います。

#### 奥田（コーディネーター）：

ありがとうございます。それでは、今度は家族と本人とのギャップというのは確かにあると思うんです。では、まずグループホームの立場から能代谷さんいかがですか？

#### 能代谷（グループホーム 管理者）：

私どもの経験の中からですけども、ご家族と本人とのギャップなんですけれども、入居と同時



にそういうお話を、やはりまず家族の方とお話ししてきます。どこで本人たちがそうしてほしいかという時は、やはり葬儀に参列した時に、「自分もこうしてほしい、最後はこういうふうに迎えてほしい」ということを、本人と常にコミュニケーションの中から密かにメモをしておきます。家族の方がお見えになった時も、「いや、本当にそうしていただければありがたいです」と、ケースバイケースなんですけれども、どうしても病院に行かなければならない時には、その時にはその時でお話をし、そして最後に、本当に本人と家族の思いが同じであった時は、そのとおりにお約束を守って、看取り・ご葬儀までとり行うというふうな運びになっております。

**奥田（コーディネーター）：**

どうもありがとうございます。家族とのギャップとかそのほかを含め、杉淵さんはいかがですか？

**杉淵（高齢者・障がい者向け住宅 管理者）：**

だいたい病状が進行して行って、ご本人さんが細かいところの自分の意思を言えなくなってきた時に、ご家族さんの思いというのがどんどん前に来ます。その時に、ご家族さんは「本人だったらきつとこうじゃないか」というようなことを思い描いて決めていくんですけども、病院から提案されたところからなかなか断り切れないものがあったりですとか、そこから外れてはいけないんじゃないだろうかとか、そういうような悩みもよく聞きます。ただ、最終的にご家族が決めたところを、なにか悔いのないようにといいますか、支えて行ってあげなければいけないというのは、常々私もは考えています。

**奥田（コーディネーター）：**

そうですね、最後の悔いのなさというのは、確かにテーマとしてあるかも知れません。

もう一つの質問の、こういった実践をやる場所は増えていくんだろうけれども、これからもどういうふうさらに取り組んでいけるかということと、吉澤先生から投げられた、生ききるということを実際にどうやって支えていけるかということ、最期に連携も含めてまとめを含めて、吉澤先生をお願いします。

**吉澤（病院 医師）：**

表現が、「生ききる」がいいのか「看取り」がいいのかいろいろあるんですが、生ききる、いわゆる看取りも含めてということという、健康で元気で生きているところからずっと、昔は「衣食住」といっていただけでも、やはり住まいがないと生活できませんので、あと24時間対応の看護・介護というのは、これは別に訪問看護とかに限ったことではなくて、自宅でのご家族による看護とか介護とかもそうですし、全てを含めて、医療という厳密な、医療保険によらないものも含めて、そういうなにかしらの障害を持った、そういう高齢者の方に対しての一緒に暮らす、そういう方が必要だということです。

あと、こういうような世の中になっても、やはりまだ医療というのが“Cure”、治す医療というのがやはりまだまだ重きをおかれているのではないかと。もっともっと、治すだけではなくて、どちらかという生活を支える医療、“Care”のほうへ軸足を大きく移さなければ駄目かなと。これは僕も含めての医者の方なんですけれども、こういう考え方を持った医療従事者をもっとたくさん増やさなければ駄目なのかなと思っています。

医師会のほうでは「午後から地域へ」でしたか、午前中は外来診療をやられて、午後に出かけるというふうに、いま実践されていますけれども、開業医の先生の実態を僕が代弁しますと、24時間365日拘束されている。そういう非常に過酷な生活を送っています。その一方で、訪問診療に特化した医療機関というのもありまして、そこは連携が全然できていないんです。一人の開業医の先生が24時間365日するのではなくて、当番を組んで、「なにかあった時には、違う先生だけど、

ちゃんと看取りに行かせていただきますよ」だとか、そういう囲まれた連携が必要なのかなというふうに思っています。

だから政策の問題だとか、医者の方考え方だとか、あとは医療機関同士の連携というのを充実させることによって、「生ききる」という実践を進める場所を増やしていくということが可能じゃないかなと思っています。

やはり今日の集まりが在宅ケア連絡会と介護支援専門員の連絡協議会と医師会の合同の開催だということで、どこでも生きる、生ききるということができればいいんですけども、そうではない実態もあるかと思っています。だから、そういう情報というのはやはり公開して、もちろんケアマネジャーの皆さんが知らなければ駄目だと思いますし、あるいは市民の方もそういう情報にアクセスできるだとか、そこを共有できることが大事かなと。

それと、以前からいわれていますが、医療機関だけではなくて、医療・介護・福祉、さまざまな生きること支えるというか、僕は「共に生ききる」というふうに「共に」という言葉を使いたいですけれども、共に生きることの為に、連携を改めて強めていきたいというふうに、そのためにこういう会の役割が重要じゃないかなと思っています。

**奥田（コーディネーター）：**

ありがとうございました。非常に大事なテーマじゃないかなと思います。

本当に百通りの生き方、百通りの亡くなり方があって、私どもやっぱりそれを連携で支えていくということが本当に必要なのではないかなというのが最後に分かりました。訪問診療同士の連携もあるでしょうし、あるいは介護と医療の連携、住まいと医療の連携、介護の連携、それと今日はあまり出ませんでした。たとえば成年後見人とかそういう権利擁護との連携なども今後ますます必要になってくるのではないかなということ、改めて私も感じさせていただきました。

**池田（司会）：**

シンポジストの皆様、ご参加された会場の皆様、ありがとうございました。それでは閉会のご挨拶を、札幌市医師会手稲区副支部長成松直人さんをお願い申し上げます。

**成松直人（札幌市医師会手稲区副支部長）：**

皆様、長い時間お疲れ様でございました。今日の6名のシンポジストの皆様、また、コーディネーターの奥田様、どうもありがとうございました。そしてこの会を企画運営してくださっている幹事の皆様もどうもありがとうございました。

「地域で生ききる、最後まで暮らす」というのは、皆様高齢者に限らず、それを望んでいる方が多いと思います。「実際できるの？」と言ったら、「よほど恵まれている人以外はできないでしょう」と思うのが大半だと思うんですけども、今日皆様の発表や、これだけの方が集まっているのを見たら、これは本当に将来できるようになるんだな、こういうふうに世の中が進むんだなというふうに感じました。

今日は皆様、どうもお疲れ様でした。

**池田（司会）：**

シンポジストの皆さま、ご参加された会場の皆さまありがとうございました。

## VII おわりに

— 平成 12 年 9 月 発行分 —

平成 8 年 4 月、札幌市医師会西区支部有志が集まり、「西区内での保健、医療、福祉の連携により、在宅療養者支援のために、とにかく実際に役に立つことができないか」と話し合ったのがきっかけとなり、準備を重ね、平成 9 年 8 月、第 1 回「西区在宅ケア連絡会」が開催された。その後ほぼ毎月一回開催を続け、平成 12 年 6 月、第 30 回開催にまで至った。(略)

3 年間に延べ 100 余例の検討を行い、数多くの成果が得られ、また非常に豊富で実際に効果的な情報交換がなされたが、実は最も価値のある結果は、「人と人とのつながりができたこと」であり、顔を合わせて話しをすることが連携の第一歩であることが如実に示されていると思われる。(略)

在宅療養者を支援するための、地域におけるネットワークを形成しようとする活動は全国的にも数多く報告されているが、「西区在宅ケア連絡会」はそれらの活動の中でもあくまで純粹、普遍的活動であることが、本報告書をお読みいただくと良く理解していただけるとと思われる。

これらの純粹性、普遍性、そして継続性は今後も参加者全員の一貫した姿勢として持ち続けることができるものであり、また参加者自身による新たな発想、積極的な活動によりさらに発展していきけるものと確信している。普遍的活動であればこそ、将来にわたっていろいろな可能性を秘めた活動であり、今後も各分野の多くの方々への参加が望まれている。(略)

活動報告書 (II) のために	— 平成 17 年 10 月 発行分 —	(略)
活動報告書 (III) のために	— 平成 21 年 1 月 発行分 —	(略)
活動報告書 (IV) のために	— 平成 21 年 1 月 発行分 —	(略)
活動報告書 (V) のために	— 平成 21 年 7 月 発行分 —	(略)
活動報告書 (VI) のために	— 平成 23 年 5 月 発行分 —	(略)
活動報告書 (VII) のために	— 平成 24 年 2 月 発行分 —	(略)
活動報告書 (VIII) のために	— 平成 24 年 9 月 発行分 —	(略)

この活動報告書 (IX) は、第 162 回～第 173 回例会活動報告および平成 25 年 5 月、市民の皆さまにも呼びかけて一緒に開催したシンポジウム「生ききる 地域で最期まで過ごしたい ～本当に大丈夫?～」の内容を掲載したものです。

なお、本報告書の第 173 回分 (P8) は次号掲載の予定でしたが、「生ききる」という一つのテーマを取り上げ、シンポジウム (第 171 回)・第 172 回・第 173 回と連続で開催したため本号掲載としました。

今後、地域包括ケアシステム構築が求められる中、実際の疾病者、高齢者、障がい者が地域の中でどのような動きをしているのか、現在のその課題な何か、などを情報共有しながら議論している当会の活動は、今後ますます重要になってくると思われます。

従来の報告書での記載と同様に、再度「さらなるご参加へのお呼びかけ」をさせていただきます。

(幹事会 坂本 仁)

---

事務局：医療法人涇仁会法人本部 医療福祉連携部 出井 聡  
〒006-0811 札幌市手稲区前田 1 条 12 丁目 2-30 涇仁会ビル 3 階  
<http://www.zaitaku-care.info/> e-mail : [info@zaitaku-care.info](mailto:info@zaitaku-care.info)

平成 25 年 9 月 発行

