

第1回 看取り支援に関する専門部会 議事要旨

1. 日 時 平成30年1月17日（水）13:30～15:35
2. 場 所 三宮研修センター801会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり
4. 議事内容・主な意見

【看取りの現状と課題について】

- 地域の診療所で内科医をしており、在宅看取りもしている。診られるものは診るというのが地域の医師の使命の一つと感じているが、看取りまでをひとりで頑張るのはしんどい。医師同士が連携することで、気持ちが楽になる。今は月1回の情報交換会をして、問題点を共有して進めている。また、最終段階における医療・介護の充実のために、医療者の立場としては、看取ったあとの家族や医療者へのグリーフケアが大切。多死社会に突入しており、孤独死を減らすため地域での支え合いや見守りが欠かせない。
- 看取りになるぎりぎりに歯科医師は呼ばれないため、看取りには関わっていないが、看取りになるまでの口腔ケアは行っている。自宅や施設における看取りを増やすには、介護力の確保が必要。老老介護が増え、ひとりで抱え込んでいる方が多いため、連絡手段や相談窓口をわかりやすく伝えるべき。入院や介護保険を利用するタイミングを教えることも必要。自宅で最期を迎えたいという患者の意向を尊重するためには、家族の不安を解消することが大切。自宅で看取ると決めたら入院はできないと思っている家族もいるが、介護者が疲弊しないよういつでも変更できることを市民に周知することが必要。
- 看取りは在宅医療の延長線上にあると思うので、在宅訪問を推進する研修会等を継続的に実施している。在宅をする薬局は増えているが、有料施設やサ高住などが対象で、1軒1軒の在宅はまだ少ない。自宅や施設における看取りを増やすには、エンディングノートの普及や在宅死が選択肢の一つであるという啓発が必要。また、家族や専門職が看取りの知識を得ることにより不安を軽減させることができる。在宅や看取りへスムーズに移行するために、「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」の周知、在宅対応可能な薬局のリストを各区で作成していることを患者や医療・介護の専門職へ周知する必要がある。また、看取り期には多職種間で連携をとり、日々刻々と変わる状態を把握して、本当に必要な薬を医師に提案したい。
- これからの社会は、お金のない中で医療や介護を進めていくことが大前提となること、人が最期を迎えるということがどういうことなのかということをも市民が分かっていないといけない。そのためには、当部会で例えば「人生の最終段階の医療」という言葉を必ず使おうと決めて、子どもも含めて市民に浸透させていくべき。地域医療構想に基づく将来の神戸市の医療ニーズを把握し、大病院から病床の機能分担が進まないと、在宅看取りが進まない。例えば、施設入所中の100歳以上の方が急変すれば、施設に医師がいなかったため、救急車を要請し、急性期病院へ搬送され、延命治療を受けるものの、施設には戻れず、急性期病床を占有し、次の行き先が見つからない。それぞれの立場で、自分のところに問題

が起こるのは困るからということで、皆さんが本当に望んでいることなのかということと言わないでやっているうちに、最終的にはこういう問題が起こる。

○病院の機能分担、急性期の治療を終えたら在宅で療養するということが少しずつ浸透してきているが、治療や薬が次々と進歩し、特にがん患者には治療の終了を切り出すタイミングが難しくなっている。その中で、外来通院の際に今後の見通しをお伝えし、本人の最期の意向を確認するタイミングを意識しておく必要がある。兵庫・須磨・長田では往診医や看取りまで行う訪問看護ステーションが豊富なため、在宅看取りができる体制があるということをお患者に情報提供していく必要がある。急性期病院から急に地域に放り出される形ではなく、入院中から地域の医療介護関係者と連携できれば、在宅医療へうまくシフトできる。例えば、急性期病院と地域の医師との二人主治医制などを取り入れている都市もあると聞くので、そういったことができればよい。

○年間 50~60 人の看取りに関わっている。本人も家族も最期まで意思が揺れるので、主治医と週 1 回、密にカンファレンスを持ちながら、時間をかけ納得できるまで意思決定支援をしている。看取りの市民啓発は、多職種と実演も入れながら寸劇を行ったり、看護協会の協力を得て県民講座を開いたり、地道に地域の方へ啓発している。自宅や施設における看取りを増やすには、看取りを正しく理解しないといけない。市全体で、最期をどうしたいのかを記す「マイカード」を作ってはどうか。

施設での看取りを希望する場合、がんの場合は入りやすいが、それ以外は入りにくい。

在宅医が往診するようになって、病院の外来予約が続いていることがある。在宅医療でも必要な場合には、病院で検査を受けられるという安心材料や仕組みを市民に知ってもらうことが必要。カンファレンスや意思決定の際に、療養先の選択や、胃ろうをするかしないか、などに終始せず、本人がどう生きたいかが大切。訪問看護は増えているが、終末期になると投げ出して、事業所を変わってほしいと言われることがある。リハビリがメインの訪問看護ステーションが増えているのが原因。

看取りに関わって大変なのは、治療に多額のお金を使ってしまうので、末期になって在宅に戻ってから使うお金がない方が多く、もっと入りたいと思っても入れない。

医療と介護のケアプランが連携できておらず、マッサージが気持ちいいのはわかるが、末期なのに介護保険の訪問リハが入りすぎているため、訪問リハが入っている日の夜中に、訪問看護が呼ばれてもボランティアになる。ケアマネジャーがそういうことを知らず、医療と介護の連携がまだ不十分。ケアマネジャーから家族に話してもらうようお願いしても、話しにくいと言われる。在宅看取りにつなげるためのサービスの使い方を、制度的に考える必要がある。

○看取り期を適切にケアマネジメントするために、ケアマネジャー向けの研修を年数回行うほか、医師会等が開催する研修にも参加している。

末期がん患者等の場合、特殊ベッドを導入する際の手続きが簡素化されたことや、従来は介護保険の認定結果がでるまで 1 か月かかったが、区の窓口で申請すれば 2 週間に短縮されたことは、ありがたく思っている。その際、区の窓口で、必ず余命はどれぐらいかとい

う質問を受けるのだが、答えられないので配慮していただきたい。

自宅や施設における看取りを増やすには、看取りができる在宅医、ホスピス等の医療関係者と連携できるようなシステムやガイドラインの作成が必要。また看取りができる医師の一覧や、麻薬、輸血の可否などの情報があれば助かる。

昔と比べると、在宅療養の環境は良くなっているが、ホスピスが少ないと感じる。

医療の知識がないケアマネジャーも多いが、在宅を選択したら在宅しかない、というわけではなく、ホスピスや病院や有料施設などもあるということをケアマネジャーにも教育することが必要。

一人暮らしのがん末期の方には定期巡回を入れると楽だが、定期巡回の訪問看護でもターミナルに対応できるよう、質を上げるための研修が必要。

○特別養護老人ホームでは入所時から看取りが始まっているので、入所前の面接で説明をしている。実際に看取りの状態に移行するとき、家族に看取りに対する知識がないこともあるので、年1回看取りに関する発表会をしている。それにより、理解度が深まってきているので、並行して地域住民向けにも発表会を始めた。自施設では施設内に診療所があるため、看取りに比較的スムーズに移行できる。ただ、神戸市全体では、通常、嘱託医の配置のみである。

介護職・看護職としては、どこからが看取り期なのか基準が難しいのではないかと個人的には看取り期になる前に「人生のやり残し」を少しでも解消できるようにしてあげたいと考えている。

○介護老人保健施設での看取りの強みは、多職種が連携して様々な症例をその都度カンファレンスしながら話し合えることである。ターミナル期になると、施設で看取れるのかを判定会議で検討している。痛みや苦しさが強い方、外科的処置が必要な方は難しいが、ほとんどは可能。入所の際には、あくまでリハビリ施設ということで看取り期の話はしないが、徐々に衰えてきたとき、看取りの話をしている。ターミナルケア加算が認められてから、看取りにかかる施設の費用負担は軽減された。

100床で、介護職4名と看護師1名で夜間の対応をしている。看取りは施設長の負担が大きい。施設長の方針や協力が無いと施設での看取りは難しいと感じる。

○平成27年6月の「介護施設及び高齢者住宅での医療と看取り」の委員会では、「質の高い看取りを行うには法の整備が必要」などの課題が出た。行政には現場の課題を知ってもらって、施策につなげてほしい。リビングウィルなどの市民啓発ツールも必要。

市内の特養における看取り数の実態調査では、特養は「終のすみか」のはずだが、0から50近くまで施設によってばらつきがあり、利用者は看取りへの提供体制がどうなっているのかがわからないという問題がある。

看取りに関する市民啓発について、垂水区では数年前から寸劇をして啓発している。寸劇は市民に分かりやすく伝えることができ、皆でつくりあげるので多職種につながりができる。厚労省のワーキンググループで発表したところ、評価をいただいた。