

医療と介護をつなぐ看取り介護研修

【講師:松井先生のご講演】 1月19日(木)彦根勤労福祉会館

■はじめに:松井先生の自己紹介

皆さんこんにちは。今紹介頂きました、浅井東診療所といって、長浜市の東の山奥にある診療所の所長をしています。一週間前に南の会場でお話をされていて、今日は北の会場でさせていただくのですが、ここは私の職場からすると、だいぶ南の方にあるので、比較すると両方南の会場なのですが、今日は北の皆さんが沢山いらっしゃってくださいました。先週は全部言えませんでした。準備はしていたのですが、残りの2割くらい言えなくて、今日は全部走り切る様にしたいと思っています。

自己紹介ですが、出身は長浜です。滋賀医大に行き、そこで家庭医というものを目指して、地域医療をやりたいと思っていました。こういう診療所で働いていると「自治医大ですか」とよく言われますが、実際は滋賀医大です。そこから地域医療の勉強をしたくて北海道に行きまして、7年間は町の一部の訪問診療をしていました。礼文島はわかりますか。そこは北の稚内から船で2時間行った所にある花が綺麗なハイキング好きの聖地みたいな所なのですが、その離島など道内7カ所くらいの地域で働きました。そこにもグループホームや特養などの色々な施設があり、僕がお医者さんになって3年目の時、室蘭という町でグループホームを開設して5年になるところがありまして、そこで初めて看取りがあるということで、「松井先生、行ってみようか」と言われて行ったら、皆さんが不安になり、「どうしましょう」となりました。そこにご家族様の娘様が看護師さんで、「私も付きますから大丈夫です」と言ってくれて、「ぜひお願いしますと。」家族がこうだったら大丈夫かな？と思っていたのですが、娘さんがいらっしゃらない夜間に急逝されて、救急車で病院に行かれました。その時、僕らが救急車で行ったと知らなくて、いろいろな先生がその患者さんの経緯がわからなく、異状死じゃないかということで警察呼んで、その娘さんが最後に色々と事情聴取されたため、悲しむ間が無かったようでした。最終的には、なにも無かったかもしれませんが、もう少し穏やかな看取りがしたかったと仰っていました。僕はそこですごく罪悪感といいますか、もっとなにかが出来たのではないかと反省しました。そして室蘭に居る間に、そのグループホームで2年目の看取りの事例があった時は、スタッフで勉強会を行うことや、なにか変化が起こったら、救急車呼んだとしても、まず僕達に一報下さいということを行いました。そうしたら、救急車と一緒にいくらでも送れるし、なんだったら僕も行けるしということ。

それから2ヶ月くらいしたら、2例目の看取りもグループホームでできて、そこからいろいろなグループホームや特養や、ショートステイ中の看取りを経験しました。そういった部分で皆さんにお話出

来ることがあるかなと思っています。

今日は看取りのぐるりということで、「ご本人のケアについて」を中心にして、ご家族さんのケア、職員のケア、生と社会、医療との連携というのを順番にお話していこうと思います。先ほどの事例発表では、“やまびこさん”だと、家族でしたし、“ふくらさん”も家族でしたし、こういうところが大事なのではないかということをお伝えしたいと思います。いろいろな看取りに関わっていて、今訪問診療で個人宅をトータル80軒くらい行っていますので、そういう中で、共通する部分沢山あると思います。色々困っていることがあるのではないかと思います。

では1番から5番順番にお話していきます。

■看取りのぐるり1:本人のケアについて

まず、中心となる本人のケアについてからお話して行きます。いつからが看取りケアかというところのお話で、いつも自分が思うのですが、医学的に言うと大体半年前や2ヶ月前などがあるのですが、事例を見てみると、Aさんという方が高血圧と糖尿病でBという診療所にかかっていました。7年前に脳梗塞を発症されまして、認知症も出て来てしまいました。元気にはされていたのですが、転倒して骨折したため、寝たきりになってしまい、Cという施設に入所になってしまいました。娘さんがその診療所から車で15分位のところにいらっやって、息子さんはかなり遠方にいらした、という様な事例です。

本人へのケアのポイントはA、B、Cとありますが、Aは“ふくらさん”の発表にあった通り、「日々の暮らしの延長にあるもの」という考え方が正に一致しています。1つ目「この方の歴史を知る」、2つ目が「今を理解する」、3つ目が「未来を予想する」という順番にお話して行きます。

■本人のケアについて1:歴史を知る

私はいつもこういう研修会で「出会った時から看取りケアが始まりますよ」と話をしています。それはなぜかと言うと、もう出会った瞬間からその人の人生、皆さんと関わりだしているということで、その人の歴史や日々の考えや生き方や日課やなにが好きか、どういうことが嫌かということを情報収集し始めているのです。その延長にあるものという“ふくらさん”の発表の通り、それがもう看取りの資源や財産に変わっていくので、皆さんがその方と出会った時から、実はそれに向けてのいろいろな積み重ね、積み立てが始まるということです。

人はこれまで生きてきた様に亡くなっていく方が多いです。どのような人生でどのような風に歩んで来られたのかということを知ることがヒントになります。これが、人生のベストな状態ですね。看取りケアが始まるというと、先程、“やまびこさん”のアンケートで4%の方が、最期になにもしないことを望んでいたから、という理由で看取りを選択されたのかなと思いますが、そういう風に意思をわか

り表示されて、それをしっかりご家族さんが覚えているときには、その看取りケアの葛藤や迷いが少ないですが、いざご飯が食べられなくなってきた、どうしようかなと思う時に、「じゃあこのまま看取ってよ」という人はなかなか居なくて、その時にはもう自分の意思を伝えられない状況になっている方が多いので、出来るだけ普段の時から、こういうものを会話しておく、「こういうのがやりたいが、かなんのだ」と言っていたことを、1年後なのか5年後なのか10年後かはわかりませんが、そういうこと言っていたのだと理解しておくことが、ひとつの大事な支えになります。

なので、日常の交流やコミュニケーションから、その方の考えを理解するということがすごく大事なのではないかなと思います。僕は今、外来診療もしていますが、村で著名人が亡くなります。そうすると、患者さんがすごく動揺して、「あの人が亡くなるなんて」、「あの死に方は羨ましい」みたいなことをおっしゃるときに「どのようなところが理想ですか」と訊くのです。「ああやって家で亡くなられて幸せだよ、私も家で逝きたい」と言うので、「息子さんに言ってみますか」と訊いたら、「言ったら息子が怒って聞いてくれない」と言うので、「カルテに書いておきますから、息子さんにも言っておきますし、電話入ったら言っておきます」という風にしてきます。

こういう日常的なコミュニケーションで、その方が急変した時に「こういう風に言っていましたけど、どうしますか」と相談も出来るので、実は日々の何気ないところからそういう情報を知る手段があります。そのキーワードが「事前指示」と「継続性」です。

事前指示は、アドバンスケアプランニングという言い方もありますが、将来いざ自分で決める力がない、自分で意思表示が出来ないので、それが出来るうちに、言っておく、残しておくということです。エンディングノートもこの事前指示の一つかもしれません。皆さんの立場で言うと利用者さんの人生観や価値観を理解して、終末期が出来るだけその人らしくなる様にするための準備の作業になります。事前指示は日本人特有の死を嫌う、忌み嫌うことが沢山ありますので、その息子さんがおっしゃる通り、「お母さん死ぬとか急に言わないでよ。本当にそうになったらどうするの」というのが、僕らの文化にはすごくあるので、なかなかこういうことは取りにくいです。しかし、だからといって取らないと、最期の最後に「どうするか」と家族が聞かれて葛藤する可能性があります。だから、やった方がいいのですが、そこまで表立ってやらなくても、ケアの継続性ということで、その人のことをよく知っているという積み重ね、積み立てをしておく事前指示に準じた対応が出来るのではないかなという風に思っています。なので「いつも嫌がっていたから、ちょっとやめておこうか」とか「こういうことが好きだし、ちょっと明日やってみないか」とか、そういう風に皆さんが日々、その方と触れ合う中でいろいろな情報収集されていると思うので、自然と出来る様な状態になって行くのではないかなと思うので、この自然と出来る様なケアの積み重ねていうのをケアの継続性という風に呼んでいます。

■本人のケアについて2:今を理解する

2つ目は今を理解するという話です。今、この瞬間の利用者さんがどういう状況かということです。ADL がどんな状況かとか、食べる力はどうかとか、普段皆さんが、対応されながら観察されていると

ころです。日常の意識レベルという、前喋られていましたが、だんだん話すことが減って来たなどか、前は訊いたらすぐ答えたのに考える時間があったのに、返事が来たらそのまま寝たりや、だんだんボヤッとしてきたとか、そういったところの今の状況です。これを知っておくというのはすごく大事で、なぜかという次の未来予想に繋がります。ここがボヤッとしていると、こっちが曇ってきますので今をしっかり把握して、そのために未来を予想することが大切です。お医者さんも神様ではなくて全然先が読めないというのは、人間相手だとすごく感じるのですが、そういうことのヒントとしていろいろなデータの積み重ねがあります。

「病の軌跡」という概念があります。ちょっとその紹介をします。あとどれくらいだろうというところのヒントになるものです。この図Aが「ピンピンコロリ」です。元気に暮らしていて、いつもゲートボール行っていて、朝起きてみたら冷たくなっていたというものです。本人は良かったかも知れないが、家族がびっくりするということです。

図のBは癌の考え方です。癌と診断されますが、仕事も生活も出来て元気です。しかし、だんだんと手術や抗がん剤により段々と元気がなくなっていき、多くの場合、最近そのまま完治されることもあります。しかし、再発したり転移したりする場合は、急に亡くなってしまうという事で、周りの方が癌で亡くなった人の話を聞くと、「あんなに早く逝かれると思わなかった」と言うことがよくあります。私も緩和ケア病棟に2ヶ月間研修で勤務していた時に、本当に元気だった方が、一日単位でどんどん落ちていかれるというのが、癌の病の軌跡になります。

このCは何だかわかりますか。なんか弱っていてギョッと弱ったところ回復して、またちょっとずつ弱ってくるけれどギョッと何回か回復して。これは心不全やCOPDの方の病の軌跡になります。このギョッととなっている時に大体入院されています。しかし退院されています。入院よりも退院の後の方がADLが落ちて帰ってこられるという話です。

最後のDは、すごく悪くなられた、退院されたらまた元気になるかなと思いますが、そのまま逝ってしまわれるという方です。これは皆さんが一番経験されている老衰、認知症と呼ばれているグラフがこちらになります。これは、こうやって見ると縦軸と横軸が一緒なので、同じ様に見えますが、実は横軸が違って、癌だと20代の方から100歳の方にいらっしゃって、幅があるのですけれど、この年単位が全然違って、認知症や老衰となるとすごく長い期間の病の時間軸になります。

手元の資料を一個飛ばして次のページです。Aさんは自分で意思を伝えることが困難でした。ただ、普段から「痛いことは、かなん」最期まで「痛いことは、かなん」というのだけは仰っていました。花や可愛い小物が好きで、いろいろな手芸のものやお花など、そういったものを最期になって、それを見てにこにこされるということです。最近では寝たきりの状態で、食事は出来ますが、すごく時間が掛かり、ずっと口が開かないままだったり、入れても入れたままだったりして、1時間くらい掛かります。認知症を発症して既に6年が経過されています。Aさんのを今を見るとですね。「あとどれくらいだろう、大体どれくらいでしょう」と考えると、医学的には認知症の方の平均寿命は大体、5年から6年で、うちのデータだと長くて7年と言われているので、もう既に寿命が来てもおかしくないところに差し掛かってらっしゃいます。

■本人のケアについて3:未来を予想する

もう一つは未来予想、看取りの状態変化の把握ということになります。先程、やまびこさんで第一段階、第二段階、第三段階という風に仰っていましたが、非常にわかりやすく素晴らしいなと思い、そのまま使いたい位ですが、私の表現で言うと、亡くなる状態変化の数週間前、数日前、数時間前という風に伝えていきます。

まず数週間前ですが、大体一日中ベッドに横たわっていて、体動も少ないです。ポータブルトイレに立つことも難しく、ほとんど寝たきりで体も動かさないので普段通りの食事はほとんど必要ではなく、お腹も空かないのでほとんど食べません。怠そうで、入浴してもしんどそうなので、短くすまさないといけないのではないかということを感じます。これが亡くなる数週間前の状態です。

数日前は、段々と眠っていることが多くなってきて、声を掛けても、口を開けてくれる事が多いですが、発語がありません。そういう感じです。食事や水分はほとんど摂ることが出来なく、もし開けたとしてもちょっと怖いという感じです。痰が絡んで、ゼロゼロしている呼吸が聞かれることが多いときもあるかも知れません。血圧が低下して、手足が冷たい状態になり、目を覚ましていることが少なくなっていくのが数日前の状態です。この自分の体のどこが必要ないかと考えると、ここから上がなくなってしまうと死んでしまいますので、大体肩からこっち側をいりません、ふとももから下もいりません。なので、そういう手足からまず血液が行かなくなります。あとは、これだけ寝たきりでカロリーも要らないし、食べても消化は出来ないのも、実は見えていませんが、胃腸の動きが止まります。もしくは胃腸が働かなくなるので全部下痢になります。出来れば、この辺で胃ろうは中止したほうがいいな。次の注入をしようとしたら、胃の中から前回注入したものがぶわーと出てくる。これは胃腸が動いてないので、もうそんなに栄養はいらないよと体が言っている状態とも考えられます。

亡くなる数時間前というところですが、呼びかけがあっても反応が弱いです。呼吸がだんだん止まって行きます。肩で息をして、鼻で息をしたり、努力呼吸になります。後は顎を動かしてですね。下顎呼吸っていうのはもう近くなります。たまにですけど、無呼吸、頻呼吸とか呼吸の間隔が伸びたり縮んだり、チェーンストークス呼吸の変化になると、あとは、「ハーッ、ハーッ」という風にして、吐く息が努力呼吸なので、息の量が増えるので、その時に呻吟という声？と感じる発声がみられる事があります。なので、さっきの手足の変化ですが、だんだんと肝心要の方の心臓と肺に変化が出て来るのがこの数時間前です。ただ先程の“ふくらさん”のデータで、僅かな唇の動きや手の動きなど、もしかすると些細な変化というのは普段見ているとこういう瞬間でも感じられるのではないかなと併せて行くことになると思います。こういう風に一般論で病の軌跡や状態変化とありますが、毎回違います。僕らも「あと数時間ですかね」と言っても一日開くことや、「あと一週間くらい大丈夫じゃないですか」と言っても次の日に息を引き取りましたという電話が掛かって来ることもあります。だから、これは当たった、間違ったという世界ではなく、そういう心の準備、予測するためのものなので、毎回違うということを書いて頂きたいなと思います。本当にそうだなと感じていらっしゃる方もいるのではないのでしょうか。これがポイントです。

本人のケアというところで、もう少し詳しく聞きたい、ここが少しわからないなということはあるか。

では次、家族の方に行きますので、またなにかあったら時々質問の時間をとる様にして行きます。

■看取りのぐるり2:家族のケアについて

「看取りのぐるり」という話をしますが、本人が中心ではありませんが、実は家族ケアが中心にもなるのではないかという風に私は思っています。その家族ケアの中で、どのようなものが大事になるかということを自分なりに3つにまとめました。家族図を書いて、家族構造を理解する、代理意思決定が可能な関係になる。そして揺れる感情、先程のアンケートにもあった様な葛藤、そして、結論が出ないということを許容して、そういう家族さんの様子をケアの対象にして、看取りケアをやるということです。詳しく行きます。まずは家族図についてです。

■家族のケアについて1:家族構成を理解する

家族構造を見たいと思います。少しこの説明の前に、僕は家庭医や専門医と言っていますが、家庭医、専門医が、家族図を書く時に、お父さんが居てお母さんが居て、子どもが居ることだけを書きません。利用者さんがお父さんだとしたら、昔国鉄マンでその後は竹細工にハマって、最後はこういうのが大好きだった。お母さんのところには、もともと母親の介護経験があって、介護はもう懲り懲りと思って、薬嫌いだったりとか。息子さんのところでは、仕事はしていたが、その息子さんが亡くなってからアルコールを飲んでいて、入院歴があり、今でも定期的に施設に通っている。そういう風な個別の情報を書いています。あと、お父さんと息子さんの仲がとても悪いとか、お母さんと息子さんの仲が悪いとか、そういう風に関係性を書いています。それは固定されるものではないので、面談の時に最近父親と息子の仲が良いです、とか書き足したりして家族図を書いています。なので、その家族図を見ると、うちの他のドクターも「ああそうかこんな家族なのだな」とひと目で解る様に書いたりしています。家族構造ですが、「境界」「サブシステム」「パワー」とかあるのですけれど。

■「境界」「サブシステム」「パワー」

松井家だったら、松井家という家の内外というところに線が引かれています。実はちょっと親子の間に実線があるとか、夫と妻の間に実線があるとか、なにかその見えない線、そこでは共有されないもの、それによって自分が守られている。そういう境界線がどこにあるのか。

父親と息子はざっくばらんに話しているのだけど、母親は過去の経緯で後ろめたさがあり、話しにくい関係になっているなど、家族全体を見るのではなくて、こことこの組み合わせをどのような組み合わせなのか、ということをサブシステムという風に呼んでいます。

パワーは、誰がその家のボスかということ。もうバリバリの社長のお父さんですと、家のありとあ

らゆることを社長のお父さんが決めますので、意思決定というパワーをずっとその社長だったお父さんが持っています。もし奥さんの看取りだったら、このお父さんのパワーが発揮されます。「妻はこうしてくれる」「なるほど、お父さんそうですね」と。ただ、このお父さんが看取りになると、誰がパワーを持っているかという問題が生じるかもしれません。今迄ずっとお父さんがそれを使って来て、皆はそれに頼っていたのに、急にお父さん以外で決めなきゃいけないというのは、我が家で固定の役割の人が急に居なくなったぞということで、急に遠くの長男が「僕が決めます」と意外な力が動くかもしれないし、「いや、私じゃ決められない」と家族からパワーが消えたようみ見えることがあります。そういう時には、「あなたが決める人ですよ」ってエンパワーにしたりしないといけないので、そういう意思決定は誰か、お金を出す人は誰かとか、そういうことがパワーになります。

ちょっとわかりにくいので A さんの家だったらどうかという話をします。A さんのご主人は戦死されていて、A さんが女手 1 人でかなり厳しく育てました。息子さんには本当に長男ということで賞賛と投資を惜みず愛情いっぱい育てました。娘さんは「本当にお前は私の娘か」と「このボンクラ」みたいな感じで非難と攻撃をずっとし続けていました。A さんは B さん(息子さん)に自分の財産を、自分のやっていたお店を譲り、娘さんは結婚したのですが、「お前にあの人アカン」ということで逆に A さんの娘さんの結婚をすごく反対して、向こうの家まで行ってしまったりしたことで、離婚になってしまったそうです。それでも A さんの娘さんは、再婚をして介護のヘルパーさんをしているという風な状況の家庭です。なので、ここにある境界、サブシステム、パワーというのはなんとなく皆さん日々人間に関わっていらっしやれば、感じるものはあるのではないのでしょうか。

■家族の看取りの話をされる心の準備

次は本人がこうだという風に、先程のケアの継続性や代理意思決定で決めたらいいのですが、多くの場合、家族さんが迷ったり葛藤したりされるのは、本人のことを代わりに決めなきゃいけないという、この代理意思決定が重たいからなのです。それを可能な関係に施設の方がなるというのが看取りケアですごく大事になってきます。まず、ジャブです。『びっくり質問』と言われているもので、例えばこの A さんの娘さんに「あと 1 年でお母さん亡くなるとしたらびっくりしますか」という様な感じで聞きますが、そうすると、「いやいや、私はずっと母親を見ていますし、最近ご飯に時間が掛かっていますし、もう寝たきりなので充分あり得るのではないですか」と、娘さんは言います。そうすると、「あ、だいぶ心の準備があるので看取りの話をしてもいいな」ということになります。でもたまに、息子さんが来た時に「お母さんが 1 年で亡くなるってびっくりしますか」と訊いたら「え?! なに言っているのですか先生! そんなことはあり得ないです。母はあんなに元気で、笑顔で笑うので、無いです、無いです」と言ったら、息子さんにちょっと慎重に色々聞くことや、もうちょっと梯子というか、階段の準備することが必要だと思います。「あと 1 年で亡くなるとしたらどう思いますか」と聞いて、「そうですね」と言ったら、大体準備があつたりしますが、そこに対して強い反応が出て「え、そうだったら入院ですよ」とか「検査はいりますか」とか、言ってくると、「なにかちょっと期待とか思っているのが親に対してある」というのがわかります。

■家族へ今の状態を伝える

先程、本人へのケアのところ、今を知ることとお伝えしたと思いますが、あの「今を知る」は、それから先を予想するためではなくて、今こういう状態ですということを家族さんになんでもいいので状態報告するきっかけになります。「本当に少し最近、ご飯に時間が掛かる様になったのです」、「ちょっと前までは遠くの廊下のトイレに行っていましたが、最近は廊下の近くのトイレにしか行けなくなりました」など、なんでもいいので、ちょっと変わったなという風なことがあれば全部報告します。なかなか大変だとは思いますが、その何がいいかというと、普段自分達が利用者さんを見ている目や意識と、家族さんが自分の家族を見る意識や目ということが一致するための布石になるからです。多くの場合、難しくなるというのはスタッフと家族間で現状の認識がズレてしまうということです。だけど、こういう風にマメな状態報告をしておくと、「そうですね、1ヶ月前はこうでしたよね、前回の電話でこうでしたよね」という風になります。僕も時々ご家族さんと説明をしていて、最初に会った時に「あ、ズレているな」と思った時に、「前にお母さんに会ったのはいつ頃ですか」と聞いて、「半年前ですか、じゃあその半年前から今日までの間にどのような状況だったのかを詳しくお伝えしたいのですが、始めてもいいですか」という風にしています。なので、今の状態の意味や評価ということをご家族さんと共有することは大事な、本当に大切な家族ケアになります。

■代理意思決定の辛さ

「施設で看取ります」とか、「これからは点滴をしないでいます」とか色々代理意思決定するのはとても辛いことで、4割位の方がそれで精神的に病むと言われています。そこに事前指示とか先程のケアの継続性とかがあると、ストレスが少ないです。うちのおじいちゃんは家で看取ったのですが、外泊中に看取るといって、荒業を父親がやりまして、なぜかという、うちのおじいちゃんが父親に「もう入院は、かなん」と言っていたみたいです。外泊でちょっと急変したのですが、「もう入院は、かなんと言っていたし、今救急車で運んでも、一緒なので家で見よう」と言っていて、僕が中学校1年生のときにそうだったらいいです。

やはり事前指示があると、家族は意思決定が出来ますが、事前指示がまったく無いと、代理決定というのは物凄く負担になります。なぜ負担かという、選択肢があるのです。「もうここしかありません」とか「法律で点滴が認められていません」とかいう風に出来ないという状況なら、もうしょうがないですという感じなので迷わないのですが、「救急車を呼ぶ、呼ばない、どっちにしましょう」とか「点滴する、しないどっちにしましょう」「胃ろうするしないどっちにしましょう」「心臓マッサージするしないどっちにしましょう」となった時に、するって選んだ方が心理的に楽です。しないと決めるのは無茶苦茶しんどいので、先程も葛藤で積極的な治療しなくてもいいのかというのは、しない決断というのが大変だからです。揺れるというがあるので、いつも病状説明では、救急車を呼ぶということは、延命とか、救命という医学的なシステムに乗せます。救急車というのは別に看取りのための道具ではなくて、救命システムの入口なので、あれで行くと救命システムに乗って行きます。点滴というのも、口から取れない水分の代わりなので、口から水分が必要な状態だったならいいのですが、そうでない状況になったらどうしようとか。あと胃ろうとか、IVHも、本当は周術期という、手術の患者さ

ん、交通事故の患者さん、元気に過ごせるのだけれども、なにかの障害で口から摂れない方の栄養方法で開発されているものなのですが、ほんとにそれが認知症や老衰の方に使うものかという、ほんとはそうではないのです。しないことを決めるには1時間くらい掛かります。本当にまっさらな状態で、家族さんとお話しようと思ったのですが、やると決めたら早いです。そこでやらないとかですと、やったらという時の話をしなくていいので、やるという方が説明は短時間で済みます。しないことを選択するというのは、やはり難しいという風に思います。

ただ、これを乗り越えていかないといけないところがあるのかなということで具体的にはどういう場面でやるのかという、ちょっとAさんの話をしますと、娘さんはホームヘルパーのパートの合間、毎日施設に来ていて、熱心な介護になっていました。息子さんは自営業が忙しくて、月1回というペースで施設に來られて居ました。娘さんは食事量の低下を目の当たりにしているので、「もう近いな」ということを、肌身で感じて居て、「楽に逝かせてほしい」ことを、認識していました。息子さんはいちごとかヨーグルトとかを持ってくと食べてお母さん笑うので、「これはしっかり食べているから自分大丈夫だな」と思うので、最期が来たら、入院とか検査とか出来るだけもつとしてあげたいという風に思っていたら、なので、先程意見の対立が出て来たというのは正にあります。今準備してきたわけではないですが、じゃあこういう時にどうするかという話がやっぱり家族さんと面談しなきゃいけないです。

■松井先生の面談手順:大勢集める

自分の面談の手順というのを大公開すると、まず、代理意思決定に関わる人をできるだけ沢山集めるというのが大事です。なぜ出来るだけ沢山のひとかという、あとで変わらない様にというところ。なので、このお父さんとかお母さんのことを話すにあたって、誰が決めるにあたって大事な人でしょうかという質問をして、「もう私だけで決めます」と言うと、ちょっと危ない人です。ほんとですか。と、ちゃんとご家族さんとかお兄弟さんとかお孫さんとか呼んでおいた方がいいです。出来るだけ、関係者の人を呼ぶというのが、まず、第一になります。場は、呼べば呼ぶほど大変になります、一人相手に決めた方が楽です。ただ、やっぱり大事な家族のこれからの方針を、その場に立ち会うだけでも、意味があると思います。そういう風にこの方は思っているのだとか、こういう風にお姉ちゃんも思っているのだとかを聞くことも大事なプロセスなので、出来るだけその方に関わる関係者を全員呼ぶというのは、コツだと思います。あとは先程の病の軌跡とか、看取りの状態変化というのを使いつつ、これまでの経過を軽微に説明すると、これは僕らが、言って簡単に出来ることではなく、普段見ておられる介護士さんの情報を参考にして、今1ヶ月前こういう状況でした、1週間前ならこうなっていましたという風になります。そして、大体今こういう状況の方だったら、10人中4人位はこういう風な事が起こるのではないのでしょうかとか、100人中、100人が1ヶ月くらい厳しくて、もうすぐ看取りが近いという風に私は思いますという風にして、看取りを伝えます。その中で、Aさんをどういう風にして見て行きたいですかとか、なにを大事にして行きたいと思いますかということ順番に相談

し教えてもらいます。では食事をどこまでとらせるかについて方針を決めましょうかとか、点滴をしないについて方針を決めましょう、ご家族さんどう思いますか。どう思いますか。どう思いますか。どう思いますか。…という風にして、考えを引き出すという風になっています。場が荒れるなという先程の A さんのパターンだったのですが、急いで方針を決めるまではしません。

■松井先生の面談手順:情報収集する

まず、情報収集のためだけに、家族面談をするだけでも充分です。なので、誰がどの様な思いを持っているだろうかとか、その家族のパワーや構造はどんな感じなのかとか、その情報収集だけでも、すごくお腹いっぱいになりますし、1 時間でぐったりするくらいなので、この情報収集だけでまず充分です。そこで「あ、そういう思いを持っているのだなとか、こういう家族だった、実はちょっとキーマンだな」とかわかってから、じゃあ A さんの方針をどうしましょうという意味決定の家族面談を後日行うという形でやった方が安全だなと思います。

なぜかと言うときき言った様に、「今」がズレてるなという状況でなにかを決めようと思っても余計場が荒れて混乱するだけなので、出来るだけ現状の理解を一致させることや、この人はどう思っているのだとわかった上で、次に展開した方がいいということです。なので、自分が情報収集のときに気を付けているのは、ここには載っていないのですが、考えや思いを引き出す時に、例えば A さんの場合だったら、多分娘さんと息子さんで言い合いが始まります。「お兄さんはわかってない、私は毎日来ているのだからわかっている」だとか言い出したら、ちゃんと止めることが大事です。「まあまあ、今はちょっとお兄さんの意見も聞いているので、ちょっと妹さん待ってもらって、お兄さんはどうですか」という風にして一個ずつ引き出していくということです。横同士で動きが始まったら「ちょっと待って下さい、こっちの意見聞きたいので」と、いう風な感じで交通整理すると情報収集が荒れなくて済むし、逆にそういうことが始まるのであれば、それもヒントになるので、「あ、ここでこういう風に怒るのだな」というのもキャッチできます。

■松井先生の面談手順:意思決定時にはずっと待つ

意思決定の時は、待つしかありません。「どっちにしますか、どうしますか」と責めても、カクカクっとなるだけで、「どうでしょうね。」「悩みますよね。」とか言って待つと、誰かが口火を切ってくれます。出来るだけ待つと自然に「じゃあ先生こうしてくれ」とか、「こうするわ」というのが出るのを待つ様になっています。それもこれも、揺れる感情、先程のアンケートにあった様に、これでいいのかという葛藤です。

あとは、結論が出せません、意思決定はそんなサクサク出来ることではなくて、僕もとある意思決定に 1 年半ほど掛かったことがありますので、結論が出ないということもあります。なので、そういうことを許容して、そういうご家族さんの状況も自然なものとして看取りのケアに含めることが大事になります。

なので、揺れる感情や葛藤や、結論が出ないというのは当然です。人間ですからという感じで見てもらって、そういうものに対してあまりネガティブにならないようにします。個人的には、人間として

はそういうことをネガティブだと感じたとしても医師としては出さない様にして、「そういうものですよね」と言いながらやって行く様な感じですよ。

■松井先生の面談手順: 予期悲嘆で家族の絆を強める

ヒントの1つは、予期悲嘆と呼ばれているもので、これは専門用語で、悲嘆というのは、亡くなってから泣くものです。亡くなって1ヶ月経って、「なんかまだあの人が近くに居る気がするし、声が聞こえる気がします」みたいなのが悲嘆ですが、それが生きている間から出て来るものを予期悲嘆という風な言い方をします。この予期悲嘆によって死別の衝撃に備えて、ご家族さんが心の準備をしているという風な考え方があります。なので、まだご家族さんは本人さんが生きている段階から涙を流したり、「なんでこんなことになったのですか！」と怒ったり、「母は100歳まで生きるのです大丈夫です」という風に、非現実的な希望が表出されたりします。これは、全部予期悲嘆という、人間の心理の当然の反応が出て来るものです。感情豊かな方ばかりではありませんので、体調崩すご家族が看取りの途中にいらっしゃったら、もしかするとそれも予期悲嘆ではないかと思えます。急にご飯が摂れないとか眠れないとかなど、人間の苦しみや気持ちの変化というのは体だけというものもありますので、それぞれです。

そういうものに対して出来ることは、なかなか無いのですが、家族の溝を埋めて結びつきを強めるというのがあります。先程の家族面談というのはそういう場なのですが、それぞれがどのような思いを持っているのかを相互理解する。あとはそういう面談で意思決定を支援する。そのプロセスそのものがその壁を乗り越えたり、決めれる様なコミュニケーションになります。「お兄さんはそう思っているのだな」とか「妹は毎日思っていたのだな」とかが解るだけで十分です。

あとは事例のBさんは“ふくらさん”のところでお仏壇に行ったと思うんですけど、ああいう風に外泊をしたりとか、六甲おろしを歌ったりとか、俳句のなにか活動したりとか。そういうところで、どうしても施設となると、家ではない部分のものがあるのですが、別に家じゃなくてもいいのです。ただその人の思い出とか日常を取り戻すヒントや小道具さえあれば、それで家族の結びつきが強くなります。一番寂しいのは、その人がだんだん弱っているのに、なにか家族じゃない様な感じの遠くで「亡くなっていくな」と感じて、その家族が冷静に淡々と終わってしまうというのは良くなくて、出来れば自分がずっと関わって来た家族に対して、なにか自然に家で掛けた様な声を掛けたり、家で振る舞う様な、時間がその場に5分でもあつたりすると、その結びつきが強まってるので、日常での思い出を、取り戻す様な時間が予期悲嘆と言う風になります。

人間は完璧な人は居ませんので、未熟ななにかを抱えていたり、人生の課題を抱えて生きていたりするのですが、その未熟な部分や課題は、その肉親の死というものとかちゃんと向き合うことで、解決出来ることがあります。出来ないこともあります、そういうことを解決する機会にもなっているなと思えます。

■松井先生の面談手順: ケアの方針と役割分担を決める

A さんの話に戻りますと、そういう面談を結構繰り返しました。そのあと、娘さんから言われたのは、

ずっとAさんに「あなたが愛せなかった子どもがこれだけ愛情をAさんに注いでいるということで私の成長を感じてほしかった」というので毎日来ている、親の介護もしました。そのお兄さんも妹の反応を見て「自分はお前母親に近付けなかったし、なにか自分が近付いちゃ駄目な様な気がしていた」と言っていました。ただ、「頼む、これからはもうちょっとAさんの側に居させてくれ」という風になりました。ということで、これがその溝を埋めたのか、結び付きが強くなったのか、もしくはなにか人間的な成長が起こったのかわかりませんが、これでAさんのケアの方針と役割分担が成せる様な形になりました。ちょっと特別なケースでした。

■第三者だからこそ巻き込まれる覚悟を持つ

私が訪問診療に行くと、「このような家族さんがずっと生きてきて、最期の最期にこういう潜在的な家族の問題が表面化するのだな」ということが、時々あります。その時に、自分が指導医から受けた助言で、「第三者だからこそ巻き込まれる覚悟をしましょう」ということを言われたことがあります。これはどういう意味かと言うと、もし家でAさんを見ていて、娘さんが、ただ単にほんとに自然に看取っている、兄妹の変な感じというのは解消されない感じなのです。しかし、施設に入っていると、皆さんが第三者になります。なので、第三者が居ると「こうだったのですよ、ああだったのですよ」と喋りやすいです。なので、実は最期の最期にその家族が抱えている課題、もしくはその方が持っている宿題みたいなのが表出される、皆さんがその表出を許す・媒介としての第三者になる可能性があるということです。なので、先程、揺れる感情とか、葛藤とか結論が出ないというのは、境界が引かれるので実は肉親にはあまり出さなかったりします。別に出したくないし、出すのがかっこ悪い、「今迄僕と妹の関係でそういうことが無かったので、この瞬間も無い」ということで行くのですが、施設だと境界が変わったりするので、皆さんがいると「実はここだけの話、恥ずかしい話なのですが、こうなのです」という風にして、なんて重たい話をするとか、「そういう風に思っただけなのだな」ということや、ちょっと聞いてびっくりする様なことがあったりします。それが皆さん、家族にとっての、素晴らしい第三者になっていて、そういうことが表出出来る相手になっているのです。なので、ちょっとたまたま、全員が全員こうなるわけではないのですが、揺れる感情が強い家族、葛藤が深い家族、結論がまったく出せない家族みたいな時には、皆さん第三者として大いに巻き込まれるという可能性はあるかな、という風に思っています。なので、家族のポイントとしては、こういう感じです。

■看取りのぐるり3: 職員のケアについて

では次に行きます。3つ目の職員のケアと施設内連携についてです。これは、このスライドの3つがポイントかなと思っているので、順番に話して行きます。

■職員のケアについて1:看取りケアをチームや個人で日常的に意識する

1つ目が、もし明日開所される施設の方がいらっしゃったら、看取りケアについて日常的なカンファレンスや職員のコミュニケーションの話題で上がる様に、施設のサービスとか、教育の中にしっかり見続けていきましょう。そして、この看取りケアのこういう研修会に来てもらって、計画や、例えばそれ用のチーム活動みたいなものも作って行きましょう。ということが1つ目です。施設の管理職とか現場のリーダーが看取りのケアについてなんらかの持論とか、経験というものがあつた方がいいという風に思っています。

■職員のケアについて2:経験を日々振り返り、教訓を活かす

2つ目が先程偲びのカンファレンスの話が“ふくらさん”の事例からありましたが、この看取りの経験というの、日々振り返る、そして、それが終わったあとに振り返って、その人一人一人の学び、そしてユニットとかチームの学び、そしてその施設、組織全体の学びにするということが大事です。ここでのキーワードは経験学習モデルというところなのですが、ぐるぐる回すということが大事になってきます。まず具体的な経験をする、看取りの時に六甲おろしを歌ったら微かに唇が動いたみたいなどころがあると思います。それはどうだったのだろうか振り返りがあると思います。

そうすると、阪神ファンというのはすごくこの人にとって大事なキーワードで、そういうキーワードは「やっぱすごく最期のケアで大事だ、あの時にスタッフもやって良かった、六甲おろし最初歌難しかったけど、最後は自分が一番歌覚えたな」みたいなこと振り返りしています。その時に、元気なうちにその人のキーワードを知っておくことが大事、みたいなことが教訓になります。なので、次の入所者さんの担当になった時にその人のキーワードを引き出そうみたいな感じです。そうすると、巨人ファンだった！みたいなことがわかります。巨人ファンだったけど、歌は思い出せない、そういう感じです。そういうのがあります。

■経験したら必ず教訓を引き出す

ただこれには壁がありまして、経験をするけども、振り返らずに経験を積みつぱなしというのがあります。お医者さんも5年目位からどうしても、例えば救急外来2年間やって、成長、出来上がりが全然違います。救急車の台数も重症な患者さんを診ている数はまったく一緒なのですが、動き方や判断が全然違います。それはなぜかと言うと、同じ経験をしていても、それを咀嚼して糧にするというプロセスを毎回やる研修医とか、全然やらなくて「診ます、すぐ診ます！」とか行くだけ、ちゃんと考えているかってあるのですけれど、経験を積むだけでは実は人は成長しなくて、経験を振り返ることで人は成長するという目的で、まず振り返ることが大切です。振り返りは振り返りでいいです。「これ良かったな」とか「良くなかったな」とか、「なんでああいう風になっちゃうのだろう、気を付けな」とか、振り返りは良いのですが、教訓を引き出さないと次に活かさせませんので、振り返ったら、「じゃあ教訓はなにかな」とか、「次に活かすのはなにかな」とか、わかりやすいのは“ふくらさん”の4つの質問の最後に、次の人に活かしたいことというのがまさに、教訓です。

■教訓を忘れずに次の患者さんに活かす

次の人に活かしたいことというところまで振り返って初めて次の状況に適応出来ますので、振り返ったらちゃんとここまでやりましょうってことです。この辺にも壁があります。皆さん後々チームもありますが、最後は、せつかく人生のその人のキーワードを見付けようと引き出しているのに、次の利用者さんにはやらない、もしくは忘れていたみたいなことです。いい教訓、素晴らしい教訓はあるのですが、新しい状況に適応してない、それか忘れた、みたいなことはちょっと勿体無いというのはあるので、ここを意識して、皆さんどこに壁があるのかという、出来ればその壁乗り越えて、ぐるりと回すということをしてほしいと思います。最初は重たいぐるりです。だけど、重たいですけど弾み車という言葉があります。グイーン、グイーン、グイーン、ガーって、最初の一周は重たいのですが、だんだん二周、三周って加速を付いていって、瞬間的にぐるっと回せる様な人も居るくらいで、ここはすごく大事なポイントになるかなと思っています。

■職員のケアについて3:心理的な安全と責任感を高めるチーム活用

最後(3つ目)なのですが、「責任感」と「心理的な安全」を高めるキーワードとリーダーシップってことです。これは、診療所のスタッフにも言っているのですが、皆さん一人ひとりが、自分のお陰でうちの診療所があって、今日だけ頑張っても駄目で、皆さんが明日も居て、1年後も居て、5年後も10年後も居てくれて初めて地域の医療が成り立つので、皆さんは大事なこの社会にとって大事な存在なのですと話をしているのですが、そういう様な皆さん一人ひとりが欠かせませんというところがまず大事です。まずそういうメンバーを信頼する、あとはチームでこういう風にやっていきましょうと決めたら、そういう約束を守るとか、あとは、「看取りケアやるぞー！」と言っても、「じゃあ、やめるぞー」と、ほとんどがブラブラしているそういうことが無いようにとか、そういう信頼と尊敬の積み重ねとか積み立てるといふか、そういう貯金をちゃんと積んで行くことが大事になっていきます。具体的に言うと、不安な声や質問が出しやすい職場効果というのが心理的な安全です。だから、「いいチームほど、私出来ない」とか「ちょっと不安だ」とか「これこんなの要るのか」とか、そういう弱音とかも出て来ますし、ミスが報告されるほど、心理的に安全に守られている職場ということです。

だから、皆さんの職場はどうでしょうか。失敗、些細なことでも、ちゃんとチームの中で話題に出来ているかどうかはすごく大事なのですが、ほとんど難しいです。なぜ難しいかと言うと、4つの不安があります。

「これはどうなのですか」と訊いて、「ああ、私は出来てない人と思われたくないな…」とか「ちょっとこれ一人で出来ないから誰か来てほしい」と言って「ああ出来ない人だなと思われているのではないかな」とか「あれ、こんなのいいのですか。本当に大丈夫ですか」と言って、本当にその人の意見が通れば良かったのですが、それを言わないというのは実は一緒に仕事していて「仕事をしにくい人と思われないかな」とか「うるさい人と思われて嫌がられていないかな」と不安があります。

あとは、ちょっとこれについて、意見が欲しいのですが、「ちょっと今お時間いいですか」とか、「ち

よっと先生帰るまでにこれだけ聞きたいのですが、どうでしょうか」とか言うと、その人の時間を奪っていて、「いつも邪魔して来るな」とか思われたくないなど皆さん、こういう不安と実は無意識にもしくは意識的に戦いになります。これはドクターも一緒なのですが、一応仕事をしています。

僕がグループホームの時の2年目の時の2例目の方の看取りの時に皆さんに言って、すごく安心しましたと言葉をとれたのですが、なにか助けを求めて不安で居ることとか、そういう状況になっても、「あなたのせいじゃないですよ」とか、「大丈夫ですよ」とかそういう言葉を出すべき立場の人が出さってというの心理的な安全を高めることに役立ちます。これ言った時にすごく皆の顔が変わったのをよく見えています。心理的な安全が高い、弱音や疑問が出せる、もしくは心理的な安全がなくて、「もう言ったら怒られるのではないかな」という不安が出て来ます。自分は看取りケアに対して知識が無いと思っているか、看取りケアが中心だとか、日常ケアだけ責任を持っている様なことですね。心理的な安全もなくて、責任感も無い、「無関心」という状況にチームがなります。責任感が無くて心理的な安全が高いと、「退屈」です。心理的な安全が無くて、ただ単に「やれ、やれ。看取りケアやらないと、やらないと」って思っていると、「不安、緊張」という状況に陥ることになります。どこを目指すのかと言うと、言わなくても出来れば皆さんが看取りケアに対して責任感持っていて且つ、心理的な安全が高いということになります。高いとこういう風なことに効き目があるのかなと思っています。

皆さん、ちょっと記憶に無いかも知れませんが、“ふくらさん”のスライドで、「こんなケアはどう」とか「明日は任せて」とか吹き出しと一緒にやってみるとい、あのスライドに1枚あるのですが、あれは心理的に安全が高まっている組織でなされる会話なのかなと思います。率直に話すことが出来る、その人その人、一人一人、それは新人さんでもベテランさんでも考えが明らかになる。意見の食い違いとか、ぶつかりというのも一人じゃ駄目なのです。食い違って当然ですし、ぶつかって当たり前なのですが、大事なそれはちゃんと有意義なぶつかり、そこからより良いケアに繋がる様な衝突をするという生産的な話し合いが出来る、あとは書いてある通りなのですが、出来るだけ皆が言いやすい雰囲気になって、自分の「馬鹿にされるのではないか」とか「鬱陶しい奴じゃないか」とか「こんなことを言っているのかな、迷惑じゃないのかな」と不安を乗り越えられる様なチームケア、チームワークというのが大事で、実はそのキーワードが、この心理的安全というものになります。

先程の“やまびこさん”のアンケートで、職員の不安の中に思いに沿えたかったというのがあったと思うのですが、あれは本当に多分、僕が在宅でお看取りしているのはこういうことだったのかなと思います。もしかすると、あの不安は消えないのですが、代理意思決定をとことんまでやると、思いに沿えたのだらうなと思うかもしれないし、この心理的安全がより高いと「思いに沿えたのではないか」とか「こういう方が良かったのではないか」とか次の会話に繋がるので、思いに沿えたかなとカンファレンスをするだけでも、心理的安全が高い状況になるキーワードかなという風に思い、入れました。

■Aさんの施設の取り組み

さて、Aさんの施設なのですが、毎年看取り研修会をしているし、マニュアルも策定しています。入所時に看取りについての家族面談というのを定例化していて、事例発表を毎年毎年、経験年数が短い職員を担当して見えています。最初は看取りの凸凹感があって、個人の恐怖とか無力感というのがあったのですが、そのトップの施設長から「そういうのはとても不安です」とか「なにかビクビクしながらやっているし、こういう風に調べられたらこういうのがあったから」と、施設長が自ら自己開示をガンガンやって、「あ、こうやって怖がってもいいのだな、わからないと言ってもいいのだな」という風な雰囲気を作って、不安や弱音が挙がるのは当然で、そこから看取りケアというのはあるのだというのがその施設の共通基盤になりました。だから、個人の振り返りとか、組織の振り返りというのは、一体化したというのがAさんの施設になります。なので、その取り組みは年々深まって行って、看取りを行うこと、イコール、職員への過度なストレスという風なことにはなりません。看取りを行うというのは人材難に拍車を掛けることにはならないという風な確信を深めて行きました。逆に、どのような看取りを行うことと、同時に心理的な安全を高めることで、職員のモチベーションが高まってきました。とくに振り返りをする中で、意義を感じて居るということでした。しかもその介護技術とか、介護士としての心構えみたいなスキルアップも図れて、ここで働くことの遣り甲斐みたいなものも感じてもらって、離職率の低下に繋がるのではないかとということで、施設長の学会で発表されるみたいな感じも、結果を出せるようになりました。

なので、その施設では看取り介護というのはさっき“ふくらさん”もおっしゃいましたが、日常介護の延長だと思えます。なにか特別なことをするのではなくて、我々の日常であるという風な自然な意識という風になりました。ちょっと駆け足でバンバンと行きましたけど、具体的な仕組みをしっかりと作るということと、先程の経験をして振り返りをして、明日に繋がる、次の人に活かせる教訓を出すことを取り組んでいくという経験が記されているということを個人のチームで行っています。心理的な安全の意味では、不安とか失敗とか些細な声というのが気楽に気軽に出しあえる、という雰囲気をしっかりとチームで作って行くということが大事ということです。

■看取りのぐるり3:制度と社会の理解

最後に、制度と社会の理解という、今も講習上のメリットとか、診療診断の話をしたので、それが中心になります。制度の理解と言うことと、医師の理解というこの2つの切り口で行こうかなと思っています。

制度は皆さんがやっている看取り介護加算というところがあるので、主治医の判断によって回復する見込みの無い人が、こういう日数と体制によってとれるという加算なのですが、私達が往診して、その患者さんの死亡診断書いた時に取れる、ターミナルケア加算というのがあるのですが、なぜか医療保険も介護保険も不平等というか、そういうので、すごく医療保険が高いです。なので、実は多分、施設は施設で、看取り介護加算を取って、僕らは僕らで、ターミナルケア加算取れば、問題

は無いのですが、一応医療保険も介護保険も突合というのがあって、二重取りが出来ない様にチェックがあり、片方しか取れません。医療保険、介護保険の優先度は介護保険が優先かという、そういうのが給付の調整に関わる文章というのが載っていないので、実はこの辺がブラックボックスで曖昧になっています。皆さんが頑張って看取り介護加算が取れる体制にしている状況に理由があると、お医者さんが施設に行く時に、ターミナルケア加算に賛成してもいいと言うと「あれ、看取り介護加算をとるために、介護保険上のルールをしっかり守っていて、その加算取りたいのに、その体制を取っていることが、医療保険のターミナルケア加算を取っている条件ってなんなの」と、「ちょっと医療保険と介護保険ちゃんと話し合っただけで決めて」みたいな状況に今なっています。なので、今後お医者さんが、夜呼ばれて行くとか、看取りに関わって、家族さんに1時間とか丁寧にコミュニケーションをするという、その労に報いるように、今後形が変わって行くのではないかと思います。ちょっとこの辺は、現状に制度が追いついていない状況の1つです。

あと死亡診断です。医師法 20 条、21 条でお医者さんの仕事になっていますが、離島とか僻地だと看護師さんが看取ってもいいのではないかとというのが厚労省の方で始まっていて、もうすぐすると施設の看護師さんがある条件を満たせば、死亡診断書を書けるみたいな時代も、もしかすると来るかもしれません。

■死亡診断書と死体検案書

あとは、死亡診断と死体検案を間違えている嘱託医の先生とか、救急医の先生が居ます。死亡診断書というのは、診療継続中の患者さんが、診療中の病気で亡くなったら全部、死亡診断書です。死体検案書というのは、診療を続けていない患者さんが、診療と関係のない病気で亡くなった時に、死体検案書になります。しかも、死体検案イコール警察ではないです。検案書を書いて、「これは薬じゃないか、事件じゃないか」という風なものが検案された場合に警察に届ける紙です。なので、室蘭で僕が1年目で逝った患者さんで警察が動いたのがおかしいです。認知症でグループホームに入って、認知症の老衰で明らかに死んだという経緯をスタッフが喋っているので、あれは認知症による死亡という風にして、死体検案書、もしくは死亡診断書がその救急医が書けるはずで、警察が動くのはおかしいです。もしそこに刺し傷とか、顔が紫になっているとか、そういうことがあれば、警察を呼びますが、ちょっとこの辺は変わってきていて、実は東京都とか、厚労省が、お医者さんが過剰防衛で原因がわからない死体を見て警察を呼んでしまう事例が増えたので、そこまではいりませんよという通知をだしました。

実は A さんの例なのですが、A さんが亡くなった時に、診断書の先生に連絡がつかずに、時々連携しているお医者さんに往診してもらい、死亡診断書を書いてもらいました。これをどう思いますか。先程の A さん、脳梗塞の後遺症で 7 年前に認知症を発症して、娘さんと息子さんの対立がちょっとあったのだけど、それが緩和された方が一時、連絡が付かなくて、往診してもらって、死亡診断書書いてもらって、OK なのかどうか。

これ実は OK なのです。なぜかという、大切なのは診療を続けていない患者さんが亡くなった

時、近くのお医者さんにとって、Aさんは診療を続けていない患者さんなので、初めましての患者さんです。しかし、そのもともとの診療所の先生が診療継続中の患者さんが、かかる原因の病気で亡くなっているのです、もう明らかに老衰で看取りとなっているので、その先生は死亡診断書を書けます。それは病院も一緒に、主治医の先生が居ない時に当直医の先生が看取った時に、死体検案書を書くかと言うと、そんなことはなくて、その施設のカルテに「この経過だったらこうです」とその場で診断をし直せるので、なので、多くの方はほとんど死亡診断書を書きます。ほとんどの場合、警察は要りません。だけど、過剰防衛だったり、そういう制度を誤った解釈で、死体検案書になっていたり、警察が呼ばれたりということがあります。

医師が診察してから、24時間経過していると。その後亡くなった時にお医者さんに繋がらずに、異状死として警察に届けて死体確認するということなのですが、これも誤りで、お医者さんが診察してから、24時間経っていますが、亡くなってから、死亡診断が出来ます。なので、お医者さんが診察してから24時間経過して誰かが亡くなったとしても、その場にもう一人来て頂いて、「こうこうだね」「じゃあ昨日はこうで、一昨日はこうだったのだね」という診断書を書けますので、それは医師が診断してから24時間以上経過しています。その後、死亡書サインした医師には繋がらず、例えば、朝の6時を待ち、でも良いですし、例えば、やむを得ず、救急搬送となったら、施設のカルテを持参し経緯を救急医に説明し、死亡診断となった、みたいな感じに本当はなります。もしくは、死体検案となったが、警察には届けないので、ちゃんとかかる病気でしっかり定期的に嘱託医が来ていて、その記録が施設の介護士の皆さんの記録もあって、皆さんが知っている病気で亡くなったと思えば、それが全て診断書になります。

ただ突然亡くなったとかなると、心筋梗塞かもしれないし、くも膜下かもしれないし、ということで死体検案になります。通常診療する病気じゃない病気でこれは逝ったのではないかというときは、死体検案になります。

■看護師が死亡診断書を書けるように

これは今、看護協会さん達が「自分達がもう少し看取りを出来る様に」ということで、「こんな看取りがあった」とか、主治医が連休で遠方へ出掛けていた間に自宅で心肺停止になった、主治医が戻るまで3日間、自宅で遺体をそのままの状態待ち、3日後に主治医が来て死亡確認を行い、死亡診断書は交付された。これは看護協会さんが、「3日も待ったのですか、私達が行けば1日で書けますよ」という風に出している事例です。ただ、これは正しいです。高齢の難病患者さんで延命治療を望まず、自宅療養を続けていた。主治医(病院医)とは、救命時はいつでも受け入れると約束があったが、自宅で呼吸停止になって病院に連絡したところ、主治医は不在であり、院内で情報共有がされていなかったため、病院への搬送は拒否された。対応、やむなく救急車を呼んだが呼吸停止した時間が経過していたため、警察に通報となり検死にまわされた。家族や、訪問看護師や警察から事情を聞かれた。望んでいた穏やかな看取りが出来なかったため、家族は非常にショックを受けていた。これは、搬送先や、もしくは自宅で、例えば訪看さんが居て、「こういう状況です」という

ことをちゃんと説明しないと、かかる病気で亡くなったかわからないので、診るお医者さんが一見さんのお医者さん、なにも情報の無いお医者さんになるので、そうすると、異状死かもしれないということで警察が呼ばれます。なので、嘱託医が施設に訪問して死亡診断するというのが今の看取りケアに必須になります。ではそれが出来ない場合は、ご遺体を外来に連れて行くのもそれは非常にナンセンスな話です。南の方であった事例は、事前指示です。亡くなって心肺停止になって医師のマッサージはいりません。と書いた紙を持って救急車を呼ぶというので死亡診断を救急搬送先に書いてもらいました。その状況を、憂慮されている様な県の要請の方も知っていますし、救急医療講座の教授、滋賀医大の教授も、やはりそういう看取り目的で救急車が呼ばれることがあるのだけれども、「あれはなんとかしないといけない」と話題が今ちよつとずつ出て来ています。

せっかく皆さんが、安らかで豊かで安楽なという看取りをしてもらっているのに、制度的にもほとんど死亡診断でいけます。24 時間以上経っていても、病院でかかる病気で亡くなったのであれば、死亡診断できるということはちよつとご了承頂きたいなと思います。ただし、死亡原因がわからない場合とか予期せぬ死というなら、死体検案というのもあると思います。ただ、死体検案イコール異状死ではありませんので、外傷とか外因によるものとか、なにか事故とかそういうものによるものではないとか、あと、怪我、災害、事故、中毒、他殺みたいなものが異状死となり警察が必要なもので、そうじゃないものから上は、ほとんどお医者さんが死亡診断か死体検案かを書けば良い、というのが実際のところなんです。もう回復の見込みが無いという看取りケア、出来れば救急車という救命システムに乗せる現実を早く現場からも医療側も、制度側も、適切な社会になればいいなと思います。

■看取りに関して社会の現状

今どんな社会かですけど、ほんとに皆さん感じている様に社会の理解という意味では、高齢社会です。在宅で看取るというの、相当の家族力と、介護力と、家族の理解の場とそこに十分なサービスが組めるかというチームのリソースが無いと難しくなります。じゃあ病院でどんどん亡くなれるかという、結果、退院が早かったとか、そういうプレッシャーをかけられたりして、転院先を探している間に亡くなるみたいな感じでの病院死となります。こういう施設看取りというのは、もつともつメジャーに、もしかすると今後中心になってくるかもしれません。湖北はまだ、三世代同居とか、家族力とか地域力とかありますが、それが過去の遺産を今消化しているだけであって、なにかその積み立が増えているかという、自分自身も親と同居していないという現状を考えると、これはなかなか難しくなるだろうと思っています。

特養に看取り介護加算というのが付いたのですが、その後本当は自立した介護が必要な認知症の方が集団生活で自立するための生活の場と定義されたはずのグループホームで、看取りが始まって、老健でも始まってという形で、だんだんと高齢者を見ている場所と看取りの場所みたいに、適用と拡大をしてきています。実は施設看取りというのは、こういう経緯でまだまだ発展途上で、制度の歪みとか医師の理解とか、そういうまだマイノリティというのがあるので、皆さんが声を上げて「こういうのが困っている、こういう風にして行かないといけない」とか、そういうのはやはり声を出さないと、まだまだなのかなと思います。

看護協会とかものすごくパワーを持っていて、ああいうことをどンドンとやって行くし、出来れば現場で本当に必要なこと大事なことをやっている人の切実な声というのが、制度化されたり仕組み化されたりそういうことをちゃんと医師が理解して対応出来る様に専門になるというのが良いと思っています。大体、定員増、訪問増というのが今の実情です。僕の同僚も沢山訪問診療していますが、ほとんど訪問診療は施設とかグループホーム訪問をしているという同僚も多いです。自宅ではなくて、グループホームやサ高住ばかりです。なので、今後施設患者に訪問するお医者さんも増えるといいなと思っています。

■看取りのぐり4:医療との連携、地域包括システム

今、ずっとお話してきた本人のケア家族のケア、そして施設職員の皆さん、そして制度と社会の理解をしているのは、やはり滋賀県共通では出来ません。多分、浅井地域でどのような感じですかとか、例えば彦根の日夏辺りとか、そのような風に各地とかで仕組みを作っていないといけないのは地域の包括ケアです。地域包括ケアシステムというのは厚生労働省、国が各地域共通の制度を作るっていう限界が来ましたという宣言でもあります。なので、各地域共通の仕組みを作ることを国が難しいと言ったということは、県が音頭をとっても難しいし、市町が音頭を取れるかという、まだそういう自覚が強かったり弱かったりする、現場が声を上げていかないと地域包括ケアシステムは作れません。やはり各エリアで「うちにはなにが足りないのかとか、この辺の地域の人安心して暮らすためにはなにがいるのか」というのが、必要になっていくのではないかと考えています。僕もまだまだそれが出来ていないので、これから5年10年はそんな仕事になるかと思っています。

すごく長いスライドなのですが、実は顔の見える関係になりましようみたいなこと言いますが、地域包括ケアシステムの連携の三段階という顔の見える関係というのは一番低いレベルです。一番理想的なレベルは、ひとかたまり・ひとまとめというレベルです。つまり私も皆さんも全員同じ組織、例えば医療法人琵琶湖の職員なのです。お医者さんも医療法人琵琶湖のお医者さんで、医療法人のトップが医療法人琵琶湖のお医者さんにちゃんと説明してほしいと言っています。というのが一纏め一塊という地域包括ケアのシステムです。ただ、日本ではいろいろな母体があるし、いろいろな団体があるし、民間もあれば、市民病院とかそういう行政のものもあります。この一番理想的なレベルは無理と言われていています。なので、目指すのは真ん中の定例された連携です。個々の専門職とか個々の施設というのは事例ごとに連携はしているのですが、一事例で顔の見える関係では無く、施設単位とかチーム単位で定期的な協議になります。なので、例えば“ふくらさん”と浅井東診療所だったら金森さんと僕でだけじゃなくて、施設長と浅井東診療所とペアで今後看取りどうしていきましょうか、なにか全体の事例を共通して、課題を解決しませんか、みたいな話し合いが定期的に行われます。たまにやりませんかではなく、毎年、4月と10月にやると決めてやっている、という風な形で地域の課題とか利用者さんの情報とか連携のシステムそのものを見直す場が定期的にあるというのが、今後目指すべき地域包括ケアなのかなと思います。なぜ顔の見える関係がいけないかとい

うと、その事例にとってはいいのですが、地域にとっていいかどうか分からないからです。なので、地域でちゃんとそういう制度を作っていこう、ちゃんとネットワークでやっていこうと言うと、連携やネットワークそのものを話題にして、見直す様な定期的な場が要するというのが次の一緒に皆でやるということなので、その事業所の壁とか法人の壁を超えて、こういう場をどれだけ持てるのかというところが次のチャレンジになっていくと思います。

■まとめ

では、だんだん時間が近付いて来ましたので、看取りのぐるりの最後のまとめ、スライドとして、ご清聴ありがとうございました。