

第 4 回多摩市版地域医療連携構想策定協議会会議録（令和元年 12 月 23 日開催の議論のまとめ）

1 看取りに関する医療連携

- 在宅ホスピス協会等の報告を受ける中で、がん患者の看取りケースの報告が多い。
正に末期の方々の看取りを非常に丁寧にしているケースの報告がある。
- 現場では、がんの末期で在宅で死を迎える方は 1 割位。かつては 1 % 足らずだったのが 10 % 位まで広がった印象。色々な形でがんの在宅看取りの件数が報告されると思うが、未だ少数が現状である。
- がんのケースで例えば高齢の方のがんならば在宅の看取りは全然問題なく、本人もがんと判らず年齢の影響での状態と自分の死を受け入れやすい。ただ若い人はなかなか自分の死を受け入れられないことや若い家族は看取りに難しさがあることから、病院で亡くなる方は多い。
- アンケートの中で在宅に「不安」との回答が多いのは前回も話したが大変興味深い。安心して自宅で亡くなりたいたら、その不安を 1 つずつ丁寧に解消し・説明していく活動が大事である。
- 病院死を減らして病院以外の看取りを増やそうとすると、それを実現させる為に何が必要かが不安かが議論の前提になる。在宅に戻らないで病院に最後迄留まってしまう不安の 1 つには医療的ケアがきちんとして貰えるか、命が在宅に帰ったら短命になるとの不安。もう 1 つは生活を支える負担に対する不安がある。
- 統計でいうと最期の身の世話を家族が専ら頑張るのが在宅である。有料老人ホーム等は、これは完全に実感としては自宅ではない。統計的には一緒になっているからその辺は注意して見ないといけない。
- 最期迄社会的つながりを持って意味ある生を生きたいのが市民の意思。
「病院はお金が掛かる」とか「終末期医療に莫大な費用が投じられている」という話が独り歩きして ACP や在宅の話が勝手に市民が望む道だと既定路線として築かれてしまうのは適切ではない。もう少し丁寧に市民が本当に望むことをとらえるべき。
例えば 30・40 代でアンケートを渡されてきちんと考えて書くのは難しいと考えられるし、専門家によると ACP の段階で表明した意見と、本当に最期を迎えた時の患者の意思とは必ずしも同一ではない事例もある。
- ACP の話は、何故必要なのかを医療の現場から言うと診療の中断ができない事に関係する。

これは医者にとって切実な問題である。沢山の方を看取る中で、病院の当直の時に、たまたま呼吸不全を起こした患者は多分延命は望まないことが大方予測できても、意向が確認できないときは、挿管してレスピレーターを使用し、延命処置を施す。長年患者さんと付き合いがあり確実にそれ（延命）を望んでいない、家族ともそのコンセンサスができています。いわゆるACPの言葉がない段階でもACPができあがっている時は、安心して意に沿った対応ができる。

- 望まない医療を意に反して延々と続けられないことを覚悟する為には、ACPは大事な概念になる。ただ医療で思うのは本当に望まない医療をしないのはとても意味があるが、実際は患者本人或いは家族の意思はそう簡単に「もういい」とはならない。物凄く拘る人が多い。医師であっても自分の親族が本当に危篤状態になってもそう簡単に諦めない。本当に医療の力で延命しようと思えば2, 3ヶ月は可能だ。そういう意思がある。全力を尽くして延命に尽くすこともある。
- ACPとは何かを決定するのでなく、あくまでもプランニングのプロセスだと思うので、あくまでも自己決定真意のツール。決まらなくても良いという前提での話し合い。ACPは何かから突如入るとなるとやや違和感がある。在宅医療自体が国の経済誘導から成立したものだが、市民は在宅でできたら死にたいと訴え、そこを大事にしてどう支援していけば良いのか話し合いをしていく方が受け入れやすい。
- 多摩市は今ご高齢の方を含め一人暮らしの方が凄く増加している。このまま一人でどう暮らせるか。或いは迷惑掛けたくないが、サ高住や老人ホームなどは避けたい。本人としてはできれば最期まで、自宅で自分で何とかしたい。人生会議＝ACPと言うと家族で話し合うようにとのことだが子どもが離れて暮らしていると「家族」という概念が成り立たないことがある。地域包括ケアシステムなど支える仕組みが必要。
- 看取りの課題は、家族と一緒に暮らす人でも家族がどこまで背負えるか。働きながらの介護、老々介護の形となる中で大事なのが、在宅医療の裾野をどう広げられるか。行政は、家で何とか亡くなりたいとの気持ちを叶える為に、支えられる仕組みを作れるか。最後は24時間きちんと看取って貰える仕組みを作れるのかに関わる。そこが難しいとどこかで病院との選択が出て来ざるを得ない。今80代でお悩みの方が多い。その相談相手は、遠方や離れて暮らす息子や娘ではないのではと感じる。
- 色々な人生の終い方があるもので、医療人は極力そういう人の意向に沿った看取りを支援せねばならない。その為の色々な方策を作るべき。
- 一人暮らしの方の看取りを何年かやっている中で、「私はこの家で死にたい」と本人が言うなら本人の意思なので、ヘルパーが週1回必ず顔を見せられる、医療従事者がどこかで1人1日1回生存確認できるとなれば、看取りができる。それは孤独死とは言わない。そうする

と本人は満足して「こういう死に方なら私も良い」という方も中にいる。本人がどんな生き方をしたいかを大事にすれば、心構えがあれば独居でも可能となる。

ただ認知症になってセルフコントロールが不可能な場合は別。

多少の認知症ならば、独居の心構えがあり、家族がそれを承知していれば在宅でできる。

緩和ケアは、がんだけでなく亡くなる前に皆さんが受けられるケアなので、この際病気と闘う必要がないとなれば早期から緩和ケアが始まる。

- 実際外からの介護力を当たり前を受けられる社会システムが作られており、むしろ家族は寄り添うだけで、多くは介護力をいただく形の選択が理解されて実行されたら、この実現はそんなに難しい話をしている訳ではないと理解している。つまり情報量があまりにも少な過ぎるのではないか。一人で家族の中で看取られたいとの思いが実際にはその人の中で無理だろうと判断せざるを得ない。その乖離するものを埋めていかねばならない。
- 昔は食べられなくなったらそのまま衰弱死する、点滴もしない。風邪をこじらせ肺炎で寝たきりになってもそのまま家で亡くなる。現代は、病院に掛ければ抗生物質と糖液投与で治る。だから平均寿命も延びる。医療にかからない、そんな時代に戻れるかは難しい。
- 介護保険でまかないきれず自費のサービス利用を受けると、金銭的な負担が大きい。実際に市民の方が亡くなる直前の介護者の負担を知っている事がアンケートには表れているのではないか。
- 家族は介護が始まった時点で家族各々の時間を使って看る、人生の大事な膨大な時間を患者に対して使う訳だから信頼関係がないと成り立たない。また、看取りなど、患者と家族だけで何か話し合うのは難しい。家族だけで悩まないよう、臨床心理士や緩和ケア認定ナース等チーム（多職種）で家族の間を取り持つことで、在宅の選択肢も出てくる。幾つかのリスクを話し、こうなった時は在宅の先生や病院にコンタクトを取るようにと。こういう安心感を作っていくことが大切。
- 在宅の場合、施設でなく家で暮らす時に、生活支援を実際にどう確保するか、どの位可能かとの話。もう1つ医療自体が病院から離れて在宅に戻ってどれ位確保できるか、どれ位本人が納得する医療が確保できるのか、つまり在宅診療体制がどの程度できないといけないかの議論が必要。
- 在宅医療で課題なのが24時間体制であり、1人では組めないこと。だからそれをグループや複数制でやろうとそこで議論がなされる。その部分は、行政や医師会等で応援できるのではないか。また、医療の水準、特に延命を望まなくてもがんの末期では緩和ケアが必要。緩和ケアの治療的スキルを全員が持つかということ。それをある程度そのスキルを持つ所がやるような体制づくりがこの地域の中でどう作れるかが中心的なテーマになる。
- 在宅医療ばかりではないと思う。90代の方が外来に通えていて、亡くなる方もいる。医療費抑制

なら外来にできるだけ来て貰い最期を看取る制度も考えられる。

その先自分で来られなくなったら医院からデリバリーで出る。

- 市民が望んでいる在宅でその在宅医療の条件も実は多摩市はある程度の水準をクリアしていることも、きちんと情報として知らせる必要がある。生活支援が大きな壁なものも否めず、ただそれは看取りの問題だけでなく全般につながる問題なので、連携することが必要。そのような形で市民が望む最期の迎え方を議論し、同時に今整っている条件について情報提供し、課題を提示することも必要

2 多摩市の医療の全体像・将来像

3 医療連携構想骨子（案）（資料5）

<地域共生社会>

- 地域共生社会とは、今後の地域づくりの共通ビジョンとなるところであり、地域包括ケアシステムの次のバージョンアップした形。地域包括とは言いつつなかなか包括化されきれていないが、社会的処方箋、つまり先程の看取りの問題に関わるかも知れないが、最期まで生きがいをもち、元気でいられる場所の提供など、また、医療の連携に関わる流れになるが、本当の包括化をしていかねばならない。

- 当面は高齢・障害・子ども・困窮の4つの分野を連携させるとの件がこの報告書（地域共生社会検討会 最終とりまとめ（案））のとりあえずの射程である。次のステップで恐らく医療や雇用等も連携させる段階になると思う。何故それが大切かという、今いわゆる8050問題を地域包括が対応しようとする会計検査院が文句言ってくる。つまり50の息子の方の対応をするのは、介護保険特別会計とは目的外使用とのことを言われてしまう。そんなことを言ったら何もできなくなる。正に問題は世代で起きているし、各々が複合的な問題を抱えている。

- そこに包括的な相談支援をすると同時に元気になる場づくりである。これ迄は子ども食堂をやっている所に子どもの学習支援を組み込むとか、或いは子どもの相手をお年寄りがすることで、介護予防事業にしていくことが実はできなかった訳だが、子ども食堂で学習支援もし、お年寄りの介護予防の場になるような各事業費の融合した使い方、或いは自治体固有の財源やこうした国の連携も可能にしようとの取り組みである。実は非常にスケールの大きい話だが先ずはできる部分からやるのがこの報告書（地域共生社会検討会 最終とりまとめ（案））の課題である。

<医療連携構想骨子（案）>

- 大変わかりやすい骨子案。多摩市版のキーワードとして「一人暮らし」がある。この視点でこの骨子がずっと読めるかが1つ、それから医者だけでなく、もっと「他の職種をチーム（多職種チ

ーム)」として派遣して欲しいという希望がかなりあると思う。そういう目線で骨子を読んでいけるか。それに対しての入院医療に於いては色々細かい点があるだろうが、「断らない医療と災害」である。災害・断らない救急この辺を我々が整えるだけでなく、多摩市と住民の方が上手く理解できるか、こういう視点で文書が読めるか、この3つの視点で読める多摩市版を望む。

- 基本は冒頭にあるように医療関係者・市民・行政。市民を決して患者的な客として見立てず、ご当地医療を盛り立たせる為に積極的に関わって貰うことが基本。その意味では市民でも理解できる中身である事。ただ地域医療入門的な感じにすると、連携計画の部分が必ずしもきちんと果たせなくなる場合もあり、易しく書くにも限界がある。可能な限り市民にも理解して貰える物にすることが大事である。医療・市民・行政の「社会契約」という言い方をするが、各々がすべきことをきちんとここで確認する。きちんと互いが約束を果たすならば、多摩市の医療は正に健幸まちづくりに直結する。そのことで各々の項目について医療・市民・行政の役割が示される。
- 一人暮らし」がとても大きな論点との話はその通りだ。一人暮らしの人を支える為に色々な部署が情報共有して協力しながら取り組まねばならないが、その障害は「縦割り行政」だ。会計検査院の話もあり、縦割り行政は、市長のトップダウンの号令だけで何とかなるものではないことがわかった。
- 各々の医療機関が、自分の立ち位置で何をすべきかしっかり自覚を持って、仕事をせねばならないと思う。医療機関に対する注文の付け方として、地域の中の医療を担う機関としてどんな役割が求められるか自覚を持って取り組む…そのことが基本的に成り立つと思う。医師会でもそのことを一生懸命呼び掛けているが、なかなか色々な考え方があり難しい。
- 看取りの部分では、良かったと思うケースは、医師のみならず多職種が関わった例は本当に上手くいくのを実感するので、こんなケースやサービスの存在を知らせる場をもう少し積極的に持たねばならないと思う。ある1つの医療機関に行けば…ということでないで、生活支援をする役割が沢山あること、伝えていかねばならないと思う。不安解消の為にはそこだと思う。先ずは知って貰うことだ。
また、相談する窓口の在処も大変困っている。
- 今後薬機法が改正される地域連携薬局等の部分で言われるので、最初にかかりつけ薬局の日常医療や在宅医療を支える医療連携の部分で、薬局が気軽に立ち寄れる相談窓口としてファーストアクセスを行い、そのかかりつけの先生やそれ以外の支えて貰える所にナビゲーションできるのが、本来の薬局としてやらねばならないと思う。
- 薬局でももっと在宅ができることをアピールが必要。例えばかかりつけで診ていた患者が薬局に来られなくなって在宅になる。在宅になった時に、在宅の医師と連携がある場合はそのまま続くかも知れないが、そうでない場合はその在宅を実施する先生の連携薬局所に行く。元々かかりつけをしていた薬局が本来持っている情報や患者のデータ等全てを特化したのが生かされない。

○今回の部分でも結局看取りの面に関して、薬品等が必要な医療の提供をせねばならない時にどこの薬局に頼めば良いかと、ある程度ネットワークができあがっている医療機関の場合だと薬局もやりやすいが、そういったことが判らない医療機関だとなかなかどこの薬局に頼めば良いかわからないと未だに声で聴かれる。そんな部分を本当は薬剤師会である程度情報を持って提供できるとよい。先ず大事なものは、かかりつけの機能の健康サポートの部分をエリアの段階で一番薬剤師が関われ、医療者にもつながれるので、その部分でもう少し薬剤師会としてできることを考えていきたい。

○各々3つフェーズがあり方向性があるが、恐らく今後方向性に接する為の具体的な対策・施策が出てくると思うが、そこまで書き込むかのかということでも悩ましいのが1点、2つ目は指標の件、各々のテーマに沿って指標を付けると思うが、横串を挿すような指標になっていてどんな指標を考えたら良いか悩ましい。一般的には先程話した方向性を示してそれに合った指標を作るのがよくあるパターンだが、横串を挿す的な指標でその後のフォローアップが来年以降の話になると思うが、難しい。

指標については元気の出るものが良い。

○救急災害時の医療とまとめてあるが、救急医療と災害医療はかなり違う物である。まとめてしまうと論点がボケてしまう。救急医療では、救急医療機関が夜中の時間外に夜中の救急を扱うのでとても有難いが、実は一時救急で電話相談を利用して貰えると有難く、だいたい救急搬送数が節約できる。そのことを強化することは入れて貰いたい。そういった一時救急の対応がかかりつけよりも大事な仕事だし、書き込んだ方が良くと思う。

○災害医療では非常に典型的な災害医療訓練をやっているが、住民の方を巻き込むことはとても大切で、そういう役割を意識して貰いどう動いて貰ったら良いかを、そろそろ考えていかねばならないと思う。医師会がやっている災害医療訓練もだいたい成熟してきたが次のフェーズに入っていかなければと思う。そういった超急性期の病院の門前トリアージだけでなくこのことも取り組まねばならないので、その面で書き分けて貰いたい。